

NDC-DSD-102-023（政策建議書）

衛生福利部心理及口腔健康司組織
職能評估之研究

國家發展委員會委託研究

中華民國 103 年 5 月

（本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見）

NDC-DSD-102-023（政策建議書）

衛生福利部心理及口腔健康司組織 職能評估之研究

受委託單位：中華心理衛生協會
研究主持人：張副教授珏
協同主持人：滕西華
研究助理：葉明叡、顏采如、
溫桂君、王長偉、
李柏翰、謝葉玉鳳

國家發展委員會委託研究

中華民國 103 年 5 月

（本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本會意見）

提 要

關鍵字：組織改造、組織職能、心理健康、公共心理健康主流化、口腔健康

一、研究緣起

歷時多年的行政院組織改造，多部會業陸續完成組織法立法程序。惟在其中衛生福利部之籌辦過程中，所屬心理及口腔健康司之業務職掌，因分涉心理與生理不同層面，在心理健康與口腔健康政策性質均屬迥異，因此該組織職能規劃多受社會輿論討論甚至質疑，且被立院協商要求一年後檢討。另因組織改造今年（2013年）7月23日才正式上路，短時間無法比較業務的推動，因此進行先導研究計畫，為未來一年後檢討作準備。本研究先以三個月時間，瞭解心理及口腔健康的組織執掌在組織改造前後的變化，並找出組織運作中，有關之評估基礎，及未來組織架構可能的調整方向。目的如下：

- （一）、瞭解行政院組織改造前後，我國心理與口腔健康政策主管機關之組織建制、運作情形、其業務與職能內容。
- （二）、檢視主要國家中央政府就心理與口腔健康政策所涉之組織架構與職能分工情形。
- （三）、依據我國公共衛生發展環境，提出心理健康促進與預防之政策目標方向，並據以在未來研析心理健康與口腔健康之組織職能與心理健康政策推展之關係。
- （四）、研擬有關衛生福利部心理及口腔健康司組織運作中，有關心理健康政策推動之評估基礎，及未來組織架構可能調整方向。

二、研究方法

以公共衛生政策分析等角度，剖析政府組織改造新成立的衛生福利部在「心理及口腔健康司」之組織架構與內涵，並提出健全組織發展的建議。本研究分別採用文獻分析法、焦點團體法（共三場）、專家

諮詢（共 20 人次）、以及方便取樣的問卷調查法。

三、重要發現

針對衛福部組織再造將心理健康及口腔健康併為一個「司」的適當性提出檢視與檢討，發現不論是我國組織再造近年發展，或比較一些國家組織結構，了解尚未有國家政府單位將口腔與心理健康合併辦事。我國行政院原來的版本送到立法院，經過四、五次變化，都是只有心理健康司，口腔健康獨立設置單位的出現的議題，是草案已送立法院審議之後才出現，尤其立法院在 2013 年 1 月 3 日第 8 屆第 3 會期第 15 次會議審查國健署的議案時，才出現立法委員提案要將口腔健康併入心理健康司的提議，明顯是來自外部團體的力量。此外本研究再度驗證心理健康與口腔健康二者組織和發展的業務皆不相容，不應併在同一單位。若心理健康、口腔健康業務繼續併行，恐讓組織效能低落、影響各自的發展、專業定位也不明確，且司級單位規模有限，如此合併若造成工作排擠與資源的分散，將會進一步影響國家發展。也違反當時總統接見心理健康團體代表的裁示。因此研擬將口腔健康作更適合其組織內涵的安排，將心理健康司回歸原本規畫之獨立設置，是緊迫重要的事。

（一）、心理健康與口腔健康組織職能檢討，發現二者不宜放在同一單位，理由為：

- 1、 立法過程的問題：立委強行介入。
 - （1）、立院職責只在組織法的審議，不宜涉入行政機關內部處務規章內容。
 - （2）、提出附帶決議時機的弔詭。
 - （3）、2013 年 5 月 27 日黨團協商附加決議反映出立委明知合併二者之不妥。
- 2、 為組織適當性問題：違反組織再造整合與精簡原則。
 - （1）、違反組織基準法。

- (2)、違反相近業務一起原則，口腔業務與國健署、醫事司相近。
 - (3)、違反 WHO 對口腔健康歸屬的建議；WHO 建議口腔健康擬與一般慢性病業務一起為佳，以利整體預防的工作，如我國的國健署。
- 3、 政府主管單位未盡全力與立法院說明與溝通。
- (1)、選擇性同意，並未接受立委的其他建議。
 - (2)、未善用既有資源。
 - (3)、政府缺少組織再造各單位設置整併之說明。
 - (4)、未善盡中央單位協調西醫與牙醫。
 - (5)、未借鏡 WHO 和國外其他國家組織經驗。
- (二)、對心理健康成為「司」級單位做出的分析，發現：
- 1、 規劃時缺少心理健康人權的概念。
 - 2、 現行業務內涵仍側重疾病醫療，輕忽預防和促進心理健康。
 - 3、 現行心理健康政策缺少覆蓋全民的規劃，須重視傳播與倡議。
 - 4、 需加強醫療專業人員其心理健康促進的能力。
 - 5、 需要具心理健康宏觀的公共衛生行政人力。
 - 6、 需要以公共衛生宏觀方式推動心理健康、有願景、有策略和行動。
 - 7、 心理健康司業務需要增加業務「科」與人力。
 - 8、 需要地方政府有專責單位執行業務。
 - 9、 需要跨部會整合的能力。
- (三)、對口腔健康成為「司」級單位做出的分析，發現如下：

- 1、 口腔健康是牙醫與西醫競合下過去被忽略、現在是新興議題。
- 2、 口腔業務多屬醫事人員管理和醫療行為。
- 3、 口腔「科」數與員額，業務有限。
- 4、 獨立設置成司的理由不足。

(四)、有關口腔健康分設單位的芻議

- 1、 回歸醫事司，至少設置專門科別專辦口腔業務。
- 2、 併入國健署，處下有科。
- 3、 與護理和健康照護司合併。
- 4、 成立正式之口腔健康會，設有辦公室與幕僚，直屬部長。
- 5、 成立口腔辦公室或整合管理中心，直屬部長。有人力配置。

(五)、心理與口腔健康政策推動之指標評核基礎：

- 1、 國際指標包括 WHO 提出核心標準依據、WHO 所提供的心理健康政策評估檢核、澳洲心理健康促進內含指標等，都可供參考。
- 2、 國內指標包括，
 - (1)、需要檢視組改後業務內容，是否符合心理健康促進宏觀內涵，以心理健康人權為基礎，全民心理健康為依歸。有願景、策略與行動，若仍維持過去業務，則無法交代成立「司」的目的。
 - (2)、中央要成立心理健康委員會，整合規劃全國相關部會合作事宜。
 - (3)、地方要有對口單位執行業務，縣市政府要有心理健康相關委員會以整合局處、衛生局有心理健康專責單位、有人力與經費預算。

(4)、具多項心理健康相關研究與方案評估。

(5)、心理健康訓練課程的普及性。

四、主要建議事項

依據研究發現和結論，提出「公共心理健康主流化」工作的建議：

(一) 短期建議：

- 1、 短期內衛福部應由綜規司組成規劃與檢討小組 (task force)，積極全面檢視各司、署、局的功能執掌，需檢討重新考量安排口腔健康業務至相近的單位，以符合組織精簡目的業務 (主辦機關：衛福部、國發會等)
- 2、 盡速制定心理健康基本法，使心理健康相關推動工作有法源基礎。(主辦機關：衛福部)
- 3、 爭取發展心理健康促進相關經費，例如：菸捐。(主辦機關：衛福部)
- 4、 需重組原有心理健康業務，明確規劃涵蓋全民的、社區化的心理健康政策方向。(主辦機關：衛福部)
 - (1)、重新規劃業務執掌，並增加人力與員額
 - (2)、提出願景、規劃心理健康行動方案 (action plan)。
 - (3)、撰寫心理健康白皮書。
- 5、 中央進行跨部會合作，以及發展相關行政工作的依據：
 - (1)、成立行政院心理健康委員會 (主辦機關：衛福部)
 - (2)、建置心理健康資訊系統和研究。(主辦機關：衛福部、主計總處)
 - (3)、訂定國人心理健康指標；(主辦機關：衛福部、主計總處)
 - (4)、為長期全國性的「心理健康」調查作規劃。(主辦機關：

衛福部、主計總處)

(5)、檢視衛福部相關單位資料庫與大型研究，應提供其中有哪些心理健康指標。(主辦機關：衛福部)

(6)、成立心理健康政策智庫或研究中心。(主辦機關：衛福部)

6、 地方政府要有心理健康專責單位，以落實社區心理健康：

(1)、地方政府需成立直屬縣市長的心理健康相關委員會

(2)、地方衛生局要有專責單位，與專職、專業人力。例如：心理健康科或社區心理衛生中心。

(3)、參考渥太華憲章五大行動綱領推動健康學校、健康醫院、健康社區、健康職場、健康城市等，都應推動心理健康促進。(主辦機關：衛福部；協辦機關：各縣市政府、民間團體)

(4)、中央訂定獎勵標準，鼓勵縣市政府提出其亮點的促進心理健康方案，依據其在地特性、文化、性別、族群、階級等面向。(主辦機關：衛福部)

7、 積極辦理「公共心理健康」的訓練

(1)、培植具心理健康宏觀的公共衛生行政人力：從衛福部本身先開始，瞭解三段五級的公共心理健康促進內涵，以及提昇其本身心理健康素養，再擴展到地方相關衛生福利單位。(主辦機關：衛福部、縣市政府衛生與社會局處)

(2)、普及公共心理健康素養：結合人事行政各項對公務員在有關性別、人權訓練課程時，融入心理健康概念，此外也同時提供心理健康主流化整體概念的訓練課程，包括公務人員訓練、文官訓練課程等。(主辦機關：人事行政總處，協辦機關：國家文官學院)

- 8、 持續發展既有精神醫療網計畫，更加落實對社區精神疾病復健、病人回歸社區等方案。(主辦機關：衛福部，協辦機關：內政部)
- 9、 口腔健康有五年計畫為依歸，除既有內容維持不變外，可以再參考美國或 WHO 的一些方案，提供縣市或口腔診所更多保健業務。(主辦機關：衛福部、教育部、勞動部，協辦機關：口腔相關學會、公會等)
- 10、 持續追蹤評估。心理及口腔健康司一日未分開，就需持續有研究評估案追蹤，且建議未來研究蒐集與分析包括相關立委、衛福部長、遊說團體與黨團協商的重要代表意見，以提高政策建議的政治可行性。(主辦機關：衛福部、國發會等)

(二)、中長期建議：

- 1、 心理健康基本法相關之特別法訂定。(主辦機關：衛福部)
- 2、 所有政策都要融入心理健康元素。
 - (1)、衛福部需要將心理健康融入各項健康政策中，並應納入心理健康影響評估(主辦機關：衛福部)
 - (2)、中央各部會的重要施政政策，都需將心理健康納入，並進行心理健康影響評估(主辦機關：衛福部及所屬各機關；協辦機關：行政院所屬各機關、各縣市政府)
 - (3)、發展心理健康政策制定與評估工具。(主辦機關：衛福部)
- 3、 培養公共心理衛生人力，國家考試增加心理健康項目。(主辦機關：衛福部；協辦機關：考試院)
- 4、 持續發展各種心理健康政策。(主辦機關：衛福部、教育部、勞動部等)
- 5、 全民檢視影響心理健康，各種環境因素，檢討改善追蹤評

鑑（主辦機關：衛福部）

- （1）、評估成立心理健康國家研究院
- （2）、定期發布國家心理健康報告及心理健康白皮書。
- （3）、檢視各部會相關大型研究增修其中的心理健康內涵是否融入各項公共政策和研究。

目次

提 要	I
目 次	IX
表 次	XIII
圖 次	XV
第一章 緒論	1
第一節 研究緣起與背景	1
第二節 研究目的及研究重點	2
第三節 研究方法與步驟	3
第四節 重要名詞解釋	6
第五節 預期目標	28
第二章 心理健康與口腔醫學發展	29
第一節 政府與民間組織在心理衛生的發展	29
第二節 我國民間組織倡議心理健康在衛生行政單位的發展	39
第三節 精神醫療的發展	48
第四節 口腔醫學發展	56
第五節 小結	57
第三章 心理健康與口腔健康主管機關組織架構比較	59
第一節 我國心理健康與口腔健康組改前後規畫歷程比較	59
第二節 WHO 與不同國家衛生部門組織架構簡介	69

第三節	國會議事錄相關檔案內容分析	92
第四節	訪談專家對「心理及口腔健康司」合併組織看法 ...	101
第五節	我國與他國心理與口腔組織結構比較	124
第四章	心理健康與口腔健康業務組改前後之內涵	127
第一節	口腔健康業務職掌	127
第二節	訪談人士對口腔業務看法	132
第三節	心理健康部分之業務	133
第四節	訪談人士對心理健康業務看法	146
第五節	心理健康推展需要的人力	156
第六節	組改前後心理健康與口腔健康預算	161
第七節	小結：國內外心理健康和口腔健康業務內容比較 ...	163
第五章	心理健康與口腔健康政策職能評估	173
第一節	促進心理健康的原則與業務應有的內涵：澳洲經驗 .	173
第二節	心理健康政策規劃及評估工具	185
第三節	績效評估指標之應用	197
第四節	口腔健康的職能發展與評估	202
第五節	小結	205
第六章	研究發現與政策建議	207
第一節	研究發現	207
第二節	主要建議事項	223
第三節	研究限制	227

參考書目	229
附錄一 深度訪談及焦點團體研究參與者列表	237
附錄二 心理健康行動聯盟倡議相關文件	327
附錄三 國會議事錄相關檔案中的心理健康與口腔健康	371
附錄四 102 年 5 月 27 日立法院黨團協商結論	423
附錄五 各國衛生部門組織架構圖	425
附錄六 期末報告審查意見修正回應對照表	437

表 次

表 1-1 研究目的及其方法.....	4
表 1-2 心理健康對個人的定義.....	7
表 1-3 心理健康權國際法法源.....	16
表 1-4 心理健康促進與心理疾病預防雙年會大會主題.....	22
表 1-5 心理健康促進與三級預防.....	24
表 2-1 我國心理衛生的發展.....	32
表 2-2 心理健康行動聯盟爭取心理健康專責單位成立的歷程....	44
表 2-3 我國各期精神醫療網計畫期程及重點內容.....	49
表 2-4 民國 87 年至民國 101 年精神醫療人力變化趨勢圖.....	52
表 3-1 加拿大健康組織.....	87
表 3-2 WHO 與不同國家衛生部門心理健康及口腔健康組織比較...	88
表 4-1 組改前後口腔健康業務職掌對照.....	130
表 4-2 「心理及口腔健康司」掌理事項.....	133
表 4-3 組改前後心理健康業務職掌對照.....	135
表 4-4 組改前 2010 年實質工作業務與現行業務比較.....	138
表 4-5 2010 年 5 月版衛生福利部心理健康司科別職掌草案....	142
表 4-6 組改前後人力配置.....	157
表 4-7 墨爾本憲章政府決策者與心理衛生工作者行動的原則...	166
表 4-8 墨爾本憲章政府保護與風險因子.....	167
表 5-1 澳洲心理衛生行動計畫 (Action Plan 2000).....	177
表 5-2 國家心理健康計畫第四版 (2009-2014) 四大優先領域..	181
表 5-3 WHO 心理健康具體目標與內涵.....	188

表 5-4 心理健康政策及計畫評估檢核表	189
表 5-5 心理健康政策介入成果及過程指標	197
表 5-6 WHO 2008-2013 行動計畫慢性病與心理健康六大重點....	199
表 6-1 心理健康與口腔健康的沿革與現況發展	207
表 6-2 心理健康人權、心理健康促進、精神醫療和口腔健康分析	212

圖 次

圖 1-1 研究目的及其方法.....	3
圖 1-2 心理健康兩種動態性模式.....	8
圖 1-3 個人層次的健康內容.....	9
圖 1-4 國家層級的心理健康.....	11
圖 1-5 促進心理健康的決定因素、行動策略與效益.....	12
圖 1-6 2003 年 WHO 心理衛生政策與方案指導手冊內容架構.....	14
圖 1-7 心理健康與人權.....	16
圖 1-8 心理健康促進光譜.....	24
圖 2-1 民國 87 年至民國 101 年急、慢性精神病床數及每萬人口病床 數趨勢.....	51
圖 2-2 民國 88 年至民國 101 年歷年精神護理機構與復健機構家數趨 勢圖.....	51
圖 3-1 行政院組改前衛生署組織架構.....	60
圖 3-2 2005 年初次送行政院版本.....	61
圖 3-3 2009 年內部討論之四個版本.....	62
圖 3-4 2009 年第二次送核版本.....	63
圖 3-5 2010 年第三次規劃版本草稿.....	65
圖 3-6 2010 年第三次送行政院版本.....	66
圖 3-7 2012 年送核版規劃設置「心理健康司」及「口腔健康會」	66
圖 3-8 2013 年行政院核定版本，現行組織架構.....	68
圖 3-9 WHO 組織架構之一：非傳性疾病與心理健康群組.....	71
圖 3-10 美國衛生與人群服務部組織圖.....	73

圖 3-11 美國物質濫用與精神醫療服務署組織架構示意圖	75
圖 3-12 美國疾病管制與預防署組織內容	77
圖 3-13 美國國家慢性病預防與健康促進中心有口腔健康處	78
圖 3-14 泰國公共衛生部組織示意圖	84
圖 3-15 英國社會照顧、地方政府及夥伴照顧署組織架構示意圖..	86
圖 3-16 英國委託發展常務董事組織架構示意圖	86
圖 4-1 組改前政府口腔業務職掌圖	129
圖 4-2 組改前我國精神衛生行政體系架構圖	135
圖 4-3 心理衛生業務建議方向	145
圖 4-4 心理健康城市:各面向影響因素	146
圖 4-5 心理及口腔健康司應包含之業務	148
圖 4-6 澳洲維多利亞政府政策中的心理健康促進	168
圖 4-7 整合心理健康保護與危險因子：澳洲維多利亞政府的行動	169
圖 5-1 各發展階段的心理資本	174
圖 5-2 澳洲國家心理衛生政策 1993 年至 2014 年施政重點與目標	175
圖 5-3 心理健康服務的最佳組合組織金字塔	201

第一章 緒論

第一節 研究緣起與背景

歷時多年的行政院組織改造，多部會業陸續完成組織法立法程序，其中衛生福利部除整合原衛生署各局處與全國各地署立醫院外，並整併原內政部社會司、兒童局、家庭暴力及性侵害防治委員會等社會福利業務單位，以及教育部國立中國醫藥研究所。統計衛生福利部內部單位共計 8 司、6 處，下轄 5 署及 1 局之附屬機關，並於 102 年 7 月 23 日正式掛牌成立。

惟衛生福利部籌辦過程中，所屬心理及口腔健康司之業務職掌，因分涉心理與生理不同層面，在心理健康與口腔健康政策性質均屬迥異，因此該組織職能規劃多受社會輿論討論甚至質疑。爰衛生福利部組織法於立法審議通過前，立法院朝野協商時即作成附帶決議，略以「有鑒於心理健康口腔健康掌管事項多元，分別各涉及心理健康與生理健康，惟現行組織改造後之衛生福利部將所屬機關（構）配置，將其綜合規劃為單獨一司，即「心理與口腔健康司」，為免日後業務繁重，且保留作業彈性，要求主管機關應於組織改造施行一年後，再行檢討，是否將心理健康與口腔健康各自分設次級主管單位」。

另依「中央行政機關組織基準法」第 22 條規定，「機關內部單位應依職能類同、業務均衡、權責分明、管理經濟、整體配合及規模適中等原則設立或調整之」。爰現行衛生福利部將「心理健康」與屬「生理健康」一環之「口腔保健業務」，整併於同一司級單位，該組織在組織改造原則上，未來是否可制訂完善的心理健康與口腔健康政策，並據以推動與落實成效，實有必要加以評估檢視。此外，立法院於衛生福利部組織法三讀通過時，附帶八項決議，其中第一、

二、四、六項均涉及心理健康司的組織執掌、人力與經費等的要求，亦需同步進行瞭解，以俾提供設立心理健康司的初衷。

考量政府組織改造係屬一動態變革過程，在落實行政院組織改造所欲達成「精實、彈性、效能」政府之政策目標上，配合立法機關附帶決議事項，有必要參考主要國家相關業務推展經驗，就心理健康與口腔保健政策屬性與組織業務功能分工(或統合)進行掌握，並在適應我國公共衛生政策環境需求前提上，檢視我國心理健康及口腔健康政策目標，俾就心理及口腔健康司組織職能建立評估基礎，以為後續組織檢討需求。

另因組織改造今年(2013年)7月23日才正式上路，各司處署推展業務還在謀合階段，短時間無法比較業務的推動，因此進行先導研究計畫，為未來一年後檢討作準備。本研究先以三個月時間，瞭解心理健康及口腔健康的組織執掌在組織改造前後的變化，並找出組織運作中，有關之評估基礎，及未來組織架構可能的調整方向。

此外心理健康促進政策是民間組織向總統提出的殷切期盼與國家當前的迫切需要，才会有心理健康司的提出，也需要同時檢視組織改造後其心理健康促進的機制是如何發揮，需要提出心理健康促進政策在新成立的組織職能與評估基礎的建議：此外口腔健康工作內涵，也需有一檢視，做為後續一年後檢討的參考。

第二節 研究目的及研究重點

一、瞭解行政院組織改造前後，我國心理與口腔健康政策主管機關之組織建制、運作情形、其業務與職能內容。

二、檢視主要國家中央政府就心理與口腔健康政策所涉之組織架構與職能分工情形。

三、依據我國公共衛生發展環境，提出心理健康促進與預防之政策目標方向，並據以在未來研析心理健康與口腔健康之組織職能與心理健康政策推展之關係。

四、研提有關衛生福利部心理健康及口腔健康司組織運作中，有關心理健康政策推動之評估基礎，及未來組織架構可能調整方向

第三節 研究方法與步驟

以公共衛生政策分析等角度，剖析政府組織改造新成立的衛生福利部在心理及口腔健康司之組織架構及其內涵，並提出健全組織發展的建議。

一、研究架構與研究步驟流程

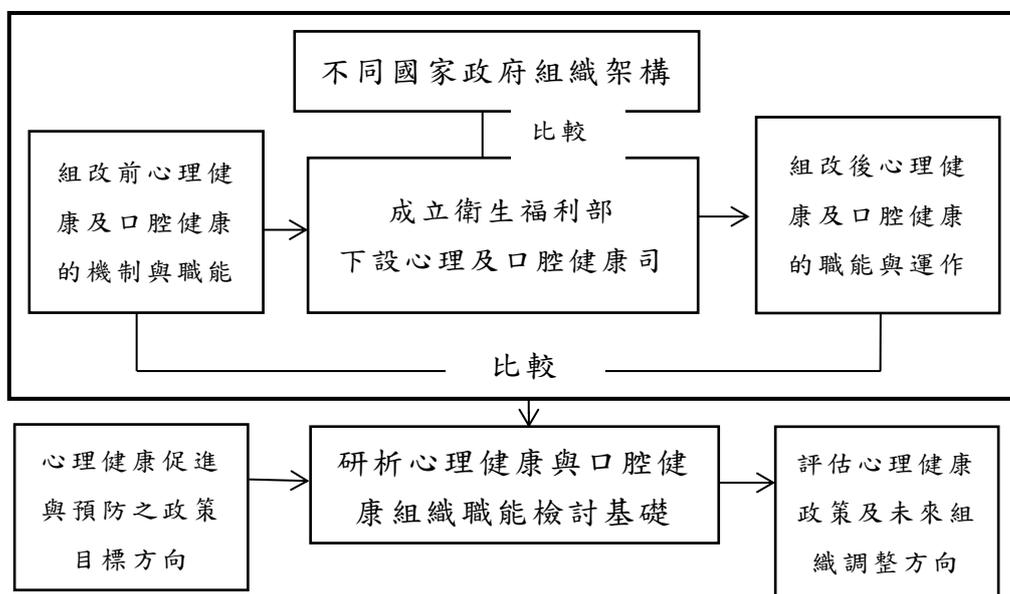


圖 1-1、研究目的及其方法

資料來源：研究者自行整理。

二、研究方法

本研究將分別採用國內外文獻蒐集、焦點團體、問卷調查與深度訪談進行：

表 1-1、研究目的及其方法

研究目的	方法
1. 瞭解行政院組織改造前後，我國心理與口腔健康政策主管機關之組織建制、運作情形、其業務與職能內容。	1. 文獻檔案分析 2. 官方代表訪談
2. 檢視主要國家中央政府就心理與口腔健康政策所涉之組織架構與職能分工情形。	1. 官方網站文獻：組織架構分析 2. 訪談法：國際專家、官方代表
3. 依據我國公共衛生發展環境，提出心理健康促進與預防之政策目標方向，並據以在明年度研析心理健康與口腔健康之組織職能與心理健康政策推展之關係。	1. 文獻分析 2. 焦點團體 3. 問卷調查
4. 研提有關衛生福利部心理及口腔健康司組織運作中，有關心理健康政策推動之評估基礎，及未來組織架構可能調整方向。	1. 文獻分析 2. 焦點團體 3. 專家訪談

資料來源：研究者自行整理。

(一)、文獻分析法

文獻蒐集國內外官方與民間組織的資料，透過檔案分析法，比較我國心理健康與口腔健康在組織改造中的變遷與業務職能，也瞭解國外不同國家的組織架構口腔健康與心理健康的定位：此外也明

瞭台灣心理健康促進政策的需求脈絡，與既有心理健康業務職能的關係，其他國家發展情形。透過國內舉辦相關研討會資料，文獻分析相關專家對心理健康和口腔健康組織架構與職能內涵期許。以及心理健康行動聯盟各種說明的文件。

(二)、焦點團體法

邀集政府與民間各方代表提出對於現行心理健康促進政策提供相關建議。邀約對象包括過去及現在中央衛生相關單位心理健康與口腔健康政策執行者、民間組織提供心理健康促進的專業團體代表、相關的公共衛生、相關醫療專業人員等。焦點團體共進行三場，每場 4 人，分別為公共衛生領域、口腔健康領域、民間組織相關領域（詳細受訪名單如附錄一）。

(三)、專家諮詢

由於精神醫療與心理衛生領域，透過心理健康行動聯盟的組成，已有不少意見在文獻檔案中，因此不再訪談，轉而以當年參與組織再造參與對立委說明的處長、退休副署長、瞭解行政業務的退休科長、當時未參加立委說明的衛生署副署長但熟悉口腔業務，衛生局長、公共行政領域等，以及口腔醫療委員會、和業務副司長等，以及國外熟悉美國組織再造的專家，共訪談國內 32 人次、國外一人次，包括衛生署當年規劃負責人，美國組織再造專家，以及國內心理健康界與口腔健康界參與遊說者，訪問對心理健康和口腔健康組織架構與職能內涵（詳細受訪名單如附錄一）。

(四)、問卷調查

採方便取樣發放問卷，研究藉著研究者親自參與之四個不同活動場合發放問卷，調查心理健康與公共衛生相關從業人員、專業人員、民間組織及其他利害關係人，對於新成立的心理及口腔健康司的認知與期待，以及心理健康相關業務。此四場合分別為「台灣公共衛生學會聯合年會」、「102 年度全國精神醫療網暨社區精神復健年終檢討會『含關懷訪視』」、「台北市衛生局健康城市人員培訓課程」以及「2013 第十一屆臺灣心理治療與心理衛生聯合會暨心靈書展」。

取樣方式為方便取樣，由研究者本人直接到場發放，有效問卷數有 173 份。

第四節 重要名詞解釋

本節將世界衛生組織（WHO）在心理健康定義的演變，從個人到國家的心理健康，作一簡要說明。提出國際人權組織對心理健康人權的詮釋，以及比較東西方心理健康的概念。心理健康定義，隨時間的進展、科學探究、醫療發展、社會經濟變化、民主思維之變遷而有所改變，從過去只是提供醫療照顧，進展到提昇所有國人的心理健康，邁向公共心理健康主流化。

一、心理健康在個人方面的定義

世界衛生組織（WHO，2004b）對「健康」定義為「生理、心理、與社會，達到和諧安適狀態」，甚至強調：「離開了心理健康，就不能稱之為健康」。在此，「健康」的定義即包含生理、心理與社會的安適狀態，不是只指沒有疾病。而「心理健康」的定義從個體的安適狀態，到社區國家的心理健康，有其不同定義。

個人方面，「心理健康」的定義，需要從個體心理自我發展到社會、文化和環境層面才算是完備。心理學個體發展取向由臨床診斷和心理學的發展理論來定義個體的「心理健康」（Vaillant, 2003），個體有愛的 ability、工作和休閒的能力、有效解決問題的能力、生活探索的能力、自主、高度的自我效能、積極面對壓力和處理、具有抗逆／復原能力、成熟的情緒與社會智商（理解自我與他人）、社會心理人格發展成熟、主觀的幸福安適感受等等（表 1-2）。

歐盟也是將心理健康視為整體健康不可或缺的一部分，並進一步連結個體與環境，承認心理、生理因素及社會互動、社會結構、資源及文化價值相互關連及影響。2010 年歐美澳更具體提出心理健

康與精神疾病是橫軸與縱軸關係(圖 1-2)(Keyes, 2002; Perry, G. S., Presley-Cantrell, L. R., & Dhingra, S., 2010)，一個人可以擁有自主積極的心理健康，即使他有嚴重精神疾病；一個人也可以沒有精神疾病但其生活萎靡低度心理健康狀態。此外張珏也整理出個人心理健康需要涵蓋到身體、情緒(心理)、社會(人際互動、社會參與)、行為、社會心理(刻板印象、不歧視)、靈性等六個面向(張珏, 2007)，如圖 1-3 也就是說宏觀心理健康對個人而言要包括前述六大項，但是狹義來說，也有學者只專注在情緒健康(emotional health)方面。

表 1-2、心理健康對個人的定義

WHO 世界衛生組織 (2004b, 2010)	是一種安適狀態，個體瞭解自己的能力、可以處理一般生活壓力，在工作上有效率有生產力，對於所屬社區／社群能夠有貢獻。包括主觀安適，察覺到自我效能、自主、有能力、個人智能與情緒潛能的實踐。
EU commission (2005)	是整體健康不可或缺的一部份，反應出個體與環境之間的狀況。受到個體心理跟生理因素、社會互動、社會結構與資源以及文化價值影響。
Vaillant (2003) Mental Health. Am J Psychiatry	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSM IV 第 V 軸正常以上：有能力去愛、工作、休閒，有效解決問題，生活探索與投入、自主。 2. 正向心理學：用擴大正向品質呈現心理健康。例如：自我效能(愛、氣質、智慧、勇氣、正義、轉化)，對壓力之處理為選擇承認面對與正確方向。 3. 成熟與整合的社會心理發展：Erikson 社會心理發展階段認同、親密、生產力、整合。Vaillant 生涯發展落實、維持意義有能力去愛，在問題解決上少偏見與歧視，有現實感與接受時空變化，適當的期待，積極保持希望的能力。

	<p>4. 情緒智商或社會智商：有能力去瞭解自我與他人的情緒（調適、表達、安撫焦慮、協商、情緒與動機/等待達成目的）。</p> <p>5. 主觀安適狀態：氣質、創造無傷環境、快樂無私。</p> <p>6. 復原力（抗逆能力）：因應機制、調適的價值</p>
<p>英國心理健康基金會</p>	<p>情緒健康：對於健康的正向感知，可促使個人在日常社會生活中發揮功能並能面對各種生活中的要求；具有良好心理健康狀態的人是有能力有效的從疾病、生活變動以及不幸事件的影響中復原。</p>

資料來源：研究者自行整理。

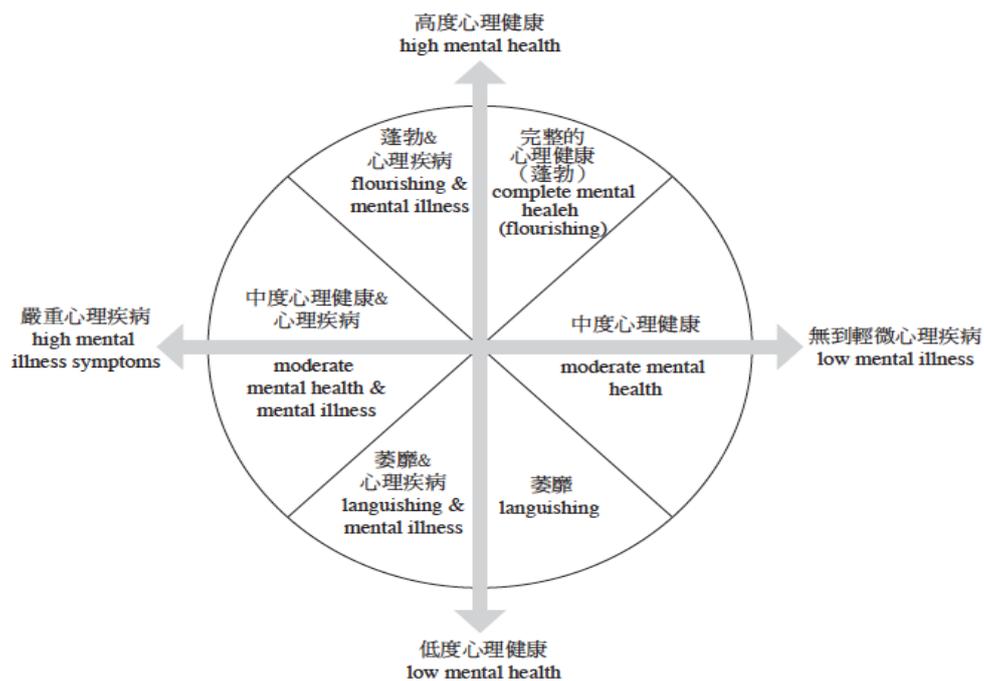


圖 1-2、心理健康兩種動態性模式

資料來源：Keyes, 2002



圖 1-3、個人層次的健康內容

資料來源：張珪，2007

二、國家心理健康

國家層面的「心理健康」，包含從個體身心靈健康到社會群體和國家的和諧安寧與幸福。由國家保障民眾的心理健康，須提供包容、無歧視、零暴力、參與的社會與物理環境，設計符合心理健康人權的政策與方案，讓人人免除恐懼與暴力，需要一個明確的機制，培育社區專業服務人才，逐步發展促進全民的心理健康服務。由此觀點，所有國家政策必須進行心理健康影響評估，以達到「心理健康主流化」的世界趨勢。

就如同（圖 1-4），「哈佛報導」在 1995 年早已提出「國家心理健康」，一個心理健康的國家不是只看其精神疾病的有無，還有其他疾病都與心理健康有關，例如：心臟血管疾病、高血壓、憂鬱、壓力相關身體反應等等，而且不只看疾病的有無，也要知悉其被照顧的合宜性（絕非用藥或住院而已），更甚是惡質的社會條件（失業、貧窮、歧視等），與病理的社會狀態（暴力、兒虐等）。國家需提供減少惡質的環境（如歧視、貧富不均、教育缺乏等）、改善病態的社會（如暴力、兒虐等）、提昇少生病的機制（心臟病、行為導致疾病、憂鬱、壓力等）（Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman, 1995）。心理健康的定義改變從疾病治療到身心健康促進，心理健康不是只有精神醫療，或醫療權，其實它是人權，包含一套價值觀、基本要求，也是幸福感、社會參與等。（WHO, 2004, 2005, 2010；張珏, 2007, 2012）國家有責任提供心理健康環境、與改善導致心理不健康因素。

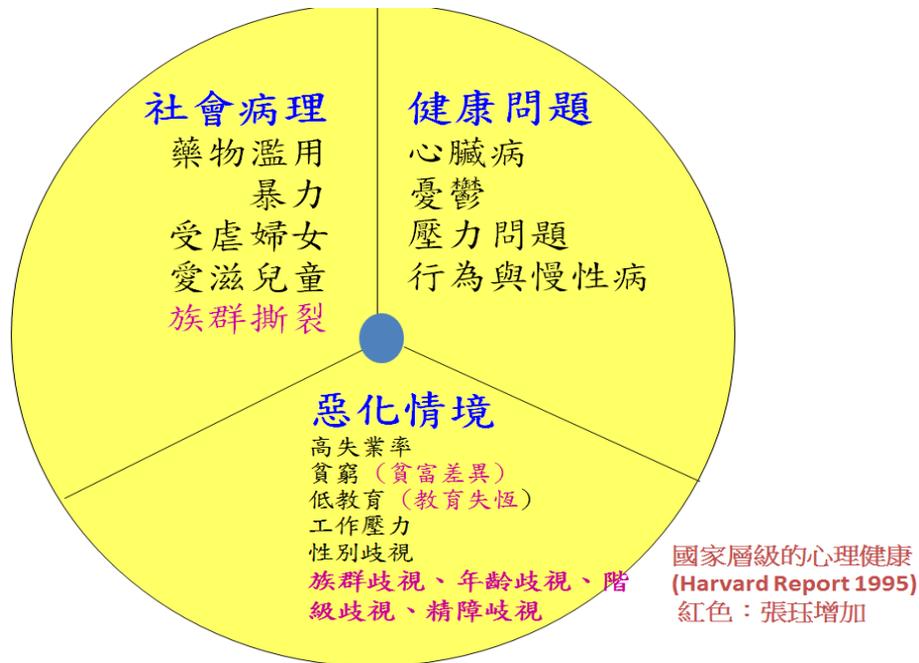


圖 1-4、國家層級的心理健康

資料來源：Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman, 1995

國家層級的心理健康擔負著提昇全國人民的心理健康，即是「心理健康促進」，泛指促進正面心理健康相關的活動，關注個人和社區最大的參與，致力於改善與保護生活品質和幸福安適感(well-being)；目標是增加健康的平等、預防導致健康的危險性、維持環境對健康的保護、和促使個人與社區的充權，並提出良好的心理健康政策、對心理健康倡導，使民眾能發展技能和充權心理衛生知能 (Worley, 1997)。不只對民眾與社區提昇其心理健康，也重視身心連結，瞭解並能檢視心理狀況會導致其他疾病發生，以及因為生病或生活中重大事件發生導致情緒失調或心理不適應情況的早期覺察與轉化。如圖 1-5 為國家為了全民福祉，提昇全民心理健康的框架 (WHO, 2004b)。最新出版「心理健康促進的基礎」一書，作者將心理健康促進當成是國家政策 (Sharma, Atri & Branscum, 2013)。

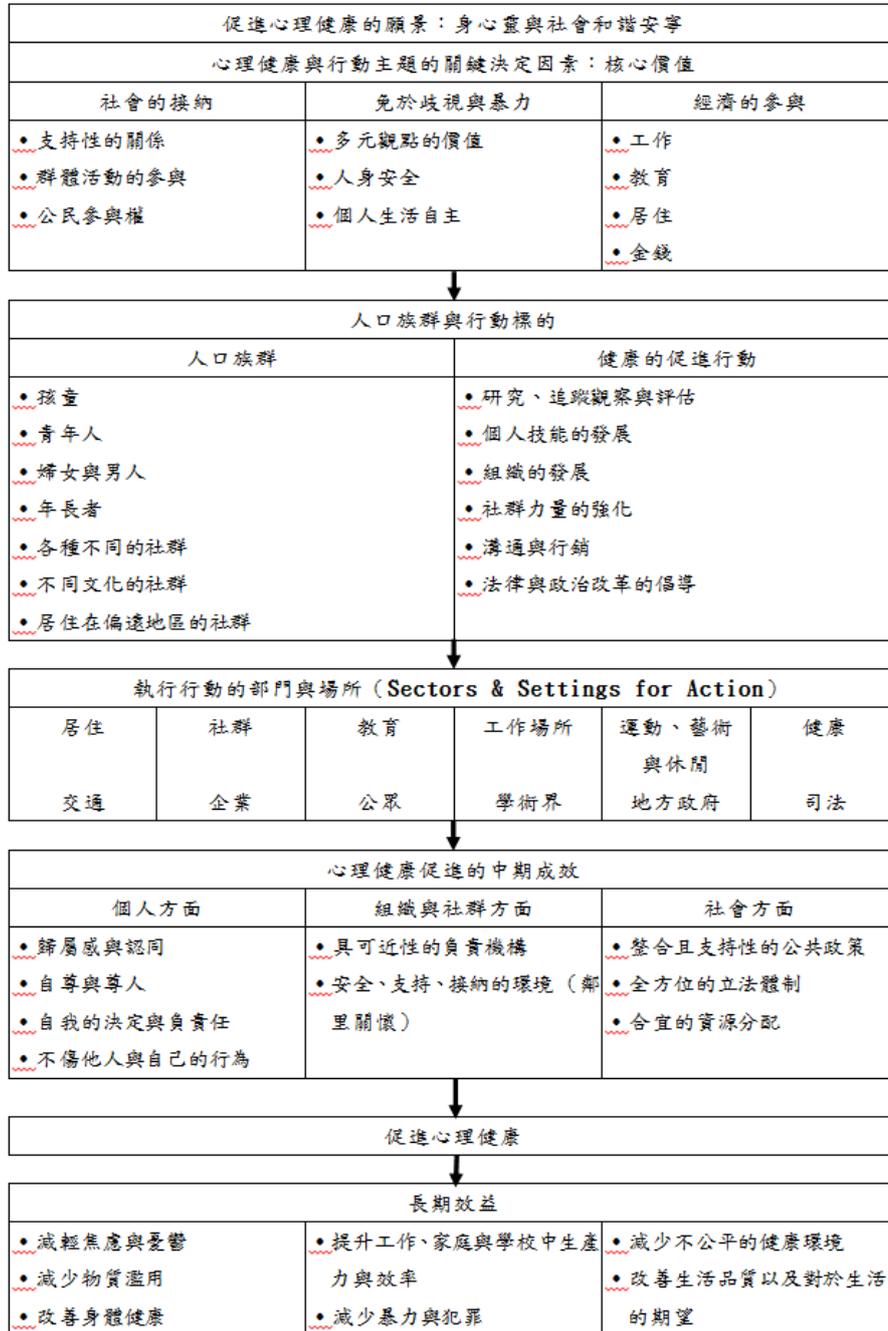


圖 1-5、促進心理健康的決定因素、行動策略與效益

資料來源：WHO，2004b。

過去心理健康的議題比較重在提供醫療服務，甚至只侷限在精神醫療的設置，例如世界衛生組織自 2000 年推動 (Project Atlas) 大地圖計畫，2001 年二十一世紀第一年四月的世界健康日，主題就是「勇於關懷、停止排斥」，並在該年十月出版 WHO 報導也是以精神醫療治療為主軸，「新的了解、新的希望」(WHO, 2001)，此外在 2005 年第一次出版之後，2011 年為最近期再出版。主要內容包含了全球心理健康在預防與治療精神疾病、復健服務和保護人權的資源分布情形。資料的收集來自 184 個國家 (95% 世界衛生組織會員國涵蓋 98% 世界的人口) (WHO | Mental Health Atlas-2011 country profiles)。

但是隨時代變遷，對心理健康定義，已經從沒有精神疾病提昇到促進心理健康，個人心理健康與精神疾病是橫軸縱軸的關係，一個生病的人 (不論是急性、慢性、或精神疾病、癌症等)，病人一樣需要有不被歧視、被社會包容、能有受教育、工作機會等，而國家社會中的每個人民，也都有享有不被歧視免於恐懼的生活環境的權利，所以需要國家心理健康的政策。也是 2003 年 WHO 要求各國能開展心理或精神醫療政策 (mental health policy) (WHO, 2003)，包括立法人權、組織、財務規劃、服務計劃與預算、倡導、研究評估等，這些都比較偏對精神病人的醫療服務，以及相關政策、立法等，除此之外並於 2004 特別提出促進心理健康，並提出需有雷同相關方案與政策制定 (WHO, 2004b, 2005b)，就是希望全球能改變視角。



圖 1-6、2003 年 WHO 心理衛生政策與方案指導手冊內容架構

三、心理健康是基本人權

心理健康的概念或人權規範的要件等分析，都將融合這兩項基本設定，即（一）心理健康即人權（**mental health as a human right**），及（二）心理健康與其他人權密不可分（**inextricable linkage between mental health and human rights**）。因此可得知，心理健康與人權保障必然存在的正相關關係亦為「互為因果的關係」（**reciprocal causal relationship**），且關係亦應包含上述三個面向，分別為（一）自由人權受侵害時，易造成心理不健康，如酷刑、奴役、暴力、宗教不自由、言論箝制、心理健康狀態以外因素所生之歧視或汙名等。（二）福利人權被滿足時，心理健康得已提升，如適當住居權、飲用水暨衛生權、糧食暨營養權、教育權、工作權、社會安全權、家庭團聚權、文化生活參與權等。（三）心理不健康時，易遭致其他人權受侵害，如個人自主性、公民參與的權利、隱私權、人身或遷徙自由、基於心理健康狀態所生之歧視或汙名（**stigmatization**）等。前項（一）所涉及的弱勢（易感）群體，如受家暴者、新移民、原住民、移工等等，也會因為處境導致心理的傷害，需要重視。（WHO, 1999, 2002, 2012）

其中，第（三）種情況中最常見且最嚴重的即為「對於精神疾患者之歧視」（discrimination against whom of mental disorders / discrimination on the grounds of mental illness），即任何武斷否定精神疾患者享有其他公民所擁有權利的行為，包括作為及不作為。法律本身或許並未主動歧視精神疾患者，但卻可能課以不恰當（improper）或不必要（unnecessary）之妨礙（barriers）或負擔（burdens）。根據 1991 年《聯合國保護精神疾病者與改善心理健康照護原則》（MI Principles），這裡的「歧視」係指足以損害任何人平等享有權利（nullifying or impairing equal enjoyment of rights）之區別（distinction）、排除（exclusion）或偏頗（preference），但任何僅具保障精神疾病患者權利或確保其復健之進展等目的之特別措施，不得視為歧視。（WHO, 2003）

心理健康與人權的關係密不可分。當人權被侵犯時，心理健康會產生破壞性的有害影響；當極端形式的虐待、侵權、人道危害（如種族滅絕），會對心理健康造成長期負面的影響；有辱人格的懲罰或治療、針對婦女生理心理的虐待，會造成心理跟身體的傷害，並使受害者及其家庭、社區的心理健康狀態欠佳；失業、低教育程度、缺乏食物等因素，是人民獲得心理健康服務的障礙；公民擁有自由的權利去投票、參與公共事務、表達自己的意見，也是獲得心理健康的因素；被歧視的受害者較容易受到限制，難以融入社會，並影響一個人的尊嚴和自尊，不利於心理健康和福祉。就如文獻中探討健康與人權 WHO 的界定，此處將 WHO 健康與人權小組（Health and Human Right, HHR）提出轉成心理健康與人權（圖 1-6）。

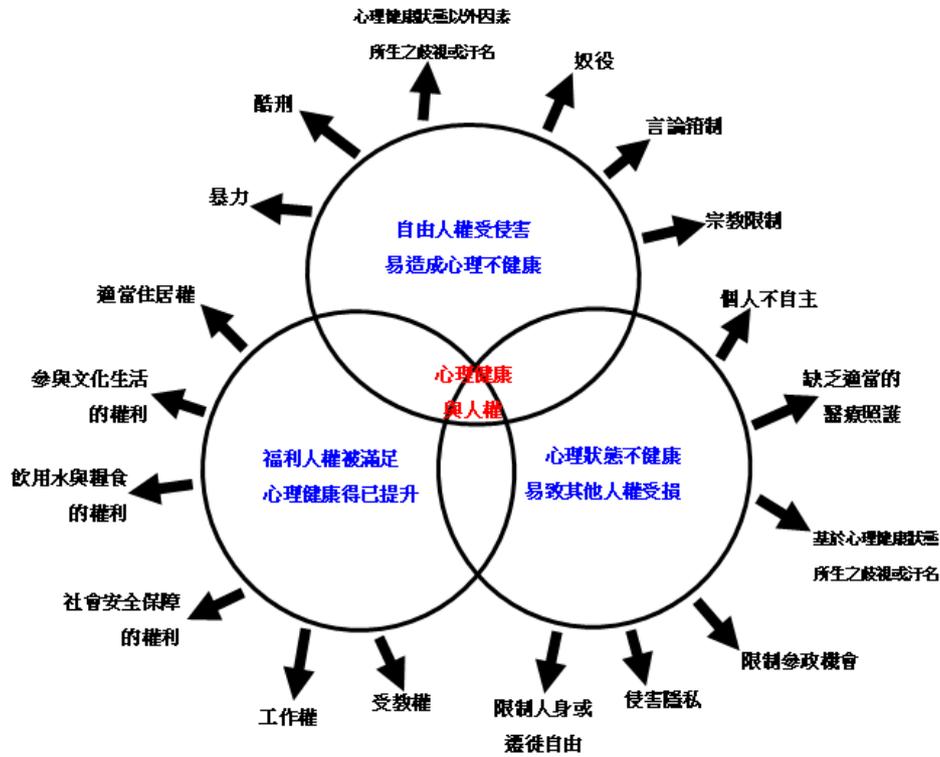


圖 1-7、心理健康與人權

資料來源：研究者自行整理

表 1-3、心理健康權國際法法源

可能達到最高標準之心理健康的權利	與精神疾患、遲緩、障礙或功能不健全者相關之權利	免於精神虐待，或殘忍、不人道或侮辱等之處遇的權利	與心理健康發展與促進有關之其他權利
1946 年《世界衛生組織憲章》前言第一、二段	1966 年《經濟社會文化權利國際公約》第 3、6-15 條 CESCR：1995 年	1966 年《公民與政治權利國際公約》第 7 條 HRC：1992 年第 20 號一般性評論	1948 年《世界人權宣言》第 25（1）條 1978《世界衛生組織阿拉

<p>1965 年《消除一切形式種族歧視國際公約》第 5 (5) (4) 條</p> <p>CERD：1996 年第 20 號一般性建議</p> <p>1966 年《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條</p> <p>CESCR：1995 年第 6 號、2000 年第 14 號一般性評論</p> <p>1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約》第 11 (1) (6)、12、</p>	<p>第 5 號一般性評論</p> <p>1966 年《公民與政治權利國際公約》第 17 條</p> <p>HRC：1988 年第 16 號一般性評論</p> <p>1971 年《聯合國心智遲緩者權利宣言》</p> <p>1975 年《聯合國身心障礙者權利宣言》</p> <p>1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約》第 6-15 條</p> <p>CEDAW：1991 年第 18 號一般性建議</p> <p>1985 年《有關公民與政治權利國際公約中的權利限制及克減規定之錫</p>	<p>1982 年《關於醫療照護人員(尤其是外科醫生)在保護受刑人及被拘禁者免於酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰中扮演的角色的醫學道德原則》</p> <p>1984 年《禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰公約》</p> <p>1989 年《兒童權利公約》第 19、28 (2)、37 條</p> <p>CRC：2006 年第 8 號一般性評論</p> <p>1990 年《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》第 10 條</p>	<p>木圖初級衛生保健宣言》</p> <p>1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約》第 10 (8) 條</p> <p>1986 年《關於健康促進之渥太華憲章》</p> <p>1988 年《關於健康的公共政策之阿德雷建議文》</p> <p>1989 年《兒童權利公約》第 27、32 條</p> <p>1997 年《關於將健康促進引入 21 世紀之雅加達宣言》</p> <p>2005 年《關於全球化下的健康促進之曼谷憲章》</p> <p>2010 年《關於</p>
--	--	--	--

<p>14 (2) (8) 條 CEDAW： 1990 年第 14、15 號、 1992 年第 19 號、1999 年第 24 號、2010 年第 27 號 一般性建 議 1989 年《兒 童權利公 約》第 24 條 CRC：2003 年第 3 號、 第 4 號、 2013 年第 15 號一般 性評論 1990 年《保 護所有移 徙工人及 其家庭成 員權利國 際公約》第</p>	<p>拉庫扎原則》 1989 年《兒童 權利公約》第 23、25 條 CRC：2006 年第 9 號一般性評論 1991 年《聯合 國保護精神疾 病者與改善心 理健康照護原 則》 1993 年《身心 障礙者機會平 等標準規則》 1996 年《世界 衛生組織心理 健康立法十大 基本原則》 2006 年《身心 障礙者權利公 約》第 2 (3)、 3-5、9-24、 26-30 條</p>		<p>健康融入所 有公共政策 中之阿德雷 聲明》 2011 年《關於 健康社會決 定因素之里 約政治宣言》 2013 年《將健 康納入所有 公共政策之 赫爾辛基聲 明》 1990 年《保護 所有移徙工 人及其家庭 成員權利國 際公約》第 70 條 2006 年《身心 障礙者權利 公約》第 8 條</p>
---	--	--	--

25 (1)、43 (1)(5)、 45 (1)(3) 2006 年《身 心障礙者 權利公約》 第 25 條			
--	--	--	--

資料來源：研究者自行整理。

四、心理健康東西方比較

一般而言，會認為心理健康是西方的產物，與東方文化不同。宋明儒學王陽明的「心即理說」即指出「這心之本體，原只是箇天理。原無非禮。這箇便是汝之真己。這箇真己，是軀殼的主宰。」源自於此，可以說心理健康是中華文化的特色，「心」是人生一切的主宰，是一種態度；「理」是事物的緣由（道理），對發生的現象、心情都能追根究底，了解原因，從根本解決也可以預防問題發生。華人的心理健康的定義可以是指「心平氣和」、「安居樂業」。和西方人權的基本精神相呼應，心理健康的國家社會，人人能免於恐懼、沒有不平等。心中無不平，就不會有怨氣，也不致於產生自傷傷人的暴力行為。和諧就是中庸，無過與不及，自然就能安，平安就有喜樂與幸福感，這是中華的儒家思想。

蔡焯基（2012）由中國知網 154 篇文獻，找出心理健康常用定義，經專家反覆討論，制定出六項中國人自己的心理健康標準：「一、認識自我、接納自我：包含了解自己，恰當的評價自己，有一定的自尊心和自信心，體驗自我存在的價值等自我意識方面；二、自我學習、獨立生活：具有從經驗學習、獲得知識與技能的能力，能夠獨立處理日常生活中大部分食衣住行活動，也能夠利用獲得知識、能力或技能解決常見問題等生活學習方面；三、情緒穩定、有安全感：能保持情緒平穩、積極，調控自己情緒變化，也能對人身安全、生活穩定等有基本的安全感；四、人際關係和諧良好：具有基本社

交能力，能夠處理、保持基本人際交往關係，能在人際互動中體驗到正常的情緒情感，獲得滿足感，接納他人及交往中的問題；五、角色功能協調統一：基本能夠履行社會要求的各種角色規定，心理行為符合所處的環境、年齡，行為協調；六、適應環境、應對挫折：保持與現實環境接觸，面對、接受現實並積極應對，克服困難與挫折等。」研究結果的六項指標皆偏向生活在社群中的個體，其情緒、情感、人際關係上工具性的能力和表現，而非個體「自我」的狀態；這也顯示，全球華人最集中的中國，所激盪出的近代中國文化價值觀所認同的「心理健康」。

《中國藥學大辭典》主要編著者陳存仁在 1930 年代寫出《樂天長壽辭》「心理衛生，近代漸盛，養性修身，早垂古訓。人生疾病，外因易防，七情六欲，內賊難當。憤怒煩惱，抑鬱悲哀，神明內疚，百病之階。健康要道，端在正心，喜怒不縈於胸襟，榮辱不擾乎方寸，縱遇不治之疾，自有回天之功。毋慮毋憂，即是長生聖藥；常開笑口，便是卻病良方。養生只此真詮，長壽無他奧秘，昔時七十已稱稀，今後百齡不足奇。隨遇而安，無往不樂，優哉悠哉，同登壽域。」文辭中指出情緒對身心疾病和身心健康的影響（憤怒煩惱、抑鬱悲哀、內疚等百病之階；正心、無憂無慮、笑口常開是健康要道、長生聖藥與卻病良方等），了解心理健康的人，就能長壽，並且「隨遇而安，無往不樂，優哉悠哉」。可見華人傳統醫學重視心理健康其來有自，心理健康並非來自西方文化的產物。

對華人而言，推動心理健康促進就是「平」與「安」，不只對個人自我學習處理，也能以「平」與「安」態度面對周圍環境，能愛惜環境，不會濫砍伐，大地也不會因為被過度使用而反撲，產生各種災難。大自然能「和諧」與「安」，社會才會幸福與快樂！因此沒有心理健康，健康家庭、社區、城市、國家便難以安寧，國民就無法有幸福！也就是禮運大同篇所提出：「老有所終、壯有所用、幼有所長、鰥寡孤獨廢疾者皆有所養」的理念。這與 WHO（2005）所提促進心理健康的決定因子相同。

除了儒家思想之外，東西方存在不同的宗教信仰中也對心理健康有所定義，例如學者 Amber Haque (2005) 提出心理健康概念的發展，基督教認為精神疾病是因為自然因素如生活的挑戰導致，或因做錯了事上帝賜予的懲罰。當事情發生或產生不預期的變化時，挑戰信徒對上帝的信任。在基督教會的信仰中，真正健康的心理狀態是與上帝保有良好關係。另外，佛教在 2500 年前來自北印度，佛學中提到人生中的「苦」(dukka)、「集」(samdaya)、「滅」(nirodha) 和「道」(nirvana)，佛教徒相信精神疾病也是因為前世所種下的負面因而得到的果，所以要康復就落實八正道：正見、正思惟、正語、正業、正命、正精進、正念、正定。對世界的依附是無知的，導致在個體可恥的性格和不安。禪定 (Samantha)、內觀 (vipassana) 和戒律是必要的個人發展，且有許多研究證實禪修有助於促進心理健康。

在 500 年前的印度教 (Hinduism) 在東南亞地區包括印尼和馬來西亞開始崛起，但目前信徒大多分佈在印度和尼泊爾。記載在 Vedas 知識之書裡提到印度教最早期的觀念，所謂的“Rygveda”是指各種疾病和治療方式，和“Ayurveda”是指複雜的哲學思想，相信人是由 24 個不同元素及三個面向：心理 (mind)、精神心靈 (atma) 和身體 (sharira) 組成，所以心理健康也就是在這之中取得平衡。此外也同時重視身體 (sharira) 和日常飲食的關係、心靈 (atma) 與上帝關係及心理 (mind) 與老師和宗教師的關係。伊斯蘭教可蘭經也用“Hayatan Dhaniqah”形容生命中遇到精神壓力而“Taqwa”是指心理健康不平衡的狀態，精神障礙也通常被認為放棄或忽視伊斯蘭教會的教導。身體和心靈要達到平衡，讓人與神近距離才能保持心理健康的狀態。一般認為宗教信仰有助於處理心理困擾也預防精神疾病。

以張珩 (2007) (圖 1-3) 所提出個人心理健康定義，其中也特別指出，我們需要有宗教關懷的精神，但是不是迷信盲從，宗教的狂熱或誤導，也反映出社會的空虛，需要明確了解宗教帶給大眾平

靜，還是出現問題，在在顯示民眾需要有心理健康素養，了解自己需求。

五、公共心理健康主流化 (Public Mental Health Mainstreaming)

公共心理健康主流化，是認為心理健康是人人應擁有的基本人權，因此國家應將心理健康促進做為致力於提昇國人心理健康的行動，也因此要將心理健康理念融入各種政策或方案的制訂中(張珏 & 謝佳容, 2014)。不單是提昇促進個人的心理健康，也要提昇家庭、社區的心理健康與抗逆能力，更要重視國家是否有應有的心理健康政策，以及檢視國家的各種政策是否有益於民眾的心理健康。為有別於早期將精神醫療希望也被重視，用詞同樣是 (mental health mainstream) 翻譯成心理健康主流化，所以在此特強調是公共大眾的心理健康，稱之公共心理健康主流化。

心理健康促進在公共衛生一向倡議的三段五級工作中，已經不再是將健康促進放在初級預防項目中，它其實應該涵蓋在每一階段中，如同下 (表 1-4) 的說明，以及來自澳州由 Mrazek & Haggertry (1994) 提出的光譜預防的概念如 (圖 1-8) 所示，範圍包括全面性、選擇性、指標性預防、發現個案、早期治療、到三級預防的長期治療、長期照護、社區復健。

由 2000 年開始舉辦的世界心理健康促進與行為異常防治雙年會，是由卡特中心、世界心理衛生聯盟、克理夫比爾基金會等國際民間非營利組織主辦，並得到 WHO 支持，一起合辦，其主題的變化如表 1-4，可以看到心理健康促進已經由實證研究，到要求其長期被忽視的地位，進展到所有政策規劃或執行時，都應該有對心理健康的影響評估之要求。所謂「公共心理健康主流化」。

表 1-4、心理健康促進與心理疾病預防雙年會大會主題

2000	將心理健康促進和疾病預防觀念與治療和復健/康復連結
2002	發展伙伴關係：跨文化下將科學實證、政策、方案整合。
2004	從研究到有效落實

2006 強化並發展人生各階段的復原力（抗逆能力） 2008 心理健康：從邊緣到主流 2010 注意到不平衡：促進心理健康的公正（公平正義） 2012 二十一世紀心理健康的趨向 2014 心理安適融入所有政策中（mental well-being in all policies）
--

資料來源：研究者自行整理

2004 年 WHO（2004b，2005b）報告中亦指出了心理健康的實質價值，更提及心理健康會對社會凝聚力造成影響，而心理的不健康更是目前自殺與反社會行為增多，社會混亂的重要因素之一；連一向只重視精神醫療的醫界，也提出個人復原力（順應力）、正向心理健康的看法（Vaillant，2003），以及心理健康識讀（素養）能力之加強（張珏、張菊惠，2012；張珏、王榮德、呂淑好等，2005），也因為心理健康促進的理念與實踐，是近幾年來才被 WHO 重視與提出，故對心理健康促進的實證研究需要持續的關注與投入，同時應探討永續經營心理健康促進的方法（Shediac-Rizzkallah & Bone, 1998），亟需在公共衛生領域中具備有前瞻性與創新性的學術與應用價值。能以渥太華憲章為依歸，充權理論為策略，發展創新研究，先由個人技能增進出發，提昇維護心理健康的能力，改善心理健康的環境（張珏等，2005）。

因此要在此提出「公共心理健康主流化」概念與實際行動，也就是所有一切方案、政策，都要經過心理健康的檢視與影響評估，國家政策或方案、政治人物言論等，都要經過檢視，是否會傷害到民眾的心理健康，需融入心理健康的視野。我國需要有「心理健康促進法」，提昇推動心理健康促進的合法性、重要性與經費落實，並促進跨部會的合作。心理健康是基本人權之保障，需要被維護與提昇。也符合 WHO 健康促進歷年發展在 2013 年正式提出將「健康融入各種政策中」（Health in All Policies），同樣心理健康政策也需融入各種健康政策與其他國家政策中。心理衛生學也是一個跨科際整合的學門（柯永河，1985），包括社會學、政治學、心理學、醫學、

社工學、護理學、經濟學等等。

表 1-5、心理健康促進與三級預防

	初級預防	次級預防	三級預防
心理健康促進	促進個人更有效處理日常生活能力的政策或實務。	促進心理健康與預防心理疾病的大眾教育。	促進心理疾病健康照護與場所心理健康促進的政策與實務(幫助精障就業)。
心理疾病預防	提供醫院與社區照護以改善心理疾病的影響。	政策與實務關注高危險群體。	長期慢性心理疾患的醫療精神治療與預防(社區復健)

資料來源：研究者自行整理。

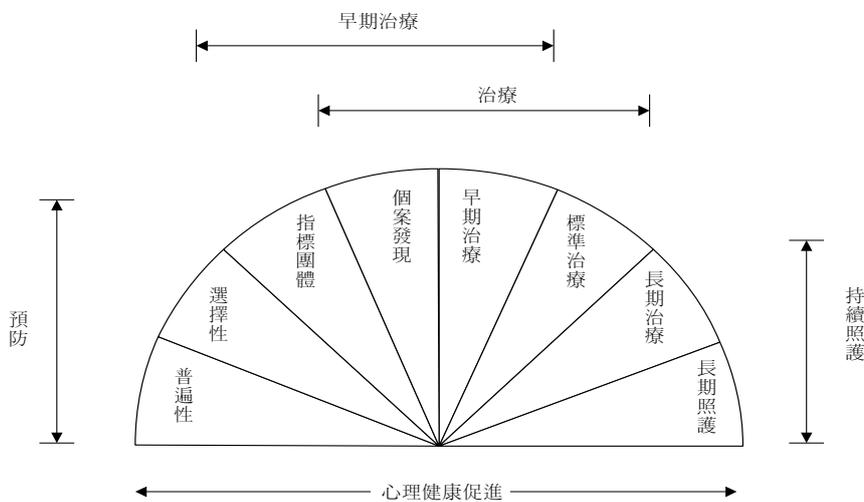


圖 1-8、心理健康促進光譜

資料來源：Mrazek & Haggertry (1994)

公共心理衛生（公共心理健康）的定義：是經由有組織的社區

力量、社區資源與法令規章，致力於增進並維護個人與整個社會群眾的心理健康，預防心理異常或精神疾病，減輕因疾病帶來對個人與社區的不良影響，也減少危害社區生活環境的致病因子。公共心理衛生與傳統的醫療模式，尤其是精神醫學模式有些不同（Felner, Jason, Moritsugu & Farber, 1983；張珣，2007）：

（一）、它強調預防的觀念：傳統精神醫學醫療模式強調對病患的監禁、隔離、治療及減低病變。現在則強調對精神疾病患者的保護、諮商與治療，使其回歸社區，發展生活能力。更進一步，公共心理衛生著重於發展個人與社區的調適與應對能力，行為與態度的改變，拓展發揮個體與整體的長處，並力求改善環境品質，以避免精神疾病與心理異常的發生等預防觀念。

（二）、它強調社會環境對疾病成因的影響，包含整體民眾的社區為工作對象：過去對精神疾病病因的探討，多重視個人遺傳及其他生物學的看法，強調病人本身的改變，主要關心層面在於個人的精神病理。如今則著眼於個人所屬生活環境的影響，如家庭、社區，重視個人與其生活環境的互動及全體民眾的生活成長與發展，因此強調的重點在於：環境的改變即為病人的改變。

（三）、它強調社區的診斷：以流行病學與人口統計來探討一個社區的罹病率、死亡率及其他有關影響健康的因素，甚至更進一步探討社區所有民眾的心理健康需求，以作為訂立政策、規劃組織的依據。

（四）、它以社區組織的整體力量、責任和整個社區的參與為強調重點：傳統醫療模式注重個人疾病的診療，其為一對一的形式。現在則強調社區大眾對精神疾病的責任與所應從事的努力，尤其是去除對精神病患與其家屬的「烙印」和排斥。著重層面在於社區資源的妥善運用及醫療照顧網的建立，及社區對精神疾病的認識和負面態度的改變。也注重到其它疾病的烙印問題，例如癌症、不孕等。

（五）、它強調持續性的照顧：過去看護病患的方式僅侷限於留置病人於精神病院或療養院中接受治療。現在則強調社區心理衛生中心的觀點，建立早期發現問題、轉介、追蹤、相互照會整體性的醫療保健系統，並且著重就醫的可及性、溝通的理解性與環境的友善性。同樣

原則也適用在慢性病人回歸社區的適應。

(六)、它強調工作的完整性：過去傳統方式只著重片面的醫療行為，現在則以全面性的諮詢、社區工作人員的訓練、教育、資源的連結、有效運用，謀求整體層面的掌握。

(七)、它強調的目標為全體民眾的心理健康：只注重個人病情的改善是屬於傳統的醫療模式，現在則以改善整個社區，將醫療服務與心理健康促進延伸至社區每一個角落為追求的目標，強調「你好、我好、大家好」的本質。

(八)、它強調科技整合的觀念：公共心理衛生融合擷取多項專業學科的菁華，不再只固著於傳統精神醫學理論，發展至目前林林總總的公共衛生行政、流行病學、心理學、精神醫學、精神護理學、社會學、社會工作學、經濟學、醫院管理學、復健醫學、輔導學等，甚至神學、藝術（音樂、舞蹈...）、園藝學、花精、中醫與文化保健（能量、經絡）等、也都開始加入心理衛生推動的行列。

六、精神醫療與心理健康用語之爭議

英文字“mental health”，在中文翻譯上卻出現不同的用語，代表一些差異性，例如心理衛生、精神衛生、心理疾病、精神疾病、心理健康、精神健康、心理障礙、精神障礙等，同時在醫療服務體系則出現精神醫療網，而心理治療是精神醫療處置的一環。過去習慣用「衛生」也有“hygiene”之意，屬於一種策略來達成健康，隨時代的改變，我國對同樣的英文“health”卻將原來使用「衛生」改成「健康」，代表希望達到的完好極致狀態“optimal status”。

WHO 的翻譯來自香港或中國大陸時，目前是用「精神衛生」，多在討論精神疾病的醫療，精神病人的保護，但是當 2004-5 WHO 出版「促進心理健康」(Promoting Mental Health) 的書的時候，書名翻譯是「促進精神衛生」，但是內文精神衛生卻與心理健康、精神健康、精神疾病等交錯使用，因此直接對照「促進精神衛生」中文版與「Promoting Mental Health」英文版的關鍵內容(key messages)，則可以發現在引用世界衛生組織對「健康」定義時，就是「軀體、

心理、社會適應的完好狀態，...」第七頁，第四行），英文是（**mental**）但爾後又用精神健康代表（**mental health**）「精神健康不僅僅是沒有精神疾病...」（第七行），同樣也是（**mental health**），在第十四行時，當提到影響因素包括生理、心理、社會因素時，所提的心理是用（**psychological factors**），可是在第二十行談到精神健康與行為相關時，又將心理、社會和行為健康交互作用，這時的心理健康還是用（**mental health**），此外同行對（**well being**）時提出又用到身心完好狀態。（**WHO**，2004）

追溯 **WHO** 在心理健康發展，其實早先都是關心精神醫療，後來才重視心理健康提昇，也同樣參考加拿大政府提出心理健康（**mental health**）業務時，內容就包括心理健康促進（**mental health promotion**）、以及精神疾病（**mental illness**）和心理健康服務（**mental health services**），當加拿大用心理健康服務時所提出是心理健康促進到預防心理健康問題（**mental health problem**）和治療嚴重精神疾病、以及對精神病人或障礙者的支持與復健。

若在前面四項的 18 至 20 頁提到我國文化對心理健康定義時，傳統都還是用「心理」代表之，較少提到「精神」。

精神醫療涉及較多精神醫學領域（**psychiatry**），公共衛生則涉及全體民眾的身心健康。所以為避免以下研究計畫討論中的誤解，本研究將所有的“**mental health**”當涉及精神疾病精神醫療時候，就用精神醫療或精神衛生，但是在提出為全民的心理健康著力時，就用心理健康代表。但是過去衛生處等成立心理衛生等組織、或社區心理衛生中心時，名稱仍用心理衛生，其間會有交錯使用，但都是英文的“**mental health**”。

七、口腔健康定義

從 **WHO** 網站上其定義口腔健康為：涉及必要的一般健康，與生活品質。希望沒有顏面疼痛、口腔與咽喉癌、口腔感染與鵝口瘡、牙週病、蛀牙、牙齒脫落、以及其他疾病會導致限制個人的咀嚼、

咬啃、微笑、說話、和心理社會安適(psychosocial well-being)(WHO Oral health, 2012)。

第五節 預期目標

本計畫預期達到以下目標：

- 一、瞭解行政院組織改造前後，心理健康與口腔健康司組織建制、運作情形、其業務與職能內容。
- 二、瞭解世界衛生組織和幾個重要國家中央政府就心理健康與口腔健康所涉及之組織架構。
- 三、依據我國公共衛生發展環境，提出心理健康促進與預防之政策目標方向，並據以在未來研析心理健康與口腔健康之組織職能與心理健康政策推展之評核基礎。
- 四、提出衛生福利部心理健康及口腔健康司未來組織重整的方向。

第二章 心理健康與口腔醫學發展

從新成立的衛生福利部回顧衛生單位在我國的發展歷史，就曾經歷過成立衛生部（二次）、或內政部衛生署（三次）、內政部衛生司（二次）、行政院衛生署（三次）可謂不斷在健康與福利或是衛生疾病上找定位。若以衛生署在 1971 年組改至今，則早期雖有心理健康宏觀的企圖心，但因為當時國情發展的需要與組織架構歸屬，導致開始有精神醫療網的規劃，因此近 20 年在我國推動的多為精神醫療政策，忽略普及全民的心理健康政策。在本章接下來的各小節，將分別從心理衛生體系發展歷史、近年來民間組織倡議心理健康促進，以及精神醫療施政計畫、相關法規、全民健康保險、以及預算分布等，回顧過去我國政府在心理健康政策推動上所做的努力以及不足之處。同時也整理口腔醫學相關的發展。

第一節 政府與民間組織在心理衛生的發展

我國心理衛生的推展，最早可追溯至中央政府遷台以前在中國大陸地區 1928 年成立內政部衛生司後即改變成為衛生部(組織曾歷經不少變化)，以及民間專業人員於 1936 年集結成立之南京中國心理衛生協會（見表 2-1），當時我國國內各處局勢不穩，後又遭逢對日抗戰、第二次世界大戰和國共內戰等，政府各項心理衛生業務推動擱置。中央政府遷台以後，心理衛生業務最早則起源於 1968 年台灣省衛生處成立之「心理衛生委員會」，但四年後委員會裁撤，改由衛生處技術室列入經常性公衛業務辦理，並訂定「社區心理衛生工作計畫」，在台北、台中、台南、高雄試辦社區心理衛生中心，目的在「促進國民心理健康，充實國民生活，減少國民心理疾病」(摘自陳嘉鳳等 2008「省府委員會議檔案，1974」)，足見省衛生處在規劃之初即具有全民心理健康促進之意涵，然而此時期僅為小範圍之試辦，相較於台灣地區幅員廣大，社區心衛中心人力不足，導致後來

無進一步之業務開展，而於 1987 年配合醫療網計畫，各中心併入核心醫院代管，1988 年技術室將社區心理衛生業務交給三科醫管接辦（陳嘉鳳，2008，2009）。

在台灣地區溯及最早紀錄，是日本殖民時代在 1934 年成立「第一所公立精神醫院「養神院」於台北市松山區（現部立桃園療養院前身），國民政府來台後於 1946 年在台大成立精神科，但普遍能提供精神科服務，與能去使用的人數還是有限，至 1980 年代，隨社會經濟發展之進步，大眾對於心理衛生所引發的問題逐漸重視，陳永興（1981）在 1981 年自費撰寫《飛入杜鵑窩》一書，描述了精神醫療工作的困境，並揭發了國內精神醫療的重大缺失與不足，加上若干重大指標性社會事件，如 1984 年發生之台北市螢橋國小遭精神病患闖入潑灑硫酸事件、1985 年高雄縣龍發堂對待精神病患方式爭議等，政府不得不積極回應民間對於心理衛生議題之需求。1986 年衛生署推動「加強精神疾病防治五年計畫」，為第一期「精神醫療網」之發軔，此政策開啟了我國心理衛生工作轉向注重臨床治療之走向，在爾後的二十多年間，「心理衛生」業務在衛生行政體系中幾乎等同於「精神醫療」，主要皆是以精神病患為中心開展之業務。原先在 1981 年衛生署委託中華心理衛生協會起草《心理衛生法》，其後論者提出心理衛生的範圍過廣，又牽涉其他部會（教育部等），精神醫療也還在發展中，最後在 1990 年制定之相關保障之立法，雖然內容主要涵蓋精神醫療強制住院之規範，亦曾有論者建議定名為《精神醫療法》，但為符合世界趨勢並於往後有發展空間，最終將名稱定為《精神衛生法》，立法目的「為預防及治療精神疾病，保障病人權益，促進病人福利，以增進國民心理健康，維護社會和諧安寧」，表示思維方式是以治療精神疾病為主。其後不論是台北市研考會或中央研考會，委託專家探討社區復健醫療的可行性（葉英堃等，1992；莊明敏等，1995；胡海國，2004；王國羽，1997），多項研究都在探討精神疾病治療或給付等。直到 921 地震，國人看到災難後創傷需要被照顧，災後重建需要有復原力，在地人不要作災民，他們是重建者（張珏，2007），國家開始對災難心理衛生有所關注（李明濱等，1999），中華心理衛生協會發動促進心理健康，直到 2003 年（SARS）

的莫名入侵，更提醒國人對恐慌的處理，對死亡的面對等，使民眾開始覺察大家都有心理健康的需求，後面第三節將詳述。自此促進心理健康開始被倡議（張珏，2005），也導致 2007 年《精神衛生法》修法，將促進心理健康為首要目標，因為它是一切問題的根本。《精神衛生法》立法目的修改成「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活」，並明訂中央主管機關有「掌理民眾心理健康促進、精神疾病防治政策及方案之規劃、訂定及宣導」之職責。我國心理衛生發展歷程整理如表 2-1。

有關民間非營利組織（Non-Government Organization, NGO）的成立，則屬中國心理衛生協會，它是於 1936 年在大陸南京成立，後來在 1955 年於台灣復會，可說是最早成立的的民間專業團體（也是我國最早就在 1956 年參加國際非營利組織（International Non-Government Organization, INGO）世界心理衛生聯盟（World Federation for Mental Health, MFMH）的開始，當時主要成員是來自心理學、教育學、精神醫學界，爾後雖各專業團體出現，護理、社工、職能治療等紛紛加入，當時心理學界也不是只有臨床心理專業人員才會加入，社會心理學領域也曾擔任理事長，而教育界則也包括衛生教育、教育心理、心理諮商等等多元專業人員的參與，公共衛生、社會學、法律學領域也開始積極加入。此後台灣逐步成立各專業相關團體，例如心理學會、公共衛生學會、精神神經醫學會等。也因應社會發生問題的需要，處理自殺防治的生命線與處理青少年問題的張老師電話都在 1969 年成立，關懷精神疾病病人與家屬的康復之友協會也由精神科醫師、社工等於 1983 年等陸續協助成立。1987 年解嚴後，台灣民主蓬勃發展，各種人民團體如雨後春筍般出現。1997 年《社工師法》與《職能治療師法》通過，各種專業團體陸續成立，或擴大組織、分成更多次專科團體、成立基金會等，而民間非專業團體，也因對精神醫療或心理健康的關注，接續成立多個 NGO 組織，其中關心精神病患的康復之友協會，開始要求由家屬自己參與經營，全國各縣市也都陸續成立，甚至在 1997 年成立康復之友聯盟，統合各縣市團體一起為精神病患權益倡議；2010 年台灣社會心理復健協會成立，更是與國際在身心健康復健上接軌與著

力。基金會方面，以心理健康為主要目標的則為 2001 年成立的精神健康基金會，相關團體如 1984 年成立的董氏基金會雖以反菸為主，但也有一個使命是推動心理健康，甚至從 2000 年開始推動憂鬱症防治。2002 年台灣憂鬱防治協會成立等。公部門的公彩與民間聯合勸募等資金挹注補助社會福利和弱勢專案，讓民間相關團體更是積極投入心理健康相關服務，例如有代表性如愛之希望協會照顧愛滋病患，生活愛心調適會或高雄小草關懷協會等是由專業人員輔導精神病友成立團體。發展至今，在專業領域方面，已領有醫事人員證照的團體和次專科團體，於各地成立地方公會和全聯會，包括臨床心理、心理諮商、社工、精神護理、精神科醫師、職能治療、物理治療等，有上百個專業團體與心理衛生相關；在非專業的民間組織方面，也有上百個不等，茲將上述代表性團體與政府機關列在表 2-1。

表 2-1、我國心理衛生的發展

年度	政府機關	專業 NGO	其他相關 NGO
1928	內政部衛生司，後又改成衛生部		
1934	* 第一所公立精神醫院「養神院」成立於台北市松山區(現部立桃園療養院前身)		
1936		* 中國心理衛生協會在南京成立	
1945	* 教育部訓委會		
1946	* 台大醫院精神科		
1947	* 中央衛生部 * 台灣省衛生處		
1949	* 內政部衛生署(五月) * 內政部衛生司(八月)		

第二章 心理健康與口腔醫學發展

年度	政府機關	專業 NGO	其他相關 NGO
1955		* 中國心理衛生協會在臺灣復會（後更名為中華心理衛生協會）	
1956	* 台灣省衛生處成立心理衛生委員會 * 成立台北兒童心理衛生中心（WHO 支持，台大醫學院與省衛生處合辦） * 取消心理衛生委員會		
1957	* 玉里榮民醫院		
1958		* 中國輔導學會成立（現名:台灣輔導與諮商學會）	
1961		* 中華民國神經精神醫學會成立 * 中國心理學會	
1967	* 台北市改制成院轄市，再成立心理衛生委員會（由省衛生處和台北市衛生局合辦） * 衛生局續辦台北兒童心理衛生中心		
1969			* 救國團成立「張老師」 * 馬偕醫院

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

年度	政府機關	專業 NGO	其他相關 NGO
			成立「生命線」
1971	中央成立衛生署(脫離內政部)		
1972	* 取消心理衛生委員會(技術室轉給企劃室)	* 中華民國公共衛生學會成立	
1973	* 台灣省小康計畫實施, 設立精神病床		
1974	* 試辦社區心理衛生中心(MHC)		新竹市生命線成立
1975	* 《醫師法》通過		
1975-1979	* 衛生處在北中南成立社區心理衛生中心(推動全民心理健康)	1977 中華民國神經學學會(1999更名為台灣)	台北市生命線成立
1980	* 在衛生署保健處設立衛生教育科辦心理衛生教育		
1981	* 衛生署委託中華心理衛生協會研擬《心理衛生法》草案(後更名)		
1982	規劃由保健處衛生教育科承辦心理衛生業務	* 中華民國職能治療協會成立	高雄康復之友協會 1983
1984	* 精神疾病醫療網需要人協助 將保健處心理衛生行政工作移撥醫政處並置專人負責。(瑩橋國小事件)	* 中國輔導協會	* 董氏基金會創立 * 台北市康復之友成立
1986	* 精神醫療納入全國醫		

年度	政府機關	專業 NGO	其他相關 NGO
	療網計畫 * 《醫療法》		
1987	* 衛生署醫政處增設第四科掌管精神衛生業務（為國內第一個精神衛生行政專責單位） * 實施精神醫療網第一期 * 戒嚴法解除 * 行政院啟動國家組織法修編	神經精神學會正式分兩個獨立學會，中華民國精神醫學會（1999更名為台灣）	
1988	* 《精神衛生法》送行政院審核 * 社區心理衛生中心交給三科醫管單位。 * 中央發展災難心理衛生（大園空難）		
1989	* 《精神衛生法》通過 * 台灣省政府衛生處成立精神衛生股		
1990	* 教育部訓委會推動輔導工作六年計畫 * 高雄市政府設精神衛生股 * 《精神衛生法》公布施行		
1991	《護理人員法》		* 觀音線創立

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

年度	政府機關	專業 NGO	其他相關 NGO
1992	* 衛生署補助各縣市衛生局聘用專人辦理精神衛生行政業務	* 中華民國精神衛生護理學會成立	
1993	* 台北市衛生局設精神衛生股 * 北中南社區心理衛生中心合併於地區醫院		
1994		* 中華團體心理治療學會成立	
1995	* 《全民健康保險法》通過，精神醫療納入給付 * 高雄縣市與嘉義縣成立社區心理衛生中心 * 《教師法》		
1996	精神病患策略從長期收容轉為積極治療：社區復健計畫		* 生活愛心調適會（病友團體）成立
1997	* 成立兩性（性別）平等委員會 * 《性侵害犯罪防治法》 * 《家庭暴力防治法》 * 《社會工作師法》 * 《職能治療師法》		* 中華民國康復之友聯盟成立
1998	* 12 月精省 * 省衛生處人員移撥改隸衛生署	* 中華溝通分析協會成立	
1999	* 著手《精神衛生法》之修訂作業	* 921 心理重建小組	* 台灣愛之希望協會

年度	政府機關	專業 NGO	其他相關 NGO
2000	<ul style="list-style-type: none"> * 設立南投和台中心理衛生中心(大規模災難心理衛生工作,最高費用、專人 40 名) * 台北市與嘉義市成立社區心理衛生中心 		
2001	<ul style="list-style-type: none"> * 台北市設立社區緊急醫療小組 * 國健局成立 * 《心理師法》通過 * 家暴或性侵加害人評鑑 		<ul style="list-style-type: none"> * 台灣精神健康基金會 * 台灣失智症協會成立
2002	<ul style="list-style-type: none"> * 衛生署制定精神復健機構評鑑標準及成效評估 		<ul style="list-style-type: none"> * 台灣憂鬱症防治協會
2003	<ul style="list-style-type: none"> * 衛生署醫政處十月辦公地點變動,將掌管精神醫療的四科移到中部辦公室 * 精神社區復健納入「挑戰 2008 國家發展重點計畫」,醫療照顧服務社區化 * 衛生署委託醫策會辦理精神復健機構試評 	<ul style="list-style-type: none"> * SARS 心理健康行動聯盟 	<ul style="list-style-type: none"> * 台北心生活協會(家屬團體) * 台灣心靈健康資訊協會
2004	<ul style="list-style-type: none"> * 《性別平等教育法》 * 衛生署改組,精神醫療與心理衛生業務七月移 	<ul style="list-style-type: none"> * 台灣心理衛生社會工作學會 	<ul style="list-style-type: none"> * 高雄小草關懷協會成立(病友團

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

年度	政府機關	專業 NGO	其他相關 NGO
	回台北第四科		體) * 肯愛社會服務協會
2005	* 《性騷擾防治法》 * 國家級自殺防治中心 * 已有 25 個縣市衛生局設置心理衛生中心	* 台灣遊戲治療學會成立	台灣自殺防治學會
2006	* 行政院衛生署成立精神醫療和心理衛生政策綱領研訂小組 * 國民健康局推動社區心理健康促進方案		
2007	* 立法院完成《精神衛生法》修訂		* 台灣防暴聯盟
2008		* 台灣諮商心理學會	
2009	* 行政院衛生署成立「心理健康辦公室」	* 莫拉克風災心理健康行動聯盟	
2010	* 行政院衛生署公布「精神醫療和心理衛生政策綱領」	* 心理健康行動聯盟要求組改心理健康司或署	* 台灣社會心理復健協會成立
2011	衛生署委託計畫「國民心理健康促進計畫建議書」		
2013	* 衛生福利部組織改造，成立心理及口腔健康司 * 衛福部委託「建置心理健康網規劃計畫建議書」		

資料來源：研究者自行整理。

透過前述發展歷史歷程的回顧，可以看到心理健康政策在政府機制中的發展，以及不論是精神醫療、心理衛生相關專業與民間非營利組織的蓬勃發展，也反映出 2013 年衛生福利部新設立專責掌理心理健康業務之心理及口腔健康司，即是明確宣示要發展過去這些年間因主客觀因素限制而亟待補強之心理健康促進業務，建構完整而不偏廢的心理健康體系。但是中央是如何開始正式重視心理健康促進工作，仍是從民間組織開始的倡議，尤其是中華心理衛生協會。因此下一節陳述民間組織倡議成立專責單位的過程以及將心理健康促進再次提醒要求政府回歸其原本就對全民心理健康的普及與重視。

第二節 我國民間組織倡議心理健康 在衛生行政單位的發展

衛生署自 1986 年起開始分期推動醫療網計畫迄今，內容包括建構完整之精神醫療體系、均衡各地區醫療資源發展、醫事人力與設施、全面提升醫療品質、建構全人健康照護體系等，皆已見成效（吳尚琪、鄭若瑟，2011），因此進入 21 世紀各國都在重視普及全民心理健康，專責機制的建立，我國也需急起直追。民間學者與民間組織，也開始對政府提出倡議工作，成立心理健康行動聯盟，要求中央重視心理健康是全民的需要，心理健康應融入健康促進工作中，更進一步要求成立高階單位的「心理健康署」、或「心理健康局」、或「心理健康司」（張珏，2005，2013；參見附錄二）。

早先於 1981 年衛生署保健處聘請心理背景的公共衛生碩士，來進行衛生教育宣導，但是當時保健處沒有具體方案，因此該員一年後改任職醫事處，1986 年醫事處下成立精神衛生科，成立初期曾委託中華心理衛生協會辦理社區心理健康促進活動，例如以短劇在各國小巡迴，說明何謂心理健康，或是帶動團體動力，或是邀請國際

專家辦理「心理劇」訓練、「家族治療」訓練等(中華心理衛生協會, 2005);然而,醫事處主要執掌醫療資源、醫事人力、醫事機構(醫院)等相關事項,導致政府相關單位或民眾之觀點,多將心理健康與精神醫療畫成等號,近 20 多年來,醫事處第四科(自稱「精神醫療與心理衛生科」),業務亦侷限於精神醫療、憂鬱症防治、家暴及性侵、物質濫用、自殺防治計畫等事後補救與治療之內容,缺乏預防與心理健康促進之內容(張珏,2007)。隨著解嚴民間 NGO 增加,補助也開始取向精神醫療工作。

衛生署自 1986 年起開始分期推動醫療網計畫,全面提升醫療品質、建構全人健康照護體系等皆已見成效,因此衛生署也特別委託吳尚琪與鄭若瑟(2011)等規劃國民心理健康促進計畫,提出需要開始以公共衛生三段五級理念建構「心理健康網」,包含精神醫療網、社區心理衛生,自殺防治等等,也需融合各部會都要推動心理健康工作。能有專責機制「心理健康司」的設立,專司全國心理健康工作,包括心理健康促進、精神疾病預防、一般急性、慢性病的心理照顧、災難心理衛生等等。因此,一般醫療網以及精神醫療網絡的建立、社區復健、里鄰關懷的功能,將落實心理健康促進於健康與疾病防治的每一層面。此外,專司精神醫療的專業人力,除精神科醫師或家醫科醫師外,臨床心理師、職能治療師、心理衛生社工師、精神護理師,都需加強團隊工作,公共衛生行政人員更是責無旁貸。一般醫師或民眾也需對心理健康和精神疾病有所認識,以便即時協助或轉介。在組織再造時,WHO 特別提醒必得有精神醫療消費者與病患家屬的參與,且亦需融入不同群體如婦女、勞工、原住民、老年、兒童、青少年等不同需求的關注(張珏,2000,2005)。

回溯到 1976 年,公衛前輩陳拱北教授在中華日報發表《未來世界的展望》一文(江東亮,2010),文中除了提及全民健康保險制度外,也提到建立統一全國性醫療網,說「將來省立醫院不但要設專門科,而且要設成人病中心、心理衛生中心、重建復原中心等以提高醫療水準。」拱北教授的遠見,比照現今心理衛生無論在推動促進的人力資源或健康政策上的弱勢與形式化,甚至遲至二十一世紀

仍沒有一級單位專責全民心理健康的普及與促進，實在令人感到痛心與遺憾。我國雖於 1990 年開始提出全民健康促進，但是只著重在身體之生理健康或慢性病預防，對壓力紓解或心理健康促進方面則付之闕如（江東亮、余玉眉，1990；張珏，2005，2007）。

回顧我國心理衛生的發展歷史，可以知悉從專職人員於保健處轉到醫事處開始，國內就以精神醫療網為主軸，嚴重忽視心理健康是全民權利的相關議題，直到 1999 年的 921 大地震，才震醒了大家對自我心理狀態的關心；心理衛生與公共衛生界、教育界等，如臨床心理師、精神科醫師、社工師、諮商心理師、護理師、衛生單位人員等，共同投入了救災工作（李明濱等，2000；張珏，2005）。災難後紓壓（debriefing）與創傷後症候群被開始重視，同心協力救災的熱情也被讚賞，讓人們有繼續走下去的勇氣與支持。國外尤其 2003 年 WHO 在積極推動各國要有心理健康政策，我國卻只有《精神衛生法》和精神醫療網，是不夠的，因此想多深入，在因緣際會下發生其他重大事件，我們也就開始更積極的推動心理健康行動聯盟。一方面呼籲災難心理衛生的重要，另外若國家制度不當也可以是另一種災難。2003 年 SARS 的肆虐，讓大家看到對未知疾病的恐慌，當時衛生署也未重視安撫民眾恐慌的心理健康策略，安心是心理健康的重要元素，中華心理衛生協會發起的「心理健康行動聯盟」於是形成（心理健康行動聯盟網，2003），聯盟組織後，撰寫「SARS 安心手冊」（心理健康行動聯盟網，2003；張珏，2005），由保誠人壽印行二十萬本，除廣發民眾和提供衛生署發放外，也建置網站上，將資訊放在網上免費供民眾下載（王智弘，2013），這資訊也為國際採用，對日後各種國際救災減少恐慌與無助感和安頓身心作用有很大幫助；台北市八百多位醫療人員在隔離解除後也參加由心理健康行動聯盟協助規劃的「心靈饗宴」紓壓工作坊，撫慰不安的心靈，這些是典型的民間組織超前政府的行動！

2004 年 3 月 19 日，319 槍擊案震驚全國，焦慮、不安等情緒瀰漫，卻不見執掌全國民眾健康之衛生署等相關單位提出任何安撫情緒的方案，心理健康行動聯盟於是發起國內外專家學者見呂秀蓮副

總統（見附錄二）、醫事處薛瑞元處長、台北市衛生局張珩局長，要求重視全民心理健康，目前國內負責心理健康工作的政府部門層級偏低，經費與人力不足，而且領域窄化，主要著重於疾病的治療，忽略預防工作，此外，政策上不夠透明，也缺乏民間組織的參與。因此在 2004 年 6 月，也特地向呂副總統反映，期盼在總統府之下設立「心理健康委員會」，藉由提升層級，整合政府與民間資源，並專注於預防工作，以避免資源浪費，有效解決台灣社會心理健康的問題。心理狀態影響健康，不單只是個人層次，亦包含社區參與與社會環境。心理健康行動聯盟受到呂副總統支持，成立「健康人生聯盟」，號召非心理衛生訴求的民間組織一起關心心理健康，以及身心連結，有三個目標：是草根性的民間發聲、民間組織集合作為制衡的力量、希望達到資源分配透明化。在推動心理健康的角色中央是提供標準、資助與整合，推動或各細節是各地方政府的職責，政府方面，衛生署與台北市政府也做出了回應（表 2-2）。緊接著，張珩於台灣衛誌發表政府組織再造要有心理健康機制（張珩，2005），發起連署送交衛生署由王秀紅副署長接見，提出心理健康促進整合至國民健康體系的概念，王副署長肯定並承諾會將心理健康納入一級獨立單位；事經多年，馬英九政府開始啟動延宕多時的組織改造，後續於莫拉克八八風災時，災難心理健康議題再次被提出需更加重視。

2006 我國健局補助「社區心理健康促進整合模式試辦計畫」（張德聰、張珩，2006），以「健康人生-從心開始」為主題目的在於（1）提昇國人對心理健康的認識（2）加強國人在情緒對身心影響的覺察（3）提供國人正向心理態度的學習。以講座與工作坊和種子培訓始能在社區紮根，甚至在公衛學會年會時舉辦場外園遊會，提醒公衛人對心理健康的關心。用心理健康短片作教材、台灣人自行開發的笑笑功作情緒轉化，雖然結果相當成功，但是國健局或其他政府單位，還是像曇花一現，並未真正融入於業務中。

在組織改造之前，對於心理健康促進政策層級最高官方文件，莫過於 2010 年 03 月 30 日公告之「精神醫療及心理衛生政策綱領」，

其中明確指出：未來衛生福利部應成立專責國人心理健康事務之部門，加強衛生行政、醫療及公共衛生體系內縱向與橫向協調與整合，落實衛生、社政、勞政與民間組織等服務體系之連結及分工，以建構整合性、連續性之照護網絡及轉銜機制。該綱領所涵蓋之五大面向包括：(1)心理衛生行政體系、醫療體系及公共衛生之連結，(2)心理衛生人力資源養成與精進、(3)心理健康促進與精神疾病預防、(4)心理健康基層照顧服務、(5)高風險群的早期介入，然則到目前為止，可發現其宣示意義遠大於實際意義，該綱領中所揭示之工作項目開始進行者幾稀，更遑論已達成者。

2010年3月31日，心理衛生界一起專訪馬總統，提出成立心理健康司或署的重要性與訴求，馬總統接見「心理健康行動聯盟」代表時，即裁示「有關心理健康之促進，希望將現行制度調整到可以發揮最大功能的程度」，故未來衛生福利部成立時，心理健康業務將由原先衛生署醫事處之「精神醫療及心理衛生科」提高為「心理健康司」，顯示政府對國人心理健康工作的重視與支持。馬總統除指示組織改造要納入心理健康司之規劃外，也建議在行政院考量成立心理健康委員會（見附錄二），後來在行政院成立「心理健康促進與自殺防治會報」。此外心理健康行動聯盟由張珏教授與嚴祥鸞教授等，積極展開遊說立委行動，使得心理健康司能在立院一讀通過。

此外，為提昇各在地政府對心理健康重視能與中央同步，台大健康政策與管理研究所與中華心理衛生協會等，特別在2012年12月1日舉辦心理健康城市論壇(心理健康城市論壇大會手冊,2012)，馬總統也特別蒞臨見證17個縣市政府首長代表簽署心理健康城市宣言，在宣言中，承諾要重視心理健康，也嘗試提出指標的芻議，都在提供大家認知的心理健康，為能獨立作業的重要性鋪陳（見附錄二）。

2013年1月，心理健康行動聯盟再次行動，針對立法院強行要求將口腔健康併入心理健康司的行為提出抗議，包括邀請連署、投書報章媒體、召開記者會，詳細歷程如表2-2。同時也得到國際權威的回應，都認為將口腔健康併入心理健康司這種的組織結構內容

是不妥當（見附錄二）。

表 2-2、心理健康行動聯盟爭取心理健康專責單位成立的歷程

年份	民間行動	年份	政府決策或回應
1999	921 大地震 災難心理衛生小組成立	1999	災難心理衛生 工作開展
2003 2003/4/	SARS 大流行 心理健康行動聯盟成 立，發行「安心手冊」	2003/8	協助台北市政 府辦理 SARS 辦 理中興、和平醫 院等被隔離醫 療人員抒壓工 作坊
2004	319 槍擊事件發生，心 理健康行動聯盟訴求政 府成立心理健康專責單 位 6/29 見呂秀蓮副總統 她鼓勵融入各種民間組 織，不要限於心理相關 社團。	2005	台北市政府馬 英九市長成立 直屬市長的「心 理健康委員會」 （原精神醫療 審議委員會）
	成立「健康人生聯盟」 與獅子會等合作辦理「 健康人生 GO GO GO」	2006-2009	衛生署薛瑞元 處長邀請李明 濱教授等多位 專家，展開精神 醫療與心理衛 生政策白皮書 的撰寫，但沒有 結果。
2005	透過健康人生聯盟，集 結千人連署「將心理健	2006	國健局委託中 華心理衛生協

年份	民間行動	年份	政府決策或回應
	康促進融入健康促進中」送交衛生署由王秀紅副署長接受。要求成立「司」		會主辦「社區心理衛生試辦方案」(張德聰、張珏, 2006)
2009/2/10	董氏基金會聯合 26 個心理衛生團體, 拜會衛生署, 提出「心理健康促進連署書」	2009/3/8	衛生署葉金川署長成立「心理健康辦公室」
2009/8/13	八八水災發生, 心理健康行動聯盟再度啟動	2010/3/30	衛生署公布「精神醫療與心理衛生政策綱領」, 內文提即將成立「心理健康司」。(立法委員第 38 期委員會紀錄, 2011)
2010/3/31	心理健康行動聯盟與馬英九總統會面, 懇請政府設置「心理健康署」或「心理健康司」	2010/6	政府組織再造, 行政院版本「衛生福利部」將成立「心理健康司」
2010/10/14	心理健康行動聯盟與台大公衛辦理「第一次就要做對! 美國的教訓! 對台灣組織再造『衛生福利部』成立『心理健康司』之期許」工作坊	2010	心理健康司各科務內容開始規劃 (心理健康司規劃科別, 2010)
2011/1-	發起連署與展開「獨立	2011/4/28	立法院一讀通

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

年份	民間行動	年份	政府決策或回應
	心理健康司」遊說活動		過行政院組織法正式通過「衛生福利部」下成立獨立的「心理健康司」
		2012/5/30	立法院第八屆第三次會期司法及法治、社會福利及衛生環境委員會討論口腔應該有獨立機制。(立法院第八屆第三次會期會議紀錄，2012)
2012/6	心理健康行動聯盟再次連署全國百餘組織向法院抗議「心理健康司獨立，不能合併成「心口司」	2012/6/7	立法院第八屆第四次聯席會議出現變化，會期司法及法治、社會福利及衛生環境委員會立法院組織再造首度出現口腔併入心理健康的「口腔與心理健康司」的提議。
2012/6/5	聯盟召集人張珣面交信	2012/6/13	總統府回文支

年份	民間行動	年份	政府決策或回應
	函「心理健康司獨立」給總統		持獨立心理健康司
2012/12/1-3	主辦心理健康城市論壇	2012/12/1	總統簽署《心理健康城市結盟宣言》，重申成立獨立心理健康司
2013/1/7-8	心理健康行動聯盟共70多個團體舉辦記者會抗議立法院與衛生署，並再次發動全民連署	2013/1/3	立法院社會福利及衛生環境委員會與司法法制委員會聯席會議通過附帶決議，將口腔健康併入「心理健康司」
2013/1-5	1.遊說立院、公共衛生界，並要求衛生署重新思考口腔健康妥適單位， 2.國際專家也來函表達合併的不妥適。	2013/5/31	立院三讀通過衛生福利部組織條例，附帶決議將口腔健康併入「心理健康司」。(立法院組改法案黨團協商結論，2013)
2013/6	1.去函總統府與行政院，重申獨立成司的重要性，以及合併的問題。 2.發動心理與公衛界甚	2013/6	1. 總統府秘書長回函(見附錄二 332 頁) 2. 衛生署曾規劃「綜規與口腔

年份	民間行動	年份	政府決策或回應
	至民間心臟病童、雙胞胎團體、婦女團體，發公文至行政院，繼續遊說組改「司」的內容，心理健康司應獨立		健康司」，但於六月底被撤回，仍維持「心理及口腔健康司」。
		2013/7/23	衛生福利部正式掛牌上路
2013/7-11	心理健康與人權：檢視兩人權公約的健康指標		法務部
2013/9-12	執行衛生福利部心理及口腔健康司之組織職能評估		研考會計劃

資料來源：研究者自行整理。

促進全民心理健康，是各先進國家或 WHO 近年來所重視的，但是在資源匱乏或精神疾病缺少治療等未開發國家，則精神醫療會被先要求來處理照顧病人，我國的精神醫療發展也不例外，以下則回顧精神醫療發展階段，成就與不足處。

第三節 精神醫療的發展

本節將說明自 1986 年以來各期精神醫療網之演進，以及我國政府晚近對於精神醫療之資源投入情形，呈現出過去我國之衛生行政體系重視精神醫療之發展。

一、精神醫療網各期重點

我國精神醫療網計畫自 1986 年開始實施，每五年為一期，至 2012 年已辦理六期（如表 2-2）。各期計畫中首次出現與心理健康促進相關業務者，為 1997 年第三期精神醫療網計畫所著重之「鼓勵設

置社區心理衛生中心、推廣心理衛生教育宣導」兩項重點，至 2005 年第五期醫療網「全人健康照護計畫（2005-2008）」又再出現「加強推展自殺防治、災難心理衛生重建及社區心理衛生工作；強化心理衛生相關機構之管理；加強弱勢族群之心理衛生服務」等三項與心理健康促進直接相關之重點業務，顯見原衛生署醫事處精神衛生科及後來的精神醫療及心理衛生科主政時期，初段預防之心理健康雖有逐漸受到重視而進入政策規劃，但整體而言我國心理健康及精神醫療政策仍屬極為偏重次段及末段之介入治療與復健。

表 2-3、我國各期精神醫療網計畫期程及重點內容

期別	時間(年度)	內容
一	1986-1990 籌建醫療網 計畫	建立精神疾病防治網。以指定核心醫院方式，補助辦理精神醫療網區域輔導計畫。增加精神科醫師、增加精神醫療設施、加強醫院評鑑、建立專科醫師制度。
二	1991-1996 建立醫療網 二期計畫	強化精神衛生工作體系。提升專業人力質量、擴建精神醫療機構、積極辦理社區心理衛生保健與復健中心、加強緊急精神醫療服務網
三	1997-2000 建立醫療網 三期計畫	健保給付康復之家、落實心理衛生教育、落實社區病患追蹤、提升病患照護品質。
四	2001-2004 新世紀健康 照護計畫	強化病人安全及醫療品質、災難、司法精神醫療等工作。加速推動社區心理衛生工作、建立專業證照制度。精神病患照顧權責劃分。
五	2005-2008 全人健康照 護計畫	加強推展自殺防治、災難心理衛生重建及社區心理衛生工作、健全精神衛生管理與照護服務網絡；建置精神照護資訊系統、加強精神病患社會福利服務、加強推展物質濫用工作、加強弱勢族群（家暴、性侵的被害人與加害人）之心理衛生服務及加強精神病患者長期養護工作。

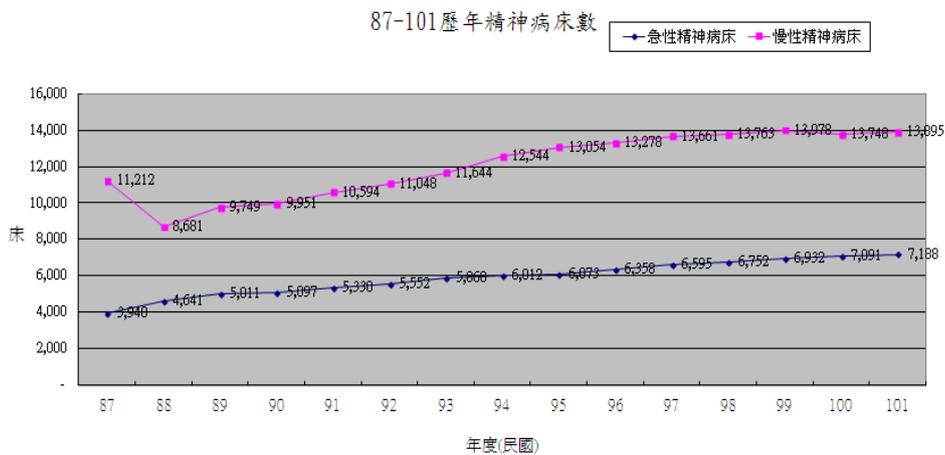
六	2009-2012 新世代健康 領航計畫	資源整合與強化體系(強化心理衛生服務與其他主觀機關資源整合)、建立精神醫療服務網路、機構管理與品質控管、其他延續工作與心理衛生政策評估及相關研究機構。以配合精神衛生法修正條文施行,包括病人權益保障、強制住院流程及精神病人社區照護為重點
---	----------------------------	---

資料來源：臺灣公共衛生發展史（七）。

2013 年衛生署所公布的臺灣公共衛生發展史（七）中提到只專注在精神醫療網的業務內容，變成側重於社區精神疾病去污名化，與真正促進全民心理健康完全不同。此外第五期醫療網提到心理健康促進其實是自殺防治工作，若未重視到前端心理健康的提昇，只侷限在精神疾病或自殺防治是不足的。可見促進心理健康概念亟需重新釐清，以符合公共心理衛生目標（張珏，2007）。

二、晚近精神醫療資源投入變化

精神醫療資源可分為機構及人力兩大類，其中機構又可依屬性區分為醫院(含精神科專科醫院、設有精神科及精神病床之醫院)、精神護理機構、精神復健機構三類。就衛生福利部公告之「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」進行分析，自 87 年至 101 年期間，急、慢性精神病床數皆持續穩定上升至 98 年才趨近平穩(如圖 2-1)，平均年增率分別為 4.5% 及 1.9%，每萬人口急、慢性精神病床數亦呈現相同趨勢。



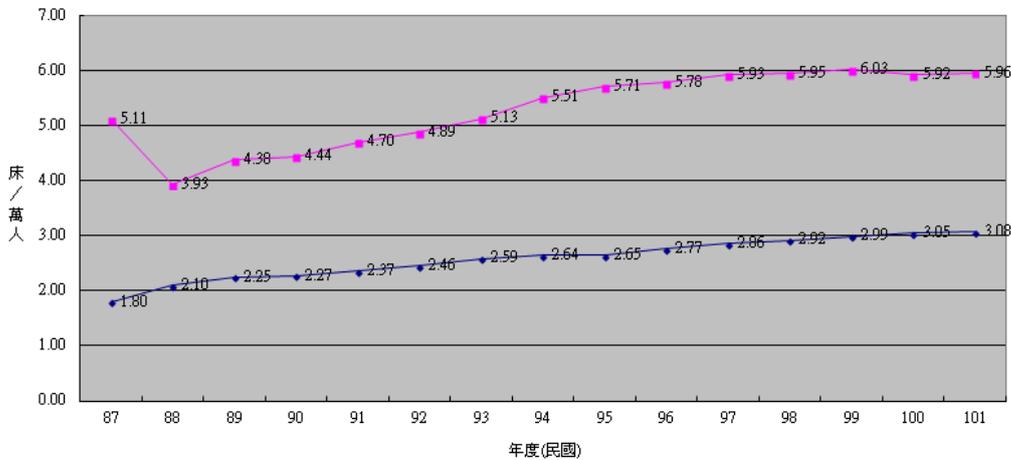


圖 2-1、民國 87 年至民國 101 年急、慢性精神病床數及每萬人口病床數趨勢圖

資料來源：衛生福利部統計處，101 年，圖由研究者自行繪製。

在精神護理機構、精神復健機構部分，自 87 年至 101 年期間，精神護理之家、精神復健機構—社區復健（日間型）、精神復健機構—康復之家（住宿型）之開業家數均呈現大幅成長（如圖 2-2），其中精神復健機構—康復之家（住宿型）家數成長了 4.3 倍、精神復健機構—社區復健（日間型）家數成長了 5.1 倍，而精神護理之家數量則由沒有開業成長至 29 家。

歷年護理機構與精神復健機構家數

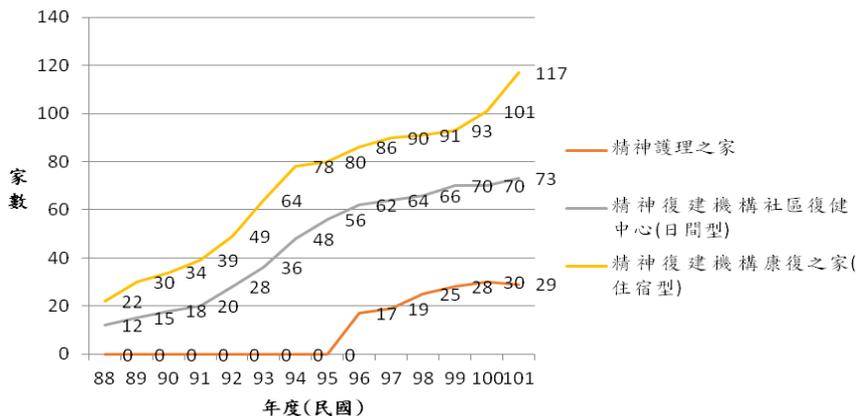


圖 2-2、民國 88 年至民國 101 年歷年精神護理與復健機構家數趨勢

資料來源：衛生福利部統計處，101 年，圖由研究者自行繪製。

在精神醫療人力資源部分，88 至 101 年執業精神科醫師人數由 742 人成長為 1436 人，總成長率為 93.5%，遠高於同期間執業醫師總人數總成長率 47.3%，執業於精神機構之理人員（含護士、護理師）人數於此期間成長約 4.7 倍，亦遠大於總執業護理人員數之 0.74 倍（如表 2-3）。

表 2-4、民國 87 年至民國 101 年精神醫療人力變化趨勢圖

年度/ 人數	精神科 專科醫師	醫師	精神機構 護理師	精神機 構護士	精神 機構 護理 人員	護理師	護士	護理人員
88	742	27,959	623	538	1161	41,776	25,813	67,589
89	802	29,134	831	742	1573	42,630	28,113	70,743
90	886	30,232	804	698	1502	49,277	24,474	73,751
91	949	31,194	952	831	1783	53,113	26,818	79,931
92	1,001	32,032	1,170	960	2130	57,786	26,706	84,492
93	1,062	33,036	1,392	986	2378	63,265	26,701	89,966
94	1,128	33,987	1,667	1,065	2732	68,295	24,152	92,447
95	1,176	35,000	2,257	1,216	3473	73,552	21,802	95,354
96	1,234	35,992	2,658	1,331	3989	77,827	21,012	98,839
97	1,292	37,151	3,001	1,483	4484	82,403	20,364	102,767
98	1,346	37,970	3,481	1,554	5035	87,361	20,414	107,775
99	1,384	39,000	3,809	1,587	5396	91,724	19,363	111,087
100	1,425	40,183	4,356	1,736	6092	95,529	18,771	114,300
101	1,436	41,186	4,780	1,834	6614	99,801	18,003	117,804
成長 倍數	0.935	0.473	6.673	2.409	4.697	1.389	-0.303	0.743

資料來源：衛生福利部統計處，101 年，圖由研究者自行繪製。

以上趨勢顯示過去十餘年來，精神醫療機構及人力資源之投入

甚至超過整體醫療體系之平均投入，我國國家政策對於精神醫療之重視可見一斑，亦與精神醫療網規劃「重醫療而輕預防」之現象相互呼應。

從更長遠的發展歷程來看，自中央政府遷台以來我國曾進行四次全國性的精神疾病流行病學調查。第一次調查是在 1947 年至 1948 年間，由林宗義教授帶領，在臺北木柵、新竹新埔、臺南安平三個分別代表都市、小鎮、鄉村人口地區進行，樣本總數 19,931 人。第二次是在 1961 至 1963 年間，林宗義等人再在相同三個地區，以相同方法調查。第三次是在 1982 年至 1985 年間，由葉英堃、胡海國等人依臺灣地區三種不同社會經濟活動型態之地區進行調查研究。第四次是在 2002 年至 2005 年間，李明濱、陳為堅及楊明仁等人，採用「組合型國際診斷會談 2000」為工具，以多階段分層隨機抽樣法完成 10,135 份家戶訪談資料。從臺灣地區公共衛生發展史（七）第四次的大規模調查顯示，罹患各式精神疾病之人口比例迭有變化，從第一次的每千人口 9.4 人、第二次的每千人口 17.2 人到第四次的每千人口 6.2 人，其中精神病盛行率穩定增加，第一次為每千人口 3.8 人、第二次為每千人口 3.1 人、第三次為每千人口 6.6 至 9.7 人，而非精神病性精神疾病之盛行率在第一次調查時為每千人口 5.6 人、第二次時陡增為每千人口 14.1 人，到第三次調查時更是較第二次調查盛行率增加 8 至 15 倍之多（衛生署，2013），顯示社會動盪引發之社會建構焦慮或情感性增加，突顯出初段之全民心理健康促進介入長年以來甚為缺乏、遭受忽視，是現今成立之心理及口腔健康司未來至關重要的業務發展方向。

在 1995 年一份由莊明敏主持的研考會計畫中曾建議，全面的「免機構化」，並透過社區復健的方法，儘量避免病患退化和家屬放棄其照顧的意願，避免製造慢性住院病患住院治療與社區復健並重的精神醫療模式，以「普設急性治療設施」和「推廣社區治療復健」為基本（莊明敏等，1995）。

最近一份由中研院特聘研究員主持的研究報告亦指出，過去二十年來台灣國民的「常見精神疾病」（common mental disorders,

CMDs) 盛行率增加了兩倍，由 1990 年的 11.5% 增加到 2010 年的 23.8%。「常見精神疾病」指的是非精神病（精神分裂症、妄想症、躁鬱症等）的憂鬱症和焦慮症，佔所有精神疾病的 90% 以上，其危險因子包括女性、失業、低教育程度、以及明顯影響日常活動的身體疾病。在控制這些因素之後，常見精神疾病的增加趨勢依然顯著。而此趨勢與我國的國民失業率、離婚率、自殺率皆具有時序性的統計顯著相關。此研究成果顯示，在晚近經濟及勞動市場變遷劇烈的環境下，對於國民心理健康促進以及社會預防措施的介入是相當重要的（Cheng et al., 2013）。

三、精神醫療健保給付之變化

依據健保署黃三桂署長，於 102 年 6 月 7 日由台灣社會心理復健協會主辦之「心理健康促進與精神障礙者社區生活模式的建立與支持」研討會之報告中文摘要，全文摘要如下：

本局（研究者按：今改制為健保署）全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定，在精神科之論量支付包含有以下費用：

- （一）、急性精神病床之病房費、護理費。
- （二）、慢性精神病床照護費。
- （三）、精神科日間住院治療費。
- （四）、精神醫療治療費。
- （五）、精神疾病患者社區復健費。

另亦有辦理論質計酬之精神分裂症醫療給付改善方案。本局也陸續調升精神科相關給付項目之支付點數，依據 2008~2012 年統計資料顯示，精神科總申請點數（門住診）從 2008 年至 2012 年逐年升高，精神科門診之申請人數、平均每人申請件數逐年升高，住診之申請人數、平均每人申請件數、平均急診發生率則有減少之趨勢，且平均住院

發生率亦逐年下降，顯示門診之醫療照護發揮療效。另精神社區復健類別申請點數從 6.093 億點上升至 9.565 億點，成長率為 56.98%；申請人數亦從 12,259 人上升至 13,719 人，成長率為 11.91%；平均每人申請點數亦從 49,700 千點上升至 69,721 千點，成長率為 40.28%，足見社區復健治療逐漸成長。本局從 99 年開始辦理精神分裂症醫療給付改善方案，本方案 101 年收案人數已達 47,657 人，收案率達 51.2%。

本計畫之品質監測指標有 5 項必要指標，其中高風險病人組 5 項指標皆達成，一般病人組達成指標共 3 項。高風險病人組，「精神科不規則門診比例」由 5.92% 減少至 4.49%，「六個月內精神科急性病房再住院率」由 50.03% 減少至 42.02%，「急診使用人次比率」由 116.0% 減少至 85.71%，「失聯結案率」由 23.88% 減少至 1.51%。一般病人組，「精神科不規則門診比例」由 5.69% 減少至 4.12%，「失聯結案率」由 22.75% 減少至 1.15%。以上顯示本方案鼓勵病人至門診規律就醫，接受最適切之醫療，配合醫療團隊之個案管理照顧，能使病情得到良好控制，避免造成個人及社會更大之負擔。

依健保署資料，精神醫療給付佔總額比率，從民國 85 年的 2.4%，提升至 101 年的 4.2% 左右，金額從 50 億提升至 200 億，然而住院天數從 2008 年至 2012 年，卻不降反升（平均每人住院天數從 162.65 天至 172.08 天），以 2012 年平均每人住院申請點數（195,818 點 V.S. 11,265 點）亦遠遠大於門診，而 2008 年至 2012 年每人門診申請平均點數反而下降（12,555 點至 11,265 點），住院卻增加（191,085 點至 195,818 點），顯示病人多數仍住院，病床數若不減少，即使 2008 年至 2012 年，健保社區復健總申請點數及件數有上升（點數 2008 年為 609.272 百萬點，2012 年為 956.505 百萬點；件數為 2008 年 104,502 件，2012 年為 116,361 件），病人還是難以回歸社區。

故整體而言，國家關於心理衛生之經費，無論來自健保給付或

公務預算，幾乎都投注於精神醫療費用！但是對社區復健卻是不足的。更遑論促進全民的心理健康的經費。

第四節 口腔醫學發展

2008 年中華民國牙醫師公會出版《台灣牙醫史》(2008)，可以詳細看到牙醫師歷經 1975 年政府施行《醫師法》，才使得牙醫從普及的密醫中有專業的呈現，再加上《醫療法》，限定醫事人員資格，以及國外訓練學者回台灣，開始推動學校牙科學系的成立，使得牙科專業逐漸被肯定，且開始有次專科的出現，例如顎咬合學會、口腔外科學會等 29 個專業學會，此外他們也出版期刊，成立牙科學院等。目前我國從 1940 年開始於國防醫學院，目前共有七個大學設有牙醫系，其中 2001 年藉改制之際，高雄醫學大學、台北醫學大學、中山醫學大學同時成立口腔醫學院，並設立「口腔衛生」系，作為牙醫師助理的培訓。2000 年陽明大學成立牙醫學院，1988 年以後才陸續有碩博士班出現。此外在臨床工作者則各縣市都有牙醫師公會，統整則為牙醫師公會全國聯合會。

從 1991 年開始，牙醫致力爭取勞保全面開放，降低牙科勞保的特約設限，至此牙科勞保已全面開放。爾後繼續爭取公保比照勞保全面開放，1995 年也因為牙科大老高資彬被延攬入健保局，主辦各種活動引起國人注意到口腔健康的重要，也讓牙醫維持在全民健保中發展，總額給付是成功的合作結果。台灣牙醫界歷史描述牙醫曾面臨了三個專業被分割的危機：

- 一、1975 年在新醫師法即將實施前，針對其變相牙醫師與變相鑲牙生的開放對牙醫界專業造成的第二次衝擊。
- 二、1977 年 5 月台灣省牙醫師公會及台北市牙醫師公會聯名主張廢除鑲牙制度及無照行醫行為。
- 三、因應 2001 年《行政程序法》實施，1999 年簽下堅決反對備忘錄，協助衛生署制定《牙體技術師法》草案，拒絕將「鑲牙生」與

「齒模製造技術員」併入牙醫師體系。

牙醫師團體轉化危機則採取政治運作，一方面是在 1999 年底牙科醫師發動強硬的上街遊行等抗爭活動。經邀集各界代表及專家學者多次研議後，最後衛生署尊重中華民國牙醫師公會全國聯合會之意見，決議將前三類人員不予納入醫師法規範。另一方面則是在 2001 年 2 月 5 日中華民國牙醫師公會全國聯合會牙醫師代表前往總統府，獲陳水扁總統當場允諾於衛生署下設「口腔醫學委員會」成為牙醫獨立自主的里程碑。

爾後爭取在 2003 年通過《口腔健康法》，同時依法成立衛生署口腔醫學委員會，國健局處務規程第八條婦幼健康組掌理事項之第六項「口腔、視力與聽力預防保健之規劃及推動」。2006 年啟動國民口腔健康第一期五年計畫，同時從國健局 2004 台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查，顯示普遍不佳，所以提供身心障礙者檢測，社區口腔健康監測方法，在台灣健康促進學校中則有基本篩檢操作手冊。2009 年 6 月 葉金川署長任內成立口腔健康辦公室（由當時的國健局吳秀英副局長擔任辦公室主任，是屬虛擬的單位），主要是做為牙醫界和政府之間溝通之橋樑，可是牙醫界由於過去的作業模式，有相關的事會直接去找健保局或國健局，所以成立口腔健康辦公室之需求性，當時也就沒有很大。

第五節 小結

從前述我國心理健康與精神醫療的發展，可以看到 70 年代，我國中央衛生單位原本提出的「心理衛生」工作，是以提升全民心理健康，並關懷民眾心理需求或罹患精神疾病的照顧為目標，從設立北中南社區心理衛生中心的宗旨可以知悉，但是後來因為精神醫療較棘手，加上主辦業務的重點從保健處移到醫事處，變成積極發展精神醫療網等業務，即使對特殊群體的家暴婦女、兒童、自殺防治等，其思維仍在發生問題才處理的現況，而現在的社區心理衛生中心業務也隨之在對自殺意圖者或毒品使用者或精神疾病患者的關訪，

與 70 年代過去社區心理衛生中心是大相迥異，實在需要重新檢討，除關懷精神疾病病人或相關醫療服務外，也須回歸原本我國對全民心理健康的關注；此外由近年發展歷史，也知悉從 2005 年組織再造時，就已經提出心理健康的重要，要成立「心理健康司」的設計，而 2009 年心理健康辦公室的成立，同樣也在為「心理健康司」規劃；目前呈現的心理及口腔健康司，在其規劃上是否經過深思熟慮，需要在第三章進行檢視。

此外會開始再度提出心理健康促進是全民的重要性的呼籲，仍是來自民間組織，中華心理衛生協會結合各專業團體從 1999 年 921 地震開始至今，發起心理健康行動聯盟扮演倡議全民心理健康重要的角色。

精神醫療體制有六個五年計畫，人力增加，醫院病床也多，但是精神醫療其業務重點還是較注重在診斷，對嚴重病人和住院議題等，對全國有精神醫療需求的病人，其實多半是等待模式，病人到醫院就醫才處理，社區病人各種不願服藥或疑似狀況，精神醫療體系卻較缺少主動處理的機制。吳尚琪（2013）在其報告中也指出，目前醫院病床太多，社區復健或日間照顧卻不足現象。前端預防工作、疑似症狀處理方面都不足。

心理健康業務需要成立「司」級單位，是除了要維持現有業務外，更是要解決各種精神疾病問題的預防工作和社區照顧工作、此外，更重要是全民心理健康的提昇。對比於口腔健康，精神衛生法 1990 年通過，《口腔健康法》晚了十三年，2003 年通過，兩者都在 2009 年成立「辦公室」，心理健康辦公室在為成立心理健康司作準備，但是口腔健康只在爭法令與方案，與西醫區隔。當初設置動機不同。

口腔醫學的發展，在專業之爭，要與西醫區隔，可以看到近年發展都是專業與次專業，沒有一個民間組織的成立，不像心理健康相關團體，專業就有多種，而民間倡議型或多元類別、或病友團體都很多，相對其業務也廣，長年被忽視健康一部分的心理健康，需要有專司規劃業務。

第三章 心理健康與口腔健康主管機關組織架構比較

我國行政院組織再造，有關衛生、福利、或勞動的關係，自 1987 年起就開始研修，歷經五次的研修，其中如何整合各部會的功能，煞費苦心，也有不少爭議（孫健忠，2006），最後在 2010 年的組織條例修正通過後，部會數與署司數增加，形成目前衛福部的組織。本章節則聚焦於心理健康成立「司」級單位在我國研擬的變化，以及不同國家的組織架構作參考。除了解心理健康與口腔健康在組織結構中的單位歸屬，也提出建議方向。

第一節 我國心理健康與口腔健康組改前後規畫歷程比較

由行政院衛生署於組織改造前之組織架構圖觀之如圖 3-1，心理健康與口腔健康皆無專責單位，兩者之業務皆屬於「醫事處」底下不同科之職掌。然而在整個組織改造的歷程中，心理健康業務又是從何時開始受到重視，而被規劃專責之設置司級單位呢？本節簡要回顧此歷程，指出心理健康與口腔健康業務在組織再造中的轉變。

行政院衛生署現行組織架構圖

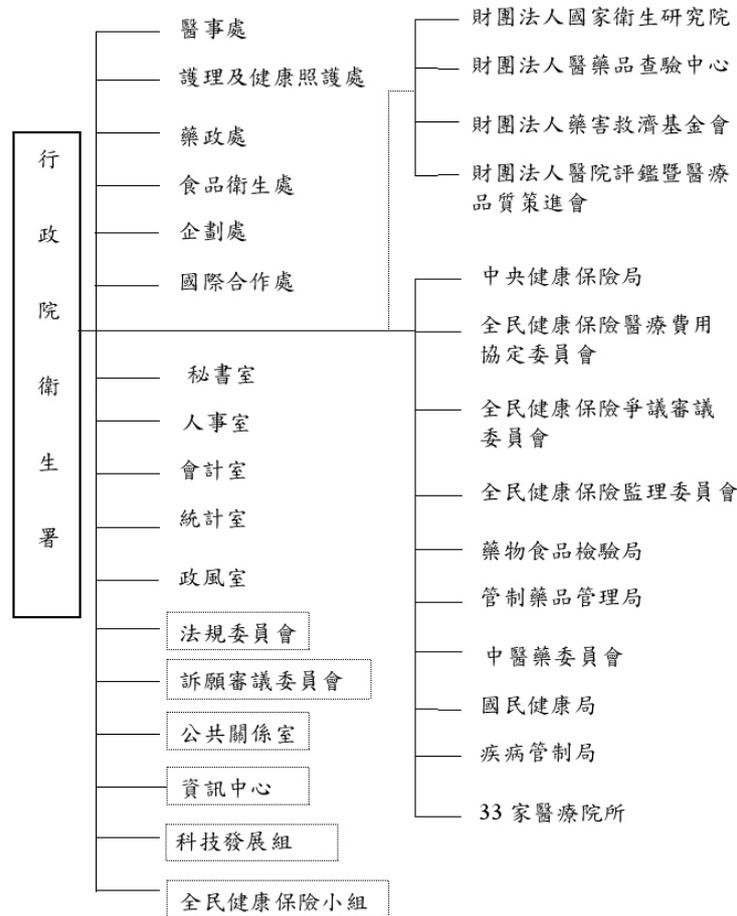


圖 3-1、行政院組改前衛生署組織架構

資料來源：研考會網站 http://www.rdec.gov.tw/org_home/eyorg_11.htm. Retrieved on 30th June 2013.

本次行政院組織改造有關於衛生福利部之部分，最早回溯至 2005 年衛生署函送行政院的「衛生及社會安全部」版本（如圖 3-2），當時因社政單位多有被衛政單位以大吃小的擔憂，故對於衛政及社政合併存有疑慮（孫健忠，2006），主張需兩者融合在一起，故由此階段之司級單位之規劃可看出除「社會及家庭司」及「健康促進及心理衛生司」

以外，其餘六個司皆具有共同性質，無可區分為社政業務或衛政業務。由於考量部會所屬三級機關數目限制，國民健康局從此時期開始皆規劃為回歸至本部底下之司級單位。此時，為組改歷程中首見心理衛生業務提升至司級，與國民健康局合併設置為「健康促進及心理衛生司」，為此階段唯一純主管衛生行政業務之司級單位。然此階段之組改引起外部諸多政治因素，後暫時擱置而沒有進一步推動。訪問幾位衛生署前正副署長，都提到這段歷史。

衛生及社會安全部組織圖草案

94年3月7日衛署企字第
0940700060號函送行政院

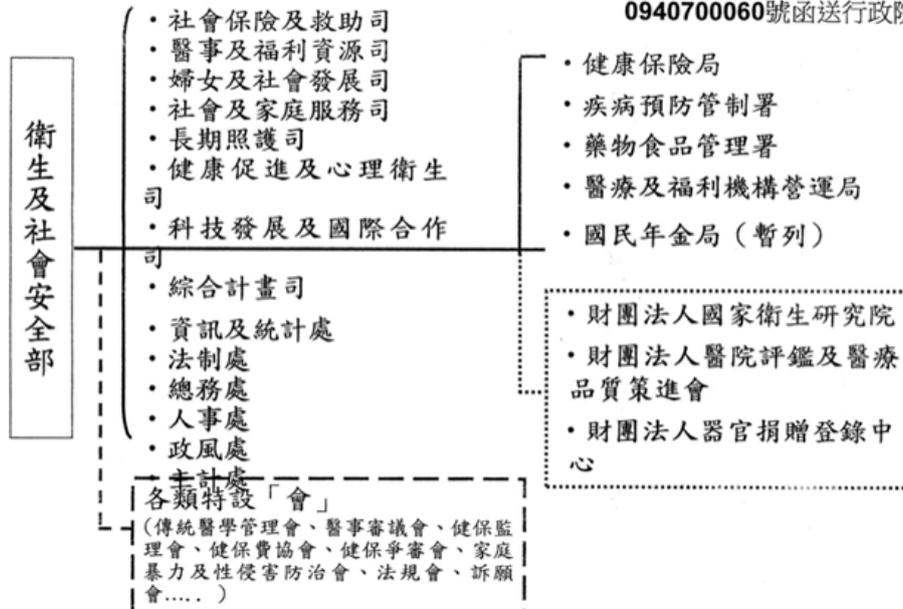


圖 3-2、2005 年初次送行政院版本

資料來源：本研究受訪者提供。

其後至 2008 年葉金川擔任衛生署署長時期，為了將來設置心理健康專責單位前之過度時期而於 2009 年 3 月成立「心理健康辦公室」，想模仿美國聯邦的物質濫用與精神醫療服務署 (SAHMSA) 的架構，分成精神醫療組、物質濫用組及心理健康促進組等三組，就在為專責司級單位做準備。2009 年 6 月間衛生署內部討論時，此時期已定調未

來組改後部會名稱爲「衛生福利部」，並且曾就是否設置「社會福利署」進行討論，提出甲、乙、丙、丁四個方案（如圖 3-3），可看到在四個方案中，與心理健康相關之單位或爲「健康促進及心理衛生司」，或爲「心理健康與物質濫用司」，司級單位的數目隨之在 8 到 9 個之間變化。

衛生福利部草案比較表 (980706) 供開會討論之單字				
	甲案 (不設立社會福利署)	乙案 (設立社會福利署)	丙案 (不設立社會福利署)	丁案 (不設立社會福利署)
業務司	1.社會保險及救助司 2.醫事及福利資源司 3.婦女健康福利司 4.兒童青少年及家庭健康福利司 5.老人及身心障礙健康福利司 6.健康促進及心理衛生司 7.中醫藥及輔助醫療司 8.綜合計畫司	1.社會保險司 2.醫事司 3.健康促進司 4.心理健康與物質濫用司 5.照護及社會發展司 6.中醫藥及輔助醫療司 7.綜合計畫司 8.科技發展及國際合作司	1.社會保險及救助司 2.婦女與社會發展司 3.兒少發展與家庭司 4.老人及身心障礙福利司 5.醫事照護司(含長期照護) 6.健康促進司 7.心理健康與物質濫用司 8.中醫藥及輔助醫療司 9.綜合計畫司	1.社會保險及救助司 2.婦女與社會發展司 3.兒少發展與家庭司 4.老人及身心障礙健康福利司(含長期照護) 5.醫事司 6.健康促進司 7.心理健康與物質濫用司 8.中醫藥及輔助醫療司 9.綜合計畫司
輔助單位	相同(資訊及統計處、法制處、總務處、人事處、政風處、會計處)			
3級機關	中央健康保險局(既有) 疾病預防管制署(既有) 食品藥物管理署(既有)	社會福利署(新成立) 中央健康保險局(既有) 疾病預防管制署(既有) 食品藥物管理署(既有)	中央健康保險局(既有) 疾病預防管制署(既有) 食品藥物管理署(既有)	中央健康保險局(既有) 疾病預防管制署(既有) 食品藥物管理署(既有)

圖 3-3、2009 年內部討論之四個版本

資料來源：本研究受訪者提供。

衛生署於 2009 年 9 月再次將其組織改造架構及處務規程送至行政院核定（如圖 3-4），此為第二版本送核之組織架構，規劃設置九司六處，其中心理健康辦公室即成爲「心理健康與物質濫用防制司」。組改歷程至此為止，各個版本皆無口腔專責單位之設置，口腔業務仍屬於醫事處之職掌。然而此版本中，司的數目爲九個，與行政院所訂之「各部會司級單位以八個爲上限」之原則不合，依據本研究訪問對象，當時的醫事處處長（現爲衛生福利部綜合規劃司司長）表示：

然後後面就是有一些轉折啦，第一個呢就是我們送上去之後就面臨到一個問題，行政院就有一個定調，因為當時各

部會都在做組織，就說最多只能有八司六處，所以我們這個六個處 OK 但是九個司就不行了，就說要降，要變八司六處，然後怎麼辦呢？當時候就在想要怎麼辦，然後...總統就承諾說對於心理健康這件事情他很重視，他也覺得很重要，就是這樣。

故至今衛生福利部僅設有八個司，而心理健康司更是馬總統積極認為重要對人民心理健康的承諾。

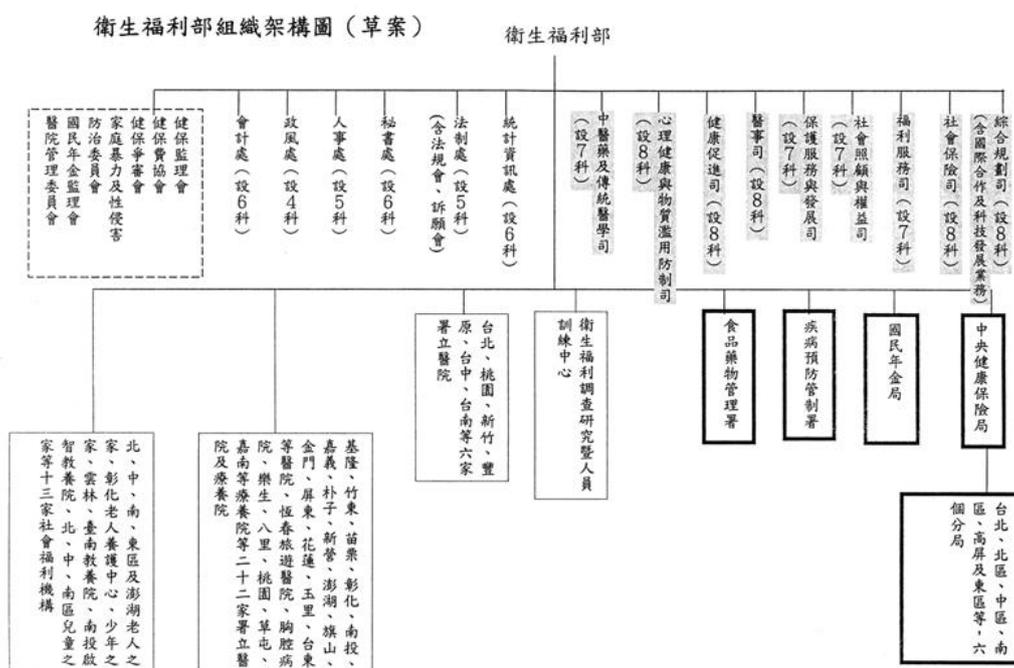


圖 3-4、2009 年第二次送核版本

資料來源：本研究受訪者提供。

戴前副署長告知，2010 年組改上有一大突破，2010 年 1 月三讀立法院組改四法通過，通過《行政院組織法》、《中央行政機關組織基準法》修正案、《行政院功能業務與組織調整暫行條例》和《中央政府機關總員額法》。原來《基準法》提到只能 50 至 54 個司署，後來通過放寬到 70 個。但提升的司又再次超過規劃，因為國民健康局的業務非常重要，過去也被不少局長（林秀娟、賴美淑）提出說帖爭取「國健局」能保

留，所以因為已經將其從和心理健康合併分出成為健康促進司，所以在再重新調整時，就變成了國健署，司仍維持八個。

第三次在 2010 年送核時，因為國民健康局可直接升格為國民健康署，故開始規劃有獨立的「心理健康司」，從草稿中得知名稱改變（如圖 3-5 和圖 3-6），但仍無口腔業務專責單位。

原本組織架構，卻在 2012 年一月開始，社福界人士，要爭取兒童署等，形成社會福利聯盟，幾經討論，最後定名為「社會與家庭署」，原本八司的業務內涵，又開始出現變化如圖 3-7。

至 2012 年送核時，組織架構已與現行十分相近，惟心理健康業務仍為獨立設置之「心理健康司」，而口腔健康業務則首次在組改架構中出現設置「口腔健康會」掌管相關口腔業務之規劃（見附錄三）。依據本次專家訪談，口腔健康會之設置為楊志良前署長同意之安排。可見此次衛生福利部之組織再造中，造成爭議之口腔健康原先並不在「司」級單位之規劃中，而是立委受團體遊說後才出現之編制。

第三章 我國與各國心理健康與口腔健康主管機關組織架構比較

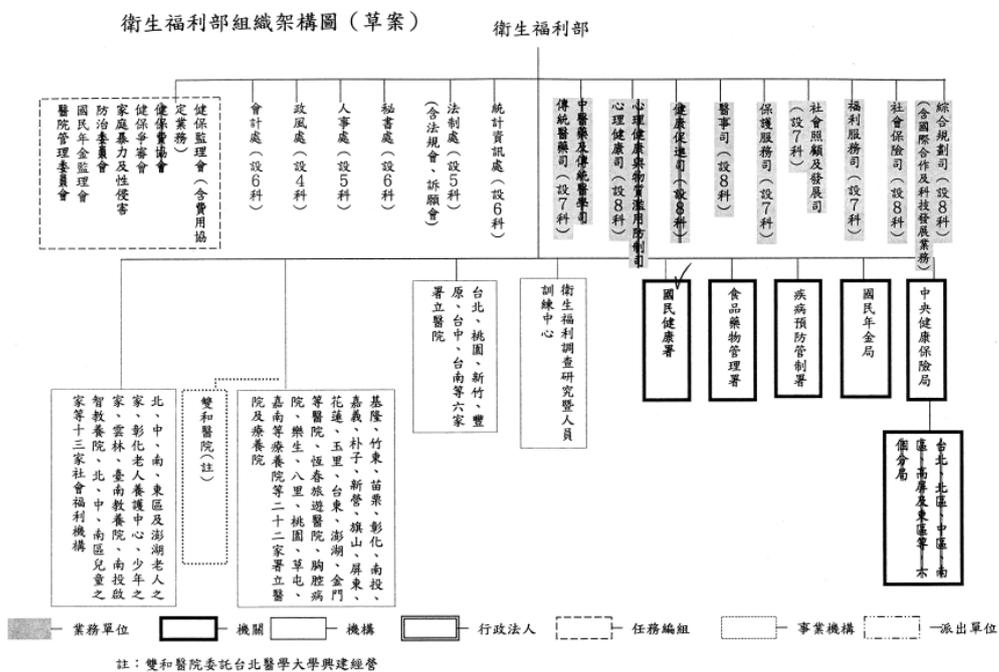


圖 3-5、2010 年第三次規劃版本草稿

資料來源：本研究受訪者提供。

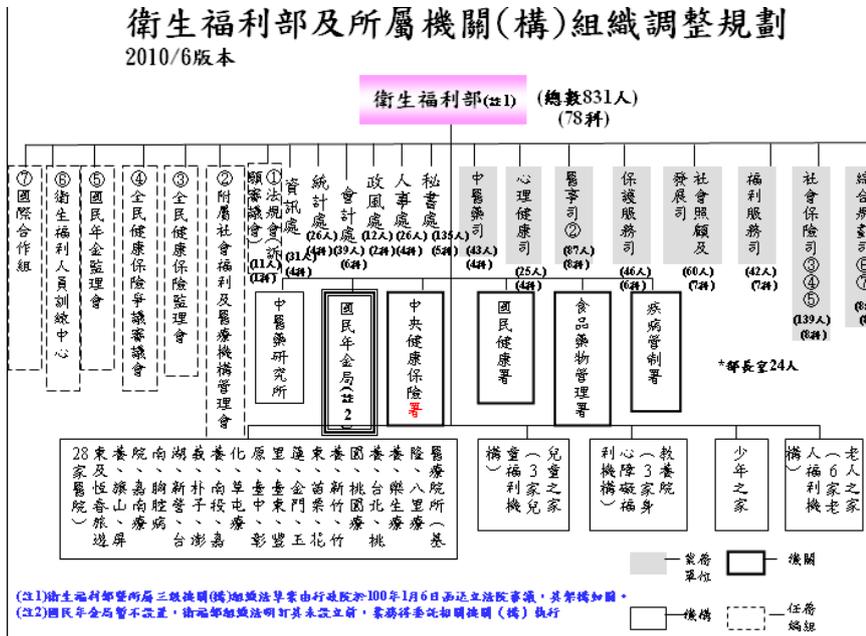


圖 3-6、2010 年第三次送行政院版本

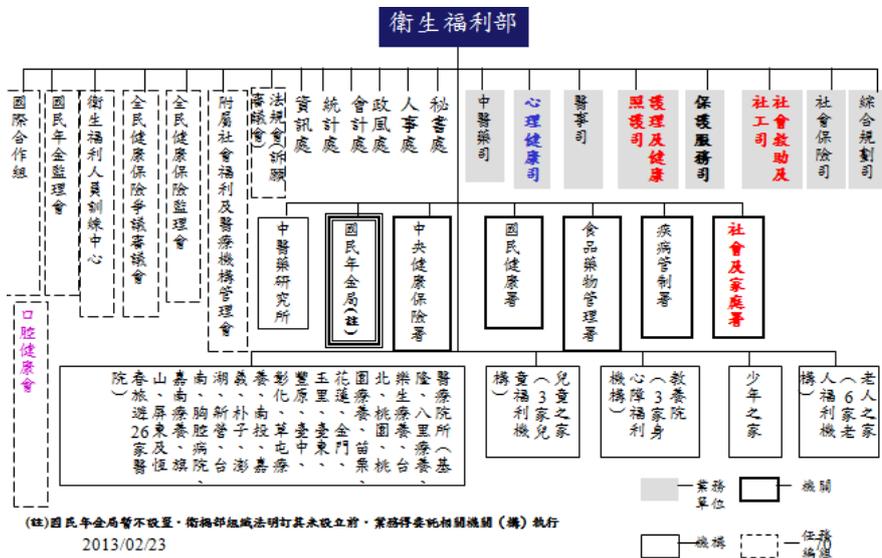


圖 3-7、2012 年送核版規劃設置「心理健康司」及「口腔健康會」

資料來源：研究者自行整理。

依據立法院公報內容，可以發現最早衛福部組織架構與處務規程已經被通過，當時只是被要求加入口腔健康很重要的條文，但是卻是在審查國健署成立的條文時，突然被委員提出，強行要求將口腔合併入「心理健康司」中（見附錄三），雖然心理健康行動聯盟提出倡議與抗議，但是立法院在 2013 年 5 月 29 日做出黨團協商（見附錄四）。

「有鑒於心理健康口腔健康掌管事項多元，分別各涉及心理健康與生理健康，惟現行組織改造後之衛生福利部將所屬機關（構）配置，將其綜合規劃為單獨一司，即『心理與口腔健康司』，為免日後業務繁重，且保留作業彈性，要求主管機關應於組織改造施行一年後，再行檢討，是否將心理健康與口腔健康各自分設次級主管單位」。

從協商文字中明顯可知是立法院明明知道兩個領域並不相容，卻硬要將其合併，看到政治介入的不合理性和嚴重性。即使 2013 年 3 月時候幾位曾參與 2012 年 12 月心理健康城市聯盟的國際專家來信指出這是全世界都不會有的組織架構，如此是貽笑國際的提醒（見附錄二）。2013 年 6 月 30 日立法院還是三讀通過，其後，民間組織的心理健康行動聯盟持續發起各相關團體的請願，發公文給總統府、給行政院，也非正式的知悉可能要將口腔健康併入綜規司，文件也送到研考會，但是 6 月 30 日還是破局，7 月 1 日被抽回仍換成原來版本。

最終行政院於 2013 年 7 月由總統公告最後經立法院核定之衛生福利部組織架構，原定之「口腔健康會」取消，心理健康與口腔健康業務之主管單位合併設置為「心理及口腔健康司」（如圖 3-8）。

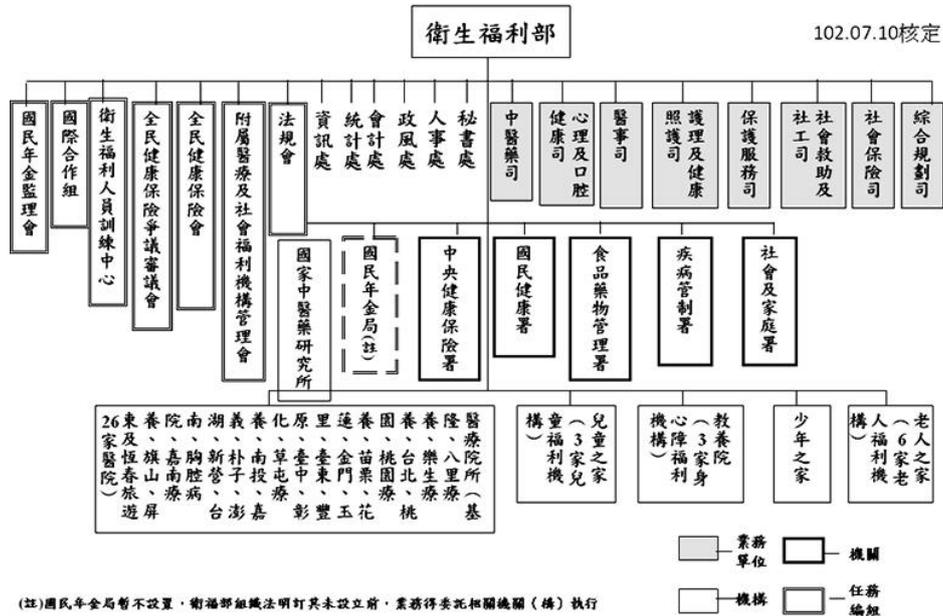


圖 3-8、2013 年行政院核定版本，現行組織架構

資料來源：衛生福利部網站。

歸納以上組織改造歷程，可發現心理健康業務最早在 2005 年即被提出與健康促進業務合併設置為司級單位，其後「國民健康局」不予裁併而直接升格為「國民健康署」，心理健康即成為獨立之司級單位在規劃。口腔業務則是依據《口腔健康法》成立「口腔醫學委員會」，由國健局主負責，如同 1990 年《精神衛生法》，衛生署設有精神醫療審議委員會，都是與其他醫療業務一樣由醫事處掌管，也不會在組織架構中出現，不過遲至 2012 年才有獨立之「口腔健康會」出現在組織架構中，至 2013 年才又與心理健康業務合併設立為「心理及口腔健康司」。以上為我國組改中央組織變遷的說明，心理健康與口腔健康的合併是有疑慮的。

D：是主官突然被立委要求說明，就沒意見同意此二領域的合併，並未經過細部內各司的分工仔細考量。

訪談者參與心理健康行動聯盟也提出，「2013 年 1 月開始抗議行

動，衛生署只是不斷回應尊重送行政院版本，卻沒有像後來六月如此積極構思應歸屬其他司的行動，非常遺憾」，詳細過程見後文第三節分析。接下來將以世界上多個主要國家之心理健康行政組織架構與口腔定位做比較。

第二節 WHO 與不同國家衛生部門組織架構簡介

心理健康過去只專注在精神疾病防治，但是進入 21 世紀，各國紛紛將心理健康促進都融入其業務中，口腔健康也因為與生活品質和可能導致其他不健康原因而開始被重視，我們無法去找出過去各國的組織架構與變化情形，但是以目前網路上可以看到不同國家政府的組織架構，來分析口腔與心理健康在組織結構上的狀況。

全球各國之趨勢均為設置心理健康業務專責獨立單位，進行整體性之政策規劃與研擬、以推動並提升其國民之心理健康。以標示出負責心理健康相關和口腔健康相關業務的行政單位。此趨勢於不同經濟開發程度之國家均同。對美國的組織我們更深度去檢視中央聯邦政府與地方各州的衛生廳或心理衛生廳的組織內涵，心理健康和口腔健康業務在組織上的歸屬。其他國家則只以大組織作參考，多數圖表請參閱附錄五以原文資料呈現，部分則轉譯成中文，在下文中敘述。若直接翻譯有些單位名稱，例如：“Center”直譯為「中心」，但卻是有國家中央層級如同我國「署」的層級，因此出入很大，直翻失去原意，因此比照我國組織層級進行詮釋。

一、世界衛生組織（World Health Organization, WHO）

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）的基本目標是人人有身體、心理、社會和諧安寧的最高標準。1948 年成立以來就致力於疾病防治，80 年代以後，健康促進概念興起，傳染病防治的同時也開始重視非傳染性疾病（一般稱之為慢性疾病，不會在人與人之間

傳染，但是長時間發展病情，對個人生活影響甚巨，(**Non-communicable Disease, NCD**) 的問題與防治。以疾病為主要改善目標，則精神疾病與病人處境長期都是被重視，心理健康是為追求的極致，反而被忽視。但是長久都在 **NCD** 下有專屬單位，只是名稱有些改變，例如 (**Mental Health and Prevention of Substance Abuse, MSA**) 變成 (**Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse**) 再成為 (**Department of Mental Health and Substance Abuse**)；WHO 持續因應時代需要，從 2011 年開始再次提出組織再造，歷經二年討論，直到 2013 年正式形成，共有七群組 (**clusters**)，非傳染性疾病 (**NCD**) 與心理健康 (**MH**)、家庭婦女與兒童健康、一般事務、健康安全群組、健康體系與創新、傳染性疾病、小兒麻痺和緊急風險回應與管理；此外還成立與學術團體合作的研究中心，全世界各地有六個地區世界衛生組織辦公室。心理健康是這次組改重要一環，將其與非傳染性疾病併列，而非像以往只是屬於其下的一支 (現在是 **NCD** 加 **MH**)，也代表此群組下掌管的各種健康促進、慢性疾病、菸害防制、暴力與傷害防治等，都需注意到心理健康 (見圖 3-9)。

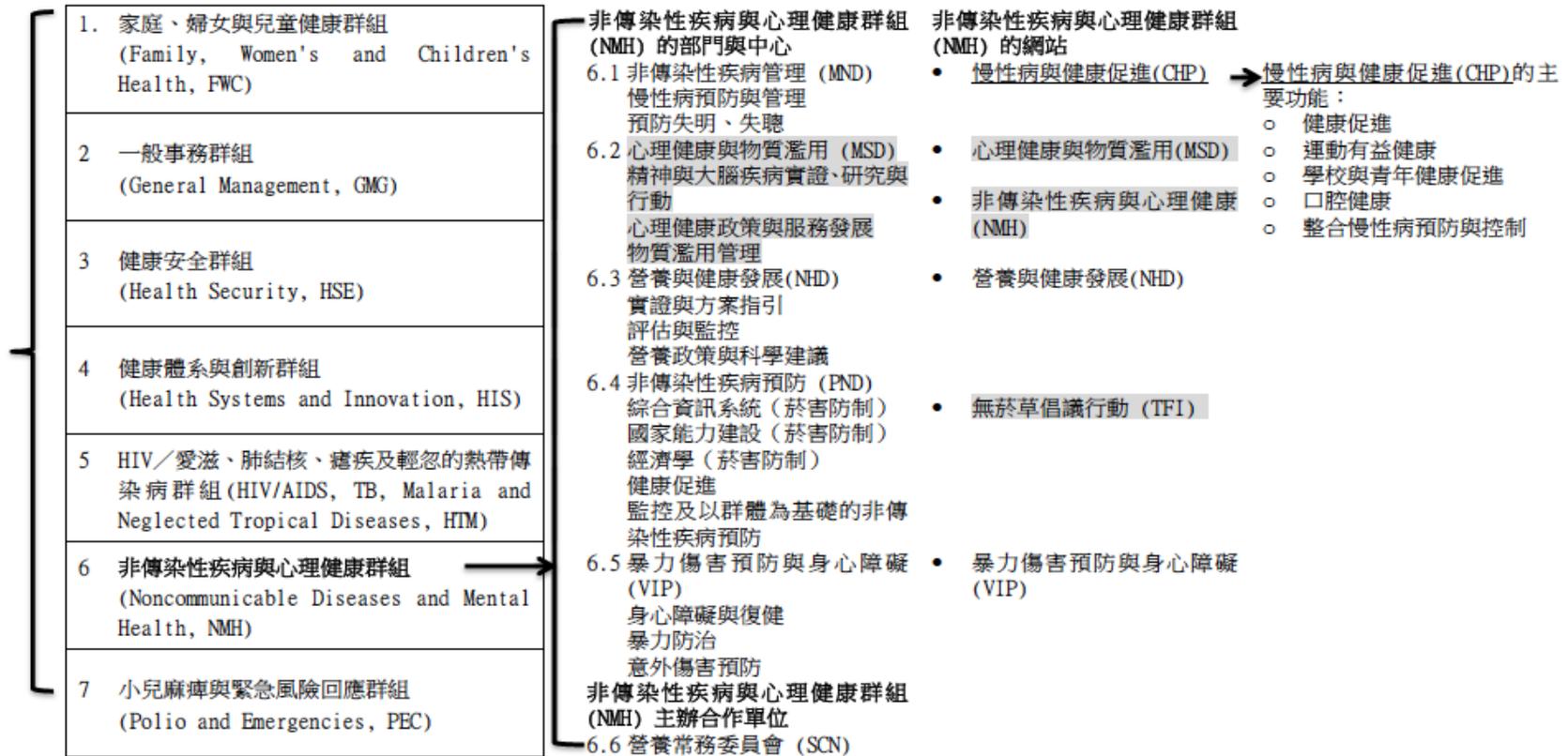


圖 3-9、WHO 組織架構之一：非傳染性疾疾病與心理健康群組

資料來源：世界衛生組織的架構 (<http://www.who.int/about/structure/organigram/en/>)

口腔健康的推動多屬於方案 (program)，是屬於 NMH 下面的慢性疾病與健康促進司 (Department of Chronic Diseases and Health Promotion, CHP) 主導－其中業務功能為健康促進，其下面的一個項方案。目前新策略在於發展全球政策有關口腔健康促進與口腔疾病預防，尤其是有效的相互連結與 (CHP) 中各相關優先身體疾病的方案，以及與其他 WHO 的組織群組 (clusters)，和其他外在伙伴。口腔健康涉及必要的一般健康，與生活品質，希望沒有顏面疼痛、口腔與咽喉癌、口腔感染與鵝口瘡、牙周病、蛀牙、掉牙、以及其他疾病會導致限制個人的咀嚼、咬嚼、微笑、說話和心理社會安適 (Psychosocial Well-being)。最常見疾病是蛀牙、牙周病、口腔癌、口腔感染、意外導致牙齒創傷、遺傳性器官損害 (兔唇)。壞疽性口腔炎、口腔疾病的風險因子：不健康飲食、菸草使用、不當飲酒，這與其他排行慢性病前四種疾病 (心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病、糖尿病) 影響原因雷同，口腔疾病也與慢性病有關，不良口腔衛生習慣也是原因。WHO 重視地區不平等、口腔服務可及性、在中低收入國家口腔疾病造成的經濟負擔預防方法與其他慢性病是雷同，減少各風險因子。

WHO 特別強調他們目前對口腔健康的回應，是融入國家公共衛生在其他慢性病防治計畫中，全球口腔健康方案強調與其他慢性病防治策略同步，強調發展政策於口腔健康促進與口腔疾病預防。包括：

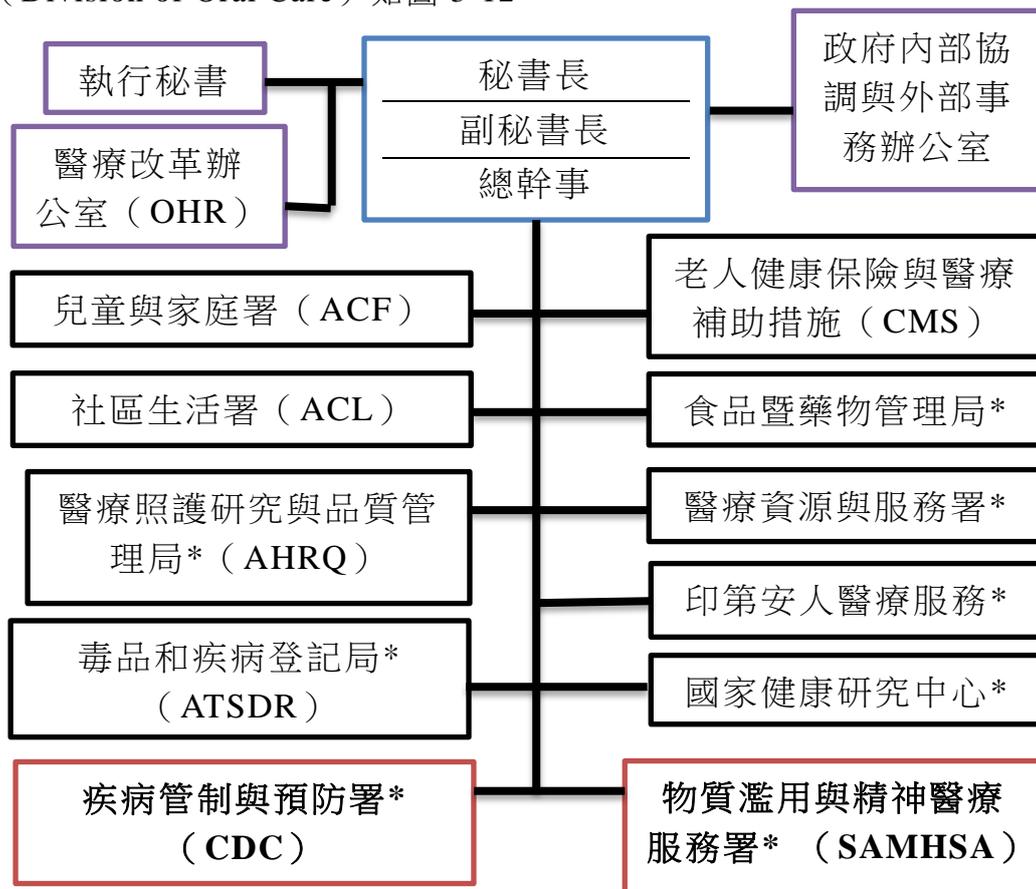
- (一)、建立口腔健康政策以俾能有效控制口腔問題的風險
- (二)、同步發展並落實社區為基礎的口腔健康促進和口腔疾病預防與治療方案，尤其對弱勢或窮人。
- (三)、鼓勵各國政府落有效的塗氟計畫，預防齲齒。
- (四)、倡議與其他慢性病一樣的風險，同時可以預防口腔疾病。
- (五)、提供各國技術支持，去強化他們口腔健康系統，整合口腔健康到公共衛生中。

二、美國

- (一)、中央政府聯邦層級

1、美國衛生與人群服務部(United States Department of Health and Human Service, HHS)

從中央政府的層級來探討，美國衛生與人群服務部(United States Department of Health and Human Service, HHS)組織架構如圖 3-10，心理健康業務分別在一級單位中設有物質濫用與精神醫療服務署(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)如圖 3-11 及隸屬於疾病管制與預防署(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)的心理健康推動小組(CDC Mental Health Work Group)。而口腔健康業務則由隸屬於疾病管制與預防署(CDC)下非傳染性疾病、事故傷害與環境衛生管理處(ONDIEH)的國家慢性病預防與健康促進中心(NCCDPHP)下設有口腔健康科(Division of Oral Care)如圖 3-12。



*屬公共衛生服務領域

圖 3-10、美國衛生與人群服務部組織圖

資料來源：美國衛生與人群服務部網站（<http://www.hhs.gov/about/orgchart>）

2、物質濫用與精神醫療服務署（The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）

在美國衛生與人群服務部下設物質濫用與精神醫療服務署（The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）（圖 3-11）。其署的使命即為降低物質濫用和精神疾病對民眾的影響。美國國會在 1992 年成立 SAMHSA 的目的為了讓物質濫用和精神疾病的資訊、服務與研究更為統合。預防、治療和復原支持服務在社區醫療系統中的行為健康屬於非常重要的一個部分。提供的服務希望改善健康狀況及降低個人、家庭及政府的成本。然而，病人常常被健康體系排擠導致依賴公共安全網的計畫。去年的統計顯示有將近兩千萬有需要的人並沒有接受治療。再者，預估為滿足約一千六百萬的人對心理健康照護的需求，這樣的落差造可預防性的疾病產生，並導致一連串負面的連鎖反應。SAMHSA 的願景是提供領導力的培育和資源包括計畫、政策、資訊與資料、合約和經費來支持：（1）行為健康對整體的健康是必要的。（2）預防是有效的。（3）治療有其功效。（4）精神疾病病患和藥物濫用者可以復原。

SAMHSA 在總部辦公室和中心提供的領導力的栽培與優質健康行為服務，透過經費的補助及合約獎賞的房是鼓勵國家、地區、部落、社區和地方組織來共同達到降低物質濫用與促進心理健康。



圖 3-11、美國物質濫用與精神醫療服務署組織架構示意圖

資料來源：(<http://samhsa.gov/>)

3、疾病管制與預防署 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)

除了 SAMHSA，同樣是一級單位的疾病管制與預防署 (Center for Disease Control and Prevention, CDC) 在過去一直不認為心理健康或精神疾病與先前的業務無關，這種假設即使 CDC 變成公共衛生最主要的機構時，他們仍援用舊體制來處理問題。當面對重要的心理健康議題時就會直接轉給 SAMHSA。但在 2000 年 CDC 也成立心理健康推動小組 (CDC Mental Health Work Group)，強調不隸屬在某特定單位，並重視建立跨部會局處的合作關係。雖然花了將近八年時間去調整強力的抗拒，包括排除(excluded)、矮化(minimized)、打擊(discouraged) 心理健康這領域，CDC 心理健康推動小組中 100 多位跨領域的 CDC 專家，在沒有經費支持與人力支援下，以志工方式開展推動心理健康的工作。從加入世界心理衛生聯盟 (World Federation of Mental Health,

WFMH)，投入於 911 事件中災難的心理健康，到設置網站（www.cdc.gov/mentalhealth）中有關心理健康和精神疾病的資訊，如今美國 CDC 也開始將推動心理健康視為署內的努力的目標，對醫療院所、社區倡議對精神疾病去歧視化。

在口腔業務的部分，疾病管制與預防署（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）底下有非傳染性疾病、事故傷害與環境衛生管理局（Office of Non-communicable Disease, Injury and Environment Health, ONDIEH）。ONDIEH 下也一個附屬機構國家慢性病預防與健康促進中心 NCCDPHP，與台灣的國民健康署相類似。國家慢性病預防與健康促進中心下設有九個處事其中包含：全民健康處（Division of Population Health）、口腔健康處（Division of Oral Health）、社區健康處、糖尿轉譯處、心臟疾病與中風防治處、生育健康處、營養/運動與肥胖處、菸與健康辦公室和癌症防治處，口腔健康處則主要降低口腔健康資源的不平等分佈來改善口腔健康，其業務包含協助各州政府提升口腔健康計畫的品質、實施一些實證研究的計畫等，在網路上卻沒有看到再分科。

<p>疾病管制與預防署 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)</p> <ul style="list-style-type: none">■ 全球健康中心 (Center for Global Health, CGH)■ 國家職業安全與健康研究院 (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH)■ 傳染病控制局 (Office of Infectious Disease, OID)<ul style="list-style-type: none">• 國家新興與動物傳染病管制中心 (National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Disease, NCEZID)• 國家愛滋病、病毒性肝炎、性病、結核病預防中心 (National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, NCHHSTP)• 國家疫苗與呼吸疾病中心 (National Center for Immunization and Respiratory Disease, NCIRD)■ 非傳染性疾病、事故傷害與環境衛生管理局 (Office of Non-communicable Disease, Injury and Environment Health, ONDIEH)<ul style="list-style-type: none">• 國家先天性疾病與發展障礙中心 (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, NCBDDD)• 國家慢性病預防與健康促進中心 (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, NCCDPHP)• 國家環境健康中心 (National Center for Environmental Health, NCEH)• 國家事故傷害預防與控制中心 (National Center for Injury Prevention and Control)■ 州、部落、地方和區域支持局 (Office for State, Tribal, Local and Territorial Support)■ 公共衛生準備與因應局 (Office of Public Health Preparedness and Response)■ 公共健康科學服務局 (Office of Public Health Scientific Services)<ul style="list-style-type: none">• 監測、流行病學與實驗室服務中心 (Center for Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services)• 國家衛生統計中心 (National Center for Health Statistics)
--

圖 3-12、美國疾病管制與預防署組織內容

資料來源：(<http://www.cdc.gov/maso/pdf/NCCDPHP.pdf>)

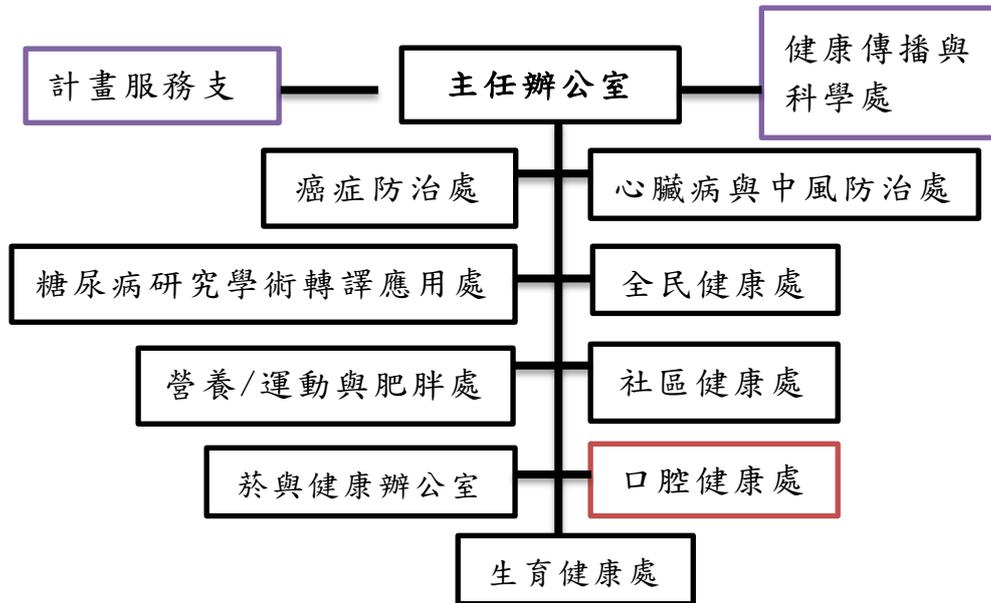


圖 3-13、美國國家慢性病預防與健康促進中心有口腔健康處

資料來源：<http://www.cdc.gov/maso/pdf/NCCDPHP.pdf>

心理健康業務在獨立的物質濫用與精神醫療服務署（SAMHSA）和 CDC 在協助處理精神疾病與物質濫用的治療、防治，也第一次看到口腔健康在 CDC 下設為一處，主要也在回應世界衛生組織（WHO）和美國衛生部長的呼籲，累積各種研究結果發現口腔健康與其他疾病息息相關，而有口腔健康計畫的提出。口腔健康處的願景為全民能享有良好的口腔健康，促進整體的健康進而達到美滿的生活。該處的使命是建立知識、有效工具和網絡的連結以促進健康行為和公共衛生方案來預防和控制口腔疾病。目標如下：

- 在各個生命階段預防及控制齲齒（蛀牙）。
- 預防和控制牙周（牙齦）疾病。
- 為了預防和控制口腔及咽（喉）癌症及其他風險因素。
- 消弭口腔健康的不平等。
- 促進預防牙齒保健並預防口腔的傳染性疾病。
- 提升國家的口腔健康計劃的能力和有效性。

口腔健康處負責提高全民的口腔健康，及減少口腔健康的不平等。

- 幫助各州改進他們的口腔健康計劃。
- 擴大使用有效的策略，以防止口腔疾病者：
 - 鼓勵有效利用氟化物的產品和氟化社區飲用水。
 - 促進更多地利用校本及聯牙齒窩溝封閉項目。
- 加強監測口腔疾病，如齲齒（蛀牙）和牙周疾病（牙齦疾病）。
- 貢獻有關口腔健康和疾病的科學知識。
- 改善牙科的感染控制。
- 幫助各州改善口腔健康計劃。

美國疾病控制與預防署（CDC）的努力的基石，是支持國家衛生部，提高國家基本口腔保健服務。疾病預防控制中心的資金支持，包括：

- 確保方案的領導和工作人員的支持系統。
- 監測口腔疾病及其危險因素。
- 拓展各州口腔健康計劃。
- 發展口腔健康聯盟和其他夥伴的合作關係。
- 實施和評估疾病預防計劃，如社區水氟化和學校的牙齒窩溝封閉計劃。

疾病控制與預防署（CDC）對各州（包括尚未有預算的州屬）提供支援：

- 培訓和資源，並通過國家組織，如：州屬協會、牙科董事及兒童牙齒健康基金會提供了技術援助。
- 與一些有預算的州屬合作開發資訊和工具
- 與一些有預算的州屬建立經驗分享平台
- 對口腔衛生資源網站資源，包括 -
 - 國家口腔健康計劃及口腔疾病負擔的資料庫
 - 連接到監測資料庫
 - 對各州口腔健康計劃的相關資訊

(二)、地方政府州層級

美國在 2012 年的 (Gallup- Health ways Well-Being Index) 夏威夷州、科羅拉多州和明尼蘇達州在幸福指數排列前三名，所以特意選擇當為舉例。此外成立健康與心理健康局的紐約市，成立健康及心理健康署的華盛頓特區，都一併檢視其功能。

1、夏威夷

從夏威夷州衛生廳直接隸屬在廳長辦公室 (Office of Director) 的三個行政單位(1)健康資源局(Health Resources Administration)、(2)環境健康局 (Environmental Health Administration) 和 (3) 行為健康局 (Behavioral Health Administration)。而在行為健康底下分成：成人心理健康科 (Adult Mental Health Division)、酒藥濫用科 (Alcohol and Drug Abuse Division) 和兒童和青少年心理健康科 (Child and Adolescent Division) (如附錄 5-1)。其中健康資源局，則業務內容包括口腔健康，它們承接 CDC 口腔健康處所提供的資源，發展當地口腔健康方案。

2、科羅拉多

從組織架構圖顯示事故傷害、自殺和暴力預防科 (Injury, Suicide and Violence Prevention) 隸屬在預防服務司 (Prevention Service Division)，而口腔健康 (Oral Health) 的業務則編列在營養服務科 (Nutrition Services Branch) 之下 (附錄 5-2)。

3、明尼蘇達州

健康促進局 (Health Improvement Bureau) 底下的社區健康科 (Community & Family Health Division)、健康促進與慢性病科 (Health Promotion & Chronic Disease Division)、少數民族與多元文化健康科 (Office of Minority & Multicultural Health) 和宏觀 (從整個州的角度) 提升健康之計畫科 (Office of Statewide Health Improvement Initiative)，而酒和戒菸計畫相關業務由這個單位來負責。在明尼蘇達州口腔健康並無一個獨立的專責單位，牙醫與其它專業人員的證照與

從業管理屬於 (Policy, Quality & Compliance Bureau) 的 (Compliance Building Division) 如附錄 5-3。口腔健康計畫 (Oral Health Program) 是屬於健康促進中心 (Center for Health Promotion)，接受美國 CDCP 要求各州提出口腔健康計畫的報告都從健康促進中心處理，也就是結合地區醫院診所或社團推動口腔衛生預防與健康生活。

口腔健康計劃需要很多跨單位合作，在該州健康廳內，需要與其他四個局合作，例如環境健康局負責輻射與飲用水的保護 (Radiation Control and Drinking Water Protection)，鄉村健康與初級照護局則提供人力資源 (Workforce)，社區與家庭健康局負責評估 (Assessment)，健康促進中心則是整合 (Integration)。這種合作下去減少口腔疾病的盛行率與帶來的影響，同時也增進口腔照顧的可近性，注意到口腔健康照護資源分配不平等現象，這是公共衛生的功能，必須有評估、政策發展與保證。

4、紐約市

在紐約市的「健康和心理衛生局」從名稱上得知「健康」和「心理健康」兩者相輔相成的重要性。局底下的心理衛生 (Mental Hygiene) 業務就包括：行政科 (Administration)、酒藥濫用的預防、照顧與治療科 (Alcohol & Drug prevention, care and treatment)、兒童、青少年和家庭科 (Children, Youth and Family)、臨床事務 (Clinical Affairs)、消費者事務 (Consumers Affairs)、早期介入 (Early Intervention、Mental Health) 心理健康和精神發育遲緩及精神障礙 (Mental Retardation/Mental Disability) (如附錄 5-4)。紐約市經過數次的組織再造，從早期的健康局與心理健康局的分立到合併，視其實際需求。

5、華盛頓特區

華盛頓特區的衛生廳其中有「預防和社區健康處」掌管 (1) 健康社區、(2) 疫苗和兒童健康資料和 (3) 營養服務。其中社區健康分成五大項：(1) 可近性、系統和協調 (Access, Systems and Coordination)、(2) 以社區為基礎的預防方案 (Community Based Prevention)、(3) 合夥關係、規劃、政策和執行 (Partnership, Planning, Policy, and

Operations)、(4) 提升行為改變 (Practice Improvement) 和 (5) 調查和評估 Surveillance and Evaluation (如附錄 5-5)。從組織架構圖無法明顯看出心理和口腔健康業務負責的專責單位，但在社區健康的涵蓋工作內容包括：

- 預防疾病、事故傷害和兒童不可逆的經驗。
- 提升健康照護的品質、結果和可近性。
- 提升讓人們做更健康的選擇之能力。
- 進行評估活動來協助提升健康狀況。
- 提供服務的連結和個案管理。
- 在健康系統和方案中提供培訓和技術資源。
- 統整和分析資料來佐證最大效益的策略。
- 推廣：健康平等、健康飲食、積極活躍並無菸環境、心理健康和健康的社會關係、安全和健康的社區、生理和智能的健康發展、對性行為負責的青少年和成人和篩檢、監測、介入和照護協調。

三、其它國家

(一) 泰國：(Vongrachit, 2013)

成立於 1889 年的 Somdet Chaopraya 醫院為泰國第一家精神病院，1942 年起也在公共衛生部醫療服務署 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health) 附屬的精神病院處 (Division of Psychiatric Hospitals)。在 1974 年後，精神醫療不應只是侷限於精神病院，服務對象更擴大至民眾，所以改由公共衛生部醫療服務署 (Department of Medical Services Ministry of Public Health) 附屬的心理健康處 (Division of Mental Health)。當時的心理健康處提倡：

- 1、將精神醫療服務融入公共健康體系
- 2、將心理健康的元素融入基層醫療照護體系
- 3、開始在小學與中學推動心理健康方案

- 4、在家庭推動心理健康促進方案
- 5、由內閣決議自 1989 年制定國家心理健康週
- 6、實施並擴展社區心理健康方案
- 7、透過媒體推動心理健康促進

在有限的資源下如預算、人力和相關的工具，也缺乏實證研究和有說服力的資料的支持，加上政策的執行遇到種種問題，所以成效不如預期。於 1992 年公共衛生部底下成立心理健康研究院，前公共衛生部副部長 Udomsil Srisangnam 醫師為出色的精神科醫師提出了心理健康的重要性並說服內閣成立心理健康研究院 (Institute of Mental Health)。研究院的角色主要為精神疾病的預防、治療、復健與心理健康促進，針對社會大眾、危險族群與精神病病人，也直屬公共衛生部部長。而兩年後 1994 年，心理健康研究院中心正式升列為心理健康署 (Department of Mental Health) 支配更多的資源來推動原有的業務。泰國的政府層級從一級的「部」(Ministry)、二級「署」(Department)、三級「局」或「司」(Bureaus/ Division) 和四級「科」或「處」(Section/ Units)。心理健康署的使命：

- 1、發展心理健康相關研究與科技技術
- 2、傳播心理健康相關知識和訊息
- 3、提供精神病人三級精神醫療和精神病護理

從泰國精神醫療與心理健康推動的歷史發展中，發現與台灣相類似的地方。同樣也是從治療精神病人的精神病院開始。但這 20 年對心理健康的觀念從著重於三級的治療疾病導向，到後來重視預防疾病和促進心理健康。附屬泰國公共衛生部的心理健康署，掌管全國精神醫療與心理健康業務，而署底下有 4500 名人力的編制，除了署內於 2010 年投入這個領域的服務的專業人員人數高達 3608 人。署內也包含其他機構如：心理健康局、社會心理健康局、政策與策略規劃局、「成為第一名」計劃辦事處、心理健康中心和國際心理健康部門等等。而口腔健康相關的業務分別在醫療服務署之下的牙科，另外在「健康署」下

另設立「口腔健康處」，如圖 3-14。



圖 3-14、泰國公共衛生部（Ministry of Public Health）組織示意圖

泰國「心理衛生署」對未來的規劃是希望權利下移至地方政府將 17 家精神病院由區域衛生局承接。此外，將挪動更多的「心理健康經費」至推動預防與促進心理健康領域。同時著重與監測與制訂政策以營造幸福感。

(二) 澳洲：

在澳洲的 (Mental Health and Drug Treatment Division, MHDTD) (如附錄 5-8) 心理健康與藥物治療科的業務範圍包括：改善心理衛生系統來提倡更好的協調和整合的照護在各種嚴重程度的精神疾病和在社區的年齡層，

- 1、加強基層精神醫療照顧。
- 2、加強對兒童與青少年的精神醫療服務
- 3、提升原住民和托雷斯海峽島民的社會與情緒健康服務。
- 4、改善國家透明化與支持性的心理健康服務。
- 5、發展與執行降低自殺的策略。
- 6、提倡並支持藥物及酒癮治療服務，有效的辨別和治療精神疾病和藥物濫用者，有甚是居住在偏遠地區的原住民和托雷斯海峽島民。

(三) 日本：

心理健康業務則隸屬於日本厚生勞動省在社會與援護局的心理健康和福利科。而口腔健康業務在健康局下有：1、一般事務處。2、醫療服務領導處。3、醫療專業處。4、牙齒健康處。5、護理處。6、經濟事務處和 7、研究及發展提倡處 (見附錄 5-9)。

(四) 英國：

實施公醫制度的英國，衛生部 (Department of Health) 隸屬部長下分成 1、醫療保健系統執行長辦公室 (Office of the NHS Chief Executive) 2、常務秘書辦公室 (Office of the Permanent Secretary) 3、軍醫官辦公室 (Office of the Chief Medical Officer) (見附錄 5-10)。

心理健康的業務隸屬在醫療保健系統執行長辦公室(Office of the NHS Chief Executive) 下的國家健康服務醫療署 (National Health Service Medical Directorate) 及常務秘書辦公室 (Office of the Permanent Secretary) 下的社會照顧、地方政府及夥伴照顧署 (Social Care, Local Government & Care Partnership Directorate) 設有心理健康及學習障礙 (Mental Health & Learning Disability) 專責單位，如圖 3-15。口腔健康業務則由醫療保健系統執行長辦公室 (Office of the NHS Chief Executive) 底下的委託發展常務董事 (Managing Director for Commissioning Development) 設有基層醫療科 (Primary Care Division) 的牙齒及視力照護服務 (Dental & Eye Service) 如圖 3-16。



圖 3-15、英國社會照顧、地方政府及夥伴照顧署組織架構示意圖

資料來源：(<https://www.gov.uk/>)

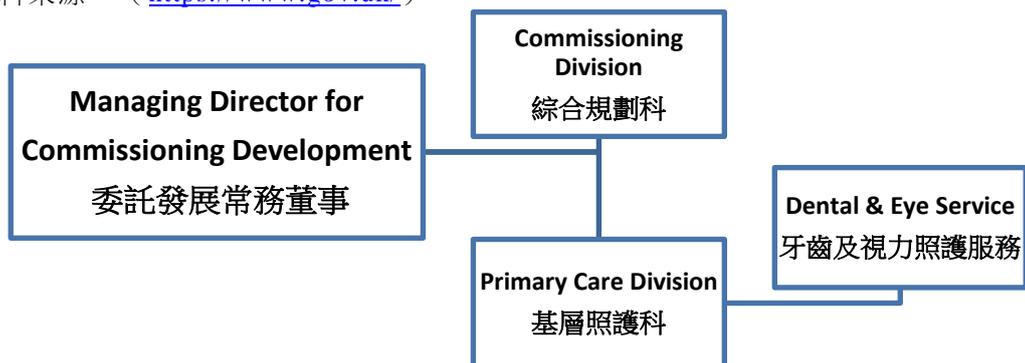


圖 3-16、英國委託發展常務董事組織架構示意圖

資料來源：(<https://www.gov.uk/>)

(五) 馬來西亞：

屬於英國殖民地的馬來西亞的衛生部門分成一級、二級、三級和四級，口腔健康屬於三級單位底下分：1、口腔健康發展處，和 2、口腔健康管理。心理健康業務則在二級的健康促進委員會下設家庭發展、綜合健康和健康行為研究中心（附錄 5-11）。

(六) 韓國：

韓國在兩項業務都編列在健康政策局底下的口腔健康與健康生活科（Division of Oral Health and Healthy Life）和心理健康政策科（Division of Mental Health）如附錄 5-12。兩者是平行單位，名稱和業務不會併在一起。

(七) 加拿大

健康部下面有公共衛生署（與台灣國健署、疾管署等合併的機構）很清楚的看到有口腔健康顧問會，與慢性病預防中心和健康促進中心並列，工作範疇屬於疾病類但在健康促進類中只有心理健康與精神疾病被提出。

表 3-1、加拿大健康組織

公共衛生署	Public Health Agency of Canada
疾病類	傳染性疾病、慢性疾病（口腔疾病屬於此組織）
健康與安全	旅遊健康、食品安全、免疫與疫苗、緊急準備和反應、 健康促進 、傷害預防、實驗安全
研究統計	監測
資訊	媒體公關、法令規章、報告與出版、資訊查詢
透明	外部委員會、申請資訊方式、主動公布

資料來源：研究者自行整理

健康促進：兒童健康、環境公共衛生與氣候變遷、家庭暴力防治、健康懷孕與新生兒、健康生活、傷害防治、心理健康、肥胖、身體活動、群體健康、鄉村健康、年長者健康等。

心理健康（mental health）分成兩部分，心理健康促進（Mental Health Promotion）與精神疾病（Mental Illness）和照顧（Services）。比重各半，尤其心理健康促進與相關疾病預防的方案都出現在其他健康促進或慢性病防治的策略中。

茲將前述各國組織狀況列表如下：

表 3-2、WHO 與不同國家衛生部門心理健康及口腔健康組織比較

WHO/ 國家	心理健康業務單位	口腔健康業務單位	參考網址及 其它說明
WHO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 主要有負責的群組，是「非傳染性疾病與心理健康」，其下特設物質濫用與心理健康司，並與其他司又有心理健康相關業務。 ▪ 其他群組如家庭婦女與兒童健康，一般事務，健康安全群組、健康體系與創新、傳染性疾病、小兒麻痺和緊急風險回應與管理等，也另有心理健康。 	<p>主要是在「非傳染性疾病與心理健康群組下的慢性病防治司下健康促進業務中的口腔保健方案。</p>	<p>http://www.who.int/about/structure/org/anigram/en/</p> <p>http://www.who.int/about/structure/org/anigram/nmh/en/</p>
美國衛生與人類服務部（HHS）	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HHS 下，設有直屬的物質濫用與精神醫療服務署（SAMHSA） ▪ 直屬 HHS 的 CDC 下，非傳染性疾病/意外事故/環境健康局（ONDIEH）下，慢性病預防及健康促進中心（CDPHP）下，設有全民健康處 	<p>直屬 HHD 的疾病管制預防署（CDC）下，非傳染性疾病／意外事故／環境健康局（ONDIEH）下，慢性病預防及健康促進中心（CDPHP）下，設有口腔健康處（DOH）</p>	<p>http://www.hhs.gov/about/orgchart</p>

第三章 我國與各國心理健康與口腔健康主管機關組織架構比較

WHO/ 國家	心理健康業務單位	口腔健康業務單位	參考網址及 其它說明
	<p>(DPH)，包含心理健康業務。</p> <ul style="list-style-type: none"> 心理健康業務也融入 CDC 各處業務。 		
美國 夏威夷州 衛生廳	<p>夏威夷州衛生廳下，設行為健康局（與健康資源局、環境健康局三者並列），包含：成人心理健康處、酒精藥物濫用處及兒童青少年心理健康處。</p>	<p>夏威夷州衛生廳下，健康資源局下的業務，包含口腔健康，承接 CDC 口腔健康處提供資源，發展當地口腔健康方案。</p>	
美國 科羅拉多州 衛生廳	<p>科羅拉多衛生廳下，預防服務處下，設有事故傷害、自殺和暴力預防單位</p>	<p>科羅拉多衛生廳下無專責單位，但其預防服務處下，營養服務科下，有口腔健康業務</p>	
美國 明尼蘇達州 衛生廳 (MDH)	<p>明尼蘇達州衛生廳下，健康促進局及健康保護局，身心健康整合融入各科業務。</p>	<p>明尼蘇達州衛生廳下口腔健康並無獨立專責單位，牙醫人力由政策品質局管理，口腔健康計畫在 CDC 口腔健康處要求下，由健康促進局健康促進中心結合地區醫院診所或社團推動。</p>	
美國 紐約市	<p>紐約市健康與心理衛生局將心理與健康並列，心理衛生業務包含藥物濫用預防、照顧與治療、兒童青少年家庭、臨床事務、消費者事務、心理健康早期介</p>	<p>在組織架構中並無明顯提及口腔業務所屬的專責單位</p>	<p>紐約市經過數次組織改造，早期健康局與心理衛生局分立，目前是身心健康合併並</p>

WHO/ 國家	心理健康業務單位	口腔健康業務單位	參考網址及 其它說明
	人、心智遲緩及精神障礙等。		列。
美國 華盛頓 特區	從組織架構圖無法明顯看出心理和口腔健康業務負責的專責單位，但在社區健康庭（Healthy Communities）的涵蓋工作內容包括： 1. 預防疾病、事故傷害和兒童不可逆的經驗。 2. 提升健康照護的品質、結果和可近性。 3. 提升讓人們做更健康的選擇之能力。 4. 進行評估活動來協助提升健康狀況。 5. 提供服務的連結和個案管理。 6. 在健康系統和方案中提供培訓和技術資源。 7. 統整和分析資料來佐證最大效益的策略。 8. 推廣：健康平等、健康飲食、積極活躍並無菸環境、心理健康和健康的社會關係、安全和健康的社區、生理和智能的健康發展、對性行為負責的青少年和成人和篩檢、監測、介入和照護協調。		
英國 衛生部	英國心理健康業務分別在國家健康服務部長辦公室下的國家健康醫療署及常務秘書長辦公室下的社會照顧、地方政府與照顧夥伴關係首長所管理之心理健康與學習障礙業務。	英國口腔健康業務在國家健康服務部長辦公室下，委託發展常務董事（Managing Director for Commissioning Development，類似綜合規劃的性質）所管理的基層照顧	英國實施公醫制度。視口腔健康為生理器官的一個基層醫療專科，與眼科並列。

第三章 我國與各國心理健康與口腔健康主管機關組織架構比較

WHO/ 國家	心理健康業務單位	口腔健康業務單位	參考網址及 其它說明
		科，其中有口腔及眼睛服務業務。	
澳洲 衛生 署	澳洲衛生署下設有心理健康與藥物治療處（Mental Health and Drug Division, MHDTD），其業務包含改善嚴重精神疾病社區心理健康服務系統、基層精神醫療、兒童青少年精神醫療、原住民及離島社會與情緒健康服務、國家透明化與支持性的心理健康服務、降低自殺的策略、藥物酒癮治療服務等	澳洲衛生署下，急性照護處（Acute Care Division, ACD），下設有口腔業務科與醫院管理、財務分析政策等各科業務並列	
日本 厚生 勞動 省	日本厚生勞動省，直屬部長秘書處下設有障者保健福祉部，心理健康福祉處（Dept. of Health and Welfare for Persons with Disabilities）。	日本厚生勞動省健康政策局（Health Policy Bureau）下設有牙齒健康處（Div. Dental Health），與醫療專業、醫療服務領導、護理處等並列。	
韓國 健康 部	韓國心理健康業務在健康部健康政策局下設有心理健康政策處	韓國口腔健康業務在健康部健康政策局下設有口腔健康與健康人生政策處	韓國的心理健康業務與口腔健康業務是設在健康政策局下兩個分開的處，與健康政策處、健康促

WHO/ 國家	心理健康業務單位	口腔健康業務單位	參考網址及 其它說明
			進處並列
泰國 公共 衛生 部	泰國公共衛生部下設有心理健康署（4,500名人力編制的大署），掌管全國精神醫療與心理健康業務	泰國公共衛生部下，健康署下設有國際口腔健康中心，口腔健康服務另在醫療服務署下業務，與各醫療服務並列。	心理健康業務和口腔健康業務分別隸屬在不同的署，心理健康是一獨立的署，而口腔健康服務與其他醫療服務並列。
馬來 西亞 衛生 部	心理健康業務則分別在二級單位的健康促進委員會（Health Promotion Committee）和三個四級單位：家庭發展（Family Health Development）、綜合健康（Public Health）和附屬機構健康行為研究中心（Health Behavior Research Center）	口腔健康（Oral Health）屬於三級單位，底下兩個四級單位為：口腔健康發展處（Oral Health Development Management）和口腔健康管理處（Oral health Control and Management）	馬來西亞屬於英國殖民地，衛生部的層級從高到低分為四級。

資料來源：研究者自行整理

第三節 國會議事錄相關檔案內容分析

回顧我國心理健康司的規畫歷程，自 2005 年即開始持續納入規劃，衛生署送行政院版本甚至立法院版本，都一直是「心理健康司」，發生變化是在立法院中，立法委員從來沒有邀請心理健康和口腔健康界一

起面對面進行公聽會，衛生署也沒有邀請大家一起討論各司署的組成，過程不透明。

此節主要以立法院公報呈現組織變化的時程與立委的說詞，瞭解口腔健康如何在立法院審查組織再造條文中被提出的過程樣貌。雖然口腔與其他身體器官一樣，會發生病變需要醫療照護，也需要保健預防，但無論從十大死因或其他疾病負擔指標中探討，口腔相關之健康影響均不及癌症或心臟血管疾病等之影響，為何口腔健康業務需提升至「司」的層級，此事讓人感到疑惑且值得深思。

一、組改在行政院版本與送立法院的演變

- (一)、2005 年衛生署送行政院版本就有心理健康司，只是與國健局整併成為健康促進及心理衛生司，但並未送立法院，如圖 3-2。
- (二)、2009 年葉金川署長任內，不但成立心理健康辦公室，因為將健康促進單獨為司，所以心理健康獨立出來，也研擬不同心理健康司的名稱，如心理健康與物質濫用司，如圖 3-3。
- (三)、2010 年 3 月 30 日衛生署公布精神醫療與心理衛生政策綱領，宣示將成立心理健康司。
- (四)、2010 年 3 月中華心理衛生協會等國內心理衛生團體代表訪總統府馬總統英九，承諾重視國民心理健康，於中央成立專責心理單位，並於 2011 年行政院成立「心理健康促進及自殺防治會報」，以聯繫各機關部會推動心理健康業務。
- (五)、2010 年 6 月行政院版本送立法院，其中有「心理健康司」。
- (六)、2011 年 4 月 28 日行政院函送立法院的衛生福利部組織規劃中「心理健康司」已經明白列出。
- (七)、2012 年 5 月 30 日 司法與衛環聯席會議，討論口腔要加入衛福部的職掌功能中，甚至提出支持「口腔健康」成「司」的意見。
- (八)、2012 年 5 月 30 日肯定心理健康司，並要求增加人力。
- (九)、2013 年 1 月 3 日聯席會議 要求將口腔健康併入「心理健康司」
- (十)、2013 年 5 月 27 日 黨團協商，要求一年後檢討（見附錄四）。

二、口腔健康被要求加入衛福部執掌

2011年4月28日第7屆第7會期司法及法制、社會福利及衛生環境委員會聯席會議（一次會）中，可以看到多位委員輪番上場，提出衛福部職掌中應加入「口腔、視力與聽力預防保健之規劃、推動及執行。」（見附錄三）。

衛福部組織改造的目標與策略是：「建構精簡、效能及彈性的衛生醫療及社會福利體制」，所以當被提出要在職掌增加口腔業務，被告知不妥，但立委仍執意要求。

宋副主任委員餘俠：衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理及監督。口腔健康當然屬於衛生業務之一環，所以第一款其實已可涵蓋口腔健康這項業務，而且除口腔健康之外，現行衛生署的組織法也涵蓋口腔衛生以外其他各項衛生業務，如果要明文列出口腔健康，恐怕也要考慮把其他各細項都一一列出。所以剛才衛生署陳副署長表達的意見是，現有的規定已足以涵蓋，所以未必要在有關職掌的條文中顯示，而可在處務規程中明定設置此一常設性任務編組。

呂委員學樟：請問宋副主委，依照基準法的規定，如果將「口腔健康及醫療政策之規劃、管理、研究及監督」列入第二條衛生福利部的業務職掌，有沒有問題？沒有問題吧！宋副主任委員餘俠：一般是廣義規範，但假設要特殊凸顯某一項職掌，也有將特殊的項目並列的案例。

各委員提出要增加組織職掌內容皆差不多，摘錄部分：

1-1：有鑒於近年來，口腔健康執業環境改變，口腔健康之業務及科技蓬勃發展，其醫療輔助人員的需求性增加，以及全民口腔健康照護的品質提昇，口腔醫政及醫療體系重要性顯著提升，為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，爰提出修正動議，增列衛生福利部有關口腔健康相關業務之執掌，以建構更高品質安全的醫療環境。

1-2：中醫師及牙醫師的醫療業務互相獨立而無法取代、醫療生態與環境也各自不同而無法統籌管理，若無口腔健康專責單位，恐易造成醫療需求扭曲，無法妥善照顧國民口腔健康之困境。

許委員舒博：不是，我們希望把法條規定得完整一點，將口腔健康部分列入並不影響整個法案，難道口腔衛生不是衛生福利部的業務嗎？為何中醫藥部分就有兩款的規定…

但是口腔健康再重要，其業務範圍只在醫療照護，與癌症照護、糖尿病照護、視力保健相比，內容功能其實是相仿的。主要是與西醫的競合。而立委的論述是與中醫相比較來爭取口腔健康也要比照辦理，成立司級單位。

涂醒哲委員：牙醫的問題，這個問題是長久以來就有的訴求，但一直都沒有辦法解決，頂多只是用一個委員會來處理，所以，他們始終認為牙醫界比較弱勢；不過，現在牙醫學會已經成立了，可見牙齒的照顧越來越重要，而且牙齒也是每個人都會用到的。所以，他們一定會認為為什麼中醫都有成立單位而他們沒有？

三、口腔成立常設委員會的討論

呂委員學樟：說到衛生福利部，其實是有些特別之處。比如依照基準法的規定，每部會可以設六至八個司，而你們已經設了八個司，在任務編組方面，如果將口腔醫療部分亦視為任務編組的話，則成為各部會中任務編組最多的一個機關，請問研考會宋副主任委員，是否如此？

宋副主任委員餘俠：依照基準法第二十八條的規定，機關視業務需要得設業務編組，所需人員由相關機關人員派充或兼任，換句話說，基準法已經開了一條路，兼任是屬於

比較臨時、短暫的性質，派充則是特殊任務需要性質，比如呂委員方才提到的口腔衛生即是，的確可以任務編組方式設置。衛生福利部是個大部會，需要有很多跨司或司署的協調，所以設置這些任務編組的確有其必要。

呂委員學樟：本席認為以任務編組形式存在，似乎是一種應付的作法，不太妥當。

邱署長文達：由於口腔醫療可能與醫事司、國健局、國民健康署以及食品藥物、疾病管制等方面都有關連，所以以跨部會的任務編組形態存在可能比較理想。

口腔成立獨立單位不斷被提出，甚至還問署長口腔方面同意了嗎？表示立委對設立口腔單位究竟是否合宜也並不清楚，只是要幫忙提問。

陳委員瑩：而中華民國牙醫師公會全國聯合會要求要成立口腔健康司，對此本席並沒有任何預設立場，我純粹只是關心一下，現在這部分已經保留下來，請問署長，對於要求成立口腔健康司的意見要如何處理？

邱署長文達：關於口腔健康的領域，其實這是跨部門的，包括醫事司、國健局及其他局處，很多都有跨部門的事務。我們也曾和相關人員協商過，建議他們採用常設任務編組的形式，這樣對推動口腔健康業務會很有幫助。

陳委員瑩：他們也接受了嗎？

邱署長文達：對。

陳委員瑩：這樣處理就沒有問題了？

四、口腔健康不斷被立委探詢可否成立「司」

最早立委是玩笑方式提出口腔與心理要合併：

涂委員醒哲：方才本席還跟呂學樟委員開玩笑說，要不然就將口腔與心理衛生放在一起，讓他們可以心口合一，因為大部分的煩惱都是來自於嘴巴，當然，本席只是開玩笑，不像關中說要訂一個大嘴巴條款；不過，大部分的煩惱的確都是來自於嘴巴，所以，他們是否可以直接合在一起？我想這也是想法之一，否則，至少也要給他們有獨立運作的機會。

涂委員醒哲：如果設的司多一點，你們大概就沒有這個問題了。這部分我看你們的確很困難，你贊不贊成將心理衛生與口腔部分放在一起？

邱署長文達：這在執行上會有些困難，我倒建議口腔部分可以放在單獨、常設的機構。

涂委員醒哲：對於心理衛生司的設立，我們非常支持。世界衛生組織認為有三個最大疾病，其中之一就是癌症，你們要不要設癌症司？

涂委員醒哲：三大疾病就是心理衛生疾病、愛滋病以及癌症。你們要不要成立愛滋病司？

邱署長文達：這些部分在 CDC 及國民健康局都有包括。

五、將口腔健康合併入心理健康司的理由非常牽強

只因為心理健康司人力編的較少，就可以任意不經過分析或適當性，就將口腔併入，同時還振振有詞。

呂委員學樟：衛生福利部已經設了八個司，已達基準法規定的上限，可是其他部會也有設九個司的，當然那是特例，目前為止只有一個部會有此情形，但是規定設八個司只是原則，如果政府非常重視口腔醫療，那麼就算增加一個司也不為過，有原則就會有例外，既然已經有部會設了九個司，你們何不再增設一個口腔醫療司呢？事實上這也是重

點工作之一。如果一定要受限於八個司的原則，那就和目前只有 25 個員額、業務也很重要的心理健康司擺在一起，這樣應該也沒有扞格之處。請問這樣會有困難嗎？

六、與會議既定議程不符，於審查國健署組織架構時被提與其無關的衛福部組織司級單位的附帶決議，且獲通過。明顯違反議事秩序。

在 2013 年 1 月 3 日立法院第 8 屆第 2 會期司法及法制、社會福利及環境衛生委員會第 2 次聯繫會中於討論事項第四項審查「衛生福利部國民健康署組織法草案」案時，做成決議第五項，一方面要求修正國健署職掌中口腔內容，另一方面又要求衛福部成立心理及口腔健康司，以跨越組織審查程序。

(二) 草案第二條，除第七款修正為「七、口腔、視力與聽力預防保健之規劃、推動及執行。」外，餘均照案通過。

(四) 通過附帶決議 1 項：

有鑑於口腔健康問題日益重要，亟須於衛生福利部中成立專責單位，建請衛生署應將衛生福利部中之「心理健康司」改設為「心理及口腔健康司」，並將衛生福利部之處務規程草案於一週內送本聯席會。

七、對心理健康司為何不與國健署一起的質疑

黃委員淑英：那麼為什麼不是心理健康司與生理健康司，而是心理健康司與國民健康局？

邱署長文達：因為國民健康局已經持續很久了，而且它直接影響到很多；而心理健康司是把很多業務先整合起來，這個也是跟著國際趨勢在走。整體而言，我認為非常合理。

黃委員淑英：國際的趨勢是心理健康很重要，我只是不能理解為什麼這麼重要的心理健康，要和生理健康放在不同

的部門？

黃委員淑英：我知道，我要說的是心理衛生既然這麼重要，為什麼他沒有所屬的手腳來幫他做事情？

陳副署長再晉：因為受限於整個政策的規劃，心理衛生將來會普及在各縣市裡，不但有社區心理健康中心，還有精神醫療網，所以他的執行面是在地方的手腳。

陳副署長再晉：國民健康局從來沒有做心理衛生的工作，所以，並沒有抽離的問題。

黃委員淑英：我知道，但是在整個規劃裡面，當我們有國民健康署的時候，我們期待生理與心理一起處理，並不是說我們不重視。

陳委員節如：將心理衛生加入成為健康促進及心理衛生司。政府應該要重視心理衛生的議題，現在特別是精神障礙的服務設施嚴重不足，自殺防治工作不夠積極，物質的濫用氾濫，政府都應積極處理，不適合將身體健康歸於國健署，心理健康歸於心理健康司...

衛生署回答國健局不用管心理健康，雖是根據國健局業務發展的歷史提出，但是這種機關本位主義的陳述，是極大謬誤，也完全罔顧衛生組織再造的願景。當然只是在回答立委目的是保持心理健康司可能成為獨立的規劃單位，不過最應回答的應是所有衛生署的局處，都與健康有關，或生理有關，真正 WHO 要求重視理由其實是所有生理健康內含中都應注意到他們也有心理健康的需要，因為過去疏忽，所以才一定要有一個獨立的心理健康司。衛生署副署長的回答其實是有疏漏的，也反映衛生署規劃人力是如此少，因為只認為是原來業務加倍，所以從 40 降成 25 人，而非真正注意到心理健康是要規劃全民議題。

八、肯定心理健康重要性，組織執掌和人力經費都需增加

林委員鴻池：設立心理健康司是國際潮流，世界衛生組織在 2004 年就開始主張，如果沒有心理健康就沒有所謂的健康。人類外在行為主要是其心理狀態的一種延伸，所以心理不健康所做出的行為，當然就會偏離社會軌道，這次組織法修正中特別設立心理健康司，這是非常正確的。不單國內如此，世界各國也有獨立設置專責心理健康部門。心理健康部門是負責規劃、協調、監督國家心理健康政策的行動計畫，所以其重點應該在整個心理健康政策的規劃，不只是事後精神疾病或藥物防治的治療，所以在修正整個組織法時設置心理健康司，應該從這個角度來看，要強化正向健康之促進及事前的防範。

所以我們希望在心理健康司的職掌中加強心理健康的整體政策規劃。因為心理健康不只是在衛生福利部，還牽涉到衛政及社政，要彼此相結合。因為在整體心理健康部分所涉及的層次不只限於個人，不只限於衛生部，還涉及到國家層級。因為如果一個人的心理不健康，所做出的事情會令人難以想像，為何會出現暴力、性侵、憂鬱症或躁鬱症？就是有其環境及社會壓力，所以勢必要在事前規劃，於政策上進行引導，不要等到發生事情，出現憂鬱症、躁鬱症、嚴重性侵後才發覺這個人有病，趕快要他接受治療，如此的效果就不好。不知署長的看法如何？

邱署長文達：主席、各位委員。對，特別是心理健康已成社會趨勢，我在美國待過一段時間，看到生理及心理部分應是同時並進。心理健康司規劃防制政策時，非常強調如心理健康之防治及自殺行為防制的政策規劃。在精神疾病方面不是只有治療，還有精神疾病的社區防治及病人保護，都要走向預防性的趨勢。委員的建議非常好，因為預防、控制及治療必須並重，我們會特別注意。

另林鴻池等委員指出功能應簡化成「心理健康相關政策之規劃、

管理及監督」。

102年5月30日民進黨不分區的尤美女委員則提出心理健康司的司務規章應加入精神疾病防治，並認為心理健康業務龐大，目前規劃的人力太少需增加。

國民黨不分區的楊玉欣委員，在質詢時有特別肯定心理健康司的獨立設立，並點出不應只是做消極的後端疾病治療，更應積極地對全國民眾自前端即進行全面性的心理健康提升與促進。王育敏委員也在新聞稿中持續呼籲心理健康司要儘早成立。

九、102年5月31日「衛生福利部」《組織法》三讀通過，附帶決議八項，其中第一、二、四、六項

而決議於102年7月23日正式上路的衛生福利部，獨獨參採臨時增列的第一項有關改設置「心理及口腔健康司」，其餘同項中醫藥司改名，或設立「原住民族及離島健康司」，以及心理健康司執掌、人力、經費不足等等七項附帶決議內容皆未參採，顯見行政權有其獨立裁量判斷的立場，卻未能秉持專業，只接受利益團體政治力的介入，此案例顯見立法院的代議制度和行政權的運作徹底地由利益團體滲透，由非理性的政治力所決定，這個決策機制令人質疑。

第四節 訪談專家對「心理及口腔健康司」合併組織看法

一、心理健康對國人非常重要:心理健康是普遍的需求，人人皆須心理健康

(一) 心理健康行動聯盟

在獲悉口腔將併入原本規劃多年的「心理健康司」時，專家學者與民間組織發起抗議與遊說行動，強烈反對將口腔併入心理健康司，說帖內容如下，也代表大多數心理衛生與公共衛生界的看法，當然臉

書等有更多，摘錄對成立心理健康司的重要性簡述如下：

1、心理健康是「健康」的基礎，離開了心理健康。就不能稱之為健康。是連聯合國與世界衛生組織近年大力要求各國重視。

2、「心理健康的定義，它絕對不是只侷限在疾病或問題導向，促進心理健康是一切身心健康的根本。預防重於治療，只是在我國長期被忽視。

3、天災人禍頻仍乃全球性問題，影響國家政治經濟環境，造成社會民心動盪不安，人民幸福感不足，心理問題日易嚴重，焦慮、憂鬱、失眠屢見不鮮，7年內台灣的憂鬱症就醫治療盛行率增加10.3倍，嚴重自我調適不佳時，甚至以暴力、吸毒、酗酒、自傷或不法行為抒發壓力情緒，以致媒體常見駭人聽聞的感情及家庭暴力事件，嚴重影響家庭和諧及社會安全。

4、精神疾病涵蓋兒童、青少年、壯年及老年，健保局統計100年接受精神醫療之國民達219萬人，領有重大傷病卡的嚴重精神病人達20萬人，如何落實精神衛生法，使他們得到妥善的醫療及社區復健，政府機關責無旁貸。

5、我國少子女化與老人社會的來臨，各種急慢性病都與心理狀況有關，且如今社會治安亮紅燈、經濟制度不穩定，中壯年者壓力直線上升，許多「文明病」的流行率也節節上升，自傷他傷的暴力事件頻傳，人民心理、社會的壓力，造成生理的負擔，也就很難擁有好的生活品質。2012年底，我國人選出「憂」作為整年的代表，社會上各種負面情緒充斥，全民都期待能在新的一年有新氣象，改善人民愈來愈憂鬱的情形，也是減少因為社會不平而產生的暴力與歧視問題。如果全民沒有心理健康，全民就沒有幸福感可言，遑論有幸福國家。

6、如何普及學校心理衛生教育，促進國民心理健康，而且早期發現早期治療，可降低遺憾事件的發生，並有效減少醫療、司法及社會資源的耗費，改善健保資源亮紅燈問題。心理衛生的問題涵蓋範圍如此之廣，其業務如此龐雜，勢必需要層級更高的獨立專

責單位負責，方足以完善。

7、目前先進國家都是在「公共衛生部」下特別成立「衛生署」與「心理健康署」，例如美國，甚至連泰國在二十年前都已經成立心理健康署。我國已落後至今，這次能藉組織再造來落實，我們肯定政府與立院各委員的努力。

8、回顧推動成立「心理健康司」的歷史，民間組織早在 921 地震與 SARS 災難就已開始覺察心理健康重要性，開始提出要求，而前署長葉金川先生也於民國 98 年 3 月指示成立「心理健康辦公室」，以推展國家心理衛生政策，最終目標則是於衛生福利部之下，成立「心理健康司」，這方面也於民國 99 年衛生署發布的心理衛生與精神醫療政策綱領中再次提出。不只在掌理精神疾患防治與社區復健、藥酒癮防治、自殺防治、性侵害與家暴防治、災難或意外的心理照顧、急／慢性疾病的心理成因與照顧、提供預防及介入霸凌／暴力／自殺等問題因應方法等，尤其要加強國民大眾心理健康促進，以及協助統合各級部會單位所提出促進心理健康的願景與推動計畫跨部會合作等，其範圍與業務既多且廣，故需由獨立及專責單位統整規劃與執行。需要有一個「司」來協助。其重要性可見一斑。

9、雖然我國政府目前投入人力和經費不足，即使成立心理健康司，也僅編制 25 人，反觀泰國經過 20 年來的積極努力，編制已有 4800 多人，我國整體心理健康與醫療政策仍嚴重落後許多國家，當然衛生署也承諾，因為這屬於一個新建構的「司」，在未來會逐步加強人力與經費。並不代表目前人數編制少，就可以隨意插入行政管理不相干的「口腔健康」業務。我們須要政府組織再造之初，第一次設計規畫就要做對！

（二）一般社福等民間組織

透過 2013 年 3 月 31 日舉辦的心理健康主流化論壇手冊（中華心理衛生協會，2013），明顯看到各方民間組織提出對心理健康的需求，以及這次與民間組織的焦點團體可以看到，大家對心理健康都有很殷

切期待。

例如，在心理健康主流化論壇中，民間組織也提出為什麼需要有獨立的心理健康司，和對心理健康司可以做甚麼的期待，這些團體共 33 個，不只是心理衛生或精神醫療團體，還包括罕見疾病、心臟病童協會、雙胞胎協會、血友病、精神病友、精神病患家屬、犯罪被害人家屬、愛滋病團體、社區醫師、家醫、婦產科醫師等等，大家都對心理健康有很大需要，一致認為業務大到真要有獨立的司。一致認為口腔對個人健康是重要的，但是其內涵與心理放在一起就是不相容。

心理健康是普遍的需求：人人皆須心理健康

一般民眾並不瞭解行政體系的歸屬，所以會提出不清楚合併或個別的司，但是知悉其比重是非常大。

K：在心理健康的業務其實是很廣的，無論是否獨立或合併與別的司，它需要的比重其實是相當的大的。

L：所以女權會這邊在衛福部設立一個心理健康司是非常認同。因為過去我們常就是在遇到事情找不到資源。

（三）政府官員

幾位前署長與副署長第一反應，都是全民心理健康是一直被忽視，口腔醫學與精神醫學則都已經在既有業務中存在的，組織再造目的就是要將長期被忽略的能正視，全民心理健康才是組織再造主要目的。

AB：心理太重要了，每個人都應具備，口腔健康與精神醫療都已經在做了，現在成立司就在做還沒做到的事情。

S：從衛生行政來看心理健康，健康由心理、生理和社會。生理有健保，社會由衛生福利部整合，心理呢？精神疾病有健康保險的照護，可是健康促進方面卻沒有。從衛生行政的角度來探討，應該要有一個司做規劃政策，。

AB：心理健康還是要回到 WHO 所強調的「心理健康」，這

對台灣現況來說是根本是從無到有。不是從專業人力，而是從業務來看，不只全球 WHO 重視，對台灣來說未來也是重要的。

二、心理健康成立司級單位早就被規劃

從第二章第二節已知悉心理健康行動聯盟自 2005 年開始倡議並提交連署書給當時的王秀紅副署長。

H：2005 年張教授等來衛生署，遞連署書，衛生署已在規劃是將國健局與心理健康並列。

A：衛生署企劃處處長任內的時候，在民國 94 年 3 月 7 日組織法調整案，我們報了一個衛福部版本，當時報案的時候衛生福利部有八個司、三個局和兩個署。八個司含健康促進及心理衛生司，那為何健康促進會變成司因為原來在國民健康局。當時的國民健康局報出去方案決定併入內部司，很不得已的決定。因為依據當時組改基準法，三級機關一共設立五十四個作總量管制。衛福部下就有疾病管制署、食品藥物管理署，三個局就是包括健康保險局、預備未來成立的國民年金局和醫療及福利機構營運局，所以當時這樣行政院能接受最大範圍的，心理衛生是很重要的課題，所以我們把健康促進和心理衛生是放在一起的。

D：葉署長這個是他最大的貢獻，對心理健康的重視是他就任開始。他是民國 97 年 9 月間就任，沒有多久我們就開始籌設心理健康辦公室，就是準備要過渡到心理健康司的一個前置的專責單位。啊那個時後正式的掛牌我記得是在民國 98 年 1 月的時候開始正式運作，當時他就是派了當時的桃療，擔任這個辦公室的主任，然後當時就由醫事司、國民健康局，還有 FDA，共同就派了一些人，然後就成立這個辦公室，掛牌就掛在城區分院，然後就分成三組，一個是精神醫療組、一個是物質濫用組、還有一個是心理

健康促進組。

所以在我們第一次做規劃的時候，這個就是當時的草案，九十八年六月開始要把這個規劃報告送到行政院，雖然我們送到行政院的是衛福部的組織法，但是要把處務規程，會有這些單位名稱的，這個是屬於處務規程，在組織法裡面不會呈現，行政院案會要求我們送去，所以這時候這裡一共有九個司，裡面就有一個心理健康與物質濫用防制司，就是心理健康辦公室未來要變成這樣一個單位，所以這就是葉署長的時候訂的，就是很重視心理健康和 substance abuse 的問題，簡單的來講就是要仿 SAMHSA 啦，這個美國的 SAMHSA 有個獨立的專門單位，那後來呢..衛生福利部合併沒有甚麼願景。組改後心理健康有四個科看來似乎比牙醫多，但以組改前，牙醫和醫師比起來是不足，但心理和牙醫比較，心理更是不足，更需要國家用組織來彰顯出重要性。

幾位前署長與副署長第一反應，都是全民心理健康是一直被忽視，口腔醫學與精神醫學則都已經在既有業務中存在的，組織再造目的就是要將長期被忽略的能正視，全民心理健康才是組織再造主要目的。

AB：以前在保健處的時候，當時只有兩個業務是沒有被它所包涵，一是心理健康，另一是營養，營養相關業務移到「食品衛生處」，心理健康相關業務後來被歸到「醫事處」。當時醫事處在處理龍發堂事件，凸顯精神醫療的重要，以至於沒有餘力做積極的心理健康業務。後來又有自殺議題。心理健康範圍更大，政府資源配置過程，一開始都是從第三段開始，過程中民眾關切的是疾病問題解決，具體有效的預防策略。一個計畫介入要看到具體成效，而預防醫學實證不如臨床成效清楚。就會把資源投入看的到成效的疾病和問題。

AB：心理健康本來也是要跨部門整合的業務，要擴大也是很多。

三、對將口腔健康併入心理健康司的看法

(一)、需要儘快將口腔健康分開出心理健康司：

1、心理健康行動聯盟提出口腔衛生與心理健康共處一司的謬誤：

(1)、口腔衛生係屬生理衛生，與「心理健康」兩者性質大相逕庭，混為一談勢必成為國際笑話。

(2)、行政組織分門別類，應有業務之專業性及內不一致性，心理健康業務如前所述，已是如此龐雜，而口腔衛生其業務屬於現有所有與身體器官健康有關的規劃，卻分屬衛生單位各部門，如國健局掌管健康業務社區推動、醫事司掌管法規與人力，因此貿然併入「心理健康司」，勢必造成主管人才甄選、部門領導統御、人員工作分配與相互支援的混淆，如此結果，對口腔健康或是心理健康的推動與落實都是傷害，更重要的是對於全民健康民生政策的推展，造成嚴重的混淆與戕害，對政府、民眾與兩個專業發展，均未蒙其利，先受其害，造成「三輸」之局面。勢必嚴重影響行政效能及整體政府形象。並反映出我國政府組織改造失當，倒退的政府與立法單位。

2、國內外學者專家

(1)、專業之爭無關全民福祉

Y: 政府組織規劃，只有少數幾個部門，用人民納稅錢來建立政府，要對人民負責，衛福部管健康，理應用最少資源來維護人民健康，讓民眾健康得到最大保障，怎樣作才能所有民眾健康得保障？怎能放任專業競合。

E: 沒有服務大眾的遠景，若心理健康網還是強調精神醫療的服務，還是落到變成指標團體，例如自殺防治就是心理健康促進？所以雖會提初級、次級的方案，但卻做不到。除非組織（架構）、政策（業務一科的章程）和資源（用

的人、經費)的面項都增加健康促進經費的比例，而不是從別的地方挪來，否則並非真正用心在致力於促進全民心理健康。心理健康司應獨立。

(2)、政府主官遊說立院不力

E、G、I、Y 等指出：衛生署並未真正深入規劃業務，衛生署沒邀請民間專家參與規劃，不像因為爭取社家署因此 2007 年成立台灣社會福利總盟。2013 年一月以來的連署或抗議衛生署行動－衛生署原有很好資源與說帖，因為精神醫療與心理衛生政策白皮書內文皆有對各國組織結構的陳述，但是衛生署並未善用已有資源，即使民間提供，還是沒有以其專業去說服立法院，非常可惜。此外心理健康辦公室也未能掌握從參與心理健康行動聯盟的資訊，去說服立委。

3、政府官員

(1)、前署長葉金川、前教育部長曾志朗也都在媒體撰文發言，反對將兩者合併為一司：

曾志朗強調，不贊成「心口合一」不代表口腔衛生不重要，而是應該另有平台，讓相關領域的專家發揮專業。

葉金川也明白指出「異領域硬湊鬧笑話」：心理衛生界並沒有必要排擠口腔衛生界，目前口腔衛生法以及口腔衛生委員會的運作並沒有問題，如果口腔衛生界真要爭什麼名分，就應該要求單獨自行成立「口腔衛生司」，硬把兩種不一樣領域的東西湊在一起，恐怕只會成為國際上的大笑話！

強行合併違反初衷，...成立合併的司代表「政府與社會將繼續忽視心理健康問題的重要性。」

曾部長與葉前署長與其他反對合併心理衛生界人士一樣，

都認為精神醫療業務加上各種非常需要被關注的促進心理健康的議題，例如面對少子化、高齡化社會來臨，獨立成立「心理健康司」應該是毫無疑問，這關係全國人的福祉。衛福部官員也指出心理健康與口腔本來就不應在一起，只是礙於情勢。

AD：本來就不應該擺在一起。理由只是口腔和心理都覺得自己應該成立（兩個都要有司，但主要還是衛福部內司級單位有總額限制）。……所以口腔健康成立司之需要性應該沒有這麼大。

AA：牙醫資源原來就有，只是不足。可以分工，但要合作，必須從上面做整合。可以建議牙醫業務到健康署。如果牙醫也要司，那以後「復健」也要一個司？衛福部已經犧牲「國際合作司」。總統府國策顧問連瑞猛（前藥師公會全聯會理事長）曾整合「西醫」以外醫事專業部分。因為衛生署向來太偏重西醫，其他通通不夠，不只對牙醫沒有考慮到。

視力和口腔問題對小孩來說都是嚴重。視力還在國健署，牙醫跳出來，很怪。已經有健保支持預防。全盤的考量應該是基於原來的基礎去看看怎麼整合可以做得更好。

(2)、心理和口腔原本就不相容，發展會彼此受限

Z：因為口腔和心理本來就是油和水不相容嘛！性質也不一樣：心理健康強調主流化、涵蓋全民；口腔保健上，做最多的是學校等，有個別性。

Z：如果口腔健康真的要發展，兩個科也是做不了事。心理健康要做的更多，把口腔和心理放一起就是會容不下。

(3)、中央地方權責不明、管理上的困擾

Z：再一次提出組織精簡目的與業務相容的原則：組織基

本法 22 條，職能完全不相關、... 權責也不明，中央兩個性質相異單位放在一起，和地方不合（地方是心理衛生科或股、口腔在保健科等），管理上會有困擾。

Z：口腔和心理健康團隊無法相互認同感；整合不易，內外部都無法整合；

兩位衛生局長 J 與 W 都提到，不論中央「心理與口腔健康司」組織如何變化，目前他們的業務在心理健康及精神醫療方面，仍會在「社區心理衛生中心」或心理健康股等，而口腔健康業務還是會在「健康管理處或科」，只是中央公文發文收到後，地方再分發，多一層手續。

(4)、口腔業務需要發展，但是還沒有成為一司的內涵。

AA：其實台灣牙科和視力問題都很嚴重。以 WHO 指標（齲齒率等問題和口腔健康等）來看，還差很遠。從預防來看，要做的還很多，但現在牙醫要求成立一個司的訴求並不明確。不能只說是受西醫打壓。其實，現在所有醫事人員（包含藥師）都回歸到醫事司管理。

問卷調查結果顯示，有高達八成五受訪者認為將心理及口腔合併設立於一司並不合宜。僅有六成以上受訪者清楚知悉組改後的衛生福利部設立了心理及口腔健康司，顯示此事件在心理健康實務及學術領域雖然重要，但是還是有不少人不清楚為何要成立。表示組改業務並非引起全民瞭解與重視。

4、民間社福團體

焦點團體民間代表反應：內容不相關（擔憂會相互排擠，在經費上、人力上、業務上，都會耗損彼此發展）

L：至於口腔和心理業務編列成司，光看這個司職能的介紹就會覺得很奇怪，前面四個科和後面的是完全不相關，還有點突兀。在組改的時候如果每個專業都要獨立出來，

就會跟組改的目標相違背，要怎樣來調整，口腔業務可以再調整。會內有在討論，口腔業務到底要放到哪個地方，也沒有定案。

M：雖然對「心口司.....，兩個都有專業進行分工。政策的優先順序」。但是「人力和預算的排擠，可能有很多的錢會挪到醫療的部份.....」需要盤點

但是對心理健康工作是跨部會的工作，如何釐清分工，在工作分配？或合作？經費如何分配？其實應該整合，也就是經費拿出來共同規劃（collaboration）。

K：...我在處理的勞工個案或職災當中，都沒有合理的資源來提供協助。而且這到底是誰的業務？是衛生署？或勞保局？而勞保局給付之後就沒有後續，他們其實應該要連接衛生福利這一個區塊。

對口腔與心理放在一起，勞工代表都被混淆，現在勞工在推動職場安全，注重過勞死的預防，或憂鬱或自殺防治，口腔健康根本沒有被考慮在內，覺得很突兀。

K：理想的狀態就是大家都一塊，顯然可能還有距離。何種情況最合適？我現在也有點 confuse，就勞動部，組改之後，底下設有個職業安全健康署，業務的部份包括心理健康也會歸到勞工這一塊。最近在推動的職災保險的單獨立法，將來其實勞委會也有在組織功能上的重疊，該如何去整合。

5、牙醫代表

當問到對心理和口腔合併的優缺點時，提出缺點也表示反對將口腔與心理健康合併一起，會產生干擾，甚至更不相容。

AC：沒有甚麼優點，過渡時期，對政府來說只是節省人力

而已，缺點如同 CC 報告所述，和心理合併一定會產生干擾，以前在醫事處就發生這樣事情，都是以西醫觀點在看牙醫，影響口腔發展，都是 COPY 西醫的，目前和心理也明顯複製這缺點，更不相容，當然也會產生干擾，如何克服缺點，也是個問題，可能在科別分配下，先考量心理，再給牙科也是一種方式。

R：如果政府是堅持這樣的想法，堅持兩個不對的部分要在一起，口腔擺在司是對的，但是（與心理健康）放在一起是錯誤不合邏輯的。

（二）對司的組成沒意見

不瞭解行政組織的意義，所以無意見、無感

M：兩個都有專業進行分工。

K：口腔的部份我沒有太多的想法。

（三）雖然支持目前的心理及口腔健康司但也是權宜

1、牙醫代表看法

（1）、權宜之計

牙醫師不論是在報上說明用同病相憐都被忽視，而要求合併，或是焦點團體提出，這也非他們所願，只是暫時權宜之計。認為被忽視太久，主張要有獨立的專責單位，現在總算有能見度了（但是何謂獨立的專責單位，是科？是司？是署？業務有這麼多嗎？）

O：因為政府一再有一個框架，所謂不明的八司六處等等，所以造成說好像主管機關覺得有困難，所以後來的結果就變成現有的心理及口腔健康司，其實我們都希望有一個獨立的專責單位，獨立的體系，

P：我們當然不滿意政府現在這樣的安排，現在的結果對心理與口腔都是不理想的，兩個專業都被長期忽略。

R：口腔與心理我認為是權宜不是合宜，但是未來的部分，希望政府知道現行是為了方便，希望政府未來能有更多的效果出來，我們要求政府對口腔有個專責單位，是因為藉此讓政府能有一個對口腔政策的發展主軸，而不是仿照西醫、醫學中心這樣醫院的體系。對我們來講，從預算上來看，口腔是不被重視到現在被結合在一起，現在總算是有能見度了。現在八個司把口腔放成司是對的，當然我們也希望心理有一個司，但是我們就是部底下的一級單位，其實像中醫五千多人也有一個獨立的司，我們的業務其實不比中醫少。

(2)、所有問題都來自與西醫的競合

AC：以前在醫事處就發生這樣事情，都是以西醫觀點在看牙醫，影響口腔發展，都是 COPY 西醫的。

R：我們要求政府對口腔有個專責單位，是因為藉此讓政府能有一個對口腔政策的發展主軸，而不是仿照西醫、醫學中心這樣醫院的體系。

O：日本獨立平行，西醫與牙醫是平等的，牙醫師法也是單獨的。其實我們都希望有一個獨立的專責單位，因為全世界都是這樣，全世界都是口腔一個獨立的體系，沒有哪一個國家是和西醫混在一起。

(3)、抱怨政府不瞭解口腔與牙科的發展

Q：政府長期把口腔當成是西醫中的一個科，像在美國，都是 dental school，韓國、中國都是分開的，在台灣都是西醫裡面一個小角落放牙科。政府沒有口腔政策這件事情，然後又要實行口腔相關的業務，所以到最後百分之九十醫科做甚麼也要牙科做甚麼，醫科和牙科就像是牛和馬，都是動物，但是會的東西不同，口腔是一個和西醫平行且獨立的體系，口腔的體系裡面有分牙科醫師、牙科助理，像

在歐洲還有其他人員，就像西醫體系裡面有藥師、檢驗師等等。像我們看全世界口腔公認最成功的就是美國 ADA，它有分 12 個不同類似科、委員會等有時會有跨科的，針對跨專業像是西醫、心理等，有兩個主要精神，尊重專業，專業自主/另一個是專業團體勇於承擔責任。我們都是牙醫師，當然對牙醫師的名聲有很高的期許，基本上專業團體最會自己自律去負責以提升名聲，我們自己自律來說是非常嚴厲的，對政府也是省力。現在大家都知道一定口腔和心理要分開，但是口腔很擔心政府又把我們擺回去和西醫，因為政府不懂，所以覺得 copy 西醫是最快的。

AC：也可以在醫事處增設的解決方法，但要了解政府當初的處理辦法，是甚麼樣的考量？2003 年口腔衛生法通過時已經要求要有專責單位，可是也一直沒有，已經失職...當初不想在醫事處爭取的概念，就是因為牙科西醫 PGY 訓練現在也是 COPY 醫生制度的訓練模式...牙科其實要做的東西很多，以前在行政院的時候有牙醫諮詢委員會，受到醫科的想法，一直在 COPY 它們模式，我們一直想要爭取專屬的辦公室、經費等等。口腔醫學委員會...。此委員會又是諮詢委員會，沒有行政人員的支援與硬體部分，怎麼樣才能有自己專屬的經費撥列與專屬人員，這樣分散在各單位是不好的，醫事處或心理健康司都好，能不能有獨立的業務行政人員，對於像是預防保健、教育訓練 (pgy)，因牙醫師養成訓練與教育培訓、專科甄審都和醫科不同，政策上面執行的人員，這部分在牙醫界仍有很多困擾。

(4)、主要在爭取經費與能見度

O：現在的心口司可能是經費人力的關係，所以對牙科業務都不熟悉，既然我們希望有個專責單位，我們一定有想法將想做的國民口腔健康行動建議給政府，但政府就要有必要的預算執行。

O-P：現在總算是有能見度了。我們期待牙科醫師有這麼強的病患照護能力做甚麼？我們應該是希望口腔能有自己的專業本質，目前的行政發展是很有潛力的，希望未來能繼續發展。

2、政府官員

(1)、提出受迫於組織規定，逼於形式、莫可奈何

D：有八司限制，原先也有放在不同司的考量，後來又被改回

AB：安排是行政院給的司數不夠

AD：本來就不應該擺在一起。理由只是口腔和心理都覺得自己應該成立（兩個都要有司，但主要還是衛福部內司級單位有總額限制）。

HH：和心理合併在一起，對口腔業務發展是不是一個阻力？

AE：我並不是一個高階公務員，所以我目前只能這樣說，只能盡我的能力去做。

AB & D：立法院提口腔重要的論述，要獨立出來，不能多一個司，只能考量和原來合併在一個司。當然性質不同。但這是組織法沒有訂的，是組織規程要規範的。立法院要求在組織法通過的附帶決議要求成立「心理及口腔健康司」。

D：到底口腔未來發展？假如今天應該要拆開，不可能再多一個司，要變成任務編組的獨立部門。

AE：其實也不是什麼優缺點，組織再造就是規定一個部只能有八個司，我們只能這樣，就是配合規劃，也不能怎麼辦，我知道大家都想獨立。

四、政治介入、沒有規劃

(一)、心理健康行動聯盟

懇請行政院衛生署和諸位立法委員三思，政府組織再造是要國家更好，要解決問題，實在不應出現將口腔健康與心理健康兩個完全不同領域合併，。。。提供全民一個完整獨立的「心理健康司」。

(二)、政府官員

D：出現的時候是在民國 102 年審預算的時候，是社環跟司法聯席會議，在民國 102 年的 1 月 3 日下了一個主決議，要求我們將心理健康司改設為心理及口腔健康司，而且修正處務規程，一週內送該會議。....

D：喔口腔的規劃是在一個會，在葉署長的版本都沒有提到口腔，到了民國 99 年送行政院的時候也沒有口腔，所以是後來在楊署長的時候，就說給一個會啦，很多的業務還是要回到原來的主政單位，不要把各類醫事人員切開嘛，當時候還說一些發證發照啦、教育的、人力的、管制阿等等，還是在醫事司處理，至於口腔健康的政策成立一個口腔健康會。

D：是主官突然被立委要求說明，就沒意見同意此二領域的合併，並未經過細部內各司的分工仔細考量。

葉金川前署長也指出「嬰幼兒發展遲緩、學童心理問題、憂鬱症、自殺防治、物質濫用、精神疾病防治、老年失智等等，已經長期被忽略，本來想趁這次改制的契機，讓衛生主管機關能建立更完善的心理健康機制，但如今卻因利益團體壓力，而強行將口腔衛生與心理衛生合併，完全違反了當年籌設心理衛生司的初衷。」

1、組改亂象立院介入

AA：組改越分越多，其實下面的人最喜歡，升官當科長、組長...其實並不 competent. 曾有主管職的人非常不適任，以致組改後原來管的業務都不見了。所以要不要有甚麼業務單位，心理部分，還是要從 WHO 標準，也要檢視過去（從治療開始，龍發堂事件），從無到有全盤去推動；牙醫部分，回到國健署某種程度來說，牙醫治療可以和健保結合，也是有資源去處理預防的業務（健保總額是以治療預算剩下的做預防）。如果牙醫也要獨立成司，那視力問題也很嚴重，眼科也要成立一個司嗎？國健署業務要有統籌的觀念。國健局以前牙科業務是一個科員半個人力在處理委託給學校的業務。因為國健署的人力不 competent，所以沒有去規劃，並不是有沒有組織的問題。如果國健署原來的業務把口腔健康移出，讓心口司管，這樣是多頭馬車、混亂。

五、一年後檢討看法

依據立法院附帶決議，一年後檢討主要目的就是要分開為兩個獨立單位，以主管單位立場，其實是有其可能，主要還是在看是否有政治意願（political will）。缺少宏觀國際比較，或要放一起是為全民更好的理由。

（一）、政府官員

AA：要讓衛福部一年後總體檢討，不只檢討心口司。

D：受限於整個組改，行政院已經定了一個規矩，要在那裡，八個司就是限.....因為現在很多部會在改制，所以在過程中讓大家不要有太大的分歧，所以才定這個規矩，所以等到都上路之後，還會再重新檢討，那至於我也不認為說就不可能說再獨立變成兩個司.....。現在我們心理健康的發展越來越大，口腔健康也抓出了一個方向，體系也開始發展，以後再分成兩個司也不無可能嘛。.....所以還是組改還是要讓他好運作啦，所以就先上路，再看未來的發

展，再做結構的調整。

AB：交給心口司檢討...擔心對心理健康工作產生甚麼影響，找學者專家來討論，合在一起對心理健康業務有甚麼障礙，應做何調整，影響較小。假如，運作良好也可以推動？三個方向檢討，才能做一個政治上正確的決定

AA：所有單位都一樣，分久必合、合久必分。都是在不足的時候需要獨立拉出來，等到發展到一定階段，就需要整合。

也有主管只說要檢討，但是如何收集資料去驗證，都不提出。

AB：性質不同可以去討論。必須再收集資料，口腔放進與否的影響，是否造成心理不能執行宏觀業務，還是因為沒有經費才不做？

此外，目前該「司」掌管心理健康規劃，缺少執行單位。

(二)、國內外專家

C：紐約州心理健康與健康是獨立兩個單位，以其心理健康廳也因應社會需要擴張與縮減成三個辦公室等，組織不是不能再改變回去。

公共治理的陳教授也指出職能不相容就應分開：「指揮不動另外一邊。.....他們會有很多政治上的問題，因為他們的職能本來就不相容，這會是一個蠻大的一個問題。」因此，若業務完全不相關如口腔與心理，則該司的主管將面臨很大的挑戰！

E：要檢討科所占的資源比例、人員素質，扮演的角色，最後目標是獨立單位，是用人把它實現？還是組織來實踐？兩者都重要，主管司長必須有宏觀，有願景、組織架構，明確業務，明定要資源的分配。最後目標是心理健康要成

為獨立單位，組織架構要有明確分工、明訂資源的分配。

(三)、牙醫代表

Q：像是牙醫諮詢委員會功能就比前者好很多，我們建議的事項政府直接就知道，因為直接對署，現在口腔醫學委員會功能不彰。

R：發展這樣，只要業務量夠大，我們就可以獨立出來，只有完整的員額編制，一個主管的範疇才能長期推動事務，不是拼湊急就章的部分，我們應該是希望口腔能有自己的專業本質，目前的行政發展是很有潛力的，希望未來能繼續發展。

(四)、心理健康行動聯盟

此一協商結論，雖為保留彈性，建議施行一年後檢討，顯見立法院已經充分了解兩個幾乎迥異之專業併入同一司可能衍生困境，法律必須具安定性，頻繁變動影響行政效能與國家施政甚鉅，需要責成行政部門，特別是掌管衛福部組織法之衛生署，對此提出分析與對衛福部效能之最佳方案，口腔健康歸屬哪一司是最為合適，以彌補說明衛生署失職的問題。

六、心理健康與口腔健康分開的可能方向

心理健康司的規畫已經歷多年，因此目前只在討論如何將口腔健康分出為一專責單位。在行政業務觀點，幾位副署長都提到不是不可能，成立諮詢委員會、回歸原來業務司、移去「國健署」、成立口腔健康會直屬部長、成立口腔健康辦公室直屬部長，成立口腔健康籌備司直屬部長，但重點還是在有人力與經費。

(一)、政府官員看法

AA：以前牙醫團體最愛開會，討論激烈。其實台灣牙科和視力問題都很嚴重。以 WHO 指標（齲齒率等問題和口腔

健康等)來看,工作成果還差很遠。從預防來看,要做的還很多,但現在牙醫要求成立一個司的訴求並不明確。不能只說是受西醫打壓。其實,現在所有醫事人員(包含藥師)都回歸到醫事司管理。

AA:牙醫本來就有資源,也有健保資源,原來就在做。用諮詢委員會合適的,並不像心理和社工原來沒有。社工和心理都是社會不足的。心理是全民的、預防的,不是精神醫療只包含一小部分人。很多人家裡遇到有甚麼問題(例如:憂鬱症)是不知所措的。

AA:以現實面看,一開始一定是亂七八糟,先拼裝、再火燒,作改善。衛福部的成立一開始是社福吵得太厲害,為了先讓社福進來。如同以前的「藥事處」都是為了產品存在;後來護理人員爭取把照護處和護理放在一起。而醫事司始終未能站在全體的層面來看,依照法律《醫師法》包含醫師、中醫師、牙醫都在內,包含一般醫學的訓練、教育和補助。其他各種醫事人力、訓練、業務都整體來看。

AE:大家可以一起做好朋友,我們一起可以共同努力,一起共同推動國民的心理及口腔

AD:口腔保健和牙醫醫事人員管理,是合在一起或是分開其實影響不大,而醫事司負責身障口腔醫療資源,這部份之業務量不是很大,可以由國健署來辦理,就讓醫事司只管牙醫醫事人員這部分,這也是方案之一。由於健保署負責牙科診療之給付,這部分是不可能整合過來到司處理,所以口腔健康成立司之需要性應該沒有這麼大。但是中醫藥司和護理都是一個司,牙醫當然也會想要自己有一個司。

AB:醫事人員、系統的統整都在醫事司,組改中都是會有折衝,就需要時間轉變、轉圜。

AB: 口腔健康在組改涉及三個單位:「國健局」、「醫事處」、「護理及健康照護處」, 組改的規劃是要集中(本來是要移至口腔健康會, 但口腔健康會未成立), 民國 102 年 7 月 23 日(衛福部正式上路)前已經決定口腔業務要集中, 成立後再從三個單位逐漸移出來。)

AD: 口腔健康要成立司, 是牙醫界視為政府對牙醫之重視的表徵。組改過程也出現過成立「口腔健康會」, 但牙醫界希望這個是和中醫藥委員會是屬相同之位階, 就是有實質的辦公室、行政人力, 設組室等, 當然這是有困難的, 其實如果冷靜的思考, 口腔健康業務若仍歸屬由國健署管, 反而資源來自整個署, 有科, 有人, 不見得是壞事。

如果牙醫有自己獨立的辦公室主任, 可以將該辦公室分組, 讓牙醫界推薦專業且有意願之專家來擔任各組之組長或是諮議委員等, 政策擬定後由政府來執行效果會更好。這是非常實務且可行之方案。因為牙醫師大部份都沒有高考, 也不願意來公務體系服務, 所以縱使組長出缺或是科長出缺, 要找牙醫師來擔任仍有其困難, 這時不如請牙醫界推薦專家來擔任諮議委員, 這委員可以每星期來上三個半天或二個半天的班, 還隨時可以和組內同仁討論業務, 這會比較可行之方案。口腔專業人員很熱心但不符資格, 且也不願意進來公務體系, 這時做比較有實質意義之諮議委員, 實務上更可行。

AD: 未來心口司內之心理及口腔其實要分家也是有困難的, 以後若要分家, 若移回醫事司應該沒有好處, 因為人力仍然不夠; 回去國健署可能還好一些, 但是要走回頭路是真的很困難的。不過有一個策略可以思考, 未來將心口司拆成兩個司, 第一司心理健康司, 第二司虛擬的口腔健康司, 且可以改名為「口腔健康司籌備處」, 籌備處之意思就是想辦法完成法制作業, 或是未來若有司之編制第一個成立

的司就是口腔健康司，這個籌備司可由現任的副司長擔任籌備司之司長，專心辦理口腔健康所有業務（除健保署那部份之業務），或是可以成立「口腔健康整合管理中心」，就類似食藥署過去有成立科技中心，是是屬任務編組，也是可以很有功能的執行業務

Z：牙科次專科若不在醫事司不會有太大效果。

對口腔健康未來發展看法，幾乎都是一定要分開，但還是要看上面主官意見。對所提議題，因為立法院的主決議有說組改一年後要檢討心口司，請教副司長您對這個有沒有其他想法？比如說心理與口腔各自獨立成為一個司或是去跟誰合併，或是成立一個與司不同的單位，如署或是會，或是在別的司增加兩個科給牙科，針對這個您有什麼看法？也有受訪者提到如果牙科只以一個科或是兩個科的業務量，要成為一個司的層級似乎也不夠，您怎麼看？還是維持目前的樣子？

AE：選 A 選 B 選 C 我都沒意見，我只有一個看法，就是大家不要忽略牙科的存在，忽略口腔醫學的重要性，再來就是說所有經費和業務要整合，讓國家資源整合，我只在意全民的口腔健康照顧好，這是最重要的，我不是很在意其他的事情。和誰能合併，也不是我能做決定的，我最在意的就是口腔醫學的發展，上位長官要重視，這樣就好了。

（二）、國內外專家看法

1、並未有真正願景來規劃國家組織

C：「組織要有明確宗旨和目標，目前台灣只呈現業務，是不清楚的」。因為沒有宗旨與目標，才會貿然將口腔與心理合併。

B：兩種職能的單位合併在同一司中，會有不相容問題，主官如何督導、可能會指揮不動另外一邊。我們大陸法系習

慣先訂組織再看政策方案內容，但實際上政策方案是比較重要的，思維可以用方案、業務來想。

C: 心理健康政策需要跨系統合作，組織業務不是全收回來，這是不可能的，應是相互合作，資源分享。

2、牙醫與西醫的競合不宜與心理混為一談

Y: 究竟是為全民健康，還是專業發展？如果原本機制就可處理口腔業務，或現在在強調與訴求的議題，其他單位就可以處理，所以究竟是想為專業發展還是為全民口腔健康有疑慮。其實是專業競合，資源分配的角力，而非如專訪內容論點。其實其業務內容與內科或外科系業務都沒什麼不同，其他外科別業務都不比它少。如果口腔論點成立則所有外科系都成立，都要發展。主要是身份別，身份位置不同就要被特別看待，...專業都需要被重視，每個專業都要被一樣看待，現在獸醫師也在爭取調劑權，所以不能用身份別來說被西醫打壓，那如果口腔被打壓，心理師一樣被西醫打壓被精神科打壓，職能治療、社工、護理等一樣被打壓，除內外婦兒是大科外其他都是被打壓，..觀念錯誤是不同專業爭取發展...專業間競合的說法。

牙醫師認定受西醫打壓，理應全力在西醫中爭取，目前卻選擇與心理放在一起，明白地說是要被曝光，不在乎與那個專業合併，真正問題是精神科或牙科都是醫療專業，「心理健康」是宏觀的理念，大不同。牙醫師同樣認為被西醫打壓，但是對內有關齒模師、口腔技士、口腔衛生等人力，也認為他們非專業，只是訓練作牙醫師助理。

T: 牙醫師認定受西醫打壓，理應全力在西醫中爭取，目前卻選擇與心理放在一起，明白地說是要被曝光，不在乎與那個專業合併，真正問題是精神科或牙科都是醫療專業，「心理健康」是宏觀的理念，大不同。

Y: 牙醫師公會口口聲聲說要有高位階才能管理口腔事物，完全不瞭解行政業務的內涵

3、政府單位不願多一事，一年後分開看法

B: 我覺得當然是不太可能，起碼內部就搞不定了，你當時的情勢並沒有改變。除非有一個狀況，可能 agenda setting 有一些變化，但這變化基本上都是 outside initiate，是從外面爆出來的才有可能。不然對部長來講，沒有外在的 incentives，我是不是還有食安的問題要處理，就很煩，不是在 priority 裡面就不太可能會有什麼太大的動作。

第五節 我國與他國心理與口腔組織架構比較

歸納以上組織改造歷程，可發現心理健康業務在我國最早在 2005 年即被提出與健康促進業務合併設置為司級單位，其後國民健康局不予裁併而直接升格為國民健康署，心理健康即成為獨立之司級單位，口腔業務規劃則是遲至 2012 年才在組織架構中有獨立之口腔健康委員會的出現，至 2013 年才又與心理健康業務合併設立為心理及口腔健康司。從立院公報中得知是立委認為因為心理健康司人力被分配少，所以要將口腔加入該司，過程中不論是立法院或是衛生署，並未有詳細了解口腔業務歸屬衛生署哪些單位較合適的分析，明顯是受到政治力運作的結果。

整體而言，從 WHO 組織業務分工，到近期的組織再造，以及幾個不同國家的組織架構中都可看到，心理健康與口腔健康完全是分屬在兩個不同單位，而且也只有心理健康是單獨較高階的單位，如 WHO 在 2013 年不單是將以往非傳染性疾病群組中加入心理健康，變成非傳染性疾病與心理健康 (NMH)，而其下面五個司，除心理健康與物質濫用司外，有慢性病預防司，其下有健康促進科，裡面有口腔健康方

案，口腔是明顯與慢性病一起；此外於醫療服務或是健康促進部分口腔與精神醫療是同時出現，如加拿大，在健康促進部分的心理健康，是包括心理健康促進、精神疾病、與精神醫療照顧等；如美國，除 SAMHSA 是獨立一署，而又有疾病管制與預防署（CDC/CDCP），其中有不少相關心理健康的業務，而口腔健康在 CDCP 下的疾病預防與健康促進中心下有專門一口腔健康處。

當仔細進行文獻探討 WHO 和美國的口腔計畫，明顯看出因為不少導致口腔疾病(癌)的風險因子與十大死因的四種慢性病有關，所以 WHO 鼓勵口腔健康與其他慢性病同步，能融在一起宣導健康促進與慢性病預防的重要。可是我國反而要求將口腔健康獨立於目前主管慢性病和健康促進的國健署，是本末倒置的現象，反而是增加組織行政負荷。

此外牙醫師當然是醫事人員，又特別分出要自己管理，又是疊床架屋，當其號稱被西醫打壓，他們近幾年已經表現優良，成立牙醫學院以獨立於一般醫學院(他們稱之為西醫)，他們動員力量可以去西醫領域中爭取有獨立一科，卻變成合併於完全不相關的心理，實在說不過去。

尤其看到 WHO 所提供要發展的項目，其實台灣口腔衛生不輸他國，我們有口腔健康法、我們有五年計畫、早就有學校衛生的塗氟計畫，甚至經費高達四億元，我們有健保給付，但因為牙科是總額給付，不少需要自費，所以對窮人某些負擔需要檢討，是牙醫師降低收費？還是仍要政府出錢？

當然也可以看到美國，中央有 SAMHSA 也有 CDC/CDCP 兩個署，其中單單 SAMHSA 就主管精神醫療與毒品防治業務，而心理健康也分屬這二單位，表示心理健康在我國而言，比照美國的 CDCP 相當於國內的國健署，同樣需要心理健康促進業務在內，好比 CDCP 中有心理健康工作群組一般。口腔健康則在 CDC 中有單獨一處，中央有要求各州都要進行口腔健康計畫，不過執行者多為專科醫學會等，其

實是與其他疾病預防或健康促進工作（健康促進學校或社區等）一併進行。觀察美國幾個州的組織甚至有如紐約市或是華盛頓特區是將健康與心理健康合成一廳，但是其他州則分別為健康廳與心理健康廳，也如泰國的公共衛生部下設有健康署和心理健康署，當然也有醫療服務署等，口腔都是在與醫療服務或是健康促進項目下。

比較在其他國家衛生相關部會，在口腔業務部分，接受牙醫師公會委託研究的法政專家陳鈺雄（2011）也指出，中華人民共和國與日本之牙醫、西醫皆由同一行政單位主管，相當於我國行政院組改前之衛生署醫事處；德國與澳洲則是在醫療服務署中設有與西醫平行口腔主管單位；印度、新加坡、英國、加拿大、美國則是另設獨立的委員會主管牙醫相關業務。口腔健康的歸屬其實非常清楚。

在前述歷史演變或國外組織架構，以及各類型受訪者，也包括牙醫師和衛生署官員，大家都認為心理健康與口腔健康是屬於不同單位，甚至因此再次驗證我國組織再造貿然將口腔健康併入心理健康司的現況是需要檢討，組織再造過程，政治介入太多，政府責任未承擔完整規劃的願景，本章節指出其間的不妥適，也提出可以解決的方向，衛福部有責任在儘可能短期內作出修編的行動。

此外口腔牙醫抱怨政府不瞭解口腔與牙科的發展，但是現在已有口腔健康法，也有五年計畫，國際組織比較，都是與西醫在同一單位，只是有的開始出現單獨平行單位，牙醫羨慕提到美國的 ADA，其實這是民間組織，稱之為美國牙醫學會（American Dentries Association），它們組織龐大是民間專業學會的分科，並非政府組織。

第四章 心理健康與口腔健康業務組改前後之內涵

「心理及口腔健康司」目前為主管心理健康業務的有四科，口腔業務雖有兩個科，但目前只有一個科來處理既有業務。衛福部組織法第二條掌理事項有 12 項，其中第七項是「心理健康及精神疾病防治相關政策與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。」第十一項是「口腔健康及醫療照護之政策規劃、管理、監督及研究。」分別去了解組織改造前後其業務歸屬與處務規章的情況。

第一節 口腔健康業務職掌

口腔健康業務內容依新成立的衛福部組織法可看到為：「口腔健康及醫療照護之政策規劃、管理、監督及研究」，衛生福利部處務規程第十二條有關心理及口腔健康司掌理事項有九項，其中六、七、八項為口腔業務，內容為「六、口腔健康政策之規劃、推動及相關法規之研訂，七、口腔醫療服務體系、專業人力及醫療科技之規劃、發展與管理，八、口腔醫療品質與病人安全之督導與管理」，第九項則為其他（也涵蓋口腔）。組改前，則口腔業務分別屬於醫事處、國健局的婦幼組、以及教育部的國教司掌管。

組改後則過去的醫事處移撥當初掌管的牙醫師人力等之業務，也提供人力，但依據口腔健康法規定之有關「口腔預防保健之規劃及推動」，依衛生福利部國民健康署組織法第二條第七項「七、口腔、視力與聽力預防保健之規劃、推動及執行。」，則仍屬國民健康署之業務職掌，改組後口腔健康分屬於不同組，是癌症防治組中有口腔篩檢與宣導，另一是婦幼健康組的四科，一、兒童與少年健康促進之規劃與推動。二、口腔衛生、視力、聽力保健及性健康法令相關事項。三、口腔衛生相關計畫之規劃與推動、科技發展、教育訓練、

宣導、教材教具研發與製作及管理等等事項。

以 2013 年組織人力圖表，得知目前僅將原國民健康局依據《口腔健康法》設置之口腔醫學委員會及身心障礙者牙科保健醫療推動等業務移撥至心口司，其口腔衛生計畫推動等業務因為是國健署的組務章程有涵蓋的，所以並未移出，也聲稱過去只有半個職缺處理口腔議題，所以並未涉及員額之移撥如圖 4-1。

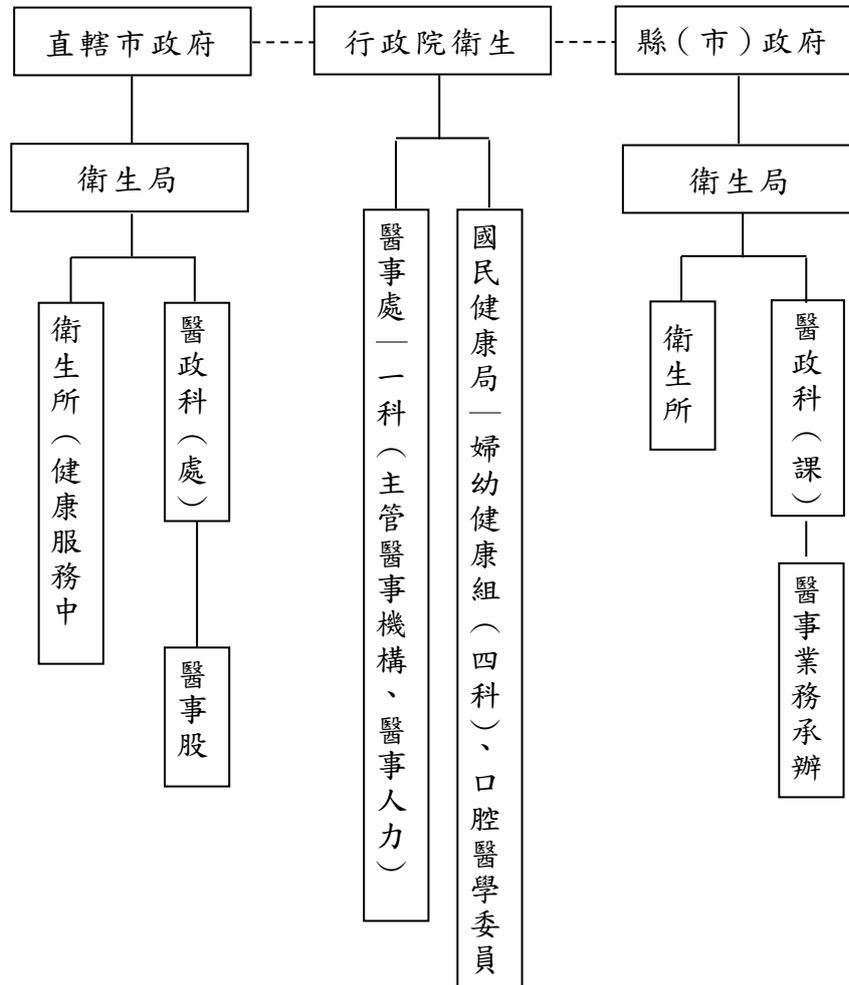


圖 4-1、組改前政府口腔業務職掌圖

資料來源：研究者自行繪製

表 4-1、組改前後口腔健康業務職掌對照

	現行組織	對照改組前組織
名稱	衛生福利部心理及口腔健康司第五科、第六科	行政院衛生署醫事處、國民健康局、教育部體育司
業務職掌	<p>五科：口腔健康政策規劃</p> <p>1. 口腔健康法、口腔醫學委員會業務。</p> <p>2. 身心障礙牙科醫療保健小組業務。</p> <p>3. 國家口腔健康計畫。</p> <p>4. 身心障礙者口腔健康計畫。</p>	<p>醫事處掌理左列事項：</p> <p>一、關於醫事法令之研擬、解釋及督導執行事項。</p> <p>二、關於醫事人力之規劃、控制及協調事項。</p> <p>三、關於醫事人員資格之認定、給證事項。</p> <p>四、關於醫事人員管理、輔導、獎懲及繼續教育督導事項。</p> <p>五、關於各類醫事專科分科、甄審事項。</p> <p>六、關於醫事團體目的事業之監督、輔導事項。</p> <p>七、關於醫事機構設置許可之調節事項。</p> <p>八、關於各類醫事業務之管理、輔導及獎懲事項。</p> <p>九、關於醫事品質、醫事倫理之進事項。</p> <p>十、關於醫事技術之促進、管制及輔導事項。</p> <p>十一、關於緊急醫療救護制度之規劃、推動事項。</p> <p>十二、關於精神醫療、心理衛生與藥癮戒治之規劃、推動事項。</p> <p>十三、其他有關醫事管理事項。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>1. 醫事法規</p> <p>2. 醫療機構品質輔導</p> <p>3. 醫事人力資源管理</p> <p>4. 緊急醫療救護服務</p> <p>5. 精神醫療心理衛生</p>
	<p>六科：口腔醫療照護及牙醫醫療品質提升</p> <p>1. 牙醫師畢業後一般醫學訓練規劃及補助。</p> <p>2. 牙醫師臨床技能測驗及應考資格規劃業務。</p> <p>3. 牙醫專科醫師訓練醫院認定及品質監測。</p> <p>4. 牙醫專科醫師甄審、展延及證書核發。</p> <p>5. 身心障礙牙科醫療服務。</p> <p>6. 口腔醫療照護及牙醫醫療品質提升。</p>	

第四章 心理健康與口腔健康業務組改前後之內涵

	現行組織	對照改組前組織
		<p>6.生醫科技及器官移植</p> <p>國民健康局掌理事項： 口腔健康法設置之口腔醫學委員會及身心障礙者牙科保健（移入心理及口腔健康司），口腔預防保健之規劃及推動，口腔癌防治、健康促進學校等（此項維持在國健署）。</p> <p>體育司：口腔衛生保健網站、健康促進學校。</p>

資料來源：衛生福利部網站、原衛生署網站、原內政部網站。

以口腔健康五年計畫可以看到提出口腔需要發展的業務如下：

- 一、強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係
- 二、強化國人口腔健康知能
- 三、監測及評估口腔健康計畫並執行口腔健康策略之科學化實証研究
- 四、降低齲齒盛行率
- 五、降低牙周疾病盛行率
- 六、降低口腔癌及其他口腔黏膜病變的發生率並提高早期診斷率
- 七、降低事故傷害造成口腔及顱顏面的傷害
- 八、改善特殊族群口腔健康狀況
- 九、加強口腔照護人力資源
- 十、加強口腔照護的可近性
- 十一、推動口腔健康國際交流

第二節 訪談人士對口腔業務看法

幾位牙醫師對業務內容，不脫離其口腔健康五年計畫，多是醫療服務，沒看到提及與心理健康有關，多是與其他生理疾病有關，或在爭取人力、訓練等，衛福部官員也在對人力培訓。

O：第一個：整個口腔體系的建置，一個很重要的就是人力的部分，台灣針對人員的部分因為政治力介入的關係，所以很誇張，沒有口腔醫師法。連做一個助聽器也要有證照，像是做假牙也需要證照，現在搞這樣東西，只有台灣獨步全球，沒有涉及醫療，指示循著醫師像是義肢，只要有功用就好。第二個：在業務的這一塊主要有三 1.預防 2.醫療 3.照護我想主要規劃大方向應該是這樣，從大架構去想，細節部分才可以再整理

P：我們的體系其實不完整，長期照護、小朋友、身心障礙部份都需要關心，需要人力等資源。政府好像都有關心，但在像是檳榔等產業議題導致口腔癌等狀況。

Q：口腔是一個和西醫平行且獨立的體系，口腔的體系裡面有分牙科醫師、牙科助理，像在歐洲還有其他人員，就像西醫體系裡面有藥師、檢驗師等等。像我們看全世界口腔公認最成功的就是美國 ADA，它有分 12 個不同類似科、委員會等有時會有跨科的，針對跨專業像是西醫、心理等，有兩個主要精神，尊重專業，專業自主/另一個是專業團體勇於承擔責任。

O：1. 國民口腔預防保健 2. 口腔醫政管理，包含從學制考試人力資源規劃、PGY、專科醫師規劃與醫院設置標準等等醫療品質與病人安全都希望專責單位能夠做一妥善規劃，這是我們希望設置專責單位的願景。

AE：我覺得有三件事很重要，第一件就是培養優質口腔醫學人力，第二點培養具有人道關懷精神的口腔醫學的人，這這兩點最重要，第三點就是要具備國際觀，但是如果前兩點都做不好的話，第三點當然就別講了。培養優質人力必須具備一些條件，第一個是本身的（knowledge），第二個就是要有臨床的（technique），要精進，第三個我覺得最重要，必須要有研發的潛能。因為在口腔醫學的話，牙醫是個（team leader），他一定要具有研發和（leader）的（potential）出來，當然還有更細部的，比如說人力推估，培養人道精神的牙醫師，就像邱部長講的（CSR）這是一種社會責任，回饋社會，這很重要。

第三節 心理健康部分之業務

衛生福利部處務規程第十二條有關心理及口腔健康司掌理事項有九項，其中一到五項以及第九項為心理和精神業務，各科內容為主要在過去是醫事處第四科（精神醫療及心理衛生科），以及內政部家庭暴力及性侵害防治委員會移撥之業務如表 4-2。

表 4-2、「心理及口腔健康司」掌理事項

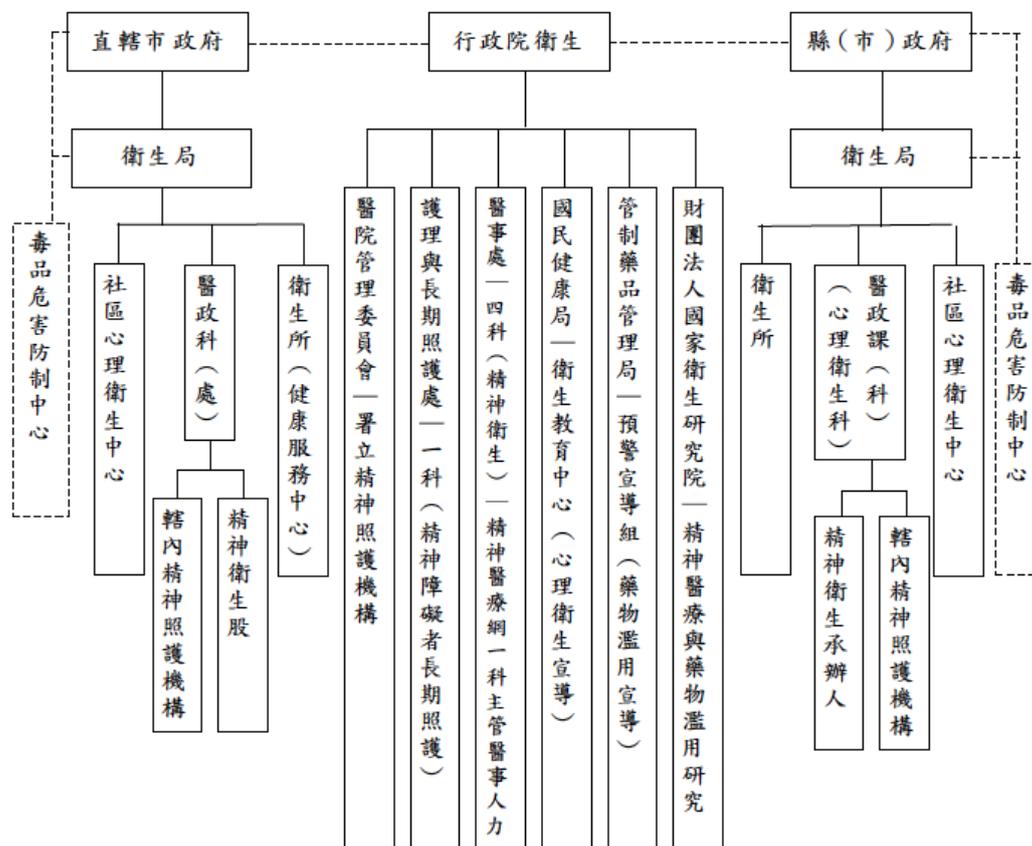
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">一、心理健康促進與自傷行為防治政策之規劃、推動及相關法規之研訂。二、精神疾病防治與病人權益保障政策之規劃、推動及相關法規之研訂。三、精神醫療、精神復健機構及其業務之管理。四、毒品及其他物質成癮防治政策之規劃、推動及相關法規之研訂。五、家庭暴力、性侵害、性騷擾與老人、身心障礙者、兒童、少 |
|---|

年保護事件之加害人處遇及預防服務方案之規劃、推動及督導。
六、口腔健康政策之規劃、推動及相關法規之研訂。
七、口腔醫療服務體系、專業人力及醫療科技之規劃、發展與管理。
八、口腔醫療品質與病人安全之督導與管理。
九、其他有關心理健康、精神醫療及口腔健康事項。

資料來源：衛生福利部

組改前業務多屬精神醫療，其業務分布在不同衛生單位如圖 4-1，現行組織與組改前組織於心理健康業務之對照如表 3-2 顯示，組改後衛生福利部明訂出心理健康業務範疇，雖然主要為承接過去衛生署醫事處以及內政部家庭暴力及性侵害防治委員會之業務，其心理健康促進則是新興業務，代表未來業務的開展空間。

第四章 心理健康與口腔健康業務組改前後之內涵



—— 行政管理
 ----- 政策協調

圖 4-2、組改前我國精神衛生行政體系架構圖

資料來源：研究者自行整理

表 4-3、組改前後心理健康業務職掌對照

	現行組織	對照改組前組織
名稱	衛生福利部心理及口腔健康司第一科、第二科、第三科、第四科	行政院衛生署醫事處精神醫療及心理衛生科 內政部家庭暴力及性侵害防治委員會

	現行組織	對照改組前組織
業務職掌	<p>一科：心理健康促進</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.心理健康促進之政策及方案。 2.心理健康網之建立及推動。 3.心理健康促進業務之輔導及管理。 4.心理健康之人力資源規劃、人員培訓、留任及獎勵。 5.心理健康促進之教育宣導、研究發展及國際交流。 6.災難心理衛生業務推動、輔導、補助、考核及人員培訓。 7.自傷行為與自殺防治之政策及方案規劃。 8.自殺防治業務之推動、輔導、補助及考核。 9.心理健康促進相關人民陳情案件。 	<p>醫事處掌理左列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、關於醫事法令之研擬、解釋及督導執行事項。 二、關於醫事人力之規劃、控制及協調事項。 三、關於醫事人員資格之認定、給證事項。 四、關於醫事人員管理、輔導、獎懲及繼續教育督導事項。 五、關於各類醫事專科分科、甄審事項。 六、關於醫事團體目的事業之監督、輔導事項。 七、關於醫事機構設置許可之調節事項。 八、關於各類醫事業務之管理、輔導及獎懲事項。 九、關於醫事品質、醫事倫理之促進事項。 十、關於醫事技術之促進、管制及輔導事項。 十一、關於緊急醫療救護制度之規劃、推動事項。 十二、關於精神醫療、心理衛生與藥癮戒治之規劃、推動事項。
	<p>二科：精神疾病防治</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.精神衛生法等相關法令之解釋。 2.精神疾病防治業務之推動及補助。 3.社區精神病人通報、管理（含精神照護資訊管理系統）。 4.精神照護之資源規劃及管控。 5.精神照護機構之設立、管理及輔導。 6.精神照護機構評鑑。 7.強制住院及強制社區治療業務管理。 8.精神病人權益保障業務推動及人民陳情案件。 	

	現行組織	對照改組前組織
	<p>三科：成癮防治</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.酒癮防治之政策、服務方案、人員訓練。 2.酒癮治療模式之研究發展及補助。 3.酒癮戒治機構之指定及管理。 4.藥癮防治之政策、服務方案、人員訓練。 5.藥癮治療模式之研究發展及補助。 6.藥癮戒治機構之指定及管理。 7.醫療機構替代治療作業管理系統之建置及管理。 8.縣市毒品危害防制中心相關業務之推動及管理。 9.酒癮防治之教育宣導及人民陳情案件。 10.藥癮防治之教育宣導及人民陳情案件。 	<p>十三、其他有關醫事管理事項。</p>
	<p>四科：特殊族群處遇</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.家庭暴力被害人驗傷採證及身心治療業務。 2.家庭暴力加害人處遇業務及處遇模式之研發與推動。 3.家庭暴力驗傷採證、處遇治療人員之教育訓練、宣導之規劃及推動。 4.直轄市、縣（市）政府家庭暴力防治工作之督導與考核、相關人民陳情案件與預防性服務方案推動等。 5.性侵害被害人驗傷採證及身心治 	<p>內政部家庭暴力及性侵害防治委員會 男性關懷專線。 家庭暴力及性侵害加害人處遇及預防性服務方案。</p>

	現行組織	對照改組前組織
	療業務。 6.性侵害加害人強制治療等處遇業務及處遇模式之研發與推動。 7.性侵害驗傷採證、處遇治療人員之教育訓練、宣導之規劃及推動。 8.直轄市、縣(市)政府性侵害與性騷擾防治相關工作之督導與考核、相關人民陳情案件。 9. 男性關懷專線服務相關業務。	

對比於現在心理及口腔健康司中有關心理的職掌之第一到第四科，則架構仍是以既有過去衛生署醫事處第四科業務在發展（吳尚琪，2011），即使 2013 年六月後開始研擬心理健康網，仍看不到新興心理健康促進業務內涵。這方面有待加強。

表 4-4、組改前 2010 年實質工作業務與現行業務比較

	現行組織業務	組改前 (吳尚琪, 2010)	組改前 2010 規劃
名稱	衛生福利部心理及口腔健康司：第一科到第四科業務	醫事處第四科業務	內政部社會司業務
業務職掌	一科：心理健康促進 1. 心理健康促進之政策及方案。 2. 心理健康網之建立及推動。 3. 心理健康促進業務之輔導及管理。 4. 心理健康之人力資源規劃、人員培訓、留任及	1. 自殺防治相關業務。 2. 災難心理衛生相關業務。	

第四章 心理健康與口腔健康業務組改前後之內涵

	現行組織業務	組改前 (吳尚琪, 2010)	組改前 2010 規劃
	<p>獎勵。</p> <p>5. 心理健康促進之教育宣導、研究發展及國際交流。</p> <p>6. 災難心理衛生業務推動、輔導、補助、考核及人員培訓。</p> <p>7. 自傷行為與自殺防治之政策及方案規劃。</p> <p>8. 自殺防治業務之推動、輔導、補助及考核。</p> <p>9. 心理健康促進相關人民陳情案件。</p>		
	<p>二科：精神疾病防治</p> <p>1. 精神衛生法等相關法令之解釋。</p> <p>2. 精神疾病防治業務之推動及補助。</p> <p>3. 社區精神病人通報、管理(含精神照護資訊管理系統)。</p> <p>4. 精神照護之資源規劃及管控。</p> <p>5. 精神照護機構之設立、管理及輔導。</p> <p>6. 精神照護機構評鑑。</p> <p>7. 強制住院及強制社區</p>	<p>1. 精神衛生法及相關子法規。</p> <p>2. 精神衛生行政管理。</p> <p>3. 精神醫療資源規劃及精神醫療網。</p> <p>4. 精神衛生之機構管理及評鑑。</p> <p>5. 精神疾病嚴重病人審查會。</p> <p>6. 強制住院、強制社區治療。</p>	<p>老人福利；身心障礙者福利；家暴及性侵害加害人之治療處遇；兒童醫療補助</p>

	現行組織業務	組改前 (吳尚琪, 2010)	組改前 2010 規劃
	治療業務管理。 8. 精神病人權益保障業務推動及人民陳情案件。		
	三科：成癮防治 1. 酒癮防治之政策、服務方案、人員訓練。 2. 酒癮治療模式之研究發展及補助。 3. 酒癮戒治機構之指定及管理。 4. 藥癮防治之政策、服務方案、人員訓練。 5. 藥癮治療模式之研究發展及補助。 6. 藥癮戒治機構之指定及管理。 7. 醫療機構替代治療作業管理系統之建置及管理。 8. 縣市毒品危害防制中心相關業務之推動及管理。 9. 酒癮防治之教育宣導及人民陳情案件。 10 藥癮防治之教育宣導及人民陳情案件。	1. 監獄醫療。 2. 物質濫用防治業務。 3. 替代治療醫療費用之補助作業。 4. 藥癮戒治服務模式研究規劃、補助及核銷事宜。 5. 藥癮戒治相關作業法令之訂修及解釋。 6. 藥酒癮戒治機構資格之審核及指定作業。 7. 藥癮治療醫事人員教育訓練規劃及推動。 8. 規劃酒癮防治事宜及戒治處遇服務方案。	
	四科：特殊族群處遇	1. 家暴及性侵	婦女福利；社區發

第四章 心理健康與口腔健康業務組改前後之內涵

	現行組織業務	組改前 (吳尚琪, 2010)	組改前 2010 規劃
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭暴力被害人驗傷採證及身心治療業務。 2. 家庭暴力加害人處遇業務及處遇模式之研發與推動。 3. 家庭暴力驗傷採證、處遇治療人員之教育訓練、宣導之規劃及推動。 4. 直轄市、縣(市)政府家庭暴力防治工作之督導與考核、相關人民陳情案件與預防性服務方案推動等。 5. 性侵害被害人驗傷採證及身心治療業務 6. 性侵害加害人強制治療等處遇業務及處遇模式之研發與推動。 7. 性侵害驗傷採證、處遇治療人員之教育訓練、宣導之規劃及推動。 8. 直轄市、縣(市)政府性侵害與性騷擾防治相關工作之督導與考核、相關人民陳情案件。 9. 男性關懷專線服務相關業務。 	<p>害防治相關業務</p>	<p>展工作(特殊境遇家庭扶助、高風險家庭關懷輔導處遇服務); 家暴及性侵害被害人保護扶助、加害人教育輔導; 性侵害案件減少被害人重複陳述作業; 性騷擾防治; 外籍配偶及婦女人身安全宣導; 婦幼安全創新方案; 兒童安置、收出養服務、家庭扶助。</p>

資料來源：衛生福利部網站、原衛生署網站、原內政部網站。吳等(2011)

在研擬衛生福利部組織法時，蒲慕蓉教授與心理健康行動聯盟都曾出席心理健康辦公室提供關於心理健康司業務職掌之建議，其精神在於應從國家、社區、個人、特殊群體之脈絡，進行前瞻性、整體性的心理健康促進及事前防範未然之組織規劃，心理健康辦公室也依照三段五級的概念提出初步設計（表 4-5），從法規與機構管理、然後從初級預防的心理健康促進（包括各種對象）、次級的社區心理衛生中心（災難、自殺、家暴等）、到三級的精神醫療、物質濫用、社區復健。這是有理念與依據的規劃。不過蒲慕蓉與張珏仍然有提供建議，例如因為心理健康工作需要不少跨部會合作，所以需要特別有一科在做總體策略規劃和跨部門合作，並將社區與心理健康促進合為一科，特殊狀況為一科，則藥酒癮或家暴性侵等都屬這部分，如表 4-5 右欄所示。

表 4-5、2010 年 5 月版衛生福利部心理健康司科別職掌草案

<p>科別職掌 「醫事處」提出的版本 民國 99 年 5 月</p>	<p>建議科別與職掌 (中央規劃，地方執行)</p>
<p>第一科法規、機構及人員管理(臨床)</p> <p>一、精神衛生法及其子法規修訂及解釋</p> <p>二、精神衛生行政</p> <p>三、精神照護機構管理</p> <p>四、精神障礙者權益保障</p> <p>五、心理衛生專業人員管理</p> <p>第二科心理健康促進</p> <p>一、心理衛生政策與綜合規劃</p> <p>二、心理健康促進資源規劃與網</p>	<p>第一科總體策略與跨部門整合科</p> <p>一、心理健康總體策略擬訂</p> <p>二、跨部門、領域整合機制建立與落實</p> <p>三、心理健康資源(含人力)開發與配置</p> <p>四、研究發展、教育訓練及國際交流之規畫</p> <p>第二科社區與心理健康促進科</p> <p>一、大眾心理健康意識與知能</p>

<p>科別職掌 「醫事處」提出的版本 民國 99 年 5 月</p>	<p>建議科別與職掌 (中央規劃，地方執行)</p>
<p>絡整合 三、心理衛生教育宣導 四、學校心理健康促進 五、職場心理健康促進 六、銀髮族心理健康促進 七、特殊族群心理健康促進 八、繼續教育及研究計畫補助</p> <p>第三科社區心理衛生（次級）</p> <p>一、社區心理衛生政策研擬 二、自殺防治 三、災難心理衛生 四、家暴、性侵、兒虐防治 五、社區心理衛生中心督導及考核 六、繼續教育及研究計畫補助</p> <p>第四科精神醫療</p> <p>一、精神衛生政策研擬 二、精神醫療資源規劃 三、精神醫療機構評鑑與管理 四、精神醫療網 五、精神疾病強制鑑定及強制治療 六、司法精神醫療 七、繼續教育及研究計畫補助</p>	<p>二、特定群體（如原住民、婦女、老人、兒童、勞工、特定疾病及其他） 三、特殊場域（家庭、校園、職場、醫院、監獄及其他） 四、輿論、媒體之教育宣導與風險溝通</p> <p>第三科特殊狀態因應科</p> <p>一、災難及危機事件 二、自殺防治 三、藥、酒癮及物質濫用 四、家暴、性侵 五、其他特殊狀態</p> <p>第四科精神醫療體系科</p> <p>一、精神醫療機構與人力管理 二、精神醫療網 三、精神疾病強制鑑定及強制治療 四、司法精神醫療 五、社區復健</p> <p>第五科法規行政科</p>

<p style="text-align: center;">科別職掌 「醫事處」提出的版本 民國 99 年 5 月</p>	<p style="text-align: center;">建議科別與職掌 (中央規劃，地方執行)</p>
<p>第五科物質濫用防治</p> <p>一、物質濫用政策研擬 二、物質濫用教育宣導 三、藥癮防治 四、酒癮防治 五、繼續教育及研究計畫補助</p> <p>第六科社區復健</p> <p>一、精神病人社區復健政策研擬 二、社區復健資源規劃與網絡整合 三、精神復健機構評鑑與管理 四、社區精神病人個案管理規劃 五、繼續教育及研究計畫補助</p>	<p>一、法規 二、專業證照 三、民眾權益與倫理議題 四、爭議審議</p>

資料來源：研究者自行整理。

若是以吳尚琪等（2011）協助衛生署規劃「國民心理健康促進計畫」所提出要開展的業務，則包涵很廣，以渥太華憲章方式鋪陳，心理健康業務其實有很多要做。再以張珏（2012）提出心理健康城市建構指標，更可以看到要發展全民心理健康，必須包涵更多規劃、協調、評估的業務，先要從衛福部內部單位做起，也需要跨部會協調與行動，所以業務量會是龐大的，目前的科務內容是有待擴大；而成立新的「司」其業務功能當然要超越過去業務，從表 4-4 組改後業務內容，並未有太多真正促進全民心理健康的業務，若業務如此設計，就失去成立「司」的目的。

此外心理健康城市芻議圖 4-4 中就提到，中央要設置中央層級的心理健康政策指標包括：設定心理健康司，訂定心理健康基本法、

增設心理健康行政人員(如高考等)、設置跨部會的心理健康推動委員會；地方上設立心理健康科、成立跨局處直屬市府的心理健康委員會、並訂定心理健康地方自治條例等，上述目標將使中央與地方皆能有組織，有法規來推動政策，避免空有政策而沒有對等行政單位的窘境(張珣，2012；吳尚琪等，2011)。

D：葉署長正式的掛牌我記得是在九十八年一月的時候開始正式運作，當時他就是派了當時的桃療院長，擔任這個辦公室的主任，然後當時就由醫事司、國民健康局，還有(FDA)，共同就派了一些人，然後就成立這個辦公室，掛牌就掛在城區分院，然後就分成三組，一個是精神醫療組、一個是物質濫用組、還有一個是心理健康促進組。那時候的雛型就出來了。

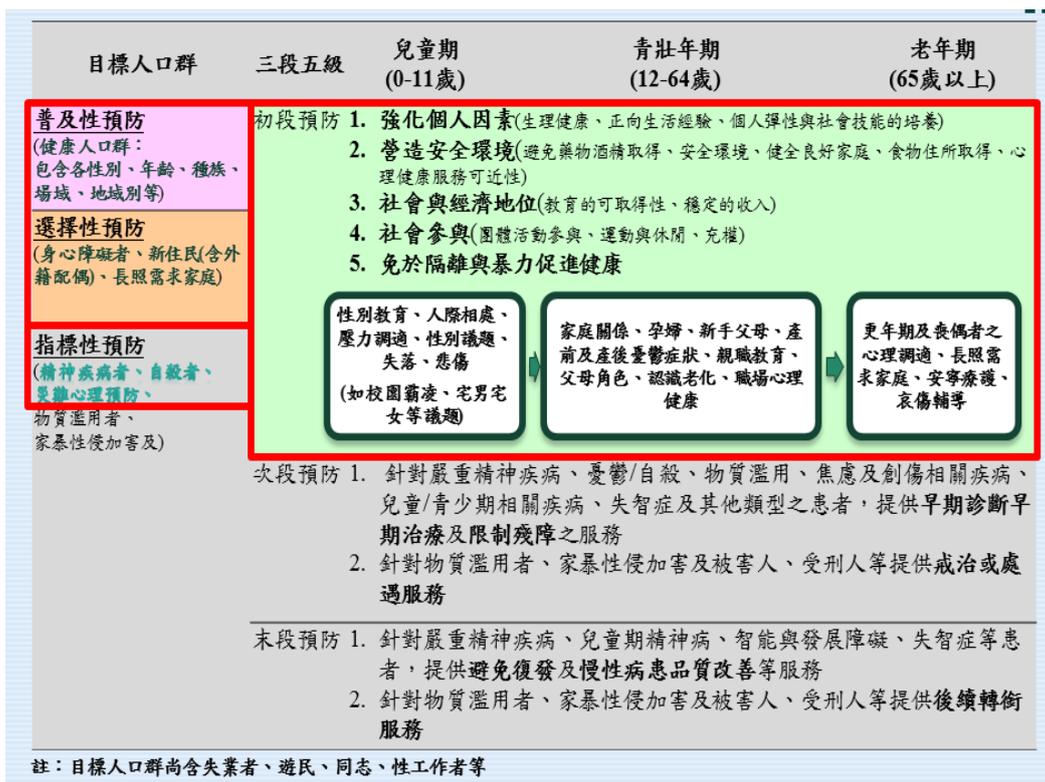


圖 4-3、心理衛生業務建議方向

資料來源：吳尚琪，2011

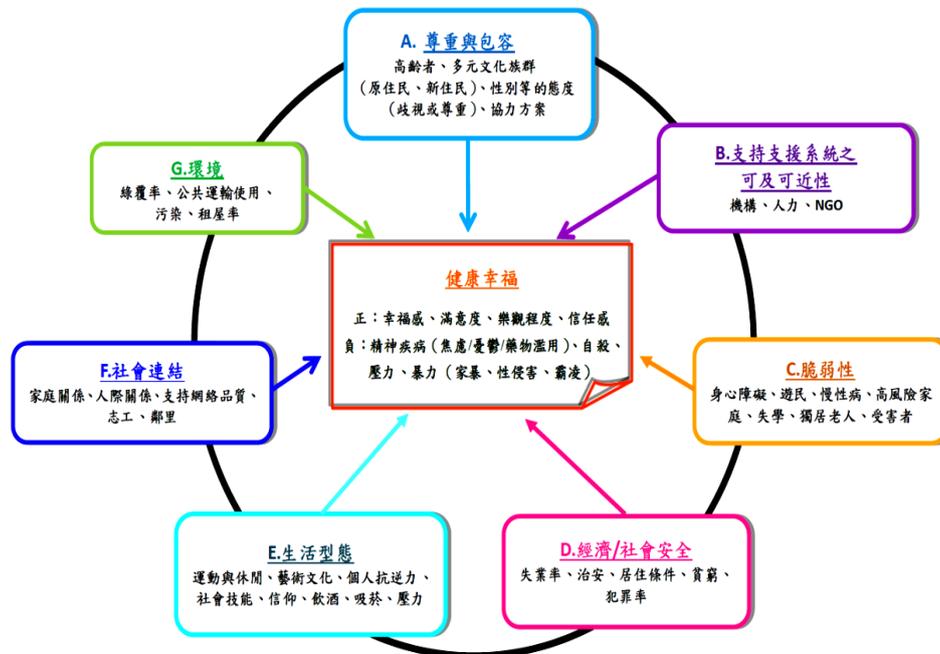


圖 4-4、心理健康城市:各面向影響因素

資料來源：張珪，行政院衛生署「心理健康城市聯盟芻議研討會」成果報告，2012。

第四節 訪談人士對心理健康業務看法

透過文獻紀錄部長與心理衛生相關團體在九月初的座談、十二月初的心理衛生聯合年會六個專業團體對心理及口腔司的期待，並藉著研究者參與之四個不同活動發放問卷，目的在調查心理健康或公共衛生相關從業人員、專業人員、民間團體及其他利害關係人對於新成立的心理及口腔健康司的認知與期待，由於短時間發放，樣本代表性等無法早規劃，因此只將其一起併入專家訪談和焦點團體

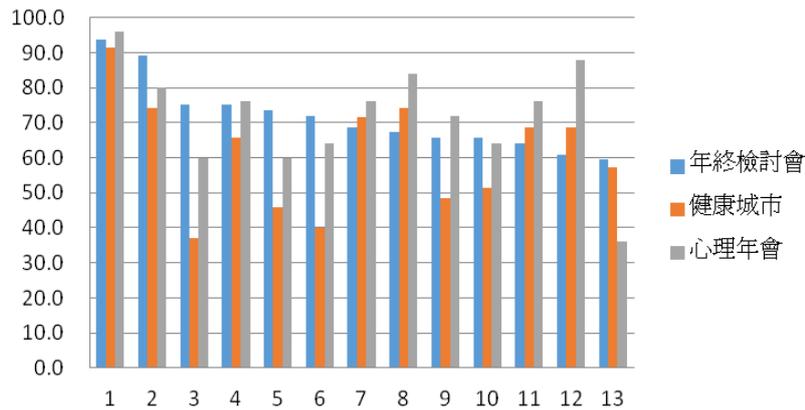
等做為參考之一。

一、建議業務內容：心理健康為「司」業務是龐大的

吳尚琪教授在公衛焦點團體時，也再度提出她的研究團隊為衛生署研究國民心理健康促進計畫(2011)，和新年度的「心理健康網」計畫（吳尚琪等，2013），提出涵蓋面如前圖 4-3，心理健康司的業務是龐大的。

加上這次作簡單問卷調查，看到公衛或心理相關人員提出對心理健康業務的期待如圖 4-5，可以知悉九成多都強調重視促進心理健康，對象包含各種群體。目前社家署也提出他們需要心理健康知能，心口司也與教育部學校衛生委員會召開會議，知悉業務，顯示業務量會增加，且不少將是跨部會合作。

心口司應包含之心理健康業務



編號	業務項目	編號	業務項目
1	心理健康促進	8	各種對象心理健康需求評估
2	精神醫療	9	暴力/性侵害防治
3	心理健康資源	10	心理健康人權
4	自殺防治	11	藥物濫用防治
5	社區復健	12	急慢性病照顧心理健康策略
6	各種場域心理健康設計	13	定期提出心理健康政策白皮書
7	災難心理健康		

圖 4-5、心理健康及口腔健康司應包含之業務

附註：本題項為複選題，由受訪者自行勾選，直方圖呈現數據為不同類別受訪者在單一業務項目（橫軸）有勾選的百分比（縱軸）。

二、其他建議業務內容

在心理健康主流化論壇中，有 33 個民間團體，包括罕見疾病、心臟病童協會、雙胞胎協會、血友病、精神病友、精神病患家屬、犯罪被害人家屬、愛滋病團體、社區醫師、家醫、婦產科醫師等等，大家都認為他們的群體對如何提升心理健康有很大需要，對心理健

康的知能、了解心理不健康的狀況和處理方式，這都是心理健康成為司級單位要關注的業務。

此外業務也應注意資源是否因此受到排擠。特別是日前許多勞工的心理健康服務與職業災害，通常在勞保給付只有一次性，後續就沒有資源了。婦女團體與兒少團體亦認為，長期以來社區的受暴婦女或是家庭的心理健康服務是缺乏的，社區也欠缺自殺防治工作，民眾若有需要也不知道該如何尋求協助。而校園霸凌或是網路成癮等行為，也都是兒少潛在的心理健康需求，越來越多媒體報導影響民眾健康，許多宅男宅女的心理健康也無人關心，弱勢群體如先天心臟病童與家屬，長期處在生命交關的時刻，都需要有心理健康的建設，這都是重要的議題。由上顯示，社福團體對於新成立之心理及口腔健康司，有許多期待，多反映在長期以來應該被滿足的需求，卻未被滿足，或是看到因社會發展，而需要被關注的心理健康促進議題，並且強調制定心理健康白皮書的重要性，每年或兩年公布一次。這些議題上有些並沒有出現明顯的分工或跨單位合作。不少受訪者也都認為不應只侷限在目前四個科的業務，應有更多對全民心理健康提升的內涵，跨衛生福利部內與各司、署連結合作和分工，以及跨外與各部會的合作。議題包括：

M：網路成癮和霸凌的部份，網路成癮還沒列入疾病的部份，但是情況越來越嚴重，像宅男的身心健康。媒體報導對身心健康的影響，這個屬於心理健康促進的部份，像未成年懷孕、對孩子的影響憂鬱症等。性健康的議題，廣告和成藥的部份，媒體和廣播這方面缺乏宣導。(需要有人檢視)

I：不少未婚懷孕、流浪者等都需心理健康促進方案。

AI：在精神疾病防治的部分，預防重於治療，提供各級學校心理健康的專業資源，重視青少年早發性精神疾病的預防與及早介入。

E：業務內容只加上心理健康促進的涵蓋面，但心口司並沒有獨立自主，重點我們要看未來的發展。若司長是精神科醫生，以精神醫療為掛帥，本位主義為掛帥，則心理健康司為精神醫療司，四個科的主要還是停留在治療疾病，但公共衛生的發展要從治病到提升健康。從編制到分科，若只想要做自己的司。...不能用一個藉口「因為剛開始，業務沒改變」，應該積極 8 個司的安排是為何？...

AI：針對特殊族群處遇除了重視性侵、家暴、兒虐等加害人與受害者的治療處遇外，建議重視預防工作，並強化或規劃新住民、老人及長照照護者的心理健康服務方案。照顧多元族群、納入健保給付：發揮心理健康預防保健效益，重視弱勢族群與偏遠地區、低收入戶等民眾的心理健康權益，並強化或規劃新住民、老人及長照照護者的心理健康服務方案。

AI：物質成癮方面：目前政府多致力於海洛因毒品成癮之戒治，然尚有其他物質成癮也已造成嚴重之社會問題，影響個人及其家庭之心理健康，

在成癮治療方面，與相關部會合作（特別是教育部），專業協助在學學生物質成癮行為的預防與防治處遇。物質成癮方面：目前政府多致力於海洛因毒品成癮之戒治與法務部合作。

三、心理健康業務規劃缺少宗旨與目標和政策，需要心理健康白皮書

若以蒲慕蓉教授受訪時提出對心理健康司的期待，她認為

組織要有明確宗旨和目標，目前台灣只呈現業務，是不清楚的。

心理健康預防保健等心理健康促進工作的政策規劃與執行。規劃全民心理健康藍圖或政策白皮書，擬定國家中、長程心理健康發

展計畫與目標。積極展開跨部會署會合作，促進政府不同部、署、會間共同推動「全民心理健康」政策。

E：沒有服務大眾的遠景...心理健康網、精神醫療的服務都只是變成指標團體。組織（架構）、政策（業務一科的章程）和資源（用的人、經費）的面項，需增加健康促進經費的比例，從別的地方挪。目標是心理健康要成為獨立單位，組織架構要有明確業務分工，明定資源的分配。

L：強調制定心理健康白皮書的重要性，每年或兩年公布一次。

M：心理健康政策白皮書很重要，有一個外國團體在臺灣舉辦婦幼健康，有到勵馨參觀，他們一直在問臺灣的心理健康政策，我完全找不到，為什麼臺灣沒有？

I：政府要能放權，可以他人來作，要傾聽民眾需求與想法，專家作決策。

T：心理健康辦公室既然學習美國的 SAMHSA，究竟有沒有認真去了解美國中央與地方各方面的業務規劃？

四、訂定《心理健康基本法》修正既有法規

心理健康基本法才是一切心理健康工作的基礎，其他是針對特殊對象或特殊事件再訂定的法規，例如《精神衛生法》、《災害防救法》等。

E：積極發展《心理健康基本法》，持續對既有法規檢視，是否符合基本的心理健康。

AG：目前精神科專科醫院之職能治療人力評鑑標準比民國92年前所制定的還低，影響服務品質，應予回復原來之評鑑標準。建請衛生福利部調整回復原有制定之「心理健康司」組織。

AI：修正《心理師法》。

AF：修正《精神衛生法》。鼓勵民間設置社區心理促進機構，落實心理健康照護社區化，以提升全民心理健康的初級預防功能。

AG：目前精神醫療資源不同類別床數是否不足或過剩，建議重新評估及修訂精神醫療、復健及照護模式之政策。

Z：基本法根本大法一定要有。有很多特別法。民主化社會，很多問題政府束手無策，如果沒有法的話，有法才能依法行政。

五、實證研究為基礎推展心理健康方案

I：有證據、有資料庫作研究基礎，才有能量去規劃服務，心理健康促進各部會都有大資料庫，如何讓這些資料有意義，從中能發覺可提供哪些服務，才會有成效。

六、專業間的競合

目前所提的心理衛生專業團體指的是醫事處下管理的醫事人員，所以其業務都偏精神醫療等治療層面，因此多半在為其專業爭取人力、經費、健保給付等等。

（一）、心理衛生專業界仍有紛爭

精神醫療界受到精神醫師掛帥，其他醫事人力都受限於需要醫師轉介，此外如臨床心理與諮商心理，為服務內容與對象或有無健保給付，爭議不斷：社工與護理的諮商工作，又被心理師（包括臨床心理與諮商心理）等認定資格不足，這些爭議不斷。也有如用「心理健康」或「精神健康」的爭議。

AH：截至目前為止，不可否認地，心理健康從業人員在整個國家體制下仍處於弱勢的地位，且彼此仍有歧見需要化解。精神科醫師的狀況雖然好一點，但其狀況相較於其他

醫師科而言似乎仍有一段距離，因此，衷心期盼心口司可以作為心理健康聯盟做有效溝通橋樑與背後支柱。

也可從每個專業都在爭取要有健保給付，卻缺少對促進全民心理健康的呼籲，或經費支持，提到公職心理師卻不是公職心理衛生行政人員。

AI：落實已有的心理健康促進法規，例如設立或獎勵心理諮商所《精神衛生法》第 16 條。儘速增加公職心理師的職類與員額，以及各縣市政府衛生局處的心理衛生專業人力（心理師），確保中央和地方政府推動心理健康業務單位之專、兼職人力與專款專用的經費。

目前根本沒有心理健康促進法規，反映出只在爭取個別專業的發展。

AH：護理執業環境仍不理想，修訂醫院設置標準之精神護理人力設置標準。專業治療健保給付，精神科醫療治療費用下之特殊心理、團體治療及行為治療計畫等相關項目，以利精神心理衛生專業服務之可近性與可及性。增聘具行政管理經驗之精神護理主管為精神專科（教學）醫院評鑑管理評鑑委員，以精進心理健康與精神衛生。

V：需要有公共衛生人才來推動心理健康業務。

七、需要積極培訓或提供在職訓練有關促進心理健康的知能

其實大眾對心理健康定義不清，即使醫療專業也雷同：

AH：心口司對於精神醫療從業人員的在職教育規劃為：應有完整的心理健康（Mental health）概念，從事訓練的老師以及接受訓練的學員，皆應該瞭解世界衛生組織 WHO 對於心理健康的概念及呼籲。希望作為心理健康行動聯盟的有效溝通橋樑與背後支柱。

社福團體對於新成立之心理及口腔健康司，有許多期待，多反映在長期以來應該被滿足的需求，卻未被滿足，或是看到因社會發展，而需要被關注的心理健康促進議題，也需加強在職進修內容。

2013 年第 11 屆台灣心理治療與心理衛生聯合會中的六位代表提出的建議，過於專注在臨床精神疾病的處治，常常把心理衛生當成只是精神醫療。精神科醫師或心理諮商的專業人員，為維護民眾獲得身心的基本權利，應從疾病導向轉向更宏觀的面向，讓心理健康促進的服務普及至每一個人。推廣心理健康的完整性概念，並非一人、一個專業、或一個組織的事，而是眾人的事情，所謂「心理健康、人人有責」。此外由此也反映出我們需要具有心理健康知能的衛生行政人才。

心理健康的知能很重要，也發現衛生部主管會主觀認為自覺不足將會主動學習，但是究竟對心理健康知能了解多少？不得而知。

HH：對於專業的體系發展來說，執行人員的專業背景可能具有某種重要性，我們看了其他國家的體系，有兩種人可能都不可或缺，一種是公共衛生行政人員，一種是專業人員，如果不能都有，我們有個建議，繼續教育可能是重要的，副司長以目前心口司組成的人員裡面，有沒有要再加強的？

AE：如果這是國家政策，要求公務員這樣，當然是很好。第二點，公務員本身有終身學習，若有心要學習，可以利用這時數去補強，第三點，像我自己在心理確實比較不足，這是不可諱言的，我既然來做副司長的業務，我就要去強心理的知識，會自己找東西來念，不能只守著牙科。我覺得是看個人的 personality.

八、心理健康人數、業務及預算都待擴編

Z：現有規模根本不夠。現有心理健康 25 人是最起碼心理健康根本還不夠的人數。還被口腔分去了。

(一)、總員額法人力部長有權調配

A：有總員額法限制.... 授與部長有調配權利。新興業務讓部長決定。....但是未來看前瞻性，心理衛生業務愈來愈蓬勃或吃重，部長可以從別的機構、三級機關的署等調人來配置。

(二)、業務需要擴大

AB：心理健康本來也是要跨部門整合的業務，要擴大也是很多。

A：這是必要的觀察。因為整個國家資源有限，政務上要有優先排定，檢視浮上台面的議題，哪個是未來的重要議題，那裡就要配置多一些。

A：如果是既存大家已做的可以，應縮減。從客觀的學者立場，老師可以對施政機關作提醒，在資源有限的狀態，不是做延續過去相同的議題，檢視現在與未來的需要，重新做資源的配置。

(三)、預算需要增加

S：國民稅收佔 GDP 比例在全世界比較非常低，政府沒有向財團尋求經費。有很多好計畫沒有辦法執行。那錢從哪邊來？這也是公共衛生必須思考的問題。連不清楚合併或分開的民間代表都知道，不相關的兩個領域在經費上會有相互影響。

Z：國家應該成立心理健康基金（可能來源？例如：菸稅、公彩、身障基金都有明確來源），如同醫療發展基金，因為稅收根本不夠。設置國家級的心理健康教育暨研究院，設立三個國家級中心，自殺防治中心、家暴暨性侵害暴力防治中心、物質濫用防治中心（因為精神醫療已有完整機構、健保支付）。財團法人化，有自己獨立財源才能穩定。

但被問及是否同意心口司之設立能夠增加心理健康業務之員額或預算時，僅有四成三受訪者同意。認為業務和經費是各部相關甚至會被排擠。有三成以上受訪者認為心理健康的初段預防工作應佔整個心理及口腔健康司預算的 21-30%，其次為 31-50%（二成八），認為應佔 11-20% 或 51% 者相近，皆約佔二成。

九、成立心理健康智庫或研究中心

Z：中央要成立心理健康委員會、地方政府也要成立。

I：政策要智庫，能讓實證研究回應社會，作分析，例如國民幸福指數八月公布第一次，每年都公布。所以可結合專家結果，智庫對主計處作調查更詳細分析。給政策作建議，全國基本調查為實證，社會資本實務介入價值，目前性別平等是正向指標，但是失業率是落後指標，應改成就業率另類思考。

第五節 心理健康推展需要的人力

推展心理健康工作需要的人力資源大致可歸類為公共衛生、護理、心理學、社會工作、社會學、公共行政、精神醫療等專業人員，以及社區中的非專業人員兩種。專業人員之中，又以次級與三級預防的醫事人員為主，如臨床心理、諮商、精神科醫師、精神社工、精神護理、職能治療師等，但是公共衛生涵蓋面很廣，從心理健康促進之全體（holistic）觀點，推展心理健康促進業務還需要「心理衛生行政人員」（此處依我國行政體系用詞慣例，故稱衛生行政，實際應包含更廣泛之健康業務推展）。依 Goodstein 等人（1978）的定義，心理衛生行政人員的專業角色包括對服務人口群主動積極提供心理健康促進相關服務、提昇其心理健康狀況、負責確保經費來源、扮演方案評估者的超然角色，為專業服務品質把關等，易言之，就

是擔任「協調者」的角色，從整體的角度協調各類專業、非專業人員之間的團隊合作、進行資源分配調度，並且執行介入之成效評估。因此，心理衛生行政人員所需具備的專業知能包括方案評估、行政管理、組織動力、人員甄選與教育訓練、諮詢、危機處理、臨床服務相關專業（心理病理等）、專業或行政的督導、預防性介入（初級預防、心理衛生教育）、文化多樣性之認知、資源網絡連結及拓展等（許耕榮等，2004）。

一、「心理及口腔健康司」組改前後人力配置

以新成立的衛生福利部主管之健康部門而言，其正規業務人力來自兩方面，一般行政人員考試進入，或是公職醫事人力考上。非正式則有政務官、替代役、方案約聘人員等。以目前心理及口腔健康司的 27 人分配各科及背景如下表 4-6，似乎範圍可更擴大，專業與公衛領域都需要加強。而且當初規劃 25 人，增加口腔部分也只增加兩人，明顯人力被分散。心理健康司當初設計是要有六科 40 人。

表 4-6、組改前後人力配置

組改前 7 人	組改後 27 人
醫事處第四科 7 人 科長：醫事技術 科員：職能治療 公共衛生 護理	司長：精神科醫師 副司長：牙醫師 簡任技正：職能治療 +公衛
	第一科 4 人 科長：護理+衛福 科員 公共衛生、心理、護理 1 約聘僱
	第二科 6 人 科長：職能治療 科員：公共衛生（流病）、護理
	第三科 4 人 科長：— 科員：醫管、護理

組改前 7人	組改後 27人
	第四科 4人 科長：營養 科員：公共衛生、護理
	第五科 5人 科長：藥學 科員 公共衛生、牙科、護理

資料來源：研究者自行整理。

G：專業人員繼續教育的東西，從一到四科，服務對象是民眾，為了要讓民眾有很好的心理衛生專業的服務，我們怎麼樣去注意到專業人員的培養或繼續教育。聚焦在一般民眾心理健康的宣導，與專業人員的專業能力的培育（繼續教育）和補強。

Z：心理衛生行政的訓、考、用要同時進行。從公務人員招考時，可單獨招考心理衛生行政人員，或在現行衛生行政加考心理健康，若短期內無法達成，可先於國家文官學院的訓練，或公務人員在職教育等納入心理健康訓練。

AE：如果這是國家政策，要求公務員這樣，當然是很好。第二點，公務員本身有終身學習，若有心要學習，可以利用這時數去補強，第三點，像我自己在心理確實比較不足，這是不可諱言的，我既然來做副司長的業務，我就要去強心理的知識，會自己找東西來念，不能只守著牙科。我覺得是看個人的 personality.

二、WHO 對心理健康人力資源發展的一般性原則

在世界衛生組織出版的心理健康政策及服務套裝指引（WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package）中，曾提出心理健康人力資源及訓練專章（Human resources and training in mental health），其中對於心理健康工作人力資源發展的一般性原則與考量

主要歸納如下 (WHO, 2005a):

(一)、去機構化的社區導向 (Community focus and deinstitutionalization): 從醫院到社區的人力重新分配; 對於社區工作者的訓練, 而不僅限於專業工作者。

(二)、與一般健康照護進行整合 (Integration with general health): 尤其是在人力短缺的地區, 將心理健康工作整合進一般健康照護工作以擴大服務人口群是可行的策略, 因此一般健康照護工作者應接受基本的心理健康訓練、建立基本心理健康知能, 以便早期探查到人群中心理健康方面的需求或問題, 進而轉介給專業人員; 另一方面, 心理健康專業人員也應具有與一般健康照護工作者合作的能力, 並提供督導和支持。

(三)、多領域的介入途徑 (Multidisciplinary approaches): 專業、非專業人員的團隊合作是基本能力, 工作人員應能夠在多樣的社區、機構與環境工作, 並提供有多樣化、多層次的服務模式。

(四)、跨部門合作 (Inter sectoral collaboration): 除了在健康部門之內的多領域的介入途徑, 也要與其他行政部門合作, 如福利、就業、司法與教育等。其中尤為關鍵的是, 政府應成立專責單位規劃、協調不同行政部門之中的心理健康人力需求及培訓, 如教師、社會福利工作者、警察、矯正機構工作者等等, 因為跨部門的心理健康人力需求應與人力訓練單位 (如大學) 同步發展, 考量需要哪種類型、多少數量的人力, 若缺乏此種規劃, 心理健康人力政策不易成功。

(五)、工作者角色轉變 (Changing staff roles): 在心理健康政策改革的過程當中, 心理健康工作者的角色必然轉變, 專業人員可能擔心失去專業認同、地位、收入、熟悉的工作環境及工作方式等, 故很多專業人員相當抗拒改革, 這點是在心理健康人力資源管理時需要特別注意的。

(六)、汙名化與歧視 (Stigma and discrimination): 心理健康相關疾病患者可能在社會各部門遭受到汙名化與歧視, 健康照護人員也不例外, 因此心理健康人力資源規劃和訓練必須強調汙名化與歧視的議題, 包括訓練員工對抗在自己、在健康照護人員之中、或者其他社會部門

的汙名化。

從以上之歸納中得出心理衛生行政人員之重要性，如多元介入途徑之整合、跨部門合作之協調、當專業人員面對角色轉變時的調和、遭遇可能的汙名化與歧視等情境，皆是需要心理衛生行政人員介入之處。尤其心理健康業務之敏感性，在對特殊或少數族群提供服務或介入時，需要特別注意其語言與文化上的差異，因此心理衛生行政人員需要宏觀地深入瞭解各種專業、非專業之心理健康相關服務可能對於其服務對象產生之影響，進而使多元文化背景的人口群，包括不同的語言、國籍、性別、年齡、階級、宗教信仰、性傾向、身體障礙等，都能獲得適合的心理健康服務（Reid, 2003）。心理衛生行政人員亦應發展以實證為基礎（evidence-based practice, EBP）的心理健康服務模式，達到有效的初級健康促進與預防，以降低末段之心理疾病相關醫療支出，以提升資源分配效率，也使心理健康服務能夠真正達到回歸社區、去機構化。

三、WHO 人力資源規劃「四步驟循環」

心理健康工作需要各種人力資源，沒有絕對或全球規範性的標準（即每單位人口需要多少某種類型人員），要視地區需求而定，WHO 建議了「四步驟循環」以協助主管機關決定人力資源的規劃：

（一）、現況分析（Situation analysis）：回顧現行心理健康政策，評估現行心理健康人力供給以及服務使用狀況。

（二）、需求評估（Needs assessment）：估計人口群有哪些需求，這些需求能以哪些服務來滿足，而這些服務需要哪些類型的人力、又多少數量。

（三）、目標設定（Target setting）：比較供給與需求，依據成長中的人力資源調整目標。

（四）、執行（Implementation）：目標設定以後，能否成功執行取決於良好的人力資源管理和訓練。

衛生主管機關應藉心理及口腔健康司新設立之契機，盤點我國心理健康人力資源、規劃其未來發展方向及配置方法，並建置完整心理衛生

行政人員之職掌及編制，與主要設有公共心理衛生相關科系之大專院校協調人力培訓內容，與考試院考選部協調心理衛生行政人員考用制度，以深入各地區及人口群提供全方位心理健康服務。

第六節 組改前後心理健康與口腔健康預算

心理健康司規劃長久，但是對經費的羅列是否有因為增加業務而增加？口腔健康是倉促上路，其預算在組改前後又為何？在此瞭解。

一、從 101-103 年心理健康預算與原衛生署施政報告內容分析業務內涵

台灣的心理衛生預算自始即偏重精神醫療，特別是強制治療費用，因非健保給付項目，因此由公務預算編列，故在過去佔去了大部份的衛生署第四科的預算，曾達一年數億新台幣。而 2007 年《精神衛生法》修法後，於 2008 年實施強制治療新制，由精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會，進行強制就醫之准駁審查（請見精神衛生法第 15 條、第 41 條及 45 條），並由健保局代辦給付。

分析 101 年至 103 年衛生署送立法院之心理衛生預算書，依預算編列金額與項目，近三年來未出現明顯變化。每年預算規模約略為六億上下，其中四大支出項目為自殺防治費用（含自殺防治中心業務與安心專線費用，但不包含補助各級政府相關之自殺防治等業務）、強制醫療、鴉片類成癮物質替代療法（俗稱美沙酮）費用及補助各級政府與精神醫療網費用，101 年預算為 635,424 千元（四大支出項目預算金額依序比例約為 6.16%、33.43%、27.97%與 26.5%），前三項佔其總預算 67.51%，四項加起來佔其總預算 94.01%。102 年預算編列為 568,667 千元（四大支出項目預算金額依序比例約為 6.64%、9.79%、24.62%與 29.61%），值得注意的是強制醫療的預算大幅減少，僅編列 101 年度之 26.2%左右，也直接影響前三項佔預

算之比例降為 41.22%，而補助各級政府與精神醫療網費用在 101 及 102 年皆維持同樣金額，為 168,400 千元。

103 年之預算，目前仍在立法院審議中，雖因應 102 年 7 月 23 日衛福部改組心理及口腔健康司之成立，然其預算在 101 年即編列完成，因此預算編列與業務內容並未做改變，103 年預算書編列 665,540 千元(四大支出項目預算金額依序比例約為 5.50%、16.79%、18.86%與 25.44%)，四大支出項目佔 103 年預算比例為 41.15%，與 102 年相同。103 年口腔之預算為 86,050 千元，佔心理及口腔健康司約 12.91%，而 102 年減少之強制醫療預算，103 年又呈現 2 倍以上的成長，顯示相當不穩定，也對其他費用形成剝奪，103 年補助精神醫療網的費用也呈現倍數上升，原因為何尚且不知，103 年除少數由原社會福利移入之業務，如男性關懷專線或性侵害部分業務經費外，扣除口腔健康之預算，整體心理衛生預算與 102 年並無太大變化(為 579,490 千元)，近兩年維持 5 億 7 千萬左右。

值得說明的是，過去少數以「促進心理健康業務」為名目項下之預算，實為「自殺防治中心預算」或「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」等之行政費用，難稱之為名符其實，相關之心理健康預防工作相當缺乏，即使 103 年增列「心理健康促進」名目之預算，不但金額相當少，且業務不明並多併入宣導、研討會或研究等預算中共同編列，其餘預算金額即為精神醫療機構、社區復健機構之管考與管理費用或是部分藥癮、酒癮等防治工作、捐助民間團體辦理社區支持活動等經費，變化並不大，當然也意味每年補助的項目也可能相當固定。

如果參照過去內政部應用公益彩券回饋金補助辦法，大多傾向支持創新的服務，而這類的服務通常不在內政部(現衛福部)社會福利服務補助要點的補助範圍，衛生福利部需要明確有條文能提出心理健康促進方案也是社會福利的一種，讓各種心理健康團體也能以心理健康預算，可以申請。

預算編列反應業務內涵，因此歷任署長施政報告(參照民國 91

年至 102 年衛生署之施政報告書)，亦多為精神醫療業務，如精神醫療急、慢性病床數與社區復健機構數量之獎勵設置，精神病人之列冊與追蹤管理，強制治療業務推展，強化精神醫療網自殺防治中心之設立與業務，乃至於物質濫用防治。直至 102 年 7 月 23 日後，因應行政院組織改造成立心理及口腔健康司後，另新增家庭暴力及性侵害被害人之心理治療與加害人之特殊處遇服務。從心理健康網之規劃，台灣之精神醫療病床與先進國家相較，持續上升，因此也反映在預算執行上面，從 101 年至 103 年的預算分析也可窺一二，整體心理衛生預算確實也多用於醫療服務較多，因此從刪減病床數著手，將相關經費改向支持促進社區健康與服務的措施，似乎是一個必要的方向！

二、口腔健康預算

口腔健康經費，由其業務內容可以看到，經費是從原有醫事處人員訓練費用移至心理及口腔健康司舉辦對牙醫師 PGY 訓練等，此外只增加口腔健康長期規劃計畫等。

第七節小結：國內外心理健康與口腔健康業務內容比較

本章的業務內容看到心理健康服務內容的複雜與龐大，口腔則較單純為一般疾病的預防和保健。不過在回顧我國精神醫療與心理健康發展，對精神疾病患者的照顧、演進到治療，從監禁在療養院發展到醫院、日間門診、社區復健等，在對疾病治療同時，也從早期發現診斷，使能早期接受治療減少預後問題的次級和三級預防概念，業務已很大，目前社區復健更是被期待；物質濫用也是跨署司的工作，目前成立「司」不只能達到精障病友的基本社區人權，更多弱勢群體和全民的心理健康需求都應關注，更要增加提升到促進全民心理健康的目標規劃與連結資源，業務龐大。

因此本研究最重要發現，是要成立一個高階的「司」級單位，

在於能提升我全民人人的心理健康，不是只有精神醫療的疾病觀點或精神醫療專業來設置「司」級單位。因此心理健康司在回歸過去國家組織發展與民間團體倡議的初衷，心理健康是人權，離開了心理健康就不能稱之為健康。我國推動跨階層、跨部門、跨專業的資源整合，是心理健康促進以及所有健康促進必然之途，成立專「司」是必要的。

心理健康包含極廣，從疾病出發的精神疾病治療、到預防，以及各種不同問題，如藥酒癮、自殺、憂鬱、焦慮、精神分裂等等，疾病種類繁多；此外又加上社會問題如家暴的防治、校園暴力、職場壓力、失業、傳染性疾病的恐慌（SARS、H1N1 等），心理健康的重要，可以從 WHO 組織再造將心理健康與非傳染病（NCD）並列為其群組的名稱，而不再像以往心理健康或精神疾病只是 NCD 下面的一個司級單位，一方面重視精神疾病與其他疾病的關聯，再方面也提出 NCD 會引發心理焦慮、無助等，導致心理不健康（mental ill health），過多心理壓力也是導致疾病原因之一，甚至各種社會問題。專「司」不只要對精神疾病也要對慢性病做心理健康促進的規劃，更要做全民心理健康的規劃。

從第三章第二節 WHO 和美國與泰國，不只看到組織的架構口腔與心理健康絕對是分開為不同單位，而較深入看到它們的業務內容，也可看到其內涵，例如美國的 SAMHSA 提供領導力的培育和資源包括計畫、政策、資訊與資料、合約和經費來支持。其願景有：行為健康對整體的健康是必要的，預防是有效的，治療有其功效，精神疾病病患和藥物濫用者是可以復原的。

美國整合一個署專門在處理精神疾病與物質濫用的治療、防治，近年來也加入心理健康促進，而美國衛生與人群服務部（HHS）下有另一個署（CDC）則包含全民健康處（內有心理衛生科），也形成一個心理健康工作小組致力於全民心理健康提升，以及相關急慢性病的心理健康協助，詳細說明，也可提供國內心理健康的廣度。

全民健康處（Division of Population health）中有心理健康方案，

其整體目標是增加對精神疾病的瞭解這是重要公共衛生議題，心理健康促進的重要，以及精神疾病的預防，短期任務是：(1) 得到更多相關心理健康與精神疾病的科學資訊，透過監測、流病、預防研究；(2) 轉譯研究結果進入疾病預防的方案、政策與系統；(3) 溝通研究結果給大眾，包括初級健康照護提供者、政策制訂者、及在社區進行疾病預防與健康促進的工作的公衛人員，這可提供我國心理健康司對在職人員訓練作參考。其長期任務則在支持並整合心理健康促進和精神疾病預防，與其他疾病一起的治療。例如健康相關生活品質、精神疾病與慢性病、烙印與疾病等，也監測(surveillance)於慢性病專家工作群、甚至提供社區心理健康指引出版研究報告等中間都有心理健康指標。又如癌症有照顧者身心與經濟挑戰、生育健康中提到母親憂鬱、性暴力、情緒因素等等，涉及人際關係因素、個人因素、社區因素等等，都可以提供心理健康司其中業務的規劃。

前述提到衛生署委託吳尚琪教授進行國民心理健康促進計畫和新年度的「心理健康網」計畫(吳尚琪等，2011，2013)，心理健康司的業務是龐大的。但是在心理健康網的規劃中卻還是用既有業務在做討論，如果只是維持過去業務，成立司的意義就沒有了。以下也提供澳洲政府對其心理健康業務規劃，用政策來推動心理健康(Using policy to promote mental health)為例(State of Victoria, Department of Health, 2010)，以及世界心理衛生聯盟在2008於墨爾本召開心理健康促進大會發表的宣言，做為我國心理健康業務的參考。

表 4-7、墨爾本憲章政府決策者與心理衛生工作者行動的原則

決策者	心理衛生工作者
<p>墨爾本憲章呼籲各國政府承認影響人們心理健康和幸福各種因素，並：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 承擔有關責任以確保這些保護心理健康和幸福的因素對所有人都是可取得的，以及那些令人處於健康不佳或疾病的風險因素可以減少或消除 2. 主動與那些處於最不利的、受社會排斥的對象建立密切關係，例如：精神病患、身心障礙者、青少年、被迫流離失所的人，遭受暴力的婦女和受刑人 3. 保護原住民文化 4. 促進機會平等和免於歧視 5. 確保政策盡可能的獲得適當的證據支持和充分的資金 6. 培訓政府人員，以促進心理健康 7. 促進影響心理健康的各機關之間的合作夥伴關係 8. 提供足夠的資金和便利、優質和以復原為重點的心理健康服務，以及 9. 確保民間單位遵守地方、國家和國際法規和協定，以促進和保護心理健康 	<p>墨爾本憲章呼籲那些致力於改善心理健康和幸福的工作者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 倡導人權，確保所有人都受到保護，特別是：原住民及其文化免於剝削、精神病患、被迫離鄉背井的人、兒童、青少年和老年人、受刑人 2. 採取行動，消除烙印、歧視和不公平 3. 參與，與公部門、民間單位、非政府組織、社區單位及國際組織結盟、建立合作夥伴關係，以持續地行動 4. 教育社會大眾理解心理健康和精神上的悲苦、幸福感、失落等 5. 增強並動員社區和個人，特別是最被社會排斥的人，透過支持他們的權利、提供資源和機會，使其採取行動來提升幸福 6. 瞭解有經驗的過來人並由其領導 7. 以實徵資料來訂定方案，確保以適當的研究和評估方法增加知識基礎 8. 鼓勵企業共同承擔責任，確保工作場所的健康安全，並促進員工、家庭和社區的健康幸福

資料來源：研究者自行整理

表 4-8、墨爾本憲章政府保護與風險因子

保護因素	風險因素
1. 藝術文化的接觸	1. 酒精和藥物：獲得的通路和成癮
2. 正向的早期童年經歷、母親依附	2. 社會經濟不利因素
3. 文化認同	3. 難民和尋求庇護者的地位
4. 多樣性受到歡迎、共享、重視	4. 身心障礙
5. 可以取得的教育	5. 歧視和烙印
6. 安全的環境	6. 教育缺乏
7. 同理心	7. 環境不安全、擁擠、資源缺乏
8. 充權和自我決定	8. 家庭破碎、功能不全、疏忽照顧兒童、產後憂鬱
9. 家庭復原／抗逆能力、養育力，與父母和/或其他家庭成員的正向關係	9. 食物不良、缺乏營養
10. 可以取得的、有品質的食物	10. 遺傳
11. 可以負擔的起的、方便的住宅	11. 無家可歸
12. 收入：安全、方便的就業機會和工作條件	12. 社會及地理上的隔離和排斥
13. 個人復原／抗逆能力和社交技巧	13. 自然和人為災害
14. 身體健康	14. 被同儕拒絕
15. 尊重	15. 政治壓迫
16. 社會參與：支持性的關係，參與團體、社區活動和網絡	16. 身體疾病
17. 運動和休閒娛樂	17. 體能活動不足
18. 交通：方便、可以負擔的	18. 社會、經濟貧困
19. 服務：獲得高品質的醫療和社會服務	19. 種族主義
20. 靈性	20. 失業、就業條件不良、不安全
	21. 暴力（人際關係、親密關係、集體暴力，戰爭和酷刑）
	22. 工作壓力與問題

資料來源：研究者自行整理

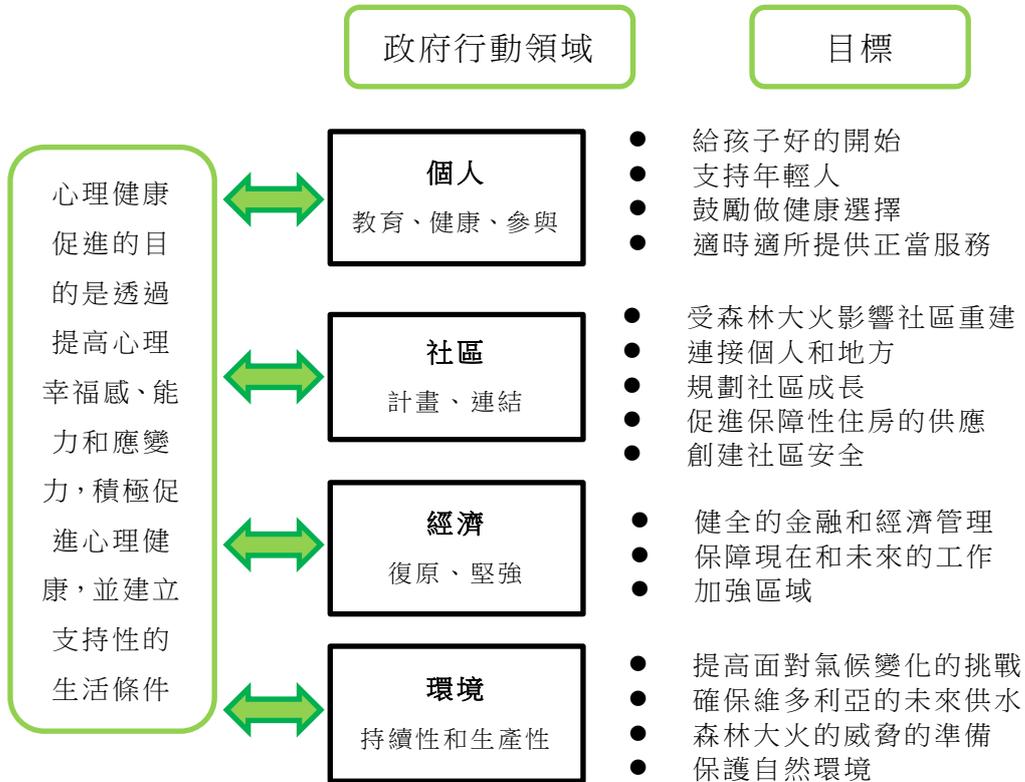


圖 4-6、澳洲維多利亞政府政策中的心理健康促進

資料來源：研究者自行整理中文化。



圖 4-7、整合心理健康保護與危險因子：澳洲維多利亞政府的行動

資料來源：研究者自行整理中文化。

口腔健康業務則也包含不少，但其對象雖是全民但是業務內容都只是侷限在口腔與牙齒的醫療、保健、或預防，目前提出仍侷限在專業人力培訓等，幾位牙醫師對業務內容，不脫離其口腔健康五年計畫，多是醫療服務，沒看到提及與心理健康有關，多是與其他生理疾病有關。但是如 WHO 所提會影響生活品質，例如口腔癌，或是生活習慣，例如吸菸行為、飲食行為（甜食後不刷牙等），或是如美國口腔健康處則主要降低口腔健康資源的不平等分佈來改善口腔健康，其業務包含協助各州政府提升口腔健康計畫的品質、實施一些實證研究的計畫等，在我國較沒被提出，表示口腔健康業務是還待發展，但是因為是專業的發展，在行政體制其管理多為一委員會處理較多。

綜合前面第三至五節對心理健康成為「司」級的業務內容期待有很多，也的確包涵很廣，既有業務需要完成外，成立「司」級單位主要在心理健康促進業務更是新興業務，需要願景規劃、人力、與經費等，所以心理健康白皮書，以及心理健康行動計劃都非常重要。此外，心理健康工作的人力，不應只包括專業的醫事人員，還應包括公共衛生人員，甚至公共心理衛生行政人才的培育。

分析發現，衛福部在預算科目上，用名詞為「心理健康促進」，但是實際花費全部都是精神醫療，有對用詞不清楚的問題，有訪談者則指出：「當初組織職掌討論時主事者不斷只是告知已經將原來 7 人變成 3 倍了，為何還要更多人力？表示主事者的思考脈絡只是原有業務的擴大，並未真正了解到全民心理健康的需求與衛生署對全民心理健康的責任」。這部份與第三章立院對話也可驗證，衛生署本身對心理健康為何需獨立一司的重要性並不了解。

心理健康行動聯盟訪談者也提及，當初立法院遊說時，有立委提到因為口腔合併於心理健康，能爭取更多經費，以目前現況是不真實的。甚至會有經費與人力競合問題。例如原本規劃 25 人，目前多兩個科，卻只有 27 人，比原來規劃才多兩人，明顯看到口腔健康併入心理健康司後對心理健康業務的人力是有被削減現象。

第四章 心理健康與口腔健康業務組改前後之內涵

口腔的業務與心理健康截然不同，多屬於醫療部分或流行病等研究，與心理健康業務相比差距太大，心理健康需要注意到風險因子與保護因子，與社區環境、或文化習俗、性別等都影響甚大，政策決定者都需要這方面知能，與口腔健康受影響範圍則是不同群體接受口腔醫療的資源與機會不平等，一些相關口腔的疾病，或行為。二者業務完全不同的兩個領域放在同一司，有其突兀，口腔應與從原本被分出來的幾個單位思考整合，例如醫事司、護理與健康照護司、國健署等較合宜。

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

第五章 心理健康與口腔健康政策職能評估

一般提到職能對個人而言是能力（competence），但是組織的職能則為業務功能（function），在前面第四章提出應有的業務內容，是植基於願景、宗旨與策略和行動計畫，才能對職能做評估，同時需要心理衛生行政人員（也包括相關專業）承擔工作的規劃與執行。第四章提到 WHO 或美國的業務內容，也探詢接受訪談者民間組織代表大家對心理健康業務的期待，「衛生福利部」也在 2011 年的心理健康提出計畫書和 2013 年的建構心理健康網的規劃建議書（吳尚琪等，2013），羅列出不少需要完成的業務，口腔健康也有其五年計畫建議書，也有不少業務要完成，所以這方面是需要衛福部自己來做檢討，達成狀況。但是誠如 WHO 或其他國家如澳洲，對心理健康有其行動計畫，也提出評核標準，特在本章簡錄，以做為我國未來評估心理及口腔健康司職能成果的參考。

第一節 促進心理健康的原則與業務應有的內涵： 澳洲經驗

早期 WHO 提出精神醫療供給與計畫之十點結論（WHO, 2001）都是在對精神疾病治療方面，即使提到初級照護，也是重視精神藥物普遍使用；發展社區照護；加強民眾教育；社區、促進家庭及消費者共同參與；建立國家政策、計畫及法案；發展人力資源；連結其他相關部門；監控社區心理健康；支援更多研究等。而 Beddington 等人（2008）提出心理健康涵括人的「心理資本」（mental capital）概念：建構人在不同展階段的發展問題、壓力與因應，包括初級預防，減少疾病、以及負向問題發生因素、強化抗壓性，次級預防，包括強化支持系統，終生心理資本發展是從各階段發展及疾病預防、環境支持與致病因素等，了解如何預防心理疾病，增加個人心理資本（圖 5-1），但是 WHO 在 2005 年也特別指出心理健康與人權和健

康不平等的關係，同時也需要充實個人的社會資本(WHO, 2005b) 與心理資本、國家政府或民間組織也應協助提升大社會環境的各項提升全民心理健康的元素，茲以澳洲的國家心理健康發展和行動作參考。

環境因素	母體	家庭	學校	工作	家庭與工作	退休
發展階段	胚胎期： 胚胎發展	兒童早期 (0-4歲)： 早期發展	兒童期(5-12 歲)學習階段	青少年：執行 功能、社會認 知、自尊、語 文和數理	成人期：認知 韌力和調適技 巧	成人後期：認 知限制(退化)
正向影響		良好親職技 巧、家庭經 驗	支持性的教導 和教育	應對同儕壓 力、融入社會		身體活動、認 知活動、社會 刺激、醫療或 飲食介入
負向影響	菸酒、藥 物、營養不 良	暴露在早期 壓力	暴露在早期壓 力、兒童期創 傷	反社會行為、 青少年懷孕、 抽煙	藥物與酒濫 用、社會隔 離、壓力、焦 慮、憂鬱、慢 性疾病、	年齡相當的認 知身體的挑戰

圖 5-1、各發展階段的心理資本

資料來源：Beddington, J., Cooper, C.L., & Field, J. et. al. (2008);引自張杏如，2011

因為澳洲在西太平洋亞洲地區，其發展為我國標竿，所以在此以澳洲為例瞭解其國家的發展以供我國參考，共和聯邦健康與高齡照護部(Commonwealth Department of Health and Aged Care) 為促進社區心理衛生、預防心理健康問題的發展，降低心理健康問題對個人、家庭與社區的衝擊，保障精神疾病患者的人權，澳洲各級政府衛生部門官員於 1992 年 4 月(聯邦、州、地方)共同簽署推動國家心理衛生政策，並自 1993 年 7 月至 1998 年 6 月其間推動第一個國家心理衛生五年計畫。這個階段的計畫主要目的是心理健康服務的改革，所以包含了醫療照護協議(Medicare)。因為執行效果良好，

第二個五年計畫從 1998 年 7 月繼續，第二個五年計畫除延續推動心理健康服務改革，與醫療照護協議延展到整個澳洲健康照護協議（health care）外，最大的差異來自於加入預防與促進、提供符合需求的社區服務與服務品質與效能等三個主題（Commonwealth Department of Health and Aged Care, n.d.）。

這三個主題後來也發展為第三個五年計畫 2003 年至 2008 年澳洲國家心理衛生政策的主軸，顯示澳洲在心理健康服務改革成功之後，轉而重視心理健康促進與預防政策。本文將以疾病預防與健康促進政策為主軸，簡介其發展過程與政策特點，做為國內除維持精神醫療目前發展之外，也能夠逐步發展心理健康政策的參考（圖 5-2）。

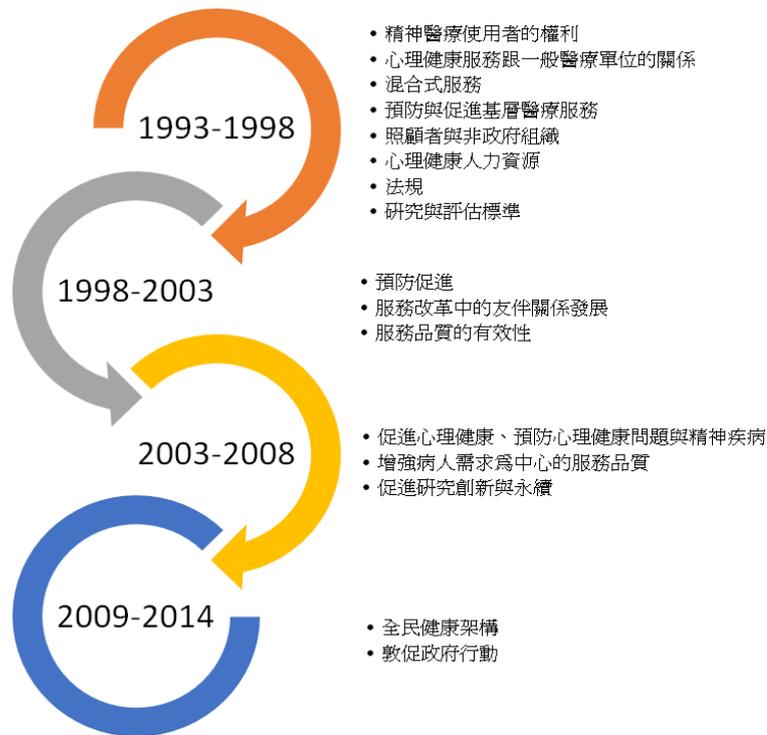


圖 5-2、澳洲國家心理衛生政策 1993 年至 2014 年施政重點與目標

資料來源：Commonwealth Department of Health and Aged Care, n.d.，由研究者自行整理。

澳洲從 1999 年開始推動心理健康促進與預防的國家行動計畫 (Mental Health Promotion and Prevention National Action Plan)，不但整合具優先性的重要工作、研究與計畫成果、以及從實務工作者與精神醫療的使用者得到的回應，也收集來自各方的回饋意見。2000 年計畫由 1999 年計畫更新，並更名為國家心理健康促進、預防與早期介進行動計畫 (National Action Plan for Promotion, Prevention & Early Intervention for Mental Health 2000，簡稱 Action Plan 2000)。

一、行動計畫 2000 (Action Plan 2000) 簡介

Action Plan 2000 屬於澳洲國家心理衛生第二個五年計畫的一部份，做為進行心理健康促進與預防的行動架構。目的為提高族群與個體社會與情緒的安適 (well-being)、降低精神疾病與心理不健康問題的發生率與影響力、以及擴大以全人健康 (population health) 政策促進心理健康的範圍、品質與效率，降低精神疾病對人口的衝擊。

預防跟早期介入採用由 Mrazek & Haggertry (1994) 提出的光譜預防的概念 (如圖 1-8)，範圍包括全面性、選擇性、指標性預防、個案篩檢與早期治療，但不包含屬於心理衛生治療服務的標準治療以及繼續照護的部分。至於憂鬱與自殺防治的細節，因為有單獨的計畫推動，在行動計畫中並不討論，但在執行時會列入考慮。

Action plan 2000 設定 15 個優先族群 (priority groups) 為心理健康促進推動目標，包含四類對象：所有社區居民、生命週期的各團體 (出生前到兩歲、2-4 歲幼兒、5-11 兒童、12-17 青少年、18-25 年輕成人、成人與老人)、其他優先族群 (經歷急難事件的個人家庭社區、鄉村與偏遠社區、原住民、來自不同文化與語言背景的人) 以及核心策略團體 (精神醫療的使用者與照顧者、媒體、健康專業人士與臨床工作者)。這些團體成員之間因為分類方式可能會有交互重疊的現象。Action plan 2000 為不同團體分別設定促進預防與早期介入活動預定達到的結果，並說明為何這個團體具有優先性，有哪些支持 action 的證據，指出哪些個人團體機構是需要參與行動計畫

的，介入將在什麼樣的環境與地點發生，並整理與該團體相關社會福利與其他政策。設定過程及結果指標，列出為達成目標該採取的全國性行動。以下分別以各類中一團體為例（社區、成人、原住民、媒體，整理預期結果、參與者與行動）（表 5-1）。

表 5-1、澳洲心理衛生行動計劃（Action Plan 2000）

	社區	成人	原住民	媒體
目標	在所有澳洲社區促進心理健康預防降低心理健康問題與精神疾病。	促進心理健康，預防降低成人心理不健康問題與精神疾病。	透過各種方式促進預防早期介入原住民心理健康。	媒體參與心理健康促進。
預期成果	健康的公共政策。 支持性的環境。 提升心理健康素養。 促進預防和早期介入併入健康服務降低歧視與烙印。 接受珍惜社會和文化的多元性。 減少心理健康的危險因子增加保護	心理健康的工作場所、工作政策和實務。 提升心理健康素養。 有意義的社區參與。 接受珍惜社會和文化的多元性。 社會支持跟連結。 降低工作場所的烙印、歧視、性騷擾、壓迫 降低和壓力引起以及其他和工作或組織環境有關	減少社會弱勢（disadvantage）、種族主義跟壓迫。 提升心理健康素養。 由當地社區決定適合於文化的開始。 社區對於急難事件有能力處力。 增強對心理健康問題與精神疾病的保護因子	所有媒體工作人員的心理健康素養。 負責任並正確地報導描繪心理健康議題與精神疾病患者 對促進、預防和早期介入活動付出貢獻心力。

	社區	成人	原住民	媒體
	因素。 適切的早期 求助行為。	會造成影響健康 問題的發生率與 嚴重度。 降低心理健康問 題與精神疾病的 危險因子，特別 是與家庭暴力跟 失去親人有關的 對於有焦慮憂鬱 物質濫用跟嚴重 精神疾病症狀的 成人早期介入。	減少心理健 康問題與精 神疾病的危 險因子，特別 是與創傷、失 落、監禁、暴 力、物質濫用 等 主流服務對 於文化衝擊 原住民心理 健康的影響 有所覺醒 連結主流跟 原住民社區 控制的健康 服務。	
參 與 對 象	整個社區成 員、領導人 社區團體，特 別是代表原 住民、不同文 化與語言背 景以及其他 相關當地團 體 當地服務和 機構	成人 工作中的成人 員工 團體 工作環境政策制 訂者 工作場域支持與 復健服務 基層醫療服務者 企業 保險公司	原住民社區 原住民社區 特有的健康 服務 原住民委員 會 健康服務 教育服務 警政與矯治 服務	媒體工作人 員，包括平面 媒體文字記 者、攝影記 者、編輯、廣 播跟電視節 目主持人、行 政人員、管理 跟製作人員 新聞局的電 影或作品的

	社區	成人	原住民	媒體
	媒體	人權與平權委員會 文化特殊組織		分級制度 媒體委員會 消費與照護者 心理健康發言人 媒體研究者
進行場域	當地社區 當地工作場所 當地學校 當地運動休閒與社交場所 當地服務與公司 當地媒體	公私立工作場所 工作場所的管理與行政 工作場所職業健康與安全 職業復健單位 專業跟職業訓練單位 找出高危險職業工作場域 基層醫療服務	原住民社區 原住民社區控制的健康服務 工作場所教育跟訓練單位 矯治單位	媒體，包括電影、廣播、電視、出版與報社 公私溝通單位(如廣告商與產品製造商) 電子化服務，(如網際網路) 媒體教育與訓練單位
過程指標	增加公共政策與社區投入對個人與群族心理健康造成影響的意識 增進社區所有成員的參	增加社區對社會經濟不平等、不足的社會聯繫、低社經地位、低控制與自主對心理健康衝擊的瞭解 增加預防工作場	原住民社區擁有掌握的計畫 增加文化敏感度的心理健康促進預防與早期治療活動	建立媒體與心理健康連結的策略 媒體增加報導由由正式發言人提供的心理健康相關議題

	社區	成人	原住民	媒體
	與提升心理健康素養的方案可取得性增加參與促進預防早期發現的活動成員人數	域歧視、壓迫跟性騷擾方案的可近性與理解？增加預防心理健康問題與精神疾病的方案 在工作場所增加早期預防心理疾病的適當協助	原住民社區控制的健康服務與主流團體共同規劃 在健康與教育服務訓練與增加原住民籍的工作人員	增加對精神疾病患者的正向報導 增加對原住民、不同文化語言背景以及其他弱勢團體的正向報導
結果指標		提升所有成人地位、平權、控制感、自主權 增加工作環境與在家工作者的支持感與社會聯繫？ 降低工作場域的歧視、性騷擾與壓迫 降低因工作壓力帶來的工作力損失 降低憂鬱焦慮物質濫用與精神疾病的發生率與負擔	降低對原住民的種族中心主義與歧視 提升原住民社區自我決定的能力 降低原住民社區在社會經濟的不平等、暴力、監獄？家庭分離、物質濫用、憂鬱 降低原住民自殺與自傷？	透過媒體報導降低烙印刻板印象以及負向報導 增加媒體對精神疾病與心理健康報導內容正確性，以正向有希望的方式呈現

資料來源：Commonwealth Department of Health and Aged Care, n.d.，由研究者整理

表 5-2、國家心理健康政策計畫第四版（2009-2014）四大優先領域

優先領域 1：社會融入和復原	
結果	行動
1. 社區更了解心理健康的重要 性和心理疾病的影響。 2. 因為有社區的支持，對居 住、就業、收入和整體的健 康得以改善。 3. 健康醫療或社會福利所提供 的服務更完善	1. 精神疾病去歧視策略 2. 跨部會（衛生部、教育部和勞 工部），讓升學方案、就業輔 導和技術養成與整合心理健 康計畫。 3. 改善基層與精神專科醫療服 務。 4. 促進心理健康介入以恢復為 導向 5. 建立一個結合心理支持服務 和房屋仲介的方案以提供客 製化的協助。 6. 建立介入居住、公平、社區和 銀髮族的部門，降低無家可歸 的 7. 引領合作行動的發展並執行 修改版的原住民和托雷斯海 峽島民的情緒健康框架
優先領域 2：預防和早期介入	
結果	行動
1. 了解精神問題和疾病，獲得 面對和因應技巧和能力。 2. 若有需要心理支持願意尋求 協助。 3. 覺察對酒癮復發、非法藥	1. 學校、職場和社區合作提升民 眾對心理健康素養及促進因 應能力。 2. 針對兒童與家庭實施預防與 早期介入，與心理健康、婦幼

<p>物、生理健康疾病和自殺的問題並給予關注和關心。</p>	<p>健康服務、學校及其他相關組織合夥。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 拓展社區青少年心理健康促進服務，結合基層醫療、精神治療、酒癮和其他非法藥物戒癮服務。 4. 針對年輕族群實施實證且高成本效益之介入以擴大服務涵蓋範圍。 5. 提供第一線工作者如急診、社工及相關人員，精神疾病和自殺防治相關的教育。 6. 擴展對家屬和照顧者的支持服務，包括精神疾病者的孩子。 7. 建立客製化的精神健康照護以照顧受肢體、性和情緒暴力及創傷的弱勢的孩童及年輕族群。
<p>優先領域 3：可近性服務、協調和接續照護</p>	
<p>結果</p>	<p>行動</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 提高服務的可近性，降低復發和重複使用精神治療服務。 2. 針對大眾作宏觀面的規劃 3. 政府和服務提供者合作促進最有效的服務、減少重疊性和提高取得方便性。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 制定全民服務框架，確立的目標以創新和財力資源的支持整合各階段精神治療服務。 2. 資助者建立區域夥伴關係，服務供應商、病人和照顧者及其他利害關係人，以滿足社區的需求。 3. 改善溝通和流程，基層醫療的

	<p>服務提供者并與臨床和社區資源結合，通過系統發展和促進持續性的服務。</p> <p>4. 緊急和社區工作，服務開發協議指導和服務之間的轉換支持。</p> <p>5. 改善之間的聯繫和協調心理健康，酒癮和其他藥物及基層醫療服務，以促進早期診斷，並提高轉診和治療，心理和身體健康的問題。</p> <p>6. 制定並實施系統，以確保有關途徑進入信息並通過護理是非常明顯的，很容易方便和文化相關。針對性的服務和地址服務差距通過合作和創新服務模式。</p>
<p>優先領域 4：改善品質和創新</p>	
<p>結果</p>	<p>行動</p>
<p>1. 社會各界對獲取資訊服務交付和在區域結局基礎。這包括對商定的報告護理標準，包括消費者和照顧者的經驗和看法。</p> <p>2. 心理健康衛生立法符合原則，並與任何相關法律相結合，能夠支持民間和法醫患者的司法管轄區之間的適當轉移。</p>	<p>1. 評估的心理健康聲明權利和責任。</p> <p>2. 評估並在必要時修改心理健康和相關立法支持跨境協議，根據轉讓人的民事權益、要求範圍內全國統一的发展精神衛生立法。</p> <p>3. 制定並開始實施全國精神衛生工作人員的策略定義，標準化員工的能力和角色臨床，社</p>

<p>3. 基於實證和護理的創新模式，促進科技成果轉化和推廣，進一步勞動力發展和改革。</p>	<p>區和同行的支持領域。增加消費者和照顧者就業在臨床和社區支持的設置。</p> <p>4. 確保評審和報告在衛生部門和社區系統對納入國家標準心理健康服務。</p> <p>5. 進一步發展和實施國家精神衛生的性能和基準框架。</p> <p>6. 制定國家精神衛生研究策略，並告知研究議程。</p> <p>7. 擴大和更善用地所提供的服務，包括：電話和遠距心理健康服務。</p>
<p>優先領域 5：誠信 - 評估測量和紀錄報告</p>	
<p>結果</p>	<p>行動</p>
<p>全民有權參與並批判心理健康改革，可得的訊息與資料具說服力。消費者和照顧者對資訊的可近性，也可獲知方案成效。</p>	<p>1. 成立更全面、及時和定期，因應國家心理健康各利害關係人的需求。</p> <p>2. 建立有誠信的服務，監測方案成效。</p> <p>3. 心理健康資訊如全民心理健康政策。</p> <p>4. 進行評估。</p>

資料來源：Commonwealth Department of Health and Aged Care, n.d.，由研究者自行整理。

澳洲國家心理衛生政策 1993-1998 的核心為服務改革，1998 之後轉為更廣的社會改變，強調公共衛生與預防（預防促進以及品質概念的引入），除回應 1994 國家心理健康與幸福調查的研究發現外，也反應出公共心理衛生的政策典範的重要轉變，從過去只重視醫療為主的精神醫療服務，轉為考慮更廣的社區心理健康議題；以努力

預防來平衡之前過度強調治療服務，確定健康政策提到疾病對社會與經濟的影響，對個人衝擊，從注意專科化精神醫療服務的成本轉為關心支出的價值以及消費者（consumer）的狀況與需要。

此外介紹澳洲時會發現，雖然它們心理衛生服務策略與行動計畫，因為提到是服務，所以寫出來都是精神醫療，但是澳洲各州有其個別發展，西威爾斯州更提出用政策去推動促進心理健康（Using Policy to Promote Mental Health），已摘錄於前面第四章的圖 4-6 和 4-7，以此做我國開展心理健康宏觀的參考（State of Victoria, Department of Health, 2010）。

2008 年世界心理健康促進與預防異常行為大會上，發表墨爾本憲章中對政府單位決策者以及從事心理衛生專業人員的期許，見（表 4-6）；以及特別提出風險因子與保護因子，在心理健康促進工作上都需要重視（表 4-7）。

第二節 心理健康政策規劃及評估工具

有關我國健康政策的規劃，其實衛福部和各部會施政或執掌業務，許多國家型的資料庫都可見國人心理健康的概況，只是主政的衛福部尚缺少「主流化」的視野，仍停留在興建大型醫療機構的建設層面與民眾心理健康需求脫節。因此，我國急需一個心理健康政策的智庫，將資料意義化，作為政策評估的實證基礎。本研究受訪者即指出此現象：

衛福部只說要蓋大醫院，民眾的自覺健康當作客觀指標，衛生教育要身心連結，...過胖也要順便作心理的衛生教育。建議成立智庫，心理政策影響評估，例如：主計處的幸福指標，可以更有系統的看出各縣市的問題。智庫為資料庫作研究基礎，用來規劃服務和心理健康促進方案。各部會都有大資料庫，如何讓他有意義，需要去做分析，再發覺哪些服務，作得很好的可以資料庫建檔...在各部會

中都可以找出來他如何作 Mental Health Program... 教育部學齡兒童、勞委會在職場、內政部門對於弱勢及全民。

以 WHO 建議的指標，作為發展為適合我國的工具性指標參考，以俾爾後作為衛福部各單位與心理有關之績效指標。2013 年 5 月 27 日，第六十六屆世界衛生大會決議通過了「2013 年至 2020 年精神衛生綜合行動計畫」(Comprehensive mental health action plan 2013–2020)，為世界衛生組織在心理健康上的新里程碑，適逢與我國行政院進行組織改造，於衛生福利部設置心理健康專責單位，同為新氣象、新願景，故本研究以該行動計畫中揭示的政府責任與政策建議為起始，比較心理健康政策的過去、現在與未來。「2013 年至 2020 年精神衛生綜合行動計畫」為會員國、秘書處以及國際、區域和國家級夥伴規定了明確的行動，並建議了可用於評估執行、進展和影響程度的重要指標和具體目標，其中，各會員國一致同意行動計畫的核心原則是「沒有心理健康就沒有健康」，國際社會並應以人權角度應對全球精神疾患 (mental disorders) 負擔的問題。在此行動計畫中，世界衛生組織提出了對於「心理健康」(mental health，在世界衛生組織的簡體中文版官方文獻中，皆將其翻譯為「精神衛生」，如同行動計畫本身的名稱所顯示的，然分析國際趨勢，精神衛生一詞實已不足展現心理健康之廣博內涵及積極面向，故除引用世界衛生組織官方文獻之處，本研究報告仍將以「心理健康」指涉所有英文文獻中提及之“mental health”一詞的最新定義：

概念化為一種健康狀況，個人實現自身能力，能夠應對生活中的正常壓力，能夠開展有成效和有成果的工作，並能夠對社區作出貢獻。關於兒童，重點放在發育方面，例如具有對自身價值的積極認同，有能力控制思想和情感並建立社會關係，有能力學習和獲得教育，並最終使他們能夠充分積極地參與社會活動 (WHO, 2013)。

該行動計畫強調心理健康及精神疾患的影響因素，除個人以外，尚有社會、文化、經濟、政治及環境因素，以及幼年時期重大挫折，這些應是「可預防的因素」，然而在

世界許多地區衛生系統對於心理健康及精神疾患的資源投入不足，心理健康相關之民間社會運動、組織發展也不佳。故該行動計畫提出心理健康的願景：

心理健康受到珍視、促進和保護，精神疾患得到預防，受這些疾患影響的人能夠全方位地履行人權並及時獲得高品質、文化上適當的醫療保健和社會照護以促進康復。所有這一切都是為了達到最高可能的健康水準，並在不受污名和歧視的情況下充分參與社會和工作活動(WHO, 2013)

整體目標 (Goal)：

促進心理健康，預防精神疾患，提供照護，加強恢復，促進人權並降低精神障礙患者的死亡率、發病率和殘疾發生率。

以及四個具體目的 (Objective) (詳如表 5-3)：

加強心理健康的有效領導和管理；在以社區為基礎的環境中提供全面、綜合和符合需求的精神醫療與社會照護服務；實施心理健康促進和疾病預防的策略；加強心理健康資訊系統、證據和研究。

表 5-3、WHO 心理健康具體目標與內涵

目標 1：加強心理健康的有效領導和管理
<ol style="list-style-type: none">1. 指出對於公共心理健康的普及，政府負有主要的責任，應做出適當的制度、法律、財政和服務安排。2. 強調政府與非政府組織及公民社會（civil society）間的關係。3. 指出衛生部門及其他政府部門的政策和法律中，應明確納入心理健康議題，以達成心理健康主流化。
目標 2：在以社區為基礎的環境中提供全面、綜合和符合需求的心理衛生與社會照護服務
<ol style="list-style-type: none">1. 強調 WHO 建議發展以社區為基礎的（comprehensive community-base）綜合性心理健康和社會照顧（social care）服務。2. 指出社區的提供需要採取以康復為基礎的做法（recovery-based approach），重點為支持精神障礙和社會心理殘疾患者實現自身的理想和目標（their own aspirations and goals）。3. 指出適當心理健康人力配置，以及相關衛生及社會照顧人員訓練的重要性。
目標 3：實施心理健康促進和疾病預防策略
<ol style="list-style-type: none">1. 指出不僅於滿足精神障礙患者的需求，而且必須保護和促進所有公民的心理健康。2. 強調生命所有階段的心理健康保護和促進皆須注重，且以社會心理及其他非藥物或住院的早期介入為優先。3. 指出促進心理健康和預防精神疾患的責任涉及所有行政部門。4. 強調反對歧視、促進精神障礙者的權利、機會和照護、在人生成長階段培養核心個性（the nurturing of core individual attributes in the formative stages of life）、提供健康的生活和工作條件。5. 預防自殺。
目標 4：加強心理衛生資訊系統、證據和研究

1. 評估和指標建立。

資料來源：World Health Organization, 2013

若說世界衛生組織「2013年至2020年心理衛生綜合行動計畫」有為我國政府新的心理健康主管單位及業務帶來什麼啟示，那就是課予明確的責任推動各個政策層面的心理健康主流化(mental health mainstreaming)以積極促進全民心理健康，強調以社區為基礎的心理健康服務，並且關照到過去忽略的心理健康人權面向。

參考世界衛生組織之心理健康政策及服務套裝指引(WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package)中建議的心理健康政策評估檢核表(WHO Checklist for evaluating a mental health policy)以及心理健康計畫評估檢核表(WHO Checklist for evaluating a mental health plan)，本研究將其整合並中文化摘錄可做為我國參採(如表5-4)，預期此工具將能提供爾後衛生福利部及其他各部會草擬各式與心理健康相關之政策、方案時有效的評估基礎。

表 5-4、心理健康政策及計畫評估檢核表

心理健康政策評估檢核表			
Checklist for Evaluating a Mental Health Policy			
評分標準： 1=是/完全符合 2=有些符合 3=不是/完全不符合 4=不知道	評 分	如果回答「是」或「有點同意」請描述其現況。如果回答「不是」請說明原因。	需要採取什麼行動？
過程議題 Process Issues			
1a. 是否有高層授權發展此項政策？ (例如：衛生部長)			
1b. 政策在哪個層級被正式批准與採用？ (例如：心理健康署、衛生部、內閣、衛生部長)			

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

2. 政策是否依據相關資料：			
● 從現況評估？			
● 從需求評估？			
3. 與國內其他地區，或相近文化及人口組成國家之心理健康相關政策是否被檢視與整合進本政策？			
4. 是否曾在以下群體進行完善的諮詢？			
● 衛生部門代表，包含企劃、藥事、人力資源發展、兒童健康、愛滋、流行病學與疫情監測系統、災害準備部門			
● 財政部門代表			
● 社會福利與住宅部門代表			
● 司法部門代表			
● 消費者或消費者團體代表			
● 家庭成員與其代表			
● 其他非政府部門組織？			
● 私人部門？			
● 其他任何利害關係族群？若是，請列出			
5. 是否曾與其他國家交流心理健康政策與經驗？			
6. 是否有正在進行中的相關研究影響政策發展？（例如：先導研究？）			
內容議題 Content Issues			
1. 是否有實際可達成的願景（vision）描述？			
2. 是否有納入可能影響政策的價值			

(values) 與原則 (principles) ?			
3. 這些價值與原則著重或促進：			
● 人權？			
● 社會融合 (social inclusion) ？			
● 社區照護？			
● 整合？			
● 實證作為 (evidence-based practice) ？			
● 跨部會整合與協作？			
● 生理性健康照護之公平性？			
4. 是否有定義明確的目標 (goals) ？			
5. 這些目標是否具有一致性：			
● 與願景一致？			
● 與價值與原則一致？			
6. 行動領域 (areas for action) 是否清楚地描述指引主要的政策走向以及應完成之具體事項？			
7. 行動領域是否以課予政府義務的方式書寫？（例如：寫政府「將會」做什麼，還是寫政府「應該」做什麼？）			
8. 行動領域是否有全面性地提及協調與管理？			
(a) 在衛生部內是否有專責職務者負責協調心理健康政策？			
(b) 政策是否建立或提及一個跨部門單位來監督主要的心理健康政策決定？			
9. 行動領域是否有全面性地提及財			

務？			
(a) 政策是否有指出資金如何提升公平的心理健康服務？			
(b) 政策是否有描述資金公平分配予生理與心理健康？			
(c) 如果在這個國家有實施健康保險，政策是否有指出心理健康將如何成為其中之一部？			
10. 行動領域是否有全面性地提及立法與人權？			
(a) 政策是否提倡人權？			
(b) 政策是否提倡人權導向立法的發展與實施？			
(c) 是否有設立審查單位負責監測不同層面的人權？			
11. 行動領域是否有全面性地提及組織的服務？			
(a) 政策是否提倡將心理健康服務整合至一般健康服務？			
(b) 政策是否提倡社區導向之心理健康途徑？			
(c) 政策是否提倡去機構化？			
12. 行動領域是否有全面性地提及健康促進、預防與復健？這個政策提供：			
(a) 心理疾病的預防？			
(b) 介入以提升心理健康？			
(c) 心理疾病患者之復健介入？			
13. 行動領域是否有全面性地提及政策倡議？			

(a) 政策是否對於消費者與家族組織有支持性？			
(b) 是否著重於提升對於心理疾病的警覺與有效的治療？			
(c) 政策是否為了心理疾病患者之利益倡議？			
14. 行動領域是否有全面性地提及品質促進？這個政策有：			
(a) 承諾會提供更高品質、實證的介入？			
(b) 包含測量與促進服務品質的程序？			
15. 行動領域是否有全面性地提及資訊系統？			
(a) 心理健康資訊系統將會被建立用於未來政策的決策和規劃以及服務發展？			
16. 行動領域是否有全面性地提及人力資源與訓練？			
(a) 政策是否有承諾將提供心理健康服務提供者適當的工作環境？			
(b) 是否有合宜地討論管理策略以提升心理健康服務提供者的徵召與維持？			
(c) 人力發展是否重視核心能力與技術的訓練？			
17. 行動領域是否有全面性地提及研究與評估？			
(a) 政策是否著重研究的需求、服務			

評估以及政策與策略性計畫評估？			
18. 行動領域是否在健康部門中全面性地提及跨部門內的跨單位協作 (intra-sectoral collaboration)，這個政策有：			
(a) 著重於與健康部門中的企劃、藥事、人力資源發展、兒童健康、愛滋、流行病學與疫情監測系統、災害準備部門的協調合作？			
(b) 包含清楚地闡述行動領域中各部門所扮演的角色？			
19. 行動領域是否有全面性地提及跨社會協作？這個政策有：			
(a) 著重與其他相關政府部門的協調合作？			
(b) 著重與其他相關非政府組織的協調合作（包含消費者與家族群體）？			
(c) 包含清楚地陳述行動領域中每個角色定位？			
20. 是否考慮以下群體？			
● 重度精神疾病患者？			
● 孩童與青少年？			
● 老年人？			
● 精神失能者？			
● 物質依賴者？			
● 一般精神疾病患者？			
● 創傷患者？			

21. 對於現今給予資源中，以上族群的資源分布是否均勻？			
22. 心理健康政策的主要議題在國內是否被整合或認同：			
● 心理健康法規？			
● 一般健康法？			
● 病人權利憲章？			
● 身心障礙保護法？			
● 健康政策？			
● 社會福利政策？			
● 減少貧窮政策？			
● 發展政策？			
請將國家的財務與人力考慮在內，評價這政策的實施可行性。			
操作議題 Operational issues			
1. 是否在每個行動領域（areas for action）都有辨別出全方位的行動策略？			
檢視行動策略（strategies）：			
2. 時間架構（time frames）：			
● 每個行動策略是否有建立時間架構？			
● 若有，該等時間架構是否合理且可行？			
3. 指標（indicators）：			
● 每個行動策略是否有建立指標架構？			
● 若有，該等指標能否合適地測量行動策略？			
4. 目標（targets）：			

● 每個行動策略是否有建立目標？			
● 若有，該等目標實際可行嗎？			
檢視活動（activities）：			
5.是否清楚定義出每個行動策略包含的活動？			
6.是否辨別出該為每個活動負責的個人、團體或組織？			
7.活動開始和結束的時點是否清楚？			
8.是否有描繪出活動的產出（outputs）？			
9.是否有辨別出潛在的障礙？			
<p>附註：</p> <p>本評估表的目的是為當一個政策或政策草案被提出時，評估該政策之發展：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是否依循若干過程，以至於能夠達成目的，以及 2. 不同議題內容是否有被強調，以及 3. 有適當的行動被納入政策。 <p>雖然檢核表形式的先天限制，無法呈現出政策過程與內容的「品質」（quality），評估者在完成檢核時應考量政策過程與內容的「充足性」（adequacy），尤其那些被評為「有些符合」或「不是/完全不符合」的項目，建議提供一個行動計畫來解決之。同時，這份檢核表應由跨領域的獨立評估小組來進行評估。最後，雖然這是用於心理健康政策的檢核表，但也要注意回顧其他相關部門的資料，有些項目可能因為已經被完全包含在其他部門的業務職掌中，因此即使與心理健康有相關，也不會被正式地列在心理健康政策中。</p>			

資料來源：World Health Organization，2013。由研究者中文化。

第三節 績效評估指標之應用

一、澳洲心理健康政策

澳洲第二期國家心理健康計畫之全國心理健康促進、預防與早期介入之行動計畫（National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000）所提出橫跨所有次族群的五大類結果指標（Outcome indicators for all priority groups）以及八大類過程指標（Process indicators for all priority groups），足作為我國制定心理健康政策評估之績效指標如表 5-5 所示。衛生福利部心理及口腔健康司可依此指標面向訂定各項業務對應之績效指標，以解決訪談及焦點團體中發現各縣市心理健康基層普遍反應之指標不清、績效不易達成之問題。

表 5-5、心理健康政策介入成果及過程指標

五大類結果指標（Outcome indicators）	
結果指標 1	減少心理不健康的問題及症狀，包括焦慮症、憂鬱症、產後憂鬱症、物質誤用、品行或行為障礙、自殺及自傷行為、飲食障礙、精神疾病和失智症
結果指標 2	增加的心理健康、幸福感、生活品質及抗逆能力（resilience）
結果指標 3	增加的心理健康知能
結果指標 4	增加的家庭功能和照顧技能（parenting skills）
結果指標 5	提升社會支持及社區連結性（community connectedness）
八大類過程指標（Process indicators）	
過程指標 1	增加心理不健康問題、精神疾患、風險及保護因子監測系統，包括社會及家庭功能

過程指標 2	存在有對於各次族群的以實證為基礎的促進、預防及早期介入計畫
過程指標 3	增加的心理不健康問題及精神疾患早期發現及轉介系統
過程指標 4	增加的社區心理健康相關教育
過程指標 5	增加的在各個相關場域（包括家庭、教育、職場、休閒及社區）的心理健康促進公共政策和措施
過程指標 6	增加的專業人員教育訓練
過程指標 7	增加的部門內、部門間、多部門合作及夥伴關係
過程指標 8	增加的心理健​​康研究和評估活動

資料來源：Commonwealth Department of Health and Aged Care, n.d.，由研究者自行整理。

二、世界衛生組織（WHO）心理健康政策

WHO 將全球慢性疾病的負擔與威脅視為公共衛生挑戰，也注意到全球跨國間社會經濟不平等現象。2011 年第 64 屆世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）承續原有 2008-2013 行動計畫（WHO, 2008）（WHA61/8）的落實再提出非傳染性疾病（NCD）之全球行動計畫 2013-2020（WHA64/11）（WHO, 2013），也與 WHO 對心理健康 2013-2020 行動計畫結合。在計畫中，看到精神疾病是慢性病的一種，此外提昇已經具有心理健康的人能持續心理健康，也是必要的。WHO 的 NCD 下成立七個群組，其中非傳染性疾病與心理健康群組 NMH，其中也強調慢性病與心理健康關係。

（一）、NCD 行動計畫簡介

- 1、願景：全球免於非傳染性疾病的負荷
- 2、目標：減少來自非傳染疾病，可預防與可避免的罹病、死亡、傷殘的負擔，透過跨單位合作（collaboration and cooperation）於國家、地區、全球層級，因此使所有人民得

到最高極致的健康與生產力，在各年齡，且各種疾病不再是導致安適與社經發展的障礙。

包羅萬象的各種原則有：生命週期方法，充權社區與民眾，實證為本的策略。處理真實的、或感覺到的、或潛在的利益衝突，人權方法，公正為基礎的方法，國家行動與國際合作與團結，跨單位行動。提出九個要在 2025 年達成的目標包括減少 25% 過早死亡率（premature mortality），減少 25% 早夭折於心臟病、癌症、慢性呼吸道疾病，至少相對減少 10% 問題飲酒傷害，至少相對減少 10% 不足體能活動的盛行率，至少相對減少 30% 鹽與鈉食用，至少相對減少 30% 抽菸問題 15 歲以上。至少相對減少 25% 問題血壓，停止糖尿病或肥胖的增加，至少 50% 能得到該有的藥物治療或諮詢 在預防心臟病與中風方面，80% 可負擔的科技或藥物治療檢測非傳染性疾病。都沒有口腔健康，但是特別成立組織發展慢性病與心理健康，其中九項議題中有三個策略目標與心理健康相關。

3、中程策略計畫：將 WHO 2008-2013 策略計畫提供之方向，提出三個策略目標：

（1）策略目標三：對各種慢性病狀況、精神疾病、暴力與意外傷害，能預防與減少疾病、傷殘、不成熟夭折。

（2）策略目標六：預防主要的風險因素（菸、酒、藥物、其他精神類別藥物、不健康飲食、身體不活動等）。

（3）策略目標九：營養、食物安全與保障、支持公共衛生和永續發展

表 5-6、WHO 2008-2013 行動計畫慢性病與心理健康六大重點

六大重點	慢性病與心理健康
健康與發展	1. 倡議更多關注在貧窮與慢性病與心理健康，雙向連結 2. 對聯合國千禧年 MDG 連結。

	3. 強化跨組織工作，重點在健康風險和社經決定因素。
健康與安全	<ol style="list-style-type: none"> 1. 快速發展都市化的結果導致慢性病與心理健康。 2. 重視心理社會疾病、營養不良、慢性疾病在緊急或康復階段。 3. 提供不同國家協助，強化創傷照顧與大型問題處理系統。
策略	
健康系統	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強化健康系統去連結預防和治療的落差。 2. 整合管理對慢性情況、營養服務、心理衛生在初級健康照護中，包括預防和社區復健。 3. 與其他慢性疾病的整合，例如 AIDS 和 TB，他們都有類似的健康系統需要。
資訊與知識	<ol style="list-style-type: none"> 1. 改善國家能力去收集、分析、傳布、監測數據，在 NMH 強度、風險因素、和決定狀況。 2. 與 IER 合作，強化對全球 NMH 的監控和處境。 3. 發展實證基礎的指引有關健康促進、風險減少、控制情境等介入方案。
操作面	
伙伴關係	對預防和控制慢性疾病、精神疾病與物質濫用、營養缺乏、暴力和意外傷害、殘障，而建立伙伴關係。
監控	監控 NCD、營養不良、心理與物質濫用疾病、殘障、以及它們的決定因素，以俾評估過程在國家、地區、全球層次。

資料來源：WHO，2008 (WHA61/8)

二、改善健康系統與服務促進心理健康

由於組織職能的評核，不是個人行為表現，而是其業務是否有願景、有需求與實證做基礎，有優先次序、涵蓋各面向，所以若參考前面所列 WHO 對精神疾病所提出的指標，則只是處理疾病防治，討論的是疾病的照顧，服務的輸送，並未提升民眾心理健康。參考 2003 年 WHO 出版的心理健康政策與服務指南的「組織心理健康服務」(WHO, 2003) 即提出心理健康服務的最佳組合乃是一個金字塔(如圖 5-3)，需求量應以協助民眾自我照顧、社區照護等成本較低的非正式服務為首要基礎，然後才是心理健康初級照顧服務、一般醫院的精神醫療服務或者社區心理衛生服務等相對成本較高的正式服務，最後，也只有少數群體需要長期照護的機構、特殊的精神醫療服務，因為成本最高。2009 年「改善健康系統與服務促進心理健康」及後續心理健康政策建議也一再提到這個服務需求的組合配置(WHO, 2009)。為使組織再造效能提升，重新檢視心理健康需求分布與資源分配的適當性是否與 WHO 的國際政策潮流相符。全民心理健康促進、與精神疾病防治、藥物濫用防制、或特殊心理健康等(如災難心理健康、自殺防治等)，其經費比例心理健康促進至少 1/4。

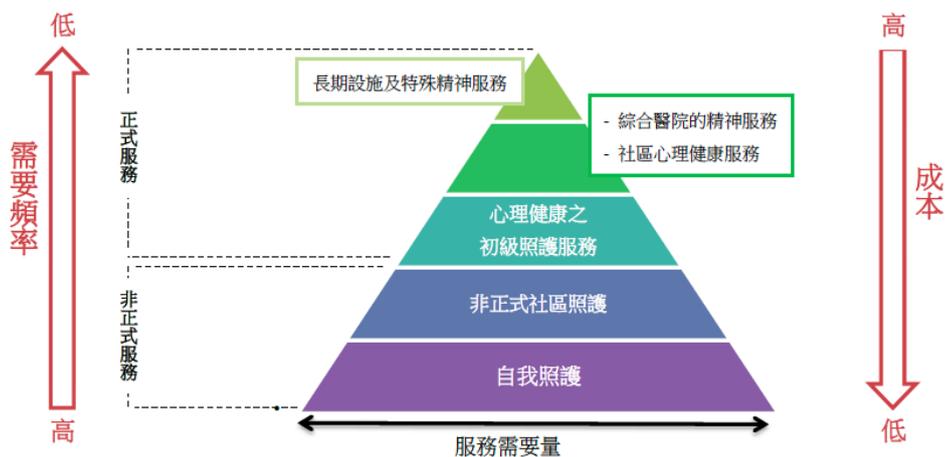


圖 5-3、心理健康服務的最佳組合組織金字塔

資料來源：WHO, 2003(http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en)

第四節 口腔健康的職能發展與評估

一、WHO

從 21 世紀開始 WHO 積極推動口腔健康，將其與慢性病防治連結，慢性疾病與意外是十大健康問題 都與生活形態有關，飲食中糖份、菸、酒，社會環境決定因素，都可與口腔健康有大相關，高風險，氟、口腔衛生有關，所以口腔疾病已經可以是公共衛生問題，高盛行率與發生率，與全球各地區其他慢性病一樣，尤其是弱勢或邊緣群體，其疾病負擔，疼痛、受苦、功能受損、嚴重影響生活品質，此外治療口腔疾病花費很大，對低收入未開發國家是一負擔。WHO 對預防與控制慢性疾病加了新的風險因子，去處理防治口腔疾病，以其他開發技術改善，屬於 WHO 慢性病預防與健康促進部門。(WHO, 2013)

2007 年 WHO 大會也倡議，口腔癌症的預防與控制 (Petersen, 2009)，新興理論在社會決定健康因素：口腔健康促進、口腔健康不平等、口腔健康素養等。(Horowitz & Kleinman, 2008)

二、美國以公共衛生方式來推動口腔健康：

(一)、全國州與地區牙科專家 (Association of State and Territorial Dental Directors, ASTDD)

美國成立全國州與地區牙科專家會 2000 年提出如何來建構口腔健康的基礎建設，CDC 提供經費和技術協助 讓州和地區的健康部門發展公共衛生方案去改善口腔健康。提供工具去發展、計畫、管理、落實、建立互動關係、評量等。(CDC-NCCDPHP- Division of Oral Health) (ASTDD, 2000)。

從 ASTDD 網站上看到其涵蓋範圍有學校窩溝填縫方案、社區水加氟、牙科診所傳染病控制、孩童口腔健康、成人口腔健康、牙周病、口腔癌、口腔健康的懸殊不平等、資料收集、州為基礎的口腔健康。

口腔健康的基礎建設發展工具：各州報告、各州口腔計畫、如

何記載成功故事、指引與推薦、口腔健康策略計畫 2011-2014、經費招標。

(二)、CDC 口腔指導委員會

此外，美國中央 CDC 在 1999 年的口腔指導委員會，對各在地衛生單位提出口腔計畫，用 Delphi 研究選出十大元素，需要對各州與地區有內部建構和能力，反映出公共衛生評估功能、政策發展、與品質保證：

- 1、建立並維持全州口腔監督（監測）系統，有資料去評估政策發展。
- 2、提供口腔界領導力重視口腔問題是公共衛生議題發展並維持「全州口腔改善計畫」，透過合作過程、選擇適當策略。
- 3、針對需要群體、建構整合行得介入方案、設定優先次序。
- 4、發展並促進更好口腔健康的政策，改建健康體系。
- 5、提供口腔健康的溝通與教育，給政策制訂者、給公共大眾、去增加對口腔健康的覺察。
- 6、建立與其他單位的連結為了降低口腔疾病的負擔 成立周政府委員會、社區聯盟、政府工作團隊等。
- 7、整合、合作、落實全民基礎的介入，有效的初級、次級對口腔疾病的預防。
- 8、建立社區能力去落實社區層面的介入。
- 9、發展健康系統介入，去催化口腔服務的品質，一般大眾與弱勢群體。
- 10、運用各種力量去提昇資源，提供充分經費以達到公共衛生目的。

(三)、美國馬利蘭州的健康與心理衛生廳 (Maryland Department of Health and Mental Hygiene) 口腔健康辦公室 (Office of Oral Health)

美國馬利蘭州的健康與心理衛生廳（Maryland Department of Health and Mental Hygiene），下設口腔健康辦公室（Office of oral health），其出版的科學報導中提到，慢性牙周病感染導致心臟或肺病、中風、低出生體重、早產等的風險，糖尿病與口腔會感染牙周病，早期蛀牙會與體重增加相關、牙齒減少與食物選擇有關。行為影響一般健康，例如抽菸喝酒、不良食物選擇等都會導致不健康口腔，所以這是新興議題，口腔健康與一般健康和風險因素，都支持口腔健康照護是健康方案與政策的重要元素之一，與其他慢性病如糖尿病、中風、心臟疾病等息息相關。以公共衛生在地方的口腔健康業務應包含政策制定、口腔疾病的預防、資源及服務可近性、口腔衛生人才訓練、計畫監測和成效研究。（這是所有公共衛生工作都需有的涵蓋面）

21 世紀美國人最大的口腔問題就是蛀牙與牙周病，估計每年有三萬人被診斷為口腔或鼻咽癌，八千人因此死亡。口腔相關疾病也會導致低自尊、疼痛、折磨、治療的花費、失去工作能力或失學，所以關注口腔健康要同時提升生活品質。

（四）、紐約州政府口腔健康策略行動

從紐約州政府口腔健康報告提出計畫成效、合作行動、口腔健康現況、轉介計畫（口腔照顧可近性、口腔疾病與意外防治、口腔健康素養與教育），對弱勢群體的關注，運動時戴口罩或臉罩以保護牙齒意外、減少經常暴露在食物或帶糖份飲料下、刷牙用氟性牙膏、牙線、看牙醫、填縫、塗氟等行動。

所以紐約州對各種口腔健康問題，也提出八項策略行動：

- 1、方案基礎建設：人力、管理與支持
- 2、資料收集與監測：瞭解現況才能定方案
- 3、策略計畫：各州發展口腔計畫
- 4、伙伴與合作

（1）、學校為基礎的牙齒窩溝填縫（sealant）計畫

(2)、規劃社區水加氟

5、政策發展

6、評量

7、方案合作

第五節 小結

本章節以 WHO、澳洲、美國等心理健康政策發展內涵，與 2013 年 WHO 最新對國家心理健康評核指標，作為提供未來心理健康司評核其職能模式的參考。

WHO 所提供的心理健康政策評估檢核，包括成立過程與政府和民間互動、內容議題（政策依據、願景、目標、行動領域）、操作議題等，都可以提供做為我國發展心理健康職能評核的參考；因此本研究發現我國政府在組織再造過程（組織架構一變再變），並沒有清楚明確的架構(framework)以及宏觀視野，也缺少專業及民意監督的機制，組改過程缺少召開策略討論，納人民間的參與（專業、公民團體、消費者），瞭解實際需求。

WHO 非傳染性疾病與心理健康群組下，都回顧 2008-2013 行動計畫，以及前瞻性 2013-2020 的全球行動計畫，包括六大重點（健康與發展、健康與安全、健康系統、資訊與知識、伙伴關係、監控），更值得我國發展上的參考。

澳洲四個五年心理健康政策計畫，不論施政重點與目標，優先領域、以及其介入成果及過程指標都可提供我國檢視心理健康司級單位的成效評核之依據。

口腔健康部分與國際比較，雖然已做了不少，若以 WHO 和美國為例，提出其涵蓋業務，則會建議需要將口腔健康用公共衛生宏觀的角度來推動，美國所提到公共衛生的策略行動也可做口腔健康發展的參考。但是其推動方式是與所有其他慢性病一起介入，委託

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

專業學協會執行，這是我國口腔健康與其他慢性防治需要整合，作為職能評估參考。雖也可以 WHO 心理健康評核標準來瞭解口腔健康，則其業務只是醫療行為，或一些預防工作，是無法像心理健康涵蓋整合各跨部會政策之龐大內容。

第六章 研究發現與政策建議

在短短三個月時間，本研究重點在將歷史還原，知悉我國重視心理健康的重要性以及成立「司」級機關的必要性，同時檢討口腔健康的發展，與心理健康合併為司的各方意見，做為回應立法院對衛福部提出「一年後檢討是否將心理健康與口腔健康各自分設次級主管機關」的參考。

第一節 研究發現

一、心理健康與口腔健康的沿革與現況發展及國際組織比較發現：

本研究針對衛福部組織再造將心理健康及口腔健康併為一個「司」的適當性提出檢視與檢討，發現不論是我國組織再造近年發展，或比較一些國家組織結構，了解尚未有國家政府機關將口腔與心理健康合併辦事。茲將結果彙整於表 6-1。

表 6-1、心理健康與口腔健康的沿革與現況發展

比較面向	心理健康	口腔健康
專業發展 歷史沿革	心理健康涵蓋跨專業與跨領域很多： 1946 年師大教育系（教育心理、諮商心理等） 1949 年台大成立心理系 1947 年台大醫學院成立精神科 1956 年台大醫學院成立護理系 1959 年師大衛教系 1960 年台大成立社會系	口腔健康則只有牙醫或相關齒模、鑲牙等的發展。 1949 年搬遷來台國防醫學院牙醫系 1955 年台大設牙醫學系。 2001 年台北醫學大學口腔衛生系

比較面向	心理健康	口腔健康
	<p>1972 年台大社會系成立社工組 1972 年台大成立公共衛生學系 1967 年醫技系下有物理治療系 1970 年復健醫學系（物理治療和職能治療於 1992 年分開設立） 最早的民間組織「中國心理衛生協會」在 1955 年於台灣復會。</p>	
國家組織定位	<p>1968 年台灣省衛生處成立「心理衛生委員會」發展全國心理健康。 1975 年《醫師法》精神科醫師被定位。 1986 年公布《醫療法》 1991 年《護理人員法》、1995 年《教師法》、1997 年《社會工作師法》、《職能治療師法》、2001 年《心理師法》等陸續通過。</p>	<p>1975 年《醫師法》牙醫師被定位與西醫一樣。 1986 年公布《醫療法》。</p>
法律依據	<p>1990 年《精神衛生法》 未來需增訂心理健康基本法</p>	<p>2003 年《口腔健康法》</p>
業務內涵	<ol style="list-style-type: none"> 1. 增進全民各群體各年齡層的心理健康、因應能力、抗逆能力等。 2. 改善導致全民心理不健康的社會與環境因素。個人不良行為。 3. 精神疾病 診斷、治療、社 	<p>牙體、口腔、周邊疾病 診斷、治療、預防</p>

比較面向	心理健康	口腔健康
	區復健、預防 4. 藥物濫用 5. 特殊心理健康（自殺防治、 災難心理衛生、暴力防治 等）	
工作計畫	精神醫療方面，從 1986 年開始，至今已有六個 3-5 年計畫。心理健康方面，於 2011 年國民心理健康促進計畫。2013 年建構心理健康網規劃計畫建議書。	口腔健康從 2009 年第一個五年計畫
辦公室	心理健康辦公室 2009 年三月成立，開始規劃心理健康司	口腔健康辦公室 2009 年六月設立，僅為虛擬機關，做為牙醫與政府溝通橋樑
民間倡議、病友團體	上百個民間團體	無
專業團體	上百個專業團體，包括社工、心理、護理、精神醫學、職能治療、公共衛生等	29 個次專科團體，都是牙醫專業分支。
過去業務所屬機關	曾短暫在保健處，後移到醫事處，因此只專注精神醫療業務	分別在醫事處、國健局、護理及健康照護處，都是口腔保健或治療等業務。
不同國組織：美國	中央有專責機關物質濫用與心理健康管理署（SAMHSA）外，其疾病管制與預防署（CDC）下	只在疾病管制與預防署下的慢性病防治處中的一科。

比較面向	心理健康	口腔健康
	的各處中有各種心理健康相關方案。	
不同國組織：泰國	心理健康署	健康署中有口腔方案 醫療照顧署中有相關口腔業務。
WHO 架構	長久以來都屬於非傳染病群組（NCD cluster）下的一單位，但是 2010 年特別將心理健康提昇與 NCD 合併成為非傳染疾病與心理健康群組(NMH)，代表心理健康重要而提高位階。	屬於 NMH 下的慢性病防治與健康促進司下的一方案（program）
我國組織再造	2005 年組織再造架構中已將心理健康成為「司」級單位納入規劃，曾有與國健局合併為健康促進與心理衛生司，或單獨直接以心理健康與物質濫用司命名。2010~2012 送行政院版本則都是只有「心理健康司」。	「口腔健康會」芻議是在 2012 年中出現在立法院二讀版本中，2013 年一月在立院出現與心理健康合併的要求，2013 年五月底被立院三讀通過，成為「心理及口腔健康司」。
專業競合	<ol style="list-style-type: none"> 1. 精神科醫師與西醫 2. 精神科醫師、心理師（臨床心理師與諮商心理師）、護理師、社工師與職能治療師等 3. 精神科領域和另類療法（保健） 4. 需要公共心理衛生行政人員 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 牙醫與西醫 2. 牙醫與鑲牙生、齒模師等 3. 牙醫與口腔衛生領域

資料來源：研究者自行整理

(一)、心理健康及口腔健康的定義廣度與深度截然不同

第一章名詞解釋中可以看到，心理健康的定義從個人到社區到國家，有各種不同方式來達到，其涵蓋對象與服務項目是龐大的，其願景是提升全民心理健康，心理健康人權不能被忽視。也是健康促進中不可缺少的一環，明確指出「離開了心理健康，就不能稱之為健康」的聲明，在在顯示心理健康對個人影響甚鉅，甚至是國家社會責任。提供促進心理健康的環境因素、制度影響等，不單單只是個人層次的情緒或人格而已。而口腔健康定義則是純粹在身體器官疾病的治療與預防，涉及層面與心理健康比較是意義完全不同。

(二)、我國衛生組織業務發展歷程二者也大不同

心理健康發展歷史中可以看到，關心全民心理健康，在我國原本就是衛福部的責任，只是在現實環境變化下，先照顧到精神醫療的發展，現在只是回歸到真正成立『衛福部』的初衷。關心全民的身心健康，不是只有疾病照顧而已，這過程歷時五、六十年，而且相關專業領域跨學門有十多個，成為「師」級證照也不少，公共衛生行政發展，心理健康成為專責單位是有必要的，也是先進國家目前已努力實踐的結果，尤其在我國有上百個相關專業團體與上百個相關心理健康的民間組織，顯現心理健康的覆蓋面廣大。而口腔健康發展，則呈現在我國醫療法通過後對牙醫和所有西醫專業人員的保障，牙醫學門的努力，爭取牙醫學院等，但都只存在於專業發展，目前牙醫專業團體有 29 個，其他只是牙醫公會等，並未有由病友發起的民間組織，或為社會正義去除烙印的團體。衛生行政規劃理念完全不同。

(三)、心理健康原本就在衛福部組織再造的規劃中

回顧我國心理健康司的規畫歷程，自 2005 年即在被規劃，也被民間非營利團體不斷倡議。但口腔健康並未在所有組織再造的規劃中被提出，它的被提出是只出現在最後立法院立委的要求，強勢先是在部的處務規程中加入重視口腔，接著又突然在審查國健署組織時，又回到已通過的衛福部，強行要求將口腔健康併入心理健

康司，其實司的名稱或內容已跳脫立法院的監督，又未經詳細了解口腔與其他司署的關係，也沒有任何公聽會，雖然民間組織有進行說明，但是沒被接受，而在 2013 年 5 月 27 日黨團有條件的協商後於 2013 年 5 月 31 日正式在立院三讀通過。

(四)、WHO 與不同國家組織架構中口腔健康與心理健康的歸屬

從 WHO 和幾個國家的組織中可以發現口腔健康屬於健康署和醫療服務署，逐漸有分「科」，但心理健康則往往不只有單獨一「司」或「署」，甚至在疾病預防或健康促進的其他單位，也會有心理健康的方案，目前從沒有一國家將口腔與心理合併為一單位。WHO 雖然鼓勵各國發展口腔健康計畫，但會建議口腔健康方案應盡量與其他慢性疾病方案整合，以俾進行預防工作時其彼此之間是有雷同的風險因素，與監測機制等。這部份業務在我國是國健署的責任。

(五)、業務內容比較

看到心理健康服務內容的複雜與龐大，不只在精神醫療疾病方面的業務，其實是全民與各族群心理健康，所謂「離開心理健康就不能稱之為健康」，是基本人權，也是 WHO 提出最高極致的狀態。口腔健康則較單純為一般疾病的預防和保健。

(六)、心理健康是基本人權概念

再利用表 6-2 分析心理健康促進、精神醫療、口腔健康醫療，明顯看到三者的異同，業務覆蓋面等，口腔業務多為治療、多為專業，其業務內涵仍較單純，不似精神科也是治療，但是病人的多樣性，生存社區的受歧視等，影響治療方向，業務內容較口腔複雜。但是心理健康司成立的主要目的、願景、與功能，則遠超過醫療範圍，在心理健康促進這欄可明白了解，這是屬於全民心理健康提升、生活品質改善的重要單位。也是要成立「司」級單位的必要性。

表 6-2、心理健康人權、心理健康促進、精神醫療和口腔健康分析

心理健康人權	心理健康促進	精神醫療	口腔健康
兩人權公約 ¹ 、	國家人權兩公約；	精神衛生法	口腔健康

心理健康人權	心理健康促進	精神醫療	口腔健康
CEDAW 公約 ² 、等國際人權公約、國內法化的相關法令	CEDAW（須訂定心理健康基本法）		法
參與的服務人群	心理健康行政、公衛、教育、社工、護理、心理、諮商、醫學、衛教、法務、交通設計、文化人員、工作職場雇主與勞工、警察、軍人等（全民各群體）	專科精神醫師、專科社工、護理、心理、職治等	專科口腔醫師、齒模師、護理師
服務內涵	1、全民心理健康提升 2、全民心理不健康因素防範 3、各種群體、場域、年齡層都須關注。 4、心理健康素養、心理健康急救	行為失調與神經系統問題，包括癲癇、憂鬱、物質使用、精神分裂、失智、智能不足等的治療（心理治療、行為治療、藥物治療、團體治療等）	口腔疾病、牙齒疾病的治療、補綴、塗氟等都是針對個人。口腔衛生教育則針對學校社區團體。
一、福利人權被滿足時，心理健康得以提升，如適當住居權、飲用水暨衛生權、糧食暨營養權、教育權、工作權、社會安全	對象：全民 社會融入、無歧視與零暴力、居住、教育、工作、社會參與等 「參與的社會與物理環境（交通、公園	對象：全民（精神疾病診斷） 提供兒童、青少年、婦女、勞工、老人等精神	對象：全民（口腔檢查需要者） 提供兒童、青少年、婦女、勞工、老人

心理健康人權	心理健康促進	精神醫療	口腔健康
<p>權、家庭團聚權、文化生活參與權等。(與各部會業務都有關)</p>	<p>等), 設計符合心理健康人權的政策與方案, 讓人人免除恐懼與暴力, 經濟制度、移民制度等包括所有民眾對象, 性別、年齡、城鄉地區、族群等等, 例如兒童、青少年、婦女、勞工、老人原住民、新住民、遊民、監獄犯人、軍人等等」</p> <p>政策制定, 提供各種群體的心理健​​康需求的方案、設計與評估成效</p> <p>安全支持接納的環境、合宜的資源分配、提升工作效率、減少暴力犯罪、減少物質濫用、焦慮憂鬱、改善生活、減少不公平的健康環境、有歸屬感、抗逆能力等等。</p>	<p>檢查與治療。</p>	<p>等口腔檢查與治療</p> <p>學童塗氟</p> <p>老人假牙</p> <p>*國際微笑運動, 表示牙齒保健做的好</p>

心理健康人權	心理健康促進	精神醫療	口腔健康
二、自由人權受侵害時，易造成心理不健康，如酷刑、奴役、暴力、宗教不自由、言論箝制、心理健康狀態以外因素所生之歧視或汙名等。例如家暴、新移民、原住民、移工等等	對象：各種受侵害者或意外傷害者、或慢性疾病患者、病友 法務、人權、政策制定 找出社會不平等因素，健康不平等因素，改善之	對象：特殊族群 提供新移民、原住民、移工等精神診斷與治療、社區復健 (與各項生活條件或設施有關)	對象：特殊族群 提供新移民、原住民、移工等口腔保健與治療
三、心理不健康時，易遭致其他人權受侵害，如個人自主性、公民參與的權利、隱私權、人身或遷徙自由、基於心理健康狀態所生之歧視或汙名(stigmatization)等。例如：精神病人。	對象：精神病人、身心障礙者、特殊疾病患者(愛滋、癌症、意外受傷者等) 對精障者去汙名化、協助社區了解並建構友善精障者的環境，提昇心理健康素養、發展心理健康急救。提昇社區生活促進其心理健康。更進一步對所有罹患疾病者，不論是癌症、愛滋、車禍意外、中風、糖尿病等等，也須了解其心理需求。	對象：身心障礙、失智、各種精神病人 提供身心障礙者精神診斷與治療、社區復健	對象：身心障礙、失智者、長照者 提供身心障礙口腔保健與治療

資料來源：研究者自行整理。

註 1 兩人權公約：公民與政治權利國際公約 (ICCPR) 及經濟社會文化權利國際公約 (ICESCR)

註 2 CEDAW：終止對婦女一切形式歧視公約

二、心理健康與口腔健康合併成司是政治運作，被要求檢討合併是否合宜。

我國行政院原來的版本送到立法院，經過四、五次變化，都是只有心理健康司，口腔健康是到立法院後的變數，尤其在立法院（2013年1月3日第8屆第2會期）審查國健署的議案出現要將口腔健康併入心理健康司的要求，明顯是來自外部團體的壓力。且急就章合併司並未經過審慎評量之合宜性。其理由如下：

（一）、立法過程的問題：立委強行介入。

1、立院職責只在組織法的審議，不宜涉入內部業務單位內容。

依《中央行政機關組織基準法》第4條之規定，衛生福利部之組織以法律定之（即衛生福利部組織法），然組織法主要規範掌理事項及所屬之署、局等各次級機關（包括「疾病管制署」、「食品藥物管理署」、「中央健康保險署」、「國民健康署」、「社會及家庭署」、「國民年金局」等）之名稱及處務規章，而衛生福利部本部內部業務單位之組設未定於組織法律之條文中。依基準法第8條第一項前段之規定：「機關組織以法律制定者，其內部單位之分工職掌，以處務規程定之。」在衛生福利部組織法通過後，其內部單位之分工執掌，應以衛生福利部處務規程定之。然規範內部單位之處務規程，屬行政命令層級，為行政權之一部分。立法院以附加決議之方式，強行要求更改屬行政權範疇之處務規程中各司之名稱與設置，難謂適當。

2、提出附帶決議時機的弔詭。

將在2012年4月已通過的衛福部組織法，卻於2013年1月3日審查國健署組織條例時突然提出附帶決議，要求將口腔併入心理健康司，不顧行政單位說明不妥當。

3、2013年5月27日黨團協商附加決議反映出立委知合併二者之不妥。

該協商內容是建議施行一年後檢討，顯見立法院已經充分了解兩個幾乎迥異之專業併入共同一司可能衍生困境，政府組織必須具安定性，頻繁變動影響行政效能與國家施政甚鉅，因此需要儘快將此二領域分開。

(二)、為組織適當性問題：違反組織再造整合與精簡原則。

1、違反組織基準法。

我國《中央行政機關組織基準法》所提「機關內部單位應依職能類同、業務均衡、權責分明、管理經濟、整體配合及規模適中等原則設立或調整之。」衛福部處務規章希望能發展心理健康，因為過去所有司、署都只關心身體疾病，因此心理健康需要單獨設司作整體政策規劃。口腔健康與其他身體疾病治療與保健原則雷同，卻同時出現在衛福部和國健署的處務章程，違反精簡原則。

2、違反相近業務一起的原則

心理健康業務過去都在醫事司發展，口腔健康業務涵蓋「醫事司」、「國健局」、「護理與健康照護司」，若依組織精簡，更理應將口腔與該三個單位做整併，而非與全然無關的心理健康司整併。

3、違反 WHO 對口腔健康歸屬的建議

以 WHO 對口腔健康的推動，也再三強調，影響口腔健康的一些風險因素與其他十大死因的慢性病有雷同處，所以雖然 WHO 鼓勵各國開展口腔健康計畫，但是卻希望精簡都在慢性病防治與健康促進單位下，一起推動風險因子的防治，如今我國架構反而出現與國際發展迥異且業務有疊床架屋情況。

(三)、衛生主管單位未善盡行政專業責任與立法院說明和溝通

雖然衛生署不斷強調是依據行政院版本設置獨立的心理健康司，也曾提出口腔健康會的芻議，但對組織精簡原則說明或規劃的堅持仍屬不足。

1、選擇性同意。

對於立法院公報 102 年 6 月 10 日第 38 期中(見附錄三 419-422 頁)於衛生福利部組織法三讀通過時，附帶八項決議，其中第一、二、四、六項均涉及心理健康司的組織執掌、人力與經費等的要求，但是衛福部目前只有接受將口腔健康併入心理健康司的行動，對其他方面對全民心理健康促進新業務的人力與經費則缺少規劃。

2、未善用既有資源。

衛生署原有很好資源與說帖，不論是精神醫療與心理衛生政策白皮書內文皆有對各國組織結構的陳述，或民間組織提供的資訊，但是衛生署並未善用已有資源，以其行政專業去說服立法院。

3、缺少組織再造各單位設置整併相關性與必要性之說明。

組織再造中衛福部內各局處組織整併與變革，均應提出規劃願景與必要性之說明，以「心理及口腔健康司」而言，需要提出心理健康與口腔健康各自發展業務的優缺點，適合在哪些單位發展，為何會將心理與口腔進行合併之理由等，以解決外界各種疑慮。應將所有相關司、署（醫事司、護理及健康照護司、國健署等）一起評估。

4、未善盡中央單位規劃願景或協調。

衛福部需要有宏觀願景為全民規劃提昇健康、預防疾病、改善不健康環境、監測疾病的發生變化，找出因應方式。口腔健康是牙醫與西醫競合所產生的問題，衛生署需要先有行動去協調牙醫與西醫，而非接受立委要求就將組掌功能疾病類只加入口腔健康的現象。

5、未借鏡 WHO 和國外其他國家組織經驗

WHO 及已發展國家未見有將心理與口腔健康合併成為同一單位之設置，我國組織架構出現這種作法，除欠缺邏輯與效率外，已發展國家中乃至世界衛生組織 WHO 的架構皆未出現類似機制，難以服眾。更嚴重造成台灣在 WHO 甚至國際上有負面影響，名聲受損。

三、對心理健康成為「司」級單位做出的分析，發現如下：

(一)、規劃時缺少心理健康人權的概念：

各種人權宣言中都提到，人人都有達到最高標準之身心健康的權利，重視與心理健康發展與促進有關之各項權利；此外對精神疾患、遲緩、障礙或功能不健全者相關之權利，免於精神虐待，或被殘忍、不人道或侮辱等之處遇的權利；也不能疏漏心理健康政策需要普及照顧到每個民眾心理健康需求，而非只重醫療。需要在業務中予以重視和規劃。因此需要有專科辦理此業務。

(二)、現行業務內涵仍側重疾病醫療，輕忽預防和促進心理健康：

心理健康司現有四科，其中三科仍只以醫療或個別項來管理，即使有一科稱之為心理健康促進科，但是業務內容仍只著重在治療疾病的次級和三級預防上，缺少初級預防心理健康促進以「全人」為主的方案（包括各種群體），且缺少預算和人力。

(三)、現行心理健康政策缺少覆蓋全民的規劃，需重視傳播與倡議：

現行心理健康業務，缺少全民心理健康促進業務，以及各種群體的心理需求評估。未來應不只要包涵各種族群外，也需因應特殊慢性病群體（包括身心障礙、罕見疾病等）的心理需求，更要注意到不同場域，如職場、醫院、鄰里、家庭等的心理健康，能發展具文化及性別敏感度的心理健康促進方案。因此心理健康司需增加科別，專注心理健康對象和場域的業務。因為涵蓋面擴大，同時應設計業務重視心理健康的傳播與倡議。

(四)、需加強醫療專業人員其心理健康促進的能力：

精神醫療與心理衛生專業人員對公共心理健康概念不足，其他醫療專業雷同，均需加強心理健康素養與心理健康促進知能，包括個人抗逆能力、社區抗逆能力、國家抗逆能力等，以及覺察精神或心理需要而能處理或轉介追蹤。

(五)、培植具心理健康宏觀的公共衛生行政人力：

心理健康政策制訂與業務的推動，需積極培養心理衛生行政之

專業人員，才能發展業務和推動政策，對心理健康有宏觀概念、及跨部會整合能力，不應只侷限在醫療專業或精神科醫師。

(六)、需要以公共衛生宏觀方式推動心理健康：

以 WHO 渥太華憲章以及後續健康促進發展的模式，要有願景、宗旨，並有需求評估為依據、發展推動心理健康的業務。

(七)、心理健康司業務需要增加業務「科」與人力

原本規劃八科 40 人的員額編制，是反映出心理健康回應 WHO 龐大業務的需要，後來減少成 25 人已屬不當，現在又貿然將口腔業務併入，不只員額未增加還減少，經費也沒增加，如何推動成立司級單位落實全民心理健康的願景。

(八)、需要地方政府有專責單位執行業務：

以組織規章，所屬「部」下的「司」級單位，訂定政策，但是哪些是對口單位來執行？地方需要心理健康科或社區心理衛生中心做為主管執行單位，有正式編制的人力員額，也需要有在市府成立直屬市長的心理健康的委員會，才有助工作推展。

(九)、需要跨部會整合的能力。

四、對口腔健康成為「司」級單位做出的分析，發現如下：

(一)、口腔健康是牙醫與西醫競合下過去被忽略。

牙醫長久感受被西醫打壓，因此積極爭取從西醫獨立出來，從國內外發展史了解，口腔健康能有獨立單位是無可厚非，但是可以是以「科」、「處」，「會」的組織方式設置。

(二)、口腔業務多屬醫事人員管理和醫療行為

以組改前後的口腔業務，目前僅原醫事處辦理之牙醫師臨床技能測驗及應考資格規劃、牙醫師畢業後一般醫學訓練及專科甄審等等牙醫師培訓相關業務、身心障礙牙科醫療保健業務、與原國健局兼辦之口腔醫學委員會業務與國家口腔健康計畫之移入，甚至被規劃將國健署目前兒童牙齒塗氟與含氟漱口水計畫移入，這些業務多

為醫療行為或專業人力培育，即使是公共衛生的預防等，執行仍為牙醫和診所。

(三)、口腔「科」數與員額

以過去口腔的業務，預估是一個半人力在負責，目前在心理及口腔健康司雖分配給口腔健康業務為二個科，但實質僅設置一個科，配置科長一位科員四位，同時辦理原規劃為二個科之業務，反應其業務規模有限。

(四)、獨立設置成司的理由不足

資料分析顯示，我國口腔健康發展與 WHO 或美國等比較，口腔業務現行規模與牙醫人力部分都不輸國際發展，但是 WHO 與美國等世界各國衛生行政組織架構，都是在國民健康促進、或慢性病防治項目中，還未見到有成立司級的單位，或是與心理健康合併的現象。若以司級功能或業務應有之容量，則口腔業務單獨設置成司的理由與職能均較為不足。

五、有關口腔健康分設單位的芻議

本研究結果在在顯示，我國衛福部組織再造，將「口腔健康」併入原本規劃的「心理健康司」是不妥當的，口腔業務不論是過去歸屬我國的衛生單位，以及 WHO 或美國等口腔業務的歸屬單位發現，需要將口腔健康與心理健康分開，本研究提出充分的檢討證據，已回應立法院提出這兩個單位需要一年後檢討的結果，需儘速將其分開成兩個不同單位。

也將訪談結果對口腔健康未來發展提出芻議：包括

- (一)、回歸醫事司，至少設置專門科別專辦口腔業務。
- (二)、併入國健署，處下設有專科。
- (三)、與護理及健康照護司合併。口腔與長照業務也能結合。
- (四)、成立正式之口腔健康會，設有辦公室與幕僚，直屬部長。
- (五)、成立口腔辦公室或整合管理中心，有人力與經費，直屬部長。

六、心理與口腔健康政策推動之國際指標評核基礎

(一)、有關國際指標可供我國參考的有：

1、WHO 提出核心標準依據：本研究發現我國政府在組織再造過程（組織架構一變再變）並沒有清楚明確的架構(framework)以及宏觀視野，也缺少專業及民意監督的機制，組改過程缺少召開策略討論，納入民間的參與（專業、公民團體、消費者），瞭解實際需求。

2、WHO 所提供的心理健康政策評估檢核：包括成立過程與政府和民間互動、內容議題（政策依據、願景、目標、行動領域）、操作議題等，都可以提供做為我國發展心理健康職能評核的參考，也可提供給口腔健康政策發展的參考。

3、澳洲內含指標可供參考：澳州政府在心理健康促進政策上的預期成果、參與對象、過程指標與結果指標等，都可提供我國衛福部在發展心理健康促進的參考。

4、WHO 所提出口腔計畫的內涵，也可供口腔健康發展參考。

(二)、我國職能評核方向：

1、檢視組改後業務內容，是否符合心理健康促進宏觀內涵，以心理健康人權為基礎，全民心理健康為依歸。有願景、策略與行動。若仍維持過去業務，則無法交代成立「司」的目的。

2、中央要成立心理健康委員會，整合全國相關部會合作事宜。

3、地方要有對口單位執行業務，縣市政府要有心理健康相關委員會、衛生局有專責單位、有人力與經費預算。

4、具多項心理健康相關研究與方案評估。

5、心理健康訓練課程的普及性。

第二節 主要建議事項

依據研究發現，提出對心理進康與口腔健康職能設計組織發展的建議，以及「公共心理健康主流化」工作的建議：

一、短期建議：

(一)、短期內衛福部應由綜規司組成規劃與檢討小組(task force)，積極全面檢視各司、署、局的功能執掌，需檢討重新考量安排口腔健康業務至相近的單位，以符合組織精簡目的業務（主辦單位：衛福部、國發會等）

前述發展分析，已看到立法院在審議時，要求在衛福部執掌中加入口腔健康業務，以及立院不應干預的「司」之內容，強將口腔健康併入心理健康司的行為，立委也知其不妥，所以會提附帶決議，衛福部應於組織再造一年內檢討心理與口腔業務合併的適當性，依據本研究結果已很明確看到其合併的不適當性；當時衛福部就應提供正確組織功能架構，有其行政裁量權，現在猶為未晚，應正確研議根據不同業務與組織效能的需求，重新將口腔業務編組至最適當的單位。且規劃需就事論事不受政治力干擾。

考量資源有限的情況下，政府在規劃行政單位時必須有其邏輯，以及優先順序之論證。當初在立法院審查衛生福利部組織法草案時，原本並沒有第二條第十一款「口腔健康及醫療照護之政策規劃、管理、監督及研究」，而將口腔健康併入心理健康司，也沒經過整體考量，行政院主管單位有義務說明同意衛生福利部之組織如此安排的理由及適當性為何？與對於此規劃之說明。獨立設置主管單位時，必須提出過去主管單位承辦業務之不足之處，何以提升層級有其重要性、特殊性？何以需要提升層級以利跨部會合作？掌握資源分配者有回答此問題的義務。且要有跳脫原本思維的創新方案。

(二)、盡速制定心理健康基本法，使心理健康相關推動工作有法源基礎。（主辦機關：衛福部）

(三)、爭取發展心理健康促進相關經費，例如：菸捐。(主辦機關：衛福部)

(四)、需重組原有心理業務，明確規劃涵蓋全民的、社區化的心理健康政策方向。(主辦機關：衛福部)

衛福部須檢討心理健康與精神醫療業務的比重，增加全民心理健康內涵。精障者回歸社區與其他身心障礙者都需有心理健康促進的環境。

過去精神醫療網的發展已有成效，但缺乏精障者回歸社區的服務方案，衛生署委託「建構心理健康網規劃計畫建議書」研究指出，整合心理健康於基層照護有其必要，加強以社區為導向發展精神醫療照護模式，由於目前組改後職掌分科主要仍沿襲組改前的業務分工，人力編制和預算比例，是不足的，應關注增加本研究提出真正心理健康宏觀面的規劃與落實的內容，推動心理健康人權為基礎的心理健康促進工作，促進全民心理健康，建構國家心理健康、社區心理健康、家庭心理健康、學校心理健康、職場心理健康等場域，以及不同群體的心理健康等，這才是成立「心理健康司」的對全民的責任。尤其要必須有專科來負責，甚至此外也需要儘快訂定心理健康基本法，為所有相關法令之基礎。且可依據 WHO 對心理健康政策的建議發展我國心理健康政策和方案。

- 1、重新規劃業務執掌，並增加人力與員額。
- 2、提出願景、規劃心理健康行動方案 (action plan)。
- 3、撰寫心理健康白皮書。

(五)、中央進行跨部會合作，以及發展相關行政工作的依據：

- 1、宜評估成立行政院心理健康委員會 (主辦機關：衛福部)
- 2、建置心理健康資訊系統和研究。(主辦機關：衛福部、主計總處)
- 3、訂定國人心理健康指標；(主辦機關：衛福部、主計總處)

4、為長期全國性的「心理健康」調查作規劃。(主辦機關：衛福部、主計總處)

5、檢視衛福部相關單位資料庫與大型研究，其中有哪些已存在的心理健康指標等。(主辦機關：衛福部)

6、成立智庫(主辦機關：衛福部)

(六) 地方政府要有心理健康專責單位，以落實社區心理健康：(主辦機關：縣市政府)

1、地方縣市政府宜評估成立直屬縣市長的心理健康相關委員會。

2、地方衛生局要有專責單位，與專業人力：例如心理健康科或社區心理衛生中心。

3、參考渥太華憲章五大行動綱領推動健康學校、健康醫院、健康社區、健康職場、健康城市等，都應推動心理健康促進。(主辦機關：衛福部；協辦機關：各縣市政府、民間團體)

4、中央訂定標準，鼓勵縣市政府提出其亮點的促進心理健康方案，依據其在地特性、文化、性別、族群、階級等面向。(主辦機關：衛福部)

(七)、積極辦理「公共心理健康」的訓練

1、培植具心理健康宏觀的公共衛生行政人力：從衛福部本身先開始，瞭解三段五級的公共心理健康促進內涵，以及提昇其本身心理健康素養，再擴展到地方相關衛生福利單位。(主辦機關：衛福部、地方衛生與社會局處)

2、普及公共心理健康素養：結合人事行政各項對公務員在有關性別、人權訓練課程時，融入心理健康概念，此外也同時提供心理健康主流化整體概念的訓練課程，包括公務人員訓練、文官訓練課程等。(主辦機關：人事行政總處，協辦機關：國家文官學院)

(八)、持續發展既有精神醫療網計畫，更加落實對社區精神疾病復健、病人回歸社區等方案。(主辦機關：衛福部，協辦機關：內政部)

(九)、口腔健康有五年計畫為依歸，除既有內容維持不變外，可以再參考美國或 WHO 的一些方案，進行縣市口腔健康落實，也要評估不同署司的業務適當性。(主辦機關：衛福部、教育部、勞動部，協辦機關：口腔相關學會、公會等)

(十)、持續追蹤評估。心理及口腔健康司一日未分開，就需持續有研究評估案追蹤，且建議未來研究蒐集與分析包括相關立委、衛福部長、遊說團體與黨團協商的重要代表意見，以提高政策建議的政治可行性。(主辦機關：衛福部、國發會等)

二、中長期建議：

(一)、心理健康基本法相關之特別法訂定。(主辦機關：衛福部)

(二)、所有政策都要融入心理健康元素。

目前 WHO 積極在推動各種政策中融入健康觀念 (Health in All Policies, HiAP)，我國也在 2013 年由國健局辦過一場大型國際研討會，宣示我國要致力於此理念，但是在進行所有政策中應有健康元素同時，心理健康也是屬於極致健康的一環，更應該先有將心理健康政策融入各健康政策中的體認，衛福部內要先有對心理健康普及的認知，各種署、局、司、會中都能有心理健康的業務，這樣才能在後來真正落實跨部會合作，才能達到健康融入所有政策中。而心理健康影響評估是工具。

1、衛福部需要將心理健康融入各項健康政策中，並應納入心理健康影響評估 (主辦機關：衛福部)

2、中央各部會的重要施政政策，都需將心理健康納入，並進行心理健康影響評估 (主辦機關：衛福部及所屬各機關；協辦機關：行政院所屬各機關、各縣市政府)

3、發展心理健康政策制定與評估工具。(主辦機關：衛福部)

(三)、培養公共心理衛生人力，國家考試增加心理健康項目。(主辦機關：衛福部；協辦機關：考試院)

(四)、持續發展各種心理健康政策。(主辦機關：衛福部、教育部等)

(五)、全民檢視影響心理健康，各種環境因素，檢討改善追蹤評鑑(主辦機關:衛福部)。

- 1、評估成立心理健康國家研究院。
- 2、定期發布國家心理健康報告及心理健康白皮書。
- 3、檢視各部會相關大型研究增修其中的心理健康內涵是否融入各項公共政策和研究。

第三節 研究限制

本研究侷限於研究計畫無法跨年度的限制，衛福部正式掛牌上路是七月中，因此只能利用短短三個月時間來進行對心理健康及口腔健康的合併為「司」是否合宜來進行檢視研究。

也因為只有短短三個月時間，瞭解我國在推動國人心理健康成立「司」的組織變化，以及口腔健康爭取被重視的歷程與行動。只能用文獻、焦點、與訪談專家進行之，不過心理衛生民間組織看法多參與心理健康行動聯盟，有不少聲明與連署新聞等，所以焦點團體鎖定公衛與口腔以及民間社福團體；但發現若未參與政府工作者較不了解組織變動的行政作業等，所以訪談對象後來鎖定曾有政府工作經驗者。

但是因為合併是屬政治議題比較敏感，因此政府官員如只是科長級多願意不具名提看法，不願正式被訪問，即使一位相關口腔業務的署長也用一切都聽部的規劃而拒絕。因此部份問題透過大型會

議瞭解一般公衛與心衛人士看法，在補充審查報告時加上更多退休衛生署正副署長與科長，以及現任常次和副司長，加上是當初參與規劃的司長和目前任職副署長但未參與組織改造工作。也因為只有短短三個月時間，組織架構已固定，可以與國外比較，但是各國組織名稱不一，只能以與我國較接近來翻譯並了解口腔與心理健康在各國衛生組織中定位。

不過在目前心理及口腔健康司業務了解上，則屬一正在執行繼續變化的狀態，只能以衛福部或國健署網站公布為依歸。受限於研究時程僅三個月限制，本計畫僅能做出對將口腔健康與心理健康回歸其適當單位做初步建議，並將我國多年來規劃的歷史演變作清楚回顧，以及對 WHO 在心理健康方面的組織演進與被重視，將其位階提高與非傳染性疾病並列，以及口腔健康是新興議題與關注重點，但仍屬慢性病與健康促進內的一個業務或方案，絕對無法與心理健康並列。更多方面是需要衛福部本身擔當起對國人身心健康的責任，提供有願景有方向與內涵的衛生政策，以及清楚業務的主管機關。

當時或許因為僅考量到優先通過衛福部的組織法，對司級單位的適切性未多作堅持，因此會建議衛福部成立專責小組（task force），以儘快時間內能檢討將口腔健康併入心理健康成為[司]的適切性，才符合組織精簡原則，因此本研究也就訪問高階主官瞭解可以如何回歸這兩個領域在其適當位置，做一些建議，希望儘快能被採納。

也會建議衛福部和國發會，只要一天此兩個機關未被分開，就應繼續委託評估心理及口腔健康司檢討分開的研究。只有外部專家才能以較客觀的方式評估之。

參考書目

一、中文部分

中央行政機關組織基準法

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=A0010036>

中華心理衛生協會（2012）心理健康城市聯盟芻議研討會暨城市與幸福感：亞太地區心理健康城市論壇

http://www.mhat.org.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=534&Itemid=92

中華心理衛生協會（2005）中華心理衛生協會 50 年年報

中華民國衛生福利部台灣地區公共衛生發展史中華民國衛生福利部.

http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/SubjectDetail.aspx?kind_no=2&f_list_no=16&fod_list_no=591&subject_no=5

王國羽（1997）我國心理衛生政策的回顧與檢討：決策菁英類型之分析。中華心理衛生學刊，10，29 - 47。

立法院公報（No. 第 102 卷第 38 期）（2013）（pp. 792 - 797）

江明修、廖元豪、吳正中（2013）政府施政措施落實多元族群主流化之研究。行政院研考會委託研究。

江東亮、余玉眉（1994）健康促進：國民健康的新方向。中華公共衛生雜誌，13（5）：381 - 387。

行政院衛生署（2011）如何處理「化外之民」？精神衛生的難題。台灣公衛百年記事（pp. 137 - 149）行政院衛生署。

李明濱、吳英璋、陳純誠、戴傳文、陳喬琪、陳快樂、… 張珣。（2000）九二一震災心理衛生體系之因應，中華衛誌 19（3）：27 - 50。

吳尚琪、鄭若瑟（2011）國民心理健康促進計畫建議書。衛生署

委託計劃報告書。

吳尚琪、鄭若瑟（2013）。建構心理健康網規劃計畫建議書。衛生署委託計劃報告書。

柯永河（1985）心理衛生學（上冊）第四版—理論部分 臺北：大洋

胡海國（2003）台灣精神障礙者照護發展研討會彙編。國家衛生研究院論壇長期照護委員會。

姚卿騰（2007）社區心理衛生中心營運現況與困境研究-實務工作者觀點。陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

孫健忠（2006）從「衛生福利部」到「衛生及社會安全部」：行政院研修社會福利行政組織的回顧。社區發展 113:3 - 11。

許耕榮、陳嘉鳳、王榮春、韓明榮&林柏煌（2004）台灣社區心理衛生中心績效評核模式之建立—以賦權評估理論為基礎。行政院衛生署委託研究報告。

陳永興（1981）飛入杜鵑窩：一個精神科醫師的反省與呼喚。著者自印。

陳芬苓、張菊惠、劉智園（2010）性別平等政策與法制之檢討及實施成效評估。行政院研考會委託研究。

陳存仁.陳存仁生平和他的《樂天長壽辭》

<http://jk.xihele.com/zyzy/ShowArticle.asp?ArticleID=63996>

陳鈺雄（2011）牙醫師法之國際比較研究。台北市牙醫師公會。

陳嘉鳳、唐子俊、黃秉德、曾春美、林家興&鄭夙芬（2008, 2009）以民眾需求為基礎的全國 25 縣市政府心理衛生行政工作之規劃：從社會資源的運用、組織結構與專業人力資源及績效評核的角度切入（1/2）行政院衛生署委託研究報告。

張如杏（2011）從心理衛生政策、衛福部架構探討社工專業發展，社區發展 136:50 - 60。

- 張珣 (2005) 衛生署組織再造：心理健康機制之建立，台灣衛誌 24 (3) :185 - 188.
- 張珣 (2013) 心理健康主流化－全民需要的心理健康論壇大會手冊 (pp. 27 - 33)
- 張珣 (2007) 公共心理衛生。公共衛生學 (Vol.2, pp. 367 - 392) 陳拱北預防醫學基金會主編，麗文文化總經銷。
- 張珣、張菊惠、溫桂君 (2013) 「心理健康與人權：檢視兩人權公約的健康指標」法務部委託研究案。
- 張珣、張菊惠 (2012) 老人心理健康素養與社區知能的紮根。行政院衛生署補助計畫
- 張珣、王榮德、呂淑妤 (2004/2005) 公共心理健康需求與資源研究 (1, 2)，行政院衛生署研究報告書
- 張珣、謝佳容 (2014) 心理健康主流化－促進與復元，護理雜誌，61 (1) :18-25.
- 莊明敏&鄭若瑟 (1995) 精神病患醫療服務體系之檢討。行政院研究發展考核委員會發行。
- 蔡焯基(中國心理衛生協會榮譽董事)中國人自己的心理健康標準。劉桂標。論王陽明心即理說的主要觀念。哲學學思錄。
<http://humanum.arts.cuhk.edu.hk/~kwaipiu/paper/gart2.htm>
- 國民口腔健康第一期五年計畫 (2006)
<http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/HealthTopic/TopicArticle.aspx?No=200811210004&parentid=200811100001>

二、英文部分

- Ansell, C., & Gash, A (2012) Stewards, mediators, and catalysts: Toward a model of collaborative leadership. *Innovation Journal*, 17(1), 2-21.

- Association of State and Territorial & Dental Directors (ASTDD)
(2000) Building Infrastructure & Capacity in State and Territorial Oral Health Programs.
<http://www.astdd.org/docs/infrastructure.pdf>
- Commonwealth Department of Health and Aged. National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000. Commonwealth Department of Health and Aged Care. Retrieved from
<https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-promote>
- Fu, T. S.-T., Lee, C.-S., Gunnell, D., Lee, W.-C., & Cheng, A. T.-A. (2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 381 (9862), 235–241. doi:10.1016/S0140-6736(12)61264-1
- Felner, R. D. (Ed.) (1983) Preventive psychology: Theory, research, and practice (Vol. 122). Pergamon.
- Goodstein, L. D., & Sandler, I. (1978) Using psychology to promote human welfare: A conceptual analysis of the role of community psychology. *American Psychologist*, 33(10), 882–892. doi:10.1037/0003-066X.33.10.882
- Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2008) Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America*, 52(2), 333–344, vi. doi:10.1016/j.cden.2007.12.001
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007) Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7)
- Keyes, C. L. M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social*

- Behavior, 43(2), 207–222. doi:10.2307/3090197
- Kiattibhoom Vongrachit (2013, January 13th) Establishing the Department of Mental Health Thailand. Conference Presentation.
- Mrazek, P. B., & Haggerty, R. J. (1994) Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academies Press.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, & Geneva, Switzerland. (1991, December 17) Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.
- Perry, G. S., Presley-Cantrell, L. R., & Dhingra, S. (2010) Addressing Mental Health Promotion in Chronic Disease Prevention and Health Promotion. American Journal of Public Health, 100 (12) , 2337–2339. doi:10.2105/AJPH.2010.205146
- Robson, D., & Gray, R. (2007) Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies, 44 (3) , 457–466. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.013
- Safran, M. A. (2009) Achieving recognition that mental health is part of the mission of CDC. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 60(11), 1532–1534. doi:10.1176/appi.ps.60.11.1532
- Sharma, M., Atri, A., & Branscum, P. (2011) Foundations of Mental Health Promotion. Jones & Bartlett Publishers.
- State of Victoria, Department of Health (2010) Using policy to promote mental health and wellbeing - a guide for policy makers (guidelines). Retrieved from www.health.vic.gov.au/mentalhealthpromotion
- Ustun, T. B. (2000) Mainstreaming mental health. Bulletin of the

- World Health Organization, 78(4), 412.
- Vaillant, G. E. (2003) Mental Health-American Journal of Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 160(8), 1373–1384.
- WHO | Comprehensive mental health action plan 2013–2020. WHO.
- WHO | 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. (2008). WHO.
- WHO | Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. (2014, March 28th) WHO.
- WHO | The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO.
- WHO | WHO Mental Health Policy Checklist. WHO.
- WHO Headquarters, & Geneva, Switzerland (2002) Human Rights Day: Advancing the dialogue on health and human right.
- WHO (2003) The drafting process: key issues and actions. In Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Legislation & Human Rights. Retrieved from
- WHO (2004a) Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Option. Summary Report.
- WHO (2004b) Promoting Mental Health: Concept, Emerging, Evidence, Practice. Summary Report.
- WHO (2005a) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health. Mental Health Policy and Service Development Team Department of Mental Health and Substance Abuse Non-communicable Diseases and Mental Health Cluster World Health Organization: Dr. Michelle Funk.

- WHO (2005b) Promoting Mental Health: Concept, Emerging, Evidence, Practice. Geneva WHO.
- WHO (2010) UN (DESA) -WHO Policy Analysis: Mental Health and Development: Integrating Mental Health into All Development Efforts including MDGs.
- WHO (2011) Mental Health Atlas-2011 country profiles. WHO.
- WHO (2012) WHO Quality Rights Tool Kit. Geneva WHO.
- WHO | Oral health (2012) WHO.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
- WHO. Linkages between Health and Human Rights.
- WHO Regional Office for South-East Asia, & World Health Organization. (2005, January) Psychosocial Care of Tsunami-Affected Populations: Manual for Community-Level Workers. World Health Organization Regional Office for South-East Asia.
- William H. Reid, & Stuart B. Silver.(2003) Handbook of Mental Health Administration and Management. Barnes & Noble.
- Wyshak, G. (1995) World Mental Health: Problems and Priorities in low-income countries. New England Journal of Medicine, 333(18), 1227–1228. doi:10.1056/NEJM199511023331821

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

附錄一 深度訪談及焦點團體研究參與者列表

姓名	工作單位及職稱	專業背景	參與部分
王秀紅	高雄醫學大學護理學系教授，曾任衛生署副署長	護理	深度訪談
王維政	已退休，曾任台北市中山區、松山區健康服務中心主任	醫學	深度訪談
石崇良	衛生福利部綜合規劃司司長	衛生行政	深度訪談
江弘基	法鼓山慈善基金會顧問，曾任全國自殺防治中心執行長	衛生政策	深度訪談
周才忠	社區心理學資訊網負責人	心理	深度訪談
林奇宏	台北市政府衛生局局長	醫學	深度訪談
吳就君	已退休，國立師範大學衛生教育學系教授	精神醫療社工	深度訪談
許銘能	衛生福利部常務次長	醫師、衛生行政	深度訪談
張雍敏	心理及口腔健康司副司長	牙醫、衛生行政	深度訪談
藍萬烘	口腔醫學委員會主委	牙醫	深度訪談
陳金燕	彰化師範大學輔導與諮商學系教授，曾任教育部訓委會常委	諮商輔導	深度訪談
陳為堅	國立台灣大學公共衛生學院院長	精神醫療、藥物濫用、公共衛生	深度訪談

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

陳敦源	國立政治大學公共行政學系教授	公共行政、政策評估	深度訪談
蕭美玲	衛生福利部顧問，前衛生署副署長	藥學、衛生行政	深度訪談
戴桂英	已退休，曾任衛生署副署長	衛生行政	深度訪談
戴傳文	台北市康復之友協會理事長，曾任衛生署醫事處第四科(精神衛生科)科長	心理健康及精神醫療、衛生行政	深度訪談
蒲慕容 (Alice P. Lin)	已退休，曾任紐約州心理健康廳副廳長	衛生政策與衛生行政	深度訪談
XXX	衛生行政官員(應受訪者要求以匿名呈現)	衛生行政	深度訪談
XXX	心理健康行動聯盟組員	心理、公共衛生	深度訪談
孫友聯 簡舒培 杜瑛秋 林玉華	台灣勞工陣線秘書長 台灣女性權益促進會常務理事 勵馨基金會、青少盟理事 關懷心臟病童協會理事長	社會福利	焦點團體
劉俊言 陳義聰 黃建文 陳彥廷	牙醫師公會全聯會理事長 牙醫師公會全聯會常務理事 牙醫師公會全聯會前理事長 牙醫師公會全聯會常務理事	牙醫	焦點團體
楊志良	已退休，曾任衛生署長	公共衛生	焦點團體

附錄一 深度訪談及焦點團體研究參與者列表

江東亮	國立臺灣大學健康政策與管理 研究所教授		
鄭雅文	國立臺灣大學健康政策與管理 研究所副教授		
吳尚琪	國立陽明大學醫務管理研究所 教授		
黃美娜	台中市政府衛生局局長		
林惠珠	心理衛生社會工作學會理事長	社工、醫院 行政	大會會議 手冊發言
褚增輝	職能治療師公會理事長	職治、醫院 行政	
周煌智	精神醫學會理事長	精神醫師、 醫院行政	
王麗斐	諮商心理師公會全聯會理事長	諮商心理	

深度訪談及焦點團體各次記錄摘要

A

採訪者：本研究主持人，以下簡稱 CC

受訪者：受訪者以下簡稱 A。

CC：(簡介研究計畫，略)請教您在過去衛生署任內有關衛生福利部組織的規劃。

A：衛生署企劃處處長任內的時候，在民國 94 年 3 月 7 日組織法調整案，我們報了一個衛福部版本，當時報案的時候衛生福利部有八個司、三個局和兩個署。八個司含健康促進及心理衛生司，那為何健康促進會變成司，因為原來在國民健康局，當時的國民健康局報出去方案決定併入內部司，很不得已的決定。因為依據當時組改基準法，三級機關一共設立五十四個作總量管制。衛福部下就有疾病管制署、食品藥物管理署，三個局就是包括健康保險局、預備未來成立的國民年金局和醫療及福利機構營運局，所以當時這樣行政院能接受最大範圍的，心理衛生是很重要的課題，所以我們把健康促進和心理衛生是放在一起的。

CC：我們這個時候只是報了名稱，可是還沒開始做內部的規劃？

A：內部規劃有寫，原來是醫事處的，心理衛生科的業務要轉移，原來是國健局業務兒童、婦女、老人、健康促進的業務也要，司職務描述很清楚的呈報。但這些描述不會出現在成立的法案中，因為不需司的名字。

CC：「司」的功能在做規劃和一點點執行？

A：「司」是一個主管機關，負責做政策策劃。「司」下面有各級政府，例如衛生業務會由衛生單位執行、社政業務就會由社會局來

執行。

CC：「司」和「署」的差別？

A：「司」是內部「司」，「司」是「部」的內部單位，負責規劃有的三級機關執行，或地方（各級）衛生社會機關來執行；三級機關有的叫「署」或「局」，差別是「署」包括政策規劃和執行，「局」只負責執行。

CC：「心理健康司」變成也是要管理精神健康疾病，不太合適？目前醫院精神病人是醫事司在管理？

A：基本上一個業務監督主管其實有不同面向，完全要切割清楚是不容易，從醫院管理立場應該就是醫事司來管理。可是在精神病院執行了很多健康促進、社區醫療、社區復健業務的時候，心理健康司是主要的主管機關。同樣的道理，如果精神病院是公立的，屬於部底下的醫院，部立的醫院在管理。無論如何切割，這是必然會存在的。

CC：精神病院的管理讓心理健康司來管理，也不為過？

A：基本上也不會說是不適合，因為都屬於衛福部的業務，部長可以指派這業務（精神醫院）讓醫事司或心理健康司來負責，負總責的是部。

CC：司主要在部底下所以人員配置就會比較少，執行的東西是少的，因為主要是做規劃的部份。署比較大，像國健署或疾管署都有兩三百人，經費也多，業務也廣，因為他們在做執行。

A：因為政府在員額配置上，有總員額法的限制。總員額法之下，其實衛福部總員額就包括在做組改時候的規劃，當時衛生署的三級機關或內政部。總員額法也包括機構、醫院人數。不特別明訂那個機關或司一定員額有多少，授予部長有調配權利。新興業務讓部長決定。這是組改總員額法配置的精神。至於到底司人多還

是署多，這種顧慮其實現階段的整合，以業務量作衡量之下，業務轉移與否作衡量。業務量和轉移不多，就維持原員額，有可能是連人和業務的調移。但是未來看前瞻性，心理衛生業務愈來愈蓬勃或吃重，部長可以從別的機構、三級機關的署等調人來配置。第二點關於預算，目前中央預算非常緊縮，我們可以看到總預算在遞減，各單位預算都在縮減。不過主計總處希望採取零基預算的精神，大家不要用過去的預算做比較，主要以執行衛生或社政業務來爭取，提倡發展。主計總處通常配置往後配置中期，四年預算。例如兩年前就知道今年衛生署的預算有多少，亦從各部會對其重點做配置，精神是如此。感覺上預算在縮減，其實縮減的是 routine 業務。例如 102 比 101 可能在普通一般業務減了 10%，但專案計畫增加不少，多少則需調會計預算作佐證，讓大家感覺衛生預算值在縮減或增加很慢，很慢是指跟業務不成比例，不只是心理衛生而已。像 FDA，民眾對 FDA 的期待之中，可是預算膨脹和人力的增加有限，雖然 FDA 在各司、各署算有增人力與預算的單位。

CC：目前我們看到多半業務縮減，沒有新意、不過多半因循過去沒有評估。主計總處的精神很好，維持以前給的方法，也沒有在檢討一些不再需要執行的業務。

A：老師從學界看到的情形，這是必要的觀察。因為整個國家資源有限，政務上要有優先排定，檢視浮上台面的議題，哪個是未來的重要議題，那裡就要配置多一些。如果是既存大家已做的可以，應縮減。從客觀的學者立場，老師可以對施政機關作提醒，在資源有限的狀態，不是做延續過去相同的議題，檢視現在與未來的需要，重新做資源的配置。

CC：其實署和司是有很大的空間是，部長是有責任權力去做調整。其實我也聽到兩種聲音，如果將來要增加人力就從地方醫院去調，但是名額已經有限制怎麼可以再調。在爭取員額之前要先把業務清楚列明。以我對心理健康司的了解，目前既有的業務，但

沒有更宏觀應該做什麼？您之前在企劃處任內做的規劃，您覺得這個部份很重要，那時候的內容也只是放在三個主題，有沒有更細的？

A：當時報出去的時候是健康促進和心理衛生司，把原來醫事處心理衛生科的業務都寫進來。但是整個討論過程，當企劃處處長五年當中，到了 98 年還有一次的變動，薛承泰教授當政務委員，那時候 98 年 6 月 15 日開始。他負責組改，那時候行政院負責的政務委員是薛教授但是各組的協同召集人，內政部的次長和衛生署的副署長。一直都一樣，有一個政務委員負責，因為屬於跨部會的，副衛生署長是陳再晉。有所謂的 98 年 7 月左右，曾擬出四個方案。有一個方案是要把健康促進和心理衛生司獨立出來，有點像美國的 SAMHSA，心理健康與物質濫用防治司，過去論點當中有一些團體提出這樣的觀點。

CC：葉金川那時候在 98 年的 3 月成立一個心理衛生辦公室也就是以 SAMHSA 的概念成立的。那個 98 年 7 月決定把健康促進司出來。

A：在我們提出的四個方案當中，除了一個還維持兩個合併，其他三個都是把健康促進司與物質濫用司把它分開的。這時候的業務描述更細，它獨立的一個司。但這種作法超過行政院組改八個司，變九個司。到 98 年 9 月 3 日，那時候我已經離開處長的崗位，後來變成參事。署裡報出去組改規劃報告有九司包含健康促進司和心理健康與物質濫用防治司。這個物質濫用，菸害也包含。還有疾病管制局。FDA、檳榔、菸酒都併入。這個規劃報告，衛生署說研考會將 98 年 9 月 3 日到行政院的規劃報告請老師做參考。規劃報告裡會有更詳細的心理健康與物質濫用防治司的業務，所以如果心理健康是獨立的，未來發展方向要請學術界客觀來影響政策。政策未來是否要走到這方向，就會有一些變動業務，例如：菸害防治（國民健康局）、物質濫用（FDA）是否有需要調整之類的事情，學術界給政策多一些方向與建議。

CC: 現在最主要我們在看美國 SAMSHA, 他們是聯邦, 只管 Medicare 而 Medicaid 是窮人屬各州的管轄範圍, 藥物濫用的業務只給一個補助款, 其他就不管了。反而各州有心理衛生廳, 所以紐約市就有衛生局和心理衛生局, 這個之中跟我們國家用 SAMSHA 的概念在臺灣是很不同的。

A: 很不同, 美國有兩億多, 我們只有兩千三百萬, 他的中央無法管太細, 也沒有力量管理這麼細。其實美國的系統也無法這樣直接的移植。

CC: 我們現在也在學習澳洲, 他們也是屬於聯邦政府, 他們提出心理健康政策, 健康促進的涵蓋面就很廣。泰國也有心理健康署, 像吳尚琪老師在推動的 SMILE 也是從泰國引進。不同國家我們需要花點力氣來了解。民國 98 年 9 月 3 日, 我們是在 2010 年去見馬總統, 整個概念是清楚, 只是業務上還不明確。

A: 這個階段組改之後, 接近 5 個月的時間, 心理衛生司要維持原本工作, 維持原來業務推展, 人員磨合需花時間。不過再往下, 可能心理健康司要由司長或老師這邊可以建議他們未來是否應有更前瞻性政策白皮書的規劃, 而是凝聚社會的共識, 過去業務研究、看法、了解現況清楚該強化哪些。經過公開討論, 定案白皮書, 作心理健康準據來執行計畫才更能爭取預算與人員。有個願景達到這個司有的使命, 現階段尚可但未來不能只僅於這樣。

CC: 那什麼時候國民健康署獨立?

A: 98 年 9 月 3 日九司是超標準, 98 年 6 月薛政委在督導, 有個契機在 99 年 2 月 3 日, 剛好總統公布 99 年 1 月 12-13 日之間三讀立院組改四法通過, 通過行政院組織法基準法修正案。在適用上修要修改, 暫行條例和總員額法。原來基準法提到只能 50-54 (要問研考會), 後來通過的放寬到七十個, 司又超過, 國民健康局的業務非常重要, 在那個時候再重新調整, 就變成了國健署, 司維持八個司。當時 99 年 3 月已經變成心理健康司, 現實面科數

與員額數一開始各科與人數都報到最高，越到最後真正分配時才出現現實面，一個人連人帶業務是否要移出去。綜規司最近也增加很多事，但人力沒有增加。

CC：當我去問臺北市衛生局，心理健康可否成立一個科，他回應寧願成立一個委員會，因為委員會由副秘書長來主持就可以跨局處，可是科就沒有權利，請問您同不同意這樣的說法？

A：設科還是同時存在委員會，心理委員會非常需要副秘書長來督導，如果人力可以調度的話，還是有專責的科來做委員會的幕僚。他可能會認為您的建議是希望把它替代掉。

CC：自殺防治中心可以跨局處，但要是成立一個心理衛生科還是可以跨局處的協調。這個是那時候的變化。

A：我們跟研考會協調，當年 2005 對國健局的被裁，認為裁掉業務更不利，林秀娟當時局長發表體制內意見，賴美淑前局長是學界公聽會意見，當時由王秀紅副署長主持。

CC：現在法條規定似乎司長、科長，任用都要醫事人員，公共衛生人員如何？

A：其實人員任用資格可以改，報修不會太麻煩。目前任用是將就司長人，只要寫醫事人員，表示有特別需要能有醫事加給。未來適當人選，擔任司長要有通過高普考，有過去歷練。牙醫界要當司長，要通過高普考人員，歷練已經到 12 職等，這個部份不會是主要障礙。適才適用，剛好符合用人規定，有一些用人規定是沒辦法更改的。

CC：我是看到如果公共衛生人員也有高普考，就在心理健康司有一些資深的工作人員無法升等，沒有辦法做到科長。當的都是醫事人員有證照。

A：衛生署的科長可以變成簡任技正，能不能副司長。如果法規條

例沒這麼多，準確的名稱，適用的辦法，司長或副司長只要其中一人不需要醫事人員任用，用人需要調整就可以。衛福部可以有更彈性的用司長與副司長，「得」有加給。身份，高普考表現有信心，出缺少。考普考都是教考用，專業證照較容易，重要組織規定再好，若無對的人作不了事。

CC：牙科就應歸屬在哪個單位？當初口腔會在這邊也看不到，到後來才出現，口腔委員會在十年前就有了，在國民健康局裡。當初楊署長希望把國民健康和口腔委員會獨立出來，專門成立監理會。

A：這個都是過程的版本，這裡就有口腔委員會，因為委員會就可以從不同的角度，作為一個政策的引導。委員會的設立是必要的，由於委員被三個機關拿去用以後，各單位的委員會的委員都不見了。有三個獨立機關才能用委員會，行政院層級的才能用委員會，後來各單位發現都沒有委員會了。後來也把監理改成健保會，這個版本最後還是有修改的。

CC：心理健康司很重要，如果成立一個心理健康會，會如何？

A：如果成立，第一個要有理由，因為已經有一個專責的單位了，為什麼還需要一個心理健康會。不是不能成立，要有業務職掌的描述，不能重疊，成立會很可能的幕僚還是他們（心理健康司），會有一個委員會的運作。

CC：比較像是更高的監督，暫時的。就像在行政院成立的心理健康委員會，他一樣做幕僚。

A：行政院不太喜歡成立很多的委員會，除非是跨部會，除非是跨司跨署，否則沒有成立的必要。健保純粹是公民參與的概念，原本他們是監理委員會，這個來源也不是從健保開始，是從公保勞保，就像一個公司有個董事會一樣。健保國營事業，轉變成行政機關，鄭守夏老師曾經擔任最後一任的總經理和第一任的局長。

CC：客觀業務應該放在哪？

A：醫療業務界定應在醫事司，但與心理健康司一樣，牙齒健康和心理健康對我們都很重要。日本在推動 8020 八十歲還有有 20 科健康的牙齒，所以有更多事前預防與促進，究竟應該結合在醫事或國健署？如果可否結合牙科醫療與健康促進由同一個單位管理，應放在哪裡？醫事司的口腔健康促進，工作劃分無絕對。

CC：口腔可以成立一個司的能量有多少，因為目前的兩個科，一個是醫療機構管理和牙醫師的部分。

A：這部分就是要兩兩相比，由部去衡量，與醫事司比能量小多了，與社會保險司能量也少（長照、國民年金），保護服務司類似社政方面是作什麼？一定要有司裁併才可能。

CC：護理與健康照護司可以嗎？

A：客觀看業務量比起心理和口腔放一起大多了，因為還有健康長照與偏遠地區醫療。這兩塊都是弱勢的，政府的照顧擺優先，又加上是護理，醫事人員中是大宗，問題也特多，護理照護司的業務量遠大於心理與口腔司，在沒有前瞻性發展下。心口司，應付外界議題，護理的議題相當多。弱勢、老人和身障的口腔衛生是跟他們可以扯上一點。除非部中有另外變動，長照的整併。社會照顧在社家署，健康照護在照護司。除非都放到社家署去，就讓照護司在長期照護中的負擔，比較有可能加一點工作。它現在的業務量，我們最少的 4-8 科，有些還在中部。當口腔健康促進回到國健署，要協調一個人分出來，國健署說只有半個人管這事表示口腔事情不多。專業分太細人力就不足，大家都在做轉介的工作，誰來做服務的工作？

CC：口腔要做政策，培養口腔護理師、齒磨技術員，未來還要訓練很多不同的專業，期許可以跟西醫一樣大。我贊同口腔的住院醫師訓練不該跟西醫住院醫師訓練一樣，他要調整，但跟心理放

在一起就是不對，應該就回到醫師，或回到綜合規劃。

A：綜合規劃目前處理的是衛生部內跨司跨屬中間整合性業務，如果口腔業務由綜合規劃司來作，給他適當人力是可以承擔了，無論在哪個司都是部的工作，如果放綜合不失為方案之一。沒有不合適，名字都可以，因為社家署就有「性別與綜合規劃組」，所以口腔健康及綜合規劃司。本身綜合是完整就是一個 Health or social program planning，消極一點只是做彙整，積極是政策規劃。各單位由需要的去設司，最根源就是要回到這個基準法要不要去修改，八司為原則還是為限。基準法不只是在調整期間，適用的是永久的。主要是基準法不設各單位依據業務實際需要設司，基準法是要送立法院，司的名是不需要。

B

採訪者：本研究協同主持人，以下簡稱 HH

受訪者：以下簡稱 B

HH：因為這個是研考會的委託研究，短期只有三個月，研考會建議要訪問一些組織學的專家。

B：我覺得所謂的組織，他這邊職能應該是在講 competence 或者是 capacity，那我的感覺是可能研考會那邊對於這個，這個是後來被 push 過的，我有去問過，因為這個是牙醫師，把一些以前社工、自殺防治這些東西湊在一起，然後他這樣湊一湊也不小，他是衛生福利部裡面二級單位大概第二大喔？

HH：你說業務嗎？還是員額？員額是很小，最小的司，大概 27 個人。

B：可是他科這麼大？

HH：科也是中等，因為他一個司最多可以八個科。

B：因為你看，社會保險司最大，他好像是第二個，然後其他都只

有四個科。你知道裡面還給他塞了三個簡任官的位子，你就知道將來是可以變大的。我想最重要的原因是這樣子啦，就是裡面有成癮防治、特殊處遇。因為我也聽說他們那些臨床的好像也很大，他們想弄一些東西，相信大概就是以前的牙醫這邊他們需要一個東西。

HH：以前牙醫是都沒有，後來是楊志良當署長的時候答應設了口腔會，就像法規會一樣。後來認為不夠好，所以就要成立司。

B：因為這看的出來是 RESIDUAL 放進來的，這種他最大的問題就是橫向的協調，比如我們舉一個例子，中央部會中有一個部會就是內政部也有這個問題，下面比方說警政署阿，或者營建署，這兩種人有個大問題是…在一個組織裏面有一個很重要的是，將來誰可以升上來做這個事情，還有因為他們是文官嘛，這個司長要挑懂牙醫還是懂心理的，比較麻煩，衛福部本身也有這個問題，不過還好是因為一般醫療比較大，所以還是他會去關心，比如說醫院裡面的社工，他會把它納進來，這還沒有問題。不過像這兩個(指心理與口腔)就比較困難，像他們內政部上面的，如果我把警政署升上來當二級主管的話，他叫不動營建署，營建署業務他沒辦法督導，我覺得這可能是，以後司裡面往上升要升誰，他們會有很多政治上的問題，因為他們的職能本來就不相容，這會是一個蠻大的一個問題。

HH：像他職能不相容這問題，就組改的精神來看，符合當初組改的那種精神嗎？

B：當初的組改，我覺得他只有抓幾個大原則，但是他的方向就是希望說能夠精簡，然後讓相類似的可以併在一起，然後有一些，也是要解決跨域的問題，以前有一些我們打他切散的現在合併在一起，可是你剛剛講的這個歷史它根本不是為了這個目的，他只是後來的 POLITICAL 的 LOBBY，所以它反過來，雖然說我在這個行政院組改大方向都達到的，削減一些部會，但是他本要解決的

一些問題可能又製造了一些問題，你應該是要這樣講。

HH：而且他的簡任官以上的也較組改之前增加一兩百個。

B：對，這也是一個問題，你知道他也沒辦法。等於說這是一個策略，等於像直轄市升格一樣，要讓這些政治人物可以當一屆區長，這也是這個意思，也就是說你下來但是我讓你升官，我要把你東西給裁減，但我讓你升官去當譬如說簡任技正。

HH：變成一個 INCENTIVE。

B：就是我不要讓你當主管，把你併了，但是我讓你幹一個也是有主管加給，但是不用負首長責任的，一般來說一個機關裡面有 2/3 的簡任官有主管加給，但是他不一定是幹主管。我給你更好的東西。這邊我大概了解為什麼他要三個簡任官，因為他要有三個不同業務的督導，雖然你們人不多，因為它的職能是分開的，他們三個彼此之間基本上是沒有辦法相容的。你看你們簡任官比社會保險司還多，他只有一個撰稿人，像是秘書長的感覺，放在那邊而已。那你們為什麼要有這個，就是因為他業務上誰看誰要把它分得很清楚，不然的話他司長自己也頭昏了。我覺得因為他是一個政治 NEGOTIATE 的產物嘛，所以當初設計的時候也不是照這個職能去設計的。

HH：若照衛福部組織架構，假設今天口腔/心理移列，那跟哪個單位是比較合適的安排？

B：我覺得你可以用相同的概念去想，其他地方也有這樣子問題，我自己的感覺是沒有其他地方可塞。尤其譬如說口腔涉及到醫療，是衛生方面的，你把以前的社工那邊排除掉，也就沒幾個「司」阿，要不然就回到以前的醫事阿，對不？不過它下面規模就變小了。

HH：他還是可以有兩科，可是口腔反對，不要在醫事司下面。

B：可是他現在只多了一半名字而已。

HH：對阿，所以部分牙醫也覺得在心口司下面業務頭重腳輕，心理佔大部分，口腔佔小部份，是本來業務關係。

B：他現在應該趕快把植牙這個東西要立法，因為現在問題越來越多。涉及到現在最大的賺頭，要是出什麼壓力會很大，馬上什麼 REGULATORY 的東西就會出來。

HH：當初是有說，口腔部分很多的法規，要單獨立法，把口腔生技部分，他們想要放到綜合規劃司，你覺得 OK 嗎？

B：綜規司的業務你可要知道，當時我們在做組改的時候，為什麼現在看每個部會裡都會有綜規司，它基本上就是現在研考業務的擴大，那它不在講專業，他在講政策流程的掌控，那個是政策管理的專業，不是這種專業。

HH：所以也不是很適合？

B：綜規司本來就不是要做這個事情，他是要做策略、督導考核，甚至他必須要做，你看我覺得這次在衛福部比較嚴重的問題，因為它有好幾個署，一般有署，像剛剛說的社家署，雖然是三級，可是他中間二級跳空，直接面對到部長，所以它中間一定要有一個綜合規劃司，有些時候在政策上起碼有些協調，因為直接到部長他也不是那麼懂阿，所以要中階的人協調幫忙看一下，或找外面的專家。所以中間跳空的設計基本上就是希望署也有政策規劃的功能，雖然他是三級的單位，這邊有個例外，就是健保署，它上面有社保司，最重要的原因是因為它有全民健康保險法，要有主管機關，一般來講署不是主管機關，只能有二級單位做，所以他還是這樣放。我覺得綜規司的任務絕對不是單一的職能，他是在做策略、研考、綜規，比如說看二十年後的事情啊等等，不是單一的，你把它丟到那邊就麻煩了。他必須同時做這件事情，又規畫這個業務，比如說拿了一億元要做口腔業務推動，到時候他還要跟地方政府推動，哇那是很麻煩。所以我的想法是說，它「心

口司」既然是這個樣子，在短時間你可能要做橫向的協調，但橫向協調裡面絕對不會有職能協調的問題，不會說牙齒壞掉得精神病，它沒有什麼職能上的關聯。我覺得這種方式的運作，未來一定要分成兩個司，但一般來講地位已經爭到司的位置，你想由儉入奢易由奢反儉難，它不可能再往下跑，現在之下，這邊這簡任官就很重要，彼此要協調，但是平常跟地方政府的 OPERATION 它又不同等，等於說是一個司裡面有兩個司。

HH：依照目前的規劃員額上限是 27 個，您覺得這樣的員額負荷的了工作量嗎？

B：我沒有 ENOUGH INFORMATION，我沒辦法，一般來講我們要做工作分析才知道。

HH：中央合併，地方沒合併，這樣會有什麼優缺點？

B：我覺得單一業務一般來講，衛生業務中央跟地方的合作方式通常有兩種。一種是中央訂法規，足夠的錢給地方，請地方運作，那是法規規定，所以要多少錢，所以就撥下去，有很多是制式化，比如像癌症篩檢，這有點像行政的委託，中央政府委託地方去做，這是必然的，因為 SERVICE DELIVERY 不可能在中央就沒了，它一定要到地方政府。另外有一種就是，設一個方案大方向出來，可能是個計劃，這個計劃出來之後也有一筆錢，但是他不知道怎麼用，就請地方政府申請方案上來，比如說愛滋病宣導，我尊重各地方做法，你們就申請，我就給錢，然後我做評估，比如一年做一次。這兩種運作的模式，我倒是認為不會受到組織的影響，因為到時候你有承辦人、經費、簽核，你就一個方案一個方案的作。

HH：對於行政效率會有影響嗎？

B：現在最大的問題是，衛福部，地方還是有社會局嘛，事實上也是分開的。我們蠻早就預期到說，中央和地方不一定要一對一的對應，因為地方上可能有獨立的資源，比如說長照這個東西，大家都知道長照那十項當中，有三項是衛福部給的錢，有七項是內

政部給的錢，現在都是同一個地方，可是在地方上錢在拿的時候是兩個單位，在中央還是兩個分開的。我的想法是只要它公文有人接、有承辦人、然後在執行過程中有指標，也知道該怎麼達到指標，那地方政府會想辦法去 FULFILL 這個事情，更重要的是在 SERVICE DELIVERY 後端的地方，要注意到在地的差異，我剛講的社會福利那塊，地方有自己的配置，像台南市就有把長照提到二級單位，有主任，他們可以依照他們自己，依照地方自治。只要中央要求地方做的事情，他們組織上有些問題，他們自己可以去調整，我們不需要去管，一對一的對口。所以到後來可以當作一個方案的概念。我跟你講一個，我覺得很重要，我們老中喔，因為受到大陸法系的概念影響很大，它也影響到我們的行政法，行政院組織基準法裡面規定，作用法跟組織法要分開，但是這在英美法系國家有些時候是沒有辦法想像的事情，因為組織法跟作用法為什麼要分開？在大陸法系國家，它告訴你說，我先不管政策內容是什麼，我先給你錢、給你組織，然後你就是主辦機關，你就想辦法去把跨域協調這些給做好，我不管你。可是呢，在英美法系國家，我有一次上英國的衛福部的網頁，我想找這樣子的一張圖（指組織架構圖），我想說奇怪沒有這樣的圖，然後我找到他們去年的白皮書，一打開來第三頁，你知道它是一個什麼？它是七大方案，它是用方案的概念來組織它的部會，我今年有七個方案要做，我把人配置這樣。所以你剛剛問的那些問題，基本上都是大陸法系的概念，要有一個頭啊、要有主管啊，然後立法院可以罵人啊，然而事實上這在一個多變的時代事實上是蠻落後的，你現在如果這樣想，如果從方案執行、服務輸送的角度來看，只是一個圖章要蓋誰而已，它做事情的時候一樣是要資源配置。問題是他這樣子的組織架構，有多少的可能性可以相互支援？人力會相互支援、搬來搬去，CAPACITY 到什麼程度，像健保署自從變成行政機關以後，他這種季節性的人員流動就沒了，以前是可以的，因為是公營行庫，沒有像行政機關一個蘿蔔一個坑，年初要

收費的時候可以大家都去做收費，人力有彈性，可是變成一般行政機關就掛了，我今天在這邊我就算是精神防治的專業，可是對不起，我長官沒有講就不關我的事，我即便沒有事情，但是也不能隨便就答應去幫你。所以你可能要想像說，這種協調的機制，從長官、到簡任官、到下面，它有沒有這種觀念，如果有的話，我認為你到底分了多少、在哪裡，就沒有那麼重要，我們反而是要去討論說你想作些什麼方案？這些有沒有辦法在現有的人力下達到？而不是說你們這個組……所以你們這個研究題目非常有趣的說在講組織職能，可是這個定義是大陸法系的概念。

HH：這題目是研考會給我們的。

B：對對對，我的意思是說研考會他訂這個行政院組織基準法，是大陸法系的概念，那當然也跟我們行政法的淵源有關係。台灣非常好玩，學政治的都是美國回來的，是英美法系，可是學法律的都是德國畢業的，都是大陸法系，所以常常他們兩個觀念會不太一樣，我們常談政策、談方案、談協力、談跨域執行，但是法會講得很清楚，誰蓋章、誰負責，然後主辦單位事先講清楚。所以如果我們可以把方案，要執行的方案，放在跟組織同等的地位上，而不是方案在下面的話，我覺得在執行一些事情的時候，我們看的是方案的績效，然後再去討論說如果我們過去四五年都是這樣子的量的話，那可能組織這樣子人力是不夠的，對你可能還要有一段時間去測試一下，就你剛剛講的 JOB ANALYSIS，才知道在做什麼，然後人力評鑑的內容、業務可能要執行個一兩年。

HH：因為立法院有個主決議，就是心口司成立一年希望能夠檢討這樣的整併，老師覺得一年這樣檢討，有辦法在這樣的架構底下去？或是有沒有意義？

B：我覺得一年檢討有很多事情要看他們的業務是不是 YEAR ROUND，如果是 YEAR ROUND 就 OK 嘛，就像現在我們在看那個健保會，它過程評估一年是差不多，但你也是要看它有一些業務是不

是每年都會碰到的，如果突然碰到，人力的 CAPACITY 就不一樣，例如可口可樂口腔癌。看起來這種成癮防治、精神疾病都是隨時都在做的事情，可能也是很多 YEAR ROUND 的，如果說像健保會它錢沒有不夠就不會啟動像收支連動這種東西的話，那我們今年就不會看到，今年因為補充保費收太好大概沒問題。

HH：因為從預算編列的時程，102 年的預算 101 年就做了，都跟組改沒有關係，就是把預算 MERGE 進來，很有趣的是 103 年預算也是 102 年就做了，所以它其實跟 102 年沒有太大的變，所以 EVEN 它是 YEAR ROUND 的業務也看不出來有沒有變動。所以一年後要檢討的機制老師覺得會不會……

B：那個主決議，健保也有一個兩年的那個，我覺得從形式上你當然是可以做啦，但是它必須要很現實的去看到一些 CONSTRAIN 的條件，跟一些如果沒有，我覺得這個東西必須要有一個 THE WORST CARE SNERIO，就不是當什麼都不能變動，你們反正怎麼樣同居也好反正就只能塞在一起的時候，我們就想出一些不一樣的方式去處理，你也不能說我想變司就變司，一個部裡面有多少司的總量是有限的。

HH：對，所以研考會就說如果在總量不變的前提下，一年以後的檢討老師覺得會有怎麼樣的可能？

B：我覺得預算的本身不要想的這麼死，我覺得去看的是他們的 JOB，就是他們到底做了什麼？什麼是跟服務輸送有關的？我覺得新的單位，最重要的是立法，叫做 LEGISLATIVE PLAN，這個東西它幾年要做，因為做的時候要很多預備動作阿，你可能要包研究案出去、要蒐集國外資料、不斷開公聽會，像這些東西業務的量是開發出來的，所以這段時間他們要將來變大一點的話，就跟他們講說多開發業務，我才告訴你說有沒有需要。所以這要把它看作一個 DYNAMIC，不要把它看小了說喔就只有這些預算，有時候如果這件事情很重要，就像我剛講的出現一個可口可樂口腔癌，

那舉國譁然，一出來之後我告訴你衛福部也會拿錢給你，第一預備金、第二預備金，所以我覺得業務也是看他們這一年之中可以變出什麼戲碼，不然有時候根本沒有業務你就玩不下去了。

HH：但是他們兩個專業都期待分開，一年後有可能做這樣的處理嗎？

B：我覺得當然是不太可能，起碼內部就搞不定了，你當時的情勢並沒有改變。除非有一個狀況，可能 AGENDA SETTING 有一些變化，但這變化基本上都是 OUTSIDE INITIATE，是從外面爆出來的才有可能。不然對部長來講，沒有外在的 INCENTIVES，我是不是還有食安的問題要處理，就很煩，不是在 PRIORITY 裡面就不太可能會有什麼太大的動作。那你們上一次為什麼可以這樣把它搞出來，是因為剛好在混亂的時候，現在對綜規司和研考會來講應該是 SETTLE DOWN 的時候，不應該再分，如果再分其他單位也會講說那我也要分，這個時候部長就很難幹。所以政治可行性上，除非有外部的 INITIATIVE 可以提供 JUSTIFICATION，那不用講，蘋果日報都幫你講了，不然不太可能。已經對你不錯了，講難聽一點，以前只是一個科裡面的業務，現在讓你弄成這樣，你現在還要，有人野心還比你更大咧，那為什麼不是他而是你？不過有一個可能性是往下發展。

HH：或者有可能是心理的業務變大，使口腔……

B：可是口腔變成一個署喔也不容易，你看看衛福部這幾個署都是傳統大署，事實上內政部社會的人剛過來的時候，他一直 COMPLAIN 他們搶不到署。在中央有一個迷思，他們一直認為署比較大，因為首長有獨立預算，覺得比較大，所以他們會想幹署，所以你要往下去弄也很難，這幾個都是太重要的。

HH：業務量也撐不起來。

B：也撐不起來，所以我覺得反過來要說服外面的人，你要在兩三年內把法治環境先建立好，有法才有執行的 CAPACITY，看看的德

國有什麼、法國有什麼，自然而然會出現一些業務，才會長大。

HH：老師覺得研考會或是政府它會在乎說像心口合併，在全世界都沒有，他們會考量世界的趨勢然後把他們分開嗎？還是其實不重要？

B：一般來說，從沒有到有，國外有我們沒有，這個 ARGUMENT 比較 STRONG，可是現在有了，只不過說覺得房子要變大，你覺得太小，才玩一年就想要把它弄大的話，我覺得那個起碼在 JUSTIFICATION，你知道公共政策它需要有一個說法，這個說法是不是夠 STRONG，是不是有 OUTSIDE 的 SUPPOUT，也不是人可以掌控的。

HH：所以只主張心理跟口腔業務根本沒有關聯，我們這樣是很 SHAME，這個理由不夠強是不是？

B：我覺得其實是已經有了啦，你現在的問題並不是你餓死了，是你吃的不夠 Luxury，那如果像我要反對的話我很容易啊，我就說你把你業務拿過來，看看你在做什麼東西，人事行政總處就會這樣 EVALUATE，如果你業務量不夠大，你要弄成一個司做什麼？你把這個司切成兩塊的話，現在看起來是最小的。

HH：所以關鍵還是在業務？

B：可能需要兩三年去成長，我自己覺得心理衛生這個東西比較有可能，ARGUMENT 比較強一點，可是口腔這個東西真的實在很難再 EXPAND，頂多有一些新的醫療科技的引進，可是有很多在健保那邊也都做了，你有什麼 REGULATORY 的東西可以做？就比較少。那管牙醫師，好像是醫事司在管吧？

HH：牙醫是有一個 ARGUMENT 說阿你中醫師都只有五千多個，也可以變成一個司，雖然他們有管草藥、另類療法，牙醫是說他們的 CAPACITY 也有那麼大，只是政府不重視，所以移到這邊只是他們

的開端，他們有很多業務。

B：對阿，所以如果我是長官，我就說那你開始做啊，看做出什麼，現在政治上我沒辦法給你任何東西。

HH：從老師的觀點來看，目前其實沒有那個條件可以……

B：你剛剛才搶到那麼多，你現在一年都還沒到，又來要，我們正在忙別的事情，我覺得那感受就不好。

HH：最主要是心理不願意跟口腔在一起，他們覺得不倫不類，所以就這個觀點來看心理成立一個司的可行性…

B：我覺得是比較高，心理健康這個東西在過去二十年的台灣，不論是學校的學系也好，或是醫院的看診量也好，台灣越來越開放，譬如說小孩子有什麼問題，以前可能覺得是神經病，現在比較願意去找心理醫師，所以有很多的起來。所以還是要看那個CAPACITY，他怎麼把它變成一個重要的業務。

HH：所以當心理的業務到一個量的時候，口腔可能被迫要移出去對不對？

B：有可能是口腔被邊緣化。不然就這樣也很好，你們反正就兩個在裡面競爭，然後就開始膨脹，你可以抓到重要的事情也可以得到長官的支持那你就做，這樣整個司就會變大。

HH：心理就是覺得當時候牙醫就是靠他們的政治實力去 LOBBY，迫使成立一個司，然後心理的抵抗力小、組織工作不擅長，那也沒有政治實力，又被迫成這個樣子。張老師也是藉這個研究，其實這個合併看起來也是不合適的，所以想要知道在這樣的組織架構底下，有沒有更好的安排？

B：更好的安排…應該是說…我認為去，站在現在有利的位置上去擴張你的業務，才是正確的，因為你如果真的固守在那個，就是以組織的大小來判斷你可以拿到多少東西的那個，我覺得即便你把它撐大了，有時候那個裡面要做什麼你還不知道，所以你不如

花幾年的時間，大家就相互妥協一下，就說你也想、我也想，沒有關係，反正有資源我們現在就來做各自的，你也不要來阻止我、我也不阻止你，我們兩個先 BALANCE 一下，先擴張業務，當業務大到一程度你大概不改也不行，就說他有一個 PUSH 的過程，對。這可能是比較合理的方式，況且你存在的目的，我覺得有時候公務人員會搞不太清楚，因為組織本身他就會自己尋找出路，就想變大，問題是你業務都還沒有你想變大幹什麼？搞得這麼框框架架要幹什麼，你重要的目的還是人民因為你意識到這些問題，你把問題給解決掉，關鍵還是在這邊，所以如果你要我去評估，我一定問你到底幫民眾解決了什麼問題，一天到晚在那邊叫叫叫要變大、變一個司，對不對？我常開會時會這樣罵他們，就說你滿腦子想著要變大，變大要幹什麼？你的目的是什麼？這每一塊錢都是民眾拿來的，要幫民眾解決問題，那請問什麼問題？你連這個都還沒研究，一天到晚來跟我要一個司，我才不理你。所以那個先後的順序要講清楚，有時候組織的本身就會變成目的，我覺得這蠻關鍵的。我並不是說這不應該，可就目前這個概念看起來，我覺得時機沒到、政治可行性不高，你真正為民眾服務這個東西，你要把框架架起來說喔我們這個司是很好的，我想這個是很重要的，要把規模、方向、目標抓好。不要再跟人家爭什麼，因為是我你才活得下去，爭這個一點意義都沒有。除了擴大你自己的地位之外，你做了什麼事情？過二十年後你看一看，你做了什麼事情？除了錢多、講話很大聲之外，NOTHING。

HH：老師，太謝謝了，收穫很多。

C

CC：對目前您看到心理健康司中各科業務，請問與美國相比有何優缺點？

C：組織要有明確宗旨和目標，目前台灣只呈現業務，是不清楚功能和業務混在一起談 Function and activity 應分開。「司」要弄清自己扮演何種角色，是技術協助角色，還是監督角色。不知功能，沒有願景與 plan 如何辦事?心理健康司，在心理健康政策上有主導權或參與權，跨系統合作重要，地方上謀合，要找心理健康司。衛生局做事，想知道台灣心理健康政策，有需求與批判時候向誰說?功能在業務之先。

CC：美國經驗?

C：在美國特別敏感，不單是透明度，不能有權力衝突，如果管醫療制度，最好不作監督評判司，是監督結構，紐約心理衛生廳有審核醫院品質、認證、醫院內部結構有無彈性，美國有幾十年，都在改革

CC：心口司可以分開嗎?

C：當然可以 (NY) 不叫 (Department of MH) 叫 (office) 廳早期 (Department Mental hygiene) 低能傷殘、酗酒、次等公民，酗酒。

CC：對心口司有何建議?

C：對心口司，很難講要作什麼，功能性不一，會變成各管各，單位主管能掌握嗎?口腔競爭對象是醫療制度，美國屬於醫療制度衛生局中無口腔科，只有專業 dentistry speciality 與外科、婦產科依樣是專業，現在台灣制度不正常。需要瞭解每個專科的發展與資源競合，佔國家資源分配部分為何?口腔健康應放在一般慢性病防治一起推動，須了解立足點、必要性、重要性、優先性，包括十大死因，都比牙科重要與急迫。

D

採訪者：本研究協同主持人，以下簡稱 HH

受訪者：以下簡稱 D

HH：司長請您跟我們談談就您經歷過的幾個組改階段，這幾階段裡面，心理健康和口腔的變化歷程？

D：這一波組改，其實是從九十八年啟動，剛好我是從九十七年來的，所以這一波的組改我有一些實際上的參與啦，它其實是分成幾個階段，第一個重要的關鍵是葉署長的就任…

HH：是葉金川署長？

D：對，葉署長這個是他最大的貢獻，他有很多貢獻啦，我不會說話，但是對心理健康的重視是他就任開始。他是九十七年九月間就任，沒有多久我們就開始籌設心理健康辦公室，好，就是準備要過渡到心理健康司的一個前置的專責單位。那個時候正式的掛牌我記得是在九十八年一月的時候開始正式運作，當時他就是派了當時的桃療，署立桃園療養院的陳快樂院長擔任這個辦公室的主任，然後當時就由醫事司、國民健康局，還有 FDA，共同就派了一些人，然後就成立這個辦公室，掛牌就掛在城區分院，然後就分成三組，一個是精神醫療組、一個是物質濫用組、還有一個是心理健康促進組。那時候的雛型就出來了，所以在我們第一次做規劃的時候，這個就是當時的草案，九十八年六月開始要把這個規劃報告送到行政院，雖然我們送到行政院的是衛福部的組織法，但是要把處務規程，會有這些單位名稱的，這個是屬於處務規程，在組織法裡面不會呈現，修正案會要求我們送去，所以當時這裡一共有九個司，裡面就有一個心理健康與物質濫用防治司，就是心理健康辦公室未來要變成這樣一個單位，所以這就是葉署長的時候訂的，就是很重視心理健康和 substance abuse 的問題，簡單的來講就是要仿 SAMHSA 啦，這個美國的 SAMHSA 有個獨立的專門單位，那後來呢…

HH：當時就規定設八科是不是？

D：對這個就是當時的一開始的規劃，九十八年六月送行政院
的規劃版本，就是這樣。

HH：那當時為什麼會考量是八個科？

D：八個科就是…到底細的八個科我不是很清楚，但是因為當時各
部會最高就是八科，一方面當時的想法是把國民健康局的心理
健康的部分拿過來，然後醫事司的精神醫療這邊要拉過來，還有
物質濫用，包含那個 tobacco 菸害、酒害還有管制藥品通通拉進
來。所以範圍真的是很大，當然還有心理健康促進這個部分是過
去比較沒有重視到，所以合起來精神醫療、自殺、物質濫用通通
定在一起之後就是這個規模，很大，所以八科定在一起也是還好。

HH：那在九十七年之前呢？九十七年是 08 年等於是馬總統就任了
嘛，那馬總統就任之前您有印象嗎？

D：那個時候還沒有這麼細規劃，我沒有看過更早的版本。這個是
已經見諸於紀錄的。據我的了解，即使有，也沒有這個（指心理
健康）司，這個葉署長來了之後才出來的。

HH：所以在葉署長來之前心理健康是沒有司這樣的規劃？

D：對。因為他九十七年就來啦，九十七年九月他來，我們九十八
年成立心理健康辦公室，這個是九十八年六月送行政院。所以
initiate 這件事是葉署長，我的了解是這樣。然後後面就是有一些
轉折，第一個就是我們送上去之後就面臨到一個問題，行政院
就有一個定調，因為當時各部會都在做組織，就說最多只能有八
司六處，所以我們這個六個處 OK 但是九個司就不行了，就說要
降，要變八司六處，然後怎麼辦呢？當時就在想要怎麼辦，然
後我記得有一次張老師就跟一些團體，好像你（指 HH）也有去嘛？
就去拜訪總統，就到行政院去，我還記得我也去作陪的，然後總
統就承諾說對於心理健康這件事情他很重視，他也覺得很重要，

就是這樣。在那之後有一個轉折就是原本在九十八年六月這個版本沒有國民健康局，國民健康局的業務就拆成說也是屬於健康促進就回到健康促進、疾病預防就拉到疾病預防，你看有些名字都改了，叫做疾病預防管制署，你看現在叫做疾病管制署喔，像肝炎、癌症篩檢啦這些疾病預防的，跟美國的 CDC 是一樣的，像慢性病啦 NCD 等非傳染性疾病通通併進來，然後純粹是像減重、健康促進、菸害、酒害、婦幼衛生什麼的就都到這邊（指健康促進司）來了，就是拆成三個單位。然後到九十九年三月在這中間的時候，又想到國民的健康還是很重要的，所以就出現了國民健康署，國民健康署之後就拉掉了健康促進，但是還是維持叫心理健康司，這就是九十九年三月的版本，就是到行政院報告的版本。那這個版本就是後來的行政院版本，就是這個時候定的，到行政院審查完後，送入立法院開始審查，九十九年十二月開始，還是這個版本。

HH：所以送去的時候他還是八個科嘛對不對？

D：對那個時候是八個科。

HH：那當時候八個科裡面有員額的限制嗎？

D：那時候是因為研考會還沒有實質審查，他們就是先送行政院看架構，架構 OK 之後再送研考會實際審查，才會開始一步一步審，才會開始審我們的處務規程，所以當時還沒有(提到員額)。

HH：那最早是什麼時候提到員額，您還有印象嗎？

D：員額的話，在處務規程的草案，一百零一年的八月，這個時候就變成六科，這時候才有提到人數要限制。不對，後來就變成了四科八月二十四日審的時候。九十九年送審就審查了很久，到八月二十四日定案的時候，就是行政院組織改造推動小組就是給了心理健康四個科，每個司都降。

HH：這中間研考會有什麼特殊的考量嘛？

D：當然就是組員額，有人數限制。這個時候人就定了，二十六個。

HH：那後來改成和口腔合併，口腔最早出現的是在什麼時候？

D：出現的時候是在一百零二年審預算的時候，是衛環跟司法聯席會議，在一百零二年的一月三日下了一個主決議，要求我們將心理健康司改設為心理及口腔健康司，而且修正處務規程，一週內送該會議。

HH：最早之前沒有的時候，口腔的規劃是在？

D：口腔的規劃是在一個會，在葉署長的版本都沒有提到口腔，到了 99 年送行政院的時候也沒有口腔，所以是後來在楊署長的時候，楊署長就說給你們一個會，很多的業務還是要回到原來的主政單位，不要把各類醫事人員切開，當時候還說一些發證發照、教育的、人力的、管制等等，還是在醫事司處理，至於口腔健康的政策什麼成立一個口腔健康會。

HH：那之前在衛生署裡面，口腔有任務編組的委員會？

D：有，以前那個叫口腔醫學委員會，這是根據口腔健康法來的，就設一個委員會，一直都有。就是做為政策諮詢單位。

HH：所以組改之後也沒有說要把它廢掉？在當初還沒有出現，在葉署長規劃的時候也沒有打算要把它拿掉？

D：對，葉署長規劃還是留著，因為那是口腔健康法的規定。

HH：所以從四科變成現在六科，是不是跟口腔併進來有關係？

D：對，就是在 102 年 1 月 3 日有這個主決議之後，我們在 102 年 2 月 1 日就修正了這個處務規程，然後送研考會核定。核定在 102 年 5 月 31 日研考會審查完後就決議，讓他從四科變成六科，同時更名為心理及口腔健康司。

HH：但是他的總員額數還是沒有變嗎？

D：對，只是科增加了，但是總員額數沒變。

HH：研考會有說為什麼嗎？

D：就是總員額法，他的意思就是說總員額你們自己調，是部的權責。

HH：那您知道在這個部的討論裏面有曾經說要把心口司的員額增加過嗎？

D：因為這個我們有七大分組，就是人事分組的，那個時候有曾經有討論過，意思就是說好，口腔的業務原本在什麼地方就隨業務移撥。變成心理及口腔健康司就會有些業務從 FDA、從國健署、醫事處移過來，所以當時的決議就是人事分組七大分組隨業務移撥。你也知道平常都說業務很多嘛，但是說要移撥的時候他們就是會說沒有沒有我們這業務都是 1/4 個人辦而已，真正到最後移出來的只有兩個人。所以從 26 個變到 28 個。

HH：那以前在醫事處的時候，心理衛生科總共是多少人？

D：以前四科的時候才 7 個人。

HH：更早的時候不是有到 16 個人，以前謝國珍科長的時候你有印象嗎？

D：後來都移到中部辦公室去，後來這個科北移的時候最後正職的就只有 7 個，我都說是 7 個小矮人沒有錯，是 6 個小矮人加科長啦。最早 16 個有的就去中辦的醫管會、護理及照護司等。

HH：最早組改的時候，葉署長的版本裡面是不是也沒有出現照護司？

D：對沒有，照護司出現是什麼時候呢？就在 101 年 8 月也是立法院的一個決議，說要成立一個社會及家庭署，多了社家署原本的

社會照顧及發展司就沒有了，就多一個司，就出現了照護司。所以它的成立非常匆促，是邱署長在任的時候。

HH：楊署長在任的時候口腔就已經在遊說了嗎？就您知道那時候說要改的時候，署裡面有想要把口腔獨立成司嗎？

D：當時候在楊署長任內，還是主張政策可以由委員會來制定，但是所有的醫事人員部分還是統一管理，事權統一啦，所以都會在醫事司，當時也沒有護理，所以就通通是在醫事司裏頭。

HH：那現在口腔和心理合併在一起，您認為可能的優點和缺點是什麼？就您長期的經驗來看？

D：以心理這個部分來看，有心理健康司，估且不論它叫做心理健康司或心理及口腔健康司，有心理健康司的一個專責單位，這是絕對值得肯定，而且我覺得有這樣的單位他就可以慢慢去擴展，雖然我們現在有六個科，但是未來要變成幾個科，上限是八個科，這個也都有前例，就是隨著你的業務還有層面、政策的走向，可以去做調整，這絕對是一個好的事。那麼口腔健康這個部份，以現在回頭來看的話，因為口腔健康國家在其他國家他也有一些先例，因為它是一個獨立的部門，大家都知道醫學和口腔醫學已經都慢慢分開了，以前是在一起，現在都已經是分開了。但是跟心理健康不同，心理健康它的層面不是只有醫療部分，還有涉及到社會學、心理學，跟傳統的醫學不一樣，那口腔還是醫學，但是口腔醫學跟醫學其實也是有一些分歧，那把它獨立出來也是好事，跟用一個委員會不同之處是在於說委員會可能只有政策，那它的預算、它要執行必須要有一些施政計畫，必須要有一些行政人員，讓政策來落實成方案和施政計畫，那麼有一個單位專責來做這個工作，對於口腔健康的發展也是對的方向、正確的發展方向。只不過是囿於很痛苦的就是衛生福利部的業務實在是太龐大了，受限於整個組改，行政院已經定了一個規矩，要在那，八個司就是上限，但是我覺得這八個司只是因為現在很多部會在改

制，所以在過程中讓大家不要有太大的分歧，所以才定這個規矩，所以等到都上路之後，還會再重新檢討，那至於我也不認為說就不可能說再獨立變成兩個司，你現在慢慢去運作，發現說，我也認為說心理和口腔是兩回事，絕對不會有什麼關聯性，不會有說什麼心口合一、口是心非什麼的，我也不認為如此，它還是各自是獨立的，所以發展到一個階段再分出來，以前也有過，醫政處也分出了照護處、醫管會，以前都在醫政處，後來因為署立醫院越來越多，所以弄出了醫管會，也因為護理受到重視、長照的體系需要發展，所以也拉出照護處，才有所謂的長照科在裡面，它除了所謂的山地離島科、護理科、還有一個長照科。那現在我們心理健康的發展越來越大，口腔健康也抓出了一個方向，體系也開始發展，以後再分成兩個司也不無可能。只是說在這個階段，以行政院的角度來說你是無中生有，無中生有怎麼一下子要這麼多司呢？所以還是組改還是要讓他好運作，所以就先上路，再看未來的發展，再做結構的調整。

HH：依您的經驗來看，立法院有說一年後要檢討，您覺得一年後再來做改變這個期程容易的嗎？

D：就是說一兩年內應該要檢討，現在成立之後要趕快擬出你的政策白皮書，你到底在心理健康的部分的規劃，心理健康是比較早有的，我記得我在當醫事處長的時候就有在委託學者大家來討論，就有一個心理健康白皮書出來了，就是為了要讓心理健康司成立之後，它的業務有一個上位的政策白皮書，讓他去發展業務計畫。那口腔的部分是比較倉促，但是還是重要，所以就看口腔健康在一年內它應該要趕快有一個國民口腔健康政策白皮書。那這個時候再來檢討說，是不是要分開？還是說再維持一段時間，只是科數增加？這個就是看各自的政策走向。

HH：假設一年後心理或口腔其中有一個部門要跟其他部門合併，您的看法是說，是口腔跟哪個司合併，或是心理跟哪個司合併會

比較適合？

D: 我是認為是要看業務的發展，如果說是一大一小，要不要切割，到時候還有得討論。但是如果說兩個都很龐大，很重要的時候，就非得切割不可，因為太大沒有辦法運作，兩個完全不一樣的 field，有落差，主管也沒辦法來管理。如果說兩個都發展得很大，我覺得說要來跟行政院爭取再多一個司。其實也曾經有過九個司，最早的時候是九個司，倒也不是說沒有機會。

HH: 以心理健康角度，您以前主管過心理健康業務，他的業務願景是可以期待的嗎？可以有更多發揮？

D: 如果說衛福部的成立，對心理更是好，因為我們很多過去的衛生署，畢竟他還是比較偏醫療，所以其實心理健康的部分真的是跨多重專業領域，特別是社工這個領域是特別需要借重的，可是過去因為社工主管單位是內政部，專業社工的發展是 under 在內政部的思維下面，那現在合併成為一個心理健康司，大家一起來統籌，我覺得它的發展是很強大的，很可以期待的。

HH: 但是從它的預算來看，102 年和 103 年其實沒有很大差距，您看為什麼會有這樣的發展？是因為還不知道要做什麼嗎？

D: 應該這麼說，當時候我們的國民健康白皮書裡頭就有牽涉到預算，有要投入。可是這幾年政府預算縮減，雖然衛生署變衛福部預算有增加，但是那是社福的預算併進來，原本的衛生業務預算並沒有增加，而且還是在逐年減少，那減少的情況下，其實心理健康的部分是沒有減的，當時在醫事處的時候都是在減別的地方，但心理健康沒有，因為他還需要 growing，這是一個 base，他當然因為以 102 年來講他是去年就審定的，所以今年的預算絕對不會調整，那麼明年的預算是在今年初就提出的，那個時候也不知道會有心理健康司要成立，還 under 在醫事處下面，只不過是因為 5 月 31 日通過之後我們就開始切，把醫事處的預算切出來，而不是在心理健康的架構下，來不及提出，因為在年初的時

候行政院就框定一個額度給你。所以我們能夠比較在思考未來，是從現在開始到明年的 3、4 月，我們要提出概算以前，整個部裡面的預算還有機會審視，還可以來調，根據他的 priority 來調，當然它的調也不可能調很大，就是逐步來。

HH：所以要等看明年的經驗之後，再看 104 年的預算是不是可以有變動？

D：應該這麼講，103 年上半年要送 104 年的預算，所以那個時候就要來調整，那時候是個關鍵時候，現在到明年 6 月以前，才是真正心理健康司的開始。

HH：那口腔在心口司成立以後，就您的了解預算有增加嗎？

D：也都是沒有。102 年沒辦法動，103 年在上半年編好的，所以都沒有。跟心理比起來也只是一點點，所以都是現在開始到明年送預算書到立法院之前，要重新檢視。

HH：最後一個問題，也是綜規司的業務，就是中央已經組改了，地方上還沒有，那組改之後中央要怎麼與地方合作會比較順暢，在口腔和心理業務方面？

D：這個分兩塊，如果是心理的部分，我倒是比較樂觀，因為心理的部分很多地方，這幾年自殺、毒品的議題很夯，所以在地方來講很多衛生局底下已經設了心理健康科了，有專責單位做對口。那口腔就比較麻煩了，他會牽涉到比如說醫療業務，醫療業務的還是在醫政科、課，他會涉及到保健業務口腔預防，會在保健課，所以雖然它的業務中央整合在心理健康司，但在地方還是分開的，那就好像長期照護的問題，在中央已經都是衛生福利部，但是在地方它又分社會局和衛生局的業務，所以現在我們的策略，先從業務上做合作，因為地方上還是要看它的業務發展。

HH：公文派送會有困難嗎？

D：公文派送現在還好，因為我們有開過會然後有窗口都定下來。

HH：那在口腔和心理的部分？

D：麻煩的是在於，醫療業務會到醫政課，但是心口司的公文是誰收比較麻煩，要先看是心理的還是口腔的業務，是心理的還要看是醫政的還是保健的，就比較麻煩。這個一定需要磨合期。

HH：您預計磨合期大概要多久？

D：一年差不多。所以我們很重視聯繫會議，我們過去跟衛生局大概四個月會有一次聯繫會議，把這些主管單位都找來，一年三次，明年大概可能就是要三個月一次，或是加開也不一定，就是說他們遇到有什麼問題就是要提出來。經過這樣的交流，問題就可以處理掉，這也是我們（綜規司）的業務。建立這個平台大家可以協調。

HH：綜規司辦這個業務那心口司的人是要參加？

D：都要，本部的各單位加上附屬機關，加上衛生局、社會局全部都來，一次大概一百個人左右。

HH：所以這個平台您認為有效率嗎？

D：我們在組改之前跟之後都靠這個平台發揮功能，那之後可能還要更細緻，議題導向的才有辦法，可能不要那麼多人，可是要常一點開會。

HH：最後司長有沒有什麼對於心口司的成立有其他的話要說？

D：我是滿心歡喜迎接這個新的單位，我覺得這是我們進步的象徵，但這個整個組改的過程當中，如果說創立是這次組改的貢獻，因為其他說實在是作微福的調整，但這個是為我們的未來做前瞻性的規劃，非常的雀躍，我覺得很棒。

HH：好，謝謝。

E
<p>採訪者：本計畫主持人，以下簡稱 CC</p> <p>受訪者：以下簡稱 E</p> <p>CC：心口司合併，會否因此影響心理司的發展？</p> <p>E：組織的基本面與一個人，一個個體一樣，需要獨立自主發展，追求公平、正義。</p> <p>CC：對我們這個計畫怎麼去收資料有甚麼建議？</p> <p>E：「心理健康司」的形成，需有其基本理念、願景、功能，再呈現其相對應的業務。假如一個新成立的「心理健康司」，他的功能沒有超越原來組織的工作層面，則就應回歸原本屬於的各單位，不應成立新的司。精神醫療與口腔醫療都屬於醫事司所管理的，回歸原來定位。先提到組織科別：應該要注意的是(1)設計規劃、(2)預算分配、(3)適任主管，以及(4)業務政策。資源分配的架構方面，包含(1)三段五級均衡、(2)特殊群體的介入和預防策略、(3)專業體系持續、(4)民眾心理健康意識提升、(5)政府、民間體系的協調與整合，以及(6)跨部門、領域的心理健康政策。</p>

1. 三段五級均衡
2. 特殊群體策略
3. 專業體系
4. 民眾心理健康意識提升
5. 政府、民間體系的協調
6. 跨部門、領域的心理健康政策

其中，第(1)點，政府在三段五級的業務預算，應該要有合理的配置(百分比)，預算是一個客觀的指標，表示組織在資源有限下，對不同業務重視的程度。第(3)點的專業體系中，精神醫療的照顧一些專業人員，特別是領有國家專業證照的，提高他們的專業服務品質，教育訓練的支持和市場開發都很重要。適任主管很重要。除了專業人員，心理健康其實含括全民的部分其實是更廣的，一定要有公民社會、民間力量的參與，政府是一個把關和整合的機制。所以，第(5)點關於 GO & NGO 跨部門、跨領域的結合，政府需要有宏觀的視野，業務的面向就可以看到整合出合作平台的重要。

CC：從一個人的基本人權開始思考，組織擔負起國家心理衛生政策。人權的存在就是獨立自主。

E：這些都是相對的概念，甚麼是公平正義？合理的？甚麼是對的？心口司在組織怎樣，會不會這樣影響心理的政策的發展？這些需要提供直接證明。衛生福利組改後將衛生行政和社會行政整併，而地方在衛生和社會並不一定能夠回應結合。怎麼說才算是組織的獨立？如果說到發展比較具體，一定會有影響。例如說是

否足夠的資源，在行政、人力資源、在決策過程中會不會因為有另外的單位來影響？

CC：目前心理的預算 6 億變成 5 億，因為目前還在用之前留下的。預算不在自己，心理健康要撥款到口腔，獨立和發展就會受影響。

E：所以心理政策需要有評估的基礎，例如：心理健康促進應推動甚麼？推動的如何？有沒有受到口腔併到同一個司的影響？

CC：但心理健康的經費都在醫療單位掉到（三級）精神疾病治療。應該要加上心理健康促進的涵蓋面。司長是精神科醫生、以精神醫療為掛帥，本位主義為掛帥，精神醫療為心理健康司，四科的主要還是停留在治療疾病，但公共衛生的發展要從病到健康。

E：如果是這樣，以現在的司的業務，口腔醫療和精神醫療都可以回到醫事，心理健康司再從新規劃。因為目前不可能做的很好，不周全，狹義的只是精神醫療。沒有服務大眾的遠景。心理健康網，精神醫療的服務也變成指標團體。雖然會提一、二級的方案，但做不到。

CC：目前第一科叫心理健康促進，但業務是自殺防治，難道自殺防治就是心理健康促進？

E：還是要從結構來了解：組織（架構）、政策（業務一科的章程）和資源（用的人、經費）的面項。如果是要增加健康促進經費的比例，從別的地方挪？還有每一個科所占的資源比例、人員素質、扮演的角色等等，要從結構去檢視是否可以回應組織成立的目的？

CC：最後目標當然還是心理健康要成為獨立單位。

E：可以用人把它實現？還是改變組織來實踐？

CC：要有對的人才能實現。司長要對，我們可以推薦，但不是我們能決定。

E：從組織架構這一面，可以從明確業務、明定資源的分配來做。更高一點的眼光是衛生福利部應該要為全民做甚麼？在衛生福利部的願景下，獨立的心理健康組織，資源應該怎麼看，有甚麼指標可以來看？例如：現行加害人變成一個科，其實應該放在特殊族群，災難、藥物濫用都應該歸納在精神科。

F

採訪者：本研究主持人，以下簡稱 CC

受訪者：以下簡稱 F

CC：心理健康經過多年的爭取、行動，才受到政府重視，承諾在組織再造時成立獨立的「心理健康司」，但在立法院最後衛福部組織法審查的時候突然做成主決議的附加決議把口腔併進來，衛生署就研擬成立了「心理及口腔健康司」。您對這個情況有甚麼看法？

F：對民眾心理健康的需要方面，我是保持持樂觀態度，現在比起五十年或三十年前，大家可以提出有關心理健康或精神疾病的問題。

此外也看到 EAP 現在開始被重視，過去訓練出來的學生也開始投入服務工作，

外出餐廳聽到工作內容都會說很需要，表示需求明顯，但是對於為何不尋找協助，一方面還是會害怕，另一方面是大家不知去哪裡找尋

CC：有不少民眾看到子女有問題，但是就是無法帶他們去醫院就診。即使是高教育背景、社會資源充足的人，對於心理健康問題經常還是無所適從。這是國家提供的心理健康政策有所不足的地方，都要變成「病人」，國家才有資源可以提供。心理健康的預防和促進並沒有落實。需要專業人員有高度的覺察，例如心理諮商或臨床心理師，覺察到談話者情緒變化，會轉給精神科；近兩年

也看到精神科會主動轉介給臨床心理師，表示業務大量無法承擔。

F：（不過聽說抽成也很大）需要有更多方案設計、考量團體動力的服務方案。CC：實務上的實例怎麼做？

F：（實例含個案個別資訊，略）並不指望學校能教會所有諮商或臨床心理師、社工一畢業或考取證照就完全有能力來處理個案。需要他們有實務經驗後，看到不足繼續學習。政策上，對現在證照要多少小時，但是若都只是紙上談兵，成效有限。

CC：不過若學校能將基本理論讓學生清楚明白，再在後來能持續在職加強與個案實務情形，學校角色只能如此，但是要教會學生謙虛，是一起學習瞭解病人需求，而非太多的指導。

F：本土的諮商輔導方式也要加強，過去三十年都是請國外專家來指導，用國外模式，其實要開發出本土模式。

CC：目前受訪者本身，已經建立一個在地經驗的家庭服務模式。

F：官方僵硬制度，從來落於民間之後，民間團體的活化，需要更積極與被肯定。

CC：目前日月明宮的案子，其實是反映出民眾需要心理健康，但是無處可找到適當資源，處理焦慮或不安情緒，以致被不合適者用宗教蠱惑，再次反映出全民需要心理健康。

G

G：我思考背後的東西，正好是教育部在做組織改造。心理健康司該做甚麼東西？接下來才思考需要哪些人。這樣的做法可能就會有反彈的聲音，因為你的位子可能就會被拿走。我們現在就站在思考心理衛生司到底需要甚麼？要達到這六個東西，跟心理健康有關的部分，因此需要怎麼樣的組織？最基本心理健康的概念，作推廣教育、宣導、促進的這個部分。我就會從心理諮商的角度，education、guidance、counseling 和 therapy。剛所提到的屬於

教育。這個部分普及教育，針對全民。裡面會有一群人開始有困擾，所以我們需要一些輔導的政策。所以一些人會有觀念偏差更進一步，可能就要進一步的 do something 的部分，他們是還沒到生病、疾病的部分，只是有一些觀念上需要被導正。但是無可否認，這麼一大群人裡面需要專業的協助。這個地方也可以切割成 psychological 和 physical，而生理這個部分就會有醫療進來。如果這樣的思維來思考，我們國家的心理健康所謂結合了心理和生理的，融合了世界的趨勢、世界衛生組織的建議，會有一個漸進式的部份，這邊會有人員調配的處理。衛福部要來檢討的事情，可是心理健康放在醫事司裡也會有一些專業人員，針對民眾做服務的。專業人員繼續教育的東西，從 1-4，服務對象是民眾，為了要讓民眾有很好的心理衛生專業的服務，我們怎麼樣去注意到專業人員的培養或繼續教育。聚焦在一般民眾心理健康的宣導，與專業人員的專業能力的培育（繼續教育）和補強。臨床心理師、臨床諮商師或專科護理師甚至社工師，他們都會有繼續在職教育，那究竟內容是甚麼？然後這些東西的規劃，由各公會去辦，作為一個主管機關政策上而言，我們需要甚麼專業，或是在職的人需要新增甚麼知識，在心理健康司很重要的部分。現行的狀況，有甚麼困難和意見可以改善？Knowledge 專業人員的 common sense，同理心對心理界的人是普遍的名詞可是對一般民眾可能就是專有名詞。

CC：提升心理健康好多人都可以來做，像是打太極拳、運動，所謂的專業就是整合到各種各樣，就像體育系的人，運動處方也要融合心理健康。

G：這就是身心健康的概念，我在做某個運動，沒有一個適當的機制，可以真正達到所謂舒壓的概念。運動如果沒有做很好的熱身，它不會健身反而還傷身。甚麼樣的人可以當講師？執行業務，訓練的部分，大學部畢業除非他有多年的經驗累積是有可能，諮商心理師看他的工作經驗，如果只是臨床，若有結合一些研究教學

可能還適合適的，也有可能。在 921 之後，原本只是負責簡單的衛生教育，要直接承擔自殺防治的工作，而且還有一些早療的衛生所人員，要給他們一些培訓。教育部這一塊以前有個體育司，但比較偏重在生理和性教育，心理衛生的部分是放在訓委會，當體育署出來就不管健康了。彰化師大的學生都要修輔導原理、教育心理原理、教育學概論、班級經營、教材教法。從師培的角度，談到各個領域在心理健康促進要貢獻所需要的部分。

H

CC：2005 年千人連署您接收了申請書，之後就有提到要把國民健康和心理衛生司。

H：我們討論過，心理健康就是一種健康促進，心理也是整個生活層面的，這不是病，不是在治療這方面，是屬於促進健康。精神醫療比較著重在疾病方面，就要看司的業務職掌範圍。心理健康加上自殺防治、精神治療、藥物濫用和加害人處遇，心理及口腔健康司底下心理相關業務的科別。像加害人處遇，這個安排就比較不恰當，比較不只是心理層面的範圍。心理及口腔放在一起我是絕對不贊成，不然真的沒辦法跟國際對話。人家知道這個是政治操作，這個很明顯，還沒去解釋別人一看就知道是政治因素導致。口腔衛生原本就是健康促進的東西，就是應該放在國民健康局。Oral health 與 eye health 原本應該歸國民健康局來承擔。口腔就是從小的培養，從小到老，視力也是一樣。口腔、視力還有嚼檳榔，原本就是一個配套去做，現在變成要分出來就會很奇怪。因為政治的因素我們可能會把醫事人力和業務把它搞混了。

CC：醫事處就把牙醫師的人力就分給心口司了，護理師也是分給照護師了，那中醫也是中藥司自己在管理。

G：其實醫事人員管理其實都應該在醫事司，都叫 Human Resource，但是他們會推，護理其實他們的預算非常的少，越來

越少。現在有個心理司，不要再把醫事人員歸到這裡了，會累死。有關培育和業務發展方向，像政策的擬定可以在心理司這邊來統籌規劃。護理目前是有一個證照考試 NP 特例，護理健康司。我一直堅持不要讓學會去弄，因為這樣政府以後就不要管了。另外，心理的人員培育目前是個很大的問題，臨床的證照。全國的所博士人員在下降，醫事相關都沒有要念，藥學博士都沒有人來考，我們學校幾乎都是要 5 個來 5 個，要 3 個來 3 個，這個真的很嚴重。護理還可以，因為市場很大。臨床心理是第一宗，要 10 個來 100 個，以前都是來報考護理的最多，現在是臨床心理。其實如果有一個司，公共衛生的角色，他們屬於醫事人力，職能治療，每個層面都有，其實每個醫事人員都要有心理方面，Counseling 都換成 Consultant，政策說的算，學會說的又沒有 regulation 所以沒有太大的效益。跟別的司來合作，心理健康促進司，各個層面的人也可以來合格。因為現在目前把精神科醫師移過來。目前都在做精神醫療的區塊，臨床精神科護理應該放在哪？醫事、護理還是心理司在管理？精神醫療因為評鑑，真的切很多塊。我們現在也有 NP 精神科，專科護理師。專科諮詢委員會，精神科要 NP，他們認為也認為很多的人力。NP 現在有內科一組是精神護理專科護理師。照護的部份，口腔放在照護司，還是三個科，原本也是沒有的。口腔其實保健不是醫療。有一個研究人員在做法規建制，不滿意中醫藥師，因為他們的要求是更高層次的，希望從衛生福利部獨立出來成立一個發展中心，食藥組和醫事司的工作要全部歸在一起管理。因為他們現在也是分散在不同的單位。

I

I：針對 WHO2004 心理健康的框架，建議如下：在一開始的社會決定因素之核心價值，需要秉持 People power 的想法與作法。因為會走至這類群體變成這種群體，因為他背後無權力，有一個社會壓制的系統，若從個人系統出發是無法改變，但是若以「充權」概念，從個人能力的提昇，能參與決策，就比較能發揮影響

力。在對人口族群的界定方面：定義，界定報告站在誰的立場，是從下往上，還是上往下？bottom up or top down? 指標部分，除表上所列只是概括性外，應再深入真正指出還需要被關注的群體，人口族群是否在增加，還有新族群有心理健康和人權議題。例如：遊民、未成年懷孕少女，都需特別探討。台灣特殊群體還有新住民、外勞、原住民、偏鄉農村女性等等。例如：ADHD，依照美國 CDC 統計每五個有一個，共 640 萬被診斷，其中 50 萬在服藥，這中間有很大差距 gap，究竟是先天或後天？由統計圖可知先天疾病平穩沒變化，持續增加的是後天疾病，協助他們是排除還是融入？ADHD 排除他們讓他們去上資源班，無法與同輩互動，學習成長，又如何參與社會環境？過動症、學習障礙、青年失業（尼特族）最大問題有 48 萬，是沒工作的宅男，長期失業（超過一年），要給就業訓練，但又不符合其要求，歐洲議題嚴重可參考他們作法。不一定提升 GDP 就可以提昇失業率。例如：婦女和男性對吸菸的政策反映。不贊成以單純提高菸稅來解決吸菸問題。同時健康也需要被照顧。提高菸稅不等於不吸菸。例如：勞工、老人等無經濟能力無法抽正牌香菸，買水貨和假菸，對身體健康更糟。若政府只是抽稅，採用高壓的方式，對人權是不當的。校園禁菸運動，曾否對全校吸菸調查，知道原因才能提供方法。了解吸菸行為的心理面、社會面、經濟環境面等因素，以及衛生教育的資訊和管道也很重要。單以菸稅來禁菸，整個政策實在太片段、思維太直線了。

例如：有關 LGBT，核心的心理健康與人權的議題是不同社群都能達到性別平等。如何讓不同社群都有機會，讓他們自己組織、透過平等的管道，參與相關決策權。

城鄉差異的另一議題：平均餘命長期以來都是台北長壽、花東平均餘命較低。不公平的健康環境？但是葉金川等（曾任）衛政首長都說偏遠地區需要加強醫療，但加強醫療並不代表最佳的健

康。以基層公衛護士的業務建構出的健康生活形態來看。公共衛生是行政和服務體系結合，預防重於治療。公衛護士對民眾做完體檢後的衛教，需要人力也需要錢，才能落實到社區。這需要相關的指標才會看的到。但組改後的衛福部施政只說要蓋大醫院。自覺健康和一些客觀指標，將身心連結，例如：在衛教過胖時，順便作心理健康的衛教。例如：大一身體健檢報告，由護理人員說明，如果過程中有心理狀況是可以介入的。這也需要錢與人力長期的投資，長期效益。

指標不應只看疾病結果，也可以看正面的。例如：情緒健康是個人層面的指標，不只減輕憂鬱，提昇因應壓力能力、抗逆能力也是重要的。團體或城市層級的幸福指標，主計處增加的在地指標等。

例如：性別（不）平等與失業率，是落後指標；正向的指標是否應改成就業率，這是另類的思考。例如：最快樂是什麼？東部對生活最滿意，高出台北兩到三倍 探討那是什麼，透過客觀數據，讓人民快樂的因素可以在政策作參考。

一個政策需要要智庫。需要實證研究回應、分析社會變化。國民幸福指數 2013 年八月公布第一次，每年都公布。如果能結合專家分析結果，智庫對主計處作調查更詳細分析，給政策作建議，將可更彰顯指標意義。（可參考 OECD 出版一次 what is life 出來後出第二版）各部會都有大資料庫，如何讓他有意義，去分析，作為研究基礎，作為規畫服務的證據，能夠根據這個證據去發覺、規劃哪些服務能促進心理健康，有哪些做得很好的方案內容和成效，什麼方案的業務承辦人，可以在資料庫鍵入字串，哪些人做過、做對的事，可以被知道，在各部會中都可以找出來是如何做心理健康促進的：例如，教育部推動學齡兒少；勞委會職場心理健康從哪部分著力；內政部照顧家庭和弱勢群體的心理健康，和攸關全民的心理健康受到甚麼施政影響等。這個需要獨立的心理

衛生組織，專責單位才能在這部分清楚建置，去跨部門協調。
指標的基準設計是可以去檢核現況，即使是小小的進步、改變，都能夠去了解政策上做對了甚麼，要持續做甚麼（如同 Harvard Business Review 的文章” the power of small wins” 蔚為風潮）。政府就是要把曾經講對了、做對了的，日常發生的小成功讓大家可以看見，可以仿效、可以鼓勵大家繼續做。

CC：美國的心理健康政策在甘迺迪總統時期有一個轉折點，就是去機構化。一個國家心理健康政策沒做好，代價是非常大的。如同經濟學人報導指出的美國 70 年的經驗，當精神醫院銳減，入監人數大大攀升。這是去機構化的慘痛成本，也指出在去機構化的同時，社區資源建置的重要性。

J

CC：對衛生福利部成立心口司看法如何？

J：其實這要先分辨業務涉及的是衛生政策，社會政策還是醫療。醫療由醫院來負責；衛生局的角色只是行政管理而社會政策屬於社會處。

CC：：中央組改結合衛生和社會福利，而心口司的成立在地方有甚麼影響？

J：在地方衛生局和社會處其實並沒合併，那要看司的業務是牽涉衛生政策、社政和醫療的比例多少。

CC：那您認為各自大約占的比例如何？

J：心理的業務若從生活照顧方面，社政涉入的比例比較高；但現在比較偏向社區和醫療，更著重在醫療這個部分的時候就由衛政來主導。口腔在社政比例上就比較少。其實地方有兩種型態，當社政要推動一個業務時，一者直接讓衛政來執行或成為協辦單位。基隆市在身心障礙的鑑定由衛政來主導請醫院執行但經費是

由社政提撥。

CC：對您而言中央組改對地方還是還沒有太大的改變？

J：因為中央目前是整合在一起，架構上與功能並不一致。在地方在架構上基本上是分開的，但在一些部分如長期照護中心是跨單位的整合（4項是社政&3項是衛政），由衛生局在主導。可是目前情況是長期照護中心提供管理者（督導）的人力配置但最缺乏還是第一線的工作人員。中央在規劃各式各樣的業務，從衛生福利部到其他各相關單位（如：疾病管制署、國民健康署），所有的執行責任都是由衛生局所來承擔，可想而知業務量非常龐大。在有限的人員配置和財務經費形成很大的問題，頭重腳輕失衡的狀態。由於衛生福利部在中央是無法直接管理地方衛生局所，中間還會牽涉地方政府，但經費又不會從這裡提撥。社會處的經費是衛生局的十倍，所以若相反的由衛生局可以掌控經費，在執行社會處的業務的效率和效果會更理想。我是贊成衛政和社政整合在一起，社政的資源尤其是公財，若能好好善用可以改善很多的問題。

CC：心口應該在一起？

J：當初心口合一成司是因為政治角力，因為口腔是牙醫體系。原本心理是獨立成司，但後來被合併。口腔應該歸到醫事司才合適。

CC：地方是否應設正式「心理健康」專責單位？

目前台北市還是一個股屬於醫護管理處，但我們有社區心理衛生中心。不過有心理健康委員會、自殺防治委員會等，都是由副秘書長以上來主持，較能為跨局室溝通，目前還沒要成立。

K、L、M、N

K：後面的問題就會出現。比較強的就會去吃掉比較弱的議題，口腔就會去稀釋掉心理衛生。我覺得牽涉到上層衛生獨立的兩個組織，我們如何看到心理衛生這一塊，該如何讓政府意識到它的嚴

重性。我比較專業的部份在勞工和家屬碰到相關問題的時候，這也是很關鍵，因為我們有八百多萬名勞工。依照國際的標準，多少比例的在職場有心理衛生的問題。到底比重是如何？在心理健康的業務其實是很廣的，無論是否獨立或合併與別的司，它需要的比重其實是相當的大的。回到組織資源分配，這個問題一直存在。我在處理的個案當中，都沒有合理的資源來提供協助。這到底是誰的業務？勞保局給付之後就沒有後續，他們其實應該要連接衛生福利這一個區塊。第一階段的檢討，業務比重應該來做更細緻的討論，明確的劃分。人力銀行先前有做的調查，目前勞工有或潛在心理健康的問題，當然這個是個認定的過程。避免過去上層衛生福利合併之後，福利被衛生吃掉。口腔業務的歸屬，心口司回到根本的問題，大家都要分立的話，在組織架構上應該要如何分配。理想的狀態就是大家都一塊，顯然可能還有距離。何種情況最合適？我現在也有點 confuse，就勞工部，組改之後，底下設有個職業安全健康署，業務的部份包括心理健康也會歸到勞工這一塊。最近在推動的職災保險的單獨立法，將來其實勞委會也有在組織功能上的重疊，該如何去整合。口腔的部份我沒有太多的想法。

臺灣有很多的法規其實也要到地方去執行，而地方政府執行能力比較弱，中央法規常常已經定下來以後，地方沒有辦法執行的情況是非常普遍。最近我才發現個人資料保護法在地方政府其實沒有主管機關的，中央是在法務部。同樣的問題，地方政府如何因應中央組織的合併，原本行政能力就不太強了的地方政府，說穿的就是人力不足。前陣子我們揭露說，各級政府使用派遣的情形越來越嚴重的。未來如果分工上不明顯，會產生很多嚴重的問題。所以這一塊包括你如何劃分，業務比重相關的問題。如何因應我還沒想清楚。

CC：目前口腔在治療和預防，我們看心理健康的時候，心理牽涉

疾病精神疾病。現在我們看心理好像是國民健康局的概念。

L：最近我們在關心的學生懷孕，離婚事件當中家屬或孩子權力義務的狀況，所以女權會這邊在衛福部設立一個心理健康司是非常認同。因為過去我們常就是在遇到事情找不到資源。我自己有個例子就是在地方有個家庭，媽媽有中毒的精神障礙，爸爸有輕度的精神障礙，三個小孩都有智能障礙而且還是重度的情況。爸爸因為沒有這麼嚴重所以不讓小孩進入機構，希望所以留在社區照顧。因為媽媽有酗酒的情況，家裡不提供酒所以媽媽會出去偷酒，經常被警察抓到。警察因為沒有處理輕重度精神疾病的個案就會指責，爸爸就會想要把媽媽和小孩帶去集體自殺。這個狀況一而再的發生。在學生懷孕事間上，一些小爸爸和小媽媽的精神狀況，如果有一個部門可以去了解他們的需求，可以進一步給他們資源。至於口腔和心理業務編列成司，光看這個司職能的介紹就會覺得很奇怪，前面四個科和後面的是完全不想管，還有點突兀。在組改的時候如果每個專業都要獨立出來，就會跟組改的目標相違背，要怎樣來調整，口腔業務可以再調整。會內有在討論，口腔業務到底要放到哪個地方，也沒有定案。

我主要的工作其實是在地方當助理，就像剛剛說的，地方其實很多部門沒有辦法回應中央組改的部份。如果現在用中央和地方的組織來做相比，就會知道非常的不一樣。衛福部雖然是合併的，可是地方還是社會局和衛生局。在地方心理衛生業務，就如剛才的例子，有沒有想法看社區有心理資源，單獨 113 的通報專線，可以幫他們把這個資源的部份做通報，因為他們其實對強制的安置，他們都向 119 或 110 求救。提供協助的就是第一線的警員，他們不一定會了解這個家庭有什麼樣的需求，會以一般的刑事或民事案件來處理，反而衝突會非常的大。

L：他們根本不會打 1957，因為是媽媽酗酒，媽媽去偷酒然後被警察抓到，就會被直接移送，爸爸就會抓狂。衛生局不會在第一

時間知道這件事情。

CC：因為我們社家署，會有什麼期待？因為他們是個家庭。

L：就我個人而言，因為我自己在協助，每次老婆發生狀況，爸爸就會打電話聯絡我，請我幫忙聯繫衛生所的人，請他們來去醫院，或要去亞東醫院，可是亞東這邊不能幫忙做安排。他只能找衛生所負責這個個案的人員。因為我在新北市，所以衛生局，其實他們的人力沒有辦法到地方，那衛生所的人力也不多。

L：當發生意外的時候就直接聯絡警局，那因為爸爸也是有問題，他把所有的聯絡方式弄丟，他變成沒有這方面的資源。建議可以跟警察局聯繫，讓警察這邊知道這個轄區有這個家庭，當有事情的時候也可以通報就近的衛生局，把一些衛生單位的資源進來。我不知道是沒有，還是他們不願意求助，因為地方區公所或社福團體當個案，他原本就會有相關鏈接。那妳會怎麼期待這個案件會怎麼處理？媽媽有酗酒和偷竊的問題，那妳會希望衛生單位如何介入？

我覺得不是沒有資源的問題，而是在第一次接觸，因為爸爸情緒管控的問題，沒有留下來各管人員的資料，所以直接是當地的派出所來處理，而他們沒有這個個案的資料。

CC：他會打給你，你的角色是？

L：因為我在議員的服務處，那可能因為他通常打電話給我就是要帶老婆小孩去自殺。

CC：如果我有個專司來處理，是否會有可能協助看到這些問題並來處理？可是怎麼才是團體，心理司可以來關心這塊，那社家署的角色和責任為何？若以家庭為導向，有婦女孩子，團體的會談述說每個人的需求，那這個部份由誰來主導？醫師、警察、社工？

L：像在學生懷孕的事件，是學校、衛生單位還是爸爸媽媽？無論

是決定把小孩生下，還是終止懷孕其實他們都需要在事前、事中和事後在心理衛生司有誰可以來扮演這個角色。在離婚事情中，我們也可以看到爲了爭小孩也上到新聞版面，心理衛生司是否在這個過程對小孩或整個家庭也提供協助的部份。離婚事件，父母也許是成年人，但孩子是未成年，他們可能受到的傷害最大。

CC：從個人的生命經驗中間，每個階段或重大事件，都需要心理衛生的支持，心理衛生司只是一個規劃單位，要讓國民健康署或社家署知道要做什麼，他們是執行的。他們有很多不同人和面向，我們期待出現心理健康司可以來處理這些問題，但我們必須要告訴他要把這些問題都羅列。可是下一個步驟各個單位如何來合作處理，目前是有很多的電話線，但真的要打的時候不知道要打給誰？

M：老師署比較大還是平等？

CC：署是三級單位，他比較大因為較多的人力和錢。司比較小。

M：那司規劃怎麼有權力讓署去執行？有點本末倒置。司是二級單位。

L：心口司整併沒有太大的意見，兩個都有專業進行分工。政策的優先順序，有點永聯是一樣的。人力和預算的排擠，可能有很多的錢會挪到醫療的部份，希望強化項目，包括藥酒癮的問題強化這個部份，更多元的解決方案。另外一個部份就是自殺的防治，已經越來越多，編列的人力應該增加，可是目前並沒有這樣的趨勢。自殺防治該如何從中央到地方去貫徹，是很重要的。要自殺的時候已經是走投無路，所以要如何跟民眾做宣導這個部份

第三部份是網路成癮和霸凌的部份，網路成癮還沒列入疾病的部份，但是情況越來越嚴重，像宅男的身心健康。媒體報導對身心健康的影響，這個屬於心理健康促進的部份，像未成年懷孕、對孩子的影響憂鬱症等。5 性健康的議題。廣告和成藥的部份，媒體和廣播這方面缺乏宣導。這些議題上有些並沒有出現明顯的分

工，要求的盤點，針對業務和議題有一些研究計劃和專責的單位。心理健康白皮書列出的政策綱領。心理健康政策白皮書很重要，有一個外國團體在臺灣舉辦婦幼健康，有到勵馨參觀，他們一直在問臺灣的心理健康政策，我完全找不到，為什麼臺灣沒有，蠻嚴重的問題。我們這邊也在擔心預算編列，如何分配，社會福利會嚴重的被排擠。我們關注家暴被害人和性侵的受害者，在他們的業務，他們的努力的方向已經開始朝向心理健康。家暴的部份還是停留在加害人處遇的部份，很多心理健康相關的宣傳。目前著重在驗傷採證、身心治療和處遇，在推動的部份是不是在國民健康的部份。被害人被標籤化，他們求助無門，心理一些療癒的部份其實費用相當昂貴。加害人和被害人的服務如何去合作，跟保護司的合作。我有參加衛福部的會議，積極宣導的部份是比較少，服務還是停留在求助的管道較被動消極，包括專線 110、113。平等尊重的部份是比較少的。至於口腔可以合併在哪個司，覺得還是醫事司，業務的內容。青少年、婦女的心理衛生怎麼去做規劃，這個屬於很大的區塊。接下來的都與之前的分享很多的雷同。

CC：這個司成立前後的差別，其實跟以前沒有什麼差別。在這樣的情形，它的經費並沒有增加，口腔也是。目前正推動在學校的口腔檢查，因為業務列入在國民健康署，所以目前也不能丟掉。對於口腔健康很重要，他們一直想要跟其他西醫的體系做區隔，我們覺得不反對。權宜之計沒辦法。他們不要跟醫事在一起，希望名字要出來。對我們而言要不要合併在一起其實大家對心理健康司有很多的期待，那如果都要做這些規劃四個科顯然不夠，他們需要把很多的方案模擬出來然後不管家庭署可以執行。現在我們看到一個個案可能要動用到自殺防治、精神疾病、藥物、受暴，可能同時有四、五個工作人員要去管他，這樣的情況在人力上也是有點浪費。但如果每個人都有那個能量，可以自己處理。就如以前公衛護士只要處理中老年人慢性疾病，但現在不是。他們需要管高血壓、糖尿病，現在一個科一個科，把他們弄得疲於奔命。

所以對心理健康司規劃，其實要讓知道人人有責，每個人該怎麼做？保護司或長照的老人心理健康是該誰管？國健署接了個老人心理健康城市，又是心理健康。現在的情況是要花錢的地方，大家都不要出錢，工作都一直丟出來。現在是主辦的人必須要很清楚的去溝通，幾個署長和司長必須要溝通，我自己是看到有這樣的情形。對於職掌的部份放在一起是不得已，但看到心理只有精神醫療就太狹隘了。您提到國民心理健康白皮書目前臺灣沒有。像在澳洲不同局處都要分工，勞工部、教育部要負責的區塊。現在您提到未婚懷孕，教育部有很大的責任。學校也有校護，怎樣才能串在一起。

N：校護是不做心理衛生，大部份是去輔導室。

CC：輔導老師也都希望請外面的老師進來，那其實是基本的，老師多一份關心，逆境的處理能力，就會有更多的正向能量出來。剛提到酗酒或精障的家庭，我真正覺得有一個家族的評量。他們是不是一定要安置在機構，是否可以讓他們先去參觀，有沒有一些機制去了還是可以出來，而不是進去了完全就一直要在裡面。

M：那是因為侵權被剝奪才會這樣，因為目前機構也有日照和全天的部份，他們可以選擇去日照，那就會跟平常的小朋友一樣上下學的時間。

CC 老師：目前大家對一些機構會有點害怕，可是另一面我們也要鼓勵好的機構，民眾明察暗訪，才會知道哪個機構是好的。在臺北市西湖有一個日間老人中心，負責老師帶的音樂，看那邊就比較有希望，我也會推薦人家去。可是以前我們在新店的安養中心，十年前的時候都被綁在床上。所以這些狀況中間，都跟心理健康相關，所以長照不能只是做機構，就不去理會機構里的人身心健康狀況。身心健康應該放在一起，每一個提到身體健康也要顧忌心理的健康，這是當初我們要成立心理健康司主要的一個想法。假如它不是，那就回到醫事司，來管理精神科醫師就好。這是我

的看法。不知道幾位還有沒有其他的想法？就像剛剛提到地方上的社會局和衛生局，碰到藥癮的問題是衛生局來幫忙協助。這個部份地方和中央，執行上是困難的，口腔絕不會去心理衛生中心，當然在口腔看到情緒不穩的人是可以協助轉介。有人也曾經提到他們也可以做自殺防治守門人的訓練，但是這不是說說而已，只是做做轉介。

N：如果有一些業務是署可以去執行，有些是沒有署不能執行，那怎麼辦？

L：比如心理衛生中心每一區都有，新北市沒有。我們是臺北市三倍大。像之前提到的個案都不敢打 119，因為一打警察就會來，而且我們現在的警察非常年輕，去的時候看到小孩是智能有障礙，第一個動作就是把手扣起來。我覺得個案是應該打開心胸接受服務，可是若一而再再而三的這樣被對待，越來越無力。所以現在他都不敢再打 119，所以現在都打電話給我，請我聯絡衛生局再通報醫院，請醫院來接他的太太。其實我應該通報心理衛生中心或自殺防治中心，我連他在哪都不知道，常常在電話中：“我現在把他們都帶在身上，等下就要把他們都推下去了”，“你到底在哪？”“我不要告訴你”。後來電話斷掉然後再打兩三次都沒通，隔一天再打，“我沒有辦法，我要去休息，我把他們丟在哪等下再去接他們”。

CC：這個部份我看到的是警察和消防人員都要有心理健康的訓練，提升敏感度。

CC：臺北市 12 個區都有社區衛生服務中心，提供心理衛生服務，裡頭都有駐心理師。

K：臺北市是天龍國，很多國小都有溫水游泳池。這其實是很不公平的，我去屏東演講，臺北市的路平專案就是他們兩年的預算。擔心教室的危樓都來不及，還怎麼可能去想路不平的問題。組改

快半年了，地方政府還沒任何動靜，未來一年應該也不會有太大的改變。一鄉鎮一就業服務站落實的情形也不太理想，那也是資源浪費，放在區公所里。臺北市的做法，很多時候是浪費。一個區有個中心，因為資源多所以就亂用。行政能力沒有出來，無法整合一切就只是個口號。這是我們過去提的一些政策，歸咎到一些地方政府能力很弱。五都裡面不一定行政能力，臺南行政能力也不夠強，桃園已經升等，南投、雲林更慘。我舉社會局勞工處，衛生局每個縣市都有，這些中央組改的問題，相對應到地方，包括人力的問題。第一階段要檢討的部份，組改顯然就是想要組改而組改，想要怎麼設就怎麼設，到了地方政府去執行時就很大的問題。

CC：這次去苗栗，看到他們是社會勞動發展處，他們特別把勞工和社會放在一起。衛生局是衛生局。

K：但是他們勞工的部份只有 3-4 個人。臺北市勞工局大概就有兩百人，以前臺北縣的時候，約聘人員比例遠遠超過。正職的人員流動率很高，約聘的反而留比較久。所以他們的約聘在教正職人員怎麼做事，而且約聘是發公文的人，流傳一句話說「不懂的人教不會的人」。他們的離職率太高了，所以這些約聘的人新北市會垮掉。

L：我覺得是整個國家政策如何規劃國民心理健康的部份，憂鬱人口的增加，暴力事件越來越多，開始有電視在推展名牌，負債然後自殺的部份。我覺得國家對於國民的心理健康和分科分類有要比較整合性完整的出來，如果沒有這樣的政策出來就會是想要做什麼就做什麼。現在是要以國家的定位去做，還是以你小小的司去做，我想這兩者是有落差的。

CC：司的角色要幫國家去連接各部會。

L：在我們的媒體宣傳，是比較少看到促進心理健康的廣告或本土劇，因為現在都走很暴力的狀況，偶像劇也沒有重視心理健康，

<p>有點可惜。</p> <p>CC：像現在韓國劇，他們會融入一些正向，家庭的關係，看見臺灣也是讓我們看到問題和解決方式。其實每個人都要去看與心理健康的關係，可是談到指標的時候就只看到問題，剛剛提到自殺很多地方做不夠。但是只有防止自殺，我們在前端沒有給予因應的能力，這樣是救不完的。</p> <p>L：日常中一直接受到暴力的資訊，這樣如何達到心理健康。2025年國民健康白皮書，應該要先檢討之前未完成的。</p>
<p>O、P、Q、R</p>
<p>訪談者：張珽教授(以 CC 代替)</p> <p>研考會吳科長與郭勝峰先生列席</p> <p>O：老師，各位長官好，其實就我們來看，不管是心理健康或口腔健康，在我們台灣都是長期被忽略，坦白來講都是弱勢，就我們牙醫界來講，我們從頭到尾都主張，我們是要一個獨立的專責單位，這從頭到尾都沒有變過，可是因為政府一再有一個框架，所謂不明的八司六處，等等所以造成說好像主管機關覺得有困難，所以後來的結果就變成現在的心理口腔健康司，其實我們都希望有一個獨立的專責單位，因為全世界都是這樣，全世界都是口腔一個獨立的體系，沒有哪一個國家是和西醫混在一起，從大的面向來講，在行政體系當中，關於口腔部分，我們有一部分在教育部(牙醫學生，包含口腔衛教)，一部分在考選部(執照考試)，剩下都在衛福部，醫事司有一部分不管是中醫西醫牙醫執照的發放，還有法規的部分，例如醫療機構設置標準等都是在醫事司，有一部份預防保健部分在國健署，那現在除了這兩部分，理論上現況其他都在心口司。第五科科長是藥學背景，政府效能太慢，沒有牙科背景的在裡面處理。我們是想要讓政府重視全民口腔健康，這部份有兩大塊，1 國民口腔預防保健 2. 口腔醫政管理，</p>

包含從學制考試人力資源規劃、PGY、專科醫師規劃與醫院設置標準等等醫療品質與病人安全都希望專責單位能夠做一妥善規劃，這是我們希望設置專責單位的願景。這也是我們希望要有專責單位的最重要一點。現在是 102 年九月份，現在國家財務吃緊，我們有些建議但現在看到好像是國家沒有預算了！現在看起來是把原有的業務都拉到心口司來，讓我們感到很失望，看樣子是業務整併那我們有需要為了這樣做體制再造嗎？

CC：所以我們業務到現在都沒有增加新的？（是）所以看起來目前的業務（兩個：兩個科，1 口腔醫療照顧和牙醫醫療品質提升 2. 口腔健康政策規劃）之外還可以增加甚麼？

O：實際的情況只有一個科，雖然行政看起來是兩個，我們會在心口司裡面口腔業務發展（國民口腔健康整體規劃建議書）建議政府做更多內容。我們當然覺得兩科沒辦法做很多業務，所以我們去做一個標案嘗試給政府在口腔健康上可以做的努力做建議。現在的心口司可能是經費人力的關係，所以對牙科業務都不熟悉，既然我們希望有個專責單位，我們一定有想法將想做的國民口腔健康行動建議給政府，但政府就要有必要的預算執行。

P：口腔都是處於被動的，政府都是處於被動的，看不出來政府對口腔的想法，造成很大的落差，現在的結果對心理與口腔都是不理想的，兩個專業都被長期忽略，這樣的結果就是因果關係兩個專業被政府忽視的結果。國際上來看牙醫與西醫不是隸屬關係，而是互相合作。心理業務非常多，以日本來看，一個目標可以讓政策執行時幾年仍然推行成功，看不出台灣的目標在哪。我們要做的事情真的很多，現在舉日本為例，真的舉例不勝枚舉。因為政府長期不關心，我們的體系其實不完整，長期照護、小朋友、身心障礙部份都需要關心，需要人力等資源。政府好像都有關心，但在像是檳榔等產業議題導致口腔癌等狀況。我們當然不滿意政府現在這樣的安排，但是口腔目前都是很溫和的，只是消費者意識抬頭，民眾隨時代進步一定會有更多的期待與想法，現在政府

無法滿足。

CC：日本組織再造中口腔的角色和定位是甚麼？

O：日本獨立平行，西醫與牙醫是平等的，牙醫師法也是單獨的。

CC：我們的研究報告都有寫，為什麼牙科現在要極力爭取一個司的非常重要因素是，政府長期把口腔當成是西醫中的一個科，像在美國，都是 dental school，韓國、中國都是分開的，在台灣都是西醫裡面一個小角落放牙科。政府沒有口腔政策這件事情，然後又要實行口腔相關的業務，所以到最後百分之九十醫科做甚麼也要牙科做甚麼，醫科和牙科就像是牛和馬，都是動物，但是會的東西不同，口腔是一個和西醫平行且獨立的體系，口腔的體系裡面有分牙科醫師、牙科助理，像在歐洲還有其他人員，就像西醫體系裡面有藥師、檢驗師等等。像我們看全世界口腔公認最成功的就是美國 ADA，它有分 12 個不同類似科、委員會等有時會有跨科的，針對跨專業像是西醫、心理等，有兩個主要精神，尊重專業，專業自主/另一個是專業團體勇於承擔責任。我們都是牙醫師，當然對牙醫師的名聲有很高的期許，基本上專業團體最會自己自律去負責以提升名聲，我們自己自律來說是非常嚴厲的，對政府也是省力。現在大家都知道一定口腔和心理要分開，但是口腔很擔心政府又把我們擺回去和西醫，因為政府不懂，所以覺得 copy 西醫是最快的。口腔醫學委員會現在還是存在的，口腔健康法第 11 條政府必須成立一個專責委員會。但是這委員會沒有編制人力沒有預算，所以要寄在國健局底下。像是牙醫諮詢委員會功能就比前者好很多，我們建議的事項政府直接就知道，因為直接對署，現在口腔醫學委員會功能不彰。

R：口腔與心理我認為是權宜不是合宜，政府合併口腔與心理是行政效能組織的改造，目前是現有的做整合我們可以接受，但是未來的部分，希望政府知道現行是為了方便，希望政府未來能有更多的效果出來，我們要求政府對口腔有個專責單位，是因為藉此

讓政府能有一個對口腔政策的發展主軸，而不是仿照西醫、醫學中心這樣醫院的體系。像是牙科的住院需求並不高，但是拿住院來做為牙醫的醫療管理，那真正的重症怎麼辦？從美國、從世界各地的牙醫來看，一定覺得我們很荒唐。所以現在希望有一個專責單位能夠看出牙科的發展重心與推動重要點，是不是要有牙醫相關主管，不見得，但她要知道未來牙科發展的重點在哪，說真的口腔現在是自由發展狀態，現階段應該是看不到...現在應該是組改上面現況的整理，未來真正重點是能否真正呼應國民對口腔衛生的需求。以前政府真的事看到西醫怎麼做，牙科就比照辦理，以前可以。現在民眾考慮更多，牙齒的美觀等等，政府現在不滿足民眾期待。能否組改框架不要限制住我們組改的初衷，重點不是人和預算，而是質變、改變部份的期待！不是行政的整併表面上完成，是需要我們敦促的。如果是在新的衛生福利部的架構，如果口腔變成會，我們是堅決反對的，這樣預算是隨每年變化，現在八個司把口腔放成司是對的，當然我們也希望心理有一個司，但是我們就是部底下的一級單位，其實像中醫五千多人也有一個獨立的司，我們的業務其實不比中醫少，我們也有很多新科技、像是生技這樣的新技術，舉例來說 PGY 診所訓練竟然沒有任何費用。所以我們要司是因為中西醫口腔都是平行的位置，不要再併了。舉例來說放射在台灣牙科也只能比照西醫的方式，很多都不方便，造成很多民眾比如說老人家都很不方便。

發展這樣，只要業務量夠大，我們就可以獨立出來，只有完整的員額編制，一個主管的範疇才能長期推動事務，不是拼湊急就章的部分，不會期待拼裝的車在高速公路上開，一個完整的組織才能衝刺推行啊。對我們來講，從預算上來看，口腔是不被重視到現在被結合在一起，現在總算是有能見度了。我們期待牙科醫師有這麼強的病患照護能力做甚麼？我們應該是希望口腔能有自己的專業本質，目前的行政發展是很有潛力的，希望未來能繼續發展。

我現在幫政府想到一個辦法，按照政府的想法就是想控制人員和預算，不要堅定八個司，只要總預算總人數員額不變的狀態下，九個司也可以啊，沒有多浪費錢，經費來說也 ok，永遠有更好的辦法，如果政府是堅持這樣的想法，堅持兩個不對的部分要在一起，口腔擺在司是對的，但是放在一起是錯誤不合邏輯的。

吳科長：

總量部份看法，傾向維持現在的做法，就政府行政來看以目前法制來看，在上位有一個行政院基準法，所有的組織架構上在司的部分最高就是八個，如果要做組織框架的思考上，就必須在基準法上面去做修正與調整，又是一個政治過程的發展所以說現行行政法上面的限制，政府這邊就有框架上面的限制過程，所以現在縣有框架的情況下，如何有一個平衡的調整過程，就要看大家是否有一個妥適的調整想法。

事實上在立法院對於組改的過程中，我們可以控制是有限，現在來看組改也推了十幾年，原則上該注意的部份我們都已經處理過了，但是到了立法院這樣我們無法掌握的發展，向各位前輩作說明。每一個司裡面都有一個處務章程，會劃歸每一個司應該要做的事情，又會直接反應到預算上，如果直接去調整這一塊的話，運用行政權去做調整，人力上面可以轉圜，資源上面仍要看預算，不過在業務量屬性上行政單位可以做調整。

CC：兩個科的內容充分與否？

P：第一個：整個口腔體系的建置，一個很重要的就是人力的部分，台灣針對人員的部分因為政治力介入的關係，所以很誇張，沒有口腔醫師法。連做一個助聽器也要有證照，像是做假牙也需要證照，現在搞這樣東西，只有台灣獨步全球，沒有涉及醫療，指示循著醫師像是義肢，只要有功用就好。第二個：在業務的這一塊主要有三 1. 預防 2. 醫療 3. 照護我想主要規劃大方向應該

是這樣，從大架構去想，細節部分才可以再整理。

S、T、U、V、W

衛福部後從公共衛生看心理健康座談會摘要

T：2013.7.23 台灣衛生福利部正式成立，這次討論的目的主要是探討組改之後從公共衛生看心理健康，在心口司的功能職掌，尤其是心理衛生發展的部份。有很多需要檢討。

CC：為甚麼公共衛生要來討論心理健康相關問題，

衛生署的使命是讓民眾長壽與快樂，願景是營造一安心健康環境，這些都與心理健康息息相關。衛生福利部的使命是促進全民健康與福祉，策略目標雖然出現要來強化全民心理健康，但是接下來卻出現建立高風險網絡？心理和口腔健康工作的職掌並不明確，今年也頻頻出現各種亂象，組織內亂設司，究竟公衛人有甚麼想法，對心理健康發展又有甚麼期許？

W：心理疾患是非常普遍，單極性憂鬱症造成全球疾病負擔排名第三（佔總數 4.3%），預估 2030 年將排名第一。未處理的精神病，神經系統與藥物使用疾病佔所有疾病之全球疾病負擔的 13%，這都是為甚麼我們應該更積極推廣心理健康。心理健康是一個動態的過程，就如公共衛生所提倡的三段五級的預防、早期診斷、早期治療階段，讓心理健康政策應該涵蓋多從面向。心理衛生的挑戰，涵蓋的部門非常多，衛生署設立三櫃架構，第一個是 X 軸從三段五級、Y 軸全面性覆蓋和 Z 軸的水平性整合與全人照護。四輪轉動—1、腦動（政策規劃）、2、口動（倡議宣導）、3、行動（合縱聯盟）和 4、互動（積極執行）。

（1）、腦動-中央：政策研究及評估

希望融入更多由上而下的政策形成(建立共識)機制，最好各縣市能先辦地方座談，彙整意見，中央做最後協調及決策

立法及人權、資訊系統

(2)、口動：

- 透過倡議爭取認（認識）、同（同意並跟隨）
- 用ㄚ嬤都聽得懂得語言溝通
- 想盡辦法不斷重複行銷

3、行動：

(1)、強化衛生局做為「推動心衛業務」之秘書單位的能力

- 在中央－衛生福利部為主軸部會
- 在地方－衛生局理所當然也會被認為是主辦之局處，那麼如何讓業務在地方動起來，就看衛生局如何發揮秘書單位的角色。組織動員：架構要非常清楚、各單位的職掌要非常了解，讓領導者很清楚指派把責任指派給相關單位

(2)、品質改善

(3)、人力資源及訓練互動

- 夥伴關係－溝通協調
- 納入企業的力量支持心理健康促進方案

期待心理健康能與社會企業環環相扣，發揮爆發力的效果。台灣心口司已成立，和具社會企業精神的 NGO 合作，或會是推動心理健康另一個策略選項。未來，心理健康也可以因社會認同，建立能與社會企業合作的典範。發展協會在地生根的必要性，政府要有完整的架構，由中央到地方已有連接機制，中央的心口司與地方衛生局的心理健康科共同合作。民間組織仍有待努力，有全國性組織但常沒有地方的對應組織，台灣失智症協會、台灣公共衛生促進協會，在地方無分支機構，政策自無法全面落實。

S：從衛生行政來看心理健康，健康由心理、生理和社會。生理有健保，社會由衛生福利部整合，心理呢？精神疾病有健康保險的

照護，可是健康促進方面卻沒有。從衛生行政的角度來探討，應該要有一個司做規劃政策，底下要有執行的單位，社會保險司—國民健康局。在心理健康方面，國民健康署應該是執行的單位。國民稅收佔 GDP 比例在全世界比較非常低，政府沒有向財團尋求經費。有很多好計畫沒有辦法執行。那錢從哪邊來？這也是公共衛生必須思考的問題。

U：職場社會心理危害，包括失業、聘雇不穩定，低收入、收入不穩定，長工時、工作負荷大，輪班、夜間工作、出差，工作缺乏自主性，職場社會關係、職場正義，職場暴力與霸凌，工作-家庭衝突。

健康風險包括，行為改變（抽菸、提神物質、藥物、飲食行為），心腦血管疾病，肌肉骨骼傷害，肥胖，睡眠障礙及剝奪，消化系統問題，生殖功能損害，焦慮、憂鬱、疲勞，職業災害。在一項自評健康的研究報告結果顯示，情緒的困擾為盛行的職場健康問題，而疲勞好發於年輕女性職業族群，指數高於男性。精神疾病被認為是職災，重度憂鬱症、自殺可獲得職災賠償。日本 99 年之後直線上升（每年 200 件），台灣從 2009 才開始把列入職業傷害，去年在台灣被認定台塑員工自殺前傳出簡訊敘述自己工作量太大。在國際間也同樣面臨這問題，在法國電信公司因工作壓力太大，發生集體自殺事件。職場心理健康問題的政策因應，在勞委會的勞工安全衛生處。其主管：勞工安全衛生相關之法規、衛生教育訓練及宣導、事業單位職業安全衛生管理、職業災害預防補助辦法等相關事項。

提出政策因應，包括 2009 年公布《工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引》，2013 年修訂《職業安全衛生法》並新增第 6 條，輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷促發疾病之預防，執行職務因他人行為遭受身體或精神不法侵害之預防。

現在在衛生福利部則為心理及口腔健康司，其在心理健康促進方

<p>面，職掌重點在於自殺防治、精神疾病防治及照護、毒品及其他物質成癮防治、家庭暴力及性侵害加害人處遇政策規劃與推動。</p> <p>《精神衛生法》第 9 條：職場心理衛生由勞工主管機關推動。就制度及資源來看，精神衛生體系已有相當程度的發展，應積極協助勞工主管機構推動職場心理健康業務。</p> <p>需要有部會分工，以推動職場心理健康促進，包括系統整合：對於有心理健康問題之工作者，勞工主管部門：協助就業、就學，衛生福利部門：協助治療、心理諮商、社區照顧等服務。勞工安全衛生處則做職場健康調查，「職場社會心理危害」管理（包括通報、勞動檢查），過勞及精神職業疾病的認定、補償、復健復工與預防，</p> <p>心理及口腔健康司則包括職場心理健康的照護服務，協助勞工主管機關推動職場心理衛生之宣導與教育訓練。</p> <p>V：在心理健康促進計畫報告中都寫出來了，精神病床只有台灣不斷增加，社區復健就會長不出來。公共衛生畢業學生因為專長行政，反而被所謂需要醫事人員而被排除，這是有問題的。</p> <p>T：心理健康辦公室既然學習美國的 SAMHSA，究竟有沒有認真去了解美國中央與地方各方面的業務規劃？</p>
<p>X</p>
<p>心理健康真的很重要，曾在台北市三個區推動健康城市，心理健康常被忽視。口腔健康固然重要，但都是專科醫師在行動，心理健康包括很廣，車禍意外需關懷，工作壓力需紓壓，子女管教要有方法而非打罵，都與心理健康有關。</p>
<p>Y</p>
<p>CC：請對第一版報告加上建議</p> <p>Y：除了過去心理健康行動聯盟的各種經驗外，要提出職能規劃</p>

內容是如何能推展這些業務內容，組改前後架構，口腔部分，只兩個表，應加些話 可見組改獨立出來似乎對口腔業務沒太大幫助，它應是原本機制就可以處理牙科現在在強調或訴求議題

CC：究竟是為全民健康 還是專業發展

Y：如果原本機制就可處理口腔業務或現在在強調與訴求的議題，其他單位就可以處理，所以究竟是想為自己專業發展，還是為全民口腔健康?有疑慮。

Y：其實是專業競合，資源分配的角力，而非如專訪內容論點。其實其業務內容與內科或外科系業務都沒什麼不同，其他外科別業務都不比它少，如果口腔論點成立則所有外科系都成立都要發展。

Y：主要是身份別，身份位置不同就要被特別看待，為何身份別要被重視，每個專業都要被一樣看待，就如現在獸醫師也在爭取調劑權所以不能用身份別來說被西醫打壓，那如果口腔被打壓，心理師一樣被西醫打壓被精神科打壓，職能治療、社工、護理 一樣被打壓。觀念錯誤，是不同專業爭取發展，當然專業間競合一定會有這種說法

Y： 政府組織規劃，只有少數幾個部門，用人民納稅錢，建立政府，要對人民負，衛福部管健康，理應用最少資源來維護人民健康 讓民眾健康得到最大保障，怎樣作能所有民眾健康得保障，怎能放任專業競合。

CC：主事者對心理健康司還是在精神醫療部分

Y：政府本身也只以為是不同專業 所以只重視 精神科醫師就是觀念狹隘。視力監測、口腔監測、領導人獨立需分析其重要性，需要跨部會時就要合作，有誰站出來，就事論事，藉組織爭取更多資源，慢性病要不要作？有權力爭取得作最多，精神只放在組改前，用詞區分心理與精神醫療，定位須清楚，如果內部都不清楚何況外行。部分專家只是就事論事，對口腔和心理誰表現好，現

實面是有資源做到有成績自然好。口腔認為重要的論點，用在其他生理專科疾病有雷同現象，生理急迫性發展性也輪不到口腔被彰顯，論點無說服力。各醫事人力專業在爭取自己的權力，將利益放入，所以要修法。

Z

CC：依據口腔健康法就可以需要成立一科？

Z：不需要管理口腔，因為口腔和心理本來就是油和水不相容嘛！口腔健康的要發展的範圍，兩個科也是做不了事。把口腔和心理就是會容不下。心理健康要做的更多。兩個部分，有關心理及口腔健康司，不相容的問題在哪裡？組織基本法 22 條，職能完全不相關、心理健康強調主流化、涵蓋全民；口腔保健上，做最多的是學校等，有個別性；權責也不明，中央兩個性質相異單位放在一起，和地方不合（地方是心理衛生科或股、口腔在保健科等），管理上會有困擾。口腔和心理健康團隊無法相互認同感；整合不易，內外部都無法整合；最後是規模根本不夠。現有心理健康 25 人是最起碼心理健康根本還不夠的人數。沒有一點符合的。也違反當時總統接見心理健康團體代表的裁示。建議將來一定要分。建議口腔回到口腔健康委員會，業務回到國健署。

CC：組改過程發現行政院版心理健康司

Z：這一段應該要清楚寫出來團體角力部分，stakeholders 來自外部團體的力量。行政院原來的版本送到立法院，經過四五次變化，都是只有心理健康司，確認心理健康成立獨立的司。口腔健康是到立法院後的變數，在立法院（會期會議）審查國健署的議案才出現的。可以訪問立委，人選要平衡，兩種立場的人都要有。支持心理健康立場的立論要更札實。也建議要查明口腔預防保健塗氟健保給付與精神醫療給付標準的比較（可以呈現利益問題）。當時行政院送立法院版本，衛生署為什麼沒有回覆立法院的附加

決議？立法委員強調口腔健康和心理健康都重要，為什麼硬要湊合在一起？一年很快就到了，請問常次、司長，要怎麼處理？

CC：國健署要把業務移到心口司，讓業務和預算看起來變多。可行嗎？將來處理不掉。

Z：現階段現況尚未檢討定論，應先做機關內部檢討，不宜把業務做機關之間的變動。請次長承諾。也可以訪問組改當時是主管科長或當時醫事處長，要把政治力部分，進入立法院的變化說明。不要去批評口腔，只要知道不相容。呈現心理健康業務很多，25人都不夠。無可能與口腔相併相容的可能。

CC：組改後的心理健康業務量點？應該用渥太華憲章的五個層面，call for 社區心理健康營造的計畫。

Z：部長下應該有委員會，台南市成立心理健康委員會（考量民眾正向觀感，以心理健康做自殺防治根本之道）、高雄市精神醫療與自殺防治委員會，合併後改制成為心理健康促進委員會，都不會失去焦點。第二部分，從公共心理健康主流化角度，心理健康三段五級照護覆蓋全民應該就非常廣，從心理健康司執掌應該著重在政策擬定、法規制定、計畫研訂、業務督考及機構人員管理。一個司的職掌應該這樣。目前已經在做自殺防治法草案，各個業務法需要，但也要制定心理健康基本法，把它也放在短期建議。訂定自殺防治法、心理健康基本法，修訂精神衛生法。自殺防治工作和精神醫療不同，基本法根本大法一定要有。有很多特別法。民主化社會，很多問題政府束手無策，如果沒有法的話，有法才能依法行政。自殺牽涉到人民的生命權。可以處理多少？自殺防治法的內涵？應該要放到國衛院去。

總結一下報告的建議：

短期建議：一、厚植法治的基礎，要立心理健康基本法、自殺防治法、修改精神衛生法。家暴性侵和防治法已有條例。教育部要去立校園霸凌防治法。這些從問題出發的是特別法。一定要有基

本法，基本法不是從問題出發。再訂五年計畫。二、成立行政院心理健康委員會；三、建置心理健康資訊系統和研究；四、訂定國人心理健康指標；五、國家心理健康調查並公布報告。

中長期：一、國家應該成立心理健康基金（可能來源？例如：菸稅、公彩、身障基金都有明確來源），如同醫療發展基金，因為稅收根本不夠。二、設置國家級的心理健康教育暨研究院，設立三個國家級中心，自殺防治中心、家暴暨性侵害暴力防治中心、物質濫用防治中心（精神醫療已有完整機構、健保支付）。財團法人化，有自己獨立財源才能穩定。國衛院神經及精神醫學研究中心夠嗎？

CC：家暴業務受害人和加害人分開？

Z：加害人和被害人是一體兩面。加害人從家防會到心口司，被害人在保護司服務的意義？但現階段已經放到心理司的業務，就要加強溝通。

CC：牙醫積極發展次專科？

Z：牙科次專科若不在醫事司不會有太大效果。

CC：立法院決議一年後檢討、行政院組織法二年內檢討。規劃六月辦理一年過後，衛福部成立一年後研討會。

Z：可以邀請國衛院物質濫用研究小組（鄭博士，中央研究院生物醫學科學研究所特聘研究員）

CC：MHiAP 政府應該要做的業務計畫，看衛福部 13 個機關，70 個計畫，應該那些融入心理健康業務？

Z：如果衛福部自己主辦機關的計畫都看不到心理健康，怎麼去要求其他部會？

AA

AA：從人員進用，特別是司長。對衛生福利部的人選，心有戚戚

焉。另一邊的（口腔）會有感觸。

CC：就報告的建議，有甚麼是需要再注意、可以加的？組改後國健署的業務調整有甚麼不妥？

AA：以前牙醫團體最愛開會，吵得很嚴重。其實台灣牙科和視力問題都很嚴重。以 WHO 指標（齲齒率等問題和口腔健康等）來看，還差很遠。從預防來看，要做的還很多，但現在牙醫要求成立一個司的訴求並不明確。不能只說是受西醫打壓。其實，現在所有醫事人員（包含藥師）都回歸到醫事司管理。

CC：林蒲慕容教授也說過，組織再造要有願景。

AA：衛生福利部合併沒有甚麼願景。以現實面看，一定是亂七八糟，先拼裝、再火燒。衛福部的成立一開始是社福吵得太厲害，為了先讓社福進來。如同以前的「藥事處」都是為了產品存在；後來護理人員爭取把照護處和護理放在一起。而醫事司始終未能站在全體的層面來看，依照法律《醫師法》包含醫師、中醫師、牙醫都在內，包含一般醫學的訓練、教育和補助。其他各種醫事人力、訓練、業務都整體來看。組改後心理健康有四個科看來似乎比牙醫多，但以組改前，牙醫和醫師比起來是不足，但心理和牙醫比較，心理更是不足，更需要國家用組織來彰顯出重要性。這樣，我歸納幾個應該注意的重點：

一、從歷史發展和其他國家比較來看，心理健康原來應該怎麼樣？口腔健康原來應該怎麼樣？

二、以藥的部分會到醫事司來看，希望醫事司可以管理各類醫事人力。醫事人力證照，不同專業人力整體來看，以健全體制。

三、司長資格是一個很大的問題。

四、心理健康還是要回到 WHO 所強調的「心理健康」，這對台灣現況來說是根本是從無到有。不是從專業人力，而是從業務來看，不只全球 WHO 重視，對台灣來說未來也是重要的。

五、牙醫資源原來就有，只是不足。可以分工，但要合作，必須從上面做整合。可以建議牙醫業務到健康署。如果牙醫也要司，那以後「復健」也要一個司？衛福部已經犧牲「國際合作司」。總統府國策顧問連瑞猛（前藥師公會全聯會理事長）曾整合「西醫」以外醫事專業部分。因為衛生署向來太偏重西醫，其他通通不夠，不只牙醫沒有考慮到。

六、要讓衛福部一年後總體檢討，不只檢討心口司。

CC：有關國健署要把口腔業務（原來由半個人力維持的，現在人員要離職）回到心口司？心口司檢討還沒有定案，業務先移轉，這樣妥當嗎？會讓口腔認為也應該獨立成司嗎？

AA：組改越分越多，其實下面的人最喜歡，升官當科長、組長…其實並不 competent。曾有主管職的人非常不適任，以致組改後原來管的業務都不見了。所以要不要有甚麼業務單位，心理部分，還是要從 WHO 標準，也要檢視過去（從治療開始，龍發堂事件），從無到有全盤去推動；牙醫部分，回到國健署某種程度來說，牙醫治療可以和健保結合，也是有資源去處理預防的業務（健保總額是以治療預算剩下的做預防）。如果牙醫也要獨立成司，那視力問題也很嚴重，眼科也要成立一個司嗎？健康署業務要有統籌的觀念。國健局以前牙科業務是一個科員半個人力在處理委託給學校的業務。因為國健署的人力不 competent，所以沒有去規劃，並不是有沒有組織的問題。如果國健署原來的業務把口腔健康移出，讓心口司管，這樣是多頭馬車、混亂。

CC：因為業務移轉這會讓口腔要求自己獨立成司？

AA：牙醫本來就有資源，也有健保資源，原來就在做。用諮詢委員會合適的，並不像心理和社工原來沒有。社工和心理都是社會不足的。心理是全民的、預防的，不是精神醫療只包含一小部分人。很多人家裡遇到有甚麼問題（例如：憂鬱症）是不知所措的。

案例一：曾有鄰居抱怨說都不能睡，已經吃安眠藥一到三顆（敏感），就去按鄰居電鈴、敲門、撞門等覺得都是別人太吵。同住的家人都不認為他有問題。

案例二：三十幾歲年輕人，辦公室發脾氣，回家關房間，不跟家人講話。家人也不知道有甚麼問題，或不知道怎麼辦。怎麼求助？演變到無可挽回的精神病人之前的階段，其實已經需要有人協助。如同癌症病人到醫院就醫前，病人和家屬都需要協助。要怎麼預防？沒有預防和支持的資源，如果演變成精神病人，一定是變成家庭、社會很大的負擔。精神醫療部分已經發展，不可或缺，社區復健也很重要。衛生福利部一開始規劃獨立的心理健康司是對的，一邊做一邊調，不能一步到位。

CC：前衛生署副署長陳再晉認為「從醫事處四科七人，到現在心理司四個科已經三倍人力，夠了。」

AA：司長人選是一個大問題，有人要去爭取，去做對的事。誰來做？公衛的人才有誰可以做司長？心理界會服氣嗎？應該送一個人去當副司長或簡技，輔佐司長，要有人跳進去做。有專業背景，但沒有行政能力沒有用。視力和口腔問題對小孩來說都是嚴重。視力還在國健署，牙醫跳出來，很怪。已經有健保支持預防。全盤的考量應該是基於原來的基礎去看看怎麼整合可以做得更好。（compared to 心理健康）

CC：到底應該怎麼放口腔？

AA：可以訪問吳秀英（牙醫專業背景，曾任國健局副局長，現任FDA 副署長）。所有單位都一樣，分久必合、合久必分。都是在不足的時候需要獨立拉出來，等到發展到一定階段，就需要整合。例如：紐約心理健康廳原來獨立，後來又和健康合在一起。心理健康原來完全沒有的業務需要一個獨立的司來運作，已經有的業務就要整合。

AB
<p>CC：(說明緣由)國發會審查意見期望能夠訪問現行衛福部(心口司)長官代表。</p> <p>AB：有關組改後一年後檢討部分，過去組織成立半年的運作資料(陳司長)，擔心對心理健康工作產生甚麼影響，找學者專家來討論，何在一起對心理健康業務有甚麼障礙，應做何調整，影響可比較小。假如，運作良好也可以推動？三個方向檢討，才能做一個政治上正確的決定。要提供運作過程的資料。運作順遂與否。心口司原來衛生署送行政院只有心理司，但牙醫也覺得要成立一個司，可是研考會決定只能八個司。立法院提口腔重要的論述，要獨立出來，不能多一個司，只能考量和原來合併在一個司。當然性質不同。但這是組織法沒有訂的，是組織規程要規範的。立法院要求在組織法通過的附帶決議要求成立「心理及口腔健康司」。</p> <p>CC：到底口腔未來發展？</p> <p>AB：假如今天應該要拆開，不可能再多一個司，要變成任務編組的獨立部門。</p> <p>CC：要放在其他司？和醫事司？</p> <p>AB：口腔本來就是要從醫事獨立出來的，因為護理、中醫也都分出來。84年中醫藥委員會成立，102年成立一個司。口腔其實也已經喊很久。以前保健處的時候，當時只有兩個業務是獨立的，一是心理健康，另一是營養，在食品部分。保健處只有運動。心理健康放到醫事處。當時醫事處在處理龍發堂事件，凸顯精神醫療的重要，以至於沒有餘力做積極的心理健康業務。後來又有自殺議題。心理健康範圍更大，政府資源配置過程，一開始都是從第三段開始，過程中民眾關切的是疾病問題解決，具體有效的預防策略。一個計畫介入要看到具體成效，而預防醫學實證不如臨</p>

床成效清楚。就會把資源投入看的到成效的疾病和問題。公共衛生是希望把前端預防做好。現在營養回到國健署，藥師也回到醫事司。

CC：以國家衛生行政的立場，是牙醫團體決定要不要？還是規劃上有甚麼立場？

AB：醫事人員、系統的統整都在醫事司，組改中都是會有折衝，就需要時間轉變、轉圜。

CC：國際醫療要放到醫事司？

AB：國際醫療放到醫事司去是產業概念，是不同的。

CC：以台灣自己心理衛生組織發展，社區心理衛生中心發展等和國際上其他國家比較…

AB：心理健康本來也是要跨部門整合的業務，要擴大也是很多。

CC：口腔回國健署機會大不大？國健署已經把口腔經費（四億）移到心口司？若已經有業務移入，人力也需配合，那不是更難以改變？

AB：健保有身心障礙口腔補助，也有派牙醫到偏遠地區的牙科補助。精神科醫師有居家治療，不一定是偏遠。且醫院因為精神科醫師居家治療成本很高（一個時段出去只能看到幾個病人），幾乎不太願意接。口腔接進來，表面上是心口司的口腔預算變多，實際上是當初已經決定口腔業務要集中。

CC：以司的機關性質，是要統籌規劃政策，也要管執行面嗎？業務不是由「署」來執行嗎？這樣「司」內部單位和「署」的業務窗口不是多頭嗎？

AB：機關也不是自己執行，是計畫委託執行。中央單位爭取預算，有兩種過程，一透過地方衛生局（例如：CDC、國健署），另外就是透過委託給醫療機構或民間單位。本來衛生福利部，社福進來，

就會產生窗口的問題。社福窗口要對社會局，也要對衛生局，例如：社家署。整個組改後衛福部的督導部分變複雜。例如：國健署，保健科、健康管理科，有一部分關於菸的業務是讓食品藥物管理科去查菸的問題。所以，不容易只對一個單位。又如，疾病管制署，未必透過疾病管制科，有時需要食品檢驗、藥品檢驗、公共衛生檢驗。心理健康從上往下，各縣市作法不同。例如：新北市心長科，也是當時從醫事分出來，讓一個科長來管。雖然兩個性質不完全很搭。心理健康走到做最後，精神醫療也是有長照需要。以前心理健康預防本來是保健科，但心理健康三段五級整合在一起，需要自己一個科。很多臨床醫生也是會跳出來做前面預防的工作。心理健康預防部分，應該有三個平台：學校、社區、職場。學校比較統一、勞委會管職場、社區是變異最大最難。以前保健科講健康城市還是在慢性病問題，運動、飲食這兩項。

CC：談到心理健康業務，以現在分科的職掌，怎麼做心理健康社區？例如：心理健康城市（由台灣向國際發起）？

AB：的確可以讓每個人發揮創意，去想怎樣是心理健康最好的城市。

CC：衛福部已經委託一個心理健康融入各項政策計畫（MHiAP），要看衛福部內的計畫怎麼把心理健康放進去。

AB：以政府本位的特性，必須先把自己負責的事情做好。有主辦單位，其實沒有協辦單位。現在行政院會報的性質就是要整合。心理司要能夠作主政、橫向連結。但還是有很多被綁在三段醫療部分，因為投入可以馬上解決社會上的問題。因為預防的部分沒有做，才会有問題要解決。資源必須重新分配。

CC：澳洲或 WHO，非傳染性疾病防治（NCD）的改制，在心理健康政策方面也是花了八年時間。

AB：這是很多的迷思。健保投入醫療，如何扳過來可以做預防促

進？即使「健康城市」推到最後，從台南推動，現在也是又下來。民眾就是生病才會有感。

CC：心理健康促進提升心理狀態，有問題自己就會去找專業，而不是專業自己去搶。

AB：之前在台北縣學校的心理健康的推動，有學生跳樓，表示學校一定有事。輔導老師會做嗎？很多輔導老師背景是其他科目老師轉任，專業背景不夠，當學生問題已經到一定狀態，疾病端就一定不能處理。所以衛生局的做法是，一、提昇輔導老師的專業技能；二、另聘心理師，讓輔導老師輔導有困難的轉介給心理師。過去輔導老師建議請家長帶小孩看精神科醫生，家長不一定能夠信任。心理師針對學生、家長一起評估，給輔導老師建議後續應該怎麼輔導。如果心理師評估為病態。四級：學生成績掉下、情緒處理，導師轉介，預防學生自殺。前兩年衛生局，第三年是教育局的錢，心理師駐點，鄰近學校都一起服務，新北市的心理師都不夠，把台北市的都找來。

CC：前端，每一個學生都要有心理健康教育知能。

AB：早期輔導學分只是升官用。學校校長怕出事也會想要做，衛生局把額外資源給進去，可以分擔既有的老師負荷，後來教育局也樂意承接。心理健康教育這個更前端，做心理健康教育的計畫設計需要花一些時間，需要試辦、評估、做 pilot。

CC：健康促進醫院也加了員工健康一項。社區是鄰里社區健康營造。前兩年台中市、台南市衛生局，都推動過心理健康促進和心理健康急救，做社區資源地圖等，用社區行動實踐心理健康城市。…如果口腔放進來，對心理健康業務的推動影響有多大？

AB：資料可以跟陳司長要。若是業務不夠，是原來就不夠？口腔加進來更不夠？證據是？四個科並沒有包含心理健康宏觀的，那需要一段時間。牙醫也不夠，心口司還可以再發展兩個科。重點

是要如何證明牙醫和心理放在一起是衝突的？

CC：如果口腔業務移進來，只是在做業務，規劃就不見了。不是失去作為司級單位的功能？

AB：之前已有「國民心理健康促進計畫」的內容，已經核定下的計畫內容必須去推動，只能從既有的錢去重新分配。假如有，就是按計畫去執行。假如經費已經受限於既有的計畫，那要做決定，例如其中二成去做預防。現在經費並沒有增加兩成去做宏觀的部分。假如計畫已經寫，四年下來都沒動沒有執行就要被檢討。因為四年計畫已經核定，沒有做事不能跟行政院交差的。

CC：口腔加進來，造成心理健康只能做原先業務，不能做宏觀的、全民的業務。口腔加進來和心理放在一起，彼此認同有問題？

AB：性質不同可以去討論。必須再收集資料，口腔放進與否的影響，是否造成心理不能執行宏觀業務，還是因為沒有經費才不做？

CC：心理健康的人力減少，因為已兩個人力移至口腔的科。國健署管口腔業務的人力也只有半個人力…

AB：口腔健康在組改涉及三個單位：國健局、醫事處、護理及健康照護處，組改的規劃是要集中（本來是要移至口腔健康會，但口腔健康會未成立），102年7月23日（衛福部正式上路）前已經決定口腔業務要集中，成立後再從三個單位逐漸移出來。

CC：牙醫代表也承認口腔健康和心理健康合併只是權宜之計，並不適宜。

AB：要從組織面來看，一開始，衛生署以部的出發點規劃，當然不會這樣做。但立法院附帶決議已經形成決定，變成要用時間來折衝。

AC
<p>CC：心理和口腔合併有甚麼優缺點？</p> <p>AC：沒有甚麼優點，過渡時期，對政府來說只是節省人力而已，缺點：如同 CC 報告所述，和心理合併一定會產生干擾，以前在醫事處就發生這樣事情，都是以西醫觀點在看牙醫，影響口腔發展，都是 COPY 西醫的，目前和心理也明顯複製這缺點，更不相容，當然也會產生干擾，如何克服缺點，也是個問題，可能在科別分配下，先考量心理，再給牙科也是一種方式</p> <p>CC：現在解決方法裡面口腔與心理業務不一樣，若在醫事司多出兩科，考量到像是牙科跟西醫不同，這樣解決方法</p> <p>AC：也可以在醫事處增設的解決方法，但要了解政府當初的處理辦法，是甚麼樣的考量？2003 年口腔衛生法通過時已經要求要有專責單位，可是也一直沒有，已經失職……當初不想在醫事處爭取的概念，就是因為牙科西醫 PGY 訓練現在也是 COPY 醫生制度的訓練模式…</p> <p>CC：（參考國外的行政設置）合適的方法除了放在醫事司，不曉得 AC 還有其他方法嗎？</p> <p>AC：牙科其實要做的東西很多，以前在行政院的時候有牙醫諮詢委員會，受到醫科的想法，一直在 COPY 它們模式，我們一直想要爭取專屬的辦公室、經費等等。口腔醫學委員會，韓良俊教授對於名詞很注重，但是此委員會又是諮詢委員會，沒有行政人員的支援與硬體部分，怎麼樣才能有自己專屬的經費撥列與專屬人員，這樣分散在各單位是不好的，醫事處或心理健康司都好，能不能有獨立的業務行政人員，對於像是預防保健、教育訓練 (pgy)，因牙醫師養成訓練與教育培訓、專科甄審都和醫科不同，政策上面執行的人員，這部分在牙醫界仍有很多困擾。看能否設一個比司小一點，比科大一點，有辦法嗎？若不是司，是署嗎？</p>

CC：以國外來看，在國健署裡面爭取一個科，醫事司仍在管轄牙科證書的發放，若我們有獨立的科出現時候，就可以明顯清楚看到西醫、中醫、牙醫是分開的，中間曾經答應過口腔健康會的設置，但是被否決掉了，不是層級不夠高，而是擔心人力資源不敷使用。我們也希望口腔能獨立出去，但是在甚麼層面？

AC：我了解。

CC：口腔和心理不相關的設在同一司，影響確實很大，不僅在職務代理與行政上的困難、精神病人的、職場的心理健康等等；口腔我相信 AC 也可能看到不同，那相互的貢獻來看，AC 怎麼看？

AC：每年檢討，就像過渡時期來看，如何克服我們都知道的不妥，各自分設次級單位主管，口腔小，心理大依業務量，1.臨時性的 cover 在行政事務上的，不允許專業業務的代理 2.各單位努力增加自己的業務量，增加能見度來得到更高的經費獲取的考量方式來看。可望成為更大的司。以後口腔獨立或退出後，心理仍然能有很大的經費來源。二階段…的作用就是爭取到時候每年評估後再來考量，最好就是能分開，但是現階段能否這樣做？

CC：政府部分現階段就要評估是否要分開，以免勞民傷財？

AC：現在都是在磨合階段，現在…

CC：當初規劃很匆忙，現在想要確認放在哪裡是恰當的，現在散佈在很多的地方，衛生署不是醫療署，是公共衛生關注的

AC：對啊，所以我想是把業務擴大以後，大家就會看到….

CC：口腔本身也要檢討，看最合適的情況，持平而論，在第一年結束前就要趕快做決定，避免業務混亂，組織發展不是這樣的

AC：重申業務要做出出來，我第一第二屆是委員，口腔沒有發揮功能，業務一定要做出來，要跟全聯會 push 一樣，要把獨立理由講出來(現在也影響到心理的發展)

CC：專業和行政不太相同，行政不太了解專業的發展

AC：大陸都分開了，我們輸了

CC：大陸的狀況是？

AC：我要再追查，醫院與學校都分開了。我去廣州發現大陸西醫與口腔都分開了…我們發現台灣再怎麼規劃都是醫科。以前這種學界的氣氛，以前都被覺得沒甚麼，32 顆牙齒而已，口腔健康對全身問題，不要只有蛀牙預防，我們在怎麼推廣預防，口腔健康等，像有個委員會…..口腔健康如果能在長期照護裡面…把日本引進過來，日本的長期照護做得比較好，透過預防可以省很多醫療費用，還有牙周病等等，都會影響到身體健康，所以說口腔業務一定要做出來，沒有明確指明業務內容，很難跟政府爭取經費

CC：說到長期照護，護理健康照護司，一部分是護理人員，口腔在那邊也是專業，以業務來看兩者，的相容相關性，護理及長期照護司，裡面不只有是護理，而是長期照護，不知道 AC 覺得這樣的看法

AC：可以啊，就看跟醫事司還是護理健康照護司相關性的作比較，和心理放在一起確實格格不入。

CC：現在人力 28 人，心口司的設計，現況是醫事司分了 11 人進來，中醫藥也分了 15 人過來，現在口腔已經把心理的人力稀釋掉了，當初是承諾從業務量增加後開始從中間增加人，不過當初對於業務就沒有特別規劃，現在 28 人，多了科長、司長、副司長等等

AC：應該再增加人力，先兼任嘛，然後業務繁重後再爭取，等到之後很大我們在爭取到六個人嘛。要 1+1>2 想辦法，我們現在也要努力爭取。

AD

CC：您曾規劃口腔健康計畫和業務。

AD：本來就不應該擺在一起。理由只是口腔和心理都覺得自己應該成立（兩個都要有司，但主要還是衛福部內司級單位有總額限制）。口腔業務本來分散在國健局、醫事司、健保署，需要有機制去整合在一起。口腔保健和牙醫醫事人員管理，是合在一起或是分開其實影響不大，而醫事司負責身障口腔醫療資源，這部份之業務量不是很大，可以由國健署來辦理，就讓醫事司只管牙醫醫事人員這部分，這也是方案之一。由於健保署負責牙科診療之給付，這部分是不可能整合過來到司處理，所以口腔健康成立司之需要性應該沒有這麼大。但是中醫藥司和護理都是一個司，牙醫當然也會想要自己有一個司。若以業務來分析，原來醫事處管理牙醫人力訓練（PGY）、身心障礙者牙科醫療資源（在牙科診所或醫院內設立身心障礙門診等）、評鑑等；國健署管身心障礙口腔保健計畫，是到身心障礙機構或學校內提供口腔保健服務等，這些業務是比較容易整合在一起。前衛生署葉金川署長任內，曾成立口腔健康辦公室（由當時的國健局吳秀英副局長擔任辦公室主任，是屬虛擬的單位）主要是做為牙醫界和政府之間溝通之橋樑，可是牙醫界由於過去的作業模式，有相關的事會直接去找健保署或國健署，所以成立口腔健康辦公室之需求性，當時也就沒有很大。「口腔健康司」之設立，牙醫界是視為政府對牙醫之重視的表徵。組改過程也出現過成立「口腔健康會」，但牙醫界希望這個是和中醫藥委員會是屬相同之位階，就是有實質的辦公室、行政人力，設組室等，當然這是有困難的，其實如果冷靜的思考，口腔健康業務若仍歸屬由國健署管，反而資源來自整個署，有科，有人，不見得是壞事。

CC：牙醫界覺得，牙科業務放在醫事司之內，感覺就是比醫師矮一截。如果是在醫事司設一個獨立的牙科人力培訓規劃科，是否可行？另該提供何種訓練給年輕之牙醫師？

AD：有關牙醫師畢業後，應該如何訓練，就是所謂的 PGY 之訓練，在牙醫界內還是有不同之意見，所以如果牙醫界先有共識，我相信醫事司也會尊重牙醫界之專業意見的。

CC：口腔業務要整合，和行政單位是不同的事。藍教授認為成立委員會沒有辦公室因此不願意。

AD：如果牙醫有自己獨立的辦公室主任，可以將該辦公室分組，讓牙醫界推薦專業且有意願之專家來擔任各組之組長或是諮議委員等，政策擬定後由政府來執行效果會更好。這是非常實務且可行之方案。因為牙醫師大部份都沒有高考，也不願意來公務體系服務，所以縱使組長出缺或是科長出缺，要找牙醫師來擔任仍有其困難，這時不如請牙醫界推薦專家來擔任諮議委員，這委員可以每星期來上三個半天或二個半天的班，還隨時可以和組內同仁討論業務，這會是比較可行之方案。口腔專業人員很熱心但不符資格，且也不願意進來公務體系，這時做比較有實質意義之諮議委員，實務上更可行。國健署的口腔預防保健業務體系已經建立很完整，以含氟漱口水推動之業務為例，若是該業務移到心口司，我想縱使以後科長或承辦同仁不是當年那批人，但是因為體系已完整，包括教育部及學校之體系，未來也不會因為這樣而不配合該業務之執行，所以我不太擔心其業務移轉後之困難，且心口司的實質資源不一定比國健署好，若只有司的名字，沒有足夠人力也是沒有用。但是話說回來，現在心口司已經成立了，其實也沒有甚麼缺點，當然心理健康和口腔擺在一起，名字有點奇怪，且在司內口腔及心理健康就是分屬不同之科在辦理，所以也沒所謂的真正不好之缺點，也相當於是各自不相干擾。反而心理健康從原來醫事處之一個科提升到心口司有四個科，也是一個突破了。

CC：心口司有甚麼利弊？口腔可以到哪裡？

AD：未來心口司內之心理及口腔其實要分家也是有困難的，以後若要分家，若移回醫事司應該沒有好處，因為人力仍然不夠；回

去國健署可能還好一些，但是要走回頭路是真的很困難的。不過有一個策略可以思考，未來將心口司拆成兩個司，第一司心理健康司，第二司虛擬的口腔健康司，且可以改名為「口腔健康司籌備處」，籌備處之意思就是想辦法完成法制作業，或是未來若有司之編制第一個成立的司就是口腔健康司，這個籌備司可由現任的副司長擔任籌備司之司長，專心辦理口腔健康所有業務（除健保署那部份之業務），或是可以成立「口腔健康整合管理中心」，就類似食藥署過去有成立科技中心，是屬任務編組，也是可以很有功能的執行業務。

CC：許銘能常次（督導心口司業務）沒有表示要做甚麼，只指示請司長為一年檢討做準備。

AD：我想衛福部會努力爭取多一個司出來，如果有爭取到才有可心理和口腔分家，目前可能只能維持現況，且目前才開始運作沒多久，需要時間去規劃。

AE

訪談人：HH

HH：請教副司長目前配置在心口司中，關於司的配置與口腔的員額是做甚麼規劃？現況是甚麼？

AE：目前司裡面在口腔的部分是有一個科，科長是王科長，配置四個科員。目前配置一個簡任官（HH：不是 3 個？），喔那是網路上的資料寫三個，但是目前只有一個，是不是會補或是怎樣補，我還不知道。

HH：目前簡任官的背景是？是心理的鄭淑心嗎？

AE：對，（HH：那淑心有幫忙 cover 牙科的業務嗎？），有，我們的配置就是有五個科，四個心理的，一個牙科的。這五個科的科長東西看過之後，就送給淑心（簡任官），淑心看完之後，就送給我，我就呈給司長

HH：原本組織架構中，心理是四個科，口腔是兩個科。現在口腔是一個科的情況下，足夠執行業務嗎？符不符合您原本的期待？

AE：因為目前人員是不夠，但是我們就是同仁兼辦兩個科的業務，把兩科業務併進來，科長就兼辦五，六科長了。

HH：有沒有規劃何時要補進來？

AE：因為我是副司長，人員和經費的事情是司長的權責，我是真的不知道。我知道司長有一直在跟上面的人爭取，但是好像大家都很難。

HH：我們現在司裡面的配置是依照總員額管控嗎？大概是多少人？

AE：目前是 27 人加 1 個約聘，所以是 28 人，口腔就是 4+1，其中一個科長。

HH：所以我們可以說目前辦理口腔業務的就是加上副司長共 6 個人嗎？

AE：不是，我們承辦牙科的就是 4+1，我因為是副司長，也要看心理的業務，淑心也要看口腔的業務，我們在呈給司長。

HH：因為心理跟口腔兩個業務其實不相容，我們也訪談了很多人，多數都提到這一點，司長是精神醫療背景，副司長是口腔背景，簡任官是 O T，這樣會不會在督導業務上有困擾？比如說，副司長是牙醫，那麼在看心理的業務的時候，會不會有困擾？或心理的要去看口腔業務，也有這樣的情形？用什麼方法去克服？能否分工或互為職務代理？橫向聯繫會不會有困難？對彼此的業務發展會不會有不好的影響？

AE：這個問題是大哉問！我必須要承認說我是口腔背景，要看心理的是有些吃力，但是我既然來幹副司長，就要努力學習啊，還好這裡是行政管理機關，不是看臨床，基本上所有的行政管理都是相通的，我就是必須要掌握一些原則，第一個就是行政管理原

則，第二個就是瞭解心理的一些專業名詞，我自己很努力去學，第三個就是，我自己是副司長，依據公務人員服務法第二條，我就是要服從，還好司長也會教我一些東西，我自己找了些心理的東西來讀，很努力的學習。我自己是口腔背景，看口腔當然就沒問題，心理就是努力學習。

HH：目前推動業務都還順暢嗎？會不會需要跟心理溝通？

AE：目前還好，不太需要跟心理溝通。

HH：心理會不會想要知道口腔在做什麼？或口腔想要知道心理在做什麼？

AE：目前是不會，不過我們有機會也會去瞭解。

HH：所以也不會互為職務代理或是橫向溝通？

AE：職務代理通常是同科代理。主管就是下代理上，像我的職務代理就是淑心，科長的職務代理就是同科的科員，我就是司長的職務代理人。我需要橫向溝通的部分反而是在司以外的其他單位比較多。

HH：口腔業務與心理合併成一司，對口腔業務發展有沒有影響或優缺點？或是對彼此業務有不好的發展？或是有更好的看法？

AE：其實也不是什麼優缺點，組織再造就是規定一個部只能有八個司，我們只能這樣，就是配合規劃，也不能怎麼辦，我知道大家都想獨立。

HH：和心理合併在一起，對口腔業務發展是不是一個阻力？

AE：我覺得和誰合併都不是主要的問題關鍵，一個業務要發展，主要是看有沒有足夠的預算和人力，足夠的優質公務員，當然最重要的中央主責單位就是跟民間的重要的學協會團體保持一個重要的關係，我覺得這才是關鍵，不是跟誰合併在一起。

HH：所以您覺得目前來說沒有什麼困擾？

AE：我並不是一個高階公務員，所以我目前只能這樣說，只能盡我的能力去做。

HH：您剛好提到人跟錢的問題，請問目前的人跟預算足夠嗎？符合您的期待和規劃嗎？

AE：就口腔預算來說，是滿重要的，可是剛好現在散在其他各單位，比如說國健署的口腔預防保健計劃，如塗氟計劃或含氟漱口水，大概就四億多五億，目前心口司有關牙科的預算，都是從醫事司移來的，著重在牙醫師的培養和繼續教育，包括說一些 P G Y 和專科醫師的訓練，都是比較注重後端，其實前端才是最重要的，資源一定要整合，才能發揮最大的效益。

HH：所以目前也都能接受？都是其他單位移入的原本預算對不對？

AE：對，目前是這樣。政府預算是這樣，原來是多少就是多少，不可能空白增加預算。目前 103 年都是原先 102 年的預算規模移入。

HH：所以預算和業務目前 103 年尚未因為提升為“司”的層級而有預算的增加？

AE：對，沒有。

HH：那麼在人的部分呢？人力有因為“司”的層級有增加人力嗎？有比以前好嗎？

AE：我覺得現在人力的部分當然是與我原本的期待有落差，每個單位都希望人能夠增加，所以目前的人力當然是不夠，可是能怎麼樣呢？大家都這樣，都喊不夠啊，我們就是只有這樣的人力，盡量做，但是也不能把大家都累死，還好王科長很不錯，很能夠配合我。

HH：會考慮將其他部會的口腔相關業務，比如說教育部或其他口

腔業務，會考慮都收移入心口司嗎？

AE：如果能夠都移入，當然是很好啊，我們是一個國家，國家就是國家，不是芬什麼教育部或是其他怎麼樣。就公共衛生來說，資源整合，從搖籃到墳墓，我們都很喜歡講這句話，就是整體資源要整理好是最重要的。可是希望業務要隨人員移播嘛，這是既定的，衛福部本身業務能夠統一是很基本的需要，至於教育部又是 another story.

HH：目前在編列 104 年的預算，目前似乎聽說國建署的塗氟計劃要移入，除此之外，有新增的嗎？

AE：政府編列預算不可能往上漲，都是前一年再打幾折，第二點的話我們就是可能額外再去爭取編寫口腔醫療白皮書，我們去年就委託牙醫師全聯會幫我們規劃口腔白皮書，看今年四五月可能就會提供給我們些政策上發展，我們就會參考看看想辦法是否可以爭取一些額外的，我也不知道可不可以，我想全聯會是專業團體，一定有比較宏觀的想法，當然我自己也有一些想法，看能不能兩個參考一下，當然再來就是看看能否爭取醫療發展基金，但是醫發基金也是要去拼啊。

HH：所以目前為止都還在磨合規劃的階段嗎？都是在收回舊有業務的階段嗎？

AE：對，目前是這樣。

HH：我們會希望國建署的塗氟業務收回心口司嗎？

AE：當然是希望啊

HH：國健署業務移入，預算會跟著移入嗎？

AE：會啊，他大部份還是公務預算，他那邊是預防的，除此一部分就好像是菸捐的。

HH：國健署的業務移入之後，會不會產生對心口司或心理原本預

算的排擠？

AE：不會啦，會還得了。原本的就還是會是原本的。

HH：因為立法院的主決議有說組改一年後要檢討心口司，請教您對這個有沒有其他想法？比如說心理與口腔各自獨立成為一個司或是去跟誰合併，或是成立一個與司不同的單位，如署或是會，或是在別的司增加兩個科給牙科，針對這個您有什麼看法？也有受訪者提到如果牙科只以一個科或是兩個科的業務量，要成為一個司的層級似乎也不夠，您怎麼看？還是維持目前的樣子

AE：選 A 選 B 選 C 我都沒意見，我只有一个看法，就是大家不要忽略牙科的存在，忽略口腔醫學的重要性，再來就是說所有經費和業務要整合，讓國家資源整合，我只在意全民的口腔健康照顧好，這是最重要的，我不是在很在意其他的事情。和誰能合併，也不是我能做決定的，我最在意的就是口腔醫學的發展，上位長官要重視，這樣就好了。

HH：對於專業的體系發展來說，執行人員的專業背景可能具有某種重要性，我們看了其他國家的體系，有兩種人可能都不可或缺，一種是公共衛生行政人員，一種是專業人員，如果不能都有，我們有個建議，繼續教育可能是重要的，副司長以目前心口司組成的人員裡面，有沒有要再加強的？

AE：如果這是國家政策，要求公務員這樣，當然是很好。第二點，公務員本身有終身學習，若有心要學習，可以利用這時數去補強，第三點，像我自己心理確實比較不足，這是不可諱言的，我既然來做副司長的業務，我就要去強心理的知識，會自己找東西來念，不能只守著牙科。我覺得是看個人的 *personality*。

HH：副司長會去要求同仁盡量去參加補足自己不足的專業訓練嗎？

AE：比如說以我們王科長來說，他就坐在我旁邊，他基本上有一

定的水準，受過訓練，再來就是說隨口有時有一些牙科的專有名詞不會當然理所當然啊，但是講久了，我都快要忘記他不是牙科的了，我以為是牙醫師了，不是藥學的了，至於其他同事的話我會不會要求他，我不太會去管到其他同事，基本上我是一個很重視行政倫理的人，我是對著簡技，但是因為她坐在另一邊，所以我有時就會直接跟科長說，如果我有什麼事情，我會透過科長去指導，不會自己去說。基本上底子都不錯。

HH：另外四個科員的背景是？

AE：除了一個是醫事司做牙科 P G Y 之外，其他的人都必須從其他單位輪調，所以四個人就是兩個醫事司，兩個從中醫藥委員會。

HH：所以其他人對口腔業務都是比較少接觸的，據您的觀察，他們有適應上的困難或是抗拒嗎？

AE：不會，還好

HH：和其他心理的或是牙醫團體的互動，有沒有其他問題？

AE：我覺得都很好，互動最多的是全聯會和中華牙醫學會，口病我是不太熟，那仁本來就很少，所以不管是矯正的，O S 的，我就是從這個體系長大的，很多親戚長輩，我從小從我阿公開始，有一部分是牙醫師，我就是在醫學體系長大的，所以我很熟，像呼吸一樣。

HH：所以這種熟悉對您本人來說來心口司會不會是加分？在業務推展是一種優勢？

AE：現在社會不一樣了，不是威權時代，不是說中央政府上面說了算。現在不能有舊有思維說，好像他們說我是長官，就都要聽我的，不是我在中央吹冷氣的，講了都要算數，我覺得一個國家要進步，必須要跟民間團體有很好的溝通，人家坐在第一線，一定有很多那種民意，才知道民眾最需要什麼，所以我覺得現在跟

民眾溝通是最重要的，我也願意去傾聽他們的聲音，這不叫加分，我覺得本分就要這樣做，不能我講什麼就算數，就是不對的。就像我經常跟王科長說，雖然我是副司長，他是科長，或是我是牙科，他是非牙科，他就一定要聽我的，他有些事情上面也有很好的想法，我講的不一定就對，我經常跟他說，官大不一定學問大。

HH：就您知道這些口腔專業團體對心口司有沒有什麼期待？

AE：就我所知，他們跟我們一樣，希望好好照顧國民的口腔健康。像全聯會是一個很願意做事的單位，我就很佩服那些理事長們，放著臨床的賺錢工作不做，都來做這些公共衛生政策的工作。再來就是說他們為何要放棄那些高薪，要來這邊講政策，是因為他關心國民的口腔健康，對社會有責任才這樣。

HH：我們也訪問了牙醫師公會幾位醫師，他們也提到對心口司的期待，認為口腔有非常多的業務，比如牙醫師法單獨立法、口腔醫材發展…。但現在心口司的規劃和預算似乎不符合他們的期待，您有什麼看法去回應他們的期待？

AE：其實他們對口腔醫學的期待和想法和我心目中的想法一樣，本來就是要這樣發展，口腔醫學如果不重要，他也不會大學有牙醫系口腔醫學系，但是我就只有這樣的人、這樣的經費，就只能做這樣的事，再偉大的夢想，也只能先面對現實，他們說的我都同意。

HH：就目前的規模來說，副司長認為對將來口腔發展最重要的事情是什麼？

AE：我覺得有三件事很重要，第一件就是培養優質口腔醫學人力，第二點培養具有人道關懷精神的口腔醫學的人，這這兩點最重要，第三點就是要俱備國際觀，但是如果前兩點都做不好的話，第三點當然就別講了。培養優質人力必須俱備一些條件，第一個是本身的 knowledge，第二個就是要有臨床的 technic，要精進，第三個我覺得最重要，必須要有研發的潛能。因為在口腔醫學的

話，牙醫是個 team leader，他一定要具有研發和 leader 的 potential 出來，當然還有更細部的，比如說人力推估，培養人道精神的牙醫師，就像邱部長講的 CSR 這是一種社會責任，回饋社會，這很重要。

HH：最後，心理對與口腔合併有很多不同的看法，您會有什麼回應？

AE：大家可以一起做好朋友，我們一起可以共同努力，一起共同推動國民的心理及口腔健康。

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

附錄二 心理健康行動聯盟倡議相關文件

總統府新聞稿

副總統接見美國心理衛生政策專家林蒲慕容教授

公布日期 中華民國 93 年 06 月 29 日

呂副總統秀蓮女士今天下午接見美國心理衛生政策專家林蒲慕容(Alice P. Lin)教授，對訪賓專程回國提供心理衛生專業意見，並關心國人及社會整體心理健康領域議題，表示歡迎與肯定之意。

由於訪賓及陪賓表示，目前國內負責心理健康工作的政府部門層級偏低，經費與人力不足，而且領域窄化，主要著重於疾病的治療，忽略預防工作，此外，政策上不夠透明，也缺乏民間團體的參與。因此，特地前來向副總統反映，期盼在總統府之下設立「心理健康委員會」，藉由提升層級，整合政府與民間資源，並專注於預防工作，以避免資源浪費，有效解決台灣社會心理健康的問題。

對此，副總統回應表示，過去她曾推動「陽光人生」以及「人生列車」活動，最近她並想發起「救心運動」，因此，心理健康議題一直是她所關心的重要事項，她也願意為全民心理健康代言。不過，她婉轉回覆訪賓說，在沒有法源依據情況下，「心理健康委員會」並不適合在總統府之下設立。

副總統進一步肯定大家對心理健康的關注與投入，她強調，在政府有限資源限制下，全民心理健康的工作，第一優先要先整合民間資源，藉由草根性的力量，來喚醒全民的關心。對於大家用「心理健康」此一較具學術性之專有名詞，她建議改為「健康人生」，不僅涵蓋性較廣，也較為民眾接受。副總統也願意在近期內於總統府召開第一次「健康人生」策略聯盟研討會，以彰顯此議題之重要性，進一步聯合民間不同團體的力量，她並請訪賓們推薦相關領域民間團體重要人士參與，共同研擬行動計畫，以協助落實全民心理健康

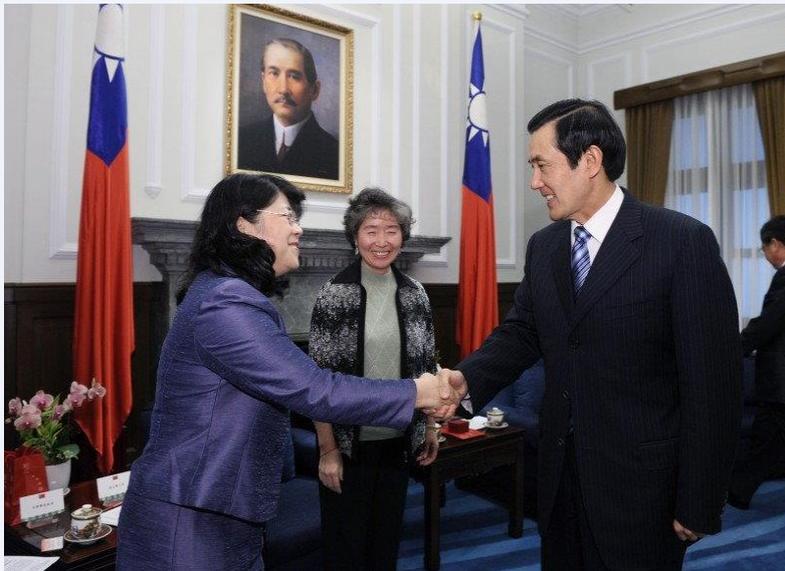
衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

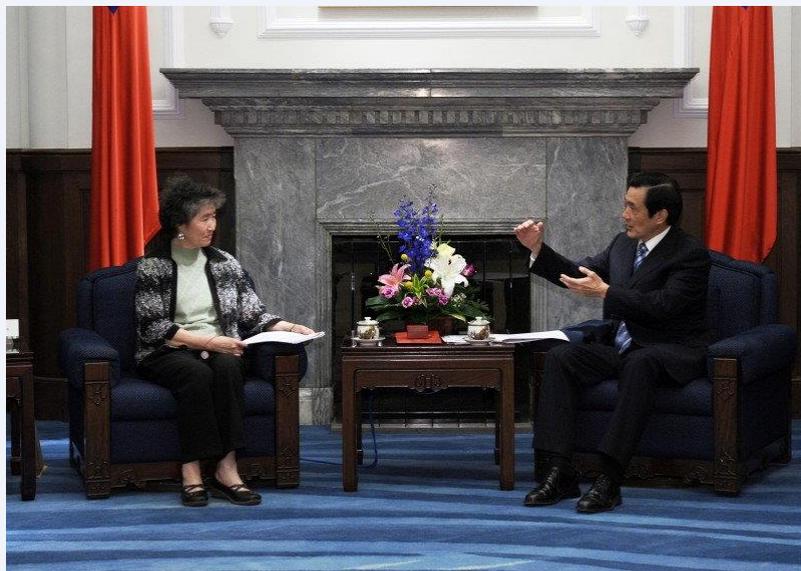
工作。

林蒲慕容教授下午由台大教授張珣等陪同，前來總統府晉見副總統。

總統接見心理健康行動聯盟代表

公布日期 中華民國 99 年 03 月 31 日





馬英九總統今天上午在總統府接見心理健康行動聯盟代表，對心理衛生人員在心理健康、心理疾病防治工作上所做的努力，表達肯定之意。

總統表示，自殺防治為心理衛生中大家矚目的議題之一，他於擔任台北市長期間，在心理健康行動聯盟召集人張珏教授協助下，調查統計得知 24 歲至 45 歲年齡層自殺人數較多；台北市每年有 20 名 13

歲至 24 歲的年輕人死於自殺，500 名年輕人發生自殺行為，也就是說，每個月將近有 2 位年輕人死亡、40 人試圖用自殺的方式解決自己的問題，國人必須正視此一問題。

總統指出，行政院衛生署這些年來推動許多心理衛生相關計畫，如成立全國自殺防治中心、設立安心專線、強化社區衛生中心功能、自殺防治守門人的訓練老人憂鬱症篩檢工作、提升區域輔導精神醫療網計畫及補助民間辦理自殺防治宣導等。對於自殺防治等心理衛生工作，政府均極為關注。此外，與其他國家相較，雖然我國自殺人口數並不是最高，但過去 10 年來，自殺人口數仍有增加現象，因此除政府外，也需要社會團體及全民來共同關注心理衛生工作。

心理健康行動聯盟代表一行，上午由該聯盟召集人張珏率領，在行政院衛生署副署長張上淳陪同下，前來總統府晉見總統，總統府副秘書長賴峰偉也在座。

總統府回函 2012年6月13日

總統府用牋

珽之召集人惠鑒：感謝您6月5日來府與總統面敘並交換意見，當日致總統建言資料，已奉交下。所提盼102年行政院衛生福利部成立後，於轄下設立獨立功能運作之「心理健康司」事，本府已於6月13日函請該院研處。特先奉復，並祝平安喜樂

公共事務室主任陳永豐
101年6月13日



敬啟

總統府祕書長函 2013 年 6 月 11 日

總統府用牋

張珣召集人惠鑒：

本（102）年 6 月 1 日致 總統建言書，為建議於衛生福利部設置「心理健康司」一案，業已轉陳，並奉 示送請行政院研處並復告處理意見。

貴召集人關心政府組織改造效能，重視國人心理健康，令人感佩，奉 示代致謝忱。知關 錦注，耑此先復，順頌
時祺

楊進添



敬啟

中華民國 102 年 6 月 11 日

總統府秘書長函 2013年6月11日

總統府秘書長 函

地址：10048 臺北市中正區重慶南路1段
122號
聯絡方式：郭致佑 23206133

100

台北市忠孝東路一段1號

受文者：行政院

發文日期：中華民國102年6月11日
發文字號：華總一智字第10200111060號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文

主旨：心理健康行動聯盟張召集人珏本(102)年6月1日致 總統
建言書，建議於衛生福利部設置「心理健康司」乙案，奉 示
送請 貴院卓處逕復並副知本府，檢件請 查照。

正本：行政院
副本：

秘書長楊進添

行政院衛生署函 2013 年 6 月 17 日

檔 號：
保存年限：

行政院衛生署 函

機關地址：10341 台北市大同區塔城街36號
傳 真：(02)85906055
聯絡人及電話：王芄宣(02)85906559
電子郵件信箱：p1pxw1207@doh.gov.tw

受文者：心理健康行動聯盟張召集人珏

發文日期：中華民國102年6月17日
發文字號：衛署企字第1020072968號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關 貴召集人致總統建言書，建議於衛生福利部設置「心理健康司」一案，復請 查照。

說明：

- 一、依據行政院102年6月14日院臺衛字第1020037122號函轉據總統府102年6月11日華總一智字第10200111060號函辦理。
- 二、依行政院組織改造案之規劃，未來本署職掌將與社會福利業務合併，同時改制為「衛生福利部」，為配合上開之組織改制作業，本署自98年開始，密集召開多次會議討論，將現行署內之19個單位與任務編組、8個所屬機關，以及內政部社會司、兒童局、家防會、國監會等單位，一起整併為8個業務司，6個輔助處。而衛生福利部組織法草案亦已於101年2月16日經行政院院會通過送立法院審議，並經立法院院會於102年5月31日三讀通過。
- 三、未來，衛生福利部之內部單位名稱及其掌理事項，將於該部處務規程加以規定，所陳意見，業已錄案，留供研議前開處務規程參考。

正本：心理健康行動聯盟張召集人珏

副本：總統府、行政院

中華心理衛生協會 函

機關地址：10361 臺北市民權西路 136 號 16 樓之 1

電話：(02)2557-6980

傳真：(02)2557-6871

聯絡人：溫桂君

電子郵件信箱：mhst.chriswsa@gmail.com

10341 臺北市大同區塔城街36號

受文者：行政院衛生署邱署長文達

發文日期：中華民國 102 年 6 月 10 日

發文字號：心衛協字第102137號

類別：信件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關行政院組織再造「衛生福利部」之規劃，懇請 貴署能秉持行政專業，回歸行政院版本，設置獨立的「心理健康司」。

說明：

- 一、中華民國 102 年 5 月 31 日立法院第 8 屆第 3 會期第 15 次會議三讀通過衛生福利部組織法，行政院衛生署將升格為衛生福利部，遺憾得知審查會及黨團協商結論所作附帶決議之一，擬將原規劃多年之「心理健康司」改為「心理及口腔健康司」。然而以本協會專業立場了解，二者專業及業務體系迥異，如此貿然合併，已違「成立專責國人心理健康事務門，以司各行政及服務體系之協調、整合、連結及分工」的國家心理健康政策方針，更違背行政院組織改造，符合國際心理健康人權潮流的目標。口腔健康業務，貿然併入規劃多年的「心理健康司」，舉國譁然，中華民國建國百年的組織再造也將成國際笑話。
- 二、前開會議提案通過之黨團協商結論，有關「衛生福利部組織法草案修正通過」載明八項附帶決議，有關「心理健康司」有三項，其中有兩項即是呼籲和要求要重視國人心理健康業務，增加人力配置。懇請主責規劃「衛生福利部」的行政院衛生署，能審慎卓參，秉持組織再造的願景和理念，妥適規劃心理健康司組織人力配置及所轄各次級機關之處務規章。
- 三、懇請 貴署能秉持行政專業，設置獨立「心理健康司」。

正本：行政院江院長宜樺、行政院研究發展考核委員會宋主委餘俠、行政院衛生署邱署長文達

副本：臺灣心理學會、臺灣精神醫學會、臺灣臨床心理學會、臺灣諮商心理學會、臺灣職能治療學會、社團法人中華民國康復之友聯盟、兒童福利聯盟、財團法人董氏基金會、張老師基金會、社團法人中華民國精神衛生護理學會、社團法人中華民國臨床心理師公會全國聯合會、社團法人中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、臺灣輔導與諮商學會、社團法人國際生命線台灣總會、國立臺灣大學心理學系、國立政治大學心理學系、國立臺灣大學社會工作學系、國立臺灣大學學生心理輔導中心、國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系、財團法人精神健康基金會、國立臺灣大學公共衛生學院健康促進研究中心、臺灣兒童青少年精神醫學會、臺灣心理治療學會、臺灣社區精神復健發展協會、臺灣社會心理復健協會、臺灣憂鬱症防治協會、臺灣事故傷害預防與安全促進學會、臺灣精神醫療院所行政協會、臺灣心理衛生社會工作學會、臺灣婚姻與家庭輔導學會、臺北醫學大學學生輔導中心、輔仁大學臨床心理系、屏東教育大學教育心理與輔導學系、國立臺北教育大學心理與諮商學系、陽明大學心理諮商中心、新竹教育大學教育心理與諮商學系、社團法人臺北市心生活協會、臺北市雙胞胎協會、中華團體心理治療學會、臺灣身心障礙者就業權益促進協會、社團法人中華民國關懷心臟病友協會、新竹教育大學諮商中心、成功大學職能治療學系、社團法人花蓮縣兒童暨家庭關懷協會、臺北市臨床心理師公會、新北市臨床心理師公會、中華民國輔導教師協會、臺灣心理劇學會、一壽照顧中心、人文傳習書院心理治療所、中華民國心臟病兒童基金會、社團法人台灣職業重建專業協會、中華民國生命教練協會、中華民國應用音樂推廣協會、心靈工坊文化事業股份有限公司、臺中市抗癌人保健協會、臺中市臨床心理師公會、臺南市性別平等促進會、臺灣心理諮訊網、臺灣心靈健康資訊協會、臺灣沙遊治療學會、臺灣社區健康及家庭關係促進協會、臺灣員工協助專業協會、臺灣展翅協會、臺灣笑笑功協會、臺灣動物輔助治療專業發展協會、臺灣藝術治療學會、臺灣聽力語言學會、如佳康復之家、希望青少年多元適性發展協會、亞洲體驗教育學會、宜蘭縣職能治療師公會、尚安康復之家、社團法人中華民國荒野保護協會、高雄市志憂華憂鬱防治協會、社團法人中華溝通分析協會、臺中市諮商心理師公會、社團法人臺灣失落關懷與諮商協會、社團法人苗栗縣康復之友協會、新竹市學生輔導諮商中心、苗栗縣學生輔導諮商中心、社團法人桃園縣社區精神復健協會、社團法人桃園縣職能治療師公會、社團法人高雄市臨床心理師公會、社團法人華人伴侶與家族治療協會、社團法人臺灣向日葵全人關懷協會、社團法人臺灣赤子心過動症協會、桃園縣臨床心理師公會、財團法人臺北市光智社會事業基金會附設臺北市士林地區青少年心理衛生中心、財團法人前瞻文教基金會、財團法人臺北市私立得榮社會福利基金會、財團法人勵馨社會福利事業基金會、高雄市彩色頁女性願景協會、宜蘭縣職能治療師公會、臺南市職能治療師公會、嘉義市職能治療師公會、高雄市職能治療師公會、國際分析心理學會臺灣榮格發展小組、彰基司法精神醫學中心、華人心理治療研究發展基金會、華人艾瑞克森催眠治療學會、嘉義市生命線協會、新北市康復之友協會、新北市諮商心理師公會、嘉義市臨床心理師公會、臺北市亞喬身心健康協會、臺北市諮商心理師公會、新竹市臨床心理師公會、臺北市職能治療師公會、國立空中大學生活科學系、國立彰化師範大學婚姻

附錄二 心理健康行動聯盟倡議相關文件

與家族治療研究所、國立彰化師範大學輔導與諮商學系、高雄師範大學輔導與諮商研究所、臺北市立聯合醫院松德院區精神社工科、行政院衛生署八里療養院、佑青醫院、凱旋醫院社工室、美麗心成人兒童精神科診所、陳炯鳴精神科、樂活精神科、財團法人台灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院、本會秘書處

心理健康司連署書邀請

致：各位關心心理衛生工作在台灣紮根的朋友與團體：大家好！！

發起單位：心理健康行動聯盟 2012/06/02

衛生署在 2013 年將與內政部社會司合併，成為「衛生福利部」！！我們持續多年的努力去爭取，心理健康工作應是一獨立單位，且位階是一級單位，總算去年最後在行政院版本，成為衛生福利部下的一個「司」，很高興通知大家 100 年 4 月 28 日「心理健康司」成立的草案已在立法院已經一讀初步通過。

2012 年 5 月 30 日立法院司法及法制委員會審理行政院組織再造法時，卻有委員提出要將口腔健康併入心理健康司！我們認同口腔健康的重要性，但貿然將口腔衛生與心理健康放在一起，南轅北轍硬湊合，會被全世界當成笑話。世界衛生組織 WHO 對健康定義為「生理、心理、與社會，達到和諧安寧狀態」，在此定義中「心理」原本是一個獨立領域，先進國家如美國、甚至如開發中的泰國、印尼等，都有心理健康一級獨立單位。

成立心理健康司才能完備目前還缺乏的社區服務制度，根本解決社區中始終存在但一直缺乏處理模式的精神疾病防治、物質濫用防治、自殺防治、偏差行為、校園霸凌、災害心理衛生處遇、弱勢者與精障者生活困境、各種歧視(如性別、年齡、身心障礙、族群等)心理及精神健康問題，再能因此培育社區專業服務人才，逐步發展全民的心理健康促進服務。「心理健康，人人應當擁有」是普世的價值和民主國家人權發展的重要指標，遠超過任何個人、團體利益或專業分化角力。

目前行政院版規劃的心理健康司科數與人力尚且不足，民間普遍認為還需增加人力，現在卻反其道而行，將口腔衛生與心理健康合併，實在無法讓人民接受！此時，我們需要大家一起來連署並發動遊說

立法委員，希望大家寫上你所屬的縣市選區，將我們對心理健康的肯定，讓立法委員知道，捍衛人民的精神與心理健康權益！

2012年9月11日心理健康專業訪問衛生署長新聞稿

發稿單位：中華心理衛生協會、心理健康行動聯盟

暴力、不安何時了？疾病、自傷要關心！心理健康促進是核心！我們不能再等待了！輕鬆、安心、珍惜、關懷、相互支持，是我們要一起打造的國家社會！

心理健康司需要以一級單位獨立存在，並有其人力與經費支持。八位代表各心理衛生專業領域的代表（職能治療、心理衛生社工、精神醫療、精神護理、臨床心理與諮商、公共心理衛生、心理衛生）與醫療服務消費者（康復之友聯盟），拜會衛生署邱文達署長。

他們不是只有其專業領域代表，也代表著他們在短短一個月號召的連署書，共有 79 個團體，包括，服務或涵蓋上百萬人，以及近千人的連署，包括服務於各種公私立單位、學校、醫院、考試院、人事行政局、企業、公民社會等。

啃老族殺弟自殺

世界衛生組織 WHO 對健康定義為「生理、心理、與社會，達到和諧安寧狀態」，在此定義中「心理」原本是一個獨立領域，先進國家如美國、甚至如開發中的泰國、印尼等，都有心理健康一級獨立單位。

成立心理健康司才能完備目前還缺乏的社區服務制度，根本解決社區中始終存在但一直缺乏處理模式的精神疾病防治、物質濫用防治、自殺防治、偏差行為、校園霸凌、災害心理衛生處遇、弱勢者與精障者生活困境、各種歧視(如性別、年齡、身心障礙、族群等)心理及精神健康問題，再能因此培育社區專業服務人才，逐步發展全民的心理健康促進服務。「心理健康，人人應當擁有」是普世的價值和民主國家人權發展的重要指標，遠超過任何個人、團體利益或專業

分化角力。

落實心理健康能減少國家花費

- 二十一世紀花費國家預算最大的的三大殺手：愛滋、憂鬱、癌症，都與心理健康息息相關--壓力、情緒、害怕等導致疾病，疾病又引發情緒，需要心理健康知能以防治疾病發生，減少醫療花費。
- 災難心理衛生的規劃、備災準備，減少恐慌與抗爭及國家損失，例如澳洲與日本。
- 心理的不專心、或心理的情緒困擾，會導致意外（車禍、跌倒、火災等），如能減少意外發生，也能減少醫療與公共建設重建等相關花費的支出。
- 職場心理健康提昇可增加社會生產力，減少過勞死問題。
- 心理健康司的設立，可以加強跨部會間協調、合作的機制，減少零散、不足、與重疊的方案與資源。

邀請馬總統出席「心理健康城市聯盟」宣言見證記者會

致：馬總統

自：張珏

事由：

敬邀參與 12 月 1 日上午，心理健康城市聯盟大會暨宣言記者會。

肯定心理健康司的獨立性與編列預算。

日期：2012/10/31

說明：

世界衛生組織在 2004 年特別正式公佈，「離開了心理健康，就不能

稱之為健康」，強調不是等問題發生，再花費鉅額治療的現象，而是積極防範未然，也就是**促進心理健康**的工作。

馬總統提出**要民眾感受到幸福**的施政理念，與 WHO 心理健康促進的理念不謀而合。過去人民無感是心理健康促進太抽象，但是目前已經有方法可以落實。落實促進心理健康工作，可以讓人民感到幸福，提昇，對國家與社會滿意。

例如：目前各種社會、經濟議題，不少自傷、他傷的暴力事件，顯現人民壓力直線上升，許多「文明病」的流行率如高血壓或糖尿病也節節升高，心理、社會的壓力，造成生理的負擔，也就很難擁有好的生活品質。有人天天喊身體疼痛，看遍各科都沒病，結果是心理緊張有煩惱，花費健保無數抱怨醫療無效，其實問題來自心理，所以要改善醫療開銷，節省國庫開支，需要促進民眾心理健康。

其他有待根本解決的精神疾病防治、物質濫用防治、自殺防治、改善偏差行為與校園霸凌、災害心理衛生處遇、家暴問題防治、弱勢者與精障者生活困境、各種歧視（如性別、年齡、身心障礙、族群等）導致的心理及精神健康問題，目前處理模式是補救、修復，並不是追根究底，第一次就作對的正確模式，發展全民的「心理健康促進」服務，可以從根解決問題。

「心理健康，人人都應當擁有」是普世價值，和民主國家人權發展的重要指標，遠超過任何個人、團體利益，或專業分化角力。近年來 WHO 與一些民間組織陸續提出「健康城市」、「友善老人城市」等的參與，我國也陸續參與得到認證（上週我才出席澳洲 Brisbane 第五屆亞太健康城市聯盟大會，我國有十個縣市包括縣市長、衛生局、消防局等六十人參與，新被接受認證兩個城市，方案被得獎有五個城市，可謂成果豐碩。其實心理健康是所有的基本，因此提出「心理健康城市聯盟」，一方面它代表「幸福城市」理念、再方面還沒有其他地方用此名稱發動，更進一步心理健康代表我國中華文化中「以和為貴」中庸之道的精神，能有馬總統率先參與宣言，等於

我國超越世界，同時主動發起聯盟，將被世界肯定與前來參與。

「心理健康」在西方定義，早先是沒有疾病稱之健康，近期也指出個人層面需具彈性、抗逆能力、但是健康目的是自然快樂幸福，就是我們華人的祖先倡議的和諧與中庸之道，人以和為貴的理念，人和就是心平與無怨，自然快樂幸福，身體健康與社會健康跟著來到。

「壓力」為萬病之源與我們東方理念「氣滯」則易生病的意義相同，如何能紓解壓力達到氣血暢通，放鬆是要素，人能放鬆，喜悅自然而來，健康也隨之而來，知福、惜福、一起開創彼此的幸福，都是有理論依據。

西方多半是有形的科學，而我國東方無形的哲理，中庸與平和，就是心理的基本元素，我國民眾殷殷期待，希望總統帶領下，走向全球，讓台灣率先提出找到促進心理健康的方法，作世界表率。

2010年拜會總統，提出組織再造需要有一級單位的心理健康司或署的成立，衛生署也積極規劃，行政院送立法院版本中有「心理健康司」的規劃。然而中央組織再造，地方準備好了嗎？也藉這次心理健康城市聯盟論壇，邀請各縣市能及時行動。

另一方面雖然組織再造，送立法院版本在衛生福利部的架構設計中有一級單位的「心理健康司」，也得到總統的肯定，但是衛生署在分配人力，以及明年預算中，卻完全沒考量此一新設的「司」，完全沒有經費提供推動，甚至明年經費還刪去一成半，嚴重反映出衛生署在規劃時對心理健康促進是不夠瞭解的，仍以疾病治療為重點，忽略預防疾病發生的重要行動。組織再造，第一次就要作對！！希望總統可以藉由對「心理健康城市聯盟」的宣言，讓全國中央到地方都能開始對提昇民眾心理健康、減少疾病、與人際紛爭。也能有該有的預算編列。

從邊緣到主流，心理會影響身體健康與社會互動，是一切基礎，只是長期被忽視，其實心理健康促進的定義與我國傳統哲理是不謀而合，民以和而貴，若能讓民眾心平氣和，無怨，都代表公平與正義

的發揮。

我國組織再造，第一次就要作對，心理健康促進刻不容緩，能引起個人提昇心理健康，減少疾病與意外，不啻減少健保花費。此外從組織立場，則所有政策或方案，都能考量對民眾心理健康影響，民眾自然會有感。

行動方案：

- 一、提昇心理健康，帶給民眾幸福感，符合總統施政理念。
- 二、心理健康司要獨立，口腔健康部分應移去醫事司較適切。
- 三、心理健康司應編列充足預算，去推動心理健康促進工作。
- 四、心理健康促進工作需要像醫療網式的設計，因此成立心理
- 五、健康城市聯盟，做為平台協調中央與地方，並尋求其他部會或局處間合作，一起參與推動，民間組織配合。
- 六、我國成立台灣心理健康聯盟，為未來中央與地方發展心理
- 七、健康促進來策劃，也同時發表亞太地區心理健康城市宣言，未來將廣邀各國開始推動，我國是「亞太地區心理健康城市聯盟」的發起者之一。

總統：心理健康業務層級提升

【2012/12/1 12：25】0121201-2 媒體曝光：心理健康城
〔中央社〕總統馬英九今天見證縣市政府、社團簽署「心理健康城市結盟宣言」，他鼓勵民眾運動紓壓，也說政府會提升心理健康業務層級。第 10 屆台灣心理治療與心理衛生聯合會今天在台北護理健康大學舉行，上午舉辦「心理健康城市論壇」，馬總統到場致詞，並見證 10 餘個縣市、超過 50 個民間社團簽署寓涵「平」、「安」與「和諧」的宣言。馬總統表示，健康國民是健康國家的基本條件，健康國民不只身體健康，也要心理健康，心理健康做得好，自殺率就下

降，國人自殺率在民國 80 年代上升，民國 95 年到達 4406 人，是自殺死亡的最高峰，最近 3 年有逐年下降趨勢。

總統說，他在台北市長任內，成立社區心理健康中心，擔任總統後繼續促進心理健康工作，未來衛生署組織再造為衛生福利部後，心理精神醫療及心理衛生科，將提升為心理衛生司。總統說，現在民眾罹患憂鬱症比過去常見，他鼓勵大家運動，運動對改善憂鬱症及紓緩日常壓力很有幫助。

另外，馬總統說，消除對婦女、新住民的歧視，以及大陸籍配偶取得中華民國身分證的時間從 8 年縮減為 6 年，未來將進一步修法為 4 年，與其他新住民一致，這些消除歧視的作為，有助於促進心理健康。各縣市代表今天在會中提出心理健康施政願景，以設立心理健康委員會、專責掌管心理健康業務的部門層級、執掌心理健康業務的人力、心理健康預算數及其占健康、整體預算的比例、心理健康服務方案、自治條例或施政目標含括心理健康的內容、推動困境或需求等指標呈現願景。

17 縣市宣誓打造健康幸福城市

【聯合報／記者黃文彥／即時報導】2012.12.01 08：20 pm

由台大公衛學院健康促進研究中心副教授張珣發起的心理健康城市聯盟，今天邀請馬總統、衛生署署長邱文達及 17 縣市首長代表，簽署心理健康城市宣言，宣示打造「平」、「安」與「和諧」社會。

馬英九總統表示，衛生署轉型為衛生福利部後，原本在醫事處下的精神醫療及心理衛生科，將升格為心理健康司，代表政府服務資源大幅增加。

但中央有一級單位主管國人心理健康，但地方政府重視程度顯然有別。以全國首善之都台北市為例，不僅沒有一級單位，且心理衛生股正式編制僅四名公務員，卻要照顧 266 萬市民的心理健康，單位

層級與正式人力在五都中敬陪末座。

「心理健康城市」17 縣市結盟

時間：2012/12/1 15：26 新聞引據：聯合晚報

http://news.rti.org.tw/index_newsContent.aspx?nid=392451&id=5&id2=1



精神和心理健康界怒吼一捍衛「心理健康司」獨立誓師大會

心理健康司獨立，第一次就要做對！

心理健康百分百，國民健康又幸福！

心理健康行動聯盟會後新聞稿

時間：2013 年 1 月 8 日（星期一）上午 10：00

地點：台大校友會館 3A 會議室（台北市濟南路一段 2 之 1 號 3 樓）

精神與心理健康界逾百個團體誓言捍衛「心理健康司」獨立



8 日上午「捍衛心理健康司獨立誓師大會」心理健康行動聯盟近百名單位代表齊聚表達「我們要完整的心理健康司」，抗議衛生署執意進行「口腔及心理健康司」的規劃怪異荒誕，犧牲人民幸福。聯盟召集人，也是總統府人權諮詢委員會委員張珏教授表示，2009 年葉金川署長任內成立「心理健康辦公室」以及 2010 年楊志良署長任內完成「精神醫療與心理衛生政策綱領」，兩個政策方向都確認衛生署組織再造應提高心理健康層級，確認成立獨立而完整的心理健康司有其必要，但衛生署規劃過程對心理健康業務仍然缺少宏觀的視野，才給相關的利益團體和立委提出併司、角力的機會。如今貿然把口腔和心理併在一起，是勉強「送作堆」、非常不負責任的規劃。

元月 4 日衛生署發佈新聞將於一週內研擬「口腔與心理健康司」處務規章送院會核備。連日來，精神和心理健康界逾百個團體齊發聲，堅決捍衛「心理健康司」的完整、獨立。抗議衛生署與議會聯手研擬「口腔與心理健康司」的做法，是泯滅民意的政治暴力，口腔、心理健康不當併合，造成台灣政府組織「連體嬰」怪象，未來堪憂，犧牲全民健康幸福！也無法解決牙醫與醫事行政體系長期競合問題，

這是主事行政機關不負責任的表現。執意如此，組改後的「衛生福利部」將是一個怪獸，不要也罷！請行政院和立法院給全民一個交代！

台灣精神醫學會理事長周焯智指出規劃已久的心理健康司包含精神科醫師之外，臨床心理、諮商心理、職能治療、精神護理相關人員、藥師和檢驗師（包含物質濫用議題）等多重的專業都應該包括進來為國人心理健康做努力。而與口腔併司是非常怪異的連體嬰，拼接起來的組織是無法運作的，對國際友人提起這事非常「可笑」，中華民國康復之友聯盟理事長黃敏偉說。

多年來關心國人精神健康、心靈海嘯的台大醫學院精神科教授胡海國憂心沒有辦法實際運作的組織不能處理社會廣大的心理健康問題，社會將失去未來、希望感，如果能夠把心理健康做好，國家的價值才會顯出來。

台灣臨床心理學會理事長、成大行為醫學所郭乃文教授以臨床上的數據提出「精神分裂症」個案，「思覺失調」是去汙名化的重新界定，成大醫院團隊基於對個案治療介入的溝通共識，讓個案復發率由五成降至一成以內。改變大腦需要經驗和時間，心理健康是從小到老的事，而政府組織完整才能提供專業服務的良好架構。諮商心理師公會全國聯合會理事長王文秀以數十年的實務經驗指出有綿密的心理健康網，國民幸福會提升，社會成本會大幅降低。中華民國精神衛生護理學會理事長戎瑾如說，健保不能提供憂鬱、焦慮、睡眠失調等民眾及家屬心理健康服務，社區化的支持系統需要由心理健康司來規劃。

職能治療師公會全國聯合會理事長資深的職能治療師褚增輝認為提出這樣的口腔心理不合理的併司，政府病了嗎？我們不僅為全民心理健康站出來，也需要挽救政府的健康。台北市社工師公會理事長滕西華表示以國家這個大家庭來看，組改亂象顯示結構、價值的崩解，如果不能懸崖勒馬，社會能夠承受組織崩解的傷害嗎？政府多

久還會進行大幅度的組織再造？這是第一次，也可能是最後一次。



台灣社會改造協會蔡篤堅教授指出台灣心理健康由民間團體孤軍奮鬥的窘境，利益團體強爭健保資源令人寒心，而台灣心理衛生工作者長期的努力足以造福國際友人，不能因為不合理的政府組改成為國際笑柄。如果心理健康司獨立不能由法律上的正常管道解決，應採取社會運動。

7 日上午聯盟已於立法院舉辦「捍衛心理健康司獨立」記者會，尤美女、王育敏等立委親自到場關切，表達支持；吳育仁、許智傑、林鴻池委員辦公室代表出席表達關切；柯建銘委員辦公室也有代表來了解致意。而目前「口腔心理併司」的主決議交付政黨協商，衛環和法制委員及黨團代表紛紛表示心理健議題較為陌生，也較少有機會參與。15 日院會結束前，如果沒有黨團立委提案反對衛生署併司的規劃，幾乎已經是備查定案。

8 日中午聯盟團體超過 50 名代表赴衛生署，由召集人張珏教授正式遞交陳情抗議書，表達人民對組改「口心併司」荒唐之舉的不滿與失望！衛生署長官由企劃處石崇良處長代表出面，石處長重申衛生署重視心理健康業務才將現行醫事處心理衛生科在組改衛生福利部後升格為司級單位，但迫於組改部內司級單位有限，必須兼顧口腔與心理健康，將呈送意見給署長。對日前於院會針對部份委員所提

口腔及心理併司「未嘗不可」之說，石處長仍未做出回應。



心理健康行動聯盟逾百個簽署團體仍繼續發動各縣市公會、學校、學協會等團體同步連署，分頭至各縣市選區立委辦公室陳情。臉書社團「我們要完整的心理健康司」短短二、三天內已超過 6,000 人，參加活動超過萬人。聯盟各團體將持續行動，若政府「心理健康司」政策跳票的危機仍在，不排除近日內集結代表到總統府抗議。

心理健康行動聯盟堅決的立場是捍衛衛生福利部「心理健康司」獨立、完整。衛生署和立法院必須停止組改「口腔及心理健康司」連體嬰怪象，錯過這一次政府組織再造的機會，台灣人民的「健康幸福」要等待何時？長期以來，醫事行政與口腔健康的行政體系定位是主事機關衛生署的責任，應另做政策與組織規劃。我們絕不能容忍立法院和行政機關用犧牲全民「心理健康」來做利益交換！

聯盟代表齊聲呼籲：我們要完整、獨立的心理健康司！
心理健康司獨立，第一次就要做對！
心理健康百分百，國民健康又幸福！

心理健康、幸福有感
心理健康、安居樂業
我們要求 獨立心理健康司

心理健康不打折我們不做連體嬰
荒腔走板的政府組織改造
任由幕後黑手、暗度陳倉
如此衛生福利部不要也罷！

人民幸福不能做互踢皮球下的犧牲品！
請衛生署和立法院負責，還我獨立、完整的心理健康司！

新聞聯絡人：

張珽 心理健康行動聯盟召集人、總統府人權諮詢委員會委員
0939-213720

周煌智 台灣精神醫學會理事長 0932-853296

附件：心理健康行動聯盟連署團體單位

捍衛獨立的心理健康司，全民健康幸福不跳票

捍衛心理健康司獨立完整十大堅持

捍衛獨立的心理健康司，全民健康幸福不跳票

從日前新聞報導，得知立法院聯席會議竟將「口腔衛生」硬併入衛生署原規劃的行政院版本的「心理健康司」，變成不倫不類的「口腔及心理健康司」，引起各界爭論，更讓台灣民眾與各專業包括心理衛生、公共衛生與精神醫學界人士無法認同。因為心理健康與口腔健康是完全不同的領域，口腔健康應該屬於醫事司，而且規劃中的「心理健康司」的業務非常龐雜，必須獨立為一個司。

我們非常感謝肯定並支持成立「心理健康司」的立委們（尤美女委員、王育敏委員、楊玉欣委員、林鴻池委員、吳育仁委員等），但看到立院現在的決定，卻讓我們發現需要更詳細說明口腔健康與心理健康合併是萬分的不妥，尤其一個行政層級的設置，必須注意到各種「司」的獨立與適切性。

一、成立「心理健康司」的重要性：

1. 心理健康是「健康」的基礎，離開了心理健康。就不能稱之為健康。是連聯合國與世界衛生組織近年大力要求各國重視。
2. 「心理健康」的定義，它絕對不是只侷限在疾病或問題導向，促進心理健康是一切身心健康的根本。預防重於治療，只是在我國長期被忽視。
3. 天災人禍頻仍乃全球性問題，影響國家政治經濟環境，造成社會民心動盪不安，人民幸福感不足，心理問題日易嚴重，焦慮、憂鬱、失眠屢見不鮮，7年內台灣的憂鬱症就醫治療盛行率增加10.3倍，嚴重自我調適不佳時，甚至以暴力、吸毒、酗酒、自傷或不法行為抒發壓力情緒，以致媒體常見駭人聽聞的感情及家庭暴力事件，嚴重影響家庭和諧及社會安全。
4. 精神疾病涵蓋兒童、青少年、壯年及老年，健保局統計 100 年接受精神醫療之國民達 219 萬人，領有重大傷病卡的嚴重精神病人達 20 萬人，如何落實精神衛生法，使他們得到妥善的醫療及社區復健，政府機關責無旁貸。
5. 我國少子女化與老人社會的來臨，各種急慢性病都與心理狀況有

關，且如今社會治安亮紅燈、經濟制度不穩定，中壯年者壓力直線上升，許多「文明病」的流行率也節節上升，自傷他傷的暴力事件頻傳，人民心理、社會的壓力，造成生理的負擔，也就很難擁有好的生活品質。

6. 2012年底，我國人選出「憂」作為整年的代表，社會上各種負面情緒充斥，全民都期待能在新的一年有新氣象，改善人民愈來愈憂鬱的情形，也是減少因為社會不平而產生的暴力與歧視問題。如果全民沒有心理健康，全民就沒有幸福感可言，遑論有幸福國家。
7. 如何普及學校心理衛生教育，促進國民心理健康，而且早期發現早期治療，可降低遺憾事件的發生，並有效減少醫療、司法及社會資源的耗費，改善健保資源亮紅燈問題。心理衛生的問題涵蓋範圍如此之廣，其業務如此龐雜，勢必需要層級更高的獨立專責單位負責，方足以完善。
8. 目前先進國家都是在「公共衛生部」下特別成立「衛生署」與「心理健康署」，例如美國，甚至連泰國在二十年前都已經成立心理健康署。我國已落後至今，這次能藉組織再造來落實，我們肯定政府與立院各委員的努力。
9. 回顧推動成立「心理健康司」的歷史，民間團體早在921地震與SARS災難就已開始覺察心理健康重要性，開始提出要求，而前署長葉金川先生也於民國98年3月指示成立「心理健康辦公室」，以推展國家心理衛生政策，最終目標則是於衛生福利部之下，成立「心理健康司」，這方面也於民國99年衛生署發布的心理衛生與精神醫療政策綱領中再次提出。不只在掌理精神疾患防治與社區復健、藥酒癮防治、自殺防治、性侵害與家暴防治、災難或意外的心理照顧、急／慢性疾病的心理成因與照顧、提供預防及介入霸凌／暴力／自殺等問題因應方法等，尤其要加強國民大眾心理健康促進，以及協助統合各級部會單位所提出促進心理健康的願景與推動計畫跨部會合作等，其範圍與業務既多且廣，故需由獨立及專責單位統整規劃與執行。需要有一個「司」來協助。其重要性可見一斑。
10. 雖然我國政府目前投入人力和經費不足，即使成立心理健康司，也僅編制25人，反觀泰國經過20年來的積極努力，編制已有四八百多人，我國整體心理健康與醫療政策仍嚴重落後許多國家，當然衛生署也承諾，因為這屬於一個新建構的「司」，在未來會逐步加強人力與經費。並不代表目前人數編制少，就可以隨意插入行政管理不

相干的「口腔健康」業務。我們須要政府組織再造之初，第一次設計規畫就要做對!!

二、口腔衛生與心理健康共處一司的謬誤

1. 口腔衛生係屬生理衛生，與「心理健康」兩者性質大相逕庭，混為一談勢必成為國際笑話。
2. 行政組織分門別類，應有業務之專業性及內不一致性，心理健康業務如前所述，已是如此龐雜，而口腔衛生其業務屬於現有所有與身體器官健康有關的規劃，卻分屬衛生單位各部門，如國健局掌管健康業務社區推動、醫事司掌管法規與人力，因此貿然併入「心理健康司」，勢必造成主管人才甄選、部門領導統御、人員工作分配與相互支援的混淆，如此結果，對口腔健康或是心理健康的推動與落實都是傷害，更重要的是對於全民健康民生政策的推展，造成嚴重的混淆與戕害，對政府、民眾與兩個專業發展，均未蒙其利，先受其害，造成「三輪」之局面。勢必嚴重影響行政效能及整體政府形象。並反映出我國政府組織改造失當，倒退的政府與立法單位。

三、懇請行政院衛生署和諸位立法委員三思

政府組織再造是要國家更好，要解決問題，實在不應出現將口腔健康與心理健康兩個完全不同領域合併，懇請諸位立委，悲憫國人憂心忡忡的現況，提供全民一個完整獨立的「心理健康司」。如果全民沒有心理健康，全民就沒有幸福感可言，遑論有幸福國家，請立委與衛生署要給我們獨立的「心理健康司」，則國家幸甚、台灣民眾幸甚。

四、連署成果：「捍衛獨立的心理健康司」

我們發起連署，要求給我們獨立的心理健康司，已有逾百個團體單位簽署回應，簽署的個人所代表的單位上千個，此些團體所服務的民眾合計上百萬人，涵蓋全國各地，目前仍在進行中。近日也在網路臉書活動串聯上萬人，讓全民了解，也在報章媒體上提出我們的懇求。

心理健康是基本人權，與全民社會福祉不可切分，不是特定團體的利益。台灣社會追求與先進國家並進齊驅，必須正式承認社會影響人心理健康和幸福的各種因素，政府決策者（包括衛生部門，但不只限於衛生部門）必須「有感」，為改善這些條件（不公不義、貧窮、相對剝奪感、社會疏離、暴力和各種形式的歧視、各種經濟和文化不利因素等）作出貢獻，建立各機關、各團體的合作夥伴關係；心理健康工作者也應依循專業的行動原則共同參與，以創造、增進全民健康幸福。（墨爾本憲章，2008）

共 118 個以上團體連署，個人連署所代表的單位上千個，各團體服務的民眾上百萬人；各團體會員及臉書活動串連中，不及備載，已突破萬人。

臺灣心理學會臺灣精神醫學會臺灣公共衛生學會
臺灣臨床心理學會臺灣諮商心理學會臺灣自殺防治學會
臺灣心理治療學會臺灣心理衛生社會工作學會
臺灣流行病學學會臺灣助產學會中華民國醫師公會全聯會
中華民國臨床心理師公會全國聯合會
中華民國諮商心理師公會全國聯合會
中華民國職能治療師公會全國聯合會
中華民國精神衛生護理學會
中華心理衛生協會臺灣心理諮商資訊網臺灣心靈健康資訊協會
臺灣失落關懷與諮商協會臺灣輔導與諮商學會臺灣藝術治療學會
臺灣聽力語言學會臺灣精神醫療院所行政協會一壽照顧中心
人文傳習書院心理治療診所
中華民國心臟病兒童基金會
中華民國生命教練協會
中華民國精神衛生護理學會
中華民國關懷心臟病童協會
中華緊急救護技術員協會
元氣康復之家
心靈工坊文化事業股份有限公司
文鳳診所
台北市社工師公會
光智社會事業基金會
如佳康復之家

宇寧身心診所
行政院衛生署八里療養院
佑青醫院
兒童福利聯盟
宜蘭縣職能治療師公會
尚安康復之家
性別平等教育協會
河堤診所
社團法人中華民國康復之友聯盟
社團法人中華民國關懷心臟病童協會
社團法人中華溝通分析協會
社團法人南投縣心理衛生協進會
社團法人苗栗縣康復之友協會
社團法人桃園縣康復之友協會
社團法人桃園縣職能治療師公會
社團法人高雄市大崗山康復之友協會
社團法人高雄市小草關懷協會
社團法人高雄市視而不見關懷協會

投報論壇：台灣基本人權掃地、全民心理健康無望？

自：張珽心理健康行動聯盟召集人、台大公共衛生學院副教授 (0939213720)
2013/01/04

今日看到中時新聞報導，得知立法院聯席會議要將口腔健康併入心理健康司，成立「口腔及心理健康司」。但是心理健康與口腔健康是完全不同，口腔健康應該屬於醫事司。看到立院的決定讓我們不可思議。

目前先進國家都是特別在「公共衛生部」下成立「衛生署」與「心理健康署」，例如美國，連泰國都已經成立心理健康署二十年。我國卻還出現要將口腔與心理健康部門合併的現象，令人不解與扼腕。

「心理健康」的定義，它絕對不是只侷限在疾病或問題導向，其實心理健康是人權，促進心理健康是一切身心健康的根本。2012年底，我國人選出「憂」作為整年的代表，各種負面情緒充斥，暴力、自傷傷人、失業、健保財務危機等等，全民都期待能在新的一年有新氣象，因此要改造目前健保瀕臨破產的危機，改善人民愈來愈憂鬱的情形，也是減少因為社會不平而產生的暴力與歧視問題。讓人「心」健康、「理」透徹，第一次就做對，這是政府責無旁貸之職。台灣需要大力提升全民的心理健康，只有成立獨立的一級單位，才能夠放手規劃與協調跨部會整合的實權，以及逐步會有專責的經費編列。成立「心理健康司」秉持的理念是「心平氣和、安居樂業」。這是政府與我們專業一起努力的方向與全民行動。

政府組織再造是要國家更好，要解決問題，實在不應出現將口腔健康與心理健康兩個完全不同領域合併，請諸位立委，悲憫國人憂心忡忡的現況，提供全民一個完整獨立的「心理健康司」。如果全民沒有心理健康，全民就沒有幸福感可言，遑論有幸福國家，請立委與衛生署要給我們獨立的「心理健康司」，則國家幸甚、台灣民眾幸甚。

葉金川／「心理健康司」與「口腔健康會」合併？

2013/01/15 【聯合報／葉金川】

日前立法院法制與衛環委員聯席會議決議要衛生署將「心理健康司」與「口腔健康會」合併編組，成立「口腔與心理衛生司」。2010年，在筆者和有識之士的努力下，好不容易成立「心理健康辦公室」，整合教育、心輔、社工、社區衛生及精神醫療單位，來因應全球的心理健康挑戰；近年各國也陸續設置獨立的心理衛生部門，沒想到現在我們台灣居然與國際的作法背道而馳，實在是讓人痛心難過。

強行合併 違反初衷

心理精神界日前發動萬人連署拒絕合併，而在之前也召開聯合記者會要求成立獨立的「心理健康司」。過去在衛生署結構中，心理健康問題諸如嬰幼兒發展遲緩、學童心理問題、憂鬱症、自殺防治、物質濫用、精神疾病防治、老年失智等等，已經長期被忽略，本來想趁這次改制的契機，讓衛生主管機關能建立更完善的心理健康機制，但如今卻因利益團體壓力，而強行將口腔衛生與心理衛生合併，完全違反了當年籌設心理衛生司的初衷。

早療發展 缺乏資源

心理健康問題廣泛，首先是嬰幼兒的發展遲緩、早期療育的問題，估計每年約有6至8%新生嬰兒有發展遲緩的問題，但是資源相對是非常缺少的，即使有，城鄉差距也是非常大。學童、青少年等未成年人的心理健康發展的重要性不言而喻，校園霸凌、藥物濫用，特別是目前校園K他命的問題，必須投入更多資源，整合教育、心輔、社工與精神醫療單位合作，有效控制此日愈嚴重的問題。

失業憂鬱 情緒困擾

中年人的失業、工作壓力等等，憂鬱症與自殺問題極為棘手，估計25%成年及青少年有憂鬱情緒困擾問題，2005年台灣自殺問題達到

高峰，還好自殺防治方案及時開動，2010年起並運用菸品健康捐加強社工關懷訪視，問題才逐漸緩解，但這項工作未來只會愈來愈重要。

失智照護 急需解決

另外，還有老年人失智症及其家庭照護課題，更將會是棘手的社會問題，尤其台灣已邁向老年化高齡社會，目前統計臺灣患有失智症的老人已達 10 萬人，估計 2050 年失智症人口將高達 60 萬，每年將增加 1.2 萬個失智症病人，後續產生的問題不容小覷，這些都是台灣現今急需要解決的問題。近年來，司法單位決策將病患強制治療的責任移轉給健保醫療院所，而精神疾病防治也只重慢性精神病人的收容照顧，急性精神病人及社區精神照護體系衛能健全發展，也已經嚴重影響了精神病患的照護。

現在又跑出一個「口腔衛生與心理健康司合併」的提案，顯然，政府與社會將繼續忽視心理健康問題的重要性。台灣想要整體提升全民的心理健康，就必須成立獨立的一級單位，才能夠真正落實規劃與協調跨部會的整合，也才有足夠而且專責的經費編列。

異領域硬湊 鬧笑話

心理衛生界並沒有必要排擠口腔衛生界，目前口腔衛生法以及口腔衛生委員會的運作並沒有問題，如果口腔衛生界真要爭什麼名分，就應該要求單獨自行成立「口腔衛生司」，硬把兩種不一樣領域的東西湊在一起，恐怕只會成為國際上的大笑話！

資料來源：本文作者葉金川為衛生署前署長、慈濟大學教授)

曾志朗向衛署喊話，「心理健康司」應獨立設置

曾志朗喊話 衛署組改不應「心口合一」

政府組織改造，衛生署研擬改制為「衛生福利部」，並依照立法院主決議，設置「心理及口腔健康司」；不過這項決定，引起心理精神界和牙醫界反彈，認為口腔和心理分屬截然不同的業務範圍。中央研究院院士曾志朗也向衛生署喊話，認為「心口合一」絕對不可行。

配合行政院組織改造，衛生署規劃成立「衛生福利部」，將現行衛生署 19 個內部單位和任務編組、8 個所屬機關，以及內政部社會司、兒童局、家防會、國監會等單位，合併為 8 個業務司和 6 個輔助處，其中顧及心理衛生問題，像是自殺防治、物質濫用、精神疾病防治等，已經是重要的國家衛生政策，因此納入「心理健康司」。

不過牙醫界也提出「升級」要求，認為要跨部會加強國人口腔健康，也必須設立「司」級單位；不過受制於衛福部組織和員額編制，無法心理和口腔業務都獨立設司，因此日前立法院法制、衛生環境及社會福利委員會主決議，整併心理和口腔業務，設置「心理及口腔健康司」。對此，中研院院士曾志朗向衛生署喊話，他認為，面對少子化、高齡化社會來臨，獨立成立「心理健康司」應該是毫無疑問，這關係全人類福祉。曾志朗強調，不贊成「心口合一」不代表口腔衛生不重要，而是應該另有平台，讓相關領域的專家發揮專業。

2013.01.12：8：05：35 孫永桔

爭取設口腔健康司 牙醫：我們準備好了！

2013-01-11 中國時報 黃天如／台北報導

針對未來衛生福利部擬成立心理及口腔健康司，日前遭到心理衛生界大動作反彈，牙醫界昨天召開記者會強調，他們已作好承擔社會責任的準備，將藉由提升國人口腔健康，讓台灣的笑容更美麗，「希望心理與口腔界能好好合作，共創『心口合一』的理想境界。」

但心理健康行動聯盟召集人張珣表示，牙齒是身體器官，牙醫則屬於醫事人員的一類，與衛生福利部原欲成立心理健康司促進國人心理健康，完全扯不上邊。若牙醫界一定要成立司級中央專責機構，不如與醫事司合併為醫事與口腔健康司，會更為妥適。

牙醫師公會全聯會理事長黃建文說，台灣牙醫師、牙醫助理、牙體技術師等口腔健康相關人員逾 10 萬人，每年光是服務因牙病使用健保就醫的民眾便多達 1200 萬人，如此龐大的服務團隊多年來竟無中央專責單位統籌，也算是另類「台灣奇蹟」。

衛生署口腔醫學委員會主委藍萬烘表示，民國 92 年公布實施的《口腔健康法》就明訂「中央政府應設口腔健康專責單位」，牙醫界的要求是有法律保障的！

台大名譽教授韓良俊強調，口腔與心理健康都很重要，卻至今都沒有中央專責機構，好不容易等到政府組織改造，希望心理界能基於「同病相憐」及「共創雙贏」，接受心理及口腔健康司的設立。

衛生署企劃處長石崇良表示，行政院原始設計就是在衛生福利部之下分別成立口腔健康會及心理健康司，兩者均屬直接由部長指揮的中央專責單位。但既然立法院作成了心理健康司應改為心理及口腔健康司的主決議，衛生署還是會基於行政慣例遵守，並於近期內將草案送行政院核定。

再次連署寫信給馬總統說明口腔健康和心理健康司合併的不適當性

致：馬總統

自：張珏（心理健康行動聯盟）暨 120 個連署團體

日期：2013/6/1

事由：懇請總統指示行政院在衛生福利部處務規章檢視時，調整口腔健康到適合它歸屬的「司」。

說明：

雖然 102 年 5 月 27 日王金平院長主持之行政院組改法案之相關事宜朝野協商之結論意見，其中組改後一年檢討之事項第三點，關於衛福部組織法草案及其三級機關之附帶決議文，約略以『有鑑於心理健康與口腔健康掌管事項多元，…惟現行將其綜合規劃為單獨一司，即『心理及口腔健康司』…要求主管機關應於組織改造施行一年後，再行檢討，是否將心理健康與口腔健康各自分設次級主管單位。』

觀此結論，有諸多不妥地方，心理健康行動聯盟回應如下：

1. 心理健康與口腔健康綜合規劃為單獨一司，非原行政院研考會送立法院之規劃，是為立法院司法及法制委員會之會議結論，故，難謂為行政院之『現行規劃』。
2. 此一協商結論，雖為保留彈性，建議施行一年後檢討，顯見立法院已經充分了解兩個幾乎迥異之專業併入共同一司可能衍生困境，法律必須具安定性，頻繁變動影響行政效能與國家施政甚鉅，行政院組改方案為台灣近二十年來之重大行政變革，歷經數任行政院長尚難完備，因此此處提到「施行一年後再行檢討」之可能性令人存疑。也不恰當，為何不能在一開始就作對，不只不會貽

笑國際，成為歷史的罪人，也減少已經知道不合宜放在一個司，要再變動的勞民傷財。

3. 全世界先進國家都是將口腔健康放入「醫事司」或「健康照護司」或「國健署」中，心理健康是與前述身體健康類平行的機制，絕無將只代表身體一小部分的口腔，與心理合併。
4. 理論上立法院的職責只在通過衛生福利部的部會功能，並無權去制訂衛福部各「司」的命名，黨團協商卻出現這種奇怪的說明，表示衛福部在各「司」中還有調整的彈性，甚至原本衛福部只說只有四個科，但是現在又可以增加一個科給口腔，表示都還有變動的空間，因此須要研考會再度召開會議協助其重新檢視，究竟「口腔健康」安置在哪一「司」較適切。
5. 需要責成行政部門，特別是掌管衛福部組織法之衛生署，對此提出分析與對衛福部效能之最佳方案，口腔健康歸屬哪一司是最為合適，以彌補下列說明衛生署失職的問題。
6. 衛生署已經失職，未曾負起責任向立法院說明，衛福部之次級單位各「司」的規劃，心理健康與口腔健康之合併，是否是衛福部內各專業職掌之最適方案，亦未曾說明，為何行政院原提至立法院原規劃之組改版本，未提及口腔健康司之設置理由，主管機關之失職迫使立法院在缺乏專業分析下，明知其缺點，卻仍突兀的將心理健康與口腔健康併為一司，已經為衛福部組改的理想性與效能蒙上汙點。
7. 雖說衛生福利部在規劃各「司」受限於行政院總量管制，但是仍不乏新增狀況，此一總量管制，並不因施行一年後而有所變動，若一年後可以有所變動，認為口腔與心理不能放在一司來執行業務，屆時在將其分到合適的其他「司」，則為時已晚，為何不在組改處務規章開始前就先檢討。

組改之目的之一乃為提高組織效能並呼應世界趨勢，本聯盟亦深表支持，同時認為無論是心理健康或口腔健康，乃至衛福部之其他專業次級機關之業務，對全體國民都深具重要性，故，本聯盟深切建

議行政院與立法院，此時應該回歸行政院初始規劃，並要求衛福部組改之主管機關儘速本於權責，邀請心理、口腔等相關專業團體，針對衛福部之次級機關與業務整合、分工，在最短時間之內，進行對話與評估，同為國家發展與國民健康之最適規劃共同努力！！

尤其近日內，又出現酒醉撞車導致女醫師死亡，高醫醫科七年級學生殺人後自殺，都反映出國人急需要「心理健康」的基本知能，以減少問題的發生，成立一獨立的「司」才能掌管與規劃全民的心理健康。懇請總統明鑑。

心理健康行動聯盟等個團體共同聲明

「捍衛『衛生福利部』行政院版既有的『心理健康司』
，維持其獨立運作功能」

說帖壹（四之一）

致：各位委員

自：張珪：台大健康政策與管理研究所副教授

世界心理衛生聯盟 1997-2001 西太平洋副主席

世界心理衛生聯盟 2001-2005 理事

健康人生聯盟召集人、心理健康行動聯盟召集人

日期：2011年4月25日 2012年5月25日同樣提出給委員

事由：肯定行政院版「衛生福利部心理健康司」的設置，但懇請加入
更多人力與科別！第一次就要做對！

國際趨勢：

- 一、 世界衛生組織 WHO 提出，沒有「心理健康」就不算「健康」
心理健康工作，已從過去只專注精神醫療，擴大到重視全
民的心理健康。
- 二、 具前瞻的組織再造：不少國家都將心理健康設立為國家一
級單位
美國、加拿大、澳洲等諸多先進國家多設立一級獨立心理
健康部門；例如美國有些州不但有衛生廳也有心理衛生廳，
連泰國都在公共衛生部下成立衛生署與心理衛生署。
- 三、 促進心理健康是全球人權指標
失業率上升、都市疏離感、人口老化、少子女化、都市化、
全球化、移民等將出現適應問題、情緒問題，使心理健康
問題增加。

經濟面：落實心理健康能減少國家花費

- 一、二十一世紀花費國家預算最大的的三大殺手：愛滋、憂鬱、癌症，都與心理健康息息相關--壓力、情緒、害怕等導致疾病，疾病又引發情緒，需要心理健康知能以防治疾病發生，減少醫療花費。
- 二、災難心理衛生的規劃、備災準備，減少恐慌與抗爭及國家損失，例如澳洲與日本。
- 三、心理的不專心、或心理的情緒困擾，會導致意外（車禍、跌倒、火災等），如能減少意外發生，也能減少醫療與公共建設重建等相關花費的支出。
- 四、職場心理健康提昇可增加社會生產力，減少過勞死問題。
- 五、心理健康司的設立，可以加強跨部會間協調、合作的機制，減少零散、不足、與重疊的方案與資源。

實證面：實證結果顯示心理健康促進能有效預防社會問題的發生

心理健康不再是抽象無法評量，國外政府已經以實證資料，如美、加、澳洲、英等，透過心理健康素養計畫、個人/社區之心理抗逆力營造、與心理健康急救證照課程等方式，有效提升民眾心理健康程度，能有效減少自殺、校園霸凌、憂鬱、精神疾患污名化導致延遲就醫和續發性等的社會問題，並具有消除家暴、性別歧視、族群歧視等的的能力。

我國需要：第一次就要作對！徹底改善過去負責層級太低、業務龐雜、人力卻不足的問題：懇請增加人數與科數

- 一、肯定我國既有精神醫療網的發展與成效，但另一方面也要突破只侷限在精神醫療的框架中，不只有消極的治療與事後問題解決，需要有正向健康促進與事前防範未然的積極作為，因此肯定這次組織再造有更高階的組織定位與人力。
- 二、過去層級太低、人力不足，只能努力做好精神醫療事項，其他重大議題形成委外計畫，導致無法持續或管理。此外城鄉差距大，需要中央有專責機制協調。
- 三、因應未來社區復健工作，或在特殊議題如自殺防治、或家暴防

治等，至少需有增加兩科來處理；請在整體規劃時能增加人力，並增加科數。

四、心理健康司包含對各年齡群體之心理健康促進，以及高風險群體之及早介入，同時也關注教育、勞工、福利、軍警政、媒體等部會之心理健康政策。心理健康司協調整合使能最小投資、最大收益。需增加人力。

五、建議開放專業和民間團體，與衛生、福利單位一起研商，工作銜接，內容整合。第一次就要作對，不宜拖延！

說帖貳（四之二）

致：各位委員

自：魯中興：中華心理衛生協會理事長

臨床心理師公會全聯會常務監事

日期：2011年4月25日 2012年5月25日同樣提出給委員

事由：國人亟需政府關鍵架構「衛生福利部心理健康司」來築基活著的基本要素！

2007年7月4日「精神衛生法」修正公布

第1條

為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，特制定本法。

第9條

勞工主管機關應推動職場心理衛生，協助病情穩定之病人接受職業訓練及就業服務，並獎勵或補助雇主提供其就業機會。

第17條

中央與直轄市、縣（市）主管機關及各目的事業主管機關應置專責人員辦理本法規定相關事宜；其人數應依業務增減而調整之。

2001到2009年間，民眾心理困擾及自殺想法逐年增加

2001年台北市樣本群 45.2%遇上挫折，高達3成心理困擾或受創。

新竹縣樣本群亦然。抽樣國、高中生，一半以上心理困擾頻率從每星期一、二次到幾乎每天都有的程度。(吳英璋)

2008 年「國人精神健康指數」調查，國人精神健康平均得分創 6 年來新低，43%的受訪者對未來不表樂觀。(胡海國)

2009 年長期自殺想法盛行率為 1999 年的倍數，整體為 2.6 倍、男性 2.8 倍、女性 2.2 倍。(魯中興)

2009 年精神心理疾病門、住診，精神官能症 120 餘萬人、情感性精神病 20 餘萬人、精神分裂症 7 萬餘人、兒童期之過動症候群 7 萬餘人。

但是，目前中央尚缺穩定堅韌的架構來推動國民心理健康政策。從中央到地方，心理健康促進及自殺防治…等多為委外。更遑論城鄉差距！！政府的關鍵架構 - 心理健康司是關鍵的起步！才能發揮堅韌的毅力、由下往上築基國人活著的基本要素！！

需求有多大

求醫人數逐年遞增

門住診人數自 88 年的 168 萬人上升至 98 年的 210 萬人

精神衛生個管人數自 93 年的 6 萬多倍增至 99 年近 12 萬人

領具精神障礙類別手冊人數，短短四年期間自 96 年 8 萬七千多人增加至 99 年的 14 萬四千多。

國人這麼憂鬱

87 萬多人使用抗憂鬱藥物(98 年)(94 年約 79 萬人)

30 歲以下和 30 幾歲都各有十一、二萬人在使用抗憂鬱藥物

自殺死亡率……很努力才降一點點

從 83 年 6.9 逐年遞增，95 年達最高 19.3，94 年 12 月自殺防治中心成立，安心專線開通，從 95 年的 2 萬 6 千通倍增至 98 年的 5 萬 5 千多通，但自殺率僅微幅下降至 17.9(97 年)

南投縣、基隆市自殺率冠居全國 26，台北市 14，高雄市 19。

數據顯示需求年年在增加

但社區關訪員人數卻僅增加 82 名(96 年 2622 名,99 年 2704 名)
現有心理健康司的四科 25 人只能作善後的精神醫療與精神社區復健，請給予相對的人力投入心理健康促進與心理精神疾患預防

說帖參（四之三）

致：各位委員

自：嚴祥鸞實踐大學社工系教授

中華心理衛生協會副理事長

日期：2011/04/25 2012 年 5 月 25 日同樣提出給委員

立法院司法及法制委員會「環境資源部及衛生福利部組織改造」公聽會

肯定行政院版衛生福利部的「心理健康司」的設置，擴大性侵和家庭暴社區型的初級防治！

家庭暴力是性別與社會結構問題：暴力是社會病理的現象，積極性的社區心理健康促進，才能終止家庭暴力！

1998 年「家庭暴力防治法」通過實施

2001 年家庭暴力事件通報次數超過 3 萬件，每年以 20%成長！

2010 年 1-11 月，97,154 件。

1999 到 2009 年間，家暴案件逐年增加

婚姻/離婚/同居暴力，2000 年 3,402 件，2009 年 52,121 件；

兒少虐待，2000 年 141 件，2009 年 17,476 件；

老人虐待，2000 年 158 件，2009 年 2,711 件。

但是，各地方法院保護令核發只有 9,371

裁定相對人完成處遇計畫 2,600 (27.75%)

《2010 年度各國人權報告》——臺灣部分

主要通報的人權問題之一：對婦女、孩童施暴和歧視。

「…法律允許檢察官不必等候配偶提出正式告訴，主動對家暴控訴展開調查。至十一月止，家暴案報案數共 91,457 起，2,894 人因家暴罪名被起訴

，2,159 人被定罪。到 11 月 18 日止，發出了 18,120 張保護令給女性家暴受害人，3,033 張保護令給男性受害者。通常家暴案被定罪者，判刑刑期都在六個月以下。社會壓力仍使受虐的婦女，為顧及家庭聲譽而不向警方報案。」(美國國務院民主、人權、勞工事務局，2010/04/08, p. 7)

國際趨勢：從口號到行動，超越庇護所：積極互動策略的防治方案推動，UNPA(United Nations Population Fund, 2008)。整合型的社區防治方案是終止家庭暴力的關鍵！心理健康司必須超越醫療模式，採社會心理模式；增加專業人員，負責專業規劃！

說帖肆（四之四）

致：各位委員

自：張菊惠：中華心理衛生協會監事、長榮大學醫務管理學系助理教授

日期：2011 年 4 月 25 日 2012 年 5 月 25 日同樣提出給委員

事由：請支持心理健康司，別等災難危機來臨時才支持心理健康
每當……..

災難來襲時(颱風、地震、輻射塵)、傳染病肆虐時(SARS、H1N1)、經濟景氣高低潮時(失業自殺潮、過勞死)、不安全食品恐慌時(黑心食品、毒奶粉、毒魚、狂牛症、口蹄疫、禽流感)、族群不融合時(選舉、宗教)、暴力層出不窮(虐兒、虐老、虐動物、霸凌、性侵、性騷擾)、語言暴力、情感暴力、媒體暴力氾濫時…….

都說心理健康很重要但國家又投資了多少心理健康資本??

世界衛生組織說：沒有心理健康就不算健康

如果沒有心理健康司

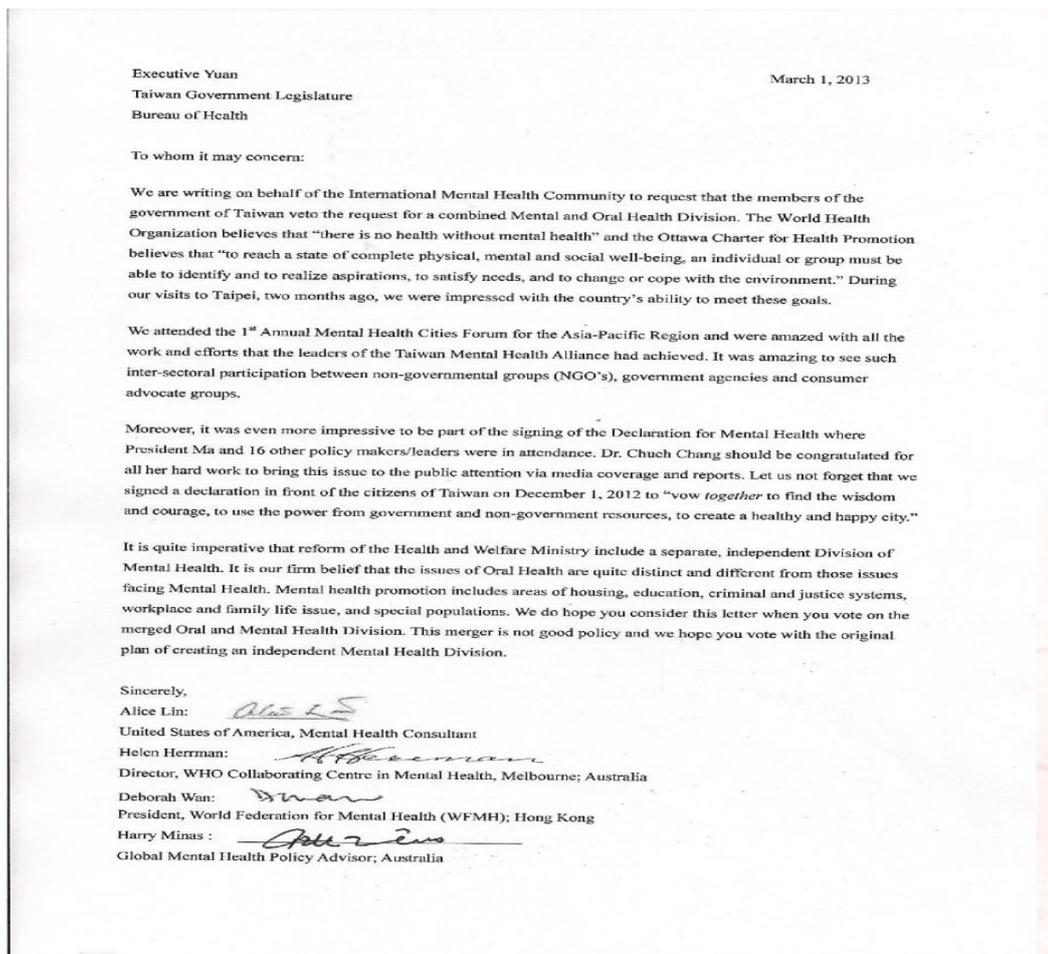
- 民眾心理健康素養無法提升、心理抗逆能力依舊脆弱
- 永遠有編不完的善後預算和計畫(失業諮商、自殺防治、藥物濫用戒治、性侵家暴防治…)
- 健保的精神醫療支出只會日益增加，精神疾病住院天數高達 90 天
- 永遠不足夠和不專業的社區心理健康人力(自殺關懷訪視員、災難新衛關懷訪視員、節制飲酒關懷訪視員、家暴及性侵關懷訪

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

視員、精神病患社區關懷訪視員)(在社區的心衛工作人力全是計畫約聘人員，勞動條件差，流動率高)(去年高雄縣社區心理衛生中心的四十多名人力只有主任是專任人力)

- 疊床架屋、衛福無法合一的社區心衛工作(莫拉克風災後酗酒導致家暴、吸毒導致家暴和自殺、精神病患自殺、長照個案久病厭世，橫跨多重需求的個案歸誰管?)

2013年3月1日參與心理健康城市見證連署的國外貴賓，聽聞將口腔與心理合併為一司，特來信關切，都認為不宜。



附錄三 國會議事錄相關檔案中心理健康與口腔健康

附錄三之一

100 年 4 月 27、28 日第 7 屆第 7 會期司法及法制、社會福利及衛生環境委員會聯席會議（一次會）八、審查行政院函請審議「衛生福利部組織法草案」案。立法院，中華民國 100 年 5 月 20 日星期五。立法院公報第 100 卷第 38 期。摘錄第 213-287 頁委員會紀錄。

立法院第 7 屆第 7 會期司法及法制、社會福利及衛生環境委員會第 1 次聯

席會議紀錄

時間：100 年 4 月 27 日（星期三）上午 9 時 1 分

地點：紅樓 302 會議室

主席 潘委員維剛

主席：出席委員已足法定人數，現在開會。

進行討論事項。

繼續開會中華民國 100 年 4 月 28 日（星期四）上午 9 時 1 分

主席：現在繼續開會，進行本日議程。

一、審查行政院函請審議「衛生福利部組織法草案」案。

二、審查行政院函請審議「衛生福利部疾病管制署組織法草案」案。

三、審查行政院函請審議「行政院衛生署食品藥物管理局組織法修正草案」案。

四、併案審查行政院函請審議「行政院衛生署中央健康保險局組織法修正草案」及委員呂學樟等 21 人擬具「行政院衛生署中央健康保險局組織法第六條條文修正草案」案。

五、審查行政院函請審議「衛生福利部國民健康署組織法草案」案。

六、審查行政院函請審議「衛生福利部中醫藥研究所組織法草案」案。

七、審查行政院函請審議廢止「行政院衛生署藥物食品檢驗局組織

條例」

案。

八、審查行政院函請審議廢止「行政院衛生署管制藥品管理局組織條例」案。

主席：本次會議是審查行政院函請審議「衛生福利部組織法草案」案等案，現在請衛生署邱署長報告。

邱署長文達：主席、各位委員。本人今天是代表衛生福利部籌備小組向貴委員會做簡報，以下簡報將以 Power Point 的方式提出，敬請各位委員參閱。

（簡報略）

主席：現在開始進行綜合詢答，每位委員詢答時間為 10 分鐘，必要時得延長 2 分鐘；上午 10 時 30 分截止發言登記。

首先請黃委員淑英發言。

黃淑英委員：主席、各位列席官員、各位同仁。政府改造的議題在七、八年前，我們與社福團體就開始非常關心；社會上也有一個期待，就是希望能藉著這次的改造，創造出真正有效能的政府。但是，我們看到的行政院組織法修正案，卻是以業務本位、政治考量的利益分贓，所以，行政院組織法的通過，令人非常失望。

其次，對於各部會組織法的修正，我們也都很不能接受；就以衛生福利部組織的改造來說，雖然署長說是一個平衡的組織，但我們看到的是「重衛生，輕社福」，當然這和衛生署主導部會的整併有關。雖然衛生與福利都各有 3 個司，但是衛生方面又有疾病管理局、國健局、健保局等都變成署了；也就是說，我們在衛生福利部裡面，只有看到比較多的衛生健康方面的規劃，但對於社會福利的規劃卻非常少。由於被分配的位子少了，以致於在業務的劃分上，變得非常混亂；就以 3 個司所掌管的業務來看，他們分別是社會福利司、社會照顧及發展司以及保護服務司。社會福利司除了兒少、早療外，還要負責社會救助、遊民及勸募；而社會照顧及發展司還要負責長期照護的產業推動，我認為產業的推動應該是屬於經建會的業務，不知道為什麼會跑到社會照顧及發展司裡？保護服務司是主管被害人的保護，而加害者的處遇已經放到別的地方去，可以說是沒有相

關的業務被塞在一起，且家暴、性侵及性交易的議題，其加害人與被害人的處理被切割為兩個地方在做，這個與業務整併的精神是背道而馳的。

這整個的業務以及司、署的分配邏輯，我們實在看不懂；也就是說，一個身體要分成一國兩制令人不解，例如掌管身體的，有中醫司與西醫司分別管理；而一樣的健康，我們看到心理的生理的，也被分開來，一個是國民健康署、一個在心理衛生司，像這種邏輯錯置的組織，我們實在是不太能理解。

我們的健康應該包括心理與生理，現在我們把它分成心理衛生司與國民健康署，請問這樣的邏輯是什麼？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。整個計畫的進行是由薛政委協調主持的，並不是衛生署；而且，我們也有與社福單位充分協調過，同時，內政部與教育部也都有參與其中。其次，政策的執行主要是司，社福有 3 個司、20 個科，衛生則只有 3 個司、16 個科。第三、這次我們是採用功能別，但無論是功能別還是對象別，都有其優缺點；不過，我們還可以從科來做調整，這是目前的情況。

另外，生理與心理方面的問題，就以美國、澳洲為例，他們也都有設置心理司，所以這是國際趨勢；也就是說心理與生理會分開來設。

黃委員淑英：心理非常重要，這點我們都很明白，我不明白的是健康應該要包括心理和生理，但你們現在將心理和生理切開而放在不同的層級裡，你們為什麼要這麼做？如果心理與生理一樣重要，為什麼一個是署、一個是司的層級？大家都瞭解生理健康與心理健康是不可切割的。

邱署長文達：所有的健康都包括身體、心理與社會三方面都要同時分工推展，這也是全世界的趨勢；當然還有人提到「靈」的部分，但是，我們這裡只有提到身體、心理和社會三方面。

黃委員淑英：那麼為什麼不是心理健康司與生理健康司，而是心理健康司與國民健康局？

邱署長文達：因為國民健康局已經持續很久了，而且它直接影響到

很多；而心理健康司是把很多業務先整合起來，這個也是跟著國際趨勢在走。整體而言，我認為非常合理。

黃委員淑英：國際的趨勢是心理健康很重要，我只是不能理解為什麼這麼重要的心理健康，要和生理健康放在不同的部門？我想這問題請副署長來答復。

邱署長文達：好。

主席：請衛生署陳副署長說明。

陳副署長再晉：主席、各位委員。如果有負責政策與實務推動的，我們比較會用有所屬機關的來處理，如果主要是負責政策的規劃，我們就會……

黃委員淑英：你的意思是說心理的有政策，但不需要執行？

陳副署長再晉：不是，而是說他比較沒有手腳去做一些業務的推動，例如我們的食品藥物管理署或疾病管制署，他們都有手腳……

黃委員淑英：我知道，我要說的是心理衛生既然這麼重要，為什麼他沒有所屬的手腳來幫他做事情？

陳副署長再晉：因為受限於整個政策的規劃，心理衛生將來會普及在各縣市裡，不但有社區心理健康中心，還有精神醫療網，所以他的執行面是在地方的手腳。

黃委員淑英：你的意思是說身體的健康就由中央來統籌處理，地方政府都不用做？

陳副署長再晉：這是有其歷史發展背景，例如我們的國民健康局當初有一個家庭計畫研究所、一個公共衛生研究所、一個婦幼衛生研究所，他們都有手腳在衛生所裡面。

黃委員淑英：我知道，但是現在這些所都不在了，而是你們都把它變成署了。

陳副署長再晉：不，他們這個所還在……

黃委員淑英：好啦！沒關係，只是我還是聽不懂你們為什麼要把心理衛生從國民健康局抽離而變成司，然後再告訴我們說這是手腳的問題；我想這樣是說不過去的。

陳副署長再晉：國民健康局從來沒有做心理衛生的工作，所以，並沒有抽離的問題。

黃委員淑英：我知道，但是在整個規劃裡面，當我們有國民健康署的時候，我們期待生理與心理一起處理，並不是說我們不重視。

陳副署長再晉：方才署長報告是身體、心理與社會，不會因為有國民健康局……

黃委員淑英：那麼請你告訴我，社會部分在哪裡？

陳副署長再晉：社會就有 3 個司，那 3 個司就是在推動……

黃委員淑英：他們都是在做服務，而不是在做社會的行為，例如在個人處遇裡會有什麼行為等等，那 3 個司沒有管社會行為的部分，都是做社會救助或福利的網絡；本席認為你做這樣的牽拖，令人無法接受。我並不是反對你做這樣的規劃，我只是希望你們能講清楚，雖然我覺得這個是不合理的，但是，你們要這樣做，我沒有意見，我只是要指出你們做這樣的設計是不合邏輯的，哪有人將身體切成兩部分，就像是一國兩制。而且司應該是有其要做的業務，我相信心理衛生方面的專業人才，會提出他們應該要做的業務，但絕不是將加害者與受害者的業務分開來處理，應該要一起放在保護司處理；至於說他是否需要接受心理或生理的治療，那才需要回到心理衛生司或是國健局處理，以至於業務的分配上，有關於加害人處遇的地方，我希望加害人處遇的整個規劃，應該回歸到保護司來做。

陳副署長再晉：這個以後我們可以再來檢討，不過，原來分開的原因是不希望加害人和被害人在一起，那樣會碰到很矛盾、很尷尬的問題。

黃委員淑英：怎麼會呢？又不是把加害人和被害人放在一起處置，只是將業務放在同一個機構處理，那樣才合理，畢竟加害者不是只有心理的問題，他們還有社會行為的問題。

陳副署長再晉：我們可以對內部的分工再好好討論，不過，這個大架構是有必要的。

黃委員淑英：好，謝謝。

主席：請涂委員醒哲發言。

涂委員醒哲：主席、各位列席官員、各位同仁。邱署長就任不久，就碰到整個組織要重新再造，這實在是很大的問題，因為要將衛生

與福利放在一起，有可能將來會變成最大的一個部會。但我相信你們碰到的困擾應該不是功能性的整合，而是在組織的整合過程中，發生僧多粥少的問題，因此一定有不少人來跟你要求，就像我們也碰到很多人來跟我們要求，為什麼他們沒有什麼樣的位子等等，他們幾個認為有受到歧視的人，本席就先一併在這裡告訴你；當然我們也會用主決議或其他的方式再處理。

其次，方才呂委員有提到，中央健保局金融保險雇員升等考試的部分，我們覺得既然他們當初都是我們的同事，因此希望也能支持一下，這部分我們也會努力。另外是牙醫的問題，這個問題是長久以來就有的訴求，但一直都沒有辦法解決，頂多只是用一個委員會來處理，所以，他們始終認為牙醫界比較弱勢；不過，現在牙醫學會已經成立了，可見牙齒的照顧越來越重要，而且牙齒也是每個人都會用到的。所以，他們一定會認為為什麼中醫都有成立單位而他們沒有？其實，本席一直支持中醫界，但是，這樣相較起來也是怪怪的；而且，中醫不是要科學化嗎？若要科學化就直接納入西醫，為什麼一定要分開，那樣會不會反而阻擋他們的科學化？所以，其實這些都有爭議。當然，短期內要你們將中醫納入整個的醫療體系，恐怕也會有所困擾，這點我是可以理解；但是，牙醫是每個人都會用到的，不像中醫只有百分之十幾的人會用到，因此為什麼他們沒有成立單位是很奇怪的事。

方才本席還跟呂學樟委員開玩笑說，要不然就將口腔與心理衛生放在一起，讓他們可以心口合一，因為大部分的煩惱都是來自於嘴巴，當然，本席只是開玩笑，不像關中說要訂一個大嘴巴條款；不過，大部分的煩惱的確都是來自於嘴巴，所以，他們是否可以直接合在一起？我想這也是想法之一，否則，至少也要給他們有獨立運作的機會。另外，聽說你們要從內政部那邊移兩百多人過來，是嗎？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。是的。

涂委員醒哲：這樣加起來以後，你們總共管多少人？

邱署長文達：署內是 831 人。

涂委員醒哲：組織再造的目的是為了民眾的社會福利，所以要加以

整合起來，那麼就應該要為人民而設立各種司才對，還是你們是為了官員而設立各種司？

邱署長文達：當然是為人民。

涂委員醒哲：但是我認為也應該要為官員，因為有不少官員來關說。假設是為了官員，那麼是否應該用八百多個人去除以兩百多個，這樣才能安置他們，也才比較合理，因為他們移來多少人、就會帶來多少業務。對於移進來人員的司分布，是否應該按照移進來公務員的量來設置？因為那表示他要服務的對象，而該整合的就要整合，你們是否按照這個理念在做，還是按照什麼精神在做這些司？

邱署長文達：當時是希望衛生與福利能均衡，那時候是由薛政委在負責整合，現在我們也是朝這個方向，所以衛生與福利各有 3 個司。

涂委員醒哲：但是，我看你們的工作人力不一樣，那樣會變成有的司很大、有的司很小，或者衛生本來的人放在 3 個司、社福本來的人也放在 3 個司，那麼，另外兩個是整合司嗎？

邱署長文達：綜合規劃司與社會保險司是整合的。

涂委員醒哲：這樣的作法似乎沒有按照人數比例？假設官員的人數是要用來服務的量，那麼就應該按照進來官員的比例設司，否則你們這樣是假公平，好像各 3 個司就是公平的，但是，他們來陳情的人都認為不公平。像本席方才說的牙醫，他們希望能夠有成立單位，而社福團體也認為他們的不夠。

邱署長文達：我們都非常尊重社福單位。

涂委員醒哲：這個我看你是過度尊重，按照官員人口比例，是 280 幾人對 500 多人，對不對？

邱署長文達：535 人。

涂委員醒哲：應該按照 280 幾人對 535 人的比例去設司才對，否則就是大整合，全部都融合在一起。如果不按這個比例，好像就不太公平，因為 3 個對 3 個，看起來很公平，其實反而是假公平。

邱署長文達：這部分要尊重歷史背景、現況及未來發展，3 方面都要兼顧。

涂委員醒哲：我們收到很多意見，有人認為應該按照服務對象，根

據年齡層分為兒童司、青少年司、中年人司、老年人司，這就很複雜，還好沒有說要按照性別，否則就更複雜。你們要有一整套的思維，才比較容易說服一直想要增加司的這些人。

邱署長文達：原則上，司的層級是要按照功能，科的層級才是看對象。

涂委員醒哲：理論上也應該是按照服務的總量來區分才對，簡單講，就是你們設的司不夠，所以你就會很頭痛。

邱署長文達：因為限制為 8 個。

涂委員醒哲：如果設的司多一點，你們大概就沒有這個問題了。這部分我看你們的確很困難，你贊不贊成將心理衛生與口腔部分放在一起？

邱署長文達：這在執行上會有些困難，我倒建議口腔部分可以放在單獨、常設的機構。

涂委員醒哲：對於心理衛生司的設立，我們非常支持。世界衛生組織認為有三個最大疾病，其中之一就是癌症，你們要不要設癌症司？

邱署長文達：目前不要，這是在國民健康局裡面。

涂委員醒哲：三大疾病就是心理衛生疾病、愛滋病以及癌症。你們要不要成立愛滋病司？

邱署長文達：這些部分在 CDC 及國民健康局都有包括。

涂委員醒哲：相對而言，心理衛生部分好像比較大。

邱署長文達：這是美、澳的趨勢。在美國你如果看到一所醫院，對面一定有心理衛生……

涂委員醒哲：美國研究經費給得最多的，原本是癌症，後來改為愛滋病，他們最重視的其實是這兩類，至於心理衛生當然也要重視。針對這部分，即使沒有列為司，也要拜託你多加重視愛滋病及癌症。你剛才說癌症是包括在國民健康局裡面，希望你們認真執行。

關於長期照護及殘障部分，你在台北醫學大學任職時，曾接到這個研究計畫案，我們昨天也舉行了公聽會，探討這個問題，我們會將資料送給你，希望你們以後做這件事時，能用 Wikipedia 的觀念，讓全民共同參與，才能有 input，雜音也就比較少。事實上，對於社會需求，現在是用 ICF 的觀念，因為有哪些需求，他們自己最知

道，你應該請他們每人列一個表，譬如他是哪種殘障，需要哪些社會需求及環境需求，由他們自己提出，這樣就會非常完整。至於政府能提供何種協助，這需要資源，可以用 wait 的觀念，由他們自己評分，看某個需求是列在 90 分這一級還是 80 分這一級，評分有最多需求的放在前面，評分比較少需求的放在後面，就可以解決資源不足時要如何 cut 的問題，看是要每人自費一部分，還是將比較後面的需求等到資源較多時再來做，這樣可以減少非常多的困擾，而且要用 Wikipedia 的觀念讓大家參與。ICF 是劃時代的需求，一定要做得好一點。

基本上，衛生與福利整合之後，我們當然也會支持，現在比較大的困擾是僧多粥少，萬一做不到的時候，對於我們提出的主決議與附帶決議，也請你們給予比較大的支持。因為有很多人的意見都提到我們這裡，我們也覺得很有道理，可是你們都不夠容納，這就有另外一個方法，因為衛生愈來愈重要，福利也愈來愈重要，其他譬如國防、外交都要休兵的情形下，沒有那麼重要，你們其實應該繼續跟人事單位及總統去申訴，說總統如果要支持心理衛生，就給你們多一點的人，要設兩個司，就算沒有設司，也要有委員會的設置，你才比較好做人。

邱署長文達：好的，謝謝。關於 ICF，我們會按照委員的指示去努力。

（略）

主席：請林委員鴻池發言。

林委員鴻池：主席、各位列席官員、各位同仁。今天審查衛生福利部的組織法草案，草案中特別提到要設心理健康師。設立心理健康師是國際潮流，世界衛生組織在 2004 年就開始主張，如果沒有心理健康就沒有所謂的健康。人類外在行為主要是其心理狀態的一種延伸，所以心理不健康所做出的行為，當然就會偏離社會軌道，這次組織法修正中特別設立心理健康司，這是非常正確的。不單國內如此，世界各國也有獨立設置專責心理健康部門。心理健康部門是負責規劃、協調、監督國家心理健康政策的行動計畫，所以其重點

應該在整個心理健康政策的規劃，不只是事後精神疾病或藥物防治的治療，所以在修正整個組織法時設置心理健康司，應該從這個角度來看，要強化正向健康之促進及事前的防範。這個方向其實跟衛生署在去年3月30日公告所謂精神醫療及心理衛生政策綱領相符，其中明白揭示社會福利部在101年設立的心理健康司，除了辦理自殺防治、物質濫用防制外，也應加強婦幼心理衛生、老人心理衛生及社區心理衛生，但是我們發覺心理健康司的職掌都局限在事後治療，不管是心理或生理的疾病，大概都只有事後治療的部分。本席覺得這樣並不具備前瞻性，而且與整個世界潮流相違背。所以我們希望在心理健康司的職掌中加強心理健康的整體政策規劃。因為心理健康不只是在衛生福利部，還牽涉到衛政及社政，要彼此相結合。因為在整體心理健康部分所涉及的層次不只限於個人，不只限於衛生部，還涉及到國家層級。因為如果一個人的心理不健康，所做出的事情會令人難以想像，為何會出現暴力、性侵、憂鬱症或躁鬱症？就是有其環境及社會壓力，所以勢必要在事前規劃，於政策上進行引導，不要等到發生事情，出現憂鬱症、躁鬱症、嚴重性侵後才發覺這個人有病，趕快要他接受治療，如此的效果就不好。不知署長的看法如何？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。對，特別是心理健康已成社會趨勢，我在美國待過一段時間，看到生理及心理部分應是同時並進。心理健康司規劃防制政策時，非常強調如心理健康之防治及自殺行為防制的政策規劃。在精神疾病方面不是只有治療，還有精神疾病的社區防治及病人保護，都要走向預防性的趨勢。委員的建議非常好，因為預防、控制及治療必須並重，我們會特別注意。

林委員鴻池：但是我們在職掌中比較看不出對於政策的規劃，這部分並沒有凸顯出來，所看到的大多與事後相關，到時候大家再研究看要如何修正，這是第一個問題。

邱署長文達：我們會努力修正。

（略）

主席（呂委員學樟代）：請潘委員維剛發言。

潘委員維剛：主席、各位列席官員、各位同仁。在這次政府組織再造的過程裡，衛生署被提階到衛生福利部，表示大家對衛生的重視。當然，衛生與福利加在一起，因為很多福利措施其實與衛生也有關。在這次組織再造的過程中，衛生與福利之間不但彼此競合，也有很大的不同，因為衛生是屬於比較專業的部分，而福利的部分則是分門別類。尤其組織再造很難一步就到位，大家很擔心將來衛生福利部要由誰擔任部長，因為該部掌理的範圍很大，所以部長必須具有跨領域的整合力量，屆時能不能達到預期的效果及功能，其實我們滿擔心的。所以我們希望立法院在審理的時候能夠儘量協助，讓組織的整併是有力量的、能夠發揮機制功能的。雖然署長身為現在最高階的衛生主管首長，但是在組織再造的過程裡，您參與的部分其實不多，所以有時候有些意見也有一些相對的為難。

舉例來講，現在社會司黃司長也在場，衛生福利部成立以後，把福利提升了，看起來主管福利業務的司也不算少；相形之下，衛生署雖然也提升了，但是真正重要的，只有醫事司及幾個署，從制定政策到執行都由這些單位獨立運作，所以將來反而更難全面性地掌控，對此我有相當程度的擔心。

又如社福團體，未來是以功能加以區分，以科作為對象，但是會變得不清楚，也不足夠，因為你們能夠容納的已經都交出來了，所以只好用功能區分。當時大家都想讓主管社福團體的單位達到司的層級，覺得司的層級比較高，但是他們都不知道，其實署長的層級至少 13 職等、甚至可以達到 14 職等，但是司長只有 12 職等，我們現在還在幫大家爭取，所以到底哪個重要？一個直轄市的局長都 13 職等了，反而制定全國政策的司長沒有 13 職等，我覺得這很麻煩。還有，如果用功能區分，我們擔憂誰厲害、誰不厲害，誰做得好、誰做得不好，所以有人建議福利服務司應該改名為兒童及青少年發展司，或是把社會照顧及發展司更名為老人及身心障礙司，以後長照的部分是不是要放到這個司？長照很重要的部分是醫療，但是也有社會福利的部分，而且將來這一塊也非常龐大，所以未來還要再做一些思考。之前社福團體建議將保護及服務司更名為婦女及人身

安全司，但是他們現在有點後悔，認為層級如果訂為署可能更具實質的力量。現在分了這麼多司，例如現在的兒童局，原來法裡面規定中央有兒童局，但是福利服務司設立以後，最後只剩下兒童科，對不對？可能還有局嗎？

主席：請內政部社會司黃司長說明。

黃司長碧霞：主席、各位委員。報告委員，兒童局的主體未來就是在福利服務司。

潘委員維剛：原來兒童及少年福利法明文規定，中央要設兒童局，現在有兒童局，今天局長也來了。我的意思是，未來這個局到哪裡去了？如果變成科，就違法了，怎麼辦呢？如果未來兒童的業務變成由司主管，從兒童局提升為兒童及青少年發展司，該怎麼辦呢？而且未來兒童的業務分散由各個司執行，由衛生福利部部長統籌，我覺得反而變得非常瑣碎，難道將來要由綜合規畫司統理一切？但是事實上，司就是制定政策的單位。你會不會覺得這樣更不足以達到效果？你也不敢講？

黃司長碧霞：報告委員，現在的兒少福利法關於兒童局的部分，有規定要成立兒童少年局，但是因為作用法裡面不能規定組織，其實這個組織會要修掉的。

潘委員維剛：我知道會修掉，但是現在兒童的業務只到司的層級，下面只有科，科下面不能再有局，而且 4 級單位的編制就侷限在四百多人，與原來相較，反而層級更低了，不是嗎？將來會有兒童局嗎？還是變成一個科了？

黃司長碧霞：司與局其實是一樣的，現在的兒童局……

潘委員維剛：但是沒有司，沒有名稱啊！那兒童局到哪裡去了呢？

黃司長碧霞：因為兒童主要的業務全部都在福利服務司。

潘委員維剛：不曉得司長贊不贊成動用署的力量，或者乾脆把名稱明定？現在醫事司、心理健康司不是以對象作為區分，但是社會福利的主管單位又是以對象來分，雖然是兩難，但是我覺得並不衝突。尤其衛生福利部又超大，管的事情過於繁雜，比交通部還大，單單是健保，1 年就有 6 千億元了。再以社會福利的預算來看，社會救助法通過以後，扶助的對象就有 85 萬人。所以這個部簡直是超大，

而且面對的對象又如此眾多，加上現在大家的餘命也越來越長。至於婦女及人身安全保護，最主要是以保護為主，雖然我們婦女的平均餘命比男性多 6 歲，署長，對不對？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。對，大概 6 歲。

潘委員維剛：但是我們的生命品質遠遠不及男性，所以我們要為女性大聲疾呼，很多疾病要提早預防，也要有健康的生活。現在國民健康局不斷呼籲大家注意自己的腰圍，也有人提倡生命教育，副署長對生命教育很在行。面對新的事務，我們要有新的觀念。看起來，在短時間內完成組織再造的整合、磨合，可能還沒有這麼快，真的是滿累的，整個高度及觀念的整合還需要一段時間。基本上，我覺得對這幾個部分可以考慮予以明確化，包括司的名稱，其實業務是一樣的，還有將來部長可以明確地區分婦女的業務由誰負責，需要協調的部分還是要經過協商。如果還是原來的人做原來的事，人也沒有增加，錢也是一樣，組織再造的意義及發揮的功能就變得有限了，比原來的組織還讓大家感到麻煩，對不對？

我們也希望署長將來有機會擔任衛生福利部的部長，尤其您在醫院擔任過管理的階層，但是未來衛生福利部不只管疾病而已，要有理想才能坐這個位子，對不對？尤其衛生福利部的面更廣，未來應如何整合，將是衛生福利部部長最大的挑戰，也是社會非常大的期待。其次，未來中央與地方對應的機關名稱不一樣，目前大家對名稱該如何訂定仍然莫衷一是，但是地方還是稱為社會局、兒童局，所以將來中央與地方的組織機制會連不起來，讓人看不懂。

把組織法的職掌拿出來看，大家都懂，但是如果不看組織法，大家就搞不懂了。未來社會福利會從 1 個司變成 3 個司，而且還加上綜合規劃司，所以壓力會更大，也會造成社會福利很大的困擾。

再請教署長，本席一直不在衛環委員會。現在有中醫藥委員會，未來在 8 個司裡面，中醫藥司會成為一個司，變得很重要，除此之外，中醫藥研究所、國家衛生院、財團法人國家生技中心等等，都將在衛生福利部的管轄之下，而且這些機關直接相互配合，所以衛生福

利部扮演了非常、非常重要的功能、角色及組織的力量，真的非常辛苦，譬如剛才委員提到中醫藥調劑的藥師、劑量、配藥等等問題。事實上，對岸很多政策是非常清楚的，例如對於醫藥、生技，他們設立了一個特區，所有的規範都用一條鞭做處理。所以我們將來發展的方向、要做的事太多了，政策的 priority、優先順序也變得非常重要。今天西藥為什麼沒有設立一個研究所？為什麼只有中醫藥研究所？西藥的部分放在國家衛生院嗎？還是不需要研究？為什麼只指定中藥，還是西藥根本沒有研究的空間？而且現在健保局的藥價給付會要有這麼大的價差，就是希望藥廠能在專利期過後把藥做出來，給他們一個研究的空間，但是哪一家藥廠研究出什麼東西？如果都沒有，我們還要不要這樣鼓勵？有沒有必要鼓勵？還是應該降價照顧所有的人民？我們自己成立專門的研究中心，要如何有計畫地發展？您要知道，美國一個藥品的問市至少需要 6 年，要多少錢才能研究一種藥？今天臺灣集所有的力量來做，都不見得能成功，一個單一的藥廠能不能做到我們對它的期待？我覺得這些都要一起研究。這些單位雖然是從教育部轉過來的，能不能不要限於只研究中醫藥？還是您認為西藥……

邱署長文達：現在國家衛生院有做很多藥物方面的研究，同時 FDA 也有。另外，FDA 裡面的 CDE 就是專門在做藥物的研究，所以在西藥方面大概沒有問題。至於中藥，現在也是世界的趨勢，所以他們從教育單位轉過來，正好補強這一塊。

潘委員維剛：我希望全部都放在衛生福利部，才能有效地……

邱署長文達：整合、協調，就像委員說的優先順序，變成這個組織最重要的方向。真的非常感謝。

潘委員維剛：請你們也先思考一下這個方向。

邱署長文達：我們會整理。

潘委員維剛：謝謝。

邱署長文達：非常謝謝。

主席（潘委員維剛）：請陳委員節如發言。

陳委員節如：主席、各位列席官員、各位同仁。衛生福利部組織改造以後，社會福利行政組織的定位變得非常悲哀，猶如一曲悲歌。

從 76 年行政院開始修訂行政院組織法以後，社會福利究竟應該設立獨立的部門，還是設在衛生福利部之下，大家一直爭紛不斷。至於名稱要訂為衛生及社會福利部或社會福利及衛生部，也爭紛了好一段時間，最後出線的是衛生及社會福利部，遭受社會團體及學者的反彈、反對。99 年立法院通過的行政院組織法正式名稱則是衛生福利部，其實我們更期望的是衛生及福利部這個名稱，現在有沒有辦法再改變？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。訂定過程由薛政委主導，他本身就是社會福利工作者，所以，我們必須非常尊重他的決定。

邱署長文達：社會福利工作者包括社會司及薛政委姿態都太低，都是衛生大、福利小，福利都被併吞掉了，社會福利上來的都是「司」，但衛生就是「署」。

邱署長文達：這是現況。

陳委員節如：沒有什麼現況啦！社會福利是非常重要的環。

邱署長文達：對，這是一定的。

陳委員節如：社會福利沒有做好，整個社會就會亂成一團，對不對？

邱署長文達：對，我也非常重視這部分。

陳委員節如：但現在狀況就是變成這樣。內政部社會司在衛生署專業強勢領導下就是比較弱勢，社會福利部的司、署設置無法在名稱上看到政府對人民的重視，因為衛生署堅持以業務訂定名稱，不能以對象訂定名稱。但其他先進國家的組織設計並無不能以名稱訂定，美國有老人署、兒童家庭署、健康署，日本有厚生勞動省的障礙保障福祉部、老健局、社會援護局、雇用平等兒童家庭局、醫政局、健康局、醫藥局等等，但我們的組織都以部、署、局為名稱，服務對象名稱都未出現，我們建議社會照顧及發展司改為老人及身心障礙司，包括社會司的老人福利及老人機構的輔導業務、身心障礙的服務及身心障礙機構的輔導業務。福利服務司的名稱無法使服務對象立即呈現，大家不知道其中包括什麼，雖然業務有說明，但本席建議將福利服務司改為兒童及青少年發展司，包括兒童局、兒童及

少年福利、兒童機構的輔導業務。再來就是保護服務司，本席建議改為婦女及人身安全司，包括社會司、婦女福利業務、家庭暴力、性侵害防治委員會業務、兒童及少年的保護、老人及身心障礙者的保護，這樣也可與地方政府一致，否則合併後名稱混淆會讓民眾搞不清楚，如果能夠達到以人為主體，本席認為比較適合。社會福利相關業務調整到綜合規劃司及社會保險司，記得 95 年到 98 年衛生福利部組織規劃當時有共識將國健局回歸成為司，因健康促進業務大多是地方政府在執行，但司好像是政策的規劃，執行則由地方負責，對不對？

邱署長文達：是透過科和地方實務連結。

陳委員節如：所以不宜成為局，將心理衛生加入成為健康促進及心理衛生司。政府應該要重視心理衛生的議題，現在特別是精神障礙的服務設施嚴重不足，自殺防治工作不夠積極，物質的濫用氾濫，政府都應積極處理，不適合將身體健康歸於國健署，心理健康歸於心理健康司，我們覺得精神障礙這一塊非常重要，應該和社會福利好好分工。社會福利原來是有社會司 10 科移過來的，對不對？

邱署長文達：對，現在是 20 科。陳委員節如：加上兒童局、家防會，成立 3 個司，有的是硬加進去的，例如社會救助科及勸募規劃在福利服務司底下，社會工作專業及人力資源政策、社會發展志願服務歸在保護司業務，這樣的業務劃分是非常零散的，建議將社會救助、災害防救等業務納入社會保險司。國民經濟安全保障改為社會保險局救助司，社會工作專業人力的資源、勸募規劃、社區發展志願服務等業務納入綜合規劃司，主責福利資源發展，改為綜合規劃與福利資源司，或是綜合規劃發展司。政府組織再造，人事局不准新增人力，但未來衛福部部長在整體人力配置思考上一定要神通廣大，必須知道醫療、社會福利。組織瘦身是營養不良要增胖，而不是太胖要減肥，維持原狀就代表組織瘦身完成，也建請衛福部部長能夠尊重社會福利專業。社會福利相關司長人選是以社會福利背景為限，不應輕忽社會福利的專業性，但現在卻將社會福利降級，衛生及福利研究部門目前只看到一個舊部會，一部拼裝車，看不到未來性及整合性。例如，教育部中醫藥研究所是衛福部僅有的研究機關，我

實在不知道這是什麼狀況，但事關衛生及社會福利的部分，因應高齡化、少子化醫學相關政策研究卻缺乏長遠追蹤研究，使國家衛生及福利政策沒有基本研究數據，政策參考依據喊價式政策，不是國家之福，應該要儘快整合衛生及福利部相關研究單位，成立國家研究中心，好不好？

邱署長文達：好。

陳委員節如：福利方面都沒有什麼研究，政策的探討是未來相關預作準備非常重要的基礎，請署長針對本席以上所言作解釋。

邱署長文達：首先，我們非常重視社會福利，很多安排看起來都採平衡效益。其次，方才委員的建議非常好，有關社福研究的確比較少，我們已請國家衛生研究院加強社福方面的研究。

陳委員節如：國家衛生研究院都在研究衛生，並未加入福利的部分，現在要加在哪裡？

邱署長文達：我們先在內容方面加強，將來組織如何再造，我們會再考慮。

陳委員節如：本席認為你們的中醫藥司也有問題，何不乾脆改為社會福利研究司？這部分可以等一下再討論。署長認為本席剛才提出的看法如何？

邱署長文達：委員的意見很好，我都有記下來，不過薛政委的規劃是傾向依照功能區分，在科裡面再分對象，然後 link 到地方分局去。

陳委員節如：我們認為明列在法中是比較先進的作法，依照現在這種含糊的規定，民眾看不出來哪些是福利，哪些是與老人、婦女兒童、身心障礙有關。

邱署長文達：謝謝委員的指教。

主席：請彭委員紹瑾發言。（不在場）彭委員不在場。

請呂委員學樟發言。

呂委員學樟：主席、各位列席官員、各位同仁。這次的政府組織改造是以大部會概念再做調整的方式進行，期能達到組織瘦身且人事精簡、法規鬆綁的目的，這次將衛生署升格為衛生福利部，就業務

而言事實上是擴張了，剛開始也許無法適應，就好比立法院當初有 12 個常設委員會，後來修正為 8 個委員會，將國防和外交合併為一個會，是一種很創新的作法，所秉持的就是大部會概念，連國防外交都能合併在一起，還有什麼不能合併的？不過在業務分工上當然都有一定的原則和對象。

說到衛生福利部，其實是有些特別之處。比如依照基準法的規定，每部會可以設六至八個司，而你們已經設了八個司，在任務編組方面，如果將口腔醫療部分亦視為任務編組的話，則成為各部會中任務編組最多的一個機關，請問研考會宋副主任委員，是否如此？

主席：請研考會宋副主任委員說明。

宋副主任委員餘俠：主席、各位委員。依照基準法第二十八條的規定，機關視業務需要得設業務編組，所需人員由相關機關人員派充或兼任，換句話說，基準法已經開了一條路，兼任是屬於比較臨時、短暫的性質，派充則是特殊任務需要性質，比如呂委員方才提到的口腔衛生即是，的確可以任務編組方式設置。衛生福利部是個大部會，需要有很多跨司或司署的協調，所以設置這些任務編組的確有其必要。

呂委員學樟：衛生福利部已經設了八個司，已達基準法規定的上限，可是其他部會也有設九個司的，當然那是特例，目前為止只有一個部會有此情形，但是規定設八個司只是原則，如果政府非常重視口腔醫療，那麼就算增加一個司也不為過，有原則就會有例外，既然已經有部會設了九個司，你們何不再增設一個口腔醫療司呢？事實上這也是重點工作之一。如果一定要受限於八個司的原則，那就和目前只有 25 個員額、業務也很重要的心理健康司擺在一起，這樣應該也沒有扞格之處。請問這樣會有困難嗎？本席認為以任務編組形式存在，似乎是一種應付的作法，不太妥當。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。由於口腔醫療可能與醫事司、國健局、國民健康署以及食品藥物、疾病管制等方面都有關連，所以以跨部會的任務編組形態存在可能比較理想。

呂委員學樟：衛生福利部中升格為署的三級機關確實比較多，因為

署的定義不同，可以兼顧政策規劃和業務之執行，所以是一體的兩面，剛才陳節如委員也提到，雖然你們已經提升為衛生福利部，可是好像還是著重於衛生署的業務，現在升格為署的業務大部分都是原先三級機關的職掌範圍，比如之前的疾管局、食品藥物局、國民健康局、健保局都升格為署，尤其是健保局，好不容易將其轉變為行政機關，一下子就三級跳升格為署，可是福利部分因為多半是從其他部會移轉過來的，似乎變成妾生的孩子，請問將來的規劃是否會變成重衛生而輕福利？從組織架構表來看，確實有這種情形，這樣是否會造成其他公務員心理上的不平衡？

邱署長文達：應該是不會，因為這幾個局就是現有的那幾個局，他們本身就可以作出政策，所以改名為署只是讓他名實相符而已，真正政策執行面的 8 個司中，其實 2 個是綜合的，3 個是醫事，3 個則與社福有關，所以在政策執行面上是非常公平的，當時我們在規劃時，都有思考到這些事。

宋副主任委員餘俠：我再補充一下邱署長的說明。在基準法中，部次長之下，組織的設計包括的選項有司、署、局，都是同等重要的，但司是以政策規劃為重，是擬定法規、計畫來推動地方政府的執行，所以社福有很多是與地方政府密切相關，所以他不是沒有執行量，而是他負責政策、擬定法規與計畫，他也許要負責一些示範性、實驗性的執行；署則是政策規劃與執行並重，因為他必須立即反應，像疾病管制、健康保險等，局只是單純執行，因此，大概有這些選項，剛才署長也談到，現在這樣設計的現狀就是如此，這也符合組織設計的原理。

（略）

邱署長文達：司的方面我們是儘量用功能，科可以用對象的話，就可連結到地方的科，是這樣設計的。

（略）

陳委員瑩：中醫藥研究所所長的緊張應該頓時消除了不少，而中華民國牙醫師公會全國聯合會要求要成立口腔健康司，對此本席並沒有任何預設立場，我純粹只是關心一下，現在這部分已經保留下來，

請問署長，對於要求成立口腔健康司的意見要如何處理？

邱署長文達：關於口腔健康的領域，其實這是跨部門的，包括醫事司、國健局及其他局處，很多都有跨部門的事務。我們也曾和相關人員協商過，建議他們採用常設任務編組的形式，這樣對推動口腔健康業務會很有幫助。

陳委員瑩：他們也接受了嗎？

邱署長文達：對。

陳委員瑩：這樣處理就沒有問題了？

邱署長文達：是。

（略）

繼續開會（14時10分）

主席：現在繼續開會，進行「衛生福利部組織法草案」、「衛生福利部疾病管制署組織法草案」、「行政院衛生署食品藥物管理局組織法修正草案」、「衛生福利部國民健康署組織法草案」、「衛生福利部中醫藥研究所組織法草案」及「行政院衛生署中央健康保險局組織法修正草案」之逐條討論，現在先將各案條文念一遍。

衛生福利部組織法草案部分：

第一條 行政院為辦理全國衛生及福利業務，特設衛生福利部（以下簡稱本部）。

第二條 本部掌理下列事項：

- 一、衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理及監督。
- 二、衛生福利事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。
- 三、國民年金、全民健康保險、長期照護保險之政策規劃、管理及監督。
- 四、社會救助、社會照顧、福利服務與社區發展之政策規劃、管理及監督。
- 五、家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。
- 六、衛生福利人力資源之政策規劃、培訓、發展及管理。
- 七、心理健康與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。

- 八、中醫藥發展之政策規劃、管理、監督及研究。
- 九、所屬中醫藥研究、社會福利與醫療機構之督導、協調及推動。
- 十、其他有關衛生福利事項。

第三條 本部置部長一人，特任；政務次長二人，職務比照簡任第十四職等；常務次長一人，職務列簡任第十四職等。

第四條 本部置主任秘書，職務列簡任第十二職等。

第五條 本部之次級機關及其業務如下：

- 一、疾病管制署：規劃與執行傳染病之預防及管制事項。
- 二、食品藥物管理署：規劃與執行食品、藥物與化粧品之管理、查核及檢驗事項。
- 三、中央健康保險署：規劃及執行全民健康保險事項。
- 四、國民健康署：規劃與執行國民健康促進及非傳染病之防治事項。
- 五、國民年金局：執行國民年金事項。

國民年金局未設立前，其業務得委託其他政府機關（構）執行。

第六條 本部為應業務需要，得報經行政院核准，派員駐境外辦事，並依駐外機構組織通則規定辦理。

第七條 本部有關醫事業務司司長或副司長其中一人及技監、簡任技正員額總數五分之一，必要時得依醫事人員人事條例規定，由師（一）級之相關醫事人員擔任。

本部各職稱之官等職等及員額，另以編制表定之。

第八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。

（略）

主席：針對以上各案，有委員提出修正動議及附帶決議提案。

1-1：有鑒於近年來，口腔健康執業環境改變，口腔健康之業務及科技蓬勃發展，其醫療輔助人員的需求性增加，以及全民口腔健康照護的品質提昇，口腔醫政及醫療體系重要性顯著提升，為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，爰提出修正動議，增列衛生福利部有關口腔健康相關業務之執掌，以建構更高品質安全的醫療環境。

提案人：許舒博 呂學樟 黃義交 潘維剛 涂醒哲

謝國樑 陳節如 侯彩鳳 黃偉哲 陳 杰
林鴻池

說明：

一、依據醫療法將現行醫療體系分為醫師(西醫)、中醫師及牙醫師，各依據其不同的醫學養成教育，取得不同之醫師證書，並以各專精的醫術提供不同的醫療服務，以照護全體國民健康。醫師(西醫)、中醫師及牙醫師的醫療業務互相獨立而無法取代、醫療生態與環境也各自不同而無法統籌管理，若無口腔健康專責單位，恐易造成醫療需求扭曲，無法妥善照顧國民口腔健康之困境。

二、近年來口腔健康執業環境改變，口腔健康之業務及科技蓬勃發展，其醫療輔助人員的需求性增加，以及全民口腔健康照護的品質提昇，口腔醫政及醫療體系重要性顯著提升，為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，以及更安全的醫療環境，衛生福利部有明列增加口腔健康相關業務執掌之必要性。

三、依據目前醫師人數，(西)醫師人數為 39,000 人，中醫師人數為 5,400 人，牙醫師人數已達 12,000 人，在整體的管理方面，衛生福利部應明列口腔健康相關業務之執掌。

衛生署福利部組織法草案第二條條文對照表

修正動議條文	行政院提案條文	說明
<p>第二條 本部掌理下列事項：</p> <p>一、衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理及監督。</p> <p>二、衛生福利事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。</p> <p>三、國民年金、全民健康保險、長期照護保險之政</p>	<p>第二條 本部掌理下列事項：</p> <p>一、衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理及監督。</p> <p>二、衛生福利事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。</p> <p>三、國民年金、全民健康</p>	<p>一、增列第十款，有關口腔健康相關業務之執掌，原第十款變更為第十一款。</p> <p>二、為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，增列衛生福利部有關口腔健康相關業務之執掌，以建構更高品質安全的醫療環境。</p>

附錄三 國會議事錄相關檔案中心理健康與口腔健康

<p>策規劃、管理及監督。</p> <p>四、社會救助、社會照顧、福利服務社區發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>五、家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。</p> <p>六、衛生福利人力資源之政策規劃、培訓、管理及監督。</p> <p>七、心理健康與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。</p> <p>八、中醫藥發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>九、所屬中醫藥研究、社會福利與醫療機構之督導、協調及推動。</p> <p>十、口腔健康及醫療政策之政策規劃、管理、研究及監督。</p> <p>十一、其他有關衛生福利事項。</p>	<p>保險、長期照護保險之政策規劃、管理及監督。</p> <p>四、社會救助、社會照顧、福利服務社區發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>五、家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。</p> <p>六、衛生福利人力資源之政策規劃、培訓、管理及監督。</p> <p>七、心理健康與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。</p> <p>八、中醫藥發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>九、所屬中醫藥研究、社會福利與醫療機構之督導、協調及推動。</p> <p>十、其他有關衛生福利事項。</p>	
--	--	--

1-1-1：有鑑於近年來，口腔健康執業環境改變，口腔健康之業務及科技蓬勃發展，其醫療輔助人員的需求性增加，以及全民口腔健康照護的品質提昇，口腔醫政及醫療體系重要性顯著提升，為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，爰提出修正動議，增列衛生福利部有關口腔健康相關業務之執掌，以建構更高品質安全的醫療環境。

說明：

一、依據醫療法將現行醫療體系分為醫師(西醫)、中醫師及牙醫師，各依據其不同的醫學養成教育，取得不同之醫師證書，並以各專精的醫術提供不同的醫療服務，以照顧全體國民健康。醫師(西醫)、中醫師及牙醫師的醫療業務互相獨立而無法取代、醫療生態與環境也各自不同而無法統籌管理，若無口腔健康專責單位，恐易造成醫療需求扭曲，無法妥善照顧國民口腔健康之困境。

二、近年來口腔健康執業環境改變，口腔健康之業務及科技蓬勃發展，其醫療輔助人員的需求性增加，以及全民口腔健康照護的品質提昇，口腔醫政及醫療體系重要性顯著提升，為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，以及更安全的醫療環境，衛生福利部實有明列增加口腔健康相關業務執掌之必要性。

三、依據目前醫師人數，(西)醫師人數為 39,000 人，中醫師人數為 5,400 人，牙醫師人數已達 12,000 人，在整體的管理方面，衛生福利部應明列口腔健康相關業務之執掌。

提案人：劉建國

連署人：陳 瑩 陳節如

衛生署福利部組織法草案第二條條文對照表

修正動議條文	行政院提案條文	說明
<p>第二條 本部掌理下列事項：</p> <p>一、衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理 及監督。</p> <p>二、衛生福利事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。</p> <p>三、國民年金、全民健康</p>	<p>第二條 本部掌理下列事項：</p> <p>一、衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理 及監督。</p> <p>二、衛生福利事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。</p> <p>三、國民年金、全民健康</p>	<p>一、增列第十款，有關口腔健康相關業務之執掌，原第十款變更為第十一款。</p> <p>二、為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，增列衛生福利部有關口腔健康相關業務之執掌，以建構更高品質安全的醫療環境。</p>

<p>保險、長期照護保險之政策規劃、管理及監督。</p> <p>四、社會救助、社會照顧、福利服務社區發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>五、家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。</p> <p>六、衛生福利人力資源之政策規劃、培訓、管理及監督。</p> <p>七、心理健康與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。</p> <p>八、中醫藥發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>九、所屬中醫藥研究、社會福利與醫療機構之督導、協調及推動。</p> <p>十、口腔健康及醫療政策之政策規劃、管理、研究及監督。</p> <p>十一、其他有關衛生福利事項。</p>	<p>保險、長期照護保險之政策規劃、管理及監督。</p> <p>四、社會救助、社會照顧、福利服務社區發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>五、家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。</p> <p>六、衛生福利人力資源之政策規劃、培訓、管理及監督。</p> <p>七、心理健康與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。</p> <p>八、中醫藥發展之政策規劃、管理及監督。</p> <p>九、所屬中醫藥研究、社會福利與醫療機構之督導、協調及推動。</p> <p>十、其他有關衛生福利事項。</p>	
---	--	--

1-2：

沒有「心理健康」就沒有「健康」，這是世界衛生組織的主張，也是國際趨勢。在衛生福利部組織法草案中，成立「心理健康司」的一級單位，表示衛生署重視到「心理健康」的重要性，它不但是個人心理健康層次問題，也是國家層級的問題，涉及衛生、社政、勞政、

教育、文化、法務等面向。

在衛生福利部組織法草案第二條，各司掌理事項第七項，仍以「疾病」、「問題」的觀點呈現「心理健康」的業務項目，以事後解決問題、消極治療的方式處理，未將它提升至國家層級的心理健康整體規劃。

修正動議	原條文	說明
第二條 本部掌理下列事項： 七、心理健康相關政策之規劃、管理及監督。	第二條 本部掌理下列事項： 七、心理健康與物質成癮防治之規劃、管理及監督。	以「疾病」、「問題」的觀點呈現「心理健康」業務項目，易陷入事後解決問題、消極治療的處理方式，缺乏國家層級的心理健康整體規劃。

提案人：林鴻池 呂學樟 許舒博 侯彩鳳 潘維剛

1-3：

衛生福利部組織法草案第四條條文修正動議

說明：因主任秘書為部會之幕僚長，負有統合各司處業務之職責，經常須依首長之指示督導各單位之業務，故職等上須稍作調高為「簡任第十二職等至第十三職等」，俾收領導統御之效。

建議：第四條條文修正為「本部置主任秘書，職務列簡任第十二職等至第十三職等。」

提案人：潘維剛 盧嘉辰 鄭麗文

附帶決議：

1-A：

有鑒於各先進國家如美、英、日、德及鄰國馬來西亞之政府均非常重視國民口腔健康，其衛生福利部組織架構均設置口腔健康獨立部門，以掌理口腔健康政策與相關業務；加上近年來，口腔健康執業環境改變，口腔健康之業務及科技蓬勃發展，其醫療輔助人員的需求性增加，以及全民口腔健康照護的品質提昇，口腔醫政及醫療體系重要性顯著提升，為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照

護，建議衛生福利部應於處務規程第二十條常設性任務編組中，增設「口腔健康管理會」，並增加第八點內容為「口腔健康管理會：辦理口腔醫療政策、預防保健、醫事人力規劃及教育訓練等事項」，以建構更高品質安全的醫療環境，爰予以提案。

提案人：呂學樟 黃義交 潘維剛 許舒博 黃偉哲
謝國樑 侯彩鳳 陳 杰 林鴻池 陳節如

主決議：

一、依據醫療法將現行醫療體系分為醫師（西醫）、中醫及牙醫師，各依據其不同的醫學養成教育，取得不同之醫師證書，並以各專精的醫術提供不同的醫療服務，以照顧全體國民健康。醫師（西醫）、中醫及牙醫師的醫療業務互相獨立而無法取代、醫療生態與環境也各自不同而無法統籌管理，若無口腔健康專責單位，恐易造成醫療需求扭曲，無法妥善照顧國民口腔健康之困境。

二、各先進國家如美、英、日、德及馬來西亞之政府，其衛生福利部組織架構均設置口腔健康獨立部門，以掌理口腔健康政策與相關業務。

三、為期我國民口腔健康能與國際並駕齊驅，達到世界衛生組織之標準，口腔健康專責單位實有其獨立之必要性。爰建請於衛生福利部組織法草案修法完成後，設置口腔健康會。

提案人：潘維剛 呂學樟 許舒博 涂醒哲

連署人：謝國樑 侯彩鳳 陳 杰 黃偉哲 林鴻池 陳節如

修正動議：

衛生福利部處務規程草案：

沒有「心理健康」就沒有「健康」，是世界衛生組織的主張，也是國際趨勢；心理健康不但是個人，也是國家層級問題。

在衛生署 99 年 3 月公告「精神醫療及心理衛生政策綱領」中，明白揭示，101 年衛生福利部下設「心理健康司」，將心理衛生、醫療體系、公共衛生行政體系有效連結，辦理自殺防治、物質濫用防治、危機處理、婦幼心理衛生、老年心理衛生、社區心理衛生等業務。在衛生福利部處務規程草案第 12 條，有關「心理健康司」掌理事項，

仍延續目前精神醫療業務，未將衛生醫療體系與社會福利體系整合一體，有違「精神醫療及心理衛生政策綱領」之精神，殊為可惜。本席建議心理健康司的業務，應納入國家心理健康政策規劃、社區心理健康方面、特殊心理狀態與危機事件之處理，以及精神醫療復健等業務內容。

提案人：林鴻池 呂學樟 許舒博 侯彩鳳 潘維剛

修正動議	原條文	說明
<p>第十二條 心理健康司掌理事項如下：</p> <p>一、國家心理健康總體策略之規劃、跨部門推動與執行評估。</p> <p>二、社區與特定群體之心理健康政策與具體方案之落實。</p> <p>三、特殊心理狀態與危機事件之因應與處理。</p> <p>四、精神醫療、精神復健機構及其相關業務之管理。</p> <p>五、相關法令規定之訂定與研修。</p> <p>六、民眾權益維護與相關爭議之處理。</p> <p>七、其他相關事項。</p>	<p>第十二條 心理健康司掌理事項如下：</p> <p>一、心理健康促進與自傷行為防治政策之規劃、推動及相關法規之研訂。</p> <p>二、精神疾病防治與病人權益保障政策之規劃與推動及相關法規之研訂。</p> <p>三、精神醫療、精神復健機構及其業務之管理。</p> <p>四、毒品及其他物質成癮防治政策之規劃與推動及相關法規之研訂。</p> <p>五、家庭暴力性侵害犯罪加害人處遇政策之規劃、推動及相關法規之研訂。</p> <p>六、其他有關心理健康及精神醫療事項。</p>	<p>在衛生福利部處務規程草案第 12 條，有關「心理健康司」掌理事項，仍延續目前精神醫療業務，未將衛生醫療體系與社會福利體系整合一體，有違「精神醫療及心理衛生政策綱領」之精神。</p> <p>條文內容應納入國家心理健康政策規劃、社區心理健康方面、特殊心理狀態與危機事件之處理，以及精神醫療復健等業務。</p>

1-D：

附帶決議：

衛生福利部組織法草案通過後，關於內部各單位之設置，應本於彈性精節之原則，並與業務職責相連結，建議將原規劃設置之社會保

險司改為社會保險及救助司，福利服務司之業務歸屬於社會保險及救助司，另設兒童及青少年發展司，社會照顧及發展司改為老人及身心障礙司，保護服務司改為婦女及人身安全司，以落實衛生及福利業務之推動。

提案委員：潘維剛 呂學樟

連署委員：侯彩鳳

1-E：

附帶決議：

為達到組織整併、業務整併之目的，建請將心理衛生司中之家暴及性侵害人處遇政策及計畫之研擬及執行併入保護司中，另將保護服務司之婦女權益發展科移至福利服務司。

提案人：黃淑英

連署人：陳 瑩 劉建國

(略)

主席：現在處理衛生福利部組織法草案。請問各位，對法案名稱照行政院提案條文通過，有無異議？(無)無異議，通過。

請問各位，對第一條照行政院提案條文通過有無異議？(無)無異議，通過。

第二條有 2 項修正動議，一項是建議修正第七款，另一項是建議增列第十款。許舒博委員的意見是希望增列第十款：「口腔健康及醫療政策之政策規劃、管理、研究及監督。」現在衛生署已經同意將來會設立口腔健康管理會，所以他們希望第十款不要增列於條文中，請問各位，有無異議？(無)無異議，本項修正動議不予通過。

此外，關於第七款：「心理健康與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。」前者屬於健康方面，後者屬於疾病性，所以林鴻池委員認為應刪除「物質成癮防治」等字，但衛生署認為現在物質成癮防治也是國際上的重要趨勢，兩者應該同列。雖然我們的司名為「心理健康司」，但衛生署認為「物質成癮防治」也很重要，希望能列入條文之中，對於這個部分，請問各位，有無異議？

請林委員鴻池發言。

林委員鴻池：主席、各位列席官員、各位同仁。本席這項修正動議最主要是要強調心理健康政策的重要性，把政策和物質成癮並列是很奇怪的事。如果兩者要融合，本席建議第七款修正為：「心理健康相關政策與物質成癮防治之規劃、管理及監督。」這樣就可以把心理健康政策突顯出來。

主席：衛生署表示同意，那就把第七款修正為：「心理健康相關政策與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。」

還是要把條文修正為：「心理健康相關政策與物質成癮防治之規劃、管理及監督。」文字上該如何修正？請衛生署陳副署長說明。

陳副署長再晉：主席、各位委員。那是繕打的時候漏打了，還是有「政策」二字，防治「政策」漏打了。

主席：防治「政策」？

陳副署長再晉：對，提案可能漏打了，我們的提案條文是有「政策」二字的。

主席：本席再宣讀一遍，這樣文字上比較不會有疏漏，增列「相關政策」等字，第七款修正為：「心理健康相關政策與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。」

請問各位，對第二條第七款照林鴻池委員所提修正動議再修正意見通過，其餘部分照行政院提案條文通過有無異議？（無）無異議，修正通過。

現在處理第三條，第三條與職等、員額有關，請問各位，對第三條有無異議？

黃委員淑英：（在席位上）那 1-1 案呢？

主席：1-1 沒有通過，因為他們已經要成立口腔管理會了，所以大家沒有意見，那放在附帶決議裡。

黃委員淑英：（在席位上）本席講的是第二條修正動議，就是把口腔業務放進來，討論設司與否的問題。

主席：現在他們不設，沒辦法設。我們談的是職掌，沒有談到司，第二條是談職掌。

黃委員淑英：（在席位上）所以不增列第十款，是不是？

主席：對，所以我們只修了第七款。

請問各位，對第三條照行政院提案條文通過，有無異議？（無）無異議，通過。

針對第四條，有委員提出修正動議，我們通案處理，將最高幕僚長主任秘書改成第十二職等第十三職等。請問各位，有無異議？（無）無異議，修正通過。

請問各位，對第五條照行政院提案條文通過，有無異議？（無）無異議，通過。

請問各位，對第六條照行政院提案條文通過，有無異議？（無）無異議，通過。

請問各位，對第七條照行政院提案條文通過，有無異議？（無）無異議，通過。

請問各位，對第八條照行政院提案條文通過，有無異議？（無）無異議，通過。

黃委員淑英：（在席位上）第五條的國民年金局也過了嗎？

主席：國民年金局現在實際上是放在社會保險司，委託勞委會勞保局在處理。所以現在對這個局，上面有註明，暫時還沒有設立，先擺在那邊，將來要如何，等實施以後再說。

黃委員淑英：（在席位上）這樣占了一個位子。

主席：所以我們希望不要把它算成三級機關，現在先暫列，但因為還沒有實施，所以先擺在那裡。

到時候我們可以做一個附帶決議，要求這個不要列入基準法第三十三條的限定。

黃委員淑英：（在席位上）這樣還是有多一個三級機關的可能性。

主席：我們昨天不是希望勞委會在將來的勞動部要成立一個相關單位嗎？

黃委員淑英：（在席位上）你說的是職業安全健康局。

主席：對。

黃委員淑英：（在席位上）所以這要讓給他嗎？

主席：沒有，因為這還要做整體性的協商，所以我們希望這個先不要算進去。

黃委員淑英：(在席位上)但如果本法通過，就不能不列入。

主席：我們可以直接做附帶決議處理，這樣可以嗎？

現在處理附帶決議。請問各位，對附帶決議第 1-A 案照案通過，有無異議？

請衛生署陳副署長說明。

陳副署長再晉：主席、各位委員。我們建議盡量避免用「管理」，可以改用「口腔健康會」，或是改成「諮議會」、「審議會」都可以。

主席：第 1-B 案就是用「口腔健康會」，這可以嗎？

陳副署長再晉：可以。

主席：這樣的話，我們照第 1-B 案通過。

請黃委員淑英發言。

黃委員淑英：主席、各位列席官員、各位同仁。署長的意思是說，誰都可以弄一個會在那個地方，是這樣嗎？

主席：請衛生署陳副署長說明。

陳副署長再晉：主席、各位委員。應該是這樣說，依照研考會的規定，屬於派兼或派充的人員可以針對跨司處相關業務做協調運作，如果由本部編制人員去派充，這就是比較常設的編組，如果是由本部人員去派兼，這就屬於比較非常設。

黃委員淑英：這是常設還是非常設？

陳副署長再晉：基本上我們會請醫事司指派三、四位同仁過去辦理業務，因為這是主決議或附帶決議，我們會看時空環境做最適當的調配，可以是常設，也可以是業務諮詢性質，這樣都可以，我們會再來討論。

黃委員淑英：所以我們寫進去之後，也不曉得是什麼性質，是不是？

陳副署長再晉：我們會隨時空環境的需要，做機動的調整。

黃委員淑英：這樣你們的權限會不會太大了？

陳副署長再晉：不會，因為這不是正式的司。

黃委員淑英：我需要知道這個單位的性質是什麼，否則我也要設一個五臟六腑會，我覺得性別健康也應該設一個會，這非常重要，性別健康是很嚴肅的事情。

陳副署長再晉：我們在行政院有相關的會。

黃委員淑英：我指的是性別健康會，行政院有相關的會嗎？

陳副署長再晉：行政院有性別平等委員會。

黃委員淑英：性別平等與性別健康是不一樣的。性別與健康講的是性別差異，不是性別平等。

陳副署長再晉：是。

黃委員淑英：要不要來一個五臟六腑會？

陳副署長再晉：這是附帶決議，我們會尊重委員的意見，然後再看時空環境變遷的需要。因為是主決議或附帶決議，我們一定要尊重委員的意見。

主席：這只是附帶決議。

請陳委員節如發言。

陳委員節如：主席、各位列席官員、各位同仁。我昨天和副署長溝通的時候，是要把牙醫口腔的部分放進去，這非常重要。像日本有特別設一個署、局的單位，但我們現在要放在哪裡？你說要放在醫事處，還說護理等也要放進去，請問現在這個委員會的正確名稱和編制是什麼？是否是常設單位？這些問題你們都要講清楚。這個很重要，從出生到老，牙齒是最重要的。

主席：請衛生署陳副署長說明。

陳副署長再晉：主席、各位委員。所有醫事人員和醫事業務，基本上都是由醫事司的編制員額在做處理，在這些編制員額當中，依據提案委員的建議，是認為這些業務稍微特別一點，和許多司、局、署有關係，所以希望醫事處原本管理這項業務的人員可以支援這項任務編組的行政幕僚，他的人絕對是醫事司的人。

陳委員節如：這樣應該用常設單位才對。

陳副署長再晉：常設會比較好。

陳委員節如：常設單位才對，我建議用常設的方式。

陳副署長再晉：是。

主席：如果照第 1-B 案通過，我們沒有把它直接放在處務規程當中，而是建議他們考慮設置口腔健康會。

陳委員節如：(在席位上) 第 1-A 和 1-B 案意思都一樣。

主席：所以我們併案處理，1-A 和 1-B 都支持口腔衛生，但衛生署認為口腔健康管理會的「管理」二字比較不適宜，因為這比較傾向諮詢和一般性質，所以是否直接設置「口腔健康會」的諮詢單位，讓他們多一點參與？

黃委員淑英：（在席位上）條文中明明是常設性任務編組。

主席：所以我們現在不是照第 1-A 案，而是照第 1-B 案通過。

許委員舒博：（在席位上）現在進行到哪裡？

主席：第 1-B 通過了，但許委員的提案第二條部分暫不修訂，因為衛生署認為不宜直接寫在組織任務當中。所以我們照 1-B 通過。

針對第 1-C 案，林鴻池委員做了再修正，修正內容如下：「建議衛生福利部處務規程中，有關心理健康司之職掌，除參照行政院衛生署公告之『精神醫療及心理衛生政策綱領』中，納入心理衛生、醫療體系、自殺防治、物質濫用防治、危機處理、婦幼心理衛生、老年心理衛生、社區心理衛生等業務外，並應納入國家心理健康政策規劃、社區心理健康、特殊心理狀態與危機事件處理，以及精神醫療復健等業務內容。」提案委員是林委員鴻池、侯委員彩鳳、徐委員少萍。

第 1-C 案照林委員鴻池的再修正意見通過

請問各位，對附帶決議第 1-D 案照案通過，有無異議？（無）無異議，通過。

請問各位，對附帶決議第 1-E 案照案通過，有無異議？

黃委員淑英：（在席位上）關於第 1-D 案，單位名稱都改了，還包括少年發展司。這不能這樣做。

主席：決議只是建議性質，還是照衛生署的版本通過，我們只是建議衛生署相關名稱設置的問題。

第 1-E 案照黃委員淑英的提案通過，衛生署沒有意見。這也是建議案，建請衛生署做相關考量。

（略）

請黃委員淑英發言。

黃委員淑英：主席、各位列席官員、各位同仁。我今天早上就已提到各司、署、局的業務分配情形，如果我們現在只是建請，到時候

他們還是會這樣做，這完全不符合我們的期待。我們只是建請，也不曉得衛生署後續的作為是什麼？例如將婦女業務放到保護司當中，這基本上是不對的。但由於我們只是建議，他們還是可以不做修正，婦女業務原本是福利業務，現在卻跑到保護司，這不是很奇怪嗎？

主席：請衛生署陳副署長說明。

陳副署長再晉：主席、各位委員。我們都非常虛心接受也尊重每位委員的意見，但基於時空環境或編制員額，如果可以做機動調整，我們一定會儘量遵照委員的意見。例如委員剛才提到，婦女權益不要放在保護服務司，要放在福利服務司，只要我們內部討論時認為這樣的科數、人員，以及大家的專長、訓練已經到了某種程度，可以做這樣的移轉，時機到了，我們會做這樣的改變。我們也謝謝委員，不要求我們立刻這樣做，但我們將來一定會在適當的時機做調整。

黃委員淑英：如果是以這樣的心態做事情，我們今天都不用審了，因為最後都照你們想過的方式通過，你們也不會朝這個方向努力調節。

陳副署長再晉：我們會盡最大的努力。

黃委員淑英：你們只是儘量，到時候還是不會做，最後還是推說「怨難為之」。但在整個業務編制上，我們就是覺得這太離譜了，那時候你們給社會福利業務太少的司，所以才像撿破爛一樣，一些業務沒有地方放，就亂丟到其他單位，你們就是用丟的，根本沒有考慮到業務的性質。請問署長，為什麼婦女的業務不能放在福利服務司？

陳副署長再晉：可以，我們再來做科別的調整，因為有一個司是 7 科，有一司是 6 科，我們只要把科別調整一下就可以了。

（略）

主席：向委員會做補充報告，修正後的 1-C 案還有 2 位委員共為提案人，即呂委員學樟和陳委員節如，這是第一點。

第二點，方才黃淑英委員有做建議，針對附帶決議，衛生署基本上會做考量，因為我們也看到心理健康司裡面寫了家庭暴力、性侵害犯罪、加害人處遇政策之規劃。實際上，目前這都在性侵害及家防

會裡面，但將來這兩邊都有，在這裡面，醫療占了一個很重要的部分，因為我們都認為，這些處遇最重要的目的是給予醫療，一個是社區治療，一個是心理治療，甚至刑期前、刑期中、刑期後都有處遇計畫。這邊寫了，但保護司的部分好像沒有寫進這樣的處遇計畫。所以我想黃委員也很擔心，這個計畫放到心理健康司，那其他社福的處遇怎麼處理？

黃委員淑英：(在席位上)對啊，比較 detail 的東西都沒有啊！

主席：我知道黃委員擔心之處，這是跨領域的東西，之前我就說過，這麼多東西都要放這裡，將來在整合上勢必要費更大的功夫。現在我們提出了建議，除了司的名稱需重新考量外，將來組織內部如何整合，也請行政部門重新檢討，以避免屆時這些部分沒人管或管得亂七八糟，或者原本沒管，後來要管還不知道怎麼管。衛生福利部的業務究竟如何劃分，因為我們今天審查的只有組織法，並未討論司的名稱，我們今天提出建議後，請行政部門再做一次全面性的通盤檢討之後再定案，請衛生署審慎考慮，司的名稱等較細節的規定將會放在處務規程中。

請許委員舒博發言。

許委員舒博：主席、各位列席官員、各位同仁。雖然有關第二條條文之第 1-1 案修正動議並未通過，但本席仍認為立法上不該這樣處理。通過的第 1-B 案已決議要設置口腔會，假如在主要條文中沒有規定法源依據，那口腔會將無法成為常設機構，僅能是臨時的任務編組，那就完全違反了本席推動成立口腔會的初衷。衛生福利部組織法第二條的掌理事項共有 10 款，其中單單規範中醫藥的部分就有 2 款，難道增加 1 款規定口腔健康醫療政策有那麼困難嗎？或者將第十款修正為「口腔健康及其他有關衛生福利事項。」我也同意，但在法條中完全不提，卻突然跑出一個口腔健康會，那也很奇怪，哪有人立法是這樣立的！本席建議既然我們已通過第 1-B 案決議設置口腔會，所以我還是希望將第二條第十款修正為「口腔健康及其他有關衛生福利事項。」

主席：許委員，我補充說明，呂召委也在場，這部分是否等到審查處務規程時再處理，因為處務規程仍須送本院審查，如果屆時未將

這部分列入……

許委員舒博：不是，我們希望把法條規定得完整一點，將口腔健康部分列入並不影響整個法案，難道口腔衛生不是衛生福利部的業務嗎？為何中醫藥部分就有兩款的規定……

主席：許委員，現在還有其他委員有意見，他們主張應成立「五臟六腑會」。

許委員舒博：那就保留，不要把它打死。

主席：那就保留許委員的附帶決議，對不對？

許委員舒博：(在席位上)不是，第二條保留。

主席：許委員主張保留組織法第二條。

請呂委員學樟發言。

呂委員學樟：主席、各位列席官員、各位同仁。依基準法相關規定，各部會組織法第二條多規定其業務職掌，請問宋副主委，如果沒有在第二條規定法源依據，能否逕自成立一個常設性的任務編組？

主席：請研考會宋副主任委員說明。

宋副主任委員餘俠：主席、各位委員。現在衛生福利部組織法第二條的職掌是比較廣義、通案的大項目，未來還會訂定衛生福利部的處務規程，在處務規程中就可制定常設性任務編組。例如行政院提案第二條第一款規定「衛生福利政策、法令、資源與服務之規劃、管理及監督。」口腔健康當然屬於衛生業務之一環，所以第一款其實已可涵蓋口腔健康這項業務，而且除口腔健康之外，現行衛生署的組織法也涵蓋口腔衛生以外其他各項衛生業務，如果要明文列出口腔健康，恐怕也要考慮把其他各細項都一一列出。所以剛才衛生署陳副署長表達的意見是，現有的規定已足以涵蓋，所以未必要在有關職掌的條文中顯示，而可在處務規程中明定設置此一常設性任務編組。

呂委員學樟：如果衛生署堅持要這樣，那本席就會堅持在心理健康司那部分戴上一個帽子，將口腔醫療放入。第二條的業務職掌中本來就把中醫藥司的業務列入，第二條的業務職掌還不是依照 8 個司的業務職掌來呈現的嗎？所以，將口腔健康部分放入會有妨礙嗎？

應該還好吧。處務規程另外歸處務規程，那部分審查時我們也會提出一些主決議。所以，本席主張應將這部分列入業務職掌，這本來也是衛生署的一項業務，應該分門別類，中醫藥也有，心理健康也有，衛生福利人力資源、社會救助、國民年金等等都已列入第二條，為什麼不能將口腔健康這部分列入呢？這部分請邱署長說明。

請問宋副主委，依照基準法的規定，如果將「口腔健康及醫療政策之規劃、管理、研究及監督」列入第二條衛生福利部的業務職掌，有沒有問題？沒有問題吧！

宋副主任委員餘俠：一般是廣義規範，但假設要特殊凸顯某一項職掌，也有將特殊的項目並列的案例。

呂委員學樟：既然如此，我們並未違反基準法之相關規定，請問衛生署的立場為何？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。如果各位委員都這樣建議，我倒是覺得並列也可以。

呂委員學樟：並列也無所謂嘛！處務規程部分等審查處務規程時再處理，但口腔健康本來就是衛生署的業務職掌之一。

邱署長文達：對，這是非常重要的一項。

呂委員學樟：那就依照我們提出的修正動議通過，這個修正動議有很多委員連署，幾乎在場委員都連署了，不論國民黨或民進黨委員全部都連署。

黃委員淑英：（在席位上）我們沒有啦！

呂委員學樟：有喔，有涂醒哲委員、黃偉哲委員、陳節如委員、許舒博委員、黃義交委員、潘維剛委員、謝國樑委員、侯彩鳳委員、陳杰委員、林鴻池委員及本席，修正動議連署的委員最多的就是這一案耶！是否尊重我們委員的意見，好不好？

邱署長文達：是，我們尊重委員的意見。

呂委員學樟：既然跟基準法並無扞格，將這部分列入也還好，並無影響嘛！那就將其列入讓大家安心。

主席：報告聯席會，第二條剛才已通過，既然各位委員有異議，我們知道大家有意見，所以就送協商。

呂委員學樟：(在席位上)保留，第二條保留協商。

主席：剛才已經通過，所以全案保留協商。

(略)

附錄三之二

102年1月3日立法院第8屆第2會期司法及法制、社會福利及衛生環境委員會第2次聯席會議議事錄

時間：中華民國102年1月3日(星期四)上午9時至11時45分

地點：本院紅樓302會議室

出席委員：廖正井 王育敏 鄭天財 林正二 吳宜臻 江惠貞

李貴敏 蔡錦隆 潘孟安 王廷升 呂學樟 尤美女

吳育仁 陳節如 楊玉欣 蘇清泉 徐少萍 林世嘉

林國正 劉建國 趙天麟 王惠美 鄭汝芬 謝國樑

田秋堇 陳歐珀 柯建銘

委員出席27人

列席委員：楊麗環 林佳龍 吳秉叡 陳明文 孔文吉 李桐豪

黃偉哲 邱文彥 簡東明 許添財 林滄敏 邱志偉

黃昭順 劉權豪 蔡其昌 楊瓊瓔 徐耀昌 徐欣瑩

高金素梅 吳育昇 廖國棟 高志鵬

委員列席22人

列席官員：

行政院衛生署署長邱文達

副署長賴進祥

中央健康保險局局長黃三桂

食品藥物管理局局長康照洲

疾病管制局局長張峰義

國民健康局局長邱淑媿

中醫藥委員會主任委員黃林煌

行政院研究發展考核委員會副主任委員戴豪君

行政院人事行政總處副人事長顏秋來

銓敘部政務次長吳聰成

行政院主計總處公務預算處專門委員鍾美娟

內政部社會司司長簡慧娟

家庭暴力及性侵害防治委員會執行秘書李美珍

國民年金監理會專門委員邱碧珠

內政部兒童局局長張秀鴛

教育部人事處科長丁慧翔

國立中國醫藥研究所所長黃怡超

行政院勞工委員會勞工保險局人事室科長劉鴻嫻

外交部人事處科長呂世凡

主席：廖召集委員正井

專門委員：陳清雲

主任秘書：劉彥麟

紀錄：簡任秘書蘇純淑

簡任編審葉育彰

科 長 周厚增

報告事項

宣讀上次會議議事錄。

決定：確定。

討論事項

一、繼續審查行政院函請審議「衛生福利部疾病管制署組織法草案」案。

二、繼續審查行政院函請審議「行政院衛生署食品藥物管理局組織法修正草案」案。

三、繼續審查行政院函請審議「行政院衛生署中央健康保險局組織法修正草案」案。

四、繼續審查行政院函請審議「衛生福利部國民健康署組織法草案」案。

五、繼續審查行政院函請審議「衛生福利部中醫藥研究所組織法草案」案。

六、審查委員蔡錦隆等 18 人擬具「衛生福利部社會及家庭署組織法

草案」案。

決議：

一、逕行逐條審查。

二、「衛生福利部疾病管制署組織法草案」案：

(一) 草案名稱、第一條至第六條、第八條，均照案通過。

(二) 草案第七條，修正如下：

第七條本法施行前，依原行政院衛生署疾病管制局組織條例第十三條規定聘任之研究人員，依原組織條例之規定聘任。

三、「行政院衛生署食品藥物管理局組織法修正草案」案：

(一) 草案名稱、第一條至第五條、第七條，均照案通過。

(二) 現行條文第六條、第七條、第九條，均照案刪除。

(三) 草案第六條，除第二項修正為「本署各職稱之官等職等及員額，另以編制表定之。」外，其餘均照案通過。

(四) 通過附帶決議 2 項：

1. 鑒於目前行政院衛生署食品藥物管理局透過「全國健康食品及膠囊錠狀食品非預期反應通報系統」、「食品中毒管理資訊系統」、「國際食品快速通報」等，蒐集與食品安全相關之訊息，倘發現有食品安全相關警訊，即刻進行相關查詢與處理，必要時啟動風險評估機制提交評估委員會，進行安全疑慮之分析，然而有關啟動食品安全健康風險評估之要件仍闕如。建請食品藥物管理局於兩個月內研擬完成啟動食品安全健康風險評估之要件。

提案人：尤美女林世嘉潘孟安

連署人：吳宜臻鄭天財王廷升

林正二陳歐珀

2. 有關食品藥物管理署組織法第二條掌理事項之食品風險評估，應設立獨立性風險評估審議小組。

該審議小組，應由中央主管機關邀集相關機關、專家學者、民間團體代表及社會公正人士共同組成，其中專家學者、民間團體代表與社會公正人士不得少於小組總人數三分之二，且任一性別不得低於三分之一。

該審議小組應有二分之一以上委員出席；決議時，應經出席委員過半數同意。決議比例相同時，由主席決定之。

又查目前食品藥物管理局已制定「食品藥妝品審議或諮詢委員保密及利益迴避注意事項」，並要求其諮詢委員有下列情況時，應自行迴避，包括：

- (1) 案件涉及本人、配偶，或同財共居親屬之利益者。
- (2) 本人或其配偶與受審查之廠商或其負責人間，現有或三年內曾有僱傭、委任或代理關係者。
- (3) 審議或諮議委員認為本人有不能公正執行職務之虞者。

然該規範不若歐盟食品安全局所規範之利益迴避事項完整，如是否承接歐盟食品安全局補助研究案、是否承接營利事業與風險評估審議案相關之研究案等事項。爰此，建請食品藥物管理署參考歐盟食品安全局之規範，於兩個月內研擬完成其風險評估審議小組成員之利益迴避事項。

提案人：尤美女

連署人：吳宜臻鄭天財

四、「行政院衛生署中央健康保險局組織法修正草案」案：

- (一) 草案名稱、第一條至第四條、第七條，均照案通過。
- (二) 草案第五條，除第二項修正為「本署各職稱之官等職等及員額，另以編制表定之。」外，其餘均照案通過。
- (三) 草案第六條，保留，送院會處理。(註：本提案條文，在場出席委員除委員尤美女、吳宜臻不贊成外，其餘委員呂學樟、鄭天財、林正二、蘇清泉、蔡錦隆、王育敏、楊玉欣、廖正井均贊成；黨團協商時請參酌本日在場委員意見。)
- (四) 現行條文第七條、第八條，均照案刪除。

五、「衛生福利部國民健康署組織法草案」案：

- (一) 草案名稱、第一條、第三條至第五條、第七條，均照案通過。
- (二) 草案第二條，除第七款修正為「七、口腔、視力與聽力預防保健之規劃、推動及執行。」外，餘均照案通過。
- (三) 草案第六條，除第一項首句修正為「本署有關醫事業務組組長、副組長其中一人及簡任技正員額總數五分之一，」及第二項修

正為「本署各職稱之官等職等及員額，另以編制表定之。」外，餘均照案通過。

(四)通過附帶決議 1 項：

有鑑於口腔健康問題日益重要，亟須於衛生福利部中成立專責單位，建請衛生署應將衛生福利部中之「心理健康司」改設為「心理及口腔健康司」，並將衛生福利部之處務規程草案於一週內送本聯席會。

提案人：呂學樟 陳節如 江惠貞

鄭天財 林正二 蔡錦隆

吳宜臻 劉建國 蘇清泉

鄭汝芬 廖正井

六、「衛生福利部中醫藥研究所組織法草案」案：

(一)草案名稱、第二條至第七條，均照案通過。

(二)草案第一條，末句修正為「，特設國家中醫藥研究所（以下簡稱本所）。」並保留，送院會處理。

七、「衛生福利部社會及家庭署組織法草案」案：

(一)草案名稱、第一條至第六條，均照案通過。

(二)通過附帶決議 3 項：

1. 長期照顧服務涉及醫療與社會福利專業，為避免中央組織再造對地方政府、社會福利團體、社會福利機構造成過大衝擊，影響民眾權益，要求衛生福利部成立後 3 年，應針對長期照顧服務之業務分工，整體通盤檢討，並朝事權統一方向努力，落實組織整併之精神。

提案人：吳宜臻 尤美女 鄭天財

2. 婦女佔全國人口超過一半，且婦女福利業務繁雜，橫跨婦女培力、平權教育至弱勢婦女之扶助，為保障婦女業務執行之確實，以保障其權利，建請社會及家庭署將婦女福利獨立為婦女福利組，避免因人力、預算不足，造成婦女權益受損。

提案人：吳宜臻 尤美女 林正二

3. 為落實跨部會保障兒童及少年之福利與權益，行政院應成立「兒童及少年權益促進委員會」，並由行政院院長擔任召集人，以規劃及處理跨部會兒少政策及事務執行。

提案人：趙天麟 王育敏

連署人：廖正井 蔡錦隆 江惠貞

蘇清泉 劉建國 鄭汝芬

八、通過臨時提案 1 項：

鑒於行政院組織改造已屆三年之久，目前多數組織法已立法三讀，但尚有數個部會組織法，如科技部、經濟部等部會，因爭議過大尚在立法院司法及法制委員會審議中，為使本委員會委員清楚掌握組織改造之最新進度及實施狀況，建請行政院研考會會同行政院人事總處將行政院各部會組織改造變動情形，包含名稱、進度、改制前後員額編制、改制前後組織人員移撥狀況、司處設立數量(包括委員提案)以及尚未三讀組織法爭議彙整成報告後，於一週內送交本聯席會。

提案人：吳宜臻

連署人：鄭天財 尤美女 王育敏

九、以上各案，均審查完竣，擬具審查報告，提請院會公決。

十、以上各案，除「行政院衛生署中央健康保險局組織法修正草案」及「衛生福利部中醫藥研究所組織法草案」案，須交由黨團協商外，其餘各案均不須交由黨團協商。

十一、院會討論時，由廖召集委員正井出席說明。

十二、散會

附錄三之三

102年5月31日立法院第8屆第3會期第15次會議紀錄討論事項「衛生福利部組織法草案—完成三讀」。立法院，中華民國102年6月10日星期一。立法院公報第102卷第38期。摘錄第792～797頁。

院會紀錄

立法院第8屆第3會期第15次會議紀錄

時間 中華民國102年5月31日（星期五）上午11時54分

地點 本院議場

主席 王院長金平

洪副院長秀柱

秘書長 林錫山

副秘書長 周萬來

副秘書長：出席委員81人，已足法定人數。

主席：現在開會，因程序委員會未審定本次會議議事日程，依例由議事處編製草案，提報院會。

依本屆第一、二會期歷次會議經朝野黨團協商處理的議事成例，同意民進黨黨團、台灣團結聯盟黨團、親民黨黨團及國民黨黨團分別對本次會議議事日程草案提出異議，現在分別進行處理。先進行報告事項增列部分。

（略）

討論事項

五、本院司法及法制、社會福利及衛生環境兩委員會報告併案審查行政院函請審議「衛生福利部組織法草案」、委員趙天麟等20人、委員王育敏等45人、台灣團結聯盟黨團及委員江惠貞等22人分別擬具「衛生福利部組織法草案」案。（本案經提本院第8屆第2會期第17次會議討論決議：協商後再行處理。爰於本次會議繼續討論。）

主席：本案經第2會期第17次會議決議：「協商後再行處理。」現已完成協商，宣讀協商結論。

立法院黨團協商結論

壹、時間：102年4月17日（星期三）中午12時30分

貳、地點：立法院紅樓302會議室

參、協商主題：行政院函請審議及委員趙天麟等20人、委員王育敏等45人、台灣團結聯盟黨團、委員江惠貞等22人分別擬具「衛生福利部組織法草案」案。

肆、協商結論：

一、衛生福利部組織法第五條條文，照行政院提案條文通過。

二、其餘條文均照審查會通過條文通過。

三、委員於審查會所提附帶決議七項，均予通過。

四、另增列附帶決議一項（如附件）。

協商主持人：廖正井 蘇清泉

協商代表：林正二 王惠美 江惠貞 王育敏 鄭汝芬

劉建國 呂學樟 賴士葆 林鴻池 林德福 柯建銘

李桐豪 許忠信 林世嘉 黃文玲 潘孟安 邱議瑩

附帶決議：有鑑於兒童及少年福利與權益保障事項多元龐雜，事涉福利、衛生、教育、勞工、建設、工務、消防、警政、法務、交通、通訊傳播、戶政、財政、金融、經濟、體育、文化等部會，惟內政部依現行「兒童及少年福利與權益保障法」第十條所設置之「兒童及少年權益促進會」，實際主持會議者往往僅為內政部次長，不僅層級過低，且難以妥善處理需跨部會協調合作之事宜，實質功能有限。為擴大保障兒童及少年福利與權益，內政部「兒童及少年權益促進會」應提高層級，由行政院於民國103年1月1日前，依業務需求成立「兒童及少年權益促進委員會」，並由行政院政務委員以上擔任召集人，以規劃、協調、審議、諮詢及推動跨部會兒少福利與權益政策。另為配合行政院成立上開委員會，避免新舊機制功能重疊，行政院應於一個月內研議修正「兒童及少年福利與權益保障法」第十條規定，並送立法院審議。

提案人：王育敏 趙天麟 江惠貞 王惠美

連署人：劉建國 林德福

主席：請問院會，對以上黨團協商結論有無異議？（無）無異議，通過。本案進行逐條討論時，逕依協商結論處理。

現在進行逐條討論。宣讀本案名稱。

衛生福利部組織法草案（二讀）

名稱 衛生福利部組織法。

主席：名稱照審查通過之名稱通過。

宣讀第一條。

第一條 行政院為辦理全國衛生及福利業務，特設衛生福利部（以下簡稱本部）。

主席：第一條照審查條文通過。

宣讀第二條。

第二條 本部掌理下列事項：

一、衛生福利政策、法令、資源之規劃、管理、監督與相關事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。

二、全民健康保險、國民年金、長期照顧（護）財務之政策規劃、管理及監督。

三、社會救助、社會工作、社會資源運用與社區發展之政策規劃、管理及監督。

四、家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。

五、醫事人員、醫事機構、醫事團體與全國醫療網、緊急醫療業務之政策規劃、管理及督導。

六、護理及長期照顧（護）服務、早期療育之政策規劃、管理及監督。

七、原住民族及離島居民醫療、健康照顧（護）、醫護人力培育、疾病防治之政策與法令規劃、管理、監督及研究。

八、心理健康及精神疾病防治相關政策與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。

九、中醫藥發展、傳統調理之政策規劃、管理、監督及研究。

十、所屬中醫藥研究、醫療機構與社會福利機構之督導、協調及推動。

十一、口腔健康及醫療照護之政策規劃、管理、監督及研究。

十二、其他有關衛生福利事項。

主席：第二條照審查條文通過。

宣讀第三條。

第三條 本部置部長一人，特任；政務次長二人，職務比照簡任第十四職等；常務次長一人，職務列簡任第十四職等。

主席：第三條照審查條文通過。

宣讀第四條。

第四條 本部置主任秘書，職務列簡任第十二職等。

主席：第四條照審查條文通過。

宣讀第五條協商條文。

第五條 本部之次級機關及其業務如下：

一、疾病管制署：規劃與執行傳染病之預防及管制事項。

二、食品藥物管理署：規劃與執行食品、藥物與化粧品之管理、查核及檢驗事項。

三、中央健康保險署：規劃及執行全民健康保險事項。

四、國民健康署：規劃與執行國民健康促進及非傳染病之防治事項。

五、社會及家庭署：規劃與執行老人、身心障礙者、婦女、兒童及少年福利及家庭支持事項。

六、國民年金局：執行國民年金事項。

國民年金局未設立前，其業務得委託其他政府機關（構）執行。

主席：經協商第五條照行政院提案條文通過。

宣讀第六條。

第六條 本部為應業務需要，得報經行政院核准，派員駐境外辦事，並依駐外機構組織通則規定辦理。

主席：第六條照審查條文通過。

宣讀第七條。

第七條 本部有關醫事業務司司長或副司長其中一人及技監、簡任技正員額總數五分之一，必要時得依醫事人員人事條例規定，由師(一)級之相關醫事人員擔任。

本部各職稱之官等職等及員額，另以編制表定之。

主席：第七條照審查條文通過。

宣讀第八條。

第八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。

主席：第八條照審查條文通過。

本案已全部經過二讀，現在繼續進行三讀，請問院會，有無異議？

（無）無異議，現在繼續進行三讀。宣讀。

衛生福利部組織法（三讀）

—與經過二讀內容同，略—

主席：三讀條文已宣讀完畢，請問院會，對本案有無文字修正？（無）

無文字修正意見。

本案決議：「衛生福利部組織法草案修正通過。」請問院會，有無異議？（無）無異議，通過。

現在處理審查會及黨團協商所作附帶決議。

附帶決議：

一、有鑒於各先進國家如美、英、日、德及鄰國馬來西亞之政府均非常重視國民口腔健康，其衛生福利部組織架構均設置口腔健康獨立部門，以掌理口腔健康政策與相關業務；加上近年來，口腔健康執業環境改變，口腔健康之業務及科技蓬勃發展，其醫療輔助人員的需求性增加，以及全民口腔健康照護的品質提昇，口腔醫政及醫療體系重要性顯著提升，為能讓全民口腔健康照護獲得高品質的醫療照護，以及更安全的醫療環境，衛生福利部成立口腔健康司掌理相關業務有其必要性。又，民眾使用傳統理療需求逐年提高，為確保民眾使用傳統理療的服務品質與避免糾紛，實有必要將傳統理療的專業人員之教、考、用納入管理。爰提案建議，衛生福利部應於司級單位增列口腔健康專責單位，設置「心理及口腔健康司」並將「中醫藥司」改為「中醫藥及傳統理療司」，納入傳統理療人員之執業管理。

二、鑒於組織改造工程中，行政院現行規劃「衛生福利部」下心理健康司之人力配置僅有 25 人，然依據我國心理衛生之重要政策方針「行政院衛生署精神醫療及心理衛生政策綱領」，在心理衛生體系中，未來衛生福利部應成立專責國人心理健康事務之部門，加強衛生行

政、醫療及公共衛生體系內縱向與橫向協調與整合，落實衛生、社政、勞政與民間組織等服務體系之連結及分工，以建構整合性、連續性之照護網絡及轉銜機制。在心理衛生服務之面向，則應整合政府各單位及民間團體資源，連結各級預防與治療資源，建立具整合性、可近性的心理衛生服務平台，提供具性別、族群、年齡敏感度的心理健康服務。因此，除自殺防治、物質濫用防治及危機處理外，更應加強婦幼心理衛生、老年心理衛生及社區心理衛生之促進。爰此，建議衛生福利部下之心理健康司，為落實「行政院衛生署精神醫療及心理衛生政策綱領」，未來應增加所需相關人力之配置。

三、原住民族的標準化死亡率與平均餘命，和台灣民眾有明顯差距，例如 2005 年標準化死亡率為千分之 10.1，約為同年台灣地區標準化死亡率（千分之 5.3）的 1.9 倍；又例如 2006 年原住民男性與女性平均餘命分別為 64.04 歲、73.41 歲，分別比台灣男性（74.86 歲）少 10.82 歲、比台灣女性（81.41 歲）少 8 歲，而近年這些數據顯示原住民平均餘命的差距，也表示原住民醫療保健的服務供給和健康需求之間仍存有鴻溝。

雖衛生署自 1990 年醫療網第二期計畫將山地離島地區列為加強基層醫療網之工作項目，然而此計畫的執行仍僅限於衛生署，而非跨部會全面的推動，原住民仍在政策決定與擬定的過程中缺席；而且，目前負責原住民健康醫療業務的中央主管機關－衛生署，僅僅設一個山地離島科，層級過低，對亟待提昇醫療及健康的原住民族而言，成效仍屬有限。

為加強提昇原住民族及離島居民之健康、醫療照護、醫護人力培育、疾病防治等各項業務成效，要求衛生福利部應設置「原住民族及離島健康司」。

四、為確實推動保護政策，達到事權統一，資源統合之目的，爰將心理健康司中之加害人處遇及預防服務方案之規劃、推動及督導移至保護服務司。

五、行政院於立法說明中，明白指出：衛福部之成立是為了要因應整合醫療照護與社會福利的專責機關來處理步入高齡化社會，醫療照護與安養需求大增的問題，爰將「護理及健康照護司」更名為「護

理及長期照護司」，並將「身心障礙鑑定及醫療輔具服務之發展、推動與相關法規之研訂」業務移至社會及家庭署，「原住民族地區醫事人力及服務體系之發展與推動」以及「離島地區醫事人力及服務體系之發展與推動」移至醫事司。此外，將社會及家庭署之相關「居家、社區及機構照顧制度、人力及資源發展之規劃、推動及執行」移入「護理及長期照護司」。

六、鑒於組織改造工程中，行政院現行規劃「衛生福利部」下心理健康司之人力配置僅有 25 人，與民間期待應有 40 人相距甚遠。依據我國心理衛生之重要政策方針「行政院衛生署精神醫療及心理衛生政策綱領」，在心理衛生體系中，未來衛生福利部應成立專責國人心理健康事務之部門，加強衛生行政、醫療及公共衛生體系內縱向與橫向協調與整合，落實衛生、社政、勞政與民間組織等服務體系之連結及分工，以建構整合性、連續性之照護網絡及轉銜機制。在心理衛生服務之面向，則應整合政府各單位及民間團體資源，連結各級預防與治療資源，建立具整合性、可近性的心理衛生服務平台，提供具性別、族群、年齡敏感度的心理健康服務。因此，除自殺防治、物質濫用防治及危機處理外，更應加強婦幼心理衛生、老年心理衛生及社區心理衛生之促進。爰此，建議衛生福利部下之心理健康司，為落實「行政院衛生署精神醫療及心理衛生政策綱領」，未來應增加所需相關人力之配置。

七、鑒於組織改造工程中，行政院現行規劃之「衛生福利部社會及家庭署處務規程」草案，該署之下將分別設立「兒少婦女組」、「身心障礙組」、「老人福利組」、「家庭支持組」，然草案中「兒少婦女組」職掌當中，有關婦女福利、婦女權益保障、婦女社會參與、婦女經濟安全等政策及福利業務，與兒童、少年福利政策及業務，並無直接相關性；反而與「家庭支持組」職掌當中單親、外籍配偶、高風險及特殊需求家庭扶助、支持家庭照顧能力服務方案、家庭支持服務等政策及業務，其關聯性更高。爰此，建議該署改設「婦女及家庭組」，將婦女福利及家庭支持編為一組，並增加其中婦女福利之相關人力配置，且將婦女福利、婦女權益保障、婦女社會參與、婦女

經濟安全等政策及福利業務之職掌移至「婦女及家庭組」下，兒少福利則另外設組。

八、有鑑於兒童及少年福利與權益保障事項多元龐雜，事涉福利、衛生、教育、勞工、建設、工務、消防、警政、法務、交通、通訊傳播、戶政、財政、金融、經濟、體育、文化等部會，惟內政部依現行「兒童及少年福利與權益保障法」第十條所設置之「兒童及少年權益促進會」，實際主持會議者往往僅為內政部次長，不僅層級過低，且難以妥善處理需跨部會協調合作之事宜，實質功能有限。為擴大保障兒童及少年福利與權益，內政部「兒童及少年權益促進會」應提高層級，由行政院於民國 103 年 1 月 1 日前，依業務需求成立「兒童及少年權益促進委員會」，並由行政院政務委員以上擔任召集人，以規劃、協調、審議、諮詢及推動跨部會兒少福利與權益政策。另為配合行政院成立上開委員會，避免新舊機制功能重疊，行政院應於一個月內研議修正「兒童及少年福利與權益保障法」第十條規定，並送立法院審議。

主席：請問院會，對以上附帶決議有無異議？（無）無異議，通過。進行討論事項第六案。

附錄四 102年5月27日立法院黨團協商結論

立法院黨團協商結論

一、時間：102年5月27日（星期一）下午4時20分

二、地點：二樓宴客廳

三、協商主題：研商行政院組改法案相關事宜。

四、協商結論：

（一）以下獲致協商結論之法案，於本會期結束前完成立法，行政院組改法案一年後檢討。

1. 教育部青年發展署組織法草案。
2. 榮民總醫院組織通則草案、國軍退除役官兵輔導委員會組織法草案。
3. 衛生福利部組織法草案及其三級機關（「行政院衛生署中央健康保險局組織法修正草案」除外）。

（1）另增列附帶決議一項：有鑒於心理健康與口腔健康掌管事項多元，分別各涉心理健康與生理健康，惟依現行組織改造後之衛生福利部及所屬機關（構）配置，將其綜合規劃為單獨一司，即「心理及口腔健康司」。為免日後業務繁重，且保留作業彈性，要求主管機關應於組織改造施行一年後，再行檢討，是否將心理健康及口腔健康各自分設主管次級單位。

4. 刑法第一百八十五條、第一百八十五條之三及第一百八十五條之四條文修正草案

（二）行政院組改法案請儘速完成協商，獲致協商結論者於本會期結束前完成立法。黨團協商有保留之條文，繼續另定期協商。

協商主持人：

王金平

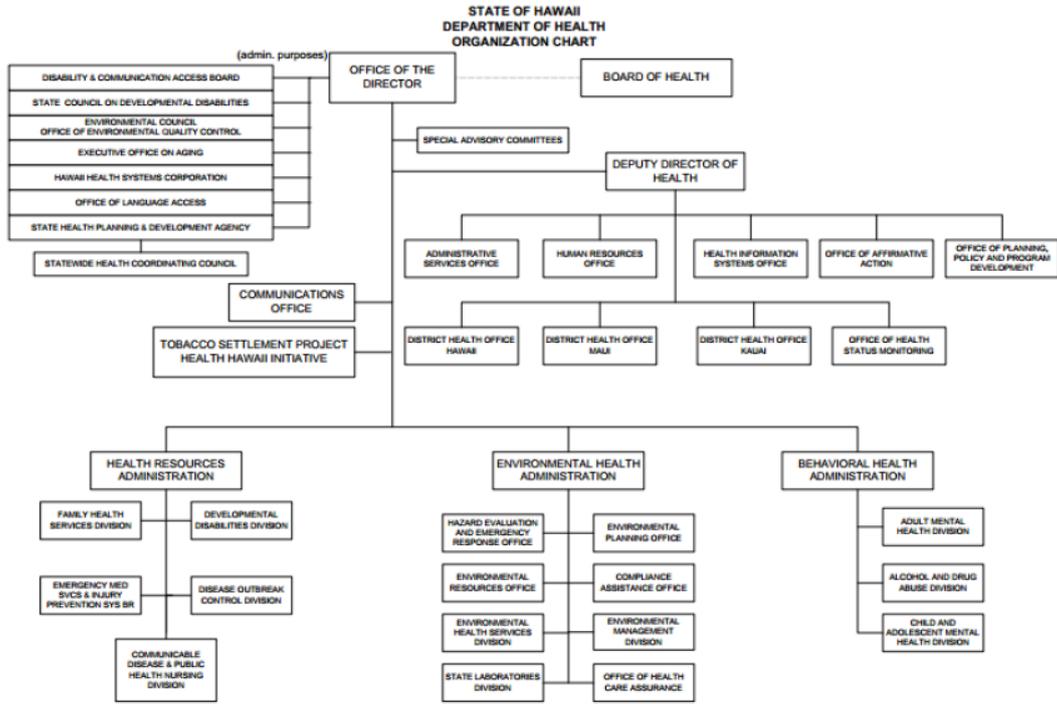
協商代表：

林世嘉 郭德信 黃文玲

李扣京

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

附錄五 各國衛生部門組織結構圖



A5-1、美國夏威夷州衛生廳(State of Hawaii, Department of Health) 組織圖編列示意圖。

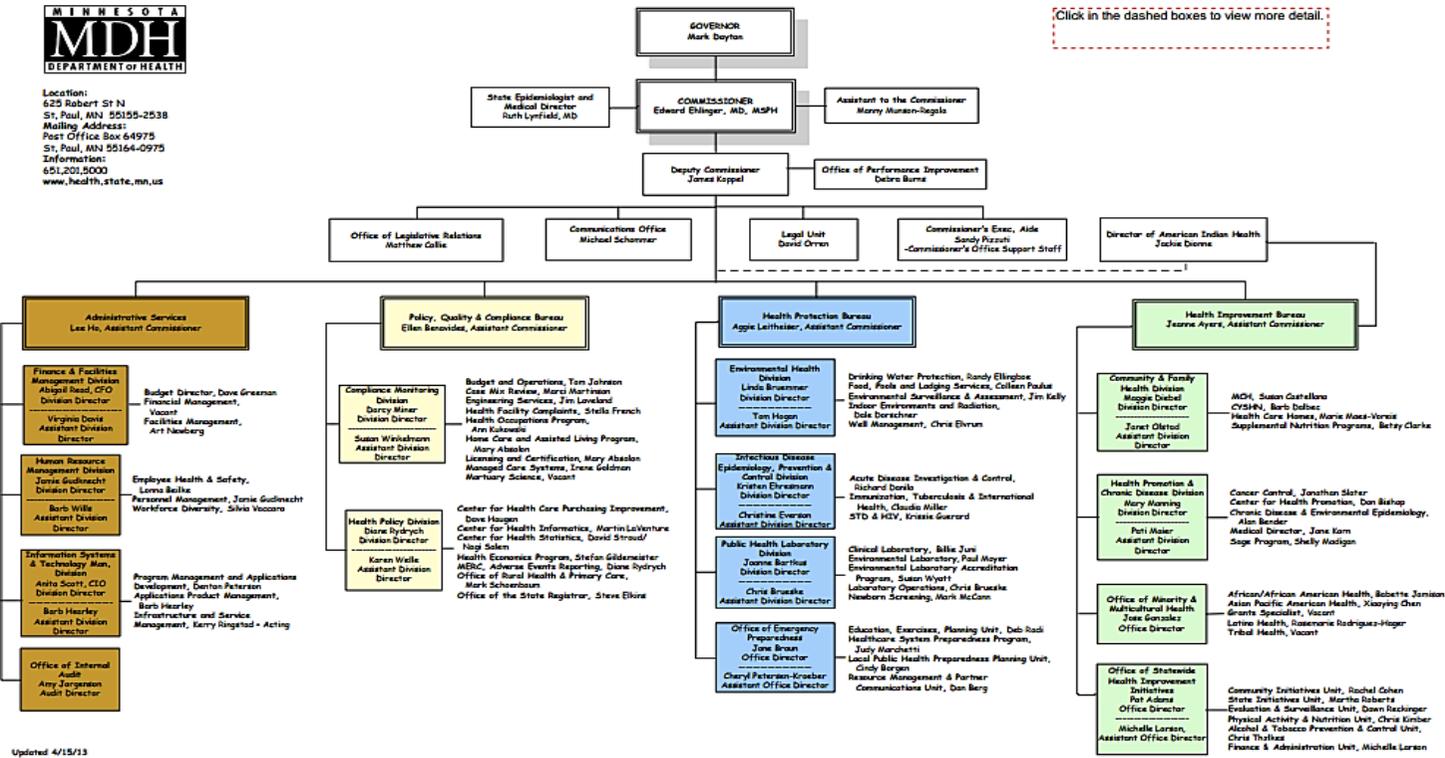
衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究

Divisions and Programs

- [Air Pollution Control Division](#)
- [Center for Health and Environmental Information and Statistics](#)
 - [Geographic Information Systems \(GIS\)](#)
 - [Health Statistics Section](#)
 - [Medical Marijuana Program](#)
 - [Vital Records](#)
- [Disease Control and Environmental Epidemiology Division](#) (also see individual topics in the health index for specific program information)
- [Division of Environmental Health and Sustainability](#)
 - [Self Audit Reporting \(Environmental Audit Privilege and Immunity Law\)](#)
- [Hazardous Materials and Waste Management Division](#)
 - [Hazardous Waste Program](#)
 - [Radition Program \(Radioactive Materials, X-ray and Mammography, Radon\)](#)
 - [Solid Waste and Materials Management Program \(Landfills, Transfer Stations, Composting, Recycling, Beneficial Use\)](#)
 - [Remediation Program \(Federal Facilities, Superfund, Voluntary Cleanup, Uranium Mill Tailings\)](#)
- [Health Facilities and Emergency Medical Services Division](#)
 - [Trauma Program](#)
- [Laboratory Services Division](#)
- [Office of Emergency Preparedness and Response](#)
- [Prevention Services Division](#)
 - [Home Visitation Unit](#)
 - [Nurse Home Visitation Program](#)
 - [Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program](#)
 - [Women's Wellness Connection](#)
 - [Colorado Medical Home Initiative](#)
 - [Interagency Prevention Systems Project](#)
 - [Health Care Program for Children with Special Needs](#)
 - [Maternal and Child Health](#)
 - [Newborn Hearing Screening Program](#)
 - [Newborn Metabolic Screening Program](#)
- [Prevention Services Division](#)
 - [Home Visitation Unit](#)
 - [Nurse Home Visitation Program](#)
 - [Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program](#)
 - [Women's Wellness Connection](#)
 - [Colorado Medical Home Initiative](#)
 - [Interagency Prevention Systems Project](#)
 - [Health Care Program for Children with Special Needs](#)
 - [Maternal and Child Health](#)
 - [Newborn Hearing Screening Program](#)
 - [Newborn Metabolic Screening Program](#)
- [Prevention Services Division](#)
 - [Home Visitation Unit](#)
 - [Nurse Home Visitation Program](#)
 - [Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program](#)
 - [Women's Wellness Connection](#)
 - [Colorado Medical Home Initiative](#)
 - [Interagency Prevention Systems Project](#)
 - [Health Care Program for Children with Special Needs](#)
 - [Maternal and Child Health](#)
 - [Newborn Hearing Screening Program](#)
 - [Newborn Metabolic Screening Program](#)
 - [Chronic Disease Prevention and Healthy Living Branch](#)
 - [Cancer, Cardiovascular Disease and Chronic Pulmonary Disease Prevention, Early Detection and Treatment Program](#)
 - [Cardiovascular Health Program](#)
 - [Colorado Central Cancer Registry](#)
 - [Comprehensive Cancer Prevention and Control Program](#)
 - [Diabetes Control Program](#)
 - [Physical Activity and Nutrition Program](#)
 - [Tobacco Education Prevention and Cessation](#)
 - [Injury, Suicide, and Violence Prevention](#)
 - [Interagency Prevention Systems Project](#)
 - [Nutrition Services Branch](#)
 - [Colorado Child and Adult Care Food Program](#)
 - [Women, Infants and Children \(WIC\)](#)
 - [Oral Health](#)
 - [Primary Care](#)
 - [J1 Waiver](#)
 - [Colorado Health Service Corps](#)
- [Water Quality Control Division](#)

A5-2、美國科羅拉多州衛生廳(State of Colorado, Department of Health)組織示意圖。

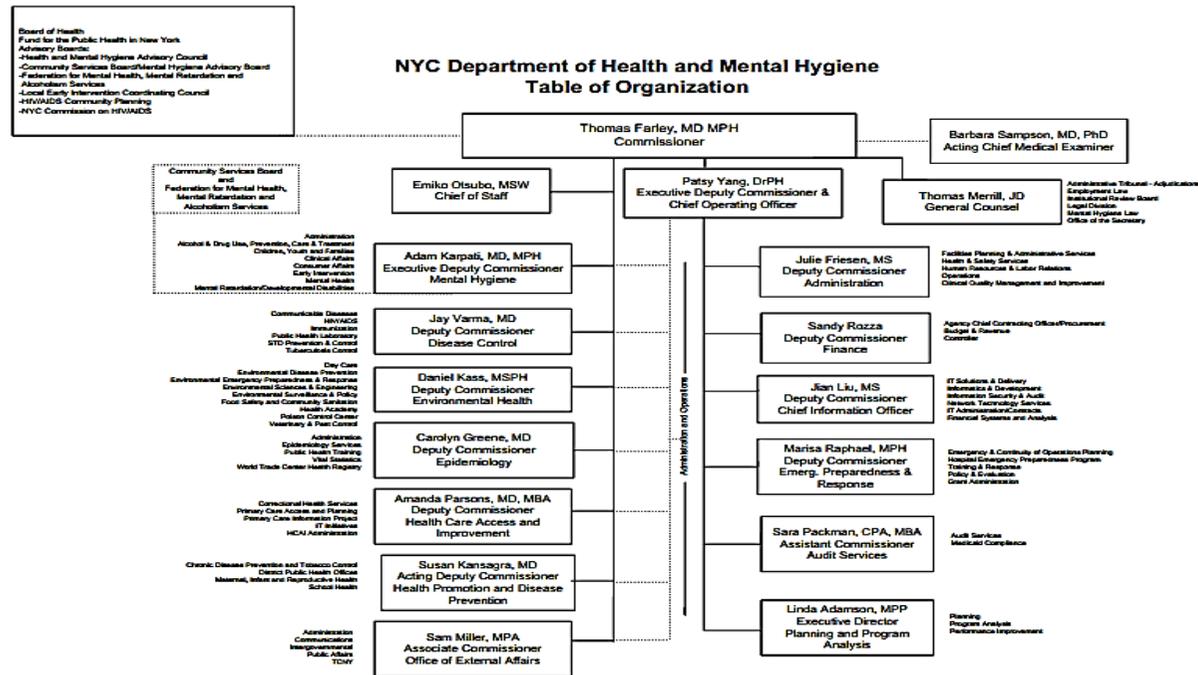
附錄五 各國衛生部門組織結構圖



Click in the dashed boxes to view more detail.

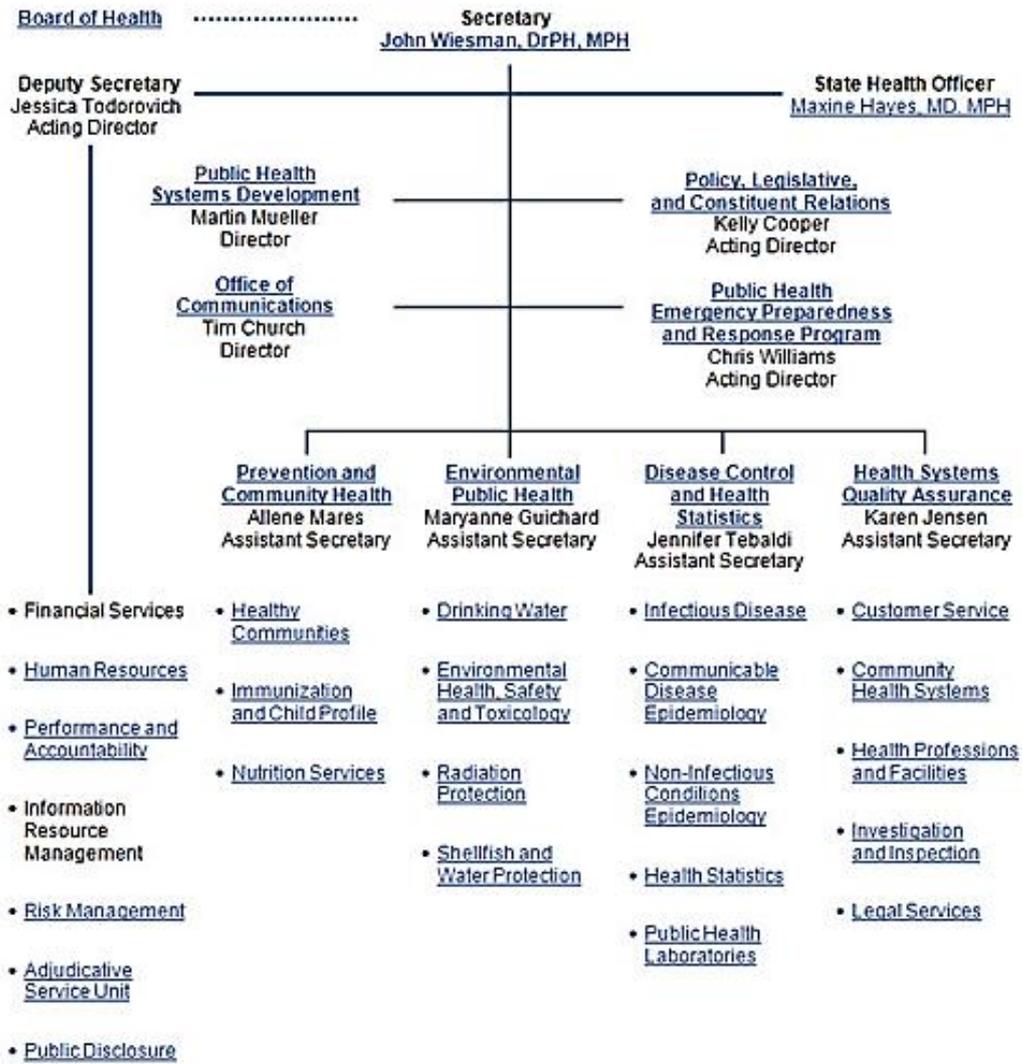
A5-3、美國明尼蘇達州衛生廳(State of Minnesota, Department of Health)組織圖之心理健康與口

腔業務專責單位編列示意圖。



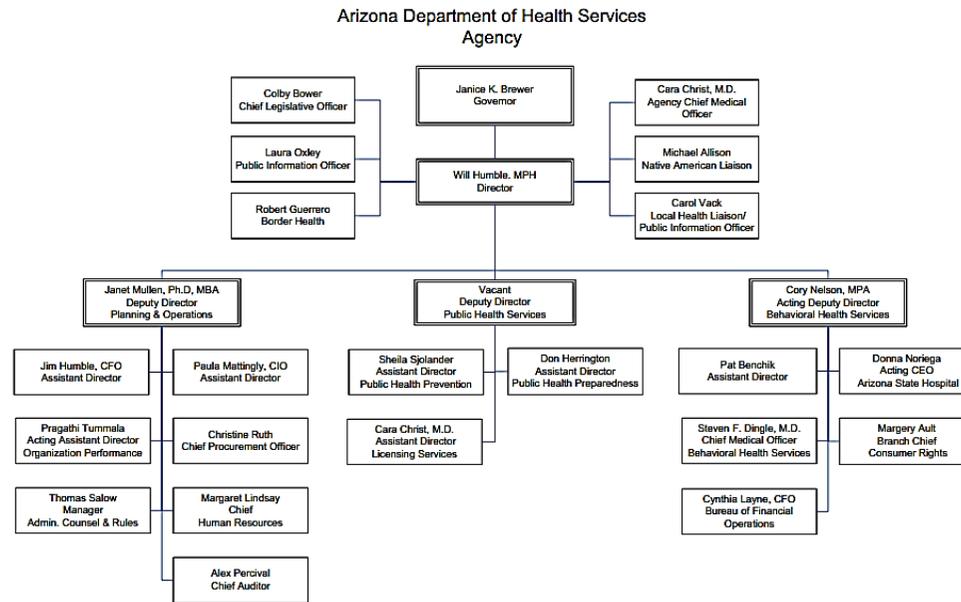
A5-4、美國紐約市健康與心理衛生局(New York City, Department of Health and Mental Hygiene)

組織圖之心理健康業務專責單位編列示意圖。

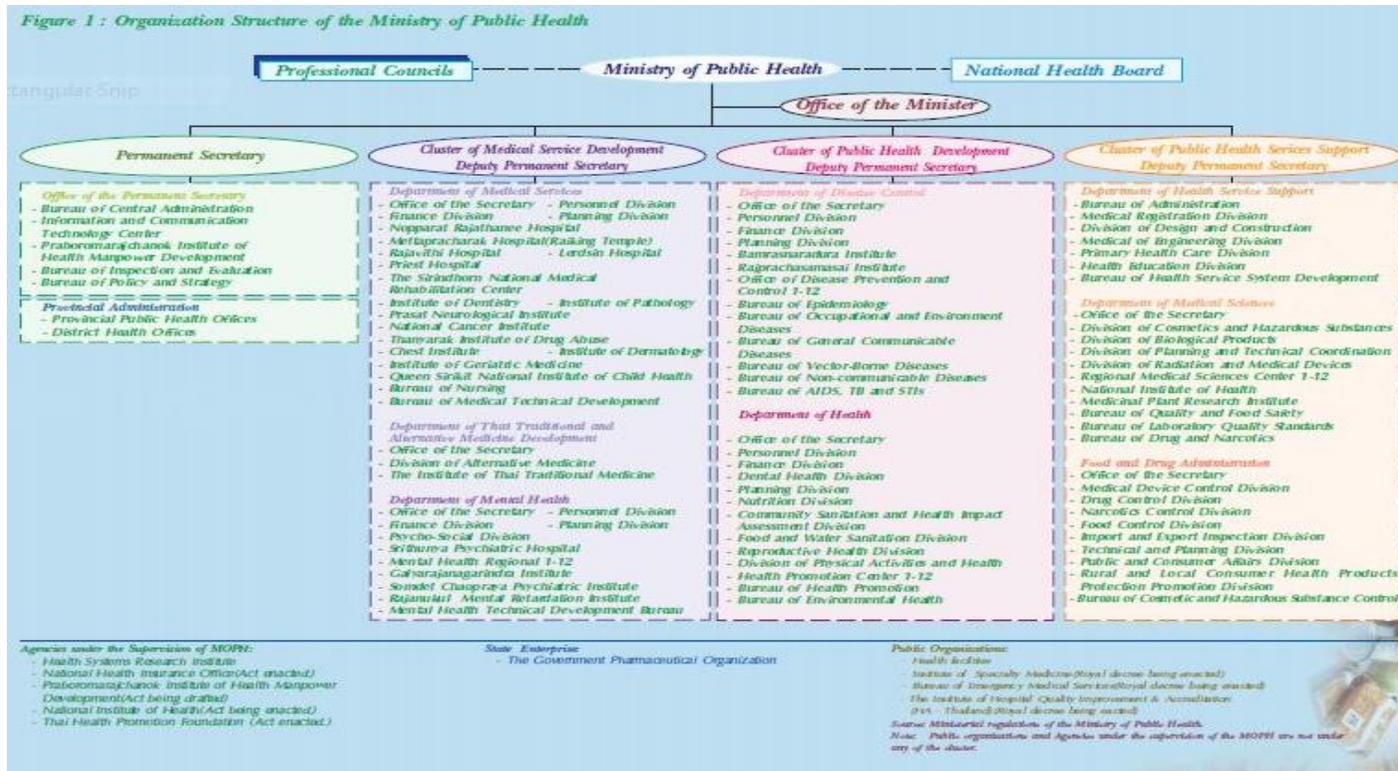


A5-5、美國華盛頓特區衛生廳(Washington DC, Department of Health and Mental Hygiene)組織圖之心理健康編列示意圖

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究



A5-6、美國亞歷桑納州健康服務部(Arizona Department of Health Services)組織圖之心理健康編列示意圖。



A5-7、泰國公共衛生部編制示意圖

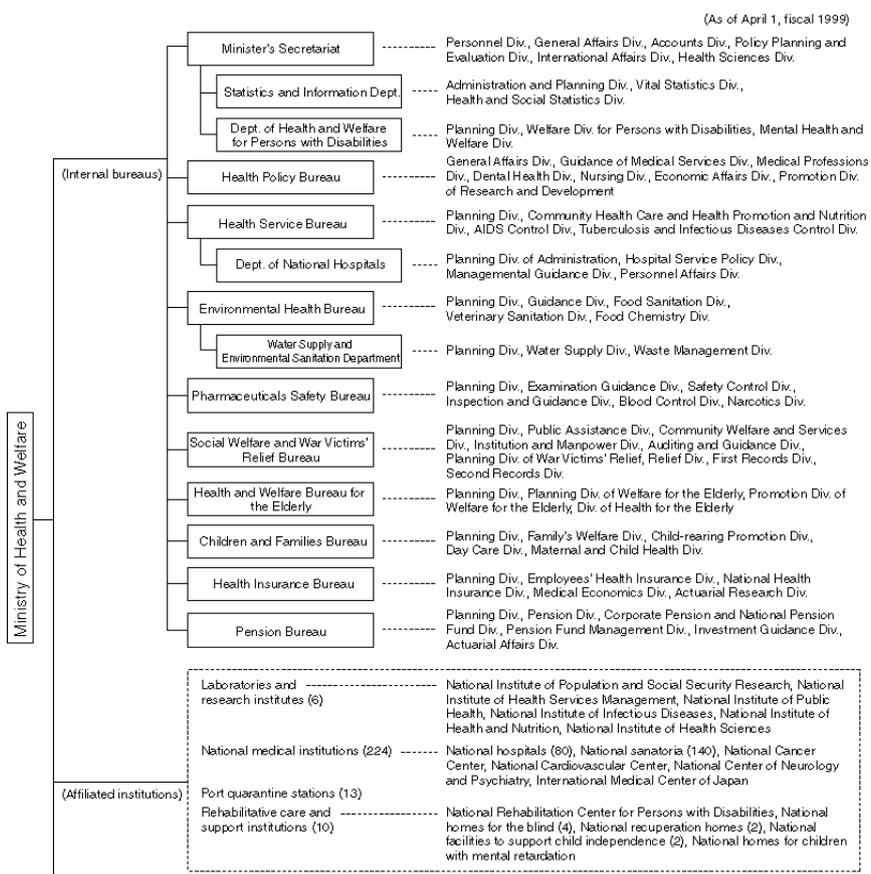


A5-8、澳洲中央政府衛生部（Australia Government, Department of Health）組織圖之心理與口腔健康業務負責的行政單位編列示意圖。

日本厚生勞動省 厚生労働省

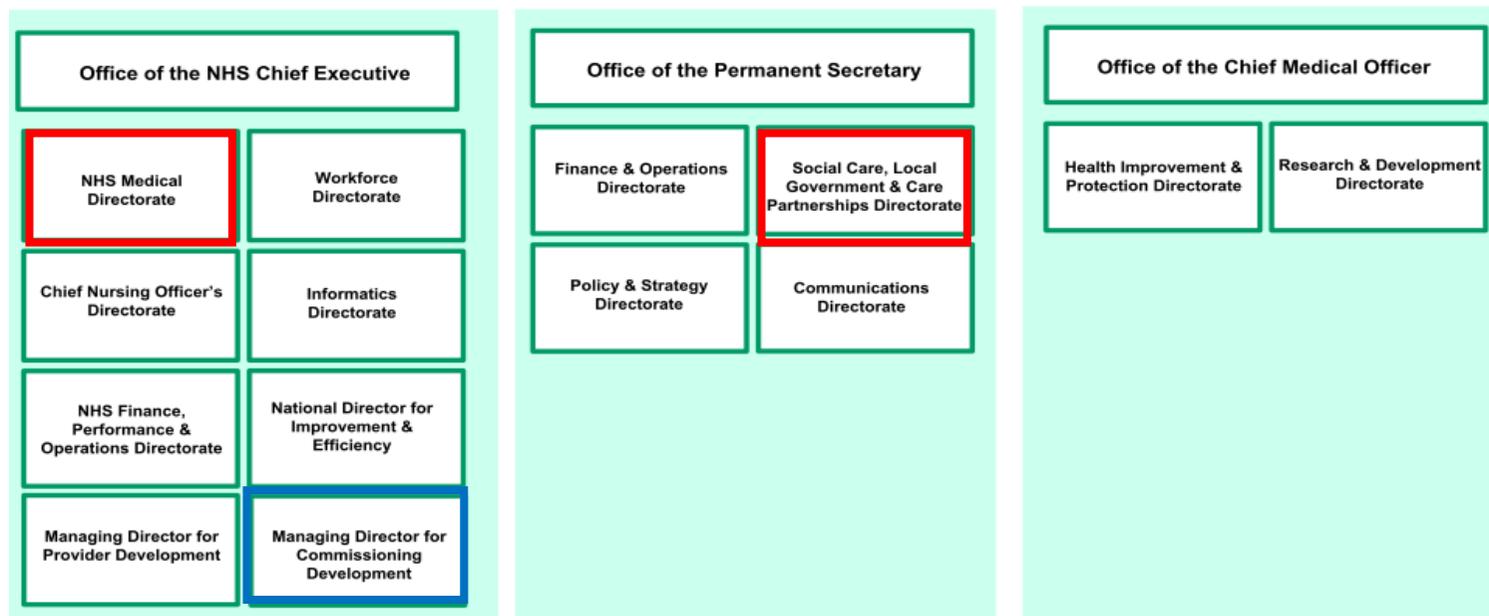
Ministry of Health, Labour and Welfare

医政局		
健康局	一般事務課・感染症監視課・感染症対策課・牙歯健康課・護理課	
医薬食品局		
労働基準局		
職業安定局		
職業能力開発局		企画課
雇用均等・児童家庭局		自立支援振興室
社会・援護局	障害保健福祉部	施設管理室
老健局		障害福祉課
保険局		地域移行・障害児支援室
年金局		精神・障害保健課
政策統括官		医療観察法医療体制整備推進室



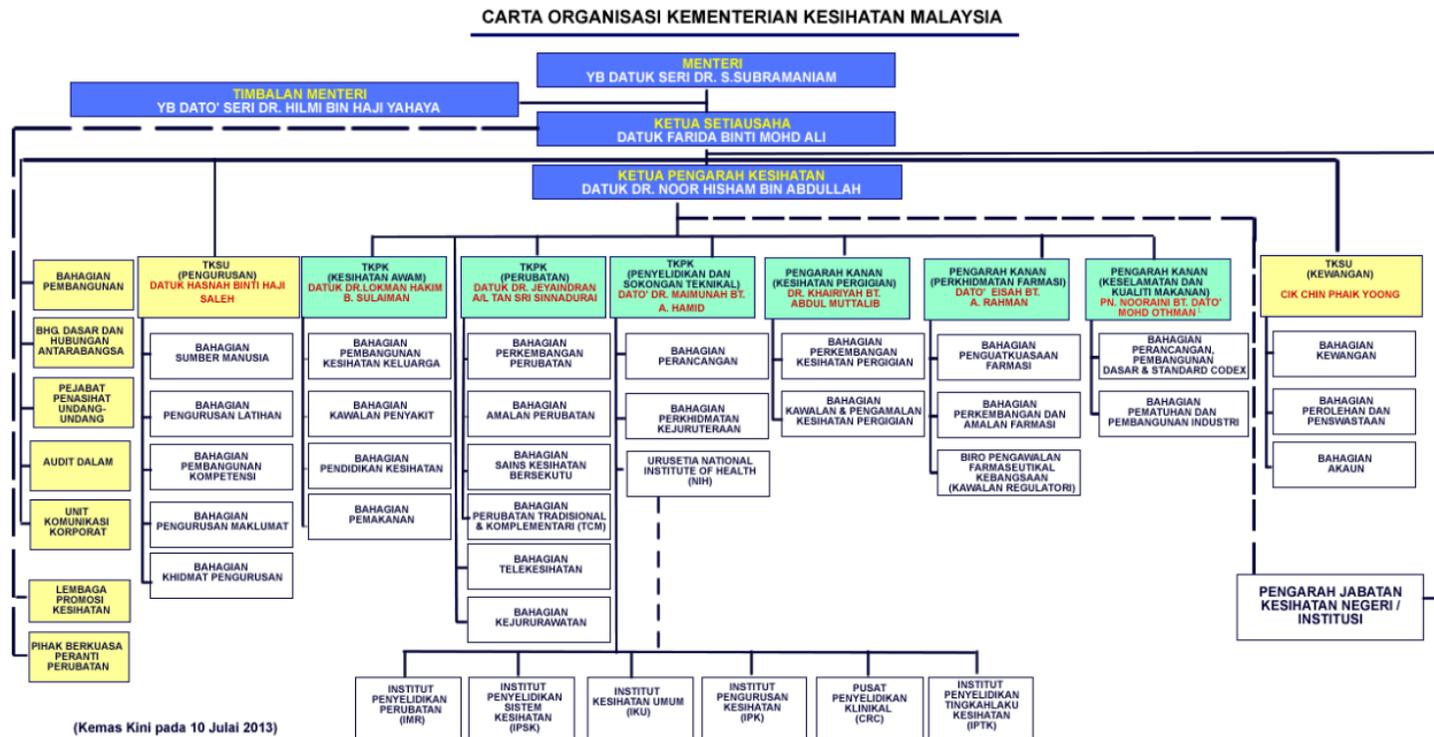
A5-9、日本厚生労働省(Japan Ministry of Health, Labor and Welfare)組織圖

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究



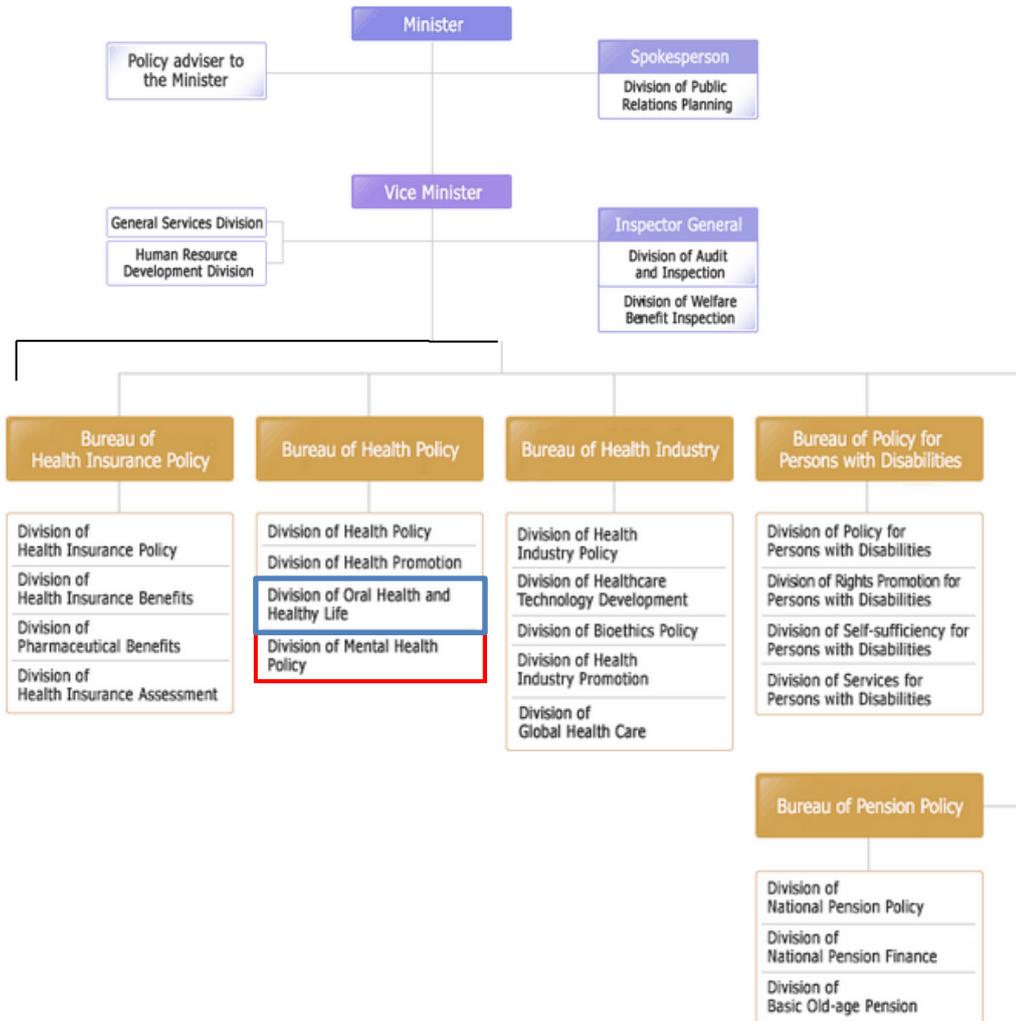
30 June 2010

A5-10、英國衛生部 (Department of Health)組織圖之心理與口腔健康業務負責的行政單位編列示意圖。



A5-11、馬來西亞衛生部(Department of Health)組織圖示意圖。

衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究



A5-12、韓國衛生福利部 (Department of Health and Welfare) 組織圖之心理與口腔健康業務負責的行政單位編列示意圖。

附錄六 期末報告審查意見

修正回應對照表

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>壹、研究架構與方法</p> <p>一、 研究團隊於第一章第二節所提研究目的與第五節預期目標有所不同，兩者關係為何，請補充說明之。</p> <p>二、 第一章第四節針對相關重要名詞進行大篇幅的解釋，惟該些名詞對於本研究的意義與關聯性，宜於報告中先進行更清楚的說明。</p> <p>三、 研究資料側重心理健康政策資料之收集及論述，口腔健康資料、專家代表及參考文獻等相關資料顯較不足。另焦點團體及深度訪談缺乏目前衛生福利部心理及口腔健康司代表（如司長、副司長與相關成員），亦無目前該司二項業務實際運作情形（如員額分配、分科情形、業務推動量等）</p>	<p>一、（委託需求書）已將預期目標更正與委託研究目的一致。</p> <p>二、重要名詞解釋主要為詮釋、界定「心理健康」範疇以及「口腔健康」定義，以國際潮流和順應本地文化的意義探討，以對心理健康的組織定位，含括全民和國家治理層面的心理健康，不限於疾病取向的精神醫療業務。</p> <p>三、已增加口腔健康的資料。已邀請口腔健康代表、衛福部常次、副司長等深度訪談。並已在報告內文呈現心口司分科執掌及員額，並提出討論。</p>

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>的檢討，請加以補充。</p> <p>四、請針對深度訪談的訪談大綱、進行方式，以及資料分析方法，加以補充說明。</p>	<p>四、訪談記錄（含訪談問題或訪談大綱）已列於附錄一，擷取訪談記錄中受訪者的意見或建議佐證內文論述。</p>
<p>貳、研究內容</p> <p>一、有關職能分析的結果未能突顯心理健康及口腔健康目前二項業務合併在同一個單位內，對其發揮組織效能之影響及發展上的優缺點，請加以補充論述說明。</p> <p>二、建議增加口腔健康專家代表對心理健康及口腔健康組織架構與職能內涵的相關期許及看法，以平衡處理各方不同意見。</p> <p>三、本研究研擬組織職能時，建議先釐清中央行政機關組織基準法中司、署和局的差別，以及有關部、司、署、局與署下的組，在行政架構上的定位和規模要求，以利釐清不同層級組織所應具備的職能。</p> <p>四、有關組織職能的調整，固然攸關機構的定位（如名稱和</p>	<p>一、依委員意見補充。已於第三章第四節及第四章第五節補充論述心理健康及口腔健康業務合併於一司，其組織效能影響與二項業務發展之分析。</p> <p>二、已邀請並訪談口腔健康專家（牙醫師公會理事長等代表）及吳副署長（食品藥物管理署，牙醫背景，曾參與衛生福利部組織再造規劃）。</p> <p>三、依照審查意見補充於第三章第三節及第六章第一節、第二節。</p> <p>四、依照審查意見，已發函（103年2月26日心衛協</p>

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>層級)，但機構內的員額編制和應具備的專業背景，亦是影響日後政策推動和業務落實的重要因素。建議研究團隊針對衛福部組織改造前後，於心理健康和口腔健康業務的員額編制與人員專業背景的要求，進行分析，並提出相關政策建議。</p> <p>五、本研究以「公共衛生政策分析等角度」進行，在我國公衛發展環境、政策議題脈絡和國際趨勢、國外經驗，及組改的相關方案上，著墨甚力。惟衛福部心口司於組織改造的過程，各方意見相互折衝。衛福部心理健康和口腔健康相關的組織職能的再造，若朝本研究建議的方向推動，基於政治力的分析乃政策分析的一環，於本個案亦特別重要，爰建議研究團隊將政治力分析，列入本研究限制的討論中，並建議未來研究蒐集與分析包括相關立委、衛生署長、遊說團體與黨團協商的重要代表意見，以提高政策建議的政治</p>	<p>字第 103045 號函) 至衛生福利部，懇請提供組改前、後心理健康及口腔健康兩項業務之員額編制與人員專業背景等相關資料佐參，但未能收到回覆。</p> <p>五、依照審查意見補正研究限制於第一章第六節及第六章第二節補充未來研究建議方向，考量政治力分析之重要因素。</p>

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>可行性。</p> <p>六、表 2-1 說明我國心理衛生運動的發展歷程，惟相關文字說明應更為精確(如技術室轉給企劃室、交給三科醫管單位)；另建議增列欄位說明各階段所突顯意涵，俾瞭解其對政策的實質意義。</p> <p>七、有關國外文獻部分，部分僅說明心理健康業務的組織任務，未有針對口腔健康業務進行說明；部分則僅於圖示中進行標示。考量各國文獻資料比較的一致性，爰建議針對各國(州)心理健康與口腔健康兩項業務組織屬性、架構與任務進行一致性的說明，以利比較瞭解。</p> <p>八、第 53 頁標題三說明為「與他國心理及口腔健康組織架構比較」，惟檢視以下內容，均為說明我國衛福部心口司設立過程，似無與他國組織進行相關比較，且該段內容似難歸納出第 54 頁末段所敘「心理健康業務龐大…」等相關結論，爰請團隊重新檢視調整之。</p>	<p>六、依照審查意見補正表列說明。</p> <p>七、已於第三章、第四章補充國外心理健康及口腔健康二項業務之組織屬性、架構及任務進行說明。</p> <p>八、已補正說明及論述。</p>

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>九、第 71 至 74 頁大量引用訪談或座談會學者意見作為報告內容主體，建議研究團隊應依據研究本身架構與探討主題為探討依據，再輔以所蒐集學者專家資料作為佐證。</p> <p>十、第四章有關心理健康政策職能評估內容，係以澳洲發展經驗為主要參考與分析內容，惟其選擇依據或理由應有更明確的說明。</p> <p>十一、有關第 34 頁說明組改前心理和口腔健康的業務主管單位，於文章內容中(第 2 行)及圖 3-1 標題所示，兩者有所不同，爰請釐清之。</p>	<p>九、已補正訪談及焦點團體座談意見分析之研究架構及主題探討。</p> <p>十、澳洲心理健康政策發展經驗為 WHO 制定心理健康政策之智庫角色(如 WHO 心理健康促進計畫之主要編撰學者 Helen Herman)，已補正本案選擇背景及理由。</p> <p>十一、已補正圖文說明一致性。</p>
<p>參、研究結論與建議</p> <p>一、建議研究團隊針對心理健康與口腔健康兩組織後續應繼續合併、各自分設獨立單位或移至最適當單位，進行更深入且適切的分析評估。</p> <p>二、有關結論與建議部分，應依據本研究計畫原預期研究重點，逐項提出相關說明外，建議針對每項結論與建議，具體</p>	<p>一、本案建議之分析評估已補正於第五章及第六章。</p> <p>二、結論與建議與研究結果、討論之論述已補正於第五章及第六章。</p>

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>說明相關研究成果與論述基礎，避免僅以一句話進行說明，以提升研究建議的參考價值。</p> <p>三、建議研究團隊具體研提出心理健康組織及口腔健康組織的效能評估指標(要項)，以供衛生福利部後續進行評估，俾作為組織調整方向的參考。</p> <p>四、建議增加「研究限制」一節，說明本研究的困難或不足之處，以協助讀者理解本研究計畫之結論。</p>	<p>三、 已於第五章提出 WHO 及澳洲心理健康政策評估指標供參考，衛福部應該提出具體的組織願景和施政目標才能據以發展我國相對應的組織效能評估指標。由於三個月研究時間的限制，後續應有計畫專題研究。</p> <p>四、 依照建議已增加研究限制於第六章第五節。</p>
<p>肆、其他</p> <p>一、 有關版面格式與目次等編排方式，請依本會委託研究計畫作業要點之規定調整，各章內容請細分節次，另版面設定部分，上下邊界請設定為 5 公分、左右則為 3.5 公分，各頁則為 30 行。另各章與前段距離為 30pt、各節與前段距離則為 36pt。</p>	<p>一至十項報告格式之審查意見，悉依 貴會委託研究計畫要點逐項修正。</p>

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>二、本文中圖表號及標題請置中對齊，另頁碼宜單數頁靠右、偶數頁靠左；另報告中各頁均應加註頁眉（單數頁靠右、偶數頁靠左）。</p> <p>三、圖 3-1(頁 34)標題應為內容說明，爰請以一般論文格式圖表標題撰寫方式進行調整，並將內容說明移置本文中處理。</p> <p>四、目次、圖表次、章節標題文字大小與行距格式請依本會委託研究作業要點所訂定格式進行修正。</p> <p>五、研究報告多數圖表中文字內容均顯模糊，爰請評估重新製作，俾利閱讀瞭解。另各項圖表文字均請以中文化處理，以符一般論文格式體例。</p> <p>六、研究報告內文多處文字錯漏，如第 28 頁第二節第 5 行「對政府出倡議工作」、第 31 頁第 5 行「註總統府新聞稿」等，請研究團隊通篇檢視修正。</p> <p>七、部分圖示未依報告內容進行呈現，如第 40 頁「以紅色框標出…和藍色框標</p>	

國發會審查意見 103 年 2 月 25 日	研究小組修正回應 103 年 3 月 16 日
<p>出…」、第 52 頁「馬來西亞的衛生部門分成一級(藍色)、二級(黃色)、三級(綠色)和四級(白色)」，爰請注意各圖所能呈現效果與閱讀所能理解之內容。</p> <p>八、 研究報告英文摘要多處語句有誤，爰請大幅修正，以與中文摘要的內容一致。</p> <p>九、 中英文書目應採用學術著作參考資料格式編排，如論文篇章和出處的書名應予以區別清楚、第 2 行文字應內縮編排；標點格式應予以統一，網路文獻部分則請註明引用的日期等。</p> <p>十、 研究報告請加註書脊，並依序敘明「研究主題」、「國家發展委員會」及編碼之數字，例如 NDC-DSD-102-023。</p>	