

第四章、兒童心理健康與精神疾病的預防與診治

召集人： 國立臺灣大學醫學院附設醫院基因醫學部主任 高淑芬
撰稿成員： 國立臺灣大學醫學院附設醫院精神醫學部主治醫師 丘彥南
亞東紀念醫院精神科主治醫師 林育如
國立臺灣大學醫學院附設醫院精神醫學部主治醫師 林祥源
長庚醫療財團法人林口長庚醫院兒童心智科主治醫師 倪信章
長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院博士後研究員 陳儀龍
國立臺灣大學醫學院附設醫院精神醫學部主治醫師 廖士程
高雄醫學大學附設醫院精神科醫師 顏正芳

(依姓氏筆畫排序)

前言

兒童精神疾患是指好發於出生後至 18 歲的精神疾患，包含發展、情緒和行為的問題。這些精神疾患包含：神經發展障礙症、學習障礙、焦慮疾患、情緒疾患、衝動控制與行為規範障礙症、創傷後壓力症候群、以及精神病疾患等。另外，高風險環境，如自殺、霸凌、物質濫用（菸、酒、檳榔、毒品）、虐待、創傷等（詳細內容亦可參考第十三章第三節、物質濫用防制與第十三章第四節、兒童保護），亦為造成兒童精神健康疾病與問題的因素之一，因此解決兒童與青少年之高風險環境因子，將有助於預防兒童精神疾患。

考量到部分疾病或問題已經於其他章節討論（如：物質成癮、早期療育、兒童與青少年受虐、網路成癮、睡眠、飲食、身體症狀），或是相對少見（如：思覺失調症）。因此，本章著重於較常見的精神疾患，及最常被家庭、學校與社會重視和擔心的重要精神健康議題，其定義為對一般孩童的精神健康帶來明顯負面影響，如，校園霸凌與自殺，以作為短期與長期兒童青少年精神疾患防治及精神健康促進規劃。本章提出八個臺灣兒童精神健康議題：（1）兒童精神疾患就醫率、（2）資源現況分析（包含精神醫療資源分配與專業與特教輔導資源）、（3）兒童精神疾患簡介與診治、（4）家庭暴力、（5）校園霸凌、（6）高升學壓力、補習時數與親子相處時間不足、（7）青少年自殺問題、（8）罹患身體疾病兒童之精神健康與困境，其中「兒童精神疾患簡介與診治」，針對五個常見的精神疾病進行討論，包含：（1）神經發展障礙症、（2）焦慮症與強迫症、（3）侵擾行為、衝動控制及行為規範症、（4）情緒疾患（雙相情緒障礙及憂鬱症）、（5）創傷後壓力症候群。

本章希望藉由針對目前臺灣精神醫療與校園心理衛生的現況（精神疾患就醫率與校園特教輔導資源等）與整體社會造成直接或間接影響精神疾患的因素，如：家庭功能、壓力、高風險環境因子等之討論，降低上述不利兒童身心健康發展的因素，以改變目前社會整體環境與文化，最終塑造適合兒童身心健康發展的社會環境。

壹、現況檢討

一、兒童精神疾患就醫率

根據全民健康保險資料庫分析，臺灣的注意力不足過動症與自閉症終生盛行率分別為 2.4%、0.3%，而其他精神疾患則均低於 0.1%，整體兒童與青少年罹患任一精神疾患盛行率為 4.6%，明顯低於 2015~2017 年衛生福利部委託高淑芬教授所進行的「全國性兒童與青少年精神疾病流行病學調查」。該調查指出：32.3% 學童終生罹患任一精神疾患；注意力不足過動症與自閉症的終生加權盛行率分別為 10.5%、1.0%，另 7.9% 學童有自殺意念。雖然全國流行病學調查的盛行率高於全民健康保險資料庫的數據許多，但全國流行病學調查的盛行率與世界他國全國性兒童與青少年精神疾患調查結果相比，仍稍低；如以兒童罹患任一精神疾患為例，美國青少年全國共病調查複製研究為 49.5%，荷蘭全國青少年樣本調查為 35.5%。這些不同來源資料與和全民健康保險資料的差距顯示，臺灣目前有多數罹患精神疾患的兒童未接受醫師診斷，也顯示民眾對兒童常見精神疾患的覺察仍有相當進步的空間。

二、資源現況分析

（一）精神醫療資源分配與專業

臺灣精神醫療資源仍嫌不足，且各縣市分配不均；根據 2010 年臺灣兒童青少年精神醫學會統計，全臺兒童青少年專科醫師僅 210 人，全職於兒童青少年醫療看診的僅 20~30 人，其餘在醫院或診所營運成本考量下，以提供一般精神科醫療服務為主。估算下來，專科醫師與兒童比近 1：20,000，只達到 2014 年世界衛生組織（WHO）出版的「精神健康輿圖」（Mental Health Atlas）中高收入國家應有的精神科醫師比例的一半。

另一方面，臺灣多數醫療資源，包含兒童精神醫療，大多集中在都會區，各縣市醫療資源分布差距極大。其餘的心理衛生工作者，包括臨床與諮商心理師、社會工作師、職能治療師、精神醫療專門的護理師等，在臺均有類似困境：專業工作者人數不足、資源分配極度不均，而兒童青少年的精神醫療與心理衛生專業工作者本身專業能力及服務內容也參差不齊。

目前健保對精神醫療與心理衛生處置的給付偏低，對兒童青少年心理衛生處置的相關給付更嚴重偏低，導致專職兒童青少年精神醫療與心理衛生工作的專業

人員在大醫院難以獲得支持；僅有部分時間從事兒童青少年精神醫療，必須兼職成人精神醫療的業務。

（二）校園特教輔導資源

依照 2014 年公佈的「學生輔導法」規定，國民小學每 24 班、國民中學每 15 班、高級中學每 12 班需要編制一名輔導教師。輔導老師與學生比例，跟世界其他已開放國家如美國 477：1、澳洲 800：1 相較，並不遜色。然而，校園特教輔導資源目前看似完善，但仍存在以下諸多問題：

1. 學生精神健康問題日益複雜，一般教師在修習 26 學分後，不須實習就擔任輔導老師，其學習歷程是否足夠，仍有疑慮。
2. 各校所規劃 26 學分課程，並未包括兒童青少年精神疾病的介紹，而並未要求每年繼續教育修習時數，相對於韓國老師每年須有 40 小時兒童青少年精神疾患的繼續教育，差距甚遠。
3. 初任輔導老師所需修習課程及後續每年所需持續進修，除了時數規定外，課程內容及師資並未詳細規定，如此將造成各縣市教師學習內容參差不齊，若授課師資不佳，可能讓教師觀念錯誤，以至妨礙學生精神健康，影響深遠。
4. 目前輔導老師進行學生輔導工作時，缺乏完整的督導機制。

三、兒童精神疾患簡介與診治

以下內文對各種疾病的介紹與定義，將依據精神疾患診斷與統計手冊第五版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5，DSM-5）之次內容進行簡述，並更進一步將疾病類別區分成兩大類型：高遺傳與高環境因素精神疾患。但大多數的精神疾患的罹患與發展，是以環境與基因的交互影響下造成。

（一）神經發展障礙症

1. 智能不足

智能不足，是指個體整體適應社會的能力相較於典型發展的個體有顯著的低下。從發展的歷程來看，智力的表現與對應的生活功能是臨床用以觀察與評估的指標。

目前針對智能不足的患者，主要處理的方向不是提升他們的整體智商，而是著重在改善他們的日常生活、自我照護、社會適應的能力。但由於智

能不足的患者在學習能力上，相較一般正常發展的個體來得慢，因此在針對智能不足患者的教育與介入計畫，常見將各種行為與能力分割成一連串的細微項目。另外，行為學派的介入，包含增強、處罰等，也經常應用在智能不足患者，塑造其社會性適應行為。最後，早期療育也是常見用來作為智能不足的介入之一，更詳細的內容可以詳見第七章「早期療育」。

2. 語用溝通障礙

語用溝通障礙患者明顯的臨床特徵在於：具有語言表達（不流暢，如口吃）或是語言溝通（無法明確瞭解語用，並造成社交缺損）的障礙。目前評估個案語言障礙的成因與狀況，需要經過特定的語言功能評估，此評估以語言治療師與兒童精神科醫師為主。

在確認患者具有社交語用溝通障礙症後，醫療人員將分析患者在使用語言或是非語言溝通時出現的困難，或是在利用溝通以達到社交目的及社交溝通治療訓練以改善障礙的程度和範圍，排定治療計畫，改善患者的溝通能力和表達。

3. 自閉症類群疾患

在精神疾患診斷與統計手冊第五版（DSM-5）中，典型自閉症與亞斯伯格症統稱為同一個診斷名稱（自閉症類群疾患）。自閉症類群疾患（簡稱自閉症）為一神經發展障礙，患者時常呈現多方面的障礙：社會互動能力的損害、侷限的興趣、重複的行為、異常的感官系統、溝通障礙（包括語言溝通與非語言溝通）、情緒障礙、智能障礙。自閉症患者在多重情境中持續有社交溝通及社交互動的缺損及侷限、常同性的行為和興趣。他們除了有語言發展的遲緩外，也會出現歧異的語言表達。另外，自閉症時常與其他疾病共病，如：注意力不足過動症、癲癇、焦慮症、憂鬱症等。

目前全球的自閉症整合盛行率約為 0.6%；根據臺灣全民健康保險學術資料庫的研究得知，臺灣未成年自閉症盛行率從 1996 年的 0.018% 上升到 2005 年的 0.29%，而目前最新的全國兒童精神流行病學調查發現，學童自閉症的盛行率約估為 1.0%。

4. 注意力不足過動症

注意力不足過動症（attention deficit hyper-activity disorder，ADHD）

是兒童精神疾患中最常見的單一障礙。目前一般國際研究注意力不足過動症的盛行率在國小階段大概 5%~10%，青少年約在 5%。臺灣先前的研究約為 7.5%，但目前最新的全國性兒童與青少年精神疾患流行病學調查研究為 9%。在各國的調查中，顯示其盛行率有緩慢上升趨勢。注意力不足過動症的核心症狀為專注力缺損、過動及衝動，在兒童早期可能會合併動作協調困難(20%~30%)及學習障礙，隨著成長，可能合併出現對立反抗行為、焦慮症、憂鬱症、自殺相關行為、行為規範障礙、睡眠困擾、物質使用與疾患，且患者整體生活品質較差，有社會功能障礙，會發展較多危險性行為和生活形態，例如受傷、意外、違反交通規則、反抗學校規範、霸凌/被霸凌、未成年懷孕、肥胖等等。

注意力不足過動症的最佳介入是結合醫療、家庭及學校的整合性治療，給予父母親職諮商和訓練來認識孩子的問題，並以行為治療理論協助孩子發展適應的行為模式、建立良好親子互動關係；學校宜給予資源教育，如社交技巧的個別及團體訓練，並建立友善支持的環境。另外，以目前的藥物治療來說，通常會在患童滿六歲或以上，具有顯著障礙時，才考慮開立處方。而四歲到六歲兒童若有嚴重發展遲緩、自閉症而需要早期療育，卻因為其行為症狀導致無法接受早期療育者，或是因症狀嚴重影響到生命安全，被幼稚園拒絕接受者，會考慮用藥。

5. 特殊學習障礙

特殊學習障礙是患者表現出某個特定學習技巧的困難，並且這些障礙無法歸因為智能不足或是其他生理障礙。通常患有學習障礙的孩子具有正常智力，但學習障礙讓他們的學業表現受到明顯限制。學習障礙需要由特教體系或心理及學業成就衡鑑，經由標準化的評估提供兒童精神科醫師整合臨床評估，以診斷是否患有學習障礙。目前特殊學習障礙在臨床上簡單分類為三種：閱讀障礙 (dyslexia)、書寫障礙 (dysgraphia)、算數障礙 (dyscalculia)。特殊學習障礙的盛行率目前約 4-8%，其中以閱讀障礙占大多數。

6. 抽搐症與妥瑞氏症

抽搐症與妥瑞氏症的特色是：患者常會出現短暫、快速的不自主動作，

包含發聲與抽搐，這些動作可能都會出現在人體對應的大、小肌肉。典型的症狀包括：眨眼睛、做鬼臉、搖頭、聳肩、不自主的發聲，包含清喉嚨、呼嚕聲、吸鼻、咳嗽。妥瑞氏症一般在 5 到 6 歲時出現，症狀最嚴重時通常出現在 10~12 歲，但有將近一半到 2/3 的孩子會在青春期後期改善。妥瑞氏症常跟注意力不足過動症或強迫症共病，後兩者有 0.3% 到 0.8% 的兒童有妥瑞氏症。臺灣全國性兒童與青少年精神疾患流行病學調查研究發現，臺灣罹患妥瑞氏症的盛行率是 0.3%-1.5%。

(二) 焦慮症與強迫症

焦慮症是一獨立類群的精神疾患，包括：分離焦慮症、選擇性不語/緘默症、特定畏懼症、社交焦慮症、恐慌症、特定場所畏懼症、廣泛性焦慮症等。(一) 分離焦慮症的患者跟自己主要依附的人分開時，會表現與其年齡不相符的恐懼和焦慮反應；(二) 選擇性不語/緘默症是指患者雖然具有說話溝通的能力，可是某特定場所造成患者極度焦慮，使其無法說話，此時患者通常只能透過肢體語言進行表達；(三) 特定畏懼症是畏懼一個特定的對象或情境，如極度畏懼看到血液、對於高度極度恐懼、或對某種動物、昆蟲特別懼怕等；(四) 罹患社交焦慮症/畏懼症的患者，在一種或多種社交情境下，會感到極度恐懼和焦慮，患童可能以哭鬧、發脾氣、黏人、退縮、不講話來表現他的害怕；(五) 罹患廣泛性焦慮症的患者在很多的事情或活動上會出現過度在意與擔心的狀況，患者本身難以控制這些焦慮，並且焦慮會伴隨數種生理症狀，如坐立不安、緊張、情緒不穩定、肌肉緊繃、睡眠困擾等；(六) 恐慌症是反覆、非預期性的症狀，患者恐慌發作時，會突然感覺到極度強烈的恐懼和不舒服，並往往在幾分鐘內就會達到高峰；(七) 特定場所畏懼症的患者在某些場合中會表現出極為明顯的恐懼和焦慮，目前認為這些恐懼與焦慮，是來自於害怕在這些場合會出現恐慌發作，如害怕封閉空間或是畏懼待在停車場或是市場等開放場所。

另外，雖然強迫症在精神疾患診斷與統計手冊第五版已獨立於焦慮症外而自成一類疾患，但為了章節編排的簡化，本章也把強迫症一起納入。強迫症包含：強迫思考及(或)強迫行為，前者是指持續出現一些揮之不去的想法、衝動或是影像，對患者來說，這些思想及感受是不想要的，也知道這些思緒是不理性的，卻無法控制，因此出現明顯的焦慮或是痛苦。他們會企圖忽略或是壓抑這些不理

性且無法控制的思緒或衝動，也會試圖用其他的想法或是行動來抵消。

整體而言，焦慮症是一個常見的疾病，其任一焦慮疾病的綜合診斷之整體盛行率約落在 10%到 27%，強迫症盛行率在國小是 0.3%，到青春期的 0.6%。以臺灣目前的全國兒童精神疾患流行病學調查發現，半年內盛行率於分離焦慮症為 2.2%、任一種特定畏懼症為 7.7%、社交焦慮症為 3%、強迫症為 0.5%。

認知行為治療、心理治療與藥物治療都是具有療效的治療焦慮症與強迫症之選項。在心理治療中，通常治療者會協助患者找出可能造成焦慮或強迫思考或行為的因子，盡可能處理，並給予患者支持、提升病識感。在畏懼症狀或恐慌發作的部分，認知行為治療是常見的心理治療方針。認知治療是討論與改變不適當的想法，而行為治療主要是利用行為改變的理論。目前虛擬實境的科技已可應用於暴露情境，使其成為更具真實性與豐富度的方法。部分精神動力或精神分析的治療取向也被用來處理焦慮症與強迫症。

（三）衝動控制及行為規範障礙症

衝動控制及行為規範障礙症患者衝動控制能力差、易怒並可能伴隨暴力行為。具有此問題的患者，可能在 12 歲以前即出現對立反抗症狀，12 至 17 歲除了對立反抗，可能出現行為規範障礙症，成人後則易發展出反社會性人格障礙症。這兩個行為障礙疾病除了生物學和環境暴露因子外，行為規範障礙症可能和患者的不利成長環境、家庭功能不佳有關。另外，這兩種行為障礙症疾病，是注意力不足過動症最常見的共病診斷。

因此，在擬定治療計畫前，必須評估共病疾病，例如注意力不足過動症，和分析不同層面的生物、社會、心理之前置、誘發、惡化因子，以規劃是否需要藥物治療（例如嚴重攻擊行為、衝動和情緒困擾等）。個人以認知行為治療為主，合併父母的親職訓練，必要時進行家族治療；改善學校友善環境，接納與支持患者；以個別及團體訓練增進其學習動機及技巧、人際關係，並讓學校能夠給予進一步的協助。在青春期的這群患者大約佔同儕的 5%~10%左右。男生大約是 6%~16%，女生為 2%~9%，目前臺灣兒童與青少年精神疾患流行病學調查研究發現，兒童及國中生罹患對立反抗性疾病的比例分別是 1.9% 及 2.8%，行為規範障礙症為 0.5%，明顯比國外低許多。

（四）情緒疾患（含憂鬱症以及雙相情緒疾患）

罹患憂鬱症的兒童與青少年，會出現情緒低落的症狀、失去平常生活的興趣和愉悅感；他們會訴說悲傷、空虛、無助，易哭泣、生氣、焦躁不安；對活動的興趣明顯降低，平日會高興的事情也高興不起來；食慾和體重明顯降低或增加；有睡眠困擾（失眠或嗜睡）沒有精神、體力；動作激動或是遲緩；思想上會自責、沒價值感、思考和專注力降低、猶豫不決難下決定、反覆有自殺或死亡的想法、或是有自殺的企圖。若持續出現兩周以上，並造成患者臨床上的苦惱或社交、職業或其他重大領域的缺損，即可診斷為憂鬱症。

另外，罹患持續性憂鬱症的兒童與青少年，長期處在情緒低落的狀態，且持續1年以上。患者持續有憂鬱、易怒的情緒，不容易對事物進行決策與判斷、社會功能減損，且生活品質較差。除了憂鬱症的症狀以外，也可能出現其他持續的症狀，如食慾變差、吃太多、失眠、嗜睡、無精打采、疲倦、自卑、注意力不集中、難以做決定、絕望感等，整體而言，症狀較為輕微，但持續時間更長。

雙相情緒疾患患者則具有躁症或輕躁症的症狀，也可能出現憂鬱症的發作。包括第一型、第二型與循環型。第一型出現躁期，可以有或無憂鬱症，第二型出現輕躁期有或無憂鬱症，循環型則需要有多次輕躁期和憂鬱症狀發作，但未達第一型或第二型診斷。

整體而言，憂鬱症之盛行率在學齡期是0.3~0.5%，青春期的盛行率是2~3%，國內剛完成的全國性兒童精神疾患流行病學調查，兒童的終生盛行率是1.4%，最近半年盛行率是0.5%，兒童的雙相情緒疾患盛行率為0.02%。

情緒疾患若未能妥善治療，容易造成學習中止、持續的失能。當症狀嚴重的時候必須要考慮住院。非藥物的治療包含認知治療、人際關係治療、行為治療、精神分析性治療，團體心理治療、父母的親識教育訓練、需要時加入家族治療。藥物的治療，以血清素回收抑制劑（SSRI）、正腎上腺素回收抑制劑（SNRI）為最常使用於治療兒童青少年憂鬱症。

（五）創傷後壓力症候群

創傷後壓力症候群是指患者在經歷重大創傷事件後，表現出超過正常的創傷心理反應，並造成患者身心上承受極大的痛苦，且危及其心理社會功能。出現的症狀包含創傷的再經驗與解離性反應、逃避反應、負面認知與情緒轉變等。

創傷後壓力症候群隨著個體年齡，有部分的變化，這與不同年紀可能遭遇到

創傷的可能性及生理發展上有所相關。在一般 4 到 5 歲的族群，大約有 1% 的盛行率。而在 9 到 17 歲，盛行率是 0.5%~4%。臺灣目前完成的全國兒童與青少年精神流行病學調查發現，在國小三到五年級的學童是 0.2%，比國際上的研究略為低。基本上，雖然 80% 的人終其一生會經驗到一次以上的創傷經驗，但其中只有少於 10% 的人會產生創傷後壓力症候群。

兒時的創傷後壓力症候群可能持續存在，影響到患者青春期及成人期的生活功能。心理治療已發展多種特殊的技巧，如聚焦在創傷認知行為的治療，可以在醫療或學校情境以個別或團體的方式進行。也有依據創傷的不同情境而設計的團體治療。藥物治療包括抗憂鬱劑、抗焦慮劑、回收抑制劑、情緒穩定劑以及第二代的抗精神病藥物。

四、家庭暴力

根據衛生福利部保護服務司「兒童及少年保護執行概況」報告顯示，2017 年通報了 9,912 件兒少保護案件，其中屬兒少遭父母、監護人、實際照顧者等家內成員不當對待之通報案件共 2 萬 1,141 件，經調查確認遭家內成員施虐之人數共 4,135 人，換算下來，每千名兒童少年就有一名受害者。本國的兒童受虐通報發生率明顯低於其他國家估計的發生率，Sedlak 等人（2010）研究指出，美國在 2004~2005 年約有 29% 兒童受到某種程度虐待；由此可見，臺灣可能有許多受虐兒童尚未被發現或通報。另外，曾遭受虐的兒童容易出現焦慮、畏縮、暴躁、害怕、疏離、退縮等問題，並可能出現輟學、逃家、自殘等狀況，將來也較可能成為加害者，對他人施暴。

五、校園霸凌

（一）校園霸凌定義

除了兒童精神疾患外，兒童與青少年成長過程中常遭遇許多對精神健康造成負面影響的事件，霸凌就是其中最常見影響兒童青少年健康的問題。

霸凌是一種惡意攻擊行為，由於施暴者和受害者之間力量和權力的不平衡，且反覆出現，故常造成受害者困擾和巨大壓力。霸凌可分成兩種形式，傳統霸凌是指施暴行為可藉由肢體行為、言語攻擊、社交孤立來表現；另一種新形態則是在網路發達後，藉由網路與電子通訊方式進行霸凌的網路霸凌行為。

（二）校園霸凌盛行及其對精神健康的影響

依據Olweus (1993) 所提出的霸凌定義，在霸凌情境裡，個案可出現以下數種角色：施暴者、受害者、目擊者、同為施暴和受害者。臺灣先前一項針對3,554名國高中學生所做的調查發現，施暴者、受害者、目擊者、同為施暴和受害者比例分別為10.9%、10.7%、29.9%和5.5%。若從霸凌行為區分，則有21.4%受訪者自陳在過去一年曾遭受包括關係和言語霸凌的消極型霸凌；8.4%自陳遭受包括肢體和脅迫霸凌的積極型霸凌、17.7%自陳曾施行消極型霸凌、5.5%自陳曾施行積極型霸凌。

霸凌參與者，無論是受害或施暴者，皆比未涉入霸凌者具有較嚴重的憂鬱、自殺、失眠、焦慮、酒精濫用、注意力不集中和衝動/過動問題，而且同時涉入數種霸凌角色者，比涉入單一類型霸凌者出現精神健康問題的機會更高。上述調查結果皆顯示：臺灣兒童青少年涉入霸凌及相關身心健康問題相當普遍，需加以正視。

(三) 校園霸凌處遇現況

目前校園霸凌主要由教育部負責管理與預防，教育部依據修正公布之「教育基本法」第八條規定，於2012年7月26日頒布「校園霸凌防治準則」，據此推動校園霸凌之防治。然而，受以下因素影響，校園霸凌防治難以推動：

1. 社會環境不論就經濟、治安、社會氣氛、人際尊重等層面剖析，均不利於降低兒童青少年霸凌。
2. 政府僅宣導，未進行積極防治，也未採取有效的國家層級防治策略，只有消極地在實際發生霸凌且遭通報時處理。
3. 教育單位缺乏防治和介入的動機、人力、知識、能力。
4. 缺乏有效的霸凌盛行狀況偵測系統。
5. 缺乏對防治霸凌高需求族群的協助，例如來自貧窮、原住民和新住民的家庭子女，及有身心健康困擾、或某些體型外貌特徵、性取向和性別氣質不符常規的學生等。
6. 社會大眾未明瞭霸凌意涵，以致家長未能聯合學校及早採訪預防和介入行動；當霸凌一旦發生，亦缺乏合作機制。
7. 發生在校園外如補習班、安親班等學生聚集場合的霸凌，常被忽視。

8. 霸凌加害者與受害者往往同時罹患精神疾病或具有明顯心理困擾，因此，校園霸凌急需精神醫療介入。

六、升學壓力大、補習時數與親子相處時間不足

相較於歐美，臺灣兒童在就學階段感受到較明顯的升學壓力。降低升學壓力，一直是教育部主要改革方針，「十二年國民基本教育」（簡稱「十二年國教」）是臺灣近年來重要政策改革項目；十二年國教主要理念為：增加全民教育水準、促進教育機會均等、舒緩升學壓力等。但，十二年國教的實施仍引起許多爭議，其倉促的規劃時程造成許多細部項目不夠完善，例如學區劃分問題、偏遠地區及城市直接切割，造成資源分配更集中都會區兒童，各縣市實行不同調等。根據臺北教師公會調查，只有兩成學子同意升學壓力因十二年國教而略為降低，三成學童認為更加惡化。過度升學壓力的環境，勢必影響兒童身心健康發展。舉例來說，臺灣學生上課時間從上午 7：30 至下午 5：00，平均長達 9.5 小時，相較於西方國家如美國 6.5 小時、加拿大 6 小時等要高出許多；且根據「臺灣長期追蹤資料庫」的學生課後輔導及補習與家教狀況調查顯示，72.9% 學生都有額外補習或家教，而整體平均每周補習時數為 4.3 小時。由此可知，臺灣許多學童每天花超過 12 小時在學校或補習班學習。根據兒童福利聯盟的「2017 年台灣學童學習狀況調查報告」、「2011 台灣學童學習過勞情形」、「2017 年親子陪伴與教養狀況調查」的報告顯示，在如此高學習時數下，學生學習動機和成效未見改善，相反地，更影響其睡眠、運動、自我學習能力、親子相處時間，父母也可能無法瞭解兒童想法、困擾、學校適應狀況。

七、青少年自殺問題

自殺行為有社會、經濟、文化、心理及生物性複雜成因等背景，絕非單一危險因子可解釋其發生率變異。自殺死亡的危險因子（risk factors）可分為遠端因子（proximal factor）以及近端因子（distal factor）；遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗及神經生物學失調等；近端因子包括心理社會危機、精神科疾病、身體疾病、致命工具可得性及模仿效應等。自殺防治工作的挑戰包括：一些較不尋常的悲劇往往無法在事前就其重要危險因子有效預測；各服務體系的橫向連聯繫有待加強等。兒童青少年的自殺行為背後，同樣有其錯綜複雜因素，防治工作需因地制宜，結合現有資源網絡，以期網網相連、

面面俱到；舉凡促進身心健康或增進社會連結、整合的作為，均可視為自殺防治的重要環節。

依據衛生福利部公布的死因統計年齡分層結果發現，臺灣 14 歲以下民眾自殺死亡案例相對罕見，2016 年有 6 人，此年齡層自殺死亡率為每百萬人口 5 人；臺灣 15~19 歲民眾自殺死亡案例於 2016 年發生 56 例，該年齡層自殺死亡率為每十萬人口 3.8 人。相較於全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人，各年齡級距中自殺死亡人數最多的是 50~54 歲的 391 人，以及全體國民自殺死亡率每十萬人口 16.0 人；18 歲以下民眾自殺死亡人數佔率與死亡率均相對為低。值得注意的是：自殺雖然連續六年排除於國人十大死因之外，但 2016 年仍居 12~17 歲族群十大死因第三名，而且 15~19 歲自殺死亡率已再次達到近 20 年高點，上次高點出現在 2005 年。15~19 歲自殺死亡率與 2016 年相同，為每十萬人口 3.8 人，且近三年來有持續升高趨勢。

已發現數種危險因子被與自殺有關，大抵可分成三類：

- (一) 生理心理社會層面：包含精神疾患病史、重大疾病、受虐經驗等；
- (二) 環境層面：自殺路徑與方法的可取得性，特定自殺族群的渲染等；
- (三) 社會文化層面：缺乏社會支持、自殺污名化、媒體渲染等。兒童青少年若不幸自殺身亡，除了個人生命之重大損失，周遭親友、師長亦須承受巨大衝擊。

自殺是多重因素匯集下的悲劇結果，欲降低兒童青少年自殺死亡率，需仰賴整體國民精神健康素質與社會資本整合的綜效表現；降低兒童、青少年壓力，提高其心理彈性、溫暖與支持的家庭與整體社會環境是重要的方向。

社會結構與價值觀在快速變遷下，繼之以媒體報導掀起的模仿效應，以及現今社會疏離、經濟局勢波動、混沌、致命工具可得性及精神健康照護可近性等問題，都是巨觀層面的相關因子。籲請社會媒體自律，勿過度渲染自殺相關訊息，也可有效避免自殺問題加劇。整體而言，並無單一決定性之危險因子，防治工作目標應著重在增強保護因子與降低危險因子這兩大方向；促進各種防治體系之溝通（communication）、連繫（connection）與關懷（care）力量，最終落實「人人都是珍愛生命的守門人」境界。

八、罹患身體疾病兒童之精神健康與困境

- (一) 罹患身體疾病兒童的身心歷程

人一旦罹患身體疾病，將同時遭遇身心壓力；身體疾病確實可經由生理機轉直接影響精神健康，例如造成譫妄、器質性精神疾病、失智等，也可透過心理或社會壓力機轉而影響精神健康，例如造成適應障礙症、焦慮症、憂鬱症、創傷後壓力症等。如果兒童對生病的心理調適良好，不僅可維持較平衡的精神健康狀態，更可能因而增加抗壓的心理彈性。反之，若兒童對生病的心理調適不良，可能惡化既有或衍生新的精神疾患或性格問題，造成身心症狀鑑別困難，甚至可能對身體疾病產生不良影響；例如醫囑遵從率降低、生理症狀嚴重度、再住院率、死亡率提高等。因此，提供身心整合性醫療照護（參見第八章、以家庭為中心的兒童全人醫療與照護），了解患童心理反應並協助其心理調適，且視需要給予良好精神健康照護，對兒童及其家庭而言非常重要。

（二）患童的身心歷程的影響因子

影響兒童生病的心理反應因素，包括遺傳、年齡、先天異常等生理因素、氣質、心智狀態、性格、精神障礙等心理因素、家庭功能、社經地位、文化、信仰、價值觀、成員關係及生病經驗等家庭因素、文化、社群價值觀、信仰、學校、同伴等社會因素，及過去生病性質、過程及結果，醫療人員態度及處理方式等個體生病經驗。

影響兒童對生病的心理調適的重要相關因素，包括發展階段、過去適應能力、病前親子關係、病痛性質、治療方式、照顧方式及態度、家庭動力平衡之性質、生病對兒童本身或家庭的意義（病前事件、對病的想像、對社會角色及功能之影響、對家庭成員之影響）等。

（三）患童的身心疾病共病

回顧國際研究文獻顯示：慢性身體疾病兒童的精神疾患共病率為 10~30%，較社區族群略高；與高共病率相關的危險因子包括：多次住院、身體失能、腦功能損傷、疼痛頻率、年幼、貧窮、單親家庭、父母有較多的精神症狀；不同的疾病往往有其獨自的特殊性，例如癲癇患童的精神疾患共病率為 33~77%；父母的焦慮、憤怒、悲傷、罪惡感、埋怨會阻礙兒童適應；改善父母與氣喘兒的焦慮及處理親子在遵從醫囑上的衝突是很有價值的，糖尿病童常見糖尿病合併出現焦慮症及飲食障礙，且青少年在出現共病飲食障礙時，會較難遵從醫囑；上述狀況是治療糖尿患童需考量的精神健康議題。有些年齡較長的罹癌兒童對診斷或治療反

應會出現類似創傷後壓力症候群症狀；針對剛罹癌兒童的家庭，提供心理社會評估，可以篩檢出高風險家庭，在重要治療階段與時機輔導其心理調適與介入，亦很有幫助。器官移植中心配置需包含心理衛生專業團隊，提供患童及其父母心理支持；罹患發炎性腸道疾病（inflammatory bowel disease）的青少年合併有憂鬱症可高達 25%，兒童患者較一般對照組出現較高比率焦慮症狀，且其心理社會健康與社會/學校適應功能一般也較差，需要心理衛生專業人員提供藥物及心理社會之治療。癲癇患童常合併注意力不足過動症、憂鬱症、焦慮症、自閉症類群障礙症等，也都需要精神醫療共同照護。

臺灣有關兒童精神科住院患童照會的研究發現，在照會率、照會原因及常見精神疾患診斷等方面，與國外研究報告結果相近；一項運用臺灣死亡登記檔案，針對 11~16 歲氣喘患者的 12 年社區族群追蹤研究發現，持續及重度氣喘患者較無氣喘者的自殺死亡危害率高出 2.26 倍，有多項氣喘症狀者危險性較高；另一運用臺灣健保資料庫研究發現，10~15 歲氣喘患者於 10~12 年後，罹患憂鬱症或雙相情緒障礙症機率顯著比一般對照組高；臺大醫院唐氏症整合門診發現，唐氏症患者的精神疾患共病率與國外研究報告類似。

（四）患童的精神健康醫療照護之困境

在罹病兒童的精神醫療聯合照護方面，需以身體醫療照護團隊為基礎，了解患童生理狀態及治療，再進一步評估兒童對急慢性病痛、創傷或失能的各種心理適應、不適應反應及可能影響因素，而後形成鑑別診斷及相關問題分析，提供治療建議給身體醫療照護團隊及病家，這流程不僅仰賴專業，且耗時、耗人力甚鉅。

然而，目前在臺灣醫療專業高度分化與醫療相關資源有限情況下，罹患身體疾病兒童的精神健康，在照護方面存在以下困境：

1. 臺灣醫事專業人員在大學養成教育中，皆包含心理、社會、精神醫學等領域必修課程，但與兒童精神健康相關訓練，其深度與廣度尚不足以因應其未來臨床專業需求。
2. 兒科專科醫師訓練課程中列有兒童心理、精神醫學相關修習內容，但實際訓練計畫之落實仍待加強；家庭醫學科亦有精神醫學相關修習內容，但未標列兒童精神醫學部分。實際上，精神科臨床訓練幾乎都以成人精神科為

主；其他參與照護兒童的他科醫師與非醫師醫事人員的臨床專業養成訓練中，相關兒童精神醫療之臨床訓練課程亦極為缺乏。

3. 兒童精神醫療相關專業人力的質與量仍明顯不足。
4. 自 2002 年起，臺灣於各地成立遺傳諮詢中心，目前經認證共有 14 所，設有專職遺傳諮詢師。專職遺傳諮詢師訓練課程中包含心理學與諮商理論，但缺乏兒童精神醫學相關之臨床訓練課程。
5. 近年來醫學中心為因應健康狀況複雜兒童的需求，陸續開設整合門診，進行共同照護。在兒童精神醫療方面因人力有限，僅能參與部分整合門診。
6. 對於等待器官移植治療之患童，一般會有個案管理師協助術前準備及諮詢，且皆有術前精神相關照會評估，有助於患童與家長心理調適及篩檢有精神健康照護需求者。
7. 腫瘤個案管理師評估癌症患童各階段身、心、社會需求，提供院內資源連結或適時照護。

九、台灣兒童幸福感

Pollar 與 Lee (2003) 指出幸福感的定義雖然在目前的文獻有明顯的異質性，但整體而言，幸福感可定義為一種個體整體性的正向狀態。根據台灣兒童福利聯盟的「2018 年兒童幸福感調查」，發現台灣目前有 17.2% 的兒童未達該調查所定義之幸福指標合格分數。在該調查中，幸福感隨兒童年齡增加而下降。另一方面，許多研究指出台灣兒童幸福感與許多精神問題與困境有所關聯，包含憂鬱、焦慮、易怒、兒童受虐、貧窮等。綜觀兒童幸福感的相關研究結果，若要增進兒童幸福感，良好的家庭結構（健全的家庭、父母的身心健康、足夠的親子互動時間）、安全的校園與社區環境，緊密的社區成員與校園同儕的連結與互動，學校的多元教育（能增加學童的學習成就感）都是重要的因子。

貳、目標

- 一、監測兒童精神健康疾病，須針對環境與遺傳因素疾病，提供不同方針
 - (一) 定期監測常見兒童精神疾患及精神健康議題，包含自閉症、注意力不足過動症、對立反抗疾病、行為規範障礙症、自殺、霸凌、憂鬱症等。
 - (二) 針對高環境因子問題，如自殺、霸凌、憂鬱症、物質使用（菸、酒、檳榔、毒品）、虐待、創傷等調查盛行率，以降低相關盛行率為目標。

(三) 針對高遺傳因子之疾病，如自閉症、注意力不足過動症等，應以適當介入模式、照護為目標，改善患者與家屬整體健康與疾病預後，並了解相關環境因子對疾病的影響。

二、建立兒童精神健康友善環境

- (一) 增加民眾對兒童精神健康及精神疾患之認知。
- (二) 增加家人、老師、同儕及民眾對兒童精神疾患整體覺察度。
- (三) 增加家人、老師、同儕及民眾對兒童精神疾患問題與治療的整體接受度。
- (四) 促進患童獨立能力與，並建立協助患童適應社會環境之制度。

三、兒童精神醫療資源公平分配，並增加服務項目與人力

- (一) 提高兒童精神醫療專業人才比例、均衡地理分布。
- (二) 提高兒童精神醫療相關給付與資源挹注。

四、增進兒童精神醫療專業能力

- (一) 提升精神醫療工作人員專業能力。
- (二) 精神健康專業跨團隊整合。

五、教育正常化、提升輔導品質

- (一) 落實校園教育，上課正常化，規定合理上課時數；減少補習率及時數。
- (二) 充足輔導師資，減低鄉鎮差距。
- (三) 增進輔導教師與一般教師精神健康知識並提升專業度。
- (四) 輔導教師培養機制修訂。

六、兒童精神疾病與高風險個案相關登記系統、追蹤與個案管理

- (一) 建立兒童精神疾患與高風險個案相關之登記系統。
- (二) 個案管理資源充足，確保個案接受必須之協助。

七、校園霸凌防治

- (一) 營造有利於減少霸凌的教育、社會環境。
- (二) 建立國際認證制度，採取有效國家層級防治策略。
- (三) 協助各級學校發展預防和介入校園霸凌，並建立具足夠的校園人力、知識和能力之霸凌防治組織。
- (四) 建立有效的霸凌盛行狀況偵測系統。
- (五) 針對霸凌高風險族群提供防治協助。

(六) 提升社會大眾對霸凌的了解，建立校園、社區、醫療單位合作模式。

(七) 重視校園外霸凌事件，並建立及時處理機制。

八、罹患身體疾病兒童之心理調適與精神健康改善

(一) 兒童醫療照護團隊均具備基本精神健康共同照護之知能。

(二) 兒童精神健康照護團隊專業人力質量均須充足。

(三) 建立融入精神健康照護之身體疾病醫療照護系統。

九、人人皆是自殺守門人

(一) 建立完整之「自殺守門人」制度，「自殺守門人」為「當任一個人接受訓練後懂得如何辯認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者」，則可視為自殺防治守門人。

(二) 改善社會環境，以利自殺防治。

(三) 媒體自律，以預防自殺。

十、提升兒童幸福感

(一) 定期檢驗兒童幸福感。

(二) 瞭解影響兒童幸福感的家庭結構、校園、社區之決定因子。

(三) 逐年改善影響兒童幸福感決定因子與增加兒童幸福感。

參、策略

一、監測並降低精神健康疾病與問題之高環境因素

(一) 減低自殺、焦慮症、憂鬱症、物質使用（菸、酒、檳榔、毒品）、虐待、創傷盛行率相關疾病的三級預防

1. 初級預防：針對兒童、家長、教師、專業人員等強化精神健康相關知識與疾病認識，並促使去汙名化，以增進全民精神健康人權意識與覺察。在社區、學校或醫療等相關機構，應定期舉辦大眾講座，讓社會大眾對精神疾病患者有正確認識和瞭解。

2. 次級預防：定期篩檢高危險家庭、兒童、少年。在社區、學校應每年進行精神健康篩檢，針對兒童常見精神疾病患者，包含注意力不足過動症、自閉症、對立反抗症、品行障礙症等，進行兒童、家長、教師間評估，並建立良好的校園、醫院、社區通報系統，落實執行。

3. 三級預防：對有精神健康問題兒童提供介入服務，包括個別、家庭、校園、社區、醫院等，讓患精神疾病的兒童青少年能在學校、社區或醫院復健治療。

(二) 建立完整通報醫療教育輔導網絡

透過醫療教育輔導網絡與資料共享，建立完整通報、評估、治療之整合平台，並提供不同專業的溝通教學平台。

(三) 定期監測兒童精神疾患

建議定期舉行大、小型兒童與青少年精神流行病學調查。2015~2017年進行的全國兒童青少年精神疾患流行病學調查，涵蓋的調查對象為9~13歲；然而根據專家建議，調查範圍應涵蓋兒童期至18歲，因13~18歲的孩子身心會有極大轉變；在此年齡範圍，各種精神疾患盛行率可能有所變化。定期調查能了解其資源需求、各項疾病盛行率是否改變或致病因子是否有所不同。盛行率改變能提供各相關專家檢視，以了解現況並與健保資料進一步比對。

1. 大型調查：建議每四年舉行一次全國調查。若後續經費充足，以四年為間距的考量相當務實；若後續經費有限，建議不要超過十年，才能檢視兩次調查間的變化、臺灣社會及全球環境局勢變遷之關係，使臺灣兒童精神醫學政策得以銜接。另外，也需同時檢驗兒童發展在不同時期的危險及保護因子。最近一波全國性兒童精神疾患調查僅及13歲，但13~18歲正值青春期的，是各種精神疾病疾患好發時期，且孩子狀況有巨大改變，能藉此得知需投入多少資源、特定疾病盛行率是否在不同時期改變，或危險因子是否有所不同。盛行率的改變可以檢視過去國家政策規劃是否對精神疾患的降低與控制達到效果。此外，也可跟健保資料進一步比對，以了解國人在兒童青少年精神疾患就診率是否偏低。

2. 小型調查：應每年定期於各縣市、集合社區與學校進行一至二次簡易兒童精神疾患篩選，建議篩檢疾病為自閉症、注意力不足過動症、衝動疾患、情緒疾患與自殺問題。可由簡易問卷採兒童、家長、教師三方評估，由兩方同時評比後，獲得高分之臨床特質學童進一步轉介至臨床診斷會談，以估算特定精神疾患的加權盛行率及相關危險因子，有確切診斷的兒童青少年應獲得即時協助。

(四) 全國性兒童與青少年就學壓力與壓力源的定期評估與追蹤

臺灣目前缺乏對兒童與青少年就學壓力與壓力源完整的瞭解與評估。教育部與相關單位嘗試推廣多元升學與教育方式，其訴求之一在於降低兒童與青少年就學壓力，但教育部卻未針對就學壓力進行定期評估與追蹤，因此難以瞭解相關教改在減輕就學壓力的成效。另外，根據國家教育研究院「十二年國教適性入學議題調查結果」，針對12年國教的改革，只有兩至三成學子認同升學壓力些微降低。臺北市教師另一項調查進一步詢問教改是否導致學童升學壓力增加，結果發現，三成學童反映教育改革增加就學壓力。除了教改，目前國家教育研究院與教育部並未針對其他兒童就學壓力進行全面性調查與追蹤。政府與教育部應持續與系統性追蹤臺灣學童就學壓力與壓力源，並根據調查結果規劃後續方針。

二、建立兒童精神健康友善環境

(一) 增加大眾兒童精神健康之知識與覺察度

1. 基礎教育納入兒童精神健康知識

目前基礎的健康教育精神健康方面章節比生理健康缺乏，且只涵蓋物質使用、壓力與情緒困擾；建議應納入兒童常見精神疾患，如自閉症、注意力不足過動症、行為規範障礙症等與校園霸凌、自殺等之介紹與因應。另對醫師與教師之專業養成也需提供兒童精神健康知識基本課程。

2. 針對一般醫療專業人員(非精神醫療)，需納入精神健康足夠訓練與對應，讓整體醫療健康人員同時瞭解生理與心理健康。

(二) 增加大眾對兒童精神疾病整體接受度

1. 規劃定期兒童精神健康活動

政府整合精神健康宣導活動，成立規劃部門，定期由兒童精神科專科醫師主持社區、校園精神疾病演講與宣導，提供家長、教師乃至於兒童本身心理衛生資訊的社會教育，以減少精神疾病汙名化並提高求助意願，並提供具實證的各項醫療治療模式資訊，包括藥物治療正確知識等。強化社會連結：舉辦多元社區活動，讓大眾了解精神病患。

(三) 增加兒童精神疾患患者職業能力與社會獨立能力

1. 提供兒童精神疾患障礙者的學業與就業轉銜輔導服務。

對具工作能力之兒童精神疾病患者，政府應提供轉銜輔導服務，培養與增進兒童精神疾病患者職業能力與社會獨立能力。

(四)改善兒童精神疾病照護之需求

1. 提供充足兒童精神疾患障礙者之照顧者所需要照護知識、協助、補助與適度的喘息服務，降低照顧者之負荷。

三、精神醫療資源公平、服務項目與人力增加

(一)提高兒童精神醫療專業人才比例、平衡地理分布

1. 逐步按計劃與退休人力估算，增加兒童青少年精神科醫師人數、相關醫療專業名額管制應鬆綁。
2. 逐步於各縣市（特別是花東地區）醫療院所規定需招聘足夠數量之兒童青少年精神科專科醫師，並期待國家落實總體規劃，減少城鄉差距，以鼓勵人才留在非都會區；並將兒童青少年精神科專科醫師列入醫院評鑑項目。

(二)提高精神醫療相關給付與資源挹注

1. 遠距醫療等法規鬆綁，增加醫療可近性，降低醫療取得的中間流程。
2. 充足校園社區心理衛生資源，增加校園教師心理衛生教育、適性發展教學訓練、心理輔導老師師資，社區提供更多元心理諮商服務並需宣導，以提高民眾利用率。
3. 對心理衛生醫療資源缺乏地區提供替代資源，包括提撥專案專款、偏鄉的家醫科、小兒科醫師接受兒童心理衛生專業重點訓練。

(三) 增加兒童精神醫療多面向服務

1. 推動「精神醫療品質提升計畫」，需於健康保險經費設有獨立經費來源。
2. 推動精神醫療外展計畫，由精神專業人員團隊針對移動困難的患者提供到府服務。
3. 兒童青少年輔導服務電話專線除目前提供個案本身外，應另增設以家長為主的諮詢服務。
4. 推廣兒童精神疾患患童的手足成長團體、家長親職團體。

(四) 兒童精神醫療人力與專業能力的增加

1. 提升精神健康醫療工作人員之專業能力

- (1) 2030 年於各專業養成訓練教育，提供各兩個月精神心理專業實習機會。
- (2) 仿照兒童青少年精神科次專科醫師制度，各專業逐步規劃兒童青少年心理工作之進階訓練或專業證照認證。
- (3) 建立各專業醫療人員需求比值與需求評估，並改善醫療人員與患者比。
- (4) 建立各專業醫療人員之精神健康醫療臨床指引方針與各醫療專業完整的督導制度，提升專業水準。

2. 兒童精神健康專業跨團隊整合

- (1) 強化醫療轉介資訊與連結。
- (2) 開放跨專業共同繼續教育，系統性規劃繼續教育主題，主題式進行在職認證。

(五) 教育正常化、輔導品質與精神健康知識提升

1. 落實校園教育，學校上課正常化，減少補習率與補習時數

- (1) 需持續提升學校教育師資與授課內容品質，增加學生上課動機和學習效率，以減少課後補習。
- (2) 不適任教師需有相關輔導程序，協助其提升教學品質或轉任非教學工作。
- (3) 調整學校上課時間，降低學校上課時數，培養從事休閒活動之興趣。
- (4) 學校上課正常化，完整規劃由國小到中學美勞、音樂、體育等課程且確實執行，以培育下一代藝術素養，並減少學生課後補習相關課程。

2. 增加輔導師資/學校諮商心理師質量，縮小鄉鎮差距。

- (1) 估算輔導教師學生比值，使輔導教師負擔合理化。
- (2) 逐步於各縣市（特別是花東地區）招聘足夠數量輔導教師，學校皆應具有合理輔導教師人數。

3. 增進輔導教師與一般教師精神健康知識

- (1) 教育部可參考澳洲、韓國制度，在學校市區推廣由兒童精神專科醫師規劃、針對一般民眾的兒童青少年精神疾病認識之講座課程，給予繼

續教育積分。另外，校園輔導諮商也應徵詢具豐富臨床經驗的兒童青少年精神專科醫師建議。

(2)建請教育部全面檢討目前各級教師繼續教育學分時數以及內容，增加繼續教育內容分級，以逐步增加常見兒童精神疾病的認識、基本評估技巧和初步處遇技巧。

(3)繼續教育授課內容與教師資格需要嚴格把關，需諮詢相關醫療專業學會，以安排適當講師，確定教師獲得正確知識、習得正確技能。針對患有精神疾病學生，強化地方政府教育單位的三級預防和處理人力（隸屬於教育單位的社工師和心理師），增聘隸屬於地方政府教育單位的專業心理師。

(六) 兒童精神疾病與高風險個案相關之登錄系統

針對兒童精神疾患如自閉症、注意力不足過動症、自殺相關問題、兒童虐待、家庭暴力等，在嚴謹保護個案隱私制度下，建立完整登錄與管理系統，並進行追蹤，以了解後續發展，適時介入。

(七) 校園霸凌防治

1. 從經濟、治安、社會安定、教育理念等層面，營造降低校園霸凌的社會環境。
2. 成立高層級行政組織，依據國際經驗和本地需求，研擬並執行國家層級霸凌防治策略。
3. 政府鼓勵各級學校通報霸凌事件，並編列充足經費，建立各級學校霸凌防治應具備的人力、知識和能力。
4. 建立獨立且有效的偵測系統，定期呈現校園霸凌盛行狀況，作為調整策略之依據。
5. 針對各類防治霸凌高需求族群，發展個別預防和介入策略，並實際執行、評估成效。
6. 藉由大眾媒體宣導，提升社會大眾對霸凌的了解；鼓勵並補助各級學校發展校園和家長、社區、醫療單位合作模式，並評估成效。
7. 各地方政府建立專責單位，以偵測和處理發生在校園外的霸凌事件，並評估成效。

(八) 改善罹患身體疾病兒童之心理調適與精神健康

1. 所有醫療照護團隊具基本精神健康共同照護之知能

- (1) 在兒童醫療照護相關專業學會的教學課程，訂定合宜比例之臨床兒童精神醫學課程內容逐步落實，以達到教學目標。
- (2) 充裕臨床兒童精神醫學教學師資與場所。
- (3) 透過醫學院、醫院及各專業學會評鑑，評核教學師資、場所與課程之落實與成效。
- (4) 透過各專業學會、區域醫療系統之繼續教育制度，提供足夠時數的兒童精神健康共同照護相關課程。

2. 質量充足之兒童精神健康照護團隊專業人力。

- (1) 建立品質良好之兒童精神健康照護團隊專業人力培育制度。
- (2) 合理醫療給付制度支持兒童精神健康照護團隊專業人員於醫療體系中提供良好品質之照護。
- (3) 訂定兒童醫院、醫學中心及區域醫院兒童精神健康照護團隊專業人力基準，透過醫院評鑑落實執行成效。

3. 建立於各級醫院及社區基層醫療體系融入精神健康照護：

- (1) 兒童醫院及各級醫院兒科建立包含兒童精神健康照護團隊之醫療情況複雜兒童共同照護系統，建置個案管理系統及整合門診，並定期評估。
- (2) 於兒童醫院及醫學中心兒科建立照會聯商 (consultation-liaison) 之共同照護模式。
- (3) 在兒童醫院及醫學中心兒科推廣心理社會迴診制度 (psychosocial round)，進行例行性臨床服務及教學案例討論。
- (4) 建立社區基層包含兒童精神健康照護團隊之慢性病兒童共同照護系統，建置個案管理系統及定期評估機制。

(九) 人人皆是自殺守門人

根據當代世界對自殺研究之學術思潮，針對不同族群，自殺防治策略主要分為指標性 ((indicative)、選擇性 (selective)、全面性 (universal) 的策略三個層面，擬定方案：

1. 針對已有自殺行為的青少年應提供「指標性」預防，例如及早辨認其自殺意念、建立培養自殺防治守門人（gatekeeper）。「一問二應三轉介」是自殺防治守門人的自殺防制的重要技巧；做到「一問」，辨識自殺高風險群與評估自殺意念與精神症狀、「二應」，說服具自殺風險者積極地延續生命、「三轉介」，轉介自殺風險者給醫療院所、精神醫療專業人員、心理諮商輔導人員。→適時伸出援手，並提供當事者後續專業協助。重點工作包括：自殺行為個案之關懷追蹤，建立嚴密的通報流程與處置程序，學校心理輔導系統與精神醫療系統之緊密連結等。
2. 針對具自殺危險因子的高風險族群，提供「選擇性」預防策略，例如善用學校輔導團體、校外輔導資源、網路自殺預防資訊、線上諮詢等，重點工作包括：遭性侵/家暴/霸凌學生/中輟生之關懷處置，強化教師、輔導人員及學生自殺防治教育方案，推動「守門人」積極角色與功能，針對學生家庭之自殺防治宣導及強化家庭功能，及自殺事件發生後的事後處遇等。
3. 對於社會大眾則提供「全面性」預防，例如透過社福、教育、衛生單位等攜手合作，降低致命工具可得性、對於自殺議題負責任的媒體或網路報導、推動精神健康促進與增進復原力相關作為、提倡精神疾病去汙名化運動、防治校園霸凌、強化親職教育及生命教育等。兒童青少年自殺行為不容忽視，唯有透過家庭、學校與社會共同努力，在日常生活中多關心青少年需求、傾聽其心聲，才能達到防治兒童青少年自殺目的。

(十) 策略的整體效益分析

以上所有策略皆需要中央及地方相關主管機構、各醫學院校、各相關專業學會及醫療院所支持與合作，在現有運行系統中加入精進醫療與輔導專業人才培育及提升合作效能機制。若能確實有效執行，預期不僅能改善醫事與輔導人員培育，並對醫療與輔導服務之品質以及罹患精神與身體疾病兒童之預後與精神健康，且降低學校霸凌與自殺情形，並可明顯減低具精神健康困擾的兒童與青少年家庭負擔；整體並可提升臺灣教育與醫療經濟效益，對本土及國際之輔導、醫學教育、醫療體系皆能有所貢獻。

肆、衡量指標

除了以上明確目標及相對應策略外，整合根據國際所建及國內研究的兒童相關精神健康指數，作為目標評估。

一、監測與降低高環境因素之兒童精神健康疾病與問題

(一) 中程指標 (2022)

1. 規劃各縣市系統性整合兒童發展障礙及精神疾患之調查。
2. 規劃全國性兒童與青少年家庭與就學壓力調查。

(二) 長程指標 (2030)

1. 執行各縣市系統性整合兒童發展障礙精神疾病調查。
2. 規劃並執行全國性兒童與青少年就學壓力調查。
3. 建議以下各種兒童精神疾病與危害精神健康事件降低至 50%：
 - (1) 兒童焦慮症盛行率。
 - (2) 兒童憂鬱症盛行率。
 - (3) 兒童行為規範障礙盛行率。
 - (4) 兒童受虐率。
 - (5) 兒童抽菸率。
 - (6) 兒童飲酒率。
 - (7) 兒童非法物質使用率。
 - (8) 兒童霸凌盛行率。

二、建立兒童精神健康友善環境

(一) 中程指標 (2022)

1. 評估並檢測全民與一般醫療人員對兒童精神疾患覺察度與精神疾患接受度。
2. 建置整合性兒童精神健康推廣部門計劃。

(二) 長程指標 (2030)

1. 提高全民與一般醫療人員對兒童精神疾病覺察度與精神疾病接受度比例。
2. 完成中央和地方整合性兒童精神健康推廣部門的建置與運作。

三、增加兒童精神醫療資源公平與人力

(一) 中程指標 (2022)

1. 兒童心理衛生醫療資源普及使用率的初步調查

2. 各縣市兒童精神醫療團隊、醫療院所與醫病比（含兒童精神專科醫師、心理師、社工師等）於各縣市與兒童人數比值相近。
3. 調查各縣市兒童精神相關門診量及醫療、校園、社區轉介網絡數量。
4. 規劃常規性「精神醫療品質提升計畫」。
5. 擇一縣市試辦以家長為主的兒童青少年輔導專線。

(二) 長程指標（2030）

1. 每隔兩年調查心理衛生醫療資源之普及率與使用率統計，並提出改善計畫。
2. 兒童人數/患者與醫療專業人員（含兒童精神專科醫師、心理師、社工師等）醫病比已達合理程度。
3. 普及各縣市提供足夠兒童精神（心智）科門診及醫療、校園、社區轉介網絡系統。
4. 定期實施常規性「精神醫療品質提升計畫」。
5. 全國普及以家長為主的兒童青少年輔導專線。

四、提高不同專業背景之醫療人員與各專業內之醫療人員間服務一致性

(一) 中程指標（2022）

1. 建立國內兒童精神疾患之臨床指引與跨醫療團隊制度。
2. 建立兒童精神醫療團隊之醫療評估制度。
3. 建立跨專業於兒童精神疾患之專科與繼續教育訓練制度。

(二) 長程指標（2030）

1. 各縣市至少成立 2~4 組兒童精神醫療跨醫療團隊。

五、教育正常化、輔導品質提升

(一) 中程指標（2022）

1. 鼓勵輔導教師的養成過程、再教育、督導、評鑑等，納入兒童精神醫療專業背景。
2. 兒童校園每日上課時數減少至七小時以下，上課時間應延至上午八點以後。
3. 兒童以課業為主的補習率降至 60% 以下。
4. 兒童平均每日補習時數降低至一小時以下。

(二) 長程指標 (2030)

1. 學校輔導教師認證與檢核制度涵蓋兒童精神醫療知識，各校輔導教師與學童比達 1：400 以下。
2. 兒童以課業為主的補習率下降至 30%以下。

六、兒童精神疾患與高風險個案相關之登記系統

(一) 中程指標 (2022)

1. 系統建立之涵蓋一半以上縣市。
2. 系統服務項目與追蹤人數涵蓋 80%。

(二) 長程指標 (2030)

1. 系統建立之縣市涵蓋全臺。
2. 系統服務項目與追蹤人數涵蓋 95%。

七、霸凌防治

(一) 中程指標 (2022)

1. 建立統合校園霸凌之防治部門與監測系統。
2. 建立校園霸凌與醫療院所的轉介與連繫制度。

(二) 長程指標 (2030)

1. 校園霸凌盛行率下降幅度大於 10%。

八、改善罹患身體疾病兒童心理調適與精神健康。

(一) 中程指標 (2022)

1. 所有醫療照護團隊具基本精神健康共同照護之知能
 - (1) 在兒童醫療照護相關專業學會之專科訓練教學課程基準，訂定合宜比例之臨床兒童精神醫學課程內容，達成率 70%。
 - (2) 各區域之臨床兒童精神醫學教學師資與場所滿足需求，兒童醫院/醫學中心/區域醫院達成率 80%/50%/20%。
 - (3) 醫學院、醫院及各專業學會之評鑑，納入評核臨床兒童精神醫學教學師資、場所與課程條文：達成率 70%。
 - (4) 各專業學會、區域醫療系統繼續教育課程，提供每半年至少二小時兒童精神健康共同照護相關課程。
2. 質量充足之兒童精神健康照護團隊專業人力

- (1) 醫院評鑑納入兒童醫院、醫學中心及區域醫院兒童精神健康照護團隊專業人力基準條文：兒童醫院/醫學中心/區域醫院符合標準率 100%/50%/30%。

3. 建立融入精神健康照護之身體疾病醫療照護系統

- (1) 於兒童醫院及各級醫院兒科建立包含兒童精神健康照護團隊之醫療情況複雜兒童共同照護系統，建置個案管理系統、整合門診及定期評估機制：兒童醫院/醫學中心/區域醫院/地區醫院達成率 100%/50%/10%/5%。
- (2) 於兒童醫院及醫學中心兒科建立照會聯商之共同照護模式：兒童醫院/醫學中心達成率 100%/50%。
- (3) 在兒童醫院及醫學中心兒科推廣心理社會迴診制度 (psychosocial round)，進行例行性臨床服務及教學案例討論：兒童醫院/醫學中心達成率 100%/50%。
- (4) 推動社區基層包含兒童精神健康照護團隊之慢性病兒童共同照護系統試辦計畫，建置個案管理系統及定期評估機制，同時於臺灣北、中、南、東四區及離島試辦。

(二) 長程指標 (2030)

1. 所有醫療照護團隊具有基本精神健康共同照護之知能

- (1) 在兒童醫療照護相關專業學會之專科訓練教學課程基準中，訂定合宜比例之臨床兒童精神醫學課程內容：達成率 100%。
- (2) 各區域之臨床兒童精神醫學教學師資與場所滿足需求：兒童醫院/醫學中心/區域醫院達成率 100%/100%/70%。
- (3) 醫學院、醫院以及各專業學會之評鑑，納入評核臨床兒童精神醫學教學師資、場所與課程之條文：達成率 100%。
- (4) 各專業學會、區域醫療系統之繼續教育課程，提供每半年至少四小時兒童精神健康共同照護相關課程。

2. 足夠質量之兒童精神健康照護團隊專業人力

醫院評鑑納入兒童醫院、醫學中心及區域醫院兒童精神健康照護團隊專業人力基準條文：兒童醫院/醫學中心/區域醫院符合標準率 100%/100%/70%。

3. 身體疾病醫療照護系統須融入精神健康照護

- (1) 兒童醫院及各級醫院兒科建立包含兒童精神健康照護團隊之醫療情況複雜兒童共同照護系統，建置個案管理系統、整合門診及定期評估機制：兒童醫院/醫學中心/區域醫院/地區醫院達成率 \geq 100%/100%/30%/10%。
- (2) 於兒童醫院及醫學中心兒科建立照會聯商之共同照護模式：兒童醫院/醫學中心達成率=100%/100%。
- (3) 在兒童醫院及醫學中心兒科推廣心理社會迴診制度 (psychosocial round)，進行例行性臨床服務及教學案例討論：兒童醫院/醫學中心達成率=100%/100%。
- (4) 建立社區基層包含兒童精神健康照護團隊之慢性病兒童醫療共同照護系統，建置個案管理系統及定期評估機制，於各地方行政區及離島實施：總達成率 \geq 50%。

九、人人皆是自殺守門人

(一) 中程指標 (2022)

針對青少年自殺方式擬定自殺防治因應策略，所有與兒童青少年福祉相關之中央部會機關，均應制訂針對指標性、選擇性與全面性防治策略與執行計畫及匡列相關預算。

(二) 長程指標 (2030)

強化青少年自殺防治措施，提升並推動各網絡對青少年自殺之重視，以降低青少年自殺死亡率。

十、兒童整體心理幸福感與增加研究量能

(一) 中程指標 (2022)

衛生福利部、科技部與教育部均編列預算獎助與上述策略指標與兒童心理幸福感進行一系列相關質性與量性追蹤研究，建議衛生福利部/科技部/教育部於五年內提升25%之研究計畫數量。

(二) 長程指標 (2030)

完成指標訂定與兒童心理幸福感之相關質性與量性追蹤研究執行，並提供歷年指標與兒童心理幸福感資料與趨勢。