

美國警政人員與精神醫療 專業人員合作模式之淺析

楊曙銘^{*}、呂宜芳^{**}、任怡靜^{***}、陳錦明^{***}

要 目

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 壹、前 言 | 伍、共同因應模式 |
| 貳、警政與心理衛生 | 陸、共同因應模式實證成效 |
| 參、危機處理小組／訓練
模式 | 柒、警政與心理衛生合作模式
之挑戰 |
| 肆、危機處理小組／訓練
模式實證成效 | 捌、政策建議 |

DOI：10.6460/CPCP.202108_(29).06

^{*} 美國喬治梅森大學犯罪學系副教授，美國馬里蘭大學犯罪學博士。

^{**} 美國喬治梅森大學犯罪學系博士生。

^{***} 美國喬治梅森大學犯罪學系博士生。

^{***} 新北市警察局督察、華夏科技大學兼任助理教授，國立中正大學博士。

摘 要

心理衛生議題近年來在臺灣日益獲得重視，涉及精神疾病當事人之重大刑事案件常是社會矚目的焦點。面對精神疾病患者與處理心理衛生危機事件亦是警察日常執行勤務時可能會面對的挑戰。本文首先介紹三種不同警政與精神醫療專業合作之架構：以警政為基礎之警察模式、以警政為基礎之身心健康模式及以心理衛生為基礎之身心健康模式，並聚焦於危機處理小組／訓練與共同因應模式以及此二模式在各國施行之相關研究證據。本文亦總結此二模式在實施過程可能面臨的挑戰，分別就方案執行、評估研究、組織文化、心理衛生資源與社區資源層面討論。最後，本文亦針對臺灣的政策環境提供相關建議。

關鍵詞：心理衛生、警政、危機處理小組／訓練、共同因應模式、機動危機處理小組

Introducing Different Types of Crisis Response Partnership between the Police and Mental Health Professionals in the United States

Sue-Ming Yang* & Yi-Fang Lu**
I-Ching Jen*** & Chin-Ming Chen****

Abstract

In recent years, incidents related to individuals in mental health crisis have received increased attention in the society. Several high-profile cases involving individuals with mental illness have demonstrated the need to identify better and more effective response strategies. Generally, police are often the first responders to be called to respond to mental health crises. Under

* Associate Professor, Department of Criminology, Law and Society at George Mason University; Ph.D. in Criminology, The University of Maryland.

** Doctoral Students in the Department of Criminology, Law and Society at George Mason University.

*** Doctoral Students in the Department of Criminology, Law and Society at George Mason University.

**** New Taipei City Police Department; adjunct assistant professor at Hwa Hsia University of Technology; Ph.D. in Criminology, National Chung Cheng University.

the current system, they are often not equipped with knowledge and skillsets that allow them to protect the individuals in crisis, themselves, and the society. In this article, we first introduce several collaborative approaches between the police and mental health clinicians that aim at addressing mental health-related incidents. Specifically, we provide an overview of three primary collaborative framework between the police and mental health service providers, including police-based specialized response, police-based specialized mental health response, and mental-health-based specialized response. We focus on reviewing crisis intervention team (CIT) training and the co-responder model and their empirical evidence due to their applicability in Taiwan. Finally, we discuss some challenges in the implementation of CIT training and the co-responder model, as well as related policy implications.

Keywords: Mental Health, Policing, CIT Training, Co-Responder Model, Mobile Crisis Team

壹、前 言

隨著時代的進步、生活步調加速，國人的生活壓力與心理衛生問題也逐漸受到重視。近年來，精神疾病盛行率逐漸升高。根據衛生福利部統計處（2019）最新資料，2018年，精神疾病患者門、住診合計（包括急診）人數超過250萬人；由中央研究院（2012）生物醫學科學研究所統計分析臺灣1990至2010年常見精神疾病，憂鬱症和焦慮症的盛行率自1990年的11.5%上升至2010年的23.8%。近年亦不乏與精神疾病相關的社會案件，通常也被媒體大幅報導，這些都使國人對於精神疾病逐漸重視，然而其中可能仍存在許多對精神疾病族群的誤解、恐懼甚或污名化。

在臺灣及多數國家，警察為處理社會案件的一線人員，許多與精神疾病相關的緊急案件也是由警察第一時間至現場處理。第一線警務人員不但需要處理通報的自殺／自傷等可能與精神疾病相關之案件，隨著精神疾病盛行率的提高，警務人員在日常巡邏中也可能需要處理類似事件。迄今，臺灣有幾起眾所矚目社會案件與精神疾病患者有關，例：2019年的鐵路殺警案與2020年高雄楠梓警方遭襲擊事件，這些案件不但威脅到精神疾病患者周圍人們的安全，也對警務人員造成一些無法挽回的傷害。在案件處理過程中不當警械的使用亦可能危及患者安全，甚至加劇危機現場的風險。在此類社會矚目的案件發生後，民意代表、臺灣警察權益平等協會以及各

個領域的專家學者，紛紛呼籲政府進行改革以及相關法令之檢討，不論是加強社會安全網，落實針對高風險家庭或自殺個案的關懷訪視與服務或是檢討鐵路警察人力、警察裝備與值勤訓練等等。然而，針對警方如何能更妥善處理精神疾病相關案件，目前尚無深入討論。如何強化第一線員警對於精神病徵的辨識力、增強其處理類似案件能力，以保護患者、員警自身保護與社區之安全，確實是臺灣警政單位迫切需要面對與解決的重要課題。有鑑於此，本文將介紹美國為因應警察處理心理衛生危機案件，所發展出不同的警政與心理衛生合作模式之運作以及各國的實證成效，俾利提供臺灣警政單位未來政策制定之參考。

貳、警政與心理衛生

警政與心理衛生合作模式有許多不同的樣態，Deane et al. (1999) 針對全美174個警局進行調查，其中78個警局有處理精神疾病患者相關案件的警察與心理衛生合作方案，作者將所有合作方案分成三類——「以警政為基礎之警察模式」(police-based specialized police response)、「以警政為基礎之身心健康模式」(police-based specialized mental health response) 以及「以心理衛生為基礎之身心健康模式」(mental-health-based specialized mental health response)，摘略分析如下：

在以警政為基礎之警察模式中，由受過心理衛生課

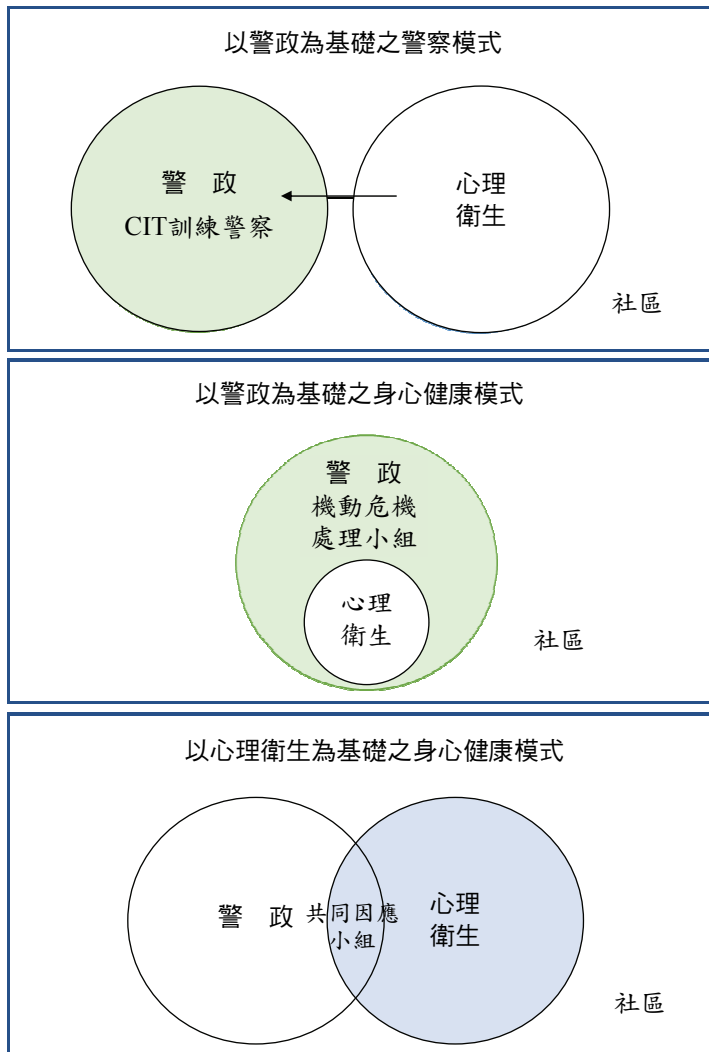
程訓練之員警處理心理衛生危機相關案件，若患者有需要，由員警執行轉向處遇，護送精神疾病患者至相關服務或醫療機構，「危機處理小組／訓練」（Crisis Intervention Team, CIT Training）即屬此類。此模式以警察為主體，發展處理類似案件策略，受訓之員警獨自前往案發現場因應危機事件，心理衛生單位或臨床人員的角色主要是提供心理衛生相關之訓練，如圖（上）所示。

在以警政為基礎之身心健康模式中，臨床人員（例：臨床心理師、社工師或護理師）為警局人力之正式編制，支援警察處理類似的案件，不論是與警察一同至危機現場或遠端透過電話支援，部分「機動危機處理小組」（Mobile Crisis Intervention Team）接近此類合作模式，參見圖（中）。

第三種模式為以心理衛生為基礎之身心健康模式，此模式強調警察與社區之心理衛生系統合作，共同因應心理衛生危機案件，部分機動危機處理小組、「共同因應模式」（Co-responder Model）以及「心理衛生一線檢傷分類模式」（Mental Health Street Triage）屬於此類。因部分共同因應模式的文獻並未清楚區分第二類與第三類的合作模式，因此二類型均包含警察與精神健康服務者共同因應的型態，惟後者提供心理衛生服務者獨立於警局之外，不論是來自社區之民間心理衛生組織或地方醫院，參見圖（下），本文將就廣義的共同因應模式進

圖

警政與心理衛生合作模式：以警政為基礎之警察模式（上）、以警政為基礎之身心健康模式（中）、以心理衛生為基礎之身心健康模式（下）



行討論。以下分別介紹危機處理小組／訓練模式（Crisis Intervention Team, CIT training）與共同因應模式（Co-responder Model）的運作，並進一步討論其研究上的實證成效與挑戰。

參、危機處理小組／訓練模式

曼菲斯模式（Memphis model）於1980年代末，在美國田納西州曼菲斯市警局發展而來，此模式主要是為處理與精神疾病患者相關的緊急案件。1987年，曼菲斯市警局接獲一起案件通報，一名精神疾病患者揮舞著刀，試圖要傷害自己。曼菲斯市警局接到通報後，立刻派員警至現場處理，當執勤員警試圖使此名精神疾病患者放下手中武器時，此名患者突然拿著刀衝向警察，情急之下，執勤員警開槍擊斃該名患者。此案發生後，對於美國警方該如何處理精神疾患相關案件引起了各界關注與討論。曼菲斯市長隨後整合警界與執法機關、社區、專業精神醫療單位以及學者專家等資源，成立了危機處理小組（Crisis Intervention Teams, CIT）。在曼菲斯市長提出整合警察與精神醫療機構等單位並成立危機處理小組後，美國最大的民間心理衛生組織「全國精神疾病聯盟」（National Alliance on Mental Illness, NAMI）提供了一筆資金支持此計畫。此計畫的主要任務是檢視當地警察應對心理衛生危機的訓練以及在面對心理衛生危機事件時，警方如何保障雙方安全。此後，危機處理小組

長期被視為是社區因應心理衛生危機的標準處理模式。由於危機處理小組的發展始於曼菲斯市，隨後整個模式才逐漸推行至美國各城市，因此，危機處理小組模式也被稱為曼菲斯模式。

危機處理小組是一個以社區為基礎、強化警方處理心理衛生危機的方案。此方案整合警察、執法機構、精神健康醫療機構與專業臨床人員、精神疾病患者與其家屬、社區以及其他相關支援單位，共同強化社區對心理衛生危機事件之因應。危機處理小組中最核心的組成是警察，但CIT模式不單是一個執法方案，其主旨是將精神健康醫療機構與專業人員、心理衛生倡導者以及相關人員都納入整個心理衛生危機處理系統，而不再只是由執法單位單方面在第一線處理心理衛生危機事件。在CIT模式的框架中，警察主要是提供支援的角色，而社區則被賦予核心位置，意即此模式強調患者應在社區內使用社區的治療資源或服務，而非進入司法體系，並強調精神健康醫療專業人員、精神疾病患者家屬支持系統的重要。受到心理衛生危機事件處理影響最大的往往是精神疾病患者本身及其家屬，因此透過瞭解病患與其家屬的回饋與意見能使方案更臻成熟，使整個架構更完整（Usher et al., 2019）。

CIT模式最核心的部分是提供警察五天共40小時的訓練。課程主要是由精神健康專家、精神科醫生以及精神疾病患者與其家屬所組成的團隊講授。課程內容包括

精神疾病的跡象與症狀、精神疾病治療、對待精神疾病患者的方式、精神疾病可能的併發症、心理衛生議題相關法律、防止衝突升高（de-escalation）的技巧等，根據需求亦可能涵蓋發展遲緩、老年問題／老年障礙、心理創傷、興奮性譫妄等（Watson & Fulambarker, 2012）。以Thomas Jefferson Area CIT訓練的課表為例，CIT訓練共分成15個單元，第一天先介紹對心理衛生議題的認知、精神疾患的臨床狀態、防止自殺技巧、治療精神疾病的藥物與退伍軍人心理的議題；第二天參訪與CIT搭配的精神醫療機構與收容中繼站；第三天的課程包含降低衝突危機的溝通技巧、危機情境模擬、基本危機處理技巧等；第四天則是強制治療之法規與程序、警察職責、情境模擬演練；最後一天除了針對青少年與發展障礙的課程、病患與其家屬的觀點以及社區資源的介紹，持續有情境模擬演練，訓練結束後有認知測驗（Usher et al., 2019）。由此課表之安排可知CIT訓練不單是傳統上課的形式，除知識的傳授外，受訓員警還需要在模擬實際狀況的場景下進行演練，甚至進入當地社區進行實地訪查（Compton et al., 2010）。受訓主要目標包含強化降低危機現場緊張氣氛、防止衝突升高等技巧並對當地社區所提供心理衛生相關的服務與資源有充分的理解，以便日後值勤時接獲心理衛生或精神疾病相關的通報後，能迅速將精神疾病患者安全的轉介至收容中繼站或適合的機構，而非使用逮捕等強制手段。

除巡邏員警須接受CIT訓練，接聽911報案電話與勤務調度的人員亦須接受相關訓練，以確保相關案件進入系統後能被清楚識別，並有效調度受過CIT訓練之員警至危機現場處理案件。CIT訓練為911勤務調度人員設計了8小時的培訓課程，由專業精神健康機構講授如何辨認與評估精神危機事件、接聽報案電話過程如何詢問適當的問題以瞭解案情及風險，除了可以降低勤務調度人員對精神疾病患者的污名化與誤解外，亦能提高辨識心理衛生危機及評估嚴重程度以決定是否調度CIT員警前往現場支援。以紐約州布魯姆郡（Broome County）為例，在接聽報案電話的過程須遵循一標準問答程序以及相應之調度策略，問題包含精神疾病患者是否正企圖自傷或傷害他人、是否有自傷或傷人想法、是否已有相關計畫、預計使用哪些工具執行（槍或藥物等）、打算如何獲取這些工具、計畫何時執行等。針對每題患者不同的答案會有相對應的調度策略，勤務調度人員可能派遣CIT小組或一般巡邏員警至危機現場。

在確保危機現場的安全後，CIT模式的另一個重點是評估患者狀況，以便連結個案至合適的社區心理衛生醫療或服務系統，此模式執行上常見的型態是員警將個案安全的護送至收容中繼站（drop-off centers），收容中繼站不僅接收警方護送轉介之個案，亦於警方在較嚴重的事件現場時，提供其電話支援，以利員警評估個案與現場的情形。在較嚴重的情況，收容中繼站需要藉由

CIT警察提供大量的資訊（包括現場患者的行為、周圍情況以及其判斷等）以正確評估。由於各州實際執行CIT模式的差異，收容中繼站之功能在各州也略有不同。亞特蘭大警察局自2004年成立CIT小組以來，僅一間當地醫院是收容中繼站，且此醫院不只進行評估同時也是治療機構。但芝加哥則有多間收容中繼站，然而大部分的收容中繼站並沒有針對治療嚴重精神病患的部門與安全設施，因此在個案於收容中繼站經評估後，若屬於嚴重精神疾病患者則必須再轉介至適合的醫療機構安置或治療。簡言之，收容中繼站為CIT模式連結個案至心理衛生服務系統的關鍵流程。

警方普遍認為危機處理小組訓練幫助其對心理衛生知識有更全面的認識，並強化其處理類似案件的信心，這些正面回響也使曼菲斯模式日漸普及。據曼菲斯大學CIT中心統計，2019年全美共有2,700個CIT相關方案於各地警局施行。綜上所述，CIT訓練模式能強化受訓警察的危機處理及應變能力，並連結個案至社區心理衛生系統，兩方的聯繫與合作能避免精神疾病患者進入刑事司法系統的旋轉門，而是在最適合的機構接受治療，另患者家屬的配合亦扮演患者在社區康復過程中重要支持的角色，使社區、精神醫療機構和警方都能在CIT架構裡發揮最大效益。

肆、危機處理小組／訓練模式實證成效

Peterson與Densley（2018）回顧了25篇於2005至2015年間美國CIT訓練模式之評估實證研究。由於每篇文獻的研究方法與結果數據不一致，此研究並沒有進行後設分析。所回顧之文獻樣本多集中在南部和中西部各州（喬治亞州、芝加哥、俄亥俄州、肯塔基州、佛羅里達州），且均集中於大城市，因此對於這些研究結論能否推論至其他心理衛生資源較不足的地區待進一步討論。研究結果顯示CIT訓練能減少與精神疾病患者互動時武力或警械的使用、提升將患者送至收容中繼站評估的可能、提高對精神疾病知識的理解、更認識精神危機徵狀，CIT訓練在此些層面較為有效。但作者亦指出這些研究中CIT模式定義太過廣泛，整體而言僅有40小時的培訓被保留，其他要素並未徹底執行，且其中有6篇文獻僅依賴警察的自陳報告。雖有研究指出CIT訓練減少逮捕患者的比例（Franz & Borum, 2011），然而亦有研究結果顯示逮捕增加（Teller et al., 2006）或無顯著影響（Watson et al., 2010），另有一篇研究指出CIT受訓警察比未受訓警察更有可能在與精神病患互動中使用武力（Morabito et al., 2012）。

Rogers等人（2019）鎖定198篇CIT訓練研究文獻進行分析，主要以實驗法或準實驗法為主要的研究為樣本。分析結果指出，大部分研究認為CIT對於警察的自我滿

意度與減少自陳武力使用有效果，CIT訓練亦強化警方執行轉向處遇，將病患轉介至精神醫療體系而非留置於司法體系。然而作者亦指出這198篇中有同儕審閱的文獻較少，但仍對CIT成效保持較正面的態度，認為CIT對於降低逮捕、警察或旁人受傷之可能性、減少武力使用等方面是有效的。

Taheri (2016) 針對1988年至2013年8篇CIT模式文獻進行系統性回顧。綜合5篇CIT研究之後設分析結果顯示與未受訓警察相比，CIT警察逮捕精神病患者的可能性略低，但未達顯著差異。其中Stewart (2009) 與Compton等人 (2014) 之研究顯示，相較於未受訓警察，CIT警察較少使用逮捕手段，但Teller等人 (2006) 卻發現CIT訓練有反效果。此外，就降低警方對精神病患者使用武力層面，5篇文獻的後設分析結果顯示CIT訓練與警察使用武力為正相關但未達顯著。其中僅Morabito等人 (2012) 的研究達正向顯著效果，即CIT可能與更多逮捕有關，然而在其餘4篇未顯著結果中，有3篇呈負相關。作者最後指出，CIT計畫不應該停止，未來評估均應納入CIT警察與未受訓警察，使用有控制組或對照組的評估方法研究其成效。

Bahora等人 (2008) 評估CIT受訓警察與未受訓警察面對精神綜合症患者（憂鬱症與知覺失調），以及物質成癮者在自我效能感與理想社交距離（即警察在面對精神病患／物質成癮者時願意互動的距離）之差異。此研

究比較從當地的警察學校隨機抽樣共34名警察與58名參加CIT訓練的警察的表現。結果顯示在自我效能感部分，實驗組與控制組的前測並沒有顯著差異，但與前測相比，實驗組（CIT警察）後測自我效能感有顯著提高。在理想社交距離層面，實驗組與控制組的前測也沒有顯著差異，但與前測相比，面對精神綜合症患者與物質成癮者的理想社交距離，實驗組（CIT警察）後測有顯著降低。總體而言，此研究結果顯示CIT訓練使警察有更高的自我效能感，並幫助警方能更有效的與精神綜合症患者或物質成癮者互動。

Canada等人（2012）分析不同層級20位警察（其中12位有接受CIT訓練）之半結構訪談，訪談聚焦於警方如何回應與精神疾病相關的電話與其案件處置手段。研究分析顯示CIT訓練在對需求與傷害風險的評估（精神疾病症狀有關的行為）、電話應對技巧（表達協助意願和傾聽）及最後的處理方式（轉介至醫療機構或逮捕）面向有不同的結果：受訓警察認為其執勤時能應用CIT訓練的知識與技能以評估精神病患是否有自傷或傷人的風險，而未受訓警察則表示通常會直接將有精神症狀相關的行為人帶至醫院由醫療人員進行評估與處理。受訓警察亦表示他們能實際應用降低衝突危機的溝通技巧，努力傾聽對方需求，且較願意花時間與患者溝通，未受訓警察對於電話應對技巧並沒有深入討論。較高比例受訓警察願意將精神疾病患者送至醫院，亦向患者介紹社

區心理衛生資源，而未受訓警察通常將精神疾病患者送醫院或逮捕患者。最明顯的差異在於接聽患者電話的時間，如果患者有需要（例：有自傷或傷人之虞的案件），CIT警察願意花較多時間與其溝通，然而未受訓練的警察則投入較少的時間。

Compton等人（2014）針對180名警察（半數為CIT警察）1,063筆與精神疾病患者／藥酒癮者／發展障礙者接觸的案件後之自陳報告進行分析。自陳報告表內容包括武力使用程度，分為七個層級，最低是警察在場（39%），最高是推、撞、抓或使用警械（12%），另處置方式分為無特殊處置（48%）、轉介（34%）或逮捕（19%），並有將患者分為僅精神疾病（40%）、精神疾病加上毒品或酒精問題（10%）、僅毒品或酒精問題（34%）與發展障礙（16%）。研究結果顯示在武力使用程度，有受訓練的警察較常使用「口語」與患者溝通協商，為未受訓者之2倍，差異達顯著。在處置方面，有受訓練的警察更可能使用轉介，約為未受訓者之1.7倍，並且CIT警察使用逮捕較未受訓警察減少約五成。

綜上探討CIT模式成效分析的研究，CIT模式的效果主要顯現在受訓後警察自我效能感的提升（Bahora et al., 2008, Rogers et al., 2019）、對精神疾病徵狀辨識能力的提升（Canada et al., 2012）以及減少逮捕（Compton et al., 2014）三方面。然而對於CIT訓練能否能降低對精神疾病患者武力或警械的使用，過去研究發現則較不一致

(Peterson & Densley, 2018, Taheri, 2016)，目前尚未有定論。另CIT訓練模型是否能適用於小城市、郊區或規模較小的警局 (Peterson & Densley, 2018)，由於許多評估研究僅依賴警察自陳報告 (Canada et al., 2012, Compton et al., 2014) 且CIT訓練模式的成效研究多屬短期評估，CIT訓練之長期成效仍待未來更多研究，在不同區域或國家施行並檢驗。

伍、共同因應模式

危機處理小組模式係強調心理衛生相關訓練在警政體系的重要性，然實際執行上，警方在第一線仍面對許多挑戰，例：因CIT員警值勤時間限制而無法處理所有精神疾病相關案件、面臨較嚴重心理衛生危機案件，警方之專業度仍不足或受訓後警方之知識、態度與應對技巧隨時間而消褪，因此有越來越多不同型態的警政與心理衛生合作模式在全球多國試行。其中「共同因應模式」為一個以社區為基礎，整合社區心理衛生及警政資源的因應模式。當社區中有心理衛生危機事件，由受過訓練之員警與具備心理衛生專業之臨床人員，組成小組共同至危機現場處理案件，此小組至少由一名員警與一名臨床人員組成，同車行動為此合作模式的典型樣態。在危機案件現場，臨床專業人員提供患者支持、做初步評估，並視社區所提供之服務與資源提供轉介之建議，在許多共同因應模型中，臨床人員亦會做後續追蹤以瞭

解個案後續使用服務與資源、接受治療的狀況。此模式的目的包含提升員警面對精神疾病危機案件防止衝突升高的能力、運用社區心理衛生資源增進精神疾病患者之轉介，以減少司法強制力（例：逮捕、警械與拘留）、急救及住院醫療資源之使用，並降低精神疾病患者可能對社區、患者自身與員警安全的危害。此方案通常是針對非嚴重犯罪或暴力問題的精神危機相關案件，更精準的評估個案的風險與需求並及早執行轉向處遇。在此類模式的應用中，有些警局由前置小組或一般巡邏員警第一時間先至現場做初步的處置與判斷，再調度共同因應小組或機動危機處理小組至案發現場提供協助。

以歷史最悠久的洛杉磯警局與洛杉磯精神衛生局的合作方案為例（Kridler et al., 2020），此方案五大要素包含訓練、檢傷分類、危機處置、後續追蹤與社區參與。在洛杉磯警局，員警須接受40小時的心理衛生危機處理訓練，該警局一年共辦理25場相關訓練，參與訓練優先順序為處理觀護業務的員警、實務訓練的員警、參與共同因應模式的員警、處理街友業務的員警與一般巡邏員警。訓練內容包含共同因應策略、降低精神疾病污名化、風險評估、防止衝突升高、個案管理、相關法規、社區資源與心理衛生之自我照顧。而在精神衛生局方面，參與此方案的臨床心理師、社工師、精神科護理師、婚姻與家庭治療師亦須受相關訓練，瞭解方案之執行程序與如何與警方配合。檢傷分類由「精神評估小

組」(Mental Evaluation Unit)的員警進行，需針對由案發現場員警所提供之資訊進行風險評估、進行前科調查、調閱精神衛生局的個案資訊以決定是否調派共同因應小組前往現場協助，並完成案件報告、通知「風險管理小組」(Threat Management Unit)以利後續追蹤。洛杉磯警局共有17個共同因應小組提供每週7日，每日24小時的服務，其職責為至危機現場接手處理案件，於案發現場判斷風險等級、是否需逮捕、送醫、安置或執行社區轉向，臨床人員也可以就個案情況及社區現有資源針對轉介機構提出建議。洛杉磯警局於2019年約有2萬通心理衛生危機相關報案電話，其中約38%由共同因應小組處理。針對後續追蹤，洛杉磯警局亦有個案評估管理方案(Case Assessment and Management Program)，風險管理小組平時針對社區高風險族群進行評估與關懷，組成包含警探與臨床人員，與醫院、監所、法院或患者家屬聯繫，提供處遇建議並執行後續追蹤，此小組2019年約處理二成由共同因應小組協助之個案，通常為較嚴重的案件，例：一年超過六次精神醫療院所收容紀錄者、重複報案之案件當事人、有暴力行為者、具自殺傾向者或有創傷壓力徵候群的退伍軍人等。社區參與層面則包含參加由全國精神疾病聯盟或在地非官方心理衛生相關組織所舉辦的活動或會議，促進警察與社區關係、不同組織間的認識與合作以利未來更有效使用社區心理衛生資源。簡言之，共同因應小組為警方處理社區心理衛生

相關危機的一個重要的環節，主要任務是至案發現場降低危機的風險，並針對個案進行評估與轉介。

Shapiro等人（2015）回顧22篇共同因應模式之評估研究，並提出此模式降低司法強制力、增加轉向可能的運作機制。針對司法強制力的使用（逮捕），作者強調心理衛生教育訓練、與心理衛生單位的夥伴關係與警局組織文化對方案的支持能提升員警於第一線執勤時辨識精神疾病案件的敏感度，且提升對於合作方案的意識與辨別資源使用時機，在此過程中知識、意識與態度的改變能增進其運用社區轉向資源的選擇意願以降低司法強制力的使用。就社區轉向的結果而言，與心理衛生單位的夥伴關係、警局組織文化對方案的支持與社區參與能降低轉向過程可能的阻礙，提升對於合作方案的意識與辨別資源使用時機以增加患者在社區接受治療與服務的機會，進而降低住院醫療資源的使用。簡言之，對於心理衛生危機的辨識力，對於方案目的的理解與對社區資源的認識為降低司法強制力、增加轉向的重要中介機制。

共同因應模式在美國各地與世界各國，亦因地方心理衛生資源差異執行上略有不同，除了上述常見的同車行動模式，Kridler等人（2020）整理了其他相關的合作模式，包含臨床人員針對執法人員之需要提供事後協助、透過電話與視訊電話提供遠端協助、整合緊急醫療救護模型、針對人口販運、街友或藥物濫用問題之多專

業小組、以志工為基礎之非臨床專業模型、以精神疾病或藥物成癮康復者為基礎之同儕支持模型與臨床人員駐勤務指揮中心模型，然多數警局目前之共同因應模式並未提供24小時的服務。換言之，在共同因應模式的架構下，因各地資源與組織編制差異而產生許多不同的合作方式，以下討論將涵蓋：臨床人員駐點警局模式（英國克里夫蘭警局）、與衛政單位合作模式（洛杉磯警局、辛辛那提警局）、與地方醫院或救護單位合作模式（波士頓警局、加拿大多倫多警局）、與地方心理衛生組織合作模式（維吉尼亞州羅亞諾克警局）。

陸、共同因應模式實證成效

實證成效為公共政策執行之重要依據。如前述，共同因應模式有不同的目標，包含減少司法強制力的使用（逮捕、拘留、警械）、警方處理案件效率、降低住院率、增加社區轉向等。另因各國制度與資源差異，共同因應模式在執行上也不盡相同，以下將討論廣義的共同因應模式在不同國家執行的情形與效果，包含美國、加拿大、英國與澳洲。值得注意的是大部分過去的評估研究非隨機分派實驗，因此無法完全排除可能影響方案結果的其他因素，整體而言須更謹慎看待此些結論，勿過度推論，強度更高的證據待未來更多嚴謹的隨機分派實驗研究檢驗。

Lamb等人（1995）評估由洛杉磯警局與洛杉磯衛生

局於1993年開始執行之共同因應方案。在方案實行的二個月期間，共同因應小組（Systemwide Mental Assessment Response Team, SMART）約處理100件相關案件，其中包含嚴重精神疾患、暴力行為、藥物濫用、長期與刑事司法體系及心理衛生體系接觸者。作者發現此方案有助減低公立醫院、住院治療、看守所資源的使用，增進私立醫院、藥物濫用戒治中心、門診治療的使用率。簡言之，作者認為此方案減少精神疾病患者進入刑事司法體系的可能。Lopez（2016）分析2014年7月至2015年6月洛杉磯警局的資料，結果亦顯示SMART相較於一般員警之處置，轉介至醫院比例略高，但均逾七成，約一成SMART的個案接受社區轉向，相較於一般員警執行之社區轉向僅4.7%。其中非自願就醫比例相當，但一般員警之公立醫院轉介比例較高，SMART轉介至公私立醫院比例則相當。作者認為此方案能降低公立醫院醫療量能之消耗。然此二研究僅提供描述性的統計資訊，不論是研究所提及之效果抑或其他面向的效果都有賴更嚴謹研究分析。

Scott（2000）評估一個1995年在美國喬治亞州實行三個月的機動危機處理小組，小組由兩名員警與一名護理師組成至案發現場提供支援，另有一名精神科醫師提供電話諮詢。研究發現相較於一般員警處理58起精神疾病相關案件，機動危機處理小組處理73案中，有較低的住院率（45% vs. 72%），且自願住院的比例較高（64%

vs. 33%)，但逮捕則無顯著差異。機動危機處理小組處理案件成本約減少23%，且患者與警方對此方案的評價均較一般處理模式正面。

與洛杉磯的共同因應模式相似，辛辛那提市警局亦與地方心理衛生單位合作組成機動危機處理小組。Frank等人（2004）的評估研究顯示，就值勤安全而言，在介入前與介入中半年期間警察與危機處理小組人員幾乎沒有受傷，僅非常少的個案在警察至案發現場後，因使用化學類噴霧武器而有受傷，精神疾病患者受傷的情形因在介入前就相當低，並無顯著改變。主觀感受而言，大約半數員警認為處理心理衛生危機相關案件較危險，但約半數員警認為危機處理小組的介入對其認知的安全與風險沒有影響，而機動危機處理小組的臨床人員則認為與警方合作的模式較為安全。醫療院所之轉介因方案實施前比例就偏高並未有顯著變化。案件處理時間部分，較多警察認為合作方案增加其處理案件的時間，因臨床人員在現場進行評估較為耗時。高頻率重複報案的電話在有合作方案的轄區較低。然而值得注意的是對於方案成效之主觀感受，多數警方並不認為危機處理小組人員共同因應模式較為有效，兩方的人力都認為各自處理較合作模式為佳。

Morabito等人（2018）檢視波士頓警局與波士頓醫學中心的共同因應合作方案。在此方案中，臨床人員與員警同車行動，主要任務包含防止衝突升高，減緩員警

或警車鳴笛可能給患者造成的壓力，提供評估與轉向的建議並相關治療與服務的轉介。對於需要司法強制力介入較嚴重的個案，臨床人員則在警局進行評估，增加案件未來於精神衛生法庭審理的可能。除了兩名專責之臨床人員能與警方第一時間至案發現場，醫療中心亦有其他待命的臨床人員提供必要的協助。在方案執行的5年間，累積超過1,110通心理衛生相關報案電話，其中不到一成與犯罪行為有關，其餘案件多是藥物濫用、自殺、家事案件與兒少心理衛生危機等。大約三成個案被轉送至急診，超過三成無特殊處置，讓患者情況穩定後就地離開，14%由警方送至緊急照護中心，8.4%的患者因有自傷或傷害他人之虞強制送醫進行評估，22%患者則接受轉介與追蹤，僅不到1%的患者被逮捕。參與此計畫的員警認為，面對心理衛生危機事件，快速反應至現場是最為有效的處理方式，也是共同因應模式重要的一環。此外，亦有員警表示臨床人員較善於處理此類案件，有較熟練防止衝突升高的技巧，而不致於讓患者或家屬備感壓力。但員警也指出臨床人員和個案互動過程的安全也需要被保護，此為警方參與支援過程的重要角色。

除上述在大都會地區執行的研究，Yang等人（2019）使用隨機分派實驗法評估由喬治梅森大學、維吉尼亞州羅亞諾克警局與非官方心理衛生機構合作的共同因應方案。此計畫隨機分派每日三段員警值班時段至實驗組或控制組，若警局接獲心理衛生相關報案電話，

實驗組時段由共同因應小組至現場處理，控制組時段則僅由一般CIT員警至現場處理。結果顯示實驗組與控制組在全數報案電話與心理衛生相關報案電話在介入期間與介入後無顯著差異。然而值得注意的是，此研究實驗組個案轉介後接受治療率偏低，僅35%。若分析實驗組接受治療個案（接受平均40小時之服務）、實驗組未接受後續治療個案（僅1.2小時之服務）與控制組個案的差異，作者比較介入前與介入後的差異，發現接受治療之個案在全數報案電話、心理衛生相關報案電話均有顯著的降低，而未接受治療的個案的結果則與控制組相似，二類報案電話均增加。此外，接受治療者於實驗介入前有較多的報案電話，意即這群個案消耗較多警政資源，可能是風險或需求相對高的患者。處理案件效率部分，警方處理實驗組心理衛生相關案件的時間在介入期間無差異，但追蹤資料顯示介入結束後則較控制組短。焦點團體的資料顯示警方對於此方案的態度隨著研究的進行越來越正面，認為此方案能減少重複報案電話，雖然他們認為在案件處理效率部分並無明顯提升，需要後送就醫或緊急處置拘留的案件仍舊相對耗時。然而臨床人員對於方案效果的態度則越趨保守，一方面實驗組個案接受治療的比例過低，整體成效有限，另一方面現行之模式無法有效處理個案中常見之藥物濫用共病的問題。

加拿大亦有多個城市警局採行共同因應模式，在Kisely等人（2010）於加拿大東北一省之評估研究中，

機動危機處理小組由便衣警員與臨床人員組成，亦有臨床人員24小時電話協助處理任何與精神疾病相關之報案，針對較輕微的案件，在電話中提供協助與指示，若有較嚴重之案件，則由機動危機處理小組至現場提供協助。此研究結果顯示相較於方案實施前僅由臨床人員提供一天12小時電話協助的模式，機動危機處理小組提供將近3倍的服務人次，其中八成為新個案。此外，即使此類型的案件負擔增加，機動危機處理小組反應時間逐漸降低。處理的案件中半數與自殺有關。在此方案實施2年後，有機動危機處理小組轄區之員警處理此類案件的時間較控制組短。門診醫療資料顯示實驗組個案有較高比例使用門診服務，意即危機處理小組所接觸之個案有較高的就診率。服務對象表示在小組介入過程中，較無被社會排除之感受，也認為此類服務應有更高之涵蓋率，特別是對於無特定居所之精神疾病患者。

多倫多警局則與6家在地醫院組成六個機動危機處理小組，提供每週7日、每日10小時之服務，另有三個輔助小組提供每週4日、每日10小時的支援服務。小組由受過訓練之員警與地方醫院之護理師組成。當警局接獲精神疾病相關報案電話，由前置小組先至現場進行評估。在此模式中，大部分相關案件仍是由前置小組處理並評估現場狀況，機動危機處理小組則視需求提供後續支援，進行社區轉介與後續追蹤或查訪。Lamanna等人（2015）的評估顯示機動危機處理小組在急診等待時間

較前置小組為低。機動危機處理小組有近四成後送就醫個案最終接受住院治療。在方案實施9個月間，前置小組處理約16,000案，機動危機處理小組則處理近2,800案以及逾500案之後續追蹤，其中小組連結1,256個案至社區服務系統，七成個案成功轉介至社區健康服務系統。值得注意的是，約三成機動危機處理小組的個案非新案。機動危機處理小組處理的案件中，僅2%案件中患者、小組成員或在場其他人有受到傷害。患者整體而言給予此方案較正面的評價，普遍認為此方案為較具支持性與賦權的策略（較不會污名化與犯罪化精神疾病患者、較有效執行防止衝突升高、患者有選擇醫院的權利、較符合程序正義），危機處理小組也較前置小組的人員熟悉心理衛生之挑戰與資源，能處理較嚴重的精神危機案件。警方則認為危機處理小組和其角色互補，對於一線的照護因應與資源轉介較熟悉，在過程中也強化其因應此類案件的能力。此外，在加拿大亦有較小警局施行共同因應模式，Semple等人（2020）評估加拿大安略省南錫姆科警局（South Simcoe Police Service）之機動危機處理小組，相較於介入前一般員警的處理，機動危機處理小組提供患者較多資源、較少使用逮捕手段，但自願就醫情況則無顯著差異。危機處理小組的警察亦花較短的時間處理精神疾病相關案件，降低處理類似案件的成本。

英國之實證研究部分，Dyer等人（2015）分析一個Street Triage（ST）模型之前導研究在英國克里夫蘭是否

能有效降低警方短期拘留精神疾病患者以及是否能強化轉介精神疾病患者至心理衛生或社會福利機構。若警方接獲相關通報，駐點於警察局的護理師亦至現場提供即時評估以及轉介相關單位之建議，ST轉介之對象主要為藥物濫用者與精神疾病患者，於研究3年期間平均每月約有30例。研究結果顯示於護理師值勤的時段較低比例的心理衛生相關案件個案被拘留（0.08% vs. 7%），追蹤資料顯示約六成的轉介個案有接受後續相關治療與服務。以克里夫蘭警局的方案為基礎，Reveruzzi與Pilling（2016）評估Street Triage擴大至英國9個城市的執行成效，此方案主要由英國衛生部資助。因各城市之大小不同與轄區資源差異而發展出不同的子模式，包含控制中心之電話支援與追蹤模式、控制中心遠端及現場支援模式、警方求援模式、共同出勤模式、共同出勤與急救聯合模式，共同因應小組亦是由員警和護理師組成。研究結果顯示警方使用拘留的手段較方案實施前1年減少11.8%，其中三個轄區減少逾二成。有六成的精神疾病患者曾經與心理衛生系統接觸的記錄，但這群個案與警方接觸當下有在接受服務或治療比率偏低，僅約二成。針對需要安置的個案，醫療院所的使用整體升高21%，警方留置於警局則降低24%。整體而言，此方案降低警方強制拘留手段之使用，提升轉向措施，不論是由醫療院所或社區心理衛生服務系統所支持。

Robertson等人（2020）簡介一個在澳洲凱恩斯執

行，由昆士蘭警局、昆士蘭衛生局與當地緊急救護單位合作之共同因應模式，共同因應小組由一位精神科護理師、一位心理衛生臨床執業者與一位便衣員警合作，使用之車輛無警車標誌，小組主要提供危機現場支援、評估與轉介治療等服務，也負責心理衛生相關訓練、社區關係營造以及合作方案的發展等。作者歸納了方案執行之四項要素，包含一、參與的員警對處理精神疾病案件有興趣或有精神疾病患者的家屬；二、上級主管機關的支持與對於新方案的接受度；三、跨單位合作之管理；四、小組成員有相同辦公場所利於資訊分享與意見交流，作者認為此四要素為共同因應模式成功執行之關鍵。

綜觀各國之研究成果，就司法強制力的成效部分，共同因應模式整體而言能降低警方對精神疾病患者之逮捕與拘留（Dyer et al., 2015; Reveruzzi & Pilling, 2016; Semple et al., 2020），且臨床人員至現場的支援的模型的效果較在遠端協助的模型效果為佳（Puntis et al., 2018），然武力或警械的使用則無顯著變化（Frank et al., 2004）。部分研究亦顯示此方案降低警方案件處理時間（Kisely et al., 2010; Semple et al., 2020）。此模式在防止衝突升高及預防危機可能造成的傷害方面較具成效（Morabito et al., 2018），並增進社區轉向之處遇（Lamanna et al., 2015; Semple et al., 2020），提升社區心理衛生資源的使用率進而降低急診醫療資源的使用

(Shapiro et al., 2015)。在住院治療方面，研究結果則較不一致，有些研究指出共同因應模式能減低患者住院醫療使用率 (Scott, 2000)，有些研究則顯示此模式仍有相當高的住院使用率 (Lamb et al., 1995)。在精神疾病患者方面，此方案讓其感受較安全、減低污名化、較重視患者賦權與程序正義 (Kisely et al., 2010; Lamanna et al., 2015)，且便衣員警、無警察標誌之車輛之使用，與人數較少的共同因應／機動危機處理小組至現場效果較佳 (Puntis et al., 2018)。對於服務提供者而言，此模式確實提供更好的合作管道與協調不同單位之資源 (Morabito et al., 2018)，然而現行共同因應模式的涵蓋率以及服務量能仍然有限。另因共同因應模式的文獻中僅一篇使用實驗法，讀者須更謹慎地看待這些結論。

柒、警政與心理衛生合作模式之挑戰

以下分析心理衛生與警政合作模式在實證研究中執行所面臨之挑戰，大致可分為五大面向：方案執行層面、評估研究層面、組織文化層面、心理衛生資源層面與社區資源層面，分述如下：

方案執行層面之挑戰包含個案隱私保護、評估計畫、資料建檔、目標族群設定與辦公空間規劃等。因共同因應方案為跨部會／單位合作之模式，資訊如何共享、系統建置、個案資訊共享之範圍與條件、隱私保護等都是不容忽視的議題 (Robertson et al., 2020)，此疑

慮在民眾對於警政單位不夠信任的社會可能會更加嚴重。多數過往之評估研究聚焦於警方所收集之數據，如報案電話數量、反應時間、案件處理時間、強制力使用等，忽略個案心理衛生相關之結果（Robertson et al., 2020），接受治療動機、穩定接受治療、疾病康復與預後等都是未來研究需要更重視的部分。充足的資料收集亦為相當重要的一環，精神疾病相關案件檔案建置能幫助決策者瞭解警政單位與精神疾病患者接觸的案件數量與真實情況，進而視問題與需求規劃合宜的方案，有明確基準值（baseline rates）數據也助於評估並比較不同子模式的執行情況與結果（Reveruzzi & Pilling, 2016）。此外，因資源有限，目標族群之設定亦是此模式執行上需面對的問題，某些類型案件乍看可能不會被歸類為心理衛生相關案件，但高比例存在與精神疾病共病問題，例：家事案件、藥物濫用等。因此，精神病徵識別、強化一線檢傷分類、建立不同層級或類型之轉向均為方案規劃甚或是執行需要解決的問題。不同地域問題本質的差異可能會發展出因應不同需求的模式，近年來亦有不少針對物質濫用者或智力／發展障礙者所發展出的模式（Watson et al., 2019）。最後，許多研究指出共同因應小組的員警與臨床人員有共同辦公空間有助於模式的發展與執行，能促進警方與臨床人員間的理解、信任、溝通與意見交換（Dyer et al., 2015, Reveruzzi & Pilling, 2016）。

就評估研究層面而言，嚴謹評估研究的缺乏為危機處理小組模式與共同因應模式研究最巨大的挑戰。評估研究中的黃金準則——隨機分派實驗法——是透過隨機分派的過程消除混淆變項可能對結果造成的影響，始能歸因實驗的效果於方案之介入。除Yang等人（2019）之研究外，本篇所回顧的研究均非隨機分派實驗法，許多原先已存在的因子（例：個案病情嚴重程度、人口變項、共病問題等）均可能影響到方案效果的評估，舉例而言，若在評估研究中，僅較嚴重的個案才接受共同因應模式的協助，那效果不明顯可能源於精神疾病的嚴重性，導致方案的效果被低估。不論危機處理小組模式或共同因應模式，方案的實際成效仍待更多未來大規模嚴謹的實驗評估。此外，過往研究普遍追蹤時間較短，缺乏長期評估研究，然而精神疾病的康復可能有賴長期資源投入與社會支持，兩三個月短時間的追蹤可能難見其成效，故長期追蹤研究亦是未來研究重要的方向。過去研究多聚焦於結果評估，然而過程評估為社會科學實證評估研究非常重要的要素，方案之執行是否忠於實驗設計亦是可能混淆實驗效果的因子，較明顯的問題是轉向後續服務治療的涵蓋率過低，雖因實驗倫理，無法強制患者接受後續治療，然如何提升社區處遇的執行亦是共同因應模式評估研究的重要課題。

組織文化層面是落實實證警政之關鍵要素之一。Lum與Koper（2017）認為一般警局之運作強調標準作業

流程，常依賴傳統與過去經驗作為決策的依據，此標準作業模式相較於以實證為基礎之警政為相當不同的思維架構，標準作業流程可能讓一般業務的運作與執行效率增加，但也讓警察在訓練及實務運作的過程中較缺乏對實證研究的認識與對證據強度的判斷力，強調標準作業流程的框架亦會影響到其問題解決策略。相對保守的組織文化確實影響警政體系對於實證研究與較創新的問題解決策略之接受度。Fleming與Rhodes（2018）亦指出警察往往認同實證警政之重要性，但對於現實中實踐的可能性則持保留態度。實際上，執行以實證警政為藍圖的策略需要克服諸多挑戰，包含警察體系對失敗的容忍度低、警局的管理約束、上級的支持與否等。較為保守的組織文化不但會影響其對專家或學者提出意見之接受度、限制較創新的策略施行之可能，亦會影響與其他部會、組織或單位合作的意願。然而，不論是在危機處理小組或共同因應模式中，不同單位間之溝通與理解、對實證研究的判讀都至關重要，與外部專家學者並其他心理衛生組織之意見交流與互動有助於此類跨部會方案的發展與執行，組織文化變革在此過程中為相當重要的催化劑。

就心理衛生資源層面而論，雖心理衛生危機事件任何時間都可能發生，但目前多數危機處理小組模式與共同因應模式未提供24小時之服務（Peterson & Densley, 2018, Robertson et al., 2020），擴充服務量能與增加CIT

訓練的涵蓋率才能確保個案在最危急時的人身安全、能接受評估或必要的治療，而非過度倚賴急診資源。再者，城鄉差距也是需受到重視的問題（Compton et al., 2010）。如前述，有些地方可以參與CIT方案的專業精神醫療機構不足，如果超過其可負擔之量能，很可能導致需要評估或安置的患者無法即時接受所需要的治療。在美國因預算不足，相關方案施行之中斷亦是一大挑戰。總言之，在官方資源的分配上，如何擴增危機處理小組模式與共同因應模式施行的地理與時間範圍、提高偏鄉精神醫療評估與治療量能、確保相關方案計畫執行不中斷都是資源層面需要考慮的問題。

在社區資源方面，患者經轉介並開始接受治療後，穩定回診與後續配合有賴社區資源的整合與完善的追蹤系統。社會大眾對於精神疾病的認識與態度亦可能影響患者的就醫意願與家屬的配合度。社會長期對精神疾病的誤解與污名化可能導致患者在有需要的時候仍不願意就醫，而在缺乏適當治療與支持的情況下，社會可能無法有效控制患者對自身以及社區的潛在風險。社會大眾態度的轉變有賴更完善的全民心理衛生教育，可以從學校教育、更貼近生活與社區的衛教知識與衛教平台的普及化著手。此外，若普遍社會大眾對於警政系統的合作方案有充分的認識與支持，對警方的信任與良好的警民關係也助於相關方案的推動與執行，進而強化警方在第一線風險與需求的偵測與辨識、精準評估並與心理衛生

系統的連結以建構更綿密的社會安全網。

回歸臺灣現行制度，以下就心理衛生與警政的三種合作模式若在臺灣實施之可能的優劣情形分析：

首先，臺灣現行警政制度並未有針對心理衛生案件處理的特殊措施。臺灣警政單位及機構採集中制及散在制並存模式，且目前臺灣地區城鄉差距小，南北已形成一日生活圈，更因警政單位屬警政一條鞭制，是以，第一線員警處理精神疾病患者之情況，均以接收110或119報案電話，即派遣員警前往現場處理，第一時間接觸者大部分是精神疾病患者、家屬或親友，惟衛福單位之臨床人員（例：臨床心理師、社工師或護理師）等，因無法均無法24小時服勤及待命，亦因編制人力不足，故均未能及時趕赴現場協助處理。在此種現行制度運作下，以警政為基礎之警察模式在推廣上阻力可能是最小的。然而臺灣的警察訓練課程在心理衛生的實務訓練（例如實際案例演練）若無法有效增進警察的應用能力，則易流於形式。當警察獨自前往案發現場因應危機事件時，若現場狀況在培訓課程中未提及或沒有類似情境演練之經驗，則可能無法有效因應。若僅著重接受心理衛生課程訓練、課程不夠完善或未與時俱進，則一線員警在面臨此類案件之不確定性時，可能仍舊無法即時有效並安全的處理心理衛生危機。

第二種模式——以警政為基礎之身心健康模式，理想上較能處理需要臨床判斷的情形，而臺灣編列之公職

心理師／社工師較貼近此模式中臨床人員在警局中的角色，此模式之成本效益於臺灣而言可能居於三種模式中間。但以臺灣現行之心衛社工制度而言，並沒有醫療團隊作為後盾，故可能無法發揮最大效益，並且臺灣的督導制度也較難配合此模式，警局中心理衛生專業人員該由誰來督導？若由上級警官督導，則有可能造成專業不對口的結果，未來可就公職護理師教育訓練與督導制度為參考方向，思考此問題的解決方式（護理人員法規定機構應置負責資深護理人員一人，對其機構護理業務，負督導責任。而根據所負責的職務不同，規定的在職教育訓練時數也不同，例如「辦理勞工體格與健康檢查醫療機構認可及管理辦法」規定醫護人員需每3年至少10小時的在職教育訓練）。

以心理衛生為基礎之身心健康模式對臨床狀況而言是能提供最佳處遇的模式，若將此模式應用在臺灣，醫療院所以及社區心理衛生中心均有參與共同因應模式的可能。醫療院所部分可以規劃以有提供心理衛生醫療的機構為單位劃分各區域，公立醫院皆可列入此模式之醫療資源。一方面有充足醫療資源（有精神專科），另一方面屬於公立制度醫院可以納入法規當中。但在目前臺灣實施全民健保之制度下，醫護人員人力長期短缺（根據衛生福利部國民健康署（2018）資料2018年臺灣每千人口平均配有醫師2人，護理人員6人），此模式若於臺灣實施，人力資源分配尚需詳加考慮。另根據精神衛生

法第7條，轉介與資源網絡連結係直轄市、縣（市）之社區心理衛生中心之業務範圍，因此亦可考慮運用社區心理衛生中心之資源與人力建構共同因應模式，活化社區心理衛生資源的使用不僅能減低醫療院所之負擔，亦能提升患者於社區治療復健的可能，以社區資源為基礎亦是第三種模式的主要目標。然而城鄉差距所造成醫療資源可近性的差異亦可能影響執行此模式時提供即時協助、評估與治療的涵蓋率。另一個執行上的困難在於醫療與警政是兩個不同的體系，當主管機關的權責不明確，於現場處理時，可能會因不確定以何單位為主要處理人員之故，無法有效的進行最適切的處置，因此，建立單位間的溝通管道以及落實合作方式亦不容忽視。若無部會間的緊密合作關係以及互相支援的模式，談論專業人員之支援及協助形同虛設，將無法落實。除溝通管道之建立，在新的合作模式中，何者主導、何者輔助亦須列入細則。在建立合作關係的同時，我們也認為警察人員應普遍接受最核心的CIT專業訓練，以曼菲斯訓練模式進行集中5天共40小時的專業訓練可幫助第一線的警察人員對於精神疾患有更多的瞭解，始能因應精神疾病現實現場之狀況之處理及排除。

以臺灣現行制度而言，仍有其他的議題待解決：
一、目前未編列經常門預算及人員預算，跨部會合作或可解決此部分的問題；二、另外警察人員雖常第一時間抵達現場，但如果因個人資料保護法問題，而無法立即

準確地瞭解當事人是否有精神疾患，在處理部分會有困難，加強警察人員的相關訓練可助於現場判斷；三、另再依照臺灣地區警察職權行使法及職務協助等規定，經常衍生醫療專業人員無法，或不願介入案件處理之狀況，最後仍由警察人員主導處理，故應加強跨單位合作以建立共識；四、跨單位合作的前提在於醫療專業人員能否及時趕赴現場，及有無編排值班人員。是以，綜觀上述四議題橫斷面及縱斷面而言，能否解決此核心議題才是實務上問題之所在。

捌、政策建議

即使心理衛生與警政合作有許多不同模式，有幾個重要的核心原則適用於所有合作模式。首先是針對患者風險與需求之因應，此概念可參酌 Andrews 與 Bonta（2010）針對犯罪矯治所提出之風險需求反應性模式（risk-need-responsivity model），雖多數精神疾病案件非犯罪案件，但此準則對警政如何面對心理衛生危機仍相當具參考價值。除了社政與衛政系統，警方常是社會中精神疾病患者的接觸者、一線風險與需求的偵測者，雖然心理衛生非其主要業務，但如何在第一線有效處理心理衛生危機事件，執行檢傷分類與社區轉介，不僅能提升患者在社區中治療的可能、降低急診及住院醫療資源使用，也能在減少司法強制力介入下強化患者、員警自身與社區的安全。危機處理訓練能提升員警在危機現

場對於精神疾病病徵的辨識、防止衝突升高的技巧以降低患者第一時間可能對安全造成之威脅與風險，共同因應模式則連結警政與社區心理衛生資源提供患者更多社區轉向的機會。如Yang等人（2019）的研究發現，針對高風險與需求的個案，共同因應模式轉向處遇效果比風險較低的個案為佳，準確的一線檢傷分類確實是不同模式實施的重要基礎。此外，Kisely等人（2010）提到心理衛生系統之健全以確保相關醫療院所有能力接收所有警方轉介的個案為機動危機處理小組成功執行之重要條件，除了健全的硬體系統，在「以心理衛生為基礎之身心健康模式」的架構下，患者之「精神健康」應為處理此類案件之核心，警方具備此認知與心態為模式實踐之重要軟體要件。

在政策與法律層次，可參酌維吉尼亞州州議會於2020年10月通過的Marcus alert system法案。¹此法案目標是強化身心健康與發展服務局與刑事司法機關之合作，共同研議並發展「以實證為基礎」的訓練（包含警察學校、任用前受訓、一線實務訓練、在職訓練等）、警報系統與社區關懷小組（community care teams），相關方案於2021年7月於該州全面實施。此法案之強制訓練內容相當廣泛，包含家事／家暴／性侵案件的處理流程、與

¹ 詳見 HB 5043 Mental health awareness response & community understanding serv. (Marcus) alert syst.; establishes., <https://lis.virginia.gov/cgi-bin/legp604.exe?ses=202&typ=bil&val=HB5043>.

阿茲海默症患者的溝通並如何安全執行護送、詢訊問酒駕嫌犯、增強員警多元文化意識與對於潛在偏見的敏感度、強化因應緊急案件流程、人口販運案件被害人辨識、失蹤人口之救援等。社區關懷小組類似於共同因應模式，由心理衛生服務提供者主導，與疾病康復者、警方協力合作處理精神疾病、藥物濫用、腦損傷、智力及發展障礙等相關危機案件。而Marcus警報系統則是由身心健康與發展服務局和刑事司法機關共同建立標準流程以及時處理任何與上述身心健康相關的報案或急救電話，包含設置「危機接聽中心」(crisis call centers)以進行初步風險辨識與評估，建立「危機穩定中心」(crisis stabilization centers，類似收容中繼站，但非醫療機構)以收容需24小時內觀察留置並等待轉介之個案，以及制定社區關懷小組之介入流程等。簡言之，此法案將危機處理小組／訓練模式與共同因應模式明文化，強調跨單位之資源整合以因應現今心理衛生危機相關案件。

總結而言，針對警政與心理衛生相關政策之發展，短期目標可從提供員警CIT訓練、定期心理衛生相關的在職訓練著手，提升員警對精神疾病的基本認識，提升辨識力、防止衝突升高等技巧與改善精神疾病的污名化問題等。此外，強化社區心理衛生系統，不論是衛政系統或是民間資源，亦是整合不同部門資源之重要前提要件。另警察組織文化改革亦是警察處理心理衛生問題不

容忽視的層面，強調以實證為基礎的犯罪防治與問題解決策略並提升對於不同部門合作方案之接受度。中期而言，盤點社區心理衛生資源、建立可能之合作模式（跨部門合作或公私協力）、進行前導研究與效能評估均為新模式發展與實施的重要過程。長期目標可能包含新模式建構、法規與政策制定、提升服務涵蓋率、常態性評估與滾動檢討等。在美國，從曼菲斯模式的建立至今逾30年，警政與心理衛生相關之合作模式也隨著各地需要與心理衛生資源差異不斷改變創新，如何正視每個時代的社會問題與需要，提出可能的問題解決方案，並找尋以實證為基礎最有效的策略為當今警政體系之重要課題，期許臺灣警察亦能在社會安全網的建構中扮演更積極的角色。

參考文獻

一、中文文獻

- 中央研究院（2012）。國際權威醫學期刊最新報告近20年台灣焦慮與憂鬱症患者比例倍增。中央研究院電子報。 https://newsletter.sinica.edu.tw/reviews/news/read_newse191.html?nid=7329
- 衛生福利部統計處（2019）。精神疾病患者門、住診人數統計【統計年報】。 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1720-7337-113.html>
- 衛生福利部國民健康署（2018）。2018臺灣各縣市衛生所統計年報。 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=582&pid=11009>

二、英文文獻

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.
- Bahora, M., Hanafi, S., Chien, V. H., & Compton, M. T. (2008). Preliminary evidence of effects of crisis intervention team training on self-efficacy and social distance. *Adm Policy Ment Health, 35*(3), 159-167. <http://doi.org/10.1007/s10488-007-0153-8>
- Canada, K. E., Angell, B., & Watson, A. C. (2012). Intervening at the entry point: differences in how CIT trained and non-CIT trained officers describe responding to mental health-related calls. *Community Ment Health J, 48*(6), 746-755. <http://doi.org/10.1007/s10597-011-9430-9>
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., Stewart-Hutto, T., D'Orio, B. M., Oliva, J. R., & Thompson, N. J. (2014). The police-based crisis intervention team (CIT) model: II. Effects on level of force and resolution,

- referral, and arrest. *Psychiatr Serv*, 65(4), 523-529. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300108>
- Compton, M. T., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Krishan, S., Stewart, T., Oliva, J. R., & Watson, A. C. (2010). System- and policy-level challenges to full implementation of the crisis intervention team (CIT) Model. *J Police Crisis Negot*, 10(1-2), 72-85. <http://doi.org/10.1080/15332581003757347>
- Deane, M. W., Steadman, H. J., Borum, R., Veysey, B. M., & Morrissey, J. P. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric services*, 50(1), 99-101.
- Dyer, W., Steer, M., & Biddle, P. (2015). Mental health street triage. *Policing*, 9(4), 377-387. <http://doi.org/10.1093/policing/pav018>
- Fleming, J., & Rhodes, R. (2018). Can experience be evidence? Craft knowledge and evidence-based policing. *Policy & Politics*, 46(1), 3-26.
- Frank, J., Eck, J., & Ratansi, S. (2004). *Mobile crisis team/police collaboration evaluation*. Cincinnati: University of Cincinnati.
- Franz, S., & Borum, R. (2011). Crisis intervention teams may prevent arrests of people with mental illnesses. *Police practice and research: an international journal*, 12(3), 265-272.
- Kisely, S., Campbell, L. A., Peddle, S., Hare, S., Pyche, M., Spicer, D., & Moore, B. (2010). A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 662-668.
- Krider, A., Huerter, R., Gaherty, K., & Moore, A. (2020). *Responding to individuals in behavioral health crisis via co-responder models: The roles of cities, counties, law enforcement,*

and providers. Safety and Justice Challenge.

- Lamanna, D., Kirst, M., Shapiro, G., Matheson, F., Nakhost, A., & Stergiopoulos, V. (2015). Toronto Mobile Crisis Intervention Team (MCIT): outcome evaluation report.
- Lamb, H. R., Shaner, R., Elliot, D. M., DeCuir, W., & Foltz, J. T. (1995). Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police-mental health team. *Psychiatric services*, *46*(12), 1267-1271.
- Lopez, H. (2016). *A descriptive study of LAPD's co-response model for individuals with mental illness: California State University*. Long Beach.
- Lum, C. M., & Koper, C. S. (2017). *Evidence-based policing: Translating research into practice*. Oxford University Press.
- Morabito, M. S., Kerr, A. N., Watson, A., Draine, J., Ottati, V., & Angell, B. (2012). Crisis intervention teams and people with mental illness: Exploring the factors that influence the use of force. *Crime & delinquency*, *58*(1), 57-77.
- Morabito, M. S., Savage, J., Sneider, L., & Wallace, K. (2018). Police response to people with mental illnesses in a major U.S. city: The Boston experience with the co-responder model. *Victims & Offenders*, *13*(8), 1093-1105. <http://doi.org/10.1080/15564886.2018.1514340>
- Peterson, J., & Densley, J. (2018). Is crisis intervention team (CIT) training evidence-based practice? A systematic review. *Journal of Crime and Justice*, *41*(5), 521-534. <http://doi.org/10.1080/0735648x.2018.1484303>
- Puntis, S., Perfect, D., Kirubarajan, A., Bolton, S., Davies, F., Hayes, A., Harriss, E., & Molodynski, A. (2018). A systematic review of co-

- responder models of police mental health ‘street’ triage. *BMC Psychiatry*, 18(1), 256. <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1836-2>
- Reveruzzi, B., & Pilling, S. (2016). Street triage. Report on the evaluation of nine pilot schemes in England. University College London.
 - Robertson, J., Fitts, M. S., Petrucci, J., McKay, D., Hubble, G., & Clough, A. R. (2020). Cairns mental health co-responder project: Essential elements and challenges to programme implementation. *Int J Ment Health Nurs*, 29(3), 450-459. <http://doi.org/10.1111/inm.12679>
 - Rogers, M. S., McNeil, D. E., & Binder, R. L. (2019). Effectiveness of police crisis intervention training programs. *J Am Acad Psychiatry Law*, 47(4), 414-421. <http://doi.org/10.29158/JAAPL.003863-19>
 - Scott, R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatric Services*, 51(9), 1153-1156.
 - Semple, T., Tomlin, M., Bennell, C., & Jenkins, B. (2020). An evaluation of a community-based mobile crisis intervention team in a small Canadian police service. *Community Ment Health J*. <http://doi.org/10.1007/s10597-020-00683-8>
 - Shapiro, G. K., Cusi, A., Kirst, M., O’Campo, P., Nakhost, A., & Stergiopoulos, V. (2015). Co-responding police-mental health programs: A review. *Adm Policy Ment Health*, 42(5), 606-620. <http://doi.org/10.1007/s10488-014-0594-9>
 - Stewart, C. (2009). *Police intervention in mental health crisis: A case study of the Bloomington Crisis Intervention Team (CIT) program* (Unpublished doctoral dissertation). Indiana University.
 - Taheri, S. A. (2016). Do crisis intervention teams reduce arrests and

- improve officer safety? A systematic review and meta-analysis. *Criminal Justice Policy Review*, 27(1), 76-96. <http://doi.org/10.1177/0887403414556289>
- Teller, J. L., Munetz, M. R., Gil, K. M., & Ritter, C. (2006). Crisis intervention team training for police officers responding to mental disturbance calls. *Psychiatric services*, 57(2), 232-237.
 - Usher, L., Watson, A., Bruno, R., Andriukaitis, S., Kamin, D., Speed, C., & Taylor, D. S. (2019). *CIT practice guide 2019*. CIT International.
 - Watson, A. C., Compton, M. T., & Pope, L. G. (2019). *Crisis response services for people with mental illnesses or intellectual and developmental disabilities: A review of the literature on police-based and other first response models*. Serving Safely.
 - Watson, A. C., & Fulambarker, A. J. (2012). The crisis intervention team model of police response to mental health crises: a primer for mental health practitioners. *Best practices in mental health*, 8(2), 71.
 - Watson, A. C., Ottati, V. C., Morabito, M., Draine, J., Kerr, A. N., & Angell, B. (2010). Outcomes of police contacts with persons with mental illness: the impact of CIT. *Adm Policy Ment Health*, 37(4), 302-317. <http://doi.org/10.1007/s10488-009-0236-9>
 - Yang, S. M., Gill, C., Kanewske, L. C., Lu, Y. F., Azam, M., Thompson, P. S., & Chapman, J. (2019). *Improving police response to mental health crisis in a rural area*. Final Report: Bureau of Justice Assistance.