

# 疑似或社區精神病人 照護優化計畫 及精神病人危機處理

徐淑婷 M.D., Sc.D.

高雄市立凱旋醫院社區精神科

08 / 31 / 2023

112 年度全國精神醫療網暨社區精神復健年終檢討會



# 感 謝

心理健康司

- 謶立中前司長
- 陳亮妤司長
- 鄭淑心副司長
- 李炳樟簡技
- 姚依玲科長
- 周保宏科員

各縣市

- 衛生局長官
- 衛生局窗口
- 主責與協辦醫院的醫師、護理師、個案管理師或窗口

凱旋醫院

- 周煌智院長(計畫主持人)
- 黃敏偉副院長
- 陳正宗顧問醫師(已逝)
- 王淑慧主任
- 蔡冠逸醫師
- 簡惠慈社工師
- 黃鈺璉專任助理
- 陳皇旭專任助理

# 感謝管理協調中心之專家委員的指導與協助

專業領域	專家	任職單位
醫師	李新民	現任衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會副執行長
醫師	黃敏偉	現任高雄市立凱旋醫院副院長
醫師	歐陽文貞	現任衛生福利部嘉南療養院副院長
醫師	丁碩彥	現任衛福部草屯療養院副院長
醫師	黃聖林	現任衛福部草屯療養院社區精神醫學組組長
醫師	王禎邦	現任衛福部嘉南療養院社區精神科主任
醫師	楊蕙年	現任三軍總醫院北投分院社區精神科主任
醫師	汪振洋	前衛福部桃園療養院社區精神科主任

專業領域	專家	任職單位
護理	劉玟宜	現任國立臺北護理健康大學教授/護理學院院長/精神衛生護理學會理事長
護理	林幼喻	現任衛福部草屯療養院護理長
社工	吳慧菁	現任台灣大學社會工作學系教授/系主任
社工	廖靜薇	現任福慧社會福利慈善事業基金會社工督導
社工	張莉馨	現任慈聯基金會執行長
社工	陳金玲	前任台灣心理衛生社會工作學會理事長
社工	簡惠慈	現任高雄市立凱旋醫院契約社工師
警政	謝勝隆	現任高雄市政府警察局婦幼警察隊警務員

# 報告大綱

- 01 定位優化計畫
- 02 優化計畫嘗試解決的議題
- 03 優化計畫的實施
- 04 精神病人危機處理：我們做到了嗎？
- 05 優化計畫的新挑戰
- 06 結語

01

# 定位優化計畫



# 2015年以前 台灣社區精神病人個案管理制度



**1984**  
公共衛生護士追蹤  
訪視



**1989**  
居家治療



**2006**  
社區關懷訪視

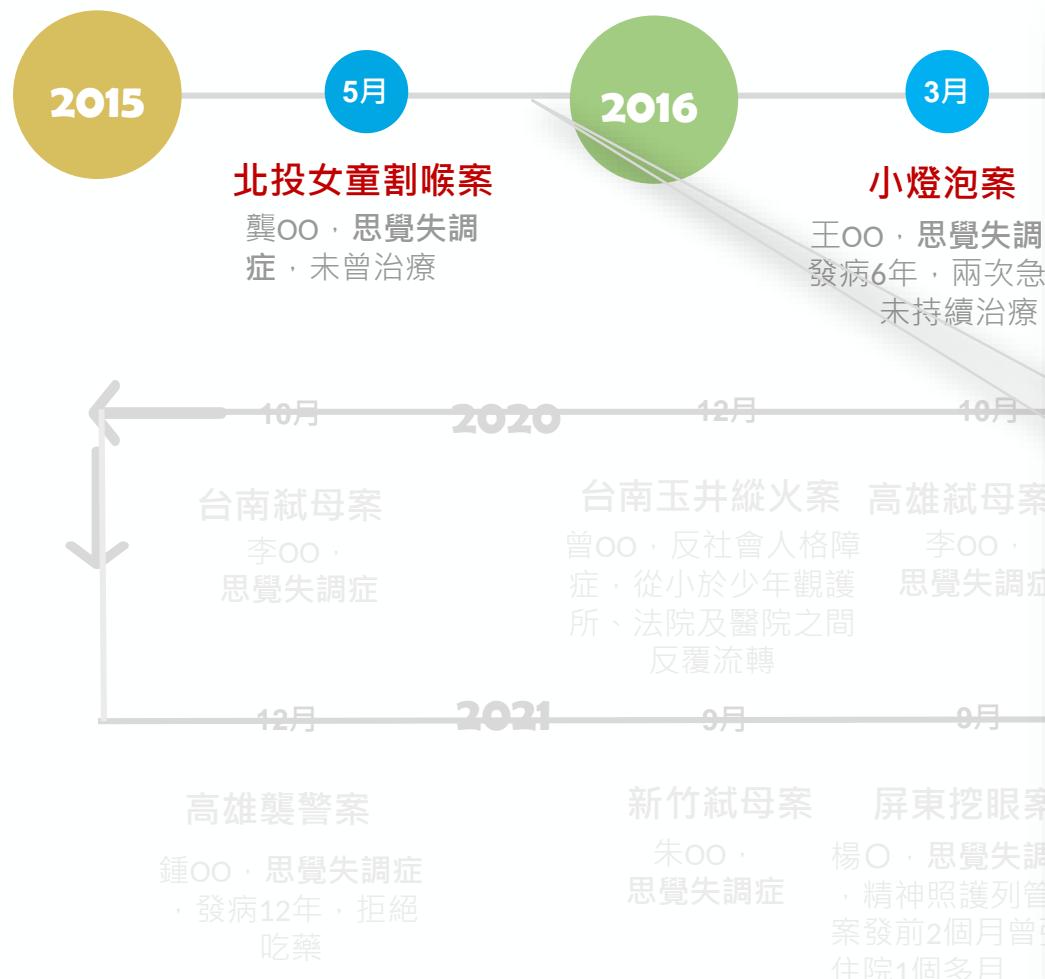


**2011**  
全民健康保險思覺  
失調症醫療給付改  
善方案

# 未持續治療的社會代價

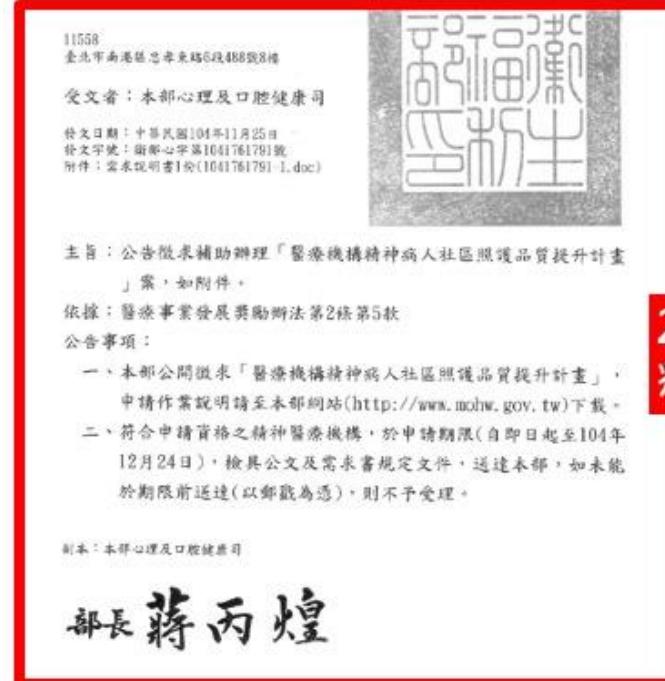
(周煌智, 2022)

其他和精神疾病有關的重大刑案包括：湯姆熊案、醃頭案、新店隨機殺人案等等。



這些由患了精神疾病病人所犯下的案件，不僅傷害了受害人及其家人，也讓社會瀰漫著思覺失調症是不可治又不負責的暴力製造機的錯誤印象，造成精神醫療與病人的負面影響。

2015/05/29 北投女童割喉案



2015/11/25 醫療機構精神病病人社區照護品質提升計畫



2016/03/28 小燈泡事件

# 精神障礙觸法者事件 與社區精神醫療政策的發展

我們要把社會安全網的漏洞補起來。這幾年來，有幾起跟「思覺失調症」患者相關的治安事件，引起很多討論。不只是「思覺失調症」，其他精神疾病、毒癮、家庭暴力等問題也一樣。

我了解民眾的憂慮，這不只是個人或家庭的事，更是政府的事。當家庭無法妥善照顧這些患者時，政府就有責任介入協助。我會強化社會照顧體系，讓第一線的社工能量能夠提升，改善他們的工作環境，讓社工能夠深入最基層，把過去社會安全網沒有接住的人找出來。

另外，對於個案所引發的爭議，我們不能把責任全部推給醫療部門、或個別法官。司法和行政部門，應該要檢討制度、優化制度，該修法的地方，就應該要著手修正。

2020年5月20日蔡總統就職演說

正，未曾治療  
發病6年，兩次急診，  
未持續治療

症，發病8年，停  
藥3年  
症，發病多年  
故停藥



強化社會  
安全網計  
畫第二期

2021/7

2021/8

疑似或社區精神病人照護優化計畫

嘉義殺警案

鄭OO，思覺失  
症，發病多年  
故停藥

全民健康保險精神科病人出院後急性後  
期照護服務試辦計畫(草案)

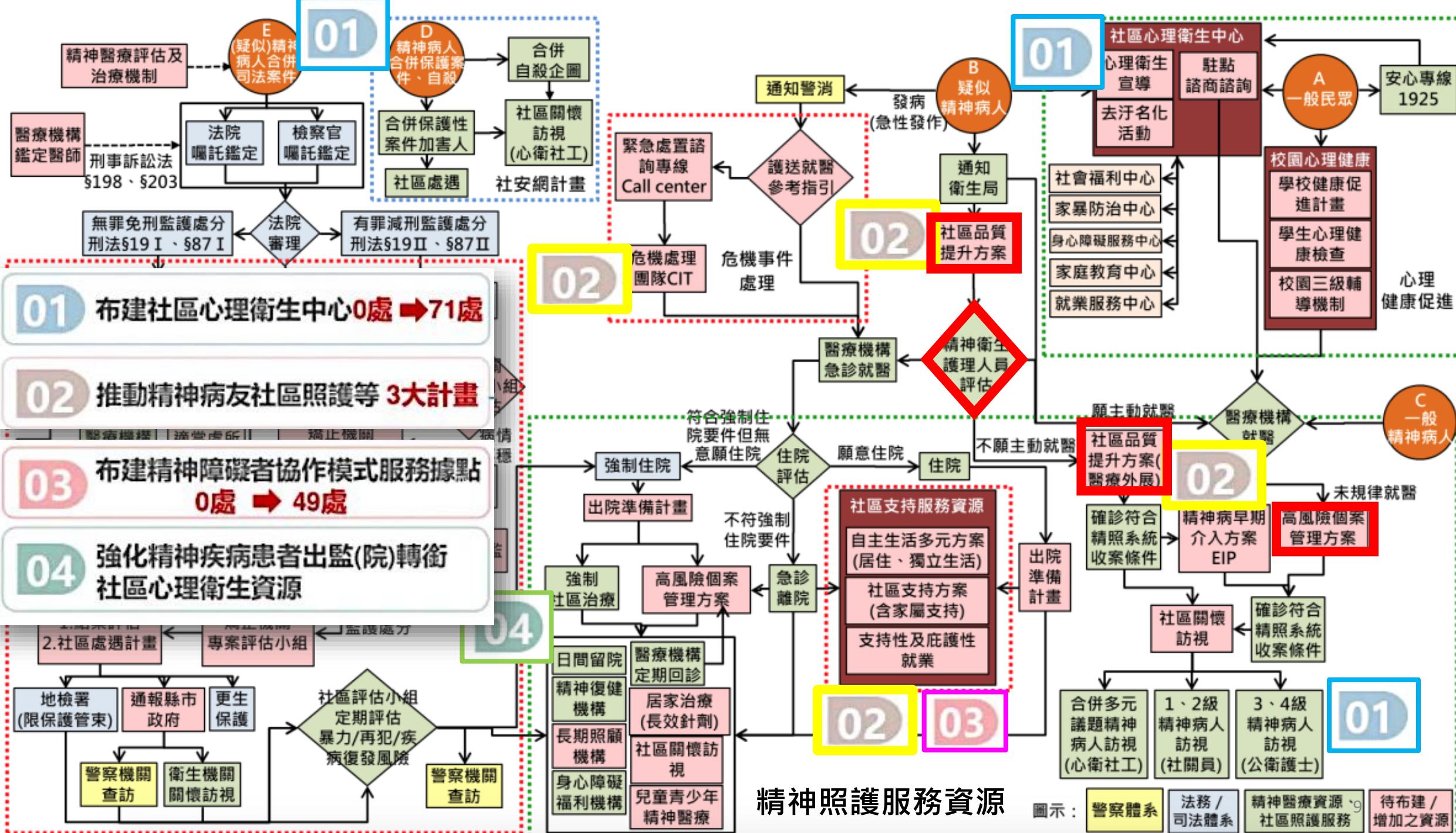
心理及口腔健康司  
110年8月20日

2022/5  
全民健康保險思  
覺失調症醫療品  
質給付改善方案

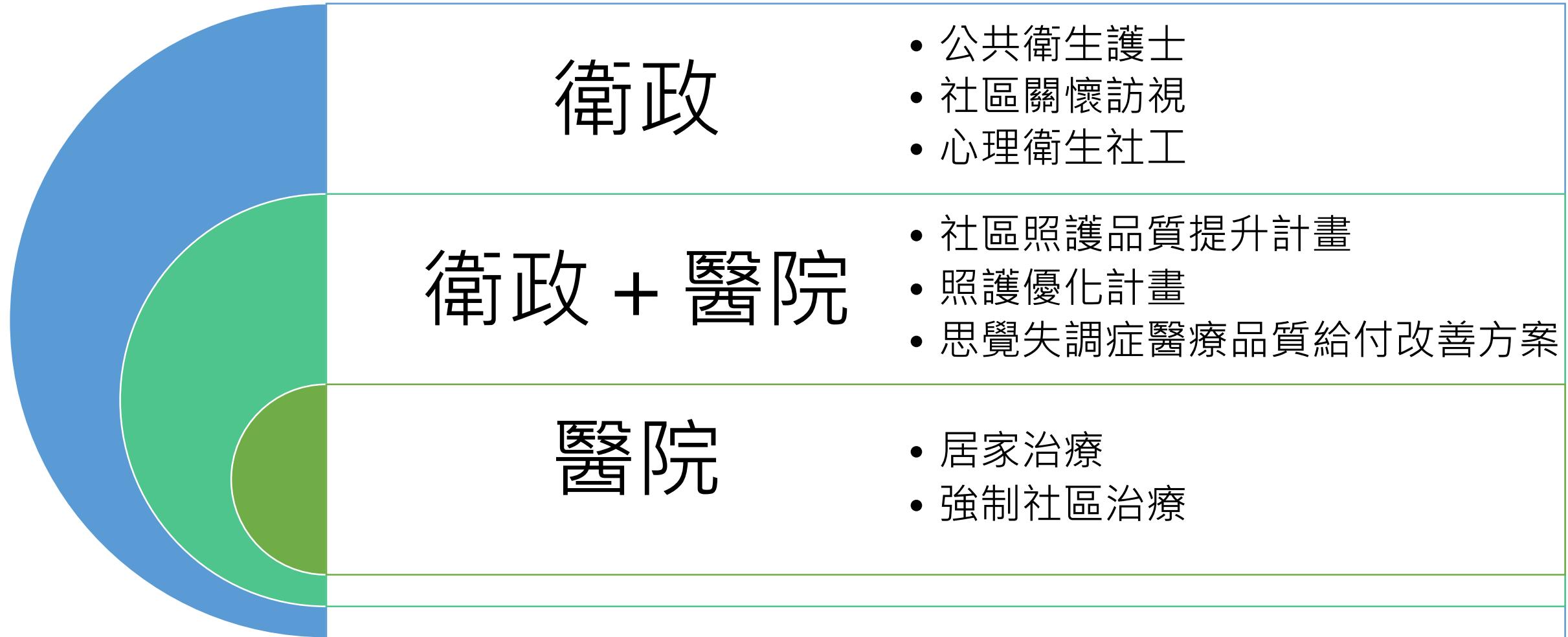
調症  
管，  
增強制

“把社會安全網的漏洞補起來，把過去安全網沒接住的人找出來”

1. 強化跨體系、跨專業與公私協力服務
2. 加強司法精神醫療服務
3. 持續拓展社福中心資源與保護服務
4. 強化人力進用及專業久任
5. 補強社區精神衛生體系與社區支持服務



# 現在，社區精神病人的個案管理制度

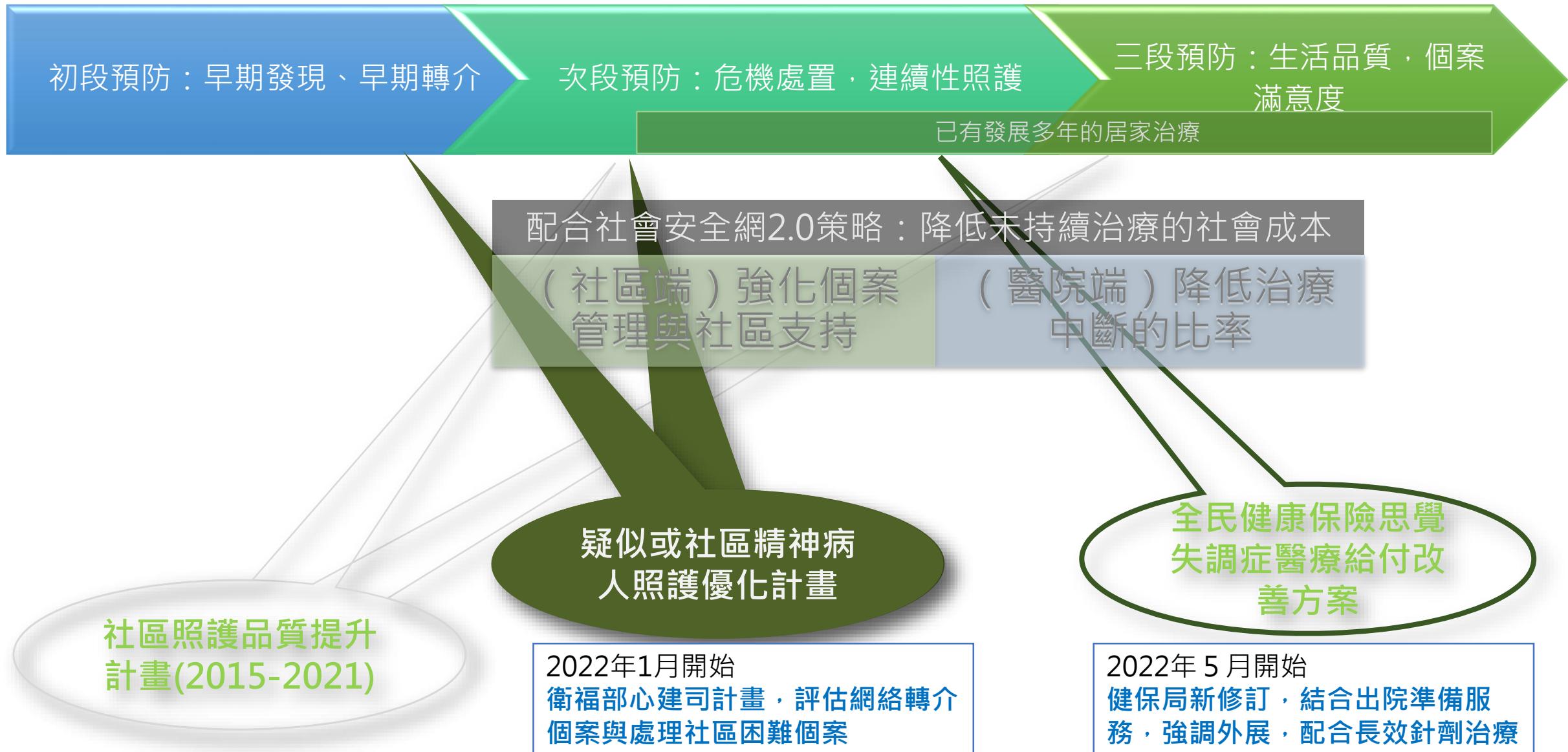


# 社區精神病人的個案管理

(徐淑婷, 2022) (徐淑婷、簡惠慈, 蘇淑芳, 2021)

個案管理 模式	衛生行政				醫療			醫療 + 衛政	
	地段公衛	社區心理衛生中心			居家治療	社區危機處置團隊	思覺失調症方案(追蹤)	思覺失調症方案PAC	優化計畫
		社區關懷員	自殺關懷員	心衛社工					
收案標準	1.領有精障手冊 2.出監通報 3.出院通報 4.嚴重病人通報	公衛護士轉介	自殺防治通報系統	加害人併精神疾病	符合健保局所訂定診斷個案	緊急危機處理為主	健保資料庫符合條件之思覺失調症	高風險追蹤出院	1.疑似精神病個案 2.社區高風險個案
目標	社區照護	社區照護	社區照護	社區照護	就醫	就醫	就醫	就醫	就醫
處置模式	個案管理	個案管理	個案管理	個案管理	藥物治療+個案管理	單次性服務	個案管理	藥物治療+個案管理	個案管理
訪視方式	家訪為主/電訪	家訪為主	電訪為主/高危至少1次面訪	家訪/電訪	以家訪為主	單次性團隊外展	電訪	家訪	家訪/電訪
訪視頻率	依個案分級而定 一級:1個月1次、 二級:3個月1次、 三級:半年1次、 四級:1年1次、 五級:視情況而定	新案至少面訪本人1次; 每月每位服務中的個案至少應訪視1次	1.高危：24小時內初次關懷 7個工作日內面訪至少1次; 2.每月至少訪視2次	依照分級指標 每月訪視至少一次、電訪至少兩次	每月至少訪視1次	醫院、公衛共同訪視，進行單次性服務	一年訪視2次	訪視6次，其中醫院與社關共同訪視3次	第一個月每週訪視1次；第2個月後每兩週訪視1次
專業人員/個案比	1:80	1:35-40	1:110	1:25	1:85-100	單次性服務	視醫院而定	未有資料	1:40-60
團隊共管	無	無	無	無	有	有	無	有	有
外展工作	有	有	有	有	到府	單次性服務	無	有	有
服務期程	依衛福部結案標準	3個月	3個月	6個月	1年	單次性服務	1年	3個月	3個月

# 以公共衛生定位優化計畫



# 從醫院走向社區，挑戰服務個案的方法

	居家治療	強制社區治療	品質提升計畫	優化計畫
個案來源	各醫院自行收案	審查會通過	醫院轉介為主	社政及其他網絡、公衛、醫院（不超過30%）
個案管理	沒有限期	第一次半年，可延長一年	個案管理三個月	疑似個案由精神護理師評估，必要時出動醫師 個案管理三個月
給付	健保給付	健保給付	居家治療1.5倍	高於居家治療2倍
藥物	有	有	無	無
衛生局與醫院合作模式	無	衛生局收到核定文	衛生局透過全國7家主責醫院派案	全國22縣市衛生局與轄區內醫院合作

02

# 優化計畫 嘗試解決的議題

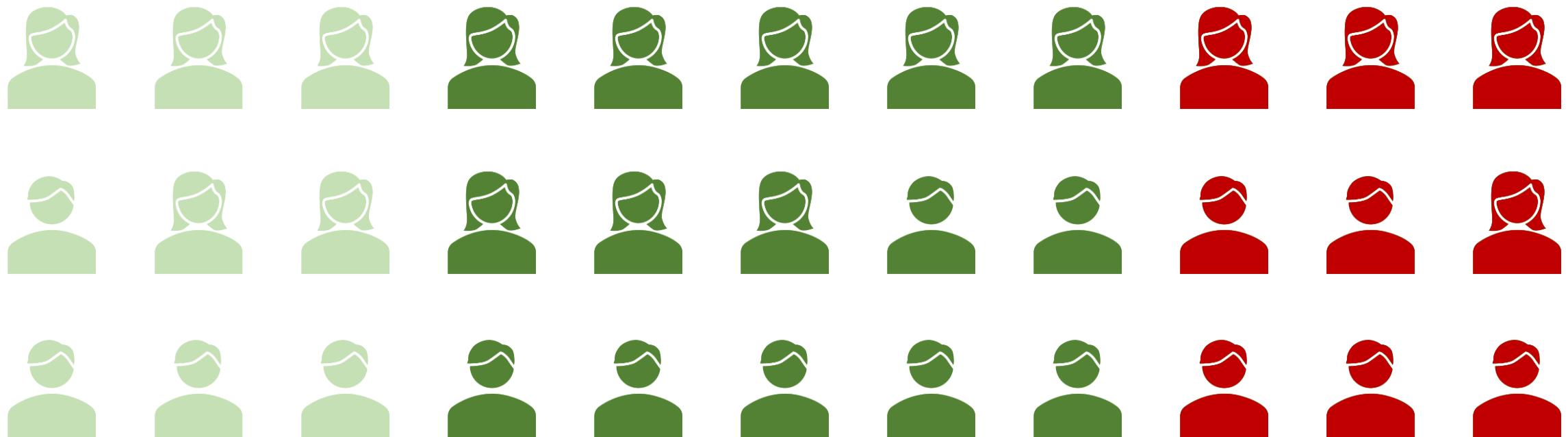


# 行為問題人有未診斷的精神疾病，有多常見？

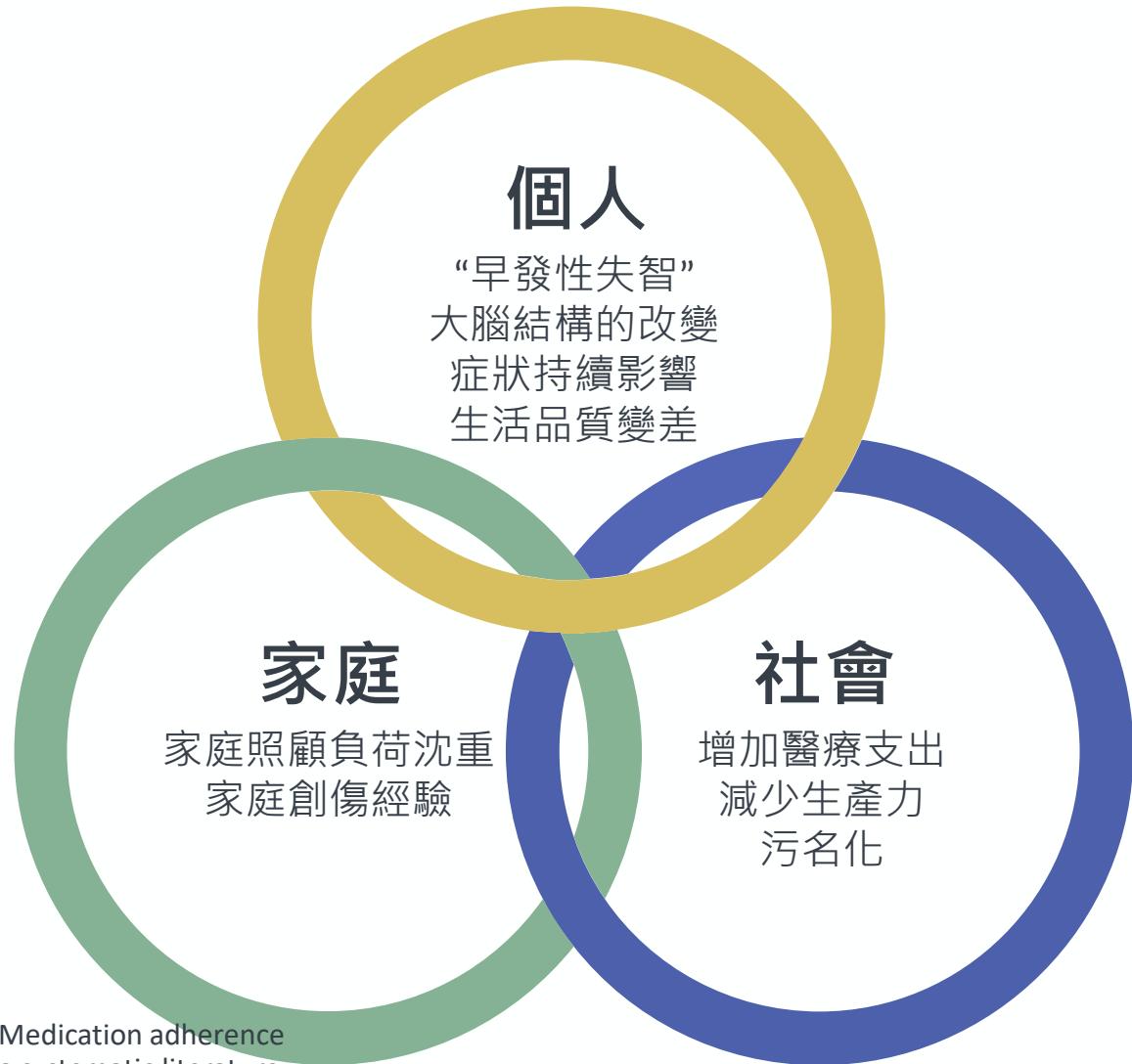
本院家暴相對人外展服務的 data

105-107家防中心轉介38位家暴相對人中，33人需要診斷。

24人有精神疾病的診斷，9人有精神病之診斷(F20-F29)。



# 如果精神病沒有治療，會發生什麼結果？



Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 3(4), 200-218.

Dilla, T., Ciudad, A., & Alvarez, M. (2013). Systematic review of the economic aspects of nonadherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. *Patient preference and adherence*, 7, 275.

# 從診斷看不依從率



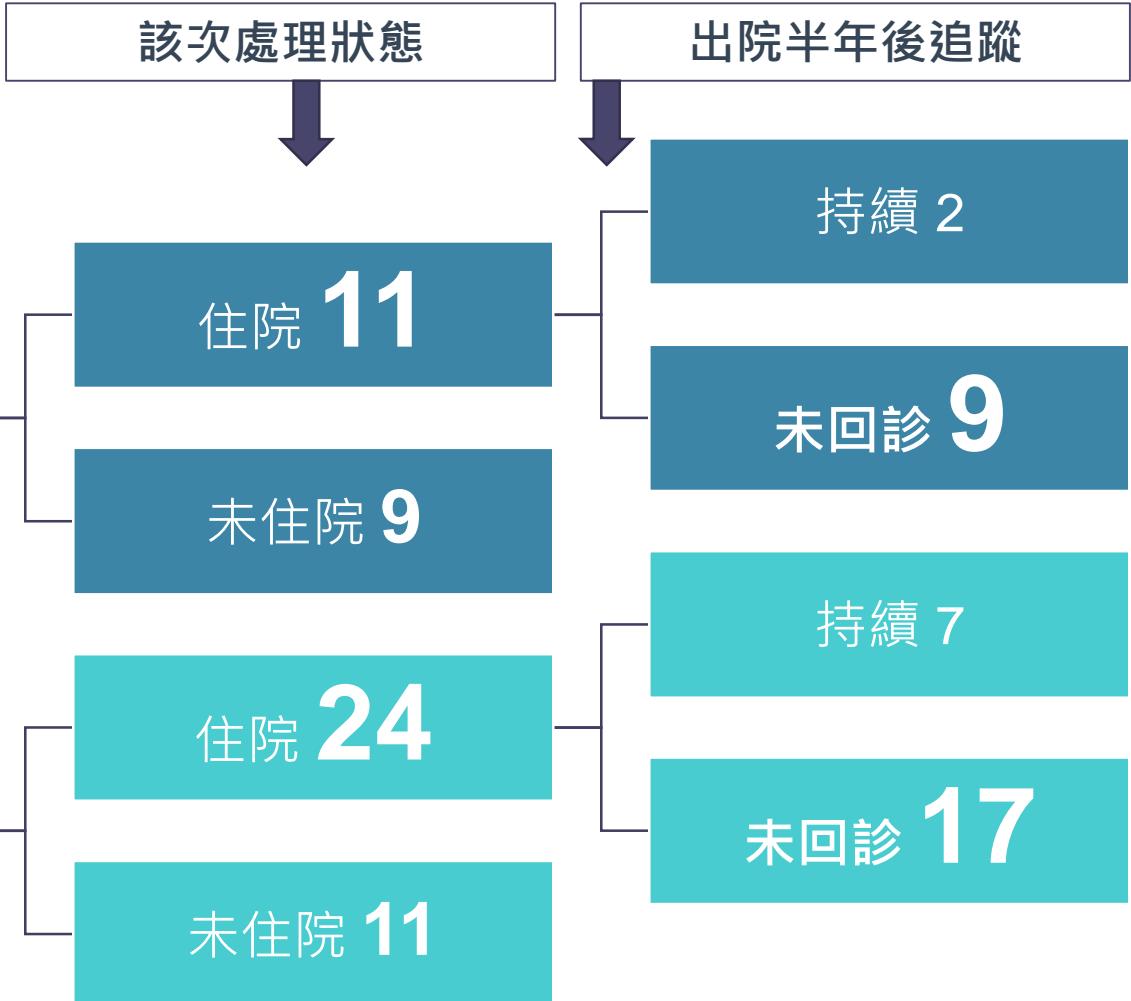
# 非自願個案住院後，不依從狀況仍然嚴重

本院109-110危機處置的追蹤資料



未診斷者的評估**20**

已列管者做處置**35**



# 強制社區治療後， 不依從仍然持續存在

本院107-109強制住院治療之追蹤結果



醫療團隊  
找不到  
人，提前  
結案



強制社區治療  
結束的那一天  
就停止醫療



治療結束後之  
後住院結案



持續精神醫療

## 出院六個月追蹤

沒依照約定回診

24.3%

沒依照時間吃藥

29.7%

Nose, M., Barbui, C., & Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? *A systematic review*. *Psychological medicine*, 33(7), 1149-1160.

沒依照約定回診

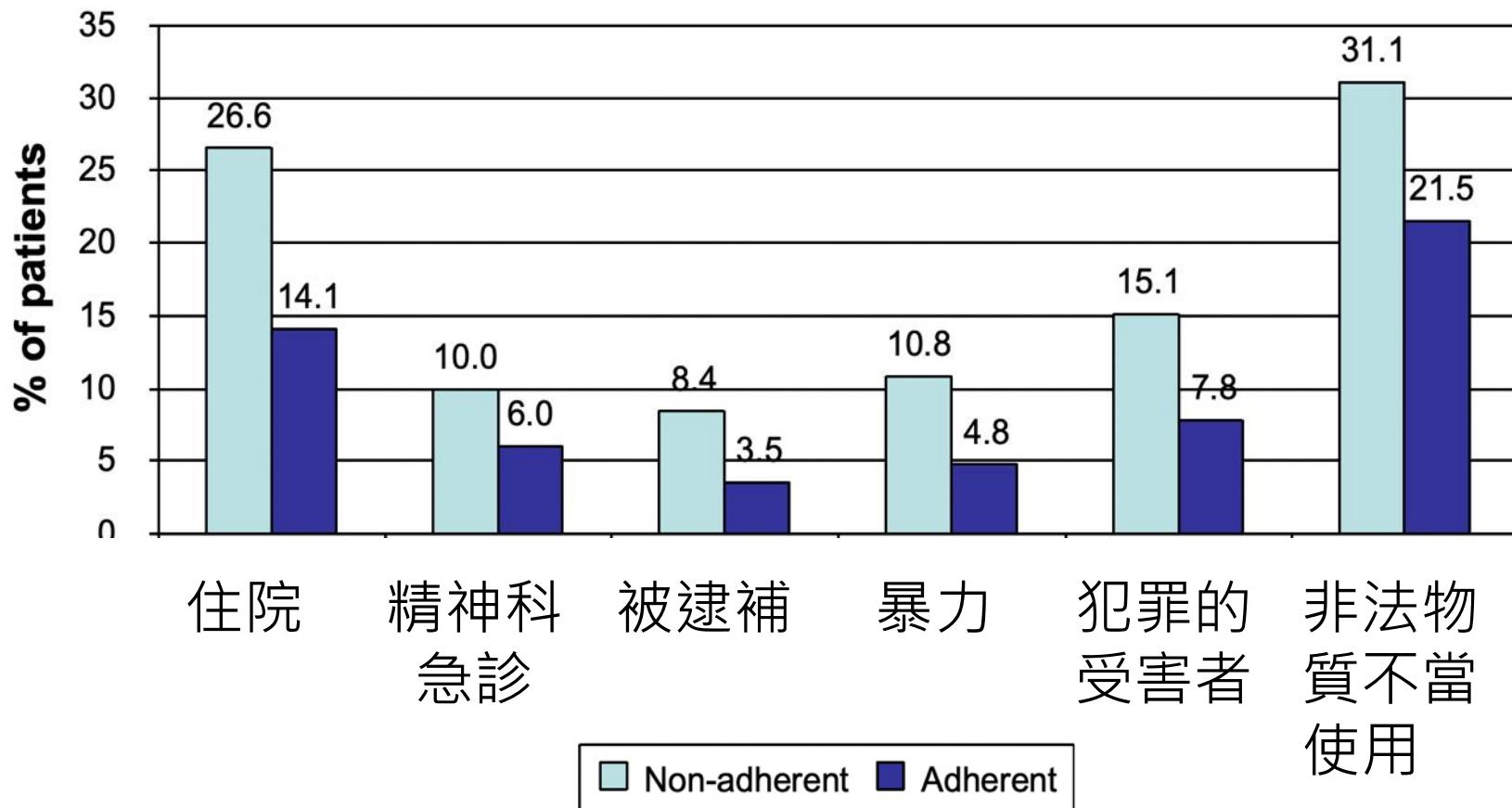
20.9%

沒依照時間吃藥

58.2%

Vega, D., Acosta, F. J., & Saavedra, P. (2021). Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: *A six-month naturalistic follow-up study*. *Comprehensive psychiatry*, 108, 152240.

# 比較不/依從醫療的結果



**Figure 3** Association between antipsychotic nonadherence and outcome in a 3-year prospective observational US study.

**Notes:** Adherence based on patient-reported adherence and medication possession ratio (% days with prescription for any antipsychotic). Data adapted from Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(3):453–460.<sup>29</sup> Copyright © 2006, Physician's Postgraduate Press, Inc.

**Abbreviation:** Psych, psychiatric.

Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient related outcome measures*, 5, 43.

# 精神病未治療的 期間越長的結果

- 入院時負性症狀更嚴重
- 出院時正性和負性症狀較明顯
- 治療反應較差
- 治療後持續的正性和負性症狀
- 治療後心理社會功能較差

Haas, G. L., Garratt, L. S., & Sweeney, J. A. (1998). Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. *Journal of psychiatric research*, 32(3-4), 151-159.

Wyatt, R. J., Green, M. F., & Tuma, A. H. (1997). Long-term morbidity associated with delayed treatment of first admission schizophrenic patients: a re-analysis of the Camarillo State Hospital data. *Psychological Medicine*, 27(2), 261-268.

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 162(10), 1785-1804.

# 接軌與共構

醫院在社會安全網2.0的公共衛生任務

Duration of Untreated  
Psychosis (DUP)

精神病未治療的期間

疑似或社區精神病人  
照護優化計畫（疑似  
病人精神衛生護理評  
估）

疑似或社區  
精神病人照  
護優化計畫  
(醫療外  
展)

Non-Adherence  
不依從

思覺失調症醫療給  
付改善方案（高風  
險出院者出院準備  
服務 + 轉銜社區心  
理衛生中心）

思覺失調症醫療  
給付改善方案  
(久未就醫或未  
規則就診者外展  
追蹤)



03

## 優化計畫的實施

# 優化計劃經費與給付的調整

	111年	112年
全國計畫總經費	5,350萬元	6,800萬元
疑似病人評估	每人次2,000元	精神衛生護理：2,500元 精神科醫師：4,000元
家訪	醫師3,312元，其他專業人員1,550元	醫師4,000元，其他專業人員2,000元 (離島2倍)
電訪	15分鐘，每通為200元； 如超過30分鐘，每通為300元	每次電話訪視時間至少15分鐘，每通200元
緊急護送就醫	每次4,500元	每次4,500元（全國）

## 社區照護品質提升計畫

# 心健司

三總北投

八里

桃療

國花

草屯

凱旋

嘉南

中榮埔里  
部立南投

台大雲林  
成大斗六  
信安醫院

中榮嘉義  
聖馬爾定  
嘉基

奇美台南  
高榮臺南  
台南市立  
成大醫院

為恭醫院  
南勢醫院

國軍新竹

榮總桃園  
臺大竹東  
桃榮新竹  
仁慈醫院

鹿基長青  
部立彰化  
敦仁醫院  
彰基

靜和醫院  
清海醫院  
部立台中  
童綜合  
維新醫院  
宏恩龍安  
台中榮總

金門醫院  
連江醫院  
員山醫院  
陽大蘭陽

南光醫院  
維德醫院  
暘基醫院

門諾醫院  
門諾壽豐  
榮總玉里  
岳增診所

榮總台東

口惠醫院  
燕巢靜和  
樂安醫院  
高榮  
高醫大  
高雄長庚  
國高總  
義大醫院  
高總左海  
旗山醫院

迦樂醫院  
屏安醫院  
佑青醫院  
高榮屏東

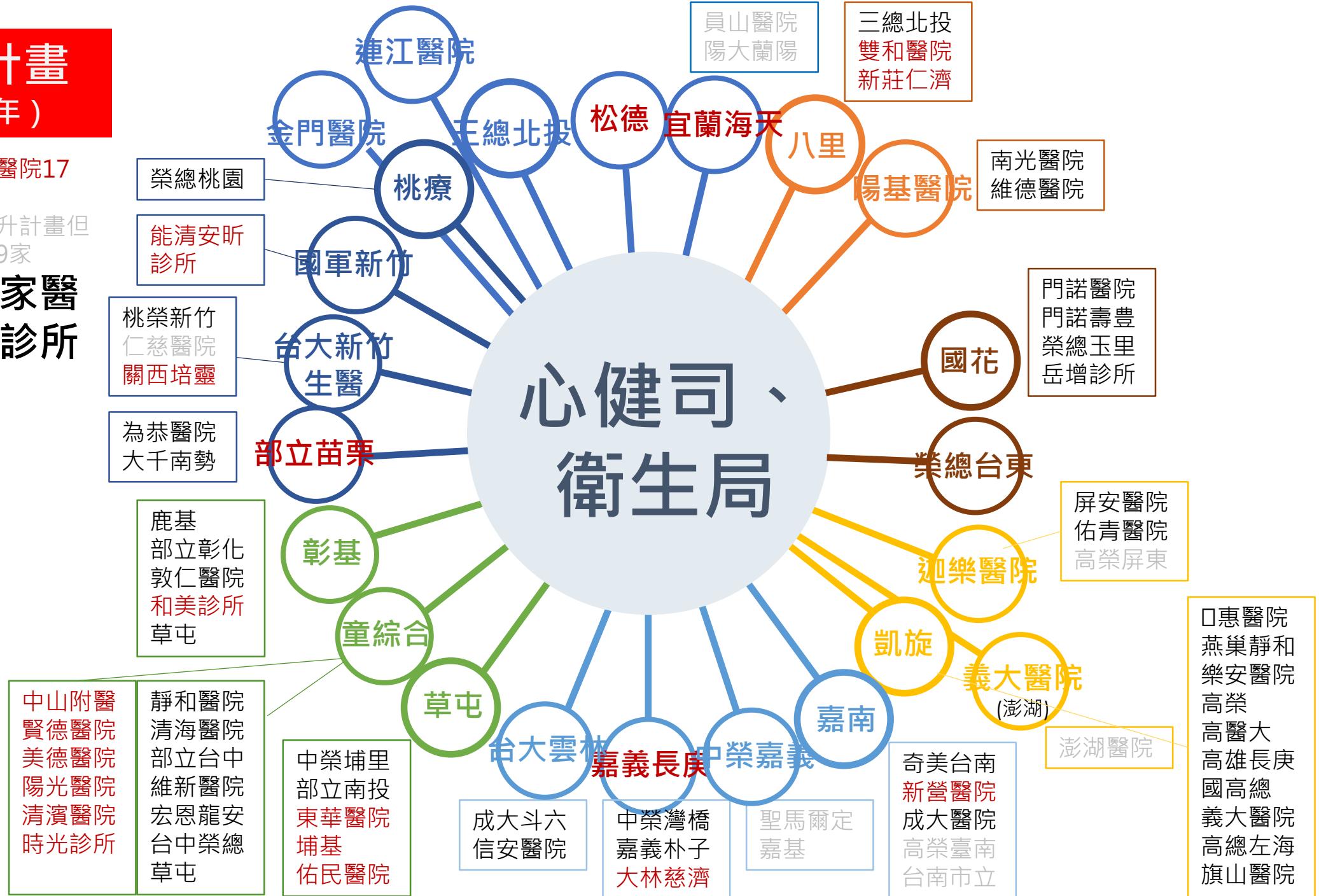
澎湖醫院

# 優化計畫 (第二年)

紅色：新加入醫院17家，診所3家

灰色：原在提升計畫但  
目前沒有加入9家

共增加8家醫院，3家診所

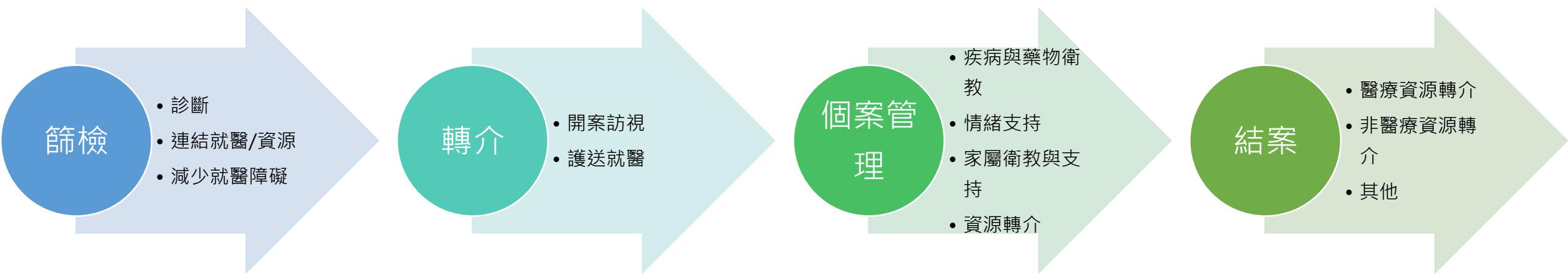


# 優化計畫做些什麼？

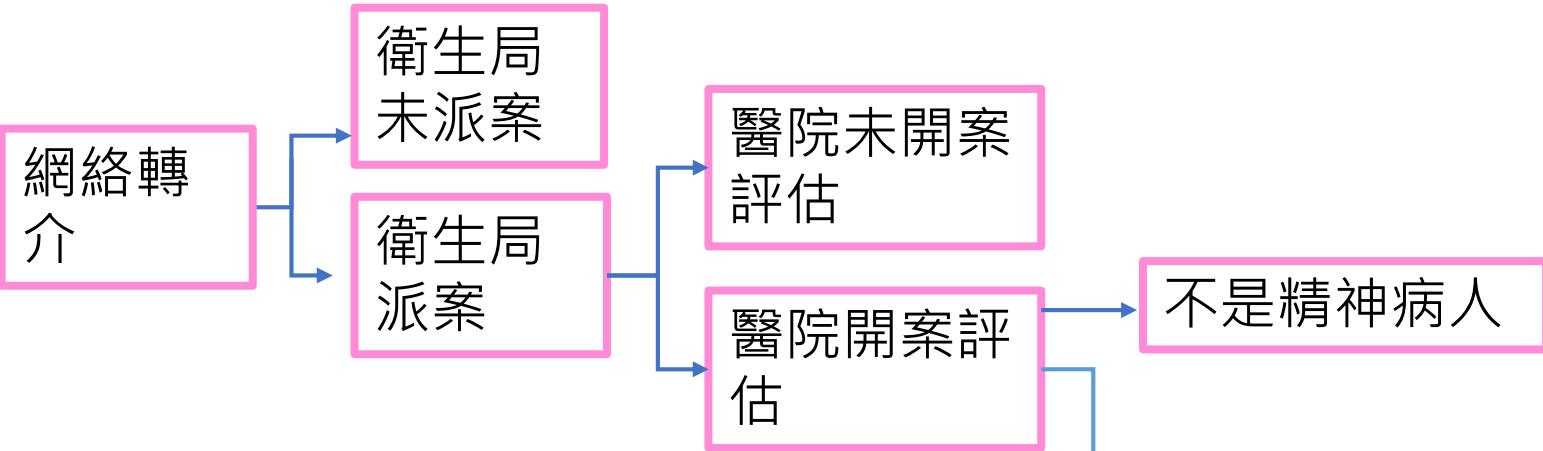
兩大主軸

疑似

高風險



## 疑似病人 ( 網絡轉介，精神衛生護理師/醫師評估 )



衛生局-公衛  
護理師、社  
關員、心衛  
社工

醫院

衛生局  
審核

衛生局  
審核

是精神病人  
( 第4類 )

社區困擾  
( 第1.2.3類 )

醫院逕收案  
( 第5-1,5-2類 )

服務中

結案

滿三可結

未滿三，  
無需追蹤

非預期

社區高風險病人



04

# 精神病人危機處理： 我們做到了嗎？

# 優化計畫怎樣定義危機？

## 疑似病人主要問題

- 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞：
  - 傷人/自傷
  - 傷人之虞 /自傷之虞
- 社區干擾/破壞：
  - 公共危險
  - 公共危險之虞
  - 預期性傷害危險(○未曾發生過  
○曾經發生過)
- 因無接受治療而造成無法自我照顧

## 社區高風險病人主要問題

- 暴力攻擊
- 干擾破壞
- 自殺自傷
- 精神病症狀干擾
- 不願就醫
- 退化無法自我照顧
- 藥物遵從性不佳

## 媒體事件

# 優化計畫成效

- 門診次數增加%
- 急診次數減少%

112年實地訪查，全國共收案 人，轉住院率 %

結果 向度	大幅改善	稍改善	無變化	稍惡化	大幅惡化
病情改善程度( % )					
社區融合程度( % )					
家屬負荷程度( % )					

計畫案作的不錯

對困難個案可轉此計畫很有幫助

情緒有緩和可以同理別人，比較少打電話抱怨

有回歸生活解決部分問題，回門診用藥打針

至少有醫療單位幫忙

個案最後有去檢查腦部有退化情形，在諮詢介入有協助到他們

期待結案後仍有更多主動醫療介入

個案配合度低但症狀稍改善

至少有連結到醫療端，多了把關的機制

最後有送醫比較放心，不會擔心個案單獨在家有危險

很需要我們

轉介流程順暢

希望能延續服務

覺得案管期程太短。

目前個案自傷傷人之虞，但仍需繼續定期評估，並輔以定期回訪，定期評估，定期回訪。

共訪時需要先填單才能共訪，但有時狀況較緊急，能通融先共訪後補單。

可協助安排床位或知道空床情形。

訪視人員都相當配合，合作上溝通處

阿嬤本身有失智退化行為，希望能加強提供對家屬後續照護資源。

完全沒改善，該個案沒病識感，拒絕就醫，自言自語，奪命連環扣家人，對於家屬造成很大困擾。但自傷傷人情事

- 不符強制就醫要件，但確實精神異常狀況異常，個案也強烈拒絕就醫。有其他配套措施或介入的方案，可再研討加強。

個案狀況完全未改善，政府單位需要有專責單位，或強制介入，幫助家屬，則我們也所適從，社會案件只會層出不窮。

家屬=>特別建議，目前有持續門診就醫。

精神狀況未改善，可能需醫療或法律持續介入執行。

村長=>個案近期常不在家，不然就一下子就離開了，狀況時好時壞，有時還會跟鄰居吵架。對方告傷害也未出席，主要滋擾根本問題還沒解決。

里長=>希望能強制送醫治療，長期一、二十年成為地方頭痛人物，堆積垃圾髒亂不堪、老鼠成窩，與鄰里長期不睦，紛爭不斷，屢次規勸也改善，又需常勞煩清潔隊處理，開罰也不當回事。希望相關單位能有更強制顯著處理。

目前已再次轉介優化計畫。

目前持續每個月帶個案回台大門診

家屬=>因個案多與姑姑相處，需問姑姑較清楚，細節狀況不清楚，致電姑姑多通皆未接聽。

家屬=>個案倔強，拒絕就醫，精神問題還存在改善，家屬顧得很焦慮頭痛，若力照顧，期待政府能有安置她的地方。

家屬=>有較聽話一點，較願意回門診。

家屬=>目前個案住在信安，電話詢問院方狀況有好一點。

很棒！

有關第2題部分達成原因：個案因為身體衰弱而入住機構。

與醫院合作過程都得順利，謝謝。

院方讓個案在住院期間每月追蹤一次，持續三個月，若一樣聯繫不上再結案。

院方答：高風險個案有定期回訪，定期就醫，雖這部分也與法條規定有關，而案家能協助的也有限，建議針對個案因為濫用安非他命而導致的精神異常可以再多評估。

對於有高暴力風險個案，希望能有醫師前往訪視評估，謝謝。

雖優化計畫可協助個案連結精神醫療資源，但個案因住院結案，出院後干擾問題仍存，有針對此類個案有後續追蹤。

可透過本計畫強化個案持續回診治療之重要性

\*轉介人已離職

個案有明顯精神症狀，但因個案抗拒就醫，且目前未有自傷傷人行為，故不開案。雖醫療單位有提供衛教，建議可多家訪幾次，嘗試連結醫療資源。

個案病識感、被動就醫，雖醫療機構到場評估其精神症狀，但提供照護建議為規勸個案主動回診，連結醫療資源這部分對個案幫助較小。

針對意願就醫之疑似精神病個案，能有醫療團隊至家中評估其精神症狀並給予相關方法、說明看診流程，對案家有正向幫助。

透過優化計畫的介入然後轉銜居家治療，能持續穩定個案的醫療，對案家來說也很大的幫助。

個案後續於榮總就醫

評估當日將個案強制就醫，很感謝醫療單位的處置，但個案精神症狀並不會因為住院後就好起來，目前偶會電訪個案，對孩子被害妄想仍存，但接受治療後相對穩定，期望針對此類出院個案能再有後續追蹤，持續連結精神醫療資源。

已轉至中部診所自行就醫

減輕了家屬的負荷程度，感謝！

個案出院後只回診一次，之後又中斷治療

優化計畫的服務介入可間接協助個案連結精神醫療資源(住院)，但很難真的解決個案主要問題，與長庚醫院共訪後個案較抗拒接受服務，雖立即危險性，但社政單位對於精神醫療較不熟悉，其權責劃分應該也需更明確，不曉得針對此部分有配套措施，最後個案於凱旋醫院住院，住院期間也很感謝院內社工積極協助尋找資源(伙食費等)。目前個案已轉介屏東機構

目前在國高總門診定期追蹤

個案拒訪，醫療也難介入

很棒！辛苦醫護人員，個案自5月起每週有回診凱旋醫院

很謝謝當初有優化團隊的介入，不僅讓此陳情案告一段落，醫師能至家中給予個案醫療建議，讓個案較安心，但仍拒絕就醫，且個案為人格問題、對氣味較敏感，到處陳情鄰居，後續協助與環保局聯繫從環境方面處理。

個案本身不願意回診，故結案建議法延續對個案之照護

感謝當時醫師協助與警員溝通，順利將個案護送就醫。

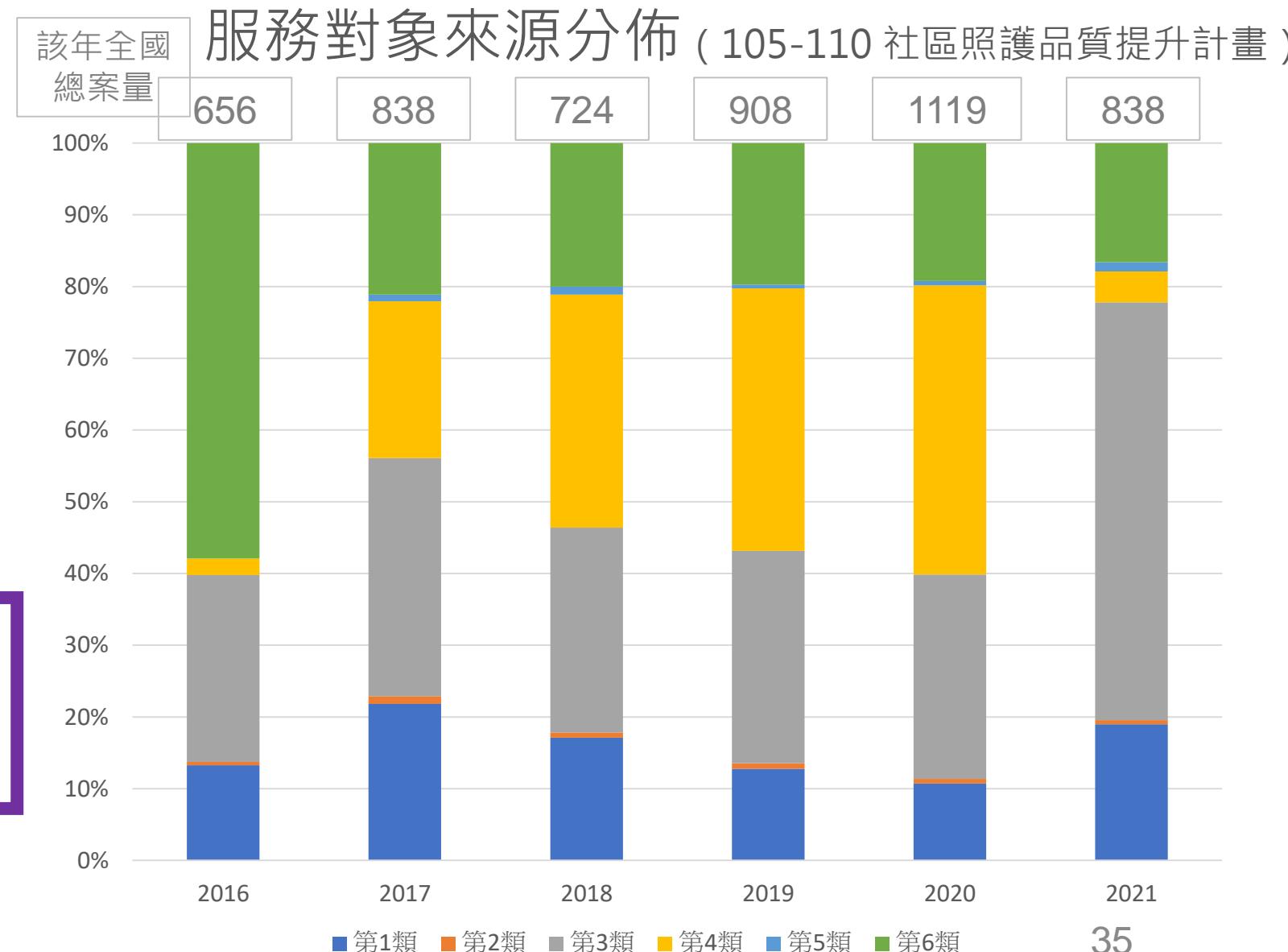
05

## 優化計畫的新挑戰



# 1. 計畫轉變後，漏接的族群需要重視

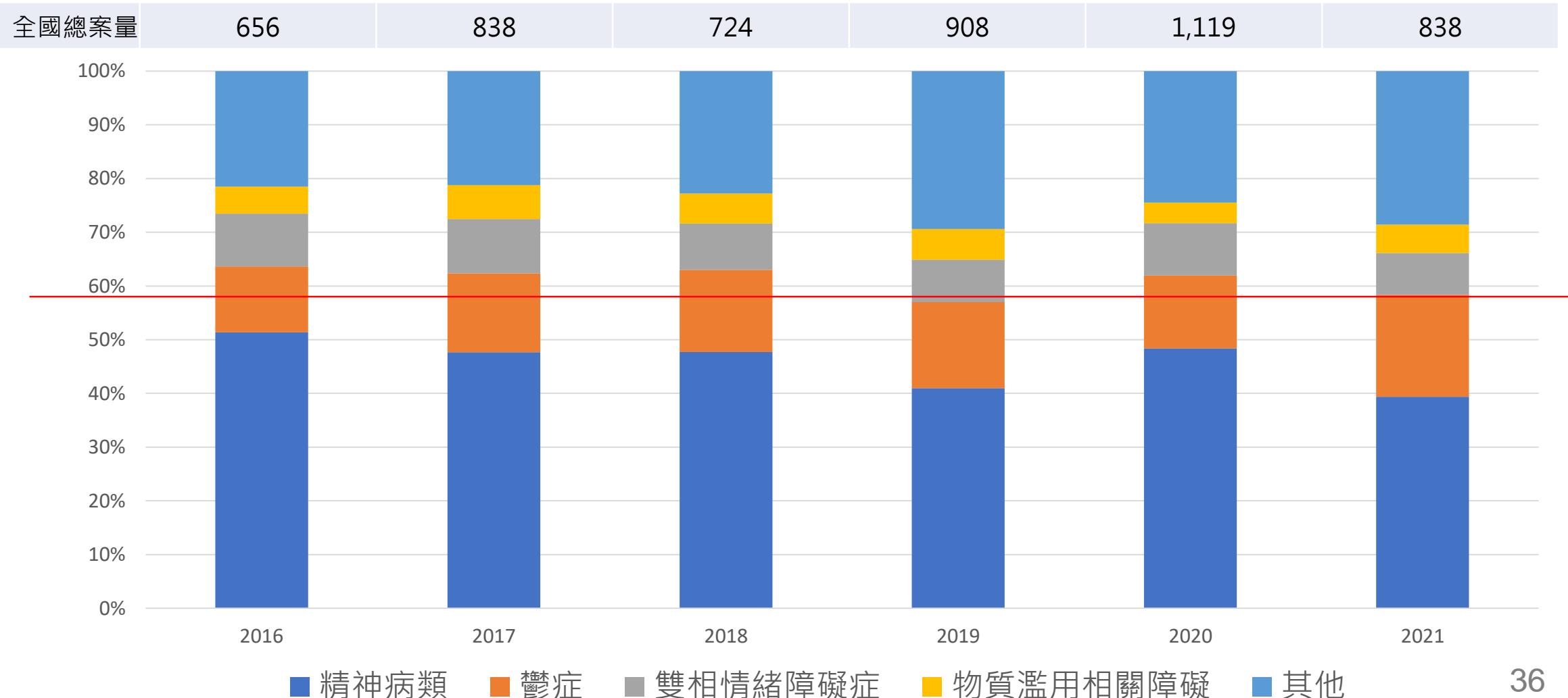
- 第1類：警、消人員協助送醫，但未住院個案
- 第2類：經審查會審查後未達強制住院之離院個案
- 第3類：門診或急診醫師建議住院，但病人不願意住院個案
- 第4類：非本部追蹤關懷之被護送就醫個案，或為衛生局(所)困難個案
- 第5類：警消護送就醫次數3個月達2次以上
- 第6類：出院個案獨居、無固定就醫、服藥不規律、家中主要照顧者65歲以上出院個案、家中有2位以上精神病人出院個案



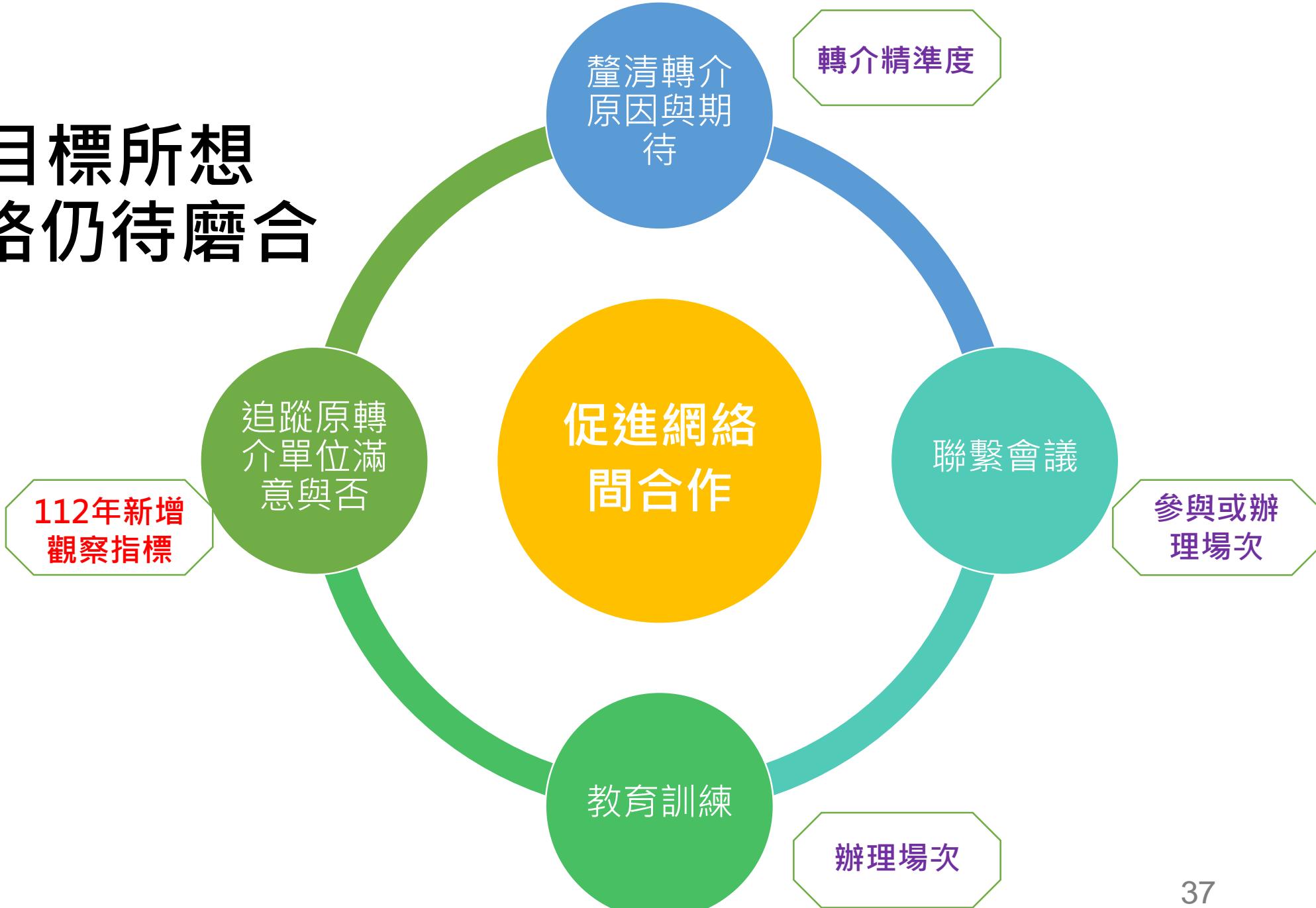
註：2021年公共衛生轉介改由優化計畫承接，此處的案量為衛生局轉介困難個案延案

## 2. 問題複雜度考驗以診斷為本位的治療模式

服務對象診斷分佈 (105-110 社區照護品質提升計畫)



### 3. 和計畫目標所想 合作的網絡仍待磨合



06

# 結語

人本 樂活 打造精神醫療新樂園





# Take Home Messages



在社會安全網2.0計畫中，優化計畫是一種**個案管理**，目標要來**減少non-adherence與DUP的社會成本**。



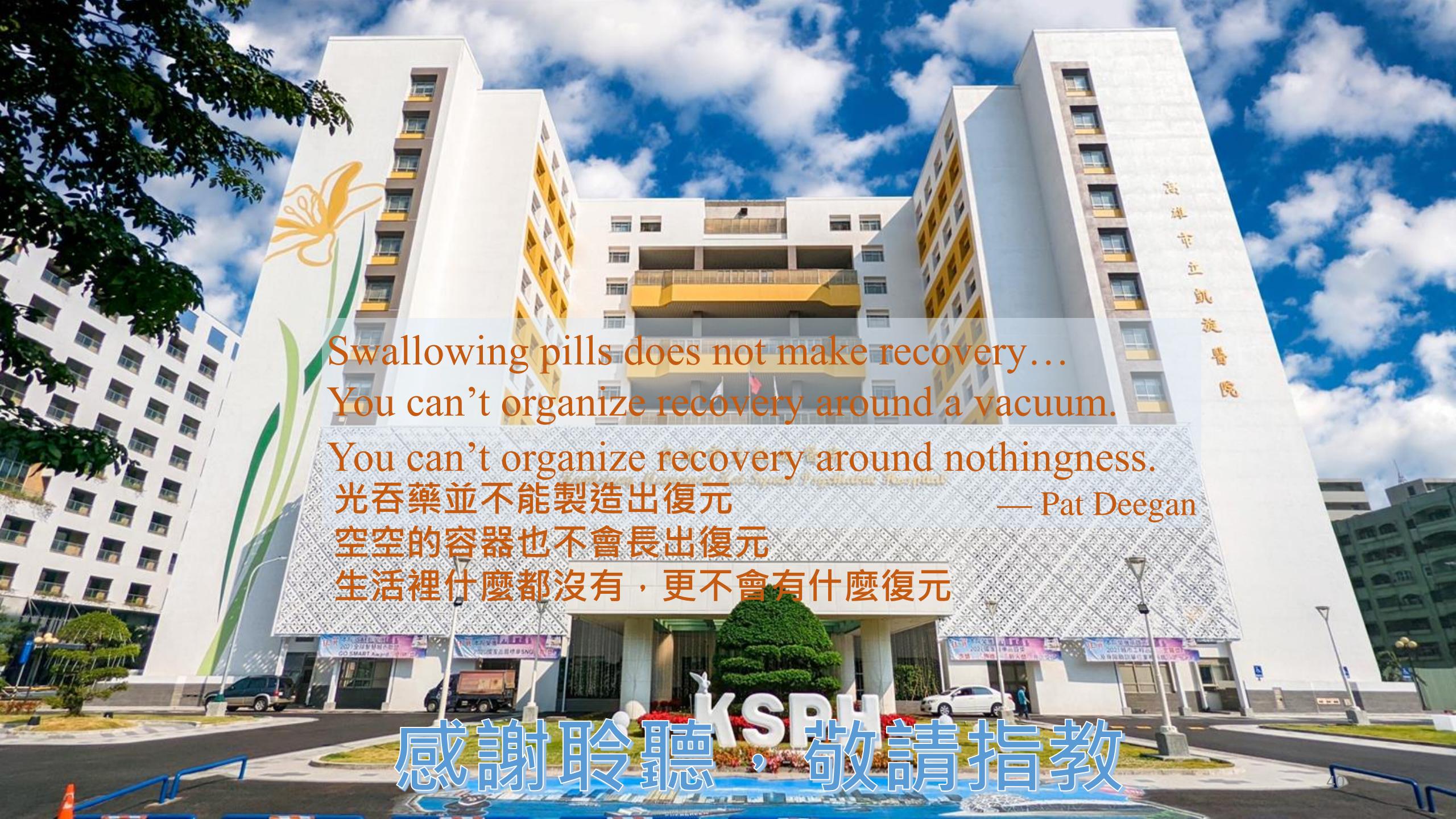
目前計畫所服務的對象，以及三個月的服務期程，**是否能有效服務社區高風險族群**，仍待政策與研究的觀察。



優化計畫，重視衛生行政與精神醫療，如何**發現與處理**需要治療的精神疾病病人。也考驗醫院與社區心理衛生中心與其他網絡的合作能力。



讓**非自願個案能有夥伴關係**，仍舊是我們能力的大考驗。我們有新的知能需求，也需要**精進教育訓練**。



Swallowing pills does not make recovery...  
You can't organize recovery around a vacuum.

You can't organize recovery around nothingness.

光吞藥並不能製造出復元

空空的容器也不會長出復元

生活裡什麼都沒有，更不會有什麼復元

— Pat Deegan

感謝聆聽，敬請指教