

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



9F

感謝

心理健康司

- 譚立中前司長
- 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



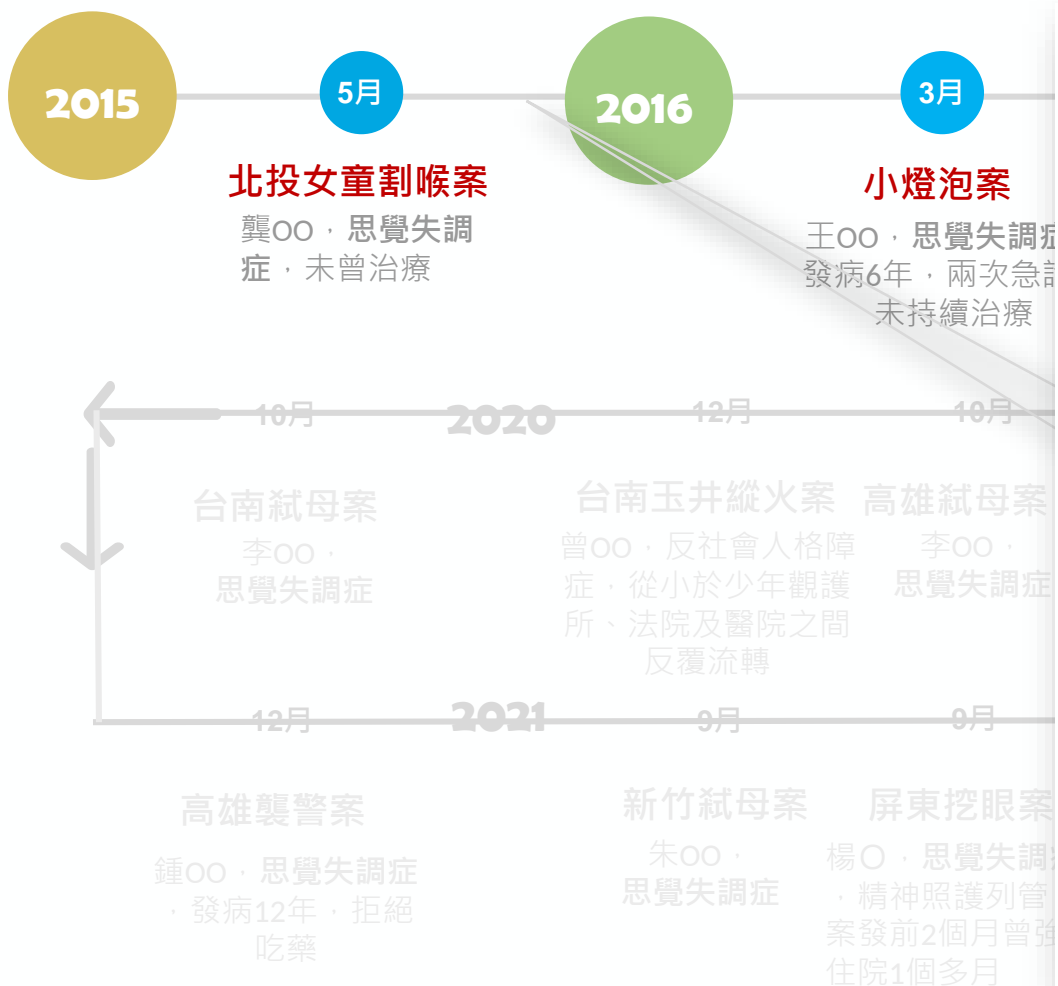
2011
全民健康保險思覺
失調症醫療給付改
善方案

未持續治療的社會代價

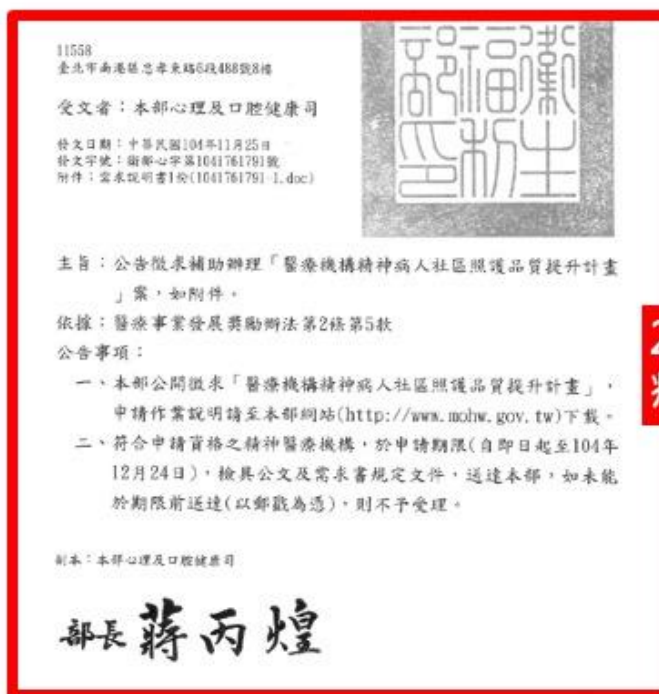
(周煌智, 2022)

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 醫療機構精神疾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

症，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

鄭○○，思覺失
症，發病多年
故停藥



強化社會
安全網計
畫第二期

“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

2021/7

2021/8

疑似或社區精神病人照護優化計畫

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)

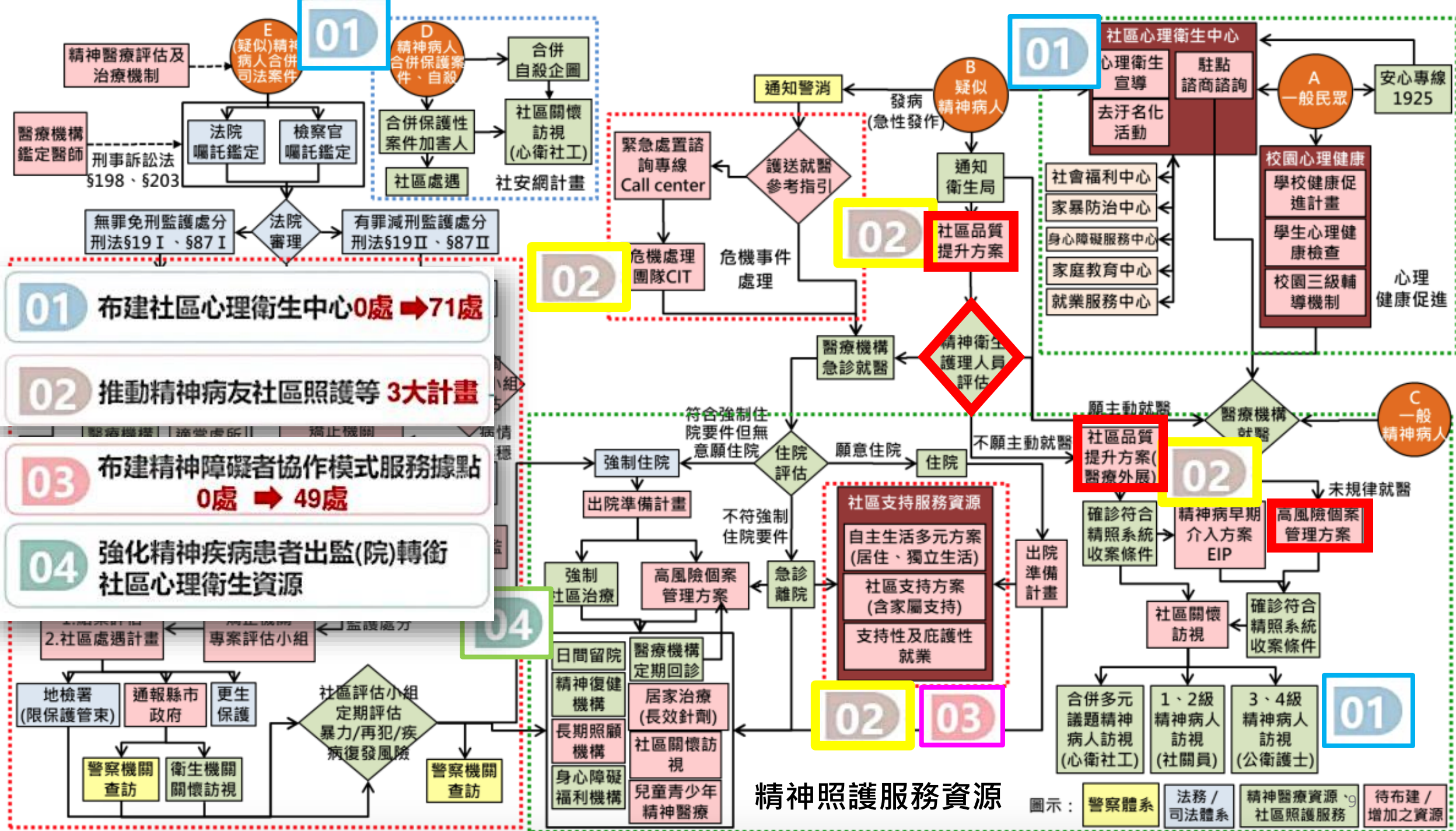
心理及口腔健康司
110年8月20日



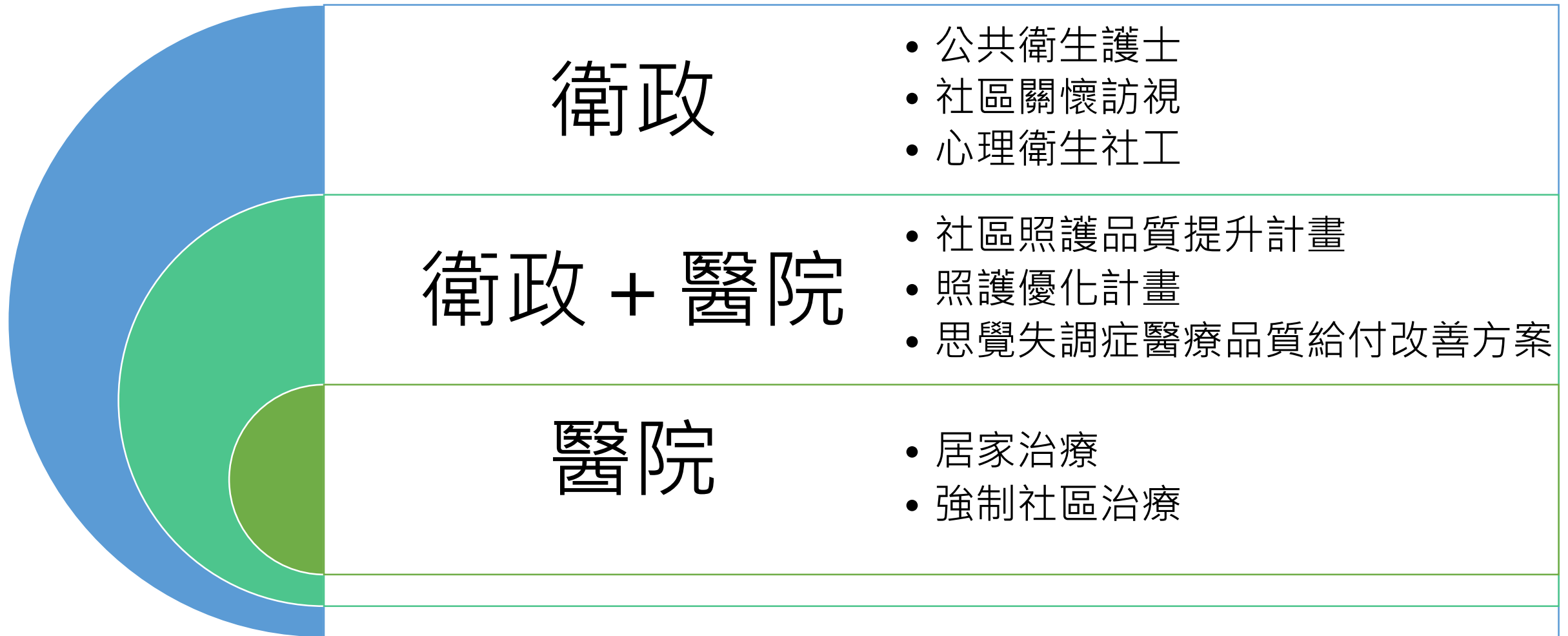
2022/5

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



現在，社區精神病人的個案管理制度

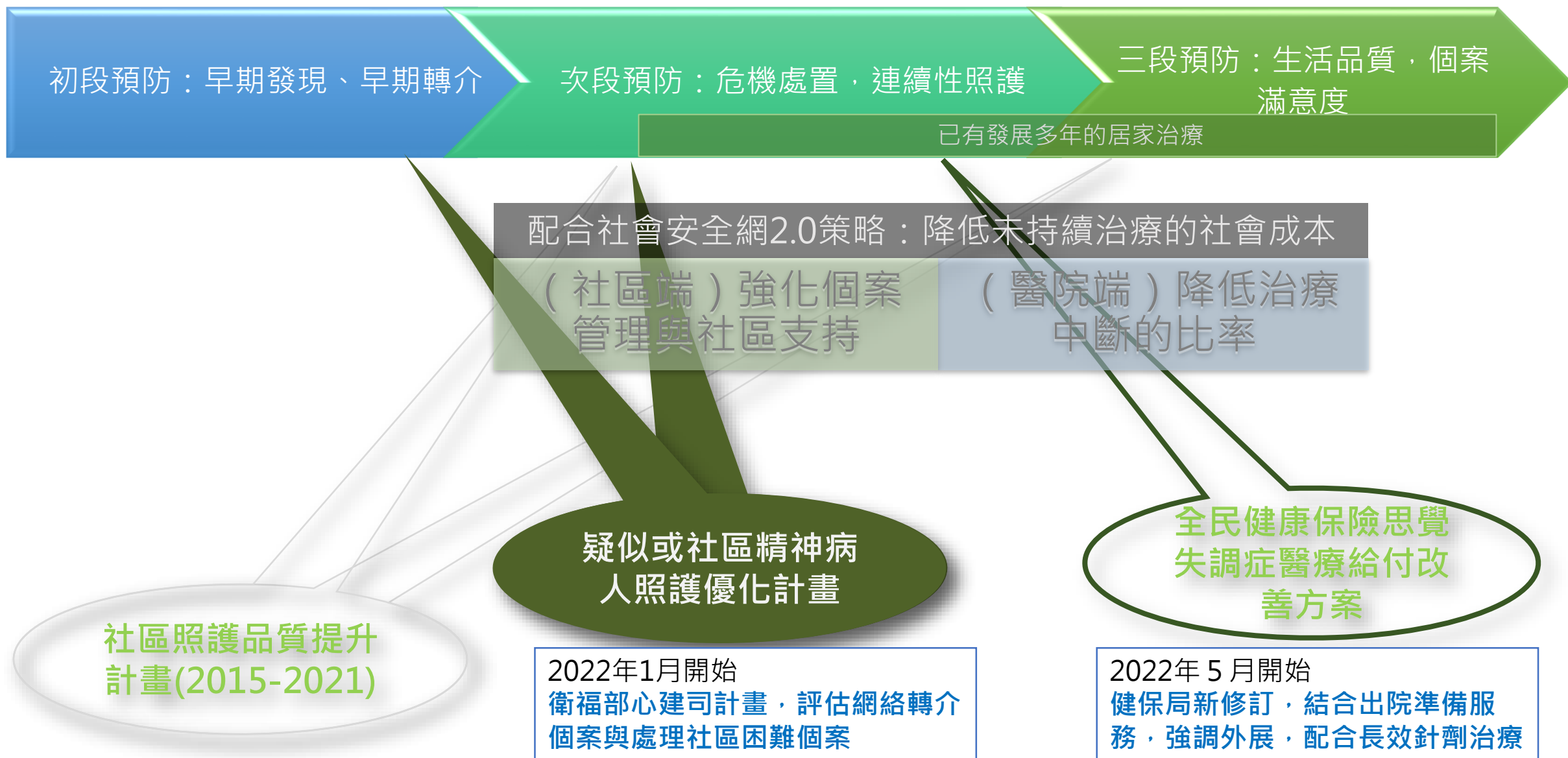


社區精神病人的個案管理

(徐淑婷，2022) (徐淑婷、簡惠慈，蘇淑芳，2021)

個案管理 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	沒有期限	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



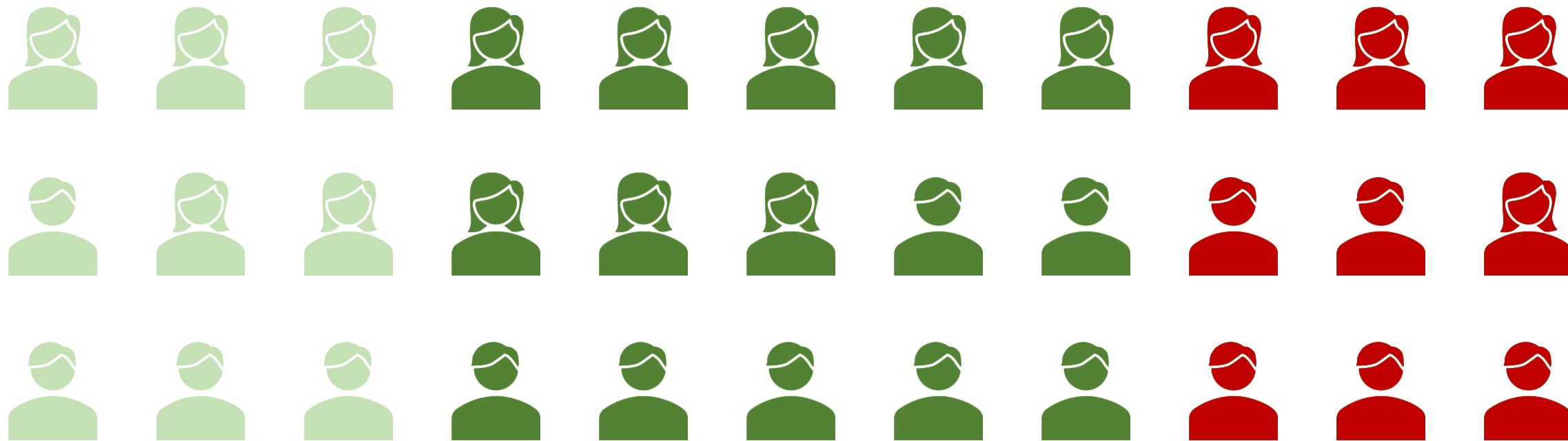
優化計畫 嘗試解決的議題

行為問題人有未診斷的精神疾病，有多常見？

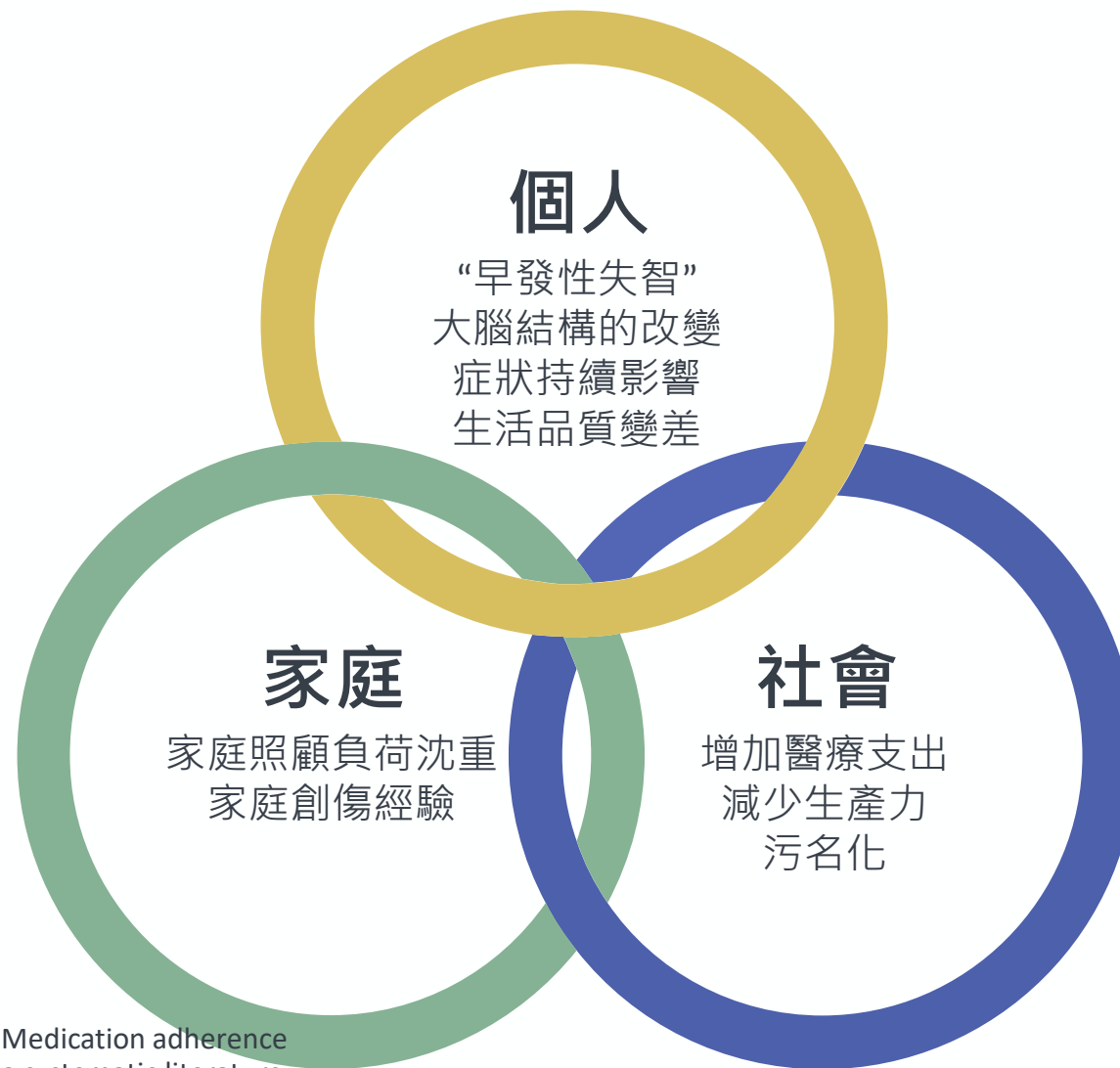
本院家暴相對人外展服務的 data

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

49%
重大精神疾病

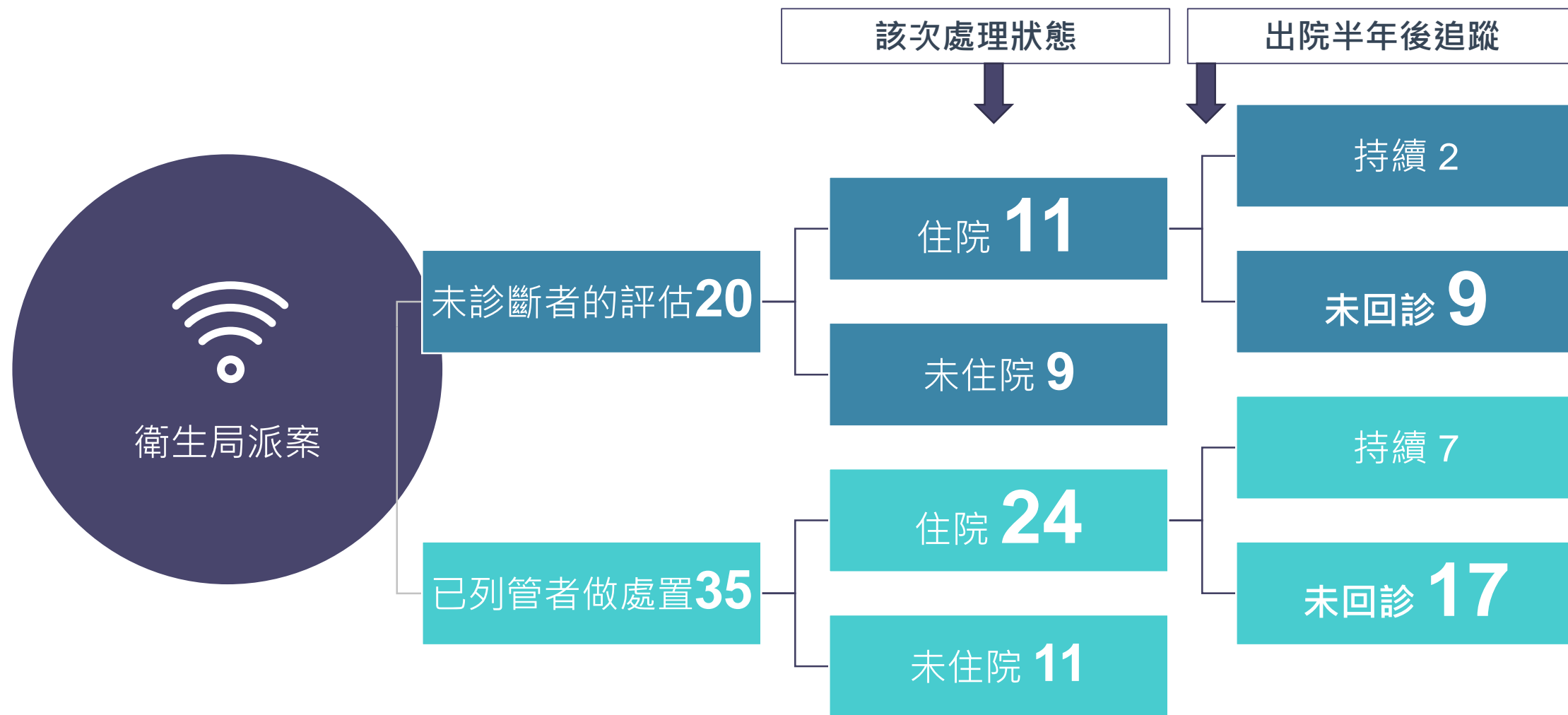
56%
思覺失調症

50%
憂鬱症

44%
雙相情緒障礙症

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



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

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.

出院六個月追蹤

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

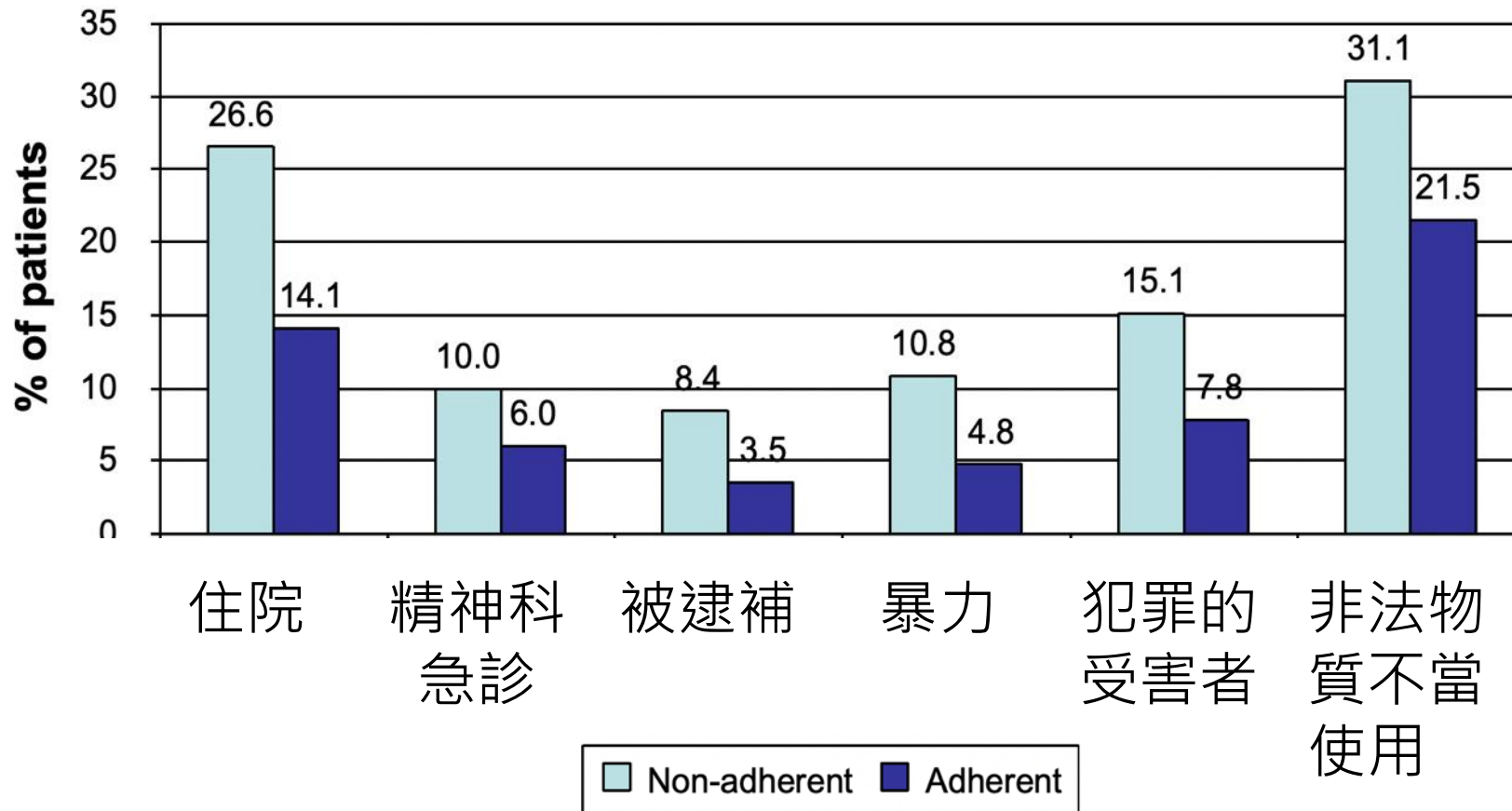


Figure 3 Association between antipsychotic nonadherence and outcome in a 3-year prospective observational US study.

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):453–460.²⁹ 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

Non-Adherence

不依從

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)

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

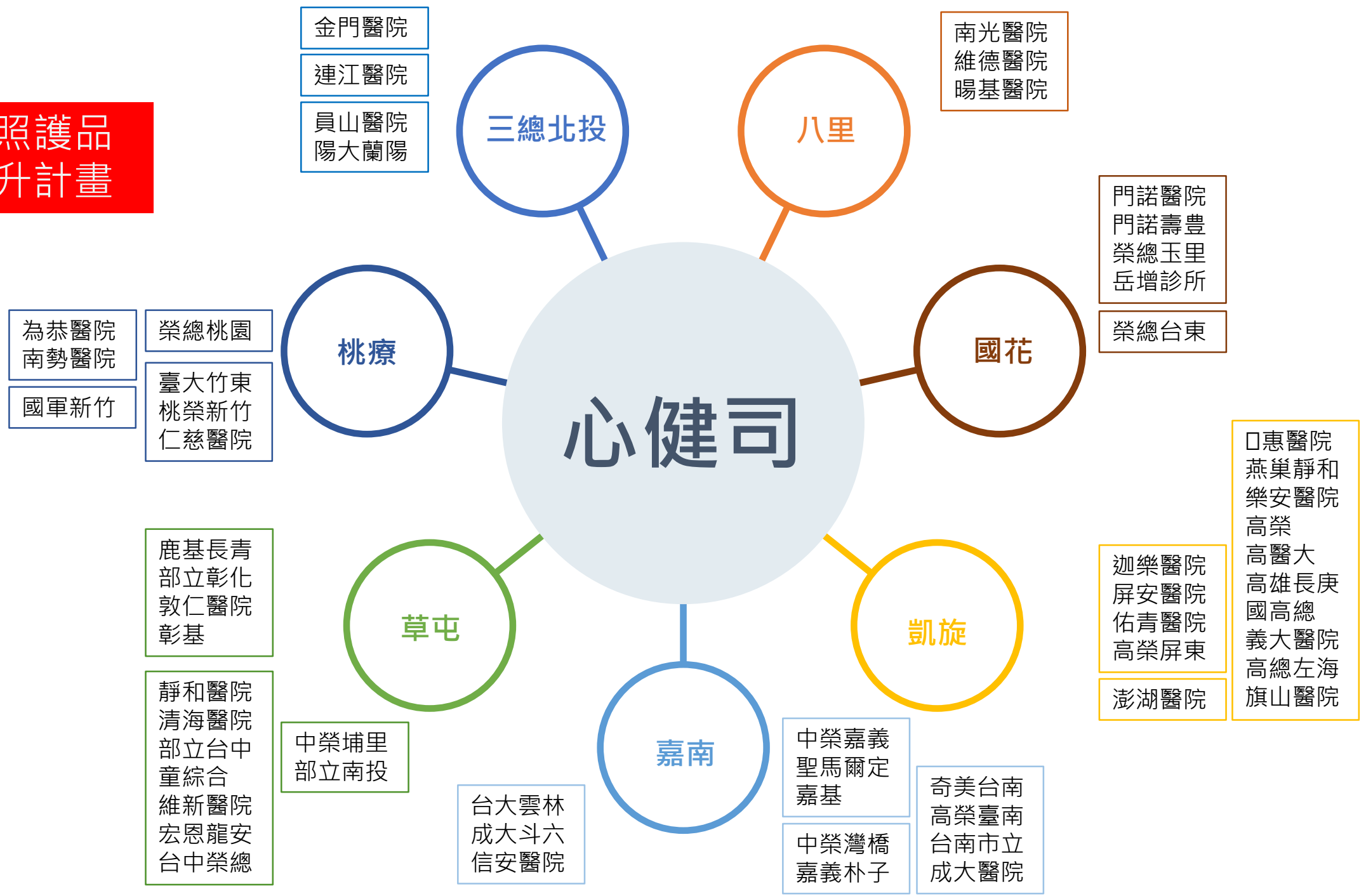


優化計畫的實施

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



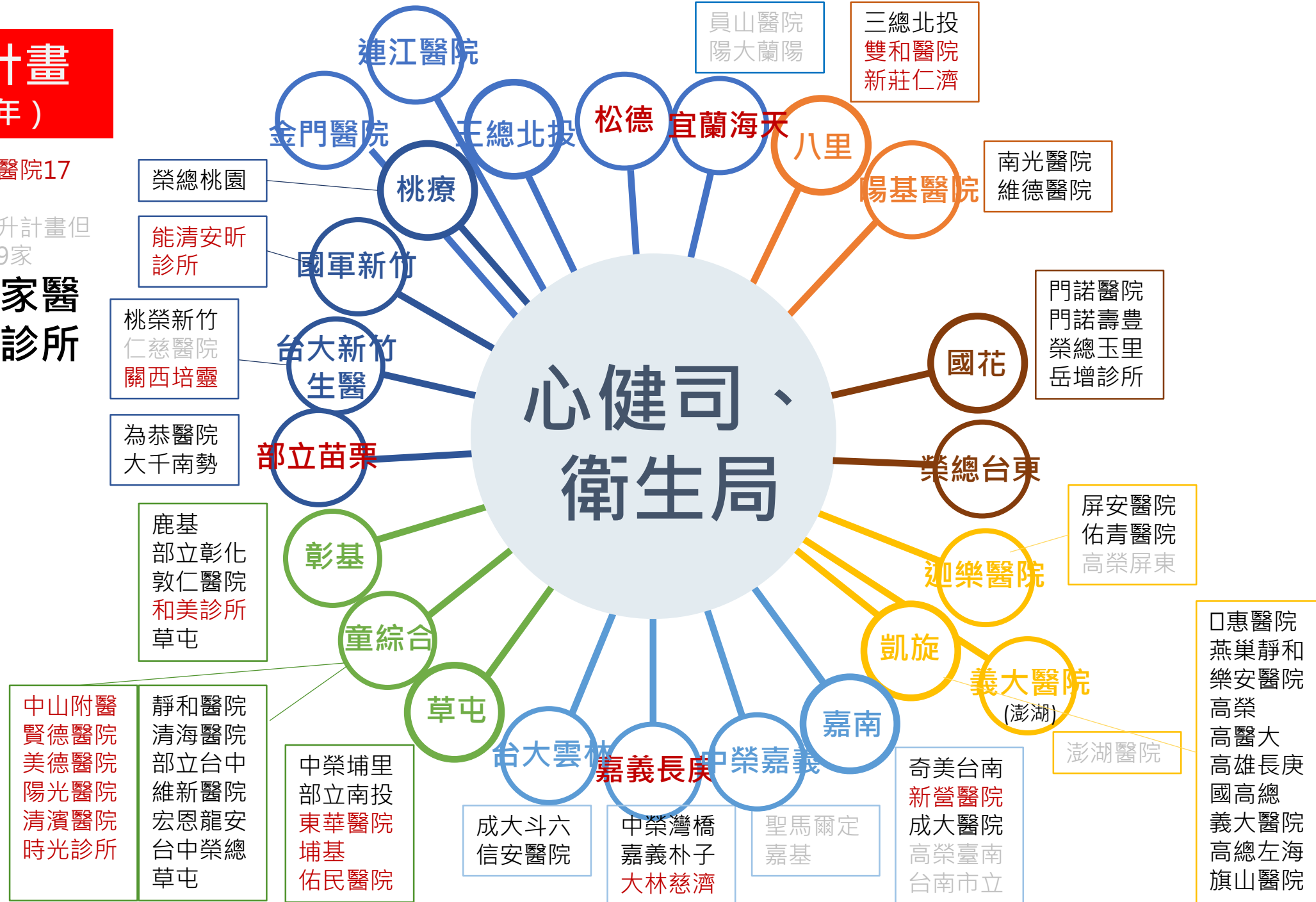
優化計畫

(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

篩檢

- 診斷
- 連結就醫/資源
- 減少就醫障礙

轉介

- 開案訪視
- 護送就醫

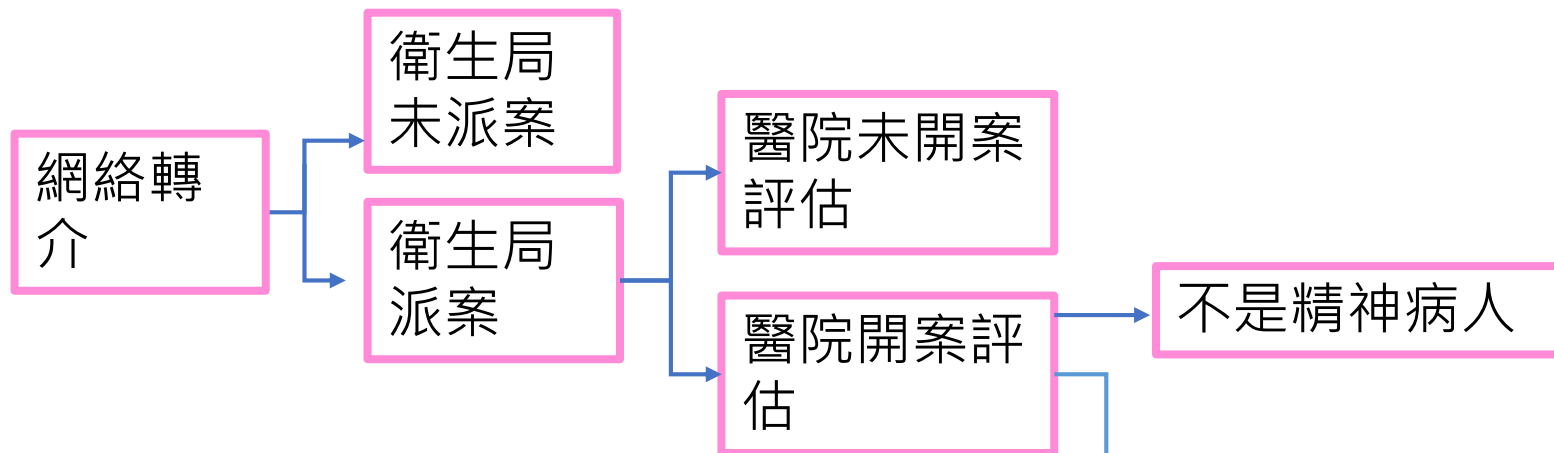
個案管
理

- 疾病與藥物衛教
- 情緒支持
- 家屬衛教與支持
- 資源轉介

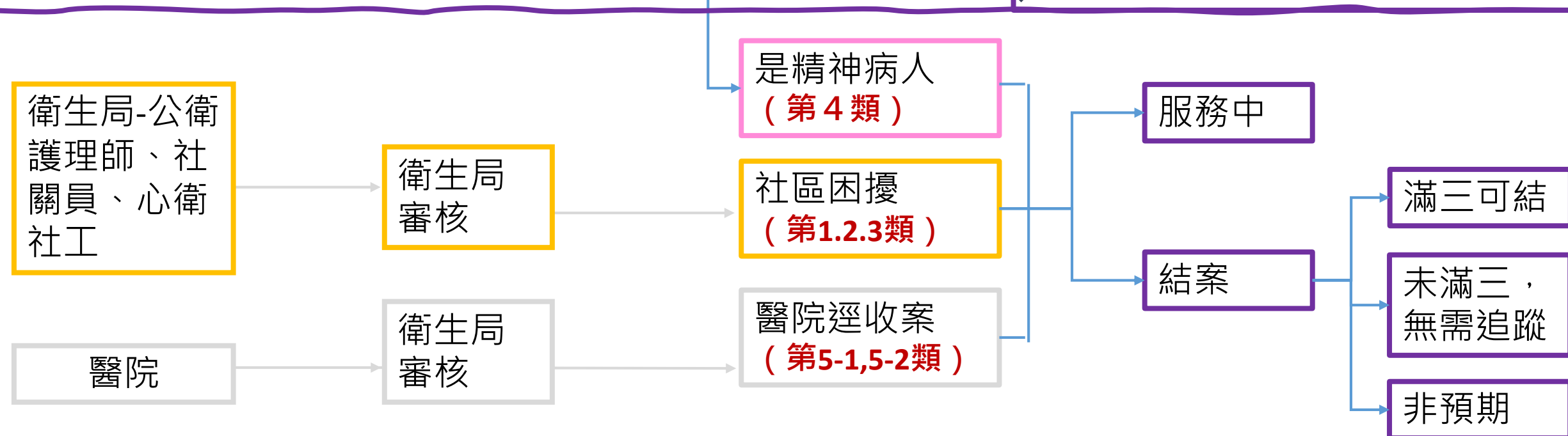
結案

- 醫療資源轉介
- 非醫療資源轉介
- 其他

疑似病人 (網絡轉介，精神衛生護理師/醫師評估)



- 1 非追蹤關懷之護送就醫病人
- 2 衛生局追蹤保護中之困難個案
- 3 社區危機處理後之精神病個案
- 4 網絡轉介個案經評估確診後，需積極醫療處置之精神病個案
- 5 (1)門診或急診醫師建議住院但病人不願意住院個案
(2)警、消人員協助送醫 (3)強制住院送審後，未住院個案



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	家屬=>有較聽話一點，較願意回門診。
對困難個案可轉此計畫很有幫助	家屬 =>目前個案住在信安，電話詢問院方狀況有好一點。
情緒有緩和可以同理別人,比較少打電話抱怨	很棒!
有回歸生活解決部分問題,回門診用藥打針	有關第2題部分達成原因：個案因為身體衰弱而入住機構。
至少有醫療單位幫忙	與醫院合作過程都很順利，謝謝。
個案最後有去檢查腦部有退化情形,在過程中也有幫助到他們	個案目前仍回診一次，但因為無法聯繫上不再結案。
期待結案後仍有更多主動醫療介入	個案目前仍回診一次，但因為無法聯繫上不再結案。
個案配合度低但症狀稍改善	對於有高暴力風險個案，希望能有醫師前往訪視評估，謝謝。
至少有連結到醫療端,多了把關的機制	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。
最後有送醫比較放心,不會擔心個案單獨在家有危險	可透過本計畫強化個案持續回診治療之重要性
很需要我們	*轉介人已離職
轉介流程順暢	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。
希望能延續服務	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
覺得案管期程太短。	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。
目前個案自傷傷人之虞，但仍可穩定目前情形,目前由該家人協助解決相關問題	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
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。	個案後續於榮總就醫
可協助安排床位或知道空床情形。	個案後續於榮總就醫
訪視人員都相當配合，合作上溝通處	個案後續於榮總就醫
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。	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。
完全沒改善，該個案沒病識感 拒絕就醫，自言自語，奪命連環叩家人，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。	已轉至中部診所自行就醫
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。	減輕了家屬的負荷程度，感謝!
家屬=>特別建議，目前有持續門診就醫。	個案出院後只回診一次，之後又中斷治療
精神狀況未改善，可能需醫療或法律持續介入執行。	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
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，對方告傷害也未出庭，主要滋擾根本問題還沒解決。	目前在國高總門診定期追蹤
里長=>希望能強制送醫治療，長成一、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。	個案拒訪，醫療也難介入
目前已再次轉介優化計畫。	很棒!辛苦醫護人員，個案自5月起每週有回診凱旋醫院
目前持續每個月帶個案回台大門診	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。
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。	個案本身不願意回診，故結案建議法延續對個案之照護
家屬=>個案倔強，拒絕就醫。精神問題還存在改善，家屬顯得很焦慮頭痛，若力照顧，期待政府能有安置她的地方。	感謝當時醫師協助與警員溝通，順利將個案護送就醫。

三個月再追蹤的回饋意見

- 大部分是正面的
- 管案時間延長的期待
- 干擾或不服藥的問題仍難解決→更強的介入措施？

05

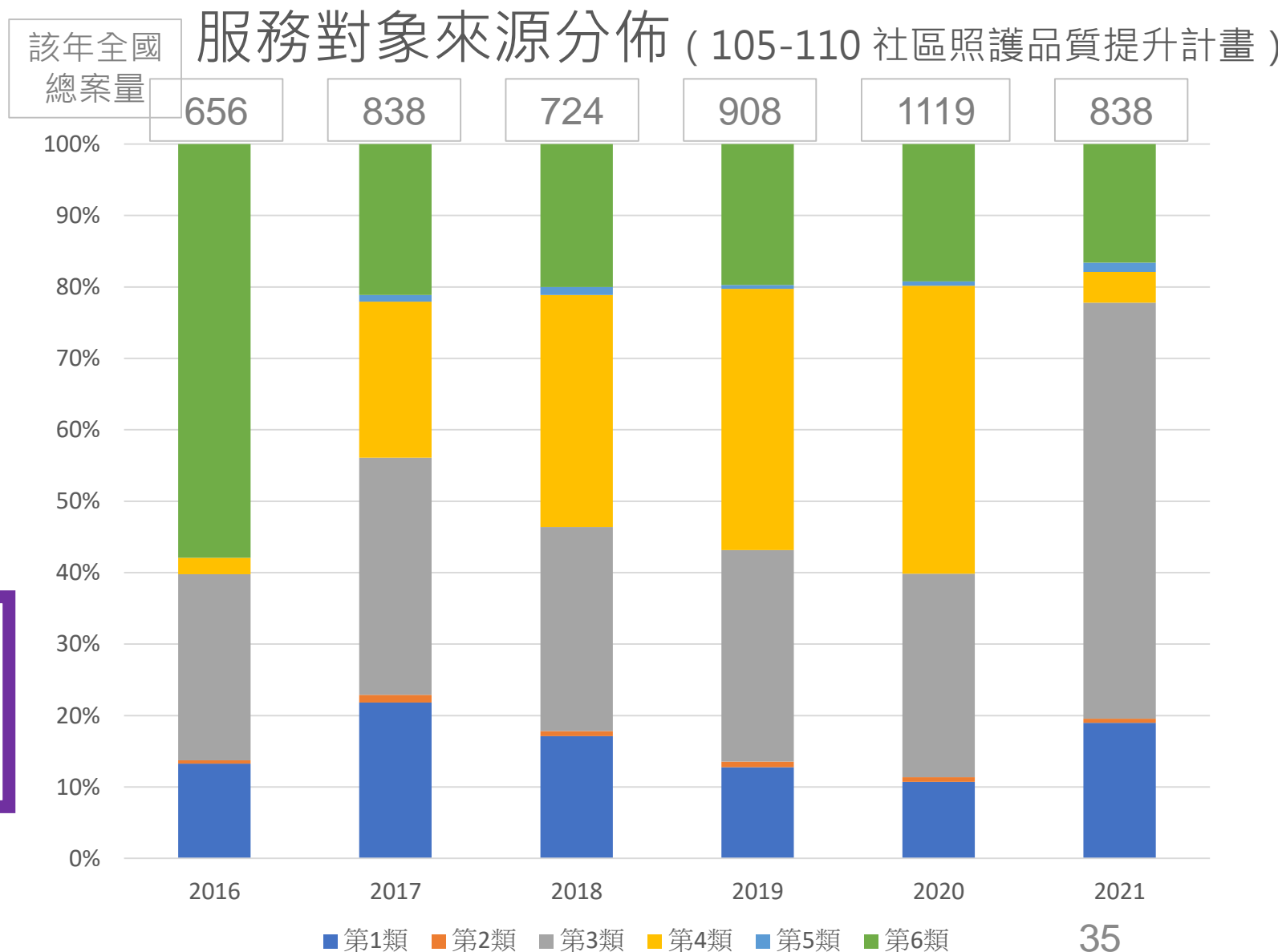


優化計畫的新挑戰

1. 計畫轉變後，漏接的族群需要重視

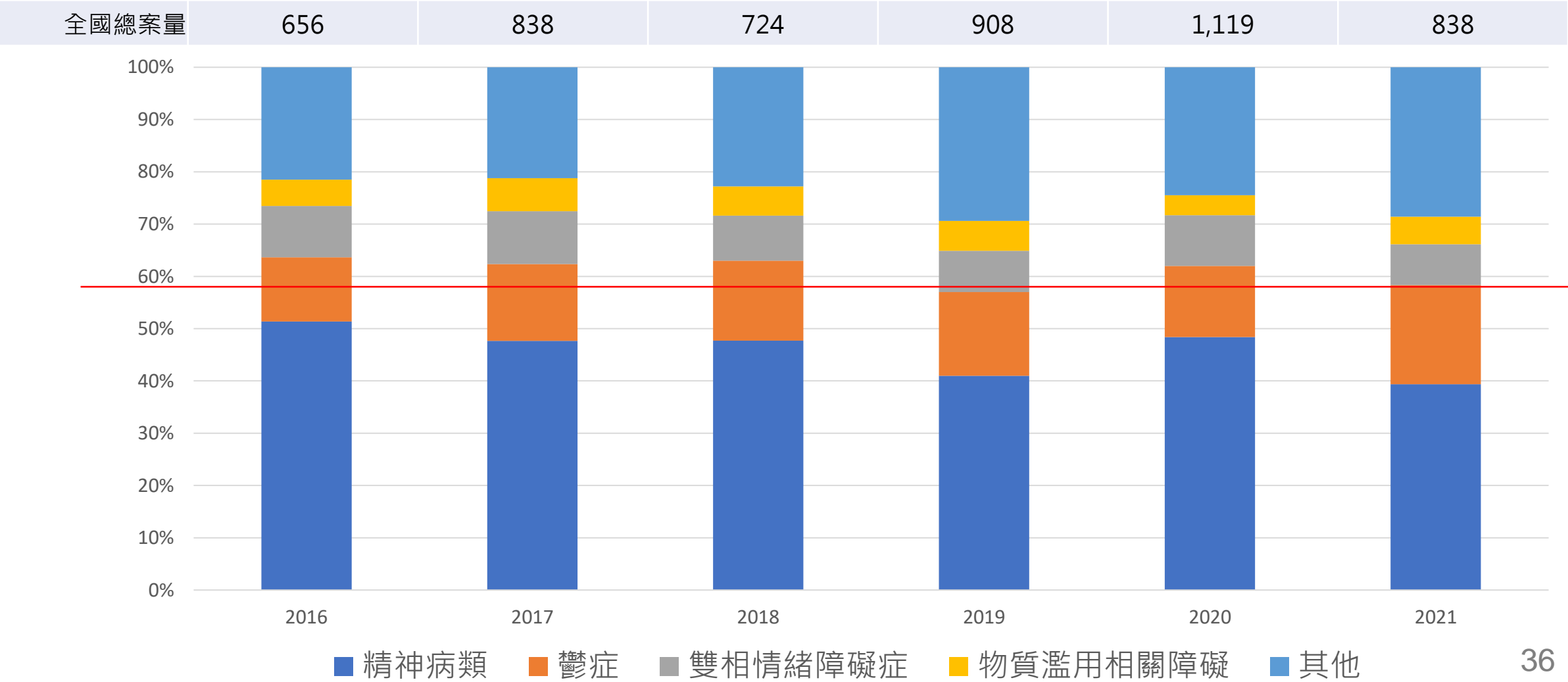
- 第1類：警、消人員協助送醫，但未住院個案
- 第2類：經審查會審查後未達強制住院之離院個案
- 第3類：門診或急診醫師建議住院，但病人不願意住院個案
- 第4類：非本部追蹤關懷之被護送就醫個案，或為衛生局(所)困難個案
- 第5類：警消護送就醫次數3個月達2次以上
- 第6類：出院個案獨居、無固定就醫、服藥不規律、家中主要照顧者65歲以上出院個案、家中有2位以上精神病人出院個案

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

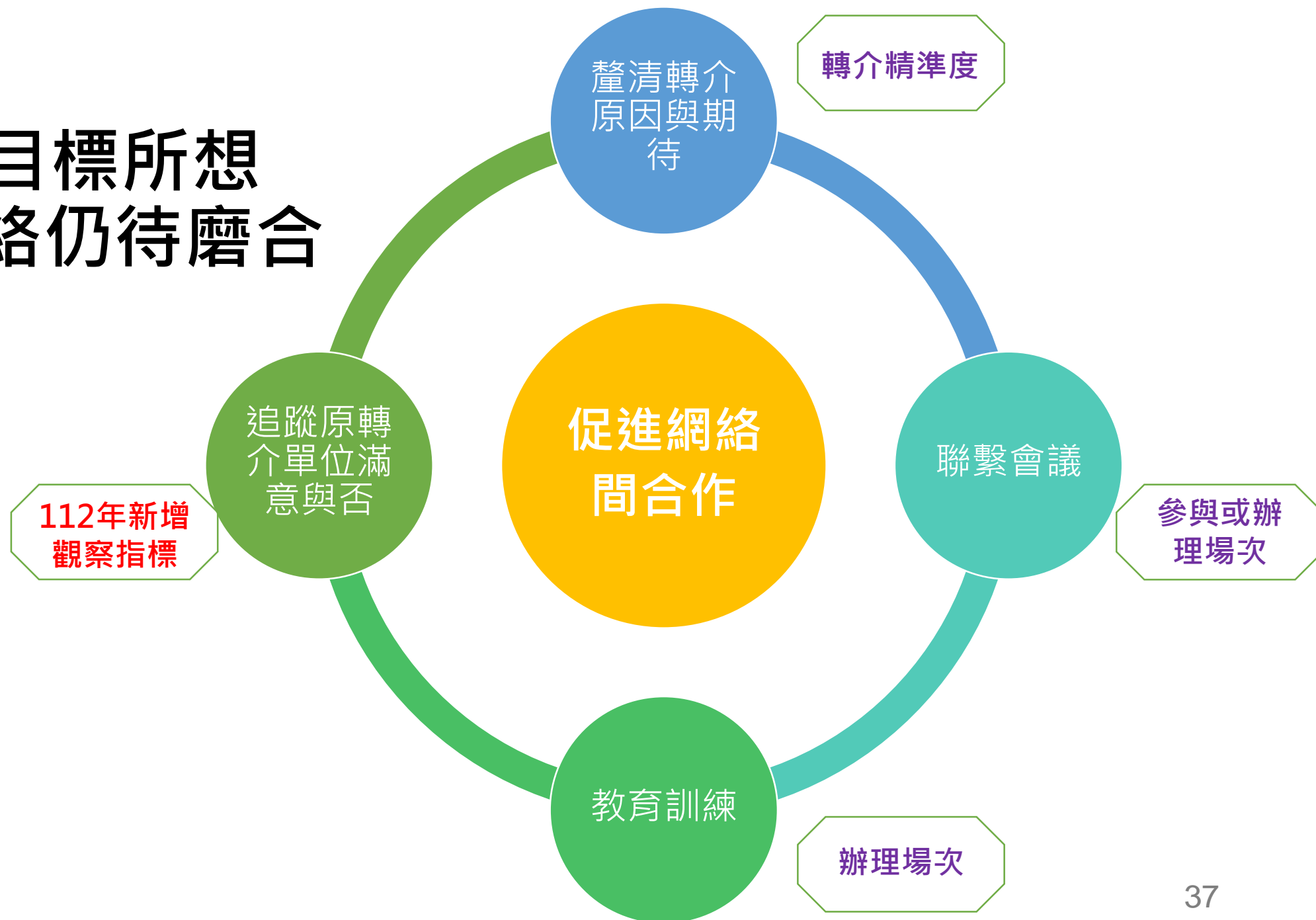


2. 問題複雜度考驗以診斷為本位的治療模式

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

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