

高雄市社區精神病人 追蹤照護分析

高雄市政府衛生局社區心衛中心

107.07

目 錄

第一章	前言.....	1
第二章	高雄市精神醫療資源現況分析.....	3
第三章	高雄市社區精神病人照護概況.....	8
第四章	高雄市精神照護系統照護個案資料分析.....	13
第五章	結論與建議.....	28

表 次

表 2-1	104 至 106 年身心障礙人口統計.....	3
表 2-2	104~106 年度六都領有領有精神障礙手冊概況.....	4
表 2-3	六都人口、面積、行政區、里數統計表.....	5
表 2-4	高雄市精神醫療資源表.....	5
表 2-5	高雄二級醫療區域精神病床資源表.....	6
表 2-6	精神復健資源需求推估標準與本市精神復健資源 現況對照表.....	7
表 2-7	精神護理之家床位統計表.....	7
表 3-1	106 年度六都精神照護系統管理個案數及照護比.....	8
表 3-2	106 年度六都精神照護系統管理個案數.....	9
表 3-3	衛生福利部社區精神病人關懷頻率表.....	10
表 4-1	106 年度六都精神照護系統管理個案數.....	15
表 4-2	本市社區精神個案照護內容分析表.....	17
表 4-3	個案基本資料交叉分析表.....	19
表 4-4	個案精神醫療基本資料交叉分析表.....	22

表 4-5	就醫情形與教育程度交叉分析表.....	23
表 4-6	主要照顧者與家人照顧交叉分析表.....	24
表 4-7	就醫行為與性別交叉分析表.....	25
表 4-8	精障手冊級數與性別交叉分析表.....	26
表 4-9	精神障礙嚴重度與性別交叉分析表.....	27

圖 次

圖 3-1	六都 104~106 年度精神個案管理人數分析圖.....	8
圖 3-2	社區精神個案管理三段五級圖.....	10
圖 3-3	轉介社區關懷訪視服務流程圖.....	12

參考文獻.....32

中文部分.....32

英文部分.....32

第一章 前言

106 年度高雄市發生「精障母親絲巾勒斃女兒」、「兄持刀砍精障妹頭顱」兩起重大人倫悲劇，加上 107 年近日連續發生「台中牙醫診所喋血案」及「嘉義榮總護理師慘遭病患家屬砍 6 刀」醫護人員無辜被殺事件，追究原因多為情境因素導致情緒不穩、照顧者或個案無病識感自行中斷醫療及家屬不堪長期照顧負荷壓力等原因，所導致社會案件，再次凸顯如何讓社區精神個案得到良好照護與支持，社會大眾需要衛教對精神病認識，對暴力的風險辨識，提升「自我防護意識」，以減少社會動盪不安，為現階段重要課題。

依據衛生福利部 105 年全民健康保險醫療統計年統計資料(衛生福利部統計處，2006)，台灣因思覺失調症和妄想症，至門診、住診（包括急診）合計人數 150,966 人，佔全台灣人口比為 0.64%；對照全球思覺失調症終生盛行率為 1%，推估有 4 成罹患思覺失調症者，未有接受醫療之行為。

高雄市截至 106 年底領有慢性精神病身心障礙手冊人數共為 17,028 人(衛福部統計處)，高雄市衛生局關懷精神個案人數計有 21,430 人，本市急、慢性精神住院床數計有 2,054 床，意味著有 9 成精神疾病患者是生活在社區中。然而，病人未獲有良好社區追蹤關懷，經常成為社區民眾擔憂的對象。

個案常因缺乏病識感，中斷治療而不斷入院，現階段社區精神病患的照護模式中，公衛護理師面臨包括人力的不足、缺乏整合的專業團隊協助、社區照護資源的有限與家屬對可近資源的認知不足等困境，甚至導致家屬將急性病房住院長期化視為常態（黃玉珠與王育慧，2015；劉蓉台，2007）。

加上社會大眾對精神病一直存有負面看法及畏懼心態，甚至連家人或親友也無法接納，因缺乏病識感中斷治療而不斷入院，不但造成病人與家人的精神傷害，亦造成醫療的高成本消費。

有鑒於此，本局針對本市追蹤照護之社區精神病人進行統計分析包括：基本人口學變項、精神醫療資源現況、本市社區精神個案照護現況及探討社區精神病人照護作為等，以提供本市精神衛生政策規劃參考。

第二章 高雄市精神醫療資源現況分析

高雄市位於台灣南端，北臨台南市，南接屏東縣，地面積為 2,952 平方公里，為六都中幅員最大的，依內政部統計司統計資料截至 2018 年 3 月底高雄市民戶籍登記人口共 2,775,935 人、1,093,552 戶數，平均每戶 2.54 人，每平方公里人口密度為 940.40 人（如表 2-1）。

表 2-1 六都人口、面積、行政區、里數統計表

地區	人口數	面積(平方公里)	行政區數	里數
高雄市	2,775,935	2,952	38	891
臺南市	1,885,882	2,192	37	724
臺中市	2,792,164	2,215	29	625
臺北市	2,680,218	272	12	456
新北市	3,986,382	2,053	29	1,032
桃園市	2,196,349	1,220	13	504

資料來源：內政部戶政司人口資料庫；本中心自行整理

依據衛生福利部統計處截至 106 年底台灣身心障礙總人數為 1,167,450 人，其中慢性精神病患者障礙者為 125,932 人，占所有身心障礙人口數的 10.79%（表 2-2），僅次於肢體障礙者、重大器官失去功能者及多重障礙者。相較於 104 年底的統計（身障總人數為

1,155,650 人，慢性精神病患者障礙者為 124,240 人，佔身心障礙者總人數的 10.75%)，與 106 年度相比成長幅度約為 0.04% ，顯示慢性精神病患者障礙者人數的增加，其成因可能是現代生活壓力大、經濟不穩造成失業率等因素有關。

表 2-2 104 至 106 年身心障礙人口統計一覽表

項目	年度	104年	105年	106年
領有身心障礙證明(手冊)人數(人)		1,155,650	1,170,199	1,167,450
占總人口比率		43.6	4.97	4.95
男性所占比率		56.7	56.6	56.4
女性所占比率		43.3	43.4	43.6
女性身心障礙者占女性總人口比率		4.25	4.29	4.29
男性身心障礙者占男性總人口比率		5.6	5.66	5.62
65 歲以上所占比率		39	40.1	40.8
中度以上等級所占比率		61.2	61.0	60.8
慢性精神病患者障礙者(人)		124,240	124,999	125,932
慢性精神病患者佔身心障礙者總人數比例(%)		10.75	10.7	10.79

資料來源：衛生福利部統計處身心障礙者人數；本中心自行整理

依據衛生福利部統計處資料，截至 106 年底全國各縣市衛生局(所)列冊追蹤照護之慢性精神病患者人數計 139,286 人，領精神障礙類別手冊人數為 117,858 人(衛生福利部，2018)，104~106 年底 3 年期間，台灣地區領有精障手冊人數由 116,572 人增為 117,858 人，

其增加幅度為 1.10% (表 2-3)。

高雄市 106 年底領有領有精神障礙手冊人數為 17,028 人，占台灣地區領有精神障礙手冊人數 14.45%；六都中排名僅次於新北市 1 萬 8572 人，位居第二。

表 2-3 104~106 年度六都領有領有精神障礙手冊概況表

年度	新北市	臺北市	桃園市	臺中市	臺南市	高雄市	全國總計
104	20,109	14,960	6,629	12,334	7,309	17,298	116,572
105	20,160	14,993	8,244	12,306	6,947	17,628	121,830
106	18,572	15,077	8,761	11,825	6,614	17,028	117,858
104~106 年增減 比率	-7.64%	0.78%	32.16%	-4.13%	-9.51%	-1.56%	1.10%

資料來源：衛生福利部精神衛生行政工作執行成果表；本中心自行整理

壹、醫療資源現況分析

區域劃分

依據衛生福利部的規劃，高雄市醫療區域劃分為高雄次醫療區域、岡山次醫療區域及旗山次醫療區域等 3 區，衛生福利部統計處資料，截至 106 年 12 月底高雄市現有的計有精神醫療資源共計 124 家，包含精神醫療院所 83 家，精神復健機構 23 家、精神護理機構 5 家，設有精神科病床之醫院共 13 家（表 2-4）。

表 2-4 高雄市精神醫療資源表

醫療院所類別	精神科診所	精神復健機構	精神護理機構	設有精神科病床之醫院	總計
家數	83 家	23 家 (日間型 15 家+ 住宿型 8 家)	5 家	13 家	124 家

資料來源：衛生福利部精神醫療資源現況表（統計截至 106 年 12 月底）；本中心

自行整理

精神健康門診

宥於城鄉差異，精神醫療資源佔有率較少之地區，本市結合在地衛生所資源平台，於大寮區、茄萣區、路竹區、湖內區、梓官區等 5 區衛生所設立精神健康門診，由醫院醫師每週提供看診服務，提供個案在地化、個別化的關懷及追蹤服務，並整合後送鄰近醫院資源，讓精神個案就醫資源無縫接軌。

精神科醫院

本市 14 家醫院設置精神病床（岡山與旗山區域重疊醫院 1 家），分佈最多於岡山大醫療區域 7 家，其次為高雄次醫療區域 6 家，再者岡山大醫療區域 1 家；許可床數共 2,054 床，其中以高雄次醫療區域共 1,398 床（68.06%）佔最高，其次為岡山大醫療區域，再者為旗山次醫療區域（表 2-5）。

表 2-5 高雄精神病床資源表

次醫療區域	區別	家數	核定許可床數		登記開放數		可收治人數日間留院
			急性精神病床	慢性精神病床	急性精神病床	慢性精神病床	
高雄	三民區、新興區、苓雅區、大寮區、鳥松區	6	819	579	819	579	389
岡山	左營區、岡山區、燕巢區	6	266	250	246	250	100
旗山	旗山區	1	40	100	40	100	0
小計		13	1,125	929	1,105	929	489
合計		13	2,054		2,034		489

資料來源：衛生福利部精神醫療資源現況表（統計截至 106 年 12 月底）；本中心

自行整理

精神復健機構

高雄市立案之日間型精神復健機構計 15 家，服務 718 人（已達每萬人數應有 2 人），高雄市立案之住宿型精神復健機構計 8 家，服務量為 388 人（已達每萬人口應有 1 床）（表 2-6）。

表 2-6 精神復健資源需求推估標準與本市精神復健資源現況對照表

精神復健機構類型	推估標準	家數	本市精神復健資源需求數	本市精神復健資源現有數	精神復健機構類型
日間型機構	每萬人口 2 人	15 家	554 人	718 人	日間型機構
住宿型機構	每萬人口 1 床	8 家	277 床	338 床	住宿型機構

資料來源：衛生福利部精神照護資源（統計截至 106 年 12 月底）；本中心自行整理

精神護理機構

目前高雄市精神護理之家共計 5 家，目前許可收容數共計為 666 床，各縣市政府社會局依據精神障礙者社會福利身份，給予部分或全額補助安置於機構（表 2-7）。

表 2-7 精神護理之家床位統計表

機構類型	推估標準	家數	本市精神護理之家資源需求數	本市精神護理之家資源現有數
精神護理之家	慢性精神病患者 10-15%	5 家	1,703 ~2,554	666 人

資料來源：衛生福利部精神照護資源（統計截至 106 年 12 月底）；本中心自行整理

第三章 高雄市社區精神病人照護概況

壹、照護現況

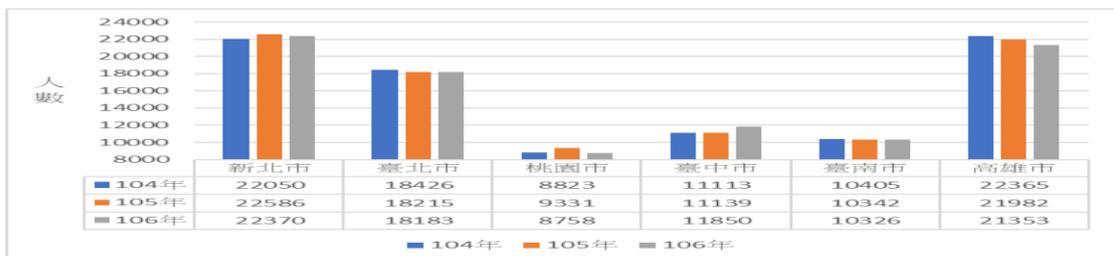
一、高雄市共分高雄、岡山、旗山 3 個次區域、38 個行政區、38 區衛生所，現有 233 名公共衛生護士，社區精神障礙個案共追蹤照護 21,353 人 (107 年 3 月底)，佔轄區內人口比率為 0.77%，照護比為 1:92 人，與 106 年度六都照護比，位居第二，僅次台北市 (表 3-1)。

表 3-1 106 年度六都精神照護系統管理個案數及照護比

縣市別	106 年度管理個案數	領具精神障礙手冊/證明人數	管理個案分級人數					105 年度公衛護理實際員額	公衛護士照護比(106 年個案數/105 年度公衛護理實際員額)
			一級	二級	三級	四級	五級		
全國總計	139,286	117,858	18,062	17,085	42,748	60,630	761	2,786	50
新北市	22,370	18,572	2,641	2,691	6,259	10,525	254	282	79
臺北市	18,183	15,077	1,632	1,973	8,845	5,724	9	197	92
桃園市	8,758	8,761	1,479	1,324	2,282	3,667	6	172	51
臺中市	11,850	11,825	1,998	1,607	3,354	4,888	3	230	52
臺南市	10,326	6,614	1,717	1,620	2,575	4,404	10	232	45
高雄市	21,353	17,028	2,539	2,303	5,302	11,195	14	245	87

資料來源：衛生福利部精神照護資源 (統計截至 106 年 12 月底)；本中心自行整理

二、本市 104 年底精神個案管理人數累計數為 22,365 人，為六都中之首；106 年底 21,353 人位居全國第二位，僅次於新北市 (圖



3-1)。

圖 3-1 六都 104~106 年度精神個案管理人數分析圖

資料來源：衛生福利部精神衛生行政工作執行成果表；本中心自行整理

二、高雄市 106 年底個案管理人數 21,353 人，領有精神障礙手冊人數 17,028 人，個案管理人數占高雄市人口比為 0.77% (106 年 2,776,912 人)，對照全球思覺失調症終生盛行率為 1%，推估高雄市罹患思覺失調症為 27,769 人，預估 3 成思覺失調症個案未曾接受精神醫療行為。

三、依據表 3-2 衛生福利部統計全國管理個案人數，其中三級 (30.69%) 及四級 (43.53%) 人數佔全國管理個案 74.22%，高雄市三級 (24.83%) 及四級 (52.43%) 人數佔高雄市管理個案數 77.26%。

表 3-2 106 年度六都精神照護系統管理個案數

縣市別	106 年度管理個案數	領具精神障礙手冊/證明人數	管理個案分級人數				
			一級	二級	三級	四級	五級
全國總計	139,286	117,858	18,062	17,085	42,748	60,630	761
新北市	22,370	18,572	2,641	2,691	6,259	10,525	254
臺北市	18,183	15,077	1,632	1,973	8,845	5,724	9
桃園市	8,758	8,761	1,479	1,324	2,282	3,667	6
臺中市	11,850	11,825	1,998	1,607	3,354	4,888	3
臺南市	10,326	6,614	1,717	1,620	2,575	4,404	10
高雄市	21,353	17,028	2,539	2,303	5,302	11,195	14

資料來源：衛生福利部精神照護資源 (統計截至 106 年 12 月底)；本中心自行整理

貳、衛生所追蹤關懷模式

一、公衛護士追蹤關懷社區精神個案照護屬公共衛生三段五級之三段預防 (圖 3-2)，依據衛生福利部 94 年訂定【精神疾病患者社區家訪要點】將個案分為一~五級照護，由各區衛生所依個案目前

照護級數規範之照護間隔提供關懷訪視 (表 3-3)。



圖 3-2 社區精神個案管理三段五級圖

二、分級照護

- (一) 精神照護個案分為 1-5 級照護：由各區衛生所提供關懷訪視及資源連結服務。
- (二) 訪視方式：家庭訪視、電話訪視、辦公室訪視為主。
- (三) 出院、出監、領冊、他縣市遷入、嚴重病人需於 2 週內完成關懷訪視。

表 3-3 衛生福利部社區精神病人關懷頻率表

照護級數	照護間隔
一級	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2 星期內訪視第 1 次 ■ 前 3 個月每個月內訪視一次
二級	3 個月訪視一次
三級	6 個月訪視一次
四級	一年訪視一次
五級	督導會議討論後決定

資料來源：本中心自行整理

三、高風險個案管理

(一) 轉介社區關懷訪視服務

由於衛生所公共衛生護士的業務繁多且沉重，近年來工作是以社區營造與健康促進的業務為主，社區精神個案的追蹤關懷必須多加費心，因此衛生福利部自 9 年起辦理精神病患社區關懷照顧計畫，補助衛生局社區關懷訪視人力，針對中弱勢、高風險個案、多元議題、未成年孕產婦合併精神等精神個案，轉介社區關懷訪視服務 (圖 3-3)，提供精神醫療連結與專業的服務，轉介條件為：

1. 醫院住院個案，二週後即將出院，經出院準備計畫評估需個案管理服務之精神病患。
2. 生活面臨多重問題且無法自行解決之精神病患。
3. 家庭或社會支持系統薄弱，需重建社會支持及資源之精神病患。
4. 病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者之精神病患。
5. 獨居之精神病患。
6. 主要照顧者為 65 歲以上之精神病患。
7. 經強制住院後出院之精神病患。
8. 家中有二位以上精神病患。
9. 其他經衛生局轉介之個案。

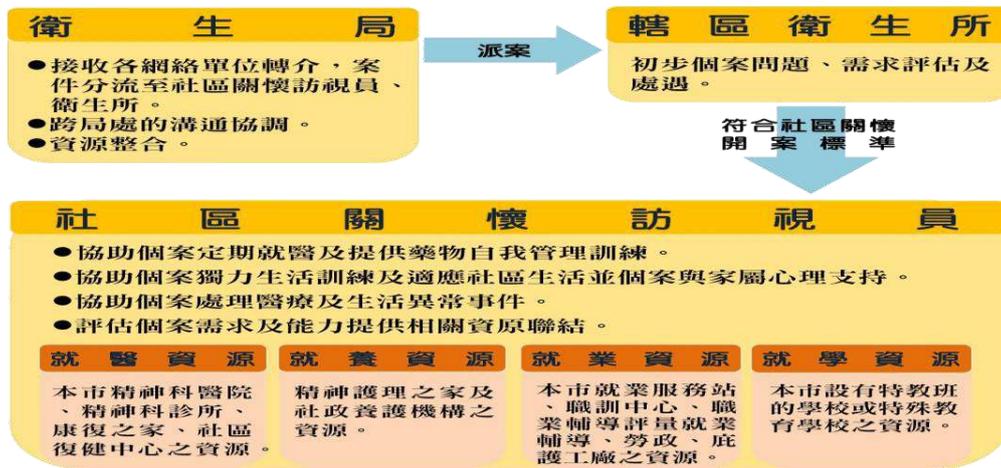


圖 3-3 轉介社區關懷訪視服務流程圖

(二) 醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫

1. 此階段屬公共衛生三段五級之次級預防（危機處置，連續性照護），為減少社區精神疾病病人因不遵醫囑而有疾病復發情形，及加強未達強制住院要件且不願接受住院治療，但仍有病情不穩風險，之中高風險精神疾病病人照護。
2. 衛生福利部 105 年開辦「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」，結合各區精神醫療網區域之衛生局及醫院形成「社區醫療照護暨追蹤網絡」。
3. 透過醫療機構主動積極介入治療，引導病人規律就醫及協助處理緊急及突發狀況，減少延誤送醫，並提升疑似精神病人緊急護送就醫效率，減少社區滋擾事件。

第四章 高雄市精神照護系統照護個案資料分析

壹、資料庫說明

- 一、本市社區精神個案收案來源，經由出院通報、領有精神障礙手冊或轉介通報確定診斷等，並依【衛生福利部精神疾病患者社區家訪要點】，將個案分為一~五級照護，公衛護士依個案目前照護級數及照護間隔，提供關懷訪視，並將訪視結果鍵入衛生福利部「精神照護資訊管理系統-訪視追蹤紀錄單」，進行個案追蹤管理。
- 二、本章係針對衛生福利部「精神照護資訊管理系統」之資料庫進行分析，本系統資料為累計人數，依不同時間截取點截取之基本資料會有不同，本資料庫擷取時間為 107 年 3 月 28 日，系統資料為累計人數為 21,414 人。

貳、資料庫分析：

一、基本資料人口學分析

- (一)性別分析：女性(11,457 人/53.5%)高於男性(9,957 位/46.5%)。
- (二)教育程度：排除教育程度遺漏值 7 人(不納入統計)，教育程度集中在國中佔全體(4,261 人/19.9%)，次之為高中(職)(2,739 人/12.8%)，專科以上學歷(2,231 人/10.4%)，46.8%資料不

詳(無法取得資料),現有資料顯示本市精神疾病個案的學歷普遍偏低。

(三)年齡層：年齡區分為「18歲以下」、「18-29歲」、「30-44歲」、「45-59歲」、「60-64歲」及「65歲以上」共六組,年齡層集中在「30-44歲」(5,893人/27.5%)及「45-59歲」(8,707人/40.7%)年齡層,以「45-59歲」年齡層人數最多,「18歲以下」年齡層人數最少(70人/0.3%)。

表 4-1 個案基本資料之人口學屬性分析表

類別	項目	人數(N=21414)	百分比(%)
性別	(1)男性	9957	46.5
	(2)女性	11457	53.5
教育程度	(1)不識字	401	1.9
	(2)國小	1747	8.2
	(3)國中	4261	19.9
	(4)高中(職)	2739	12.8
	(5)專科	1027	4.8
	(6)大學	1098	5.1
	(7)研究所以上	106	0.5
	(8)不詳	10035	46.8
	(9)遺漏值	7	0.0
年齡	(1) 18 歲以下	70	0.3
	(2) 18 歲至 29 歲	1229	5.7
	(3) 30 歲至 44 歲	5893	27.5
	(4) 45 歲至 59 歲	8707	40.7
	(5) 60 歲至 64 歲	2134	10.0
	(6) 65 歲以上	3381	15.8

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

二、本市社區精神個案照護內容分析

表 4-2 針對個案有否有家人關心、精神症狀嚴重程度、社區生活功能障礙程度等類別以敘述性統計方法進行分析，其分析結果如下：

(一) 家人照顧：排除遺漏值 2,501 人，整體以有家人關心與照顧最多 (15,436 人/72.1%)。

(二) 照護級數：統計結果 (表 4-2) 照護個案級數主要集中三~四級 (16,404 人/76.6%)，以四級照護個案數最多 (11,181 人

/52.2%) , 其次三級照護個案 (5,223 人/24.4%) , 次之為二級照護個案 (2,601 人/12.1%) ; 整體來看, 三~四級照護個案占全體比例 76.6% , 公衛護士所需訪視頻率約 6 個月~1 年, 換言之, 個案穩定度較高。

(三) 精神症狀嚴重程度 : 排除遺漏值 73 人, 共計 21,341 人, 程度為無 (17,487 人/81.7%) , 其次輕微 (3,620 人/16.9%) , 次之為中度為 (183 人/0.9%) 。 整體來看, 以無及輕微佔多數, 只要家人照顧得宜, 精神症狀都可以受到控制。

(四) 社區生活功能障礙程度 : 排除遺漏值 74 人, 共計 21,340 人, 程度為無最多 (18,337 人/85.6%) , 其次為輕度 (2,678 人/12.5%) , 次之為中度 (183 人/0.9%) 。 社區生活功能障礙程度集中在無及輕度, 與精神症狀嚴重程度不相上下, 社區生活功能障礙程度也是可以受到控制。

(五) 精神障礙障手冊等級 : 排除遺漏值 6836 人, 共計 14,578 人, 領有中度等級最多 (7,487 人/35%) , 其次為輕度 (5,379 人/25.1%) , 次之為重度 (1,405 人/6.6%) 。

表 4-2 本市社區精神個案照護內容分析表

單位：人數/百分比

類別	項目	人數(N=21414)	百分比(%)
家人照顧	(1)有家人照顧	15436	72.1
	(2)無家人照顧	5978	27.9
照顧級數	(1)一級	2601	12.1
	(2)二級	2395	11.2
	(3)三級	5223	24.4
	(4)四級	11181	52.2
	(5)五級	14	0.1
精神障礙嚴重度	(1)無	17487	81.7
	(2)輕微	3620	16.9
	(3)中度	183	0.9
	(4)重度	51	0.2
	(5)遺漏值	73	0.3
社區生活功能障礙程度	(1)無	18337	85.6
	(2)輕微	2678	12.5
	(3)中度	247	1.2
	(4)重度	78	0.4
	(5)遺漏值	74	0.3
精障手冊等級	(1)輕度	5379	25.1
	(2)中度	7487	35.0
	(3)重度	1405	6.6
	(4)極重度	307	1.4
	(5)遺漏值	6836	31.9

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

三、個案基本特質、精神醫療與年齡之相關性

表 4-3 主要針對個案基本特質、精神醫療等構面之類別變項與年齡之相關性，以卡方檢定統計方法進行分析，其研究結果如下：

(一) 個案基本特質與年齡的關係

本研究結果顯示，個案基本特質以性別的研究樣本 21,414 人中，男性為 9,957 人 (46.5%)，其中 45~59 歲有 4,101 人 (19.2%) 的年

齡層最多,女性為 11,457 人(53.5%),其中 45~59 歲有 4,606 人(21.5%)
的年齡層也屬最多,經卡方檢定分析,發現性別在年齡方面達顯著差
異 ($\chi^2=258.5$, $p<.001$)。個案基本特質以教育程度的研究樣本 21,414
人中,不識字為 298 人 (1.9%),其中 65 歲以上有 298 人 (1.4%) 的
年齡層最多,國小為 1,747 人(8.2%),其中 65 歲以上有 751 人(3.5%)
的年齡層最多,國中為 4,261 人 (19.9%),其中 45~59 歲有 2,093 人
(9.8%) 的年齡層最多,高中(職)為 2,739 人 (12.8%),其中 45~59
歲有 2,093 人 (9.8%) 的年齡層最多,專科為 1,027 人 (4.8%),其中
45~59 歲有 469 人 (2.2%) 的年齡層最多,大學為 1,098 人 (5.1%),
其中 30~40 歲有 485 人 (2.3%) 的年齡層最多,研究所以上為 106
(0.5%),其中 30~40 歲有 49 人 (0.2%) 的年齡層最多,教育程度
不詳者為 10,028 人 (46.8%),其中 45~59 歲有 4,043 人 (18.8%) 的
年齡層最多,經卡方檢定分析,發現教育程度在年齡方面達顯著差異
($\chi^2= 3716.8$, $p<.001$)。

表 4-3 個案基本資料交叉分析表

單位：人數/百分比

研究變項	年齡						總和	χ^2	P 值
	18 歲以下	18-29 歲	30-44 歲	45-59 歲	60-64 歲	65 歲以上			
性別								258.5	<0.001
男性	34 0.2%	667 3.1%	3052 14.3%	4101 19.2%	857 4.0%	1246 5.8%	9957 46.5%		
女性	36 0.2%	562 2.6%	2841 13.3%	4606 21.5%	1277 6.0%	2135 10.0%	11457 53.5%		
教育程度								3716.8	<0.001
不識字	1 0.0%	1 0.0%	8 0.0%	52 0.2%	41 0.2%	298 1.4%	401 1.9%		
國小	6 0.0%	19 0.1%	115 0.5%	495 2.3%	364 1.7%	751 3.5%	1747 8.2%		
國中	23 0.1%	231 0.9%	1235 5.8%	2093 9.8%	343 1.6%	336 1.6%	4261 19.9%		
高中(職)	3 0.0%	184 0.9%	1053 4.9%	2093 9.8%	167 0.8%	118 0.6%	2739 12.8%		
專科	1 0.0%	36 0.2%	373 1.7%	469 2.2%	77 0.4%	71 0.4%	1027 4.8%		
大學	0 0.0%	159 0.7%	485 2.3%	313 1.5%	58 0.3%	83 0.4%	1098 5.1%		
研究所以上	0 0.0%	12 0.1%	49 0.2%	38 0.2%	4 0.0%	3 0.0%	106 0.5%		
不詳	36 0.2%	586 2.7%	2573 12.0%	4043 18.8%	1080 5.0%	1719 8.0%	10028 46.8%		

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

(二) 個案精神醫療與年齡的關係

1. 本研究結果顯示，個案精神醫療以家人照顧的研究樣本 21,414 人中，有家人照顧為 15,436 人(81.6%)，其中 45~59 歲有 6,058 人(32.0%)的年齡層最多，無家人照顧為 3,477 人(18.4%)，其中 45~59 歲有 1,668 人(8.8%)的年齡層亦屬最多，經卡方檢定分析，發現家人照顧在年齡方面達顯著差異 ($\chi^2=137.2$ ， $p<.001$)。

2. 個案精神醫療以照顧級數的研究樣本 21,414 人中，一級為 2,601 人 (12.1%)，其中 45~59 歲有 892 人 (4.2%) 的年齡層最多，二級為 2,395 人 (11.2%)，其中 45~59 歲有 884 人 (4.1%) 的年齡層最多，三級為 5,223 人 (24.4%)，其中 45~59 歲有 2,175 人 (10.2%) 的年齡層最多，四級為 11,181 人 (52.2%)，其中 45~59 歲有 4,745 人 (22.2%) 的年齡層最多，五級為 14 人 (0.1%)，其中 45~59 歲有 11 人 (0.1%) 的年齡層最多，經卡方檢定分析，發現照顧級數在年齡方面達顯著差異 ($\chi^2= 30.9$, $p<.001$)。
3. 個案精神醫療以精神障礙嚴重度的研究樣本 21,341 人中 (扣除遺漏值 73 人)，嚴重度為無者 17,487 人 (81.9%)，其中 45~59 歲有 7,071 人 (33.1%) 的年齡層最多，嚴重度為輕微者 3,620 人 (17.0%)，其中 45~59 歲有 1,532 人 (7.2%) 的年齡層最多，嚴重度為中度者為 183 人 (0.9%)，其中 45~59 歲有 67 人 (0.3%) 的年齡層最多，嚴重度為重度者為 51 人 (0.2%)，其中 45~59 歲有 20 人 (0.1%) 的年齡層最多，經卡方檢定分析，發現精神障礙嚴重度在年齡方面達顯著差異 ($\chi^2= 30.8$, $p<.001$)。
4. 個案精神醫療以社區生活功能障礙程度的研究樣本 21,340

人中 (扣除遺漏值 74 人), 障礙程度為無者 18,337 人 (85.9%), 其中 45~59 歲有 7,473 人 (35.0%) 的年齡層最多, 障礙程度為輕微者 2,678 人 (12.5%), 其中 45~59 歲有 1,092 人 (5.1%) 的年齡層最多, 障礙程度為中度者為 247 人 (1.2%), 其中 45~59 歲有 97 人 (0.5%) 的年齡層最多, 障礙程度為重度者為 78 人 (0.4%), 其中 45~59 歲有 27 人 (0.1%) 的年齡層最多, 經卡方檢定分析, 發現社區生活功能障礙程度在年齡方面達顯著差異 ($\chi^2= 34.4$, $p<.001$)。

5. 個案精神醫療以精障手冊級數的研究樣本 14,578 人中 (扣除遺漏值 6,836 人), 手冊級數為輕度者 5,379 人 (36.9%), 其中 45~59 歲有 2,213 人 (15.2%) 的年齡層最多, 手冊級數為中度者 7,487 人 (51.4%), 其中 45~59 歲有 3,561 人 (15.4%) 的年齡層最多, 手冊級數為重度者為 1,405 人 (9.6%), 其中 45~59 歲有 595 人 (4.1%) 的年齡層最多, 手冊級數為極重度者為 307 人 (2.6%), 其中 45~59 歲有 123 人 (0.8%) 的年齡層最多, 經卡方檢定分析, 發現精障手冊級數在年齡方面達顯著差異 ($\chi^2=34.4$, $p<.001$)。

表 4-4 個案精神醫療基本資料交叉分析表

單位：人數/百分比

研究變項	年齡						總和	χ^2	P 值
	18 歲以下	18-29 歲	30-44 歲	45-59 歲	60-64 歲	65 歲以上			
家人照顧								137.2	<0.001
有家人照顧	60 0.3%	962 5.1%	4285 22.7%	6058 32.0%	1509 8.0%	2562 13.5%	15436 81.6%		
無家人照顧	1 0.0%	131 0.7%	899 4.8%	1668 8.8%	350 1.9%	428 1.9%	3477 18.4%		
照顧級數								30.9	<0.001
一級	20 0.1%	248 1.2%	880 4.1%	892 4.2%	202 0.9%	359 1.7%	2601 12.1%		
二級	15 0.1%	211 1.0%	770 3.6%	884 4.1%	191 0.9%	324 1.5%	2395 11.2%		
三級	15 0.1%	312 1.5%	1424 6.6%	2175 10.2%	529 2.5%	768 3.6%	5223 24.4%		
四級	20 0.1%	458 2.1%	2816 13.2%	4745 22.2%	1212 5.7%	1390 9.0%	11181 52.2%		
五級	0 0.0%	0 0.0%	3 0.0%	11 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	14 0.1%		
精神障礙嚴重度								30.8	<0.001
無	52 0.2%	1023 4.8%	4776 22.4%	7071 33.1%	1750 8.2%	2815 13.2%	17487 81.9%		
輕微	15 0.1%	178 0.8%	1014 4.8%	1532 7.2%	358 1.7%	523 2.5%	3620 17.0%		
中度	1 0.0%	14 0.1%	64 0.3%	67 0.3%	17 0.1%	20 0.1%	183 0.9%		
重度	1 0.0%	4 0.0%	18 0.1%	20 0.1%	3 0.0%	5 0.1%	51 0.2%		
社區生活功能障礙程度								34.4	<0.001
無	58 0.3%	1064 5.0%	5043 23.6%	7473 35.0%	1858 8.7%	2841 13.3%	18337 85.9%		
輕微	10 0.0%	140 0.7%	755 3.5%	1092 5.1%	237 1.1%	444 2.1%	2678 12.5%		
中度	1 0.0%	13 0.1%	60 0.3%	97 0.5%	23 0.1%	53 0.2%	247 1.2%		
重度	0 0.0%	2 0.0%	13 0.1%	27 0.1%	11 0.1%	25 0.1%	78 0.4%		
精障手冊級數								34.4	<0.001
輕度	19 0.1%	262 1.8%	1522 10.4%	2213 15.2%	565 3.9%	798 5.5%	5379 36.9%		
中度	7 0.0%	194 1.3%	1868 12.8%	3561 24.4%	775 5.3%	1082 7.4%	7487 51.4%		
重度	3 0.0%	51 0.3%	253 1.7%	595 4.1%	195 1.3%	308 2.1%	1405 9.6%		
極重度	1 0.0%	25 0.2%	83 0.6%	123 0.8%	30 0.2%	45 0.3%	307 2.1%		

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理（擷取時間為 107 年 3 月 28 日）

(三) 個案就醫情況與教育程度的關係

本研究表 4-5 結果顯示，個案就醫情況與教育程度的研究樣本 21,338 人中 (扣除遺漏值 76 人)，發現病情穩定 (18,387 人/86.2%) 與規則就醫 (2,480 人/11.6%) 為最多；個案病情穩定且學歷為國中 (3,699 人/17.3%) 及高中 (職) (2,381 人/11.2%) 的年齡層最多；個案規則就醫且學歷為國中 (468 人/2.2%) 及高中 (職) (297 人/1.4%) 最多，經卡方檢定分析，發現就醫情形與教育程度方面達顯著差異 ($\chi^2=4.43$, $p<.001$)。

表 4-5 就醫情形與教育程度交叉分析表

單位：人數/百分比

研究變項	教育程度						研究 所 上	不詳	總和	χ^2	P 值
	不識字	國小	國中	高中 (職)	專科	大學					
就醫情況										4.43	<0.001
病情穩定	350 1.6%	1550 7.3%	3699 17.3%	2381 11.2%	899 4.2%	930 4.4%	87 0.4%	8491 39.8%	18387 86.2%		
不規則就醫	0 0.0%	2 0.0%	10 0.0%	4 0.0%	2 0.0%	2 0.0%	0 0.0%	18 0.1%	38 0.2%		
病情不穩定	0 0.0%	1 0.0%	1 0.0%	3 0.0%	1 0.0%	3 0.0%	0 0.0%	19 0.1%	28 0.1%		
拒絕就醫	1 0.0%	2 0.0%	11 0.1%	9 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	1 0.0%	39 0.2%	64 0.3%		
病情穩定， 無就醫	4 0.0%	21 0.1%	69 0.3%	42 0.2%	17 0.1%	19 0.1%	3 0.0%	166 0.8%	341 1.6%		
規則就醫	45 0.2%	168 0.8%	468 2.2%	297 1.4%	108 0.5%	142 0.7%	15 0.1%	1237 5.8%	2480 11.6%		

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

(四) 主要照顧者 65 歲以上與家人照顧的關係

本研究表 4-6 結果顯示，個案主要照顧者 65 歲以上與家人照顧的研究樣本 18,920 人中（扣除遺漏值 2,494 人），發現主要照顧者不是 65 以上者(17,538 人/92.7%)為最多；個案有家人照顧且主要照顧者 65 歲以下(14,086 人/74.4%)多於於主要照顧者 65 歲以上(1,357 人/7.2%)為最多，經卡方檢定分析，發現主要照顧者 65 歲以上與家人照顧方面達顯著差異（ $\chi^2=273.3$ ， $p<.001$ ）。

表 4-6 主要照顧者與家人照顧交叉分析表

單位：人數/百分比

研究變項	家人照顧		總和	χ^2	P 值
	是	否			
主要照顧者 65 歲以上				273.6	<0.001
是	1357 7.2%	25 0.1%	1382 7.3%		
否	14086 74.4%	3452 18.2%	17538 92.7%		

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

(五) 就醫行為與性別的關係

本研究表 4-7 結果顯示，個案就醫行為與性別的研究樣本 19,467 人中(扣除遺漏值 1,947 人)，發現就醫行為門診者(11,142 人/57.2%) 及日間留院者 (6,040 人/32.2%) 為最多；就醫行為為門診者且性別為女性者 (6,258 人/32.1%) 為最多；就醫行為為日間留院者且性別為女性者 (3,328 人/17.1%) 為最多，經卡方檢定分析，發現就醫行為與性別方面達顯著差異（ $\chi^2=96.8$ ， $p<.001$ ）。

表 4-7 就醫行為與性別交叉分析表

單位：人數/百分比

研究變項	性別		總合	χ^2	P 值
	男	女			
就醫行為				96.8	<0.001
不就醫	4 0.0%	6 0.0%	10 0.0%		
門診	4884 25.1%	6258 32.1%	11142 57.2%		
日間留院	2942 15.1%	3328 17.1%	6270 32.2%		
居家治療	283 1.5%	261 1.3%	544 2.8%		
再住院	316 1.6%	201 1.0%	517 2.7%		
住宿型復健機構	4 0.0%	7 0.0%	11 0.0%		
日間型復健機構	9 0.0%	4 0.0%	13 0.1%		
精神護理之家	6 0.0%	2 0.0%	8 0.0%		
社政養護	3 0.0%	2 0.0%	5 0.0%		
其他復健方案	5 0.0%	3 0.0%	8 0.0%		
無法得知就醫情形	482 2.5%	457 2.3%	939 4.8%		

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

(六) 精障手冊級數與性別的關係

本研究表 4-8 結果顯示，個案精障手冊級數與性別的研究樣本 14,578 人中(扣除遺漏值 6,836 人)，發現精障手冊級數為中度者(7,487 人/51.4%)及輕微者(5,379 人/36.9%)為最多；精障手冊級數為中度者且性別為女性者(3,822 人/26.2%)為最多；精障手冊級數為輕微者且性別為女性者(3,206 人/22.0%)為最多，經卡方檢定分析，發現精障手冊級數與性別方面達顯著差異($\chi^2=106.4$, $p<.001$)。

表 4-8 精障手冊級數與性別交叉分析表

單位：人數/百分比

研究變項	性別		總合	χ^2	P 值
	男	女			
精障手冊級數				106.4	<0.001
輕度	2173 14.9%	3206 22.0%	5379 36.9%		
中度	3665 25.1%	3822 26.2%	7487 51.4%		
重度	708 4.9%	697 4.8%	1405 9.6%		
極重度	131 0.9%	176 1.2%	307 2.1%		

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

(七) 精神障礙嚴重度與性別的關係

本研究表 4-9 結果顯示，個案精神障礙嚴重度與性別的研究樣本 21,340 人中(扣除遺漏值 74 人)，發現精神障礙嚴重度為無者(18,337 人/85.9%)及輕微者(2,678 人/12.5%)為最多；精神障礙嚴重度為無者且性別為女性者(9,920 人/46.5%)為最多；精神障礙嚴重度為輕微者且性別為女性者(1,346 人/6.3%)為最多，經卡方檢定分析，發現精神障礙嚴重度與性別方面達顯著差異($\chi^2=18.4$, $p<.001$)。

表 4-9 精神障礙嚴重度與性別交叉分析表

單位：人數/百分比

研究變項	性別		總合	χ^2	P 值
	男	女			
精神障礙嚴重度				18.4	<0.001
無	8417 39.4%	9920 46.5%	18337 85.9%		
輕微	1332 6.2%	1346 6.3%	2678 12.5%		
中度	130 0.6%	117 0.5%	247 1.2%		
重度	40 0.2%	38 0.2%	78 0.4%		

資料來源：衛生福利部精神照護資訊管理系統；本中心自行整理

(擷取時間為 107 年 3 月 28 日)

第五章 討論與結論

研究發現台灣地區慢性精神障礙全人口盛行率隨著年代顯著增加，發現精神障礙者多集中在 30-44 歲及 45-59 歲，以勞動人口盛行率最高（鄒秉諺等人，2016），本研究結果發現高雄市關懷社區精神障礙個案，年齡層集中在 30-59 歲，照護個案女性大於男性，教育程度普遍偏低，有家人關懷陪伴，就醫模式以門診居多，推估因穩定就醫及服藥，降低精神障礙及社區生活干擾程度，領有精障手冊以女性居多。本研究結果分別討論如下：

壹、研究討論

一、精神個案精神復元議題

精神個案常因疾病病程、負向生活經驗與壓力，而導致急性發病，透由培養、治療等方式，提升個人復元力，以增加精神個案因應生活困境的能力，提升病人重返社會的能力與降低復發機會。

二、慢性精神障礙個案高齡化健康及長期照護議題

思覺失調症患者的活性症狀往往會變得較不嚴重，多數患者承受著負性症狀、認知功能障礙、憂鬱情緒、長期使用抗精神病藥物所導致的副作用，以及合併內科問題的多重因素所苦（Jeste & Maglione, 2013），高齡精神個案照護不僅止於精神症狀的治療與照護，應

重視的個別性照顧需求問題，提供長期照護的服務，而「成功老化」也成為高齡精神個案照護的一個重要概念。

三、家屬照顧負荷議題

在「家醜不可外揚」、「標籤化」與「污名化」的多重束縛下，家屬漸漸不再與其他親友提起患者的狀況，也漸漸減少與親友互動的機會，其悲傷的歷程也因此被凍結（劉文芝與林綺雲，2017）。

而在長期的照顧歷程中，家屬所經驗到的是包括：影響家庭經濟、無人分擔照顧責任、對疾病之擔心、影響家庭互動、干擾家庭休閒生活及身心健康狀況等負荷感受（陳玟玲等人，2014；Salleh, 1994）。

由於精神個案的主要照顧者通常是個案父母，照顧者擔心個案不知何時會發病，家庭生活作息、事業與家庭也難以兼顧，在多重壓力下家屬除了面臨照顧的沉重負荷，在社區中亦面臨社區民眾對精神疾患認知落差而形成烙印的困擾，家屬在漫長照護期間能藉由專業人員的協助以減輕其照顧壓力，並透由陪伴使照顧者情緒缺口，有抒發管道。

四、護理人員對執行社區精神病患工作之角色反思

研究結果發現護理人員對精神病人之社區居家照護服務品質的觀點，可分為四個主題，分別為（李錦彪、廖淑珍與戎瑾如，2014）：

- (一) 服務人員的能力—拓荒者之能力 (逆境韌力、經由精神科團隊
照護經驗的啟蒙，進而孵化為具獨立運作的能力照護)。
- (二) 社區服務的方法—提供無縫的照護。
- (三) 個案需求面的服務—尋找生活的意義 (指提供以病人為中心、
可強化病人功能、達成生活重整的照護)。
- (四) 服務資源聯盟—聯結病人在地生活需求的照護。

我們鼓勵精神疾病患者，除了按時服藥外，更要想辦法維持正常的工作和社會生活，讓大腦多活動，才能夠恢復大腦的健康，避免大腦活動陷入單調或混亂的模式 (楊智傑，2015)。

公衛護士應訓練具體社區實務能力以展現於社區持續性照顧之獨特角色功能，須依個案實際需求轉換照護情境，並擬定具體照護目標、策略、過程及成果。

貳、研究限制

本研究針對高雄市政府衛生局定期關懷社區精神障礙者為對象，由公衛護士定期提供關懷訪視，並將訪視概況鍵入衛生福利部「精神照護資訊管理系統-訪視追蹤紀錄單」，進行個案追蹤管理；本篇分析資料擷自衛生福利部「精神照護資訊管理系統」資料庫，惟系統資料由公衛護士逐筆將鍵入該系統內，尚未適時更新資料，導致衛生福

利部「精神照護資訊管理系統」領有精障手冊人數，少於衛生福利部統計數據；加上「精神照護資訊管理系統-訪視追蹤紀錄單」資料無封存機制，以致在不同時間點所勾稽之名冊、精障手冊、個案照護級數及精神症狀等資料會有所不同。

參考文獻

中文部分

李錦彪、廖淑珍、戎瑾如 (2014)。護理人員對精神病人之社區居家照護服務品質的觀點。精神衛生護理雜誌, 9(1), 9-19。

徐瑀謙、黃莉萍、徐敏芳 (2016)。社區精神病患家屬照顧負荷及其預測因子。健康與建築雜誌, 3(2), 64-71。

陳玟玲、楊燦、賴家欣、李昭憲 (2014)。精神分裂患者主要照顧者照顧負荷及其相關因素初探。美和學報, 33(2), 13-28。

黃玉珠、王育慧 (2015)。伴我路遙遙 - 家屬及公衛護理師照護社區精神病患之現況與困境。護理雜誌, 62(4), 26-33。

楊智傑 (2015)。健康世界, 468, 55-57。

鄒秉諺、林藍萍、徐尚為、林金定 (2016)。台灣慢性精神障礙盛行率長期變化趨勢分析：2000-2014 年。身心障礙研究, 14(1), 75-85。

劉文芝、林綺雲 (2017)。思覺失調症患者家屬模糊性失落之探討。諮商與輔導, 384, 35-38。

劉蓉台 (2007)。精障個案社區整合照顧模式。護理雜誌, 54(5), 11-17。

衛生福利部統計處 (2006)。全民健康保險醫療統計年報。線上檢索日期 2016 年 5 月 17 日, 取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-3717-113.html>。

英文部分

Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 180-185.

Jeste, D. V., & Maglione, J. E. (2013). Treating older adults with schizophrenia: challenges and opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 966-968. doi: 10.1093/schbul/sbt043