

衛生福利部精神疾病防治諮議會第 21 次會議

會議紀錄

時間：111 年 10 月 14 日（星期五）上午 10 時

地點：本部 302 會議室

主席：李明濱召集委員

紀錄：林偉翔

出席者：李明濱、蔡長哲、丁碩彥、李新民、陳亮妤、郭乃文（視訊）、姜忠信、張自強（假）、呂淑貞、林惠珠、徐畢卿、吳文正（假）、洪心平、周安成、蔡惠美、游麗鳳、陳素綢（假）、黃麗鶯（假）、張朝翔（假）

列席單位及人員：本部心理健康司謹司長立中、李簡任技正炳樟、姚科長依玲、林約聘研究員偉翔、劉助理佳馨

壹、主席致詞主席致詞並介紹本屆委員：（略）

貳、確認本部精神疾病防治諮議會第 20 次會議紀錄

決定：洽悉。

參、報告事項：

一、本部精神疾病防治諮議會第 20 次會議決議事項辦理情形（報告單位：本部心理健康司）。

決定：案號 1100908，同意解除列管。

二、本部委託長榮大學辦理 110 年度「精神病人其生理共病所需之照護費用資料分析及相關研究計畫」之成果分享（報告單位：長榮大學）。

決定：悉知。

三、精神科病人生理共病照護之經驗分享及規劃建議（報告單位：本部草屯療養院）。

決定：悉知。

肆、討論事項（與會者發言重點摘要如附件）：

案由：有關精神科慢性病房住院病人生理共病照護政策規劃案，提請討論（提案者：本部心理健康司）。

決定：

- (一) 經綜整各位委員意見，本規劃案宜先以嚴重精神病人（severe mental illness）為服務對象，試辦重點則為其生理疾病共病照護議題。
- (二) 試辦醫療機構，可分別以精神科專科醫院與綜合醫院之病房進行試辦，經試辦計畫累積相關數據（如再住院率、病人生活滿意度等）後，可召開共識會議或專家小組會議討論試辦結果與未來改善方向。
- (三) 辦理試辦計畫時，應考量與現有資源做連結，包括不同層級與類型醫療機構及社區資源等。臺灣的優勢是醫療可近性，衛福部也應考量納入社區醫療群。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 12 時 30 分

衛生福利部精神疾病防治諮議會第 21 次會議

討論事項與會者發言重點摘要

案由：有關精神科慢性病房住院病人生理共病照護政策規劃案，提請討論。

（以下依出、列席人員發言順序記錄）

李明濱召集委員：

為方便討論，需先釐清一些問題，例如聚焦討論於哪類型精神病人（例如嚴重精神病人）之生理共病議題、是在精神專科醫院（下稱專科醫院）或是綜合醫院病房照護模式，釐清後再請委員依序發言。

譚司長立中：

- （一）本討論案主要是因為隨著年齡老化，精神病人生理共病大量增加，且發現一般綜合醫院收治是類病人意願較低。後續照護也是問題，一般綜合醫院內外科病房空間不太適合是類精神科病人，倘病情不穩定，會有安全性及照顧人力問題。
- （二）另外，健保體系下照會費用偏低，沒有辦法成為固定收入。同樣的，也沒有設計共同照護費用，倘病人住在某一科病房，其他科僅能申報會診費，爰不容易形成共同照護概念，這是現行問題。
- （三）在後續的討論，建議可以分成在精神科專科醫院及一般綜合醫院兩類型討論。

姚科長依玲：

原則上本部期待聚焦在精神病人生理共病照護議題討論，在現有醫療體系下，倘未來有相關試辦計畫，會想從試辦計畫中瞭解人力及經費需求，以及希望能依據試辦計畫結果，進而改善健保支付制度。

陳亮好委員：

- (一) 從上述討論聽起來是要討論嚴重精神病人 (severe mental illness)，主軸還是在思覺失調症及雙相情緒障礙症 (bipolar disorder) 的生理共病，尤其在老化後生理共病的增加，並引領健保署再未來能夠在整合照護 (integrated care) 部分，能夠在給付部分給予協助。現在提供嚴重精神病人的服務是斷裂的，尤其是在精神科專科醫院，例如嚴重精神病人需要外送就醫，家屬又不處理的狀況下，需要醫院派人力協助，可能導致後續有相關醫療糾紛等。
- (二) 在綜合醫院的嚴重精神病人，生理共病部分可以照會模式來處理，但在專科醫院，是類病人老化後，照會可能無法滿足需求，且就目前醫院的經營，可能也沒辦法常駐其他專科或內科醫師，急性生理疾病問題還是需要外送就醫，慢性生理疾病得用照會模式，但如同司長所述，給付不夠好，不具有吸引力。
- (三) 在專科醫院部分，大多住院的精神病人係有較複雜的嚴重精神疾病、較多的生理共病且年齡較大。就目前所知現況，會建立與綜合醫院的合作，當遇到緊急生理疾病狀況，可即時外送處理。但如同報告案提到，臨時外診所需的人力調度，對醫院是蠻大的負擔，在報告案所提之成本可能是低估的，因外診所花費的人力成本、時間成本以及其他額外花費皆沒有算入。

蔡長哲委員：

- (一) 我的想法也是聚焦在嚴重精神病人且具有生理共病者，建議的處理方式應該是比照衛福部彰化醫院的整合性照護病房模式，優勢是倘綜合醫院內有是類病人可轉至整合性照護病房，第二，可與專科醫院合作，倘有需要的病人可轉至綜合醫院。
- (二) 但在綜合醫院會有兩個問題，第一是需要重新訓練專業人力，尤其是同時有內外科問題又有精神疾病的病人更需要專業知能；第二是治癒後之病人後續要去哪裡？精神專科醫院轉介之病人還可以轉回原來醫院照護，那其他的狀況呢？

洪心平委員：

- (一) 對於剛剛主席表示服務對象為嚴重病人，我也支持。我比較關心的是，未來共病照護要做全面性的計畫，計畫的範疇會拓展到多大，以及未來的方向，且在尚未編列預算之下，也想知道未來執行的狀況。
- (二) 我主要是關心病人的權益，根據剛剛丁醫師的報告案的計畫，對於病人權益（如照服員的人力資源）等，都比目前一般病房都要好，支持所提出的方案。

蔡惠美委員：

- (一) 因有家屬曾在醫院照護將近 17 年，家屬有得到滿完整的照護，但未必所有醫院都能發展成像是玉里療養院這樣大型的專科醫院，這是值得探討的問題。
- (二) 在聽到 2 個報告案後，蠻欣慰的是有人重視到精神病患老化之後的身心疾病問題，個人覺得若能在綜合醫院強化這塊，是滿不錯的規劃。另外治癒後能將病人安置去哪些地方，也需一併思考。

游麗鳳委員：

- (一) 本身是病患家屬也是社工師，照護弟弟已經幾十年，弟弟的醫療問題在心中仍是個隱憂。另外也發現弟弟就醫時，醫師都會處理，因為醫師看到了願意一同處理問題的家屬。
- (二) 謝謝衛福部對本議題之重視，剛剛教授有提到健保相關代碼申報的不多，且給付的也不多，這就是一個盲點，精神病人在住院時需要特別照護，對醫療成本增加很多，若不是對精神疾病有了解的專業人員，照護會很辛苦，但了解是類個案後會發現，是非常好照護的。

周安成委員：

我們的社區醫療計畫期盼能延續下去，而非只有一年期計畫。

呂淑貞委員：

- (一) 近期有接觸比較多的精神復健機構，發現機構內的住民有很多的生理問題，且平均年齡偏高。相對於精神醫療資源，精神病患的共照問題是被忽略的。
- (二) 在過去，有關精神病人的生理問題都較關注在牙科，然而在眼科、骨科等也都是需要特別關注的，常常會有病人因為眼睛不好導致跌倒骨折，術後又未能積極復建導致臥床，成為長照問題，也想請問後續如何銜接到長照服務，最後也感謝衛福部本次討論這樣重要的議題。

林惠珠委員：

- (一) 共病照護議題確實是未來一定會面對的問題，對於服務對象的定義，也贊成是針對嚴重病人及具有身心障礙手冊之精神病人為主要族群。
- (二) 精神專科醫院住院病人因生理疾病需外醫者，往往會有些額外的醫療糾紛（另如家屬質疑醫院未照護好），此外針對看護人力及家屬之負擔也都是問題。
- (三) 病房是由專科醫院或是綜合醫院設置，是需要思考的，且在設置成本、人才招募、照護及專業人員訓練等問題，還需做進一步分析。或是兩類型醫院皆可設置病房，但在照顧對象要有所不同，例如較簡單之生理共病病人可收治在專科醫院，較複雜的病人可收治在綜合醫院，但二者要有良好的轉介機制。此外，綜合醫院在共病照護議題應責無旁貸。
- (四) 另外也期待未來與健保署討論，將 DRG 加成及照會費用的提高。

李新民委員：

- (一) 我們要思考的是，這樣的試辦計畫要做多大，小到個人、醫院，後續延伸到社區，以及到未來變成政策，是需要透過時間的。
- (二) 不管是在專科醫院或是在綜合醫院設計整合病房，都需要考慮到現實問題（醫療器材、醫院試辦意願等），要怎麼去鼓勵、去要求醫院，以及醫院是否會有逆選擇的問題，最後，有好的人員、好的團隊也很重要，以及需要考慮到未來可能在醫院端或社區端遇到的阻力。

姜忠信委員：

- (一) 衛福部今天提了精神病人生理共病的議題，收獲良多，也是非常重要的事情，但比較少聽到的是，要怎麼樣從實證科學的角度去評估，如我們所做的探索性研究 (pilot study)，如果先從地區醫院做、要怎樣的團隊做、要花多少經費做等。那背後的結果資訊 (outcome information) 是什麼？也許從住院人數或住院天數降低、回院次數降低，家屬看護照護等指標去定義思考。此外，我們應該更關注的是組織接納度，當我們要放一個新的東西進去，醫院能不能接受，體系能不能接受，這也是我們要去問的指標。
- (二) 若衛福部想推動案子，是否有學術相關團隊協助分析數據，譬如將半年或一年的研究結果回饋給第一線專業夥伴，或是分析國外現有研究，類似計畫發展到什麼程度，我們要如何做能相互呼應。從一個科學的角度來支持實務的工作，又可以從實務工作的資料累積出的數據回應到國際的社會。

郭乃文委員 (視訊回應文字意見)：

- (一) 醫療行為中，患者本身可以修改的疾病預防 (行為與態度) 和疾病適應 (認知與情緒)，有相當高的心理功能。研究指出個體的執行功能，對不同的疾病的影響力 (研究中的統計解釋力) 高達 2 至 5 成，一個糖尿病研究發現甚至可以估計兩年後的情緒與滿意度。
- (二) 雖然對精神疾病患者尚無直接證據，但以腦心智功能的執行功能是一個能力向度改變的角度，可預期患者因其執行功能不足而遇到的疾病調適會產生更大困難。
- (三) 家屬面對個人情緒和社會時宜的雙重折磨，精神疾病家屬 (重要關鍵人) 其需要長期穩定的諮詢系統，這部分將來有社區心理衛生中心可以扮演重要角色。但家屬自己生涯生命的發展若遇到功能不張時，難免有時氣急敗壞／擦槍走火，甚至產出自殺或助自殺的意念／嘗試，這時候納入危機處理，若能強化「合約化、制度教學」的精神，應該可以減少一些不利的期待。

李明濱召集委員：

- (一) 諮議會的目的就是藉由各位委員的金頭腦對於所提出的政策給予意見，感謝今天從兩位報告者以不同角度來分享精神病人在生理疾病共病之議題。經由各位委員發表的意見後，共同決定服務對象為嚴重精神病人，以及其精神與生理疾病之共同病護照護議題。
- (二) 在醫院類型中，分別以精神科專科醫院與綜合醫院之病房進行試辦計畫，用對的方法找對的人做對的計畫。經試辦計畫累積相關數據（如再住院率、病人生活滿意度等）後，可召開共識會議或專家小組會議討論其試辦結果與未來可改善之方向。
- (三) 未來可在醫療機構設置標準中綜合醫院，尤其是在區域醫院以下設立精神科，強化綜合醫院之精神醫療。
- (四) 這邊簡單綜合各委員之想法並感謝所有委員的協助。

譚司長立中：

- (一) 謝謝主席綜合各位委員的意見，今日討論的共病議題是本部關注非常久的議題，惟過往並未爭取到相關資源挹注，儘管非常關注但也無力去改變目前狀況。但本部也沒有忘記當年部立彰化醫院所做的努力，所以更正式的在本次會來討論共病議題。
- (二) 綜合醫院設置共病病房會有幾個前題，如該醫院的精神科經營完善、院長重視共病議題，精神部（科）主任在醫院能有效與其他內外部（科）溝通並共同照護，才有可能說服醫院針對共病議題進行投資。藉由本次會議討論內容，考慮是否利用補助的方式、辦理共病病房試辦計畫。
- (三) 此外，今天探討的議題，也聯想到包括康復之家的改革，應該要把身體照護及健康促進概念（口腔、牙齒、視力、防跌）等都應納入評鑑項目。
- (四) 因應老化問題，每個國家發展狀況不同，可先參考並有待未來多了解實際狀況。最終本部希望能改變健保制度，增加共病照護給付。

李明濱召集委員：

- (一) 辦理試辦計畫時，應考量與現有資源做連結，包括不同層級與類型醫療機

構及社區資源等。臺灣的優勢是醫療可近性，衛福部也應考量納入社區醫療群。

(二) 此外，臺灣的優勢是醫療可近性，衛福部也應考量到社區醫療群，強調身心照護，如果將這些資源加入，相信臺灣會比起其他國家，應該會更容易做起來。