

診所或地區醫院處理之感冒、輕症等初級照護案件，占門診件數之比率（簡稱初級照護率），在民國 101 至 104 年間，醫學中心由 15.05% 降至 12.66%、區域醫院由 20.07% 降至 19.00%（表 11），顯示整體而言，區域級以上醫院門診輕症之比率已逐年減少，經分析個別醫院初級照護率結果，約有 5 成之醫學中心初級照護率介於 9.32% 至 14.53% 間，5 成之區域醫院初級照護率介於 16.04% 至 21.51% 間，惟仍有醫學中心、區域醫院初級照護率高達 18.48%、35.92%，有侵蝕基層醫療體系初級照護功能之虞，經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：目前政策並未限制民眾就醫，民眾就醫習慣之改變非短期可見，中央健康保險署前為修訂部分負擔制度，曾多次提案至全民健康保險會討論，然未獲共識，未來將持續與社會各界溝通，以利分級醫療及轉診等相關政策推動。

表 11 各層級醫院初級照護件數及其占門診件數之比率統計表

| | | 單位：萬件 | | |
|-----|----|-------|-------|-------|
| 年 | 單位 | 醫學中心 | 區域醫院 | 地區醫院 |
| 101 | 件數 | 419 | 745 | 940 |
| | % | 15.05 | 20.07 | 36.15 |
| 102 | 件數 | 405 | 753 | 922 |
| | % | 14.27 | 19.81 | 34.70 |
| 103 | 件數 | 400 | 746 | 894 |
| | % | 13.76 | 19.31 | 33.82 |
| 104 | 件數 | 379 | 749 | 886 |
| | % | 12.66 | 19.00 | 33.05 |

資料來源：民國 105 年 1 月份全民健康保險業務執行報告。

（三）政府為提升國人心理健康，落實精神疾病防治與照護服務，已推動各項政策，惟仍有社區精神病人關懷訪視人力不足等欠妥情事，亟待研謀改善。

衛生福利部為全面提升國人心理健康，規劃於民國 102 至 105 年度辦理「國民心理健康促進計畫」，計畫總經費 26 億 2,737 萬餘元，該計畫提出 5 大工作領域，其中「落實精神疾病防治與照護服務」1 項，係規劃辦理均衡精神照護資源、強化精神衛生體系及服務網絡、強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務、落實社區精神病人管理及追蹤關懷、發展多元化精神病人社區照護模式等工作項目，執行結果已有初步成效，惟仍核有待改善事項如次：

1. 社區精神病人關懷訪視人力不足，影響訪視成效：依衛生福利部統計資料，民國 100 至 103 年度社區精神病人訪員（含公衛護士及社區關懷訪視員）人數分別為 2,499 人、2,515 人、2,588 人、2,648 人，訪視病人人次分別為 49 萬餘人次、53 萬餘人次、66 萬餘人次、71 萬餘人次，平均每位訪員每年訪視人次自民國 100 年度之 196 人次，逐年增加至民國 103 年度之 270 人次，本年度僅略降為 268 人次，多個市縣提出訪員人力不足等問題。經查民國 102 至 104 年度全國平均每位社區精神病人被訪視之次數分別為 4.73 次/人、5.64 次/人、4.94 次/人，雖已達目標值 4.15 次/人，惟其中訪視未遇之人次占總訪視人次之比率分別為 26.67%、25.52%、25.35%。又訪

表 12 訪員訪視社區精神病人情形統計表

| | | 單位：人次、% | | | | | |
|-----------|-----------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| 年度 | | 102 | | 103 | | 104 | |
| 項目 | | 人次 | 比率 | 人次 | 比率 | 人次 | 比率 |
| 合計 | | 666,719 | 100.00 | 715,322 | 100.00 | 703,345 | 100.00 |
| 訪視到人次 | 小計 | 488,913 | 73.33 | 532,786 | 74.48 | 525,018 | 74.65 |
| | 面訪 | 280,030 | 42.00 | 300,939 | 42.07 | 284,288 | 40.42 |
| | 電訪及其他訪視方式 | 208,883 | 31.33 | 231,847 | 32.41 | 240,730 | 34.23 |
| 訪視未遇人次 | | 177,806 | 26.67 | 182,536 | 25.52 | 178,327 | 25.35 |

資料來源：整理自衛生福利部統計處公布資料及衛生福利部統計資料。

視到之人次中，屬面訪之人次占總訪視人次之比率僅分別為 42.00%、42.07%、40.42%（表 12），與社區家訪要點規定訪視係以實際家庭訪視為主未盡相符。按家訪

之目標為早期發現社區精神疾病疑似患者，並轉介適當醫療院所確定診斷之精神疾病患者規則就醫，全國社區關懷訪視精神病人人次雖逐年增加，協助精神病人就醫次數，卻由民國 100 年度之 7,101 人次，減少為本年度之 4,646 人次，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)積極爭取增加關懷訪視人力預算及加強教育訓練；(2)推動「醫療機構精神病人社區照護品質提升計畫」，由醫院主動介入治療及追蹤。

2. 精神疾病嚴重病人之強制治療面臨困境，強制住院治療人數逐年下降，強制社區治療之個案數少：我國精神疾病嚴重病人強制住院案件，自民國 99 年度之 1,670 件，逐年下降至本年度之 677 件（表 13），依衛生福利部委託臺灣精神醫學會辦理本年度「精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查作業計畫」期末報告指出，我國精神病人強制住院占一般住院人次比率，自民國 98 年度之 3.22%，降為民國 102 年度之 1.46%，

原因包含精神科醫師對於嚴重病人診斷定義嚴格度不一、強制鑑定及申請強制流程不熟稔、醫師業務繁忙等；審查委員審查重點不同、新聘委員審案經驗較少等；申請流程耗時、系統操作不熟悉、無設置專責人員、缺乏配套措施與誘因等，顯示我國精神疾病

嚴重病人接受強制住院治療，面臨許多困境。又我國精神疾病嚴重病人強制社區治療之人數，民國 100 至 104 年度分別為 40 人、56 人、63 人、48 人、70 人，占各年度全國嚴重病人數之比率僅分別為 0.97%、1.69%、1.62%、0.83%、1.23%，主要係精神專科醫師人力無法負荷、無多餘人力進行強制社區治療等，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)已持續透過教育訓練，凝聚審查共識；(2)將檢討修正強制社區治療實施方式，讓精神病人於社區接受治療。

3. 為提升社區精神照護品質，雖已辦理各項計畫，部分市縣仍有精神復健資源不足情形：西元 2001 年世界衛生組織（World Health Organization, WHO）針對精神健康服務供給與計畫，提出應發展社區照護，除可保障精神病人人權，減少污名化外，當病人將治療方式移轉至社區照護層級時，將使照護服務更具成本效益。為此，衛生福利部辦理「精神衛生機構團體獎勵計畫」及「補(捐)助公立及民間精神照護機構充實精神復健及精神護理設施經費計畫」，獎勵精神衛生機構、團體從事精神病人社區照顧、支持及復健服務，暨鼓勵精神照護資源不足地區日間型或住宿型精神復健機構及精神護理之家擴充服務量，充實相關設施，提升社區精神照護品質，經查截至民國 104 年底止，仍有金門縣等 7 個縣未設置日間型精神復健機構，計 15 個市縣登記服務量未達每萬人口 2 人；金門縣等 3 個縣未設置住宿型精神復健機構，計 5 個市縣登記服務量未達每萬人口 1 床（表 14），各該市縣精神復健資源缺乏，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)已建立市縣衛生局主動對社區精神病人提供追蹤、輔導之服務，以完善居家社

表 13 精神疾病嚴重病人強制住院及強制社區治療統計表

單位：件、%

| 類別 年度 | 強制住院 | | 強制社區治療 | |
|----------|-------------|------|---------|-------|
| | 許可數/案件數 | 許可率 | 許可數/案件數 | 許可率 |
| 99 | 1,584/1,670 | 94.9 | 26/26 | 100.0 |
| 100 | 1,164/1,211 | 96.1 | 39/40 | 97.5 |
| 101 | 1,182/1,221 | 96.8 | 52/56 | 92.9 |
| 102 | 735/772 | 95.2 | 62/63 | 98.4 |
| 103 | 680/728 | 93.4 | 44/48 | 91.7 |
| 104 | 634/677 | 93.6 | 68/70 | 97.1 |

註：1. 許可數為經精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會審查許可之案件數。
2. 資料來源：整理自衛生福利部委託臺灣精神醫學會辦理本年度「精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查作業計畫」期末報告。

區化復健服務；(2)將持續會同地方政府，鼓勵公、私立機構及民間團體設置精神復健機構。

4. **精神障礙者社區居住服務方案資源不足且分配不均，不利其回歸社區生活：**依衛生福利部國民心理健康促進計畫所列，「康復」及「社區融合」為精神病人復健之重要理念，強調其潛能，而非疾病治療，故精神病人社區復健應以社區融合為導向，需福利、勞政、衛政及教育之資源整合。經查衛生福利部於民國 104 年 4 月 20 日召開精神疾病防治諮議會第 6 次會議決議，基於衛生福利部社會及家庭署現行推動之「社區居住服務方案」立意甚佳，建議多加宣導。經查截至民國 104 年底止，全國設有 96 個社區服務據點，可服務身心障礙者之人數為 576 人，其中提供慢性精神病患社區居住服務者計有 9 個據點，分別設置於南投縣、彰化縣、嘉義縣、雲林縣、臺南市、高雄市等 6 個市縣，可服務人數合計 54 人，實際服務人數為 45 人，其中屬心智障礙者為 14 人，慢性精神障礙者為 31 人(表 15)，又全國有 16 個市縣尚無社區居住服務單位提供慢性精神病患服務，據衛生福利部社會及家庭署推估慢性精神障礙者社區居住需求數為 189 人，現有可服務量確有不足，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)衛生福利部社會及家庭署透過每 2 年 1 次身心障礙社會福利績效考核，督導各市縣辦理社區居住服務情形；(2)積極輔導各地方政府設置社區居住服務，於預算額度內挹注資源發展服務。

表 14 民國 104 年底精神復健機構資源缺乏市縣明細表

單位：家、人、床

| 日間型精神復健機構 | | | | 住宿型精神復健機構 | | | |
|-----------|----|----------|---------|-----------|----|----------|---------|
| 市縣 | 家數 | 可收治服務對象數 | 每萬人口服務量 | 市縣 | 家數 | 可收治服務對象數 | 每萬人口服務量 |
| 金門縣 | — | — | 0.00 | 金門縣 | — | — | 0.00 |
| 桃園市 | 4 | 175 | 0.83 | 連江縣 | — | — | 0.00 |
| 連江縣 | — | — | 0.00 | 嘉義縣 | 1 | 40 | 0.77 |
| 雲林縣 | — | — | 0.00 | 臺南市 | 7 | 165 | 0.88 |
| 新北市 | 5 | 188 | 0.47 | 澎湖縣 | — | — | 0.00 |
| 新竹市 | 2 | 66 | 1.52 | | | | |
| 新竹縣 | — | — | 0.00 | | | | |
| 嘉義市 | 1 | 28 | 1.04 | | | | |
| 嘉義縣 | — | — | 0.00 | | | | |
| 彰化縣 | 1 | 33 | 0.26 | | | | |
| 臺中市 | 9 | 470 | 1.71 | | | | |
| 臺北市 | 7 | 397 | 1.47 | | | | |
| 臺東縣 | — | — | 0.00 | | | | |
| 臺南市 | 3 | 160 | 0.85 | | | | |
| 澎湖縣 | — | — | 0.00 | | | | |

- 註：1. 依衛生福利部精神衛生機構團體獎勵計畫需求說明書，日間型機構登記服務量未達每萬人口 2 人、住宿型機構登記服務量未達每萬人口 1 床之直轄市、縣(市)，為精神復健資源缺乏地區。
2. 每萬人口服務量計算公式為：各市縣精神復健機構可收治服務對象數÷(各市縣人口數÷10,000)。又各市縣人口數係引用內政部統計處公布之內政統計年報資料。
3. 資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

表 15 民國 104 年底提供慢性精神病患者社區居住服務單位明細表

單位：個、人

| 市縣別 | 機構名稱 | 據點數 | 可服務人數 | 實際服務人數 | | |
|-----|------------------------|-----|-------|--------|------|--------|
| | | | | 合計 | 心智障礙 | 慢性精神障礙 |
| 合計 | | 9 | 54 | 45 | 14 | 31 |
| 南投縣 | 社團法人南投縣康復之友協會 | 1 | 6 | 6 | — | 6 |
| 彰化縣 | 財團法人彰化縣私立慈恩社會福利慈善事業基金會 | 1 | 6 | 6 | 6 | — |
| 嘉義縣 | 社團法人嘉義縣精神康扶之友協會 | 1 | 6 | 5 | 1 | 4 |
| 雲林縣 | 社團法人雲林縣身心照護協會 | 1 | 6 | 6 | 5 | 1 |
| 臺南市 | 財團法人臺南市私立菩提林教養院 | 1 | 6 | 6 | 1 | 5 |
| 高雄市 | 社團法人高雄市心理復健協會 | 3 | 18 | 12 | 1 | 11 |
| 高雄市 | 社團法人高雄市耕馨身心關懷協會 | 1 | 6 | 4 | — | 4 |

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

5. **精神科醫院護病比相關規範不足，致有護病比過高情事：**依衛生福利部精神科醫院評鑑基準 2.3.7 條「護理時數合理」，C 等級之評量項目尚無對精神科醫院護病比有明確規範，

B 等級及 A 等級之評量項目雖已分別規範白班急性病房每位護理人員照顧病人數小於等於 10 人及 8 人，惟對小夜班、大夜班及全日護病比尚無規範。衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會）辦理本年度「精神照護機構（含精神科醫院、精神科教學醫院、精神復健機構、精神護理之家）評鑑計畫」，要求醫策會彙整民國 102 至 104 年精神科醫院急性、慢性病房 3 班護病比現況。依醫策會調查結果報告，各精神科醫院民國 102 年 7 月至 104 年 7 月期間精神急性及慢性一般病床護理人員配置情形，護病比多有逾精神衛生護理學會所建議之護病比情事（表 16），顯示精神科醫院護病比相關規範不足，致

表 16 精神科醫院及精神科教學醫院民國 102 年 7 月至 104 年 7 月護病比與精神衛生護理學會建議護病比比較表

單位：人

| 類別 | | 白班 | 小夜班 | 大夜班 | 3 班平均護病比 |
|----------|----------------------|-------|-------|-------|----------|
| 精神急性一般病床 | 精神衛生護理學會建議護病比（教學醫院） | ≤9 | ≤12 | ≤15 | 1：12 |
| | 調查結果 | 7.68 | 16.96 | 19.71 | 1：12.36 |
| | 精神衛生護理學會建議護病比（非教學醫院） | ≤10 | ≤16.6 | ≤25 | 1：15 |
| | 調查結果 | 9.73 | 19.65 | 24.06 | 1：14.27 |
| 精神慢性一般病床 | 精神衛生護理學會建議護病比（教學醫院） | ≤23.8 | ≤50 | ≤50 | 1：36.6 |
| | 調查結果 | 32.05 | 50.95 | 59.26 | 1：43.01 |
| | 精神衛生護理學會建議護病比（非教學醫院） | ≤38 | ≤50 | ≤50 | 1：45 |
| | 調查結果 | 35.01 | 58.28 | 69.37 | 1：49.19 |

資料來源：整理自衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會調查結果報告。

護病比過高，恐造成護理人員工作負荷過重，影響精神病患之醫療照護品質，經函請衛生福利部研謀改善。據復：已於辦理民國 105 年度精神科醫院及精神科教學醫院試評作業，增訂精神科病房之「全日平均護病比」條文，進行資料收集及試算，再行檢討修訂。

（四）衛生福利部為提升緊急醫療服務品質及效率，已辦理「提升急診暨轉診品質計畫」及「全民健康保險急診品質提升方案」，惟急診壅塞情形仍未有效紓解，亟待研謀改善。

衛生福利部為提升緊急醫療服務品質及效率，自民國 101 年度起辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，本年度計畫經費 6,706 萬餘元，組織緊急傷病患轉診網絡，計 194 家急救責任醫院參與；衛生福利部中央健康保險署（簡稱健保署）為落實品質導向轉診制度及提升急診病人處置效率，自民國 101 年度起辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，本年度計畫經費 1 億 6,000 萬元。執行結果核有：1. 推動 27 個轉診網絡，民國 102 年 7 至 12 月及民國 103 年度網絡外轉診人數分別計有 1 萬餘人、3 萬餘人，復於本年度調整修正為 14 個網絡，民國 104 年 1 至 8 月網絡外轉診人數仍有 1 萬餘人，網絡功能仍待加強；2. 規劃透過雙向轉診機制，由地區及區域醫院紓解部分大型醫院急診壅塞情形，惟民國 102 至 104 年度各網絡內轉入重度級急救責任醫院人數占網絡內轉診總人數之比率皆達 6 成，地區及區域醫院緊急醫療照護能力待加強；3. 民國 103 年度於醫學中心急診後，檢傷程度屬於一至三級且須入住病房之病人計有 65 萬餘人，其中有 18 萬餘人於入住病房前，急診治療時間超過 24 小時，比率為 30.16%，又民國 102 至 104 年度國立臺灣大學醫學院附設醫院及臺北榮民總醫院急診病人留院觀察或等待住院超過 24 小時