

# 精神科居家治療的成效與挑戰： 文獻回顧

陳文瑩<sup>1</sup> 陳姿穎<sup>2</sup> 郭千哲<sup>2,3,\*</sup>

## 摘 要

自1960年代去機構化之後，大量的精神疾病病人回歸至社區，雖然精神疾病病人的死亡率減少，然而其死亡率仍比一般族群高。為了縮減精神疾病病人與一般族群之間死亡率的差異，維持返回社區的精神疾病病人之醫療照護品質，以及使精神疾病病人穩定接受醫療資源，精神科居家治療從中扮演重要的角色，透過跨領域的專業團隊對於精神疾病病人提供專業評估、藥物諮詢、心理衛教等業務。透過大型健保資料庫的數據進行分析，台灣精神科居家治療的成效已有文獻證實，然而精神疾病病人的死亡風險仍較一般族群高，其非自然死因主要為自殺，自然死因主要為精神疾病病人共病的身體疾病，包括肺炎、癌症；精神科居家治療著重精神疾病病人案的心理健康，同時需重視身體疾病對精神疾病病人帶來的影響。本文回顧過去台灣精神科居家治療之文獻，探討整理精神科居家治療的優勢與挑戰，旨在提升精神疾病病人的照護品質，整合各項醫療資源做為治療策略，以提升精神疾病病人的福祉。  
(精神健康與社區精神醫學期刊 2025;1(2):17-26)

**關鍵詞：**精神科居家治療、社區治療模式、精神疾病

## 前 言

精神疾病病人因病識感較低，與醫療資源的連結較為有限，導致難以獲得適當的治療。此外，由於共病率高且自殺風險增加，使其死亡率相較於一般族群更高。<sup>[1]</sup> 未接受常規治療的重度精神疾病 (Severe Mental Disorders, SMDs) 病人，病程往往較長，且易於復發與惡化，進而提高早發性死亡

(Premature Mortality) 的風險。<sup>[2]</sup> 大多數重度精神疾病病人的死亡原因並非源自疾病本身，而是可預防的身體疾病或非自然死亡，例如自殺、他殺或意外事件。<sup>[3-6]</sup> 透過了解死亡的成因，可進一步尋找預防措施，以降低其風險。其中，重度精神疾病，尤其是思覺失調症，通常在成年早期發病，對個人、社交及職業功能造成顯著影響，<sup>[7]</sup> 且病識感較低落，難以主動接觸醫療資源，或是服藥順從性不佳，

<sup>1</sup> 臺北市立聯合醫院松德院區社區精神科 <sup>2</sup> 臺北市立聯合醫院松德院區一般精神科 <sup>3</sup> 臺北醫學大學精神醫學科

\* 通訊作者：郭千哲

接受日期：2025年10月8日

E-mail：tcpcuo@seed.net.tw

編 碼：JMHCP-2025R-002

因而反覆發作、預後較差，其平均壽命比一般族群短12-15年，<sup>[8]</sup>將近半數的思覺失調症病人至少出現一次自殺企圖，有10%思覺失調症病人死於自殺。<sup>[9]</sup>

在早期，精神醫學尚未普及之時，大多數的重度精神疾病病人因精神病症狀難以維持一般社會功能等，且當時人們對於精神疾病不了解，使得重度精神疾病病人長期被貼上「瘋子」、「神經病」等汙名化標籤而遭受歧視，被迫安置於遠離社區的大型醫院或收容中心。且大量住院的精神疾病病人與醫護人員比例懸殊，許多重度精神疾病病人並未接受到良好的治療，導致重度精神疾病病人死亡率上升。

為緩解醫療資源的壓力以及讓重度精神疾病病人回歸社會，自西元1960年代開始推動去機構化(deinstitutionalization)後，住院率與死亡率下降，但非自然死亡率上升，且總體死亡率仍高於一般族群。<sup>[10-12]</sup>其可能的原因包含自我照顧能力低落、合併身體健康問題以及較高的非自然死亡率。為了提升精神醫療的照護品質，台灣於1990年底起實施《精神衛生法》，<sup>[13]</sup>其主旨是對於精神醫療體系、病患之治療保護及權益等要項施予具體的規範。<sup>[14]</sup>由於重度精神疾病病人回歸社區，精神醫療資源開始挹注在以社區為基礎的照顧體系，目的在於提高精神醫療水準，提供重度精神疾病病人持續醫療支持，同時減輕病人家屬的負擔，並協助重度精神疾病病人學習自我照護的能力，回歸社會。

在重度精神疾病病人回歸社區後，協助缺乏病識感的病人獲得穩定治療始終是精神醫學的重要目標。除了一般門診，為加強後續追蹤，逐漸形成了以醫院與社區為基礎的雙軌治療模式。以醫院為基礎的社區照護透過連結醫療機構與社區資源，確保病人在社區中也能獲得穩定的醫療支持，通常由精神科醫院或大型醫學中心主導，提供門診、

居家治療、社區復健及病人管理等服務，同時與康復之家、庇護工場等社區機構合作，目標是降低住院率、預防復發並提升社會適應力。以社區為基礎的治療模式則將精神醫療資源由醫院轉向社區，核心概念是去機構化，期望減少長期住院需求，並促進病人的社會適應與獨立生活，也能降低家庭照顧負擔與汙名化。此模式同時整合多種資源，致力於為病人提供持續且周全的支持。

隨著社區為基礎的照顧系統日益完善，為協助精神疾病病人能回歸社會，以「以復原為導向」的居家治療逐漸為國內外學者倡議的方向。美國的主動式社區治療(assertive community treatment, ACT)模式開始重視復原導向，特別是以功能復原與生活品質提升為主。ACT模式的復原導向強調病人是有目標、希望及自主權，專業團隊為輔助及支持的角色，與病人一起討論用藥、醫療、生活目標，充分尊重病人的意願與選擇，專業團隊需提供適切的藥物治療、心理諮商、轉介與資源連結，以提升病人的社區生活品質與照顧成效，亦鼓勵病人發展自立能力與社會參與。<sup>[15]</sup>而Kidd et al.於加拿大地區探討復原導向的服務程度與接受ACT服務病人的之間的成效，採用Recovery Self-Assessment (RSA)評估團隊的復原取向，該量表特色為多面向回饋，包含病人、家屬、服務提供者與服務管理者施予不同版本的測驗，以不同觀點評估團隊在復原的具體實踐情形。研究結果指出，復原導向的ACT團隊與病人就學率、就業率提升有正相關，且住院天數與犯罪機率減少，意味著將復原導向落實於團隊日常運作對於服務病人功能與生活參與是有意義的。<sup>[16]</sup>

國外實施精神科居家治療已有數十年的經驗，已發展出不同精神科居家治療模式，且關於居家治療的成效也已有相當豐厚的文獻證實。相較於國外，雖然台灣精神科居家治療的文獻較少，但

目前已有若干相關文獻發表，提供重要的實證資料作重要參考。本文旨在回顧台灣社區精神科居家治療模式的相關文獻，分析其成效與限制，並為臨床工作人員提供照護與處遇的參考方向。

## 台灣之精神科居家醫療

在台灣，居家醫療個案管理是針對重度精神疾病病人的主要社區外展照護模式。由特定醫療機構提供治療與基本醫療服務，並由跨專業團隊(精神科醫師、護理師、社會工作師、心理師、職能治療師)負責主動外展，特別針對難以規律就診的病人。醫療團隊每月提供1至4次居家訪視，評估臨床症狀、藥物副作用與社會功能，並提供藥物治療、心理教育、家屬諮詢，以提升服藥順從性，減少治療中斷風險。此外，必要時提供24小時緊急連絡、強制性社區治療或轉介其他資源。約4%台灣重度精神疾病病人接受此服務。

居家醫療個案管理治療涵蓋的精神疾病診斷包括：思覺失調症、情感性精神病、伴隨行為或精神症狀的失智症、亞急性譫妄、源自兒童時期神經發展疾病。自2008年行政院衛生署制定《精神病人居家治療標準》，<sup>[17]</sup>頒布後已歷經多次修改，於2024年11月22日修正為《精神疾病病人居家治療標準》。<sup>[18]</sup>根據現行《精神疾病病人居家治療標準》第四條，<sup>[18]</sup>病人符合下列條件之一者，經精神科專科醫師診斷，得施行居家治療者：(1)精神疾病症狀明顯干擾家庭及社區、且拒絕就醫；(2)無病識感，有中斷治療之虞；(3)無法規則接受治療，有再住院之虞；(4)精神功能、職業功能或日常生活功能退化，需居家照顧；(5)年老、獨居或無法自行就醫，需協助其接受治療。此外，《精神疾病病人居家治療標準》第五條，<sup>[18]</sup>病人之居家治療，

應由執行居家治療之人員至病人生活或居住地提供下列各款全部會一部之專業服務：(1)一般身體檢查及健康評估；(2)精神症狀評估及必要處置；(3)藥物治療、監測及用藥諮詢；(4)家族治療、衛教；(5)危機處理諮詢、心理諮商、心理治療；(6)醫療、社區支持與福利資源之諮詢及轉介；(7)其他避免病情惡化或提升病人適應生活機能之服務措施。

居家醫療個案管理的短期目標協助精神疾病病人規律用藥、穩定精神疾病症狀、建立病識感、學習自我照顧能力，長期目標協助病人建構職業社會功能、並回歸社區，獨立生活。透過居家醫療個案管理的方式，定期追蹤精神疾病病人的用藥情形、精神疾病症狀、協助精神疾病病人建立病識感並教導他們如何處理日常生活的變化及壓力，以適應社區環境。

## 台灣精神科居家治療的實證研究資料

### 台灣精神科居家治療病人之共病、醫療利用與死亡率分析

為了探討接受精神科居家治療病人的長期死亡結果，對該群體進行長期性追蹤，後續再針對死亡相關的潛在因子進行分析。台灣一篇世代研究<sup>[19]</sup>選擇1999年1月1日至2010年12月31日期間接受精神科居家治療的10,255名精神疾病病人，期間有1,409名個案死亡。結果顯示，整體的標準死亡比(Standardized mortality ratio, SMR)為3.13，其高死亡風險來自於與身體疾病或其他精神疾病之共病性所引起。在精神病中，器質型精神疾病病人的標準化死亡比為4.98、思覺失調症為3.89、重度憂鬱症為2.98、雙極性情感障礙症為1.97、認知障礙症為1.88。身體疾病共病亦會影響接受居家治療精神疾病病人的死亡風險，Charlson共病指數(Charlson



Comorbidity Index, CCI)較高的病人死亡風險更高，其中CCI $\geq 4$ 的病人死亡風險為CCI=0的10.89倍。影響死亡風險的身體疾病共病包含癌症、慢性肝炎、肺炎、糖尿病、心血管疾病。

雖然接受居家醫療個案管理治療服務之後有效降低精神科住院次數與非自願住院率，然而非精神科的醫療利用並未顯著增加，顯示居家治療對於精神疾病病人的身體健康效果有限。接受居家治療服務的嚴重精神疾病病人通常合併複雜的身體疾病，仍面臨嚴重的健康問題。可能原因為居家治療主要著重在精神疾病病人的精神狀態，較少關注身體疾病的治療；精神疾病病人的健康需求未受到足夠的重視，即使居家醫療個案管理介入之後，仍未有效改善身體健康問題。精神疾病病人的身體健康需求不容忽視，然而這群病人往往較難獲得身體健康照護，可能因為醫療可及性較低、生活方式不健康或缺乏病識感。因此，居家醫療個案管理服務除了提供精神醫療，也應增加身體健康照護的介入措施。

#### 台灣精神科居家治療病人之死亡與自殺危險因子、共病與醫療利用分析

雖然接受精神科居家治療病人能有效降低精神科住院次數與非自願住院率，醫療利用率也有所提高，而思覺失調症病人在自殺前是否有會增加醫療使用率仍需進行探討。此外，在身體疾病與精神疾病共病之下可能會提升自殺率或死亡率，因此精神科居家治療者的自殺和死亡預後，亦是重要的議題。另一台灣的研究，<sup>[20]</sup>由全民健保資料庫取得2001年1月1日至2015年12月31日接受居家治療的思覺失調症個案的資訊，共有13,317名納入分析，後評估死亡率以及自殺風險因子。研究顯示，思覺失調症病人的自然死亡率高於非自然死亡率，自然死亡主因為心血管疾病，而非自然死亡主因為自殺，其死亡風

險為一般族群的10.59倍；自殺風險因子包括共病憂鬱症、消化性潰瘍、非特定型心臟病以及肺炎。研究亦顯示，思覺失調症病人在自殺之前三個月內，非精神科住院醫療的自殺風險比精神科住院醫療顯著較高。門診醫療的部分，思覺失調症個案在自殺前三個月內，無論是精神科或是非精神科的門診就醫次數皆有升高。此外，思覺失調症病人在自殺前三個月最常就診的專科為外科、急診醫學科以及精神科。

這些結果顯示出，思覺失調症病人在自殺前三個月內，除了醫療使用率上升之外，外科、急診醫學科以及精神科的就診次數顯著提高，顯示思覺失調症病人可能已經進入急性期，反覆出現自殺或自傷的行為，需要至外科及急診醫學科處理傷勢之外，另需要精神科的藥物穩定症狀；在此情況，臨床人員應警示並進行自殺評估，提供密集的個案管理，確保自殺風險高之病人後續追蹤及心理支持。

#### 居家治療成效評估

有關成效的評估，台灣一研究<sup>[21]</sup>收集台北某一公立精神科專科醫院自2017年1月開始接受整合型居家治療的個案，共有22位男性及29位女性，其中有86.3%的個案診斷為思覺失調症、29%有藥酒癮共病，以及4%合併身體疾病。接受居家治療後，個案的妄想、幻覺及自殺殺人風險的比例降低，同時亦改善個案的衛生能力、獨立活動能力及服藥順從性。Chang et al.<sup>[22]</sup>亦發現接受居家治療的思覺失調症病人明顯降低精神科住院的頻率及住院天數，然而其限制為樣本數較有限。

為了探討居家治療在台灣的功效，Chen et al.<sup>[23]</sup>使用健康保險資料庫分析1999年1月1日至2010年12月31日期間，接受居家治療的精神疾病病人，共納入10,274人，其中69.7%為思覺失調症病人。

結果顯示，接受居家治療後，精神科住院與非自願住院次數顯著下降，而精神科門診使用率則明顯提升。此效果在治療介入2年後仍持續，且在3至4年後依然顯著，顯示該模式有助於長期穩定病情。

過去，精神疾病病人因服藥順從性低、缺乏支持系統、病識感不足、藥物副作用及社會壓力等因素，導致反覆住院治療。然而，透過定期的居家治療可監督個案用藥情況，並提供家庭與社區支持，進而降低住院率。此外，病人的精神科門診使用率增加，顯示該治療模式有助於建立穩定管理系統，減少急性發作所致的住院需求。

### 思覺失調症病人較容易感染肺炎，但長效針劑與感染肺炎無關

思覺失調症通常伴隨著嚴重的身體疾病，包括感染症，然而此議題在接受精神科居家治療病患之文獻仍少。我們研究團隊<sup>[24]</sup>使用全民健保資料庫選擇2000年1月1日至2019年12月31日期間，第一次接受居家治療服務的思覺失調症病人，共有19,687名個案被納入。在感染症發生率中，以肺炎為最高。

在19,687名思覺失調症病人中，其中曾有3,966名罹患肺炎，佔總人數的20.1%。與一般族群相比，思覺失調症個案罹患肺炎的風險為2.47倍，其中男性個案的風險為2.73倍。罹患肺炎的危險因子，包括具有較多身體疾病或精神疾病共病者。其可能的原因為思覺失調症與免疫系統異常有關，促炎細胞激素(如 IL-6、TNF- $\alpha$ )濃度較高，可能影響免疫調節增加感染風險。另外，比較特別的是，若干口服抗精神藥物被證明會增加肺炎的危險性，然而其長效針劑卻與肺炎的危險發生率為無關的；推測可能血中藥物濃度穩定，及長效針劑改善相關精神病症狀，可能對自我照護更好，以致降低肺炎的危險性。

### 第二代長效針劑對持續接受精神科居家治療者具好的療效

為了探討第二代長效針劑在持續接受居家治療期間的成效，我們研究團隊<sup>[25]</sup>收集台灣全民健保資料庫取得於2000年1月1日至2019年12月31日期間首次接受居家醫療個案管理治療並至少有五年的追蹤紀錄，共有19,680名思覺失調症病人符合條件，另外再與死亡登記庫進行連結，將死因分為自然死亡和自殺身亡，並比較持續精神科居家治療的病人與中斷此治療的個案的死亡風險。

持續參與居家治療顯著降低整體死亡率，包含自然死亡率及自殺死亡率；未持續參與居家治療的病人死亡風險顯著增加：整體死亡率提高3.85倍，自殺死亡率提高4.31倍。顯示，居家治療有效降低死亡風險，其可能的原因包含：第一、病人的藥物順從性提升，減少病情惡化與住院風險；第二、居家醫療個案管理提供衛教與家屬支持計畫，幫助病人獲得更穩定的社會資源；第三、對參與居家醫療個案管理的病人進行慢性病篩檢與健康管理，減少自然死亡的風險。未持續參與居家治療的病人死亡風險增加，反映出中斷治療、社會支持減少以及復發風險增加，強調居家治療對於高風險個案的重要性。

## 討 論

由上述研究，相對於精神科居家治療個案管理未介入的精神疾病病人，精神科居家治療個案管理的介入有效降低精神疾病病人的精神科住院次數、頻率及天數，非自願住院亦有相同的效果；此與過去文獻相仿。<sup>[26,27]</sup>台灣現行的居家治療個案管理主要服務模式為「居家訪視」及「社區個案管理」

為主，由精神科醫師、護理師、心理師等進行精神疾病症狀的管理、給予藥物、衛教等，然而接受精神科居家治療個案管理的精神疾病病人的全因死亡風險(All-cause mortality)及自然死亡風險仍高於一般族群，特別是若合併其他身體疾病的死亡風險較高，顯示台灣目前精神科居家治療個案管理仍著重於精神疾病的症狀，對於身體疾病的共病處理有限，較多的精神科團隊無法提供完整的慢性疾病的治療，多數僅能提醒病人做健康諮詢或定期健康檢查。

不止台灣，世界各國均面臨到「身心共病」的照護挑戰，整合精神疾病與身體疾病共病管理已是世界趨勢，<sup>[28]</sup> 社區精神健康服務團隊被認為是推動身心整合與管理身體疾病的關鍵平台，國外不少政策已要求將身體健康納入精神科個案管理，並強調團隊合作、角色分工，以及在社區端主動追蹤與促進身心健康的重要性。Shattell et al.<sup>[29]</sup> 以焦點團體訪談方式深入了解美國中西部ACT團隊如何處理病人的生理健康問題，發現病人普遍都存在嚴重且慢性的健康問題，此時ACT團隊成員需協助或陪同病人就醫、施行健教、整合醫療與溝通，與附近的初級醫療診所進行合作並落實健康篩檢、預防、早期轉介，以提升病人的身體健康狀況。

雖然精神科居家治療個案管理的介入有效降低精神疾病病人的全因死亡及自然死亡，但是仍具有一定的自殺死亡風險，其自殺風險因子為男性、共病憂鬱症、物質使用障礙症及肺炎等。近期研究<sup>[25]</sup> 指出，口服的抗精神藥物會增加思覺失調症病人感染肺炎的機率，而肺炎亦是增加思覺失調症病人自殺死亡風險因素之一，因此在用藥方面除了考量到減輕精神疾病症狀之外，也需注意藥物的副作用是否會伴隨著身體疾病的發生。國外亦有文獻針對居家治療是否可降低自殺死亡率進行探討，Hunt et al.<sup>[30]</sup> 研究英國危機處理居家治療(Crisis Resolution

Home Treatment, CRHT)服務安全性與自殺率關聯性，透過比較2003年至2011年間接受CRHT治療的病人與精神科住院病人的死亡風險，研究顯示CRHT模式有助於降低住院人數與自殺率，其臨床意義上顯示CRHT作為替代住院治療仍有其成效，但需注意高風險病人的問題，在病人出院早期就密切追蹤與支持，或安排在較安全的社區機構，以提升精神健康。

若精神病患具有高自殺風險或症狀惡化等危機事件時，居家治療個案管理團隊於1至3天內至居住處/社區訪視，並即刻進行風險評估及啟動安全計畫。對於有危機、自殺意念卻未達到立即住院標準的病人進行高密度的監測，每日評估病人的自殺意念、計畫、行為、保護因子與家庭支持的狀態，同時與病人及家屬制定安全計畫，並主動提供心理支持、問題解決、家屬衛教與24小時的聯絡窗口，增加病人的保護因子，以降低病人的自殺死亡的風險。

## 結 論

重度精神疾病是需要長期治療的疾病，過程需要挹注不少人力與資源，以維持重度精神疾病病人的心理健康狀況。在去機構化的運動之下，大量的精神疾病病人返回社區，雖然自然死亡率降低，但是仍高於一般族群，顯示其精神疾病病人的易脆性。為了縮減重度精神疾病病人與一般族群死亡率的差異，居家醫療病人管理的介入就有其重要性，從中改善精神疾病病人的服藥順從性、提供精神疾病病人家屬衛教及諮詢。

居家醫療個案管理雖然有效降低精神疾病病人的非自願住院、精神科住院天數、精神科住院頻率、自殺死亡率，提升精神科門診的就診率。然而精神



疾病病人具有生心理上的易脆性，可能同時患有多種的身體疾病，導致治療策略變得複雜。同時居家醫療個案管理較少結合其他科別的資源，較為忽略精神疾病病人的身體健康狀況，使得精神疾病病人較少留意自身的身體狀況，加上生活習慣不良、自我照顧能力不佳，往往這些因子加劇了精神疾病病人的身體症狀，甚至引發較高的死亡率。

此外，居家醫療個案管理雖然有效降低自殺死亡率，然而其自殺死亡率仍高於一般族群。精神疾病病人自殺前三個月的醫療使用率有增加的情形，可能顯示精神疾病病人同時共病身體疾病或精神疾病，導致出現症狀惡化的情形，進而增加自殺的可能性。居家醫療個案管理確實可以提供精神疾病病人穩定的精神照護資源，然而僅能提供精神醫療資源實為居家醫療個案管理的一大限制，並較少考量到共病身體疾病的狀況對於精神疾病病人的影響。

為解決居家治療個案管理目前的困境，未來可建立跨科別個案管理平台整合精神科、家庭醫學科、社工師、護理師、藥師、心理師等醫療資源，以確保個案獲得連續性與整體性的照護。跨科別個案管理平台可提供各科別溝通及醫療資訊的整合，包括精神疾病病人的精神狀況、用藥情形、生理疾病、社會功能評估等紀錄，確保治療團隊內部的資訊是流通。精神科醫師為主要醫療決策者，需要跨領域協調醫療資源及整合，針對病人病情定期召開跨科別專業會議以制定治療計畫，如：定期對病人進行生理檢查，評估血壓、血糖、血脂以及肝腎功能，必要時會轉介到其他科別，以落實生理與精神疾病的管理，降低病人因共病生理疾病的死亡風險。或是建立自殺預警系統，可透過哥倫比亞自殺危機程度評估量表(Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)、病人健康問卷量表(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)、貝克絕望量表(Beck

Hopelessness Scale, BHS)等測驗輔助評估病人的自殺風險，心理師可提供病人支持性晤談與危機晤談，亦可對病人家屬進行衛教，增加病人的社會支持，降低病人自殺可能性。

## 利益衝突聲明 (Conflicts of Interest Statement)

作者群聲明無任何利益衝突。

## 參考文獻

1. Hou PY, Hung GCL, Jhong JR, Tsai SY, Chen CC, Kuo CJ. Risk factors for sudden cardiac death among patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2015;168:395-401. doi: 10.1016/j.schres.2015.07.015.
2. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153-60. doi: 10.1002/wps.20128.
3. Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16:30-40. doi: 10.1002/wps.20384.
4. John A, McGregor J, Jones I, et al. Premature mortality among people with severe mental illness-New evidence from linked primary care data. *Schizophr Res* 2018;199:154-62. doi: 10.1016/j.schres.2018.04.009.
5. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1172-81. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1737.

6. Hoang U, Goldacre MJ, Stewart R. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:195-201. doi: 10.1111/acps.12045.
7. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *The Lancet* 2009;374:635-45. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8.
8. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2013;170:324-33. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12050599.
9. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001;15:127-35. doi: 10.1177/026988110101500209.
10. Brook OH. Mortality in the long-stay population of Dutch mental hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:626-35. doi: 10.1111/j.1600-0447.1985.tb02558.x.
11. Hansen V, Arnesen E, Jacobsen BK. Total mortality in people admitted to a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 1997;170:186-90. doi: 10.1192/bjp.170.2.186.
12. Haugland G CT, Goodman AB, Siegel C. Mortality in the era of deinstitutionalization. *Am J Psychiatry* 1983;140:848-52. doi: 10.1176/ajp.140.7.848.
13. 行政院衛生署：精神衛生法。1990年12月7日。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030。
14. 宋維村、陳珠璋、吳憲明、林憲：心理衛生立法之必要性及檢討：世界心理衛生立法的主要議題。中華心理衛生學刊 1987；3：257-66。  
Soong W-T, Chen C-C, Wu X-M, Rin H. The Necessity and Review of Mental Health Legislation: Major Issues in Global Mental Health Legislation. *Formos J Ment Health* 1987;3:257-66.
15. Salyers MP, Tsemberis S. ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Ment Health J* 2007;43:619-41. doi: 10.1007/s10597-007-9088-5.
16. Kidd SA, George L, O'Connell M, et al. Recovery-oriented service provision and clinical outcomes in assertive community treatment. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;34:194-201.
17. 行政院衛生署：精神病人居家治療標準。2008年8月18日。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawOldVer.aspx?pcode=L0020144&lnndate=20080818&lser=001。
18. 衛生福利部心理健康司：精神疾病病人居家治療標準。2024年11月22日。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020144。
19. Chen WY, Huang SJ, Chang CK, et al. Excess mortality and risk factors for mortality among patients with severe mental disorders receiving home care case management. *Nord J Psychiatry* 2021;75:109-17. doi: 10.1080/08039488.2020.1799431.
20. Chen WY, Pan CH, Su SS, Yang TW, Chen CC, Kuo CJ. Incidence and Risk Profiles for Suicide Mortality in Patients With Schizophrenia Receiving Homecare Case Management in Taiwan. *Schizophr Bull* 2023;50:295-303. doi: 10.1093/schbul/sbad067.
21. 陳文瑩、邱智強、董秀珠等人：使用精神科居家醫療整合照護病人之臨床特徵。北市醫學雜誌 2017；14：147-60。  
Chen W-Y, Chiu C-C, Tung H-C, et al. Clinical Characteristics of Patients Utilizing the Psychiatric Integrated Home Medical Care. *Taipei City Med J* 2017;14:147-60. doi:10.6200/TCMJ.2017.14.2.03.
22. Chang LR, Lin YH, Wu Chang HC, et al. Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2013;112:208-15. doi: 10.1016/j.jfma.2012.01.018.
23. Chen WY, Hung YN, Huang SJ, et al. Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management. *Schizophr Res* 2019;208:60-6. doi: 10.1016/j.schres.2019.04.024.



24. Liu YT, Chen WY, Chen PY, et al. Incidence and risk profiles for pneumonia in patients with schizophrenia receiving home-care case management intervention in Taiwan. *Aust N Z J Psychiatry* 2025;59:541-51. doi: 10.1177/00048674251332559.
25. Chen WY, Chen PY, Chiu CC, et al. Long-acting antipsychotics and mortality in patients with schizophrenia receiving homecare case management. *Psychiatry Clin Neurosci* 2025;79:545-53. doi: 10.1111/pcn.13853.
26. Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018;5:1013-22. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30382-1.
27. Ford R, Barnes A, Davies R, Chalmers C, Hardy P, Muijen M. Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:444-7. doi: 10.1007/s001270170022.
28. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016;15:276-86. doi: 10.1002/wps.20349.
29. Shattell MM, Donnelly N, Scheyett A, Cuddeback GS. Assertive Community Treatment and the Physical Health Needs of Persons With Severe Mental Illness: Issues Around Integration of Mental Health and Physical Health. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2011;17:57-63. doi: 10.1177/1078390310393737.
30. Hunt IM, Rahman MS, While D, et al. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. *The Lancet Psychiatry* 2014;1:135-41. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70250-0.

## The Effectiveness and Challenges of Psychiatric Home Care Case Management in Taiwan: A Literature Review

Wen-Yin Chen<sup>1</sup> Tzu-Ying Chen<sup>2</sup> Chian-Jue Kuo<sup>2,3,\*</sup>

### ABSTRACT

After deinstitutionalization in the 1960s, a large number of patients with psychiatric disorders returned to the community. Although the mortality rate of patients with psychiatric disorders decreased, it remained higher than that of the general population. To reduce the mortality gap between patients with psychiatric disorders and the general population, maintain the quality of medical care for those returning to the community, and ensure stable access to medical resources, home care case management plays a crucial role. Through an interdisciplinary professional team, psychiatric home care case management provides specialized assessments, medication consultations, and psychoeducation. Analysis of data from Taiwan National Health Insurance Research Database has confirmed the effectiveness of psychiatric home care case management. However, patients with psychiatric disorders still face a higher risk of mortality than the general population. Their primary non-natural cause of death is suicide, while natural causes are mainly due to comorbid physical illnesses, such as pneumonia and cancer. While psychiatric home care treatment focuses on patients' mental health, it is also essential to pay attention to the impact of physical illnesses on these patients. This paper reviews previous literature on psychiatric home care case management in Taiwan, analyzing its advantages and challenges. The goal is to enhance the quality of care for patients with psychiatric disorders by integrating various medical resources as part of treatment strategies, ultimately improving their well-being.

(J Ment Health Community Psychiatry 2025;1(2):17-26)

**Key words: Home Care Case Management, Community-based Mental Health Care, Mental Disorder**

---

<sup>1</sup>Division of Community Psychiatry, Taipei City Psychiatric Center, Taipei City Hospital, Taiwan (R.O.C.)

<sup>2</sup>Division of General Psychiatry, Taipei City Psychiatric Center, Taipei City Hospital, Taiwan (R.O.C.)

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, School of Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University, Taiwan (R.O.C.)

\*Corresponding author: Chian-Jue Kuo, E-mail: tcpeckuo@seed.net.tw, Accepted: Oct. 8, 2025. Code: JMHCP-2025R-002