

執行「疑似或社區精神病人照護優化計畫」 成功轉銜醫療照護之個案報告

謝建宏¹ 王禎邦² 歐陽文貞^{3,4,5,*}

摘 要

「疑似或社區精神病人照護優化計畫」及其前身「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」在台灣實行已近十年。上述計畫開啓了協助社區中未曾接受精神科治療、接受治療順從度不佳或難以判斷是否為精神疾病的病人接受精神醫療的一扇大門。轉介本計畫的個案來源是透過政府或醫療單位轉介，大多數個案在社區中難接受或拒絕醫療照顧。本文個案報告一位由某衛生局轉介，接受「疑似或社區精神病人照護優化計畫」訪視，成功轉銜醫療的個案。未來，此個案成功轉銜的經驗可提供社區心理衛生中心專業人員在個案管理或運用此計畫的參考。

(精神健康與社區精神醫學期刊 2025;1(1):45-49)

關鍵詞：社區精神醫學、個案管理、社區心理衛生中心、精神疾病、社會安全

前 言

「疑似或社區精神病人照護優化計畫」以及其前身「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」，在台灣從建置發展到實施已將近十年。這一連串的計畫，開啓了協助未曾接受精神科治療、接受治療順從度不佳或難以判斷是否為精神疾病病人接受精神醫療的一道途徑。上述計畫的設計而言，大多數個案是屬在社區中較難接受或拒絕醫療照顧，且經常帶給社區端的互動困難或社會安全的疑慮。

來源多為政府單位轉介或醫療機構，例如縣市政府之衛生局、社會局，或者是曾經就醫醫院急診或門診，疑似或確認為精神病人，但不願意接受精神醫療或心理健康介入進而轉介至本計畫。我們將以個案報告的形式，並進行病歷回顧，描述一位由某縣市衛生局心理健康單位轉介，接受「疑似或社區精神病人照護優化計畫」訪視及評估，並成功轉銜醫療照護且順利於門診追蹤的個案，以提供未來心理衛生中心專業人員個案管理及運用此計畫的參考。

¹衛生福利部嘉南療養院一般精神科 ²衛生福利部嘉南療養院社區精神科 ³高雄市立凱旋醫院高年精神科

⁴高雄市立凱旋醫院教學研究部 ⁵高雄醫學大學醫學院精神學科

*通訊作者：歐陽文貞

接受日期：2025年2月5日

E-mail：d88904@gmail.com

編 碼：JMHCP-2024C-001

個案報告

A先生為一位43歲男性，生產發展史無顯著異常，病前個性內向，大學畢業，畢業後正常服役並順利退役，曾經擔任物流業之穩定工作數年，近7-8年末穩定就業，大多數時間打零工維生。個案未婚，獨居，與家人關係疏離，與社區人群互動少。過去無重大生理疾病、無犯罪史、無物質濫用史、無精神科家族病史。

A先生在2016年(約35歲左右)，開始出現思考成音(audible thought)及被害妄想：A先生描述「自己遭受到政府機關先進技術的『腦控』，使得自己會被監視，以及會遭到政府製造低頻噪音危害，例如不斷出現『砰、砰、砰』的聲響，並且會將自己思考內容，利用某種方式反覆播放出來讓自己也聽到，認為政府所作所為不堪其擾」，也會有關係妄想，如A先生會認為路邊聲音和自己有十足的關係，那是政府機關特別的所作所為，但不知道自己為什麼遭受針對。A先生從未到醫院或診所的精神科門診就醫，僅在社群網站中有關於「腦控」的社團內提出自己的困擾，或是向衛生福利部 (Ministry of Health and Welfare)提出抗議，包含由電話申訴及投書，在開始接受「疑似或社區精神病人照護優化計畫」之前五年內，A先生的症狀持續的惡化。

A先生在2022年3月(約41歲左右)由居住的縣市衛生局透過「疑似或社區精神病人照護優化計畫」轉介，並且開始啟動該計劃，由計畫主責醫院的社區精神科醫師、居家醫療團隊人員及社區心理衛生人員說明來意，到家親自面訪及電話關懷追蹤，同理A先生目前遇到的症狀困擾，建立醫病關係，進一步再對A先生進行衛生教育以因應及辨識症狀的影響，討論其不適可以透過就醫及使用藥物改善。也在過程提出目前A先生在社區的職業功能受症狀

影響，造成A先生經濟拮据，就醫後也能提供職業評估、職業重建資源，或可以就狀況提供社會福利之申請，包含重大傷病卡及身心障礙證明等，強化A先生就醫之動機。幾經勸說及說明下，A先生同意在2022年4月底轉介至該計畫的主責醫院接受精神醫療服務，診斷為思覺失調症。

第一次就醫接受治療時，A先生不願意接受長效針劑，藥物選擇以amisulpride治療精神病症狀及benzodiazepines協助睡眠。然而，A先生在第一次精神科就醫後，相隔5個月未返回門診接受治療，他表示因為感覺到手部麻痺的問題，到B綜合醫院神經科住院一個禮拜，並且接受腦部磁共振造影(magnetic resonance imaging of brain)，結果並未有明顯的腦結構異質發現。A先生接受類固醇脈衝治療(steroid pulse therapy)，但未有明顯的改善。

2022年9月，A先生終於開始在該主責醫院社區精神科接受規則藥物治療及門診追蹤，他仍然有聽幻覺、異常身體感覺及關係妄想，A先生提到有無法入睡、經常夜間起床、手腳麻痺及無力的問題，並且將精神病症狀(psychotic symptoms)歸因於噪音攻擊的結果。他抱怨上次處方藥物的治療效果不佳，經過討論後，共同決定將藥物調整為olanzapine及白天協助放鬆與協助睡眠的benzodiazepines。A先生對於藥物的介入感到滿意，他認為雖然噪音依舊存在，但相較起過去，已經對他的日常生活影響下降許多，並且睡眠的狀況也改善許多。A先生曾經有試著自行停用藥物，由於影響到他的睡眠穩定度，並且大多數時間無法入睡，他又願意重新嘗試藥物。2023年3月以降，雖然A先生仍有包含聽幻覺、身體異常感受及關係妄想的殘餘精神症狀，但他可以規律每個月回到門診追蹤，並接受生理監測以避免代謝症候群問題。

A先生在開始接受醫療後，同意接受心理衡鑑，WAIS-IV測驗結果顯示，A先生沒有顯著的全量表智商減損，但處理速度(processing speed index)分項顯著較其他分項低，可以解釋他的日常生活工作執行受影響。之後，除了加強A先生疾病與治療的認知之外，也鼓勵他維持職業、社交功能，職業能力逐漸由規律治療前的無法工作進展到規律治療4個月後可以擔任臨時工，並且至規則社區服藥與追蹤後1年2個月後可以有相對穩定的工廠作業員工作。在該縣市「疑似或社區精神病人照護優化計畫」主責醫院的協助下，也協助A先生完成重大傷病卡及身心障礙證明的申請通過，使A先生可以減少醫療負擔並且增加社會福利，更強化他接受醫療介入的意願，目前也持續穩定於社區精神醫療追蹤中。

討論與結論

思覺失調症的終生盛行率約為1%，對醫療保健負擔成本非常高，在美國每年因為思覺失調症的支出可以高達一百五十億美元。^[1]就台灣的數據，在2022年度思覺失調症相關疾病的支出，位於本國全民健康保險(National Health Insurance)的第12位，共約136,000人就醫，健保支出點值約一百四十億點。^[2]前述之接受治療的思覺失調症患者的醫療支出已相當高，這其中還沒有包含其他成本，例如社會成本、勞動成本的考量。然而，就統計資料的計算，可以推估本國可能有將近有100,000名思覺失調症患者並未接受完整的精神醫療，潛在社會成本可能更高。^[3]

減少精神病的未治療期間(duration of untreated psychosis)一直都是社區精神醫學研究的重點，尤其是在第一次發病的思覺失調症中，雖然有統合分析研究認為沒有任何很好的早期介入方式，但這樣的結果可能是由於實驗設計、介入模式的無法複製

有關係。^[4]越及早的介入，也對於思覺失調症的復元(recovery)越有幫助，包含了越少的再復發、再住院，以及正性症狀活躍程度較低；^[5]並且有部分的思覺失調症在發病後，並未有長期的追蹤，而導致與醫療系統脫節，再次出現嚴重精神症狀已未接受任何醫療照護，這是個重大的問題，尤其思覺失調症在前三年的介入是至關重要的。^[6]對於患者不就醫的相關因素，過去文獻提到包括病患無法接受精神問題、認為治療無效、相信問題會自行消失、希望在沒有外部幫助的情況下解決問題、對精神疾患的了解不足、疾病污名化、財務考量、醫療可近性問題，以及醫療服務有限或缺乏。^[7]作者建議在社區與患者工作時可以針對這些議題的說明及介入，加強患者進入醫療系統的動機。

不同國家對於思覺失調症的社區介入都有所不同，這和公共衛生和醫療保健策略有極大的相關性，許多國家面臨的問題是忽略思覺失調症患者的照護，或是對嚴重精神障礙患者的長期和集中照護無法合乎現實。^[6]我國在2016年開始辦理「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」，針對社區高風險精神病人提供主動式、積極介入的社區照護，並且在2021年更名為「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，這使得醫療人員可以在社區中進行及早介入，更符合三段五級中，次級預防的「早期發現、早期治療」的概念。^[8]更由於搭配各縣市逐步成立的社區心理衛生中心運作，本計畫也讓衛生福利部「強化社會安全網第二期計畫(2021-2025年)」的實施更臻完善。

「疑似或社區精神病人照護優化計畫」可以被視為一種協助未治療的精神科患者進入精神醫療的通道；一如本篇文章所提到的個案，在接受本計劃服務下，可以順利的改善他的生物、心理、社會、職業功能，並且減少疾病帶來的負擔。

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. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia-an overview. *JAMA Psychiatry* 2020 Feb 1;77:201-10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360
2. 衛生福利部中央健保署：111年國人全民健康保險就醫疾病資訊。2024年5月31日。https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-6015-0907b-3023-1.html
3. Kotzeva A, Mittal D, Desai S, Judge D, Samanta K. Socioeconomic burden of schizophrenia: a targeted literature review of types of costs and associated drivers across 10 countries. *J Med Econ* 2023;26:70-83. doi:10.1080/13696998.2022.2157596
4. Oliver D, Davies C, Crossland G, Lim S, Gifford G, McGuire P, Fusar-Poli P. Can we reduce the duration of untreated psychosis? A systematic review and meta-analysis of controlled interventional studies. *Schizophr Bull* 2018;44:1362-72. doi:10.1093/schbul/sbx166
5. Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry* 2018;75:555-65. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
6. Pelosi AJ, Arulnathan V. Neglecting the care of people with schizophrenia: here we go again. *Psychol Med* 2023 20;53:1-6. doi:10.1017/S0033291723000247
7. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004; 82:858-66. https://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n11/v82n11a11.pdf
8. 衛生福利部心理健康司：113年度疑似或社區精神病人照護優化計畫申請作業須知-核定版。2024年5月31日。https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-6438-76962-107.html

Successfully Transferring Patient to Medical Care during the Implementation of "Care Optimization Project for Suspected or Psychotic Patients in Community": A Case Report

Chien-Hung Hsieh¹ Chen-Pang Wang² Wen-Chen Ouyang^{3,4,5,*}

ABSTRACT

Successfully Transferring Patient to Medical Care during the Implementation of "Care Optimization Project for Suspected or Psychotic Patients in Community": A Case Report
The "Care Optimization Project for Suspected or Psychotic Patients in Community (COP_SPPC)", along with its predecessor, the "Quality Improvement Project for Community Care of Patients with Mental Disorders in Medical Institutions" have been implemented in Taiwan for nearly a decade. The above projects have opened a gateway to provide mental health care for community-dwelling patients without mental health intervention, good adherence, or diagnoses as mental disorders. Cases referred to this project originate from government agencies or healthcare units, with the majority of them difficulty engagement with or refusal to care in community. This case report describes a patient referred by Health Bureau, who underwent assessment and psychiatrist's visit under the COP_SPPC and successfully transferred to medical care. In the future, the experience of successful case referral can provide guidance for professionals at community mental health centers in case management or utilizing this project.

(J Ment Health Community Psychiatry 2025;1(1):45-49)

Key words: Community Psychiatry, Case management, Community Mental Health Center, Mental Disorder, Social Security

¹Department of General Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Tainan City, Taiwan (R.O.C.)

²Department of Community Psychiatry, Jianan Psychiatric Center, Tainan City, Taiwan (R.O.C.)

³Department of Geriatric Psychiatry, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Kaohsiung City, Taiwan (R.O.C.)

⁴Department of Education and Research, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Kaohsiung City, Taiwan (R.O.C.)

⁵Department of Psychiatry, College of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan (R.O.C.)

*Corresponding author: Wen-Chen Ouyang, E-mail: d88904@gmail.com, Accepted: Feb. 5, 2025. Code: JMHCP-2024C-001