

探討社區支持資源布建策略 與資源連結模式



活動地點：心旅程會所 (嘉義市林森東路151號)

活動時間：111年3月6日

指導單位|教育部青年發展署

主辦單位|社團法人嘉義市心康復之友協會

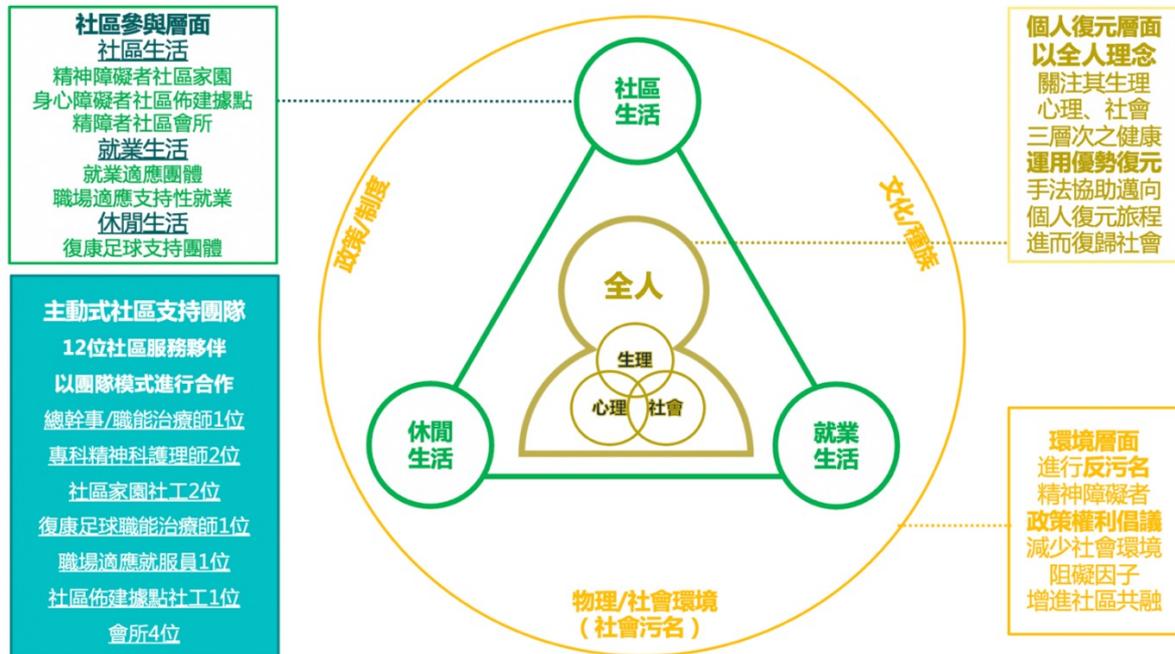
目錄

CONTENTS

I.1	協會介紹	P. 2
I.2	成員介紹	P. 4
I.3	講者介紹	P. 5
I.4	論壇方式說明	P. 5
I.5	論壇流程	P. 6
I.6	議題說明	P. 7
2.1	行政院版新修訂《精神衛生法》草案	P. 8
2.2	106~109年心理衛生報告	P. 15
2.3	社會安全網 vs. 社區支持網	P. 19
2.4	不同角色對於精神障礙者社區資源需求的看法	P. 29
2.5	國內外照護模式比較	P. 32
3.1	團隊簡介與願景	P. 37

1.1 協會介紹

本協會於民國104年創立，秉持以復元的理念，致力於協助精神康復者重返社區生活，現有的服務也貫徹全人觀點，包含休閒生活層面的復康足球、社區生活層面的社區家園及會所、就業生活層面的職場適應就業服務。其中的工作人員更組成主動式社區支持團隊，以團隊的模式進行個案服務，使服務對象享有更續性、更人性化的協助。



(1) 創新社區精神復健服務一本會推動復元為本的復康足球之成果與經驗

本會於104年開始，於嘉義市成立復康足球隊，實踐復康足球為創新社區精神復健之推動，同時於106年開始申請衛服部計畫至全國各地辦理體驗營及講座，協助全國各地康復之友深入了解與體驗，一同加入運動健康生活。同年亦辦理全國康復之友復康足球賽，以全國賽為平台，讓康復之友於賽事活動中歷練、成長與茁壯。

本會職能治療師於106年完成國內第一篇復康足球質性研究「精障者參與足球運動之經驗探討」，並於107年6月份至加拿大職能治療學會進行口頭論文發表。本研究以質性進行探討，歸納出復康足球對精神康復者有四大益處：

- 1 **個人益處的獲得：**
包含了心理、生理與人際互動的多方面益處。
- 2 **角色的轉換：**
參與足球者能從疾病的角色轉至具有人生意義的角色，例如更願意面對挑生活挑戰，進一步從事工作。
- 3 **內在動機引發經驗探索：**
內在動機是精障者最缺乏的，因為疾病的因素導致精障者不願意從事許多日常活動，而足球運動能夠引發參與者的內在動機。
- 4 **滿足多層次的需求：**
運動能滿足心理及社會需求，進一步幫助精障者回歸社區生活。



(2) 打造獨立生活、融入社區之友善環境—本會成立社區家園之成果與經驗

本協會為協助精神障礙者去機構化，重回社區人群，減少與社會脫節，因此積極推動社區照顧服務。社區家園提供精神障礙者社區居家式的生活環境，在住家的環境中居住生活，透過專業團隊提供個案管理服務、自立生活輔導服務、就業轉銜及訓練服務等，增進精神障礙者的社區適應能力，避免社會功能的退化、退縮，確保精神障礙者基本權益，而獲得生命的尊嚴。

該計畫主要培訓精神障礙者學習如何安排自己的生活、充實自我照顧的能力，並促進社交技能，並建立良好家庭互動關係，使之能適度應用社區資源，同時增進社區適應的能力，進而能從事社會工作，正常融入社區生活，維持精障者穩定生活功能與居住的平等權益，最終落實社區化生活照顧。

本會於民國108年起陸續設立嘉義地區的社區家園，至今在嘉義市已成立「心晴家園」與「心圓家園」，嘉義縣已成立「心樂家園」與「心恬家園」，希望讓康復者在醫療體系中選擇回歸社區時，或想學習獨立生活時，有一個可以支持他們的力量。我們深信每一位康復者都可以像一般人一樣在社區中享有自己嚮往的生活，掌握自我，活出屬於自己精彩的人生。



(3) 促進身心障礙者穩定就業—建立持續性的職場支持性關係與網路

與社區家園計畫同年，本會於民國108年發展就業生活執行「運用復康足球團體輔以就業適應團體於精神障礙者之穩定就業效益探討」計畫，及承接嘉義市政府身心障礙者支持性就業服務之就業適應團體，於民國109年承接嘉義市身心障礙者支持性就業服務一職場適應，並執行「運用就業適應團體於康復之家及社區家園精神障礙者之可行性與效益探討」計畫。

本會相信生活與工作息息相關，當生活中出現狀況時，容易導致工作的不穩定，因此我們所提供的服務除了解決工作問題以外，更注重個人的身心發展。我們提供的服務項目有個別晤談、情緒支持、家庭支持服務、連結相關資源、身心障礙者就業議題之研習或參訪活動、就業議題相關之成長團體、轉介個別心理諮商及陪伴就醫、一對一職場輔導及訪視、雇主或專業機關諮詢服務。



(4) 與夥伴一同探索自己的人生旅程—本會成立會所知之成果與經驗

接著本會將於今年底正式成立心旅程會所。會所(Clubhouse)引進在美國已推行近五十年的「國際會所模式」之服務模式，「會所模式」強調會所內所有活動均為會所工作人員與會員，也就是精神康復者，須互助而成的工作，因為「會所模式」相信精神障礙者是有潛能的，也相信人可以因為付出而獲得信心、成就與滿足，期待透過會所可以慢慢發掘更多會員的潛能與能力，讓每個會員在社區中找到適合自己的角色與位置。

會所提供的服務有例行性的社區外展、課程活動、資源連結、宣導活動及工作日，主要希望可以兜起康復者們對於同儕及會所之間的連結，並引發內在動力和讓他們認識自己的身心狀態，過程中更可以拓展同儕群體以外的社交生活，以豐富自己的復元人生！



1.2 成員介紹



張朝翔

- 長庚大學 職能治療系畢
- 109~110 年度衛生福利部精神防治諮議委員
- 中華民國康復之友聯盟常務理事
- 具服務社區精神復健 13 年經驗



林坤典

- 2021 年監察院國家人權委員會「身心障礙者權利公約-第二次國家報告撰題獨立評估意見」焦點團體代表與會
- 精神障礙者代表，具實際運用心理健康資源之相關經歷



林郁曜

- 輔仁大學 職能治療系畢
- 心理職能治療師，具服務社區精神疾病患者 1 年經歷



王怡文

- 慈濟大學 社會工作學系畢
- 社會工作員，具服務社區精神疾病患者 2 年經歷
- 具長期照顧社區服務 3 年經歷
- 具視覺障礙服務 2 年經歷

1.3 講者介紹



廖福源

- 曾任職於伊甸基金會活泉之家主任。
- 自 2007 年起，在伊甸基金會活泉之家服務，多年參與心理健康、精神疾病患者議題的倡議。



陳仙季

- 目前任職於社團法人高雄市心理復健協會總幹事。
- 為高雄市心理復健協會創辦人，具 20 年心理健康、精神疾病患者的倡議經驗。



李麗娟

- 目前任職於社團法人台北市心生活協會常務理事。
- 總統府國家人權委員，為精神障礙者代表，亦為家屬代表，倡議 20 餘年。

1.4 論壇方式說明

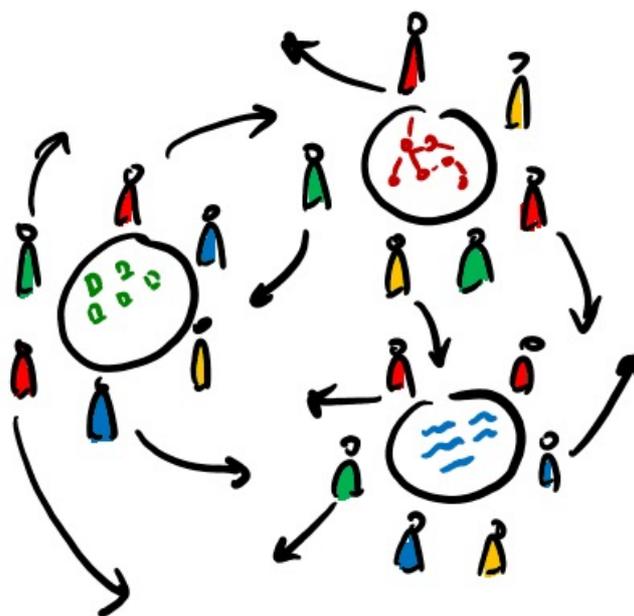
審議討論原則與內涵(1)

1. 包容與平等
2. 資訊充分
3. 溝通與對話
4. 形成集體意見

審議討論原則與內涵(2)

1. 為議題定調
2. 好的討論氛圍
3. 探索真正問題(釐清問題)
4. 鼓勵踴躍貢獻己見(觀點間的激盪及交流)
5. 連結不同觀點共同聆聽箇中見地
6. 分享集體收穫(討論共識)

☕ 「世界咖啡館」 – 讓我們用最舒適、愉悅的心一同體驗民主。



「世界咖啡館」提供一個智慧匯集的平台，讓參與者在舒適宜人的環境中打開話匣子，並全心投入對話，而每一個參與者不僅是演講者，更是聆聽者！參與者在進行咖啡旅行過程中，必定會吸納來自各領域的多元觀點，對世界產生新的想像，當集體認同被凝聚，對世界產生新的想像，志同道合的感動油然而生，眾人的集體智慧便能夠自然匯集，並且對未來產生改變的行動力。

1.5 論壇流程

時間	流程	參與人員
0830-0900	報到	參與者
0900-0930	論壇進行-Opening	主持人、參與者
0930-1200	專家議題導讀及問答時間 ◆人權與法規 ◆新興社區支持資源：協作模式介紹 ◆精神復健照護模式國內外比較 ◆社會安全網第二期介紹 ◆醫療體系轉銜至社區經驗 ◆康復者復元歷程經驗分享	講者 李麗娟 廖福源 陳仙季 林坤典
1200-1300	午餐 & 休息時間	
1300-1420	論壇進行-釐清問題	主持人、桌長、參與者
1420-1440	茶點時間休息時間	
1440-1530	論壇進行-提出初步對策與建議	主持人、桌長、參與者
1530-1615	論壇進行-提出具體對策與建議	
1615-1635	論壇進行-結論確認	
1635-1700	Ending-自由分享	
1700	全體大合照	

* 本團隊保有議程異動之權利

1.6 議題說明

◆ 討論議題：探討社區支持資源布建策略與資源連結模式

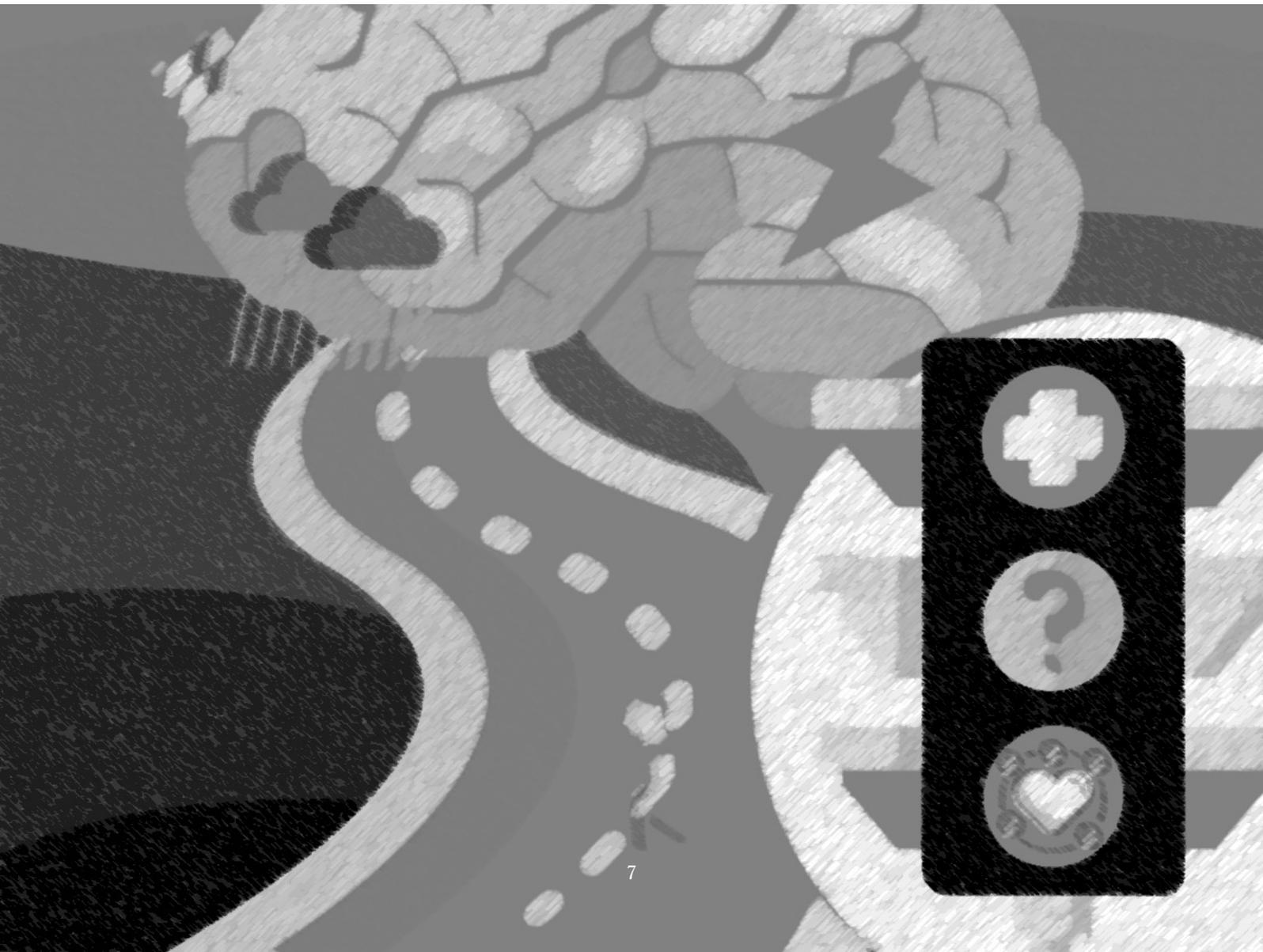
◆ 討論主題：

現有精神照護資源多以醫療單位為基礎提供服務，為促進社區支持之資源佈建，並與醫療端連結與協力，想深入探討社區支持資源佈建的策略與資源連結的模式。

- ① 精神病人危機之後社區支持系統如何承接？
- ② 布建居家式社區支持服務，如關懷訪視、危機處理團隊支援、開放式對話、居家醫事照顧服務等。
- ③ 布建社區式社區支持服務，如日常生活照顧、生活重建服務、職業重建服務、自立支持服務、社會參與服務、短期危機喘息服務，社區居住服務，其他復元支持服務等。

◆ 議題介紹：

- ① 目前精神醫療資源與社區資源分配不均問題。
- ② 社區式與居家式社區支持服務模式的重要性。
- ③ 現有精神衛生法於社區資源布建的侷限與困境。



2.1 行政院版新修訂《精神衛生法》草案（節錄）

<p>第三條 本法用詞，定義如下：</p> <p>一、精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病。但反社會人格違常者，不包括在內。</p> <p>二、專科醫師：指經中央主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。</p> <p>三、病人：指罹患精神疾病之人。</p> <p>四、嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之精神狀態，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。</p>	<p>第三條 本法用詞定義如下：</p> <p>一、精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病，其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。</p> <p>二、專科醫師：指經中央主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。</p> <p>三、病人：指罹患精神疾病之人。</p> <p>四、嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。</p>	<p>一、現行條文序文酌作標點符號修正，並列為修正第一項，修正如下：</p> <p>(一)第一款：</p> <p>1.後段所例示精神疾病範圍移列為第二項。又精神醫學與心理學界對於反社會人格違常之看法，具有多樣性（例如，亦有稱之為心理病質或社會病質），在此強調反社會人格違常之核心概念：「從兒童或青少年時期開始，出現漠視且侵犯他人權益的廣泛行為模式，常見的表現包括：無法遵從社會規範；為個人私利或樂趣而詐欺；衝動、無法做長遠打算；易怒、具攻擊性；魯莽不在意自己及他人安危；一貫地不負責任；或不知悔恨、無動於衷、合理化。」精神醫學或心理學界過去研究顯示，對於反社會人格違常之治療效果不佳，爰仍不納入本款精神疾病定義範疇。</p>
<p>五、社區精神復健：指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力及其他功能之復健治療。</p>	<p>五、社區精神復健：指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中</p>	

六、社區治療：指為避免病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療及其他方式之治療。

七、社區支持：指運用社區資源，提供病人於社區生活中所需之居住、安置、就學、就業、就養、就醫及其他支持措施與協助。

前項第一款精神疾病之範圍如下：

一、精神病。

二、精神官能症。

三、物質使用障礙症。

四、其他經中央主管機關認定之精神疾病。

提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療。

六、社區治療：指為避免嚴重病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式。

2.本款所稱精神疾病，醫師之評估方法可包含問診、理學檢查、影像檢查、心理檢查及其他檢查方式，其中，心理檢查評估指標可包含意識、注意力、外觀、態度、情緒、語言、行為、思考過程與內容、知覺、認知功能、驅力（drive）、身體症狀及其他層面。另前揭項目評估，得輔以相關評估工具及測驗方法，此外，評估方法與指標仍會因為醫療知識、科技與技術不斷地進步而有所改變，故上開方法僅得作為參考，仍應以當時、當地情境進行判斷，併予說明。

(二)根據身心障礙者權利公約施行法，並考量聯合國身心障礙者權利委員會對於該公約第十四條所發布之指導原則，嚴重病人之地位並非身心障礙者之充分或必要條件，乃適用於所有居住或停留於我國之民眾；故嚴重病人之定義重點為罹患精神疾病且

不能處理自身事務，無法一一臚列其精神症狀，爰將第四款嚴重病人定義修正為呈現出與現實脫節之「精神狀態」，以利專科醫師診斷。

(三)考量接受社區治療對象並非限於嚴重病人，爰第六款刪除「嚴重」一詞，另酌作文字修正。另國際學術上與實務上著名之主動式社區治療(assertive community treatment) 模式，強調多元團隊成員(精神科醫師、護理師、社工師、共病治療專家、職能治療師、職業訓練專家、病人同儕支持成員等)主動至接受服務個案之居家處所提供評估、訓練與支持，其整合式之醫療照護及社區支持內容包括：疾病管理、藥物管理、居住、財務及其他對於個案在社區適應之重要措施，併予說明。

1A5EFC036FF6E1B4
行政院第3786次院會會議
行政院

1A5EFC036FF6E1B4
行政院第3786次院會會議
行政院

1A5EFC036FF6E1B4
行政院第3786次院會會議
行政院

1A5EFC036FF6E1B4
行政院第3786次院會會議
行政院

(四)配合 CRPD 第五條平等及不歧視、CRPD 第十九條自立生活與融合社區之精神，使病人於社區生活中接受必要之協助與服務，例如居住、安置、就醫、就業、就學、就養及其他支持服務，以統合性之支持服務使病人於社區生活中享有與他人平等之權利，支持其於社區生活、社區參與及融合社區，爰增訂第七款社區支持之定義。

(五)第五款酌作文字修正。

二、現行條文第一款後段例示精神疾病之範圍移列至第二項，並分款規範。另考量酒癮、藥癮尚難完全包含成癮性事項，如管制藥品或新興毒品等，爰將「酒癮、藥癮」修正為「物質使用障礙症」以期明確。至其種類及定義，另於本法施行細則定之，併予說明。

第四條 中央主管機關掌理下列事項：

一、心理健康促進政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導。

二、精神疾病預防、治療與資源佈建政策、法規、方案之規劃、訂定及宣導。

三、病人權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導。

四、對地方主管機關執行病人就醫、權益保障之監督及協調。

五、對地方主管機關病人服務之獎助規劃。

六、病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃。

七、病人保護業務之規劃及推動。

八、病人經濟安全、社會救助、福利服務、長期照顧與其他社區支持之規劃及推動。

九、病人社會參與與自立生活之規劃及推動。

十、病人家庭支持服務之規劃及推動。

十一、病人資料之蒐集、

第四條 中央主管機關掌理下列事項：

一、民眾心理健康促進、精神疾病防治政策及方案之規劃、訂定及宣導事項。

二、全國性病人服務及權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導事項。

三、對直轄市及縣（市）主管機關執行病人就醫、權益保障之監督及協調事項。

四、對直轄市及縣（市）主管機關病人服務之獎助規劃事項。

五、病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃事項。

六、病人保護業務之規劃事項。

七、全國病人資料之統計事項。

八、各類精神照護機構之輔導、監督及評鑑事項。

九、其他有關病人服務權益保障之策劃、督導事項。

一、本條由現行第四條及第十二條合併修正。

二、為避免重複用語、精簡條文，刪除第一項各款之「事項」一詞。另各款修正如下：

(一)考量心理健康促進之重要性且現有比重偏低，爰將其單獨列為第一款之中央主管機關掌理事項，並將現行第一款有關精神疾病防治移列為第二款。又為落實整體性政策，將「精神疾病防治」修正為「精神疾病預防、治療及資源佈建」。

(二)現行第二款至第六款次調整為第三款至第七款，並酌作文字修正。

(三)對病人進行社區服務之規劃，可區分為個人照顧、社會參與及家庭支持三大面向，包括提供積極之關懷或保護及發展、推動多樣化服務模式等，均有助於穩定病人病

建立、彙整、統計及管理。

十二、各類精神照護機構之督導及評鑑。

十三、國民心理衛生、精神疾病之調查、研究及統計。

十四、其他有關人民心理健康促進、精神疾病預防與治療、病人服務與權益保障之規劃及推動。

中央主管機關應每四年公布包括前項各款事項之國家心理衛生報告。

十、國民心理衛生與精神疾病之調查、研究及統計。

中央主管機關應每四年公布包含前項各款事項之國家心理衛生報告。

第十二條 各級社政主管機關應自行或結合民間資源，規劃、推動與整合慢性病人之社會救助及福利服務相關措施。

情及支持病人於社區生活。為呼應本法立法精神及參照長期照顧服務法第四條規定，爰增訂第八款至第十款之中央主管機關掌理事項，即第八款有關個人照顧面向整併現行第十二條規定為病人經濟安全、社會救助、福利服務、長期照顧及其他社區支持之規劃與推動；第九款有關社會參與面向為病人社會參與與自立生活之規劃及推動；第十款有關家庭支持面向為病人家庭支持服務之規劃及推動。

(四)現行第七款款次移列為第十一款。為進行精神公共衛生相關數據分析，提升行政流程效率，以利於規劃符合病人所需要之服務方案，並提供政策滾動式檢討與成效評估，建立資料庫以提供連續性服務，有必

要蒐集心理健康與精神疾病相關之生物、心理及社會資料，建立全國病人服務資料庫，爰參照性侵害犯罪防治法第四條規定修正第十一款。

(五)現行第八款移列為第十二款，現行第十款移列為第十三款，並酌作文字修正。

(六)現行第九款移列至第十四款，並修正為其他有關人民心理健康促進、精神疾病預防與治療、病人服務與權益保障之規劃及推動，為中央主管機關概括掌理事項。

三、第二項未修正。

1A5EFC036FF6E1B4
行政院第3786次院會會議
行政院

1A5EFC036FF6E1B4
3786次院會會議

2.2 106~109年心理衛生報告數據（節錄）

各縣市精神病人護送就醫案件數

縣市	106 年	107 年	108 年	109 年
宜蘭縣	19	9	24	23
花蓮縣	19	18	20	20
金門縣	3	0	0	0
南投縣	154	152	103	103
屏東縣	78	217	471	471
苗栗縣	170 [□]	165	138	140
桃園市	248	55	101	100
高雄市	1,116	916	719	762
基隆市	0	2	0	0
雲林縣	250	256	242	237
新北市	1,212	1,155	1,381	1,350
新竹市	11	9	5	4
新竹縣	178	191	164	162
嘉義市	2	0	21	21
嘉義縣	89	117	75	78
彰化縣	214	212	259	256
臺中市	470	455	408	410
臺北市	53	69	508	500
臺東縣	115	100	72	74
臺南市	328	209	226	220
澎湖縣	8	9	8	8
總計	4,737	4,316	4,945	4,939

註 1：截取精神照護資訊管理系統至 109 年 12 月 31 日資料

註 2：109 年各縣市於系統通報護送就醫件數約為 4,939 餘件，其中自傷 12.29%，傷人

17.03%，自傷之虞 14.36%、傷人之虞 25.19%，其餘屬其他，例如公共危險個案。

■ 推展精神疾病強制住院及強制社區治療制度：

1. 配合精神衛生法於 97 年 7 月 4 日修正施行，已成立精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會，分區設置事務辦公室，受理全國強制住院案件之申請。配合審查會作業，遴聘專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、法律專家及病人權益促進團體代表等，針對申請案件進行審查，並定期辦理審查委員進階教育訓練。

2. 本部指定醫療機構辦理精神疾病強制住院業務，計有 103 家。歷年強制住院審查會審查案件統計，如下表：

年度	106 年	107 年	108 年	109 年
審查案件數 (件)	818	642	683	604
許可數 (件)	752	592	629	545
不許可數 (件)	66	50	54	59
許可率 (%)	91.9	92.2	92.09	90.2
不許可率 (%)	8.1	7.8	7.91	9.8

3. 為處理嚴重病人因不遵醫囑導致病情不穩或生活功能有退化之虞，本部 99 年起試辦精神疾病強制社區治療制度，102 年度全國各直轄市、縣 (市) 全面實施精神疾病嚴重病人強制社區治療制度，106 年至 109 年強制社區治療審查會審查案件統計，如下表：

年度	106 年	107 年	108 年	109 年
審查案件數 (件)	58	48	42	52
許可數 (件)	58	46	41	52
不許可數 (件)	0	2	1	0
許可率 (%)	100	95.8	97.62	100
不許可率 (%)	0	4.2	2.38	0

全國追蹤照護之精神病個案數

109年全國追蹤照護之精神病個案數為125,319人，其中嚴重病人約7,809人，占總照護人數約6.23%，各級個案占比分別為一級(15.25%)、二級(13.27%)、三級(25.35%)、四級(45.12%)、五級(1.01%)，概括來說一級、二級合計約28.52%，三級約25.35%，四級約45.12%，五級約1%。

縣市	嚴重病人						總照護個案					
	一級	二級	三級	四級	五級	小計	一級	二級	三級	四級	五級	小計
新北市	34	24	30	28	1	117	2715	2555	4227	10660	257	20414
桃園市	34	24	21	23	0	102	1806	1277	1685	2798	1	7567
臺中市	3	1	5	4	0	13	2086	1889	2786	5114	0	11875
臺南市	35	26	25	43	0	129	1559	1451	2034	4455	6	9505
高雄市	261	148	126	171	1	707	2702	2233	3787	10689	5	19416
宜蘭縣	100	79	53	57	1	290	388	490	1374	1822	5	4079
新竹縣	154	76	90	96	1	417	406	389	551	1325	6	2677
苗栗縣	355	206	240	288	0	1089	524	486	968	1541	2	3521
彰化縣	34	28	30	32	0	124	1150	1086	1992	3100	522	7850
南投縣	0	5	1	0	0	6	431	470	702	1414	0	3017
雲林縣	45	18	19	12	0	94	799	412	569	445	0	2225
嘉義縣	346	220	255	347	17	1185	393	372	779	1797	328	3669
屏東縣	13	6	11	3	0	33	1046	727	1049	2209	9	5040
臺東縣	36	23	24	30	0	113	315	257	322	855	4	1753
花蓮縣	25	12	15	15	0	67	440	277	463	1709	0	2889
澎湖縣	38	30	27	30	4	129	81	64	227	196	0	568
基隆市	80	43	59	65	16	263	319	331	752	1445	0	2847
新竹市	225	149	191	254	0	819	230	110	162	139	0	641
嘉義市	280	191	370	185	7	1033	188	155	177	272	8	800
金門縣	20	6	3	9	0	38	45	57	181	118	2	403
連江縣	256	211	189	367	1	1024	1	9	13	11	0	34
臺北市	5	3	4	5	0	17	1482	1537	6969	4434	107	14529
總計	2,379	1,529	1,788	2,064	49	7,809	19,106	16,634	31,769	56,548	1262	125,319
(佔比%)	1.90%	1.22%	1.43%	1.65%	0.04%	6.23%	15.25%	13.27%	25.35%	45.12%	1.01%	100%

註 1：截取精神照護資訊管理系統 109 年 12 月 31 日資料

註 2：總照護個案人數均含嚴重病人人數

精神照護資源分布

1. 74 年醫療網計畫實施前，精神醫療設施普遍不足，經過 6 期醫療網的努力，精神照護資源已逐年成長，目前急、慢性精神病床之開放數已接近每萬人口精神病床 10 床之目標。另為均衡資源及提升病床使用效率，均適時檢討修正醫院病床設立及擴充規定。
2. 92 年發布精神護理之家設置標準，精神護理之家開始發展。
3. 近年來積極推動精神病人社區化照護服務，針對精神復健資源不足地區，補助精神復健及精神護理之家設施設備，及將社區復健治療納入健保給付項目，並於 92 年及 100 年調升復健治療給付等措施，加速擴增精神復健及精神護理之家資源。

年度/開放數	106 年	107 年	108 年	109 年
醫院 (家數)	204	201	200	201
診所 (家數)	291	298	316	334
急性病床 (床)	7,399	7,438	7,381	7,411
慢性病床 (床)	13,661	13,676	13,549	13,549
日間留院 (床)	6,317	6,241	6,250	6,271
日間型精神復健機構 (人次)	3,176	3,208	3,308	3,406
住宿型精神復健機構 (床)	6,086	6,299	6,650	6,789
精神護理之家 (床)	3,805	4,104	4,650	4,897

4. 全國精神病床開放數：急性 7,411 床，慢性 13,549 床，合計 20,960 床。

2.3 社會安全網 vs. 社區支持網

第二期社會安全網

01 / 第一期計畫執行檢討

人力及服務資源不足

- 直接服務人力亟待補足
- 家庭需求多元，缺乏精神衛生社區支持及司法心理衛生服務資源

跨網絡轉銜機制待強化

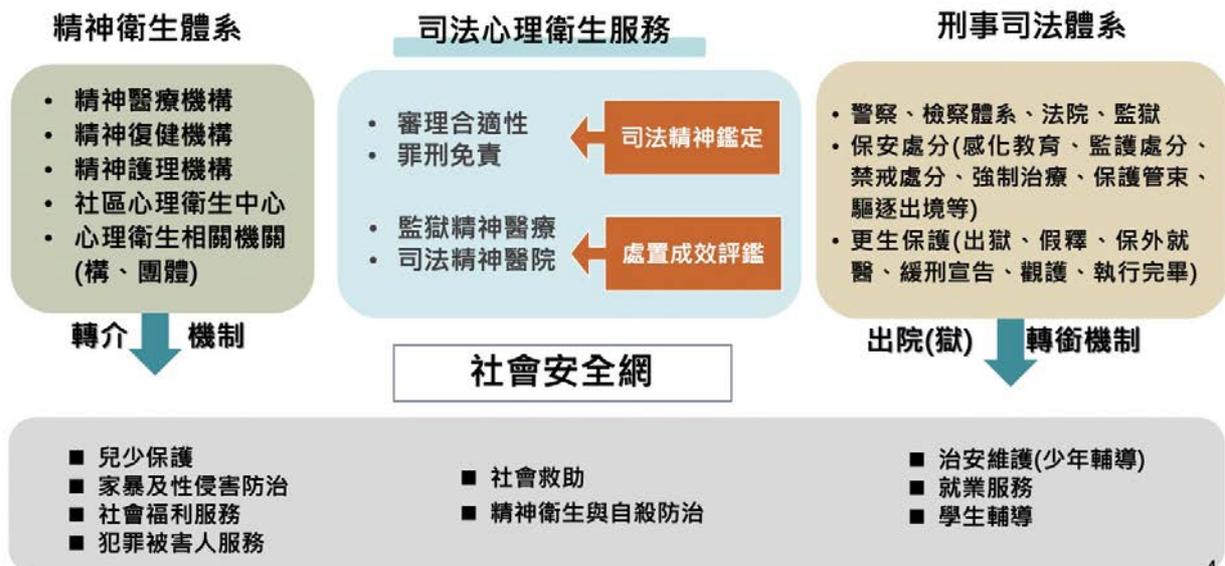
- 司法精神醫學、司法心理衛生、社區心理衛生服務等體系間服務片段、不連續，觸法精神病患未有妥適服務與出監轉銜機制，致難以復歸社區
- 衛政、社政、警政、勞政、法務服務體系轉銜機制待建置與強化

公私協力待強化

- 服務量能有限，在地化服務待精進

3

02 / 第二期計畫-再強化社會安全網架構



4

03 / 第二期計畫說明 – 策略及目標



04 / 第二期計畫說明-策略三：強化精神疾病及自殺防治服務，精進前端預防及危機處理

補強社區精神衛生體系與社區支持服務

01 布建社區心理衛生中心0處 ➡ 71處

02 推動精神病友社區照護等 3大計畫

03 布建精神障礙者協作模式服務據點 0處 ➡ 49處

04 強化精神疾病患者出監(院)轉銜社區心理衛生資源

1. 疑似或社區精神病人照護方案
2. 成立危機處理團隊
3. 精神病友多元社區生活方案發展計畫

社區支持網 時代力量建議新增精神衛生法修法

新增第六章 病人及家庭照顧者社區支持服務

<p>第六章 病人及家庭照顧者社區支持服務</p>		<p>一、章次變更。</p> <p>二、現行法第八條雖有建立社區照顧、支持與復健體系，提供病人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務之願景，惟現況仍以醫療單位為基礎提供服務，為促進社區支持之資源佈建，並與醫療端建立連結與協力，爰新增本章精神疾病病人及家庭照顧者社區支持服務。</p>
<p>第七十條 病人及家庭照顧者社區支持服務，應依多元連續服務原則規劃辦理。</p> <p>地方衛政與社政主管機關應依前項原則，針對病人需求，建構妥善之社區關懷、支持與照顧機制，並應自行或委託機構、法人或團體提供居家式社區支持服務、社區式社區支持服務及家庭照顧者支持服務。</p> <p>其他法律對病人及家庭照顧者社區支持服務有相同或較有利之規定者，應優先適用。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、直自一九九七年，身心障礙類別納入精神疾病，精神障礙者始享有社政養護補助與勞政就業服務，以及後續依《身心障礙者權益保障法》所辦理之各項身心障礙者個人支持及照顧服務。惟精神疾病病人不一定同時具有身心障礙者證明。臺灣目前約有十九萬人領有慢性精神疾病之重大傷病卡，但僅有十二萬人同時具有身心障礙者證明。此些不願或不符合身心障礙者身分之精神疾病病人，亦迫切需要相關社區照護及支持服務。又，現行身心障礙者社區支持或就業服務資源，係為所有障別之統一規定，難以因應精神疾病病人之特殊性，提供符合其需求之服務。因此，此次修法新增病人與家庭照顧者社區支持服務之章節，並於本條明訂衛政及社政單位應針對病人及家庭照顧者進行需求評估，共同協調整合，訂定相應之社區支持服務。</p> <p>三、精神疾病病人社區化照護係世界趨勢，我國二〇二五衛生福利政策白皮書指出，心理健康服務資源須以人為中心、社區為導向、康復為</p>

		<p>目標。精神疾病病人常合併多元需求，其由醫院出院到社區之間需要連續性、長期性及多元性的支持服務，亦即須連結醫療、精神復健、就養、就學、就業等網絡服務。故所謂「多元連續服務原則」係指病人及家庭照顧者社區支持服務措施之提供，應以多樣化、可選擇且服務不中斷為原則。</p> <p>四、為保障精神疾病病人享有於社區中生活之平等權利，以及與其他人同等之選擇，按《身心障礙者權利公約》第十九條之意旨，應採取有效及適當之服務措施，以促進精神障礙者充分享有該等權利，並充分融合及參與社區；並為逐步落實病人社區支持服務達到社會心理復健之目標，滿足需要支持服務病人之多元化選擇，建立多元化連續支持服務體系，爰增列第二項規定。</p> <p>五、現行《身心障礙者權益保障法》所辦理之各項身心障礙者個人支持及照顧服務，係以核發身心證明者，提供其所需之福利及服務。考量人力及預算經費之可行性，本法提供之社區支持服務係為補充性規定之地位，其他專法有相同或較有利之規範時，應優先適用該專法，爰於第三項敘明。</p>
<p>第七十一條 病人及家庭照顧者社區支持服務依其提供方式，區分如下：</p> <p>一、居家式：到宅提供服務。</p> <p>二、社區式：於社區設置一</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、世界衛生組織曾提出精神疾病病人四個需求面，包含醫療、復健、家屬及社區的整合式照顧，顯見建立病人與家庭照顧者支持服務之必</p>

定場所及設施，提供日間照顧、臨時住宿、社區居住、小規模多機能及其他整合性等服務。

三、家庭照顧者支持服務：
有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

四、其他復元與支持方案。
前項服務方式，提供病人社區支持服務之機構、法人或團體得合併提供之。

地方政府應編列預算辦理第一項事宜，不足由中央主管機關編列專款補助。

要性。因此，為發展以人為中心、以復元為導向之服務，滿足病人於社區自立生活所需之到宅醫療、精神復健、社區居住、危機支持等需求，爰於本條第一項明定病人社區支持服務提供方式之類別。

三、鑑於我國仍多以家庭為社會結構之基本單位，精神疾病病人之家庭照顧者長期承受沉重壓力。又，現行長照CMS評估工具難以契合精神障礙者之情形，導致實務上被評進服務系統之精障者人數偏低，得以進入系統者多因合併身體功能障礙。精神疾病反覆發病之特質往往使家庭照顧者心力交瘁，政府實應積極提供協助與足夠的支持服務，包含但不限於資訊之提供及轉介、喘息服務、情緒支持服務、同儕支持服務等，避免因精神疾病致使家庭功能耗盡而瓦解。爰參酌《長期照顧服務法》第十三條之體例，於第一項第四款訂定「家庭照顧者支持服務」。

四、精神疾病病人社區支持服務之需求，橫跨精神醫療、職能訓練、臨時日住宿與社區居住、陪伴關懷等面向，亟需整合與長期穩定之服務輸送，爰參酌《長期照顧服務法》第九條第二項之體例，於第二項明定提供病人社區支持服務之機構或團體得合併提供各式服務，鼓勵機構或團體得視情形提供整合型服務。

五、為使各項病人及家庭照顧

		<p>者社區支持服務得以運作，爰參酌《性侵害犯罪防治法》第六條之體例，地方政府應編列預算辦理該項服務，不足則由中央主管機關編列專款補助，爰於第三項敘明。</p>
<p>第七十二條 居家式病人支持服務之項目如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、關懷訪視服務。 二、緊急救援服務。 三、醫事照顧服務。 四、預防引發其他緊急危機之服務。 <p>提供前項支持服務之機構、法人或團體，如知悉所服務之病人有受第四十七條社區關懷服務，應與社區個案管理師溝通、協調，以建立支持服務網絡，加強橫向聯繫機制，檢討及改進服務提供模式。</p>		<ol style="list-style-type: none"> 一、本條新增。 二、明定居家式病人支持服務項目。 三、以服務使用者的角度而言，其於使用服務過程中，因其福利身分不同，可能接受來自不同單位之個案管理員訪視，例如身心障礙福利服務中心、社會福利服務中心社工人員、精神照護機構、精障會所等單位，抑或社區個案管理師（現稱社區關懷訪視員）、就業服務員等、惟此諸多個管人員之間卻無常態之橫向連結，致其需頻繁面臨不同關係之建立與斷裂。是故，為與病人建立長期穩定之關係連結，爰參酌《高級中等以下教育階段非學校型態實驗教育實施條例》第二十五條第一項之體例，於第二項明訂支持服務之提供者或機構、法人及團體，如知悉所服務之病人同時有受社區關懷機制之服務，應主動與社區個案管理師建立合作網絡。
<p>第七十三條 社區式病人支持服務之項目如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、日常生活照顧。 二、生活重建。 三、自立生活支持服務。 四、職業重建：職業訓練、職前準備、庇護性就業服務、支持性就業服務、過 		<ol style="list-style-type: none"> 一、本條新增。 二、明定社區式病人支持服務項目。 三、病人自立生活支持服務，係指協助病人與他人同樣擁有生活之「自主決定權」，依病人之需求，共同擬定自立生活計畫，提供其於社區

渡性就業服務、就業適應服務等。

五、交通接送服務。

六、社會參與服務。

七、短期危機喘息服務。

八、社區居住服務。

九、其他以社區為導向提供病人復元與支持之服務。

提供前項支持服務之機構、法人或團體，如知悉所服務之病人有受第四十七條社區關懷服務，應與社區個案管理師溝通、協調，以建立支持服務網絡，加強橫向聯繫機制，檢討及改進服務提供模式。

居住、生活及參與社會之人力輔助與資源連結。

四、病人職業重建服務，係指為協助病人最終得以順利就業與自立生活，依病人之身心狀態，提供工作訓練，或進階至庇護性就業、過渡性就業、支持性就業與就業適應之服務。

五、短期危機喘息服務，係指提供病人於病情不穩定時短期居住之處所，協助其獲得醫療、同儕專業照護與支持。此乃參酌美國紐約健康與心理衛生部門（DHMH）執行之降落傘計畫，其發展出三個部分：移動式危機團隊、危機喘息中心與支持專線。其中危機喘息中心，提供急性期之病人短期住宿、醫療資源連結、二十四小時同儕支持服務，以及受到機動危機團隊之治療與支持，團隊成員跨專業，包含精神科醫師、社工師、同儕等。

六、臺灣精神醫療十分進步且普及，目前精神照護資源亦泰半由精神醫療界所率先發展而來，與美國降落傘計畫之歷史脈絡並不相同。惟現況下，病人若因症狀明顯而感到不穩定時，除自願就醫治療、住院，或受緊急安置及強制住院外，並無合適之社區支持服務讓病人與家庭照顧者求助，最終僅剩強制就醫住院一途。是故，爰參酌美國降落傘計畫之部分經驗，訂定第七款「短期危機喘息服務」，使病人能於社區中如常生活，並於危機期獲得及時之治療與支持。

		<p>七、現行身心障礙者社區居住服務，係為所有障別統一規定，無法符合精神疾病病人之需求，社政單位亦未積極推展精神疾病病人之社區居住方案。本法業已於修正條文第七十條明訂應由地方衛政及社政主管機關應共同辦理病人社區支持服務，爰於本條第一項第八款明列應提供精神疾病病人社區居住服務，協助其離開醫療院所或住宿型復健機構之後，得以返回社區居住，自立生活。</p> <p>八、為確保服務輸送得以長期穩定，健全橫向連結，爰參酌《高級中等以下教育階段非學校型態實驗教育實施條例》第二十五條第一項之體例，於第二項明訂支持服務之提供者或機構、法人及團體，如知悉所服務之病人同時受社區關懷服務，應主動與社區個案管理師建立合作網絡。</p>
<p>第七十四條 家庭照顧者支持服務提供之項目如下：</p> <p>一、有關資訊之提供及轉介。</p> <p>二、情緒支持及團體服務。</p> <p>三、照顧者訓練及研習。</p> <p>四、家庭關懷訪視及喘息服務。</p> <p>五、其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。</p> <p>前項支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項，由社政主管機關定之。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、家屬面對初發病之親人，往往手足無措，對於精神疾病之認知陌生，亦可能不願接受親人罹病之事實，也因病情於日常起伏，例如幻聽、幻覺或被害妄想等症狀，導致患者與家屬之間陷入緊張與衝突之惡性循環。為使家庭照顧者獲得其所需之支持、適時減輕其壓力負擔，並提升其生活品質，爰參酌《長期照顧服務法》第十三條及《身心障礙者權益保障法》第五十一條之體例，於本條敘明家屬支持服務之項目，由社政主管機關訂定本</p>

		<p>條各項支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項之辦法。</p>
<p>第七十五條 地方社政主管機關應自行或委託機構、法人或團體設置電話專線，提供病人及家庭照顧者電話諮詢服務。</p> <p>地方政府應編列預算辦理前項事宜，不足由中央主管機關編列專款補助。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、為協助精神疾病病人逐漸走向復元，以及家庭照顧者從陪伴就醫、叮嚀服藥、到日常照顧所需之社會心理支持，爰於第一項訂定地方社政主管機關應自行或委託民間團體設置精神疾病病人及照顧者專線，由同儕支持員、心理師、社工人員等相關專業者，提供病人及家屬所需之諮詢回覆與情緒支持。</p> <p>三、為使第一項電話專線服務得以運作，爰參酌《性侵害犯罪防治法》第六條第三項之體例，由地方政府應編列預算辦理該項服務，不足則由中央主管機關編列專款補助，爰於第二項敘明。</p>
<p>第七十六條 地方社政與衛政主管機關辦理病人社區支持服務，應置同儕支持員，促進其生活品質、社會參與及自立生活。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、現行許多國家均已將同儕支持員融入各項心理衛生支持服務體系，例如香港一站式精神綜合健康中心有全職同儕支持員駐點服務、澳洲職業重建服務體系中亦導入精障同儕督導之制度。各國發展與實證研究業已肯定同儕專業與角色（International Peer Support, IPS）於精神疾病病人復元歷程之重要性。因此，同儕專業於協助復元之社區精神照護網絡，係為不可或缺之角色，實應予以重視、肯定與精進。</p> <p>三、現行《身心障礙者個人照顧服務辦法》第六十九條自立生活支持服務內容涵括「同儕支持」一類，經查社會</p>

		<p>及家庭署雖有規劃精神障礙者同儕支持服務制度包含建立其資格條件與管理方式，以及培訓此類同儕服務人力資源。然，社家署於精障同儕支持員之培訓及認證並未積極實踐，實務上精障同儕支持員亦付之闕如。</p> <p>四、本條之立意並非將精障同儕支持員自《身心障礙者權益保障法》抽離，而是應立基於《身權法》之基礎，由社政及衛政單位共同協力，提供進階式的訓練資源及督導機制。</p>
--	--	---

採訪對象一：精神障礙者 阿坤

問：你知道政府提供哪些社區資源給精神障礙者呢？在你居住的社區中有嗎？

答：① 社區復健中心、職業重建、身心障礙就服窗口、社區家園、康復足球、職場適應就業服務、會所。

② 嘉義縣看地區，大部分偏心智類或身障工作坊，嘉義市只有一間社區精神復健中心。

問：承上，你本身有使用該資源嗎？若有，是使用哪些呢？使用上有什麼感受或效果嗎？

答：一開始我是自己找上灣橋小太陽一個禮拜，後來醫師寫轉介才到社區精神復健中心，讓我有規律的生活作息。後來再請醫師寫轉介單到職業重建，但等超過半年以上無音訊。又找上就服站的身心障礙就服窗口，大多都是清潔工作，也是要等有清潔職缺出來才會通知。因想要有一個自己私人的空間和聊天紓壓管道才住進協會辦理的社區家園，同儕都會彼此互相關心，給予正面的回饋，讓我得以在一般性職場找到工作。工作之餘禮拜六跟同儕們在足球場踢球，紓壓工作壓力，也可以與同儕聊天彼此近況，分享喜悅。後來自己找到一份工作，經由協會轉介職場適應就業服務，遇到職場霸凌因有職場適應團體，活動中同儕與老師給予正面回饋，讓我不至於辭職不做。會所是去年12月才開始，以前大部分時間都待在家園房間，現在大部分時間都參與會所活動。

問：在使用上，覺得有哪些不足呢？覺得有哪些做得不錯的部分呢？

答：

- ① 社區復健中心嘉義僅有一間太少，加上機構式管理，讓大部分都安於現狀，怕結案後就無法再回來。
- ② 嘉義市職業重建和就服窗口從5.6年前，等待時間就這樣久了，無法幫助到想工作的康復者，悲觀看待後續發展。
- ③ 疫情關係，醫院方便管理都用感控限制慢性病房同儕出來踢球。

採訪對象二：一般民眾 阿雅

問：你認為精神障礙者生病之後，未來有哪些安排呢？

答：穩定病情後，也要去看醫生，在醫生認為精神障礙者可以接觸人群之後，再請求社福團體的協助。

問：你認為在社區中的精神障礙者需要哪些資源及服務呢？為什麼？

答：在生活經驗中，沒有接觸過這些，不過好像還是以找社福團體為主，有些人的家庭無法支應那個人的需求，就像是連讓那個人住在家裡都覺得很難，甚至不見得精神障礙者自身能夠接受這些服務。雖然我不了解社區當中有哪些資源，但我知道他們還是有需要，而且現在社會對於這些服務其實更看重了，只是我們一般民眾真的比較不知道資源在哪裡。

問：你知道政府提供哪些社區資源給精神障礙者嗎？在你居住的社區中有嗎？

答：家裡有人在社福團體上班，剛好是服務精神障礙者的，所以大概了解社區有一些資源是提供給他們的，但更加確切的資源，其實就不太確定。居住的社區附近應該是沒有，幾乎都沒什麼聽說。

問：你身邊有需要這類服務的人嗎？你都怎麼幫助他們呢？

答：以前小時候曾經遇過這樣的人，每次要經過她家都用跑的，因為聽過鄰居們都說這個婆婆很奇怪，好像會打人還是罵人，但實際並沒有被她怎麼樣過，就是大家都這樣說，自己就會很害怕。以前其實都不知道能怎麼幫助他們，現在還比較知道，因為有家人在這類型的社福團體上班，有些時候就會問他們有沒有什麼需要。

採訪對象三：職能治療師 阿翔

問：你在服務的過程中，有曾經遇過精神康復者需要資源卻求助無門的時候嗎？

答：康復者求助無門的事情太多了，他們擁有的管道很單一，比如說居住在病房裡的病友想返家，卻只能透過病房的社工、護理師或醫師協助，或者說他們居住在康復之家裡，想要就業，但這也不是他們能夠決定的，康復者只要回到醫院這個體系中，社區的資源就比較封閉一些，或者甚至無法尋求任何幫忙。就我本人而言，當初想申請社區居住的方案，來讓康復者回歸社區時有地方可以去，但這部分當初政府其實並沒有任何相關的配套措施，最後還是只有康復之家可以選擇，日間的資源就是社區復健中心和日間病房，他們也有自己的評估標準，轉介相對不容易，而就業部分還需要做職能評估，再後續轉介到職重窗口，但回覆通常是還需要再等候約半年的時間，不過也曾經遇過，等了半年後，再去詢問康復者，康復者表示並沒有收到任何職管員的聯繫，表示可能還沒有安排到他們，這是非常常見的狀況，就業的資源相當稀少，另外像是居家訪視，也會依照精神照護系統做分級，不見得所有的康復者都能排進這個訪視當中。

問：現今政府提供給精神障礙者哪些社區資源呢？足夠嗎？若不足夠，是缺乏哪些呢？

答：日間-社區復健中心(醫師轉介)和協作模式，身障資源-小作所、身心障礙者社區式布建據點，居住-康家、社區家園，以這些資源來說，非常不足夠，日間資源的部分，身障的資源就很多，小作所和布建據點非常多，多數都是收容身心障礙者，但精神障礙者都不收，社區復健中心的話，則需要醫師的轉介單，並不是只考量康復者的意願，即使醫師協助送轉介單，機構端還是有評估機制，而目前全台灣的社區復健中心床位只有3000多床，但入精照系統的康復者約就有將近15萬人，另目前使用康復之家的大約有6000多人，多數的人都已經在裡面居住好幾年了，所以住宿型的資源也未必能夠排得到，另外也是需要轉介單才能夠做後續的評估及安排。所以康復者們就算有需求，也未必有資源。

問：你有曾經為精神障礙者倡導哪些社區資源相關的權益嗎？政府給予什麼樣的回應呢？

答：曾經到心口司的防治諮議會倡導政府應將資源多放到民間及社福團體，而非將資源著重投入在醫療體系中，因為多數的民間資源和社福團體能夠更顯現這些康復者的需求，那這部分是針對公益彩券的精神病人社區生活方案，所以後續心口司有新增一些服務方案的申請，並厚植一些社福團體的活動及方案的運行，但相較於整體的經費投入，著重在精神障礙服務的比重還是非常地低；目前相對較成功的就是社家署的協作模式進行，社家署於109年8月派員來與民間團體討論協作模式的進行，當天署裡給出的回應非常明確，也表示了解可以怎麼進行，也即將著手佈點。透過這些倡議更加了解，如果沒有進行多次的說明和倡導，這些服務都不會主動跑出來，雖然只有些微的改變，但至少已經開始在進行了。

2.5 國內外照護模式比較

澳洲

澳洲 vs. 台灣

- 澳洲人口與台灣相當
- 澳洲面積是台灣 213.6倍

	澳洲	台灣
人口	24,715,868 (2018)	23,682,521 (2018)
總面積	7,686,850 Km ²	35,980 Km ²
國內生產毛額	1204.62 billion USD (2016)	529.58 billion USD (2016)
國民醫療保健支出佔國內生產毛額	10.3% (2015-2016)	6.3% (2016)
標準年齡死亡率	11.7 (2016)	12.3 (2016)

澳洲與台灣精神機構家數與床數

台灣						澳洲				
426 機構						1591 機構				
22 社區心 衛中心	203 復健 機構	129 私立醫院		72 公立醫院		1197 社區心 衛中心	167 復健 機構	66 私立醫院	161 公立醫院	
		92 私立 醫院精 神科	37 私立 精神 醫院	63 公立 醫院精 神科	9 公立 精神 醫院				144 公立 醫院精 神科	17 公立 精神 醫院
		2906 床	7266 床	5126 床	5671 床			2754 床	5310 床	1698 床
	5917床 (2435日)	20969床					2383床	9812床		

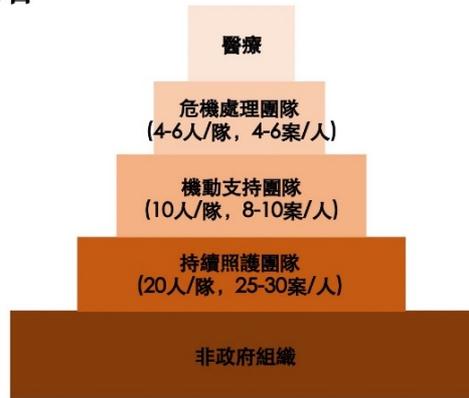
澳洲強調社區為基礎的精神醫療照護

思覺失調患者

急性

亞急性

復健階段



住院醫療

社區

澳洲社區精神醫療與台灣的差異

澳洲更強調以社區為基礎的精神醫療照護。

- 各地都有社區心理衛生中心及以個案管理師為基礎的社區照護團隊。
- 強調連續性、持續性、流動性的照護，依個案的嚴重、急迫、需求做不同的分工。

■服務範圍

偶到服務	外展服務
個案輔導工作	治療及支援小組工作
社交及康樂活動	日間訓練
外展職業治療服務	朋輩支援服務
舉辦教育性活動加強社區人士對精神健康的認識	轉介有需要的個案至醫院管理局接受臨床評估及精神科治療

■轉介途徑

1. 上述服務對象自行向中心申請服務
2. 由醫生、社工、輔助醫療人員或政府部門等轉介

■人力：每家約**26人**(17 社工、2精神護士、1職能治療師、6支援人員)

醫管局提供的服務計畫

<p>個案管理計畫</p> <p>為嚴重精神病患者推行個案管理計畫，主動為居於社區的嚴重精神病患者提供深入、持續及個人化的支援。計劃中的個案經理(包括精神科護士、職能治療師和社工等)會與其他服務提供者(特別是社會署設立的精神健康綜合社區中心)緊密合作。2014-15 年度將個案管理計劃擴展至全港 18 區，為約15,000名居於社區的嚴重精神病患者提供社區支援服務，個案與服務使用者的比例為1:47。醫管局已聘請了 15 名已康復的前服務使用者擔任朋輩支援員。</p>
<p>精神健康專線</p> <p>「精神健康專線」是一條 24 小時由專業精神科護士接聽的精神健康熱線，為精神病患者、照顧者、相關持份者及市民大眾就精神健康事宜向來電者提供專業意見及安排適時的轉介服務。</p>
<p>社區專案組</p> <p>加強對社區內有急切需要的嚴重個案作出適時的支援，醫管局已在 2011-12 年度在所有七個聯網設立社區專案組，以加強對居於社區的高風險精神病患者提供深入支援和長期跟進。</p>
<p>精神科社康服務</p> <p>為支援精神情況相對穩定，但仍需接受社區支援以確保病情繼續平穩發展的病人，醫管局的精神科社康服務會為病人提供過度性的社區支援服務，以期使他們能盡快重新融入社會。</p>
<p>思覺失調服務計畫</p> <p>對象是 15 至 64 歲患有思覺失調的病人，此計劃的跨專業醫療隊伍在這些對象發病頭三年為他們提供一站式、針對個別階段的持續支援。</p>

服務輸送/資源連結
衛政社政資源整合

醫社協作

為進一步加強醫療及社會服務界別的溝通和合作，醫管局、社署及精神健康綜合社區中心的非政府機構組成了專責小組，重新檢視現時對成年嚴重精神病患者的服務提供模式。

醫務社會服務

社署於醫管局轄下的精神科醫院及專科門診診所派駐醫務社工，為精神病患者、精神病康復者及其家屬提供適時的心理社會輔導，以及經濟等援助，協助他們處理或解決因精神病而引起的情緒、生活及家庭問題，幫助他們康復及重新融入社會。

社會福利署提供的服務計畫

<p>精神健康綜合社區中心(ICCMW)</p> <p>設立 24 個由非政府機構營辦的精神健康綜合社區中心(綜合社區中心)，適時提供以「地區為本」的一站式社區精神健康支援服務，包括個案輔導、職業治療、外展服務、日間訓練、諮詢服務、社交及康樂活動、公眾教育活動，以及轉介有需要的個案至醫管局接受評估及治療。社區中心約每 33 萬人口設置 1 中心，每個社區中心約提供 17 名社工、2 名精神科護士、1 名 OT 及 6 名支援人員。2017 年 3 月，綜合社區中心已為超過 61000 名精神病患者及懷疑有精神健康問題的人士提供服務。</p>
<p>精神病康復者家屬資源中心</p> <p>特別為精神病康復者的家人和親屬而設，目的是給予家屬情緒支援，加強他們照顧家中精神病康復者的知識、技巧及能力，並促進家屬間建立支援網絡，彼此交流意見及互相幫助。</p>
<p>朋輩支援服務先導計劃</p> <p>共有 50 名全職或兼職的朋輩支援者受聘於綜合社區中心、中途宿舍或職業康復服務單位提供朋輩支援服務，包括透過電話傾談或會面提供輔導服務、協助營辦機構的專業人員進行外展或關懷探訪，以及組織小組活動、籌辦精神健康教育活動。</p>
<p>住宿照顧服務</p> <p>社署透過津助非政府機構為精神病康復者提供各類住宿服務，包括長期護理院、中途宿舍及輔助宿舍。</p>
<p>日間訓練及職業康復服務</p> <p>社署透過津助非政府機構提供庇護工場、輔助就業服務、綜合職業康復服務中心、殘疾人士在職培訓計劃、「陽光路上」培訓計劃、「創業展才能」計劃等，為殘疾人士(包括精神病患者)提供職業康復服務，並協助他們在公開市場就業。</p>

台灣社區 心理衛生中心 可借鑑香港地方

1.健全個案管理 2.連結與整合區域資源



3.1 團隊簡介與願景

精神疾病患者在生病之後，在學業、工作、休閒、人際關係等都有很大的變化。這樣的巨變往往讓人無所適從，很多人就此脫離原本的生活。一群精神康復者、家屬及醫療人員因此於104年成立本協會，希望能協助更多康復之友在工作、休閒、生活等各方面能獲得更多協助與陪伴。

精神疾病在症狀穩定後，回歸社區後是另一個即將面對的挑戰。本會以復元的觀念，致力於協助精神康復者重返社區。復元是一個讓精神康復者重新認識自己、建立正向自我形象及重建有意義生活的康復過程。在醫療團隊、家人、同儕及大眾的尊重和支持下，選擇自己的生活目標，活出超脫病人角色以外的希望人生。

》》休閒生活-復康足球

康復之友透過足球運動促進身心健康，在球隊中形成長期彼此支持的力量，走入社區，找回屬於自己的健康生活。

》》社區生活-社區家園

家園方案提供給精神康復之友一個像家的地方，以團體家屋的形式，形成同儕支持，在社區居住中自立生活。

》》社區生活-會所

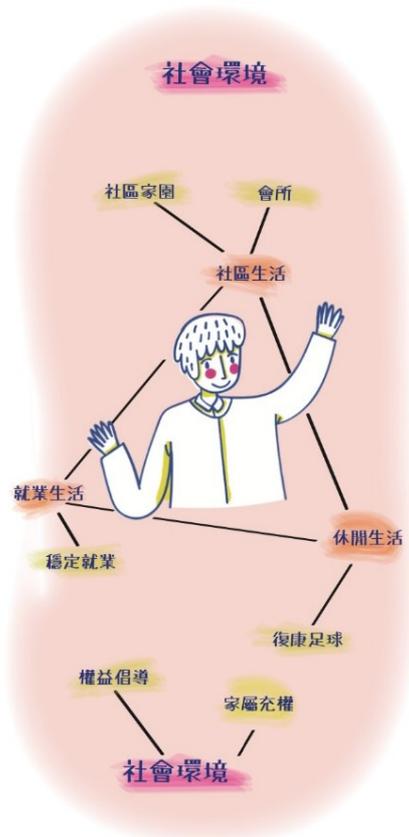
藉由和工作人員與同儕的夥伴關係，一起完成想做的事，規劃個人生活目標，找到生活的重心。

》》就業生活-穩定就業

就業服務員深入職場一起與康復之友面對工作上的難題，讓康復之友能穩定的工作。

》》社會環境-家屬充權

不定期舉辦家屬充權課程講座，協助康復之友家屬了解如何與家人共同面對精神疾患，重建新生活。



》》社會環境-權益倡導

倡導以復元為本的精神健康服務，加強社區對於康復者的接納，消除社會大眾對於精神疾病的標籤與污名，讓復元的嫩芽能在共融的氛圍下茁壯成長。

》》協會年曆

- 102 建立本會
成立足夢隊
- 103 參與復康足球國際交流賽
- 104 本會改為社團法人
- 106 將復康足球推廣全台
- 107 日間社區佈建據點
- 108 成立心晴、心圓家園
- 109 承接穩定就業計畫
- 110 心旅程會所
新增兩處家園

建立以復元為本的支援網絡



充權

充分理解，自我決定

對內強調康復者參與，充分瞭解自我
對外強調正確認識精神疾病，反污名

康復者及家屬充權資源講座

復元培力講座

反污名活動



復元取向

心理韌性，多元價值

協助支援康復者重視的社會角色

發展疾病以外的多元價值

復康足球休閒運動

職場適應服務與就業適應團體

諮詢服務



社區融合

社會支持，連結資源

連結社區資源，協助康復者回歸社會

選擇自己的目標，活出希望人生

社區居住/日間生活支持

家屬支持/同儕支持

社區參與