



精神病友多元社區生活方案發展計畫

串連交織-復元理念打造社會支持網絡
以安「居」後的社區支持模式談起

張朝翔

社團法人嘉義市心康復之友協會 總幹事

社團法人中華民國康復之友聯盟 秘書長

「1」精神障礙者賦歸社區的困境

「2」復元為導向的社區居住

「3」符合精障者復元模式-社會支持網絡

「4」看見精障者復歸社會與職場的潛能

大 綱

1. 精神障礙者復歸社區的困境

-從社區生活支持資源不足談起-

-促進復元的環境在社區生活當中-

CRPD 國際審查委員 Janet Meagher AM

從在精神醫療機構住院長達10年
世界心理衛生協會-大洋洲心理衛生諮詢 委員
澳洲身心障礙者暴力忽視及剝削防治 皇家委員會
澳洲衛生部社會心理支持小組 委員

『從社會隔離、制度化與長期住院，
到社區生活，為現實生活做出院準備』

- 縮短住院時間
- 以心理社會為導向的復元模式
- 在真實的社區環境中進行個別生活培訓



Janet Meagher

National Mental Health Commissioner

費雪醫師

Daniel B. Fisher, M.D., Ph.D.

費雪醫師1976年取得
華盛頓大學醫學博士
成為哈佛大學精神科住院醫師
致力於精神障礙者人權運動
倡導精神復元

『人們可以復元，復元的意思不是像一般疾病一樣吃一些藥就會好，藥物有些幫助但長期來說，需要感覺自己生命是光采的是有價值的生命！』

- 精神障礙者必需在復元歷程中做「**自己的決定**」，必須擔任「**航道上的船長**」
- 必須在社區生活中建立「**自己的興趣**」及「**社會支持網絡**」



3R聯盟 好名、好康、好生活

一位曾患思覺失調症
之後成為精神科醫師

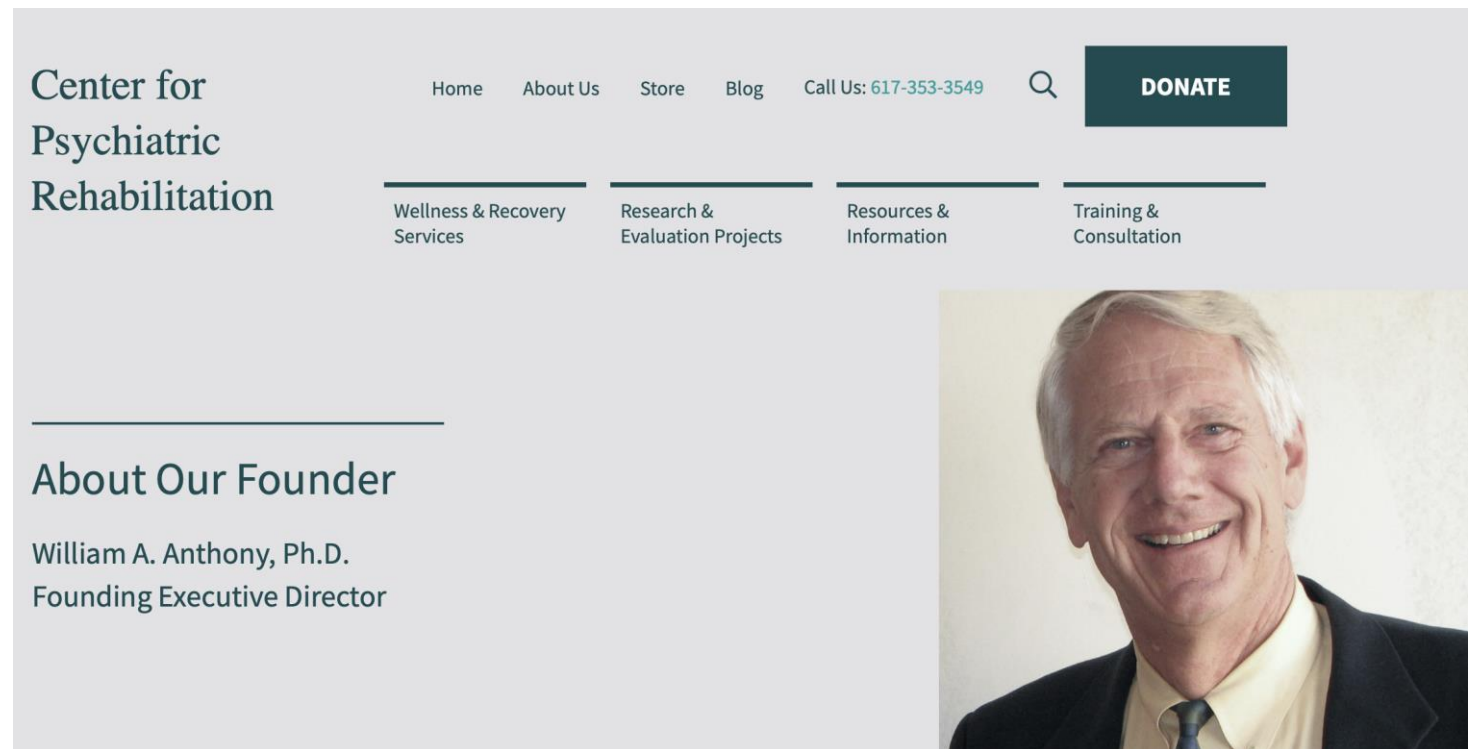
的傳奇故事



丹尼爾費雪 醫師
Daniel B. Fisher, M.D., Ph.D.

William A. Anthony, Ph.D. 於1979年創立精神康復中心 國際上最著名的精神復元研究中心 波士頓大學精神康復中心

- 2001提出復元的願景與進行系列研究
- 全面轉化精神復健體制-地球不是平的而是圓的，對於復元的想像也是如此。
- 復元是一個非常個人化及獨特的態度、價值關、感受、目標、技能和/或角色。
- 這是一個在病的限制下仍能滿足而有希望的生活方式。
- 復元包括發展新的個人生活意義和目標，使人跨越精神病所帶來的負面影響。



A blurred background image showing two men in profile, facing each other as if in conversation. The man on the left has dark, curly hair and is wearing a dark jacket. The man on the right has dark hair and is wearing a light-colored shirt. The background is out of focus, showing some greenery and a blue object.

精神病人出院後，社區有沒有支援？

台灣每年分配到心理健康資源為46美元，

其中**93%**全挹注於醫院與機構，僅**7%**挹注於社區。

『除了醫療復健之外，應該有更多讓人可以在社區生活的想像』

C R P D身心障礙者權利公約審查委員社區資源應大於**50%**

精神醫療及社區照護資源分配

登入患者
照護系統

精神疾病患者
13.9萬人

精神疾病
照護量能

社區照護量能需求
11.3萬人
(包含社區服務照護 9,794人)

精神護理之家
4,650床

急慢性病床
20,930床

今年
預算

13億
11.3萬人

113億
2.6萬人

在醫藥之外的精神衛生防治環節，投入的相當有限！

精神疾病的社區需求人口
約是醫療端的**5倍**，總投入經費僅有 **1/10**

社區精神復健機構的預算
僅有精神醫療機構的**1/100**，健保經費比則只有**1/10**

精神照護預算比較

2018-2020	心理健康 促進費用	精神疾病 防治費用
總額平均	5.33億	2.32億
衛福部總預算	1808.11億	
佔比	0.003	0.001

佔比過少！

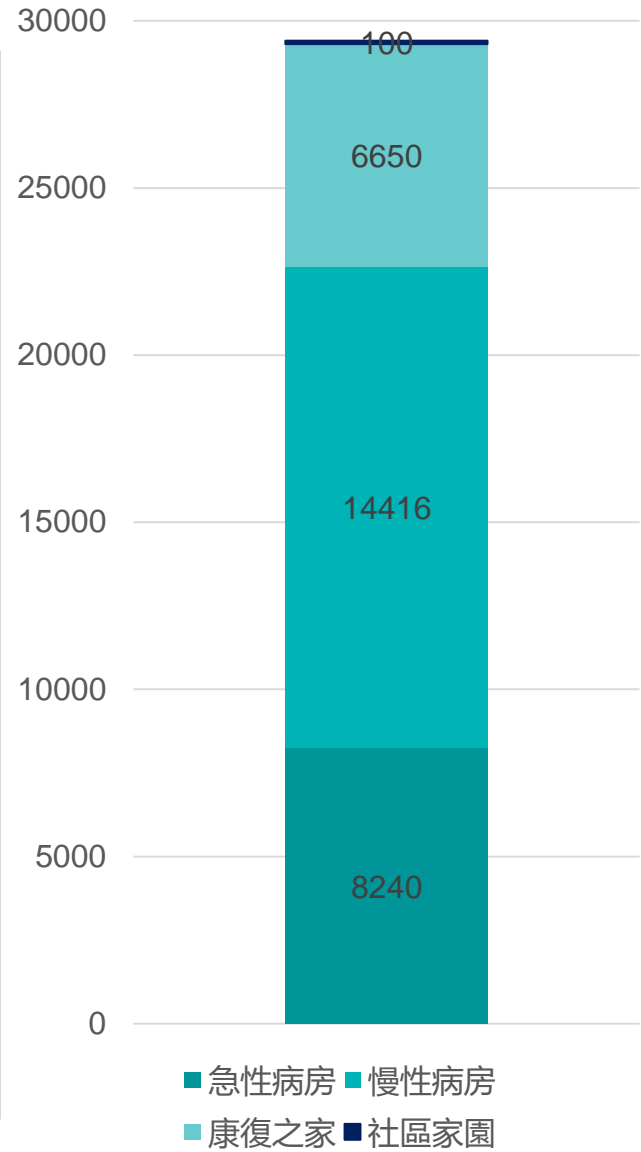
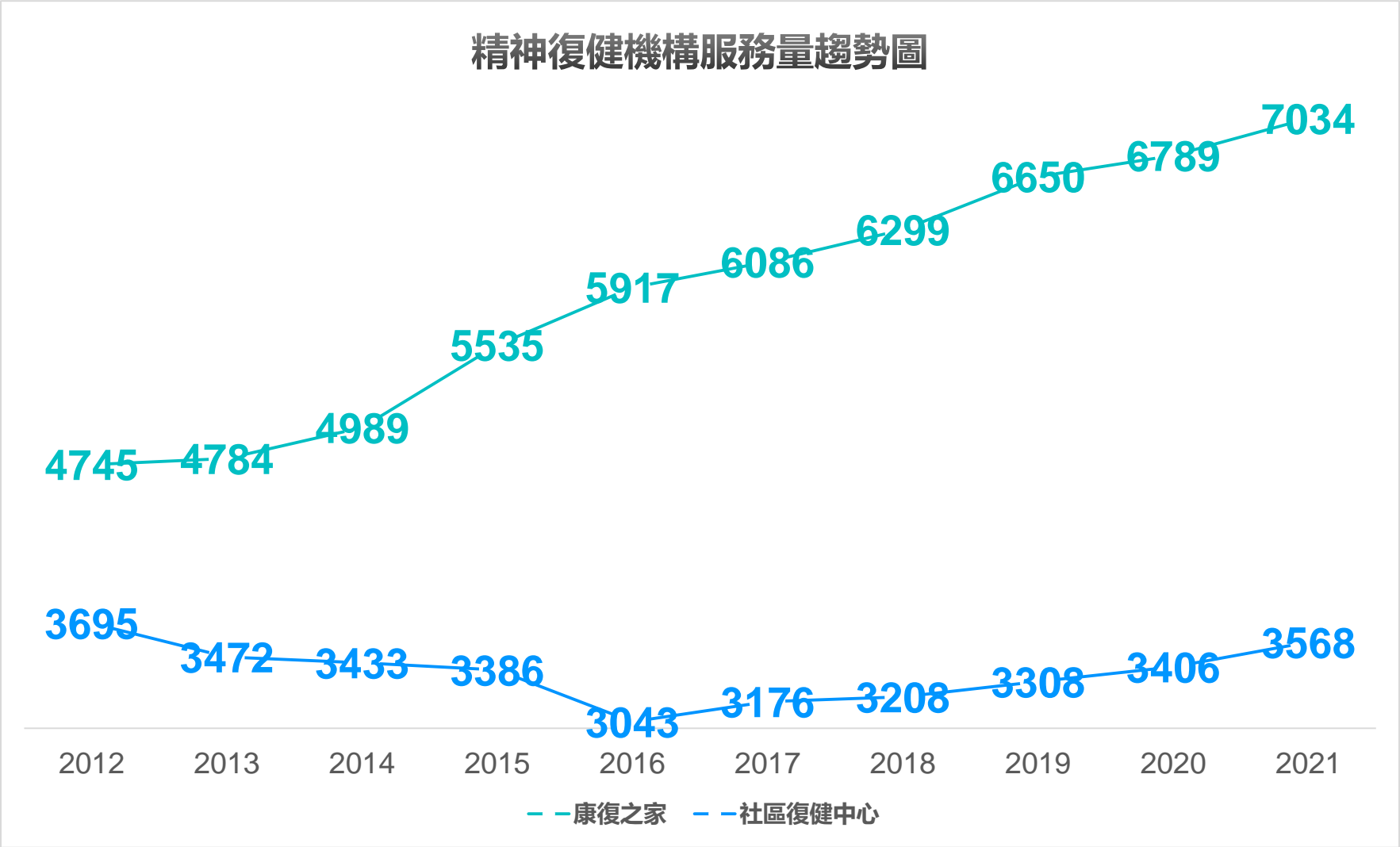
2020.02.29總人口數	2360萬
2020心理健康促進費用	5.33億 (NTD)
台灣精神健康預算支出	0.75美元/人
WHO會員國精神健康 預算支出中位數	2.5美元/人

不到三分之一！

預算 | 心理及精神健康施政，
受行政院、衛福部的重視程度還有待加強！

台灣以醫療住宿型服務為主體，缺少多元社區支援服務

社區發展比例嚴重失衡(住院佔比76%;康家佔比24.7%;社區居住0.3%)



Australia vs Taiwan



- Australia

- Population: 24,715,868 (2018)
- Total area: 7,686,850 Km²
- GDP: 1204.62 billion USD (2016)
- NHE 佔GDP : 10.3% (2015-2016)
- Adj suicide rate: 11.7 (2016)

- Taiwan

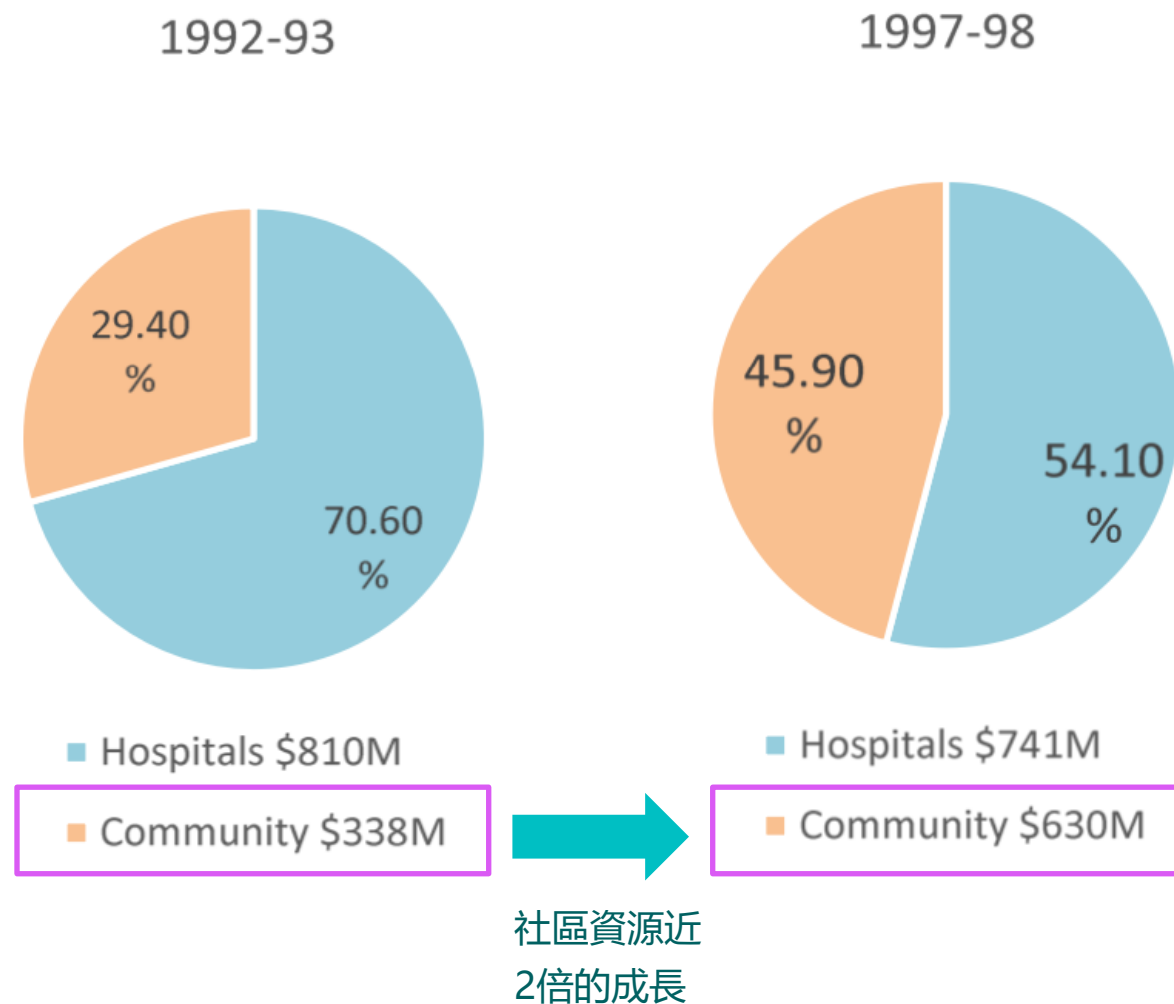
- Population: 23,682,521 (2018)
- Total area: 35,980 Km²
- GDP 529.58 billion USD (2016)
- NHE 佔GDP: 6.3% (2016)
- Adj suicide rate: 12.3 (2016)

台灣						澳洲				
426 機構						1,591 機構				
22 <u>社區心 衛中心</u>	203 復健 機構	129 私立醫院		72 公立醫院		1,197 <u>社區心 衛中心</u>	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	7,266 床	5,126 床	5,671 床			2,754 床	5,310 床	1,698 床
	5,917 床 住宿型 (2,435 日間型)	20,969 床					2,383 床	9,812 床		

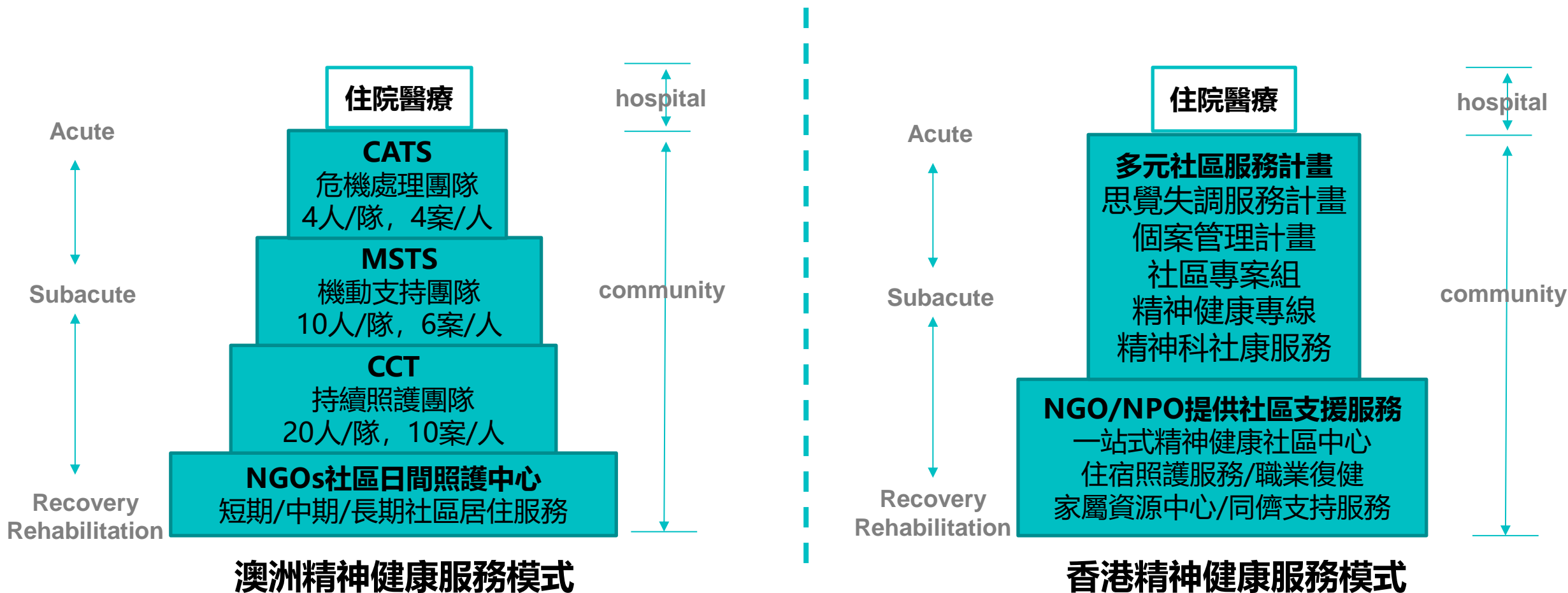
澳洲精神健康政策的轉變

自1993年開始積極布建社區精神醫療資源

- 以澳洲第1期國家心理衛生計畫（1993-1998）為例，具體達成社區精神醫療花費增加87%，精神醫療床位由5802床下降到3396床（減少42%）
- 24小時社區住宿機構照護床位增加65%（824床增加到1363床）
- 精神醫療機構支出占比由49%下降至29%等。
- 此外2016澳洲精神住院統計，平均住院天數是16天（台灣109年衛生福利部統計住院天數平均283天）



澳洲及香港均強調以『社區為基礎』之精神照護與支持體系 著重於社區中建立一站式服務中心/社區支持團隊/危機處理團隊



於「真實的生活環境中」發展的社會角色

長期住院/或在安置型的影響
把患者「有益的」排斥在社會外

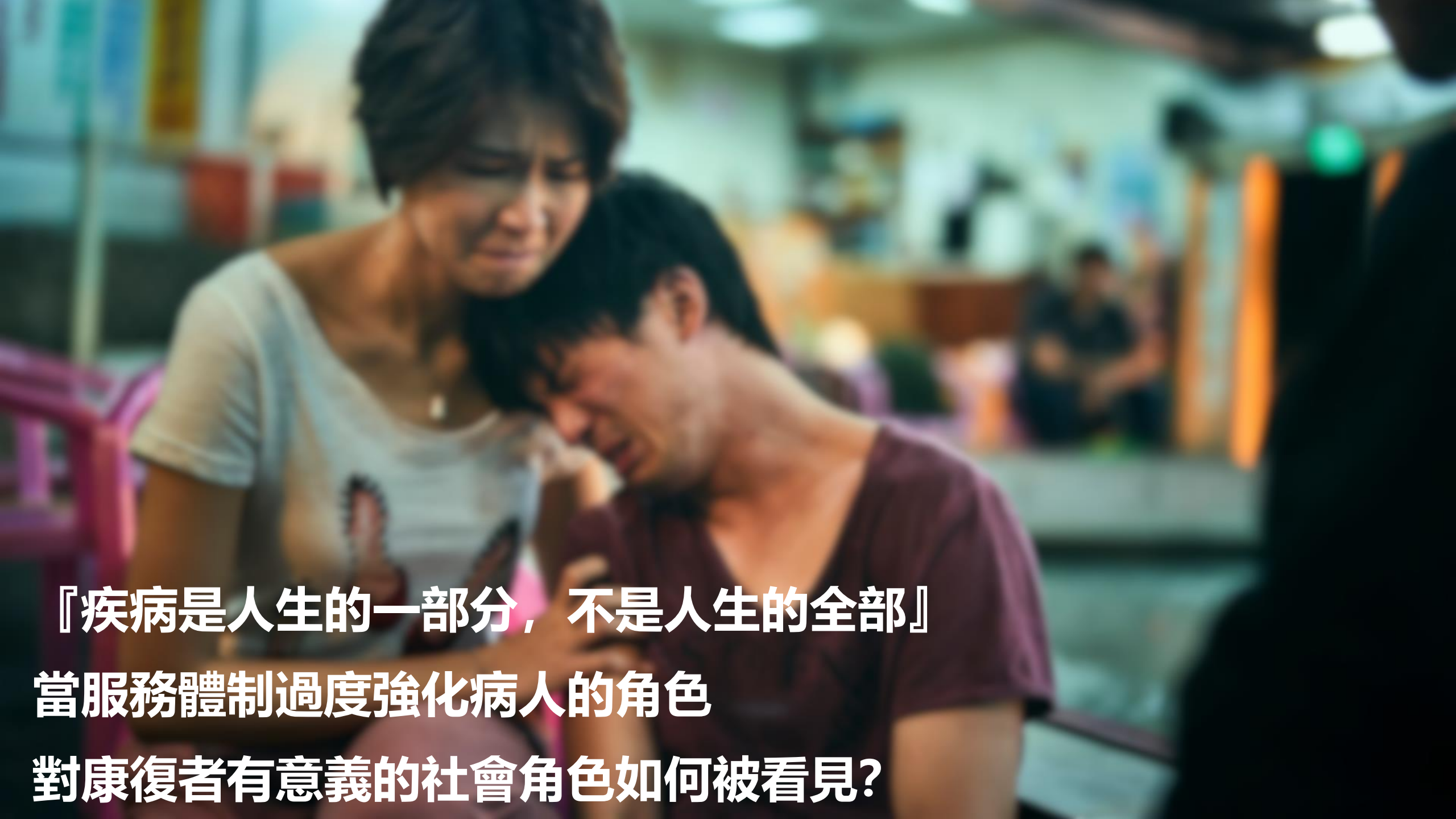
精神病患的精神問題會影響到幾乎每個社會功能的正常發揮，在大型精神病院裡，**提供所有的醫療與復健，理論上能解決居住、衛生健康、財務、就業支持與服藥等問題。**

看似很人道的解決方案
但只有「病人」一個角色

在長期醫院的住院體系裡，醫院扮演了所有社會角色：「房東」、「雇主」、「家庭成員」、「鄰居」，**患者復元和各種社會角色的融入沒有被注重，因此出院成了再入院的預兆。**

從國外實證基礎的經驗借鑒
著重「在社區生活中的培訓」

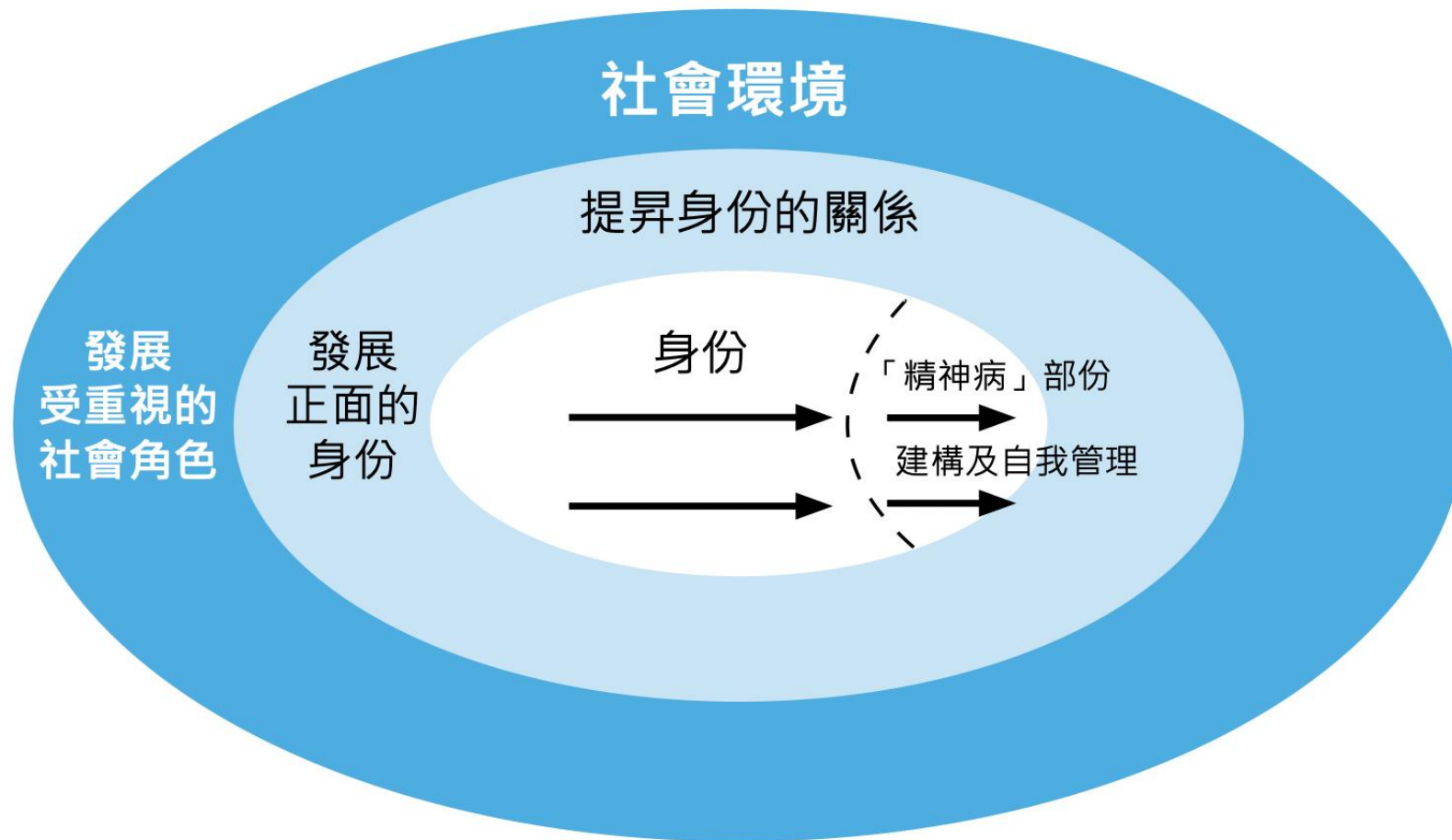
國外研究綜整「旋轉門」問題所在，提出應當讓精神病人在自己的生活環境中，是否積極參與社會為一個重要的指標，**精神病人回歸社區不能只關注醫療和復健，它真正需要的是社區生活的培訓，以「優勢復元服務模式」在社區環境中提供廣泛的社會與社區活動的積極支持。**



『疾病是人生的一部分，不是人生的全部』

當服務體制過度強化病人的角色

對康復者有意義的社會角色如何被看見？



個人復元框架(Personal Recovery Framework)

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br. J. Psychiatry 2011;199:445-52.

2.復元為導向的社區居住

-在日常社區生活中邁向復元-
發展正面身份與受重視的社會角色



承接社區家園計畫理念

精神障礙者走向『社區居住』的距離

『所有身心障礙者，享有獨立生活和融入社區的平等權利

可以自由選擇和掌握自己的生活-身心障礙者權利公約第19條』

院外生活與復元

到個案想成功的地方去

- 發想於FACT(Flexible Assertive Community Treatment Model)
- 在接近社區環境下的精神照顧
- **到個案任何想成功的地方**，居家、工作、日常生活、家庭
- 在『現實的環境』中提供支持
- 培訓個案在社區環境中生活技能
- **幫助個案建立『社會支持系統』**
- 與個案的交流發生在『社區中』，不是在『精神健康中心』
- **著重外展的服務**，建立真正的觀察與關係
- **工作人員與個案夥伴關係至關重要**



院外生活與復元

到個案想成功的地方去

- 專業人員與服務體制必須轉化為復元為本的價值觀與工作方法
- 從日常生活當中發展正面身份並轉化精神疾病的經歷
- **康復者精神疾病的經歷與自我認同的整合是復元歷程的重要一步**
- **工作人員的評估目標是建立夥伴關係，從而看見康復者為復元付出努力**
- 發現復元目標是康復者自主向前邁進的重要過程，此過程不能由他人代勞
- **復元目標並非傳統的復健目標**



營造復元導向之「社區生活」

-同時翻轉病人與工作人員的角色與定位-



充權

透過肩並肩的夥伴關係
支援康復者發展
個人所重視的身份



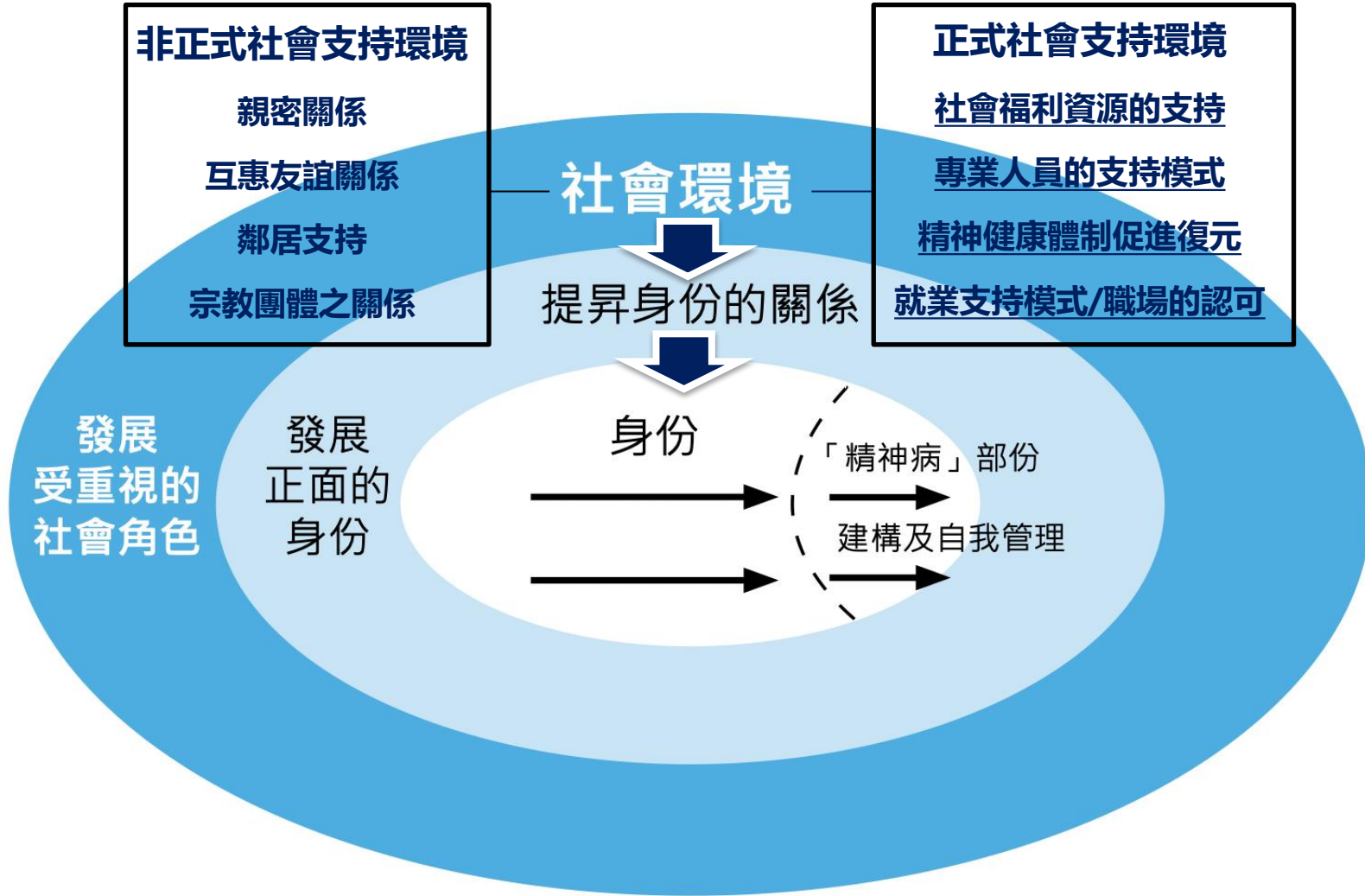
復元取向

重建精神疾病的意義
康復者轉化病人的角色
視患病為人的一部分



社會關係

形成自主社群
提升自我效能
發展更多的社會角色



患上精神疾病的人也是一般人
渴望與所有人一樣都擁有
應得的權利、社會角色與責任

- 復元透過重新建構精神疾病的定義及自我管理漸少精神疾病的影響
- 社會/就業環境透過提升身份的關係建立正面身份及受重視的社會角色去達致最佳個人身心健康
- 如何在真實的社會環境中**形塑促進個人復元的環境**為關鍵元素

個人復元框架(Personal Recovery Framework)

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br. J. Psychiatry 2011;199:445-52.

FACT沙漏模式（復元導向的服務模式）

(Flexible Assertive Community Treatment, The hourglass model)



傳統手法	復元為本的手法
價值觀和權力分配	
專業責任	個人責任
著重控制	著重選擇
權力大於康復者	喚醒康復者的力量
基本概念	
病歷	個人經歷
診斷	個人意義
治療	成長與發現
工作人員與病人	過來人/擁有相關經驗的專家 同儕支持員

傳統手法	復元為本的手法
實務工作	
集中在「病患」	集中在「人」
康復者適應康復計劃	服務提供者適應康復者
專業的個案管理	自我管理
問題為本	優勢為本
服務目標	
抵抗疾病	有利健康
被控制	自我控制
回復原狀	轉化

危機喘息服務中心

- 每（個行政）區一間
- 紐約市首見
- 像家一樣，低刺激，大多是由現有單位提供的單人房
- 由現有的社區住所改裝而來
- 全天候開放（無宵禁）
- 混合模式：專業者與同儕工作人員
- 允許停留至多14天
- 與初級照護／同儕健康導航緊密連結

危機喘息服務中心II

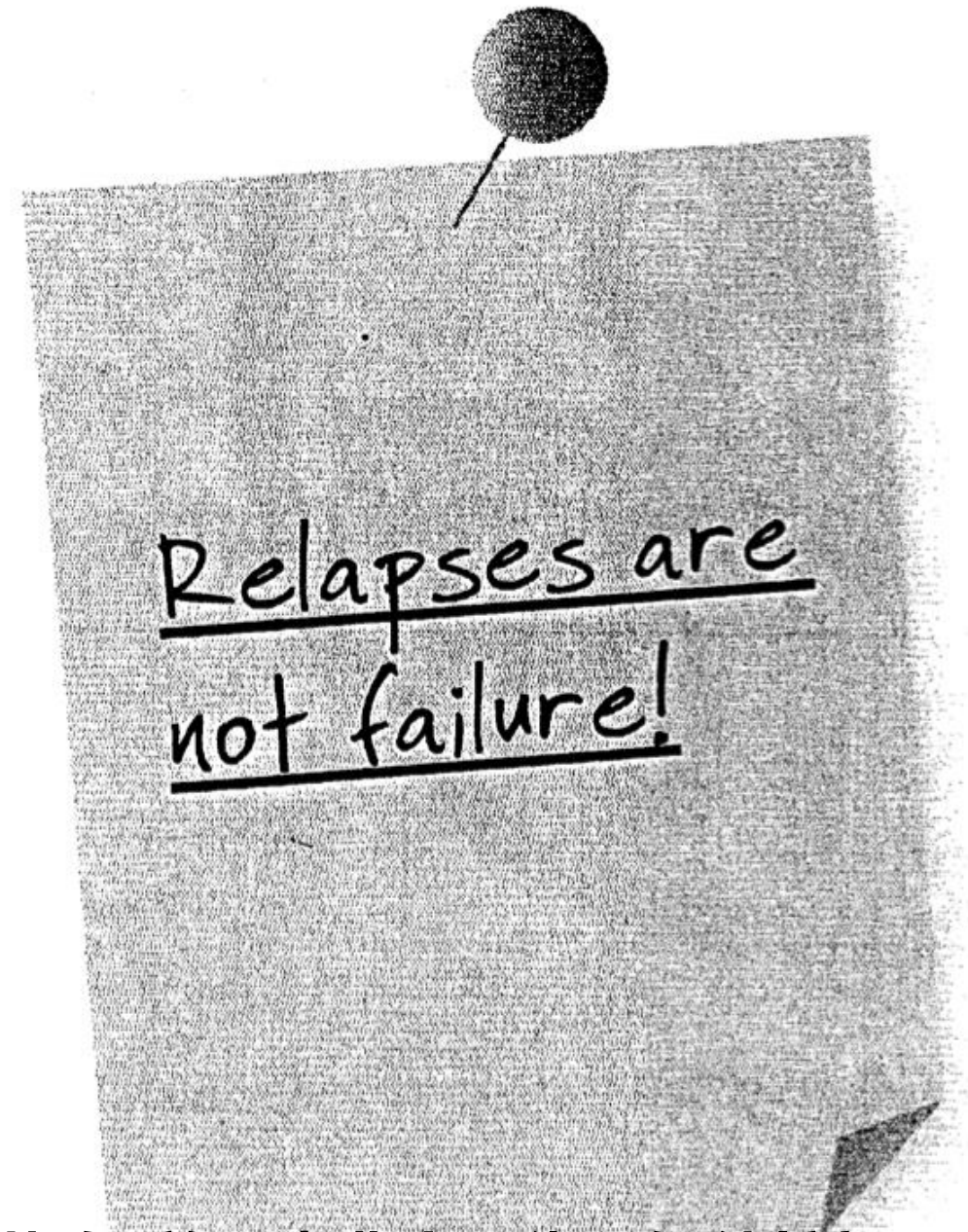
- 自願且免費
- 像家一般的環境
- 可停留至多14天
- 同儕與臨床醫師為工作人員
- 同儕支持，健康教育與技能建立



- 與降落傘機動團隊有照護連續性或與非降落傘的治療服務協調
- 準備餐點、維護空間的共享責任
- 若可能，個案得以繼續日常活動（工作、就學等）

危機中的復元/起伏中成長

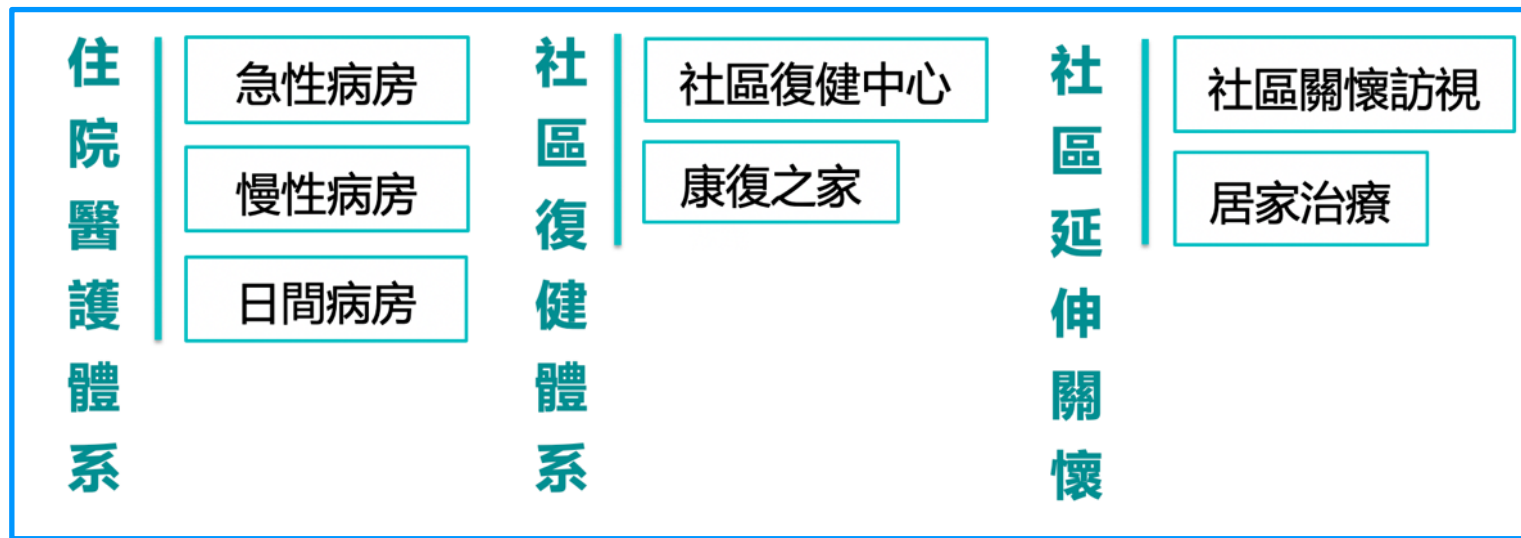
- 並非所有生活問題都代表復發
- 發展投入生活的技巧與處理困難的態度（而非逃避）需要同等的努力
- 復發或退步是正常的，當人們努力去改變以往的行為或情緒模式時往往會遇到挫折
- 大部分成功戒菸的人都有12至14次嘗試戒菸失敗的經驗
- 強調挫折是正常的，怎樣處理挫折才是重要的
- 正面的生活挑戰和有關經歷的挫折在生活中是必須的，那是健康而非疾病的跡象



節錄自-美國專業人員復元知能培訓手冊

3.符合精障者的復元模式-社會支持網絡

以建立『社會關係』為基礎的支持網絡
是建構社區心理衛生體系的基石



衛政



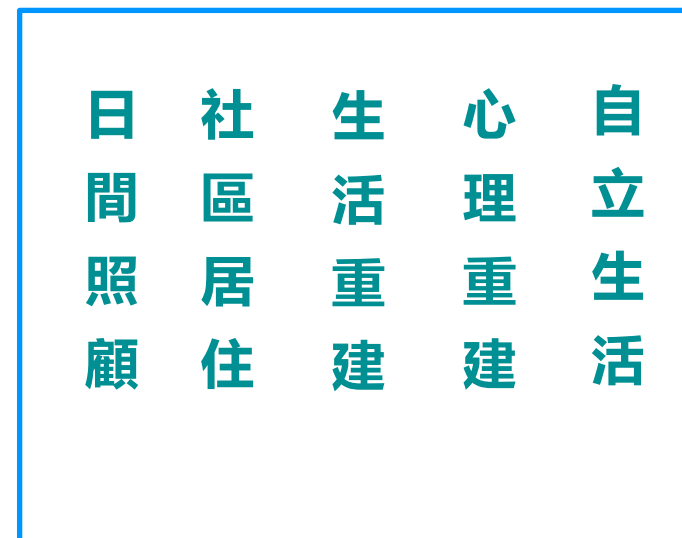
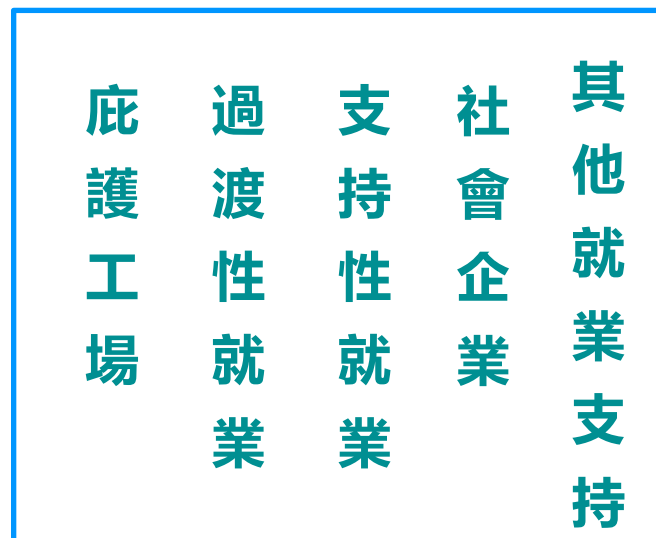
勞政

社政

勞政社政衛政各自為政

各自有個案管理員

沒有形成支持的網絡



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**

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

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

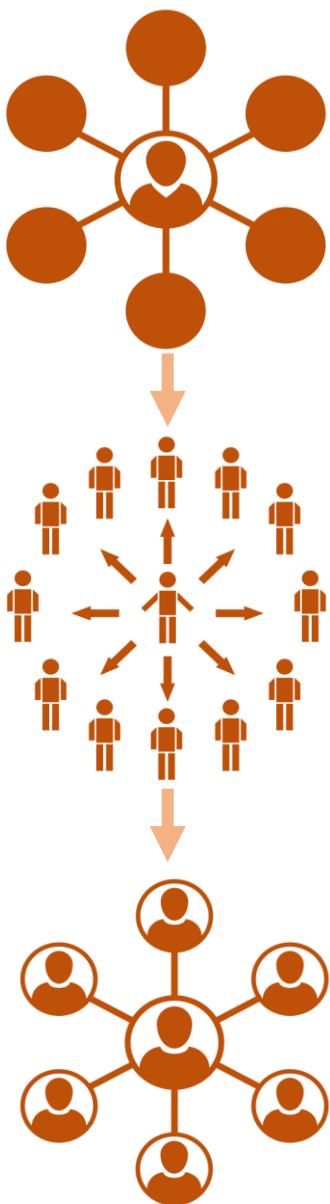
社區心理衛生中心

70億預算
策略三

社區支持
資源布建
10億預算

策略三	15	布建社區心理衛生中心	1,763,163	591,720	0	2,354,883
	16	精神疾病與自殺防治合併多重議題個案服務	1,618,518	129,312	0	1,747,830
	17	疑似或社區精神病人照護優化計畫	0	245,700	0	245,700
	18	成立危機處理團隊	0	423,514	0	423,514
	19	精神疾病與自殺防治關懷訪視服務	2,704,401	259,056	0	2,963,457
	20	精神病友多元社區生活方案發展計畫	0	390,400	0	390,400
	21	精神障礙者協作模式服務據點計畫	58,430	501,150	0	559,580
策略四	22	加害人處遇個案管理服務	559,752	220,000	0	779,752
	23	藥癮個案管理服務	2,218,323	732,650	0	2,950,973
	24	少年偏差行為輔導業務	403,687	0	0	403,687
	25	提升司法精神鑑定與醫療處遇品質	0	15,780	0	15,780
	26	精進監護處分	0	3,031,452	429,900	3,461,352
	27	開設社區集中收治受監護處分人之司法精神病房	0	125,840	144,000	269,840

建構社會支持網絡所需要的『社會關係與支持網絡』



人的一生大多數是在社區生活而非醫院與機構

精神疾病的起伏容易造成患者的**社會孤立**

社會孤立與社會支持網絡斷裂是阻礙回歸社區的主因

透過多元社區支持的資源布建拉起支持網

在真實的社區環境中支持康復者度過疾病逆境是重要的指標

支援網絡如**社區居家環境、家庭、朋友、專業人員等**

專業人員、同儕、家屬、社區鄰里共築社區支持網

建立多元社區支持網絡**重建康復者之社會支持系統**

持續關係的社會支持網絡是在社區自立生活的關鍵

關係為基礎的溝通模式

- 亞曼達醫師（現為紐約精神疾病研究中心主任，原為美國哥倫比亞大學醫學院教授）
- **LEAP為實證基礎的溝通模式**（an evidence-based communication program）
- 源自於亞曼達醫師親身的經驗，他的哥哥為思覺失調症患者，否認疾病（7年，非自願性住院達30次）
- 透過LEAP approach，傾聽與理解精神病人的困境，**轉化成夥伴關係**，讓精神病人知道專業人員、家屬正在和他的一起奮鬥，面對疾病的挑戰。
- 建立信任、平等、尊重的溝通與關係
- 轉化夥伴合作關係促進自主決定

I'm Not Sick, I Don't Need Help! | Dr. Xavier Amador | TEDxOrientHarbor

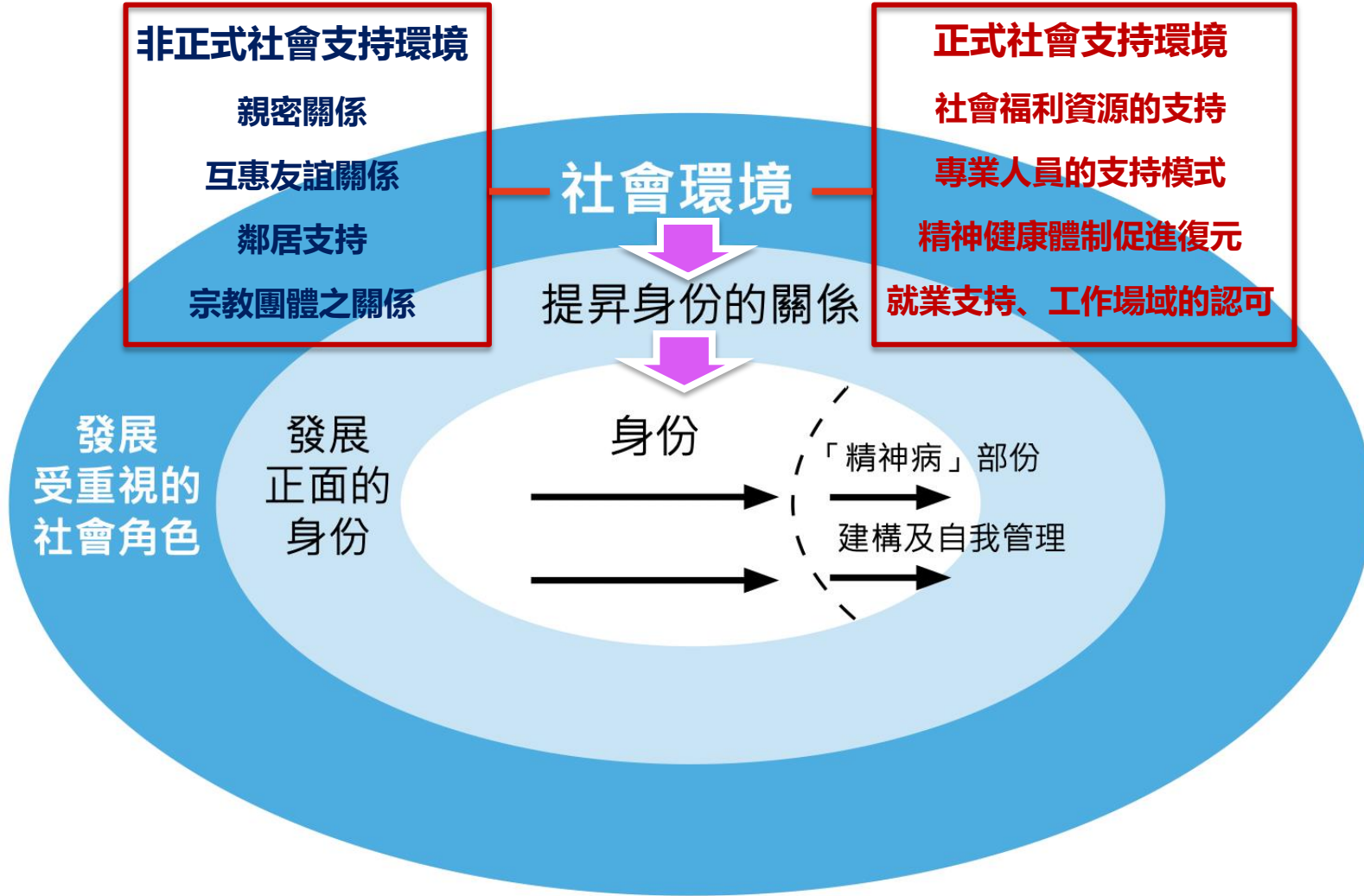


亞曼達臨床心理師TED分
享：

LEAP approach:

傾聽-同理-同意-夥伴(Listen-Empathize-Agree-Partner)

『你獲勝的方式不在於爭論，而是靠關係的力量獲勝』



在真實的社會環境協助 康復者個人發展正面身份

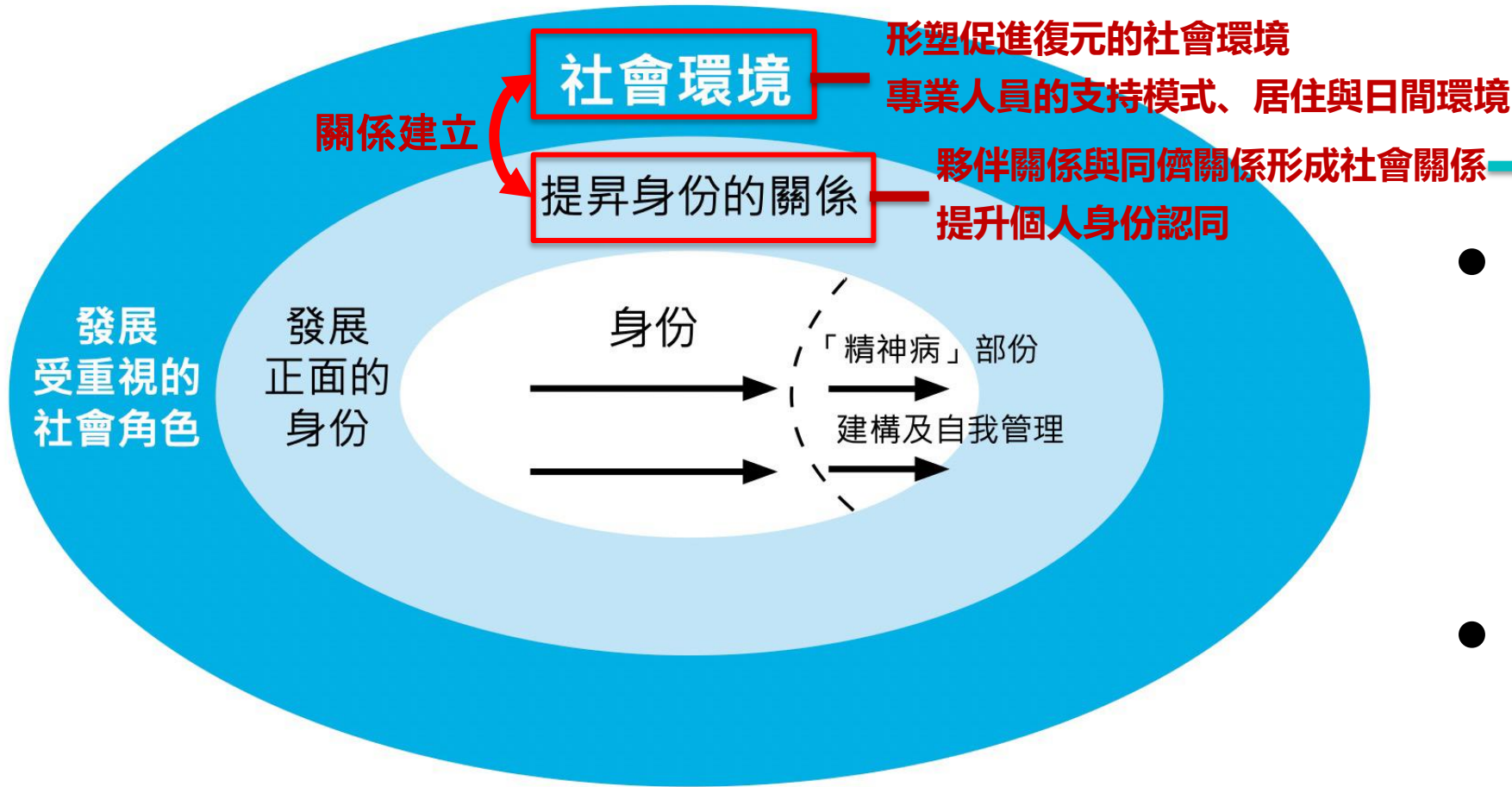
- 復元透過重新建構精神疾病的定義及自我管理漸少精神疾病的影響
- **社會環境透過提升身份的關係**建立正面身份及受重視的社會角色去達致最佳個人身心健康
- 如何在真實的社會環境中**形塑促進個人復元的環境**為關鍵元素

個人復元框架(Personal Recovery Framework)

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br. J. Psychiatry 2011;199:445-52.

提升正面身份的關係

持續性社會支持的關係



- 夥伴關係：工作人員與康復者為平等的支援模式，是相互關係（mutuality），促進個人復元，專業角度為理解康復者個人經驗的其中一種方式。
- 同儕關係：康復者的親身經驗是重要的，建基於相向所有參與者都能有貢獻的信念。

個人復元框架(Personal Recovery Framework)

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br. J. Psychiatry 2011;199:445-52.

體制造成的角色慣性 形成自主社群需時間

社區為則為病人學習成人的過程

『患上嚴重精神疾病的人也是普通人』

患上精神疾病的人渴望與所有人一樣都
擁有應得的權利、社會角色和責任
精神健康服務的任務是
支持他們達到這些目標



促進復元的社會環境

透過社區日常建立「提升身份的關係」

夥伴關係

- 社區居住創造一個平等、接納、尊重與涵容的關係，為一種相互依存 (mutuality) 的夥伴關係
- 著重在促進復元過程的發生，而非針對個人的問題
- 激發個人自我改善能力，而非修補問題，有助強化個人優勢及現有的支持關係，非轉中問題及不足處
- 工作人員的關係為致力達成康復者的個人目標，而不是工作人員的目標
- 雙方均需積極投入參與在夥伴關係中
- 為協作服務模式的精神，康復者是主導者，不同於照顧服務模式，工作人員扮演協同的角色



形塑一個充滿機會的居住環境，不像精神復健機構（康復之家、病房）那樣以病人為身份做管理，住民能在社區家園中與工作人員討論、去選擇他們的機會與關係（對於機會及關係是有自決權）。在社區居住中選擇權體現了對人的尊重，也是康復者的基本權利，也是其在社區生活中自立生活中重要的成功因素

促進復元的社會環境

透過社區日常建立「提升身份的關係」

• 同儕關係


- 相信所有康復者都能有所貢獻的信念
- 會所模式的會員也是基於相關所有會員都能貢獻、共同營運會所的信念
- 重視同儕的互助關係可帶來諸多好處，如肯定康復者輕身經驗是有價值的，轉化「精神疾病」經歷所帶來的意義，同儕互助也可以增進自我的管理技巧。
- 著重同儕也能提挑戰專業人員對於疾病的既有想法和觀念。
- 同儕的經驗可以減少康復者的距離感，使他們更願意投入於服務中。
- 同儕的經驗為復元體制中重要一環，傳達出「精神疾病的經歷是一種資源」



形塑一個充滿機會的居住環境，不像精神復健機構（康復之家、病房）那樣以病人為身份做管理，住民能在社區家園中與工作人員討論、去選擇他們的機會與關係（對於機會及關係是有自決權）。在社區居住中選擇權體現了對人的尊重，也是康復者的基本權利，也是其在社區生活中自立生活中重要的成功因素

創造促進復元的 居住環境





**家的環境
可以自主選擇過生活
的環境**





以復元理念串聯交織社群支持網絡
需與康復者在社區支持系統中一起奮鬥
《營造以持續關係為主體之社區支持網》

社區生活

社區居住/會所

嘉義市心晴家園

嘉義市心圓家園

嘉義縣民雄鄉心樂家園

嘉義縣中埔鄉心恬家園

嘉義市心旅程會所

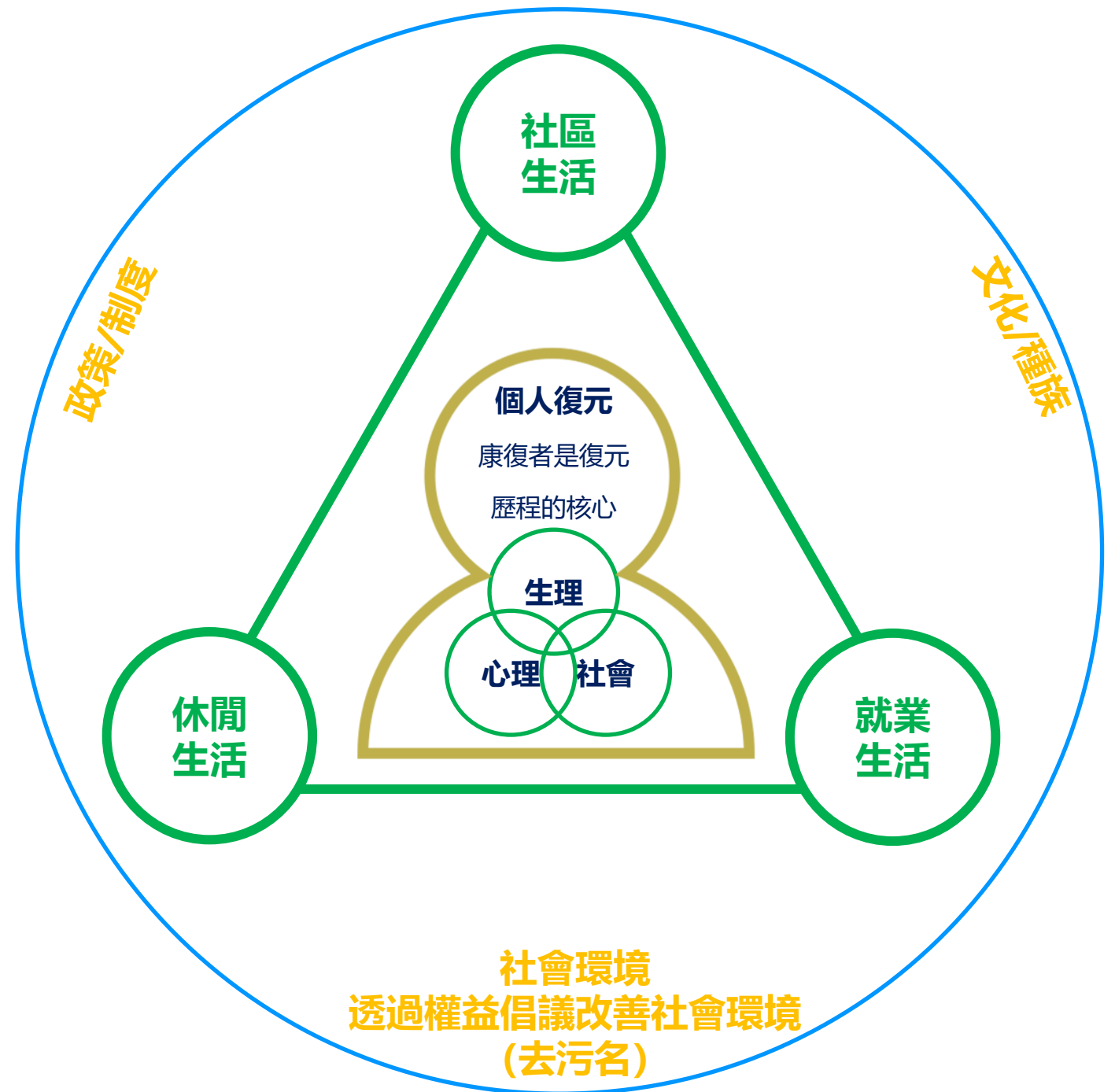
嘉義縣心動力會所

休閒生活

復康足球 (social football)

就業生活

支持性就業/過渡性就業



帶病生活，過想望的人生

**專業人員、康復者將精神疾病的理解
演繹成具個人意義的經歷**

轉化精神疾病的意義，希望的笑容

「20年生病一路走來，蠻辛苦的」

「世界只剩自己一個人，世界只剩自己眼睛及自己耳朵所聽的，其他的人都不知道我處在一個孤獨及恐懼的世界」

「我算復元比較好，現在像生活在天堂，生活可以自己掌握，有時候回想若沒有這些聲音，就沒有現在的我，沒有向上的動力，可以突破僵局」





金鷹展翅 24th 金鷹獎 綻放光芒

第二十四屆身心障礙楷模
表揚典禮

衛生福利部 社會及家庭署

嘉義縣立醫院

得獎者

精神障礙 汪晴嵐

4.看見精障者復歸社會與職場的潛能

以社區居住形塑促進復元環境，發展受重視的社會角色
建立連續性關係，同時著重社會支持與就業支持

2016年身心障礙者生活狀況及需求評估調查-就業率

15.08%

母數若為所有身心障礙者人口就業人數
慢性精神病患者就業人數佔比**8.6%**

29%

母數若為所有身心障礙者人口就業人數
智能障礙者就業人數佔比**14%**

22.26%

母數若為所有身心障礙者人口就業人數
肢體障礙者就業人數佔比**39%**

31.7%

慢性精神病患者

母數為所有身心障礙人口就業人數

26.3%

肢體障礙者

母數為所有身心障礙人口就業人數

16%

智能障礙者

母數為所有身心障礙人口就業人數

職涯復元之路- 自主發展受重視的社會角色



主動透過就服站媒合到一份動物救援的工作，工作上遇到很多以前從沒見過的情況，如果是以前的我可能會逃避現實，但經歷許多事情後，已經學會要勇於面對事情並解決問題。



個別化安置與支持模式 (Individual Placement and Support model, IPS)



Competitive Employment
提供競爭性就業



Systematic Job Development
依求職者偏好系統性發展工作機會



Rapid Job Search
屏棄評估、訓練、就業諮商等一連串的步骤，而是以快速求職為宗



Integrated Services
與社區精神服務團體整合

- 國際著名具實證的精障就業服務模式，相較於傳統就業服務模式就業率更高（實證組55% v.s控制組25%），相較於控制組早10週進入職場，且平均活得3倍的工時與工資。
- 就業對於嚴重精神病人是好的治療與處遇，IPS對自尊、生活品質、疾病狀與住院次數都有長期且正面的影響（Drake et al., 2019）



Benefits Planning
提供個別化、易懂且正確的福利相關資訊



Zero Exclusion
無排除條款，不因就業準備程度、症狀、障礙程度而拒絕提供就業服務



Time-Unlimited Supports
依個別需求提供就業支持，無服務期間的限制



Worker Preferences
尊重求職者的喜好還安排就業服務，非以專業人員的判斷為依歸

符合精神障礙者需求的就業服務模式原則分析

會所模式 過渡性就業

優勢復元導向-職涯復元

在一般競爭性職場「嘗試」，上線即為成功

會員人人都有嘗試與工作的機會

持續性、連貫性的社會關係

整合性，會所就服員為會所職員
可透過日常工作日了解會員

「個別化安置與支持」

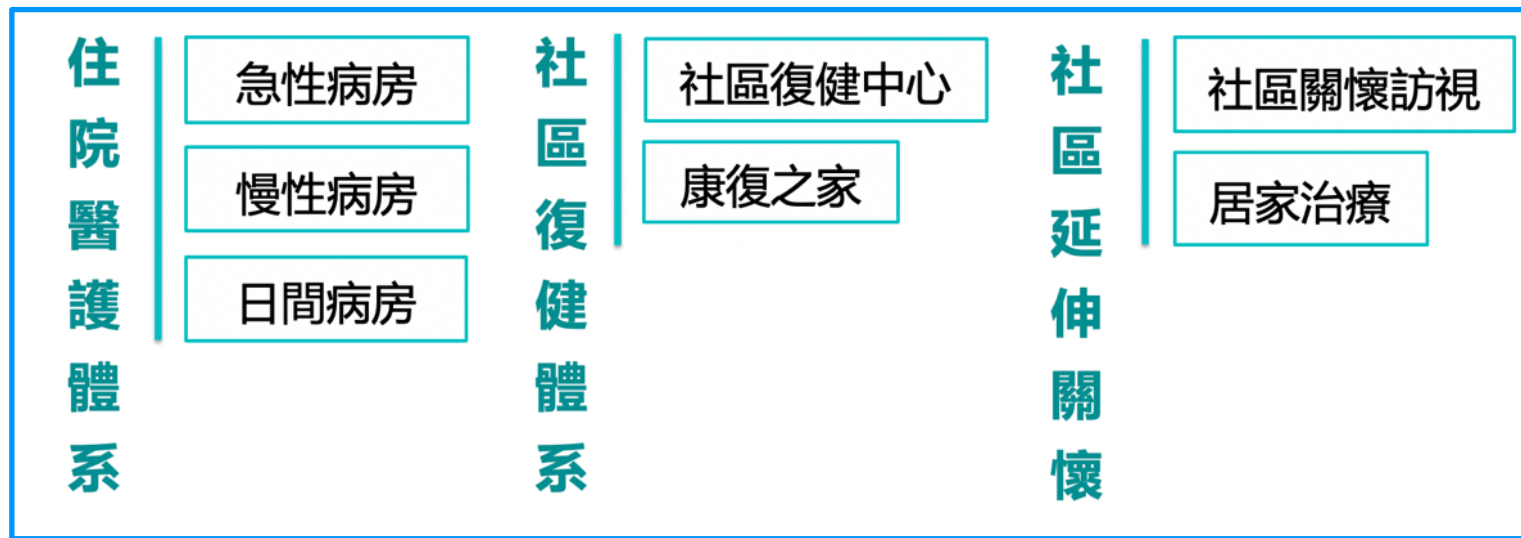
優勢復元導向-職涯復元
支持性就業IPS

可嘗試性，在競爭性職場安置後訓練

都可申請，不因疾病狀況、沒有工作經驗而被排除

依個別需求，可提供長期性的支持

整合性服務，IPS就服員定期與社區團隊會面
或整併至ACT團隊裡



衛政



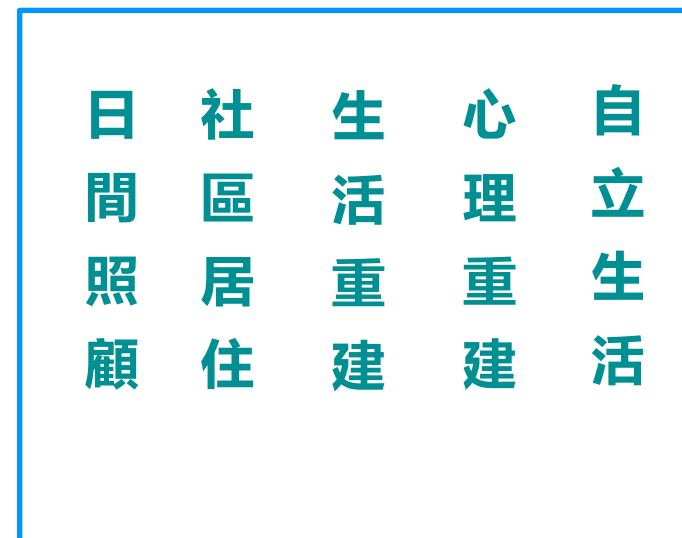
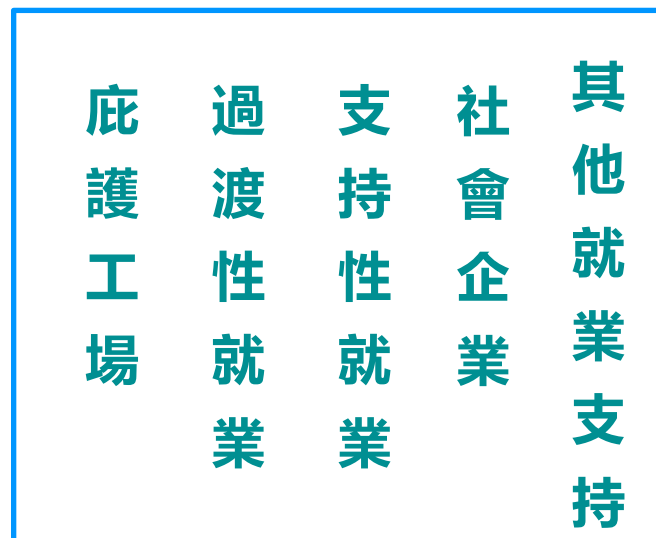
勞政

社政

勞政社政衛政整合性的服務

建立「協作精神」精障社群

以持續性關係為主體發展社會支持網



復元心旅程 你我齊同行

支援精神病康復者的個人復元
達到超脫疾病所帶來的各種負面影響
並重新掌控自己想望的人生

