

出國報告（出國類別：進修）

社區精神復健及同儕支持康復相關學術 進修計畫心得報告

服務機關：衛生福利部草屯療養院

姓名職稱：陳淑美職能治療師兼社區復健中心負責人

派赴國家：美國

出國期間：107年6月18日至107年9月14日

報告日期：107年11月8日

社區精神復健及同儕支持康復相關學術進修計畫心得報告

中文摘要

在美國的精神疾病的康復(recovery)議題的發展比台灣早，本次進修計畫規劃四個州，分別是佛羅里達州的 Jacksonville、華盛頓 DC、波士頓、田納西的 Nashville，各州的精神醫療康復議題的發展，稍有不同。

在佛羅里達接觸到的是醫院為主的醫療及社區方案，因此看到醫療模式的成分比較重，到了華盛頓 DC 開始接觸到由同儕提供的服務方案，波士頓則是一個 recovery 熱鬧精彩的地方，許多同儕主導的方案存在波士頓的社區當中，這些方案都是有經費補助，這次有機會拜訪波士頓的同儕支持方案，要感謝 Dr. Daniel B. Fisher 提供很多連結。最後一站來到田納西州，則是在出國前事先聯結的單位，但在 DC 就遇到這個單位(TMHC)的 CEO，因此接下來的參訪學習更順利。

這次進修採取參訪為主的形式，其中正好有機會參加在華盛頓 DC 舉辦的二場研討會，有些單位在出國前做了初步連結，其中有些是彰化師範大學 Terri A. Lewis 提供的連結，但通常臨時會需要做些調整，有些單位則是到現場再設法連繫，所以在資源連結上也算需要一些功夫，很幸運的每個站都算順利完成。

目次

中文摘要	1
本文	3
壹、目的	3
貳、過程	4
一. 機構參訪、學習	4
二. 參加研討會:	11
三. Building Recovery of Individual Dream and Goals through Education and Support(BRIDGES)	12
四. Vocational Rehabilitation 職業重建	12
參、心得及建議	13
肆、附錄	15

本文

壹、 目的

從事精神醫療復健工作 20 幾年，近 7 年從醫院走到社區，在社區復健中心才開始真正看到精神疾病康復的可能性，2014 年 Daniel B Fisher 醫師訪問台灣時，來到旗艦店時學員們對這一位患有思覺失調後能完成醫學院學位的精神科醫師，非常好奇且開啟康復希望之門，2015 年費雪醫師再度來台講授 eCPR，有機會再次接觸這位推動同儕支持運動的精神科醫師，本身也是精神疾病的 survivor，更加深我對精神疾病康復的期待，有信心在社區工作中更積極實踐更多元、社區化方案，希望我們的社區能朝 recovery oriented community 發展，復健學員也能有機會回歸社區、職場。

三年努力之下，很有自信的說生活旗艦店社區復健中心真的成為全國的 recovery 先鋒，提供一個自主、個別化、多元選擇、社區化復健的環境，學習與訓練的空間；在 107 年 6 月的家屬座談中邀請成功復健後在職場工作的 4 位學員分享生病經驗、遇到的困境、復健成功的要素，並邀請康復之友聯盟李麗娟理事長擔任開場，也分享她個人生病、康復歷程，希望能帶給大家激勵與希望感。

但是，仍然有多數學員陷在困境中循環，到底有多少把握可以告訴他們是有希望的，又該如何做？先前聽過費雪醫師介紹 peer support 的概念，peer support(peer run resipet)在美國是一個社區方案，peer specialist 是一個工作職位，、在台灣其實還沒有被運用做為精神疾患的輔助治療項目，但是又經常在期刊或書上看到同儕支持對有相同疾病的人來說，具有獨特的經驗分享及意義。美國在 1972 年的去機構化運動之後，因為大量的病患或身障人士回到社區，因此需要提供大量的社區化服務。

因此，本次短期進修機會期待觀摩美國的社區精神復健與同儕支持方案，學習如何提供同儕支持服務、同儕支持者的工作內容、同儕支持者需要的訓練、並希望了解同儕支持方案的成效、如何銜接精神科出院到社區相關服務。(了解美國精神復健及社區方案的優點及執行後的問題，以作為台灣在執行相關計畫的參考。)

貳、 過程

本次進修計畫分為三個部分說明：

一、機構參訪、學習：實際走訪佛羅里達州傑克森維爾，華盛頓哥倫比亞特區 DC、麻塞諸塞州波士頓、田納西納什維爾四個州的醫院及社區復健服務方案。

二、參加研討會：2 次正好都是由身障者主辦的大型研討會。

三、參與田納西州的 BRIDGES (Building recovery of Individual Dream and Goals through Education and Sport) 訓練：取得 Teacher 及 peer supportive group facilitator 訓練證書。TMHCA 的 CEO Anthony Fox 提供這個課程給我，他希望我可以帶回台灣成為同儕訓練者。

以下就三大部分進行詳細說明：

一. 機構參訪、學習

1. 佛羅里達傑克森威爾 (Jacksonville, FL)

出國前寫信給 MHRC 有一位護理督導 Leah 回信表示可以讓我參訪，謝謝她協助接下來幾個社區的連結，有些連結則是我再連結或上網或電話連結。參訪 JACKSONVILLE 的 MENTAL HEALTH RESOURCE CENTER 及社區方案 FACT (Florida Assertive Community Treatment) and milestone recovery center，及 The Arc Nassau, Nassau Works, Starting Point Behavioral Healthcare, drop-in center, Barnabas 等機構參訪觀摩。

A. MHRC Founded in Jacksonville in May 1977 算是 Jacksonville 最大的精神科醫院，這裡主要提供門診服務，急診及成人精神科短期住院 30 床通常 3-5 天的危機處理，需要長期住院會轉到 state hospital。兒童住院 30 床(每個 section 各住 10 人，外面的中間有 station，兒童住院包括 ADHD, schizophrenia, affective disorder, depression, conductive disorder, confort room=保護室)，這邊稱個案 Individual served, consumer, client 等。

B. FACT-因為很多醫院關門，大量個案被釋回社區需要補足醫療不足，這個方案是一個 outreach 的方案，在 JACKSONVILLE 有 9 個這樣的方案，一個方案服務 100 人，有 2 個隸屬在 MHRC 之下，辦公室位在社區中，團隊組成有護理、社工(主要為諮商師)工作人

員主要做訪視到家裡看個案吃藥，有些個案需要每天，有些可以一週訪一次，好一點的 2 週訪一次。有些也會跟個案約在外面如咖啡廳，如果個案在工作也可能進行職場訪視，但在 JACKSONVILLE 這個方案較少看到高功能個案，主要個案是功能較差，需要提供服藥監督，或者有時會帶個案去購物，也會需要協助個案就醫。工作人員表示服務個案中 20%有工作、50%住家裡、50%住 ADULT LIVING FACILITY。STAFF 以個案管理的概念服務個案，一天大約要訪視 4-5 位個案。

- C. Milestone recovery center-也是隸屬 MHRC 之下，在另一個社區，但功能比較像醫院的日間病房，醫師每 2 週來看病人開一次處方，'會有車子去接個案過來再送個案回家，分為上午跟下午 2 組個案，也就是一早 8 點多接上午第一批個案，12 點多午餐後送他們回家，中午 11 點多有另一批個案會到，3 點多送下午這批個案回家。機構提供上午 2 個團體，同一時間約有 3 個工作人員帶同一主題的團體。主要課程是以 recovery 為導向的內容，包括疾病介紹，不管是 FACT 還是 Mile stone 都很強調個案的 recovery plan，提供 recovery oriented program，需要引導個案設定自己的目標(goal)，在呈現紀錄一定要呈現 Goal 的執行與達成情形，原因之一是申請 Medicaid 的經費需要這些服務，且在美國的保險非常複雜，往往需要專人及詳細的紀錄作費用申請。這個方案經費還可以支應個案交通及午餐。
- D. The Arc Nassau, Nassau Works-這個 ARC 是提供成人心智障礙的訓練與生活支持，做很多社區融合的活動，但機構本身有拿 Nassau county 的就業服務方案(職業重建服務)，但工作人員表示執行上因為美國地大，距離及交通問題，加上不同城市資源不同，在這個地方要服務個案就業其實困難很多。
- E. Starting Point-CEO 是 Laureen 親自介紹位於 Yulee 的社區精神復健方案，這裡提供個案白天復健，一樣提供所謂 recovery oriented program，這裡雇用一位 peer specialist，她在這裡開一個協助精神疾患同儕考上高中回學校讀書。
- F. Drop in center-這個中心是一間房子位於社區當中，主要任務訓

練獨立生活、及社交互動，中心有一位年長工作者就像 mentor 的角色，個案自己搭車、騎腳踏車過來，每天早上 8-10 點大家各自替自己做早餐，中心會提供食材，10-11:30 外出活動，雖然是所謂社區融合，但看起來多是開車到公共空間走走如海邊、鎮上....，11:30-12:30 在各自製作自己的午餐，用餐完畢就各自回家。有時會安排工作砍木材、在門口販售木材，因為冬天很冷需要燒木材取暖，夏天則生意不好。中心提供洗衣烘衣機，如果家裡沒有洗衣設備的人可以帶來洗。

- G. Banabas-非營利組織經營，目的是協助需要被協助的人，獲得醫療,食物,或其他相關協助，也提供婦女相關協助，是個很好的社區資源。

2. 華盛頓 DC

接受 NCIL 的三個星期安排，由 NCIL(National Council on Independent Living) NCIL is the longest-running national cross-disability grassroots organization run by and for people with disabilities.

成立於 1982 年，代表組織與個人:包括身心障礙者、獨立生活中心 Centers for Independent Living(CILs) ，州獨立生活委員會 Statewide Independent Living Councils (SILCs),及其他全美國為身心障礙人權而倡議的組織。

NCIL 的任務，主要為跨障礙的一個倡議行政組織，目前積極於推動 DIA 法案，在這裡我跟著 SHERYL 拜訪 House 的眾議員辦公室，是個很特別的經驗，要事先寄送資料並且跟議員助理約時間，接下來要帶著法案去拜訪，通常無法順利見到眾議員或國會議員，每個議員至少有十幾位助理，當我們能見到主責相關業務的助理見面說話，代表有機會獲得支持。在 NCIL 期間有機會進出 house 跟 Capital 數次，真的非常不容易的經驗。

期間在我的要求下執行長幫我安排到位在馬里蘭州的 Independent Now 參訪，大致上了解了美國各地 Independent Living Center 的任務，而在馬里蘭州的這個中心主要任務有 5 個

- A. 提供即使重要的資訊
- B. 獨立生活技能訓練
- C. 同儕支持(非常落實)

D. 倡議

E. 轉銜-教育及就業或協助受傷後從護理之家回到社區

<https://www.youtube.com/watch?v=pcHu-UTVPKI>

<https://www.ncil.org/>

3. 波士頓

波士頓位在美國東北角，也是美國獨立運動發源地，加上曾是殖民地緣故，讓這個地方成為一個很前衛的城市，精神康復運動及同儕支持或同儕經營的社區學習中心，更是精彩熱鬧。原本擔心生活住宿費用太高不敢考慮，但在簡以嘉院長的鼓勵下，選擇到波士頓，還有一個原因，曾經到過台灣的費雪醫師就在波士頓，並且在他推薦下順利參訪一些社同儕方案及社區學習中心。可以說波士頓是美國康復運動及同儕支持的大本營。

CONSUMER-DRIVEN SERVICE PROGRAMS 康復者主導的方案定義

消費者者驅動的方案(Consumer-driven programs)必須包含:由心理健康消費者設計、管理、行政領導、服務提供和/或日常計畫決策，這些組織中的部分(但不是全部)將消費者參與做為其章程或使命聲明的重要組成，例如，要求董事會或員工主要由消費者所組成。

若以功能或方案內容來分這類型的機構如下，每種方案有許多機構在執行(參考網站 <http://www.cdsdirectory.org/>)

A. Advocacy 倡議模式

B. Clubhouse 俱樂部模式

C. Crisis Prevention/Respite 危機處理或喘息

D. Drop-in Center 活動中心

E. Employment 就業模式

F. Homeless Outreach 遊民外展收容

G. Peer Case Management 同儕個案管理

H. Peer Companion 同儕伴侶

I. Peer Support & Peer Counseling 同儕支持與諮詢

J. Recovery Education 康復教育

K. Recreation/Arts 休閒藝術

L. Support Group 支持團體

Consumer-Run Statewide Organizations-指的是由消費者(又稱康復者或同儕)，主要工作人員或董事會是由同儕組成(康復者)，這樣的組織在全美有很多，據費雪醫師表示目前有許多組織並非完全同儕主導

營運，但有些 leader 或工作人員都是同儕，截至報告日全美至少有 49 個由同儕組成的社區組織。

在費雪醫師引薦下，接觸了幾個 peer run center(有些又稱 recovery learning community)

A. MBRLC(Metro Boston Recovery Learning Center)由五個中心組成，這些中心完全是由同儕管理、提供機會和資源幫助個人找到自己的心理健康康復之路，提供支持、教育和宣導(倡議)。各個中心主要提供團體，比如 wellness，WRAPE，mediation，讀書會，寫作，等同儕支持團體，每天早上或團體錢都匯進行一次 felling check，讓每個人檢視自己當時的心情或情緒狀態。也提供個別諮詢支持會談。

(1) Boston Resource Center (BRC)-由一位日本來的女士擔任 Director，幸好有他帶著，有機會看到所有五個中心，加上與 NAMI 組織志工一起開會。

(2) Cambridge/ Somerville Recovery Learning Center (CSRLC)-這裡的 Director 是一位中國籍的女性 staff，這個中心只有她一位工作人員，所以很忙碌。

(3) Hope Center-只是一間窗明几淨，設計桌椅擺設簡潔舒適的空間，staff(通常 2-3 位)會在這裡提供團體及個別會談，會員在上班時間隨時可以進來找任何一位聊聊。

(4) Peer Educational Resource Center(PERC)

(5) Peer support Netwok (PSN)

B. Advocate-這是一家有規模的機構，位在 Worcester Road Framingham，距離波士頓得要轉火車、地鐵、計程車等接近 2 小時才能到達，除了提供醫療服務，有一個分支工作是 peer specialist (Recovery and Peer Support)，參訪當日正好有 20 位 peer specialist 開團隊會議，團隊會議會做 mission 的提醒，工作經驗分享，尤其諮商者會做分享。同儕支持者有些是情感性精神疾患、有些曾經有物質濫用歷史，在美國很強調個人隱私及為了避免標籤化，非常不喜歡談診斷，他們強調感覺，或者針對症狀比如焦慮，就去接受它並學習 copying skill。據說這個機構的副執行長是一位同儕，所以還算是能夠站行政面上支持這個方案。同儕支持者主要進到社區，做 outreach 的工作，可以約在同儕家裡也可以約在外面咖啡廳，有需要的話也會到職場。

C. Living Room(a peer-run crisis alternative)

由 Advocate 這個機構剛開始推行的方案，支持者會在這裡待命值班，只要社區中有人有緊急心理或危機需要處理，隨時可以走進來，也可以在這裡過夜，提供微波食物。目前機構的同儕專家的辦公室也全部移到這裡。

D. NAMI(the National Alliance on Mental Illness)-這是一個家屬團體組織，參與者都是以志工身分，這個組織會支持同儕支持、社區學習中心等倡議活動。

E. BU Center for Psychiatric Rehabilitation

這個中心位在 Boston University 裡，director 叫 Doris，這個中心的 staff 也多數有心理健康診斷，有 2 個方案，其中一個提供給年輕學生參與，主要來源多數是大學生，以學制的形式在運作，需要註冊繳學費並稱呼學生，課程跟著學校學期行事曆走，會頒給修習學分證書，讓學生好像是從學校畢業的感覺，會幫助學生再回到學校去完成學業。學生可以學習成為 peer mentor(不是 peer support)，鼓勵學生擔任志工學習如何支持他人。主要提供音樂、藝術、運動、社區融合、壓力調適…隨時提供個別諮商支持

另一個提供一般成人的課程，是 BU 的方案，康復者不須付費，團體也不外乎支持性團體、藝術、音樂、運動等，也隨時提供個別諮商支持。

4. 田納西納什維爾

參訪了解田納西一個大型組織叫做 TMHCA(Tennessee Mental Health Care Association)，這裡的 CEO 叫 Anthony Fox，雖然在台灣連繫時接過他的 email，但我們在 DC 參與研討會時見過，費雪醫師也特別介紹我跟他認識，同時他也是該研討會的 chair 所以事先跟他討論我希望學習的方向，他也幫我安排為期一周的 BRIDGES 同儕教師及團體領導訓練課程，希望我能有機會回到台灣應用。同時他也很細心安排同仁跟我介紹各自的方案。詳述如下：

A. Jennifer will spend the day sharing information about Advocacy, Education (peer support education)and supportive employment.

Jennifer 說從小睡得不好，大學念心理系畢業後一直換工作，無

法持續穩定工作，一直不知道自己有了狀況，直到 30 歲左右朋友建議她看醫生，才知道自己有了心理健康問題。後來他念了社工研究所，Anthony 找來 TMHCA 工作 8 年，擔任督導角色，她一個人主持了三個方案。

B. Eric will share information about our hospital and crisis unit. They will also tour the hospital and CSU.

Eric 介紹本方案-PeerLINK intensive care specialist (PICS) 提供 crisis service，PICS 服務地點 state hospital 及 CSU(Crisis Stabilization Unit)，Eric 是督導方案的 Director。

i. State Hospital(David Rechert)-只接受非志願住院，從社區或其他私人醫院(個案無保險、需要較長的照護)轉介過來，50%以上個案只住院 3-5 天，短期住院危機處理，要件有自傷或傷人、無法自我照顧時，需要更長時間照顧經評估符合條件，可達 30 天。短期住院 3-5 天，及達 30 天的個案大約 90%以上，需要 long term 的個案很少，低於 10%。177 床 (77 床急性，100 床 standard 30 天以上住院。)醫師、心理師、護理、OT、社工、recreational therapy、activity therapy。TRC Treatment Review commitment 需要 3 位專業人員一位一定要醫師、其他 N，SW，與病人 meeting，針對病人拒絕吃藥時要在 24 小時內進行這個會議。並且每 72 小時需要再開一次。如何督導：1.繼續教育 2.審查電子紀錄，紀錄內容、個別需求、合適性、頻率 3.查看行事曆-何時、何地見甚麼人 4.醫院有一位 director 會與督導進行聯繫，這位督導也會在醫院協助 PICS。

ii. Mobile Crisis Services 有以下服務：

甲、CRC crisis resolution center --Walk In Services
志願或非志願，2 間治療空間，有 counselor，只留一天，有護理、諮商人員(社工)。還有電話諮商及危機處理服務。

Mental health assessment

Referral to services

Follow up services

乙、Crisis Respite Center- *Intensive Intervention Center (adults only)*

志願住，較少人力(2staff)，8 床，People need a break，超過一天最多 7 天(通常 2-3 天)

提供諮商，團體諮商，安靜的空間，Medication

management，Illness management & recovery services，

Peer support

Referral to other services , Follow up service

丙、*Crisis Stabilization Unit (adults only)*

志願住，15床，嚴重危機處理，有2位醫師，2位護理，社工，諮商師。每15分鐘需要 check 一次。更多工作人員，更多活動安排，更密集(*more staff , more program , more intentsion*)，通常住4-5天。

- C. Melissa will share info and tour our PeerLINK program
Mellisa 在3小時以外的城市工作居住，只是她的工作要督導8個peerlink center，所以要跑整個田納西州。每天出席人數30-80人/天不一定。有些人因為工作、選擇、參與其他center。每個staff有12-14個案量。經費來自TNcare(2007年開始，無法負擔保險，無法獲得Medicaid時)，需要提出所有紀錄給TNcare申請費用，記錄包括團體跟個別(但都是進到個人紀錄中撞打)
Indivisual recovery assessment(IRA)每3-5周一次，包含面向
1.Quality of life
2.Behaviroal health history
3.Substance abuse history
4.Medical history
5.Crisis plan

二. 參加研討會:

這次正好遇到2個組織辦的大型研討會，並出國前完成報名手續，其中第一個以志工身分參加，因此免去報名費，第二個則需報名費

1. 2018NICL conference

NICL是個行政組織，全國獨立生活的總會，這個研討會主要參與者也是身心障礙者，跨障礙的一個組織，但主要還是以肢體障礙為主，還有視障、聽障，主辦及報告者也幾乎都是身心障礙者，但依樣強調個人隱私與 stigma 問題，所以他們從來不會問任何人是甚麼障礙，現場除了同步有打字螢幕顯示字幕，一定搭配手語翻譯，可說對所有身心障礙的的權益非常重視，其中第二天行程是遊行到DC的Capital，這是非常具有象徵性的活動，身障者除了不斷倡議宣導法案改革及倡議外，也時時提醒自己與社會大眾不要忘記這一群人的權益。遊行當天正好遇到下雨，大家還是冒雨前進，途中看到一位年輕人坐輪椅，太太一手推著剛出生差不多滿月的小BABY，還要一手協助年輕人，於是徵求太太跟年輕人同意後，協助推著他，到達現場其實很泥濘，但年輕人堅持要到場中央，舞台前，很佩服他們參與的精神，大會邀請至少有10位眾議員、參議員蒞臨致詞，表示支持這個團體，會協助爭取相關法案等等，接著各州的參與者會去到各州的議員辦公室(HOUSE)拜

訪，各州事前會預約拜訪。

研討會報到處的主要聯絡及承辦人，原來是一位聽障人士，她工作時會有一位手語翻譯員陪同，這次研討會我一志工身分參加，達一定志工時數，可以不需繳交費用，事前人聯繫人叫 ANGEL，我們透過 EMAIL 聯絡，但是現場發現她是聽障者時，讓我非常吃驚。

2. 2018 Alternative conference

在 DC 的第四周，參與由精神疾患(同儕)辦理的 Alternative conference 研討會(ON OUR OWN)，主辦是 Daniel Fisher 的 National Mental Health Coliation/National Empower Center，到這裡終於見識到一整個研討混 4-500 人的同儕(Consumer/Servival)聚集在一起的震撼，研討會所有的 Kenot Speaker，報告者，主辦，工作人員全部都是同儕，而且報告者都是以志願報告，沒有領出席費，為期五天，第一天針對第二天要去 capital 見眾議員的過程做討論，落實的討論，要如何準備這樣的會面，事先與議員辦公室的預約，討論如何進行、角色/情境扮演，第二天我和來自香港朋友跟隨 Fisher 的同伴去拜訪來自 Masatusa 州的議員，當然多數時候只能見到助理，但若只要承辦相關業務的助理能見面聊 10-20 分就算是相當成功的會面。

三. Building Recovery of Individual Dream and Goals through Education and Support(BRIDGES)

參與 BRIDGES 訓練:為期一週，在距離納什維爾 2.5 小時車程的 Jackson 進行，因此需要住宿在當地的旅社，幸好過程有 Anthony 請他的同仁帶我外出吃飯，並安排來回搭便車，不然又是一個獨立生活大考驗。

本套教材分為 2 部分

1. Teacher Training 教師訓練課程-包含 10 堂課程，3 天課程。

2. Facilitator Training-如何進行支持性團體 supportive group，學習擔任 Facilitator 及 Co-facilitator 2 天課程。

這套課程唯一一個條件是要有所謂 living experience 也就是同儕，都能報名參加訓練。

BRIDGES 教師訓練課程重點

1. 團體開始或過程進行 feeling check
2. 尊重每個人，當你覺得自己不 ok 不想講就 pass
3. Group rule，每次團體會念過一次
4. PRINCIPLE OF SUPPORT，每次團體開始由成員念過支持原則，以做為互相的提醒

四. Vocational Rehabilitation 職業重建

參訪 TRC(Tennessee Rehabilitation Center)田納西重建中心

類似學校一樣的制度，服務人數 170 人，提供宿舍，全部學生都住宿舍，中心還提供醫務室(student health treatment)服務時間從 5:30AM-12MN，學生生病可以找醫生，平常有護理值班，並保管學生的藥物。TRC 的經費完全來自 VR 系統，這次主要參訪 TBI(創傷性腦傷)訓練方案，總共提供 15 個名額訓練，工作人員有職能治療師、物理治療師、語言治療師、就服員、behavior instructor、community reentrance specialist，中心有物理職能的復健治療室空間、視力評估及訓練、認知評估及訓練、工作訓練。TRC 本身也提供廚務、烘焙、清潔等相關工作訓練。主要訓練還是 out reach 方式，也就是將學生安排在職場，工作人員到工作現場做輔導及訓練(on the job training)。

參、心得及建議

走訪四個州的精神醫療，由齊聚焦在社區精神醫療服務方案，發現台灣雖然很多服務方案來自美國，比如醫療、實證、職業重建等，但因為美國實在太大了，除了聯邦政府的政策與規定外，各州的政策規定又可能不同，要整合是一件非常困難的事，比如保險制度，是最讓大家頭痛的一件事，服務提供者需要面對個服務對象保險不同，花許多人力與時間在處理保險、給付、紀錄等問題，這時候非常慶幸台灣就只有一個「全民健康保險」，美國的朋友都非常羨慕我們只有一家全民健康保險公司，並且所有國民都能獲得很好的基本健康照護。另一個例子是身心障礙者職業重建服務，身障者在某一州提出申請之後，若搬遷到另一州，所有申請流程完全都要重新來過，並且很多人在接受職業重建服務的經驗並不好，許多人反應 1. 申請流程耗費太長時間；2 很難順利獲得服務；3 各州規定可能不一樣。

另外一個跟社會福利有關的發現，很多身障者(尤其精神障礙者)因為福利(benefit)而放棄全職工作或失去找工作的動機，因為只要收入達一定門檻，他們就會失去福利，包括補助及較便宜租屋(housing)，因為獲得便宜住房的福利往往需要許多年的等待，一旦等到，就不願意輕易放棄了。這也值得我們借鏡，社會福利到底是助力還是阻力，或許在給予的條件上，可以再思考，如何設計可以讓真正需要福利的人生活無慮，而有潛力的人可以經過協助及自己的努力獲得工作與收入，不要讓社會福利反而阻礙個案進步的動力。目前這個疑慮在台灣雖然屬於少數，但臨床上有見到個案確實可能因為福利而放棄讓自己更好的積極努力。

很多服務都強調個別化，在美國特別是能徹底執行個別化，走到哪裡都告訴我他們提供的是個別化服務，但是，也因為如此，我到的機構都無法告訴我數據，要看服務成效都須要看個別紀錄，因此實務工作者無法有數據提供實證，連

服務對象的診斷比例都很難取得，原因是在社區中的服務很多是由消費者倡議的方案，這些服務不希望談論診斷，因為他們認為這是很標籤化的舉動，因此進入社區機構中沒有人會問診斷，加上每個人強調個資問題，所以有些服務方案(包裹式計劃)個案想進來就進來，只要簽名就可以，不需要留詳細資料，講到個資問題，所到之處不管醫院端還是社區方案，都非常小心翼翼，多數不能拍照，或頂多拍空間，有些單位更不輕易看到個案，在過度小心保護的環境下，比如社區方案都是由同儕經營，值得思考的是，這些保護措施加上都是同儕提供照護，會不會讓這一群精神障礙者被隱形、看不見，外人不容易接觸到他們。這點，目前台灣做得個人覺得還算適當，適當保護個資之下，期待精神復健機構能帶領康復學員參與社區，從事服務社區的任務。

另一個很令我無法理解的是，美國的一些方案執行者，只做好自己的工作，橫向連結做得很少，這個現象或許跟每個人過度強調個別化，不管是從小被教育過程就是強調個別主題性，個人意識太強烈，加上服務也強調個別化，更加深了每個服務提供者只知道自己的工作任務，不知道別人或者還有甚麼服務可以橫向連結給個案，除非這個人的工作職責內容是提供資源連結的同儕支持者，不過這畢竟只有少數。一個好的服務，要能靈活運用各項資源，讓個案獲得需要的服務。

建議

1. 教育:包括精神障礙者(消費者、倖存者)、家屬、社會大眾認識精神疾病，這應該是首要的工作。或者更需要從學生階段開始教育，讓學生更早認識這個疾病，不管自己或朋友有相關問題，能更清楚要如何因應與尋求協助。我在各機構及研討會發現牠們會印製很多位教單張，介紹疾病、情緒、焦慮等症狀如何辨識與處理的精美單張，還有各服務方案的介紹，這是值得參考的。當然最重要的是教育有心理健康需求的人(包括精神病人、精神復健學員)正確認識自己的疾病，對精神疾病及藥物有正確認識，讓生病的人在最短時間接收到正確的資訊，對病程預後相信有很大幫助。
2. 倡議:除了對一般民眾的倡議，更重要的要讓立法者清楚正確的資訊，心理健康需求的人也需要學習自己的權益
3. 學習因應技巧，如何幫助自己:有些同儕反應，藥物對自己造成很多永久性的副作用與傷害，因此有些人不願意服用藥物，也有些人能接受在最少藥物劑量控制下隱定病情與康復。因此，他們學習正確疾病藥物認識，及健康飲食概念、運動、規則作息、學習因應技巧 coping skill 等，這些是我們可以開始著手教育的。

4. 從醫療到社區的連結:同儕(peer specialist)進到醫院，在醫院與病人建立關係，並在出院前開始做出院準備，個案出院後 24 小時內進行家訪，連結社區資源，減少再住院與遊民的機會。因為同儕有相同的經驗，更能理解病人的需求，建立關係也比較容易，或許未來可以發展同儕專家方案。
5. 危機處理:是否每個個案都需要住院 2 個月，如果發展危機處理機制，也許能避免長期住院造成的資源耗損。

肆、 附錄

- 一、訓練單位邀請函
- 二、研討會
- 三、BRIDGES 教師及訓練者訓練完成證書
- 四、訓練及參訪照片

附錄一 訓練單位邀請函



www.ncil.org

Kelly Buckland
Executive Director

Officers

President
Bruce Darling
Rochester, New York

Vice President
Sarah Launderville
Montpelier, Vermont

Secretary
Lou Ann Kibbee
Hays, Kansas

Treasurer
Darrel Christenson
Phoenix, Arizona

Regional Representatives

Chairperson
Sheri Burns
San Jose, California

Diversity Committee

Chairperson
Dustin Gibson
Pittsburgh, Pennsylvania

Members At-Large

Brian Peters
Milwaukee, Wisconsin

Deag Teele
Fairbanks, Alaska

Jessie Lorenz
San Francisco, California

Amity Lachowicz
Baltimore, Maryland

Ernet Tauber
Philadelphia, Pennsylvania

Willam Thompson
Winnboro, South Carolina

Youth At-Large

Emily Ladae
West Babylon, New York

Regional Representatives

Region I
Steve Higgins
Bridgewater, Massachusetts

Region II
Chad W. Underwood
Cortland, New York

Region III
James George
Frederick, Maryland

Region IV
Kent Greenhaw
Montgomery, Alabama

Region V
Maureen Ryan
Madison, Wisconsin

Region VI
Julie Espinoza
Plano, Texas

Region VII
Roger Frischenmeyer
Hutchinson, Kansas

Region VIII
Candie Burnham
Denver, Colorado

Region IX
Sheri Burns
San Jose, California

Region X
Kimberly Mack
Seattle, Washington

July 3, 2018

Shu-Mei Chen

Occupational Therapist, Tsautun Psychiatric Ministry of Health and Welfare
Director, Dali Community Mental Health program

Dear Shu-Mei,

It is my pleasure to formally welcome you to the National Council on Independent Living (NCIL). We are excited for you to join us in the NCIL office in Washington, DC from July 9, 2018 through July 20, 2018, and at our Annual Conference from July 23, 2018 through July 27, 2018.

As you may know, NCIL is the longest-running national cross-disability grassroots organization run by and for people with disabilities. Founded in 1982, NCIL represents thousands of organizations and individuals including: individuals with disabilities, Centers for Independent Living (CILs), Statewide Independent Living Councils (SILCs), and other organizations that advocate for the human and civil rights of people with disabilities throughout the United States.

During your time at NCIL, we will offer programming and information to increase your knowledge on: how professionals at disability-led community organizations utilize consumer direction with consumers with a range of disabilities, including mental health disabilities and co-occurring disabilities; relevant disability rights and mental health policy in the US; national and grassroots disability rights advocacy, including advocacy on current bills in Congress, and; the development and implementation of community-based services at Centers for Independent Living (CILs) around the US.

We look forward to the opportunity to share and learn from each other.

Sincerely,

Kelly Buckland

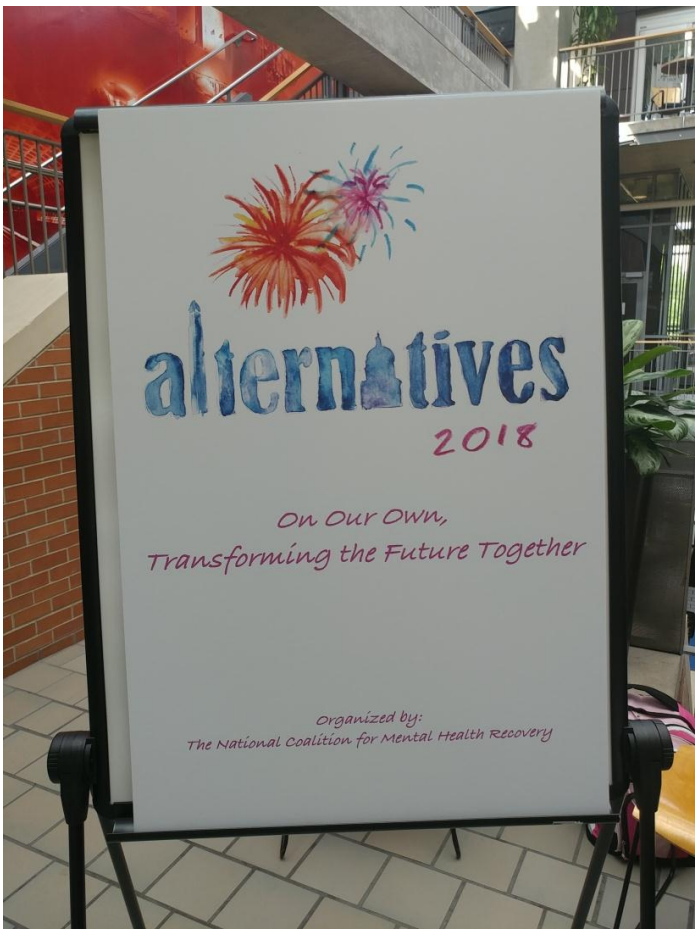
(202) 207-0334 (Voice)
(202) 207-0340 (TTY)
(202) 207-0341 (Fax)
(877) 525-3400 (Toll-Free)

2013 H Street NW, 6th Floor
Washington, DC 20006
Email: ncil@ncil.org

附錄二 研討會
NCIL conference



Alternative conference



附錄三 BRIDGES 教師及訓練者訓練完成證書



BRIDGES 教師及訓練者訓練 與講師合照



附件四 參訪照片

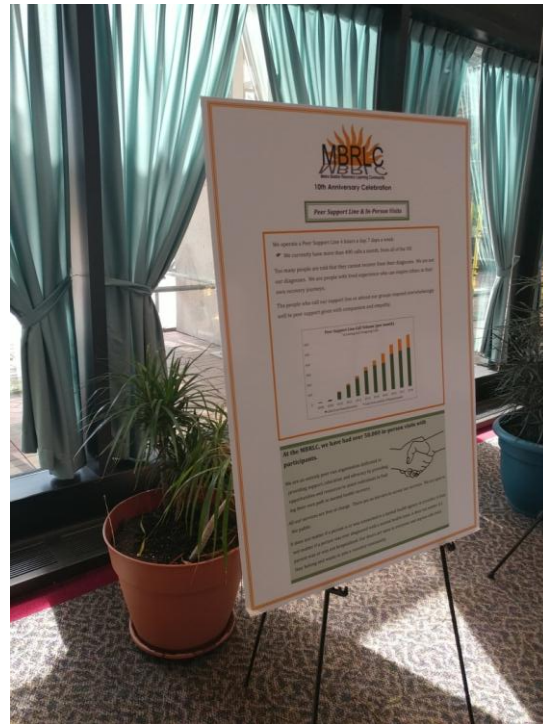
Alternative conference 與主辦 Daniel B Fisher 及 Anthony Fox 合影
研討會結束時贈送生活旗艦店學員手作大象作品及學員畫作桌曆



Alternative conference 與香港夥伴及費雪醫師及同儕專家前往 capital house 拜訪眾
議員及參議員辦公室



參訪 MBRLC(Metro Boston Recovery Learning Center)五家社區學習中心
Boston Resource Center



Cambridge/ Somerville Recovery Learning Center



Peer support Network



Hope center



Peer Educational Resource Center



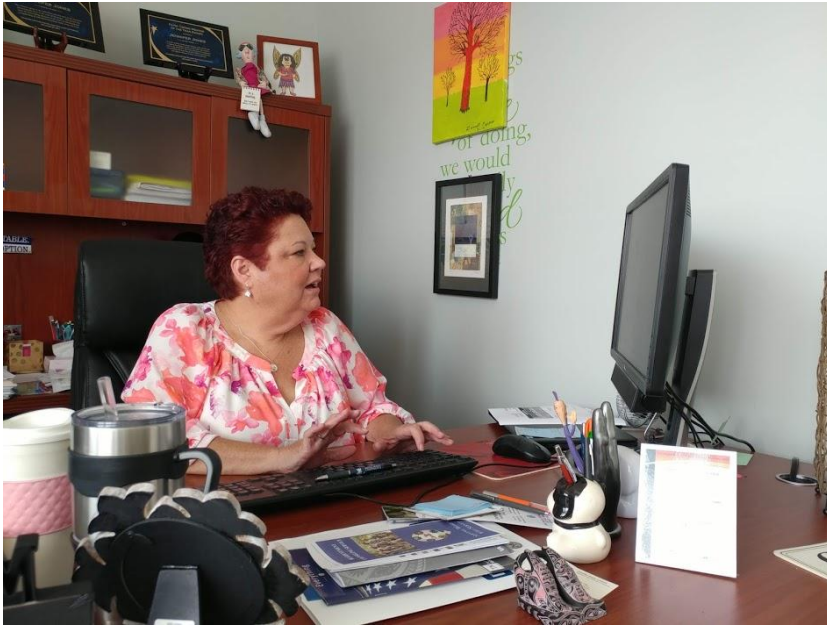
參訪波士頓大學 BU Center for Psychiatric Rehabilitation 與 director 合照



Adevocate 在社區中的 Living room



田納西 TMHCA 方案 Director



CRC (crisis resolution center) --Walk In Services



TRC(Tennessee Rehabilitation Center)田納西重建中心



與 TMHCA 的 CEO Anthony Fox 合影 贈送生活旗艦店學員手作、及畫作桌曆

