

精神障礙者同儕支持服務申請辦法

2024 年 8 月制定

2024 年 11 月修訂

一、服務理念：

- (一) 台灣社會心理復健協會(以下簡稱本會)自 2023 年起，為協助精神障礙者透過同儕支持服務作為實踐自立生活的支持資源，針對精神障礙者規劃辦理 92 小時同儕支持員訓練，讓精神障礙者更能了解同儕支持服務概念，並具有擔任同儕支持員之服務知能。
- (二) 本項同儕支持服務，是為了讓精神障礙者、心理困擾者，透過和其他有類似、共同障礙或生病經驗的同儕互動，在支持和陪伴的過程中，可以共同討論生活、工作、社交、休閒、公共參與等活動安排，與面對生活中遭遇的困難或問題，促進雙方均有更積極、更順暢的社會參與及社區融合。

二、補助單位：衛生福利部心理健康司

三、指導單位：台北市政府衛生局

四、服務對象及申請資格：

- (一) 試辦服務區域：不限縣市，但以台北市、新北市、基隆市、桃園市、新竹市、高雄市為優先。
- (二) 服務對象：領有身心障礙證明（以精神障礙、或障礙類別合併精神障礙為優先），或領有慢性精神疾病重大傷病卡、精神疾病診斷書者。
- (三) 申請資格：
 - (1) 本項服務於補助時數內免費，由衛生福利部心理健康司全額補助。
 - (2) 除前述 2 服務對象外，以目前沒有同時接受各縣市政府身心障礙者自立生活支持服務一同儕支持服務之身心障礙者為原則。
 - (3) 申請需經過本會評估審查，符合同儕支持服務需求。

(四) 申請方式：

- (1) 申請表件請掃描右方 QR Code 線上申請，或填寫附表申請表。
- (2) 收件後本會將儘速進行審查，並最晚於收到申請資料後二週內，通知申請者審查結果。

申請表件



五、服務內容及流程：

- (一) 依服務使用者本身需求，個別同儕支持員提供經驗交流與陪伴處理日常重要事務、共同擬定自立生活計畫、討論如何應對生活問題、資源轉介等層面的協助；服務流程詳見附件：精神障礙者同儕支持服務流程圖。

- (二) 服務時數依服務使用者需求，同儕支持員提供每位服務使用者全年最多全額補助 20 小時的服務；超過 20 小時則參照現行身心障礙者自立生活支持服務－同儕支持員規定，需自費每小時 230 元，另加每次交通費 200 元，其餘身份之自付額依照政府規定辦理。
- (三) 如本會試辦全額補助時數已滿，服務使用者仍有需求時，可自費申請服務，或是另洽縣市政府申請使用同儕支持服務。

六、服務時間及地點：

- (一) 依服務使用者需求，經過同儕支持員與服務使用者共同討論，約定每次服務時間、時長及地點，並事先報備本會知悉。
- (二) 服務時間不限平日、假日，以上午 8 點到晚上 8 點為原則。
- (三) 每次服務以 1 小時為申請單位，每次不超過 2 小時為原則。如有特殊情況需延長時數者，請服務使用者事先提出申請。

七、服務使用者注意事項：

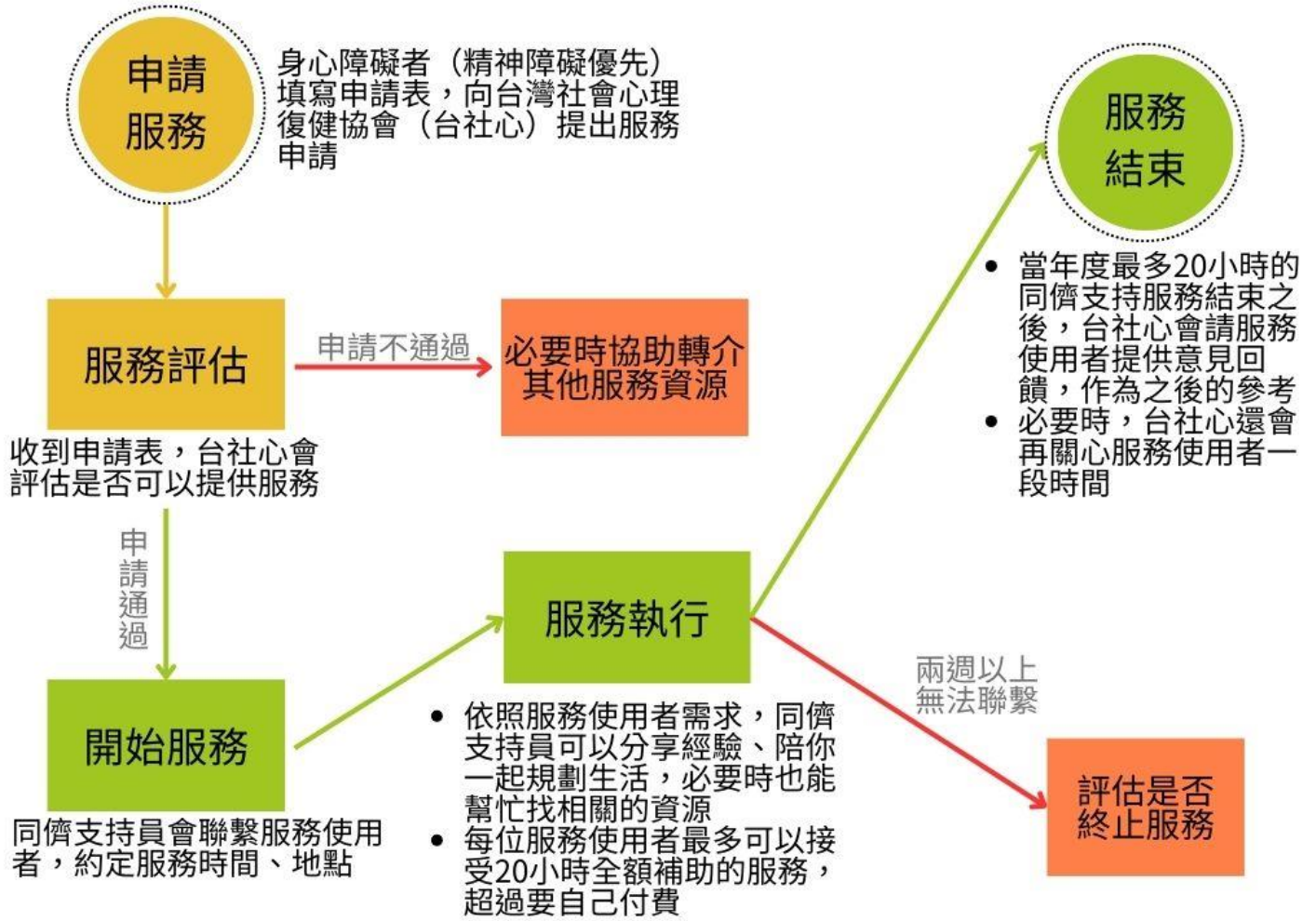
- (一) 接受服務期間，若同儕支持員或本會持續 2 週以上無法聯繫到服務使用者，本會將評估是否繼續提供服務並將結果通知雙方。
- (二) 如果有發生下列事情，請服務使用者務必要向本會反應：
 - (1) 同儕支持員在服務過程中有商業販售、金錢交易等行為（例如：販賣商品、拉保險、借錢等等）。
 - (2) 同儕支持員企圖和服務使用者發展同儕支持服務以外之關係（例如：追求、告白）。
 - (3) 同儕支持員有傷害服務使用者的行為(例如：肢體與語言等)。
 - (4) 同儕支持員沒有在約定服務的時間或地點進行服務，也沒有事先告知服務使用者，或無故未能提供服務。
 - (5) 同儕支持員在服務使用者沒有涉及生命安全的前提下，違反保密原則，或沒有尊重服務使用者的隱私。

八、其他：

- (一) 於當年度服務結束後，本會將請服務使用者提供意見回饋，做為未來服務參考。
- (二) 如有本辦法未詳盡規定之處，依照我國相關法令規定辦理，本會保留修正、變更、暫停或終止本服務之權利。
- (三) 如對申請服務有任何疑問，請洽本會聯絡人：李社工專員
連絡電話：02-23915908#10
電子信箱：alisonlee@tapsr.org.tw

附件

精神障礙者同儕支持服務流程圖



附表

台灣社會心理復健協會 同儕支持服務申請表

1. 姓名			2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他：			
3. 出生年	年		4. 居住地	我住在 <input type="text"/> 縣/市 <input type="text"/> 鄉/鎮/市/區 <input type="checkbox"/> 我與家人同住或自行在外居住 <input type="checkbox"/> 我住康復之家 (康家名稱：_____) <input type="checkbox"/> 其他 (_____)			
5. 聯繫方式	手機電話			市內電話			
	電子信箱						
6. 障礙類別	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 障礙類別： 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度/ <input type="checkbox"/> 中度/ <input type="checkbox"/> 重度/ <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 領有重大傷病卡 (或診斷書) 重大傷病/診斷書病名：						
7. 欲申請之服務時間 (請勾選)	一	二	三	四	五	六	日
上午	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下午	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
晚間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*服務時間：早上 8 點到晚上 8 點	其他(補充說明)：						
8. 使用自立生活支持服務情形	目前是否有申請使用身心障礙者自立生活支持服務？ <input type="checkbox"/> 有，申請使用的服務： <input type="checkbox"/> 個人助理 <input type="checkbox"/> 同儕支持員 <input type="checkbox"/> 無，我沒有申請使用政府的身心障礙者自立生活支持服務						
9. 請填寫個人申請接受同儕支持服務的原因、希望同儕支持員提供什麼樣的協助							
10. 其他	<input type="checkbox"/> 我是協會精神障礙者社會融合與自立生活支持中心會員 <input type="checkbox"/> 我有話要說： <input type="checkbox"/> 我已了解相關規定，同意送出申請						

申請者：_____ (請簽名或蓋章)

申請日期：_____年_____月_____日