

中华OT电子期刊

The Chinese OT e-Newsletter



World Occupational
Therapy Day

27th October 2023

Unity through community

2023
10月号

10

本期责任编辑 — 张瑞昆

编者的话

本期预定出刊的日期适逢世界作业治疗师节(WORLD OT Day)–每年 10 月 27 日。今年(2023 年)·世界职能治疗联盟(World Federation of Occupational Therapists)以“Unity Through Community”为主题，来庆祝职能治疗师节。这主题在台湾职能治疗学会中译为“社区共融”，中国康复医学会作业治疗专业委员会中译为“携手社区，融合发展”，意义都是相同的。融合强调与他人和谐共同运作，引领个体参与和社区互动。作业治疗是一门助人的专业，作业治疗师应矢志致力于与各种群体和社区合作，从而实现个体和整个社会的最大利益。

为了呼应今年世界作业治疗师节主题，以及让两岸作业治疗师彼此更了解作业治疗在社区服务工作的推展，本期特别规划“OT 与社区”的主题，邀请了海峡两岸多位在康复领域工作多年的治疗师来分享他们的宝贵的经验。特别感谢复旦大学附属华山医院康复医学科贾杰教授的协助，提携多位追随贾教授学习的治疗师阐述在不同岗位推进社区康复发展现况。台湾长期照顾服务的推动已经超过 20 多年，累积的服务内容相当扎实，也是民众相当满意福利政策。主编群也做了相当完整的汇报。此外，德克萨斯女子大学薛有志教授，整理了“60 分钟漫游世界职业治疗网站”，让大家能迅速的上网查询。

最后感谢中国康复医学会作业治疗专业委员会主任委员李奎成教授，台湾职能治疗学会副秘书长黄千瑀教授，赐文阐述今年世界作业治疗师节主题“Unity Through Community”，让本期季刊增添喜气。

主编 张瑞昆



“携手社区，融合发展” 2023 世界作业治疗日主题之我见

李奎成

中国康复医学会作业治疗专业委员会 主任委员 · 潍坊医学院康复医学院 教授

2023 年，世界作业治疗日的英文主题是 “Unity through community”，当拿到 WFOT 的有关主题及简短描述 “The theme promotes our role in working together with others to facilitate participation and community interaction. As a profession, we collaborate with many groups and communities for the benefit of individuals and society as a whole.” 后，我不禁思考，中文主题要怎么定才能既符合 WFOT 主题的内涵，又朗朗上口和容易理解，还能让人印象深刻。为了能确定一个合适的主题，我发动了作业治疗专业委员会的常委们一起进行了简单交流和讨论，最后确定了 “携手社区，融合发展” 的主题。下面谈谈我对这一主题的理解。

“Unity” 有 “团结、统一；统一性、整体性；和谐、协调；团结一致” 等含义，Unity through community 从字面上理解为 “通过社区实现统一”。从后面的解释中 “此主题增进了我们的与他人一起合作来促进参与和社区互动的角色。作为专业人员，我们与许多群体和社团合作来促进个人与社会的融合”，结合英文含义，我们确定了 “携手社区，融合发展” 这一容易理解又朗朗上口的主题。

首先，“携手社区” 强调了与社区合作，体现了 through community (通过社区) 的含义，同时，“携手社区” 也符合作业治疗的与个人、社团、社区合作来促进参与的基本理念；“融合发展” 则是 “Unity” 及 “individuals and society as a whole” (个人和社会作为一个整体) 的体现，也就是个人与社会的 “融合”，加上 “发展”，体现出个人与社会共同进步。因此，“携手社区，融合发展” 意味着作业治疗师需与社区携手合作，共同协助康复对象融入社区，融入社会，实现个人与社会的共同发展和进步。

以上是我的个人理解，还请广大同道批评指正并给出你心仪的主题。

最后，祝广大作业治疗师们世界作业治疗日快乐！让我们大家一起行动起来 “携手社区，融合发展”。

社区共融 (Unity through Community) : 职能治疗师的角色

黄千瑀

台湾职能治疗学会副秘书长 · 台湾大学职能治疗学系副教授

今年(2023 年)·世界职能治疗联盟 (World Federation of Occupational Therapists) 以“社区共融” (Unity Through Community) 为主题·庆祝职能治疗师节。社区共融强调与他人合作·以促进个体参与和社区互动。作为助人专业的一环·职能治疗师长期致力于与各种群体和社区合作·从而实现个体和整个社会的最大利益。

身为职能治疗师·我们可以从以下五个方向共同追求社区共融的理念。第一·个别化的介入计划。如同职能治疗专业一直以来强调的以个案为中心、以家庭为中心的理念·职能治疗师可以为每个独立个体的社区参与需求制定个别化的介入计划·以确保我们的服务对象能参与社区活动并实现对他们来说有意义、有价值之目标·进而完成自我实践。第二·教育和支持。职能治疗师可以提供卫教服务给社区居民·增加社会大众对于特殊需求族群之认识·提高对特殊需求族群的理解与包容·而能有效减少对特定疾病的之标签、污名化、刻板印象和歧视·进而促使社区更好地接受不同能力和需求的人。第三·促进社区参与。职能治疗师可以协助我们的服务对象积极投入·参与社区活动。个体参与社区活动亦能建立更多的社交连结·扩大其社交网络·并增加对社区的归属感·进而促进他们的社交参与、自我效能以及自我胜任感。第四·倡导：我们可以成为社区共融的倡导者·与政府、非政府组织和其他相关方合作·提供政策、环境设置等相关建议·诸如共融式游乐场的设计和无障碍环境设施·职能治疗师皆能贡献一己之力以确保社区的包容性。第五·激发共融思维。职能治疗师可以启发我们的服务对象和社区成员的共融思维·鼓励彼此看到个人的独特性与价值·并鼓励合作和支持。

台湾职能治疗学会多年来于推广职能治疗专业持续耕耘·期望推广职能治疗之在地发展·将其带给社会大众更多福祉。因此·我们积极参与以及实践社区共融的理念。学会近年来·开设多元的社区方案课程·包括延缓失能方案·职业重建相关课程·健康促进生活型态再造课程。我们亦开展了多个社区专案·包括学校系统、预防和延缓失能计划、渐冻人居家访视、职务再设计和职业辅导评估等·这些课程与计划皆响应了社区共融的目标和理念。

总结来说·社区共融是一个具有深远影响的理念·它强调社区的多样性和包容性。而职能治疗师在实现这一理念中发挥着关键的作用·通过个别化的介入计划、教育和支持、促进

社区参与、倡导以及激发共融思维，我们能够帮助个体克服困难，参与社区生活，并促进社区的包容性。因此，在 2023 年的主题“Unity Through Community”下，我们期许有更多的职能治疗师一同加入，努力实现更具包容性和多元性的社区，创造和谐互助相互理解的社会。

目 录

“携手社区，融合发展” 2023 世界作业治疗日主题之我见	3
社区共融 (Unity through Community)：职能治疗师的角色	4

【携手社区，融合发展】

“以人为中心，三医共管下”的基层康复模式	8
三医共管下的基层康复模式	15
上海市社区康复中心建设——以仙霞社区为例	18
2023 年国际作业治疗日的主题：携手社区，融合发展	24
健康由“我”守护	30
反思三年间在社区家访中应用专业思维的前后变化	32

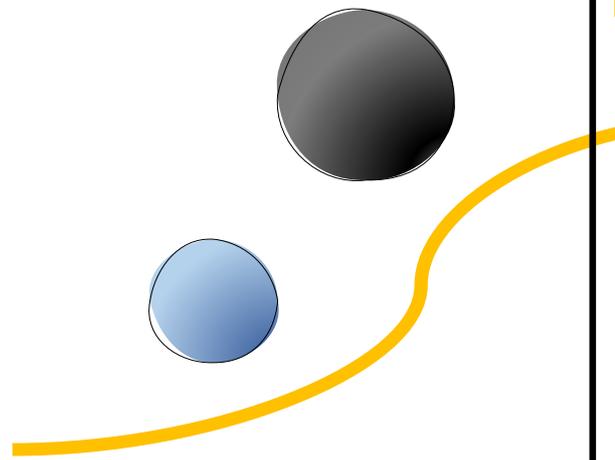
【社区共融 - 台湾经验】

台湾长期照顾发展介绍	39
携手社区融合发展	46
治疗师到你家 急性后期照护居家模式介绍	47
产业化结盟促进科技创新改善医养照顾和长期照护服务	50
台湾地区职能治疗于学校系统服务分享	52

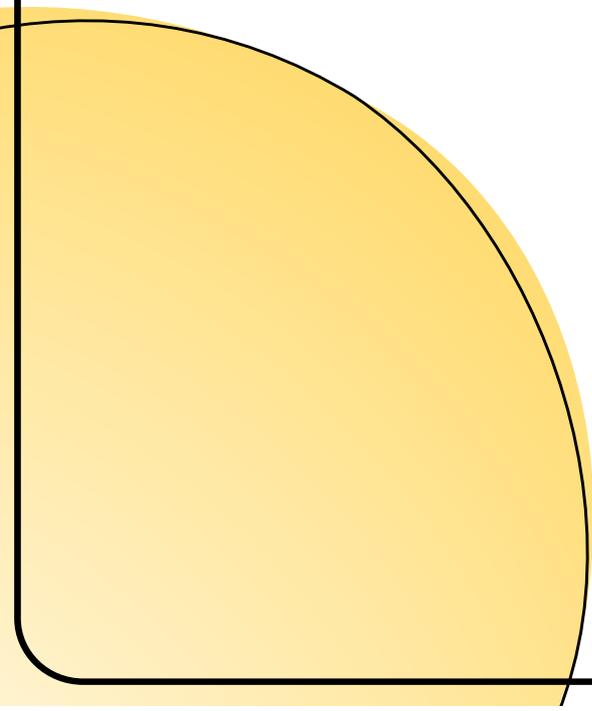
【专业分享】

人工智能“携手”复健，病人重拾身体自主权，“掌”握复健黄金期	59
一例重症患者的短暂性居家康复探索性实例分享	61
高龄长辈健康促进活动设计	63
60 分钟漫游世界职业治疗网站	66

【新书推荐】 - 作业治疗新书介绍



携手社区，融合发展



“以人为中心，三医共管下”的基层康复模式

吴铮萍¹ 金海鹏²

¹福建中医药大学针灸学院 研究生

²厦门市中医院康复科科长，中国康复医学会社区康复专业委员会常务委员

【 摘要 】

基层康复模式是康复医学发展的根基，是继续深化医改的必然趋势。中国康复医学已经进入了全面发展的飞速时期。面对庞大的康复群体及人民对健康管理、疾病预防及诊治到康复全环节的新要求，建立健全的基层康复模式势在必行。本文将从中国基层康复模式的发展与困境、“以人为中心，三医共管下”的康复模式概况、思考与展望三方面进行阐述，以期基层康复发展提供参考。

1、引言

基层康复又称社区康复(Community-Based Rehabilitation, CBR)，首次于 1978 年由世界卫生组织 (The world health organization, WHO) 正式提出，其最初表达为初级卫生保健 (Primary Health Care)，意在呼吁“人人享有卫生保健”，后不断发展与完善，目前国际上对社区康复公认的理解是集社区人力资源，为残疾人提供康复与公平机会，最终帮助残疾人融入社区、回归社会^[1]，是全人类共同追求的医疗健康目标。

在中国，伴随人口老龄化进程的加快、慢性病疾病谱的变化及功能障碍人群的增加，尤其是新冠疫情放开以来，人们对康复医疗的需求与日俱增，“以医院为主导，以治病为中心，各级机构自给自足”的医疗模式逐渐难以满足社区居民对健康管理、疾病预防与诊治到康复的全环节一揽子服务需求^[2]。面对社区康复医学相对滞后的现状，在探寻迎合新时代需求的基层康复模式过程中，欧美兴起来的整合医疗模式逐渐成为我国卫生服务实践的新话题。之后，在经过山西、安徽、浙江等地“县域医共体”的成功示范^[3]，及全国 500 个县的整合实践及经验总结，县域医共体改革由地方探索上升为国家政策，因此“十四五”提出到 2025 年要基本建成“体系完整、布局合理、分工明确、功能互补、密切合作、运行高效、富有韧性的优质高效整合型医疗卫生服务体系”^[4]。为响应此号召，我们从基层康复入手，充分利用“综合实力医院-区域医疗中心-康复社区”三级康复机构，积极调动“专科医师-全科医师-康复治疗师”三师参与，共同建立覆盖“健康、教育、生计、社会包容、赋权”等方面的全方面整合型基层康复模式^[5]。

2、中国基层康复模式的发展与困境

康复医学作为一门伴随社会需求与发展应运而生的新兴学科，在我国飞速发展。自 20 世纪 50 年的残疾人的康复需求将康复事业引入中国以来，我国康复事业经历了自然哲学医学模式、生物医学模式、生物-心理-社会模式和系统整合模式四个阶段^[6]，并逐步走向国际化进程，在国际占据主要地位、引领国际潮流^[7]。我国社区康复的发展大致开始于 20 世纪 80 年代，其经历了吉林、内蒙古、山东、广东四省的试点探索阶段、全国范围的全面推广阶段及 2006 年至今的社区康复与社区卫生服务结合的新阶段，现在在党的二十大精神指引下社区康复迎来了快速、有序和健康发展的契机，有关数据显示我国开展社区康复的县、市、区可达 3000 个^[8]，由此可见社区康复的框架已基本建立。

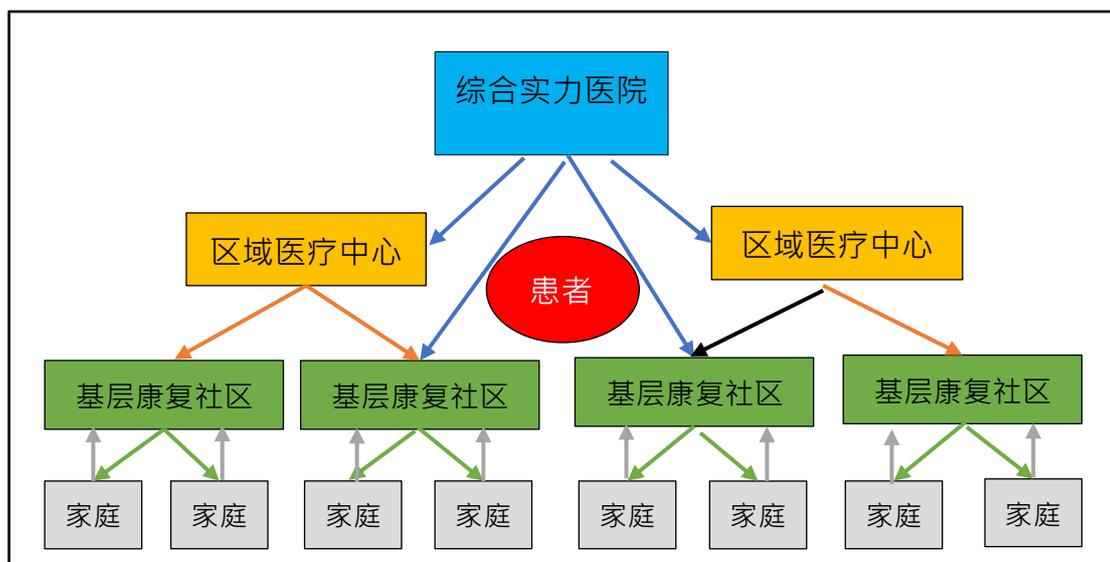
但目前我国多数社区康复并没有较好的服务模式^[9]，并且大多存在农村基层及社区康复服务网络不全、康复人才的数量不足及质量待提升、众多康复项目医保覆盖不全、社会各方面对社区康复认识不够、康复医疗经费不足等问题^[10]，导致出院病人不得不重返医院。如何适应我国国情，优化社区康复及基层农村康复服务模式，有效满足基层人民社区康复需求，成为了基层康复的重大课题。

3、“以人为中心，三医共管下”的基层康复模式

针对以上问题，我们提出“以人为中心，三医共管下”的基层康复模式，该模式充分整合现有医疗、社会资源，联合单位包括综合实力医院、区域医疗中心、基层康复社区乃至地方残联、志愿者服务机构，积极调动医院专科医师、社区全科医师、各级康复治疗师，行政人员及志愿者的参与，共同建立覆盖“健康、教育、生计、社会包容、赋权”等方面集“健康管理-疾病防治康复-和谐社区”为一体的全方面整合型基层康复模式（图 1）。

3.1 基层康复目标与理念

基层康复的目标是以全人健康理念为基础，通过专业的康复服务，激发社区居民个体的独立性与发展潜力，帮助康复对象达到最大独立性和社会融入能力，是覆盖生命全周期（从母婴期到临终关怀）和全方位（生理、心理、社会适应、生活方式及生活环境）的“大健康”目标^[11]。在建立这一目标的过程中，我们将致力于建立一个全面、多学科、综合的基层康复服务模式，以满足不同人群的康复需求，实现医院、社区循环，最终回归社区、重返家庭的理想状态。



▲ 图表 1：基层康复模式

註 1. 模式解说：综合实力医院主要承接疑难病例并监督指导下层康复机构的康复服务，定期坐诊区域医疗中心及基层康复社区，实现“专家到门前”；区域医疗中心承接大部分病人、制定个性化康复方案并主要负责对接基层康复社区并定期坐诊基层康复社区，起枢纽作用；基层康复社区主要承接辐射范围内的康复治疗、定期开展宣教、走访社区、联络行政人员及志愿者营造良好社区，帮助残疾人再就业等。

3.2 基层康复服务内容

康复内容包括物理治疗、作业治疗、言语治疗心理社会支持等，为实现精准康复，根据康复对象的需求和目标，制定个性化康复计划，提供全面的康复服务。康复对象在我国主要包括残疾人、老年人及慢性病患者。

残疾人是康复服务的最大人群。根据 2022 年残疾人联合会统计，我国已有 856.7 万残疾人得到基本康复服务，其中肢体残疾约占 48.36%、精神残疾约占 18.33%、视力残疾约占 8.81%、智力残疾约占 7.66%、多重残疾约占 5.80%.....康复是提升残疾人生活质量的有效途径，能显著改善残疾人的功能，这不仅依赖长期的康复治疗，也离不开辅助器具保障，因此，**医疗补贴方面**，加大视力辅具及^[12]人工耳蜗的补贴力度^[13]、降低助行辅助成本等举措意义重大。**教育方面**，残疾往往严重影响残疾人的受教育机会，因此，应该辅助开展好残疾学生助学工作、特殊教育工作、健康宣教工作等举措帮助残疾人社会再适应。**谋生方面**，在我国，大部分残疾人的生计依赖于家庭生计，绝大部分残疾人离不开家庭照料，目前党的二十大已将就业优先战略，加强困难人群就业兜底帮扶工作提上新高度，极大关注到了残疾人的生存需求，同时在康复层面，通过再就业，可以增强残疾人的社会技能及社区凝聚力，就业产生

的康复价值体现在残疾人重获自尊与社会赋权，最终得以融入社会。**社会包容度方面**，为提升精准康复力度，实现个性化康复，对残疾人进行健康康复、特殊教育、职业康复的同时，也需要提升社会包容度，为残疾人赋权，让他们参与到每个公民社会管理的义务中来，例如，重视聋人的手语教育的同时提高社会对手语的认识程度；加大农村康复的覆盖率的同时，在国民教育体系中做好残疾预防宣传工作，消除残疾人社会参与的障碍、提升社会环境的包容性和友好度，将残疾人社区康复与社区建设，社区服务及基础公共设施规划相结合^[14]。

随着生命的衰老，身体各项技能的下降是生存的自然规律，让人忧虑的同时也容易因习以为常而疏忽大意，进而遗漏疾病与老年人的康复需求，因此筛查和评估以发现早期功能下降或残疾是老年人康复的关键^[15]。体育运动是改善老年人晚期生存质量的可控指标，有调查显示老年人入院前的身体灵活度直接影响出院后的康复质量^[16]。有研究总结通过多小组专业教育会议、体育锻炼、家庭护理计划、营养评估和补充、健康维护计划和认知训练、辅助技术设备的使用和老年康复的住院计划有助于提高老年人的健康水平^[17]。结合我国国情，基层康复应充分利用、整合农村社区资源，鼓励有条件农村社区建立老年活动中心，委托康复医疗机构定期组织开展康复指导、日常生活能力训练和康复知识普及等社区康复工作，通过康复宣教将疾病预防的早期观念播种到每位老人的心底，并定期组织团体活动，增进老人间的交流与体育锻炼。老年人群体往往也是慢性病的高发人群，有研究发现，在社区康复层面将老年人身体活动和慢性病管理融合更有益于改善慢性病的各项指标及患者生存质量、提高老年人身体功能及身体活动量、减低老年人的跌倒风险及认知障碍发生概率^[18]。

3.3 基层康复服务运行模式

基层康复服务方式主要包括个体康复、小组康复和社区康复，以基层社区为单位，设立康复中心，并配备专业的康复团队和先进的康复设备，同时充分利用社会资源，与志愿者团队、企事业单位等合作，共同为康复对象提供最大支持。

3.4 基层康复工作人员

基层康复工作人员应包括医院的专科医师、基层医疗卫生机构的全科医师、康复治疗师，即“三医共管”下以病人为中心，将医院与基层医疗卫生机构、专科与全科、疾病的防治及康复紧密的结合，充分发挥各自优势，履行各自职责。通过综合医院-社区康复-家庭康复的信息化共享促进基层全周期康复模式的实施，实现在专科医师的指导下，全科医师、康复治疗师共同为病人进行全方位、多角度、全程的管理。

3.5 基层康复服务质量与成效评价

严格遵守相关的卫生法和安全规定，建立严格的质量控制体系，包括定期的培训和考核，康复服务记录的审查和监督，鼓励患者及家属参与康复服务评价等以保障康复团队的专业性。采用国际通用的康复疗效评估工具，定期对康复对象的生理、心理和社会适应能力进行评估，以了解康复效果并及时调整康复计划，同时，鼓励康复对象的家庭成员参与康复计划的制定和实施，以提高他们的主动性与参与度。

4、思考与展望

根据国家统计局发布，目前我国有 8591.4 万残疾人，涉及 2.6 亿家庭人口，其中有康复需求的残疾人接近 5000 万^[19]；还有着 2 亿多的慢性病患者，2.64 亿多的 60 岁以上老年人，其中约有 7000 多万老年人有康复需求^[20]。面对庞大的康复群体，康复医学的发展充满机遇和挑战。我们必须总结过去的经验发现当前的不足，以此展望今后康复医学工作的发展。

基层康复模式是康复医学发展的根基，是解决群众“看病难、看病贵”的有效抓手，体现了“以人民健康为中心”的新时代“健康中国”建设理念，响应了党的二十大对持续深化医改的全面部署，因此建立规范、高效的基层康复模式是接下来康复发展的大趋势^[21]。为此应该考虑到以下几个层面。

4.1 基层康复模式如何进行管理

基层康复要实现普惠性目标必须坚持以政府为主导，依靠各级康复机构协调配合，形成各级部门各司其职、相互监督、齐抓共管、共同进步的工作机制。目前，各级医院已基本设立康复科室，如何提升各级康复科自我管理能力，如何转变传统理疗模式为整合型康复模式，如何扩宽康复覆盖率以缩小城乡差距，如何实现康复治疗费用的医保覆盖，如何建设好三级康复网络及残疾人保障系统是基层康复模式构建接下来要考虑的问题。

4.2 基层康复人才如何进行培养

目前康复服务需求大，但康复人才难以配备齐全、康复人员业务水平参差不齐、康复分工缺乏专业分化等现象严重影响康复服务的质量。因此如何做好国内现有医学院校资源的整合，完善康复医师、康复治疗师的培养体系；如何鼓励康复相关专业人才的培养，明确培养目标、内容、形式、考核评估等相关要求；如何建立完整的康复专业学历教育和研究体系；如何建立与国际接轨的人才培养政策、规划和制度体系平台；如何开展康复医学继续教育、康复人员的相关培训，制定多层次的康复医学教育计划，加强全国康复人才培养基地的建设是必须考虑的问题。

4.3 基层康复如何与时代接轨

与时代接轨首先应考虑如何宣传好康复医学，普及康复知识，加强残疾预防，让先进康复理念深入人心，让更多人关注康复医学、关怀接受康复的群体、接受康复服务。同时应考虑如何深入开展康复研究，并推进康复研究与学术文化交流，向世界学习并开展学术文化交流。尤其是在疫情激发下，我们更应该考虑到如何推行远程康复，让康复跨越地域与国界，实现医学资源共建、共享与互补。

相信我国的康复事业在众多康复有识之士的共同努力下，将继续前进，走向有益于人民、有助于社会进步、有利于国家发展的伟大事业。

参考文献

- [1] Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017 Apr;53(2):155-168. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3. Epub 2017 Apr 4. PMID: 28382807.
- [2]. 国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》[J]. *卫生经济研究*, 2021, 38(07):7.
- [3]冯明宇,秦江梅,孟业清等.国家紧密型县域医共体建设试点典型地区牵头医院的效率分析[J]. *中国卫生经济*, 2022, 41(03):19-25.
- [4]. 中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》[J]. *中国卫生质量管理*, 2023, 30(06):67.
- [5] WHO. CBR Guidelines[M]. Geneva : WHO Press. 2010.
- [6]李建军. 中国康复医学发展的回顾与展望[J]. *中国康复理论与实践*, 2011, 17(01): 1-4.
- [7]励建安. 中国康复医学国际化进程 [J]. *中国康复医学杂志*. 2019, 34(10): 1137-1142.
- [8]范韞仪,郑晓瑛. 我国残疾人精准康复服务行动实施效果评估[J]. *中国康复理论与实践*. 2022, 28(10): 1117-1125.
- [9]康轶群, 张云淑, 杨云龙, 刘铁榜, 杨甫德, 栗克清. 医院、社区及家庭精神康复模式的研究进展(综述) [J] *中国健康心理学杂志*. 2023, 31(07): 967-971.
- [10]卓大宏. 中国当代康复医学发展的大趋势[J]. *中国康复医学杂志*. 2011, 26(01): 1-3.
- [11]申曙光,曾望峰. 健康中国建设的理念、框架与路径[J]. *中山大学学报(社会科学版)*, 2020, 60(01):168-178. DOI:10.13471/j.cnki.jsysusse.2020.01.018.

- [12]鲁心灵,李欣,邱卓英,陈迪,程子玮,陈佳妮,申兆慧,张爱民,张慧伟.视力残疾人康复需求和康复服务发展状况 Logistic 回归分析研究[J].中国康复理论与实践,2020,26(05):513-517.
- [13]程子玮,陈佳妮,邱卓英,孙宏伟,李欣,王国祥,李伦,陈迪,肖晓飞,马洪卓,申兆慧,张爱民,鲁心灵,田红梅.听力残疾人康复需求与康复服务发展状况 Logistic 回归分析研究[J].中国康复理论与实践,2020,26(05):518-522.
- [14]陈迪,邱卓英,王国祥,李欣,程子玮,李安巧,申兆慧,陈佳妮,田宝,张爱民,肖晓飞.极重度听力残疾人康复需求与康复服务发展状况结构方程模型[J].中国康复理论与实践,2020,26(05):528-533.
- [15]Freiberger E, de Vreede P, Schoene D, Rydwick E, Mueller V, Frändin K, Hopman-Rock M. Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age Ageing*. 2012 Nov;41(6):712-21. doi: 10.1093/ageing/afs099. Epub 2012 Aug 10. PMID: 22885845.
- [16]Neumann, T. Comment on Chiu et al. Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from 2015-2019. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 5335. *Int J Environ Res Public Health*. 2022, 19(9).
- [17]Silva, C., Carvalho, K. M., Figueiredo, M., Silva-Júnior, F. L., Andrade, E., & Nogueira, L. T. Health promotion of frail elderly individuals and at risk of frailty. *Rev Bras Enferm*. 2019, 72(suppl 2): 319-327.
- [18]袁媛, & 杨剑. 社区老年人身体活动融合慢性病管理的健康效益 : Scoping 综述[J].中国康复理论与实践. 2023, 29(05): 541-550.
- [19]本刊编辑部,方闻达.立足民政职责 推进“十四五”残疾人事业高质量发展[J].中国民政,2021(16):15.
- [20]吴玉韶,赵新阳.中国老龄政策二十年 : 回顾与启示[J].老龄科学研究,2021,9(10):2-14.
- [21]吴军民. 健康中国战略下农村残疾人社区康复服务的效能优化[J].社会科学家. 2022, (12): 21-29.

三医共管下的基层康复模式

庄璇¹·林荟¹·贾杰²

¹厦门市中医院福建·厦门 361015 ²复旦大学附属华山医院

三医共管即医疗、医保、医药三医联动，共同解决慢病管理难、失能老人照护难等民生痛点。基层康复是三医共管下的重要组成部分，旨在提供有效的康复服务，促进社区居民的康复。1978 年 WHO 首次提出社区康复的概念，历经近半个世纪的发展，从原来只注重功能恢复，发展到现在注重患者的社会经济地位等全面康复。本文将详细介绍三医共管下的基层康复模式。

1. 背景

《健康中国 2030 规划纲要》要求建立整合式的医疗卫生服务体系，完善治疗-康复-长期护理服务链条。“康复”是与治疗相辅相成，维护群众身心健康的重要手段。相比于机构康复，基层康复具有方便可及、价格相对低廉、易于接受等优点。

2. 基层康复的特点

2.1 社区导向

基层康复着重在社区层面进行康复服务，通过建立基层康复中心或康复科室，为居民提供方便、贴近和可持续的康复服务。

2.2 多学科合作

倡导多学科的合作，包括医生、护士、治疗师、基层康复工作者等，通过各专业的协作，提供全面的康复服务。

2.3 个体化康复

根据不同患者的康复需求，提供量身定制的康复方案。

2.4 康复治疗与健康管理相结合

将康复治疗与健康管理相结合，既注重康复过程中的治疗效果，又关注疾病的预防，防治同步。

3. 基层康复现存问题

3.1 基层康复内容不全面

在我国基层康复实践中，人们对基层康复的认识还存在一定的偏差甚至误区，尤其是对

基层康复性质和内涵的认识还停留在生理功能训练和补偿层面[1]。

3.2 基层康复人才匮乏

虽然国家在 20 世纪 80 年代就着手培养康复专业人才，即便康复医学教育成长很快，但还是无法跟上基层康复事业持续发展的需求。目前，我国康复技术人员总数不足 2 万人，康复治疗师仅 1.2 万人，难以满足基层康复的发展需求[2]。人才短缺、技术力量薄弱是基层康复发展不平衡的重要原因之一。加强康复专业人才培养是当务之急，大量人才储备以满足基层康复的需要。而且基层康复工作是一个多学科协作项目，需要医务工作者、社会工作者和相关政府机构的鼎力合作和参与，但现状是在基层康复工作一线、一专多能的基层康复人才非常少。

3.3 基层康复经费投入不足

从目前情况看，基层康复的社会化筹资渠道尚未建立，国家财政拨款有限，导致基层康复工作缺乏有力的物质保障。特别是在残疾人多、贫困户多的地区，由于国家投入不足，卫生医疗机构为康复对象提供的服务越多，无偿投入就越大，极大地影响了积极性[1]。

3.4 康复资源分布不均

基层康复大多在经济情况较好的城市开展。中国近 80% 的残疾人生活在农村，但由于经济、人才、组织、观念上种种因素的制约，农村地区康复发展相对滞后，改善、补偿和恢复这些康复目标群体的功能，提高他们的社会参与能力，是康复工作面临的一项重大任务。

4. 三医共管下基层康复的发展对策

4.1 健全三级康复网络

加快构建三级康复网络，明确各级之间的责任和转出标准，让社区有充足的病源来探索最适合患者的康复服务内容，同时完善基层康复的医疗保障体系，为其实施提供有力支持[3]。建立起医生、护士、治疗师、基层康复工作者等多学科合作机制，形成康复团队，共同制定康复方案并实施康复治疗，通过提供专业的康复服务和精细化管理，提高康复治疗的效果。

4.2 提供全方位的康复服务

基层康复模式旨在为社区居民提供全方位的康复服务，包括疾病康复、功能康复、心理康复等。通过提供多样化的康复服务，帮助患者恢复功能、提高生活质量。具体而言，医院提供专业的医疗技术支持等高级服务，社区卫生服务中心负责提供康复评估、康复训练和康复指导等基础服务，家庭医生负责跟踪患者的康复进展、调整康复方案以及提供长期康复管理。既整合资源、提高康复质量，又实现患者全方位的康复照护。

4.3 加强康复专业人员培训

通过加强对康复专业人员的培训和技能提升，提高其康复服务能力和水平，确保康复服

务的质量和效果。

4.4 减少医疗负担

国家卫健委、国家医保局等四部门日前联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》提出，在确保服务质量和签约居民获得感、满意度的前提下，循序渐进积极扩大签约服务覆盖率，逐步建成以家庭医生为健康守门人的家庭医生制度。不断加快建立“医院-社区-家庭”的康复联动管理，将康复服务下沉到社区，减少患者就医的时间和费用成本。慢性病康复管理逐渐由医院中心向社区中心转变，形成以三级医院为指导、以社区卫生服务中心为中心、以社区卫生服务站为基础的三级预防体系。

4.5 康复医疗信息平台

互联网和计算机的普及应用使康复服务的覆盖面更加全面和广泛。利用互联网建立远程康复服务平台，使康复从业者通过远程系统提供康复诊断和指导，患者及其家属可以依靠平台丰富的资源来学习相关康复知识，节省时间和成本。并且通过搭建智能化社区健康管理平台，实现信息双向互动交流，促进“上下联动、延续照护、多方协作”，为医康养融合提供新思路。

5. 期望达到的成效

(1)促进基层康复医疗机构的发展，提高其康复服务的专业水平和综合实力。(2)提高社区居民的康复服务可及性和便利性，减少前往大医院就医的需求。(3)降低居民的医疗费用支出，减轻经济负担。(4)提高患者的康复效果和生活质量，增强康复的可持续性。

总结起来，三医共管下的基层康复模式能够更好地整合资源、提高康复服务的可及性和质量，为患者提供一站式的康复服务。通过加强基层康复资源建设，医院、社区卫生服务中心和家庭医生合理分工、优势互补，为患者提供个性化康复，减少医疗负担，提高康复效果。随着基层康复模式的不断完善和推广，相信将会为广大群众带来更多的康复福祉。

参考文献

- 李燕. 供给侧改革背景下中国社区康复发展的历程、问题及对策[J]. 卫生软科学,2019,06:12-15+31.
何霞,黄夏莲,邓小艳,等. 阿尔茨海默病社区康复的现状与发展[J]. 中国医刊,2021,01:19-21.
汤龙,郑拯,饶阿敏,等. 脑卒中社区康复管理模式与技术探讨[J]. 中国全科医学,2021,15:1932-1937.

上海市社区康复中心建设——以仙霞社区为例

王俊¹ · 丁力² · 贾杰²

¹上海市长宁区仙霞街道社区卫生服务中心-上海市示范性社区康复中心 ²复旦大学附属华山医院

随着社会老龄化发展，慢性病和老年病的患病率越来越高，因病致残患者越来越多，尤其是神经系统和骨骼系统类疾病造成的肢体功能障碍，严重影响老年人群的生活质量。社区卫生服务中心作为医疗健康服务体系网底，承担着居民健康守门人的职能。近年来，各社区卫生服务中心通过多种途径开展各类康复服务，一定程度上满足了部分居民就近获得康复服务的需求，但在服务功能、内容等方面，尚未形成标准化、规范化模式，距离居民需求和期盼仍存在一定差距。因此，发展社区卫生服务中心康复服务，可作为当前解决居民难点，满足居民实际需求的途径之一。

根据《国家卫生健康委关于全面推进社区医院建设工作的通知》(国卫基层发〔2020〕12号)、《关于印发上海市社区卫生服务机构功能与建设指导标准的通知》(沪卫规〔2020〕11号)、《关于推进本市社区卫生服务机构社区康复中心建设的通知》(沪卫基层〔2021〕4号)等文件精神，通过打造一批示范性、高水平的社区康复中心，引领本市社区康复中心建设，全面提升本市社区康复服务能力，更好满足居民“家门口”获得多种形式康复服务的需求。

2021 年以来，本市依托“为民办实事项目”，已完成 91 家示范性社区康复中心建设，社区康复服务覆盖面进一步扩大。2023 年继续依托“为民办实事项目”，再新建 20 家示范性社区康复中心，让更多社区居民享受到“家门口”康复服务。

下面以上海市长宁区仙霞街道社区卫生服务中心(2021 年获上海市示范性社区康复中心)为例介绍上海市社区康复建设情况。

一、建设目标

以社区卫生服务机构(中心、服务站、村卫生室)为依托，建设标准化社区康复中心。明确功能定位，丰富服务项目，提供病房、门诊、站点、居家等多种形式社区康复服务，筑牢社区康复网底。“十四五”期间，基本实现本市社区卫生服务中心社区康复中心全覆盖，夯实社区康复服务网络，促进康复功能全面融入社区卫生基本服务，实现全市社区康复服务能级全面提升。

通过居民家医签约与“康复-公卫联盟”模式的全周期智能化康复与健康管理服务为居民提供及时、便捷、精准、高效的康复服务和健康管理提升居民的功能能力水平和生活质量，建立以家医签约与“康复-公卫联盟”模式的社区康复服务模式。主要服务内容：由家庭医生、

康复医师、治疗师、公卫健康管理员、护士等组成的团队，成立健康跟进监管小组，为签约居民提供临床诊疗、精准康复评估、个性化训练方案、科普讲座、指导训练及全周期健康管理等。

二、中心概况及社区康复中心建设规划

(1) 中心概况：

仙霞街道社区卫生服务中心是一所综合性一级甲等医院，辖区面积 2.27 平方公里，覆盖 23 个居委。中心承担着 2.6 万户、8.4 万余常住人口及 2 万余流动人口的预防、保健、医疗、康复、健康教育和计划生育技术指导等功能。中心以社区中老年人、慢性病患者、育龄妇女、儿童、残疾人群等为重点服务对象，开设全科、妇科、口腔科、眼科、耳鼻咽喉科、中医科、针灸推拿科、康复科等科室，年门诊量约 25 万人次，开设住院床位 40 张，另设家庭病床上门服务项目。中心目前下设四个卫生服务站，组建 4 个家庭医生工作室，为辖区居民提供全方位、全周期健康管理服务。

(2) 社区康复中心建设规划：

2021 年，依托为民办实事项目，中心以建设示范性社区康复中心为抓手，引入先进康复设备，运用中西医适宜康复治疗技术，培育打造多种形式的综合型、全方位的康复服务。十四五期间，中心将大力推进康复医学科建设，引进专业人才和专业设备、拓展服务内容、培育科研课题、孵化特色项目、联动各方、延伸服务可及性，不断丰富示范性社区康复中心内涵建设，全力打造居民“家门口”康复服务平台。设置面积:中心康复业务用房总面积 843 平方米，其中康复治疗区面积达 387.6 平方米和康复病区 456 平方米，达到示范中心要求。

三、强网络、谋布局，整合资源创效能

仙霞以社区康复中心为核心，联动高等院校、联动二三级医院、联动专业医疗机构，打造康复专科医联体。在此基础上，探索医养+康复服务模式，延伸康复服务可及性至卫生站点、社会机构、个人家庭，形成整合型康复网络。

(1) 联动高等院校：

中心已挂牌成为上海体育学院社区健康联合体单位、上海体育学院运动科学学院社区实践基地。双方就体医融合理念与服务模式达成共识，并开展合作对接。探索体医融合在康复医学学科的应用，围绕运动康复，提升康复学科科研能力建设，促进社区康复中心与高等院校之间的科研与教学协同。

(2) 联动二、三级医院：

与华山医院、华东医院、第六人民医院、同仁医院、光华中西医结合医院、天山中医院、

民航医院等相继建立业务合作。依托二、三级医院专家下沉社区坐诊，建立融入社区康复特色的骨质疏松专病门诊、骨科专病门诊、心脏专病门诊等，为社区居民提供更多元、更复合、更贴近需求的社区康复服务。

(3) 联动专业医疗机构：

中心与上海新起点康复医院、上海上体伤骨科医院、上海体创诊所等社会办医疗机构形成交流机制，进一步拓宽服务面、深化学科交流、增强协同服务能力。

(4) 延伸服务可及性：

中心在打造康复专科医联体基础上，结合街道 15 分钟生活圈建设，探索医养+康复服务模式，进一步延伸康复服务可及性。一是延伸至卫生站点，中心目前下设 4 个社区卫生服务站，各设有家庭医生工作室，在社区为居民开展健康管理服务。通过为站点赋能，直接把康复服务送进社区，让居民就近享受到便捷、专业、可及的康复服务。二是延伸至社会机构，中心现有 2 个站点融入社区综合为老服务中心，与辖区内 4 家养老院签订健康服务协议，为 8 所学校、15 所托幼机构、1 个托育所提供健康管理，在辖区内多个楼宇开展“健康医小时”服务项目。下阶段将把康复服务写进服务协议、加入服务清单，进一步扩大康复服务受益面。三是延伸至个人家庭，结合家庭病床管理和家医上门服务开展康复治疗和指导，为行动不便和出院人员提供居家康复服务。

四、强队伍、重专业，夯实核心促发展

(1) 引进学科带头人：

中心依托紧缺专业人才引进政策，成功引进一名学科带头人，具备康复医学副主任医师、康复医学治疗技术主任技师等高级职称。曾获国家发明专利 2 项，获中国康复医学会科学技术二等奖 1 项，获得省级成果奖 1 项。担任中国康复医学会帕金森病与运动障碍康复专业委员会副主任委员；中国康复医学会社区康复工作委员会常委、康复治疗专业委员会常委兼水疗主委等多项社会职务。在康复医学领域具备较强学术影响力，在康复学科建设及教学管理工作中具有丰富经验。

(2) 组建康复团队：

康复科主任 1 人，康复医师（含科主任）10 人（第一执业 1 人、医联体多点执业 2 人、内部培养取得处方资质 7 人），中医类从事康复服务：6 人，康复治疗师：8 人，康复护士：9 人。

(3) 持续扩充团队力量：

中心将持续培养全科医师参加“上海市社区康复岗位系统培训”项目，逐步实现全科医师取得康复处方资质全覆盖。同时，选送护理人员参加市级培训，扩充康复护士队伍。针对

康复治疗师，结合中心与上海体育学院运动科学学院社区实践基地建设，孵化培育新型康复治疗专业技术人才。

五、建设简介和特色亮点

(1) 建设简介：

1. 服务对象：脑卒中、脑损伤，骨关节损伤（“颈、肩、腰、腿痛”等）、各种运动损伤、脊髓损伤及小儿脑瘫及各种慢性病（骨质疏松症、糖尿病、慢阻肺、心脏病、高血压等）康复与健康管理等。
2. 服务形式：提供住院、门诊、站点、上门居家康复服务。
3. 重点打造四个特色品牌：（脑损伤康复、肌骨与运动康复、老年人康复、乳腺癌康复），提升康复科普、医疗、教学和科研能力。
4. 服务内容：提供精准评估、制定个性化全面系统的治疗方案和专业指导主动治疗与管理。

（1）精准评估：

治疗师不仅局限于主观的局部症状，还通过对患者的姿势和动作、触诊和特殊动诊来进行观察和判断，找出身体的薄弱和不足之处，从而实现“一人一方案”的精准治疗，直击患者的病因。

（2）治疗方案：

根据评估结果制定个性化全面系统的治疗方案，主要应用各种结构性技术（软组织技术、关节松动技术、肌肉能量技术、肌筋膜放松技术等）和神经生理和神经发育疗法和智能化运动控制训练技术为治疗基石，综合运用各种治疗手段，提高患者运动功能和能力水平。

主要服务项目：智能化主被康复训练、智能化助力步行训练、上肢机器人训练、手法治疗、徒手淋巴回流手法、压力治疗、运动治疗、关节松动训练、减重支持系统训练、电动起立床训练、平衡训练、偏瘫肢体综合训练、文体训练；低频、中频、微波、经颅磁治疗、脑循环治疗、肌肉生物反馈治疗、神经肌肉电刺激、超声波治疗、气压治疗；作业疗法、日常生活动作训练、徒手手功能训练、认知知觉功能障碍训练、轮椅技能训练；言语治疗、言语训练、构音障碍训练等。

（3）专业指导主动治疗与管理：

根据对象需要，家庭医生将根据治疗师给出的个性化康复方案，上门进行康复治疗，定期跟踪随访，鼓励培养良好的健康生活方式和自我管理理念，最大限度帮助患者重新回归家庭、社会，提升其生活质量。

(2) 特色亮点

1. 创新性打造全周期精准社区康复新模式：全程健康监管，早期康复介入。中心成立康复-

公卫联盟，依托联盟优势，对社区居民进行全程健康跟踪监管，并成立监管小组，制定精准诊疗方案及流程。每周通过健康管理系统对发病居民进行筛查，进行电话问诊及指导，主动对接有康复需求的目标人群尽早落实相应康复诊疗（居家指导、站点、门诊、住院）。在科普宣教、学科共建、人才培养和学术研究等方面全面协作，共同探索全生命周期社区康复的健康管理新模式，制定个性化的卫生服务和倡导健康生活方式，提升社区医院综合服务能力。优势互补，资源共享，协同创新，共同发展，让看病少走弯路，保持健康，终身受益。

2. 为社区居民开展精准专病康复服务。依托社区 65 岁以上老年人健康体检，成立身体功能筛查评估小组，制定康复需求筛查问卷和专业评估量表，完善筛查评估流程，对居民进行全面身体功能综合评估。组建专病专项康复团队，对评估结果进行跟踪反馈，提供精准康复服务，让更多居民享受到“家门口”的专业康复服务，使一大批患有颈肩腰腿旧疾的居民得到了有效治疗，得到居民的广泛好评。
3. 实现康复技术下沉社区，让居民在“家门口”享受到三级医院的康复服务。中心特聘请华山医院康复医学科贾杰教授团队（中国康复医学会社区康复工作委员会主委）和上海上体伤骨科医院王雪强博士团队为技术顾问，为社区居民进行专业诊疗，重点提升社区康复技术规范、培养技术人才、学术科研、科普宣教等。让居民在“家门口”享受到全面、全程、友善、有效的社区康复服务，使康复需求在社区就能更便捷易行，更精准高效的满足，得到了广大居民更多认可和信赖。
4. 专业科普宣教，让看病少走弯路。开展多种形式的社区、居家康复健康教育讲座、义诊、体验等，提高社区康复的知晓率和使用率，提高大家主动运动的健康意识，形成关爱健康的良好氛围，助力真正实现康复在基层的美好愿景。

六、建设成果

(1) 工作成效

1. 对象肯定：提升了中心康复治疗师的专业技术能力，为患者提供了更全面更精准的康复服务，提高了疗效得到了广大患者的认可和好评，提升了中心的康复知名度。目前门诊肌骨运动康复治疗需要提前预约才能准时接受康复治疗服务。
2. 开展新技术 2 项：压力治疗和徒手淋巴回流手法，提升了中心康复治疗师的专业技术能力，为患者提供了更全面更精准的康复服务，提高了疗效得到了广大患者的认可和好评，提升了中心的康复知名度。
3. 已初步组建完成康复服务架构：“科主任-技术组长-组员”，已组建形成 2 个专业技术小组（肌骨运动康复组和神经康复组），分别由 2 个组长带领组员完成各项工作任务。

4. 共同培育社区康复专业人才：在贾杰教授团队和王雪强教授团队的帮助下，完善规范诊疗体系和服务流程，提升康复服务能力；培训提升康复治疗师 6 名的技术能力。

(2) 科普宣教报道：

学习强国 2 篇，上海长宁 4 篇，短视频 4 篇，公众号各种康复推文 48 篇。

(3) 不断提升学术科研水平：

2023 年已申请获批区级课题 1 项。

(4) 获奖：

收到锦旗 17 面，表扬信 5 封；获长宁区 2023 年技能大师工作室项目建设（全周期精准社区康复服务工作室）和获 2022 年上海市长宁区人力资源和社会保障局记功。

七、展望

期望通过不断实践探索逐步形成体系，打造智能化社区康复服务管理平台，实现全程管理，提供智慧远程服务和线下服务相结合，将运动处方通过信息管理平台做到及时、方便、安全、有效的服务，可采手环管理（靶心率、血氧等）或可视化管理，为确保社区康复服务的一致性。不断加强培训交流，并组织同行制定各项标准（技术、人才、建设运营等）向全区、全市、全国推广实践。

参考文献

- 《国家卫生健康委关于全面推进社区医院建设工作的通知》（国卫基层发〔2020〕12 号）
《关于印发上海市社区卫生服务机构功能与建设指导标准的通知》（沪卫规〔2020〕11 号）
《关于推进本市社区卫生服务机构社区康复中心建设的通知》（沪卫基层〔2021〕4 号）

2023 年国际作业治疗日的主题：携手社区，融合发展

邓土保 · 聂梦怡 · 张云明

江门市康复医院

“家庭病床”服务就是社区康复的形式之一

世界作业治疗师联盟 (WFOT) 从 2010 年起，将每年的 10 月 27 日设定为“世界作业治疗日”，其目的在于让全球人认识到作业治疗在促进和保持人类的全面健康工作中承担的重要作用。2023 年的主题是“携手社区，融合发展”。借助这个机会，让我们通过“家庭病床”服务来认识社区康复吧！



一、家庭病床有多重要？

根据国家统计局发布的数据 2023 年 2 月份，全国 60 岁及以上老年人口达到 2.8 亿，占总人口的 19.8%；65 岁及以上老年人口达到 2.1 亿，占总人口的 14.8%。这意味着中国已经进入了深度老龄化阶段。预计到 2035 年左右，60 岁及以上老年人口将突 4 亿，在总人口中的占比将超过 30%。

以上数据显示，中国老龄化越来越严峻，社会对社区康复的需求越来越大。在政府主导和社会各界支持下，统筹利用康复资源，以城乡社区为基地，以解决残疾人的康复需求为前提，应用适宜康复技术，调动残疾人及其家属参与的积极性，以实现残疾人全面康复为目标，加大了对社区康复的支持力度，“家庭病床”服务就应运而生。

由此可见，家庭病床服务在社区康复发展中越来越重要。



二、下面以我们医院的家庭病床服务为例，讲一下社区康复如何实现让患者在家有“医”靠！

对年老体弱、行动不便长期卧床的患者来说，可以在家享受完善的医疗服务是他们最为迫切的心愿，因此，我们医院除了设立康复治疗科，还设有家庭病床科。

01 什么是“家庭病床”？

“家庭病床”服务，相当于家中有“小医院”，而且还能医保报销。家庭病床是以家庭作为医疗护理场所，将医院的病床服务延伸到家庭，解决了慢性病、老年病、家庭卧床患者、行动不便患者等就医的大难题，让病人在熟悉的环境中接受治疗和护理。我们的医生、护士及治疗师与患者约好治疗时间，定期上门服务。

02 家庭病床服务对象

诊断明确、病情稳定，符合住院指征，并经责任医师评估，适合在家庭或

长期居住场所进行检查、治疗、护理和康复的患者。家庭病床收治范围主要为长期卧床、行动不便，且符合以下情形之一的患者，即可列为家庭病床服务对象：

1. 脑血管意外瘫痪需进行康复治疗的；
2. 长期卧床并发呼吸、泌尿、消化等系统感染或压力性损伤；
3. 需要长期吸氧或者使用无创呼吸机的严重慢性肺部疾病（含慢性阻塞性肺病、反复气胸等）；
4. 糖尿病足患者，糖尿病或其他疾病合并肢端坏疽；
5. 骨折牵引固定且长期卧床；
6. 处于疾病终末期需支持治疗的；
7. 符合住院指征的 65 岁及以上合并多种慢性病需规律治疗、到医院就诊确有困难的患者。

03 “家庭病床” 提供哪些服务呢？

1. **健康管理**：为家庭病床患者制定健康管理计划，开展健康教育与指导。



2. **健康监测**：对患者的体温、脉搏、血压、血糖等进行连续性健康监测。



3. 社区护理：伤口的换药、导尿及护理、插胃管及护理、压疮预防护理等。



4. 社区康复：针灸、推拿等中医服务项目；康复理疗、功能训练指导等。



5. **用药指导**：向家庭病床患者提供合理、安全用药方案以及相应的药品服务。



6. 检验检查

包括血常规、尿常规、大便常规、心电图、血糖、动态心电图、动态血压、生化、电解质等。必要时可到医疗机构完成。

三、家庭病床有哪些好处？

1.减轻家庭的经济负担

家庭病床的环境、设施主要由家庭提供，因而医疗费用大为节省，减轻了患者家庭的经济负担。

2.有利于疾病的康复

病人能在温馨的家中接受治疗，不受其它病人干扰，与亲人朝夕相处，共同度过患病的日子，饮食起居自由，消除住院的惧怕心理，能以最佳的心理状态接受治疗，对疾病的康复起到了积极作用。

3.为病人就医提供方便

对行动不便者，可同时提供医疗性和非医疗性的辅助服务。家庭病床使病人看病不出门，取药不排队，避免了一人治疗，全家跑医院的劳累。

4.为病人及家庭提供卫生知识

为病人提供医疗服务的同时，对病员和家属反复讲解该病的基本知识、病情转归及治疗中可能出现的反应，教会他们观察病情变化，护理方法和自救互救要领，指导改善生活环境、膳食结构和休息方式，提高了病人及家属健康卫生知识水平，满足了病人对健康知识的需求。

四、小结

2023 年国际作业治疗日的主题：携手社区，融合发展。随着中国老龄化越来越严峻，“家庭病床”服务在社区康复中也越来越重要。我们医生、护士、治疗师及社会工作者共同协助残疾者和患者选择、参与、应用有目的和意义的活动，以达到最大限度地恢复躯体、心理和社会方面的功能，增进健康，预防能力的丧失及残疾的发生，提高生活质量。

健康由“我”守护

张亚男

长春中医药大学附属第三临床医院

随着社会的发展，人们生活方式的改变及临床医学的突飞猛进，人类的疾病谱发生了明显改变，以及我国人口老龄化进程的加剧，老年人口慢性疾病患病率的升高，使得老年人口在康复问题日益突出，严重影响到老年人的自理能力与生命质量。由疾病、外伤、老年化等造成的功能障碍人群大量增加，社会康复需求迅猛增长，在此背景下康复已然成为全社会关注的热点与难题，使人们对康复服务要求发生了都很大变化。

近几年来，国家大力支持基层建立综合康复服务网络，服务残疾人和有各种功能障碍以致影响正常生活、学习和工作的慢性病人和老年人。社区康复作为构建基层综合医疗服务网络的重要环节之一，具有投入低、服务广、可操作性强、方便集成群众、持续康复效果好的特点，是普及康复服务的一种很好的形式，也是基层医疗最终发展的趋势。为了保障服务群体的健康问题，构建综合医院-康复医院-社区康复的康复医疗服务体系，服务病人、服务健康，于政府、社会、老人、年轻人都“多多益善”的医疗服务模式，实现功能障碍群体对身体健康的关注，对健康长寿的期盼，对生活质量的追求，最终达到康复的目的。

社区康复服务基本会建立以家庭为基础、构建为支撑，社会化、综合性、开放性的社区康复服务体系。为了更好的服务康复群体，打通医疗康复服务最后一公里，真正实现“小病不出乡，大病不出县，康复在基层”的美好愿景，需要实现医疗资源的整合、专业人才和优质服务等，为功能障碍者提供高效、全面的康复医疗服务，提高他们的生命质量，实现康复的目标。

医疗资源整合：

通过分层级、分阶段的康复医疗服务体系的建立，对现有的医疗资源进行整合，提高资源的利用效率，保障医疗服务的质量。促进分级诊疗制度的落实，优化各个医疗机构的资源状况，提高医疗服务的效率与质量。加强康复医院的建设，并鼓励社会资本对社区康复事业的投入，注重各类康复护理、临终关怀等服务机构的建设，增加社区护理服务、康复设施等配置力度，使各类功能障碍者的康复需求不断得到满足，实现了“病来医治，平时照护”的功能创新。

专业人才：

是社区康复发展的必要支撑。在社区康复服务体系建设中，增加专业康复人才的数量，重视对康复医疗各级专业人员的教育与培养。康复群体因为心理、病理、社会和环境因素的作用导致其功能康复复杂和过程持续时间长，需要多学科团队的成员整合来制定和调整有效的符合个人需求的康复方案来完成。通过专业化的医生、康复治疗、护理等专业人员实现医疗保障；建立完善的社区医疗保障体系，提升康复服务群体的生命质量与健康水平。

优质服务：

为推进社区康复服务质量，持续提升健康服务水平，适应新形势，提高患者的参与度及幸福指数，从专业康复、科学训练、职业指导等全面改善患者的生活质量。为了达到这个目标要改变和整合卫生保障服务体系，通过内在的医疗、康复、护理等专业服务；外在的丰富生活方式和内容，内外环境的改变使康复群体最大化调动自身的潜能，参与社会功能活动能力，从而提升社区康复服务质量。

社区康复服务模式是在健康中国战略下形成的一个以保障功能障碍者健康的康复服务模式，强调最大程度恢复障碍者的生活自理能力，提高生活质量，减轻家庭的负担，进而降低社会的负担，是未来康复的新方向，最终达到“共建共享、全民健康”的目的。

反思三年间在社区家访中应用专业思维的前后变化

施晓畅

山东中医药大学 作业治疗教研室 讲师

30 年前，人类学家 Cheryl Mattingly 阐述了作业治疗师思维的独特性：作业治疗师可以在同一个治疗活动中，交替应用“把个体当作精密机器”的专业思维和“把个体当作鲜活生命”的专业思维 (Mattingly, 1993a; Mattingly, 1993b)。这样将功能恢复为本思维与作业活动为本思维双线并用的思维能力是作业治疗师所独有的。而在国内，作业治疗师普遍意识到在医院系统里应用作业活动为本的专业思维存在困难，但离开医疗场景，进入社区工作就能少受功能恢复为本思维的影响，顺利成章地用上作业活动为本思维了么？作为一个提供过医疗服务，目前在社区服务领域工作的作业治疗师，我经历了功能恢复为本思维主导治疗，逐渐将其和作业活动为本思维交替应用，并较为熟练使用双线思维的过程。这些思维上的改变发生在每次的实践和反思中，值得探查。

本文旨在回溯我在 2017 年刚进入社区家访的服务经历和在 2020 年参与入户家访项目的服务经历。两段工作经历相隔三年，其背后代表着两种不同思维状态的特点。本文希望提醒国内作业治疗师在社区家访服务中需意识到自身专业思维应用的现状，逐步调整双线并用的比例，扩展思考空间，提升专业思维能力，以满足不同服务场景、特指社区场景下的服务需求。

第一段经历：转变医务工作者的身份开始做家访

2017 年 8 月，我刚离开医院的工作岗位，开始做私立机构的家访工作。接待的一位婆婆是我在医院时的家访对象。她中风半年余，家人希望可以身体恢复得再快些，于是希望我能够到她家做居家治疗。记得有一次家访过程大致是这样的：

我在入户之后开始观察婆婆和她家中最近的变化，婆婆感觉有点疲惫不太有精神。我跟她丈夫寒暄之后，坐下来跟坐在轮椅上的婆婆聊天。我们互相抓住了对方的手，开始拉家常，聊聊最近的近况。内容包括最近的身体恢复、情绪波动和睡眠状况。她有些着急，想让我看看她的手恢复得如何。发现这一点后我便转移话题，一遍继续拉家常（询问她身体使用的状况），一边摸摸她患侧的上下肢和躯干。在检查关节活动度和肌张力的同时，要求婆婆再自己活动一下，查看自主运动状况。婆婆表示感觉手脚还使不上力，身体活动也不太灵活。于是，我便询问她是否能够自己从平躺的位置转身坐起来。她说不太好，有时可以有时不行。我们就转换座位，到了婆婆的床铺上，请她尝试演示这个姿势转移的过程。通过演示，我发现：

1 转移技能不足：婆婆不知把脚放在床边更容易把上半身竖直，并坐起来；2 在躯干和上肢力量不足的前提下，协调技能也不足：婆婆不太会把两方面的力量结合起来，使用手撑住床沿辅助上半身竖直起来。所以解决这个姿势转移的困难有了提升肌肉力量及表现和完善转移技能这 2 个方向。接下来的时间里，我花了 1/3 的时间示范和指导婆婆以及她丈夫，令他们理解如何躺-坐转移更省力和安全；其次我花了 1/3 的时间，引导婆婆通过转换轮椅推行的方式加强四肢和身体协调运动的意识和技能；其三，我还花了最后 1/3 的时间示范、演示并教会了家人一些特定肌肉力量的训练。在这些示范、演示和指导的过程中，我一边按照自己的设想去做，也一边观察他们会不会接受这些干预介入。他们一些时候说指导很好，也能够平常生活里用到；而另一些时候他们不做反应。当他们没有反应的时候，我便停下来，进行一段单纯的对话，尝试去理解：他们不接受到底是为了什么？是时间、精力/体力、生活习惯、物理性环境么？在这样一次的家访过程中，我使用了大部分时间去做实际的操作，一小部分的时间只是在沟通。如果没有遇到不接受的情况，沟通的特定时间基本只会位于治疗流程一开始及快要结束的时间段。

从以上的描述中可以看出：2017 年是，我做家访是以功能恢复思维为主、作业活动思维为次的。有四个方面可以表现这样的主次的关系：一、我的思考空间从被既定的治疗流程所占据；二、我与家访对象相处的模式是单一、相对权威的状态的；三、家访对象的视角和立场是只会跟我表达身体不适和困难并且被动接受治疗建议；四、我应用双线思维的状态不流畅、需额外留心

一、我的思考空间从被既定的治疗流程所占据

在家访的大部分的时间里，我都跟随自己脑海中预设的流程进行治疗。流程并不是不能改变，但主体框架存在。我主要的治疗目的是提升身体功能（比如，躯干和上肢力量）以及独立生活技能（比如，独立完成床位转移）这两方面；同时，这两方面的提升是为了家访对象可以更独立地完成自理性的生活任务。关注点集中在居家生活中每日必须要做到的、满足基本生活要求的事情（比如：完成各种界面之间的转移）里。在这个范畴之外，跟家访对象生活相关的其他因素比如认知、心理、家庭、社会资源等等考虑得很少。我在其中也留意到了家访对象及其家人的情绪状况、他们对治疗的接受程度，但聚焦在有关治疗任务是否接受的情绪识别上。我并未真正地从作业活动为本的角度理解他们目前生活的经历，那些感受、思考以及背后的决定。

二、我与家访对象相处的模式是单一、相对权威的状态的

我几乎将所有的注意力都集中在家访对象本人身上，或者进一步地说，是集中在和家访

对象互动中我如何按照自己分析的思路一步步去实施的事情上。家访对象更像我实施过程中可被提升的变量，家人则被我视为随时可以出现，并能够有效给予变量辅助的治疗助手，起到：1) 完成经过评估设计而来的治疗内容和策略；2) 安排并监督把治疗性活动放入生活作息里，这两点的作用。治疗内容、进程和策略的判断和把握，权力依然攥在我手中。这样的权力关系令家访的互动模式偏差，与医院场景的互动模式差不多。是治疗师为主，凭借对功能问题和生活困难的理解进行识别、分析和解决。

三、家访对象及其家人的视角和立场是只会跟我表达身体不适和困难并且被动接受治疗建议

在当时，工作的视角和立场也影响了家访对象及其家人对治疗师的期待。他们期待每次家访是一次训练成果的验证，训练任务的加强，这就决定了他们会跟我表达身体不适和困难，显露因运动困难而没办法做到的照顾自己的事情。作业活动为本的思维应该带我去的更广泛全面的领域被废用了，我看不懂、看不全一位经历中风遭遇的婆婆利用过去以及面向未来可能需要考虑的种种因素，也忽视了家庭、社会资源等支持性环境因素。

四、我应用双线思维的状态不流畅、需额外留心

功能恢复为本的专业思维使得我思考得很快：从一个观察可以看出很多有关身体功能和独立生活技能的不足。这些不足又立刻引发了一系列进一步探察、引导、示范等操作。在功能恢复为本的专业思维的逻辑链条中一环衔接一环，没有停顿。如果我需要启动作业活动为本的思维，就需要让自己停下来，从操作切换到单纯沟通模式，才可以从单纯的沟通中进行基于作业活动的思考。如描述所言，我以既定的治疗流程和思路为主，如果没有对方不接受之类的外力出现，就比较难觉察出要用作业活动为本专业思维的时机。

第二段经历：以治疗师志愿者的身份做家访

2020 年 12 月，我作为治疗师志愿者的身份参与了当时项目中的家访活动，去查看几位家属的家庭情况。这是社区志愿者和社工伙伴邀请我加入的活动。他们希望通过不同专业背景的志愿者参与家访，找到社区工作的新模式。所以，我们既是希望借此来更深的理解被服务家庭，也希望借此查看家庭成员间互相赋能的策略，以便应用到其他家属赋能的服务中。记得有一次家访过程大致是这样的：

我与两位志愿者伙伴一同上门家访。我们事先了解了家访对象的情况：这是一户中年家庭。先生被诊断为血管性认知症，妻子发现他变得越发难相处，就希望我们上门可以解决一些问题。在家访前 2 个小时，我们完成了家访对象讨论，预判了家访过程并进行了分工。我

主要负责观察家访对象与疾病相关的情况，并不是沟通的主力。

入户之后不到半个小时，先生突然从沙发上跳起来。他暴躁起来，骂人不停。要我们离开他家，不然对我们不客气或者直接报警。场面骤然紧张起来，我的伙伴都呆住了，不知如何应答。他的妻子也没说话。而我当时觉得，他这样骂人应该是情绪控制的问题。于是我就上前跟他道歉，说我们确实是他妻子请来的，但是可能没经过他的允许，也算我们冒犯。先生定了一定，然后开始反复说家访对于女性是多么不安全的事。他滔滔不绝，提了很多他年轻时候遇到的恶性事件，又表示自己是个好人，但是保不齐会做什么事。我坐在他对面的椅子上，不断附和和致谢。感谢他在这样的场合下愿意说那么多自己的故事，还能从我们的角度去思考怎样对志愿者家访好。这样反反复复大概过了 45 分钟，先生感觉自己说得不错，讲的故事终于有人愿意听，情绪就慢慢平息下来。通过这样的互动过程，我大体可以理解这位先生的整体状况，在心中建立他的人物画像：过往教育社会经历、家庭关系和动态、近期疾病带来的障碍特性。突发的状况变成了一次更深入理解家访对象情况的机会。

家访结束后，我感觉一定要跟他妻子单独沟通，于是找了个聊天机会。在家人表达，她苦于自己无法被理解。认知症带来的认知情绪行为的问题对她及其家人来说都是新的挑战，其他家人无法理解她所说的状况，而她的不适和无助被忽视了。我还告诉妻子了情绪控制和血管性认知症之间的关系。这些关于情况识别和治疗的阐述令妻子整个人有点亮和放松的感觉。她说自己真的很需要被家里人理解，但是目前做不到。不过有我们来，她也感觉好一些。另一方面，她也说了刚才我跟她先生说话时的观察。看着我怎么过招，感觉学会了一些实用的沟通技巧。虽然自己平常做的方向或许正确，但比较下来感觉还有进步空间。听这位妻子在短短的沟通中有这样的转变，我也看出她是位内心坚定，做事有条理，善于学习的人。如果得到一点点持续性的技术和情感上的支持，她就能够调动自己的优势做得更好。在这个过程中，我把注意力从刚刚家访对象本人的身上转向了家访对象核心照顾者的身上。她变成了家访任务需要帮助的对象。

从以上的描述中可以看出：2020 年时，我做家访是以作业活动思维为主、功能障碍思维为次的。有四个方面可以表现这样的主次的关系：一、我的思考空间可以大部分放空，来接纳家访对象及家庭的生活动态；二、我与家访对象相处的模式是多变、相对平等的状态；三、家访对象的视角和立场变得勇于表达更多想法并且主动担起关键作用；四、双线思维交替相对流畅、无需刻意留心

一、我的思考空间可以大部分放空，来接纳家访对象及家庭的生活动态

凭借作业活动视角，我更全面地看到社会、心理、经济和疾病等多因素缠绕下的生活活动

态。虽然某些疾病的特性会非常影响家访对象生活面貌，但认知症家庭所遇到复杂多样的照顾困境。而相对应的，我需要拿出各种各样、医疗的非医疗的干预策略才能有效的应对和解决困难。同时，作业活动为本的思维里包含了很多应答、应变和解决问题的思维空间，这些令我意识到家访的过程是极富变化的，也可以在实际过程中在某些时刻毫不犹豫地放弃自己功能恢复为本的专业思维而去处理当下正发生的问题。放入思考里的不仅有疾病带来的功能缺失、生活困难和参与障碍，也有不同人士之间的互动、各人情绪的流动和冲突，还有没时间标定又实际存在的问题。看到有问题，找准机会就尝试去探查、解决。

二、与家访对象相处的模式是多变、相对平等的状态

作业活动为本的思维带给我宽泛而弹性的专业角色认定。在上述的家访场景里，我的出现并不是来做治疗的，而是带着志愿者的身份来做观察和支持的。如上文描述，如果遇到自感需要起作用的情况，也可以随时转换身份来承担家访互动的主力。互动的深浅、进退需要根据情况而定，并不固执于一个角色或者主次身份。总体来说，我并没那么在意所谓的“专业身份”，而是着眼于需要面对以及如何更好地解决问题。家访内容、进程和策略的判断和把握顺应事情的发展，而决定这些要素的权力由参与事情的多方所决定。

三、家访对象及其家人的视角和立场变得勇于表达更多想法并且主动担起关键作用

作业活动为本的思维通过调整了家访的互动模式，扁平化了以我为主的立场，达到了多方参与度提升的效果。当作业活动为本的思维带动起了这样的家访氛围，我便能感受到更多来自他人的能量：他们确实是有一定解决问题的能力，只是在有些方面做得还不够。我既需要贡献自己，也可以仰仗周围人的生活见识和技能。想通这些，我变得更为放松，也可以更容易接纳各种情况。家访对象能感到这样开放的态度，发现自己拥有这样的机会。他们便可以安心说由衷的话和做想做的事。在这样的立场下，家访对象可以勇于发布自己的想法和见解，他们也可能在某一时刻起到关键作用，带动整个家访的发展。这一方面，这有助于我更全面地理解家访对象和家庭的现实状况。另外一方面，多方参与也有助于形成“大家一起努力解决问题”的合作意识，集思广益。找到更好的解决问题的方法，推动家庭去改善生活。

四、双线思维交替相对流畅、无需刻意留心

我的思考空间可以大部分放空，使得家访过程顺着参与多方的互动情况而发生发展。但当遇到跟疾病相关的问题无法解决时，我就会将思维转换到功能恢复为本的专业思维。就这个相对难且深的问题做一个系统性的分析和处理。比如上述家访中，理解和应对那位先生的

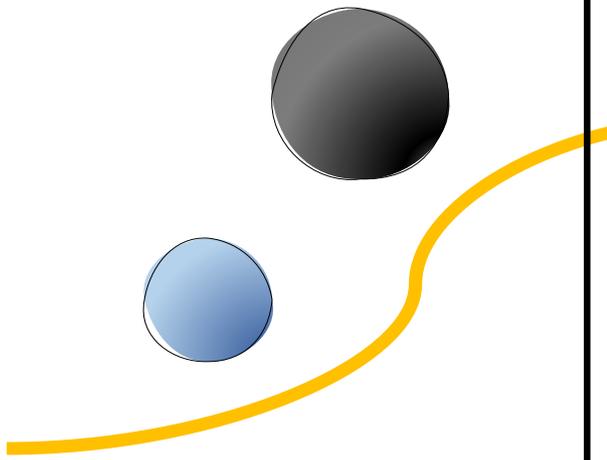
情绪失控的状况。当问题有所解决时，我又会转换回作业活动为本的思维指导下的行动模式，继续顺应事情的发展。等到下一个跟疾病相关的问题出现，我再会使用功能恢复为本的专业思维去采取行动，比如，跟那位妻子讲解情绪控制和血管性认知症之间的关系。她理解了，一个问题就解决了。功能恢复为本的专业思维的好处就是擅长解决这样的困难：对普通人来说难度高但处理过后就会变好的那个类型。因此，我处于功能恢复为本的专业思维指导下的时间并不用很久，很快，就可以回到作业活动为本的思维指导的状态。两种思维交替相对比较流畅，因为跟疾病相关的问题是明显出现的，我便不会漏掉使用功能恢复为本的专业思维去解决这些问题。只要养成思维习惯，解决完疾病相关的问题之后要回到作业活动为本的思维。思维交替便无需刻意留心，省下好多脑力和精力，可以更投入参与多方的互动中。

总结以上经历描述和简要分析，我认为：

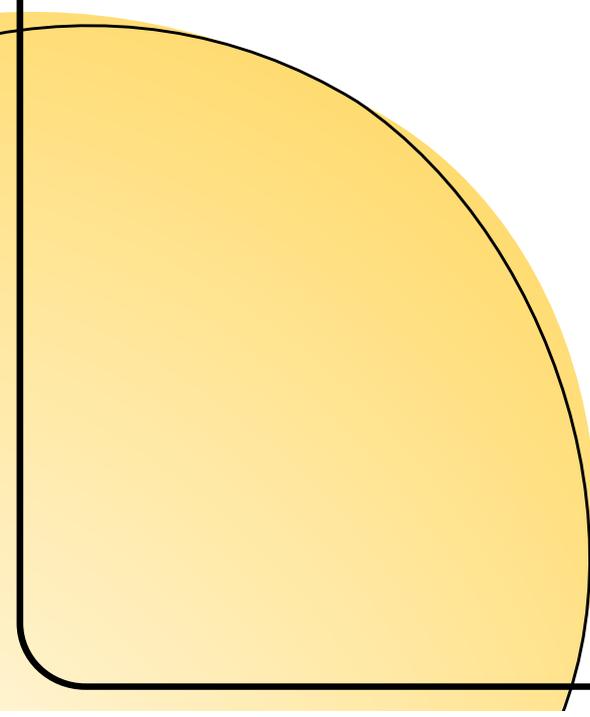
1. 意识到作业治疗专业思维双线并用的独特性以及自身专业思维应用的现状，并扩展作业活动为本思维的空间，提升专业思维能力，是国内作业治疗师在社区提供服务的开始，是作业治疗服务质量提升的考量，是专业从医疗服务转型到社区服务的必然。
2. 在功能恢复为本和作业活动为本的两种专业思维并用之下，作业治疗师可以在社区家访服务中较为熟练地思考做什么、怎么做，并对社区家访的服务定位发生了颠覆性的思维转变。
3. 当服务定位转变后，作业治疗师可以新增许多遵循作业活动为本的专业思维、同时不太常用于医疗服务中但常用于在社区服务中的实践技巧，比如释权、支持、建立合作共赢关系、促进多方投入、一起解决问题等等。而拥有这些实践技巧是作业治疗师能够在社区服务体系内生存和发展的必要过程。

参考文献

- Mattingly, C. (1993a). Occupational therapy as a two-body practice: The body as machine. In C. Mattingly & M. H. Fleming (Eds.), *Professional reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice* (pp. 37–63). F. A. Davis.
- Mattingly, C. (1993b). Occupational therapy as a two-body practice: The lived body. In C. Mattingly & M. H. Fleming (Eds.), *Professional reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice* (pp. 64–93). F. A. Davis.



社区共融 - 台湾经验



台湾长期照顾发展介绍

简盟家 张瑞昆

高雄长庚纪念医院复健科职能治疗

一、台湾长期照顾推动的脉络

随着老年人口的增加，台湾已进入高龄化社会。由于医疗技术的进步，民众平均寿命也逐渐增加许多；高龄者所面对与老化症候群相关的健康问题必然日趋严重，这伴随而来的是高龄长者需长期依赖他人而无法独立生活，显然长期照顾的需求也势必增加。

台湾长期照顾相关政策发展起始于 1980 年代。最初是由民间志愿服务单位与家属间的力量提供长期照顾等服务。卫生福利部于 1980 年所公布实施的「老人福利法」及「残障福利法」为最早台湾提及有关长期照顾的相关政策；此纲领提到政府视需要或鼓励民间单位设立扶养、疗养、休养及服务老人福利机构及设立各类残障福利机构，最主要为保障老人权益、增进老人福利并延缓失能状况。1998 年为政府最活跃积极的一年，此期开始推动「长期照顾三年计划」，并强调以发展居家及社区式照护为主、机构式照护为辅；目的为使无法自我照顾能力的老人能于家庭或就近的社区中得到适当照顾。

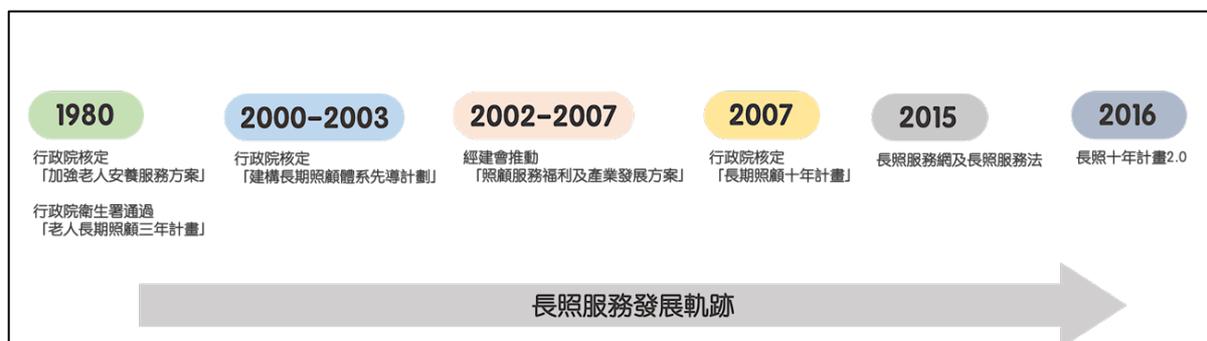
2000 年行政院核定「建构长期照顾体系先导计划」，该计划以「在地老化」为主要目标；此时期计划建构许多居家、社区长照资源，并推动居家护理、居家照顾、居家复健、居家无障碍设置改善设备、喘息服务、紧急救援系统、日间照顾中心等服务计划。

2002 年行政院办理「照顾服务福利及产业发展方案」可说是长期十年计划的基础，该方案整合卫生与社政单位，首次针对非中低收入户失能老人与身障者提供居家各项服务，并推动民间机构设立老人住宅；同时 2004 年成立「长期照顾制度规划小组」作为计划与执行长期照顾服务重要规划。

2007 年在长期照顾制度规划小组的规划下，行政院终核定「长期照顾十年计划」；该计划目标为：「建构完整之长期照顾体系，保障身心功能障碍者能获得适切的服务，增进独立生活能力，提升生活品质，以维持尊严与自主」。该计划服务对象为日常生活活动能力需他人协助者为主。服务内容包含照顾服务、居家照顾等及长期照顾机构服务等八大项目；此时期初始阶段可称为「长期照顾十年计划 1.0」阶段。

2015 年社会福利推动委员会，推动「长期照护服务法」并建立服务网拓展长期照顾。

2016 年政府拓展并实施「长期照顾十年计划 2.0」。该项计划，除了延续长照十年计划之服务对象以外，也扩大服务对象、项目及整体计划之间串连便利性；同年，行政院通过“长期照顾保险法”草案，此草案主要针对长期照顾制度完整及持续推行，建立一套妥善机制，以筹措充足财源支应，并以社会保险概念推动。



▲ 图一：台湾长期照顾服务发展轨迹

二、长期照顾十年计划 1.0 到 2.0

长期照顾是指提供长期无法自理的病患，各式各样医疗与非医疗的服务，可以在家里、社区、护理之家或是长照中心等地点执行。各年龄层都可能长照的需求，但大多是老年人，也因此长照议题经常和高龄化社会的议题一起讨论。

(1) 长期照顾十年计划 1.0

计划 1.0 于 2007 年开始试办，此时期计划建构许多居家、社区长照资源，并主要以「在地老化」、「发展及普及长照资源」为主要目标。

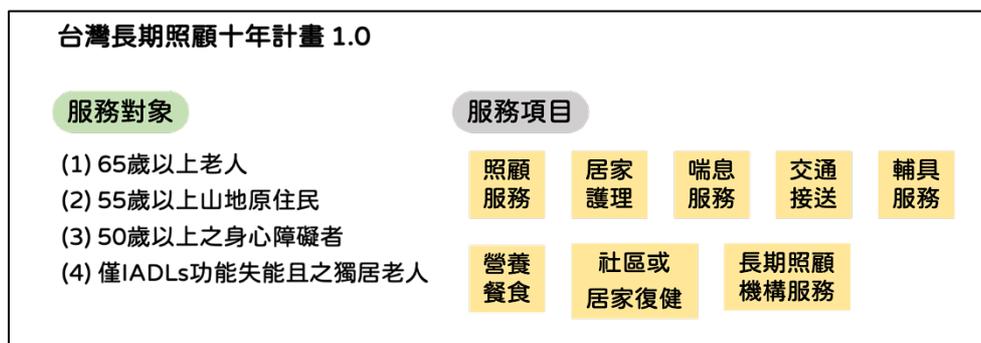
- 服务对象包含下列 4 类失能者：

- (1) 65 岁以上老人
- (2) 55 岁以上山地原住民
- (3) 50 岁以上之身心障碍者
- (4) 仅工具性日常生活活动 (IADLs) 功能失能且独居之老人

- 服务内容包含下列 8 大项目：

- (1) 照顾服务：居家服务、日间照顾、家庭托顾。
- (2) 居家护理：伤口护理、一般身体检查、鼻胃管及导尿管更换等基本护理指导。
- (3) 社区及居家复健：提供社区性、居家性运动或活动。

- (4) 喘息服务：提供居家、机构、社区喘息服务。
- (5) 交通接送：服务对象于家中至机构或医疗院所间转换接送。
- (6) 辅具服务：提供辅具购买补助、租借及无障碍环境改善。
- (7) 营养餐食：提供营养餐食准备。
- (8) 长期照顾机构服务。



▲ 图二：长期照顾十年计划 1.0

(2) 长期照顾十年计划 2.0

计划 2.0 于 2016 年开始推动，此时期除了延续计划 1.0 的模式外，还拓展服务对象、服务项目、服务单位挂牌及核销规定松绑；且整合长照社区资源现况，新增「ABC 社区整体照顾模式」，将所有服务串连衔接，以期达到高龄社会健康照护政策生理、心理及社会面向的「最适化」之内涵。

- 服务对象除了延续计划 1.0 另增加四类：

- (1) 50 岁以上失智症患者
- (2) 55 岁以上失能平地原住民
- (3) 49 岁以下失能身心障碍者
- (4) 65 岁以上衰弱者

- 服务内容包含计划 1.0 八大项目并增加：

- (1) 失智照顾：提供失智症患者照顾中心
- (2) 原民社区整合：针对资源不足之偏远及原民地区，布建长照资源
- (3) 小规模多机能：提供日间照顾服务、居家服务及临时住宿服务等多元服务
- (4) 社区预防照顾：提供社区照顾服务
- (5) 预防及延缓失能
- (6) 延伸出院准备
- (7) 居家医疗

- ABC 社区整体照顾模式，整合了整体的长期照顾服务系统串连：

(1) A 级 - 社区整合型服务中心

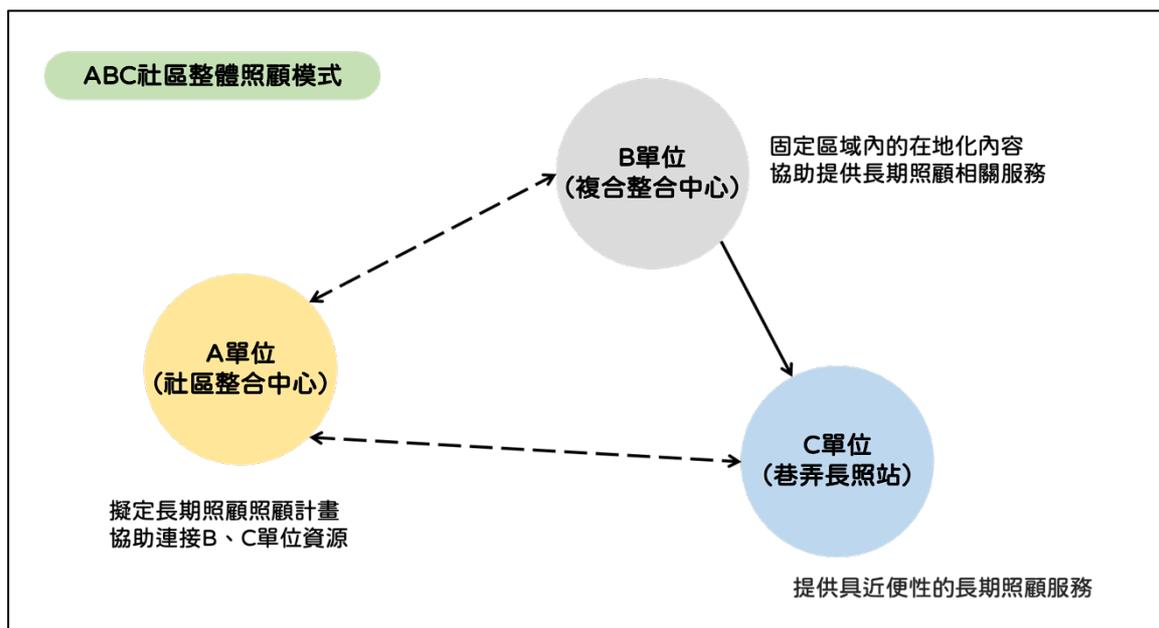
主要由照管专员拟定之照顾计划，协助服务使用者协调及连结长照资源，落实照顾计划，并可有效与区域内 B 级与 C 级单位协调合作。A 级单位除提供既有居家服务、日间照顾服务外，另扩充办理营养餐饮、居家护理、居家/社区复健、喘息 服务或辅具服务等至少一项服务，另视服务对象需求衔接居家医疗照护

(2) B 级 - 复合型服务中心

于固定区域内提供在地化长期照顾服务，目前已在社区提供相关长期照顾服务之单位，除提供既有服务外，扩充功能优先复合提供居家服务、日间照顾服务，或提供社政 及卫政长照服务，提升社区服务量能，增加民众获得多元服务。亦积极将服务延伸至 C 级巷弄长照站，增加民众多元服务，且充分运用在地社区志工，强化提供单位照顾量。

(3) C 级 - 巷弄长照站

落实在地老化之目标，提供民众具有近便性的服务，提升服务输送之可获得性。



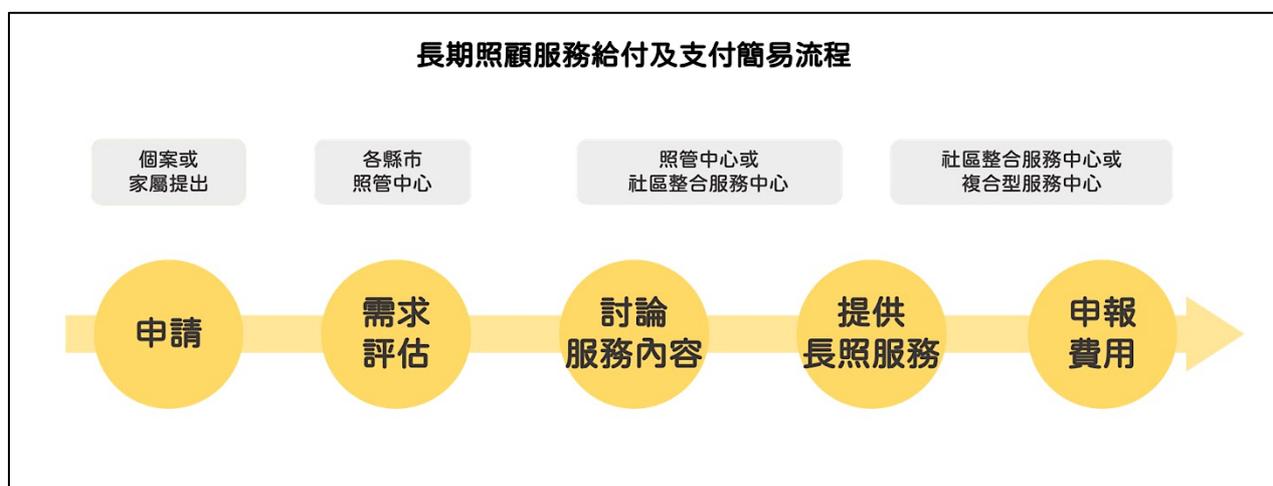
▲图三：长期照顾十年计划 2.0 - ABC 社区整体照顾模式

表 1：长期照顾十年计划 1.0-2.0 之比较

项目	长照 1.0	长照 2.0
服务对象	<ul style="list-style-type: none"> - 65 岁以上老人 - 55 岁以上山地原住民 - 50 岁以上之身心障碍者 - 仅工具性日常生活活动功能 (IADLs) 失能且独居之老人 	<ul style="list-style-type: none"> - 延续计划 1.0 另增加以下四类 - 50 岁以上失智症患者 - 55 岁以上失能平地原住民 - 49 岁以下失能身心障碍者 - 65 岁以上衰弱者
服务内容	照顾服务、居家照顾、复健服务、喘息服务、交通接送、辅具服务、营养餐食、照顾机构服务	照顾服务、居家照顾、复健服务、喘息服务、交通接送、辅具服务、营养餐食、照顾机构服务、失智照顾、原民社区整合、小规模多机能、照顾者服务据点、社区预防照顾、预防及延缓失能、延伸出院准备、居家医疗
服务整合	县市照顾管理中心派案评估	ABC 社区整体照顾模式

三、长期照顾给付与支付方式

台湾自 2016 年推动「长期照顾十年计划 2.0」以来，由长照财资来源主要包含遗赠税、烟税、烟品健康福利捐、捐赠收入、基金孳息收入、其他收入（房地合一税）及政府预算拨充等，作为民众使用长照服务的给付。依据「长期照顾服务申请及给付办法」说明，符合长照条件之台湾民众，得依失能等级及失能程度状况补助给付。



▲ 图四：台湾长期照顾给付与支付方式简易流程图

- 补助内容：

- (1) 照顾及专业服务 (居家照顾、日间照顾、家庭托顾、专业服务、聘请护工)
- (2) 交通接送服务 (就医、复健、透析治疗之机构间来回接送)
- (3) 辅具及居家无障碍环境改善服务 (辅具购买补助、居家无障碍环境改善)
- (4) 家庭照顾者之喘息服务

表 2：补助额度 (新台币：元)：

服務項目	給付額度	一般戶	中、低收入戶
照顾及专业服务	依失能等级每月给付 10,200-36,180 元	政府补助 84% 民众负担 16%	政府补助 95% 民众负担 5%
交通接送服务	依失能等级及城乡距离 每月给付 1,680-2,400 元	政府补助 73% 民众负担 27%	政府补助 91% 民众负担 9%
辅具服务及 居家无障碍环境改善服务	每三年给付 40,000 元	政府补助 79% 民众负担 30%	政府补助 93% 民众负担 7%
家庭照顾者之喘息服务	依失能等级每月给付 32,340-48,510 元	政府补助 84% 民众负担 16%	政府补助 95% 民众负担 5%



▲图五：长期服务四大类

参考文献

- 卫生福利部·长期照顾司 (2016)。长期照顾十年计划 2.0 (核定本)。长期照顾，取自：
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69919-207.html>
- 卫生福利部·长期照顾司(2019)。长照基金之财务规划“以支定收”无破产之虞。长期照顾，
取自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-4252-49616-1.html>
- 全国法规资料库 (2023)。长期照顾服务申请给付办法。法务部全球资讯网，取自：
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0070059>
- 刘德容 (2016)。长照 2.0 到底是什么？服务对象扩大、服务项目更多的长照 2.0。爱长照，
取自 <https://www.iling-termcare.com/Article/Detail/668>
- 王卓圣、郑赞源 (2012)。台湾长期照顾制度之发展脉络与借鉴—历史制度论。社会科学学报，19，90-125。
- 黄龙冠,&杨培珊. (2021). 以长照 2.0 为基础回顾台湾长照政策发展与评析未来挑战. 福祉科技与服务管理学刊, 9(2), 212-236

携手社区融合发展

大心居家职能治疗所

职能治疗的角色在现今，已和当初一开始到医疗院所实习时的我们大相径庭，不论是发生在个案家中的居家复能、在街头巷弄中的 C 单位、失智据点等等，身为职能治疗师的我们，努力在社区中一起耕耘长辈的健康、促进每个人将自身的能力发挥至生活的各个层面中。我们相信，在参与的过程当中，不仅有助于个案的健康，还能促进整个社区的融合发展。

居家复能是一种长期照顾中重要的一环，强调在个案的家庭环境中提供照顾建议、治疗和谘询。它的目的是使患者能够恢复自我照顾的能力、促进独立性并提高生活质量，最终的目标便是，让个案重新参与到社会生活、找回自身生命的意义。因此，整合个案的家庭支持、照顾者的照顾技巧、其他社区环境资源等等，成为了一个尤为重要的议题。目前，各类型的医事人员、照顾专员、个案管理师、居家服务员等等，许多人投入在此领域当中，配合政府部门及医疗机构、社区组织的努力，共同解决社会问题和促进社区的健康和福祉。

不论在居家复能和社区团体中，身为治疗师的我们都扮演着关键的角色。除了提供专业的治疗、谘询、和训练外，也应协助建立密切的互助合作网，了解个案的需求和目标、制定个人化的治疗内容，并在社区中提供照顾者的支持和教育。每位社区的治疗师都在工作事务中一边努力的学习、一边为自己的岗位而骄傲。以大心团队的经验来说，已经有许多成功的居家复能案例。最近印象最深刻的是，有一位中风的叔叔本来对于复健已经万念俱灰、不再有信心，却因为女儿即将出嫁，在个管师的鼓励后，燃起重新学习如何使用辅具行走的动力，在我们的协助之下，个案在复能后传来自己拿着拐杖牵着女儿走红毯的影片，那一刻，我们在感动中确信居家与社区服务的价值。其实，我们也发现将治疗带入生活和社区中的方式往往都有更好的成果。比起单一的重复性训练，协助个案朝着他们的目标前进更能够让训练成果提升，我们尝试让个案意识到自己不只是一个病人，在别人的眼中，他们是生活在街坊中的邻居、是在公园一起聊天下棋的朋友、是可以帮忙照顾孙子的爷爷奶奶，在参与社区与家庭后，个案也更能够重新发现自己生命的价值。

成功的居家复能或社区团体经营，需要每一位参与伙伴的支持和合作。不论是医疗机构、社区组织或政府部门，我们应该共同携手合作，把个案带入家庭、带到社区促进融合发展，身为治疗师的我们，也很荣幸能够在其中扮演重要的角色，专业知识和资源整合是我们的一大利器，希望每一位伙伴继续努力携手向前，打造更健康和更和谐的社区。

治疗师到你家 急性后期照护居家模式介绍

卫广远 职能治疗师

天主教圣功医疗财团法人圣功医院复健科职能治疗师

随着老年人口增加，台湾已进入高龄化社会，伴随而来的是各种健康生活的挑战以及困境，各式各样的疾病很可能使人们日常生活功能独立产生困难，进而造成失能或是自我价值感低落，如何在专业复健治疗团队的协助和引导下重拾日常生活的主导权以及活动参与，更显得相当重要。

关于急性后期照护居家模式以及收案对象

卫生福利部中央健康保险署自民国 102 年起推动急性后期照护住院模式，并于民国 106 年加入居家模式以及日间照顾模式，同时纳入脑中风、创伤性脑外伤、脆弱骨折、衰弱高龄、烧烫伤以及心脏衰竭等疾病类型。建构急性后期照护模式与个案结案后之转衔系统，根据个案功能状况于治疗黄金期内给予积极性整合照护及复健治疗，进而提升个案生活独立能力，减少重复住院支出及医疗费用，降低家属及社会照顾负担，圣功医院目前提供脑中风、创伤性脑外伤、脆弱骨折以及衰弱高龄之住院模式，自民国 110 年 9 月起极力推展居家模式，提供多元的治疗方式让民众尽早回归日常生活。

诊断	收案对象	模式执行期间
脑中风	急性脑中风 30 或 40 天内	原则为 3 至 6 周，申请展延至多到 12 周
创伤性 脑外伤	因创伤性神经损伤造成失能且发病 60 天内	原则为 3 至 6 周，申请展延至多到 12 周
脆弱 骨折	髌关节、脊椎骨折、膝关节骨折或不稳定骨盆骨折而住院术后一个月内(包括内固定、半髌关节置换术及全髌关节置换术、膝关节置换术)，术后出现功能下降	原则为 1 至 2 周，申请展延至多到 3 周
衰弱 高龄	具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性肾脏病，因急性疾病入院(住院时间大于 72 小时)且治疗完成一个月内，仍具有功能下降状态	原则为 2 至 3 周，申请展延至多到 4 周
烧烫伤	1. 因烧烫伤造成之功能缺损 2. 伤口已逾两个月复原状况不良	原则为 3 个月，经申请展延一个月，至多 3 次可至 6 个月
心脏 衰竭	1. 心脏衰竭，因急性恶化而住院 2. 急性心肌梗塞合并心脏衰竭，因急性恶化而住院 经医疗团队评估可出院者	出院后 6 个月内整合门诊追踪 5 次

资料来源：卫生福利部中央健康保险署高屏业务组

治疗师团队到家中给予个案指导及建议

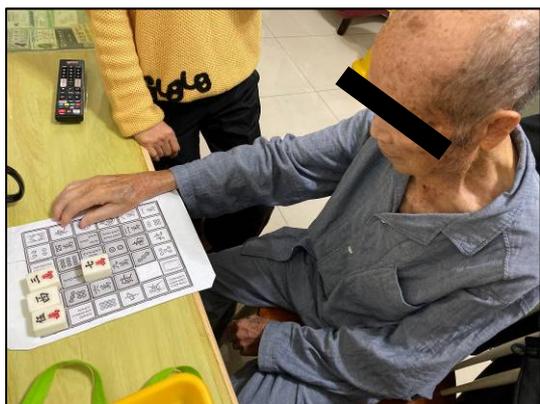
经由复健科医师初诊并评估适合接受急性后期照护居家模式后，治疗师团队会安排每周 1 至 6 次，每次 30 至 50 分钟的复健治疗介入，治疗师会携带简易的治疗器材或是利用家中现有的资源拟定多元化的治疗活动。居家和医院情境是大相迳庭的，在居家模式中治疗师会更加重视在家中或社区中的日常生活能力，与个案和家属共同讨论后决定未来的目标优先顺序，并且以人-活动-环境的介入模式(person-occupation-environment model, PEO)为个案设计最适合的治疗计划。

举例来说，吴奶奶中风之后就经常以一楼为起居空间，但他一直很想回到二楼的房间整理阳台的花草盆栽，治疗师便带着他进行上下楼梯的练习，并指导使用四脚拐与正确步态的步骤。黄爷爷右大腿骨折后在如厕时遇到穿脱裤子以及进出厕所的困境，在治疗师提供环境改造、辅具使用以及穿脱衣裤的活动练习后，现在上厕所已经不需要照顾者的陪同，可以完全自理了。

家中就是最棒的复健治疗室

陈大哥因为脑中风使得右半边的手脚动作控制不佳而且肌力不足，虽然可以在外籍看护的协助下使用四脚拐短距离行走，但日常生活活动还是需要依赖他人完成。透过职能治疗师 6 周的评估以及急性后期照护居家模式介入后，陈大哥可以自己使用汤匙及叉子完成三餐进食，并依照职能治疗师的示范和指导下练习穿脱衣裤，除了提升上肢动作协调性，也可以达成日常生活自理的目标；陈大哥也尝试遵循职能治疗师的居家活动建议，扶着楼梯的扶手在一楼二楼之间进行上下楼梯的练习，或是在客厅内来回行走，以增进下肢的肌力和耐力。

除了到医院或诊所复健科进行复健治疗，急性后期照护居家模式也是另外一种选择，可以透过会谈和加拿大职能表现评估(Canadian Occupational Performance Measure, COPM)针对个案想要改善的问题排列优先顺序，并实际在生活情境中执行日常生活活动介入，这是最有效且立即促进个案职能生活表现的方式。



职能治疗师利用生活化且具目的性的器材，搭配个案的休闲嗜好安排麻将宾果活动。个案在职能治疗师的指导及协助下，尝试上下楼梯回到熟悉的起居空间



个案在职能治疗师的指导及协助下，尝试上下楼梯回到熟悉的起居空间。



职能治疗师透过被动关节活动以及转移位卫教策略，鼓励个案下床提升活动量及生活自理表现。个案在职能治疗师的鼓励及协助下，以毛巾擦脸并进行拧干毛巾动作，促进自我照顾及清洁表现。



个案在职能治疗师的鼓励及协助下，以毛巾擦脸并进行拧干毛巾动作，促进自我照顾及清洁表现。

产业化结盟促进科技创新改善医养照顾和长期照护服务

吴珮菁职能治疗师

吾不私专业团队 · 创意总监

随着人口高龄化的趋势，照顾刚性需求也日益提高。在医疗照顾、长期照护和社区服务等领域，产业化结盟是一个至关重要的概念，旨在提供更高效、更可持续、更具规模化的服务，以满足不断增长的需求。职能治疗在医养照顾、长期照护和社区服务等领域的重要性也日益凸显，以下将更详细地探讨这些领域的产业化必要性：

医疗照护：

在医疗照护领域，产业化架构意味着整合各种医疗服务，包括医院、诊所、实验室、药物供应和保险等，以形成一个无缝的生态系统。职能治疗师在医疗照护中发挥关键作用，协助病患康复、恢复功能和独立性，特别是在中风、严重创伤和手术后的康复过程中。客制化康复计划：职能治疗师能够根据每位病患的状况和需求制定个性化的康复计划，以确保最佳的治疗结果。这种整合可以实现更好的病患流程管理，提高质量，降低成本。同时，这也鼓励了医学研究和科技创新，从而提供更好的病患照护。在产业化的框架下，医疗机构可以更好地管理人力资源，采用数据分析和人工智能等技术来提高效率。

长期照顾：

长期照顾是一个日益重要的领域，尤其是随着人口老龄化的加剧。职能治疗师可以协助长期照顾机构中的居民维持或改善其日常生活技能，例如自理能力、饮食能力和移动能力，从而提高他们的生活品质。预防和管理老年人的功能衰退：透过适当的运动、活动和康复计划，职能治疗可以帮助老年人预防功能衰退，减少跌倒风险。而产业化的方法可以帮助建立更具可负担性的长期照顾模型。这包括建立专业的照护机构，提供长期照顾的专业技能培训，并促进老年人的社会参与。同时，整合数据和技术，以跟踪病患的健康状况，提供个性化的护理方案，并确保质量和效率。

社区服务：

社区服务是关怀弱势社群、提供心理健康支持、教育和培训等方面的重要组成部分。职能治疗师在社区服务中可以提供心理健康支持、职业治疗和日常生活技能培训，帮助弱势社群的成员更好地适应生活。提高社区参与：透过职能治疗，人们可以更好地参与社区活动，促进

社区共融和互助。产业化的方法可促进社区服务的扩展和改进。这包括建立更强大的非营利和社区组织，提高其管理效率和专业度。同时，通过合作、共享资源和最佳实践的经验分享，可以实现更多的社会影响。

为了展示职能治疗师如何引领产业结盟促进资源的共享，台湾吾不私专业团队于 9 月 7 日在台北世贸展览馆所举办的台北国际照顾博览会盛大登场，台湾吾不私专业团队与台湾职能治疗学会、生活百货公司、生命礼仪公司等产学研单位联合以“Oops!我的生活自己馆(管)”为主题设展，更串联医材开发新创团队一同参展，以“人生旅站”为概念整合各方资源展出，分别展出远距生活优化系统服务与照护辅具、智慧医材搭配怀旧游戏之复健疗程、智能回馈轻量化活动力训练系统、AI 照护感知系统等创新智慧辅助等结合科技与长照的创新产品。

展馆亦设置主题性论坛，邀请成功大学创产所所长现场分享如何打造照顾产业生态系并建立共生社区照顾圈，以及吾不私团队首席顾问黄璠珣职能治疗师分享如何为自己规划以满足老后生活需求，吸引众多民众聆听、了解并体验团队所提供的产品与服务。将新创团队的产品更臻完善、推广到市场上，实质帮助你我的生活。

总之，产业化结盟在医养照顾、长期照护和社区服务等领域具有巨大潜力，可以提供更高效、更可持续和更具影响力的解决方案。这需要政府、医疗机构、社区组织和技术创新者之间的紧密合作，以确保所有人都能受益于这一产业转型。此外，应该重视病患的需求和尊重个体差异，以确保产业化不仅仅是为了效率，还能提供高品质的服务和支持。

台湾地区职能治疗于学校系统服务分享

李庆家

筑梦职治资深职能治疗师 · 屏东县/台南市特殊教育专业团队 职能治疗师

台湾职能治疗之发展，源于 1945 年，由精神疗养院开始，如：省立锡口疗养院和仁济医院，已有职能治疗之雏形。民国 1956 年，台大医院神经精神科开始指导病患手工艺和团康活动，成立「作业治疗部」。而后多家学校正式设立职能治疗系，更多医疗院所设立职能治疗部门

原职能治疗即粗分为生理、小儿、精神三大领域，其原本精神为全人观点于社区之角色受限台湾地区当下时空背景，无法充分发展与发挥，尔后台湾特殊教育与社会福利/服务专业开始发展，社区中职能治疗专业需求开始浮现，始有专业人员由各次专业领域进入非医事机构服务，1995 年专业人员开始进入学校系统服务。

随时代变迁，特殊教育从回归主流走到融合教育，教育零拒绝政策推行下，更多特殊需求学生要求进入一般学校教育环境中接受融合教育，此趋势下，为使特殊需求学生得到最适切的教育协助，学校系统中增加了许多相关专业人员资源，包含：教师助理员、社工、医师、治疗师等专业人员咨询或服务，校外资源也像是雨后春笋般地冒出，包含了家长团体、机构、协会等支持，融入不同专业协助，特殊需求学生即使在学校环境中，有机会提供相关的评估及专业服务。相关法令也逐一订定美国最早提及专业团队服务的「94-142 公法」，台湾地区专业人员依据有关的「特殊教育法」、「特殊教育法施行细则」、「特殊教育学校设立变更停办合并及人员编制标准」、「高级中等以下学校特殊教育班班级及专责单位设置与人员进用办法」...等，为了帮助特殊需求学生在学校可得到多元且合适的教育服务而订定的相关法规。其沿革也变得复杂。

1970 年代，美国初次提及专业团队服务至今，相关法令规定，需依学生需求给予适切服务，团队合作、专业整合变得极重要，整合资源提供服务达最大化效益，保障特殊需求学生受教权为首要考量，透过不同专业人员合作，借整合不同专业意见，讨论出如何给予学生最适切服务，然相关规定随着时代进步，专业分工细致化，现阶段的服务情形、相关人员参与程度等是否符合法令规范要求？规范中有哪些难以达成的目标？是否会因此影响服务的提供？都是值得深思的部分。

各个县市或是在不同特殊教育类型中相关专业服务的运作情形均不相同；针对特殊教育相关专业人员全面性、系统化的探讨仍然十分缺乏，故优先就有同质性的专业发展方面做为论述，并配合实务现况。

1995 年，最早进入学校系统的语言治疗师，国小启智班提供巡回辅导(罗钧令、杨国德，1999)。1997 年特殊教育修法，将专业团队纳入条文，续增加职能治疗师、临床心理师、物理治疗师、听力师...等专业人员入校提供协助。随后学校协助学生提出相关专业服务申请方式，相关专业人员聘雇的规则有所调整，近年来最大变化出现在人员的聘雇方式上，早期由教育局/处与医院或专业学会合作，改为统一签约聘雇相关专业人员到校服务(朱尹安，2011)。台北 101 学年度部分县市调整为学校自行寻觅治疗师签约，试行一年后修正为学校端提供合作治疗师名单，由听障教育资源中心和视障教育资源中心协助签约；无论制度如何调整，要寻觅到适合且有意愿协助之相关专业人员，一直是困扰学校行政人员的难题(李静宜，2012；杨俊威，2003；谢文文，2008)。治疗师沟通或合作达成共识提供最適切之服务是最终努力方向。

学校系统专业服务：

各县市服务现况大致上由影响因素来区分：于地方行政方面来看，各县市特殊教育专业团队服务实施办法与各县市专聘人力均不相同；治疗师组成可略分为专职社区、兼职社区、医疗院所兼职、无经验与研究生兼职。这两大因素大大影响职能治疗专业于学校系统的服务。

以下就服务阶段逐层论述：

一、事前预备：

治疗师应具有证照及修习特教三学分，最好能有临床经验尤其小儿/生理领域，具辅具领域尤佳。由于养成教育越来越少提到特教/社福/早疗，此部分与新高教师多国外学习缺乏台湾地区临床经验有关。早年职能治疗需要修社工或教育学分，故资深治疗师仅需更新部分专知就能接轨。

二、应征各县市专业团队：

各县市应募方式不同，需先依规定参加并参与行前训练以具备基本知识。

三、派案：

于学期初等待派案前可预先与合作学校商讨该学期服务方式。派案后立即与学校商讨服

务时段。

四、联系学校：

联系学校阶段变数甚多，每个年龄段学生在校时间不同，学校能允许治疗师到校时段限制也不相同。联系阶段应发挥职能治疗晤谈技巧取得更多学生需求讯息。如基本资料/健康历史/求学历史/家长学校老师学生需求...等，设法与学校达成服务时段共识与空间设备共识。例如：在学校凉亭服务体弱肢障学生十分不妥，环境不安全加上气温因素。这些都需要透过事先联系来处遇。另须注意业务承办老师与学生主责老师不一定相同都需要联系沟通了解。

五、网路系统排课：

治疗师应具备良好的电脑技能，完成排课与相关网路行政，店排课系统可以避免时段冲突。也可以预先确认服务对象最低限度资讯。

六、实际到校服务：

治疗师除专业能力外需具备交通车辆操作能力，由于学校分布广阔故需要长距离移动，每天几百公里十分正常。到校服务前应先联系学校主责老师，确认服务细节，依据讨论服务可分为下列形式：

甲、融合式入班服务(间接混和直接服务)：

该模式符合融合教育理念(治疗师应先修习)治疗师进入服务对象班级，观察案主实际生活学习，找出需要协助的关键点，建议最佳为融入日常生活与学习中。以学前为例：学生有握笔困难实际观察为精细动作迟缓，再观察班级教室空间设备同侪，经与班级老师沟通，询问案主意愿后。建议增加建构式积木、磁沙画版...类别教具操作机率：修正作业为范围内涂刷；居家建议则须与家长讨论减少 3C 使用时长，增加具体操作例如：拔草、捡石头...等适龄适性活动，且需符合案主意愿。如此才符合 CRC/CRPD。其中同时须与班级导师/偕同教师/实习教师/助理员/行政人员(含厨工)...建立关系，以利建议之采纳落实执行。国小段类似但分为集中式特教班、资源班、普通班。其融合式介入主轴相同但有高度区分。

I. 集中式特教班：

班级通常具备原班抽离空间，部分障别程度学生往往原班抽离(教育评估需求)若要融合服务治疗师须具备高度特教行政知能。例如：特教老师请治疗师协助肌肉萎缩个案建立沟通辅具使用技能以参与课程，治疗师需分析个案坐姿稳定/辅具摆位/手部动作/头部控制/眼部控制/认知状态...等，实地于课堂协助(注意应符

合特师教室经营管理原则)于课堂上与个案合作寻求合宜方式,于课间休息时段提供特师建议并讨论(应邀请个案参与)随课堂服务是必备技能,如直排轮课程能提供肢体动作/感觉统合评估的自然环境。若有需求应邀请其他专业参与如语言治疗师。

II. 资源班：资源班的融合服务有两形式

(1) 资源班融合入班：

较容易执行服务对象主要是案主与特师。案主于资源班抽离加强科目通常是案主需要加强的部分,与特师协同上课讨论有助于学生学习的改善,治疗师可参与课程的教学观察案主需要协助的部分。举例:国语文常发现案主有文字学习障碍、视知觉异常;数学常发现学生有数量/数列/数理...的认知异常,给予适当训练或是教学调整可以帮助案主学习。部分可能要结合医疗资源并请老师改变教学方式(代替)

(2) 原班级融合入班：

阻力较大难度较高,主要是普教教师不一定具备特教知能且为大班型教学难以个别化调整,治疗师入班要与多位教师建立关系且须与约 40 位学生建立关系,入班要不干扰教学实有困难。若能入班对普教教师与案主教容易支援,但为数更多的普教学生...若要普班入班或许需要更多资源才能好好执行。普班入班能获取自然情境/学生团体动力...等资讯,但碍于法规,若入普班极容易抵触法规。

III. 普通班：

部分案主未接受特教服务但有需求,由于安置于普班论述同上,唯入班可能导致案主被标签化,不可不慎。

乙、原班融合抽离：

常见于集中式特教班地垫区块,适合多数特教班案主,由于可配搭特教班行政,故可视为自然情境,环境也是个案主要生活情境,唯执行认知评估不易发现潜力(环境干扰),优点是可以快速沟通,例如:检视辅具发现压痕、辅具需要调整、专业角色释放。例如:职能治疗师请教为何这个孩子站立架调整过了,为何不能好好站着上课?常常检视发现,其他治疗师使用医疗本位,调整带有拉筋、耐力训练...等不符合特教需求的调整。特师考量学生观课需求,为了案主能好好上课,职能师采取舒适摆位(不违反学理原则),同时征得案主同意。特师往往回答:职能治疗师她现在可以好好站着上课参与课程,使用站立架不再哭泣!(这是学校是学习的地方)职能治疗师仍建议有复健需求请到医事单位。

丙、直接抽离：

不论班别，直接抽离到学校任一处所(如凉亭?)此时事先协调十分重要，若未能取得良好场所往往发生...在大演讲厅服务肢障轮椅生、在操场大太阳服务法洛氏/裘馨氏个案、且无任何协助无任何教具资源，即便自备没有桌子...在有协商装太多数能暂用空教室，但未必能取得空调。须注意学生身体状况。优势是能专注执行教育评估，弱势是难以了解学生自然情境。

丁、入班观察结合抽离：

不论班型自然随班观察，需要时抽离确认，为与学校熟悉或学校弹性较佳时的良好执行方式。能充分发挥职能治疗专业长处。如:带学生全校移动确认生活自理参与有无限制，对学校提出无障碍改善建议，建议调整学生课室集中于低楼层或无障碍设施旁。

戊、传统复健模式：

喂!治疗师自己去带学生!帮学生做复健!部分案主服务需求在学校系统早期的确是有复健服务，但时代转变仍有部分学校仍是这个需求。此模式缺点明显，由于时数稀少又缺乏专业设备环境，虽职能治疗师善于就地取材，多数案主每学期只剩一小时，服务上仍建议复健治疗应到医疗单位。

己、运动健身模式：

部分专业人员强调身体强健最重要，全数抽离走操场。或是对墙壁丢球，时有所闻。唯学生学校生活不只体育课，此作法专业上不建议。

七、服务结束行政：

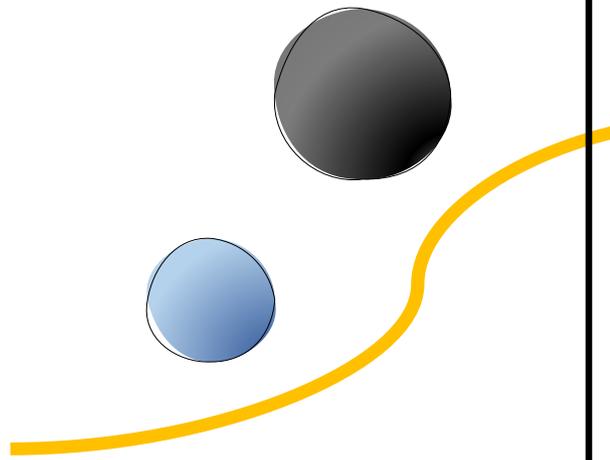
台湾地区特教服务行政表单繁复，积极填写每个个案约需 6 小时，单服务钟点平均 1 小时(2023 最新为 0.5 小时)治疗师具备快打能力也是必备。服务完成需填写:学生评估、学生结评、上课纪录、满意度...等。

八、义务服务：

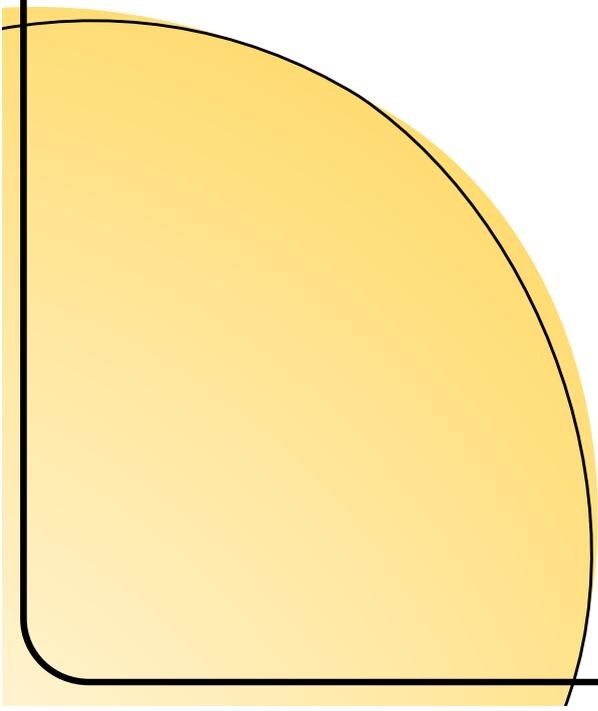
部分积极学校会在钟点内召开 IEP 会议，事先的沟通理解学生是必要的，最佳方式是无偿义务到校评估学生，才能提出具体建议。少数学校要求钟点外无偿参与，往往缺乏治疗师参与。积极特师会设法与治疗师建立联系方式咨询多数也是义务咨询。因此具备良好的晤谈技巧是十分重要的。

综上所述，职能治疗于学校系统(特殊教育学校另述)，若能正确发挥专业，能起到协助教学调整、环境调整、即时协助特师调整维修辅具、参与课程讨论、列席个别化教育计划会议/

特殊个案处遇(研讨)、反馈(建议)学校状态予医疗体系专业人员、提供家长/案主/专业团队成员专业咨询...等，期能协助案主学习职能得以正确发挥。了解案主需求代为发声/争取/沟通，提供专业服务结合教学/特教服务，案主的职能才能正确充分发会，也能体现职能治疗的专业价值，不限于医疗单位，而是全人全领域，欢迎加入学校职能专业服务。



专业分享



人工智能“携手”复健，病人重拾身体自主权，“掌”握复健黄金期

郑宪霖

台北医学大学附设医院复健医学部

机器人进驻医疗第一线，协助病人重启健康人生。人工智能(Artificial Intelligence, AI)与机器人学习(Machine Learning, ML)近年来蔚为显学，医疗产业更是智慧科技的前驱者，许多医院复健科也积极导入智慧复健科技仪器，以因应下一波高龄化社会的智慧医疗浪潮，提升整体复健医疗成效。

研究显示，中风后手指动作问题是最常见且持续最久的后遗症。手部动作在大脑的皮质区占很大部分，所以当掌管手部动作的皮质区受伤后，修复就需花更多时间，执行精细动作的手指功能恢复就会比较慢，而手部功能，对日常生活功能及品质极为重要，如吃饭、写字、穿衣、工具操作等，皆须大量地使用手部动作。根据神经具可塑性，受损大脑早期皮质会进行重新重组，手指动作已显示出可刺激大脑，我们在这时后提供高密度高强度频率的复健介入，可刺激神经突触再生，以达到缩小受损程度。

本院于 2019 引进“AMADEO 莫札特智能手部训练机器人”(图一)，借由强力磁铁将各手指附着在滑轨上，而且可以吻合各种的手型，病人根据电脑显示的指示内容，做出相对应动作，若未能达到完整的动作幅度，智能机器手会协助带动手指运动，因此，除了中风病人外，不论成人或儿童的脑性麻痺、神经损伤、肌腱损伤等所造成手部动作功能缺失患者都非常适合。相关的训练内容包括：

● 评估

第一次使用的病人，会先进行初步评估，包括：1. 关节活动度、2. 力量、3. 张力、4. 主/被动动作控制，了解病人能力后，治疗师再协助制定个别化训练内容。

● 动作训练

包括：手指同步或单独某手指执行动作，提供被动、主动-被动及完全主动的关节动作训练，在黄金复健期，透过高频率及足够强度的密集训练，可更有效进行大脑皮质重塑，达到较好的预后。即使慢性病患，参与手部训练机器人疗程后，手部功能亦有再进展成效(图二)。

● 感觉回馈

振动刺激可以活化大脑中的感觉皮质并且影响到运动皮质，机器手可提供手指振动觉回馈，间接降低过高的肌肉张力，进而帮助运动功能的恢复。

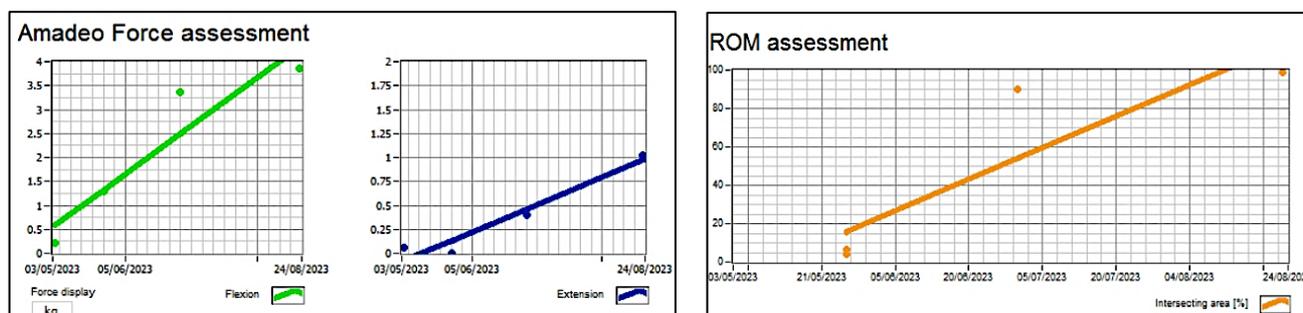
● 情境活动训练

有许多不同的情境游戏，让病人透过弯曲、伸直手指等动作，以操控车子闪避其他来车、移动篮子接掉下的苹果，及在指定时间内射击等，不但增加病人复健的动机，并借由立即性的视觉、听觉回馈，达到手指动作幅度、反应速度、协调性及手部肌力等的进步。

大脑神经具可塑性，透过高密度、高强度的手指复健活动，可以有效刺激大脑，让大脑进入重组状态，并让脑部受损神经周围的神经突触再生，减少大脑受损程度并让病人重新获得运动能力，越常使用，大脑神经连结越强，及早复健，越能刺激神经突触再生，得到更好的复健效果。



▲图一：AMADEO 莫札特智能手部训练机器人



▲图二：中风病人治疗成效

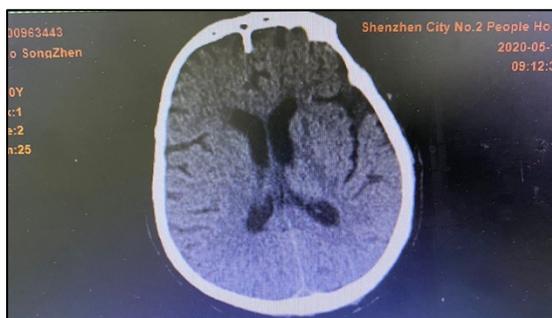
一例重症患者的短暂性居家康复探索性实例分享

李旭辉 · 吴舒语

随着全球老龄化的趋势，我国人口老龄化也越来越严重，老人们的健康和需求需要得到重视和提高，尤其是受疾病影响的老人。截至 2016 年，脑卒中是我国排名第一的致死性原因，WHO 调查显示我国脑卒中发病率居世界第一，有 70%~80% 病人遗留功能障碍，人群基数庞大，约有 10% 住院急性脑卒中病人需要重症监护。然而在医疗资源有限的情况下，病人需要长期在医不同院间不断的轮转，回家成了家人的奢望。那么，这种情况下有没有可能回家呢？答案是肯定的。在家属和作业治疗师等康复团队成员的共同努力下，实现了短时间的居家幸福生活。

1、简史及需求

郭叔，男，61 岁。从 2020 年到现在已经来我院入住六次了，并且多次在外地医院就诊两年余。首次发病是 2020 年 3 月突发呕吐，呈喷射状，呕吐胃内容物，伴有头晕，当时神志尚清，无肢体抽搐，二便失禁。既往有高血压 6 年余，不规律服药，对头孢唑肟过敏，表现为皮疹。专科评估四肢肌张力不高，未见自主运动，四肢 Brunnstrom 分期不配合，ADL 完全依赖，不能自理。经过评估和检查，最后诊断为脑血管病后遗症（双侧小脑、脑干出血）、高血压 3 级、肺部感染、气管切开后、双侧颈动脉斑块形成、电解质紊乱、尿路感染。双侧下肢动脉多发硬化斑块形成、慢呼吸衰竭、肺部感染、心律失常、房性早搏、室性早搏。在百年不遇的疫情和多家医院不停周转的影响下，郭叔和家属都希望能够试着回家住上一段时间（哪怕是过个周末），于是我们和家属一起探索这件事的可行性。



▲图 1 头颅 CT



▲图 2 肺部 CT

2、回家前准备

由于郭叔是多重疾病的重症患者，我们作了如下准备：①一个采光通风良好房间且具备消毒杀菌条件。②多功能床和制氧机、吸痰仪器、血氧分析仪等居家监测设备。③一名多年经验的 24 小时全职护工（具备基本护理能力）和老伴一起去照料他的日常起居。④配备康复团队随时咨询和居家康复服务。

3、风险的预防

根据美国神经重症监护学会的关于重症治疗方面的指南和现实情况，我们认识到重症患者回家具有一定风险的，我们要尽可能的预防以及做好相应的应急预案。首先在各类的监测下，如实记录下每天的生命体征情况、营养摄入情况、无菌护理创口、二便管理、痰液的性状、每天居家康复情况等等。其次，每周康复团队派康复人员进行康复检查及居家服务。最后，一旦发现异常，马上咨询康复团队成员或直接送往指定医院紧急处理。

4、居家康复指导

结合医疗专业居家仪器设备，我们还进行了如下居家康复指导。①护理技能培训；②合理营养配置；③如实记录指标；④居家康复服务；⑤每天线上汇；⑥亲情互动情况。



5、阶段性总结

通过郭叔回归家庭的实例，我们成功的探索了如何让重症患者从医院环境短时间内转移到居家环境，实现了患者回归家庭的愿望与家属享受了天伦之乐。截止目前有 3 次回家的经历，每次都有近一个月的时间。本案例的成功尝试后，我们更清晰地认识到我们在作业治疗服务方面可以在老年疾病居家康复贡献我们的专业技能和素养，同时期待能有相关的政策支持，使更多慢性病患者有机会回家，减少医疗资源的挤兑和能够在家里享有温度、有尊严的生活质量。

高龄长辈健康促进活动设计

卫广远 职能治疗师

天主教圣功医疗财团法人圣功医院复健科职能治疗师

职能活动对长辈的意义

职能活动，就是我们日常生活的每个环节，而每一个人认为的重要职能活动都不尽相同，所以在安排长辈的健康促进活动前，可以先和长辈会谈讨论，以利长辈后续进行活动的投入与参与。

一般职能活动可以分作自我照顾、工作及生产性活动和休闲娱乐，自我照顾大致上有进食、穿脱衣服、上厕所、社区内移动、家务管理等等；工作及生产性活动包含有薪资的工作、志工活动；而休闲娱乐原则上可以分作静态性和动态性娱乐，像是下棋、品茶、书籍阅读、健行、联系亲朋好友等等。职能治疗师可以透过问卷、会谈或是量表评估检视长辈在生活安排上是否取得平衡，除了生理身体上的健康，心理健康、生活品质 and 安适感也是值得留意的。

高龄者健康促进概念

成功老化是近代较具讨论性的议题，由于全球高龄化现象正在加速中，各国面对此现象无不审慎着手介入，如何健康、顺利且成功地老化便是重视的主题。而成功老化指的是长辈在生理功能维持良好且独立自己生活，心理方面适应良好，社会人际互动保持良好的家庭与社会关系。活跃老化则是更进一步，强调退休、患病或失能的长辈能持续参加任何日常生活的活动，可以延长健康年龄及提升生活品质。

台中后里的万秀洗衣店可说是活跃老化代表，万吉阿公和秀娥阿嬷两位长辈透过不同风格的穿搭，配上洗衣店的复古情境，营造出充满故事性和年轻化的氛围，成功塑造出老人时尚的概念。妇产科医师林经甫退休后，努力实践“成功老化三力”脑力、体力、社会力，他强调“绝对不要停止学习。维持运动习惯、走出家门参加社团、活动，维持良好人际关系，家庭和睦，这就是脑力、体力、社会力的成功老化三力。”

职能治疗师可以利用健康促进活动，提供长辈不同类型的情境和活动经验，促进长辈在生理、认知及社会人际互动的表现以维持健康，最重要的是健康促进活动能适用于所有的长辈，不论长辈是否有失能、退休或是患有疾病。举例来说，职能治疗师经常会以团体形式来

安排长辈的健康促进活动，社会人际活动、认知益智活动、手工艺活动或是体能活动都可以作为主题。除了团体活动，参与一般常见的日常职能活动也是提供长辈健康促进的机会，像是做家务、散步、读报、烹饪等等。重点在于符合长辈需求和兴趣、简单且容易执行的活动。

长辈健康促进活动设计

团体活动设计时，最重要的是活动目的设定，有了目的才能进而扩展和不同的素材或主题连结，订定出吸引长辈们参加的活动内容。活动进行的时间建议是 45 分钟至 1 小时，活动时间如果太长，长辈们的专注力、警醒度和体能状况无法有效维持，相反地若是时间太短，蜻蜓点水般地参加活动，便无法将活动目的和后续的回馈分享引导出来。至于活动器材，需要留意的就是长辈对于器材操作的安全性，如果有使用锋利的刀具时，必须要注意长辈们的操作情形，并且于活动结束后统计刀具数量是否正确。团体活动进行时，会有主要带领者和协同团体带领者负责，团体的流程和氛围会由团体带领者引导，而协同带领者在流程中协助长辈的活动参与，透过成员和带领者间的团体动力让大家能从活动中学习。

团体活动大致上可分成介绍、暖身活动、主要活动、分享回馈以及总结。暖身活动可以作为进入主要活动的前哨站，利用简单的小型活动提升长辈们的专注力和参与度，以利后续活动的进行。我认为整体活动最重要的环节在于分享回馈，透过长辈们手工艺团体或烹饪团体的作品呈现，引导他们阐述作品设计概念，分享活动过程中的感受、今天活动自觉艰困的部分、发现同侪良好表现等等，或是在体能团体或人际互动团体的活动中，是否有达到治疗师活动目的的要求，主要带领者要鼓励并诱导长辈进行分享，激发团体动力，让更多参与成员一同讨论。

因此，长辈的健康促进活动必须在活动前要有组织且妥善的安排规划，建议可以先了解长辈们的功能状态，后续可安排主题或系列性的团体活动，渐进地提升难度，使长辈们可以尽情投入于活动中，最重要的是在活动中达成健康促进目的，维持身体功能，提升生活品质。



透过彩绘油纸伞活动，不但融入在地文化，也能提升长辈的手眼协调与艺术创作能力。



利用团体活动安排，让长辈们与年轻族群一同参与有趣的主题活动。



动手又动脑，职能治疗师设计颜色配对与手脚位置的活动，让长辈玩得乐此不疲。



麻将也是一个可以设计多种主题的媒材，长辈们十分喜爱麻将宾果配对活动。

60 分钟漫游世界职业治疗网站

薛有志 博士

得克萨斯女子大学教授 · ysit@twu.edu

三十年前，我毕业于香港理工学院，拥有职业治疗专业文凭。毕业后，我在精神科医院和手部诊所工作，获得了宝贵的经验。为了继续深造，我踏上了从东方到西方的旅程，在得克萨斯州攻读了硕士和博士课程，然后成为一位教授。人生各有不同，以下是我在得克萨斯州的独特经验。让我们从东走到西方浏览与职业治疗有关的网站。

我发现香港职业治疗学会 (Hong Kong Occupational Therapy Association) 网站为专业发展提供了宝贵的资源，包括发展过程、特殊兴趣小组和学会出版物的信息。
<https://hkota.org.hk/home>

欧洲国家职业治疗师联合会 (The Council of Occupational Therapists for the European Countries) 网站提供各种主题的信息，例如会员最新信息、在不同国家工作须知、循证实践以及欧洲流离失所者的职业治疗特别兴趣小组。该网站还提供时事通讯，可以在“专业摘要 (Summary of the Profession)”选项下找到，每年发布四期，只能通过 Safari 或 Firefox 下载。值得注意的是，根据年度报告，英国和德国的职业治疗率最高，而丹麦每 10 万居民的比率最高。

<https://www.coteceurope.eu/>

皇家职业治疗学院 (The Royal College of Occupational Therapy) 网站提供一系列主题的宝贵资源和指导。这个平台涵盖了从技巧到一切关于如何管理精力水平和游戏生活窍门，为从疾病中恢复或管理长期健康状况的人们提供实用建议。此外，该网站还提供全面的供货商名录，方便有关人士大雨查询相关产品。此外，在英国，一些职业治疗教育可以通过学徒模式，其中来自职业治疗学校的成功申请人将获得在该机构担任技术人员可报销学费。
<https://www.rcot.co.uk>

美国职业治疗学会 (The American Occupational Therapy Association) 代表美国及其他地区超过 230,000 名职业治疗师、职业治疗助理和职业治疗学生，致力于推进职业治疗实践、教育和研究。根据 52 个州的职业治疗会员人数，每个州有 1 到 2 名代表。我是来自得克萨斯州的议会代表。该协会每三年在西海岸、中部和东海岸地区轮流举行会议。非会员可以在网站上免费访问职业治疗播客的录音。

<https://www.aota.org>

美国职业就业和工资统计以及职业治疗师的行业概况由美国劳工统计局提供。职业治疗师的地理概况也可以在此网站上找到。美国从业者的性别分布存在偏差，只有 16.8% 的职业治疗师是男性。这与香港特别行政区，近 50% 的职业治疗师是男性（当我毕业的时候）有很大差别。

<https://www.bls.gov/oes/current/oes291122.htm>

创始人网站上的百年纪念图片描绘了“国家职业治疗促进协会”（National Society for the Promotion of Occupational Therapy）成立会议于 1917 年在纽约克利夫顿斯普林斯的安慰之家举行。一些创始人是建筑师和艺术教师。职业治疗师的兴起是由于许多退伍军人在第一次世界大战和第二次世界大战后遭受的身体和精神疾病。值得注意的是，香港心理健康从业人员数量比美国的 5% 多出 50%，这是由于美国缺乏支金预算。

www.otcentennial.org/100-events/1917

“100 位影响力人物”网站致力于表彰职业治疗领域的先驱，以庆祝其百年诞辰。该网站包含这些影 100 年来响职业治疗人物的照片和传记。您可以像名人一样了解他们对我们专业的贡献。

www.otcentennial.org/100-influenceial-people

美国职业治疗学会的职业治疗教育认证委员会是正式认可为美国及其领土职业治疗师和职业治疗助理入门级教育项目的认证机构。学校目录列出了学位级别、机构类型、项目的联系信息、认证状态和认证期限，包括预计下一次现场评估的学年。根据该网站，项目认证的现场评估通常以 5 年或 7 年的间隔进行初始认证，而对于持续认证则每 5 年、7 年或 10 年进行一次。要查看通过远程教育提供部分课程的计划，请参阅入门级职业治疗课程和入门级职业治疗助理程序。不同学校的学费有所不同，私立学校的学费有时比公立学校高 3 至 5 倍。得克萨斯州大约一半的职业治疗学校是私立的。自 2007 年起，进入该行业的先决条件是硕士学位，大多数得克萨斯州的学校现在提供博士学位。美国硕士学位和博士学位之间的一个显著区别是博士学位课程所需的体验式学习的顶点项目。认证委员会最初提议将入门级博士学位的授权期限定为 2025 年，但后来暂停了这一期限，仍维持双重入门学位。到 2000 年代末，物理治疗博士学位课程成为标准教育课程。

<https://acoeonline.org/all-schools/>

美国职业治疗认证委员会 (The National Board for Certification in Occupational Therapy) 为职业治疗提供初始和更新委员会认证。职业治疗助理需要副学士学位仅在职业治疗师的监督下进行练习和治疗。

<https://www.nbcot.org/en/Educators/Home#SchoolPerformance>

美国得克萨斯职业治疗协会 (Texas Occupational Therapy Association) 是唯一保护职业治疗师的州组织。在得克萨斯州，职业治疗师有自主权评估各种情况，没有需要医生转介。物理治疗师最初也可以在没有任何医生指示的情况下评估和治疗患者。得克萨斯职业治疗协会分为 6 个地区，其中一个地区覆盖了我的家乡州。

<https://www.tota.org/member-landing-page>

美国得克萨斯州职业治疗审查员委员会负责得克萨斯州的职业治疗师和职业治疗助理的注册和许可。只有获得得克萨斯州职业治疗审查员委员会许可的人员才能在得克萨斯州提供职业治疗。目前大约有 12,300 名职业治疗师和 6,760 名职业治疗助理获得得克萨斯州职业治疗审查员委员会的许可。近 50% 的职业治疗从业者是助理。执照更新需要每两年通过法定考试并完成道德持续教育。

<https://www.ptot.texas.gov/page/Occationaltherapy>

美国得克萨斯州网站职业治疗潜力 提供有关常见高级认证的信息，包括一些最受欢迎的儿科和成人康复职业治疗认证。该网站列出了每个认证的预计培训时间、费用和续订要求。在获得我的 身体康复委员会证书，我被要求有五年的身体康复经验。继续教育的成本可能很高。我的感觉统合和实践认证花费超过 10,000 美元，包括食宿费、设备费、课程费和差旅费——全部由我自掏腰包。

<https://otpotential.com/blog/where-to-go-ot- Degree>

加拿大职业治疗师协会 (The Canadian Association of Occupational Therapists) 支持超过 20,000 名职业治疗师、职业治疗师助理以及在加拿大工作或学习的学生。要获取有关专业发展和实践资源的指南，您可以参考此相关来源。疫情期间，我的职业治疗同事从得克萨斯州搬到了加拿大。尽管她在美国是一位经验丰富的职业治疗师，但她还是花了两年时间才获得加拿大执照。获得许可需要进行为期一天的面试和董事会考试。

<https://www.caot.ca>

澳大利亚执照委员会网站提供各种有用的资源，包括新闻和更新、针对从业者和公众的

资源、报告和统计数据以及部长指令。澳大利亚职业治疗委员会是坚定的 促进职业治疗行业的安全和质量。 <https://www.ahpra.gov.au/>

澳大利亚职业治疗协会 (The Occupational Therapy Australia Association) 承认并尊重这个国家的传统监护人和长辈，以及原住民和托雷斯海峡岛民过去、现在和未来的文化、精神和教育实践的延续。政府资助的博士学位、论文数量在全国名列前茅。与许多斯堪的纳维亚国家类似，澳大利亚的职业治疗师从事基层卫生保健和预防保健工作。尽管我是无薪志愿者，但我在几个与教会相关和共享的事工、当地食品银行和诊所评估和治疗来自服务不足人群的客户。此外，我同时还为实地考察的学生提供临床监督。除了教学之外，我还通过远程医疗平台在特许学校和儿科家庭健康环境中进行私人咨询，这为临床经验提供了紧急环境。

<https://otaus.com.au>

世界职业治疗师联盟 (The World Federation of Occupational Therapists) 是全球倡导职业治疗的领头组织。联盟制定了全球职业治疗教育标准，同时促进最高研究和实践的卓越水平。为了实现其目标，联盟使用程序管理结构。联盟执行和运营管理团队与志愿者项目组领导和成员共同开展工作。世界职业治疗师联盟是有关职业治疗实践和联合会的综合信息来源。它不断更新并领导职业治疗界。可用资源包括联盟立场声明、联盟职业治疗师教育最低标准、手册、指南、政策、宣传材料、在线模块以及大量其他有用的出版物。

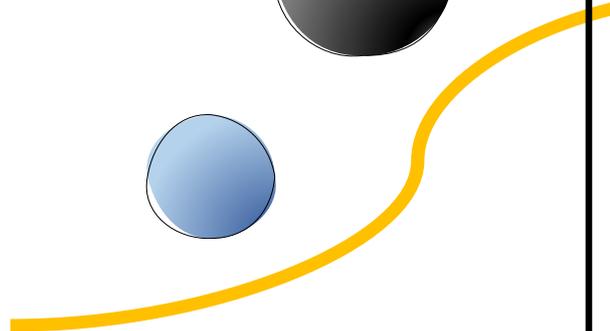
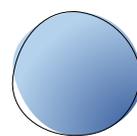
<https://www.wfot.org>

国际职业治疗在线网络 (The Occupational Therapy International Online Network) 由世界职业治疗师联盟建立，是一个虚拟平台，为世界各地的职业治疗师、助理和学生进行联系、交流想法并参与整个职业。下一届 WFOT 国际大会暨展览会将在曼谷国际贸易展览中心举行。我希望 2026 年在泰国见到您，参加这每 4 年举办一次的非凡活动。

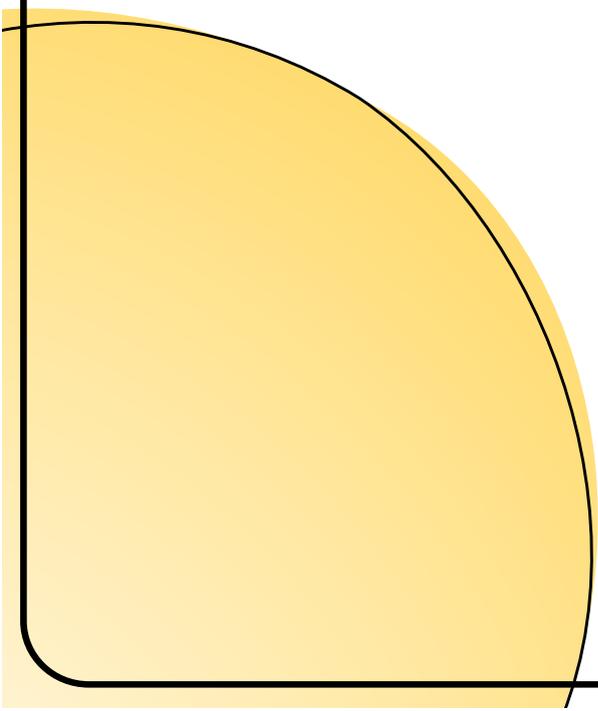
<https://tion.wfot.org/>

参考文献

Peloquin, S. M. (1991a). 职业治疗服务：创始人的个人和集体理解，第 1 部分。美国职业治疗杂志，45(4)，352-360。 <https://doi.org/10.5014/ajot.45.4.352> Peloquin, S. M. (1991b). 职业治疗服务：创始人的个人和集体理解，第 2 部分。美国职业治疗杂志，45(8)，733-744。 <https://doi.org/10.5014/ajot.45.8.733> Reed, K.L. (2018)。亨利·B·法维尔和职业学院：职业治疗实践和教育的起源。医疗保健中的职业治疗，33(2)，159-180。

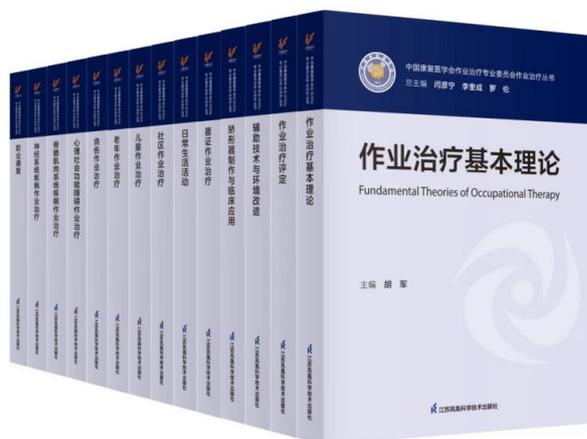


新书推荐



作业治疗新书介绍

一、中国康复医学会作业治疗专业委员会作业治疗系列丛书



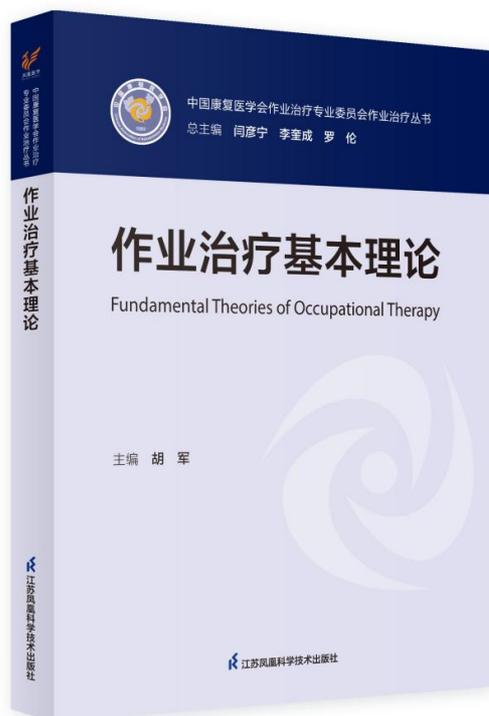
丛书购买链接

由中国康复医学会作业治疗专业委员会名誉主任委员闫彦宁、主任委员李奎成、常务委员罗伦共同担任总主编的我国首套作业治疗系列丛书(共 14 册)2023 年 9 月已由江苏凤凰科技出版社出版发行。

丛书特点：国内第一套作业治疗系列专著；内容全面系统，从理论到技术再到临床应用；理论结合实践，并引入最新研究证据；贴合作业治疗临床实际，通俗易懂，更具操作性。

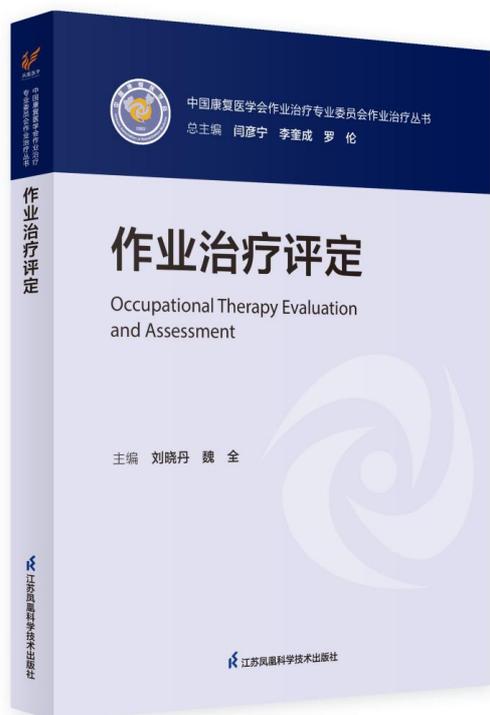
读者对象：作业治疗师、作业治疗教师及康复医学在校生、康复医生、康复护士、康复治疗师、康复辅助器具人员及其他相关人员。

模块	书名	主编	副主编
作业治疗理论基础	作业治疗基本理论	胡军	刘沙鑫 周欢霞
	作业治疗评定	刘晓丹 魏全	沈敏 何爱群 许梦雅
	作业治疗科研与循证	朱毅 藏雅宁	刘春玉 杨雨洁 曹武婷
作业治疗技术	日常生活活动	闫彦宁 黄富表	董英 伊文超 张裴景
	职业康复	徐艳文 郑树基	卢讯文 宁耀超
	辅助技术与环境改造	李奎成 刘岩	刘夕东 黄河 王杨
	矫形器的制作与应用	陈少贞	解益 戴玲
作业治疗临床应用	神经系统疾病的作业治疗	刘璇 董安琴	蔡素芳 危昔均 朱琳
	骨骼肌肉系统疾病的作业治疗	杨永红 李棋	陆佳妮 黎景波
	儿童作业治疗学	李恩耀 胡岱	王秋 徐磊 孔冕
	老年作业治疗	闫彦宁 侯红	钟大勇
	烧伤作业治疗	李奎成 吕国忠	曹海燕 李攀 李艳杰
	社区作业治疗	罗伦 罗筱媛	刘刚 杨晓姗
	心理社会功能障碍作业治疗	刘沙鑫 黄富表	朱毅 钱维 黄滢珊 张仁刚



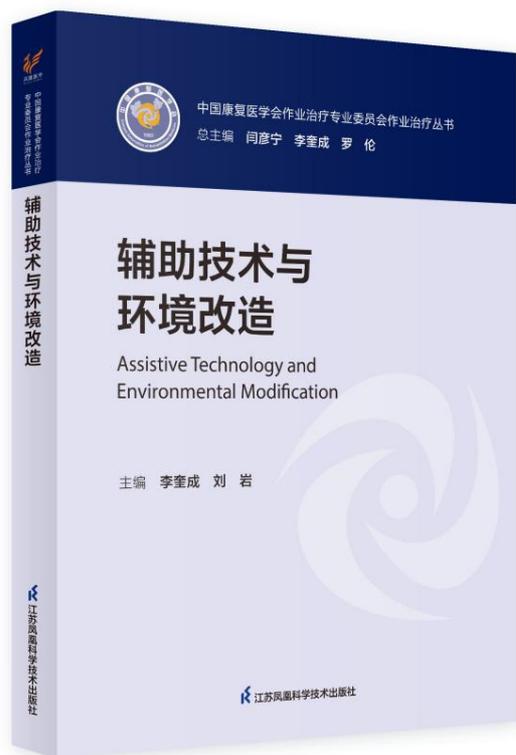
《作业治疗基本理论》(胡军)

内容提要：本书非常全面系统地介绍了作业治疗的核心理论基础和拓展知识。在内容安排上,本书详细介绍了作业治疗发展的历史轨迹、核心理念与伦理准则、内容、场所和服务对象的定位,并讨论了作业治疗干预形式与治疗的关系、作业治疗理论的三个层次,以及常用的作业治疗模式。与国内其他作业治疗专著相比,本书还特别介绍了常用的作业治疗临床实践参考框架,以及“重建生活为本”的作业治疗理念。同时,基于推动作业治疗科研的目的,对作业科学也作了着重介绍。



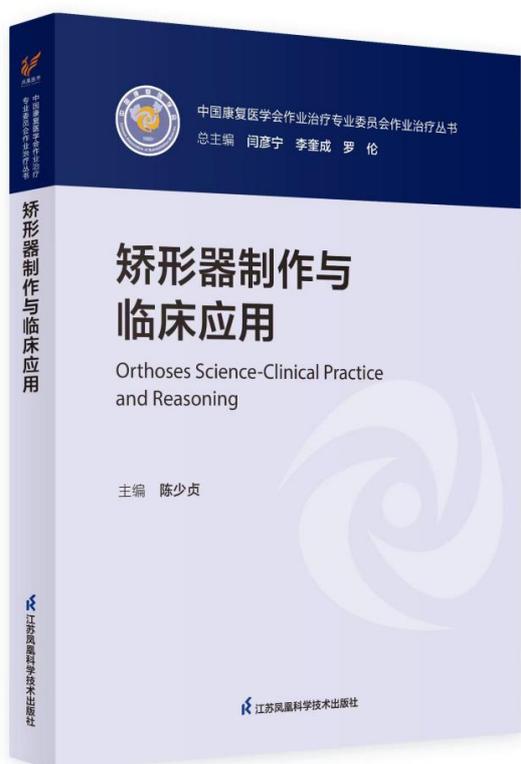
《作业治疗评定》(刘晓丹, 魏全)

内容提要：本书邀请国内具有深厚作业治疗理论基础和临床经验的从业者编写,在编写过程中,为了让本书既能与国际作业治疗接轨又能符合我国作业治疗的发展。做到详细、实用、具体,具有较高的可操作性。适合临床作业治疗从业者、作业治疗以及康复相关专业的学生进行学习、阅读和参考。



《辅助技术与环境改造》(李奎成·刘岩)

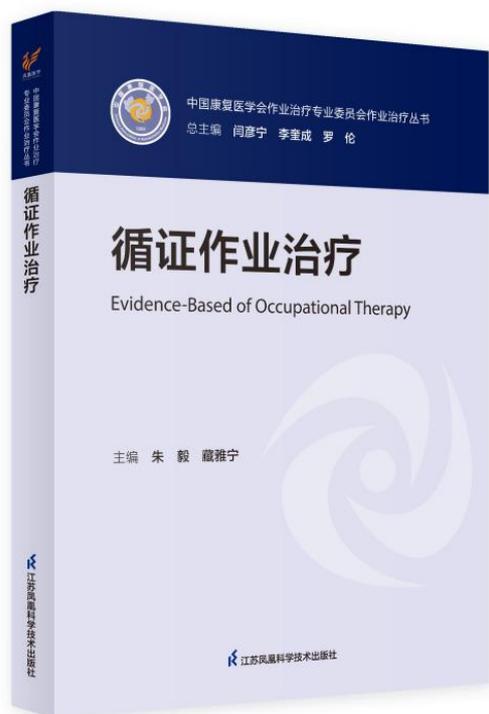
内容提要: 全书内容包括两大部分, 共二十章, 前十三章为辅助技术部分, 后七章为环境改造部分。辅助技术部分除第一章辅助技术概述和第二章辅助技术评估外, 其他章节主要根据国标的分类分别介绍了技能训练康复辅助器具、个人生活自理和防护康复辅助器具、个人移动康复辅助器具、家务康复辅助器具、家庭和其他场所使用的家具及其适配件、沟通和信息康复辅助器具、操作物品和器具的康复辅助器具、休闲娱乐康复辅助器具。由于临床应用最为广泛, 特别将助行器、轮椅从个人移动康复辅助器具类别中抽出重点编写。此外, 增加了与辅助技术关系密切的节省体能技术与关节保护技术。



《矫形器制作与临床应用》(陈少贞)

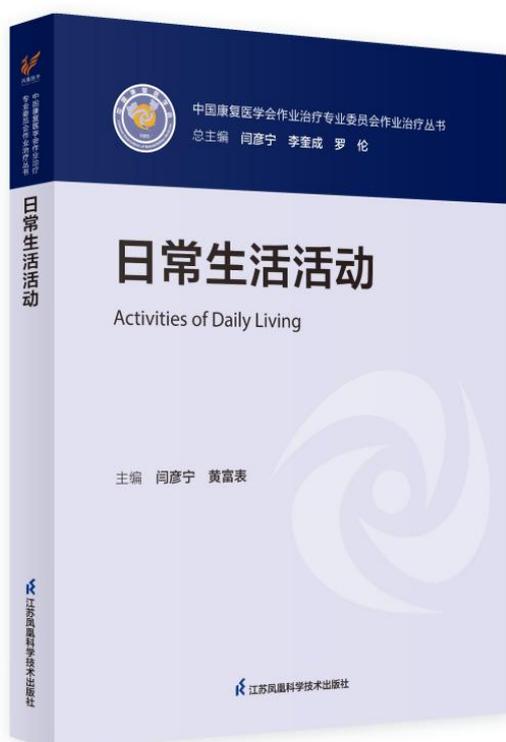
内容提要: 本书内容共十二章, 第一章为矫形器概述, 第二章为组织创伤与愈合, 第三章至第十一章按身体部位和关节详细地介绍多种矫形器的制作方法与临床应用原则, 最后一章介绍典型病例的矫形器治疗方法及临床推理过程。希望读者阅读此书后, 不仅能够科学地进行矫形器制作, 还能够形成严谨的临床思维。本书具有以下五大亮点:

1. 覆盖面广, 可操作性强。
2. 丰富的原创图片和视频。
3. 充分阐述设计理念和相关力学原理, 使读者更具自主设计能力。
4. 临床知识与矫形器技术有机结合, 剖析临床推理思路。
5. 鲜活的案例和广阔的临床视野。



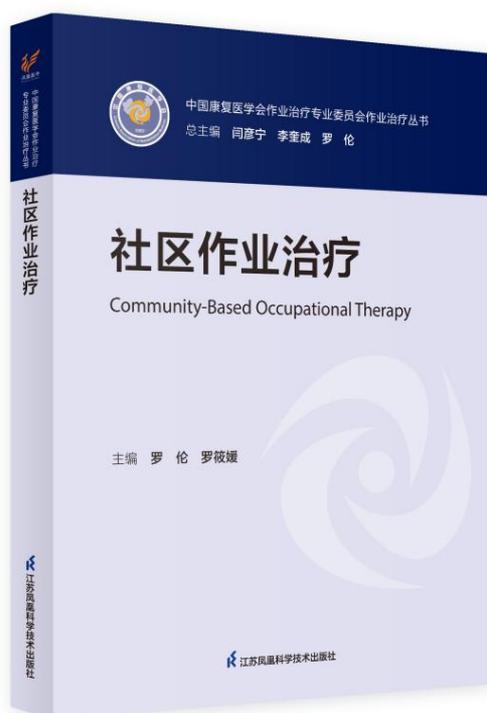
《循证作业治疗》(朱毅·藏雅宁)

内容提要：全书包括三大部分,共十五章。包含理论篇、方法篇、实践篇,带你循序渐进地了解循证医学,了解及实践循证作业治疗。理论篇:第一章主要介绍循证医学的概况,了解我国循证作业治疗的现状;第二章了解常用的循证工具;第三章了解作业治疗的框架。方法篇:主要以第四章中循证实行的 5 个步骤为主线。重点介绍了如何寻找证据(第六章)、如何评价证据(第七章),以及我们经常用到的证据类型(第八章和第九章)。实践篇:该部分主要补充循证实行的应用证据和后效评价。第十一章介绍了循证医学在作业治疗临床、科研和教学中的具体应用。第十二章、第十三章结合实例展示作业治疗循证过程。第十四章介绍作业治疗学经济学的循证研究。第十五章作业治疗指南。



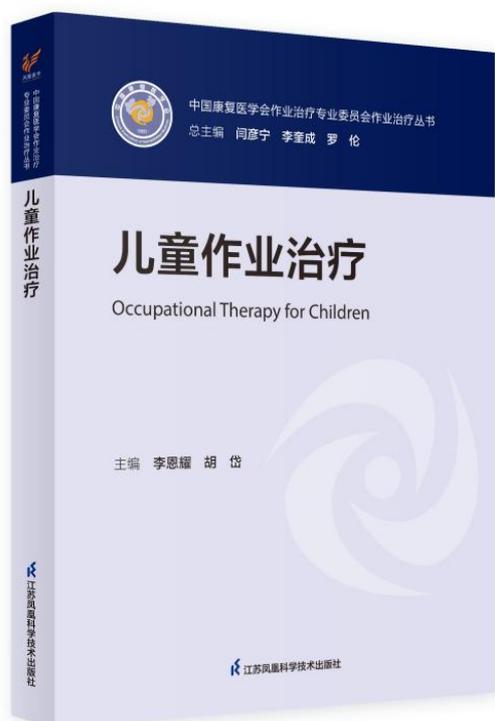
《日常生活活动》(闫彦宁·黄富表)

内容提要：本书共有 18 章。第一章为日常生活活动概述;第二章为日常生活活动能力评估;第三章为体位摆放与姿势管理;第四章为床上活动;第五章为转移;第六章为站起和坐下;第七章为行走与上下楼梯;第八章为轮椅的选择和使用;第九章为进食;第十章为修饰;第十一章为入浴;第十二章为更衣;第十三章为如厕;第十四章为交流;第十五章为健康状况管理;第十六章为家务活动;第十七章为公共设施的利用;第十八章为社交活动。所有参与本书编写的老师都具有丰富的作业治疗临床经验,大部分老师还从事过多年的作业治疗教学工作。在编写过程中力图体现作业治疗的专业特色,在专业技术方面做到详细、实用、具体,具有可操作性。



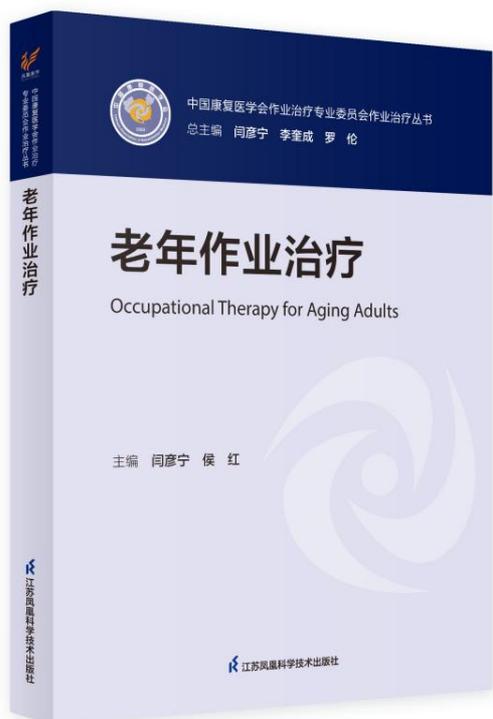
《社区作业治疗》(罗伦·罗筱媛)

内容提要: 本书内容共十章, 不仅介绍了社区作业治疗与传统临床作业治疗的主要不同, 还详细介绍了针对不同类型失能人士的社区作业治疗干预内容。本书通过实际案例展示了如何通过对个人、环境和活动的干预来开展针对患有不同疾病的残疾人的具体社区作业治疗过程。此外, 本书还详细阐述了如何运用生活重整的概念, 帮助残疾人重建生活能力、生活角色和生活方式, 从而实现真正意义上的社会融入。



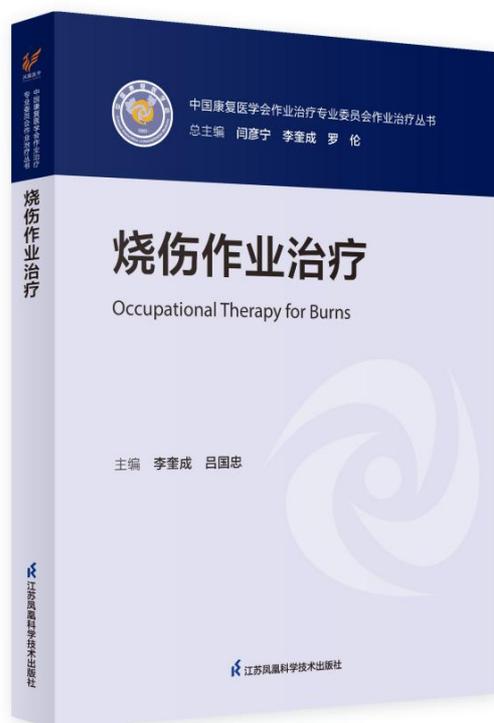
《儿童作业治疗》(李恩耀·胡岱)

内容提要: 本书紧密围绕儿童作业治疗核心理论模式组织编写, 首先介绍了作业治疗的基本概念、理论基础及框架, 继而详细阐述了儿童自理、游戏、社交及学习能力的发育模式, 系统全面的介绍了相关评估干预方法以及常见的儿童发育障碍的作业治疗等。该书理论阐述清晰, 深入浅出, 易于理解, 实践应用尤其是操作技术阐述得具体到位, 并列举实证, 可操作性很强。



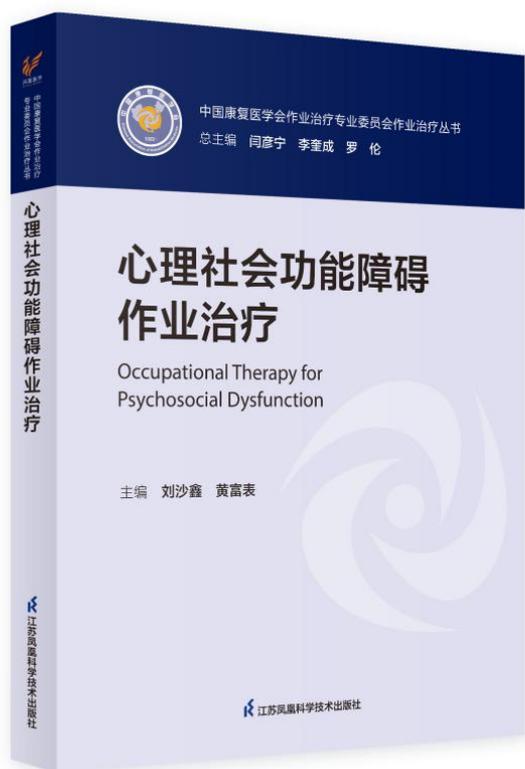
《老年作业治疗》(闫彦宁 · 侯红)

内容提要：本书第一章至第八章重点讲述老年人衰老的特点、老年健康与作业治疗的关系以及如何为老年人进行功能评估，如何选择丰富多彩的作业活动与辅助技术为老年人的健康长寿保驾护航。主要包括成功老年化，老年人作业治疗的评估，作业活动的设计，日常生活活动，社会参与活动，娱乐与文体活动，适宜老年人的辅助技术和环境调适等。第九章至第二十章则围绕老年人常见的疾病(如心肺疾病、脑血管疾病、肌肉骨骼系统疾病、代谢系统疾病、社会心理疾病、肿瘤、老年综合征等) 进行介绍。主要包括疾病的一般临床知识，功能障碍的特点，作业治疗评估及作业治疗技术，每一个疾病都结合相关的案例分析。



《烧伤作业治疗》(李奎成 · 吕国忠)

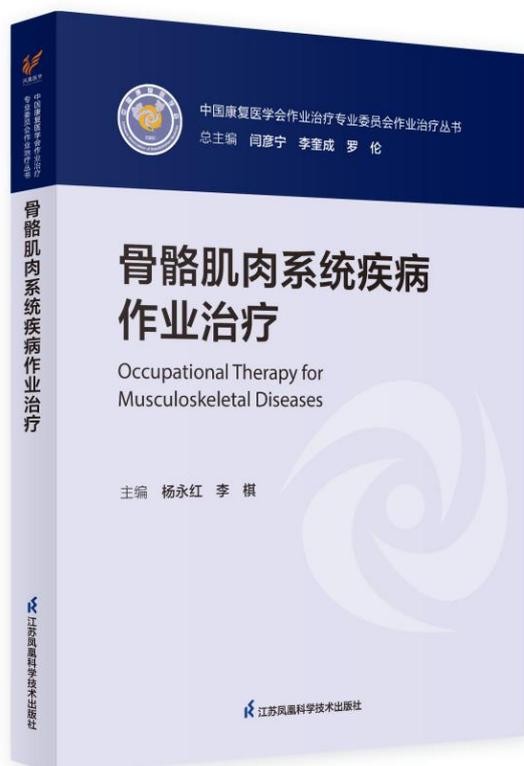
内容提要：全书分三部分、共二十章：第一部分烧伤作业治疗基础；第二部分为烧伤作业治疗技术；第三部分为烧伤作业治疗临床应用。全书从基础到作业治疗技术再到具体技术在不同烧伤患者中的应用，系统地介绍了烧伤作业治疗的内容，可供从事烧伤临床治疗、康复治疗、作业治疗的工作者或在校师生学习参考。担任本书主编的两位分别是作业治疗和烧伤治疗专家，临床与康复结合，从不同方向为本书把关，也更加体现了烧伤临床治疗与康复治疗合作的重要意义。



《心理社会功能障碍作业治疗》

(刘沙鑫·黄富表)

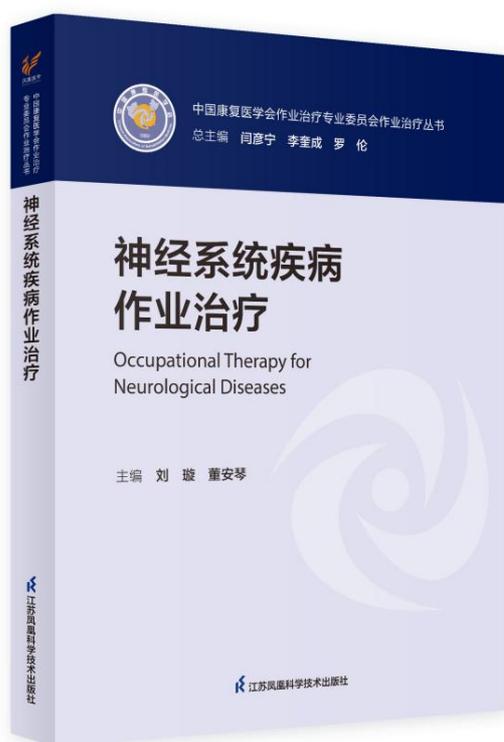
内容提要：本书共分为 4 篇，主要涵盖对有作业障碍的精神及情绪病患者的全人管理。透过对不同的精神病患(例如精神分裂症、抑郁症等)的个案研习,加强学生对临床个案管理的认识及能力,使学生从评估状况到评价效果都有所掌握·帮助学生掌握专业知识和技巧·培养专业态度。在编写过程中,本书力图体现作业治疗的专业特色,在专业技术方面做到详细、实用、具体,具有可操作性。



《骨骼肌肉系统疾病作业治疗》

(杨永红·李棋)

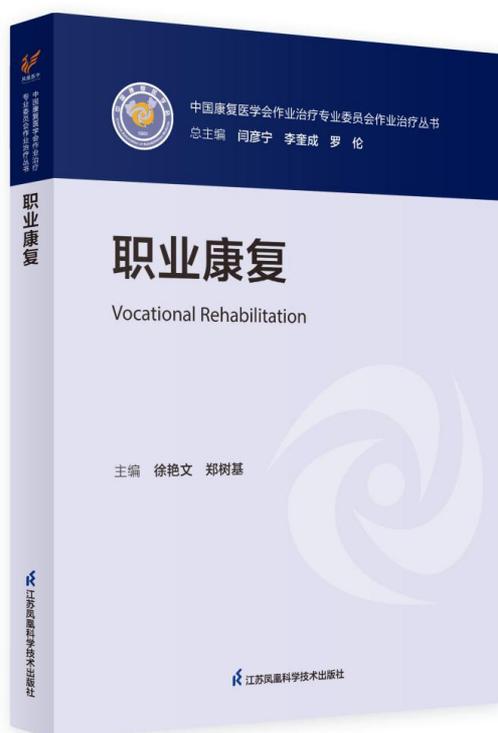
内容提要：旨在顺应近年来作业治疗学科的发展大趋势,针对骨骼肌肉系统常见疾病和损伤导致的功能障碍,提供专业的作业治疗评定及作业治疗临床干预决策。内容涵盖骨骼肌肉系统临床最常见的骨折、截肢、骨质疏松、肌腱损伤、韧带损伤、神经损伤、颈椎病和手损伤。从基础知识,功能障碍及对作业、活动的影响,作业评定,作业治疗四大方面对上述疾病或损伤进行阐述,便于读者理解作业治疗临床推理过程及培养临床思维。书本编写布局上体现了作业治疗的临床思维,内容设计上图文并茂且契合临床应用,以为读者提供具体的、可实践的临床参考。



《神经系统疾病作业治疗》

(刘璇·董安琴)

内容提要:本书共有十一章。第一章是总论,主要内容是对作业治疗在神经系统疾病康复中的角色、模式、过程、评定与治疗方法、循证实践等进行了阐述,第二章至第十一章分别对十种常见的神经系统疾病作业治疗进行了详细的阐述,阐述的内容主要包括疾病的临床表现、功能障碍的特点、作业评定和治疗、并发症的管理、作业治疗循证实践和个案分析,其中功能障碍的特点、作业评定和治疗这三部分运用 PEO 模式或 ICF 模型进行描述,帮助读者更清晰地理解作业治疗在各种疾病中的作用,引导读者更好地运用作业治疗的专业视角与模式为患者提供服务。



《职业康复》(徐艳文·郑树基)

内容提要:本书共分为十一章,旨在总结职业康复在工伤康复及残疾人康复中的重要作用,以实用图文并茂的形式给广大作业治疗从业人员及职业康复从业人员、作业治疗专业学生及高校教师等提供参考。本书理论结合实践,单独章节介绍职业康复常见的理论与模型;全面技术覆盖,涵盖评估及治疗技术,且将常见损伤类型的职业康复单列成章,结合临床需要;适合学生的职业康复教学使用;同时满足治疗师的临床使用参考。

二、《PEDRETTI 作业治疗-躯体功能障碍实践技能》(第 8 版)



Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction 一书于 1981 年首次出版，目前已经出版了八版，受到业内的广泛赞誉，被翻译为多种语言在世界各地广泛使用，被称为“OT 圣经”。第八版由 Heidi McHugh Pendleton 教授和 Winifred Schultz-Krohn 教授主编，李奎成、黄锦文、张瑞昆、闫彦宁四位教授主译。共 49 章，涵盖躯体功能障碍作业治疗基础、作业治疗的过程和实践、作业表现层次的评价和干预方法、作业技能和个人因素的评价和干预方法、作业治疗实施过程和常用技术、常见病作业治疗的应用。系统介绍了躯体功能障碍作业治疗的基本理论和实践技术，并融合了最新进展和循证实践证据，是作业治疗及相关专业的不可多得的参考书。

本书最大特点为实践性强、通俗、易懂，融合了作业治疗的最新进展和循证实践证据。每一章均以具体的案例分析开始，结合案例分析、实践小贴士、伦理考虑、复习思考题等强化学习和理解，增强读者的掌握程度。第 8 版还补充了作业治疗的最新发展和研究证据，系统介绍躯体功能障碍的作业治疗方法，特别强调临床推理过程。这是中文书籍中最为缺少但又是实践中最为重要的内容，也是未来作业治疗实践的核心部分。

第一部分 概述:躯体功能障碍中作业治疗的基础	
第 1 章 作业治疗实践框架及其在躯体残疾者中的实践应用	1
第 2 章 躯体功能障碍干预的历史与实践趋势	16
第二部分 作业治疗过程与实践	
第 3 章 作业治疗实践框架在躯体功能障碍中的应用	25
第 4 章 作业治疗的循证实践	50
第 5 章 身体残疾人士的健康促进和幸福	61
第 6 章 残疾个体及社会背景:作业治疗师的启示	75
第 7 章 作业治疗教学活动	97
第 8 章 作业治疗文书记录	126
第 9 章 临床工作中的感染控制和安全问题	148
第三部分 作业表现和表现领域:评估与干预	
第 10 章 日常生活活动	165
第 11 章 移动	242
第 12 章 性功能与生理功能障碍	304
第 13 章 睡眠与休息	320
第 14 章 工作评估及工作计划	355
第 15 章 美国促进残疾人工作、休闲及日常生活活动参与的法案及相关法律	396
第 16 章 休闲娱乐活动	418
第 17 章 辅助技术	433
第四部分 表现技巧和个人因素:评估与干预	
第 18 章 表现技巧在作业治疗实践框架情境中的定义与评估	455
第 19 章 运动控制的评估	465
第 20 章 基于作业活动的功能性运动评定	492
第 21 章 关节活动范围评定	499
第 22 章 肌力评定	530
第 23 章 感觉评估和感觉功能障碍的干预	599
第 24 章 脑损伤后视觉损伤的评估及治疗	614
第 25 章 感知障碍的评估和治疗	653
第 26 章 认知障碍所致作业表现受限的评估与治疗	667
第 27 章 进食和吞咽	692
第 28 章 疼痛管理	728
第五部分 作业治疗过程:实施干预	
第 29 章 治疗性活动和模式	739
第 30 章 矫形器	759
第 31 章 传统的感觉运动治疗方法	799
第 32 章 运动学习	832
第六部分 干预的应用	
第 33 章 脑血管意外	845
第 34 章 创伤性脑外伤	880
第 35 章 中枢神经系统变性疾病	913
第 36 章 脊髓损伤	949
第 37 章 运动单位障碍	975
第 38 章 关节炎	993
第 39 章 手和上肢损伤	1023
第 40 章 骨科疾患:髋部骨折及髋、膝、肩关节置换	1058
第 41 章 下背痛	1085
第 42 章 烧伤和烧伤康复	1104
第 43 章 截肢与假肢	1140
第 44 章 心肺疾病	1174
第 45 章 癌症和肿瘤的康复	1193
第 46 章 老年人的特殊需要	1202
第 47 章 人类免疫缺陷病毒感染与艾滋病	1228
第 48 章 多发伤的作业治疗	1246
第 49 章 临终关怀和缓和照顾中的作业治疗	1258

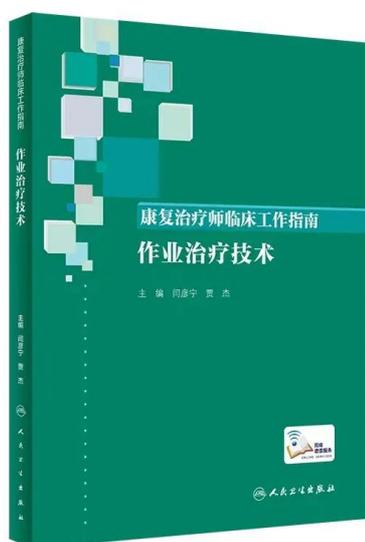
三、《康复治疗师临床工作指南——作业治疗技术》

由闫彦宁、贾杰主编的我国首套《康复治疗师临床工作指南——作业治疗技术》2023 年 3 月由人民卫生出版社正式出版。

康复治疗师临床工作指南丛书是国内首套指导康复治疗师工作的规范性指南。《作业治疗技术》作为本套丛书之一，也是我国首部作业治疗指南性专业用书，对于提高我国临床康复治疗师的作业治疗水平，提升服务质量，以及与国际作业治疗技术接轨具有十分重要的意义。

本书由中国康复医学会作业治疗专业委员会和手功能康复专业委员会的首届主委、也是时任主委闫彦宁、贾杰教授共同担任主编，组织国内顶尖的作业治疗师及相关医师团队编写，致力于规范、提升作业治疗师的临床工作水平，推进我国作业治疗的发展。

本书共分为二十三章。第一章为作业治疗的基本理论，第二章为作业活动分析，第三~十四章为基础作业治疗的评估及治疗技术，第十五~二十二章为临床常见疾病和损伤的作业治疗评估和治疗技术，第二十三章为社区作业治疗。内容全面、实用具体，既强调理论与实践相结合，又有新技术、新方法，实用性强，对作业治疗及康复相关从业人员具有重要的指导意义。



中华OT电子期刊编辑委员会

The Chinese OT e-Newsletter

- 黄锦文 香港职业治疗学院
- 张瑞昆 台湾高雄长庚医院
- 林国徽 广州市残疾人康复中心
- 李奎成 潍坊医学院康复医学院
- 陈少贞 中山大学附属第一医院
- 闫彦宁 河北省人民医院
- 杨永红 四川大学华西医院
- 朱 毅 郑州大学第五附属医学院

本期责任主编 - 张瑞昆



香港职业治疗学院
Hong Kong Institute of Occupational Therapy

香港职业治疗学院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

电邮: HKIOT@HKIOT.ORG

网站: [HTTP://WWW.HKIOT.ORG](http://WWW.HKIOT.ORG)