

中華OT電子期刊

The Chinese OT e-Newsletter



World Occupational
Therapy Day

27th October 2023

Unity through community



2023
10月號

10

本期責任主編 — 張瑞昆

編者的話

本期預定出刊的日期適逢世界作業治療師節(WORLD OT Day)–每年 10 月 27 日。今年(2023 年)·世界職能治療聯盟 (World Federation of Occupational Therapists) 以「Unity Through Community」為主題，來慶祝職能治療師節。這主題在台灣職能治療學會中譯為「社區共融」，中國康復醫學會作業治療專業委員會中譯為「攜手社區，融合發展」，意義都是相同的。融合強調與他人和諧共同運作，引領個體參與和社區互動。作業治療是一門助人的專業，作業治療師應矢志致力於與各種群體和社區合作，從而實現個體和整個社會的最大利益。

為了呼應今年世界作業治療師節主題，以及讓兩岸作業治療師彼此更瞭解作業治療在社區服務工作的推展，本期特別規劃「OT 與社區」的主題，邀請了海峽兩岸多位在康復領域工作多年的治療師來分享他們的寶貴的經驗。特別感謝復旦大學附屬華山醫院康復醫學科賈傑教授的協助，提攜多位追隨賈教授學習的治療師闡述在不同崗位推進社區康復發展現況。台灣長期照顧服務的推動已經超過 20 多年，累積的服務內容相當扎實，也是民眾相當滿意福利政策。主編群也做了相當完整的彙報。此外，德克薩斯女子大學薛有志教授，整理了「60 分鐘漫遊世界職業治療網站」，讓大家能迅速的上網查詢。

最後感謝中國康復醫學會作業治療專業委員會主任委員李奎成教授，台灣職能治療學會副秘書長黃千瑀教授，賜文闡述今年世界作業治療師節主題「Unity Through Community」，讓本期季刊增添喜氣。

主編 張瑞昆



「攜手社區，融合發展」2023 世界作業治療日主題之我見

李奎成

中國康復醫學會作業治療專業委員會 主任委員 · 濰坊醫學院康復醫學院 教授

2023 年，世界作業治療日的英文主題是「Unity through community」，當拿到 WFOT 的有關主題及簡短描述「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.」後，我不禁思考，中文主題要怎麼定才能既符合 WFOT 主題的內涵，又朗朗上口和容易理解，還能讓人印象深刻。為了能確定一個合適的主題，我發動了作業治療專業委員會的常委們一起進行了簡單交流和討論，最後確定了「攜手社區，融合發展」的主題。下面談談我對這一主題的理解。

「Unity」有「團結、統一；統一性、整體性；和諧、協調；團結一致」等含義，Unity through community 從字面上理解為「通過社區實現統一」。從後面的解釋中「此主題增進了我們的與他人一起合作來促進參與和社區互動的角色。作為專業人員，我們與許多群體和社團合作來促進個人與社會的融合」，結合英文含義，我們確定了「攜手社區，融合發展」這一容易理解又朗朗上口的主題。

首先，「攜手社區」強調了與社區合作，體現了 through community (通過社區) 的含義，同時，「攜手社區」也符合作業治療的與個人、社團、社區合作來促進參與的基本理念；「融合發展」則是「Unity」及「individuals and society as a whole」(個人和社會作為一個整體) 的體現，也就是個人與社會的「融合」，加上「發展」，體現出個人與社會共同進步。因此，「攜手社區，融合發展」意味著作業治療師需與社區攜手合作，共同協助康復對象融入社區，融入社會，實現個人與社會的共同發展和進步。

以上是我的個人理解，還請廣大同道批評指正並給你心儀的主題。

最後，祝廣大作業治療師們世界作業治療日快樂！讓我們大家一起行動起來「攜手社區，融合發展」。

社區共融 (Unity through Community)：職能治療師的角色

黃千瑀

台灣職能治療學會副秘書長 · 台灣大學職能治療學系副教授

今年(2023 年)·世界職能治療聯盟 (World Federation of Occupational Therapists) 以「社區共融」(Unity Through Community) 為主題，慶祝職能治療師節。社區共融強調與他人合作，以促進個體參與和社區互動。作為助人專業的一環，職能治療師長期致力於與各種群體和社區合作，從而實現個體和整個社會的最大利益。

身為職能治療師，我們可以從以下五個方向共同追求社區共融的理念。第一，個別化的介入計劃。如同職能治療專業一直以來強調的以個案為中心、以家庭為中心的理念，職能治療師可以為每個獨立個體的社區參與需求制定個別化的介入計劃，以確保我們的服務對象能參與社區活動並實現對他們來說有意義、有價值之目標，進而完成自我實踐。第二，教育和支持。職能治療師可以提供衛教服務給社區居民，增加社會大眾對於特殊需求族群之認識，提高對特殊需求族群的理解與包容，而能有效減少對特定疾病的之標籤、污名化、刻板印象和歧視，進而促使社區更好地接受不同能力和需求的人。第三，促進社區參與。職能治療師可以協助我們的服務對象積極投入，參與社區活動。個體參與社區活動亦能建立更多的社交連結，擴大其社交網絡，並增加對社區的歸屬感，進而促進他們的社交參與、自我效能以及自我勝任感。第四，倡導：我們可以成為社區共融的倡導者，與政府、非政府組織和其他相關方合作，提供政策、環境設置等相關建議，諸如共融式遊樂場的設計和無障礙環境設施，職能治療師皆能貢獻一己之力以確保社區的包容性。第五，激發共融思維。職能治療師可以啟發我們的服務對象和社區成員的共融思維，鼓勵彼此看到個人的獨特性與價值，並鼓勵合作和支持。

台灣職能治療學會多年來於推廣職能治療專業持續耕耘，期望推廣職能治療之在地發展，將其帶給社會大眾更多福祉。因此，我們積極參與以及實踐社區共融的理念。學會近年來，開設多元的社區方案課程，包括延緩失能方案，職業重建相關課程，健康促進生活型態再造課程。我們亦開展了多個社區專案，包括學校系統、預防和延緩失能計劃、漸凍人居家訪視、職務再設計和職業輔導評估等，這些課程與計劃皆響應了社區共融的目標和理念。

總結來說，社區共融是一個具有深遠影響的理念，它強調社區的多樣性和包容性。而職能治療師在實現這一理念中發揮著關鍵的作用，通過個別化的介入計劃、教育和支持、促進社區參與、倡導以及激發共融思維，我們能夠幫助個體克服困難，參與社區生活，並促進社

區的包容性。因此，在 2023 年的主題「Unity Through Community」下，我們期許有更多的職能治療師一同加入，努力實現更具包容性和多元性的社區，創造和諧互助相互理解的社會。

目 錄

「攜手社區，融合發展」2023 世界作業治療日主題之我見	3
社區共融 (Unity through Community)：職能治療師的角色	4

【攜手社區，融合發展】

「以人為中心，三醫共管下」的基層康復模式	8
三醫共管下的基層康復模式	15
上海市社區康復中心建設—以仙霞社區為例	18
2023 年國際作業治療日的主題：攜手社區，融合發展	24
健康由「我」守護	30
反思三年間在社區家訪中應用專業思維的前後變化	32

【社區共融 - 台灣經驗】

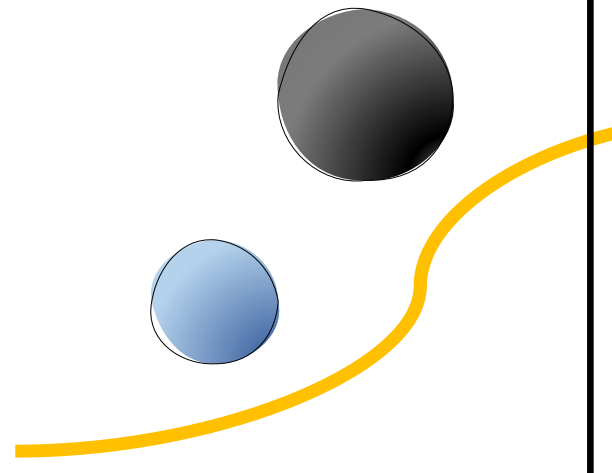
台灣長期照顧發展介紹	39
攜手社區融合發展	46
治療師到你家 急性後期照護居家模式介紹	47
產業化結盟促進科技創新改善醫養照顧和長期照護服務	50
台灣地區職能治療於學校系統服務分享	52

【專業分享】

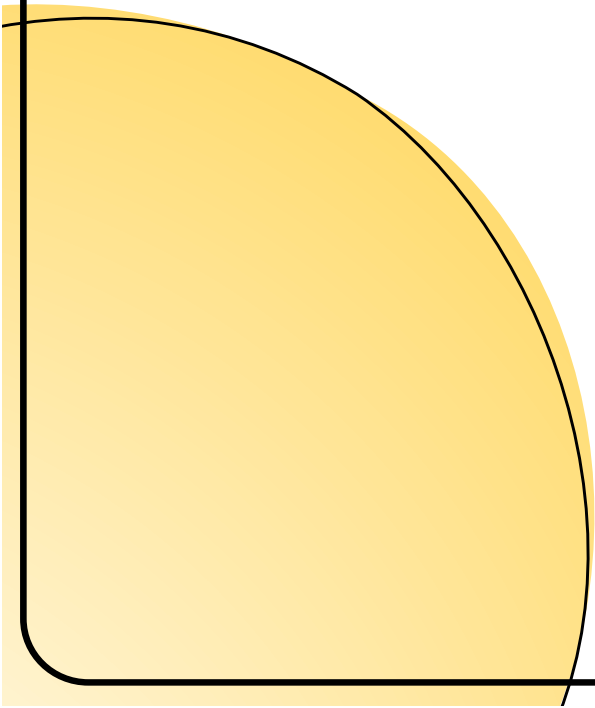
人工智慧「攜手」復健，病人重拾身體自主權，「掌」握復健黃金期	59
一例重症患者的短暫性居家康復探索性實例分享	61
高齡長輩健康促進活動設計	63
60 分鐘漫遊世界職業治療網站	66

【新书推荐】 - 作业治疗新书介绍

71



攜手社區，融合發展



「以人為中心，三醫共管下」的基層康復模式

吳錚萍¹ 金海鵬²

¹福建中醫藥大學針灸學院 研究生

²廈門市中醫院康復科科主任，中國康復醫學會社區康復專業委員會常務委員

【 摘要 】

基層康復模式是康復醫學發展的根基，是繼續深化醫改的必然趨勢。中國康復醫學已經進入了全面發展的飛速時期。面對龐大的康復群體及人民對健康管理、疾病預防及診治到康復全環節的新要求，建立健全的基層康復模式勢在必行。本文將從中國基層康復模式的發展與困境、「以人為中心，三醫共管下」的康復模式概況、思考與展望三方面進行闡述，以期為基層康復發展提供參考。

1、引言

基層康復又稱社區康復(Community-Based Rehabilitation, CBR)，首次於 1978 年由世界衛生組織 (The world health organization, WHO) 正式提出，其最初表達為初級衛生保健 (Primary Health Care)，意在呼籲「人人享有衛生保健」，後不斷發展與完善，目前國際上對社區康復公認的理解是集社區人力資源，為殘疾人提供康復與公平機會，最終幫助殘疾人融入社區、回歸社會[1]，是全人類共同追求的醫療健康目標。

在中國，伴隨人口老齡化進程的加快、慢性病疾病譜的變化及功能障礙人群的增加，尤其是新冠疫情放開以來，人們對康復醫療的需求與日俱增，「以醫院為主導，以治病為中心，各級機構自給自足」的醫療模式逐漸難以滿足社區居民對健康管理、疾病預防與診治到康復的全環節一攬子服務需求[2]。面對社區康復醫學相對滯後的現狀，在探尋迎合新時代需求的基層康復模式過程中，歐美興起來的整合醫療模式逐漸成為我國衛生服務實踐的新話題。之後，在經過山西、安徽、浙江等地「縣域醫共體」的成功示範[3]，及全國 500 個縣的整合實踐及經驗總結，縣域醫共體改革由地方探索上升為國家政策，因此「十四五」提出到 2025 年要基本建成「體系完整、佈局合理、分工明確、功能互補、密切合作、運行高效、富有韌性的優質高效整合型醫療衛生服務體系」[4]。為響應此號召，我們從基層康復入手，充分利用「綜合實力醫院-區域醫療中心-康復社區」三級康復機構，積極調動「專科醫師-全科醫師-康復治療師」三師參與，共同建立覆蓋「健康、教育、生計、社會包容、賦權」等方面的全方面整合型基層康復模式[5]。

2、中國基層康復模式的發展與困境

康復醫學作為一門伴隨社會需求與發展應運而生的新興學科，在我國飛速發展。自 20 世紀 50 年的殘疾人的康復需求將康復事業引入中國以來，我國康復事業經歷了自然哲學醫學模式、生物醫學模式、生物-心理-社會模式和系統整合模式四個階段[6]，並逐步走向國際化進程，在國際佔據主要地位、引領國際潮流[7]。我國社區康復的發展大致開始於 20 世紀 80 年代，其經歷了吉林、內蒙古、山東、廣東四省的試點探索階段、全國範圍的全面推廣階段及 2006 年至今的社區康復與社區衛生服務結合的新階段，現在在黨二十大精神指引下社區康復迎來了快速、有序和健康發展的契機，有關數據顯示我國開展社區康復的縣、市、區可達 3000 個[8]，由此可見社區康復的框架已基本建立。

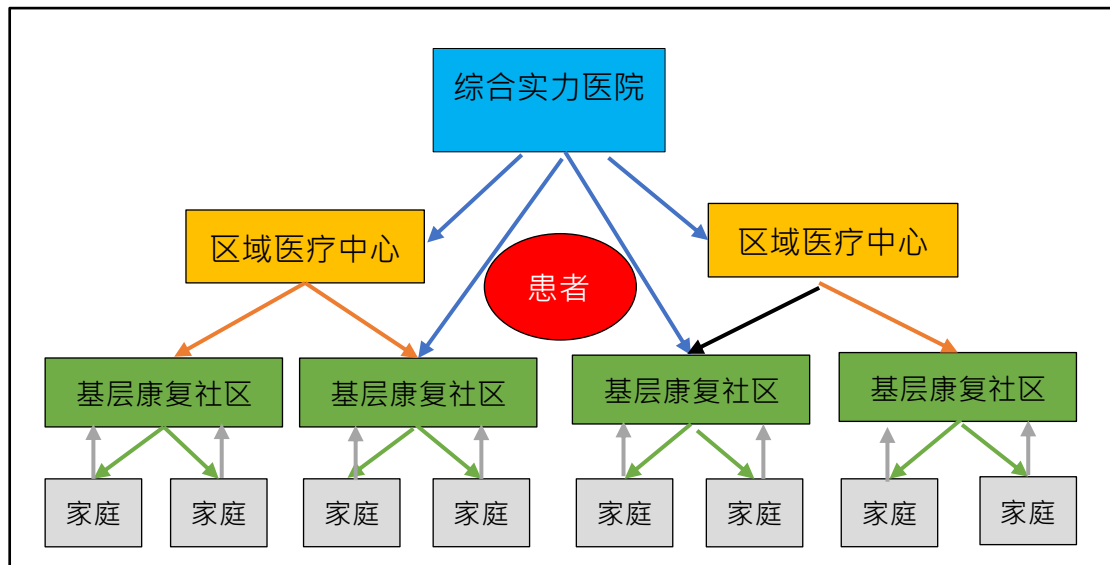
但目前我國多數社區康復並沒有較好的服務模式[9]，並且大多存在農村基層及社區康復服務網絡不全、康復人才的數量不足及質量待提升、眾多康復項目醫保覆蓋不全、社會各方面對社區康復認識不夠、康復醫療經費不足等問題[10]，導致出院病人不得不重返醫院。如何適應我國國情，優化社區康復及基層農村康復服務模式，有效滿足基層人民社區康復需求，成為了基層康復的重大課題。

3、「以人為中心，三醫共管下」的基層康復模式

針對以上問題，我們提出來「以人為中心，三醫共管下」的基層康復模式，該模式充分整合現有醫療、社會資源，聯合單位包括綜合實力醫院、區域醫療中心、基層康復社區乃至地方殘聯、志願者服務機構，積極調動醫院專科醫師、社區全科醫師、各級康復治療師，行政人員及志願者的參與，共同建立覆蓋「健康、教育、生計、社會包容、賦權」等方面集「健康管理-疾病防治康復-和諧社區」為一體的全方面整合型基層康復模式（圖 1）。

3.1 基層康復目標與理念

基層康復的目標是以全人健康理念為基礎，通過專業的康復服務，激發社區居民個體的獨立性與發展潛力，幫助康復對象達到最大獨立性和社會融入能力，是覆蓋生命全週期（從母嬰期到臨終關懷）和全方位（生理、心理、社會適應、生活方式及生活環境）的「大健康」目標[11]。在建立這一目標的過程中，我們將致力於建立一個全面、多學科、綜合的基層康復服務模式，以滿足不同人群的康復需求，實現醫院、社區循環，最終回歸社區、重返家庭的理想狀態。



▲ 圖表 1：基層康復模式

註 1. 模式解說：綜合實力醫院主要承接疑難病例並監督指導下層康復機構的康復服務，定期坐診區域醫療中心及基層康復社區，實現「專家到門前」；區域醫療中心承接大部分病人、制定個性化康復方案並主要負責對接基層康復社區並定期坐診基層康復社區，起樞紐作用；基層康復社區主要承接輻射範圍內的康復治療、定期開展宣教、走訪社區、聯絡行政人員及志願者營造良好社區，幫助殘疾人再就業等。

3.2 基層康復服務內容

康復內容包括物理治療、作業治療、言語治療心理社會支持等，為實現精準康復，根據康復對象的需求和目標，制定個性化康復計劃，提供全面的康復服務。康復對象在我國主要包括殘疾人、老年人及慢性病患者。

殘疾人是康復服務的最大人群。根據 2022 年殘疾人聯合會統計，我國已有 856.7 萬殘疾人得到基本康復服務，其中肢體殘疾約佔 48.36%、精神殘疾約佔 18.33%、視力殘疾約佔 8.81%、智力殘疾約佔 7.66%、多重殘疾約佔 5.80%.....康復是提升殘疾人生活質量的有效途徑，能顯著改善殘疾人的功能，這不僅依賴長期的康復治療，也離不開輔助器具保障，因此，醫療補貼方面，加大視力輔具及[12]人工耳蝸的補貼力度[13]、降低助行輔助成本等舉措意義重大。教育方面，殘疾往往嚴重影響殘疾人的受教育機會，因此，應該輔助開展好殘疾學生助學工作、特殊教育工作、健康宣教工作等舉措幫助殘疾人社會再適應。謀生方面，在我國，大部分殘疾人的生計依賴於家庭生計，絕大部分殘疾人離不開家庭照料，目前黨的二十大已將就業優先戰略，加強困難人群就業兜底幫扶工作提上新高度，極大關注到了殘疾人的生存需求，同時在康復層面，通過再就業，可以增強殘疾人的社會技能及社區凝聚力，就業產生

的康復價值體現在殘疾人重獲自尊與社會賦權，最終得以融入社會。社會包容度方面，為提升精準康復力度，實現個性化康復，對殘疾人進行健康康復、特殊教育、職業康復的同時，也需要提升社會包容度，為殘疾人賦權，讓他們參與到每個公民社會管理的義務中來，例如，重視聾人的手語教育的同時提高社會對手語的認識程度；加大農村康復的覆蓋率的同時，在國民教育體系中做好殘疾預防宣傳工作，消除殘疾人社會參與的障礙、提升社會環境的包容性和友好度，將殘疾人社區康復與社區建設，社區服務及基礎公共設施規劃相結合[14]。

隨著生命的衰老，身體各項技能的下降是生存的自然規律，讓人憂慮的同時也容易因習以為常而疏忽大意，進而遺漏疾病與老年人的康復需求，因此篩查和評估以發現早期功能下降或殘疾是老年人康復的關鍵[15]。體育運動是改善老年人晚期生存質量的可控指標，有調查顯示老年人入院前的身體靈活度直接影響出院後的康復質量[16]。有研究總結通過多小組專業教育會議、體育鍛鍊、家庭護理計劃、營養評估和補充、健康維護計劃和認知訓練、輔助技術設備的使用和老年康復的住院計劃有助於提高老年人的健康水平[17]。結合我國國情，基層康復應充分利用、整合農村社區資源，鼓勵有條件農村社區建立老年活動中心，委託康復醫療機構定期組織開展康復指導、日常生活能力訓練和康復知識普及等社區康復工作，通過康復宣教將疾病預防的早期觀念播種到每位老人的心底，並定期組織團體活動，增進老人間的交流與體育鍛鍊。老年人群體往往也是慢性病的高發人群，有研究發現，在社區康復層面將老年人身體活動和慢性病管理融合更有益於改善慢性病的各項指標及患者生存質量、提高老年人身體功能及身體活動量、減低老年人的跌倒風險及認知障礙發生概率[18]。

3.3 基層康復服務運行模式

基層康復服務方式主要包括個體康復、小組康復和社區康復，以基層社區為單位，設立康復中心，並配備專業的康復團隊和先進的康復設備，同時充分利用社會資源，與志願者團隊、企事業單位等合作，共同為康復對象提供最大支持。

3.4 基層康復工作人員

基層康復工作人員應包括醫院的專科醫師、基層醫療衛生機構的全科醫師、康復治療師，即「三醫共管」下以病人為中心，將醫院與基層醫療衛生機構、專科與全科、疾病的防治及康復緊密的結合，充分發揮各自優勢，履行各自職責。通過綜合醫院-社區康復-家庭康復的信息化共享促進基層全週期康復模式的實施，實現在專科醫師的指導下，全科醫師、康復治療師共同為病人進行全方位、多角度、全程的管理。

3.5 基層康復服務質量與成效評價

嚴格遵守相關的衛生法和安全規定，建立嚴格的質量控制體系，包括定期的培訓和考核，康復服務記錄的審查和監督，鼓勵患者及家屬參與康復服務評價等以保障康復團隊的專業性。採用國際通用的康復療效評估工具，定期對康復對象的生理、心理和社會適應能力進行評估，以瞭解康復效果並及時調整康復計劃，同時，鼓勵康復對象的家庭成員參與康復計劃的制定和實施，以提高他們的主動性與參與度。

4、思考與展望

根據國家統計局發佈，目前我國有 8591.4 萬殘疾人，涉及 2.6 億家庭人口，其中有康復需求的殘疾人接近 5000 萬[19]；還有著 2 億多的慢性病患者，2.64 億多的 60 歲以上老年人，其中約有 7000 多萬老年人有康復需求[20]。面對龐大的康復群體，康復醫學的發展充滿機遇和挑戰。我們必須總結過去的經驗發現當前的不足，以此展望今後康復醫學工作的發展。

基層康復模式是康復醫學發展的根基，是解決群眾「看病難、看病貴」的有效抓手，體現了「以人民健康為中心」的新時代「健康中國」建設理念，響應了黨的二十大對持續深化醫改的全面部署，因此建立規範、高效的基層康復模式是接下來康復發展的大趨勢[21]。為此應該考慮到一下幾個層面。

4.1 基層康復模式如何進行管理

基層康復要實現普惠性目標必須堅持以政府為主導，依靠各級康復機構協調配合，形成各級部門各司其職、相互監督、齊抓共管、共同進步的工作機制。目前，各級醫院已基本設立康復科室，如何提升各級康復科自我管理能力的，如何轉變傳統理療模式為整合型康復模式，如何擴寬康復覆蓋率以縮小城鄉差距，如何實現康復治療費用的醫保覆蓋，如何建設好三級康復網絡及殘疾人保障系統是基層康復模式構建接下來要考慮的問題。

4.2 基層康復人才如何進行培養

目前康復服務需求大，但康復人才難以配備齊全、康復人員業務水平參差不齊、康復分工缺乏專業分化等現象嚴重影響康復服務的質量。因此如何做好國內現有醫學院校資源的整合，完善康復醫師、康復治療師的培養體系；如何鼓勵康復相關專業人才的培養，明確培養目標、內容、形式、考核評估等相關要求；如何建立完整的康復專業學歷教育和研究體系；如何建立與國際接軌的人才培養政策、規劃和制度體系平台；如何開展康復醫學繼續教育、康復人員的相關培訓，制定多層次的康復醫學教育計劃，加強全國康復人才培養基地的建設是必須考慮的問題。

4.3 基層康復如何與時代接軌

與時代接軌首先應考慮如何宣傳好康復醫學，普及康復知識，加強殘疾預防，讓先進康復理念深入人心，讓更多人關注康復醫學、關懷接受康復的群體、接受康復服務。同時應考慮如何深入開展康復研究，並推進康復研究與學術文化交流，向世界學習並開展學術文化交流。尤其是在疫情激發下，我們更應該考慮到如何推行遠程康復，讓康復跨越地域與國界，實現醫學資源共建、共享與互補。

相信我國的康復事業在眾多康復有識之士的共同努力下，將繼續前進，走向有益於人民、有助於社會進步、有利於國家發展的偉大事業。

參考文獻

- [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.

三醫共管下的基層康復模式

莊璇¹ · 林薈¹ · 賈傑²

¹廈門市中醫院福建 · 廈門 361015 ²復旦大學附屬華山醫院

三醫共管即醫療、醫保、醫藥三醫聯動，共同解決慢病管理難、失能老人照護難等民生痛點。基層康復是三醫共管下的重要組成部分，旨在提供有效的康復服務，促進社區居民的康復。1978 年 WHO 首次提出社區康復的概念，歷經近半個世紀的發展，從原來只注重功能恢復，發展到現在注重患者的社會經濟地位等全面康復。本文將詳細介紹三醫共管下的基層康復模式。

1. 背景

《健康中國 2030 規劃綱要》要求建立整合式的醫療衛生服務體系，完善治療-康復-長期護理服務鏈條。「康復」是與治療相輔相成，維護群眾身心健康的重要手段。相比於機構康復，基層康復具有方便可及、價格相對低廉、易於接受等優點。

2. 基層康復的特點

2.1 社區導向

基層康復著重在社區層面進行康復服務，通過建立基層康復中心或康復科室，為居民提供方便、貼近和可持續的康復服務。

2.2 多學科合作

倡導多學科的合作，包括醫生、護士、治療師、基層康復工作者等，通過各專業的協作，提供全面的康復服務。

2.3 個體化康復

根據不同患者的康復需求，提供量身定制的康復方案。

2.4 康復治療與健康管理相結合

將康復治療與健康管理相結合，既注重康復過程中的治療效果，又關注疾病的預防，防治同步。

3. 基層康復現存問題

3.1 基層康復內容不全面

在我國基層康復實踐中，人們對基層康復的認識還存在一定的偏差甚至誤區，尤其是對

基層康復性質和內涵的認識還停留在生理功能訓練和補償層面[1]。

3.2 基層康復人才匱乏

雖然國家在 20 世紀 80 年代就著手培養康復專業人才，即便康復醫學教育成長很快，但還是無法跟上基層康復事業持續發展的需求。目前，我國康復技術人員總數不足 2 萬人，康復治療師僅 1.2 萬人，難以滿足基層康復的發展需求[2]。人才短缺、技術力量薄弱是基層康復發展不平衡的重要原因之一。加強康復專業人才培養是當務之急，大量人才儲備以滿足基層康復的需要。而且基層康復工作是一個多學科協作項目，需要醫務工作者、社會工作者和相關政府機構的鼎力合作和參與，但現狀是在基層康復工作一線、一專多能的基層康復人才非常少。

3.3 基層康復經費投入不足

從目前情況看，基層康復的社會化籌資渠道尚未建立，國家財政撥款有限，導致基層康復工作缺乏有力的物質保障。特別是在殘疾人多、貧困戶多的地區，由於國家投入不足，衛生醫療單位為康復對象提供的服務越多，無償投入就越大，極大地影響了積極性[1]。

3.4 康復資源分布不均

基層康復大多在經濟情況較好的城市開展。中國近 80% 的殘疾人生活在農村，但由於經濟、人才、組織、觀念上種種因素的制約，農村地區康復發展相對滯後，改善、補償和恢復這些康復目標群體的功能，提高他們的社會參與能力，是康復工作面臨的一項重大任務。

4. 三醫共管下基層康復的發展對策

4.1 健全三級康復網絡

加快構建三級康復網絡，明確各級之間的責任和轉出標準，讓社區有充足的病源來探索最適合患者的康復服務內容，同時完善基層康復的醫療保障體系，為其實施提供有力支持[3]。建立起醫生、護士、治療師、基層康復工作者等多學科合作機制，形成康復團隊，共同制定康復方案並實施康復治療，通過提供專業的康復服務和精細化管理，提高康復治療的效果。

4.2 提供全方位的康復服務

基層康復模式旨在為社區居民提供全方位的康復服務，包括疾病康復、功能康復、心理康復等。通過提供多樣化的康復服務，幫助患者恢復功能、提高生活質量。具體而言，醫院提供專業的醫療技術支持等高級服務，社區衛生服務中心負責提供康復評估、康復訓練和康復指導等基礎服務，家庭醫生負責跟蹤患者的康復進展、調整康復方案以及提供長期康復管理。既整合資源、提高康復質量，又實現患者全方位的康復照護。

4.3 加強康復專業人員培訓

通過加強對康復專業人員的培訓和技能提升，提高其康復服務能力和水平，確保康復服務的質量和效果。

4.4 減少醫療負擔

國家衛健委、國家醫保局等四部門日前聯合印發《關於推進家庭醫生簽約服務高質量發展的指導意見》提出，在確保服務質量和簽約居民獲得感、滿意度的前提下，循序漸進積極擴大簽約服務覆蓋率，逐步建成以家庭醫生為健康守門人的家庭醫生制度。不斷加快建立「醫院-社區-家庭」的康復聯動管理，將康復服務下沉到社區，減少患者就醫的時間和費用成本。慢性病康復管理逐漸由醫院中心向社區中心轉變，形成以三級醫院為指導、以社區衛生服務中心為中心、以社區衛生服務站為基礎的三級預防體系。

4.5 康復醫療信息平台

互聯網和計算機的普及應用使康復服務的覆蓋面更加全面和廣泛。利用互聯網建立遠程康復服務平台，使康復從業者通過遠程系統提供康復診斷和指導，患者及其家屬可以依靠平台豐富的資源來學習相關康復知識，節省時間和成本。並且通過搭建智能化社區健康管理平台，實現信息雙向互動交流，促進「上下聯動、延續照護、多方協作」，為醫康養融合提供新思路。

5. 期望達到的成效

(1)促進基層康復醫療機構的發展，提高其康復服務的專業水平和綜合實力。(2)提高社區居民的康復服務可及性和便利性，減少前往大醫院就醫的需求。(3)降低居民的醫療費用支出，減輕經濟負擔。(4)提高患者的康復效果和生活質量，增強康復的可持續性。

總結起來，三醫共管下的基層康復模式能夠更好地整合資源、提高康復服務的可及性和質量，為患者提供一站式的康復服務。通過加強基層康復資源建設，醫院、社區衛生服務中心和家庭醫生合理分工、互補優勢，為患者提供個性化康復，減少醫療負擔，提高康復效果。隨著基層康復模式的不斷完善和推廣，相信將會為廣大群眾帶來更多的康復福祉。

參考文獻

- 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.

上海市社區康復中心建設—以仙霞社區為例

王俊¹ · 丁力² · 賈傑²

¹ 上海市長寧區仙霞街道社區衛生服務中心-上海市示範性社區康復中心 ² 復旦大學附屬華山醫院

隨著社會老齡化發展，慢性病和老年病的患病率越來越高，因病致殘患者越來越多，尤其是神經系統和骨骼系統類疾病造成的肢體功能障礙，嚴重影響老年人群的生活質量。社區衛生服務中心作為醫療健康服務體系網底，承擔著居民健康守門人的職能。近年來，各社區衛生服務中心通過多種途徑開展各類康復服務，一定程度上滿足了部分居民就近獲得康復服務的需求，但在服務功能、內容等方面，尚未形成標準化、規範化模式，距離居民需求和期盼仍存在一定差距。因此，發展社區衛生服務中心康復服務，可作為當前解決居民難點，滿足居民實際需求的途徑之一。

根據《國家衛生健康委關於全面推進社區醫院建設工作的通知》(國衛基層發〔2020〕12號)、《關於印發上海市社區衛生服務機構功能與建設指導標準的通知》(滬衛規〔2020〕11號)、《關於推進本市社區衛生服務機構社區康復中心建設的通知》(滬衛基層〔2021〕4號)等文件精神，通過打造一批示範性、高水平的社區康復中心，引領本市社區康復中心建設，全面提升本市社區康復服務能力，更好滿足居民「家門口」獲得多種形式康復服務的需求。

2021 年以來，本市依託「為民辦實事項目」，已完成 91 家示範性社區康復中心建設，社區康復服務覆蓋面進一步擴大。2023 年繼續依託「為民辦實事項目」，再新建 20 家示範性社區康復中心，讓更多社區居民享受到「家門口」康復服務。

下面以上海市長寧區仙霞街道社區衛生服務中心(2021 年獲上海市示範性社區康復中心)為例介紹上海市社區康復建設情況。

一、建設目標

以社區衛生服務機構(中心、服務站、村衛生室)為依託，建設標準化社區康復中心。明確功能定位，豐富服務項目，提供病房、門診、站點、居家等多種形式社區康復服務，築牢社區康復網底。「十四五」期間，基本實現本市社區衛生服務中心社區康復中心全覆蓋，夯實社區康復服務網絡，促進康復功能全面融入社區衛生基本服務，實現全市社區康復服務能級全面提升。

通過居民家醫簽約與「康復-公衛聯盟」模式的全週期智能化康復與健康管理為居民提供及時、便捷、精準、高效的康復服務和健康管理提升居民的功能能力水平和生活質量，建立以家醫簽約與「康復-公衛聯盟」模式的社區康復服務模式。主要服務內容：由家庭醫生、康復醫師、治療師、公衛健康管理員、護士等組成的團隊，成立健康跟進監管小組，為簽約居

民提供臨床診療、精準康復評估、個性化訓練方案、科普講座、指導訓練及全週期健康管理等。

二、中心概況及社區康復中心建設規劃

(1) 中心概況：

仙霞街道社區衛生服務中心是一所綜合性一級甲等醫院，轄區面積 2.27 平方公里，覆蓋 23 個居委。中心承擔著 2.6 萬戶、8.4 萬余常住人口及 2 萬余流動人口的預防、保健、醫療、康復、健康教育和計劃生育技術指導等功能。中心以社區中老年人、慢性病患者、育齡婦女、兒童、殘疾人群等為重點服務對象，開設全科、婦科、口腔科、眼科、耳鼻咽喉科、中醫科、針灸推拿科、康復科等科室，年門診量約 25 萬人次，開設住院床位 40 張，另設家庭病床上門服務等項目。中心目前下設四個衛生服務站，組建 4 個家庭醫生工作室，為轄區居民提供全方位、全週期健康管理服務。

(2) 社區康復中心建設規劃：

2021 年，依託為民辦實事項目，中心以建設示範性社區康復中心為抓手，引入先進康復設備，運用中西醫適宜康復治療技術，培育打造多種形式的綜合型、全方位的康復服務。十四五期間，中心將大力推進康復醫學科建設，引進專業人才和專業設備、拓展服務內容、培育科研課題、孵化特色項目、聯動各方、延伸服務可及性，不斷豐富示範性社區康復中心內涵建設，全力打造居民「家門口」康復服務平台。設置面積：中心康復業務用房總面積 843 平方米，其中康復治療區面積達 387.6 平方米和康復病區 456 平方米，達到示範中心要求。

三、強網絡、謀佈局，整合資源創效能

仙霞以社區康復中心為核心，聯動高等院校、聯動二三級醫院、聯動專業醫療機構，打造康復專科醫聯體。在此基礎上，探索醫養+康復服務模式，延伸康復服務可及性至衛生站點、社會機構、個人家庭，形成整合型康復網絡。

(1) 聯動高等院校：

中心已掛牌成為上海體育學院社區健康聯合體單位、上海體育學院運動科學學院社區實踐基地。雙方就體醫融合理念與服務模式達成共識，並開展合作對接。探索體醫融合在康復醫學科的應用，圍繞運動康復，提升康復學科科研能力建設，促進社區康復中心與高等院校之間的科研與教學協同。

(2) 聯動二、三級醫院：

與華山醫院、華東醫院、第六人民醫院、同仁醫院、光華中西醫結合醫院、天山中醫院、民航醫院等相繼建立業務合作。依託二、三級醫院專家下沉社區坐診，建立融入社區康復特色的骨質酥鬆專病門診、骨科專病門診、心臟專病門診等，為社區居民提供更多元、更復合、

更貼近需求的社區康復服務。

(3) 聯動專業醫療機構：

中心與上海新起點康復醫院、上海上體傷骨科醫院、上海體創診所等社會辦醫療機構形成交流機制，進一步拓寬服務面、深化學科交流、增強協同服務能力。

(4) 延伸服務可及性：

中心在打造康復專科醫聯體基礎上，結合街道 15 分鐘生活圈建設，探索醫養+康復服務模式，進一步延伸康復服務可及性。一是延伸至衛生站點，中心目前下設 4 個社區衛生服務站，各設有家庭醫生工作室，在社區為居民開展健康管理服務。通過為站點賦能，直接把康復服務送進社區，讓居民就近享受到便捷、專業、可及的康復服務。二是延伸至社會機構，中心現有 2 個站點融入社區綜合為老服務中心，與轄區內 4 家養老院簽訂健康服務協議，為 8 所學校、15 所托幼機構、1 個托育所提供健康管理，在轄區內多個樓宇開展「健康醫小時」服務項目。下階段將把康復服務寫進服務協議、加入服務清單，進一步擴大康復服務受益面。三是延伸至個人家庭，結合家庭病床管理和家醫上門服務開展康復治療和指導，為行動不便和出院人員提供居家康復服務。

四、強隊伍、重專業，夯實核心促發展

(1) 引進學科帶頭人：

中心依託緊缺專業人才引進政策，成功引進一名學科帶頭人，具備康復醫學副主任醫師、康復醫學治療技術主任技師等高級職稱。曾獲國家專利發明 2 項，獲中國康復醫學會科學技術二等獎 1 項，獲得省級成果獎 1 項。擔任中國康復醫學會帕金森病與運動障礙康復專業委員會副主任委員；中國康復醫學會社區康復工作委員會常委、康復治療專業委員會常委兼水療主委等多項社會職務。在康復醫學領域具備較強學術影響力，在康復學科建設及教學管理工作中具有豐富經驗。

(2) 組建康復團隊：

康復科主任 1 人，康復醫師（含科主任）10 人（第一執業 1 人、醫聯體多點執業 2 人、內部培養取得處方資質 7 人），中醫類從事康復服務：6 人，康復治療師：8 人，康復護士：9 人。

(3) 持續擴充團隊力量：

中心將持續培養全科醫師參加「上海市社區康復崗位系統培訓」項目，逐步實現全科醫師取得康復處方資質全覆蓋。同時，選送護理人員參加市級培訓，擴充康復護士隊伍。針對康復治療師，結合中心與上海體育學院運動科學院社區實踐基地建設，孵化培育新型康復治療專業技術人才。

五、 建設簡介和特色亮點

(1) 建設簡介：

1. 服務對象：腦卒中、腦損傷，骨關節損傷（「頸、肩、腰、腿痛」等）、各種運動損傷、脊髓損傷及小兒腦癱及各種慢性病（骨質酥鬆症、糖尿病、慢阻肺、心臟病、高血壓等）康復與健康管理等。
2. 服務形式：提供住院、門診、站點、上門居家康復服務。
3. 重點打造四個特色品牌：（腦損傷康復、肌骨與運動康復、老年人康復、乳腺癌康復），提升康復康普、醫療、教學和科研能力。
4. 服務內容：提供精準評估、制定個性化全面系統的治療方案和專業指導主動治療與管理。

（1）精準評估：

治療師不僅局限於主觀的局部症狀，還通過對患者的姿勢和動作、觸診和特殊動診來進行觀察和判斷，找出身體的薄弱和不足之處，從而實現「一人一方案」的精準治療，直擊患者的病因。

（2）治療方案：

根據評估結果制定個性化全面系統的治療方案，主要應用各種結構性技術（軟組織技術、關節鬆動技術、肌肉能量技術、肌筋膜放鬆技術等）和神經生理和神經發育療法和智能化運動控制訓練技術為治療基石，綜合運用各種治療手段，提高患者運動功能和能力水平。

主要服務項目：智能化主被康復訓練、智能化助力步行訓練、上肢機器人訓練、手法治療、徒手淋巴回流手法、壓力治療、運動治療、關節鬆動訓練、減重支持系統訓練、電動起立床訓練、平衡訓練、偏癱肢體綜合訓練、文體訓練；低頻、中頻、微波、經顱磁治療、腦循環治療、肌肉生物反饋治療、神經肌肉電刺激、超聲波治療、氣壓治療；作業療法、日常生活動作訓練、徒手手功能訓練、認知知覺功能障礙訓練、輪椅技能訓練；言語治療、言語訓練、構音障礙訓練等。

（3）專業指導主動治療與管理：

根據對象需要，家庭醫生將根據治療師給出的個性化康復方案，上門進行康復治療，定期跟蹤隨訪，鼓勵培養良好的健康生活方式和自我管理理念，最大限度幫助患者重新回歸家庭、社會，提升其生活質量。

(2) 特色亮點

1. 創新性打造全週期精準社區康復新模式：全程健康監管，早期康復介入。中心成立康復-公衛聯盟，依託聯盟優勢，對社區居民進行全程健康跟蹤監管，並成立監管小組，制定精準診療方案及流程。每周通過健康管理系統對發病居民進行篩查，進行電話問診及指導，主動對接有康復需求的目標人群盡早落實相應康復診療（居家指導、站點、門診、住院）。在科普宣教、學科共建、人才培養和學術研究等方面全面協作，共同探索全生命

週期社區康復的健康管理新模式，制定個性化的衛生服務和倡導健康生活方式，提升社區醫院綜合服務能力。優勢互補，資源共享，協同創新，共同發展，讓看病少走彎路，保持健康，終身受益。

1. 為社區居民開展精準專病康復服務。依託社區 65 歲以上老年人健康體檢，成立身體功能篩查評估小組，制定康復需求篩查問卷和專業評估量表，完善篩查評估流程，對居民進行全面身體功能綜合評估。組建專病專項康復團隊，對評估結果進行跟蹤反饋，提供精準康復服務，讓更多居民享受到「家門口」的專業康復服務，使一大批患有頸肩腰腿舊疾的居民得到了有效治療，得到居民的廣泛好評。
2. 實現康復技術下沉社區，讓居民在「家門口」享受到三級醫院的康復服務。中心特聘請華山醫院康復醫學科賈傑教授團隊（中國康復醫學會社區康復工作委員會主委）和上海上體傷骨科醫院王雪強博士團隊為技術顧問，為社區居民進行專業診療，重點提升社區康復技術規範、培養技術人才、學術科研、科普宣教等。讓居民在「家門口」享受到全面、全程、友善、有效的社區康復服務，使康復需求在社區就能更便捷易行，更精準高效的滿足，得到了廣大居民更多認可和信賴。
3. 專業科普宣教，讓看病少走彎路。開展多種形式的社區、居家康復健康教育講座、義診、體驗等，提高社區康復的知曉率和使用率，提高大家主動運動的健康意識，形成關愛健康的良好氛圍，助力真正實現康復在基層的美好願景。

六、建設成果

(1) 工作成效

1. 對象肯定：提升了中心康復治療師的專業技術能力，為患者提供了更全面更精準的康復服務，提高了療效得到了廣大患者的認可和好評，提升了中心的康復知名度。目前門診肌骨運動康復治療需要提前預約才能準時接受康復治療服務。
2. 開展新技術 2 項：壓力治療和徒手淋巴回流手法，提升了中心康復治療師的專業技術能力，為患者提供了更全面更精準的康復服務，提高了療效得到了廣大患者的認可和好評，提升了中心的康復知名度。
3. 已初步組建完成康復服務架構：「科主任-技術組長-組員」，已組建形成 2 個專業技術小組（肌骨運動康復組和神經康復組），分別由 2 個組長帶領組員完成各項工作任務。
4. 共同培育社區康復專業人才：在賈傑教授團隊和王雪強教授團隊的幫助下，完善規範診療體系和服務流程，提升康復服務能力；培訓提升康復治療師 6 名的技術能力。

(2) 科普宣教報道：

學習強國 2 篇，上海長寧 4 篇，短視頻 4 篇，公眾號各種康復推文 48 篇。

(3) 不斷提升學術科研水平：

2023 年已申請獲批區級課題 1 項。

(4) 獲獎：

收到錦旗 17 面，表揚信 5 封；獲長寧區 2023 年技能大師工作室項目建設（全週期精準社區康復服務工作室）和獲 2022 年上海市長寧區人力資源和社會保障局記功。

七、展望

期望通過不斷實踐探索逐步形成體系，打造智能化社區康復服務管理平台，實現全程管理，提供智慧遠程服務和線下服務相結合，將運動處方通過信息管理平台做到及時、方便、安全、有效的服務，可採手環管理（靶心率、血氧等）或可視化管理，為確保社區康復服務的一致性。不斷加強培訓交流，並組織同行制定各項標準（技術、人才、建設運營等）向全區、全市、全國推廣實踐。

參考文獻

- 《國家衛生健康委關於全面推進社區醫院建設工作的通知》（國衛基層發〔2020〕12 號）
- 《關於印發上海市社區衛生服務機構功能與建設指導標準的通知》（滬衛規〔2020〕11 號）
- 《關於推進本市社區衛生服務機構社區康復中心建設的通知》（滬衛基層〔2021〕4 號）

2023 年國際作業治療日的主題：攜手社區，融合發展

鄧土保 · 聶夢怡 · 張雲明
江門市康復醫院

「家庭病床」服務就是社區康復的形式之一

世界作業治療師聯盟 (WFOT) 從 2010 年起，將每年的 10 月 27 日設定為「世界作業治療日」，其目的在於讓全球人認識到作業治療在促進和保持人類的全面健康工作中承擔的重要作用。2023 年的主題是「攜手社區，融合發展」。借助這個機會，讓我們通過「家庭病床」服務來認識社區康復吧！

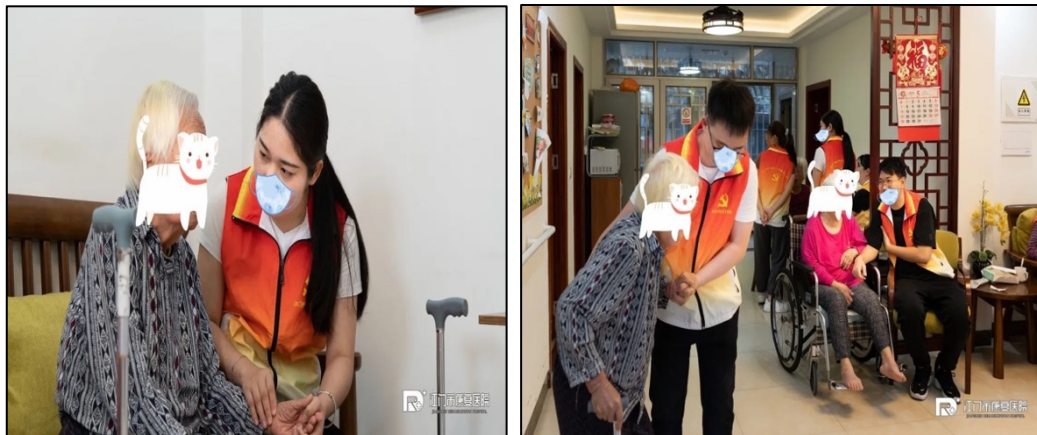


一、家庭病床有多重要？

根據國家統計局發佈的數據 2023 年 2 月份，全國 60 歲及以上老年人口達到 2.8 億，佔總人口的 19.8%；65 歲及以上老年人口達到 2.1 億，佔總人口的 14.8%。這意味著中國已經進入了深度老齡化階段。預計到 2035 年左右，60 歲及以上老年人口將突 4 億，在總人口中的佔比將超過 30%。

以上數據顯示，中國老齡化越來越嚴峻，社會對社區康復的需求越來越大。在政府主導和社會各界支持下，統籌利用康復資源，以城鄉社區為基地，以解決殘疾人的康復需求為前提，應用適宜康復技術，調動殘疾人及其家屬參與的積極性，以實現殘疾人全面康復為目標，加大了對社區康復的支持力度，「家庭病床」服務就應運而生。

由此可見，家庭病床服務在社區康復發展中越來越重要。



二、下面以我們醫院的家庭病床服務為例，講一下社區康復如何實現讓患者在家有「醫」靠！

對年老體弱、行動不便長期臥床的患者來說，可以在家享受完善的醫療服務是他們最為迫切的心願，因此，我們醫院除了設立康復治療科，還設有家庭病床科。

01 什麼是「家庭病床」？

「家庭病床」服務，相當於家中有「小醫院」，而且還能醫保報銷。家庭病床是以家庭作為醫療護理場所，將醫院的病床服務延伸到家庭，解決了慢性病、老年病、家庭臥床患者、行動不便患者等就醫的大難題，讓病人在熟悉的環境中接受治療和護理。我們的醫生、護士及治療師與患者約好治療時間，定期上門服務。

02 家庭病床服務對象

診斷明確、病情穩定，符合住院指徵，並經責任醫師評估，適合在家庭或長期居住場所進行檢查、治療、護理和康復的患者。家庭病床收治範圍主要為長期臥床、行動不便，且符合以下情形之一的患者，即可列為家庭病床服務對象：

1. 腦血管意外癱瘓需進行康復治療的；
2. 長期臥床併發呼吸、泌尿、消化等系統感染或壓力性損傷；
3. 需要長期吸氧或者使用無創呼吸機的嚴重慢性肺部疾病（含慢性阻塞性肺病、反復氣胸等）；
4. 糖尿病足患者，糖尿病或其他疾病合併肢端壞疽；
5. 骨折牽引固定且長期臥床；
6. 處於疾病終末期需支持治療的；
7. 符合住院指徵的 65 歲及以上合併多種慢性病需規律治療、到醫院就診確有困難的患者。

03 「家庭病床」提供哪些服務呢？

1. **健康管理**：為家庭病床患者制定健康管理計劃，開展健康教育與指導。



2. **健康監測**：對患者的體溫、脈搏、血壓、血糖等進行連續性健康監測。



3. 社區護理：傷口的換藥、導尿及護理、插胃管及護理、壓瘡預防護理等。



4. 社區康復：針灸、推拿等中醫服務項目；康復理療、功能訓練指導等。



5. **用藥指導**：向家庭病床患者提供合理、安全用藥方案以及相應的藥品服務。



6. **檢驗檢查**

包括血常規、尿常規、大便常規、心電圖、血糖、動態心電圖、動態血壓、生化、電解質等。必要時可到醫療機構完成。

三、家庭病床有哪些好處？

1.減輕家庭的經濟負擔

家庭病床的環境、設施主要由家庭提供，因而醫療費用大為節省，減輕了患者家庭的經濟負擔。

2.有利於疾病的康復

病人能在溫馨的家中接受治療，不受其它病人干擾，與親人朝夕相處，共同度過患病的日子，飲食起居自由，消除住院的懼怕心理，能以最佳的心理狀態接受治療，對疾病的康復起到了積極作用。

3.為病人就醫提供方便

對行動不便者，可同時提供醫療性和非醫療性的輔助服務。家庭病床使病人看病不出門，取藥不排隊，避免了一人治療，全家跑醫院的勞累。

4.為病人及家庭提供衛生知識

為病人提供醫療服務的同時，對病員和家屬反復講解該病的基本知識、病情轉歸及治療中可能出現的反應，教會他們觀察病情變化，護理方法和自救互救要領，指導改善生活環境、膳食結構和休息方式，提高了病人及家屬健康衛生知識水平，滿足了病人對健康知識的需求。

四、小結

2023 年國際作業治療日的主題：攜手社區，融合發展。隨著中國老齡化越來越嚴峻，「家庭病床」服務在社區康復中也越來越重要。我們醫生、護士、治療師及社會工作者共同協助殘疾者和患者選擇、參與、應用有目的和意義的活動，以達到最大限度地恢復軀體、心理和社會方面的功能，增進健康，預防能力的喪失及殘疾的發生，提高生活質量。

健康由「我」守護

張亞男

長春中醫藥大學附屬第三臨床醫院

隨著社會的發展，人們生活方式的改變及臨床醫學的突飛猛進，人類的疾病譜發生了明顯改變，以及我國人口老齡化進程的加劇，老年人口慢性疾病患病率的升高，使得老年人口在康復問題日益突出，嚴重影響到老年人的自理能力與生命質量。由疾病、外傷、老年化等造成的功能障礙人群大量增加，社會康復需求迅猛增長，在此背景下康復已然成為全社會關注的熱點與難題，使人們對康復服務要求發生了都很大變化。

近幾年來，國家大力支持基層建立綜合康復服務網絡，服務殘疾人和有各種功能障礙以致影響正常生活、學習和工作的慢性病人和老年人。社區康復作為構建基層綜合醫療服務網絡的重要環節之一，具有投入低、服務廣、可操作性強、方便集成群眾、持續康復效果好的特點，是普及康復服務的一種很好的形式，也是基層醫療最終發展的趨勢。為了保障服務群體的健康問題，構建綜合醫院-康復醫院-社區康復的康復醫療服務體系，服務病人、服務健康，於政府、社會、老人、年輕人都「多多益善」的醫療服務模式，實現功能障礙群體對身體健康的關注，對健康長壽的期盼，對生活質量的追求，最終達到康復的目的。

社區康復服務基本會建立以家庭為基礎、構建為支撐，社會化、綜合性、開放性的社區康復服務體系。為了更好的服務康復群體，打通醫療康復服務最後一公里，真正實現「小病不出鄉，大病不出縣，康復在基層」的美好願景，需要實現醫療資源的整合、專業人才和優質服務等，為功能障礙者提供高效、全面的康復醫療服務，提高他們的生命質量，實現康復的目標。

醫療資源整合：

通過分層級、分階段的康復醫療服務體系的建立，對現有的醫療資源進行整合，提高資源的利用效率，保障醫療服務的質量。促進分級診療制度的落實，優化各個醫療機構的資源狀況，提高醫療服務的效率與質量。加強康復醫院的建設，並鼓勵社會資本對社區康復事業的投入，注重各類康復護理、臨終關懷等服務機構的建設，增加社區護理服務、康復設施等配置力度，使各類功能障礙者的康復需求不斷得到滿足，實現了「病來醫治，平時照護」的功能創新。

專業人才：

是社區康復發展的必要支撐。在社區康復服務體系建設中，增加專業康復人才的數量，重視對康復醫療各級專業人員的教育與培養。康復群體因為心理、病理、社會和環境因素的作用導致其功能康復複雜和過程持續時間長，需要多學科團隊的成員整合來制定和調整有效的符合個人需求的康復方案來完成。通過專業化的醫生、康復治療、護理等專業人員實現醫療保障；建立完善的社區醫療保障體系，提升康復服務群體的生命質量與健康水平。

優質服務：

為推進社區康復服務質量，持續提升健康服務水平，適應新形勢，提高患者的參與度及幸福指數，從專業康復、科學訓練、職業指導等全面改善患者的生活質量。為了達到這個目標要改變和整合衛生保障服務體系，通過內在的醫療、康復、護理等專業服務；外在的豐富生活方式和內容，內外環境的改變使康復群體最大化調動自身的潛能，參與社會功能活動能力，從而提升社區康復服務質量。

社區康復服務模式是在健康中國戰略下形成的一個以保障功能障礙者健康的康復服務模式，強調最大程度恢復障礙者的生活自理能力，提高生活質量，減輕家庭的負擔，進而降低社會的負擔，是未來康復的新方向，最終達到「共建共享、全民健康」的目的。

反思三年間在社區家訪中應用專業思維的前後變化

施曉暢

山東中醫藥大學 作業治療教研室 講師

30 年前，人類學家 Cheryl Mattingly 闡述了作業治療師思維的獨特性：作業治療師可以在同一個治療活動中，交替應用「把個體當作精密機器」的專業思維和「把個體當作鮮活生命」的專業思維 (Mattingly, 1993a; Mattingly, 1993b)。這樣將功能恢復為本思維與作業活動為本思維雙線並用的思維能力是作業治療師所獨有的。而在國內，作業治療師普遍意識到在醫院系統里應用作業活動為本的專業思維存在困難，但離開醫療場景，進入社區工作就能少受功能恢復為本思維的影響，順利成章地用上作業活動為本思維了麼？作為一個提供過醫療服務，目前在社區服務領域工作的作業治療師，我經歷了功能恢復為本思維主導治療，逐漸將其和作業活動為本思維交替應用，並較為熟練使用雙線思維的過程。這些思維上的改變發生在每次的實踐和反思中，值得探查。

本文旨在回溯我在 2017 年剛進入社區家訪的服務經歷和在 2020 年參與入戶家訪項目的服務經歷。兩段工作經歷相隔三年，其背後代表著兩種不同思維狀態的特點。本文希望提醒國內作業治療師在社區家訪服務中需意識到自身專業思維應用的現狀，逐步調整雙線並用的比例，擴展思考空間，提升專業思維能力，以滿足不同服務場景、特指社區場景下的服務需求。

第一段經歷：轉變醫務工作者的身份開始做家訪

2017 年 8 月，我剛離開醫院的工作崗位，開始做私立機構的家訪工作。接待的一位婆婆是我在醫院時的家訪對象。她中風半年余，家人希望可以身體恢復得再快些，於是希望我能夠到她家做居家治療。記得有一次家訪過程大致是這樣的：

我在入戶之後開始觀察婆婆和她家中最近的變化，婆婆感覺有點疲累不太有精神。我跟她丈夫寒暄之後，坐下來跟坐在輪椅上的婆婆聊天。我們互相抓住了對方的手，開始拉家常，聊聊最近的近況。內容包括最近的身體恢復、情緒波動和睡眠狀況。她有些著急，想讓我看她的手恢復得如何。發現這一點後我便轉移話題，一遍繼續拉家常（詢問她身體使用的狀況），一邊摸摸她患側的上下肢和軀乾。在檢查關節活動度和肌張力的同時，要求婆婆再自己活動一下，查看自主運動狀況。婆婆表示感覺手腳還使不上力，身體活動也不太靈活。於是，我便詢問她是否能夠自己從平躺的位置轉身坐起來。她說不太好，有時可以有時不行。我們就轉換座位，到了婆婆的床鋪上，請她嘗試演示這個姿勢轉移的過程。通過演示，我發現：

1 轉移技能不足：婆婆不知把腳放在床邊更容易把上半身豎直，並坐起來；2 在軀乾和上肢力量不足的前提下，協調技能也不足：婆婆不太會把兩方面的力量結合起來，使用手撐住床沿輔助上半身豎直起來。所以解決這個姿勢轉移的困難有了提升肌肉力量及表現和完善轉移技能這 2 個方向。接下來的時間里，我花了 1/3 的時間示範和指導婆婆以及她丈夫，令他們理解如何躺-坐轉移更省力和安全；其次我花了 1/3 的時間，引導婆婆通過轉換輪椅推行的方式加強四肢和身體協調運動的意識和技能；其三，我還花了最後 1/3 的時間示範、演示並教會了家人一些特定肌肉力量的訓練。在這些示範、演示和指導的過程中，我一邊按照自己的設想去做，也一邊觀察他們會不會接受這些干預介入。他們一些時候說指導很好，也能夠在平常生活里用到；而另一些時候他們不做反應。當他們沒有反應的時候，我便停下來，進行一段單純的對話，嘗試去理解：他們不受到到底是為了什麼？是時間、精力/體力、生活習慣、物理性環境麼？在這樣一次的家訪過程中，我使用了大部分時間去做實際的操作，一小部分的時間只是在溝通。如果沒有遇到不接受的情況，溝通的特定時間基本只會位於治療流程一開始及快要結束的時間段。

從以上的描述中可以看出：2017 年是，我做家訪是以功能恢復思維為主、作業活動思維為次的。有四個方面可以表現這樣的主次的關係：一、我的思考空間從被既定的治療流程所佔據；二、我與家訪對象相處的模式是單一、相對權威的狀態的；三、家訪對象的視角和立場是只會跟我表達身體不適和困難並且被動接受治療建議；四、我應用雙線思維的狀態不流暢、需額外留心

一、我的思考空間從被既定的治療流程所佔據

在家訪的大部分的時間里，我都跟隨自己腦海中預設的流程進行治療。流程並不是不能改變，但主體框架存在。我主要的治療目的是提升身體功能（比如，軀乾和上肢力量）以及獨立生活技能（比如，獨立完成床位轉移）這兩方面；同時，這兩方面的提升是為了家訪對象可以更獨立地完成自理性的生活任務。關注點集中在居家生活中每日必須要做到的、滿足基本生活要求的事情（比如：完成各種界面之間的轉移）里。在這個範疇之外，跟家訪對象生活相關的其他因素比如認知、心理、家庭、社會資源等等考慮得很少。我在其中也留意到了家訪對象及其家人的情緒狀況、他們對治療的接受程度，但聚焦在有關治療任務是否接受的情緒識別上。我並未真正地從作業活動為本的角度理解他們目前生活的經歷，那些感受、思考以及背後的決定。

二、我與家訪對象相處的模式是單一、相對權威的狀態的

我幾乎將所有的注意力都集中在家訪對象本人身上，或者進一步地說，是集中在和家訪對象互動中我如何按照自己分析的思路一步步去實施的事情上。家訪對象更像我實施過程中

可被提升的變量，家人則被我視為隨時可以出現，並能夠有效給予變量輔助的治療助手，起到：1) 完成經過評估設計而來的治療內容和策略；2) 安排並監督把治療性活動放入生活作息里，這兩點的作用。治療內容、進程和策略的判斷和把握，權力依然攥在我手中。這樣的權力關係令家訪的互動模式偏差，與醫院場景的互動模式差不多。是治療師為主，憑借對功能問題和生活困難的理解進行識別、分析和解決。

三、家訪對象及其家人的視角和立場是只會跟我表達身體不適和困難並且被動接受治療建議

在當時，工作的視角和立場也影響了家訪對象及其家人對治療師的期待。他們期待每次家訪是一次訓練成果的驗證，訓練任務的加強，這就決定了他們會跟我表達身體不適和困難，顯露因運動困難而沒辦法做到的照顧自己的事情。作業活動為本的思維應該帶我去的更廣泛全面的領域被廢用了，我看不懂、看不全一位經歷中風遭遇的婆婆利用過去以及面向未來可能需要考慮的種種因素，也忽視了家庭、社會資源等支持性環境因素。

四、我應用雙線思維的狀態不流暢、需額外留心

功能恢復為本的專業思維使得我思考得很快：從一個觀察可以看出很多有關身體功能和獨立生活技能的不足。這些不足又立刻引發了一系列進一步探察、引導、示範等操作。在功能恢復為本的專業思維的邏輯鏈條中一環銜接一環，沒有停頓。如果我需要啓動作業活動為本的思維，就需要讓自己停下來，從操作切換到單純溝通模式，才可以從單純的溝通中進行基於作業活動的思考。如描述所言，我以既定的治療流程和思路為主，如果沒有對方不接受之類的外力出現，就比較難覺察出要用作業活動為本專業思維的時機。

第二段經歷：以治療師志願者的身份做家訪

2020 年 12 月，我作為治療師志願者的身份參與了當時項目中的家訪活動，去查看幾位家屬的家庭情況。這是社區志願者和社工夥伴邀請我加入的活動。他們希望可以通過不同專業背景的志願者參與家訪，找到社區工作的新模式。所以，我們既是希望借此來更深的理解被服務家庭，也希望借此查看家庭成員間互相賦能的策略，以便應用到其他家屬賦能的服務中。記得有一次家訪過程大致是這樣的：

我與兩位志願者夥伴一同上門家訪。我們事先瞭解了家訪對象的情況：這是一戶中年家庭。先生被診斷為血管性認知症，妻子發現他變得越發難相處，就希望我們上門可以解決一些問題。在家訪前 2 個小時，我們完成了家訪對象討論，預判了家訪過程並進行了分工。我主要負責觀察家訪對象與疾病相關的情況，並不是溝通的主力。

入戶之後不到半個小時，先生突然從沙發上跳起來。他暴躁起來，罵人不停。要我們離開他家，不然對我們不客氣或者直接報警。場面驟然緊張起來，我的夥伴都呆住了，不知如何應答。他的妻子也沒說話。而我當時覺得，他這樣罵人應該是情緒控制的問題。於是我就上前跟他道歉，說我們確實是他妻子請來的，但是可能沒經過他的允許，也算我們冒犯。先生定了一定，然後開始反復說家訪對於女性是多麼不安全的事。他滔滔不絕，提了很多他年輕時候遇到的惡性事件，又表示自己是個好人，但是保不齊會做什麼事。我坐在他對面的椅子上，不斷附和和致謝。感謝他在這樣的場合下願意說那麼多自己的故事，還能從我們的角度去思考怎樣對志願者家訪好。這樣反反復復大概過了 45 分鐘，先生感覺自己說得不錯，講的故事終於有人願意聽，情緒就慢慢平息下來。通過這樣的互動過程，我大體可以理解這位先生的整體狀況，在心中建立他的人物畫像：過往教育社會經歷、家庭關係和動態、近期疾病帶來的障礙特性。突發的狀況變成了一次更深入理解家訪對象情況的機會。

家訪結束後，我感覺一定要跟他妻子單獨溝通，於是找了個聊天機會。在家人表達，她苦於自己無法被理解。認知症帶來的認知情緒行為的問題對她及其家人來說都是新的挑戰，其他家人無法理解她所說的狀況，而她的不適和無助被忽視了。我還告訴妻子了情緒控制和血管性認知症之間的關係。這些關於情況識別和治療的闡述令妻子整個人有點亮和放鬆的感覺。她說自己真的很需要被家裡人理解，但是目前做不到。不過有我們來，她也感覺好一些。另一方面，她也說了剛才我跟他先生說話時的觀察。看著我怎麼過招，感覺學會了一些實用的溝通技巧。雖然自己平常做的方向或許正確，但比較下來感覺還有進步空間。聽這位妻子在短短的溝通中有這樣的轉變，我也看出她是位內心堅定，做事有條理，善於學習的人。如果得到一點點持續性的技術和情感上的支持，她就能夠調動自己的優勢做得更好。在這個過程中，我把注意力從剛剛家訪對象本人的身上轉向了家訪對象核心照顧者的身上。她變成了家訪任務需要幫助的對象。

從以上的描述中可以看出：2020 年時，我做家訪是以作業活動思維為主、功能障礙思維為次的。有四個方面可以表現這樣的主次的關係：一、我的思考空間可以大部分放空，來接納家訪對象及家庭的生活動態；二、我與家訪對象相處的模式是多變、相對平等的狀態；三、家訪對象的視角和立場變得勇於表達更多想法並且主動擔起關鍵作用；四、雙線思維交替相對流暢、無需刻意留心

一、我的思考空間可以大部分放空，來接納家訪對象及家庭的生活動態

憑借作業活動視角，我更全面地看到社會、心理、經濟和疾病等多因素纏繞下的生活動態。雖然某些疾病的特性會非常影響家訪對象生活面貌，但認知症家庭所遇到複雜多樣的照顧困境。而相對應的，我需要拿出各種各樣、醫療的非醫療的干預策略才能有效的應對

和解決困難。同時，作業活動為本的思維里包含了很多應答、應變和解決問題的思維空間，這些令我意識到家訪的過程是極富變化的，也可以在實際過程中在某些時刻毫不猶豫地放棄自己功能恢復為本的專業思維而去處理當下正發生的問題。放入思考里的不僅有疾病帶來的功能缺失、生活困難和參與障礙，也有不同人士之間的互動、各人情緒的流動和衝突，還有沒時間標定又實際存在的問題。看到有問題，找准機會就嘗試去探查、解決。

二、與家訪對象相處的模式是多變、相對平等的狀態

作業活動為本的思維帶給我寬泛而彈性的專業角色認定。在上述的家訪場景里，我的出現並不是來做治療的，而是帶著志願者的身份來做觀察和支持的。如上文描述，如果遇到自感需要起作用的情況，也可以隨時轉換身份來承擔家訪互動的主力。互動的深淺、進退需要根據情況而定，並不固執於一個角色或者主次身份。總體來說，我並沒那麼在意所謂的「專業身份」，而是著眼於需要面對以及如何更好地解決問題。家訪內容、進程和策略的判斷和把握順應事情的發展，而決定這些要素的權力由參與事情的多方所決定。

三、家訪對象及其家人的視角和立場變得勇於表達更多想法並且主動擔起關鍵作用

作業活動為本的思維通過調整了家訪的互動模式，扁平化了以我為主的立場，達到了多方參與度提升的效果。當作業活動為本的思維帶動起了這樣的家訪氛圍，我便能感受到更多來自他人的能量：他們確實是有一定解決問題的能力的，只是在有些方面做得還不夠。我既需要貢獻自己，也可以仰仗周圍人的生活見識和技能。想通這些，我變得更為放鬆，也可以更容易接納各種情況。家訪對象能感到這樣開放的態度，發現自己擁有這樣的機會。他們便可以安心說由衷的話和做想做的事。在這樣的立場下，家訪對象可以勇於發佈自己的想法和見解，他們也可能在某一時刻起到關鍵作用，帶動整個家訪的發展。這一方面，這有助於我更全面地理解家訪對象和家庭的現實狀況。另外一方面，多方參與也有助於形成「大家一起努力解決問題」的合作意識，集思廣益。找到更好的解決問題的方法，推動家庭去改善生活。

四、雙線思維交替相對流暢、無需刻意留心

我的思考空間可以大部分放空，使得家訪過程順著參與多方的互動情況而發生發展。但當遇到跟疾病相關的問題無法解決時，我就會將思維轉換到功能恢復為本的專業思維。就這個相對難且深的問題做一個系統性的分析和處理。比如上述家訪中，理解和應對那位先生的情緒失控的狀況。當問題有所解決時，我又會轉換回作業活動為本的思維指導下的行動模式，繼續順應事情的發展。等到下一個跟疾病相關的問題出現，我再會使用功能恢復為本的專業思維去採取行動，比如，跟那位妻子講解情緒控制和血管性認知症之間的關係。她理解了，

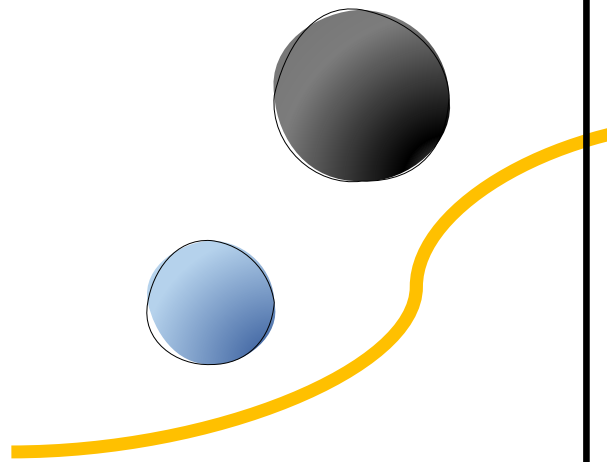
一個問題就解決了。功能恢復為本的專業思維的好處就是擅長解決這樣的困難：對普通人來說難度高但處理過後就會變好的那個類型。因此，我處於功能恢復為本的專業思維指導下的時間並不用很久，很快，就可以回到作業活動為本的思維指導的狀態。兩種思維交替相對比較流暢，因為跟疾病相關的問題是明顯出現的，我便不會漏掉使用功能恢復為本的專業思維去解決這些問題。只要養成思維習慣，解決完疾病相關的問題之後要回到作業活動為本的思維。思維交替便無需刻意留心，省下好多腦力和精力，可以更投入參與多方的互動中。

總結以上經歷描述和簡要分析，我認為：

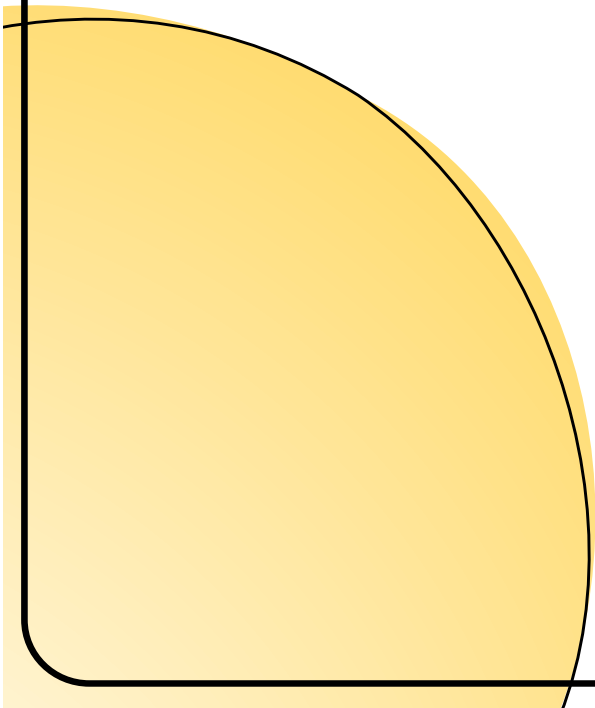
1. 意識到作業治療專業思維雙線並用的獨特性以及自身專業思維應用的現狀，並擴展作業活動為本思維的空間，提升專業思維能力，是國內作業治療師在社區提供服務的開始，是作業治療服務質量提升的考量，是專業從醫療服務轉型到社區服務的必然。
2. 在功能恢復為本和作業活動為本的兩種專業思維並用之下，作業治療師可以在社區家訪服務中較為熟練地思考做什麼、怎麼做，並對社區家訪的服務定位發生了顛覆性的思維轉變。
3. 當服務定位轉變後，作業治療師可以新增許多遵循作業活動為本的專業思維、同時不太常用於醫療服務中但常用於在社區服務中的實踐技巧，比如釋權、支持、建立合作共贏關係、促進多方投入、一起解決問題等等。而擁有這些實踐技巧是作業治療師能夠在社區服務體系內生存和發展的必要過程。

參考文獻

- 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.



社區共融 — 台灣經驗



台灣長期照顧發展介紹

簡盟家 張瑞昆

高雄長庚紀念醫院復健科職能治療

一、台灣長期照顧推動的脈絡

隨著老年人口的增加，台灣已進入高齡化社會。由於醫療技術的進步，民眾平均壽命也逐漸增加許多；高齡者所面對與老化症候群相關的健康問題必然日趨嚴重，這伴隨而來的是高齡長者需長期依賴他人而無法獨立生活，顯然長期照顧的需求也勢必增加。

台灣長期照顧相關政策發展起始於 1980 年代。最初是由民間志願服務單位與家屬間的力量提供長期照顧等服務。衛生福利部於 1980 年所公佈實施的「老人福利法」及「殘障福利法」為最早台灣提及有關長期照顧的相關政策；此綱領提到政府視需要或鼓勵民間單位設立扶養、療養、休養及服務等老人福利機構及設立各類殘障福利機構，最主要為保障老人權益、增進老人福利並延緩失能狀況。1998 年為政府最活躍積極的一年，此期開始推動「長期照顧三年計劃」，並強調以發展居家及社區式照護為主、機構式照護為輔；目的為使無法自我照顧能力的老人能於家庭或就近的社區中得到適當照顧。

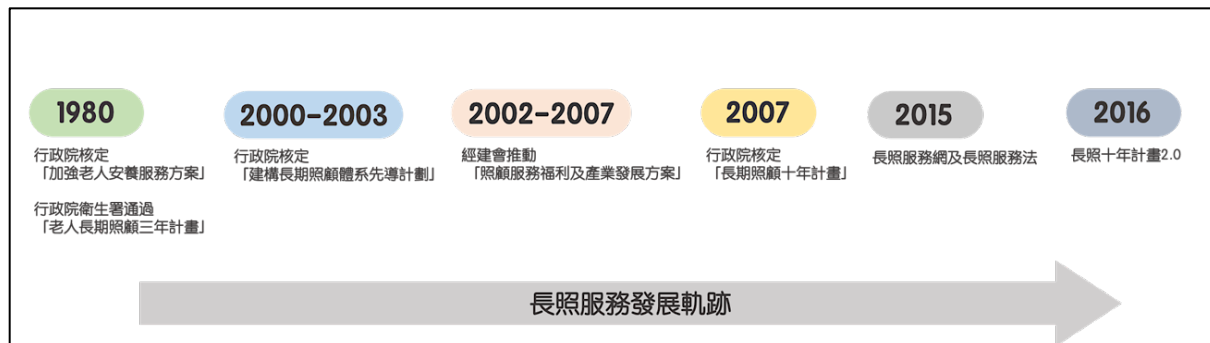
2000 年行政院核定「建構長期照顧體系先導計劃」，該計劃以「在地老化」為主要目標；此時期計劃建構許多居家、社區長照資源，並推動居家護理、居家照顧、居家復健、居家無障礙設置改善設備、喘息服務、緊急救援系統、日間照顧中心等服務計劃。

2002 年行政院辦理「照顧服務福利及產業發展方案」可說是長期十年計劃的基礎，該方案整合衛生與社政單位，首次針對非中低收入戶失能老人與身障者提供居家各項服務，並推動民間機構設立老人住宅；同時 2004 年成立「長期照顧制度規劃小組」作為計劃與執行長期照顧服務重要規劃。

2007 年在長期照顧制度規劃小組的規劃下，行政院終核定「長期照顧十年計劃」；該計劃目標為：「建構完整之長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」。該計劃服務對象為日常生活活動能力需他人協助者為主。服務內容包含照顧服務、居家照顧等及長期照顧機構服務等八大項目；此時期初始階段可稱為「長期照顧十年計劃 1.0」階段。

2015 年社會福利推動委員會，推動「長期照護服務法」並建立服務網拓展長期照顧。

2016 年政府拓展並實施「長期照顧十年計劃 2.0」。該項計劃，除了延續長照十年計劃之服務對象以外，也擴大服務對象、項目及整體計劃之間串連便利性；同年，行政院通過「長期照顧保險法」草案，此草案主要針對長期照顧制度完整及持續推行，建立一套妥善機制，以籌措充足財源支應，並以社會保險概念推動。



▲圖一：台灣長期照顧服務發展軌跡

二、長期照顧十年計劃 1.0 到 2.0

長期照顧是指提供長期無法自理的病患，各式各樣醫療與非醫療的服務，可以在家裡、社區、護理之家或是長照中心等地點執行。各年齡層都可能有長照的需求，但大多是老年人，也因此長照議題經常和高齡化社會的議題一起討論。

(1) 長期照顧十年計劃 1.0

計劃 1.0 於 2007 年開始試辦，此時期計劃建構許多居家、社區長照資源，並主要以「在地老化」、「發展及普及長照資源」為主要目標。

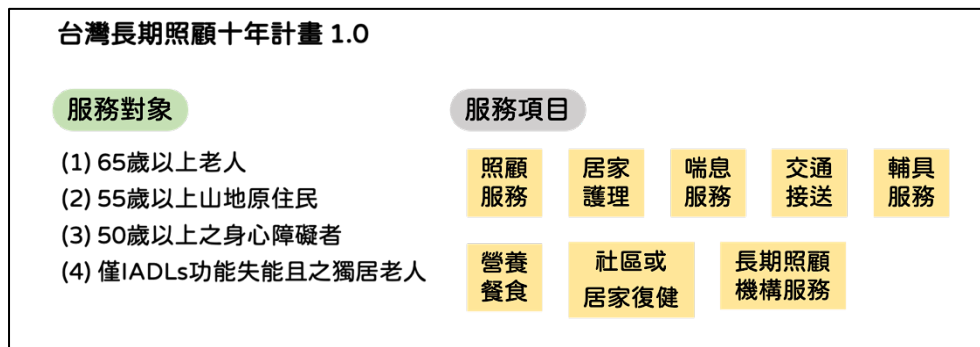
- 服務對象包含下列 4 類失能者：

- (1) 65 歲以上老人
- (2) 55 歲以上山地原住民
- (3) 50 歲以上之身心障礙者
- (4) 僅工具性日常生活活動 (IADLs) 功能失能且獨居之老人

- 服務內容包含下列 8 大項目：

- (1) 照顧服務：居家服務、日間照顧、家庭托顧。
- (2) 居家護理：傷口護理、一般身體檢查、鼻胃管及導尿管更換等基本護理指導。

- (3) 社區及居家復健：提供社區性、居家性運動或活動。
- (4) 喘息服務：提供居家、機構、社區喘息服務。
- (5) 交通接送：服務對象於家中至機構或醫療院所間轉換接送。
- (6) 輔具服務：提供輔具購買補助、租借及無障礙環境改善。
- (7) 營養餐食：提供營養餐食準備。
- (8) 長期照顧機構服務。



▲圖二：長期照顧十年計畫 1.0

(2) 長期照顧十年計畫 2.0

計畫 2.0 於 2016 年開始推動，此時期除了延續計畫 1.0 的模式外，還拓展服務對象、服務項目、服務單位掛牌及核銷規定鬆綁；且整合長照社區資源現況，新增「ABC 社區整體照顧模式」，將所有服務串連銜接，以期達到高齡社會健康照護政策生理、心理及社會面向的「最適化」之內涵。

- 服務對象除了延續計畫 1.0 另增加四類：

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

- 服務內容包含計畫 1.0 八大項目並增加：

- (1) 失智照顧：提供失智症患者照顧中心
- (2) 原民社區整合：針對資源不足之偏遠及原民地區，布建長照資源
- (3) 小規模多機能：提供日間照顧服務、居家服務及臨時住宿服務等多元服務
- (4) 社區預防照顧：提供社區照顧服務
- (5) 預防及延緩失能
- (6) 延伸出院準備
- (7) 居家醫療

- ABC 社區整體照顧模式，整合了整體的長期照顧服務系統串連：

(1) A 級 - 社區整合型服務中心

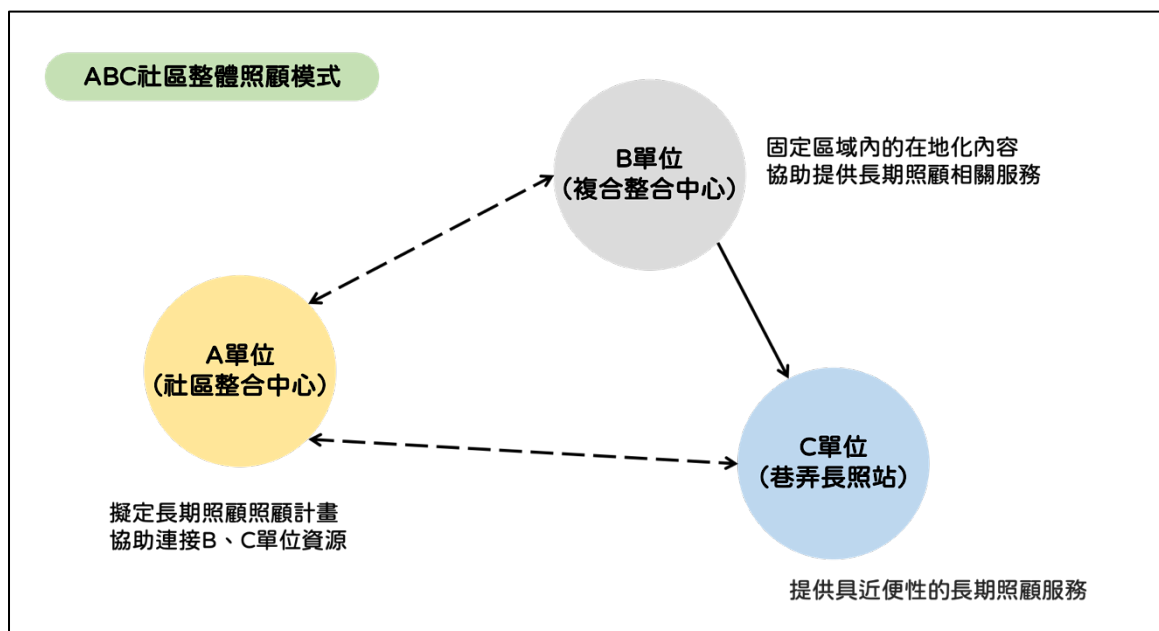
主要由照管專員擬定之照顧計劃，協助服務使用者協調及連結長照資源，落實照顧計劃，並可有效與區域內 B 級與 C 級單位協調合作。A 級單位除提供既有居家服務、日間照顧服務外，另擴充辦理營養餐飲、居家護理、居家/社區復健、喘息 服務或輔具服務等至少一項服務，另視服務對象需求銜接居家醫療照護

(2) B 級 - 复合型服務中心

於固定區域內提供在地化長期照顧服務，目前已在社區提供相關長期照顧服務之單位，除提供既有服務外，擴充功能優先復合提供居家服務、日間照顧服務，或提供社政 及衛政長照服務，提升社區服務量能，增加民眾獲得多元服務。亦積極將服務延伸至 C 級巷弄長照站，增加民眾多元服務，且充分運用在地社區志工，強化提供單位照顧量。

(3) C 級 - 巷弄長照站

落實在地老化之目標，提供民眾具有近便性的服務，提升服務輸送之可獲得性。



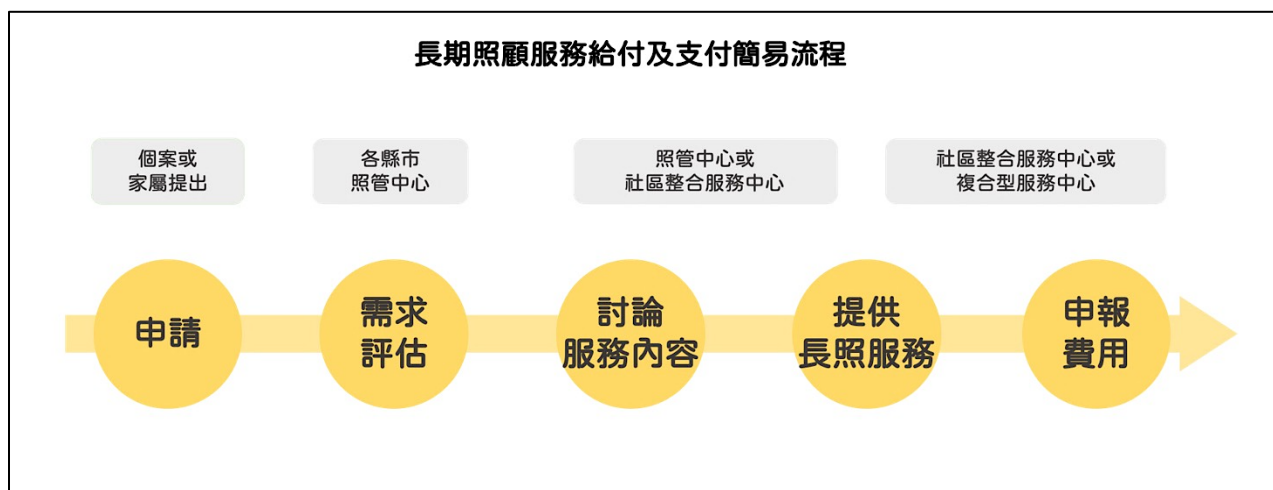
▲圖三：長期照顧十年計劃 2.0 – ABC 社區整體照顧模式

表 1：長期照顧十年計劃 1.0-2.0 之比較

項目	長照 1.0	長照 2.0
服務對象	<ul style="list-style-type: none"> - 65 歲以上老人 - 55 歲以上山地原住民 - 50 歲以上之身心障礙者 - 僅工具性日常生活活動功能 (IADLs) 失能且獨居之老人 	<ul style="list-style-type: none"> - 延續計劃 1.0 另增加以下四類 - 50 歲以上失智症患者 - 55 歲以上失能平地原住民 - 49 歲以下失能身心障礙者 - 65 歲以上衰弱者
服務內容	照顧服務、居家照顧、復健服務、喘息服務、交通接送、輔具服務、營養餐食、照顧機構服務	照顧服務、居家照顧、復健服務、喘息服務、交通接送、輔具服務、營養餐食、照顧機構服務、失智照顧、原民社區整合、小規模多機能、照顧者服務據點、社區預防照顧、預防及延緩失能、延伸出院準備、居家醫療
服務整合	縣市照顧管理中心派案評估	ABC 社區整體照顧模式

三、長期照顧給付與支付方式

台灣自 2016 年推動「長期照顧十年計劃 2.0」以來，由長照財資來源主要包含遺贈稅、煙稅、煙品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入（房地合一稅）及政府預算撥充等，作為民眾使用長照服務的給付。依據「長期照顧服務申請及給付辦法」說明，符合長照條件之台灣民眾，得依失能等級及失能程度狀況補助給付。



▲圖四：台灣長期照顧給付與支付方式簡易流程圖

- 補助內容：

- (1) 照顧及專業服務 (居家照顧、日間照顧、家庭托顧、專業服務、聘請護工)
- (2) 交通接送服務 (就醫、復健、透析治療之機構間來回接送)
- (3) 輔具及居家無障礙環境改善服務 (輔具購買補助、居家無障礙環境改善)
- (4) 家庭照顧者之喘息服務

表 2：補助額度 (新台幣：元)：

服務項目	給付額度	一般戶	中、低收入戶
照顧及專業服務	依失能等級每月給付 10,200-36,180 元	政府補助 84% 民眾負擔 16%	政府補助 95% 民眾負擔 5%
交通接送服務	依失能等級及城鄉距離 每月給付 1,680-2,400 元	政府補助 73% 民眾負擔 27%	政府補助 91% 民眾負擔 9%
輔具服務及 居家無障礙環境改善服務	每三年給付 40,000 元	政府補助 79% 民眾負擔 30%	政府補助 93% 民眾負擔 7%
家庭照顧者之喘息服務	依失能等級每月給付 32,340-48,510 元	政府補助 84% 民眾負擔 16%	政府補助 95% 民眾負擔 5%



▲圖五：長期服務四大類

參考文獻

- 衛生福利部，長期照顧司 (2016)。長期照顧十年計劃 2.0 (核定本)。長期照顧，取自：
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69919-207.html>
- 衛生福利部，長期照顧司 (2019)。長照基金之財務規劃「以支定收」無破產之虞。長期照顧，取自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-4252-49616-1.html>
- 全國法規資料庫 (2023)。長期照顧服務申請給付辦法。法務部全球資訊網，取自：
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0070059>
- 劉德容 (2016)。長照 2.0 到底是什麼？服務對象擴大、服務項目更多的長照 2.0。愛長照，取自 <https://www.iliong-termcare.com/Article/Detail/668>
- 王卓聖、鄭贊源 (2012)。台灣長期照顧制度之發展脈絡與借鑒——歷史制度論。社會科學學報，19，90-125。
- 黃龍冠,&楊培珊. (2021). 以長照 2.0 為基礎回顧台灣長照政策發展與評析未來挑戰. 福祉科技與服務管理學刊, 9(2), 212-236

攜手社區融合發展

大心居家職能治療所

職能治療的角色在現今，已和當初一開始到醫療院所實習時的我們大相徑庭，不論是發生在個案家中的居家復能、在街頭巷弄中的 C 單位、失智據點等等，身為職能治療師的我們，努力在社區中一起耕耘長輩的健康、促進每個人將自身的能力發揮至生活的各個層面中。我們相信，在參與的過程當中，不僅有助於個案的健康，還能促進整個社區的融合發展。

居家復能是一種長期照顧中重要的一環，強調在個案的家庭環境中提供照顧建議、治療和諮詢。它的目的是使患者能夠恢復自我照顧的能力、促進獨立性並提高生活質量，最終的目標便是，讓個案重新參與到社會生活、找回自身生命的意義。因此，整合個案的家庭支持、照顧者的照顧技巧、其他社區環境資源等等，成為了一個尤為重要的議題。目前，各類型的醫事人員、照顧專員、個案管理師、居家服務員等等，許多人投入在此領域當中，配合政府部門及醫療機構、社區組織的努力，共同解決社會問題和促進社區的健康和福祉。

不論在居家復能和社區團體中，身為治療師的我們都扮演著關鍵的角色。除了提供專業的治療、諮詢、和訓練外，也應協助建立密切的互助合作網，瞭解個案的需求和目標、制定個人化的治療內容，並在社區中提供照顧者的支持和教育。每位社區的治療師都在工作事務中一邊努力的學習、一邊為自己的崗位而驕傲。以大心團隊的經驗來說，已經有許多成功的居家復能案例。最近印象最深刻的是，有一位中風的叔叔本來對於復健已經萬念俱灰、不再有信心，卻因為女兒即將出嫁，在個案管理師的鼓勵後，燃起重新學習如何使用輔具行走的動力。在我們的協助之下，個案在復能後傳來自己拿著拐杖牽著女兒走紅毯的影片，那一刻，我們在感動中確信居家與社區服務的價值。其實，我們也發現將治療帶入生活和社區中的方式往往都有更好的成果。比起單一的重復性訓練，協助個案朝著他們的目標前進更能夠讓訓練成果提升。我們嘗試讓個案意識到自己不只是一個病人，在別人的眼中，他們是生活在街坊中的鄰居、是在公園一起聊天下棋的朋友、是可以幫忙照顧孫子的爺爺奶奶，在參與社區與家庭後，個案也更能夠重新發現自己生命的價值。

成功的居家復能或社區團體經營，需要每一位參與夥伴的支持和合作。不論是醫療機構、社區組織或政府部門，我們應該共同攜手合作，把個案帶入家庭、帶到社區促進融合發展，身為治療師的我們，也很榮幸能夠在其中扮演重要的角色，專業知識和資源整合是我們的一大利器，希望每一位夥伴繼續努力攜手向前，打造更健康和更和諧的社區。

治療師到你家 急性後期照護居家模式介紹

衛廣遠 職能治療師

天主教聖功醫療財團法人聖功醫院復健科職能治療師

隨著老年人口增加，台灣已進入高齡化社會，伴隨而來的是各種健康生活的挑戰以及困境，各式各樣的疾病很可能使人們日常生活功能獨立產生困難，進而造成失能或是自我價值感低落，如何在專業復健治療團隊的協助和引導下重拾日常生活的主導權以及活動參與，更顯得相當重要。

關於急性後期照護居家模式以及收案對象

衛生福利部中央健康保險署自民國 102 年起推動急性後期照護住院模式，並於民國 106 年加入居家模式以及日間照顧模式，同時納入腦中風、創傷性腦外傷、脆弱骨折、衰弱高齡、燒燙傷以及心臟衰竭等疾病類型。建構急性後期照護模式與個案結案後之轉銜系統，根據個案功能狀況於治療黃金期內給予積極性整合照護及復健治療，進而提升個案生活獨立能力，減少重複住院支出及醫療費用，降低家屬及社會照顧負擔，聖功醫院目前提供腦中風、創傷性腦外傷、脆弱骨折以及衰弱高齡之住院模式，自民國 110 年 9 月起極力推展居家模式，提供多元的治療方式讓民眾盡早回歸日常生活。

診斷	收案對象	模式執行期間
腦中風	急性腦中風 30 或 40 天內	原則為 3 至 6 周，申請展延至多到 12 周
創傷性腦外傷	因創傷性神經損傷造成失能且發病 60 天內	原則為 3 至 6 周，申請展延至多到 12 周
脆弱骨折	髖關節、脊椎骨折、膝關節骨折或不穩定骨盆骨折而住院術後一個月內(包括內固定、半髖關節置換術及全髖關節置換術、膝關節置換術)，術後出現功能下降	原則為 1 至 2 周，申請展延至多到 3 周
衰弱高齡	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腎臟病，因急性疾病入院(住院時間大於 72 小時)且治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態	原則為 2 至 3 周，申請展延至多到 4 周
燒燙傷	1. 因燒燙傷造成之功能缺損 2. 傷口已逾兩個月復原狀況不良	原則為 3 個月，經申請展延一個月，至多 3 次可至 6 個月
心臟衰竭	1. 心臟衰竭，因急性惡化而住院 2. 急性心肌梗塞合併心臟衰竭，因急性惡化而住院 經醫療團隊評估可出院者	出院後 6 個月內整合門診追蹤 5 次

資料來源：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

治療師團隊到家中給予個案指導及建議

經由復健科醫師初診並評估適合接受急性後期照護居家模式後，治療師團隊會安排每周 1 至 6 次，每次 30 至 50 分鐘的復健治療介入，治療師會攜帶簡易的治療器材或是利用家中現有的資源擬定多元化的治療活動。居家和醫院情境是大相逕庭的，在居家模式中治療師會更加重視在家中或社區中的日常生活能力，與個案和家屬共同討論後決定未來的目標優先順序，並且以人-活動-環境的介入模式(person-occupation-environment model, PEO)為個案設計最適合的治療計劃。

舉例來說，吳奶奶中風之後就經常以一樓為起居空間，但他一直很想回到二樓的房間整理陽台的花草盆栽，治療師便帶著他進行上下樓梯的練習，並指導使用四腳拐與正確步態的步驟。黃爺爺右大腿骨折後在如廁時遇到穿脫褲子以及進出廁所的困境，在治療師提供環境改造、輔具使用以及穿脫衣褲的活動練習後，現在上廁所已經不需要照顧者的陪同，可以完全自理了。

家中就是最棒的復健治療室

陳大哥因為腦中風使得右半邊的手腳動作控制不佳而且肌力不足，雖然可以在外籍看護的協助下使用四腳拐短距離行走，但日常生活活動還是需要依賴他人完成。透過職能治療師 6 周的評估以及急性後期照護居家模式介入後，陳大哥可以自己使用湯匙及叉子完成三餐進食，並依照職能治療師的示範和指導下練習穿脫衣褲，除了提升上肢動作協調性，也可以達成日常生活自理的目標；陳大哥也嘗試遵循職能治療師的居家活動建議，扶著樓梯的扶手在一樓二樓之間進行上下樓梯的練習，或是在客廳內來回行走，以增進下肢的肌力和耐力。

除了到醫院或診所復健科進行復健治療，急性後期照護居家模式也是另外一種選擇，可以透過會談和加拿大職能表現評估(Canadian Occupational Performance Measure, COPM)針對個案想要改善的問題排列優先順序，並實際在生活情境中執行日常生活活動介入，這是最有效且立即促進個案職能生活表現的方式。



職能治療師利用生活化且具目的性的器材，
搭配個案的休閒嗜好安排麻將賓果活動。個
案在職能治療師的指導及協助下，嘗試上下
樓梯回到熟悉的起居空間



個案在職能治療師的指導及協助下，嘗試上
下樓梯回到熟悉的起居空間。



職能治療師透過被動關節活動以及轉移位衛
教策略，鼓勵個案下床提升活動量及生活自
理表現。個案在職能治療師的鼓勵及協助下
，以毛巾擦臉並進行擰乾毛巾動作，促進自
我照顧及清潔表現。



個案在職能治療師的鼓勵及協助下，以毛巾
擦臉並進行擰乾毛巾動作，促進自我照顧及
清潔表現。

產業化結盟促進科技創新改善醫養照顧和長期照護服務

吳珮菁職能治療師

吾不私專業團隊 · 創意總監

隨著人口高齡化的趨勢，照顧剛性需求也日益提高。在醫療照顧、長期照護和社區服務等領域，產業化結盟是一個至關重要的概念，旨在提供更高效、更可持續、更具規模化的服務，以滿足不斷增長的需求。職能治療在醫養照顧、長期照護和社區服務等領域的重要性也日益凸顯，以下將更詳細地探討這些領域的產業化必要性：

醫療照顧：

在醫療照顧領域，產業化架構意味著整合各種醫療服務，包括醫院、診所、實驗室、藥物供應和保險等，以形成一個無縫的生態系統。職能治療師在醫療照顧中發揮關鍵作用，協助病患康復、恢復功能和獨立性，特別是在中風、嚴重創傷和手術後的康復過程中。客制化康復計劃：職能治療師能夠根據每位病患的狀況和需求制定個性化的康復計劃，以確保最佳的治療結果。這種整合可以實現更好的病患流程管理，提高質量，降低成本。同時，這也鼓勵了醫學研究和科技創新，從而提供更好的病患照顧。在產業化的框架下，醫療機構可以更好地管理人力資源，採用數據分析和人工智慧等技術來提高效率。

長期照顧：

長期照顧是一個日益重要的領域，尤其是隨著人口老齡化的加劇。職能治療師可以協助長期照顧機構中的居民維持或改善其日常生活技能，例如自理能力、飲食能力和移動能力，從而提高他們的生活品質。預防和管理老年人的功能衰退：透過適當的運動、活動和康復計劃，職能治療可以幫助老年人預防功能衰退，減少跌倒風險。而產業化的方法可以幫助建立更具可負擔性的長期照顧模型。這包括建立專業的照顧機構，提供長期照顧的專業技能培訓，並促進老年人的社會參與。同時，整合數據和技術，以跟蹤病患的健康狀況，提供個性化的護理方案，並確保質量和效率。

社區服務：

社區服務是關懷弱勢社群、提供心理健康支持、教育和培訓等方面的重要組成部分。職能治療師在社區服務中可以提供心理健康支持、職業治療和日常生活技能培訓，幫助弱勢社群的成員更好地適應生活。提高社區參與：透過職能治療，人們可以更好地參與社區活動，促進

社區共融和互助。產業化的方法可促進社區服務的擴展和改進。這包括建立更強大的非營利和社區組織，提高其管理效率和專業度。同時，通過合作、共享資源和最佳實踐的分享，可以實現更多的社會影響。

為了展示職能治療師如何引領產業結盟促進資源的共享，台灣吾不私專業團隊於 9 月 7 日在台北世貿展覽館所舉辦的台北國際照顧博覽會盛大登場，台灣吾不私專業團隊與台灣職能治療學會、生活百貨公司、生命禮儀公司等產學研單位聯合以「Oops!我的生活自己館(管)」為主題設展，更串聯醫材開發新創團隊一同參展，以「人生旅站」為概念整合各方資源展出，分別展出遠距生活優化系統服務與照護輔具、智慧醫材搭配懷舊遊戲之復健療程、智能回饋輕量化活動力訓練系統、AI 照護感知系統等創新智慧輔助等結合科技與長照的創新產品。

展館亦設置主題性論壇，邀請成功大學創產所所長現場分享如何打造照顧產業生態系並建立共生社區照顧圈，以及吾不私團隊首席顧問黃璨珣職能治療師分享如何為自己規劃以滿足老後生活需求，吸引眾多民眾聆聽、瞭解並體驗團隊所提供的產品與服務。將新創團隊的產品更臻完善、推廣到市場上，實質幫助你我的生活。

總之，產業化結盟在醫養照顧、長期照護和社區服務等領域具有巨大潛力，可以提供更高效、更可持續和更具影響力的解決方案。這需要政府、醫療機構、社區組織和技術創新者之間的緊密合作，以確保所有人都能受益於這一產業轉型。此外，應該重視病患的需求和尊重個體差異，以確保產業化不僅僅是為了效率，還能提供高品質的服務和支持。

台灣地區職能治療於學校系統服務分享

李慶家

築夢職治資深職能治療師 · 屏東縣/台南市特殊教育專業團隊 職能治療師

台灣職能治療之發展，源於 1945 年，由精神療養院開始，如：省立錫口療養院和仁濟醫院，已有職能治療之雛形。民國 1956 年，台大醫院神經精神科開始指導病患手工藝和團康活動，成立「作業治療部」。而後多家學校正式設立職能治療系，更多醫療院所設立職能治療部門

原職能治療即粗分為生理、小兒、精神三大領域，其原本精神為全人觀點於社區之角色受限台灣地區當下時空背景，無法充分發展與發揮，爾後台灣特殊教育與社會福利/服務專業開始發展，社區中職能治療專業需求開始浮現，始有專業人員由各次專業領域進入非醫事機構服務，1995 年專業人員開始進入學校系統服務。

隨時代變遷，特殊教育從回歸主流走到融合教育，教育零拒絕政策推行下，更多特殊需求學生要求進入一般學校教育環境中接受融合教育，此趨勢下，為使特殊需求學生得到最適切的教育協助，學校系統中增加了許多相關專業人員資源，包含：教師助理員、社工、醫師、治療師等專業人員諮詢或服務，校外資源也像是雨後春筍般地冒出，包含了家長團體、機構、協會等支持，融入不同專業協助，特殊需求學生即使在學校環境中，有機會提供相關的評估及專業服務。相關法令也逐一訂定美國最早提及專業團隊服務的「94-142 公法」，台灣地區專業人員依據有關的「特殊教育法」、「特殊教育法施行細則」、「特殊教育學校設立變更停辦合併及人員編制標準」、「高級中等以下學校特殊教育班班級及專責單位設置與人員進用辦法」...等，為了幫助特殊需求學生在學校可得到多元且合適的教育服務而訂定的相關法規。其沿革也變得複雜。

1970 年代，美國初次提及專業團隊服務至今，相關法令規定，需依學生需求給予適切服務，團隊合作、專業整合變得極重要，整合資源提供服務達最大化效益，保障特殊需求學生受教權為首要考量，透過不同專業人員合作，借整合不同專業意見，討論出如何給予學生最適切服務，然相關規定隨著時代進步，專業分工細緻化，現階段的服務情形、相關人員參與程度等是否符合法令規範要求？規範中有哪些難以達成的目標？是否會因此影響服務的提供？都是值得深思的部分。

各個縣市或是在不同特殊教育類型中相關專業服務的運作情形均不相同；針對特殊教育相關專業人員全面性、系統化的探討仍然十分缺乏，故優先就有同質性的專業發展方面做為論述，並配合實務現況。

1995 年，最早進入學校系統的語言治療師，國小啟智班提供巡回輔導(羅鈞令、楊國德，1999)。1997 年特殊教育修法，將專業團隊納入條文，續增加職能治療師、臨床心理師、物理治療師、聽力師...等專業人員入校提供協助。隨後學校協助學生提出相關專業服務申請方式，相關專業人員聘雇的規則有所調整，近年來最大變化出現在人員的聘雇方式上，早期由教育局/處與醫院或專業學會合作，改為統一簽約聘雇相關專業人員到校服務(朱尹安，2011)。台北 101 學年度部分縣市調整為學校自行尋覓治療師簽約，試行一年後修正為學校端提供合作治療師名單，由聽障教育資源中心和視障教育資源中心協助簽約；無論制度如何調整，要尋覓到適合且有意願協助之相關專業人員，一直是困擾學校行政人員的難題(李靜宜，2012；楊俊威，2003；謝文文，2008)。治療師溝通或合作達成共識提供最適切之服務是最終努力方向。

學校系統專業服務：

各縣市服務現況大致上由影響因素來區分：於地方行政方面來看，各縣市特殊教育專業團隊服務實施辦法與各縣市專聘人力均不相同；治療師組成可略分為專職社區、兼職社區、醫療院所兼職、無經驗與研究生兼職。這兩大因素大大影響職能治療專業於學校系統的服務。

以下就服務階段逐層論述：

一、事前預備：

治療師應具有證照及修習特教三學分，最好能有臨床經驗尤其小兒/生理領域，具輔具領域尤佳。由於養成教育越來越少提到特教/社福/早療，此部分與新高教師多國外學習缺乏台灣地區臨床經驗有關。早年職能治療需要修社工或教育學分，故資深治療師僅需更新部分專知就能接軌。

二、應徵各縣市專業團隊：

各縣市應募方式不同，需先依規定參加並參與行前訓練以具備基本知識。

三、派案：

於學期初等待派案前可預先與合作學校商討該學期服務方式。派案後立即與學校商討服

務時段。

四、聯繫學校：

聯繫學校階段變數甚多，每個學齡段學生在校時間不同，學校能允許治療師到校時段限制也不相同。聯繫階段應發揮職能治療晤談技巧取得更多學生需求訊息。如基本資料/健康歷史/求學歷史/家長學校老師學生需求...等，設法與學校達成服務時段共識與空間設備共識。例如：在學校涼亭服務體弱肢障學生十分不妥，環境不安全加上氣溫因素。這些都需要透過事先聯繫來處遇。另須注意業務承辦老師與學生主責老師不一定相同都需要聯繫溝通瞭解。

五、網路系統排課：

治療師應具備良好電腦技能，完成排課與相關網路行政，店排課系統可以避免時段衝突。也可以預先確認服務對象最低限度資訊。

六、實際到校服務：

治療師除專業能力外需具備交通車輛操作能力，由於學校分布廣闊故需要長距離移動，每天幾百公里十分正常。到校服務前應先聯繫學校主責老師，確認服務細節，依據討論服務可分為下列形式：

甲、融合式入班服務(間接混和直接服務)：

該模式符合融合教育理念(治療師應先修習)治療師進入服務對象班級，觀察案主實際生活學習，找出需要協助的關鍵點，建議最佳為融入日常生活與學習中。以學前為例：學生有握筆困難實際觀察為精細動作遲緩，再觀察班級教室空間設備同儕，經與班級老師溝通，詢問案主意願後。建議增加建構式積木、磁沙畫版...類別教具操作機率：修正作業為範圍內塗刷；居家建議則須與家長討論減少 3C 使用時長，增加具體操作例如：拔草、檢石頭...等適齡適性活動，且需符合案主意願。如此才符合 CRC/CRPD。其中同時須與班級導師/偕同教師/實習教師/助理員/行政人員(含廚工)...建立關係，以利建議之採納落實執行。國小段類似但分為集中式特教班、資源班、普通班。其融合式介入主軸相同但有高度區分。

I. 集中式特教班：

班級通常具備原班抽離空間，部分障別程度學生往往原班抽離(教育評估需求)若要融合服務治療師須具備高度特教行政知能。例如：特教老師請治療師協助肌肉萎縮個案建立溝通輔具使用技能以參與課程，治療師需分析個案坐姿穩定/輔具擺位/手部動作/頭部控制/眼部控制/認知狀態...等，實地於課堂協助(注意應符

合特師教室經營管理原則)於課堂上與個案合作尋求合宜方式，於課間休息時段提供特師建議並討論(應邀請個案參與)隨課堂服務是必備技能，如直排輪課程能提供肢體動作/感覺統合評估的自然環境。若有需求應邀請其他專業參與如語言治療師。

II. 資源班：資源班的融合服務有兩形式

(1) 資源班融合入班：

較容易執行服務對象主要是案主與特師。案主於資源班抽離加強科目通常是案主需要加強的部分，與特師協同上課討論有助於學生學習的改善，治療師可參與課程的教學觀察案主需要協助的部分。舉例：國語文常發現案主有文字學習障礙、視知覺異常；數學常發現學生有數量/數列/數理...的認知異常，給予適當訓練或是教學調整可以幫助案主學習。部分可能要結合醫療資源並請老師改變教學方式(代替)

(2) 原班級融合入班：

阻力較大難度較高，主要是普教教師不一定具備特教知能且為大班型教學難以個別化調整，治療師入班要與多位教師建立關係且須與約 40 位學生建立關係，入班要不干擾教學實有困難。若能入班對普教教師與案主教容易支援，但為數更多的普教學生...若要普班入班或許需要更多資源才能好好執行。普班入班能獲取自然情境/學生團體動力...等資訊，但礙於法規，若入普班極容易抵觸法規。

III. 普通班：

部分案主未接受特教服務但有需求，由於安置於普班論述同上，唯入班可能導致案主被標籤化，不可不慎。

乙、原班融合抽離：

常見於集中式特教班地墊區塊，適合多數特教班案主，由於可配搭特教班行政，故可視為自然情境，環境也是個案主要生活情境，唯執行認知評估不易發現潛力(環境干擾)，優點是可以快速溝通，例如：檢視輔具發現壓痕、輔具需要調整、專業角色釋放。例如：職能治療師請教為何這個孩子站立架調整過了，為何不能好好站著上課？常常檢視發現，其他治療師使用醫療本位，調整帶有拉筋、耐力訓練...等不符合特教需求的調整。特師考量學生觀課需求，為了案主能好好上課，職能師採取舒適擺位(不違反學理原則)，同時徵得案主同意。特師往往回答：職能治療師她現在可以好好站著上課參與課程，使用站立架不再哭泣!(這是學校是學習的地方)職能治療師仍建議有復健需求請到醫事單位。

丙、直接抽離：

不論班別，直接抽離到學校任一處所(如涼亭?)此時事先協調十分重要，若未能取得良好場所往往發生...在大演講廳服務肢障輪椅生、在操場大太陽服務法洛氏/裘馨氏個案、且無任何協助無任何教具資源，即便自備沒有桌子...在有協商裝太多數能暫用空教室，但未必能取得空調。須注意學生身體狀況。優勢是能專注執行教育評估，弱勢是難以瞭解學生自然情境。

丁、入班觀察結合抽離：

不論班型自然隨班觀察，需要時抽離確認，為與學校熟悉或學校彈性較佳時的良好執行方式。能充分發揮職能治療專業長處。如:帶學生全校移動確認生活自理參與有無限制，對學校提出無障礙改善建議，建議調整學生課室集中於低樓層或無障礙設施旁。

戊、傳統復健模式：

餵!治療師自己去帶學生!幫學生做復健!部分案主服務需求在學校系統早期的確是有復健服務，但時代轉變仍有部分學校仍是這個需求。此模式缺點明顯，由於時數稀少又缺乏專業設備環境，雖職能治療師善於就地取材，多數案主每學期只剩一小時，服務上仍建議復健治療應到醫療單位。

己、運動健身模式：

部分專業人員強調身體強健最重要，全數抽離走操場。或是對牆壁丟球，時有所聞。唯學生學校生活不只體育課，此作法專業上不建議。

七、服務結束行政：

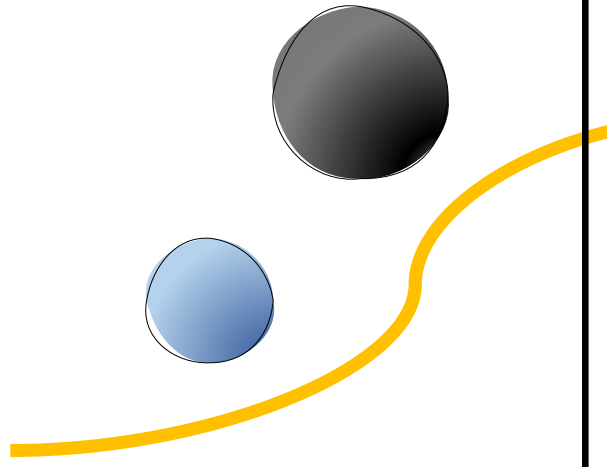
台灣地區特教服務行政表單繁復，積極填寫每個個案約需 6 小時，單服務鐘點平均 1 小時(2023 最新為 0.5 小時)治療師具備快打能力也是必備。服務完成需填寫:學生評估、學生結評、上課紀錄、滿意度...等。

八、義務服務：

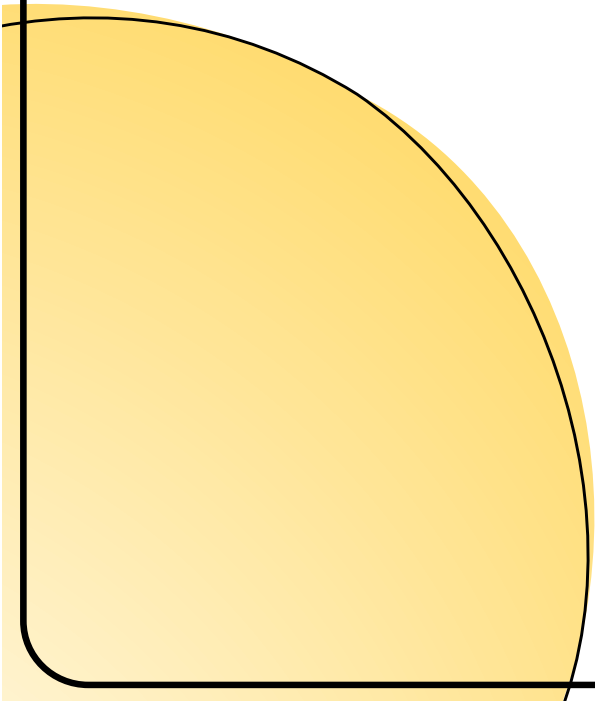
部分積極學校會在鐘點內召開 IEP 會議，事先的溝通理解學生是必要的，最佳方式是無償義務到校評估學生，才能提出具體建議。少數學校要求鐘點外無償參與，往往缺乏治療師參與。積極特師會設法與治療師建立聯繫方式諮詢多數也是義務諮詢。因此具備良好晤談技巧是十分重要的。

綜上敘述，職能治療於學校系統(特殊教育學校另述)，若能正確發揮專業，能起到協助教學調整、環境調整、即時協助特師調整維修輔具、參與課程討論、列席個別化教育計劃會議/

特殊個案處遇(研討)、反饋(建議)學校狀態予醫療體系專業人員、提供家長/案主/專業團隊成員專業諮詢...等，期能協助案主學習職能得以正確發揮。瞭解案主需求代為發聲/爭取/溝通，提供專業服務結合教學/特教服務，案主的職能才能正確充分發會，也能體現職能治療的專業價值，不限於醫療單位，而是全人全領域，歡迎加入學校職能專業服務。



專業分享



人工智慧「攜手」復健，病人重拾身體自主權，「掌」握復健黃金期

鄭憲霖

台北醫學大學附設醫院復健醫學部

機器人進駐醫療第一線，協助病人重啟健康人生。人工智慧(Artificial Intelligence, AI)與机器学习(Machine Learning, ML)近年來蔚為顯學，醫療產業更是智慧科技的前驅者，許多醫院復健科也積極導入智慧復健科技儀器，以因應下一波高齡化社會的智慧醫療浪潮，提升整體復健醫療成效。

研究結果顯示，中風後手指動作問題是最常見且持續最久的後遺症。手部動作在大腦的皮質區佔很大部分，所以當掌管手部動作的皮質區受傷後，修復就需花更多時間，執行精細動作的手指功能恢復就會比較慢，而手部功能，對日常生活功能及品質極為重要，如吃飯、寫字、穿衣、工具操作等，皆須大量地使用手部動作。根據神經具可塑性，受損大腦早期皮質會進行重新重組，手指動作已顯示出可刺激大腦，我們在這時後提供高密度高強度頻率的復健介入，可刺激神經突觸再生，以達到縮小受損程度。

本院於 2019 引進「AMADEO 莫札特智能手部訓練機器人」(圖一)，借由強力磁鐵將各手指附著在滑軌上，而且可以吻合各種的手型，病人根據電腦顯示的指示內容，做出相對應動作，若未能達到完整的動作幅度，智能機器手會協助帶動手指運動，因此，除了中風病人外，不論成人或兒童的腦性麻痺、神經損傷、肌腱損傷等所造成手部動作功能缺失患者都非常適合。相關的訓練內容包括：

● 評估

第一次使用的病人，會先進行初步評估，包括：1.關節活動度、2.力量、3.張力、4.主/被動動作控制，瞭解病人能力後，治療師再協助制定個別化訓練內容。

● 動作訓練

包括：手指同步或單獨某手指執行動作，提供被動、主動-被動及完全主動的關節動作訓練，在黃金復健期，透過高頻率及足夠強度的密集訓練，可更有效進行大腦皮質重塑，達到較好的預後。即使慢性病患，參與手部訓練機器人療程後，手部功能亦有再進展成效(圖二)。

● 感覺回饋

振動刺激可以活化大腦中的感覺皮質並且影響到運動皮質，機器手可提供手指振動覺回饋，間接降低過高的肌肉張力，進而幫助運動功能的恢復。

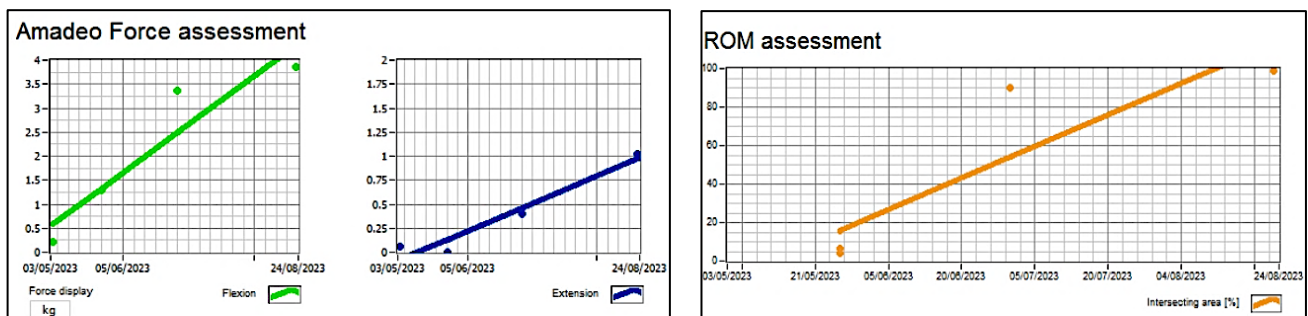
● 情境活動訓練

有許多不同的情境遊戲，讓病人透過彎曲、伸直手指等動作，以操控車子閃避其他來車、移動籃子接掉下的蘋果，及在指定時間內射擊等，不但增加病人復健的動機，並借由立即性的視覺、聽覺回饋，達到手指動作幅度、反應速度、協調性及手部肌力等的進步。

大腦神經具可塑性，透過高密度、高強度的手指復健活動，可以有效刺激大腦，讓大腦進入重組狀態，並讓腦部受損神經周圍的神經突觸再生，減少大腦受損程度並讓病人重新獲得運動能力，越常使用，大腦神經連結越強，及早復健，越能刺激神經突觸再生，得到更好的復健效果。



▲圖一：AMADEO 莫札特智能手部訓練機器人



▲圖二：中風病人治療成效

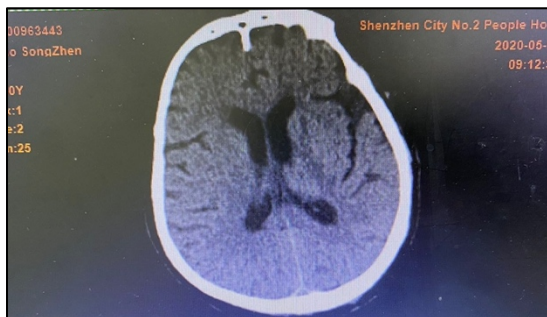
一例重症患者的短暫性居家康復探索性實例分享

李旭輝 · 吳舒語

隨著全球老齡化的趨勢，我國人口老齡化也越來越嚴重，老人們的健康和需求需要得到重視和提高，尤其是受疾病影響的老人。截至 2016 年，腦卒中是我國排名第一的致死性原因，WHO 調查顯示我國腦卒中發病率居世界第一，有 70%~80% 病人遺留功能障礙，人群基數龐大，約有 10% 住院急性腦卒中病人需要重症監護。然而在醫療資源有限的情況下，病人需要長期在醫不同院間不斷的輪轉，回家成了家人的奢望。那麼，這種情況下有沒可能回家呢？答案是肯定的。在家屬和作業治療師等康復團隊成員的共同努力下，實現了短時間的居家幸福生活。

1、簡史及需求

郭叔，男，61 歲。從 2020 年到現在已經來我院入住六次了，並且多次在外地醫院就診兩年余。首次發病是 2020 年 3 月突發嘔吐，呈噴射狀，嘔吐胃內容物，伴有頭暈，當時神志尚清，無肢體抽搐，二便失禁。既往有高血壓 6 年余，不規律服藥，對頭孢睦肅過敏，表現為皮疹。專科評估四肢肌張力不高，未見自主運動，四肢 Brunnstrom 分期不配合，ADL 完全依賴，不能自理。經過評估和檢查，最後診斷為腦血管病後遺症（雙側小腦、腦幹出血）、高血壓 3 級、肺部感染、氣管切開術後、雙側頸動脈斑塊形成、電解質紊亂、尿路感染。雙側下肢動脈多發硬化斑塊形成、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醫院不停週轉的影響下，郭叔和家屬都希望能夠試著回家住上一段時間（哪怕是過個週末），於是我們和家屬一起探索這件事的可行性。



▲圖 1 頭顱 CT



▲图 2 肺部 CT

2、回家前準備

由於郭叔是多重疾病的重症患者，我們作了如下準備：①一個採光通風良好房間且具備消毒殺菌條件。②多功能床和制氧機、吸痰儀器、血氧分析儀等居家監測設備。③一名多年經驗的 24 小時全職護工(具備基本護理能力)和老伴一起去照料他的日常起居。④配備康復團隊隨時諮詢和居家康復服務。

3、風險的預防

根據美國神經重症監護學會的關於重症治療方面的指南和現實情況，我們認識到重症患者回家具有一定風險的，我們要盡可能的預防以及做好相應的應急預案。首先在各類的監測下，如實記錄下每天的生命體徵情況、營養攝入情況、無菌護理創口、二便管理、痰液的性狀、每天居家康復情況等等。其次，每周康復團隊派康復人員進行康復檢查及居家服務。最後，一旦發現異常，馬上諮詢康復團隊成員或直接送往指定醫院緊急處理。

4、居家康復指導

結合醫療專業居家儀器設備，我們還進行了如下居家康復指導。①護理技能培訓；②合理營養配置；③如實記錄指標；④居家康復服務；⑤每天線上匯；⑥親情互動情況。



5、階段性總結

通過郭叔回歸家庭的實例，我們成功的探索了如何讓重症患者從醫院環境短時間內轉移到居家環境，實現了患者回歸家庭的願望與家屬享受了天倫之樂。截止目前有 3 次回家的經歷，每次都有近一個月的時間。本案例的成功嘗試後，我們更清晰地認識到我們在作業治療服務方面可以在老年疾病居家康復貢獻我們的專業技能和素養，同時期待能有相關的政策支持，使更多慢性病患者有機會回家，減少醫療資源的擠兌和能夠在家裡享有溫度、有尊嚴的生活質量。

高齡長輩健康促進活動設計

衛廣遠 職能治療師

天主教聖功醫療財團法人聖功醫院復健科職能治療師

職能活動對長輩的意義

職能活動，就是我們日常生活的每個環節，而每一個人認為的重要職能活動都不盡相同，所以在安排長輩的健康促進活動前，可以先和長輩會談討論，以利長輩後續進行活動的投入與參與。

一般職能活動可以分作自我照顧、工作及生產性活動和休閒娛樂，自我照顧大致上有進食、穿脫衣服、上廁所、社區內移動、家務管理等等；工作及生產性活動包含有薪資的工作、志工活動；而休閒娛樂原則上可以分作靜態性和動態性娛樂，像是下棋、品茶、書籍閱讀、健行、聯繫親朋好友等等。職能治療師可以透過問卷、會談或是量表評估檢視長輩在生活安排上是否取得平衡，除了生理身體上的健康，心理健康、生活品質和安適感也是值得留意的。

高齡者健康促進概念

成功老化是近代較具討論性的議題，由於全球高齡化現象正在加速中，各國面對此現象無不審慎著手介入，如何健康、順利且成功地老化便是重視的主題。而成功老化指的是長輩在生理功能維持良好且獨立自己生活，心理方面適應良好，社會人際互動保持良好的家庭與社會關係。活躍老化則是更進一步，強調退休、患病或失能的長輩能持續參加任何日常生活的活動，可以延長健康年齡及提升生活品質。

台中後里的萬秀洗衣店可說是活躍老化代表，萬吉阿公和秀娥阿嬤兩位長輩透過不同風格的穿搭，配上洗衣店的復古情境，營造出充滿故事性和年輕化的氛圍，成功塑造出老人時尚的概念。婦產科醫師林經甫退休後，努力實踐「成功老化三力」腦力、體力、社會力，他強調「絕對不要停止學習。維持運動習慣、走出家門參加社團、活動，維持良好人際關係，家庭和睦，這就是腦力、體力、社會力的成功老化三力。」

職能治療師可以利用健康促進活動，提供長輩不同類型的情境和活動經驗，促進長輩在生理、認知及社會人際互動的表現以維持健康，最重要的是健康促進活動能適用於所有的長輩，不論長輩是否有失能、退休或是患有疾病。舉例來說，職能治療師經常會以團體形式來安排長輩的健康促進活動，社會人際活動、認知益智活動、手工藝活動或是體能活動都可以

作為主題。除了團體活動，參與一般常見的日常職能活動也是提供長輩健康促進的機會，像是做家事、散步、讀報、烹飪等等。重點在於符合長輩需求和興趣、簡單且容易執行的活動。

長輩健康促進活動設計

團體活動設計時，最重要的是活動目的設定，有了目的才能進而擴展和不同的素材或主題連結，訂定出吸引長輩們參加的活動內容。活動進行的時間建議是 45 分鐘至 1 小時，活動時間如果太長，長輩們的專注力、警醒度和體能狀況無法有效維持，相反地若是時間太短，蜻蜓點水般地參加活動，便無法將活動目的和後續的回饋分享引導出來。至於活動器材，需要留意的就是長輩對於器材操作的安全性，如果有使用鋒利的刀具時，必須要注意長輩們的操作情形，並且於活動結束後統計刀具數量是否正確。團體活動進行時，會有主要帶領者和協同團體帶領者負責，團體的流程和氛圍會由團體帶領者引導，而協同帶領者在流程中協助長輩的活動參與，透過成員和帶領者間的團體動力讓大家能從活動中學習。

團體活動大致上可分成介紹、暖身活動、主要活動、分享回饋以及總結。暖身活動可以作為進入主要活動的前哨站，利用簡單的小型活動提升長輩們的專注力和參與度，以利後續活動的進行。我認為整體活動最重要的環節在於分享回饋，透過長輩們手工藝團體或烹飪團體的作品呈現，引導他們闡述作品設計概念，分享活動過程中的感受、今天活動自覺艱困的部分、發現同儕良好表現等等，或是在體能團體或人際互動團體的活動中，是否有達到治療師活動目的的要求，主要帶領者要鼓勵並誘導長輩進行分享，激發團體動力，讓更多參與成員一同討論。

因此，長輩的健康促進活動必須在活動前要有組織且妥善的安排規劃，建議可以先瞭解長輩們的功能狀態，後續可安排主題或系列性的團體活動，漸進地提升難度，使長輩們可以盡情投入於活動中，最重要的是在活動中達成健康促進目的，維持身體功能，提升生活品質。



透過彩繪油紙傘活動，不但融入在地文化，也能提升長輩的手眼協調與藝術創作能力。



利用團體活動安排，讓長輩們與年輕族群一同參與有趣的主題活動。



動手又動腦，職能治療師設計顏色配對與手腳位置的活動，讓長輩玩得樂此不疲。



麻將也是一個可以設計多種主題的媒材，長輩們十分喜愛麻將實果配對活動。

60 分鐘漫遊世界職業治療網站

薛有志 博士

得克薩斯女子大學教授 · ysit@twu.edu

三十年前，我畢業於香港理工學院，擁有職業治療專業文憑。畢業後，我在精神科醫院和手部診所工作，獲得了寶貴的經驗。為了繼續深造，我踏上了從東方到西方的旅程，在得克薩斯州攻讀了碩士和博士課程，然後成為一位教授。人生各有不同，以下是我在得克薩斯州的獨特經驗。讓我們從東走到西方瀏覽與職業治療有關的網站。

我發現香港職業治療學會 (Hong Kong Occupational Therapy Association) 網站為專業發展提供了寶貴的資源，包括發展過程、特殊興趣小組和學會出版物的信息。
<https://hkota.org.hk/home>

歐洲國家職業治療師聯會 (The Council of Occupational Therapists for the European Countries) 網站提供各種主題的信息，例如會員最新信息、在不同國家工作須知、循證實踐以及歐洲流離失所者的職業治療特別興趣小組。該網站還提供時事通訊，可以在「專業摘要 (Summary of the Profession)」選項下找到，每年發佈四期，只能通過 Safari 或 Firefox 下載。值得注意的是，根據年度報告，英國和德國的職業治療率最高，而丹麥每 10 萬居民的比率最高。

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

皇家職業治療學院 (The Royal College of Occupational Therapy) 網站提供一系列主題的寶貴資源和指導。這個平台涵蓋了從技巧到一切關於如何管理精力水平和遊戲生活竅門，為從疾病中恢復或管理長期健康狀況的人們提供實用建議。此外，該網站還提供全面的供貨商名錄，方便有關人士查詢相關產品。此外，在英國，一些職業治療教育可以通過學徒模式，其中來自職業治療學校的成功申請人將獲得在該機構擔任技術人員可報銷學費。
<https://www.rcot.co.uk>

美國職業治療學會 (The American Occupational Therapy Association) 代表美國及其他地區超過 230,000 名職業治療師、職業治療助理和職業治療學生，致力於推進職業治療實踐、教育和研究。根據 52 個州的職業治療會員人數，每個州有 1 到 2 名代表。我是來自得克薩斯州的議會代表。該協會每三年在西海岸、中部和東海岸地區輪流舉行會議。非會員可以在網站上免費訪問職業治療播客的錄音。

<https://www.aota.org>

美國職業就業和工資統計以及職業治療師的行業概況由美國勞工統計局提供。職業治療師的地理概況也可以在此網站上找到。美國從業者的性別分布存在偏差，只有 16.8% 的職業治療師是男性。這與香港特別行政區，近 50% 的職業治療師是男性（當我畢業的時候）有很大差別。

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

創始人網站上的百年紀念圖片描繪了「國家職業治療促進協會」(National Society for the Promotion of Occupational Therapy) 成立會議於 1917 年在紐約克利夫頓斯普林斯的安慰之家舉行。一些創始人是建築師和藝術教師。職業治療師的興起是由於許多退伍軍人在第一次世界大戰和第二次世界大戰後遭受的身體和精神疾病。值得注意的是，香港心理健康從業人員數量比美國的 5% 多出 50%，這是由於美國缺乏支金預算。

www.otcentennial.org/100-events/1917

「100 位影響力人物」網站致力於表彰職業治療領域的先驅，以慶祝其百年誕辰。該網站包含這些影 100 年來響職業治療人物的照片和傳記。您可以像名人一樣瞭解他們對我們專業的貢獻。

www.otcentennial.org/100-influenceial-people

美國職業治療學會的職業治療教育認證委員會是正式認可為美國及其領土職業治療師和職業治療助理入門級教育項目的認證機構。學校目錄列出了學位級別、機構類型、項目的聯繫信息、認證狀態和認證期限，包括預計下一次現場評估的學年。根據該網站，項目認證的現場評估通常以 5 年或 7 年的間隔進行初始認證，而對於持續認證則每 5 年、7 年或 10 年進行一次。要查看通過遠程教育提供部分課程的計劃，請參閱入門級職業治療 課程和入門級職業治療 助理程序。不同學校的學費有所不同，私立學校的學費有時比公立學校高 3 至 5 倍。得克薩斯州大約一半的職業治療學校是私立的。自 2007 年起，進入該行業的先決條件是碩士學位，大多數得克薩斯州的學校現在提供博士學位。美國碩士學位和博士學位之間的一個顯著區別是博士學位課程所需的體驗式學習的頂點項目。認證委員會最初提議將入門級博士學位的授權期限定為 2025 年，但後來暫停了這一期限，仍維持雙重入門學位。到 2000 年代末，物理治療博士學位課程成為標準教育課程。

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

美國職業治療認證委員會 (The National Board for Certification in Occupational Therapy) 為職業治療提供初始和更新委員會認證。職業治療助理需要副學士學位僅在職業治療師的監督下進行練習和治療。

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

美國得克薩斯職業治療協會 (Texas Occupational Therapy Association) 是唯一保護職業治療師的州組織。在得克薩斯州，職業治療師有自主權評估各種情況，沒有需要醫生轉介。物理治療師最初也可以在沒有醫生指示的情況下評估和治療患者。得克薩斯職業治療協會分為 6 個地區，其中一個地區覆蓋了我的家鄉州。

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

美國得克薩斯州職業治療審查員委員會負責得克薩斯州的職業治療師和職業治療助理的註冊和許可。只有獲得得克薩斯州職業治療審查員委員會許可的人員才能在得克薩斯州提供職業治療。目前大約有 12,300 名職業治療師和 6,760 名職業治療助理獲得得克薩斯州職業治療審查員委員會的許可。近 50% 的職業治療從業者是助理。執照更新需要每兩年通過法定考試並完成道德持續教育。

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

美國得克薩斯州網站職業治療潛力 提供有關常見高級認證的信息，包括一些最受歡迎的兒科和成人康復職業治療認證。該網站列出了每個認證的預計培訓時間、費用和續訂要求。在獲得我的 身體康復委員會證書，我被要求有五年的身體康復經驗。繼續教育的成本可能很高。我的感覺統合和實踐認證花費超過 10,000 美元，包括食宿費、設備費、課程費和差旅費——全部由我自掏腰包。

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

加拿大職業治療師協會 (The Canadian Association of Occupational Therapists) 支持超過 20,000 名職業治療師、職業治療師助理以及在加拿大工作或學習的學生。要獲取有關專業發展和實踐資源的指南，您可以參考此相關來源。疫情期間，我的職業治療同事從得克薩斯州搬到了加拿大。儘管她在美國是一位經驗豐富的職業治療師，但她還是花了兩年時間才獲得加拿大執照。獲得許可需要進行為期一天的面試和董事會考試。

<https://www.caot.ca>

澳大利亞執照委員會網站提供各種有用的資源，包括新聞和更新、針對從業者和公眾的

資源、報告和統計數據以及部長指令。澳大利亞職業治療委員會是堅定的 促進職業治療行業的安全和質量。<https://www.ahpra.gov.au/>

澳大利亞職業治療協會 (The Occupational Therapy Australia Association) 承認並尊重這個國家的傳統監護人和長輩，以及原住民和托雷斯海峽島民過去、現在和未來的文化、精神和教育實踐的延續。政府資助的博士學位、論文數量在全國名列前茅。與許多斯堪的納維亞國家類似，澳大利亞的職業治療師從事基層衛生保健和預防保健工作。儘管我是無薪志願者，但我在幾個與教會相關和共享的事工、當地食品銀行和診所評估和治療來自服務不足人群的客戶。此外，我同時還為實地考察的學生提供臨床監督。除了教學之外，我還通過遠程醫療平台在特許學校和兒科家庭健康環境中進行私人諮詢，這為臨床經驗提供了緊急環境。

<https://otaus.com.au>

世界職業治療師聯盟 (The World Federation of Occupational Therapists) 是全球倡導職業治療的領頭組織。聯盟制定了全球職業治療教育標準，同時促進最高研究和實踐的卓越水平。為了實現其目標，聯盟使用程序管理結構。聯盟執行和運營管理團隊與志願者項目組領導和成員共同開展工作。世界職業治療師聯盟是有關職業治療實踐和聯合會的綜合信息來源。它不斷更新並領導職業治療界。可用資源包括聯盟立場聲明、聯盟職業治療師教育最低標準、手冊、指南、政策、宣傳材料、在線模塊以及大量其他有用的出版物。

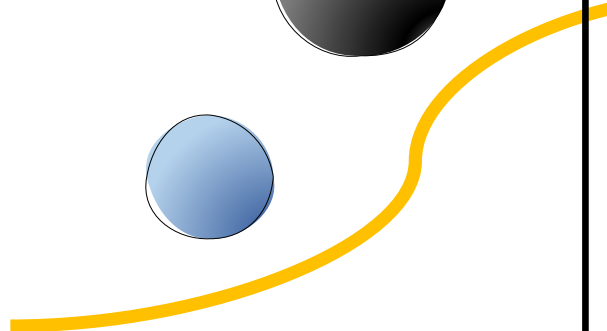
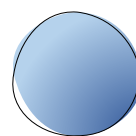
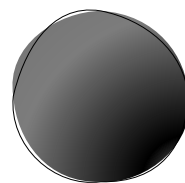
<https://www.wfot.org>

國際職業治療在線網絡 (The Occupational Therapy International Online Network) 由世界職業治療師聯盟建立，是一個虛擬平台，為世界各地的職業治療師、助理和學生進行聯繫、交流想法並參與整個職業。下一屆 WFOT 國際大會暨展覽會將在曼谷國際貿易展覽中心舉行。我希望 2026 年在泰國見到您，參加這每 4 年舉辦一次的非凡活動。

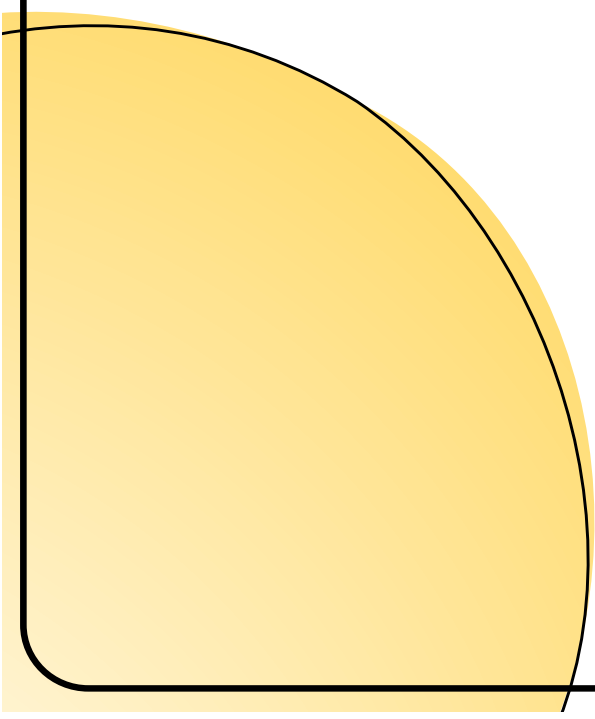
<https://tion.wfot.org/>

參考文獻

Peloquin, S. M. (1991a)。職業治療服務：創始人的個人和集體理解，第 1 部分。美國職業治療雜誌，45(4)，352-360。<https://doi.org/10.5014/ajot.45.4.352> Peloquin, S. M. (1991b)。職業治療服務：創始人的個人和集體理解，第 2 部分。美國職業治療雜誌，45(8)，733-744。<https://doi.org/10.5014/ajot.45.8.733> Reed, K.L. (2018)。亨利·B·法維爾和職業學院：職業治療實踐和教育的起源。醫療保健中的職業治療，33(2)，159-180。

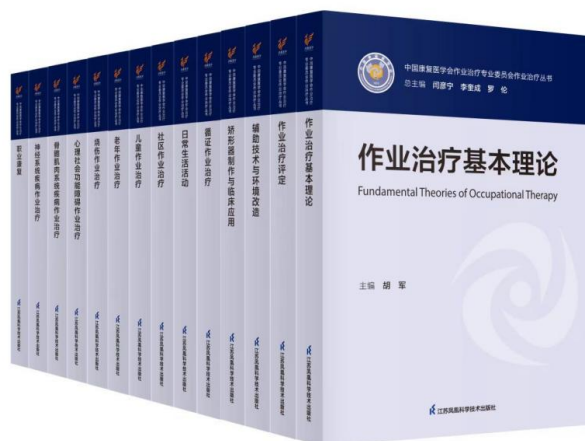


新書推薦



作業治療新書介紹

一、中國康復醫學會作業治療專業委員會作業治療系列叢書



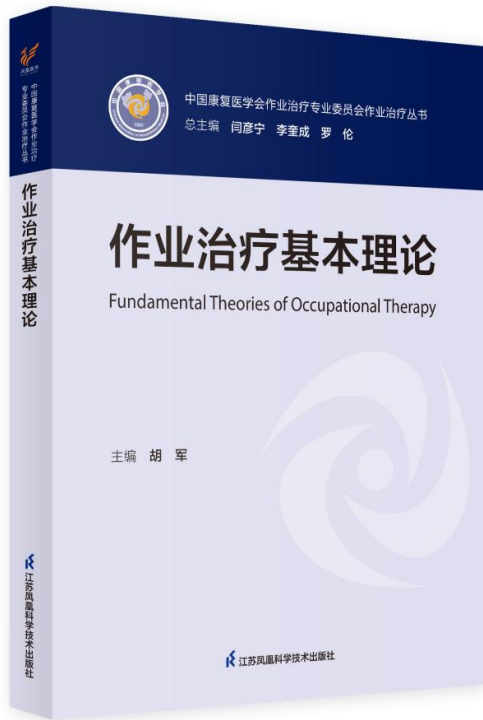
丛书购买链接

由中國康復醫學會作業治療專業委員會名譽主任委員閔彥寧、主任委員李奎成、常務委員羅倫共同擔任總主編的我國首套作業治療系列叢書 (共 14 冊) 2023 年 9 月已由江蘇鳳凰科技出版社出版發行。

叢書特點：國內第一套作業治療系列專著；內容全面系統，從理論到技術再到臨床應用；理論結合實踐，並引入最新研究證據；貼合作業治療臨床實際，通俗易懂，更具操作性。

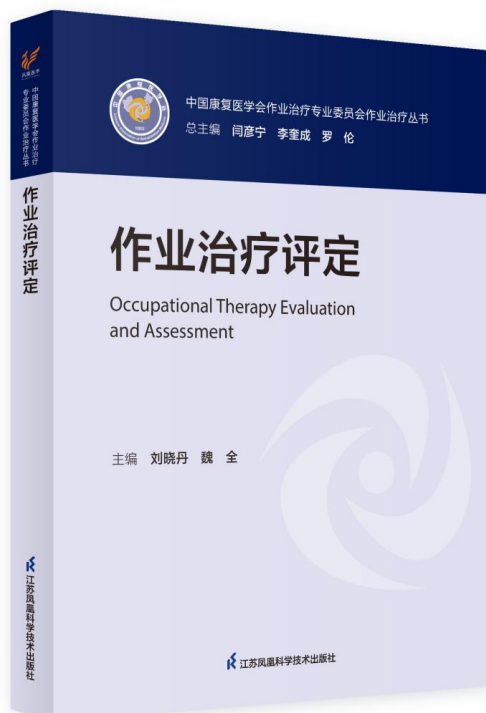
讀者對象：作業治療師、作業治療教師及康復醫學在校生、康復醫生、康復護士、康復治療師、康復輔助器具人員及其他相關人員。

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



《作業治療基本理論》(胡軍)

內容提要：本書非常全面系統地介紹了作業治療的核心理論基礎和拓展知識。在內容安排上,本書詳細介紹了作業治療發展的歷史軌跡、核心理念與倫理准則、內容、場所和服務對象的定位,並討論了作業治療干預形式與治療的關係、作業治療理論的三個層次,以及常用的作業治療模式。與國內其他作業治療專著相比,本書還特別介紹了常用的作業治療臨床實踐參考框架,以及「重建生活為本」的作業治療理念。同時,基於推動作業治療科研的目的,對作業科學也作了著重介紹。



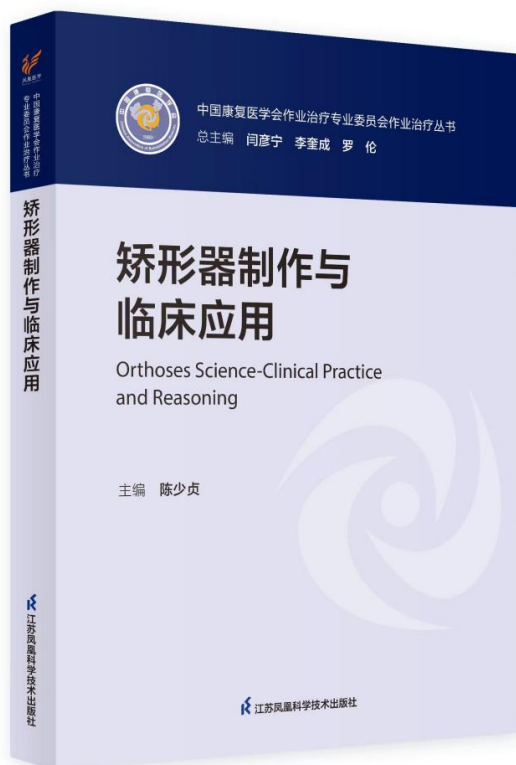
《作業治療評定》(劉曉丹, 魏全)

內容提要：本書邀請國內具有深厚作業治療理論基礎和臨床經驗的從業者編寫,在編寫過程中,為了讓本書既能與國際作業治療接軌又能符合我國作業治療的發展。做到詳細、實用、具體,具有較高的可操作性。適合臨床作業治療從業者、作業治療以及康復相關專業的學生進行學習、閱讀和參考。



《輔助技術與環境改造》(李奎成·劉岩)

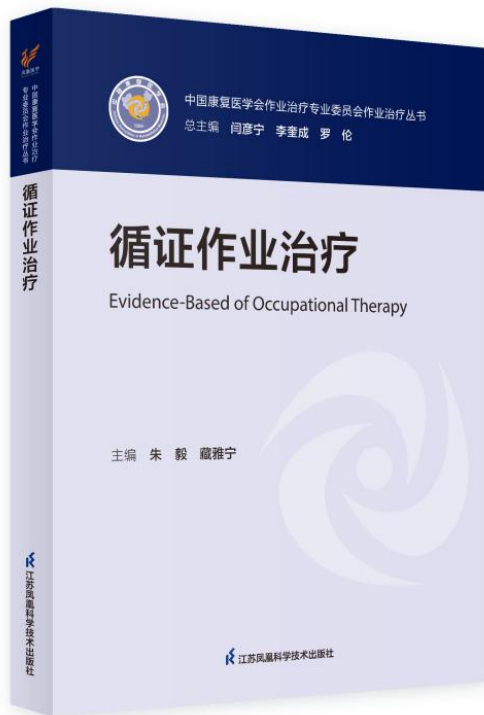
內容提要:全書內容包括兩大部分,共二十章,前十三章為輔助技術部分,後七章為環境改造部分。輔助技術部分除第一章輔助技術概述和第二章輔助技術評估外,其他章節主要根據國標的分類分別介紹了技能訓練康復輔助器具、個人生活自理和防護康復輔助器具、個人移動康復輔助器具、家務康復輔助器具、家庭和其他場所使用的傢具及其適配件、溝通和信息康復輔助器具、操作物品和器具的康復輔助器具、休閒娛樂康復輔助器具。由於臨床應用最為廣泛,特別將助行器、輪椅從個人移動康復輔助器具類別中抽出重點編寫。此外,增加了與輔助技術關係密切的節省體能技術與關節保護技術。



《矯形器製作與臨床應用》(陳少貞)

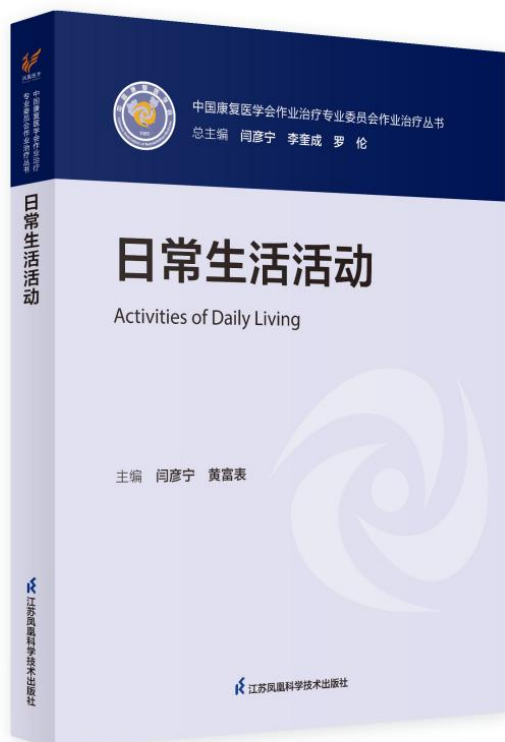
內容提要:本書內容共十二章,第一章為矯形器概述,第二章為組織創傷與愈合,第三章至第十一章按身體部位和關節詳細地介紹多種矯形器的製作方法與臨床應用原則,最後一章介紹典型病例的矯形器治療方法及臨床推理過程。希望讀者閱讀此書後,不僅能夠科學地進行矯形器製作,還能夠形成嚴謹的臨床思維。本書具有以下五大亮點:

1. 覆蓋面廣,可操作強。
2. 豐富的原創圖片和視頻。
3. 充分闡述設計理念和相關力學原理,使讀者更具自主設計能力。
4. 臨床知識與矯形器技術有機結合,剖析臨床推理思路。
5. 鮮活的案例和廣闊的臨床視野。



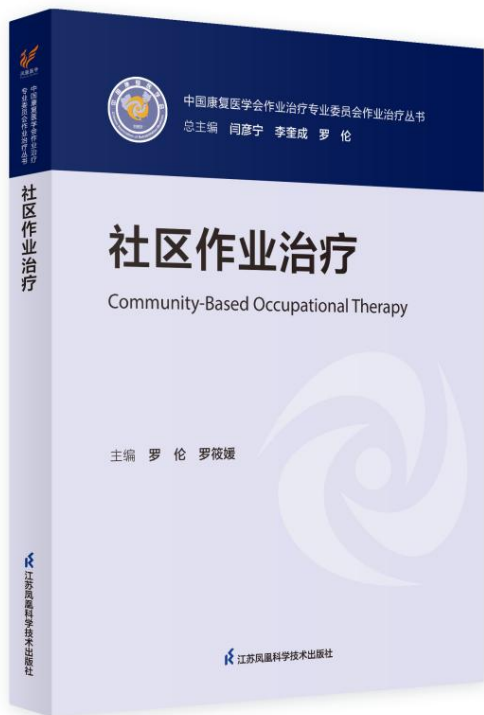
《循證作業治療》(朱毅·藏雅寧)

內容提要：全書包括三大部分,共十五章。包含理論篇、方法篇、實踐篇,帶你循序漸進地瞭解循證醫學,瞭解及實踐循證作業治療。理論篇:第一章主要介紹循證醫學的概況,瞭解我國循證作業治療的現狀;第二章瞭解常用的循證工具;第三章瞭解作業治療的框架。方法篇:主要以第四章中循證實踐的 5 個步驟為主線。重點介紹了如何尋找證據(第六章)、如何評價證據(第七章),以及我們經常用到的證據類型(第八章和第九章)。實踐篇:該部分主要補充循證實踐的應用證據和後效評價。第十一章介紹了循證醫學在作業治療臨床、科研和教學中的具體應用。第十二章、第十三章結合實例展示作業治療循證過程。第十四章介紹作業治療學經濟學的循證研究。第十五章作業治療指南。



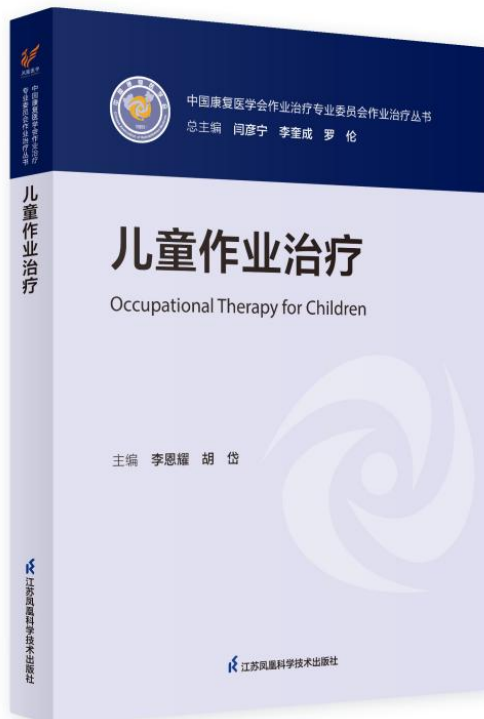
《日常生活活動》(閔彥寧·黃富表)

內容提要：本書共有 18 章。第一章為日常生活活動概述;第二章為日常生活活動能力評估;第三章為體位擺放與姿勢管理;第四章為床上活動;第五章為轉移;第六章為站起和坐下;第七章為行走與上下樓梯;第八章為輪椅的選擇和使用;第九章為進食;第十章為修飾;第十一章為入浴;第十二章為更衣;第十三章為如廁;第十四章為交流;第十五章為健康狀況管理;第十六章為家務活動;第十七章為公共設施的利用;第十八章為社交活動。所有參與本書編寫的老師都具有豐富的作業治療臨床經驗,大部分老師還從事過多年的作業治療教學工作。在編寫過程中力圖體現作業治療的專業特色,在專業技術方面做到詳細、實用、具體,具有可操作性。



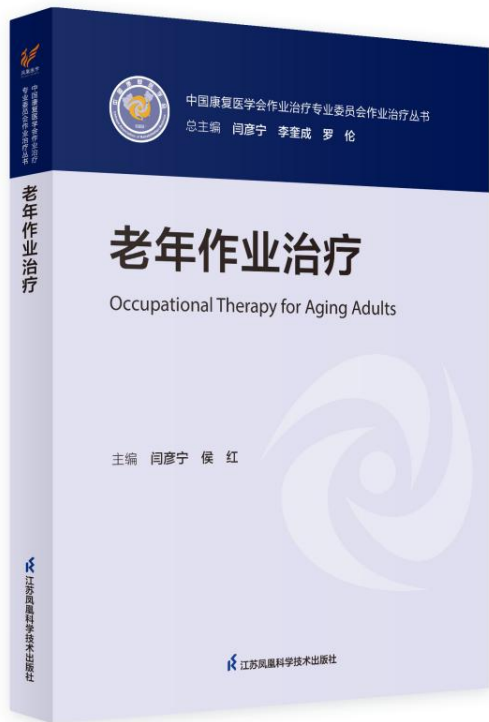
《社區作業治療》(羅倫·羅筱媛)

內容提要: 本書內容共十章，不僅介紹了社區作業治療與傳統臨床作業治療的主要不同，還詳細介紹了針對不同類型失能人士的社區作業治療干預內容。本書通過實際案例展示了如何通過對個人、環境和活動的干預來開展針對患有不同疾病的殘疾人的具體社區作業治療過程。此外，本書還詳細闡述了如何運用生活重整的概念，幫助殘疾人重建生活能力、生活角色和生活方式，從而實現真正意義上的社會融入。



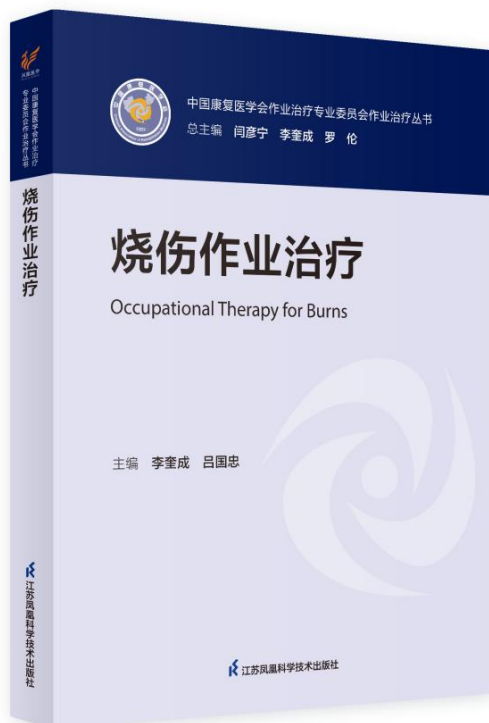
《兒童作業治療》(李恩耀·胡岱)

內容提要: 本書緊密圍繞兒童作業治療核心理論模式組織編寫，首先介紹了作業治療的基本概念、理論基礎及框架，繼而詳細闡述了兒童自理、遊戲、社交及學習能力的發育模式，系統全面的介紹了相關評估干預方法以及常見的兒童發育障礙的作業治療等。該書理論闡述清晰，深入淺出，易於理解，實踐應用尤其是操作技術闡述得具體到位，並列舉實證，可操作性很強。



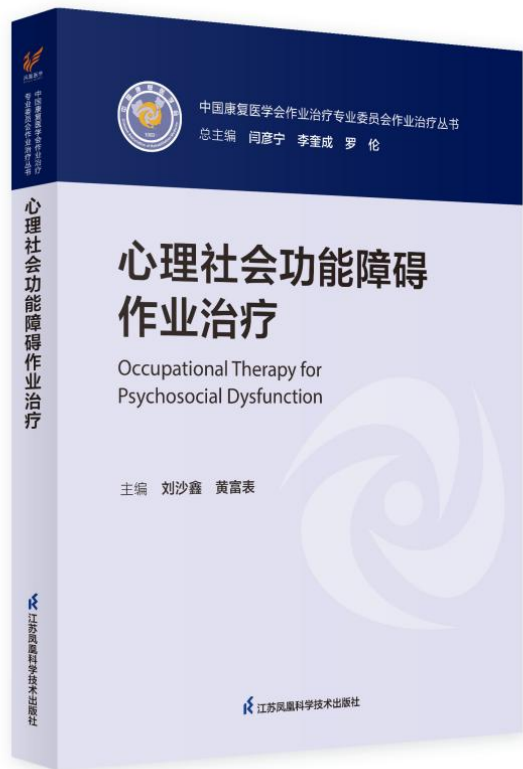
《老年作業治療》(閔彥寧 · 侯紅)

內容提要：本書第一章至第八章重點講述老年人衰老的特點、老年健康與作業治療的關係以及如何為老年人進行功能評估，如何選擇豐富多彩的作業活動與輔助技術為老年人的健康長壽保駕護航。主要包括成功老年化，老年人作業治療的評估，作業活動的設計，日常生活活動，社會參與活動，娛樂與文體活動，適宜老年人的輔助技術和環境調適等。第九章至第二十章則圍繞老年人常見的疾病(如心肺疾病、腦血管疾病、肌肉骨骼系統疾病、代謝系統疾病、社會心理疾病、腫瘤、老年綜合徵等) 進行介紹。主要包括疾病的一般臨床知識，功能障礙的特點，作業治療評估及作業治療技術，每一個疾病都結合相關的案例分析。



《燒傷作業治療》(李奎成 · 呂國忠)

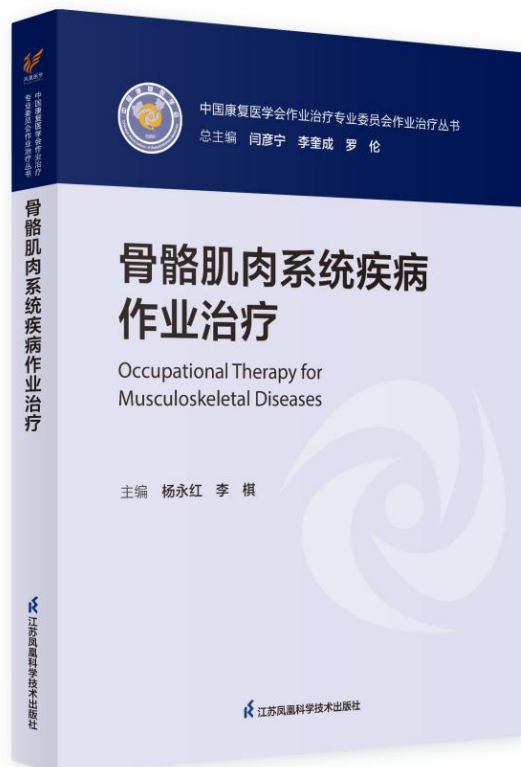
內容提要：全書分三部分、共二十章：第一部分燒傷作業治療基礎；第二部分為燒傷作業治療技術；第三部分為燒傷作業治療臨床應用。全書從基礎到作業治療技術再到具體技術在不同燒傷患者 中的應用，系統地介紹了燒傷作業治療的內容，可供從事燒傷臨床治療、康復治療、作業治療的工作者或在校師生學習參考。擔任本書主編的兩位分別是作業治療和燒傷治療專家，臨床與康復結合，從不同方向為本書把關，也更加體現了燒傷臨床治療與康復治療合作的重要意義。



《心理社會功能障礙作業治療》

(劉沙鑫 · 黃富表)

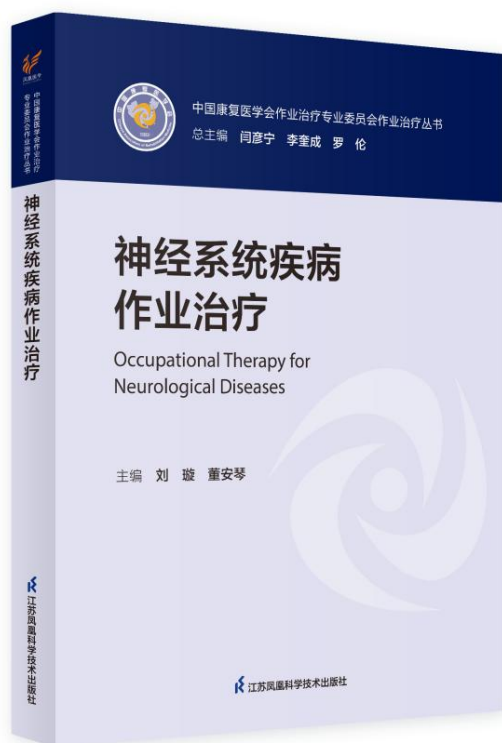
內容提要：本書共分為 4 篇，主要涵蓋對有作業障礙的精神及情緒病患者的全人管理。透過對不同的精神病患(例如精神分裂症、抑鬱症等)的個案研習,加強學生對臨床個案管理的認識及能力,使學生從評估狀況到評價效果都有所掌握，幫助學生掌握專業知識和技巧，培養專業態度。在編寫過程中,本書力圖體現作業治療的專業特色,在專業技術方面做到詳細、實用、具體,具有可操作性。



《骨骼肌肉系統疾病作業治療》

(楊永紅 · 李棋)

內容提要：旨在順應近年來作業治療學科的發展大趨勢,針對骨骼肌肉系統常見疾病和損傷導致的功能障礙,提供專業的作業治療評定及作業治療臨床干預決策。內容涵蓋骨骼肌肉系統臨床最常見的骨折、截肢、骨質酥鬆、肌腱損傷、韌帶損傷、神經損傷、頸椎病和手損傷。從基礎知識,功能障礙及對作業、活動的影響,作業評定,作業治療四大方面對上述疾病或損傷進行闡述,便於讀者理解作業治療臨床推理過程及培養臨床思維。書本編寫佈局上體現了作業治療的臨床思維,內容設計上圖文並茂且契合臨床應用,以期為讀者提供具體的、可實踐的臨床參考。



《神經系統疾病作業治療》

(劉璇 · 董安琴)

內容提要: 本書共有十一章。第一章是總論, 主要內容是對作業治療在神經系統疾病康復中的角色、模式、過程、評定與治療方法、循證實踐等進行了闡述, 第二章至第十一章分別對十種常見的神經系統疾病作業治療進行了詳細的闡述, 闡述的內容主要包括疾病的臨床表現、功能障礙的特點、作業評定和治療、併發症的管理、作業治療循證實踐和個案分析, 其中功能障礙的特點、作業評定和治療這三部分運用 PEO 模式或 ICF 模型進行描述, 幫助讀者更清晰地理解作業治療在各種疾病中的作用, 引導讀者更好地運用作業治療的專業視角與模式為患者提供服務。



《職業康復》(徐艷文 · 鄭樹基)

內容提要: 本書共分為十一章, 旨在總結職業康復在工傷康復及殘疾人康復中的重要作用, 以實用圖文並茂的形式給廣大作業治療從業人員及職業康復從業人員、作業治療專業學生及高校教師等提供參考。本書理論結合實踐, 單獨章節介紹職業康復常見的理論與模型; 全面技術覆蓋, 涵蓋評估及治療技術, 且將常見損傷類型的職業康復單列成章, 結合臨床需要; 適合學生的職業康復教學使用; 同時滿足治療師的臨床使用參考。

二、《PEDRETTI 作業治療-軀體功能障礙實踐技能》(第 8 版)



Pedretti' s Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction 一書於 1981 年首次出版，目前已經出版了八版，受到業內的廣泛贊譽，被翻譯為多種語言在世界各地廣泛使用，被稱為「OT 聖經」。第八版由 Heidi McHugh Pendleton 教授和 Winifred Schultz-Krohn 教授主編，李奎成、黃錦文、張瑞昆、閻彥寧四位教授主譯。共 49 章，涵蓋軀體功能障礙作業治療基礎、作業治療的過程和實踐、作業表現層次的評價和干預方法、作業技能和個人因素的評價和干預方法、作業治療實施過程和常用技術、常見病作業治療的應用。系統介紹了軀體功能障礙作業治療的基本理論和實踐技術，並融合了最新進展和循證實踐證據，是作業治療及相關專業的不可多得的參考書。

本書最大特點為實踐性強、通俗、易懂，融合了作業治療的最新進展和循證實踐證據。每一章均以具體的案例分析開始，結合案例分析、實踐小貼士、倫理考慮、復習思考題等強化學習和理解，增強讀者的掌握程度。第 8 版還補充了作業治療的最新發展和研究證據，系統介紹軀體功能障礙的作業治療方法，特別強調臨床推理過程。這是中文書籍中最为缺少但又是實踐中最为重要的內容，也是未來作業治療實踐的核心部分。

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、《康復治療師臨床工作指南——作業治療技術》

由閔彥寧、賈傑主編的我國首套《康復治療師臨床工作指南——作業治療技術》2023 年 3 月由人民衛生出版社正式出版。

康復治療師臨床工作指南叢書是國內首套指導康復治療師工作的規範性指南。《作業治療技術》作為本套叢書之一，也是我國首部作業治療指南性專業用書，對於提高我國臨床康復治療師的作業治療水平，提升服務質量，以及與國際作業治療技術接軌具有十分重要的意義。

本書由中國康復醫學會作業治療專業委員會和手功能康復專業委員會的首屆主委、也是時任主委閔彥寧、賈傑教授共同擔任主編，組織國內頂尖的作業治療師及相關醫師團隊編寫，致力於規範、提升作業治療師的臨床工作水平，推進我國作業治療的發展。

本書共分為二十三章。第一章為作業治療的基本理論，第二章為作業活動分析，第三～十四章為基礎作業治療的評估及治療技術，第十五～二十二章為臨床常見疾病和損傷的作業治療評估和治療技術，第二十三章為社區作業治療。內容全面、實用具體，既強調理論與實踐相結合，又有新技術、新方法，實用性強，對作業治療及康復相關從業人員具有重要的指導意義。



中華OT電子期刊編輯委員會

The Chinese OT e-Newsletter

- 黃錦文 香港職業治療學院
- 張瑞昆 台灣高雄長庚醫院
- 林國徽 廣州市殘疾人康復中心
- 李奎成 濰坊醫學院康復醫學院
- 陳少貞 中山大學附屬第一醫院
- 閔彥寧 河北省人民醫院
- 楊永紅 四川大學華西醫院
- 朱 毅 鄭州大學第五附屬醫學院

本期責任主編 - 張瑞昆



香港職業治療學院
Hong Kong Institute of Occupational Therapy

香港職業治療學院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

電郵: HKIOT@HKIOT.ORG

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