

長照專業服務操作指引
觀念篇

衛生福利部
中華民國 111 年 12 月

目錄

前言	2
壹、專業服務的目標與核心觀念	4
一、長照 2.0 的專業服務目標	4
二、長照 2.0 的專業服務之核心觀念	4
三、專業服務之國際趨勢	4
四、「復能」之定義	7
五、復能之重要性	7
六、復能訓練	8
貳、專業服務對象與需求的認定	10
參、專業服務團隊的服務模式	12
一、專業服務的簡要流程	12
二、專業服務團隊成員及其職責	13
三、專業服務之垂直整合	22
四、跨專業服務團隊合作模式（水平整合）	24
五、溝通協調之運作模式	26
參考文獻	31

前言

世界衛生組織 2015 年提出的全球老化與健康報告 (World Report on Health and Aging) 強調老化導致人的「內在能力¹」(intrinsic capacity) 可能受損或下降，對於日常生活功能需要協助的長者，除了提升個案的內在能力外，也需藉由提供各種策略維持或促進其「功能性能力²」(functional ability) (圖 1)。

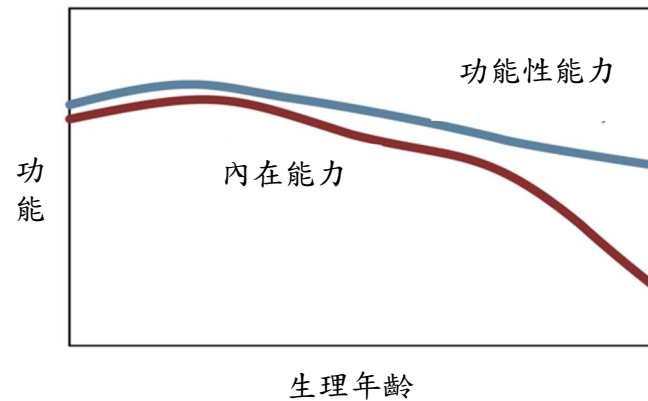


圖 1: 功能性能力及內在能力隨年齡增長之變化 (World Health Organization, 2015)

我國長期照顧 2.0 之目標與專業服務的內涵，符合世界衛生組織強調提供各種策略提升其「功能性能力」之高齡照顧原則，2017 年 12 月 29 日公告的「長期照顧給付及支付基準」，明訂專業服務之各項給付項目 (C 碼)，同時發布專業服務手冊，納入強調「復能照顧」(reablement) 的長照新典範。之後衛生福利部委託「社團法人臺灣職能治療學會」邀集相關領域專家規劃撰擬「長照復能服務操作指引(草案)」，並配合長照十年計畫 2.0 政策及推動現況酌作整理，於 2019 年 4 月發布「長照復能服務操作指引」，使長照服務體系中所有相關人員，包含政策制訂者、照顧管理專員 (以下簡稱照專)、長照 2.0 A 單位個案管理員 (以下簡稱 A 個管)、長照 2.0 B 單位專業人員、居家照顧服務員 (以下簡稱居服員)、各類督導……等，可明確掌握復能之概念與熟稔操作方式。推行至 2021 年，為配合長照政策調整與實務經驗，落實長照 2.0 專業服務精神及強化專業服務之品質及效能，衛生福利部再度委託學會辦理「長期照顧專業服務品質管理檢討與分析計畫」，根據 2018 年以來專業服務執行狀況，透過多次專家會議及專業團體之建議，修正編撰「長照專業服務操作指引」，俾使跨專業長照服務人員在轉介或提供專業服務時，能有共同依循及參考之照護準則。

1 內在能力主要包含個體的生理及心理功能。

2 功能性能力包含個體執行活動的能力，如何運用既有的能力以增進或維持在自身環境中之自主性。功能性能力與個體的內在能力及其所處環境 (包括物理環境，如個案的住所，社會環境為人與人之間的互動與關係，像是家庭關係) 息息相關。如果將內在能力或潛能做最大運用，並有使能性環境 (enabling environment)，支持個案可執行其認為重要、有價值的日常生活活動。

本指引分為四部分：

- 一、觀念篇：說明專業服務的目標、核心概念、復能之定義與重要性、專業服務對象及專業服務團隊的服務模式說明等。
- 二、操作篇：包含《共通操作指引》及《居家護理指導與諮詢操作指引》二部分。《共通操作指引》說明如何確定專業服務需要、議定專業服務訓練目標、計畫及執行訓練，結案及延案條件、服務品質衡量方式及指標等。《居家護理指導與諮詢操作指引》針對居家護理指導與諮詢服務，提供服務目標、服務模式、流程、紀錄及品質衡量方式等。
- 三、附錄：提供服務紀錄參考格式、居家護理指導與諮詢服務的處置指引，以及案例說明。

壹、專業服務的目標與核心觀念

我國長照 2.0 專業服務，係基於復能原則，以個案自選活動目標或照顧者需指導之照顧目標為共同標的，結合多種專業分工合作而提供的服務模式。

一、長照 2.0 的專業服務目標

以復能為導向之專業服務（以下簡稱專業服務）是根據失能者想要自行完成的活動及其現存的活動能力和體力，透過創造一個安全的環境，使失能者能夠每日、密集式的練習執行有價值、有意義的活動，藉由重複的成功經驗建立信心，得以增加日常生活的獨立性，提升參與自我照顧和執行居家活動的動機，活躍的參與社交和社會活動，達到「在地老化」的目的。另一方面，針對環境安全及個案特殊問題（例如：營養照顧、口牙、吞嚥、壓傷及困擾行為等）之需求，也可針對個案或照顧者進行專業服務指導與諮詢，以提升照顧品質。

專業服務的目標是：

- （一）促使個案儘可能參與執行日常的活動，提升其自主性及生活品質。
- （二）促進或維持個案之最大功能表現。
- （三）減輕照顧者負擔及降低照顧支出與成本。

二、長照 2.0 的專業服務之核心觀念

長照各項與專業服務訓練相關的服務，需具有下列核心觀念，方能落實專業服務目標：

- （一）避免習得無助（learned helplessness），增強案主自我效能感：在失能初期盡早銜接專業服務介入，如針對剛出院具復能潛能之長照對象，透過「出院準備銜接長照服務計畫」無縫銜接專業服務，在家中適宜、安全的環境練習執行其日常生活活動。
- （二）以個案問題為中心：專業服務訓練的目標不是由專業服務人員之角度來決定，而是以個案所看重的活動或照顧者需解決之照顧問題為目標，循序激發個案參與活動或照顧者學習的動機，且所有專業服務團隊之目標是一致的，從照專、A 個管延續到「專業服務」、「照顧服務」與「輔具及居家無障礙環境改善服務」的統整連結，都是為了能夠協助個案盡早獨立執行他所看重的活動或解決照顧者之照顧問題。
- （三）團隊合作：有鑑於長照個案通常因多重原因造成活動參與的困難，因此建立跨專業的溝通平台及專業間有良好的互動非常重要。針對個案所提出的問題，建議以「最能夠協助解決該活動或照顧問題的專業人員」為主要引導者，適時與其他專業整合，共同以個案的目標為團隊唯一訓練目標。
- （四）結合專業服務照顧：減少沒有必要的照顧，增加個案執行生活活動的訓練與執行時間，故應包含訓練照顧者如何調整作法，來輔助專業服務。

三、專業服務之國際趨勢

由於國內專業服務正值萌芽探索的階段，因此借鏡實施專業服務多年的北歐與英國經驗為

例，說明其運行概況，提供國人參考。以下先介紹北歐國家中最早由政府制訂政策，大規模推動專業服務的挪威，其執行的重點如下：

- (一) 個案因疾病、意外住院而導致功能變化，待醫療狀況穩定可出院，但其功能尚未恢復到病前狀況，個管人員可視其功能進步潛能銜接專業服務。
- (二) 個管人員以「加拿大職能表現評估量表 (Canadian Occupational Performance measures, COPM)」³來瞭解個案最重視且希望從事的最多五個自選活動，並對於自選活動的表現及滿意度評值 (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 1998)。接著，各領域的專業人員都以個案提出的活動目標做為介入目標。
- (三) 治療師提供專業評估，了解個案的現有功能與潛能、環境調整與輔具需求、活動如何調整來協助個案再度執行所重視的活動，提升個案的參與度，並達到訓練之目的等。
- (四) 專業服務團隊成員必須與居服員有共同訪視的機會，協助居服員具備可以適當提供協助的技能，減少對個案沒有必要的協助，因此居服員在每次到府服務（從一週幾次到一天幾次都有可能）可以安全地跟長者一起執行該活動，儘可能發揮其最大功能，落實「每日生活復能」的目標。其執行方式以下述為例：長者的目標是自己能夠將食物加熱，居服員到府時，不是幫長者加熱食物 (doing for)，而是協助長者 (doing with) 如何從臥室、客廳等場所能夠自行移動到廚房熱食，只有在必要時提供協助。希望長者一次在一個安全性、設計過的情境下有許多成功經驗，累積並增加自己對執行活動的信心，也維持其最佳功能狀態。

英國的專業服務也是我們學習的對象。當英國公營居家服務單位 (social care) 接收到轉介單要求提供照顧服務時，居服單位主動銜接專業服務（通常是專業服務團隊成員）與居服員一同訪視，或是居服單位自行聘用專業服務人員同往，討論個案的日常生活活動能力與訓練目標，居服員可提供的適宜協助以促進個案功能的最大化。每個居服單位都有資深的居服督導，一起協助居服員能夠謹守「不插手」(hands off)、僅在必要時機提供適當協助的原則，讓個案能夠發揮潛能 (Miller, 2018)。Rabiee (2011) 研究五個有豐富專業服務經驗的居服單位，他們的組織特性與服務提供流程，研究發現促使專業服務成功的特質包括：個案特質（多為因跌倒、骨折接受專業服務、動機強、年齡無關）、對專業服務理念有一致的認同、態度與技巧，能夠即時、彈性的介入、有仔細與一致的服務紀錄、有職能治療師在團隊內或可以諮詢等。

丹麥自 2015 年起，所有長照個案都要先評估「專業服務潛力」，有潛力者，只核給專業服務，不提供照顧。根據統計，第一次申請長照服務者，接受專業服務後，有 45% 個案最後可以不需要任何長照服務。已經使用長照服務者於接受專業服務後，有 25% 個案不再需要任何長照服務，而有 45% 的個案，其所需要的居家照顧服務時數減少 (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011 ; Winkel, Langberg & Wæhrens, 2015)。

北愛爾蘭自 2015 年 7 月至 2016 年 4 月止，共有將近 3 千 8 百名個案接受專業服務，專業服務團隊以職能治療師與居服員為主。其中幾乎一半的個案在結束專業服務後不需額外的照顧需求 (Health and Social Care, 2016 ; Western Health and Social Care Trust, n.d.)。而澳洲亦有多數研究證實專業服務可減少傳統居家或社會照顧需求，具良好經濟效益，其對於生活獨

3 為半結構式訪談，鼓勵個案找出自己在從事「自我照顧」、「生產性活動」、「休閒活動」中遇到的問題，並以 10 分量表，先針對各項活動之「重要性」列出五項以內，最重視而想改變的活動。接著請個案針對該項活動目前之「表現」及「滿意」程度評分。

立性的建立成效優於傳統照顧 (Lewin & Vandermeulen, 2010)。

國際復能聯盟 ReAble network 有鑑於各國對復能的定義及包含的內容沒有共識，透過德菲法 (Delphi Method)，邀請來自 11 個國家共 82 位復能領域的專家，進行兩輪的德菲法，以釐清有關復能的特性、組成、目的及目標族群的定義，以獲得較趨一致的共識與結論。結果列出達 79% 專家認可共識的復能特徵，包含 5 項「特性」、7 項「執行要素」、5 項「服務目標」，及適用之「目標族群」(表 1) (Metzelthin et al., 2020)。

表 1：復能特徵

復能的潛在特徵	相關的特徵 (第一輪中有 90% 的專家認可，或第二輪被 67% 以上的專家認可)	不相關的特徵 (通過第一輪，但在第二輪時，不被 67% 以上的專家認同)
特性 (characteristics)	密集的 (intensive)，例如多次訪視	有時限的 (time-limited) (例如：最長達 8 週)
	以個案為中心的 (person-centred)，符合個案需求/能力	
	全面性的 (holistic)，例如將個案的各種需求納入考量	
	多專業的 (multi-disciplinary)，至少兩個專業介入	
	有復能協調管理者 (co-ordinated by a care manager)，通常為醫療專業，例如護理、職能或物理治療師等	
執行要素 (components)	評估	肢體運動 (例如：平衡及肌力)
	目標導向的治療計劃	定期召開團隊會議
	經常重新評估治療計劃	衛教病人 (例如：正常老化觀念)
	日常生活功能訓練	支持性補助 (例如：案例組合) supportive funding model (e.g. case mix)
	納入家人、朋友等社會網絡的參與	
	使用居家環境改造或輔具	
	專業人員的復能訓練及支持	
服務目標 (aims)	提升個案的生理功能	提升個案的心智功能
	提升個案的日常生活獨立性	鼓勵個案更積極運動
	讓個案能參與有意義的活動	
	讓個案能參與社區活動	
	降低長照需求及相關的花費	
目標族群 (target group)：專業服務是	診斷	心智功能
	年紀	

復能的潛在特徵	相關的特徵（第一輪中有 90% 的專家認可，或第二輪被 67% 以上的專家認可）	不相關的特徵（通過第一輪，但在第二輪時，不被 67% 以上的專家認同）
一種包容性的介入方法，不論下列何種情形	生理功能	
	環境處所（例如：居家、照顧住宅、護理之家等）	
	問題的類型（例如：急性與慢性）	

文獻資料譯自：(Metzelthin et al., 2020)

四、「復能」之定義

2016 年國際高齡聯盟於哥本哈根舉行的高峰會議，提出目前**高齡歧視與缺乏支持性環境**是阻礙高齡者充分發揮潛能的主要障礙，因此呼籲各國高齡照顧政策應著重規劃一個支持性、使能（enabling）的環境，讓高齡者能夠「自在地去做想做的活動（to enable people to be and to do what they have reasons to value）」，在此環境下讓長者能夠再度執行他認為有價值的活動，達到最佳功能的狀態，這樣的理念就是「復能（reablement）」（Mishra & Barratt, 2016）。換言之，復能就是在個人有限的「內在能力」下，協助他把「功能性能力」最大化，並應用到他認為重要的生活事物上，故「復能」是指儘可能恢復個案的「功能性能力」。復能訓練之目標係為充分發揮個案潛能，提升個案自主生活能力，爰復能服務透過積極性日常活動潛在能力的發揮，或代償性策略的指導與訓練，藉由活動型態調整、環境調整、必要的行為改變技巧介入，將日常活動直接變成訓練內容，每日執行活動時，等同是在做訓練，使個案增加獨立生活能力；復能訓練因此融入生活作息，讓個案在執行日常活動時逐漸增能，不但執行活動的「功能性能力」逐漸有進步，也因為執行活動機會增加，內在能力如平衡、耐力等也隨之進步，當個案目睹訓練的成果，更有動機繼續練習與參與，最終目的為讓個案能執行「對自己最重要」的日常活動。

隨著全球人口結構改變，高齡人口不斷攀升，照顧人力與資源也愈來愈吃緊，因此照顧的觀念必須有所翻轉。世界衛生組織呼籲 2015~2030 年的高齡照顧的方向----「健康老化」(health aging)，即是特別強調要儘可能提升或維持長者的「功能能力」，減少照顧的依賴。且特別指出高齡者或照顧者，也要有所自覺，將促進或維持自身健康與功能為責任(World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>)。換言之，高齡者或長照服務對象，必須要儘可能學習獨立自主，充分發揮自己所能，減少對他人的照顧與依賴，因此，在長照服務中，必須要能落實復能的概念，優先以提升長照需求者的功能能力，再來提供適切的照顧服務。不但能使個案獲得自主與自尊，並能減輕家庭與社會照顧的負擔。

五、復能之重要性

- （一）長照個案內在能力常是無法回復到病前程度，如積極提高「內在功能」而忽略「功能性能力」，尚無法讓個案獨立生活，恐不符現況的期待，可能造成個案長期且高頻率地使用復健服務、自認「內在能力」恢復無望而抗拒功能性指導、或不重視長照體系所應強調的生活功能促進。

- (二) 翻轉根深蒂固的「生病的人需要他人照顧、無法自立」的觀念：依據社團法人臺灣老人學學會 2017 年之研究（傅從喜，2017），2017 年約 7 成個案使用長照居家服務，但僅 1 成個案使用居家復健服務（查長照 1.0 係有提供居家復健，惟長照 2.0 於 2018 年已改為專業服務），可見民眾偏好或習慣使用居家照顧。可能原因包括民眾對於照顧年長者仍以「幫他做」的照顧觀念為主，較不重視、不敢要求、或不知道個案可以從參與日常生活活動，達到功能恢復之「復能」。
- (三) 個案習得無助：個案在失能之後，若一開始就以「照顧、幫他完成」的方式被照顧，長期下來，個案練習自立完成活動的機會很少、對自己的能力也沒有信心、造成習得無助（Chang & Wang, 2013）。
- (四) 個案對於復健或復能動機低落：個案可能因對復健之錯誤期待，加上醫療時期的專業人員提供之復健可能不是個案所重視的生活面向等，而參與動機低落（蔡宜蓉等，2016）。
- (五) 個案返回家庭生活之後，因個人健康識能或自我效能低落，缺乏所需的復能知識，或導致個案無意願接受復能導向的專業服務。

歐美國家也同樣經歷過上述困境，在高齡與失能人口快速增加，照顧人力與財務資源緊縮的情況下，提出解決上述問題的照顧策略為當務之急。北歐國家近年來所推動的每日生活功能重建（Hverdagsrehabilitering，英文翻譯為 Everyday Rehabilitation 每日復健或 Reablement 復能），英國也稱 Reablement or Enablement、澳洲、美國稱為恢復功能照顧（Restorative Care）提供一個可以解決以上問題的方向（Resnick, 2004）。目前已有許多研究實證支持復能的確能夠提升整體功能、生活品質、長照工作人員的工作成就感與減少整體服務提供時間，並降低照顧成本（詳見本觀念篇「壹之三、專業服務之國際趨勢」）。

世界衛生組織的 World Report on Ageing and Health（2015）表示活躍老化代表高齡者的價值不容忽視，雖然身心社會功能可能隨著年齡退化、逐漸失能，高齡者本身也要負起健康管理的責任，需要盡可能的減低失能或降低依賴的社會責任，因此不論在任何情境，都需要自我成長與不斷更新個人能力。復能若要成功，必須激發失能者追求功能最佳化的動機、為自己的健康負責。並且盡可能地促成其居住場所中的支持性環境建立，健康照顧者從以改善缺損為主的訓練者，轉型成為：不但要增進內在能力，更要有能力結合多專業共同工作，營造出一個適切、安全的環境，讓高齡者能夠發揮功能與增進生活參與的支持者（Rostgaard, 2015）。

六、復能訓練

長照個案面臨每日日常活動的需求，日常生活活動的執行能力更應是訓練最重要的目標，例如：可獨立完成穿衣活動，比僅僅處理坐姿是否平衡更具有實質意義。因此，復能訓練要能落實在每日生活，強調將生活功能訓練融入於日常活動中，且以代償性策略（指透過活動型態調整、環境調整、或使用輔具等方式提升個案的功能表現）的指導與訓練為優先，必要時，內在能力訓練為輔助，透過居家練習來強化，如僅仰賴專業人員訪視時才進行訓練則效益不彰。而復能訓練很重要的是要把日常活動直接當作訓練的媒介，每日執行活動時，就是在訓練。將訓練融入到個案生活作息與照顧活動中，讓個案在執行日常活動時逐漸增能，不但執行活動的「功能性能力」逐漸有進步，也因為執行活動機會增加，內在能力例如平衡、肌耐力等也隨之

進步，因此能夠體驗到訓練的效果，更有動機繼續練習與參與，最終目的為讓個案能執行「對自己最重要」的日常活動。

例如個案的目標為自行去上廁所，初期每天有如廁需求時，在照顧者或個案習得如何創造安全的環境下，以助行器走到浴室如廁，因此每日都有多次練習起床、行走、如廁等機會，一段時間後身體動作控制、平衡與行走能力、耐力等也能夠隨之進步。長照復能訓練目標是協助個案與照顧者能夠進步並發揮個案最大潛力執行活動，盡可能減少照顧者的協助（可完全獨立、旁人照看下自己做或些微協助……等），不要因個案無法「完全獨立」而不提供個案參與的機會。復能訓練以明確的活動目標為導向，當個案問題能夠儘可能獨立或在照顧者的監督下執行後解決、或達到設定目標後，便予以結案。

為達到生活功能的進步，若個案及照顧者也有動機執行平衡、協調、上下肢肌力與認知元素等各項增進內在能力的運動或活動，且案家也能夠配合指導自行鍛鍊，則專業人員可提供居家運動或活動之「練習作業」⁴，並教導執行。照顧者可鼓勵個案及協助監督，以促進個案之基本能力，同時輔助生活功能提升。另可視個案不同的疾病適應狀態，以及對於個人的外觀形象信心，經過溝通後逐步引導個案從居家私領域移動到社區公領域，例如「至大樓中庭或附近公園做運動」，也是很適合作為復能專業服務訓練的目標選項。

衛生福利部於 2015 年委託社團法人臺灣職能治療學會「生活自立或復健訓練模式之發展與給付制度之規劃」計畫，經過深入的文獻回顧、邀請北歐推動復能訓練有成的專家來台舉辦工作坊，及多次專家會議、焦點團體、標竿單位參觀、並訪視眾多失能者之後，提出以居家與社區場域為主的復能服務模式，提供有潛能的失能者「短期、密集性」的復能訓練，最佳化長照個案現有能力，使執行個案認為重要而有意義的活動。

4 居家運動或活動以「教導個案及照顧者可正確執行」為復能目標，不建議專業訪視時以反覆練習與監看此運動執行為復能項目，而是以提供建議清單、教導或回覆示教、及確認執行情況為訪視時之重點。例如若 50 分鐘的訪視，活動練習與指導應佔據大部分的時間，居家運動的指導與確認時間除非偶發特殊狀況，不應該是主軸活動。

貳、專業服務對象與需求的認定

長照的個案常有多項日常活動需要協助，為了減少需要長期提供照顧服務的需求，因此專業服務訓練格外重要，多國經驗都支持「專業服務需優先於照顧服務」的必要性。在 2015 年衛生福利部「生活自立或復健訓練模式之發展與給付制度之規劃」計畫中，資深之長照職能治療師評估已在接受長照服務的個案，評定需要職能治療服務者大約佔 7 成 (Mao, Chang, Tsai, Huang & Wang, 2016)。此與丹麥報告顯示 80% 申請長期照顧服務的個案有核定專業服務的比率相近。因此顯示過去長照 1.0 以照顧服務優先下，接受復健服務之比例僅約 9% 明顯偏低。

長照專業服務的需求對象很廣，包含功能退化的高危險群、近期功能退化、有潛能可以進步的個案，其他例如：失智、失能老人、失能之身心障礙者（亦包含失能之心智障礙者）等也是專業服務的對象。依據專業服務對象的需求特性與服務目標，大致分類如下表 2：

表 2：專業服務對象之特性與服務目標

個案類型與特性	專業服務主要目標
1. 針對具有功能恢復潛力的個案：例如甫出院、中風半年內、骨科個案、過去沒有接受過復健或復能訓練之個案等。	提升個案日常生活活動功能表現、促進休閒與社區參與。
2. 針對進行性持續退化疾病的個案：例如失智症、帕金森氏症、肌肉萎縮等。	提供照顧者或個案功能維持或促進之技巧訓練。 針對日常生活活動、休閒或社區參與等功能，儘可能維持或延緩退化。
3. 針對特殊照顧需求之個案：例如疼痛問題、皮膚及傷口問題、營養不良、吞嚥困難、管路照顧、感染問題、臥床或長期活動受限、不動症候群風險等。	提供照顧者照顧技巧指導，以改善個案之問題與狀況。
4. 針對有困擾行為、精神行為症狀者之失能心智障礙類個案：例如腦傷個案、慢性精神病個案、自閉症者、智能障礙者及失智症等。	提供照顧者照顧指導、增進照顧者預防或因應困擾行為的知能與技巧。 促進個案自立生活能力，提升其日常生活活動、休閒、及社區活動之參與，或延緩其退化。

在銜接專業服務之前，應先與個案與照顧者說明專業服務訓練的目標與內容，確認個案與照顧者對專業服務訓練有正確的理解、願意配合訓練、與個案建立關係、確認個案的狀態及表現、評估照顧者的照顧態度與技巧、更須瞭解個案當時狀況是否適合接受專業服務，或是否有影響專業服務執行的不良生理因子。在與家屬、照顧者或個案溝通訓練目標及執行時，係指導訓練同一位(組)家屬或照顧者，並於每日執行訓練時同一位(組)家屬或照顧者執行，以利達成或衡量成效。以下提供需銜接專業服務個案的排除條件及優先對象。

一、不適合接受專業服務之情況：

個案病情不穩定，例如：發燒、嗜睡、急性疼痛、嚴重感染、生理指數嚴重異常（經

過適當醫療指導後仍血糖或血壓控制不佳)、嚴重至需侵入性醫療處置之壓傷、管路脫落、精神行為問題加劇至干擾訓練參與程度等,以上問題皆可能是潛在急性生理問題的表徵;基於安全考量,建議轉介醫事單位進行治療(例如:居家醫療、居家護理、回歸醫院/診所等),待解決個案醫療問題且狀況穩定後再提供專業服務。

二、留意可能影響專業服務執行的不良生理因子:

個案若長期患有心臟病,慢性肺病,神經或精神疾病(例如:中風和失智)、骨質疏鬆、姿勢性低血壓、電解質異常、慢性疼痛、視覺或聽覺缺損等可能影響專業服務成效之疾病,或近期內曾接受侵入性醫療處置(例如:手術)者,出現新的精神行為問題或已有的精神行為問題加劇等,執行專業服務時必須了解相應之注意事項與處理策略⁵、審慎觀察個案表現與生理跡象,若有任何異常,建議立即諮詢熟悉個案狀況之醫師。

三、專業服務之對象:

- (一) 個案具學習能力:例如意識狀態、認知程度及動作能力可遵從指令做出動作等。
- (二) 近期內日常生活功能明顯退化。個案可能因急性疾病、意外或多重醫療狀況、近期曾住院、生病、受傷等原因導致身體、心理或社會功能受損,造成生活功能明顯改變,需要照顧與協助者。
- (三) 個案近期接受輔具或環境改造服務,生活參與操作條件有異動。
- (四) 個案或照顧者表達要嘗試專業服務訓練之意願。

5 如若有病態骨質疏鬆,不宜進行過度承重或負重的肌力訓練,動作之關節活動角度亦須限制。

參、專業服務團隊的服務模式

一、專業服務的簡要流程

照專或出院準備服務小組之工作人員（下稱出備人員）應與個案或主要照顧者（或照顧決策者）討論所面臨之照顧困境，瞭解其迫切性照顧需求及問題，完成照顧管理評估量表評估後，依個案需求排列前 5 項優先解決之照顧問題並勾選建議服務措施，倘照專或出備人員於個案任一照顧問題中勾選至少有一項符合轉介專業服務之建議服務措施，照顧服務管理資訊平台將提醒 A 個管應與個案及其主要照顧者討論，徵得同意下，於照顧計畫中擬定其專業服務需求，派案專業服務單位（B 單位）提供服務。

經 B 單位評估後，與個案及主要照顧者議訂專業服務訓練目標與計畫，並和照顧服務單位共同支持個案及主要照顧者執行之。專業服務訓練目標建議於服務後（1~2 次），確認目標訂定之合理性，作為結案之依據；達到結案標準即結束專業服務（專業服務的簡要服務輸送流程如圖 2），詳見以下說明：

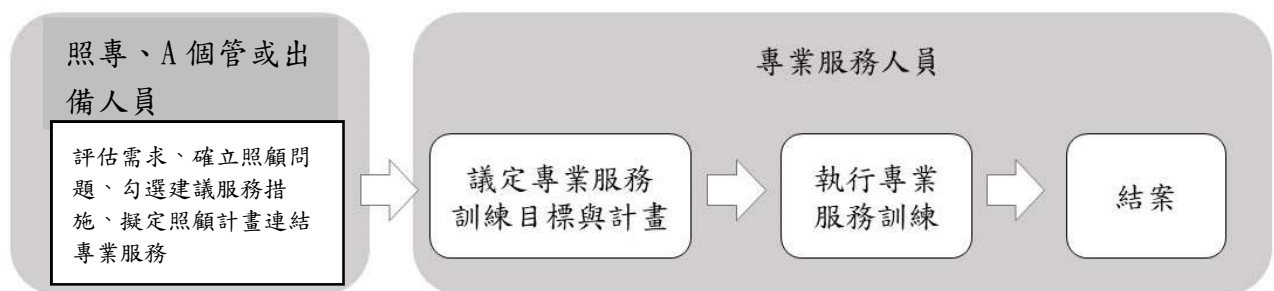


圖 2：專業服務的簡要流程

（一）提出需專業服務的問題

1. 照專或出備人員，負責最前端的長照需要等級（long-term care case-mix system, CMS）評估、及照顧問題清單和需求的服務項目判定。根據案家提出的日常生活困擾及照顧問題，瞭解案家想法，照專及出備人員依照照顧問題清單重要性排定優先順序（至多五項），例如：（1）進食問題、（2）移位問題、（3）困擾行為、（4）用藥問題、（5）社會參與需協助，續勾選建議服務措施。
2. A 個管針對符合轉介專業服務之措施與個案及家屬討論後，派案給最適合處理以上日常活動參與或照顧問題之專業團隊，也就是專業服務單位（B 單位）。
3. 協調並支援跨專業合作。
4. 當個案需求改變時，調整專業服務之安排。
5. 上述過程，如有需要，可以與專業單位進行諮詢與討論。

（二）議定專業服務訓練目標與計畫

專業服務團隊成員接獲照會後，專業服務督導或是團隊中第一位去訪視案家的人員，依據照專、出備人員或 A 個管提出需專業協助之問題，了解個案或照顧者自選

的生活參與目標（或最重視的照顧問題），也就是個案最想要練習、最有意義的活動項目為何（或對照顧者最優先學習處理的照顧問題為何），仔細地評估個案和專業服務需求相關的能力及訓練需求、以及個案家庭的整備程度，與個案和照顧者共同確立專業服務需求，議定專業服務計畫，與個案及家人一同討論出可能達成之個別化「專業服務訓練目標」（長期目標）與「專業服務計畫」（以 5 項以內為原則）。建議於服務後（1~2 次），瞭解案家的潛能與配合度，確認目標訂定之合理性，提供專業服務訓練長期目標於照管系統中，作為日後結案之依據。適當的目標訂定方式，請見長照專業服務指引-操作篇。

（三）執行專業服務訓練

專業服務單位依據和個案及家人議訂的專業服務訓練目標和計畫，去執行專業服務訓練；若是該專業服務單位認為轉介其他專業人員，有助於完成專業服務訓練目標時，可以透過本章下面所建議不同的跨專業團隊合作模式去協調不同專業之長照 B 單位，共同執行跨專業訓練；也需適度連結居家服務等照顧人員，落實每日生活專業服務活動。

（四）結案

以復能為導向的專業服務強調短期、密集的介入，針對同一碼別之照顧組合，設定之「上限」不超過 6 個月或 12 次⁶之專業服務訓練，且以每週服務 1 次為原則（意即可視個案/案家情況，設定 1~6 個月內之專業服務計畫，而非統一設定為 6 個月）。另外，原則上當達到個案與及專業服務團隊共同設定之目標時，即可結案（例如：該專業服務計畫原先設定為 4 個月，但個案在第 3 個月即達到結案條件，即可結束指導訓練並結案。若日後因功能改變，於同一照顧組合有新的專業服務目標，應於結案日 90 天後再經 A 個管申請新的專業服務計畫）。另若同一訓練目標經過進行 1 組服務（約 3~4 次）介入後，仍未有明顯進步；或個案與照顧者無法配合專業服務；或個案已無意願；或經專業服務單位評估後，個案已無潛力等，也可結案。當然若個案提前達成目標，也可視狀況提早結案。

二、專業服務團隊成員及其職責

專業服務為由多專業整合而成的服務模式，主要由長照專業服務 B 單位之團隊執行。然廣義專業服務團隊以個案與照顧者為核心，除 B 單位之專業團隊，尚須與其他人員合作，包含：（1）照顧服務單位：居家服務督導/居服員等；（2）長照管理單位：A 個管、出備人員、照專及照管督導；（3）其他長照服務單位，例如：搭配社區式交通接送進行社區參與、以送餐服務滿足進食需求等，這些服務也會影響到專業服務目標能否順利達成。各單位之專業人員於專業服務訓練中，依各醫事或長照等專業法規之執業規範，各司其職並共同合作，執行專業服務

6 有困擾行為、精神行為症狀之心智障礙類（含慢性精神疾病、失智症、自閉症等）、特殊照護需求及部分退化性疾病（如肌肉萎縮）之個案專業服務有「短期、密集」困難，經照管中心召開跨專業個案研討會及審查後，可視需求調整服務期程至 1 年內（服務次數仍以 12 次為上限）。個案/案家需要的是較長期的穩定信任關係，且活動目標達成非線性，而是循環介入中緩緩進步。

之人員資格及作業內容須遵循衛生福利部公告之長照專業服務手冊。

專業服務單位和個案/照顧管理單位，負責提供有品質、以個案為中心的跨專業服務，在最短時間內，協助個案達到最適度的生活參與（圖 3）。

長照管理單位	• 確立需求、派案給最合適的專業服務單位 • 協調並支援跨專業合作、品質監督
個案及照顧者	• 確立個人專業服務目標 • 學習並運用生活參與技巧
專業服務團隊	• 與個案共同議定專業服務訓練目標 • 提供跨專業之專業服務訓練
照顧服務單位	• 配合支持個案於每日生活中練習專業服務項目
其他非專業服務之長照服務單位	• 服務配合生活專業服務所需

圖 3：廣義專業服務團隊成員之核心職責

專業服務目標族群常見的問題包含近期功能退化及多重功能缺損，因此需要有專業服務訓練進入，對個案潛能、活動性質、與環境挑戰做有系統的分析，實際演練，決定哪些協助是「適當」，而不是過度保護、或不切實際的期待，或造成危害風險之提升。

廣義專業服務團隊成員之職責分為：「需求評估與服務管理」、「專業服務指導」和「照顧服務」三類，係由衛生福利部認證與登錄的各類長照人員負擔其中一至兩項職責。其職責分述如下：

（一）需求評估與服務管理人員：

1. 照管中心：照專及照管督導

照專依據照顧管理評估量表評估長照需要等級、核定支付給付額度及勾選照顧問題清單上需專業服務協助之建議服務，對於專業服務應有正確認識，並適切轉介專業服務，負責專業服務相關單位的品質監測與管控。進行品質監測與管控時，須充分與專業服務團隊所有成員（包含照專、照管督導、出備人員、A 個管、專業服務人員、照顧服務人員）進行溝通與了解，以降低因各專業考量面向、使用語言不同所衍生之誤解，所有專業服務團隊的成員應一同合作，以促進專業服務目標之達成。

2. 醫院出院準備單位：出備人員

參與醫院出院準備銜接長照服務之出備人員於個案出院前 3 天，依照照顧管理評估量表完成長照需要等級評估及勾選照顧問題清單上需專業服務協助之建議服

務措施，經照管中心派案 A 單位，由 A 個管與家屬討論專業服務需求，由照管中心予照管督導簽審後，開始連結服務。

3. 社區整合型服務中心(A 單位)：A個管。依照管中心核定之支付給付額度與問題清單，針對符合轉介專業服務之措施與個案/照顧者共同議定需專業協助之問題、專業服務需求與給付內容。
 - (1) 與個案及照顧者討論，提出需專業協助提升功能之個案日常生活活動項目(例如：安排進食、洗澡訓練)或照顧問題(例如：傷口、營養問題)。
 - (2) 監督及追蹤各 B 單位執行專業服務狀況，並進行品質監測。
 - (3) 協調、整合各項服務及執行專業服務所需資源，協助專業服務和照顧服務之水平連結。
4. 提供專業服務的長照 B 單位：專業服務人員
 - (1) 評估個案與案家的生活、身心功能、家庭狀況、環境等，分析個案提升功能之優勢與劣勢。
 - (2) 訂定專業服務訓練目標、計畫與執行。
 - (3) 若有需求，透過跨單位合作，執行多專業、整合之專業服務訓練。
 - (4) 主動垂直整合，透過適時回報與聯繫 A 單位，必要時，依個案現況，建議調整照顧計畫。
 - (5) 協助多類專業服務相關專業人員、照顧人員、案家及A個管之間的合作。

(二) 各職類專業服務指導人員介紹：

提供專業服務的 B 單位聘有或經報備支援一至多類專業服務人員，協助指導長照個案及家屬學習或練習有助於改善功能、延緩失能或提升照顧能力的知能。視個案照顧問題與需求，有多職類專業人員可協助指導。簡介如下：

1. 職能治療人員

以全人觀點評估個案的日常作息、活動型態、基本能力、活動潛能與活動環境，運用活動分級調整技巧、代償性策略的指導與學習、環境調整技巧、輔具或裝具的使用，創造一個安全的環境讓個案可以漸進反覆練習有意義的活動(包含 ADL、IADL 及社區適應)，協助個案與照顧者提升生活參與及環境互動，達到增進功能的目標。

- (1) 評估個人參與 ADL、IADL 及社區適應等活動之潛力與無法執行的原因：從個人的能力、環境、與活動三面向分析，基本能力面向包括作息、習慣、角色、動作、感覺、認知、視知覺、安全覺知等；環境包括居家與鄰近環境、日常作息所使用之空間與動線、可包括人為與物理面向等；活動包括活動方式、型態、功能與意義等。
- (2) 建立個案健康的生活型態：檢視個案之整體生活型態，安排與促進個案職能參與及調整生活作息。
- (3) 功能活動之分析與漸進調整：於針對設定之功能目標，提出個案可行的活動執行方式，藉由漸進調整活動的練習過程，達成目標，並可同時激發個案的潛能，並促進其基本能力。輔具、裝具與環境評估與應用：透過需求評估、設計、製作或購置諮詢、指導所需輔具或裝具之正確使用，及專業服務活動之空間動線規劃、家具擺設、居家安全環境改善等方式，協助個案達成專業服務目標。
- (4) 教導照顧者相關知識與技巧：始能維持個案安全與支持性的活動環境，學習適度

協助的技巧，讓個案可以發揮最大功能。並搭配 AA03 居服員配合專業服務。

- (5) 針對困擾行為之個案：以分析個人、活動與環境因素等了解造成困擾之原因，藉由調整環境、活動型態與調整、溝通策略，作息調整、活動引導等方式減少困擾行為、增進活動參與及生活品質。
- (6) 針對不動症候群風險之個案：指導家屬及照顧者給予個案正確擺位、關節活動度運動、輔助副木穿戴等相關知識與技巧以降低肢體攣縮、壓傷及次發性併發症等風險，運用人體工學原則與環境策略安全且省力之移位技巧以減低照顧者負擔與避免照顧傷害。

2. 物理治療人員

物理治療之評估與介入乃參考國際指標，使用國際健康功能與身心障礙分類(ICF)架構，介入過程除了積極提升個案之身體功能，也建議居家與社區環境之調整，同時搭配提供輔具的整體考量，指導照顧者照顧技巧，最終目標以協助個案建立個別化居家及社區活動參與的能力，並提昇個案及照顧者的生活能力及品質。基於此原則，物理治療可以提供以下服務：個案需求與潛能評估：經由完整病史及功能性動作評估與分析，了解個案參與日常生活活動的潛力與優勢、並了解無法達成的可能原因，並與個案、家屬及照顧者溝通討論後，共同擬定個別化專業服務目標。給予個案在建構安全的環境與適當的輔具或動作技巧模式下，實際演練 ADL 與 IADL 等個案想要改善的項目，並分析此項活動失能之關鍵身體功能部位機能損傷的原因，以提供適合之居家運動，例如：提升個案關鍵關節之肌力、增進所需之關節活動度、平衡能力等，使個案能在執行此個案最想要改善的目標活動時，能更安全更有效率。

- (1) 功能性訓練：針對專業服務目標，配合個案、家屬及照顧者的作息，以漸進為原則，設計出最佳可達成性的功能性訓練活動；以鼓勵為根基，引導個案配合訓練，提升個案自主訓練的內在動機。
- (2) 指導照顧者相關知識與技巧：針對指導和建議項目，以淺顯易懂的方式讓照顧者了解相關知識與技巧，期能增加訓練的知能，可搭配 AA03 指導居服員協助個案一起執行專業服務訓練，提升專業服務成效。
- (3) 不動症候群風險高之臥床個案：指導家屬及照顧者給予個案正確的床上擺位、輪椅擺位、關節活動度運動、輔助副木穿戴等相關知識與技巧，以降低肢體攣縮、避免壓傷、減少肺部感染等風險，並運用人體工學與安全的環境策略原則，指導安全又省力之翻身、坐起、轉移位、站立甚或行走的技巧，以減低照顧者負擔與避免照顧傷害。
- (4) 輔具運用與環境調整建議：為達到專業服務目標，執行功能性訓練時，進行居家環境檢視，評估日常活動所需的輔具與活動之空間動線規劃，適時給予居家環境調整的建議，提供適合的輔具評估及諮詢，適配出最合宜的輔具，並回覆示教個案及家屬正確的使用方式，指導家中維護安全之方式及注意事項。

3. 語言治療師

言語、溝通及進食與吞嚥之評估與照顧：提供語言理解、語言表達、言語、溝通及進食與吞嚥能力等全面評估了解其專業服務潛力，並透過指導措施促進個案溝通效率、社會互動能力及進食與吞嚥能力。在居家及社區環境中，提升個案自主表達，包

含日常生活活動 ADL (例如：進食、洗澡、個人衛生、衣物選擇、如廁等)、IADL (如：食物烹調、上街購物、外出活動、使用電話、服用藥物、處理財務等)，增進個案在居家及社區的活動參與能力。溝通輔具之評估、設計與使用：評估個案合適之溝通輔具，並協助設計及使用，提供個案與照顧者及居家或社區環境中有良好溝通效度。

- (1) 溝通環境策略設計：透過環境策略設計 (例如：環境中的視覺提示……等)，提升個案生活相關指令理解能力與溝通效度。
- (2) 進食與吞嚥評估：透過完整評估，確認造成進食吞嚥困難、水分營養不足的原因及生理機轉，並確認個案目前進食吞嚥之安全性、分析復健與專業服務之潛力、以及移除鼻胃管 (或胃管) 之可能性等，並評估跨專業合作之需求與介入時機。
- (3) 提供進食與吞嚥之照顧措施：依個案進食與吞嚥困難之評估結果，擬定個別化照顧措施 (例如：調整安全吞嚥姿勢、依吞嚥困難本質進行食物質地及特性調整、使用適當或改造餐具或食具、調整用餐環境、教導家屬或照顧者餵食技巧、提供家屬及照顧者進行諮詢衛教如預防及監控吸入性肺炎之策略等)，提升個案自行 (或照顧者餵食) 之安全。對於有恢復潛力之吞嚥困難者，提供吞嚥訓練指導措施，提升吞嚥功能。

4. 護理人員

- (1) 護理評估及分析個案內、外在資源與資訊。
- (2) 收集個案使用藥物資訊與使用狀態如糖尿病注射藥物，指導個案正確血糖測量與判讀方式，提供予相關醫事人員進行評估，避免在專業服務期間出現意外事件。
- (3) 提供主要照顧者 (例如：家屬、外籍家庭看護工、居服員) 日常照顧技巧指導，在個案專業服務歷程中確保其生理功能 (例如：攝食、排泄、排便等) 正常運作，避免生理不適減低專業服務成效。
- (4) 運用慢性病個案管理與行為改變技巧，積極協助團隊管理可能導致個案二次失能的生理危險因子。常見需進行個案管理的疾病種類有：糖尿病、慢性腎病、三高疾病、骨質疏鬆症、尿失禁等。
- (5) 管理並且控制醫源性傳染病的傳播與蔓延，如疥瘡、肺結核、A型肝炎、阿米巴痢疾、桿菌性痢疾等感染控制技術與衛生教育等維護專業服務團隊成員的健康。
- (6) 提供正確的口腔保健知識與清潔方式，維持個案清潔舒適以利專業服務教學接軌。
- (7) 檢視與協助個案或家庭管理生理功能指標，如血壓血糖膽固醇、肝腎功能等，避免專業服務過程中可能的危害 (例如：高低血糖的評估與處置、腎功能異常引起的急性瞻妄、高齡者或心臟衰竭病人水分攝取補充、中熱衰竭的預防、骨質疏鬆症、專業服務操作過程中皮膚完整性的維護、壓傷的預防等方式)
- (8) 連結專業服務過程中與地方居家護理或社區衛生護理相關政策資源的運用。
- (9) 個案需求與潛能評估：評估個案日常生活型態、活動範圍項目與需求，並初步界定個案看重的「有意義」、「有價值」或想要的日常活動，以利專業服務目標及計畫的討論參考。
- (10) 擔任專業服務團隊成員，執行相關專業服務活動，例如：洗澡、個人修飾、穿脫衣物等，詳見問題清單。
- (11) 搭配 AA03 指導居服員協助個案執行日常生活訓練，提升服務品質，以期促進專業服務成效。

(12)提供個案和家屬心理支持與鼓勵、激發，增進生活能力重建之動機。

5. 西醫師

- (1) 評估病情及造成失能的因素：執行周全性評估，就個案生理、心理及環境等因素作通盤性考量，分別列出導致個案失能的潛在因子。對於因醫源性傷害或疾病因素所造成的失能個案，連接健保資源提供就醫或檢驗的服務。如多重藥物所造成的暈眩無力提供藥物整合，或發現失智症狀轉介至專科門診。
- (2) 作為急性後期照顧的社區延伸(垂直整合)：針對近期罹患重大疾病(例如：中風)或接受過侵入性手術(例如：髖關節置換)的個案提供醫療諮詢並銜接原醫療團隊的治療方針，持續急性後期的復健成果。並且協助個案及家屬重新規劃和適應新的生活方式，設定不同階段的專業服務目標以達到社會化的目的。
- (3) 協助跨專業團隊的溝通(水平整合)：依據周全性評估的結論對個案的專業服務潛力提出建議，並以口頭(例如：電話交接)、書面(例如：醫師意見書)、定期會議或電子平台等的形式凝聚專業服務團隊成員的目標和協調執行速度。若團隊成員於執行專業服務期間發現有執行困難(例如：疾病惡化太快)或出現新的專業服務風險(例如：急性傳染病)，需重新評估專業服務目標時，予以協助。
- (4) 強化個案和家屬的專業服務動機：根據個案的疾病特性和失能狀況提供個案未來可能達到的專業服務範疇(最好和最差的狀態)。並針對不同發展曲線提供進一步的諮詢和彈性調整空間。另，針對個案因疾病造成暫時性的動機低弱(例如：中風後憂鬱症)提供藥物諮詢和開立使用。
- (5) 媒合其他醫療或社區資源：對於已經完成專業服務計畫的個案應持續追蹤並監測個案功能。依照個案疾病和失能程度連接居家整合醫療或社區門診追蹤，定期提供生理功能檢測、預防保健檢查、藥物諮詢、營養評估、預立醫療決定和社區資源轉介(例如：社區關懷據點)等服務。

6. 社工人員

- (1) 激發個案自我優勢：評估個案內在和外在的優勢和限制，協助個案訂定專業服務及生活目標，提供情緒抒發與支持、改善自覺負擔等負向想法、行為，激發個案善用現有功能和優勢，接受生活中的挑戰。
- (2) 提供家庭主要照顧者(含外籍家庭看護工)支持：瞭解主要照顧者進入照顧角色的原因，評估他們的照顧識能、技巧、和負荷狀況，分析主要照顧者與個案之間的互動關係，並訂定合理的照顧目標，並提供個案和團體支持、進行衛教、協助解決問題、和連結正式與非正式的喘息服務之相關資源。
- (3) 評估家庭動力和照顧計畫：評估家庭整體關係和動力，及對個案照顧之現況與安排，據以訂定家庭照顧計畫，重點在於協助他們看到個案的真正需要、了解照顧安排的現況與挑戰，重新連結成員的關係、共同滿足個案照顧的需求和緩解照顧者的照顧負荷。
- (4) 開發和整合相關的資源：評估和盤點個案生態系統的資源狀況，針對現存的資源不足之處，開發正式和非正式的資源，除了協助個案和周遭環境協商，取得各種資源之外，也必須重視環境對於個案和家庭的回應，必要時為個案和家屬權益進行倡議。

- (5) 與個案共同完成個案、家庭及社區資源評估（例如：優勢觀點）及分析，讓個案了解自己的優勢及劣勢，嘗試找到改變的動機。
- (6) 提供資訊/資源，協助與資源單位間進行連結與溝通協調，協助個案使用適合之社會資源。
- (7) 透過團體工作的實施，藉由團體動力，以利團體成員彼此可獲情感、資訊之交流分享，藉此達到問題改善。

7. 心理師

- (1) 困擾行為的心理評估:包括評估個案及家庭照顧者的正負心理健康素質與壓力源、心智功能、性格與情緒穩定度、心理疾病或阻礙角色功能適應社會的問題所在；以利排除不利專業服務的問題與狀況，改善正負向心理健康素質，提升專業服務的動機與行動。
- (2) 依心理評估結果，引導個案或照顧者試行改善專業服務的動機與行動，增強人際支持與溝通技巧、情緒調節減壓技巧、認同自我與意義感技巧等，營造適合專業服務的心態、家庭氛圍與社區支持情境，以利改善困擾行為、提升正向幸福感與復原力。
- (3) 以專業服務導向提升個案和照顧者對老化或失能經驗抱持彈性開放與接納的心態，增強尊重個人尊嚴及生命意義價值感的生命態度，一同學習善終知能；並學習運用學習理論和認知行為改變技術等心理處遇，以愛與希望鼓勵探索潛能和優勢，嘗試職業重建或新生涯以提升社會參與的可能性。
- (4) 以專業服務導向協助化解長照家庭心理危機與衝突，提供心理健康知能以增進心理危機處理措施與資源連結，緩解照顧者身心負荷，優化家庭因應長期照顧壓力的技巧、危機處理及自我效能感；並引導發展更彈性合適的照顧策略與良好的家庭溝通，以利家庭維持良好運作功能與生活品質。

8. 營養師

具備完整的營養評估、營養診斷、營養介入、營養監測與評值之能力，在長照專業服務中，透過個案體重狀況、食物攝取能力及食物組成的評量，指導個案或照顧者做食物選擇、備餐及協助進餐，協助個案維持最適營養狀態，並增進其參與居家及社區活動的能力，提升個案及照顧者的生活品質。

- (1) 透過營養評估分析個案營養、進食量、飲食均衡性、維生素及礦物質之足夠性、對體重下降者，了解下降相關原因，予以改善建議。例如：
 - A. 慢性疾病、便秘或其他生理狀況導致味覺改變、易有飽足感，使進食量下降、消化吸收變差或代謝異常。
 - B. 社會及經濟因素、身體功能限制、活動量不足、孤獨沮喪等導致食物選擇有限，進食不足。
 - C. 照顧者認知不足或觀念錯誤導致個案熱量、營養素攝取不均，甚至不足。
 - D. 體內慢性發炎致熱量、蛋白質等需求提高。
 - E. 食物種類少，單調沒有變化，導致多種維生素、礦物質等營養素缺乏。
 - F. 進食時間及進食地點與個案作息不一致、個案牙口狀況不佳、咀嚼吞嚥功能異常、食物質地無法配合等。

- (2) 依據前述原因分別擬定營養處方及介入計畫，設定短中長期具體目標，透過食物份量及內容的調整，以改善三大營養素比例、微量營養素不足問題；改變食物的質地或液體濃稠度，指導並示範照顧者如何備餐。提供必需的營養諮商與教育，配合個案實際需求（健康、生理、心理狀況）適當轉介其他專業人員以達跨領域合作照顧。

9. 呼吸治療師

評估個案的日常作息、呼吸型態、基本能力、活動潛能、醫療輔具與環境，合併呼吸運動及日常生活之運用，調整呼吸功能相關之生活照顧的指導與學習、環境調整照顧、技巧、醫療輔具的使用，協助提供一個安全的居家環境，讓個案可以漸進反覆練習有意義的活動（包含 ADL、IADL 及社區適應），協助個案與照顧者提升生活參與環境互動，達到增進功能的目標。

- (1) 評估個人參與 ADL、IADL 及生活適應等活動之潛力與無法執行的原因：從個人的呼吸型態、生活自理能力、照顧環境、與完成的生活事件等面向分析，經呼吸功能相關基本能力包括呼吸徵象、呼吸型態、呼吸困難程度與環境、醫療輔具各項能力，促進完成生活事件。例如可以完成進食、說話、溝通、洗澡、走路、外出、完成作息、睡眠品質之正確照顧與生活應用。
- (2) 居家環境包括呼吸功能相關之居家照顧及相關醫療據之需求，或完成活動之各項安全、相關需求及照顧，包括活動方式、型態、功能與意義等。
- (3) 建立個案健康的生活型態：檢視個案之整體呼吸、睡眠與生活適應的型態，安排促進維護個案呼吸功能及生活之適當調整功能性呼吸與活動，並分析與漸進調整：於針對設定之功能目標，提出個案可行的活動執行方式，藉由漸進調整活動的練習過程，達成目標，並可同時激發個案的潛能，並促進其基本能力。
- (4) 醫療輔具於環境應用：透過需求評估、規劃或購置諮詢、指導所需正確使用，及專業服務活動之空間動線規劃、居家安全用電、用氧之環境改善建議等諮詢指導，協助個案達成專業服務目標。
- (5) 教導照顧者呼吸功能相關知識與技巧：始能維持個案安全與支持性的活動、動作協調呼吸、用氧環境，學習適當照顧技巧，讓個案可以發揮最大的自主及生活功能。並搭配 AA03 居服員配合專業服務。
- (6) 針對不動症候群風險之個案：指導照顧者提供個案促進翻身、擺位、肺擴張、痰液移動等照顧相關知識與技巧，以降低墜積性肺炎，增進體液流通及循環及減緩次發性併發症等風險，運用人體功能與環境策略安全省力之照顧技巧，減低個案及照顧者壓力負荷。

10. 藥師：

對於需長期照顧的失能者，用藥是生活的一部份，且藥物可能影響其日常生活功能。故藥師以全人觀點評估個案用藥與生活之間的關係，協助用藥功能重建與生活功能恢復，並與各職類合作提升其專業服務成效，以增進個案居家及社區活動參與的能力。

- (1) 用藥功能重建：評估是否因身體功能（關節活動度受限、肌耐力不足、手部精細功能不佳、視力聽力缺損、吞嚥困難、認知能力低下、時間空間定向感紊亂、行為精神問題）、個人因素（理解力不佳、知識或執行技巧不足、意願動機低落、發生藥物不良反應）、環境問題（照顧者知識或技巧不足、照顧者意願動機低落、生

活環境不利於用藥行為或不適宜藥物保存）而無法自行服藥，並提供個案代償方法、用藥輔具或藉由用藥訓練使其能正確、常規用藥，以及指導照顧者相關知能技巧使其能正確、常規給藥。

- (2) 生活功能恢復：評估是否因發生藥物不良反應或藥物治療成效不彰，導致暈眩、嗜睡、肌無力、易跌、吞嚥困難、食慾不振、營養狀態不良、大小便失常、日夜節率紊亂、情緒不穩、認知功能低下等問題而影響個案生活功能，並調整其用藥方式或與醫師合作調整藥物處方，以排除造成個案失能的用藥問題，增加日常功能性活動的獨立性並減輕照顧者的負擔。

11. 中醫師：

- (1) 參與專業服務相關評估與專業服務計畫之擬定：執行失能嚴重度、專業服務潛力、不利專業服務因素（例如：疾病與動機缺乏）與失能加重因子（例如：不當中西藥互用、不當中藥或草藥使用等）等項目之評估，並提供個案中醫體質狀態之分析，結合個案照顧問題與需求，透過口頭或書面等管道，與專業服務團隊共同討論擬定失能照顧、失能預防、失能延緩或專業服務之計畫。
- (2) 設計與指導生活調養方案：依照中醫理論，評估個案疾病診斷、失能情況、平素體質、飲食型態、活動型態以及居住環境等因素，綜合判別個案身心臟腑經絡等系統之狀態，進而擬訂個別化的生活調養方案。該方案的精神是運用日常可得之材料，透過中醫飲食與起居宜忌衛教、經絡穴位按壓、藥膳食療、藥浴、薰洗、穴位敷貼、運動功法（例如：八段錦和太極拳）等內容，針對個案及家屬之問題與需求，設計最適之組合，並指導執行之，以達減輕照顧問題，調整不利專業服務因素，加強專業服務效率與預防進一步失能之目標。（相關細節可參考中醫師公會全國聯合會所出版之《長照問題中醫照護秘訣手冊》）

12. 牙醫師：

- (1) 參與專業服務相關評估與專業服務計畫之擬定：執行口腔健康評估、口腔機能評估、口腔健康維持自理能力評估等項目，結合個案照顧問題與需求，透過口頭或書面等管道，與專業服務團隊共同討論擬定醫療照顧、失能照顧、失能預防、失能延緩或專業服務之計畫。
- (2) 個案進食問題：評估個案之進食情形、咬合咀嚼功能、咬合力量、咬合狀況、吞嚥功能、是否有因藥物疾病引起的口乾症、個案缺牙情形、食物質地是否符合需求等，並進行相關介入或輔助方案。
- (3) 改善個案水份及營養問題：評估影響個案水份及營養相關之牙口及口腔護理照顧問題，並與個案及照顧者討論可行的解決方案與衛教資訊。
- (4) 處理牙口相關管路照顧問題：提供個案及照顧者牙口相關管路之照顧資訊與技巧。
- (5) 處理牙口相關感染問題：針對吞嚥障礙引發吸入性肺炎的個案進行相關評估及介入，並衛教個案及照顧者相關資訊與照顧技巧。

13. 聽力師：

聽覺能力評估、聽力相關之安全環境評估、聽覺專業服務、照顧：提供周邊與中樞聽力障礙者聽覺能力評估。

- (1) 聽能評估：「溝通」為周邊與中樞系統協作的行為，聽覺能力為順暢口語溝通的基礎關鍵，由下至上牽涉到偵測、分辨、辨識、理解歷程，藉由聽能評估了解個案溝通限制的原因與生理機轉，於居家與社區在 ADLs（移位、走路、行動能力）、與 IADLs（使用電話、購物、外出等）對個案的安全性與溝通有效性的影響，了解其使用專業服務的潛力與安全指標，並設定專業服務目標（影響溝通及安全）。
- (2) 聽覺專業服務與照顧：依據聽覺困難之個案擬定個別化聽覺照顧措施（例如：有效溝通策略、居家安全措施、外出警覺策略等），與聽覺專業服務計畫（例如：加強聆聽策略、聽理解能力、短期記憶），進而降低聽覺負擔、提升溝通力。
- (3) 針對前庭系統障礙之平衡力評估與訓練：依個案平衡功能評估結果，擬定個別化照顧措施（例如：調整平衡訓練模式：依平衡障礙類型，與醫師配合進行姿勢型眩暈之耳石復位訓練；或者依照個案不穩定狀態，教導個案家屬或照顧者視覺-前庭覺統合、前庭覺-本體覺統合訓練模式；提供家屬及照顧者進行諮詢衛教，例如：預防跌倒及監控個案整體平衡穩定度等），提升個案自體行動之安全穩定（例如：坐姿穩定、自行走路、上下爬樓梯等）。對於有恢復潛力之平衡功能失衡者，提供平衡訓練指導措施，提升平衡功能。

14. 教保員：

搭配 CA08「個別化服務計畫（ISP）」擬定與執行服務。包含：

- (1) 依據個案個別需求及期待，共同訂出符合個案狀況與需求之支持服務，培養個案自立生活能力，減少照顧依賴。
- (2) 搭配連結的服務資源，協助個案解決問題。
- (3) 改善個案某領域之技能，延緩個案退化。

其他於長照 2.0 專業服務手冊列舉之人員，則依據其在我國醫事及長照法規內之業務規範，視需要進行相關訓練。

（三）居家照顧服務員（以下簡稱居服員）：

1. 依據專業服務訓練計畫，在協助個案身體照顧、日常生活照顧及家務過程中，給予機會每日生活練習，使得以執行日常生活活動功能或維持獨立自主生活能力。
2. 經過訓練後了解個案重要生理指標變化的意義，並且及時回饋給團隊中的成員了解，避免意外事件發生。
3. 與專業服務指導人員隨時保持聯繫與合作，並透過聯合訪視，討論適切的照顧方式與技巧，協力落實專業服務訓練目標。

三、專業服務之垂直整合

個案可由兩種管道獲得專業服務：在醫院的個案-經醫院出院準備銜接長照服務計畫、以及在社區的個案-經長照管理中心申請長照服務（圖 4）。垂直整合建議以 A 個管為樞紐，連結照專、出備人員、專業服務單位與個案。

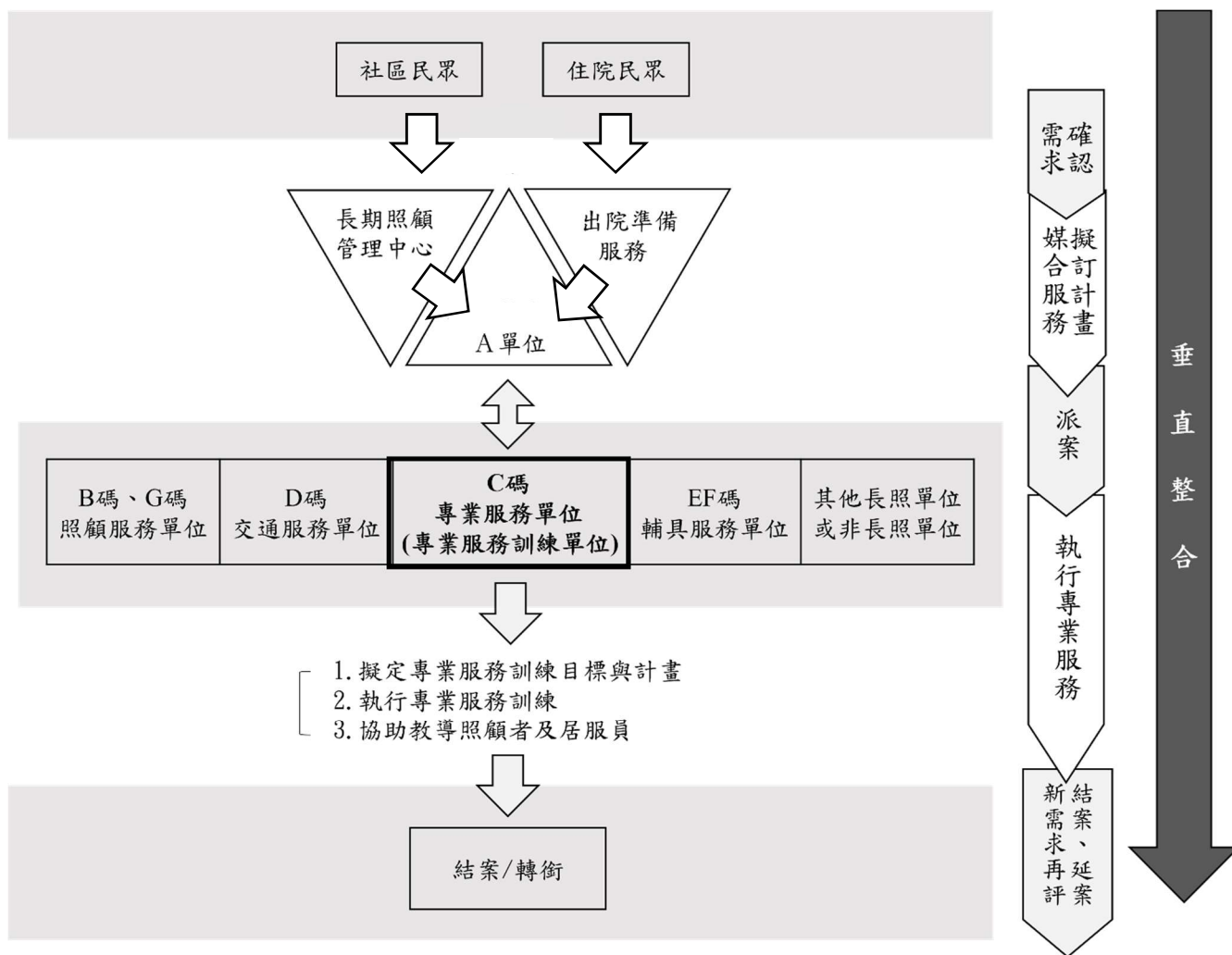


圖 4：長照專業服務之流程

(一) 出院準備銜接長照服務管道

住院個案在出院 3 天前，由醫院出備人員依照照顧管理評估量表完成長照需要等級評估；A 單位依評估結果及問題清單之建議服務措施與個案/照顧者討論擬定照顧計畫。若個案有專業服務需求，A 單位應優先照會該醫院或與該醫院合作之專業服務團隊提供服務(專業服務單位需與地方政府特約)。

該醫院之專業服務團隊必須了解個案出院後接受的長照服務整體狀況，適時與各類院內外長照服務單位協調和溝通，共同幫助個案獲得適切的長照服務。建議該醫院之專業服務團隊，應安排專責人員協調院外長照專業服務事務，方能符合長照個案需要。

出備個案如屬出院後有高密度專業服務之必要性與潛能，除依長照需要等級與給付額度擬定照顧計畫外，可彈性將出院後 2~6 個月之照顧及專業服務額度的 30% 提前納入照顧計畫，以為專業服務照顧組合使用，並於出院當月至出院 3 個月內使用完竣。

依國外執行實證經驗，個案在專業服務之後可提升獨立生活能力，因此在出院前第一次擬定的照顧計畫與專業服務訓練目標，應該不會長久適用直到長照需要評估的一年後。故照管中心在個案出院後第 4 個月內初評，之後再依據評估結果，由 A 個管擬定整體照顧計畫和專業服務派案，視情況提供個案當下最適合的專業服務團隊，可以是原先出備醫

院長照專業服務團隊，也可以是當地其他的專業單位。初評再派案後，若有更換專業服務單位，兩單位須進行交接。

（二）向照管中心申請專業服務

在社區中的一般民眾，透過照管中心申請專業服務。

1. 申請服務起至 A 單位

- (1) 經照管中心進行評估後，產出長照需要等級、給付支付額度，並依問題清單之建議服務措施，作為A個管與個案及家屬討論照顧計畫之參考。
- (2) A 個管在訪視個案時，應瞭解個案或照顧者重視或期待解決的問題、並請案家確認接受專業服務時欲向專業人員學習之主要照顧者或家屬(於專業服務執行過程期程中不宜隨意變動主要照顧者，以免影響訓練成效)、案家需要專業服務的需求，包含個管層次的專業服務需求方向，照會 B 單位提供專業服務，再由 A 單位對專業服務做後續追蹤及連結多項資源，確認所有專業服務單位有一致之專業服務訓練目標。

2. B單位服務至結案

第一位進入案家之專業人員或專業服務單位之督導先向家屬介紹訓練內容、如何執行專業服務訓練、第一次由何種專業人員執行訓練。此時若專業服務單位之督導有豐富的專業服務經驗，建議可即時提供簡單的訓練指導。並可由第一位提供服務之專業人員回報個案需求，以提升效率。

- (1) 專業服務目標訂定：依據照專、出備人員及A個管轉介時優先處理之問題，經專業評估後，與案家討論議訂專業服務的長期目標，並於進行 1~2 次服務後確認目標設定的合理性，包含審視案家的配合執行情況，與案家、A 個管或照專之溝通等，並於該碼別一組完成申報前，訂定專業服務長期目標，作為結案的依據，並上傳至系統平台，讓其他成員瞭解專業服務之目標。(詳細目標設定見操作指引操作篇(共通操作指引) - 「貳、議定專業服務訓練目標與計畫」)
- (2) 專業人員執行專業服務訓練時，若發現個案還需其他專業人力之介入，須回報A個管並進行討論，由A個管再與家屬和個案確認其他專業的需求，由A個管進行統整、派案管理與修正照顧計畫，並送照管中心審核，待審核通過再依程序執行，並請家屬一起觀察個案的狀況是否在接受另一種專業服務後改善。
- (3) 若有專業服務訓練調整需求（如增減訓練次數或搭配之服務單位等）時，建議需與照專或A個管討論後修正照顧計畫。
- (4) 若個案達結案標準則結案，若於服務結束後有其它專業服務需求，則個案應告知A個管及照專。

四、跨專業服務團隊合作模式（水平整合）

專業服務模式需要上述的垂直整合，讓個案從申請服務、需求認定、個案管理、和專業服務訓練得以銜接。此外，在專業服務訓練期間，更需要水平整合，使個案需要的多專業、多類型專業服務需求，透過不同專業和服務團隊的合作，有效率地滿足（圖 5）。但因各地區資源和長照發展狀況不同，以下提出幾種跨專業團隊合作模式，做為參考。

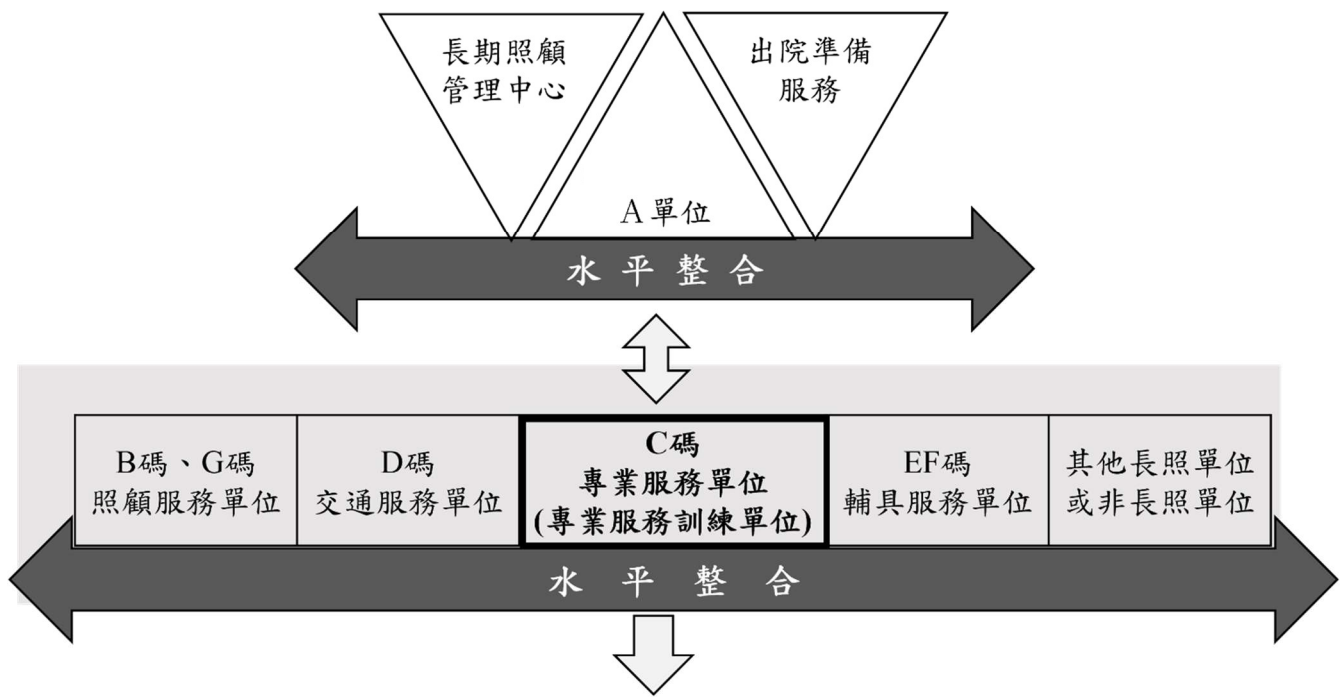


圖 5：跨專業服務團隊水平整合模式

(一) 由社區整合型服務中心（A 單位）負責整合：A 模式：

長照 A 個管為樞紐，連結不同專業服務單位並擬定照顧計畫，視個案需求，善用 C 碼照顧組合，藉由派案幫個案連結不同專業單位的服務。也包括：啟動給付碼 AA03，協助專業服務單位專業人員跟照顧單位居服員約時間一同前往案家討論和交班居家訓練計畫。兩者服務重疊的時間建議至少為 30 分鐘，可重疊居服一個項目，但該居服項目和專業服務目標需相關。或是必要時，連結交通、輔具和喘息等服務，讓個案的專業服務目標能更有效率地達成。

此模式之優點：配合個案的照顧計畫，轄區內所有專業服務資源都可以透過 A 單位靈活運用，為個案提供跨專業服務 B 單位的服務。而挑戰是：A 單位必須非常清楚各種專業服務人員的職掌、轄區內每一家專業服務單位能提供的服務種類、過程中持續扮演溝通協調平台的角色等。

(二) 由長照專業服務單位（B 單位）負責整合：B 模式：

若 B 單位本身具備該名個案需要的多種類專業人力，在 A 單位派案給 B 單位後，由該單位內部自行視個案需要，調配去提供服務的專業人員，此為挪威模式。建議可啟動給付碼 AA03，協助 B 單位專業人員跟照顧單位居服員約時間一同前往案家討論和交班專業服務計畫。兩者服務重疊的時間建議至少為 30 分鐘。

此模式之優點是：所有專業服務人員來自同一服務單位，溝通便利；不同專業人員可在同一組合專業給付碼內去服務，調度方便；且給付對象是單一家 B 單位，可簡化行政負擔。而挑戰是：B 單位必須聘用或經報備支援多種類專業人員，強化內部人事與管理整備，提供多專業溝通與合作的支援。

B 單位於新個案第一次訪視時，專業人員可和居服員一同前往案家，了解最想要改善的專業服務或照顧問題，專業服務人員指導後，直接調整個案執行 ADL 或 IADL 的方法，運用代償策略，建立成新的日常生活作息，或調整特殊問題的照顧方

式，接下來，由居服員與家庭照顧者協助個案落實在每日生活專業服務中；專業人員再適時前往評估，看是否有修正專業服務計畫的必要，是否要有下一個訓練期程。此為英國社會服務模式。

居服單位或家庭照顧者跟專業服務人員密切合作，最容易落實每日生活專業服務或照顧技巧。而挑戰是照顧服務人員需要接受專業服務式照顧的訓練。

國內專業服務正在發展階段，各地因為資源、人口結構、地理環境等多有不同，需有各種不同模式之多元發展。

五、溝通協調之運作模式

專業服務訓練以增加個案自選之功能性活動的獨立性為目標，所有的相關人員，從A個管、專業服務訓練人員，到居服員、照顧者的訓練目標都應該一致以此為訓練目標。因此，服務使用者之專業服務觀念與跨專業團隊之合作與溝通是專業服務訓練成功的必要條件，良好的團隊合作模式方能提供個案整合性之專業服務。於此簡介八種促進跨專業團隊合作策略供參考，各地區可因地制宜：

- (一) 加強服務使用者之復能觀念
- (二) 設立專業服務督導
- (三) 定期跨專業個案研討會
- (四) 定期繼續教育課程
- (五) 定期行政會議
- (六) 建立正式的團隊溝通機制
- (七) 建立見習/實習制度
- (八) 跨專業聯合訪視

以下針對各項策略簡要說明。

(一) 加強專業服務使用者之復能觀念

除了專業服務訓練，個案意願與動機的建立、家屬衛教及支持也是重要的一環，並透過政府提供統整協調服務、長期性的單一窗口及加強相關宣導，讓有需求者能充分利用專業服務。以下三個策略可協助加強服務使用者（個案與家庭照顧者）對復能觀念有正確的理解。

1. 開案時給予明確、清楚的專業服務內容介紹：可以透過照專、出備人員或A個管於提供服務前，強調專業服務以功能目標（或以教導照顧者技巧）為導向，可以以自選的活動（或照顧問題）為訓練目標，功能進步後可減輕照顧者負擔等等。改變個案與家庭照顧者認為治療師是來「做復健」的錯誤觀念，使民眾了解服務內容及自我責任，提升專業服務動機及配合度。並取得個案與照顧者承諾，願意配合將訓練融入生活作息。
2. 單位可以提供專業服務手冊、文宣資料說明服務內容，提升民眾對復能與復健觀念間差異之理解。
3. 可透過服務宣導講座加強對專業服務的認識。

(二) 設立專業服務督導

依據國際復能聯盟 ReAble network 的各國專家經驗顯示(Metzeltin et al., 2020)，設立復能協調管理者，是很重要的成功推動關鍵，其負責協調平行與垂直整合與溝通，並監測服務狀況，確保服務品質。因此建議可設一名專業服務督導，以進行溝通協調。

1. 督導資格：建議由具有核心專業服務相關專業背景（例如職能治療師、物理治療師、具有專業服務訓練之護理師等）且了解復能內涵與業務的資深人員擔任其專業服務督導。
2. 督導主要功能：協助監測專業服務品質與提供專業團隊之間橫向與縱向的連結，例如：
 - (1) 定期檢視專業服務訓練記錄。
 - (2) 協助合宜的派案，有需要時，可即時引進多專業的服務。
 - (3) 協助個案、家屬與專業間的溝通。
 - (4) 協助多單位之間的溝通：若個案的專業服務訓練由兩個(含)以上的單位執行時，專業服務督導可協助單位之間的溝通協調，確保各單位提供之專業服務皆以個案自選的活動目標為唯一目標。若各專業於服務過程中發現問題，可回報督導，由督導了解情形後做橫向與縱向的溝通，並視情況調整服務。
 - (5) 協助專業服務團隊與照專或A個管之間的溝通，協助專業服務品質監測與個案複評的照顧計畫擬定。

（三）定期跨專業個案研討會

個案研討會有下列優點，可由照管中心主辦，搭配其所辦理之 A、B、C 單位聯繫會議。亦可由專業服務 B 單位辦理，邀請照顧管理人員、相關專業團隊、或居家服務單位人員參與：

1. 提供專業服務團隊共同討論個案的平台，建議視需要邀請垂直整合及平行整合之相關人員參與（例如：A 個管、C 碼之專業服務訓練相關專業人員、居服督導、居服員等）。
2. 檢視個案專業服務訓練內容、功能性表現、問題解決策略的合適性（特別針對新進個案）：請各專業討論看到的問題面向，說明專業介入的時間、頻率、建議介入的專業類別，並於下次討論時針對個案是否進步提供回饋。

（四）定期繼續教育課程

除了定期個案討論會外，可辦理專業服務相關繼續教育課程。由於專業服務是一個新的觀念與服務模式，因此需要確認所有從事復能專業服務訓練的工作人員對復能概念有正確的理解，熟悉專業服務訓練的原則與策略。建議培訓課程包括以下內容：

1. 評估人員：例如照專、A個管或出備人員
 - ✓ 建議先備條件：照專、A個管完成照專繼續教育訓練 Level II 或 A個管培訓。
 - ✓ 建議訓練內容：
建議完成照專、A 個管繼續教育訓練課程 Level I~II，其中包含至少 2 個案例報告與討論。
 - ✓ 建議主題如下：

- (1) 復能概念與專業服務模式簡介。
- (2) 專業服務需求、相關共同疾病合併症的避免、應注意的生理指標變化、目標訂定、及派案/碼原則（案例演練或案例報告）。
- (3) 各專業之功能角色介紹。
- (4) 輔具與環境改善應用之應用介紹。

2. 專業服務指導人員

- ✓ 建議先備條件：完成長照專業人員繼續教育訓練 Level II、Level III（其中包含至少 2 個案例報告與討論）。
- ✓ 從業第一年建議訓練內容：至少二日合計 12 小時訓練，並需含有至少 4 小時之案例報告與討論。
- ✓ 建議主題如下：
 - (1) 復能概念與專業服務模式簡介。
 - (2) 專業服務訓練目標與計畫之訂定（案例演練或案例報告）。
 - (3) 落實專業服務訓練之溝通與整合實務（團隊模式運作，如先後順序，該疾病常見藥物作用副作用的理解，常見的合併症避免方式等）。
 - (4) 專業服務訓練之紀錄與成效指標。
 - (5) 邀請各專業介紹相關專業服務指導策略，提升專業對彼此的了解，並了解轉介時機與合作模式。
 - (6) 結合鄰近之長照專業服務單位，共同舉辦訓練課程，同時增進相關單位之間的意見交流。

3. 居服員：

- ✓ 居服員為重要的專業服務之團隊成員，執行專業服務，但復能概念的「放手」、「跟他（她）一起做，而非幫他（她）做」的原則與傳統照顧服務原則不同。
- ✓ 英國復能居服員訓練規定參與專業服務訓練的居服員接受 1~2 天 8~16 小時的培訓課程。然而國內專業服務剛起步，建議從業第一年完成至少二日合計 12 小時訓練。
- ✓ 建議主題如下：
 - (1) 復能概念簡介。
 - (2) 認識常見慢性病生理指標，例如血氧評估、血糖評估、骨質疏鬆症認識等。
 - (3) 認識營養或用藥等常見問題，始能察覺並瞭解轉介相關專業人員之時機。
 - (4) 提供促進動機的對話方式，以建立服務提供者與案家的關係。
 - (5) 行為改變技巧學習。
 - (6) 介紹相關專業服務指導策略，例如對不同程度的協助給予定義，常見輔具、評估工具的使用方式與技巧。
 - (7) 教導個案目標設定的方式，例如利用活動分析，將目標活動拆解階段性的小目標，並實際操作演練。
 - (8) 由居服員主動提出課程需求，例如技術性技巧指導；或由單位主管觀察居服員知能有待補充之處，列為需進修之內容。

4. 專業服務督導

- ✓ 建議先備條件：完成長照專業人員繼續教育訓練 Level II 及 Level III。
- ✓ 從業第一年建議訓練內容：至少二日合計 12 小時訓練，並需含有進階專業服務跨專業合作案例研討。
- ✓ 建議主題如下：
 - (1) 督導功能與方法。
 - (2) 教學技巧與教案撰寫能力。
 - (3) 成本分析能力。
 - (4) 跨專業整合協調之能力。
 - (5) 專業服務成效評值。
 - (6) 團隊人員壓力管理與調適。
 - (7) 風險管理。
 - (8) 專業服務資源開發與整合。
 - (9) 相關法規與方案。
 - (10) 進階專業服務個案研討。

(五) 定期行政會議

藉由行政會議，討論促進專業合作的策略，例如建立個案服務追蹤機制，確保各專業能夠了解個案的最新狀況。

(六) 建立正式的團隊溝通機制

正式的團隊溝通機制是專業服務訓練成功的必要因素。可以藉由本指引附錄一、服務紀錄及參考格式（個案專業服務記錄本）或者透過即時通訊軟體（例如：設立 Line 群組）讓服務人員回報專業服務執行的狀況，使各專業服務提供者能夠掌握個案的最新資訊。於使用相關通訊軟體或平台進行溝通時，仍需妥善管理個案資訊，並注意個資外流之問題。若有拍攝照片或影片之需求，需取得案家同意，告知案家可觀看照片或影片之對象，並建議列入專業服務合約書內。以下以某一標竿單位使用的通訊軟體機制為例，詳述進行即時通訊時可使用的方式（圖 6）。

1. 每位個案有其專屬記事本，有助於專業服務督導對所有個案專業服務過程的了解，並促進各專業與服務人員之間的溝通。
2. 群組成員可包含服務個案之專業服務人員、專業服務督導、居服督導、居服員、照專或A個管。
3. 個案訊息可包括如派案日期、個案異動情況（例如：住院）、家屬意見反應等。
4. 每次服務的指導措施及個案表現：包含日期、個案問題、執行內容、指導措施等。建議加註下次訪視之服務人員可注意的地方或提供建議，如前一位專業發現個案有傷口感染問題，可提醒下一位介入的專業注意事項與一起觀察傷口感染狀況並回報；同時增強專業之間的連結，例如護理師介入時發現個案問題需物理治療師介入，可主動於群組中提出，照專、A個管或專業服務督導可進一步評估需求並進行專業服務連結。
5. 經過個案與照顧者同意，上傳需要跟團隊溝通之相關影像：例如指導策略需注意之事項，可透過影像，追蹤家屬及居服員執行訓練的正確性，或是由專業人員錄影，

讓案家、居服員透過觀看影片，了解如何執行。

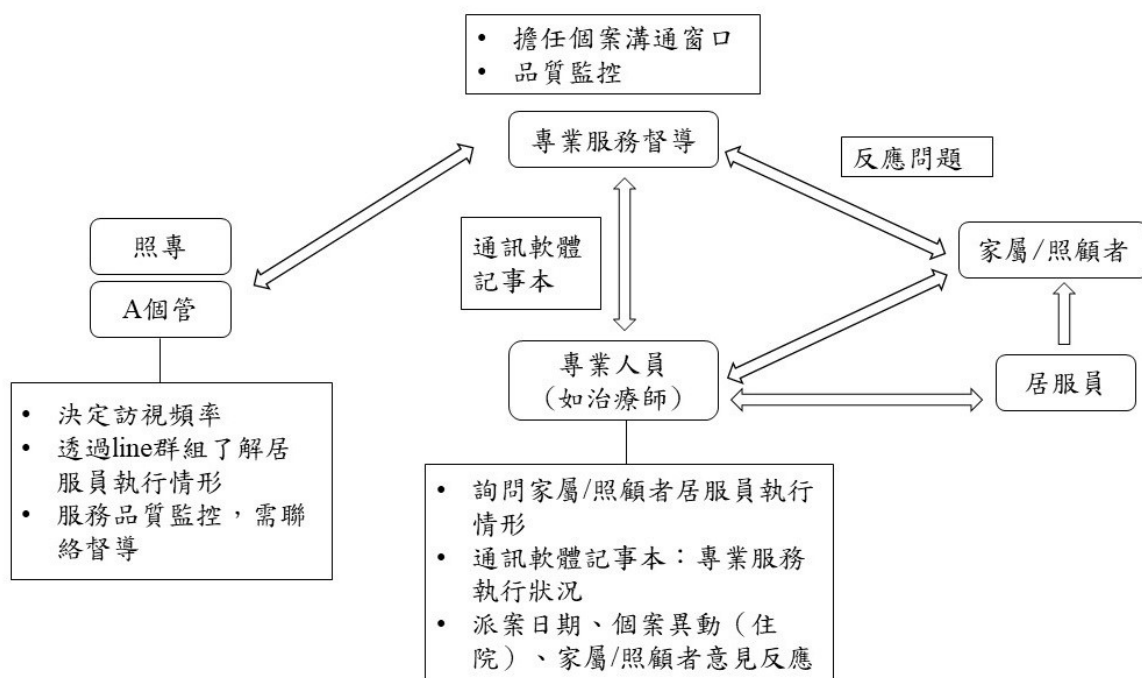


圖 6：以通訊軟體機制為例的跨專業合作模式

(七) 建立見習/實習制度

1. 建立 A、B 單位典範實習單位：使新的單位能夠有依循的方向，了解績優單位運作模式。
2. 新進的照專及 A 個管訓練：需有實際與 B 單位專業人員共同訪視的經驗，見習專業服務執行情況，以瞭解專業服務的內涵，體認服務的效益，並進而發展出向案家推薦說明專業服務的信心，進而可適當轉介，使有需求的個案獲得專業服務。
3. 新進專業人員訓練：提供新進人員見習實習方案，人員須通過考核後方予以聘用，以確保專業服務執行人員品質。

(八) 跨專業聯合訪視

跨專業聯合訪視有以下優點：

1. 適宜的個案自選專業服務目標訂定與派案：個管人員對於專業服務有正確的了解，可確保專業服務有一個成功的開始。為增加個管人員對於復能概念與專業服務內涵之了解，能夠訂定適宜的個案專業服務目標與派案。除了參加專業服務相關之繼續教育外，建議每位個管人員至少與不同專業的專業服務指導人員，共同訪視 3~5 位個案，觀察實際執行專業服務（評估、介入等）的情況。
2. 專業服務指導人員與居服員的合作是專業服務訓練成功的要素，因此專業服務團隊與照服單位必須維持暢通的溝通管道。專業服務指導人員與居服員共同訪視，共同討論居服員如何在每次的服務時也可針對個案自選的活動提供適宜的練習機會，方符合專業服務訓練內強調的「每日密集性訓練」的原則。

參考文獻

1. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Retrieved from [http :
//www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/](http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/)
2. Mishra V. & Barratt J. (2016). Final report : reablement and older people. Copenhagen : International Federation on Ageing.
3. Chang, L. H., & Wang, J. (2013). Institutional contexts contribute to the low priority given to developing self-care independence in a rehabilitation ward : a qualitative study. *Clinical rehabilitation*, 27(6), 538-545.
4. 蔡宜蓉、陳美香、毛慧芬、張玲慧、周映君、黃百川...黃竑嘉(2016)。104 年「生活自立或復健訓練模式之發展與給付制度之規劃」計畫。
5. Resnick, B. (Ed.). (2004). Restorative care nursing for older adults : A guide for all care settings. Springer Publishing Company.
6. Rostgaard, T. (2015, April). Socially Investing in Older People—Reablement as a Social Care Policy Response. In IAGG-ER 8th Congress Dublin (23–26 April 2015).
7. Law, M. C., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). Canadian Occupational Performance Measure : COPM, Canadian Association of Occupational Therapists.
8. Miller, J. (2018, November 11). 英國復能模式—理論與實務工作坊簡報。
9. Rabiee, P., & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care reablement : what makes a difference?. *Health & social care in the community*, 19(5), 495-503.
10. Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. From health care to rehabilitation. Copenhagen : Danish Hospital Foundation; 2011 (In Danish : Kjellberg Pk, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Dansk Sundhedsinstitut 2011, København Ø).
11. Winkel, A., Langberg, H., & Wæ hrens, E. E. (2015). Reablement in a community setting. *Disability and rehabilitation*, 37(15), 1347-1352.
12. Health and Social Care in Northern Ireland. (2016, April 06). At home with reablement. Retrieved from [http :
//www.hscboard.hscni.net/at-home-with-reablement/](http://www.hscboard.hscni.net/at-home-with-reablement/)
13. Health and Social Care in Northern Ireland, Western Health and Social Care Trust. Reablement Service [Website]. Retrieved September 19, 2018, from [http :
//www.westerntrust.hscni.net/services/Reablement.htm](http://www.westerntrust.hscni.net/services/Reablement.htm)
14. Lewin, G. and S. Vandermeulen. (2010). "A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP) : an Australian restorative programme for older home-care clients." *Health & Social Care Community*, 18(1), 91-99.
15. Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M., & Burton, E. (2020). Development of an internationally accepted definition of Reablement: a Delphi study. *Ageing & Society*, 1-16.
16. Mao, H. F., Chang, L. H., Tsai, A. Y. J., Huang, W. N., & Wang, J. (2016). Developing a Referral Protocol for Community-Based Occupational Therapy Services in Taiwan : A Logistic Regression Analysis. *PloS one*, 11(2), e0148414.
17. 柯富揚 (2021, 6) 長照問題中醫照護秘訣手冊。中華民國中醫師公會全國聯合會。台灣，台北。
18. 傅從喜 (2017, 12) 長期照顧十年計畫 2.0 效益評估報告。社團法人臺灣老人學學會。