

# 長照復能服務操作指引

衛生福利部

中華民國 108 年 4 月

# 長照復能服務操作指引

## 觀念篇

# 目錄

壹、復能的定義與緣起 .....	3
一、「復能」之定義 .....	3
二、復能之重要性 .....	3
三、復能訓練 .....	5
貳、復能服務的目標與核心觀念 .....	7
一、長照 2.0 的復能服務之目標 .....	7
二、長照 2.0 的復能服務之核心觀念 .....	7
三、復能服務之國際趨勢 .....	8
參、復能服務對象與復能需求的認定 .....	11
肆、復能團隊的服務提供模式 .....	13
一、復能服務的流程 .....	13
二、復能團隊成員及其職責 .....	15
三、復能服務之垂直整合 .....	25
四、跨專業復能專業團隊合作模式(水平整合) .....	28
五、溝通協調之運作模式 .....	30

## 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<sup>1</sup>」(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<sup>2</sup>」(functional ability) (圖 1)。

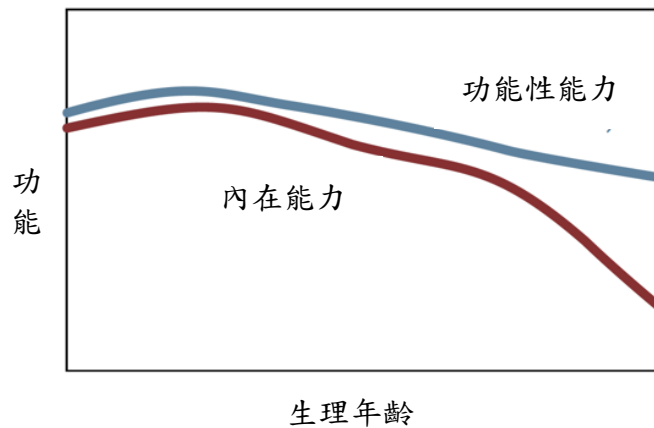


圖 1、功能性能力及內在能力隨年齡增長之變化  
(World Health Organization, 2015)

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」之高齡照護原則，106 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（如：ADL 復能照護居家、社區，IADL 復能照護居家、社區等項目），納入強調「復能照護」的長照新典範。為能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、長照 2.0 A 單位個案管理師(以下簡稱 A 個管)、長照 2.0 B 單位專業人員、照顧服務員、各類督導...等，可明確掌握復能之概念與熟稔操作方式。衛生福利部特委託「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）』，另並配合

<sup>1</sup> 內在能力主要包含個體的生理及心理功能。

<sup>2</sup> 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，個案將可執行其認為重要、有價值的日常生活活動。

長照十年計畫 2.0 政策及推動現況酌作整理，公告長照復能服務操作指引供相關人員參考。本指引分為四部分：

- 一、觀念篇：說明復能之定義、緣起、服務目標、核心概念、服務對象、及服務模式說明。
- 二、操作篇：針對各服務流程說明具體操作方式及提出服務品質衡量方式及指標，內容包含如何確認復能服務需求與目的、設定復能訓練目標、計畫及執行訓練、結案標準之考量面向。
- 三、案例說明：舉出三個案例作為範例說明。
- 四、附錄：提供服務紀錄參考格式及問題清單之復能需求分析與派案對照表。

## 壹、復能的定義與緣起

### 一、「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護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。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，爰復能服務透過代償性策略的指導與訓練，並藉由活動型態調整、環境調整介入，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。

### 二、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、增進速度緩慢或增進程度有限，如積極提高「內在功能」而忽略「功能性能力」，恐不符現況的期待，可能造成個案長期且高頻率的使用復健服務、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) 根深蒂固的「生病的人需要他人照顧、無法自立」的觀念：衛生福利部統計長照 1.0 時使用長照服務的個案，約 40%會使用居家服務，但僅約 9%個案會使用復健服務，可見民眾偏好或習慣使用居家照顧，對可以促進功能的居家復健的接受度低。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) 個案對於復健動機低落：個案可能因上述對復健之錯誤期待，且對於專業人員提供的復健可能因為不是個案所重視的面向等，而參與動機低落(蔡宜蓉等，民 105)。
- (五) 各專業提供的服務沒有統整：各專業進入案家執行個別專業設定之目標，未經過統整，甚至有不一致，且案家面對眾多進入家中服務的專業感到困擾及混淆。

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護策略為當務之急。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、澳洲、美國稱為恢復功能照護(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，並降低照護成本(詳見本觀念篇“貳之三、復能服務之國際趨勢”)。

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。健康照護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，更要提供一個適切、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)。

### 三、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時最重要的目標，如：可獨立完成穿衣活動，比坐姿是否平衡良好更具有實質意義。因此，復能訓練要能落實每日生活的復健，以「代償性策略的指導與訓練」為優先。透過活動型態調整、環境調整把日常活動直接當做訓練的媒介，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護活動中，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、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，就在安全的環境下，照顧者協助練習以助行器走路去浴室如廁，



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。長期照護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、或監督下獨立、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。

若個案與照顧者除了生活功能的進步之外，對於平衡、協調、與上下肢肌力各項增能運動或活動很有動機、也能夠配合鍛鍊，專業人員可提供居家運動或活動之「練習作業」<sup>3</sup>，並教導執行，使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。另可引導個案將「至大樓中庭或附近公園做運動」，也是很適合作為復能訓練的目標選項。

衛生福利部於民國 104 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，是最佳化長照個案現有功能，使執行他認為重要而有意義的活動，以下簡介此復能模式。

---

<sup>3</sup>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、復能服務的目標與核心觀念

### 一、長照 2.0 的復能服務之目標

復能是根據失能者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，留在家裡（延後或不用去機構），活躍的參與社交和社會活動，達到「在地老化」的目的。

復能的目的是：

- (一) 促使個案儘可能參與執行有意義的活動，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護支出與成本。

### 二、長照 2.0 的復能服務之核心觀念

長照各項與復能訓練相關的服務，需具有下列核心觀念，方能落實復能目標：

- (一) 為避免習得無助，應減少沒有必要的照顧：在失能初期盡早復能介入，因此在住院期間，身體狀況較穩定之後，就應銜接復健專業，融入復能理念，鼓勵個案儘可能獨立。住院期間的「出院準備服務」尤其重要，盡可能確保個案出院後，無縫接軌，繼續在一個適宜、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：復能訓練的目標不是由照護專業來決定，而是以個案所看重的活動為目標，才能激發個案參與活動的動機，且所有復能團隊之目標是一致的，從「照顧管理專員(以下簡稱照專)」、「個案管理師(以下簡稱個管師)」延續

到「專業服務」、「照顧服務」與「輔具服務」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。

- (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。

### 三、復能服務之國際趨勢

由於國內復能服務正值萌芽探索的階段，因此借鏡實施復能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，大規模推動復能的挪威，其執行的重點如下：

- (一) 個案因疾病或意外住院或求診而導致有近期功能變化，待醫療狀況穩定可出院，但其功能尚未恢復到病前狀況，個管師則可視其功能進步潛能銜接復能服務。
- (二) 個管師以「加拿大職能表現評估量表(COPM, Canadian Occupational Performance measures)<sup>4</sup>」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。

---

<sup>4</sup> 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。

(四) 復能團隊成員必須與照服員有共同訪視的機會，協助照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，因此照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「每日生活復健」的目標。每日復健的執行方式下述為例：長者的目標是自己能夠將食物加熱，照服員到府時，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。

英國的復能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（通常是復能團隊成員）與居服員一同訪視，或是居服單位自行聘用復能專業人員同往，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)研究五個有豐富復能經驗的居服單位，他們的組織特性與服務提供流程，研究發現促使復能成功的特質包括：個案特質（多為因跌倒、骨折接受復能、動機強、年齡無關）、對復能理念有一致的認同、態度與技巧，能夠即時、彈性的介入、有仔細與一致的服務記錄、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「復能潛力」，有潛力者，只核給復能，不提供照顧。根據統計，第一次申請長照服

務者，接受復能後，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復能後，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 百名個案接受復能服務，復能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復能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復能可減少傳統居家或社會照護需求，具良好經濟效益，其對於生活獨立性的建立成效優於傳統照護(Lewin & Vandermeulen, 2010)。

## 參、復能服務對象與復能需求的認定

長期照護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，因此復能訓練格外重要，以上國外經驗都支持「復能服務需優先於照顧服務」的必要性。在 104 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復能服務的比率相近。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。

復能訓練的主要對象包含功能退化的高危險群、或者近期功能退化、有潛能可以進步的個案，其他對象如智能失能者、精神疾患和藥物成癮者、有慢性疾病的兒童、青年人與成人。在銜接復能訓練之前，應先與個案、照顧者說明復能訓練的目標與內容，確認個案與照顧者對復能訓練有正確的理解、願意配合訓練，與個案建立關係，並確認個案的狀態及表現等，評估照顧者的照顧態度與技巧，更需瞭解個案當時狀況是否適合接受復能服務，或是否有影響復能執行的不良生理因子。以下提供需銜接復能個案的排除條件及優先對象。

### 一、不適合接受復能服務之情況：

個案病情不穩定，如發燒、嗜睡、急性疼痛、嚴重感染、生理指數嚴重異常（血糖或血壓控制不佳）、嚴重褥瘡、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，上述情況建議聯繫醫事單位進行治療（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復能服務。

## 二、留意可能影響復能執行的不良生理因子：

患者若長期患有心臟病，慢性肺病，神經或精神疾病(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復能成效之疾病，或近期內曾接受侵入性醫療處置（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，執行復能訓練時必須了解相應之注意事項與處理策略<sup>5</sup>、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、若資源有限時，可參考下列因素作為復能服務之優先對象：

- (一) 個案具學習能力：如意識狀態及認知程度可遵從指令等。
- (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) 個案或照顧者具配合復能服務之動機。

剛結束復能服務者，也不建議短期（如三個月內）再次銜接復能服務。但若個案狀況改變，如跌倒、住院、退化等，經復能訓練專業團隊評估後可視需求調整。

---

<sup>5</sup>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。

## 肆、復能團隊的服務提供模式

### 一、復能服務的流程

復能的服務輸送流程，首先是要確定個案及家人的復能需求；接下來由照專或個管師攜手復能團隊，協助個案及家人擬定復能計畫；再由復能專業單位和照顧服務單位支持個案及家人執行之；達到結案標準即結束復能服務(圖 2)。



圖 2 復能服務的流程

#### (一) 確定復能服務需求與目標

復能需求評估由照專、A 單位個管師或出院準備個管師，負責最前端的長照需要等級(long-term care case-mix system, CMS)核定及需求判定，區辨個案是否需要復能，盡可能找出最重要的幾個復能方向與目標，例如：“個案想要去餐桌跟家人一起吃晚餐”。此為由照專或個管師訂定「個管層次的復能方向與目標」，派案給復能專業單位執行。照專或個管師於復能需求評估的最重要任務為：

1. 與個案和照顧者共同確立復能需求。
2. 了解個案或照顧者自選的生活參與目標，也就是個案最想要練習、對他最有意義的活動項目為何，形成「個管層次的復能方向與目標」。
3. 派案給最適合處理以上生活參與問題、執行復能訓練的專業團隊，也就是復能專業單位(B 單位)。
4. 協調並支援跨專業合作。



5. 當個案需求改變時，調整復能計畫。

## (二) 議定復能訓練目標與計畫

復能訓練專業團隊成員依據照專或個管師復能需求評估之結果，進一步評估個人化復能訓練目標。復能專業團隊成員接獲轉介後，復能督導或是復能團隊中第一位去訪視案家的人員仔細地評估個案復能需求相關之能力及訓練需求，議定復能計畫，與個案及家人一同討論出三至五個可達成之個別化「復能訓練目標」。適當的目標訂定方式，請見長照復能服務指引-操作篇。

## (三) 執行復能訓練

復能專業單位依據和個案及家人議訂的復能訓練目標和計畫，去執行復能訓練；若是該復能專業單位無法執行個案所需的部分復能訓練時(例如：該專業單位缺乏語言治療師)，可以透過本章下面所建議不同的跨專業團隊合作模式(A、B1、或 B2 模式)去協調長照 B 單位，一起去執行跨專業的復能訓練。

## (四) 結案

復能強調短期、密集的介入，針對同一復能目標，不超過 3 個月或 12 次之復能訓練。原則上當達到個案與及復能服務團隊共同設定之目標時，即可結案。另若同一活動目標經過進行三至四次復能介入後，仍未有明顯進步，或個案與照顧者無法配合復能服務。經復能評估後，個案已無意願/潛力等也可予以結案。

## 二、復能團隊成員及其職責

復能為由多專業整合而成的服務模式，廣義復能團隊以個案與家屬為核心，相關成員包含(1) 長照 B 單位之復能專業團隊；(2) 照顧服務單位：照顧服務督導/照顧服務員等；(3)長照管理單位：長照 A 單位和醫院出院準備之個案管師、長照中心之照專及照專督導；(4)其他長照服務單位，如：搭配交通接送去進行社區參與、搭配送餐服務滿足進食需求等，這些服務也會影響到復能目標能否順利達成。各單位之專業人員於復能訓練中，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，其職責須遵循衛生福利部公告之長照專業服務手冊。

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

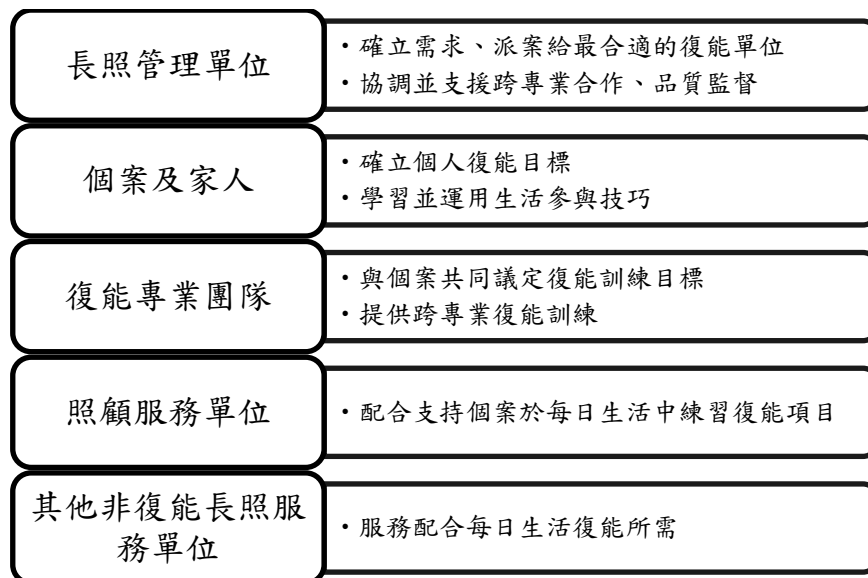


圖3 廣義復能團隊成員之核心職責

復能目標族群常見的問題包含近期功能退化及多重功能缺損，因此需要有復能訓練進入，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。

復能團隊成員主要分為「評估人員」、「復能指導人員」、「照顧服務人員」三類，各類人員須依照衛生福利部長照人員相關規定辦理認證與登錄。其資格及職責分述如下：

(一) 評估人員：

1. 長期照顧管理中心-照管專員及照管督導

照專依據評估確立 CMS 等級、支付給付額度及問題清單後，自行或交由 A 單位個管師，與家屬討論照顧計畫，其中包括復能目標。計畫送長照中心與照專督導簽審後，開始連結與提供服務，爾後照專與督導主責品質監督，直至六個月複評。照專與督導也負責復能相關單位的復能相關服務品質監測與管控。

2. 醫院出院準備單位-出院準備服務個管師

參與各類醫院出院服務銜接長照之醫院，其出院準備服務個管師(簡稱：出備個管)搭配醫師意見，進行個案之長照需要評估，與家屬討論照顧計畫，其中包括復能目標。計畫送長照中心予照專督導簽審後，開始連結服務，如：醫院參與衛生福利部公告之復能多元服務試辦計畫者。

3. 長照 A 單位-A 單位個管師

依長照中心核定之支付給付額度與問題清單，擬定照顧計畫，與個案/家屬共同議定復能服務給付內容。

(1) 與個案與照顧者討論，訂定個案復能目標。

(2) 監督及追蹤各 B 單位執行復能狀況，並進行品質監測。

(3) 協調、整合各項服務及執行復能所需資源，協助專業服務和照顧服務之水平連結。

4. 長照 B 單位

- (1) 訂定復能訓練目標、計畫與執行。
- (2) 透過聘僱或跨單位合作，執行多專業、整合之復能訓練。
- (3) 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，建議調整照管計畫。
- (4) 需統籌並督促多類復能相關專業人員、照顧人員、案家及 A 單位之間的合作。

## (二) 復能指導人員：

### 1. 職能治療師

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/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與環境互動，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。

- (4) 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，及復能活動之空間動線規劃、家具擺設、居家安全環境改善等方式，協助個案達成復能目標。
- (5) 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 照顧服務員配合專業服務。
- (6) 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、增進活動參與與生活品質。
- (7) 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. 物理治療師

社區/居家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，並提升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：

- (1) 個案需求與潛能評估：透由動作評估與分析，了解個案參與日常生活活動所缺乏之能力，並與個案、家屬及照顧者

溝通討論後，共同擬定個別化復能目標，給予個案 ADL 與 IADL 訓練，例如：提升個案肌力、改善關節活動度，增加協調能力、及提升社區參與能力等。

- (2) 功能性訓練：設計多元訓練課程內容且適當調整環境因素，引導及鼓勵個案自行完成動作。此外，透過訓練使用適當輔具，改善日常生活生活功能，提升個案自我照顧能力及社區參與條件，並且搭配 AA03 照顧服務員配合專業服務，提升居家服務品質，增進復能成效。
- (3) 困擾或臥床個案：提供或協助臨床問題的解決，指導家屬及照顧者如何協助個案安全起身坐起站立行走、正確擺位姿勢、安全且省力轉移位方法，以降低個案發生肢體攣縮、褥瘡及次發性併發症等風險，及避免照顧者產生身體不適與降低照顧壓力。
- (4) 輔具與環境評估建議：進行居家環境檢視、日常活動所需的輔具與活動之空間動線規劃，提出居家安全環境改善之方式，以及教導家屬及個案正確使用輔具方式，及家中維護安全之方式及注意事項。

### 3. 語言治療師

- (1) 語言、言語及溝通之評估與照護：提供語言理解、語言表達、言語及溝通等全面評估了解其復能潛力，並透過指導措施促進個案溝通效度及社會互動能力。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（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。

- (2) 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。
- (3) 溝通環境策略設計：透過環境策略設計（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。
- (4) 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、分析復健與復能之潛力、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。
- (5) 提供進食與吞嚥之照護措施：依個案進食與吞嚥困難之評估結果，擬定個別化照護措施（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，提供吞嚥復健指導措施，提升吞嚥功能。

#### 4. 護理師

- (1) 提供復能團隊相關的個案評估及內、外在資源與資訊。
- (2) 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，以利復能目標及計劃的討論參考。
- (3) 擔任復能團隊成員，執行相關復能活動，如：洗澡、個人

修飾、穿脫衣物等，詳見問題清單。

- (4) 搭配 AA03 指導照服員協助個案執行日常生活訓練，提升服務品質，以期促進復能成效。
- (5) 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。
- (6) 參與跨領域、跨團隊的復能討論會，提供個案及照顧者對復能之認知及行為反應等相關資訊。
- (7) 完成該次復能訓練紀錄。

## 5. 醫師

- (1) 評估並排除造成進一步失能的因素：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) 作為急性後期照護的社區延伸(垂直整合)：針對近期罹患重大疾病(如中風)或接受過侵入性手術(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，設定不同階段的復能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復能潛力提出建議，並以口頭(如電話交接)、書面(如醫師意見書)、定期會議或電子平台等的形式凝聚復能團隊成員的目標和協調執行速度。若團隊成員於執行復能期間發現有執行困難(如疾病惡化太快)或



出現新的復能風險(如急性傳染病)，需重新評估復能目標時，予以協助。

- (4) 強化個案和家屬的復能動機：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復能範疇(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(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；對於已經完成復能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(如關懷據點)等服務。

## 6. 社工師(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，協助個案訂定復能及生活目標，提供情緒抒發與支持、改善自覺負擔等負向想法、修正失功能行為，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(含外籍勞工)支持：瞭解主要照顧者進入照顧角色的原因，評估她們(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，據以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相關服務。
- (3) 評估家庭動力和協商：評估家庭整體的關係和動力，以及它們對個案照顧現況與安排的影響，據以訂定家庭協商計劃，重點在於，協助他們看到個案的需要、認識照

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倡議。
- (5) 不評斷的傾聽個案想法，鼓勵個案表達，建立信任關係。
- (6) 與個案共同完成個案、家庭及社區資源評估(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。
- (7) 提供資訊/資源，協助與資源單位間進行連結與溝通協調，協助個案塑造好的使用資源經驗並再練習之。
- (8) 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) 透過心理相關評估與指導措施，提升個案參與復能的動機、對失能經驗的自我理解與接納，及與環境互動的自主成功經驗。
- (2) 透過心理相關評估與指導措施，協助處理影響復能過程的情緒、行為。
- (3) 解決照顧者的照顧動機並協助家屬更清楚如何照顧個案，如協助個案在他所屬的環境有更適應、更好的生活品質。

## 8. 營養師

### (1) 營養評估、診斷

- A. 營養不良可能問題：熱量平衡不正確、無法調節攝食量、味覺或飽足感之改變、社會因素、身體功能限制，不變的姿勢、孤獨或沮喪、產生體重流失。
- B. 體重流失原因：攝取不足，如水和食物、沒胃口、肌肉萎縮、身體發炎造成的惡病質。
- C. 進食考量面向：食物種類、進食時間、進食地點、進食方式(如以口腔進食、以管進食、周邊靜脈補充、中央靜脈補充)、個案牙齒狀況(牙齒數量、真假牙、對稱不對稱)。

### (2) 營養介入策略：

調整飲食，如增減量、改變食物的質地(流體、軟質、固體)或水分、提供必需的營養支援、配合個案實際需求(健康、生理、心理狀況)。

### (3) 營養監測與評值

## 9. 教保人員

教保員為提供 CA05「個別化服務計畫(ISP)」擬定與執行--居家、CA06「個別化服務計畫(ISP)」擬定與執行--社區之服務。包含：

- (1) 依據個案個別需求及期待，訂出符合個案狀況與需求之支持服務，培養個案於社區中自立生活能力。
- (2) 連結服務資源，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) 照顧服務人員：

1. 依據復能訓練計畫，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. 與復能訓練指導人員隨時保持聯繫與合作。

## 三、復能服務之垂直整合

個案可由兩種管道獲得復能服務：在醫院的個案-向醫院出院準備銜接復能多元服務試辦計畫(以下簡稱：出備銜接復能多元服務<sup>6</sup>)、以及在社區的個案-向長照管理中心申請。

### (一) 出院準備銜接復能多元服務管道(圖 4)

個案在住院期間，由醫院出院準備小組的個管師(簡稱：出備個管師)判定長照需求，其中包括復能。出備個管師先評估個案的失能等級 (CMS)，參考醫師意見，必要時，協助召開跨團隊個案討論會，並與個案及家屬討論，擬定照顧計畫，確認復能服務目標，由醫院照會服務或在地長期照顧管理中心進行復能派案。出院醫院所擬照顧計畫，除復能多元服務外，其他如：生活照顧服務、輔具服務、交通接送或其他專業服務，由照管中心派案。

在復能多元服務計畫下，個案出院後，由醫院的個管師銜接復能專業團隊提供無縫接軌的跨專業復能多元服務，復能服務得逕由出院醫院提供或與出院醫院合作之服務提供單位提供；服務提供單位均需與地方政府簽訂特約。復能專業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

---

<sup>6</sup>復能多元服務試辦計畫為例，所納入之復能服務給付碼僅包含 CA01~04、CB01~02、CC01。

切的長照服務。建議若由承辦復能多元計畫的醫院執行復能訓練，則由專屬於院內長照業務單位的專責人員提供，方能有效與醫院、照顧服務單位或交通接送等長照 2.0 在地特約單位協調，共同合作來幫助個案達到他期待的個人復能目標，而達到復能訓練的最大效果。

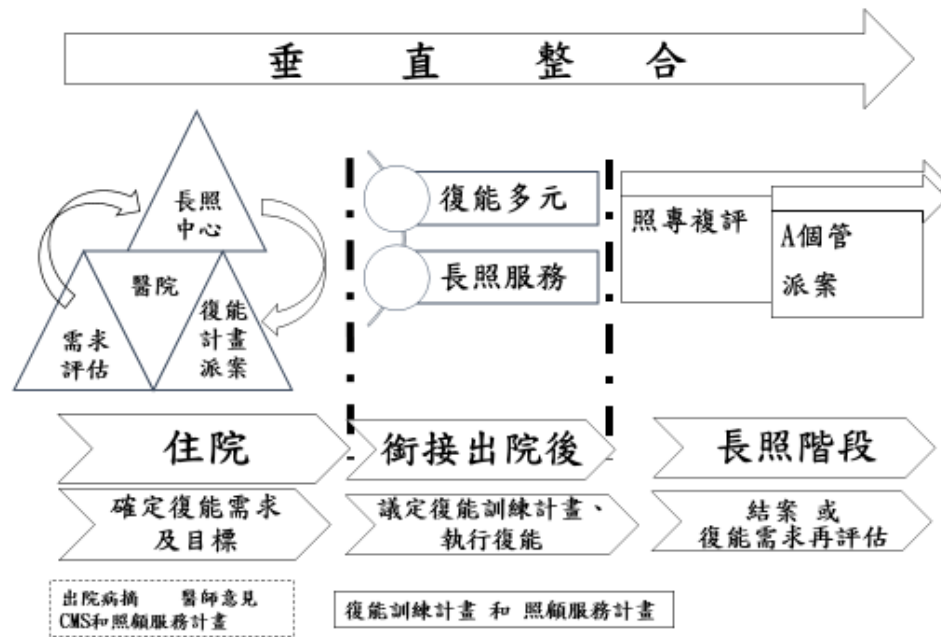


圖 4 出院準備銜接復能多元服務之流程

若由院外特約的 B 單位執行復能訓練與提供服務，個管師需幫忙協調、整合執行復能所需資源，連結專業服務和照顧服務。B 單位到家庭訪視個案/家屬，了解個案/家屬出院後在家的照顧問題，議定復能訓練目標與計畫，與出院準備銜接復能多元計畫之出備個管師合作，確認團隊以個案自選活動為復能訓練目標。

依國外執行實證經驗，個案在復能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復能目標，應該不會長久適用直到長照 CMS 評估的第六個月。故長照中心在個案出院後第 4 個月內複評，複評之後，再依據評估結果，擬定

新的照顧計畫和復能派案；此時復能派案，若改由該區域 A 單位之個案管師執行，則需交接，確保派給最適合提供個案當下所需服務的復能專業團隊，可以是原先出備醫院復能團隊，也可以是當地其他的復能專業單位。複評再派案後，若有更換復能專業單位，兩單位須進行交接。因目前各類醫院出院服務銜接長照多屬試辦計畫，相關規範須符合當下之公告內容。

## (二) 向長照個案管理中心申請復能

在社區中的一般民眾，透過長照管理中心申請復能服務。

### 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、給付支付額度及問題清單，計畫簽審後，由照專轉介個案給 A 單位。
- (2) 照專或 A 單位個案管師在訪視個案時，應協助詢問使用復能服務的期待（希望做到的事），擬定的照顧計畫中，應包括個案管師的復能需求方向及復能目標，照會 B 單位提供服務，再由 A 單位對服務做後續追蹤及連結多項資源，確認所有復能專業單位有一致之個案復能目標。在無 A 單位地區，上述(1)(2)工作皆由照專執行。
- (3) 若個案達結案標準則結案。若於服務結束後仍有其他復能問題，由 B 單位專業人員通報照專或 A 單位個案管師，再重新依流程提供服務。

### 2. B 單位起至結案

- (1) 復能督導或第一位進入案家之復能專業人員先向家屬介紹訓練內容、如何執行復能訓練、第一次由何種專業人員執行訓練。此時若復能督導有豐富的復能訓練經驗，建議可

即時提供簡單的復能指導。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。

(2) 專業人員執行復能訓練時，若發現個案還需其他專業人力之介入，會予以回報，再由復能督導告知家屬及個案往後會由其他不同專業人員執行適當訓練，並請家屬注意個案狀況是否在接受另一種專業服務後而有改善。

(3) 若有復能訓練調整需求（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 單位個管師討論後修正照護計畫。

#### 四、跨專業復能專業團隊合作模式(水平整合)

復能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、和復能訓練得以銜接。此外，在復能訓練期間，更需要水平整合，使個案需要的多專業、多類型復能需求，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。

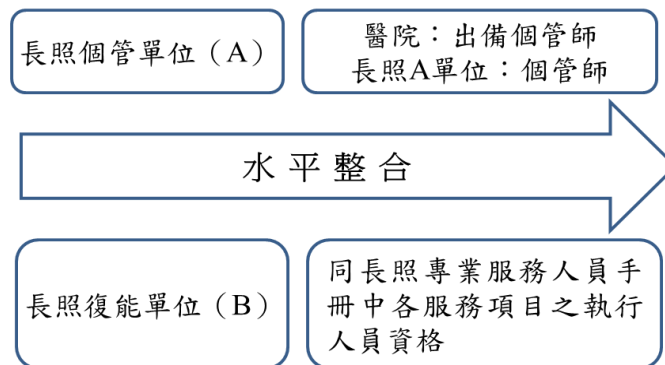


圖 5 跨專業復能團隊水平整合模式

(一) 由長照個管單位(A)負責整合-A 模式：

醫院出備個管師、長照 A 單位個管師、或照專(適用於當地無 A 單位)擬定照顧計畫，視個案需求，善用給付 C 碼，藉

由派案幫個案連結不同復能專業單位的服務。也包括：啟動給付碼 AA03，協助復能專業單位專業人員跟照顧單位照服員約時間一同前往案家討論和交班復能計畫。兩者服務重疊的時間建議約為 15~20 分鐘。或是必要時，連結 DEFG 碼的交通、輔具和喘息等服務，讓個案的復能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，轄區內所有復能資源都可以透過個管 A 單位靈活運用，為個案提供跨復能(B)單位的服務。而挑戰是：個管(A)單位必須非常清楚各種復能專業人員的職掌、轄區內每一家復能專業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) 由長照復能專業單位(B)負責整合-B1 模式：

若復能專業單位(B)本身具備該名個案需要的多種類專業人力，在個管 A 單位派案給復能專業單位(B)後，由該單位內部自行視個案需要，調配去提供服務的復能人員，此為挪威模式。建議可啟動給付碼 AA03，協助復能專業單位(B)專業人員跟照顧單位照服員約時間一同前往案家討論和交班復能計畫。兩者服務重疊的時間建議約為 15~20 分鐘。

此模式之優點是：所有復能人員來自同一服務單位，溝通便利；不同專業人員可在同一包復能給付碼內去服務，調度方便；且給付對象是單一家復能專業單位(B)，可簡化行政負擔。而挑戰是：復能專業單位(B)必須聘用多種類專業人員，強化內部人事與管理整備，提供多專業溝通與合作的支援。

(三) 由照顧服務(B)單位負責整合-B2 模式：

由照顧服務(B)單位聘請復能專業人員，以提供照顧服務員諮商督導方式為主，新個案第一次訪視時，復能人員和照顧



服務員一同前往案家，了解最想要改善的復能問題，復能人員指導後，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，接下來，由照顧服務員和家屬協助個案落實在每日生活復能中；復能人員再適時前往評估，看是否有修正復能計畫的必要，是否要有下一個訓練期程(再派下一包)。此為英國社會服務模式。

此模式之優點是：照顧服務單位(B)跟復能人員密切合作，最容易落實每日生活復能。而挑戰是：照顧服務人員需要接受復能式照顧的訓練。另外照顧服務單位(B)跟復能專業人員有直接合作經驗的極少，照顧服務單位(B)同時聘有復能專業人員的亦屬少數，此為需要開發、學習的全新模式。

照顧服務單位(B)聘請復能專業人員協助督導照顧服務員時，可先以能夠提供 CA01~CA04 的核心人員為主，例如具有復健相關專業背景的人員（職能治療師、物理治療師、有復健相關資歷之護理師等）擔任之。

上述三種模式，現行最可能達成的為 B1 模式，即 B 單位具復能相關基礎知能之職能治療所、物理治療所、居家護理所等，其設置復能督導，進行個案復能服務之管理與監督。然國內復能服務正在發展階段，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

復能訓練以增加個案自選之功能性活動的獨立性為目標，所有的復能訓練人員，從個案管師、治療師、護理師等復能訓練人員，到照顧員、照顧者的訓練目標都應該一致以此活動為訓練目標。因此，服務使用者之復能觀念與跨專業團隊之合作與溝通是

復能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復能服務。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)設立復能督導
- (三)定期跨專業個案研討會
- (四)定期繼續教育課程
- (五)定期行政會議建立正式的團隊溝通機制
- (六)建立見習/實習制度
- (七)跨專業聯合訪視

以下針對各項策略簡要說明。

(一)加強服務使用者之復能觀念

除了復能訓練，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復能服務。以下三個策略可協助加強服務使用者（個案與家庭照顧者）對復能有正確的理解。

1. 開案時給予明確、清楚的復能服務內容介紹：可以透過照專或 A 單位個案管師於提供服務前，強調復能以功能目標為導向，可以以自選的活動為訓練目標，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，提升復能動機及配合度。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. 單位可以提供復能服務手冊、宣導品說明服務內容，提升民

眾對復能與復健之間的差異之理解。

3. 可透過服務宣導講座加強對復能的認識。

## (二) 設立復能督導

建議可評估設一名復能督導，以進行溝通協調。

1. 督導資格：建議由具有復健相關專業背景且了解復能內涵與業務的資深人員擔任（例如職能治療師、物理治療師、具有復能訓練之護理師等）。
2. 督導主要功能：協助監測復能品質與提供專業團隊之間橫向與縱向的連結，例如：
  - (1) 定期檢視復能訓練記錄。
  - (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：若個案的復能訓練由兩個（含）以上的單位執行時，復能督導可協助單位之間的溝通協調，確保各單位提供之復能相關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) 協助復能專業團隊與照專或 A 單位個管師之間的溝通，協助復能品質監測與個案複評的照護計畫擬定。

## (三) 定期跨專業個案研討會

個案研討會有下列優點，可搭配每區 ABC 單位聯繫會議進行：

1. 提供復能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（如個管師、C 支付碼之復能

訓練相關專業人員、居服督導、照顧服務員、教保員等)。

2. 檢視個案復能訓練內容、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，可辦理復能相關繼續教育課程。由於復能是一個新的觀念與服務模式，因此需要確認所有從事復能訓練的工作人員對復能有正確的理解，熟悉復能訓練的原則與策略。建議培訓課程包括以下內容：

1. 評估人員：如照專、A單位個管師或出備個管師
  - ✓ 建議先備條件：完成長照照顧管理專員繼續教育訓練 Level II 或 A 單位個管師培訓
  - ✓ 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) 復能概念與服務模式簡介。
    - (2) 復能服務需求、目標訂定、及派案/碼原則（案例演練或案例報告）。
    - (3) 各種復能相關專業服務（職能治療、物理治療、語言治療、護理、營養師、社工等）
    - (4) 輔具與環境改善應用之應用介紹
2. 復能指導人員
  - ✓ 建議先備條件：完成長照專業人員繼續教育訓練 Level II
  - ✓ 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) 復能概念與服務模式簡介。
- (2) 復能目標、及復能訓練目標與計畫之訂定（案例演練或案例報告）。
- (3) 落實復能訓練之溝通與整合實務（模式運作）。
- (4) 復能訓練之紀錄與成效指標。
- (5) 邀請各專業介紹相關復能指導策略，提升專業對彼此的了解。
- (6) 結合鄰近之復能專業單位，共同舉辦訓練課程，同時增進相關單位之間的意見交流。

### 3. 照顧服務員：

✓ 照服員為重要的復能服務之團隊成員，執行復能服務，但復能訓練的「放手」、「跟他(她)一起做，而非幫他(她)做」的原則與傳統照服照顧原則不同。

✓ 英國復能居服員訓練規定參與復能訓練的居服員接受 1-2 天 8-16 小時的培訓課程。然而國內復能服務剛起步，建議至少二日合計 12 小時訓練。

✓ 建議主題如下：

- (1) 復能概念簡介。
- (2) 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。
- (3) 介紹相關復能指導策略，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。
- (4) 教導個案目標設定的方式，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。

(5) 由照服員主動提出課程需求，如技術性技巧指導；或由單位主管觀察照服員知能有待補充之處，列為需進修之內容。

#### 4. 復能督導

- ✓ 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。
- ✓ 建議訓練內容：至少二日合計 12 小時訓練，並需含有進階復能案例研討。
- ✓ 建議主題如下：
  - (1) 督導功能與方法。
  - (2) 跨專業整合協調之能力。
  - (3) 復能成效評值。
  - (4) 團隊人員壓力管理與調適。
  - (5) 風險管理。
  - (6) 復能資源開發與整合。
  - (7) 相關法規與方案。
  - (8) 進階復能個案研討。

#### (五) 定期行政會議

藉由行政會議，討論促進專業合作的策略，如建立個案服務追蹤機制：定期評估，根據個案狀況修訂給付類別，並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復能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(個案復能服務記錄本)或者透過即時通訊軟體（如設立 Line 群組）完成，提供管

道讓服務人員回報復能執行的狀況，使各復能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，並建議列入復能服務合約書內。以下以某一標竿單位使用的 Line 機制為例，詳述進行即時通訊時可使用的方式。

1. 每位個案有其專屬記事本，有助於復能督導對所有個案復能過程的了解，並促進各專業與服務人員之間服務的溝通。
2. 群組成員可包含服務個案之復能專業人員、復能督導、照服督導、照服員、照專或個管師。
3. 個案訊息可包括如派案日期、個案異動情形(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，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、個管師或復能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，追蹤家屬及照服員執行訓練的正確性，或是由專業人員錄影，讓案家、照服員透過觀看影片，了解如何執行。

#### (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，以確保復能執行人員品質。

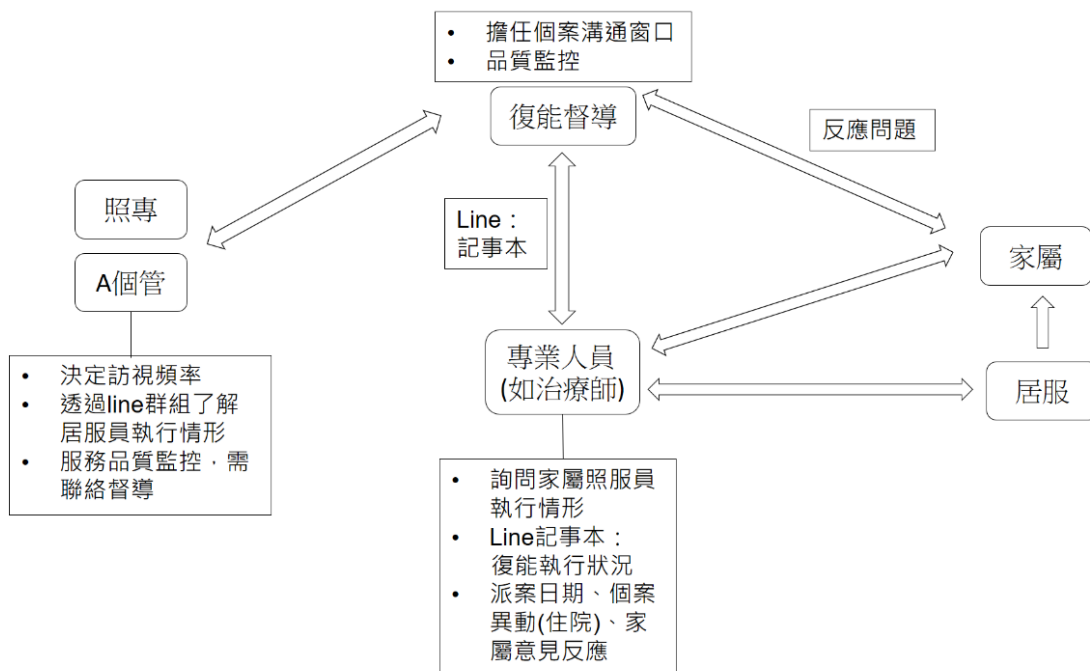


圖 6 以 Line 機制為例的跨專業合作模式

#### (八) 跨專業聯合訪視

跨專業聯合訪視有以下優點：

1. 適宜的個案自選復能目標訂定與派案：個管師對於復能服務有正確的了解，可確保復能服務有一個成功的開始。為增加個管師對於專業的復能訓練內涵之了解，能夠訂定適宜的個案復能目標與派案。除了參加復能相關之繼續教育外，建議每位個管師至少與不同專業的治療師，共同訪視 3-5 位個案，觀察實際執行復能(評估、介入等)的情況。
2. 復能指導人員與照服員的合作是復能訓練成功的要素，因此復能專業團隊與照服單位必須維持一個暢通的溝通管道。復



能治療師與照服員共同訪視，共同討論照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，方符合復能訓練內強調的「每日密集性訓練」的原則。