

# 從長照專業服務視野談無縫 接軌及跨專業連結合作

授課講師：沈明德

E-MAIL：[mingtehshin@gmail.com](mailto:mingtehshin@gmail.com)

授課日期：115年04月18日



# 長照未來面臨挑戰



老人人口成長快速  
延緩老化維持健康



縮短出院準備銜接  
長照時間



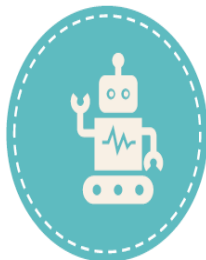
強化恢復自主生活  
能力(復能)概念



提升住宿機構品質  
均衡服務資源



提供居家社區晚間  
夜間服務



運用智慧科技  
提供照顧



落實安寧善終



充實照顧人力

# 「健康老化、在地安老、安寧善終之願景 長照3.0推動的政策方針：

營造共生社區，促進健康老化

醫療照顧整合，推動責任醫療

積極長照復能，完善出院準備

提升機構量能，強化住宿品質

強化家庭支持，擴大住院照護

導入智慧照顧，善用科技輔具

落實安寧善終，預立醫療決定

發展人力專業，精進多元培訓

# 長照專業服務

長照2.0推動長照給付及支付新制之創新服務，於專業服務照顧組合置入復能(reablement)觀念，目的是為了讓長照個案學習自主生活，不再總是被照顧，透過專業人員短時間且密集性之介入服務，指導個案及主要照顧者，達到訓練目標，讓個案學習自我照顧能力或家屬學習照顧技巧；

專業服務之提供單位數:2017年716家，成長至2024年達899家、

個案使用專業服務之人數:自2018年49,234人，成長至2024年85,020人，



# 復能是...



新近失能者，「輕中度失能尤佳，避免習得無助」為優先



短時間、密集訓練(6-12週)



強調個案**潛能**與**現有**能力  
最大化去執行ADL活動



介入目標 = **自選**活動  
= 個案最重視的日常生活活動

# 復能是...



個案的介入目標，及為所有專業共同努力的復能訓練目標



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指導者，適時與其他專業整合



結合專業團隊，設計訓練計畫。  
提供**適合個案的能力程度**、不過度困難、可達目標的訓練。



與**居家服務員/照顧者**一起合作。  
督促將復能訓練融入生活作息中。

## 醫療復健

- 以肢體動作誘發為優先，期待改善後，生活的功能就能解決

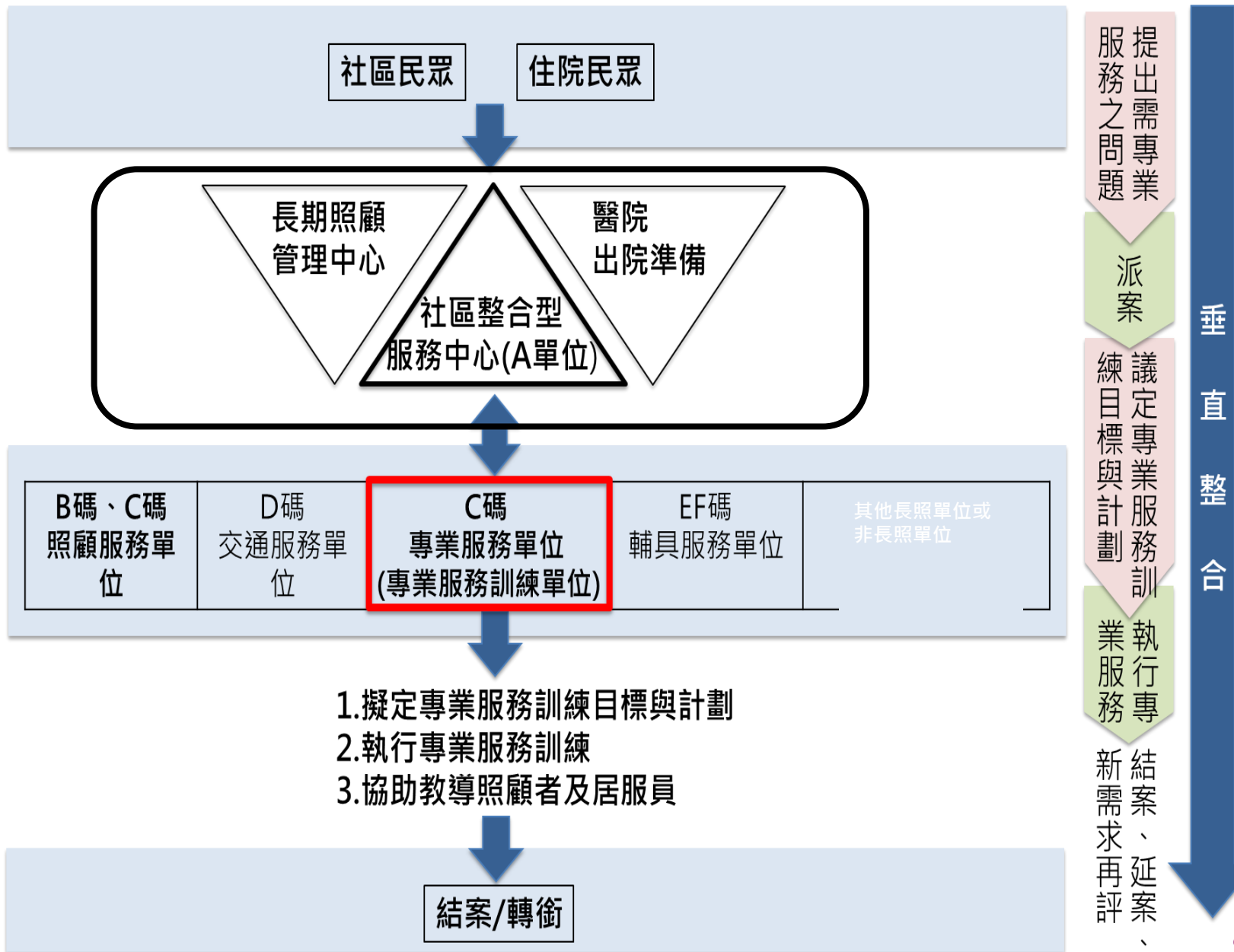


但對於長期已失能、有慢性失能疾病、多重慢性病的長輩來說，身體能力的提升是很有限的...

## 復能

- 以生活為本位，幫助個案能夠處理個人生活上的需求。
- 不因其身體功能受限而剝奪了他/她過一個有意義的生活的權利。

恢復參與生活的功能



# 醫療照顧服務整合之服務流程

醫療服務

長照服務

個案罹病住院

規畫中

急性期

急性期醫院

出院準備 (含銜接長照服務)

急性後期整合照護計畫  
PAC治療

復健病房試辦

出院準備 (含銜接長照服務)

中介轉銜全日專區試辦  
短期密集復能訓練

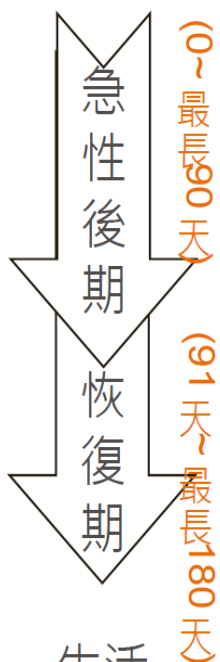
出院準備 (含銜接長照服務)

返回社區

醫療服務

長照服務

(照顧及專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善、喘息服務)



生活  
恢復期

# 什麼是「無縫接軌」？

定義：

個案在不同服務階段或專業間轉換時 不中斷、不重複、不延誤

舉例：醫院出院 → 居家護理 → 長照服務急性期  
→ 社區照顧

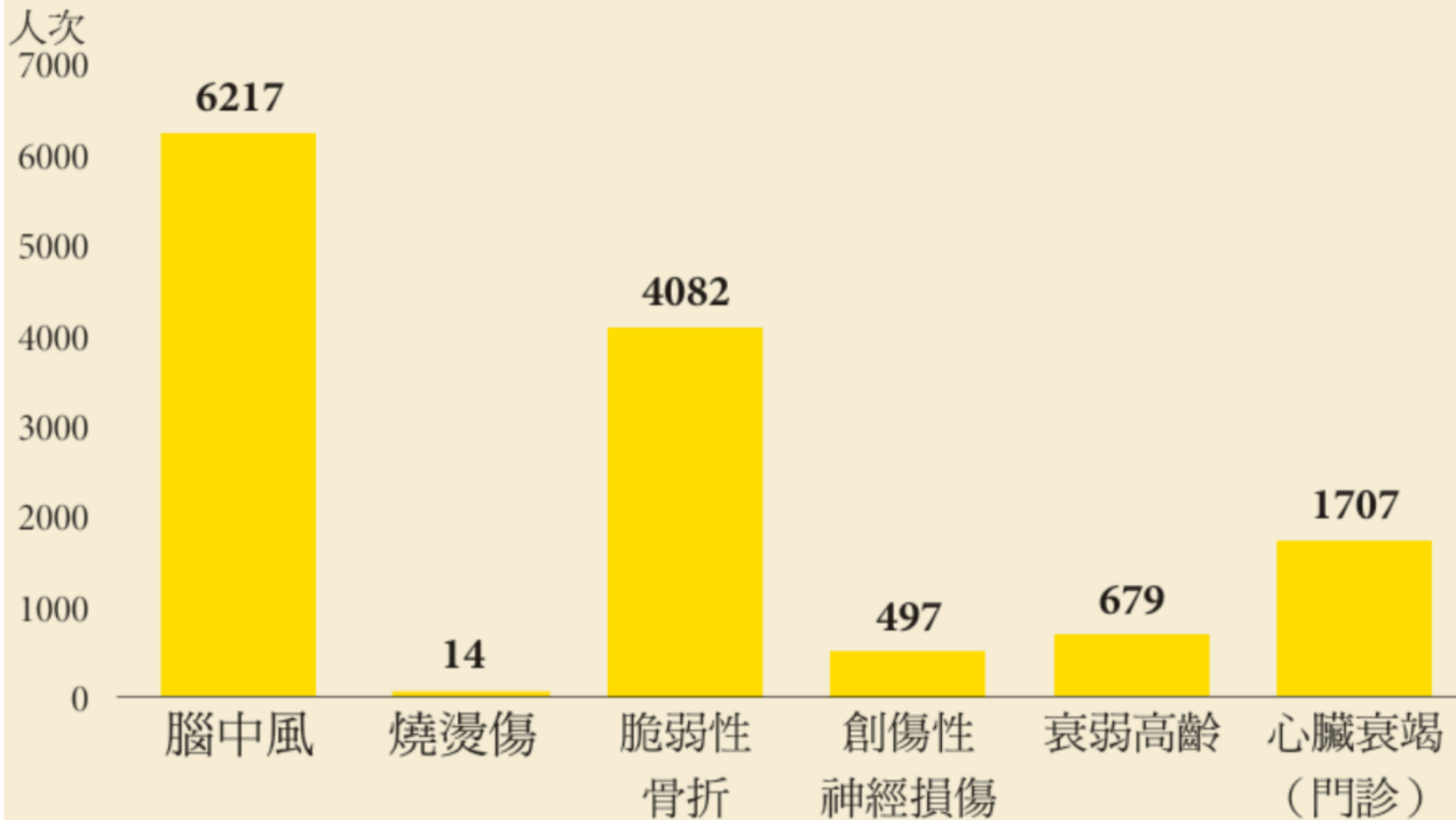
# 無縫接軌核心機制

- ▶ 出院前評估：由醫院護理師、社工與長照個案管員在住院期間提前介入，評估長照需求，並在出院前完成等級判定。
- ▶ 縮短銜接時間：長照專員與醫院合作，將目標從過去平均數天，縮短至「出院即接軌」長照服務。
- ▶ 跨領域團隊：結合醫師、護理師、照管專員及出院準備服務人員，制定個別化照護計畫。

# 縮短出院準備銜接長照的時間

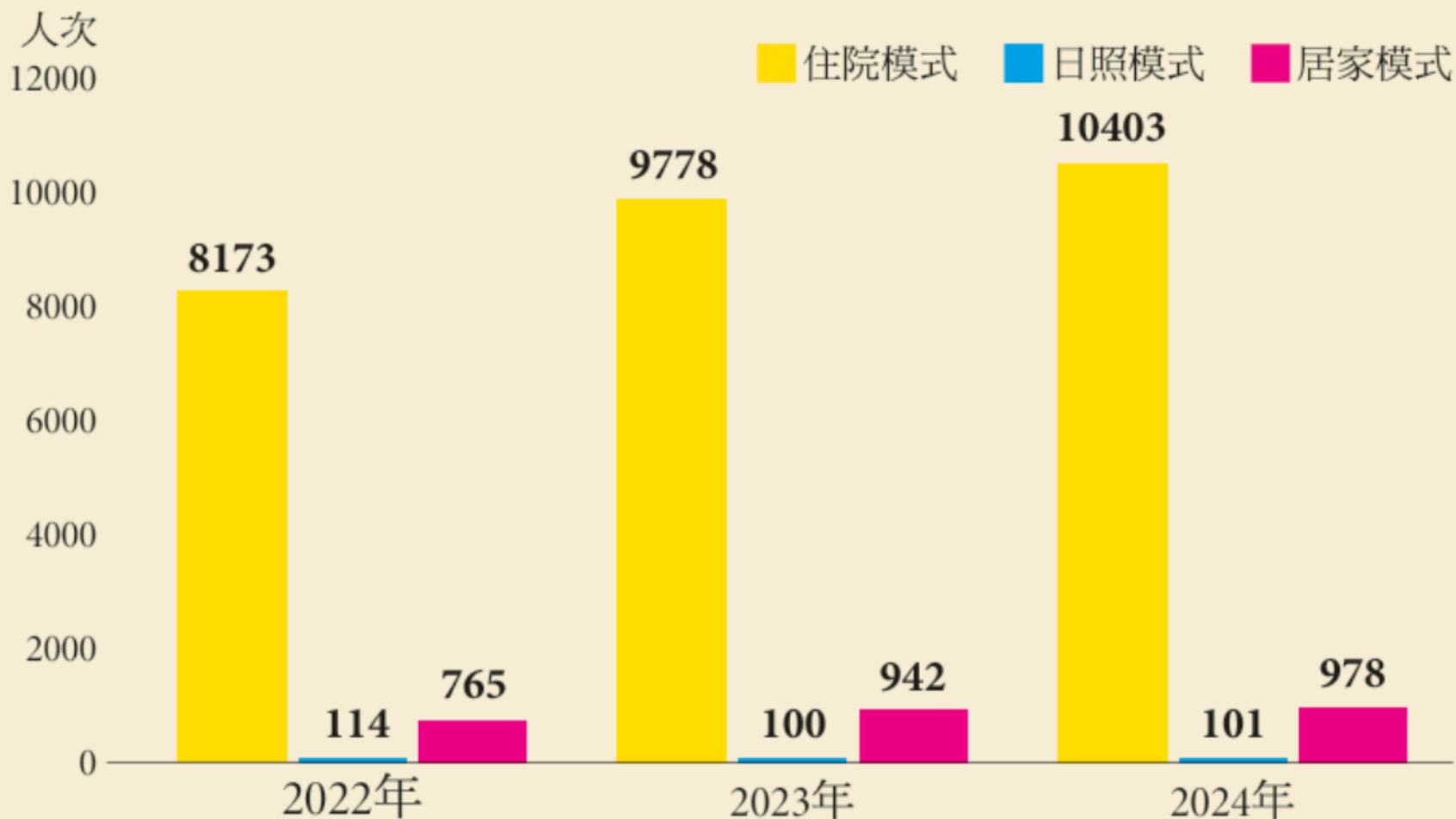
- ▶ 台灣出院準備銜接長照服務（出備）的目標期程正加速縮短：目前（113-114年）為出院後平均4天內銜接，隨著長照3.0政策，115年起目標將縮短至平均2天內。建議在住院期間即主動申請，以利在出院當天或最快速度接上服務。
- ▶ 申請時間：住院期間由醫護人員轉介出備小組，或出院後撥打1966。
- ▶ 銜接效率：出院當天即使用長照服務，醫院可獲最高2000元獎勵，鼓勵無縫接軌。
- ▶ 未來目標：2030年目標達到出院當日（0天）銜接。

# 2024年PAC各疾病別收案人次



資料來源：健保署

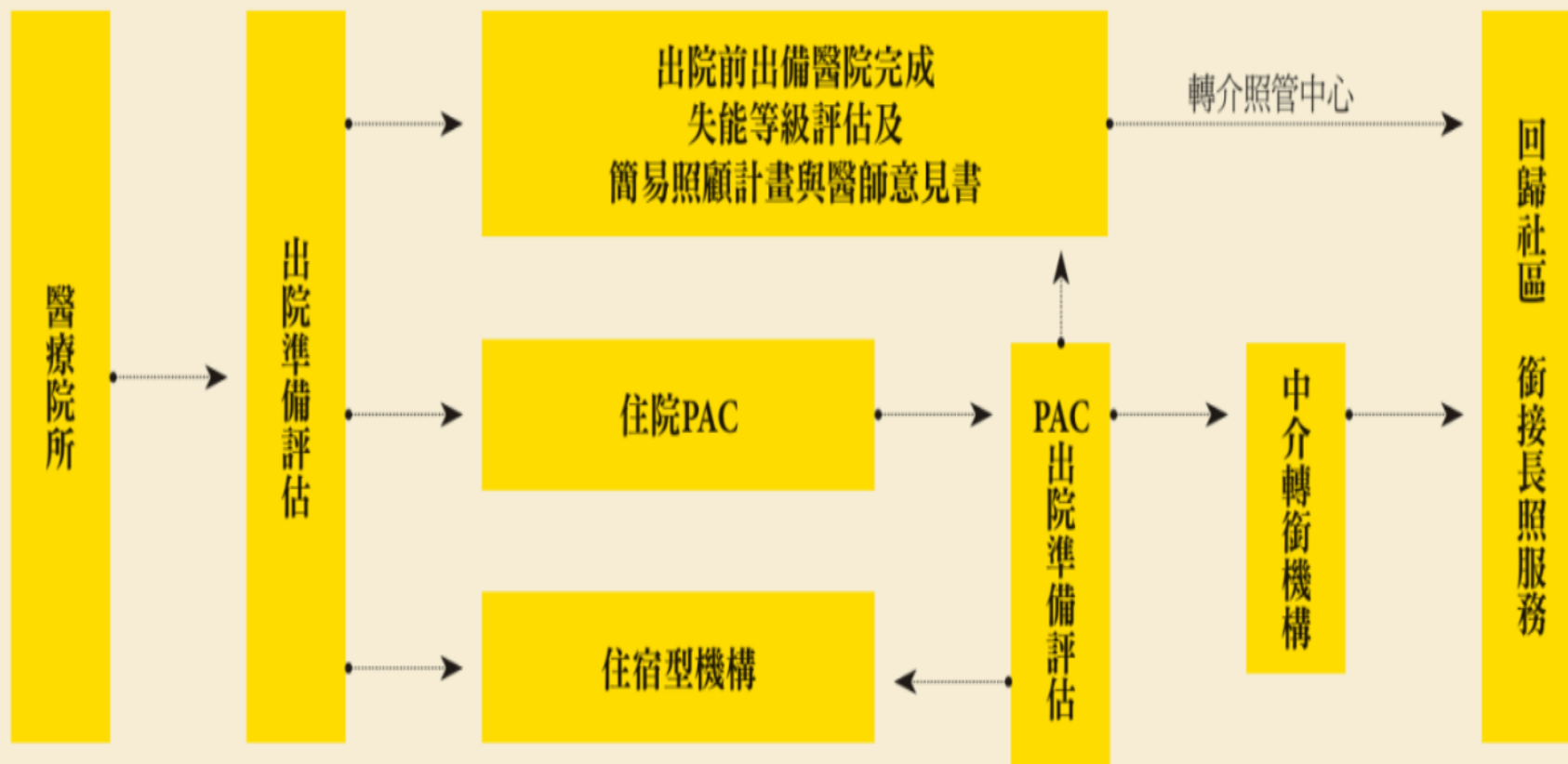
# PAC計畫歷年收案人次



資料來源：健保署、蘇信昌

ÄnkëCare 創新照顧

## 「醫療照顧整合精進出院返家照護計畫」模式圖



資料來源：衛福部

# 美國的PAC的無縫接軌

- ▶ 美國的出院準備與長照銜接是一套極為緊湊的流程，核心目標是「住院即啟動、出院即銜接」。以下是銜接時間的關鍵節點：
- ▶ 啟動評估：入院 24 小時內
- ▶ 美國醫院根據聯邦醫療保險 (Medicare) 的規定，必須在病患入院 24 小時內啟動出院計畫篩選。
- ▶ 早期介入：個案管理師 (Case Manager) 或社工會評估病患出院後是否能獨立生活，或需要轉至長照機構。
- ▶ 權利告知：病患在入院後 2 calendar days 內會收到「Important Message from Medicare」，告知其出院後的申訴權利與轉銜流程。

## ▶ 2. 轉銜決策：出院前 1 至 3 天

在急性醫療結束前（平均住院僅 2-5 天），醫療團隊會確定銜接場域：

**3 天原則 (3-Day Rule)：**若欲銜接至專業護理機構 (SNF) 並由 Medicare 給付，病患必須在醫院內連續住滿 3 天（不含出院日）。

**機構媒合：**通常在預定出院前 24 至 72 小時完成與銜接機構（如 SNF 或復健醫院）的媒合與文件傳遞。

### ▶ 3. 正式銜接：出院後 30 天關鍵期

美國將出院後的前 30 天視為「過渡期照護 (Transitional Care)」的核心：

第 2 天：過渡期照護經理需在出院後的 2 個工作天內與病患取得聯繫，確認藥物與照護計畫。

第 7-14 天：病患應在出院後 7 至 14 天內與基層醫療醫師 (PCP) 進行首次面談診視。

30 天指標：聯邦政府嚴格監控「30 天內再住院率」，這也是銜接計畫是否成功的關鍵評估點。

### ▶ 4. 費用支付的時間限制 (Medicare Part A)

銜接長照時，保險給付也有嚴格的時間區段：

# 長期照護專業合作概念

個案為中心

全人全方位

彈性與適性:團隊結構組成

摒棄本位主義

熟悉瞭解角色功能

尊重信任彼此專業價值

統一共識目標

定期檢視評量修正:功效與品質

# 跨專業整合模式(TRANSDISCIPLINARY)

服務方式是整合式的。

由小組選定一位負責執行者，實施該計畫，

其他人員提供執行者必要之指導與諮詢。

團隊-- 經常性的小組會議，交換資訊、知識與技能。

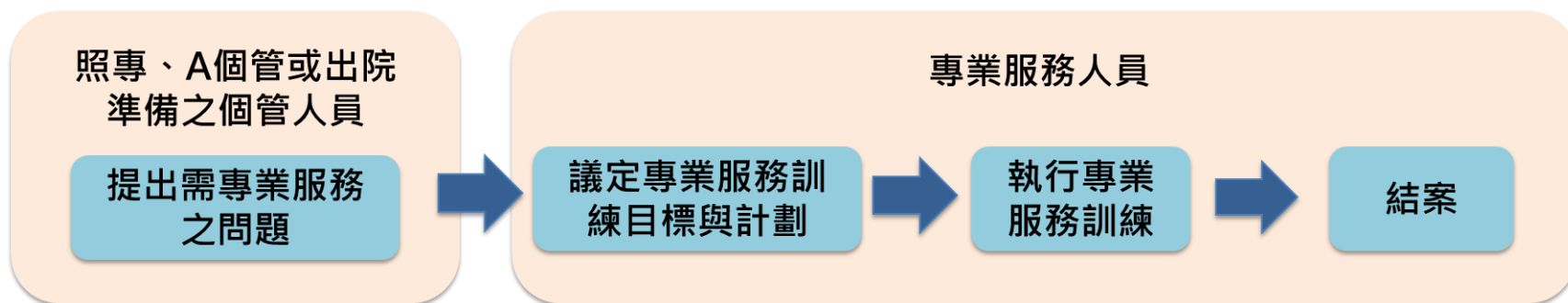
以個案為中心

- ▶ 若復能專業單位(B)本身具備該名個案需要的多種專業人力，在個案A單位派案後，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。

► 優點：

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。

# 專業服務的簡要流程



# 專業服務相關組合編碼介紹

- ✓ CA07-IADLs、BADLs復能照護
- ✓ CA08-個別化服務計畫(ISP) 擬定與執行
- ✓ CB01-營養照護
- ✓ CB02-進食與吞嚥照護
- ✓ CB03-困擾行為照護
- ✓ CB04-臥床或長期活動受限照護
- ✓ CC01-居家環境安全或無障礙空間規劃
- ✓ CD02-居家護理指導與諮詢

# 專業服務運作的基礎：團隊合作

## 運作模式

- 以 A 單位個管、B 單位的復能督導為核心
- 依據個案需求，經由團隊討論後，共同確立介入之順序及專業別

## 核心專業

- 增進個案功能的復能導向服務（OT、PT、ST）
- 搭配處理營養與醫護照護等問題（醫護及社工、營養等專業團隊）
- 搭配居家服務（居家服務員和助理）

- ✓ 結合各專業所長，並非打破專業職業規範
- ✓ 服務的專業數，不是愈多愈好
- ✓ 提供個案「經過整合」的專業服務

## 2. 復能運作的基礎：團隊合作

### ▶ 西醫師

- ▶ 促使醫療照護方向一致並確保安全性

### ▶ 中醫師

- ▶ 中醫飲食評估及個人化規劃管理及中醫養生運動教學訓練

### ▶ 牙醫師

- ▶ 提升進食吞嚥安全性並指導口腔衛生清潔

### ▶ 護理師

- ▶ 提供適當之護理措施，處理基本需求並處理複雜的醫療狀況

### ▶ 物理治療師

- ▶ 評估及處理動作對於日常活動表現的影響

### ▶ 職能治療師

- ▶ 個案在其生活環境中從事他所重視活動的能力最大化，日常生活功能訓練、分析及調整以協助失能者（及其家人）參與生活

### ▶ 語言治療師、聽力師

- ▶ 進食與吞嚥照護、提升溝通功能

### ▶ 營養師

- ▶ 營養照護、咀嚼吞嚥問題處理

### ▶ 心理師

- ▶ 情緒、認知與行為適應與壓力的評估與輔導

### ▶ 藥師

- ▶ 正確用藥指導及多重藥物使用建議

### ▶ 社工師

- ▶ 照顧者支持、社區資源的整合、運用與開發



# CB04-臥床或長期活動受限照護

## 照護目標

### 1. 安全照護

- 1) **安全進食**：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中嗆咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。
- 2) 滿足個別化**營養需求**條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。
- 3) 照顧者能習得適當的**備餐能力**，提供適合個案質地需求的飲食。
- 4) 照護者能使用安全省力的**技巧**執行**協助床上翻身或轉移位**。

### 2. 維持或增進功能性日常生活活動

- 1) 維持、增進或調整現有日常生活活動（坐起、盥洗、進食或排泄）的型態。
- 2) 能依據**生活作息表**進行活動。

### 3. 照顧者能習得預防合併症發生之相關照顧技巧（如：維持關節活動度、皮膚照顧、預防感染等）。

# CB04-臥床或長期活動受限照護

## 評估

1. 依照下列 4 個面向，評估個案因臥床或長期處於活動受限狀況，而導致個案之照護需求：
  - (1)水份及營養的攝取。
  - (2)皮膚完整性評估。
  - (3)日常生活功能活動與生活型態。
  - (4)合併症或其癥兆。
2. 分析個案居住環境及照顧者能力，擬訂個別化之照護策略及照護模式（如：照顧作息表）

六次措施（含評估）為 1 給（支）付單位。  
給（支）付價格 9000（元）

# CB04-臥床或長期活動受限照護

## 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者。
2. 指導照顧者學習及執行擬訂之個別化之照護策略及照顧作息表。
3. 應含執行追蹤、個別化之照護策略及照顧作息表之檢討及修正。

# 案例:臥床個案，醫療狀況複雜

王奶奶，94歲。

個案意識混亂人時地不分，偶能夠口頭表達不適，雙眼視力模糊僅可隨著物件移動視線，偶能理解關鍵詞句，可表達簡單意思，無法進行記憶力測試；有多年高血壓及心臟病史，目前裝有心率節律器，85年初次中風，後陸續中風共三次，逐次造成肢體功能受限，95年頸椎滑脫但無進行其他治療，約於109.01開始頻繁泌尿道感染，109.06開始無法行走肢體功能下降；目前於右臀有一3\*5的三級壓傷，住院後於尾骶骨處有5\*5三級壓傷，由外看每日換藥一次，換藥時個案均有中度疼痛，目前穩定回診於○○醫院精神科(鎮定助眠)、心臟科(心臟病、高血壓)、泌尿科(利尿劑)。

# 臥床個案，醫療狀況複雜

個案雙手指緊握及膝蓋僵直，目前三餐由外看協助準備打糊餐餵食，個案進食及喝水時會有嗆咳的狀況，另會補充水果及營養奶；沐浴、個人修飾、穿脫衣褲鞋襪完全依賴外看幫忙；大小便失禁全日包尿布，偶能夠表達已排泄，但多要外看協助檢查更換；個案下肢完全無力且僵硬，雙膝蓋略顯攣縮，移位完全依賴協助，無法行走及上下樓梯，坐於椅子上無法維持坐姿平衡多會向旁傾倒，多需枕頭輔助固定。

申請服務動機/調整服務動機：個案因中風多年，日常生活完全依賴照顧，近期於膝蓋及臀部有兩處三級壓傷，欲購買氣墊座及氣墊床。

- ▶ 從長照專業視野看，成功的跨專業連結必須建立在互相了解彼此專業邊界、互信、一致的個案目標與溝通頻率上，最終實現以個案能力為中心的優質長照服務

投影片資料來源：

社團法人臺灣職能治療學會  
復能操作指引小組教學內容  
財團法人中衛發展中心  
衛生福利部長期照護司



國際高齡聯盟高峰會議(2016)專家報告：復能與銀髮族，  
臺灣職能治療學會翻譯

下載：[www.ot-roc.org.tw/file/45891ba57da1](http://www.ot-roc.org.tw/file/45891ba57da1)

