

跨專業合作模式 (居家、社區與機構) / 與其他醫事人員之合作

主持人：吳肖琪

陽明大學衛生福利研究所教授

臺灣公共衛生學會 常務理事

臺灣長期照護專業協會 常務理事

107 年 7 月 7 日(六) 08：50-10：20

臺灣師範大學公館校區研究大樓S101 (臺北市文山區汀州路四段88號)

1 為何需要跨專業合作

- 1-1 周全(水平整合)連續(垂直整合)性照護 (以陽光基金會為例)
- 1-2 資源有效運用

陽光的使命

陽光基金會

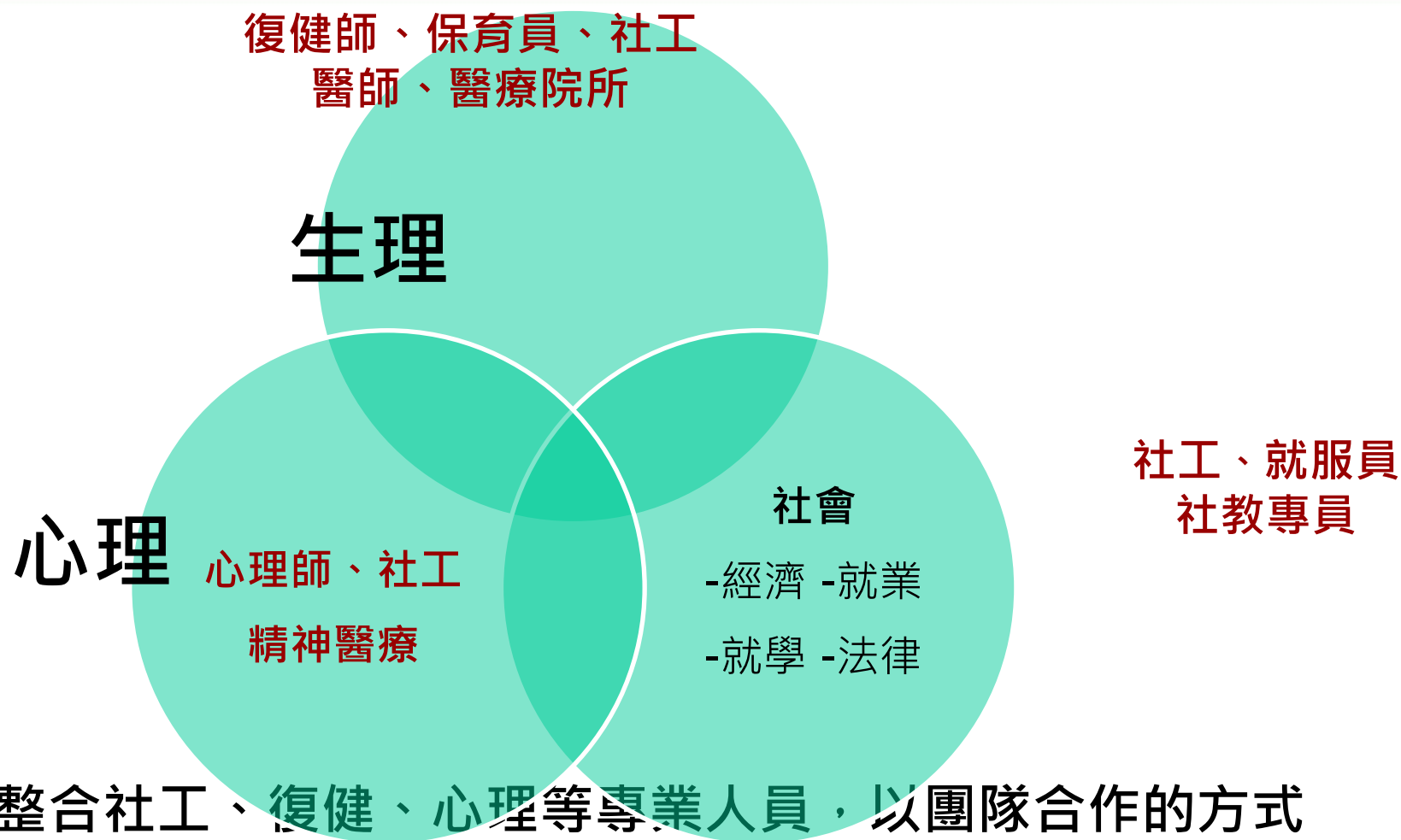
Sunshine Social Welfare Foundation

以全方位服務為顏面損傷及
燒傷者重建環境、身體、心
理與社會功能，維護其尊嚴
與人權。



陽光的服務 - 生理復健與心理社會職場重建

陽光基金會
Sunshine Social Welfare Foundation



全方位協助顏面損傷和燒傷朋友。

1 為何需要跨專業合作

- 1-1 周全(水平整合)連續(垂直整合)性照護 (以陽光基金會為例)
- 1-2 資源有效運用

未來八年台灣面對的環境

❖氣候異常

❖新興傳染病的威脅

❖人口結構大幅改變
(2021年達到人口數
最高峰23,561人)

基隆人口37萬
年輕人口-3.32個基隆市
老年人多3.91個基隆市

(單位：千人)

年齡別	2016	2026	2026與 2016年 相差人 數	2025與 2017年 相差人 數
合計	23,491	23,497	6	4
<15歲	3,080	2,777	-303	-213
15-64歲	17,296	15,810	-1,486	-1229
≥65歲	3,115	4,910	1,795	1,446

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推計(103至150年)中推計」
推估數據(2014)

醫療與長照整合性服務?! (1/4)

高齡社會“多重慢性病+失能”個案會更多

年度	70年		104年	
總死亡人數		86204		163574
Ranking	死因	%	死因	%
	1 腦血管疾病	16.5	惡性腫瘤	28.6
	2 惡性腫瘤	16.0	心臟疾病	11.7
	3 事故傷害	13.5	腦血管疾病	6.8
	4 心臟疾病	8.9	肺炎	6.6
	5 高血壓性疾病	3.6	糖尿病	5.6
	6 慢性肝病及肝硬化	3.6	意外事故	4.3
	7 支氣管炎、肺氣腫及氣喘	3.3	慢性下呼吸道疾病	3.9
	8 肺炎	3.3	高血壓性疾病	3.4
	9 結核病	3.0	腎炎、腎徵候群及腎性病變	2.9
	10 腎炎、腎徵候群及腎性病變	2.7	慢性肝病及肝硬化	2.9
前十大死因占率		74.4		76.7

1. 提供可負擔的整合照護
2. 醫療照護與生活照顧需密切結合，鼓勵一人多功的長照服務
3. 居家安寧與PAC個案亦需照服員、交通接送與送餐..協助
4. 朝個案減少依賴訓練獨立努力
5. 更重視營養、運動與外界互動

非傳染性疾病為主(飲食、運動、健康生活)

103年推估長照失能人數(41-51萬人)

- 長照十年個案 (51億元)(103年核定8.3萬人)
- 外籍看護工(22萬人)(可使用衛政三項及交通)
 - ▣ $2.27\text{萬} * 12\text{月} * 22\text{萬人} = 600\text{億元}$
- 住宿式機構(10萬人)
 - ▣ $2.5\text{萬} * 12\text{月} * 10\text{萬} = 300\text{億元}$
 - ▣ $3\text{萬} * 12\text{月} * 10\text{萬} = 360\text{億元}$
 - ▣ $3.5\text{萬} * 12\text{月} * 10\text{萬} = 420\text{億元}$
- 聘用本籍照服員
 - ▣ $2200\text{元} * 30\text{日} = 6.6\text{萬元/月}$
- 家人照顧無虞

Q1：長照十年占率目標值為何？
30%或40%？

Q2：政府要如何支持入住機構或
聘用外籍看護工者？

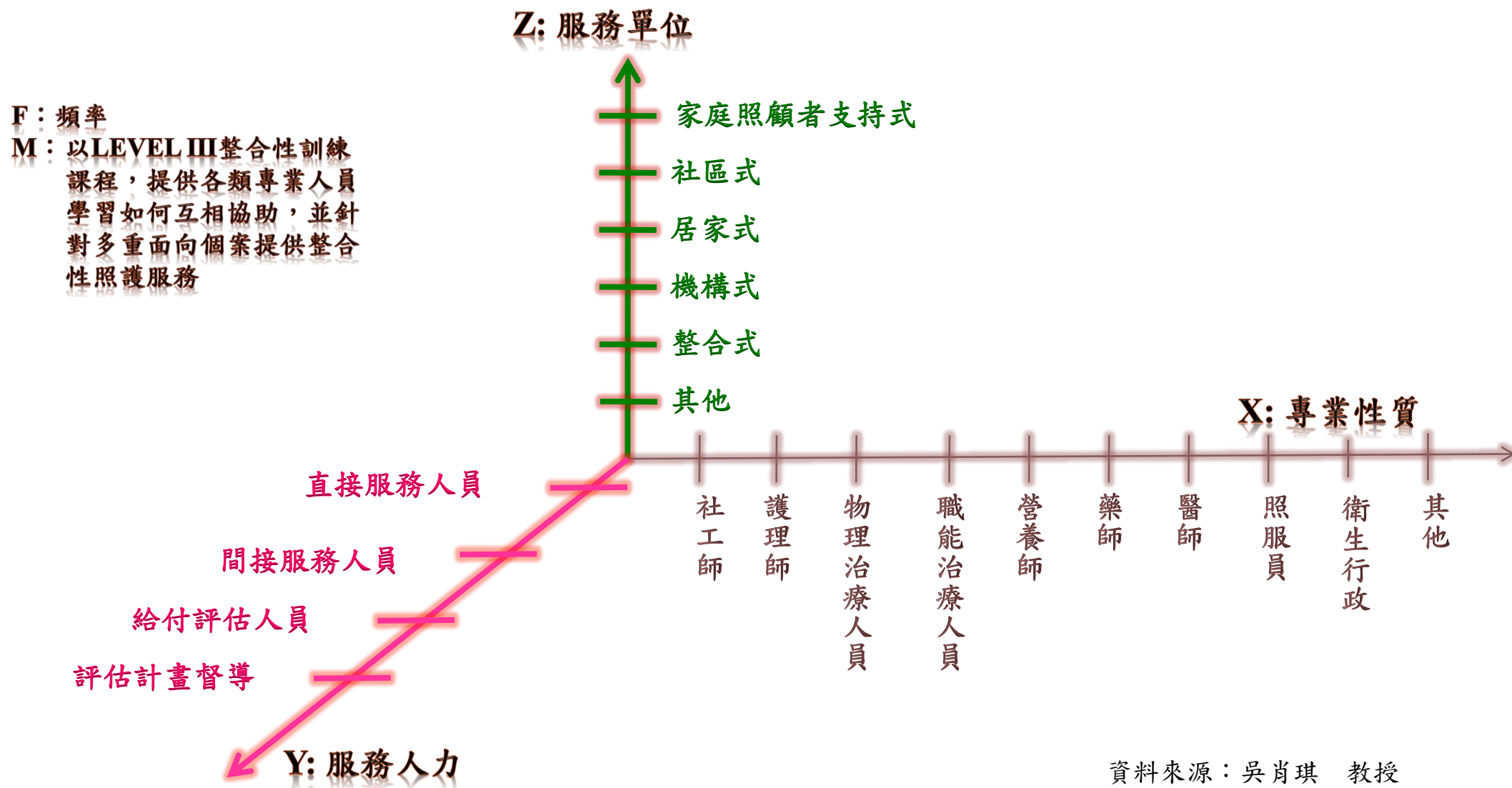
- 醫院附設護理之家可抵免所得稅、
社福機構可否？日本做法為何？

保險對象:雇主:政府
三方分擔保險費
健保 3:6:1
長保 3:4:3

長照保險(政府300億、
雇主400億、個人300
億)

長照2.0 稅收

建議-多維角度思考長期照護服務人力需求



資料來源：吳肖琪 教授

建議-不同層次之培訓課程規劃

Level II：專業課程

1. 依照各專業課程需求及服務場域之不同因應
2. 各專業領域自訂應訓練時數，再依大方向規劃原則，分別訂定細項課程
3. 發展個別專業領域之長照課程，強調專業照護能力

Level I：共同課程

1. 具備長照基本知能
2. 發展設計以基礎、廣泛之長照理念

Level III：整合性課程

1. 以重視團隊工作及增進服務品質為前提
2. 學習與其他專業人員適時合作溝通
3. 課程設計以強化跨專業及整合能力為主

小型老福機構的場景

- 一位老先生坐輪椅到客廳，站起來伸懶腰，走到電視機前開電視
- 老山東麵館老闆個案過胖，因為家人會帶食物來，獨自吃掉

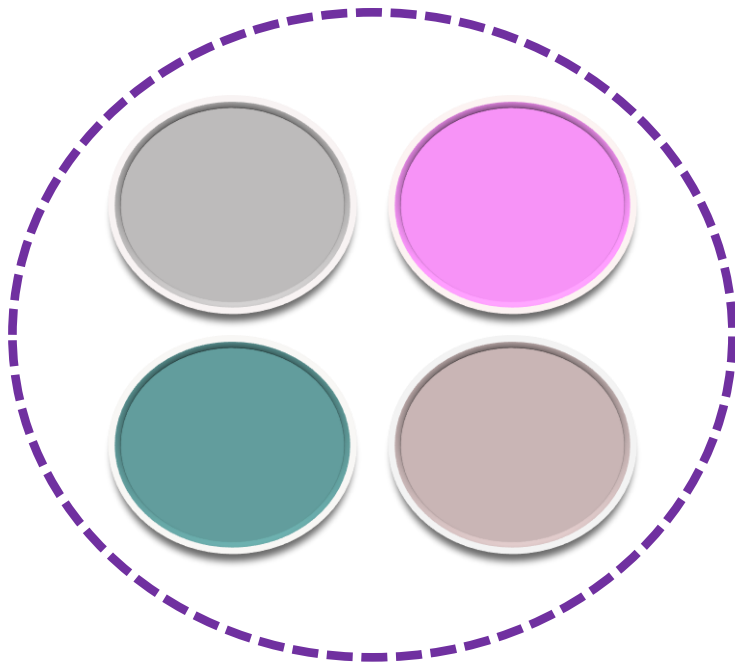
2 專業團隊合作模式

組織內/組織間專業團隊合作模式

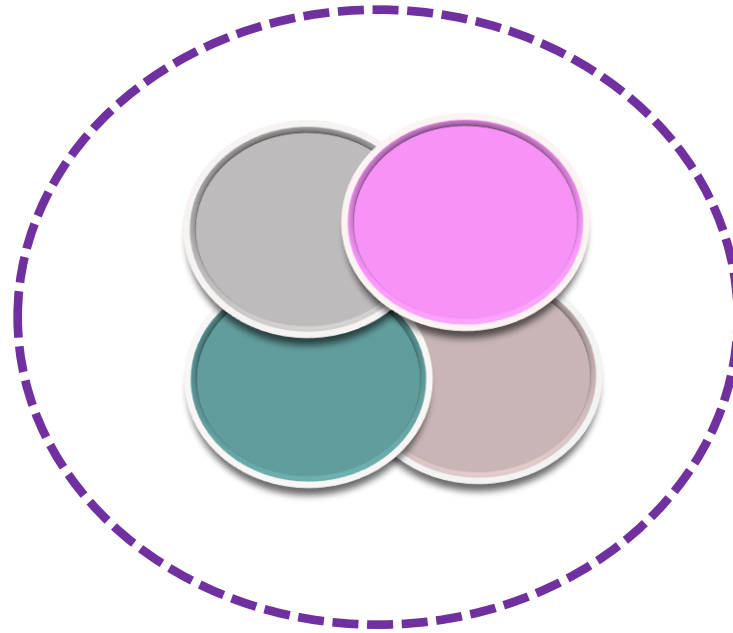
與付費模式及人力配置有很大關係，三種最常見的團隊照護模式

- 多專業的照護(multidisciplinary)
- 跨專業的照護(interdisciplinary)
- 貫專業的照護(transdisciplinary)：被稱為像跨組織團隊(cross-organizational team)。

提升長照資源的效率



多領域
(multidisciplinary)



跨領域(interdisciplinary)



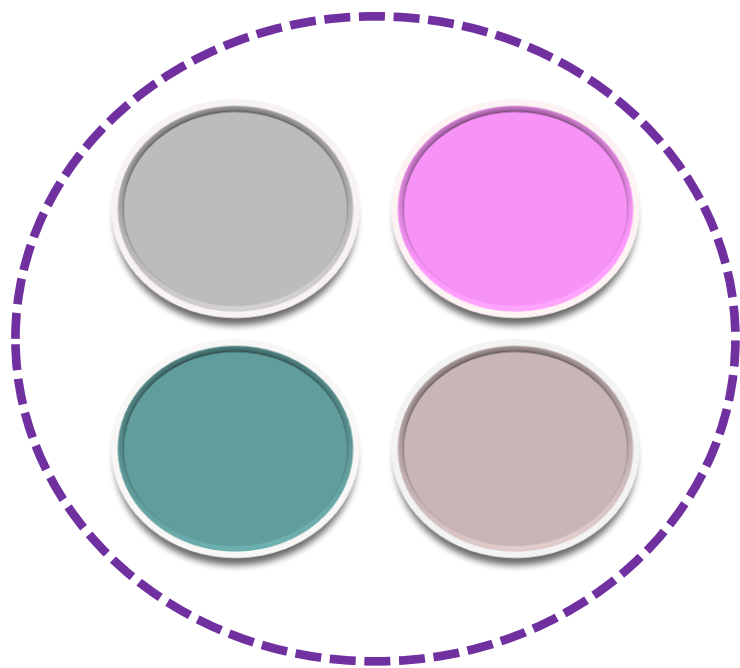
Multi-skill

長照人才一人多功 + 必要時的專業照會

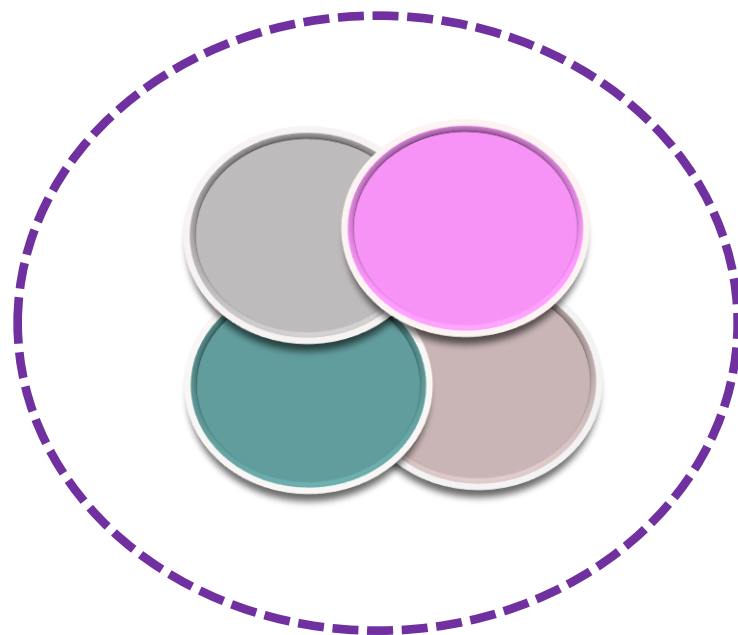
不同專業團隊合作模式的異同

- 共同點：一群有各自專業的人共同工作，以解決個案的問題。
- 相異點：
 - 多專業的照護：團隊成員用其自己的專業觀點去各自獨立評估、擬定治療計畫及執行治療診斷與處置，最後與團隊分享訊息
 - 跨專業的照顧：各專業人員透過合作與一起參與討論，共同為處理一個個案的問題或狀況努力
 - 貫專業的照護：團隊內各專業領域的界線較模糊，或者說是鼓勵一人多功，即各專業釋出部分專業技術由其他類似專業進行，減少專業人力的投入達到相似的照護效果

支付制度(論量、論包裹計酬)會影響跨專業合作模式



多領域
(multidisciplinary)



跨領域(interdisciplinary)



Multi-skill

長照人才一人多功 + 必要時的專業照會

3 專業關係的互動溝通與協調

專業關係的互動溝通與協調(1/2)

不同專業組成的團隊成員間，可透過正式及非正式溝通管道，強化彼此工作默契，讓個案有最好的照護

- 未來趨勢會採取遠距工作管理(remote work management)方式：藉由資訊系統遠距工作管理，替代紙本病歷紀錄、能及時的與其他專業溝通或決策
- 溝通協調是長照團隊重要的技能之一，包括溝通協調各專業人員、消費者、與家庭，為提供個案有效率、有品質、可負擔得起費用的全人照護方式
- 溝通應是雙向性的才會有效，傾聽、拜託、激勵、當責為四個關鍵

雙向溝通

- **傾聽**：溝通不可能單方面傳達訊息，學習傾聽、學習同理心、讓對方複述你所要傳達的訊息
- **拜託**：各專業之間要學習彼此拜託，專業人員與失能者及其家人也要學習彼此拜託別人幫你做某些事，也學習樂於協助執行別人拜託的事情，並把它記錄下來
- **激勵**：激勵是進步的原動力，長期照護是漫漫長路，需要彼此之間互相打氣激勵，學習與尋求正向（positive thinking）以及復原力或韌性（resilience）的能量，可以幫助自己也可以幫助別人，因此在長照專業團隊的訓練課程中，應該更強化不吝嗇給人鼓勵、學習正向的話語、學習如何從逆境中回復或變得更好
- **當責**（accountability）：負責任是當責的前提，當責在溝通上不做虛誇的保證，要有確實的行動，不僅是對事情要負責，而是要確保確實的提供服務

專業關係的互動溝通與協調(2/2)

一個個案需要多少專業人員介入？

- 視個案複雜度
- 照護團隊人員跨領域合作的能力
- 政府對長照重視的程度與投入的經費多寡
- 補助/支付方式(論量、論包裹)
- 服務供給人力、以及個案的經濟能力而定

4 如何讓心理健康被重視

4-1 讓民眾看到-何時需要心理諮商

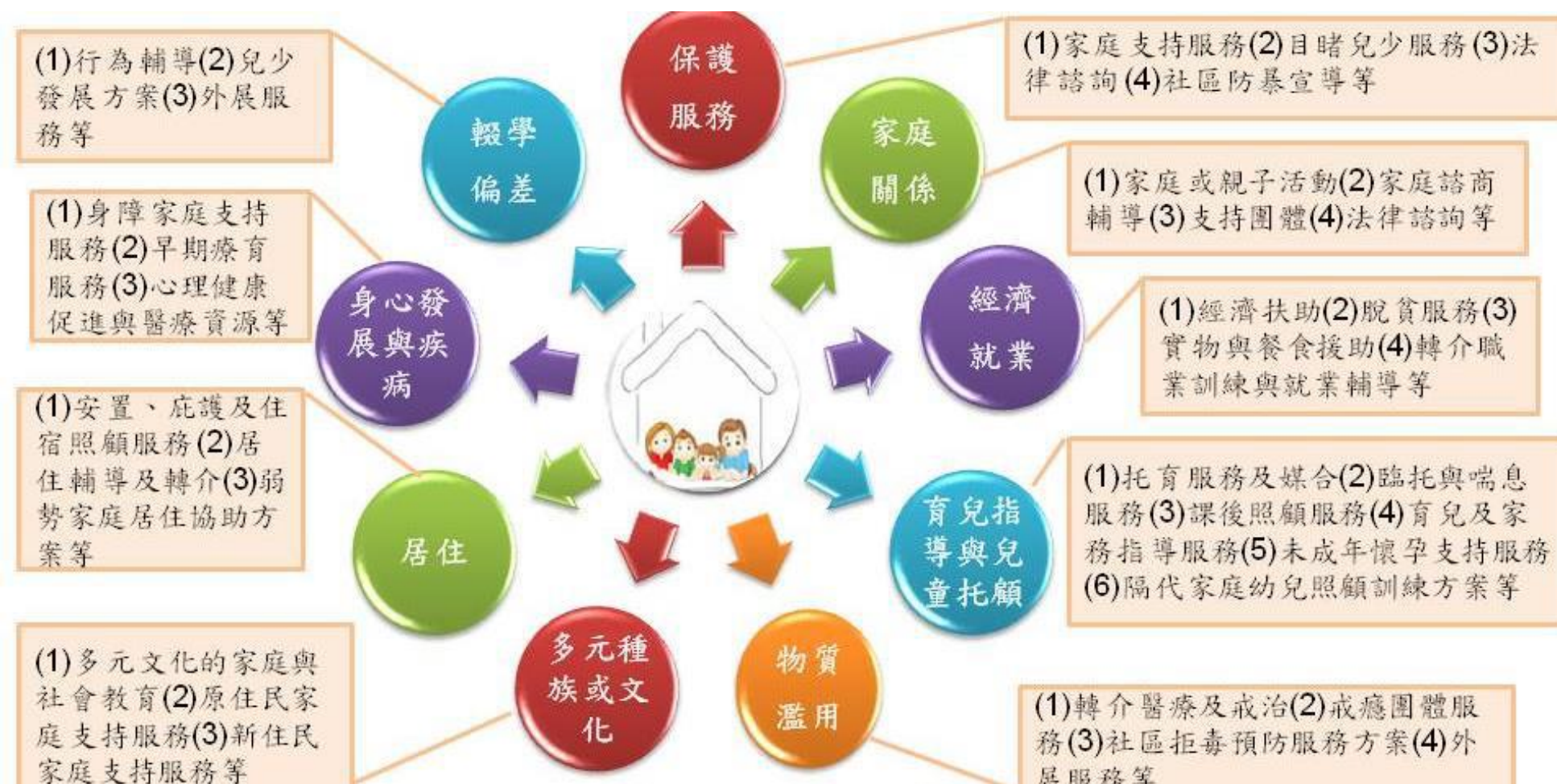
- 重大疾病發生：新發癌症、顏面損傷、初次中風、脊椎損傷...
- 重大變故發生：賺錢的家人意外死亡、
- 受虐：家暴、兒虐、性侵、遺棄...
- 長照與急性後期照護(PAC)個案

4-2 讓跨專業看到-何種個案需要心理諮商

強化社會安全網計畫核定本(衛生福利部、教育部、勞動部、內政部，107/2/26)



圖1：社會安全網跨體系資源連結圖示



計畫項目		類別	現有人力(註1)		分年人力需求		
			105年	106年	107年	108年	109年
強化社會安全網 計畫新增人力		社會福利服務中心人力	137	201	615	958	1,154
		脫貧方案家庭服務人力	0	0	42	80	83
		整合保護服務及因應高度風險個案新增保護社工人力	0	0	176	342	498
		兒少保護醫療整合中心人力	0	0	8	8	8
		加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務人力	25	25	106	214	283
		加害人處遇協調服務人力	23兼辦	23 兼辦	41	66	88
		少年偏差行為及虞犯輔導人力	0	0	31	31	31
		小計(A)	185	249	1,019	1,699	2,145
充實地方 政府社工 人力配置 及進用計 畫人力	衛福 部補 助款	兒少保護服務人力	320	320	320	320	320
		家庭暴力服務人力	190	190	190	190	190
		100年補助充實保護性及身心障礙需求評估服務人力	366	366	366	366	366
		小計(B)	876	876	876	876	876
		本計畫需求人力合計(C=A+B)(註2)	1,061	1,125	1,895	2,575	3,021
	一般 性補 助款	地方政府納編人力(D)(註3)	1,067	1,132	1,132	1,132	1,132
總計(E=C+D)			2,128	2,257	3,027	3,707	4,153

註1：本表現有人力係以中央補助者列計，其中：(1)「社會福利服務中心」係由衛福部以公益彩券回饋金補助；(2)「加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務」及「加害人處遇協調服務」係由衛福部「整合型心理健康工作計畫」補助；(3)另「少年偏差行為及虞犯輔導人力」尚有地方政府自籌之現有人力 124名。

註2：本計畫需求人力107年1,895人、108年2,575人、109年3,021人，係以約聘進用，得不受「聘用員額不超過機關預算總人數百分之五限制」的規定。

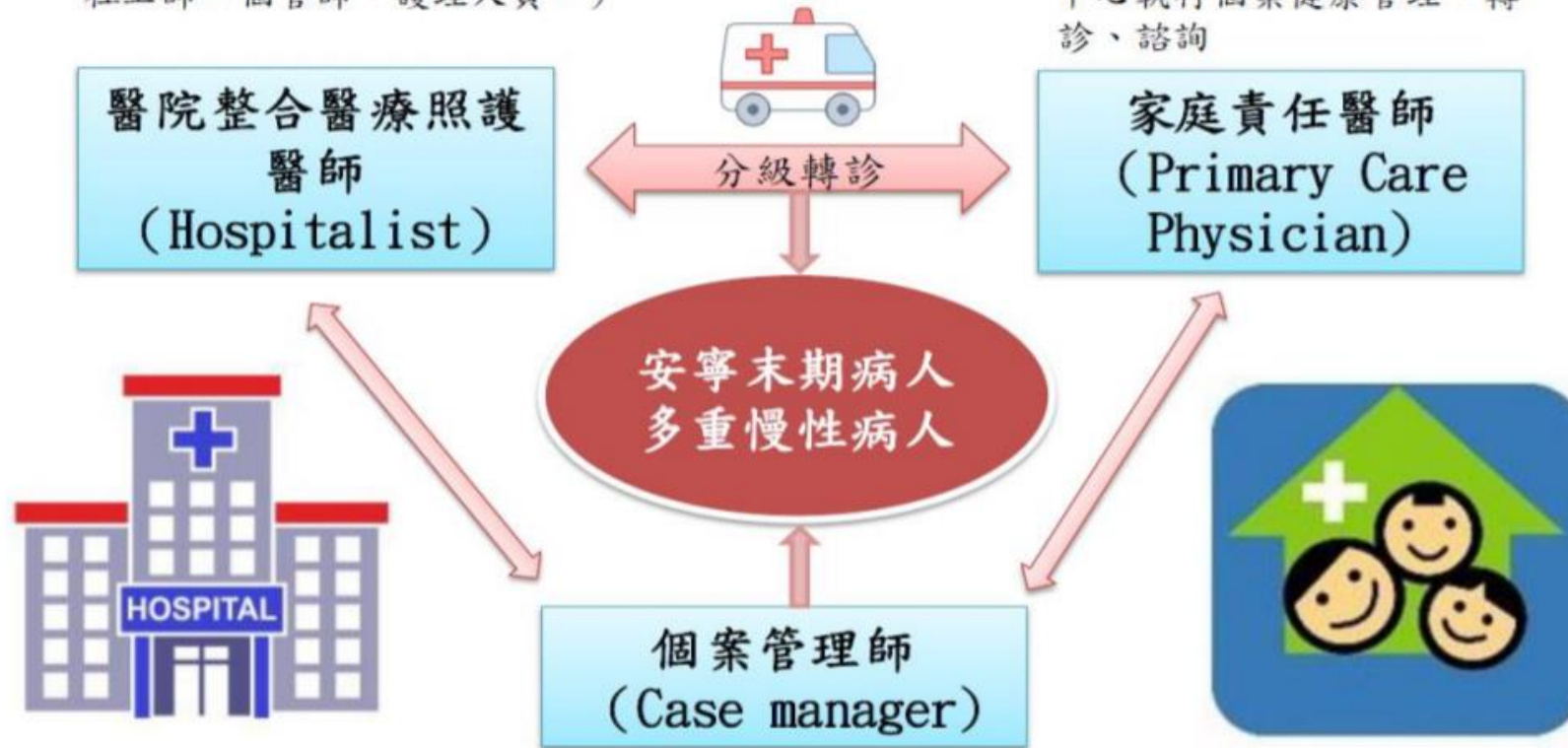
註3：地方政府納編人力係由行政院主計總處以一般性補助款統籌設算地方政府自行進用，惟涉及地方政府採納編或約聘人員的進程與人員配置規劃，故108、109年人力需求將依實際進用情形滾動修正。



醫療垂直整合銜接照護模式

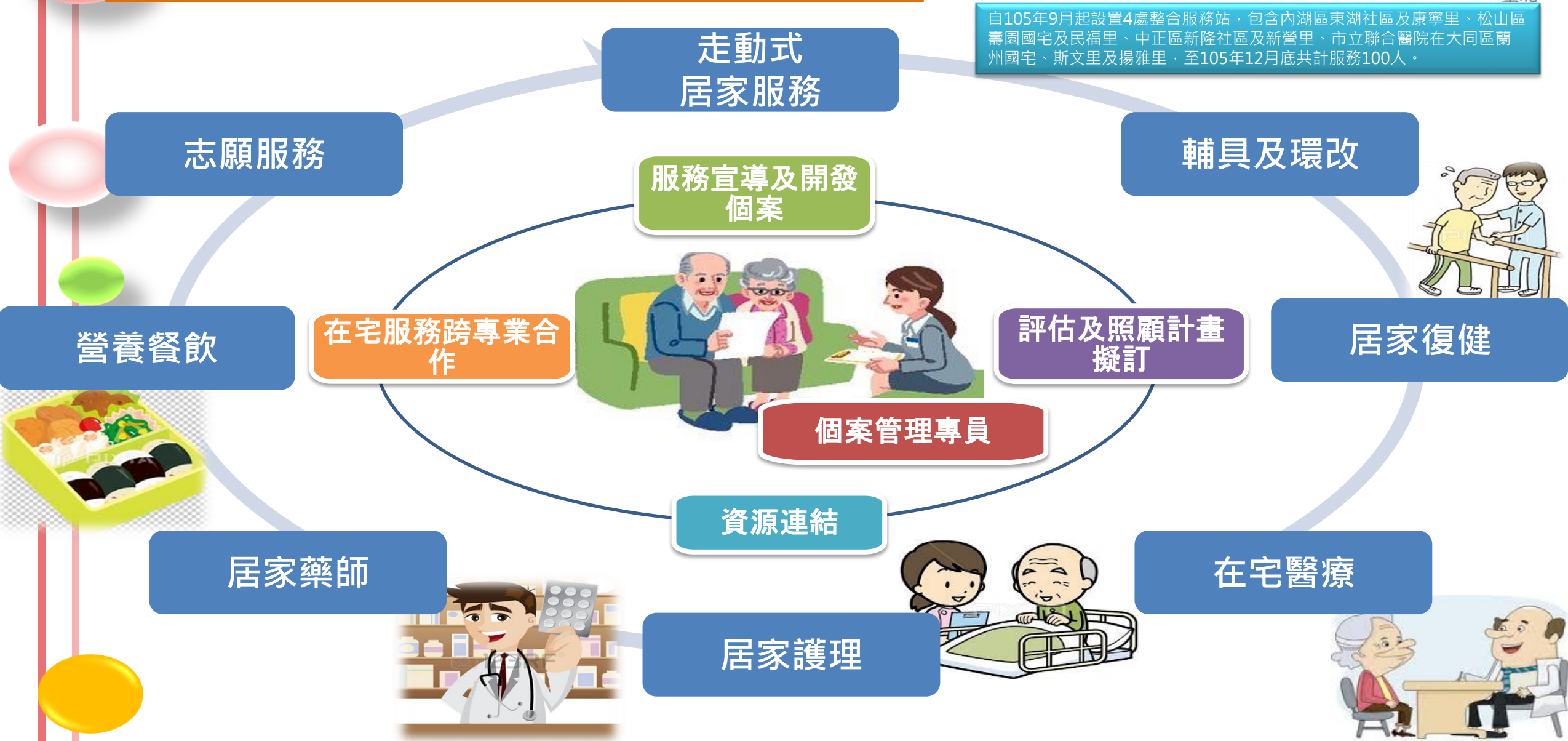
醫院整合醫學照護制度計畫：
醫療團隊提供臨床服務(專責主治醫師、專科護理師、營養師、社工師、個管師、護理人員...)

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫：
社區醫療群、合作醫院及執行中心執行個案健康管理、轉診、諮詢



社區整合性照顧服務(石頭湯計畫)

自105年9月起設置4處整合服務站，包含內湖區東湖社區及康寧里、松山區壽園國宅及民福里、中正區新隆社區及新營里、市立聯合醫院在大同區蘭州國宅、斯文里及揚雅里，至105年12月底共計服務100人。



Reablement (瑞典1999、丹麥2008、挪威2011)

(also known as 'restorative care' in Australia, New Zealand and the USA)

- as a philosophy or a policy approach within community health and social care services. While it shares some features with traditional domiciliary care and occupational therapy, its focus is innovative.
- Commonly delivered as an intensive (multiple visits), duration-specific (typically between six and twelve weeks), multidisciplinary home care service, reablement focuses on **user-identified goals and outcomes** (Cochrane A, 2013).
- In encouraging and guiding older people **to do things for themselves rather than have things done 'for' or 'to' them**, reablement seeks to **maximise independence and increase quality of life, delay hospitalisation and institutionalisation, and reduce mortality** (Cochrane, 2013).
- Care plans are consisting of a tailored set of **user-agreed tasks and goals** based on activities of daily living (ADL) and functional independence, through which the individual can (re)build confidence in their own capacity for control over their life (Glendinning, 2008).
- interventions : physical exercise and mobility support, education about nutrition, lifestyle and self-management of chronic conditions, environmental redesign within the home, the provision of equipment aids, and **strategies to manage anxiety and depression**, with the longer-term goal of reducing the need for home care support into the future (Glendinning, 2010; Ryburn, 2009).

WHAT IS REABLEMENT?

Reablement is an intervention that enables older people to maintain and improve their functional ability and contribution to community and society



引自:蔡宜蓉等:生活自立或復健訓練模式之發展與服務制度之建議。衛福部104年委託計畫宣導。

<http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2015/12/What-is-Reablement.jpg>

Intermediate care and reablement

https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs76_intermediate_care_and_reablement_fcs.pdf

- avoid unnecessary admission to hospital
- be as independent as possible after an unplanned hospital stay or illness
- remain living at home if due illness or disability, you are having increasing difficulty with daily life
- avoid moving permanently into a care home before you really need to.

5. 結論

- 讓民眾看到-何時需要心理諮商
- 讓跨專業看到-何種個案需要心理諮商



Q & A