

# 以質性研究探討台灣推動復能服務之困境與因應策略—從服務提供者觀點分析

蔡宜蓉<sup>1</sup> 毛慧芬<sup>2,3</sup> 林佳萱<sup>4</sup>  
李玉春<sup>5,6</sup> 張玲慧<sup>4,\*</sup>

**目標：**台灣長期照顧十年計畫2.0自2018年，建立長期照顧新模式，推動復能服務，強調功能性訓練，與長照1.0以身體功能改善為目標的居家復健有所差異。本研究探討專業人員於照護模式的改革中，實務遇到的困難與因應策略。**方法：**採紮根理論，以南部某縣市所舉辦之復能輔導會議及世界咖啡館討論中，針對復能執行現況與經驗之討論紀錄進行質性分析。參與者包含參與討論之復能團隊人員（如：照顧管理專員、個案管理師、職能治療師、物理治療師及護理師等）。**結果：**共690人參與活動。實務面臨之困難，共歸納出兩個主題：(1)「對復能無共識」：對復能原則的理解有限或誤解，及建立共識的教育訓練不完善；和(2)「無法有效地團隊合作」：參與人員多與溝通管道不足。因應策略主題有(1)「以個案及其目標為中心」，可行辦法包括個別化目標、關係建立、了解潛能；和(2)「建立新的團隊架構與互動機制」：共同訪視、教育訓練與建立新的溝通管道。**結論：**推動復能時，從價值觀改變、教育宣導，到服務團隊之配套和整合不足，致使照護模式的改革困難。本研究提出可供參考的策略，未來可納入政策訂制者及服務使用端的觀點更深入探討。（台灣衛誌 2021；40(4)：394-405）

**關鍵詞：**復能、長期照護、質性研究、紮根理論、專業人員

## 前 言

高齡健康照護為各國健康、福利、經濟與人力資源之巨大挑戰，世界衛生組織在2015年提出健康老化（healthy ageing），期

透過環境的賦能與機會的創造，讓長者都能成為自覺有價值的人或做自覺有價值的事，促進功能最佳化[1]。復能（Reablement）模式幫助高齡者在支持性、賦能的環境中，善用有限的身體內在機能（inner capacity），運用策略達到功能表現最佳化，實踐個人自主的生活[2]。復能模式欲克服長照兩大迷思：一是過多不必要的代勞照顧（compensatory care）（如：個案能自己穿衣，卻幫她穿衣），使個案依賴度增加，照顧者過勞，整體照顧費用攀升。二是重視內在機能進步（如：神經復原、肌力鍛鍊），卻看輕日常生活參與執行（如：盡量自己洗澡）[3]。復能模式翻轉舊思維，改以有限次數訓練，幫助個案達到自訂的重要生活參與目標[4]，與健保之醫療復健強調黃金恢復期，以增進生理性肌肉、骨骼、神經或/

<sup>1</sup> 高雄醫學大學職能治療學系

<sup>2</sup> 國立臺灣大學醫學院職能治療學系

<sup>3</sup> 國立臺灣大學附設醫院復健科

<sup>4</sup> 國立成功大學醫學院職能治療學系

<sup>5</sup> 國立陽明交通大學衛生福利研究所

<sup>6</sup> 國立陽明交通大學跨專業長期照顧與管理碩士學位學程

\* 通訊作者：張玲慧

地址：台南市東區大學路1號

E-mail：lhchang@mail.ncku.edu.tw

投稿日期：2021年4月14日

接受日期：2021年8月10日

DOI:10.6288/TJPH.202108\_40(4).110039



和心肺能力恢復，略有不同。復能直接介入個案自選重要日常生活的執行（如：洗澡、服藥、搭車等），指導個案使用各種能力、工具和方法，直接改變功能執行表現，不依賴他人服侍，也不必等身體功能與結構改善（有些人沒有變好的潛力），才嘗試自己吃飯穿衣等。此聚焦日常活動參與的每日生活復能，試圖破除前述迷失，近年漸獲各國重視，納入長期照護政策中。

2006年我國開啟長期照顧十年計畫（簡稱長照1.0），提供八大項服務，其中包括居家與社區復健；雖以功能訓練為目標，但當時大多由醫院治療師兼職提供服務，部份難脫醫療復健觀點，偏重針對因身體結構或器官缺損造成的內在能力（如肌力、平衡能力、認知功能等）問題進行矯治[5]，在長照看重的日常生活表現方面，改善有限，成效不佳。2017年長期照顧十年計畫2.0（簡稱長照2.0），翻轉長照1.0的醫療化居家復健模式，開啟復能照護模式，以生活功能為目標，除長照1.0時是以職能治療及物理治療專業為主要核心成員，同時也納入其他專業，如護理師、語言治療師、社工師、醫師、營養師、藥師、臨床心理師、呼吸治療師等，期能從不同專業觀點，促進個案功能的恢復[6]。個案由長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）、出院準備服務單位及社區整合型服務中心（以下簡稱A單位）等管理單位分工合作來評定其長照需求等級（Case Mix System, CMS），確立復能需要，完成服務單位媒合。接續由復能提供單位（長照複合型服務中心，以下簡稱B單位），和個案及家人議定復能訓練目標和計畫，並執行復能指導訓練。程序歷經多種類單位，故單位內部及以單位之間的溝通合作顯得格外重要。

始於1999年，瑞典、丹麥、挪威、北愛爾蘭和英國先後進行長照制度變革，導入復能。以個案為中心、整合性、目標導向、短期密集（通常不超過12次、六~十二週）、多專業團隊與個案合作，進行具成本效益的復能介入[4]。多數實證研究支持復能可帶來正向成效：一項系統性回顧研究

指出，復能服務顯著降低居家照顧使用率及提升使用者健康生活品質[7]。英國三個前瞻性研究發現，復能服務期間平均為3.9週、至多6週，對個案自我照顧能力、自覺健康、生活品質及醫療長照服務利用都有顯著改善[8]。丹麥自2015年起，推動「復能優先」的長照政策[9]，建議復能專業服務優先於居家照顧服務，以減少照顧服務之需求與花費。制度的變革，對丹麥體系和專業人員而言，同時帶動規範變動（normative dynamics）：從代勞照顧的殘補模式，變成以復能模式為價值信念及制度的新規範[3]。

而照護模式的改革，除了需政府體制配合，專業人員訓練、充分的配套資源投入與多方磨合，也需逐步、耗時且有策略地推行[10,11]。跨專業團隊的合作是復能服務的必要條件；跨專業團隊「需要」專業人員間相互信賴與支援，良好的組織可促成良好的合作經驗，全新的溝通架構才能幫助個別服務有效率的統整執行[10,12]。各國復能推行經驗，對人口快速老化、少子化和照顧人力不足的我國而言，值得借鏡。

政策與照顧模式的變革，不可避免需經過調適修正。長照2.0的復能服務實施迄今已第四年，能造福個案，卻也面臨很多困境與問題。目前尚無相關研究探討第一線工作人員實際面臨之困難與解決辦法。因此本質性研究，期望透過復能服務提供者觀點的收集，深入了解現今復能服務的困境與因應策略，提供政府與實務工作者參考，以提高復能服務在台灣成功推動的可能性。

## 材料與方法

### 一、研究設計

本研究以質性研究方法，藉參與觀察南部某縣市委託執行的長照復能服務輔導計畫（以下稱為輔導計畫），為復能專業服務提供者辦理七場為期兩天的復能繼續教育課程，以及七場區域性之「復能輔導會議」，廣泛性收集第一線人員之經驗與意見。每場繼續教育課程皆包括兩小時的「世

界咖啡館」進行經驗分享，輔導會議則包括復能提供單位之個案討論與執行現況深入研討。本研究系統性收集上述活動參與者討論內容之質性資料，應用內容分析（content analysis）原則[13]，使用紮根理論的譯碼分析步驟進行資料分析[14]。研究已通過成功大學人類研究倫理治理架構審查。

## 二、資料蒐集

本研究之資料蒐集方法分為兩大類：1.以「世界咖啡館模式」，邀請復能相關人員進行主題式討論，收集其對於現階段復能服務之實務困境與推動策略的經驗；2.於「復能實地輔導會議」，藉由復能服務提供單位分享的復能服務執行概況與流程，了解復能服務執行狀況，並引導參與者間分享經驗、確認問題與討論策略。

「世界咖啡館」為質性研究新興的資料收集方法，藉由創造輕鬆非正式討論環境，促成參與者對於複雜議題達成建設性參與式對話，其遵從七大原則：設定情境、創造友善空間、探索重要問題、鼓勵每人參與貢獻、連結不同觀點、共同聆聽樣態與洞見，及分享共同發現[15,16]。在世界咖啡館，參與者自我組織加入有意義的深入對話，透過換桌，同場內多議題同時進行，形成多回合疊加性的知識交換並點燃創意。在進行過程中，不要求結構性地議事，亦不以共識決或共識結論為談話標的。近年漸見於多元（不同族裔或多職類服務提供者等）或較多參與者之質性意見收集的研究所[17-19]。本計畫之「世界咖啡館」，討論主題有四：復能實務困境、品質管理、經營管理及政策制度，每場參與者都分為八桌（組），每主題有兩桌討論，每桌約8-10人；每組參與者輪流加入各主題之討論。每桌由一名固定的「桌長」將討論主題介紹給每組參加者後，開始帶領討論。桌長為當場次參加者中的資深專業人員，由輔導計畫團隊自報名表中挑選，並於實際收集資料前，輔導計畫團隊建立帶領之共識。

每一議題進行25分鐘後，每組參加者

換到另一主題桌，進行下一輪的討論，四主題輪桌討論進行至少100分鐘，即每位參加者在8-10人的小團體內，參與約兩小時的討論。每次會由桌長先說明前一輪的討論重點，再請每位參加者針對主題疊加新的觀點或想法，將實務現場遇到的困難和因應策略，以不同顏色便利貼書寫，自主無記名貼出供集體討論，因此便利貼資料可以扼要如實呈現專業人員在復能服務所遇到的經驗。討論結束後，由桌長協助將原始資料與觀察紀錄轉換為文字檔案，供研究進行質性分析。

「復能實地輔導會議」依該縣市行政分區共舉辦七場，每場會議約15-40人參與，每場由兩所復能單位提供個案及執行狀況報告。輔導計畫依據文獻回顧與衛福部復能操作指引[20]，報告內容包括：復能服務派案、接案與個案概況、復能服務說明方式、復能提供流程、團隊溝通機制與資源連結等呈現復能品質面向之重點。根據報告中復能執行困境，進行解決方法之討論，討論進行約40-60分鐘。會議由研究團隊進行書面和錄音紀錄。納入本論文分析之研究資料包括：世界咖啡館便利貼文字檔，與復能輔導會議之簡報報告、詳細會議紀錄與觀察（錄音與書面）。

## 三、研究對象

參與世界咖啡館共計525人，119人（22.7%）為物理治療師、119人（22.7%）為職能治療師、82人（15.6%）為照專、82人（15.6%）為A單位個管師、53人（10%）為護理師、40人（7.6%）為藥師、11人（2%）為營養師、10人（1.9%）居服督導、9人（1.8%）其他專業人員（甲類輔具評估人員、呼吸治療師、醫師、語言治療師等）。參與復能輔導會議者共165人，54人（33%）為個管師或照專，111人（67%）為B單位專業人員。參加者之招募係由輔導計畫辦理單位製作簡章，透由長照中心發送並鼓勵該縣市長照管理分站及AB單位主動報名。

#### 四、資料分析

本研究根據世界咖啡館的討論文稿與輔導會議的詳細會議紀錄進行內容分析[13]，使用軟體Atlas.ti 7.0，應用紮根理論之譯碼步驟分析如下：(1)開放性譯碼：首先進行將所有的文本仔細閱讀資料，將資料概念化（conceptualizing），經過反覆閱讀資料並深入比較後，初步分析產生61個譯碼。進一步將主題聚焦於復能推動狀況，重新譯碼，第二階段共產生與復能推動相關共49個譯碼，例如「跨專業溝通困難」、「對復能的理解」等。(2)主軸譯碼：分析概念間的脈絡，把相似之範疇串聯起來。例如將資料中所呈現之困難及策略、相關議題連結，如「專業人員與個案無法對復能有共識」、「缺乏溝通平台」和「工作模式改變」等連結一起為「實務困難」主題；「以個案及其目標為中心」、「溝通策略」和「新的團隊架構」等連結為「解決策略」主題。(3)選擇性譯碼：針對以上兩個大主題與次主題架構，尋找核心範疇，驗證其與主題之間的關係，使範疇更加完備[14,21]。本研究使用三角驗證來提升研究品質之效度，其策略包括多重資料來源（參與者、文字資料、觀察）、成員檢測（member check）（藉由與熟悉復能服務之復能工作人員分享結果，確認詮釋可如實反映復能工作者之經驗）。本研究使用三角驗證來提升研究品質之效度，其策略包括多重資料來源（來自多專業之參與者、多場會議與咖啡館之文字資料、觀察）。本研究於資料收集過程，定期與計畫執行團隊針對世界咖啡館與復能輔導會議之內容進行討論與分析，確認對於參與者所述的內容符合復能實務現況，與定期研究團隊會議針對資料分析的討論，參與者包括資深職能治療師、物理治療師與職能治療研究生，並且資料分析與撰寫過程中，反覆與文本與相關文獻相互比對檢核等方式克服單一觀察者、方法及單一理論解釋可能造成的偏見，提升研究結果的可信度（credibility）[22,23]。主題確認後，重複閱讀原始資料，確保主題不離原始資料之意義。資料分析與

撰寫過程經作者間多次討論，確認詮釋符合目前資料之原意。

## 結 果

結果分成兩大主題：(一)復能專業人員的實務困難，又分為「對復能無共識」和「無法有效地團隊合作」兩個面向；(二)因應策略或努力方向，又分為「以個案及其目標為中心」和「建立新的團隊架構」兩面向（見表一）。

### 一、復能專業人員的實務困難

分為兩個次主題：「對復能無共識」和「無法有效地團隊合作」。

#### 1. 對復能無共識

研究對象中的專業人員大致認同：從熟悉的長照1.0居家醫療復健模式轉換到復能服務，需要改變觀念及做法，但對復能定義與復能執行方式也提出質疑。同一類專業人員口述的復能，有著不同版本；跨專業團隊對如何協助個案促進活動參與，各自發揮；個案及照顧者對促進活動參與的期待也想法歧異。以下分兩個次主題討論：對復能原則的理解有限或誤解、及建立共識的教育訓練不完善。

##### (1) 對復能的理解有限或誤解

許多專業人員提出，可能因「政策宣導不清，廣告時也未陳述相關規定，造成第一線在跟民眾解釋時的困擾」，現階段案主對復能概念的理解狀況不一，經常遇到如「介紹復能時，家屬難以理解」、「家屬仍希望治療師提供傳統復健（拉筋、按摩）服務」、「有案家就是期待治療師去做復健的，要求次數多，但主動執行度差，難以結案。」，或有「個案及家屬有過高的（對內在能力恢復的）期待」等情形，造成後續執行計畫時的困難。

除案主外，照管中心、A單位、復能單位到輔具廠商，人員缺乏清楚或一致的復能理念，向個案說明復能的方式也時常不一致，導致復能過程出現問題。例如：個管師

表一 結果主題

復能專業人員的實務困難		因應策略或努力方向	
對復能無共識	對復能的理解有限或誤解	以個案及其目標為中心	<ul style="list-style-type: none"><li>• 一起討論決定個別化復能目標：如-探問過去喜歡但現在做不到的事</li><li>• 溝通和建立關係：家庭會議、以家屬想要的先開始做起</li><li>• 了解個人潛能：創造成功經驗、技巧性介入</li></ul>
	建立共識的教育訓練不完善	建立新的團隊架構與互動機制	<ul style="list-style-type: none"><li>• 聯合訓練：主動盤點和尋找合作單位、更多元課程和平台</li><li>• 建立新的溝通管道：長照中心定期舉辦有系統有規模的會議、以復能為重點的討論</li></ul>
無法有效地團隊合作		建立新的團隊架構與互動機制	<ul style="list-style-type: none"><li>• 共同訪視或聯合訓練：主動盤點和尋找合作單位</li><li>• 建立新的溝通管道：<ol style="list-style-type: none"><li>1. 服務單位/者之間一使用社群媒體</li><li>2. 長照中心一定期舉辦有系統有規模的會議、以復能為重點的討論</li><li>3. 與個案間一A單位當窗口、政府公開網站供查詢</li></ol></li></ul>
人員類別眾多、缺乏適切的溝通管道、人員分布不足			

提出「不知如何寫復能目標才對（個管師的專業背景不同，很難評估個案的潛能），寫了就被照專退，照專可能也不一定真的了解，無所適從」；照管專員提出「治療師跟案家說復能服務結束是照專不給，案家都打來罵照專，沒有了解復能的意涵」；也有專業人員提出「個管師和照專需一人分飾多角，什麼都被逼著要懂，但教育訓練太少，搞到最後大家都很混亂」和「輔具廠商未接受完善訓練，帶給民眾錯誤認知。」等情形。與會者也提出，目前缺乏簡單易讀的復能簡介說明，來幫助溝通。

專業人員也反映，家屬對於復能強調個案自立，將訓練技巧教予照顧者，增加居家自主訓練，降低治療師的介入頻率等概念，尚無法接受。有些個案過度依賴治療師，如「家屬照三餐打電話（家屬非常頻繁地打電話（詢問問題）」、「個案對治療師過度依賴，即便結案後仍希望治療師過去服務」。個案與家屬較習慣過往依賴和聽命醫療權威，不習慣復能重視主觀價值和自主居家落實的新方式。

照管中心、A單位、復能單位到輔具廠商各自理解和解說復能版本不一，個案端聽

不懂復能是什麼或期待錯誤，也未習慣個案賦能的概念，都是現況混亂的原因。

## (2)建立共識的教育訓練不完善

許多人都提出，建立共識要靠教育訓練，「專業人員良莠不齊，依然需要提升教育訓練」、「（個管師及照專）需要內部教育訓練，甚至是有實習（實例）制度」和「應增加照專和個管師的人力，以及多開教育訓練的課程和平台」。增加培訓良好的人力如此重要，但卻缺乏整體規劃與落實。有人認為政府或專業組織需要負責提供免費課程訓練，系統化建構一致的知能，如「應該由公會或是政府相關單位來承接教育責任」或「B單位是否應負教育訓練責任？」，也有人主張「B單位（因資源不足）無法提供相關教育訓練及督導審核計劃」。有少數主張「（教育訓練）是專業人員需要付費上課」等。顯示從全國、專業組織到服務單位的巨觀至中階層面，都有教育訓練的需求，但也透漏教育資源和教育平台不足，且缺少主責者等缺陷。

## 2. 無法有效地團隊合作

長照2.0納入更多專業職類可提供服務，然過去大多專業人員較少落實跨專業溝

通互動。許多專業人員認為要在實務上達成文獻提出的「復能跨專業合作有效團隊」，仍有困難：包括人員類別眾多、缺乏適切的溝通管道、和人員分布不足等。提供復能服務的長照人員眾多，從長期照顧管理中心的督導與照專、到A單位個管師、B單位十多種專業人員、輔具中心的治療師、居家服務員及督導等，多來自不同單位，如：參與本研究的第一線人員已超過12種職類。有些單位反映「缺乏和照管中心的溝通平台，或（溝通也）無法獲得確實回應」，也有人反映，雖有溝通平台但「（衛福部照管）系統上也無法得知彼此的服務狀況，照專、A單位、B單位缺乏共同聯繫的平台」，因此復能各單位間的溝通，缺乏有效管道/機制的支持。「需要跨專業合作時，B單位本身無多專業或無法滿足個案需求」，多專業為同一個案服務，「難找到其他專業來共同討論或是執行跨專業服務」，且「與各專業溝通過程複雜耗時，不知道其他專業做了甚麼介入內容」，如此很難達到復能服務整合。此外，復能B單位專業人員之種類和人數也不足的狀況，如：「許多個案有吞嚥相關問題，但能跑居家的ST（語言治療師）數量較少。」。雖然跨專業整合是復能服務的核心理念之一，但目前執行面看來仍諸多不易。

## 二、因應策略或努力方向

針對上述實務問題，對應之解決策略共涵蓋兩個次主題，包括服務應該：以個案及其目標為中心、及建立新的團隊架構。

### 1. 以個案及其目標為中心

復能目標訂定與執行的可行策略包括：個人化目標制定、關係建立與使用者衛教，分述如下。

復能的本質，是在協助個案改善個人生活參與，並降低家屬照顧負擔。透過專業人員、個案及家屬一起討論決定個別化復能目標，並且執行，如此可提升對復能的認識與共識。與會者建議先探詢找到可能的復能目標：「先問個案病前喜歡做甚麼，或是有什

麼事情現在做不到，若個案願意分享需求，再直接將此訂為目標」。策略性地與家屬或個案溝通和建立關係：如「開家庭會議了解個案過去所擁有的資源，讓家屬也能漸漸產生對未來的想像。」或暫時先執行家屬想要的活動以建立關係，「可先做一些主動關節活動來和家屬及個案建立關係，之後再導入復能概念」等。

協助了解個人潛能也是重要策略，「失能很久會習慣讓別人幫忙，但自己其實可以做」，有時家屬無法想像個案的潛能，沒有信心去復能，「要讓家屬成為助力，治療師需要花很多時間溝通，並實際讓家屬看見個案功能上的改變」。復能專業人員可協助個案獲取成功經驗，當個案無法訂目標，可設計適合他的活動，或者技巧性介入，讓他成功執行一次，藉以提高復能自信與動機。有人分享，「嘗試Backward-chaining，即讓個案可以更有成就感的訓練方式，例如第一次就讓（以可以去客廳看電視為復能目標之）個案已經可以坐在客廳看電視，再慢慢把過程中的困難（步驟）做（後續）訓練，但每次的訓練都有達到目標（坐在客廳看電視），讓個案每次都能得到成就感」。

（註：Backward-chaining反向連鎖教學法，是行為訓練的一種策略，將欲學習的行為分出多個步驟，從最後一個步驟訓練起，逐漸往前增加一個步驟，直到學會該行為全部的步驟。適用於具備溝通能力、能夠遵從指令做出行動的個案，包括具備前述能力的認知障礙與發展障礙個案[24]。也常被職能治療師使用於失能者的日常生活活動訓練。）

### 2. 建立新的團隊架構與互動機制

與會人士多認同需要有新的團隊工作架構方能促進跨單位/專業合作，也需建立良好的溝通聯繫管道，分享多項經驗及可行的建議如下：

(1) 跨單位/專業合作：如一起共同訪視或聯合訓練，培養團隊默契與彼此了解

與會人員認為，A單位個管非專業治療師，第一次訪視評估就要訂出適當的復能目標，較為困難。B單位則規模偏小，教育訓

練和督導資源有限，恐拉低服務品質。為此與會者提出：跨單位或跨專業共同訪視、協辦課程、或個案討論會議，作為解決策略。如A單位與B單位共訪，「訪視後訂定復能目標，A個管會與治療師討論，若想法有更改，再由A個管與照專協調」。當個案有複雜需求需要多專業投入時，「執行跨專業服務（共訪）可（當場）直接照會給其他單位…」，或者「在居家共訪中，不同專業的角度可以提供不同的建議」。有助於提高效率 and 準確度。

然而現行共訪還是有許多困難，如時間：「（個管師）打電話給B單位協調時間，治療師也有時間上的困難」，費用：交通費及「復能強調跨專業共同合作，但現行狀況一天僅能付一次專業服務，無法跨專業間重疊部分時間共同服務與討論」。也有建議「利用電訪或其他方式，與其他B單位建立互動，互相請教。」等非實體方式，來突破時、空和訪視費用支付限制。

跨單位協辦課程及個案討論，可由規模較小之單位主動盤點和尋找合作單位，了解其他單位之資源，共享資源，如「（復能專業人員可）主動去詢問其他單位，並且每次都記錄下來各個單位的資源有哪些，方便下次的資源連結」或「可以跨單位一起開會或上課，這樣可以共享有限的資源」；參與者建議，更多元的訓練與平台是現行需求，期使整體復能服務的品質提升。

## (2) 建立新的溝通管道

復能服務相關單位及服務提供者分散於各單位或地域，很少有見面溝通的機會，與會者提出常會使用社群媒體LINE快速將團隊成員加入同一群組中，「可直接找到跨專業治療師用LINE與電話做聯繫」；也能與家屬快速聯繫，「和家屬建立LINE群組（交代居家功課）」或者「（訓練內容）先給予口頭或是實際操作後，（…）之後再用LINE拍照傳給案家」，方便資訊交流。除此之外，專業人員也希望能夠在「（照顧資訊）系統內容可以打上執行內容、案家的執行狀況，以利了解彼此的服務狀況」，達到溝通的實際效益。

參與者期待長期照顧管理中心舉行的定期聯繫會議，作為有系統有規模的溝通管道，藉此建立對復能的共識或對相關制度的理解。「需有定期的討論會議，將制度或流程能先讓內部相關承辦人有一定共識，治療師或民眾才能得到明確及一致的答案」，可作為經驗交流、教學相長的機會。又「聯繫會報討論中應該要有以復能個案為重點的討論，而不是只有居家服務的個案」或「如針對潛力、年紀不同個案做深入討論，延案標準與機制應有專業人員共同討論」。

面對家屬的窗口，與會人員認同A單位統一作為聯繫管道，並建議政府針對常見的問題（例如：什麼是復能？）提出因應措施，整理並提供資訊於公開網路平台供專業人員及民眾查詢，如「將常見的問題列成Q&A，供治療師或民眾能夠查詢」。

## 討 論

本研究運用紮根理論，以質性研究分析某縣市復能輔導計畫舉辦「世界咖啡館」之課程討論與「輔導會議」文本紀錄，針對第一線專業人員推動復能服務時，所遇到的困境與可能因應策略進行探討。結果發現「對復能無共識」和「無法有效地團隊合作」是復能第一線工作者最大的困擾。可能因應策略，包括「以個案及其目標為中心」和「建立新的團隊架構與互動機制」。

本研究發現專業人員遇到的重要問題之一是復能新觀念和共識的建立。復能「為避免習得無助，應減少沒有必要的照顧」[20]，並指導照顧者將功能訓練融入日常生活中來提升個案獨立性。雖理念模式符合台灣少子化與服務人員不足的長照現況，然而推廣上鼓勵失能者實踐自主權與功能獨立的新模式，仍未蔚為風潮。觀念翻轉困難可能原因之一，台灣人重視孝道與家庭照顧，家人具有親身照顧或雇用看護之義務感[25]，特別是要求外籍看護幫長者生活功能訓練，而非提供生活照顧，更違背雇用看護之目的是為自己代勞之期待。許多失能者長期被照顧，較少參與介入決策，也期待家屬

給予照顧[26]，或者因身體功能與社經地位之衰退，也影響其展現自主之意願與能力[27]，但要建立「放手」使失能者或長輩獨立(hands-off)的復能概念[28]，有待更多突破性做法。

復能訓練以個案自選欲改善活動為目標，顛覆傳統照護由專業訂定目標的習慣。服務接受者不習慣分析自己的問題及訂定目標，專業人員也不熟悉如何引導個案設定目標。即便強調自主之歐美民眾，還是有些長者自訂復能活動目標有困難，因此專業人員需要接受訓練來引導長者設定目標與激發動機[11]。本研究顯示，部分與會人員雖分享了成功經驗，包括每次介入都能幫助個案獲得成功經驗的方法，得以增進個案信心和自主權。但要能使復能使用者改變觀念並進行，仍需要民眾教育、專業人員培訓等有系統、有組織性的投入。

本研究結果呈現，在推廣新服務模式時，教育訓練很重要，挪威經驗強調介入團隊的勝任能力（擁有復健知能的專業人員、專業領導能力、想改變的意願、並以實證為基礎），及自政府和專業領導團體的支持和承諾，都是推動復能成功關鍵[11]。台灣於2018年起實施復能給付和支付，制度先行，除台灣職能治療學會自主主辦全國多區域之繼續教育課程，未有提供個管及專業人員相關復能教育，直到復能實施11個月後才開始為負責轉介復能的A個管師提供復能的全國性培訓和評鑑機制規劃[29]，A個管師訓練中，復能概念只占三小時。16個月後復能操作指引公告[20]，和2020年中方要求復能專業人員完成衛福部16小時的復能繼續教育始能提供服務。

上述過程顯示政策未及準備，即推上路，亦重現我國政策決策過程常見問題，主政者更換致使打斷政策一貫性：復能制度於2015年委託台灣職能治療學會規劃，至實施之間，歷經執政更迭，原為長照保險規劃之制度，轉而轄屬於長照2.0整合式ABC之下[30]。再者，未經試辦即已施行：復能理念與制度緣起北歐，其文化、家庭決策習慣、長者獨立/依賴的自我要求、專業人員工作

模式、醫療及長照制度等，與我國不同。政策試辦可提供修正檢討，但我國復能政策逕自政策研擬，直接進入全國實施，導致只能邊做邊修，其成本全民承受[31]。

復能的精神和實際政策執行矛盾之處包括：長照2.0分四類服務與支付額度，其中復能服務（C碼）與照顧服務（B碼）共用一個總額度[32,33]，遂衍生競爭效果，民眾選用復能，便減少照顧服務的時數和金額。台灣民眾申請長照服務，居服為大宗，此制度造成長照使用者「覺得復能服務害他本來的（居家）服務次數變少」，因而排斥復能。國外文獻指出優先接受復能可以減少後續照顧需求[7,34,35]，但台灣民眾在復能結案後，制度誘發道德危害，反而可使用更多居家照顧服務，與復能政策目標在減少照顧需要之結果大相逕庭。

長照2.0實施至今，政策配套和行政流程尚在持續滾動性修正，時常挑戰專業團隊的運作和合作過程。健康服務過程中，資訊傳遞、溝通合作和服務的協調性是服務品質維持的要素[36]，然而本研究結果顯示，要建立有效的復能團隊合作與溝通機制仍有諸多障礙。相較於北歐國家（如挪威、芬蘭及瑞典），復能由政府單位、健康照顧服務的管理者，在個別的自治市鎮以「方案」設立復能團隊執行復能[37,38]，此模式較利於在推行過程中因地制宜的修正，提升計畫、評估與執行力；並且團隊成員有共同的辦公室，經常碰面，團隊氛圍強烈，也能促進溝通合作。

2007年長照1.0實施之前，有2000-2003年「建構長期照護體系先導計劃」試行累積經驗後方全國推動[39]，並且居家復健參與人員與轉介過程相對單純，長照2.0復能團隊複雜，有新增之A單位之個案管理師、居服單位之居家服務員（與督導），能夠提供復能服務的工作人員從以往的物理治療師與職能治療師，新增到十多類醫事人員和社工等。專業服務單位急促成長，2017年時僅716個單位，2018年增至1,255家，至2020年12月已有1,734間專業服務單位[40,41]，且制度上為了避嫌，要求A單位要輪流派案給

簽署合作意向的B單位，一個A單位同時跟許多個復能專業單位合作已是常態，復能更強調專業服務單位與居家服務單位之合作，使復能團隊之組成複雜程度增加許多，在此情境下，難怪本研究發現復能團隊形成、溝通困難及缺乏有效的架構是推動復能的最大障礙。

針對上述問題，本研究歸納出兩個因應策略，包括「以個案及其目標為中心」和「建立新的團隊架構與互動機制」。復能是一個動態且不斷變化的過程，本研究整理第一線復能工作者提出的因應策略，包括：需要有系統的提升個案和專業人員對復能的了解，並在過程中將個案及家屬納入團隊；應建立有效之溝通管道，利用社群媒體做及時的訊息往來，使團隊具備彈性應變能力；應定期舉辦以復能服務為討論主題之聯繫或個案討論會議，進行系統化的資訊交換；建立統一的窗口或平台，可使資訊具備可及性和一致性，促進團隊更有效的合作；除上述策略外，為了使A單位連結優質且理念一致的B單位合作及建立共識，一個能督促和引導跨專業合作的考評制度將是下階段重點。長照2.0需制訂更支持復能的制度架構，打破照顧與復能訓練競爭額度的機制；復能服務須「以改善個案功能活動表現（非內在能力）為目標」；和鼓勵民眾先使用復能專業服務等。

本研究的限制包含與會者皆為南部縣市之服務提供人員，因此對結果是否可以運用到其他地區的人員，以建構完整的實務經驗尚待進一步探討。此外，本研究未調查長照服務人員之服務年數，然而若自舊制時期即開始執業，面對制度突然的轉變，很可能較易以批判的角度參與討論，提出較多困境資料。

建議未來進一步探討服務資歷對經驗的影響，並可針對正向的服務經驗深入研究，整理復能成功的條件，以促進復能的積極發展。本研究以團體方式進行，個人意見可能因團體情境氛圍有所影響，未來使用個人訪談的方式可能會提供更多的補充結果，最後，本研究探討之困境及解決策略僅包含服

務提供者觀點，未來可將政策制訂者、復能服務的使用者，及參與在過程中的照顧者及家屬一併納入，探討更全面的實務困難和策略。

## 結論

台灣目前正經歷照護模式的轉變，專業人員面臨工作理念、形式、及作法的轉變，本研究透過收集復能照護服務提供者的觀點，探討第一線人員所遇到的困境和解決策略。結果呈現專業人員在與個案對復能取得共識上，及形成有效的團隊合作上，遇到困難，而這與政策及台灣的照顧文化、及推行的配套措施不充足有關。本研究提出之解決策略，架構層面有：單位規模、行政運作模式和專業人員技能；過程層面有：資訊傳遞、溝通與合作、協調性等，第一線人員應以個案為中心進行介入，並可以藉由新的溝通管道和跨單位間的合作，組成更有效率的復能團隊。本研究所提出的解決策略若能實際應用，必成為對現行制度的一大助力，未來的研究應進行更深入探討，並將政策制訂端及服務使用端的觀點納入，促進復能實務有效且順暢的推動。

## 致 謝

本研究感謝台南市政府社會局長期照顧管理中心經費補助及協助計畫執行。本研究的論點與立場皆屬作者意見，不代表所屬機構。

## 參考文獻

1. WHO. Ageing: healthy ageing and functional ability. Available at: <https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>. Accessed March 27, 2021.
2. WHO. World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO, 2015.
3. Bødker MN, Langstrup H, Christensen U. What constitutes 'good care' and 'good carers'? The normative implications of introducing reablement in Danish home care. Health Soc Care Community 2019;27:e871-8. doi:10.1111/hsc.12815.

4. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Forland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2015;**15**:145. doi:10.1186/s12877-015-0142-9.
5. 陳淑芬、鄧素文：台灣長期照護服務體系之發展。護理雜誌 2010；**57**；5-10。doi:10.6224/JN.57.4.5。  
Chen SF, Teng SW. The development of the long-term care service system in Taiwan. *J Nurs* 2010;**57**:5-10. doi:10.6224/JN.57.4.5. [In Chinese: English abstract]
6. 衛生福利部：長照專業服務手冊。https://www.mohw.gov.tw/dl-49634-4dcee073-bc31-45e0-88f8-f31876d506b1.html。引用2021/06/24。  
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Professional, long-term care service manuals. Available at: https://www.mohw.gov.tw/dl-49634-4dcee073-bc31-45e0-88f8-f31876d506b1.html. Accessed June 24, 2021. [In Chinese]
7. Tessier A, Beaulieu MD, McGinn CA, Latulippe Renée. Effectiveness of reablement: a systematic review. *Health Policy* 2016;**11**:49-59. doi:10.12927/hcpol.2016.24594.
8. Beresford B, Mayhew E, Duarte A, et al. Outcomes of reablement and their measurement: findings from an evaluation of English reablement services. *Health Soc Care Community* 2019;**27**:1438-50. doi:10.1111/hsc.12814.
9. Denmark Ministry of Health. Healthcare in Denmark: an overview. Available at: https://sum.dk/English. Accessed December 10, 2020.
10. Hjelle KM, Skutle O, Førland O, Alvsåvåg H. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *J Multidiscip Healthc* 2016;**9**:575-85. doi:10.2147/JMDH.S115588.
11. Førland O. Hverdagsrehabilitering sammendrag på engelsk (Everyday rehabilitation summary in English). Available at: https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering/sammendrag-pa-engelsk. Accessed August 2, 2021.
12. Birkeland A, Tuntland H, Førland O, Jakobsen FF, Langeland E. Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *J Multidiscip Healthc* 2017;**10**:195-203. doi:10.2147/JMDH.S133417.
13. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2017.
14. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research Techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.
15. de Chesnay M. *Nursing Research Using Ethnography: Qualitative Designs and Methods in Nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company, 2014. doi:10.1891/9780826134660.
16. The World Café Community Foundation. About. Available at: http://www.theworldcafe.com. Accessed December 23, 2019.
17. Brown J, Isaacs D; World Cafe Community. *The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations that Matter*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, 2005.
18. MacFarlane A, Galvin R, O'Sullivan M, McInerney C, et al. Participatory methods for research prioritization in primary care: an analysis of the World Café approach in Ireland and the USA. *Fam Pract* 2017;**34**:278-84. doi:10.1093/fampra/cmw104.
19. Biondo PD, King S, Minhas B, Fassbender K, Simon JE. How to increase public participation in advance care planning: findings from a World Café to elicit community group perspective. *BMC Public Health* 2019;**19**:679. doi:10.1186/s12889-019-7034-4.
20. 衛生福利部：長照復能指引。https://1966.gov.tw/LTC/cp-4444-47438-201.html。引用2020/01/23。  
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Guidelines for reablement in long-term care. Available at: https://1966.gov.tw/LTC/cp-4444-47438-201.html. Accessed January 23, 2020. [In Chinese]
21. 王守玉：簡介紮根理論研究法。護理雜誌 2012；**59**：91-5。doi:10.6224/JN.59.1.90。  
Wang SY. Introduction to grounded theory. *J Nurs* 2012;**59**:91-5. doi:10.6224/JN.59.1.90. [In Chinese: English abstract]
22. Denzin N. *Intepretive Biography*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1989. doi:10.4135/9781412984584.
23. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd ed., Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.
24. McDonnell J, Laughlin B. A comparison of backward and concurrent chaining strategies in teaching community skills. *Educ Train Ment Retard* 1989;**24**:230-8.
25. Laidlaw K, Wang D, Coelho C, Power M. Attitudes to ageing and expectations for filial piety across Chinese and British cultures: a pilot exploratory evaluation. *Aging Ment Health* 2010;**14**:283-92. doi:10.1080/13607860903483060.
26. Chen YH, Rodger S, Polatajko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occup Ther Int* 2002;**9**:167-84. doi:10.1002/oti.163.
27. 陳凱莉、陳清惠：台灣老人醫療自主權的省思。護理雜誌 2014；**61**：26-32。doi:10.6224/JN.61.5.26。

- Chen KL, Chen CH. The medical autonomy of elderly in Taiwan. *J Nurs* 2014;**61**:26-32. doi:10.6224/JN.61.5.26. [In Chinese: English abstract]
28. Randström KB, Wengler Y, Asplund K, Svedlund M. Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *Int J Older People Nurs* 2014;**9**:25-33. doi:10.1111/opn.12013.
29. 中華民國老人福利推動聯盟：個管人員培訓。http://www.oldpeople.org.tw/ugC\_News\_Detail.asp?hidNewsID=1849。引用2019/12/27。  
Federation for the Welfare of the Elder. Case manager training. Available at: http://www.oldpeople.org.tw/ugC\_News\_Detail.asp?hidNewsID=1849. Accessed December 27, 2019. [In Chinese]
30. 蔡宜蓉、陳美香、毛慧芬、張玲慧：104年度「生活自立或復健訓練模式之發展與給付制度之規劃」期末報告。衛生福利部104年度委託案。台北：衛生福利部，2015。  
Tsai IJ, Chen MH, Mao HF, Chang LH. The Final Report of "Development of Independent Living or Rehabilitation Training Model as well as Planning of Payment Systems" in 2015. The Commission Research Plan from Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), 2005. Taipei: Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), 2015. [In Chinese]
31. 黃蘭嫻、鄭國泰：行政機關政策規劃研究機制。行政院研究發展考核委員會委託研究報告(RDEC-RES-094-007)。台北：行政院，2006。  
Huang LY, Cheng KT. Research mechanisms for the planning of administrative agency policies. The Commission Research Plan from Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Project Number RDEC-RES-094-007. Taipei: Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2006. [In Chinese]
32. 中華民國家庭照顧者關懷總會：長照四包錢，你家如何聰明用。http://www.familycares.com.tw/intro.php。引用2020/12/23。  
Taiwan Association of Family Caregivers. Four packs of money for long-term care: use it smartly for your family. Available at: http://www.familycares.com.tw/intro.php. Accessed December 23, 2020. [In Chinese]
33. 衛生福利部：我想申請長照。https://1966.gov.tw/LTC/cp-4495-48857-201.html。引用2020/12/23。  
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). I want to apply for long-term care ! Available at: https://1966.gov.tw/LTC/cp-4495-48857-201.html. Accessed December 23, 2020. [In Chinese]
34. Kjerstad E, Tuntland HK. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Econ Rev* 2016;**6**:15. doi:10.1186/s13561-016-0092-8.
35. Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clin Interv Aging* 2013;**8**:1273-81. doi:10.2147/CIA.S49164.
36. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005;**83**:691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
37. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2015;**15**:145. doi:10.1186/s12877-015-0142-9.
38. Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. Reablement in a community setting. *Disabil Rehabil* 2015;**37**:1347-52. doi:10.3109/09638288.2014.963707.
39. 吳淑瓊、戴玉慈、莊坤洋等：建構長期照護體系先導計畫—理念與實踐。台灣衛誌 2004；**23**：249-58。doi:10.6288/TJPH2004-23-03-08。  
Wu SC, Dai YT, Chuang KY, et al. A pilot program for the development of long-term care system - concepts and practices. *Taiwan J Public Health* 2004;**23**:249-58. doi:10.6288/TJPH2004-23-03-08. [In Chinese: English abstract]
40. 衛生福利部：中華民國109年版衛生福利年報。台北：衛生福利部，2020；76。  
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). 2020 Taiwan Health and Welfare Report. Taipei: Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), 2020; 76.
41. 衛生福利部：(八)長期照顧十年計畫2.0—長期照顧服務特約服務資源數。https://1966.gov.tw/LTC/cp-3948-41555-201.html。引用2021/08/02。  
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). (VIII) The Ten-Year Long Term Care Plan 2.0 -- number of special service resources for long-term care services. Available at: https://1966.gov.tw/LTC/cp-3948-41555-201.htm. Accessed August 2, 2021. [In Chinese]

# A qualitative study on the difficulties and strategies for promoting reablement services in Taiwan from the perspectives of providers

ATHENA YI-JUNG TSAI<sup>1</sup>, HUI-FEN MAO<sup>2,3</sup>, CHIA-HSUAN LIN<sup>4</sup>,  
 YUE-CHUNE LEE<sup>5,6</sup>, LING-HUI CHANG<sup>4,\*</sup>

**Objectives:** Compared with Long-term Care 1.0 in Taiwan that emphasizes improving physical function with home-based rehabilitation, Long-term Care 2.0 adopts a home-based Reablement approach that emphasizes functional training. This study explores the practical obstacles when the providers implemented reablement and proposes corresponding strategies. **Methods:** Grounded Theory was adopted to qualitatively analyze the records of World Café meetings and advisory meetings collected from the Reablement Improvement Project in a southern city. Participants were the members of reablement teams who participated in the meetings (such as care managers, case managers, occupational therapists, physical therapists, and nurses). **Results:** 690 people participated. The practical difficulties of implementation included: (1) a limited understanding or misinterpretation of reablement and inadequate staff training to form a consensus on what reablement constitutes, and (2) difficulty in building an inter-disciplinary reablement network. The strategies to overcome these obstacles include (1) a client-centered and goal-centered approach, such as rapport building, individual goal-setting, and potential assessment and (2) exploration of a workable teamwork and communication mechanism, such as joint visits, joint staff training, and new communication platforms. **Conclusions:** Differing care values about aging and family and inadequate instructions and dissemination of the policy information contributed to the difficulties of implementing reablement. We proposed corresponding strategies for future research and policy making. Perspectives from policy makers and service users can be further explored. (*Taiwan J Public Health*. 2021;**40**(4):394-405)

**Key Words:** reablement, long-term care, qualitative research, grounded theory, professional

<sup>1</sup> Department of Occupational Therapy, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>3</sup> Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>4</sup> Department of Occupational Therapy, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan, R.O.C.

<sup>5</sup> Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming Chiao-Tung University, Yang Ming Campus, Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>6</sup> Master Program in Transdisciplinary Long-term Care and Management, National Yang-Ming Chiao-Tung University, Yang Ming Campus, Taipei, Taiwan, R.O.C.

\* Correspondence author      E-mail: lhchang@mail.ncku.edu.tw

Received: Apr 14, 2021      Accepted: Aug 10, 2021

DOI:10.6288/TJPH.202108\_40(4).110039