

單位與學者介紹

約訪吳肖琪教授 II -談連續性照護

陳輝宇¹

非常高興這次吳肖琪教授願意接受我們的採訪。吳教授對於急性後期照護有諸多研究，對於長期照護的發展也多有所建言。希望藉著這次的訪談，讓我們能簡單的認識急性後期照護的觀念與內容，以及教授對於長期照護當中服務傳遞的看法與概念，以下為訪談內容：

一、請教吳教授，由連續性照護提供觀點，如何可以有效連接並介入居家式或社區式復健？因此，在未來長照體系之下，您個人建議的理想復健服務傳遞模式可能會是什麼？

復健不能只靠復健師，因此如何讓家屬或是照顧者學會復健的技巧，其實非常重要。我們現在來檢討復健師的角色，如果今天物理治療師在醫院，只是將電療儀器貼到病人身上便離開，這樣算是真正的復健嗎？其實復健本身也應該被檢討。假如復健想要進入到社區，就不能只是想著做做電療就可以，而是應該真正從接觸病人、評估、家屬的衛教、居家運動訓練的指導等等。

然而，現今的就業市場，實務上確實與理論上有所差別，因為有業務與經濟上的考量。但從政策的角度來看，現在的復健花費太多力氣在專業的區隔上，如物理治療專業與職能治療專業間，業務執行的區隔，而不是將力氣

¹ 國立成功大學老年學研究所碩士三年級生

放在專業的改革與革新上。復健專業同時也過度重視治療這一塊，例如每次都要到醫院做電療、做運動治療，有到醫院治療才算是有做到復健，卻忽略了重要的衛教與預防的工作。如果能夠做好衛教的工作，那就不是到醫院復健才算是復健，而是無時無刻在日常生活中都在做復健，效果才會比較好，也不需要花費許多的時間與金錢奔波在居家與醫院之間，這樣才算是有好得品質。

順帶一提的是，未來的醫療體制不應該繼續論量計酬，而是推廣預防的概念，進而達到論質計酬，健康促進與維護品質越高，所獲得的報酬越高，治療師應該要讓大家看到他們的專業，而不只是給人一個印象是：治療師來開個機器就離開，機器響了再過來關掉而已。因此，提昇治療師的執業態度與專業表現，在未來是一項非常重要的一件事。

有些時候治療師往往只會被動的治療病人，很少會去主動發現住民的需要。假如復健想要走入社區，理想的服務傳遞模式應該就是好好的和社區溝通與接觸，發現患者與家屬的需要，教會他們可以在居家進行復健的技巧，才會獲得良好的效果。即使目前制度就是需要透過轉介，才能夠治療病患，然而，現在我們需要的，不再只是規範與制度 (formality)，而是需要多一點的人性 (Humanity)，這也許是目前制度之下大家需要反省的地方。

二、長照十年計畫若要落實本土化居家或社區復健模式，可行的本土化服務傳遞模式或方法為何？或其中實質內涵（介入的內容、方式、人員組成、計畫、成本），依您的看法應是什麼？

未來即將推行長照服務網的計畫，然而目前仍在規畫與籌備階段。推行的主要原因在於，目前長期照護十年計畫的推行狀況並不十分理想，整體的使用率不高。造成這樣的狀況可能的因素有：使用者需求端資訊不足，不知道從何尋找資源；供給端的專業人員不願意進入社區，導致專業人力不足，尤其在醫院裡，治療師不必像在社區當中需要獨自面對許多複雜的問題，如：交通、設備、溝通、安全等，甚至還得負擔相當的責任，包含患者的狀況、

數量，甚至經營的盈虧，加上整體財務的支持不足，意願更加低落。

可以自由移動的民眾自己會走出社區到各個醫療院所去復健，而且都是健保給付，或者是經濟許可，直接請治療師到宅服務無法出門的患者，所以這些人並不會使用到長期照護提供的服務。真正需要居家復健的民眾往往都是限制在居家當中無法出門、經濟較為困難的一群人，對他們而言，在少的部份負擔對他們而言都是負擔，因此這時候我們就需要長照保險，只是目前長照保險的制度上仍有些問題需要檢討，如：住院服務與長照服務部份負擔比例的設計差異，是否會影響選擇使用長照服務的意願？這些都需要在未來持續關注與調整，政府也應該要在此處負起更大的責任。

三、若要達到連續性照護的目標與服務模式，您認為至少應該要做到的相關配套措施會有哪些？（組織、法規、環境）

法規上目前最重要的就是完成長照服務法、長照保險法的立法。

環境方面，硬體的部份是要建構無障礙的環境。軟體環境的部份，媒體教育、民眾教育也十分重要，宣導並教育民眾瞭解連續性照護與長期照護的概念，讓民眾不再僅止於瞭解急性醫療所提供的服務內涵。

組織上，政府體制下社政與衛政部門的整併，衛生福利部的成立，未來將可以提供一個良好的政策與制度發展環境，再加上健保也開始進行急性後期照護制度的規劃與執行，這都是很好的發展。

如此，才能夠把目前衛政、社政間多頭馬車的狀況做一個整合，減少本位主義，權責不一的情況，確保水平與垂直的公平，讓連續性照護的目標與服務得以完整的實現。

(十分感謝吳教授接受本次專訪，全部訪談稿分於 007 及 008 期刊載，全文完)