

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：研究)

社區職能治療

服務機關：台大醫院

出國人職稱：職能治療師

姓名：楊怡君

出國地區：日本

出國期間：九十一年十二月三十日

至九十二年三月一日

報告日期：九十二年五月

J3/
CO9106027

系統識別號:C09106027

公務出國報告提要

頁數: 25 含附件: 否

報告名稱:

九十一年度計畫/社區職能治療

主辦機關:

國立臺灣大學醫學院附設醫院

聯絡人/電話:

李美美/23123456-1582

出國人員:

楊怡君 國立臺灣大學醫學院附設醫院 復健部 職能治療師

出國類別: 研究

出國地區: 日本

出國期間: 民國 91 年 12 月 30 日 -民國 92 年 03 月 01 日

報告日期: 民國 92 年 05 月 26 日

分類號/目: J3/醫療 J3/醫療

關鍵詞: 社區職能治療,社區照護

內容摘要: 摘要 本人利用這次機會到日本研究『社區職能治療』這個主題，從事研究的地點是「國際醫療福祉大學」，指導老師為杉原素子教授，杉原教授是該校職能治療學系系主任，同時也是日本職能治療學會理事長，在她的指導和安排下，本人對日本的社區照護制度和作法、職能治療在社區照護扮演的角色、日本職能治療和職能治療教育發展的現況以及日本醫療保險等，有初步的瞭解，本人並將兩國的職能治療及社區照護等作一比較分析。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

摘要

本人利用這次機會到日本研究『社區職能治療』這個主題，從事研究的地點是「國際醫療福祉大學」，指導老師為杉原素子教授，杉原教授是該校職能治療學系系主任，同時也是日本職能治療學會理事長，在她的指導和安排下，本人對日本的社區照護制度和作法、職能治療在社區照護扮演的角色、日本職能治療和職能治療教育發展的現況以及日本醫療保險等，有初步的瞭解，本人並將兩國的職能治療及社區照護等作一比較分析。

目次

前言	-----3
目的	-----5
過程	-----6
心得及建議	-----21

前言

目前的醫療趨勢愈來愈重視醫療成果及醫療品質保證，復健醫療也是如此，而醫療的成果不再只是正確診斷出病人的病情、然後給予適當治療讓病人痊癒出院，這只是最基本的成果，仍然不夠完整、不夠全面性，根據目前醫療觀念的演進，還要考慮並達到後續其他層次的成果，這樣的醫療才算完整，才真正有效。這些後續的成果包括：

一、病人與家庭的整合（Home and/or Residential Integration）

讓病人出院時，具備相當的功能，並配合適當的居住環境改造，以使病人在日後長期居住的環境中（病人的家或機構）安全、獨立地生活，以及扮演適當的家庭角色。為達到這成果，治療的重點應放在安全性自我照顧、行動能力、溝通能力及簡單的家事處理和計劃等。

二、病人與社區再整合（Community Reintegration）

讓病人有相當的能力可以在社區中繼續生活，以及在社區中扮演適當的社會角色，治療的重點為加強病人的自我管理、社交能力、社區中的行動能力、複雜的家事處理、監控自己健康的能力、金錢管理及娛樂等。

三、生產性活動（Productive Activity）

讓病人在自己的能力範圍內從事生產性活動，如學業、工作等。需先評估病人的殘障情形、教育程度、興趣、工作史及動機，之後根據評估結果擬定職前訓練計劃，並評估病人的工作地點，必要時建議病人的工作地點作適當的改造，以使病人能成功地回復生產性活動。

要達到以上成果，只靠醫療機構的醫療是不夠的，因為醫療機構的醫療成本高，且因醫療機構環境不同於病人居住的家庭及社區環境，會造成事倍功半。這些成果應由社區醫療、社區照護來達成，包括醫師、護士、職能治療師、物理治療師、語言治療師等相關人員到病人的家、社區及工作環境中提供治療。

目前台灣醫療機構醫療已發展地相當成熟，但社區醫療、社區照護才剛開始，且不普遍、不完整，故本人想利用這次機會學習社區醫療、社區照護中，職能治

療的師角色和工作。

在亞洲各國當中，日本的社會福利政策及制度可以算是最好、最健全，從一些文獻發現，日本國內有許多社區照護措施及辦法，又日本與台灣同位於亞洲，文化背景類似，所以本人選擇到日本進修。

目的

- 一、了解日本的醫療保險制度。
- 二、了解日本的社區醫療及社區照護政策及制度。
- 三、了解日本有那些社區照護機構。
- 四、了解日本職能治療在社區醫療及社區照護中的角色。
- 五、了解家庭整合，社區再整合及生產性活動這些高層次的醫療成果，在日本的達成度如何。
- 六、了解日本職能治療發展的情形。
- 七、比較日本及台灣兩地的職能治療。
- 八、了解日本職能治療教育的概況。

過程

本人這次的研究地點是位於日本~~柘~~木縣的國際醫療福祉大學，指導老師為該校職能治療學系系主任，同時也是日本職能治療學會理事長--杉原素子教授。

杉原教授根據本人的研究主題，安排數堂課，為本人講解日本的醫療保險制度、社區照護措施、日本職能治療及職能治療教育概況，此外還安排相當多的相關機構供本人參觀學習，這些機構分佈於~~柘~~木縣、東京及九州福岡縣，除了東京的機構以外，其餘機構皆屬於高邦會社團。

高邦會社團為一醫療法人，旗下有學校、醫院及社區照護中心。學校包括有~~柘~~木縣國際醫療福祉大學、福岡國際醫療福祉學院、柳川復健學院及大川介護福祉學院等。醫院包括有國際醫療福祉大學附設醫院、東京山王醫院、柳川復健醫院和高木醫院等。社區照護中心分別在~~柘~~木縣和九州福岡縣，服務內容相當完整，包括有療養院、日間照護及居家照護等。以下簡單介紹日本的保險制度、社區照護措施和參訪過的機構：

一、日本的醫療保險

由於內繁多且複雜，這裡只介紹和復健醫療相關的部分。

一般病人：

醫療機構 點 數	第一級	第二級	第三級	第四級
個別治療 1 單 位	250 點	180 點	100 點	50 點
團體治療 1 單 位	100 點	80 點	40 點	30 點

附註：1. 日本將復健醫療機構分成四級，每一級所需的專業人員、空間及設備都有詳細規定，列表說明如下 -----

醫療機構級數	專業種類及人數 (最少)	空間大小 (最小)
OT、PT 第一級 A	醫師 2 名 OT 3 名 PT 5 名	OT 100 平方公尺 PT 300 平方公尺
OT、PT 第一級 B	醫師 2 名 OT+PT 至少 15 名， OT、 PT 各至少 6 名	OT+PT 至少 240 平方公尺
OT 第二級	醫師 1 名 OT 1 名	OT 75 平方公尺
PT 第二級	醫師 1 名 PT 1 名	PT 100 平方公尺
PT 第三級	醫師 1 名 兼職 PT1 名 一週至少工作 6 天	PT 45 平方公尺
PT 第四級		
ST 第一級	醫師 1 名 ST 3 名	個別治療室 8 平方公尺 3 間 團體治療室 16 平方公尺 1 間 兩不能共用
ST 第二級	醫師 1 名 ST 1 名	個別治療室 8 平方公尺 1 間 團體治療室 16 平方公尺 1 間 兩者可共用

物理治療有四級機構，職能治療和語言治療只有兩級機構，同一級機構中，三種治療的保險給付相同。

2. 一點為日幣十元。
3. 個別治療為治療師與病人一對一的治療，而團體治療是指治療師與病人一對多的治療。
4. 二十分鐘為一單位，不論治療內容為何。
5. 每位治療師每天個別治療不能超過十八單位，團體治療不能超過五十四單位。

特殊病人：

指患有特殊疾病的病人，這些特殊疾病包括腦血管疾病、脊髓損傷、大腿骨頸部骨折、下肢骨折、上肢骨折及開腹、開胸手術後患者。

日本醫療保險對這些疾病的復健給付不同，列表說明如下：

發病天數 報酬點數	發病後到發病 後第 14 天	發病後第 15 天 到第 30 天	發病後第 31 天 到第 90 天	發病後第 91 天 以後
基本點數 (一單位)	第一級 250 點 第二級 180 點	第一級 250 點 第二級 180 點	第一級 250 點 第二級 180 點	第一級 250 點 第二級 180 點
急性期加算	100	80	30	0
有 ADL 訓練加 算	30	30	30	0
合計點數	第一級 380 點 第二級 310 點	第一級 360 點 第二級 290 點	第一級 320 點 第二級 240 點	第一級 250 點 第二級 180 點

附註：1. ADL 訓練指日常生活活動訓練。

2. OT、PT 及 ST 的給付皆相同，有日常生活活動訓練的機構，OT 及 PT 一單位各加 30 點，但 ST 沒有。

特殊治療：(不論時間長短)

1. 出院前訪問指導 (360 點)

病人出院前，職能治療師和物理治療師會分別或一起到病人家中，評估病人的居家環境，針對病人的需求給予適當的居家環境改造建議，以使病人在家中能獨立且安全地生活。

2. 出院前復健指導 (300 點)

病人出院前，治療師教導病人及家屬在家中應注意事項和在家中應繼續執行的復健活動，以避免病人在家中發生危險或能力退步。治療師會將指導內容作成書面或製成錄影帶給病人。

以上治療 OT、PT 及 ST 獲得的給付皆相同。

社區照護方面：有給付居家護理及居家復健。

二、長期照護保險

日本老年人口在最近幾年增加速度遽增，而有疾病需要照護的老人也相對增加，日本社會中，大部分的家庭由以往的大家庭轉變為核心家庭，傳統上家庭裡主要照護老人的婦女也都外出工作，而且多數的現代日本人工作時間長、工作壓力大，因此許多家庭無法像以前一樣，自己照顧自己家中的老人。日本政府為了因應這個問題，於是制訂了長期照護保險，並在 2000 年 4 月開始實施。以下簡單介紹這個保險制度：

1. 保險對象

第一種：65 歲及 65 歲以上的老人。

第二種：40 歲倒 64 歲患有特殊疾病者。所謂的特殊疾病是指筋萎縮性硬化症、後縱韌帶骨化症、脊髓小腦變性症、脊柱管狹窄症、早老症、糖尿病性神經障礙、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、腦血管疾患、怕金森氏症、閉塞性動脈硬化症、慢性關節炎、慢性阻塞性肺炎、二側膝關節髌關節變形伴隨變形性關節症。

2. 保費

根據收入計算，收入愈高，保費愈高。

3. 病人的自付額

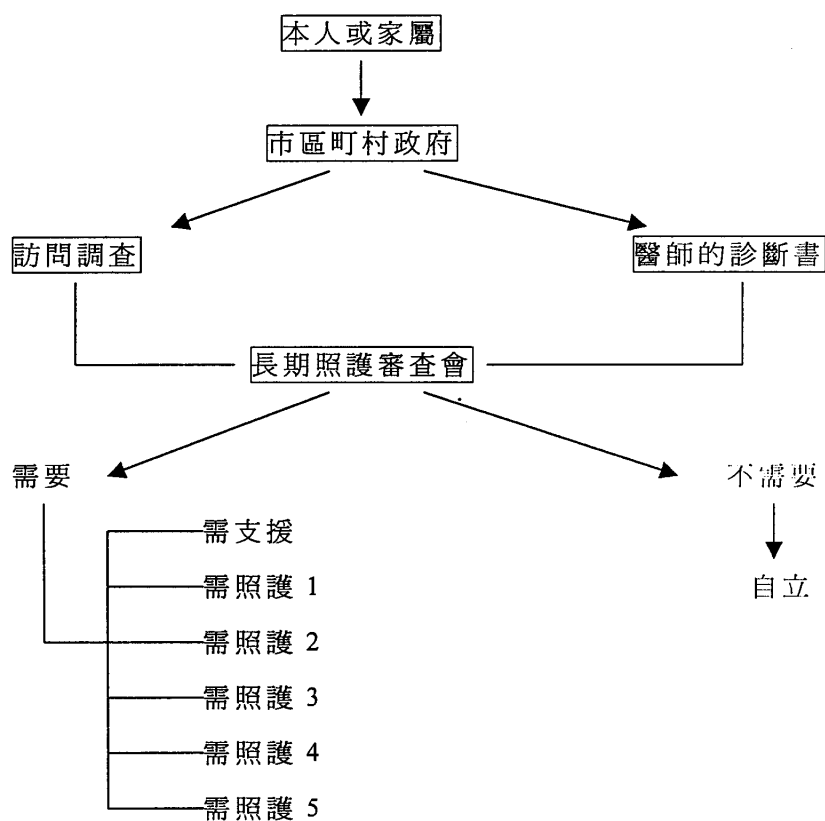
病人只需負擔 10%，保險負擔 90%。

4. 財源

a. 50%為保險費，其中 65 歲以上的保險費佔 17%，40 歲至 64 歲的保險費佔 33%。

b. 50%為公費，其中市區町村負擔 12.5%，都道府縣負擔 12.5%，國家負擔 25%，調整交付金 5%程度指市區町村中 75 歲以上的老人比例高、或所得低、或長期照護保險財源不足者，由政府補助。

5. 申請程序



本人或家屬向市區町村政府提出申請，市區町村政府會派介護支援專門員或相關人員到病人家中訪問調查，訪查內容為有關病人生理及心理共 85 項問題，之後將訪查結果連同醫師的診斷書送到長期照護審查會，這個審查會是由醫療、保健、福祉等專業人員共 5 人組成，他們根據病人的情形將他們認定為「自立」、「需支援」或「需照護」，需照護者又因病人需照護的程度分成五級，需最少者為一級，需最多者為五級。「自立者」不能使用長期照護保險的資源，只能利用市區町村政府特別的社會服務。「需支援者」可利用在宅照護服務。「需照護者」可使用在宅或機構照護服務。介護支援專門員再依認定結果，和病人及病人家屬討論，之後擬定服務計畫。

這申請程序約需 30 天，認定結果的有效期間為 6 個月，若病人、家屬覺得 6 個月滿後仍需要這項服務，或在這當中病人病情惡化，需要更多的照護，可再提出申請，申請程序與首次的申請程序相同。又若對認定結果不服，可向都道府縣政府提出異議。以下介紹長期照護保險的服務內容：

a. 在宅照護（共 13 項）

居家照護---到病人家中協助餵食、上廁所、洗澡、煮飯、打掃或協助病人外出等日常生活活動。

居家沐浴服務---利用簡易浴槽或移動入浴車到病人家中協助病人洗澡。

居家護理---護士或保健護士到病人家中提供護理服務，如檢查血壓、心跳、呼吸，教導如何用藥、如何使用醫療設施等。

居家復健---職能治療師、物理治療師（沒有語言治療）到病人家中提供治療服務。

日間照護服務中心---沒有復健治療的日間照護中心，只在白天收容病人，通常有接送服務和提供午餐（這些費用長期保險不支付，病人需自費），中心會安排娛樂活動如團康、手工藝、卡拉 OK 等，工作人員主要有護士、介護福祉士等。

日間照護復健中心---有復健治療（職能、物理和語言治療）的日間照護中心，所以這中心所提供的服務、工作人員和日間照護服務中心類似，不同的是多了復健治療和相關治療師。

輔具租借---可租借的項目包括特殊床、特殊床的附件如扶手、氣墊床、輪椅、輪椅的附件、拐杖、助行器、移位輔具、斜坡、痴呆老人感應器等。

輔具購買補助（一人一年可申請的上限為 10 萬日幣）---包括便盆椅、轉位輔具、洗澡輔具、簡易浴槽等。

居家環境改造補助（一人一生可申請的上限為 20 萬日幣，但某些地方政府有額外的補助）---包括浴室、樓梯的扶手、斜坡、止滑地板、門的改建等。

短期入所生活照護/短期入所療養照護---是一種喘息照護，當家屬有事如出遊、辦喜事或喪事等，可暫時將家中的病人或老人送到機構裡住幾天。前者只照顧病人或老人的日常生活起居，後者尚提供復健治療。不同程度殘障的病人，長期照護保險有規定每個月可使用的日數。需支援者，一個月最多 6 日；需照護 1 者 16 日，需照護 2 者 18 日，需照護者 24 日，需照護 4 者 27 日，需照護 5 者 30 日。

居家療養管理指導---醫師、藥劑師、牙醫到病人家中訪視指導。

特定設施入所者生活照護---只提供日常生活照護的老人療養院。

痴呆對應型共同生活照護---主要收容對象為老年痴呆患者，又稱為團體之家，一團體之家最多只能收容 9 位病人，因為給職能治療師的薪水偏低，所以幾乎沒有職能治療師在這種機構裡工作（日本職能治療學會正在努力爭取好的待遇），工作人員主要是介護福祉士，服務內容為日常生活照護及簡單的機能訓練。

b. 機構照護服務（共 3 項）

介護老人福祉機構---沒有復健治療的療養院，只提供日常生活照護、機能訓練和健康管理。

介護老人保健機構---有復健治療的療養院，大部分剛從急性醫院出院的病人會住在這種療養院繼續復健治療，然後再回家。

介護療養型醫療機構---病情嚴重者依需要可長期住在醫院接受治療。另一種情形是當病人病情惡化時，也可住進醫院接受治療，病情穩定後再回到原來的地方。

6. 新的專業

- a. 介護福祉專門員---凡是醫師、藥師、護士、按摩師、公共衛生護士、營養師、社工、職能治療師、物理治療師、語言治療師等，有 5 年或 5 年以上的工作經驗者，皆可經過考試取得介護專門員的資格。
- b. 介護福祉士、訪問介護士---前者是在機構中工作，如日間照護服務中心、日間照護復健中心、療養院等。後者是到病人家中提供服務。工作內容主要是協助病人的日常生活活動，如吃飯、穿衣、上廁所、洗澡等，

後者還包括打掃、購物、做飯等。前者必須畢業於介護福祉專門學校(兩年制、高中生才可報考)，或者有五年工作經驗經過國家考試取得執照。後者沒有養成學校，但有三級訓練課程，也必須經過國家考試取得執照，介護福祉士也可做訪問介護士的工作。

三、國際醫療福祉大學

共有大學部及研究所，大學部有職能治療學系、物理治療學系、言語聽覺障害學系、視機能療法學系、護理學系、放射科學系、醫療經營管理系及醫療福祉學系；每個學系都有碩士班及博士班。

職能治療學系每年招收一百名學生，師資方面共有兩位教授、三位副教授、三位講師及七位助教。

本人在這也順便了解該校職能治療學系的課程及空間設備，由於本人尚負責指導大四職能治療學系學生實習，所以也順便了解該校學生的實習課程。

四、木縣國際醫療福祉大學附設機構群

包括附設綜合醫院、Marronnier 苑、物之實莊及綜合在宅服務中心。

1. 附設綜合醫院

有內科、外科、整形外科、眼科、耳鼻喉、復健科等，共 146 床。復健科有兩位醫師四位職能治療師、六位物理治療師及三位語言治療師，空間安排和設備器材與本院類似，但空間上，就醫院的規模比較起來，這家醫院的治療空間比較大；治療師與病床數比例也比本院大。而職能治療的評估、治療工具和方法也與台灣類似，不同的地方是源於文化的差異，後面會詳細討論。

2. Marronnier 苑

是一有復健功能的療養院，有長期和短期照護服務，建於 1990 年，建築包含地下一層及地上五層。一樓為復健室、交誼廳、商店、天然溫泉浴室和諮詢室。地下一樓為理容院及洗濯室等。二至五樓為病人的房間，分別有一人、二人及四人房，每一層還有特別浴室（給嚴重殘障者使用）。

這家療養院共收容 200 位病人，年齡為 62 至 104 歲，平均年齡為 85 歲，女性佔 85% 男性只佔 15%，70%患有老年癡呆。

費用每月大約為 60000 至 70000 日幣，約台幣 20000 至 24000 元，包括病人自己的部分負擔、三餐及其他使用費。

工作人員包括醫師、護士、介護福祉士、營養師、社工、職能治療師、物理治療師和語言治療師等。

治療流程為病人一入院後，各專業先評估，之後一起開會討論，針對病人的問題擬定照護計劃，每三個月再評估和修訂，在病人出院前，到病人家中訪視，根據病人的需求，建議適當輔具及給予居家環境改造建議，並教導家屬在家中如何協助、照護病人。

復健治療的項目有個別治療、團體治療、娛樂治療、手工藝治療和語言治療。

3. 柘之實莊

為一沒有復健服務的療養院，建於 1996 年，服務項目有短期和長期照護及日間照護 共收容 50 位病人，平均年齡為 88.3 歲，大部分是老年癡呆、中風和關節炎患者

工作人員有護士、營養師、介護福祉士及介護支援專門員。活動內容是由護士和介護福祉士來設計，有娛樂治療及團體治療等。

每個月的費用約為 60000 至 70000 日幣，約 20000 到 24000 台幣，包括病人自己的部分負擔和其他費用。

4. 綜合在宅照護中心

服務項目有復健和沒有復健的日間照護、居家護理、居家復健及居家照護。

日間照護的服務內容有接送、午餐、沐浴及娛樂治療等，有復健者還提供職能治療、物理治療和語言治療。目前有復健者收容 50 位病患，沒有復健者收容 20 位病患，工作人員有護士、介護福祉士、介護福祉士兼司機等。有復健者還有職能治療師、物理治療師及語言治療師。

居家護理的服務內容有：

- a. 檢查心跳、血壓、呼吸和體溫。
- b. 治療褥瘡、傷口和點滴治療。
- c. 教導病人及家屬如何正確使用醫療照護設備，如呼吸器、導尿管等。
- d. 教導家屬正確的照護方法及如何服用藥物。
- e. 和醫師溝通病人的病情。

居家復健的服務內容有：

- a. 提供職能、物理治療，無語言治療。
- b. 教導如何針對病人的需求作居家環境改造。
- c. 建議適當輔具。

居家照護的服務內容到病人家中為幫病人打掃環境、準備三餐、購物等。

5. 國際醫療福祉復健中心

為三層樓建築，每一層收容、服務的病患皆不同。

◎三樓 重症身心障害兒童設施---那須療育園

有長期照護 50 床，短期照護 5 床，目前收容的病人年齡為 1 歲 8 個月到 54 歲，診斷為腦性麻痺、染色體異常、先天性水腦、頭部外傷、精神運動發展遲緩等。

服務內容有基本的照護服務（三餐、沐浴等），還有復健治療（職能、物理和語言治療），另外針對學齡前及學齡兒童，有幼稚園和中小學老師到這裡提供教學服務。

◎二樓 身體障害者療護設施---那須療護園

有長期照護 50 床，短期照護 5 床。病人的診斷有中風、頭部外傷、脊髓損傷等。服務內容有基本日常生活照護及復健治療。

◎一樓 身體障害者日間服務中心及門診醫療、復健

前者收容 15 名病人，服務內容有接送、午餐、沐浴和娛樂活動，沒有復健治療。

這中心的工作人員有醫師、護士、介護福祉士、職能治療師、物理治療師、語言治療師等。

此外這中心還與當地大田原市的保健中心有合作關係，中心的治療師每週固定一個半天到保健中心篩檢身心障礙兒童，目的是要早期發現，早期治療。

五、九州福岡縣柳川市和大川市機構群

高邦會社團是始於九州，在這也同樣有學校、醫院和機構，社區醫療及照護服務非常完整，服務內容包括：

- 1.居家診療
- 2.居家護理
- 3.居家復健
- 4.居家照護
- 5.日間照護服務中心
- 6.日間照護復健中心
- 7.短期照護
- 8.有復健治療的療養院
- 9.團體之家
- 10.照護支持之家——為一老人公寓

工作人員有醫師、護士、職能治療師、物理治療師、語言治療師、介護

支援專門員、介護福祉士、訪問介護員等。

另外這機構與當地地方政府的保健中心有合作關係，保健中心會邀請機構的醫療專業定期到中心演講，教育社區民眾相關的保健知識、如何照護老人和殘障者等。

六、東京都內社區老人中心

1. 東京弘濟園

位於東京都三鷹市，是一私立的老人中心，包括有：

a. 弘濟園

為一有復健治療的療養院；長期照護 100 床，短期照護 10 床。

b. 弘壽園

收容對象為 65 歲以上、經濟環境或家庭關係差的老人。

c. 弘濟之家

收容對象為 60 歲以上、經濟環境或家庭關係差的老人，費用為完全自費。

(弘壽園、弘濟園類似美國的退休社區、生活輔助機構，只提供三餐和部分家事服務。)

d. 弘濟日間照護復健中心

e. 在宅照護支援中心

f. 地域機能訓練事業

這老人中心的工作人員包括職能治療師、物理治療師、語言治療師、介護福祉士、社工、和介護支援專門員等。

職能治療師在這老人中心的角色：

療養院---提供團體治療和個別評估治療

日間照護復健中心---設計該中心的活動及提供團體和個別治療

在宅介護支援中心、地域機能訓練事業---和社工、護士一起提供個別評估、治療，如輪椅、支架、居家環境改造，此外還包括教育家屬、支持家屬及

教育社區中的居民。

2. 武藏市高齡者綜合中心

服務內容包括

a. 社會活動中心

提供趣味活動、衛教講座、休閒活動如象棋、圍棋等，讓社區中的老人免費參加。

b. 日間照護服務中心---收容 45 名老人。

c. 在宅介護支援中心---有居家護理、居家復健及居家照護。

d. 輔具中心---服務內容包括輔具評估輔具租借和居家環境改造。

工作人員有職能治療師、物理治療師、介護福祉士、護士和訪問介護員。

七、日本職能治療教育的現況

到 2002 年止，日本共有 136 所學校有職能治療學系（台灣目前有 6 所學校有職能治療學系），其中 96 所為私立專門學校（三年制和四年制皆有），21 所為四年制大學（僅此學校學生可得到學士學位），8 所為年至短期大學，11 所為國公立專門學校。

這些學校是因為長期照護保險制度的實施，在 2000 年大幅增加，2002 年一年所有學校共培養 5000 名職能治療師，今年還會新增 15 所學校。

日本職能教育目前存在的問題為：

1. 學校多且增加快速，教學品質或教學設備有良莠不齊的問題，日本職能治療學會一直持續關心注意這問題，並會受學校的邀請到該校評鑑，之後將評鑑結果公佈在學會網站上，供大家參考。
2. 因為大部分學校沒有附設醫院，以及大部分醫療機構的職能治療師年資淺，於是職能治療學生可以實習的機構相當少，以致於每一學校學生的實習週數相當短，各校平均實習週數為 18 週（台灣為 39 至 42 週），這

樣的實習週數，對一職能治療師的養成是不夠的。

八、日本職能治療現況

日本職能治療的起源與台灣類似，在 1963 成立第一所職能治療三年制專門學校，老師大部分是來自美國。1965 職能和物理治療師法通過，隔年（1966）舉行第一次國家職能和物理治療師考試，同年 20 位具有職能治療師執照的治療師成立日本職能治療師學會，1967 開始出版季刊「The Japanese Journal of Physical and Occupational Therapy」，1972 日本職能治療學會成為世界職能治療組織聯盟的正式會員，1982 開始出版職能治療期刊，1992 第一所四年制職能治療學校成立，1996 開始有職能治療研究所（碩士班始於 1996，博士班始於 1998），至 2002 共有通過國家考試的職能治療師 20000 名。

日本職能治療師在最近幾年遽增，原因是日本政府為因應快速增加的老人年口，陸續推出相關政策和長期照護保險制度來解決老人照護問題，於是對老人照護相關的專業包括職能治療師需求大增。

目前日本職能治療師人力分佈的情形：其中 61.3% 在醫療相關機構工作，13.2% 在老人福祉相關機構工作，10.9% 在老人保健法、長期照護保險相關機構工作，3.8% 在兒童福祉相關機構工作，1.8% 精神保健福祉相關機構工作，1.1% 在身體障礙者福祉相關機構工作，1.2% 在知的障礙者福祉相關機構工作。

職能治療師在醫療機構工作的比例有逐漸下降的趨勢，一方面是因為社區中的照護機構逐漸增加，另一方面是因為日本政府有鑑於社區照護可降低國家的醫療支出，而且適當的社區照護對病人和家屬幫助很大，所以正在有計畫地增加社區照護機構尤其是居家照護，並逐步減少醫療機構。

心得及建議

一、日本近幾年老人照護問題愈來愈重要，原因包括下列幾點：

- 1.出生率下降。
- 2.老人比例遽增。
- 3.因為醫學的進步，老人壽命增長。
- 4.隨著社會的轉變，傳統上家中老人的照顧者：如妻子、女兒或媳婦都外出工作，即使他們沒有外出工作，多數也不願意繼續擔任這個照顧者的角色。
- 5.多數日本人工作非常認真，幾乎每天早出晚歸，而且工作壓力大，一到假日只想睡覺休息，因此沒有多餘的心力照顧家中的老人或殘障者。
- 6.愈來愈多小孩的工作地點離家很遠，無法與父母同住，所以一旦父母生病，也產生照護上的問題。
- 7.最近的日本年輕人大多不願與老人親近，不願意去瞭解他們，因此老人在家中有被孤立的感覺。

日本政府爲了解決這些問題，在最近幾年制訂相當多的制度，如長期照護保險，並增加一些新的專業來照護老人及殘障者。台灣社會也出現類似日本的問題，但是台灣面對同樣的問題，處理態度不如日本積極，雖然部分縣市有社區照護政策、辦法或機構，但不夠完整，品質也有待加強。目前台灣社會解決老人及殘障者的照護問題，主要是雇用外勞，這個方法便宜、簡單，但有以下問題：

- 1.外勞沒有接受過專業訓練，教育水準普遍不高，而且有語言溝通的問題。
- 2.病人和家屬心裡認爲外勞是他花錢雇來的，所以理所當然地認爲外勞應爲他們做所有的事情，這樣會使得病人功能退步並養成依賴心態。
- 3.雇用外勞無法解決日後的問題，因出生率下降、不婚率上升，所以日後兒女少的人和沒有子嗣的人的比例會愈來愈高，又全球景氣差，日後的子女要供應自己的生活，恐怕都有困難，更何況撫養父母或花錢雇用外勞照顧父母。

4.造成一些其他的社會問題。

台灣人口老化的速度有變快的趨勢，所以政府必須盡快重新檢討目前的政策，並制訂新的辦法來因應。

二、日本政府爲了解決老人照護問題而制訂出的長期照護保險，雖然實施至今才三年，每年仍不斷地修改，但本人仍認爲這是一相當完善的制度。它幾乎包含了所有的和不同層次的社區照護服務，顧及到不同病人、不同家庭的需求。一完善的社區照護制度必須像這樣具備所有層次的服務，光是居家照護或只有療養機構，都是不夠的，這樣無法解決所有的問題，也可能造成浪費，因爲不同層次的社區照護所需的成本不同，機構照護最貴，居家照護則比較便宜，而適當的社區照護服務，對病人和家屬會有莫大的幫助，也可減少醫療支出。其次，整體而言他是一注重品質的制度，這制度下的專業人員，都必須經過相當時間的專業訓練，通過國家考試，持有專業執照，這就是一種品質保證。

三、日本醫療保險有關復健醫療的部分來說，和台灣比較起來，有許多地方值得台灣參考學習：

- 1.日本對復健醫療的給付較高，大約爲台灣的 4 到 13 倍。所以相對地，日本的復健醫療品質比較好，個別治療裡大部分是治療師與病人一對一的治療，而台灣大部分是一對多的治療。
- 2.對急性復健治療給付較高，約爲慢性復健治療的 1.5 倍；另一方面，對有日常生活治療的醫院給付比較高。目的是要縮短病人在急性醫院的住院日數，減少國家醫療保險的支出。
- 3.日本政府也對醫療機構分級，級數較高者，治療師較多者和設備較齊全者，有較高的給付，是一相當公平的設計。
- 4.同一級的復健醫療機構中，職能、物理和語言治療的給付皆相同，這是很合理的給付方式，因爲職能、物理及語言治療對病人的幫助是一樣的。
- 5.爲了維持復健治療的品質，對治療師每日的治療量都有合理的規範。

6.病人出院前，治療師到病人家中評估病人的居住環境，根據病人的問題給予適當改造建議，使病人在家中能獨立且安全地生活；另一方面，教導病人及家屬適當的復健活動及日常生活正確的照護方法，避免病人功能退步，這些對病人和家屬相當重要。日本的醫療保險有給付這兩項治療，但台灣的全民健保沒有，所以台灣的復健醫療比較不完整。

四、就醫療成果的達成度來說，日本的社區醫療照護在病人和家庭的整合上，因為長期照護保險中完整的居家照護服務、有相當水準的專業人員、設計精良的輔具以及好的居家環境改造技術，做得非常好，值得我們學習。但就其他兩個層次的結果「社區再整合」及「生產性活動」，達成度相對地比較低，例如日本醫療保險中沒有給付職前評估、職前訓練等項目，大眾運輸工具如地鐵、公車以及公共場所中，無障礙設施少，最明顯的是，只有非常少數的地鐵車站有升降電梯，對一手提大堆行李的正常人而言，已是非常不便，更何況行動不便的老人或殘障者。

五、日本食衣住行上仍保留相當多的傳統，例如喜歡泡溫泉、泡澡，席地而坐及睡在榻榻米上，居住的房子外觀上和內部設計仍延續傳統的樣式，但這些生活方式或居住環境對老人和殘障者來說是非常不方便的，為了使病人能繼續以前的生活模式，日本人設計相當多的輔具，復健治療上也會特別訓練這些相關能力，並提供輔具購買和居家環境改造的補助，解決病人的問題。

輔具方面，除了有許多為日本傳統生活方式設計的輔具，也有其他許多食衣住行上的輔具，這些輔具設計精良、美觀，不只實用，同時也兼顧到家庭裡的室內設計與擺設。

居住環境方面，因日本地狹人稠，所以房子面積都相當小。日本許多房子的設計延續傳統，大多為木造的，因日本氣候濕度高，為防止木造地板腐敗，會將地板架高，於是從玄關進入屋內需跨過一階梯，這階梯有的甚至高到 50 公分。屋內的走廊或樓梯通常都相當狹窄，不利輪椅通行，各房

間通常不在同一平面上，浴室、廁所及洗臉台分開而且空間不大。這些對殘障者和老人都非常不方便，且容易令他們發生跌倒的危險，所以幾乎每一個老人或殘障者的家庭都需要居家環境改造，也因此日本的職能治療師在居家環境改造上，有相當多的實務經驗和技術。

六 日本許多地方政府的基層衛生機構（保健中心類似台灣的衛生所）會和當地的社區照護機構合作，教育地方上的民眾，或作一些殘障的初步篩檢治療，這種合作模式很值得我們參考，可以算是公共衛生和社區照護的連結。

七 在日本社區照護中職能治療扮演的角色

1. 評估及治療病患

與醫療機構的職能治療比較起來，社區職能治療作比較多的日常生活訓練，包括自我照顧、娛樂休閒和生產性活動，此外還有輔具評估、介紹和訓練以及居家、社區環境的評估和改造。

2. 設計社區照護機構的活動內容

因為職能治療師在學校修過活動相關課程，知道如何將活動作治療性的運用，此外也具備團體動力學的相關知識，所以社區照護機構如日間照護中心和療養院等，大都由職能治療師來設計活動。

3. 教育諮詢

教育社區照護機構中其他的專業，如護士 介護福祉士和訪問介護士等。還有在一些沒有復健功能的社區照護機構中，擔任諮詢顧問的角色，給予該機構活動設計和環境設計等方面的意見。此外受地方政府保健中心的邀請，教育地方上的民眾。

4. 管理

管理社區照護機構，擔任機構中的行政主管。