

專家報告：復能與銀髮族

國際老年聯盟（International Federation of Aging, IFA） 2016 年哥本哈根高峰會議

IFA Copenhagen 2016 Summit

最終報告：復能與銀髮族

Expert Papers: Reablement and Older People

作者：Ms. Vyvyan Mishra 和 Dr. Jane Barratt

國際老年聯盟授權社團法人臺灣職能治療學會翻譯

譯者群：方璧珍、李芷薇、李奕瑩、呂家誌、何琇渝、李慶家、吳鴻順、林育嬋、林沛樺、邱恩琦、胡貽霖、張辰楷、張譽騫、陳怡臻、章國正、黃意婷、黃馨慧、楊婷喻、廖莉婷、潘妍廷、蔡明吟、賴迎盈、蕭嫩妮、簡才傑、謝育倫（以筆畫排序）

格式校對：陳沛宇、王品淇、李孟庭、李芷薇、劉德昌

總校對：張玲慧 臺灣職能治療學會理事長 成功大學醫學院職能治療學系副教授

譯者序

長照 1.0 的居家服務模式隨著 106 年 12 月 29 日公告的「長照給付及支付基準」、107 年 3 月 16 日公告的「長照專業服務手冊」結束，正式進入長照 2.0 強調「復能照顧」的新世紀，將居家復健與其他專業照顧整合成為「復能照顧」。根據衛生福利部，「以生活照顧為軸心之長照，一直以來的重點都放在如何照顧。但是新制的專業服務照顧組合，加入了自我照顧的精神，透過專業照顧使高齡者能有效執行或參與日常生活活動，而非被動成為被照顧者，以增進日常生活獨立功能，減少照顧需求。」強調長期照顧服務最終目標是希望失能者都能有動機、有機會去練習回歸參與社區活動。

有鑒於國內復能相關中文描述甚少，本會自國際老年聯盟 (International Federation of Aging) 取得授權翻譯，號召職能治療夥伴一起共襄盛舉，感謝大家不畏語言隔閡，短期內完成翻譯初稿，還有陳沛宇諸多行政協助與格式校訂。期待本翻譯稿的完成可以協助國內對高齡照顧有興趣的人對於復能理念能有進一步的認識。

張玲慧

社團法人臺灣職能治療學會 理事長
成功大學醫學院職能治療學系 副教授

內容	
序：在賦能社會中健康老化	5
致謝	6
最終報告	8
2015 年國際高齡聯盟的全球老化智庫：背景與內容	12
全球智庫主題簡介	
-失智症	
-糖尿病	
-衰弱	
-輔助科技	
以老化為主題的國際高齡聯盟全球智庫和哥本哈根高峰會之概述	14
2016 年國際高齡聯盟〈哥本哈根高峰會報告〉	16
復健和復能	
問題一：復能模式應該要是什麼型式？需要包含那些相關的支持？	17
-復能的目標	
-復能模式所需的支持	
問題二：為什麼服務關係人士應使用復能模式？	20
-公共衛生的可持續性	
-生活品質	
問題三：要落實復能為可行的策略，我們應處理哪些知識與實務之間的隔閡？	23
-研究的隔閡	
-實務的隔閡	
問題四：各個主題執行上相關的挑戰為何？	25
問題五：復能取向對全球社會及個人的影響為何？	28
-社會的影響	
-個人影響	
-全球的態勢	
專家建議	31
結論	35



簡而言之，復能的目的
為「賦能使人們找到存
在的意義 (*enable
people to be*)，並做他
們看重的事情」。

序：在賦能社會中健康老化

世界衛生組織在〈2015 世界老化與健康報告〉（2015 World Report on Ageing and Health）中概述健康老化的模式，其中包含兩個主要因子：個人的內在能力與功能。實證模式提出，若生活在一個具有支持性、賦能的環境中，即便個人的內在能力受限，仍有機會做所在乎的事。這樣的想法反映出將功能極大化（maximizing functional ability）的概念，而這也正是世界衛生組織所提出的健康老化終極目標。

此外，世界衛生組織提出的理論更進一步說明，個人的內在能力與環境之間的交互作用可以使健康老化的機會極大化。當個人的內在能力隨著年紀增長而改變，環境因子對於長者的功能影響更為顯著。而在此所指的環境可能包括影響健康的政策、服務提供的模式，以及健康照顧與社會照顧的新方法。

這種健康老化的模式與全球社會政策皆逐步邁向「賦能社會（enabling society）」的願景。

賦能社會是一個會尋求創新科技與新的理論，以提供更為個人化、彈性且聚焦於生命長期轉變（outcomes）的方案和服務的社會…並且更有效率地傳送方案（program delivery）及跨部會與相關人士（stakeholders）合作ⁱⁱ。

復能取向對於日常生活功能受限的人而言，恰如其名，就是賦能，與當今世代對於社區健康及社會的照顧服務的思維改變同調。基於生物心理社會模式，復能是支持並鼓勵人爭取及重獲對自己空間的自主權；幫助他們在社區中安居；以及在長期減少對於支持性照顧的需求。簡而言之，復能的目標在於「賦能人們找到存在的意義，並讓他們做自己認為有價值的事」ⁱⁱⁱ。

雖然復能取向或模式可以被應用於各年齡層有功能受限的人，但本篇報告聚焦於年長者。由於服務供給的連續性，年長者如重度失智、糖尿病併發症及衰弱長者，可能因為功能的減退，可預期需要一系列性的服務。這些服務可能從重度臨床照護到生活支持（assistive living）；而症狀較輕時，可能需要居家服務，如復能介入。

這份報告是由各領域專家一同討論目前的實證之總結。各領域專家包括醫學專家、科學家、各領域研究學者（如失智症及其他神經退化性疾病、糖尿病、衰弱）與科技領域專家。以上專家組成了四個工作小組，於2015年10月在全球智庫與國際老年聯盟討論文獻，並將成果集結成此報告。國際高齡聯盟與丹麥人高齡公司邀請這些國際專家一同檢視目前的實證，並思考復能模式在不同面向的潛能，如維持與/或增進年長者功能；減少對於服務的需求或種類；甚至降低入住機構的可能。本報告總結關於復能取向的優點、挑戰以及對於未來的建議。

致謝

受到國際高齡聯盟（International Federation of Aging, IFA）主席及丹麥人高齡公司（DaneAge）執行長畢亞·海斯托普先生（Bjarne Hastrup）的啟發，國際高齡聯盟智庫（IFA Global Think Tank）與國際高齡聯盟於哥本哈根高峰會議（IFA Copenhagen Summit）在2015至2016年期間應運而生。當初創建這兩個相互關聯的平台目的在於提供人口變遷相關之政策建議，如人口老化相關之議題。

國際高齡聯盟哥本哈根高峰會報告「復能與銀髮族」（Reablement and Older People）由薇薇安·米施拉女士（Vyvyan Mishra）策畫，並由國際高齡聯盟與丹麥人高齡公司的核心團隊予以指導。其中主要負責人為朵特·威勒女士（Dorthe Wille）、佩妮來·塔夫特女士（Pernille Tufte）與珍·巴勒特（Jane Barratt）博士。

這份高峰會報告彙集國際高齡聯盟智庫於2015年10月份撰寫之討論報告及建議項目。智庫由四大領域的專家工作小組所組成，分別為工作技術（working technology）、失智症及其他神經退化性疾病（dementia and other neurodegenerative diseases）、老年衰弱症（frailty）與糖尿病（diabetes）。各工作小組由專精於該領域之醫療專業人員、科學及研究人員所組成。

感謝工作技術組（technology working group）主席艾力克斯·米哈利迪斯博士（Alex Mihailidis）、艾德·凡·貝羅博士（Ad van Berlo）、蘇珊·馬丁教授（Suzanne Martin）、奈傑爾·哈里斯教授（Nigel Harris）與羅瑟莉·王博士（Rosalie Wang）；失智症組（dementia working group）主席克里斯·普伊歐斯教授（Chris Poulos）、安東尼·貝爾教授（Antony Bayer）、羅倫·博普雷博士（Lauren Beaupre）、琳達·克萊兒教授（Linda Clare）、凱薩琳·麥吉爾頓博士（Katherine McGilton）與席特西·祖耶德瑪博士（Sytse Zuidem）；老年衰弱症組（frailty working group）主席泰恩·羅斯格爾德教授（Tine Rostgaard）、費歐娜·艾斯皮諾博士（Fiona Aspinal）、約翰·格萊斯比博士（Jon Glasby）、漢娜·湯德蘭教授（Hanne Tuntland）與魯迪·威斯登多爾普教授（Rudi G J Westendorp）；糖尿病組（diabetes working group）主席大衛·卡文博士（David Cavan）、特芮沙·鄧寧教授（Trisha Dunning）、里歐卡迪歐·羅德里格斯·馬納斯教授（Leocadio Rodriguez Manas）、格雷頓·曼奈里博士（Prof Graydon Meneilly）、麥達·孟西博士（Medha Munshi）、艾倫·辛克萊教授（Alan Sinclair）、胡令芳教授（Jean Woo）。每個工作小組都由專業的文書人員全力協助：烏拉·穆勒·漢斯女士（Ulla Møller Hansen）、莉亞·葛拉夫女士（Lea Graff）、丹娜·班朵拉女士（Dana Bandola）與助理教授羅瑟琳·普勒斯（Roslyn Poulos）。若沒有這些國際專家與文書人員的奉獻、專業及自發地投入，國際高齡聯盟智庫的成立與本份報告便無法完成。

智庫與高峰會之會議報告於初期概念構思時受益於許多人，包含：約翰·比

爾德博士（John Beard）、安蓮娜·歐菲賽女士（Alana Officer）及其世界衛生組織的同事們、麥可·提特·尼爾森博士（Michael Teit Nielsen）、畢亞·海斯托普先生（Bjarne Hastrup）與貴格·蕭先生（Greg Shaw）。國際智庫的架構以四份預備文件的內容為基礎，文件全數由薇薇安·米施拉女士（Vyvyan Mishra）在各工作小組主席的悉心協助下撰寫完成。一般性研究及後勤支持由丹娜·班朵拉女士（Dana Bandola）、梅爾·烏斯坦女士（Maëlle Undstad）提供，並受到依莎貝拉·卡茲馬瑞克女士（Izabella Kaczmarek）的鼓勵。

許多國際高齡聯盟及丹麥人高齡公司的同仁，同樣貢獻己力於品牌建立和總結報告，包含：雅妮·威斯頓女士（Janne Weston）、克莉絲汀·克勞薩·舒茲女士（Christina Krause Schütz）與凱莉·費茲蒙斯（Kaley Fitzsimmons）。國際高齡聯盟及丹麥人高齡公司也希望向HG通訊和歐洲電腦圖形（HG Communications and Eurographic）致謝。

這兩個新興平台之所以能成功創建，關鍵在於有許多心智堅定的夥伴，堅持不懈地排除困難並創造機會。這些夥伴是琳達·安高斯特恩女士（Linda Ankerstjerne）、丹娜·班朵拉女士（Dana Bandola）、朵特·威勒女士（Dorthe Wille）、佩妮來·塔夫特女士（Pernille Tufte）與珍·巴勒特（Jane Barratt）博士。

國際高齡聯盟智庫與國際高齡聯盟哥本哈根高峰會之報告有賴國際高齡聯盟及丹麥人高齡公司兩方穩固的合作關係，以及國際高齡聯盟理事會的承諾。

最後，特別感謝世界衛生組織生命歷程與高齡部門（WHO Department of Lifecourse and Ageing）在2015年9月這個時機點發布世界衛生組織高齡與健康報告（WHO World Report on Ageing and Health）。透過這份報告，復能取向（reablement approach）有機會被關注。復能取向是一套理論，也是使長輩能活出自我的介入。

最終報告

引言

賦能社會的目的在於更有效率透過社會政策，讓人能追求他們的目標，並完全地發揮他們的生命潛能ⁱ。而復能取向是新政策的一部分，並且以聚焦各個人的內在能力及功能為前提的觀點，挑戰老化及老化相關疾病的負面觀點。

國際高齡聯盟全球專業工作團隊及2015/2016哥本哈根高峰會的意向為致力於以對策為主，促進健康老化的全球性公共衛生議題；在人口老化的情形下，提升大眾對於復能取向及輔助科技價值之覺知。

特別聚焦於復能及其對於失智症、糖尿病、及衰弱長者的療效有兩個原因：第一，因為全球有數百萬的公民將會因為成為被照顧者或是照顧者而受到這些疾病直接或間接的影響。而這樣的情況在未來二十年內將會對我們的社會及健康照顧體系有與日俱增的社會與經濟影響。第二，一般而言，罹患這些疾病或是伴隨併發症的長者，他們的能力或潛能反映護理與支持需求的持續性，如從居家服務協助日常生活活動到複雜的臨床照護與心理健康介入治療等。

2015年10月，智庫聚集各國學者交叉探討復能模式在正向促進銀髮族健康與福祉，及以長遠角度來看可節省成本的可能。學者們在糖尿病、衰弱長者、失智症及輔助科技的復能領域進行文獻回顧與整合，並撰寫初步的論述。

智庫討論一系列關於復能的問題，包含可行的復能模式為何？相關人士是否該採納復能取向需要解決哪些理論和實務的差距所造成的問題？以及考量復能取向對社會、個人及全球的影響。

國際高齡聯盟哥本哈根高峰會議2016年的報告，綜合各專家學者團隊審視復能取向後，認為應用此理論可能的優點及挑戰，及可能帶來對於個人、社會及全球的影響。

復能

復能的哲學思想與世界衛生組織老年健康部門（Department of Ageing and Health）的新政策一致，都著墨於個人的內在能力與周遭環境的交互影響ⁱⁱ。

復能取向旨在讓人們於計畫階段討論功能目標時，就能參與並了解自己的優勢及能力。長者被鼓勵關注他們能安全地做的事是什麼，以及他們重視的是什麼，而非聚焦於那些他們做不了的事。簡言之，復能的目標在於「賦能使人們找到存在的意義（enable people to be），並做他們看重的事情」ⁱⁱⁱ。

復能可以被視為哲學與服務的結合。此哲學和服務是指因疾病、受傷或能力

(如聽覺與視覺的改變)減退導致功能喪失時，以多專業團隊提供個案在家裡、社區或時間限定的介入模式。

長者的復能介入是(再次)獲得維持、改善功能的技巧與自信，或是適應逐漸失能的一個主動過程。同時復能也支持長者以安全、文化敏感和適應性強的方式繼續在社區環境中維持他們的社會參與。

專家工作團隊的討論概述

智庫之專家團隊對採用復能取向提出了兩個主要論點：公共衛生的永續性，及促進長者的生活品質。就前者而言，復能模式對特定族群是否可以減少居家服務和住院治療，而對長期經濟效益是否有助益需要更多實證才能獲得結論。同樣地，在促進生活品質方面，這個相對新興的研究領域中，有些針對失智症、糖尿病和衰弱長者的研究已獲得正向成果。

關於復能取向的成效在知識層面顯然還存有待了解。包括缺乏高品質的研究釐清復能原則應如何與環境支持結合，透過增強個人的內在能力以達成的目標，並且增進功能。對於復能的實務面也有待發展，例如醫療專業人員和照顧人員的教育訓練應如何改變。由於復能強調與人「一起」工作，而不是「替」他們工作或是「為」他們工作。為了確保復能的原則落實在實務中，對於部分長者、醫療專業人員與照顧人員、家庭成員在心態或文化上改變可能是必須的。

為了更了解復能社會的經濟層面(如在一個賦能並支持著長者的連續性服務中的一些產品)，需有系統地探討：介入中哪些元素是有效的--適用於何種情境與何人；復能服務的投資與花費的影響；長者參與復能訓練的成效，包括功能和生活品質的測量；長者、醫療人員、照顧者、照顧人員和社會對於賦能哲學的潛在利益的知識、技能、態度與行為上的影響。

總而言之，復能取向可被視為急性及與長期健康與社會照顧系統之間的橋樑，並有助於讓這些系統都站在同一陣線，節省健康花費。而復能也被看作是促進個人持續有能力去參與、貢獻自己所長，使個人在這個社會中成為一個具生產力且有價值的一種手段。

建議

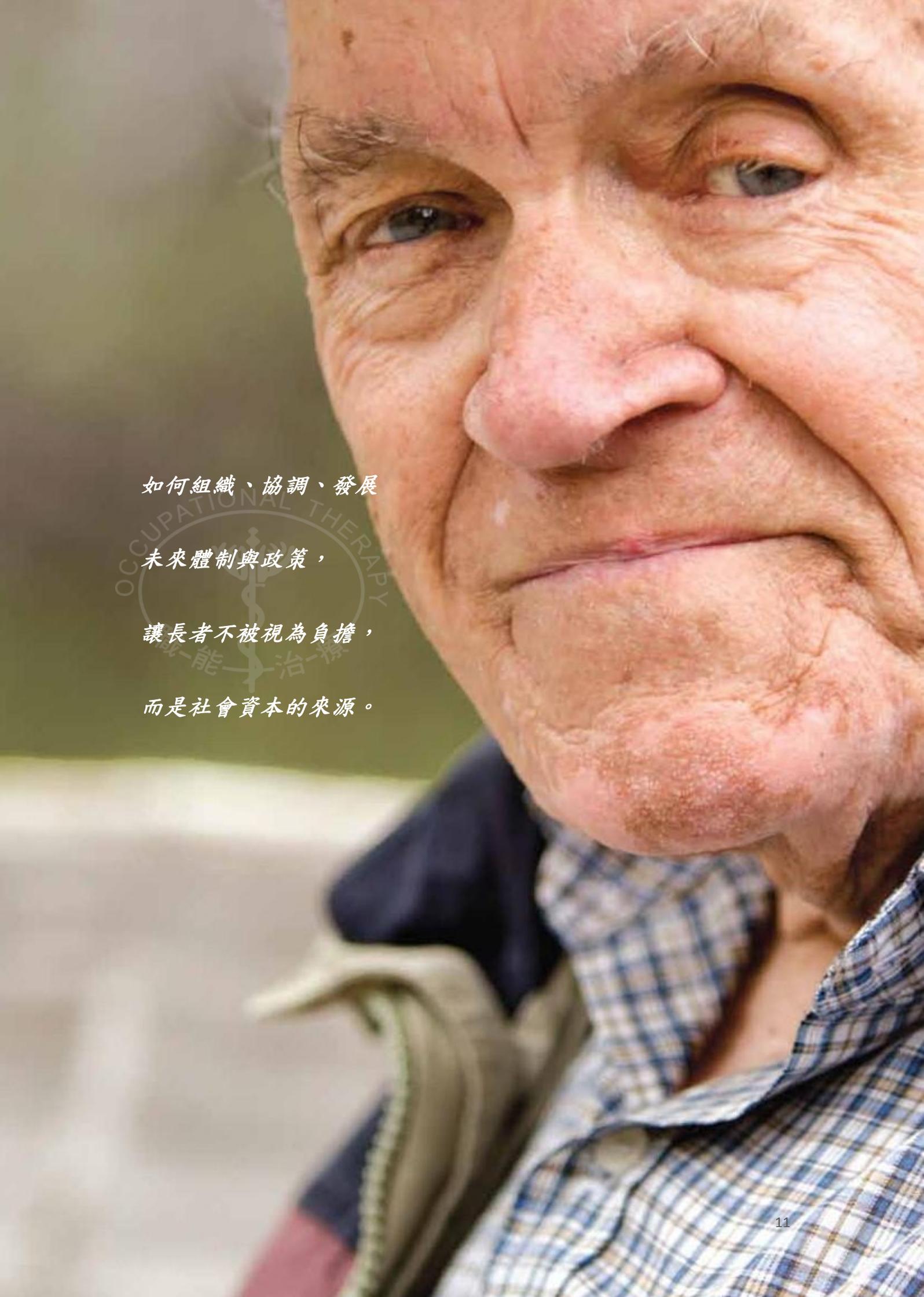
此建議概略包括復能取向的研究和實務。首先，為了縮小目前對於復能於系統和個體影響為何的知識隔閡，需優先採用大樣本、具有各類成果範疇的高品質研究。為將復能哲學融入實務，需要評估復能介入的經濟效益，並建立可以最佳辨識、監測、傳送適切與即時服務的認識。

一個交叉建議聚焦在透過多種不同方法了解輔助科技的使用和價值，除了是協助建立個人潛能和能力的完全個別化介入中的一個關鍵要素，還有如治療性輔具和支持決定之工具（decision support tools）。成功的執行基礎建立於健康照顧人員和照顧工作人員皆確實接受復能精神及其執行方面的培訓。

結論

復能不僅賦能長者，亦增進他們的功能表現，在此過程中同時降低他們對於健康支持與社會照顧的需求。雖然相關實證仍在發展中，但即使面對這些挑戰，提升健康相關生活品質和安適，以及降低個人家庭照顧成本的正向指標讓復能作為有效的新興健康和社會照顧模式可有審慎樂觀。

我們呼籲政府和民間更深入地了解將復能取向納入可幫助維持與改善慢性病長者的功能並及早發現風險因素的政策和計畫之價值，從而避免後續各種不利後果。



如何組織、協調、發展

未來體制與政策，

讓長者不被視為負擔，

而是社會資本的來源。

2015 年國際高齡聯盟的全球老化智庫：背景與內容

現今空前快速的人口老化是對全世界許多政府造成嚴重的社會與經濟後果、具挑戰性的議題。過去十年間，60 歲以上的人口已經達到一億七千八百萬人；單就中國而論，在 2012 年估計長者人口就有一億八千萬人^{iv}。世界每年即將滿 60 歲的人口將近五千八百萬，等於近每秒鐘就有兩人滿 60 歲，相當接近全球人口數的 11.5%。

到了 2050 年，這個比例會成長將近一倍達到 22%，屆時將會是第一次老年人口數超過 15 歲以下孩童的人口數^v。Prince (2015) 等人近期對於當前與未來長者相關慢性非傳染性疾病負擔之文獻回顧，報告全球疾病總負擔中將近有四分之一 (23%) 可歸因於 60 歲以上長者的病症^{vi}。

健康與社會照顧費用支出日益顯著增長的壓力呼籲對於人口老化要有創新的思考與行動，這是一個重大挑戰。如何組織、協調、發展未來體制與政策的解決方案，目標是可以讓長者不被視為負擔而是社會資本的來源。

許多經歷過人口高齡化高峰期之西方社會的特徵，就是對於活躍與健康老化有強大論述。然而，發展與落實優良高齡化公共衛生政策仍然有很大的障礙，包括複雜的多重罹病率、糟糕或甚至沒有以人為中心的服務，使用者付費、低收入與社會保護，和社會對於長者的能力、潛能和角色的普遍誤解。

高齡歧視的態度持續對創新健康與社區照顧模式的開發之潛能有所限制。

全球性智庫主題概況

接下來的二十幾年，全球公民在他們生命過程中，將會直接或間接在無法預期的情況下被失智症、糖尿病和衰弱影響，或照顧一個罹患此疾病之親人。近年來，世界衛生組織、聯合國、各國政府、學術界、產業界和非政府組織針對特定疾病，呼籲對疾病後果要有更深的理解，與如何一起合作找出可以轉移、複製的解決策略。以疾病為焦點的狹隘觀點促使國際高齡聯盟和丹麥人高齡公司考慮一個交流的過程，讓全球性老化智庫會議及隨後的哥本哈根高峰會議，匯集失智症、糖尿病、衰弱、輔具科技和健康經濟學的國際專家，從功能、非診斷疾病性觀點來討論復能取向與模式的潛能。

在審視討論成果之前，先概略瞭解這些疾病對個人及其家庭和全世界在社會、功能和經濟層面的影響是有幫助的，並且指出科技在高齡者的健康管理及照顧扮演的角色日益重要。

失智症

失智症是已開發國家功能喪失的最大主因，也是全世界功能喪失的第二大原因。全世界失智症患者在 2013 年約有 4,440 萬人，預計到 2030 年將增加為 7,560 萬人，到 2050 年將增加為 13,550 萬人^{vii}。在 2010 年，估計全世界失智者醫療成本為 6,040 億美元，其中約 70% 的成本花費在人口高齡化已成熟的西歐和北美洲國家，失智症可說是最昂貴之社會醫療成本（社會和經濟都是）的健康狀況^{viii}。

失智症是一種不可逆的神經退化性疾病，是導致高齡者失能的主因^{ix}。漸進性的認知與生理功能退化以記憶喪失、溝通、判斷和問題解決能力出現困難、動作功能障礙、行為改變、情緒影響（例如：憂鬱、冷漠和社交退縮）呈現^x。儘管功能逐漸退化，失智症患者仍可以存活長達 20 年^{xi}。一般大眾普遍認為失智長者傾向居住在養護機構中，但實際上在已開發國家中約 60% 至 70% 的失智者居住在社區^{xii}。

糖尿病

糖尿病是全世界成長最快的慢性疾病。在 2014 年，全世界估計有 3.87 億人有糖尿病（其中 43% 未確診），預計在 2035 年前會再增加 2.05 億患者^{xiii}。全世界約有 3.16 億人患有葡萄糖不耐症，這群人有高風險成為糖尿病患者，在 2035 年葡萄糖不耐症患者預計將增加到 4.71 億人。全世界 65 歲以上人口中有超過 25% 的人罹患糖尿病，有 50% 的人有糖尿病前期症候群^{xiv}。

高齡者都有可能患有第一型和第二型糖尿病。罹患第二型糖尿病比率超過 90%^{xv}。在大多數高所得國家，糖尿病是導致心血管疾病、失明、腎衰竭和下肢截肢的主因。糖尿病是功能障礙和行動障礙的獨立危險因子，居住在社區的高齡糖尿病長者約有 25% 是衰弱的^{xvi}。

糖尿病患者對個人及財務負擔龐大，在 2013 年造成大約 510 萬人死亡，花費醫療保健費用約 5,480 億美元（佔全世界醫療保健費用 11%）。2013 年全世界糖尿病醫療保健費用支出，估計約有 76% 花費在 50 歲到 79 歲高齡患者身上^{xvii}。

無法維持獨立之糖尿病長者，在社區所花費的醫療照顧費用高達 3 倍，在機構高達 9 倍^{xviii}。

衰弱

衰弱隨著年齡漸長高度盛行，衰弱也是造成負面健康結果，包括了入住機構、跌倒、住院和死亡的高風險因素。衰弱雖然被認是有生物學上的根據，但它是否是一種不同於老化過程的臨床病症？此一論點仍存在著疑問。已發展許多老年介入去改善衰弱長者的臨床結果，但一個非常重大的阻礙是缺少標準化和有效的方法篩檢「真正」的衰弱長者。

衰弱的狀態對個體的健康和需求是一個關鍵性的指標，不過研究者也注意到在定義「衰弱臨床症狀」以及評估此異質性團體^{註一}（註一）的照顧需求上的複雜度確實存在^{xx}。衰弱在許多方面，同時影響生活品質，包括了因慢性疾病、低能量和行動力降低，失去所愛的人以及社交網絡趨弱化帶來的孤立和孤獨感，如受之前所述因素影響的持續性心情低落、記憶問題，以及由於日益增加的依賴性而導致對個體生活的控制力下降^{xx}。

輔助科技

輔助科技（Assistive Technology, AT）被定義「任何一種取得方式不管是由購買已商品化產品、修改或客製化，其目的是被用來增加、維持或改善失能者其功能的商品、設備或產品系統」^{xxi}。輔助科技從洗澡椅和助行器等傳統設備擴展到（現今）數位化可用設備，包括行動裝置，電信網絡和軟體應用等。

在過去的十年中，輔助科技設備的範圍有了顯著的擴展，特別在可以使長者達到最大功能性的設備。這種成長不僅是受到人口結構變化的驅使，也受到長者對科技將能幫助自己留在家裡和社區有一重要角色，他們對科技之需求和期望變化的驅動。

以老化為主題的國際高齡聯盟全球智庫和哥本哈根高峰會之概述

國際高齡聯盟哥本哈根高峰會議是國際高齡聯盟全球智庫的年會，特別召集此國際平台以刺激政府、學術界、企業界和民間社會之領導人和關鍵決策者在政策上的討論。2015 - 2016 年相關活動的總體性目標是協助創立一個以解決方案為導向的全球公共衛生議程，旨在提高「聚焦式之復能、復健和應用性科技在改善高齡族群的功能能力上所能造成之影響」的認識和教育。

^{註一} 所謂「異質性團體」是指由個人屬性相異或性質有別的社會成員所組成的團體。具體而言，由年齡、性別、智力、性向、興趣、社會階級、職業背景或宗教信仰等相異者所組成的團體，即屬於異質性團體。例如，由家庭、學校、企業組織、政府部門等社會成員所組成的團體，其成員在年齡大小、個人目標、價值觀念、能力興趣、職業專長或宗教信仰等各方面的特質，可能存在著相當大的差異。這些個人特質殊異的社會成員，即構成了所謂的異質性團體。

2015年10月舉辦的全球智庫採取工作坊形式，邀請老化相關領域（包括失智症、糖尿病、衰弱症和科技）的學者專家和實務專家參加研討會，並邀請參與者回應關於復能各子主題之相關議題。概略的假設是，具有失智症、糖尿病、衰弱的長者，其功能的潛能和能力在某種程度上代表一個照顧和支持系統的連續性，其範圍從協助日常生活活動（ADL）的居家服務到複雜性的臨床照護和心理健康介入。

以糖尿病、衰弱、失智、科技和長者為主題的復能相關預備文章有許多專家的討論。每篇文章都包含文獻回顧和融合各領域的內容，包括至少過去五年內發表的同儕審查之期刊論文及回顧型論文，加上考科藍文獻回顧（Cochrane review）及一些以成本效益及功能作為結果指標之研究。文獻研究絕大多數用英文書寫，包括在歐洲、北美洲、澳洲和英國執行的研究。

這三篇針對特定疾病的文章都包括輔助科技相關研究的總結。對這些預備性文章進行文獻搜尋時，我們依循以下問題：問題的範疇為何？復能的特色為何？有哪些復能介入是有效和無效的？哪些特色可以改變？

接著邀請全球智庫（Global Think Tank）的專家討論以下系列的新問題：

1. 復能模式應該是什麼型式？需要包含那些相關的支持？
2. 為什麼服務相關人士（包含政府、資助者、個人和照顧者）應使用復能模式？
3. 為了使復能成為一個可行的政策，在現有的知識與實務之間尚有什麼落差需要被討論？
4. 每一個主題（失智症、糖尿病和衰弱症）相關的執行困難為何？
5. 採用復能模式對於全球社會和個人的影響是什麼？

這篇報告統整專家針對以上這些問題之回應與建議，目的在於刺激和推動政策上的對話。



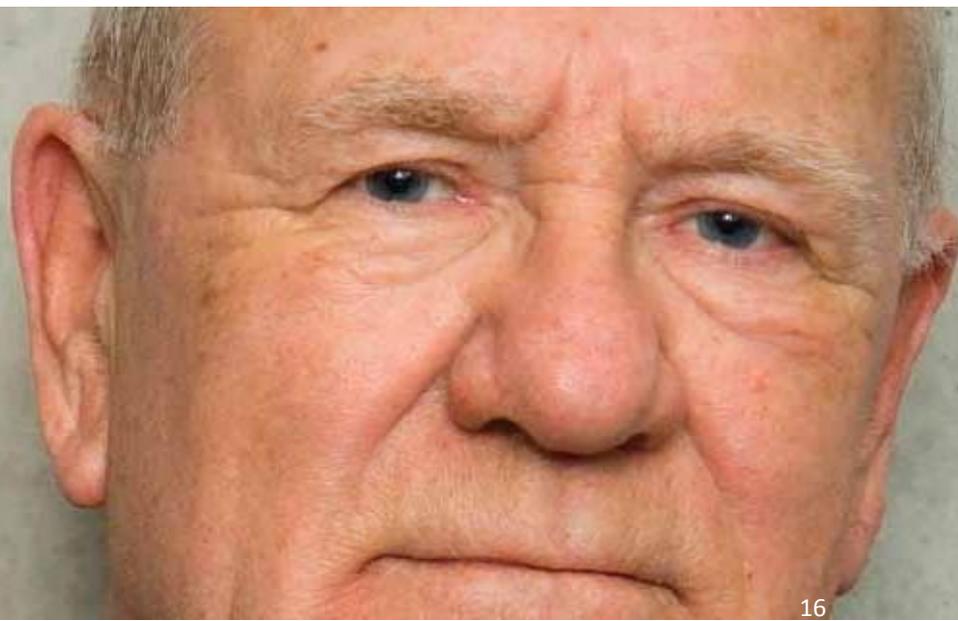
復健與復能

此處討論需要澄清「復健 (rehabilitation)」一詞之意。傳統上復健被認為在醫院或門診中，提供個案高強度、治療性、醫療取向的介入模式，有正式的功能評估與成果評估。相反的，復能 (reablement) 則強調支持和恢復個案的功能，以實現個案在家自主的目標。復能是恢復技能和重拾信心的一個主動過程。復能不僅在特定的急性事件或疾病後使用，復能也可執行在健康狀況和功能逐漸退化的個案身上。

復健通常被視為處置急性期的個案，例如：因跌倒而導致股骨骨折。然而，近期的趨勢為早期提供介入，以幫助長者最大化他們的能力，使其能在社區中生活。歐盟 (European Union, EU) 的一項重要的公共和政治領域論述是：復健的潛能在於讓長者能夠主動積極地應對功能變化，而不是提供長者醫療照護模式的復健。相較於傳統的復健模式，復能可連結於自我管理和個人責任感，著重於自主性、生活品質和對公共支出的潛在成本控制。

不管語義解釋如何，重要的是以應用的層面來描述「復能」，以幫助複雜的醫療和社會照顧系統中瞭解「復能」的概念。復能 (在澳洲、紐西蘭和美國，亦稱為「恢復性照顧 (restorative care)») 概念迅速地在澳洲、歐洲、紐西蘭、北美和英國的一些地區推廣。復能介入傾向短期、有特定目的之介入，通常所須花費的成本低，且密集度低。復能服務通常旨在「幫助個案自助」，「與個案」一起做事 (do with) 以幫助達到最大獨立性，而非「為個案」做事 (do for) 或做在個案身上 (do to)。復能方案可由醫療專業人員領導 (但非限定只有醫療專業人員可做)，例如：有合格職業訓練的照顧人員協助之職能治療師和物理治療師。此外，復能方案的目標為降低個案未來對居家照顧的需求^{xxii}。

專家團隊首先須回應一個關鍵問題：復能模式是什麼 (應該要是什麼) ？



問題一：復能模式應該要是什麼型式？需要包含那些相關的支持？

復能可被視為一種哲學與一種服務。復能哲學包括：以有目的的、相對短期的、以個人為中心的目標導向介入，處理因為健康衰退（包含視覺、聽覺能力的改變）或特殊情況，及疾病或受傷造成的功能缺失。重點在於讓個案依據自我能力，重新獲得功能或處理功能缺失的衝擊與促進自主性。復能是一個主動的過程，藉由維持功能（例如在日常生活活動層面），達成新目標，或是因應功能退化的調適，個案可以有效重新獲得技巧與自信心。

復能取向的介入也支持個案在社區中維持社交參與。介入計畫與後續的執行需要在所有健康及社會照顧情境中，兼顧安全、具文化敏感度，以及彈性等特點。介入應橫跨所有的服務層面，並輔以老年友善環境、健康及其他公共政策，並將其整合到臨床操作指引、政策及服務模式之中。

復能服務通常會在個案的居家或社區中提供，介入則採取多專業合作、聚焦、有時間限制（一般為 6~12 週）的方式，目的在於幫助個案盡可能重獲更多功能。在安全及有實證支持其理念時，會傾向選擇非藥物治療。有效使用輔助科技能提升和改善照顧服務傳遞，並幫助個案在生理和心理功能的自我健康狀況管理。

復能服務的成果，可以在不同臨床範疇測量，並且可以有效整合入現行的臨床路徑中，協助形成個案的個人功能目標和指標。

復能介入是全人的，與個案一起合作以支持他們朝向想要的成果，支持（賦能）他們去做生活中自己重視的事，同時在家庭及當地環境情境下一起討論。雖然有時間限定，復能服務需依據個案的能力及需求，視個別的差異提供服務的頻率。也可以在個案功能改變時循序介入，高度彈性地因應個案發生快速的健康、認知和能力變化而調整介入。

復能不總是由臨床人員主導，而需要相關健康照顧人員、照顧工作者和家庭之間的緊密合作。在復能模式裡，與個案（如果可能，包括失智者）和照顧者共同擬定照顧模式，訂定專屬的目標、治療和評估成效是很重要的。

復能的目標

復能模式的目標是：在生命歷程中最大化其功能，即使在安寧療護及臨終照護階段也是；支持並賦能，使其能夠轉變到更好的功能狀態；協助其運用既有的能力以增進或維持在自身環境中之自主性。目標會與認知、活動（移行、日常生活活動、工具性日常生活活動和休閒娛樂）、行為、情緒、生理症狀（例如：疼痛）、社交參與和人際溝通有關。

形成目標前須審慎了解個人能力，以確保目標是實際可行、具有意義且值得努力的。藉由一系列有實證基礎的策略，包括體能訓練、技巧或行為的學習與再學習（恢復性方法），或是找出替代功能困難的方法（代償性方法，包括環境改造和使用輔助科技），使得個案可以朝向目標前進。

復能模式所需的支持

最重要的是，復能模式需要熟練的工作者以創新方式的執行服務，並改變長者、家庭成員及照顧者的既有思維，這些人都需要重新再教育去熟悉這個模式及其預期性的成果，包括適當的使用輔助科技。

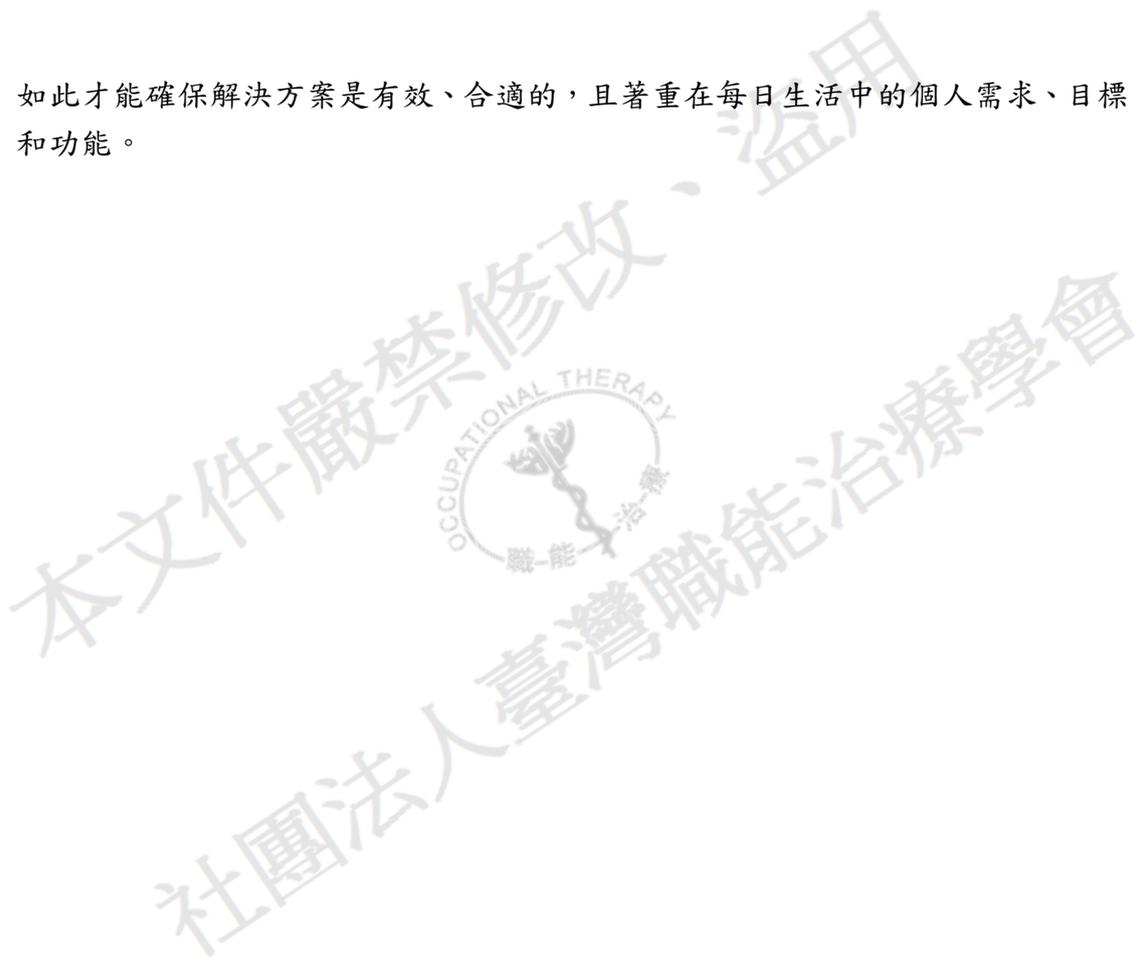
就使用者和服務提供者而言，輔助科技是復能取向中的關鍵要素，輔助科技可協助年長者增進個人能力與潛力，以達成自己的目標，亦能監控行為或功能的改變，因而調整介入^{xiii}。「獨立」經常被視作自我健康管理及功能性能力來探討，而目前已有良好的實證證實輔助科技可支持獨立，且可作為專業人員與家庭溝通、線上交流的管道。

服務提供者使用輔助科技了解服務何時需要結束、減少或修正，並藉以收集難以測量的參數數據。數據資料可用來預測未來，以幫助決策；提供新的機制，以提升復能過程的參與動機與遵從度；並加強專業間的合作。雖然還沒有完整實測，但仍然有所前景：當輔助科技可協助滿足持續的需求，或讓人們更密切連結的狀況下，復能可以協助長者、家庭照顧者和照顧人員獲得新技巧。

有很多方式可以分類及描述長者使用的輔助科技。輔助科技專家為確保維持長者的功能，選擇了一個以功能和需求為基礎的模式，細分成六個主要領域：移行能力、安全和保障、認知、健康監測、日常生活功能支持與休閒。近幾年，大量的電子科技彙集以協助認知、感覺缺失和衰弱的人們，這些科技包含：以提示協助失智長者自我照顧活動的系統^{xxiv}、安全支持（如監測跌倒或其他潛在意外）的科技^{xxv}，以及使用機器人進行認知支持和訓練^{xxvi}。

復能模式中，在設計、選擇和設置科技解決方案的過程中，一定需要一個多專業團隊的共同合作努力，包含臨床從業人員與實務工作者（如私人照顧人員、護理師、醫師）、治療師、家庭及照顧者、科技設計者，以及最重要的一長者。在與相關人員討論的過程中，反覆的研究、發展及設計解決方案是十分重要的，

如此才能確保解決方案是有效、合適的，且著重在每日生活中的個人需求、目標和功能。



問題二：為什麼服務關係人士應使用復能模式？

專家指出了兩個應要採用復能方式的主要論點：

1. 公共衛生的可持續性；以及
2. 個別長者的生活品質，包括提升或維持功能及自主性，賦權帶來自信和自我價值、溝通和社會參與，以及成為社區重要成員的感覺。

公共衛生的可持續性

為每個人提供適當服務（特別是對某些長者族群），以減少長期照顧服務需求、住院治療和機構化，此是減少國家經濟負擔的關鍵。隨著期待提升和平均壽命延長，提供長者持續性高品質照顧的實際或感知成本增加，政府非常關心此議題，尤其針對那些因慢性疾病而表現出健康和功能衰退的族群，如衰弱、糖尿病及失智症^{xxvii}。

研究結果建議，就長期而言，復能非常有潛力可減少持續性的支持而具有成本效益（意即，居家照顧及住院治療減少），雖然這需要更多證據才能有確定的結論^{xxviii}。研究者指出，復能模式幫助長者得到或恢復他們功能性的自主/獨立，減少或改善失能，並避免住院、急救和機構化^{xxix}。兩篇研究的結果均顯示復能的健康及居家照顧成本比傳統的居家照顧成本來得低^{xxx}。在澳洲一大型之隨機控制研究中，經過兩年的追蹤，復能組的健康和居家照顧成本總和降低了0.83^{xxxi}。

再者，藉著增加個人的自我照顧技巧、與對於獨立生活或使用最少服務的自信，臨床醫師和臨床工作人員和其他健康專業人員將能有更多與最佳化有效的運用時間運用，從而在醫療系統裡提供一個更節省成本的方法。值得注意的是，一個諮詢的、跨專業的復能模式可能減輕「照顧者負擔」；當照顧者在照顧計畫、施行和過程評估中被教育和諮詢時，他們的壓力和焦慮程度下降。長者和照顧者的健康及安適感隨著他們在復能計畫的參與增加而提升^{xxxii}，這本身就是一個節省公共衛生成本的結果。

某些文化認為長者對社會而言是一個高成本的負擔，而不是一個值得投資、有助於經濟成長的群體。這個想法剝奪了可以最大化長者提供之社會及經濟資源來貢獻社會的機會。而當處於工作年齡的人離開工作，去承擔那些缺乏足夠支持的年長親友的照顧責任，這在經濟上亦是一個潛在的損失。

科技專家建議採用「商業模式」思考社區長者使用或用在他們身上的科技之服務傳遞。雖然輔助科技現在常被認為是醫療設備，且依據現有的健康照顧模式供應，但許多「典型的」消費者商品及/或市面上已可購買之電子產品，亦可作為復能裡有用的科技產品。

生活品質

失智症專家提出，認為將來可以預防或治癒失智症與其他神經退化性疾病的想法是不切實際的。「因此，」（他們指出）「我們不能繼續保持現今虛無主義（nihilistic）觀點，認為社會唯一能為失智症和其他神經退化疾病提供的服務僅有支持性照護。」復能模式注重失智者與其照顧者之人權，且積極聚焦在他們（失智者及照顧者）可以在適當的支持與介入下做些什麼。藉此真正使失智者發揮他們的最佳能力，提供一個可增進他們的持續安適感，並預防危險的預防性模式。

現存的證據顯示，失智症者在有顯著疾病或損傷後，仍可對復健介入有所反應^{xxxiii}。同時也有新的證據顯示，失智者對以改善他們的內在能力與功能為目標的認知與身體復能策略介入反應^{xxxiv}。

糖尿病工作團隊的專家指出，復能介入可以藉由減低跌倒發生率、延緩年齡相關行動能力損失、提升身體與情緒安適感來提升個案的生活品質^{xxxv}。相關復能運動研究指出，以提升平衡與靈巧度之復能運動在計畫結束多年後，仍有顯著減低跌倒發生率的成效^{xxxvi}。同時亦發現，復能模式能改善糖尿病與其相關危險因子的控制，並降低併發症的發生率，協助個案維持獨立與自主性，因此成為更好的個案中心照顧模式。

儘管現今在復能與衰弱長者方面的研究實證未臻強健，但專家仍指出數個增進長者生活品質的正向影響因子。復能可以減低居家服務使用者的日常生活依賴度；研究表示聚焦在功能性的介入活動能改善活動表現及其滿意度^{xxxvii}和日常生活活動滿意度^{xxxviii}。

就健康照顧服務使用而言，一個有 750 位參與者之澳洲隨機分派的研究結果指出，相較於控制組復能組的參與者需要較少的居家照顧時數，比較不需要住進護理之家，也比較不需要急診治療^{xxxix}。追蹤研究中亦有發現此現象^{xl}。復能介入的人比較不需要個人照顧服務^{xli}、也比較不會再次住院^{xlii}。因此復能或許能減低居家照顧與其他健康照顧服務的需求。

專家認為在衰弱長者的復能模式中使用科技產品可能最能彰顯科技應用在助人專業的效益。我們注意到輔助科技在協助衰弱長者繼續獨立生活在自己的家與社區的長遠歷史與有力的實證。然而，即使這些科技已經發展出來，並在長者族群中測試；但是，在許多促進健康、安適感和參與的介入仍缺乏或僅有微弱相關證據^{xliii}。

衰弱長者的復能介入同時也對不熟練的居家照顧服務員有利。在一個混合研究（mixed methods study）中發現^{xliv}，復能組參與者的居家照顧服務員相對一般照顧的組別，工作滿意度較高且顯著有較低的人員更替率。此研究強調復能介入對個管師的幫助，包括支持、督導、養成訓練，以及工作彈性，這些都提升了個管師的工作滿意度。

復能模式注重失智者

與其照顧者之人權，

且積極聚焦在他們

可以在適當的介入

與支持下做些什麼。



問題三：要落實復能為可行的策略，我們應處理哪些知識與實務之間的隔閡？

研究中的隔閡

復能在健康與社會照顧領域中是一個相對新穎的介入方法，因此尚未有足夠深入且廣泛的研究以明確地展示其功效與經濟效益。目前長者支持與服務模式也因為有限的效益評估研究而有相似的情況。各服務模式間因為知識造成隔閡的情況比比皆是。

整體而言，當「賦能」、「復健」與「復能」等詞彙被用於描述年長者的慢性狀態與後續功能能力時，仍缺乏可廣為接受的定義。採取復能為執行原則，並以「結合長者內在功能與環境支持，進而維持或改善他們的生活品質」為目標之高品質研究亦非常稀少。

要理解復能服務的社會和經濟商業案例(復能作為一個賦能與支持長者的連續性體系產品內的一種服務)時，專家呼籲對以下議題進行系統性的研究：被評估為有助益的介入要素--與在什麼情境與對什麼人是有益的；一個復能計畫的投入/支出之影響；對長者的成效，包括功能狀態與生活品質量測；與長者、照顧者、照顧工作人員與社會大眾的知識、技能、態度與行為對於賦能哲學之潛在利益的影響。

使年長者能夠改善與保留功能的個別化計畫需要他們的參與。然而，關於他們的觀點與價值所知甚少，特別是部分弱勢族群，例如：常因為收集可靠資料的困難性與面臨人體試驗倫理同意的挑戰而被排除在研究試驗之外的認知損傷族群^{xiv}。

以糖尿病長者之復能場域來說，僅有1%與糖尿病相關的介入研究對象是70歲以上的長者。此外，預防長者因葡萄糖耐受度受損而進展成糖尿病之社區健康策略的研究鮮少。由於有80%的第二型糖尿病是可以預防的，因此這個在知識領域的關鍵隔閡急需被注意，並可成為復能策略的一部分。

實務中的隔閡

似乎越來越多的健康照顧專業者對復能的接受度越來越高，許多管理者和照顧工作者重視復能的彈性以及與年長者一起、更能應變的工作方式^{xlvi}。然而，我們不能假設要整合有助於復能取向的必要合作系統(包括國家、市場、保險系統、家庭、當地社區、宗教機構、志工和其他公民社會活動者)是件簡單的事。對於決策者而言，考量復能取向在當前長者之服務提供架構的潛在價值是很重要的。復能方案的推廣尚需仰賴照顧者與健康照顧專業人員的訓練與技能，而專家已經指出兩者之間隔閡。

衰弱長者領域的專家提出一個廣泛性原則：要發展任何創新服務模式，一定要注意訓練與組織的發展。復能在某些情況下可能需要全面系統性的方式去支持心態的轉換以及與年長者一起工作的方式。

雖然證據顯示失智者在急性期之後可從復健獲益^{xlvii}，但是目前失智者的健康與社會照顧服務通常是不完整且有限的。此外，許多現有的服務著重在伴有生理健康問題的長者，這對失智症與其他認知損傷的個案不利。這樣的情況可能歸因於復能服務時間有限的本質，因此工作人員可能會錯誤地認為：失智症個案無法在六週的介入治療中“復能”。

在輔助科技領域中，雖然有許多設備與產品可購買(例如活動量追蹤設備和 APPs)，但仍需要與臨床相關且有意義的數據詮釋以及科技介入的效能研究^{xlviii}。就復健與復能應用而言，因為這個領域仍缺乏強而有力的證據基礎，因此健康照顧人員需要衡量推薦這些設備與產品的利弊得失。



問題四：各個主題執行上相關的挑戰為何？

復能與失智

在支持將復能的哲學應用於患有失智及其他神經退化性疾病的長者時，會在對此哲學有深度的瞭解及採用時開始遇到一些特別的挑戰。新的論述必須是「與失智症和平共處」，並聚焦在能力的保留及對功能喪失的有效調適。這個模式在不同的文化背景及情境之下必須是可因應調適的。

失智及神經退化性疾病族群之服務及照顧需重新定位，在必要的資源重新分配下，復能及復健可被整合在一般的照顧服務中。為使復能得以持續進行，提供服務的責任必須從健康照顧體制延伸到以社區為焦點的服務方式。

一致的照顧管理是重要的，由個案管理模式促進為佳。工作人員需要有評估與奠基及促進失智者的餘存能力之相關知識，並考慮到任何的共病，故訓練是一個關鍵的因素。能夠瞭解並改善內在能力和功能是不可或缺的技能。

復能與糖尿病

將復能引進現代糖尿病照顧中，需要使用的策略包括將照顧專家們的心態從血糖控制模式（glucocentric model）轉變為個別化、以維持有生活品質及福祉的功能表現為目標與介入中心的模式。

執行糖尿病復能模式的挑戰起始於接受復能與復健之間概念及實務上的差異。因此，透過教育、訓練以及臨床相關有用的實務指引，改變臨床人員的信念、習慣及行為模式是必要的。

在糖尿病族群的情境下了解執行復能的科學必須是教育及信念改變的核心。例如：我們需要定義特有復能介入的時程、定義最有關聯的預期結果。

由於復能介入用於糖尿病的族群為首創，透過國家及區域推廣活動以促進有利害關係的相關人員或機構的對話及研究，針對現在的關鍵隔閡產生新研究及證據，如改變健康經濟模式、照顧的模式和三角認證的方法。

在不同的文化環境下執行糖尿病管理之新模式，以及調整模式以符合各國（即資源不足之開發中國家與資源充足之富裕國家）的情境，會是推廣復能模式必經的一項挑戰。

復能與衰弱

關於衰弱者復能這議題最主要的挑戰是”衰弱”這名詞從學術角度來看似乎少有共識。此術語也往往在實務場域有不同定義，並受到些許文化和社經環境的影響。儘管如此，研究結果是否能夠有效應用到服務執行，還是常常會因為對復能模式的本質和執行方式有極大差異而有阻礙。

由於政策更迭頻繁，每項新的治療模式皆因倉促實施以致於難以嚴格評估其有效性。這些效率評估主要是小規模實驗且短時限，因此其科學品質可能也有限，讓以上問題更加嚴重。然而，在以讓長者選擇做他們看重的事為目標的照顧環境中，介入計畫的科學品質不見得是必須回答的問題。這似乎是一個崇高的目標，但顯然它是以人為中心。

通常情況下，健康和社會服務介入常來不及防止功能的損失。因此，關於長者支持服務的性質和持續時間之決定過於倉促，往往導致功能下降而非功能恢復。這種過程可能讓復能模式所能帶來的潛在收益無法實現。雖然許多長者對照顧和服務的要求越來越高，但也不能因此將提早入住護理機構（養老院）作為解決方式。

如同前面所提到，復能介入的潛在利益需要重新定位和重新培訓過的專業人員以不同方式執行照顧實務才可能顯現，長者、家庭成員和照顧人員也需改變心態。現有的服務可能會重新包裝（通常是為了吸引新的資金），但卻沒有提供復能基本要素。確保服務能真正能夠“復能”是一個很關鍵的政策和很實際的挑戰。

文化改變帶來了另一項挑戰，以下列方式影響每位長者、照顧者、有償照顧人員和服務提供者：

- a) 有些長者可能會對「在支持下而變得更獨立」不太熟悉，因此會認為不如傳統「被照護」的服務來得舒服^{xlix}。對於長者和家庭照顧者來說，有時可能也會感覺復能不如傳統服務來的安全。
- b) 對於有償照顧人員來說，執行復能模式會比直接服務來的耗時。期望現有人員在沒有足夠的支持情況下，以完全不同的方式來工作，同時檢討之前的作法與嘗試新的介入方式是不太可能有成效的。
- c) 對於一些照顧提供者而言，復能模式對現有的商業模式也有重大的挑戰。例如，因為私人照護服務提供者可能需要更高且多來源的報酬（也許基於“按結果導向付款”），因為照顧工作在短時間更密集。

復能與輔助科技

科技在復能模式內的發展與應用可以從多個面向討論。在復能過程中，通用與客製化之科技解決方案是至關重要，但在其他情境就顯得較貴且無效。家庭照顧者也許需要接受客製化解決方案的訓練，先進科技如人工智慧也許能使輔助科技因應使用者而自動學習且個人化。

新的復能解決方案之發展與執行，不單對使用者個人同時對於支付或提供服務的機構而言，必須是合理的、可負擔的、符合成本效益的。

目前大約有70%的輔助科技產品被丟棄¹，因此確保復能過程中所使用的輔助科技能被年長者與照顧者接受與持續使用是至關重要的。某些情況下，輔助科技的潛在用戶會感受到與之相關的恥辱感。實務上，這意味著即使一項科技的設計是為了滿足個人的目標和需求，且已經證明可用，它可能還是不會被使用。輔助科技的設計和實施中必須考慮社會可接受性。

在使用輔助科技的環境與情境中，輔助科技耐用度與維護計畫對於使用者、照顧者與服務提供者都是一個挑戰。家庭照顧者的支持往往是有效使用的先決條件。複雜的數位設備需要維護與升級，在醫療體系與有限預算中如何管理與支持這類設備是個挑戰。

為了評量復能服務中輔助科技的效能以及支持其持續發展與使用，評估輔助科技之影響力是很重要的。由於新興科技（例如機器人、智慧家居）尚未普遍應用於復能或醫療保健系統，因此評量的概念變得更加重要。

對於輔助科技來說，道德議題是一個更為險峻的挑戰。隨著科技日新月異，每個人都自動成為各種資訊與通訊科技（ICT）系統的一部分，個人隱私及個人資料的機密性和安全性也會因此受到影響。所收集的數據將用於分析不同功能等級的結果評量，藉此優化個別化服務並發展預防性介入措施。這也將有助於開發有效且具成本效益的模型。

隨著越來越多的數據被生成、收集、儲存和共享，適當的隱私和資訊安全措施必須成為最重要的考慮因素。因此在資訊的傳遞中，認證、授權和同意變得更加重要 - 特別是對於具有不同文化和教育背景和經驗的長者以及因疾病而有決策障礙（例如失智）的長者而言。此外，需要牢記的是，無條件依賴新科技將會產生深遠的道德和法律影響。

問題五：復能取向對全球社會及個人的影響為何？

社會的影響

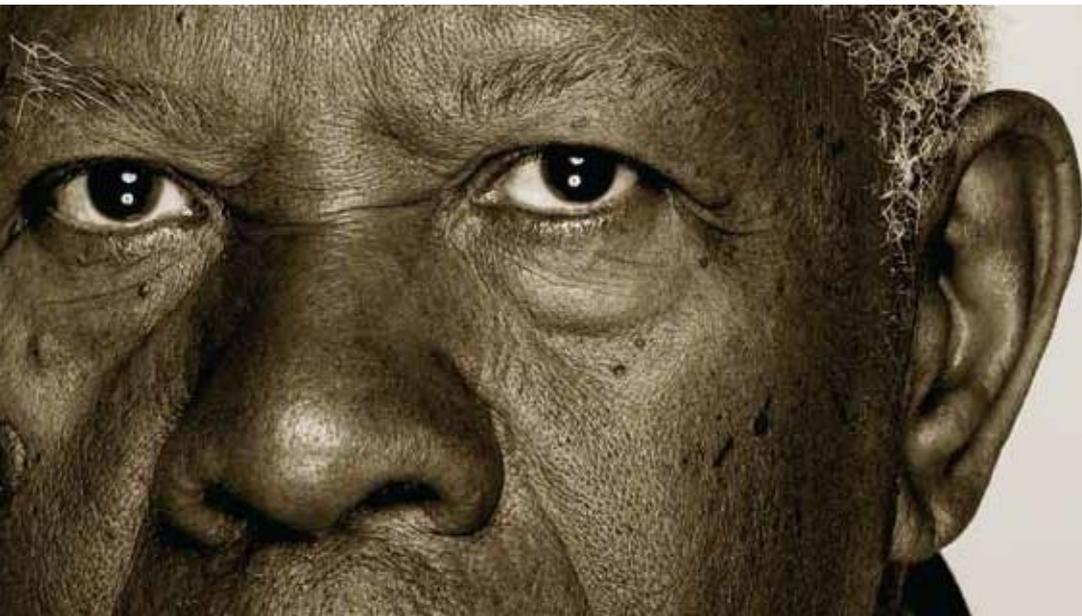
復能取向是一個新的概念，挑戰著大眾對老化及與年齡相關疾病的負面觀點，進而著重在長輩的內在能力、功能及健康老化。復能是一座橫跨急性醫療與長期照顧及社會照顧系統的橋樑，有潛能可以妥善銜接這些系統，且可能節省健康照顧相關的支出。

醫學及非醫學類的教育訓練應該要更新以反映出復能的哲學理念，使專業人員對長者的態度由「決定其定位」，轉向至最佳化其能力及功能。在高齡友善的環境支持下，復能能夠且應該於社區及人們的家中實行（包含護理之家及其他住宿型機構）。

復能也是一種能夠促進個體持續地在社會上參與、做出貢獻、有生產性且受到重視的方式。

科技在現代及未來的使用將會對社會產生重大的影響。社會經濟方面，新科技與服務會在各種領域創造出許多新的職業。為了落實復能，需要額外的技巧及發展培訓計畫。因著新科技及綜合性的服務，新的服務模式也將應運而生。這些新的服務模式須達到以人為中心，以賦能為基礎，並且要與服務提供者共同創造。新模式的財務來源也可能順帶產生或取代現有的方式。因此，國家核退（public reimbursement）與私人支付（private payer）制度需要進行公眾討論。

我們必須意識到，決定成功的關鍵在於：對服務及照顧需求的理解、了解輔助科技如何協助健康照顧之決策，確保政府、管理與執行部門在維持舊有模式時，仍能有接納新事物的彈性。



個人的影響

復能哲學符合世界衛生組織對於老化及健康所提出的新取向：個體自身的能力與所處環境的狀況會交互影響。

復能可以引發個體參與發展介入計畫、討論功能性的目標及目的、辨識自己的優勢與能力；鼓勵他們聚焦於能（安全地）做的以及所重視的事，而不是那些再也做不到的。

期待復能取向可以預防或延緩喪失功能的路徑，使年長者能開始努力、完成未竟事務，並規劃合意的安寧或臨終照護方式。

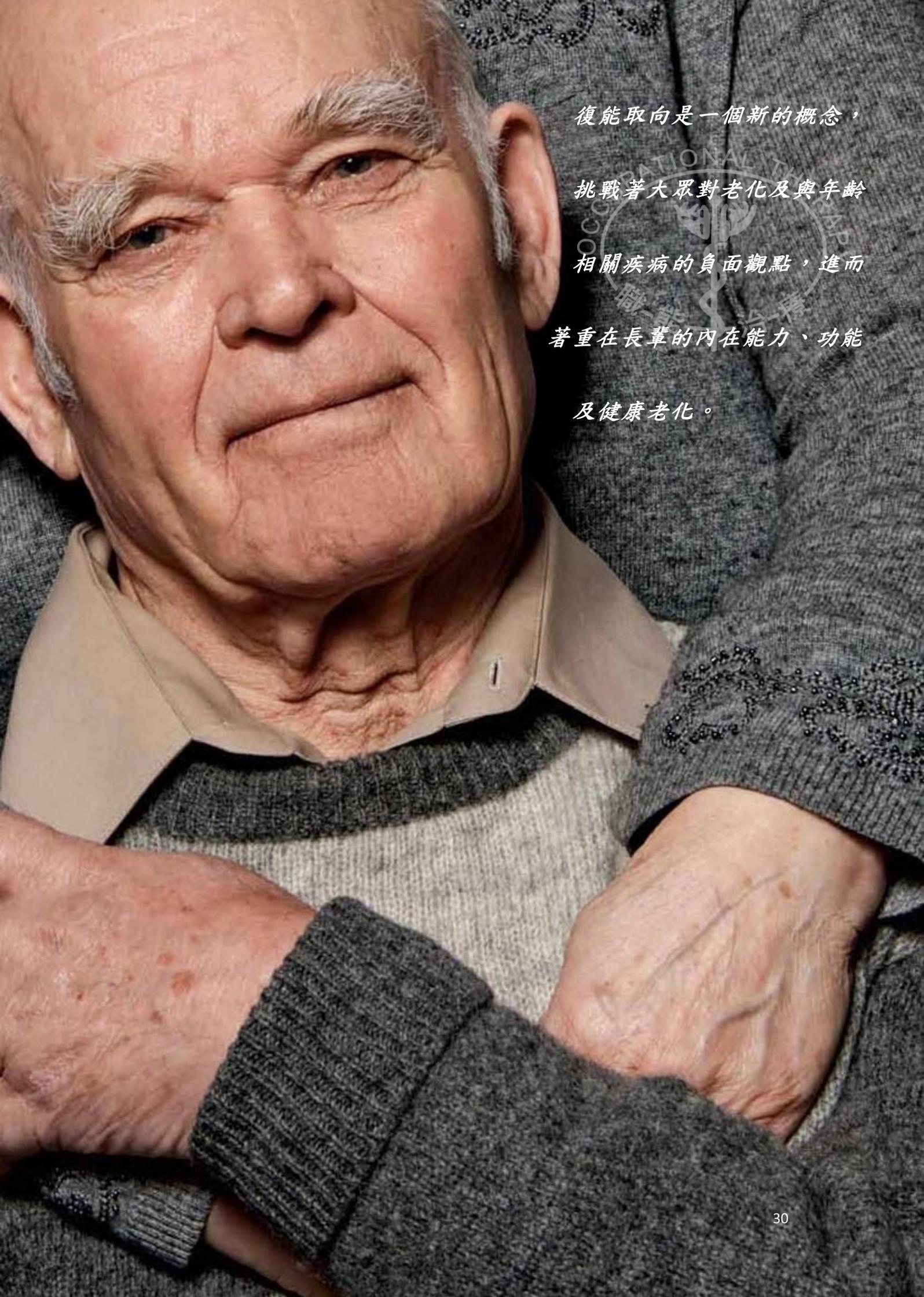
特別是以資訊與通訊科技為基礎的輔助科技，將能在照顧的循環裡創造新的溝通方式。然而有些不太有數位素養的長者，他們通常未曾學過並且沒有在使用資訊與通訊科技，將可能會被基本的社會參與所排除：這就是所謂的數位落差（digital divide）。在為每一位長者規劃復能服務時，應考慮到這些具個別差異的需求。

全球的態勢

目前復能文獻趨向於呈現西方或已發展國家的健康及社會照顧系統。但在其他的系統裡，很有可能實際上提供了復能服務，卻沒有稱做是「復能」或是區別出「復能」的特別服務。在不同的文化所提供的服務裡，「獨立」、目標設定及身為一個積極參與者的概念也可能是陌生、更富挑戰的，這些文化可能更著重在互相依賴的關係。

關於個別、家庭、國家、通路及公民社會的角色，專家學者不同的態度，不同的服務提供模式也有很多不同的歸責及假設，這些種種都可能影響復能。

在全球輔助科技的使用方面，國際發展的「最佳復能實務模式」的分享，對於能從以較少花費協助日常生活活動功能的輔助科技上獲得好處，是不可或缺的。被選擇之解決方案的永續性、所知道的商業效益，以及執行上的挑戰，應該都是對話的一部分。



復能取向是一個新的概念，
挑戰著大眾對老化及與年齡
相關疾病的負面觀點，進而
著重在長輩的內在能力、功能
及健康老化。

專家建議

專家的建議廣泛的包含了復能取向的相關研究及實際執行層面。

復能與失智症的相關建議

為了以下目的，建議需有專門的研究了解社區中針對失智長者進行復能的介入：

- 針對該復能模式的效益建立明確證據。
- 瞭解如何順利建立服務，去辨識、監控及提供適時且合適的復能介入。
- 判斷如何正向的影響失智者、照顧者、照顧工作人員以及社會一般大眾，對於疾病的認知、技巧、態度、及行為，有關復能哲學的潛在利益，聚焦於與“失智共存並活得好”。

執行面：

- 重新定位如何提供服務及照顧失智和其他神經組織退化相關疾病者是非常重要的，因此復能需要與每日常規的照顧結合、需要充足的資源，並且需要針對不同文化背景及情境去做調適。
- 提供服務的責任必須從健康照顧系統延伸，並把社區作為一個焦點。個案管理取向的服務會是促進一致照顧管理最佳的方式。
- 相關工作人員對復能取向的定位以及訓練非常重要，這確保他們可以獲得相關的知識去正確的評估及建立失智者的餘存能力，並且能將共病的情況也一併考慮。了解及提升內在能力（intrinsic capacity）及功能是所有人的必須技巧。

復能及糖尿病的相關建議

研究：

針對糖尿病的復能介入發展探討臨床療效及符合成本效益的高品質研究是必要的，包括觀察性的研究方法及設計嚴謹的隨機控制臨床試驗。優先的介入研究主題有：

- 用多樣的結果測量（如：功能、生活品質、衰弱、失智症、情緒狀況、失能前後的狀況、以及住院）去檢驗最佳的血壓及血糖控制的好處。
- 透過可行性研究或前驅研究，去評估輔助科技是否適合作為治療的輔助及協助判斷的工具。

- 評估復能介入的成本效益。ⁱⁱ

由於有超過百分之八十的第二型糖尿病是可以透過最近應用在長者照顧的復能策略去預防的，例如：生活型態改變（change in lifestyle）、營養、運動、活動、以及個案的周圍環境，我們應該要去辨識可以預防葡萄糖耐受不良長者發展成糖尿病的社區健康策略(註二)ⁱⁱⁱ註二。

執行面：

- 糖尿病照顧的復能模式應顧及安全性與文化敏感度，能廣泛應用於不同的健康照顧系統上，且能依不同病程階段及功能層級進行調整。
- 此（復能）模式應能落實個人化照顧，可與輔助科技結合，並評估具臨床意義的結果，例如功能與衰弱程度的變化、糖化血色素（HbA1）與血壓等代謝數據，以及復能介入的成本效益等。
- 對糖尿病照顧團隊而言，我們可以更宏觀地從疾病的急、慢性不同病程思考，如何以復能改變個案的功能狀態，以促進健康並維持生活自主。除此之外，提升大眾與健康照顧專業人員理解維持早期良好的功能狀態以避免日後的衰弱亦同等重要。
- 將復能模式與國際糖尿病聯合會（IDF）的全球長者糖尿病管理指南（Global Guidance in Managing Diabetes in Older People）^{iv}、歐洲長者糖尿病工作小組（EDWPOP）與美國老年醫學會（AGS）^{iv}所提出的糖尿病照顧臨床指引及政策銜接，是當前不可規避的責任，也提供一個重要的契機，可使照顧聚焦在以個人為中心、維持生活品質及安適感、及病人安全等重要的臨床療效指標項目上。
- 這「銜接」為了凸顯糖尿病復能取向對所有的關係人士的重要性，應跳脫單一個人或系統的框架，而是透過一系列的活動、媒體參與、以及健康專業的網路論壇等管道向國內外糖尿病社群及老年相關組織訴求。
- 承認並處理現實世界中國家性、區域性服務供給的不公平之處—無論是從糖尿病長者的層面、健康照顧臨床路徑的層面、或是在不同照顧系統間轉銜的層面上來看—將是一項挑戰同時也是一個契機。

復能與衰弱的相關建議

研究：

為縮小目前對復能效果在知識面上的鴻溝，我們需要更多大規模且涵蓋各種結果的高品質研究。

注意：MID-衰弱長者研究已經在討論部分之研究隔閡（此研究為一個歐盟補助的隨機控制臨床研究，正在七個國家進行，針對1,800位患有第二型糖尿病之70歲以上長者提供包括治療、運動與衛教的多元介入之功能性成效）。

執行面：

- 復能介入應能個別化、以個人為中心，且在家庭與社區情境下介紹給高齡者。此外，介入計畫必須完全依個人能力及需求量身打造。
- 要復能被真正落實，人員的訓練相當重要，且應認知到既有傳統的實務作法需要改變。
- 當家中的照顧者與志工在復能實行的歷程是完全的夥伴關係，且對復能的成功執行有貢獻時，應支持他們在復能過程中重新思考傳統角色。
- 當多專業團隊共同合作，讓每一個專業人員都能依高齡者的需求給予相對應的服務時，復能模式是具有雙重優勢的；它能透過較高的工作滿意度與人員留任率，提供穩定的人力資源而有成本效益，並同時提供更對高齡者需求做回應，是更有彈性的全人照顧。

復能與輔助科技的相關建議

研究、設計、與應用

- 新輔助科技的設計、選擇、與實際使用，必須是跨專業團隊共同合作的成果，包括臨床工作人員與實務工作者（如居服員、護理師、內科醫師等）、治療師、照顧者、科技設計師，以及最重要的一年長者本身。
- 輔助科技研究、發展、設計的循環過程對於能確保有效且合適的解決方案非常重要，須確保聚焦於個人真正的需求與日常生活的功能執行上。
- 在任何輔助科技的發展、選擇、與實務應用的過程中，易用性與使用者的滿意度是必須要考慮的因素^M。設計團隊應優先考慮如何鼓勵高齡者使用這些科技產品，將其融入他們的日常生活，並持續地使用它們。
- 在復能中使用的所有科技產品必須具備相容共存的條件——也就是說不同的產品必須能共同運作（通訊及數據共享）。此外，這些輔助科技產品與高齡者及照顧者既有的日常科技產品（如智慧型手機／智能家電系統）在使用上能相容並存也是相當重要的。
- 在復能過程中，接受訓練如何使用輔助科技（AT）是十分重要的，特別是那些因失智症狀影響學習及保留新資訊能力的長者。健康與社福專業人員也應接受部分輔助科技使用的訓練。
- 在各國高齡人口逐漸增加的趨勢下，我們也應從全球的觀點思考輔助科技在復能上的使用，包括針對一些資源不足的地區或國家如何使用輔助科技的研究及操作評估，這些人如何從新的科技受惠，並找出科技使用與維護上潛在的困難。

- 將資訊與通訊科技（information and communication technologies, ICT）應用在高齡族群的健康照顧與管理時，我們應當重視背後潛在的道德議題。隨著資訊科技的發展，現代人將難以避免地成為各種資訊與通訊科技生態系統的一部分；我們還需要很多努力去教育及讓民眾意識到當他們的資料被產生、收集、儲存與分享時，所獲得的益處及潛在風險。
- 在確保適當的隱私與保護前提下，進行仔細鑑別、授權、與同意步驟的保護措施，需要專門的研究與國際間的共識。這點在不同文化、不同教育背景、不同生活經歷的高齡者中是格外地重要。

結論

世界衛生組織（WHO）（2015年）將健康老化定義為發展和維持功能以促進長者安適的過程^{lvii}。

復能取向是一個新論述的一部分，挑戰了關於老化和與老化相關疾病的負面觀點，提供了一個聚焦於內在能力、功能和健康老化的觀點，也與世界衛生組織取向密切銜接。

復能可以增強和改善長者的功能，並在此過程中減少對更多支持性健康和社會照顧的需求。許多初期證據顯示，長期而言，復能取向可以減少醫療保健花費^{lviii}。更為重要的，參與此新模式的個案表示，復能可以改善健康相關的生活品質，並降低自身居家照顧成本^{lix}。

雖然證據仍在逐漸浮現，但專家們認為，沒有試圖支持人們回歸最佳自主狀態，這對個人及家庭會適得其反，而且無法適當使用有限資源。儘管發現了挑戰，但在許多環境和文化中，我們仍對復能是一個有效的健康和社會照顧模式的必要因素，保持審慎樂觀的態度。

專家呼籲各國政府和民間社會都將復能取向納入政策和方案中，以儘早幫助維持和改善有慢性病的長者之功能及其危險因子，從而避免對長者造成進一步的不良後果。

復能取向顯示，根據其個人化、尊重性、協商性、整體性和以人為本的特質，復能是一種好的實務模式，可以使功能獨立延續到生命照顧的終點。

