

推動個別化支持計畫——論 住宿式長期照顧機構之跨專 業間整合服務

龍紀萱

壹、前言

身為專業人員如何從使用服務者的視角出發，看見其個別的需要與優勢為推動個別化支持計畫的重要精神之一，特別在個案處於失能或失智的狀態時。隨著國內高齡人口不斷攀升、醫療科技進步、面對少子女化、家庭人口結構改變、婦女就業率提升之際，住宿式長期照顧機構往往成為家中有失能與失智且需要照顧者的選項之一。

入住住宿式長期照顧機構通常為失能或失智狀況較重度者，因而需要不同專業人員介入提供適宜的專業服務；然專業領域裡，對個案的服務思維已由以往從安全為由、轉支持為理，由重視一致性、到強調個別化。所謂個別化支持計畫（Individualized Support Plan, 簡稱ISP）包括評估（assessment）、處遇（intervention）計畫、執行、評值

（evaluation）等連續性過程，這過程裡可能同時涉及再評估、修改計畫等，因為是針對住宿式長期照顧機構（以下簡稱住宿式長照機構或住宿機構）個案，故較不會於入住期間旋即落入結案的最後階段；不僅包含個別化還有支持的概念，就是除了看到個案不足、缺陷、障礙、內在之外，更會看到尚有的能力、優勢、積極、外在等面向。

本文主要目的期待從住宿式長期照顧機構推動個別化支持計畫談論起，在個案及其家屬與專業團隊成員間彼此合作之下，創造不同的生活範疇、豐富生命，並將專業團隊的服務帶入積極正向的領域與思維。

貳、個別化支持計畫

選擇自己的生活方式，是每個人想要營造的方向，也有權利決定自己的生活

方式與型態（黃淑芬，2020），障礙者、失能者、失智者、甚至發展遲緩兒、智能不足或年長者亦然。在相關專業團隊領域裡，我們可能看過或學過、聽過以下專有名詞：個別化服務計畫（Individualized Service Plan，簡稱ISeP）（註1）、個別化教育計畫（Individualized Education Plan，簡稱IEP）、個別化家庭服務計畫（Individualized Family Service Plan，簡稱IFSP）、個別化轉銜計畫（Individualized Transition Planning，簡稱ITP）、個別化書面的復健計畫/個人化職業重建書面計畫（Individualized Written Rehabilitation Plans，簡稱IWRP）（吳雅萍、陳明聰，2015；張秀玉，2011；蔡采薇，2011）；這些計畫在不同領域面對不同服務對象有相異的學理基礎，但是無論如何均強調個別化。當然本文談論之ISP同樣具有個別化意義更包括支持的概念，讓服務對象有機會透過跨專業間整合之協調與支持，一起思考、溝通、互動、評估與計畫、運用資源，以降低其障礙或阻礙，有機會達成心想或既定之目標（黃淑芬，2020）。

《特殊教育法》（1984 / 2023）第35條提及：應符合學生需求，訂定個別化支持計畫，協助學生學習及發展，計畫訂定除了邀請相關人員參加之外，身心障礙學生本人與實際照顧者亦會參與。而在身心障礙領域或兒童少年服務、發展遲緩兒童、因疾病導致需要復健以及失能或失智

之個案等，可能依個別服務對象之不同而分別強調IFSP、IEP、IWRP、ITP等個別化計畫；通常會根據評估結果，產生一份符合個人需求與狀況之服務內容，包括教育、訓練、培養、支援或協助提供等，同時含長期和短期目標。

然而在談論個別化支持計畫之前，需要先理解自立生活與自立支援意涵，自立生活是源自於對身心障礙者的服務，開啟支持身心障礙者回歸社區生活，且有權利自主其生活之門；自立支援則是運用於長者的照顧模式，希望恢復服務對象的自主性，讓其重新獲得想要的生活型態。住宿式長照機構是同時針對身心障礙者與長者提供服務的機構，個別化支持計畫不僅兼具自立生活與自立支援的服務理念，更強調支持的精神；期待排除自身與環境的障礙之外，讓服務對象的能力與想望被看見進而實現。三者緊密相連，其理念需要深植專業團隊成員的服務思維之中。

一、自立生活

自立生活又稱為獨立生活（Independent Living for Disabled People），是由身心障礙者本身參與發起之社會運動，在美國、加拿大、英國、芬蘭、瑞典、法國、德國、日本等國家都掀起極大的迴響，主張障礙者作為公民應受到平等權益保障，環境阻礙應予以去除，並應提供障礙者支持；協助回歸一般社區生活

為最大的理想目標，將「去機構化」（de-institutionalization）與「正常化」（normalization）的理念實踐出來，障礙者並非僅能被困在家中或居住在教養院、機構等場所，過著與社會長期隔絕的生活，而是有權主導自己的生活、有權回歸社區生活（王育瑜，2012；周月清，2004）；然而協助障礙者進入社區的同時，需要更多積極的支持與配套措施。

自立生活的目標是確保障礙者平等自主與同等全面參與社會的權利，自立生活支持服務包括環境的調整與無障礙環境建構、充權障礙者以及提供其他支持服務（王育瑜，2012；黃伶蕙等人，2018）。除了要維持個人的生活自主性也必須關注如何為其創造和取得具積極性和有貢獻的社會角色，而非僅是將其視為需要社會關懷、資源依賴者或無能力者（衛生福利部社會及家庭署，2018）。

自立生活的價值理念為：（一）服務使用者需求為導向，可以自己做決定、自我選擇、自我信賴、進而自我負責，然而這樣的生活，包括：日常生活、發展人際關係、工作、教育與學習、休閒與政治活動等社會參與；（二）去除障礙提供適當資源與支持，無論是心理或環境層面的障礙都盡力去除，並提供適宜的支持，不僅僅是生活上的支持；（三）尊重障礙者主體性，達成個人理想的自立生活；（四）倡議，包括服務對象及其照顧者倡議，還

要對服務提供者與社區進行倡議（王育瑜，2012；周月清，2004；黃峯彬、王敏行，2019；潘佩君等人，2018；賴品好等人，2019）。透過自立生活的支持，讓障礙者有權主導自己的生活，儘管能力不足或有缺陷，依舊能夠在相互適當支持下，過著有尊嚴的生活。

自立生活的終極目標即為讓不同障礙類別與程度的個案都能過著獨立自主想要的生活，不會因為無形的觀念與有形的環境而遭到限制，這需要障礙者本人、照顧者、提供服務者以及社會大眾共同來努力達成此目標。因此，自立生活的觀念興起為身心障礙者開啟另一條生活道路，也顛覆專業服務工作模式與思維，更挑戰社會大眾以往世俗的眼光；這正是引導我們再次看到人的價值與尊嚴，並提醒專業工作者與社會大眾宜尊重每個人的樣貌，彼此間差異並不應該成為他人發展的阻礙，透過協助與改變仍舊可以讓每個人擁有自己想要的生活。

二、自立支援

自立支援（Self-Supporting Care）概念來自歐洲、美國等國家，稱之為「復能照顧」（reablement），而日本於1980年代開始推行，且將「自立支援」納入國家政策，為日本介護保險的核心精神，並有兩大原則包含：所有國人都必須維持自己健康、避免失能；所有服務提供單位必須

著重讓長者自立生活（林金立，2018；王俞樺、劉立凡，2020）。

自立支援照顧模式（Self-supporting Care Model）由日本竹內孝仁教授自2004年起所提倡；自立支援照顧之定義為照顧者之照顧方式是為支持個人改善或維持其身體、精神或社會上的自立。並於日本全國推廣自立支援的概念，倡導「不約束」、「不尿布」、「不臥床」，希望恢復個案的自主性，重新獲得一般人的生活型態；照顧原則主要是從：飲水、運動、排泄、營養著手。而臺灣自立支援照顧模式則是由林金立引進，在臺灣推廣自立支援照顧的觀念；其核心價值，不僅是身體層面的照顧，更是涵蓋了個人文化、精神層面以及社會文化層面，讓長者本身能夠找回、提升自主生活的意識，朝著促進日常生活功能獨立，以達提升生活品質為目標（林金立、余彥儒，2017；龔耿璋等人，2020）。

自立支援照顧服務模式的推廣是期待改變照顧者的文化，強調透過個別化照顧計畫的擬定與提供、改善生活環境與導入適當活動及復健運動；照顧者能夠試著去理解長者問題行為的緣由，長者對環境產生信任及安全感，照顧者與長者之間逐漸產生「同體存在」的相處關係，照顧現場的氣氛將隨之轉變，進而協助長者提升自主生活能力與品質，重新找到人生的意義與樂趣，感受到長照生活仍保有其

尊嚴（林金立，2018；林金立、余彥儒，2017；林艷君、黃璉華，2018；徐明仿，2021）。

有項國內研究指出：住宿機構推動生活自立支援其個案的日常生活活動能力、工具性日常生活活動能力、憂鬱情形、社會支持、自覺健康相關生活品質皆顯著改善，然而加強與家屬的溝通，以及機構工作人員提供的社會支持，將能夠提升與落實生活自立支援的效益（王俞樺、劉立凡，2020）。

儘管這些看似平常的日常生活照顧工作，對待即使是入住機構的長者，仍應重視其個人意願，並盡力維持原本的生活樣態，如此持續維持其日常生活的獨立，不僅可能降低社會上照顧成本的支出，亦讓長者過著自己想要的生活。

三、個別化支持計畫

個別化支持計畫包括評估、處遇計畫、執行、評值等連續性過程，這過程裡可能同時涉及再評估、修改計畫等。

「個別化支持」是個多元且多向度的概念，涵蓋以下原則：（一）以服務對象為中心、提供支持：每位服務對象都是獨立自主的個體，有著不同的身心社靈狀況、相異的生活經驗與生命歷程，以服務對象為中心進行評估之後，再依據個別需要提供相應的支持；（二）透過個人與環境的培力、以達表現最佳化：有時是個人或環

境受限，我們要讓其看到優勢與可能，改善環境的阻礙，就有機會讓個案表現最佳狀態；（三）了解個人潛能、看到改變：習慣成自然，服務對象或家屬或專業人員都可能忽略個案原有能力，我們就是要發掘潛能，改變的契機就可能產生；（四）讓家屬與專業團隊成為助力：最好的啦啦隊就是這兩類人，家人給予精神與實質的鼓勵，專業人員就是運用專業知能讓服務對象引發動機與建立自信（吳雅萍、陳明聰，2015；黃淑芬，2020；蔡宜蓉等人，2021）。依據上述的原則，其實是包括垂直與水平的整合，垂直是指過去、現在以及未來的時間軸，就是涵蓋服務對象及其家屬過去與現在生活的各個面向，亦就是所謂的生命歷程，再融入未來期待之中；水平即涵蓋內在與外在資源以及跨專業間整合（衛生福利部，2022a）。目前遇到狀況或問題的解決、維持以及延緩的向度，更有積極的強化、提升以及改善的面向。換句話說，是依據服務對象狀況與期待予以調整。

因此，個別化支持計畫對於服務對象而言涵蓋多面向且從基本的延緩退化到積極提升層面，減輕身、心、社、靈之負擔；維持現有能力和狀況；延緩退化、惡化等負向情況的發生；強化、提升或改善其能力或狀況；培養或建立能力或習慣；取得相關資源或服務，滿足服務對象的需求。然而，照顧者是長期照顧過程中重要

的角色，讓服務對象獲得持續性照顧，以擁有更佳的生活品質（蘇韻如、邱雅雯，2020），在家庭其照顧者通常由家屬擔任，然而在住宿機構已轉由專業團隊承擔照顧者角色，所以將個別化支持理念融入住宿式機構之照顧理念之中就顯得相當重要。個別化支持計畫是兼具自立生活與自立支援，更同時考量生理、心理、社會以及靈性層面，並認為彼此互相互影響；在住宿機構的個案通常生理功能較為衰退，因此，給予支持、尊重、肯定為重要基礎，讓服務對象看見自己的能力與優勢，而且依然可以為未來做計畫且執行之。

在照顧思維不斷改變與調整的現今，如何讓服務對象都能夠成為自覺有價值的人，即使某些部分已失去功能時，依然可以藉由環境調整與他人支持、協助，實踐自主的生活，相信透過專業團隊間整合協調將可達到上述期待。

參、跨專業間之整合

在美國或日本都非常重視推動整合性照護，特別是針對問題需求複雜的長者，且是以個案為中心、強調多重專業人員共同介入（周姚均等人，2018）；已有證據指出：跨專業團隊照護對於面臨複雜慢性問題的老年個案，能夠全面有效的處遇問題，且是符合成本效益（Brooks et al., 2021），減少片段式服務、避免資源

重疊，增進服務品質並能更落實人性化的照顧（周姚均等人，2018；鄭瑞貞等人，2021）。

有學者歸納出三種專業間合作機制模式：（一）專業策略聯盟合作模式：跨專業服務網絡運用聯盟或策略結盟方式，藉由各結盟組織分別不同的專業分工，讓服務更加順暢；（二）跨領域異業合作模式：照顧單位不應僅侷限於既有熟悉的專業領域，需要跨領域異業合作，以符合多元需求；（三）建立個案管理平臺整合跨專業團隊模式：結合不同專業形塑一個服務團隊，為使用者提供更具完善的照顧品質服務（張淑卿、陳妍杏，2013；蘇淑貞等人，2015）。以目前長照服務需求與發展多元樣態而言，確實需要資訊科技產品的運用，如此可以將專業間合作摒除時間與空間、地理區域的限制，創造另一種整合模式。

跨專業團隊經評估階段不僅僅是評估個案本身，同時尚包括家人與家庭的面向，之後著手進行照護計畫擬定的方向及重點，仍需考量每位高齡者的獨特性，制定個別化支持的照護計畫同時，家庭支持度也是重要的一環（岳芳如等人，2021；鄭瑞貞等人，2021；Fakha et al., 2023）；除了與個案及其家屬之間有優質的溝通之外，專業之間也需建立良好互動聯繫管道，彼此相互信賴與支援（蔡宜蓉等人，2021）；亦需要整合機構內與機構

外之相關資源（梅慧敏等人，2019）。因此，長照跨專業的團隊整合服務，不僅需要出現於服務處遇，其實在評估階段即需要有此理念與作為。在這樣的跨專業整合服務的提供，同時需要長照機構的組織層面與專業人員的個人層面彼此搭配，例如組織面的資源、結構、資訊的完整性，個人面的積極主動與自我期待（Fakha et al., 2023）。

然而，實務操作最需要的是有共識，若有經過跨專業教育的洗禮，將有助於培養專業價值與理念、角色與功能、專業間溝通、以及團隊合作，藉此加強跨專業間的整合以增進處遇間無縫接軌（Samarasekera et al., 2022）。因此，機構管理層面的重視、專業間有共識、再輔予相關教育訓練，相信跨專業整合將可有效提升個別化支持計畫的推廣。如今科技產品早已深入每個人的生活之中，長期照顧服務領域更是廣泛運用，例如：擔心失智個案走失，已引進或開始研發許多科技產品（Lin et al., 2008），不再只是將個案限制在特定的空間、甚至予以約束，而是在還沒有發生危險或走失之前已預備了防範措施，因此跨專業團隊的合作亦要考量如何運用科技產品。

當跨專業團隊運用於住宿機構，實務操作面當然牽涉到住宿機構的專業人員種類與數量，筆者建議評估工作仍以專任人力為主，另依據不同情況可以思考以下

模式：（一）「各評共論」模式，就是專任與兼任人員各自評估再共同討論，這個可以適用生理、心理、社會、靈性不同層面；（二）「聯訪共評」模式，專業人員採用共同訪視聯合評估的方式，特別適用生理層面的評估。然而，團隊運作當然需要顧及住宿機構實際狀況，重點是共同討論，並落實於計畫與執行之中，從不同的視角看到希望與可能，將是重要的思維基礎。在曾經歷疫情侵襲的住宿機構，必須考量採用視訊的討論方式，如此將不會受到時間與地點、假日與夜間的限制。

肆、實例探討

住宿式長照機構常駐的主要專業人員為護理人員與照顧服務人員，若床數較多則會有社工人員，因此，在機構推動個別化支持計畫的專業主力人員就是上述專業人員，再視個案需求以及機構狀況，加入不同其他領域的專業人員。另依據《長期照顧服務法》（2015 / 2021）第九條：長照服務提供方式，分區為居家式、社區式、機構住宿式等。而住宿式長照機構的特色就是個案24小時居住在機構內，原有的家人或主要照顧者並未在身邊，所有身旁的人、事、物都有別以往，甚至生活作息、飲食、活動以及娛樂等，都必須重新調整或適應。因此，無論老人福利機構評鑑指標或一般護理之家評鑑基準，都提及

新進服務對象應於入住72小時內完成身、心、社、靈層面需求評估，甚至包括疼痛、營養、認知、活動等，之後至少每三個月或六個月再進行評估；並且訂有服務對象的適應輔導或支持措施；以及提供跨專業的整合照護（衛生福利部，2022b，2023）。

從上述的描述得知，住宿式長照機構的專業主力為護理人員、照服員、以及社工員，因此，以上三類專業人員承擔多數評估、計畫以及執行的照顧責任；若機構有其他專任的專業人力當然可以直接納入團隊成員之一，若是醫師、營養師、物理治療師、職能治療師、藥師等為兼任人力時，則要納入資源運用的概念，不宜將上述提及的照顧責任直接交由他們負責。特別在針對新進服務對象於入住機構72小時內完成個別化服務，以及至少每三個月、六個月或依服務對象需要進行之評估；更要看見服務對象及其家屬的優勢與能力，需要有不同思維的面向、考量與服務對象及其家屬關係之建立，以及因應團隊成員不同角色與功能。以下列舉兩個案例，期待住宿機構能夠理解如何將個別化支持計畫融入跨專業團隊的整合照護之中。

一、情況案例一

個案A由其他住宿機構轉至本機構的新進住民，之前兩個住宿機構分別入住三周、一個月。工作人員心想：轉了兩家機

構，不是個案就是家屬難搞，若又從先前機構得知，個案一直抱怨餐食。若針對此新進住民的飲食與營養評估該留意什麼呢？多數機構可能會評估個案的疾病狀況、體重與BMI、咀嚼與吞嚥功能、餐食質地（如一般、碎食、軟食〔打成泥狀〕、半流質、流質等）、用餐型態（如自行用餐、協助餵食、管灌等）；是否吃素或早齋；或許再等待營養師或後續進行迷你營養評估（MNA）。但是對於個案的特殊喜好或者飲食禁忌、過敏食物並未仔細評估，頂多收集到不吃海鮮、牛肉；有的個案可能不吃內臟類、不喜愛吃青椒、貝殼類的海鮮、不吃稀飯但白飯的質地要軟爛些、喜愛吃麵食。然而，對於碎食仍舊不好吞嚥的個案就可能打成泥狀，通常是飯與當餐的配菜一起放進調理機攪拌，出來之後就使用較大的碗公盛裝給個案食用；不知工作人員是否自己食用過這類的餐食，可能出現的狀況：天氣冷時，交到個案手中已經涼了、失去每道菜的原味、飯菜打成泥狀的顏色有時難以形容，可能如同排泄物、失去咀嚼的樂趣等。

曾聽聞長者喜愛吃魚，特別是蒸煮而非由炸的、因為魚的質地較軟，就算烹調時間過久也不容易變硬，但是其他的肉類可能因為烹煮方式不同導致長輩咬不動；不過，機構較少提供魚肉原因通常有以下：價格較昂貴、不易烹調、端上餐桌的賣像欠佳、隔餐就不好再加熱食用、擔心

魚刺等。不僅如此，機構的廚房也無法考量到特殊喜好的個案，例如不吃豬血、喜吃青菜但咬不動菜梗、不吃蔥喜愛蒜、喜愛吃火鍋但不吃再製品的火鍋料等，上述對飲食的習慣通常機構並無如此細膩的評估。

倘若無與個案會談很難收集到如此細膩的訊息，僅呈現出個案不喜歡機構的飲食、體重逐漸下降、要求家屬額外購買營養品，一系列標準的作業程序就出現了。然而，在此都還未談論用餐環境呢，我們都知道盛裝食物的餐具、用餐的環境，都是影響食慾或讓餐食加分的作法，可是機構通常無法考量此部分，值得考慮：是否在快樂餐花點巧思、或者特殊節日，例如農曆春節以及聖誕節，來點不一樣，至少讓個案感覺像家或以往熟悉的場景。

個案在24小時住宿機構，其實就是飲食、睡眠、身體清潔、以及活動，占據重要的日常，若能從尊重與支持的角度出發，團隊成員集思廣益來整合彼此力量，善用個案的優勢或尚有之能力，例如個案協助布置餐桌、整理或清洗餐具等，或許以後個案可以使用APP點餐，並符合疾病特殊飲食，期待日後住宿機構可以共同打造優質的飲食文化。

二、情況案例二

若延續有關上述的議題。個案B體重過輕，經過專業護理人員評估結果得知：

個案顯示體重過輕、BMI低於正常值、且在近六個月體重呈現持續下降趨勢，試想住宿機構的處遇目標與計畫包括哪些？目標可能就是三個月內體重增加五公斤、BMI提升多少？計畫執行則包括：（一）補充優質蛋白；（二）少量多餐；（三）與家屬討論自費購買營養品；（四）鼓勵個案將餐點吃完；（五）提供營養衛教；（六）定期檢測體重與BMI等等。執行人員通常是護理人員、照服員、以及營養師等。

若執行三個月目標仍未達成呢？經過再次評估或社工與個案深度會談以及家屬會談卻發現有以下兩個層面的可能原因，首先，個案層面：沒有食慾、仍沈浸在喪偶之痛（原來入住機構前配偶剛過世）、不習慣吃大鍋餐食、不喜愛營養品的味道、不適應機構的團體生活、自覺活著就是家人的負擔；其次，家屬層面：手足間對於個案入住機構的費用還沒談妥如何支付、表示無能力自費購買營養品，或者認為都送來機構照顧卻還要他們額外花錢就表示機構餐食營養不足的抱怨。

上述兩個案例都可能暴露專業的整合出現問題或者習慣運用以往的工作模式，以及出現評估缺乏全面評估甚至忽略收集過去和看到個案優勢或尚有之能力；這不禁讓人思考：專業人員的評估常是個別執行，提供的處遇目標與計畫內容，經常是套裝式，執行者似乎只是依據計畫而行或

紀錄。如果我們專業團隊成員間，將個別化支持的理念放入評估、計畫、執行、以及評值，自然就會出現不同的評估面向，甚至在執行計畫過程裡仍會觀察執行狀況或與個案及其家屬會談瞭解情形。個案A也會持續會談取得其信任，願意說出轉換機構的真正原因，或許在安排活動方面予以調整，以便融入機構生活；個案B即使在當初未收集到上述可能導致體重未見增加的原因，也會在執行過程中被發現，當然就會在未到三個月就修正計畫。

特別在執行計畫的人員方面也並非一項計畫執行只會有一位專業人員，例如個案B計畫執行「補充優質蛋白」或「少量多餐」，這要誰來負責執行？餐廳可否配合或是否增加照服員的工作負擔？「少量多餐」或許也可以由社工詢問個案或照服員執行狀況？「提供營養衛教」營養師與護理師都可以承擔此角色，但是執行還是要依靠個案、護理人員以及照服員、甚至家屬等。實際運作的場景是必須從評估就開始留意，納入個案與家屬、社經背景、教育與認知理解程度、喜好與生活習慣等等，個案尚有的能力或擁有的優勢同時被考量。以「提供營養衛教」來說，個案以前是美術老師，或許可以將衛教的內容請個案用繪畫的方式展現，再經由工作人員後製，日後提供其他個案與家屬參考，說不定以後機構內牆面布置都可以邀請個案一同參與。

由上述兩個案例的說明，我們可以理解評估並單一類專業人員的責任，而某一計畫的執行可能涉及多重專業人員，計畫執行期間亦可能需要再評估，或許需要隨時調整目標與計畫，整個過程個案及其家屬的參與更是目標達成的重要利器。

伍、結語

當社會變遷與民眾自我意識抬頭之際，身為專業團隊成員不可停留在過去思維，改變是唯一不變的真理，需朝著支持、尊重、正向的方向不斷邁進；特別在進入AI科技變革時代，長照機構個案已經不同以往，有著自己生活歷程、家庭多元樣態、接受教育差異性，更是經歷網路世代。這都呈現個案充滿生命張力，仍保有華人社會重視家庭與家人，擁有社區資源的力量。

住宿機構的生活想像不該狹隘的偏

重生活功能的維持或提供，或讓服務對象自覺被「放在」機構某個角落，儘管居住在環境看似有地理範圍的限制，但不應該內心與想法也被侷限；走到「夕陽無限美好」，開始「整裝迎接日出」的生活思想，每天生活都有輒期待與盼望，因為可以參與規劃並執行自己的生活。讓住宿式長期照顧機構的個案有機會做自己的主人，並非總是被安排過著每天的日子，當改變開始就會成為日常；且讓我們專業人員一起攜手打造，改變翻轉照顧現場，真的營造一個像家的環境，而這家的主人則是生活在這裡的個案與工作團隊成員。

（本文作者為國立臺南護理專科學校老人服務事業科副教授、老人專科社會工作師）

關鍵詞：個別化支持計畫、跨專業整合、住宿式長期照顧機構、自立生活、自立支援

註釋

註1 個別化服務計畫（Individualized Service Plan，簡稱ISeP），以便於與本文中之個別化支持計畫（Individualized Support Plan，簡稱ISP）區分。

參考文獻

《長期照顧服務法》（2015 / 2021修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0070040>

- 《特殊教育法》（1984 / 2023修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027>
- 王育瑜（2012）。〈障礙者生活的想像：照顧與社區生活理念及政策探討〉。《聯合勸募論壇》，1，1-24。<https://doi.org/10.30082/TUWR.201203.0001>
- 王俞樺、劉立凡（2020）。〈機構照護新思維——台灣長照機構推動生活自立支援對能力回復與生活品質之成效探討〉。《商略學報》，12（3），211-226。<https://doi.org/10.3966/207321472020091203003>
- 吳雅萍、陳明聰（2015）。〈發展個別化教育計畫的問與答〉。《特殊教育季刊》，135，9-16。<https://doi.org/10.6217/SEQ.2015.135.9-16>
- 周月清（2004）。〈障礙者獨立生活運動緣起與意涵——美加英文獻探討〉。《社區發展季刊》，106，331-344。
- 周姚均、楊美如、陳麗如、曾湘玲、翁瑞萱、劉志光、白裕銘、李易翰、孫文榮、黃勝堅、陳靜琳（2018）。〈臺北市石頭湯計畫——蘭州國宅社區整合照護服務〉。《北市醫學雜誌》，15（3），75-82。[https://doi.org/10.6200/TCMJ.201809_15\(3\).0008](https://doi.org/10.6200/TCMJ.201809_15(3).0008)
- 岳芳如、林奕璇、賴柏亘、胡芳文、張家銘（2022）。〈高齡精準健康照護——Geri-FORCE個管系統〉。《護理雜誌》，69（2），13-18。[https://doi.org/10.6224/JN.202204_69\(2\).03](https://doi.org/10.6224/JN.202204_69(2).03)
- 林金立（2018）。〈同體共存的長期照顧——自立支援的臺灣實踐〉。《社區發展季刊》，164，185-197。
- 林金立、余彥儒（2017）。〈自立支援照顧的臺灣實踐〉。《長期照護雜誌》，21（1），15-18。<https://doi.org/10.6317/LTC.21.15>
- 林艷君、黃璉華（2018）。〈高齡者自立支援之照護模式〉。《護理雜誌》，65（2），20-26。[https://doi.org/10.6224/JN.201804_65\(2\).04](https://doi.org/10.6224/JN.201804_65(2).04)
- 徐明仿（2021）。〈日本長照領域推動自立支援照顧模式經驗之初探〉。《台灣公共衛生雜誌》，40（4），355-370。[https://doi.org/10.6288/TJPH.202108_40\(4\).110033](https://doi.org/10.6288/TJPH.202108_40(4).110033)
- 張秀玉（2011）。〈以家庭優勢為焦點的個別化家庭服務計畫——任務性團體過程與成果〉。《特殊教育研究學刊》，36（1），1-26。<https://doi.org/10.6172/BSE201103.3601001>
- 張淑卿、陳妍杏（2013）。〈長期照護專業間合作策略——以臺灣社區照護場域運用為例〉。《長期照護雜誌》，17（3），213-221。[https://doi.org/10.6317/LTC.201312_17\(3\).0003](https://doi.org/10.6317/LTC.201312_17(3).0003)
- 梅慧敏、龍紀萱、劉秀芬、羅敏智、鍾明成、麥庭瑜、劉青山、巫錫霖、邱重閔、陳彥中、鐘純真、羅羽昇、王奕山、何怡儒（2019）。〈跨專業醫療團隊走入社區安寧服務——協助罕見疾病個案善終之經驗〉。《醫務管理期刊》，20（3），254-266。[https://doi.org/10.6174/JHM.201909_20\(3\).254](https://doi.org/10.6174/JHM.201909_20(3).254)
- 黃伶蕙、吳建昇、李育穎、羅子婷、劉雅文、謝若涵、徐蕙菁、古登儒（2018）。〈自立生活之執行現況與發展〉。《社區發展季刊》，164，6-21。

- 黃峯彬、王敏行（2019）。〈服務使用者參與自立生活服務的自主權及社區參與經驗探討——以慈愛教養院為例〉。《身心障礙研究季刊》，17（2&3），113-128。
- 黃淑芬（2020）。〈自我決策在中重度智能障礙者個別化服務計畫中之實踐〉。《桃竹區特殊教育》，36，21-31。
- 潘佩君、陳芬芬、葉雅惠（2018）。〈屏東縣身心障礙者自立生活支持計畫之實施模式與困境〉。《社區發展季刊》，164，85-91。
- 蔡宜蓉、毛慧芬、林佳萱、李玉春、張玲慧（2021）。〈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〉。《台灣公共衛生雜誌》，40（4），394-405。https://doi.org/10.6288/TJPH.202108_40(4).110039
- 蔡采薇（2011）。〈個別化教育計畫之轉銜服務品質的探討〉。《特殊教育季刊》，(119)，30-36。https://doi.org/10.6217/SEQ.201106_(119).0005
- 衛生福利部（2022a）。〈長照專業服務操作指引：觀念篇〉。2024年01月14日檢索自<https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=012254495936870409035:lvvyrg0mtim&q=https://www.mohw.gov.tw/dl-78071-b58019b7-cbf9-4e18-a743-5361e2adde87.html&sa=U&ved=2ahUKEwj1j5rOuraEAxXfiYBHZnICNEQFnoEACAcQAQ&usg=AOvVaw0U7E0lc19q6ZEPBxoayvoQ>
- 衛生福利部（2022b）。〈110年度老人福利機構評鑑指標〉。2023年11月20日檢索自<https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/VDetail.aspx?nodeid=463&pid=10252>
- 衛生福利部（2023）。〈113年度一般護理之家評鑑基準〉。2023年12月27日檢索自<https://dep.mohw.gov.tw/DONAHC/cp-3850-77032-104.html>
- 衛生福利部社會及家庭署（2018）。〈支持、增權與社會融合——推動滿意生活品質的自立服務〉。《社區發展季刊》，164，1-5。
- 鄭瑞貞、高秀娥、張寶綾、蘇煜翔、蘇鈺詠、黃筱芳、鄭之助、徐珮容、陳明源、郭律成、陳瑞儀、古世基（2021）。〈運用醫病共享決策提升呼吸器依賴病人家屬對垂直整合照護之認知〉。《健康促進研究與實務》，4（1），199-204。https://doi.org/10.29442/HPRP.202101_4(1).0030
- 賴品妤、尤素芬、潘佩君（2019）。〈臺灣身心障礙者自立生活同儕支持服務發展之回顧與現況〉。《社區發展季刊》，168，230-242。
- 蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪（2015）。〈跨域參與共治的社區照顧模式——屏東日間托老服務實驗方案之分析〉。《人文社會科學研究》，9（2），63-91。https://doi.org/10.6284/NPUSTHSSR.2015.9(2)4
- 蘇韻如、邱雅雯（2020）。〈運用出院準備銜接長期照顧2.0服務照護一位失能個案之護理經驗〉。《新臺北護理期刊》，22（2），143-151。https://doi.org/10.6540/

NTJN.202009_22(2).0013

- 龔耿璋、邱恩琦、謝敏苓（2020）。〈自立支援照顧模式於高齡者日常生活功能之成效：文獻回顧〉。《職能治療學會雜誌》，38（2），223-243。https://doi.org/10.6594/JTOTA.202012_38(2).0005
- Brooks, A. J., Maizes, V., Billimek, J., Blair, J., Chen, M. K., Goldblatt, E., Kilgore, D., Klatt, M., Kligler, B., Koithan, M. S., Kreitzer, M. J., Lee, J. K., Lopez, A. M., Taren, D., & Lebensohn, P. (2021). Professional development in integrative health through an interprofessional online course in clinical settings. *Explore*, 17(6), 505-512. https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.02.014
- Fakha, A., Leithaus, M., de Boer, B., van Achterberg, T., Hamers, J. P., & Verbeek, H. (2023). Implementing four transitional care interventions for older adults: A retrospective collective case study. *The Gerontologist*, 63(3), 451-466. https://doi.org/10.1093/geront/gnac128
- Lin, C. C., Lin, P. Y., Lu, P. K., Hsieh, G. Y., Lee, W. L., & Lee, R. G. (2008). A healthcare integration system for disease assessment and safety monitoring of dementia patients. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 12(5), 579-586. https://doi.org/10.1109/TITB.2008.917914
- Samarasekera, D. D., Nyoni, C. N., Amaral, E., & Grant, J. (2022). Challenges and opportunities in interprofessional education and practice. *Lancet*, 400(10362), 1495-1497. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02086-4