

中華民國

職能治療師會刊

2009 Oct.

進行PGY之所學 | 單車遊記

ADHD親子互動團體之我見 | 職能治療於兒童領域之醫病關係

社區圖書館運用於社區復健學員職前訓練成效 | 健保的變與不變

Vol.

21

中華民國職能治療師會刊

全聯會務

- 01 全聯會理監事聯席會議議程

新知介紹

- 16 實證神經復健領域的發展新況

學術研究

- 18 社區圖書館運用於社區復健學員職前訓練成效

專業論壇

- 20 ADHD親子互動團體之我見
22 特殊專業經驗的相授
25 職能治療專業發展、轉變與挑戰
26 職能治療的另一片天空
28 職能治療於兒童領域之醫病關係

政策法規

- 30 健保的變與不變

專題報導

- 32 當一扇門關上，另一扇門卻被打開

心情分享

- 34 P G Y之「得」與「得」

生活隨記

- 36 單車遊記

職能治療師會刊

No. **21**

發行人：褚增輝

發行所：社團法人中華民國職能
治療師公會全國聯合會

地址：24936台北縣八里鄉華
富山33號

電話：(02)2610-1237

傳真：(02)2610-4177

網址：www.oturoc.org.tw

E-mail：oturoc@ms64.hinet.net

主編：連淑惠

編輯委員：呂仲平、陳坤駿、李佳潔

美編設計：橙研設計美學工作室

電話：0952-965898



社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會 第三屆第九次理監事聯席會議議程

- 一、時間：中華民國98年08月16日(星期日)下午13時00分
- 二、地點：公衛大樓430教室(台北市徐州路17號4樓)
- 三、出席人員：
- 理事：理事長褚增輝、常務理事方貴代、常務理事連淑惠、常務理事祝旭東、理事王珩生、理事郭立昌、理事曾人和、理事李敏聰、理事林克、理事陳柏志、理事劉國政、理事柯宏勳、理事高麗芷、理事張旭鎰、理事梁文隆、理事吳鴻順
- 監事：常務監事楊國德、監事陳瓊玲、監事劉秀之、監事沈毓牲、監事沈明德、監事謝彥緯
- 主委：主委林清良、主委吳菁宜
- 列席人員：新竹縣公會理事長張宇群、雲林縣公會理事長林欣怡、台北市公會理事長龔宇聲、花蓮縣公常務理事李亞霖、南投縣公會常務理事陳仁彰、台南市公會理事長陳秋音、秘書長王勝輝、副秘書長黃盛祥
- 四、請假人員：常務理事呂淑貞、理事俞雨春、理事簡才傑、理事吳明順、理事洪嘉駿、監事張瑞昆、候補理事黃上育、嘉義市公會理事長王杏丹、台中縣公會理事長章國正、彰化縣公會總幹事許瑞芬、新竹市公會黃志豪、基隆市公會理事長金明輝、宜蘭縣公會理事長楊逸群、屏東縣會理事長鍾秉璵、秘書張育晴
- 五、主席：理事長褚增輝
- 六、主席致詞：
- 1.宣讀上次會議紀錄，無異議通過。
 - 2.有關醫人盟邀集盟友派代表至中國衛生部參訪。參訪目的有關至大陸執業與教育體系等問題。
 - 3.有關黃曼聰紀念冊尚未完稿，請張自強主任能儘快編輯完稿。
 - 4.今日討論議題相當多，也感謝各縣市公會理事長能列席參與討論。
- 七、秘書處報告：
- 9/13本會所舉辦之在職教育訓練課程「近代輕度頭部傷臨床處置與相關議題之探究」以開始接報名。
 - 台北縣長照評估5-7月共計69案；台北市長照評估5-7月共計14案。
 - 尚未繳交入會費及常年費之公會：新竹市公會。

八、各委員會報告：

(一) 研究發展委員會報告

報告人：吳菁宜主委

1、已舉辦之研討會課程

A.6/27(六)在八里療養院舉辦全聯會學術研討會，約五十篇論文報告(口頭與海報)，另邀請三位專家(鄭若瑟院長、林克忠理事長、李淑貞主任)演講，與會人數達三百多人。

B.8/7(五)協辦Dr. Karen Jacob 來台舉辦之研討會(主辦單位為OT學會)，講題與Ergonomics and OT Business相關，報名人數達七十多人。

2、即將舉辦之課程：

邀請台大外科主任黃勝堅醫師與臨床心理學專家楊啟正老師(台大醫院神經外科臨床心理師)講授輕度腦外傷之行為與心理症狀與治療，該課程預定於9/13舉行，為期一天。

3、規劃中之研討會課程

將規劃一場精神疾病職業復健之繼續教育課程。

4、明年度繼續教育規劃：

本委員會預計於年底召開委員會議，規劃明年度舉辦之繼續教育主題，於年底理監事會議提出報告，目的在於提供給各公會參考，若相關區域也規畫相同主題，可進行討論與協調。

5、雜誌相關業務報告

A.雜誌編輯處已於七月十四日移至長庚大學處理，目前由蕭秀珠助理負責雜誌行政業務。

B. 目前幾篇已有12篇審查完畢接受刊載，6篇審查中，2篇作者修改中，預計年底出刊兩本，每本至少六篇論文。明年第一期之稿件亦充足。

(二) 財務委員會報告

報告人：祝旭東主委

98年1-7月份收支總表		
年月	收入	支出
98年1月	141,910	633,581
98年2月	49,500	234,531
98年3月	10,000	53,685
98年4月	59,940	268,214
98年5月	190,815	220,865
98年6月	20,439	69,957
98年7月	2,305,670	91,196
小計	2,778,274	1,572,029
餘額	1,206,245	

(三) 資訊文宣委員會報告

報告人: 連淑惠主委

- 1、本期(20期)會刊已經於7月底完成,共發行2200本,8月將會陸續寄發到各縣市公會,目前會刊為紙本發行型式,各縣市公會收到會刊後,必須逐一寄給會員,增加其行政作業負擔,文宣資訊委員會於本次理監事會提案,建議將紙本發行型式改為電子版發行型式,除可減少全聯會經費支出之外,也減低各縣市公會的行政作業負擔及郵寄費用,詳細情形於稍後提案時報告。
- 2、有關網站更新的部份,因為網站和職能治療地圖是建構在同一個資料庫,必須等職能治療地圖的部分完成,才能一併轉移放到全聯會新租用的主機,所以雖然從2月就開始規劃及著手進行,一直到8月本次理監事會議時,全部的更新作業才接近完成階段。目前全聯會委託的網頁設計公司已經完成網站和地圖的前置作業,網站的部份,張瑞昆老師已經於7月完成測試。職能治療地圖的部份,因為需要逐筆設定院所〔建議路線〕及〔定位座標〕,比較耗時,網頁設計公司已經完成內部測試,現在正由理事長測試資料中,若測試結果也沒有問題,就可以轉移資料庫至全聯會新租用的主機,預計於8月全面更換全聯會網頁內容,屆時各縣市公會可以開始使用全聯會開放的空間。

(四) 全民健保委員會報告

報告人: 張瑞昆主委

- 1、全民健康保險自九十八年九月一日起實施【住院診斷關係群(DRG)】。
- 2、全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式(醫院總額部門)

指標名稱	同一醫院同一住院病人平均每日申報精神科職能治療45031C或45095C合計超過3次以上
實施目的	減少無效率之醫療
指標定義	篩選每月醫院申報住診費用中申報醫令代碼為45031C或45095C之案件,計算每位病人之平均每日執行次數。
處理方式	申報一般職能治療(醫令代碼為45031C)與特殊職能治療(醫令代碼為45095C),同醫院同病人按執行日歸戶計算,平均每日精神科職能治療>3次者(即第4次起)之職能治療費不予支付。 不予支付點數= >3次以上之精神科職能治療醫令數 / 精神科職能治療醫令總數 *精神科職能治療醫令總申報點數

- 3、全聯會新網頁由資訊公司架設暫存於

<http://www.kiwigo.tw/web/oturoc/index.htm>,近期會移到

<http://www.oturoc.org.tw>

本會提供制式規格(同全聯會架構功能,但可以更換圖片及文字),提供各縣市公會申請網站架設使用。各縣市公會可以開始申請。請提供帳號(最好是公會的英文簡寫)及密碼,負責網站的聯絡人的電話及Email。

(五) 政策法規委員會報告

報告人：方貴代主委

- 1、回覆會員關於職能治療師執業因故（產假及育嬰等原因）未能執行職能治療業務之停業歇業規定及相關罰則。

回覆內容：必須辦理。可以自事實發生之日起三十日內先辦停業，停業之期間，以一年為限；逾一年者，應辦理歇業。如已經確定會請假超過一年則直接辦理歇業。如未依規定辦理，經衛生主管機關認定違法屬實，將依職能治療師法第三十四條規定，處處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。並限期令其改善；經處罰及限期令其改善三次仍未遵行者，處一個月以上一年以下停業處分。

- 2、初步回覆台灣職能治療學會轉寄會員提問「政府擴大就業方案鼓勵各機構聘用職能治療實習員執行職能治療相關業務是否侵犯職能治療師法」

回覆內容：

- A.依OT法規定（參考OT法第12、17、41條）這些個機構如聘用無OT師（生）證書及執照人員，執行OT業務是違法的
 - B.可以向當地衛生局檢舉。
 - C.這是全國性問題，學會及全聯會可能需提交理監事會討論處理原則，並行文給負責的政府相關部門。
- 3、完成「中華民國職能治療師公會全國聯合會醫療責任補助金申請辦法」草案，並提交本會第九次理監事會討論。
 - 4、完成「中華民國職能治療師公會全國聯合會醫療責任補助金審核小組組成及審核要點」草案，並提交本會第九次理監事會討論。
 - 5、協助完成本會之「會員轉會減免入會費及常年會費協議書」草案。

(六) 人力資源委員會報告

報告人：褚增輝主委

- 1、最新(98.7.1)整合學公會會員數

A.公會OT：

98/1/1：1999名（師1802、生197）

98/4/1：1865名（師1560、生192、未分類105）

資料轉檔人數與實際人數略有差異

98/7/1：2094名（師1793、生242、未分類59）

B.各縣市公會人員統計概況

會員類別	2009/7/1				2009/4/1	人力增減
	未註明	OT 生	OT 師	合計		
台中市	1	27	145	173	166	7
台中縣	6	33	89	128	123	5
台北市		13	336	349	347	2

會員類別	2009/7/1				2009/4/1	人力增減
	未註明	OT 生	OT 師	合計		
台北縣	1	22	215	238	162	76
台南市	5	8	70	83	76	7
台南縣		9	87	96	85	11
宜蘭縣	2	3	39	44	39	5
花蓮縣	1	8	51	60	54	6
南投縣	5	8	54	67	60	7
屏東縣		9	32	41	40	1
苗栗縣	2	5	34	41	39	2
桃園縣	7	15	143	165	132	33
高雄市		19	146	165	150	15
高雄縣	14	18	83	115	108	7
基隆市	2	3	26	31	23	8
雲林縣		6	41	47	46	1
新竹市		5	28	33	26	7
新竹縣		8	24	32	21	11
嘉義市		7	65	72	68	4
彰化縣	13	16	85	114	100	14
合計	59	242	1793	2094	1865	229

C.學會OT師:98/07:1029名,**98/01:904名

D.公會加學會OT師生:2224名

3、整合全國職能治療師名單及有執業者名單中:

A.參加學會而未加入公會130名(98/1:115名)

B.參加公會而未加入學會1175名(98/1:1207名)

(七)專業服務推廣委員會報告

報告人:呂淑貞主委

- 1、上次理監事會議剛巧碰上ICF期末檢討會在三總,未能及時趕到,目前ICF已進入第二階段,由台北醫學大學負責,參與的人有無吳亭芳老師,林克忠理事長,潘瓊琬老師,張彧老師,吳明宜老師與本人,未來會再加兒童版本(ICF-CY),預計9月份開始舉辦說明會教育宣導。
- 2、教學醫院評鑑標準修訂,最後一次會議尚有分歧,先附草案之架構(附件九)。
- 3、精神復健機構管理辦法修訂,相關法規已於4月6日執行中(附件十)。
- 4、88水災造成台灣重創,正在招募專業志工至屏東,歡迎職能治療師前往,有意者可透過心理衛生協會轉往(電話02-25576980)

(八)學分認證委員會報告

報告人:王勝輝主委

學分認證審查課程從98.6.01至98.08.05,共計有68個課程,行政處理費為35000元。
(附件八)

九、討論事項：

案由一：報告並提請通過98年度優良職能治療師選拔辦法及相關事項。

提案人：林清良主委

說明：如說明。

決議：1.針對分列獎級（菁英獎、傑出獎、奉獻獎及特殊貢獻獎），21:0同意通過。

2.第三條第一款『菁英獎』，修訂「年齡40歲以下及執業資歷滿十年以上」；第三條第二款『傑出獎』，修訂「40歲以上及執業資歷滿十五年以上者」；第三條第三款『奉獻獎』，修訂「50歲以上及執業資歷滿廿五年以上者」。21票同意通過。

3.各獎項名額修改為3名。12:6通過進行修改。

4.其他相關資料照前四點決議進行修訂，修訂條文對照表如附件一，修訂後優良職能治療師表揚辦法如附件二。

5.推薦期間修訂自98年8月20日至98年9月30日。

6.餘依修正意見修訂後照案通過。

案由二：提請討論是否推動設立1.職能治療人員服務獎章；2.論文發表及研究成果獎項一案。

提案人：褚增輝理事長

說明：1.服務獎章由各公會協助辦理服務年資滿十年及廿年之授獎，全聯會辦理服務年資滿卅年之授獎。

2.論文發表及研究成果獎項承接省公會辦理。

決議：1.通過（14票）由全聯會開始自98年度先辦理服務年資滿卅年以上之獎項，以帶動未來各縣市公會協助辦理服務滿十年及滿二十年資獎章。辦法由全聯會公告，個人符合申請資格者可提出申請（須附年資證明參佐文件或說明即可）。

2.通過繼續承辦「論文發表及研究成果獎項」（14票），明年度開始公告辦理97、98年兩年所發表之論文及研究成果，預算總額原則以十五萬為限，交由研究發展委員會討論並公布申請辦法，下次理監事會提出討論，並列為明年工作計畫及預算。

案由三：提請討論推動「非醫療機構執業之職能治療人員」加入公會相關事宜一案。

提案人：褚增輝理事長

說明：如說明。

決議：1.通過辦理；由方主委協助定稿，秘書處協助完稿後去函衛生署推動辦理後續相關事宜。

2.並同時發文副本予教育部，內政部及社會局。

案由四：提請討論本會之「各縣市職能治療師公會會員轉會減免入會費及常年會費協議書」草案。 提案人：褚增輝理事長

說明：如說明。

決議：1.請台中市公會秘書鍾純毓協助擬定會員退會表格，內含有會員已繳清常年會費等證明。

2.新修訂之「會員退會表格」提供各縣市公會使用。

3.請各公會盡速於最近一次會員大會完成收費標準之章程條文修訂。

案由五：提請討論「將全聯會會刊由紙本發行的型式，更改為電子檔發行的型式」一案。

提案人：連淑惠主委

說明：如說明。

決議：1.自98年10月份本會發行之會刊改為電子檔格式發行（通過），以節省經費及提升會員採得之便利性。

2.發行電子檔式採用pdf檔，放在全聯會網頁上，由會員自行下載。一般民眾亦可以自行下載。

案由六：提請討論「建構會員系統與全國職能治療地圖資料整合」及「會員系統之機構分類說明及系統更新」相關問題。 提案人：褚增輝

說明：

決議：由人力資源委員會負責執行會員系統修定，並協助各縣市公會完成資料整理及補充未完整機構資料。

案由七：提請討論本會之「醫療責任補助辦法」草案。

提案人：方貴代主委

說明：依照第三屆第八次理監事聯席會議決議，委由政策法規委員會規劃草擬「醫療責任補助辦法」草案。

決議：1.動議「醫療責任補助金」名稱修訂為「執業風險互助金」，經投票贊成2票，反對11票，修訂案不通過。

2.動議修訂第八條申請期間為六個月，無異議通過。

3.動議修訂為「凡本會會員已繳清會費者，始適用本辦法。」，無異議通過。

4.議定每年每會員繳納新台幣二百元整，補助金存款總額達一百萬以上時，下年度停止繳交，若補助金存款低一百萬時(如99萬元以下)，則再下年度各縣市繼續繳交，無異議通過。

5.動議修訂第六條支付之自負額比例「百分之二十」為「百分之三十」，無異議通過。

- 6.動議修訂第九條刪除條文內容「委任律師或」，無異議通過。
- 7.動議刪除第十條第二款及第三款。
- 8.動議修訂增加第十一條第二項「會員獲保險公司、其他相關補助及本補助金者，其數額總和不得超過議定理賠之總金額。」，無異議通過。
- 9.由王理事珩生擔任醫療責任補助金審核小組主委，無異議通過。
- 10.動議修訂第六條「會員之自負額仍不得低於一萬元」，無異議通過。
- 11.動議修訂第六條「個人自負賠償總金額」為「當事人實際支付總額」
- 12.新舊條文對照表如附件三，修訂後條文如附件四，其他文字內容請王主委再與方主委進行修訂，下次理監事會提出報告。

案由八：提請討論「會員反應某醫院由護理人員執行一般職能治療項目，並申報健保費」乙案。提案人：褚增輝理事長

說 明：

決 議：由桃園縣公會協助查證後，辦理發文與桃園縣相關之健保局主管機關，副本發至全聯會，由全聯會再將本案內容發文至中央健保局及主管機關。

案由九：請討論是否可由全聯會建立臨床教學計畫之職能治療教師認證制度。

提案人：洪嘉駿理事

說 明：臨床教學計劃已為醫院評鑑必評項目，除學員之訓練成效及計劃執行外，臨床教師之資格亦為評鑑項目之一。臨床教師面對委員對於師資之資格審核，除上課時數之外，時有無法提出更佳證明為合格臨床教師之窘境。

辦法或建議：建議針對臨床教師之要求重點，由全聯會舉辦認證課程，並發與認證。

決 議：由全聯會開課辦理教育訓練，請高麗芷理事負責規劃相關事宜，秘書處配合相關事務辦理。

案由十：提請討論「政府擴大就業方案鼓勵各機構聘用職能治療實習員執行職能治療相關業務是否侵犯職能治療師法」。提案人：方貴代

說 明：參考職能治療師法第12、17、41條，如附件說明。

辦法或建議：1.依法這些機構如聘用無OT師生證書及執照執行OT業務是違法的。

2.屬於全國性問題，請學會及全聯會需行文給負責的政府相關部門告知職能治療師法之執業規定。

決 議：由法規會認定，如有違職能治療師法之疑，請法規會發函該機構提示其有違法之疑。

案由十一：建請本會以分區方式，每年至少舉辦一次關於法規、感染、兩性議題等主題之三合一課程，以利各公會會員辦理六年換照事宜。

提案人：方常務理事貴代

說明：統一規劃課程，以避免各公會重覆開相同課程，並節省較小公會之人力及經費負擔，附件七為98年度各縣市公會迄今所舉辦課程一覽表。

辦法或建議：擇定委員會負責舉辦，將全國分成基北、北、中、南、東五區辦理。

決議：由研發會與各分區之公會聯繫，依各分區之需要並結合當地主關機關所提供之資源來辦理，原則上每二年輪回各區一次。

十、臨時動議

案由一：針對八八水災建請本會討論相關可提出之應變及協助工作分配。

決議：理事長建議各縣市公會可依各地之需要配合辦理，另因本會會員均屬醫療體系之醫療人員，可配合所屬之醫院之救災等相關業務。

案由二：下次會議時間。

決議：十一月廿二日

十一、散會

附件一：優良職能治療師法表揚辦法修訂案新舊條文對照表。

條 號	新 條 文	原 條 文	備 註
第三條 第一項 第一款 優良職能治療師獎－菁英獎推薦條件（門檻）	40 歲以下 及執業資歷滿十年以上者 ，設菁英獎。	40 歲以下、 資歷未滿十五年者 ，設菁英獎。	調整菁英獎推薦條件（受推薦資格）
第三條 第一項 第二款 優良職能治療師獎－傑出獎推薦條件（門檻）	40 歲以上及執業資歷滿十五年以上者 ，設傑出獎。	50 歲以下、資歷未滿廿五年者 ，設傑出獎。	調整傑出獎推薦條件（受推薦資格）
第四條 第一項 獎次原則及頒獎程序	各獎項名額 以三名 為原則，由當年度...	各獎項名額 以五名 為原則，由當年度...	調整獎額以避免流於形式而失其美意。

附件二 修訂後之優良職能治療師獎表揚辦法

中華民國職能治療師公會全國聯合會「優良職能治療師獎」表揚辦法

2008.03.08政策法規委員會會議草擬

2008.03.15理監事會議討論通過

2009.08.16理監事會議通過

第一條 中華民國職能治療師公會全國聯合會(以下簡稱本會)為表揚優良職能治療師，特訂定「優良職能治療師獎」表揚辦法(以下簡稱本辦法)。

第二條 本辦法之獎項每年公告辦理。

凡職能治療師為各級公會會員，公會年資累計滿三年以上，具有下列情形之一者，得接受推薦或提名。

- 一、在職能治療專業之立法、臨床、推廣、行政及教育等領域，有興革創新之具體事實與表現優良者。
- 二、研究發明或專案設計，對職能治療業務改進有具體成效者。
- 三、其他優良事蹟足以為全國職能治療師表率者。

第三條 優良職能治療師獎(以下簡稱本獎項)分列四項如後：

- 一、40歲以下及執業資歷滿十年以上者，設菁英獎。
- 二、40歲以上及執業資歷滿十五年以上者，設傑出獎。
- 三、50歲以上及執業資歷廿五年以上者，設奉獻獎。
- 四、另設特殊貢獻獎。

各獎項推薦方式如後：

- 一、菁英獎及傑出獎，由職能治療師服務單位、各級職能治療師公會、或本會會員至少三名連署推薦。
- 二、奉獻獎及特殊貢獻獎，由本會(評審委員會)提名審查。
- 三、推薦本獎項者應填具推薦表，推薦表由本會組成之評審委員會另定之。

第四條 各獎項名額以三名為原則，由當年度本會組成之評審委員會評審。

評審結果需經理事會通過後，於會員大會以理事長名義頒發獎座，並公告表揚之。
曾獲獎者，不再接受同獎項之推薦或提名。
評審不可調整受推薦人被推薦之獎項。

第五條 本獎項之評審辦法與評審委員之遴選辦法另訂之。

第六條 本辦法經理監事會議通過後實施，修正時亦同。

附件三 醫療責任補助金申請辦法修訂新舊條文對照表

條 號	新 條 文	原 條 文	備 註
第三條 適用會員之 身分資格。	凡本會會員已繳清會費者，始適用本辦法。	凡本會會員於當年度四月底前繳完會費後，得提出申請。凡於每年五月一日後新入會之會員，於下一年度始適用本辦法。年度計算當年一月一日起至十二月三十一日止。	修訂會員身分資格。
第四條 費用之收取 原則	每年每會員繳納新台幣二百元整，總額以一百萬為停止或開始收取的標準。	本辦法所需經費來源，由本會所屬直轄市、縣、市職能治療師公會支付，於每年四月三十日前按其會員人數，每位會員繳交新台幣【 】元整。此項費用得視年度本會受理申請補助之支出總金額多寡，適度調整，但須經本會理事會通過。	確定費用收取基本原則。
第六條 支付之自負 額比例	每次申請僅限單一個案及事故，補助金額上限不得超過該申請會員當事人實際支付總額之百分之三十，會員個人自負額仍不得低於一萬元，且每年度每位會員補助總金額上限為新台幣壹拾萬元整。	每次申請僅限單一個案及事故，補助金額上限不得超過該申請會員個人自負賠償總金額之百分之二十，且每年度每位會員補助總金額上限為新台幣壹拾萬元整。	1. 修訂申請人應自負比例 2. 文字潤飾 3. 明訂單次自負額下限
第八條 受理機關、 地點以及期 間。	檢具相關書面證明，於事件和解後或經執業所在地管轄之司法機關判定醫療過失責任歸屬後六個月內，向本會提出申請。	檢具相關書面證明，於事件和解後或經執業所在地管轄之司法機關判定醫療過失責任歸屬後一個月內，向本會提出申請。	修訂合適受理期間。

條 號	新 條 文	原 條 文	備 註
第九條 審核程序	會員申請補助之案件由本會醫療責任補助金審核小組（以下簡稱本小組）執行初審，必要時 本會得由本小組派員 實地瞭解案情，並提供會員相關之協助，經理事會議通過補助金額後，始發放補助金。審核小組組成方式及審核要點由本會另定之。	會員申請補助之案件由本會醫療責任補助金審核小組（以下簡稱本小組）執行初審，必要時 本會得委任律師或由本小組派員 實地瞭解案情，並提供會員相關之協助，經理事會議通過補助金額後，始發放補助金。審核小組組成方式及審核要點由本會另定之。	刪除條文內容「 委任律師或 」
第十條 不受理	一、不受理申請補助之狀況： - 會員因執行職能治療師業務發生本辦法第二條之情事，致被控訴或受賠償請求時，其有關賠償請求金額已由會員或其所屬醫療機構納保之醫療責任險保險公司全數支付，不得再申請本會之醫療責任補助金。 - 刪除。 - 刪除。 - 會員因【執行非中央衛生主管機關認可之職能治療業務】或其他非法行為所發生之賠償責任。	一、 不受理申請補助之狀況： - 會員因執行職能治療師業務發生本辦法第二條之情事，致被控訴或受賠償請求時，其有關賠償請求金額已由會員或其所屬醫療機構納保之醫療責任險保險公司全數支付，不得再申請本會之醫療責任補助金。 - 會員由於不正當治療，所發生之賠償責任。 - 會員在當年度繳清所屬公會會費前所發生之賠償責任。 - 會員因【執行非中央衛生主管機關認可之職能治療業務】或其他非法行為所發生之賠償責任。	修訂不受理申請補助之狀況

條 號	新 條 文	原 條 文	備 註
第十一條 申請之違法 及上限	申請人對於申請之案件，如有任何欺詐行為、設施詭計或提供虛偽報告，申請案之效力即告喪失，除應依限退還已核發之補助金外，本會得公布其姓名並保有法律追訴權。 會員獲保險公司、其他相關補助及本補助金者，其數額總和不得超過議定理賠之總金額。	申請人對於申請之案件，如有任何欺詐行為、設施詭計或提供虛偽報告，申請案之效力即告喪失，除應依限退還已核發之補助金外，本會得公布其姓名並保有法律追訴權。	修訂申請之數額上限

附件四 醫療責任補助金申請辦法

中華民國職能治療師公會全國聯合會醫療責任補助金申請辦法

中華民國98年08月16日第3屆第九次理監事聯席會議通過

- 一、中華民國職能治療師公會全國聯合會（以下簡稱本會），為確保本會所屬直轄市、縣、市職能治療師公會會員（以下簡稱本會會員）於執行職能治療相關業務之安全與權益，特定「中華民國職能治療師公會全國聯合會醫療責任補助金申請辦法」（以下簡稱本辦法）。
- 二、本會會員因執行職能治療業務時，直接導致患者傷亡，經醫事鑑定或經執業所在地管轄司法機關判定醫療過失責任歸屬後，依法應負賠償責任時，可向本會提出申請補助。本會在事件發生後受理會員賠償請求時，對補助之申請進行審查。
- 三、凡本會會員已繳清會費者，始適用本辦法。
- 四、每年每會員繳納新台幣二百元整，總額以一百萬為停止繼續或開始收取的標準。

- 五、每年度本會受理申請補助之支出總金額，以不超過本會所屬直轄市、縣、市職能治療師公會每年繳納之總金額為原則。
- 六、每次申請僅限單一個案及事故，補助金額上限不得超過該申請會員當事人實際支付總額之百分之三十，會員個人自負額仍不得低於一萬元，且每年度每位會員補助總金額上限為新台幣壹拾萬元整。
- 七、每年每人僅受理一次案件申請，相同個案及事故不得重複申請補助。
- 八、檢具相關書面證明，於事件和解後或經執業所在地管轄之司法機關判定醫療過失責任歸屬後六個月內，向本會提出申請。
- 九、會員申請補助之案件由本會醫療責任補助金審核小組（以下簡稱本小組）執行初審，必要時本會得由本小組派員實地瞭解案情，並提供會員相關之協助，經理事會議通過補助金額後，始發放補助金。審核小組組成方式及審核要點由本會另定之。不受理申請補助之狀況：
- 十、不受理申請補助之狀況
 - 1.會員因執行職能治療師業務發生本辦法第二條之情事，致被控訴或受賠償請求時，其有關賠償請求金額已由會員或其所屬醫療機構納保之醫療責任險保險公司全數支付，不得再申請本會之醫療責任補助金。
 - 2.會員因【執行非中央衛生主管機關認可之職能治療業務】或其他非法行為所發生之賠償責任。
- 十一、申請人對於申請之案件，如有任何欺詐行為、設施詭計或提供虛偽報告，申請案之效力即告喪失，除應依限退還已核發之補助金外，本會得公布其姓名並保有法律追訴權。會員獲保險公司、其他相關補助及本補助金者，其數額總和不得超過議定理賠之總金額。
- 十二、申請人提出申請，即視同同意本辦法之所有規定。
- 十三、本辦法未盡事宜，由理事會酌情辦理。
- 十四、本辦法由本會政策法規委員會訂之，經理事會議通過並由理事長公告後實施，修改時亦同。

中華民國職能治療師公會全國聯合會醫療責任補助金申請表

事發時間： 年 月 日 時 分			
事發地點：			
事發經過：			
該醫療院所負責人/主管之處理原則：			
希望公會如何協助：			
申請人姓名：		所屬之公會名稱：	
申請日期：民國 年 月 日		申請人簽章：	
本人或聘雇單位投保醫療責任險 ☐ 是 ☐ 否			
申請人服務機構		電子信箱	
申請人聯絡電話	(公)	(手機)	

以下部份申請人勿填

審查結果：	核發 補助 金額
【 】主任委員：_____ 日期：_____	

理事長：

財務委員會主任委員：

秘書長：



實證神經復健領域的發展新況： 以臺灣經驗為例

林克忠 | 國立臺灣大學醫學院職能治療學系·主任
臺大醫院復健部職能治療技術科·主任
kehchunglin@ntu.edu.tw

臺灣職能治療界近年日漸重視實證神經復健的研發，我們在此熱潮中，以中風為主要對象，探研了多項主題，包括神經復健試驗 (neurorehabilitation trials)、動作分析 (motion analysis)、及臨床計量分析 (clinimetric study)，成果陸續發表於國際重要期刊 (參見參考文獻)，藉此簡介當中若干例證。

我們針對「侷限誘發療法」 (constraint-induced therapy, CIT) 與「雙肢動作訓練」 (bilateral arm training, BAT) 兩大現代中風動作復健途徑，採用世界衛生組織的功能類別 (International Classification of Functioning, ICF) 為療效之標的，透過臨床試驗探討上述療法對輕中度偏癱病患動作缺失、患肢棄用、生活功能、及生活品質的改善成效，以提升中風復健的實證基礎，並開發符合實務需求的方案。

在 CIT 的系列研究裡，我們侷限中風個案的健側上肢，以誘導患肢的大量使用，結果顯示侷限誘發療法，較之劑量配對的一般復健，更能矯治動作與生活失能 (Lin, Wu, Liu, Chen, & Hsu, 2009)。進一步進行兩種療法與一般復健的對照試驗 (comparative trials)，發現了 CIT 與 BAT 的成效差異：CIT 較有助於改善患肢棄用、移行功能、及日常生活相關生活品質，BAT 則較能改善患側上

肢的近端動作 (Lin, Chang, Wu, & Chen, 2009)。

此外，我們的運動學分析 (kinematic analysis) 結果顯示 CIT 可提升動作控制策略 (control strategies) (如動作計畫)：治療後，患肢伸手取物的動作控制，由「回饋依賴」 (feedback dependent)，轉型為較自主的「前饋控制」 (feedforward control)，此結果顯示，CIT 對動作失能的改善成效，可能與動作計畫能力的提升有關 (Lin, Wu, Wei, Lee, & Liu, 2007)。近期研究 (Lin, Chen, Chen, Wu, & Chang, in press) 也呈現 BAT 對動作計畫策略的改善成效。

由於 CIT 的療效存有個別差異，我們使用複迴歸分析 (multiple regression analysis) 來探討成效的影響因素，發現治療前的遠端動作功能最能預測治療結果，其次是距中風發病之時間長短 (Lin, Huang, Hsieh, & Wu, 2009)。此外，動作復原是中風復健成效的重要指標，但現有的評量工具對療效的反應性未臻明朗，使復健試驗結果的解釋受限，為驗證常用的動作功能評量的臨床適用性，我們以臨床計量分析 (clinimetric analysis) 對比三種常用工具對密集復健的敏感性，發現傅格-梅爾動作恢復評估表 (Fugl-Meyer Assessment) 具統計學上顯著較高之反應度，適於密集復健成效



之評估 (Hsieh, Wu, Lin, Chang, Chen, & Liu, 2009)。

後續研究裡，我們將探討機器輔助復健 (robotic rehabilitation) 對功能表現與生物指標之影響，並分析「劑量-反應關係」。此

外，也將開發認知神經復健（如 CIT 對合併忽略症之中風成人，乃至腦性麻痺兒童）的有效方案。藉由上述發展新況的簡介，希望帶來拋磚引玉的作用，帶動職能治療界於實證神經復健領域更快速的發展。

參考文獻

- Hsieh, Y. W., Wu, C. Y., Lin, K. C., Chang, Y. F., Chen, C. L., & Liu, J. S. (2009). Responsiveness and validity of three outcome measures of motor function following stroke rehabilitation. *Stroke*, 40, 1386-1391.
- Lin, K. C., Chen, Y. A., Chen, C. L., Wu, C. Y. & Chang, Y. F. (in press). The effects of bilateral arm training on motor control and functional performance in chronic stroke: A randomized controlled study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*.
- Lin, K. C., Chang, Y. F., Wu, C. Y., & Chen, Y. A. (2009). Effects of constraint-induced therapy versus bilateral arm training on motor performance, daily functions, and quality of life in stroke survivors. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23, 441-448.
- Lin, K. C., Huang, Y. H., Hsieh, Y. W., & Wu, C. Y. (2009). Potential predictors of motor and functional outcomes after distributed constraint-induced therapy for patients with stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23, 336-342.
- Lin, K. C., Hsieh, Y. W., Wu, C. Y., Chen, C. L., Jang, Y., & Liu, J. S. (2009). Minimal detectable change and clinically important difference of the Wolf Motor Function Test in stroke patients. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23, 429-434.
- Lin, K. C., Wu, C. Y., Chen, C. L., Chern, J. S., Hong, W. H. (2007). Effects of object on reaching and postural balance: A comparison of patients with unilateral stroke and healthy controls. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 791-799.
- Lin, K. C., Wu, C. Y., Lin, K. H., & Chang, C. W. (2008). Effects of task instructions and target location on reaching kinematics in persons with and without cerebrovascular accident: A study of the less-affected limb. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 456-465.
- Lin, K. C., Wu, C. Y., Liu, J. S., Chen, Y. T., & Hsu, C. J. (2009). Constraint-induced therapy versus dose-matched control intervention to improve motor ability, basic/extended daily functions, and quality of life in stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23, 160-165.
- Lin, K. C., Wu, C. Y., Wei, T. H., Lee, C. Y., & Liu, J. S. (2007). Effects of modified constraint-induced movement therapy on reach-to-grasp movements and functional performance after stroke: A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 21, 1075-1086.
- Wu, C. Y., Chen, C. L., Tsai, W. C., Lin, K. C., & Chou, S. H. (2007). A randomized controlled trial of modified constraint-induced movement therapy for elderly stroke survivors: Changes in motor impairment, daily functioning, and quality of life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 273-278.
- Wu, C. Y., Chen, C. L., Tang, S. F., Lin, K. C., & Huang, Y. Y. (2007). Kinematic and clinical analyses of upper-extremity movements after constraint-induced movement therapy in patients with stroke: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 964-970.

社區圖書館運用於 社區復健學員職前訓練成效

簡政軒 | 高雄市立凱旋醫院職能復健科·職能治療師



「社區圖書館」強調終身學習的概念，長期居住於百合園區的家民相當需要不同的再學習刺激，以防止身體功能的不斷退化，職能治療專業不斷提供充實日常生活活動的相關技巧及活動，強調學員及家民實際參與，並配合適當的硬體設施，運用「園區即社區」的新概念，讓每位個案活出生命的光采，就是顯示出職能治療專業的價值所在。

社區圖書館位於大寮百合園區行政大樓一樓，目標明顯只要一進入行政大樓就可以看到它，凱旋醫院附設大寮百合園區內有四個不同類別的機構，包括：社區復健中心、康復之家、精神護理之家及養護中心等，其中仍以社會局養護床為多數，百合園區的家民主要是精神鑑定診斷為第五、六類長期養護的慢性精神病個案，這類個案的作業能力、人際互動及休閒娛樂等功能均呈現出嚴重失能的狀況，而其他少部份的第四類社區復健中心及康復之家等個案，又尚有復健潛能及就業輔導的需求，在兩者之間找尋出可以兼顧的模式就是「社區圖書館」。

家民長期居住於封閉的機構之中，缺乏外界的刺激來源，有鑑於此社區圖書館特別融入不同特色的課程來舒緩機構中長期居住的不適應問題。社區圖書館的特色在於同時兼顧到「訓練」及「學習」，針對圖書館員訓練及家民閱覽學習方面，圖書館提供的服務包括有：借書服務、二手書收集及整理、周周報定期發行、資訊電腦班、蚊子電影院、衛教宣導、社區電影周等等活動來呈現多元化的課程內容。社區圖書館除具有活動多元化外，一樓空間的方便性、環境優美及閱讀空間舒適寬廣等優點，營造出一個很有「書卷味」的閱讀環境。在活動方面融合了「訓練及學習」兩個元素，經由職能治療師直接執行及帶領，讓家民學習相關使用書籍知識及休閒性概念，社區學員接受服務性圖書館員的工作訓練及行政庶務處理技巧，兩者期望均能真正了解圖書館中書籍所帶來的樂趣。

而職能治療專業介入的重要角色是落實學員訓練及家民學習，在同一個空間中結合不一樣的對象、課程、健康醫療協助等，是職能治療專業的社區新概念發揮。職能治療專

業以「園區即社區」的概念，成立社區圖書館，成立之原因有二，一是為了提供社區學員多元化的行政庶務工作訓練，二是提供園區內所有家民一處休憩活動及學習場所，顧名思義圖書館即是提供書報閱讀的好處所，而且具有借書的功能，百合園區的家民雖然是長期居住在這園區，但不可以忽略他們也有「知的權利」，因此，成立百合社區圖書館的想法，是來自於「社區新概念」。

社區圖書館目前有三位大寮社區復健中心的學員來擔任圖書館工作助理，其主要工作是負責圖書館的使用開放及關閉、書籍的整理、書籍的借閱登記及館內清潔維護，而為了營造出安靜、舒適、乾淨的看書環境，進入圖書館是必須脫鞋子的。

目前圖書館的使用情形良好，為避免同一時間有太多人使用而安排了「圖書館各單位使用時間表」，使用時刻中有安排二個特殊考量，一個是員工時段及另一個志工時間，並且將於日後安排更充實的內容。以下是三位圖書館工作助理的心情寫照：

小吳工作助理回憶說，最初來圖書館當工作助理只知道職務是上架，本來以為是枯燥乏味的工作，但是在過程中會有很多時候不自覺地隨手拿起架上的書來翻閱，那是個很奇妙的經歷，因為往往會有一些文字、圖片上的新發現，像給了我另一種看事物的方法；而後的工作給了我一個啟示，那就是似乎與書有關的工作表面上看來是很乏味的，但是如果你肯享受它，其實也是很有趣的。

小郭工作助理反應說，最近發現另一項優點，一起工作的圖書館工作助理們相處的相當融洽，而且在這裡工作氣氛相當好，連帶的工作時的心情也是非常輕鬆的。現在的

我是在這裡當工作助理，問我為什麼想來這兒，有時候自己也不知道，大概是我想要享受不帶有「MONEY」的工作輕鬆感吧。

小馬工作助理的感覺是，圖書館裡有各種書，有哭的、笑的、生氣的等等，閱讀的好處有很多，增加生活知識，提昇自己的想像力，寫作方面也會更進步，對自己的病情有幫助。



從兒童心智科出發—— ADHD親子互動團體之我見

簡才傑 | 中山醫學大學附設醫院兒童青少年團隊·職能治療師



我從民國85年起精神科擔任職能治療師已有14年時間，直到89年時，本科來了一位兒童心智科專科醫師，他在某天meeting上面提議要成立『兒童青少年團隊』，並舉辦book reading提升專業知識，我也就在懵懵懂懂狀況下加入團隊，但是曾經服務過兒童心智科的職能治療師都知道，兒童心智科醫師對職能治療師所服務之領域有許多疑問以及不解，在努力跟隨團隊reading及勇於嘗試團體帶領下，兒童心智科醫師才慢慢發現職能治療師的存在價值，其中能讓醫師覺得職能治療師能提供莫大幫助的，親子互動團體算是其中之一。

所謂親子互動團體，是以行為改變為基礎，利用團體的活動及遊戲，達到親子互動良性成長的目的，而本科最大宗的來源都是ADHD小朋友，再加上當時美國國衛院及教育部合資的大型研究-多元注意力不足過動症的研究(Multimodal Treatment Study of Children with ADHD)-而其研究結論發

現藥物治療合併行為修正的方式在改善焦慮症狀、學業表現、對抗性、親子關係及社交技巧上有明顯的成效，所以我設計的親子互動團體便是以門診藥物治療合併行為改變為基礎，透過團體活動方式進行。

團體為期六週，第一次團體會針對孩子及家長進行評估，包含親職壓力、社交技巧及感覺處理功能等，之後與家長及孩子訂定團體規則，再進行以行為改變為主之活動，透過活動中，提點其不適切互動並給予行為獎賞及回饋，最後一次團體除進行活動外並會給予家長親職教養上的建議及教育。

至於團體成效的部分我是自94年開始才正式統計，有78%的家長表示滿意團體成果，他們認為透過團體公約再加上團體遊戲，的確可以使家長與孩子的互動增加，同時也可避免不適切行為出現，但另外有3%的家長中途退出，他們表示團體活動內容過於簡單，不符合當下ADHD小朋友目前問題，另外參與的小朋友有91%是國小一到三年級，

這也顯示親子互動團體的活動較適合低年級學生；其餘9%雖然都能配合參與團體，但都表示成效相當有限，而3%中途退出的絕大部分都是高年級小朋友的家長，這也表示或許高年級家長已經開始擔心ADHD症狀對小朋友未來產生的危機已經不是參與這個團體可以解決的，他們或許更需要多元方式來解決他們當下情緒及行為方面的問題。

總而言之，親子互動團體跟其他治療兒童的團體最大不同處是以家長為中心，進行此團體需收案後要積極跟家長作聯繫，並明確告知團體目的及現況，以免有中途退出之情況，此外由於照顧ADHD小朋友常讓家長欲振乏力，所以細心提點團體時間，在團體的第一次評估及最後一次家長分享時，要多給一點增加互動的妙方，務必做到『多點鼓勵，立即回饋；多點獎賞，少點責罰』的原則。

我個人一直認為『家庭』是治療ADHD最好的環境，無奈由於現代人生活繁忙，鮮少有機會跟孩子互動，更遑論是ADHD小朋友的家長，ADHD症狀常會造成學校老師，同儕及家長教養及教育方面的困擾。尤其是家長，長期與ADHD孩子相處，往往不知如何互動而產生許多摩擦，造成親子關係的緊張。我們所帶領的親子互動團體也相對轉移一些技術及資源告訴家長治療中心請放在您的時間上，打破因為ADHD孩子難教養進而有忽視、虐待或是直接責罰的惡性循環中。相信在職能治療師的努力下，一定能在兒童心智科中提供個案很多幫助，請各位先進前輩能前仆後繼進入這個次專科，多多貢獻所長發揚光大。



職能治療 專業發展、轉變與挑戰

葉弘毅 | 職能治療師



一、職能治療專業發展與轉變

職能治療透過治療活動的設計使得個案能夠參與符合其年齡的日常生活活動、學習、工作與休閒，促進個體的生活品質。

早期的職能治療人力培養單位僅有台大職能治療學系，畢業的學生多投入醫療單位，因此相對的服務領域都以醫院復健科與精神科為主。在民國70年代後期隨著其他公私立大學紛紛成立職能治療學系後，提供職能治療產業充沛的人力，促進職能治療領域的發展。目前國內已有公私立7所大學成立職能治療系，隨著醫療專業技術、師資與設備充足後也相繼成立了職能治療研究所，**在職能治療領域上做更精深的教學與研究，促進職能治療更進一步的發展。**

在民國86年職能治療師法案通過，確定職能治療在國內的醫療專業地位。同時期的特殊教育法、身心障礙者權益保障法、兒童福利法、老人福利法、與精神衛生法等相關法律的通過制定與修正。在法令明文規定下，使得職能治療專業獲得法律基礎，從原

本的生理、小兒、精神等服務領域，正式的跨入學校系統、職業輔導評量、**輔具評估與訓練**與居家、社區、機構長期照護等新領域，但職能治療師在跨入這些領域之前，還是接受一定時數的職前準備教育與訓練。

早期職能治療服務提供地點都以醫院為主，因此思維都以「醫療為本位」。隨著法案制定與修正，治療師的評估方式、**思維與服務模式也漸漸的以「個案為中心」為考量。**例如：職能治療師若到學校系統中服務，也會被要求參與特殊教育的個別化教學目標設定，並以學生的學習生態來評估學習相關的問題。因此思維要轉變以「學生學習需求」為本位。又例如：參與職業輔導評量的治療師，除了較精通各項測驗外，必要時還要到個案的工作場所做實際觀察與情境評量，綜合與分析晤談、觀察、紙筆測驗、情境評量結果，來**撰寫個案的職評報告。**所以在醫院以外的場所執業更考驗著**治療師的治療與評估能力、計畫設定與執行能力。**

86年後職能治療專業團體分為職能治

療學師學會、職能治療師全聯會、台灣省、台北市、高雄市等三個職能治療師公會。到97年省公會廢止後，由各縣市治療師公會來負責縣內治療師**執業管理**、專業發展、進修研習與行政事務協調。尤其是職能治療師全聯會與職能治療師學會更負責代表全國治療師與政府公部門爭取權益。而職能治療師們也能參與跨領域的專業團體，如：復健醫學會或其他的專業如物理治療、社會工作、家長團體合作，來進行個案與方案服務。

二、職能治療專業的挑戰

由上可知因應**台灣醫療技術與服務的進步**、社會福利與相關立法的健全，使得職能治療業務執行漸漸的變得多元化以滿足各階層個案的需求，同時也需要和其他專業共同合作。因此職能治療面臨下列的挑戰與革新：

1. 個案自主權益抬頭

治療服務進行時，需要將個案的需求納入考量，並在治療活動進行的同時需要時時和個案或個案的代理人討論與修正治療目標，治療介入項目也需要徵得個案同意後才能進行。在個案權益抬頭的年代，**健保局**（醫療保險公司）或是**方案管理人**（社工人員）也會變身為個案權益代理人而要求治療師提供有效治療，或是在**復健黃金期的復健活動才給予給付**，以節省個案的時間與金錢。因此許多無效的治療方式與醫療管理模式漸漸會變提出檢討與淘汰。

2. 工作型態的改變

許多的復健方案服務模式常常要到宅或是到校，時間要以個案作考量，但現今的大部分治療師都在醫院工作，因此工作的時間

都必須以醫院的作息為主。醫院治療以外的專案復健業務，如：社區居家復健、學校系統服務時間可能都會跟醫院上班的時間衝突，造成人力資源排擠。現在大多數治療師多在醫院工作，而隨著畢業生日漸增多與治療師人數成長，最終會導致醫院治療師工作職缺飽和時，治療師工作的型態就會漸漸的改變。工作型態就會由傳統的醫院全職型態變成**兼職或部份工時、跨院所、到宅或到機構服務、跨領域**、承接方案、或是自己開治療所或是工作室。當然承接方案或是開職能治療所或工作室都會對個體戶治療師而言，需要對各種復健方案的法律、契約、與行政了解，對於資金、人力規劃等創業準備更充足、甚至要跟當地的公部門主管單位招標與合作，所以難度甚高。

3. 和其他專業的合作與競爭

當職能治療師在進行個案服務時，若是職能治療專業無法提供的項目，就得及時轉介給相關專業進行服務。如：職能治療師在進行居家職能治療復健時，遇到個案需要做無障礙空間改善時，就得轉介給社會處輔具中心的治療師或行政人員進行後續居家環境改造，因此治療師同時也必須熟悉社會處輔具申請與無障礙空間申請流程與相關評估表格。居家服務同時也需要和物理治療團體比較治療服務的療效與績效。

4. 在職進修與跨領域深造

職能治療領域以全人得觀點來看待個案需求，而個案的生涯發展也有其階段性。**生涯發展**通常分為幼兒期、國中國小學齡階段、高中職大學等求學與職業訓練階段、就業階段與退休與就養階段。在這些階段中也

涵蓋幼兒教育、特殊教育、職業訓練、職業輔導評量與評估、老人服務與長期照護、輔具評估與訓練、心理復健等等專業領域。因此對大學部畢業的職能治療師或是剛踏入就業市場的治療師而言許多領域是陌生、不熟悉、未接觸。因此需要參加繼續教育與在職進修來補足不足之處。

三、職能治療師面對挑戰的準備

隨著醫學進步、個案權益抬頭、法令規

範、業務執行型態、醫療管理型態的改變，職能治療的**服務領域逐漸的轉型而服務個案種類也趨向多元**。而在每一個新的領域中還是有同質性專業團體競爭，如：輔助科技領域，就需要和物理治療、醫學工程、特殊教育等領域合作與競爭。因此每一個從業治療師需要隨時的在職進修與深造。現在國內除了職能治療研究所外，還有許多教育、心理、醫學工程、醫學、管理等相關領域可以深造，**以增加自己的專業深度與領先優勢**。

作者葉弘毅現職：

屏東基督教勝利之家職能治療師

屏東縣教育處專業團隊服務組組長

屏東縣身心障礙學生鑑定安置輔導委員會委員



特殊專業經驗的相授

曾俊豐 | 高雄醫學大學復健醫學系職治組・第二屆(OT79)



從事兒童復健多年，一直有個夢想，**從**希望把職能治療的市場變寬變廣，把職能治療師的專業擴展到其他專業而不是只有心理生理及小兒等領域，以符合市場供需平衡，創造被利用價值。由於市場上對職能治療專業實在相當陌生，很難把它運用到其他專業或行業中，只好放棄在兒童復健建立多年的口碑，而從事美容醫學的跨專業領域，著重在醫學美容中心的輔導設立、美容療程的規劃行銷、產品的行銷通路建立、及美容諮詢師標準化的教育訓練、考照、人力仲介…等等，然而自己不僅要學習充實其他專業知識，還需要利用之前所學之醫學專業及多年的醫務管理經驗，才能順利讓我轉型成功。但並非每個人都能如此順利地轉型，需要一些運氣及勇氣，我只是比較幸運能遇到一些專業醫師協助，得以實現夢想。

根據國內消費市場統計，民眾在美容醫學市場上的消費能力，平均一年達新台幣800億以上，而美容化妝保養品就佔有百分之七十。如此龐大的商機，相對的競爭也非常激烈，唯有建立穩定的通路(place)才能贏得先機。由於在醫療院所原本就佔有地利及人和的優勢下，我就從醫療院所附設的醫學美容中心來建立通路，藉由輔導設立(setting)模式來產生合作及信任，以幫助醫師解決醫學美容中心設立的種種問題(包含美容師訓練、療程及產品規劃、人事制度管理…)。當然要完成此任務前，一定要具足

此行業所需的種種專業(profession)，接下來再研究開發有效及符合市場需求的療程及美容化妝保養品(product)，經由區域市場消費能力調查，訂定符合各消費族群的價格(price)，完成以上工作之後，接下來就可以好好包裝行銷出去。若能按此流程逐步完成的話，成功機率一定很高，客戶接受度也一定很高。此理念也是在我們OT管理學所說的5P，我只是把它實際運用在此行業而已，但實在受用無盡。

目前我已成立一間生物科技公司來開發產品，齊下簽約輔導的醫學美容中心約五家，平均一年的營業額，含輔導金及產品銷售約八百萬新台幣，目前仍在努力擴展業務中。

每一種行業要長久及穩定，一定要具足專業性，而且最好是不易被取代的。藉由了解此行業在就業市場的定位是否明確且是否符合市場需求，因此有系統的管理制度、標準的專業訓練、及推廣行銷等是很重要的。我認為職能治療的市場一直無法達到此要求，導致人力一直外流轉行，又因為目前健保給付縮減，市場需求亦相對減少，希望各位先進能多集思廣益，為職能治療師開拓更多的就業市場，讓大家多認識它的功能性及對社會的貢獻，小弟我也會盡量在跨專業的領域中把職能治療的專業推廣出去，盡一份微薄的心力，在此感謝全聯會給我機會發達我的經驗，若有文辭不順的地方，敬請見諒！

職能治療的另一片天空 ——兒童心智科

謝小玉 | 高雄長庚紀念醫院・職能治療師



由於精神科系兒童心智科專科醫師培訓醫師越來越多，在未來台灣各地會逐漸成立兒童心智科的服務，服務項目包括門診、日間留院及各種治療團體，服務年齡層由學齡前及學齡兒童，延伸至青少年。舉凡嬰幼兒初期面臨的動作、語言、認知或社會化發展問題，到兒童青少年期可能會發生的任何心理困擾、學習困難或行為情緒障礙，都是兒童青少年心智科相關的醫療業務。

目前高雄長庚醫院精神科系兒童心智科有五大治療團隊：主治醫師、社工師、心理師、職能治療師及護理師。

職能治療師主要是運用親子互動團體治療模式，融合醫學、發展、心理、復健等理論，透過一般社會情境的設計，以日常生活中可配合的活動，提供療育的介入，並指導家長和兒童互動的技巧，強調治療延伸並類化於生活中，進而更能融入及適應社會。希望

透過親子共同學習及參與課程，藉由孩子及家長互相觀摩、支持，讓兒童在活動中呈現與家長互動真實的一面，同時在密集的治疗下，讓家長與孩子在短時間內了解並學習如何教與學。

兒童心智科的角色VS.小兒復健科的角色差異在哪？就在於接觸個案的種類較少有肢體障礙的個案。兒童心智科職能治療師治療接觸的個案種類有：發展遲緩、自閉症、注意力缺失過動症、學習障礙、智能障礙（不足）、學習障礙、情緒障礙、兒童期精神病…等。

故目標常見為促進孩童的語言表達、溝通能力、認知功能訓練、情緒表達、自我控制能力、團體規範、遊戲技巧的訓練及人際互動技巧訓練為主。

兒童心智科目前多以團體治療為主，故專業間的合作、兒童心理發展、行為矯正技術及家長衛教是非常重要的。

職能治療親子互動團體：

透過親子共同學習參與課程，藉由孩子及家長互相觀摩、支持，讓兒童在活動中呈現與家長互動真實的一面，同時在密集的治療下，讓家長與孩子在短時間內了解並學習如何教與學。透過活動遊戲的方式，讓兒童在自然的情境下學習及練習如何自我控制、情緒表達及提高自我肯定，也讓家長在活動中加強親子互動及教養技巧。

1. 親子配---家長與小孩一同進行治療
2. 團體式---約6~8人之團體
3. 綜合篇---結合職能治療之神經生理理論、職能角色理論架構、亦參考兒童發展理論、行為改變技術及親職教育
4. 生活化---生活情境化的活動設計
5. 普及化---善用日常生活隨手可得之材料，作為活動之媒介
6. 整合式---與其他醫療專業合作，如：五大專業日間留院治療模式、與心理師合作親子情緒管理團體
7. 衛教篇---強調家長親職教育及治療師與家長之間之溝通
8. 傳承篇---提供職能治療學生實習環境及指導

在兒童心智科由於職能治療多以團體治療方式介入，職能治療師需要去建立團體的規範及團體的凝聚力，故遊戲及活動的設計需要生動來引起孩童的注意力，並加入行為改變技術如增強物的使用、暫時隔離法、忽視法等技巧，來增進團體規範及活動參與動機。

歡迎將來有更多的職能治療師進入兒童心智科的領域，讓這些特殊兒童有更多的機會接受早期療育的介入。

職能治療於兒童領域之醫病關係

張旭鑑 | 職能治療師



與幾位資深的治療師聊天，他們都是各個醫療院所的主管，大家談論到同一件事，就是大家不敢讓剛畢業的治療師馬上帶個案，可是大家以前不就是這樣過來的嗎？為什麼現在卻有這層顧慮呢？

我們相信，剛投入職場的治療師擁有最新的知識與技術，並且年輕、熱情的態度，在兒童領域中，絕對是必備的！但是隨著時代的進步，家長對孩子的保護更多了，當我們發現孩子的四肢張力不足，可能很習慣地會讓孩子練習爬行，但臨床上曾有例子，媽媽對著正在訓練自己孩子爬行的治療師罵道「我的孩子將來又不是要做乞丐，為什麼要在地上爬？」於是氣呼呼地把孩子帶走。這是家長的問題嗎？相信治療師們會告訴我「是」，但是從家長的角度呢？他也會認為是治療師的問題，關鍵就出在沒有做良好的溝通！

每次治療完，要跟家長講些什麼？有人會把今天治療內容重複一次，然後敘述孩子的表現優劣，然後告訴家長回家應該做什麼

活動。這是大多數人會做的事情，但在您講的時候，家長也只會在其中找出他要的部分，「你說我孩子表現的好，那我可以不用來了吧？」「我孩子走的不好？當然，不然來這裡幹嘛？老師你告訴我孩子不好的地方，是不是你沒有辦法治療？」簡單的說，你要告訴家長的，是不是家長要的？這需要治療師在與家長溝通的時候能夠察言觀色，也需要經驗的累積，但對於年輕治療師，我會建議先準備幾套版本，從專業兒童發展的理論，到兒童今天的表現，這樣才能對於家長的反應「兵來將擋，水來土淹」。

臨床上我們的「客戶」是兒童，但是家長才是決定孩子要不要接受治療的「幕後推手」，這裡不得不說，這個社會似乎把兒童復健治療當成了課程在消費，或許是因為我們被稱為「老師」，或者是專業的宣傳不足，甚至有些家長會跟治療師要「課程表」！能夠讓家長願意風雨無阻帶孩子來治療，除了醫療院所的名聲，治療師個人的魅力，最重要

的就是對孩子問題的溝通。執業的這些年中間，總會有家長帶著孩子來處理「專注力」的問題，所以她們的主述常是「我的孩子不專心」，但是治療師總能抽絲剝繭，找出不專心的原因是來自於感覺統合、行為問題，或是環境因素，但是這時如果不能和家長有效溝通，當治療時出現治療師帶著孩子盪鞦韆、跳球池、跑來跑去，家長就會滿心疑問「我的孩子就是不專心啊！怎麼還讓他跑來跑去？」下次還會來治療嗎？

如何做有效溝通？最重要的就是避免「知識的詛咒」，也就是要切記家長的知識和我們的知識是不同的，當我們很順口的帶過「前庭」，家長可能懷疑「和我家的院子有什麼關係？」因此要用家長可以理解的語句來說明，若能加上圖表解說就更好了，這可以幫助家長加深記憶！但是請放心，家長的問題絕對會重複的出現，不論是同樣的問題很多人問，甚至同一個人重複問著同一問題，這時候正是考驗治療師的耐心，因為家長會一直問，就代表著這問題對他很重要，同時也代表著您並沒有解說清楚，所以家長的記憶庫裡只有問題，而沒有解答的資訊。於是我們必須針對同一個問題有多種解說方法，才能讓家長獲得真正有用的資訊。

談完了家長，來看看小朋友，當孩子第一次進入治療室時，治療師扮演什麼角色？高高在上的專業人士？還是與孩子共同遊戲的大玩伴？我個人比較喜歡後者，雖然認識我的人知道這與我的體型會成很大的對比，但是我總認為要先和孩子交朋友，孩子才會願意接受你的指令。因此，常有家長會要求「我的孩子怕男老師，請幫我排女老師」；「我的孩子會欺負女老師，請幫我排兇一點的男老

師」，如果我們順著家長的意去安排治療師，那反而害了孩子！為什麼呢？因為家長說的正是孩子必須解決的問題啊！如果把問題藉由外在因素改變而掩飾掉，那職能治療就真正變成只會帶活動的老師了！因此把自己年齡降低吧！這樣任何的孩子在你手上都不成問題！

臨床上，總是有層出不窮的狀況發生，但我這十幾年來堅持著三個原則：

- ▶ 微笑：微笑不僅可以化解尷尬，更可以幫助我們放鬆心情，處理我們與孩子、我們與家長之間的問題。當孩子表現差了，你的微笑是最好的鼓勵；家長煩惱孩子的問題，你的微笑為他帶來希望！適時的微笑，可以讓醫病關係更融洽。
- ▶ 感激：臨床上遇到的每件事都要以感激的態度來面對，遇到家長詢問麻煩問題，「感謝家長的問題，我得回去好好查一查，將來家長問起，我就可以對答如流」；孩子在治療室尿濕褲子了，「正好是我練習將來幫我孩子換衣服的機會，真是感激！」凡事感激，面臨到的問題將不成問題。
- ▶ 愛：凡事從「愛」出發，世界將是美麗的！這也就是我常跟家長說的：「我們愛孩子，不是因為他好我們才愛他，而是我們的愛，才能看到他的好」。

多給新進治療師面臨問題的機會吧！當你願意讓新進治療師獨立面對家長與孩子，甚至把你所認為他們不可能接的起來的個案給他們，這表示著你不是因為怕麻煩而保護他們，而是你有了更進一步成長的機會，別忘了！微笑、感激與愛要隨時運用在我們週遭的人身上！



健保的變與不變

劉國政 | 大千綜合醫院復健科・職能治療師

全民健保開辦至今十五年了，相信大家對健保局的印象就是每年都在改變，從早期的復健加收50元部份負擔開始，健保局就展開一連串對復健科限縮的政策，其實很難說對或不對，因為，對於健保局而言，支出的管控是必然的趨勢，但是對於復健科相關業者，這卻是寒冷冬天的開始。

在此先不談其他的部份，純就醫療院所支援機構業務來做探討，在這個業務開放之初，大量復健科報請支援機構，從教養院、護理之家到養老院，只要能跟復健搭上關係的幾乎全包了，以健保局的資料顯示，最高峰期全台灣有八百多家機構申報支援，而這還不包含機構門前的治療所，PT、OT、ST能申報的幾乎都報上了，這對於健保局而言無異是一根刺。所以，應該有許多業者在去年收到了健保局的公文，從97年9月1日起，同一機構單一週僅得申報PT支援三節診次或PT、OT各兩

節診次。相信這對於許多機構來講是個莫大的衝擊。因為對於落實實施復健業務的機構而言，是一個宣傳賣點，但是這個政策一來，賣點可能就消失了，另外對於醫療院所衝擊更大，因為設備、人力安排下去了，撤也不是、不撤又沒利潤，所以，經營層面的思考方向就要改變了。

但是換個角度來思考，其實多數的機構都有評鑑的壓力，如果能做好機構與院所之間的溝通，將人力成本做比例攤提，機構仍能擁有每週五到六天的復健服務，而且在評鑑上又有加分的效果，不用自己全額聘任專任治療師，就能擁有全時段的服務，這是一個對機構而言較大的利基。對於醫療院所而言，雖然收入減少，但是在人力成本上獲得攤提，又能讓已投資的成本有收回的機會，再配合上其他醫療科別的業務支援，能有穩定的客源，就目前而言這是較有利於雙方的

作法，但是，對於治療師而言，相對的行政壓力會提高，因為這樣一來，治療師就必須在機構評鑑時提供必要之協助。但是，在這不景氣的局勢下，適度的付出或許也是另一個獲得肯定的方式。

除此之外，對於健保局而言，早期療育仍然是較為被認同的一個領域，因此，在大家都被限縮的當下，仍有少數機構能夠享有全時段，全類型的服務。但是，這並不是特權，在大家都想要也擁有此一權益的同時，可能要先檢討機構本身的經營取向，是以服務為本質還是利益為本質，因為這直接影響健保局的決定。就我了解目前仍然維持有此權益的機構，均以服務為本質，而且，各項服務的內涵與標準都走在業界的前端，足以作為業界之標竿。

如果，上述兩項的運作方式有困難，大概就只能折衝用目前本單位的運作方式了。首先計算下一個治療師的成本需要多少，然後將人員的支援改為半天在機構，半天回醫院上班，然後統計一下三次的支援服務量收益有多少，其他的部份只能算是做公益了，但是記得將每次的治療紀錄留下，因為這對於爭取下一次的額度將會有一定的助益。

其實大家都知道，很多的醫療院所在這項業務上是遊走於法律的邊緣上，也正是如此，才會有限縮的政策出現。因為所有類型的運作方式我都接觸過，對於這當中許多的細節其實不便也不須說的太多，希望大家能抱持細水長流的想法，維持穩健經營，而非殺雞取卵，一次就讓大家都喪失獲利的機會。



當一扇門關上， 另一扇門卻被打開

蔡宜蓉 | 職能治療師



隨著住院診斷關聯群(Diagnosis-Related Groups, DRGs)逐步落實到全民健保特約醫院的各科別，各醫院紛紛開始吹起裁員風，暫時沒被裁掉的單位要面對的是限縮、砍薪水、降福利等措施，就像全球驟變的惡劣天候一樣，台灣醫療產業「不願面對的真相」正一一實現。在醫療體系的職能治療產業，不可能倖免於難，看似平靜的假象，只是因為時候未到。

過去，職能治療在和醫院復健科及物理治療並肩向前衝的榮景，隨著全民健保不斷下修的總額成長率、健保財務漏洞沉痾無從解套、以及台灣各項產業出走衰微及經濟蕭條，大環境的近景與中程眺望，只有看壞無法看好。大環境已差，限定給付上限的DRGs又非推不可，依附在急性醫療末端的復健，背著過去兩位數字成長率的美/惡名，於DRGs實施後，復健專屬論病例計酬支付制度不被討論的情況下，在以急性醫療為主

體的全民健保體制中，復健幾乎可以被直接宣告：「玩完了！」你可能會嚷嚷：那病患的權益呢？急性醫療對健保資源的浪費才是罪魁禍首…，然而，我們(復健、職能治療及物理治療)本不屬急性醫療的中土世界，何苦堅持帶著腳鐐委身在光明頂做婢女，卻不回波斯本籍當神聖女王呢？

為我們開啟的那一扇門，就是長期照顧。

世界衛生組織2002年發表的國際功能分類系統(The international classification of functioning, disability and health, ICF)向世人昭告：判定人類“健康與功能良好”與否，必須考慮其活動及參與生活情境的狀況。失能者面對實際生活情境的時候，往往是離開提供急性醫療照護的醫院之後。離開醫院之後，才是失能者的主戰場；而能夠幫助他們的人，應該是在這個時空的夥伴。

你/妳(我)，職能治療師，我們站在哪個

時空呢？在全聯會的人力資料庫顯示，台灣九成以上的職能治療師並不在醫院或診所以外的時空提供服務。

從台灣政府在民國96年宣告實施大溫暖「長期照顧十年計畫」後，契機浮現，民眾接受長期照顧服務的經濟障礙(自己付費)大大降低，然而，民眾接受長照體系職能治療的機會，增加得並不多。全聯會的人力資料庫仍顯示，台灣絕大多數職能治療師在醫院或診所為主的醫療體系服務。其次，台澎金馬的居家職能治療服務，有的縣市尚未能提供，至於已提供的縣市，居家職能治療的服務量、服務利用率及服務給付金額，絕大多數仍付不了一位全職治療師的薪水。

你/妳，職能治療師，眼中看到的是什麼？是那空洞的半個玻璃杯？或是注滿美酒的高腳杯？聰明的你/妳還要看準確，到底滿的一邊是機會或是空的一邊是命運？

當一扇門關上，另一扇門卻被打開。為我們開啟的那一扇門，就是長期照顧，而且它不只門戶洞開，還使勁地向你招手。96年宣告實施的大溫暖「長期照顧十年計畫」僅是個開端，重頭戲是民國100年信誓旦旦要開辦的「長期照顧保險」。難道你還沒嗅到景氣的方向嗎？難道你還沒領悟到職能治療的原鄉與需要被深耕的家園不是在醫院，而是在長照和社區嗎？難道你還不知道如果腳步晚了，就又輪不到你了嗎？

讓我們從現在開始耕耘長期照顧福田，為失能者突破真實生活情境的困難，做出最有利的貢獻。迎接民國100年長照新紀元，迎接職能治療的新世紀與下一波榮景！



PGY之「得」與「得」—— 進行PGY之所學

潘曉潔 | 新光醫院・職能治療師

在實習期間，就從老師那兒耳聞「PGY」的名聲，但似懂非懂的我，對他的了解，僅止於他是個教育訓練計畫，會多少影響各單位是否任用資歷未滿兩年的人。至於PGY的詳細內容，尚是一知半解。畢業後來到新光醫院擔任職能治療師，報到的第一天，組長沛潔（也就是後來我PGY的導師）帶我認識環境及業務時，特別針對PGY做了介紹，縱然心裡有底，但此時與PGY，仍是種曖昧的距離。

隨著上班的日子一天天累積，一項項教學計畫，也開始如期進行。就這樣，我跟PGY的距離，馬上由曖昧轉為明朗。

明朗，不常常都是件值得開心的事。過完行政業務相關課程的甜蜜期之後，重頭戲才正要登場。每個月例行的case conference、導生討論會和專業課程，甚至是journal、seminar，有多少次meeting，就有多少份的報告要寫。在熟悉手上個案之餘，還要另外挪出心神進行PGY，那段時期，只能說是分身乏術。因此，很難不在心中默默覺得，PGY是個額外的負擔。

對PGY改觀的契機，是在一次的case conference上。這天，結束一天的治療後，與同事們一同坐在桌前，細細唸著紙上熬了幾個晚上所琢磨出來，長達好幾頁的文字。這天報告的個案，是一位視力極差的帕金森奶奶，所有需要用到視力的活動，奶奶都相當排斥且費力，使我在介入上產生許多的困難與限制。報告，只是開始，之後的討論，才是每次meeting最精華的所在。大家時而你一言我一句，時而交頭接耳，用心地討論著報告的內容，並給予我介入上的建議。在討論之後，也使我了解到更多介入此個案的方式，更加清楚該如何越過限制，成功介入。看著辛苦工作一整天的大家，在下班後仍留下來與我一同進行PGY，不但不以為苦，更熱烈地針對此個案做討論。我想，這天的個案報告，得到的知識是可貴的，得到的支持與感動則是無價的。

用期正巧到了尾聲，科內的報告一一結束，對個案及業務也更加熟悉，讓我有更多時間和心力用在PGY的準備上。因為如此，當我靜下心來仔細看過去所上的各式課程、



用心所寫的每份報告，發現原來在不知不覺當中，累積了許多珍貴的資產。因為PGY，使我得經常重新複習過去所學的理论、評估工具…等；得時時刻刻檢視自己做個案的方向是否有需要修改的地方；得不斷地提醒自己汲取新知。要做的事情當然不少，否則也不會在初識PGY時，便覺得他是個額外的負擔。但當心態改變，我發現「得」比「得」來得更多。在工作遇到壓力或瓶頸時，得到導師溫柔的關心和安慰；在做個案感到有疑問時，能夠得到同事們及時的解答；在專業知能上，能得到更多精進的機會；甚而在PGY評鑑，忙著整理成堆的報告時，得到的是同事們溫暖的協助。

若要問我在PGY學到了什麼？我想，在準備各式報告的過程中，在積極參與的同事身上，我學到了身為職能治療師，最基本的態度，和一種擔心不進則退的進取精神。現在，PGY還是不是負擔？這額外的工作當然還是，但卻是，甜蜜的負擔。

單車遊記

蘇尚文 | 基隆長庚醫院 整形外科復健中心
職能治療師



今天想介紹大家的路線是一條位於有風城別稱的城市—新竹市，歷年來台灣各縣市皆在發展屬於自己的城市特色、再加上世界環保意識抬頭、能源短缺、國人週休二日注重休閒生活及觀光，造就了自行車業發展及自行車步道的興建。如果想在當地租自行車，在新竹漁港入口處中油加油站附近有十幾家的自行車出租店可租用。

新竹市的自行車步道座落在新竹市西邊的海岸線上，起點位於北端的新竹漁港(舊名為南寮漁港)，南端到達香山區南港生態賞鳥區，共十七公里。接下來我就一一介紹沿途美景及路況，起點新竹漁港有一棟名為「十七公里海岸風景區旅遊服務中心」位於新竹漁港東北方向，為一棟白色圓柱型藍色屋頂，且高約十層樓的建築物，在此可取飲用水、使用廁所，且上樓頂可將整個新竹漁港的全貌一覽無疑，令人流連忘返，一定要來看這裡的風景不然你會後悔喔！位在新竹漁港旁有一處非常熱鬧的地方「新竹漁港觀光漁市」是一棟兩層樓建築物，很容易發現它的位置，你只要往人最多的地方走就對了，因為觀光漁市的旁邊就是夜市，但它不是只有晚上才有開放白天也很熱鬧，在觀光漁市

及夜市不僅可以吃到各種新鮮海產還可以吃到具有新竹特色的小吃，如騎車餓了可以在此好好大啖一番。看了美景也知道好吃的地方後，我們開始往南騎，騎在新竹漁港的自行車步道上我有兩種感覺：一為路很寬廣視野遼闊，棋盤式的道路想騎哪就騎哪非常自在，另一為風很大別忘了是新竹的特色喔。記得有一次在九月份的時候，東北風吹起，一大早我往南騎時發現一路上保持時速約33公里，心裡一直想體力怎會變好呢？心中想了一下，有兩個禮拜沒騎車了？！不管了一路衝下去吧真過癮！愛騎車的人就是愛這種前庭的刺激速度感，當抵達終點折返時，時速居然只有7~8公里，頓時的快感完全消失，只有感受雙腿傳來千石的壓力及胸口心跳聲，所以如果想練體力時在這季節更要來新竹騎車。

過了新竹漁港範圍，自行車步道馬上緊鄰著海邊，讓人彷彿在海上飛行，腳踩踏板的速度不知不覺快了起來，真是美啊！不久發現前方出現一棟方方正正白色建築物及海浪般的遮陽亭，還以為來到科學園區，原來是「環保科技園區」白話一點就是垃圾焚化廠，別以為是又臭又髒的地方，它可是像公園一樣美麗且沒有任何味道，更是情侶看海

約會的好地方，緊鄰環保科技園區的是「海天一線公園」與自行車步道高出有著約3層的高度，有斜坡可以上去，斜坡入口有洗手間，腿力好的人可以直接騎上去或推車上去，騎到這裡可以稍做休息，更有「行動咖啡區」坐下來享受咖啡看海天一線，讓單純的騎車體會不同的感觸。

休息夠了上路了，不一會兒就到了「港南運河風景區」，這區域是新竹市海埔新生地，早期人們與海爭地再經過幾十年漫長淡化變成可耕地。港南運河風景區可停車可租自行車更是晚上看夜景的地方，每年新竹市舉辦龍舟競賽皆在此舉辦。運河寬約十公尺，長約一公里，是一條人造運河，偶爾還可以看見愛釣魚的人們在此釣魚。

接下來，騎約十分鐘，進入新竹市濱海野生動物保護區，腳踏車步道的右邊是客雅溪出海口，河床上盡是紅樹林，規模之大。腳踏車步道的左邊，是金城湖賞鳥區，在此不時發現有各式各樣的候鳥在此稍做停留及覓食。若對賞鳥有興趣的人，別忘了順便帶著你的望眼鏡，這裡可是新竹市賞鳥的核心之地。騎著騎著，就來到了第一座彩虹大橋，跨越的是客雅溪，穿過的是剛剛所見的紅樹林，一片綠油油的景象，往南走，經過第二座彩虹大橋，請小心有一段長下坡可享受俯衝的快感，別忘了注意你的煞車，如要煞車，先煞後輪再煞前輪，否則是一件相當危險的事情。接著往南，發現左側映入眼簾的是一大片的海釣場，不時發現彎到不能再彎的釣魚桿，對於不會釣魚的我，真是令人稱奇！沿著步道的指引，來到了惠民宮，此地是因為自行車步道的啟用，逐漸發展出一個小型的市集，好不熱鬧！如果騎車騎累了，可在此休

息，吃些東西補充體力。

繼續往南騎，就發現左側有一條台六十一線西濱快速公路，不時發現呼嘯而過的重型機車，讓我們騎自行車的人覺得有如龜兔賽跑一般的感受。不過以緩慢的方式前進，可享受悠哉的感覺，並且可以讓我對於路邊的一草一木仔細品味。香山濕地到了，明顯的地標就是一塊偌大的大理石，刻著「風情海岸」。看到旁邊飄揚著旗幟，以及像海浪般的遮陽亭，一望無際的濕地，是我最常發呆、看夕陽、吹海風的地方。可不要停留太久喔！身體冷卻就不好了。

繼續前進，來到海山漁港，可以右轉沿著漁港安檢所往前行，左側是漁港，右側是濕地，可以往前延伸到海山觀海平台。觀海平台是一座約四五百公尺延伸到海中央的一個平台，不時發現週邊有海鳥在空中盤旋或潛入海中覓食，在空中自由自在令人羨慕。返回至安檢所，右轉持續南騎，來到那魯灣街，這裡的居民是來自台灣的東岸，政府為了保護這一群原住民，成立了原住民文化專用區。在原住民文化專用區附近，會發現電影「練習曲」有一幕在此堤防上作畫的劇情，等你來發現！過了那魯灣街，海還是那麼藍，突然出現在面前的是一長排高聳的風力發電機，形成香山區特有的景色，也讓這個步道增添不同的風味。經過了白雲橋，來到了南港生態區，也是一處賞鳥的天堂。接下來就到了十七公里海岸風景自行車道的終點。

這是一條充滿海與風的自行車步道，對於常騎車的人，十七公里不算長，不常騎車的人可選擇其中一部份來騎乘，每一段皆有不同的風景及特色，有機會來新竹騎騎車、吹吹風、吃吃小吃！