

中華民國

職能治療師會刊



2011 April.

生命中的天使

回顧與展望・優良職能治療師獎獲獎心得・髖關節夾擠症簡介
Bioness H200・難得的緣分・屏東縣長照計畫居家復健之心得

Vol.

27

中華民國職能治療師會刊

會務

- 01 第三屆第十五次理監事聯席會議記錄

第三屆理事長感言

- 08 回顧與展望

學術

- 11 固定式副木對於第五、六、七區伸
指肌腱術後之治療成效
16 髖關節夾擠症簡介

專題 99年優良職能治療師獎獲獎心得

- 19 『菁英』獎
23 『傑出』獎
25 『奉獻』獎

新知

- 26 Bioness H200

臨床實務

- 29 屏東縣長照計畫居家復健之心得分
享
31 難得的緣分(視知覺訓練課程經驗分享)

心情分享

- 33 生命中的天使

職能治療師會刊

No. **27**

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

第三屆第十五次理監事聯席會議暨春酒餐會會議紀錄

一、時間：中華民國100年02月20日(星期日)上午9時30分

二、會議地點：台大公衛大樓430討論室(台北徐州路17號4樓)

三、餐會地點：北海漁村風櫃廳(台北市杭州南路一段8號)

四、出席人員：

理事：理事長褚增輝、常務理事呂淑貞、常務理事祝旭東、常務理事方貴代、常務理事連淑惠、理事李敏聰、理事梁文隆、理事簡才傑、理事吳明順、理事郭立昌、理事曾人和、理事劉國政、理事王珩生、理事吳鴻順。

監事：常務監事楊國德、監事張瑞昆、監事陳瓊玲、監事沈明德。

列席人員：吳菁宜主委、台中縣公會理事長章國正、彰化縣公會理事長陳宜男、桃園縣公會理事長黃恢濤、新竹縣公會理事長張宇群、嘉義市公會常務理事蔡德南、南投縣公會理事陳淑美、雲林縣公會理事長林欣怡、秘書長王勝輝、副秘書長黃盛祥、秘書張育晴、秘書張雅婷。

五、請假人員：

理監事：理事洪嘉駿、理事俞雨春、理事陳柏志、理事洪嘉駿、理事張旭鎧、理事林克忠、理事柯宏勳、理事高麗芷、監事沈毓牲、監事謝彥緯、監事劉秀之。

列席人員：林清良主委、候補理事黃上育、台南市公會常理事長陳秋音、基隆市公會理事長金明輝、新竹市公會理事長黃志豪、花蓮縣公會理事長洪嘉駿、高雄市公會理事長、郭明慧、台北市公會理事長龔宇聲、屏東縣公會理事長鍾秉璫、宜蘭縣公會理事長楊逸群。

六、主席：理事長褚增輝。

七、確認上次會議記錄：（如附件一）。

八、主席致詞：

1. 衛生署於日前召開醫事人員人力推估論壇，本會提出之綜合醫院OT人力配置比建議為100床：1，會中也提出評鑑標準建議案（合理值70床比1，理想值50床比1），期待未來努力爭取達成。
2. 醫療品質促進聯盟預計將於3月18日召開成立大會，本會由本人代表、並參選理監事，另由台北市公會龔理事長宇聲與新北市公會黃總幹事上育加入個人會員。
3. 醫療責任補助辦法去年年底已由各公會繳納完畢，感謝各公會的配合。
4. 職能治療網路地圖已完成程式修正，未來將續配合五都升格調整網頁程式。

5. 銓敘部來函，建議增列師（四）級，請各位提供相關意見供函覆參考。
6. PGY之課程計畫之使用手冊已編輯完成，感謝各位委員的參與及貢獻，預計將於3月初掛在網站供會員下載參考使用，PGY教師資格也將於2/24醫策會會議討論由五年調為三年年資。
7. 社區復健機構點數調整為社區復健中心為480點/每日、康復之家為508點/每日。

九、秘書處報告：

- 台北縣長照評估9-12月共計244案；台北市長照評估10-12月共計15案。
- 台北縣政府100年度至101年度補助辦理長期照顧失能評估服務計畫評選通過。
- 991217醫策會召開100年版基準研議會議，由呂常務理事淑貞代表出席。
- 991222新北市政府辦理100年至101年度長期照顧失能評估服務計畫甄選會議，由鄭南鵬老師及張育晴秘書代表出席。
- 991229新北市政府「100年至101年度長期照顧失能評估服務」服務單位區域協調會議，由黃副秘書長祥代表出席。
- 1000112-13衛生署召開「99年度醫事人力需求推估論壇」由褚理事長增輝、呂常務理事淑貞、林理事克忠代表出席。
- 1000226內政部召開研商修訂身心障者醫療及輔助器具費用補助辦法第4次會議，由褚理事長增輝代表出席參加。
- 1000128-31衛生署召開「99年度醫事人力需求推估論壇」由褚理事長增輝、呂常務理事淑貞、林理事克忠代表出席。
- 1000126醫聯盟召開發起人暨第一次籌備會議，由褚理事長增輝及黃上育老師代表出席參加。
- 1000127中央健保局召開100年度第1次「全民健康保險醫療給付協議會議」，由褚理事長增輝代表出席參加。
- 1000215聯盟召開第二次籌備會議，由褚理事長增輝代表出席參加。

十、各委員會報告：

（一）研究發展委員會

報告人：吳菁宜主委

1. 進行今年度(100年)研究獎勵申請的審核工作。
2. 舉辦法規倫理等四合一課程，預計於不同地區舉辦三場。
3. 台灣職能治療研究與實務雜誌100年預計出刊兩期，目前稿件有十三篇，其中三篇拒絕，一篇已接受，五篇一審（或一審結束），四篇二審（或二審結束），第一期六篇稿件，皆可 在年中完成，預計六月出刊。
4. 規劃於年中舉辦學術研討會。
5. 規劃舉辦繼續教育課程，以全國OT共同關切的議題為課程的主要主題。

(二) 財務委員會

報告人：祝旭東主委

99 年 1-12 月份收支總表		
年月	收入	支出
99 年 12 月	1,064,228	1,085,387
99 年度小計	4,362,582	4,031,668
99 年度餘額	2,030,512	
100 年 1 月	58,395	129,135
100 年度小計	2,088,907	129,135
結餘	1,959,772	

(三) 資訊文宣委員會

報告人：連淑惠主委

1. 第26期會刊原訂100年1月出刊，因適合農曆春節，於100年2月初完成，已由秘書處通知各縣市公會，並放在全聯會網頁上供會員下載。
2. 第27期會刊已完成規劃及邀稿中，預計100年4月出刊。

(四) 全民健保委員會

報告人：張瑞昆主委

1. 100年1月20日中央健保局網站公告的新的支付標準，復健項目除(43010C~43025C、43033C~43038C)及(44501B~44503B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲至六歲者依表定點數加計百分之二十。
2. 中央健保局100.2.11函告99.9.15公告修正之特管法中第5條，各醫事服務單位有異議者於14天內內提出相關意見。(如下)
第5條 申請特約之機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，十年內不予特約：
一、同址之機構累計曾受停約或終止特約二次以上處分。
二、有受終止特約執行完畢後，再受停約或終止特約之紀錄。
三、有受停約執行完畢後，再受終止特約或再受應停約二次以上之紀錄。
有前項各款情事之一，逾十年後，經特約後再有前項各款情事之一者，不予特約。
機構之部分服務項目或科別，經保險人實地訪查認有違反本保險規定之情事，或有具體事實認有違反本保險規定之虞者，於該情事或具體事實未消失前，得僅就該部分之服務項目或科別，不予特約。
第一項第一款至第三款所定情事，屬部分服務項目或科別停約或終止特約者，應以累計達五次或同一服務項目或科別累計達三次，始於十年內不予特約。
3. 衛生署100.2.14公告全民健康保險醫療辦法部分條文修正草案，並請各相關單位於14天內，可再提出相關意見。(如下)
全民健康保險醫療辦法部分條文修正草案總說明
全民健康保險醫療辦法係於八十四年二月二十四日訂定發布，其後歷經七次修

正，最近一次修正發布日期為九十八年四月二十二日。

茲為配合醫事及藥政法規之修正，符合實務作業需求情形，以及保障保險對象權益，爰擬具「全民健康保險醫療辦法」部分條文修正草案，其修正要點如下：

- 一、配合醫療法施行細則第十一條對於收據之規定，修正有關保險醫事服務機構開立收據之用語。（修正條文第五條、第六條及第二十一條）
- 二、考量保險對象常常受到地域、出國或要事等因素，無法於期限內補送應繳驗之證明文件，以及保障未及時繳驗保險憑證保險對象之就醫權益，增修保險對象就醫證明文件之補送期限，以及保險醫事服務機構應造具保險對象未帶保險憑證之繳費及退費紀錄名冊規定。（修正條文第五條）
- 三、為符實務，增修同一療程項目，以及不得登錄可累計就醫序號之就醫類別項目。（修正條文第十一條以及第十二條）
- 四、部分服務之截止期限如適逢例假日，保險醫事服務機構作法並不一致，為保障保險對象權益及提供一致之規範，爰修正該服務遇例假日順延之規定。（修正條文第十一條以及第三十八條）
- 五、考量透析患者治療之特殊性，放寬其治療其他疾病入住醫院期間，於該醫院無設置透析治療服務下，得外出接受透析門診治療之規定。（修正條文第十四條）
- 六、配合第三十八條慢性病連續處方箋總調劑日數九十二天，修正慢性病人一次得給予用藥量之規定。（修正條文第三十五條）
- 七、有關慢性病連續處方箋有效期限之規定，易使保險對象誤解為一律為三個月，以及慢性病連續處方箋應分次調劑，爰修正相關用語，減少爭議。（修正條文第三十八條）
- 八、考量實務上保險對象確實常有因出國或春節連續假日超過七日等因素，必須提前領藥之需，為增加領藥之彈性，爰修正持慢性病連續處方箋再次調劑期限；以及考量出國保險對象等之實務需求，放寬其慢性病連續處方箋領藥量之規定。（修正條文第三十九條）
- 九、考量實務上部分特殊材料有同功能之多種廠牌可替代，爰增列特殊材料可比照藥品，於醫師未註明不可替代下，藥事人員得以相同或低於原處方價格之同功能其他廠牌特殊材料替代；因藥品「劑量」與「含量」之定義不同，採「同含量」之名稱，較符實務，爰配合修正。（修正條文第四十條）
- 十、配合醫療法第六十六條及醫師法第十四條分別於九十八年五月間，修正增列醫院、診所交付藥劑時，應於容器或包裝上載明「作用或適應症、警語或副作用」、藥師法第十九條亦於一百年一月二十六日修正藥師於藥劑之容器包裝上應記明「作用或適應症、警語或副作用」（該條文自公布後三個月施行），藥劑之容器或包裝應記載事項，宜回歸醫事或藥政之規定，爰刪除相關規定。（刪除現行條文第四十一條）

（五）政策法規委員會

報告人：方貴代主委

完成規劃「中華民國職能治療師公會全國聯合會章程、辦法及職能治療相關專業法規彙編」範本，預計製作30本供理監事會議參考使用。

(六) 人力資源委員會

報告人：褚增輝主委

99年12月OT人力統計成果：

一、最新(100.1.1)整合學公會會員數

1、公會OT：99/1/1：2274人（師1960、生314）

99/4/1：2298人（師1985、生313）

99/8/20：2319人（師2006、生313）

99/10/20：2389人（師2077、生312）

100/1/1：2460人（師2146、生314）

全年會員人數成長：186人(師186、生0)

2、各縣市公會人員統計概況

會員類別	100/1/1 生合計	100/1/1 師合計	100/1/1 師生合計	99/10/20 師生合計	99/8/20 師生合計	99/4/1 師生合計	99/1/1 師生合計
台中市	31	173	204	194	197	195	192
台中縣	35	107	142	142	139	134	133
台北市	17	372	389	388	379	378	363
台北縣	27	273	300	284	272	259	254
台南市	15	83	98	96	90	89	92
台南縣	7	106	113	114	105	116	113
宜蘭縣	6	46	52	52	48	47	47
花蓮縣	9	67	76	70	66	67	69
南投縣	18	64	82	77	75	76	73
屏東縣	11	42	53	51	51	47	43
苗栗縣	14	39	53	50	48	50	49
桃園縣	15	180	195	191	187	179	163
高雄市	18	157	175	170	170	167	192
高雄縣	31	106	137	126	125	127	129
基隆市	2	26	28	29	30	31	31
雲林縣	5	57	62	59	57	54	55
新竹市	7	39	46	43	43	43	41
新竹縣	6	35	41	38	37	37	37
嘉義市	7	69	76	81	77	77	77
彰化縣	33	105	138	134	123	125	121
合計	314	2146	2460	2389	2319	2298	2274

3、學會會員人數：100/1統計1344人（99/1：1230人）

4、公會加學會共有會員人數：100/1統計2677人（99/1：2416人）

5、有現職登記者：100/1統計2173人（99/1：2054人）

二、整合全國職能治療師名單及有執業者名單中：

1、參加學會而未加入公會100/1統計183人（99/1：154人）

2、參加公會而未加入學會100/1統計1428人（99/1：1309人）

三、第四屆第1次會員代表名冊；如附件六

(七) 專業服務推廣委員會

報告人：呂淑貞主委

1. 社區體系及居家體系之職能治療，以全國性的政策及實務推展為主。延續執行新北市及台北市之長期照護居家失能評估計畫。
2. 二年期職能治療師教育訓練與實習生之教學品質提升計畫。
3. 就業體系相關之職能治療業務，如：職務再設計、社區化就業、職災勞工職業重建、職業輔導評量等，並配合職業重建專業人員課程規劃與抵免規則計畫。
4. 長期照護相關服務措施，參與人才培訓課程及ICF政策與內容規劃及鑑定與需求之專業人力培訓。

(八) 學分認證委員會

報告人：王勝輝主委

學分認證審查課程從99.12.11至100.02.17，共計有21個課程，行政處理費為15,000元。（如附件二）

十一、討論事項：

案由一：確認100年全聯會工作事項。

提案人：褚增輝理事長

說 明：

決 議：內容如附件三。

案由二：審核99年度收支概況並編列100年之預算。

提案人：褚增輝理事長

說 明：附件四

決 議：確認99年度收支決算（決算及預算編列項目提撥基金與退撫基金二項疑議處）。

案由三：確認參選第四屆理監事名單及會員代表名單。

提案人：褚增輝理事長

說 明：附件五、六

決 議：名單如附件。

案由四：確認會員大會各項準備事項。

提案人：褚增輝理事長

說 明：1.出席會員300元及100元餐費；委託出席300元禮卷。

2.頒99年度優良職能治療師獎狀及獎座已完成定稿。

3.頒服務滿30年獎狀及獎座已完成定稿。

4.會員大會手冊繕打中。

5.第4屆理監事選舉事宜(選舉公報、選舉公告、理事選舉票、監事選舉票)

6.會員大會工作分配表。

7.會員大會邀請貴賓名單。

決 議：1.本年度優良職能治療師得獎者可簡短發表感言。

2.請秘書處再確認邀請貴賓名單。

3.發給親自出席者500元7-11禮卷(含餐費)，委託出席者200元禮卷。

4.選舉部分，委請沈監事明德召開選舉委員會籌備會議，請秘書處協助。

5.手冊請記得雙面列印，減少紙張(資源)浪費。

6.貴賓名單請秘書處再確認邀請之長官並追蹤確認是否出席。

7.頒服務滿30年獎狀及獎座。

8.會員大會工作分配請秘書處負責安排。

案由五：研商醫療責任補助辦法修訂草案。

提案人：褚增輝理事長

說 明：台北市公會，醫療責任補助辦法建議單

決 議：1.醫療責任補助金一案相關法規修訂原則，提會員大會討論及報告。

2.建議補助基金總收入上限改為二百萬，在基金收入未達一百萬之前，每人每次補助額度最高為十萬元暫不予調整，若超過一百萬時，每人每次補助額度調升為二十萬元，本案提會員大會決議。

3.在99年度申請案數為0件。

4.醫療責任補助金之審查小組非屬常設組織，如有申請案才須成立，且小組的成員代表及人數影響責任金之使用(如召開會議交通費、出席費、場地費、餐費、資料準備之費用等)，本小組之成員及人數，提會員大會討論。

5.關於新竹縣公會會員提案否決繼續繳交醫療責任補助金乙案，建請新竹縣公會張理事長再與理監事們討論再向會員充分說明委由，必要時請全聯會褚理事長協助進行說明及溝通。未來各縣市公會之會員如對本補助辦法有疑義時，該公會有責任應予充分給予說明，如有需要可請全聯會代表協助說明。

案由六：有關醫療機構職能治療人力設置標準。

提案人：褚增輝理事長

決 議：由褚理事長在會員大會向全體會員進行職能治療人力查詢報告及說明。

十一、臨時動議：

案由一：推動長期處方籤相關事宜。

提案人：曾人和理事

說 明：職能治療使用長期處方籤，須充分討論，聯合PT,ST,PSY等相關專業，非一簇可及，建議請將之列為長期計劃。

決 議：列入長期規劃討論，移交由下屆理監事進行。

十二、散會：中午12時。

回顧與展望



本會第三屆三年的任期即將屆滿前，本人藉此園地回顧三年來所推動的重要會務，並對未來第四屆接任理監事們的期許與展望！

本會第三屆三年推動的重要會務如下：

- 一、協助台灣省職能治療師公會推動改組，於97年11月至98年3月順利成立18個縣(市)職能治療師公會，目前本會共有20個縣(市)公會。這三年本會會員人數增加約600餘人，會員總數已達2400餘名。
- 二、建立會員系統，協助維護各縣(市)公會之會員資料庫，每季進行全國職能治療師(生)會員資料彙整，以提供會員相關服務及資訊交流，並統計人力概況，作為專業人力需求及政策推動之依據。
- 三、重新建置本會之網頁網站，提供各縣市公會之網頁共用空間，並建置全國職能治療單位之地圖網，可提供會員及民眾查詢全國所有之職能治療單位的地址、電話、服務項目與對象等資訊。
- 四、每季出刊本會會刊，除了會務報導之外，亦有許多臨床經驗的文章分享，增加專業新知的交流，會刊自98年度改為發行網路電子檔，會員可以在本會網站自由下載，以節省地球之能源。
- 五、提供會員學術研究及論文發表之機

會，每年舉辦「全國性OT學術研討會」，分別97年度在長庚大學、98年度在八里療養院及99年度在成大醫學院舉行共三次，每次參加人數高達300至400人。學術研討會上的報告內容質與量均佳！顯示專業新知不斷地成長。另本會每年依時出刊兩期雜誌，三年共出刊三卷六期雜誌。

- 六、提升會員學術研究之風氣，本會每年提供15萬元來辦理學術研究發表獎勵(三年共計45萬元整)，會員每年度所發表之論文、海報或報告等均可提出申請獎勵。
- 七、每年舉辦多次之專業教育、法規及感控等課程，並與學會合辦長期照護基本課程，臨床教師訓練等課程，以提高會員之各項新知與專業技能。
- 八、結合資深之臨床治療師編輯「二年期職能治療師(生)訓練計畫」之使用手冊，及學習評核護照等。推動臨床教師資格之認證，以因應PGY計畫之需要。
- 九、本會自98年開辦會員繼續教育學分之審核及登錄，以助專業人員每六年執照換照取得學分。
- 十、召開全國職能治療界高峰會議四次，邀集全國職能治療學系及學會，共同研商提升專業教育品質、提高專業證照考試錄取標準、推動職業輔導評量訓練課程之學分抵免、研討學系教育課程逐年增加社區職能治療之教學、

見實及實習等安排。

十一、多次函請仁德及樹人兩所醫護專科學校多聘師資，促請仁德專校復健科分別設立物理、職能治療等兩科，以期改善其職能治療專業教育之水準。

十二、承辦全體會員之醫療責任補助辦法，推動會員間之互助。醫療責任基金成立專戶專款專用，目前全國各縣（市）公會全數會員參加。

十三、自99年開辦會員職能治療服務滿三十年獎章，以肯定會員們長期為專業服務之貢獻。另推動由各縣（市）公會自行辦理服務滿十年及二十年獎章。

十四、舉辦優良職能治療師之選拔，以肯定會員們為專業付出最大的貢獻。第一屆選出優良治療師三名：由黃曼聰、呂淑貞及林克忠會員獲獎。第二屆選出九名：奉獻獎由林清良、陳瓊玲及徐志誠會員得獎，傑出獎由高麗芷、施杏如及張志仲會員得獎，菁英獎由王勝輝、林文雄及蔡佳瑜會員得獎。第三屆選出九名：奉獻獎由楊國德、羅鈞令及周美華會員得獎，傑出獎由毛慧芬、梁文隆及蔡宜蓉會員得獎，菁英獎由周映君、張自強及張婉嫻會員得獎。

十五、承辦台北縣政府（新北市）之長期照顧失能評估服務計畫，三年期服務概況：97年度服務個案共363件；98年度服務共464件；99年度服務共444件。並協助高雄市公會承辦高雄市的長期照顧失能評估服務計畫。

十六、制定職能治療師(生)自律公約，轉請各縣市促請會員恪遵法令、發揚自治精神，提升專業倫理與職業道德。

本會這三年參與政府推動之重要政策如下：

一、參與衛生署制定精神衛生法案之施行細則及子法規，並推荐資深會員參加精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會等。

二、參與衛生署制定長期照護政策及法規，擬定基礎課程及繼續教育課程。

三、參與衛生署制定之教學醫院「二年期職能治療師(生)訓練計畫」，並推荐評核委員。

四、參與內政部ICF之評估工作、人力需求、相關規範制定，辦理相關教育課程。

五、參與內政部身心障礙者機構之評鑑標準、輔具補助標準等。

六、參與勞委會及地方勞工局推行職業重建之方案。

七、參與特殊教育法施行細則及部份子法規之制定，協辦早期療育等相關教育課程。

八、參與醫事團體共組「台灣醫療品質促進聯盟」，為爭取醫療專業團隊之公平權益，推動合理之醫事人力設置標準，合適的醫院評鑑基準，以提升醫療服務品質等。

九、推估職能治療人力需求，促請衛生署制定及調整醫療機構之職能治療人力標準，以擴展專業服務範疇，並增加專業人力的就業機會。

十、函請教育部及衛生署管制職能治療專業培育總數，以維護職能治療人力養成之質與量的管控。並促請考選部提高職能治療師考試之錄取標準，增列生理障礙職能治療學、心理障礙職能治療學及小兒職能治療學等三科均須合格，方可取得及格證書。本項將於民國101年元月開始施行，這對於未來

人力與質之管控具有重大之意義。

未來展望，本會尚有多項任務需要持續地之推動如下：

- 一、近年來職能治療畢業人數及領取專業證照人數眾多，然醫療機構之職缺漸近飽和，已呈現人力供需失衡之勢，本會除積極爭取醫療機構調高職能治療人力設置標準之外，更要積極拓展社區職能治療之服務領域，包括：精神社區復健、長期照護、學校體系、ICF評量、身心障礙者福利機構服務、職業重建及監所犯人復健等項。未來本會任務編組宜增設新領域之推動小組，積極參與政府各項政策之制定等。
- 二、本會接續承辦100年度新北市長期照顧失能評估服務計畫，未來更須協助各縣（市）公會宜成立社團法人，來承接政府各項委辦計畫，各公會亦可以規劃聘用專任職能治療師來推展各項服務如：長照、早期療育、職重服務等。未來可研議新概念的職能治療所或公司，來承接ICF評量、長照及身心障礙者復健等服務。
- 三、本會已有爭取調整之精神復健機構治療費，但目前健保局調整之治療費仍偏低，將需繼續努力爭取合理給付，以助社區精神復健方案之健全發展。
- 四、目前職能治療學系之專業教育與職場服務之間有存在某種程度之差異，建議召開焦點團體或共識營，邀請學校老師與臨床工作者共同研議：「教學與臨床服務之一致性」，並持續推動學系增加社區職能治療之相關課程、改革實習課程之安排，以因應畢業生拓展非醫療機構服務之知能。
- 五、持續改善專業服務品質，建立臨床

專業訓練基準、制定標準作業流程（SOP）、推動PGY方案、專業技能養成與考核，鼓勵會員取得職能治療進階制資格、臨床教師資格，進而推動職能治療督導制及次專科資格審核（例如：生理、小兒、心理OT等次專科）。

- 六、持續提升臨床實證研究之量與質，續辦全國性職能治療學術研討會，期望國內七所OT大學均可與本會共同主辦研討會，讓學術團隊與臨床工作者更能緊密的結合。另提升「台灣職能治療研究與實務雜誌」學術地位，以朝向達成TSSCI之水準，並保有本雜誌之創刊之初衷：這是屬於全體職能治療臨床工作者學習臨床研究發表之園地。

上述僅列舉數項職能治療專業之推展任務，以供下屆理監事任務之參考！日後仍須全體會員持續給予本會支持、提供寶貴意見，共同為專業發展而努力。過去三年多本人在全體理監事們共同努力、支持與協助之下，秘書處王秘書長勝輝、黃副秘書長盛祥、張育晴及張雅婷秘書為本會會務付出許多的心力與辛勞！讓會務得以順利進行及完成！在此致上最深的感謝之意！最後敬請各位會員不吝指教，共同協力推展專業事務致盡善盡美。

中華民國職能治療師公會全國聯合會
理事長 褚增輝 謹誌 2011.3.1

固定式副木對於第五、六、七區伸指肌腱術後之治療成效

--林口長庚經驗



呂仲平、呂靜怡、張人牧、蘇尚文、李佳潔 | 林口長庚醫院·整形外科復健治療中心

前言

伸指肌腱位於掌指關節至腕關節範圍，被定義為伸指肌腱的第五、六及七區 (Verdan, 1966)；一般而言，當伸指肌腱斷裂，經由手術縫合後，常需要固定四至六週以達到肌腱癒合的目的 (Burton, 1983; Doyle, 1998)，但在長時間固定之後，會因為肌腱沾粘的問題，而於掌指關節 (metacarpophalangeal joint, MCP) 及近端指間關節 (proximal interphalangeal joint, PIPJ) 處，造成關節屈曲角度不足或是伸展不全 (extensor lag)。

早期伸指肌腱縫合手術後，主要採用以下兩種型態之副木治療方式：完全固定的副木治療方式 (Bunnell, 1948; Clarkson P, 1962; Flatt, 1959; Nemethi, 1956; Tubiana, 1968) 及術後立即運動的副木系統 (Couch, 1939; Romainis & Mitchener, 1948; Thatcher & Wise, 1957)；而後期許多臨床研究文獻顯示，伸指肌腱斷裂手術縫合後，使用動態副木 (dynamic splint) 可獲得良好的治療結果；1989年，Kerr 及 Burczak 對於伸指肌腱第六、七、八區斷裂縫合個案採用動態副木，手指角度皆可達良好 (good) 以上的程度；Browne及Ribik對於52位病患採用動態副木的研究中也顯示，

手指可達完全的角度且無肌腱斷裂的情形發生 (Browne & Ribik, 1989)。Ip及Chow (1997) 的研究中，顯示使用動態副木的病患，超過90%結果可達到良好及極佳的程度 (Ip & Chow, 1997)。

林口長庚醫院整外復健中心，則因考量個案穿戴方便性及治療計劃配合程度，對於經由立即性手術縫合伸指肌腱之病患，採用固定式副木固定六至八週，並於術後立即接受物理治療及職能治療追蹤，治療成效與使用動態式副木之方法相當。

對象及方法

研究對象為2007年4月至2008年10月，於本中心接受手術及治療之個案。所有個案皆為單一或多條伸指肌腱斷裂，斷裂處位於第五、六及七區，研究對象中排除壓傷、骨折、神經受損、肌腱轉移及患有精神疾病的個案。

所有個案皆於受傷後24小時內，接受肌腱縫合手術，手術後一週內由治療師更換為熱塑性副木 (圖一)，並開始接受本單位所訂定之伸指肌腱復健計畫 (表一)，同時給予病患治療衛教手冊，指導病患在家執行復健治療運動。

依據美國醫學會 (AMA) 關節角度量

測方式，以量角器 (goniometer) 量測病患術後第十二週時的主動關節活動度，根據美國手外科醫學會，Kleinert and Verdan's (Kleinert & Verdan, 1983) 所提出的主動

關節總和角度分級系統 (TAM classification system of ASSH, 表二及表三)，作為結果分級的依據；術後第十六週時以握力器 (Jamar dynamometer) 測量雙手握力。

表一 第五、六、七區伸指肌腱斷裂區域之治療計畫

週數	治療計畫
手術後至第四週	● 穿戴固定式副木 (圖一) ● 手腕固定於背屈 30 度 ● 將近端指骨關節 (PIP) 及掌指關節 (MPJ) 固定於 0 度 ● 向心方向按摩並控制水腫
第五至六週	● 開始主動手指屈曲及背曲主動運動 ● 持續疤痕按摩及水腫控制 ● 休息時仍需持續穿戴副木
第七至八週	● 移除副木 ● 開始被動關節活動 ● 若有有伸展不全現象，則於睡覺時穿戴副木
第十週之後	● 漸進式抗阻力運動 ● 肌力及肌耐力訓練 ● 手部協調及精細操作訓練 ● 恢復日常生活活動 ● 逐漸回歸工作

► 圖一



表二 Kleinert and Verdan's 主動關節總和角度百分比計算

$$\frac{\text{受傷手指主動關節角度總和}}{\text{對側手指主動關節角度總和}} \times 100 = \text{手指主動關節角度總和相對百分比率}$$

* 主動關節角度總和 = (MP+PIP+DIP 屈曲角度) - (MP+PIP+DIP 伸展不足角度)

表三 主動關節總和角度分級系統
(TAM classification system)

分級	相對百分比率
極佳 (Excellent)	100%
良好 (Good)	99% ~ 75%
尚可 (Fair)	74% ~ 50%
不佳 (Poor)	<50%

結果

2007年4月至2008年10月間共有26位伸指肌腱斷裂病患經由立即性手術縫合肌腱後確實執行治療計畫，並持續追蹤評量至第十六週；其中男性20人，女性6人，其年齡介於12至70歲之間（平均年齡為32.5）歲，慣用手受傷為14位，非慣用手受傷為12位，共計有56條伸指肌腱斷裂後縫合；（各區肌腱斷裂數量分佈見表四），手術後立即由醫師先行以石膏固定，並於一週內更換固定式副木。

表四 各區肌腱斷裂數量分佈

		手指				
		index	middle	Ring	Little	總計
受傷區域	5	5	2	3	3	13
	6	3	3	2	2	10
	7	8	8	8	9	33
	總計	16	13	13	14	56

執行治療計畫十二週後，並無個案肌腱再次斷裂；所測量之主動動作總角度介於220至295度之間，平均為258.6度（SD=15.1）；伸展不全角度介於0至20度之間，平均角度為平均為1.0度（SD=3.9）；對照主動關節總和角度分級系統，極佳結果之肌腱總數為47，占總數83.9%，良好結果為9，占總

表五 主動關節總和角度分級結果

		極佳 (Excellent)	良好 (Good)	尚可 (Fair)	不佳 (Poor)
受傷區域	5	8	5	0	0
	6	8	2	0	0
	7	31	2	0	0
	總計	47	9	0	0

數16.1%，沒有尚可及不佳的結果（各受傷區域之表現見表五）。

第十六週時測量26位個案受傷手握力，並與對側手相比較，計算其比例，結果介於35%至193%之間，平均為73%。所有個案於十六週後皆回到工作中從事原職務。

討論

根據早期文獻回顧的研究指出，伸指肌腱縫合術後採用固定不動的治療方式，其達到極佳及良好的結果成效比例，可由95%至54%；若在術後採用動態式副木並配合早期控制運動（early controlled motion）的方式，所得到極佳及良好的結果，皆可達到90%以上，在手術後12週內，關節角度喪失、伸展不全、握力喪失及後續需要進行鬆筋手術的機率，皆小於採用固定式副木及固定治療的復健方式(Browne & Ribik, 1989; Chow, Dovel, Thomes, Ho, & Saldana, 1989; Crosby & Wehbe, 1999; Ip & Chow, 1997; Kerr & Burczak, 1989; Newport, Blair, & Steyers, 1990)；但在手術後6個月的長期追蹤表現上，固定治療方式與早期控制運動治療方式並無明顯差異(Bulstrode, Burr, Pratt, & Grobbelaar, 2005; Mowlavi, Burns, & Brown, 2005; Russell, Jones, & Grobbelaar, 2003)。

採用早期控制運動之治療方式，需要倚靠穩定及可靠的手術方式，其中手術時肌腱接合強度、肌腱受傷縮短的長度及手指伸直的力量，皆會影響肌腱滑動能力及關節活動(Newport & Tucker, 2005)。

在實際臨床治療上，動態式副木合併早期控制運動與固定式副木合併固定不動治療方式相比較，動態式副木不方便之處包括需耗費較多的製作時間、體積較大、構造較複雜且花費較昂貴，雖然於許多研究中，並無顯著證據顯示動態式副木合併早期控制運動的治療方式會造成肌腱縫合處再度斷裂(Browne & Ribik, 1989; Crosby & Wehbe, 1999; Evans, 1994; Evans & Thompson, 1993)，但在穿戴動態副木進行復健時，必須小心調整拉力及其角度，以避免造成肌腱再度斷裂或鬆弛(Newport & Tucker, 2005)。相對於動態式副木合併早期控制運動，固定式副木合併固定不動的治療方式花費較少，副木穿戴方式及治療程序簡易，病患也較容易接受，也能夠確保肌腱縫合處不會因為外力造成再度斷裂，但仍會有肌腱沾粘及不可預期的水腫問題。

總括而言，臨床應用上，決定使用何種型態的副木及復健方式時，必需仔細了解受傷機轉、肌腱受損狀況、手術縫合方式及強度、並評估病患認知程度、確認能否完全遵守各階段治療狀況，且考量病患對於副木穿戴方式的接受程度，以避免穿戴方式或執行運動方式錯誤而造成肌腱再度斷裂。

結論

長期以來，固定式副木配合固定不動治療方式與動態式副木配合早期運動治療方式皆有其優缺點，也各有其喜好使用者，雖然有強烈的證據顯示，對於伸指肌腱手術後的早期復健成效，動態式副木配合早期運動治療方式，優於固定式副木配合固定不動治療方式；但於長時間成效追蹤結果，兩者並無明顯差異；而各醫院或復健治療中心對於副木種類及治療方式的選擇上，也都必需考量醫師手術方式、病患配合度、時間效益、保險給付、病患往返醫院距離遠近及治療頻率等各項因素；而由本治療中心對於伸指肌腱縫合的成效追蹤結果顯示，以固定式副木配合固定不動的治療方式，仍為安全且有效之治療方式。

參考文獻

- Browne, E. Z., Jr., & Ribik, C. A. (1989). Early dynamic splinting for extensor tendon injuries. *J Hand Surg Am*, 14(1), 72-76.
- Bulstrode, N. W., Burr, N., Pratt, A. L., & Grobbelaar, A. O. (2005). Extensor tendon rehabilitation a prospective trial comparing three rehabilitation regimes. *J Hand Surg Br*, 30(2), 175-179.
- Bunnell (Ed.). (1948). *Surgery of hand*: JB Lippincott.
- Burton, R. (1983). Disorders of the extensor mechanism. In C. Evarts (Ed.), *Surgery of the musculoskeletal system* (Vol. 2, pp. 259 - 304). New York: Churchill Livingstone.
- Chow, J. A., Dovel, S., Thomes, L. J., Ho, P. K., & Saldana, J. (1989). A comparison of results of extensor tendon repair followed by early controlled mobilisation versus static immobilisation. *J Hand Surg Br*, 14(1), 18-20.

- Clarkson P, P. A. (1962). the general and plastic surgery of the hand: Oxford.
- Couch, J. H. (1939). The Principles of Tendon Suture in the Hands. *Can Med Assoc J*, 41(1), 27-30.
- Crosby, C. A., & Wehbe, M. A. (1999). Early protected motion after extensor tendon repair. *J Hand Surg Am*, 24(5), 1061-1070.
- Doyle, J. (1998). extensor tendon-acute injury. . In J. Green (Ed.), *Operative hand surgery* (4 ed., Vol. 2, pp. 1950-1987). New York: Churchill Livingstone.
- Evans, R. B. (1994). Early active short arc motion for the repaired central slip. *J Hand Surg Am*, 19(6), 991-997.
- Evans, R. B., & Thompson, D. E. (1993). The application of force to the healing tendon. *J Hand Ther*, 6(4), 266-284.
- Flatt. (1959). *The care of minor hand injury*: St Louis, CV Mosby.
- Ip, W. Y., & Chow, S. P. (1997). Results of dynamic splintage following extensor tendon repair. *J Hand Surg Br*, 22(2), 283-287.
- Kerr, C. D., & Burczak, J. R. (1989). Dynamic traction after extensor tendon repair in zones 6, 7, and 8: a retrospective study. *J Hand Surg Br*, 14(1), 21-22.
- Kleinert, H. E., & Verdan, C. (1983). Report of the Committee on Tendon Injuries (International Federation of Societies for Surgery of the Hand). *J Hand Surg Am*, 8(5 Pt 2), 794-798.
- Mowlavi, A., Burns, M., & Brown, R. E. (2005). Dynamic versus static splinting of simple zone V and zone VI extensor tendon repairs: a prospective, randomized, controlled study. *Plast Reconstr Surg*, 115(2), 482-487.
- Nemethi. (1956). Extensor tendons in the industrially injured hand *Industrial medicine and surgery* (pp. 113-119).
- Newport, M. L., Blair, W. F., & Steyers, C. M., Jr. (1990). Long-term results of extensor tendon repair. *J Hand Surg Am*, 15(6), 961-966.
- Newport, M. L., & Tucker, R. L. (2005). New perspectives on extensor tendon repair and implications for rehabilitation. *J Hand Ther*, 18(2), 175-181.
- Romainis, W., & Mitchener, P. (1948). *The science and practice of surgery*: J and A Churchill.
- Russell, R. C., Jones, M., & Grobbelaar, A. (2003). Extensor tendon repair: mobilise or splint? *Chir Main*, 22(1), 19-23.
- Thatcher, V., & Wise, R. (1957). Early treatment of injured flexor and extensor tendons: *Northwest Medicine*.
- Tubiana, R. (1968). Surgical repair of the extensor apparatus of the fingers. *Surg Clin North Am*, 48(5), 1015-1031.
- Verdan, C. (1966). Primary and secondary repair of flexor and extensor tendon injury. In F. JE (Ed.), *hand surgery* (pp. 220-275): Baltimore, Williams, and Wilkins.





髖關節夾擠症

(Femoroacetabular impingement syndrome) 簡介

林育嬋、林克忠 | 臺大醫學院・職能治療學系（所）

◎何謂髖關節夾擠症 (Femoroacetabular impingement syndrome) ?

髖關節夾擠症意指髖部因發展性因素（股骨或髖臼型態異常）、環境外力影響而造成關節型態產生改變。型態的改變讓股骨近端與髖臼緣的交界處異常摩擦，進而引發疼痛或髖節活動度受限的症狀。發展性因素包含：髖臼窩太深 (coxa profunda)、髖骨突出 (protrusio acetabuli)、股骨頭非球面 (asphericity)、股骨頭頸偏心距降低 (reduced femoral head-neck offset)、髖關節角度前傾或後傾 (acetabulum retroversion) 等。環境因素則為後天過多或不當使用髖關節的情形。

◎分類方法

髖關節夾擠症大致可區分為兩種不同的類型：凸輪式 (Cam-type) 與鉗狀式 (Pincer-type)，較多患者會出現兩者類型兼具的狀況。

◎運動種類

當我們在做關節角度極大的動作時 (extreme motion)，髖關節會遭受強大的壓力。在各類運動中，有幾項運動種類是髖關節夾擠症的好發類型，如：騎馬、瑜珈、足球、芭蕾舞、腳踏車、划船、舉重、棒球、網球、高爾夫等。以芭蕾舞為例，由於每日需要反覆練習關節角度極大的動作，所以很容易發生重複性夾擠症 (recurrent impingement)，舞者好發的夾擠部位多會落在髖關節上方或後上方的位置；執行不同的動作練習也會造成不同的傷害，如：外旋 (external rotation)、外展 (hyperabduction) 容易產生盂唇撕裂 (labral tears)，大角度的髖部屈曲 (flexion) 和內旋 (internal rotation) 則容易使得盂唇 (labrum) 和軟骨 (cartilage) 不當摩擦 (abutment)。

	病理機制	好發對象	疼痛部位
凸輪式 Cam-type	股骨前端非球狀。	年輕男性運動員。	患者多半在執行髖關節屈曲、內展、內旋的動作感到疼痛。
鉗狀式 Pincer-type	髖臼過度包覆。	中年女性。	患者多半在執行髖關節伸直、外旋的動作感到疼痛。
複合式 Cam & Pincer-type	◆ 多發生在股骨頸前端與髖關節前上端關節窩緣 (acetabular rim)。 ◆ 引發症狀的相關動作：大角度的髖部屈曲 (flexion) 和內旋 (internal rotation)。		

◎處理原則

患者應在症狀發生時早期診斷、介入治療。雖然目前尚未有足夠研究證據證實髕關節夾擠症與早期退化性關節炎有直接關連性，但目前已知髕部重複受到微創傷和早發性退化性關節炎有關。治療方式包含非侵入式治療與手術治療：

►（一）非侵入性治療

非手術治療的方法多半僅能暫時緩解症狀而已。方法有：患者需要服用非類固醇類消炎鎮痛藥、更改原有的生活形式（生活改造）、避免大量執行髕關節動作角度過大的動作，並且增加髕部周邊肌群的肌力強度。

如果患者原本的生活會從事大量的運動，建議將生活調整為較少進行動態活動的形態；習於久坐者宜定時會起身動一動；久站者盡量減少需要維持固定姿勢站立的時間間隔長度。肌力強度的訓練可藉由復健治療的介入，幫助患者強化髕部周邊肌群肌力；需特別注意的是，患者應避免被動牽拉髕部周邊的肌肉，並避免做瑜伽伸展的動作，以防夾擠症的情況加劇。

►（二）手術治療

手術治療分為兩種型態：關節鏡（arthroscope）與傳統手術（open surgery）。術後併發症可能包含以下幾種情形：血栓、感染、髕關節穩定度變差、髕關節脫位、股骨頸骨折、股骨頭壞死、異位骨化症（軟組織不正常增生）、神經細胞受損、組織沾黏等，但發生率皆不高。多數患者術後需要大約四個月以上的恢復期，術後能進行的活動內容，會受到手術治療的類型、術前髕關節損傷的狀況而有所不同。是以，術後不

僅需要聽從外科醫師的建議行事，也需聽從專業職能治療及物理治療師的建議持續術後復健，以助功能恢復。由於復健活動之建議也會受到患者術前生活習慣與活動內容不同而異，以下文述僅提供概略性的復健方向：

0-4 小時	➢ 患側負重不要超過 10kg。 ➢ 使用輔具或其他方式固定患肢，避免髕關節做外展、外旋及內旋的動作。（包括日間活動及夜間睡眠時間） ➢ 治療師需協助個案，並教導個案與家屬進行髕關節活動。被動髕關節的活動以 0°-90°前屈（flexion）為主，每天至少進行 8 小時。
1-10 天	➢ 患側負重不要超過 10kg。 ➢ 治療師可使用輔具或其他方式固定患肢，避免髕關節做外展、外旋及內旋的動作。（包括日間活動及夜間睡眠時間） 例外：若手術採關節囊重塑（capsular modification），則術後 21 天都需要避免髕關節旋轉（rotation）的動作，以避免造成關節囊的壓力（capsular stress）。 ➢ 被動髕關節活動以 0°-90°前屈動作（flexion）為主，每天至少進行 8 小時。
11-14 天	➢ 患側負重不要超過 10kg。 ➢ 被動髕關節活動以 0°-90°前屈（flexion）為主，每天至少進行 8 小時。
15-28 天	➢ 患側負重不要超過 10kg。 例外：若患者手術方式為軟骨再造微小骨折生長刺激法（microfracture），則術後需避免過度負重的時間要拉長到 8 週。 ➢ 被動髕關節活動以 0°-90°前屈（flexion）為主，每天至少進行 8 小時。
4 週後	➢ 髕關節需要第四週之才能開始動作。患者特別要注意術後四週內執行的動作類型必須是被動牽動的動作，以避免進一步發生髕關節屈肌群肌腱炎（hip flexor tendonitis）。
12-16 週後	➢ 運動員可以術後 12-16 週再度參與原有的訓練活動。

◎參考文獻

1. Brown TE, Cui Q, Mihalko WM. (2009). Arthritis & arthroplasty: The hip. Elsevier Science Health Science div.
2. Charbonnier C, Kolo FC, Duthon VB, Magnenat-Thalmann N, Becker CD. (2010). Assessment of congruence and impingement of the hip joint in professional ballet dancers: a motion capture study. Am J Sports Med.
3. Crawford JR, Villar RN. (2005). Current concepts in the management of the femoroacetabular impingement. Journal Bone Joint Surgery Br. ,87-B, 1459-1462.
4. Guanch CA. (2009). Hip and pelvis injuries in sports medicine. Lippincott Williams & Wilkins.
5. Philippon M, Schenker M, Briggs K, Kuppersmith D. (2007). Femoroacetabular impingement in 45 professional athletes: associated pathologies and return to sport following arthroscopic decompression. Knee Sur Sports Traumatol Arthrosc.,15, 908-914.
6. Samora JB, Ng VY, Ellis TJ. (2011). Femoroacetabular impingement: a common cause of hip pain in young adults. Clin J Sport Med., 21, 51-56.
7. Standaert CJ, Manner PA, Herring SA. (2008). Expert opinion and controversies in musculoskeletal and sports medicine: femoroacetabular impingement. Arch Phys Med Rehabil., 89, 890-893.
8. Victor M, Ilizaliturri Jr. (2009). Complications of arthroscopic femoroacetabular impingement treatment. Clin Orthop Relat Res., 467, 760-768.



99年優良職能治療師獎獲獎心得

——『菁英』獎

周映君 | 職能治療師



當全聯會通知我獲得菁英獎的殊榮時，心裡真是既興奮又驚恐；興奮的是得獎的喜悅，驚恐的是害怕自己做得不夠而辜負了這個獎。

回想在進大學時根本不知道什麼是職能治療，還誤以為中山醫學院在高雄呢，直到大四實習時，才開始喜歡上職能治療，這要感謝大學時的師長，瓊玲老師、國德老師、巾凱老師、秀之老師、美香老師、以及孟令夫老師的栽培，還有臨床指導老師，黃恢濤老師、馬海霞老師、連淑惠老師以及林清良老師的身教，帶領我初入職能治療的領域並示範我成為一位好的職能治療師應有的態度與對職能治療的熱忱。畢業之後，幸運的能在高醫職能治療系任教，同事之間和樂的氣氛與互相鼓勵的環境讓我覺得從事職能治療而沒有去開民歌咖啡廳的選擇是對的。

民國81年剛到高醫時，每天有一半的時間須到臨床服務並帶臨床實習學生，當時高醫復健科並無兒童職能治療，所以我便自告奮勇的向復健科爭取設立並參與臨床工作，一面工作一面學習，家人還笑說怎麼當了老師之後比當學生時還要認真唸書。由於學校職務之便，接觸了外校前來兼課的老師，如羅鈞令老師、曾美惠老師、胡慶文老師，讓我在跟課的同時也能學習到不少知識與技巧，這些老師在我之後兒童職能治療的職涯上也對我有不少的提攜與指導。積極參與學、公會

事務是在我研究所畢業之後開始，在參與這些事務的過程中，不僅從前輩與同儕身上看到處事的智慧以及大家對職能治療的未來所做的打拼，也驚覺到自己以前獨善其身的想法並不正確，因為早已接受他人兼善天下的恩澤太久而不自知。

讓我愛上職能治療的動力來源有兩個：其中一個是在臨床與兒童及其家人的互動經驗。記得一位媽媽告訴我，以前她認為職能治療就像物理治療一樣，只是一個做腳一個做手的動作治療，後來遇到我才知道，原來職能治療不只做手，還能管到生活；這樣的回饋讓我更認識到職能治療的意義，不僅服務對象能從職能治療受惠，自己的人生也能得到更深刻的體會。另外一個動力來源則是學生，為了應付他們的活力與不設限的提問，讓我必須更努力學習，尤其是當已畢業多年的學生還會在我生日時稍簡訊給我，或是每逢過節的祝賀，或是越洋電話的話家常，我從他們身上看到了職能治療教育所培育出來的貼心特質，讓我相信學職能治療的孩子不只不會變壞，而會變得更好。

在這18年職能治療的道路上，接受到的學習經驗比付出的心力還要多，不敢認為自己像早期前輩一樣的任勞任怨，並能成為同業之表率，只希望自己能盡其所能貢獻微薄棉力。感謝高市職能治療師公會的推薦，更感謝全聯會的肯定。

99年優良職能治療師獎獲獎心得 ---『菁英』獎

張自強 | 衛生署八里療養院・職能治療科主任

在接到中華民國職能治療師公會全國聯合會的獲獎通知後，個人心中除了感恩外，就是感謝。除了感謝新北市職能治療師公會的推薦外，更感謝我在衛生署八里療養院工作的職能治療好夥伴，沒有他們的支持與鼓勵，也不會有我今天的經驗與大家分享。

我是高雄醫學大學職能治療系（原高雄醫學院復健醫學系職能治療組）第一屆的畢業生，在當時的職能治療還沒有像現在這麼普遍的情況下，隨著蘇純瑩教授與張志仲教授的指導下，奠定了我未來對職能治療這個專業的熱忱與學習基礎，投入職能治療的專業至今近十五年，歷經台北醫學大學附設醫院精神科職能治療師、長庚大學職能治療系講師、長庚醫院精神科職能治療師兼督導及衛生署八里療養院職能治療師兼任科主任至今等。

我的職能治療職涯發展從學校專任教職轉為臨床專職，雖然在大學任教職能治療已十年，但在投入臨床工作與行政後，總覺得還有好多事情尚有待發展與努力，也還有許多東西要學習，常認為職能治療是一項自助助人的專業，也是唯一一個以全人角度關心個案身心狀態的健康與醫療專業。在服務於衛生署八里療養院時，嘗試將過去的經驗利



用有系統性地應用研發創新的精神將急性與慢性的職能治療團體作整合，達到改善治療團體成效與品質，並有效率地運用職能治療師的人力，同時又能提升科內員工生產力。此外，鼓勵大家將臨床經驗，透過研發創新的技巧，能夠將職能治療的實務成效或研究經驗，有系統地整理並發表。同時於每次於職能治療特別活動時皆會發新聞稿，至今已陸續有聯合報、台灣新聞報、天外天有線電視等媒體宣傳，將職能治療成效宣揚出去。

本人執業至今，除了對於自己的擅長項目心理疾病職能治療專精外，更常常在新的職能治療服務推展不遺餘力。包括（1）精神醫療的社區復健：從作研究相關議題到擔任評鑑委員，均能落實將職能治療的人力與服務理念於社區復健中；（2）身心障礙者之職業重建：本人自1998年回國後，即開始參與規劃職業輔導評量與職務再設計的業務，除了陸續有擔任督導顧問或評鑑委員外，近年來更對於精神障礙者的職評與情境評量，協

助建立課程與應用，以提供有效的精障者評量結果；(3) 醫學資訊學在臨床的應用：利用自己的所學與興趣，從事多項的研究與發表，也提供了未來將醫學資訊學應用的職能治療臨床的參考方向；(4) 其他：這兩年更積極參與評鑑與相關會議，推展職能治療新的服務領域或業務：PGY職能治療教學補助計畫、ICF身心障礙的鑑定與後續的需求評估、長期照顧與長照險中職能治療的角色等。

未來在現今健保總額管制且精神科職能治療健保點數有限的情形下，除了降低職能治療團體與治療紀錄的核減率外，同時要爭取職能治療在各種病房服務的點值分配，藉此呈現出職能治療的員工生產力的提升，讓職能治療在醫療團隊中位於重要之地位。積極推動社區復健中心的業務，除爭取負責人一定是職能治療師外，更爭取管理員以職能治療師的資格任用，在充分職行職能治療業務之餘，加入社區化就服員，職業訓練計畫與社區關懷員等，讓職能治療的服務範圍更廣更實用。

最後仍然要感謝仲平編輯委員的邀稿，讓我有機會有機會分享執業心得與經驗，也希望未來與大家一起繼續為爭取職能治療專業在全國性的衛政、勞政和社政的權益和地位而努力。



99年優良職能治療師獎獲獎心得 ——『菁英』獎

張婉嫻 | 行政院衛生署台北醫院・復健科職能治療師

得獎除了肯定努力，也是另一個階段的開始

那天接到全聯會的來信，通知我得了職能治療師菁英獎。拿到信件的時候，覺得有股不可置信的念頭。想到那天公會理事長說請我整理一下資料，希望能推薦我去參加優良治療師的獎項，原以為菁英何其多，自己得獎機率應該不大。看到信件，心中算一算，工作了不算長也不算短的日子，已經離開畢業剛好15年。想想從剛畢業之後，留在系所上擔任學會專案的研究助理，到後來經由考試分發到現在工作的醫院，就如同許多前輩們所說的，日子，真的很過就過去了一大半。

回想剛到醫院工作的時候，僅僅只有我一個職能治療師，陪伴我的同仁不是本科系畢業的，但是兩個人總是能同甘共苦的工作，一起合作了好多年，直到4年後院方才願意聘請了另一位治療師。慢慢的，也因為自己和主管積極的爭取，配合許多衛生政策的方向，工作部門的治療師群也慢慢擴展到現在的7名，當然也增加了許多繁重的業務內容，諸如兒童治療、早療評估、實習教學等等。而從畢業之後沒多久就協助的臺北縣(新北市)學校系統的服務，也是從過去的20多人到目前的70多人。一路走來，都是有許多的好夥伴一直協助我，鼓勵我，才讓我在職能治療



的服務領域中，提供個案與職能治療夥伴們更多更盡善的服務。

得到了菁英獎，我想由衷的謝謝指導過的老師們、工作過的夥伴們、陪伴我的家人們，因為有你們的指導、包容與體諒，我更有時間與空間去發揮自己的想法與實踐自己在職能治療的理念。也感謝新北市職能治療師公會的推薦，讓評審委員們贊同我工作十多年的表現。除了這些肯定之外，我相信也是另一個階段的開始，得獎的動力會使自己在工作領域上，更加充實自我並且努力落實職能治療的服務及發揚職能治療的精神。

99年優良職能治療師獎獲獎心得 ——『傑出』獎

蔡宜蓉 | 職能治療師

特選學習課程：「職能治療公共事務」



與職能治療公共事務的結緣是導因於1999年臺灣舉辦亞太職能治療學術會議的籌備，第一次進入scientific committee，見識審全世界來的論文摘要是什麼滋味；同時也因為怪腔怪調的英文，適足以幫忙錄製做為伴手禮送給亞太友人有關臺灣職能治療的介紹影片VCD，以及搭配張自強主任主持亞太晚會…，從而亞太會後能夠被提攜進入到公共事務的範疇。那段籌辦及舉辦過程中，從許多前輩身上學到無私奉獻、不計較的身教一如：大會開幕式時，因為參加者眾多座椅不夠，徐志誠、劉運康、張志仲、張瑞昆等幾位主任級的理監事們即刻挽起衣袖去搬來座椅，服務來自臺灣各地的年輕治療師們。又如：在scientific committee中，施杏如老師對各國職能治療重要人士如數家珍，使我見識到國際鍵結的功力及重要性。國際會議舉辦縱然辛苦，所帶來對台灣職能治療的效益卻是其他活動難以匹代的。

跟隨眾多前輩的腳步，進入學會理監事會後，參與職能治療公共事務的機會成為我的特選學習課程，在國際事務、政策法規、保險給付、長期照顧與專業推廣領域，議事、開會、攻防、建言、協助制定政策等，有時不免感受像唐吉柯德或薛西佛斯般，一群人在凜冽的現實中傻呼呼地做著看似效果不算大

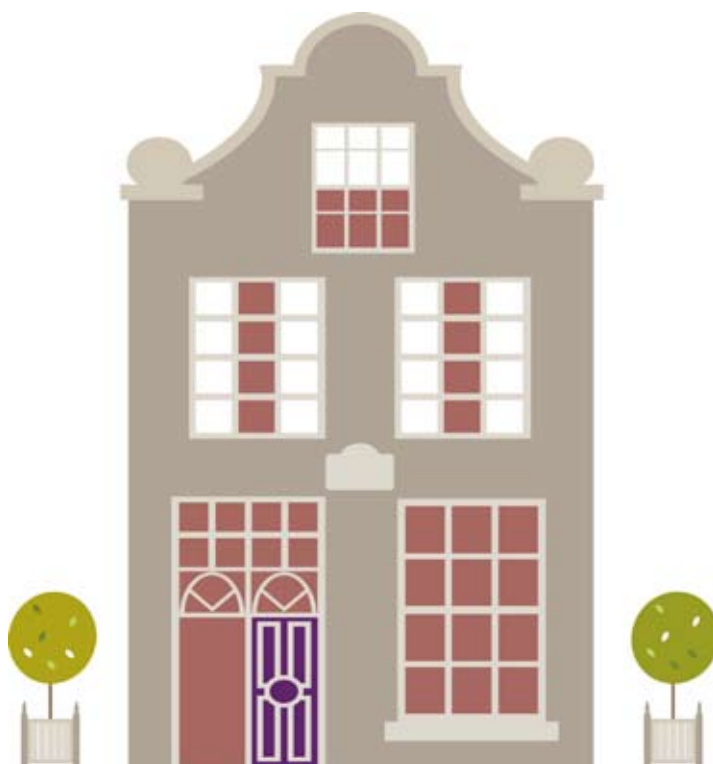
的事，但回首十多年來，職能治療逐漸奠基為臺灣主要的醫事專業之一，誰說變化不大呢？參與之後更了解自己的不足，有幸報考陽明公共衛生研究所專攻衛生政策與管理，多方吸取台大幫與陽明幫諸教授們的智慧菁華，發現職能治療的公共政策與管理的領空果真還是很空，還有好多議題等待後人去開發與評析。

相較於其他學者們戮力於學術研究，我似乎是少務正業的傢伙，驅使我持續去投入公共事務的理由部分是興趣，但主要還是對於臺灣社會職能治療發展的現況還不夠滿意，放眼望去總有許多職能治療可施展的空間開得還不夠大，職能治療可做得更好的部分還可以做得更好。做為學運世代的一員，自己從大學便對社區醫學多有憧憬，近年來對於社區長期照顧、偏鄉的服務模式推動以及災難後重建過程中，老人及失能者如何在社區建構過程裡，生活需求的滿足可被提升，時運又讓我有機會投入這些議題的領域中。課堂上常向學生說：「大部分的職能治療師在哪裡服務？答案是醫院和診所。而失能的人大部分時間都是在哪裡？答案卻是：社區

和家裡。」這裡面的邏輯謬誤來自於服務體制、市場結構和保險給付制度，因此問題如何改變，答案也很明顯。

我深深地相信，職能治療發展得好，我會發展得更好；職能治療發展得不好，我會發展得更不好。說穿了，就這麼簡單。

在職能治療的大家庭成長，各項學習參與的機會，磨練歷練過程的酸甜苦辣，持續薰陶著我。得知獲獎之後，一直覺得自己是個被頒發新掃帚的長工，新掃帚肯定長工的努力，也鼓勵我再繼續孜孜矻矻地做下去。感謝大家的認定，也希望有更多職能治療夥伴，可以看到許多公共事務工作的價值及需要更多人投入的需求，職能治療專業堅固的城堡有賴許多像我們這樣的螞蟻雄兵的努力。OT加油！



99年優良職能治療師獎獲獎心得

---『奉獻』獎

羅鈞令 | 職能治療師



前幾天我的學生同時也是我的助理告訴我說，她們幾個同學都很好奇為什麼我都已經退休了還能夠對工作有那麼大的熱情，攬了那麼多事情(大多是義務性質的)來做。仔細想想，我真的是樂在工作，享受工作，並且工作讓我的生活更有意義。

此次獲頒此奉獻獎，接到通知時有些意外。固然自從大學考入了台大醫學院復健醫學系職能治療組開始，就一直與職能治療為伍，不論是學習、工作，甚至是生活都與她密不可分，迄今已39年。但是從不覺得自己是在奉獻，反而非常慶幸學了職能治療這個專業，讓自己對人生得以有較深入的了解。

回顧這一路走來，在學習方面，大學、碩士班、博士班都是主修職能治療或職能科學。此外也自然會繼續進修與個人工作相關的課程，就連休閒閱讀或電影觀賞也喜歡選擇與人們的生活、際遇、親情、教養相關的主題，這些又有助於自己知識與經驗的累積，提高個人對個案的了解，服務個案與教學的能力自然提高。因此學習、休閒和工作相輔相成，幫助了別人、自己也受惠。

在工作方面，很幸運的大學畢業即進入醫院中擔任職能治療師。然而，書到用時方恨少，很快就遇到了瓶頸，有愧對病患的感覺，因此促使自己不斷的進修，嘗試各種不同的方法來解決病患的問題。但是直到我在美國南加州大學修讀了三年的職能科學博士課

程，使我在對人及生活的意義有了新的見解之後，才真正克服了瓶頸，從此豁然開朗，不論是看待個案或是自己，都有無限的可能，因此對自己的生活也更能夠掌握。故而，有幸接觸到職能治療這個專業，除了可以幫助他人，個人更是最大的受益者。

回顧這一路走來，除了本職的工作以外，也很幸運的有許多服務專業團體的機會，包括參與在學會成立之前的職能治療學術研討論及後來擔任學會的學術研究發展及雜誌主編等工作，以及受會員之託擔任學會的理事、常務理事、理事長等職務，甚至擔任世界職能治療師聯盟的職能科學國際諮詢團成員，無一不是很好的磨練、學習的機會，藉由服務，促使自己去關心公共政策與事務，接觸到工作、生活範圍以外的人、事、物，拓展自己的見識與視野。

雖然兩年前我已從專任教師的職務退休，但仍然熱衷於職能治療的教學及臨床實務工作，也持續關心職能治療的發展，因為我真的覺得職能治療是一個很有用的專業，應該要大力的推廣其理念，造福人群。因此，只要是個人能力所及，都願意勇於任事，貢獻個人所學，讓自己有用。這樣，自己的生活也會更充實、有意義，這也是職能治療理念的落實。

Bioness H200



李勇璋 | 中山醫學大學附設醫院・職能治療師

嗨!! OT伙伴們,如果你跟我一樣是OT也是科技迷的話,看過來,這篇電子報可能會引起你的興趣喔!!

由於常在Youtube上瀏覽,由於本身是OT的關係,常想看看國外有那些和復健相關的新玩意,這次我看到了這個東西--Bioness公司出品的Bioness H200手部復健系統。以下是我研究整個網站內容後,介紹給大家知道,希望大家會喜歡。

Bioness H200手部復健系統,說穿了並不是什麼高科技,只是運用Functional ES(功能性電刺激)的原理結合在一個人體工學設計的Orthosis上,讓腦傷後手功能不佳的病友能讓偏癱的手能夠再度簡單的做出握與放的動作,增加了不少日常生活功能,無形之中也提昇了病人的生活品質。



一、適用對象

不外乎是腦傷的病人如CVA或TBI的病人,尤其STAGE在III或IV手部動作不是很好的狀況最適宜,其他如SCI受傷在C5或C6的病人亦可適用。

二、構造及運作原理

主要分成兩個部分:

1. 要附掛在前臂的人體工學設計的Orthosis: 這個Orthosis具有易於穿戴(單手可完成)且舒適的特性,在背側有兩個電極分別刺激EDC及EPB,腹側也有兩個電極分別刺激FDS及FPL,另外還有延伸到掌側的電極刺激Thenar muscle group,這電極還貼心的設計有彈性,讓姆指動作時不會受限。



2. 控制器: 裝有蓄電池的控制器,會發出程式化的電刺激,讓手部產生協調的grasp或release還有pinch的pattern,而此控制器有7種模式,以因應不同的需求,包括4種訓練模式包括個人模式(personal mode)、運動模式(exercise mode)、張手運動模式(open-exercise mode)和抓握運

動模式(grasp excise mode)及3種功能模式：包括張手模式(open mode)、抓握模式(grasp mode)和Key grip模式(即lateral pinch)。

治療師必須熟悉各模式的特性，並依病人狀況給予合宜的建議。至於各模式的特性要詳讀說明書，並實際操作才可熟悉，有興趣的請參閱說明書的網站，在此不多加描述。

Bioness H200 說明書

http://www.bioness.com/Documents/PDFs/H200_User_Guide.pdf



三、使用方法

比如說治療師要訓練病人如圖把左側水果拿到右側，治療師即可設定在運動模式(該模式是反覆的手打開和抓握的動作)在調好適合病人的電極強度後，按下啟動鍵，病人則依控制器所引發出來的握及放的動作去完成這項活動，當然時間點要抓得很好才能平順的做這活動。另外比如病人要用患側握住一瓶罐子，好讓好側去打開蓋子，則可用功能模式中的抓握模式，手會先打開，病人即可伸去罐子位置，接著會再出現抓握的動作並維持抓握狀態，病人即可將罐子拿起用，不會掉落，好手即可去打開蓋子，完成一些類似這樣的日常生活功能。您看，是不是很神奇？

四、臨床應用的功效

以下是官方說法，我當然先將它原文重

現：

- 1.Improving hand active range of motion and hand function.
- 2.Improve voluntary movement.
- 3.Reducing muscle spasm.
- 4.Re-educating or increasing range of motion, resulting in prevention of contractures.
- 5.Preventing or retarding disuse atrophy.
- 6.Increasing local blood circulation.
- 7.Decreasing spasticity.

說明書上還說，使用後確實會對手功能有改善效果，不過只是暫時的，要維持並建立功能改善則要持續的使用。

五、個人看法

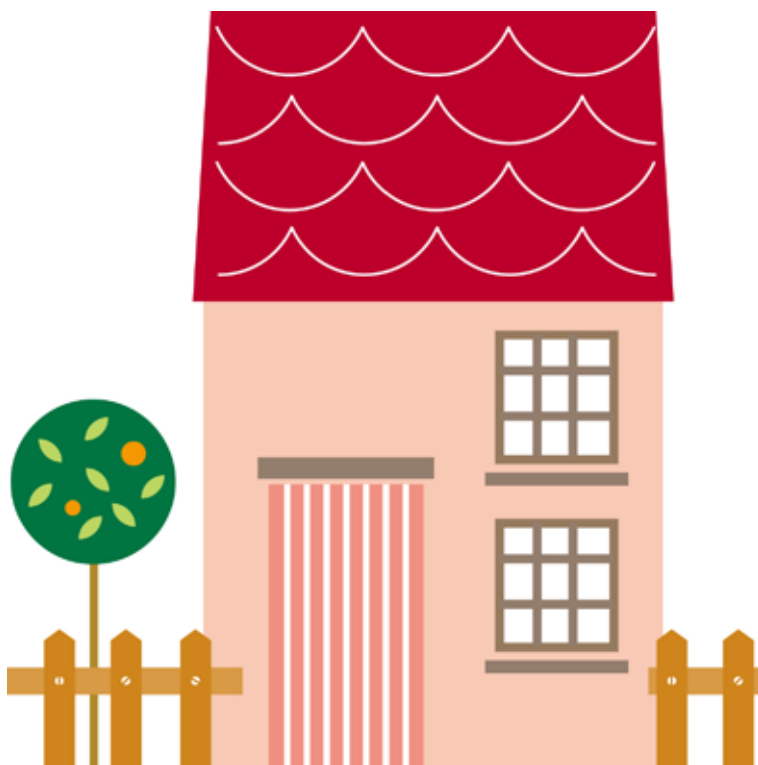
研究完這個產品後的確有一些想法，在此跟大家分享：

- 1.藉由刺激周邊神經來產生動作的訓練是否有motor relearning的效果，可能各方持有正反意見，但這產品至少讓病人的手從完全無功能變成有功能，的確值讓我們為它拍拍手。
- 2.個人覺得動作訓練本來就是須一再重覆來達到學習的效果，這產品的確讓病人在治療室，在家中都可反覆練習，更可融入日常生活中，不就是我們強調的functional approach嗎!!而且省下了不少治療師的時間和精力。
- 3.此產品在美國是有得到AOTA的Endorsement(背書;認可)的(雖然它有用到電刺激)，而且多為OT在用，所以用在OT的治療應該沒有問題，而且我們還可用我們的強項，設計多樣化的活動來達到治療目標，所以建議大家執業的醫療院所買一台來用用。
- 4.公司確實有提出H200的研究成果數據証

實其有效性，那些reference也都在說明書電子檔中，請有研究精神的伙伴們自己去研讀囉!!

5.我還在Youtube找一些相關的影片有關一些見証及臨床運用等，希望大家自己去點選來看囉!!

- ▶ 使用者的一些見証(官方拍的):
- ▶ <http://www.youtube.com/watch?v=ICu8FGYM6uk&feature=related>
- ▶ 實際在臨床上的運用: box and block
- ▶ <http://www.youtube.com/watch?v=VoAuB27RjDQ&feature=related>
- ▶ 實際在臨床上的運用: 我們常用”拔香菇”
- ▶ <http://www.youtube.com/watch?v=52tRGqPIDys>
- ▶ 實際在臨床上的運用: motor relearning
- ▶ <http://www.youtube.com/watch?v=hKeq057qFOI&feature=related>
- ▶ 實際使用方法，看來這位使用者是位SCI患者
- ▶ <http://www.youtube.com/watch?v=awZCheQY-AA&feature=related>





屏東縣長照計畫 居家復健之心得分享

鍾秉聰 | 社團法人屏東縣職能治療師公會 · 理事長

屏東縣的好山好水想必大家並不陌生，有六堆客家的樸實文化；山地部落的美麗風光，更有享譽盛名的東港、墾丁等觀光勝地，可以驕傲的把台灣尾拼到台灣頭，於是產業結構由傳統農業，轉變成為服務業為主體的經濟，於是各個農村、部落人口結構的老化現象，很快的被凸顯出來，也讓衛生照顧者為之擔憂。

屏東縣職能治療師公會成立於九十七年十二月，當時居家復健服務礙於屏東縣狹長地形，除屏東市及鄰近的鄉鎮有醫院服務外，其他區域因考量成本醫療院所多不願投標，也讓許多在地老化的老人無法接受到復健服務。當時公會發現此困境後，本公會經過理監事會同意後，期待職能治療專業能投入長期照顧體系，將專業推廣進入社區，開始申請法人設立以進行政府採購投標，在最短的時間申請通過社團法人的立案申請，也順利取得居家復健委託案，開始執行屏東縣第二區、第三區的居家復健服務，開始與社區緊密連結的職能治療服務。

八八水災的惡水肆虐，把我的家鄉給蹂躪摧毀了，當時手中的個案就有在重災區新園、東港，更有住在高屏溪堤防邊的老夫妻；我焦急的與家屬連絡上，提供家屬心理支持及緊急協助的資源；也期待惡水退去之後，

我能夠有福氣繼續服務這些智慧長者。災害過後的第一週，按照原定的居家復健服務時間，我依舊前往個案家，碰到了嚴重的交通困境，車子無法進入個案家中，我必須將愛車停在路旁，徒步約10分鐘進入個案家中，我心想：「一個禮拜一次而已，這點距離不算什麼」，終於看到在堤防邊的老古厝，我心安了！一切安好如初，感謝上蒼有好生之德。雖然老爺爺無法開口說話，我從他的眼中感受到他的堅毅，在經歷過災難後，進行復健運動訓練的步伐，更加踏實及穩健；在床褥中進行轉位訓練，動作也更流暢迅速，在所謂的浩劫餘生嗎？我們心自問著，還是所謂的「打斷手骨轉倒勇」。在這次的歷練後，我看到了與多長者生命的韌性，在不健全的身體軀殼中，住的一個個不容打敗的堅毅性格，讓我感動不已。

現行長照補助的六次的居家復健訓練，說短必須看個案疾病嚴重度，說長則要看個案對居家運動計畫的落實度；對我來說，應該都算短，因為最後的那一次讓我最捨不得說再見。有一位獨居的中風阿伯，原本是足不出戶且自怨自艾，在經過居家復健服務過後，這個阿伯他可以走出庭院，自己修剪樹木，他還要摘酪梨給我帶回家；最後一次的服務，他主動要求要去南州糖廠走走，從案家到糖

廠大約有3公里的距離，阿伯有很有耐心的走，到了糖廠他立刻去買冰給請我吃，糖廠竟然打烊休息了，讓阿伯的心情大為失望，我笑笑的說「沒關係，下次換我請你！」我感受到我的服務個案，他把我當成朋友的對待，雖然是最後一次的服務，我也很有耐心的陪伴他走完來回糖廠兩小時的路途，當時天都黑了。要離開案家之前，我承諾經過附近會再回來看阿伯，後續個案才肯放我離去。

在社區中的個案真的很熱誠及純真，這也是我在畢業後即投入家鄉的職能治療的服務，在屏東縣執業已進入11年，公會投入居家復健的服務，在今年也進入第3個年頭，今年的服務區域概括全縣，也感謝本公會各位熱血的治療師陪我一起上山下海，服務著這一群難以取得醫療資源的老人，在接觸過後才深刻感受到，他們的熱切需要復健的教導，及職能治療專業的陪伴。





難得的緣分

彰化縣視障者關懷協會 視知覺訓練課程經驗分享

陳宜男

彰化基督教醫院・職能治療師
彰化縣職能治療師公會・理事長

從事視知覺相關訓練已有五年之久，接觸過許多診斷的孩子，舉凡發展遲緩、注意力缺失/過動疾患、自閉性疾患等，然而從未接觸過視障生。其實在醫院裡並非沒有視障生欲加入視知覺訓練課程，而是我們沒有足夠的經驗與勇氣去教導這類型的孩子，原因主要有兩個：

1. 缺乏標準化的評估工具去測驗視障者的視知覺能力。
2. 無法準確掌握視障者的視覺接收能力，如光感、顏色對比、視野等。

98年5月，一通邀請的電話讓我們踏入了視障生的世界，然而面對一群完全陌生的個案，而且是我們從未觸及的領域，心中感到十分的惶恐與無比的壓力，甚至開始杞人憂天地懷疑我們的課程真的對視障生有幫助嗎？

「既然答應了，想太多也沒用，趕快想辦法去應對比較實在！」因此我們著手回顧視障的相關文獻，然而在視知覺這個領域的理論相當豐富，實務方面的文獻卻相當缺乏，亦找不到能夠支持我們的理念的相關資料。既然如此，就抱持著「做中學、學中錯、錯中修、修到對」的想法身體力行吧！

因為視障者關懷協會裡的孩子包含全盲生與弱視生，而我們的課程是採用電腦投影

為媒介的多媒體訓練題材，因此鎖定的對象僅為弱視生，然而這也是我們遇到的一大問題—弱視生的視覺接收程度差異性相當大，由輕→重依序包括：

1. 在光線太弱或圖形太小的情形下無法順利接收視覺訊息
2. 無法辨識相似的顏色或前景、背景對比不明顯的圖形
3. 無法辨識輪廓不清晰的圖形
4. 僅能辨識圖形的粗略輪廓

在個案程度落差很大的狀況下理應「因材施教」，然而人、時、地無法如願配合的情況下，我們僅能以團體的方式進行。為了克服這個問題，我們採取「同一主題，教材分級」的訓練策略，例如主題同為視覺區辨，但我們依照上述的四種輕重程度分別去設計四種題目，以相同的介面呈現，然後我們依照題目程度來請不同程度的孩子上台解題，這不僅讓程度較差的孩子在團體裡不會有被孤立的感覺，更能提升他們學習的動機與自信心。

儘管找到了訓練的大方向，也讓團體步上了軌道，但在也遇到一些細節上的問題，在此將部份列出並分享處理方法供大家參考：

1. 圖形放大卻讓視野受限的個案無法看到圖形的全貌

可以分成雙螢幕方式，讓個案可以自由

選擇要看投影幕還是電腦螢幕。此外鼓勵個案從投影幕看到的圖形細節去猜測全貌，這亦是他們將來必備的能力之一。

2.在抄寫投影幕上的圖文時，個案所需的光線強度不同

能善用輔具，使用可調適的LED小桌燈，不僅可以符合個人的光亮度，且不需要反覆開關室內電燈。

3.將圖形與格子加大，但孩子還是看不清楚

除了視野的問題外，亦可能是圖形輪廓太細所造成，建議可以將輪廓加粗，將有效提升孩子的表現。

4.個案所需的前景、背景對比程度不同

就經驗而言，這群孩子對於淺色前景、深色背景（如黑底白字或藍底白字）有較好

的辨識度，建議可以使用PowerPoint製作遊戲，視情況可隨時改變前景與背景的顏色。

以上的觀念看似簡單，但卻是我們每週花費數個晚上設計教材、不斷跟家長討論與歷經無數挫折才漸漸領悟的，然而這只是冰山一角，期待有更多的職能治療師可以往這個方向去努力與發展，有朝一日可以有更多的資訊傳承給後輩。

在經過一年的訓練後，這些孩子從不會區辨三角形等幾何圖形到可以拿筆畫出這些圖形，從不會區分硬幣的幣值到可以拿錢到便利商店買東西，這些歷歷在目的進步也漸漸突破我們的心牆與疑慮，讓我們更有動力繼續往前邁進。





生命中的天使

林宛儀 | 國泰醫院・精神科職能治療師

前幾天，即將離站的實習生跑來跟我說，當她打算去急性病房和人生中第一個病人道別時，病人竟然在睡覺，完全沒有理她，讓她覺得有點遺憾。我聽完也只能無奈地笑笑，腦中浮現起當年實習結束時和病人道別的畫面……

記得當時在台大精神科實習的最後一天，在日間病房辦完感性的送舊活動後，許多病友跑來跟我們合照，有些人哭紅了眼，我自己也是萬分捨不得，並且承諾一定會回去看他們，只是沒想到才隔一個禮拜，當他們看到我時，竟有人說：「老師，你怎麼又回來了？」讓人聽了好氣又好笑！仔細想想，對這些精神科病人而言，每個實習生都是他們人生中的過客，他們或許已習慣每三個月就換一批新老師，因此在每一批實習生的迎新送舊活動中，病人的感言也越來越客套，對於已離站實習生的臉孔也越來越陌生。那對OT而言呢？對於每一個「畢業」或者「突然消失」的病人，我們是否也有一絲絲不捨呢？

記得剛到精神科工作時，每天和急性病房病人朝夕相處，感覺自己很像「住院OT」，有時看到他們一群人開心地在沙發上聊天，彷彿就像影集「六人行」的情境，覺得病房充滿了「家」的感覺。有時上班，發現某個病人前晚無預警地出院，來不及道別，除了祝福外，也多了一些不捨，很不習慣那種隔天上班突然發現某個床位空的感覺……因此，我總跟病人說，以後要出院前要先通知一下，這樣才能辦farewell，我也教大家摺幸運星，

並在幸運星裡面寫上祝福的話，讓每個人出院時都可以得到一罐滿載祝福的幸運星。說穿了，其實是讓自己能漸漸習慣每一個分離吧……

重感情的我，最喜歡帶的活動，就是帶病人做卡片，表達對醫療團隊的感謝，也讓病房充滿了溫情。不管卡片美醜，每當收到卡片時，內心總是感動不已。印象中，讓我最難忘的卡片，是一個大學男生在出院時送給我的，他因為感情困擾而自殺，卡片上寫著：「妳的笑容可以治癒每個受傷的心靈，妳是我在病房醒來後看到的第一個天使！」沒錯！OT在急性病房的角色的確是個天使，不像醫生總是被病人罵、護士總是被病人使喚，我慶幸自己是個OT，是個可以帶個病人快樂的天使！

或許是我的重感情，也漸漸影響了我的病人，許多病人在出院後甚至會寫信來跟我報告近況，有的找到工作了，有的還在失意中，有的甚至在我生日時寫卡片給我！許多人常說，因為精神科的病人社經地位較低，因此每當過年過節時，我們不可能像其他科一樣收到許多病人送的水果、禮盒。但對我而言，這些卡片遠比那些禮盒來的珍貴，因此收藏病人寫給我的卡片，是我工作上最大的滿足，每當工作不如意時，我總會將他們寫的卡片一一拿出來回味，找回自己對工作的熱情！

除了回味卡片以外，我也常常想起一些讓我印象深刻的病人。大家心目中最難忘的

病人，是不是都是在實習或剛工作前幾年遇到的呢？也許那時的我們剛投入臨床工作中，對OT充滿熱情，對病人充滿耐心，也因此留下最刻骨銘心的記憶。我最難忘的病人，是在我剛工作沒幾個月遇到的一個患有精神分裂症之中年婦女，她的家世顯赫，家庭樹上每個人都是名人，但這不是我對她印象深刻的原因。讓我印象深刻的是，她一入院時非常亂，在團體中不斷干擾，不是罵老師，就是罵病人，且都罵得非常難聽，她一開始總是叫我「死林宛儀」，也曾罵過我妓女、混蛋、王八蛋等……，還好我從小修養就很好，不會放在心上，否則生平第一次被這樣罵，一定哭死了！

儘管被罵得這麼慘，當我發現身為英文老師的她，喜歡聽英文老歌時，我馬上把家中爸媽的全套英文老歌CD搬到病房，每天都為她額外安排一對一的「英文老歌時光」，以培養關係。終於，她不再叫我「死林宛儀」了，而是帶著尊敬、感恩的口吻叫我「林老師」，並且常常跟我分享她的人生故事。在她病情穩定出院後，她甚至願意每天花一個半小時來日間病房。每當想起這位阿姨，我總會想起之前被她罵得多麼狼狽，以及後來許多溫暖的互動。

在精神科，其實大部分病人都是可愛的，大部分對話也都很好笑，許多年輕男性病人都會跟我說「你長得好像我前女友」，而婆婆媽媽最常說的是「你長得好像我女兒啊！」被認成是媳婦更是常有的事，甚至有人還跟我說過「你長得很像我妯娌！」哇！連妯娌都搬出來了，難道我真的有大眾臉？感謝這些可愛的病人，以及那些有趣的對話，讓精神科的工作增添了不少樂趣。

精神科的病人形形色色，雖然我們應該保持一視同仁，但其實每位治療師或多

或少都會對某些類型的個案特別有感覺。跟自己年紀差不多的女性，是我最想主動approach的；而最令我心疼的，是那些被劈腿的女生。我發現現在有越來越多學歷高、收入高、外貌佳的女生被劈腿，甚至為情所困而自殺，每當她們跟我哭訴時，我都很替她們難過，也很希望幫助她們走出來。當然，每位治療師一定也會有自己最討厭的病人類型，人格疾患的病人應該是「最討厭病人類型」中的榜首，另外，我自己也很受不了情竇初開的青春期的男孩，有的會言語騷擾，有的會故意摸我，有的甚至像變態一樣一直跟蹤我，害我成天提心吊膽的！

一直以來，我深深覺得精神OT真的是做「良心的」，因為精神病患在社會上總是被放棄的一群，而多數家屬對他們也沒有太大的期待，因此精神OT這一行，有人做得很輕鬆，有人做得很累。但，其實病人是會有感覺的，不光是我們會討論病人，病人彼此也會討論以前在各醫院住院時的OT活動、OT老師如何，有時聽到病人跟我說「你真的很用心準備活動……」、「你的工作真的很有意義」，當下真是感動萬分，深深覺得他們是我工作中遇到的天使！其實有時候，對自己的肯定不是來自於主管或同事，而是來自於病人的回饋，當我發現我的付出受到他們肯定時，真的有那種再辛苦也值得的感覺！

常常，我在夜深人靜時，腦海中會浮現許多過去病人的臉孔，以及和他們之間的互動。也許他們只是我們生命中的過客，而我們也可能只是他們經歷過數個OT中的其中一個，但，若能珍惜每一個當下，用心地為病人付出，或許，我們可以成為他們生命中的天使，帶給他們希望；而他們也能像天使般，為我們在工作中帶來更多能量！

附件二

序號	字號	課程名稱	申請單位	申請日期	舉辦日期	通過日期	繳納費用
1	全聯中職認字第990345號	院內在職教育/職場禮儀	永和醫院	99.11.22	99.12.22	99.12.02	500
2	全聯中職認字第990346號	生命教育臨終關懷與器官捐贈	台北醫學大學附設醫院	99.11.22	99.12.06	99.12.02	500
3	全聯中職認字第990347號	99年度精神復健機構(日間型)專任管理人員進階訓練課程	行政院衛生署南區精神醫療網	99.09.08	99.09.21-99.09.29	99.12.08	免繳費
4	全聯中職認字第990348號	桃園縣輔具資源中心100年度輔具業務宣傳暨專業人員初階培訓課程	桃園縣輔具資源中心	99.12.03	100.01.08-100.01.09	99.12.08	1000
5	全聯中職認字第990349號	中國醫藥大學附設醫院 復健部繼續教育課程	中國醫藥大學附設醫院復健部	99.10.07	99.07.06-99.09.09	99.11.30	1500
6	全聯中職認字第990350號	醫學、科技與倫理	中國醫藥大學附設醫院復健部	99.07.30	99.08.24	99.11.24	500
7	全聯中職認字第990351號	NDM-1腸道菌感染症	中國醫藥大學附設醫院復健部	99.10.14	99.10.19	99.11.04	500
8	全聯中職認字第990352號	第三屆台北心身醫學和心理治療國際研討會	台北市立聯合醫院松德院區	99.11.12	99.12.15-99.12.19	99.11.24	1500
9	全聯中職認字第990353號	九十九年度職能治療師在職教育課程(三)ICE相關議題說明課程	新竹縣職能治療師公會	99.12.03	99.12.19	99.12.09	免繳費
10	全聯中職認字第990354號	糖尿病足的治療與足部輔具處方	行政院衛生署豐原醫院	99.11.12	99.11.27	99.11.24	500
11	全聯中職認字第990355號	職場的兩性尊重	社團法人屏東縣職能治療師公會	99.12.16	99.12.11	99.12.12	免繳費
12	全聯中職認字第990356號	99年慈惠醫院教學共識營	財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院	99.11.23	99.12.03	99.11.30	500
13	全聯中職認字第990357號	2010醫事人員病人安全通報研習會	中國醫藥大學北港附設醫院	99.12.01	99.12.11	99.12.08	500
14	全聯中職認字第990358號	「幫助幼兒腦神經發育的相關營養」研討會	馬偕紀念醫院新竹分院	99.10.28	99.11.13	99.11.10	500
15	全聯中職認字第990359號	統計方法與臨床應用	台北市立聯合醫院松德院區精神職能治療科	99.10.25	99.10.28-99.12.16	99.11.10	1500
16	全聯中職認字第990360號	音樂活動於精神疾病患者之運用	台北市立聯合醫院松德院區精神職能治療科	99.10.28	99.11.26	99.12.08	500
17	全聯中職認字第990361號	舞蹈治療元素在職能治療的運用	台北市立聯合醫院松德院區精神職能治療科	99.12.06	99.12.04-99.12.05	99.12.16	1000
18	全聯中職認字第990362號	桃園縣輔具資源中心100年度輔具業務宣傳暨專業人員進階培訓	桃園縣輔具資源中心	99.12.15	100.01.15-100.01.16	99.12.16	1000
19	全聯中職認字第990363號	99年11月繼續教育課程	敦仁醫院	99.11.01	99.11.01-99.11.30	99.12.09	1500
20	全聯中職認字第990364號	2011醫事人員繼續教育系列講座-家庭暴力暨性侵害實務研討會	中華民國復健醫學發展協會	99.12.14	100.02.20(高雄場)	99.12.15	1000
21	全聯中職認字第990365號	教師培育課程-跨領域團隊合作教學研討會	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	99.12.15	100.01.14	99.12.16	500
小計							15,000

社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會

100 年度工作計畫

- 一、 定期召開年會、理監事會及學術研討會。
- 二、 出版本會會刊及雜誌。
- 三、 提升國內職能治療人員專業，辦理繼續教育及研究等事宜。
- 四、 提供職能治療人員業務之輔導及福利事項。
- 五、 維護及增進職能治療人員共同權益。
- 六、 協助推行健康促進、健康照護，爭取相關之多元服務模式及研究計畫。
- 七、 積極推動身心障礙者就醫、就學、就養、就業之職能治療專業服務。
- 八、 推廣職能治療人員早期療育、學校系統、職業重建、輔具服務、長期照護、社區精神復健、新制國際健康功能與身心障礙分類系統等次領域之服務。
- 九、 參與政府制定職能治療之相關標準。
- 十、 促進會員組織之健全及發展。
- 十一、 參與各項社會福利運動並推廣職能治療專業之社會服務。
- 十二、 執行政府機關、團體或會員之委託或諮詢事項。
- 十三、 促進醫療制度、健康保險制度、職能治療師教育及職能治療行政等建設性事項。
- 十四、 調處與仲裁各項職能治療業務糾紛。
- 十五、 積極參與健康相關政策之訂定及修訂。
- 十六、 結合職能治療學會及各公會，積極推動職能治療之專業發展。
- 十七、 調查職能治療人力資源、推估未來人力需求，提供政府制定人力政策。
- 十八、 研擬職能治療師法修正條文。
- 十九、 其它依法令規定應辦理之事項。

九十九年度

現金出納表

收 入 之 部			支 出 之 部		
科目名稱	金 額		科目名稱	金 額	
上期結存	2,143,798	00	本期支出	4,031,668	00
本期收入	4,362,582	00	本期結存	2,474,712	00
合 計	6,506,380	00	合 計	6,506,380	00

資產負債表

資 產			負債、基金暨餘絀		
科 目	金 額		科 目	金 額	
流動資產	4,094,515	00	負債	1,877,732	00
郵局劃撥	6,783	00	提撥基金	1,361,620	00
聯邦銀行1	1,433,510	00	離職儲金	71,890	00
聯邦銀行2	0	00	醫療責任補助金	444,222	00
郵局	2,210,000	00	餘絀	2,216,783	00
臺灣銀行	444,222	00	累積損益	1,885,869	00
現金	0	00	本期損益	330,914	00
合 計	4,094,515	00	合 計	4,094,515	00

九十九年度基金收支表

中華民國99年1月1日 至 99 年12月31日

收 入		支 出		
科 目 名 稱	金 額	目 名	金 額	備 註
提撥基金		提撥基金		
歷年累存	961,620.00			
本年度利息收入	0.00			
本年度提撥	400,000.00			
		結餘	1,361,620.00	

九十九年度離職儲金收支表

中華民國99年1月1日 至 99 年12月31日

收 入		支 出		
科 目 名 稱	金 額	目 名	金 額	備 註
離職儲金				
歷年累存	42,112.00			
本年度提撥	29,778.00			
		結 餘	71,890.00	

九十九年度醫療責任補助金收支表

中華民國99年1月1日 至 99 年12月31日

收 入		支 出		
科 目 名 稱	金 額	目 名	金 額	備 註
醫療責任補助金				
歷年累存	0.00			
本年度利息收入	22.00			
本年度提撥	444,200.00			
		結 餘	444,222.00	

社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會

100 年度收支預算表

中華民國一百年元月一日至一百年十二月三十一日

科 目			本年度預算數	上年度預算數	本年度與上年度比較數		備註
款	項	目 名稱			增加	減少	
1		本會經費收入	4,614,000	3,605,000	1,009,000		
	1	入會費	0	0			
	2	常年會費	2,952,000	2,730,000	222,000		
	3	事業費	0	0			
	4	會員捐款	0	0			
	5	補助收入	0	0			
	1	政府補助收入	0	0			
	2	其他補助收入	0	0			
	6	委託收益	0	0			
	7	會員服務收入	570,000	420,000	150,000		
	8	專案計畫收入	600,000	455,000	145,000		
	9	醫療責任補助金收入	492,000	0	492,000		
	10	其他收入	0	0			
2		本會經費支出	4,614,000	3,605,000	1,009,000		
	1	人事費	1,085,868	822,145	263,723		
	1	員工薪資	667,200	552,825	114,375		
	2	兼職人員交通費	40,000	36,000	4,000		
	3	勞健保費	118,068	62,520	55,548		
	4	年終獎金	83,400	10,000	73,400		
	5	其他人事費	177,200	160,800	16,400		
	2	辦公費	1,211,400	847,700	363,700		
	1	文具、書籍、雜誌費	60,500	60,500			
	2	印刷費	620,700	92,000	528,700		
	3	旅運費	180,000	214,000		34,000	
	4	郵電費	249,600	249,600			
	5	加班費	10,000	146,000		136,000	
	6	修繕維護費	15,000	49,200		34,200	
	7	公共關係費	50,000	50,000			
	8	其他辦公費	25,600	25,600			
	3	業務費	530,340	858,340			
	1	會議費	280,340	148,340	132,000		
	2	聯誼活動費	10,000	10,000			
	3	業務推展費	50,000	1,240	48,760		
	4	會刊(訊)編印費	80,000	610,000		530,000	
	5	調查統計費	10,000	10,000			
	6	其他業務費	100,000	80,000	20,000		
	4	購置費	80,000	62,500	17,500		
	5	折舊費	0	0			
	6	繳納其他團體會費	10,000	10,000			
	7	捐助費	0	0			
	8	專案計畫支出	910,000	270,000	640,000		
	9	雜項支出	18,792	15,000	3,792		
	10	預備金	20,000	20,000			
	11	提撥基金	200,000	653,275		453,275	
	12	退撫基金	55,600	27,300	28,300		
	13	醫療責任補助金支出	492,000	0	492,000		
3		本期餘絀	0	0			

理事長

常務監事

財務主委

秘書長

會計製表