

南華大學管理學院企業管理學系管理科學碩士班

碩士論文

Master Program in Management Sciences

Department of Business Administration

College of Management

Nanhua University

Master Thesis

長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況之研究－以嘉義縣  
衛生所為例

A Study of Long-Term Care 2.0 Home Care Service Process and  
Implementation: The Case of Chiayi County Health Centers

林怡伶

Yi-Ling Lin

指導教授：涂瑞德 博士

Advisor: Ruey-Der Twu, Ph.D.

中華民國 109 年 6 月

June 2020

# 南 華 大 學

企業管理學系管理科學碩士在職專班

碩士學位論文

長照2.0居家護理服務流程與執行現況之研究—以嘉義縣衛生所為例  
A Study of Long-Term Care 2.0 Home Care Service Process and  
Implementation: The Case of Chiayi County Health Centers

研究生：林怡任

經考試合格特此證明

口試委員：許瑞德  
郭東昇  
涂瑞德

指導教授：涂瑞德

系主任(所長)：黃國忠

口試日期：中華民國 109 年 06 月 29 日

## 準碩士推薦函

本校企業管理學系管理科學碩士班研究生林怡伶君在本系修業2年，已經完成本系碩士班規定之修業課程及論文研究之訓練。

1、在修業課程方面：林怡伶君已修滿36學分，其中必修科目：研究方法、管理科學等科目，成績及格(請查閱碩士班歷年成績)。

2、在論文研究方面：林怡伶君在學期間已完成下列論文：

(1)碩士論文：長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況之研究-以嘉義縣衛生所為例

(2)學術期刊：

本人認為林怡伶君已完成南華大學企業管理學系管理科學碩士班之碩士養成教育，符合訓練水準，並具備本校碩士學位考試之申請資格，特向碩士資格審查小組推薦其初稿，名稱：長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況之研究-以嘉義縣衛生所為例，以參加碩士論文口試。

指導教授：涂瑞德簽章

中華民國 109 年 6 月 3 日

## 謝 誌

進修取得碩士學歷，一直是多年的心願，感謝先生與女兒的支持與鼓勵，讓我假日得以再進修，也感謝這兩年來，單位主管支持及同仁業務上的協助，讓我無後顧之憂的學習。

求學期間，除了感謝各位老師的教導，也很高興認識一群志同道合的好同學、一起研究學習，著實獲益匪淺。

撰寫論文期間，恰逢家人重病及身故，也遇及新冠肺炎疫情，業務量倍增，有種蠟燭兩頭燒的感覺，此時，感謝受訪者在業務倍增的情況下，仍接受我的訪談，也非常感謝家人、朋友及同學們的鼓勵讓我不放棄，有繼續前進的動力，更要感謝涂瑞德教授，不厭其煩、細心的指導，也感謝口試委員郭東昇教授及陳順義教授，在口試考試時給予寶貴意見及指導，讓我論文更加完整。

最後，感謝在求學期間幫助過我的人，無法一一羅列，在此，除了致上歉意之外，也致上最高謝意與祝福。

林怡伶 謹誌

2020.07.05

# 南華大學企業管理學系管理科學碩士班

## 108 學年度第 2 學期碩士論文摘要

論文題目：長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況之研究－以  
嘉義縣衛生所為例

研究生：林怡伶

指導教授：涂瑞德博士

論文摘要內容：

本研究，以嘉義縣衛生所，工作年資至少十年且目前仍主辦長照業務之護理師為研究對象，採質性研究方法，透過深度訪談方式，探討衛生所護理師，在長照 2.0 居家護理服務現況及執行上，所面臨之困境與因應方式。

研究結果歸納分析如下：1.在人員方面：過多的工作負荷，且採責任制，護理人員常常超時加班。2.在流程方面：常常需要面對工作危害暴露，像是潛在的傳染性疾病、家屬的暴力攻擊及騷擾。3.在行政方面：過多繁瑣的文書作業及系統操作。4.在教育訓練方面：實際的臨床照護技術經驗不足，缺乏實際的臨床訓練。5.在科技方面：期待導入智慧科技設備來提升照護效能，簡化部分人力的負擔。6.在政策方面：期待政府能全面分析評估衛生所護理人力及調整衛生所業務量。

關鍵詞：長照 2.0、居家護理、服務品質

Title of Thesis: A Study of Long-Term Care 2.0 Home Care Service Process and Implementation: The Case of Chiayi County Health Centers

Department: Master Program in Management Sciences, Department of Business Administration, Nanhua University

Graduate Date: June 2020

Degree Conferred: M.B.A

Name of Student: Yi-Ling Lin

Advisor: Ruey-Der Twu Ph.D

## Abstract

This study investigated the service process of Long-Term Care 2.0 home care service provided by Chiayi County Health Centers and analyzed the implementation difficulties. By interviewing three health centers nurses working in different locations, this study collected and analyzed qualitative data related to research questions.

The research findings are as follows. First, health center personnel experienced excessive workload due to adopting a responsibility system. Second, the service process was influenced by uncontrolled exposure to work hazards, potential infectious diseases, and violent attacks and harassment by family members. Third, the administration was disturbed by too many complicated documents and system operations. Fourth, in terms of education and training, the actual clinical care technology has insufficient experience and lacks practical clinical training. Fifth, in the near future, the adoption of smart technology equipment may improve care efficiency and simplify part of the manpower burden. Sixth, it is expected that the long-term care policy can comprehensively analyze and evaluate the nursing manpower of the clinic and use it to adjust the case load.

**Keywords: Long-term Care 2.0 Policy, Home Care Service, Service Quality**

# 目 錄

準碩士推薦函.....	I
謝誌.....	II
中文摘要.....	III
英文摘要.....	IV
目錄.....	V
表目錄.....	VIII
圖目錄.....	IX
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與動機.....	1
1.2 研究目的與研究問題.....	2
1.3 研究範圍與限制.....	4
第二章 文獻探討.....	6
2.1 長期照護.....	6
2.1.1 長期照護定義與內涵.....	6
2.1.2 長期照護服務模式.....	10
2.2 居家護理.....	12
2.2.1 居家護理定義與內涵.....	12
2.2.2 居家護理服務模式.....	14
2.2.3 居家護理相關研究.....	18
2.3 照顧服務品質.....	25
2.3.1 服務的定義與意涵.....	25

2.3.2 照護服務品質.....	26
2.4 遠距照護.....	28
2.4.1 遠距照護定義.....	28
2.4.2 遠距照護模式.....	28
第三章 研究設計與實施.....	30
3.1 研究方法.....	30
3.1.1 質性研究.....	31
3.1.2 訪談法.....	32
3.1.3 長期投入與參與.....	33
3.2 研究歷程.....	33
3.3 研究個案與對象.....	35
3.4 資料處理與分析.....	36
3.5 研究信實度.....	37
3.6 研究倫理.....	38
第四章 研究結果與討論.....	40
4.1 長照 2.0 居家護理服務現況.....	40
4.2 服務個案面臨的困境與因應方式.....	44
4.3 行政作業之困境與因應方式.....	49
4.4 對於未來長照 2.0 居家護理服務之期待與建議.....	53
第五章 結論與建議.....	59
5.1 研究結論.....	59



5.2 研究建議.....	61
5.3 研究限制.....	62
參考文獻.....	63
一、中文部分.....	63
二、英文部分.....	68
三、網路資訊.....	69
附錄一 訪談同意書.....	70
附錄二 訪談大綱.....	71



## 表目錄

表 2.1 我國長期照護服務類型.....	11
表 2.2 我國長期照護居家護理服務類型.....	15
表 2.3 居家護理相關文獻.....	18
表 3.1 研究訪談對象一覽表.....	35
表 3.2 資料引用方式.....	37



## 圖目錄

圖 2.1 我國長期照顧制度發展.....	10
圖 3.1 研究流程.....	34



# 第一章 緒論

## 1.1 研究背景與動機

台灣正面臨人口老化的問題，行政院內政部主計處於民國 107 年網站上資訊提到，我國於 82 年已進入高齡化社會，並於 107 年 3 月正式進入高齡社會，預估將於 115 年進入超高齡社會，表示 65 歲以上老年人口，占總人口數比率分別達 7%、14%、20%)；另外，106 年 2 月起，65 歲以上高齡人口數已超過 0-14 歲幼年人口數，老化指數（老幼比）大於 100。101 年，總扶養比達最低點 34.7（扶幼比為 19.7、扶老比為 15.0）。107 年行政院內政部統計處，統計出我國老年人口比率以嘉義縣 18.6%最高，連江縣、桃園市均少於 11.0%較低。

因應快速老化的人口，長期照顧需求因此也倍增，於 92 年長照十年計畫持續推動期間，嘉義縣社會局設立了嘉義縣長期照顧管理服務中心，嘉義縣衛生局也於民國 93 年在 18 鄉鎮衛生所設置居家護理所，配合國家政策持續積極推動長照業務，106 年長期照顧服務法立法實施後，長期照顧管理服務中心就從社會局移回嘉義縣衛生局，並於 18 鄉鎮衛生所設置長期照顧管理服務中心分站辦公室，期待長期照顧管理專員能與社區護理師共同守護人民的健康照顧服務。

身為第一線的執行者，有感近年來民眾對長照需求倍增，而衛生

所護理師業務負荷變重，本研究將透過個別深度訪談嘉義縣山、海、屯區各 1 所衛生所主辦長照 2.0 業務之第一線業務執行者，了解不同區域的衛生所護理人員在執行居家護理服務上之困境與挑戰，進而整理訪談結果，提供給政府相關部門參考，期望藉由研究第一線衛生所護理人員在執行上所遇及的困境與挑戰，在日後推動長照 2.0 上，能給予實質上的建議以利供參。

## 1.2 研究目的與研究問題

依據上述的研究背景與動機，本章節將依序論述研究目的與研究問題，如下：

### 1.2.1 研究目的

現今社會上，時有所聞，常有因為無力承受長期照顧之壓力而尋短或殺死被照顧者的新聞，這也反映出長期照顧的需要性與迫切性，有鑑於此，近年來國家政策積極推動長照政策，報章雜誌、新聞媒體、電台、海報、網路(FB、LINE)處處可見長照政策相關宣導，想當然而，衛生所為公部門，被賦予重責，首當其衝需要配合執行，公衛護理師積極於社區、職場、校園各種場域宣導，身為第一線業務執行者，覺得宣導相當成功，時有所感，每日詢問長照相關業務的電話變多了，表示知道的人多了，詢問的人和需要的人也多，然而，近年來

衛生所的業務也相對地增加不少，除了舊有的業務持續執行，新增業務不斷，人力卻無增加，導致公衛護理師個個怨聲載道，公部門不走勞基法制度，採責任制，在如此多樣化業務中，公衛護理師，常需自己判斷輕重緩急，也因此需要承擔判斷錯誤後果，以至於有人選擇放棄人人稱羨的鐵飯碗，有感於此，藉此份研究探討嘉義縣山海屯區公衛護理師於長照 2.0 居家護理執行上之現況及困境分析，期望能藉此研究結果，供政府相關部門，作為調整衛生所護理師在執行長照居家護理業務之考量。

### 1.2.2 研究問題

依據上述研究目的，本研究採取質性研究，分別以嘉義縣山、海、屯區 3 位主辦長照業務之衛生所護理師為研究對象，探討以下研究問題：

1. 衛生所護理師對於長照 2.0 居家護理服務現況之看法為何？
2. 衛生所護理師對於長照 2.0 居家護理服務，針對服務個案面臨之困境及因應方式為何？
3. 衛生所護理師對於長照 2.0 居家護理服務，針對行政作業面臨之困境與因應方式？
4. 衛生所護理師對於長照 2.0 居家護理服務模式發展之期待與建議為何？

## 1.3 研究範圍與限制

本研究在探討嘉義縣衛生所於長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況之研究，研究範圍和限制說明如下。

### 1.3.1 研究範圍

#### 1.研究地區與對象

本研究係以研究者，分別以嘉義縣山、海、屯區 3 位主辦長照業務之衛生所護理師為研究對象，探討衛生所護理師於長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況，推論及解釋上有其侷限性，故不宜過度推論至其他衛生所護理師。

#### 2.研究內容

本研究為個案研究，採用質性研究、訪談法及研究者本身長期投入及參與來蒐集資料，研究嘉義縣衛生所護理師於長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況，訪談內容在了解衛生所護理師對於長 2.0 居家護理服務現況與困境及因應的方式，研究者實際訪談山海屯區衛生所之長照 2.0 主辦護理師，實際服務流程及所遇及之困境的及因應方式。

### 1.3.2 研究限制

本研究在探討嘉義縣衛生所護理師於長照 2.0 服務流程與執行現況，因人力、時間及新冠肺炎來擾等因素限制，僅針對嘉義縣山海屯

區衛生所，各一所資深長照主辦護理師進行一對一的訪談研究，遂無法進行量化研究的推估，研究結果也不能過度推論與延伸。





## 第二章 文獻探討

本章節，內容分為：第一節探討台灣長期照護定義與內涵及服務模式，第二節探討台灣居家護理定義與內涵及服務模式，第三節探討照護服務品質的意涵。主要依據研究動機與目的，蒐集、整理相關文獻資料，再加以歸納及分析比較。

### 2.1 長期照護

#### 2.1.1 長期照護定義與內涵

台灣在長期照護上，針對生理功能或認知功能有所損傷者，針對失能或無法自我照料方面，提供生活協助，以利確保民眾擁有良好生活品質。長照服務項目既廣且多元，隨著社會家庭的改變，其內涵亦與時更迭。行政院衛生署（民 88）報告指出長期照顧主要服務身障者，給予多元且持續的三段五級服務。陳庭羽、林政賢（民 94）對於長照的定義是依據長者生理需求，給予適當的服務，延緩長者發病時程，並針對罹患慢性病之長者延緩失能的期程。阮玉梅（民 88）指出長照服務主要以生活照料為中心，次要為醫療服務，考量長照供給系統係有公有財、工時長且勞動高、整合性跨團隊之特性。至於長期照護的特性，依據各方對長期照護的解釋並綜合阮玉梅（民 90）與陳怡仁（民 88）之歸納研究結果，其提出長期照護具有以下六大特性：

(一) 長照須依生理及心理異常情形謹慎評估，作為服務起訖及服務項目及範圍。(二) 受到傳統文化的觀念，家中如有失能者，通常由家庭成員擔任主要照顧者，提供相關長照服務。(三) 長照係為工時長且勞動力高的服務，且失能情形通常為不可逆，因此需要長時間的照料與陪伴。(四) 長照因服務項目既廣且多元，因此在供給系統方面，如何因時因人提供妥切服務內容，著實是一大考驗。(五) 使用長照對象通常為長者，但仍有部分青少年或中壯年民眾會有長照需求。(六) 長照主要以生活照料為中心，次要為醫療服務。

我國長期照護政策規劃，主要以配合人口老化需求，因應身心障礙者之老年養護及給予家庭必要之支持，而「就地老化」(Aging in place) 乃成為國際性的長期照護政策之目標與趨勢(吳淑瓊等，民 97)，就地老化，係指透過長期照護提供幫助，使功能障礙的老人儘可能留在自己熟悉的家裡或社區中生活，此一目標係從「家是提供老人溫暖、安全的庇護所」的預設出發，提供一個「像家」(homelike) 一樣的良好照護品質(呂寶靜，民 93)。

長期照護專業協會(民 82)，明定常照服務範圍與對象：針對身障、衰弱長者及主要照顧者只要有 ADLs 或 IADLs 功能不全者，皆為服務對象，進而提供三段五級等服務內容。因長照服務內容既廣且多

元，需跨單位整合相關資源（阮等，民 88）。政府在規劃長照服務時，以站在補充或舒緩家庭照顧系統提供長照服務，因此在規劃上，設置社區式照顧機構，使失能者白天至照顧機構接受服務，晚上則返回家中，無須脫離居家環境，亦教導家庭主要照顧者相關照護衛教概念，或給予相關心理支持（詹火生、林清璇，民 90）。

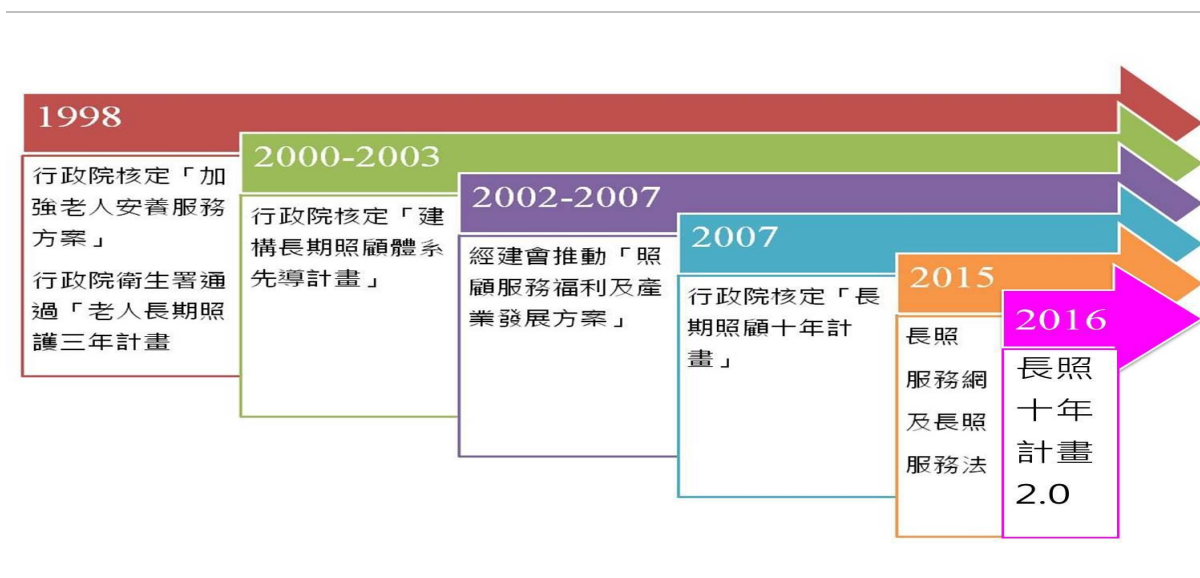
政府為確保長照服務內容一致且財源穩定，於 104 年三讀通過長照服務法，明確定義長照服務體系之服務內容、資格對象、服務項目等，並說明中央與地方權利義務之關係，並整合社福與衛政相關服務機構，整合成依照不同程度提供多元服務。針對長照所需專業人才方面，衛福部安排長照專業人力培訓課程，共規劃三個階段：（一）共同課程：以長照服務體系與理念為主，讓長照領域服務的工作同仁，養成相關基礎知識；（二）專業課程：針對長照各類專業工作同仁，設計相關課程並將服務場域納入規畫，並訂定應取得訓練知能相關時數；（三）整合性課程：以跨領域及整合能力為主的課程，並注重團隊合作與協商，並確保服務品質，並協助投入長照之醫事人員取得資格與認證（王淑貞，民 104）。

國家發展委員會(民 101)人口中推估，於 107 年我國 65 歲以上老年人口高達 14%，進入高齡社會；114 年更將高達 20%的超高齡社

會。隨著醫學科技的發達及衛生環境條件的改善，國人平均壽命逐漸延長，也因此，我國於民國 87 起行政院推動「老人長期照護三年計畫」，加強老人安養服務，每年選擇 2 至 3 個縣市，試辦長期照護單一窗口制度，供有需求之民眾服務，開始長期照顧服務之推動；89-92 年由內政部與衛生署主辦「建構長期照顧先導計畫」，由嘉義市作為都市型社區代表，台北縣三峽鎮及鶯歌鎮為鄉村型社區代表，開始執行試辦計畫；91-96 年經建會「照顧服務福利及產業發展方案」，在各個縣市成立「照顧管理中心」，雇用專員，專門針對失能者提供相關需求評估及協助轉介服務，其中一項重點工作為居家服務試辦計畫，於 93 年行政院極力推廣民間團體參與各項服務，包括居家服務、日間照顧、輔具申請及老人公寓等(莊秀美、鄭佳玲，民 95)、96 年「長期照顧十年計畫」此階段稱為長照 1.0，主要以長照中心為統籌單位，著力在執行資源整合及長照服務推廣及核定個案服務內容；104 年「長期照顧服務網及長照服務法」，此階段重點工作在結合社會福利與長照資源，充實長照服務網絡及量能，發展在地資源及服務，佈建和規劃於 368 鄉鎮設置「日間照顧中心」，負責之中心透過交通車接送白天將長輩接送到日照中心接受專業照護及照顧服務。(衛生福利部長照專區 107 年 10 月 09 日更新)。

105 年「長期照顧十年計畫」此為現階段，稱之長照 2.0，持續提供個案原有長照服務之外，在於普及長照服務資源、長照人力之培訓及儲備、適度發展長照服務產業、運用長照基金佈建偏遠地區長照資源等。

圖 2-1 我國長期照顧制度發展脈絡



資料來源:衛生福利部，長期照顧十年計劃 2.0 (106-115 年核定本)。

### 2.1.2.長期照護服務模式

在眾多長期照護型態中國內主要是依據服務所提供的場所，針對不分身分、性別、年齡、身障別之身心失能，且有長照需求者，將服務類別分為機構式、社區式及特殊性之三種服務，長期照護可以是連續性或間斷性之服務，但必須針對個案的需求，通常是某種功能上的

障礙，提供一段時間的服務，因此長期照護應包含有診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。

表 2-1 我國長期照護服務類型

類型	機構式照護	社區式照護	特殊式照護
類型	養護機構、安養機構、榮民之家、護理之家。	喘息服務、日間照顧、夜間托顧、居家護理及服務。	可依個案情況，執行在任何場域
服務內容	依失能等級而 24 小時居住於不同類型之機構，接受專業照護(如換管、復健、傷口照護等)及生活照顧(如沐浴、送餐及家事服務等)。	在熟悉的環境，像是社區據點、醫事 C 巷接受專業照顧及生活照顧。	除前二者之外，以特殊模式所提供之照護模式(如以音樂、芳香及懷舊療法)提供失智症照護方式，此模式建議可以優先選擇鄰近住家之社區式照護。

資料來源:本研究整理

有鑒於此，家庭對老人的照護功能將逐漸被取代，社區資源、無障礙環境、活動空間、社區住宅、居家服務、居家護理之需求一定會增加，如何訓練及儲備這方面人力是政府亟執行的政策。

嘉義縣衛生所目前針對長期照顧服務申請流程如下：

有需要的個案或家屬向長照中心提出申請服務，經照專評估後，確認符合資格則核定服務，衛生所護理師需於收到通知三天內回覆預計前往服務之日期，最慢 7 天內要完成服務。

## 2.2 居家護理

### 2.2.1 居家護理定義與內涵

台北市護理師公會將居家護理定義為：「對不需住院但仍須接受醫療與護理服務之病患，提供連續性、完整性之醫療及護理服務。經由醫師轉介，再根據病人實際需要，安排護理人員或醫師往返病人居處，提供適當的醫療與護理服務。」（王玉女、楊清姿、徐亞瑛，民 85）。

陳國峰（民 100）則認為：居家照護一般是在家中提供專業的醫療護理服務及生活照護，能在自己熟悉的居家環境接受不受束縛的照護，對病人生活品質有正面的價值，保險給付單位可以節省接近一半的醫院開支，且減少醫療資源的浪費。

王玠則指出居家護理一般是在個案家中提供其所需要的護理服務，其目的在提供部分能自理的老人，所需必要的日常生活照顧，包括家事服務、簡易護理及精神支持等服務，以協助老人能在所熟悉環境中獨立自主，安享晚年（王玠，民 80）。

居家護理是一種以家庭為中心的護理工作，其中主要不僅在照護病人，同時也是包含家中所有與個案相關的成員、事件、所需用物等。除了須評估個案的照護問題外，主要照顧者、居家環境、社會資源的運用、乃至於心理層次的需求都應加以評估（葉淑惠、吳淑如，民 87；吳淑如、邱啟潤，民 86）。

居家護理是一個團隊合作的健康服務工作，其團隊成員由醫師、護理人員、藥師、復健師、社工師、個案管理師、營養師等專業人員組成，同時需要個案家人與主要照顧者間共同協助與配合才能達成，而居家護理人員在病人、家屬與各專業人員間扮演了訊息傳遞、溝通、協調等重要的角色。（陳美惠，民 93）

綜合以上定義敘述，將居家護理可歸納為受過訓練的專業人力，應用現代之醫療措施，在不需要一般醫院的全部設施與服務之情況，提供被照顧者有關個人生活照顧、家事服務、護理服務，以及社會心理支持等服務；家人可在專業人員的協助下，居家照顧病人，並協助



被照顧者或生活無法自理者能在熟悉的環境中獨立自主，並且促進家庭照顧的功能，使並且促進家庭照顧的功能，使病人能在熟悉的環境中得到身體上、社會上及情緒上需要的滿足。

台灣於 82 年年既已經邁入老年社會，另依據行政院經建會推估，至 114 年左右，老年人口將達總人口的 20.1%，即每 5 人中就有 1 位是老年長者。未來會有更多家庭面臨有長者罹患慢性病，或因身體退化、中風、意外傷害而臥病在床，需要長期照顧；隨著照顧需求增加居家護理需求也逐年增加，民國 89 年全台僅 303 家居家護理所，102 年增到 498 家，截至 108 年共有 575 家，衛福部照護司長蔡淑鳳表示，盼從 110 年開始居家護理所可以倍數成長，114 年能達到 1000 家以上，後續則希望全台 8000 個鄉里可達成一里一所的目標，可見居家護理是為大眾所能受的一種照護方式及型態，其需求比例亦逐年增加（聯合報，民 107）。

根據天下雜誌 101 年 504 期的報導，居家護理最大優點就是能實現「在地老化」的目標，讓養病的長者繼續享受家庭溫暖，免於往返醫院的舟車勞頓，延遲長者進機構式照護的時間，除提供專業護理服務外，更是重要的心靈依靠及安全感，由此可見居家護理之重要性。

### 2.2.2 居家護理服務模式

我國目前居家護理機構可概分為以下三種類型：(一)以醫院為基礎(Hospital Base)附設居家護理機構，居家個案的來源大多是自家醫院轉介，案源不匱乏；(二)獨立型態 (Free Standing) 的居家護理機構，大多是由個人集資合作的經營方式，由護理人員獨自開業的機構，居家個案的來源大多是社區中的個案或是合約醫院轉介的個案，此類機構需要自行開發案源 (李明德，民 85；林壽惠，民 82；潘依琳，民 89)；及(三)衛生所附設居家護理，此種型態適合偏遠地區，醫療資源較缺乏且無居家護理機構可運用的地區，於 87 年行政院衛生署開始補助山地、離島及鄉村地區之衛生所，辦理居家護理業務 (李明德，民 85；黃麗玉、羅素英、洪百薰、洪美玟，民 90；潘依琳，民 89)。

表 2-2 我國長期照護居家護理服務類型

類型	醫院附屬	獨立型態	衛生所附設
特性	個案來源穩定、團隊合作、獨立部門、行政資源豐沛	經營自主權高、擁有自己經營特色、個案來源廣、不設限	顧及醫療缺乏及偏遠地區個案需求
服務內容	醫師定期訪視、身體評估、管路更換、居家照顧者護理技術及照護知識指導、轉介適當醫療資源	醫師定期訪視、身體評估、管路更換、居家照顧者護理技術及照護知識指導、轉介適當醫療資源	醫師定期訪視、身體評估、管路更換、居家照顧者護理技術及照護知識指導、轉介適當醫療資源

資料來源:本研究生整理

居家護理只是長期照顧服務業務中的一小部分，下面為居家護理服務對象、服務項目、申請流程及費用說明。

#### 2.2.2.1 服務對象:

居家護理是經由專業醫護人員定期到府提供醫療服務，使病人在溫馨的家中得到良好的照顧，享有正常的家庭生活，減少家屬與個案舟車勞頓。目前分為一般居家護理、安寧居家護理之專業照顧。

#### 2.2.2.2 一般居家護理服務對象:為符合健保居家照護項目者：

- 1.個案只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
- 2.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
- 3.罹患慢性病需長期護理或出院後需繼續護理之個案。

#### 2.2.2.3 安寧居家護理服務對象:

- 1.病人或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書。
- 2.癌症末期病人確定對各種治療性治療效果不佳及非癌症病人，經安寧醫師評估同意收案。

#### 2.2.2.4 居家護理服務項目

- 1.一般身體檢查，如身體評估、生命徵象測量等。
- 2.各種導管更換及護理(如鼻胃管、尿管、氣切套管)。
- 3.一般傷口護理(如壓瘡傷口換藥)。
- 4.居家照顧者技能指導及諮詢。
- 5.病人健康問題之衛生教育及提供衛教資料。
- 6.代採檢體送檢。
- 7.營養及復健運動指導。
- 8.醫師定時訪診。
- 9.介紹適當社會福利或醫療資源。
- 10.個案及家屬宗教、靈性、心理社會諮詢、哀傷關懷等服務項目。

#### 2.2.2.5 申辦流程

病人住院期間，經負責醫師評估需求，在出院前，由病房醫護人員照會家庭醫學科、居家護理，隨即進入評估收案的流程。若住院期間無法完成照會流程或為外院的個案，可經由家庭醫學科門診，進入評估收案的流程或轉介給居家護理所、衛生所。

#### 2.2.2.6 居家護理費用：

健保給付居家護理每月兩次為限，收費方式為自行負擔 5%居家護理費用及交通費，交通費則由各家醫院視案家與醫院間來回計程車

車資自行訂定。凡不符合健保收案條件者，可採自費收費方式；技術費及材料費依實際發生項目收費。

除現行全民健保居家護理給付 2 次以外，經評定有需求者，每月長照 2.0 給付的居家護理服務，最高再增加補助 2 次。費用則依據照專評核結果部分負擔，一般戶自付 16%、中低收入戶 5%、低收入戶則全額免收，總額度核定，依據長照需要等級給付。

### 2.2.3 居家護理相關研究

查詢相關期刊平台，近期長期照顧、公共衛生護理人員等議題雨後春筍，在在顯示國內外日趨重視此議題。本節將與本研究相關之論文整理如下表：

表 2-3 居家護理相關研究文獻之分析

研究者	研究主題	研究方法與對象	研究結果
廖念慈 (民 97)	以公共衛生護理人員觀點分析探討	以半結構方式訪問 10 位資深護理人員，以扎根理論作為整體策略，進行資料蒐集與分析。	1.受訪者對於『醫療到家健康幸福』與出院準備服務互動來言，有 5 位同仁表示醫院配合度不足；另有 8 位表示醫院

	<p>嘉義縣</p> <p>「醫療到家健康幸福」</p>	<p>在個案辦理出院階段，位詳實告知後續公衛護理人員到府服務。</p> <p>2.受訪者對於『醫療到家健康幸福』的服務理念及內部流程大致認同。</p> <p>3.受訪者對於公共衛生護士角色與功能皆有一致性認同，為促進與維護民眾康，並且預防疾病發生，並且也一致認定服務對象是社區整體，包括個人、家庭、群體。</p> <p>4.受訪者認為『醫療到家健康幸福』的服務就有延伸性、加強個案篩選，可提高服務延展性、另建立醫療團隊，</p>
--	------------------------------	--

			可增加活動前瞻性。
鄭淑芬 (民 99)	居家護理人員介入居家照顧經驗之研究 —以獨立型態及區域醫院居家護理師為例	以詮釋現象學角度觀察 6 位經驗豐富居家護理師投入居家照護，進而討論介入的本質與內涵。	1.被照顧者、照顧者及護理人員專業的價值衝擊，造成自我決策的妥協或應變。 2.被照顧者的配合度與照顧者之照顧動機乃為照顧品質之保證。 3.居護在社會上與人際關係上擔任協調溝通者。 4.用人單位的支持度與護理人員的個性特質，決定照護品質。
王愛卿 (民 100)	以德菲法分析公共衛生護理人員工	翻閱文獻、訪談及參與式觀察 6 位資深護理師，了解工作內容後，並製作問卷，請 11 位學者專家協助完成二次問	學者們一致認為共有 20 項公衛護理重要或常見的工作內容(6 項工作角色、5 項工作職責、9 項公作業務)。

	作內容	卷調查。	
陳曉虹 (民 103)	以創新 商業模 式理論 架構探 討長期 照護產 業之居 護式遠 距照護 系統	以產業分析法的質性方法，藉由現有公開的次級資料探討居護式遠距照護系統之模式。	1.國內外遠距醫療現況分析特點、分類、營運及收費、系統架構。 2.外部產業競爭力分析潛在競爭者、現有競爭者、替代品壓力、客戶議價能力。 3.內部活動經營績效分析，以經價值鏈分析。 4.以創新經營模式架構探討居護式遠距照護系統之客群、通路、顧客關係、成本結構。
王淑貞 (民 104)	長期照 護發展 與護理 走向的	以立意取樣的質性研究，邀請 10 位專業人員、行政人員、機構住民及其家屬深度訪談。	1.長期照護與護理發展趨勢無法重疊為一，應為相互影響發展。 2.在長照發展中，護理人



	連動 —交 錯、互 動與輔 成		員應為專業人員，甚至為管理者，其許後續相關研究針對此議題祥系全面探討並給予建議。
王玉鐳 (民 104)	居家護理服務 模式分析—以 金門醫院居家 護理為例	與金門醫院服務收托之 120 位居家護理個案進行 訪談；並將訪談結果， 以實地觀察法及小組討 論法界定區分個案之需 求，並繪製智顧客旅程 地圖。	1.從 120 位個案訪談中， 了解醫院內部資源的整 合(人力、醫療器材、轉 介模式)才能滿足照顧需 求。 2.從實地觀察及問卷分析 得知，相關使用設備需 有多國語言標誌，事先 提供個案及家屬相關入 住須知及配合事項，將 有助於達到醫病關係。 3.醫院在人力募集上，可 招募相關外語志工或同

			仁，協助翻譯溝通。
吳淑妹 (民 104)	我國現 階段長 期照顧 政策網 絡之研 究--- 以台中 市為例	以政策網絡理論為基 底，並邀請相關長照供 給與需求等 8 個單位進 行深度訪談。	政府單位執行相關政策 時，不僅僅透過相關單 位服務推動，而是需要 跨單位的合作，並依賴 民間單位的力量，以盡 量滿足民眾需求。
郭怡秀 (民 105)	雲林縣 及嘉義 縣、市 公共衛 生護理 人員工 作壓力 與壓力 因應策	以結構性問卷分層抽樣 雲嘉三縣市，共 12 個鄉 鎮衛生所接受施測，共 回收 160 份問卷，以單 因子變異數分析、皮爾 森積差相關分析法整理 分析等分析性統計來探 討不同背景變項的公共 衛生護理人員之工作壓	1.從婚姻狀況層面來看， 未婚相較已婚對於工作 之關注情形明顯高。 2.在處理問題壓力的策略 部分，11-15 年嘉義市公 衛護理人員高於其餘其 他年資。 3.在公衛護理人員之工作 壓力與逃避之壓力因應

	略之相關研究	力與壓力因應方式之間的關聯性。	策略為中等程度正相關。
--	--------	-----------------	-------------

資料來源:本研究整理



## 2.3 照顧服務品質

### 2.3.1 服務的定義與意涵

楊錦洲(2002)針對服務給予的意涵為「服務乃是服務供給者提供各類多元需求(知識、技術、設備或空間等)給顧客，以達到協助顧客解決問題、服務顧客，使其心情愉悅等」。

Kotler(1996)提出服務品質與產品品質之差異有四點:無形性(Intangibility)，表示服務是無形的也不可數、無法具體衡量；異質性(Heterogeneity)，表示服務是可變性高的，因人而異，很難維持品質；不可分割性(Inseparability)，表示生產與消費是緊密結合在一起的，是不可分割的，像照護服務品質，通常是發生在個案及照護者服務間的互動所產生；易消滅性(Perishability)，表示服務沒有實質形體，是無法儲存的。

Kotler, Hayes and Bloom(2010)在專業服務行銷與應用一書中，提到服務有下面六的特性:無形的(Intangibility)、不可分割性(Inseparability)、易損性(Perishability)、可變性(Variability)、滿意標準(Criterion of satisfaction)、參與程度(Participates in the process)，前四項特性與 Kotler(1996)提出服務品質與產品品質之差異四點看法一致，而滿意標準及參與程度，都是經由互動的過程所產生，鄭榮郎、鄭淑婷與陳昌宗(2005)

表示，服務品質與顧客滿意度成正相關的影響，服務品質越好，顧客滿意度就越高。

台灣的健康照護體系中，衛生所/衛生室為推行健康促進的基層單位，以預防醫學角度提供相關特殊保護或健康行為塑造，也是與民眾往來密切的衛生機構，其服務項目十分多元，考量許多偏遠地區醫療資源較為匱乏，故衛生所除提供預防保健外，仍肩負醫療門診照護服務，因應各縣市城鄉差距，地方產業文化等因素，各地衛生所須了解地方民眾之需求，因地制宜設計提供合適之預防保健計畫。

因應台灣面臨人口老化及少子化衝擊所造成的長期照顧需求，也隨之增加，服務需求越來越大時，除了提供對等的供給服務，仍需兼顧供給服務品質，在長期照顧服務系統中，以服務接受者會依對服務本身的期待與實際獲得服務之感受經驗，來決定服務品質之高低。

### 2.3.2 照護服務品質

Hulka and Cassel(1973)認為醫院服務品質可分為八個衡量之標:(1)使用程度(2)醫療花費及便利性(3)醫師診療方式(4)醫病之間的溝通(5)病患遵從性(6)醫師對病人病情的關懷度(7)病患對醫師的滿意度(8)治療之結果等。

然而，針對健康照護或醫療服務品質 Donabedian (2003)指出從結

構、過程與結果等三種面向進行評估，結構面向常在私人企業中，診斷組織架構、供給者與使用者之特性，此面向係屬硬體方面之評估，較難衡量服務品質優劣（Doyle, 1991；陳鳳音，2002）；在過程面向，期盼在對的方向中，把事情做好之政策與技術層面，然而，在服務長者過程中，除涉及因長者生理功能退化，導致欠缺接受長照服務之感受與經驗外，尚有外籍看護或家屬之陪伴者觀感等面向，故不易從過程面判別供給服務之優劣（徐慧娟，1999；黃源協，2005a）；從結果面向來看，長者接受長照服務之最後成果，通常為各界使用判別服務品質之面向，但結果面向由各種變項因素造成，無法抽絲剝繭找出個別變項導致的程度。

根據 Vaarama, Pieper and Sixsmith(2008)則是將接受居家服務之使用者對於居家服務照顧品質(quality of care QOC)分為八個衡量指標:(1)服務的適切性(2)服務的連續性(3)照顧服務員的專業與互動技巧(4)案主與照顧服務員之間互動的品質(5)案主自主性與控制程度(6)居家安全性(7)照顧品質成效(8)對照顧整體的滿意度。

由上述得知，照護服務品質所包含的項目十分寬廣，每個環節都會影響到個案的滿意程度。

## 2.4 遠距照護

### 2.4.1 遠距照護定義

世界衛生組織對遠距照護(Telecare)的定義:指利用互動式通訊科技，以視訊方式進行醫療診斷、諮詢等醫療照護行為，進而立即提供線上醫療相關訊息(周春珍、張蓓莉、李冠慧、李亭亭，2009)。

我國行政院衛生署的定義:藉由網路無國界之概念，藉以通訊科技及資訊科技，進行病患與專家之間的訊息傳遞，解決時間與空間的困境；樓美玲、張彩秀、葉明珍、洪麗珍(2005)表示，遠距照護是將簡單的護理服務，利用網路代替家訪，提供出院所需之服務，結合專業的資訊、監測技術及通訊高科技，提供遠端接受服務者專業照護相關訊息，也包含個案在家中緊急事件之協助。

### 2.4.2 遠距照護模式

台灣遠距醫療開始於 1995 年，由衛生署配合推動國家資訊基本建設計畫，主要運用在山地離島、偏遠地區及醫療不普及的地方，居民健康照護上，初期由成大醫院與澎湖醫院連線、台大醫院與金山衛生所連線、三軍總醫院與馬祖連線、台北榮民總醫院與宜蘭地區基層醫療單位及金門花崗石醫院連線(衛生署，2002)，慈濟醫院 2001 年開始與花蓮、台東連線。2004 年，有 27 個單位參與此計畫，執行內容只

包括遠距醫療照護，例如:線上會議、教學、病歷影像之傳輸(衛生署，2007)。

2007年5月起，衛生署委由臺大醫院、萬芳醫院、工業技術研究院及中興保全等單位，共同推行「遠距照護服務試辦計劃」1年，此計劃分三類別，分為機構式、社區式及居家式，以遠距應用系統串連這三種照護模式，使其成為共通性資訊平台，不會因為個案照護地區更換而中斷，建構為連續性、共通性之數位遠距照護服務平台(衛生署，2008)，服務內容為下列五項:藥物安全服務、衛生教育指導、視訊探視服、視訊看診服務、遠端生理功能量測及數據監測服務，此五個子系統可做為受照護者、提供服務者及家屬之間的溝通管道。

因應人口老化及少子化，高科技產業也發展出新興科技，然後運用在長期照顧服務上，作為解決部分問題的替代方案，如 AI 智能照護機器人、失智照護手環、定時自動關瓦斯機器、紅外線感應裝置用於防止老人走失等，已是很普及的遠距科技。



## 第三章 研究設計與實施

本研究希望透過質性研究方法，藉由研究現職在嘉義縣山海屯區衛生所主辦長照業務五年以上之護理師，進行半結構式深度訪談的方式，並且增加次級資料整理及分析，了解現行衛生所工作在現今業務向改變下，藉此探討衛生所護理師於對於長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況，分為六節，針對「研究方法」、「研究步驟」、「研究對象」、「研究工具」、「資料處理與分析」、「研究倫理」等逐一分述。

### 3.1 研究方法

陳向明（民 91）指出質性研究是以研究者本身作為研究工具，在自然情境下採用多種蒐集資料的方法對研究問題做整體性探討與研究，再使用歸納法分析資料，透過與研究者互動獲得其行為和想法得的理解活動。質性研究所使用的資料極具魅力，研究者可藉由這些資料辨識所發生的事件經過，並做出有實據、豐富的描繪與解釋（轉引自張芬芬譯，民 94）。只要是利用質性程序進行分析，藉由觀察、訪談來蒐集資料，並輔以文件、書籍、官方文書、錄音帶等來進行研究者，皆可視為是質性研究（轉引自徐宗國譯，民 91）。

就研究此方法而言，研究者皆會採用訪談法來執行資料收集的工作。研究者透過一對一的溝通來獲得受訪者的訊息，經由適當的規劃

案及安排，研究者能夠獲得受訪者的看法，取得值得研究的訊息，為能探究嘉義縣衛生所護理師於執行長照 2.0 居家護理服務之理念、困境及因應方式，故本研究採用質性研究中半結構式訪談法。

### 3.1.1 質性研究

質性個案研究視為行動計畫，透過此項計畫，引導研究者進行一連串研究過程，逐漸發展成具體的問題與結論，以作為研究問題的依據。整個研究過程中，包括研究問題、分析單位、研究假設、選取合適研究對象、資料蒐集、資料分析、研究報告撰寫等，自然狀況下收集資料，不會借重太多外來工具(鄭怡世，民 91；潘淑滿，民 92)。質性研究者注重的是情境脈絡，在現場的觀察是脈絡性、延伸、廣泛及重複的，研究者在現場蒐集各種資料和訪問不同的人，重視「參與者的觀點」(participant perspectives)，了解他們如何看世界，並關切對其「意義」的理解方式。

107 年國家發展委員會公布，台灣正式邁入高齡化社會，加上少子化的雙重影響，政府積極推動長照政策，相對的衛生所被賦予重責，但衛生所並非只負責單一業務，執行上人力的短缺，加上業務多並不專精需提升量與質，本研究在於了解嘉義縣衛生所護理師的觀點，探討於長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況，透過訪談研究個案中不同

地區公衛護理師工作經驗，因各護理師遇及的問題不同，因應方式當然不會相同，因觀點是個人認知，亦無法用量化去闡述的，因此適合採用質性研究。

### 3.1.2 訪談法

在質性研究中，訪談通常是一對一或更多人，執行有目的之談話，由研究者藉由引導，蒐集受訪者的語言資料，藉此了解受訪者對於研究主題的看法及其生活經驗的主觀感受。

在質性研究中，訪談法(Interview)是被廣為使用來蒐集資料的主要策略之一，訪談法分為結構式、半結構式、非結構和回溯式。結構式(又稱標準化訪談法)和半結構式訪談法是一種非常正式的口頭問卷，以問答題呈現，引導受訪者具體表述；非結構訪談(又稱自由式訪談)，研究者不會事先制定詳細的訪談題綱，比較像是自由、隨意的會談；回溯式訪談可以是結構式、半結構式或非結構式，研究者試圖要受訪者去回憶以蒐集資料(楊孟麗、謝水南譯，民93)。

質性研究運用的初期，多數先以非結構性訪談，了解受訪者對問題的初步看法，之後藉由深入訪談時，逐漸以半結構性訪談法，形成較嚴謹和標準化問題，研究者再擬定訪談綱要及訪談題目，開始約定時間地點訪談，過程中邊訪問邊形成，提問的方式和順序也可以照受

訪者的回答隨時調整，相當具有彈性，但研究者不可有預設立場須將自身經驗及知識置於一旁，引導出受訪者用自己的聲音與語法，將個人認為重要的生活經驗表達出來(高淑清，民 97)。

本研究採回溯性半結構式訪談方式，預先設定訪談大綱，列出所欲討論的主題作為引導，以客觀的態度和研究參與者在自然情境下進行深入且彈性的訪談，能了解到衛生所護理師於執行長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況。

### **3.1.3 長期投入與參與**

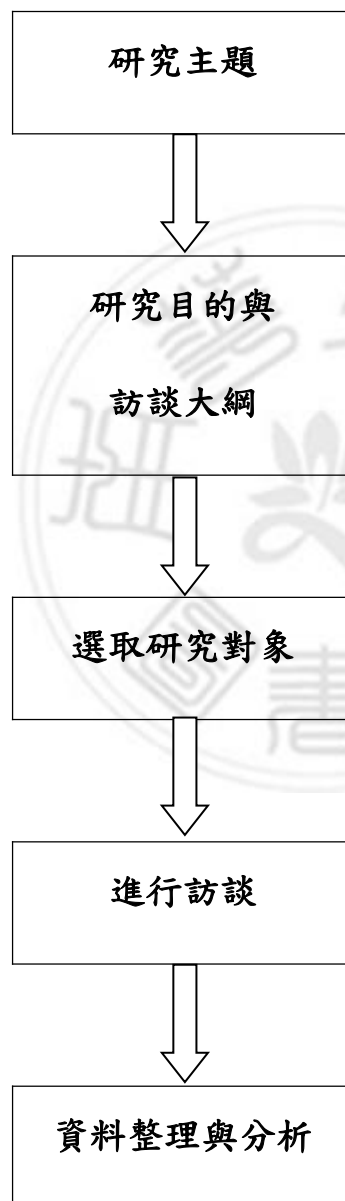
本研究採半結構式訪談，設計訪談大綱，透過與受訪者訪談了解其看法與經驗分享，並對相關資料的蒐集能達到最大程度，盡量降低可能的錯誤詮釋。因此研究者服務於衛生所八年，主辦長照業務亦長達 8 年之久，對於資料蒐集的技巧採取訪談問題、傾聽、引導、彈性、議題掌握、客觀、去除先入為主觀念等，來確保個案研究的有效性與可信度。

## **3.2 研究歷程**

首先確定研究動機，釐清欲探討的主題並加以聚焦，確定研究主題為「長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況之研究---以嘉義縣衛生所為例」，繼而發展研究目的與研究問題。

根據研究主題訂定研究目的與問題，編擬針對研究對象的訪談大綱，進行一對一訪談，將所蒐集的訪談資料加以分析及整理，最後依據資料分析結果形成結論。

本研究之研究流程如圖 3-1:



資料來源:本研究整理

### 3.3 研究個案與對象

Patton (1990)指出，質性研究方法的樣本一般而言都很少，需要有深度的「立意取樣」(Purposive Sampling)，研究者所選取的樣本必須是能提供「厚實描述性」(thick description) 研究參與者。為了能夠深入了解衛生所護理師對於長照 2.0 居家護理服務流程、面臨的困境，以及因應方式，針對本研究主題採取立意取樣，選擇嘉義縣山海屯區各 1 所衛生所主辦長照業務護理師為研究個案。

訪談對象如表 3-1：

表 3-1 受訪者一覽表

代碼	受訪者	地理位置	性別	年齡	學歷	主辦長照業務年資
A	護理師	山區	女	42 歲	大學	10 年
B	護理師	海區	女	36 歲	大學	12 年
C	護理師	屯區	女	45 歲	大學	12 年

資料來源：本研究整理

根據 3 位受訪的護理師個人基本資料進行分析，3 位皆為女性，年資達 10 年以上的護理師均由大學畢業，分別服務於山、海、屯區。

### 3.4 資料處理與分析

資料分析乃是針對研究的目的，將所收集的原始資料，有系統、有條理的及濃縮的方式將資料客觀的呈現出來。具體步驟如下：1.閱讀原始資料；2.登錄；3.尋找「本土概念」；4.建立編碼和歸檔系統。而建立編碼是資料分析其中一個重要環節(陳向明，民 103)。

本研究訪談資料處理與分析如下：

- 1.現場實況錄音，將錄音內容寫成逐字稿，在整理過程中不僅要以客觀的方式呈現原始資料，更要留意受訪者之慣用語言、語氣、態度等，並請訪談對象確認逐字稿內容，以確保訪談內容之精確度。
- 2.反覆閱讀逐字稿，尋找與研究目的有關、具有意義的關鍵語句，歸納轉換為可閱讀的意義單元，並將資料加以分類與編碼，以利後續分析之進行。
- 3.編碼後，持續進行文獻探討，闡釋、連結和比較分析，研究成果中呈現逐字稿的部分，盡量忠於受訪護理師的原始語意，不做過度的文字修飾，逐字稿繕打完成後，再對所有文字檔做歸納解析，並從研究所得資料中，將各種長照 2.0 居家護理服務流程與現況歸納探究困境及因應方式，資料引用方式如表 3-2。

表 3-2 引用方式

類別	範例	意義說明
問卷訪談	A_01	代表研究者所引用資料 A 為山區護理師老師訪談逐字稿第 1 題。  B 為海區、C 為屯區。

資料來源:本研究整理

### 3.5 研究信實度

在質性研究中常利用鑑定信度及效度的方法有：三角檢證 (triangulation)、參與者檢核等，在本研究中所採用的是三角檢證與參與者檢核。

所謂「三角檢證」乃是指，研究者透過多樣的研究方法、收集方式和資料來源進行交叉覆核，以獲得研究對象廣泛且完整的陳述。本研究將運用多種方式蒐集資料，如訪談、觀察及相關文件資料，三者互相分析、比較、反覆進行比對，以確認資料的真實性。

所謂「參與者檢核」乃是指，研究者將收集的資料及所做的分析、論述與結論和受訪者分享，藉此以檢視否有偏頗之虞，進而準確了解、描述受訪者的觀點、感受、態度和經驗等。



高敬文(民 88)，指出資料的信賴度必須是研究者運用各種方法來驗證所收集到的資料，是經得起考驗及檢證。因此研究者運用多種方式來蒐集資料，資料來源包含研究對象訪談逐字稿、課堂觀察、研究者手札等，反覆進行資料比對，以確認資料的真實性。

### 3.6 研究倫理

黃光雄(民 90)認為以人類為研究對象的研究倫理，傳統上注意「知情的同意」和「保護研究對象免受傷害」。質性研究者相信，好的理論與好的研究方法是同時並進、相輔相成的(Sieber, 1992)。

質性研究者除了儀式化的書面資料及保護研究對象的手續外，在現場情境中仍有評鑑、誠實、現場滲透、感同身受、使用化名、介入現場等必須商議的倫理課題(黃瑞琴，民 93)。

有關本研究之倫理規範將從五個面向來考量其倫理議題：

1. 尊重研究參與者的隱私權：為了保護受訪者的隱私，對受訪者的身分，在本研究中的名稱，均以匿名及保密處理，並以「受訪者代號」進行引述。
2. 訪談前取得受訪者同意：研究者首先徵得受訪者參與訪談，清楚解釋研究目的，詳盡說明所有研究資料僅提供研究中使用，詢問是否願

意接受訪談及錄音，並說明在研究過程中若不想再繼續接受訪談可以拒絕，以保障受訪者的權益，受訪者無其他疑慮才簽署訪談同意書。

3. 依約行事：在受訪者簽下同意書後才安排時間進行訪談。
4. 訪談資料絕對保密：訪談資料內容以匿名方式呈現，不以真實姓名公開，訪談過程中所有的錄音檔及訪談後的逐字稿資料絕對保密，於研究結束後，將銷毀原始資料及錄音檔案，以確保受訪者可以在沒有壓力的情境下，對訪談問題作真實且完整的表達。
5. 忠於資料，以客觀、公正的方式呈現原始資料：研究者將訪談的錄音檔案內容，打成逐字稿，再經由受訪者確認後才使用，忠實呈現資料的原貌，確保訪談內容的真實性。

## 第四章 研究結果與討論

本章依據研究目的與問題，研究者再閱讀相關文獻，經由觀察和訪談等方法，取得相關資料並經過整理後，依據各章節加以敘述，在做義釋分析時，採取直接引述，部分訪談資料佐證；直接引述的資料皆會以不同字型「斜體細明體」括號呈現編號；訪談文字若太長，以不影響原意的前提之下，刪除部份文字，以刪節號（…）表示。

### 4.1 長照 2.0 居家護理服務現況

以下將就受訪者在長照 2.0 政策與多元的公衛體系中，對於衛生所護理師的核心價值和專業功能看法及應該要如何發揮、所提供的服務項目，能否滿足民眾的需求，有何看法及對於從事長照 2.0 居家護理的資格要求與教育訓練，看法等方面作探討。

#### 4.1.1 衛生所護理師的核心價值和專業能力

受訪者大致認為，護理師的核心價值在於具備服務熱忱、要有耐心及責任心，護理專業功能在於具備專業知識、技能、判斷力及溝通能力但對於任職十餘年的護理師而言，長照卻是陌生的，在學校沒接觸過，在職場上也只能做中學，近年來時有耳聞很多人抱怨衛生所業務多，但卻無人實際探討及提出建議策略，覺得需要有人為衛生所護理人員發聲。以下為首訪者回答內容，分述如下：

### (1) 耐心熱誠

「護理是一種專業不是打雜…要有耐心熱誠……護理的專業在解決個案的身體不適……降低個案疼痛或讓個案恢復健康…」(A-01)

### (2) 責任心與溝通能力

「公衛護理師應該要有熱誠專業且能獨擔一面的判斷能力技術也要純熟、要有責任心、溝通能力要好、要有良善的心及敏銳的觀察力適應能力也要好、主動力也要好說的護理師好像要很萬能……」(C-01)

### (3) 觀察力與判斷能力

「護理師的核心價值就是要有服務的熱誠、責任心、敏銳的觀察力及判斷力、還要有效率與專業的技術……就是什麼都要學會的保母……覺得是服從，好像軍職，長官說一是一，好像沒有能發揮的餘地」(B-01)

## 4.1.2 居家護理服務與民眾需求

居家護理是一種「到府」服務的方式，讓有照護需求的個案在家即接受到滿足需求的一種服務（葉至誠，民 106 年）。受訪者認為，居家護理服務，對於民眾需求之滿足，有不同程度的感受。有 2 位受訪者滿意目前的居家護理服務，認為可以不用舟車勞頓與請假。另外 2 位受訪者，建議可以用問卷作為調查，進一步了解個案與家屬對於居家護理服務的需求與建議。也有 2 位受訪者表示，因為認知差異與期待落差，個案及家屬常把專業的居家護理服務當成家事服務，導致資

源錯置與浪費，以下為受訪者回答內容，分述如下：

### **(1)居家護理服務減少舟車勞頓與請假**

「有家屬曾經跟我說過，很感謝我到家裡來幫她先生換管子…。以前她都要叫兒子請假開車載他們去醫院換管，因為先生很重她一個人也沒辦法……。」(C-02)

「家屬跟個案都很感謝我們，表示我們直接到家服務讓她不用請假載個案回醫院，免去奔波……。」(B-02)

### **(2)透過問卷調查了解居家護理服務服務需求**

「建議由第三方，像長照中心專員，協助調查民眾之需求，再依需求調整服務項目，也可以定期做滿意度調查，以利了解民眾的滿意度或意見」(B-02)

「應該要設計問卷讓接受服務的個案或家屬填寫，但應該由非執行服務的護理人員來執行，比較客觀……。」(C-02)

### **(3)因為認知差異，誤將居家護理服務當成家事服務**

「我覺得針對目前衛生所提供的居家護理服務，並非是所有個案的需求，有的明明是家屬的需求，像是傷口照護，家屬明明會換，但卻仍要申請居家護理服務，多數家屬想說白天家人都在上班，有人來換藥可以順便看一下個案，變的把專業居家護理當成居服員的居家服務了」(A-02)

「專業服務CDO2來說，對個案衛教服務一個月4次，對有些民眾家屬個案來說其實幫助也沒有那麼大，但多數的家屬都藉由申請這項服務達到幫忙看顧個案的目的…。因為我有一個個案家屬就很明白的告訴我說，“你們衛教的內容我都很清楚，網路上也都有，我是希望你們一個月來的這四次，幫我看看外傭有沒有好好照顧我媽媽……。”我當下覺得很浪費國家資源，回去就跟照專討論結案了」(B-02)

### 4.1.3 長照 2.0 居家護理資格要求與教育訓練

多數受訪者表示，所要服務的對象其身體健康條件都不同，所需要的照護需求差異性也大，而目前對於衛生福利部規劃的教育訓練課程，分三階段，分別 Level I 共同課程、Level II 專業課程及 Level III 整合性課程，但因為師資不足且內容為比較淺顯，且缺乏臨床實務技術，多數受訪者表示，只為了符合取得相關研時數，而第一線的護理人員最缺乏的是臨床技術，所以略顯不足，期待衛生福利部能評估第一線人員的實際需求，整合各領域的專業，強化實際課程的內涵，以下為受訪者回答內容，分述如下：

#### (1) 教育訓練缺乏深度及實務技術

「長照 2.0 是國家政策，而衛生所為公部門，上級交辦也無法拒絕，只要有護理師或護士執照，一年上過 12 小時長照相關議題的研習即可取得長照資格，就可以執行居家護理…而並非像醫院居家護理師需有慢性病房經驗才可擔任……衛生所的工作性質較偏向預防保健及傳染病防治，跟醫院臨床實際照顧個案決然不同，有時要幫個案換管自己還有點擔心自己技術……」(A-04)

「我個人是覺得是不足的，因為臨床經驗是要累積的，衛生所業務太多，各業務相關訓練多數都是學理，很少有實地臨床操作，所以我們都盡量不接有管路的個案」(B-03)

「老實說，我覺得沒有什麼教育訓練，雖然有要求一年要自行取得 12 小時長照相關研習時數，但無實際臨床技術課程，總覺得自己離開臨床很

久了，對於一些護理技術比較生疏，要服務個案自己有時很擔心無法勝任」(C-03)

## (2)缺乏進修管道及訓練標準流程

「請長照司廣邀相關單位整合相關課程，以利提供多元資訊及進修通路」(B-03)

「對於長照 2.0 居家護理資格要求，因本身有臨床經驗所以比較不會怕，但是個人認為衛生所不像醫院有統一 SOP 流程與教育訓練，不像衛生所都需要看自己去看影片或是等局安排，只能說有規模醫院就是不一樣」(B-03)

## 4.2 服務個案面臨的困境與因應方式

本章節就衛生所護理師，服務個案的過程、品質上所面臨的困境及因應方式作探討。

### 4.2.1 服務個案的過程，所面臨的主要困境

多數受訪者表示，在個人層面，衛生所的業務對於護理師的耐力與體力是一種考驗，3 位受訪皆表示，不僅工作內容吃重，還經常衍生許多照護以外的難題(如語言不通、交通不熟悉及情緒肢體語言暴力，感覺受歧視與不被尊重當作自家傭人)，也擔心有傳染疾病之疑慮，去年新聞就有報導過高雄有一名思覺失調個案，刺傷衛生所護理人員，所以這對獨自前往訪視個案的護理師而言，確實是一大隱憂，也有受訪

者表示，在服務的過程中，常因找不到個案家或沒事先約好而空跑一趟的，也有因為臨時突發狀況而影響行程所產生的無力感，以下為受訪者回答內容，分述如下：

### **(1) 職場危害暴露**

「我在服務個案的時候，會擔心個案有潛在性的傳染疾病，怕會傳染給家人」(A-04)

「有一次服務到一個個案，她的兒子是思覺失調個案，去的時候情緒有點躁動，對我大吼大叫的，很恐怖，照專事先都會有知會我……但我仍然會害怕」(B-04)

「遇過獨居失智症個案，前去服務時服裝儀容不整，還會肢體上亂碰觸我，很恐怖。」(C-04)

「有過光是找個案家就花快一個小時了……是有地址但個案家沒門牌……有的村里這邊明明就1鄰，隔壁戶卻是5鄰，導航還找不到…」(A-04)

### **(2) 語言不通**

「其實最大困境就是我們講的民眾與家屬聽不懂，外傭怎麼講也說不聽例如照顧者是外傭，教導照顧技巧反而被嫌囉嗦，被家屬說不用再來了-照顧者是高齡臥床長者糖尿病個案有傷口需要仰賴外籍照顧，曾經看到傷口處都是螞蟻跟案夫說，而案夫反被外傭唸，請護理人員不用到家服務管太多，只能說偏鄉失能老人居多都是外傭照料，要請好的外傭真的不容易，我們要教導衛教也是非常的難。」(B-04)

### **(3) 溝通不良、認知差異大**

「有時提出服務需求的是家屬，可能沒有事先與個案溝通，以至於到了個案家被個案拒絕……無功而返」(A-04)



「常常會遇到家屬一直打電話來催，問甚麼時候要去服務，也常常遇到約好時間要去服務，因個案臨時住醫院，沒打電話來取消的更誇張的一次是到案家才發現個案往生了，在辦喪事」(B-04)

「其實我最氣服務到不明理的個案跟家屬，明明已經說明費用及服務數，也有簽契約約書，每次都還要說不清楚，常常又要花時間再說明一次……」(C-04)

#### (4)無力感

「也遇過不尊重護理人員的個案，很自大一副我是使用者，付費最大的氣勢，感覺除了護理工作其他的事也要幫他處理，遇到這種人也不知道要怎麼跟他說，很想拒絕服務，可是公部門又不行」(C-04)

「還有一次要去個案家時，還因為臨時地段上有列管的思覺失調個案發病，要強制個案送醫，比較緊急，所以臨時跟居家護理的個案改時間，搞得自己分身乏術，個案家屬也因此有點不悅，表示她是特別請假 2 小時回來的……」(A-04)

#### 4.2.2 服務個案的品質困境

居家照護的本質是一個團隊合作的健康服務工作，其團隊成員需要醫師、護理人員、藥師、復健師、社工師、個案管理師、營養師等專業人員，同時需要個案家人與主要照顧者間共同協助與配合才能達成，而居家護理人員在病人、家屬與各專業人員間扮演了訊息傳遞、溝通、協調等重要的角色。(陳美惠，2004)。然而，衛生所護理師在長照 2.0 居家護理中卻身兼數職、單打獨鬥。

3 位受訪者表示，覺得衛生所業務繁瑣，不專精，會影響服務品

質。1位受訪者表示，個案經常有著不同的疾病，不同的照護需求，常常不是單一項居家護理就可以滿足個案及家屬的需求，因此除了需具備更多元的專業照顧知識、護理技術之外，甚至其他照長照相關資訊亦需要具備以下為受訪者回答內容，分述如下：

### **(1)缺乏專業技術**

「有時照專派案，是要幫個案換管路的，我都怕怕的，因為畢竟離開臨床很久，有些管路也日新月異，很擔心自己有沒有換好……還有傷口的照護也是，有些新的敷料我都沒看過，去個案家還偷偷上網搜尋使用方法，覺得很丟臉……」(A-05)

「其實衛生所業務真的太多了，自己主辦的業務就好幾樣了，別人的業務也要協辦，每樣都要熟悉，實在吸收不了…」(C-05)

### **(2)衛生所業務負荷重**

「有時候業務一堆，自己都匆匆忙忙的，急著想要趕快完成，這樣品質應該有進步的空間…」(A-05)

「其實衛生所業務真的太多了，很多的目標數，專責重擔都是在護理人員，護理人員像小叮嚀無所不知無所不能，從出生的到老的都在做管理。」(B-05)

### **(3)缺乏長照整合照護能力**

「之前就個案問過我長照輔具的申請條件，我也不熟不敢無法立即回答，怕說錯，只好跟個案說會請照專回答他，個案當下回我說，阿你不是衛生所的怎麼會不知道…」(C-05)

## **4.2.3 服務個案面臨的困境之因應方式**

多數受訪者面臨服務個案的困境不盡相同，不外乎是上面所提及

的，因應方式，就是事前先與照專及家屬溝通，了解個案需求及家庭背景並多利用網路自學新資訊，或尋求資深人員之協助，以利應付日新月異之臨床新知及技術，也多加善用長照新的資源協助服務，像是今年度長照 2.0 就有新增外籍通譯員服務，如有遇有外僑溝通上的問題，都可以申請協助服務，以下為受訪者回答內容，分述如下：

### **(1)主動尋求資源**

「之後接到照專照會個案，要去服務時，先了解個案是何種管路，如遇較不熟的管路會請資深護理師先協助執行第一次服務就做中學囉」(A-06)

「換管技術都會先上網搜尋技術訓練」(B-06)

「遇過有失智或有淺在危險性個案時，之後每次要去這個個案家我就會請附近的志工陪我去……」(B-06)

### **(2)多方溝通**

「有了前車之鑑要去個案家之前我都會先打電話，再次確認個案是否在家……. 也會事先和照專做好溝通先了解個案的需求…」(B-06)

### **(3)善用長照資源**

「目前外僑照顧的溝通都是由雇主來協調，而雇主不在的情形外僑溝通可以透過長照 2.0 專業翻譯，來增進溝通協調」(B-06)

### **(4)轉介服務**

「如果有些氣切、尿管或是造瘻口個案，是希望醫院承接比較好，因為醫院的資源與分項較沒有衛生所複雜，有的較專一性…」(B-06)

## 4.3 行政作業之困境與因應方式

### 4.3.1 長照 2.0 居家護理，人力及個案服務量分配

多數訪者表示，要調整護理人力，可以培訓一批專門執行居家護理業務的護理人員，或調整業務量，這樣才能兼顧服務品質，在尚未調整前只能依照服務個案比例發放獎勵金以資鼓勵。

3 位受訪者表示，衛生所業務越來越多，但人力卻是無增加，應該重新調整人力及業務，讓衛生所護理師定位在社區健康促進及疾病預防而非以營利為主之業務，以下為受訪者面臨困境之回答內容，分述如下：

#### (1) 人力不足、工作分配不均

「衛生所從很久以前就依據 1 萬人口數分配 1 位護理人員，不管業務多寡都一樣，所有業務不是都依地段嗎？..... 照專照會個案是依個案需求派案，並不會說昨天我的地段已經有派個案，今天就不要派給我了，無法平均分均... 有時某地段服務 5 人，某地段就掛 0.....」(A-07)

「因高齡化延伸長照需求量暴增，使得原本業務量就多的護理人員，人力就更加吃緊，建議衛福部綜規司及長照司共同討論衛生所人力，訂出明確的照護比例及服務項目，像醫院有明確的護病比，也著重在照顧病人、工廠也有廠護比，也著重在負責員工健康相關業務，再者，學校校護也有早有明定，40 班以上設置校護兩名，亦是以師生健康業務為主軸，而衛生所護理人員，除了護理專業的業務之外，尚需要負責行政業務及門診醫療業務，負荷實在過重了」(B-07)

「我覺得派案應該要用輪流的方式，譬如說：今天照專已經派一個個案給我了，下一個就該派給別人，不然負擔不均，有人就很多個案，有的就比較少個案」(C-07)

### (2)訂定標準服務量及獎勵機制

「我覺得較好的因應方式是，上級單位要經過討論，然後訂出一個依據，像醫院會有護病比一樣，每位地段護理師一個月平均能承受服務幾位個案，訂出目標後，多的個案就轉介紹給私人居家護理所服務，這樣也能增加民營單位的業績，因為私人居家護理所只專職居家護理這個業務，所以更能兼具品質」，「因應的措施就是該護理師獎勵金會多一點……」(A-07)

### (3)培訓專責團隊

「我覺得偏鄉又加上高齡長者個案越來越多，應該好好規劃統籌人力，不是什麼衛生所都可以做，有這筆經費可以運用怎麼不好好訓練人才，針對長照人力栽培，局端不是為了目標數而盲目請衛生所做讓成績好看漂亮，或許有錢有人力資源協調一組人馬會做的更好。」(B-07)

## 4.3.2 長照 2.0 系統操作、費用核銷之困境

多數受訪認為，護理師除了要忙著服務個案之外，回衛生所還要將服務個案的紙本紀錄，登錄於系統，而系統，常修改功能，核銷費用流程也繁瑣，中央有時效性之規範，需在其內內完成核銷，護理師常常需要花時間摸索系統，時間很不夠用，覺得很沒有效率，以下為受訪者對於遇及的困境回答內容，分述如下：

### (1)系統操作不熟悉

「長照系統常常新增功能，常常上個月才熟悉操作，這個月操作功能又改變了，除了忙服務個案又要熟悉系統操作，時間都覺得不夠用……。」(A-08)

「就像剛剛說的，長照系統常常新增功能，常常上個月才熟線上核銷作業，這個月操作功能又改變了，……。」「衛生局主辦人也常更換，本身對核銷作業就不熟悉，更是無法為我們解答……就花很多時間時間自己摸索或問其他鄉鎮主辦人問啊!」、「核銷還有時效性的限制，每月月初是衛生所繳交各種業務報表及成果全部都擠在月初，所以我月初幾乎都加班……。」(A-09)

「上頭要求每月5日前完成核銷，但撥款卻很慢，且系統常更新功能常常需要再摸索一下……而遇到問題打給衛生局主辦人，常因權限不同看到的畫面不同，所以常常雞同鴨講……每個科室都要求月初繳交報表，長照專業服務的核銷中央更是要求要每月5日前，我們就只能盡量配合，快快把核銷完成，所以幾乎月初我都加班有時連假日都出來」、「每個科室都要求月初繳交報表，長照專業服務的核銷中央更是要求要每月5日前，我們就只能盡量配合，快快把核銷完成，所以幾乎月初我都加班有時連假日都出來」(B-09)

「衛生所業務真的常繁瑣，每個科室都要求月初繳交報表，長照專業

服務的核銷中央更是要求要每月 5 日前完成，壓力很大核銷的系統也常出狀況，常常依照上個月的方式做，系統上就是審核不通過，還常找不出原因」(C-09)

## **(2)作業流程繁瑣**

「我覺得這方面是沒有甚麼困難，就是要花時間做而已，有聽過雲林物理治療師朋友說過，他們服務完只要繳交紙本記錄，公會的助理專門就會協助登打資料，……我覺得長照系統操作很簡單，但是護理紀錄越來越繁瑣，如果量多的時候就要花費心思寫紀錄」(B-08)

「我覺得我們要跑完外面服務個案先紙本記錄，回來又要登錄系統打服務紀錄，花兩次工……」(C-08)

### **4.3.3 長照 2.0 系統操作、費用核銷之建議**

受訪者表示系統功能常更動，主辦人亦不熟悉系統操作，也無法有效協助執行者且核銷時間有規範時效性，所以因此常加班，建議長照文書作業應結合科技，並簡化系統功能，核銷作業應該納入系統的功能開發，且期望能由專人負責核銷之行政業務及衛生局主辦人應該定期訪視，實地了解護理師的執行困境，以下為受訪者回答內容，分述如下：

### **(1)專人負責核銷**

「建議衛生所可編列預算，聘請一位專人，專門負責這項業務」(A-08)

### **(2)開發核銷系統**

「建議每月核銷的報表可以納入系統功能開發，減輕人員負擔」(C-09)

### **(3)建立輔導機制**

「建議可以局可以訓練一個專門輔導各衛生所核銷的人員，每月輪流到各所實際教導極了解狀況，不用讓各所主辦自己摸索然後一直打電話到局裡問，這樣局的主辦那會很煩永遠也不知道衛生所實際遇到甚麼困難」(B-09)

### **(4)電子化**

「建議單位可以跟系統廠商建議，配置平板設備，讓我們在外面服務個案時，平板取代紙本作業，這樣比較有效率，向醫院實施電子化紀錄很久了，公衛也該進步」、「建議開發系統時，可將個案家納入地圖功能，這樣也不用花時間找個案家，可以省時間跟油錢…」(C-08)

## **4.4 對於未來長照 2.0 居家護理服務之期待與建議**

### **4.4.1 長照 2.0 居家護理服務上之角色與功能**

大部份受訪者表示，居家護理所應該是由一個團隊組成，專門負責



執行，這樣於技術或相關訊息比較清楚，也比較有品質，且衛生所護理師，應該著重在政策宣導、輔導及稽核之角色，並應可鼓勵歇業之護理人員出來執業，增加護理人力，以下為受訪者回答內容，分述如下：

### (1)政策宣導者

「公部門應該以宣導政策所為主，及行政作業輔導而不要再當執行者，這樣很像校長兼工友，無法面面俱到，而且衛生所業務實在太繁瑣，這種長照業務在醫院都是成立一個團隊，專門只做居家護理服務，不辦其他業務，我覺得這樣也比較有品質」(A-10)

「公部門應該以宣導政策所為主，不要再當執行者…」、「衛生所業務實在太繁瑣，這種長照業務在醫院都是成立一個團隊，專門只做居家護理服務……，這樣也比較有品質」(A-10)

### (2)輔導者

「我覺得衛生所很多業務都應該是以政令宣導為主，部分執行為輔，像是這次新冠肺炎疫情一樣，就讓我很有感觸，一開始是在社區要宣導防護措施，疫情爆發時又要疫調，也還要包口罩、賣口罩，販賣的同時還要教導民眾如何上網買……。深深覺得應該依據衛生所屬性調整業務，像我們衛生所所在地就有兩家大醫院及 20 多間診所跟藥局，那

衛生所還要出來賣口罩實在浪費人力，居家護理業務也一樣，應該醫療豐沛的區域就由醫院承接，那山區醫療資源缺乏的地區由衛生所承辦，但前提之下也是要補足人力……. 我們可以鼓勵輔導轄區的機構執行，或鼓勵歇業的護理人員出來再就業增加護理人力」(B-10)

「我覺得衛生所護理師，應該著重在政策溝通者、推廣者、輔導者而非執行者，我們可以鼓勵輔導轄區的機構執行，衛生所做稽核角色即可，不然時間真的很不夠用…。」(C-10)

#### 4.4.2 新興科技應用在長照 2.0 居家護理服務看法

受訪護理師對於新興科技應用在長照 2.0 居家護理服務，有正反兩極的看法，覺得因為個案年邁、身理機能退化，加上獨居，無家屬協助，也擔心設備保管之責任，所以新科技之應用有待考量；1 位受訪者提到，新興科技可運用於遠端監控，3 位受訪者表示可用於視訊看診及衛教宣導，值得政府規劃應用，以下為受訪者回答內容，分述如下：

##### (1) 個案身理機能退化不會使用

「我覺得效果不好，像之前執行遠距量測血壓，老人家都不會操作平板，多數老人家也嫌平板字幕太小，看不清楚……如果使用手機視訊，老人家應該也會遇到相同的問題，如果再有重聽，就更不適合了……。」(A-11)

「年邁長者加上視力眼花重聽，學不起高科技的東西…最怕的是長者不會操作平板」(B-11)

## **(2)擔心財產遺失**

「我覺得不行改善任何品質，因為 00 鄉是偏鄉老人居多，不是獨居，就是外傭照顧，曾經有過平板電腦結合血壓計，外傭沒有照顧了，平板電腦也跟著不見……加上物品的保管是一個大隱憂…」(B-11)

## **(3)適合運用在遠端監控**

「目前訪問就有很多家業者將 3C 產品應用在失智或獨居老人身上，像是防失智手環、跌倒警示及遠端監控等等，但這些設施的共通性比較著重在看護功能…」(B-11)

## **(4)適合視訊看診及衛教宣導**

「最近新冠肺炎倒是很適合用視訊看診，再由家屬來領藥」(A-11)

「而居家護理服務比較需要有個別性，因為每個疾病跟身體狀況不同，家屬的需求也不同，有想過是可以利用平板錄製一些共通性的衛教宣導影片讓長者忘記的時候可以看…」(B-11)

「我覺得部分業務可行，像是衛教諮詢就還蠻適合得，像最近的新冠肺炎就可以減輕個案及護理人員被傳染的風險……」(C-11)

### **4.4.3 長照 2.0 居家護理服務模式發展期待與建議**

受訪者皆為資深護理師，在衛生所服務至少長達 10 年之久，皆反映近年來衛生所業務越來越多，舊的業務也持續在做，毫無減少，新的業務又一直增加，唯一不變的卻是人力，讓人實在吃不消，自覺自己因業務太多，已經影響服務品質了，建議上級可以規劃培訓人力，形成專業團隊，專責居家護理服務業務，以提升護理服務品質，以下為受訪者回答內容，分述如下：

### **(1)落實專責制度**

「護理人員是很有韌性的，公衛護理師更具有一份使命感，因人口老化的趨勢，對於長照 2.0 的居家護理，未來應該會更多人需要，期望公衛護理師能像醫院一樣，專責一樣業務，這樣比較有品質」(A-12)

### **(2)培訓居家護理師，組成團隊**

「我覺得長照 2.0 居家護理服務對大眾很好，但是我們是衛生所單位人力並不是那麼的充足。我想長照那麼有錢是否可以增加栽培人力，照專都可以申請了，那護理人員多加人力來做這部分，由專人來做品質更棒……衛生所很小每樣都要知皮毛，但是沒有辦法精工，醫院的資源很充足，每項科目都有專一性，而且長照個案大部分都是從醫院出來的，或許醫院可以做一條龍服務……」(B-12)

「若仍要衛生所護理師執行，那要採專責制度比較好，譬如說鄰近三

個衛生所形成一個團隊，三個護理師就專門辦理居家護理業務，然後分工合作，這樣對業務比較熟悉，對個案也比較有照護品質…如業務無法調整，建議交由有長照團隊的醫院負責執行，這樣比較專業，個案有需要時醫院的資源也較多」(C-12)



## 第五章 結論與建議

### 5.1 研究結論

經綜合本研究所探討之研究問題，依據研究目的、受訪者提供的經驗與意見，歸納分析研究結果及探討後整理相關研究發現說明如下：

**5.1.1 困境：針對服務現況、服務個案品質及行政業務處理遇及的困境如下：**

- (1) **針對長照 2.0 居家護理目前服務之現況：**受訪者認為護理的核心價值需有服務熱忱、親切有耐心，專業功能在於具備專業知識及專業護理技術、良好的溝通能力及判斷力，但因近年來衛生所業務倍增，導致護理師疲於奔命產生無力感。
- (2) **針對服務個案品質之困境：**對於職場危害暴露，擔心自身安全及傳染病疑慮，加上外籍看護工多，語言不通也是一種常見的困境，也遇及因溝通不良、認知差異性大，常將專業的居家護理當作是家事服務，常因此無效服務，也有受訪者表示，因為離開臨床太久，專業護理技術較不熟練加上衛生所業務繁雜，工作負荷過重，只能著重在自己負責的居家護理業務，無法再吸收其他資訊，以至於較缺乏整合性照護能力，進而產生無力感，間接影響服務品質；

但也有受訪者表示，多數民眾是滿意的，表示不需要舟車勞頓及特別請假帶個案回醫院，而要客觀了解民眾之滿意度，還是需要藉由設計問卷，實際調查才能客觀得知民眾對於服務品質的滿意度及實際需求。

**(3) 針對行政業務之困境：**長照需求突增，居家護理服務需求相對的也增加，面臨護理人力不足的問題、衛生所工作分配之屬性，都傾向由地段護理師負責，而居家護理服務需求又無法預期需求量，以至於無法平均分配，加上流程繁瑣所，訪視個案時先以紙本記錄，訪視完再回衛生所上系統等打服務紀錄，很沒有效率，系統操作功能亦不佳、費用核銷又有時效性，所以常加班。

**5.1.2 因應方式：**針對服務現況、服務個案品質及行政業務處理遇及的困境因應方式如下：

**(1) 主動尋求資源：**協助自己不足之處，例如上網搜尋相關照護技術，有安全疑慮時主動找人陪同前往案家。

**(2) 多溝通：**與照專及家屬多溝通，事先了解個案及家屬需求，以利後續執行有效的護理服務。

**(3) 善用長照資源：**結合長照現有的相關資源，如由中央經費申請

外籍通譯員，改善語言不通困境。

- (4) **適當的轉介服務**：服務量能不足時，適當的將個案轉介至其他醫療院所服務，以提升個案滿意度及減輕護理師心理壓力。
- (5) **獎勵金發放**：針對現況服務量分配不均，採獎勵金發放制度。

## 5.2 研究建議

本研究的目的是了解嘉義縣衛生所護理師執行長照 2.0 居家護理服務流程及現況，根據研究所得結果，提出以下建議：

- (1) 建議衛生福利部應全面調查居家護理師之需求，藉以重新規劃教育訓練課程，增加課程深度及實務技術操作，建立進修管道及訓練標準流程。
- (2) 建議衛生福利部編列預算，配置居家護理師筆電或平板，比照醫院電子化病例模式，隨時服務隨時記錄，簡化文書作業，以減輕護理師負擔，提高工作效率。
- (3) 期待部分業務能導入智慧科技設備來提升照護效能，分擔部分業務人力的負荷。
- (4) 建議衛生福利部編列預算，培訓一批專門負責執行居家護理服務的護理師，像照專一樣，專門負責長照業務，分配至各衛



生所，這樣護理師也較專精，然後，比照醫院護病比，訂定適合標準服務量及獎勵機制，以維護照護品質，也更能創造出護理專業功能與價值，並建立輔導機制，定期訪視第一線執行者，以實際了解執行者之困難點，加以輔導協助，以提升服務品質。

- (5) 建議衛生福利部將衛生所定位在政策宣導及輔導者，而非營利為主之經營者。

### 5.3 研究限制

本研究採取質性研究，係以嘉義縣衛生所山海屯區各所護理師為研究對象，因為受訪對象的樣本數不多，所以研究結果無法過度延伸及推論。因此，建議未來的研究可以擴大研究範圍，如進行 18 鄉鎮的調查或訪談，甚至納入其他非主辦，但有執行長照居家護理服務之護理師意見，採用量化的研究方式，設計問卷，使研究結果更全面，俾利更清楚呈現嘉義縣衛生所護理師執行長照 2.0 居家護理服務的服務現況及困境。期望藉由本研究結果，能引發更多研究者討論及進行更深層的探討，以利公部門能提出更具建設性的思考與作為，調整衛生所護理師人力及業務，更期望能落實專責業務，繼而讓使用服務的個案，享有更具品質之長照 2.0 居家護理服務。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 1.丁增輝（民91），台灣地區居家護理服務滿意度調查一由執行者與主要照顧者層面探討，台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 2.王玠（民80），在宅服務理念與趨勢：鳥瞰我國施行現況，紅心會訊，第8期，14-15頁。
- 3.王玉女、楊清姿、徐亞瑛（民85），居家照護服務及台灣的現況，長庚護理，第7卷第3期，80-85頁。
- 4.王愛卿(民91)，以德菲法分析公共衛生護理人員工作內容，國立台北護理健康大學研究所碩士論文。
- 5.王淑貞(民104)，長期照護發展與護理走向的連動—交錯、互動與輔成，國立台北護理健康大學研究所碩士論文。
- 6.行政院衛生福利部(民105)，長照十年計劃2.0(106年-115年)核定本。
- 7.余玉眉、吳凱勳、陳心耕、陳月枝、陳涵寧、趙殿妮（民79），我國居家護理的需求教育及納入全民健康保險的可行性研究，護理新象，第2卷第1期，52-75頁。
- 8.李明德（民85），台灣居家護理的概況，老人教育，第8期，6-16頁

- 9.李淑婷、謝臥龍、邱啓潤（民90），衛生所護理師角色功能之探討-德爾菲研究，護理研究，第9卷第3期，269-278頁。
- 10.阮玉梅等(民88)，長期照護概論（第二版），華杏。
- 11.阮玉梅，長期照護的沿革，於阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛、王祖琪(民88)，長期照護，台北：國立空中大學出版中心，15-43頁。
- 12.呂寶靜（民93），家對老人的意義，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告（計劃編號 NSC 91-2412-H-004-007-SSS）。
- 13.吳淑如、邱啟潤（民86），居家照護病患照護問題相關因素之探討，護理研究，第5卷第3期，279-289頁。
- 14.吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬（民97），民國八十八年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查，衛生福利部國民健康署。
- 15.吳淑妹(民104)，我國現階段長期照顧政策網絡之研究---以台中市為例，南華大學國際事務與企業學系亞太研究班碩士論文。
- 16.周春珍、張蓓莉、李冠慧、李亭亭(民98)，科技始於人性—淺談遠距醫療於老人健康照護之應用，護理雜誌，第56卷第6期，76-80頁。
- 17.徐慧娟(民88)，長期照護結果品質評值—以護理之家院民評估量

表(MDS)為例，護理雜誌，第 46 卷第 1 期，57-64 頁。

- 18.高敬文（民 88），質化研究方法論，台北：師大書苑。
19. 莊秀美，鄭佳玲(民 95)，企業參與長期照護服務供給相關課題之探討，中山人文社會科學期刊，第 14 卷第 1 期，97-124 頁。
- 20.郭怡秀(民 105)，雲林縣及嘉義縣、市公共衛生護理人員工作壓力與壓力因應策略之相關研究，南華大學生死學碩士論文。
- 21.張蓓貞(民 87)，職業衛生護理導論，台北：華杏。
- 22.國家發展委員會(民 101)，中華民國 101 年至 149 年人口推估，台北：國家發展委員會。
- 23.黃麗玉、洪百薰、羅素英、洪美玟（民90），偏遠地區衛生所辦理居家護理服務現況調查，公共衛生，第 28 卷第 3 期，189-201 頁。
- 24.黃源協(2005a)，民主觀點社會服務品質的內涵與管理措施之探討，臺大社工學刊，第 11 期，45-88 頁。
- 25.黃光雄（民 100），質性教育研究，嘉義市：濤石。  
Bogdan,R.C.,& Biklen,S.K.(1998).Qualitative Research for Education: An Introduction to theory and Methods, Boston: Allyn & Bacon.
- 26.楊錦洲（民 91），服務業品質管理，品質學會，3 頁。
- 27.葉淑惠、吳淑如（民87），社區殘病老人照護的挑戰，護理雜誌，第 45 第 6 期，36-41 頁。

- 28.葉至誠(民 106)，社區長期照護，台北：秀威經典。
- 29.廖念慈(民97)，以公共衛生護理人員觀點分析探討嘉義縣「醫療到家健康幸福」，亞洲大學健康暨醫務管理系碩士論文。
- 30.鄧素文(民 100)，高齡化時代的醫療照護模式—台灣長照政策之推動方向，台北國際會議中心：2011 年生策會會員大會暨醫療照護產業趨勢論壇。
- 31.潘依琳（民89），出院準備服務的建構與發展—以馬偕醫院為例，護理雜誌，第 47 卷第 4 期，76-86 頁。
- 32.潘淑滿（民 92），質性研究理論與應用，台北市：心理。
- 33.陳鳳音(民 91)，機構式長期照護的品質及其相關影響因素，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 34.陳美惠(民 93)，工作滿意度及相關因素之探討，國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 35.陳美惠（民93），居家護理人員工作滿意度及相關因素之探討，國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 36.陳庭羽、林政賢(民94)，高齡者進住長期照護機構意願之探討—人口統計變數、生活型態、行為變數與涉入程度之影響分析，經營管理論叢，第1卷第1期，47-77頁。

- 37.陳靜敏(民 99)，社區衛生護理學，台北：華騰。
- 38.陳國峰(民 100)，行動醫療表單之設計與探討分析—以居家照護應用為例，中臺科技大學健康產業管理研究所碩士論文。
- 39.陳向明 (民 103)，社會科學質的研究，台北市：五南。
- 40.陳曉虹(民 103)，以創新商業模式理論架構探討長期照護產業之居護式遠距照護系統，國立臺灣師範大學管理學院碩士論文。
- 41.鄭淑芬(民 99) ，居家護理人員介入居家照顧經驗之研究—以獨立型態及區域醫院居家護理師為例，國立南華大學研究所碩士論文。
42. 樓美玲、張彩秀、葉明珍、洪麗珍 (民94) ，遠距居家照護之現況、可行性及困境，護理雜誌，第52卷第1期，66-73 頁。

## 二、英文部分

1. Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care, The American University of Armenia Corporation
2. Kotler, P. (1996), *Marketing management: Analysis, planning implementation and Control*, 9th ed., New Jersey: Prentice Hall.
3. Patton, M. Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods, CA: Sage



### 三、網路資訊

1. 行政院內政部網站(民 107) ，中華民國 107 年老人狀況調查報告，衛生福利部。

取自：[https://www.moi.gov.tw/stat/news\\_detail.aspx?sn=13742](https://www.moi.gov.tw/stat/news_detail.aspx?sn=13742)。

擷取日期:109 年 05 月 01 日。

2. 行政院衛生福利部社會保險司（2019，6 月 19 日），長期照顧服務法規。檢自

<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/FLAW/FLAWDAT0201.aspx?lsid=FL077101>

適用日期:109 年 04 月 02 日

4. 馬玉琴(民 95) ，社區衛生護理學。檢自 <http://www.slidefinder.net/>

擷取日期:109 年 05 月 01 日。

5. 詹火生、林清璇(民90) ，老人長期照護政策—國家干預觀點之分析，財團法人國家政策研究基金會，

取自 [www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/091/SS-R-091-018](http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/091/SS-R-091-018)

擷取日期:109 年 04 月 21 日。



## 附錄一 訪談同意書

親愛的護理師，您好：

我是南華大學企業管理學系管理科學碩士在職專班研究生林怡伶，目前正在進行碩士論文的研究及撰寫工作。研究方向為「長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況之研究-以嘉義縣衛生所為例」，我將撰寫衛生所護理師執行長照 2.0 居家護理服務流程與執行現況，期盼透過此研究了解您在執行長照 2.0 居家護理服務上的實際流程及現況，並且針對所面臨的困境，所採取的因應方式有更深入的了解，提供建議給未來推動長照政策之參考。

本研究的期程二個月，我擬進行一至三次的訪談，為方便日後資料的分析和整理，訪談過程將進行全程錄音與筆記。在您接受訪談的過程中，您可以重新檢視並反思您的經驗與感受，且在訪談的過程中，若您感受有任何不妥之處，可以隨時提出不想回答，或是中止、退出訪談的要求。

訪談內容將予以保密，只作為學術研究之用，不作其他用途；研究報告的呈現亦會基於隱私保密原則，刪除任何可能辨識您身分之資料，對於訪談結果的呈現責任，一切將歸屬於我。感謝您不吝提供寶貴的資料與珍貴的意見，讓本研究能夠順利進行。再次感謝您對本研究的協助！

南華大學企業管理學系管理科學碩士在職專班

指導教授：涂瑞德 博士

研究生：林怡伶 敬上

我已閱讀訪談同意書，了解自己在研究中的權益並同意接受訪談。

受訪者(簽名)：\_\_\_\_\_

訪談日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 附錄二 長照 2.0 居家護理研究之訪談大綱

受訪者的基本資料		受訪日期：_____
1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
3. 年齡：	4. 最高學歷： <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科	
5. 服務年資：		

### ◆ 衛生所護理師對於長照 2.0 居家護理服務現況之看法

1. 在長照 2.0 政策與多元的公衛體系中，您認為衛生所護理師的核心價值和專業功能應該要如何發揮？
2. 您對於衛生所護理師目前所提供的服務項目，能否滿足民眾的需求，有何看法？
3. 您對於目前衛生所護理師從事長照 2.0 居家護理的資格要求與教育訓練，有何看法？

### ◆ 衛生所護理師，執行長照 2.0 居家護理，針對服務個案面臨之困境及因應方式

4. 您在執行長照 2.0 居家護理，在服務個案的過程，所面臨的主要困境為何？
5. 您在執行長照 2.0 居家護理，在服務個案的品質，所面臨的主要

困境為何？

6. 您採用哪些方法，來因應在執行長照 2.0 居家護理，針對服務個案，所面臨的困境？

◆ **衛生所護理師，執行長照 2.0 居家護理，針對行政作業面臨之困境及因應方式**

7 您認為衛生所護理師執行長照 2.0 居家護理，人力狀況及個案服務量應該如何分配？你有何建議？

8. 您認為衛生所護理師執行長照 2.0 系統操作使用上，面臨何種困境？你有何建議？

9. 衛生所護理師執行長照 2.0 居家護理服務費用核銷上，面臨何種困境？你有何建議？

◆ **衛生所護理師對未來長照 2.0 居家護理服務模式發展之期待與建議**

10. 您認為未來在長照 2.0 居家護理服務相關政策上，衛生所護理師應該扮演何種角色或功能？

11. 您認為未來有哪些新興科技之應用如遠距照護，可以改善居家護理服務項目或品質？

12. 您對於未來長照 2.0 居家護理服務之發展模式，有何期待與建議？