計畫編號：DOH97-TD-M-113-97020

行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫

我國長期照顧管理中心運作現況與未來發展之評估研究

研 究 報 告

執行機構：臺北醫學大學

計畫主持人：陳靜敏 教授

研究人員：黃斯蘋

全程計畫：自 97 年 03 月 01 日至 98 年 02 月 28 日止

本年度計畫：自 97 年 03 月 01 日至 98 年 02 月 28 日止

＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意＊

目　　錄　　頁　碼

封面----------0

目錄----------1

中文摘要 ----------2

英文摘要 ----------3

前言 ----------5

文獻探討 ----------8

研究方法 ----------14

結果----------21

一、文獻查證----------21

二、深度訪談----------33

三、問卷調查----------55

四、專家諮詢會議----------63

討論----------66

結論與建議----------72

九十七年度計畫執行成果報告表----------76

九十七年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議------77

參考文獻----------80

圖／表----------93

共 110 頁

附錄一 DOH97-TD-M-113-97020 研究問卷

附錄二 DOH97-TD-M-113-97020 問卷原始資料數據檔案譯碼簿(Codebook)

附錄三 DOH97-TD-M-113-97020 專家諮詢會會議記錄

附錄四 DOH97-TD-M-113-97020 專家效度檢定結果

計畫名稱：我國長期照顧管理中心運作現況與未來發展之評估研究

計畫編號：DOH97-TD-M-113-97020

執行機構：臺北醫學大學

計畫主持人：陳靜敏

計畫主持人服務單位：老人護理暨管理學系

計畫主持人職稱：教授兼主任

研究報告中文摘要：不超過六百字

中文關鍵詞(至少三個)：長期照顧管理中心、運作成效、服務模式、政策建議。

本研究旨在調查我國長期照顧管理中心運作現況與研究未來發展。研究設計採多元方法，研究步驟及結果包括：(一) 透過文獻查詢了解世界各國照管中心之運作模式與長期照護人力之需求與照顧管理之相關政策，擷取重要國內外文獻各 65 及 75 篇並整理為簡易摘要。(二) 發展訪談指引，透過深入訪談 7 個中心之照顧管理督導及專員共 11 人，進一步瞭解實務工作者對中心運作之意見與觀感。訪談所得結果皆完成逐字稿，進行內容分析歸納出「體察個案管理服務對於實務的衝擊」、「察覺個人專業能力的重要性」、「察覺妾身不明與未來的不確定感」與「體察業務推動過程的阻力」四個主要概念。(三)普查現任照管專員共 253 人，回收 196 份有效問卷。結果顯示專員的人力素質佳、但服務的年資並不長；礙於多為臨時性職缺，未來留任意願僅 65.31%；依 Donabedian 模式預測，中心在結構、過程與結果面三者皆呈現相關性，因此建議在結構面需要有完善的組織架構、充足的設備、多元化的資源種類及適當的在職教育，就能使專員在過程面執行個案管理更順利，使組織的運作更好，就會使結果面的工作困擾降低及提昇其留任意願。(四) 藉由專家諮詢會議提出最適之組織定位與運作模式之建議，專家一致認為中心應為官方單位，但因應地方特性，不一定需為二級機關。而中央應定位為規劃者、推動者、及考核者，以指引地方。以單一窗口方式由專員運用個案管理的方式針對複雜或多元需求之個案進行整合性、套裝式服務計畫及連結多元之資源為適切之中心運作模式，但目前規劃的負荷量則不可行，建議應先經初評：穩定個案為 120-200，但複雜者即為 45 比 1 專員。藉由本研究深入了解管理中心運作之策略、現況、問題與成效，期望能提供政府相關單位作為評量中心運作成效之依據，並可作為未來在制定相關政策之參考。

Project Title: Evaluative Study on Operation of Long-term Care Management Centers and their Future Development.

Project Number: DOH97-TD-M-113-97020

Executive Organization: Taipei Medical University

P.I. Institute: School of Geriatric Nursing and Care Management

Principal Investigator(P.I.): Ching-Min Chen

P.I. Position Title: Professor & Director

Abstract:

The purpose of this study is to examine the current operation status of long-term care management centers and further aimed to suggest the future policies for directions and service models. The triangulation approach was utilized. Research methods and results were as followed. 1). The thorough literature review was meta-analyzed, and 65 and 75 references in Chinese and English were annotated. 2). Based on results of literature review, interview guild was developed, 11 care managers and supervisors were interviewed in 7 centers. Results of content analysis indicated "impact of delivering case management in practice", "awareness of professionalism", "awareness of vague position and uncertainty" and "difficulties of promoting practice" were conducted. 3). A total of 253 case managers currently working were surveyed. In general, the personnel quality was good, work experience was not long, the temporary work status lead to low retention intention. As the Donabedian model predicted, if the staff level of structural organization was enough; the organization regulation was clearly, the equipment was sufficient and the information was appropriate, community resources was diversiform and sufficient, that would make care managers lower their work obsession. 4). expert consensus meeting was held to analyze current operation of the centers and further to propose the appropriate service model for the centers. Experts all agreed that the center should be funded by government with authority power. The Central government should be the planner, facilitator and evaluator for implementing the long-term care in every cities/counties. The single entry approach enabled care managers to case manage those in needs and further to delivery appropriate care. However, the current proposed caseload for managers was impossible under this service model. Screening to divide cases into 2 different types of caseload was recommended.

Keyword: Long-Term Care Management Center, Effectiveness, Service Model, Policy Recommendation

前　言

隨著醫療科技的進步、衛生環境的改良、國民生活水準及經濟生活的普遍提昇，人口老化已是全世界共同的人口現象。歐美先進國家從19世紀開始即陸續邁入老化國家之列，而多數開發中國家目前也快速的晉升老化之界，現今，全世界皆須共同面對人口老化的問題。

據先進國家的經驗指出，隨著老年人口的增加，慢性疾病及功能障礙的人口也會急劇上升，繼而對醫療服務與長期照護的需求也大幅增加（OECD,2005；Pratt, 2006; 行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規畫小組，2005）。除了愈來愈多的老年與殘障人口以外，人們愈來愈老，需要照護者日增；可是伴隨著子女數目減少和婦女就業機會增加，提供照顧者相對日減。因此，為滿足日漸增多的老人人口對於健康醫療與長期照顧需求，多數國家皆積極推動長期照顧服務。

我國老年人口（65歲以上）比率在1993年跨越7%的人口高齡化國家（aging nation）門檻，截至目前為止，我國65歲以上的人口佔總人口的比率已超過10%，未來30年間，由於戰後嬰兒潮邁入老年，台灣老年人口將暴漲3倍，到2026年老人所佔比率將高升為20.6%，屆時，每5位台灣人中，有一位是65歲以上的老人（行政院經濟建設委員會, 2006）。隨著人口快速老化，我國身心功能障礙或老衰的人口也在同步急遽增加，導致長期照護需求的暴漲。有鑑於此，行政院衛生署於民國八十七年十月二十日業奉　行政院核訂，執行「老人長期照護三年計畫」。其計劃內容重點之一即在「建立整合性服務網絡，成立『長期照護管理示範中心』，試辦「單一窗口」制度，使長期照護個案經專業評估及「個案管理」，能得到妥適之照護安排」（行政院衛生署，1998）。然而經建會於2002年規劃的「照顧服務福利及產業發展方案」中，也將照顧管理納入策略重點，責成縣市政府於各縣市設立照顧管理中心，以執行資源統籌與個案照顧管理工作。但衛生署早已在各縣市設置長期照護管理示範中心，因此這一個策略卻造成同一縣市出現兩個業務重疊的照顧管理中心。2005年5月24日行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組第2次委員會議決議，為利業務整合，有關照顧管理中心之名稱統一定名為「長期照顧管理中心」（我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫，2007）。

然學者王增勇等（2005）檢視目前台灣長期照顧服務體系中照顧管理的執行現況發現，目前我國長期照顧管理中心在運作上有下述主要的問題：縣市評估工具、資格核定

範圍、及服務補助標準不一，又因現行長期照顧制度行政體系和法規分歧，各縣市照顧管理體系發展不一，在限於長期照顧管理中心人力、經費、物力與能力明顯不夠情形下，個案管理與整合轄區內資源訊息與轉介的功能無法發揮，是以，大多數縣市管理中心仍然無法發揮統籌管理的功能。

綜觀長期照顧的目標人口群在使用服務過程中經常面臨兩大問題，一是個案本身的照顧問題複雜，需要多種照顧服務方案介入才能滿足需求；另一狀況則是個案在如何有效地獲得資源或使用資源方面有特殊困難，需要專業人員協助整合服務資源。在我國長期照顧服務體系的發展過程中，歷經二十多年的制度發展，陸續訂頒其他關於健康醫療及社會福利的重要法案或機構設置之相關規定，另外，衛生署、內政部等政府部會亦提出了多項行政方案計畫，皆為滿足個案多元之服務需求，因此逐漸發展各項服務方案，惟欠缺完整規劃，不僅服務方案分屬不同體系，各方案間甚至出現重疊散亂的狀況，也陷入服務效率不彰及補助標準不一的窘境。時至 2006 年 9 月行政院院會通過大溫暖社會福利套案，在「強化老人安養」策略下將「建構長期照顧體系十年計畫」列為旗艦計畫，訂定了「建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」之基本目標，其中為求總目標的達成，更訂出六項次目標如下：

1. 以全人照顧、在地老化、多元連續服務為長期照顧服務原則，加強照顧服務的發展與普及。
2. 保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，並增進民眾選擇服務的權利。
3. 支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任。
4. 建立照顧管理機制，整合各類服務與資源，確保服務提供的效率與效益。
5. 透過政府的經費補助，以提升民眾使用長期照顧服務的可負擔性。
6. 確保長期照顧財源的永續維持，政府與民眾共同分擔財務責任。

是以，為建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之老人長期照顧服務體系，推動照顧管理模式，增進各類社區服務間之統籌協調，提供照顧需求者適切配套服務，乃成為目前我國長期照顧改革的重要策略。在全國投入諸多的財力與人力推動長期照顧管理中心的運作多年後，配合「建構長期照顧體系十年計畫」的推動，現應就長期照顧管理中心執行現況之檢討與成效分析之評值，藉以了解目前各長期照顧管理中心的組織定位與運作

模式，及其所面臨之問題，以期能配合「建構長期照顧體系十年計畫」的推動，發揮照顧管理應有之功能，使長期照顧管理中心能永續經營，以早日達成建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主之整體目標。

本研究以了解各長期照顧管理中心執行現況，探討我國現行照顧管理制度及其執行成效為主。首先透過地毯式的國內外文獻查詢，了解世界各國長期照顧管理中心之運作模式與長期照護人力之需求與照顧管理之相關政策；續透過深入訪談相關的產官學界利害關係人，包括服務模式的提供者與決策者等，以進一步瞭解各利害關係人對評值之意見與觀感；進而透過問卷調查目前服務於我國 25 縣市長照中心之照顧管理專員，瞭解其服務現況、服務內容、運作情形及成效評估；透過評價過程，以了解目前各長期照顧管理中心所面臨之問題，最後藉由專家會議進行評估、分析其優缺點，並提出最適之組織定位與運作模式方案。本研究之研究目的，包括：

1. 檢討我國 25 縣市長期照顧管理中心執行現況與分析其成效。
2. 發展各長期照顧管理中心之組織定位與運作模式之比較，以供政府相關單位推動政策之參考。
3. 探討世界各國家之長期照顧服務模式的發展經驗與趨勢，提出我國長期照顧管理中心人力需求與未來發展之建議。

文 獻 探 討

長期照護需求人口隨老年人口增加及疾病型態轉變，而快速成長。美國之國家健康調查（National Health Survey）發現住在社區中之六十五歲以上老者約有四分之一具有日常生活功能（Activity of Daily Living Scale, ADLs）七項個人照顧活動中之一項以上之適應困難；有 27%之老人遭遇工具性日常生活功能（IADLs）中之六項日常活動之一項困難（US Census Bureau, 2002）；在台灣地區之老人超過六十五歲者，大約有 65.7%均患有一種以上之慢性或急性疾病，其中，每十人就有一位需人照顧，有三分之一罹患心臟血管疾病，且有 5.43%，約九萬二千位老人，表示無法自行料理生活，需人照顧（內政部，2007）。依據 2000 年 12 月底行政院主計處辦理之「戶口及住宅普查」報告顯示，估計台閩地區約有 33 萬 8 千餘人需要長期照顧，其中屬於 65 歲以上老年人口占 53.9%，有 18 萬 2,351 人，占全體老年人口 9.7%。又依據內政部 94 年度委託辦理之「我國長期照顧財務制度規劃研究」(鄭文輝等, 2005)報告顯示，預估 2006 年全人口當中具有 ADLs 及 IADLs 失能者人數合計達 55 萬餘人，預估 2016 年將達 72 萬餘人，總人數較 2006 年成長近 30%，雖然未來醫療科技會進步，但因疾病遺留後遺症而導致的身心功能障礙著卻反而會增加，將不斷加重對長期照顧的需求。

但觀目前我國對長期照護的投入相較於已有近百年的經驗來面對人口老化課題所作的準備之西方國家而言，十分有限。雖然社會福利體系對中低收入戶有機構式和居家式的服務救助，衛生體系將重症病患的居家護理服務納入全民健保給付，但其中照顧的範圍十分狹窄，提供服務的人力與設施亦嚴重缺乏，導致嚴重的社會問題，例如：（一）絕大多數長期照護的責任均由個人或家庭獨立負擔，造成沉重的身心與財務負荷，在需求持續成長之下，家庭無法負荷；（二）社區服務體系缺乏，因而對機構過度依賴，影響民眾選擇服務的權利；（三）過去大量未立案機構雖已陸續申請立案，但其品質能否保障住民的安全和照護品質，仍是問題；（四）長期照護病人長期佔用急性醫院病床，不但不能提供適切服務，反而每年浪費數十億全民健保經費等。這些困境均明顯指出我國福利服務仍需加強，形成另一個新興的照護問題（吳淑瓊 &江東亮，1995）。

有感於上述問題之嚴重性，行政院陸續著手規劃老人長期照顧服務。1980 年制訂的老人福利法及殘障福利法是我國長期照顧服務體制發展的重要開端，但在此段期間，政府的公共政策仍很少關注長期照顧服務，只設立極少數的救助收容機構，或投入安養機構、文康服務機構等服務功能有關老人的資源建制，直到 1990 年代才因快速成長的長

期照顧需求而促使政府相關政策的推動(吳淑瓊 & 陳正芬, 2000)。1998 年行政院核定由內政部提出之「加強老人安養服務方案」及衛生署之「老人長期照護三年計畫」，以因應國人對於長期照顧服務日漸殷切的需求。但老人長期照護之需求是連續且多元的，然評估現有老人長期照護及資源，分散於衛生醫療及社會福利二大行政體系，服務提供以行政為考量，不是以老人或其家屬為中心提供服務，導致服務內容往往有重覆或不足之窘境。由於長期照顧的本質係屬連續性與綜合性的問題，除了包括醫療，復健與長期性護理照護之外，亦涉及患者的生活照顧、家庭支持與經濟負擔、社會福利等多元性問題，故需作整體性考量；但由於目前國內有關長期照護的資源，分屬衛生與社政二個體系，相關之公私立機構與服務類型名目非常繁多且分歧，民眾並不容易瞭解。一但家中有長期性失能患者需要照顧，民眾往往無法掌握完整的資訊，以致未能尋求適切的服務。

有鑑於此，行政院衛生署在其執行之「老人長期照護三年計畫」內容重點之一即在「建立整合性服務網絡，成立『長期照護管理示範中心』，試辦「單一窗口」制度，使長期照護病患經專業評估及「個案管理」方式，能得到妥適之照護安排」(行政院衛生署，1998)。籌設長期照護管理示範中心的宗旨目的，乃希望在對地區內的長期照護求有所瞭解或評估之後，針對地區性的各項相關資源與資訊，不論是衛生或社政的，政府或民間的，均能予以瞭解與掌握，並進行協調性的整合管理，以「個案管理」的技巧，對需長期照護的失能者或家屬提供「單一窗口」式的整合性服務。而中心服務內容可包括資訊諮詢、轉介與個案管理，同時亦可提供失能者的生活輔具展示與租借服務，辦理相關訓練與教育活動，以促進地區性長期照護整合性服務工作網絡的建立。其中「個案管理人員」是「長期照護管理示範中心」的靈魂人物，其專業能力維繫著中心的服務品質（中華民國長期照護專業協會，2001a)。

此後， 2001 年的「醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫」繼續將此列為重點目標，至 2003 年底為止，全國 25 縣市的管理中心據點均已建制完成。由於其「示範」之意涵隨各縣市都已設立而淡化，自 2004 年起改稱為「長期照護管理中心」；而自 2005 年至今的「全人健康照護計畫」仍持續執行管理中心之相關事宜（衛生署, 2005；鄭文輝, 2004)。另一方面，為建構老人及身心障礙者的照顧支持系統，經建會於 2002 年提出「照顧服務福利及產業發展方案」，第一期的計畫規劃在各縣市層級設立「照顧管理中心」，以執行資源統籌與個案照顧管理工作，由於考量與原有之「長期照護管理示範中心」的重疊問題，故大多數縣市由「長期照護管理示範中心」兼辦「照顧管理中心」

的業務，但各縣市又有不同的掛牌情形；第二期計畫則進一步整合衛政及社政之服務資源，並統合「長期照護管理示範中心」及「照顧管理中心」，共同推展照顧管理制度（行政院經濟建設委員會, 2005）。為實際解決衛政體系「長期照護管理示範中心」及社政體系「照顧管理中心」共同掛牌的現象，行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組於 2005 年 5 月 24 日第二次委員會議決議將名稱統一為「長期照顧管理中心」（我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫,2007）。

截至 96 年 6 月底，各縣市長期照顧管理中心計有 188 人（涵括衛生署預算聘用 60 人、社政 46 人、勞委會補助 63 人、衛生局自聘 19 人），目前各縣市的業務整合情形不一，而服務輸送流程也不一致。學者表示目前大多數縣市之照顧管理中心仍然無法發揮統籌管理的功能（王增勇等，2005），主要問題有：組織架構方面：中心並非正式單位，在臨時任務編組的組織架構下，不但不能擁有自己的預算和人事，更沒有整合跨局室資源的行政力量；在人力配置方面：由於中心為非正式組織，並無正式人力編制，目前每一縣市只配置 2-3 名約聘人力，人力當然不足，無法負荷全縣市的照顧管理業務，當然無法確實執行照顧管理制度；此外，中心的角色功能不明造成工作人員無所適從的問題；更重要的，工作人員確有照顧管理技術不足的問題，由於照顧管理必須綜合個案之醫療、護理、復健、心理、營養、生活、社會服務等跨領域的服務需求，方能勝任，但放眼望去，我國目前相關專業的學校教育並未有這樣的訓練，實務上又處於嘗試階段，也不具有在職訓練的環境（吳淑瓊, 2005；我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫, 2007）。

綜合上述文獻發現，因現行長期照顧制度行政體系和法規分歧，各縣市照顧管理體系發展不一，又限於長期照顧管理中心人力、經費、物力與能力明顯不夠，影響人員留任及運作效率。為達成有效運用資源、整合零散的照顧服務，以因應個人及家庭的個別需求、維持照顧服務的連貫和持續性、抑制成本等目標原則下，有必要為目前長期照顧管理中心的組織定位、就其運作模式現況及人力需求進行研究分析，以作為政策制訂之依據與參考。

檢視學者們整理照顧管理的相關文獻發現，照顧管理乃針對有複雜問題的個案，提供一套系統性的服務，以案主需求為導向，連結其所需的服務體系與資源，並強調案主的自主與選擇權，以及與照顧者及服務提供者間伙伴關係，進而促進服務的品質、效率與責信（王玠等，1998；Carr, 2003）。因此，其主要特性可歸納為：（1）服務對象：以

同時遭遇多重問題的個人或家庭，或是需要長期照顧的個人為主要對象；(2) 目標：改善案主對支持和服務的使用，並發展社會網絡和服務的能力，以增進案主的福祉；(3) 功能：針對評量後的案主需求提出一套全面性的計畫，透過服務的提供達到案主充權（empowerment）的功能；(4) 主要特色：需要密集且長時間的介入及服務廣度的擴展；(5) 主要工作：包括個案的篩選、評量、目標界定、資源確認和擬定介入計畫、介入計畫的執行、監管、再評量、結案與追蹤等一系列的工作；(6) 組織的回應：照顧管理需要多層次組織的回應，連結實務、廣泛的資源及機構層次的活動，強調整合性的關係（我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫, 2007)。而個案管理的目的是為了增強個案獲取及運用資源的能力、技巧及動機，和減低他們運用資源的障礙，另外並強化資源網絡的發展，創造更豐富的資源網絡。而長期照護個案管理的終極目的在針對遭遇複雜且多重問題或障礙之長期照護個案及家庭，在完整評估個案及家庭之照護需求（need)，考慮個案財務之可負擔性（affordability)，及個案的個人喜好（preference）為原則，協助連結相關資源或服務，使其享有品質、持續、完整及適當的照護服務，確保照護服務之及時性與適當性，除可減少醫療及社會福利服務的不適當使用，增加資源有效使用外，更可控制照護成本以提升個案及家庭之生活品質（中華民國長期照護專業協會，2001b)。

而長期照顧管理中心需依其所處的社區特性與長期照顧管理中心之運作成效不同選擇合宜之服務提供模式。學者認為長期照顧管理中心對個案管理服務的提供可分為四個模式(陳惠姿，2001)：1.開發模式：當整個大環境中各個機構之服務整合程度相當高，但可運用之社會資源有限時，個案管理工作角色即在儘可能將有限資源做最具效率之分配；2.仲介模式：當服務體系之整合程度與社會資源之充分程度皆相當高時，個案管理主要的功能即在決定案主需要那些服務，進而予以適當的安排；3.分配模式：而有時社會資源相當豐富，但服務體系環境中卻是分歧、支離，此時個案管理的主要工作必須在各個不同的服務提供體系之間，扮演起串連的角色，擔任整合、仲介的工作，藉此方能發展適合案主整套服務計劃；及 4.安排模式：最困難的情況是不僅缺乏統整之服務體系，同時也缺乏社會資源，此時要個案管理承擔開發資源和協調服務的工作，進而達成服務之目標需要付出加倍的努力。Callis et al. (2007)發現在英國當個案管理模式不同時，管理中心在其收案的個案組成（case-mix)、連結的服務數與個管師花費的時間上皆有不同。

是以，為找出長期照顧管理中心最適之服務提供模式，須對長期照顧管理中心之運作成效進行評值。評值對任何型式之服務模式都非常重要，唯有透過評值才能區分成功與失敗的模式，並改善現有模式，也唯有透過評值才能瞭解投入的資源是否有達到預期的效果。透過正式的評值過程(Formal evaluation)方能針對既定之服務或層面明確的描述過程與收集資料，且能運用客觀的標準，在控制的環境下，避免主觀的偏見，進而能提出強而有力的建議。一般來說，方案評值之範圍會依照計畫的需求與特性而有所不同，整體而言，可分為五類，包含有規劃性(Formative)、總結性(Summative)、過程性(Process)、成效性(Impact)及結果性(Outcome)評值。Abdallah (2005)評值美國 5 個州的管理中心的營運績效，其使用個管師的角色表現與工作人員的成長做為評值的指標。Beland et al. (2006)則比較傳統模式與整合模式(SIPA)在個案照護成本、機構利用度、生活品質等的差異情形。由於我國各縣市長期照顧管理中心的運作未訂有一定的成效指標，且仍屬新興模式、處於摸索階段，在未成熟前，評估其成效（Impact）往往會因為服務量過少，或固定成本過高等因素而低估了其成效，因此本計畫採用 Donabedian (1980)提出的結構（Structure）、過程（Process）與結果（Outcome）之概念進行評值。結構層面指長期照顧管理中心的組織特質、組織章程、資源的特徵、行政支援等；常見的結構指標包括組織架構與設備、人員的資格與經驗和人力配置、行政與社區資源等。過程層面乃指長期照顧管理中心的運作過程，包括組織的運作(定期召開工作小組討論會)、評估個案健康問題、執行個案照護計畫、運用媒體傳銷、資源開發與整合、工作人員激勵與維繫等。為使長期照顧管理中心能永續經營，應特別著重過程層面的發展成效，因此，長期照顧管理中心人員是否歷經自覺與自決中心的運作與定位為考量的重點。結果層面則指案主接受長期照顧管理中心服務一段時間後所產生的變化，包括個案及其主要照顧者的滿意度與健康狀況、工作人員的成長與滿意度、及營運效益等（Chen, Hong, & Hsu, 2007）。

此外，由於本計畫旨在發展長期照顧管理中心之組織定位與運作模式，提出我國長期照顧管理中心人力需求與未來發展之建議，因此，本計畫採用美國疾病管制局(The Center for Disease Control and Prevention, CDC)在 1999 年因應方案管理的需求而發展適用於公共衛生與醫療服務相關的評值架構，提供公共衛生專業者在方案評估時的指引，以期能供政府相關單位推動政策之參考。該評值架構為一 6 個步驟的循環，分述如下：

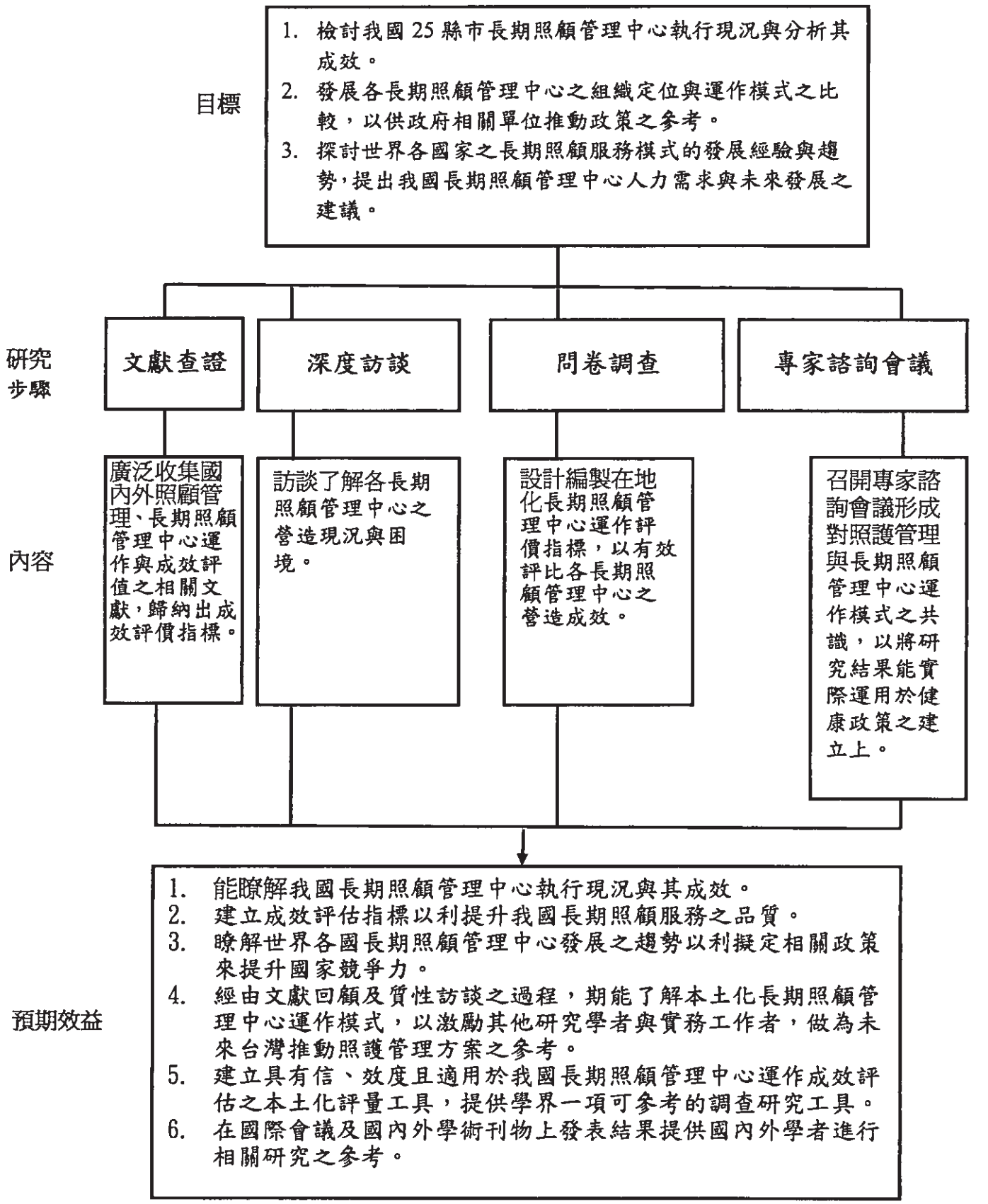
1. 方案利害關係人的確定(Engaging stakeholders)：在開始評值之前，應積極的與相關的利害關係人接觸，進一步瞭解各利害關係人對評值之意見與觀感。一般來說，三

個最重要的關係人為服務模式的提供者（在此為長期照顧管理中心人員），與需要資訊的決策者（在此為衛生署）。

2. 方案的描述(Describing the program)：在詳細的描述服務模式目的、內容、預期達到之效益、服務對象、發展過程、服務流程等資訊後，才有足夠的資訊設定評值的基準與範圍。
3. 評值設計的焦點(Focusing the evaluation design)：在有限的時間與資源下，需要擬定評值之目標，研究設計，並確保所有利害關係人的考量均有被納入。
4. 可信證據的收集(Gathering credible evidence)：依照研究設計所需，收集相關資訊，應決定哪些變相，量表會被納入，並且需要擬定資料收集的機制。
5. 結果判定(Justifying conclusion)：依照所收集的資料進行分析，並解釋與判斷結果，並提出相關之建議。
6. 落實使用與分享所得(Ensuring use and share lessons learned)：確保資訊能夠與各利害關係人分享，並能利用評值的結果對服務模式進行建設性之改進。

研 究 方 法

計畫架構：


目標
1. 檢討我國 25 縣市長期照顧管理中心執行現況與分析其成效。
2. 發展各長期照顧管理中心之組織定位與運作模式之比較，以供政府相關單位推動政策之參考。
3. 探討世界各國家之長期照顧服務模式的發展經驗與趨勢，提出我國長期照顧管理中心人力需求與未來發展之建議。
研究步驟
文獻查證
深度訪談
問卷調查
專家諮詢會議
內容
廣泛收集國內外照顧管理、長期照顧管理中心運作與成效評值之相關文獻，歸納出成效評價指標。
訪談了解各長期照顧管理中心之營造現況與困境。
設計編製在地化長期照顧管理中心運作評價指標，以有效評比各長期照顧管理中心之營造成效。
召開專家諮詢會議形成對照護管理與長期照顧管理中心運作模式之共識，以將研究結果能實際運用於健康政策之建立上。
預期效益
1. 能瞭解我國長期照顧管理中心執行現況與其成效。
2. 建立成效評估指標以利提升我國長期照顧服務之品質。
3. 瞭解世界各國長期照顧管理中心發展之趨勢以利擬定相關政策來提升國家競爭力。
4. 經由文獻回顧及質性訪談之過程，期能了解本土化長期照顧管理中心運作模式，以激勵其他研究學者與實務工作者，做為未來台灣推動照護管理方案之參考。
5. 建立具有信、效度且適用於我國長期照顧管理中心運作成效評估之本土化評量工具，提供學界一項可參考的調查研究工具。
6. 在國際會議及國內外學術刊物上發表結果提供國內外學者進行相關研究之參考。

本研究旨在調查我國長期照顧管理中心運作現況與研究中心未來之發展，因此採用多元方法來從事研究。多元方法之優點特別顯現在當一個研究中同時使用了質性和量性研究這兩種不同科學典範的研究方法以「尋求值得信賴之研究解釋」時。因此，使用多元方法的目的即為利用三角交叉檢視（Trianglulation）來找尋研究結果值得信賴之詮釋和對研究現象更詳實的描述，以及降低研究者影射效果（Reflexivity）避免研究現象及結果受研究者個人主觀影響而做出不當的詮釋（胡，1996）。簡單的說，即是利用多位研究者參與、多重資料來源及使用多種研究方法來定義確認研究的方法。

研究設計採質量並進方式，以結構式問卷調查（cross-sectional survey research）之量性研究設計及深度訪談（focused interview）與專家會議（experts consensus）之質性研究方法，瞭解我國長期照顧管理中心之運作現況與對未來發展提出建議。首先透過地毯式的國內外文獻查詢，了解世界各國長期照顧管理中心之運作模式與長期照護人力之需求與照顧管理之相關政策；續透過深入訪談相關的產官學界利害關係人，包括服務模式的提供者、接受者與決策者等，以進一步瞭解各利害關係人對評值之意見與觀感；進而透過問卷調查目前服務於我國 25 縣市長期照顧管理中心之個案管理人員，瞭解其服務現況、服務內容、運作情形及成效評估；期望透過評價過程，以了解目前各長期照顧管理中心所面臨之問題，最後藉由專家諮詢會議進行評估、分析其優缺點，並提出最適之組織定位與運作模式方案。

研究對象與資料收集及分析方法依研究設計不同而有所不同。以下依進行之步驟說明如下：

1. 文獻查證

此階段主要在透過蒐集分析國內外與長期照護機構服務相關之研究報告、書籍、研討會論文、碩、博士論文、官方文獻與統計資料等，探討世界各國家之長期照顧管理中心之運作模式、長期照護人力之需求與照顧管理之相關政策、及主要國家對長期照顧管理中心之運作成效評估結果。國外部份的文獻探討使用 ISI Web of Science 資料庫蒐集整理最近 20 年（自 1988 年迄 2007 年）有關照顧管理服務模式的 SCI/SSCI 文獻加以整理探討，以瞭解世界主要國家的發展經驗與趨勢。研究人員以照顧管理或個案管理(care management* or case management*)、 資源、聯繫或轉介中心（resource center or liaison center or triage center）等關鍵字搜尋資料庫；國內部份的文獻除以上述關鍵字搜尋中華民國期刊論文索引外，亦透過政府研究資訊系統（Government Research Bulletin, GRB）

檢索行政單位（如衛生署、社會局、內政部）與研究單位（如國科會）研究計劃目錄，收集近二十年相關長期照護機構之文獻、統計資料與研究調查資料與政策改變情形。所有適合之文獻資料全數下載並做基本分析。研究人員自其中擷取出相關的文獻，逐篇整理簡易摘要（Annotated bibliography）經歸納整理長期照顧管理中心之運作模式、成效評估、長期照護人力需求等之政策建議。

2. 深度訪談

此階段旨在瞭解利害關係人，含服務模式的提供者與決策者等對長期照顧管理中心之運作模式與成效評值之意見與觀感，因此以現象學研究法深入探索。因現象學研究強調的是資料的豐富性（information rich）較不著重樣本數量，相關文獻資料顯示研究樣本數由 2-47 人不等（Streubert & Carpenter, 1995）是以本研究將以長期照顧管理中心所處地理特性與推動模式不同之 4 家具有特色的長期照顧管理中心負責人、個案管理師（1-2 人）為研究對象，約 8-16 人。採一般性訪談指引法（General Interview Guide Approach），立意取樣參予意願高（information rich）、地理特性與推動模式不同之 4 家具有特色的長期照顧管理中心進行訪談，進而可供下階段問卷研發設計之參考。

研究者先透過行政的聯繫製成各縣市長期照顧管理中心工作人員清冊，由研究者親自打電話給中心負責人及其衛生局督導以說明有關此研究之目的及內容，取得研究對象的同意並約定時間後，由研究者至研究對象熟悉的環境進行訪談。收案過程中先向研究對象說明研究目的及研究方法，經徵得研究對象同意並簽立同意書後正式收案。質性資料的收集採一般性訪談指引法，藉由一組提綱挈領的問題，以收集受訪者對中心運作現況、人員品質與訓練及未來中心定位之感想與看法。訪談過程並全程錄音，續以文字稿之方式呈現，後再進行內容分析，並以 Lincoln & Guba（1989）的嚴謹性及真實性標準來分析質化研究的品質。研究嚴謹性指標包含可信度（credibility）、可轉換性（transferability）、可靠性（dependability）、確實性（confirmability）等四項。在可信度方面，研究者以長期投入、持續的觀察、三角驗證、足夠的參與資料、同儕的討論（peer debriefing）、成員檢核（member checks）、反省日誌（reflexive journal）等策略來達成。在可轉換性方面，則以深厚描述（thick description）來實際應用在中心運作過程中。在可靠性與確實性方面，則由研究者間一致性及確實的檢核（confirmability audit）來達成。研究者並提供研究計劃、訪談大綱來說明整個研究過程與決策；以及原始訪談記錄、訪談資料處理分析步驟、訪談筆記、同儕討論等檢核線索，說明研究之實施情形、困難及

研究者的解釋、詮釋之依據等，後交由外在的審查委員來審核並給予督導及修正。研究之真實性，旨在從解釋的情境脈絡中得到意義。其即如同量性研究的內在效度，本研究將由下述方式來達成：（一）研究者即為長期照護諮詢委員的工作，實際參與長期照顧管理中心運作之諮詢的工作，能深刻了解長期照顧管理中心之運作過程；（二）以開放式、探索式（probing）問答方式進行深度訪談，以了解其在業務執行與推動上之複雜、微妙的主觀感受。

3. 問卷調查

此階段旨在蒐集全國長期照顧管理中心執行情形及評估其運作成效，採橫斷性問卷調查法（Cross–sectional survey research）。問卷將以郵寄之方式，由參與者自由填答（Self–reported）。問卷的設計由研究者參考文獻與訪談結果自行研究發展，以加強問卷的可信度，且問卷延聘各領域之學者專家，共同檢視問卷內容的效度(Content Validity)。研究工具先進行預試，以確保問卷的效度及信度。

研究工具內容包括長期照顧管理中心之服務現況、服務內容、運作情形及以Donabedian (1980)提出的結構（Structure）、過程（Process）與結果（Outcome）之概念進行之成效評值。研究工具之擬定依據 Hickey, Owen, & Froman（1992）之準則，經下列三個步驟：找出研究層面（domain identification）、設計題目（Item generation）、以及形成研究工具（instrument formation）。本研究在各量表之擬定時，由研究者研讀國內外參考文獻，並根據相關理論架構，發展研究的層面。主要的研究概念後經由前階段深入訪談後設計研究題目。並且延請 4 位專精於長期照護管理中心實務界的人員、3 位在衛生署護理及健康照護處負責長期照護政策的制定與推動的人員及 2 位在長期照護領域學術界的專家，對研究工具進行內容效度（Content Validity）的檢定，並提供修正意見。而根據預試的結果，一些低效度及信度的問卷內容已做適度的修正及定稿；專家內容效度檢定結果：第一部份為照顧管理專員的基本資料，共 10 題 CVI 得分為 .94，其中有 6 題依照專家建議作部份文字修改。第二部份為長期照顧管理中心結構面向的運作現況：包含組織架構（8 題）、設備（5 題）、人員訓練（1 題）及連結資源種類（14 題），共 28 題 CVI 得分為 0.97，依照專家建議在設備的題目修改為工作場域空間、設施設備及資訊化，題目由 5 題修改為 3 題，在連結資源種類的題目，依照專家建議將「您服務的中心…」做文字修改成以照管專員的語句為「我認為我服務區域內的…」，並且將「輔具購買」及「輔具租借」合併為一題，題目由 14 題修改為 13 題，文字修改為 13 題。故在結構

面向的題目由 28 題修改為 25 題。第三部份為長期照顧管理中心過程面向的運作現況，包含照顧管理過程（21 題）、組織運作（3 題）及運用媒體傳銷（4 題），共 28 題 CVI 得分為 .80，依照專家建議在照顧管理過程的題目，將文字再做修辭，並將相似的題目做整合，題目由 21 題修改為 17 題；運用媒體傳銷的部份，修正為「單張/平面媒體」和「網頁/電子媒體」，題目由 4 題修改為 3 題，故在過程面向的題目由 28 題修改為 23 題。

第四部份為長期照顧管理中心結果面向的運作現況，包含照顧管理專員業務量（11 題）、工作困擾（18 題）及留任意願（1 題），共 30 題 CVI 得分為 0.82，在業務量的部份，「您在 97.9 參與個案討論會次數」予以刪除，在留任意願的部份有錯字修改及增加「不符合資格」及「未通過訓練及考試」二個選項，故在結果面向的題目由 30 題修改為 29 題。最後製表彙整專家意見，進行問卷內容修正，使提議更符合研究目的詳見下表。

表 專家內容效度（CVI）得分

量表名稱	原始題數	CVI	修改後題數
照顧管理專員基本資料	10	0.94	4
長期照顧管理中心運作現況：結構面	28	0.97	32
長期照顧管理中心運作現況：過程面	28	0.80	23
長期照顧管理中心運作現況：結果面	30	0.82	29

另外信度檢定採用內在一致性（internal consistency）檢定，以 Cronbach’s Alpha 係數檢視長照中心運作現況：「結構面」、「過程面」、「結果面」量表項目的一致性。DeVellis（1991）指出問卷內在一致性檢定時，Cronbach’s Alpha 最佳的內在一致性為 .80 - .90，最小可接受度則為 .65- .70。於 97 年 10 月 13 日至 28 日期間進行前驅測驗，檢視本工具之內在一致性，顯示除了組織的運作 Cronbach’s Alpha .56 偏低，經專家建議將「您和其他照顧管理專員定期會開個案討論會」修改語句為「我的中心會定期開個案討論會」使其達到一致性。此外將第一部份為照顧管理專員的基本資料 10 題中，其中有 6 題及增加一題「您的職缺為臨時人員、臨時約聘、正式人員及其他」，將其一併移置結構面的人力素質。

在正式的研究中，在「長照中心運作現況：結構面」共有 32 題，包含「組織架構」其 Cronbach' s Alpha 值為 .87、「設備」 其 Cronbach' s Alpha 值為 .51 及「資源種類」其 Cronbach' s Alpha 值為 .87。在「長照中心運作現況：過程面」共有 23 題，包含「個案管理過程」其 Cronbach' s Alpha 值為 .93、「組織的運作」其 Cronbach' s Alpha 值為 .80 及「運用媒體傳銷」其 Cronbach' s Alpha 值為 .81。在「長照中心運作現況：結果面」共有 18 題，在「工作困擾」其 Cronbach' s Alpha 值為 .88，詳見下表。

研究工具之內在一致性信度分析

量表名稱	前驅問卷（*N*=30）		正式問卷（*N*=196）	
	題數	Cronbach's Alpha	題數	Cronbach's Alpha
長照中心運作現況：結構面				
組織架構	8	.88	8	.87
設備	3	.84	3	.51
資源種類	13	.80	13	.87
長照中心運作現況：過程面				
個案管理過程	17	.82	17	.93
組織的運作	3	.56（修正 25 題的語句）	3	.80
運用媒體傳銷	3	.81	3	.81
長照中心運作現況：結果面				
工作困擾	18	.89	18	.88

而問卷調查的對象，透過行政聯繫由衛生署、內政部、勞委會、衛生局等取得 25 縣市長期照顧管理中心個案管理師清冊 253 名全部取樣。根據 Dillman（1978）的郵寄及電訪調查之完全設計法的適當催收時限，所有願意參加的研究對象將在一週後再接到電話，以詢問是否已將問卷寄回，或是否需再另寄一份問卷包裹。三個及七個禮拜後，只郵寄或電話通知那些還未回函的參與者，以詢問其是否需再補寄一份問卷以增加回收率。問卷分析針對研究對象基本背景資料、長期照顧管理中心的結構、過程、結果面運作成效等變相之現況及其影響因素進行探討。

4. 專家諮詢會議

此階段旨在綜合評估分析我國長期照顧管理中心之運作成效及其優缺點、長照中心長期人力需求、人員訓練品質及留任問題，並提出最適之組織定位與運作模式方案與政策建議。進行方式採專家諮詢會議型式，邀請專家依 Mayor（1985）政策之研擬的流程，暢談上述議題及其建議之解決方案。在選擇專家時考量其專業知識、經驗以及對本研究合作與支持的意願。因此，本研究所選擇參與座談的專家對象，為對長期照顧管理中心之運作、照顧管理、個案管理等相關議題有研究或實務經驗，抑或對推動我國長期照顧發展不遺餘力者；且經過個別洽談後，願意提供其寶貴意見協助本研究調查。

本研究在專家的挑選上係採立意取樣，於產、官、學界中依比例選取各類專家代表共 11 人(依焦點團體會談法最適參與人數為 5 至 15 人，以達最有效且最佳之溝通狀態(Polit & Hungler, 2003)參加。進行步驟包括：首先根據第一階段的文獻查詢找出最具代表性的各類專家代表，再透過滾雪球法（snowball sampling）找出其他專家後，由研究者親自先行打電話給所有專家以介紹有關此研究之目的及內容，邀請其來參與此計劃。同意參與者將在一週內收到研究內容包裹。此包裹將包括介紹本研究前階段之初步發現、同意函、及會談程序與討論主題以便參與者預先思考會談主題。在會談日前一天，研究人員以電話提醒及確定專家出席與否，因為預期研究之參與者的流失，至少應有 8 名、但不超過 15 名參加，針對研究主題，進行大約 90 分鐘的專家諮詢會議。在會議一開始，研究者先解釋此座談之目的及程序，且就本研究前階段之初步發現做簡單報告，其作用除可做為真實價值效度（validity of truth value）的再確認外（Sandelowski, 1986）；另一方面可達資訊擴散之目的。後依討論之議題，包括但不侷限於：長期照顧管理中心之運作成效及其優缺點；長照中心長期人力需求、人員訓練品質及留任問題等主題進行討論，研究者在每個主題下引導子題以鼓勵專家群發言。全程以錄音記錄下來，以利分析。會談內容在錄音後，續以會議紀錄之方式呈現，並提出最適之組織定位、運作模式方案、長期人力需求、人員訓練品質及留任問題等之政策建議。

結　果

一、　文獻查證

為探討世界各國家之長期照顧服務模式的發展經驗與趨勢以及發展各長期照顧管理中心之組織定位與運作模式之比較，在文獻查證部分，本研究使用 Endnote 資料庫建置整理，共含國內中文文獻 65 篇及國外英文文獻 75 篇。摘要整理分為四大項：國內外長期照護發展現況、長期照護中的照顧管理實務及運作成效、長照管理中心組織定位和照顧管理服務團隊運作模式，另針對研究方法－現象學研究法及 Donabedian (1980)品質評估模式作實證文獻。

(一). 國內外長期照護發展現況

國內外長期照護發展現況，整理包含日本、英國、美國、加拿大、澳洲、以色列等國及國內研究，發現各國均有專業照顧（個案）管理者或評估小組介入，依個案失能程度，提供符合之需求照護；又世界主要已發展國家的老人照護政策均以「在地老化」(aging in place）為最高指導原則，認為老人應在其生活的社區中自然老化，以維持老人自主、自尊、及隱私的生活品質（吳、莊，2001）。

在日本，人口快速老化於西元 2000 年人口的平均餘命，女性為 84.62 歲，男性為 77.64 歲，為全世界最長壽的國家；該年的 65 歲以上人口占總人口的 17.4%；二十一世紀時即邁入了每 4 人中就有 1 人為 65 歲以上的老人，預估到西元 2025 年將會達到 28.7%，因此推動老人長期照護的福利政策亦顯迫切及重要（曾，2007）。而日本早期的老人照顧，可溯自其 1963 年公佈之「老人福祉法」，其中規定須設置「養護老人之家」、「特別養護老人之家」、以及「低費老人之家」以協助或替代家庭照顧 65 歲以上身心功能不良者。西元 1986 年為維護需長期照護老人之人性尊嚴、自主性，並確保每一位老人均能獲得其所需之服務，日本政府提出了「高齡化社會政策綱領」以落實老人照護服務（陳，2002）。而為因應快速高齡化所衍生之長期照護需求，依法（老人福祉法）分別在 1990、1995 及 2000 年日本政府提出「黃金計畫（Gold Plan）」、「新黃金計畫（New Gold Plan）」及「新世紀黃金計畫（Gold Plan 21）」。其中在「新世紀黃金計畫」中，為增進老年人日常生活整合性之支持與服務，由各都、道、府、縣地方政府負責執行長期照護服務的提供；各市、村、町則需負責照護需求評估、擬定照護計畫、連結或轉介相關服務（陳，2002）。為避免舞弊與濫用，法律要求每一地方政府必須組織一個「長期照護需求認證委員會」，由醫療、護理與社會福利相關領域中具備適當資格的學者專家

出任。在認證的步驟中，先由地方政府官員擔任的調查員到申請者家中家訪，並使用中央政府擬定的問卷評估申請者的生理與心智狀況。經處理後將其結果及申請者的家庭醫師所做的評估資料一併呈報至委員會，經過評估後依其評估結果提供適當的服務內容；而完成評估認證的服務申請者尚需每六個月重覆一次類似的評估，以確定提供持續性服務的必要性（曾，2007）。

而英國自 1962 年第一次頒定全國性「保健福利十年計畫」，「社區照護」政策即逐漸發展，當時計畫的主要目標是以防止精神障礙者長期住院以及促進精神患者早日出院；在老人福利方面，則以老人入居的機構小規模化、整備照顧住宅等措施為重點。到了 1980 年代始將精神醫療領域之社區照護概念應用在老人長期照護上。西元 1989 年發表「國民照顧白皮書」以強化地方社會服務部門在社區照顧服務輸送的角色；同年在社會福利白皮書中首次界定社區照顧這個概念，其服務型態包含了現金及實物兩給付兩部分，須經過政府委託單位的需求評估才能提供服務。除了對老年的需求者提供購物協助、備餐或是身體的照顧，如穿衣、沐浴還有護理服務等實務給付之外；也認同非正式照顧者所提供之勞務，故提供照顧者津貼予照顧者，其範圍有初級醫療，老年醫院，居家護理，社區心理衛生服務等。1990 年則通過「國民衛生服務暨社區照顧法」，強調長期照護體系轉為地方權限的照顧模式，財務責任由地方政府承擔，經費則由社會安全預算移轉至地方政府。西元 2002 年訂頒的老人評估等級修正為接觸（contact）、綜合初評（overview）、由專家評估（specialist）與完整性（comprehensive）等四階段評估；評估結果等級區分為四級：輕度、中度、重度及極重度（吳、周、沈、陳、鍾、蔡等人，2007；Cox, 1997；Department of Health, London, 2002；Tilly, 2003）。總體說來英國的長期照護服務輸送是經過專業人員的多次需求評估，服務對象是失能者，並將照護程度分為四級，除對失能者給予照護外，也給予照顧者提供照顧者津貼；社區照顧主要為健康與社會照顧，健康照顧屬於全民健康服務，社會照顧屬於地方政府負責，其中公部門角色的轉變，即由中央健康單位移轉到地方政府的社會服務局，而照護型態乃由健康照護形成社會照顧。健康照護是指由全民健康服務所提供的醫療與護理照護，使用是免費的；而社會照顧是指為了促進個別使用者可以在社區中生活，或協助其自力居住的能力，可經由個案管理師依個案個別需要的評估過程，以提供非醫療性的照護（周，1999）。但英國的社區照顧效益受限於人力、資源的短缺，地方預算不足以支付評估及服務的需求，個案服務需求遠超過個案管理者角色負荷及介入處遇程度，因此為英國政府在推動長期

照顧制度上最大之困境。

美國長期照護的源起溯及 19 世紀居家護理發展，直到 1935 年國會通過「社會安全法案（Social Security Act）」以及 1965 年之「老人醫療保險（Medicare）」和「醫療救助保險（Medicaid）」保險給付之範圍由初期急性醫療、短期復健治療，擴大至技術性護理服務。西元 2000 年時，65 歲以上人口比率為 12.6%，其提供的服務項目包括：居家照護、日間照護、協助式居住服務、機構式照護及其他服務(陳，2002)。根據 Munson, Proctor, Nancy, Fedoravicius 與 Ware (2007)研究美國公共照護體系的社區長期照顧成效，探討其個案管理師對患有憂鬱症個案的了解和治療。研究期間為 2003 年 2 月至 2003 年 4 月，研究方法是以焦點小組座談方式進行 60-90 分鐘的訪談，對象分別來自於鄉村、郊區以及城市三個不同的地區的 18 位自願參與研究的個管師，研究指出公共照護體系的社區長期照顧個案管理師，他們的主要工作為協助個案繼續在家居住，並確保能持續接受各項的社會服務；個案管理師同時充分表達了他們對於自身有限的專業能力，對無法處理憂鬱症個案的情況感到無力，期望能加強人員相關訓練，以及提出了辨別憂鬱症所需儀器設備的需求，在此顯是出個管師需要不斷地教育促進以及環境設備充足，以提升工作滿意度。

德國的長期照護發展則是依據西元 1994 年議會的決議，在 1995 年始推動長期照顧保險。長期照顧保險法規定其服務對象為在日常生活上所從事之日常性及規律性活動需要接受他人持續協助者；此資格需長期照顧管理者評估認定達 5 年以上，與其年齡或收入無關，只著重在需要照顧程度，而照顧程度則分為三級；德國的長期照顧保險給付的內容包括社區支持性服務、機構式照顧及現金給付（鍾，2006；Karlsson, 2002）。服務項目有機構式服務包（含長期健康照護機構及安寧/緩和/臨終照護機構）社區支持性服務（個人照顧、家事協助、其他協助服務、房屋改建、日間照顧、夜間照顧以及喘息照顧、輔具與住宅改善設施設備等）而在現金給付方面，德國並沒有規定現金給付只能用在購買長期照顧服務上，且受益人也不需要報告資金花費的方式，由此可知政府政策導向多鼓勵老人盡量留在社區中（Wiener, Tilly, & Ceullar, 2003）。

由於老年人口的增加，長期照護服務需求已是全世界照護的主流趨勢。根據 Sargent, Pickard, Sheaff, & Boaden (2007) 指出在美國、加拿大、瑞典和荷蘭等國家有針對虛弱的年長者提供長期照護個案管理計畫，並以質性研究深度訪談方式進行資料的收集，以個案管理者觀點去看病人長期狀態的照護模式，期間共訪談 72 位病人及 52 位個案管理

者。研究結果發現長期照護個案管理的角色包括有臨床照護者、協調者、教育者、諮詢者及心理社會支持者五種角色功能，而一個成功的長期照護個案管理計劃必須由個案及個案管理者共同的擬定的照護計畫。

綜合上述先進國家的長期照護服務，均為專業個案管理者或評估小組介入，依個案失能程度提供符合之需求照護。與其他國家類似，我國為健全與強化長期照護制度，於2003 年的「長期照護社區化」計畫陸續完成 25 縣市設置「長期照護示範管理中心」，以「單一窗口」的制度，透過個案管理模式，使長期照護個案經由專業人員的評估後，得到合適之照護轉介。又從國際經驗得知，各國面臨人口的快速老化及照護需求人口的增加，在早期即已規劃長期照護相關服務體系，並以個案管理提供需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬訂、連結服務、監督服務品質，由此可見是目前全球普及的社區照顧途徑。

(二).長期照護中的照顧管理實務及運作成效

然個案管理過去廣泛運用在社會福利及社區精神衛生領域，而近年來因為人口老化、社會結構及醫療成本的耗盡等影響，其概念擴展延伸至急性醫療、居家護理、醫療保險、出院準備服務及社區照護等長期照護相關領域中。個案管理是一個多專業的臨床照護系統，且能提供特定個案持續性及協調性的照護服務。Davies（1994）將個案管理定義為在有限的資源下，區分與配合各按獨特的需要，以提供服務的過程。「個案管理」亦為一科際整合過程，透過評估、計畫、執行、協調、監督與評價，以確保各項選擇及服務符合個案健康需求及成本效益。同時，是以個案為中心(client-centered)的服務，不僅尊重個人尊嚴、權力及喜好，也努力促進增進個人生活品質及維持個案最高的獨立自主能力（Mullahy,1995；Bulger &Feldmeier, 1998）。其目的包括：協助服務對象能利用複雜的健康照護體系；針對個人的個別性需求安排，獲取最有利且最優先考量的特別照護服務，以達到公平、經濟而有效的服務（陳，2006）。個案管理的過程主要是由個案管理師負責確立有效的資源利用、追蹤個案管理計畫、促進團隊溝通與合作，早期評估個案問題、評值個案所獲得照護的成效（Cesta &Fallter, 1999；Smith & Danforth, 2001）。個案管理執行步驟如下：1.個案管理師接受病人轉介，其轉介來源包括：醫師、社工師、病患、家屬及其他醫院或社區醫療機構等；2.個案的篩選與收案評估的內容包括：病患與家屬的基本資料、過去病史、目前的狀況、病患的神智、精神狀態、經濟狀況、主要照顧者的能力、家庭環境及身體評估資料等；3.個案的評估與需要的確認：記

錄病患評估與轉介的時間，了解醫師的治療過程及照護計畫；4.醫療團隊、病患及家屬的參與：聯繫與協調醫療小組，規劃照護的措施、制定臨床路徑或治療照護藍圖（protocol）；5.照護措施的執行、協調、監測與評值。在過程中個案管理者需記錄個案的照護過程、醫療小組協調會議、病患與家屬的身心狀況、可利用的社區資源等（Cohen &Back, 1999：Rossi, 1999）。接受個案管理服務對象大部分是具有複雜健康問題並需要協助連結資源的個案，是以個案管理師在健康照護體系中扮演聯繫、協調及監督角色，以協助個案獲得所需之服務。故可依其服務對象分為五類：具有長期照護需求者、日常生活功能受損者、高頻率醫療資源利用者等，如：AIDS、脊髓損傷者、中風個案、糖尿病個案、再住院率高之個案及獨居、高齡者（徐、李、呂、謝，2002）。個案管理被視為是最適當的專業介入，其優點包括促使照護品質與成本效益之間的平衡、持續提供高品質的醫療照護服務、減低醫療照護服務的零碎化、並達成成本管控、提高住院病患的生活品質 Allen & Meduna (1999)。Callahan et al.（2008）研究測試以個案管理照護去促進阿滋海默症患者的照護品質，2002 年 1 月至 2004 年 8 月期間隨機分派的臨床試驗，對象為 153 位阿茲海默症患者及 69 位主要照顧者；實驗組的個案接受由高級臨床護理人員提供的整合性個案管理服務約一年；並在介入後 6 個月、12 個月及 18 個月以 Neuropsychiatric Inventory(NPI)測量個案心智的行為及心理症狀，Cornell Scale for Depression in Dementia（CSDD）測量失智程度，另外再測量認知、日常生活活動、資源使用和主要照顧者憂鬱的嚴重度，研究發現實驗組接受抗憂鬱藥以 NPI 測量 12 個月、18 個月期失智的行為和心理症狀有顯著相關，並主要照顧者以 NPI 測量在第 12、18 個月報告顯示痛苦程度有明顯被改善，在沒有顯著增加抗精神藥及安眠藥使用的狀況下，共同照護的個案管理確實在治療阿茲海默症患者和主要照顧者的照護品質、行為和心理症狀有顯著的改善。

而個案管理於長期照護的運用，其概念最早起源於美國社會福利機構，1990 年 Diagnosis-Related Group 制度開始實施，患者經由臨床路徑的個案管理後，住院費用、住院天數有明顯降低情形（李，2001）。美國也是首先將個案管理應用在急性醫院的國家，當時個案管理者則以護理人員為主。因此長期照護個案管理不同於急性醫療中的個案管理的運用，除管理時間長，服務內容及層次也具有相當的複雜性及變化性（田，1999）。

根據 Duke（2005）研究報告針對住在自家的社區中 65 歲以上老人共 107 位進行調

查發現，個案平均患有 12 種慢性病，每天得吃 15 種藥，在接受以社區為基礎的個案管理計劃服務後，研究統計發現急診返診率降低 54% 醫療成本降低 36%、住院率降低 69% 及住院醫療成本降低 60%。然學者 Omote, Saeki,與 Sakai（2007）研究日本以個案管理者提供受虐老人居家服務的困境，透過質性研究紮根理論分析，參與研究者 21 位（皆具有三年以上的個案管理經驗）資料收集期間是西元 2004 年 10 月至 2005 年 12 月間，初次訪談都在參與者工作的辦公室或其他工作的公共單位，訪談時間約 80-130 分鐘，訪談過程會依循訪談大綱進行，研究結果發現個案管理的照顧計畫確實可提供受虐老人必須性的照顧服務。另外 Shannon, Wiber,與 Allen（2006）研究個案管理的介入對於高危險醫療保險健康維護組織的成員(Medicare Health Maintenance Organization, HMO)是否能有效降低高成本醫療性服務使用，該研究以隨機實驗方式在美國南加州 2 個 HMO 的醫療保險組機及 4 個有合作契約的醫療團體進行長達三年測量健康照顧服務使用的研究計畫，研究對象為 823 位 65 歲以上的病人，研究發現實驗組的個案在住院人數及住院天數上能有顯著優於控制組的個案，以減少住院花費成本。由此可見個案管理是一種成本效益與品質兼具的照護服務，並能增進家屬、病患與醫療人員間的溝通，以及改善醫療人員間的合作關係，進而提昇醫療照護品質（陳，2006）。

(三).長照管理中心組織定位

學者 Lamb（1992）指出個案管理的服務型態，可分為下列三種：1.以醫院為基礎：其工作場所及服務層面是以醫院為限，並不負責個案出院的追蹤，而服務對象是以院內高數量、高成本及高危險的個案為主。主要是由個案管理師整合不同專業人員的照護小組，定期討論、計畫、推展、執行其臨床路徑，並經由回饋系統作為修正計畫、評值照護成效及品質。2.醫院到社區之間的聯繫：是指醫院的個案管理師與社區長期照護系統連繫。3.以社區為基礎：其工作場所是以社區及個案居家為主，其服務對象是以社區中高危險需長期照護需求的個案為主。此外，Quinn（1993）依個案管理人員之工作內容不同，提出三種不同程度的個案管理模式：仲介模式（The borker or brokerage model）、服務管理模式（The service management model）與管理式照護模式（The managed care moldel）。仲介模式指個案管理師做為個案與提供機構轉介橋樑，此模式假設是現存制度可提供良好的多種服務以供選擇。通常管理師沒有分配資源權力，也無保障服務品質之功能。服務管理模式是在有限的預算下個案管理師有支配部分資源的權力。通常在現存的公共保險制度下（如美國的 Medicaid），個案管理師可配合使用者需求，突破原保險

制度給付限制，按計畫給予安排部份服務提供。而在管理式照護模式下，個案管理師有支配資源權力，比服務管理模式擁有更多職權，此模式在美國預付支付制度，例如美國社會性健康維護組織(Social Health Maintenance Organizations, SHMOs)。然長期照顧管理中心之設置目的，是爲了改善資源片面與分散，提高民眾接觸福利服務之可近性，調和行政連結並避免資源重疊與浪費，並妥善發揮個案管理的功能，如此明確的組織定位不僅可減少個案管理運作上出現的矛盾現象，更可促使長期照顧中心功能發揮最大成效。而目前長期照顧中心是以單一窗口之設置，由照顧管理專員運用個案管理的方式針對複雜或多元需求之個案進行整合性、套裝式服務計畫，因此其必須連結多元之資源以協助處理個案之需求，但礙於長期照顧中心收案的來源眾多，勢必會產生個案量大而限制並壓縮長照中心在資源整合、長期照顧團隊建置等功能上的發揮（吳、陳、張，2006）。

台灣目前長期照護相關服務，分別是來自於健康照護與社會福利兩大體系，所以專業工作團隊整體而言，大致上可分為：1.非正式性服務直接提供者，如家人、親友或志工。2.正式性服務直接提供者(付費性照顧資源)：如病患服務員、護理人員、社工人員、醫師、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師、牧靈人員、心理諮商師等。3.支持性的服務人員：如居家服務員、清潔人員、輔具業者、建築師等（劉、黃、張，2002）。

(四).照顧管理服務團隊運作模式

根據學者王氏（2004）指出將長期照護團隊服務模式可分為「多元化專業模式（Multi-disciplinary）」、「科技整合模式（Inter-disciplinary）」、「跨專業模式（Trans-disciplinary）」三種。以下將三類長期照顧管理中心運作模式分別說明如下：

1. 多元化專業模式（Multi-disciplinary）：

各專業各自訂定計畫，專業間並不一定互相諮詢或有所互動，團隊成員間溝通方式是藉由書面的個別報告，或經由個案代為傳遞，其優點是個案可以同時獲得不同專業之服務，但缺點為缺乏整合性。此種模式在組織規模不大、專業種類不多及各專業成員之間默契很好的情況下較適用。

2. 科技整合模式（Inter-disciplinary）：

此種照護模式是以個案為中心，由個案管理師及不同的專業團隊成員共同面對同一個案，就各自專業的專長評估個案的問題與需求後，訂定共同的照護目標，再由各專業人員分別提供服務。其優點為個案與家屬能夠得到不同專業人員的服務，同時減少服務項目重覆或片段分散的現象，缺點為各專業間之堅持，或個案管理師主觀性太強進而影

響整體效能。此外 Bolut, Kane, Pacala, & Wagner（1999）指出「整合性照護模式」較適用於慢性病老年人及其家屬的團隊服務照護模式。整合性照顧模式也是目前最符合長期照護需求的服務對象，其目的不僅可減少服務的障礙、提高服務的可近性、改善服務的銜接性、強化組織間運作的有效性，更可提升服務品質、增加使用者之滿意度（Kodner & Spreeuwenberg,2002）。Bolut、Kane、Pacala 和 Wagner（1999）針對罹患慢性病老年人及其家屬提供理想照護，應是具備整合性、持續性、合作性、符合成本效益及以實証為基礎之照護模式。

3. 跨專業模式（Trans-disciplinary）：

透過不同專業領域人員間之互動形成一個團隊，各成員依其專長對個案進行評估後，共同討論訂定照護目標，但僅由一位成員直接提供服務，其他成員扮演諮詢角色。其優點為團隊成員彼此互相學習，由於是共同的決策成員，彼此有較高的共識與接受度，個案所獲得的服務整合性高，也較符合個案整體性需求之考量，缺點為專才和通才的角色混淆不清。運用此模式 Allen & Meduna (1999)回顧經診斷患有充血性心臟衰竭的病患進出院記錄，發現病患離開該照護中心的原因多半是因死亡，或於 30 天內從長期照護環境中再度轉入急症照護中心。因此為達到持續提供高品質的醫療照護、降低醫療照護的零碎化及提高住院病患的生活品質，特開發一套個案管理模式，初期的跨科別團隊係由臨床護理協調員、社工師、營養師、活動組成員及牧師等，並以護士擔任個案管理負責人。住院期間護士提供病患相關的個案管理服務，實施成效顯示對住院病患及其家屬確實能有效提供服務，而病患及家屬對照護品質的滿意度有偏高的趨勢。罹患充血性心臟衰竭病患經管案 8 個月後再度進入急症照護中心的比例已降低 50%，且與同一時期罹患該病症的致死率也降低了 60%。Bernabei 等人（1999）比較義大利北方的城市中，社區老人利用整合性照護模式和個案管理模式在入住機構、保健服務的成本和身體功能狀態層面的成效評值。研究對象為已接受常規社區照護服務的 200 位老人，將其以隨機分配方式將之分為實驗組(接受整合性社會和醫療照護和個案管理)或對照組(傳統式照護)研究結果以生存分析顯示實驗組的對象入住醫院或護理之家的比例較小於控制組，但控制組個案卻能獲得較頻繁的居家訪視；實驗組過去每年需花費$1800 的財政預算，控制組花費$2451 的財政預算；實驗組的老人身體功能獲得改善(實驗組 ADL 改善程度達 5.1%;控制組則是降低達 13.0%;P<0.001)。由上述可知以整合性照護模式也許是可提供居住在社區的老人降低入住機構和生活功能降低的一種有效方法。

根據上述文獻得知，目前針對長期照護團隊服務模式分為多元化專業模式、科技整合模式及跨專業模式。

(五). 現象學研究法

另外目前常被採用的質性護理研究方法有：現象學研究法（phenomenology）、民族誌學研究法（Ethnography）、詮釋法（Hermeneutic）、紮根理論（Grounded theory）（陳，2000）。其中，現象學研究方法乃是基於現象學的哲學思維，運用歸納及描述方式，在沒有預設及期望下，調查顯在意識層面的經驗。係有系統的對所研究的生活經驗之主觀意義，採開放的態度，且不斷的質疑、反思、專注及直覺的洞察，讓經驗盡可能呈現其整體性來展現其本質（穆，1996）。因而現象學可對護病互動中的病人經驗做深度探究，可協助專業人員發覺其經驗之獨特性、揭示其觀點及需要，更可呈現同理心、關懷的特質（黃等，2006）。因此，預探究事實或現象的本質，是需要由生活其中的當事者觀點，著重其整體性、互動性、轉換性與脈絡性的特點，來解釋、描述、分析或探索某特定的生活經驗或現象的組成部分（穆，1996）。

現象學又因其哲學理念之不同而區分為描述性現象學、詮釋性現象學及綜合描述及詮釋兩者之現象學，現今國內採用現象學於護理研究者多採用 Husserl 之描述性現象學，他強調科學性哲學之重要性，透過置入括弧、存而不論及現象還原的方法探求現象的本質結構，換言之，在未有任何前有預設之前提下，令研究者進入研究對象之生活世界以了解其生活經驗之本質。相反的，Heidegger 的詮釋性現象學則無法接受一個存有於世的個體可以完全懸置個人之信念，他強調人周圍的環境會影響個人，且個體是世界的一部份，因此人和其世界是相互組成及相互塑形的概念，在相同的語言、歷史及文化背景下才能真正深入瞭解他人的經驗，因而，研究者在進行詮釋時，研究者的前有概念及知識需融入於研究過程中（黃, Kellett, St.John & 李，2006）。此外，深入其境的同感心也是研究者能真正地進入到研究參與者所描述的情境中，而避免僅止於表徵化的瞭解。

現象學是一種透過和有某種生活經驗的人深入對話，而學習、建構人類生活經驗之歷程（Anderson, 1991）。現象學研究關心的既是經驗與現象的本質，所謂「本質」意指藉分析、比較不同人們對共同現象的覺察，其為大家所相互理解與認同的核心意義（Patton, 1995）。胡賽爾認為可透過意識層面來呈現特定經驗的原初面貌，同時掌握「存而不論」、「本質直觀」、及「現象描述」等重要概念與原則是必須的。茲將此現象學方

法三大法門，分述如下：(一)「存而不論」(epoche)：它是進入現象學研究領域的樞紐。包含兩面向核心概念：一是「放入括弧（bracketed)」，即所謂「中止判斷」；一是「還原（reduction)」，即是現象學強調的基本精神「回到事物本身」。存而不論是將先前預設或先入為主觀念置放一旁或放入括弧，以無偏見的態度進入開放的研究場域中。因此，存而不論是將理論的「理所當然性」存而不論，以期在資料蒐集時，讓客體能毫無阻礙的呈現自己（汪，2001)。然而，在現象還原的研究歷程中，是用組成的語言來形容所看到外在事物，或內在的意識行為、經驗等，此即所謂「組成描述」(textural description)。而研究者也試圖將所捕捉到經驗的性質或意義，加以描述與呈現的知覺角度，以增進對此現象的瞭解。(二) 本質直觀（wesensanschau)：本質乃是存在於非真實界域中的「另一種型態的存有」，是生活經驗內一種有系統的結構，亦是現象變動中攫取到絕不改變的自我同一特性（蔡，1990)。因此本質是人們體驗的直接經驗，此即所謂「直觀」。(三) 現象描述（phenomenological description)：此乃據本質直觀與存而不論兩法則所衍生，針對事實予研究與描述，非經驗本質與存而不論，可謂構成科學知識的重要方法（汪，1997)。

在現象學研究步驟中，首先需要藉由完整的文獻查証，研究者可對研究現象的知識領域有一整體性的瞭解，及此研究問題在護理知識領域的定位，然而文獻查証之廣泛與深入並不會造成研究者於分析資料時所擔心會有先入為主或預設立場之偏差。在個案來源需考量訪談內容是否捕捉到所要研究現象之整體性，研究者需指出樣本來源、選樣標準或原則。樣本數將以資料分析時不再有新的主題呈現標準，即達飽和狀態。由於現象學的主題多在探究人們的經歷，會涉及受訪者的隱私性。因此，受訪者之自主性、隱私性及其權益需列入考量（穆，1997；陳，2000)。在資料收集的過程中，通常是以回溯性的研究，訪談者本身的準備度、成熟度及在訪談技巧上的運用均可豐富所描述的內容。質性訪談是一種為特殊目的而進行的談話-研究者與被訪問者，主要著重於受訪者個人的感受、生活與經驗的陳述，藉著彼此的對話研究者得以獲得、了解及解釋受訪者個人對社會事實的認知（Minichiello et al.,1995)。訪談有許多不同的形式，以研究過程區分，主要區分為結構式訪談(structured interviews)，半結構式(focused or semi-structured interviews）或非結構式訪談（unstructured interviews）以及群體訪談（group interview）三種方式（Williams,1997；Minichiello et al., 1995)。本研究採用現象學研究方法，以半結構式訪談指引進行研究訪談，讓個案能自由的、僅可能的描述其經歷，於主要問題下

並設計數個探索性問題，以協助各案訴說其整體經驗。資料收集過程中採用錄音訪談，並將錄音資料謄寫成文字，以做資料分析（陳，2000）。本研究旨在以個案管理者個人工作（生活）經驗中豐富的個人觀點，去探討長期照顧管理中心個案管理服務現況、個人對組織定位的看法及工作情境之困境的研究，因此現象學研究法乃為最佳選擇。

(六). 品質評估

又 Donabedian 品質評估模式目前被廣泛運用在醫院評鑑、急性醫療及長期照護等領域，此品質評估模式，強調有好的結構與過程才能有好的照護結果，有好的照護結果需有好的結構為基礎。Donabedian（1980） 認為評值醫療照顧品質可由結構、過程與結果三個層面來評估，在結構面是包括評估組織是否具備充足資源，以提供品質良好的醫療照護，包括硬體構造、設備、服務的多寡與範圍、組織結構、政策結構、人員數量、類型及資格、財物資源、付費方式和地理位置等因素；在過程面向是包括監測診療行為活動或提供照護的標準，包括可近性、提供者的現況（例如服務的利用性、預防疾病之程度、診斷工作的適當性）、持續性、協調性、團隊工作及適當的工作順序等；在結果面向是包含個案的健康狀態、知識、行為及滿意度的改變，及照護提供者的滿意度/工作困擾、發生預期性或非預期性事件的頻率及留任意願。

至於長期照護服務的品質評估，文獻指出亦可採取 Donabedian（1996）的架構，其結構面是指長期照護機構或其服務的固定特徵，例如：長期照護機構的經營理念、工作組織、機構設備、人員資格與經驗、工作人員與住民比率等；過程面向是指長期照護服務提供者及失能者、家屬間所發生的活動，包括特定失能者照護方式是否適當、資源轉介是否能有效運用及照護服務提供者的服務態度；結果面向是指失能者的身體功能、心理功能、自我照顧能力、生活品質與滿意度等狀況（高，2006）。也有學者認為品質指標可以分為以病人為主（patient-focused）包括：功能狀態、心智狀態、生活品質、病人的滿意度、症狀處理及病人的知識程度；服務提供者為主（provider-focused）包括：技術純熟度與處置的合宜性以及以機構為主（health care organization-focused）包括：成本、平均住院天數、感染率、死亡率及資源可近性等（Benefield, 1996；Jennings, Staggers, & Brosch, 1999；Madigan, Schott, & Matthews, 2001）。相關研究亦以結構、過程及結果層面進行評估，如：陳美女（1994）針對不同型態的護理之家做調查，結果發現在行政管理制度、人員資格、配置與訓練上，醫院附設護理之家的滿意度都較獨立型護理之家好。楊嘉玲（1998）研究結果認為醫院型態的護理之家，因整體設施與醫療設備較齊全，整

體照護品質比獨立型態的護理之家為高。此外，近年來政府也依各層面指標訂定各類長期照護服務指引及積極推動護理之家、居家護理及養護機構之訪查事項等，以提升長期照護服務品質（行政院衛生署，1999）。

醫療快速進步的今日，醫療品質受到各界關注，品質認證、標準化已成為品質保證的必要條件，而且更強調病患的感受。隨著個案意識的抬頭及個案權益的受到重視，結果面向向的品質指標逐漸成為品質評估的新趨勢（Brook, Kamberg, &McGlynn, 1996；Ginsburg, &Hammons, 1988）越來越多的研究顯示，結果面向的指標比較能夠代表醫療品質，因此病人照護結果的測量開始受重視(Cleary, &Mcneil, 1988；Kazandjian, Lawthers, Cernak, &Pipesh, 1993)。許多從病人或民眾觀點評量的品質指標開始發展(Rosenthal, & Shannon, 1997；Zaslavsky, Beaulieu, Landon, &Cleary, 2000)。學者認為病患期望與實際經驗相符時，才會有較高的滿意度；若沒有達到病患的期望，便會產生不滿意情況(Miller, & Bader, 1988)。除了病人的滿意度之外，增進服務提供者的滿足感也是結果面向向的指標之一，多位學者認為對服務提供者而言，能擁有較多的參與權及自主權，病人對醫療服務的滿意度提高，無形之中也提高醫護人員工作的滿足感及工作滿意度（Abbott, Young, Haxton, &Van Dyke, 1994；Goode, 1995；Mckenzie, Torkelson, & Holt, 1989）。Blegen（1998）針對用人政策與病患照護結果的研究結果指出：聘僱具高技術、長時間留任護理人員之用人政策，可降低照護單位住院病人意外事件發生。

整體而言，在醫療服務中的結構、過程及結果，應同時納入考量，如此才能瞭解整體的服務品質，三者缺一不可。要決定一個機構品質的好壞是很複雜的，需要透過一些數據來做推論，且因為品質具有多面向的特質，而非單一指標就構成機構品質的測量，而 Donabedian 的品質評估架構是以結構、過程及結果，三個層面去探討，且在醫療服務中已廣泛的被運用，故欲探討長期照顧管理中心運作現況時就以 Donabedian 的品質評估作為本研究之架構。

二、深度訪談

經由文獻探討之後，發展出訪談指引內容（詳見表一），用以收集照顧管理專員在此工作情境中對於個案管理服務、組織定位及工作面臨的困境的個人觀點和看法的相關資料，為了瞭解初擬訪談指引的適用性，訪談指引先經2位照顧管理專員及照管督導的訪談的前測（pilot study），並在其他質性研究專家的建議下進行內容修正。正式訪談於民國97年11月至97年12月共訪談四所（北部、中部、南部及東部）長期照顧管理中心的照顧管理專員及督導共八位；年齡為29-49歲，平均年齡為36.5歲；教育程度為高中至碩士，以大學為最多；婚姻狀況以已婚為最多；服務年資為半年~5年以上；醫事人員類別以護理師為最多（詳見表二）。訪談時間約在40分鐘至90分鐘之間，以半結構式訪談大綱作為訪談的指引，瞭解照顧管理專員在長期照顧管理中心的工作情境中對於個案管理服務、組織定位及工作執行面臨的困境的個人觀點與看法。經分析、歸類後並依研究為瞭解我國長期照顧管理中心工作情境之困境，探討照顧管理專員執行個案管理服務之現況、對於長期照顧管理中心組織定位之看法及業務推動面臨之困境之三項研究目的，將研究分析結果分成「制度面」、「行政面」、「個人面」及「服務面」四個面向的困境後，再依其各面向歸納統整出「體察個案管理服務對於實務的衝擊」、「察覺個人專業能力的重要性」、「察覺妾身不明與未來的不確定感」與「體察業務推動過程的阻力」四個主要概念；而後衍生出13個從屬概念；在這13個從屬概念中又細分出40項細類目（見表三）。以下即以四個主概念為主軸分別敘述如下：

體察個案管理服務對於實務的衝擊－服務多元的開發與體驗

在受訪者說明服務多元的開發與體驗概括事項中，歸納有「宣傳與行銷不足」、「制式的資訊系統不符實務需求」、「公部門的服務資源不足」、「服務開發的困難與限制」與「紮根基層的深入性不足」等5個細類目。

受訪者多表示長期照顧管理中心沒有利用多元的宣傳與行銷手法，讓真正有需求的失能者或家庭能妥善的利用長期照顧服務資源。而照顧管理專員對於紮根基層的深入性不足，及公部門的服務資源明顯不足，是整個服務資源開發上最大的障礙。且因中央訂有每位照顧管理專員的服務目標數，合理性及適切性尚有討論改善的空間，而中央雖有發展制式的資訊系統但礙於與實務工作所落差而不符需求，因此空有資訊系統卻缺乏妥善的運用。

宣傳與行銷不足－在個案對宣傳與行銷的看法中，在8位受訪者中共有4人次表示：需要主動宣傳及行銷讓一般人瞭解長期照顧管理中心之功能與照顧管理專員之角色與服務內容，雖然會利用各區開立鄰里長會議或社區活動時，將長期照顧管理中心介紹給服務對象，但礙於宣傳與行銷方式單一、廣度不足，致使有服務需求的民眾對於長期照顧管理中心可以使用的資源不瞭解，而無法有效的運用此資源。如：

「我們無法一個一個去拜訪，*我們會利用各區開立鄰里長大會的時候*，因為他們會邀請衛生所，我們就會請衛生所通知我們，*我們就會利用這個機會順便介紹長期照顧管理中心，將長期照顧管理中心在做什麼？介紹給鄰里民。*」A-3-21

「尤其是*辦很多活動的時候*，你如果是跟比較常...一些民間的單位他*們都會出來擺攤啦....或者是說有相關的工會啊，就勇於自我介紹、勇於給名片，你那邊有什麼資源阿....*，就是要主動」C-6-8

制式的資訊系統不符實務需求－受訪者對於制式的資訊系統不符實務需求的看法中，有4人次的受訪者認為，中央雖然有制式的資訊系統，但對於實務基層工作人員來說，資訊系統的運用應該是能減緩並簡化工作流程，將所有相關表單及行政報表工作都能以資訊化來替代，然而目前\所制式化的資訊系統穩定性不足，反而增加工作人員的工作負荷，造成人員不願意使用資訊系統，仍以手工紙本作業方式處理為主。如：

「我覺得服務很多作業上的表單，其實他的系統中央是回覆沒有辦法在今年完成，所以像我進來*三年換了兩個系統*。今年新的表單應該有第三個系統，可是還沒完成，所以*我們都是用紙本作業*，只是有歸檔說這個個案我們有沒有收案過或歸檔起來，有的會現在不需要服務要結案，之後會再需要重開案，可是我們還是會覺得*紙本做業還是會做的比較辛苦*。」B-13-6

「*總表應該可以抓的出來那些資料*，所以我是建議我們的相關報表是有統一的資料庫去抓。」E-8-35

公部門的服務資源不足－在對公部門的服務資源不足的看法，其中有3人次的受訪者認為，由於政府部門的服務資源不足，照顧管理專員在服務資源的連結上無法依服務對象的需求，提供適切的服務連結，往往需要額外的運用其他外在資源，如：民間團體，才能使的有需求的民眾享有最佳的長期照顧服務。如：

「可是我們還是看到有的個案他就是自身能力比較強，他會覺得雖然半邊

沒變法動，但是他的健側還是可以協助患處活動。*另外就是利用家屬這樣或是一些朋友等資源。外在資源就是會連結一些民間團體。*」B-7-11

「就是說我比較扎根在這個領域裡面，*所以一些民間資源，我覺得會比較好連結*，因為對方都比較認識，而且都比較知道，那*政府資源我覺得永遠是不夠的啦，*才能真正的能夠幫助到需要幫助的人...」C-5-15

服務開發的困難與限制－在對於服務開發的困難與限制的看法中，達5人次受訪者認為，由於長照十年計劃推動的時間非常短且是一項新的政策，需要重新開發的服務項目多達八大項，且大部分的服務項目是過去從來沒有過的經驗，對於長期照顧管理中心的督導及照顧管理專員來說，服務資源開發、招標方式、執行過程...等，都是邊做邊學。過去沒有推動的服務項目在短時間內要完全上手，著實是非常的困難。如：

「像日間照顧、還有家庭托顧的部份，那日間照顧的部分我們期待是說從現有的資源來輔導他可以這樣子做，目前好像去年有曾經會社會局一起舉辦的啦!但目前好像尚未有個定案，那家庭托顧部分也是要照顧服務有這個樣子的一個訓練，目前也還沒有開始這樣做，我*們可能也沒有辦法全部一次這樣做起來。*」D-3-28

「那不過*今年都是剛推動*，所以可能在制度面及一些方面我們可能會在之後稍微再做修改，*那我們也很怕找不合約的服務單位，妳也會去想說未來*...」F-11-38

紮根基層的深入性不足－在對紮根基層的深入性不足的看法中，有3人次受訪者認為，由於大部分的照顧管理專員過去鮮少從事有相關的長期照顧工作經驗，對於社區的資源瞭解與熟悉往往不及深耕地方基層長久的衛生所護理人員，甚至常需借助基層護理人員或其他服務人員的協助，因此，往往會影響社區服務資源的連結的有效性。相信若照顧管理專員紮根基層的深入性愈高，其服務資源的連結將會愈好。如：

「*就是你要跟人家的關係夠好，或夠密切或是彼此能有雙贏的情況，不然就是妳醫院願意配合，那可能就是在這個縣是為縣民服務，*要有一些人員願意出來，慢慢的大家對這個比較有概念形成的時候，才會覺得這個就是

未來，我們的老人就是有這個需求，大家都出來協助的話，就會比較好推，那可能我們要的合約單位也就需要更多。」F-12-5

「*衛生所應該算是最基層的人員，而且他們的當地的資源...民間的資源，連結的比我們還要強。*」C-9-15

「社會資源方面我們大多都是*XX功德會或是老人關懷*的，我們之前也有在做，所以那方面就會申請訪視，衛生局也有再推這樣子，或是一些志工他們會幫忙，*我們居服單位他們自己也有志工，*所以居服單位他們有時候會去案家稍微看一下，如果是在關懷訪視這方面感覺上是還可以。」F-4-12

體察個案管理服務對於實務的衝擊－服務提供的完整性與適切性不足

在服務提供的過程面上發現，照顧管理專員在服務評估的部分缺乏評估工具的指引，致使服務評估及服務流程完整性及一致性顯不足，而且中央制定的制度過於嚴苛缺乏彈性，使得服務提供無法普及，同時影響到服務成效評值的適切性。在受訪者說明服務提供的完整性與適切性概括事項中，歸納有「服務成效評值的適切性不足」、「服務評估的完整性不足」、「服務目標數的不合理」、「制度嚴苛使得服務無法普及」、「管理服務流程一致性不足」與「評估工具的評估指引缺乏」等 6 項細類目。

服務成效評值的適切性不足－有 10 人次的受訪者認為，各長期照顧管理中心對於照顧管理專員的服務成效評值除了抽訪之外，大部分是以書面報告或是在服務單位第一次提供服務時，照顧管理專員協同服務提供單位前往案家，藉此瞭解服務提供的成效，受訪者認為如此的成效評值方式確實無法由服務對象個人實質感受來瞭解服務成效，而且硬性規定要在第一次即評值，只能單方面瞭解提供哪些服務，卻無法瞭解使用者的真實觀感。如：

「*大部分都以他們的書面報告，對然後去看他們評估的*...」D-10-2

「有它們的承辦人會去定期的訪案，抽案去訪，痾...*他們大概每兩個月，二到三個月會去抽訪案*，那這個部份，*服務品質部分是由社會處的承辦人啦，那目前我們長照中心還沒有針對這一部分*。」D-10-33

「就是*長照中心如果說以服務品質監督來監督他們的服務的話，其實有的服務提供單位的主管，他們是沒有辦法接受，除非有個案打電話來反應。*」D-11-7

「在之前我們有*做品質監測在服務的過程當中，就隨便抽一次去品質監測，*現

在不是卻是要求我們第一次就要去。」E-8-21

「為*什麼一定要第1次？不能第2次嗎*？我覺得服務單位只要能找得到案家我覺得都無所謂啦!只是我想要做品質監測時抽查打電話去或是在找其他什麼時間過去就好了，*不用那麼硬性規定*，就是這個我也覺得很矛盾。」E-9-28

服務評估的完整性不足－在對服務評估的完整性不足的看法中，更有高達9人次的受訪者認為，由於中央有要求每位照顧管理專員的服務目標數，造成照顧管理專員為了達到目標數，只著重於收案的個案服務量，在評估上的完整性顯不足，且在短時間內根本無法完整的掌握個案的全面需求，僅能如蜻蜓點水般的作服務需求的評估。如：

「然後我們*會變成就是在評估上會有點倉促*，那會變成就是說在評估上大家會有個案的壓力，那就比較不會很，應該講說在*很短時間內沒有辦法完整掌握到個案的全面需求。*」D-2-12

「所以那時候我*們就一直在跑案，都在跑個案，那我們會感覺有點淪為一個評估的機器，*我覺得會比較擔心。」D-2-24

「*做個管的時間感覺上，你那麼多，你後續的服務和個案的聯繫上就會比較少。*因為照會和與服務單位聯繫那是一定需要，可能就是花在幫助個案的時間相對性會減少一點。」F-3-35

服務目標數的不合理－受訪者表達對個案服務標準不合理的看法中，雖然中央有制定服務標準的目標數，但因城鄉及地緣廣闊的限制，統一規範一位照顧管理專員服務200位失能個案的服務量不合理，對於偏遠的鄉鎮而言，因地緣寬廣，照顧管理專員訪視個案所需耗費往返的交通時間，是都市型態的照顧管理專員的好幾倍，再加上收案後的持續追蹤管理也需耗費不少時間，所以需考量地方特性的不同，而訂定不同的服務目標數為宜。如：

「這方面可能*我們縣來推的話*，我們*要考慮到地緣性的關係*，會是比較大的阻力。」F-11-2

「因為我們訪都訪不完了，*一比兩百我覺得...對我們××真的是超不合理，你看全長一百六十四公里這麼長*。」C-4-18

「他們*跑的那個山地鄉多遠啊*，那個真的衛生署的人一定要去跟訪一次，他們

才知道說我們東部這邊的地幅有多遼闊。」C-4-21

「他去訪蠓宮那邊，他*繞了半個...半個..從東到西這樣去訪那麼一個，我覺得真的因地區不同喔，而要那個比率要對*，要不然這邊的流動率真的會變很大，像我們今年本來就兩個才剛來的就要走了，後來我們一直挽留另外一個，那另外一個他又要走了，他要去當研究助理，會留不住。」C-4-20

制度嚴苛使得服務無法普及一有 8 人次的受訪者對於制度嚴苛使得服務無法普及的看法認為，長期照顧十年計劃中規定，只有 65 歲以上的老人、50 歲以上的身心障礙者、獨居老人，及山地原住民這四類的對象，才可以接受服務。譬如有年齡 50 歲以下的初次中風者，却無法領取殘障手冊的失能者，他們才是最需要這些服務資源使用的族群，以避免錯過中風復健的黃金期。然而卻因限制的嚴苛，真的需要的民眾無法妥切的運用，造成中央雖有這樣的美意，而普及性卻明顯不足。如：

「*就是喘息、居家服務、居家復健這三個衛政的嘛，他有請外籍看護一律都不能申請，*這真的是超不合理的，難道申請外籍看護的案家，就不能享有這樣子的服務嗎？我覺得那個...*那個跟照顧服務員到宅服務是不一樣的意義耶，跟居家服務真的是完全不一樣，為什麼我請外勞我就不能享有復健師到家裡來指導我復健技巧。*」C-3-12

「*復康巴士*他的他當初的條件，條件申請條件就是持有身心障礙手冊肢障或視障...重度以上的才可以享有這個，而且當復康巴士就是就醫、就養、就業這三個才可以搭嘛，*可是卻把那個剛開始中風的他可能還沒有辦法辦理身心障礙手冊，都拿不到殘障手冊，可是他卻很有需要到醫院去作復健，半年黃金期，都把這樣的個案剔除掉，真這需要做復健那他需要搭復康巴士他需要坐著輪椅上復康巴士的...這樣子的個案群通通沒有*了。」C-11-30

「因為今年開始就是用*長照十年計畫的十項服務，就只有那四類的人才可以*。在今年以前是所有的進來的人都算（老人及領有身心障礙者），*而今年就只有65歲以上的老人*、*50歲以上的身心障礙者*、*獨居老人*，可是必須要 IADL 及 ADL 認證才可以算，還有一個是*山地原住民*，可是我們基隆沒有山地原住民，我們都是算平地原住民，所以這一項就算沒有，這三類的人才算我們的個案，我們才能服務。*所以50歲以下的譬如說45歲的腦性麻痺或23歲自閉症，這些都*

沒有辦法服務，可是以前我們都可以服務啊！。」A-9-25

管理服務流程一致性不足－受訪者對於管理服務流程一致性不足的看法，其中有 4 人次的受訪者認為，不僅是中心內部的照顧管理中心人員管理服務流程不一致；外部訓練安排的講師說法也不一樣，造成照顧管理專員在實務工作上無法達到一致性，往往是依過去不同教導者的方式去執行個案管理服務。如：

「就是*每個人好像有點不太一樣*，那我自己的話我都會給個案我的名片，然後我會自我介紹以外，*我會跟他講整個流程*，譬如說我剛跟你講從申請到服務啊需要多久的時間，那服務期間如果有什麼不滿啊，或者是說有什麼意見啊，我都會給他我的名片之外，我還會給他那個圖片，然後告訴他說你可以打電話給我，不管是好或者是不好...你都可以告訴我，我可以幫你反應，他們有的會講說...像之前...像目前今年也是一樣，舊制的是完全...還是政府在負擔這個費用嘛，」C-7-11

「*我覺得這個怎麼去評*，*我覺得這一致性大家參差不齊*，再來就是好這個看法，這個程度出來的我想我們專員還是會自己去衡量，衡量說這個個案我到底我覺得很可憐，還是有沒有失能，他假如覺得很可憐我就要給，是不是失能他覺得不是那麼重要，就變成是說在他量尺的部分，哪一個是優先要去考量，在來就是去找其他的民間資源去給予的時候，他覺得或許覺得很麻煩，所以我直接就給政府的資源也有可能是這樣子，但是我們都不是很確定人家是怎麼做的，但是那個掌握就是*我覺得每個人的掌握，專員我們辦公室就有 4 個專員，那大家的程度跟給的一致性就會有差異*。」E-3-10

「*像我們 96 年的講師和 97 年的講師不一*樣，也是這些*評估項目的意思不一樣，*然後就像在帶實習的部分，像我有在帶她們實習*我覺的每個人認知的部分，他會說我們老師是這麼上*，類似這樣子。」E-4-2

評估工具的指引缺乏－在 8 位受訪者中，有 4 人次的受訪者認為中央雖然有規定的 ADL 評量表，但卻缺乏明確的評估指引，人員在執行 ADL 量表的評估往往是利用個人過去的經驗及判斷作為評估結果的依據。如：

「除了工具量表的謀合之外*衛生署的那一套 ADL 評量，其實我覺得問題很多，*

問題很多是因為沒有更細的去規定，埃~有些專員妳這樣子的去教他，他不見得會這樣子，那很多特殊性來講，妳該怎麼給？」E-3-16

「*對於評估量表的了解的基礎到底是不是一致*，我覺得也是，在來就是我剛講的*個人量尺在判定的部分*是不是可以，像有的覺得他很可憐所以我覺得要給，那心態來講是不是說他只是不想去找民間資源因為比較麻煩，所以我覺得就給會比較好，類似像這樣子。所以這些問題參雜在一個專業人員身上的份量就是不一樣的，所以*給出來的服務就會不一樣。*」E-4-7

體察個案管理服務對於實務的衝擊－服務對象的需求與感受差異

在服務對象的需求與感受上發現，審核的嚴謹度會因為不同的照顧管理專員其最後的結果是不同的。即使經由照顧管理專員審核後發現民眾有需求，但受限於民眾使用意願及個人經濟負擔考量，所以與實際服務供給是會有所不同的。其概括事項中，歸納有「審核標準嚴謹度不足」與「需求與供給的差異」等 2 項細類目

審核標準嚴謹度不足－有 4 人次的受訪者對審核標準嚴謹度不足的看法認為，照顧管理專員在審核服務對象需求時，審核結果會因為不同的照顧管理專員而有不同的結果，顯見其審核標準的一致性是有明顯的不足。如：

「唉~我*是A區，我是B區，我是C區，就發現說C區的照管專員它評的好像比較嚴，A區或B區的個案像這樣子*的狀況都不會過，為什麼 C 區都會過，所以我覺得這個部分也是值得去檢討的。」E-3-19

「*就是每個照管專員好像有點不太一樣*」C-7-14

服務需求與供給的差異－在服務需求與供給的差異看法中，有 2 人次的受訪者表示，服務的提供需要視個案的個別需求去提供服務，但因種種因素造成服務對象雖有需求但因故無法使用，及礙於現在長照十年計劃中，部分的服務是需使用者付費的，所以造成民眾即使有服務使用的需求，但是因為付費式服務而影響到使用的意願。如：

「*可能就是看他們的需求*。比如說：他今天覺得，*也有的他要用居家服務，他不要用喘息服務，所以就是要看他的需求，有的是老人家真的不肯去。*其實他有錢，他也沒也辦法，他們覺得被放在那邊就是被家人遺棄，家屬對他們就不太照顧了，所以可能也是整個家庭的一些狀況會影響到他整個使用情形。」

F-4-25

「因為現在覺得中央有提供很多的服務資源，*可是現在卡在付費式服務，會變成我們要給服務他(個案)也需要，可是經濟上他覺得那如果要錢就不用好了*。」B-10-36

服務職權的分工與合作不足－由於照顧管理專員的工作除了照顧管理的工作外，還需兼其他繁雜的行政工作，這些行政工作更佔用大部分的工時，導致照顧管理專員無法真正落實個案的照顧管理，如此的情況造成專業分工與合作的不明確。著實是在實務工作上最大的困難與限制。其概括事項中，歸納有「業務範圍的龐雜」與「專業分工與合作不明確」等 2 項細類目。

業務範圍的龐雜－在業務範圍的龐雜看法中，8 位受訪者中共有 5 人次的受訪者認為，照顧管理專員除了自己本身的工作外，尚需要身兼做其他的行政庶務工作，這些行政庶務性工作時間，甚至遠遠超過個案照顧服務的時間，因此造成照顧管理專員非常大的工作負荷及壓力。如：

「那我自己本身的工作，*除了專員的職責以外，我就是還有兼中心所有的行政業務，因為我們中心沒有行政人員啊。*」C-6-8

「同時*我們中心必須兼辦很多衛生局的業務*。」B-1-12

「*我們有辦護理之家及居家護理所的督導考核*，然後*產後護理之家*也是我們的，還有*早療業務也*是我們，還*有類似身心障礙轉銜的業務目前也在中心*，有一些像社會處要我們配合辦理的*老人安養護機構評鑑、社區關懷據點的評鑑都會派我們的中心去*，所以就是比較偏醫政工作。」B-1-21

「所以我現在就比較主責在做行政的這部分，其他的四位同仁就是除了個案分地段分下去之外，*她們還是零星接一些業務*，因為業務實在太多了。」A-8-10

專業分工合作不明確－有 4 人次的受訪者認為專業分工與合作不明確，由於服務直屬管轄機關的不同，專業分工不明確，導致個案服務需要提供必須依不同的主責機關來處理。如：

「比如說現在*居服單位是社會處這邊在委辦，所以就是等於我們有問題的話還是請她們一起幫忙處理，我們的復康，她們是身障的復康，長照就是交通接送，*

也是從這邊來辦理，所以蠻多項業務都是在社會處，衛生局還是會有跨科室的需求。」F-2-7

「比較多的方式是復健和居家，我們是希望他們有一點點時間是重疊的，就等於說復健師，比如說他家人沒有辦法協助他做一些復健話，他可能就委由服務單位幫忙協助，因為他有時候也要抱他什麼的，那可能說*復健師在指導的時候，居家服務員可以同時參與*，他也會比較瞭解這個狀況，那之後在照顧他的話，有需要注意的事項或協助的被動運動都可以稍微注意，或是拍痰什麼的，這方面如果真的有需求，*請二個單位*，他下次復健大概什麼時候，我們*會請居家服務員盡量配合，大概雙方互相協調一下*，什麼時候去比較妥當。」F-6-34

體察個案管理服務對於實務的衝擊－業務溝通機制待加強

對於照顧管理專員而言，長期照顧管理中心雖然有橫向及縱向的溝通管道，但是無法讓實務工作者能無所顧忌的達到雙向溝通。其概括事項中，歸納有「溝通機制與平台不適切」與「橫向連結的錯結」等 2 項細類目。

溝通機制與平台的不適切－在個案對溝通機制與平台的不適切看法中，有 6 人次受訪者表示面對新制度的改變，在業務推動上往往會遇到許多的困難與瓶頸，更需要藉由跨部會的溝通機制，始能達到最佳的狀況。雖然大多數的長期照顧管理中心都是透過長照推動小組作為溝通的平台，但是基層人員要表達意見時又有所顧忌，無法充分的達到溝通的目的。如：

「所以我們就會*有長照推動小組會議*，就變成說雙方都會有代表，或是委員會來給我們一些意見，所以都會定期開會一次，所以是還 OK。」F-2-4

「我們會藉由這個會議上說明目前執行的成果是怎麼樣，執行的狀況？或遇到什麼困難？就提出來大家討論，也算是相關科室的溝通平台。在來就是專家對我們有什麼建言也可以提出來，我們在執行面上就會特別說明，執行方面有碰到的困難或是說與原定計畫落後，就會*利用這個機會分享*，就也有點像是業務報告、工作報告。」F-2-20

「希望能夠*透過長照推動小組的名義，就是努力看看*，」D-5-9

橫向連結的錯結－受訪者對於橫向連結的錯結的看法中，有 3 人次受訪者認為，長

期照顧管理中心與其他橫向的服務單位缺乏暢通的溝通，制度一但因故改變，照顧管理專員都無法在第一的時間點獲得最新的訊息，往往需要經由他人輾轉得知，足以顯見橫向溝通的障礙。如：

「然後我是覺得因為資源連結不是很順利，像是交通接送、或是輔具的部分等那些，覺得沒有很一致性的規定出來就是ㄟ現在就是要這樣子做，*方式改了我們都不知道，都是服務單位來告訴我們說唉*~最近好像改了，我們衝了這個事情又去花時間。」E-5-22

察覺個人專業能力的重要性－個人能力成長與認同

在個人能力成長與認同的部分，照顧管理專員發現在實務工作的情境中，必須持續的利用不同的進修方式或同儕間的學習，以獲得個人專業與能力的認同。其概括事項中，歸納有「急就章與拼湊的教育訓練」、「在職進修與在職教育以提升角色能力」，「同儕間學習與成長」與「專業與能力的認同」等 4 項細類目。

急就章與拼湊的教育訓練－在對急就章與拼湊的教育訓練看法中，有 4 人次受訪者表示，由於照顧管理專員無法額外參加教育訓練活動，所以在教育訓練的規劃安排都是以中心專員的學、經歷背景作為規劃課程之依據，如此方式較缺乏一貫性的教育訓練。如：

「因為*大家沒有太多的時間去參加一些教育訓練*，像中央辦的一些資訊類的教育訓練或督導考核的教育訓練，我們也是都會常規的參加。我們局內目前就是以這種方式安排。我們課長也覺得這樣的方式不錯，我們有什麼問題就直接問老師，所以她也就選擇她不要出席，因為她覺得她出席我們就不太敢問。」A-5-4

「所以*衛政就會上關於護理和他相關的或是長照的概論。社會處這邊就比較偏重老人福利啊！或是居家服務的一些內容、交通接送或是輔具*，以前是先講身障的那一塊，或是低收入戶他那些審核的標準，或是申請殘冊它必須具備什麼東西，大概是這方面的。等於是社會處上社會處方面的相關課程。」F-8-10

在職進修與在職教育以提升角色能力－有 4 人次受訪者認為，由於制度及實務工作所需，照顧管理專員意識到學歷及繼續教育在臨床工作的必要性。因此部分照顧管理專員礙於學歷限制，不斷持續在職進修，進而提升個人的角色能力。如：

「沒有辦法念護理的，而且慈濟也沒有夜二專，所以*後來我就選擇了空大，空*

大也沒有護理系，可是空大它護理的很多的科系都掛在生活科學系，所以我現在是在修生活科學系，就用禮拜天的時間去上課。」C-2-11

「大家對於可憐和失能這種東西要者麼去判定會比較好，除了我覺得第一點就是工具量表的部分，在來就是塑造的那個形啊！*一定要靠教育訓練慢慢的提升，*但是假若是個性的問題就無法改變了。」E-4-11

同儕間學習與成長－受訪者在對同儕間學習與成長的看法中，有 2 人次受訪者表示，照顧管理服務往往需面對複雜性高的個案，不是僅靠個人的經驗就可以應付的很好，所以往往需要利用同儕間不同的學、經歷背景，互相分享個人的照護經驗，不僅可提升個人的專業成長，更能提供民眾最佳的照顧服務。如：

「*只是我們會把特殊的個案拿出來，如果我今天遇到這樣的個案那我怎麼處理，或者他會提出來說這樣怎麼處理，那我們會建議他，大家會有些建議，這該怎麼做這樣子*。」D-10-5

「每個月就只有從個案討論裡面，可能比較…稍微知道一下，這部分我也不知道要是怎麼樣的去做品質方面一個….除了在職教育，或者是說像*我們每天都有 morning meeting，我們用五到十分鐘，我們大概就是把一些個案…..自己手邊的個案，有*一些難處…比較不知道怎麼處理或者是比較難的提出來，那大家給點意見這樣子。」C-6-7

專業與能力的認同－受訪者對專業與能力的認同看法中，有 5 人次受訪者認為，照顧管理專員個人要有足夠的專業能力及專業認同，才能在資源掌握上更能精確無誤。如：

「*我們還是很認同專員出去的專業評估結果*」F-7-28

「那我們這樣一年來去評估，其實確實是有接受過訓練再去評估，其實*確實在資源上掌握跟過去跟衛生所這樣評估那種差異性真的很大*，那*資源統整會比較精準一點，那比較沒有像過去有點腐爛*，那就是會有點不同的角度，可能會因為評估的主觀的態度，會影響到那個資源的給予啦！」D-2-10

察覺個人專業能力的重要性－專業的敏感性與能力

在專業的敏感性與能力中發現，照顧管理專員所服務的對象大多數是複雜性較高的

失能者，且在長期照顧管理中心人員穩定性始終不足的狀況下，每位新進的照顧管理專員似乎沒有太多、太長的適應期，即必須要有直接前線現學現賣的本領，更需要有親臨現場的專業判斷，及個人應具備有一定的成熟度及工作能力，始能提供民眾最佳的服務資源連結與運用。其概括事項中，歸納有「親臨現場的專業判斷」、「直接前線現學現賣」與「人員成熟度與工作能力」等 3 項細類目。

在親臨現場的專業判斷的看法中，有 10 人次的受訪者認為，照顧管理專員在評估個案上必須親身經歷、親臨現場，才能真正發掘到個案真實的需求面，因此親臨現場的專業判斷能力是不可或缺的。如：

「那*我們現在這樣子去家訪*...我覺得是很好啦，個案真的是...而且*我們也有一些 inside 在我們的身歷其境囉....親眼看見，所以比較能夠知道個案的難處在哪裡、他的需求在哪裡，*所以我覺得這個是很好啦。」C-5-19

「他可能不是單純的問題，他可能有安置的、經濟的家庭的問題，不是說我們評完之後服務給他之後就沒事了，那就等半年之後再去評，不是這樣，我說那除非有這樣子的個案，我們*要不斷的再聯繫*，然後*還要追蹤他們的狀況怎樣*。」D-2-22

在 8 位受訪者中，對於直接前線現學現賣的看法共有 2 人次認為，長期照顧管理中心的照顧管理專員在進入這個工作領域，通常沒有太多的時間讓人員慢慢學習，大多需要在工作中邊做邊學，從服務的過程中學習，造成工作人員心裡非常大的壓力。如：

「通常她們進來是一個蘿蔔一個坑，所以一進來就要接業務，*所以不可能像帶實習生一樣，在我旁邊見習*。」A-3-15

「*一進來就要開始接業務開始工作，所以我們就是從工作中直接帶她們去*。」B-5-22

再者對於人員成熟度與工作能力的看法有 3 人次認為，由於照顧管理專員的長期照護相關領域的工作經驗普遍較少，所以對於服務的提供成熟度有明顯的不足，相對的對於工作也有很大的關係。如：

「*像有的時候覺得他很可憐所以我覺得要給*，那心態來講是不是說他只是不想*去找民間資源因為比較麻煩*，所以我覺得*就給會比較好*，類似像這樣子。所以

這些問題參雜在一個專業人員身上的份量就是不一樣的，所以給出來的服務就會不一樣。」E-4-8

「他是 96 還是 95 年來的，*他們其他的人都是今年 4 月底和 6 月才來的，大概就變成說他們都是統一訓練的再出來開跑的*，所以大概再 8 月才開始在執行這個部分，所以*之前只有評估的量，根本沒辦法去追蹤其成效*。」F-7-9

「其實*今年我覺得我們都還在適應啦*，我想因為像督導也是啦，他也不知道他的任務該怎麼做。」C-10-21

察覺妾身不明與未來的不確定感－轉銜與過渡的銜接

在轉銜與過度的銜接中發現，由於長期照顧十年計畫是政府近期大力推動的計畫，關於人員的晉用標準、及服務標準的過度與銜接上，讓人員產生莫大的壓力及負荷。其概括事項中，歸納有「晉用標準的變革」與「新舊服務標準銜接的錯結」等 2 項細類目。

有 10 人次受訪者認為，變革中的晉用標準，致使照顧管理專員若要繼續留任，就必須繼續進修以獲得大學文憑。因此，照顧管理專員進修的科系即使是非長照相關科系的進修教育，都要去完成。如：

「今年是革命性的改變，*因為學歷的問題，我差點就要離開*...。」C-1-31

「所以我現在是在修生活科學系，就用禮拜天的時間去上課，那*我不知道衛生署會不會承認這個學歷、這個科系啦*。」C-2-2

「可是就是*政策一直在改變*」C-2-15

受訪者在新舊服務標準銜接的錯結看法中認為，不健全制度下，新舊制服務的銜接，致使照顧管理專員在服務資源連結上顯的非常混亂。因此增加照顧管理專員的工作負荷。如：

「可能會明年人數才會統計出來，因為我們現在還在調查說人民繼續使用的意願如何，因為其實很多民眾都是搖擺不定的，其實今年七月的時候我們有全部再找一次個案，*就是詢問他們願不願意，很多有三分之二以上是還不確定*，那 11 底到 12 月初我們又請基金會的就是服務單位又再重新再找一次，那可能決定的人又比較多一點，所以那個統計可能要到明年我們才會確定說，真正從*舊制改到新制的個案比例有沒有減少？比例佔多少？*我這樣看我這樣子是初步

的看嘛，已經評估回來已經確定不要用的，*大概有少三分之一左右。*」D-4-21

「像交通接送的部分，之前身心障礙那邊本來就有復康巴士了，那他們審核的資格就是有身心障手冊就可以給了，那在長照十年計畫這邊就是不一樣就是我們的評估表要是重度的才給，那有些模式的部分，就是變成說，他們之前的模式都是這樣子固定的，然後我們這樣子的模式，不見得要有身心障礙手冊的話，*她們轉過去之後在服務的連結部分會覺得很混亂*，會造成雖然兩個社、衛政要整合，可是部分的東西做起來就會沒有辦法那麼順利啦！」E-1-15

「妳在 97 年 1 月 1 日之前都不是我們專員往外跑，只是在辦公室做資源連結的部分，從 97 年 1 月 1 日開始設定就是你要評估個案，可是他的 1 比 200 的量實在是太多了，對於這個工作風險很大，第一個交通的問題。」E-5-10

「我們*現在卡在轉新制度的個案不知要不要算*，*因為舊轉新我們現在還沒有全部建檔，大概也有 300 多個左右個案還沒有完成訪視。*」F-3-6

「因為我們這邊*還沒有成立二級單位*，我們目前還是*先合署辦公*，合署辦公就是 19 號會搬到縣府去，希望社會處那邊也有人過來跟我們一起辦公這樣。」B-1-10

察覺妾身不明與未來的不確定感－個人對中心的感受與期待

由於長期照顧十年計劃的推動，會受到許多的因素所影響，因此直接影響照顧管理專員對於中心的信心不足及負面看法。由於長期照顧管理中心的組織定位是屬於臨時任務編組，未能有獨立的預算和人事，而各縣市長官對此新政策大都採觀望態度，因此造成照顧管理專員對於此計畫的推動是否持續都無法確定，而感到非常徬徨，缺乏對於中心未來發展的信心。其概括事項中，歸納有「個人對於未來的信心不足」、「個人對中心定位的負面看法」、「身分尷尬的感受」與「人員對未來的不確定感」等 4 項細類目。

有 4 人次受訪者認為，長期照顧十年計劃的推動，會受到許多的因素所影響，如：政治因素、政黨輪替...等。各縣市長官對此新政策都是採觀望態度，因此造成照顧管理專員對於此計畫的推動是否持續都無法確定，而感到非常徬徨，缺乏對於中心未來發展的信心。如：

「*感覺上長照未來方向是模糊不清的*，但是*裡面還是帶著有一點盼望啦！*」D-8-3

「事實上*我們覺得很徬徨*，好像*看不到前景的感覺*...那種感覺啦。」C-2-16

「可是*我們的長官好像也說明年還要再觀望其他縣市有沒有跟進，如果其他縣市有跟進，縣長就配合*，好像是有這樣子的說詞。」C-2-26

受訪者在對個人對中心定位的負面看法中，有 6 人次的受訪者認為，照顧管理專員雖然在長期照顧管理中心體系下工作，但對於長期照顧管理中心的角色、地位卻不清楚，而且社政、衛政仍然無法達到很好的整合，各自有各自的立場，造成工作同仁在業務執行上非常大的困擾。如：

「因為過去在長照中心的一個認定，其實很模糊，有的縣市長照中心比較偏向於行政，*就是裡面的照管，應該講說叫個管*，過去叫照護管理員嘛，那以前照管師比較偏向於行政的，他比較不是一意的去評估個案的需求，那尤其是我們花蓮的地方，過去的評估都是委給衛生所的護理人員，那其實她們自己也有參雜很多其他的義務，就比較不是那麼的專業在照管的工作上面，那我覺得那過去我們一直也在討論說*中心的地位到底在哪裡，到底是在實務面呢？*」D-1-32

「他又*沒有一致的口徑*說大概目前妳要怎麼做，所以聽起來現在大家都還是不是做的很好吧!可能還是有*實際面的困擾啦*!社政會覺得這是我這邊的需求，或是衛政那邊的需求，可能*有各自的立場*吧!」F-7-20

「*納入二級機關是會更明確*，我覺得啦！」C-2-23

在個案對身分感尬的感受的看法中，在 8 位受訪者中共有 4 人次表示：對於照顧管理專員來說，對內而言並不是正式的組織編制；對外而言民眾更不知道中心的角色為何，造成工作人員對於自己的角色非常尷尬。如：

「因為*我們在局裡的角色很尷尬*，不是正式的公務人員，沒有辦法用臨時聘僱的零用金來撥補給你，只能用中央的補助款，我也不是一個正式的組織編製，只是一個臨時的，所以*角色很尷尬*。」A-6-11

「我們去個案家的時候自我介紹，我們可以說我們是花蓮縣政府，其實我們現在講這樣，*我們都有點心虛耶*，*我們覺得我們什麼都不是耶*，我們到底是屬於社會局還是衛生局，而且*民眾也搞不清楚*，他們常常把我們想成是服務輸送單位，目前是由門諾基金會承辦北區這邊的嘛，*他們一直把我們當成是XX基金會*

的...」C-3-3

「*民眾也搞不清楚我們是哪裡來的*...」C-3-9

「有時候我到醫院去，*他們說...喔你們諾基金會那邊來*...」C-3-15

在個案對對未來的不確定感的看法中，在 8 位受訪者中共有 2 人次表示：對於長期照顧管理中心未來走向不清楚，且不知道這樣的政策是否會貫徹下去，造成照顧管理專員人心浮動。如：

「*長照未來妳不曉得會走向哪裡*？畢竟現在政黨又輪替，也會影響到，或是說這個在推，*不曉的他做的穩不穩*定，他未來到底要走向保險制或是說什麼？*對我們的影響、未來的規劃應該多少會有一點我到底可不可以把這個當作我持續的在走這樣子*。」F-9-12

「對然後還有就是*感覺上是模糊不清啦*，就是在*長照的未來方向模糊不清的裡面*，雖然看起來是模糊不清，但是裡面還是帶著還是有一點盼望啦！」D-8-22

「可是*我們的長官好像也說明年還要再觀望其他縣市有沒有跟進*，如果其他縣市有跟進，縣長就配合，好像是有這樣子的說詞。」C-2-25

體察業務推動過程的阻力－闡述中心結構面的限制

在闡述中心結構面的限制上發現，由於中央制度條件的限制，且缺乏充分的行政裁量權、獨立的經費預算及正式的人力編制，因此無法落實照顧管理制度的執行。其概括事項中，歸納有「制度條件的限制」、「穩定財源經費的缺乏」、「正式的組織編制缺乏」與「法條規範的明確性不足」等 4 項細類目。

在個案對制度條件的限制看法中，在 8 位受訪者中共有 9 人次表示：由於制度條件明確性不足，造成人員在角色定位上明確性不足。如：

「目前是*遵照衛生署的資格認定標準*，必須*一定要是大學畢業以上的護理師(護理人員)；社工師必須要十年的經驗且也要社工師執照*。」A-1-12

「*臨時人員也不能領加班費和出差費*，所以我們該有的福利通通沒有，但應盡的義務卻通通都要。」A-7-12

「因為我們在局裡的角色很尷尬，*不是正式的公務人員，沒有辦法用臨時聘僱的零用金來撥補給你，只能用中央的補助款，*我也不是一個正式的組織編制，

只是一個臨時的，所以角色很尷尬。」A-6-11

「督導是一定要有社工師。*社會工作系他是可以做專員，可是他不可以做督導*。」B-7-11

「其實*今年真的學歷的問題*...真的是*讓我很受挫*這個樣子，*因為我覺得我很努力、很努力在這一塊裡面*。」C-8-26

「我覺得喔，*我真的不會走的人為什麼一定要在乎我的學歷*。」C-13-16

在個案對財源經費的穩定性缺乏的看法中，在8位受訪者中共有6人次表示：由於長期照顧管理中心並沒有穩定的財源經費，所有的人事薪資、業務費用受限於並需經過中央撥款等層層的手續，往往造成人員無法按月領用應得的薪資，甚至在業務推動的過程中，還必須自掏腰包，暫代墊各項款項。如：

「*中央還要匯錢下來之後我們這些人才有辦法領到薪資*，所以來三年都是欠了5、6個月，像我們現在要搬到新的辦公室，那我們的設備就會比較慢核銷，那他的第二筆款項就會比較慢，我們*今年又要被斷第二次了*，9月薪水就是第一筆款項已經用完了，所以就沒辦法做是啊!」B-6-26

「像我們的*薪水要每年5月底才領得到，就等於快半年的時間沒有*錢，所以像有的人他要繳付貸款的部分就會產生問題。」E-6—10

在個案對正式組織編制的缺乏的看法中，在8位受訪者中共有4人次表示：由於長期照顧管理中心，在整個組織運作體系中，並不是一個正式的組織編制，照顧管理專員亦非正式編列的人員，造成人員無向心力，往往一但有其他更好的發展機會即會跳槽轉任其他單位。如：

「那其他*都是臨時約用人員*，那約僱人員通常都是最早期的，那時候衛生署一開始在開辦示範中心...長期照護示範中心，那時候衛生局開始學習開約僱人約書，所以有三個約僱人員的缺，那之後九十四年之後，就是從我那年進來的時候，我們縣府我們這邊的縣府就不開約僱人員缺*，一直都是臨時約用人員的缺，所以後來進來的都是臨時約用人員缺*，包括今年新招的照管專員都是臨時約用人員缺。」D-7-10

「就像其實我覺得衛生署它為什麼一直要要求長照中心成立二級機關，我想它

一定要有它的理由，因為它必須要執行一個公權力嘛，對那現在其實各縣市也都在努力，其實也包括我們自己花蓮縣，其實從過去到現在，我們一直都會處在就是說，我們*中心處在要上不上，要下不下*，那其實我們中心就是有點懸空的...在位置上有點懸空的感覺。」C-7-15

在個案對法條規範明確性不足的看法中有 3 人次表示：服務法條規範明確性不足，造成人員在面對民眾時也不知所措。如：

「整個執行率的方面就變成是我們的困難點很大，所以就是它*推的時候方向，現在的執行率就不是很高，所以上面會請很多人就是可能啊~社政、衛政這邊的人去找個案，然後我們就衝~衝~衝服務量，結果就衝過頭了*。」E-2-25

「可是沒有辦法很確切的幫我們解決，比如說*我是服務使用者我會覺得說今天我若搭了A家，我以後就只能搭A家嗎？*我也*沒有辦法跟妳確定因為我專員也不知道*，因為*上面的人妳問了他，他也沒有給妳確切的答案*，然後就說使用全部的超過次數在請民眾自費，那就是一定要和家屬說妳一個月使用多少，如果假若妳要超過妳一定要跟我講這個月有額外的需求，什麼樣的狀況發生妳必須要增加交通接送的部分，搭不到車時A、B兩家都可以互搭嗎？那你在統計的部分比如說我今天妳搭了A家，搭了8次；那B家不知道你已經搭了8趟，他就給妳搭，那這個費用事後誰要去追討，我覺得這些都是問題，一直都沒有辦法去做解決。因為只能告訴你最多只能搭幾次！我現在核定幾次給妳！那妳假如是說有必要在增加的話在跟我們講。」E-5-33

體察業務推動過程的阻力－認知行政面的困境

地方在推動照顧服務制度完善於否，往往取決於主管機關的支持與配合，然礙於行政流程的繁冗及缺乏主管機關的支持與配合，是認知行政面上最大的困境。其概括事項中，歸納有「主管機關的支持與配合不良」與「行政流程的繁冗」等 2 項細類目。

在個案對主管機關的支持與配合的看法中，在 8 位受訪者中共有 7 人次表示：由於主管機關的支持會影響整個中心業務的推廣狀況，例如最基本的行政裁量權都無法執行，往往會造成工作人員工作上最大的阻力。如：

「像中央有發公文下來說，*像我們評估的表，職章是沒有辦法蓋在單位主管那*

邊，我們沒有行政裁量權，必須要由衛生局或社會處的正式人員去蓋那個部分，我們連去蓋基本的評估表都沒資格，我會覺得我們真的是臨時編組或臨時人員，那有一些事情是沒有辦法和事實吻合的。」B-11-11

「對因為我們中心的主任是縣府的主任秘書嘛，那有一個*主任秘書擔任我們主任*，但是*他其實完全沒有參與我們的業務*，對。*就只是一個掛名的而已*，那包括我們中心的公文啊！各項活動，他從來沒有參與過，完全沒有參與過，那比較就是密切接觸的是衛生局的局長跟社會處的處長，那其實那我們現在又卡在我們的行政機關是...行政主管單位是衛生局。」D-7-16

在個案對行政流程的繁冗的看法中共有 5 人次表示：服務輸送的流程會因為主導體系的不同而有所不同，如此繁冗的行政流程，往往造成服務輸送至有需要的民眾時，已曠日費時。如：

「民眾來申請嘛，評估出差之後我們會到家裡去訪視嘛，那專員去評估完之後，會給他就是適合他的照顧計畫，然後給予他服務嘛！那我們給予服務之後，那這當中服務有分衛政和社政，接者在我們這邊統整之後，我們的評估表要分兩邊送，如果他是有衛政的服務就送衛政，有社政服務就送社政，那要由長官來簽核，來發文出去。」D-5-10

「原則上社政那邊的承辦人員他是相信就會相信，他是以信任的原則啦！然後由他來核這樣子，然後*再來上簽給長官，到課長那裡，到課長那邊，課長就可以決行，之後再發文給民眾，所以就是會有這樣的層面，就是會分兩邊。*」D-5-10

「那社政的還是一樣照...都沒有改變，就是照這樣子走，就是一定要送到社會局，然後由社會局發文，然後再...給，所以你說這個....就是從申請我們到個案家評估、申請，到真正服務書送到這個案家，兩個禮拜以上。」C-2-19

體察業務推動過程的阻力-闡述不同立場的差異

由於中央希望能授權於地方自治，但礙於地方特性及立場的不同，所重視的面向又會不一樣，各自有各自的解讀及想法，是最大的立場上的差異。其概括事項中，歸納有「中央與地方立場的差異」與「各自為陣的想法與觀念」等 2 項細類目。

在個案對中央對地方立場差異的看法中有 3 人次表示：中央希望能授權於地方自

治，但礙於地方特性及立場的不同，所重視的面向又會不一樣。如：

「像中央對政府的權利是有多大，但我覺得如果說他可以從新幫助，我是覺得它應該要對地方的這一方面可能要積極一點，就是說*讓地方政府來決定，然後他又要期待我們要趕快，又要列入考核裡面，這樣的感覺會覺得說...，地方他也不會，如果你上面沒有一個很積極的Push的話*。」D-6-23

在個案對各自為政的想法與觀念的看法中共有2人次表示：中央與地方對於整個業務推動的方式，各有不同的想法及解讀。如：

「那兩局的長官有分別在各自討論，就是說他...痾，長照中心的制度會按照...類似啦就是像*衛生署規定*要一個督導啊下面要有專員，對然後*照管督導要作人力開發啊、資源開發啊還有經費啊等等....還有掌握，掌握資源這樣子的這些工作，*然後包括照管的督導這樣子，那時候*我們長官就有分，把行政業務的分開來*，所以剛看到的那個衛生局的承辦人，他是負責...目前他是今年是我們這邊管理行政的督導，我們縣市跟其他縣市有點不太一樣，」D-6-27

體察業務推動過程的阻力-個人特質與穩定性的不適切

中心人員穩定度始終不足，除了工作上薪資、福利等誘因不足外，個人的人格特質亦是人員是否會繼續留任於此長期照護領域工作另一重要因素之一。在受訪者說明個人特質與穩定性概括事項中，歸納有「人員留任意願與誘因不足」與「人格特質與穩定性不足」等2細類目。

在個案對人員留任意願與誘因的看法中，在8位受訪者中共有7人次表示：護理人員擔任中心的照顧管理專員往往都無法持續留任，其中有一項非常重要的原因是關於人員的薪資、福利的不穩定，造成人員留任意願偏低。如：

「*之前有一些護理人員來這裡都留不久*」A-5-5

「畢竟它是*一年一聘制嘛*！等於說你在這方面，今年剛好面臨*油資費不補助*，我們*不能夠領差旅*費，我們專員就覺得很奇怪，這個業務為什麼不能領這個，那一陣子對我們的*衝擊也是很大的*，造成專員們心態上的調整，那時候又是油

價剛貴的時候，所以又沒有這一部分，其實影響很大，畢竟還是要去跑，車子的耗損就算了，多跑案家就是等於消耗自己的油資費，多跑多賠的那種感覺。」F—8-18

「目前*薪資發放也是很頭痛的*，就等於我們有去催啦！我們要等第二期款項，然後要等他去審核，我們上頭的長官可能要去問他的第二期款到底有沒有撥下來，聽說好像1.2月，我們衛政那方面的服務好像也是要停擺了，聽說她們那方面的經費也是沒辦法，他要不願意是妳先給沒關係，我預定會給妳多少金額妳之後再去補。」F-12-18

「妳在97年1月1日之前都不是我們專員往外跑，只是在辦公室做資源連結的部分，從97年1月1日開始設定就是你要評估個案，可是他的1比200的量實在是太多了，對於這個*工作風險很大，第一個交通的問題*。」E-5-10

在個案對人格特質與穩定性不足的看法中，在8位受訪者中共有3人次表示：會留任的專員都有熱心、雞婆且主動發現問題的心的人格特質。如：

「所以*我覺得那種熱心、雞婆的人可以留的比較久*。」A-16-22

「自己要有*一個雞婆熱情的心*，你現在開放自己去跟人家打交道。」C-6-13

「對啊~很多人都覺得個管師都必須要有一些比*較雞婆，然後看到一些事情，主動發現一些問題去協助民眾這個樣子*。」D-6-12

「尤其是辦很多活動的時候，你如果是跟比較常…一些民間的單位他們都會出來擺攤啦….或者是說有相關的工會啊，就勇於自我介紹、勇於給名片，你那邊有什麼資源阿….，*就是要主動啦*」C-6-8

三、問卷調查

本研究對象以任職於我國長期照顧管理中心之照顧管理專員為標的母群體（target population）依衛生署提供長期照顧管理中心照顧管理專員的名冊，以目前是長期照顧管理中心聘任（含約聘）的照顧管理專員為收案對象，排除條件為無個案訪視經驗者。

前驅測試的對象，以大台北地區過去曾任職於長期照顧管理中心離職的照顧管理專員（或稱個案管理師）10 位、具社工背景的個案管理員 10 位及具有出院準備服務及居家護理經驗的社區護理師 10 位，共發出 30 份問卷，回收 30 份問卷。

正式研究所需之樣本數是依照前驅研究所得資料結果進行檢力分析（power analysis）來推估。而本研究以前驅研究結果中之三個假設為「長期照顧服務中心結構面向與過程面向是有相關性」、「長期照顧服務中心過程面向與結果面向是有相關性」及「長期照顧服務中心結構面向與結果面向是有相關性」來推估正式樣本數。根據研究假設，以相關係數為 .87、 .39 及 .57，樣本強度為 .80，設 α = .05，採雙尾檢定，以 1997 年 Brenstein 等人所設計的 Sample powew 2.0 版進行樣本推估需 6-46 人。正式研究時以目前各中心照顧管理專員全部收案約有 253 人，表示具足夠之檢力。

2008 年 11 月開始進行，依據行政院衛生署提供的長期照顧管理中心的名冊，並請長期照護管理中心之主管機關衛生署先發公文讓各長期照顧管理中心協助本研究之進行。研究者再以電話聯繫長期照顧管理中心主管，說明研究目的、研究對象及施測方式，徵得同意且詢問目前符合研究對象的人數後，再寄出符合各中心照管專員人數之問卷數，由各長期照顧管理中心主管將問卷發給符合條件的照顧管理專員進行問卷測試。研究對象以不記名方式將問卷填答完畢後，密封交由各長期照顧管理中心負責人，利用回郵信封袋寄回給研究者。回收問卷之後，研究者會再依照回收問卷份數寄給每位研究對象一份禮物，共寄出 253 份問卷，在問卷回收過程中於第一週內先以電話詢問中心負責人是否收到問卷，並提醒其記得將問卷填妥寄回，而於第三週對於未收到回收的問卷，則再次提醒中心負責人記得催收問卷，並寄回，對於第四週仍未收到回收的問卷，提醒機構此份問卷之重要性並請其記得將問卷填妥寄回，而對於仍未寄回者，將視為未填答者，共回收問卷 203 份，扣除負責外勞資格審定業務的人員，有效問卷 196 份（回收率 77.47%）。

研究調查照顧管理專員之基本資料包括年齡、婚姻、性別及服務的縣市及服務區域。研究對象的年齡範圍介於 23 歲至 57 歲，平均年齡為 32.13 歲（SD=6.63），年齡

在 30 歲以下佔 52%，而年齡在 40 歲以上的佔 11.2%；性別以女性佔 94.4%為多；婚姻狀況則以未婚居多，有 103 人（52.6%）；服務縣市是以 25 縣市分區，其中北區是指基隆市、台北縣、台北市、桃園縣共有 71 人（36.2%）、中區是指新竹縣、新竹市、苗栗縣、台中市共有 19 人（9.7%）、南區是指南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、台南縣、台南市、高雄縣、高雄市共有 78 人（39.8%）、東區（含離島）是指宜蘭縣、花蓮縣、澎湖縣、金門縣共有 28 人（14.3%）（詳見表四）。

長期照顧管理中心的運作現況，包含結構面向、過程面向與結果面向的運作現況說明如下：

結構面向

結構面向的品質是指組織的結構是否完備、硬體構造及設備是否充足、資源是否充足、人員數量及其素質。故本研究的結構面是指長期照顧管理中心照顧管理專員的人力素質（包括教育程度、主要負責的業務、專業背景及工作經驗、職缺及薪資來源）、組織架構、設備、資源種類與人員的訓練。依據研究對象測量結果顯示：人力素質的部分（詳見表五），包含教育程度以大學佔 85.7%，研究所僅佔 4.1%。在實務臨床經驗年資是 0 至 33 年，平均年資為 6.61 年（*SD*=4.52），專業背景是以護理 156 人（79.6%）為多，平均年資為 7.09 年（*SD*=4.82）、其次是社工 30 人（15.3%），平均年資為 4.21 年（*SD*=2.01）、其他有物理治療背景的 1 人（0.5%），年資為 12 年及營養背景者有 9 人(4.6%)，平均年資為 6 年(*SD*=2.24)。在目前長期照顧中心的服務年資平均為 17.39 個月（*SD*=20.86）；另有 39 人（19.9%）曾在其他長期照顧機構服務，其服務年資平均 7.16 個月（*SD*=18.10）。照顧管理專員薪資來源是以衛生署 158 人（80.6%）居多，其次是其他 33 人（16.8%）是包含醫院或計劃案，也有少數 5 人（2.6%）是由勞委會提供。而照管專員之主要負責業務是從事照顧管理為 188 人（95.6%）、辦理行政業務有 4 人（2.0%）及其他，如：代理督導、醫政業務有 4 人（2.0%），另有 43 人（21.94%）是有兼任其他業務，如：教育訓練、出院準備服務業務及行政庶務等。在職缺分佈來看，以臨時人員為最多，有 130 人（66.3%）、臨時約聘有 53 人（27.0%）、正式人員僅有 4 人（2.0%），而其他多指因專案計劃配合聘僱，如：台北縣政府、研究計劃、專案及長照十年計畫等，有 9 人（4.6%）。

在組織架構的部分（詳見表六），是以 Likert 7 分測量，由照顧管理專員自評其感

受服務之長期照顧管理中心在組織架構的整備情形，整體平均得分為 4.26（*SD*=1.05），其中以「我認為中心制定的聯繫回覆作業流程是明確的」平均得分為 4.98（*SD*=1.18）得分最高、其次是「我認為中心制定的結案標準與流程是明確的」平均得分為 4.86（*SD*=1.20）；而在得分最低的是「我認為中心的人力編制是足夠的」平均得分為 3.20（*SD*=1.81）。

設備的部分（詳見表六），此是以 Likert 7 分測量，由照顧管理專員自評其感受服務之長期照顧管理中心在設備的完備情形，整體平均得分為 4.56（*SD*=1.10），得分最高是「我認為中心的設施設備(如電腦、印表機、電話及傳真機)是足夠的」平均得分為 5.03（*SD*=1.43），得分最低的是「我認為中心的資訊化(如網頁、個案ｅ化系統)是足夠的」平均得分為 4.30（*SD*=1.54）。

資源種類的部分（詳見表六），以 Likert 7 分測量，由照顧管理專員自評其感受服務之長期照顧管理中心在資源種類的充足情形，整體平均得分為 3.78（*SD*=0.87），以「我認為我服務區域內的醫療機構服務資源是足夠的」的得分最高，平均得分為 4.64（*SD*=1.33）、其次是「我認為我服務區域內的居家護理資源是足夠的」平均得分為 4.43（*SD*=1.33）、「我認為我服務區域內的居家服務資源是足夠的」平均得分為 4.33，（*SD*=1.44）。得分較低的項目分別是「我認為我服務區域內的家庭托顧資源是足夠的」平均得分為 2.16（*SD*=1.35）、「我認為我服務區域內的交通接送資源是足夠的」平均得分為 2.87（*SD*=1.48）、「我認為我服務區域內的日間照顧資源是足夠的」平均得分為 3.07（*SD*=1. 57）。

在人員訓練(詳見表七)是以參與衛生署舉辦的核心基礎訓練為多，已有 155 人(79.1%）完成訓練、其次是實習課程有 133 人（67.9%）參與，也有 24 人（12.24%）是完全未受過個案管理的訓練。

在整體結構面的運作現況分析發現，照顧管理專員的教育程度是以大學為多，專業背景以護理居多，其平均工作年資為 7.09 年，其次是社工，其平均工作年資為 4.21 年，照顧管理專員的薪資來源以衛生署為多，職缺正式聘雇者僅 4 人，其負責的業務是以照顧管理為主，人員訓練是以參與衛生署舉辦的核心基礎訓練為多，但仍有 24 人(12.247%）完全未受過個案管理的訓練。照顧管理專員在感受結構面的運作現況方面以設備得分最高，平均得分 4.56（*SD*=1.10）；以可轉介利用的多元性資源種類得分最低，平均得分 3.78（*SD*=0.87）。

過程面向

在過程面向的運作現況是指提供照護的標準、資源轉介是否能有效運用、照護服務提供者相關協調及團隊工作的服務態度等之運作現況。故本研究過程面向的運作現況是照管專員感受其服務提供在個案管理過程、組織運作及運用媒體傳銷等的過程現況。依據研究對象測量結果顯示：個案管理過程的部分（詳見表八），是以 0 至 100 的百分比分十個向度測量，若照管專員無提供此服務則填答不適用。個案管理過程整體平均得分為 7.06（*SD*=1.27），在此部份得分最高前三項是「您在規定的時間內，有多少比率的個案能完整收集個案資料」平均得分為 8.05（*SD*=1.34），其次是「您在完成個案評估後，有多少比率的個案能在規定時間內完整地擬定照護計畫」平均得分為 7.93（*SD*=1.54），「您在收到的個案轉介單中，有多少比率的個案能在規定時間內親自訪視」平均得分為 7.83（*SD*=2.12）；得分最低的三項是「您在申請看護工的業務上，有多少比率的個案能在其限期內完成」平均得分為 4.11（*SD*=2.20）、「您的中心針對轄區內的資源，有多少比率的資源能被完整地考核與評估」平均得分為 6.27（*SD*=2.00）、「您在規定時間內，有多少比率的個案能再次完整評估個案的身心社會功能」平均得分為 6.42（*SD*=2.07）。平均得分越高表示個案完成的比率越高。

在組織運作的部份（詳見表八），是以 Likert 7 分測量由照顧管理專員自評其感受服務之長期照顧管理中心在組織運作的順暢情形，整體平均得分為 5.49（*SD*=1.03）。此部份得分最高的是「我的中心會有詳實完整會議記錄與保存」平均得分為 5.69（*SD*=1.08），得分最低的是「我的中心會定期開個案討論會」平均得分為 5.29（*SD*=1.46）。平均得分越高表示組織運作越好。

在運用媒體傳銷（詳見表八）是以 Likert 7 分測量由照顧管理專員自評其感受服務之長期照顧管理中心在運用媒體傳銷的效果狀況，整體平均得分為 4.96（*SD*=1.11）。此部份得分最高的是「我的中心所提供的單張/平面媒體是具宣傳效益」平均得分為 5.33（*SD*=1.12），其次是「我的中心所提供的網頁/電子媒體是具宣傳效益」平均得分為 4.77（*SD*=1.37），得分最低的是「我的中心所提供的公關窗口服務是具宣傳效果的」平均得分為 4.78（*SD*=1.26）。得分越高表示具宣傳效益。

在過程面向的運作現況中發現，個案在管理過程中，照管專員感受其管理的個案中平均約有七成的比率能夠完成，組織運作的部份，得分平均數為 5.49，介於有點同意至

同意之間，顯示其中心組織的運作還算順暢及運用媒體傳銷的部份得分平均數為 4.96，介於普通至有點同意之間，在過程面向以運用媒體傳銷得分較低，顯示在媒體傳銷的運用是須再加強，使社區民眾更加了解長期照顧管理中心的功能。

結果面向

文獻指出結果面向的現況是指個案的健康狀態、知識、行為及滿意度的改變及照護提供者的滿意度、發生預期性或非預期性事件的頻率等。而本研究在此結果面向運作現況所要探討的是以照管專員的服務成果量、照管專員感受之工作困擾程度及其留任意願來探討。依據研究對象測量結果顯示：在服務成果的部分，以 97 年 9 月為例（詳見表九），新收案數平均為 12.17（*SD*=9.51）人、總個案管理數平均為 67.37（*SD*=55）人、複評個案數平均為 7.49（*SD*=11.73）人、結案人數平均為 4.01（*SD*=18.16）人、需要長期照顧服務個案總數平均為 41.73（*SD*=51.24）人、使用長期照顧服務個案總數平均為 41.25（*SD*=52.97）人、完成外籍監護工綜合評估平均為 2.79（*SD*=18.37）人、完成本國籍照服員媒合成功平均為 0.42（*SD*=2.40）人。另詢問各中心是否有要求每月標準收案數，結果發現有 146（74.5%）人的照顧管理專員服務的中心並未制定每月標準收案數，填答「有」規定者僅有 50（25.5%）人，但每個區域標準收案數是不同的，也有同一個中心的照管專員所填寫標準收案數是不同的。如：台北縣及台北市只有 1 人認為規定收案數為 20 人、桃園縣及新竹市說明新收案數為 17 人、苗栗縣標準收案數為 200 人、台中市照管專員認為規定之收案數為 17-20 人、彰化縣為 25-32 人、嘉義縣為 15-20 人、台南縣為 2-5 人、高雄市收案數為 20 人、屏東縣收案數為 60 人、花蓮縣收案數為 25-32 人、金門收案數為 6 人。

照顧管理專員最常使用的資源前三項是居家服務 3-535 次/月、喘息服務 2-126 次/月及營養餐飲服務 1-136 次/月（詳見表九）；居家復健、機構安置、居家護理及輔具租借等資源也有被使用。

在工作困擾的部份（詳見表十）是以 Likert 7 分測量由照顧管理專員自評其感受在工作困擾程度的情形，平均得分為 3.53（*SD*=0.79），介於有點困擾至普通之間，得分越高表示感受工作越不困擾，得分越低表示感受工作越困擾。工作困擾的部份分為在此部份照管專員覺得最為不困擾的是屬於組織氣氛得分最高，其包含「同事間的溝通協調互助與支持等關係」平均得分為 5.14（*SD*=1.19）、「中心的工作氣氛感到」平均得分

為 4.90（*SD*=1.40）、「與中心主管之間的關係及溝通」平均得分為 4.60（*SD*=1.39）。在感受上最為困擾的是屬於在資源與政策得分最低，「照顧管理專員無法編入正式編制」平均得分為 1.90（*SD*=1.32）、「長期照顧相關政策不確定性」平均得分為 2.53（*SD*=1.30）、「目前政策在照管專員的工作績效指標」平均得分為 3.12（*SD*=1.25）。

在留任意願（詳見表十一）的部份有 68 人（34.69%）表示在未來六個月不會留任，其表達無法繼續留任的因素前三項為：未納入正式編制 58 人（85.29%）為最高、其次是薪水不合理 49 人（72.06%）及支持系統不足也有 20 人（29.41%）。照管專員有提到職缺是非正式的，薪資未按時發放，常常會延後四個月以上，讓人沒有安全感，且出差無交通費及加班費，人員擔心出訪安全，單位每年並未提供 X-光的檢查，並無提供在職教育及進修機會。

綜合上述，在結果面向的運作現況顯示，在服務成果的部份，照顧管理專員最常使用的前三項資源是居家服務 3-535 次/月、喘息服務 2-126 次/月及營養餐飲服務 1-136 次/月。在留任意願的部份，有 34.97%在未來六個月不會留任，其無法繼續留任的因素前三項為未納入正式編制為最高、其次是薪水不合理及支持系統不足。

以 Donabedian 模式測試運作現況，探討結構面、過程面與結果面的相關性，以 *t*-test、單因子變數分析（one-way ANOVA）、卡方檢定（Chi-square）、皮爾森積差相關（Pearson Correlation）及邏輯式迴歸（Logistic Regression）來分析，依研究假設結果說明如下：

<u>假設長期照顧服務中心結構面向運作現況與過程面向運作現況是有相關性，且照顧管理專員之基本資料與結構面運作有關。</u>

針對研究對象基本資料中，「性別」以 *t*-test 檢定及「婚姻狀況」、「服務縣市區域」以單因子變數分析（one-way ANOVA）檢定與結構面中組織架構、設備、資源種類的關係，結果皆未達統計上顯著意義（詳見表十二）。再以性別、婚姻狀況、服務縣市區域（分為北區、中區、南區及東區）以卡方檢定（Chi-square）與結構面的人員訓練的關係，結果皆未達統計上顯著意義（詳見表十五）。

結構面人力素質中的教育程度、專業背景、薪資來源、主要業務及職缺以單因子變數分析（one-way ANOVA）檢定在結構面的組織架構、設備、資源種類的關係，結果亦

未達統計上顯著意義（詳見表十三）。有實務經驗的年資與結構面向現況以皮爾森積差相關（Pearson Correlation）檢定，無呈現顯著相關。

整體結構面與整體過程面向有呈現顯著正相關（r= .31, p< .01）。在結構面中的組織架構與過程面向的個案管理過程（r= .25, p< .01）、組織運作（r= .43, p < .01）、運用媒體傳銷（r= .31, p< .01）均呈現顯著正相關，亦即長期照顧管理中心的組織架構越完備則在執行個案管理過程及整個組織運作過程會越好。

在結構面中的資源種類與過程面向的個案管理過程（r= .18, p< .05）、組織運作（r = .19, p< .01）、運用媒體傳銷（r= .25, p< .01）均呈現顯著正相關，即長期照顧管理中心的資源種類越充足完備時，照顧管理專員則在執行個案管理過程及整個組織運作過程會越好（詳見表十五）。

<u>假設長期照顧服務中心過程面向運作現況與結果面向運作現況是有相關性，且照顧管理專員之基本資料與過程面運作有關。</u>

針對研究對象基本資料中性別以 t-test 檢定及婚姻狀況、服務縣市區域以單因子變數分析（one-way ANOVA）檢定在過程的關係，結果皆未達統計上顯著意義（詳見表十二）。再以性別、婚姻狀況、服務縣市區域以卡方檢定（Chi-square）與過程面向的人員訓練的關係，結果皆未達統計上顯著意義（詳見表十四）。

整體過程面向運作現況與工作困擾有呈現顯著正相關（r= .23, p< .01）；過程面向的個案管理過程（r= .18, p< .05）、組織運作（r= .18, p< .05）、運用媒體傳銷（r= .22, p< .01）與整體結果面向（工作困擾）均呈現顯著正相關。

<u>假設長期照顧服務中心結構面向運作現況與結果面向運作現況是有相關性，且照顧管理專員之基本資料與結果面運作有關。</u>

針對研究對象基本資料中性別以 t-test 檢定及婚姻狀況、服務縣市區域以單因子變數分析（one-way ANOVA）檢定在結果面向運作現況的關係，結果皆未達統計上顯著意義（詳見表十二）。再以性別、婚姻狀況、服務縣市區域以卡方檢定（Chi-square）與結果面向的人員訓練的關係，結果皆未達統計上顯著意義（詳見表十四）。

結構面人力素質中的教育程度、專業背景、薪資來源、主要業務及職缺以單因子變數分析（one-way ANOVA）檢定在結果面向的工作困擾的關係，結果皆未達統計上顯著

意義（詳見表十三）。有實務經驗的年資員與結果面向以皮爾森積差相關（Pearson Correlation）檢定，亦無呈現顯著相關性。

整體結構面與工作困擾感受有呈現顯著正相關（r= .48, p< .01）；結構面的組織架構（r= .49, p< .01）、設備（r= .20, p< .01）、資源種類（r= .33, p< .01）與整體工作困擾感受均呈現顯著正相關。顯示在結構面的組織架構中人員編制是足夠的、組織章程是明確清楚，在設備的部份是充足及資訊化是完善的，加上資源種類多元且充足，即會使照顧管理專員在感受工作困擾程度較低。

服務成果數量 97 年 9 月在新收案人數平均為 12.17 人（SD=9.51）、總管案人數平均為 67.37 人（SD=54.78）。在留任意願的部份（詳見表十七），以留任意願為依變項與結構、過程及結果面向相關因素進行邏輯式迴歸分析（Logistic Regression），顯示整體結構面（β= .58，p< .009）運作能預測留任意願，也就是說照顧管理專員的留任意願與人力編制充足與否、組織章程明確、中心有明確的訪視量、多元化的資源使照顧管理專員在執行個案管理過程更順利，若有上述完備的結構面就能增加照顧管理專員之留任意願。

四、專家諮詢會議

此階段旨在綜合評估分析我國長期照顧管理中心之運作成效及其優缺點、長照中心長期人力需求、人員訓練品質及留任問題，並提出最適之組織定位與運作模式方案與政策建議。於 98 年 02 月 09 日邀請產、官、學界蒞臨本校進行近 3 個小時的專家諮詢會議。本研究邀請參與座談的專家皆為對長期照顧管理中心之運作、照顧管理、個案管理等相關議題有研究或實務經驗，抑或對推動我國長期照顧發展不遺餘力者，經過個別洽談當天出席共 7 人，亦有 5 人提供書面建議，參與者名單及會議紀錄(詳見附錄)。

在會議一開始，由研究者先解釋此座談之目的及程序，介紹與會者彼此認識，且就本研究前階段之初步發現做簡單報告(詳見附錄)，其作用除可做為真實價值效度(validity of truth value) 的再確認外 (Sandelowski, 1986)；另一方面可達資訊擴散之目的。後即依欲討論之議題，包括但不侷限於：長期照顧管理中心之運作成效及其優缺點；長照中心長期人力需求、人員訓練品質及留任問題等主題進行討論，研究者在每個主題下預設一些子題以鼓勵專家群發言。座談內容全程以錄音機記錄下來，以利分析。所有參與者將提供其飲料、茶點及車馬費以鼓勵參與，並透過非正式會議場地與氛圍的營造以鼓勵與會者輕鬆的發言。會談內容在錄音後，續以會議紀錄之方式呈現，並提出最適之組織定位、運作模式方案、長期人力需求、人員訓練品質及留任問題等之政策建議。

在長期照顧管理中心最適之組織定位方面，與會專家一致認為因涉及長照資源供給的一致性、公平性與永續發展性，長期照顧管理中心應有官方單位的組織定位；且因應地方特性，應由各地方政府成立該具公權力之單位，但是否應成立如長照十年計畫建議之二級機關則未有定論。部份專家表示若新成立一個機關須擬法、修法、銓敘人力、有獨立之設算制度，曠日費時，不如在現有架構下成立跨局處的任務編組，即能解決人員編制的問題。另有專家表示需成立獨立機構，明確化其職責與功能，且能配合未來我國長期照護保險的推動。但不論如何，因涉及地方自治法，皆須考量地方首長對長期照護推動的理念，因此建議中央應定位為規劃政策者，推動溝通與諮詢平台，系統性的招開對話窗口與一致性地提供執行策略與規劃流程。更重要的，中央應制定績效考核指標，該指標涵括地方長期照顧管理中心組織定位、跨部會的組成、人事晉用的標準程序等。透過績效考核與中央核撥之預算結合，自然較能去引發地方首長對長期照護推動的重視。而績效考核指標的制定應該循序漸進，如前 3 年應著重於結構面如人員聘僱的機制跟跨局處的平台，俟人力穩定，再加入過程面以及結果面的考核指標。如此亦可避免照

顧管理專員在工作尚未熟捻前即急於達成中心給予的目標數，不僅壓力大造成工作困擾，影響其留任意願；更重要的，民眾因此無法獲取必要的服務內涵與品質，徒浪費政府資源與美意。

在長期照顧管理中心運作模式方面，與會專家在分析本研究初步的研究結果後認為，目前各中心運作的靈魂人物是直接服務的第一線人員，透過質性深入訪談與量性研究的全面調查照顧管理專員目前運作的現況確能具體掌握目前長期照顧管理中心運作的困境。專家們一致認為現行長期照顧中心是以單一窗口之設置，由照顧管理專員運用個案管理的方式針對複雜或多元需求之個案進行整合性、套裝式服務計畫，因此其必須連結多元之資源以協助處理個案之需求；但礙於長期照顧中心收案的來源眾多，勢必會產生個案量大而限制並壓縮長照中心在資源整合、長期照顧團隊建置等功能上的發揮。是以，該密集式照護模式雖說最能符合國情與民眾需要，但依目前我國長期照顧十年計畫規劃每位照顧管理專員的200位個案負荷量則不可行，應再規劃合理的服務量。而就目前的運作流程，照顧管理專員負責個案發掘、篩選、評估、擬定服務計畫、執行計畫以及監督審核服務提供，其服務規範、操作手冊應統一由中央來制定研擬，因此對於專員的晉用、職前與在職教育、升遷等亦應由中央有系統性與一致性的規劃與推動。與會者甚至建議由中央制定出專員的專業認證或執照制度，這或許對於長照保險的推動是有助益的。

最後，在長照中心長期人力需求方面，與會專家提出人力需求量需考量該人力的工作內容，若依目前規劃以密集性照護的服務內涵，1:200的服務量將不可能達成。研究調查目前照顧管理專員完訪一位個案，完成計畫、連結資源約需耗時6小時，舊個案的複評、計畫修正、重新連結資源亦需耗時4小時，又每位個案每6個月需複評一次的情況下，學者建議應所有個案先經初評程序分為兩類，複雜性不高又穩定的個案即如英國、加拿大等國的服務量，每位照顧管理專員負擔120-200位失能個案的照護管理；但需機構式照護的複雜個案即考量如日本的現況以1:45的服務比例管理。照顧管理專員因負責資源開發與個案服務的媒合，公務員的身分背景有其必要性，但因事涉長期照顧管理中心組織定位的問題，依地方首長的理念與地方財務規劃不同，中央需要扮演一個規範的角色，訂定角色的任務及明確執行；並可透過專員專業認證、執照制度的制定來確保照顧管理專員的人力素質與服務品質，如此即不必硬性規定照顧管理專員需具備護理師、社工師、營養師等執照，影響現任專員的留任意願。在照顧管理督導的人力需求

方面，目前規劃每 5-7 位照顧管理專員設 1 名督導，與會專家對督導的配置標準並無明確的建議，但一致性的表達督導的遴選應由專業與經驗取向，並可量其管理能力，且中央應明確制定照顧管理督導的核心角色職責與工作規範，以免督導們須外加其他非專業的行政業務。同樣的，中央可扮演政策規範的角色，提供在職訓練、縣市政府間橫向溝通與中央及地方間縱向的平台，使其角色能明確落實。

討　論

本研究主要目的是為瞭解我國長期照顧管理中心的照顧管理專員執行個案管理服務之現況、對組織定位之看法及業務推動所面臨的困境進行初探性研究。根據研究結果分析，本章就影響照顧管理專員在長期照顧管理中心工作情境之困境歸納出四個主概念，分別為：體察管理服務對實務的衝擊、察覺個人專業能力的重要性、察覺妾身不明與未來期待的不確定感、體察業務推動過程的阻力共四個主概念進行討論。

在體察管理服務對實務的衝擊中，專業認同度使專業人員願意持續投入工作。因為執著與投入是專業進步的動力，因此若專業人員欠缺專業認同感，不但影響專業品質，也會造成專業人力之流失（潘、陳、鐘、李、許，2007）。一個人對專業的認同度越深，越有正向的工作感受，並有較佳的工作表現，單位服務滿意度也隨之提高，並且月容易參與自己進修，提升自己的能力（林，2003）。有鑑於此，人員專業認同與穩定性的關係，包括：專業認同的感受、專業敏感性與能力及人員穩定性不足。

若以 Maslow 提出人類基本需要層次的理論，一個人的生理需要如基本薪水、工作條件要先行滿足，其次是滿足安全感需要，也就是要有安全的工作環境。在環境中能與他人的關係良好並受到上司的讚揚、同事的喝采等社會需求，而滿足自尊的需要，最後能接受挑戰性的工作，而有成就感，以達自我實現的最高需求；若能達到繼續任職，若無法達成則自行離職（阮、柯、陳，1990）。

國家政策的制定與實施，其目的無非是為謀一群人員的福祉，且合理的為其創造福利維護權益；一個好的政策，其制定是一種非常複雜而且是動態的過程，除了面面俱到外，更需了解民眾的需求及反應，才能讓新制度讓一般大眾接受。由於我國人口的老化，造成失能者的增加，為面臨這嚴重的問題，政府遂於 2007 年 4 月核定「我國長期照顧十年計畫」。本研究結果發現，專業認同度、制度結構面的限制及過程面的是當性與合理性是造成人員穩定留任的重要原因。

自從行政院於 2007 年 4 月 3 日正式核定通過「我國長期照顧十年計畫」，行政院衛生署即據以積極規劃及推動各項相關政策，其中又以各縣市負有承上接下的「長期照顧管理中心」，更是衛生署長期照顧業務推動的重要業務（蔡、王，2008）。研究結果發現由於制度結構不健全，人員對於組織歸屬感缺乏、身分模糊明確性不足，不僅造成民眾的混淆，更造成人員對自我身分的認知。同時在公部門的編製有限的名額下，列入正式

編製的困難；直屬主管的意願不足及觀望的態度下，更造成基層人員對於中心發展未來的信心不足。

「長期照護管理示範中心」於 1998 年設立，推展長期照護個案管理制度，以個案管理專業服務提供完整、連續、可近及適當之長期照護服務。至 2007 年長照十年計畫中將名稱統一為「長期照顧管理中心」其照顧管理權責更涉及政府資源的管控和配置，在這過程中中央與地方上的認知差異，致使地方自治授權的可行性及個別性的地方考量造成引大的影響。同時由於行政裁量權不足、工作負荷量大且新進人員需有立即適應職場的能力，是基層人員在實務工作上最深層的感受。研究結果發現，由於地方自治受限於地方的財源狀況，而且中央覺得我推這個長期照顧服務是服務地方縣民，提供老人照顧；但是地方會認為這是配合中央政策做的東西，會覺得是兩邊踢來踢去。而且在中央央求地方要整合（社政和衛政整合），結果到最後就是四不像，因為社政也不管、衛政也不管，因為這是一個要做事卻沒有經費的業務。

問卷研究中 196 位研究對象其平均年齡為 32.13 歲，其中小於 30 歲佔 52%，40 歲以上佔 11.2%，顯示照顧管理專員是屬於較年輕的；性別以女性佔 94.4%為多，服務縣市區域分佈是以南區的照顧管理專員佔 39.8%為多，婚姻狀況為未婚佔 52.6%，且以大學教育佔 85.7%為多，其中研究所畢業者亦佔 4.1%。由上述資料顯示，我國照管專員的人力素質在教育方面程度與美國護理學會在 1992 年提出個案管理師的基本條件是大學護理系畢業（Cohen &Cesta, 1997）及 Tahan（1993）調查美國 29 家設有個案管理部門醫院的單位主管發現:有 40%的主管認為個案管理師必須是大學護理系畢業是相當的。照顧管理專員在專業的實務臨床平均年資為 6.61 年（*SD*=4.52），專業背景是以護理背景 156 人（79.6%）為多，平均年資為 7.09 年，其次是社工背景 30 人（15.3%），平均年資為 4.21 年，其他專業還有物理治療背景及營養背景的人員，由上述資料發現，目前我國長期照顧十年計畫建議照顧管理者由長期照顧師、醫師、營養師、藥師或公共衛生碩士等擔任，且最好有兩年之實務工作經驗，而本研究照顧管理專員其個案管理經驗平均為 17.39 個月，另有 39 人（19.9%）曾在其他長期照顧機構服務，其服務年資平均 7.16 個月，受訪之照顧管理專員除目前之照管年資外，尚有平均高達 6.61 年之臨床工作年資，此與 Tahan（1993）研究發現有 48%的主管認為個案管理師應至少有 4 至 6 年之臨床護理的經驗，另有 38%的主管認為是 2 至 4 年為基本工作年資要求來看，我國照顧管理專員在從事個案管理的專業素質是足夠的。Diwan（1999）研究資料

顯示個案管理者除了有專業訓練之外，個案管理師的臨床經驗平均為5.75年，其中有10位個案管理師之前工作經驗是1-5年，同時強調個案管理師訓練的重要性，且認為有豐富的個案管理經驗，才能有好的品質保證，由本研究資料顯示，在人員訓練部分，有參與衛生署辦理的核心課程155人(79.1%)、實習課程133人(67.9%)，但是仍有24人(12.24%)表示從未受過個案管理的訓練。我國的照顧管理專員專業背景與加拿大安大略省及日本的個案管理師相似的，其包含多種專業背景的人，如：護理、社工、營養、職能治療及物理治療；與瑞典相反，其80%的個案管理師是由社工人員擔任，20%是護理人員擔任（我國長期照顧十年計畫，2007)。Vann (2006) 的研究發現，個案管理師教育背景、個案管理經驗程度與個案管理時間呈顯著相關，顯示當教育程度高，有足夠的個案管理經驗，可以縮短個案管理的時間。本研究發現照顧管理專員以大學居多，但是在個案管理的成效卻無顯著成效，可能是此次介入的時間較早，且並未探討個案管理的時間。

照顧管理專員薪資來源是以衛生署158人(80.6%)居多，其次是其他33人(16.8%)是包含醫院或計劃案，也有少數是由勞委會5人(2.6%)；在主要業務是以照顧管理為188人(95.9%)為多、辦理行政業務有4人(2%)及其他有4人(2%)是代理督導及醫政業務；在職缺分佈為臨時人員有130人(66.3%)、臨時約聘有53人(27%)、正式人員僅有4人(2%)及其他有9人(4.6%)是研究計畫、專案及長照十年計劃支付薪資。在留任意願的部份有68人(34.69%)不願意留任，其無法繼續留任的因素前三項為未納入正式編制為最高、其次是薪水不合理及支持系統不足（詳見表十)。

在整體結構面與整體過程面(r= .31, p< .01)、整體過程面與工作困擾(r= .23, p< .01）及整體結構面與工作困擾（r= .48, p< .01）均是呈現正相關。此呼應Donabedian模式預測結構面、過程面之運作都能顯著影響結果面之現況相符。

結構面的組織架構與過程面的個案管理過程（r= .25, p< .01)、組織的運作（r = .43, p< .01)、媒體傳銷（r= .31, p< .01）及工作困擾（r= .49, p< .01）都是呈現正相關，也就是完善的組織架構是會使照顧管理專員在執行個案管理過程更順利，使得組織的運作上更順暢，進而降低照顧管理專員的工作困擾，其相關性的強度是高的。結構面的設備與工作困擾（r= .20, p< .01）是呈現正相關。結構面的資源種類與整體過程面（r= .21, p< .01)、個案管理過程（r= .18, p< .05)、組織的運作(r= .19, p< .01)、媒體傳銷(r= .25, p< .01)及工作困擾(r= .33, p< .01)

都是呈現正相關。即表示在組織架構的人力編制充足、組織章程明確、中心有明確的訪視量及資源種類能多元化，能有完備的資訊化系統使照顧管理專員在執行個案管理過程更順利，若有上述完備的結構面就能降低照管專員的工作困擾程度。

工作困擾與過程面的個案管理過（r= .18, p< .05）、組織的運作（r= .18, p < .05）及媒體傳銷（r= .22, p< .01）都是呈現正相關，從文獻得知，可以透過個案討論會將照護的結果和需求議題加以討論，透過討論確認個案的照護目標及資源轉介是符合需求，不但節省成本效益且能保證臨床品質（Middleton, & Lumby, 1998；Diwan, Berger, & Ivy, 1966）。也就是說要降低照管專員的工作困擾，若長期照顧管理中心在過程面的運作過程中能定期開個案討論會，可以透過團體分享照管經驗，讓新進照顧管理專員藉由討論的過程，增加照顧管理的經驗，也能降低其工作困擾。

在結果面問到長期照顧管理中心有無制訂每月標準收案數時，有 146 人（74.5%）的照顧管理專員服務的中心並未制定每月標準收案數，有 50 人（25.5%）是有制定收案數，其收案數有 2 人至 60 人不等，只有 1 位照管專員收案數達 200 人，每個區域標準收案數都不同，也有同一個中心的照顧管理專員所填寫標準收案數是不同的，這也與長照十年計畫中提到每位照顧管理專員的個案負荷量設定為 200 人是有落差的（我國長照十年計劃，2007），照顧管理專員感受的工作困擾中是以「資源與政策」的部份感到非常困擾，推測原因有可能因為許多照顧管理專員是新加入的，所以對於政府長照十年計畫及中心的組織架構仍不十分清楚，且長照十年計畫陸續進行中，尚未達到長照十年計畫之目標數。且國內外研究皆顯示照顧管理專員應具備評估個案所需、能與醫療人員、個案及家屬協調溝通，訂出照護計劃並執行的能力（楊、尹，2002；葉，2007；Diwan, 1999；Fralic, 1992；White, & Hall, 2006；Zander, 1998）。Boaden 及 Roland（2008）深度訪談 46 位個案管理師，也發現個案數過多會讓個案管理師感到負荷很重，會使照護的方式會由主動（proactive）轉向被動（reactive），會降低照護品質及增加住院率。因此，關於現行低推估方案：「每 200 個案配置 1 名照管員，5~7 名照管員之上設一督導。」人力需求及結構上的建議，本研究調查結果顯示照顧管理專員在結構面運作中，「我認為中心的人力編制是足夠的」，以 1-7 分的 Likert 量表檢視，自評平均得分偏低為 3.30（SD=1.81），然在結果面運作方面，照顧管理專員自述 97 年 9 月總個案管理數平均為 67.37（SD=55.00）人，其個案管理數尚未達到現行長照方案之規定標準數。由此顯示，照顧管理專員們在現行照顧管理過程中在尚未達成我國長照十年計畫的規定目標數時

即已感受中心的人力編制有不足夠的情形，因此，是否現行規範有不切實際的預期，則需再提出討論。

由上述所知，長期照顧管理中心要有好的運作，由相關性分析結果顯示，特別是在結構面中的組織架構應具備足夠的人力編制、作業流程應明確規範、資源種類應多元及充足、人員應有個案管理的在職教育及在過程面向中應透過良好的組織運作提供最佳照護品質，當然也要有效的媒體傳銷讓民眾了解相關資訊，如此才能有好的結果，所以結構、過程及結果面向的運作是缺一不可。

另外研究顯示，照顧管理專員最常使用的資源分別為「居家服務資源」、「喘息服務」及「營養餐飲資源」三項，但是在結構面中資源種類的部份，「居家服務資源是足夠的」平均得分為 4.33（SD=1.44），介於普通至有點同意之間、「喘息服務」平均得分為 4.19（SD=1.34），介於普通至有點同意之間。「營養餐飲資源是足夠的」，平均得分為 3.78（SD=1.53）介於有點不同意至普通之間，得分偏低，但是使用需求的量很多，故照顧管理專員自覺資源並不充足，此不充足的原因是值得再深入探討的。

在過程面的個案管理過程中，將個案管理過程在分為「評估能力」「資源連結相關能力」及「政策執行能力」三個部份，在「評估能力」的平均得分是較高的，為 7.79（SD=1.29），顯示照顧管理專員能將個案評估基礎的部份執行的不錯，其次是「資源連結相關能力」平均得分是 4.20（SD=1.02），得分最低的是「政策執行能力」，平均得分為 4.17（SD=1.12），分析原因其可能是因應長照十年計畫的推動，許多照顧管理專員是新加入長期照顧管理中心的，故對於資源連結及相關政策，並不十分清楚瞭解，且目前仍有 24 人（12.24%）未參與過個案管理的訓練。

由文獻得知，個案管理轉介相關問題的發生是與健康照護專業及執行者有關，需要透過照顧管理專員的照護協調去預防相關問題的發生，是很重要的（Coleman, Min, Chomiak, & Kramer；2004）。且照顧管理專員必須藉由實務評估、考量個案需求、運用專業間合作相關訊息及可利用服務，以協助個案選擇最適宜之服務滿足其需求（曾、徐，2007）。故此是值的注意的問題。

在工作困擾的部份，得分越低表示工作越困擾，在此部份照顧管理專員覺得最為困擾的是「資源與政策」平均得分是 2.90（SD=0.96）及「福利與保障」平均得分是 3.02（SD=0.98），即表示照顧管理專員對於長期照顧相關政策不瞭解，且因為大多為臨時人員，較無正式編制人員的福利與保障，此也會影響其留任意願，故是亟待解決之問題。

在照顧管理專員留任意願的部份有 68 人（34.69%）在未來六個月不會留任，其無法繼續留任的因素有未納入正式編制 59 人（85.29%）為最高、其次是薪水不合理 49 人（72.06%）、支持系統不足也有 20 人（29.41%）、無法滿足個案需求有 7 人（10.29%）、自覺能力不足，無法面對不斷學習挑戰的機會有 3 人（4.41%）、不符合資格有 4 人（5.88%）及未通過訓練測驗有 2 人（2.94%）。

由上述分析發現，照顧管理專員提到職缺是臨時人員居多，此為非正式的職缺，是會影響其留任最主要的因素，因為覺得沒有保障，且無正式員工的福利，尤其薪資無法按時發放且常常會延後四個月以上，會造成人員生活上的困擾，對於出訪的安全，也是讓人員擔心出訪安全，且無交通費的補助；因為至社區訪視照管專員對於自身健康會擔心，因為是非正式人員，單位並未提供每年 X-光的檢查；此外，亦有照管專員表達因為是非正式人員，所以因此影響自我成長，嚴重影響留任意願。此與 Stein 及 Craft(2007) 以 98 位照顧管理專員自我報告方式，結果顯示照顧管理專員個人成長與個人成就、工作困擾程度及任期是呈正相關的發現相同。尹、楊及劉（2001）指出醫院若採行留任措施對護理人員工作滿意度及留任意願上皆有正向影響，進而減少離職率，提高人員留任意願。其他學者也有相同的研究結果，指出護理人員工作滿意度與留任意願成顯著正相關（于、胡、周、賴，1999；Newman, & Maylor, 2002）。是以建議能將照管專員納入正式編制，使其在薪資上不會延遲發放，且能提供年度的健康檢查，有關自身安全防護，可提供哨子及手機，且中心應辦理自身安全防護相關專題研討，以減少照管專員對於訪視安全的困擾；對於優秀的照管專員應有完善升遷或留措施，以降低照管專員的離職率。依據我國長照十年計劃，各長期照顧管理中心依每 200 個案配置 1 名照顧管理專員，可能是照顧管理專員對於政策並不清楚，多數人員是剛進入長期照顧管理中心，有 12.24%完全未參與個案管理的訓練，照顧管理專員自述 97 年 9 月總個案管理數平均為 67.37（SD＝55.00）人，其個案管理數尚未達到現行規定的標準數，但是照顧管理專員已感受到人力編制有不足夠的情形，此問題是值得注意。

結 論 與 建 議

本研究係以臺灣地區所有長期照顧管理中心之照管專員為研究對象，研究設計採多元方法，研究目的含（一）探討世界各國家之長期照顧服務模式的發展經驗與趨勢，提出我國長期照顧管理中心人力需求與未來發展之建議；（二）發展各長期照顧管理中心之組織定位與運作模式之比較，以供政府相關單位推動政策之參考；（三）檢討我國25縣市長期照顧管理中心執行現況與分析其成效。

目前透過文獻查詢瞭解世界各國家之長期照顧服務模式的發展經驗與趨勢與長期照護人力之需求與照顧管理之相關政策，本研究使用 Endnote 資料庫建置整理，擷取重要國內外文獻各65及75篇並整理為簡易摘要。英、德、美、加拿大、日本以及以色列等先進國家的長期照護服務，均為專業個案管理者或評估小組介入，依個案失能程度提供符合之需求照護。與其他國家類似，我國為健全與強化長期照護制度，始於2003年的「長期照護社區化」計畫陸續完成25縣市設置「長期照護示範管理中心」，以「單一窗口」的制度，透過個案管理模式，使長期照護個案經由專業人員的評估後，得到合適之照護轉介。又從國際經驗得知，各國面臨人口的快速老化及照護需求人口的增加，在早期即已規劃長期照護相關服務體系，並以個案管理提供需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬訂、連結服務、監督服務品質，由此可見是目前全球普及的社區照顧途徑。

在探究長期照顧管理中心最適之組織定位方面，自從行政院於2007年4月3日正式核定通過「我國長期照顧十年計畫」，行政院衛生署即據以積極規劃及推動各項相關政策，其中又以各縣市負有承上接下的「長期照顧管理中心」更是衛生署長期照顧業務推動的重要業務（蔡、王，2008）。訪談結果發現由於制度結構不健全，人員對於組織歸屬感缺乏、身分模糊明確性不足，不僅造成民眾的混淆，更造成人員對自我身分的認知。同時在公部門的編製有限的名額下，列入正式編製的困難；直屬主管的意願不足及觀望的態度下，更造成基層人員對於中心發展未來的信心不足。為此，與會專家一致認為因涉及長照資源供給的一致性、公平性與永續發展性，長期照顧管理中心應有官方單位的組織定位；且因應地方特性，應由各地方政府成立該具公權力之單位，但是否應成立如長照十年計畫建議之二級機關則未有定論。部份專家表示若新成立一個機關須擬法、修法、銓敘人力、有獨立之設算制度，曠日費時，不如在現有架構下成立跨局處的任務編組，即能解決人員編制的問題。另有專家表示需成立獨立機構，明確化其職責與

功能，且能配合未來我國長期照護保險的推動。但不論如何，因涉及地方自治法，皆須考量地方首長對長期照護推動的理念。

最後透過問卷調查瞭解我國 25 縣市長期照顧管理中心執行現況，普查現任照管專員共 253 人，回收 196 份有效問卷。結果顯示專員的人力素質佳、但服務的年資並不長；礙於多為臨時性職缺，未來留任意願僅 65.31%；依 Donabedian 模式預測，中心在結構、過程與結果面三者皆呈現相關性，因此建議在結構面需要有完善的組織架構、充足的設備、多元化的資源種類及適當的在職教育，就能使專員在過程面執行個案管理更順利，使組織的運作更好，就會使結果面的工作困擾降低及提昇其留任意願。

根據上述的研究發現與結論，將針對由實務、教育、研究及行政方面分別提出建議，以提供相關人員及未來有志研究者之參考。

一、實務方面

在照管專員的職責中包括：個案的發掘及轉介、需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬定、連結服務、複評、結案以及監督各項服務方案之品質、長照教育訓練與宣導、處理民眾申訴案件和其他相關事項，其中資源連結為主要角色，但經由研究結果發現，照顧管理專員在「資源種類」得分是最低的，照顧管理專員在執行業務時，最主要是能將個案所需的資源能順利轉介，此部分得分最低，有可能是因為資源種類並不足夠或是因為照顧管理專員年資短，有部分人員從未參與個案管理訓練，或因為長期照顧管理中心未能定期開個案討論會，或因為電子媒體宣傳不足等，而使照顧管理專員對於長期照顧管理中心的組織架構、資源種類及個案管理過程不夠熟悉，而無法順利轉介資源。且台東縣目前無照管專員，尤其是以東區在得分最低，建議在推動長照十年計畫時，應先將人員不足的長照中心補足，並將資源種類逐一建立，使照管專員才能順利執行照管業務。對此建議中央應定位為規劃政策者，推動溝通與諮詢平台，系統性的招開對話窗口與一致性地提供執行策略與規劃流程。更重要的，中央應制定績效考核指標，該指標涵括地方長期照顧管理中心組織定位、跨部會的組成、人事晉用的標準程序等。透過績效考核與中央核撥之預算結合，自然較能去引發地方首長對長期照護推動的重視。而績效考核指標的制定應該循序漸進，如前 3 年應著重於結構面如人員聘僱的機制跟跨局處的平台，俟人力穩定，再加入過程面以及結果面的考核指標。如此亦可避免照顧管理專員在工作尚未熟捻前即急於達成中心給予的目標數，不僅壓力大造成工作困擾，影響其留任意願；更重要的，民眾因此無法獲取必要的服務內涵與品質，徒浪費政府資源與美意。

二、教育方面

照顧管理是一個專業領域，調查研究中照管專員有 79.6%是護理背景的人員轉任，在此次的研究結果發現仍有部份照顧管理專員從未受過個案管理的訓練，也有部分人員只受過基礎課程或核心課程，故為提升照顧管理專員在執行照顧管理過程能更加順利，應增加個案管理的課程或在職教育，使照顧管理專員能有整體性的觀念，可提昇個案管理知識及技能，幫助其在執行業務時，能提供給個案及家屬更完整性、實用性的護理及確保服務的品質。此外，建議課程內容的規劃可由中央統籌設計，並組成講師群，以避免講員間陳述內容不一，地方無所依歸。而各地方可再依地方所屬特性外加其他訓練課程。

三、研究方面

研究發現照顧管理專員感受的工作困擾以資源與政策的平均得分較低，可能是長期照護十年計劃才剛開始推動，人員對於政策的部份並不清楚，此次只是對於長期照顧管理中心運作現況的初步探討，且有許多照顧管理專員是新加入長期照顧管理中心，其服務的年資很短，建議在推展一段時間之後，人員能了解整個政策時，針對工作困擾再做更深入的探討，並且能與此次研究結果做比較。而後續研究首先應就評核指標的研擬著手，以用來評值照管中心的運作成效。發展過程應廣納所有地方主管單位的意見，以一方面充能(empower)地方首長對長照推動的理念，另一方面可將地方差異納入評量，以符合指標之公平、可及、系統性等原則。另據此可再深入分析地方特性與運作成效之相關。

四、行政方面

量性研究調查在職缺分佈僅有 2%是正式編制，而訪談中亦發現照顧管理專員感到非常困擾的是職缺，臨時人員、臨時約聘人員而非正式人員，另外對於薪資無法按時發放也感到困擾；對於「人力編制是足夠的」平均得分偏低，介於有點不同意到普通之間，對於訪視時的安全及無提供訪視時的交通津貼也會影響其留任意願，故建議在推展長照十年計劃時，將照管專員納入正式人員是很迫切議題，使受過專業訓練的人員能增強留任意願，使長期照顧管理中心能有良好的運作現況，社區民眾才能得到充分的資源服務，以達到雙贏的目標。專家一致認為中心應為官方單位，但因應地方特性，不一定需為二級機關。而中央應定位為規劃者、推動者、及考核者，以指引地方。以單一窗口方式由專員運用個案管理的方式針對複雜或多元需求之個案進行整合性、套裝式服務計畫及連結多元之資源為適切之中心運作模式，但目前規劃的負荷量則不可行，建議應先經初評：穩定個案為 120-200，但複雜者即為 45 比 1 專員。此外，就就目前的運作流程，照顧管理專員負責個案發掘、篩選、評估、擬定服務計畫、執行計畫以及監督審核服務提供，其服務規範、操作手冊應統一由中央來制定研擬，因此對於專員的晉用、職前與

在職教育、升遷等亦應由中央有系統性與一致性的規劃與推動。另建議由中央制定出專員的專業認證或執照制度，這或許對於長照保險的推動是有助益的。

九十七年度計畫執行成果報告表

計畫名稱	我國長期照顧管理中心運作現況與未來發展之評估研究		
計畫編號	DOH97-TD-M-113-97020	填寫日期	98.02.26
執行機構	臺北醫學大學	計畫主持人	陳靜敏 教授
計畫期程	☑一年期計畫 ； □多年期計畫，共_____年，本年度為第____年		
原計畫書預定目標	研究目的含 （一）探討世界各國家之長期照顧服務模式的發展經驗與趨勢，提出我國長期照顧管理中心人力需求與未來發展之建議； （二）發展各長期照顧管理中心之組織定位與運作模式之比較，以供政府相關單位推動政策之參考； （三）檢討我國 25 縣市長期照顧管理中心執行現況與分析其成效。		
已達成目標及其他成果	本研究旨在調查我國長期照顧管理中心運作現況與研究未來發展。研究設計採多元方法，研究步驟及結果包括： （一）透過文獻查詢了解世界各國照管中心之運作模式與長期照護人力之需求與照顧管理之相關政策，擷取重要國內外文獻各 65 及 75 篇並整理為簡易摘要。 （二）發展訪談指引，透過深入訪談 7 個中心之照顧管理督導及專員共 11 人，進一步瞭解實務工作者對中心運作之意見與觀感。訪談所得結果皆完成逐字稿，進行內容分析歸納出「體察個案管理服務對於實務的衝擊」、「察覺個人專業能力的重要性」、「察覺妾身不明與未來的不確定感」與「體察業務推動過程的阻力」四個主要概念。 （三）普查現任照管專員共 253 人，回收 196 份有效問卷以了解我國 25 縣市長期照顧管理中心執行現況。結果顯示專員的人力素質佳、但服務的年資並不長；礙於多為臨時性職缺，未來留任意願僅 65.31%；依 Donabedian 模式預測，中心在結構、過程與結果面三者皆呈現相關性，因此建議在結構面需要有完善的組織架構、充足的設備、多元化的資源種類及適當的在職教育，就能使專員在過程面執行個案管理更順利，使組織的運作更好，就會使結果面的工作困擾降低及提昇其留任意願。 （四）藉由專家諮詢會議提出最適之組織定位與運作模式之建議，專家一致認為中心應為官方單位，但因應地方特性，不一定需為二級機關。而中央應定位為規劃者、推動者、及考核者，以指引地方。以單一窗口方式由專員運用個案管理的方式針對複雜或多元需求之個案進行整合性、套裝式服務計畫及連結多元之資源為適切之中心運作模式，但目前規劃的負荷量則不可行，建議應先經初評：穩定個案為 120-200，但複雜者即為 45 比 1 專員。藉由本研究深入了解管理中心運作之策略、現況、問題與成效，期望能提供政府相關單位作為評量中心運作成效之依據，並可作為未來在制定相關政策之參考。		

九十七年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議

（本資料須另附乙份於成果報告中）

計畫名稱：我國長期照顧管理中心運作現況與未來發展之評估研究

主 持 人：陳靜敏 教授　計畫編號：DOH97-TD-M-113-97020

1.本計畫之新發現或新發明

- 實務方面

在照管專員的職責中包括：個案的發掘及轉介、需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬定、連結服務、複評、結案以及監督各項服務方案之品質、長照教育訓練與宣導、處理民眾申訴案件和其他相關事項，其中資源連結為主要角色，但經由研究結果發現，照顧管理專員在「資源種類」得分是最低的，照顧管理專員在執行業務時，最主要是能將個案所需的資源能順利轉介，此部分得分最低，有可能是因為資源種類並不足夠或是因為照顧管理專員年資短，有部分人員從未參與個案管理訓練，或因為長期照顧管理中心未能定期開個案討論會，或因為電子媒體宣傳不足等，而使照顧管理專員對於長期照顧管理中心的組織架構、資源種類及個案管理過程不夠熟悉，而無法順利轉介資源。且台東縣目前無照管專員，尤其是以東區在得分最低，建議在推動長照十年計畫時，應先將人員不足的長照中心補足，並將資源種類逐一建立，使照管專員才能順利執行照管業務。對此建議中央應定位為規劃政策者，推動溝通與諮詢平台，系統性的招開對話窗口與一致性地提供執行策略與規劃流程。更重要的，中央應制定績效考核指標，該指標涵括地方長期照顧管理中心組織定位、跨部會的組成、人事晉用的標準程序等。透過績效考核與中央核撥之預算結合，自然較能去引發地方首長對長期照護推動的重視。而績效考核指標的制定應該循序漸進，如前 3 年應著重於結構面如人員聘僱的機制跟跨局處的平台，俟人力穩定，再加入過程面以及結果面的考核指標。如此亦可避免照顧管理專員在工作尚未熟捻前即急於達成中心給予的目標數，不僅壓力大造成工作困擾，影響其留任意願；更重要的，民眾因此無法獲取必要的服務內涵與品質，徒浪費政府資源與美意。

- 研究方面

研究發現照顧管理專員感受的工作困擾以資源與政策的平均得分較低，可能是長期照護十年計劃才剛開始推動，人員對於政策的部份並不清楚，此次只是對於長期照顧管理中心運作現況的初步探討，且有許多照顧管理專員是新加入長期照顧管理中心，其服

務的年資很短，建議在推展一段時間之後，人員能了解整個政策時，針對工作困擾再做更深入的探討，並且能與此次研究結果做比較。而後續研究首先應就評核指標的研擬著手，以用來評值照管中心的運作成效。發展過程應廣納所有地方主管單位的意見，以一方面充能(empower)地方首長對長照推動的理念，另一方面可將地方差異納入評量，以符合指標之公平、可及、系統性等原則。另據此可再深入分析地方特性與運作成效之相關。

2.本計畫對民眾具教育宣導之成果

- 教育方面

照顧管理是一個專業領域，調查研究中照管專員有 79.6%是護理背景的人員轉任，在此次的研究結果發現仍有部份照顧管理專員從未受過個案管理的訓練，也有部分人員只受過基礎課程或核心課程，故為提升照顧管理專員在執行照顧管理過程能更加順利，應增加個案管理的課程或在職教育，使照顧管理專員能有整體性的觀念，可提昇個案管理知識及技能，幫助其在執行業務時，能提供給個案及家屬更完整性、實用性的護理及確保服務的品質。此外，建議課程內容的規劃可由中央統籌設計，並組成講師群，以避免講員間陳述內容不一，地方無所依歸。而各地方可再依地方所屬特性外加其他訓練課程。

3.本計畫對醫藥衛生政策之具體建議

- 行政方面

量性研究調查在職缺分佈僅有 2%是正式編制，而訪談中亦發現照顧管理專員感到非常困擾的是職缺，臨時人員、臨時約聘人員而非正式人員，另外對於薪資無法按時發放也感到困擾；對於「人力編制是足夠的」平均得分偏低，介於有點不同意到普通之間，對於訪視時的安全及無提供訪視時的交通津貼也會影響其留任意願，故建議在推展長照十年計劃時，將照管專員納入正式人員是很迫切議題，使受過專業訓練的人員能增強留任意願，使長期照顧管理中心能有良好的運作現況，社區民眾才能得到充分的資源服務，以達到雙贏的目標。專家一致認為中心應為官方單位，但因應地方特性，不一定需為二級機關。而中央應定位為規劃者、推動者、及考核者，以指引地方。以單一窗口方式由專員運用個案管理的方式針對複雜或多元需求之個案進行整合性、套裝式服務計畫

及連結多元之資源為適切之中心運作模式，但目前規劃的負荷量則不可行，建議應先經初評：穩定個案為 120-200，但複雜者即為 45 比 1 專員。此外，就就目前的運作流程，照顧管理專員負責個案發掘、篩選、評估、擬定服務計畫、執行計畫以及監督審核服務提供，其服務規範、操作手冊應統一由中央來制定研擬，因此對於專員的晉用、職前與在職教育、升遷等亦應由中央有系統性與一致性的規劃與推動。另建議由中央制定出專員的專業認證或執照制度，這或許對於長照保險的推動是有助益的。

參 考 文 獻

丁雪茵、鄭伯壎、任金剛（1996）。質性研究中研究者的角色與主觀性。*本土心理學研究，6*，354-376。

于乃玲、胡瑞桃、周碧琴、賴瑞月（1999）。某區域醫院護理人員工作滿意度與留任意願相關性之探討。*長庚護理，10*（3），28-37。

王正、曾薔霓（1999）。倫理與價值：長期照護財務機制之理念與原則。*社會政策與社會工作學刊，3*（2），101-142。

王卓聖（2003）。家庭結構變遷與婦女福利之思維。*社區發展季刊，101*，248-255。

王增勇、周月清、林麗嬋、張宏哲、郭登聰、陳武宗（2005）。*我國長期照顧服務輸送規劃研究：內政部委託規劃報告*。台北：行政院內政部。

王祖琪（2004）。*個案管理與跨專業團隊模式專題報告*。於台灣長期照護協會主辦，長期照護第三十六期專業訓練班。台北：國立台北戶理學院。

內政部統計資訊服務網（2005）。*臺閩地區各縣市人口年齡結構重要指標*。2006 年 3 月 22 日，取自:http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp

http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp?urln=1

內政部統計處（2008，3 月 6 日）。*九十七年第十週內政統計通報(96 年底老人長期照護、養護及安養機構概況)*。2008 年 5 月 7 日取自 http://www.moi.gov.tw/stat/

尹祚芊、揚克平、劉麗芳（2001）。台灣地區醫院護理人員留任措施計畫現況之評值。*護理研究，9*（3），247-258。

內政部統計處（2007，2 月）。*台閩地區老人居住安排與健康照護之研析*。2008 年 11 月 3 日取自 sowf.moi.gov.tw/04/07/1/1-07.htm

中華民國長期照護專業協會（2000）。行政院衛生署八十九年度委託計畫：建立我國長期照護管理示範中心，個案管理師(員)工作手冊。台北：作者。

中華民國長期照護專業協會（2003）。九十一年度居家護理機構訪查計畫。*長期照護雜誌，7*（2），185。

中華民國長期照護專業協會（2003）。九十一年度長期照護管理中心工作人員培訓計畫。*長期照護雜誌，7*（2），183。

田玫（1999）。長期照護個案管理。於阮玉梅等編著，*長期照護*（pp.174-178）。台北縣：空大。

主計處統計專區（2003，12 月）．*台閩地區老人居住安排與健康照護之研析*．2008 年 5 月 7 日取自 http://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=1174&ctNode=548

台北市衛生局(2008)．*台北市長期照顧中心*．2008 年 5 月 25 日，取自：http://www.health.gov.tw/Default.aspx?tabid=190

白秀雄(1996)．*老人福利*．台北：三民書局。

行政院（2007）．*我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫*．台北：行政院衛生署。

行政院主計處（2002）．*社會福利統計*．2007 年 4 月 26 日，取自：http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp.

行政院經濟建設委員會（2006）．*中華民國台灣地區民國 95 至 140 年人口推計*．台北：行政院經濟建設委員會。

行政院經濟建設委員會（2002）．*照顧服務福利及產業發展方案*．2007 年 4 月 28 日，取自：http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0000124

行政院衛生署（1998）．*老人長期照護三年計劃*．台北：行政院衛生署。

行政院衛生署（2007）．*內政統計資訊網：95 年底我國戶籍登記人口結構　分析*．2007 年 3 月 28 日，取自：http://www.moi.gov.tw/stat/。

行政院衛生署（2005）．*內政統計資訊網：94 年老人狀況調查結果摘要分析*．2007 年 3 月 28 日，取自：http://www.moi.gov.tw/stat/。

江武忠(2007)．社區化長期照護體系-嘉義市個案管理模式為例．*長期照護雜誌，11*(1)，27-34。

汪文聖（1997）．「描述」與「解釋」－胡塞爾現象學作為科學哲學之一探討．*哲學雜誌，20*，64-88。

汪文聖（2001）．現象學方法與理論之反思：一個質性方法之介紹．*應用心理研究，12*，49-76。

阮玉梅、李孟芬、詹鈞（1999）．我國長期照護管理示範中心現況之分析．*長期照護雜誌，13*（2），14-27。

阮慧沁、柯純卿、陳麗琴（1990）．某醫學院附設醫院護理人員離職相關因素之探討．*高雄醫學雜誌，6*（10），572-580。

呂寶靜（2001）· *老人照顧：老人、家庭、正式服務* ·台北：五南。

李麗傳（1999）· 個案管理師角色與功能 · *護理雜誌，46*（5），55-60。

李麗傳（2001）· 應用個案管理提昇出院準備服務 · *護理雜誌，48*（3），19-23。

李孟芬（2002）· 長期照護體系 · 於陳惠姿總校定 · *長期照護實務*（初版，3-1）· 台北：永大。

李榮輝、林愛貞、黃育玄、曾貴英、洪信嘉（2005）·各國長期照護之探討 · *福爾摩莎醫務管理雜誌，1*（2），134-144。

李禮孟(2000) · 非營利組織的策略規劃 · 蕭新煌主編，*非營利部門-組織與運作* · 台北：巨流圖書公司。

周月清（2006）· 我國長期照顧服務輸送困境與建言 · *長期照護雜誌，10*（2），111-118。

周月清（1999）· 英國社區照顧-「在社區內照顧」＝「由社區來照顧」· *社區發展季刊*，271-283。

周世珍(2007) · 日本介護保障法制及其基本理念之發展 · *明新學報， 33*，105-128。

吳肖琪、周世珍、沈文君、陳麗華、鍾秉正、蔡閩閩等人（2007）· 我國長期照護相關法規之探討 ·*長期照護雜誌，11*（1），35-50。

吳幸霖、陳武宗、張素紅（2006）· 長期照顧專業團隊發展-長期照顧管理中心之角色 · *長青研究發展通訊*，(24)，1-6。

吳淑瓊、莊坤洋（2001）· 在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向 · *台灣衛誌，20*（3），192-201。

吳淑瓊(2005)· 人口老化與長期照顧政策 · *國家政策季刊，4*（4），5-24。

吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬(1998)· *配合我國社會福利制度之長期照護政策研究* · 台北：行政院研究發展考核委員會。

吳淑瓊、莊坤洋（2001）·在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向 · *臺灣公共衛生雜誌，20*（3），192-201。

吳淑瓊、莊坤洋、陳亮汝（2004）· 建構長期照護體系三年先導計畫：實驗社區介入前的照護需求與自付費用 · *臺灣衛誌，23*（3），209-220。

林玉梅、李麗傳、吳聖良、陳慶餘（2000）· 應用個案管理模式於髖關節置換術病人的照護成效 · *國防醫學，30*（2），178-184。

林志鴻(2000)．德國照護保險照護需求性概念與制度化意涵．*社區發展季刊，92*，258-269。

林淑萱（2008)．從「長期照護先導計畫」的執行論長期照護體系的建構．2008 年 5 月 12 日取自 http://sowf.moi.gov.tw/19/quarterly/data/106/11.htm

林冠宏（2003)．轉換型領導、組織認同、組織溝通對領導效能之研究-以台南縣政府組織變革為例。國立中正大學企業管理研究所未出版之碩士論文：1-20。

林萬億（2002)．*當代社會工作—理論與方法*．台北：五南圖書出版公司。

林萬億、呂寶靜、鄭麗珍、周玟琪、陳政雄、徐淵靜 （2006)．*高齡社會的來臨：為 2025 台灣社會規劃之整合研究-總組及日本參訪心得*．台北：行政院國家科學發展委員會。

洪翠嬰（2001)．管理性健康照護-談「個案管理」．2008 年 4 月 10 日取自 http://www.sinlau.org.tw/t022.htm

邱啟潤、許淑敏、吳淑如（2003)．居家照護病患之主要照顧者綜合性需 求調查．*醫護科技學刊，5*(1)，12-25。

紀櫻珍（2003)．*照顧管理模式對長期照護的現況評估：以台北市大安區照顧服務中心為例*．未發表的碩士論文，台北醫學大學，台北。

徐亞瑛、李小菁、呂欣欣、謝瓊慧（2002)．個案管理與長期照護．於陳惠姿總校定．*長期照護實務*（初版，3-1)．台北：永大。

徐慧娟（1998)．從長期照護之適當性談個案管理．護理雜誌，45（1)，45-50。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2008)．*台灣醫療品質指標計畫簡介*．2007 年 5 月 19 日，取自：http://www.tjcha.org.tw/quality.asp?catid=109

高森永（2004)．*我國長期照顧服務供需現況與初步推估－內政部九十三年度委託研究計畫*．台北：行政院內政部。

高銘南（2006)．*護理之家照護品質探討：以高雄地區某連鎖型護理之家為例*．未發表的碩士論文，義守大學，高雄。

高淑芬（200)．個案管理於老人長期照護的應用-以社區老人長期照護為例．*社區發展季刊，92*，195-205。

莊秀美（2008)．單位照顧(unit care)模式的環境建構與實踐理念之探討．*臺大社工學刊，16*，87-127。

教育部（2003，1 月 29 日）·我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫·2008 年 4 月 7 日取自 http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan/長照十年計畫摘要本.doc

莊秀美（2005）· 日本社會福利服務的民營化-「公共介護保險制度」現況之探討 ·*臺大社工學刊，11*，89-128。

郭麗霞、徐南麗（2002）·個案管理師的角色與必備能力·*慈濟護理雜誌，1*（3），22-27。

陳月枝（2000）·*質性護理研究法法*·台北：護望。

陳惠姿（2002）·緒論·於陳惠姿總校定·*長期照護實務*（初版，1-11）·台北：永大。

陳惠姿（2007）·整合性照顧系統·*護理雜誌，54*（5），5-10。

陳長青（1996）·*策略管理*·台北：桂冠圖書公司。

陳美女（1994）·*護理之家照護品質調查之研究* ·未發表的碩士論文，中國醫藥大學，台中。

陳惠姿（2003）· 九十一年度長期照護管理中心輔導與經營計劃 ·*長期照護雜誌，7*（2），182。

陳惠姿、李孟芬（2001）· 個案管理在社區老人長期照護之應用·*護理雜誌，48*（3），25-31。

陳淑雯、蕭琪（2005）·個案管理於長期照護之應用，於陳清惠等編著·長期照護（三版，119-152 頁）·台中：華格納。

陳姿君（2006）·淺談個案管理·*嘉基護理，6*（1），3-6。

曾明月、徐亞瑛（2007）·衰弱老人整合性照護模式介紹·*長期照護雜誌，11*（3），227-235。

曾煥裕（2007）·日本實施介護保險的經驗·*長期照護雜誌，11*（3），285-301。

曾嬰瑾（2004）· 由家庭結構與功能變遷之影響論老年社區照顧問題 ·社區發展季刊，106，150-158。

馮容莊、陳淑芬、周珞琦、何素梅、尹祚芊（2002）·個案管理模式在婦癌病患照護之實施概況·*榮總護理，19*（2），132-144。

黃玉苹、Kellett, U. M.、John, W. S.、李選（2006）·剖析現象學論點與其在護理研究中之應用·*護理雜誌，53*（2），49-57。

黃源協（2007）· 長期照顧管理中心的團隊運作·*長期照護雜誌，11*（1），20-26。

黃源協（2006）·*個案管理與照顧管理*·台北：雙葉書廊。

黃源協（2005）・社區長期照護體系的建構・*國家政策季刊，4*（4），41-68。

葉莉莉(2007)・長期照護中的個案服務・*長期照護雜誌，11*（3），219-226。

葉淑杏、陳淑娟、吳秀麗、林東棉、伍玉敏（2003）・居家護理服務成本分析-以某區域教學醫院為例・*長期照護雜誌，9*（1），60-75。

楊克平（1997）・管理性醫療照護之概念・*護理雜誌，44*（4），63-68。

楊志雄(1993)・老人之居住安養・*社區發展，64*，44-49。

楊昭恂、尹祚芊（2003）・醫學中心應用個案管理模式推展出院準備服務之現況・*榮總護理，19*（2），125-131。

楊培珊(2005)・長期照護資源管理與社會工作・*國家政策季刊，4*（4），93-108。

楊培珊(1999)・社會工作專業在長期照護中的角色與功能・*社會建設季刊，102*:1-9。

楊培珊（2003）・長期照護工作中資源管理的內涵與作法・*長期照護雜誌，7*（2），112-120。

楊嘉玲（1998）・*護理之家機構照護品質指標-以老年住民、家屬、護理人員的觀點探討*・未發表的碩士論文，長庚大學，桃園。

萬育維（2001）・*社會工作概論：理論與實務*・台北：雙葉書廊。

劉淑娟、盧美秀、林佳靜、施富金、蕭妃秀(2005)・參訪日本社會福祉及介護保險之省思・*長期照護雜誌，9*（1），97-103。

蔡美麗（1990）・胡塞爾・台北：東大。

蔡淑鳳、王秀紅（2008）・台灣長期照護政策發展・*護理雜誌，55*（4），24-29。

蔡闊閣（2002）・長期照護政策與發展規劃・於陳惠姿總校定・*長期照護實務*（初版，3-1）・台北：永大。

潘瓊琬、陳詞章、鐘麗英、李致瑩、許瑋玲（2007）・職能治療師專業認同之現況調查・*醫學教育，11*（4），297-307。

鄭讚源(1993)・多層次面向的老人安養照顧服務體系-我國老人安養照顧系統的四個整合方向・*社會福利，126*，15-23。

盧美秀、魏玲玲、廖美南、徐美玲（1999）・應用個案管理於控制消化性潰瘍合併出血病患照護品質及成本效益之現況探討・*新臺北護理期刊，1*（1），81-89。

穆佩芬（1996）・現象學研究法・*護理研究，4*（2），195-202。

穆佩芬（1997）·父母親於孩童健康危機之家庭壓力經驗：一個現象學的研究·*榮總護理，14*（4），394-404。

盧美秀、林秋芬、魏玲玲(1997)· 個案管理與臨床路徑 · 護理雜誌，44(5)，23-28。

簡春安、鄒平儀（1998）·*社會工作研究法*·台北：巨流。

戴玉慈（2005）·個案管理綜論·於戴玉慈總校定·*個案管理*（初版，3-57）·台北：五南。

戴玉慈、張媚、呂寶靜、吳淑瓊(2004)· 社區式照顧管理模式的設立與初步評價 · *台灣衛誌，23*（3），179-208。

鍾秉正（2006）· 德國長期照護法制之經驗·*長期照護雜誌，10*（2），119-135。

Abbott J, Young A, Haxton R, Van Dyke P. Collaborative care: A professional model infuences job satisfaction. *Nursing Economics* 1994;12(3):167-74.

Alkema GE, Wilber KH, Shannon GR, Allen, D. Reduced mortality: the unexpected impact of a telephone-based care management intervention for older adults in managed care. *Health Services Research* 2007;*42*(4):1632-50.

Allen NE, Meduna E. Development and implementation of a case management model for long-term care. *Journal of Gerontological Nursing* 1999;25(8), 42-49.

Anderson JM. The phenomenological perspective. In J.M. Morse (Ed), Qual- itative nursing research: A contemporary dialogue (pp.25-39). 1991;Newbury Park CA: Sage.

Bailey ML. Care coordination in managed care. Creating a quality continuum for high risk elderly patients. *Nursing Case Management: Managing The Process of Patient Care* 1998; 3(4):172-80.

Benefield LE. Productivity in home healthcare:Assessing nurse effectiveness and efficiency. *Home Healthcare Nurse* 1996;14(9):698-706.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari G, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P, Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *BMJ* 1999;36(2):1348-51.

Berry MM. Models of case management in long term home health care: The government-run model of case management. *Journal of Long-Term Home Health Care* 1995;14(2): 25-31.

Black RE. Priority setting in case management based on need and risk. *Journal of Case Managemen,* 1995;4(3): 79-84.

Budimlic LA. Case management in long-term care settings. *The Case Manager* 1999;10 (4): 81-5.

Bulger S, Feldmeier C. Developing standards and quality measurements for case management practice. *Journal of Case Management* 1998;7(3):99-104.

Brazil K, Royle JA, Montemuro M, Blythe J, Church A. Moving to evidence-based practice in long-term care: the role of a Best Practise Resource Centre in two long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing* 2004;30(3):14-9.

Brockopp DY, Porter M, Kinnaira S, Silberman S. Fiscal and clinical evaluation of patient care: A case management model for the future. *Journal of nursing administration* 1992;22(9):23-27.

Brook RH, Kamberg CJ, McGlynn, EA. Health system reform and quality. *JAMA* 1996;*276*:476-80.

Callahan CM, Boustani, MA, Unverzagt FW, Austrom, MG, Damush TD, Fultz BA, Hui SH, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care-a Randomized Controlled Trial. *American Medical Association* 2008;295(18):2148-57.

Casparie AF. The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: An agenda for further research. *Health Policy* 1996;35: 246-65.

Cesta TG., Tahan HA, Fink LF. The case managers survival guide: Winning strategies for clinical practice. 1998;St.Louis:Mosby.

Cleary PD, Mcneil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25:25-36.

Cohen EL, Cesta, TG.. Nursing case management: From concept to evaluation(2nd ed.) . 1997;St.Louis:Mosby.

Coleman E, Min S, Chomiak A, Kramer A. Identifying Medicare beneficiaries at risk for complicated post-hosptial care transitions: A predictive model. *Health Services Resarch* 2004;39 (5):1449-65.

Cohen EL, Cesta TG. *Nursing case management(3rd ed.)*. 2001;St. Louis: Mosby.

Cox C. Long-term care: A comparsion of policies and services in Israel and the United Kingdom and implication for the United States. *Journal of Aging & Social Policy* 1997; *9*(2): 81-99.

Diwan S. Allocation of case management resources in long-term care: predicting high use of case management time. *The Gerontologist* 1999;39(5): 580-90.

Diwan S, Berger C, Ivy C. Supervision and quality assurance in long-term-care case management. *Journal of Case Management* 1996;5(2): 65-71.

Do H. Fair access to care services guidance eligibility criteria for adult social care. 2002;London: Department of Health.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. 1980;Ann Arbor: Health Administration press.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44(3):166-206.

Duke C. The Frail Elderly Community Based Case Management Project. *Geriatric Nursing*

2005;26(2):122-7.

Eckett K, Vassallo LM, Flett M. A service manager model: instituting case management. *Nursing Management* 1996;27(2): 52-3.

Enthoven AC. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 1993; *12*(1):24-48.

Ethridge P, Lamb GS. Professional nursing case management improves quality, access and costs. *Nursing Management* 1987;20(3):30-5.

Evashwick CJ, Cohn J. Enhancing managed care's role in long-term care: building on the aging network. *Managed Care Quarterly* 1999;*7*(1):39-45.

Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *Journal of General Internal Medicine* 1998;13(2):123-6.

Fralic MF. The nurse case manager: Focus, selection, preparation, and measurement. *Nursing Management* 1992;*22*(11):13-46.

Ginsburg PB, Hammons GT. Competition and the quality of care: The importance of information. *Inquiry* 1988; 25:108-15.

Goode GS. Care map and case management. *Nursing Management* 1995;26(3):38-46.

Harris MD, Dugan M. Evaluating the quality of home care services using patient outcome data. *Home Healthcare Nurse* 1996;14(6):463-8.

Hebert R, Durand PJ, Dubuc N. Frail elderly patients: New model for integrated service delivery. *Canadian Family Physician* 2003;49(8):992-7.

Huber DL, Sarrazin MV, Vaughn T, Hall JA. Evaluating the impact of case management dosage.*Nursing Research* 2003;52(5):276-88.

Jennings BM, Staggers N, Brosch LR. A classification scheme for outcome indicators. *Journal of Nursing Scholarship* 1999;31(4):381-8.

Kane RL, Kane RA. Assessment in long-term care. *Annu Rev Public Health* 2000; 21: 659-86.

Kane RA, Kane RL. Long-Term Care: Principals, Programs, and Policies. 1987;New York: Springer.

Karlsson M. Comparative analysis of long-term care systems in four countries. 2002;Austria: IASA.

Kazandjian VA, Lawthers J, Cernak CM, Pipesh FC. Relating outcomes to processes of care: the Maryland Hospital Association's Quality Indicator Project. *Journal Community*

Quality Improvement 1993;19,530-8.

King R, Le Bas J, Spooner D. The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers. *Psychiatric Services* 2000;51:364–8.

King R, Meadows G, Le Bas J. Compiling a caseload index for mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:455–62.

Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care:meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated care* 2002;2(12):1-6.

Lamb G.S. Case Management. *Annual Review of Nursing Research* 1996;13:117-36.

Leathard A. Model for interprofessional collaboration.In A. Leathard (ed.), Interprofessional collaboration– from policy to practice in health and social care.(pp.93-118). 2003;Hove & Newyork: Burnner-Routleddge.

Lincoln YS, Cuba EG. Naturalistic inquiry. 1985;Newbury Park, CA: Sage.

Lowenstein A. A legislative infrastructure that fosters case management. The Israeli Long-Term Care Insurance Law. *Care Management Journal* 2000;2(1), 15-20.

Madigan EA, Schott D, Matthews CR. Rehospitalization among home health care patients: Results of a prospective study. *Home Healthcare Nurse* 2001;*19*(5):298-305.

Matsuda S, Yamamoto M. Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care* 2001;1: 28.

Mckenzie CB, Torkelson NG., Holt MA. Care and cost: Nursing case management improve both. *Nursing Management* (1989;*20*(10):30-4.

Middleton S, Lumby, J. Exploring the precursors of outcome evaluation in Australia: linking structure, process and outcome by peer review. *International Journal of Nursing Practice* 1998;4(3):151-5.

Munson M, Proctor E, Nancy MH, Fedoravicius N, Ware N. Case managers speak out: responding to depression in community long-term care. *Psychiatric services* 2007;58(8), 1125-27.

Nakatani H, Shimanouchi S. Factors in care management affecting client outcomes in home care. *Nursing & Health Sciences* 2004;6(4): 239-46.

Newman K, Maylor, U. The NHS plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Services Manage Research* 2002;15:93–105.

Omote S, Saeki K, Sakai A. Difficulties experienced by care managers who are care workers managing elder abuse cases in the Japanese long-term care insurance system. *Health Soc*

Care Community 2007;*15*(6): 569-76.

Onder G, Liperoti R, Soldato M, Carpenter I, Steel K, Bernabei R, et al. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in Home Care Study. *Journal of The American Geriatrics Society* 2007;55(3): 439-44.

Organization of Eco- Cooperation and Development(OCED) Social Policy: Caring for Frail Elderly People; Policy in evolution. 1996;France: Head of Publication Services,OECD.

Rossi P. Case management in health care(1st ed). 1999;Philadelphia:W.B. Sauders.

Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science,* 1986;8 (3): 27-37.

Sargent P, Boaden R, Roland M. How many patients can community matrons successfully case manage. *Journal of Nursing Management* 2008;16(1): 38-46.

Sargent P, Pickard S, Sheaff R, Boaden R. Patient and carer perception of case management for long-term conditions. *Journal of Gerontological Nursing* 2007;25(8), 511-9.

Shannon G.R, Wilber, KH, Allen D. Reductions in cost healthcare service utilization: findings from the Care Advocate Program. *Journal American Geriatr Social* 2006;54(7):1102-7.

Sohl PE. Case management and patients care. *Nursing Management.* 1986;14(2):138-56.

Stein CH, Craft SA. Case managers' experiences of personal growth: learning from consumers. *Community Mental Health Journal* 2007;43(2):183-95.

Strauss A, Cobin J. Grounded theory methodology: A discovery. In N.K. Denzin & YS. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.273-285). 1994;Thousand Oaks, CA: Sage.

Tahan HA. One Patient, Numerous Healthcare Providers, and Multiple Care Settings Addressing the Concerns of Care Transitions Through Case Management. *Professional Case Management* 2007;12(1):37-46.

Tahan HA. The nurse case manager in acute care setting: job description and function. *Journal of Nursing Administration* 1993;23(10):53-61.

Taylor CB, Miller NH, Reilly KR, Greenwald G, Cunning D, Deeter A, et al. Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(4):1058-63.

Thurkettle MA, Ariko N. Case management: a source of support and stability for the client and the healthcare system. *care management* 2003;8(2):88-92.

Tilly J. Direct Payment in England. 2003;Washington. D C: AARP.

United Nations. *Long-Range World Population Projections: Based on the 1998 Revusion.* The population Division, Department of Economic and Social Affairs. 2000;United Nations Secretariat.

Vann JC. Measuring community-based case management performance: strategies for evaluation. *Lippincott's Case Management: Managing The Process of Patient Care* 2006;11(3):147.

Weilitz PB, Pottor PA. A managed care system financial and clinical evaluation. *Journal of nursing administration* 1993;23(11):51-7.

Weiner K, Hughes J, Challis D. Pedersen I. Integrating Health and Social Care at the Micro Level: HealthCare Professions as Care Managers for Older People. Social Policy and Administration 2003;37(5):498-515.

White P, Hall ME. Mapping the literature of case management nursing. Journal of Medical Library Association. 2006;94(2):E-99-106.

Wiener JM, Tilly J, Ceullar AE. Consumer-directed home care in the Netherlands, England, and Germany. 2003;Washington DC:AARP.

Zander K. Nursing case management:strategic management of cost and quality outcomes. *Journal of nursing administration* 1998;18(5):23-30.

Zander K. Managed care within acute care setting: Design and implementation via nursing case management. *Health Care Supervisor* 1998;6(2):27-43.

Zimmer JG, Juncker AG, McCusker J. A randomized controlled study of home health team. *American Journal of Public Health* 1985;75:134-41.

Zaslavsky AM, Beaulieu ND, Landon BE, Cleary PD. Dimensions of consumer-assessed quality of Medicare managed-care health plans. *Medicaid Care* 2000;38:162-74.

Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems.*Medicaid Care* 1997;35:58-68.

圖　表

表一（質性訪談）訪談指引內容

編號	訪談內容
一、請談談您所瞭解目前長期照顧管理中心之「個案管理服務」的內涵。	
1.	請談談您對於以個案管理運用於長期照顧服務對象的個人看法？
	（1）優點為何？缺點為何？
	（2）請談談您個人提供個案管理服務的經驗或過程
2.	請談談目前您在推動長期照顧十年計畫的主要八項服務項目的看法？
	（1）目前中心推動長照服務執行情形
	（2）就您個人而言，經歷最深的感受為何？
3.	請談談您個人對於您對於「長期照顧十年計畫」階段中，照顧管理專員擔任個案管理師的角色，其照顧管理權責涉及政府資源的管控和配置的個人看法為何？
	（1） 就您目前的角色上，發揮資源的管控和配置的情形？
	（2） 就您目前的角色上，執行面上是否曾經遇到困難？舉例說明。
二、	請談談您認為目前長期照顧管理中心組織的定位的情形
1.	請問您對於目前長期照顧管理中心在各「地方自主」前提下，組織運作的看法為何？
	（1）就您個人認為，中心目前的定位角色為？
	（2）就您個人的瞭解，中央對於地方在長期照顧管理中心的定位為何？
2.	請談談就您瞭解，目前長期照顧管理中心的定位為何？
	（1）中心這樣的組織定位對您工作上的阻力為何？舉例說明。
	（2）中心這樣的組織定位對您工作上的助力為何？舉例說明。
3.	請談談目前對於您任職的長期照顧管理中心之未來發展的瞭解程度。
三、請談談您認為目前長期照顧管理中心運作上面臨的困難為何？	
1.	請談談您目前在資源開發與管理上，面臨最大的阻力為何？
2.	請談談您目前在資源開發與管理上，面臨最大的助力為何？
3.	請談談您目前在個案評估與資源分配上，面臨最大的阻力為何？
4.	請談談您目前在個案評估與資源分配上，面臨最大的阻力為何？
5.	當您遇到困難時能否獲得適切的幫助？舉例說明。
6.	當您遇到困難時，最希望行政主管機關能提供什麼樣的協助？請舉例說明。
四、除了上述提到之外，還有沒有覺得重要、需要補充的？	

表二（質性訪談）受訪者的基本資料描述

編號	區域範圍	性別	年齡	教育程度	婚姻狀況	服務年資	聘用資格	醫事人員類別	職稱
A	東部	女	36	大學	已婚	3~5 年	臨時人員	護理師	督導
B	東部	女	49	高中	已婚	五年以上	約聘人員	護理師	專員
C	南部	女	33	大學	未婚	1/2~1 年	臨時人員	護理師	督導
D	南部	女	32	大學	已婚	3~5 年	臨時人員	護理師	專員
E	中部	女	31	大學	已婚	1~2 年	約聘人員	社工師	督導
F	中部	女	46	專科	已婚	五年以上	臨時人員	護理師	專員
G	北部	女	36	碩士	已婚	2~3 年	公務員	護理師	督導
H	北部	女	29	碩士	已婚	2~3 年	約聘人員	護理師	專員

表三（質性訪談）訪談分析類目

主概念	從屬概念	細類目	出現頻次
體察管理服務對於實務的衝擊	服務多元的開發的困難	宣傳與行銷不足	4
		制式的資訊系統不符實務需求	4
		公部門的服務資源不足	3
		服務開發的困難與限制	5
		紮根基層的深入性不足	3
	服務提供的完整性與適切性不足	服務成效評值的適切性不足	10
		服務評估的完整性不足	9
		服務目標數的不合理	5
		制度嚴苛使得服務無法普及	3
		管理服務流程一致性不足	8
		評估工具的指引缺乏	4
	服務對象的需求與感受差異	審核標準嚴謹度不足	4
		服務需求與供給的差異	2
	服務職權的分工與合作不足	業務範圍的龐雜	5
		專業分工與合作不明確	4
	業務溝通機制待加強	溝通機制與平台不適切	6
		橫向連結的錯結	3
察覺個人專業能力的重要性	個人能力成長與認同	急就章與拼湊的教育訓練	4
		在職進修與在職教育以提升角色能力	4
		同儕間學習與成長	2
		專業與能力的認同	5

表三續（質性訪談）訪談分析類目

主概念	從屬概念	細類目	出現頻次
	專業的敏感性與能力	親臨現場的專業判斷	10
		直接前線現學現賣	2
		人員成熟度與工作能力	3
察覺妾身不明與未來的不確定感	轉銜與過渡的銜接	晉用標準的變革	10
		新舊服務標準銜接的錯結	4
	個人對中心的感受與期待	個人對未來的信心不足	4
		個人對中心定位的負面看法	6
		身分尷尬的感受	4
		人員對未來的不確定感	2
體察業務推動過程阻力	闡述中心結構面的限制	制度條件的限制	9
		穩定的財源經費缺乏	6
		正式的組織編製缺乏	4
		法條規範的明確性不足	8
	認知行政面的困境	主管機關的支持與配合度不良	7
		行政流程的繁冗	5
	闡述不同立場的差異	中央與地方立場的差異	3
		各自為陣的想法與觀念	2
	個人特質與穩定性的不適切	人員留任意願與誘因不足	7
		人格特質與穩定性不足	3

表四（量性問卷）照顧管理專員之基本資料分佈（N＝196）

變項	人數	百分比	平均值	標準差	最小值	最大值
年齡	196		32.13	6.63	23	57
≤30 歲	102	52.0				
31-40 歲	72	36.7				
≥41 歲	22	11.2				
性別						
女	185	94.4				
男	11	5.6				
婚姻狀況						
未婚	103	52.6				
已婚	91	46.4				
離婚	2	1.0				
服務縣市						
北區	71	36.2				
中區	19	9.7				
南區	78	39.8				
東區	28	14.3				

表五　長期照顧管理中心結構面的運作現況在人力素質分佈（N=196）

變　項	人數	百分比	平均值	標準差	最小值	最大值
教育程度						
高中（職）	4	2.0				
專科（五、二、三專）	16	8.2				
大學	168	85.7				
研究所	8	4.1				
實務臨床經驗（年）			6.61	4.52	0	26
專業背景						
社工	30	15.3	4.21	2.01	1.3	9
護理	156	79.6	7.09	4.82	0	26
物理	1	0.5	12.00		12.0	12
營養	9	4.6	6.00	2.24	4	11
本中心服務年資（月）	196		17.39	20.86	1	108
其他中心年資						
無	157	80.1				
有	39	19.9				
服務年資（月）			7.16	18.10	0	108
薪資來源						
衛生署	158	80.6				
勞委會	5	2.6				
其他	33	16.8				
主要業務						
照顧管理	188	95.9				
辦理行政業務	4	2.0				
其他	4	2.0				
職缺						
臨時人員	130	66.3				
臨時約聘	53	27.0				
正式人員	4	2.0				
其他	9	4.6				

表六　長期照顧管理中心結構面的運作現況分佈（N=196）

變　項	題數	平均值	標準差	排序
組織架構	8	4.26	1.05	
1.我認為中心的人力編制是足夠的		3.30	1.81	8
2.我認為中心的組織章程是明確的		3.80	1.61	7
3.我認為中心的作業規範是完善的		3.95	1.41	6
4.我認為中心爲照管專員制定的工作手冊是明確的		4.07	1.43	5
5.我認為中心制定的派案標準與流程是明確的		4.79	1.31	3
6.我認為中心制定的聯繫回覆作業流程是明確的		4.98	1.18	1
7.我認為中心制定的結案標準與流程是明確的		4.86	1.24	2
8.我認為中心規範照管專員的訪視量是明確的		4.34	1.50	4
設備	3	4.56	1.10	
1.中心的工作場域空間(如辦公室、會談間)是足夠		4.35	1.67	2
2.中心的設施設備(如電腦、印表機、電話及傳真)是足夠		5.03	1.43	1
3.中心的資訊化(如網頁、個案ｅ化系統)是足夠		4.30	1.54	3
資源種類	13	3.78	0.87	
1.我認為我服務區域內的居家服務資源是足夠		4.33	1.44	3
2.我認為我服務區域內的居家護理資源是足夠		4.43	1.33	2
3.我認為我服務區域內的物理治療資源是足夠		4.17	1.36	5
4.我認為我服務區域內的職能治療資源是足夠		4.08	1.39	7
5.我認為我服務區域內的喘息服務資源是足夠		4.19	1.34	4
6.我認為我服務區域內的輔具購買/租借資源是足夠		3.91	1.38	8
7.我認為我服務區域內的營養餐飲資源是足夠		3.78	1.53	9
8.我認為我服務區域內的長期照顧機構服務資源是足夠		4.11	1.31	6
9.我認為我服務區域內的醫療機構服務資源是足夠		4.64	1.33	1
10.我認為我服務區域內的日間照顧資源是足夠		3.07	1.57	11
11.我認為服務區域內的無障礙居家環境改善資源是足夠		3.45	1.47	10
12.我認為我服務區域內的家庭托顧資源是足夠		2.16	1.35	13
13.我認為我服務區域內的交通接送資源是足夠		2.89	1.48	12

表七　照顧管理專員已參與訓練分佈（N=196）

變　項	人數	百分比
衛生署辦理核心基礎		
無	41	20.9
有	155	79.1
衛生署辦理實習課程		
無	63	32.1
有	133	67.9
衛生署辦理實習指導師資		
無	181	92.3
有	15	7.7
衛生署辦理督導訓練		
無	191	97.4
有	5	2.6
不確定由誰辦理，但曾受過訓		
無	194	99.0
有	2	1.0
其他（有其他單位辦理）		
無	180	91.8
有	16	8.2

表八　長期照顧管理中心過程面向的運作現況分佈（N=196）

變項	題數	平均值	標準差	排序
個案管理過程	17	7.06	1.27	
評估能力		7.79	1.29	
1.您在收到的個案轉介單中，有多少比率的個案能在規定時間內親自訪視		7.83	2.12	3
2.您在轉介的資源過程，有多少比率的個案能在規定時間內完成資源連結		7.24	1.86	9
3.您在規定的時間內，有多少比率的個案能完整收集個案資料		8.05	1.34	1
4.您在規定的時間內，有多少比率的個案能完整評估個案的主要照顧者(非正式支持系統)狀況。		7.66	1.45	5
5.您在完成個案評估後，有多少比率的個案能在規定時間內完整地擬定照護計畫。		7.93	1.54	2
6.您在擬定計畫後，有多少比率的個案在規定時間內能依據個案照護計畫執行		7.37	1.77	7
7.您在執行個案管理過程時，有多少比率的個案能在計畫時間內提供資源服務		7.44	1.61	6
9.您在規定時間內，有多少比率的個案能再次完整評估個案的身心社會功能		6.42	2.07	14
10.在追蹤個案需求服務時，有多少比率的個案您能有完整的書面記錄/評值		7.24	2.12	9
11.您於資源終止時，有多少比率的個案能跟個案及家屬說明結案使其瞭解		7.36	2.00	8
12.您在執行照顧管理過程時，有多少比率的個案能提供個案或照顧者照護技巧。		6.78	1.85	12
資源連結的相關能力		4.20	1.02	
8.您在轉介/協調提供資源後，有多少比率的個案能完整追蹤個案的服務使用狀況		6.99	1.81	11
15.您在協調資源單位與個案間的照管過程，有多少比率的個案能在期限內完成		7.05	1.70	10
16.您當個案或案家反應資源服務不佳時，有多少比率的個案能及時處理		7.69	1.62	4
政策		4.17	1.12	
13.您的中心針對轄區內的資源，有多少比率的資源能被完整地考核與評估		6.27	2.00	15
14.您在執行照顧管理過程時，有多少比率的個案能知悉長照服務相關內涵		6.54	1.95	13
17.您在申請看護工的業務上，有多少比率的個案能在其限期內完成		4.11	2.20	16
組織運作	3	5.49	1.03	
1.我的中心會定期開個案討論會		5.29	1.46	3
2.我的中心會有詳實完整會議記錄與保存		5.69	1.08	1
3.我的中心會依照會議內容及建議執行/修正業務		5.49	1.06	2
運用媒體傳銷	3	4.96	1.12	
1.我的中心所提供的單張/平面媒體是具宣傳效益		5.33	1.12	1
2.我的中心所提供的網頁/電子媒體是具宣傳效益		4.77	1.37	2
3.我的中心所提供的公關窗口服務是具宣傳效果的		4.78	1.26	3

表九　長期照顧管理中心結果面的服務成果分佈（N=196）

變　項	人數	百分比	平均值	標準差	最小值	最大值
新收案數			12.17	9.51	0	59
總個案數			67.37	55.00	0	221
複評個案數			7.49	11.73	0	80
結案人數			4.01	18.16	0	236
需要長期照顧服務數			41.73	51.24	0	221
使用長期照顧服務數			41.25	52.97	0	293
外籍監護工綜合評估			2.79	18.37	0	232
本國籍照服員媒合成功			0.42	2.40	0	25
使用最多的服務資源						
居家服務					3	535
喘息服務					2	126
營養餐飲服務					1	136
中心標準收案數						
無	146	74.5				
有	50	25.5				

表十　長期照顧管理中心結果面的運作現況在工作困擾分佈（N=196）

變　項	題數	平均值	標準差	排序
照顧管理專員的工作困擾	18	3.53	0.79	
組織氣氛		4.88	1.11	
2.中心的工作氣氛感到		4.90	1.40	2
3.與中心主管之間的關係及溝通感到		4.60	1.39	3
4.同事間的溝通協調互助與支持等關係感到		5.14	1.19	1
福利與保障		3.02	0.98	
1.中心內照顧管理專員人力不足感到		3.61	1.58	7
5.自身能力與工作努力，所獲得的薪資及福利		2.88	1.52	13
6.中心無法提供出勤津貼的原則感到		2.27	1.37	16
7.中心提供員工抱怨處理的方式感到		3.41	1.26	9
11.照顧管理專員需要獨立做家訪的安全性		3.18	1.56	11
17.此份工作的升遷管道感到		2.77	1.35	14
學習與創新		4.50	1.20	
8.中心內提供的在職訓練或進修課程的實用性		4.56	1.36	5
9.中心提供的個案討論應用在實際照護計畫		4.62	1.28	4
10.中心激勵並支持工作人員提出創新的觀念及方法		4.32	1.30	6
資源與政策		2.90	0.96	
12.長期照顧相關資源缺乏，使用得轉介不易		3.19	1.33	10
13.民眾對中心的認知不足		3.46	1.25	8
14.長期照顧相關政策不確定性		2.53	1.30	15
15.長期照顧服務機構法源多元化		3.18	1.31	11
16.目前政策在照管專員的工作績效指標要求上		3.12	1.25	12
18.照顧管理專員無法編入正式編制		1.90	1.32	17

表十一　照顧管理專員無法繼續留任的因素分佈（N＝68）

變　項	人數	百分比
未納入正式編制	58	85.29
無法滿足個案的需求	7	10.29
覺得能力不夠，無法面對不斷學習挑戰的機會	3	4.41
薪水不合理	49	72.06
支持系統不足	20	29.41
不符合資格	4	5.88
未通過訓練測驗	2	2.94

註.本題為複選

表十二　照顧管理專員基本資料與結構、過程、結果面運作之差異性分析（N＝196）

		結構面			過程面			結果面向
		組織架構	設備	資源種類	管理過程	組織運作	媒體傳銷	工作困擾
變項	*n*	*M±SD* /t/F	*M±SD*/*t*/*F*	*M±SD*/*t*/*F*	*M±SD*/*t*/*F*	*M±SD*/*t*/*F*	*M±SD*/*t*/*F*	*M±SD*/*t*/*F*
性別		*t*＝0.33	*t*＝1.45	*t*＝1.05	*t*＝0.14	*t*＝0.32	*t*＝0.06	*t*＝-0.14
女	185	4.27±1.05	4.59±1.09	3.80±0.87	7.66±1.21	5.50±1.04	4.96±1.13	3.53±0.78
男	11	4.16±1.05	4.09±1.27	3.52±0.99	7.61±1.55	5.39±0.93	4.94±0.90	3.57±0.97
婚姻狀況		*F*＝1.01	*F*＝0.02	*F*＝0.58	*F*＝1.32	*F*＝1.35	*F*＝0.12	*F*＝0.08
未婚	103	4.25±1.00	4.55±1.10	3.77±0.86	7.76±1.10	5.46±0.97	4.92±1.03	3.52±0.78
已婚	91	4.25±1.11	4.57±1.12	3.81±0.89	7.53±1.36	5.49±1.20	5.00±1.16	3.55±0.80
離婚	2	5.31±0.44	4.66±0.47	3.15±0.87	8.51±0.36	6.67±0.47	5.00±1.41	3.39±0.31
服務區域		*F*＝1.28	*F*＝3.90	*F*＝2.11	*F*＝0.96	*F*＝5.20	*F*＝0.60	*F*＝1.36
北區	71	4.39±0.94	4.73±1.05	3.89±0.85	7.83±1.17	5.77±0.85	5.08±1.06	3.66±0.75
中區	19	4.10±0.95	4.91±0.94	3.84±0.63	7.36±1.19	5.58±0.81	4.79±1.11	3.30±0.47
南區	78	4.29±1.13	4.24±1.05	3.79±0.89	7.64±1.34	5.44±1.18	4.95±1.11	3.51±0.87
東區	28	3.97±1.13	4.76±1.30	3.42±0.96	7.52±1.08	4.90±0.92	4.80±1.27	3.44±0.77

註. 皆無統計上顯著差異

表十三　人力素質與結構、過程、結果面運作現況之差異性分析（N=196）

變　項		結　構　面			過　程　面			結果面向
		組織架構	設備	資源種類	管理過程	組織運作	媒體傳銷	工作困擾
	n	*M*±*SD* /*F*	*M*±*SD* /*F*	*M*±*SD* /*F*	*M*±*SD* /*F*	*M*±*SD* /*F*	*M*±*SD* /*F*	*M*±*SD* /*F*
教育程度		*F*=1.59	*F*=0.55	*F*=0.54	*F*=1.00	*F*=0.26	*F*=1.59	*F*=5.27
高中	4	4.88±1.19	5.08±0.74	3.75±0.97	8.25±0.68	5.16±1.60	6.08±0.69	3.81±1.16
專科	16	4.40±1.27	4.77±1.14	4.00±0.58	7.93±0.80	5.65±1.00	5.10±0.88	4.23±1.10
大學	168	4.26±1.02	4.52±1.11	3.78±0.89	7.60±1.27	5.48±1.01	4.91±1.14	3.48±0.72
研究所以上	8	3.61±1.14	4.58±1.02	3.56±0.92	8.11±1.09	5.46±1.25	5.08±1.07	3.26±0.70
主要業務		*F*=0.15	*F*=0.90	*F*=1.75	*F*=0.62	*F*=0.01	*F*=0.61	*F*=0.75
照顧管理	188	4.27±1.05	4.56±1.11	3.78±0.87	7.67±1.25	5.49±1.04	4.96±1.13	3.55±0.79
辦理行政業務	4	4.03±0.84	4.33±0.47	4.44±0.96	6.88±0.60	5.42±0.63	5.25±0.57	3.17±0.23
其他	4	4.09±1.48	4.50±1.48	3.31±0.30	7.63±0.29	5.50±1.04	4.42±0.50	3.24±1.07
專業背景		*F*=2.46	*F*=0.23	*F*=1.90	*F*=0.02	*F*=2.51	*F*=0.90	*F*=1.15
社工	30	4.08±1.05	4.47±1.08	3.44±0.82	7.62±1.25	5.10±1.13	4.77±1.19	3.48±0.80
護理	156	4.35±1.05	4.59±1.11	3.84±0.88	7.67±1.25	5.59±1.00	5.02±1.12	3.57±0.79
物理	1	3.75	4.23	4.23	7.81	4.33	4.00	2.78
營養	9	3.47±0.79	4.33±1.21	3.84±0.71	7.63±0.96	5.26±0.98	4.67±0.73	3.16±0.66
薪資來源		*F*=3.53	*F*=0.41	*F*=1.20	*F*=3.35	*F*=6.82	*F*=2.52	*F*=2.50
衛生署	158	4.18±1.05	4.53±1.10	3.77±0.89	7.56±1.29	5.36±1.06	4.89±1.12	3.49±0.77
勞委會	5	3.90±0.67	4.53±1.26	3.32±0.79	7.47±0.47	6.13±0.38	4.53±0.84	3.28±0.42
其他	33	4.69±1.02	4.72±1.12	3.93±0.76	8.17±0.83	6.01±0.73	5.33±1.09	3.80±0.87
職缺		*F*=0.74	*F*=1.23	*F*=2.34	*F*=0.66	*F*=0.51	*F*=0.03	*F*=1.81
臨時人員	130	4.20±1.06	4.61±1.10	3.70±0.85	7.70±1.27	5.46±1.06	4.95±1.11	3.50±0.83
臨時約聘	53	4.32±1.08	4.35±1.08	4.00±0.90	7.58±1.17	5.58±1.02	4.97±1.18	3.51±0.62
正式人員	4	4.84±0.86	4.83±1.04	4.35±0.28	8.20±0.92	5.83±0.58	5.00±1.41	4.22±1.26
其他	9	4.50±0.64	4.96±1.31	3.54±1.04	7.28±1.00	5.22±0.73	5.04±0.82	3.90±0.64

註. 皆無統計上顯著差異

表十四　照顧管理專員資本資料與參與在職教育之差異性分析（N=196）

變 項	核心基礎 N / %	實習課程 N / %	指導師資 N / %	督導訓練 N / %	曾受過訓 N / %	其他 N / %
性別	x^2= .32	x^2= .72	x^2= .85	x^2= .58	x^2= .73	x^2= .21
女	145 (93.5)	125 (94.0)	14(93.3)	5 (100)	2 (100)	14(97.5)
男	100 (06.5)	008 (06.0)	01(06.7)	0	0	02(12.5)
服務區域	x^2= .10	x^2= .10	x^2= .21	x^2= .77	x^2= .31	x^2= .10
北區	41(26.5)	29(21.8)	0	0	2 (100)	16 (100)
中區	19(12.3)	18(13.5)	3 (20.0)	2 (40.0)	0	0
南區	71(45.8)	66(49.6)	9 (60.0)	2 (40.0)	0	0
東區	24(15.5)	20(15.0)	3 (20.0)	1 (20.0)	0	0
婚姻狀況	x^2= .58	x^2= .83	x^2= .79	x^2= .31	x^2= .98	x^2= .82
未婚	81(52.3)	71(53.4)	9 (60.0)	1 (20.0)	1 (50.0)	9 (56.3)
已婚	73(47.1)	61(45.9)	6 (40.0)	4 (80.0)	1 (50.0)	6 (37.5)
離婚	01(00.6)	01(00.8)	0	0	0	1 (06.2)

註. 皆無統計上顯著差異

表十五　照顧管理專員人力素質與參與在職教育之差異性分析（N＝196）

變 項	核心基礎 N / %	實習課程 N / %	指導師資 N / %	督導訓練 N / %	曾受過訓 N / %	其他 N / %
教育程度	x^2= .51	x^2= .43	x^2= .77	x^2= .21	x^2= .95	x^2= .45
高中	3 (01.9)	3 (02.3)	0	0	0	1 (06.3)
專科	13 (08.4)	8 (06.0)	1 (06.7)	1 (20.0)	0	2 (12.5)
大學	131 (84.5)	117 (88.0)	14 (93.3)	3 (60.0)	2 (100)	13 (81.3)
研究所	8 (05.2)	5 (03.8)	00	1 (20.0)	0	0
薪資來源	x^2= .10	x^2= .10	x^2= .14	x^2= .54	x^2= .45	x^2= .10
衛生署	132 (85.2)	119 (89.5)	15 (100)	5 (100)	1 (50.0)	8 (50.0)
勞委會	4 (02.6)	0	0	0	0	3 (18.8)
其他	19 (12.3)	14 (10.5)	0	0	1 (50.0)	5 (31.2)
負責業務	x^2= .96	x^2= .71	x^2= .36	x^2= .89	x^2= .10	x^2= .69
照顧管理	149 (96.1)	128 (96.2)	14 (93.3)	5 (100)	1 (50.0)	16 (100)
行政業務	3 (1.9)	3 (2.3)	1 (6.7)	0	0	0
其他	3 (1.9)	2 (1.5)	0	0	1 (50.0)	0
職缺	x^2= .13	x^2= .18	x^2= .07	x^2= .40	x^2= .80	x^2= .35
臨時人員	106 (68.4)	93 (69.9)	6 (40.0)	2 (40.0)	2 (100)	9 (56.3)
臨時約聘	40 (25.8)	33 (24.8)	7 (46.7)	3 (60.0)	0	6 (37.5)
正式人員	1 (.6)	1 (.8)	0	0	0	1 (6.3)
其他	8 (5.2)	6 (4.5)	2 (13.3)	0	0	0

註. 皆無統計上顯著差異

表十六　長期照顧管理中心在結構、過程及結果面向的相關性（N＝196）

變　項	整體結構面			整體過程面向			整體結果面向
	組織架構	設備	資源種類	管理過程	組織運作	媒體傳銷	工作困擾
整體結構面	.76**	.50**	.87**	.24**	.34**	.33**	.48**
組織架構							
設備	.26**						
資源種類	.39**	.30**					
整體過程面	.35**	.07	.21**	.97**	.39**	.44**	.23**
管理過程	.25**	.04	.18*				
組織運作	.43**	.13	.19**	.18*			
媒體傳銷	.31**	.11	.25**	.23**	.49**		
整體結果面（工作困擾）	.49**	.20**	.33**	.18*	.18*	.22**	

註. 1.* $p<.05$　2.** $p<.01$

表十七　照顧管理專員留任意願與結構、過程及結果面向相關因素之邏輯式迴歸分析（N＝196）

預測變項	B值	SE B	β值	p
整體結構面	-.55	.21	.58	.009
組織架構	-.34	.14	.71	.020
設備	-.25	.14	.77	.072
資源種類	-.33	.18	.72	.059
整體過程面向	-.12	.15	.88	.391
個案管理過程	-.18	.12	.83	..136
組織運作	.15	.15	1.16	.229
媒體傳銷	-.16	.14	.86	.25

附錄一

□□□□

親愛的照顧管理專員，您好：

此份問卷是想知道您服務的長期照顧管理中心的運作現況，希望藉由您所提供寶貴的經驗與意見，提供有關單位制定長期照顧管理中心相關政策之參考。此份問卷採不記名方式，內容包含個人基本資料、長期照顧管理中心運作現況的結構面、過程面向及結果面向向，共分為四大部份。您在問卷中所填答的資料只供學術研究使用，您所填答的內容絕對保密，日後所發表的內容是所有研究統計分析後的結果，敬請放心填寫。

感謝您的支持與協助，並祝

健康快樂

台北醫學大學 老人護理暨管理學系

陳靜敏教授兼主任 敬上

同意書

本人已經充分了解上述研究計劃，願意配合填寫「台灣長期照顧管理中心運作現況之探討」的問卷調查。本人所提供的資料，僅供學術研究，對外絕對保密，問卷填答過程中，本人可隨時要求終止作答。

立同意書人：_____

中華民國九十七年　　月　　日

附錄一

第一部份：個人基本資料及人力

此部份是想要了解您個人的資料，請您在合適答案前的□中打「✓」，或在空白欄填上資料，共11題。敬請每題都答，謝謝您！

1. 您是民國_____年出生
2. 您的性別是：□(1)女 □(2)男
3. 您目前的婚姻狀況為
   □(1)未婚 □(2)已婚 □(3)離婚 □(4)喪偶 □(5)分居
   □(6)同居 □(7)其他_____
4. 您的教育程度為（請填畢業最高學歷）
   □(1)高中（職） □(2)專科（五專、二專、三專）
   □(3)大學 □(4)研究所
5. 您的實務臨床經驗_____年，分別在那些專業背景
□(1)社工_____年 □(2)護理____年
□(3)職能治療____年 □(4)物理治療_____年
□(5)營養_____年 □(6)藥事_____年
□(7)其他專業(請說明）_____：_____年
6. 您在本長期照顧管理中心服務年資：_____年_____個月
7. 您是否有在其他長期照顧管理中心或社福單位從事照顧管理服務：
□(1)無 □(2)有，服務年資___年___月
8. 您的主要薪資來源為：
□(1)衛生署 □(2)勞委會 □(3)其他：_____
9. 您的職缺為□(1)臨時人員 □(2)臨時約聘 □(3)正式人員 □(4)其他：
_____
10. 您的主要業務為：
□(1)照顧管理 □(2)辦理衛生/社會局(處)行政業務 □(3)外勞資格審定相關業務
□(4)其他：_____
11. 請問您服務的縣市：_____及負責的區域_____
12. 您已參與訓練
□衛生署辦理
□(1)核心基礎 □(2)實習課程 □(3)實習指導師資 □(4)督導訓練
□不確定是由誰辦理，但曾受過訓
□其他（請註明）_____

附錄一

第二部份、長期照顧管理中心運作現況(結構面向)

此部份是想要了解就您所服務的單位其長期照顧管理中心在結構面的運作現況，包含組織架構、設備、連結社區資源及組織運作的現況，共30題。每一題的選項分為七個等級，分別是1分=非常不同意，2分=不同意，3分=有點不同意，4分=普通，5分=有點同意，6分=同意，7分=非常同意。若貴中心服務區域內無此項服務，請您就該服務的必要性填答是否必要，例如：服務區域內無輔具購買/租借資源時，覺得有其需求及必要性，請填答「非常不同意」。敬請每題都答，謝謝您！

	非常不同意	不同意	有點不同意	普通	有點同意	同意	非常同意
1. 我認為中心的人力編制是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
2. 我認為中心的組織章程是明確的。	□	□	□	□	□	□	□
3. 我認為中心的作業規範是完善的。	□	□	□	□	□	□	□
4. 我認為中心爲照管專員制定的工作手冊是明確的。	□	□	□	□	□	□	□
5. 我認為中心制定的派案(連結服務)標準與流程是明確的。	□	□	□	□	□	□	□
6. 我認為中心制定的聯繫回覆作業流程是明確的。	□	□	□	□	□	□	□
7. 我認為中心制定的結案標準與流程是明確的。	□	□	□	□	□	□	□
8. 我認為中心規範照管專員的訪視量是明確的。	□	□	□	□	□	□	□
9. 我認為中心的工作場域空間(如辦公室、會談間)是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
10. 我認為中心的設施設備(如電腦、印表機、電話及傳真機)是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
11. 我認為中心的資訊化(如網頁、個案e化系統)是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
12. 我認為我服務區域內的居家服務資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
13. 我認為我服務區域內的居家護理資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
14. 我認為我服務區域內的物理治療資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
15. 我認為我服務區域內的職能治療居家護理資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
16. 我認為我服務區域內的喘息服務資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
17. 我認為我服務區域內的輔具購買/租借資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
18. 我認為我服務區域內的營養餐飲資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
19. 我認為我服務區域內的長期照顧機構服務資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□

20. 我認為我服務區域內的醫療機構服務資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
21. 我認為我服務區域內的日間照顧資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
22. 我認為我服務區域內的無障礙居家環境改善資源（含專業服務及補助額度）是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
23. 我認為我服務區域內的家庭托顧資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□
24. 我認為我服務區域內的交通接送資源是足夠的。	□	□	□	□	□	□	□

第三部份、長期照顧管理中心照顧管理運作現況（過程面向）

此部份是想要瞭解您所服務的長期照顧管理中心在過程面向的運作現況，主要想瞭解您在執行個案管理過程的情形。在您照顧管理的所有個案中，在執行評估過程中，有多少比率的個案您能完成照顧管理過程，請您在0-100%的連續線上，圈選出最適宜您看法的選項。若無此經驗，可以勾選不適用。共17題。敬請每題都答，謝謝您！

		0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	不適用
1.	您在收到的個案轉介單中，有多少比率的個案能在規定時間內親自訪視。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2.	您在轉介的資源過程，有多少比率的個案能在規定時間內完成資源連結。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3.	您在規定的時間內，有多少比率的個案能完整收集個案資料。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4.	您在規定的時間內，有多少比率的個案能完整評估個案的主要照顧者(非正式支持系統)狀況。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5.	您在完成個案評估後，有多少比率的個案能在規定時間內完整地擬定照護計畫。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
6.	您在擬定計畫後，有多少比率的個案在規定時間內能依據個案												

照護計畫執行。

7. 您在執行個案管理過程時，有多少比率的個案能在計畫時間內提供資源服務。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. 您在轉介/協調提供資源後，有多少比率的個案能完整追蹤個案的服務使用狀況。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. 您在規定時間內，有多少比率的個案您能再次完整評估個案的身心社會功能。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. 您在追蹤個案需求服務時，有多少比率的個案能有完整的書面記錄/評值。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. 您於資源終止時，有多少比率的個案您能跟個案及家屬說明結案使其瞭解。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. 您的中心針對轄區內的資源，有多少比率的資源能被完整地考核與評估。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. 您在執行照顧管理過程時，有多少比率的個案能提供個案或照顧者照護技巧。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

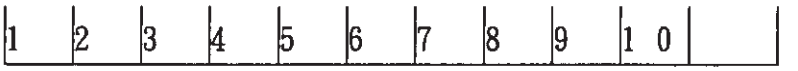
14. 在執行照顧管理過程時，有多少比率的個案能知悉長照服務相關內涵。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. 您在協調資源單位與個案間的照管過

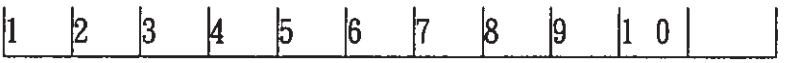
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用

程，有多少比率的個案能在期限內完成。



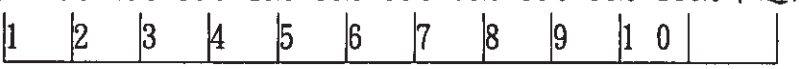
16. 您當個案或案家反應資源服務不佳時，有多少比率的個案能及時處理。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用



17. 您在申請看護工的業務上，有多少比率的個您能在其限期內完成。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 不適用



以下此部份是想要了解就您所服務的單位其長期照顧管理中心在過程面向的運作現況，包含組組織運作及運用媒體傳銷的現況，共6題。每一題的選項分為七個等級，分別是1分=非常不同意，2分=不同意，3分=有點不同意，4分=普通，5分=有點同意，6分=同意，7分=非常同意。敬請每題都答，謝謝您！

	非常不同意	不同意	有點不同意	普通	有點同意	同意	非常同意
1. 我的中心會定期開個案討論會。	□	□	□	□	□	□	□
2. 我的中心會有詳實完整會議記錄與保存。	□	□	□	□	□	□	□
3. 我的中心會依照會議內容及建議執行/修正業務。	□	□	□	□	□	□	□
4. 我的中心所提供的單張/平面媒體是具宣傳效益的。	□	□	□	□	□	□	□
5. 我的中心所提供的網頁/電子媒體是具宣傳效益的。	□	□	□	□	□	□	□
6. 我的中心所提供的公關窗口服務是具宣傳效果的。	□	□	□	□	□	□	□

附錄一

第四部份、長期照顧管理中心運作現況(結果面向向)

此部份是想要瞭解您在長期照顧管理中心在結果面向向的運作現況，包含照顧管理專員的服務量、工作困擾及留任意願，以下的問題請您依個人的感受來做答，共11題，請您在空白處填上您認為最符合實際狀況的資料。敬請每題都答，謝謝您！

接下來的問題是想瞭解您照顧管理服務的服務量。

1. 我上個月(97.9)新收案數為_____人
2. 我上個月(97.9)總個案數為_____人（新案＋在案）
3. 我上個月(97.9)複評個案數為_____人
4. 我上個月(97.9)結案人數為_____人
5. 我上個月(97.9)需要長期照顧服務個案總數為_____人
6. 我上個月(97.9)使用長期照顧服務個案總數為_____人
7. 我上個月(97.9)完成外籍監護工綜合評估為_____人
8. 我上個月(97.9)完成本國籍照服員媒合成功為_____人
9. 我所管理的個案中，使用最多的長期照顧服務前三項為
   ①_____服務：_____人次/月
   ②_____服務：_____人次/月
   ③_____服務：_____人次/月
10. 我的中心是否有要求每月標準收案數
   □(1)無 □(2)有，_____人/月

此部份是想要瞭解您現今的工作困擾及留任意願，以下的問題請您依個人感受來做答，共19題。每一題的選項分為七個等級，分別是1分=非常困擾，2分=困擾，3分=有點困擾，4分=普通，5分=有點不困擾，6分=不困擾，7分=非常不困擾，請直接勾選符合您感受的選項。敬請每題都答，謝謝您！

	非常困擾	困擾	有點困擾	普通	有點不困擾	不困擾	非常不困擾
1. 我對於中心內照顧管理專員人力不足感到	□	□	□	□	□	□	□
2. 我對於中心的工作氣氛感到	□	□	□	□	□	□	□
3. 我對於與中心主管之間的關係及溝通感到	□	□	□	□	□	□	□
4. 我對於同事間的溝通協調互助與支持等關係感到	□	□	□	□	□	□	□
5. 我就自身能力與工作努力，對所獲得的薪資及福利（如勞健保險、意外險、退	□	□	□	□	□	□	□

休金、休假制度）感到

6. 我對於中心無法提供出勤津貼的原則感到	□	□	□	□	□	□	□
7. 我對於中心提供員工抱怨處理的方式感到	□	□	□	□	□	□	□
8. 我對於中心內提供的在職訓練或進修課程的實用性感到	□	□	□	□	□	□	□
9. 我對於中心提供的個案討論應用在實際照護計畫感到	□	□	□	□	□	□	□
10. 我對於中心激勵並支持工作人員提出創新的觀念及方法感到	□	□	□	□	□	□	□
11. 我對於照顧管理專員需要獨立做家訪的安全性感到	□	□	□	□	□	□	□
12. 我對於長期照顧相關資源缺乏，使用得轉介不易感到	□	□	□	□	□	□	□
13. 我對於民眾對中心的認知不足感到	□	□	□	□	□	□	□
14. 我對於長期照顧相關政策不確定性感到	□	□	□	□	□	□	□
15. 我對於長期照顧服務機構法源多元化感到	□	□	□	□	□	□	□
16. 我對於目前政策在照管專員的工作績效指標要求上感到	□	□	□	□	□	□	□
17. 我對於此份工作的升遷管道感到	□	□	□	□	□	□	□
18. 我對於照顧管理專員無法編入正式編制感到	□	□	□	□	□	□	□

19. 未來6個月內您是否願意繼續留任此工作

□是　□否，無法繼續留任的因素：（可複選）

□未納入正式編制

□無法滿足個案的需求

□覺得能力不夠，無法面對不斷學習挑戰的機會

□薪水不合理

□支持系統不足

□不符合資格

□未通過訓練及考試

□其它(請說明：_____)

＊＊＊問卷到此結束，非常感謝您的協助。

請您再檢查一次，謝謝！

	名稱	類型	寬度	小數	標記
1	ID	數字的	8	0	編號
2	縣市單位	數字的	8	0	縣市單位
3	流水號	數字的	8	0	流水號
4	出生年	數字的	8	0	民國?出生
5	性別	數字的	8	0	
6	婚姻	數字的	8	0	婚姻狀況
7	教育	數字的	8	0	教育程度
8	臨床經驗	數字的	8	2	貴務臨床經驗
9	專業背景社	數字的	8	0	貴務工作專業背
10	專業年社	數字的	8	2	
11	專業背景護	數字的	8	0	
12	專業年護	數字的	8	2	
13	專業背景職	數字的	8	1	
14	專業年職	數字的	8	2	
15	專業背景物	數字的	8	0	
16	專業年物	數字的	8	2	
17	專業背景醫	數字的	8	0	
18	專業年醫	數字的	8	2	
19	專業背景藥	數字的	8	0	
20	專業年藥	數字的	8	2	
21	專業背景其	數字的	8	0	
22	專業背景其它	字串	255	0	其他說明
23	專業年	數字的	8	2	
24	本年資_年	數字的	8	0	您在本長期照顧
25	本年資_月	數字的	8	0	
26	其他中心	數字的	8	0	您是否有在其他
27	其他年資_年	數字的	8	0	
28	其他年資_月	數字的	8	0	
29	薪資	數字的	8	0	您的主要薪資來
30	薪資其他	字串	255	0	主要薪資來源其
31	職缺	數字的	8	0	您的職缺爲
32	職缺其他	字串	255	0	
33	主要業務照	數字的	8	0	
34	主要業務行	數字的	8	0	
35	主要業務勞	數字的	8	0	
36	主要業務其	數字的	8	0	
37	業務其他	字串	255	0	
38	縣市	字串	255	0	請問您服務的縣
39	區域	字串	255	0	
40	法1費用	數字的	8	0	
41	法1時數	數字的	8	2	

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
1	無	無	3	右	尺度
2	{1, 基隆市}...	無	8	右	尺度
3	無	無	8	右	尺度
4	無	99	3	右	尺度
5	{1, 女}...	9	3	右	尺度
6	{1, 未婚}...	9	3	右	尺度
7	{1, 高中}...	9	3	右	尺度
8	無	99.00	3	右	尺度
9	{0, 沒選}...	9	6	右	尺度
10	無	無	6	右	尺度
11	{0, 沒選}...	無	7	右	尺度
12	無	無	8	右	尺度
13	{.0, 沒選}...	無	8	右	尺度
14	無	無	8	右	尺度
15	{0, 沒選}...	無	8	右	尺度
16	無	無	8	右	尺度
17	{0, 沒選}...	無	8	右	尺度
18	無	無	8	右	尺度
19	{0, 沒選}...	無	8	右	尺度
20	無	無	8	右	尺度
21	{0, 沒選}...	無	8	右	尺度
22	無	無	7	左	名義的
23	無	9.00	8	右	尺度
24	無	99	8	右	尺度
25	無	99	8	右	尺度
26	{1, 無}...	9	8	右	尺度
27	無	99, 88	8	右	尺度
28	無	99, 88	8	右	尺度
29	{1, 衛生署}...	9	8	右	尺度
30	無	無	8	左	名義的
31	{1, 臨時人員}...	9	8	右	尺度
32	無	無	8	左	名義的
33	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
34	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
35	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
36	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
37	無	無	8	左	名義的
38	無	無	8	左	名義的
39	無	無	8	左	名義的
40	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
41	無	9.00	8	右	尺度

Printed with FinePrint - purchase at www.fineprint.com

	名稱	類型	寬度	小數	標記
42	法1建議	字串	255	0	
43	法2費用	數字的	8	0	
44	法2時數	數字的	8	2	
45	法2建議	字串	255	0	
46	法3費用	數字的	8	0	
47	法3時數	數字的	8	2	
48	法3建議	字串	255	0	
49	法4費用	數字的	8	0	
50	法4時數	數字的	8	2	
51	法4建議	字串	255	0	
52	照管概費	數字的	8	0	
53	照管概時	數字的	8	2	
54	照管概建	字串	255	0	
55	職治費用	數字的	8	0	
56	職治時數	數字的	8	2	
57	職治建議	字串	255	0	
58	物治費用	數字的	8	0	
59	物治時數	數字的	8	2	
60	物治建議	字串	255	0	
61	醫放費用	數字的	8	0	
62	醫放時數	數字的	8	2	
63	醫放建議	字串	255	0	
64	護理費用	數字的	8	0	
65	護理時數	數字的	8	2	
66	護理建議	字串	255	0	
67	社工費用	數字的	8	0	
68	社工時數	數字的	8	2	
69	社工建議	字串	255	0	
70	營評費用	數字的	8	0	
71	營評時數	數字的	8	2	
72	營評建議	字串	255	0	
73	藥物費用	數字的	8	0	
74	藥物時數	數字的	8	2	
75	藥物建議	字串	255	0	
76	居電費用	數字的	8	0	
77	居電時數	數字的	8	2	
78	居電建議	字串	255	0	
79	社工技費	數字的	8	0	
80	社工技時	數字的	8	2	
81	社工技建	字串	255	0	
82	照顧費用	數字的	8	0	

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
42	無	無	8	左	名義的
43	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
44	無	9.00	8	右	尺度
45	無	無	8	左	名義的
46	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
47	無	9.00	8	右	尺度
48	無	無	8	左	名義的
49	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
50	無	9.00	8	右	尺度
51	無	無	8	左	名義的
52	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
53	無	9.00	8	右	尺度
54	無	無	8	左	名義的
55	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
56	無	9.00	8	右	尺度
57	無	無	8	左	名義的
58	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
59	無	9.00	8	右	尺度
60	無	無	8	左	名義的
61	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
62	無	9.00	8	右	尺度
63	無	無	8	左	名義的
64	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
65	無	9.00	8	右	尺度
66	無	無	8	左	名義的
67	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
68	無	9.00	8	右	尺度
69	無	無	8	左	名義的
70	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
71	無	9.00	8	右	尺度
72	無	無	8	左	名義的
73	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
74	無	9.00	8	右	尺度
75	無	無	8	左	名義的
76	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
77	無	9.00	8	右	尺度
78	無	無	8	左	名義的
79	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度
80	無	9.00	8	右	尺度
81	無	無	8	左	名義的
82	{1, 費用性非常低	9	8	右	尺度

Printed with FinePrint - purchase at www.fineprint.com

	名稱	類型	寬度	小數	標記
83	照顧時數	數字的	8	2	
84	照顧建議	字串	255	0	
85	輔具費用	數字的	8	0	
86	輔具時數	數字的	8	2	
87	輔具建議	字串	255	0	
88	餐飲費用	數字的	8	0	
89	餐飲時數	數字的	8	2	
90	餐飲建議	字串	255	0	
91	交通費用	數字的	8	0	
92	交通時數	數字的	8	2	
93	交通建議	字串	255	0	
94	機構費用	數字的	8	0	
95	機構時數	數字的	8	2	
96	機構建議	字串	255	0	
97	居護費用	數字的	8	0	
98	居護時數	數字的	8	2	
99	居護建議	字串	255	0	
100	復健費用	數字的	8	0	
101	復健時數	數字的	8	2	
102	復健建議	字串	255	0	
103	喘息費用	數字的	8	0	
104	喘息時數	數字的	8	2	
105	喘息建議	字串	255	0	
106	個篩費用	數字的	8	0	
107	個篩時數	數字的	8	2	
108	個篩建議	字串	255	0	
109	擬計畫費	數字的	8	0	
110	擬計畫時	數字的	8	2	
111	擬計畫建	字串	255	0	
112	轉介費用	數字的	8	0	
113	轉介時數	數字的	8	2	
114	轉介建議	字串	255	0	
115	結案費用	數字的	8	0	
116	結案時數	數字的	8	2	
117	結案建議	字串	255	0	
118	社政評費	數字的	8	0	
119	社政評時	數字的	8	2	
120	社政評建	字串	255	0	
121	衛政評費	數字的	8	0	
122	衛政評時	數字的	8	2	
123	衛政評建	字串	255	0	

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
83	無	9.00	8	右	尺度
84	無	無	8	左	名義的
85	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
86	無	9.00	8	右	尺度
87	無	無	8	左	名義的
88	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
89	無	9.00	8	右	尺度
90	無	無	8	左	名義的
91	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
92	無	9.00	8	右	尺度
93	無	無	8	左	名義的
94	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
95	無	9.00	8	右	尺度
96	無	無	8	左	名義的
97	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
98	無	9.00	8	右	尺度
99	無	無	8	左	名義的
100	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
101	無	9.00	8	右	尺度
102	無	無	8	左	名義的
103	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
104	無	9.00	8	右	尺度
105	無	無	8	左	名義的
106	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
107	無	9.00	8	右	尺度
108	無	無	8	左	名義的
109	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
110	無	9.00	8	右	尺度
111	無	無	8	左	名義的
112	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
113	無	9.00	8	右	尺度
114	無	無	8	左	名義的
115	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
116	無	9.00	8	右	尺度
117	無	無	8	左	名義的
118	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
119	無	9.00	8	右	尺度
120	無	無	8	左	名義的
121	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
122	無	9.00	8	右	尺度
123	無	無	8	左	名義的

Printed with FinePrint - purchase at www.fineprint.com

	名稱	類型	寬度	小數	標記
124	社區評實	數字的	8	0	
125	社區評時	數字的	8	2	
126	社區評建	字串	255	0	
127	倫理實用	數字的	8	0	
128	倫理時數	數字的	8	2	
129	倫理建議	字串	255	0	
130	整合實用	數字的	8	0	
131	整合時數	數字的	8	2	
132	整合建議	字串	255	0	
133	討論實用	數字的	8	0	
134	討論時數	數字的	8	2	
135	討論建議	字串	255	0	
136	中心簡介	數字的	8	0	
137	簡介建議	字串	255	0	
138	服務流程	數字的	8	0	
139	流程建議	字串	255	0	
140	發掘實用	數字的	8	0	
141	發掘建議	字串	255	0	
142	需求實用	數字的	8	0	
143	需求建議	字串	255	0	
144	核定實用	數字的	8	0	
145	核定建議	字串	255	0	
146	實習擬計畫實	數字的	8	0	
147	實習擬計畫建	字串	255	0	
148	實習連結實用	數字的	8	0	
149	實習連結建議	字串	255	0	
150	督導參訓	數字的	8	0	
151	督技巧實	數字的	8	0	
152	督技巧建	字串	255	0	
153	申訴實用	數字的	8	0	
154	申訴建議	字串	255	0	
155	協調實用	數字的	8	0	
156	協調建議	字串	255	0	
157	人資實用	數字的	8	0	
158	人資建議	字串	255	0	
159	實務實用	數字的	8	0	
160	實務建議	字串	255	0	
161	協會辦理	數字的	8	0	
162	協基礎	數字的	8	0	
163	協進階	數字的	8	0	
164	署辦理	數字的	8	0	

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
124	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
125	無	9.00	8	右	尺度
126	無	無	8	左	名義的
127	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
128	無	9.00	8	右	尺度
129	無	無	8	左	名義的
130	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
131	無	9.00	8	右	尺度
132	無	無	8	左	名義的
133	{1, 實用性非常低	9	8	右	尺度
134	無	9.00	8	右	尺度
135	無	無	8	左	名義的
136	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
137	無	無	8	左	名義的
138	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
139	無	無	8	左	名義的
140	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
141	無	無	8	左	名義的
142	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
143	無	無	8	左	名義的
144	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
145	無	無	8	左	名義的
146	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
147	無	無	8	左	名義的
148	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
149	無	無	8	左	名義的
150	{1, 未參訓}...	9, 8	8	右	尺度
151	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
152	無	無	8	左	名義的
153	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
154	無	無	8	左	名義的
155	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
156	無	無	8	左	名義的
157	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
158	無	無	8	左	名義的
159	{1, 實用性非常低	9, 8	8	右	尺度
160	無	無	8	左	名義的
161	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
162	{0, 沒選}...	9, 8	8	右	尺度
163	{0, 沒選}...	9, 8	8	右	尺度
164	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度

Printed with FinePrint - purchase at www.fineprint.com

	名稱	類型	寬度	小數	標記
165	習核心	數字的	8	0	
166	習實習	數字的	8	0	
167	習師資	數字的	8	0	
168	習督導	數字的	8	0	
169	不確定	數字的	8	0	
170	其他	數字的	8	0	
171	其他說明	字串	255	0	
172	人格1	數字的	8	0	人格特質
173	人格2	數字的	8	0	
174	人格3	數字的	8	0	
175	人格4	數字的	8	0	
176	人格5	數字的	8	0	
177	人格6	數字的	8	0	
178	人格7	數字的	8	0	
179	人格8	數字的	8	0	
180	人格9	數字的	8	0	
181	人格10	數字的	8	0	
182	人格11	數字的	8	0	
183	人格12	數字的	8	0	
184	人格13	數字的	8	0	
185	人格14	數字的	8	0	
186	人格15	數字的	8	0	
187	人格16	數字的	8	0	
188	人格17	數字的	8	0	
189	人格18	數字的	8	0	
190	人格19	數字的	8	0	
191	人格20	數字的	8	0	
192	人格21	數字的	8	0	
193	認知1	數字的	8	0	工作知能
194	認知2	數字的	8	0	
195	認知3	數字的	8	0	
196	認知4	數字的	8	0	
197	認知5	數字的	8	0	
198	認知6	數字的	8	0	
199	認知7	數字的	8	0	
200	認知8	數字的	8	0	
201	認知9	數字的	8	0	
202	認知10	數字的	8	0	
203	認知11	數字的	8	0	
204	認知12	數字的	8	0	
205	認知13	數字的	8	0	

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
165	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
166	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
167	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
168	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
169	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
170	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
171	無	無	8	左	名義的
172	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
173	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
174	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
175	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
176	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
177	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
178	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
179	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
180	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
181	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
182	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
183	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
184	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
185	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
186	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
187	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
188	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
189	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
190	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
191	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
192	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
193	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
194	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
195	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
196	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
197	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
198	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
199	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
200	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
201	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
202	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
203	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
204	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
205	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度

	名稱	類型	寬度	小數	標記
206	認知14	數字的	8	0	
207	認知15	數字的	8	0	
208	有無督導	數字的	8	0	
209	認知17	數字的	8	0	
210	認知18	數字的	8	0	
211	認知19	數字的	8	0	
212	認知20	數字的	8	0	
213	認知21	數字的	8	0	
214	認知22	數字的	8	0	
215	認知23	數字的	8	0	
216	認知24	數字的	8	0	
217	認知25	數字的	8	0	
218	認知26	數字的	8	0	
219	結構1	數字的	8	0	人力編制
220	結構2	數字的	8	0	組織章程
221	結構3	數字的	8	0	作業規範
222	結構4	數字的	8	0	工作手冊
223	結構5	數字的	8	0	派案標準
224	結構6	數字的	8	0	聯繫回報
225	結構7	數字的	8	0	結案標準
226	結構8	數字的	8	0	訪視益
227	結構9	數字的	8	0	工作空間
228	結構10	數字的	8	0	設施設備
229	結構11	數字的	8	0	資訊化
230	結構12	數字的	8	0	居家服務
231	結構13	數字的	8	0	居家護理
232	結構14	數字的	8	0	物理治療
233	結構15	數字的	8	0	職能治療
234	結構16	數字的	8	0	喘息服務
235	結構17	數字的	8	0	輔具購買
236	結構18	數字的	8	0	營養餐飲
237	結構19	數字的	8	0	長照機構
238	結構20	數字的	8	0	醫療機構
239	結構21	數字的	8	0	日間照顧
240	結構22	數字的	8	0	無障礙
241	結構23	數字的	8	0	家庭托顧
242	結構24	數字的	8	0	交通接送
243	結構25	數字的	8	0	個案討論
244	結構26	數字的	8	0	記錄保存
245	結構27	數字的	8	0	修正業務
246	結構28	數字的	8	0	平面媒體

	數值	遺漏	欄	對齊	測益
206	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
207	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
208	{1, 有}...	9	8	右	尺度
209	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
210	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
211	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
212	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
213	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
214	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
215	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
216	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
217	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
218	{1, 非常不同意}..	9, 8	8	右	尺度
219	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
220	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
221	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
222	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
223	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
224	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
225	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
226	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
227	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
228	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
229	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
230	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
231	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
232	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
233	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
234	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
235	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
236	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
237	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
238	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
239	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
240	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
241	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
242	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
243	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
244	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
245	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
246	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度

Printed with FinePrint - purchase at www.fineprint.com

	名稱	類型	寬度	小數	標記
247	結構29	數字的	8	0	電子媒體
248	結構30	數字的	8	0	公關窗口
249	過程1	數字的	8	0	親自訪視
250	過程2	數字的	8	0	資源連結
251	過程3	數字的	8	0	收集個資
252	過程4	數字的	8	0	照顧者
253	過程5	數字的	8	0	照護計畫
254	過程6	數字的	8	0	計畫執行
255	過程7	數字的	8	0	提供資源
256	過程8	數字的	8	0	追蹤個案
257	過程9	數字的	8	0	身心社會
258	過程10	數字的	8	0	書面記錄
259	過程11	數字的	8	0	說明結案
260	過程12	數字的	8	0	考核評估
261	過程13	數字的	8	0	照護技巧
262	過程14	數字的	8	0	服務內涵
263	過程15	數字的	8	0	協調資源
264	過程16	數字的	8	0	服務不佳
265	過程17	數字的	8	0	申請看護
266	結果1	數字的	8	0	
267	結果2	數字的	8	0	
268	結果3	數字的	8	0	
269	結果4	數字的	8	0	
270	結果5	數字的	8	0	
271	結果6	數字的	8	0	
272	結果7	數字的	8	0	
273	結果8	數字的	8	0	
274	結果91	字串	255	0	
275	結果91人	數字的	8	0	
276	結果92	字串	255	0	
277	結果92人	數字的	8	0	
278	結果93	字串	255	0	
279	結果93人	數字的	8	0	
280	結果10	字串	255	0	
281	結果10人	數字的	8	0	
282	結果11.1	數字的	8	0	
283	結果11.2	數字的	8	0	
284	結果11.3	數字的	8	0	
285	結果11.4	數字的	8	0	
286	結果11.5	數字的	8	0	
287	結果11.6	數字的	8	0	

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
247	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
248	{1, 非常不同意}..	9	8	右	尺度
249	{0, 0}...	99	8	右	尺度
250	{0, 0}...	99	8	右	尺度
251	{0, 0}...	99	8	右	尺度
252	{0, 0}...	99	8	右	尺度
253	{0, 0}...	99	8	右	尺度
254	{0, 0}...	99	8	右	尺度
255	{0, 0}...	99	8	右	尺度
256	{0, 0}...	99	8	右	尺度
257	{0, 0}...	99	8	右	尺度
258	{0, 0}...	99	8	右	尺度
259	{0, 0}...	99	8	右	尺度
260	{0, 0}...	99	8	右	尺度
261	{0, 0}...	99	8	右	尺度
262	{0, 0}...	99	8	右	尺度
263	{0, 0}...	99	8	右	尺度
264	{0, 0}...	99	8	右	尺度
265	{0, 0}...	99	8	右	尺度
266	無	999	8	右	尺度
267	無	999	8	右	尺度
268	無	999	8	右	尺度
269	無	999	8	右	尺度
270	無	999	8	右	尺度
271	無	999	8	右	尺度
272	無	999, 888	8	右	尺度
273	無	999, 888	8	右	尺度
274	無	無	8	左	名義的
275	無	999	9	右	尺度
276	無	無	8	左	名義的
277	無	999	8	右	尺度
278	無	無	8	左	名義的
279	無	999	8	右	尺度
280	無	無	8	左	名義的
281	無	999, 888	8	右	尺度
282	無	999	8	右	尺度
283	無	999	8	右	尺度
284	無	999	8	右	尺度
285	無	999	8	右	尺度
286	無	999	8	右	尺度
287	無	999	8	右	尺度

	名稱	類型	寬度	小數	標記
288	結果11.7	數字的	8	0	
289	結果11.8	數字的	8	0	
290	困擾1	數字的	8	0	
291	困擾2	數字的	8	0	
292	困擾3	數字的	8	0	
293	困擾4	數字的	8	0	
294	困擾5	數字的	8	0	
295	困擾6	數字的	8	0	
296	困擾7	數字的	8	0	
297	困擾8	數字的	8	0	
298	困擾9	數字的	8	0	
299	困擾10	數字的	8	0	
300	困擾11	數字的	8	0	
301	困擾12	數字的	8	0	
302	困擾13	數字的	8	0	
303	困擾14	數字的	8	0	
304	困擾15	數字的	8	0	
305	困擾16	數字的	8	0	
306	困擾17	數字的	8	0	
307	困擾18	數字的	8	0	
308	困擾19	數字的	8	0	
309	困擾20	數字的	8	0	
310	困擾21	數字的	8	0	
311	困擾22	數字的	8	0	
312	困擾23	數字的	8	0	
313	困擾24	數字的	8	0	
314	困擾25	數字的	8	0	
315	困擾26	數字的	8	0	
316	困擾27	數字的	8	0	
317	困擾28	數字的	8	0	
318	困擾29	數字的	8	0	
319	困擾30	數字的	8	0	
320	困擾31	數字的	8	0	
321	困擾32	數字的	8	0	
322	困擾33	數字的	8	0	
323	困擾34	數字的	8	0	
324	困擾35	數字的	8	0	
325	困擾36	數字的	8	0	
326	困擾37	數字的	8	0	
327	困擾38	數字的	8	0	
328	困擾39	數字的	8	0	

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
288	無	999	8	右	尺度
289	無	999	8	右	尺度
290	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
291	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
292	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
293	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
294	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
295	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
296	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
297	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
298	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
299	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
300	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
301	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
302	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
303	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
304	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
305	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
306	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
307	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
308	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
309	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
310	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
311	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
312	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
313	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
314	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
315	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
316	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
317	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
318	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
319	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
320	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
321	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
322	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
323	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
324	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
325	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
326	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
327	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
328	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度

Printed with FinePrint - purchase at www.fineprint.com

	名稱	類型	寬度	小數	標記
329	困擾40	數字的	8	0	
330	困擾41	數字的	8	0	
331	困擾42	數字的	8	0	
332	困擾43	數字的	8	0	
333	困擾44	數字的	8	0	
334	困擾44.1	數字的	8	0	未納入正式編製
335	困擾44.2	數字的	8	0	無法滿足個案的
336	困擾44.3	數字的	8	0	覺得能力不夠
337	困擾44.4	數字的	8	0	薪水不合理
338	困擾44.5	數字的	8	0	支持系統不足
339	困擾44.6	數字的	8	0	資格不符
340	困擾44.7	數字的	8	0	未通過訓練測驗
341	困擾44.8	數字的	8	0	其他
342	困擾44.81	字串	255	0	其他說明
343	補充說明	字串	255	0	補充說明

	數值	遺漏	欄	對齊	測量
329	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
330	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
331	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
332	{1, 非常困擾}...	9	8	右	尺度
333	{1, 是}...	9	8	右	尺度
334	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
335	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
336	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
337	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
338	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
339	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
340	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
341	{0, 沒選}...	9	8	右	尺度
342	無	無	8	左	名義的
343	無	無	8	左	名義的

Printed with FinePrint - purchase at www.fineprint.com

附錄三

我國長期照顧管理中心運作現況與未來發展之評估研究
行政院衛生署委託研究計畫 DOH97-TD-M-113
專家諮詢會會議記錄

時間：98 年 02 月 09 日 10:30-12:40

地點：臺北醫學大學醫學綜合大樓 15 樓第一會議室

主席：陳靜敏教授

與會人員：(依姓名筆劃排列) 國立臺北護理學院長期照護研究所李世代教授；實踐大學家庭與兒童發展學系李孟芬助理教授；實踐大學社會工作學系吳惠玲副教授（書面)；財團法人臺北市北投文化基金會洪德仁醫師（書面)；行政院內政部社會司老人福利科科長莊金珠（書面)；行政院衛生署護理暨健康照護處崔道華視察；輔仁大學護理系陳惠姿副教授（書面)；臺北市長期照顧管理中心陳燕昭督導；臺北醫學大學老人護暨管理學系陳靜敏教授兼主任；臺北市市立聯合醫院陳麗華顧問（書面)；台北縣長期照顧管理中心彭美淇主任；臺中市長期照顧管理中心蔡文菁督導；國立成功大學醫學院老年醫學研究所劉立凡教授；臺北醫學大學護理學研究所周寶鈺研究生；臺北醫學大學護理學研究所曾慧姬研究生；臺北醫學大學護理學研究所龔曉君研究生；臺北醫學大學護理學研究所陳宇德研究生；臺北醫學大學老人護理暨管理學系陳綉鵑研究助理；臺北醫學大學護理學院施雅玲教卓人員。

紀錄：黃斯蘋研究助理

會議內容：

簡報我國長期照顧管理中心執行現況及分析(詳見附件)。

主席報告：略。

提請討論：長期照顧管理中心最適之組織定位與運作模式之比較。

彭：先請教目前我們談的組織定位是否有考量到未來長期照護保險的制度，畢竟過年前後新聞報導沸沸揚揚。要談論有關組織定位合併長照保險的推動，牽涉範圍及方向多有異數，每次看報紙，保險法影響二級機關是

否會出現還是不會，目前並沒有任何變數，而北縣目前並沒有開始執行（因為直轄市還沒搞定）。

陳：（長照法）民國 99 年送立法院，而目前有明確的二級機關出現？牽涉到地方自治，然有聽聞台南確立二級機關？

李：長期照護保險十年規劃還成不成則還有段時間努力，草案最快今年也才會送進立法院，目前要談可能有點遙遠。另外二級機關需要有明確的法令制定才會出現

劉：台南到目前設立二級機關的法案已呈送到銓敘部，但是還未完全定案。

陳：所以說政策面確實規劃，而實際上推動只有台南跑最快。

李：因為法令還沒有明訂就要用行政來解決需要上面核准呀！

崔：因為現在這項規定是牽涉到地方自治法，所以中央也不能說立個法說你一定要成立這樣的機關，變成現在中央方向希望這樣地走法，因為剛有講到組織正在任務編組階段及人力不穩定所以才會想到訂定正式的機關以確立組織，但正式制度部分牽涉到地方及設算制度，另外人員編製的問題，實際上來講要講很多，目前組織定位的問題是要看各縣市首長的認知其目標，還有其衛生局、社會局向行政首長（長官）報告對於此領域的建議該組織在縣市內應該要如何推動，所以主控權在縣市政府，然而在這方面的考量一些相關因素如有沒有預算來支持，因為設立正式組織需要編列人事經費這是一個大宗（經費）的問題，這就涉及設算制度方面，又牽涉到一些排擠效應的問題，可能會排擠到現有的配置，如這些名額從哪裡擠出來生出來，目前已有些許平衡，然目前在各級機關部分，有些縣市則考量要增額或是其他方式，然員額外加牽涉到中央內政部民政司部分，民政司想法跟地方政府有些出入，因為人事預算來自中央，則增加預算，茲事體大，因此希望就現有員額去作調整，更何況現在地方政府有很多員額，就中央

主計調查發現其實是有些空缺是沒有用滿的，中央認為可以使用這些空缺去成立這樣的組織單位，但這個部分我跟各位報告就牽涉到縣市內部人力員額甚至是預算的調控，而縣市政府認為這些預算沒有使用是因為有更多其他可以使用的政策效益及有效的資源配置，所以當中央回過頭來要地方去權衡這些員額編制及預算調控時，就會遇到一些認知上的不同，在這溝通的過程持續不斷地作調整。

陳：所以這拉鋸戰仍持續中，需要多久時間？

崔：目前是這樣的狀況，然美淇有講到長照保險牽涉其中，則談到長照保險要推動的話，中心的存在及評估人員的設置，則有待確認，如評估工作是由中心人員接任還是朝向其他國家的政策委外單位辦理，則會牽涉到中心的未來走向，而這部分則像李教授所言，長照保險法仍在經建會規劃中，李教授也是我們委外委員顧問，所以這個部分仍未有個定案。

陳：有關長照保險仍在規劃草案中，所以現階段討論組織定位，不將考量於其中。

劉：在組織定位上我也是調查幾家中心，其實是否成立二級單位在訪問各個縣市意見，地方首長對於這項機關訂定的認知非常分歧，就像剛才崔視察講的牽涉到地方自治，舉個例子譬如說台南市長就認為這個業務應該是市府團隊一個橫向的組織單位，不應該成立一個二級單位再去用人去增加員額，我覺得這個理念也是對的，因為如果照管專員需要的是公權力執行業務，那應該是調整照管專員職位成為一個正式人員編制來確立公權力介入的角色，那是否要成立一個二級單位是有待商榷的，訪問過幾個縣市確實有不同的看法，不過就像崔視察說的很多縣市仍在觀望，很多首長認為這是中央訂定的業務若是中央不給人我也可以不作這項業務，我認為有關地方政府攸關長期照顧未有切身感受，有時候會覺得這不是地方父母官應該做的事情，所以我非常期待說下一年度有關績效的研究計畫能夠 input 到這個部分深入，應該有這樣的敏感度認知，而這是中央應該可以涉入的

部分及方向。

李：我覺得這次研究案問得都是直接服務的第一線人員，然作決定的都是誰？（陳：上面的督導或是主管）所以這些都是個人期望的表達，很多都要考慮到週邊環境相關因素、限制及瓶頸等等。不過崔視察有提到我們各縣市現在仍有許多缺？（崔：我目前手邊沒有數據）就我所知國內的公務人員部分有些閒缺是沒有錯，像是國史館這不能動他倒是，討論縣市政府發現替代役很多，可是我個人感覺人力還是不足，就跟日本來比，日本的厚生課在縣市中跟其他來比為是全部加起來的五分之一，而我們則是連二十分之一都不到，所以當你提到有員額聘用，這讓我覺得奇怪，可能現有臨時或是約聘人員，這些無法用制度化來考量列入，照管專員應有的定位，不論是什麼樣的職稱，基本上這幾級單位其實是建立平臺，一定要施展某部分公權力有哪個國家不是呢？因為專員必須去評估手上的資源有多少要給予多少，所以是需要一個任務編組。然以國內經驗來看，哪個任務編組是有功能的？如環評會，但也有幾個成功的例子，譬如加入 WTO 這沒有一個任務編組的單位，而環評會層級是很高卻常會被運作成沒有功能，這個例子是需要聚焦於地方自治，而地方自治誰最重要，縣市首長！他腦子裡對這有概念嗎？若是他們都不清楚，那其他就不用講了！而他會有這樣的理念跟理想嗎？（陳：這就回應劉老師所說他是否有這樣的認知及媒合地方上的需求）

彭：對呀！所以接著劉老師提到的這牽連到績效考核的時候加入這個比例的分數以外，其實應該還有牽涉到另外一個部門，也就是內政部的考核，他對地方考核影響力更大，這項考核涉及地方預算，跟下一年度的預算是綁在一起的，考核不論是甲乙丙丁，則經費在當中是比例上的銳減，相對地縣府自籌的經額則會變得非常高，因為每年的預算都是上億舉個例自籌金額比例從 15%上升 16%，即使上升 1%換算成金額則是幾千萬上下，所以建議將其列入，因為長照是跨領域的，當這牽涉其中最起碼一級主管部分則會將其納入考量，並且可以加個但書”逐年提高考核所佔比例”。

陳：所以績效指標列入鼓勵促進的方向。

李：短期內使其重視，但長期來看則會有隱憂，因為長照是要落實地方自治，而中央主導一切的話就失去了核心，每個地方都不一樣要自己去解決自己的問題，中央則是站在配角的立場，如果這樣發展下來，則中央是主角而地方是永遠的配角，目前只是過渡階段主要在宣導及引導過程，而台灣本來就是中央集權制。

彭：在這可能要幫中央說一下話，因為會議中地方總是說不清楚中央政策不知道怎麼作，所以就反應出中央沒有辦法。目前這幾年中央則是處於協助與輔導角色，所以多在制定表單及手冊，這樣完成之後中央主導的角色則會慢慢撤退，因為剛開始時各縣市都在反映他們不會也不行，特別是在研究中反應行政面，他們反應說最會的是資源連結還有評估能力，而行政層面則是比較弱，則就回應到會議中有反映在採購法部分，有關採購部分署裡之前協助最多也做了許多事，而回歸到這研究調查層面，不管是質性量性主觀的表達，回來的資料應該是最直接最精采的部分，反應也是最真切的，比如說我們縣中心目前有5個站，過年前我親自走了5個站，回應出來的問題也是一樣在實務上的衝擊部分，我個人覺得要拉至兩個層面討論，一個制度面，一則是個人層次，這兩個很大的影響在於當然個人特質很有關係，但在實務衝擊上不管是對外資源或是資源分配的公平性，我覺得這是可以從制度面去打破，而也有很多是在督導
的傳達，他對於資料的澄清對於下屬的認知佔有相當的影響，還有政策的走向是如何，如1:200我們所有同仁都知道這樣的人力推估，目前我們中心大概在一比一百六十幾（陳：研究發現97年9月總個案管理數平均為66.23人SD=55.22人）我們是全台灣最高的，當然這數字不斷地上升；另外在制度面上有關評估部分，就會討論到不公平性的問題（有關於評估的拿捏）照管專員在評估上尤其是同仁在旁給意見時，就會產生公平性的質疑，然評估計畫的確屬於專業的主觀，當擬定有立場及邏輯可循必須自己確認如何分配，這就可以被肯定的，但教育則要每位同仁認真用心地去參與訓練，這是屬於制度面可以建立及鞏固的，這是需要去學習累積的專業

經驗，舉個例在中心內最久的月資則有 19 個月，而有的則只有 11.9 個月(曾：就研究調查目前也有更短的月資如 3 個月、6 個月、9 個月等)5 個站有 1 個站上至督導下至同仁每個人都喊累，喊說他這個站最年輕也最累，我認為這過於主觀，讓數字講話所以做了一個統計關於月資、個案平均量、公文收發量及時效性等都列出來，結果發現他不是最累的站，他一個月的量做了 119 但其他站卻有 135 左右，這是統計後六個月的數字，前 1~3 個月作為練習，發現這之前已經跟督導講過，但督導並沒有傳達回去，而同仁就只會表示累，之後在溝通業務上就比較有立基點；在看到這份研究問卷時，很高興地看到問卷上問題有關留任與異動因素，在資歷部分有關個人有兩個面，一為徵才部分我們要檢示一下什麼樣條件的人才是晉用的標準，另外一個則是在職訓練，我覺得這兩個是可以回應對實務的衝擊面，這兩個是我們可以再檢視；督導在這業務中佔有相當大的成分，目前署裡也在調查中心主任是否為全職或是兼職，我的想法是我們很難會是全職例如我就身兼數職，如開處分書、護理機構違法事宜及外勞業務等，像這樣四五個月的個案量，我就批了五千多份的公文，所以我會覺得是說署裡之後還是走督導制度的話，則督導的核心角色職務很重要，因為現在督導他們都還在學習行政，他們心情可能也跟照管師一樣，也在摸索忐忑不安的階段，確實在工作職責規範中我們是要求督導要做這類的行政業務，像是我在幫署裡上跟督導有關的課時，發現督導的壓力來自於他們可能比專員還要年輕還沒有經驗，而行政則從零開始一肩扛起，如連核銷流程也不會，對他們來說會是種威脅，如果督導可以認同這樣的業務，則專員的認同度也會高一些，督導扮演了一個橋樑的角色。

李：在我的研究中發現制度很重要，在全國照管中心中，如台北縣市已經有個穩定的發展，所以常會走在前頭，另外在所有的變革中發現屏東、台中的發展也很不錯，台中的兩個督導資歷很深從早期示範中心時代就從事長照業務，的確督導在這個制度中是沒有被談到的，但其重要性是被肯定的，在 98 年署的規劃中應該就其深究，然署在這當中最主要的角色為建立平臺，讓縣市經驗可以互相交流，這機制除了教育訓練讓南北大會串聯外，當然教育訓練有些部分還需要去討論的，而在訪談中督導的核心能力是需

要去建立的，如他在領導能力上可能需要培養（彭：最大的挑戰可能是管理能力）目前看督導只聚焦在他的專業能力，而非其管理能力，則導致他在坐到這個位階時倍受挑戰，他可能擁有很好的人格特質，他可以勝任照管專員，可是卻無法擔任督導這個職位，而大家也不太熟悉督導倒底要做什麼，所以進來時就非常混亂，不知道該做何事或是到怎樣的程度加上署在這方面的訓練也是第一次，授課時發現督導的背景五花八門，有些甚至從來也沒被督導過，督導有時是一種學習歷程，在做專員時曾經被督導過就有可能比較清楚督導的過程，在分享的過程我給了個建議是否可以成立類似病友的支持團體，可以相互支持及交流。

崔：有關督導部分，有些縣市不清楚督導角色，我想澄清的是他不知道如何去做督導，還是不清楚中央有明訂督導的工作職責，在中央會議中有明確規定中心的角色功能及各職位的工作職責（陳：可見地方並沒有傳達相關的細節；彭：回應一下有關工作職責的討論在一級主管會議上是有被討論制定的，然回到地方督導角色因地制宜，工作職責是應該被討論修正的，或者地方縣市是沒有賦予他這樣的職責，所以這會是在溝通上出現隔閡的地方。）目前中央對於相關的資訊都會公佈或是在聯繫會議中提出，然往往得到回應常會漏失掉的資訊 ，不斷反覆地溝通（一下子督導來電，一下專員打電話來問，最糟糕連承辦人也會打電話來說不知道怎麼做），這當中有訊息溝通的落差，是選擇性還是系統上的缺失？是需要共同去解決的。另外各縣市的橫向聯繫甚至是跨社會局業務，不用說社會局，在衛生局部分也常常有業務上聯繫的問題。當然縣市政府有人力的調配權力，常有塞自己人的現象，我相信這一定造成中心主管的困擾，用人當然有專業取向，但往往都是一些未有相當能力的人進來，所以造成進來的人要如何讓他很快得上手，去年一整年在運作上的確發現問題很多，中央發布傳達的消息有多少落差，在當中經常發生，去年一年光衛生署召開的起碼有三次的聯繫會議，當然內政部有召開內政部的，聯繫會議其實就講了說我們希望建立一個溝通的平台，各縣市的人都來可以在這當中解決問題及溝通無礙，也期待透過這樣的關係建立，在私下能有相互協助及支持的功能，就像剛剛美淇說的採購說明，當時連文件都沒有署裡還協助幫忙要文件，老實講

有些縣市執行能力的確有些問題，所以縣市政府內部的資訊無法暢通的話，中央給再多的協助也無太大助益，希冀在這個部分除了建立平台外，老師們有沒有什麼建議提供衛生署繼續努力的？像這次過年前我也將評估量表及操作手冊公佈在資訊聯繫網上，這部分在去年署裡有相當的規劃及擬定，來回應說有關評定資格因人而異的標準，雖然專員們的資格背景不一，有些資淺有些則經歷深，但透過標準手冊來建立一定的評估尺度，當然現在並沒有定案，提出這個手冊是想要大家試著運作看看，有沒有任何問題可以提出來（陳：有關溝通平台的部分，請問實際執行上有沒有怎樣的頻率在運作）其實有問題就反映的情況下，並沒有固定頻率召開，原則上在運作一段時間如數個月有什麼樣的情況需要溝通則會召開，像去年 11 月 12 日我們就召開了第三次聯繫會議，內容談到個案討論會，如何運用會議提升專員的能力及增加經驗，所以今年就規定一季或是一個月召開居家服務聯繫、復健等等會議多少場次，這樣的動作無非是要幫助中心能周全地運轉，當然台北縣市我們不太擔心，但有些縣市我們只能用這樣的方式去促使各縣市運轉，這當中還是有需要討論的空間，而衛生署也希望可以協助解決；剛剛報告中有提到仍有一些未受過教育訓練的專員，這個部分需要澄清的是署裡承辦的立場為各縣市有需求可以提出報名，署安排課程只要中心可以調配人力，專員可以出來上課（李：有些資格不符；曾：問卷有列出 92 年長照協會辦理的訓練選項，未受訓練則有 18 位，然副處認為此教育訓練年代過於久遠建議排除，目前未受教育訓練者拉高為 24 位）這部分人員在晉用資格上是否有不符情形（李：這部分調查可以透過交叉比對來瞭解；曾：這部分問卷也顯示專員自評之後會因資格不符不續聘等留任意願）。

蔡：其實我並不是最資深的一位督導，最早的是淑君姊，當時會進來長照因為社會局的計畫案，之前我是在醫務社工領域，所以我是社工背景的，然後我有想到今天是否不要有我發言是因為我就要離職了，我要澄清的是長照一直是個很好的工作領域，就跟我之前在醫務領域工作比較長照是很有發展性，但要回到政策面來說，長官要如何推動長照業務，其實我是很擔憂的，可能在中央的眼裡這裡一直是表現很不錯的縣市，而我自己對於

中心的同仁也是相當地肯定，回應剛剛說中央建立一個平台但大多部分要回到縣市政府體系內部的運作，我們隸屬於衛生局底下，推動二級單位人事處部分推估為民國 100 年完成，我的主任為局長然不像美淇主任可以處理很多事務，所有的工作重心尤其是在跨部門的溝通上多落在我（督導）身上，就社工的專業背景來看長照，長照本來就是在說照顧管理這個概念，這是很明確的一個方向，然中心的體制是掛在衛生局底下，雖然署對於長照的概念相當清楚，但衛生局層級內部卻相當不瞭解，直接地講長官對於這個概念很粗淺，他不太在意照顧管理的概念元素，他只聚焦在衛生署給予的績效指標是否達到百分百，但照顧管理不是在意績效的結果，而是為了出發的動機而去做後續的工作，讓人覺得本末倒置，長官的指示為了達到全國很好的成績要我跟專員說必須去達到目標數，然在實務上我還是提醒專員必須注意公平正義的原則，而不是為數字而去工作，我決定離開是因為無法接受長官告訴我每年的業績要是 100%我也無法跟專員說這是個目標，這當中我努力過溝通但無效，我知道 97 年是制度建立的年代，中央透過指標來去考核是必行的過程，但這考核指標可否有軟性的原則，我並不覺得因為我是社工背景而無法在衛生體系下工作，我認為是體系方向走錯了，當然我在這兩年學了很多包括公務體系的運作，就研究來看專員背景以護理佔大多數，我們中心也是，然我覺得這跟晉用資格很有關係，有關專員的晉用資格與執照相綁，然就實際狀況而言社工師執照的人比較少，這造成社工背景的人在資格上考量問題（彭：民國 100 年就全面晉用執照資格條件；崔：當然我們也注意到有關社工師問題，但弔詭的是社工制度應該是內政部要努力支持及改善，我相信他們也希望可以進用更多的社工人員，當然我們也希望更多多專業人員進入長照這個領域，然我們在溝通的過程中表示是否需要放寬發現內政部有其專業的堅持）當然我也問過內政部長官，他表示若是社工沒有執照晉升為督導時，如何有權威地去領導有執照的屬下們，這需要去思考的是多專業刺激長照運作的重要性，之前中心的運作與 97 年規劃方向是截然不同的，所以應該是在人力素質上考量改革，另外資深專員晉升督導的方式的確有需要討論的空間，我自己本身算是年輕督導，而且在進來長照我就是直接當督導，在領導一些資深同仁時常會有不同的思考點，想法上不一樣造成他們覺得以前的運作都是如

此，為什麼現在要不一樣呢？這些思考想法去溝通大部分同仁是無法接受的，所以我覺得年資跟能力還是要作些區隔，剛剛有提到進用標準我們中心的人事則是由局長決定誰進來，並沒有公開招募，且我們單位我想視察應該知道從未補足額過，目前 10 個缺到今年 3 月為止，當然 3 月會再進一些人，這樣的篩選標準在任用上會有困擾。在去年我將兩位不適用的同仁簽出，加上有些同仁無實務工作經驗，對於其進入長照工作是很辛苦的，其中包括一些治療師、藥師，都感覺到與原本所期待的工作內容、組織型態、薪資等有所不同。因此我認為近入長照領域必須一些概念性、加上在職教育訓練，才能很快進入工作中。因此我認為就算從事護理工作六七年，但對長照領域並無概念，進入此工作也不一定上手，因此我認為兩年的實務經驗倒不如有一年的長照相關經驗。對於人力的穩定方面：台中地區的長照人力穩定度一直不錯，但有些長官的理念會影響人員的流動性，以我任內的中心內人員之間的情感聯繫相當好，因此長官們的想法需要改變，對於未來在人力的穩定性會增加。有關進用標準、多久可以做升遷、薪資的調整，雖然中央的規定是以各縣市自行做規範調整，但目前長官們尚未跟著政策面做完善的規劃。

陳：以台北市而言 97 年 4 月 1 日開始任用衛生署那一部分的經費做人員的進用，因此在會計預算最快於 99 年做調薪。

彭：衛生署內有公佈，並制定出來督導跟照顧專員的薪俸可以隨著年資及積優作調整，目的在於鼓勵及淘汰，若三年乙等級不錄用，從進來就算不管會計年度。

蔡:請問考核機制有標準嗎?以我們來說若你沒達百分之百及督導負責，然後專員最後一名走人，我認為不太合理。我認為社會處需要做介入，而社會處認為錢來自衛生署不能干涉衛生署用人權。若以 1 比 200 來看最大宗的服務是來自社政，以衛政績效來看一個中心聘不到兩個人。

崔:雖來錢來自中央，但已委辦給地方，這個錢是社政與衛政需要整合，因

此用人社政也需參與。去年省查指標有定用人需找社政一起來徵選，今年省查意見中有通案建議用人須配合行政院臨時專用要點要公開徵選。

彭:若不行可以發文給人事局來做考核，若納入指標來說今年只有兩分，也希望以結構面來看，如有無申訴流程、獎勵制度、考核機制、留任方式來運作，因此結構制度要建立出來。

崔:也希望幫大家做一個檢討，相信大家也要有認知，績效獎金是需要訂定出來的，中央主計處給了這麼多的額度，沒有規定出制度是對中央無法做交代，因此一定要做，只是績效的指標要如何規範，目前 98 年尚未歸劃出來，希望可以結合大家的意見，畢竟這是跨地區的整合，將結構面規劃出來，才有績效。

陳:績效指標方面有人力的規劃來看，而指標方面也可透過此研究給主管機關做參考。

李:中心的指標發展是可以先考量到結構面，先執行的兩到三年人力也穩定，再來看過程面以及結果面。中心的指標有些是很重要的包含：人員的聘僱、機制跟平台。機制跟平台是有無建立跨局處的平台功能，雖然報紙上說有委員會，但是還是要有制式的會議紀錄，還有研究中有提到的媒體文宣的納入。兩到三年等到結構面較完整時，可以討論到 CQI 對照管員的品質管理管理，除了照管本人外還有被服務提供者，服務計畫跟服務之間結合程度，目前有做到有台北、台北縣（彭:因為不知道照顧的角色要做到多廣，因此不是很清楚），高雄縣也要執行卻很忙無法執行。品質管控是下一個階段，是需要朝此前進，最後才是看績效，對衛生署來說是不能交代，雖然現況是如此。

陳:衛生績效考核很多是需要量化的指標。

彭:對於服務面的品質監測及照管的 care plan 與後端的部份，你開了出去

是有執行是不一定，可是你要如何規範資料一定要顯示出來，不是一天就可以造假，做之前需要跟服務單位溝通，計畫案提出及前驅實驗，才正式起步，不然怎麼會有人與你溝通，我們抽查出來確實有人沒如期服務，然後回復，所以是需要檢討改進。這些資料是強化衛生體系來說對照管比較不清楚，沒有像社工基礎教育一樣，對資源連結或家庭功能這部份不清楚，這些都需要被指引的。複評也是可以執行的，也是量化的一部分。

李:地方化也是相當重要的一環，衛生署需要不斷的訓練中心，訂定出各地方的指標，例如花蓮地區需要的交通時間相對較長，而無法達到目標，因此增加人力與交通費用。

彭:此次研究中也有些偏遠地方不是很適使用，如深坑、淡水，因為有租用車，排好行程也可以節省到時間，一天可以完成三到四個，而板橋需要自行騎機車找路卻最花時間，因此還需要看各地方情形。

李:屏東發明了一個叫一日島，讓案量衝到 180 以上，還可以衝到 200 以上，方式像租用車會用公用車或專員的車，一天出去很多人個地方。因此績效內需要放入此類的結構面，中心是否有自行去克服本身的困難，如交通的困難，縣市政是否有配合及支持。

彭:結構面應包含：民眾申請到服務端這部份也須訂定出天數的規範。(最多不能超過兩星期，原則上是 10 天內)

陳:很多的指標可以由中央來規範，但量需要各縣市來訂定。

彭:另一面可以提高各縣市的首長對此業務的清楚，績效須與預算相結合，可以在屬務會議中提出來加以評比。考核指標可以讓督導及專員知道方向外，讓首長參與業務去協助。

提請討論：提出我國長期照顧管理中心人力需求與未來發展。

彭: 人力需求首先是需要介定好工作內容，會比較實務面，因此工作內容應先被修正，才能知道是需要一比多少？若以密集性照護 1:200 是不可能達成。只要有改變就照會，需要得到協助，無法立即得到資源。(李：日本機構式的是 1:45 若超過一個 46 就不給錢，即認為 care plan 不可行。)

崔：訂定 200 的原因為：主要為預算額度問題。在 1 月 5 日衛生署的會議中也提到，1. 山地離島偏遠地區可以使用公共衛生護士，但須受到訓練。2. 縣市人員不足可以提出 3. 部分縣市照顧專員擁有太多其他非專業的業務 4. 未來可以用用結構面來評核。

陳：以督導的地位來看專員最重要的是專業及留任意願。新人須以半年訓練，部份問題與組織的結構是有關的，組織的健全與福利的保障是需要的，舉個例子中心有位營養師背景的專員因為對於長照發展的熱忱，才不計較薪資與升遷。因此未來長照中心的走向與定位模糊不清，以及看不到發展的希望與期待，會導致留任的意願降低。實際上大家領的薪水來源不一，光是我們單位督導有的領社會局，有些則來是署裡的經費，過度期的磨合影響溝通，就研究來看留任意願的確符合目前單位的現況，對於長照保險法，單位的人員相當期待，但今年高估僅能走到草案的話，這對於人力展望上會是種落差。另外提到考核績效，除了公平正義原則外，還要回過頭來看福利服務資源的達成率，這會讓人相當為難！另外胡月霞老師為長照邀集許多專家寫成一本操作手冊，日前署裡公佈時，對專員是一種專業的福音，然在操作上則有過度繁瑣，也有故意的主觀評估如 ADL 的測量，這份評估工具是這幾年來最多題項的一份，對於一個新進人員是會有執行上的困擾。(陳：這要回到照顧服務走的方向，是否要做得如此詳細已達到密集式服務，還是有層次上的服務輸送方式。) 舉個例在台北市一個專員訪視的交通時間需要半個小時，再加上會談、評估等，一個個案就李老師曾經報告過專員需要花 6 個小時的時間來完成各項評估表單及資源連結，當然還有舊案的累積，長照服務的普及一直是理想的期待，尤其在推廣與文宣上，民眾對於中心的普遍知悉，所以各種大小事都會找上我們，這有個

隱憂是專員是否能承受各項需求服務的連結與管理，如在 6 個月的追蹤複評指標項目上。另外有關溝通管道北市的管道為一個統一窗口，然各站的聯繫頻繁但與衛生局核心部門則為定期交流（比較少有進衛生局）北市單位目前有聯繫、專業及幹部會議等，會議多但不代表管道很暢通，中央交辦下來的地方執行有困難，如報表就產出的呈報花了同仁不少時間與精力，雖然運用相當多的資訊系統，也無法避免需要人工的狀況。

劉：目前中央作一個平台是必要的發展，然日後要與長照保險接軌，中央則需要扮演一個規範的角色，訂定角色的任務及明確執行，在我作 25 縣市的調查研究發現，長照中心定位不等同於專員，然大部分縣市仍搞不清楚，將來若要去算個案量則要業務明確一定需要中央介入，另外中央可以制定出專員的專業認證，執照制度或許對於長照保險的推動是有助益的。

崔：回應一下老師的看法，長照保險要走勢是在必行的，然中心的存亡不是因此而受影響，服務還是要繼續輸送，是故人才培訓及人力的專業需求，不管是公部門或是私部門皆是需要的，就 97 年的評估來看未來的政策如何走，然人力的需求永遠不會改變，不論是要切割專員的業務（如分評估及照顧管理人員）而未來性的人力是值得肯定的。

李：有關二級單位的迷思，發現當中有機關卻沒有專員的職位。（崔：因為無法可依循，業務是有的雖然因地方有異。）然因為這樣名稱不定地方都塞些有的沒的業務，讓在職位者混亂中更不知道自己的角色為何。

李：國外經驗署日本最為詳細從法到細則，目前看台灣雖無法可依循，但業務還是要執行，所以一些行政法規要點是可以介入的，但這都取決於地方，中央要鼓勵刺激，地方上的認知是最重要的，但中央的框架都未出現，舉個例日本教育部門也牽涉其中，但在台灣教育部連邊都沒摸到，跨領域似乎只有幾個專業的相互作頭，評估的工具要一般人都能適用，若是拿日本從上到下的細項，這樣的密集式評估是台灣真的需要的嗎？應該要有分級分層次的服務與評估。

附錄三

附錄四

我國長期照顧管理中心運作現況與未來發展之評估研究
行政院衛生署委託研究計畫 DOH97-TD-M-113
專家效度檢定結果

一、照顧管理專員基本資料，平均 CVI 得分為

第一部分 照顧管理專員基本資料

此部份是想要了解您個人的資料，請您在合適答案前的□中打「✓」，或在空白欄填上資料，共 11 題。敬請每題都答，謝謝您！

題　目	專家評分									CVI 得分	建議修改
	劉	程	彭	陳$_2$	李	陳$_1$	吳$_2$	吳$_1$	蔡		
1. 您是民國____年出生	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	
2. 您的性別是： □(1)女 □(2)男	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	
3. 您目前的婚姻狀況為： □(1)未婚 □(2)已婚 □(3)離婚 □(4)喪偶 □(5)分居 □(6)同居 □(7)其他____	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	
4. 您的教育程度為（請填畢業最高學歷）： □(1)高中（職） □(2)專科（五專、二專、三專） □(3)大學 □(4)研究所	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	陳^1：幾年考上社工師？

附錄四

(含)以上											
5.您的實務臨床經驗幾年____年，分別在那些專業背景： □(1)社工___年 □(2)護理___年 □(3)職能治療_____年 □(4)物理治療_____年 □(5)營養師_____年 □(6)藥師___年 □(7)其他專業(請說明)_____(_____年)	3	4	4	3	4	4	2	4	3	0.89	劉：酌修文字，加入「共」。 陳[2]：藥師改為藥事 蔡：建議修正為「實務經驗」
6. 您在此長期照顧管理中心服務年資：_____年_____個月	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	
7. 您是否有在其他長期照顧管理中心或之前的照管中心服務： □(1)無 □(2)有,___年___月	3	4	4	4	3	4	3	4	3	1	劉：酌修文字，於有，之後加入服務年資。 蔡：刪除『或之前的照管中心』
8.您的主要薪資來源為： □(1)衛生局 □(2)社會局 □(3)勞委會 □(4)其他：_	2	4	4	4	3	4	3	3	3	0.89	劉、陳[1]：1.修改為您主要的... 2.目前各縣市照管專員薪資由衛生署補助地方政府，而外勞申審人員則由勞委會補助，故要瞭解薪資來源，建議選項改為衛

											生署、勞委會及其他。另建議增加業務單位或照管中心督導，以了解衛政與社政督導的照管中心是否有差異。 吳[1]：可修改為社會局(處) 蔡：目前皆為衛生署支付，其問題目的要問主政單位？
9. 您的主要業務為： □(1)照顧管理 □(2)行政業務 □(3)外勞資格審定 □(4)其他：_____	3	4	4	3	4	4	2	4	3	0.89	劉：1.修改為您主要的... 陳[2]：行政事務較籠統，應更明確。可加問：有否兼辦衛生局/社會局事物。 吳[2]：有其他較細節性的分類嗎？ 蔡：選項改為個案照顧管理；照顧管理中心運作與社區資源管理；外勞資格審定相關業務
10.您服務的縣市_____及服務的區域_____	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0.89	

第二部分 長期照顧管理中心運作現況（結構面向）

此部份是想要了解就您所服務的單位其長期照顧管理中心在結構面的運作現況，包含組織架構、設備、連結社區資源及組織運作的現況，共 30 題。每一題的選項分為七個等級，分別是 1 分=非常不同意，2 分=不同意，3 分=有點不同意，4 分=普通，5 分=有點同意，6 分=同意，7 分=非常同意。敬請每題都答，謝謝您！

題　目	專家評分									CVI 得分	建議修改
	劉	翟	彭	陳[2]	李	陳[1]	吳[2]	吳[1]	蔡		
1.您認為照管中心編制人員是足夠的	4	4	4	4	4	2	2	4	4	0.78	劉：請修正調查問卷中，1 分應為「非常同意」 彭：新增 1.中心？專屬個案管理系統 2.中心明確制定派案(連結服務)標準與流程

											3.中心明確制定家庭訪視標準與流程。 4.中心明確制定複評作業的標準與流程 5.中心明確制定合作團隊聯繫回覆標準作業流程 6.中心明確制定新進人員標準與流程 陳[1]：應修改為以今年1－6月的工作量而言，您所服務的照管中心的人力是足夠的。請將題組中所有的『您』改為『我』,「照管中心」改成『中心』即可。 吳[1]：編制人員→「人員編制」
2.您認為照管心的組織章程是明確的	4	4	4	3	4	2	4	4	4	0.89	陳[1]：照管中心的組織章程的明確程度是以供我從事照管工作
3.您認為照管中心作業規範是完善的	4	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	陳[2]：可能不叫章程？任務吧 陳[1]：照管中心作業規範清晰度是以供我從事照管工作
4.您認為照管中心有明確制定個案管理師/照顧管理專員工作手冊	3	4	4	4	3	2	2	4	4	0.89	劉：目前各縣市照管中心已統一case manager的名稱為「照顧管理專員」。 陳[1]：您認為照管中心所制定個案管理師/照顧管理專員工作手冊明確性（清晰度）足以供我從事照管工作 吳[2]：兩者意義是一樣的話。
5.您服務的照管中心有明確制定收案標準與流程	4	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	
6.您服務的照	4	4	3	3	4	2	4	4	4	0.89	陳[2]：明確制度

管中心有規範制定轉介標準與流程											彭：明確制度
7.您服務的照管中心有明確制定結案標準與流程	4	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	
8.您服務的照管中心有規範照顧管理專員的訪視量是明確的	3	4	4	3	3	2	2	4	4	0.89	劉、吳[2]：有明確規範照管專員的訪視量。 陳[2]：刪"有" 陳[1]：您服務的照管中心有規範照顧管理專員的訪案量是明確的
9.您服務的照管中心有專專屬的辦公室	4	4	4	4	4	2	3	4	4	0.89	陳[1]：您服務的照管中心工作場域的空間的合適性？
10.您服務的照管中心電腦數量是足夠的	4	4	4	4	3	2	3	4	4	0.89	陳[1]：合併為您服務的照管中心工作場域的設施的充分性？ 吳[2]：有其他儀器嗎？燈光？照明？氣氛？
11.您服務的照管中心印表機數量是足夠的	4	4	4	4	3	2	3	4	4	0.89	陳[1]：合併為您服務的照管中心工作場域的設施的充分性？
12.您服務的照管中心資訊化是足夠的	4	4	4	3	3	2	3	4	4	0.89	陳[1]：合併為您服務的照管中心工作場域的設施的充分性? 陳[2]："中心"前"作業"
13.您服務的照管中心的專線電話/傳真設	4	4	4	4	3	2	3	4	4	0.89	陳[1]：合併為您服務的照管中心工作場域的設施的充分性？

備是足夠的											
14.您服務的中心居家服務資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	劉：請修正問卷 1 分為「非常同意」。 李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
15.您服務的中心日間照顧資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
16.您服務的中心家庭托顧資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
17.您服務的中心居家護理資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
18.您服務的中心物理治療資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
19 您服務的中心職能治療資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
20.您服務的中心輔具購買資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
21.您服務的中心輔具租借資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義

22.您服務的中心無障礙居家環境改善資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
23.您服務的中心喘息服務資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
24.您服務的中心老人營養餐飲資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
25. 您服務的中心交通接送服務資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
26. 您服務的中心長期照顧機構服務資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
27. 您服務的中心醫療機構服務資源是足夠的	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	李：建議修改以同仁服務的區域？為主，以回應 P.2 詢問服務區域的意義
28. 已參與訓練 □衛生署辦理 □核心基礎 □實習課程 □實習指導	4	4	4	4	3	4	3	4	4	1	

附錄四

師資 □督導訓練											

在此部份，其他需要補充的題目：

彭：增加其他欄空白欄位，ex 您服務的中心_____資源是足夠的

陳[1]：1.運作現況應基於個結構因子的明確清晰度而能使用。

2.這一大項是要問滿意度或是認為資源的充分程度？問每一個照管專員不如就該縣市作一整體評估。

吳[2]：目前連結社區資源的狀況各照管中心內容一致嗎？需補上最高與最低小時嗎？或評率高低？請依現有服務量大小排序。

吳[1]：未填分數 建議題目適切，惟將 1-7 分 Likert Scale 但裏是無法明確訂出比例，個案易隨主觀變動，建議列出比率。

蔡：此部分問的是資源狀況還是資源使用狀況？

第三部分 長期照顧管理中心運作現況（過程面向）

此部份是想要瞭解您所服務的長期照顧管理中心在過程面向的運作現況，主要想瞭解您在執行個案管理過程的情形。在您照顧管理的所有個案中，在執行評估過程中，有多少比率的個案您能完成照顧管理過程，請您在 0-100%的連續線上，圈選出最適宜您看法的選項。若無此經驗，可以勾選不適用。共 21 題。敬請每題都答，謝謝您！

題　目	專家評分									CVI 得分	建議修改
	劉	翟	彭	陳[2]	李	陳[1]	吳[2]	吳[1]	蔡		
1.您收到個案轉介單有多少比例的個案都能在規定時間內親自訪視個案	3	4	4	4	3	2	3	4	3	0.89	劉：1.「將以 0-100 的連續線分 10 格以上 Likert type 呈現」此部分請詳述受試者如何填報此表。 2.您收到「的」個案轉介單「，」有… 彭：過程面向可將每項 2 項編為一題。
2.您轉介資源提供者，有多少比例的個案會在規定時間內完成服務	3	4	4	4	3	2	3	3	3	0.89	劉：您轉介「的」資源「服務」提供「單位」者，有多少比例的個案會在規定時間內「接受」完成服務
3.您在規定時間	4	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	

內有多少比例的個案能完整收集個案的資料											
4.您在規定時間內有多少比例的個案能完整評估個案的主要照顧者(非正式支持系統)狀況	4	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	
5.您在規定時間內有多少比例的個案能完整評估個案的身心社會功能程度	4	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	吳[2]:可以完成多少比率完整的身心社會功能個案評估？(文句順暢度可再加強些！)
6.您在規定時間內有多少比例的個案能完整評估個案的財務狀況	4	4	4	4	3	2	3	3	3	0.89	吳[1]：服務資格核定中財務狀況，目前多引用福利身份認定，似不需照管專員重新評估
7.您在做完個案評估後規定時間內有多少比例的個案會完整擬定照護計畫	3	4	4	4	3	2	2	3	3	0.78	劉：您在「完成」做完個案評估後「，在」規定時間內...
8.您在擬定計畫後規定時間內有多少比例會依據個案照護計畫執行	3	4	4	4	3	1	2	4	3	0.78	陳[1]：刪除 劉：您在擬定計畫後「，在」規定時...
9.您在執行照顧管理過程時，有多少比例的個案能在計畫	3	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	劉：...計畫時間內提供「服務資源」

附錄四

時間內提供資源服務											
10.您轉介/協調提供資源後，有多少比例的個案個案會追蹤服務使用狀況	3	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	李：『有多少比例的個案個案會』字眼重複 劉：您轉介/協調提供「服務」資源後，有...
11.您在規定時間內有多少比例的個案能再次完整評估個案的身心社會功能程度	3	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	劉：您在規定時間內「，」有多少比例的個案能再次完整「複評」評估個案...
12.您在追蹤個案需求服務時，有多少比例的個案有書面記錄/評值	4	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	
13.您於資源終止時，有多少比例的個案能跟個案及家屬說明使其瞭解	3	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	劉：您「在服務」於資源終止時，有多少...
14.您在照顧管理所執行的照護計畫、評值，多少比例的個案具有書面記錄	4	4	4	4	3	1	2	4	3	0.78	陳[1]：可以沒有書面紀錄嗎？
15.您的照管中心對轄區內資源及考核多少比例的	3	4	3	4	3	1	2	3	3	0.78	陳[1]：語意不易懂 劉：您的照管中心對各項服務品質監督，有多少比例的個案是完整的？

個案是完整的											彭：考核？
16.您的照管中心會有多少比例的個案存有資源提供者訪視記錄	4	4	4	4	3	1	2	2	3	0.67	陳[1]：語意不易懂 吳[1]：一般照管中心並未有各服務提供單位之訪視紀錄
17.您在執行照顧管理過程時，有多少比例的個案能提供個案或照顧者照護技巧	4	4	4	4	3	1	2	3	3	0.78	
18.您在執行照顧管理過程時，有多少比例的個案能使民眾知悉長照服務	4	4	4	4	3	1	2	4	3	0.78	吳[1]：文意看不懂
19.您在協調資源單位與個案間的個管過程，有多少比例的個案在期限內完成	4	4	4	4	3	1	2	4	3	0.78	陳[1]：可問去年一年有多少電訴案件及類別處理速度為1個月3個月6個月等。
20 當個案或案家反應資源服務不佳時，有多少比例的個案您能及時處理	4	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	
21 您在申請看護工業務上，有多少比例的	2	4	4	4	3	2	3	3	3	0.78	劉：目前照管專員並不一定會辦理看護工業務，建議是否加上「不適用」的選項。

個案能在其限期內完成											

在此部份，其他需要補充的題目：

陳[1]：這一大項似乎著重於在"在時間內可以完成該項工作的比率"但是這是個管的流程似乎不易如何切割這麼細。如果只就個管來評論可完成的比率哪一步驟的熟悉程度或困難程度或是花費時間程度。

蔡：題目過細，建議群組再作歸類與簡化。

長期照顧管理中心組織運作與運用媒體傳銷的情形：每一題的選項分為七個等級，分別是 1 分=非常不同意，2 分=不同意，3 分=有點不同意，4 分=普通，5 分=有點同意，6 分=同意，7 分=非常同意。敬請每題都答，謝謝您！【此部分選項為 1-7 分 Likert Scale 由非常不同意至非常同意，由受試者自行勾選。】

題　目	專家評分									CVI 得分	建議修改
	劉	翟	彭	陳[2]	李	陳[1]	吳[2]	吳[1]	蔡		
1.您和其他照顧管理專員定期會開個案討論會	4	4	4	4	3	2	3	4	4	0.89	陳[1]：這三題與小子題不符
2.您的照管中心會有詳實完整會議記錄與保存	4	4	4	4	3	2	3	4	4	0.89	陳[1]：這三題與小子題不符
3.您的照管中心會依照會議內容及建議執行/修正業務	3	4	2	4	3	2	4	4	4	0.78	劉；您的照管中心會依照 陳[1]：這三題與小子題不符
4.您的照管中心提供長期照顧管理中心單張發放是具宣傳	3	4	4	4	3	2	3	4	4	0.89	劉；您的照管中心「所發放的」~~提供長期照顧管理中心單~~張發放是具 彭：是探討有無設備或者是單張

效益的											發放方式管道及制度等議題？ 陳[1]：填答有如何評值這些項目
5.您的照管中心提供長期照顧管理中心網頁傳達是妥切的	3	4	2	4	3	2	3	4	3	0.78	陳[1]：填答有如何評值這些項目 劉；您的照管中心「所建置的」提供長期照顧管理中心網頁「，內容」傳達是妥... 吳[2]：6.7 有重複？ 蔡：不清楚
6.您的照管中心有公關窗口服務是具備宣傳效果的	3	4	4	4	3	2	2	4	3	0.78	劉；您的照管中心「的」有公關窗口服務是 彭：具備有專業活動宣傳業務的同仁。 陳[1]：填答有如何評值這些項目 蔡：不太順
7.您的照管中心有對於電子媒體/平面媒體宣傳是足夠的	4	4	4	4	3	2	2	4	4	0.78	陳[1]：填答有如何評值這些項目
在此部份，其他需要補充的題目：											

第四部分 長期照顧管理中心運作現況（結果面向）

此部份是想要瞭解您在長期照顧管理中心在結果面向向的運作現況，包含照顧管理專員的服務量、工作困擾及留任意願，以下的問題請您依個人的感受來做答，共 11 題，請您在空白處填上您認為最符合實際狀況的資料。敬請每題都答，謝謝您！

題　目	專家評分									CVI 得分	建議修改
	劉	翟	彭	陳[2]	李	陳[1]	吳[2]	吳[1]	蔡		

附錄四

以97年9月份平均月統計來說明其服務量：	1.您的照管中心是否有要求每月標準收案數 □無 □有，___人/月	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	
	2.您在97.9月新收案數為___人	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	
	3.您在97.9月總個案數為____人（新案＋在案）	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	劉：您在97.9月總「管理」個案數為...
	4.您每月個案複評數為____人	3	4	4	4	4	4	4	4	2	0.89	劉：您每月「個案複評」數為 吳[1]：每月數字不一，建議明確訂出月份，複評數是指應複評數還是實際去複評數應清楚
	5. 您在97.9月結案人數為人	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	
	6. 接受長期照顧服務個案總數為_____人	3	4	4	3	4	4	4	4	4	1	劉：「您管理的個案中，97.9月接受...」 彭：6.7題可刪一題，因題數太多了。 陳[1]：與第3題重複 吳[1]:是問中心的總數還是照管專員個人處理？ 蔡：接受改為需要
	7. 使用長期照顧服務個	3	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	劉：1.與第3題重複 2.「您管理的個案中，97.9月接受...」

	案總數為_____人											吳[1]:1.是問中心的總數還是照管專員個人處理？ 2.與第6題很接近，宜明確訂出月份
	8.您在97.9月參予個案討論會次數為__次	4	4	1	4	4	2	4	4	4	0.89	彭：應以一個時段非一個月
	9.您每月負責外籍監護工綜合評估為__人	4	4	1	4	4	2	4	4	4	0.89	陳[1]：7-9月平均為____人 彭：目前為綜合評估，僅媒合。
	10.您每月負責本國籍照服員媒合成功為_____人	4	4	4	4	4	2	4	2	4	0.78	陳[1]：7-9月平均為____人 吳[1]:每月數字不一
	11.在您所管理的個案中，您所使用最多的長期照顧服務前三項為 ①_____ 資源：__人次/月 ②_____ 資源：__人次/月 ③_____	3	1	3	4	3	2	4	4	4	0.89	劉：資源均改為「服務」。 翟：資源改為服務，與題目才能相呼應 彭：建議刪除「人次/月」 李：係以「服務站」為分母，或以專員為分母 陳[1]：照管專員是提供連結資源供失能者使用，照管專員本身並不使用長期照顧服務。

附錄四

	資源：___ 人次/月											

此部分是想要瞭解您現今在工作中所面對的困難為何？以下的問題請您依個人感受的困擾來做答。分別是代表每一題的選項分為七個等級，分別是1分=非常困擾，2分=困擾，3分=有點困擾，4分=普通，5分=有點不困擾，6分=不困擾，7分=非常不困擾請直接勾選符合您看法的選項。敬請每題都答，謝謝您！【此部分選項為1-7分Likert Scale由非常同意至非常不同意，由受試者自行勾選。】

題　目	專家評分									CVI得分	建議修改
	劉	翟	彭	陳$_2$	李	陳$_1$	吳$_2$	吳$_1$	蔡		
1.我對於中心內照顧管理專員人力不足感到	4	1	4	4	4	2	4	4	4	0.78	翟：目前各中心(除了台東以外)大部份均已補足,故這題可能要改變問法
2.我對於中心的工作氣氛感到	4	4	4	4	4	2	1	4	4	0.78	吳^2：可去除
3.我對於同事之間的關係及溝通感到	4	4	4	4	4	2	2	4	4	0.78	吳^2：28.30.33 也是管道之一？
4.我對於與中心主管之間的關係及溝通感到	4	4	4	4	4	2	2	4	4	0.78	
5.我對於同事間的協調互助與支持等感到	4	1	4	4	4	2	2	4	4	0.78	翟：可與 28 合併
6.我就自身能力與工作努力，對所獲得的薪資及福利（如勞健保險、意外險、退休金、休假制度）感到	4	4	4	4	4	2	4	4	3	0.89	蔡：自身能力與工作努力和所獲得的薪資及福利可分為兩題。
7.我對於中心提供出勤津貼的原則感到	2	4	3	4	4	2	3	2	4	0.67	劉：目前照管專員沒有出勤津貼 翟：這可能無法作答,薪水統一由 DOH 規定 彭：非中心擔任，可改為政府 吳^2：中心指的是主管還是結

附錄四

											構？ 吳[1]：有無編列出勤津貼應先釐清
8.我對於中心提供員工抱怨處理的方式感到	4	4	4	4	4	2	3	4	4	0.89	
9.我對於中心內提供的在職訓練或進修課程的實用性感到	4	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	
10.我對於中心提供的個案討論應用在實際處遇計畫感到	4	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	
11.我對於中心激勵並支持工作人員提出創新的觀念及方法感到	4	4	4	4	4	2	3	4	3	0.89	
12.我對於照顧管理專員需要獨立做家訪的安全性感到	4	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	
13.我對於長期照顧相關資源缺乏，使用得轉介不易感到	4	4	4	4	4	2	4	4	3	0.89	
14.我對於長期照顧相關社會資源缺乏連結，使得轉介不易感到	2	1	4	4	4	2	4	4	3	0.78	劉：與38是否有重複。 翟：可與38題合併
15.我對於民眾對長期照顧	4	4	4	4	4	2	4	4	3	0.89	

管理中心的認知不足感到											
16.我對於長期照顧相關政策不確定性感到	4	4	4	4	4	2	4	4	3	0.89	
17.我對於長期照顧服務機構法源多元化感到	4	1	4	4	4	2	2	4	4	0.67	翟：不太懂法源多元化的意思
18.我對於目前政策在照管專員的工作績效指標要求上感到	4	4	4	4	4	2	4	4	4	0.89	
19.對於此份工作的升遷管道感到	3	1	4	4	4	2	4	2	4	0.67	劉：「我」對於... 翟：44-45 可合併 陳[1]：這一項不適宜放在此大項建議留在意願一起。
20.對於照顧管理專員無法編入正式編制感到	3	1	4	4	4	1	4	4	4	0.78	陳[1]：意義不大 劉：「我」對於...
21.未來6個月內您是否願意繼續留任此工作 □是 □否，無法繼續留任的因素： □未納入正式編製 □無法滿足個案的需求 □個案的回饋	4	4	4	4	3	4	2	4	3	0.89	李：錯字，正式編『製』改『制』 吳[2]：無法繼續留任的「主要」因素，或是標釋出3主因素？ 蔡：選項個案回饋為什麼樣的回饋？增列二個選項為不符合資格及未通過訓練及考試。

附錄四

□覺得能力不夠，無法面對不斷學習挑戰的機會 □薪水不合理 □支持系統不足 □其它(請說明：__)											

在此部份，其他需要補充的題目：

蔡：處遇為特定用法嗎？針對 22、23、36、38、39、40、41 題項這好像預設工作情境的負向困擾與比較其他題目問法不一致？