

國立臺北護理健康大學長期照護研究所

碩士論文

Graduate Institute of Long-Term Care

National Taipei University of Nursing and Health Sciences

Master Thesis



長期照護發展與護理走向的連動

— 交錯、互動與輔成

(Long-term care development and nursing progress connection

— Crossing, interaction and complementing)

研究生：王淑貞

(Shu-Chen Wang)

指導教授：李世代教授

Advisor: Professor Shyh-Dye Lee

中華民國104年8月

Aug, 2015

碩士學位考試委員會審定書

本校 長期照護 系（所） 王淑貞 君

所提論文 長期照護發展與護理走向的連動 - 交錯、互動與輔成

經本委員會審查合格並口試通過，特此證明。

學位考試委員會委員：

李光通

李以

施欣欣

指導教授：

系主任（所長）：

中華民國104年7月16日



本論文係 王淑貞 在國立臺北護理健康大學
長期照護研究所碩士學位論文，經考試委員審查
合格，並口試通過。

考試委員：



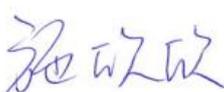
李世代 教授

國立臺北護理健康大學
長期照護研究所 教授



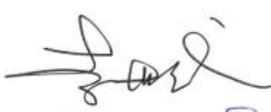
李光廷 副教授

國立臺北護理健康大學
長期照護研究所 副教授

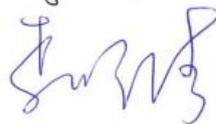


施欣欣 副教授

中國醫藥大學
護理研究所 副教授

指 導 教 授：

長期照護研究所所長：



中華民國 104 年 7 月 16 日

誌 謝

驀然回首研究所求學之路，最感謝的是我的指導教授也是長照界的先驅-李世代老師，沒有世代老師的鼓勵及諄諄教導，論文就無法順利付梓。老師鴻儒碩學、高才卓識，跟隨著他總有如閱讀書海般滿滿的收穫，不僅豐富心靈的感受又享有知識饗宴的喜悅，言談之間總是幽默風趣，還不忘教導學生做人做事的哲學。他在學界與醫界數十年，不慕名利心境高潔，不吝於提携後輩，更是值得學習的。

還要感謝兩位很重要的老師：施欣欣老師與李光廷老師。欣欣老師是教導我質性研究的老師，她總是不厭其煩地指導我很多小細節與大學問，是我完成論文的另一個重要的恩師。光廷老師對日本的長照發展有著豐富經驗與學識，指引我思考很多長照發展不同的視野與建議，這也是老師獨特又專業的部份。兩位老師對學生總能體恤入微和大度包容，感謝有您們的指引。

這一路走來，感謝家人全力支持與同學們互相勉勵，是完成論文寫作最大的動力。在研究進行期間雖受到一些波折，但吉人天相，有貴人相助，才使研究得以順利完成。很感謝所有願意參與本研究的受訪者們，謝謝您們願意給素不相識的我機會，與您們訪談一個小時，沒有任何不悅或要求，就是那麼單純地接受與熱情地給予…，每每想到您們甚是感深肺腑，謝謝您們對本研究的貢獻。

王淑貞

2015年8月 於台中

摘 要

我國近年來人口快速老化，長期照護需求人口數劇增，但國內長期照護社會價值、體制及因應之政策體系卻未臻完善。依先進國家發展經驗，若要建置健全的長照體制，除了政策規劃及立法推動、財源籌措及保險設計等，還需有專業團隊與各種半專業的照護人員一起發展出良好的第一線照護實務體系。國內二十年來之推動舉措，無法跟上先進國家之腳步，其中因素主要是與「慢性醫療」、「長期護理」相關之人事物糾結成習，無法釐清，國家社會主要思考方式受限於護理場域，難以發展。

本研究採質性研究，使用深度訪談法蒐集資料，旨在探討長期照護之發展與護理的走向關連，及未來國內護理在長期照護發展中將如何定位與發展。研究者使用立意取樣，邀請十二位現職於長期照護相關機構且工作經驗至少兩年以上的專業與非專業人員，以及住民、家屬各一位，共計有十四位受訪者參與本研究，由多元角度探討此議題。因侷限在既有國家社會價值框架下，僅透過十來位樣本之訪談內建，不易確達研究之飽和點，只能佐以外賦先進之事實經驗以襄助之。研究結果發現：一、長期照護之發展與護理的走向應為交互、交叉或平行發展、相輔相成，但不可能重疊融為一體；二、未來國內護理在長期照護發展中的角色定位應為專業的照護者，甚至進一步為管理者，而非當然之領航者。期望本研究結果日後在學術方面，能引發更多研究者對此議題進行深層且具建設性的思考、討論；在實務方面，期待對長期照護與護理的發展走向做反思與檢討，重新面對台灣長期照護發展的困境與解決之道。

關鍵字：長期照護、護理、質性研究、立意取樣

ABSTRACT

As with the population aging rapidly, long-term care (LTC) needs have increased remarkable all the way; however, related social value, scheme and coping policy & system seemed not very pertinently due. Based on the developing experiences from the advanced countries, in addition to policy planning & legislation, finance arrangement and insurance designing....etc. there be professional team and (semi-) professional care workers staying in first line practical service. Nevertheless, through more than 2 decades' development in Taiwan, we can't still keep the steps for granted, possibly ascribed to the cross-linkage with chronic medical care, long-term nursing, so no mandatorily progressing except nursing can be anticipated.

The study be conducted via qualitative approaches, thru' multiple deeply interviews among 14 samples (12 LTC workers, 1 LTC recipient or resident, and 1 family). Naturally, the saturation has not been reach easily, unless introducing foreign advanced experiences for enriching. The study findings: **1. LTC & nursing discipline development intermingling, crossing, or running parallel, but never to be one issues; 2. Nursing practitioner as professional worker or further manager, rather than supervisors or leaders.** We hope our study results can evoke much more deeply constructive thinking & discussion; rather, at heart, reviewing with self-criticism, to face the barriers and solving for the country.

Keywords: Long-term care 、 nursing discipline 、 Qualitative Research 、

Purposive sampling

目 次

中文摘要.....	V
英文摘要.....	VI
目次.....	VII
表次.....	IX
圖次.....	IX
第一章 緒論	
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	3
第三節 研究目的與問題.....	4
第四節 名詞界定.....	5
第二章 文獻查證	
第一節 長期照護從醫療護理之發展濫觴.....	6
第二節 護理從醫療之發展而生.....	33
第三節 長期照護之發展與護理的走向關連.....	37
第三章 研究方法	
第一節 研究設計.....	41
第二節 研究對象.....	42
第三節 研究工具.....	44
第四節 研究倫理.....	46
第五節 資料處理與分析.....	46
第六節 研究嚴謹度.....	47

第四章 研究結果

第一節 研究對象之檢視分析	49
第二節 長期照護的概念.....	52
第三節 護理在醫療範疇與長期照護範疇中角色與定位.....	58
第四節 任職前後對長期照護與護理之關係的轉變.....	61
第五節 期待或建議未來國內長期照護與護理的發展走向.....	62

第五章 討論與反思

第一節 研究結果之討論	74
第二節 研究過程之討論	77
第三節 自我反思.....	79

第六章 結論與建議

第一節 結論.....	81
第二節 建議.....	83

參考文獻

中文部分.....	85
英文部分.....	89

附錄

附錄一 訪談大綱.....	91
附錄二 研究受訪者說明及同意書	92
附錄三 招募廣告文宣	96
附錄四 受訪者(專業/半專業)資料蒐集表	97
附錄五 受訪者(家屬)資料蒐集表	98
附錄六 受訪者(住民)資料蒐集表	99

表 次

表 2-1	國外學者對長期照護之界定彙編	11
表 2-2	國內學者對長期照護之界定彙編	12
表 2-3	各國長期照護制度與特性	31
表 2-4	照護管理師培訓資格比較	32
表 2-5	國際護理專業之發展歷程	36
表 3-1	受訪者之類別與人數	43
表 4-1	訪談概要表	50
表 4-2	專業及半專業受訪者基本資料	51
表 4-3	非專業受訪者基本資料	52

圖 次

圖 3-1	研究流程	42
-------	------------	----

第一章 緒論

戰後嬰兒潮邁入老年，人口高齡化成為全球趨勢，又以開發中國家老化速度最快。隨著醫療科技的發達，公共衛生的進展，國民平均餘命的延長，高齡化人口結構激發出愈來愈多的長期照顧（care）、支持（support）與保護（protection）等需求，即為「**長期照護（long-term care）**」。在人口結構高齡化、疾病狀況慢性化、健康問題障礙化、照護長期複雜且多樣化等，使得長期性的照護需求日益殷切。世界衛生組織即曾建議先進國家應積極建立全國普及式的長期照護制度，來因應此重大風險議題，由此可知其重要性與迫切性。長期照護係指不分年齡、身分別、殘障別之身心失能或失智，且有長照需求者，提供其所需的社區式、居家式及機構式等的照護服務；長期照顧服務之範圍相當廣，需要來自醫學、護理、社工、職能治療、物理治療等專業人力的投入，更需要提供生活照顧最主要人力之照顧服務員的投入，有別於醫療式照顧。

第一節 研究背景

「長期照護」為對人的長時間性照顧，其內容可大可小，小者可以窄化至針對極細微之部份，大者則可以擴大延伸、包羅萬象、而無遠弗屆，任何人均有可能是潛在之「長期照護」對象。日本諸多研究結果得知，即使是生活在社區中較為健康的老人，特別是七十五歲以上所謂的高齡後期者，就潛藏著極為輕易就會陷入需要照護狀態的危險因子，或招致不健康壽命延長的症狀徵候或障礙（蔡淑娟譯，2015）。Kesy (2000) 指出需要長期照護（無論是居家照護或入住護理之家）的實際風險約為50%，長期照護之風險顯著高於一般生活事件。DHHS(U.S. Department of Health and Human Services) 於2009年表示約有七成之老人在其有生之年(生命期)需某些型式之長期照護，約四成之老人在其有生之年(生命期)需入住護理之家。而65到85歲之間，長期照護的需求則有很大的差異，85歲老年人需要居家照護和護理之家更多的日常活動幫助 (Stone, 2000)。

WHO在1999年推估全人口中，每一個人一輩子平均需分攤5-7年之長期照護時段，2004年再進一步推估人類長期照護之潛在需求則可拉長到7-9年之久，2008年推估的潛在需求則可能再拉長到8-10年以上，故其應為全世界之重要政策規劃課題，各國莫不將『長期照護』之規劃推動列為國家之大政。如瑞典最早因應此問題，荷蘭啟動第一個『長期照護』相關之體制，德國繼之於1994年建構首創之『長期照護保險體制』。我國近鄰日本早自上世紀之80年代起即為長期照護之推動而陸續推出「黃金計畫」、「新黃金計畫」及「新世紀超級黃金計畫」，更早即推估出日本人口中任何人一生中須分攤6.5年之『長期照護需求時段』。日本即以此為其施政規劃與責成貫徹之標竿，而規劃推動其『介護保險』之國家體制（李世代，2010）。所以若能早期評估、篩檢潛在長照需求並早期規劃預防或減緩失能情形，就能延長老年人之健康壽命與減少長期照護費用與醫療費用的龐大支出。

台灣自1993年邁入老人國，人口老化的比例在近數十年間呈現快速且顯著的成長，老人人口從2014年的273萬人(11.6%)增加到2021年的392萬人(16.54%)，2025年我國人口中將有五分之一是老人，老人人口比率直逼英國與法國等已發展國家（陳正芬，2011；引自行政院經濟建設委員會，2008），將成為超高齡社會。老化、失能與失智人口快速造成長期照護需求人口數劇增，但家庭結構改變導致原有的家庭成員相互支援照護功能降低，使得現有照護需求者不易從家庭取得合適的照護服務，這是需要推動長期照護的急迫性與重要性。但國內長期照護政策體系卻遲遲未建立，依先進國家發展經驗，若要建置健全的長照體制，除了政策規劃及立法推動、設計財源籌措及保險、還需有專業團隊（如：醫師、護理師、照顧管理師、社工師...等人員）來執行管理及評估監控，更需要有各種半專業「照護人員」（如：照顧服務員、居服員、參與照顧之家屬及照顧支持者等），意即此「照護團隊」是結合多種職系提供服務，每一位成員都是有其發揮必然的角色及空間，少數其可跨越角色及替代。但若徒有照護者及被照護者之角色存

在，仍不足以發展出良好之照護施行，必須另有照護相關之平台、機制與有效運作之模式與長照體制之存在，才能讓照護施行更落實。除此之外，最重要的，還須建立社會之人文價值觀，才能足以落實、紮根長期照護獨特之理念、本質與意涵（李世代，2010）。

國內二十年來，對「長期照護」之界定及操作從未明朗，致使進展有限，無法跟上其他先進國家之腳步，其中因素眾多，最主要是與「慢性醫療」、「長期護理」無法釐清，處於模糊地帶，社會主要的思考方式受限於護理場域裡難以發展。而國內的長照政策發展與相關事務執行是歸屬於衛生福利部之「護理及健康照護司」的管轄下，似乎有意無意的將長期照護發展交由護理界主導，民間的長期照護公會、協會或護理之家等等相關機構單位的負責人幾乎都是護理人員，坊間長期照護文章書籍作者、課程講師也幾乎都是護理背景，他們可能未曾學習過長期照護，卻認為以護理觀點來做長照是理所當然之事，和先進國家的長期照護發展經驗有迥異之處。國內長期照護看似「護理化」的現象，也引來社政及其他職系人員不滿的議論，造成各醫事體系間明爭暗鬥的亂象。

第二節 研究動機

在「長期照護」體制上，健康照護易常居先導之勢，生活照護則常居後導之地位。所有健康及相關照護層面之議題更廣及各種健康、安適與否、其他需要照護安排之各種情況，還有照護需求是否被滿足與安排是否得當等；這其中有不少健康與照護問題與現行的醫療體系所能提供之服務與資訊有一段差距，所以應當另闢管道或另建構體系來處理或解決，亦即**長期照護應建構為獨立的健康照護體制與服務體系**（李世代，2010），而非隸屬於醫療或護理其下之一的業務。如果不能單以「慢性醫療」或「長期護理」的思維來解決長期照護多元及複雜之問題，試想「長期照護」與「護理」之間有著什麼樣的關連？長期照護的發展可以解決護理什麼？護理又可以解決長期照護的什麼問題？護理在長期照護的角色與定

位為何呢？

這樣的議題牽涉到整個國家的社會人文價值觀，除了需蒐集國內各專業人員的長照實作經驗與多元角度看法之外，還需以西方先進國家的長照發展經驗來補足國內所缺乏也是不存在的社會價值，因先進之歐美日等已開發國家，對老人社會問題的研究發展工作非常重視，關於長期照護的文化議題有太多值得省思的成份，也攸關為未來發展是否成功的重要因素之一。反觀台灣十多年來，不僅長照政策規劃不完善，似乎有意朝「長期護理」發展的趨勢，是和其他國家發展經驗迥異之處，所以長期照護與護理的發展走向與角色定位的議題，值得國內產、官、學、研及實務界投入之健康人文研究，因此激發了研究者的好奇與思考，預深入探討。

第三節 研究目的與問題

國內目前探討此主題的研究有限，必須佐以國外先進發展經驗與相關文獻來補充國內社會價值不足之處。期待本研究之結果能初步釐清長期照護與護理之間的連動關係，及重新思考未來發展方向。研究之結果若產生衝擊效應，希望藉此讓相關人員省思國內長期照護發展的過去、現在與未來，重新塑造符合長期照護本質與內涵的發展與社會價值觀。所以，本研究的研究目的與研究問題如下：

一、研究目的：

- (一)、探討長期照護之發展與護理的走向關連。
- (二)、探討未來國內護理在長期照護發展中如何定位與發展。

二、研究問題：

- (一)、國內對長期照護的概念是什麼？
- (二)、護理在醫療與長期照護的角色定位有何相同或不相同之處？
- (三)、長期照護與護理兩者之間的關係為何？
- (四)、期待或建議未來國內長期照護與護理如何發展？

第四節 名詞界定

依據國內衛生福利部 2015 年「長期照護服務法」第三條訂定長期照護及相關用詞法定之定義，如下：

- 一、**長期照護**（簡稱長照）：指對身心失能持續已達或預期達六個月以上，且狀況穩定者，依其需要所提供之生活照顧、醫事照護。
- 二、**身心失能者**（簡稱失能者）：指身體或心智功能於使用可能之醫療及輔助器具後，其日常生活自理能力或生活工具使用能力仍部分或全部喪失者。
- 三、**長照服務人員**（簡稱長照人員）：指經本法所定之訓練、認證，領有證明得提供長照服務之人員。
- 四、**長照服務機構**（簡稱長照機構）：指以提供長期照護服務為目的，依本法規定設立之機構。
- 五、**長照服務體系**（簡稱長照體系）：指長照人員、長照機構、財務及相關資源之發展、管理、轉介機制等構成之網絡。

第二章 文獻探討

生活之緣起乃自然發生而後發展演進，健康保健之緣起亦源自生活之經驗，須經營發展與建構；為了生存，進一步滿足生活與生計之需求，則可構成人類文明往前邁進之原始動力，再將其擴大，則須強調身、心、靈及社會之良好狀態，恰構成文明發展的源頭。在此過程中，永遠難免有少數人口族群之成員在生存、生活、生計及健康條件居於弱（劣）勢，也談不上發展及創造，由此而有照顧、支持與協助之理念與實務需要之萌出，此乃健康照護之緣起、初萌、發展與演進過程（李世代，2010）。醫療、護理、長期照護相繼陸續而發展，於本章節將以文獻查證來說明其演進歷程，而後再進行長期照護之發展與護理的走向關連探討。

第一節 長期照護從醫療護理之發展濫觴

自古以來，人類常常遭遇到問題，即尋求解決問題的方法，又再遭遇到問題時就再再思考如何解決問題……，如此反覆運營累積之結果，方能從蠻荒邁向文明。千百年來，人的存在伴隨著種種的問題與需求（problems and needs / demands），此不外乎健康、生活及其他所可能遭遇面臨者。當問題與需求一出現，旋即產生須解決處理問題之「照顧“care”」嘗試，以因應此問題與需求。照顧本期待解決問題，但常不一定能如願，而因其隨時間發展演進，而漸感到「照顧」所能解決處理者有其瓶頸，且並不一定敷其所需，故只好在不一定完全處理解決之餘，求其次，即讓其須照顧之問題能恢復留儲（recovered, restored）、亦求情況勿進展或勿惡化變壞（arrested, not progressive or exacerbated）、或緩解（ameliorated, relieved）、或改善（improved）、或有所強化提昇（promoted），最後再不然，則僅能求『支持（support）』及『保護（protection）』罷了，照顧、支持及保護之時間通常可能拉得很長，可長達數月、數年或數十年，或甚至終生，

此照護安排雖有短、中、長期，然必以長期性者居多，故肇啟了長期性照顧、支持及保護（long-term care）之思維與議題，亦開啟了緩和、安寧及終末（瀕死）期照護（palliative, hospice & terminal care）等長期照護延伸性操作體系，而後方能落實『照顧、支持及保護（照護）』之意涵，如此方足以因應需求或需要之滿足，此即『長期照護』之濫觴（李世代，2010）。

一、長期照護從醫療護理之發展與界定

約莫始自四千多年前，人類在因應滿足生活之餘，難免有病痛不適，而開始具備了**健康**的意識與概念；二千六百年前，希臘在開啟人類之的古文明古文化之餘，亦開啟了解決病痛不適之**醫療**的意識與雛型；五百年前之十六世紀(1538~)起，西方社會開始出現**健康問題**或**疾病狀況**(morbid conditions)之描述與記錄；十七世紀開始，包括醫學在內現代科學便開始綻放，出現**死亡清單**、**健康疾病之觀察、記錄與彙編**(1662~)。十九世紀中葉的東羅馬帝國之經略及黑海克里米亞戰爭從醫療中催分出**輔助落實醫療之護理**業務與培訓體系。隨著對健康生活知識的累積，加上對自然環境及相關知識的充實，十九世紀末(1892~)開始出現**健康問題**或**疾病之闡述與歸類**，延襲十八世紀瑞典林奈(Carolus Linnaeus or Karl von Linne's)以來首創之生物分層歸類思維框架而將**健康疾病問題彙編**成一系，也因此開始了先進之**國際疾病分類系統**(International Classification of Disease and Related Health Problems, **ICD**)，從法國擴及歐美再漫延全球，至今已發展至ICD-10，ICD-11。因此，醫療乃針對**健康問題**或**疾病狀況**而生，其標的對象乃以**健康疾病問題狀況**之因應處置為主（李世代，2010）。

「長期照護(long-term care)」的內容本質自古即有之，可追溯到2600年前(BC 500)西方醫學之祖希波克拉底(Hippocrate)時代（李世代，2010）。從1920年代開始有慢性概念之浮現；1935年首次出現長期照護概念的描述，但只限於一般性的描述並沒有特別的思維；1946年世界衛生組織(WHO)成立，緊接著

嘗試界定健康之身心靈安適 (wellbeing) 之本質與內涵 (1948-1958) ; Maslow 的照護需求層次理論分別於1943、1954、1960年代時提出。1950年開始出現慢性病處理體制與實務之啟動，美國建制了慢性病體系 (U.S. The Commission on Chronic Illness ; 1956-1957) ，也有了臨床實務考量需求者以巴氏量表評估日常生活功能之缺陷 (在1950年代提出的只有日常生活功能概念)。1960年從疾病本位啟動了一系列疾病所帶來之影響、衝擊或剝奪之闡述，有太多的健康照護問題仍無法透過醫療之單一思維、單一切入、單一體系來有效處理解決，故醫療體系之外尚須跨越社區 (群) 之公共衛生體系及長期照護體系以彌補其不足之處，才能讓健康照護之理想目標可以進一步落實，長期照護在此時開始成型並成為專業的名詞；1970年代啟動了照護的描述、分類化及分級化的概念，此時長期照護開始有關個人、專業及政策界定的描述，雖然這時候長期照護概念已經出現，但是仍然是附屬在醫療體系之下。在此同時，七〇年代WHO 的阿拉木圖宣言 (Declaration of Alma Ata) 揭示了健康權利與基層照護 (Health Right and Primary Care) ，還有八〇年代接續揭示的公平公正全民均健六大原則與社區健康指標 (Health for All by the Year 2000; Health Indicators in Community) ，即奠定了人類之照顧 (護) 問題至少須有醫療體系、社區 (群) 體系及長期照護體系，缺一不可，最後再導向生命終端之臨終照護 (terminal care) (李世代，2013) 。至90年代，全世界先進各國及重要國際組織團體，包括世界衛生組織、歐洲聯盟 (European Union, EU)、經濟合作發展組織 (Organization of Economic Cooperation & Development, OECD) 等均已大舉投入『長期照護』之建置與推動。

在中國漢代有一種暫時性收養撫卹孤寡、流浪、乞討人的居養制度；宋代以後出現固定的長期或短期收養的居養機構如居養院、安濟坊、福田院、和漏澤園等，專為收容流民、乞丐和鰥、寡、孤、獨、殘疾無依者。明清以後，為弱者提供院內救濟的居養機構才較為普遍 (凱爾飛特譯，2009) 。當時發展出的收養機構與收容用意不也就是了解弱者或殘疾者生活需要被照顧的需求而產生的，也就

是當時的長期照護概念。

又於《莊子》庚桑楚篇中曾記述：「里人有病，里人問之，病者能言其病，然其病，病者猶未病也。若尅之聞大道，譬猶飲藥以加病也，尅願聞衛生之經而已矣」。此處所指之「衛生」，意為就經驗上對於生活起居加以注意，引申之，則為「保全本性」；經者，常道也；「衛生之經」，乃為保全本性之常道。而今日「衛生」一詞，其涵意已演進為**保持並增進身心之健康**。可見中國古代除了醫療之外，也有健康生活的概念發展。從人類文明歷史發展之軌跡中，照護議題不可能單獨存在，其乃須連接健康、生活與安全議題而串聯與呈現，不易切割，故長期照護領域中，**健康、生活與安全**等照護問題乃為整體性之存在。

ANA(1993)提出：「長期照護體系應能提供因疾病或殘障所造成之自我照顧或獨立生活能力缺損者，終其一生所需之醫療與生活協助，服務之提供應跨越醫療機構，須擴展至社區與家庭」。各國專家學者對長期照護的解讀也有所不同，根據Brody (1985)界定，認為「長期照護是罹患慢性或心理疾病導致身心障礙，而需要接受長期照護服務的人，提供診斷、復健、支持性、維護性與社會性之服務，其服務對象不僅包括病人本身，更應考慮到照護者的需要」；Kane & Kane 於1987年對長期照護的定義為：「乃指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包括長期性的醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力」；Weissert (1991)更廣義地定義長期照護之服務對象包含所有年齡組之人口，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供。而Liang & Tu (1986)則認為長期照護包含**人力、服務與資源**三大部分，提供正式與非正式之健康服務於長期失能的個案，其目標在於維持個案的最大功能。

我國行政院衛生署（現改名稱為“衛生福利部”）於1995年將長期照護界定為：「指針對長期照護者提供綜合性與連續性之服務；其服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性以至社會性之服務；其服務對象不僅包括病

患本身，更應考慮照顧者的需要」。此時的政府單位對長期照護所下的定義似乎環繞在醫療思維中。徐永年（1995）提出：「長期照護體系是一連續性及綜合性的照護服務，其所包括的層面不僅需有醫療體系的醫療服務，更需有生活照護及社會福利的配合」；李世代（1999）：「長期照護乃是指在一長段時間內，對身心健康功能不良（障礙不全、失能或殘障）者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護；其主要對象為居住於社區或機構中，因身心功能障礙，而須依賴他人之幫助，以行常態生活者……」；於2010年進一步提出：「長期性之照顧、支持及保護（即「長期照護」）有別於醫療或護理，乃生活活動參與問題的安排解決；健康方面之照護涉及專業、知能、技巧、品質管控與體系、平台及流程，故須有進一步之體制發展，才足以因應所需所求。而延伸出許多周邊相關之照護需求與提供、政策規劃、設計執行、知能技巧、教育訓練、資歷基準、證照採認、體系流程以及檢討控制等相關之事項，各涉及必要人、事、時、地、物之軟硬體考量」。

國內於2015年「長期照護服務法」中將長期照護定義為：「指對身心失能持續已達或預期達六個月以上，且狀況穩定者，依其需要所提供之生活照顧、醫事照護」。相較於其他國家，國內對長期照護之概念與意識型態仍無法脫離醫療護理思維，從對長期照護的定義就可看出端倪，仍把長期照護歸類在慢性病、復健的照顧模式，視野狹隘、認知不足，短期之內恐怕無法改善，若是繼續朝急性醫療後的延伸性慢性病照顧而行的話，也可能無法建立完善的長照體制。

綜合國內外文獻對長期照護之界定為：「長期照護是一種健康、生活、安全照顧等相關事務的描述，屬於一種服務理念、理想、使命之方向；長期照護是一個人因失能（disability）而經歷一段長時間的功能困難或不能（inability）時，在各種機構與非機構的照顧環境中提供一段長時間、持續性的服務，包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持（含經濟安全）之照護。其特有之本質，非急性醫療之延伸，也非慢性醫療，強調治療和生活的統合，在理念上必須把健

康醫療照護融入日常生活照護之中，服務之提供應跨越醫療機構，須擴展至社區與家庭」。表 2-1、2-2 為國內外學者對長期照護之界定彙編。

表 2-1 國外學者對長期照護之界定彙編

年代	學者	對「長期照護」之界定
1977	Brody	長期照護可提供一種或一種以上之服務，目的在使慢性功能障礙民眾的健康及福利維持在最佳的狀態。
1982	Koff	長期照護系統的服務是一種連續性的服務，對各年齡層的老人，因生理或心理的疾病，提供機構與非機構的診斷、預防、治療復健及支持性等服務。
1982	Winn	長期照護是一種範圍很廣服務措施，可滿足缺乏自我照顧能力的民眾長期的社會保護及醫療照顧需求。
1982	Brody	長期照護為罹患慢性病或心理疾病，致身心障礙而住進各類長期照護機構的人……，期使受照護者達到最佳的身體、心理、社會功能狀態。
1987	Kane等	將長期照護服務對象的界定從以「疾病診斷」為依據改為以「功能」程度為指標；並明確指出長期照護的照護期間是「長期」的，……，故長期照護是跨越衛生與社會福利兩大領域。
1987	Weissert	長期照護的目標在增進身體、社會、心理功能，其服務對象……，對其提供診斷、治療、復健及支持服務，而這些服務可在機構、非機構及家庭中提供。
1992	Kropf	長期照護是指在各種機構與非機構的照顧環境中提供服務，為了提昇案主的生理、社會與心理功能，以達到最佳程度。
1993	Somers	長期照護就是在家庭、社區或機構中提供一段長時間的醫學、護理、社會和相關服務，對象為罹患六個月以上的慢性疾病或失能者，包括功能性受損的個案。
1998	Kane等	長期照護是當一個人因失能（disability），而經歷一段長時間的功能困難或不能（inability）時，所給予持續性的幫助。 <i>*長期照護是一滾進的制度，所以Kane推翻了1987年自己對長期照護之論點。</i>
2000	Stone等	長期照護是指持續地對慢性失能者在日常生活中所提供之協助，可以運用低科技的服務來減少復健或代償所失去的身體與心理功能……；服務提供方式包括由人直接提供、陪伴或督導性的協助。

表 2-2 國內學者對長期照護之之界定彙編

年代	學者	對「長期照護」之界定
1993	藍忠孚等	指出需要長期照護的個案，往往因生理上的失能（disability）而無法執行日常生活功能，認為長期照護旨在提供慢性病或是失能……，一段長時間（約六個月）的照顧服務。
1993	吳淑瓊	因慢性傷害或老衰而產生身心功能障礙者所提供的照護，而這些照護包括所需的醫療、護理、復健、個人、生活等照護。
1995	徐永年	長期照護體系是一連續性及綜合性的照護服務，其所包括的層面不僅需有醫療體系的醫療服務，更需有生活照護及社會福利的配合。
1995	羅紀瓊等	長期照護是提供慢性病患（生理或心理）或殘障者相關的醫療服務、技術護理及個人照護等長期性、連續性並多樣性的健康服務。其目的在使接受照護者恢復、維持並增進健康或將其疾病和殘障的影響減至最低。
1999	李世代	「長期照護」乃是指在一段長時間內，對身心健康功能不良（障礙不全、失能或殘障）者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護；其主要對象為居住於社區或機構中，因身心功能障礙，而須依賴他人之幫助，以行常態生活者……。
2001	吳淑瓊	長期照護有它特有之本質，非急性醫療之延伸，也非慢性醫療。強調治療和生活的統合，在理念上必須把健康醫療照護融入日常生活照護之中，方可提供身心功能障礙者完整全人的照顧。
2004	陳惠姿	長期照護是一系列的照顧服務，依照失能者（失去體能或智能者）所保有的功能，以合理之價格在合適之場所，由適當的服務者在適當的時段提供恰如所需之服務。
2004	李世代	「長期照護」是一種健康、生活、安全照顧等相關事務的描述，屬於一種服務理念、理想，亦是一種服務目標、使命之方向；可以勾勒為一段長時間內，對身心健康功能障礙（不全、失能或殘障）者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持（含經濟安全）之照護。
2010	李世代	「長期照護」在巨觀或總體方面，乃為探討人類群體生命、生活、生計等主題之廣泛性領域或學門，為公共政策延伸之範疇；……。「長期照護」在微觀或個人照護實務方面，乃指在一段長時間內，於居家、社區或機構體系中針對身心功能不良（損傷不全、失能或殘障）……。

從各個不同年代階段對長期照護界定、價值與體系的描述，隱隱約約可看到社會價值在改變，從理論到操作實務，是一個政策施行的方向，必須要簡單易懂使相關人員能操作與執行。「長期照護」內容需求面通常須至少包含個人之所有生活參與涉獵層面，至少可達三百餘項以上之題項，可分成數個面向或類項而分別分類分級操作，可再匯整成探討須介入支持協助之照護需求等。長期照護能當一門學問來研究，但是要如何操作，就必須有工具、教育、培訓與課程設計等等。

經濟合作發展組織（OECD）於2008年針對其會員國將欲推動之長期照護宣示為：「一個人伴隨身體或認知功能能力程度的減低而需要一系列的服務，因此較長的時間協助基本生活活動（ADLs）依賴，例如洗澡、穿衣、吃飯、上下床或椅子、走動和使用浴廁等。這種個人照護的組成部分往往是提供結合幫助基本醫療服務，如幫助傷口換藥、疼痛處理、藥物、健康監測、預防復健或緩和照顧的服務。長期照護服務也可結合較低級別照護有關介助性質之工具性日常生活活動（IADLs），如幫助做家务、準備食物、購物和交通運輸等。」

長期照護所牽涉眾多的人、事、物和環境是複雜的，在巨觀或總體方面，是探討人類群體的生命、生活、生計等主題的廣泛性領域，包括需求的延伸及周邊因素的搭配，如資源利用、機構分佈、預算經費、功能性評估工具的發展及照護需求的分類分級等，所以強調的是政策觀點；在微觀或個人方面，是針對身心功能障礙者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持的照護服務，目的在維持自我照顧及獨立自主的生活能力，簡單來說就是評估個案並將評估結果以照護計畫呈現並依計畫提供服務，所以強調的是臨床及照護管理觀點（許佩蓉等，2006）。

為了解決失能者複雜且不同的需求，理想的長期照護體系應該給予連續性照護，並且以個案為主，根據個案的需求提供適當的協助與支持，以提升照護的可近性。Evashwick (1987)指出照護的連續性給予應透過服務和照護系統的整合，才能提供完整且長期的服務。

隨著年齡的增加，人的能力便不斷地在衰退，當衰退到一個程度就不能生活，此時，就必然出現了長期照護的需求。人的衰退是從不能行走開始，以不能進食為終。而這樣的衰退，是不分疾病的有無的，所以長照的重點並非在解決疾病問題，而是在解決生活問題。所有照護需求內容須連結資源之可用性，以確認追蹤其滿足與否；故長期照護所涉者乃以生活及參與面之照顧服務需求為核心主軸，再可能搭配以此照護需求出發之護理、保健、醫療、復健(物理治療、職能治療、呼吸治療、言語治療、輔具服務…等)、社工、心理、膳食營養、藥事及管理 etc. 等輔助性、配合性之系列，還有既存醫事專業提供之支持或維護等，因此而另再須關鍵且主導性之照護管理介入以有效串聯此龐雜之人事務時地項目。在照護服務之型式類型上，可分為機構式(護理之家、安養護中心……等)、居家式(機構外展之在宅服務、居家照護、居家護理、居家復健……等)、社區式〔送餐服務、日間照護、喘息(暫歇)照護服務；respite care)、託顧等支持性服務，以及較特殊化照護設計安排之特殊性質長期照護服務，包括失智(認知)症照護(dementia care；尤其是心理行為極端異常之BPSD)、呼吸器照護(ventilator/respirator care)、緩和或臨終或安寧照護(palliative, terminal or hospice care)、植物人照護(vegetation life care…)等照護方式或型態等(李世代，2012)。

總而言之，「醫療」訴求的是早期掌握疾病狀況，「照護」則是訴求早期掌握功能障礙或失能的問題。但是當面臨疾病狀況卻保有其生活面之活動參與功能，應無礙於其健康。當「醫療」遭逢瓶頸，並無法影響或取代健康活動參與等層面之際，就須思考如何早期掌握功能障礙或失能問題，這就是為因應新世紀健康預防保健之需要，所凝聚出新的預防保健思維與框架(李世代，2012)，也是人類在處理掌握健康及照護問題的最佳策略，在預防保健階段就要探討可能之既存及潛在的需求，以失能之監測而非以疾病篩檢為主，融合疾病醫療、公共衛生社區保健、以及長期照護等新三段五級之框架概念，以實質維持、改善、提昇健康，早期介入失能之防護；在出院規劃上也要及早介入長期照護需

求評估，以安排最適切的照護服務，而對於長期照護需求評估的內容、照護品質與進階監測也都要規劃完善。所以，單一的醫療或護理、社工或復健體系是無法完全掌握或處理失能、長照需求、與身心障礙者等的諸多照顧服務事宜。

小結

「長期照護(long-term care)」的內容本質自古即有之，1935年先出現長期照護概念的描述，1960年開始成型並成為專業的名詞，1970年代啟動了照護的描述、分類化及分級化的概念，從無到有，亦為人類文化文明發展的源頭與演進基礎與歷程。由歷史發展軌跡，照護議題不可能單獨存在，長期照護領域中，健康、生活與安全等照護問題乃為整體性之存在，而長期性之照顧、支持及保護(即「長期照護」)則有別於醫療或護理，對身心健康功能障礙(不全、失能或殘障)者，提供需一段長時間協助其維持基本生活活動(ADLs)，照護的組成部分是結合基本醫療服務，也可結合較低級別照護有關介助性質之工具性日常生活活動(IADLs)，乃至生活活動參與問題的安排解決。健康方面之照護涉及到專業、知能、技巧、品質管控與體系、平台及流程，故須有進一步之體制發展，才足以因應被照顧者所需所求。

二、各國長期照護之發展經驗

在21新世紀之長期照護議題，從宣導、籌備、推動、建構，乃至於檢討等，亦即從無到有、奠基啟動、理念深植、制度打造、法令規範、教育培訓、證照設計、執行運作、以及檢討改進等，均須投入不少人力、物力、財力及心力，尚不易圖其有成。到如今，日本已建置了世上並不多見相當完備的『長期照護』法令制度、社會價值、運作模式、以及施行檢討之慣性網絡，為世所矚目(李世代，2009)。目前長期照護制度已有立法的國家為：德國、日本、荷蘭、以色列、奧地利、韓國等。

以下將分別重點整理介紹七個先進國家：荷蘭、瑞典、德國、美國、英國、日本、韓國與我國的長期照護發展經驗。

(一)、荷蘭-長期照護發展

人口老化與長期住院之醫療費用高漲，大量的慢性病患，以及照顧身心障礙者及精神疾病患者所需的高額醫療費用，都是迫使荷蘭推動長期照護保險的主要原因，於是國會從1962年開始重視醫療成本控制的問題，並認為醫院及長照機構的照護費用應另謀財源(周世珍，2006)。再者，為了實踐統合主義(corporatism)與福利國家(welfare state)的平等及公平原則，並將民眾的健康照護視為社會權一般的重要權利，這也是荷蘭推動長期照護制度的重要因素之一。基本上，荷蘭長照制度主要是鎖定三大目標人口，包括：老人(含身體退化、失智等)、失能者(大部分是心理障礙者)，及精神疾病者。

荷蘭的老人照護相當依賴入住型的照護機構(機構照護)，照護主要是護理之家(nursing homes)與長者之家(homes for the elderly)提供。與其他歐洲國家相較，荷蘭的年長者住在護理之家以及精神與綜合醫院的比例相當高。長者之家是給健康情況仍能自我照顧的長者居住，提供醫療、生活與活動服務給住民使用。年長者可以自費入住長者之家，或者透過市鎮的需求評估委員會申請入住，經過社工或護理師的評估，若符合入住資格，便會予以安排，這種情況下荷蘭的高額醫療保險(Exceptional Medical Expenses)給付大部分的入住費用，住民只須繳交些許部分負擔。有某種身體障礙，無法單獨住在家裡的年長者，經過市鎮的需求評估的審核，可以住到護理之家，費用完全由重症醫療保險支付(周恬弘，<http://thchou.blogspot.tw/2009/08/3.html>)。

荷蘭對於長期照護人力的訓練，主要是著重於實習的經驗，至於荷蘭照護人力所需要的訓練時間，分為三個等級：一般照護協助人員(care-worker helpers)約需兩到三年；而一般照護工作者(care workers)則需三至四年的時間；荷蘭為

滿足長照服務提供者對於服務人力的需求，從 2000 年開始，新增一種新的專業（職業）類別，稱為照護助理人員(Care-work assistant)。照護助理人員主要的任務是在處理較不複雜的照護工作，而讓專業的照護人力可以有更多時間處理需要專業技巧的照護工作。

（二）、瑞典-長期照護發展

瑞典是公認的社會民主福利國家，全面的提供各項福利措施方案，服務涵蓋的層面包括了機構式服務、居家照顧、日間照顧、提供輔助設備和對非正式照顧者的支持，是所有 OECD 國家在長期照顧支出中最高的，其基本的理由仍在於視接受福利服務是人民的基本權利。雖然長期照顧的財務責任屬於國家，使用者仍必須負擔部分費用，服務提供的方式也採公、私部門混合，但面對未來的人口和經濟變化，瑞典仍然需要尋求其他的方法來增加資金（吳淑瓊，1998；朱貽莊、陶屏、陳玉芬，2012）。

瑞典對於長期照顧的需求相當重視，必須藉由家庭做為照顧的人力，因此 65 歲以上人口中仍然有 12.7 % 是由非正式的人力來提供協助（朱貽莊、陶屏、陳玉芬，2012）。瑞典長期照護的目標強調在地老化，政策上支持減少護理之家的使用來因應服務需求的增加，並給予概括性補助預算，也積極鼓勵私人提供服務，或使用服務券的方式，以刺激成本效益及服務選擇的多樣性。另一方面，瑞典政府也承認非正式照顧人力的重要性，因此在協助非正式照顧者的措施上，自 1989 年開始即提供照顧假，讓非正式照顧者可以有權利申請帶薪休假 100 天，並獲得 80% 的工作收入，以照顧臨終親人或處理其他緊急狀況。其他支持家庭照顧者的措施尚包括日間照顧、喘息服務或照顧者支持團體等，在一些地區還提供照顧津貼，用以支付給家庭成員來支持照顧有慢性疾病、老人或障礙的家人。至於在維持照顧品質方面，雖然國家訂有長期照顧工作者的培訓標準及計畫，但該標準的規範，包括最低訓練時數的要求，並不適用於家務助理人員（吳淑瓊，

1998；OECD, 2011)。

瑞典的經驗顯示，普及式長期照顧服務可提供民眾完整的福利服務，但因應經濟不景氣與服務需求增長的財務壓力，提高了對服務提供的效率與效能的要求，地方政府採取的因應措施包括鼓勵減少機構式服務、開放私人營利者提供服務加入競爭等，均以降低成本為主要考量（吳淑瓊，1998）。

（三）、德國-長期照護發展

1950年代德國開始將退休老人納入健保強制保險對象。1973年，老年人口比率達14%，德國政府開始正視老年問題帶來的挑戰，長期照護問題再度受到重視。但因為照護資源不足且支出龐大，導致需照護者易陷入貧窮，仰賴社會救助維生。爾後，政府陸續提出三項政策：1988年的「健康改革法」、1990年的租稅改革、1992年的年金改革，謀求減輕個案與家庭內照護者的負擔（江清謙等，2009）。歷經21年的討論，在1994年確認採行社會保險體制、政府補助機構硬體設施以及勞資共同分擔保費後，公告德國長期照護保險法。評估工具是以「照護需求」為主。

德國於2000年9月29日通過老年護理人員法，自2003年8月1日生效。2002年頒訂老年護理員(Altenpfleger)相關的教育訓練以及考試之法規命令此一法律的制定主要在建立一致性的教育訓練，以取代原先實施於各邦的不同制度，並整合照護相關職業的養成教育。以期在人口老化的社會中，對於老人的照顧與支持提供持續性的專業人力。尤其要建立一種全國一致的教育水準，激發與形成此一專業工作領域，賦予其清晰的願景。為達成此一目的，其職業養成期間原則上要持續3年之久，且教育的內涵及證照全國一致。因此，內容包含理論上的、專業實務上的課程以及以實務為主的訓練。訓練內容應著重於「完全照護」的養成，從社會的與心理的知識，到老年時期所加重的醫療照護需求等（李選、黃正宜，2006）。

德國老人長期照護訓練，有完善之老人護理學校制度。兩年制為全時間訓練，三年制為部份時間訓練，必修之訓練時數為1600小時。德國老人護理教育之特點在於：老人護理不是護理學校畢業之後再進修的次專科，是專為老人服務的行業，除了要具備基本醫學(解剖、生理、藥理、神經學、精神醫學、營養學)、老人護理的訓練，還需要倫理、法律、社會工作、心理學等課程。照顧的對象定義為「居民」，而不是病人，目的是維持或恢復健康，使其能獨立和自我照顧，接受每個人在其生命的最後階段都有需要長期照護的事實(葉宏明，2000)。

在德國，根據第7a條第3項規定成為照護管理師(Care manager)，須具備下列4要件：(1)須為「健康與疾病照護人員」、「健康與兒童疾病照護人員」、「老人照護人員」、「社會保險專業人員」或「完成社會工作大學課程者」。(2)於2009年1月1日以前，已於照護保險人處從事照護諮詢、管理等工作至少3年。(3)須提出「照護專業100小時」、「個案管理180小時」與「法律120小時」等400小時之繼續教育證明。(4)另須提出於社區照護服務處1週、於部分機構式照護機構2天之實習證明。2009年起，德國各邦設有照護據點(Pflegestützpunkt)，提供社會工作、照護與社會福利法等諮詢與管理，尤其強調個案管理(Fallmanagement)與個別照護人力之於共同照護(Poolen)與更多之可能性(江清謙等，2009)。

德國的安養院人員設置標準依據安養院法(Heimgesetz)，照護業務之負責人則應受過健康機構或社會機構之相關教育，並取得國家所認可之結業證書；各種照護服務之行為僅得經由專業人員，或在專業人員參與之下才可執行，每20位不需照護之住民或每4位需照護之住民至少應配有1位專業人員，且於每2位工作人員中應有1位專業人員；機構中收有需照護之住民者，在夜間執勤時亦應至少配置1位專業人員。

德國政府對老人照顧的方向及目標為：期待社會參與老人照顧工作，年輕人與老人住在一起。也希望老人自己參與社區生活並儘可能協助自己生活起居。政

府也期待老人住在自己家中而多方面提供居家照顧。所以，德國老人醫學照顧的精神在於，以居家照顧、社區照顧為主，提供的居家照顧項目比起台灣來說是非常豐富（葉宏明，2000）。

德國近年來也意識到失智症者患者遽增，確實需要龐大照護人力，對此提出失智症照護人力之補充政策，建議此等照護人力之專業度、能力與知識，以及其得提供或該如何提供服務，均應有所規範。因而，未來德國對於失智症者之照護政策，不僅將可能修法增列對失智症者持續照管，對於照護人力資格、條件等也將透過立法或由法規命令規範（江清謙等，2009）。

（四）、美國-長期照護發展

美國公部門介入長期照護是採取保守的態勢，關於長期照護相關的法案有：1935年國會通過的社會安全法案，最初法案僅有老年保險，其後陸續加入遺屬保險和殘廢保險。由於該法案禁止老人年金與低收入戶津貼支付給公立救濟院，因此，私人營利性質的老人安養院大量成長，並逐漸往大型護理機構規模發展。為了矯正營利機構過度擴張，1954年修訂Hill-Burton法案，以公共資金鼓勵公營或非營利組織建造護理之家及其他相關醫療、復健等設施（賴育芳，2010）。

1965年通過健康保險及服務之醫療保險(medicare)與醫療救助(medicaid)。美國老人法亦於同年通過。該法案目標主要是提供每個老人平等的機會享有維持其健康與尊嚴的充分的收入、工作與退休、享受優惠價格的交通服務和社會服務協助等社區服務措施等等，美國老人法在1978年修正並成立監察照護制度，其要求各州政府必須於長期照護預算案中，包涵對各老人照護機構的品質保證的要求（賴育芳，2010）。

美國於1987年通過著名的OBRA(Omnibus Budget Reconciliation Act)法案，對機構式之長期照護作了鉅細靡遺之系統性規範，ORBA法案的內容：長期照護機構住民之評估(resident assessment)、評估所需要之最小資料組合(minimum

data set, MDS)、評估之工具(resident assessment instrument, RAI)、評估之範式(resident assessment protocol, RAP)等均有所規範。

在長期照護人力培育及發展上，美國自1970年代就已開始有老人護理學，1980年代開始有碩士層級的課程培育老人執業護理師或臨床護理專家。美國奧瑞岡大學(Oregon University)護理系學士課程描述所培育學生要具備的老人照顧力包括：溝通、評估、調適照顧計畫、增進高齡者功能、優質老化、因應複雜系統、組織系統及倡導代言等能力。護理人員應有的老人照顧能力包括：溝通、辨識生理及心理的變化、疼痛處理、皮膚完整性、生活功能、營養及水分攝取、老人虐待及出院準備服務等八項核心能力(李怡娟，http://www.tane.org.tw/show.php?news_no=215)。老人照顧的護理人力分為兩個層級：(1)老人護士(gerontological nurse)，具有副學士及學士層級者可以參加考試獲得此資格，以及(2)老人執業護理師或臨床護理師(gerontological nurse practitioner or clinical nurse specialist)，須具碩士學位者方可報考資格。

(五)、英國-長期照護發展

英國長期照護起源於大二次世界大戰之後，與國民保健服務(National Health Service, NHS)有同樣長之歷史。英國的長期照護內含於國民保健服務醫療體系之內，包括初級照護(primary care)及次級照護(secondary care)。初期照護是健康服務體制的脊柱，亦為NHS的基石，次級照護則提供地區人口健康服務，並確保國家健康計畫與地區性健康計畫一致，具有提供健康服務及統籌調配的功能(引自梁亞文、劉立凡、林育秀，2010；NHS choices, 2010)。

英國近期長期照護保險演變之重大事項：1963年公佈社區照顧藍皮書(the development of community care)，建議讓居住於家中之老人獲得必要之協助，避免與社會隔離；1978年英國衛生暨社會安全部公佈「社區照顧統合」(collaboration in community care)，強調社區照顧之理念，其內容包括成人訓練中心、日間照顧

中心、庇護所、臨時收容所、團體之家、以及替代或補充其他醫療院所或大型寄宿機構之工作場所；1989年通過「照顧人民」(caring for people)的社區照顧白皮書，其政策對於英國90年代以後之社區照顧影響重大；1993年擬定社區照護改革，其目的要讓政府退出直接供給長期照護之角色，改由鼓勵民間提供，並給予相關之補助。1996年英國政府執政黨－保守黨透過立法並提供各種優惠藉此鼓勵人民購買商業性之長期照護保險，但於新工黨政府上任後，商業長期照護保險之立法也就無疾而終。2001年通過老人之全國性服務架構(national service framework for older people)，為第一個特別針對老人照顧整合型的十年計畫，期待透過照顧標準之建立，降低全民健康服務之健康及社會服務提供時之差異。計畫目的旨在確保老人能夠獲得公平、高品質，以及整合性的健康與社會服務（賴育芳，2010）。

英國為最早有全國性健康照護體系，亦最早提供國民健康服務制度之國家。英國之長期照護制度主要是由主管醫療照護的國民保健服務(NHS)與衛生部下的社會照護署(social care group, SCG)共同負責，國民保健系統(NHS)是由中央主控長期照護之業務，提供護理之家或居家護理之服務給需要基本醫療照護之民眾，而財源與執行則由中央直達地方衛生署；社會照護署在長期照護中所提供的老人照護上之服務包括安養之家、護理之家、居家護理、日間照護、送餐服務等等服務項目（賴育芳，2010）。英國長期照護費用的主要來源有二：一為一般稅收（general taxation），包含國家保險的相關收入；二為機構、居家及日間照護對高齡者及其家屬之收費（引自梁亞文、劉立凡、林育秀，2010；Comas-Herrera, Wittenberg, & Pickard, 2005）。NHS的財源主要來自一般稅收，地方政府的財源則主要來自於地方稅收、中央政府的撥款及使用者共同支付。

英國護理協會（Royal College of Nursing, RCN, 2004）因應該國老人照護需求，提出「伙伴關係中的關懷－老年人與護士共同迎向未來（Caring in Partnership: Older People and Nursing Staff Working towards the Future）的立場聲

明，指出護理協會成員將夥同老年人及其利益關係人共同確認老年人的照顧需求，並透過珍視老年人、強化其潛能、以及保護並支持弱勢者。具體措施包括：將老人護理納入課程，培育有能力與老人建構夥伴關係的執業護士，以及有能力與相關專業人員合作的跨機構/跨組織/跨專業的執業護士（陳惠姿，2008）。

美、英兩國護理團體因應高齡化社會在老人照護的需求，不僅從學校教育也從繼續教育積極培育護士在老人照護的能力，不但重視直接照護能力，同時重視跨專業/跨組織的勝任度（competency in liaison）；他們重視高齡化社會需求、運用社會資源、發揮專業團體力量主動（active）、回應（responsive）態度，在高齡社會需求中尋求專業發展的契機（陳惠姿，2008）。

（六）、日本-長期照護發展

1990年代的初期，日本政府開始討論長期照護的議題，而後在1997年12月由國會成立介護保險法，1999年10月通過了長期照護保險法之配套，政府開始派員至各市、町、村針對介護保險制度進行說明。高齡老人的照顧，成為嚴重的個人與社會負擔，因此日本政府於2000年4月開始施行介護保險法，目的在解決財政困境並提供合於需求之照護。日本的長期照護保險方案是世界上第三個採取社會保險模式的方案；第一個是荷蘭在1967年所推出的方案，第二個則是德國在1995年所實施的方案（李世代等，2009）。

日本長期照護保險制度，是由市町村擔任保險人，負責保費的計算、徵收及管理，保險給付的核定、支付及照護服務的輸送等；六十五歲以上的高齡者為第一類被保險人，四十到六十四歲者為第二類被保險人。相對於選擇式保障，該制度為普及性。保險給付上，由外在的身心失能為給付判定標準，第二類被保險人規定，只有罹患腦中風、帕金森氏症、初老期失智症者才給付；給付方式是以現物給付（benefit in kind）為原則。保險財源來自被保險人所繳保費與部分負擔（約10%），政府補助近一半，雇主負擔少許費用。對於低收入者的保費與部分

負擔有減免（林淑萱，2003）。

日本的介護體系投入大量人力物力開發出獨特重要之「介護調査票」及類似一般所稱之『介護需求評估量表』且從一開始之85題，減少至79題，在增至82題，2009年3月再檢討之更新版本為74題。『介護需求評估量表』並出版成專書教材，由厚生労働省出版。

介護保險執行後每五年進行一次檢討改善措施。於2005年執行檢討中發現，施行五年後民眾使用結果反映出需要介護認定及利用服務的人越來越多、服務提供者也相對增加、民眾對介護保險制度的依賴普遍提高，顯見介護保險制度於生活中之重要性。但介護保險執行五年也帶來財政上相當大的壓力。另外依據統計也發現，需要介護者半數具有失智症狀，因此失智症照護對策制定實為當務之急。改革重點在制度面為制定障礙者自立支援法，加強自立功能，讓障礙者達到最大自我照顧功能，以維持有尊嚴的照護。

介護保險制度的執行，使得照護人力需求大增。2006年起日本導入「照護職員基礎研習」制度，由都道府縣或都道府縣指定對象實施訓練。其中30小時失智症者照護理論與90小時的應對溝通及照護技巧等實務課程，可謂因應失智症老人快速增加的畫時代需要。「照護職員基礎研習」主要目的如下：（1）提高照護職員的專門性、提升照護品質；（2）建立照護提供現場的核心人物；（3）確保從事照護職員人才。「照護職員基礎研習」全程課程，包括講習加實習共360小時，另設置機構實習140小時，合計500小時。照護職員研習課程結業者，可擔任服務提供主體負責人、照護職員主任、居家照護服務員（專職）等職務（李光廷，2009）。另外，由都道府縣或政令市指定推薦護士、介護福祉士（care worker）接受為期一個月失智症專業知識與照顧技能的課程訓練以培育相關人才。

日本介護體系團隊包含有介護支援專門員（Care manager）（都道府県依厚生労働省令で定める基準養成研修）、介護員（ホームヘルパ類似台灣的居家服務員，依其養成時間與課程內容又可分為三級亦可晉到介護福祉士，再晉到介護支

援專門員，其他則為保健師（公共衛生護士）、看護師（護理RN）、准看護師（護士LPN）、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、社会福祉士（social worker）、介護福祉士（care worker）、義肢裝具士、その他：（柔道）整復師、あん摩マッサ-ジ指壓師、鍼師、灸師、機能訓練指導員、健康運動指導士、健康運動實踐指導者、福祉用具専門相談員、福祉施設高齢者施設での實務經驗2年以上の者、協會が認めた者……。

依日本經驗，長期照護人員為技職體系之培訓主幹加上實務經驗兩年之訓練、各種醫事人員之跨越或轉銜、以及照護管理證照之設計。日本介護保險當中主要照護專業人力有介護士及照護管理師兩類；介護士是對受介護者和介護工作者所給予的介護方面的指導。而照護管理師的正式名稱為介護支援專門員（Care Manager），是根據2000年施行的「照護保險法」，針對被認定需要照護、需要支援的人能得到適當的服務，為其制定「照護計畫」（care plan）所新定的公務員資格，在人員的進用先設定具備多年實務經驗的門檻，背景也規範以醫護、保健、及社福等專業。資格的取得得先考試通過「照護支援專業人（照護管理師）實務研修聽講考試」，再賦予參加「照護支援專業人實務研修」的資格，因為「照護支援專業人實務研修」的課程沒有考試，必須歷經嚴謹之研修流程。具體工作內容在介護保險法有明確規定，首先是**認定需要看護的業務**，要點是代理案主申請照護及被保險者家庭訪問調查。接著就是**執行照護計畫**，包括問題分析（評估）、照護服務、服務的仲介和管理、服務提供狀況的掌控及評價。第三則是**給付的管理**，有支付限度額的確認、計算使用者負擔的金額、製作服務利用票或服務提供票、提供給付管理票。工作場所是醫院、住宅介護支援事業單位、特別養護老人院等介護保險設施、民營介護服務中心等。Care manager的專業技能與其工作性質有密切關係，最重要的是要獲得被介護者本人及其家屬的信任（王香蘋、蔡淑鳳、陳淑芬、李增展，2010）。

日本將長期照護視為一種生活照顧而非專業醫療服務，照護人力是以住民人

數對照顧人數比例為主要管理依據，老人特別養護之家的人力配置，有些機構會高於法令規定，其照顧服務員人力比則約為1：2，夜間則由一位非醫療人員留守照顧20位住民。大多數老人特別養護機構，將其所有的照顧人力均算入（含照護管理師、院長、事務員、營養士、相談員、社工、治療師、照護服務員），其人力住民比約為1：2，若只看照顧服務員人力，其人力比約為1：5左右，失智症團體家屋的人力配置上，則是一位照顧服務員照顧兩位住民（1：2），另有臨時照顧服務員支援（葉玲玲、謝媽娉、鄭文輝、朱僑麗、徐慧娟，2007）。

另外，日本經過15年的介護保險實施，對失智症老人已確立充實的社區照護體制，並整合相關機構設施連結與建置諮詢體系，創造出失智症安心生活的社區環境，是值得國內學習效仿的。

（七）、韓國-長期照護發展

韓國急速高齡化的過程中，因老年性疾病所造成的醫療費負擔，以及因老年後對侍奉需要的增加，特別是後期老齡人口的增加速度更為迅速之故所以加速了對長期照護的需求。於是2000年即開始規劃，於2007年4月2日在國會會議中一致通過了長期照護保險法，4月27日公佈，5月1日則立法啟動韓國長期照護保險設計乃依附於健康保險體系；國民健康保險計劃所定全民為被保險人、照護需求者及家屬、以及受益人需要照顧和支持援助者，藉由醫療援助法可申請長期照護保險服務或福利。韓國在2008年7月1日起開始正式施行老人長期照護保險制度（李世代等，2009）。

韓國之長期照護保險參考日本與德國之制度，採日德混合制。其保險對象涵蓋人口為全民，保障受益對象則以老人為主，列屬主要照護需求者，還有少部份小於65歲之長期照護需求者（如失智或腦中風後遺症等）。保險人為國家健康保險公社（National Health Insurance Corporation, NHIC），長期照護之需求由國家健康保險公社(NHIC)認證，照護需求主要以團隊訪視評估照護對象ADLs之量化

估算，其需求分級採3階制(3 levels)，評估工具採52題之評估項目，但仍參採醫師之專業報告，以年評估一次為原則（李世代等，2009）。『長期照護需求評估與測量』之工具設計是師法日本，因此其用法亦差不多。長期照護保險制度的施行，大幅創造了就業機會，但無詳細或制定相關照護人員之培訓養成管道。

（八）、台灣-長期照護發展

為因應高齡化社會遽增的長期照護需求，政府於1998年起陸續推動「建構長期照護體系先導計畫」、「新世代健康領航計畫」、「加強老人安養服務方案」、「照顧服務福利及產業發展方案」及「長照十年計畫」等各項方案，並於2004年成立「長期照顧制度規劃小組」。為建構完善的長期照護制度，我國長期照護政策發展分下列三階段進行：第一階段之長期照顧十年計畫，為長照服務及體系前驅實驗性計畫。第二階段以長照服務法健全長期照護服務體系與網絡，透過法規的建立提升服務品質。第三階段長期照護保險的規劃辦理，以普及長照服務。

目前國內長照之服務事務規劃、執行、監督與管理等，分屬在醫療衛政體系、福利社政體系、退輔體系、勞政體系，甚至包括農政體系、經濟建設規劃等體系下，在這樣多頭馬車管理之下，各體系觀點不同、理念目標不一，發展當然分歧，導致長照政策、制度在推動上，原地踏步。國內社政和衛政照護體系的分立是需要重視的問題，如何透過結合社會照顧和醫療照護以建立連續性的照護服務體系，目前仍是缺乏具體建議與策略的（吳淑瓊等，2002），再加上國人對長照的正確認知不足、自覺能力太弱，總以為「長期照護」是日本或歐美國家的問題，政府也遲遲未推動適合本土國情的長期照護制度，諸多原因導致我國落後其他先進國家十幾年。

目前我國各地方政府的經驗、能力、人力與財力等差異甚大，醫療與社會福利資源仍分布不均、城鄉差距大，偏遠地區資源可及性(availability)與可近性(accessibility)均有待努力。而長期照護乃新興且勞力密集的服務，其所需各類服

務人力嚴重不足，跨專業間人力的分工合作模式仍然模糊未定，連各級政府的社政與衛生行政管理人力亦嚴重欠缺。但目前政策並未全面評估長期照護人力的需求，也未訂定全面人力養成計畫，將阻礙資源的發展和服務品質的提昇（吳淑瓊等，2002）。在人才培育方面，衛生福利部規劃了「長期照護專業人力培訓」課程，分為三個階段：(1) Level I 共同課程：使長照領域之人員能先具備長照基本知能，發展設計以基礎、廣泛之長照理念為主；(2) Level II 專業課程：因應各專業課程需求不同且列入服務場域考量，各專業領域各自訂出應訓練時數，再依大方向規劃原則，分別訂定細項課程，發展個別專業領域之長照課程，強調專業照護能力；(3) Level III 整合性課程：在重視團隊工作及服務品質增進的前提下，如何與其他專業人員適時合作溝通相當重要，課程設計以強化跨專業及整合能力為主。課程目標是為協助長照醫事人員取得完整認證及資格，使目前之專業人員除了原有之急性醫療照護能力與知識外，還能學習到長期照護所需的技術、能力與專業知識；至於達成課程目標之師資與教材則不明朗。於2014年立法院社福衛環委員會初審通過之「長期照顧服務法」第十一條規定經訓練、認證之人員才能從事長期照顧服務。

但多數人反映此課程內容淺顯易懂，再加上師資不足或都是以護理老師居多，而他們可能未曾研讀長照專書或有相關實務經驗，導致每年的課程設計無多變化或普遍偏向護理的照顧理論，課程進階計畫亦缺乏周全規劃，更遑論專業證照之考試制度，所以使得很多人員多年參與的心得便只是因為“按照規定”出席而已，並無得到實質效益。

小結

德國、荷蘭的長期照護保險制度之所以可以永續經營，最主要的關鍵係在於照護品質的監督與財務控管之間能維持平衡；德國與日本實施長期照護保險制度已有多多年歷史，不僅在政策擬定、財務規劃、計劃運行與經營管理、以及從事照

護之實際施行等四個基石之長久永續性健康生活照護福利事務上都是比較完善的國家。對失能與失智症者照護之規定，以及照護服務人員之資格與專業受訓等，德、荷、日的經驗都值得國內學習。

台灣目前面臨了人口快速老化、疾病型態轉變以及家庭照顧功能降低等因素，致使家庭已不足以滿足其成員的照護需求，而必須求助於社會與政府的介入。長期照護的需求不只是侷限於老人，對於失能者及身心障礙者都有這方面的需求，且隨著年齡增長，失能比率就愈高。國內在建置醫療、福祉、僱傭、年金及人文平台，都不及德國及日本。我國應學習效仿德、日由政府啟動發展長期照護投注，藉由強調自助、互助精神模式，在既存之全民健康保險系統之外，另行建立一相輔相成之獨立保險體系，包括技職教育設計與定位、公民教育內容與推廣、大眾宣導等等，有效掌握巨觀面與微觀面之照護需求評估、推動相關必要之立法及修法、釐訂照護需求項目與相對財務合理經算規劃。因此，若國內未能適時發展完善的長期照護體系，將難以滿足長期照護者多元化的需求。

長期照護需要一個照顧團隊(care team)，包含：照護工作者(care worker)、照顧者(caregiver)、照顧提供者(care provider)、日常生活服務的人(care helper)等等，因為有了這些角色的參與，使得長期照護與醫療有很大的差異。由國外發展經驗，照護活動是從醫療照護開始，進展到長期照護，最後才演進成臨終照護，是階段性的發展；然而在台灣，目前中階段的長期照護概念仍未普及，大多是直接從醫療照護跳到臨終照護，這是長期照護觀念未深植人心的結果，長照的照顧責任便落在親人身上，帶來許多巨大的壓力與衍生出一些社會問題。

「長期照護」因融合了“人”、“照護事項”、“照護場域”等整體供需之經營管理，也涉及『生活』及『參與』，而以人、事、物、品項、時間、場點、網絡、範疇、面向、執行操作……等，已不能以醫療或醫事之角度只著眼其中基本之醫療護理部份，須新創『照顧服務』一專業之職系，賦以社會價值及尊崇，此在北歐、德日等長期照護之先進國家早已成一專業職系，並嚴格要求其培訓及養成基

礎。反之，國內一直將長期照護解讀為長期醫療護理，釜底抽薪解決之道便是推動長期照護的概念，建立社會人文價值觀。

表 2-3 為各國長期照護制度與特性，都是希望藉由方便獲得及持續性照護來增強服務品質及滿意度，目標在增進、維持獨立功能，增加供給者的效率，以最大限度的使用資源達到成本效益，並期許能貼近民眾更為便利的使用之。

另外，整理德國、日本與台灣的照護管理師培訓資格比較如表 2-4。在德國，「老人照護」已制定法規，也在大學開立獨門的科系，若預從事老人照護相關職業，就要從大學開始學習；有實務經驗後再選擇繼續進修或接受培訓成為照護管理師，照管師課程及時數也規劃周全，整體來說，研究者覺得德國的照護人才教育培訓制度規劃的較嚴謹也完善，是很值得國內效仿的。而日本也是，日本對培訓「介護支援專門員」（照管師）的資格要求也是有層層關卡，必須先考試通過「照護支援專業人（照護管理師）實務研修聽講考試」，再賦予參加「照護支援專業人實務研修」的資格，完成課程並考取證照才能執業，以介護保險法為依據保障工作職責與專業角色地位。這些是台灣目前規劃不及德、日之處。

表 2-3 各國長期照護制度與特性

	日本	德國	荷蘭	英國	台灣
實施年份	2000	1996	1968	1946	2015/5/15 立法通過「長照服務法」，預計 2017 年實施。
主管機關	1. 厚生勞動省：政策、法制。 2. 市町村：執行。	1. 聯邦衛生部：政策、法制。 2. 聯邦長期照護委員會：照護保險之品質監督與評估。 3. 各邦政府：執行。	1. 健康福利體育部：主管、制訂政策、立法。 2. 健康保險局：管理、監督 AWBZ 基金、提供政策建議及基金、預算的運用、接受服務提供者或機構認證。	1. 衛生部：政策、法制，提供醫療服務。 2. 地方政府：設「成人社會服務局」執行、提供醫療以外之個人照護服務。	1. 內政部、衛生福利部：政策、法制。 2. 地方政府：執行。
定義	長期照顧服務係以日常生活需要協助的人為對象，依介護調查票執行協助時間共分為 7 級	當身、心、靈生病或障礙，日常生活需持續性、規律性地被照顧至少 6 個月時，就具備「照護需求性」要件。	慢性的、重大的疾病，以及身心障礙者等需長期照護者。	依個案特殊需求來擬定服務模式，需跨專業團隊的協調合作，使個案因持續性照護。	一段時間內提供身心障礙一套含醫療、護理、個人及社會支持的長期照護(Kane & Kane,1987, 1998)
保險性質	社會保險	社會保險及稅收	社會保險	稅收	社會保險
費用來源	保險及政府補助	保險費	保險費	政府支出	保險費
對象	高齡為主 (40-65 歲限定因特定疾病引發致愛而有所需求者)。	全民	全民	地方決定標準，有嚴重失能者即符合資格。	— 65 歲以上 ADL 有問題。 — 55-64 歲僅 IADL、認知障礙的原住民失能者。 — 50-64 歲僅 IADL、認知障礙的身心障礙者。 — 以上僅 IADL 失能又獨居老人。
評估流程	1. 提出申請 2. 需求認定 3. 審查等級 4. 選擇服務	1. 提出申請 2. 專人審查 3. 二次評估 4. 服務提供	1. 提出申請 2. 團隊評估 3. 需求判定 4. 提供照護	1. 提出申請 2. 地方認定需求層級 3. 提供照護	1. 提出申請 2. 照管中心認定層級 3. 提供照護

*參考資料：LTC 導引，上課 ppt，李世代 (2015)。

表 2-4 照護管理師培訓資格比較

	德國	日本	台灣
專業背景	<ol style="list-style-type: none"> 須為「健康與疾病照護人員」、「健康與兒童疾病照護人員」、「老人照護人員」、「社會保險專業人員」或「完成社會工作大學課程者」。 另須於5年內擁有2年以上實際職業經驗者。 	醫護、保健、及社福等專業	社工師、護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師等與長期照顧相關之專業人員
具備資格	已於照護保險人處從事照護諮詢、管理等工作至少3年。	得先考試通過「照護支援專業人（照護管理師）實務研修聽講考試」，再賦予參加「照護支援專業人實務研修」的資格	領有醫事專業證照，並有2年以上相關照護工作經驗
訓練課程 & 時數	<ol style="list-style-type: none"> 須提出「照護專業100小時」、「個案管理180小時」與「法律120小時」等400小時之繼續教育證明。 另須提出於社區照護服務處1週、於部分機構式照護機構2天之實習證明。 	「照護支援專業人實務研修」44小時	「長期照護專業人力培訓」三階段課程
證照制度	有專業證照，依法規定提供諮詢、照顧與照管服務 (§92c II SGB XI)	介護支援專門員證（有效期限五年）	無專業證照
工作內容	<ol style="list-style-type: none"> 須對照護需求者或其照顧家屬需求與情況，提供資料。 介紹或協調健康促進、預防、療養、復健與其他醫療照護和社會救助與支持提供。 將整體照護、照顧提供網絡化。 完成個別供給計劃。 	<ol style="list-style-type: none"> 認定需要看護的業務。 執行照護計畫。 給付的管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 個案照護業務：提供包含居家服務、日間照顧、居家護理等等。 提供長照生活輔助器材展示及租借管道。 辦理家庭照顧者培訓課程。

第二節 護理從醫療之發展而生

人類的存在即有種種健康問題與照顧需求，凡生、老、病、死，而需要他人的保護與照料，照顧（護）的發展常先有醫療之概念，再及於照護之概念，護理也就在此自然情況下孕育而生。若干世紀以來，「護理」一直受宗教信仰影響，在修道會提供免費醫療服務，當時的「護理」工作是一種個人行為而非『獨立事業』，是教徒的宗教活動之一。有組織的「護理」源於中世紀十字軍東征時，『寡婦會』、『童貞女會』、『修道院』等積極推行各種「護理」工作，使「護理」工作組織化、社會化。而「護理」一詞，乃譯自英文的"nursing"，而"nursing"則由拉丁文的"nutricius"演繹而來，含有「扶養、扶助、保護、照顧幼小、病患及殘疾等」，「對無助的嬰兒給予母親般的照顧」之意。

自有人類以來，護理工作就存在，在原始的社會中，護理為「養育」之意，或許就是因為這種照顧行為被視為一種天性，所以護理的發展到了十八世紀還不被重視。護理發展的第一個歷史記錄是記載於1850年的東羅馬帝國，當時無「護理」之詞彙，但已有類護理（nursing-like）之服務內容及型態存在，聖經中記載：「*I commend unto you Phebe our sister, which is a servant of the church which is at Cenchrea:*」(引自羅馬書16:1)，「*That ye receive her in the Lord, as becometh saints, for she hath been a succourer of many, and of myself also.*」(引自羅馬書16:2)；在早期基督教時代，菲比（Phoebe）被認為是第一個女執事和訪視的護士（PHN, the first Visiting Nurse），她主領了教會的姐妹們開始照顧及幫助了許多人，當時照顧人的惻隱之心被視為一種天性，並未有真正護理的專業訓練。至十四世紀以後，西方社會經文藝復興及工業革命一連串衝擊，使「護理」進入黑暗期長達三百年之久。十九世紀中葉，護理專業之發展仍滯留於勞務階層，直到1860年，現代護理於佛羅倫斯南丁格爾（Florence Nightingale）在英國倫敦建立護理學校，奠立護理教育制度後，除在歐洲傳布，且隨著移民風潮，迅速傳入北美國家，於美國萌芽與成長，護理才又進入嶄新的境界。十九世紀中西方國家在

科學的顯著進步下，致使醫療環境中出現許多重大發明、發現與突破，在醫療檢驗、多種致病菌與化學藥物陸續被引用後，健康照護的醫療與護理逐步邁向科學化境界，護理的發展才一直與人類政治、法律、社會、經濟、文化、醫療環境之變遷息息相關。

國際上有兩大護理專業組織為：國際護理學會（International Council of Nurses ,ICN）與美國護理學會（American Nurses Association, ANA），因歷史悠久、組織健全，故極富盛名。兩大護理專業學會之創立簡述如下：

（1）**國際護理學會（ICN）**於 1899 年由 Bedford Fenwick 女士整合護理領導者之力量在英國倫敦創立，因鑑於十九世紀末護理發展緩慢與分歧，許多歐美護理領導者思維建立全球標準化規範的迫切性，故期望藉由成立全球化護理專業團體，建立一致性與普世化的教育、實務及管理標準（ICN, 2006）。至今 ICN 仍隨著全球社會、經濟、文化、專業理念之變遷，領導護理專業發展。

（2）**美國護理學會(ANA)**的前身是美國與加拿大護理校友會(Nurses Associated Alumnae of the United States and Canada)，由漢普敦羅柏女士（Isabel Adams Hampton Robb）於 1896 年創立，成立宗旨為建立與維持倫理法規，提升護理教育水準，改善有關護理人員的任用、獎勵與薪資等問題。1911 年該會更名為美國護理學會（ANA），日後成為美國護理發展主力。ANA 成立之初，各地護理學校教育課程與設備良莠不齊，因此，擔負設立護理執業標準、護理學校入學與實習教育標準，且出版護理雜誌（ANA, 2006）。

過去西方護理強調以疾病為導向的護理原則，隨著疾病類型與觀念轉變，現階段強調提供全人的照護，這樣的觀念也普遍存於各國護理範疇。西元 1984 年美國護理協會(ANA)對護理所下的定義為：「診斷及處理人類對各種現存或潛在的健康問題與反應。護理開始利用科學方法解決問題，從收集、分析資料進而解決患者的健康問題，此時護理慢慢被視為一門科學學科」。國際護理協會(ICN)也對護理下一定義：「認為所謂護理應包含主動及合作的照顧各年齡群、家庭、

團體及社區以及罹病或健康的所有個體，護理包括促進健康、預防疾病及照顧生病或失能及臨終之患者，提倡安全環境並參與研究推展與政策制訂」。截至目前護理的定義更加廣泛，提供的照護也由最初的照顧老弱殘疾等個人疾病擴展至家庭、社區及全世界與健康相關的議題都與護理有關。2013 年美國護理學會(ANA)進一步對護理的定義：「護理是保護，促進和健康能力的優化，預防疾病和損傷，減輕人類診斷和治療的痛苦反應，並倡導在個人，家庭，社區和人群的關懷」。兩大護理專業學會之發展歷程如表 2-4。

台灣的護理工作是從西醫和西式醫院由傳教士帶入中國，早在 1880 年代就有傳教護士來到中國，引介新的護理觀念並開辦護士學校。1900 年庚子事變後，更多的英、美護士進入中國各地也促使護理專業化的發展，這樣的理念基礎和發展經驗隨著國民政府遷台，同樣也促使了台灣護理的改善與發展，繼之於我國早期護理專才的培育也都受教於美、英西方國家，更可看出台灣護理的進步是依循著西方國家護理改革的軌跡而行（尹祚芊，2014）。

小結

自十九世紀中葉的東羅馬帝國之經略及黑海克里米亞戰爭，從醫療中催分出輔助落實醫療之「護理」，由最初照顧人的惻隱之心，而漸漸發展成為一個照護的專業與培訓體系。自古至今醫療照護工作中，護理人員最能了解需要照顧與關懷的重要性，提供的照護也由最初的照顧老弱殘疾等個人疾病擴展至家庭、社區。隨著新世紀人口高齡化、疾病結構與健康型態改變，照護的需求更加多元化，照護重點已不僅局限於急性醫療，還包括失能、臨終患者、長期照護與健康營造，目的是期望護理能提供保護，促進和健康能力的優化。因此，護理人員角色需要更多創新的拓展，強化護理專業人才培育，照顧方式與專業教育培育方向亦需因應時代潮流改變而調整，才能發展多元化與創新的服務範疇，讓護理未來發展更寬廣。

表 2-5 國際護理專業之發展歷程

年代	護理專業發展
1850s— 1899 專業初創期	1860 南丁格爾護理學校成立(克里米亞戰爭導引出護理角色及培訓之發展)
	1864 紅十字會成立
	1887 英國護理人員為建立註冊制度發起運動
	1888 英國護理學會成立
	1896 美加護理校友學會成立
	1899 Beford Fenwick 發起成立國際護理協會 (ICN)
1900— 1950 專業成長期	1900 美國護理雜誌出版
	1901 第一個護理註冊法案於紐西蘭通過
	1903 第一個護理法案於美國北卡羅來納、紐澤西州、紐約與維吉尼亞州通過
	1907 Nutting成為首位護理教授
	1911 美加護理校友學會更名為美國護理學會
	1912 美國成立國際公共衛生護理機構
	1920 Teachers College開始護理教育博士班課程
	1922 Sigma Theta Tau成立
	1934 紐約大學開始哲學與護理教育博士班課程
	1937 護理學校課程綱要發表
	1940 美國成立軍事護理學校
	1946 ANA 論壇提出每週 40 小時工時之工作條件
1951— 1980 戰後專業突破 與結盟期	1950s 戰後護理人員不足，建立成組護理模式
	1951 ANA與美國紅十字會訓練社區志工，致力於小兒麻痺患者的照護
	1952 護理研究雜誌出版、社區學院發展護理副學士學位
	1955 Henderson護理理論發表
	1960s 建立各專科護理
	1970s 主護護理模式建立
	1973 北美護理診斷協會成立
	1980 個案管理照護模式成立
1981—迄今 全方位護理 專業發展期	1980s 參與全球對抗HIV流行，面臨老人照護的挑戰
	1986 國際護理研究中心成立
	1989 國際護理臨床實務分類企劃案開始進行
	1990 美國護理認證中心發展磁性認證計劃
	1992 護理措施分級出版
	2000 ICN發表對護理助理員與護理人員之責任聲明
	2001 護理與災難的準備與因應生殖科技衍生之倫理議題

*資料來源：李選、黃正宜（2006）·國際護理專業之近代發展趨勢·護理雜誌，53（3），P24。
研究者整理成表格。

第三節 長期照護之發展與護理的走向關連

依世界各國長期照護之發展經驗，「醫療」與「照護」體制之發展本有先後，較先發展者必有體系資源先佔、滿佈、支配、甚至壟斷之優勢，若未審慎處理，長期照護之發展即從醫療端順勢延伸，完全成為慢性醫療或長期護理，並更重大之非醫療生活及參與問題將更邊緣化、點綴化、陪襯化。而如醫療護理化之操作延伸，已非屬長期照護者；其只應於發展過程，「醫療」與「照護」體制並行或平行前之過渡階段，不應長期存在或延續（李世代，2013）。

護理是長期照護專業中從業人數最多也最具影響力的專業之一，有其存在的意義與價值，先進國家早已將「長期照護能力」做為護理人員培育的目標，發展以能力為基礎的教育訓練課程，運用積極有效的培育策略，使其專業能在快速高齡化社會中更有能力回應長期照護需求。依據衛生福利部2013年指出，長期照護發展四大策略之一即是「充實長照服務人力」，相較於其他專業人力，護理人員是重要的長期照護專業成員，在長期照護領域的發展漸漸受到重視，因此護理人員更應具備有長期照護之護理能力，及指護理人員能充分勝任執行長期照護的角色職務行為（陳惠姿，2008）。然長期照護對象除了老年人之外，還包含各年齡層失去功能者，於護理照護能力上應該有所區隔，因此長期照護的護理能力亟需要被定位及釐清（陳惠姿，2008）。

依據美國護理學院學會（American Association of Colleges of Nursing, AACN）規劃30小時老年照護課程訓練課程以提升護理人員老年照護能力，發現接受課程訓練後的護理人員自覺更可以勝任老年照護工作；Scott-Tilley等人2005年研究發現，經過長期照護課程訓練後，能提升護理學生長期照護能力及其對高齡及身心失能者照護之意願（謝佩倫、陳靜敏，2015）。國外學者Dwyer（2011）透過系統性文獻回顧整合長期照護機構的護理人員及經營者對長期照護能力之看法，認為護理人員有較強的動機、受過老人長期照護臨床訓練或護理教育相關課程認證者較能勝任照護工作（謝佩倫、陳靜敏，2015）。

因此，因應高齡社會來臨，護理學校教育的內容安排與課程訓練也需加入長期照護相關的學理與實務技能、預算及人力的估算及管理與政策相關的知識等。國內近年來各大學與技職體系紛紛成立老人護理暨管理、老人照護、老人福利、老人服務事業管理等相關科系，目的皆在養成特定老人照顧或照護管理專業人才。

長期照護機構所提供的是多元化與跨專業的服務，在跨團隊合作對象中，護理師為主要的專業與協調者，住民照護品質應由護理師來引領。因此，長期照護領域中的護理師，需具備的能力有別於其他工作領域中的護理人員。學校已無法完全教導以疾病為導向的護理專業知識與技能，除要強化護理教育在老人照顧中的「評估」及「直接照顧能力」之外，「溝通」、「團隊合作」、「文化照護」以及「支持照顧者」等之教導，更是必需，學校教育的目的與價值在於養成學生的核心價值觀，培養願意尊重長者及真心照護的態度與熱忱，許多老人護理的知識與技能，反而是要繼續透過不斷的在職教育來學習的（李怡娟，http://www.tane.org.tw/show.php?news_no=215）。

日本對老人照顧管理相關專業人才皆有充份的培育規劃，更透過專業證照制度來確保該服務人員的服務品質，保障該專業發展。美國護理學院協會（American Association of Colleges of Nursing）甚至出版了一本大學護理系學生應具備老人照護能力的實務指引（*Older Adults: Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for Geriatric Nursing Care*），要求所屬護理學院應強化老人照護管理的能力（引自陳靜敏，2009；AACN, 2000）。

國內學者呂寶靜表示，在台灣老人健康照護和社會服務體系之建構，充實照顧人力和培訓長期照護人力的重要性屢見在政府實施的方案和計畫中（如：「加強老人安養方案」、行政院衛生署的「長期照護三年計畫」以及「全方位老人健康照護」），在「老人健康與社會照護」團隊中，主要包括之專業人員有醫師、護理師、社工師、職能治療師、物理治療師、營養師等，惟如何充實又如何培

訓之討論鮮為少見。由呂寶靜的「高齡社會之老人健康和社會照顧」研究調查中發現，不同學制中因學分數及修業年限不同，而有不同必、選修之安排，但在課程中大都已將老人護理及長期照護規劃入各校護理課程，大學護理系中大都將老人護理安排為二學分之選修，而技職教育中專科部（五專及二專）大多將老人護理及長期照護於五專四、五年級或二專課程中安排為必修，而二技及四技則彈性較大，安排分組方式讓有興趣學生修課加實習。同時她提出對老年護理教育之建議：（一）質量並重：達到量的成長也要兼顧質的提升；建議安排不同進階訓練課程，促使護理角色多元化及功能專業化。（二）課程中除學理外建議應增加安排實習部分，以加強學習效果。（三）應可開設相關長期照護個案管理師及老年專科護理師的專業課程，以增加高階人才之培育與訓練（呂寶靜，取自 <http://nccur.lib.nccu.edu.tw/bitstream/140.119/4953/1/942420H004006KF.pdf>）。

護理人員除了傳統護理工作之外，執業範圍也可拓展至另外一個專業領域，護理發展角色和延伸執業範圍是必然的趨勢（Pennery, 2003）。護理角色的拓展（role expansion）是在廣義的概念之下發展而精進護理專業，主要是在其執業的一個層面或技術，護理若預踏入長期照護領域，不論是當第一線照護人員、擔任照護管理或是經營者職務，都須再學習長照相關專業知識才能了解與掌握長期照護。

李世代(2010)提到，國內之機構式照護常被曲解為延伸性之慢性病房照護，以利於醫療體系之參與介入，導致國內長期照護與長期醫療、長期護理混雜糾結不清，且透過督考、評鑑之執行，使得國內長期照護體系之運作獨自一格，將照護與護理綁在一起，長期照護已然成為護理化之附屬品，無論是在各級公民照護部門單位隸屬護理之外，長期照護機構、護理之家等概以護理框架來作為人事、法制、營運及管理規範之基礎，迥異於先進國家之框架設計，其體系發展與突破自然受限，幾乎已成醫療體系之附屬或延伸，當然必然波及長期照護輸送或施行體系(delivery system of Long-Term Care)之建構、發展成型與有效運作，此為國

內發展推動長期照護之關鍵所在。

小結

目前國內將長期照護相關發展事務歸屬在衛生福利部之「護理及健康照護司」下管轄，影響長期照護重大發展走向。醫療護理體系挾龐大體系之既成優勢而凌駕侵蝕長期照護之理念、本質、界定、操作與推動，導致長期照護教育推行雖頗多，但教育成效卻不佳，導致人才無法發揮其專業，照護人力也易流失。所以唯有規劃周全之人才培訓與盡快制定及界定專業證照的取得等。

護理因其專業的特殊性，在長期照護裡可以拓展很多角色因應未來超高齡長期照護的需求，如：照護管理師、居家護理師、社區護理師或是經營管理者，只要再經學習專業相關理論與技能並取得證照，不僅擴充職場專業能力也能提昇自我價值。

藉由歷史回顧與文獻探討可以明白長期照護與護理的發展演進過程，也更能釐清兩者之間的文化脈絡與理念價值觀為何。目前國內長照課程設計皆是由護理學者所主導，難免會導向護理專業而迷失了長照真正的專業知識與概念，各校養成教育內涵也缺乏共識，對現已投身於長期照護相關之管理人員更是缺乏完整之在職教育課程規劃，實有不周全之處。依各國長期照護與護理發展經驗與相關文獻，國內把長期照護朝長期護理發展，迥異於先進國家之框架設計，使其發展受限，令人擔憂也值得省思。

第三章 研究方法

第一節 研究設計

本研究預探究長期照護發展與護理走向的連動關係，是多元而複雜的現象，為能捕捉研究參與者本身的經驗以及對本研究議題的內在觀點，故採「質性研究」，主要是想透過深入訪談（In-depth interview）的方式蒐集資料並加以分析其內含之深層意義，這是量化研究無法呈現的。

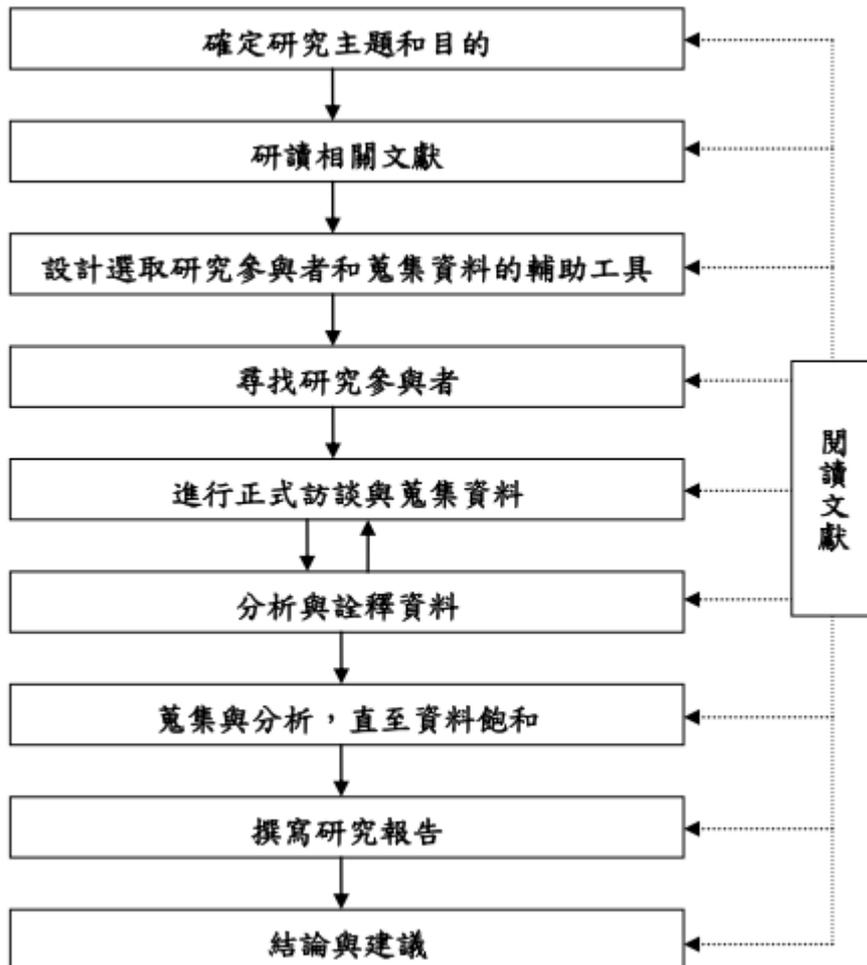
研究過程是以半結構式訪談大綱以面對面的個別訪談60分鐘來蒐集資料，再將資料分析、組織，真實的描繪事實真相以回答所有的研究問題。研究對象則以立意取樣（Purposive Sampling）的方式選取國內長照實務工作人員、住民及家屬等14位，做深度訪談為主軸，起源先以文獻探討長期照護與護理的歷史發展脈絡，及先進國家與我國長期照護的發展、操作實務等經驗，就相關之書籍、期刊文獻、與網站等做詳盡之資料收集，以作為本研究理論之建構。研究流程如圖3-1。

質性研究的優點是不受限於研究工具，其彈性和開放的本質，能夠豐富且深入地了解現象背後的意義、情境脈絡和過程，並且能幫研究者形成觀點和理論（引自鈕文英，2012；Wiersma & Jurs, 2009）。而深度訪談與單純訪談有很大的不同，深度訪談是要深入人心，探究受訪者真正的想法，得到更真實的資訊。深度訪談目的在於透析訪談的真正內幕、真實意涵、衝擊影響、未來發展以及解決之道。深度訪談的基本素養動力主要是來訪談者熱切探求事實的心（萬文隆，2004）。訪談特殊的優點，通常透過一次的訪談，就可以迅速取得大量的資料。結合了觀察與訪談，就可以讓研究者理解人們對於個人日常活動所持的意義（李政賢譯，2006）。立意取樣可以決定何時是資料飽和的時刻。

質性研究與量化研究同樣重視研究的信度與效度。研究過程中使用立意取樣使符合條件之研究對象納入研究，將訪談錄音做正確的文字轉錄（accurate transcription），並伴隨研究反省雜記，以增加對情境之瞭解等方式來達到研究適

用性的嚴謹度。

圖3-1 研究流程



第二節 研究對象

質性研究選取的研究對象必須是能提供「深度」和「多元社會實狀之廣度」資料為標準，著重資訊的豐富內涵 (information richness) (姚美華，胡幼慧，2008)。因此本研究以立意取樣 (Purposive Sampling) 的方式選取研究對象，它具有以下之特質：是一種突然浮現的取樣設計，也是一種可以系列選擇的取樣方法；在立意取樣的過程中，可以持續修正調整取樣的焦點，也可以決定何時是

資料飽和的時刻(selection to the point of redundancy)。

研究對象包括國內長照專業/半專業人員有實務工作經驗者、住民及家屬(主要照顧者)有長照照顧經驗者。希望經由長照團隊中各種不同職別專業人員的角色，在探討研究主題時提供話題內容的深度與廣度，再加上兩位有長照照顧經驗的研究對象，提供有別於實務工作人員的一般民眾之意見或看法，藉由多元角度資料的收集，賦予本研究更具涵義發人深省。

研究對象預計招募 14 位受訪者，身分、職系如表 3-1。研究對象的來源除了經由公開招募(研究者至長照機構發招募文宣及做簡單說明)，也拜託研究所同學幫忙推薦或介紹，若有意願者再由研究者進一步電話說明及篩檢參與資格，接著安排正式訪談事宜。

研究對象之納入與排除條件如下：

一、納入條件：

1. 簽署知情同意書。
2. 年齡在 20 歲以上者(性別不拘)。
3. 從事長期照護相關實務工作經驗兩年以上者。
4. 目前正從事長期照護相關實務工作者。

二、排除條件：

1. 無簽署知情同意書。
2. 年齡不足 20 歲。
3. 從事長期照護相關實務工作經驗未達兩年以上者。
4. 目前無從事長期照護相關實務工作者。

表 3-1 受訪者之類別與人數：

類別	職系 / 身分	人數
專業人員	醫師	1
	經營管理者	2
	護理師/護士	3
	社工師	1
	物理治療師	1
	職能治療師	1
	復健師	1
	照顧管理專員	1
半專業人員	照顧服務員	1
非專業人員	住民	1
	家屬（照顧者）	1
合計：		14 人

第三節 研究工具

質性研究中研究者即為主要的工具，研究工具是指蒐集和記錄研究資料，以回答研究問題的工具，還有輔助工具與記錄工具（鈕文英，2012），以下分三方面說明：

一、研究者：

研究者本身是護理師，曾在醫療院所的急重症單位及慢性病房工作經驗約十五年，又曾擔任研究護理師兩年，所以對研究計畫的執行已訓練有素。再就讀長期照護研究所是想增長知識，長期照護的議題在入學前即已沸沸揚揚，讓研究者想深入了解，也想有興趣從事此類的工作。學習了長照課程之後，常常思考護理與長照之間的從前、現在與未來，為了研究此問題，瞭解國內實務人員的看法、想法，於是選擇以質性研究來探究，所以又再修習質性研究課程，課程中除了理論基礎，也作了深入訪談的練習，在老師嚴謹指導下，使研究者獲益良多。正所

謂古人云：「工欲善其事，必先利其器」，研究者本身已具備了做研究最佳的準備狀態了。

訪談前以電話聯繫對方，先簡單說明訪談方向及保護個人資料等等事項，確定該名受訪者願意接受訪談並約定正式訪談時間與地點。在訪談錄音前，研究者再自我介紹並詳細說明研究主題、研究過程與資料保密等，與受訪者建立信任關係，取得受訪同意書；訪談中一對一，避免外在干擾，研究者以開放式、中立角度及專心傾聽談話內容，並適時引導話題，鼓勵及理解受訪者表達的意見或看法；結束訪談後，肯定他們的談話內容對本研究的貢獻，並贈送一份小禮及卡片表達感謝之意。

二、輔助工具：訪談大綱

研究者利用較寬廣的研究問題作為訪談的依據，導引訪談的進行；訪談指引（interview guide）在訪談開始前被設計出來做為訪談的架構，可以提供受訪者認知感受較真實的面貌呈現（林金定、嚴嘉楓、陳美花，2005）。

研究者經文獻探討後，整理出欲深入了解之問題大綱，與兩位老師（指導教授與質性老師）討論後確定訪談綱要。訪談前交予受訪者，並確認所有問題都是受訪者同意接受提問的，訪談中若有疑問也會加以說明或引導。「訪談大綱」請見附錄二。主要的訪談內容約可歸納為四大方向：

- （一）對「長期照護」的概念。
- （二）護理在醫療與長期照護中的角色與定位看法。
- （三）任職前後對長期照護與護理之間關係的看法。
- （四）期待或建議未來國內長期照護與護理的發展。

三、記錄工具：

記錄工具包括：實地筆記、錄音筆及「受訪者資料蒐集表」（請見附錄五、六、七）。研究者在訪談前先以「受訪者資料蒐集表」了解其個人相關資料，並告知會使用兩種錄音筆，避免發生無法錄音或沒有錄到音的問題，當然在訪談前

一定先把錄音器材充電完成，並測試功能完整才使用。於訪談過程中，除了以訪談大綱引導話題方向之外，還可彈性加入與受訪者相關背景經驗的話題，讓他們有感而發，使談話內容更有深度及意義，也可減少對錄音設備的不自在感。在整個訪談過程，也記錄訪談中與受訪者真實互動的情形與感想。

第四節 研究倫理

本研究取得台大醫院研究倫理委員會審查通過，在邀請研究對象參與此研究時，先提供研究之相關資訊及告知訪談需錄音，讓有意願者慎重考慮決定是否參加。在正式訪談前，詳細說明研究內容，並保證收集的資料與訪談內容不會顯示受訪者的姓名及個人隱私資料，僅以編碼排序，內容也僅提供學術研究參考使用，將來發表研究結果時身分仍將保密絕不外洩，受訪者亦須簽署同意書後才能參與本研究。研究過程中若有任何疑問，受訪者可隨時與研究者反應，會再進一步說明或協助。

研究者以客觀公正原則，妥當處理蒐集之資料，對於研究背景與內容交代清楚，結論依事實狀況呈現。整個研究過程中同意參與的協議，是容許改變的，受訪者可隨時提出退出本研究，將會尊重受訪者之意願與決定，退出研究後，其之前被收集的資料將不加以分析且銷毀錄音等相關資料。一切以保護、保密及不傷害研究參與者為最高原則。

第五節 資料處理與分析

進行質性訪談之後，研究者須盡早將所有訪談的口語資料、情緒反應及其相關訪談情境付諸於文字表達，建立完整詳細的逐字稿；待逐字稿完成之後才能著手進行資料的分析。

接著將蒐集的資料運用分析歸納的過程，將資料組織成為類目(categories)，並找出類別間的組型(patterns)與關係(relationships)，再加以描述以回答所有的

研究問題。在資料分析的過程中要不斷的在自身及資料之間反省，反覆回顧國內外文獻，體悟出新的思考，使資料呈現更合適而完整的主題。隨時將分析結果與現存理論或國外經驗進行比較，判斷何者相似，何處不同，還必須稟持創造性想法，開啟心靈思考，放棄所有主觀原則，重新對研究對象的經驗及自己的生命進一步更深層的體會。各項研究資料、紀錄都妥善保存與處理，以便日後再分析之用。

第六節 研究嚴謹度

Lincoln 和 Guba (1985) 提出判斷質性研究品質—「信賴度」的四個指標為：可信性(credibility)、遷移性(transferability)、可靠性(dependability)、可驗證性(confirmability)。質性研究對應於量性研究的信度、效度指標，即：內在效度對應到質的研究之「可信性」，外在效度對應質的研究之「遷移性」，外在信度對應到質的研究之「可靠性」及內在信度對應質的研究之「可驗證性」(引自鈕文英，2012；Lincoln & Guba, 1985)。本研究增加研究品質的方法為：

一、增加可信性：

「可信性」可以比作為內在效度 (Guba & Lincoln, 1989)，係指質性研究結果是可信的，而這個可信性是根據研究參與者的觀點來判斷。質性研究的目的是描述或理解參與者所關注的現象。參與者是唯一可以合法判斷研究結果可信性的人。研究者和受訪者之間必須建立信任關係才能獲得深入、寬廣且正確的資料，逐字稿完成後也請受訪者檢核是否有誤。訪談結果運用三角查證來加強研究的嚴謹、寬廣，並反覆在自身及資料之間反省，為求能體悟出新的思考，賦予資料更合適與深入的呈現。

二、增加遷移性：

「遷移性」可以比作為外在效度 (Guba & Lincoln, 1989)，是強調研究發現的理論或分析的普遍性。「遷移性」傳達從質性研究所獲得的理論知識能夠應用到

其它相似的個體、團體、或情境的概念(Carpenter & Suto, 2008)。

深度訪談只要能透過立意抽樣等方法，找到符合研究目的、研究對象的人，並且能依照深度訪談的程序執行，真正觀察到其所希望觀察的就具遷移性。研究中詳細說明每位研究參與者之選取標準、方法及特徵與背景資料，經由受訪者所陳述的感受經驗，研究者有效的作資料性的描述與轉換成文字陳述，並反覆自我省思，以提供遷移性的資料基礎。

三、增加可靠性：

「可靠性」可以比作為信度(Guba & Lincoln, 1989)，關心研究發現是否與所蒐集的資料相稱(Carpenter & Suto, 2008)。本研究依探討之研究主題與目的，選取現職且長照實務工作兩年以上經驗之醫事人員及有長照照顧經驗之住民與家屬，以擬定之半結構式訪談大綱進行訪談，但因受訪者之背景與特性有差異，所以研究者會依個別的差異於訪談大綱作彈性的調整，這些在逐字稿中都會完整呈現與說明。若是在研究過程執行上有做調整或修改的，一定也會在省思日誌上詳細記錄並說明。

四、增加可驗證性：

「可驗證性」可以比作為客觀性(Guba & Lincoln, 1989)，試圖展現發現及其解釋不是來自研究者的想像，而是清楚的與資料連結(Padgett, 2008)。在深度訪談時，用客觀的角度去分析受訪者的主觀，再深入本質，以客觀的態度方法找到事情的真象，並記錄自我和方法的省思。

第四章 研究結果

本研究旨在探討長期照護發展與護理走向的連動，本章首先於第一節呈現「研究對象之檢視分析」，接著透過渠等所知所示，加上研究者引導說明先進國家在因應高齡化趨勢及走向及操作施行範例，將分析之研究結果說明及呈現於第二節「長期照護的概念」；於第三節進一步具體闡明或澄清「護理在醫療範疇與長期照護範疇中角色與定位」；再於第四節進入實務之反思與體悟「任職前後對長期照護與護理之間關係的轉變」；最後於第五節「期待或建議未來國內長期照護與護理的發展」綜合分析結果。在呈現的體例上，研究者做分析義釋時，會採取直接引述，佐證部分訪談、觀察等描述性資料；直接引述的資料皆會以圓括號呈現編號，直接引述會以不同字型（細明體）表示；引述或描述的文字若太長，會在不影響原意的情況下，刪除部份文字，而以刪節號（…）表示。

第一節 研究對象之檢視分析

本研究共深度訪談了十四位受訪者，由這些訪談內容佐以先進國家之經驗，可充分達到本研究所欲探討的研究目的而達到資料的飽和度，繼而以這十四位的受訪資料加以整理及檢視分析。

訪談對象是選取在長照實務工作經驗至少兩年以上且仍在職的專業與半專業人員共十二位，以及有長照照顧經驗的住民與家屬共兩位，受訪者依訪談的先後順序加以編號（001~014），訪談期間為：2014年9月12日至2014年10月28日。訪談地點則以受訪者方便訪談之場所，大多數人選擇在工作的機構內接受訪談，利用上班空檔或用餐時間，而研究者剛好也可以藉此觀察到受訪者上班的情形及機構的運作，在與其訪談時更能感受到受訪者要表達的語言或非語言的涵意；而有兩位（006與013）是利用下班後的時間在公共場所進行訪談。以訪談時間來看，長照專業與半專業人員受訪時間約為40~71分鐘，非長照專業人員則約為35~60

分鐘資料收集的方式，十四位全部都是與研究者一對一、面對面訪談並錄下談話內容，過程中也記錄所觀察到受訪者們非語言的表達與涵意。「訪談概要」整理如表4-1。

表 4-1 訪談概要表

受訪者	訪談日期	訪談地點	訪談時間	資料收集方式
001	2014/09/12	台中市/機構的會議室	83；09	面訪
002	2014/09/12	台中市/機構的會議室	55；10	面訪
003	2014/09/12	台中市/機構的休息室	71；10	面訪
004	2014/09/15	台中市/機構的物理治療室	46；28	面訪
005	2014/09/15	台中市/機構的會議室	48；29	面訪
006	2014/10/03	新北市/咖啡館	41；52	面訪
007	2014/10/03	新北市/機構的會議室	60；00	面訪
008	2014/10/16	新北市/機構的會議室	60；03	面訪
009	2014/10/16	新北市/機構的會議室	40；27	面訪
010	2014/10/16	新北市/機構的會議室	40；02	面訪
011	2014/10/27	宜蘭市/診所	40；10	面訪
012	2014/10/27	宜蘭市/機構的會客室	35；44	面訪
013	2014/10/27	花蓮市/茶館	45；34	面訪
014	2014/10/28	台北市/機構的物理治療室	59；59	面訪

十二位專業與半專業受訪者中，有八位女性及四位男性，年齡分布在24~59歲間。教育程度方面，研究所(碩士)畢業的有兩位，大學畢業有六位，專科的有三位，有一位是國小畢業；專業背景方面，護理師六位，醫師一位，物理治療與職能治療師共三位；每一位受訪者所擔任之職務，如表4-2所列，符合本研究找尋的研究對象，希望以長照職系各專業人員不同的角度來探討本研究主題。十二位受訪者的長照工作年資約2~13年不等，目前都在職，其中五位是十年以上的資深經歷，受訪者們除具備醫事專業背景外，每年都依規定上中央辦理的長照相關課程至少20小時以上。

表 4-2 專業及半專業受訪者基本資料：

編號	職稱	性別	年齡	教育程度 / 科系(所)	長照工作年資(年)	任職機構類型	有/無 長照課程訓練
001	行政主任	女	59	專科/護理科	13	安養護中心	有，每年 20 小時以上
002	照服員督導	女	57	國中	11.5	安養護中心	有，每年 20 小時以上
003	護理長	女	44	大學/護理系	10	安養護中心	有，每年 20 小時以上
004	物理治療師	男	37	大學/物理治療系	4	安養護中心	有，每年 20 小時以上
005	社工組長	男	41	大學/社會系	12	安養護中心	有，每年 20 小時以上
006	護理長	女	58	專科/護理科	15	護理之家	有，每年 20 小時以上
007	負責人兼居家護理師	女	30	專科/護理科	4	居家護理所	有，每年 20 小時以上
009	物理治療師	女	29	大學/物理治療系	2	護理之家	有，每年 20 小時以上
010	負責人兼區督導	男	44	研究所(碩士)/社區護理所	4	護理之家	有，每年 20 小時以上
011	院長兼醫師	男	50	研究所(碩士)/公衛所，政大 EMBA	7	聯合診所	有，每年 20 小時以上
013	照顧管理專員	女	35	大學/護理系	5	衛生局	有，每年 20 小時以上
014	職能治療師	女	24	大學/職能治療系	2	護理之家	有，每年 20 小時以上

表4-3為非專業受訪者基本資料，受訪者兩位中一位是女性家屬，一位是男性住民，年齡分別是57與64歲。教育程度方面，一位(008)是大學畢業，一位(012)是國中畢業。受訪者008因長年照顧先生，想學習較好的照顧方式，所以曾參加照服員的訓練課程並取得“照顧服務員訓練證書”，因此她對長照的了解又比一般的家庭照顧者知道更多，是比較特別的。而受訪者012患腎衰竭需洗腎治療已七、八年，與妻離異，唯一的小孩(兒子)在台中定居、工作。受訪者012

與年邁（高齡八、九十歲）雙親同住，雖父母親還能自理基本的生活瑣事，但他還是得看顧著父母親平日的狀況。直到近一年來，因身體功能逐漸下降且右腳無力行走，兒子無法遠距離照顧，所以就將他送往護理之家接受照顧，因此他本身經歷了“照顧者”與“被照顧者”兩種身分。

表 4-3 非專業受訪者基本資料

編號	身份	性別	年齡	教育程度	長照經驗	說明
008	家屬(主要照顧者)	女	64	大學/中文系	在家照顧先生大約七年。於七個月前先生功能退化更嚴重，故送往護理之家照顧。	在家照顧先生（攝護腺癌術後）約七年。因先生身體功能退化，自己一人無法照顧，故於2014年3月入住護理之家。目前先生的狀況：意識清楚，鼻胃管留置，使用尿布，下床活動需使用輪椅及需人在旁協助。
012	住民	男	57	國中	照顧年邁父母親十幾年。自己因腳的功能退化，於8個月前兒子送他入住護理之家照顧。	病史：腎衰竭併血液透析約7~8年，近一年來右腳無力，同住的年邁雙親無法照顧，唯一的兒子住台中無法遠距離照顧，故將其送至護理之家。

第二節 長期照護的概念

「長期照護」的概念價值開始於1970年代形塑於在醫療之外的健康照顧，但還需有照顧、支持及保護的社會價值思維與概念實務，於是便啟動了長期照護的發展，而「長期照護」之名辭也在此時逐漸成型。對於長期照護的定義最為世界各國認同的是Kane等在1998年對其定義為：「當一個人因失能（disability），而

經歷一段長時間的功能困難或不能（inability）時，所給予支持性的幫助」，也就是長期照護的本質為一段長時間內，對身心功能障礙（不全、失能或殘障）者，提供連續性與綜合性的一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護，強調以生活照顧為主、醫療照顧為輔。研究者歸納分析十四份訪談資料，分五個類別做呈現與說明：

一、長期照護界定與操作

長期照護所牽涉眾多的人、事、物和環境是複雜的，融合了“人”、“照護事項”、“照護場域”等整體供需之經營管理。受訪者們對長期照護的概念都提到照顧的對象是老人、失能者，照顧的場所包含機構、居家或社區，照顧的過程具多元性、個別化、人性化、整合性的模式，目標是協助維持或促進生活功能，最終目的就是讓受照顧者安全、安心、保有尊嚴，能自主地享有優質的生活有所終，是和醫療的照顧模式有很大的區別。

「長期照護就是有一些需要被照顧的人，他可能身體失能需要照顧，那可能有一個機構，或有一個地方讓他來這邊可以長期的在這邊接受照顧」。（005-1）

「長期照護…就是…身體功能下降到一個程度，沒辦法自己照顧自己的時候，需要家人啊、社區啦，做一些基本的生活照顧、醫療的照顧…」。（011-1）

「長期照護就是…老了的的時候、…失能、失智需要照顧的時候，…到一個家庭、一個機構或是居家照護，或在日照需要人照顧，希望可以安全、快樂的走完人生最後的旅途…」。（001-1）

「…（長期照護）不是一個醫療的，就是一個照顧生活的」。（003-5）

「…失能、老衰了，他需要你協助他，…他不會的我們就幫助他，他會的就是讓他基本的功能還存在，不是全部幫他做好好的」。(002-1)

「…失能者或者是一些老人的照顧問題，時間可長可短，每個人需要被照顧或復健治療的程度也不一樣」。(004-2)

「(長期照護)就是…對…老人家的…照顧…陪伴，不管在護理上或…生活功能上…像…食、衣、住、行…都需要給予…照顧以及支持…功能缺失的部份…都…要協助…醫療方面的，都…給予…很多的協助…」。(014-1)

受訪者 001 與 003 提出在長照機構對住民的照顧：「要多愛心、耐心與細心」對待住民有如自己家中的長輩，與他們要有「感情連結」的態度，這兩位護理主管秉持著這樣的理念在機構裡提供照顧服務，是很特別的也是其他受訪者沒有提到的。

「…把這裡當做…家，把老人家(住民)當做…爸爸媽媽…這樣的話…工作就會很開心…在這裡需要長時間的生活照顧…所以…照服員和護理人員都特別要有愛心和耐心，才能適任這個工作…」。(001-16)

「長期照護…跟…醫療是有很大的差別…跟…長輩有感情的連結…」。(003-1)

二、長期照護體制之規劃、建置

要建置健全的長照體制，需政策規劃及立法推動、機制平台、設計財源籌措及保險等等。長照議題複雜且涉及各個層面，以照顧時間長短而言，短則幾個月而長可至十幾、二十年；照護的內容可大可小，小者可以窄化至針對極細微之部份，大者則可以擴大延伸、包山包海、包羅萬象，貫穿生活參與、健康保健、福

利福祉、家庭社區…等人、事、物、管理…等之整合。長期照護在國家經濟及家庭的照顧負荷上，都是長期性的資源需耗、沉重的負擔。受訪者中有五位語重心長的表示，國家的長照體制若要運作的好，最重要的就是保險和法制，有法源依據的給付補助和照顧制度才能真正解決需求面的負荷；而實際操作面則是以生活照顧為主，醫療為輔。

「目前中央…現在推動的是長照十年計劃，那長照十年現在是最後面幾期，…到 2015 年它其實就是要結束，那在中間這個政策有在做修正，所以會有現在另外一個叫做「長照服務網」的計劃，那服務網計劃出來之後，後面要銜接長照服務法跟長照保險法，…是目前…的政策走向」。(013-2)

「…（長照）必須…存在…一個法制之下，之前國內…一直用計劃型的去試辦…變成現在…地方缺乏法制…各縣市自行運作…」。(013-7)

「…我覺得長照它不只是醫療、不只是護理方面的問題，它也是經濟或財政的問題，這個真的是有很多、很多需要解決的地方」。(004-3)

「…一般年輕的雙薪小家庭的話，可能對照顧這些長期的病人來說也是一個負擔，所以說現在的趨勢很多都是送到機構，…就經濟上…長遠來看是一個很沉重的負擔…」。(006-2)

「…未來大家的平均壽命會增加，那增加的時候不見得每個人都可以很健康，有病痛的時候其實…都需要很多錢來負擔照顧的費用，所以…覺得錢的問題…很重要」。(004-5)

「…家裡經濟能力不好的無法負擔…」。(002-2)

三、長期照護人才培育

長照之多重專業服務模式包含專業人員（如：醫師、護理師、照顧管理師、社工師...等）來執行管理及評估監控，更需要有各種半專業「照護人員」（如：照顧服務員、居服員、參與照顧之家屬及照顧支持者等）。因長照涉及的照護議題多、廣又雜，在照顧人力與職系的需求上也就跟著多元化，每個專業或半專業人員在照護的角色與功能上都有其重要性，因此也重視跨專業間團隊的合作，期望提供完整周全的服務體系。

「長期照護…就是…老了…需要長期性的照顧…包括人力、物力、照顧者、…社會付出的，和幫忙的…包括醫療團隊…、個人…還有社會的培訓，教育培訓和照顧管理…還有…制度都有關係，重要的是每…個人，對…長期照護…要有一個…很好的概念…」。(008-2)

「…長期照護，包括機構…、社區…、家裡面…在…（照顧）團隊…部份…還蠻廣大的…除了醫師、護理之外，還有藥師、營養師，還有職能治療師、復健師等…」。(007-1)

「…長期照護中心裡…可以接受到很多不一樣的各方面專業去介入、照顧…強調跨專業團隊的合作，就是讓老人家在一個單一的環境中，就可以接受到這些完整的照顧…」。(009-2)

在人才培訓方面，國內目前規劃長照課程有 Level 1、2、3 課程，長照專業人員除具備原本的醫事背景外，每年上長照相關課程總時數二十小時以上。而照服員基本受訓時數是 100 個小時，完成課程之後領取訓練證書才能進入職場工作，按規定每年也要上長照相關課程時數二十小時以上。大部分受訪者都認為進入長照領域前，無論具備什麼專業背景，最好都要先受過相關課程訓練，有基本概念才能提供正確的照護（顧）理念，而在職期間仍要不斷的吸收再教育，才能

將實務經驗與理論結合，體悟長照核心價值。

「…（政府）現在有…規劃長照的專業人員…一定要受 Level 1、2、3 課程的訓練…是針對專業的…半專業的…就是…照顧服務員的訓練…」(013-3)。

「…長照工作前能先受訓是最好…」。(002-9)

「…在長期照顧裡面…新進人員要培育…目前在工作的人員也要有在職教育…」。(001-8)

「…在職的人員…要不停的學習，做…相關的教育培訓、專業的培訓…」。(006-9)

小結

在「長期照護」概念認知的部分，受訪者或多或少有基本的理解、概念。綜合整理受訪者們對長期照護的概念是：「提供長者與失能者，不論是在居家、機構或社區，能得到基本的生活照顧或協助，目的是維持或促進生活功能，使其能安全、安心地生活」。有幾位受訪者體認到長期照護實務介入(協助)的基本原則必須要法制化及提供保險給付的機制，對於專業及人才培訓及照顧管理體制與證照制度等等都要學習國外施行經驗，尤其是國內的照顧(護)管理制度使用於長期照護之經驗尚不足，需要再思考與規劃。而有兩位受訪者認為長期照護是屬於急性醫療後期的慢性照顧。

國內長照的形塑無法像國外學者 Kane 等把長期照護定義的周延又精簡。從 1970 年代長期照護概念價值開始形塑至今，國內普遍對其認知仍只停留在表層化、表象化的概念。

第三節 護理在醫療範疇與長期照護範疇中角色與定位

護理在醫療環境中扮演的角色與定位是輔助醫療的照護工作，目的是讓患者藉由積極照護讓疾病或症狀獲得緩解與改善。而護理在長期照護則著重在生活照顧，以維持或促進住民自我照顧能力為主要目標。

受訪者認為「護理在醫療範疇與長期照護範疇中角色與定位」是相同的、一致的有兩位：受訪者 003 與 006，她們都是資深的護理長，在長照機構服務了十幾年。受訪者 003 的看法是：

「…護理…在…醫療…或…長照機構，其實…角色跟…定位都是一致的…屬於護理（加強語氣）的部份，或是醫療的部份，我是覺得說它是有一致性，…就是要有…責任…要怎樣去處理住民的問題，我們都是需要積極去處理，就是積極去care（照顧）他，去發現問題然後解決問題，我覺得這都是一致的…」。(003-6)

在照顧的成本考量上，受訪者003表示不能以急性醫療的積極照護模式來做長照，成本會不堪負荷。

「…（護理在長照的角色和定位）就是跟急性病房不一樣，不能用（急性）醫療那一套拿來放在長照，就是說成本會不堪負荷，也是浪費資源…」。(003-20)

兩位護理長（受訪者003與006）都認為護理在長照領域佔有重要地位，長期照護可以說是護理的一個延伸照護的領域，所以應該由護理來主導國內長照的一些運作比較適合，但這樣的領導人才還需政府再規劃及培訓。

「…目前認為還是以護理人員主導（長期照護）比較適合…」。(003-11)

「…覺得護理在長照是占很重要的角色，不過還是需要政策再去規劃或培養人才」。
(003-12)

「…（長期照護是護理的延伸），可以這樣講，是可以這樣延伸的…」。(006-7)

而認為「護理在醫療範疇與長期照護範疇中角色與定位」不相同的佔大多數，大部分的受訪者認為，護理在長照雖然以照顧住民的生活為主，在團隊中擔負著照顧的重要角色與責任。但有幾位受訪者表示，在小型機構因財務能力有限，護理人員可能要身兼數職，替代其他人力不足的部份，例如：身兼社工角色帶領住民做活動或幫忙住民申請補助事宜；有時還得身兼復健師角色，協助或教導住民執行復健運動；甚至身兼很多庶務當起管理、經營者等等，是和醫療體系單純的護理角色有所差別。

「…兩者之間的不同點…在醫療方面的護理的工作是比較趨向…治療性的工作。在長照的話…基本上是接觸住民的…生活、心理上的照顧…在團隊上面護理也扮演一個很重要的一個角色」。(009-5)

「…在長照…是屬於生活照顧面…是要生活而不是要被治療，所以（護理）專業人員介入的…照顧面是趨向生活照護的，和在醫療的護理是很不一樣的」。(013-10)

「…我覺得醫療真的是高度專業化，分工分的很清楚，醫院就分得很明確，護士就做什麼，檢驗師就做什麼，藥師就做什麼。但是在長照機構裡面，會有一些不太一樣的，…比如說…在長照機構…護士還要協助帶活動…覺得長照機構…沒有分工的那麼清楚…」。(005-2)

受訪者010表示，因本身具護理背景，現在擔任機構經營管理者，他建議護理人員除加強自己的專業能力之外，更要擴充自己各種專業角色的多元性，強化自身的價值，才能因應未來長照人才的多元需求。

「…在…醫療的模式下，護理是以 by order（醫囑）為主…能夠獨立自主的機會很少…在長照機構…護理要有獨立判斷…跟緊急處理的能力，是最大的不一樣…等於是獨立的專員發揮長照機制…」。(010-4)

「…在長照…護理的角色…除了護理本來的角色，還要包含社工、經營者的角色都要涵蓋，因為…思維模式不…一樣，不是醫療的那一套了…」。(010-5)

國內長期照護相關的發展、業務是歸屬在衛生福利部的「護理及健康照護司」之下，相關的課程、師資也大多由護理界負責辦理。除了兩位受訪者 003 與 006 認為國內的長期照護發展應該由護理主導比較好，但其他多位受訪者則認為，國內的長期照護與護理兩者之間的關係是有關連，但應重視團隊合作，由各專業共同並朝多元的方向發展，不應該單一偏向護理專業發展，偏離了長照的本質。

「…不能混為一談，長照就是長照，護理是護理，兩者是有關係，但護理只是長照裡的一部分…長照是一個團隊合作的領域…需要大家一起努力…」。(011-4)

「…長照是有個團隊…不只是護理…護理是主導者…但…其實…有很多東西不只是護理…」。(005-3)

「…在長照裡…不單單只是醫療與護理，護理只是長照裡…的一部份…長照…包含的東西更多…」。(007-4)

「…長照就是多種環節、多個團隊來做…不是只有護理…而已…不能說長期照護就是長期護理…」。(008-6)

「…護理只是長期照護裡的一部分…不是全部…照顧的角色和定位也不一樣，還要包含很多不同的專業介入…不認為兩個（長期照護與護理）之間是相等的事，只是有相關連而已…」。(004-9)

「…（長照）應該是各專業、全面性的，不該…所有的責任都落在護理人員身上，…我覺得不應該把長期照護與長期護理畫上等號」(009-10)

「…護理雖然在長照佔了很重要的角色，但卻不是全部，因為不只有護理，還要有其他的團隊…各專業仍有其專業的部份是不能完全取代的，護理是長照裡重要的一部份而已…」(010-7)

小結

不同職系的受訪者們對護理在長期照護範疇中的角色與定位，都認為護理是長照服務體系中第一線重要的專業照護提供者，有其專業與角色多元擴充的優勢，是與在醫療範疇中的護理角色與定位是不同的。

兩位護理長（受訪者003與006）認為長期照護是慢性醫療的延續照顧，所以理應由護理主導發展比較好。但其他受訪者則持不同的看法，他們認為護理只是長期照護裡的一部分而已，還需要其他專業團隊共同合作才能多元發展，不能用醫療護理的觀點把長期照護視為長期護理的無限延伸，要尊重其他專業的意見，共同發展。

第四節 任職前後對長期照護與護理之關係的轉變

此訪談題目主要是想了解受訪者在實際參與或接觸長期照護之後，對長期照護與護理之間關係看法的轉變。受訪者們皆認為護理在長照領域佔有重要的角色與功能，其中有護理背景的受訪者有五位（001、003、006、007、013），他們提到轉變的共同點是任職後覺得長期照護的護理與醫療的護理工作性質不同，由主要的醫療照顧轉變為以生活照顧為主。護理在長照領域很多方面是獨立操作的，角色與定位由原本的醫療協助者轉變成為是長照最主要的專業照顧者，角色和責任變得更重要。因此有些受訪者也表示長照的護理人才培養的確不容易。

「…長照的性質和一般的醫療、急性病房又有極大的差距，許多住民們有個別化的、不同的需求，…家屬也有個別的需求…所以…護理人員的訓練時間是…很長的…長照的人才確實是培養不易…」。(003-15)

「…長照的護理說真的和醫療的護理的確很不相同，護理在長照占了很重要的角色，責任重大」。(003-16)

「…在長照工作之後的看法…是不一樣，護理在長照做的就不是醫療為主的工作了，但是護理人員還是要有醫療照護的經驗…才能獨立作業」。(004-8)

小結

多數受訪者提到最大的轉變是護理在長期照護所提供的照護方式不同於醫療，是以生活照顧為主，醫療為輔；在長照領域裡護理有時須獨立作業，承擔重要的照顧責任，因此大部分受訪者在長照領域工作後，對長期照護與護理之間關係的轉變是對於護理的角色與定位上認知有所改變，不能再以醫療照顧模式套用在長照領域，而這些轉變也是需要護理人員適應及改變醫療思維才能勝任。

第五節 期待或建議未來國內長期照護與護理的發展走向

依據歐美日等先進國家之長期照護理念、界定及操作早已發展成型運作中，都是先將價值觀、思維深植，在推動建置新體制時也擬妥財務規劃，使能具體而行，之後再依所擬定之推展進程持續不斷推動、檢視等。在長照有實務工作經驗的十二位受訪者們對國內多年來長照的發展感觸甚多，對未來期待與建議也有很多想法；兩位非專業背景的家屬（008）與住民（012），因經歷了幾年的長照照顧經驗，所以對國內長照體制的成型更是雲霓之望。依據十四位對此的訪談分析，將結果歸納成六點分別說明及呈現：

一、社會價值觀思維

由日本經驗得知，欲建立及推動長照體制，必先將正確的價值觀深植民心並傳承長照的本質與理念，所以研究者以日本為例，引導受訪者們說出對長期照護社會價值觀之看法，有幾位受訪者表示贊同日本如此睿智的做法，期待國內政府及教育單位也能效仿，從小學教育就要做起。

「…首先…對長照的價值觀要非常地正確…有…教育培訓…就會做得更好…我覺得這種觀念要普及…社會的素質和照顧水準就會越來越高…」。(008-3)

「…我們的教育部要學學（日本）…學生從小學就在學…（長期照護）…（長照政策和體制）就是該做的，（政府）要趕快去做…」。(008-4)

「…（日本）…很早就把…老人照顧的教育納入…基本…教育，可是…台灣…沒有這樣的一個教育，所以我很期待我們自己是在縣市內…做宣導的時候，我們到學校去教學生…什麼是長期照護…」。(013-9)

「…希望政府…對年輕人的…長照…做一個價值觀的改善和教育…」。(006-10)

而有幾位受訪者談到，職場上要建立新進人員對長照工作的思維，就備感無力，因為新進人員從醫療體系轉換到長照體系時，若沒有先經過相關課程的訓練，對長期照護有正確的認知，是很難改變他們仍舊以醫療思維的思考模式，所以期待加強教育訓練的重要性。

「…要改變對照顧住民的方式，不能再以醫療為主的思考模式，才是對的…」。(001-20)

「…新同事從急性病房來…很不能適應…長照的護理工作…整個思維都還在急性病房…」。(003-7)

因此，從事長期照護的人員應涉獵相關專業知識，建立正確的認知與思維，排除以醫療護理觀點，才能於長照體系中發揮照護的本質。

二、政策、保險與未來發展

國內長照政策、體制、保險、人才培訓與證照制度…等等遲遲未臻完善，於今年五月立法三讀通過之「長期照護服務法」並無法有效解決或處理龐大的長照需求相關諸多事務。長照帶來的眾多社會、經濟等相關問題，對已投入長照領域的工作人員與家屬甚至其家庭更是燃眉之急，受訪者們紛紛引頸期盼政府要有所作為。

「…（國內的長照發展）是必需要趕快去推動…大家都知道未來是老年化的社會…少子化…很快我們要去面臨到的問題…（長照）專業的人都有這個認知，如果（政府）沒有實質…的做為，長照是無法推的動…」。(009-4)

「…政府應該趕快制定長照政策和保險……長照保險真的很重要！沒有錢怎麼經營和照顧需要的人民…」。(001-22)

「…任何政策都是需要錢才能推動…人民還是要有這樣的體認…制度規畫出來之後…要在年輕的時候就繳錢（長照保險）…」。(004-12)

「…需要保險，老人家都是會遇到需要人家照顧…畢竟…老了，走不動了，生病了，一定都會遇到的…，沒有保險，…錢要從哪裡來…(長照)保險，50歲到85歲，要保一下…」。(012-2)

「…要有…統一的窗口…告訴我們…什麼時候…要開始做（長照政策）…」。(007-7)

台灣目前在長照的相關政策、保險制度等的發展不及其他先進國家。多數受訪者們都提到，國家若能提供一套完善的長照體系和規劃妥善的保險制度並籌措資源，對長照需求者和家庭才有實質上的幫助，不管是經濟負擔或是照顧壓力；另外對提供照顧的專業人員和機構而言也才有遵循的方向和工作保障。

除了政策、保險，還有很多相關的法源依據、證照制度、平台、照護管理等，也都是很重要的。受訪者們一致認為若無法源依據，會使工作角色混淆而無法發揮專業角色與功能。

「…照顧專員…工作最為難的，是民眾服不服我的評估…照專公權力的角色太薄弱…能夠…做到的太少了，所以我覺得長照法規一定要先出來…」。(013-13)

「…長照服務法…被很多像精神衛生法、老人福利法…刮分掉了，沒有很具體的一個法源…做規範…大家就…亂做或各做各的…沒有一個專責的法規來處罰…是需要檢討、修改的…」。(013-14)

「…現階段是各專業團隊間…不曉得怎麼聯繫…沒有（長照）平台，若靠照專一個人在聯繫，是會有很大的問題…中央（政府）沒有做…（長照）平台，就會呈現大家都各做各的，所以平台也要趕快建立起來…」。（013-15）

「…希望國內的長照政策和法規、保險，還有相關系統平台的建立都很重要…要制定出來讓大家有得遵循…長照要如何經營和管理，都是政府和業者迫切需要思考的…」。

（010-8）

「…長照…評鑑制度愈來愈嚴格，現在是民營市場，要付什麼樣的錢…是家屬決定的，…市場機制，要由政府去管理有什麼事要做的、要做到什麼程度…」。（011-2）

「…長照的政策和保險，還有人才培訓和增加專業的課程等等，都是要趕快進行的…」。

（014-6）

依先進國家經驗，長照的發展應是多元、全面性的。國內長照發展延宕的原因眾多，有些受訪者認為國內長照的發展不能、也不恰當由護理單一方面承擔，希望由各個專業一起負起此重責大任，讓每個專業都能發揮其角色與功能，如同在第三節「護理在醫療範疇與長期照護範疇中角色與定位」中提到的，多數人都認為應該由各專業團隊來共同發展長期照護體系。

「…長照不要限定在護理這一塊，讓其他專業也有一些發揮的空間…」。（005-4）

「…每一年的評鑑…都是護理人員在做…好像…（護理人員）是單一窗口，要承擔這個機構裡面的成敗，評鑑的成績…、或…是…照護的水準等等，好像都要靠她們（護理人員）去扛起來的感覺」。（009-7）

「…長期照護中護理人員的角色，我覺得是很適合做…管理者的角色…比起其它的專業，護理會有優勢…（長照）就是一個護理工作的再擴充，可是…（長照）…是不是由護理專業出來全部承攬，又是另外一回事了…」。(013-16)

三、教育、培力

對於人才培訓方面，大部份受訪者認為長期照護若要做好，就要把照顧者的教育做好，尤其是社會價值觀與思維必須從教育的根本來做，不僅要重視職前的教育訓練更要持續給在職的人員繼續教育。受訪者們都期望政府審慎規劃、制定相關培訓計劃，盡早養成各專業人才以利長照政策的推動與發展。目前政府規劃的長照訓練課程，對受訪者們而言，大多表示每年課程內容都是基礎概念或是照本宣科，了無新意也無助於工作實務面的執行與操作，建議這樣的課程要分專業程度，課程內容也要更深入長照核心。

「…要把這個長期照護做好的話…應該從照顧者的教育來做好…護理人員的教育把它做好才行…」。(001-6)

「…新進人員要培育…目前在工作的人員也要有在職教育…」。(001-8)

「…人才培育的課程…每年…都一起上一樣的課…其實長照涉及的面向很廣大…沒有分專業與非專業課程，或是針對專業人員做更進階的課程規劃，這樣的課其實幫助不大…（政府）…應該要修改和設計適合的課程內容來符合實際的需求…」。(007-6)

「…覺得目前的長照課程不是很能符合實務工作的需求…護理人員…轉換…環境…時…是需要…學習的，畢竟長照與醫療護理還是有些不一樣…」。(004-11)

「…人才(照顧管理師)…要趕快培訓…繳了保險費，就是希望社會資源運用得好，若…補助的錢被濫用…就不好…」。(014-8)

國內目前把長照課程、學分班廣設於護理系所下授課，師資大多是護理界學者。對此受訪者們的看法認為長期照護應獨立為一門專業的課程，不能只由護理來主導或獨攬教育工作，導致長期照護護理化。

「…目前國內學校…的長照課程內容…若沒有包含護理照護課程的話，好像比較不妥當！若是上過基礎護理課程之後再依個人興趣去進修長照相關課程，會比較好…」。

(003-18)

「…要有長照專業的課程或理念比較好，不要只是純護理的課程！」。(003-18)

「…政府應該要重新思考和制定…人才培訓的相關做法，盲目投入卻無法達到想要的結果，不切實際，而學校端似乎也不管這樣的結果，只負責招生…」。(003-17)

「…現在…長照教育課程…整個就是護理的系統…像長照…level-1、level-2…課程資源…不夠多元…整個教育訓練的課程主導…還是要…參考…其他專業的意見…」。

(005-5)

「我覺得…(長照)如果被獨立出來做一個專業的課程，是比較適當…(長照)其實…需要非常多的專業在裡面…是和護理不一樣的另一個專業…」。(013-17)

「…期望專業團隊可以發揮各專業的角色和功能，也希望政府重視專業團隊的人才培育和在職教育的重要…」。(014-9)

受訪者期待政府在規劃長照訓練課程時，應從教育的根本做起，例如在大學以上設立的長期照護相關課程應獨立為一門科系，應重視培養人才之後的就職發揮所長，讓業界能適才適用。而任職之後，要重視各專業的繼續教育，課程內容要依專業及程度作設計，讓人才培育達到最大效益，不盲目投入而無所獲。

四、證照制度

關於長照證照方面，有些受訪者擔心人力已嚴重缺乏，若實施考證照制度，擔憂會更不容易招募到工作人員，建議只要保持現狀，有護理執照即可。

「我覺得有基本的執照（護士、護理師執照），有…上 level-1、level-2 的（長照）課程就好，如果還要再去考試拿證照，…可能會讓不想來的人更不想來…」。(001-21)

「…以人才教育培訓的話…慢慢都有這一方面的課程…可是…證照制度的話…目前還是以護理師、護士相關的專業證照為主…」。(004-10)

「…現在…最大的問題…是…人力不夠的情況下，說什麼證照…其實都是空談…」。(010-3)

而有些受訪者則贊成要制定專業證照制度，認為是時勢所趨，未來發展一定要有的專業能力認定，才能保障工作權，尤其是照顧管理專員的證照制度。國內技職教育體系宜參與搭配國家之新證照制度重新設計、培訓、轉銜及認證「照顧服務員」及「照護管理員(師)」。

「…將來如果（長照）發展有進步…階段性的話應該是要走入…（有專業證照）才對」。(006-4)

「我覺得證照的制度應該要趕快落實，不管是護理人員或者是各個專業人員，給…一個資格考…將來具備了…長期照護人才的資格…當然不用害怕到機構來沒有工作」。

(009-9)

「…認證制度…未來一定要有，對長照政策要長遠走下去是個很重要的關鍵…」。

(013-18)

「…（長照）就是一個專業…（長照）制度…要嚴謹…照顧管理師…統籌和資源分配能力必須要很強，除了考試之外還要不斷…訓練…贊成像日本那樣的做法」。(013-19)

五、機構照護人力缺乏問題與建議

資深長照工作經驗的受訪者提到現存於長照機構照護人員的一些問題，最令他們擔憂與無奈，例如：護理人員與照服員薪資太低導致徵不到人的困境、照顧人員素質不佳、學生大學畢業只想當管理者不想做基層的照護者等。受訪者 001 談了很多機構面臨到的狀況與實情，依多年擔任長照主管的經驗，她認為有些人來長照工作是非不得已的選擇，通常是家庭有問題或是工作表現不佳、耐壓性不好，再或者就是學生兼職無心在工作上。這些人多半來機構任職後，容易產生問題，相對地也不容易留下來，工作時無誠心在職務上努力，她對這種現象很無奈也無力，因為機構長期缺人，基層照顧工作辛苦、社會地位低，導致沒人想做或無法持久。

「…照顧的人員…不夠，因為現在沒有人願意做照服員，照服員的薪資…低，…護理人員薪資也低……會讓照顧的品質愈來愈不好，…目前有很多學生…老福系（老人照顧福利系）、什麼系啦，其實他們只想做管理者，沒有人想做照顧者…」。(001-17)

「…護理人員和照服員真的非常缺，我們機構是長期缺人，留不住人才，大部份都是不得已才來的，做了之後又適應不好離開，來來去去的，對我們的同仁造成壓力，住民的照顧品質更是影響很大…在這裡的住民很多，但卻徵不到護理人員來照顧，很擔心也很無奈啊…」。(001-23)

「…護理人員進來大部分都有在讀書(讀大學或二技)……給她們很好的條件，什麼時候上課就排班給他去，但是當她把學業完成之後…可能到醫院去……流動率很多…」。(002-12)

「…以照服員來講，好像、普遍來講不太願意來做或留住，因為他們得到的薪資條件也不是很好！我想護理人員她不願意留在這個(長照)領域的話，…薪資條件…是一個很關鍵的問題…」。(004-14)

受訪者們認為，照護人員流動率高無法留任的原因最主要是薪資太低，還有就是社會觀感不佳。一般人認為照服員的工作是把屎把尿，不需要具備專業背景，是比較低下的工作。Browne and Braun (2008) 分析照顧工作在國際被需求的現象以及一直被歸屬於低薪(low-paying)、低職業位階(low-status)骯髒(dirty)工作，無法被視為專業工作的主因是因隱藏在照顧工作深層的非技術性的能力要求始終未被看見與重視。所以受訪者們也提出若要解決這個問題就是要提高照護人員的薪資待遇，並改變大家對這個職業不好的看法，重要的是要有好的政策才能留住人才。

六、評鑑、督考制度問題與建議

幾位受訪者提到國內目前對長照機構的評鑑與督考制度需要改進，有些機構為了能繼續生存與經營，在評鑑時就做陰奉陽違的事，雇用護理人員不是來照顧

住民，是請來做評鑑資料的。多位受訪者期望要修改評鑑制度，讓專業的人發揮其專業角色與功能才是正確的。

「…在急性病房與長照這兩塊，不要要求做到急性病房那樣…像我們有評鑑，有一些專家就一直在…要求很多，…我覺得是說適度是可以的，可是如果說已經超過了，把我們的精力都放在那邊（評鑑），那反而現場照顧就減少很多，那這樣品質的話就沒辦法提升…」。(003-8)

「…我是覺得說在長照…大家要有…體認，它是一個無底洞…要怎麼樣去物盡其用…不要就…把…(評鑑標準)訂的很死化…才可能有彈性…社會成本也會減少很多」。(003-9)

「…人力的養成是不容易的…招募一個護理人員…或是…其他專業的人進來，目的是要讓他們做…專業的工作…而不是叫他來做應付評鑑的文書工作…要讓他們發揮專業嘛…」。(011-7)

「…不要把各專業的人員當作不專業的人來用…做一些不…該做或…是加諸…更多的雜事…要…尊重…專業…」。(014-7)

「…政府應該…做一個很好的管理…對…相關的工作人員要…做培訓…薪資待遇、…工作環境，應該要…趕快…建立，不然現在其實有點亂象…督考、評鑑…時…就做表面…可是…督考完之後運作就不是這樣子…很多小型機構都在變相求生存…」。(011-6)

小結

進入21世紀，先進國家早在預防保健之思維、設計及處置等之政策、研究、實務、以及教育培訓等有所檢視與改進，然而國內無論在政策面之設計及研究、

一般社會之新思維教育、或是專業之培訓等等，各方面都遠遠不及其他國家的進展。受訪者們對國內長照相關政策發展、推動及建置有很多看法和建議，期待政府學習先進國家把長期照護思維與社會價值觀從小教育起，再推廣至全民；中央應盡快制定法源、推動長照體制、保險、平台，規劃周全之人才培訓、證照制度、與照顧管理制度，期望讓照顧服務體系發展更健全。另外也建議對長照機構的評鑑與督考制度要修改，讓護理人員把專業技能發揮在照顧的功能上。

第五章 討論與反思

本章首先於第一節「研究結果之討論」中統整十四位受訪者的分析資料並總結討論其中的深層含意，接著於第二節「研究過程之討論」說明研究過程的實際執行狀況，而後於第三節進行本研究過程與結果的「自我反思」。

第一節 研究結果之討論

綜合整理十四位訪談對象意見、觀點，佐以國外先進之經驗、疊積，發現每位受訪者有各自的人生觀、價值觀、教育觀、家庭環境及工作環境等等的不同，依他們個人的經驗表達對「長期照護發展與護理走向的連動」獨特的見解。大多數受訪者們認為：「護理在醫療和在長期照護的角色與定位是不相同的，醫療的護理是以疾病為導向，而長照的護理則是以照護為主要，所以角色定位明顯不同。雖然長期照護與護理兩者之間是有其關連性，但不能就此把長期照護合理化為護理的一部分，再反覆地強化之應重視團隊合作，由各專業團隊共同多元發展，不應只由單一的護理主導一切」。由此可見，國內扭曲的社會價值觀尚有可為之處。護理發展甚早，護理的專業背景是相較於其他專業門檻較低，容易跨越到長照領域，長期照護是以有「**照護需求**」(care need)為首要，也就是說沒有長照需求就沒有長期照護，若國內欲以「**照護提供者**」(care provider)來混淆需求者的身分，把配角硬當主角，以自我立場來顛倒是非，完全破壞國外多年所累積、所體會之新思維、新價值。所以，護理是否要主導長期照護的發展，以及未來在長期照護框架中護理將如何定位，是值得國人深刻省思。

十四位受訪人員中僅有兩位受訪者003與006(皆是資深護理長)，堅定地認為「長期照護是屬於慢性醫療的延續性護理照顧，護理在長照佔有重要地位，而且護理不論在醫療或在長期照護的角色與功能是相同、一致的，可以說長期照護是護理延伸的照護領域，所以應該由護理來主導國內長照的運作與發展比較適合」。這是與其他職系專業人員的看法明顯不同之處，也說明了國內護理對長

期照護的認知是欲將其納入護理體系其中之一的服務範圍，由一些現象也可看出端倪，例如：護理界十幾年來積極參與長照政策的制定為求鞏固其體系的地位；長照相關機構的經營管理者大多是護理背景；長照課程的教材與師資幾乎都是護理界學者等，再對照兩位護理長與其他職系的說法，與目前社會現象的確不謀而合。

由第二章之文獻探討已知，歷史發展經驗先有醫療概念再及於照護之概念，護理行為繼而發展，但都無法偏離生活活動及參與之內容。現今各種健康問題日益擴大化、複雜化及長久化，吳淑瓊（2001）提到長期照護特有之本質**非急性醫療之延伸，也非慢性醫療**，在理念上必須把健康醫療照護融入日常生活照護之中，方可提供身心功能障礙者完整全人的照顧。「醫療」訴求的是早期掌握疾病狀況，「照護」則是訴求早期掌握功能障礙、不全或失能的問題，但是當面臨疾病狀況卻保有其生活面之**活動參與**功能，應無礙於其健康（李世代，2010），太多的健康照護問題是無法透過醫療之單一思維或護理單一體系來有效處理解決，故醫療體系之外還須跨越社區之公共衛生體系及長期照護體系來彌補不足之處，讓健康照護之理想目標可以落實（李世代，2012）。可見，長期照護是有別於醫療以外之新觀點、新思維與新架構，體系的建立必需整合多專業團隊及提供各種場域，無法拆解為單一個體系或單一個場域來處理解決繁雜的照護服務問題；各團隊的專業人員也必須擺脫本位主義，共同合作為首要條件，彼此互相尊重，才能提供完整及高品質的照護服務（高淑芬、陳惠姿，2005）。

所以，不論是護理、醫療或社工體系等等，與長期照護體系之關係應該是兩者之間是可跨越、交叉或平行發展，但最終不可能融合為同一體系，由其他先進國家如：德、日、美、英等國多年來的長照發展經驗也可佐證此結果，這也是進一步歸納整理出大部分受訪者在此研究中想表達出的深層含意，認為護理不能單方面扭曲長期照護的發展演進，亦不能獨攬長照發展事務，與他國背道而馳。

而護理在長期照護中的角色定位與未來要如何發展呢？WHO在2001年就指出護理在長照專業人力中的角色與功能是**主要照護（care）者**，而護理人員有其優勢經學習另一專業知識後，可再拓展為個案管理師、照護管理師等，以符合長期照護的需求（蔡秀鸞，2104）。由國外長期照護的護理人員培訓經驗與十四位受訪者的訪談內容認知亦是如此，但仍有未必如是者，其可能影響他人或主導大方向，其影響不可小覷。Wendt (2003)認為護理人員應該有能力照顧所有年齡層和所有照護情境之個案，國家的執照考試應該涵蓋這些所有的內容。護理要跨入或涉及長照，也必須學習此一專門知識，不宜以偏概全。長期照護所涉之大、多、廣、雜內容及本質，似非有照護管理之專人、專業、專事及專門機制等不可。照護管理者亟須扮演照護管理之角色，且須有制度性之證照與保障，此乃長期照護中所不可或缺之關鍵重要性角色，毋可須臾離（李世代，2013）。

有兩位受訪者（001 & 003）提出對住民的照顧要付出愛心、耐心與感情的連結，理念與日本的「殷勤款待」（hospitality）精神有同樣的照顧服務態度，它的概念是「互相認同、互相理解、互相幫助而達到共存共榮的共生關係」（凱爾菲特譯，2009）。受訪者中唯一的照顧管理專員（013），提到日本的照護管理師是根據「介護保險法」為需要照護、需要支援的人制定「照護計畫」（care plan），具有專業證照，在執行照護的業務、計畫、提供給付的管理比較有公權力，也比較能獲得被介護者本人及其家屬與其他團隊夥伴的信任；但在台灣，照顧管理專員的職責無法源依據，以致於執行業務上的權力和能力就不如日本，且無法獲得照護需求者的信任；相較於日本照管發展經驗，國內需要再思考與改進制度不足之處。

回想過去一、二十年來國內長期照護政策雖歷經不少計劃方案，但僅將老人照護的問題著眼在醫療護理思維，從醫療院所往社區或長期護理作延伸，而未及於長期照顧、支持及保護等攸關之思維理念、人文價值、操作施行、營運

模型、體制平台、法政框架、財務規劃、知能技巧、介入評估、專業培訓、(照護)計畫擬定、團隊實(運)作、活動設計、品質監測、證照規範等，且大方向標的、階段性建構目標及檢討機制均不甚明朗，種種問題都是台灣長期照護目前所面臨之困境與挑戰。反思我國長期照護的過去、現在與未來，錯誤的價值觀、不當的政策，是否可以稱作「所託非人」呢？

第二節 研究過程之討論

在剛開始尋找研究參與者的過程中，碰到很多挫折，常被機構的護理主管拒絕，擔心讓護理人員談論此議題，一度使得研究無法進行，由此可見國內長照環境不良，短期之內無法改善，這就是國內缺乏社會價值的根本問題。所以，長期照護之社會價值、操作、專業與利他人文素養—「公平(fairness)」、「正義(justice)」、「公益(equity)」及「利他(altruism)」等思維素養，應從國民基本教育做起（李世代，2012）。

本研究共有十四位受訪者參與，包括十二位專業/半專業長照工作者（醫事人員十一位及照顧服務員一位）與兩位非專業人員（家屬及住民各一位）。在進行訪談時發現，非護理背景的受訪者們對「任職前後對長期照護與護理之間關係的轉變」比較無法具體表達，因為不是護理人員，所以大多數受訪者在回答此題時須停頓思考一番，而對兩位非專業背景的受訪者（家屬及住民）而言，此題則不適用。另外也發現三位受訪者（照服員、家屬與住民）對「護理在醫療範疇與長期照護範疇中角色與定位」的問題，無法釐清護理在兩個體系中到底有何不同，主要是因這三位都不具醫事專業背景故無法深入了解此議題，其他專業背景的受訪者則可分辨出兩領域護理角色的相異處。而談論到對未來長期照護與護理的發展走向時，有幾位受訪者面露嚴肅、甚至不悅，語氣堅定地表示，國內多年來把長期照護與護理混為一談，不能因為護理佔有重要地位就把整個長照都交給他們負責，漸漸讓護理占盡優勢，期望未來護理要與其他團隊一起合作、權責一

致化才是對的做法。

受訪者除原本的醫事專業背景外，每年要上長照相關課程至少20小時以上，研究者認為受訪者們對「長期照護」僅有最基本的概念，無年資深或淺的差別，就如同受訪者們反應的「每年都上一樣的、很基本的概念」，可見國內長照課程的設計、規劃、教材與師資等等都需再檢討改進；再加上普遍缺乏國際資訊，對國外長期照護發展的歷程較少涉獵，必須由研究者在訪談過程中引導、說明，才能增加話題內容深度與廣度。訪談過程中，受訪者們大多能無顧忌地表達對護理在長期照護的角色、定位與未來發展的看法，實屬不易。在分析與詮釋資料時，研究者也反覆省思與查閱文獻，期許保持誠實、客觀與嚴謹的態度解釋資料。以下分別說明本研究的優點與限制。

一、研究優點

國內的文化議題，其背後有太多值得省思的成份，值得產官學研及實務界之投入，並將其努力探討之成果分享，尤其是長期照護議題，若能以質性研究的人文哲學理念，蒐集更多的經驗素材，經由不斷循環的深入探究，且對個人的經驗、人文素養與價值觀經常進行反思，思考我們社會所經歷的每一個階段，進而對感興趣的研究問題有更深入的理解與頗析，重新塑造真實的社會價值，這些是量性研究的統計資料所無法呈現的，也是研究者藉由探討長期照護與護理的發展走向議題，期望研究結果能拋磚引玉，有更多人投入研究或建立新觀感。

二、研究限制

十四位受訪者都是獨特的個案，有各自的人生觀、教育觀、價值觀、家庭環境與工作環境也同等等，每個人的角度、視野受限於自己的工作場域或生活態度，對國外先進長期照護相關的議題也無多涉獵，或僅略知一二，只能憑著自己多年的實務經驗，針對研究問題說出自己的認知與見解，無論對錯；在言語矛盾

之處，研究者試圖引導或澄清話題內容也無法釐清，有些矛盾之處研究者亦無再進一步探究，使得資料的蒐集與分析上有其困難度，內容深度稍有不足，是本研究的研究限制。另一方面對於本研究議題的研究報告有限，暫無其他研究報告可以相互呼應或比較，是為另一個研究限制。

第三節 自我反思

國內的護理界從1989-1990年開始以專業公會組織的力量，有計劃的參與政府長期照護政策的發展，至1995年台灣衛生部門開始發展長期照護制度，因照顧人力需求增加，而認為是能協助型塑健康照護政策的關鍵角色，便開始以公會或學會等組織的力量，以行動主動積極參與國內長照政策規劃、制定，這是護理涉入長照發展的源頭。

目前政府將長期照護相關業務歸屬在衛生福利部的「護理及健康照護司」下發展，相關的發展事務多交由護理界負責，舉例來說，即將於今年9月份召開之「2015年度亞洲太平洋經濟合作會議(APEC)」，教育部規劃參訪某一所大專院校之「長期照護物聯網聯合示範教室」，就是託付該校的護理學院為主要規劃設計者之一，卻不是由該校的「長期照護研究所」負責，令人匪夷所思；市面上到處充斥著護理學者著作的長照書籍；相關課程講師也大多是護理背景，這些人卻未必研讀過長照書籍或有過長照實務經驗…。諸多事實顯示國內名與實都是試圖把長期照護偏向護理發展。

多年來國內長照問題並未解決，長期照護供需依舊混沌，倒是周邊之行政及庶總務之事務愈趨明朗。經由本研究探討的結果得到多數專業人員略見一斑的想法，對於護理在長照鯨吞蠶食的做法，已有其他團隊人員表達不滿，期待國內護理不能為一己私利或團體利益而影響長期照護之正確發展，尤其是國內健康照護體系的資源重心一直偏置在醫療體系，若是再把長期照護趨向護理化，將更晦暗不明。因此由國外發展經驗，欲投入發展長期照護者須涉獵長期照護文

獻、研讀長期照護專書、從事長期照護研究、修習相關專業課程並體驗參與長期照護實務之相關背景，否則永遠無法發展出健全的長照體制。

另一個值得省思的是長照的第一線照護工作者（care worker）如：照服員、居服員等，以及照護參與者（care provider）如：護理人員、醫事人員等，培力與待遇問題，尤以照服員與居服員是接觸被照顧者最頻繁也是最吃重的工作，卻得不到社會大眾、家屬與醫護人員的認同、信任或是得到好的回饋，總以過時的觀感看待他們，認為做這樣工作的人社經地位是低下的。其中原因之一是護理意圖強奪長照資源地盤，代償醫療領域中之次要角色，而將照顧服務員貶向護工、護佐，所以常常頤指氣使做事或稍有照顧不慎就加以責怪，對這些基層工作人員而言無非是很大的挫折，再加上薪資待遇不佳，更是造成流動率居高不下的原因。1850年時的類護理（nursing-like）之服務內容及型態是包含護理與照顧，之後在社會漸漸發展之下才把「護理」與「照顧服務」分開。試想，若護理工作也要包含吃、喝、拉、撒、睡、清潔等基本照顧的工作，勢必使其職務更加繁瑣細碎，毫無專業可言，想從事的人則望之卻步，社會自然而然便趨向邊緣化或沒落化、下位化。但國家社會發展前進都是靠每一個勞工階層努力付出所堆砌而來的，所以即便是基層的勞工也應是被尊重對待的。

研究者在執行研究的過程中，常常自省其身，聽到受訪者評論國內長照實作的問題或擔憂未來發展的困境時，心中的確會有很多的感觸，「見賢思齊焉，見不賢而內自省也」，看看國外的發展歷程與經驗，再對照國內的現況，深深覺得我們不能再墮落了，台灣人口老化速度與許多國家地區僅次於日本，日本介護發展的程度卻是我們望塵莫及的，政府相關單位越是不願意面對事實，越可能因為扭曲的社會價值、錯誤的政策、各職系的鬥爭、人才出走…，造成國內長照需求人口與家庭更多的折磨。若能及早面對問題，就越有機會為長期照護創造一個能自力自助與共生共存的社會，這也是大勢所趨，人心所向。

第六章 結論與建議

長期照護之推動必須先建立社會價值與哲學觀，還必須有理念基礎、運作模式、運轉與制度體系或體制，建立服務輸送網絡，施行照護實務；在政策上須簡捷扼要而易於快速掌握，而執行須周延且面面俱到。老人、失能、失智及身心障礙者之長期照護內容包含多且廣又雜，故需求之推估與掌握則應視為優先，再轉換成資源提供、能限、滿足與等待，此過程所涉複雜，須有管理思維與作法。

第一節 結論

本研究採質性研究，使用深度訪談蒐集資料，佐以先進國家長照發展經驗來補充訪談內容分析不易飽和之處，透過先進國家經驗之外賦，旨在探討長期照護之發展與護理的走向關連，及未來國內護理在長期照護發展中的角色將如何定位。研究者使用立意取樣，邀請現職於長期照護相關機構且工作經驗至少兩年以上的專業與非專業人員，以及住民和家屬，共十四位受訪者參與本研究，由多元角度探討研究問題。

依研究的目得到的結論將分別以「研究發現」與「研究特色」說明如下：

一、研究發現

(一)、長期照護之發展與護理的走向應為交互、交叉或平行發展相輔相成，但不可能重疊融為一體：

護理是醫療的延伸，照護是醫療與護理的平行體。依先進國家發展經驗，健全的長照體制，除了政策規劃及立法推動、設計財源籌措及保險之外，若徒有「照護者」及「被照護者」之角色存在，是不足以發展出良好之照護施行，必須另有照護相關之平台、機制與有效運作之模式與長照體制之存在，才能讓照護施行更落實；其中長期照護之本質、內容範疇、特性、界定、單元體(成份)、決定因素、面向、議題、照護計畫；運作暨工作模式、照護執(施)行；社會價值思維與人文素養精神……，並非護理單一的觀點、專業知識所能涵蓋，應進一步學習長期照

護專業知識。而長照的照護服務與資源亦無法由單一或少數專業體系獨自操作，忽略了以照護需求評估與掌握為優先，多職種團隊合作才能提供多元服務與提升照護品質。所以長期照護與護理的發展走向應為交互、交叉或平行而相輔相成，但最終不可重疊融為一體。

(二)、未來國內護理在長期照護發展中的角色定位應為專業的照護者，甚至進一步為管理者，而非當然之領航者：

本研究發現依據訪談結果，多數人提出一致性的看法，認為護理在長期照護發展上的角色應定位為專業照護者，甚或經學習後提升為管理者角色，但非主導長照發展的當權者。各國長照工作人員職務與角色定位，在日本的介護體系團隊就包含二十三種以上的職種，每位人員各司其職，例如：專業照護人員負責執行管理及評估監控，而半專業照護人員則負責第一線照顧與支持的任務。照護團隊中的每一職系與成員都有其發揮必然的角色及空間，少數其可跨越角色及替代，即所謂不在其位，不謀其政，強調團隊合作，共生共存的關係。

護理在長照領域的角色功能重要的優勢，在於其具備醫護專業的背景，因長照需求者大部分都患有多種慢性病、失能或失智等脫離不了醫療的慢性照顧，而護理比其他專業人員（社工師、物理或職能治療師、營養師等）更具備了醫護照顧知識與技能，也能身兼多職處理一些庶總務的事，這是護理在長照佔有重要地位之因。護理若由「專業照顧者」的角色，再學習經營管理之道，即可晉升為機構管理者；若學習個案管理之課程亦可為「個案管理師」或「照護管理師」；同樣的，若要引領國內長照之發展大業，也必須要專研長期照護議題，具備相當之專業知識與技能，才可能勝任。但多年來護理未曾涉獵或學習長期照護，也未了解西方先進各國長期照護發展走向，一意孤行試圖將長照發展為護理的一部份，試問：若以護理單一體系要如何解決或滿足長照龐雜的照護問題呢？！所以期望護理界重新審視在長照的角色與定位，勿扭曲或濫觴長照之發展與演進。

二、研究特色

針對本議題的研究較為有限，研究者僅能以先進國家的發展經驗來補充訪談內容不易飽和之處，加上在研究所學習到的知識和個人的工作經驗，經反覆謹慎地分析資料後才呈現初步的研究結果。期望日後在學術方面，能引發更多長照或護理的研究者對此議題再深入探討或以不同的研究途徑、方法、概念或理論等方面，使研究結果有所精進或突破，充實此類的研究貢獻。在實務方面，研究者所得出的研究結論與發現，期待激發大眾對長照與護理的發展走向做徹底反思、批判與檢討，重新面對台灣長照發展的困境與解決之道。

第二節 建議

長期照護涉及多方且千頭萬緒，為因應及解決此重大議題，先進各國無不苦思冥想、小心謹慎地面對及建構長照體制，不時反省與檢討以求服務及福祉盡善盡美，資源提供也能盡如人意。反觀台灣二十幾年來對長期照護卻蠡測管窺，行政、庶總務取代專業導向之玩弄，態度淡然置之，可想而知所推行的相關政策施行助益不大，導致長照供需歷歷落落，為亞太地區高齡化速度快，但長照體制建置卻最不疾不徐的國家，以至過去二十年來幾乎如出一轍全無進展，即如立法之內容、技術仍千瘡百孔問題爰多，其中當然有很多阻礙發展之因素，除了政府不重視、不積極的態度，最主要是離本依末、以偏概全的做法，試圖將「長期照護」以「護理」簡單化、庶務化，減少相關政策體制之繁雜人、事、物支出負擔，將使國內的長照體制更為崩壞。

綜合整理受訪者們針對國內長期照護的期待與建議，加上研究者所知所學，列出幾點建議如下：

- 一、先將「長期照護」理念、價值及操作定義界定清楚。國內缺乏操作面定義，建議採 OECD 之定義，與世界各國接軌或一致化，並將「長期照護」詞彙納入辭典之中。

- 二、人文素養宜由深植思維觀念價值著手，應由教育部門透過社會大眾教育、國民(中、小學)基本教育、技職及專業教育，以及既有醫事轉銜之強化教育加以建置。
- 三、針對一般民眾、半專業性從業人員、專業性從業人員，設計「長期照護」核心教材，以助於落實教育性之人文建置；尤其是技職教育體系宜參與搭配國家之新證照制度重新設計，培訓及認證「照顧服務員」及「照護管理師」。
- 四、長期照護人才培訓課程規劃應視各職種之個別實務需求而設計，不宜泛理論式空談，應重視質與量；明訂師資須有長照相關專業背景；增加安排實務實習制度，從基礎扎根，培養正確照護理念與加強學習態度。
- 五、長期照護之推動須具備配套或相關之醫療、福利、僱傭、人力及人文平台，應規範出渠等之配套框架與機制。
- 六、照護與醫療迥異，應另建置一平行之照護新體制，排除以醫療護理觀點界定長期照護工作職責，改為照護本位之思維、記述、認定、資源分配基礎。
- 七、明訂長期照護工作團隊照護責任，團隊成員組成、職掌及比例，並立法規範其資格及證照，由多職種朝多元、平行或交互發展，相輔相成。
- 八、護理及其他專業團體應盡早自我省察，在長期照護發展框架中重新思考與角色定位，並研讀長期照護相關書籍或涉獵國外發展經驗，在長照領域中，共同。
- 九、提昇照護(顧)人員的薪資與待遇，並宣揚其對長期照護存在的重要性與貢獻，改變社會價值觀。
- 十、尊重長照專業，讓投入者人盡其才，完善規劃之物盡其用。

參考文獻

中文部分

- 鈕文英 (2012)。質性研究方法與論文寫作。台北市：雙葉書廊。
- 胡幼慧 (編) (2008)。質性研究—理論、方法及本土女性研究實例。臺北市：巨流。
- 李政賢 (譯) (2006)。Catherine Marshall & Gretchen B. Rossman 著。質性研究設計與計畫撰寫(Designing Qualitative Research)。臺北市：五南。
- 蔡淑娟 (譯) (2015)。鈴木隆雄，大修一監修。照護預防完全攻略手冊。苗栗縣：國家衛生研究院。
- 李世代等 (譯) (2012)。Benjamin, W. Pearce 著。老人社區環境實務規劃-生活及參與經營管理導向。臺北市：華騰。
- 凱爾飛特有限公司 (譯) (2009)。谷口幸一等作。安心服務介助員二級資格檢定考試教科書。臺北市：凱爾飛特。
- 李世代、劉美吟、高琇珠、曾淑琪、謝鶯玉、蔡淑娟、…宋珮珊 (2009)。日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究。行政院經濟建設委員會委託之專題研究成果報告 (編號：(98) 029.812)。台北市：行政院經濟建設委員會。
- 李世代 (2010)。長期照護的發展與推動。台灣醫界雜誌，53(1)，44-50。
- 李世代 (2011)。「質性研究」對老年學領域格外重要。台灣老年學論壇，12，1-10。
- 李世代 (2012)。長期照護之界定與操作推動。領導護理，13(1)，2-13。
- 李世代 (2013)。長期照護與照顧(護)管理。社區發展季刊，141，141-160。
- 吳淑瓊等 (2001)。考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告書。行政院，建構長期照護體系先導計畫-出國報告。
- 吳淑瓊等 (2002)。建構長期照護體系先導計畫第二年計畫。內政部委託研究。

- 江清謙、柯木興、林谷燕、林建成 (2009)。德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究。行政院經濟建設委員會委託之專題研究成果報告。台北市：行政院經濟建設委員會。
- 李光廷 (2009)。由德日兩國經驗看我國長期 照護保險制度規劃。Taiwan Economic Forum, 7 (10)。
- 許佩蓉、張俊喜、林靜宜、林壽惠、李世代 (2006)。機構式長期照護綜論。台灣老年醫學雜誌, 1 (4), 198-215。
- 周世珍(2006)。荷蘭健康照護法制新趨勢。長期照護雜誌, 10 (2), 136-153。
- 朱貽莊、陶屏、陳玉芬 (2012)。從跨國經驗看臺灣長期照顧政策中的照顧權。社區發展季刊, 138, 263-278。
- 王香蘋、蔡淑鳳、陳淑芬、李增展(2010)。日本介護保險專業服務人員培訓制度之探討。社會發展研究學刊, 8, 33-50。
- 林淑萱 (2003)。日本長期照護保險的發展經驗及其對臺灣的啟示。社區發展季刊, 104, 454-463。
- 葉玲玲、謝媽娉、鄭文輝、朱僑麗、徐慧娟 (2007)。日本長期照護機構參訪心得與建議。長期照護雜誌, 11 (3), 303-314。
- 黃慧雯、劉淑惠、白玉珠 (2010)。台灣長期照護保險制度與日本介護保險執行改革方針。護理雜誌, 57(4), 77-82。
- 陳玉蒼 (2006)。從準市場機制看日本介護保險制度下介護市場的現狀。社區發展季刊, 115, 392-407。
- 陳正芬 (2011)。我國長期照顧政策之規劃與發展。社區發展季刊, 133, 192-203。
- 陳惠姿、李光廷 (2011)。長期照護專業人員核心能力與培育。護理雜誌, 59 (6), 12-18。
- 陳惠姿(2008)。老人及長期照護人力培育。護理雜誌, 55(4), 11-16。

- 高淑芬、陳惠姿(2005)。長期照護與社區護理。國家政策季刊，4(4)，109-128。
- 李卓倫、呂育陞、劉立凡(2010)。高齡照護體系中之專業人力。台灣老年學論壇，6，1-16。
- 劉立凡(2002)。英國老年照護計劃淺介。中華民國長期照護協會雜誌，6(1)，1-10。
- 梁亞文、劉立凡、林育秀(2010)。英日兩國長期照護制度對推動我國長期照護制度之意涵。長期照護雜誌，14(3)，311-324。
- 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。
- 陳靜敏(2009)。護理引領老人健康照護。源遠護理，3(1)，5-10。
- 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。
- 劉仲冬(2006)。我國的護理發展史。護理雜誌，53(3)，5-20。
- 蔡淑鳳、吳濟華、陳永興、戴正德(2006)。從護理史探討台灣的護理發展脈絡。臺灣醫學人文學刊，7(1&2)，91-112。
- 李選、盧瑛琪、顏文娟、林淑琴(2004)。由邁入全球化，談台灣護理教育之衝擊與未來發展。護理雜誌，51(4)，27-32。
- 李選、黃正宜(2006)。國際護理專業之近代發展趨勢。護理雜誌，53(3)，21-26。
- 尹祚芊(2014)。國民健康的轉變與台灣護理實務的發展。護理雜誌，61(4，特刊)，5-19。
- 周傳姜(2007)。運用理史的思考來看護理的發展。護福，175，2-5。
- 鍾聿琳、許麗齡(2007)。從護理教育的困境談未來之發展。護理雜誌，54(1)，17-22。
- 曾中明(2006)。台灣老人與身心障礙者長期照顧之現況與規劃。長期照護雜誌，10(2)，93-100。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花(2005)。質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析。

身心障礙研究，3（2），122-136。

萬文隆（2004）。深度訪談在質性研究中的應用。**生活科技教育**，37（4），17-23。

蔡（門言）（門言）、林麗嬋、李玉春（2011）。長期照護十年計畫：護理觀點。

長庚科技學刊，14，25-32。

蔡秀鸞（2014）。世紀回眸—台灣護理專業的角色拓展。**護理雜誌**，61（4，特刊），69-77。

謝佩倫、陳靜敏（2015）。長期照護之護理能力概念分析。**馬偕護理雜誌**，9（2），7-14。

賴育芳（2010）。**中華民國與英國、美國、德國、韓國長期照護保險制度之比較研究**（未出版碩士論文）。逢甲大學，臺中市。

李佩璇（2013）。**長期照護之個別化照護計畫**（未出版碩士論文）。臺北護理健康大學，臺北市。

行政院經濟建設委員會（2008），『中華民國台灣 97 年至 145 年人口推計』

<http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0000455&key=&ex=%20&ic>

日本厚生勞働省，<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>

荷蘭衛生福利部。體育福利部 <http://www.government.nl/ministries/vws>

詹火生（2005）。日本介護（長期照護）保險制度現況與展望。2014年1月3日取自 <http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-022.htm>

周恬弘（2008）。為了美麗的地面：德國的長期照護保險。2014年1月20日取自 http://thchou.blogspot.tw/2008/05/blog-post_1057.html

周恬弘（2009）。為了美麗的地面：荷蘭的健康照護體系(3)—健康照護遞送系統。2014年1月24日取自 <http://thchou.blogspot.tw/2009/08/3.html>

李世代（2015）。LTC 導引。臺北護理健康大學長期照護研究所上課 ppt。

李怡娟（2014）。高齡護理教學在大學護理教育之必要性。2015年7月6日取自 http://www.tane.org.tw/show.php?news_no=215

呂寶靜（日期不明）。高齡社會之老人健康和社會照顧。2015年7月24日取自 <http://nccur.lib.nccu.edu.tw/bitstream/140.119/4953/1/942420H004006KF.pdf>

英文部分

- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: SAGE.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. CA: Sage
- Padgett, D. K. (2008). *Qualitative Methods in Social Work Research* (2nd ed.). Los Angeles: SAGE.
- Colette V. Browne, Kathryn L. Braun (2008). Globalization, Women's Migration, and the Long-Term-Care Workforce. *The Gerontologist*, 48 (1), 16–24.
- Jorine Muiser and Guy Carrin (2007). Financing long-term care programmes in health systems with a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries. *World Health Organization*, 6.
- Brodsky J, Habib J, Mizrahi I (2000). Long-term care laws in five developed countries: a review. Geneva, *World Health Organization*.
- Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M (2003) Key policy issues in long-term care. Geneva, *World Health Organization (WHO Collection on Long-Term Care)*.
- Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, eds (2004). Long-term care in developing countries: ten case studies. Geneva, *World Health Organization (WHO Collection on Long-Term Care)*.
- Kemporen (2005). Health insurance, long-term care insurance and health insurance societies in Japan 2005. Tokyo, National Federation of Health Insurance Societies.

Carpenter, C. & Suto, M. (2008). *Qualitative Research for Occupational and Physical Therapists: A Practical Therapists: A Practical Guide*. Oxford: Blackwell.

Pennery, E. (2003). The differing roles of specialist nurses. In V.Harmer (Ed.), *Breast cancer: Nursing care and management* (pp. 334-351). London, England: Whurr.

Marlene S. Stum, (2003) . Common Myths and Facts: Risk of Needing Long Term Care.

<http://www.financinglongtermcare.umn.edu/basics/prepared/mythsandfacts/LTCrisk/LTCrisk1.htm>

U.S. Department of Health and Human Services

http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Understanding_Long_Term_Care/Basics/Basics.aspx#needs

OECD (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Available

<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884520.pdf>

OECD. (2011). *Health Data 2011*. Retrieved from

<http://dx.doi.org/10.1787/888932526502>.

Florence Nightingale Museum. <http://www.florence-nightingale.co.uk/>

附錄一 訪談大綱

訪談大綱

1. 請您談談什麼是「長期照護」？（包含體制、操作平台、保險、定位、理念、團隊、運作、教育培訓、照顧管理、證照制度及價值觀等。）
2. 您認為護理在「醫療」與「長期照護」中的角色與定位有什麼相同或不相同之處？
3. 在長期照護領域任職前和任職後，您對「長期照護」與「護理」兩者之間的關係有何看法？（談看法的轉變）
4. 對未來國內長期照護與護理的發展，有何期待或建議？（包含體制、操作平台、保險、定位、理念、團隊、運作、教育培訓、照顧管理、證照制度及價值觀等。）

附錄二 研究受訪者說明及同意書

國立台灣大學醫學院附設醫院 研究受訪者說明及同意書

您被邀請參與此研究，這份表格提供您本研究之相關資訊，本研究已取得研究倫理委員會審查通過，研究主持人或其授權人員將會為您說明研究內容並回答您的任何疑問，請您經過慎重考慮後方予簽名。您須簽署同意書後才能參與本研究。

中文計畫名稱：長期照護發展與護理走向的連動－交錯、互動與輔成

英文計畫名稱：Long-term care development and nursing progress connection
－ Crossing, interaction and complementing

執行單位：

委託單位/藥廠：無

經費來源：

主要主持人：李世代

職稱：主任級主治醫師

電話：

※二十四小時緊急聯絡人：王淑貞

電話：

受訪者姓名：

性別：

出生日期：

病歷號碼：

通訊地址：

聯絡電話：

法定代理人、輔助人或有同意權人之姓名：

與受訪者關係：

性別：

出生日期：

身分證字號：

通訊地址：

聯絡電話：

一、研究目的：

二、受訪者之參加條件：

負責本研究的人員會幫您做評估，並與您討論參加本研究所必需的條件。您必須在進入研究前簽署本受訪者說明及同意書。

納入條件：

您必須符合以下所有條件方能參加本研究：

1. 簽署知情同意書及同意訪談過程錄音。
2. 年齡在 20 歲以上者（性別不拘）。
3. 從事長期照護相關實務工作經驗兩年以上者
4. 目前正從事長期照護相關實務工作。

排除條件：

若有下列任何情況者，不能參加本研究：

1. 無簽署知情同意書或不同意訪談錄音。
2. 年齡不足 20 歲。
3. 從事長期照護相關實務工作經驗未達兩年以上者。
4. 目前無從事長期照護相關實務工作者。

三、研究方法、程序及受訪者應配合之事項：

四、研究材料之保存期限及運用規劃：

研究訪談內容不會顯示受訪者姓名及隱私資料，僅以編碼排序，內容僅提供學術研究參考之用，絕不外洩。

五、可預見之風險及補救措施：

若因訪談時間冗長，讓您身心感到不適，請隨時與研究主持人或研究人員反應，尋求說明或協助。您也可隨時提出退出本研究，我們將會尊重您意願。

六、研究預期效益：

本研究探討國內長期照護與護理發展的關連性與走向，以提供我國長期照護與護理未來發展的參考方向。

七、機密性：

臺大醫院將依法把任何可辨識您的身分之記錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開。如果發表研究結果，您的身分仍將保密。您亦瞭解若簽署同意書即同意您的原始醫療紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據

符合相關法律及法規要求。

八、損害補償：

- (一) 如依本研究進行因而發生不良反應或損害，本院願意提供必要的協助。
- (二) 除前項協助外，本研究不提供其他形式之補償。若您不願意接受這樣的風險，請勿參加本研究。
- (三) 您不會因為簽署本同意書，而喪失在法律上應有的權利。

九、受訪者權利：

- (一) 研究過程中，與您的健康或是疾病有關，可能影響您繼續接受本研究的任何重大發現，都將即時提供給您。
 - (二) 本研究已經過本院研究倫理委員會審查，並已獲得核准。本院研究倫理委員會委員由醫事專業人員、法律專家、社會工作人員及其他社會公正人士所組成，每月開會一次，審查內容包含試驗之利益及風險評估、受訪者照護及隱私保護等。如果您在研究過程中對研究工作性質產生疑問，對身為受訪者之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之研究倫理委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為：02-2312-3456 轉 63155。
 - (三) 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與在台北護理健康大學長期照護研究所的_____聯絡(24小時聯繫電話：)。
- 本同意書一式2份，主持人或其授權人員已將同意書副本交給您，並已完整說明本研究之性質與目的。_____已回答您有關本研究的問題。
- (四) 本研究預期不會衍生專利權或其他商業利益。

十、研究之退出與中止：

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後醫師對您的醫療照顧。研究主持人亦可能於必要時中止該研究之進行。

若受訪者退出研究後，其之前被收集的資料將不加以分析且銷毀錄音等相關資料。

十一、簽名

- (一) 主要主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

主要主持人簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

(二) 受訪者已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受研究計畫的自願受訪者及同意受訪過程錄音。

受訪者簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

誠徵研究計畫自願受訪者

我們正在進行一項由台大醫院李世代醫師主持的研究計畫，計畫名稱是「長期照護發展與護理走向的連動—交錯、互動與輔成」，希望可以了解長期照護發展與護理的走向關連，以及國內護理如何在長期照護的框架中發展與定位。

如果您具有下列條件，您可能符合參加的資格：

1. 年齡在 20 歲以上者（性別不拘）。
2. 目前正從事長期照護相關實務工作。
3. 從事長期照護相關實務工作經驗兩年以上者。
4. 同意訪談過程錄音。

整個研究期間約 12 個月，預計收錄 人參加。研究過程是以半開放式的問題進行訪談，訪談時間約花費您 1 小時。

我們目前正在積極地尋找本研究的自願受訪者，如果您想進一步瞭解本研究，請聯絡：

台北護理健康大學長期照護研究所-研究生 王淑貞小姐

(聯絡電話: 09**-* ***)



附錄四 受訪者（專業/半專業）資料蒐集表

受訪者（專業/半專業）資料蒐集表

編號：_____

訪談日期：2014 年____月____日

資料收集方式：面訪 電訪

訪談地點：_____

訪談時間：____小時____分____秒

【基本資料】

姓名：_____

性別：男 女 年齡：____ 歲

教育程度：小學 國中 高中 專科 大學 研究所

科系／所：_____

聯絡電話：_____

【長期照護相關專業／半專業工作經歷】

任職機構類型：_____ 職稱：_____

主要工作內容：_____

長期照護相關工作總年資（截至 2014 年 8 月 30 日止）：共____年____月

曾接受過長照相關課程訓練：有 無，約____ 小時 天

附錄五 受訪者(家屬)資料蒐集表

受訪者(家屬)資料蒐集表

編號：_____

訪談日期：2014 年____月____日

資料收集方式：面訪 電訪

訪談地點：_____

訪談時間：____小時____分____秒

【基本資料】

姓名：_____

性別：男 女 年齡：____ 歲

教育程度：小學 國中 高中 專科 大學 研究所

科系／所：_____

聯絡電話：_____

【個案／家屬】

*家屬之資料：

1. 照顧家人的時間：約_____年
2. 照顧家人之場所：安養機構 護理之家 醫院 其他:_____
3. 曾接受過長照相關課程訓練：有，曾參加過_____課程
無

*住民之病況簡述：

--

附錄六 受訪者(住民)資料蒐集表

受訪者（住民）資料蒐集表

編號：_____

訪談日期：2014 年____月____日

資料收集方式：面訪 電訪

訪談地點：_____

訪談時間：____小時____分____秒

【基本資料】

姓名：_____

性別：男 女 年齡：____ 歲

教育程度：小學 國中 高中 專科 大學 研究所

系/所：_____

聯絡電話：_____

【住民之資料：】

1. 疾病名稱：_____

2. 目前入住機構類型：安養機構 護理之家 醫院 其他:_____

3. 接受長期照護之時間：約____年____月

*住民之病況簡述：

病史：