

由供需面向探索偏遠地區長期
照護據點之功能
與服務輸送
-混合方法學之研究

計畫成果報告表

由供需面向探索偏遠地區長期照護據點之功能與服務輸送

-混合方法學之研究

摘要

偏遠地區長期照護據點之主要目標是擴增長照服務的普及性與可近性並希望結合在地人力及資源促進社區型服務之發展及創新服務之開發。本研究目的乃由服務服務提供者與使用者觀點檢視目前偏遠地區長期照護據點之功能與服務輸送成效。以立意取樣，進行半結構式深度訪談及焦點團體與量化研究。質性訪談訪問 31 個曾經執行與目前執行的台中以南偏遠地區長期照顧據點承辦單位其經營團隊與偏遠地區照顧管理專員，量化研究共完成 23 個據點及服務使用者有效樣本 206 位的問卷調查。質性研究中缺口一到缺口四中，會影響到新成立之據點的主要問題，主要是缺口一知識落差的部分，也是問題點最多的部分，而中度成熟型的據點常遇到的問題出現在缺口三服務行為，缺口四溝通上的落差則一直存在，在缺口二標準化上面，普遍據點經營遇到此類困難較少。量性研究的缺口五比較據點特性、使用者認知與服務滿意度之差異，使用者以女性居多 (58.3%)，年齡多為 65-74 歲 (37.4%)。服務滿意總平均分數為 4.366 分(滿分 5 分)。研究結果呈現，在滿意度上承接單位皆是衛生所較高，惟有有形性與關懷性有顯著差異($Z=2.274^*$ 、 1.943^*)，偏鄉與資源不足區則以偏鄉滿意度較高，但不存在顯著差異；使用者認同據點是整合平台的角色時，對於據點有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性滿意度皆越高($r=.253^{**}$ 、 $.158^*$ 、 $.246^{**}$ 、 $.246^{**}$ 、 $.228^{**}$ 、 $.270^{**}$)，與不認同據點具整合平台功能者滿意度表現會有顯著差異($Z=2.263^*$ 、 3.524^{***} 、 3.525^{***} 、 3.261^{**} 、 3.870^{***})。綜上所述「獎勵偏遠(含山地離島)及長照資源不足地區設置在地且社區化長期照護服務據點計畫」仍存在認知落差、標準化落差、服務行為落差、溝通落差、民眾認知落差 值得相關政策修正與發展之參考。

關鍵詞：偏遠地區、長期照顧服務據點、服務缺口模式、長期照顧服務傳遞

Exploring the function of long-term care centers and service delivery in remote area from the perspectives of supply and demand: a mixed method approach

Background: The population is aging in Taiwan as in western countries. To achieve the goals of ageing in place and the accessibility and equity of long-term care for elderly people in remote area, the “Project of Implementing Long-term Care System in Remote Area” has been in operation since 2009, the government contracts out the program and sets up long-term care centers in remote area to deliver LTC services for those in needs in remote area. By using PZB model, the study aimed to explore the service gap both from the customers’ perspectives and from the service process of organizations to examine the possibility of service integration in order to synergize local resources and deliver appropriate services.

Methods: It is a cross-sectional research design and a mixed method approach was used. The stratified judgmental sampling method was used to identify 23 proprietors and 206 elderly users were interviewed.

Outcomes: Results revealed four service gaps including knowledge, standard, behavior and communication gap. Most centers newly launched are faced with knowledge gap, and mature canters are usually confronted with service behavior gap. Communication gap has always existed. In quantitative research, service users of the long-term care centers are mostly women (58.3%), with the age of 65-74 years old (37.4%). User identify role of the long-term care centers as the integration platform having the higher satisfaction score in tangible, reliability, responsiveness, empathy, assurance ($r=.253^{**}$, $.158^{*}$, $.246^{**}$, $.246^{**}$, $.228^{**}$, $.270^{**}$).

Conclusion: Service quality could be adversely affected by a knowledge, standard gaps and result in a behavior gap extending to a series of cascaded gaps.

Keywords: Long-term care centers, Remote area, Functions, Long-Term care service delivery, PZB model, Care management.

第一章 研究計畫之背景及目的

前言

在地老化(Aging in Place)是政府因應高齡化社會的重要政策方針；而政府在長期照護十年計畫的推動亦是以在地老化的思維希望強化社區與居家式照護服務的開展與服務輸送。如今長期照護十年計畫已經正式接軌長期照護服務網計畫(衛生福利部，2013)，並在2016年起接軌長照2.0以分區的方式希望提供普及且周全性的服務。然而，偏遠地區的長期照護需求值得政策關注，是否這些長照需求者在有需求時能夠及時被發掘或轉介得到適當的需求評估與長期照護服務？政府基於此一考量，積極發展偏遠地區(含山地離島)在地且社區化長期照護服務體系計畫。由行政院於98年10月2日正式核定辦理「推動弱勢族群醫療照護計畫」-發展山地離島偏遠地區社區化長期照護服務體系計畫。近年來在衛生福利部的推動下業務日益拓展，希望達到當初推動此一政策之目的。不過，計畫至今在推動上出現部分問題與推動障礙，有些承辦機關或醫院在一兩年後亦無法繼續承接，值得就長照據點設置功能與服務輸送加以檢視，並就現行問題與障礙加以探索，希望提供佐證及政策建議協助達成政策推動與方案設置的美意。

因此，本研究以中部以南各地區為例，以服務品質缺口模型(PZB model)探討偏遠地區(含山地離島)在地且社區化長期照護服務體系計畫中偏遠地區長期照護據點設置的功能、服務輸送與服務整合可行性及方式。以質性與量性之混合研究方法(mixed methods)了解問題、服務缺口所在及可能影響因素，探究偏遠小據點應有的功能發揮與服務輸送。期能真正反應出來自偏遠據點現況與問題，同時就各個缺口的問題提出可行改善建議，應有助於在地社區長期照顧能量的發展，落實在地老化的方針。

研究目的

本研究希望透過階段性研究，檢視偏遠地區長期照護據點的功能與服務輸送模式。藉由PZB模型檢視偏遠地區長照小據點的現況、問題及可能影響因素。同時，擬由資源連結與服務整合角度探討現行服務內容與服務輸送模式建議據以提升據點功能，使其有機會實際因應偏鄉需求；期能作為政府政策之參考，達到有效推動及管理偏遠地區長期照護需求與服務的輸送與整合，落實資源配置公平性及在地老化的目標。因此，本研究目的乃以**服務缺口模型(PZB model)**檢視據點運作狀況、服務輸送與使用情形及與長照需求的對應關係，以藉由研究佐證作為政策方向及方案推動(evidence-based intervention and policy)之依據。分項研究目有四：

- (一) 由需求面了解偏遠長照據點的現況、問題與期待。
- (二) 由供給面探究偏遠長照據點的問題、困境與應有功能。
- (三) 由服務整合角度檢視偏遠據點現行服務內容與服務輸送以及偏鄉長照據點服務模式之建議。

第二章 文獻探討

人口老化與需求

世界衛生組織對二十一世紀老年人口的預測：到西元2025年，全世界將有超過八億65

歲以上的老年人口，且高齡老人是老年人口中增長最快的部分，到 2050 年全世界將有 19% 的老年人將達到或超過 80 歲。

台灣也不例外，人口老化在台灣已是迫切之問題，至 2014 年底台灣地區 65 歲以上的老年人口佔總人口之 11.8%，依據行政院經建會推估，至民國 114 年左右老年人口將達總人口的 20.1%，即每 5 人中就有一位是老年長者；而預估到 2060 年 65 歲以上老年人將佔全台灣總人口的 42%。由此可見，醫療衛生、科技的快速進步，促使國民平均餘命延長，而台灣因生育率低而不斷增加人口老化的速度更是主要隱憂，預計老年人口比率由 10% 老化到 20% 的時間將僅有 20 年，甚至超過日本（行政院經建會，2008）。

另由統計資料發現，98 年度人口老化指數（65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲人口數乘以 100）為 65.05%，老年人口依賴比（65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100）為 14.56%，分別較 82 年增加 36.81 及 4.08 個百分點，平均每 7 位工作年齡（15 至 64 歲）人口要扶養一位老年人口。由國發會資料即可見，台灣過了 2012 年人口趨勢變化的重大轉折點，而社會整體的照顧負擔確實因扶老比增加與工作人口減少而將日益沉重。

城鄉差距與政策方案

過去許多研究證實城鄉差距的存在。包括本研究團隊所進行的研究，證實近年來台灣鄉村或偏遠地區在健康照護資源或長期照護資源上都有相對缺乏與弱勢的佐證。例如；我們研究中老年身心狀況資料庫(TLSA)在 1999-2007 年的資料發現，台灣鄉村或偏遠地區老年人在有一項以上失能情況下相對比較缺乏且無法得到幫助 (Ku, Liu and Wen, 2013)；同時在觀察的八年期間，我國失能需求的因應以尋求付費照顧的比率快速增加，而來自家庭非正式支持的照顧顯著減少。在鄉村地區致使有長照需求或失能增加時，由傳統家戶居住型態可看出失能者多由家人照顧或將會搬去與子女同住，居住型態呈現顯著差異而可視為一項保護因子。然而，是否因此即能得到好的照顧或家庭功能能否足以支持失能者需求，仍進一步相關研究佐證。

長期照護的照顧管理制度

偏遠長照據點的設置，其主要功能包括需求者的長照需求評估、個案計畫擬定與資源連結等，並在計畫實施內容中明訂希望統整照顧管理制度模式；及發展在地化及多元功能之綜合服務模式。

在長照體系中，所謂照顧管理或個案管理（或稱照顧管理）被視為是長期照顧實務所不可或缺的工作模式，其主要原因乃基於：1. 照顧資源與服務需求的多元與複雜性；2. 避免過早機構式照顧；3. 照顧資源網絡協調與整合，而希望以社區為基礎的老年長期照顧需要兼顧多元目標，除了滿足受照顧者需求與維持尊嚴、具品質的生活之外，照顧者的需求以及政府財政支出的效能與照顧成本控制等，

在實務上運用照顧管理流程就成為重要組成（黃源協，2004：301-302）。因此，照顧管理制度可以滿足長期照顧中照顧資源與服務需求的多元及複雜之外，也能夠透過照顧管理協調與整合照顧資源網絡，使得照顧/個案管理與長期照顧有密不可分的關係。關於照顧/個案管理的定義，它是一系列的「照顧」而非「個案」要被管理（黃源協，2006），透過此一過程，更有效率地促進資源的使用及需求導向的服務，並提供使用者較大的選擇權。

在我國長期照顧十年計畫中，政策規劃即以建立長期照顧管理中心及強調透過照顧管理制度，以民眾需求為導向，由照顧管理者擔任需要照顧者與照顧體系間的橋樑。提供需求評量、服務資格核定、照顧計畫擬定、連結服務、監督服務品質以及複評等職責之執行，連結需要與資源，進而發揮提升照顧品質、控制照顧成本的功能，確保照顧資源的有效配置。

2005年時我國將「長期照護管理示範中心」與「照顧管理中心」名稱統一為「長期照顧管理中心」。然而，檢視我國照顧管理模式現況(內政部，2007)，照顧管理制度在長照十年計畫中推動的是密集式照顧管理，但由各縣市目前照顧管理專員的個案量偏高，致使所謂的密集式照顧管理制度並未如同其學理定義，而其建制亦仍在發展中。本研究依據文獻彙整摘要各國照顧管理制度的模式與功能，。舉例來說，若依據需求評估的分類檢視現有照顧管理的發展模式，Banks (2004) 將照顧管理制度共分為五種模式，包括：密集式照顧管理、核心任務分擔模式、聯合機構模式、代理人模式及使用者模式，對各模式之特性及優缺點比較亦有所探討。實際上，照顧管理模式的確立對整個長照體系的服務機轉與服務輸送，影響至鉅。

以本團隊過去研究發現(衛生署計畫結案報告，2007)，我國現行體制下照顧管理專員認為其角色與功能重要度依序主要是：資源連結、照護協調與行政配合相關事項；較少提供直接的個案心理支持與個案臨床/直接照護。在此情況下，偏遠地區的長照據點功能與照管專員職責是否如長照十年計畫所述的密集式照顧管理而實際上目前主要做到需求評估、照顧計畫核定與資源連結？或思考偏鄉特性應有的照顧管理模式並積極導引對應的照顧管理專員角色與功能發揮，使偏遠長照據點的設置與政策推動的成效能在有清楚的政策方針下來推行與發揮其功能，確實亟待商榷與研議。

個案研究法

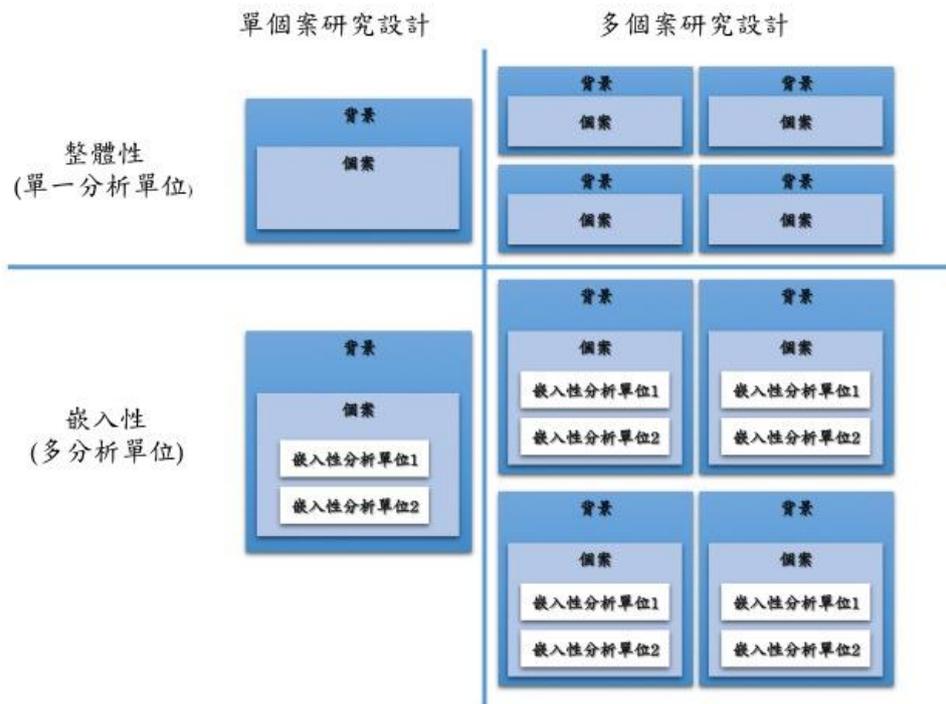
本研究採月之研究方法之一為個案研究。其緣起人類社會學，使用在人種誌、家庭研究。後來被用於許多情境，如政策、公共事務、心理學、組織管理探討等 (Yin, 2003b、鈕文英，2014)。

個案研究分成兩類，一類是量化研究的「個案實驗法」；另一類是質性研究的個案研究法 (陳伯璋，1989)。個案研究是指功能特定的研究 (Stake, 1995、鈕文英，2014)，也就是研究的「個案」是有一定範圍的，稱為「有界限的系統」(a body system)；亦指是針對某個對象、某個範圍，是有時間和空間的界限，研究者可在某一範圍內來了解系統內的現象與特性 (Smith, 1978)。

許多學者對於個案研究有不同看法，學者 Buckley (1976) 和 Van Horn (1973) 認為個案研究不會操縱研究場域，無實驗設計與控制，對所研究的對象進行廣泛與詳細的檢視；而學者 Yin (2003b) 主張個案研究是一種實證研究，蒐集資料之方式可分為定性的 (qualitative) 與定量的 (quantitative)；其運用實地觀察、訪談、分析檔案文件、問卷等多種方式 (Eisenhardt, 1989)，來檢視研究所要探討的現象。透過了解個案，發現與解釋所發生現象之內涵與情境脈絡，而不是在驗證假設 (鈕文英，2014)。

個案研究法不會針對研究情境控制而是針對當前的問題進行了解，其研究問題的型態為「如何」(how)、「為何」(why) 和「什麼事」(what)。因此質性之個案研究適合成為未來進一步研究的基礎 (Yin, 1994)。若從研究問題來看，有三種類型：描述型、探索型、解釋型。描

述型個案研究為透過詳細描述所研究的個案與場域，了解整體之情境脈絡，並有清楚的構圖呈現；探索性個案研究主要目的為探索，在於了解個案發生什麼事（what）(Tellis, 1997)；透過訪談、觀察等了解個案與當時情境脈絡，凸顯出某些現象或議題並進行探究；解釋性個案研究主要目的為解釋某一現象，常探討因果關係，在於了解如何（how）和為什麼（why）；透過個案解釋某些現象所形成之原因，利用模型或理論來解釋研究現象（Yin, 2009）。



圖二 個案研究設計類型 (Yin, 2009)

使用個案研究之優點與限制，如下 (Yin, 1994; 江淑美、吳伊勻、翁士勛、劉育雯, 2000; 葉重新, 2001)：

1. 個案研究之優點

(1) 深入性：是個案研究的特色與優點。廣度方面，研究者能收集與研究對象相關的資料，深度方面，能深入瞭解研究對象所處的事件現象脈絡，使研究更能貼近會個案的現況。也許個案研究之個案數少，無法進行更普遍之推論，但深度、詳盡地描述所研究的本體（如：人、組織等），通常較具個別性、整體性與深度。這是一般調查研究、實驗研究所無法達成的。

(2) 具互動性：在資料收集過程中，研究者能與研究對象進行接觸，形成密切的互動，讓研究者更能體會研究對象所處的情境脈絡。

(3) 具彈性：在整個研究過程中，對研究對象之篩選、資料蒐集來源等，可有很大的彈性。研究者能自由選擇和決定，在進入研究場域後，可掌握其動態變化。

(4) 價值性：個案研究是在實際情境中進行研究，研究者能夠真實與個案互動接觸，能更貼近整體樣貌，了解隱藏在事情背後之意義，而互動中，會使個案再次反思；所以不論研究

進行或結果，對研究者與個案來說都是有價值意義存在。

2. 個案研究之限制

(1) 缺乏類推性：個案研究本身在於探討個案之特殊性，或僅以少數一個或幾個個案為研究樣本，因此在推論方面，有學者嚴謹地認為個案研究的樣本過於集中在特殊對象上，而缺乏整體代表性，比較難以普遍性類推到其他個案上。

(2) 缺乏客觀性：質性的個案研究資料並非量化，且受訪者在接受研究時，可能會有主觀意見；對研究者在分析或篩選資料時，也許會受到主觀因素之影響，因此容易流於主觀之偏差。

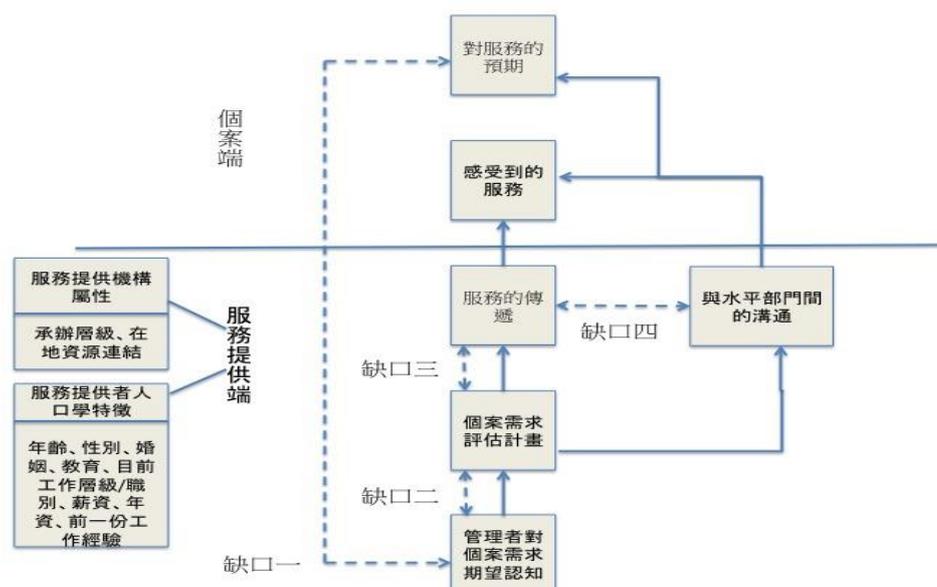
(3) 研究者本身能力限制：如許多質性資料分析一般，在蒐集了龐雜的資料之後，研究者要有能力從這些資料整理歸納出相關的主題或發現問題。而這些會受到研究者本身研究能力之成熟度而有所影響。

第三章 研究方法

本研究為探索性研究，採質性量性之混合方法學研究方法。本章主要說明研究架構、研究設計、研究個案之選取、資料收集與分析等作法。以下將依序分小節詳述。

研究架構

本研究第一部分採質性個案研究法，研究目的旨在了解偏遠地區長期照顧據點的服務運作方式是否符合當地需求；並以半結構式的訪談大綱進行面對面之深度訪談，以進一步了解研究所探討之議題。本研究自擬半結構式訪談大綱，乃針對台灣中南部地區，目前參與長期照顧服務據點一年以上之承辦醫院，其計畫撰寫人與第一線服務人—照顧專員，進行缺口一至缺口四的訪談，探討中南部偏遠地區服務流程及相關服務問題。第二部分則是量性研究，針對偏遠長照據點之服務使用者，進行缺口五的滿意度問卷調查。研究架構圖如下：



圖一 研究架構

由研究架構可知，本研究依據「服務品質模式」(PZB model)，檢視偏遠長期照顧據點之服務提供端 (Gap1-Gap4)，可能產生組織間的服務落差與傳遞間所形成之差距；以及服務使用端(Gap 5) 之滿意度調查。說明如下：

Gap1：

「偏遠地區長照服務使用者期望的服務項目」和「偏遠長照據點承接單位 管理者對當地服務使用者期望服務項目的認知」間的差距。

Gap2：

「偏遠長照據點承接單位管理者對當地服務使用者期望服務項目的認知」和「個案評估專員將需求評估認知轉換為具體個案服務計畫」間的差距。

Gap3：

「個案評估計畫」和「評估計畫執行」間的差距。

Gap4：

「評估計畫執行」和「水平部門的溝通」間的差距。

Gap5：

使用者滿意度問卷。為本團隊發展之問卷，經過 3 位專家進行問卷效度修訂後完成。

研究方法設計

本研究目的是在於想要了解，偏遠長期照顧據點服務傳遞之狀況，並發現所面臨的問題，即為發生什麼事 (what)。試圖找出長期照顧據點在 PZB model 服務模式中，前四個缺口所面臨的服務落差為何；並探討在兩種不同的行政體系中，是否影響服務傳遞。另外，透過缺口五使用者滿意度問卷，結合使用者與經營者觀點，探討其相關性。

多重個案整體設計研究法 (multiple-case holistic designs)

以研究個案數量來看，可包含單一個案研究和多重個案研究兩類；且有兩種分析單位，為整體的 (holistic)，即單一的 analysis 單位，另一種為嵌入的 (embedded)，即多重分析單位；因此又可細分為四種類型的個案研究，分別為單一個案整體設計 (single-case holistic designs)、單一個案嵌入設計 (single-case embedded designs)、多重個案整體設計 (multiple-case holistic designs)、多重個案嵌入設計 (multiple-case embedded designs) (Yin, 2003b)。一般而言，在個案研究方法中，研究者是不會對環境加以控制，主要在真實環境下了解現況與實務現象，並使用觀察、訪談、文本檔案等資料來收集個案 (人、群組或組織等) 各類資訊 (Benbasat, I., Goldstein, D. K., & Mead, M., 1987、Yin, 2003)；而多重個案設計在個案研究中，被認為所得到的資訊是強而有力的，能夠增加研究的嚴謹度，並增強研究的效度與信度，整個研究也較為穩固 (Zhang, 2005、黃興進、呂卓勳、張宜群、游騰保, 2013)。

由於本研究仍為探索階段，適合使用個案研究，因為個案研究中適用於研究起始階段，也適用於實務基礎性之研究，是具有價值性的 (Bonoma, 1985)。因此，本研究屬性為探索性之個案研究；為能夠有較為穩固之研究結果，使用質性研究的多重個案整體設計研究法 (multiple-case holistic designs)。

因此，在缺口 1-4 之質性資料收集上，包括：

1. 深度訪談

質性訪談是針對特別目的進行的對談—研究者與被訪問者之間的對談。主要重點是在於受訪者個人本身之感受、生活與經驗的陳述，藉由從彼此的對話互動中，研究者能了解受訪者對事件之認知 (Minichiello et al., 1995)。

訪談在研究中有不同型態，主要分為半結構式訪談 (Semi-structured interviews) 以及非結構式 (Unstructured interviews) 等形式，研究者依據研究需求不同而有所選擇 (Minichiello et al., 1995; 林金定、嚴嘉楓、陳美花, 2005)。

半結構式訪談是研究者使用研究問題作為訪談進行中的指引；訪談指引通常在訪談前設計出來，作為訪談架構或大綱；訪談問題進行時較具彈性，沒有順序方面的限制，優點是可對訪談結構有一定的控制度，但同時容許受訪者依照訪談狀況作彈性調整，並呈現受訪者感受較真實的樣貌 (林金定、嚴嘉楓、陳美花, 2005; 李選等, 2005)。因此本研究者在質性訪談中採取半結構式訪談方式獲取資料。

承辦此期間研究團隊完成質性訪談的台中以南偏遠地區長期照護據點共有 19 家，其中，中彰投共 2 家，雲嘉南共 11 家，高屏共 6 家，由醫院承接的據點佔 73.7%，本計畫邀請負責計畫安排之主管、照專與團隊相關成員受訪。

2. 焦點團體法

焦點團體進行資料收集本研究舉辦三次焦點團體與至各偏遠地區長期照護據點進行訪談，分別於 105.01.18 於屏東基督教醫院舉辦高屏場，105.02.19 於嘉義基督教醫院舉辦雲嘉南場，105.02.26 於中國醫藥大學舉版中彰投場，台中以南之偏遠地區長期照護據點共有 33 家，由醫院承接的據點佔 72.7%，焦點團體中共 24 家據點與會，含督導、負責計畫安排之主管、照專與團隊相關成員共 32 人受訪。

在焦點團體與個別訪談中，本研究於各缺口下設置次標並給予代號，每個次標案依據事件發生邏輯先後之時續性列出小標，其代號為：缺口一包含計畫認知(X)、事前調查(A)、進一步溝通(B)、管理層級(C)。缺口二有目標量(E)。缺口三包括團隊合作(H)、員工適任度(I)、工具適合度(J)、管理系統(L)、角色衝突(M)、角色模糊(N)。缺口四涵蓋垂直溝通(Q)、水平溝通(O)、過多保證(W)。

量性問卷調查及資料收集

本研究量性研究部分為橫斷性研究，共完成 23 個長期照護據點的訪查，並以每據點完成至多 10 位使用者問卷為原則，共完成 206 位受訪者訪談。初步檢視問卷填答情形後，以 SPSS for Windows 18.0 和 SAS 9.4 統計套裝軟體進行資料分析。

第四章 研究結果

本研究分為質性與量化結果兩部分，分述如下。

質性研究結果

本部分之結果乃彙整**焦點團體**座談及據點質性訪談所進行之結果，歸納整理如下：

焦點團體	個別訪談
缺口一	
「偏遠地區長期照顧據點的承辦據點撰寫計畫者，對於了解當地長期照顧服務的需求與期待」是有知識的落差 (Knowledge Gap)。	
計畫認知	
X_1 衛福部無試辦計畫。	X_1 衛福部無試辦計畫，且發展方向模糊。
X_2 計畫整體審查與整體規劃不夠嚴謹。	
X_3 該地區納入資源不足區的定義不明。	
X_4 原鄉與資源不足區性質不同，卻要相同的發展。	
X_5 啟動計畫涵蓋機關並不明確	X_5 啟動計畫涵蓋機關並不明確
X_6 衛福部與縣市主事者皆希望由衛生所承接計畫不成，進而希望醫院配合。	X_6 衛福部與縣市主事者皆希望由衛生所承接計畫不成，進而希望醫院配合。
X_7 計畫存在中途將成果轉移給衛生所承辦的風險。	X_7 計畫存在中途將成果轉移給衛生所承辦的風險。
X_8 承辦單位的環境不友善。	X_8 承辦單位的環境不友善。
X_9 專業人力聘僱困難。	X_9 專業人力聘僱困難。
X_10 照專的環境不友善。	X_10 照專的環境不友善。
事前調查(A)	
A_1 衛生所、承辦單位高層、地方領袖、團隊成員對長照認知不足。	
A_2 職前訓練。	A_2 職前訓練。
	A_3 計畫撰寫者與計畫管理者對計畫認知上的落差。
A_4 對當地需求了解不清。	A_4 對當地需求了解不清。
	A_5 第一年所設定的目標不符績效。
進一步溝通 (B)	
	B_1 計畫前是否有充分溝通
B_2 與據點設立位置的其他單位需要磨合。	
B_3 醫院在地觀感影響民眾接受度與推動委員會的成立	
B_4 與上一個承辦單位資料無法傳承。	B_4 與上一個承辦單位資料無法傳承。
B_5 個案取得不易。	

管理層級 (C)	
C_1 計畫管理者 (承辦部門主管) 人士與想法的不穩定。	C_1 計畫管理者 (承辦部門主管) 人士與想法的不穩定。
C_2 個案督導者對計畫的認同性與了解程度。	C_2 個案督導者對計畫的認同性與了解程度。
缺口二	
「承辦據點者撰寫計畫時能將當地長期照顧服務的需求與期待轉換為具體的地區/個案服務計畫」是有標準化的落差 (Standard Gap)	
E_1 目標量算法眾說紛紜	E_1 目標量算法眾說紛紜
	E_2 目標量達不到
	E_3 審計部因目標量前後不同, 難以評估據點是否達到計畫效能。
E_4 目標量要求持續成長並不適合, 發展成熟的據點反而希望到一定階段後要下降。	E_4 目標量要求持續成長並不適合, 發展成熟的據點反而希望到一定階段後要下降。
E_5 核定時數認知差異。	
缺口三	
「偏遠地區長期照顧據點的計畫照顧專員將服務地區的長照需求與個案需求, 從評估轉換成社區、個案的計畫或方案執行服務」是有服務行為的落差 (Behavior Gap)。	
團隊合作(H)	
H_1 承接單位賦權。	H_1 承接單位賦權。
H_2 長照中心的支持度。	H_2 長照中心的支持度。
H_3 在地領袖支持度。	H_3 在地領袖支持度。
H_4 團隊合作資源不共享。	
H_5 計畫書上分工人員實際參與不多。	H_5 計畫書上分工人員實際參與不多。
	H_6 承辦單位主管因承接計畫後, 業務更多。
H_7 照專業務項目多。	H_7 照專業務項目多。
H_8 居服員工作意願低。	H_8 居服員工作意願低。
員工適任度 (I)	
I_1 照專權力小, 責任重大。	I_1 照專權力小, 責任重大。
	I_2 專業人力對個案複雜度高而退卻。
I_3 照專特質。	I_3 照專特質。
工具適合度 (J)	
J_1 給付工具。	J_1 給付工具。
J_2 評估工具。	J_2 評估工具。
J_3 軟體工具。	J_3 軟體工具。
	J_4 聯絡工具。
J_5 八大項服務建構困難。	J_5 八大項服務建構困難。

J_6 交通工具。	J_6 交通工具。
	J_7 核銷工具。
J_8 評鑑工具。	J_8 評鑑工具。
J_9 長照宣傳名詞工具。	
管理系統 (L)	
L_1 管理階層不同調。	L_1 管理階層不同調。
	L_2 二分法 (衛政、社政) 的管理系統。
L_3 計畫與承辦單位存在利益衝突。	
角色衝突 (M)	
M_1 組織性的問題-單位與計畫在經費方面存在衝突，且具有高度不確定性。	M_1 組織性的問題-單位與計畫在經費方面存在衝突，且具有高度不確定性。
M_2 民眾無法知道照專來自公家單位。	M_2 民眾無法知道照專來自公家單位。
角色模糊(N)	
N_1 無法歸類隸屬單位。	N_1 無法歸類隸屬單位。
N_2 據點工作與其他單位屬性看似相同，但性質不同。	N_2 據點工作與其他單位屬性看似相同，但性質不同。
缺口四	
「偏遠地區長期照顧據點的計畫照顧專員，在傳遞服務過程時，與其他平行單位之間的溝通」有溝通的落差 (Community Gap)。	
垂直溝通(Q)	
Q_1 承辦人員不熟悉業務且異動頻繁。	Q_1 承辦人員不熟悉業務且異動頻繁。
Q_2 衛福部的效率要求只對據點，詳細規劃不完善。	Q_2 衛福部的效率要求只對據點，詳細規劃不完善。
	Q_3 衛福部給予地方的訊息沒有完全表達。
	Q_4 縣市主事者(衛生局或社會處)影響地區據點的發展與生存。
	Q_5 單位缺乏承接計畫的誘因。
Q_6 承辦單位顧客群與據點顧客群沒有重疊或距離遙遠，計畫難以進行。	
Q_7 單位缺乏承接計畫的誘因。	
Q_8 照專無法拒絕單位主管之任務或安排。	Q_8 照專無法拒絕單位主管之任務或安排。
水平溝通(O)	
O_1 照專職權不夠高，對口單位未必會理睬。	
O_2 工作交接不完全。	O_2 工作交接不完全。
O_3 職務代理人制度無法落實。	O_3 職務代理人制度無法落實。
	O_4 照專缺乏支持系統。
過多保證(W)	

W_1 民眾觀念落差。	W_1 民眾觀念落差。
W_2 使用者付費觀念未建立。	W_2 使用者付費觀念未建立。
W_3 核定時數變動。	W_3 核定時數變動。
	W_4 地方領袖對照專給的服務會干預。

量化研究結果

一、據點服務使用者特質、服務使用情形與使用者滿意度之描述性分析

(一)據點服務使用者特質

本研究以次數分配表描述受試者 (n=206) 在人口學變項的分佈情形，詳細結果如表 1 所示。首先，受試者以女性居多，有 120 位，佔 58.3%，大約有一半使用者年齡介於 65 歲至 84 歲之間；78.2% 的受試者教育程度在國小含以下；職業為農林漁牧佔大多數，有 42.2%，其次為其他(退休或無)，有 39.8%；約 6 成的受試者到過據點；失能程度以輕度失能居多佔 45.1%；表 1-1 為使用者所屬之據點特性與對據點的認知，顯示受試者所屬地區的分布；承辦單位以醫院較多，約 66.0%；資源不足區佔 58.7%。受訪者表示需要其他長期照顧服務較少，為 12.6%；據點功能認同高低依序為直接服務、整合平台、衛教，分別約 78.6%、48.1%、37.4%。

(二)服務使用情形

由表 2 可看出現在使用據點民眾多數人都有使用居家服務 3 項(居家服務、日照、家托)，約 80.1%，其次是復健約 43.2%，餐飲次之約 11.7%。輔具與居家無障礙以中度失能者居多，交通服務與居家護理的需求以重度失能居多。表三顯示為受訪民眾認為還需要的長照服務前三名為餐飲、交通服務與居家服務 3 項。

表 1 使用者基本人口學特徵(n=206)

項目	組別	人數(%)
性別	男	86 (41.7%)
	女	120 (58.3%)
年齡	50-64	13 (6.3%)
	65-74	77 (37.4%)
	75-84	74 (35.9%)
	85 以上	42 (20.4%)
教育程度	國小含以下	161 (78.2%)
	國中	28 (13.6%)
	高中	13 (6.3%)
	專科	4 (1.9%)
職業	農林漁牧	87 (42.2%)
	軍公教	4 (1.9%)
	工	6 (2.9%)
	商	2 (1.0%)
	服務業	9 (4.4%)
	自由業	14 (6.8%)
	其他	82 (39.8%)
	遺漏值	2 (1.0%)
失能程度	無失能	21 (10.2%)
	輕度失能	93 (45.1%)
	中度失能	59 (28.6%)
	重度失能	32 (15.5%)
	遺漏值	1 (.5%)
到據點次數	0 次	76 (36.9%)
	1-4 次	74 (35.9%)
	5-8 次	23 (11.2%)
	9-12 次	31 (15.0%)
	遺漏值	2 (1.0%)

表 1-1 使用者所屬之據點特性與對據點的認知

變數名稱		項目	使用者 ¹ 受訪人數(%)	失能程度 ²			
				無失能	輕度失能	中度失能	重度失能
據點特性							
縣市	中彰投		68 (33.0%)	10(14.7%)	33(48.5%)	17(25.0%)	8(11.8%)
	雲嘉南		52 (25.2%)	1(1.9%)	26(50.0%)	16(30.8%)	9(17.3%)

	高屏	86 (41.8%)	10(11.8%)	34(40.0%)	26(30.6%)	15(17.6%)
承辦單位	衛生所	70 (34.0%)	10(14.5%)	20(29.0%)	24(34.8%)	15(21.7%)
	醫院	136 (66.0%)	11(8.1%)	73(53.7%)	35(25.7%)	17(12.5%)
類型	偏鄉地區	85 (41.3%)	0(0.0%)	41(48.2%)	31(36.5%)	13(15.3%)
	資源不足區	121 (58.7%)	21(17.5%)	52(43.3%)	28(23.3%)	19(15.8%)
據點認知						
需要其他長期照護服務	不需要	179 (86.9%)	21(11.8%)	76(42.7%)	52(29.2%)	29(16.3%)
	需要	26 (12.6%)	0(0.0%)	17(65.4%)	6(23.1%)	3(11.5%)
	遺漏值	1 (.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(100.0%)	0(0.0%)
據點功能	知道	186 (90.3%)	21(11.4%)	81(43.8%)	54(29.2%)	29(15.7%)
	不知道	20 (9.7%)	0(0.0%)	12(60.0%)	5(25.0%)	3(15.0%)
據點功能是否提供直接服務	否	44 (21.4%)	0(0.0%)	19(44.2%)	17(39.5%)	7(16.3%)
	是	162 (78.6%)	21(13.0%)	74(45.7%)	42(25.9%)	25(15.4%)
據點功能是否整合平台	否	107 (51.9%)	21(19.6%)	49(45.8%)	18(16.8%)	19(17.8%)
	是	99 (48.1%)	0(0.0%)	44(44.9%)	41(41.8%)	13(13.3%)
據點功能是否衛教	否	129 (62.6%)	20(15.6%)	58(42.3%)	28(21.9%)	22(17.2%)
	是	77 (37.4%)	1(1.3%)	35(45.5%)	31(40.3%)	10(13.0%)

註：

1. 本次共納入 23 家據點，受訪人數為 206 人，其百分比為縱向累計；
2. 失能程度有 205 人填寫，百分比為橫向累計。

表 2 使用者失能狀況及各項長期照護服務使用之人次分布

項目	實際使用服務之人次(%)	失能程度			
		無失能	輕度失能	中度失能	重度失能
居家服務 3 項 (居家服務、日照、家托)	165 (80.1%)	11(6.7%)	67(40.6%)	54(32.7%)	33(20.0%)
復健	89 (43.2%)	10(11.2%)	44(49.4%)	27(30.3%)	8(9.0%)
餐飲	24 (11.7%)	0(0.0%)	11(45.8%)	9(37.5%)	4(16.7%)
交通	23 (11.2%)	1(4.5%)	6(27.3%)	7(31.8%)	8(36.4%)
輔具	15 (7.3%)	0(0.0%)	3(20.0%)	7(46.7%)	5(33.3%)
居護	9 (4.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(22.2%)	7(77.8%)
喘息	9 (4.4%)	0(0.0%)	3(33.4%)	3(33.3%)	3(33.3%)
居家無障礙	4 (1.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(75.0%)	1(25.0%)

註：

1. n=206，實際使用服務人次百分比之分母為總受訪人次 206 人。

2. 失能程度百分比之分母為該項目實際使用之人次。

表 3 受訪者認為還需要的服務

項目	欲使用服務 之人次(%)	失能程度			
		無失能	輕度失能	中度失能	重度失能
餐飲	9 (4.4%)	0(0.0%)	6(66.7%)	3(33.3%)	0(0.0%)
交通	8 (3.9%)	0(0.0%)	5(62.5%)	2(25.0%)	1(12.5%)
居家服務 3 項 (居家服務、日照、家托)	7 (3.4%)	0(0.0%)	4(57.1%)	3(42.9%)	0(0.0%)
輔具	4 (1.9%)	0(0.0%)	3(75.0%)	0(0.0%)	1(25.0%)
居家無障礙	4 (1.9%)	0(0.0%)	3(75.0%)	1(25.0%)	0(0.0%)
居護	3 (1.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(33.3%)	2(66.7%)
喘息	3 (1.5%)	0(0.0%)	2(66.7%)	0(0.0%)	1(33.3%)
復健	2 (1.0%)	0(0.0%)	1(50.0%)	1(50.0%)	0(0.0%)

註：

1. n=206，欲使用服務之人次百分比之分母為總受訪人次 206 人，
2. 失能程度百分比之分母為該項目欲使用服務之人次

(三)據點服務使用者之滿意度

使用者之滿意度問卷各題之描述性統計(如表 4)，由偏態可得知高分組較多。此次問卷的總平均分數為 4.366 分，各構面得分高到低依序為保證性、可靠性、關懷性、反應性、有形性(表 5)。有形性之所有題目 4 題，皆在總平均分數之下，關懷性則有 2 題是第 13 題與第 14 題，反應性則是第 12 題，保證性則是第 20 題低於總平均分數(圖三)。

表 4 問卷各題之描述性統計(n=206)

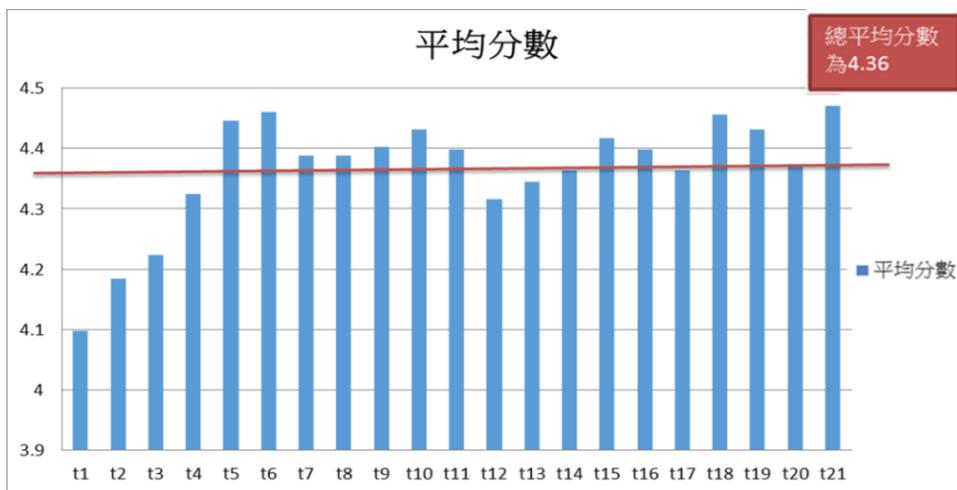
題號	最小值	最大值	平均	標準差	偏態	峰度
有形性						
t1	1	5	4.10	.670	-.507	1.260
t2	1	5	4.18	.674	-.625	1.383
t3	3	5	4.22	.690	-.326	-.885
t4	1	5	4.33	.674	-1.270	4.253
可靠性						
t5	1	5	4.45	.588	-1.098	4.175
t6	1	5	4.46	.689	-1.987	7.382
t7	3	5	4.39	.545	-.093	-.945
t8	1	5	4.39	.673	-1.813	7.361
反應性						

t9	1	5	4.40	.676	-1.846	7.390
t10	3	5	4.43	.552	-.254	-.952
t11	1	5	4.40	.653	-1.475	5.487
t12	3	5	4.32	.619	-.328	-.647
t13	2	5	4.34	.611	-.617	.809
關懷性						
t14	1	5	4.36	.631	-1.061	3.386
t15	1	5	4.42	.633	-1.201	3.630
t16	1	5	4.40	.622	-1.140	3.799
t17	2	5	4.36	.608	-.518	.108
保證性						
t18	1	5	4.46	.652	-1.757	6.654
t19	1	5	4.43	.611	-1.227	4.315
t20	2	5	4.37	.577	-.417	.226
t21	3	5	4.47	.538	-.263	-1.149

表 5 各構面之描述性統計(n=206)

構面	最小值	最大值	平均	標準差	偏態	峰度
有形性	2.50	5.00	4.2075	.54467	-.149	-.410
可靠性	1.75	5.00	4.4211	.54114	-.980	2.847
反應性	2.20	5.00	4.3786	.54704	-.452	.059
關懷性	1.75	5.00	4.3859	.55686	-.851	2.340
保證性	2.00	5.00	4.4333	.54892	-.761	1.428
全部平均	2.29	5.00	4.3659	.49666	-.512	.605

註：構面之 Cronbach's Alpha 皆在 0.8 以上



圖三 各題表現與平均分數的比較

二、據點服務使用者特質、服務使用情形與使用者滿意度之相關性分析

由表 6 可看出，受訪者知道據點所扮演的角色與有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性有顯著正相關。當使用者知道據點功能時，對於據點有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性滿意度越高，相關係數為.223**、.213**、.262**、.269**、.232**。當使用者知道據點是擔任整合平台的角色時，對於據點有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性滿意度皆越高，相關係數為.253**、.158*、.246**、.246**、.228**、.270**。。然而，當使用者認同據點是直接服務時，惟對於據點有形性、可靠性則無顯著正相關。

受訪者的失能程度與來過據點次數有顯著負相關。失能程度程度越高，來過據點次數越少，相關係數是-.238**。失能程度程度越高，越能認同據點的功能是衛教和整合平台，相關係數是.149*、.223**。失能程度與有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性皆為負相關，但不顯著。

表 7 以承辦單位為中心，先計算使用者滿意度的平均值，再進行 Mann-Whitney U test 比較衛生所與醫院承接滿意度上的落差。本研究發現衛生所與醫院承接在滿意度上皆是衛生所較高，惟有形性與關懷性有顯著差異，衛生所的可形性為 4.40 分，高於醫院的 4.06 分；衛生所的關懷性 4.61 分，亦高於醫院的 4.25 分。

表 6 使用者特性及滿意度之皮爾遜/斯皮爾曼積差相關摘要表

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. 性別(男->女)	1													
2. 年齡(中壯->老)	.188**	1												
3. 教育程度(低->高)	-.188**	-.203**	1											
4. 來過據點次數 (少->多)	.086	.206**	-.022	1										
5. 據點功能是直接服務 (不是->是)	.039	.009	.117	.347**	1									
6. 據點功能是衛教 (不是->是)	.003	-.162*	.001	.064	.280**	1								
7. 據點功能是整合平台 (不是->是)	.046	-.031	-.033	-.072	-.020	.643**	1							
8. 知道據點功能 (不知道->知道)	.088	.014	-.009	.180*	.629**	.253**	.315**	1						
9. 失能程度(低->高)	-.019	-.110	.080	-.238**	-.138*	.149*	.223**	-.013	1					
10. 有形性	.033	.022	-.134	.180**	.128	.178*	.158*	.223**	-.011	1				
11. 可靠性	-.060	-.048	-.075	.098	.116	.215**	.246**	.213**	-.014	.652**	1			
12. 反應性	-.056	-.080	-.130	.085	.154*	.247**	.246**	.262**	-.048	.692**	.867**	1		
13. 關懷性	-.051	-.053	-.148*	.119	.185**	.306**	.228**	.269**	-.033	.673**	.822**	.871**	1	
14. 保證性	-.050	-.055	-.147*	.069	.175*	.293**	.270**	.232**	-.039	.637**	.838**	.884**	.868**	1

註：*表示 p<.05 時；**表示 p<.01；***表示 p<.001

表 7 服務使用者滿意度與據點承辦單位之 Mann-Whitney U test 相關性分析 (n=23)

使用者自評	衛生所(n=7)		醫院(n=16)		z 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	
成效					
有形性	4.40	.22	4.06	.42	2.274*
可靠性	4.61	.33	4.28	.47	1.739
反應性	4.57	.34	4.25	.44	1.637
關懷性	4.61	.32	4.25	.44	1.943*
保證性	4.64	.29	4.30	.43	1.706

註：*表示 $p < .05$ 時；**表示 $p < .01$ ；***表示 $p < .001$

表 8 以據點類型為中心，先平均其使用者的滿意度，再進行 Mann-Whitney U test，比較偏鄉與資源不足區其使用者滿意度表現之落差。本研究發現偏鄉與資源不足區雖滿意度皆是偏鄉較高，但兩者並不存在顯著差異，例如偏鄉的可靠性為 4.52 分，高於資源不足區的 4.29 分；偏鄉的保證性 4.54 分，高於資源不足區的 4.32 分。

服務使用者滿意度與據點功能認知如表 9 所示，知道據點功能者與不知道據點功能者在使用者滿意度表現之落差。研究顯示知道據點功能在五項滿意度的表現上皆比不知道據點功能者高且達顯著差異，有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性滿意度的 z 值分別為 3.195**、3.049**、3.756***、3.853***、3.325***。表 10 呈現認同據點具整合平台功能者與不認同據點具整合平台功能者滿意度表現會有顯著差異，認同據點具整合平台功能者在有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性滿意度較高於不認同者 ($Z=2.263^*$ 、 3.524^{***} 、 3.525^{***} 、 3.261^{**} 、 3.870^{***})。

表 8 服務使用者滿意度與據點類型之 Mann-Whitney U test 相關性分析 (n=23)

使用者自評成效	偏鄉(n=9)		資源不足區 (n=14)		z 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	
有形性	4.25	.21	4.11	.48	0.631
可靠性	4.52	.28	4.29	.52	1.009
反應性	4.46	.31	4.28	.49	1.165
關懷性	4.46	.30	4.29	.50	1.043
保證性	4.54	.28	4.32	.47	1.230

註：*表示 $p < .05$ 時；**表示 $p < .01$ ；***表示 $p < .001$

表 9 服務使用者滿意度與據點功能認知之 Mann-Whitney U test 相關性分析 (n=206)

使用者自評成效	知道據點功能		不知道據點功能		z 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	
有形性	4.25	.52	3.80	.64	3.195**
可靠性	4.46	.53	4.06	.55	3.049**
反應性	4.42	.54	3.98	.50	3.756***
關懷性	4.43	.55	3.99	.46	3.853***

保證性	4.47	.55	4.11	.46	3.325***
-----	------	-----	------	-----	----------

註：*表示 p<.05 時；**表示 p<.01；***表示 p<.001

表 10 服務使用者滿意度與對據點整合平台認同之 Mann-Whitney U test 相關性分析(n=206)

使用者自評成效	認為		不認為		z 值
	據點功能是整合平台		據點功能是整合平台		
	平均數	標準差	平均數	標準差	
有形性	4.30	.51	4.12	.56	2.263*
可靠性	4.56	.46	4.29	.58	3.524***
反應性	4.52	.51	4.25	.55	3.525***
關懷性	4.51	.53	4.27	.56	3.261**
保證性	4.58	.53	4.30	.54	3.870***

註：*表示 p<.05 時；**表示 p<.01；***表示 p<.001

進一步以 Kruskal-Wallis Test 分析探討服務使用者屬性對據點五大構面的滿意度高低是否有影響(表 11)，研究結果顯示五大構面滿意度的中位數在年齡、教育程度、來過據點次數與縣市各變數組內都沒顯著差異，只有失能程度與可靠性、反應性和關懷性在中位數上有顯著差異，遂進一步對失能程度進行事後檢定(表 11-1)，發現可靠性在無失能組與輕度失能組有顯著差異，無失能組在滿意度可靠性構面為 4.69 分較高，輕度失能組為 4.36 分。

表 11 服務使用者屬性與滿意度的五大構面之 Kruskal-Wallis Test P 值(n=206)

	有形性	可靠性	反應性	關懷性	保證性
年齡	0.9550	0.8304	0.3266	0.3184	0.6916
教育程度	0.2923	0.2237	0.2998	0.2146	0.1171
失能程度	0.1828	0.0383*	0.0433*	0.0485*	0.1058
來過據點次數	0.0712	0.3671	0.6278	0.3704	0.5640
縣市	0.9945	0.8578	0.5021	0.6100	0.1341

註：*表示 p<.05

表 11-1 使用者失能程度與服務使用者滿意度之 Kruskal-Wallis Test 分析(n=206)

使用者滿意度	無失能(1)		輕度失能(2)		中度失能(3)		重度失能(4)		Kruskal-Wallis Test P 值	事後檢定
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差		
有形性	4.42	.50	4.13	.48	4.24	.55	4.20	.69	0.1828	
可靠性	4.69	.39	4.36	.46	4.44	.48	4.37	.84	0.0383	1-2*
反應性	4.65	.36	4.32	.47	4.41	.56	4.28	.76	0.0433	
關懷性	4.65	.44	4.33	.49	4.43	.48	4.27	.84	0.0485	
保證性	4.64	.46	4.39	.47	4.49	.50	4.29	.81	0.1058	

註：*表示 p<.05

研究討論

本研究由質性與量化研究結果發現，「獎勵偏遠（含山地離島）及長照資源不足地區設置在地且社區化長期照護服務據點計畫」其內容值得進一步探討，分述如下。

缺口一~四-質性結果部分

- 一、本計畫需要處理可近性與可用性的問題，並建議與長照服務網接軌。
- 二、偏遠地區與資源不足區之據點功能不同。偏鄉的整合式服務是最重要。
偏遠地區如果可以跟基層醫療或衛生所功能結合，則地段護士訪視與照專評估一同進行；另外，思考多部會資源整合，例如將原民會的資源與長照的相結合。
- 三、計畫性服務如何接軌正常的長照服務體系，十分重要。
建議長照體系的建構，仍需在照管中心的單一窗口下進行，只是照管中心無法深入偏鄉如同衛生所、衛生室那麼綿密，因此建議藉著基層醫療來發展長照服務與資源。如計畫繼續執行，偏鄉照專可思考回歸衛生局、社會局的照管中心。因為照專的專長是長照的照護管理，希望的是可以留住人才，真正落實並穩定的工作。
- 四、由整合的角度，編整各個計畫人力，讓一人可以評估個案適合的計畫，而將負責的地區範圍縮小。
透過地段護士轉介個案，因其熟悉地方情況，幫助照專容易找到個案。照專與地段護士等類似計畫者合作一同出訪，以家庭為單位對成員進行個別訪視。另外，照專與社工、社政一起整合，所有人員一起去個案家，有行前討論會，了解個案情形。然而過去經驗顯示人員難以聚集，當初把長照分站設在社服中心，想借由一起辦公而增進討論機會，而事實無法如願，業務繁多，多是各忙各的，加上沒考績所以很難，建議需再思考整合的策略。
- 五、中央長照政策缺乏原民會參與，導致資源重複。
例如社區關懷站和原民會的文化健康站，只是天數與經費來源不同，但是服務相同，造成民眾混淆、困擾，甚至單位之間以為被搶生意，同樣地資源不足區個別特色發展，也要與原鄉有所不同。建議偏鄉資源在部會之間加以整合，由上而下一條鞭方式執行。
- 六、現階段由中央來做整合偏鄉服務，似乎仍有困難度。如何以社區、家庭需求為中心，盤點資源。由下而上，由小而大，服務在前，給付在後，而由服務整合，會有優勢。實證什麼方法是整合最好的模範，讓其他人可以學習。
- 七、評鑑制度與績效指標需要因地制宜。建議依據共同目標，不同單位聯合訂定整合指標，不再以單一計畫方式制定，才是根本之道，以免部會之指標間標準不一，甚至有所衝突。若未整合又牽涉到分列預算，地方應付部會評鑑指標十分忙碌，偏鄉整合式服務難以達成(如 24 小時住宿機構的評鑑指標有整合)。
- 八、長照據點應該是老人和失能者的單一窗口。
不論是健康促進、長照服務等，民眾會找照專來協助，就可以獲得資源，不只侷限長照資源，可以轉介到其他單位，建構社會資源網絡。

缺口五-使用者滿意度(量化結果部分)

- 九、承辦單位不同產生滿意度的顯著落差。
本研究發現衛生所承辦之據點使用者 5 大構面之滿意度皆較高，且有形性與

關懷性達顯著差異。可能原因是衛生所承辦之據點設置位置都於衛生所內部，整體設備皆因衛生所長期存在，使用者比較能知道其所在位置、交通上亦會比較方便，設施設備都可以與衛生所共用，所以較醫院承辦之據點完善。而關懷性上，衛生所內同仁業務之間有相關性，在家戶訪查的部分有空便會一同前往訪案，或是同仁發現個案狀況改變也能即時通知照專，這種互利互惠的模式，比起醫院承辦之據點照專通常是隻身一人訪案，加上人力物力的限制導致非複評期限而照專重複到個案家的可能性較低，無法讓使用者覺得得到更多關懷。

十、不同屬性地區，據點類型與功能的不同。

資源不足區在質性訪談中會表示經營上比偏鄉更加困難，且套用在為偏鄉所制定的規則下，更加難以適用，甚至會懷疑據點存在的價值。但是，由研究結果發現，其實偏鄉與資源不足區使用者滿意度表現雖呈現偏鄉分數較高的現象，卻沒有顯著落差存在。這意味著偏鄉與目前定義資源不足區可能存在著需求與供給分布的落差，而照專於個案量上的分布就有很明顯的不同，表示據點存在的功能與服務的導向也不會相同。因此，也建議目前的評鑑制度與標準須以更彈性、更因地制宜方式進行，評鑑標準可能無法一體適用，應容許特色性指標的存在。

十一、據點認知是影響使用者反饋(feedback)的一項重要因素。

可由結果明顯看出，知道據點功能在五項滿意度的表現上皆比不知道據點功能高且達顯著差異，然而目前仍將近 10% 的使用者並不了解據點的功能。本研究發現，認同據點具整合平台功能者在有形性、可靠性、反應性、關懷性、保證性滿意度較高於不認同者，但在據點功能認同高低依序為直接服務、整合平台、衛教。亦即，民眾端對據點的功能認為是提供服務遠遠超過據點的功能是整合平台的人次，與衛生福利部當初的規劃有所出入，值得執政當局進一步作為政策修正參考。政策是否找到其與實證間連接的樞紐，攸關是否可以使長照這個因應高齡社會的大計畫能真正啟動。

十二、衛福部身為此計畫的主管機關，然而在各事項上受訪單位感到其無法扮演領導的角色。

由結果得知，服務供給端參與者咸認為上至無試辦計畫、無法以計畫之名動員有關單位配合、計畫核定時效等；下至評鑑與輔導委員方向不同、承辦人員經常異動、照專身分不明，使第一線面對民眾的照專以最小的身分擔起最大的責任，在面對陳年問題得不到回應與改善的情況下，照專紛紛離職，實在可惜。一個照專的養成，不僅攸關成本，更貴於經驗的累積，才能讓據點在與各方錯縱複雜的關係中為民服務。新政府上台後，已成立長照專案辦公室，整合社家署、照護司、社會保險司、健保署等專家，對評估、支付制度、六區的資源布置、電子化支付系統進行整合性規劃，而未來是否會再進一步聯合各部會長照相關業務共同的發展，達到上下一條龍，服務無落差，是民眾所引頸期盼的。在新的規劃中應用多元評估量表使經由評估而成的個案專屬長照計畫更加完善且能跨年齡使用，配合智慧載具，促使評估邁向簡易化。

十三、本計畫經費支付的問題應獲得重視，避免承辦單位代墊款高且作法不一，工作人員缺乏保障。

本計畫經常提出服務到得到補助的時程長達五至六個月，建議新的支付體系採類似健保的特約體系，讓承辦單位能儘早得到款項。雖然這僅是試辦計畫，

但我們仍誠心期盼能改善現階段計畫中單位所面臨的問題。

綜上所述，歸納出下列幾項本計畫據點角色與功能成功的要素：

1. 在地資源是否能真正整合，包含物力、人力、及所有的相關資源，資源長出來的過程需要時間，過程中在地服務需要更多的成長團體和聯繫網絡，也不能只限長照團體本身，建議可由地方的主管機關協助推動與整合，而據點亦須發展在地化特色。
2. 照專與所屬據點的角色功能認定，包括組織的角色功能定位要清楚並為使用者所了解，照專在執行面才能夠知道她所要執行的業務，據點間的模式可能有所異同，也可以允許在地化特性做個別化的發展與調整。在服務發展過程中，屬於據點本身與照專本身的角色功能與定位，需定義清楚並在中央所規範之據點基本功能外容許加值服務與差異性的存在，保留據點服務成長和發展的空間。
3. 不同據點的績效指標容許彈性化，建議評鑑時加一項為最後一類，此屬於據點做的服務如何考核，在進一步給政策建議，服務應在整合的條件下，以單一窗口的概念，做整體化考量，此在階段性後端，因真正的整合在財源與主管機關，但至少在地據點服務發展過程中設置最後一類 5 項指標是屬於據點發展特色指標。不只是評鑑指標，連同業務指標一起整合，更易帶動服務團隊的產生。
4. 主管機關進行跨部門會議，如 IDS、健保、長照、原民會、其他國家相關的社福資源，以地方為單位，進行資源整合的思考。整合的概念是分階段的，整合的 4 大要素：組織的整合，服務的整合(單一窗口與在地化)，資訊的整合，財務的整合。台灣組織的整合與財務的整合有相關性，但偏鄉長照服務至少應可以由照護協調整合做起。
5. 建議多聽取民眾的意見，服務在前，支付在後，創造服務價值與被在地居民所接受及認同的服務方式。

結論

由 PZB 模式，研究團隊檢視「獎勵偏遠(含山地離島)及長照資源不足地區設置在地且社區化長期照護服務據點計畫」存在認知落差、標準化落差、服務行為落差、溝通落差、民眾認知落差。這些落差經由 PZB 模型為基礎之研究整理，值得政策面進一步作為修正與發展之參考。