



國立臺灣大學社會科學院社會工作學系
碩士論文

Department of Social Work
College of Social Sciences
National Taiwan University
Master Thesis

臺北地區遠距健康照護服務之現況與展望
及社工的角色內涵
Telehealthcare Service in Metropolitan Taipei
and Social Worker Roles

林佳諺
Chia-Yen Lin

指導教授：楊培珊 博士
Advisor : Peishan Yang, Ph.D.

中華民國 102 年 7 月
July, 2013

國立臺灣大學 (碩) 博士學位論文
口試委員會審定書

臺北地區遠距健康照護服務之現況與展望
及社工的角色內涵

本論文係 林佳諺 君 (學號 R97330004) 在國立臺灣大學社會工作學系完成之碩士學位論文，於民國 102 年 07 月 12 日

承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

楊培珊 (簽名)
(指導教授)

張宏哲
蔡美如

系主任、所長 鄭麗珍 (簽名)

謝 辭

就讀臺大社會工作研究所一直是我的理想！投入實務工作五年多後如願，時光荏苒，豐富充實的學習歷程終告段落，我感到歡欣感恩！在職進修又是五年，職場與課業(含兩次實習)兩頭忙碌，我滿心感謝許多人的鼓勵與協助。

首先，最要感謝指導教授培珊老師，老師總以無比的樂觀與信心引導學生，這本論文從構思、擬定題目、確認研究方法、進行訪談到產出，絕對需大力謝謝楊老師。老師平常親切給力的言談、和藹熱情的對待學生、樂於分享研究及生活點滴，種種的身教與言教，均使我獲益良多(連戀愛心事都找老師商談呢)。每次與老師討論後，我就像充電般對「論文大業」滿懷希望，也憑藉著這股希望克服難關，在此對楊老師致上最衷心的敬意與謝意。

口試過程感謝張宏哲博士及蘇美如博士提出許多精闢的見解，啟發我的思考，使本論文益臻完善。尤其兩位老師在颱風宣布停班之際，仍照常從新竹、基隆趕赴會場，所幸當時風雨仍小，在一切平安下完成口試。老師們對我的愛護及支持令人動容。

其次，謝謝從大學以來一直鼓舞我的麗珍、毓文、淑瓊、漢儀、麗容、萬億及中興教授，在我半工半讀期間給予溫暖打氣。系辦姿婷與小雯助教則在實習、提交論文的行政流程上幫我很多，謝謝您們！研究所同班同學及學妹們則在平日點滴協助，常讓我感動不已，其中香港參訪最是鮮明愉快。還有同是在職生的淑惠是我的偶像，睿智從容讓我大加佩服。我也非常幸運加入論文同儕團體，與樂觀俐落的妙娟、美麗熱心的金珍、認真書記官柏仁以及爽朗自信的曉筑彼此砥礪、切磋研究過程，終於完成各自的「旅程」，真是可喜可賀。

還有謝謝臺北市政府社會局小童科長、佩瑾科長、慧英科長及淑娟科長等主管們，以及大安社福中心前後任美惠、明娟與秋芬督導的支持，我才得寶貴的機會以公假在職進修。歷年同事靖小狼、軒銘、和蓁、宜琬、嘉鳳、書芬、瑞枝、

奇芳哥、百舜、燕萍、雪卿姐、翊群、文美、宜衡、川田和全體志工團等人，在工作上給予數不清的支援，更是我的貴人。特別是明娟督導在我寫論文期間，不斷為我加油，讓我有衝破終點的勇氣與耐心。

最後，感謝我的家人及好友，謝謝您們在讀書期間給了我堅強的後盾和最大的包容與照顧。我最愛的爸爸總以行動支持我，載我尋街訪問遊民、認真聆聽我練習口頭報告；媽媽退休後出任我無給職的研究助理，甚至陪我到養護所擔任一日志工以商談訪問機會；二姐及阿吉為我論文突破六萬字時買蛋糕慶祝；大姐安排全家聚餐帶來歡樂；妹妹則和我一起討論修課及研究進度，最後階段幫我排版、合併檔案等，真是我的亦師亦妹。還有謝謝小喬經常為我遠距心理輔導，更是巧妙切合論文主題，好友嘉芬、景梅、彥伶、茹靖、佳瑩、依婷、苧芳等人都是我的心靈支柱。因為有您們，讓我發揮珍貴的決心與行動力，一步步實踐多年的夢想。

值此論文也是碩士學業完成之際，將此辛苦成果獻給所有善心、熱情的受訪者(此處保持匿名嚕)，以及關心我的人，願這份喜悅與你們一起分享。

佳諺 謹誌 一百零二年七月

中文摘要



遠距健康照護服務橫跨醫療衛生、社會福利、資訊通訊等多元領域，屬於長期照護中的創新服務，在當今人口高齡化及科技進步的趨勢下，發展空間大。

本研究運用深度訪談法，訪問臺北地區六位實際從事遠距健康照護服務的社工、四位管理者以及一位社工督導，欲瞭解臺北地區遠距健康照護服務體系的現況，以及之中社工的角色內涵。

研究首先將臺北地區遠距健康照護服務的發展歷程分為四個階段，分述其運作現況，發現無論社政體系主導的緊急救援系統，或是衛政主事的遠距健康照護計畫，皆高度受到政府政策影響。

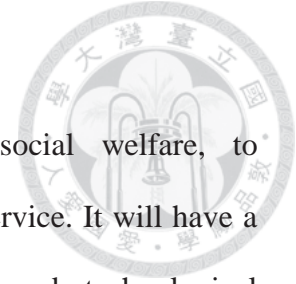
該服務模式內的社工擔負著直接服務、行政工作、社區經營及政策倡導等角色。然而，目前遠距健康照護服務仍以醫療取向為主，重視生理量測功能，參與的社工人數少，角色也顯模糊。

研究建議推動全人觀點的整合性遠距健康照護服務，符合使用者全人的需求，亦使得資源配置更為公平與普及。其次，建議政府應著手修改相關法規，以利該服務的發展。至於社工投入方面，本研究建議社工運用社區工作方法，由社區切入遠距健康照護領域，開拓新的實務契機。同時應在學校教育、在職教育、角色楷模、研究發展及組織支持等層面，增進社工的裝備與教育訓練。

期待更多社工投入本領域，在跨專業團隊中發揮社工專業，讓使用者獲得更完善的服務。在衛生福利部甫成立的環境氛圍中，本研究也希望促成社會工作及衛生醫療兩種專業的互動與合作。

關鍵字：遠距健康照護、遠距照護、社工角色、臺北市民健康生活照護服務、緊急救援系統

Abstract



Telehealthcare service, extending from health service, social welfare, to information communication, is innovative among long-term care service. It will have a broader development space owing to the population aging and technological advancement today.

The research, adopting in-depth interview with six social workers who are actually conducting telehealthcare, four executives and one supervisor on social workers, aims to specify the situation of telehealthcare service system in metropolitan Taipei and the role connotation of social workers within it.

In the research, the development process of telehealthcare service in metropolitan Taipei is divided into four phases firstly, and then their operations are described respectively. It's found out that whether emergency rescue system led by social welfare administration or telehealthcare plans ministered by health administration, are highly influenced by governmental policies.

Social workers within the service mode play roles in direct service, administrative work, community management, policy advocacy, etc. However, at present, telehealthcare service still focuses on medical service, valuing physiological measurement, with few participated social workers whose roles are also obscure.

The research proposes that integrated telehealthcare service with the perspective of whole person should be promoted, which caters to the user's demands as a whole person and makes the allocation of resources fairer and more widespread. Next, the government should start to amend relevant laws in order to promote the development of the service. As to the involvement of social workers, it's suggested that social workers adopt community work approach, participate in telehealthcare service from communities and explore more practical opportunities. In the meanwhile, social workers' equipment and

educational training should be strengthened through schooling, in-service education, role modeling, research and organizational support.

It is expected that more social workers devote themselves into this field and bring out their best in the trans-disciplinary team so as to provide better service for the users. As Department of Health and Human Services was newly established, the research also expects to promote the interaction and cooperation between social work and health service.

Key Words: Telehealthcare, Telecare, Social Worker Roles, Citizen Telemedical Care Service System, Emergency Rescue System

目 錄



口試委員會審定書.....	i
謝辭.....	ii
中文摘要.....	iv
英文摘要.....	v
第一章 緒論.....	1
第一節 問題背景.....	1
第二節 研究動機與目的.....	4
第二章 文獻探討.....	10
第一節 遠距健康照護的意涵.....	10
第二節 國內推動遠距健康照護的歷程.....	14
第三節 遠距健康照護相關實證研究.....	18
第四節 社會工作者的角色.....	19
第三章 研究方法.....	21
第一節 研究方法的選取.....	21
第二節 蒐集資料的方法.....	21
第三節 研究對象與抽樣策略.....	23
第四節 資料分析.....	29
第五節 研究倫理.....	30



第四章 結果發現.....	31
第一節 臺北地區遠距健康照護發展脈絡.....	31
第二節 臺北地區遠距健康照護的運作現況與困境.....	40
第三節 社工在遠距健康照護服務中的角色內涵.....	62
第四節 社工和其他專業人員的互動.....	80
第五節 遠距健康照護現況以醫療取向為主.....	90
第六節 遠距健康照護的未來展望.....	99
第五章 研究結論與建議.....	106
第一節 研究的反思.....	106
第二節 研究結論與建議.....	112
第三節 研究限制與未來建議.....	121
參考文獻.....	124
附錄.....	128
附錄一 訪談大綱.....	128
附錄二 行政院衛生署遠距健康照護發展計畫.....	129
附錄三 臺北市政府市民健康生活照護服務簡介.....	134

圖目錄



圖 2-1	行政院遠距健康照護專案辦公室組織圖.....	16
圖 4-1	臺北地區遠距健康照護服務的發展階段	32
圖 4-2	社政體系主導遠距健康照護服務的發展	41
圖 4-3	衛政體系主導遠距健康照護服務的類型	46
圖 4-4	遠距健康照護服務中社工的角色內涵.....	63
圖 4-5	遠距健康照護服務中社工與護理人員一起工作示意圖.....	81
圖 4-6	遠距健康照護服務中社工作為服務使用者與團隊間聯繫的橋樑.....	83
圖 4-7	遠距健康照護服務中社工和其他專業人員組成跨專業團隊	85
圖 4-8	遠距健康照護服務中專業人員組成多專業團隊示意圖.....	86
圖 4-9	遠距健康照護服務中社工提供其他專業人員心理支持示意圖.....	90
圖 5-1	全人觀點的整合性遠距健康照護服務之各種功能.....	116
圖 5-2	連續性的醫療保健服務與其相對應長期照護、遠距健康照護.....	117

表目錄



表 2-1	居家/社區式及機構式照顧的服務對象、內容.....	16
表 3-1	本研究採取深度訪談法的受訪對象.....	26
表 4-1	國內提供緊急救援服務的兩家機構之比較.....	45
表 4-2	疾病自然史與遠距健康照護服務.....	97
表 5-1	受訪者對遠距健康照護服務中社工角色內涵的看法..	109

第壹章 緒論

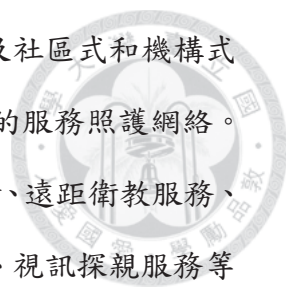


第一節 問題背景

人口老化是當今世界各先進國家共同面臨的社會變遷經驗。依內部政統計處 1993 年台閩地區人口統計，65 歲以上的老人人數超過總人口的 7%，臺灣從此跨入高齡化國家 (aging nation) 的門檻。行政院經濟建設委員會 (2012) 推估至 2018 年老人人口比率將達到 14%，而 2025 年時上升至 20%，屆時國內將進入超高齡社會 (super aged)。而銀髮族中，80 歲以上的高高齡人口所佔比率也將從 2011 年的 25.1%，至 2060 年大幅增加為 41.4%。健保局統計 1999 年到 2008 年 10 年間，支出健保醫療費用 788 億，分析攀升的最大原因即為老年人口快速增加。人口型態的改變，造就了慢性病為主的疾病型態，意味國民長期照護需求增加。

長期照顧的特點是服務期程很長、老人服務需求多元且複雜，且過程時有變化，需要專業團隊分工合作 (楊培珊、梅陳玉嬋，2011)。長期照顧一直都是社會工作關注並投入的領域，與醫學、護理、營養、復健、物理治療、職能治療等不同專業，共同提供全人、全程、全家與全隊的服務。鐘蝶起、趙耿裕、林建志、李昭憲與楊燦 (2009) 以文獻分析及問卷調查法，研究長期照護機構醫事人力與照護需求時，亦指出唯在跨專業團隊的協助下，才能滿足長期照顧個案的需求。

行政院於「建構長期照護體系先導計畫中」以「在地老化」(aging in place) 為施政重點之一。「在地老化」之理念，以長期照護社區服務網為架構，透過跨專業的整合，有效利用社區資源，協助民眾獲得符合所需的照護及服務為前提，再透過網際網路、資通科技發展「遠距社區健康照護系統」，追求尊嚴、舒適、即時、便捷之照護與生活品質的社區居家照護，需求在即，已是當今刻不容緩的長期照護發展模式 (蒯光武等人，2010)。舉例而言，行政院衛生署在 2007 年推動為期 3 年的「遠距照護試辦計畫」，針對糖尿病、高血壓等慢性病患者及其照



顧者，再加上輕度與中度失能者、獨居長者等族群，設計居家及社區式和機構式 2 類照護模式，並透過共同資訊平台連結，發展整合性、連續性的服務照護網絡。服務內容包括提供遠距生理量測、視訊諮詢服務、遠距視訊會診、遠距衛教服務、警示通報處理、會員健康管理、藥事安全服務、生活資源轉介、視訊探親服務等 12 種。衛生署統計，試辦第 1 年僅有 6 家醫療院所參與本計劃，服務人數僅 489 人，截至 101 年 4 月底快速增加至 130 家醫療院所，累積收案會員人數更大幅提升至 10,075 人，累計服務高達 490,128 人次。可見國內遠距健康照護服務因著政府推廣，成為長期照護領域中蓬勃發展的服務模式。

研究者本身在臺北市政府社會局所屬的社福中心工作已七年餘，重點業務包括為社區內獨居長者、身心障礙者及失能者，鼓勵其參與健康促進活動、申請經濟補助、轉介長期照顧管理中心進行失能評估、協助申請入住機構等多元服務。為保護居家安全，研究者亦經常鼓勵經濟弱勢的獨居長者申辦免費到府安裝、使用的緊急救援系統，該系統即屬於遠距健康照護提供的服務之一 (Doughty, Cameron, & Garner, 1996)。然而，根據臺北市政府社會局施政報告 2013 年 4 月全市列冊的獨居老人為 5,080 人，其中 1,676 人裝設緊急救援系統，安裝比例僅 33%。

其次，研究者在工作期間從健康中心提供的資訊得知，市府從 2009 年 4 月底結合衛生局、社會局與資訊處推動「市民健康生活照護服務」，特別針對獨居老人及一般患三高（高血壓、高血糖與高血脂）的民眾進行健康評估、生理量測線上傳送監測、健康諮詢、主動的健康關懷、衛教指導、醫療協助、社福轉介等，目的在於促進民眾健康認知與行為改善（陳美如，2012）。該方案由衛生局及所屬聯合醫院系統負責，在社區中則由臺北市十二個行政區的健康服務中心擔任收案的窗口。社會局雖為方案的協辦單位，但研究者與同仁的經驗中，社工與衛生局相關工作人員實際的橫向聯繫顯得稀少、薄弱。進一步檢視「市民健康生活照護服務」的網站，發現社會局有一任務為提供「在地化生活關懷與導覽」資訊（例

如使用者可利用該網站，查詢住家附近的老人活動據點¹)。然而，此任務僅是將社會局網站中的部份福利資訊轉載而已。整體而言，臺北市府「市民健康生活照護服務」團隊中社會局參與的程度十分有限。

這樣的經驗類似於蒯光武等人(2010)研究高雄某醫院推動「遠距社區健康照護服務」成果時的發現。該研究採取問卷調查方法，發現整體的服務使用量未達預期目標，其中服務項目之一「社會福利申請」，在研究期間無任何人使用。此服務項目在「遠距社區健康服務方案」中應由社工提供，社工可為案主「連結相關資源」，也是獨特於其他專業人員的工作內容。究竟因使用者無社會福利需求，亦或服務宣導不足(使用者不知能向誰、如何提出申請，或醫護人員沒有照會社工)，還是使用者不符福利補助的條件故申辦失利，該研究中並無詳細說明。雖然該方案在問卷調查期間並沒有使用者申請社會福利，這個現象無法代表社工在其中沒有角色，但仍可看出社工在此遠距服務團隊中負責的任務很少，且該服務項目使用率極低，似乎社工的參與可有可無。

本研究也好奇國內民間部門推動遠距健康照護的情形。研究者於2010年2月至6月特別選擇大臺北地區某地區醫院進行每週十二小時、總時數兩百小時的實習。該院於2006年向經濟部申請「全方位老人生活健康照護網(U-Care)」計畫，自同年8月起至2008年1月止，推動為期十八個月遠距健康照護計畫。研究者發現藉由本計畫進行，使得護理師、社工等專業人員，有更密切、主動的連結²。只是當時該醫院的社服室含居家服務業務共有十八人，以約一成的人力—兩位社工參與此計畫，這兩位社工同時尚負責病房、志工管理等業務。以工作比重、人力資源投入方面評估，遠距健康照護服務並非該院的社工的核心業務。研究者觀察反而在經營社區照顧據點的既定工作項目下，社工「配合」醫院新政策，鼓勵前來據點活動的長輩加入U-Care計畫，累積使用量與推展經驗。當時依承接計

¹臺北市府「市民健康生活照護服務網站」(網址(<http://telecare.taipei.gov.tw/>))，內容包括服務簡介、網路健康服務申請辦法及網站使用說明3大項目。

²研究者曾陪同負責此專案的個案管理師(護理師)，家訪參與此計畫的長者，觀察到個案管理師詢問長者的需求，幫忙回到醫院掛號，也將個案希望申請低收入戶老人假牙補助的需求，轉述給該院社服室的社工處理，專業間保持著互動。


畫的專員表示，以該醫院累積的經驗，得出遠距健康照顧的專業小組宜由護理師、營養師及社工師以四比一比一組成為佳。

其實，社會工作者在長期照護領域中耕耘已久，在英國社區照顧實驗期，起初僅有社工投入社區照顧團隊，後來為滿足案主的複雜需求，其他健康照顧專業（如醫師、護士、物理治療師、職能治療師等）才共同投入服務的供給（吳秀琴，2002）。蘇惠君（2003）研究國內社會福利與衛生醫療部門服務整合時，也發現在臺北市實施的兩個社區照顧實驗計畫皆由社政部門規劃，衛生醫療單位起初並未積極參與。直到老年人口逐漸增加，因為失能需要長期照護者也增多，長期照護的重要性被突顯，健康照顧專業才逐漸扮演舉足輕重的角色。然而，在社會工作領域發表的遠距健康照顧相關研究極少，且都侷限於遠距照護與「居家服務」的結合。楊曉慧（2008）呈現國外實施遠距照護的案例，提倡居家服務加入無線生理監測系統，可彌補傳統只靠居家服務提供服務能量與密度的缺失。黃啟富（2010）則以訪談法，用 SWOT 架構分析居家服務單位推展遠距照護的優、劣勢、機會和威脅，尤其提醒目前提供居家服務的非營利組織，結合遠距服務後將傾向商業化，或更加依賴政府補助，需找到新的定位。現有文獻並未討論新興的遠距健康照護模式中，微視層面中社會工作者的角色，或在團隊中與其他專業人員的互動情形，亟需本專業領域進行探索。

第二節 研究動機與目的

研究者擔任臺北市社福中心的基層社工員，業務之一是與五位同事以行政區的里別分工，負責區內五十三個里內低收入戶獨居長者的個案管理工作。七年來因長者去世、遷居、福利資格異動等因素，低收入戶獨居長者的人數時常變動，以研究者單獨負責的案量計算，約在十至十六人之間。所謂的「個案管理」落實於實務係因著每位長者獨特的需求，主責社工員設法提供相關資源³。再者，主

³舉例而言，當獨居長者生病住院時，主責社工將聯絡醫務社工，協助為長者安排照顧服務員，並申請費用補助；出院返家後社工視其需求申請送餐服務及居家服務、添購輔具等；回診時再協




責社工員每月需對長輩們進行電話問安、關訪訪視、配合交通局宣導「行的安全」及消防局「避免一氧化碳中毒」等，並回報服務量。研究者例行以電話聯繫十多位長者時，因語言隔閡、長者聽力減弱的因素，常發生雞同鴨講的情形。此時研究者夢想著手中的話筒進化為智慧型手機，藉著雙向視訊功能，能看到彼此的嘴型、表情、肢體動作等，以促進雙方的交流，甚至社工得以觀察長輩氣色好壞、穿著是否符合天氣、居家環境、餐食菜色等，在一通電話的短時間內評估其身心健康。社福中心社工的挑戰在於每逢颱風預報、十二度以下低溫特報，研究者所屬整個中心的職員，即需放下手邊要事，趕緊以電話聯繫每一位長輩，確保其安然無恙，並定時回報訪問情形直到解除管控。研究者經常遇到長輩出門、話機或線路故障或手機無法接通等情形，甚至幾位長者堅持不願申辦電話，基層社工員必須在暴雨狂風或寒流中親自家訪（此時按門鈴常沒有回應），或求助長輩住家附近的友善鄰居、熱心里長及轄區派出所員警，請大家幫忙再跑幾趟。因此，研究者平時即向每位服務的長輩，鼓吹安裝緊急救援系統⁴，只要當天長輩照常按下手錶型的壓扣，完成「報平安」動作，即可獲知其安全。運用科技設備，將大幅減少基層社工的工作量與心理壓力。然而，研究者目前服務的十一位低收入戶獨居長者中，僅有四位長輩申請，其他人則表示「身體還算硬朗，不需使用」、「不會操作」等理由婉拒。

基於實務工作經驗，研究者開始對獨居長者使用緊急救援系統的情形感到好奇。在與指導教授討論過程中，瞭解國內外正在推展功能更多、設備更先進的遠距照顧系統，為了增進知識研究者在2010年上旬，主動向積極推動本系統的大臺北地區某地區醫院毛遂自薦，申請至該院進行期中實習。感謝該院專員、社服室主任提供珍貴的學習機會，讓研究者參與其專案。研究生曾與社區護理部遠距照

調交通接送，或直接商請居家醫護人員到宅看診等。若長者的身體狀況已不適合住在社區，社區照護的資源無法滿足其需求，社工則將與長者溝通，準備機構安置。


⁴ 研究者「鼓勵」長輩安裝緊急救援系統的實際作法，包括陪同其至中華電信的門市申辦室內電話，並墊付裝機費1,500元(此費用協助長輩申請補助)，再提供二手電話機座，接著才能申請安裝該系統。研究者會與裝機的人員同到長輩家中，講解、示範使用方式。事後常去電關心其室內電話與緊急救援系統的使用情形。



護組的護理師，共同至家中訪問居家型的系統使用者；也曾和社工一起走訪社區照顧關懷據點，瞭解社區型系統的使用現況；還參觀該院接受政府委託經營的老人公寓，查看機構型系統；並實際觀察護理師操作資訊系統的情形；甚至在2010年6月間，轉介兩位研究者服務的低收入戶、獨居又患高血壓的長輩，確認其意願後，由院方免費到府安裝居家型設備，並連結整體醫療團隊的服務。可惜其中一位奶奶在裝機前驟逝，另一位八十多歲的爺爺使用半年後堅持拆機。這位長輩反應電腦設備很不穩定，經常得一天量三次血壓、每次重覆三回，確認資料成功上傳才安心，否則護理師即來電關切，造成其心理壓力。護理師告知過程中系統工程師曾至爺爺家中檢查設備，評估傳輸狀況正常。後來，這位長輩在2011年間出現似失智症的妄想症狀，因而難以判斷長輩當時的抱怨，起因系統問題或操作失誤。初探遠距健康照顧模式的實際運作後，研究者對系統的發展更有信心，也更加好奇社會工作專業在此新興領域的發揮空間。社工在遠距健康照護團隊中，扮演何種角色？對團隊的運作、服務的進展、使用者服務品質有何助益？如果沒有社工參與，造成哪些服務的缺口？

研究者亦好奇政府部門推動遠距健康照護的情形，故利用休假日，特別陪同六十五歲患有高血壓、糖尿病的父親，親至本區的健康中心填表加入「市民健康生活照護服務」，成為社區型使用者。然而，家父認為家中即備有電子血壓計，不需專程過馬路步行到區內的健康中心，其次不習慣在公共場所量測血壓，也不記得當時護理師示範的操作步驟，更不好意思到樓上健康中心的辦公室開口詢問…種種因素，家父並無使用生理量測、線上傳送監數據的功能。不過負責本區客服人員李護理師，每月都會主動來電進行健康關懷，與愛好聊天的家父相談甚歡。

接著正逢2010年9月本校公共衛生學院的健康政策管理所，延請兼具醫學及電機專業的陳恆順教授，開設「優質網路健康照護」課程。研究者積極跨學院、跨所選修，每週到醫學院教室上課。同班的三位同學分別就讀健康政策管理所博、碩士班或公共衛生學程，其中一位在職生身兼新北市區域性醫院的特別助



理，師生中只有研究者為社會工作背景。課程介紹提及「發展U-Care系統需要一個跨領域研發團隊，統整工程領域（電機、電子、資工等）、系統整合（醫工、醫管、醫學資訊等）、臨床照護（醫師、護理師、復健師、營養師等）與生醫科技產業（無線通訊產業、健康照護產業等），才能發展出一套切合實際需求，同時具有技術先進與豐富商機之創新服務模式」。研究者不懂技術研發，也無法提供醫療服務，亦無商業經營的知識，不禁更加思考著「社會工作者」在研發團隊中的位置。研究者踏入陌生的場域（包括醫學院、健康政策管理所的同儕）努力尋覓學習的定位，嘗試讓其他專業背景的老師與同學們，認識社會工作的價值觀與內涵，也試圖在遠距照護模式中找出社會工作的一席之地。這堂課期末專題研究的主题，具體而微地顯出遠距健康照護跨領域特質。兩位擁有資工背景的同學，其一撰寫出健康管理網頁的程式，在課堂中暢談設計理念；另一位以RFID（無線射頻辨識）技術運用於高級健康檢查中心的流程作為主题，兩人皆獲得老師高度評價，研究者卻聽的一知半解。在醫院工作的同學，則規劃一個運用遠距健康照護系統，節省院方營運成本的方案，激發老師合作的興趣。研究者自認社工的優勢在於貼近案主群、掌握使用者需求，因此秉持著關懷弱勢的初衷，研究主题設定為「運用以社區為導向之遠距健康系統 照顧本市獨居老人」。老師耐心聽完報告後，點出獨居老人值得關懷但畢竟佔人口比率極少，建議政府應全額補助弱勢族群使用本服務，加上推展一般戶「使用者付費」觀念，擴展服務規模，始能鼓勵相關業者投入。

除了學術殿堂的授課，佛光山台北道場曾在2012年5月27日「生耕致富」系列的公益講座中，邀請遠距健康照護服務發展計劃專案辦公室的唐德沛主任，以及系統廠商—真茂科技公司的林燕山經理，向社會大眾介紹遠距照護的理念。唐主任以胸腔科醫師的專業，演講中舉出國內外偏遠地區（如英屬克里斯島、美國阿拉斯加的西拉威村、屏東縣滿州鄉）使用遠距健康照護的成功案例，闡述本系統的效益。林經理則將遠距健康照護的目的，聚焦在「社群內的互助與關心」，在大樓管委會、宗教道場、社區照顧關懷據點等公共空間中，裝設社區型的遠距

健康照護系統，運用該社群中的退休醫護人員等人力資源，擔任健康守門員，透過生理監測、線上醫護諮詢、預防醫療等功能，促進該社群的健康管理。林經理的想法，有別於一般遠距健康照護由醫療院所提供服務的模式，相當有新意。這種理念亦令研究者聯想起社會工作者擅長的社區工作方法，社工專業重視生態系統的取向，重視「人在環境中」及與環境的互動，此種模式不啻為社工可發展的空間。

從研究者的工作經驗、實習過程、選課所學，到參加專題講演，發覺整體社會工作專業，對遠距健康照護模式的參與不多，因而更關注我們在該新興領域中的位置。環顧當今國內，2010年2月立法院已經修法通過行政院組織法⁵，2013年5月底更三讀通過「衛生福利部組織法」及「衛生福利部所轄次級機關組織法」，將內政部社會司除合作事業、職業團體及社會團體等業務之外，其他如老人福利、老人福利機構管理、身障福利、婦女福利等業務，以及兒童局、家庭暴力暨性侵害防治委員會等相關單位，移入2013年7月23日成立的「衛生福利部」。這意味著各地方政府也將朝著整合衛生局（處）與社會局（處）大方向前進。此種環境氛圍下，社會工作專業如何與醫療專業更緊密的合作，站穩腳步，發揮不可取代的專業性，避免在組織設計、資源配置、預算等發生「重醫療、輕福利」現象，導致社會福利被邊緣化，更是我們需重視的議題。因此，本研究首先在於探知國內遠距健康照護的發展現況，接著聚焦在醫療、護理、資訊工程專業為主軸的遠距健康照護模式，研討其中社會工作者所扮演的角色及相關的發想、期待，俾利發揮見微知著的功效。

本研究提出以下的研究目的：

1. 瞭解國內遠距健康照護不同模式（如居家及社區式、機構式）運作現況及展望。
2. 探討國內遠距健康照護服務中，社會工作者自我認知的角色功能。

⁵ 99年2月3日修正行政院組織為14部、8會、3獨立機關(中央選舉委員會、公平交易委員會、國家通訊傳播委員會)、1行(中央銀行)、1院(國立故宮博物院)及2個總處(行政院主計總處、行政院人事行政總處)，共29個機關。

3. 瞭解國內遠距健康照護服務中，社會工作者其他專業人員的互動狀況。
4. 瞭解國內從事遠距健康照護服務中的社會工作者對「遠距健康照護」主觀詮釋的意涵。



第貳章 文獻探討



第一節 遠距健康照護的意涵

(一)遠距健康照護的定義

世界各國對於「遠距健康照護」並無一致性的定義，相關研究與計畫使用遠距照護 (telecare)、遠距醫療 (telemedicine)、遠距健康照護 (telehealth)、遠距醫療保健服務 (telehealthcare)、U-care 等相近的名詞。

世界衛生組織將遠距照護 (telecare) 定義為「使用互動式的通訊科技，進行診斷、治療、傳遞衛教諮詢等醫療照護行為。醫護人員運用相關資訊系統，整合各種形式的健康資料 (如文字、數字、圖形、影音視訊等)，透過網際網路傳送病患的資訊，以爭取治療時效」(陸哲駒、陳恆順、鄭伯璦、賴金鑫，2004)。與此定義相似的是世界醫師會在 2009 年定義遠距醫療 (telemedicine) 為「利用電信通訊系統傳輸，包括聲音和影像等數據、文件紀錄和其他資訊，以進行遠距離的介入、診斷治療決策與建議等醫療行為。」

我國早期也重視遠距醫療的會診層次。何彥毅(2007)以我國衛生署在 2002 年邀集法務部等部會，召開「法務部所屬監院所醫療業務會議」所提供的資料中，最早將遠距醫療 (telemedicine) 定義為「藉助無時空限制的通信及資訊科技，來交換相隔兩地之病患的醫療臨床資料及專家意見，以克服空間及時間的障礙」。加上同年衛生署公告的「山地離島遠距醫療業務補助原則」規定：「遠距醫療資源整合計畫書之計畫內容，需符合連線該區民眾的健康需求，包括急診會診、一般住院會診、門診會診、特殊科會診、轉診計畫、醫療資訊網絡系統建置、病患會診流程、會診個案管…等」。可能與補助的認定相關，遠距限於醫療範圍。

世界醫師會主張使用更廣義的「遠距健康照護」(telehealth) 一辭，涵蓋所有使病患及社會大眾達到健康的行為，專業健康照護者能運用資訊通訊科技設

備，發揮預防、促進、診斷、自我照護與治療等功效（陳恆順，2010）。美國衛生部同樣界定遠距健康照護（telehealth）為「使用電子訊息及通訊技術，支援遠方的臨床健康照護、病人及專業醫療相關人員教育、公共衛生及健康管理。」歸納與遠距照護（telecare）差異處在於遠距健康照護（telehealth）加入預防疾病的健康管理概念。

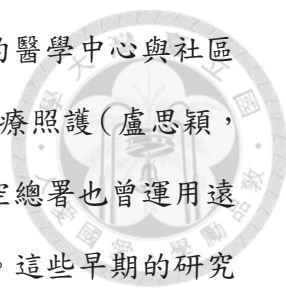
然而，陳恆順（2010）提出不同的觀點：遠距健康照護（telehealth）與遠距照護（telecare）皆源於遠距醫療（telemedicine），但後者分屬於衛生醫療與社會福利體系，兩者發展在近年來具共通與重疊趨勢，合而為一稱為遠距醫療保健服務（telehealthcare）。

英國國家健康署（National Health System，NHS）也使用遠距醫療保健服務（telehealthcare）一詞，將其定義為「利用資訊通訊科技技術，來提供周全性的醫療保健服務，也涵蓋了生活輔助所需的遠距照顧。」此種擴大的意涵呼應張慈映（2010）分析歐洲與美國遠距照護產業的發展，發現歐陸國家重視生理監測功能外，對於生活支援器材如科技輔具的需求也逐漸提高，因而相關產業蒸蒸日上。

至於 U-care 即為 Ubiquitous care 縮寫，指隨處可得、無所不在的照護服務，強調應用無遠弗屆的網路，輸送醫療服務時可突破空間限制。透過無所不在（ubiquitous）的運算環境，可將傳統醫療服務延伸到每個角落。2006 年我國經濟部技術處推動的「銀髮族 U-care 旗艦計畫」也使用本詞彙，鼓勵相關機構與科技廠商合作，利用科技工具，促進老年人健康照護的範圍、品質效率與效益。

(二)遠距健康照護在國外的發展歷史

早期因受限於電信網路設備的普及與效能，遠距醫療多採取電話線路進行。美國在 1959 年 Nebraska 的 Wittson 等人透過交互式電視（interactive television）進行遠距精神科的照會，同年在加拿大 Jutra 與 Pointe 使用同軸電纜（coaxial cable）傳遞放射線 X 光影像。1974 年美國麻醉科醫師利用視訊



監控遠端的手術。1979 年的紐芬蘭運用人造衛星，幫助遠端的醫學中心與社區醫院交換影像、醫療紀錄、檢驗數據等資訊，提供患者及時的醫療照護(盧思穎，2009)，這些係為較具規模遠距醫療的濫觴。1960 年代美國太空總署也曾運用遠距醫療設備，蒐集太空人的生理訊號，即時傳回地面進行分析。這些早期的研究成果在 1970 年初期，應用於美國偏遠地區的醫療計劃，如利用衛星設備，推展醫療服務於亞利桑那州 Papago 印地安人保護區內，以及阿拉斯加的 ATS-6 衛星生醫示範計畫、西北遠距醫療計畫等。然而當時礙於通訊設備尚未普、通訊費用高昂，大部分的計畫在 1980 年代初期結束(陸哲駒等人，2004)。不過美國為能提供戰地即時的醫療服務，長期進行研發，在越戰、波斯灣戰爭期間都曾運用遠距健康照護的科技，如士兵手腕上配著監測位置與生理訊號設備，以及能遠端遙控的手術器械等。隨著技術轉至民間企業，降低生產成本，也強化了研發能力(何彥毅，2007)。

何彥毅(2007)也分析美國的遠距健康照護的發展，和聯邦政府健保給付制度息息相關。實施全年人頭總額給付(capitation)後，有利於預防醫學領域的推行，如定期健檢、遠距照護等。但偏遠地區反而仍因病人少，許多醫療院所仍以傳統服務給付(fee for service)向政府申請保險給付，出現偏遠地區更需要遠距照護，卻受限於保險給付制度的矛盾現象。

歐盟 5 國(英、德、荷、西、瑞典)許多單位聯合成立「行動式健康照護」(Mobihealth)，利用無線通訊技術，串聯居家病患身上的生理感應器，自動傳送生理訊號，可做到疾病預防、疾病診斷、遠距協助、臨床研究等。美國則有 MediCompass 計畫，和 YAHOO 合作 web-based 健康增值服務平台，將居家端的糖尿病患者的血糖數值，以手機傳至健康管理者，也提供個案簡便的圖表，鼓勵其參與自我照護，以利控制病情。日本則有 NEC SUGOYAGA NET 1 SYSTEM、PANASONIC 等企業投入本領域，90%費用來自地方政府補助，前者特色在於系統具備遠距醫療教育功能，且強化使用者資料保密的設計；後者行銷對象除居家使用者外，也在該企業經營的安老院中推行，並將系統外銷到美國(何彥毅，2007；周淑娟，

2008)。

(三)遠距健康照護的服務內容

依據 Doughty et al. (1996) 歸納遠距照護系統所提供的服務，約可分三個世代。首先是 1980 年至 1990 年出現的第一代系統，包括宅端主機、緊急按鈕、接受訊息的控制中心。若使用者發生緊急事故，按下緊急按鈕即可透過宅端主機和控制中心聯繫，以得到即時救助。1990 年代晚期出現的第二代的智慧化家庭 (smart home)，增加紅外線感應裝置，持續監測使用者的日常活動與生理指標，當超出正常範圍時，系統將自動啟動警鈴，進行通報。第三代系統則加入影像傳遞，功能越來越多元。

至於服務內容包括以下層面：(1) 生理資訊的擷取：如體溫、心跳、呼吸數、血壓、心電圖、血氧濃度、基本肺功能等。(2) 照護服務的聯絡與協調：包括居家的緊急求救、生理監測時發現異常數值 (警示訊號)、通知回診等。(3) 健康自我管理的協助：協助使用者掌握每日基本生理資訊的變化，做好自我管理與追蹤，及早預防疾病的發生 (陳佳慧等，2004)。有些系統也能達到以下功能：(4) 可與個案管理師連繫的通訊及視訊設備，以及 (5) 醫療機構建置的衛教網站，以提供使用者或家屬線上諮詢，或查閱衛教知識 (Bakken, Grullon-Frigueroa, Izquierdo, Lee, Morin & Palmas, 2006)

(四)遠距健康照護的團隊組成

呂麗雯 (2012) 研究遠距照護服務中利害關係人的參與情形，採取問卷調查法，以利害關係人理論進行分析，發現最關鍵參與者為醫師、政府相關單位、照護端、護理人員、個案、營運端、個案管理師、藥師及家屬；次關鍵參與者為醫療設備及器材業、系統管理、資訊系統工程人員、其他醫療人員及照顧服務員。洪春安 (2011) 則以企業模式 (Business Model) 的九個構面與醫護主管、相關人員討論，得到遠距健康照護相關的院內資源，包含醫師、護理師、營養師、藥師、資訊工程師等。2 個研究勾勒出團隊的成員組成，但並無提及社工，及每個成員

的角色任務。


研究者發現有關團隊成員職責的研究稀少，且以個案管理師為主。張嘉玲(2009)分析個案管理師工作包括建立個案電子病歷檔案、追蹤個案的生理數值、定期電訪關懷、個案住院或急診探視、健康報告書撰寫等。盧思穎(2009)以遠距照護的服務流程(1)推廣與簽約、(2)個案資料建立、(3)日常照護(生理數值監控、日常電訪、來電接聽)、(4)緊急情況處理、(5)住院與急診的探視及衛教，採取訪談法，分析個案管理師角色定位及服務缺口。

研究者發現，國內遠距健康照護服務模式中的個案管理師，都由護理專業背景者擔任。周春珍、張蓓莉、李冠慧與李亭亭(2009)更指出護理人員在遠距醫療中，係為提供醫療照護及協調資源的主要關鍵人物。樓美玲、張彩秀、葉明珍與洪麗珍(2005)也提到遠距居家照護需克服的問題包括實際從業護理人員的抗拒，並論及護理養成教育問題。

相對於以上研究個案管理師的文獻，李佳芸等人(2009)在臺北市萬華區某國宅測試一套遠距照護資訊系統，研究中點到該系統對社工及護理人員的貢獻為將服務數據每月呈報給政府時更為方便，節省行政作業時間。除了皆需回報服務量外，該研究並沒有具體提到社工及護理人員在團隊中如何分工合作。

第二節 國內推動遠距健康照護的歷程

國內行政院衛生署最早1995年4月規劃開辦「遠距醫療試辦計畫」，服務對象與美國經驗相似，選定山地離島地區進行。由臺大醫院負責與金山衛生所連線、成大醫院支援澎湖醫院、臺北的榮總和金門地區的花崗石醫院及宜蘭地區基層醫療單位合作、三軍總醫院則和馬祖配合，慈濟醫院在2001年加入該計劃，服務花蓮與台東偏遠鄉鎮，針對當地缺乏的專科醫療，藉由遠距醫療系統，進行病歷的會診與討論，同時也提供雙方醫護人員討論與進修的管道。1997年納入臺灣整個離島地區在該先導計畫內(張峰源，2006)。



近年來政府逐漸看重健康照護產業帶來的商機。2002 年起由經濟部技術處推動的「創新科技應用與服務計畫」，即包括遠距居家照護子計畫，結合預防醫學、資訊通訊、急救醫療服務等不同產業，讓使用者透過終端設備在家中進行量測，再藉由電信業者 GPRS 或 ADSL 系統進行寬頻或無線傳輸，將使用者的資料傳送到資料中心彙整，透過監測、保全、資料分析，指揮派遣，滿足患者受照顧的需求。該計畫較具成型的成果包括涵蓋六十家以上的廠商（如教學醫院、保全公司、建設公司、資通訊大廠）共同成立「台灣遠距照護服務產業聯盟」，成功促進異業合作（張峰源，2006）。

衛生署接著在 2004 年試辦遠距醫療，2007 年繼續推動為期三年的「遠距照護試辦計畫」，針對糖尿病、高血壓等慢性病患者及其照顧者、輕度與中度失能者、獨居長者等族群，設計居家及社區式、機構式等兩類照護模式，並透過共同資訊平台連結，發展整合性、連續性的服務照護網絡。服務內容包括表 2-1 中提供遠距生理量測、視訊諮詢服務、遠距視訊會診、遠距衛教服務、警示通報處理、會員健康管理、藥事安全服務、生活資源轉介、視訊探親服務等。

表 2-1

居家/社區式及機構式照顧的服務對象、內容

	居家/社區式照護	機構式照護
服務對象	糖尿病、高血壓患者 輕、中度失能者 輕度失智症患者 獨居長者 罹患慢性病之主要照護者	護理之家住民 護理之家住民家屬 護理之家專業人員
服務內容	遠距生理量測 視訊諮詢服務 遠距衛教服務 生活資源轉介 會員健康管理 藥事安全服務 警示通報處理	遠距視訊會診 遠距生理量測 視訊探親服務 遠距衛教指導 藥事安全服務

註：各照護服務提供者得依其營運模式之特性，設計不同的服務組合

資料來源：行政院衛生署遠距健康照護服務中心入口網站

自 2010 年起暨成立專案辦公室，「遠距健康照護服務發展計畫」已進入服務全面啟動階段，透過服務模式複製擴散的委託辦理，包括北區-臺北醫學大學附設醫院、中區-財團法人彰化基督教醫院、南區-高雄醫學大學附設中和紀念醫院，及東區-臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院四個照護團隊，各團隊更應用照護服務的創新科技，發展因地制宜的服務型態。例如北醫的氣喘、血友病照護及成立遠距照護測訓中心；彰基為糖尿病照護成立社群網站、團購服務，更利用便利商店為服務據點；高醫附設中和醫院的中風病患照護、心理諮商及行動

關懷訪視；門諾醫院提供缺乏醫療資源的偏遠地區以及慢性肝病的遠距健康照護，都各有成果。



圖 2-1

行政院遠距健康照護專案辦公室組織圖



資料來源：行政院衛生署遠距健康照護服務中心入口網站

衛生署亦統計從試辦初年僅有六家醫療院所參與本計劃，服務人數僅四百八十九人，截至 101 年 4 月底增加至一百三十家醫療院所，累積收案會員人數更提升至一萬零七十五人，累計服務四十九萬零一百二十八人次，異業合作廠商六十五家，整體滿意度百分之八十七。

2009 年政府核定推動六大新興產業中即包含「醫療照護」。同年四月通過「健康照護升級白金方案」，內容之一亦為發展智慧醫療服務，推動遠距健康照護服務，透過資通訊科技建構智慧照護模式，提升醫療品質與效率。可見國內遠距健康照護服務因著政府推廣，成為長期照護領域中新興的服務模式，至今如火如荼發展



第三節 遠距健康照護相關實證研究

國內外許多實證研究證明使用遠距健康照顧系統的成效良好，對改善慢性病患的病情、自我健康管理與生活品質，以及減輕主要照顧者的照顧壓力，都有顯著的影響。Demiris (2006) 發現運用居家遠距監測系統，有利於個案瞭解自我健康狀況，促進個案積極參與自我照顧與健康管理。國內林育伶 (2010) 運用問卷，對台中市北屯區 2 個參與社區營造活動的民眾進行調查，同樣發現使用遠距健康照護服務的一般社區民眾，自我健康管理行為有所提升。

國內學者陳美如 (2012) 以二組重複測量之準實驗設計，測試臺北市府「市民健康生活照護服務」介入後，有助於高血壓病患控制血壓。周春珍 (2010) 則運用問卷調查法，發現參與遠距健康照護服務後，長者的生活品質正向提升。Beale、Truman、Sanderson 與 Kruger (2010) 回顧蘇格蘭地區在 2007 至 2008 年遠距照顧方案的發展，發現該方案能促進病患獨立，改善病患及非正式照顧者的生活品質。陳婉籌 (2011) 進行類實驗設計，亦發現使用此服務可減少心臟衰竭病患主要照顧者的負荷、改善角色勝任度及家庭功能。

此外，以醫療機構經營與醫療資源配置層面觀察，Demiris (2006) 肯定使用遠距照護可節省醫療成本、減少住院天數及醫師診療的時間。但蔡侑錚 (2011)、謝松哲 (2010) 分別針對竹山秀傳醫院門診病患、北部護理之家住民參與「遠距照護服務系統」與否，進行成本效益分析。兩位學者皆發現雖然遠距照護可降低病患就診次數與相關醫療費用，然而醫院投入成本過高，考量利率計算獲利期間需五到十年始能回收，長期成本效益有待後續追蹤。周淑娟 (2008) 以 FBBM 商業模式解析美國、日本數家經營遠距居家照護多年的公司，指出促進廣泛應用的因素除計算成本效益外，設備還需具備高可信賴度，並研擬付費機制。林淑霞等人 (2009) 引用 Finkelstein 研究結果「保險給付對未來透過科技技術使用遠距照護有正向促進作用」，再以問卷調查北部醫院心臟病、糖尿病與

高血壓病患，發現百分之八十八的慢性病患認同遠距健康照護納入健保給付。

然而在健保財源吃緊，2013 年起開始實施二代健保補充保費的今日，社會工作者應更了解遠距健康照護服務的內涵，始能為弱勢案主群維護就醫權益。

第四節 社會工作者的角色

張宏哲等人(1999)翻譯 Lister 將社會工作者扮演的角色分為以下五種：(1)直接服務的提供者：社會工作者以面對面方法，提供服務給案主或團體，包括提供相關資訊與教育、進行婚姻與家庭治療，從事團體工作等；(2)社會系統連結者：重點在於社會工作者協助案主連結到所需的資源，擔任案主的個案管理者、整合資源者、媒介者、仲裁者等；(3)社會系統維護者：社會工作者為減低服務輸送的障礙，維護案主權益，需評估機構組織、政策、與其他機構的關係，而擔任顧問、監督者、促進者、尋求協助者等；(4)研究者與研究使用者：社會工作者需為案主規劃適合的處遇，並評估處遇的成效，以保持服務品質，因此具備研究角色；(5)社會系統發展者：當實務社會工作者發現案主的需求未被滿足、服務的斷層不足，或預防性方案，或研究成果可促進服務效益，此時應發揮政策與行政發展者、方案計畫者等角色。

林萬億(2002)翻譯 Charles Zastrow 指出社會工作者扮演多樣化的角色，包括以下十二種：使能者 (enabler)、仲介者 (broker)、倡導者 (advocate)、改革者 (activist)、調停者 (mediator)、談判者 (negotiator)、教育者 (educator)、先知者 (intiator)、協調者 (coordinator)、研究者 (researcher)、團體催化者 (group facilitator)、演講者 (public speaker)。

廖榮利(1996)則以工作內容，區分一般社會工作專業人員可包含以下五種：學術研究與教育專業人員、政策計劃與行政人員、督導和諮詢階層人員、直接從事服務活動的人員、技術性與助理程度的人員。

提及遠距健康照護服務中社工人員角色的文獻很少。Sheila 等人 (2012)

描述印度醫療團隊巡迴到各貧民區進行遠距眼科醫療，社工人員負責前置聯繫、宣傳、倡導等任務，特別需拜會當地意見領袖，統籌非政府組織的人力資源。會診期間社工則確認病患名單、連結配鏡資源等。

綜觀遠距健康照護的相關文獻，以技術層面資訊系統的研發，管理層面服務品質、成本效益、使用者滿意程度、使用意向、健康影響為主(蔡宗宏等人,2010)，研究團隊內的角色功能者極少。然而，從遠距健康照護一辭與定義演進，以及服務內容在在反映出並非只限於生理監測，否則藉著儀器設備即可實施。而在遠距健康照護服務中，提供服務與接受服務者都是「人」，不可獲缺以人為本的思維與人性關懷。本研究目的聚焦於社會工作者，希望瞭解社工參與情形及角色的自我認知，形塑成未來社工專業參與遠距健康照護服務的展望，以提升對案主的照護品質，亦填補本領域中研究的空缺。

第參章 研究方法

本研究因為過去相關文獻甚少、具探索性研究特質，及重視研究參與者觀點等因素，故採取質性研究典範。使用深度訪談蒐集資料，深入瞭解臺北地區遠距健康照護服務體系的運作現況，以及社會工作者在其間的角色與功能。

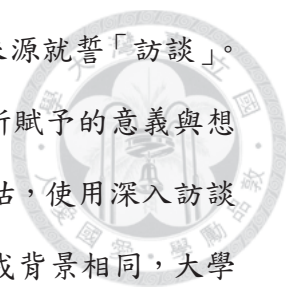
第一節 研究方法的選取

質性研究的精神與原則在於事實的本質，強調事實的整體性，細緻的探討人與人、人與事之間的種種互動、相互影響的關係，肯定人的價值觀存在的可貴性，不注重概化，也不求事情的絕對性與因果性（簡春安、鄒平儀，2004）。質性研究者在自然情境中，透過與被研究這密切的互動過程，透過一種或多種的資料收集方法，對所研究的社會現象或行為，進行全面性、深入性的理解（潘淑滿，2003）。

本研究考量遠距健康照護服務模式在國內仍屬蓬勃發展階段，公私部門、各醫療院所亦有不同的流程設計，實施經驗殊異。然而，大部分文獻探討科技設備的創新、使用者滿意度及使用意向、組織經營模式。因此，為勾勒出臺北地區遠距健康照護不同模式的現況，再進一步瞭解社會工作者參與團隊的工作內容、角色功能、主觀詮釋，本研究不追求以變項間的關係來呈現，而是彈性、開放的態度，瞭解現況與意義，故本研究依據以上學者的論點，採取質性研究方式，進行探索式的研究。

第二節 蒐集資料的方法—深度訪談法

本研究以深度訪談資料為主，並輔以現場觀察、衛生署及社會局等公開於網站資料、研究者實習期間的週誌等資料，採用資料的多元交叉法（data triangulation），增進研究的嚴謹性與可信度。



簡春安、鄒平儀(2005)指出質性研究當中最重要資料來源就誓「訪談」。本研究重視受訪者個別、主觀的經驗，以及其對該事務、環境所賦予的意義與想法，將採取一對一深度訪談中的半結構式訪談。研究者自我評估，使用深入訪談的優勢為與受訪者(從事遠距健康照護服務的社工)的專業養成背景相同，大學期間曾在臺大醫院社工室實習，畢業後也在該單位工作三個月，亦服務於身心障礙住宿養護型機構一年，對醫療領域、長照機構並不陌生。其次，研究者近六年來自工作、研究所實習、修課進行專題研究、閱讀相關文獻過程中，已累積對遠距健康照護領域的基礎知識。再者，研究者的人格特質喜歡與人接觸、透過言語來溝通，從事實務工作十多年來，亦具備豐富的會談經驗。因此，適合運用深度訪談方法，訪問社工人員對本研究主題的想法。

研究者以事先設計的訪談大綱，對受訪者針對特定議題進行深入訪問，但在實際訪談時，依當時的情境，容許追問、澄清、重新排定題目順序等彈性，以期在有目的性、問題導向的談話中，對焦溝通，蒐集資料。在訪談過程中，研究者與受訪者會透過不斷的互動，共同建構出對研究現象或行動意義的詮釋(潘淑滿，2003)。

本研究於正式訪問前，邀請認識多年的朋友、亦為具遠距健康照護服務經驗的社工進行試訪，目的在於確認訪談大綱的順序是否合宜、文字描述是否清晰，以及預估每題與整體訪談的時間長短，以利正式訪談進行能更順暢。對方爽快的接受訪談，研究者於是約定輕鬆的週六傍晚、對方運動後的空檔，在地點居中咖啡廳進行。試訪對象為熟悉的朋友，研究者發覺優點為省卻建立關係的時間，對方略知研究動機後即侃侃而言。然而，缺點也在於雙方結合朋友及專業同儕的多重關係，受訪者認為只是分享工作見聞，不需依訪談大綱就可暢所欲言，且也對於「老友聊天時」桌上擺著錄音筆顯得不自在，加上研究者當時操作錄音筆仍不夠熟練，最後放棄錄音。本次試訪經驗令研究者學習很多，首先必須審視研究者與受訪者間的關係，並重視不同關係對研究結果的影響。其次，研究者需練習如何簡述研究目的，同時坦然地拿出錄音筆並放置合適的位置，既達到清晰的錄音

效果，又不會造成受訪者彆扭。

在聯繫受訪者方面，研究者依據和受訪者關係的深淺，分別利用電子郵件、手機簡訊、親自去電來進行邀請。研究者受到家母的指點，參考績優業務員拜訪客戶、順利成交的秘訣，考量受訪者平日業務忙碌，儘量先採取電子郵件配合手機簡訊，以免打擾受訪者的公務。去電聯繫時也特別留意時間，儘量不要繁忙的週一撥打電話，而上午九點之前、中午十二點左右、下午兩點前及五點後，通常是受訪者準備上班、用餐、休息、下班的時間⁶，也宜避開。以受訪者的立場，選擇較合適的時間聯繫，才有機會說明研究目的，這是邀請受訪者時值得留意的細節。

除了誠摯邀請、確認受訪者之外，研究者在每次訪談前幾天，事前將訪談大綱提供給受訪者預作準備。每次一對一訪談，設計在一小時至一小時三十分鐘內，避免太冗長流失訪談的焦點，也不至於讓受訪者過於疲倦。研究者考量社工人員在工作場域中接受訪談，可能容易被打斷，或者論及與其他專業人員互動時顧慮他人看法，無法暢所欲言，故訪談地點選擇在受訪者辦公室之外進行（如安靜的咖啡館），時間以受訪者方便為主，儘量尊重受訪者的意願。

再者，研究者為感謝受訪者（含接受試訪者）為本研究付出時間與精神，願意分享寶貴的經驗、心得與想法，除了在訪談過程中當面表達謝意，也將致贈每位受訪者禮券或小禮物，並支付訪談時的用餐費用。研究完成後則將修改、印刷裝訂好的論文送給受訪者，謝謝其對本研究、社會工作專業在新興遠距健康照護領域發展的珍貴貢獻。

第三節 研究對象與抽樣策略

質性研究主要針對少量的樣本作集中深入的分析與探討，所以研究者不使用量化研究中的隨機抽樣，而是根據研究者的研究主題，使用立意抽樣法

⁶ 本研究多位受訪者在醫院內工作，醫療機構通常八點上班、五點下班，且醫務社工週六上午需輪值，有些社會福利服務機構上班時間為週二至週六，都和一般朝九晚五的上班時間不同。

(purposeful sampling)，以受訪者能否提供必要的、豐富的資訊能力作為抽樣的標準（簡春安、鄒平儀，2003）。

研究抽樣策略因研究對象、研究可行性、時間等限制，採取立意抽樣法（purposeful sampling）中的便利性抽樣（convenience sampling）與滾雪球或鏈式抽樣（snowball or chain sampling）。前者依受訪者的可及性做抽樣，運用研究者個人的專業網路來招募受訪者，後者則透過研究者向多人詢問應再向誰請教，增加擁有豐富資訊的個案（簡春安、鄒平儀，2004）。

研究者於2010年2至6月於大臺北地區某地區醫院的實習。該院方曾於2006年向經濟部申請「全方位老人生活健康照護網(U-Care)」計畫，自同年8月起至2008年1月止，推動為期十八個月遠距健康照護計畫。依該醫院專員統計至2010年2月使用者人數超過四百人，本方案迄今持續推行。評估最初參與院方U-Care計畫的兩位社工仍在該工作崗位上，實務經驗厚實，且與研究者保持互動，曾在2010、2012年在使用社區式遠距健康照護的社區關懷據點，共同合辦慶中秋活動。故研究者選擇這兩位社工之一的A1，為居家及社區型模式受訪對象。考量該醫院規劃整體服務流程、人力配置的專員B2及其部門同仁B4，皆具備公共衛生背景，嫻熟本領域，對社會工作者在團隊中角色功能亦有心得，也納入訪談對象中。然後，因研究者欲探討遠距健康照護服務中的社工角色模範，故懇請A1的主管，亦為資深社工督導的B5接受訪問。

其次，該醫院亦承接臺北市政府社會局公設民營的某間老人公寓，亦為衛生署公佈使用機構式遠距健康照護系統的據點之一，研究者工作上亦曾前往參訪過，故研究者請母機構醫院社工的引薦，協助邀請機構內熟悉遠距健康照護服務的社工A2，擔任機構型模式的受訪者。

再者，研究者也從衛生署公佈臺北市、新北市與基隆市的機構式（護理之家）名單中，分別到機構網站蒐集資料，刪除沒有聘請社工的機構後，誠懇的以電話，獲得基隆市的某護理之家內社工A3的首肯，願意受訪。

研究者亦身為臺北市政府社會局的基層社工，曾至松山社會福利暨老人服務

中心觀察市政府推行「市民健康生活照護服務」的電腦主機及量測血壓的設備，聽該中心同事提到參與長青學苑的幾位長者，已填寫資料加入該服務，常使用該設備量測自身的血壓。為瞭解地方政府推動遠距健康照顧的現況，以及公部門社工在本領域中的角色，本研究邀請了公設公營松山老人服務中心⁷的社工 A4 受訪。這位社工為負責該業務的窗口人員，本身也為個案申請過本服務，有利所蒐集資料的豐富性。因「市民健康生活照護服務」選定本市十二行政區內的健康服務中心及老人服務中心安裝設備，社福中心的辦公室並沒有這套系統，故研究者無法逕在服務單位進行觀察或訪問。

接著研究者獲守門員—市政府社會局主管同意後，訪問老人福利科緊急救援系統方案的承辦人 B1，並且邀請先後承接該方案兩間受託機構的實務社工 A5、A6 受訪，以呈現緊急救援系統內不同角色與其觀點。

然後透過醫院專員 B2 的推薦，研究者得以訪問具有醫師背景、亦為專科醫院營運長的 B4。其經營的醫院位於新北市，從 2007 年起即參與衛生署的遠距健康照護發展計畫，受訪時與三十三間養護所或護理之家簽約，提供機構型遠距健康照護服務，尤其 B4 表示留學美國期間，學習遠距照護概念並將其帶回臺灣，對此領域相當有想法及行動力。

衛生署統計截至 2012 年 4 月底已有一百三十間醫療院所，參與遠距健康照護服務。除地區醫院外，研究者原本欲選擇醫學中心（如臺大醫院、馬偕醫院）參與該服務的社會工作者一名，作為訪談對象，以搜集不同層級醫院的經驗。可惜經研究者聯繫，臺大醫院的社工組長告知，該醫院從開辦「遠距照護中心」⁸以

⁷ 目前臺北市有 14 間老人服務中心，其中大安、松山、大同 3 間中心屬於公設公營性質，其他 11 間為公設民營。松山與大同老人服務中心，還與社會福利服務中心合併。研究者與大安老服的社工常有業務往來，與松山、大同社福暨老服中心的社工，同隸屬於社會工作科，每年 2-5 次受訓場合都會見面，已具備信任的基礎。

⁸ 臺大醫院於 2009 年 8 月成立「遠距照護中心」，提供二十四小時的諮詢服務並依病友的個別性給予健康管理，且能協助處理陣發性或突發性狀況，個案管理師持續的衛教及護理諮詢，也強化病友預防勝於治療之保健概念，提昇其健康促進之意識，做好個人健康管理與照護諮詢。該院特於 2010 年 11 月心臟衰竭中心正式合併營運，收案除心血管疾病外，擴及至其他出院後需要遠距照護服務的病人，作為臺大醫院出院準備服務的項目之一。資料來源：<http://www.ntuh.gov.tw/telehealth/default.aspx>


來，社工部門即沒有參與。而負責 6A 安寧病房的社工私下表示，一年多前曾為一位將出院的癌末病患，聯絡院內遠距照護服務中心的個管師（護理師背景），後來該病人並沒有提出申請，其他社工亦沒有接觸院內遠距照護服務。

綜上所述，本研究自 2013 年 3 月至 5 月期間進行訪問，共計訪問十一位受訪者，包含六位社工、一位社工督導（職稱為社工室主任）、一位臺北市政府社會局科員（具社工背景）、一位醫師兼醫院營運長，以及兩位具備公共衛生背景的方案管理者（職稱為高級專員及助理專員）。訪問地點則含蓋臺北市、新北市及基隆市。特別值得一提的是其中醫師兼醫院營運長，係採取滾雪球或鏈式抽樣（snowball or chain sampling）方法，由高級專員推薦而來，也透過受訪者引介，讓訪談前的聯繫、溝通過程更順暢。

表 3-1

本研究採取深度訪談法的受訪對象

編號	受訪者代號	性別	職稱	受訪時從事遠距的年資	專業背景	所屬機構	遠距服務的類型
1	A1	女	社工	6 年餘	大學社工系畢業	新北市某地區醫院	居家及社區型
2	A2	女	主任	7 年	大學社工相關科系畢業	臺北市某公設民營老人公寓	機構型
3	A3	男	社工	1 個多月	社工研究所畢業	衛生署公告北北基推行	機構型

						遠距 6 間護理之家其一	
4	A4	男	社工	2 年	大學社工系畢業	臺北市某公設公營老人服務中心	居家及社區型(臺北市民健康生活照護服務)
5	A5	女	社工	10 個多月	大學社工系畢業	承接臺北市等社會局方案的某公司	居家型(緊急救援系統)
6	A6	男	社工	約 5 個月	大學社工系畢業	承接臺中市等社會局方案的某基金會	居家型(緊急救援系統)
7	B1	女	前約聘科員	8 個多月(102 年 4 月離職)	大學社工系畢業	臺北市社會局老人福利科	居家型(緊急救援系統)
8	B2	男	高級專員	10 年餘	公共衛生研究所畢業	新北市某地區醫院	居家及社區型
9	B3	女	助理專員	4 年餘	公共衛生系畢業	新北市某地區醫院	居家及社區型
10	B4	男	營運長	10 年餘	醫學	新北市某專科醫院	機構型為主(目前與 33 間養護所或護理之家簽約)、居家及

							社區型
11	B5	女	主任	6年餘	社工研究所 畢業	新北市某地 區醫院	居家及社區 型

資料來源：研究者自行整理



第四節 資料分析

訪談過程全程經受訪者同意後，使用錄音器材紀錄訪過程，再進行錄音檔轉騰的步驟，將各次錄音資料進行逐字稿紀錄，並進行校正。除了文字紀錄外，研究者亦蒐集受訪者當下的情緒反應、非語言訊息等，寫入訪談日誌中。

本研究資料的處理，主要依據訪談資料、訪談日誌、衛生署及社會局等公開於網站資料、研究者實習期間的週誌、現場拍攝的資料等為分析的主軸，分析步驟為（簡春安、鄒平儀，2005）：

1. 騰寫逐字稿：將訪談的錄音檔，繕打成逐字稿外，需特別註明受訪者之非語言訊息，並與當時情境、言語內容進行核對。
2. 研究目的的再確認：本研究目的在於瞭解遠距健康照護服務中，社會工作者對該服務的主觀詮釋意涵、在服務中自我認知的角色功能，及與專業團隊間的互動現況，訪談時應把握焦點。
3. 詳細閱讀各種資料並準備分析工作：反覆閱讀多種資料，核對逐字稿、訪談日誌等，嘗試歸納不同受訪者回答的相同性與相異性。
4. 資料編碼(coding)：將訪談資料密集檢測，檢視原始資料每一句、每一段落或每一文件，觀察或訪問的形式加以打散後，便針對各形式所代表的現象以概念化的形式加以命名。
5. 集合主要特質作歸納性分析：將同一主題中，較常出現的特質予以分析。
6. 印證特質、概念、架構的證據：研究者整理出每個特質後，印述受訪者所表達的言詞當作證據，參考文獻一起思考，最後再以整體的概念呈現。

2012年10月到2013年5月間，在指導教授鼓勵下，含研究者在內的五位

研究生組成同儕支持團體(peer support group)，共同為各自的論文主題提供新鮮的點子，並給予回饋。其中四位研究生就讀社工所、一位就讀國家發展研究所法律與社會變遷組；四位同學採用質性研究方法，一位同學則採行量性研究；除研究者外四位成員分別具有法院書記官、醫務社工、學校社工、非營利組織等工作經驗，具有不同的背景及研究取向，團體討論時氣氛熱烈。

本團體每兩週至每月聚會討論一次，每次三小時。首先具有社會支持功能，在寂寞又忙碌的研究過程中互相鼓舞及打氣。再者亦有工具性功能，彼此提醒APA格式、學位考試流程，以及分享進入田野如何應用訪談大綱的心得等。第三，透過團體成員間腦力激盪，提供不同角度的建議，研究者得以自我反省(self-reflexive)資料編碼時有所偏誤，加上指導教授的專業教導，可增進資料分析的嚴謹性。

第五節 研究倫理

研究倫理方面，研究者遵守自願參與、告知後同意、不傷害受訪者、保密等規範。尤其在保密部分，包括三點(1)對個人受訪者而言，本研究資料呈現上，對於足以識別個人及服務機構的資訊，用代號表示；(2)對觀察對象而言，研究者拍攝時將留意，避免拍到足以識別機構的資訊(如招牌)，若難以避免則將影像模糊處理，文字資料呈現也用代號處理；(3)對觀察現場其他人士而言，研究者考量觀察田野中會出現遠距健康照護設備的使用者、機構的工作人員，以及其他來機構洽公的個案等。對於前兩者，研究者預計觀察使用情形、使用者與工作人員的互動，但拍攝時將採背影、側面角度，對於後者則儘量不要入鏡。研究過程中將妥善保管影音資料、逐字稿，並於論文完成後銷毀。

本研究進行觀察前，將取得使用者同意拍照、攝影，訪談前亦將取得同意後始錄音，謄寫逐字稿，以利後續分析。

第肆章 研究發現



第一節 臺北地區遠距健康照護發展脈絡

本研究結果發現臺北地區遠距照護服務的發展歷程，受到政府政策所帶動、影響，與文獻中呈現國內推動該服務的經驗一致。然而，文獻呈現的是個別、單獨的試辦計畫、方案、服務，且大部份記錄著公部門的籌畫方針、成果數據，欠缺實際執行層面的描述。因此，本研究藉著採用深度訪談法，訪問從事實務遠距健康照護服務的「局內人」，蒐集現場經驗及工作心得，並連結文獻為骨幹一併整合，以期將資料從點，建構至線與面的層次。

最初臺北地區內如臺大醫院等醫學中心，配合醫療衛生中央主管一行政院衛生署 1995 年起於偏鄉，提供遠距醫療服務，本研究命名為「教學醫院支援偏鄉醫療」階段。演進到臺北市政府因應媒體紛報導獨居老人死亡事件，1998 年起推動「獨居老人照顧服務方案」，社會局於 1999 年 3 月啟開辦緊急救援系統服務（鄭景鐘，2006），故定為「地方政府推動緊急救援系統」階段。再到臺北地區許多醫療院所，於 2007 年起陸續參與衛生署推動的「遠距照護試辦計畫」，申請政府補助加上本身的資源，以實驗、創新精神，嘗試在社區照顧關懷據點、教堂堂區、老人公寓、護理之家、老人養護所等多元場域，發展新型態的照護模式，這是第三時期「衛生署發展遠距健康照護計畫」。接著臺北市政府 2009 年起以衛生局為首，結合社會局、資訊處資源，為一般市民與獨居老人，推動公部門版本的「市民健康生活照護服務」，此為「臺北市政府自辦市民健康生活照護服務」階段。在在顯示政府在臺北地區遠距健康照顧發展上，扮演「領頭羊」、「火車頭」的角色。

本研究按時間與服務內容，將臺北地區遠距健康照顧的歷史區分四個階段，分述如下。

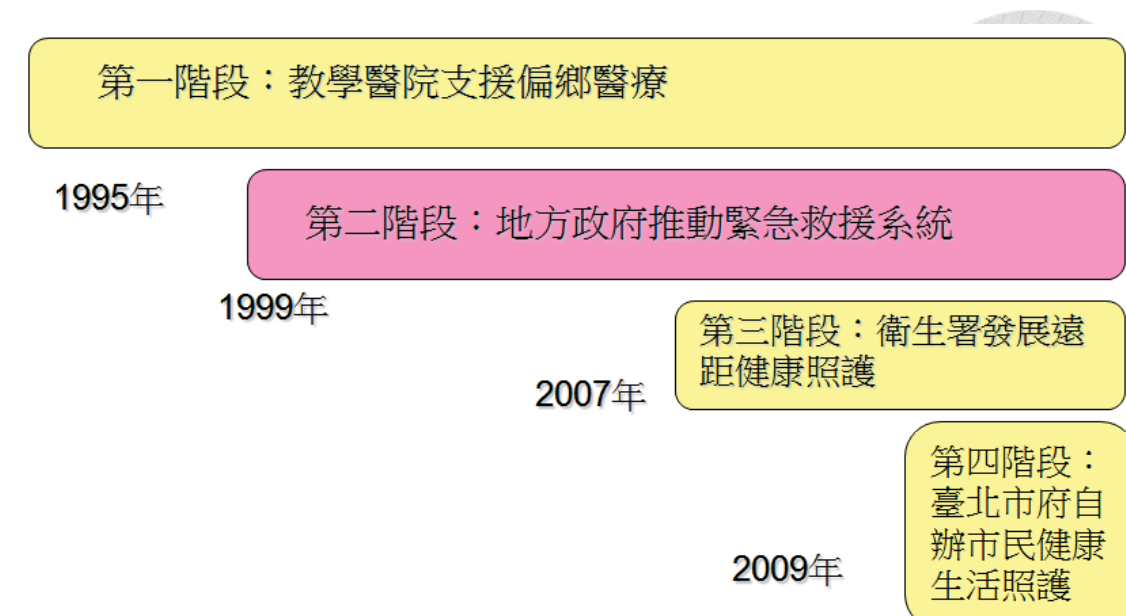


圖 4-1 臺北地區遠距健康照護服務的發展階段

資料來源：研究者自行整理

(一)教學醫院支援偏鄉醫療階段

回顧國內推行遠距健康照護的歷史脈絡，最早可溯及行政院衛生署於 1995 年開辦「遠距醫療試辦計畫」。根據衛生署指出，著眼於山地、離島等偏遠地區地廣人稀、交通不便，醫療資源缺乏，當地民眾就醫僅能仰賴轄區衛生所或開業小型診所。然而，衛生所及開業小型診所內專科醫師及營養師、心理師…等其他醫事專業人員不足，造成當地居民就醫不便，如缺乏診治原住民楓漿尿症所需的特殊專科醫師，亦為造成民眾死亡率偏高的原因之一。在不利大型醫療機構發展之現實條件下，政府為了保障偏遠地區居民的健康生存權，縮短城鄉健康差距，故擬訂「遠距醫療試辦計畫」。該計畫包括以下兩部分，第一為建置醫療資訊系統（簡稱 HIS 系統），並為了減少數位落差，於非診次時間，將 ADSL 無線寬頻開放提供一般民眾使用，使偏遠地區的居民有更多接觸資訊機會，可上網吸收新知。第二為建置醫療影像傳輸系統（PACS 系統），透過醫療影像判讀中心，即時提供偏遠地區的衛生所醫療診斷諮詢，同時亦建置跨區調閱系統功能與影像判讀中

心平台整合連線，達成資源共享，以提升醫療服務之可近性、品質及滿意度。

根據衛生署公佈的「遠距醫療歷年連線單位」一覽表，臺北地區的臺大醫院、臺北榮總這兩間公立大型醫院，自 1995 年起配合衛生署政策，分別與新北市金山區（當時為臺北縣金山鄉）、國軍金門醫院連線，開啟國內遠距醫療照護服務的先河。臺北榮總於 1997 年起除了支援國軍金門醫院外，增加與宜蘭縣衛生局合作，1998 年又加入和金門縣立醫院的合作，2002 年起布點更擴及南投縣信義鄉、臺中市梨山區（當時臺中縣梨山村）及臺東縣蘭嶼鄉。臺大醫院則於 2002 年起，調整與新北市烏來區（當時臺北縣烏來鄉）、南投縣仁愛鄉合作。第三間加入的是三軍總醫院，於 1997 年起投身該計畫，開始與連江縣立醫院合作，之後更負責支援馬祖地區的衛生所。除以上北區三間醫院外，衛生署也派請臺南的成大醫院與澎湖地區醫院連線，花蓮的慈濟醫院協助該縣秀林鄉、臺東縣海端鄉的基層醫療遠所。透過城鄉醫院間的遠距專科門診醫療會診，補充山地、離島地區的醫療資源，以增進偏遠地區的醫療品質。

2009 年衛生署調整連江全縣與臺北市立聯合醫院連線，另苗栗縣泰安鄉等八個點與衛生署醫院連線，花蓮縣秀林鄉則維持與花蓮慈濟醫院連線。

衛生署指出該計畫的預期效益為：

1. 解決現有山地離島地區衛生所醫事人力及醫療儀器資源不足，提供完整資訊硬體設備及整合性系統。
2. 解決偏遠部落網路寬頻無法到達之困境，以建置無線寬頻，完成醫療資訊化。
3. 透過後端支援醫院專科醫師群報告代打及確診，使山地離島享有大型醫院同等的醫療品質。
4. 研究分析醫療數位化之資料庫，發掘可用之指標，便於未來疾病統計之監測。

第一階段特色在於政府為改善偏遠地區醫療品質，規劃遠距醫療照護政策，投入政府資源，以動員公立醫院為主的醫療資源，透過遠距醫療會診、醫療諮詢

等方式，支援山地、離島等區域的診所與衛生所，並建置電腦資料庫與網路設備。對照文獻中提及美國在遠距健康照護的發展歷史，最早在 1970 年代初期也將太空總署的研究成果，優先應用在阿拉斯加、亞利桑那州內的印地安人保護區等醫療機構較稀疏的偏遠地區。臺灣與美國的發展經驗十分相似，都係為政府投注公部門的資源，運用先進的科技設備，於國內偏遠地區，促進醫療資源分配的公平。

(二)地方政府推動緊急救援系統階段

1998年起媒體陸續報導多起獨居老人在家死亡、無人知悉的新聞，政府首長、民意代表開始視獨居老人為「社會問題」。臺北市政府在此氛圍下，1998年4月推動「獨居老人照顧服務方案」，1999年2月更成立跨局處的「獨居老人照顧小組」，由市政府秘書長主持，集合社會局、民政局、警察局、衛生局、消防局等局處定期召開聯繫會報(鄭景鐘，2006)。為維護獨居長者的生命安全，1999年社會局向內政部申請相關費用，補助中低收入且身心障礙的獨居長者裝設緊急救援系統。同年3月開始試辦，區分為生活照顧型及醫療型兩種，分別委託天霸通訊科技股份有限公司，以及財團法人門諾社會福利慈善基金會辦理，當時一整套系統需要兩萬多元。翌年社會局繼續向內政部申請補助，本身亦編列預算，並結合純青社會福利基金會捐款三百萬元，嘉惠經濟困難專案核准的長者。

2000年臺北市政府消防局長在市議會質詢中，表述該局對於獨居老人的救援有其責任，同年底緊急救援系統轉移到消防局，由公部門自行提供服務。2000年預算提供五百套，翌年預算再增加一千五百套，消防局亦正式納入市政府獨居老人服務團隊中。

社會局另於2001年結合台灣大哥大基金會，捐出五百九十九支手機及門號，以及免設定費、一年免兩百元月租費的優惠，提供予已安裝緊急救援系統的獨居長者。使長者在戶外遭遇危急狀況時，可直接按下速撥鍵與一一九消防局連線，作為居家緊急救援系統的擴充服務。2003年時社會局則結合中華長者關懷協會，

提供生命守護系統，服務內容包括緊急救援通報(緊急救護呼叫、意外事故處理、通知緊急聯絡人)，與電話問安關懷(定期關懷問安、每週一次電訪護理計畫)以及日常生活協助(用藥提醒、代向醫院掛號、醫護諮詢)等。然而，社會局與台灣大哥大基金會、中華長者關懷協會的合作僅限於短期、一次性方案，並不持續穩定。

緊急救援系統的發展歷史，除了受到臺北市政府重視獨居長者人身安全影響，正式入法係為重要因素。老人福利法自 1980 年公佈施行，最早全文只有二十一條，明定政府應提供給老人的福利服務。該法歷經 1997 年、2000 年、2002 年增修，直到 2007 年第四次修正，為協助失能之居家老人得到所需之連續性照顧，第十七條增列直轄市、縣(市)主管機關應自行或結合民間資源提供「緊急救援服務」，此為該服務的法源依據。以法條明文分析，該服務係針對失能的居家老人，並無限縮僅提供予獨居老人。然而，內政部社會司 2012 年 3 月報告中將推動緊急救援之目的，歸納於「獨居老人安全網之建立」脈絡中，並指出目前各縣市主要透過醫療系統(生命救援連線)、消防局或警察局(警民連線或安全警鈴)、或由民間團體承辦等三種方式辦理老人緊急救援工作。2011 年度統計全國共有 4,595 位「獨居老人」安裝緊急救援系統，轉介機構安置服務 614 人。由臺北市政府的施政作為及內政部的統計數據，皆顯示緊急救援系統的服務對象係考量「居住型態」中的獨居，而非以「健康狀況」評估提供予失能長者。

獨居老人業務長期由社會局統籌，老人福利法修法將緊急救援系統增訂為法定福利服務項目後，臺北市緊急救援系統的業務於 2008 年 7 月 1 日又從消防局回歸至社會局。過去安裝舊系統的長輩，除了自願主張更換系統者外，仍由消防局負責，而該時間之後提出申請的長者，則轉由社會局運用公益彩券盈餘分配基金，依據政府採購法，採取公開招標方式，委託廠商提供服務。

97 年 7 月是一個分割點，97 年 7 月之前是消防局在接這個系統，97 年 7 月之後，當初，就我的印象，大概也是有討論說因為服務的對象是獨居老人的部

分，其實跟社福這一塊比較有相關，所以才會給社會局這邊。所以其實在臺北市目前、現在的緊急救援系統的執行狀況其實是分二軌。…消防局應該現在也差不多 800(案)，那社會局 700(案)。(B1)



首先社會局委託生命連線基金會承接此業務，契約期限為兩年，2010年12月契約到期，該基金會通過社會局的續約評鑑，委託契約再延長兩年。直到2012年12月社會局重新招標，這次由中興保全股份有限公司在評選程序中勝出，接下臺北市的服務，相關硬體的設備、系統以及軟體的服務，因此在同年底全面轉換。

目前全國各縣市政府亦依老人福利法，提供此項法定服務，但限縮於獨居老人且為經濟弱勢的低收入戶提出申請。臺北市則在 2011 年 7 月起，放寬福利身份，一般六十五歲以上的長者只要符合「獨居老人」的定義，可由長者本人或親屬朋友在長者同意下，向老人實際居住行政區社會福利服務中心或老人服務中心的社工提出申請，由社工備齊書面申請表件，轉送社會局老人福利科，為其申請免費安裝緊急救援系統，再透過該科將新申請案件，派請目前承接單位—中興保全公司提供服務，社會局按月核撥給該公司每位老人 1,200 元費用。依臺北市社會局公布的施政報告，統計至 2013 年 4 月該市獨居老人約 5,080 人，安裝該系統者 1,676 人，約佔全市獨居老人的 33%，也佔全國安裝人數的 36%。

單純的一個需要，因為他是獨老，然後他沒有、可能他沒有人可以做緊急的協助或救援，對，這只是很單純的想法。(B1)

(三)衛生署發展遠距健康照護計畫階段

本研究曾於文獻回顧提到十年前(2002 年)經濟部技術處即注意到遠距健康照護領域帶來的商機，推動「創新科技應用與服務計劃」，其中內含「遠距居家照護子計畫」，目的在於促進預防醫學、資訊通訊、建築營造、保全等異業結合，共同提供照顧服務，期待能激發更大的商業規模。

再者，行政院衛生署基於人口高齡化趨勢，並注意到老人健保花費 7 倍於其他年齡的人口，為健保費用主要使用的年齡群，積極研擬配套措施以有效使用全民的醫療資源。衛生署也同時發現，入住老人安養及長期照顧機構者，只占全國老年人口之 2%，亦即大部分老人多選擇在家安老及接受照顧。但隨著老人健康狀況的衰退及社會形態的改變，如親屬間能發揮照顧功能的大家庭改組為小家庭，以及老人選擇獨自居住型態的增加，如何讓健康及部份失能老人，在家中即可獲得足夠且合適的照護服務，成為國家政策亟需規劃的方向。衛生署於是在 2007 年起正式推動「遠距照護(telecare)試辦計畫」，接著 2008 年更名為「遠距照護服務改善與品質提升計畫」，延續經濟部的前揭計畫，目的在於結合醫療照護、資訊通訊技術、電子化醫療器材等跨領域專業，讓老人在熟悉的社區與居家環境中，獲得健康照護與預防保健服務，乃至在地老化，此也符合世界各國醫療科技與服務產業發展趨勢。

全世界所謂的 median age，在歐美國家，包括台灣、日本這些國家，大概都已經是 30 多快接近 40 歲的 median age，老年化的這個情況讓政府它們一開始就正視這樣子的一個老年，不管他住在什麼地方的一些規劃。(B4)

本研究發現許多臺北地區的醫療院所曾參與衛生署 2007 年的計畫，特色在於時間點與經費兩部份，首先臺北地區的公私立醫療院所 2007 年自願加入該計畫，從此開始投入此新興的服務領域，至今仍持續耕耘；另一方面這些私立的醫療機構，肯定政府補助相關經費於實際服務及評估研究上，鼓勵民間的參與，有效提高業者參與本服務的意願。政府與民間各界其實皆已發現國內人口高齡化的趨勢，老人長期照護的需求也勢必提升，但發展嶄新的服務模式風險大、花費高，民間單位往往躊躇、猶豫，政府的政策帶動是重要的促發因素。

好像(民國)95 年還是 96 年到現在了。…當初一開始是「配合」衛生署的一些那個政策，跟 A 醫院的是一起的嘛，然後所以我們(機構)這邊等於是架設了

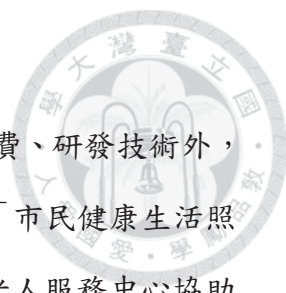
一個、那個機器，對，就是讓人家可以量測的部分哪，有一個健康管理的一個中心可以處理說我們這邊的長輩的那個狀況。(A2)

本研究的受訪者之一即為 2007 年就參與衛生署「遠距照護試辦計畫」的民間醫療院所負責人，清楚描述政府推動該計畫時，除了挹注經費預算，鼓勵民間機構參與，也組成政府的團隊如工研院、中華電信、長期照顧管理中心、臺大醫院等來進行技術的研發。國內的經驗相似於何彥毅(2007)研究美國遠距醫療的進展，美國政府曾為戰爭所需，帶頭發展遠距健康照護的科技，最後將技術移轉至民間企業，有助於降低生產成本，亦促成民間相關產業規模爭爭日上。張慈映(2010)預估美國遠距監測市場，在 2008 年美國使用人數與潛力虛求人數比的市場飽合度僅為 5%，顯示有很大的成長潛力，預估將以 22.6%之年複合成長率，至 2015 年達到 3.27 億美元；而歐洲的市場以 12.5%之年複合成長率，至 2014 年達到 4 億美元。我國經濟部推估國內廣泛的高齡產業市場規模至 2025 年將增至 1,089 億美元，比起 2001 年的 246 億美元成長 3.4 倍。故 2010 年衛生署則委由大同公司及財團法人資訊工業策進會，成立遠距健康照護的專案辦公室，分政策規劃、資訊整合、推廣宣導、服務擴散與環境整備五組，進行後續推廣。

算是衛生署第一個跟遠距照顧有關係的一個計畫，它們一開始它是找工研院，然後長期照顧的中心、中華電信，然後有臺大的、就是妳們母校的這些專家學者產生一個顧問團，然後 SECOM 是中興保全…最剛開始是三家醫院，北醫、萬芳跟蕭中正醫院，然後組成這樣子的一個團隊。一開始計畫的經費不少，ok，大概一開始的計畫，不管是金額上面，還有它這個後續的評估…不少的錢，不過這些錢投入之後產生的效果其實不錯。(B4)

2007 年 7 月的時候，那時候計畫主持人就是現在衛生署署長邱文達，那時候是萬芳的院長，我們都是協同主持人，然後由工研院當作所謂這個的 PMO 辦公室：Project Management Office，然後下面的，我說的三家醫院，分別為社區，就是北醫來負責社區型照顧，居家是萬芳，機構是蕭中正醫院。(B4)

(四)臺北市政府自辦市民健康生活照護服務階段



國內政府在遠距健康照顧領與所扮演的角色，除了補助經費、研發技術外，臺北市政府 2009 年起更「生產」實際的服務。由衛生局主責「市民健康生活照護服務」，請第一線貼近民眾的健康服務中心、社會局所管的老人服務中心協助「招募」使用者，鼓勵社區內獨居老人，以及患有高血壓、高血糖與高血脂的民眾向衛生局提出申請。本服務分為居家型與社區型兩類，前者免費安裝一整套量測的設備於長者個別家中，因此成本高，故目前只限獨居老人申請；後者則將設備設在各區的健康中心、老人服務中心等公共區域，供一般加入本服務的會員的使用。服務內容為提供健康評估、生理量測線上傳送監測、健康諮詢、主動的健康關懷、衛教指導、醫療協助、社福轉介等(陳美如，2012)。本研究也發現一聲令下，市府團隊由上而下努力推動該政策，初期全力衝高使用者人數，甚至連基層承辦該業務的社工都被鼓勵提出申請。

當初這個業務一推行，然後那個時候有非常大量的申請人數，那一定是因為業務推行之初，然後可能請(老人服務)中心、本來就有在中心服務的志工，他們年齡符合，然後相關條件符合，然後可能長青學苑各個班級(提出申請)。我覺得應該是這種方式，就是一開始推，欸大家一口氣這樣申請。(A4)

政府特徵之一為具備龐大的科層組織，政策由上到下落實到基層並不容易。本研究也看到單位橫向連結、相關承辦人員在職訓練上都有可再改善處。受訪者以「網子」形容良善的政策理念，下到社區基層的執行層層「掉落、減少」，結果是第一線人員不了解政策理念，難以產生認同，變成被要求、強迫要去推動的任務，自然影響政策的成效。從臺北市三年來的推動狀況，衍伸觀之遠距健康照顧服務發展歷程，也由政府在上游發起、策動，鼓舞下游的民間參與，且強調跨領域、跨產業間的整合服務，臺北市的實質經驗值得見微知著。

政策理念那傳達就有已經可能會有誤解或者是拒絕改變的感覺，然後再來是

行政人員在執行前一定都要了解這個業務的時候，資訊的傳達可能又有、再有一些落差了。然後又要再牽扯到執行、行政人員他本身的意願，還有他對於這個業務，他有沒有既定的成見或看法，那又有落差。那最後提供服務，又要再加上溝通過程裡的一些、就是、可能不確定性，又有落差。(A4)

工作手冊就 powerpoint 啊，可是很、很不夠看啦，我都看過，就是設備介紹、然後政策理念，就是千篇一律啦。我覺得這種東西都千篇一律，無論去參加什麼，一定都是前言、然後服務現況…到最後就是反正就是要做這個。(A4)

第二節 臺北地區遠距健康照護的運作現況與困境

根據前一節的發展歷程及研究所得，本節將分別呈現第二、三階段中，遠距健康照護的運作情形。在第二階段衛生署推動的「遠距照護試辦計畫」內，規劃居家及社區、機構式等兩類照護模式，本研究嘗試從參與其中的不同角色，蒐集多方資訊加以比較、分析。

至於參與第一階段的醫療院所如臺大、臺北榮總、三總等，因效益僅侷限於偏遠地區，社工在其間肩負的角色更為有限，且研究過程中部分醫院婉拒受訪，故本節並無論及第一階段，此為研究的限制。

研究也發現遠距健康照護服務發展至今，面臨補助經費中斷、付費案量短缺、相關設備品質參差不齊、法令限制尚未突破等困境。



(一) 緊急救援系統運作現況

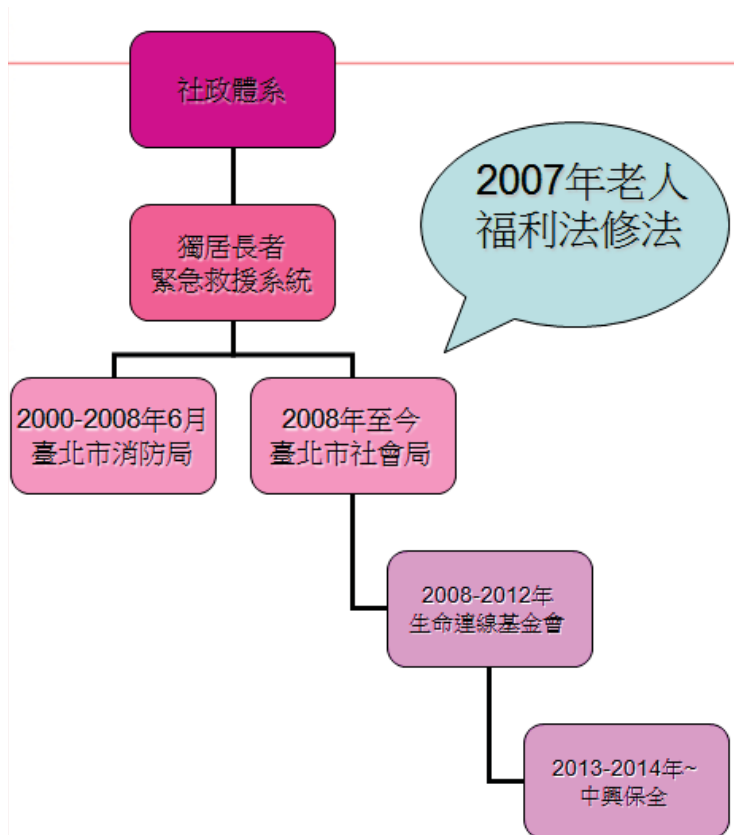


圖 4-2 社政體系主導遠距健康照護服務的發展

資料來源：研究者自行整理

目前臺北地區委託中興保全公司，提供的緊急救援系統服務，主要透過安裝在家中電話線路上的宅端主機，搭配使用者隨身攜帶手錶型或項鍊型的按鈕(無線發射器)，串起使用者居家與 call center 遠端連線。本系統的目的在維護使用者的居家安全，一旦使用者主動按壓求助，與線上客服人員雙向對話，由客服人員研判情境後，危急者協助立即聯繫救護車進行救援，同時聯絡緊急聯絡人；或者客服人員發現長者每日定期報平安的訊號異常，聯繫緊急聯絡人進行探視，在這兩種狀況下以發揮緊急救援功能。主機及無線發射器等設備屬於提供服務的業者所有，服務期間借予使用者，停止服務時需歸還。

而 2008 年 7 月 1 日前臺北市政府消防局提供的整套系統，除上述利用電話

線路傳送訊息的宅端主機、手錶型求救器，還配搭消防減災業務，配置室內火警與瓦斯偵測器，更提升長者居家安全。研究者在實務中，曾有獨居長者告知使用經驗：某日屋外停放的機車排放沖天廢氣，竟然觸動一樓家中火災偵測器，正巧長者錯過宅端主機確認電話，幾分鐘後只見警消人員全副武裝出現自家門前，長者耗費一番唇舌道歉、解釋，對於偵測器的靈敏度感到哭笑不得，從此至今家門不敢大開。特別的是該系統的求救手錶設有「不活動」偵測功能，當使用者停止活動達兩小時以上，手錶即發出訊號通知一一九，執勤人員發現後將去電長輩家中了解，若情況有異隨即派員趕往救援。

值得的探討的亦包括服務對象方面，除了社會局補助獨居老人之外，業者也接受自費申請，依宣傳單所列主要服務包括患心臟病、高血壓、糖尿病、氣喘、癲癇等慢性疾病，或有關節疾病、視力障礙、行動不便等居家安全顧慮者，甚至是獨居的婦女、兒童。以緊急救援系統主要的「即時救援」功能分析，服務對象應以健康狀態而非居住狀態(獨居與否)評估，政府「獨厚」為獨居老人提供緊急救援系統服務，在在加深了獨居老人成為「社會問題」的社會建構論述。

就是當那個長輩啊，發生了緊急狀況的時候，就是他可以按下那個、我們的那個求救鈕，然後這個求救就會連線到我們的中心，就是我們客服中心 call center。然後、然後我們那個中心的人就跟長輩對話，啊然後就視情況，就是長輩的情況，就呃如果跌倒了，就有可能就通知家屬或直接叫救護車，這都有可能這樣。然後呃就是我們主要是在做那個…緊急的救援的服務。就是我們當長輩發生那個…在家發生意外的時候，我們主要的目標，呃主要的目的就是讓他就是呃能夠及時就醫，避免就是沒有人知道這個狀況這樣。(研究者：那按壓之後是二十四小時有人在..?) 對對對，二十四，我們中心客服人員就是我們的護理師，就是二十四小時都會、都會有人在這樣。…那個 call center，就是那個客服中心那邊，就是負責、就是全省的、全省的緊急救援服務嘛。嘿呀嘿呀，就是都在台北啦，要負責全省的嘛，所以通常都…蠻多的啦，(人數)應該有差不多到…應該…有十來個也有。(A6)

研究者本身在實務工作中，發現該系統難以克服的問題有三。其一是超過住家主機接收的範圍，系統即無法感應。例如老人出門在自家樓下或鄰近地區跌

倒，因為跌倒處與宅端主機間的距離超出可接收訊號的範圍，此時長輩即使按壓緊急按鈕也無效。因此，緊急救援系統強調在家內範圍使用。第二，若使用者忘記或不願攜帶隨身按鈕，舉例而言老人在浴室滑倒，但將手錶型的隨身按鈕放在桌上，此時無法即時求救。第三，使用者若沒有養成每日定時向客服人員報平安的習慣，call center 無法建立該使用的回報常模，也就無法發現異常，只能被動的等待使用者求助⁹。例如長輩突然心肌梗塞倒臥家中，來不及按壓緊報裝置，將訊號傳到 call center，若其平常並無每日報平安，加上獨居狀態，可能發生死亡多日，卻無人發現的憾事。但也因緊急救援系統設計使用者每日報平安的機制，讓一些獨居老人抱怨，安裝後反被設備控制，造成生活不便。由此可見長者的使用意願，深深影響本系統原先設計的功效。

本研究發現當初臺北市社會局推動緊急救援系統的服務，除了為法定服務項目，可提升獨居老人居家安全外，服務內容上也希望藉由科技設備的介入、受託單位人力分攤，能減輕第一線社工的工作重擔。這個擔子在於獨居老人全數列冊的個案量，也在於承擔其猝死的風險。

我們也是希望說廠商能夠把一些相關的資訊給我們社工這樣子，等於說廠商跟社工他們可以就是互相配合啦！那可以提高對於這些獨居長輩的協助。…相對來說也是可以減少一些社工的一些(負擔)。因為畢竟社工除了針對獨居老人的個案以外，他們也有所謂的一般社區個案，…那針對獨居老人的個案，如果多一些的單位能夠協助的話，其實就是社工在這邊也會比較就是省力一些。(B1)

目前國內許多縣市政府推行的緊急救援系統服務，皆委託以下兩家機構提供服務。研究者依文獻、訪談結果及實務經驗，分別就團隊人力組成、24 小時 call center 客服人員的專業背景、服務內容及受託縣市等面向，歸納為下表。研究分析該服務需運作一間 24 小時輪值的中心，屬於人力密集的行業，但又不同於

⁹若長者堅持不願意每日定時按壓以報平安，目前實務上調整作法為受託單位改為每兩週主動去電關心。

全年無休的便利商店單純只銷售商品，緊急救援系統還包括線上判斷危機、到府關懷長者等醫療服務，以及維護通訊設備等技術服務，團隊中需具備一定人數的專業人員。因此相關成本高，同時承接多縣市政府的服務，可獲得聚集經濟的效益，以降低業者的成本。研究中受訪者也點出人力成本，正是受託單位最大的考量。

表 4-1

國內提供緊急救援服務的兩家機構之比較

	A 機構	B 機構
團隊人力組成	客服人員、社工、家訪護理師(6-7 位)、裝機工程師、系統工程師、管理師(負責與各縣市社會局聯繫)等	客服人員、社工、健康管理師(從事家訪)、監管室的人員等
客服人員專業背景	5-6 位護理師、2 位社工 (共約 8 席)	10 多位護理師
社工人數	2 人(駐於臺北市總部)	5 人(分駐臺北市、臺中市與新竹辦公室，臺北 2 人)
服務內容	1. 全年 24 小時 call center 處理緊急救護通報 2. 使用者於居家端每日定時報安提醒 3. 每週電話關懷問安 4. 每月居家訪視	1. 全年 24 小時 call center 處理緊急救護通報 2. 使用者於居家端早晚報平安 3. 護理師每月居家訪視及身體健康評量 4. 不活動狀態自主偵測 5. 瓦斯、火警監控
2013 年委託該機構提供服務的縣市	臺北市、新北市、高雄市等	基隆市、桃園縣、臺中市、嘉義縣、臺東縣、屏東縣等

資料來源：研究者自行整理

保全業都有所謂的在宅這些東西，我想它們應該都有餘力去做這樣子，只是說有沒有這樣子的人員可以來提供。因為妳想保全業一定都有 24 小時的 call center，設備什麼的它們一定絕對都沒問題，可是它們會要評估的部分是說人力的進用。因為一般的保全業未必有護理師啊，一般的保全業也未必有社

工人員，所以人力的成本會是讓保全業進來，或者是一般企業、福利單位進來最主要的考量。…你要每個月的居家訪視啊，你要電話問安…，因為畢竟還是人的服務嘛（研究者：人力密集投入的一個行業），對，用人的成本是比較高，它不像一般的保全業。(B1)



本研究也發現部分業者正針對獨居老人的其他需求，發展緊急救援系統之外的附加服務，如提供居家清潔打掃服務。也許業者為了提升投標時的競爭力，設計市場差異化服務，展現與眾不同的一面，以爭取更大的服務市場與服務量。

其實我們現在做的除了緊急救援，有一個就是做一些其他的方案的事情，就是可能跟緊急救援服務比較不相關的一些其他方案，就發展多元性的服務啊。…就是比如說我服務的個案，就是去長輩家打掃啊，就是一些比較有需求的個案的家打掃啊。…目前我們是以我們裝機的為主啦，就有服務的，啊當然其他長輩也是，呃，未來也是可以啦，就是也是可以發展。(A6)

(二)醫院投入衛生署及臺北市政府的遠距健康照護方案運作現況

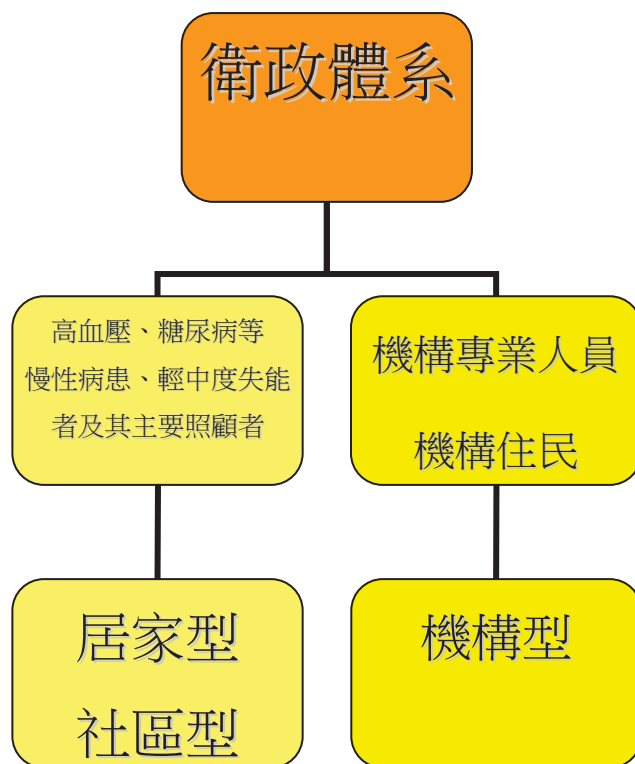


圖 4-3 衛政體系主導遠距健康照護服務的類型

資料來源：研究者自行整理

1. 居家/社區型模式運作現況

衛生署設計將遠距健康服務分為居家/社區型、機構型兩種。居家/社區模式因安裝機器設備的場域，分別在使用者自家內或社區里辦公室、社區照顧關懷據點、老人活動據點、教堂堂區等，使用者人數亦隨之區分為單人或多人，起初各自獨立運作。然而，兩者相同處都在於遠距健康照護團隊直接對民眾提供服務，而機構型遠距服務的使用者則以機構醫護人員為主，而非機構住民。故居家與社區模式推動後漸合而為一。

北醫跟萬芳它們是…說真的啦，一開始製作的時候分的很細…，後來發現萬芳跟北醫有很多都互相也做，它們(社區)也做一部份，居家也做一部份，感覺就合在一起了。(B4)

居家與社區模式係針對糖尿病、高血壓、輕度失智症患者、獨居長者，與輕、中度失能者，以及罹患慢性病之主要照護者，透過裝設在住家或社區定點的連線設備，使用者將量測血壓、血糖、脈搏、血氧濃度等數值上傳，由後端醫療服務團隊進行監控、追蹤。整體服務可提供遠距生理量測、警示通報處理、視訊諮詢、遠距衛教、生活資源轉介、藥事安全、會員健康管理等服務。研究發現使用者加入後，通常會先經過具備護理背景的個管師蒐集基本資料、病史、用藥等資訊加以建檔，同時對使用者進行衛教，然後才請使用者開始定期量測。若發現使用者生理數值異常，例如血壓偏高的使用者卻量出更高的血壓值，則進行警示通報處理，依流程去電關心。本研究發現相似於盧思穎(2009)以訪談、次級資料搜集等方法，研究國內某醫院的遠距照護個管師，其工作內容包括：個案資料建檔、日常照護（生理數值監控、日常電訪、來電接聽）、緊急情況處理、住院與急診的探視及衛教。

受訪者 A1：個管師她的程序是、做一個衛教的諮詢，然後評估，那如果長輩有些用藥的部分，那麼她們就會幫他最近幾個月用藥的狀況建錄檔案，然後

回來就請我們的藥師，然後做一個藥事安全管理，看有沒有重複用藥的情形，那有沒有要減量之類的。因為長輩有太多那種重複用藥的一些習慣，覺得這樣不太好。然後之後管師就會根據個人狀況來做一個固定追蹤跟評估。

研究者：個管師大概在我們醫院來說是什麼樣背景的專業的人員？

受訪者 A1：她們都是護理師的背景。

使用者來源方面，居家型的個案可能由醫院住院病人或門診診間轉來，甚至部分醫院還僱用獨立於醫護人員之外的推廣人員，巡迴病房向動心血管手術的病人及家屬介紹，出院後可自費參與該醫院的遠距照護服務(盧思穎，2009)；或來自醫院居家護理部門、社區居家服務、送餐個案中發掘潛在的使用者，也有民眾主動向醫院提出申請。而社區型的個案，研究發現因著部分教會醫院肩負著宗教傳教的使命，在經營教堂堂區過程中，主動連結該醫院也推動的遠距照護服務；還有些地區醫院平常即重視在地關係，希望留住病患，常於社區內與里長、社區發展協會合作，舉辦義診、健康講座等活動，亦導入遠距健康照護系統，將量測設備設在社區據點中，利用資通科技輔助，增加照護服務的可近性。例如南投縣竹山秀傳醫院將遠距健康照護服務推展至當地竹山鎮社寮里，鼓勵社區內長輩與醫院合作，一起進行健康管理(陳素惠，2010)。

(我們醫院)分社區啊、居家跟機構式三樣的服務。那因為我們在社區就是以教堂為據點，我們剛好在教堂在那邊會辦一些活動，所以把這樣的機器設在社區，可以凝聚一些民眾來這邊量測血壓、血糖，然後發覺一些有需要的、潛在的一些案主這樣子。然後居家就是針對一些行動不便的個案去做一個那個機台的裝置。(A1)

以萬芳來講，它是由它的社區護理、居家護理師，或是社區護理團隊直接去找，把這個 telecare 機制加強這樣的服務…那是居家。社區的話，北醫開始的設計是健康福利站、健康站，由那天的助理去定期的開一些健康的講座，還有定期的巡診等等。(B4)

2. 機構型模式運作現況

至於機構型模式，因為護理之家¹⁰、老人福利機構¹¹專業人員依相關設立辦法而定，加上業者人事成本考量等因素，無法於一間機構內聘用專屬的醫師、營養師、藥師、物理治療師等專業人員，滿足住民的多元需求。然而機構在實際的照顧上，經常遇到住民傷口護理、管路與造口照護、感染、抗生素等藥物使用等臨床問題。故機構型遠距健康服務則是類似發展的第一階段，利用資通訊設備，以醫院的醫療團隊支援機構內的專業人員，提供遠距視訊會診、遠距生理量測、遠距衛教指導、藥事安全服務等，讓醫院與機構兩端進行跨專業的照會與諮詢，彌

¹⁰依護理機構分類設置標準第8條規定，護理之家得視業務需要置專任或特約醫師、物理治療師、物理治療生及營養師。

¹¹老人福利機構設立標準第2條：本法所定老人福利機構，分類如下：

一、長期照顧機構：分為下列三種類型：

(一) 長期照護型：以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。

(二) 養護型：以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人為照顧對象。

(三) 失智照顧型：以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。

二、安養機構：以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象。

三、其他老人福利機構：提供老人其他福利服務。

第8條長期照顧機構及安養機構應置專任院長（主任）一名，綜理機構業務，督導所屬工作人員善盡業務責任；並配置下列工作人員：

一、護理人員：負責辦理護理業務及紀錄。

二、社會工作人員：負責辦理社會工作業務。

三、照顧服務員：負責老人日常生活照顧服務。

四、其他與服務相關之專業人員。

前項各款人員資格應依老人福利專業人員資格及訓練相關規定，並於聘任後三十日內報請主管機關備查；異動時，亦同。

第一項第一款至第三款所定人員除本標準另有規定者外，應為專任；第四款人員得以專任或特約方式辦理。

第一項第二款社會工作人員應有四分之一以上領有社會工作師證照；第三款照顧服務員，其中外籍看護工除本標準另有規定者外，不得逾二分之一。

補醫師到機構巡診的不足，亦減少住民往返醫院看診的時間與人力。甚至還有 24 小時連線的服務中心，可提供緊急協助。機構型遠距照護服務主要使用者為機構的專業人員，如巡診醫師、護理人員、照顧服務員等，目的為提升機構照護品質，使機構住民間接受益。而該系統附帶亦可提供住民與遠方家屬的視訊探親服務，直接由住民使用。

研究發現目前使用遠距照護的機構類型，不限於衛生署原先規劃的護理之家，亦包括老人長期照顧機構、安養機構、老人公寓等。尤其部分老人安養機構、老人公寓屬於政府公設民營性質，由民間機構承接，若加入機構型遠距照顧計畫，等同在原有的護理人力之外，背後更有完備的醫療團隊倚靠，服務加值，有利於在政府採購法的評選程序中勝出。

然後機構就是我們有一些外展單位，比如說至善、朱崙啊這樣機構式的服務，也是把這樣的機器安在機構裡面，然後讓那裡面的一些長輩去做一個使用。
(A1)

照顧提供包括護理之家的專業團隊，那一開始只有護理之家，後來是把安養中心也拉進來。那機構式的照顧是等於說跨專科的…我們醫院並沒有所有的專科，需要的專科連到外邊去做這樣子的一個服務。…現在也是所謂的北區跟中南區，各一個 regional，我們算是第一線的，可是後面還有一個 24 小時的 backup 系統，是設在萬芳，它是所謂的 regional、regional care center。
(B4)

研究中受訪者提到機構型遠距照護服務的理念，與國際醫療合作上的「第二意見諮詢(second opinion)」十分類似，這是跨國的醫師間形成互助網絡，當某國的醫師遭遇難解的臨床問題，可提供相關病歷，轉請遠端有經驗的醫師提供諮詢意見，在九十六小時內以書面回覆。而機構型遠距照顧系統的作法，則將機構內住民的照護相關資料，上傳至資訊平台及支援醫療團隊共用的資料庫中，可縮短資訊傳遞的時間，提升回覆諮詢意見的時效性。特別之處在於因後續醫療處置、照顧仍在現場，故最後決定權回歸發問者，遠端的醫療團隊僅提供建議，並

不干涉決策。機構型的遠距照護服務實施時，也會尊重該機構人員的現場經驗，雖然「另請高明」，但並非「外來的和尚會念經」—非將拱手將照護角色讓渡給遠端的醫療團隊。



每一家護理站都有巡診的醫生，然後他們的醫生如果遇到相關的問題，可以提供這樣的討論、諮詢，或者他們的護理人員有這樣的需要的時候，可以提供這樣的諮詢。…我們遠端的是給他們一些建議，他們要做最後的決定，所以要不要聽我們的，所以他們有最後的裁量權。…telecare 並不是取代原來的照護團隊，它是一個加強，英文叫 enhancement 這樣的一個角色，這是一個諮詢的過程。(B4)

國際轉診或國際醫療就跟我們 telecare 很像了…，它是一個所謂的專業的 consultation。…就是說它提供不管是中東地區，或歐洲，或中南美國家的醫生，不是病人，由他們醫生來問問題，然後再回覆給他們，回覆的方式並不是很強調 video，因為時差的關係，沒有必要做 video，他們強調的是在 96 個小時之內，也就是收到你相關病歷資料之後，96 小時會把你的，他們的就美國這邊意見傳給那邊醫生做參考，很多問的問題都是癌症相關的資料，或是臨床試驗，有什麼新的藥物可以治療，這樣的叫做第二意見諮詢(second opinion)。…這樣的概念我們就把它深耕在我們的 telecare 裏面。(B4)

3. 官方統計數據顯出遠距健康照護服務的定義模糊

然而，研究受訪者也指出國內「遠距健康照護服務」的定義模糊，似乎只要病患與醫療專業人員兩者之間超過「面對面」距離，即使僅僅透過電話討論健康問題，也算在遠距健康照護的範疇內，跳脫上述居家及社區型、機構型服務皆涵蓋的生理量測內容。

因為遠距這個概念它並、它不是一個很清楚、很 clear 的、clear 的 define 嘛，它講、也許它、廣義來看，這也對啦，呵，什麼叫遠距？透過電話跟你談健康就是遠距啊。(B2)

回顧國內外文獻中，雖然出現遠距照護 (telecare)、遠距醫療

(telemedicine)、遠距健康照護 (telehealth)、遠距醫療保健服務 (telehealthcare)、U-care 等相近名詞，大體係指利用「互動式的資訊通訊科技」以傳送「各種形式的健康資料」(包括文字、數字、圖形、影音視訊)等，並無指定利用網路通訊，而排除使用電話的形式。但關鍵可能出在衛生署統計遠距健康照護服務成效的數據。根據衛生署公佈資料，「遠距照護試辦計劃」自 2007 年展開，截至 2012 年 4 月底累積收案會員人數高達 10,075 人，累計服務高達 490,128 人次，可見其蓬勃發展。但受訪者以自身從事遠距健康照照護服務的經驗，加以長期觀察國內的產業規模，質疑衛生署此處的定義混淆。為了補助計畫的績效亮眼，將沒有實際安裝居家及社區型或機構型設備者，只是醫院進行勞工健檢時可能用電話進行衛教諮詢的數據，全部加入成果中。

在台灣目前號稱有在做的，頂多加起來一兩千個。喔，有些量喊得有點誇張啦，那亂喊的，對啊。那實際上有在裝的，頂多一兩千個。設備真的有導入的，大部分有一些設備是完全沒有導入的。呵呵呵，那這樣也是衛生署搞出來的啊，它就是要讓你…它要衝那個量啊。…它要去標計畫嘛，它那個 KPI 就是要求說你(醫院)要幾千幾萬個啊，啊所以很多人就、因為醫院都會去做那個工廠的勞工健檢，一次做、一年做七八百萬個，隨便撈也有，但是哪、哪一個是真正跟你遠距的？(B2)

4. 臺北市政府自辦「市民健康生活照護服務」

而臺北市政府自 2009 年 4 月起，以衛生局為首，結合社會局、資訊處推動的「市民健康生活照護服務」，以服務對象區分為網路型、社區型、居家型及安養/養護機構型四種，後端醫療服務團隊為臺北市聯合醫院，並成立健康生活照護客服中心，由九位具有護理相關背景的客服人員(另有督導一人、小組長兩人)提供生理量測異常狀況提醒、關懷、衛教諮詢、醫療與社會福利資源轉介(如預約聯合醫院門診)、健康促進活動通知等服務(陳美如，2012)。

網路型針對設籍臺北市的市民，為高血壓或高血糖傾向的自己或家人，自行登入該服務相關網站，並以自家的量測設備量妥血壓、血糖等日常生理數據，主

動輸入後，系統將視數據提供量測提醒、統計、查詢等服務，並可提供個人下載以供必要時攜帶就醫。若使用者有健康照護問題，也可以電話或郵件向護理師發問，進行衛教諮詢。

網路型與居家型的相異在於安裝專屬的量測設備與否，網路型會員使用既有的設備，而居家型會員另行安裝一對一個人專用的宅端設備，因此服務成本較高。目前居家型仍屬試驗性收件，以獨居長者、列冊低收入戶、偏遠住民、輕度失能及慢性病患者優先，申請安裝數量依市府年度核定安裝數量為原則，申請窗口在各行政區的健康服務中心。服務內容中也僅為慢性病居家型個案，由客服中心護理師提供視訊關懷、用藥提醒與諮詢服務。即使列冊的獨居老人符合申請居家型遠距健康照護服務的條件，但受訪者提到「申請的比例上，社區型的還是絕大多數啦，居家型的非常非常地少，對啊，幾乎沒有…」(A4)。再者第一線窗口受理申請時不僅憑藉獨居、低收、失能等「身分」，也有一番對使用者所處環境、整體資源的考量。

通常我發現列冊的獨老都很少來、來(老人服務)中心。通常會來中心的都不是獨老，都是社會功能比較強的。獨老一部分的特質其實就是社會功能有點弱，他們不太願意出來。那如果是獨老申請，我覺得用居家型的方式反而不見得是對他們是好的…雖然說…我反而覺得應該讓他們用社區型的，就是請他們去社區，我覺得這樣子可能會比較好一點。(A4)

社區型的量測設備也設於各區健康服務中心，或社會局所屬的老人服務中心等，為一對多的公用系統。使用者先填寫資料資料加入會員後，可用健保卡或輸入身分證統一編號等方式登入，與衛生署計畫中的居家/社區型相似，量測好的數據將直接存檔於資料庫中。受訪者描述臺北市某老人服務中心長青學苑內安裝的主機，以及長者量測情形。

受訪者：…那台主機嘛，那台觸控式的螢幕，對不對，然後還有一台就是它會量測血壓完，它會輸出的那個…

研究者：就是它有一張會跑出一張紙…

受訪者：對對對，然後還有量血壓、還有血糖，還有量耳溫的。可能是耳溫或者是額溫，對。

研究者：那血糖因為要刺一下手，這老人家他們怎麼量的啊？

受訪者：所以他們很少人量啊！就是每個月做統計的時候就是…你會發現他們量血壓的人數就是滿多的，可是量血糖的人數很少，甚至有時候根本沒有。…第一個怕痛、第二個就是…而且、大部分申請人可能只有高血壓，他們要符合那個條件才能申請…就可能高血壓或者是糖尿病，這種慢性(病)，可是大部分都是高血壓，那糖尿病就稍微、在人數上就稍微少一點他願意去這樣測測看，他自己在家裡就有測，或者是定期有那種健康中心的護士會到他們家去測。(A4)

安養/養護機構型由立案的機構提出申請，協助住民定期追蹤血壓等。再者，住民親屬也可經過授權取得住民的日常健康紀錄，以掌握親人的健康狀況。這部份與衛生署計畫強調後端醫療專業的支援機構，為住民整合醫院與機構的服務較不同。

(三)遠距健康照顧服務的運作困境

本研究發現目前遠距健康照顧服務的運作困境來自經費不足、設備無法符合需求，以及法令(如實施不久的個人資料保護法)限制等方面。

1. 缺乏政府經費持續挹注，而自費案量不足

本研究整理臺北地區乃至於國內遠距健康照顧服務的發展，受政府政策引導，尤其經濟部與行政院衛生署補助相關經費，有助於推展此創新服務。依據衛生署規劃，2010年起「遠距健康照顧服務發展計畫」已經進入全面啟動階段，區分北中南東區四區域，分別委託北醫、彰基、高雄醫大附設中和醫院與門諾醫院四個照護團隊，推動服務模式的複製、擴散，因此衛生署投入的經費連年漸漸減少，期待各醫療院所獨自運作，甚至自負盈虧。但遠距醫療照護服務涉及醫療團隊的組成、合作機制的創立、服務流程的設計、資通科技的研發、資訊平台的建立等，係屬創新性質，初期需要大筆經費支持。研究發現政府收傘-補助短少

後，當初投入的醫療院所感受到成本壓力，加上自費個案的數量、消費者可接受的定價皆不如預期，納入全民健保或研擬中的長照保險給付則遙遙無期。在收入無法與支出達成平衡下，部份醫療院所自 2007 年至今推動遠距健康照護服務的態度漸趨保守、觀望，如今僅維持運作現況，而不敢、不願多做研發或宣導。

受訪者：我們跟北醫、萬芳啊，還有蕭中正醫院，我們當初也有一個聯盟在推。

研究者：嗯，那那現在那個聯盟 run 的狀況是？大家還有一些合作的機制在嗎？

受訪者：勉強有，但是就各自、各自努力嘛。…因為當初是因為有衛生署的經費啊，現在沒有啊。大家都、大家該收的錢也收不到啊！但因為現在你沒有額外的經費，那額外做一些創新，會比當初的速度會慢，不是說沒有，但是一定會慢。當初經濟部給了一兩、幾千萬，衛生署的錢一直源源進來，我在那裡面當然就可以開發一些新的東西。(B2)

有關臺北地區遠距健康照護的收費情形，本研究了解臺大醫院收取遠距照護服務費，居家型個案每月收費為六千元，而耕莘醫院永和分院為兩千多元，低收入戶免費，但實際的營運成本遠遠高於收費¹²。而陳美如(2012)以臺北市政府推行的「市民健康生活照護服務」為例，研究應用此服務於高血壓病患的成效。該研究發現九成的實驗組個案，每月僅願意支付五百元以下購買服務。在實際收費低於成本的現況下，加上消費者願意支付的金額更偏低，如此經營團隊難以脫離對政府經費的依賴，達到「使用者付費」的理想。從收費問題其實突顯出國內遠距健康照護的定位不明，如果從政府鼓勵產業發展、轉型，刺激產業勇於創新、研發的角度觀之，政府應該持續提供經費獎勵贊助。再者，如果從重視預防醫學，減少健保對於慢性病患支出的角度觀之，政府則應該同意比照醫療服務納入給付。

¹² 受訪者 B2 以臺大醫院為例，指出該醫院屬於國立教學中心層級醫院，醫院所在地不需購地或支付租金，院內大部分醫護、行政人員屬於公務人員，薪水來自政府經費，無形中節省經營成本。其醫學院又可向國科會等單位申請研究計畫，又加上頭銜響亮，許多資通訊廠商常免費提供設備讓該醫院使用…，在在都非私立醫療院所推展遠距照護系統時所能比擬。即使種種優厚條件下，受訪者仍認為該院每月收六千元不敷成本。

你說複製是假的複製啦，那那很多問題啦。如果假設它跟醫療是互補的，或者是替代的資源，可是你健保沒有給付啊，那全部都只能靠說你要 of marketing 你要讓他自費嘛，那你要自費又難。…我們不是說沒有付費的個案，也不是說收不到錢，可是都還是回到一個問題，我有一個基本門檻，我收六千跟我收一萬，如果我只服務十個人、二十個人、一百個人都還是不夠的。對啊、對啊，如果我真的有一個收到一萬，那我要提供的承諾馬上就不一樣了。對啊，但是你要撐起這個基本的營運，它其實有一個基本的門檻啦。營運成本是一樣的啊，對啊、所以所有的醫院都一樣啊，大家都還在靠這些計畫經費的支持啦。這個問題很大，如果是政府的政策，它想要發展產業，那這個時候它抽手，大家還是死在那裡。(B2)

衛生署推動的遠距健康照護服務，比照於緊急救援系統一定位為老人福利法的法定福利服務項目，目前由政府提供獨居老人免費使用，業者供應服務的成本完全反應於定價，由政府買單，因此並無不敷成本的問題，也不會因此降低業者的意願。

妳看政府一抽手，妳看會剩下多少。因為最主要是那個緊急救援是內政部撐住嘛，那臺北市又占了很大量，可是這個如果未來不是社會福利的話，它(指經費)會抽走、就不一樣。(B2)

然而，全額由政府付費也並非全然沒有問題。受訪者提到福利與權利的微妙差異：有些使用者符合免費使用緊急救援系統的條件，認為這是屬於個人的權利，無論有沒有需求都要申請，反而造成資源的浪費。例如安裝宅端主機需要工程師人事與機器的成本，後端的服務也有行政、人事成本，臺北市政府社會局為每位使用者每月支付一千兩百元給廠商，但有些長輩安裝後幾天後，就因當初沒有想清楚、不喜歡而決定拆機，此時社會局仍必須支付半個月(六百元)的費用。

其實有些長輩，他不會覺得說這是福利，他會覺得這是他的權利，福利跟權利其實是有差的，有些長輩他使用這個福利他會感謝，雖然我們不是說要讓長輩感謝，只是希望說他們能夠珍惜，那像有些長輩覺得那是他的權利的時候，他也許就會忽略到他要去珍惜這一塊，我自己在做，我有這樣子的感覺

吧，有些長輩真的覺得這是我的權利，我就是要。…有時候資源會這樣子就浪費了。(B1)

政府財政惡化、高齡化加速、獨居老人增多的諸多情形下，未來緊急救援系統可能也會如十二年國教，或臺北市老人健保自付額補助等，設計排富條款，採行部分使用者付費，有利於回歸到使用者實際的需求來提供服務。但是福利縮減往往引起民意輿論偌大的反彈，甚至影響投票意向。曾經在社會局負責該業務的受訪者即贊成付費機制。

因為像一些居服那些，它們有所謂的部分負擔，當長輩他們需要負擔，他們需要負擔一筆錢的時候，他們就會比較審慎地去評估他們的需求，或是審慎地覺得說是不是當用則用或怎麼樣。其實福利是易放難收，幫未來假設說一般戶也要收費用或什麼，可不可以比照...，我覺得這也未嘗不是一個。如果當未來真的財政.....可能未來不是一個..，也是一個方法啊，政府幫你做部分，你真的有需求，我幫你做部分付出，那你有能力的...怎麼收費用，我覺得這是一個未來可以轉換的一個方向...使用付費是合理的。(B1)

2.硬體設備對遠距服務的重要性「是大又小」

依研究者2010年9月修習「優質網路健康照護」課程中得知，國內有泰柏、真茂、佳士德、遠東醫電、方鼎科技等多家廠商，研發、生產遠距健康照護系統使用的量測、傳輸設備，價格從一套萬餘元到二、三十萬元莫衷一是，差異極大。無論是居家及社區型，或者機構型的使用者，都是透過「設備」連結到後端的醫療團隊，就像胎兒藉著母親的臍帶得到所需的養分，「設備」在整體遠距健康照護服務中，是最接近使用者的一部分，扮演的角色舉足輕重。研究發現目前由醫療團隊在各家設備廠商琳琅滿目的機型、報價中，選擇搭配的量測種類、規格與功能。受訪者提到決定的重點在於以下三點：

第一操作必須符合實際需求。例如使用機構型設備的護理之家，護理人員每天都須登錄住民的基本生理數值，因此必須迅速、連續地對量測多位住民的血壓、血糖、脈博等數值，再一併上傳進入資料庫中，才能符合平日的工作流程。

這種需求與居家型使用者只紀錄單人的數據，或者社區型可於上一位使用者量測、上傳後，再重新登入下一位使用者差異很大。




要符合實際的操作，不可能打開電腦，然後量很久的時間啊。然後你的傳輸的方式，像居家護理來講的話，我們現在也做到，因為健保局的需要，我們必須要即時能夠回到連到我們批次系統，這些都是量測傳輸方面的 protocol 要能完整，才有辦法連回來。(B4)

第二設備必須傳輸穩定。一般高血壓患者的家中多有血壓計，郵局、醫院大廳、里辦公室、健康服務中心等公眾場所，也常設置電子血壓計，量到血壓值並非難事。但遠距健康照護服務重點在於傳輸生理數值於資料庫中，累積多筆數據後，再加以統計、分析。因此傳輸穩定是設備的必要條件。

量測本身並不是太困難的東西，可是就是你的傳輸這個品質、穩定度要好。(B4)

第三設備必須準確，亦即具有效度。當然相關設備經過經濟部標準檢驗局檢驗合格，理論上符合國家標準。但兩位負責醫療機構管理的受訪者，皆表達使用者反應國內的設備比起國外不夠精準的困擾。尤其是遠距健康照護系統後端的服務介入，以量測的數據為基礎，如出現異常數據時護理師將進行叮嚀提醒、衛教及追蹤。國內設備廠商在改良外型精巧美觀、方便攜帶、介面人性化、功能多元之餘，因使用於長期醫療照護上首要精準，這是基本需求。

就好像我們在 Boston 的時候，甚至麻州衛生部的官員會跟我們講說：「那你跟我講：你這個螢幕有沒有認證過？你這個電腦有沒有認證過？」…我發現國內有很多的廠商，它的量測，包括血糖，我們測試了很久發現，真的會不一樣，這個還是有待加強，你不能用了小巧的，你就得到效果不好，沒有用。…你在量測，你是量好玩的，比如 nike 跑步幾次啊，計步器，fine，去、好好去用。可是你回到醫療照顧上面，尤其是長期患病的病人上面，就不是 for fun，它的 accuracy 就很重要了，方便攜帶是一回事。(B4)



它(設備)真正的就是一個 contact window…。當然原則上它們都通過認證，可是、不知道耶，老人家的回饋就是國外廠牌跟國內廠牌就是有差。…(使用者)感受不一樣，其實他們不一定知道說是國外或國內，其實台灣的廠牌也沒有人會貼中文名稱。但是我們的使用經驗，國內的有時候比較…就像血糖試紙，但是國內的比較便宜，所以永遠都是兩難。(B2)

然而，研究者發現設備亦與成本效益相關。設備廠商開生產線時重視量大，焦點多放在龐大的家用市場，因為國內的遠距健康照護服務市場仍小，未達收支平損的規模，導致廠商投入研發的意願不高，常以高價「賣斷」單一設備，但相關的售後維修制度不盡完善，若發生上述傳輸不穩定、量測不準確等問題，往往轉嫁由後端醫療團隊承擔。實際使用場域中，使用者通常直接與醫療團隊聯繫，少與設備業者接觸，量測發生問題時自然先找某醫院，這也是醫院選擇設備廠商的難題。因此，此即是設備大大影響遠距健康照護服務供給的層面。

可是這些廠商腦、腦袋是不一樣的，因為對他們來講這是商業嘛。…那沒有市場，對啊，呵，沒、沒有市場的情況下，廠商它能、能做這種比較像是偏向那種試用啦、研究的範圍有限，對它來講，它也是鎖定怎麼樣才是可以賣得最好。…很多廠商都在想一個很美好的事情：很多廠商都會有時候都突然跟我…好像哇、我也不能說敝帚自珍啦，那麼一副就是它開發了一個非常好的產品，然後隨便報價就二、三十萬，我都不好意思說你是賣給鬼喔。(B2)

這些設備的廠商，所有的維修系統，沒有一家比我家的洗衣機還好。妳大概去了解一下妳家的電視啦、冰箱，妳看這些的報修那多好。…妳電話打下去，它那個規章寫得很清楚，幾個小時、一個小時或兩個小時內一定要回復，回復以後，二十四小時內一定要來修，妳去看、妳去、妳只要簡單去查一下這些設備廠商有沒有人提供這樣的承諾，妳就知道了。洗衣機、電視是 daily life，它維修體系，大家認為是這樣的狀況。這些東西號稱跟生命健康相關，但是沒有廠商提出這樣的保證。(B2)

(這是)惡性循環的，因為也沒有那個量，你要叫廠商提供那麼高貴的 commitment 好像它也不敢，那但是它又想賣這麼貴，啊所以我們醫院幹嘛幫

你推？你、你到時候死的還不是死我？因為服務對象不會認為那是廠商的事啊。…它可能後面那個服務，是跟醫院掛在一起，所以使用者就習慣找個管師、找醫院。(B2)

遠距照護服務系統中量測設備日新月異，國內多家業者研發出功能強大的儀器，除了可測量基本的血壓、血糖、脈搏外，更有設備可量血氧濃度、聽見呼吸雜音等，可謂百花爭鳴。但研究發現搭配設備的後端醫療團隊更是焦點，提供視訊諮詢、衛教服務、藥事安全、生活資源轉介、會員健康管理者，都不是這套設備，而是背後醫療團隊內的跨專業人員。因此設備又可算是遠距中的「小問題」。

如果那個機器進去以後，後面的護理人員不夠強，護理專業不夠強，沒辦法去 follow 他的那個、那個、就是呃…它就是沒有辦法去發揮它後面有一些關於什麼健康監測啊，或是一些即時的衛教什麼的功能的話，其實你那台機器也沒有用。(B5)

那實際的效果，你到底能不能支撐？那很多東西玩一個禮拜就不好玩了，對啊，那你後面的服務是怎麼、怎麼搭上的？你不是只有把設備擺進去而已。(B2)

3. 相關法令限制遠距健康照護服務未來的發展

目前國內遠距健康照護的相關法條很多，散見於醫師法、電腦處理個人資料保護法、著作權法、專利權法、消費者保護法、電信法、電業法等，甚至參照民法、刑法的概念。其中以醫師法第十一條第一項規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。」該法條雖然提供遠距醫療的法源依據，但限制於特定區域（周淑娟，2008）。近年來曾有立法委員提議遠距健康照護之立法，甚至經過數次公聽會與

專家論壇，但仍未有明確的進展，影響國內遠距健康照護只能以實驗計畫，遊走法律邊緣來進行(陳恆順，2010)。

本研究進行期間，正逢國內《個人資料保護法》於2012年10月1日通過實施，依研究者的自身經驗，一時間各級公務機關與醫療機構緊繃神經，紛紛舉行相關在職訓練，深怕一不小心即觸法。該法的立法緣由在於規範個人資料的蒐集、處理及利用，以避免當事人的人格權受到傷害¹³。而所欲保護的「個人資料」包括病歷、醫療、健康檢查等，及其他得以直接或間接方法識別該個人的資料。更值得注意的是，該法第六條明文規定：「有關醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用。」因此，遠距健康照護服務，利用遠距生理量測功能，蒐集到使用者的血壓、血糖值，並上傳至資料庫加以統計、分析，可能涉及到前揭特定資料的蒐集、處理及利用，這是法定所禁止。即使第六條但書規定，若「當事人自行公開，或其他已合法公開之個人資料」不在此限，不過現實生活中，社會大眾鮮少公開自己的醫療及健康檢查資料，但書規定恐怕也難通融。故遠距健康照護服務的適法性，面臨《個人資料保護法》的一大考驗。

這部份受訪者也表達質疑，首先單獨僅就生理量測數值，例如血壓收縮壓140mmHg、舒張壓90mmHg，並無法「識別該個人」。其次，在無法識別當事人的前提下，究竟侵害誰的人格權，不無疑問。再者，受訪者對照美國的立法理由，係基於保障國民醫療權益，禁止私人保險公司獲取病歷等隱私後，因商業利益而拒絕國民投保，或減少其保險的理賠。而反觀國內實施全民健保，並沒有這樣的顧慮。然後受訪者也補充一旦發現違法情事後，這類案件檢舉、調查、救濟機關都不明確的問題。

¹³參見個人資料保護法第一條：「為規範個人資料之蒐集、處理及利用，以避免人格權受侵害，並促進個人資料之合理利用，特制定本法。」

在美國強調醫療個資法的保護是在於說，你不能從這個病歷資料或電子或數位去知道你這個人是誰，而不讓保險公司去提供保險，因為美國是私人保險嘛，所以它就說它會看到你的病徵不給你保險，或提供你保費(理賠)。…回到台灣來，箝制的不是保險公司而是醫療人員之間的溝通，這就莫名其妙了。更好玩的是當我們在傳輸生理量測的時候，也有所謂這些法律專家跟我們講：「你在傳輸生理量測的時候，可能觸犯個資法..」，我差點跟他們翻臉，我說：「請問你看一下我的心跳、血壓跟血氧，你可以知道我是誰，我就認了！」莫名其妙，你不能去判定他是誰的時候，你就沒有侵害到我。(B4)

美國是一個專責的單位，叫做 Office Civil Right 或是 Civic Action，他們會針對個資受害的這個去做處理，或是救濟，或是做相關，我們沒有一個專責單位在處理，是衛生署嗎？還是法務部？還是警察局嗎？(B4)

第三節 社工在遠距健康照護服務中的角色內涵

本研究目的之一在於探討遠距健康照護服務中，社會工作者認知的角色內涵。研究中訪問臺北地區現職從事遠距健康照護(含緊急救援系統、居家及社區型、機構型遠距健康照護系統)的社工六人、社工主管一人，前老人福利科業務承辦人一人(亦為社工背景)，還有投入遠距健康照護服務的醫院管理階層三人(分別為醫學與公共衛生背景)，了解其自身與所處的醫療體系內社工人員的工作內容與角色功能。研究發現以社工的工作重心以直接服務為主，但仍需承擔行政工作，而社區經營的角色越來越吃重，最後進行政策倡導以開創新局。

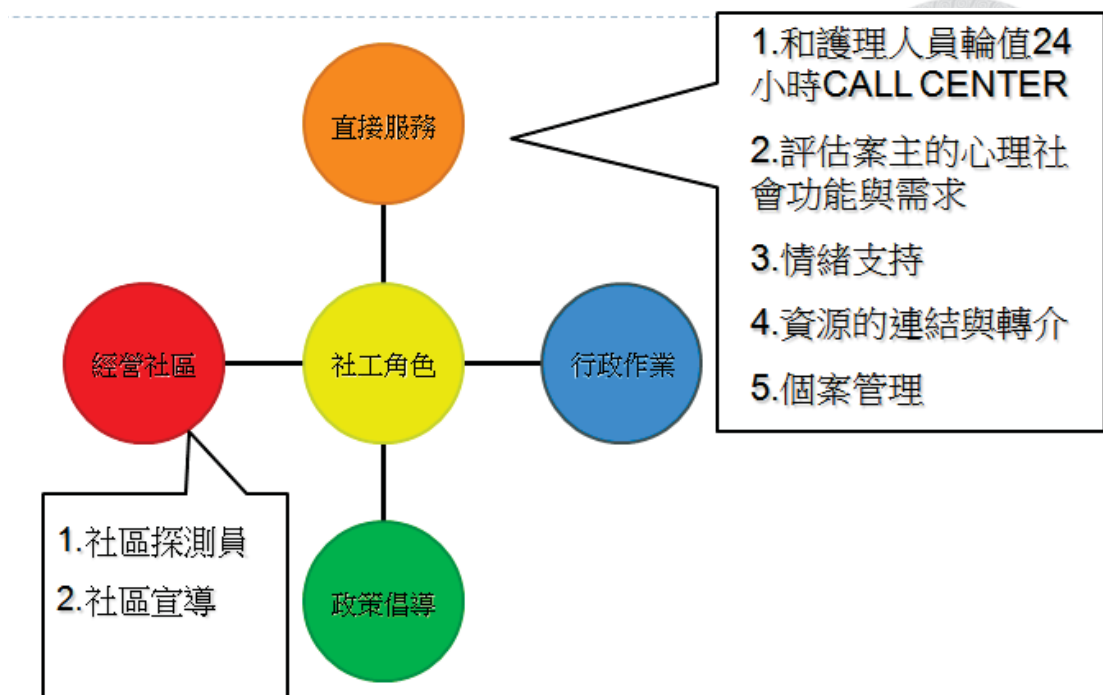


圖 4-4 遠距健康照護服務中社工的角色內涵

資料來源：研究者自行整理

(一)提供直接服務為主

社工的核心角色在於提供直接服務，這與張宏哲等人(1999)翻譯 Lister 提出社會工作者扮演的五種角色之一「直接服務的提供者」，指的是社會工作者以面對面方法，提供服務給案主或團體。而提供直接服務的內涵又包括輪值二十四小時 call center、評估案主的功能與需求、情緒抒解及心理支持陪伴、資源連結與轉介以及個案管理整合服務五種。

1.社工在緊急救援系統團隊中一起輪值二十四小時 call center

目前受國內許多縣市政府委託，提供緊急救援服務的兩家機構，都設有二十四小時 call center，並配置八席到十多席不等輪值的客服人員。本研究整理兩家機構的文宣及訪談內容，列舉出客服人員的工作內容包括以下幾項：

(1) 接收使用者於居家端每日報安的訊號，檢視訊號有無。若訊號異常，客服人員會先聯絡使用者申請時提供的緊急聯絡人，或平時建檔的習慣與網絡，如固定

回診的門診時間、常去的教會團契等評估其安全狀況。而為了確認訊號傳輸正常，每月至使用者家中訪問的護理師，除關懷健康情形外，也會趁機做訊號測試。

一些個案跟我們待在一起久了比較信任我們，可能聲音他大概都聽過了之後，有時候跟他聊聊天，他就會不自覺把他家裡一些事情通通都講出來給我們聽。其實講了之後也是好處，就是我們大概知道他們家網絡大概是怎麼樣：可能他跟老么感情不好啦，跟他的么女怎麼樣，跟他的長子怎麼樣，那我們就可以註記在他的資料上面，有時候如果真的需要做聯繫的話，我們可以就是排個順序出來。(A5)

有時候他其實沒有報平安只是去看醫生而已，那我們在那邊追得要死要活的…假如他常去榮總，或者去那個什麼國泰好了，他們現在其實不是都有網路掛號嗎？我們就可以直接從那邊查，喔，原來他今天有約掛號，那我們就可以不要追得那麼緊，就可以晚一點再追。(A5)

(2) 處理緊急通報：若使用者表達身體不適，客服人員判斷需要呼叫救護車與否的關鍵在於使用者的意願。首先客服人員會直接詢問對方「要不要幫忙叫救護車？」。若使用者拒絕呼叫救護車，客服人員就先施以衛教。若對方同意，客服人員將用 call center 第二支電話撥號，第一支電話保持擴音狀態，讓使用者與客服人員保持互動直到救護車到場。接著會確認使用者身旁有無他人，若有旁人，客服人員將請其備妥使用者的健保卡等證件，並開門讓救護人員進入。若沒有旁人，因使用者申請緊急救援系統時都已簽署破門同意書，必要時消防人員得以破門。接著，約三十分鐘後客服人員會洽詢消防局後送醫院，再去電該醫院急診室關心其到院情形。然後，每週定期追蹤使用者出院與否，以便對方返家後接續緊急救援系統的服務。遇到這種緊急送醫情形，機構也被委託的縣市政府(如新北市政府)要求通知業務承辦人，以利掌握獨居長者的動向。

其實個案從他押求救到他送醫，我們都一定會一直在做關心。(A4)

(3)為使用者的問題，非假日時聯繫老人服務中心或社福中心。例如使用者堅持拆機，臺北市目前作法為客服人員會以書面的照會單，聯繫當初為使用者送件申請的老人服務中心或社福中心。或當使用者向客服人員表達欲申請居家服務、輔具、低收入戶等需求，客服人員都會聯繫獨居長者在縣市政府的主責社工。

像輔具的話…像臺北的話，一定就是打給主責社工，因為其實主責社工要去哪裡幫他索取這個資源，我們並不知道。對對對，因為我們這邊遠距照顧，我們這邊能夠做的就是能夠盡量幫個案，就是問到一個可以幫他出力的點。
(A4)

客服人員的組成方面，A 機構由五至六位護理人員加上兩位社工一起排班，B 機構則全由十多位護理人員輪值。因此任職於 A 機構受訪者 A5(社工)，例行工作就是實際與護理人員輪流值機，每班上線十二小時，主要使用電話做為媒介和人互動。她認為這是「非典型社工」，因為遠距這種工作特質，社工無法如傳統課程所學，面對面透過與案主會談、家訪的過程，建立關係及溝通，同時還可蒐集外觀、表情、肢體動作、住家環境、案主與旁人互動方式等訊息，社工常只能從電話線路一端的聲音音量、語氣、言談內容來評估案主的現況，也以電話回應，這也遠距離互動時的一大挑戰。

其實這個東西跟一般的社工又不太一樣，因為像我們的話，目前來講，我們是不用跟個案就是面對面接觸的。對，透過電話，但你要怎麼透過電話跟他建立關係？對啊，這也是你要知道的，這樣子。…因為我們社工從以前學到現在，都是說你要跟個案面對面接觸。然後再來就是我們的上班時間其實也不太一樣，不是每個都可以接受一天就被操 12 個小時（9 點到 9 點），然後假日也要輪班）。(A5)

2. 評估案主的社會心理功能與需求

目前國內遠距健康照護服務，緊急救援系統以獨居長者居家安全為重，特別重視使用者按壓通報緊急狀況的處理。而衛生署規劃的居家及社區型、機構型「遠

距照護發展計畫」，以及臺北市政府推行的「市民健康生活照護」，仍以高血壓、高血糖等慢性病患的健康管理為優先，則重視血壓、血糖等生理數值的起伏趨勢。然而，整體以全人觀點觀察，使用者除了身體功能之外，還有情緒、心理、環境、人際等方面的全貌，也都可能影響生理功能。除了醫療介入外，使用者亦可能有經濟、情感、教育、娛樂等多元需求。社工在遠距健康照護團隊中，相對「頭痛醫頭、腳痛醫腳」的單一觀點，通常更能貼近案主，多角度評估案主心理與社會功能，並且了解案主的多重需求，加以統整以提供適切的服務。

不過現在我們(社工)也在慢慢的有在家訪啦，就是針對一些比較高危機的個案，就可能他最近出入院很頻繁的啊，就是身體狀況不太好的，就是最近住出院有這個紀錄的，我們……或者是新案啦，我們社工這邊也會去家訪，就是評估他的那個社會心理功能。(A6)

我覺得社工在中間的參與他的好處是，其實我們可以比其他人更貼近案主的需求，然後了解他們的需要。…他們(指其他專業人員)可能會著重於現狀，現在出了什麼問題，就要補哪個洞。其實要去全盤了解，就是社工要去做一個評估，做一個全盤的了解，你才真的知道問題出在哪裡，不是單一層面的部分。(A1)

社工跟其他服務人員的差別就在，他比較、他在專業上比較能夠去判斷，就是今天來申請的這個長輩有沒有其他的福利需求，或者是經濟上的一些需求。(A4)

進行案主的評估之後，若資源有限或政策主導的情況下，社工也被賦予「篩選資格」任務，檢視案主的條件是否符合服務目標族群的規定。例如緊急救援系統目前免費提供臺北市列冊獨居長者申請，一般長者則需自行付費，社會局交由第一線的社工來認定長者的「獨居」身分。其次，臺北市政府推行的「市民健康生活照護」中的居家型服務，仍屬試驗性質，以獨居長者、列冊低收入戶、偏遠住民、輕度失能及慢性病患者優先，申請安裝數量依市府年度核定安裝數量為原則。社工協助檢查案主的年齡、經濟情形(是否為列冊低收入戶)、獨居身分、病

史等資訊，評估申請網路、居家或社區型為宜，使得資源做最好配置。

社會局在一線前端的部分，會由社福中心跟老人服務中心，那它們也都會有社工，原則上獨居長輩或是本局列冊的，所以也都是會由一線的社工去做過評估，確認他是列冊獨居長輩的身份。(B1)

初篩就是可能年、對啊年齡嘛，然後疾病、然後他申請的類型是什麼。(A4)

然而，一般情形下社工不需篩選，只要案主表達對遠距健康服務的需求，社工儘量予以尊重，並引入相關服務。尤其遠距健康服務跨足進入社區設點，安裝量測的設備，起初可能反應並不踴躍，使用人數不多。此時受訪者 B5 鼓勵社工以寬廣的角度來評估社區的需求，並不侷限於眼前剛萌發的狀態，讓社區有機會多嘗試、接觸遠距健康照護服務，可能引發更多的需求。

那你不要去想、不要說因為少部分有需求，你就覺得這些東西不重要，不是大多數人有需求，才覺得這東西重要，而是我們通常都是概念都是覺得說，只要有一個人呢有這樣的需求，我們可以協助他，那這個就值得了。對，所以因為需求不是我們自己認、認定的啦，那要看那個民眾啦，所以你要給他們一個機會，讓他們去有機會去嘗試接觸這個東西，對，那接觸了以後，他們自己來評估說他們覺得對這東西覺得好不好這樣子。(B5)

評估需求後，有時候社工還擔任「產品展示員」。社工身為案主及資源(遠距照護服務)中間的媒介，被期待以案主能了解的方式，深入淺出地向其介紹遠距健康照護服務的內涵，有助於案主審慎決定加入、申請與否。尤其其中緊急救援系統的費用涉及政府全額補助，而政府經費大部分來自全體人民的納稅，社工若清楚對案主說明使用方式、需配合事項(如使用者需每日定時按壓報平安)，可減少案主反悔又拆機、浪費資源的機率。

那我也希望說社工能夠盡到告知的義務啦，讓長輩知道這個服務內容是怎麼

樣，對啊，一方面也是減少公帑啦。因為有時候，因為我也遇過就是裝兩天之後，他可能就是不喜歡，然後就做拆機，其實會覺得很浪費啦。這樣就會感覺有點說在浪費這個資源，這個是我自己在做承辦人的時候有一些感觸啦。因為畢竟都是，既然是福利服務，都是大家納稅人的錢，我會希望說能夠多做一點，也許我們能夠多做一點，讓一線社工多瞭解這部分的話，跟長輩說明、分析，讓長輩考慮清楚，再做決定。…畢竟是透過社工去作申請，長輩在問的時候，社工才答得出來。(B1)

而社工又是「產品推銷員」，依據案主的需求，設計誘因，以鼓勵案主多加利用遠距健康照護系統。尤其在老人安養護機構中，若已安裝一套遠距照護系統，愈多住民使用愈能發揮其總體的效益。受訪者 A2 在臺北市某公設民營的老人公寓中工作，因為老人公寓係為了健康、活動自如的老人所規劃的住宅，故沒有配置護理人員。而 A2 服務的機構設置一臺機構型的遠距照護系統，藉此促使住民關心自己的健康，也連結後端醫療團隊的資源，由護理專業背景的個管師追蹤住民的生理量測數值，每週並親自前來老人公寓當面關懷長者。但即使不用額外付費，住民不一定樂於使用該系統，受訪者 A2 指出「我們這邊有一半的長輩都在用，也有一半的長輩他可能是他覺得他自己在房間裡面，呃…自己量測就可以了。嘿，或者是說他本身就比較沒有高血壓的問題，那可能他就會覺得呃…不、沒有必要每天在量測這樣子。」其次，該老人公寓使用需定點量測的設備，設在四樓進門處的服務櫃檯，而住民的房間則分散在四至七樓，長者雖然進出機構都會經過四樓，但「以前是我們沒有這臺機器，是用那種可帶式的，就是馬上帶去各樓層可以量測的嘛，那他們可能會覺得很方便，我在同一個樓層我就可以量了」(A2)。此時，機構社工就需動頭腦，利用不同時機，並且投住民所好，想出一些策略增強長輩的使用動機。例如趁著住民前來櫃檯量血壓的機會，和其聊天、互動，讓其更加感受到工作人員的溫馨關懷；對於重視健康的長者，則遊說若改用遠距健康照護系統進行量測，可列印出歷史數據與趨勢圖表給醫師看，以取代住民自己使用市售的血壓計及血糖機。

我們社工員在做呢、在遠距健康照護服務的系統，是比較屬於第二線，因此我剛剛就說我們比較沒有辦法像護士人員有那麼多的著墨，但是我們在做後續的院內宣導，我們還是可以鼓勵其他的住民，有意願的話他們還可以、還是可以參與這一套系統。(A1)

不是說我強迫說你每天一定要來量測，嘿！所以會、我們是用採用鼓勵的方式啦…沒有誘因的話，他們沒有那個動力啊。啊所以後來我們就是採用的方式，就是說啊你、你有來量就是怎麼、你看病的時候，會列印出來一個歷史的值、他可以帶給醫生看。…要產生那個誘因的話，那你就自己、就是社工的部分就要想辦法去鼓勵長輩來使用這個機器。嘿，那你可能就要有些呢…一些技巧，要想說可能長輩會需、他的需求是什麼，嘿，就是先去…評估他的需求。(A2)

3. 情緒抒解、心理支持與陪伴

心理學家 Abraham Maslow 提出的需求理論指出人有生理、安全、愛與隸屬、自尊、知識、美感及自我實現等多種需求，都需要被滿足。除了生理量測與生理需求相關、緊急救援系統與安全相關外，每個人尚有廣大的內在世界。薩提爾冰山理論比喻我們被外界所見的行為表現或應對方式，像一座漂浮在水面上的巨大冰山，只是露在水面上很小的一部分，暗藏在水面下更大的山體，則是我們隱微心理層面，包括情緒、感受、期待、渴望、生命的本質等內在。在遠距健康照護團隊中，社工被公認為學過專業助人技巧，能從外顯的問題，辨識出使用者心理層面的需求，又較能掌握溝通的訣竅，進而提供同理、安慰、陪伴及心理支持，協助使用者紓解情緒。個案來源包括使用者主動求助，或是團隊中其他專業人員的轉介。

有些 case 他(進線)聊天就只是真的無聊，那其實也沒有什麼需要。我們給他一些心理上的支持，或者是情緒上的支持。這個時候，如果說真的不忙的話，是可以跟他聊兩句沒關係，順便當作問安，因為長輩偶爾需要問安一下。(A5)

有一些需求的個案，或者是他…針對服務他有另外一些問題，他(call center 中心)也會發給我們(諮詢單)…譬如說他心、他心情不好…可能就是就電話聯

繫(本人)，或者是直接聯繫他家屬，就是了解一下狀況，就是到底是怎樣的一個狀況。有時候、有時候可能，講著講著也不一定就是他說的那個問題。…(數量)應該差不多一天十件以內。(A6)

然而，受訪者也提到團隊中另一種常見的助人專業人員－護理師，其實也未必無法體察人心，貼近使用者，提供使用者情緒上的支持，為其端上一碗「心靈雞湯」。不過受到各自的專業背景養成所影響，護理人員和社工人員烹煮的雞湯成分不同，採取的作法、施展的策略相異。但以團隊合宜的人力配置來考量，有受訪者認為社工最適合接此任務，甚至因為各司其職，還可以讓其他專業人員更專心地處理本業。

護理師要跟她聊是可以，只是變成說，你要怎麼去施展那個專業的溝通技巧，讓他真的把問題點講出來，那是不太一樣的，護理人員有他的技巧存在，但是在詢問的過程，跟那個心、抒壓的過程或者是問題陳述的過程當中，我認為社工會有他的技巧存在。對，會不同於、不能講說誰好誰不好，但是切入的點不一樣，自然可以問出更多不同的癥結的問題點。…情緒上面的抒解，或是心理上面的支持，其實社工更有、比護理師更有專業技巧。(B3)

因為我的護理人員她也被壓、壓得喘不過氣來，她明明在做、做這個老人的健康問題，可是這個女兒的情緒問題，也弄得我的護理人員很痛苦。那你…你做人的服務，這些東西你跑不了啊。…她真正的問題根本就是需要找人宣洩，那我找護理人員陪她聊天幹什麼，我就是要找社工、找牧靈人員有這種…反正你們的專業、你們就是學過這種技巧。(B2)

有意思的是，研究發現遠距健康照護系統中的社工人員扮演情緒支持的角色，是現況，是結果，同時也是動態的過程。受訪者提到透過這套遠距照護系統，住民每天前來眼前量測血壓，每週由個管師協助測量血糖，增加和機構住民的互動頻率，也多了有關身體健康的共通話題，也可引發更多的討論，有助於社工與長者建立信任關係。然後持續地累積彼此之間交流的經驗，雙方關係更加緊密。研究者在訪問某老人公寓時，實際觀察到受訪者一邊為長輩操作遠距量測的設

備，一邊笑著邀請對方參加最近的活動。而另一位準備外出的長輩，經過服務櫃檯被社工婉言提醒今日尚未量測，長輩停留量測時順勢詢問社工：「郵政總局怎麼走？」，社工回答之餘也多問一句：「伯伯到郵政總局做什麼？」原來長輩計畫跋涉去領錢，社工向其說明郵局可跨局通提，解決了長輩的一個困擾。

我覺得可以透過呢…量測的你也可以跟他互動，互動的機會，你就可以了解他可能他今天的身體狀況是什麼樣、心理狀況是怎麼樣，然後可以對他的生活的狀況有做一個呢更多的了解啦，所以我通常，我都會習慣、我會滿喜歡利用這樣量測的時候跟他們聊天。…透過這樣子的一個機器，也可以連結工作人員跟長輩們之間的一些呢、呢關係的建立。(A2)

4. 資源的連結與轉介

社工為了服務對象身心靈各種需求，尋找公部門、私部門、正式、非正式等各種資源，連結予服務對象利用，以提升其功能，一直都是社工專業的核心任務之一。研究發現遠距健康照護服務中的社工，承擔著連結資源的任務，也是團隊中其他專業人員借重社工之處。這部份包括狹義的為有健康需求的案主排除障礙，連結使用該服務系統。例如社工為經濟弱勢的失能者，向民間慈善機構申請救助金，補助其使用居家型的遠距健康照護服務。或者，當使用者失能情形亦發嚴重，不再適合使用居家及社區型遠距健康照護服務，而是應該進入養護機構，由專人提供照護，此時社工也轉介其後送的資源單位。

對於資源比較貧瘠，或者是他沒有能力參與、參與這套系統的人員，其實或許社工的角色在於說，我們是不是可以去協助他連結相關的資源，然後讓他可以因此呢參與這套服務、服務系統，然後幫助於他的健康這樣子。(A3)

社工人員可以提供的是很多社會資源和家屬之間這樣的一個專業上的提供，甚至一些來自民間這些所謂的慈善團體，也是必須要透過社工的團隊來得到這樣的資源，還有這樣子的照顧，我想這個部分是，甚至社工團隊還做了很多所謂的轉介跟介紹到適當的照護場所去。(B4)

對外社工則為遠距服務的使用者，連結其他照護人力、物力、財力、輔具、交通接送等多種資源，減緩其生理、環境上的限制，增進其生活品質。此處的使用者不僅僅是個人，也包括一個社區中的眾多居民，以更寬廣的角度，觀察社區整體的需求與相對應的資源。甚至受訪者以「做社工」形容「資源連結」正是社工責無旁貸、拿手擅長的重要任務，也是社工與護理人員工作重心的差異處。有受訪者因此期待，將社工獨立出來從事「資源連結」，以此與護理人員明確分工。至於資源種類繽紛、五花八門，條件及限制也會改變，不同縣市的規定亦有別，研究發現從事遠健康照護服務的社工，並非原本就掌握全面資源，而是在嘗試中增進知識及經驗。社工尋求資源的方式很多元，含平常業務往來、上網查詢、詢問相關單位等。

一些社會資源連結那一塊、那或者經濟問題那個、那個就可能…是我們社工比較 ok 的。社區民眾的一些資源連結是 ok 的。(B5)

會期待是說如果他們有一些福利需求的時候，對，那社工這個部分可以多做一些。(B1)

比如說健康中心的護士，可以陪同就醫，那有的長輩顯示我有需要這個東西，那在、在他申請，跟健康服務中心那邊窗口提出的時候，我可以順便就跟承辦人說了。(A4)

中心那邊是即時就是有在跟長輩對話…中心那邊有什麼發現跟問題的話，就會、就會發那個諮詢單到我們社工那邊，嘿呀，然後例如說一些社會福利資源的問題啊…像有些經濟的需求啊，嘿呀，或者是他需要申請送餐、送寢具組，或者是呢房屋倒塌…或者是他就是要去那個復健，或是醫院看病沒有人載阿，嘿呀嘿呀。啊你就幫他連結一些資源，比如說復康巴士阿，或者是看有沒有一些、一些、譬如合作的計程車等等。…就有時候也是不太清楚，啊然後就是上網查嘛，或者是問，問、問縣市政府的承辦處，對對對，就是有些也是去摸索、問出來的啦。(A6)

他們(健康管理師)有去裝機嘛，然後也有去關心他們的生理狀況啊，就是測

血壓血糖那些，然後同時他們也做社工，就是去轉介其他資源，社會福利資源等等的，他們也是有同時就做這兩塊這樣。…護理師的特質跟社工的所學的又不太一樣，就是如果要他們做社工的工作的話，可能還是會有差啦、還是會有差啦。護理師對那個社會福利資源可能也沒有那麼熟悉啦。(A6)

但是我是覺得說，如果說以後這個東西(指緊急救援系統)真的發展到一定規模的話，其實護理師跟社工的工作可以稍微地分開。假如說今天護理師可以盡量以接訊號為主，因為接訊號通常可以直接給衛教、直接送醫、幹嘛的，假如他今天要什麼幫忙的話，直接可以請我們社工，那我們社工就專門去幫他尋求這些社會資源，然後我們可以幫 case 就是做一個更詳細的，就是他的一些社會資源啊，然後他的家庭背景這些的調查跟完整性，把他弄得更完整，這樣子對護理師來講，他們今天要做些聯繫的時候，比較方便一點。(A5)

5. 個案管理整合服務

社工的專業養成重視「人在環境中」，以生態系統取向，多角度觀察案主在微視系統、中介系統、鉅視系統中的狀態，並以需求、資源整合的角度，發展出個案管理服務。全美社會工作協會(NASW, 1987)對個案管理的定義為：「個案管理(case management)指的是由社會工作專業人員，為一群或某一案主統整協助活動的一個過程。過程中各個不同機構之工作人員相互溝通協調，以團隊合作方式為案主提供所需之服務，並以擴大服務之成效為主要目的。當提供案主所需之服務必須經由許多不同專業人員、福利機構、衛生保健單位或人力資源來達成時，個案管理即可發揮其協調與監督之功能」。尤其案主若有多重問題，需要數種資源，彼此合作而不重複、分工而不推委更顯重要。社工除了接受其他團隊人員發覺「使用者需要社工」的轉介，也可化被動承受為主動出擊，擔任案主的資源管理者，整合包括遠距健康照護服務在內的不同資源，以求案主最佳利益與資源的最高效益。這個角色的特色在於社工的主動性。

我們主動挑出，以個案管理的角色而言，那以個案他可能需要遠距健康照護系統，或者他也需要其他的經濟的補助，或者他需要其他相關的服務，那麼由社工員站在一個個案管理的一個角度而言，那因此他可能就可以協助他整

合相關不一樣的資源，但這個、這個跟我們在跟醫務社工附屬於醫療那種角色、第二線的角色是不一樣的，喔是不一樣的。(A3)



(二)仍承擔眾多行政工作

社工在機構中仍從事著眾多行政工作。受訪者 A6 描述該機構包括自己共有社工 5 人，分駐臺北、臺中與新竹辦公室，負責每月经費核銷請款、撰寫成果報告、準備評鑑資料、整理投標文件等，也是該機構與各縣市政府業務單位連繫的窗口。受訪者以「內勤單位」來形容機構內社工的工作屬性，認為行政工作占其大宗業務量。當然，每個機構必然有行政庶務需要員工處理，行政工作亦有其重要性，不過將行政工作派由社工處理，是否人盡其才、適才適用值得商榷。

行政工作比較多，嘿呀，像如果一些緊急救援的跟縣市政府的招標啊，或者是每月的核銷，或者是有評鑑的這個事情，啊這個就是跟縣政府承辦的一個溝通的一個窗口，就是社工這邊。啊或者是成果報告啊，或請款啊，製作啊...就核銷嘛，就是也都是社工這邊。...我們社工最主要就是比較算，呃，比較算內勤單位啦。(A6)

比照之前在臺北市府社會局老人福利負責緊急救援系統業務的承辦人 B1 則提到，當初社會局進行公開招標時，對於專業人員的任用，除了內政部規範必須聘用護理人員外，特別規定投標廠商應在團隊中加入社工人員，希望社工對獨居老人這個族群的需求有更高的敏感度，能協助連結相關福利資源。然而，廠商為了符合標案規定聘用了社工，實際在遠距健康照護團隊分工時卻安排社工負責繁瑣的行政工作，並不符合當初縣市政府委託案件設計的初衷。

我印象中在內政部那個設立機構、設立的那個標準，就是緊急救援系統這一塊，那個法是什麼可能要回去找一下，裡面它其實要求的是說做緊急救援系統的廠商要的是護理師。那其他的行政人員啦、社工相關人員是視需求而去聘用。...我們當初會覺得說這其實也是一個社會福利的東西，我們也會希望說除了護理師以外，我們希望還加入社工這個角色在裏面，所以我們在合約

裡面其實有去訂到說我們要求他們要聘用社工師。…畢竟聘用的護理人員他們還是屬於衛政、護理背景的，那對於社工的這個部分，他們能不能去做到像社工一樣，更多的一些所謂的資源介入啦，或福利資源的一些敏感度。(B1)



(三)經營社區的角色越顯重要

1. 社工是團隊進入社區的「探測員」

社區工作與個案工作、團體工作，併稱作社會工作的三大方法。社區工作是指「以社區為對象介入的一種方法，透過居民集體參與、合力解決問題，改善社區的生活環境品質。在參與過程中，培養居民認同感以及自助、互助、自決的精神，也加強居民對社區參與決策時的能力意識並且可促進社會轉變。」(甘炳光、莫慶聯，2005)。

Taylor 和 Presely 認為：「社區工作是一種致力於提昇非專業人員之專門技術的專業，亦是一種提昇處於困境者的能力，以便增進他們對自己所處環境之控制的專業，而社會工作人員激勵和支援人們，從事改善自己鄰里之條件和機會，以便在社會工作人員抽離後，參與者仍能持續運用並發揮這些能力」(引自黃源協、蕭文高，2010)。

本研究發現在遠距照護服務實施於社區場域中，社工正如同礦產探測員，站在遼闊的地平面，欲搜尋哪一區域的地底深處蘊藏著豐富礦產，且目前探勘技術足夠成熟，以資後續開發。社工將所學社區工作步驟及方式當作探勘工具，觀察社區需求、開發社區資源、與社區重要關鍵人物建立關係、溝通協調，多方評估社區的合作度，最後才漸進式地將遠距健康照護服務(含設備與後端的團隊)，導入合適的社區中。就像探測員先評估礦脈的深廣度後，才安排挖掘用的大型機具，以及龐大人力進入現場，俾利符合成本效益。

尤其行政院於 2005 年核定「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，結合有意願之村里辦公處、社會團體參與設置社區照顧關懷據點，由在地人力與物力資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，

以落實在地老化及社區營造精神，發揮社區自助互助照顧功能，期待延緩長者老化速度。截至 2011 年底止，全國各縣市共計設置 1,714 個據點。內政部更全面調查評估據點執行成效，邀集專家學者提出相關建議，鼓勵據點永續發展。未來將積極督導各縣市政府分年增設據點，擴點指標包含：(1) 山地、離島及偏遠地區，或福利資源缺乏不易取得照顧服務之村里。(2) 由據點提供服務之村里涵蓋率尚未達 40% 之縣市。(3) 65 歲以上老人人口比率較高的縣市。而偏遠地區及人口高齡化的地區，加上以健康為主的服務內容，正符合遠距健康照護服務的特色，現在已有零星的合作，未來社區關懷據點內結合遠距健康照護服務，將是一大趨勢。

我覺得那個從據點去介入的話，會比較好切入啦。對啊，因為它跟、就是它主要的目的啊，社區安老的部分哪，社區老化的部分，有個很緊密的一個連結。,,,,我覺得據點成立之前，我們有這個機器介入的話，其實對他們來講，其實有加乘的效果。(A1)

本研究訪問的某地區醫院，基於傳教的目的，醫療團隊資源與臺北地區天主教堂區早有合作連結。該醫院的社工 A1 提到：「醫院這邊很注重就是教堂的部分啊，他覺得教堂如果有任何需求，要做社區的部分我們會盡量做一個協助。」2008 年起因該醫院參與衛生署遠距健康照護服務方案，故選定醫院鄰近及臺北市的堂區推展遠距健康照護服務。目前在新北市中和區、臺北市文山區與大安區等三個堂區，設置社區型的量測設備，並由該院具護理背景的一位個管師，定期巡迴堂區進行健康諮詢，如今每個堂區約有五至十六位教友加入會員，呈現穩定的狀態。人說「萬事起頭難」，研究發現社工在遠距健康照護服務進入社區的初期，扮演著舉足輕重的角色。

我們主要的角色就是溝通者、聯繫者、協調者。因為我們主要是做為像我剛剛講的社區的部分，我們主要在跟社區做一個互動，然後開發一些社區資源，然後了解這個社區的需求跟凝聚力，然後希望可以提升那社區對個人健康議

題的重視。(A1)

其實在社會工作，他有一些技巧跟方法，在社區工作的部分啦。…我們就是要先、就是像那個「探測員」，先去了解欸這個堂區需要什麼東西。(A1)

我們(社工)的本質更能去掌握到社區的需求的人口群。…那有一塊很重要的可能就是溝通的部分，跟社區居民的溝通的部分，就是這個資訊要怎麼用他們能接受的方式讓他們知道，然後接下來是他們要怎麼樣，才可以去接近跟有能力去使用這一塊資源。(A4)

其實，護理人員的專業養成也包括從事社區工作。所謂的「護理人員」根據《護理人員法》第二條之定義，指護理師及護士兩類。而成為護理人員須經護理專門學校訓練，取得符合考試資格規定的學歷，且經考選部所辦《專門職業及技術人員高等暨普通考試醫事人員考試》及格者，得請領護理人員證書。護理人員執照考亦區分為護理師與護士兩種考試。此兩種考試的科目皆包括「社區護理學」。再者，以臺大護理系公布最新的課表為例，大學四年級必修「社區衛生護理學」三學分，還有「社區衛生護理學實習」三學分，在在顯示社區衛生工作亦是護理人員的工作重心之一。然而，本研究受訪者分享實務經驗，遠距健康照護服務團隊中的護理人員，因著組織人力配置、專業特質等因素，在社區工作中的焦點在於提供後端生理照護服務。而進入新社區內與關鍵人士交陪、互動，透過不斷溝通、舉辦活動等方式，建立友善的關係；再者有耐心的等待社區動力發酵，願意接納新興的遠距健康照護服務，這些都被視為社工比起護理人員更能發揮、著力之處。

我們護理的…因為有限人力嘛，所以他就會在、當你有很高意願的時候，才會切進去，可是呢、如果稍微有點意願，或是你覺得他真的有需要，你要說服他那一塊，我覺得護理的切入可能、他可能不太、不太有時間做這麼多去說服。(B5)

護理人員去、進入到社區，反正、也是滿頭包回來嘛，因為他沒辦法做社會關係嘛，那所以我那時候護理人員撤到第二線嘛，他只做專業服務嘛，社工

進去嘛。(B2)

可是比較難的就是在建立關係，尤其跟不是個人，是跟一個團體、一個團體建立關係的時候，其他單位就會比較覺得不知道怎麼下手啦。(B5)

社工在我們醫院很辛苦，很辛苦是因為他步調一下快、一下得慢，你得慢慢地等社區的民眾開始慢慢地認知到自己對這個東西呢，或是慢慢地你要能夠忍受他需要花一點時間才能接受一個新的…慢慢地要給他時間想，你要慢、你要忍住。那有時候你又一進來三天要出院，你要很急地可以把他資源做連結，或是協助他轉院哪，或是那個處理他的一些立即問題。(B5)

至於，身為探測員的社工要做到哪個階段，研究發現社區對遠距健康照護服務接納度提高，服務使用者人數漸漸穩定成長，甚至主動進行量測，後端的服務系統也順勢進入社區內，就是社工淡出的時間點，即可再開啟新局，評估另一個社區的需求。如同房屋新建案的代銷公司，藉著樣品屋介紹新屋的內外格局、吸引客群前來參觀、積極行銷鼓勵簽約…之後功臣身退，即交棒予建設公司與住戶繼續往來、互動，代銷公司轉而負責新的 case。每個社區從推展遠距健康照護服務到穩定使用期間，社工投入在程度與頻率方面，呈現深淺、多寡的變化。

一開始介入堂區，…我覺得就是 97 年、98 年、99 年介入時間非常多，可是到現在這兩年了，其實因為運作已經上軌道了，可能我們出現的頻率就是欸開個案研討會，或是真的有需要的話，我們才會去協助。它現在已經是一個穩定的狀況了，我們比較沒有在這個部分介入太多，所以現在是個管師在負責主要的執行的部分了。(A1)

2. 社區宣導

研究發現社工基於對社區的觀察與了解，能掌握社區重要領導人物，如里長、社區發展協會理事長、熱心居民、教會神父等，也懂得結合資源，運用社區工作的方法，進行遠距健康照護的相關宣導，提高服務能見度，讓社區居民更認識、進而接受這個新興的服務。尤其國內大、小醫療院所密集，加上健保給付制

度在經費審核上愈趨嚴格，許多醫療院所為經營所需，紛紛走入社區，經常為社區民眾舉辦社區健康篩檢、健康講座等宣導活動。這時候亦是社工發揮角色的好機會。



宣導啊、議題宣導、怎樣去講、怎樣把遠距這個東西去做一個很好的詮釋跟說明，然後鼓勵別人去注重，然後我覺得社工在這部分有他的技…就是他的技巧啦。(A1)

如果社工員他是要進行社區的一個照護醫療的宣導，那其實社工人員在社區宣導這一塊，其實就他一個發揮的一個重要性。…護士他要做直接的一個照顧服務，跟相關的一個生理健康的照顧服務的時候，尤其在醫院裡面，他其實沒有辦法像社工有這樣的一個角色可以做那個、比較大的一個宣導的活動，或者是資訊的宣傳，這個是…護理人員在醫療體系內的限制。(A3)

受訪者也分享其實務經驗，即使臺北地區無論臺北市、新北市都屬於都會區，但受到房價、物價、居民人口組成特質等因素影響，形成不同的區域特性，對於長期照護的需求也可能殊異。社工與不同社區工作時發現具有區域差異，因此在進行社區宣導時也需要因地制宜。受訪者認為在社經地位較高的社區中，雖然居民具有較高的健康意識，但同時也擁有更多的資源來因應，例如自備血壓計跟血糖機、聘請外籍看護工，自主選擇性高，故進行社區宣導時需要更多的時間，以及更彈性的策略，例如主動將資源帶入使用者家中，提高服務的可近性。

這個東西其實在中和地區是還滿受歡迎的，就是欸他們覺得欸…可以免費量測血壓血糖啊，那這樣還不錯啊。因為他們相異於臺北市其實那種大安區啊…那邊幾乎每個人人手一台血壓計跟血糖機，不然就是請外勞看護有專業的人力在照顧，他們可能對這部分吸引力可能沒有那麼大。(A1)

臺北市真的很難推…我們到處去宣導啊，然後每次在堂區辦活動啊，宣導這樣子的東西、有這樣子的議題，然後甚至就是那時候我們還會邀請個管師一起到家裡去探視那些沒有辦法來教堂的。(A1)



(四)政策倡導才能開創新局

社工除了從事直接服務，也肩負著間接服務角色，例如鉅視層面的政策倡導(advocate)，所產生的影響力更深遠、更廣泛。倡導工作即是代替弱勢案主發聲，保障當事人的利益。衛生署指出遠距健康照護服務在照護成果面，無論是住院率、急診返診率、機構院內感染率的降低，或是民眾健康知識或行為的改變，均達到初步的成果。然而，如前所述，經費來源與付費機制仍是全面推展遠距健康照護服務最大的隱憂。因此社工在此服務領域中，以全民的角度，分析整體需求與資源，從事更多的實證研究，也許能證實透過預防醫學的介入，投入遠距健康照護後，能節省將來更多的醫療支出，故支持由全民健保給付相關費用。這般進行政策上的倡導，也是社工的角色之一。

畢竟有些健康照護的問題，或者是相關的長照計畫，其實我們社工有一些議題倡導都有、政策倡導都有社工員的角色。…未來是不是我們可以去鼓勵說，其實這套系統如果說它可以由、變成說是以一個全民健康照護的一個、例如說全民健康照護相關的費用去支應的話，那是全民都可以享有的。…它可能就是如果單純以一個醫療的角度，它可能就跟社工員，我們思考的角度就不一樣，我們思考得更全面，會期待是一個政策的一個、的一個介入，或者是全民的一個服務的補給，那因此而降低相關的一個醫療費用的支出這樣子。
(A3)

第四節 社工和其他專業人員的互動

本研究目的之一在於瞭解社工在遠距健康照護服務中，和其他專業人員的互動情形。研究結果發現分為：(1)社工與護理人員一起工作，(2)社工作為服務使用者與團隊間聯繫的橋樑，(3)社工和其他專業人員合組跨專業而非多專業合作，(4)社工提供其他專業人員心理支持。其次，遠距健康照護系統也是一種工具，有助於促進專業人員間的互動。

(一) 社工與護理人員一起工作

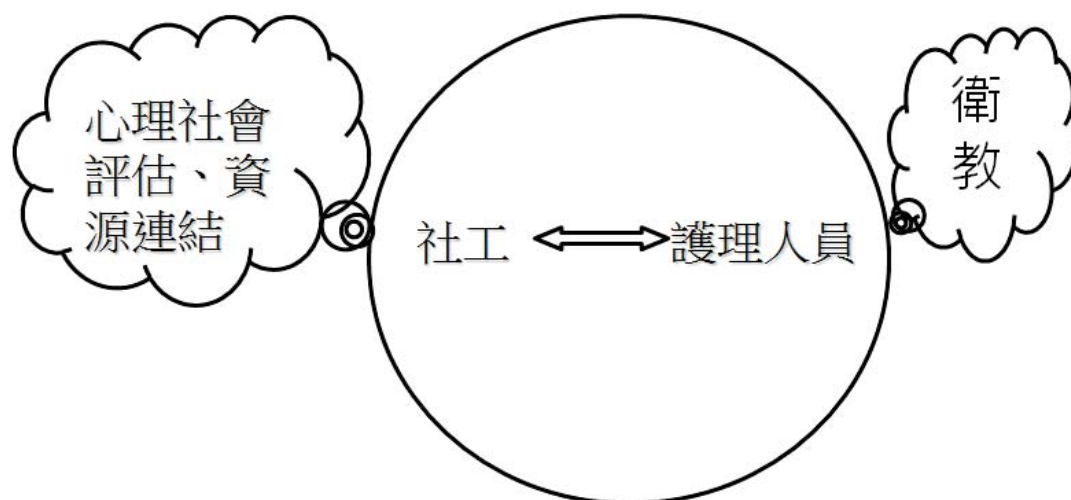


圖 4-5 遠距健康照護服務中社工與護理人員一起工作示意圖

資料來源：研究者自行整理

緊急救援系統屬於遠距健康照護服務的一環，國內提供此服務的 A 機構內，社工與護理人員一視同仁，輪流擔任二十四小時 call center 內的客服人員，負責接收使用者於居家端每日報安的訊號、處理緊急狀況及聯繫獨居長者的主責社工等。受訪者認為社工與護理人員基於專業背景與取向，一起在團隊工作時各擅勝場，社工善於連結資源、深入分析家庭關係，而護理人員勝任衛教諮詢任務。而兩種專業人員透過正式與非正式的案例討論、職場人際互動等機制，互相影響，映證「近朱者赤、近墨者黑」的道理，也互相學習對方的專長。此亦為兩種專業人員一起工作的優點。

像我們值機就是…因為我們是 24 小時的嘛，就是一定要有人上面。通常我們值班的話，就是像我們社工跟護理師其實是一起工作的。…像目前的話我們幾乎都是一起做，所以說他們也要學…他們也要作我們的工作、去幫我們連結社會資源啊，然後我們也要學他們的東西、去跟個案作衛教。(A5)



衛教…因為他們比較專業，我們是直接去詢問護理師，護理師會給我們一些衛教，那我們到時候再轉給長輩。(A1)

我們(社工)就是，會說可是其實你不能只單看到他這一面，你要去想一下說為什麼…是什麼東西造就他變成這樣。對，假如說像今天子女都不理他好了，那可能一般人覺得子女不孝，但是有時候，其實換個角度想為什麼會造成這樣？其實常常我們(社工與護理師)在討論一些 case 的時候，其實講出來，講一講，到後來久了之後，我們都會有一些…就是互相影響，都會互相影響到。(A1)

然而，受訪者期待兩者分工更為明確，各司其職，由護理人員在第一線值機，遇到有特別需求的案子，轉交給第二線的社工連結資源，受訪者認為如此配置可讓服務輸送更加有效率。這種分工模式，即是國內另一間供應緊急救援系統服務 B 機構採行的方式。然而，護理人員能否具備足夠的敏感度，辨認出使用者的需求進而 pass 給社工處理不無疑問。其次，何種分工較有效率與效能，亦有待進一步實證研究。

他如果今天需要什麼居服啊，什麼輔具的話，她們就可以不要再浪費時間再去寫那個照會單，或是不要再浪費去做聯繫，她們可以專心去接她們的訊號。她們只需要把這個訊息 message 給我們，那我們就是專門趕快去幫她寫照會單啦，幫她做聯繫啦。(A1)

(二) 社工作為服務使用者與團隊間聯繫的橋樑

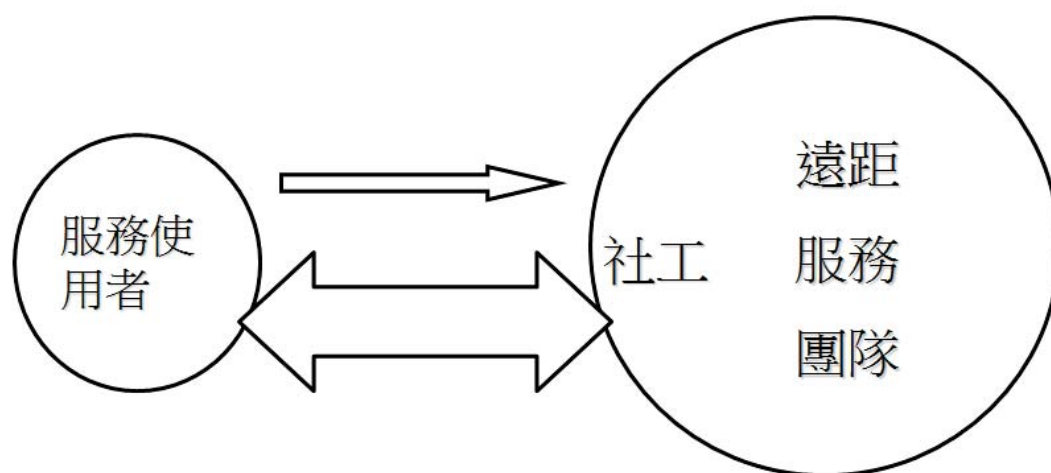


圖 4-6 遠距健康照護服務中社工作為服務使用者與團隊間聯繫的橋樑

資料來源：研究者自行整理

社工扮演者聯繫者，在團隊各個專業之間穿針引線、交換訊息，搭建起案主與其他專業人員或系統間的橋樑，目的是讓遠距健康照護服務輸送上更順暢。依照聯繫的鬆緊程度，又分為「窗口型」一較稀疏、較微弱的聯繫者，以及「中堅份子」一較緊實、較綿密的聯繫者。

社工擔任窗口型的聯繫者，工作任務單純、獨立，在流程方面社工位於最接近使用者的第一線，負責受理遠距健康照護服務的申請，將申請表件交給服務供應單位，以及幫忙案主傳達訊息給主責社工，在互動性質方面傾向單方向的聯繫。整體遠距健康照護服務中，社工的角色較邊緣，且在其中的社工自我評價工作內容不複雜，對案主的協助也很有限。

主要是放在申請的流程，就是收民眾填單、然後欸社工這邊要把這個單據... 要給...就是要送給這個健康中心，簽收回來。然後、就大概這種比較書面的程序的那個而已，然後沒有什麼太、沒有什麼太複雜的、也沒有什麼很重要的業務交接。...好像變成我們這邊只是變成一個收件的窗口，然後跟健康中心這邊只是一個窗口對窗口，把送件丟給他們，他們審核回來，然後其實業

務上好像沒有什麼太大需要溝通的空間。(A4)

以我們這一行來說的話，我們社工的參與…給他們(指案主)的幫助算是有限啦。因為其實他們假如今天真的要我們做什麼的話，我們也是需要聯繫他們的主責社工。我們的角色跟主責社工比較來，我們又算是二線了，只是他們…他們只是把問題反映給我們，然後我們反映給主責社工，所以說其實對他們有什麼實際的幫助，直接的幫助其實也還好，因為我們畢竟是負責聯繫的窗口。(A5)

至於社工作為中堅份子型的聯繫者，與其他專業人員的往來較多，互動性質方面屬於雙向交流。例如受訪者 A2 在老人公寓中工作，長時間貼近住民的日常生活，對於其生活作息、飲食喜好、情緒起伏、人際關係等影響健康的因素最為清楚，就像同住的家人般熟悉。在遠距健康照護服務中，社工可搜集、提供住民(使用者)的第一手資訊予後端的醫療團隊進行評估，和個管師保持聯繫，彼此討論使用者的照護計畫，並且一起執行。

個管師他是每個月才固定來的，那社工在這邊是比較長期性的，所以可能會變成一個連結，就會把長輩在、平常在這邊的狀況…他的生活習慣是什麼樣子，所以才會造成他往、後面的一些譬如說身體的變化，這樣的問題呢、會大概、會跟個管師就是平常、就會跟他聯繫。(A2)

(三) 社工和其他專業人員合組跨專業而非多專業合作

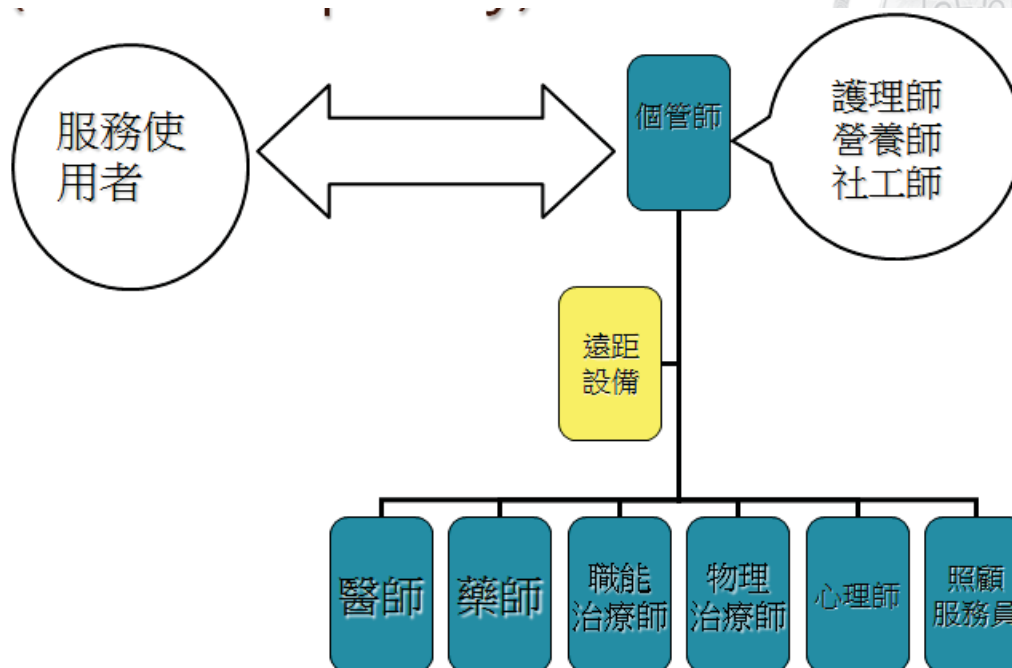


圖 4-7 遠距健康照護服務中社工和其他專業人員組成跨專業團隊

資料來源：研究者自行整理

文獻提及遠距健康照護團隊包括醫師、護理人員、藥師、營養師、個案管理師、照顧服務員、其他醫療人員、個案、家屬、政府相關單位、資訊工程師、醫療設備及器材業者等，涵蓋照護端、營運端等多元專業人員（呂麗雯，2012；洪春安，2011）。所謂「跨專業合作模式」（trans disciplinary）係指各個專業人員各司其職，個別發揮各自的專業功能，但強調透過個案研討等機制進行內部整合，再依使用者不同的需求，由單一專業人員提供整合後的服務。受訪者以「練功」這個動詞，傳神地描述內部整合的過程，團隊中某種專業人員基於自身內功（其專業養成），加上拜其他專業人員為師，練習所需的功夫招式，濃縮各門各派的精華，練成後再由該專業人員「出招」。至於何種專業人員最常上場，受訪者認為因應遠距健康照護服務很多時候處理案主日常基本飲食、作息，故以為護理人員、營養師與社工這三者最適合擔任第一線的服務提供者。而「多專業的合作

模式」(multi-disciplinary)則是聚集眾多的專業人員，但零散地提供個別的服務，如同多頭馬車，可能造成服務的重疊或漏失、無效率，也易讓案主混搖。

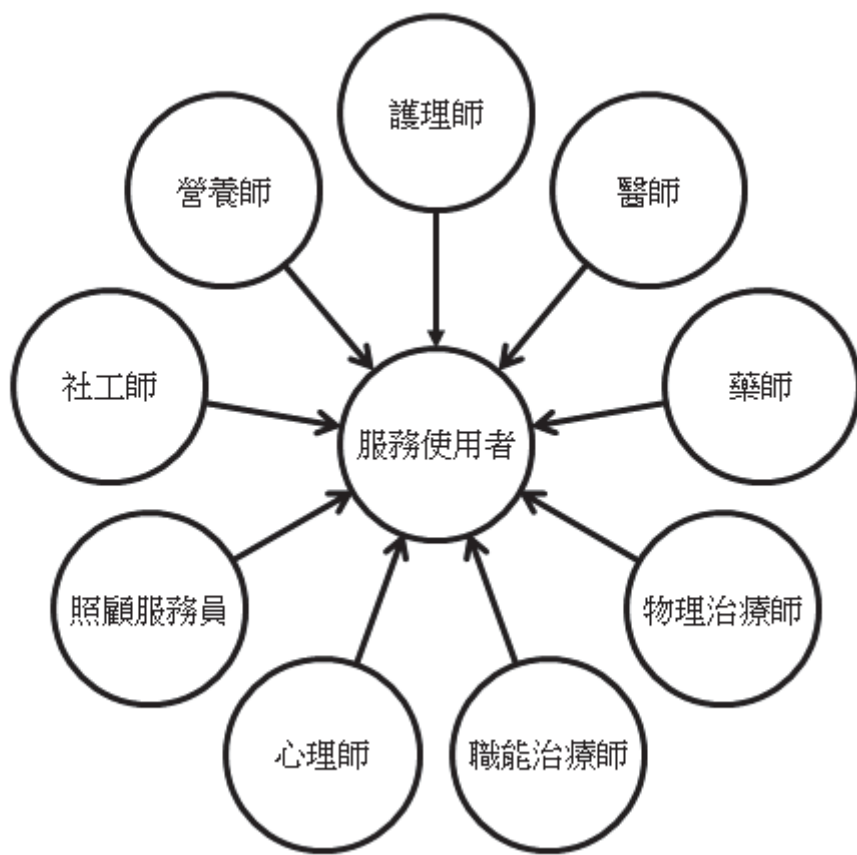


圖 4-8 遠距健康照護服務中專業人員組成多專業團隊示意圖

資料來源：研究者自行整理

一個人的健康明明就牽扯到這麼多的面向，醫師也進來了啊、PT、OT、心理師，大家一大堆在裡面，難道還有藥師，那每個人都在爭取，每一種領域都在爭取自己的那個、對外、圈自己的那個地盤，那有用嗎？你去看看，每次那種開長照會議的發言，營養的啊、藥師的啊，每個人都在講自己的地盤，應該、就是只有自己才能做。你回到最現實的啊，如果從公共衛生、從政策面來看，哪有那麼多錢哪？而且你、那個個案如果這樣、被這樣搞一定瘋掉。…十個專業、一個禮拜來十個不同的人，每個人都跟我講說這個很重要，到底什麼重要？一個個案哪有可能這樣去、去弄…(B2)

那妳覺得社工目前投入長照、具體嗎？啊！但是就侷限嘛。…就是不同的專

業你裡面、你你、到底是要怎麼去整合，那每個專業都需要存在的，但是不見得這個人需要十種專業，我就要派十個人去給他嘛，我要去服務他的，也可以是一個 gate keeper 嘛，那其他他跟後面另外九個人練完功就好了啊。個管師跟社工談好這個人的問題，就服務他、他的招式就不一樣嘛，對啊，所以、所以我說教育的問題就會回到一個、還是說跨領域的整合。(B2)

以我來看，護理、社工、營養這三種最容易當第一線，他們都可以各當第一線。因為這東西比較像 daily life…後線這個團隊是各種領域要存在。…他現在活動地很好，那你其實最主要就是營養的問題啊，因為營養跟他談的是吃啊、運動啊、睡覺啊，那護理也可以做，因為護理人員好用、什麼都能做。(B2)

我們的服務個案裡面都有個照護計畫，那我非常強調照護計畫裡面是要做 social well being 這一塊，所以社工、社工進來的角色也很像就是說，他也許不是第一線的個管師，但他承擔了個管師的責任。就譬如我的配置裡面，我可能是四個個管師、一個社工，類似那種概念嘛，就是四比一啦，實際數字不一定是這樣，但是他們裡面是互相學習的，如果我在這裡面，我沒有創這個機制，其實護理人員永遠不知道社工在想什麼。那我沒有要讓社工當第一線，因為我做的還是遠距啊…他那些生理量測數據回來，社工不可能處理啊，一定是護理人員。可是…他可能是護理人員的種子，他也協助護理人員在做 social well being 的、的想法，他又在社區，你怎麼樣跟社區聯合機構點，在社會關係的連結，這是社工的，那護理人員不是說不行，但是要看看個人特質，但是社工是有這樣的專業的。(B2)

遠距健康照護的跨專業合作模式中，社工與其他專業人員的互動技巧方面，多位受訪者認為首先必須知己知彼，站穩社工專業之外，更需要「知彼」—虛心學習其他專業領域的知識，以及認識其他專業領域運作方式，尤其應該增進生理疾病、身體功能等知識裝備，因為身體健康較內在心理、靈性層面更具體外顯，也是社工可以輸送服務的入口點。第二，必須發展共通的專業語言，有利於不同專業人員間的溝通。第三，由於每個專業仍有各自的特色，思考邏輯不同，關注的面向也不同，難以模仿或一蹴可及，各專業人員互動上亦強調互相學習的重要性，得以提供整合的服務。

我覺得未來應該，不管任何一個新的可能技能或是什麼的，它們…是一個團隊合作的感覺。那這個團隊裡面可能會需要很多各式不同領域的專才人員，那其實我們社工可以進去這個團隊裏面，他可以帶入社會福利的概念進去。那其實相對的社工他也必須學習一些，其他領域的一些。…畢竟如果是走到遠距健康照護這一塊的話，可能我們社工都會說我們強調的是社會功能、心理功能…。但其實一個人他除了社會、心理以外，還有一個就是身體功能。那身體功能我們通常都會把它劃分給可能是醫療或是健康，但是我覺得社工針對於身體功能那一塊其實可以多方瞭解。(B1)

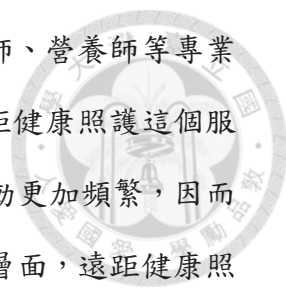
他們看到的就是生理那一塊，就是生理那一塊是一個很明確的東西，就是我現在就是不舒服，我就是哪裡痛啊，這是一個很明確的一個東西，那心理跟社會這兩個部分其實是…你要講它是一個虛無的(或抽象的)對，(變動的)，對，你沒有辦法去跟家屬或者是跟長輩說，唉呀，你就是怎麼樣、就是怎麼樣，可是我們可以從瞭解生理那一塊去推進…。(B1)

我是覺得說如果社工的工作，如果等於說看、也可以跟護理師合作，看要一起去，或者是社工這邊加強那個這方面、護理方面的知識，也是可以。(A6)

每個專業都有各自它專業上技巧的施展…如果是你非專業技巧，譬如說叫你去看生理量測的數據，你可能看得懂，大概超過一百三是怎麼樣，可是、你對於那個一百、超過一百三的直接聯想的東西就會不一樣。像護理師可能看到那個一百三，對我們直接、我們只是可能覺得欸太高了，要控制自己的血壓，他可能是覺得欸，是你的血管有問題，或者是你本身有什麼疾病史，是因為那個疾病史造成的，因為他們受的那個專業訓練的過程，跟你們受的專業訓練的過程不一樣，所以你們看到某一件事情的直覺聯想，跟後、後續的反應是不一樣的。…妳說像護理人員啊，再去接受社工方面的訓練，他可以，可是那個程度絕對不如你們多年來的訓練那個深入程度一樣。所以我常常在說為什麼、一直要說這麼多專業的合作，原因就在這邊，你還是要互相去做支持，這樣互相去做學習，才會共同成長，對一個人的照護、一個長輩的照護才夠完整，才不會只看到一個東西，你想到、想到淺淺的東西，然後有限、侷限在那邊。(B3)

各自找到各自的定位，因為如果說一個專業它可以做好所有的事情，那當然沒問題啊，可是、通常不是啊，通常就是各自要有各自專業。(B5)

研究也發現，遠距健康照護服務是一種促進跨專業人員互動的工具。在抽象



層面，無論在社區或醫療機構中，社工與護理師、復健師、醫師、營養師等專業人員，因為同樣屬於遠距健康照護服務團隊中的份子，負責遠距健康照護這個服務方案，產生更多的業務交流機會，社工與其他專業人員的互動更加頻繁，因而建立起更深厚的工作關係，有助於其他業務上的合作。在具體層面，遠距健康照護設備能提供視訊功能，受訪者表示隸屬的某地區醫院每月多方現場連線，舉行遠距個案研討會。視訊畫面最多可分為四格，一格出現個管師的影像，一格經個案同意出現個案身影，另兩格依需求可請相關專業人員入鏡。若復健師想評估案主的手部功能，立即能請照顧服務員幫忙案主舉起手，畫面中可同步呈現。這般利用遠距健康照護的先進科技設備，有助於專業人員交流，亦可節省開會所需的交通往返時間，提高工作效率。

也因為有了這項服務，那多了和健康中心的聯繫，你在處理其他的獨居老人個案的時候，你跟那些護士的互動，因為你們知道對方了，那既然知道了，就話就不會講太絕。(A4)

團隊成員滿多的，有醫師、復健科醫師、營養師、然後家醫科醫師，然後還有個管師、社工師、然後牧靈關懷員…我們定期會開個案研討啦，那也是、因為也是透過用這樣的一個資訊，或者是這樣科技的連結，那就可以…那就譬如說，因為我也不可能把這邊的社工，跟這邊的照顧的服務的人員直接帶到醫院，去開個案管理的會議。…大概每個月都有一次…嗯那也透過那個開會的目的，大家團隊的成員也多加認識。(A1)

(四) 社工在團隊內可提供其他專業人員心理支持

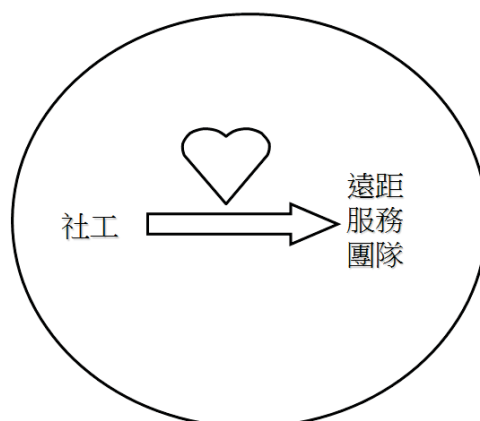


圖 4-9 遠距健康照護服務中社工提供其他專業人員心理支持示意圖

資料來源：研究者自行整理

之前的論述主要針對遠距健康照護團隊對外輸送服務，而受訪者亦肯定社工在團隊內部有著支持其他專業人員的角色。社工在同理、陪伴、情緒抒解方面學有專長，身處遠距健康照護團隊中，不但可為個案紓緩心情，也可為其他專業人員提供支持。支持的方式可能透過個案研討機會，集思廣益，突破現有服務輸送的困境，因而減輕工作壓力；也可能透過會談、輔導，直接對團隊中的成員提供個別的協助。

社工有內部支持跟外部支持，外部支持當然就自己個案的支持，但是內部支持就是對於護理師的支持，那也重要啊。…那個護理師就跟我說，喔還好有某社工，就是對於他、他對於這個個案照護上面，壓力也減輕非常多。(B3)

第五節 遠距健康照護現況以醫療取向為主

(一) 遠距健康照護等同於透過生理量測、監控生理數值

本節在於探討遠距健康照護服務中，社工對於「遠距健康照護」這個名詞主觀詮釋的意涵。研究發現從事不同遠距健康照護類型的社工，不約而同地認為「遠距健康照護」等同於「遠端量測並監控血壓、血糖等數值」。使用該服務的族群

為患有慢性病的健康虧損者，而主要服務提供者為醫師及護理人員，遠距健康照護目的為促進健康。然而，此處指涉的「健康」有必要進一步分析。

世界衛生組織(WHO)組織法的前言將「健康」定義為：「一種身體、心理與社會的完全安寧狀態，而非僅只沒有缺陷或疾病。」該定義強調一個人除了身體無病、無痛之外，還需保持心靈平靜，且身處的社會環境祥和安定，才符合健康的條件。

以研究發現的健康照護意涵對照世界衛生組織的健康定義，再將「遠距健康照護」細部拆解，目前從事遠距健康照護的社工，心目中「健康」的意義十分侷限於生理、身體器官層面，因此「照護」方式自然地連結至醫療取向的介入，將「遠距」視為定期進行生理量測、傳輸的科技設備。

遠距主要是針對生理的部分量測嘛。(A1)

他自己覺得身體都很好，很 ok，他們也會拒絕使用。…護理師家訪的時候，她的內容就是以看個案的身體狀況為主，做一些簡單的衛教、詢問，一定要幫他量個血壓嘛，那有一些如果有糖尿病，幫他量個血糖，然後再來就是問一下，ㄟ，你排便有沒有順暢啊？就是驗尿啊這一方面、然後睡眠啊、然後呼吸。(A5)

讓長輩覺得欸我來量測之後，或者是我有、呃因為這台機器，然後又多了很多資源來去給他這樣子，然後他就會覺得更信任這樣的那個、一個這樣子的系統。(A2)

除了緊急救援以外，有一些自己自費的 case，也是有幫他就是血壓、血糖的測量。…就是給他一些衛教跟一些關懷這樣子。(A5)

我覺得它應該是主要是針對那個社區照護的、有一種預防的感覺，覺得社區照護裡面，是一個預防的感覺。…幫你那個健康去做一個就是定期的檢視，然後就讓你預防你的疾病，然後你可以知道你自己疾病、你的身體的狀況。(A4)

國外文獻指出緊急救援系統屬於遠距照護系統的第一代(Doughty et al., 1996)，然而本研究發現特別的是，臺北地區負責緊急救援系統的社會局承辦人與提供服務的社工們，都不認為該系統涵蓋於「遠距健康照護」範疇中。細緻兩相分析對照，緊急救援系統以宅端主機，搭配使用者隨身攜帶的無線發射器，串起使用者居家與 call center 遠端連線，符合「遠距」的特色；使用者在跌倒、受傷、身體不舒服時，可發揮即時救援功效，平常後端適時提供衛教諮詢，亦有利於「健康照護」；後端 call center 及客服人員加上設備，也具備監控的功能。但在社工人員的思考、想像中，因為並無量測的功能，就被排除於「遠距健康照護」之外。由此可推理得知「量測血壓、血糖生理數值」是社工人員對於「遠距健康照護」的核心意涵。

我先前對於遠距健康照顧，我就聽到這個東西…遠距健康的想法會比較狹隘，就是衛生局那一套，就可能是幫你監控血壓、血糖一些，可能長輩每天就是定期上傳一些健康控管的資訊、可是我從來沒有想過緊急救援系統會是屬於遠距健康照顧的一環。(B1)

遠距健康照護，我覺得是，就是、應該是說、就是可能個案這些啊，長輩在家啊，然後在遠端有一個人，能夠在、能夠、就是即時、就是同時跟他連線啊，就是定時定期的檢測他的那個血壓、血糖嘛，然後遠端有一個人、然後、同時就一個人幫他諮詢這樣，嘿呀。啊我覺得、我心目中的這個遠距照護是這樣啦。啊緊急救援的話，就是、比較屬於就是緊急狀況發生，然後能夠及時救援，然後我覺得，比較不太像啦。(A6)

然而，也有受訪者對「遠距健康照護」所具備的量測功能期待更多，格外重視使用者與後端醫療團隊的互動，認為主體在於使用者，而醫療團隊為輔。遠距健康照護之目的在於提供一種工具，協助使用者掌握自己生理數值的變化，來進行「自主健康管理」。值得思考的是，目前大部分遠距健康照護的設備，都在測量血壓、血糖、脈搏等生理數值，不過即使這些數值都正常，至多代表使用者的心血管功能、胰島素分泌正常，並不同於全身各系統、各器官都沒有生病。因

此，「遠距健康照護」代表的健康意涵，除了排除心理安適、社會安寧，化約等於身體功能，同時更受到量測設備的影響，侷限在能夠被量測出的數值正常。

我覺得它是透過一個資通訊的科技，然後來做到一個健康管理的模式。(A1)

我們原本期待的是遠距健康服務是說住民他固定地去使用那套系統，那系統裡面他應該透過、呃他透過每日的一個監測，然後一段時間監測後應該要去發現問題之後，然後由背後的系統，或者是醫生來跟住民做一個討論，或者是了解他一個狀況。(A3)

這套系統的發展，其實它某種程度上，它是要鼓勵說住民或者是參與這套服務系統使用的人，他其實應該是具有一定的自主性，那他自己會去關心他的健康。對、那他除了自己關心健康之外，另外一個就是說，當然背後的系統也會透過監測，然後了解異常的狀況，那會做一個回報，那彼此之間，就會去關心他原本參與者他的一個健康狀況。(A3)

(二)遠距健康照護是一種智慧化服務

部分受訪者看待「遠距健康照護」的焦點在於整合所供應的健康照護服務，認為長期照護領域包含多種服務種類、跨專業的人員，透過「遠距」這個媒介、這種工具來進行整合工作。「遠距健康照護」名詞雖然新穎，但受訪者指出其核心概念即是一種「智慧化服務」。例如受訪者 A2 身為機構型的遠距健康照護服務團隊中的一員，她從工作時觀察到居住在該老人公寓的住民，關心自己的健康，但苦於缺乏統整的「方法」。住民身體不適時常到醫院不同科別就診、拿回很多藥物，長輩們辛苦奔波，所得的醫療服務卻個別、零散。因此她認為遠距健康照護系統有效地將個管師、復健師、藥師等專業人員串聯、聚集，共同為機構住民提供生理量測、復健運動、藥事諮詢等健康相關的服務，以促進住民的生理康健。

我覺得是比較針對像健康促進的部分，…希望可以推動長輩至少延緩他們老

化的速度，那其實我是覺得可以透過這樣子的遠距照護的部分，一方面歛血壓就會每天都去控制它，讓他去關心自己血壓的狀況，然後又、呃個管師啊，會固定來去做一些衛生的教育，那再加上有一些呃、他也可以透過呃視訊的一些諮詢，譬如說我們復健師可以教他做一些簡易的一些運動，做一些呃、呃針對他一些身體的狀況，可能就會教他做一些運動類的，那他平常在家裡面就可以練習，那可以讓自己的，因為有透過運動啊，可以讓自己的身體更健康。然後另外一方面又有藥師，在呃、呃、看長輩有沒有呃、藥物重複地使用的狀況，因為長輩其實就是、老實說常常問他：「你要去哪裡？」，都是要去看病，那看病通常會拿很多很多的藥回來，然後他可能看不同的科，可是不同的醫院、不同的醫師，可能不知道你在、你在吃的什麼藥，可能會重複用藥的狀況，那透過藥師可以做藥事的服務，然後針對他是不是有重複用藥的狀況，去做一些改善，那可能會提醒他說，你下次要跟醫生講說，你這個藥已經有在吃了，那這樣跨很多專業。(A2)

推遠距照顧對我們來講，它跟既有的社區服務啦，或者是一些長照啦，就是不管你是社區的、還是真的進入到長照，是同一件事情，因為我們是在談所有的服務的整合，遠距不是另外一件事…它只是透過這些東西，到最後整合起來，有些弄到最後，已經有些東西不是遠距的概念了，它其實就是比較像是所謂的智慧化服務。(B2)

對於從事居家及社區型的遠距健康照護服務的受訪者 A1 而言，同樣視這套系統為利器，是一種服務的具現，用來引導醫療團隊順利打入社區，和社區人士建立關係。重點仍是運用遠距健康照護系統以整合外來醫療團隊，還有既有社區內的人力、物力、財力等資源，為了提升社區居民的健康。例如 A1 將所屬某地區醫院的醫療團隊，包括醫師、藥師、營養師、復健師、護理師、牧靈人員等專業人士，帶到臺北市大安區某天主教堂，觸媒就是在教堂內的活動區域中，設置一臺居家及社區型的遠距健康照護設備。A1 在安裝前，即和堂區的神父、秘書、教友幹部們進行多次討論，了解關鍵人物的想法與期待，也說明醫院能提供的資源。得到同意安裝機器設備後，因為有了神父、教友幹部等人的推動，鼓勵彼此加入會員，將每次用這套設備量測到的生理數值，儲存於電腦資料庫中，提供予遠在新北市醫院的個管師來關心、追蹤。即使不是會員的教友，也可利用週日上午參加主日禮拜的時機，量測自己的血壓，一時間大家琅琅上口這句宣傳口號「上

教堂也可以很健康」！而 A1 也常連結醫院資源，在該堂區舉辦健康促進活動。例如選定中秋節前夕的週日，請到醫院的營養師來堂區教導低卡甜品的製作，此時個管師也會到場為教友們量測血糖，並進行衛教諮詢。剛量測血糖後，超標的教友面對甜食馬上變得多所顧忌，並將剛才個管師教導的低 GI 食物種類放在嘴邊，其他人紛紛會心一笑。教友們發現，裝設這套遠距健康照護設備後，大家常聊有關養生保健的話題，聚餐時也會互相提醒注意飲食。

建立一個關係的平台，一個很好的工具，而且我們可以讓社區民眾意識到它這個新型照顧服務的便利性跟多樣性，然後其實這樣一個高科技的工具，讓我們進入社區，我們覺得欸有一個東西讓我們進去很好說明、很好介入，讓我們整合那邊的社區資源，就把大家都扣在一起。(A1)

既有的服務透過遠距健康照護設備進行整合，進化成「智慧化服務」，即使運用一日千里的科技設備，終究提供服務的還是人，接受服務的對象也是人，因此受訪者也提及遠距健康照護服務的本質，終究回歸至人與人之間「有溫度」的互動。研究也看見遠距健康照護服務具有「虛實相間」的特性，將遠方沒有溫度的飄虛服務，和眼前熱情的現場真人做結合。緊急救援系統服務設計，除了 24 小時 call center 遠端監控外，仍有護理人員（健康管理師）每月到獨居長者家進行訪問。而衛生署計畫中居家及社區型的遠距健康照護系統，也有個管師親自到使用者家中或社區服務據點，。至於機構型的遠距照護系統，在遠端的醫療團隊也會視需求，實際到護理之家、老人養護機構提供第二意見諮詢。如同參加補習班課程，若學生每次都只能在螢幕前觀看名師教學錄影帶，甚至函授課程，比起老師本人生動地在學生面前、注視著每位學生來授課，並有所問答、互動，引發更多思考與激盪，學習效果自然不可同一而論。

我很強調那種有溫度的服務，說有溫度，其實是人啊。我常常都在講啊，這些東西你做得多 fashion 其實都是騙人的啦，最後是人跟人在互動。譬如說什麼老人公寓、我每天個管師給他換不一樣的去，妳覺得會有效果嗎？妳會

把、把妳身體的狀況跟不熟的人講嗎？對啊、不可能。(B2)



(三) 遠距健康照護服務在健康－疾病連續光譜上之應用

Leavell 和 Clark (1965) 將疾病自然史與預防醫學分為三段五級，「初段」屬於易感受期，涵蓋「健康促進」與「特殊防護」兩級；「次段」則為臨床前期，屬於早期診斷、立即治療的階段，「參段」又包括臨床期，開始出現障礙及限制，以及最後的障礙期，此時即需要復健（引用自陳恆順，2010）從初段、次段推進至參段，呈現健康至疾病連續性的進展脈絡，相對而言，醫療保健服務的介入也隨之不同。

初段及次段，人仍在社區中生活，生理方面屬於健康到亞健康層次。直到進入參段的臨床期及障礙期，漸漸失去健康，開始需要緊急醫療（如救護車送醫、急診室緊急救治）、急性醫療（如醫療院所中的病房）的介入，最後若罹患慢性病或失能，則產生長期照護需求（如插導尿管、鼻胃管、呼吸器兩管以上護理之家、呼吸治療中心、長期養護機構），或者病狀太嚴重時產生末期、臨終照護需求（如緩和醫療、安寧病房）。

表 4-2

疾病自然史與遠距健康照護服務

易感受期		臨床前期	臨床期	障礙期	死亡
初段		次段	參段		
第一級 健康促進	第二級 特殊防護	早期診斷 立即治療	第一級 限制障礙	第二級 復健	
社區型遠距 照護系統：主 動參與自我 健康管理、建 立個人健康 紀錄	遠距照護、緊 急救援系統、 MINIBOND、隨 身壓扣、跌倒 偵測器、床位 感應器、出入 感應器以保障 居家安全	遠距照護、 防走失手鍊	居家或機構式遠距照護系 統：生理量測追蹤、視訊 衛教、遠距復健、藥事安 全服務	遠距視訊、心 理輔導、緩和 醫療、安寧療 護	

資料來源：研究者參考陳恆順(2010)自行整理

本研究發現遠距健康照護服務在健康—疾病連續光譜上之應用，在初段、次段多有可著力處，如運用遠距視訊衛教，預防疾病發生，透過遠距生理量測強化自我健康管理，以減緩病情惡化，安裝緊急救援系統等智慧化家庭設備，提高在宅安全。但若進入臨床期及障礙期，需要密集的醫療服務，即與遠距健康照護功能重複，此時遠距健康照護的邊際效用減少。在疾病演進的參段內，遠距健康照護服務較難施展。實務上研究發現在護理之家及養護機構現場，遠距健康照護服務與現有醫護服務的重疊處大，推廣不易。例如原本護理之家中的護理人員，每天即為住民量測血壓；每兩個月也被衛政主管機關要求舉行跨領域的個案研討會，至少需要兩種專業人員加入討論行列，這兩者分別與遠距生理量測及遠距衛教指導的功能相同。最後當病患的病症進行至末期時，通常改施以緩和醫療與安寧療護，取代積極的治療。末期病患大部分時間留在社區家中，偶爾至緩和醫療門診追蹤或安寧病房住院以穩定病況。因此可搭配居家型的遠距照護服務，著重

視訊衛教諮詢與心理、靈性關懷，可提供離開醫院、回到家後的連續性照護。

養護說實在也推不起來，因為可能那個對他們來講，他們大概照護層面已經 loading 量很大了，那種健康監測那個什麼可能就是已經是他們其中的一小塊了，就遠距對他們來說，在那裡面操作效果、嗯比較沒有、沒有那麼明顯。(B5)

因為護理之家他們的服務人員的背景是每天就要去做那些量測，即使他們不用這套系統的話，服務人員也是要去做的…他們目前就沒有使用這一套量測，他們就這個生理的量測就變成沒有做，但是呢，他們就變成說固定每個月回報特殊的個案給系統的負責人。但是這也會牽涉到一個問題就是說，護理之家它的服務系統裡面，原本就有包含一個跨服務人員的一個個案的一個討論，那這個也是本來就要做的，這個也是兩個月就要做一次，因此其實會有一部分就會使得說目前護理之家，要求的兩個月的跨、跨專業人員的一個個案的討論，就有點跟這個遠距照護服務系統，其實某種程度這方面是有重疊。但是這個重疊我就覺得說呃、在遠距健康服務系統這一塊，它的固定的量測這個原本的功能其實就被喪失掉了，就被犧牲掉了，就像如果說遠距操作到後面這樣子，其實就跟目前我們要求兩個月做一次的那個、跨個案的一個個案討論，其實就沒有什麼兩樣了。(A3)

某種程度上那個功、那個照護其實還是有相關的重疊，如果說住民進入護理之家之後，相關的服務其實護士都已經在提供了，那他真的還有需要再花這筆錢去參與這個嗎？(A3)

換個角度觀察，研究中受訪者提到在老人住宅或安養機構中，住民仍屬於「初段」—易感受期與「次段」—臨床前期，但因為住民漸漸老化，也產生醫療、護理專業的需求，但可能又沒有日常的、例行性的醫療護理需求（如抽痰、更換管路），此時遠距健康照護服務正可帶入後端的醫療團隊，提供機構跨專業的支持。

遠距這個、這個照護機器，對社工來講，它是有很大的功能啦，尤其是社工主導的、的單位，它是可以加強、補足社工，就是當沒有護理人員的時候、的比較透過遠距，可以有遠端有一些資源協助，可是不要那麼密集。(B5)

第六節 遠距健康照護服務的未來展望



延續著前幾節論述臺北地區遠距健康照護發展的四個階段，以其目前各模式現況，進而探討「遠距健康照護」所指涉的概念，以及社工在其間角色。本節承上啟下，描繪遠距健康照護未來的發展，包括社工等專業人員對服務內容的期待，以及社工人員的參與兩方面。

(一)遠距健康照護的想像多圍繞於醫療功能，較少生活層面

承接著第五節發現遠距健康照護等同於「生理量測」意涵，多位受訪者對於其未來發展的焦點，仍聚集在身體與生理功能層面，希望能量測更種類的生理數值、能提醒何時領藥、使用者跌倒時可發報等。尤其受訪者 B4 身為醫師，帶回留學美國學習的觀念，期待遠距健康照護服務以強大的資料庫為基礎，加入人工智慧，演化為醫療決策支援系統 (decision supportive system)，協助設計臨床上個別化治療或照護方式。他也建議可運用遠距系統無遠弗屆、傳達迅速的特色於公共衛生領域，以利於疫情的防範。研究顯示實際從事遠距健康照護服務的局內人，受到目前的醫療取向影響很深遠，就連未來發展的想像空間，也多圍繞醫療衛生功能的強化。

不曉得之後遠距有沒有更酷的、比如說它可以量更多的東西，或是它有更多的什麼樣的數據可以讓人家做參考也不一定，對啊，或者是欸可以、比如說之後說不定可以跟藥物做結合，欸什麼藥或什麼、多久要領藥一次啊、做個提醒啊。(A1)

希望說機器的一些靈敏度跟它的運用性能夠更高。…可能他身上有個什麼類似押扣，或什麼樣的機器，當他突然間傾倒了或幹嘛的時候，就是那個東西就會感覺到他可能跌到了，然後就會發報過來。(A5)

我們需要它的科技這個運用上面可以跟臨床上面更多的結合，然後它可以更多的 informative 的結合，在美國那邊有所謂的 decision supportive system 放在 telecare 裏面，就是說把相關的影像跟病症放進去之後，電腦會幫你做

一些所謂的分析跟建議，那叫做 decision supportive system，那這樣的話會提供照顧者一個比較好的，比如說他們很多都用在急診室，一個病人進來，把影像傳到資料庫，它很快會分析他可能是哪裡受到創傷，或哪裡出血，更有效的，或有時效的去治療這個病人，這是 medical informative 的應用，用到長期患病的病患的上面的話，它會根據，像我知道周院長他有寫類似這樣子的 AI，就是人工智慧型這樣的系統，就是把病人相關的身體狀況跟醫療上面的照顧，把它統合起來，他會提供他那邊的護理人員或照顧人員，他比較好的照顧，包括幾次要翻身、幾次要做拍痰的動作、大概要做多久、他食物的 intake 大概是怎麼樣。所以等於說系統會幫你做這些長期照顧的分析，這個東西就是結合我們剛所看到的人上面的 consultation 跟物理性、電子性、還有一個所謂的 informative，這個我們還沒有，還在發展中，這個東西還不錯，這可以當作以後的。大概怎麼跟電子病歷結合。(B4)

一個是 health awareness，就是健康的認知跟教育跟這個推廣，第二個是 preventive measure，就是所謂的預防醫療，比如說你用遠距的方式可以做到，比如說告知跟教育，然後你可以做 preventive measure，比方說預防性醫療的注射，或是說，怎麼講，就是疫情好發的時候，像那時候我們在美國，CDC 是他們的傳布和防制就很快。像我記得比較特別的例子是，那時候收到訊息說，大家注意土撥鼠，因為亞歷山大洲那邊有土撥鼠咬到人了，全美就哇裡勒，全部就知道了這個訊息，有可能的病症。第二個美國還是所謂狂犬病好發的國家，所以這個部分，訊息的傳遞是可以這個方式，然後如果這個病人已經 quarantine，比如說他已經隔離，可是他沒辦法，美國就地廣，有很多廣的地方，用這個方式就可以串連到波士頓的專家，或亞特蘭大的 CDC，或者在地的專家，可以做這樣一個會診的討論，這是 telecare 可以做得到的地方，然後 awareness 也是，當你把這個訊息整理之後傳播到各洲，或各市，大型城市的這樣一個公共安全或公共衛生的單位，就可以讓這樣的疫情得到比較好的預防。(B4)

然而，部分受訪者夢想著遠距健康照護服務，除了目前保護身體、維護安全的功能外，更可擴充日常生活、人際互動、情感連結、美感體驗、休閒趣味等多種層面，例如利用這套設備來找人談天說地、借還書、送洗衣服、欣賞兩廳院的表演等，就像智慧型手機可依個別需求下載各類軟體，回歸也呼應到人具有的多元需求。尤其在社區中的獨居長者之中，有些人較孤立、缺乏談話的對象，可能因此常使用緊急救援系統「話家常」，令客服人員感到困擾，但這種情形亦呈現

該位長者平時不被滿足的人際需求。若許多長者反應這類的的需求，與其謹守緊急救援系統的原始功能，而抱怨對方錯用資源，不如思考開創附加服務的可能性。再者，居住在老人機構內的長輩與遠方的家人，因為距離的限制，未來也可加入像SKYPE視訊功能，有利於保持家屬間的情感連結。對此，受訪者B4分享到日本郊區某兒童醫院的參訪經驗，該醫院為鼓勵病童的家人親自陪病，規定住家與醫院達到一定距離的家屬，才能使用遠距探親服務，以免取代親人間實際互動。

有人說希望手錶上面真的有手錶可以看，對，手錶上面真的有一個錶可以看。…他們(使用者)也曾經說過，手錶能不能帶出去，押一下可不可以跟我們講話？(A5)

但如果之後科技能夠更進步的話，就是直接機器就可以，可能可以看到阿公阿嬪的那個畫面，然後又可以量血壓血糖。(A6)

我覺得在照顧、就是身體照顧這一部分，呃還已經、我覺得還滿完備的。可是可能在一些心靈啊、或者是生活面的部分啊，我覺得可以再加一些東西。…像譬如說像呃第四臺…洗衣服的、一些藝術的一些欣賞啊，或是一些、一些呃生活的一些樂趣的東西加在裡面，那讓他們不只是說健康部分，也可以生活面的部分。嘿，我覺得這樣會不會更、更完整？(A2)

像 apple 啊、他們現在就是加很多啊…也許長輩也可以用那個機器、也可以上 facebook 啊，還有網路的連結啊，或者是他有一些跟子女的那個、視訊啊…社工會想到這一塊跟家屬連結，是因為透過這個系統讓我們有另外一個思考的方向，嘿啊，就去想欸科技原來是可以這樣互相連結在一起，即使在遠端，就可以互相呢有所連結在一起，所以那時候才想說欸，那如果跟國外的小孩，或者是中南部的小孩，也可以、是不是也可以透過這樣的方式。(A2)

有些長輩對於可能關心這一塊會有一些需求，那我覺得遠距的部分也許它也可以做到就是問安。…畢竟它們的主要的目的跟功能都不是在聊天，(市民健康生活照護服務)一個是健康的管理、(緊急救援系統)一個是在宅的急救。(A5)

無獨有偶地亦有受訪者提出應在遠距健康照護服務中放入「生活體系」的概念，強調社工專業注重的「人在環境中」理念，亦即認為每個人的健康，和其所處家庭、職場、社區、國家社會等環境的息息相關，企圖鬆動遠距健康照護服務偏重醫療介入的現況。舉例而言，家庭常形塑個人的飲食喜好及作息安排，職場中具有工作壓力，社區內可能有空氣汙染、水污染、垃圾清運等問題，國家對食品安全的法規及稽查不完善等，在在影響人的身心健康。因此，遠距健康照護提供的服務，未來應納入多元的生活資源，例如食、衣、住、行、育、樂各方面，發展整合型的照護。

我們去跟衛政人員去做討論的時候，我覺得某種程度上，我們要去跟他們說明說健康管理它其實某種程度上，包含社、家庭跟社區會對他有影響，社會環境對他是有影響，所以其實慢慢也要讓單純衛政訓練的人，也認識到這個觀念，然後把生活資源這一套、這個概念把它放進去。(A3)

傳統如果說以衛政的思考，可能就認為遠距生理的測量、藥事安全跟警示的通報三項達到了之後，他們就認為是健康管理。但是如果說以我們社工人員在參與的過程中，我們一定還要記得說，那個生活資源的部分，我們一定要把它放進去…那這樣才算是一個健康管理啊。…我們可以去建構、整合有關於醫療照護跟生活體系的一種整合式的一個照護。(A3)

(二) 社工未來參與遠距健康照護服務建構在開放態度及組織支持

目前從事遠距照護的社工有著直接服務、行政、社區經營、政策倡導等多重任務，部分社工在醫療取向的服務模式中，被賦予社區中健康促進的角色，然而，亦有社工認為角色很邊緣、模糊，自我對工作的評價不高。

本研究將社工的投入分為兩方面分析。首先，基於遠距健康照護運用科技設備以克服距離阻礙、輸送服務，與科技應用息息相關，因此社工對科技的態度值得探討。其次，社工對於此一非傳統的新興領域，對於嶄新任務的接受度，也影響了其未來的參與。如何減少社工參與的障礙、增加其投入的意願，受訪者提到

督導功能及組織的支持很重要。

研究發現社工對資訊通訊科技日新月異的發展，態度正向、樂觀，認為科技進步屬於理所當然，是時勢所趨，在生活中已經越來越普及，也能提高便利性。而且社工也能舉出一些與遠距相關的產品，如 SKYPE 通訊軟體、facebook 社交網站等，可見社工對坊間廣泛使用的遠距產品具有基本的認識，這是參與遠距健康照護領域的優勢。

我覺得高科技的東西會一直發展，對啊，應該不會回復到以前了吧！就會越來越先進了！…高科技、高接觸其實由它連結，有些人會覺得越來越冷漠，其實它有它可以方便連結的一塊。(A1)

(技術)其實是做得到啦，但是因為依目前來講的話，我們目前畢竟是居家、在宅的，所以說我們(緊急救援系統)目前還是以這一套為主，那以後他們會不會求新求變，進步到那樣，就是看以後。(A5)

至少大家知道有這個東西的存在，這個東西已經是個趨勢了，因為已經越來越廣泛了。(A5)

如果是長輩心靈那個部分的話，可能就是可以跟他子女、國外子女，類似用 skype 那種去做對談。(A5)

再者，研究發現社工目前參與遠距健康照護服務的角色很有限，故特別請教帶領社工同仁投入該領域多年的督導 B5，以了解社工「過來人」面對新領域的經驗。受訪者提到最初被組織賦予的任務可能曖昧不明，可能也並非以社工為主力，只是多種專業都先加入，組織再「邊走、邊看、邊評估」。此時社工宜避免畫地自限，應該把握機會、接受挑戰，勇敢地嘗試並多觀察局勢，才可能找到社工的定位點。進一步社工做出成績、產出成效，展現獨到、專業的見解，加深組織的認可與信賴，如此正向循環之下，為社工創造更多的機會。

我就是也很鼓勵我們的社工說，一定要多去展現我們的社工專業那一塊，就是不要怕。就是一開始你可能說切入、我們到底要做什麼，我覺得每個人都

會搞不清楚啊…可是如果你不去了解的話，你就會找不到你到底要做些什麼。(B5)

我覺得我還是以觀察的角度啦，覺得社工到底想、可以做些什麼，而不是真的要去搶主導的地位啊。對，所以我通常都是觀察，然後看看我們在這個不管任何業務，社工可以做怎樣的展現，然後去找到定位點，切入以後又可以做得很好，人家才可以看到我們到底我們的優勢在哪裡。對，因為你必須要先讓人家感動啊，而且有實際上的感受說欸這個事有社工在，是有不同的見解，那也是我們機構重視的，然後你可以做得很好的，那不然我們嘴巴說說，都沒有做的話，人家也不會感受到。(B5)

你要人家真的已經很肯定你可以做什麼，而去認定這非社工做不可，我想那是少數。(B5)

除了社工在心態上應對新領域抱持開放態度，受訪者也提到國內目前的就業市場與人才培育上，相對於短缺的護理人員，社工擁有畢業生較充足、起薪較低等優勢，有利於社工參與遠距健康照護跨領域專業團隊。當然，社工必須發揮專業的角色功能，才能在團隊中站穩腳步，而不至於被淘汰。

健康的這一塊更多的空間的機會可以來嘗試。因為現在護理人力很荒…所以現在社工有優勢，社工人多、薪水又少…(但)我很不喜歡人家說我們這麼便宜。(B5)

研究也發現社工參與遠距健康照護服務，督導功能與組織支持都很重要。組織內若設置社工督導，而其能做為社工的角色楷模，引導社工運用正向思考來面對新任務，同時也發揮教育、情感支持等功能，有助於社工在新興領域工作的適應。而組織願意提供機會讓社工參與遠距健康照護服務，也是社工覓得角色的先決條件。研究者很好奇受訪者所屬的醫院為何如此支持社工？探究後可能與經營理念中，強調全人、全程、全家與全隊的照護相關，推展許多業務時都習慣找社工部門參與。再者，該醫院隸屬地區醫院，平時即重視與社區互動，也承接政府委辦送餐、居家服務、居家護理等業務，而這些年該院社工在社區工作上頗有成

效。第三，社工部門的表現受到組織肯定。以醫院為例，目前國內一般有規模的醫院都聘有社工，我們無法說服這些醫院都為社工在遠距健康照護團隊中保留位置，這時候也許需要社工部門主動爭取參與的機會，進而發揮所學，在團隊中貢獻所長，以此贏得組織的支持。

一開始先讓大家不會有這麼地焦慮說，喔！好像增加一個很大的業務，可是其實它就本來是我們有替代做的，只是多了一項功能在裡面，那比如說我據點，我本來就在做的，那現在放了一臺機器進去。(B5)

醫院很重視社工這個團隊，在、尤其在發揮一些那個角色或功能上，他們是覺得有一些信心啊，然後願意給我們一些機會去做。(B5)

第五章 研究結論與建議



第一節 研究的反思

研究者回顧進入田野的身分多元，與受訪者的關係包括具私交的朋友、隸屬市政府社會局的同儕、業務上有合作往來機構的社工¹⁴、受訪者任職機構「前」實習生、臺灣大學社工所的研究生等。研究者發現其間蘊藏權力關係，不同角色影響著研究者與受訪者的互動，以及蒐集到的資料。

例如臺北市政府社會局為獨居長者安裝免費的緊急救援系統，係採取公開招標，將本服務委託給民間單位辦理。因此社會局對受託單位具有履約管理之職責。在社會局工作的研究者，即便不隸屬於該業務的主管科室—老人福利科，但仍影響受訪者的受訪意願、訪問內容及態度。其中一位受訪者爽快的接受訪問，聲稱將知無不言，實際訪談過程中對方擺脫本研究的訪談大綱，興致勃勃地訴說工作「內幕」，期待研究者透過機構內部管道，反應予老人福利科加強監督受託機構。還有一位受訪者係由「與社會局聯繫的行政主管」派請其在上班期間，在辦公大樓內接受「社會局社工」的訪問。見面時對方對研究題目、目的及來意皆表示陌生，也沒看過研究者事前已提供的訪談大綱，所幸在研究者解說下，受訪者願意分享心得，終能完成訪問。然而，當研究者在結束訪談後提出參觀工作現場的要求（事前曾獲「與社會局聯繫的行政主管」同意），受訪者即面透難色，經研究者懇切要求下，受訪者與直屬主管再次確認，以「不方便」拒絕。還有一位受訪者總是態度猶豫，提出自身經驗不足、從事與社工專業不太相關的業務（如核銷經費、整理評鑑資料）、需得機構主管首肯，以及緊急救援系統非遠距照護範圍等種種疑慮。經研究者歷經三週、多次鼓勵與邀請後，對方終於答應在下班後，擠出十到二十分鐘在辦公室之外的地點接受訪問（後來訪問了五十分鐘），

¹⁴文中所謂合作往來指的是研究者為案主申請受訪者所屬機構提供的服務，或與受訪者共同在社區舉辦活動。

但訪談過程中語帶保留。對方透露因所屬機構在最近一次社會局招標時失利，失去了立足多年的「臺北市服務版圖」，直屬主管對受本研究低調、保守，亦影響受訪者的受訪意願。

研究者發現自己身為「社會局社工」，即便並非負責緊急救援系統的業務，本研究目的亦不直接涉及該服務的履約管理，也無關評鑑。但畢竟研究者身為社會局的一份子，在受訪者眼中即代表組織，研究結果也可能為社會局參考，故研究過程引渡了委託契約中的監督權力。再者，老人福利法第 17 條明定政府應提供緊急救援服務，因有法源依據，該服務擁有政府編列預算的正當性與穩定性，目前市場上有一家以上的單位競逐，爭取和各縣市政府簽約。在此種競爭氛圍下，2012 年底甫在招標中勝出、取得簽約權的機構，「與社會局聯繫的行政主管」立即且客氣地同意受訪，希望與研究者所代表的「社會局」建立良善合作關係。但機構同時思忖著「適合由誰接受訪問」、「適合讓研究者知道的範圍」，在權力關係中展現其因應對策。而退出臺北市的市場者則對參與研究態度較保留、謹慎，看似擺脫與「社會局」的上下權力關係。但四年後本服務將重新招標，也許該機構計畫再次投標以期「光復」臺北市，可能係為最終仍接受訪問的因素之一。

其次，在訪問研究者先前實習機構-某地區醫院的高級專員及其推薦的另家醫院營運長時，與其描述為訪問，更彷彿為學生聽老師講課。高級專員與其助理先請研究者進入一間約五坪的展示空間，並選在該房間進行訪問。研究者觀察室內牆上掛著圖文並茂的精美海報，介紹該院推動遠距健康照護的理念及作為。沿著二面牆則放置相連長桌，桌上展示著十數種量測血壓、血糖等醫療儀器、電腦主機設備，每種設備旁都有註明品名、廠商的指示牌，令研究者大開眼界。高級專員以業界「前輩」的口吻，從自家醫院談到其他醫院推動遠距健康照護的經驗，甚至跨領域到建築營造業者（建案中納入遠距健康照護系統）、保全系統業者、資通科技設備廠商的現況及困境，其也是跳脫訪談大綱，流暢地侃侃而談，像是對著思考單純、屬於學院派的莘莘學子（研究者），描述各家醫院、各領域為遠

距商機激烈競爭、逐鹿中原的現況，研究者只能頻頻點頭。再者，另家醫院身形高壯的營運長則著筆挺西裝，選定該院約可容納二十人、富麗明亮的會議室，於中午十二點的休息時間「接見」研究者一人。受訪者自備英文簡報，搭配中、英文解說，講授其自美國習醫，帶回臺灣的遠距健康照護經驗。行程滿檔的營運長在趕赴下個會議前，特地拿出相機，請秘書拍下其與「臺灣大學研究生」的合照。

在訪問這兩位醫療機構的經營管理者時，研究者在專心聽講之外，頻頻以點頭或言語附和對方，呈現類似師生關係的互動情景。在受訪者的年齡及社會經濟地位、訪談物理空間、訪談內容、所使用的語言（皆中英夾雜）、發言主導性方面，研究者發現這兩次的田野經驗展現不同的權力關係。高級專員與營運長視研究者為聲譽響亮的大學之研究生、現職社工，一方面秉持提攜後輩的善意，撥冗接受訪問，以協助研究者完成論文；一方面也對研究者及所代表的組織（社會局及臺灣大學）、專業社群，傳播自己與其所屬醫療機構的理念，欲營造正面的機構形象。

研究者反思自己同樣並不中立、客觀，在訪問兩位經營管理者過程中，頻頻引導、暗示「社工人員」在遠距健康照護團隊中有其發揮處，期待對方肯定「社工」的價值，存有為「社工專業社群」請命的私心，更令研究者與受訪者權力關係傾斜。

研究者回顧自己從 2009 年，自實務工作中發現獨居長輩申請免費安裝緊急救援系統的比率偏低起，持續關注到遠距健康照護系統的發展。再以國內老化急速、科技設備進步、國外持續成長經驗推測，遠距健康照護服務將是具有發展前景的「藍海」，也可提供需要長期照護的案主更多元的選擇。即使社工目前投入的人數少，角色任務模糊，研究者仍以為社工專業不應在遠距健康照護服務體系中缺席。因為「健康」非僅以醫療觀點，檢查血壓、血糖、血氧、心跳脈搏、BMI 等心理數值，而需同時重視案主內在心理與所屬環境的平衡，這正是社工專業視角與眾不同處。因此研究者自我期許為「先知者」，希望以本研究向社工專

業社群介紹遠距健康照護系統的現況，也鼓舞更多社工人員投入本領域，進而影響相關的服務輸送、資源配置，維護案主權益及社工專業地位。


研究者雖無利用以上多元角色及附加權力之用意，但反省自己無可避免地身處權力結構中，在研究設計、過程、結果的詮釋等方面應保持著敏感度。例如在研究設計上需分別留意受訪者與研究者在所屬機構的職務、角色，受訪者與研究者之間的關係，以及兩者所屬機構間的關係，並以此為基礎擬訂或增修訪談大綱、安排適當的訪問時間與地點。研究過程中需以書面、口頭等方式，向受訪者與所屬機構澄清研究目的與發表方式，且宜與受訪者討論其受訪意願及顧慮。分析階段則需將訪談所得資料，放入權力脈絡中觀察。總而言之，需在研究過程中，正視且處理研究者與受訪者權力不平等議題。

研究發現社工角色的內涵，也處在權力結構中。下表整理本研究中的受訪者，對遠距健康照護服務中社工角色內涵的看法，可看出社工擔任或被期待的角色，受到組織的權力運作及醫療權威的影響。

表 5-1

受訪者對遠距健康照護服務中社工角色內涵的看法

編號	受訪者代號	職稱	所屬機構	遠距服務的類型	社工的角色內涵
1	A1	社工	新北市某地區醫院	居家及社區型	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社工是進入社區的的探測員，發揮溝通者、協調者、聯繫者的功能 2. 評估使用者心理社會功能
2	A2	主任	臺北市某公設民營老人公寓	機構型	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評估機構住民的需求 2. 設計誘因，鼓勵住民使用本服務 3. 成為住民與服務團隊間聯繫的橋樑

3	A3	社 工	衛生署公 告北北基 推行遠距 6 間護理 之家其一	機構型	 <ol style="list-style-type: none"> 1. 評估使用者心理社會功能 2. 在機構內宣導，鼓勵住民使用本服務 3. 資源連結 4. 個案管理 5. 政策倡導
4	A4	社 工	臺北市某 公設公營 老人服務 中心	居家及社 區型（臺 北市民健 康生活照 護服務）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請本服務的窗口，社工收件後檢查、初篩、評估¹⁵，交至健康中心審核 2. 評估使用者整體需求 3. 資源連結 4. 社區宣導
5	A5	社 工	承接臺北 市等社會 局方案的 某公司	居家型 （緊急救 援系統）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 和護理人員輪值 24 小時 call center，向護理人員學習衛教 2. 情緒抒解、心理支持與陪伴 3. 資源連結 4. 擔任使用者與主責社工聯繫的橋樑
6	A6	社 工	承接臺中 市等社會 局方案的 某基金會	居家型 （緊急救 援系統）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 行政工作為主 2. 評估使用者的心理社會功能 3. 情緒抒解、心理支持與陪伴 4. 資源連結 5. 推展多元服務方案(如為使用者打掃)
7	B1	約 聘 科 員	臺北市社 會局老人 福利科	居家型 （緊急救 援系統）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確認申請者資格 2. 為申請者盡到說明服務內容的義務 3. 資源連結

¹⁵ 檢查申請人資料填寫正確、完整與否，初篩申請人是否年齡 40 歲以上、患有高血壓、糖尿病等慢性疾病，評估申請人需求與申請種類(社區型、居家型)之間的適配性。

8	B2	高級專員	新北市某地區醫院	居家及社區型	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社工善於連結社會關係，有助於醫院推動外展工作，進入社區 2. 屬於跨專業團隊的一員，協助個管師（護理人員）增進使用者的社會福祉（social well-being）
9	B3	助理專員	新北市某地區醫院	居家及社區型	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外部支持，為使用者提供情緒抒解、心理支持 2. 內部支持：為跨專業團隊的其他成員提供情緒抒解、心理支持 3. 資源連結
10	B4	營運長	新北市某專科醫院	機構型為主、發展居家及社區型中	<ol style="list-style-type: none"> 1. 運用遠距設備，增進社工探視機構住民的頻率、深度與廣度 2. 資源連結與轉介 3. 與住民家屬溝通
11	B5	主任	新北市某地區醫院	居家及社區型	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與社區建立關係 2. 社會資源連結

資料來源：研究者自行整理

首先，研究者發現遠距健康照護服務中社工所認知、從事的角色，來自所屬組織的要求。在政府、醫療院所、營利或非營利多種組織之中，管理者如市政府衛生局方案推動者、市政府社會局方案承辦人(B1)、醫院的高級專員(B2)、接受政府委託的基金會或企業的決策者等，已先設定社工的角色任務，包括為組織進行外展工作開發社區、行政業務、向住民家屬溝通、收取使用者的申請案件等，從上到下交派給社工(A1、A2、A4、A5、A6)。屬於組織內基層的社工並非毛遂自

薦、主動投入遠距健康照護服務，展現社工的角色功能，而是被動地接下組織的指令，扮演著組織期待的社工角色，以此參與、提供遠距健康照護服務。

然而，訪談中也發現部分社工在參與過程中，一方面因應組織的要求，另一方面也站在使用者權益及社工專業發展的立場，思索著未竟之處，比組織期待做的更多。像在私立護理之家工作的社工 A3，即使組織未要求，仍向組織爭取為使用者連結資源、從事個案管理等多元角色。而 A4 身為臺北市公設公營老人服務中心的社工，市府衛生局僅為第一線的社工設定「收件窗口」的角色，A4 認為應該評估使用者整體需求，並依其需求結合、轉介相對應的資源，甚至為推廣遠距健康照護服務予潛在使用者，也應從事社區宣導。這些都是社工企圖在組織的權力結構中開創新局，力顯主體性的一面。

再者，社工在遠距健康照護服務中的角色，還受到醫療至上價值觀的影響，在服務團隊中醫療權威特別突顯。最明顯的為社工與護理人員一起工作，向對方學習衛教知識，以利即時回應使用者對生理病痛的疑問。其他多位受訪者也認為從事遠距健康照護服務的社工，應該增進對於生理疾病、身體功能等醫學知識，以此為切入點提供服務，也有利於社工融合進跨領域團隊中。這呼應了緊急救援系統的旨在於即時救治，讓在家中突感身體不適的獨居長者被發現，且得到援救。而醫療院所、臺北市政府衛生局推動的遠距健康服務中，主要功能亦在提供生理量測等醫療服務。在整體遠距健康照護服務採取醫療取向下，社工存在目的與角色內涵，向醫療權威靠攏，著重於讓使用者連結醫療服務時更順暢。

研究反思從研究者自身態度、進入田野訪問的經驗、受訪者與研究者的關係，到分析文本所得的社工角色等，都有著權力運作的痕跡，受到權力結構的影響。

第二節 研究結論與建議

本研究首先回顧臺北地區遠距健康照護服務的發展歷程，自 1995 年衛生署

指揮教學醫院支援偏鄉醫療起，至今已邁入第十七年。檢視本研究所劃分的四個階段，可概括分為衛政與社政兩個主軸，前者包括衛生署、臺北市政府衛生局主導的遠距照護計畫、市民健康生活照護服務，後者則由雙北市政府社會局推廣的緊急救援系統。無論衛政或社政主導，這近二十年來政府透過政策指示、補助試辦計畫、自行辦理等方式，帶領、引導民間一起投入的角色十分明顯，但也產生產業界長期依賴政府支持的發展困境。

然而，研究發現十七年發展至今「遠距健康照顧」的意涵，無論在社政或衛政的實際工作者，認知多侷限在「監控生理量測數值」，強調單一醫療取向的介入。於是，社政體系畫地自限，從不以為推動十三年的緊急救援系統，如國外文獻的分類(Doughty et al.，1996)屬於遠距服務的一部份，多年來謹守唯一功能(在宅救援)、只提供給「獨居長者」此種少數特殊族群¹⁶，並無意整合或擴充服務內容。而衛政系統則一意孤行，侷限於身體健康及相對應的醫療服務，忽略了心理、情緒、社會支持等全人需求，落入服務成本高、推廣阻滯、案量達不到營運門檻，於是醫療院所及儀器設備廠商更加觀望、縮手的惡性循環。相對於文獻樂觀的預估，美國與歐洲近年在遠距監市場年複合成長率分別高達 22.6%及 12.5%(張慈映，2010)。國內人口高齡化速度愈來愈快，相對而言失能者人數也將上升，需要長期照顧者也增多，然而國內遠距健康照護服務的規模與使用率卻難以提升。

在這樣的環境脈絡下，本研究運用深度訪談法，訪問臺北地區六位實際從事遠距健康照護服務的社工、四位經營管理者(含社會局業務承辦人)以及一位社工督導，受訪者涵蓋衛政與社政兩個主軸，以期了解社工身處遠距健康照護服務體系中的現況。

研究發現在社政主導的緊急救援系統服務中，委託契約雖明定必須聘用社工，期待社工發揮專業所學，為案主評估社會心理需求、連結或轉介資源。受託

¹⁶ 2011 年度內政部統計全國共有 4,595 位「獨居老人」安裝緊急救援系統。以臺北市的獨居長者安裝量最多，光該市獨居長者安裝人數即佔全國安裝人數約 36%。

機構依規定聘用社工後，卻讓社工花大部分時間做核銷、評鑑等行政工作，或者與護理人員一起輪值二十四小時 call center，社工實際從事的工作內容與委託案的原意顯有落差。

而衛政推動的遠距健康照護服務，著重於醫療取向，以健康至疾病連續的光譜分析，因為醫護人員人力、時間不足等因素，衛政釋出偏向「健康端」的一般社區宣導任務，讓渡給擅於建立關係的社工以從事社區工作。而越靠近「疾病端」，醫療需求越多，醫護人員所佔據的位置越緊密、專業地位越穩固，越不認為需要社工加入。例如實務上社工在社區中，參與居家服務、送餐服務方案，而居家護理則歸於護理人員的場域。又在地區醫院內的社工，組織要求其在社區在進行外展工作，有機會參與遠距健康照護團隊，而負責急重症大型教學醫院中的社工，很少跨足遠距照護領域。在老人福利機構內也有如此現象，健康長者所住老人公寓內的社工，在遠距健康服務系統中是重要的聯繫者，而護理之家中的社工自覺角色模糊，還在爭取立足點。

醫療取向亦反應出資源的配置一向重視臨床治療，相對地輕忽預防醫學，雖然是長期發展後的現況，但不表示沒有缺失。其一從社工的角度而言，被認為不具醫療專業的社工，參與遠距健康照護此一新興模式的機會被侷限¹⁷；其二從服務使用者的角度而言，即使為急重症的患者，仍有醫療處置之外心理、情緒、靈性等多元的需求，而這些需求若未被處理，將影響疾病的預後，安寧療護的發展即是一大證明。可惜這些人性化的需求，在目前遠距健康照護服務中不被重視。

綜觀社工在遠距健康服務中的角色，社政系統內緊急救援系統中的社工，專業被稀釋，在行政庶務與輪值工作擠壓下，勉強進行社會心理評估、連結資源、情緒支持等社工直接服務。而在衛政體系中的社工，被期待進入社區場域內從事推廣工作，鎖定一般民眾推動健康促進方案，以提高遠距健康照護系統的能見度與接受度。這與 Sheila 等人（2012）描述印度醫療團隊巡迴到各貧民區進行遠

¹⁷以非洲人沒有穿鞋子的寓言故事為例，社工也可以高興，努力經營社區，打入遠距健康照護服務的團隊中。

距眼科醫療，社工人員負責打入社區，從事聯繫、宣傳、倡導、拜會當地意見領袖等任務顯得相似。

再者，研究也發現社工依據角色不同，在遠距健康照護團隊中與其他專業人員的互動，分為與護理人員一起工作(二十四小時 call center 值機)、成為案主與團隊間的聯繫者、合組為跨專業團隊，以及提供團隊成員內部支持等種類。但重要的前提是社工的角色受肯定，有機會發揮專業，這有賴於組織的支持，及倡導整合式的遠距健康照護模式。

一旦社工加入遠距健康照護團隊後，如何能與其他專業人員來往互動？研究發現首先社工「知己」外需要「知彼」—虛心學習其他專業領域的知識，尤其在衛生、生理方面。其次，專業之間必須發展共通的語言，以利溝通。第三，由於每個專業各擅勝場，彼此互動上需互相學習，社工應站穩專業功能，展現專業自信。

依研究結論，本研究提出以下建議：

(一)推動全人觀點的整合性遠距健康照護服務

世界衛生組織(WHO)組織法的前言將「健康」定義為：「一種身體、心理與社會的完全安寧狀態，而非僅只沒有缺陷或疾病。」國內發展十七年餘的遠距「健康」照護服務，卻過度強調醫療觀點，提供醫療服務，追求身體方面無病痛，忽略人在心理、社會方面的全人需求。因此在需求面，國內人口高齡化程度愈發明顯，對於相關服務一直具有需求。在供給面，國內的資訊通訊科技進步，網路普及，設備器材的發展亦日新月異，應有能力生產相關的產品。然而，需求和供給卻總是難以對應，令人思考其間的問題。

建議遠距健康照護的服務應加強服務的整合(integrated delivery system)。首先，社政體系主導的緊急救援系統，可擴大服務對象與服務內容，並隨之檢討目前臺北市獨居老人全面免費申請的制度。其次，衛政體系規劃的遠距照護發展計畫，則應以使用者的整體需求來設計服務內容，除了現有生理量

測、藥事服務、衛教諮詢等外，再增添其日常生活、人際互動、情感連結、美感體驗、休閒趣味...，甚至照顧者支持服務等多種功能。這也呼應英國國家健康署（National Health System, NHS）對遠距醫療保健服務（telehealthcare）的定義：「利用資訊通訊科技技術，來提供周全性的醫療保健服務，也涵蓋了生活輔助所需的遠距照顧。」理想又友善的遠距健康照護服務，應重視是使用者生活各層面，而非僅提供醫療相關服務。

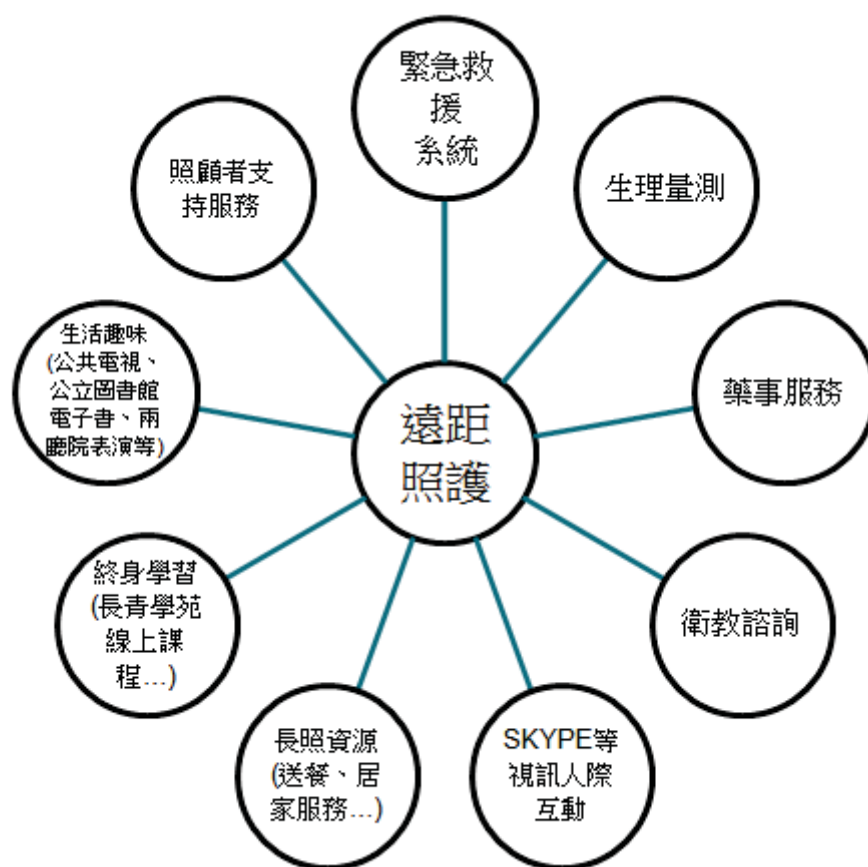


圖 5-1 全人觀點的整合性遠距健康照護服務之各種功能

資料來源：研究者自行整理

服務內容的整合外，再者為社政與衛政體系間的整合，亦符合現今政府組織整併的趨勢。2010年2月立法院已修法通過行政院組織法，2013年5月底三讀通過「衛生福利部組織法」及「衛生福利部所轄次級機關組織法」，行政院近日已於7月23日正式成立衛生福利部，合併中央社政與衛政機關後，未來各地方政府也將朝著整合衛生局（處）與社會局（處）大方向前進。過去社政機關所主管的社區照顧關懷據點、送餐服務、居家服務方案、日間照護中心、老人福利機構等，以及衛政機關主導的各級醫療院所、居家護理方案、護理之家、呼吸照護中心等，將可透過遠距健康照護服務進行整合。如在全國將近兩千個社區照顧關懷據點，由政府補助設置居家及社區型遠距健康照護設備，加強一般社區民眾對身心健康的重視，減緩並延後疾病、失能的程度及時間，以落實在地老化的理念。主政者亦可運用機構型遠距健康照護設備，引入跨專業領域的團隊，補充各種安置機構的個別需求，例如老人公寓內常無護理師、護理之家內常缺社工，可藉由遠距設備提供後端的支援，以提升住民的服務品質，亦減輕照護壓力。

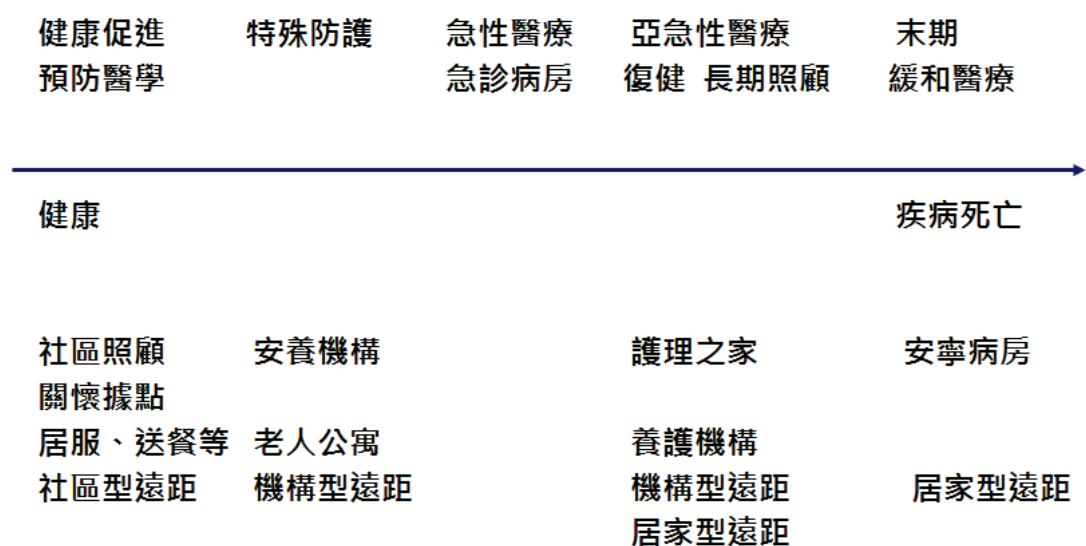


圖 5-2 連續性的醫療保健服務與其相對應長期照護、遠距健康照護

資料來源：研究者自行整理

(二) 增進社工人員的裝備與教育訓練

回顧遠距健康照護相關文獻，大多著重於技術、設備層面及管理層面(如服務滿意度、消費者使用意向等)，論及團隊成員的組成者極少(洪春安，2011；呂麗雯，2012)，提到社工更是鳳毛麟角。研究也發現目前社工參與遠距健康照護服務的人數與程度，皆十分有限。

而實務界的社工，在平日繁重的直接服務與行政工作中，對於此種超越傳統社工的工作領域與經驗的新興服務模式，亦無暇接近、了解。通常在組織的安排、指派下，社工才被動加入跨專業的服務團隊中，較缺乏選擇性與主動性。

然而，研究發現社會工作的專業養成重視「人在環境中」的生態系統觀點，藉此能超越表象，深入評估使用者社會、心理功能。其次是社工熟稔資源的連結及轉介，並且能提供案主及其他專業人員情緒支持。再者，社工懂得運用社區工作方法，進行社區宣導。這些皆是社工專業受到其他專業肯定，得以展現獨特專業角色之處。尤其是社工以生態系統觀來進行評估、處遇，符合遠距健康照護朝向全人服務的目標，更應是團隊中不可獲缺的成員。

為了順利投入遠距健康照護領域，社工應裝備跨專業領域的知識、技能，如將觸角伸及醫學、護理、公共衛生、營養學、資訊科技等相關領域，宜以虛心的態度，學習彼此專業基礎知識與思考邏輯，並發展共通的專業語言。以下從學校教育、在職教育、社工角色楷模、研究發展及組織支持方面予以說明。

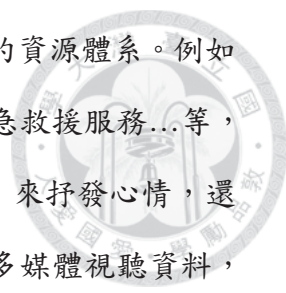
1. 在學校教育方面：社會工作相關系所可與醫學系、護理系、公共衛生學系、職能治療學系、電機學系等科系，合開跨領域「遠距健康照護學程」，鼓勵不同背景的學生修習。社工系所的學生除了可增進多專業的認知，亦透過分組報告等作業，促進與其他領域學生的互動，培養合作默契。相關系所在「老人福利服務」、「社區工作」、「長期照護」等課堂內，亦可邀請從事遠距健康照護的工作者前來演講，有助於社工年輕學子提早養成跨領域的寬廣視野。

2. 在社工在職教育方面：可向醫務社工、各縣市長期照顧管理中心、自殺防治中心取經，瞭解社工與醫護人員互動的正負向經驗。而這些機構內社工早已進入跨領域服務團隊中，可讓從事遠距健康照護服務的社工參考。再者，實務社工也應增加跨專業領域的學習，包括與遠距相關的醫療科技等，可納入社工師繼續教育學分的認證課程。對於嶄新的工作型態，社工人員宜以開放且不設限的心態，勇敢、自信的嘗試。
3. 在社工角色楷模方面：社工專業社群(如臺灣社會工作專業人員協會、各地社工師公會、中華民國社會工作師公會聯合會、學校相關科系等)應開始重視遠距健康照護領域，為現職社工覓得角色典範，如資深督導、探測社區的專家等，並提供督導及教育訓練，鼓勵實務工作者繼續留任本領域，以利經驗累積。
4. 在研究發展方面：有鑒於至今社工專業領域，針對本領域發表的研究極少，這些研究也都侷限於遠距照護與居家服務的結合(楊曉慧，2008；黃啟富，2010)。故建議社工實務界與學界應多進行相關研究，並積極發表，以提高專業社群內對遠距健康照護這個「被小看」領域的關注，亦增進其他專業對社工參與其中的重視。
5. 在組織支持方面：相關組織應提供更多跨領域的機會讓社工參與，例如政府機關在組織合併後，可設計社政與衛政部門間輪調制度。其次，鼓勵員工利用遠距科技設備，以增進工作效率，例如效法企業界進行遠距視訊會議，取代奔波開會，或者補助第一線基層人員使用平板電腦或智慧型手機來提供服務¹⁸。

(三)倡導整合性的遠距健康照護使用上更為公平、普及

我們期待未來將有一種整合性的遠距健康照護服務，功能方面除依使用者及

¹⁸ 目前研究者所知，國內企業如房仲業、保險業，許多公司早已補助業務員使用平板電腦及智慧型手機，為客戶進行商品介紹。而臺北市政府衛生局也補助健康中心的護理師，購買智慧型手機。



其照顧者需求，除了連結醫療資源外，也將納進目前長期照護的資源體系。例如使用者可透過該系統申請居家服務、送餐服務、喘息服務、緊急救援服務...等，並連結 SKYPE 等通訊軟體、內政部設置的「老朋友關懷專線」來抒發心情，還可讓使用者操作此系統，直接在公立圖書館免費借閱電子書、多媒體視聽資料，報名老人長青學苑的線上課程，欣賞兩廳院精采音樂與戲劇表演，及收看公共電視臺製播的優質節目等，以更符合人的多元需求。

而設置遠距健康照護系統的地點，建議以全國近兩千個社區照顧關懷據點、村里辦公室、社區發展協會及老人日間照顧中心等進行評估。設置時應考量城鄉間資源落差及人口老化程度，儘量以資源較少、老化程度較快的社區為優先。評估的工作可透過在地公、私部門的社工，扮演社區的「探測員」，針對社區的人口組成、需求及資源進行調查，找到合適且有意願的社區，補助裝設社區型系統。接著社工可透過社區工作方法，從事社區宣導，提升居民對社區的認同感，促進居民集體參與，進一步激勵居民自主、自決，共同關心自身及社區內銀髮族、慢性病患者、失能者等的身心健康與生活品質。而遠距健康照護系統作為一套工具，讓社工與社區居民所用，以協助整合社區在地資源，強化居民間的交流互動，增進居民的健康意識，最後目標為社工退場而社區能獨自運作。

其次，政府可鼓勵老人福利機構、護理之家、榮民之家等機構，裝設機構型遠距健康照護系統。對於失能嚴重難以外出者，才建議使用居家型系統。因此，未來遠距健康照護的使用對象，將不限定於獨居長輩，不限於慢性病患或失能者，而是依各自需求來申請使用。

至於收費與付費問題，目前臺北市緊急救援系統每月一千二百元服務費，獨居長者由政府全額補助。而居家型遠距照護系統的收費，臺北地區不同醫院每月從二千多至六千元不等。回顧許多文獻指出醫院投入成本過高，遠距健康照護經費短絀(樓美玲、張彩秀、葉明珍、洪麗珍，2005；謝松哲，2010；蔡侑錚，2011)。針對成本與收費議題，部分研究建議提升民眾與機構(如公司為員工付費、營建業者為行銷建案而付費)對遠距照護的信任感，產生主動付費誘因(周淑娟，

2008)；也有研究建議遠距健康照護納入健保給付(林淑霞等人，2009；陳恆順，2010)。然而，在國內健保出現財務危機的現況下，同意遠距健康照護服務為給付項目，有待社會大眾產生共識。

再者，遠距健康照護服務更加普及應用的關鍵因素之一，即為國內相關法規(如醫師法、個人資料保護法等)的修正。目前國內的遠距醫療受限於法律，僅能限於適用山地、離島、偏僻地區，侷限遠距健康照護服務的發展。未來應積極進行修法，並在資訊流通與資訊安全上取得平衡。

無論如何，社會工作者應為弱勢案主倡導其接近、使用資源的權益，創造更公平的社會環境，讓健康照護服務不因成本高昂，只能讓付得起費用者使用。為了達到此理想，社工應更了解目前遠距健康照護服務的內涵、成本及效益，並提倡整合性的遠距健康照護，改變單獨由醫療資源介入的模式，再藉此累積經驗，以重新評估成本效益，將資源做最合適的配置。

第三節 研究限制與未來建議

本研究採用質性研究法，進行遠距健康照護服務中社工角色內涵與展望的分析，雖力求嚴謹，亦儘量蒐集不同遠距健康照護模式的經驗，然而自我反省研究過程及成果仍有以下限制：

(一)資料蒐集的限制

因國內遠距健康照護服務正在發展中，且傾向醫療取向，社工投入者很少，存在的角色仍未明確，研究者實難找到許多有經驗的受訪者。其次，本研究受訪者多服務於醫院，訪談文本較集中於醫療機構推動的遠距健康照顧模式，缺乏來自社區以在地需求為基礎，來發展遠距健康照護的模式。第三，研究者也遇到從事遠距健康照護的機構明白告知，將與專家學者合作，陸續發表本領域的研究，故提供資料的範圍無法與本身進行的研究重複。第四，受限於研究者與受訪者(醫師、實務社工等)業務繁忙，能進行訪談的時間很緊迫，研究者亦難以長期停留

在田野，缺乏多加觀察、核對資訊的機會。

(二)研究程序未經相關倫理委員會審查

近年來國內外學術界愈來愈強調研究倫理議題，尤其國內於 2011 年 12 月 9 日立法院通過「人體研究法」，亦為重要的里程碑。雖然該法規主要規範對象為使用人體檢體，或使用個人之生物行為、生理、心理、遺傳、醫學等資訊所進行之研究，但其適用範圍，是否完全排除社會、行為科學的研究，仍需待相關主管機關釋疑。故許多教學、研究相關機構如國科會，都開始規範社會科學領域的研究，在進行前需通過倫理委員會審查之程序。

本研究考量並非針對遠距健康照護服務的使用者進行研究，對研究參與者權益影響之風險較低，且任職於醫療院所的受訪者及所屬機構，同意研究者可不送交該醫院的倫理委員會進行審查。然而，為求嚴謹、慎重，並確實保障受訪者的自主權、維護其隱私權及其身心福祉，本研究在倫理議題著墨上尚有進步空間。應提前送請本校研究倫理審查委員會，或醫療機構所設的相關倫理委員會等單位以進行檢視。

(三)未來研究建議

本研究在目前社會工作領域極少關注「遠距健康照護」的現況下，從文獻探討、研究發現到研究建議，期待提供社工界對新興的遠距健康照護領域，一個初步、概括的圖樣，並針對其中社工的角色內涵與展望加以分析。

尤其在中央成立嶄新的衛生福利部氛圍中，社會工作者如何加入衛生醫療體系，彼此專業間將如何磨合、互動，希望能從社工參與醫療為主的「遠距健康照護」經驗中見微知著。

本研究的論述建構在「已投入」遠距健康照護服務中，社工個人主觀的認知為主，也加入經營管理者的想法。未來研究，首先建議可從「反例分析」的角度切入，了解其他沒有社工加入遠距健康照護團隊的運作，以及其認為不需要社工的原因，與本研究互相比較。其次，也可從服務使用者(案主)及其他專業人員的

視角，來探討社工的角色。






參考文獻：

一. 中文部分

- 甘炳光、莫慶聯 (2005)。社區工作的定義與目標。載於甘炳光、梁祖賓、陳麗雲、林香生、胡文龍、馮國堅、黃文泰(主編)，**社區工作：理論與實務** (1-24 頁)，香港：中文大學出版社。
- 何彥毅(2007)。**遠距健康照護產業商業模式分析研究** (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市。
- 吳秀琴 (2002)。**英國社工員在社區照顧團隊中的角色之研究** (未出版之碩士論文)。國立暨南國際大學，南投縣。
- 呂麗雯 (2012)。**以利害關係人理論探討遠距照護服務之經營策略** (未出版之碩士論文)。嘉南藥理科技大學，台南市。
- 周淑娟 (2008)。**遠距居家照護經營模式探討** (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市。
- 林淑霞、劉榮宏、殷偉賢、陳冠群、葉明陽、蔡勝國、陳俐君 (2009) 民眾對遠距健康照護服務之認知與需求調查研究—以心臟病、高血壓及糖尿病為範疇，**台灣衛誌**，28 (6)，552-564。
- 林萬億 (2002)。**當代社會工作-理論與方法**。臺北市：五南。
- 洪春安 (2011)。**遠距照護的價值評估模式** (未出版之碩士論文)，臺北醫學大學，臺北市。
- 張宏哲等譯(1999)。**社會工作直接服務理論與技巧(上)**。臺北市：紅葉文化。
- 張慈映 (2010)。**遠距照護產業發展契機**。經濟部技術處 ITIS 計畫成果。取自 ITIS 智網 <http://www.itis.org.tw>。
- 張嘉玲(2009)。**創新醫療服務之商業模式探討-以台灣某醫院遠距照護中心為例** (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市

- 陳恆順(2010)。遠距醫療保健服務。載於古允文、李龍騰、楊萬發(主編), **厚生 20—透視台灣軟實力**(41-70頁), 臺北市: 厚生基金會。
- 陳素惠(2010)。遠距健康照護服務品質及滿意度對系統使用行為的影響—以竹山秀傳 U-Care 為例(未出版之碩士論文)。私立南開科技大學, 南投縣。
- 陸哲駒、陳恆順、鄭伯堦、賴金鑫(2004)。遠距醫療的發展與落實。**台灣醫學**, 8(6), 826-831。
- 黃啟富(2010)。居家服務單位推展遠距照護服務之經驗探討(未出版之碩士論文)。美和科技大學, 屏東縣。
- 黃源協、蕭文高(2010)。社區工作。新北市: 國立空中大學出版中心。
- 楊培珊、梅陳玉嬋(2011)。台灣老人社會工作: 理論與實務。臺北市: 雙葉書廊。
- 楊筱慧(2008年10月)新照顧模式—遠距照顧與居家服務之結合。台灣社會福利學會2008年年會暨「新世紀社會保障制度的建構與創新: 跨時變遷與跨國比較」國際學術研討會。
- 蒯光武、簡怡光、王偉如、張榮參、楊鳳月、劉景寬、郭叡賢(2010)。以健康行為模式探討中風患者對於遠距社區健康照護服務系統的利用行為: 以南台灣某醫學中心為例。**醫學科技**, 12(3), 223-238。
- 潘淑滿(2003)。質性研究: 理論與應用。臺北市: 心理出版社。
- 蔡侑錚(2011)。遠距照護服務對醫療費用之影響: 以南投地區系統建置為例(未出版之碩士論文)。南開科技大學, 南投縣。
- 鄭景鐘(2006)。「獨居老人」概念建構歷程之探討—以台北市「獨居老人照顧服務方案」為例(未出版之碩士論文)。國立臺北大學, 臺北市。
- 盧思穎(2009)。創新醫療服務模式中遠距照護個案管理師角色定位之研究—以台灣某醫院遠距照護中心為例(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學, 臺北市。
- 謝松哲(2010)。機構式遠距照護服務之成本效益分析—以北部護理之家為例(未出版之碩士論文)。臺北醫學大學, 臺北市。



簡春安，鄒平儀(2004)。社會工作研究法。臺北市：巨流圖書有限公司。

蘇惠君(2003)。社會福利與衛生醫療部門服務整合之研究—以臺北市文山區老人社區照顧為例(未出版之碩士論文)。國立暨南國際大學，南投縣。

鐘蝶起、趙耿裕、林建志、李昭憲、楊燦(2009)。長期照護醫事人力與照護需求研究。行政院衛生署委託科技研究計劃(編號：DOH96-TD-M-113-053)，未出版。

二、西文部分

Bakken, S., Grullon-Frigueroa, L., Izquierdo, R., Lee, N., J., Morin, P., & Palmas, W. (2006). Developmant, Validation, and use of English and Spanish versions of the telemedicine satisfaction and usefulness questionnaire. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13 (6) , 660-667.

Beale, S., Truman, P., Sanderson D., & Kruger, J. (2010) . The Intial Evaluation of the Scottish Telecare Developmant Program. *Journal of Technology in Human Service*, 28, 60-73.

Demiris, G. (2006). Workshop on transatlantic collaboration in telehealth and telework. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(2), 108.

Doughty, K., Cameron, K., & Garner, P., (1996). Three generations of telecare of the elderly. *Journal of telemedicine and Telecare*, 2, 71-80.

Sheila, J., Sabyasachi, S., Sumanth, J., R., Pearlson, P., Krishan, K., & Sengamedu, S., B., (2012). The Sankara Nethralaya Mobile Teleophthalmology Model for Comprehensive Eye Care Delivery in Rural India. *Journal of Telemedicine and E-health*, 18 (5) , 382-387.

附錄1：訪談大綱



- 一、 請您描述一下 貴機構實施遠距健康照護服務的做法與程序。
- 二、 在 貴機構推行遠距健康照護服務時，身為社會工作者的您在當中做些什麼？(例如負責什麼任務？擔任哪些角色？)
- 三、 在 貴機構推行遠距健康照護服務時，身為社會工作者的您認為因為有社工的參與，讓機構、案主、家屬等人獲得哪些好處？
- 四、 在 貴機構推行遠距健康照護服務當中，身為社會工作者的您如何與其他專業人員互動？(例如哪些情境下？透過哪些機制或方法互動)
- 五、 在您心目中「遠距健康照護服務」是什麼？包含哪些內容？
- 六、 您對於社會工作者，參與遠距健康照護服務領域的想法。
- 七、 請您想像，若 貴機構的遠距健康照護服務中沒有您（社會工作者）的參與，會有什麼不一樣？
- 八、 您從事遠距健康照護服務當中，有什麼印象特別深刻的案例或情境？

附錄 2：行政院衛生署遠距健康照護發展計畫



源起

隨著人口快速老化與疾病型態的慢性化，民眾對於長期照護的需求日趨殷切。而資通訊科技與電子化醫療器材的應用，則可為民眾提供多元化的健康照護服務。有鑑於此，行政院衛生署自 96 年起推動「遠距照護試辦計畫」及 97 年推動「遠距照護服務改善與品質提升計畫」，經由國內首創的居家/社區式和機構式二類遠距健康照護服務模式，發展整合性、連續性的遠距健康照護服務網絡，目前已經有了顯著的成果。

自 99 年起「遠距健康照護服務發展計畫」已經進入服務全面啟動的階段，透過服務模式複製擴散的委託辦理，包括北區-臺北醫學大學附設醫院、中區-財團法人彰化基督教醫院、南區-高雄醫學大學附設中和紀念醫院及東區-臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院四個照護團隊，各團隊更應用照護服務創新科技項目，發展因地制宜的服務型態，例如，臺北醫學大學附設醫院的氣喘、血友病照護及成立遠距照護測訓中心，財團法人彰化基督教醫院的糖尿病照護、成立社群網站、團購服務及利用便利商店為服務據點，高雄醫學大學附設中和紀念醫院的中風病患照護、心理諮商及行動關懷訪視，臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院提供缺乏醫療資源的偏遠地區以及慢性肝病的遠距健康照護。從 97 年 1 月至 100 年 7 月累計總會員數 3,653 人，累計服務總人次 716,916 人，連結 70 間醫療照護機構。在照護成果面，無論是住院率、急診返診率、機構院內感染率的降低，或是民眾健康知識或行為的改變，均達到初步得成果。

遠距健康照護的推動也帶動相關產業之投入，目前已連結 67 家業者，包括：生活服務業者(包括：洗衣業者、送餐業者、家庭托顧...)、醫療器材業者、資

訊服務業、電信業者、保全業者、交通業者、人力派遣業者...等異業結合，引領健康照護產業相關市場成長。

計畫目標

未來本計畫將循序發展創新營運模式，達到服務永續經營的目的，並鼓勵醫療照護機構持續將遠距健康照護導入山地離島及偏遠地區，使偏遠地區民眾的照護需求能得到滿足。除此之外，透過遠距健康照護區域服務中心之設置，提供民眾即時諮詢以及跨區整合健康照護資源，期使進一步提升民眾之照護服務品質。

近年來世界各國對於老年照顧政策已漸由集中式醫療照護轉為在地老化，讓老人在熟悉的生活環境中自然老化，盡量使其擁有安全的居住環境、獨立自主的生活、參與社會活動，如此不僅可維持老人之自主性、自尊及具有隱私的生活品質，亦可結合當地資源，建構社區照護網絡，提升長期照護相關服務的成本效益，達到健康老化、成功老化的目標。

計畫內容

本計畫將建置居家/社區式、機構式兩種遠距照護服務模式與其應用系統，以及遠距照護共通資訊平台。此兩種服務模式可各自獨立運作，服務不同照護需求之個案；惟民眾的照護需求可能會發生轉移，因此在服務轉移的過程中，個人健康資訊與服務機制必須透過共通資訊平台機制串連起來，以便能建構整合性、連續性、共通性的數位健康照護服務。本計畫主要內容簡介如下：

一、居家/社區式遠距健康照護（62家）

為了讓老人及家屬接受更符合照護需求的醫療專業服務，提供完善的遠距照護模式是相當必要的。本計畫整合居家/社區服務體系、醫療服務體系與長期照護服務體系，服務項目包括遠距生理量測、會員健康管理、視訊諮詢服務、遠

距衛教服務、藥事安全服務以及生活資源轉介等。使老人在日常生活範疇內，均可享有連續且涵蓋性之照顧，當民眾身體不適時，即可獲得最佳照顧模式，連成網狀式照顧模式。服務目標及營運理念如下：

1. 以民眾為中心的整合式照顧服務模式

e 櫃臺提供單一服務窗口，以民眾需求為中心，細心評估家庭在長期照護全面性的需求，規劃最合適的個人化照護計畫。

2. 提升健康照護服務的可近性

在社區中設立服務據點或社區健康便利站，增加照護服務的可近性，利用資通科技輔助，社區定點隨時關心與照護，提供社區居民適切的健康照護服務。

3. 建構整合醫療、照護、生活體系模式

從單一醫院的照顧模式，進階發展結合在地的基層醫療、長期照護服務以及生活照顧的社區照顧體系模式，更滿足民眾多元化的需求。由里長、社區發展協會以及社區照護合作團隊，聯合提供社區居民健康照護服務，達到結合當地資源之合作模式。

4. 應用資通科技，提升遠距照護服務品質

除了醫療資源的整合、安全性的醫療資訊串連之外，多元化的資通科技，可以有效與長期照護結合，幫助不方便離家的個案和家屬，應用網路、通訊設備以及遠距生理量測儀器，增進與醫護人員直接且有效的溝通，並解決不便離家可能造成的社交隔離，增進居家照護個案之生活品質。

5. 落實長期照護服務社區化政策

『長期照護服務社區化』為近年來政府施政目標，本計畫依政府相關施政計畫指導方針來規劃執行，由地區醫院聯合基層診所以及社區民間資源推動，提供民眾遠距照護服務。並可藉此進一步發現社區健康問題，作為未來社區介入健康改善之基礎。

二、機構式遠距健康照護（27家）

遠距健康照護服務將以醫院的專業醫療團隊設計之服務流程，整合護理之家所提供之長期照護的專業護理團隊，並配合跨專科及其他醫事照護人員等資源，輔以數位資訊服務系統以及網路視訊技術，協助機構提供即時且便利的個案初期診斷與篩選，補強醫師到機構巡診的不足，導入作業 e 化並發展創新服務，提供住民更好的術後復建服務；以及連結社區與居家照護資源，提供多元化生活照護服務為目標。

1. 落實醫院與護理之家服務之整合

以醫院為醫療服務的提供中心，連結護理之家作為遠距健康照護服務的整合服務模式。就護理之家內專業護理團隊在臨床運作上，所缺乏的其他專業醫事服務，並以會員為中心的導向提供醫療照護、護理照顧、心理照護等對會員的長期生活品質有改善的整體服務，並有助醫病關係的提升及家屬的滿意度。

2. 提升長期照護服務的品質

針對會員在護理之家內，在護理照護上經常會遇到的感染問題、傷口護理照護以及抗生素及其他藥物使用等臨床作業等，可利用遠距健康照護服務內提供的整合性服務，讓醫院可就上述等機構需要協助的項目，作跨專業的照會與諮詢。藉此提升照護服務效率，並減少往返醫療院所的時間。

3. 結合資訊科技的應用，建立更完善醫療專業的溝通平台

利用創新的數位健康照護服務模式系統，整合居家/社區式與機構式的服務模式，促進照護服務與人力資源的有效運作，並透過網際網路，將會員相關的照護相關資訊，以無地域限制的方式，上傳至資訊平台和醫院端及醫療團隊的電腦資訊庫內，可以縮短資訊傳遞的時間，提升回覆照護諮詢的時效性，進而提升長期照護服務的品質與多元化服務模式。

4. 促進政府及醫療機關對長期照護機構的照護品質指標的建立

政府將長期照護服務視為重要施政發展目標的同時，也希望在照護品質指標上確實與醫院作有系統的結合，如醫院感染控制指標的收案標準與統計及病人安全意外事件通報等，可在遠距健康照護服務的推行過程中，建立可以依循的模式

與指標。

5. 創造醫院與長期照護機構的營運模式並加以推廣

遠距健康照護服務結合了醫院、長期照護機構與數位服務模式的開發廠商，可發展出一套增加長期照護服務可近性與品質提升的營運模式，在有計畫的推廣與複製的運作下，可以將此結合多方專業資源與知識菁華集合的成果，讓國內相關的醫療產業持續的衍生加值。

資料來源：行政院衛生署網站



附錄 3：臺北市政府市民健康生活照護服務簡介

臺北市政府以「智慧城市」及「健康城市」發展政策，運用資訊科技與生活照護之創新力，結合衛政、社政與資訊單位力量，建置「健康生活照護服務」平台，以「家戶與社區關懷為核心、個案管理為基礎、主動服務為目的」的智慧生活科技整合服務策略，兼顧公共衛生、預防保健、社會福利服務、醫療照護及適地性服務等應用領域，以「在地化生活照護」為出發點，化被動為主動服務，關懷弱勢族群、偏遠住民、銀髮長者及市民，並鏈結自主性健康管理、慢性病患健康關懷，以及市民生活圈資源，提供多樣性的健康生活照護服務，予民眾適時適切的協助，期使市民享有安心、便利與高品質的智慧健康生活。

網路健康服務

您是電腦網路使用者嗎？您或您的家人有高血壓/高血糖異常傾向嗎？只要您設籍本市，就可以個人「自然人憑證」及臺北市政府網路市民帳號，至臺北市政府「市民健康生活照護服務網站」（網址 <http://telecare.taipei.gov.tw/>）登錄申請，讓您不受時空限制、不增加您的負擔就享有個人健康管理與優質的照護服務。

網路健康服務(以下簡稱本服務)以自主性健康管理為主，您經申請核准使用本服務後，可登錄「市民健康生活照護服務網站」，將日常生理(血壓、血糖等)量測資料輸入，本服務將視您資料狀態提供量測提醒、統計、查詢等服務，並提供您下載個人健康紀錄，以供必要時攜行就醫。

您若有健康照護相關問題，可透過本服務參考線上衛生教育或發送個人健康諮詢電子郵件，將由專業醫護人員回覆您的問題，您亦可撥打臺北市政府市民健康生活照護客服中心專線(市民當家熱線 1999 轉 889，外縣市請撥 02-27208889 轉 889)，由專業護理師為您解答。

參加本服務後，您除了可經由網際網路認證取得相關健康照護資源

外，只要備妥個人健保卡認證，不需任何設備與費用，您也可以就近至臺北市各行政區所設置的社區遠距照護站，即享有個人專屬的遠距健康照護服務。



服務內容說明

一、遠距生理量測

自己量血壓/血糖，由市民健康生活照護系統幫您紀錄並分析趨勢，保障您的健康。

二、生理量測異常狀況提醒

常常忘記量血壓或是量測血壓/血糖異常時，讓我們來提醒您或您的家人注意，為您的健康把關。

三、個人健康諮詢

為您量身定制的健康服務，歡迎您來電諮詢，由健康生活照護客服中心資深護理師為您解答並說明健康生活的疑問與常識。

四、市民健康紀錄查詢與下載

協助您紀錄日常生理健康狀態，方便您或您的家人上網查詢/下載，下載後可自行列印或攜行，方便您的就醫。

五、遠距衛生教育與諮詢

可經本服務參閱(觀看)衛生教育資料，或是撥打臺北市政府市民當家熱線 1999 轉 889 照護客服中心專線，由專業護理師為您解說健康生活應注意事項、教您養生保健之道。

六、醫療與社福轉介

依據您的健康需求，由客服中心為您轉介/預約合作醫院門診，也幫您轉介社會福利服務資源。

七、在地化生活關懷與導覽

經由本服務提供您所在地週圍的生活資訊導覽，使您日常生活更便利。

八、遠距照護客服中心健康關懷服務

臺北市政府 1999 市民健康生活照護客服中心專業護理師的日常貼心問候與關心，讓您生活健康又溫暖。

九、社區健康促進活動通知

本服務將主動提供社區健康促進活動信息，協助您參與多樣化的健康活動，幫助您達成健康生活的目標。

十、特殊個案視訊關懷與訪視

專業護理師對特殊個案進行視訊健康諮商，照顧您的健康。(本項服務暫以慢性病居家個案收案對象為主)

十一、慢性病用藥提醒與諮詢

針對慢性病患者主動提醒您用藥時間、劑量及用藥注意事項。(本項服務暫以慢性病居家個案收案對象為主)

十二、整體健康狀況評估

依據您歷來登錄的生理量測紀錄及健康檢查資料，由醫護人員進行整體評估，提醒您的注意，使生活更健康。

社區健康照護服務

若您有血壓異常或高血壓傾向，為了您的健康，請就近向健康服務中心申請加入社區遠距照護站，只要備妥個人健保卡認證，不需任何設備與費用，即享有個人專屬的遠距健康照護服務，不但可以定期追蹤您的血壓生理狀況，臺北市政府 1999 市民健康生活照護客服中心的護理師也會適時提醒您或您的家人注意健康，讓您擁有優質的生活品質。



居家健康照護服務

具高血壓或糖尿病等慢性病患者，經由居家遠距健康照護設備，經日常生理量測資料傳送至本服務核心平台，臺北市政府 1999 市民健康生活照護客服中心的護理師將協助照顧您或您家人健康，使您免除後顧之憂、安心工作，讓生活更健康美好。(試驗性收件，以獨居長者、列冊低收入戶、偏遠住民、輕度失能及慢性病患者優先，申請安裝數量依本府年度核定安裝數量為原則)。

安養、養護機構健康照護服務

本市立案之安養護機構可申請加入機構遠距照護站，協助住民定期追蹤血壓等生理狀況，住民親屬也可經授權取得住民的日常健康紀錄，適合掌握親人的健康狀況，讓長期照護工作服務更貼心！

如您想加入社區、居家或是安養、養護機構之健康照護服務，請逕洽您居家或是工作所在地之北市健康服務中心，填寫服務申請書申請加入服務

資料來源：「市民健康生活照護服務網站」(網址
(<http://telecare.taipei.gov.tw/>))