

台灣地區先導長期照護政策 2.0 初步結果評估
-以離島金門為例

The Evaluation of Preliminary Results of the Long-Term Care Policy 2.0 of Taiwan
- the Pilot Run in Outlying Island Kinmen as an Example



研究生：孫印堂 (Yin-Tang Sun)

指導教授：陳明賢 (Dr. Ming-Hsien Chen)

大同大學

資訊經營研究所

碩士論文

**Thesis for Master of Business Administration
Department of Information Management
Tatung University**

中華民國一〇六年七月

July 2017

大同大學
資訊經營研究所
碩士學位論文

台灣地區先導長期照護政策 2.0 初步結果評估
- 以離島金門為例

The Evaluation of Preliminary Results of the Long-Term Care Policy 2.0 of Taiwan
- the Pilot Run in Outlying Island Kinmen as an Example

孫印堂

經考試合格特此證明

論文考試委員

陳明賢
蘇意芬
陳志誠

指導教授

陳明賢
所長
孫印堂

中華民國一〇六年七月十一日

誌 謝

「人生總是意外串聯」能重拾書本再回母校學習，是幸福快樂；本人職場第一份實幹工作在大同集團，迄今已有二十年工作上業務歷練與視野，深深感恩照顧過我與教導我的長官，讓我提高質量，不斷升值服務新水準，求知慾望增值了我的價值，在本業技能優化與專業知識亮點，透過有系統學習再精進，俗話說你若盛開，清風自來，人生的精彩在於思想的成熟和意識的探索。深刻體會，大陸邁向國際經濟貿易一帶一路下，嚴重影響台灣未來人才出路。事實上，台灣已不能自稱亞洲四小龍了，低薪、高房價造成人才往國外就業發展；而我總體佈局，強化戰略自我優勢與格局，對未來更具信心競爭力。

研究所畢業論文撰寫，我抓住機遇，應對挑戰，勇敢順潮流而為，突出重點，分步實施，找準確入點分析與研究，以求真務實的態度，積極看待長期照護 2.0 上路後新政府節奏，能活力將健康照護產業變革之路，從偏遠轉向都市，機構轉入居家，得到重視生活品質「在地安老」；世紀經典論文完成，是我在大同兩年資經所學涯的完美休止符，要感謝 NI 7103 班的同學們，有你們陪伴那些細數不盡的甜美回憶。最後，要特別感謝我的指導教授 明賢老師，感謝您在論文指導上給予我很大空間發揮，同時不斷地提點我重要關鍵。

金門縣是我人生第二故鄉，有幸參與「智慧長照產業 4.0」研究，能夠貢獻微薄所學。感謝縣長陳福海先生、衛生局陳天順局長、金門醫院董文雅副院長、摯友克偉、朝凱、歐陽豪、維駿等支援與協助我論文研究。而這一路上，成就了現今的我，特別感恩父母親期許與關心，及特別感謝辛苦太太 美玲及兩位乖巧女兒詩涵、詣涵，能主動幫忙家事，讓我無後顧之憂完成學業。

孫印堂 謹誌

于大同大學資訊經營研究所

2017 年 07 月

摘要

本研究旨在探討金門縣醫療照護與長期照護 2.0 未來發展。本研究探討政府落實「長期照護 2.0」政策對社區健康照護資源平台，透過生理量測健康管理，走入社區居家護理服務，由照護服務員來關懷社區需要居家健康照護、預防保健、緊急救援通報等，讓有需求的個案或家屬得到資源之間的關聯性，提供最佳照護方式。另一方面，可做為政府擴大落實長照 2.0 服務政策，民眾感受服務品質價值與評價的參考。期望做好社區居家服務照護關懷，並減輕家屬照護的負擔，自然減少社會醫療浪費，有尊嚴在地安養在地安老。

本研究採用問卷調查與訪談，包含基本資料，設計主題為政府落實「長期照護 2.0」政策、社區長期照護服務模式、長期照護落實後政府服務態度、長期照護落實後照護員服務態度核心能力、使用長期照護服務項目評價，進行分析所選擇服務價值與評價。依據政府長照 2.0 符合照護條件金門縣民眾，需要長期照護的個案為研究對象，總計回收個案人數 200 份。問卷回收後，分析工具以 SPSS 套裝統計軟體進行資料分析。研究發現，多數個案選擇照護能為我帶來服務品質與需要性較相關，與照護服務員特質關聯性較高。

研究發現如下：

1. 顯示政府落實長期照護政策經費來源於捐，若未來擴大服務需要部分自行負擔費用，離婚、喪偶經濟弱勢或擔心年金改革後變少，不同意自行負擔部份費用，政府必需面臨財源籌措如增加遺產稅、提高營業稅、奢侈稅等，遲早瀕臨破產危機。
2. 顯示離婚、喪偶族群，特別關注未來照護與居住機構，政府要鼓勵民營企業興建長照機構因應未來居住問題。
3. 顯示政策與需求對希望在地安老與尊嚴，讓每一個老人盡量在「自己熟悉的生活」中終老。

最後、本論文根據研究結論的發現進行探討，並提出對長期照護 2.0 的建議與研究未來方向。

關鍵字：長期照護 2.0、居家護理、在地安老

Abstract

This study aims to explore the future development of Kinmen County Medical Care and Long-term Care 2.0. This study explores the Government's policy of "long-term care 2.0" on the community health care resource platform, through the physiological measurement health management, get into the community home care services, the care attendants care for the community home health care, preventive health care, emergency relief, and so on. For needing of the case or family members can get the relevance of resources to provide the best way to care. On the other hand, it can be used as government expanding the implementation of Long-term care 2.0 service policy, the public will can feel the value of service quality and evaluation of reference. Expect to do a good job of community home care service and reduce the burden of family care. It naturally reduces the social medical waste, and give dignity to aging in place.

This study uses questionnaires and interviews including basic information. Its design themes include "long-term care 2.0" of government policy, community long-term care service model, attitudes of government and care attendants after implementing long-term care, evaluation and analysis of long-term care services. Per condition of government long-term 2.0, case of needing for long-term care as empirical data, we received the total number of 200 case. After the questionnaire was received, we use SPSS analytical software. The study found that most choice of cases care related service quality and demand, and it with a high degree of relevance to care attendants.

The study found the following :

1. Showing the government implement long-term care which main funding is Health and Welfare Surcharge of Tobacco Products. User will require copayment if the service is expanded in the future, and many economic weakness worry about reducing funding after the annuity reform, thus they disagree copayments. The government must face financial financing such as increasing heritage tax, business tax, luxury tax to avoid facing lack of funds and bankrupting.
2. Showing that divorce and widowed groups particularly pay attention to future care and living institutions, the Government should encourage private enterprises to build Long-term Nursing Organization to response future housing problems.
3. Showing hope that aging in place and dignity make every old man spend the remaining years in their familiar life.

Finally, this paper is based on the findings of the study to explore, and put forward the recommendations and research the future direction about long-term care 2.0

Keywords : long-term care 2.0, home care, aging in place

目 錄

摘要.....	III
Abstract.....	IV
目錄.....	V
表圖目錄.....	VI
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	3
第三節 研究目的.....	5
第四節 研究流程.....	7
第二章 文獻探討.....	8
第一節 我國長期照護發展與現況.....	8
第二節 長期照護生理與心理需求.....	13
第三節 社會與居家環境需求.....	16
第四節 金門醫療資源現狀與供給.....	18
第三章 研究方法.....	22
第一節 研究架構.....	22
第二節 研究途徑.....	27
第三節 研究方法與工具.....	33
第四章 資料分析.....	37
第一節 信度分析.....	37
第二節 驗證性因素分析.....	38
第三節 差異分析與關聯性深度訪談.....	42
第四節 研究結果與詮釋.....	57
第五章 結論與建議.....	62
第一節 結論.....	62
第二節 研究限制.....	63
第三節 建議未來研究方向.....	63
參考文獻：中文部分與網站資料.....	65
參考文獻：英文部分.....	67
附錄一.問卷調查表.....	68

表 目 錄

表 1-1 全國人口數與金門縣人口年齡結構重要指標.....	1
表 1-2 六都暨金門縣人口數按三階段年齡百分比及其扶養比.....	2
表 1-3 國內近年老年失蹤人口統計.....	3
表 1-4 金門縣 105 年 8 月份人口數統計表.....	4
表 2-1 我國長期照護發展體系.....	10
表 2-2 我國長期照護服務類型.....	11
表 2-3 長期照護服務服務人數.....	12
表 2-4 長期照護需要之相關文獻彙整.....	14
表 2-5 社會與居家對長期照護需求之相關文獻彙整.....	17
表 2-6 金門縣醫療資源分布說明簡表.....	20
表 2-7 金門縣地方診所類型及家數.....	20
表 3-1 問卷者基本資料.....	28
表 3-2 性別資料分析.....	29
表 3-3 年齡資料分析.....	29
表 3-4 婚姻狀況資料分析.....	29
表 3-5 居住狀況資料分析.....	30
表 3-6 有無請領政府補助或福利津貼人數分析.....	30
表 3-7 有請領政府補助或福利津貼分析.....	31
表 3-8 長期照護 2.0 政策認同概述各層面之題數一覽.....	31
表 3-9 長期照護 2.0 需求認同概述各層面之題數一覽.....	32
表 3-10 Cronbach α 係數的適切性標準.....	34
表 3-11 單因子變異數分析表.....	35
表 3-12 深度訪問對象一覽表.....	36
表 4-1 長期照護 2.0 政策認同信度分析.....	37
表 4-2 長期照護 2.0 需求認同信度分析.....	38
表 4-3 長期照護 2.0 政策認同測量模型的契合度.....	38
表 4-4 長期照護 2.0 政策認同路徑估計值.....	39
表 4-5 長期照護 2.0 政策認同構念信度與收斂效度.....	40
表 4-6 長期照護 2.0 需求認同測量模型的契合度.....	40
表 4-7 長期照護 2.0 需求認同路徑估計值.....	40
表 4-8 長期照護 2.0 需求認同構念信度與收斂效度.....	41
表 4-9 被照護者背景變項現況分析.....	42
表 4-10 不同被照護者的性別在長期照護 2.0 政策認同的 t 檢定摘要.....	43
表 4-11 不同被照護者年齡在長期照護 2.0 政策認同的變異數分析摘要.....	44
表 4-12 不同被照護者婚姻狀況在長期照護 2.0 政策認同的變異數分析摘要... ..	45
表 4-13 不同被照護者居住狀況在長期照護 2.0 政策認同的變異數分析摘要... ..	47

表 4-14 不同被照護的性別在長期照護 2.0 需求認同的 t 檢定摘要.....	49
表 4-15 不同被照護者的年齡在長期照護 2.0 需求認同的變異數分析摘要.....	49
表 4-16 不同被照護者的婚姻狀況在長期照護 2.0 需求認同的變異數分析摘要.	51
表 4-17 不同被照護者的居住狀況在長期照護 2.0 需求認同的變異數分析摘要.	52
表 4-18 深度訪談主題與受訪者一覽表.....	54

圖目錄

圖 1-1 金門縣 105 年 8 月份人口數統計表.....	5
圖 1-2 研究流程架構.....	7
圖 2-1 長期照護制度發展脈絡.....	8
圖 2-2 長期照護服務對象.....	9
圖 2-3 長期照護服務項目.....	10
圖 2-4 金門縣縣民歷年三高盛行率統計趨勢分析.....	19
圖 2-5 金門縣醫療資源分布示意圖.....	19
圖 3-1 研究架構.....	26
圖 3-2 性別資料分析.....	29
圖 3-3 年齡資料分析.....	29
圖 3-4 有無請領政府補助或福利津貼分析.....	30
圖 3-5 試探性因素分析示意圖.....	35

第一章 緒論

有鑑於我國近年來人口快速老化，人口已經老化程度呈現「先快速出生率降低、再快速高齡化增高」結構；2025年，是台灣老人人口占總人口數20%的超高齡社會，「變老」像是一部失速列車朝台灣撞過來，隨著歲月老人人口數驟增需求長期照護迫在眉睫，新政府推動長期照護政策2.0服務體系，對於銀髮族之需求規劃未臻完善，特進行本研究分析與探討問題。

第一節 研究背景

根據聯合國衛生組織〈WHO〉的定義，當一個國家六十五歲以上老人人口占全體人口超過7%者，稱之為「高齡化社會」〈Ageing Society〉；當比例超過14%時，則稱之為「高齡社會」〈Aged Society〉。

目前美國、歐洲、日本等已開發國家進入「高齡社會」，銀髮族人口驟增已是全球普遍趨勢，台灣亦有邁向高齡社會之趨勢。根據內政部戶政司所發布的統計資料指出，82年9月底，臺灣地區65歲以上的老年人口為148萬5,200人，占總人口7.09%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標老年人口比例7%，台灣正式宣告進入「高齡化社會」。截至104年10月(表1-1)內政部民政司所公布資訊老人口已增加至305萬4,932人，占總人口12.99%。

表 1-1 全國人口數與金門縣人口年齡結構重要指標

項目	各年齡男女人口數			65歲(含)以上人口		65歲以上	
	總計	男	女	總計	男	女	比率
全國	23,519,518	11,713,562	11,805,956	3,054,932	1,410,475	1,644,457	12.99
金門縣	134,419	67,225	67,194	15,475	7,415	8,060	11.51

資料來源：內政部戶政司全球資訊網 (2017a)

再由統計資料發現，如表 2-2，104 年度人口老化指數（65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲人口數乘以 100）為 92.18%（註 1），老年人口依賴扶養比（0-14 歲人口+65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100）為 35.28%（註 2），65 歲以上人口數量和比例不斷攀升，更快速走向所謂「高齡社會」。依據行政院國發會推估，至 2025 年左右，老年人口將達總人口的 20.1%，即每 5 人中 就有 1 位是老年長者，2036 年後更升高為 21.6%，我國人口老化速率僅次於日本，為全球第二，年齡老化的這種現象，不但使得台灣人口結構開始轉型，也造成慢性病盛行率增加，失能、失智等健康轉型的問題，日趨嚴重。本研究針對政府推動長照 2.0 十年計劃，靠著長照走向一個老而尊嚴的社會，將健康照護產業變革之路，從偏遠轉向都市，機構轉入居家，得到重視生活品質「在地安老」（aging in place）。（林萬億，2016）。

表 2-2 六都暨金門縣人口數按三階段年齡百分比及其扶養比

區域別	年齡分配百分比 (%)			扶養比	老化指數
	0~14	15~64	65+		
總計	13.57	73.92	12.51	35.28	92.18
新北市	13.02	76.17	10.81	31.28	83.02
臺北市	13.95	71.29	14.76	40.28	105.80
桃園市	15.52	74.81	9.67	33.68	62.30
臺中市	14.98	74.73	10.29	33.82	68.69
臺南市	12.76	74.15	13.09	34.86	102.58
高雄市	12.58	74.81	12.61	33.67	100.23
金門縣	10.43	78.39	11.18	27.56	107.19

資料來源：內政部戶政司全球資訊網（2017b）

註 1. 老化指數=(65 歲以上人口)/(0-14 歲人口)*100，即每百個幼年人口所當老年人口數。

註 2. 扶養比=(0-14 歲人口+65 歲以上人口)/(15-64 歲人口)*100，即每百個工作齡人口所需負擔依賴人口數。

人生謝幕終點前為自己以「健康老化」、「在地老化」、「智慧老化」、「活力老化」、「樂學老化」五大生活目標，盼藉由政府與民間合作，共同提升老人友善服務，落實在地老化之政策目標。推動的措施包括，提倡預防保健，促進健康老化；建置友善環境，促進在地老化；引進民間投入，促進智慧老化；推動社會參與，促進活力老化；鼓勵終身學習，促進樂學老化(衛生福利部，2016)。

第二節 研究動機

低薪高房價讓我國青壯年遠走國外就業之人數龐大，留下老人顧孫看家，沒有子女在身邊恐懼感使老年長者在心理上的需求，面臨人情冷暖的孤單，慢性病與糖尿病等疾病急遽上身，就醫住院與醫療服務沒子女陪伴，心裡的孤寂孤單難免有可能負氣離家出走，此為我研究動機出發點，這些需要廣泛的長期照護服務，如表 1-3。

表 1-3 國內近年老年失蹤人口統計

國內近年老年失蹤人口統計				單位:人
時間	成年(含老人)	老人	老人成人比率	總人數
2014 年	15304	3165	21%	26940
2015 年	15224	3196	21%	25882
2016 年	15480	3703	24%	25278
2017 年	5276	1319	25%	8378
1 月到 4 月				
註: 成年指 24 歲以 ；老人指 65 歲以上				

資料來源：內政部戶政司全球資訊網 (2017c)

戰後嬰兒潮出生都是上一代父母親輩，經過歲月洗禮人們已經鬢髮蒼白，從小吃苦到年老了，隨著社會環境變遷影響，希望人生下半場可以自主樂活，老了應該有完整社會醫療資源照護，新政府推動長期照護 2.0 十年計畫(衛生福利部，2016)，

在地安老政策下「安心、養心、樂心、放心」樂活晚年，是否受到照護尊嚴值得探討與研究，此為本研究之動機。

- 一. 政府落實「長期照護 2.0」政策，得到民眾支持與信任。
- 二. 社區長期照護服務模式，假使有天需要社區長期照護能為我帶來放心與安心。
- 三. 長期照護落實後政府服務態度，感受服務品質價值與評價為我帶來滿意信心。
- 四. 推動長期照護 2.0，擴大服務需要部分自行負擔費用，能得到民眾支持。
- 五. 長期照護落實後照護員服務態度核心能力，工作態度精神肯定支持。

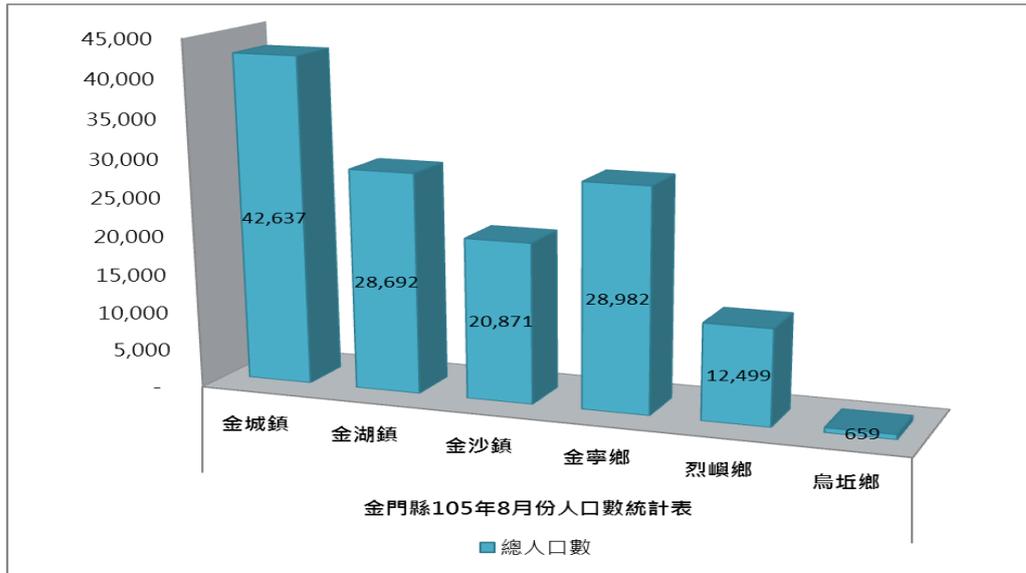
關注 65 歲以上老人自訴患有慢性病者占 81.1%，所患慢性病主要高血壓、骨質疏鬆、糖尿病及心臟疾病。壽命增長不等於延續健康，台灣人到死前平均臥床年數 7 年(衛生福利部，2016)。離島地區金門同樣對醫療品質與醫師求才若渴狀況迫切，期能藉此改善醫療水平，確保地區民眾的就醫權利與身心健康。常面臨專科醫師不足、醫療設備不足、醫療服務態度、照護服務員人力不足等問題，此為我研究動機的探討。

表 1-4 金門縣 105 年 8 月份人口數統計表

金門縣各鄉鎮 105 年 8 月份人口數統計表						
	金城鎮	金湖鎮	金沙鎮	金寧鄉	烈嶼鄉	烏坵鄉
65 歲人口	4,799	3,202	2,461	2,990	1,640	62
總人口數	42,637	28,692	20,871	28,982	12,499	659

金門縣總人口數: 133,656 人 ; 金門縣 65 歲人口數: 15,154 人

資料來源：金門縣民政處人口資料庫 (2017a)



資料來源：金門縣民政處人口資料庫（2017b）

圖 1-1 金門縣 105 年 8 月份人口數統計表

對金門縣「健康城市與高齡友善城市」政策推動落實，透過「智慧健康管理醫療資訊整合平台」，以衛生福利部金門醫院為支援醫院，將金城鎮、金沙鎮、金寧鄉、烈嶼鄉與金湖鎮等五個衛生所為基礎照護服務單元，主動關心在地住民之健康。

第三節 研究目的

基於此為我研究動機出發點，我國長照基本目標為「建構完整之我國長期照護體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨力生活能力，提昇生活品質，以維持尊嚴(Dignity)與獨立(Independence)」(行政院，2007)，探索其目的相關聯性如下：

- 一、以全人照顧、在地老化、政府落實長期照護政策，必需照護普及化。
- 二、保障民眾獲得符合個人需求的長期照護服務，並增進民眾選擇服務的權利。
- 三、支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任。

- 四、建立照護管理機制，整合各類服務與資源，確保服務提供的效率與效益。
- 五、透過政府的經費補助，以提升民眾使用長期照護服務的可負擔性。
- 六、確保長期照護財源的永續維持，政府與民眾共同分擔財務責任。

在本研究目的朝向構建「整合式健康管理資料庫」落實醫院、醫療診所、居家照護、長照機構等，應用可行性數位健康管理平台提供之照護服務機制，以落實加強在地居民健康照護，推動民眾醫療照護，加強預防保健，擴展保健業務，以喘息服務支持家庭照顧者，增進居民健康與幸福，透過定期關懷機制有助於推動長期照護工作，藉提供民眾需求者適切服務、提升生活品質。

第四節 研究流程

本研究於研究動機產生明確落腳點，調控確立研究目的與方法，針對過去相關的文獻加以整理探討，基本路線建立研究架構提出研究假說，接著參考以往學者、學術界的相關研究來設計問題，問卷發放與回收後，刪除無效問卷，緊跟進度運用統計方式予以分析，抓緊驗證研究假說，最後根據研究結果提出結論與建議，儘快展現研究新成果。

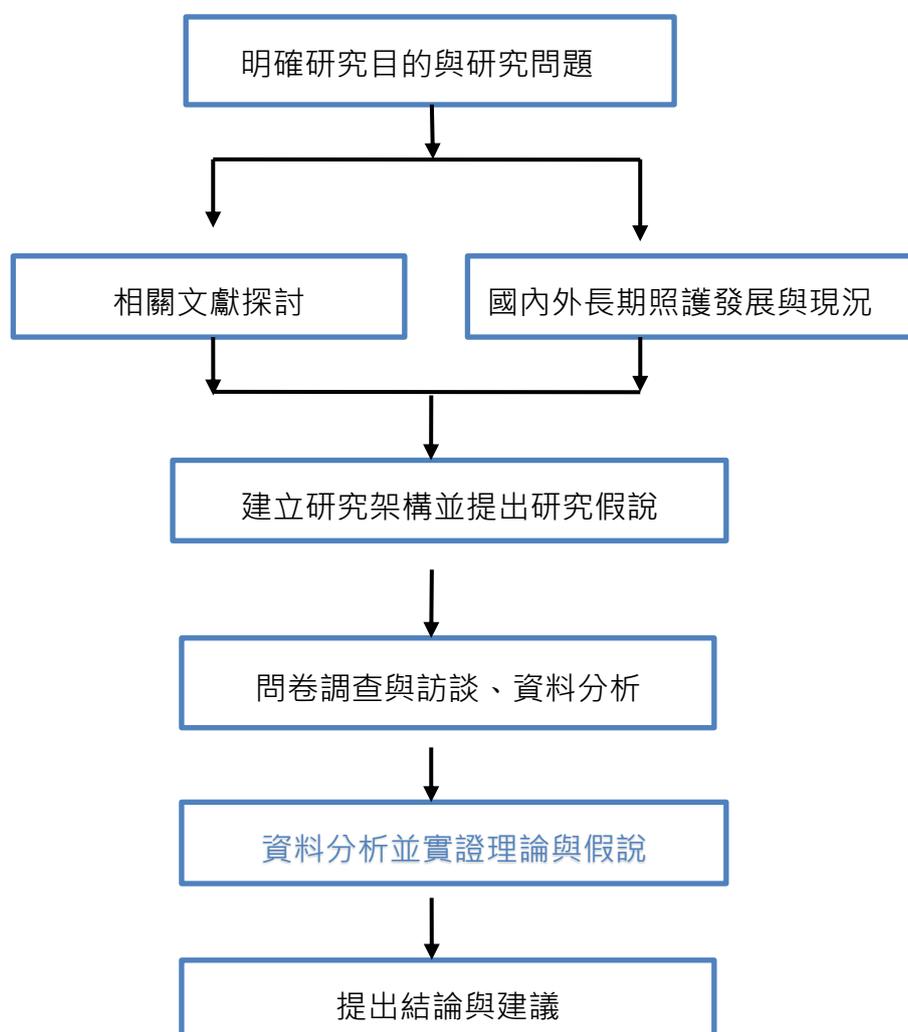


圖 1-2 研究流程架構

第二章 文獻探討

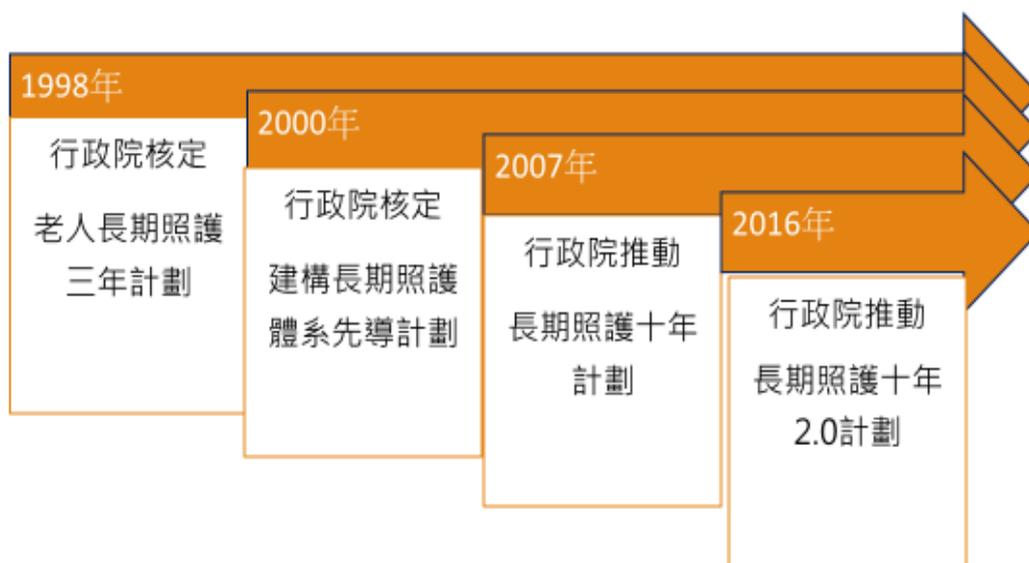
歐美先進國家從十九世紀開始即陸續邁入老化國家之列，人口老化的問題（Torrey, Kinsella & Taeuber，1987）對醫療服務與長期照護的需求驟增，照護服務品質的價值與評價值得研究。

第一節 我國長期照護發展與現況

我國長期照護制度發展脈絡，起源於2000年行政院核定「建構長期照護體系先導計畫」（行政院，2000），歷經三年介入研究，確實讓我國長期照護有了實證性的資料與方向。

政府積極推動相關方案，包括「建構長期照護體系先導計畫」、「新世紀健康照護計畫」、「加強老人安養服務方案」、「照顧服務福利及產業發展方案」與「我國長期照顧十年計畫」等，建構完善之長期照顧制度，以滿足高齡社會所需。

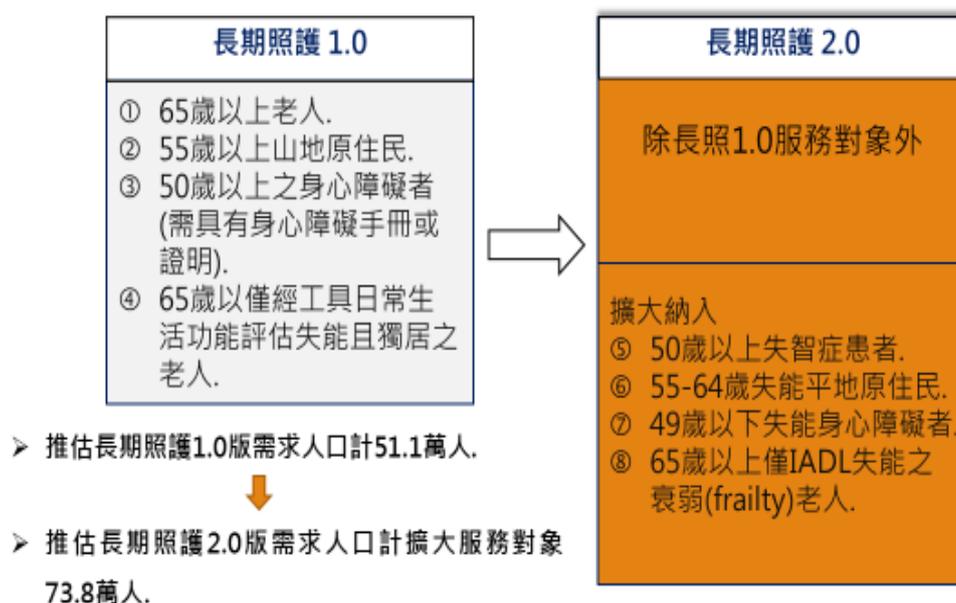
一. 長期照護發展史



資料來源：衛生福利部

圖 2-1 長期照護制度發展脈絡

在 2007 年行政院通過核定「長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」(行政院, 2007), 建構全臺灣各地的長期照護服務對象(圖 2-2), 明確訂立長期照護服務對象與照護服務項目, 將社會有需要被照護族群與弱勢家庭, 列入照護追蹤關懷對象, 減輕家庭經濟支出負擔, 維護社會安全與居家環境, 據以建構我國長期照顧制度標準模式。



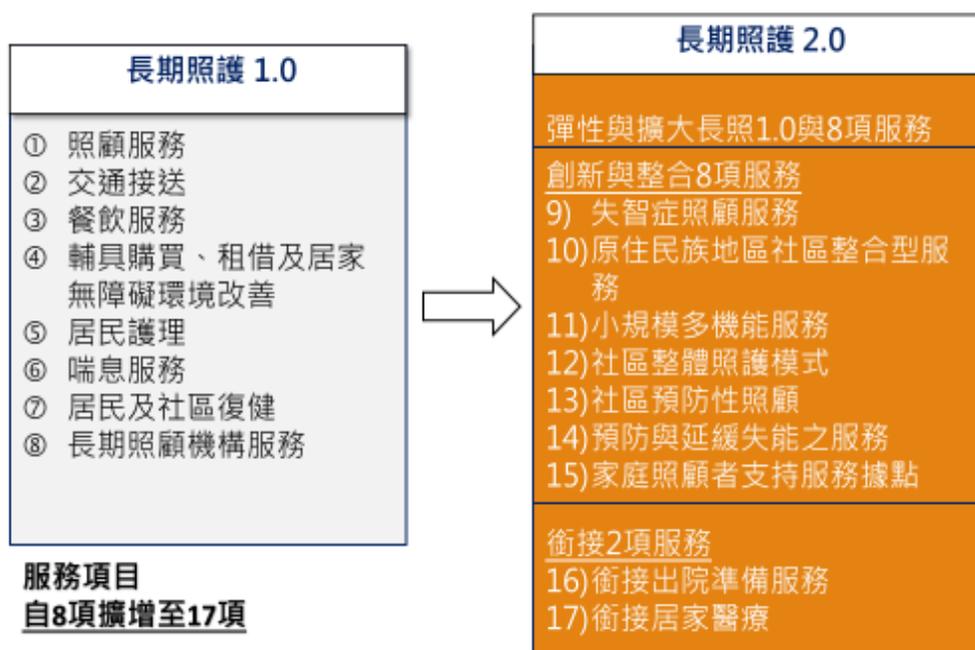
資料來源：衛生福利部長照十年計劃

圖 2-2 長期照護服務對象

民間產業聯盟對「智慧長照產業 4.0」, 打造智慧化長照機構, 因應人力短缺運用資訊科技提高照護效率, 讓有需求者選擇你以住民為中心人性化照護, 提供健康管理、醫療院所、機構式照護、社區照護、居家照護、養生飲食等長期照護管理與實務及相關領域知識, 以培育相關領域之優質人才。

「智慧長照產業 4.0」銜接長期照護擴大服務「推動長照十年計畫 2.0」整合各項服務(衛生福利部, 2016), 朝向以社區為基礎的整合式照顧服務體系發展長照十年計畫 1.0 服務項目, 持續提供, 並提高服務量能, 彈性化服務使用發展長照十年

計畫 2.0 擴充的服務項目，服務過程中必須跳脫傳統安養照護的模式，需考量結合「智慧科技與人性關懷」創新思維，朝向健康長壽預防慢性病之新世紀邁進。落實「在地老化、活力老化」的安養需求之老人福利服務之主軸，把關注的焦點投入在如何應用資通科技（ICT）產品，減少高齡化族群中需要長期照護的人口。老人安養機構雲端資訊管理創新服務系統，將是可以大幅提安養機構的服務品質。如圖 2-3。



資料來源：衛生福利部長照十年計劃

圖 2-3 長期照護服務項目

二. 台灣地區長期照護之現況

長期照護患者接受服務或照護主要對象來源，可以分為非正式長期照護服務，包括家庭照護與社區非正式照護服務，以及正式長期照護服務，包括退輔會榮民體系、社會福利體系與醫療服務體系，如表 2-1。

表 2-1 我國長期照護發展體系

服務體系	健康照護	社會照顧	退輔會體系	其他服務體系
主管機關				

中央政府	衛生福利部		退輔會	勞動部、 原民會
地方政府	衛生局 衛生所	社會局(處) 社會課	榮民服務處	
法源依據	護理人員法 精神衛生法 醫療法	老人福利法 身心障礙者權益 保障法	國軍退除役官 兵輔導條例	

資料來源：衛生福利部長照十年計劃

如表 2-2，將分別說明非正式與正式長期照護服務的供應現況，充實長期照護量能，無縫接軌「智慧長照產業 4.0」。

1. 非正式長期照護服務：居家照護主要是由家人或親友負責照護責任，最主要的照護人力與照護方式。社區非正式照護服務係指鄰里社區中未正式立案的安養、療養機構，但因缺乏法規的規範、管理與監督，品質參差不齊。

2. 正式長期照護服務：目前正式長期照護服務可分為機構式與社區式服務兩類，機構式服務提供老人全天候 24 小時的醫護性、生活性和住宿服務；社區式服務提供老人部分日間照顧，讓老人能夠住在家裡接受服務協助。

表 2-2 我國長期照護服務類型

服務類型	照護類型	機構類型	醫療機構	試辦地點
機構住宿式	(一般、呼吸、精神)	老人福利機構(安養型)	榮民之家	農村試辦
		老人福利機構(養護型)	榮民醫院	安養護機
		老人福利機構(長期照護型)		構
社區式	日間照護	日間照顧中心(托老)		社區照顧
	社區復健	社區照顧關懷據點		關懷據點
	輔具評估	團體家屋(試辦)		(原鄉偏遠
	修繕租借	家庭托顧		地區)

		交通接送服務		社區復健 據點 部落廚房 共餐
居家式	居家護理 居家營養 照護 居家復健	居家服務 居家無障礙環境改善		
支持式	機構喘息 服務 照顧者訓練 照顧者支持團體	機構喘息/臨時托顧 居家喘息服務 照顧者訓練 照顧者支持團體 醫療補助 生命連線 送餐問安 老人保護專線 生活津貼	居家喘息 服務 照顧者訓練 照顧者支持團體 臨時托顧	家庭外籍 看護工 照顧服務 員訓練
連結式服務	出院準備 服務 長照管理 中心	老人服務中心 (部分縣市)		

資料來源：衛生福利部長照十年計劃

表 2-3 長期照護服務人數

政策對象	服務人數	成長比率
長期照護十年 1.0 版	51.1 萬人	
長期照護十年 2.0 版 (擴大服務)	73.8 萬人	44%

資料來源：衛生福利部長照十年計劃

高齡化社會伴隨而來年老後的不安，加上社會結構快速變化，家庭組織簡單化，在傳統社會都由女性承擔照顧老人重擔，因婦女進入社會就業人數增加，導致老齡照護出現懸空。對政府長期照護落實目標關注如下：

1. 建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。

2. 實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立關懷社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。

3. 銜接前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。

4. 向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

第二節 長期照護生理與心理需求

2007年「我國長期照顧十年計畫」(行政院，2007)，以建構完整的長期照顧服務體系，強化長期照顧服務所需各項軟硬體基礎建設，保障老人及身心功能障礙者獲得適切服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴(Dignity)與獨立(Independence)。

長期照護的前瞻，發展健全長期照護與遠距服務體系，隨著社會變遷、生育率降低，家庭結構改變，原有的家庭成員相互支援照護功能降低，愈來愈多照護需求者不易從家庭取得合適的照護服務。再加上生活型態改變與衛生醫療科技進步，疾病型態由「急性」轉為「慢性」，國民對醫療照護之需求由「治療」轉為「治療與照護並重」，配合未來快速成長的長期照護需求，老人安養機構逐一設立與服務品質管理制度，將是有效推動我國長期照護體系計畫考量的一大重點(邱文達，2011)。文獻上有關長期照護的摘要，彙整如下表 2-4。

表 2-4 長期照護需要之相關文獻彙整

文獻	摘要
Branch, L. G (1982)	對長期照護進行前瞻性研究，確定長期護理的關鍵決定因素為制度化。
Evashwick, C (1988)	針對長期照護係指病人為因身心疾病、功能障礙而需長時間的醫療、護理或支持健康照護的病人社區效益、社區居家衛生需求評估，進行日常生活照護與飲食控制，得到有規律與追蹤目標。
Wiener, J. M (1998)	老年人的長期照護需要的人越來越多人，對醫療保健費用持續增加，政府在財政支出捉襟見肘，擔憂影響服務品質。
Komisar, H. L (2000)	長期照護制度存在的問題，隨著人口的增長，改善制度的壓力將會增加，提出了關鍵的政策問題，包括機構與非機構護理之間的平衡，高品質護理的保證，急性和長期護理的融合以及融資機制的提供負擔得起的保護。
Colombo, F. & Oderkirk, J (2014)	老年人是醫院和長期照護服務的密集使用者，其生理與心理最需要親人關懷，健康程度影響家庭和樂。
黃源協(2003)	社區化老人長期照護模式，替老年慢性疾病的蔓延照護，依托老人在其所熟悉的家庭或社區安享晚年。
鄧素文(2010)	台灣長期照護服務體系之發展，讓偏遠地區(含山地離島)社區化服務體系、機構品質管理、專業人力資源發展、身心障礙者照護等政策，建構符合我國長期照護需求的服務體系。
楊志良(2010)	我國長期照護現況與展望，落實軟硬體基礎建設，保障老人及身心功能障礙者獲得適切服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與獨立。
蕭文高(2011)	長期照顧服務需求估計與規劃之檢視，為降低家庭負荷並改善服務使用者之生活品質與尊嚴。
陳正芬(2011)	我國長期照護政策之規劃與發展，1980年公布實施的「老人福利法」為始點，2007年4月份行政院核定為「我國長期照顧十年計畫」建構完整之我國長期照顧體系發展。
邱文達(2011)	長期照護的前瞻，發展健全長期照護與遠距服務體系，規劃推動長期照護保險制度，建立眾人皆負擔得起照護。

綜合學者專家看法，本研究對長期照護政府政策，願意投入公共資源建設與照顧百姓，建構環境符合多元化、優質化、社區化、可負擔及兼顧性別、經濟、區域、文化、族群、職業、健康條件差異之老人長期照顧政策。論述如下：

一、長期照護前瞻性

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

政府推展「長照十年計畫 2.0」政策。從過去 10 年的長照 1.0 發展經驗來檢討，其實整個照護體系有許多的問題尚待克服，包括：預算不足、照護人力不足、機構品質差異極大、服務方案嚴重不足、宣廣及普及度低、行政作業繁瑣、城鄉資源嚴重落差等問題，並沒有依托長照升級至 2.0 而化解，反而可能隨著長照規模擴大而更為棘手。

二、發展隨身健康照護理念與設備

促使人民時時常注意自己的生理狀況，透過各種不同的生理訊號紀錄與追蹤建立預防醫學概念，隨時、隨地皆可進行。這些數據，將是雲端計量與海量資料分析，完整醫療「精準醫學大數據」平台。

三、運用遠端醫療監護設備與體系

應用「智慧長照產業 4.0」概念，結合無線感測、網路科技、雲端計算之綜合技術，達成健康促進及健全長期照護為目標，此種結合可以提升製造業在硬體設備(醫療設備)之附加價值，同時也將資通科技及高科技技術導入醫療設備，使製造業、科

技業及資訊軟體業相結合，達到異業跨領域整合之新的營運模式，進而使安養機構的軟硬體設施提升，使照顧照護服務更為全面化及效率化。

四、建立居家社區醫療服務體系

長期照護之機制流程，醫療走入社區居家服務，由社區照護員來關懷社區需要被照顧的人，隨時有人關心關懷照顧，長期下來，做好社區醫療服務照護關懷，自然減少醫療負擔。

第三節 社會與居家環境需求

根據 Evashwick,C (The Continuum of Long-Term Care, 1988)，針對健康、教育部門定義長期照護病人為因身心疾病，功能障礙而需長時間的醫療、護理或支持健康照護的病人社區效益、社區衛生需求評估，進行日常生活照護與飲食控制，得到有規律與追蹤目標。

台灣老齡安養的理想型態，仍以與家人同住或居住於離家人不遠，但現實是，由於工業化及都市化的發展，社會型態及家庭結構急劇轉變，隨著經濟壓力的攀升，外出就業的比例漸高，現代社會中大多數的家庭已都無法獨力承擔照顧老人的全部責任。現階段逐步需推動的項目，包括長照、托育、社會住宅、都市更新等等，都是社會上有龐大需求，和生活品質息息相關的產業。拿長期照護服務體系，需要建立大量訓練的人力，透過政府投資做初期的建構，與地方資源做整合，長照示範點已在 2016 年 11 月 1 日開始試行，透過示範點可檢討現有政策規劃，需要什麼樣人力、服務、場地與設備，如何跟現有社福系統結合。文獻上有關長照社會與居家需求的摘要，彙整如下表 2-5。

表 2-5 社會與居家對長期照護需求之相關文獻彙整

文獻	摘要
Amendola, Fernanda (2000)	長期照護是健康和社會制度的組成部分。它包括活動為需要非正式護理人員照顧的人 (家庭、朋友和鄰居)，由正式護理人員包括專業人員和輔助者 (健康、社會和其他工作者)，以及傳統的照顧者和志願者。
Weissert, W. G (2005)	對長期照護的服務對象、服務內容性質與服務提供者作了更加明確的說明-長期照護是對罹患慢性疾病的身心障礙者，提供診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。這些服務可經由不同的機構或非機構設施獲得。
Van Almenkerk, S (2008)	中風患者需要長期照護的居家護理。他們是誰？ 他們有什麼問題？ 他們接受哪些居家護理之喘息服務嗎？
高淑芬、葉淑惠 (1999)	探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係，得到更好關懷與照護。
黃麗玲(1999)	探討社區獨居老人身體、心理及社會功能之狀況及影響因素
呂源三等(2006)	老人健康居家需求與長期照護觀點，需要被政府、家庭、醫療機構等重視，落實做好照護。
孫宗慧等(2006)	協助長輩主要照顧者減輕身、心、社會、經濟負荷的照護經驗，主要照顧者的照顧壓力源包括：生理、心理、社會及經濟負荷的嚴重衝擊，而主要的護理問題為：睡眠型態混亂、家庭因應能力失調、社會支持的缺乏，即時掌握。
陳曉梅、張宏哲 (2007)	使用居家服務失能老人生活品質的現況及其影響因素之探討，對失能長者的收入、福利身份別、工具性日常生活功能、居家服務員的年資等因素關注。
林秀娥(2012)	獨居老年長者在心理上的需求，為無存在價值的自我暗示，對未來生病的焦慮，人情冷暖的孤單，照顧世代責任的心理需求等。

綜合學者摘要，政府建置需務實「找得到、看得到、用得到、付得起」的長期照護服務，來因應超高齡社會衝擊之外，照護體系本身，也可以帶動就業及相應的產

業發展。在長期照護服務當中，從機構管理、輔具器材、製作及配送餐點服務、交通接送、專業喘息照護需求，都能夠形成產業發展。長期照護服務要到位，也需要大量優質的社工、護理、物理治療、職能治療、營養等專業人力，這些都是龐大的就業機會。

但政府長期照護跟不上台灣人口老化、少子化，長期照護機構建立未能及時標準化，照護人力嚴重短缺，短期培訓照護員不易，需依托科技輔助透過「遠距健康照護服務網」，銜接貫通資通訊導入技術之整合，因此急需將智能生活科技導入銀髮族產業。

研究探討之問題，台灣健康照護產業正在面臨以下幾個挑戰；

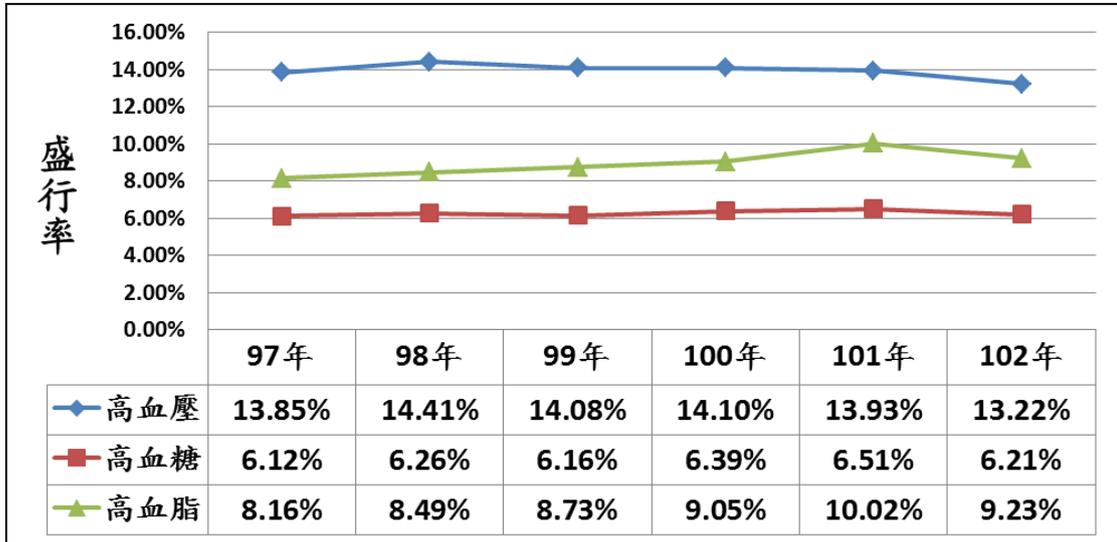
- 一. 被照顧老人得到妥善照護與關懷。
- 二. 社會與經濟負荷的嚴重衝擊。
- 三. 健康食品安全與營養保健監督機制。
- 四. 舊公寓住宅無電梯。
- 五. 同性婚姻入法將消耗國家龐大資源，影響政府未來長期照護。

第四節 金門醫療資源現狀與供給

根據我國十大死因資料統計，金門縣 102 年度十大死因中，慢性病計有兩項，分別為糖尿病、高血壓，又依據「衛生福利部死因統計資料」顯示，97 至 102 年度國人十大主要死因中，威脅國人健康最重要的疾病包括惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病，「惡性腫瘤」與「心臟疾病」分占第 1、2 順位，且約占年度總死亡人數的 22.8%、12.5%，而在「惡性腫瘤」中，又以「肺癌」為首、「肝癌」次之。

由於金門縣祭拜文化盛行，民眾飲食多油脂多現象普遍，加以金門縣特有節慶、宴客中的飲酒文化，同時老年人口比例高，在離島氣候寒冷、氣溫變化大以及民眾未建立規律運動習慣等情況下，使得罹患代謝症候群及心血管疾病比例偏高。

金門縣三高危險因子患者人數從 97 到 100 年有逐年增加趨勢，如圖 2-2 所示，自 101 年度開始，僅高血脂病人數較前一年度成長 0.97%，高血壓及高血糖病人數則緩步下降。



資料來源：金門縣衛生局全球資訊網（2017a）

圖 2-4 金門縣縣民歷年三高盛行率統計趨勢分析

一. 金門縣醫療資源分布

由於金門地區的人口密度及其地理特性，金門的醫療資源大多集中於金湖鎮、金城鎮等地，如下圖 2-5 所示。



資料來源：金門縣衛生局全球資訊網（2017b）

圖 2-5 金門縣醫療資源分布示意圖

金門地區由於屬於離島，復因醫療市場狹小，較難有效吸引民間私人醫療人才與資源，因此公部門即擔負主要之醫療服務提供與管理規劃之角色。根據金門縣衛生局 2014 年的調查，僅一家衛生福利部金門醫院位於金湖鎮，其餘診所數若不包含醫事檢驗所及衛生所家數則約 49 家，主要分布於金城鎮，如表 2-6 所示。

表 2-6 金門縣醫療資源分布說明簡表

鄉鎮市	醫院家數	診所家數(衛生所/醫事檢驗所)	醫院病床數	診所病床數
金城鎮		33		13
金湖鎮	1	7	351(一般 233、 特殊 63、日間精神 照護 55 床)	2
金沙鎮		4		2
金寧鄉		3		4
烈嶼鄉		2		2
合計	1	49	351	23

資料來源：金門縣衛生局全球資訊網 (2017c)

表 2-7 金門縣地方診所類型及家數

	金門縣診所家數					總計	衛生所
	西診所	中醫診所	牙醫診所	醫事檢驗所			
金城鎮	21	2	9	1	33	1	
金湖鎮	2	2	3	0	7	1	
金寧鄉	3	1	0	0	4	1	
金沙鎮	1	1	1	0	3	1	
烈嶼鄉	1	1	0	0	2	1	
合計					49	5	

僅有一家醫院—衛生福利部金門醫院(位於金湖)

資料來源：金門縣衛生局全球資訊網 (2017d)

在醫事人員部分，根據主計處 2015 年針對金門的整體調查顯示，截至 2014 年增加至 365 人，其中包含醫師人數為 54 人、中醫師 3 人、牙醫師 18 人、藥師 21 人、藥劑生 6、醫事檢驗師 14 人、醫事檢驗生 1 人、醫事放射師 14 人、護理師 161 人、

護士 47 人、營養師 4 人、物理治療師 9 人、物理治療生 8 人、職能治療師 4 人與臨床心理師 1 人，其成長幅度約為 1.83 倍。若以 2014 年全國、台灣本島與金門縣每萬人執業醫事人員人數作比較，全國每萬人口執業醫事人員數為 104.12 人，台灣本島每萬人口執業醫事人員數為 104.42 人，至於金門縣每萬人口執業醫事人員數卻只有 37.49 人。而 2014 年全國每平方公里執業醫事人員為 6.66 人，台灣本島每平方公里執業醫事人員為 6.69 人，至於金門縣亦只有 2.41 人。其代表著金門縣居民要前往接受醫事人員醫療照顧的交通成本、時間成本與不便性皆高於全國與本島。

金門縣每萬人口病床數與平均每一病床服務之人數，均遠遠偏離全國與台灣本島。2014 年全國每萬人口病床數為 68.61 張、台灣本島每萬人口病床數為 68.78 張，皆遠遠高於金門的 27.63 張。而金門縣每一病床服務之人口數為 361.95 人，其遠遠高於全國的 145.75 人與台灣本島的 145.36 人。其並非無能力增加病床之數量，主因乃為醫師與護士人力之不足所致，因此金門縣醫師與護士平均服務之病床數才會跟全國與台灣本島相近不遠。

金門縣除面臨前述醫事人力及醫療資源不足的問題外，青壯勞動力亦大多前往台灣本島念書或工作，未來如何對應縣內老年人照護需求，並發展合適的照護計畫與服務，已是日益重要的課題。

有些住民係單身生活，無親無友，更無人探視，要保持身心自由、不被虐待或被使用化學藥物或身體被拘束的權益，因此需要一位代言人幫助，讓每位住民享有安全、清潔、舒適，如同自己居家的環境。

二. 金門縣預防保健措施

以往金門縣民在接受健康檢查時，礙於經費預算因素，多以政府補助或費用較低廉之一般抽血、心電圖檢查、超音波檢查為主，至於需自費藉由精密儀器執行健康檢查之項目，其意願不高。同時，金門縣亦缺乏有效又不具侵襲性的檢查方法，一般民眾若真需接受進一步的高階檢查，均需搭機赴台，來回近萬元的旅費，對金門縣民而言是筆經濟負擔。再者，金門醫院醫事人員不足，想要進行健康檢查之民眾必須與一般門診看診民眾排隊受檢，等候時間冗長，降低民眾受檢意願。

第三章 研究方法

根據研究動機、研究目的、相關文獻探討之結果，設計本研究之研究方法，藉以瞭解政府落實「長期照護政策 2.0」差異情形，以期達到研究目的。本章分為研究架構、研究途徑、研究方法與工具等三節，分別論述如下。

第一節 研究架構

本研究根據研究目的，並參考相關文獻，發現 Andersen, R. (1968)於 1968 所提出之健康服務利用行為模式，將影響個人使用健康服務的因素分為傾向(predisposing)、能力(enabling)及疾病/需要(illness level/need for care)等三大類。Aday L.A 和 Andersen, R. A (1974) 所提出的健康服務利用行為模式 (Behavioral Model of Health Service Utilization)，來預測使用者對長期照護服務之利用及滿意度之相關因素。該模式由照護政策 (Care policy)、健康照護體系需求 (Health Care System delivery)、族群特性 (Characteristics of population-at-risk) 三者間面向，來探討其與健康服務的利用 (Utilization of health service) 以及被照護者滿意度 (Being taken care of satisfaction) 為我帶來服務需要之關係。

因此，研究架構依 Andersen, R. A(1974) 健康服務利用行為模式，被照護者背景變項包含個案基本資料、婚姻狀況、居住狀況、主要照護者狀況、家屬及個案需求，及個案照護型態的選擇。在依變項部份，針對長期照護 2.0 分別定義政策認同與需求認同、長期照護政策認同與需求認同之相關聯需求認同。

依據長期照護 2.0 政策計劃方針(衛生福利部，2016)，選擇長期照護 2.0 政策認同的具體五個構面(落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度、照服員服務態度、服務項目評價)為自變項來做代表性分析；長期照護 2.0 需

求認同的具體四個構面(擴大服務項目、服務自行負擔費用、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網)為依變項，來做代表性分析。

一. 長期照護 2.0 政策認同構面敘述

1. 落實長期照護 2.0 政策

政府實施「長期照護 2.0」惠民政策，有效落實老人福祉，得到政府及民眾共同關注的焦點，能為老人增加社區預防保健效益，更能落實社區整體居家照護服務，並且能為擴大服務對象與增加服務項目之政策。

2. 社區長照服務模式

社區居家照護是提供服務到老年人居住的家中或社區，使老年人在熟悉的居住環境且不改變習慣的生活方式情況下，獲得長期照護的服務；照護服務內容包括醫療、護理、復健及日常生活照顧等，社區長期照護為我帶來「居家醫療服務」信心與安心，居家健康照顧(日間照護、家庭托顧、居家服務)放心與舒心。

3. 長照落實後政府態度

積極建立優質、平價、普及的「長照 10 年計畫 2.0」，推動社區整體照護模式，支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任，有符合個人的需求，更應該繼續推動擴大服務，被照顧老人得到妥善照護與關懷，有尊嚴在地安養與在地老化。

4. 照服員服務態度

照服員是個需有極大耐心的行業，同時也是一個值得受尊敬的角色，與照護服務員彼此相處信任關係、工作盡責程度、與病患家屬的溝通性、彼此相處互動關係等整體而言，我對照護服務員工作態度精神值得肯定。

5. 服務項目評價

當你使用居家服務(社會福利資源諮詢及轉介)、關懷訪視認同服務用心態度、「喘息服務」得到適度休息與情緒心情舒壓、社區式照顧(家庭托顧、日間照顧)得到熱情照顧與關懷，對服務評價與肯定，認同服務精神可以獲得你的支持與肯定。

二. 長期照護 2.0 需求認同構面敘述

1. 擴大服務項目

長照 1.0 以在地老化為原則，建構了許多居家服務、社區服務的據點與資源，提供了外籍看護與機構以外的照顧選擇，以減少人力與經濟負擔、善用社會資源，但是由於 1.0 的預算少、限制多等問題，導致知道並申請服務的民眾並不多。政府為了改善這些問題，在 2.0 中做出了不少改變，以「找得到、看得到、用得到」為目標，將服務對象擴大、服務項目增加、希望可以讓更多人受惠、減少民眾的負擔。

2. 服務自行負擔費用

希望政府擴大長照服務項目自行負擔部份費用，依民眾失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的補助；失能程度愈高者，政府提供的補助額度愈高。失能者在補助額度內使用各項服務，需部分負擔經費；收入愈高者，部分負擔的費用愈高。

3. 高度服務熱忱

為了居家護理與照護工作負荷及壓力的確大，目的提升照護品質與細心照顧，讓家屬放心與安心，同時減輕家屬照護影響經濟收入，必需要有意願奉獻精神從事照護與關懷，工作中抱持熱忱心態，處理日常生活中面臨危關，安撫被照護者心情不愉快等，而本身情緒管理建設好，才有能力照護更多需要照護者。

4. 整合式健康照護服務網

整合式健康照護服務為長期延續性之工作，不僅重視醫療照護的連續性，服務的重點也從醫療照護走向健康照護，使病患獲得最適當且完善的照護服務；最終建立以病患為中心的健康照護體系；健康照護機構之外，機構內的管理者、醫師、護理人員以及各類醫事技術人員構成相當繁雜的服務提供照護服務網體系。

三. 長期照護 2.0 政策認同與需求認同構面敘述

1. 擴大服務項目

軟實力服務需透過培訓與政策支持，有效擴大服務項目層面，建構在硬體設備需要民間企業與政府合作基礎上，照護體系由政策面支撐需求面之相關。

2. 服務自行負擔費用

社區醫療服務與居家照護關懷，除了政府負擔照護費用之外，家屬願意在照護的部分上自行負擔，自然減少醫療浪費，有尊嚴在地安養在地安老，照護體系由政策面支撐需求面之相關。

3. 高度服務熱忱

基礎建構為長期照護 2.0 依靠，人文心靈建構為長照 2.0 依托，必需為民服務熱忱與支持政策，服務細心與用心，獲得被照護者的肯定與家屬感謝，照護體系由政策面支撐需求面之相關。

4. 整合式健康照護服務網

醫療網「整合式健康照護服務網」，銜接貫通資通訊科技導入技術之整合平台，因此需將智能生活科技導入智慧長期照護產業 4.0，照護體系由政策面支撐需求面之相關。

本研究架構整理如圖 3-1，並提出以下研究題目與假說。

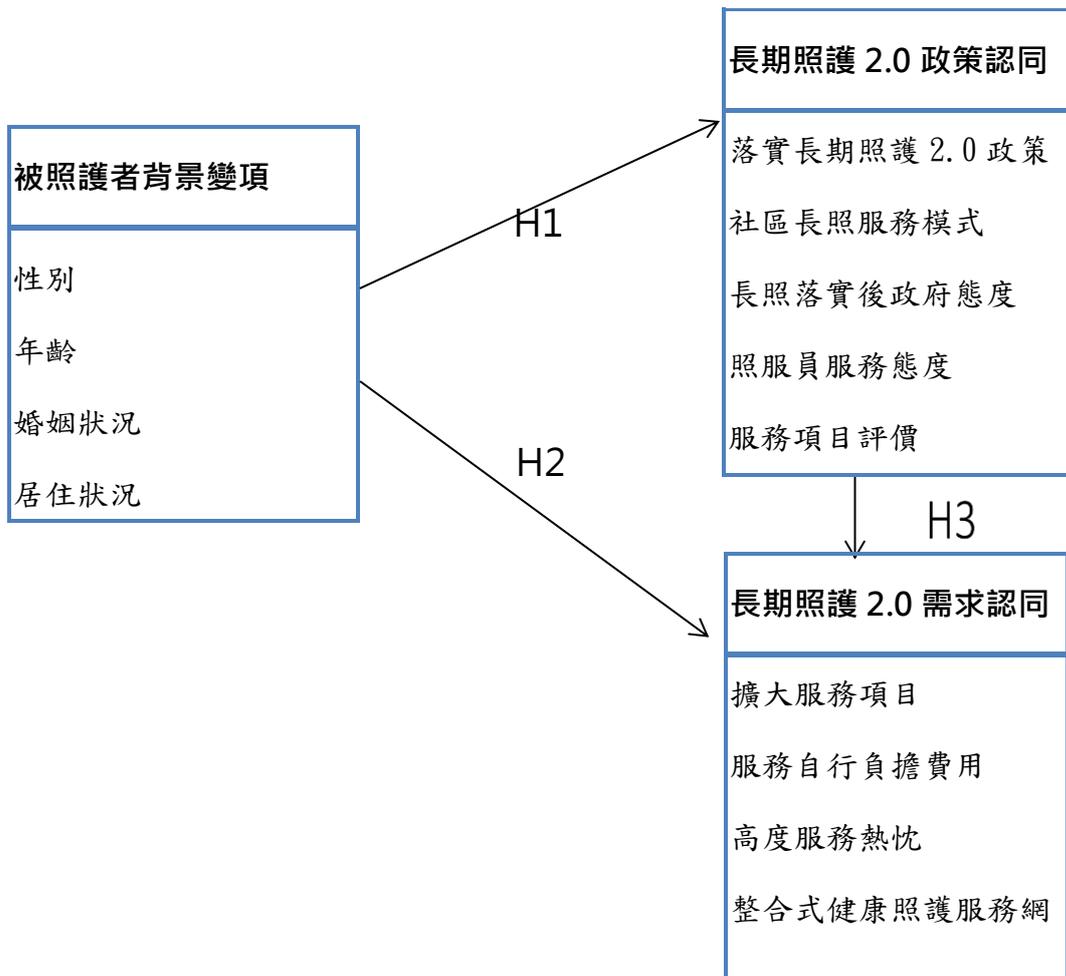


圖 3-1 研究架構

四. 研究題目與假說

假說一：不同背景變項的對應長期照護 2.0 政策認同各層面上有顯著差異。

1. 不同性別被照護者對應長期照護 2.0 政策認同上有顯著差異。
2. 不同年齡被照護者對應長期照護 2.0 政策認同上有顯著差異。
3. 不同婚姻狀況被照護者對應長期照護 2.0 政策認同上有顯著差異。
4. 不同居住狀況被照護者對應長期照護 2.0 政策認同上有顯著差異。

假說二：不同背景變項的對應長期照護 2.0 需求認同各層面上有顯著差異。

1. 不同性別被照護者對應長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。
2. 不同年齡被照護者對應長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。
3. 不同婚姻狀況被照護者對應長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。
4. 不同居住狀況被照護者對應長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。

假說三：長期照護 2.0 政策對長期照護 2.0 需求顯著之間關聯性。

1. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的擴大服務項目層面上具顯著相關。
2. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的服務自行負擔費用層面上具顯著相關。
3. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的高度服務熱忱層面上具顯著相關。
4. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的整合式健康照護服務網層面上具顯著相關。

第二節 研究途徑

本研究依據研究架構，採結構式問卷調查法與深度訪談進行，政府政策滿意度之外在因素評估工具，研發出自擬式問卷工具，採李克特量表五等量表計分，量表評估方式為非常同意(1)、同意(2)、中立(3)、不同意(4)、非常不同意(5)。

一. 基本資料

本研究的被照護者基本資料，包括受問卷者：性別、年齡、婚姻狀況、居住戶籍、居住狀況及目前有無請領政府補助或福利津貼，問卷基本資料項目如表 3-1。

表 3-1 問卷者基本資料

項目	組別
性別	男 女
年齡	45-54 歲(含 49 歲以下失能身心障礙) 55-64 歲 65 歲以上
婚姻狀況	未婚 已婚(無子女) 已婚(有子女) 離婚 喪偶
居住狀況	獨居 僅與配偶同住 與配偶及孫子女同住(隔代) 配偶與子女三代同住 其它
目前有請領政府補助或福利津貼	1.榮民(眷)退休俸 2.中低收入老人生活津貼 3.低收入戶生活津貼 4.身心障礙生活津貼 5.老農/老漁津貼 6.公教人員退休俸 7.國民年金老年年金 8.無請領政府補助款

二. 敘述統計量分析

平均數是最常用的一種中央趨勢之衡量統計量，它最大的功用即在能以一個簡單的數代表母體或樣本的數值。

採分組的資料平均數：

$$\bar{x} = \frac{f_1x_1 + f_2x_2 + \cdots + f_kx_k}{f_1 + f_2 + \cdots + f_k} = \frac{\sum_{i=1}^k f_i x_i}{\sum_{i=1}^k f_i} = \frac{\sum_{i=1}^k f_i x_i}{n}$$

針對問卷調查有效回收數 200 份，做敘述統計量分析，在基本資料中性別、年齡、婚姻狀況、居住狀況、有無請領政府補助款等做統計數值及圖表呈現分析。

表 3-2 性別資料分析

性別	人數	比率
男	125	62.50%
女	75	37.50%

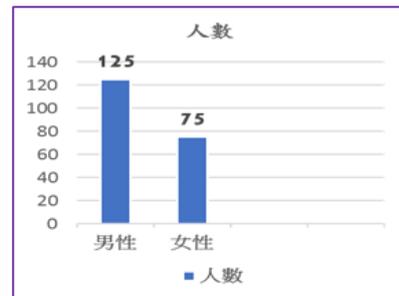


圖 3-2 性別資料分析

表 3-3 年齡資料分析

年齡	人數	比率
45-54 歲	74	37.00%
55-64 歲	62	31.00%
65 歲以上	64	32.00%

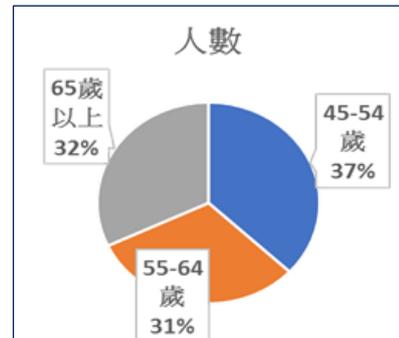


圖 3-3 年齡資料分析

表 3-4 婚姻狀況資料分析

婚姻狀況	人數	比率
已婚(有子女)	128	64.00%
未婚	36	18.00%
已婚(無子女)	19	9.50%
喪偶	9	4.50%
離婚	8	4.00%

根據表 3-4 問卷統計分析，婚姻狀況未婚 18%與喪離婚 8.9%族群之相關聯，驗證對長照需要性很高，如親人不在身邊缺乏照顧，需依托居家照護的生活，希望晚年能有長照機構安居受惠妥善照護。

表 3-5 居住狀況資料分析

居住狀況	人數	比率
僅與配偶同住	79	39.50%
配偶與子女三代同住	42	21.00%
獨居	42	21.00%
與配偶及孫子女同住(隔代)	21	10.50%
其它	16	8.00%

根據表 3-5 研究發現居住狀況，僅與配偶同住 39.5%、獨居 21%之相關聯，驗證對照需要性很高，主因身邊沒有小孩或親人，需依賴政府推動長照得到照顧，依托居家環境修繕安定生活，希望晚年能有長照機構安居受惠妥善照護。

對於上述其它 8%原因，主因離婚或喪偶後選擇返鄉，主要是金門縣民優惠條件比台灣地區各縣市好。

表 3-6 有無請領政府補助或福利津貼分析

有無請領政府補助或福利津貼	人數	比率
無	117	58.00%
有	83	42.00%

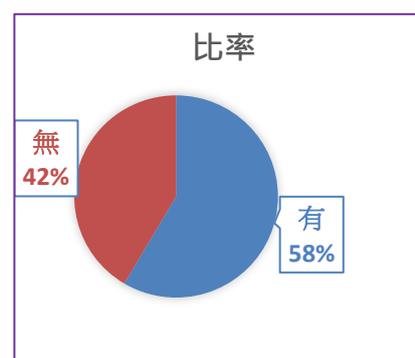


圖 3-4 有無請領政府補助或福利津貼分析

表 3-7 有請領政府補助或福利津貼人數分析

請領政府補助款或福利津貼包括【可複選】	人數	比率
老農/老漁津貼	27	27.00%
榮民(眷)退休俸	17	17.00%
身心障礙生活津貼	15	15.00%
中低收入老人生活津貼	11	11.00%
公教人員退休俸	11	11.00%
國民年金老年年金	11	11.00%
低收入戶生活津貼	8	8.00%

根據表 3-7 問卷統計分析，希望政府擴大長照服務項目自行負擔部份費用，還有 24.32%不同意自行負擔費用希望政府全部負擔。有可能受到年金改革社會紛亂因素擔心未來錢不夠。

三. 長期照護政策概述

本研究將長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同行為歸納為五個向度，每層面包含 4-12 項行為，共計 39 題與 34 題；如表 3-8 與表 3-9 敘述，詳細問卷請參考附錄一。

表 3-8 長期照護 2.0 政策認同概述各層面之題數一覽

層 面	題數
政府落實「長期照護 2.0」政策	4
社區長期照護服務模式	12
長照落實後政府態度	5
照服員服務態度	10
服務項目評價	8
總計	39

表 3-9 長期照護 2.0 需求認同概述各層面之題數一覽

層 面	題數
擴大服務項目	12
服務自行負擔費用	5
高度服務熱忱	10
整合式健康照護服務網	8
總計	34

本研究採李克特氏五點量表，由非常滿意到非常不滿意共五個選項，分別給予 5、4、3、2、1 分數。填答得分越高者，表示對長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同落實愈高，且對於服務態度愈滿意、愈正向；反之，則表示長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同落實愈低、愈負向，對於服務態度效能愈消極與負面評價。

四. 研究場所

本研究在金門縣看到醫療瓶頸，「霧瑣金門」生病要看天氣，金門縣老化指數特別高 107.19%下，在長期對金門縣觀察，本人對老人特別有感情與親切，因此，進行有需要被照護老人與符合被照護條件下，獲得金門個案或家屬同意後進行問卷調查，所收集的資料與個案做連結，基於保護個案個人資料，所獲得的資料僅提供本研究參考，不作為與本研究無關的其他用途。問卷資料經整理後，以 SPSS 套裝統計軟體進行資料分析，使用描述性統計，預計採用最大值、最小值、平均值、百分比與標準差分析，為了解選擇照護型態是否有差異。因本研究以金門縣民眾作為研究資料收集的場所。

五. 研究對象

本研究即是資料收集者。親自往金門縣做實際訪談，對象為衛生福利部金門醫院董文雅副院長、資訊室呂克偉主任、金門縣政府縣長室歐陽豪祕書、金門縣台北

醫療服務中心張朝凱主任、金門縣衛生局、長照據點照護員等八位；主題設計訪談題目與對象，需與長期照護之工作領域相關人員進行訪談，受訪者本身對政策具建設性與相關領域，提供醫療照護服務建議、整合式健康照護服務網科技導入意見、醫療緊急後送流程協助，政府資源政策等在長期照護具服務之影響，礙於受訪者工作性質與職稱，所設計題目內容與看法趨向符合工作，而受訪者所回答問題看法與代表性，做為本研究依據參考與真實性，而遺憾的是無法代表題目多人數意見，在 2016 年 11 月 1 日長照 2.0 試辦上路，我很珍惜所訪談對象的看法做為我研究數據之一；

問卷資料收集期間為 1.5 個月，時間(2017/02/15-2017/03/31)完成問卷調查與訪談(2017/04/01-2017/04/30)，提供 300 份問卷中，回收有效問卷 200 份(66.6%)，無效問卷有 11 份(3.6%)，未回收問卷有 89 份(29.6%)。

第三節 研究方法與工具

本研究採用 SPSS 統計軟體進行相關量化資料之分析；本研究分析包含有信度分析、驗證性因素分析、單因子變異數分析、獨立樣本 t 檢定及關聯性深度訪談，驗證過程之後採雪費(Sheffe)事後檢定。

一. 信度分析(Reliability analysis)

為了瞭解問卷的可靠度及有效性，通常需要再進行信度分析。一個量表的信度越高，代表量表的穩定性越高。常用的信度檢定方法為「Cronbach's α 」係數來測量。主構面的 Cronbach's α 值大於 0.9 為非常高信度值，低於 0.3 非常低信度值，不被採用，如表 3-10。

表 3-10 Cronbach α 係數的適切性標準

Cronbach's α	可靠性
$0.9 \leq \alpha$	非常高信度值
$0.7 \leq \alpha < 0.9$	非常信度值
$0.5 \leq \alpha < 0.6$	信度值
$0.4 \leq \alpha < 0.5$	尚可
$0.3 \leq \alpha < 0.4$	低信度值
$\alpha < 0.3$	非常低信度值

二. 驗證性因素分析(Confirmatory Factor Analysis, CFA)

被用來分析測驗或量表的構念效度，本研究對於資料的因素架構因為有過去研究建議及文獻支持的前提下已有預設立場，會透過驗證性因素分析去驗證這些變數是否如同過去研究及文獻所敘述一般，聚集成一個或數個因素。

一個良好的量測模式必須滿足三個條件：

1. 研究模式中需觀察變數必須能正確量測出各潛在變數。
2. 量測模式的一階驗證因素分析模式須具備整體配適度。
3. 同一觀察變數不能對不同潛在變數都顯著的負荷量

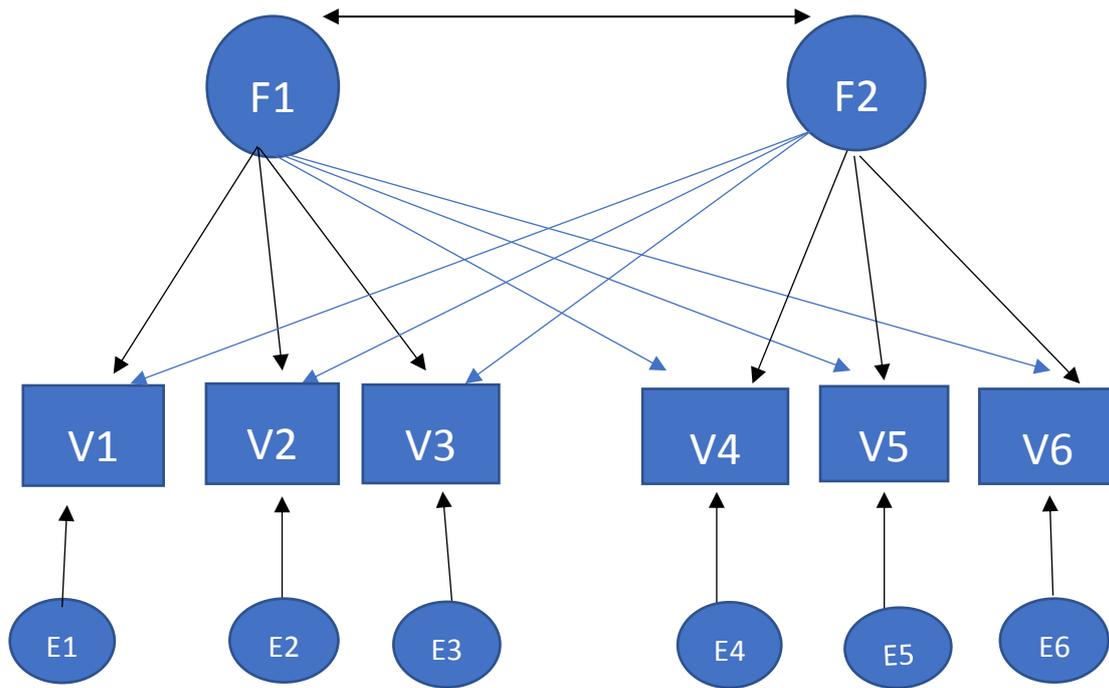


圖 3-5 試探性因素分析示意圖

三. 單因子變異數分析(One-way ANOVA)

為資料分析中常見的統計模型，主要為探討連續型 (Continuous) 資料型態之因變量 (Dependent variable) 與類別型資料型態之自變量 (Independent variable) 的關係，當自變項的因子中包含等於或超過三個類別，如表 3-11。

表 3-11 單因子變異數分析表

變異來源	平方和	自由度	均方	f_0 值
處理方式	SSB	k-1	MSB	$\frac{MSB}{MSE}$
隨機誤差	SSE	n-k	MSE	
總和	SST	n-1		

本研究於不同背景變項之被照護者背景變項，各層面差異之分析中性別、年齡、

婚姻狀況、居住狀況、政府補助或福利津貼的背景變項，採用單因子變異數分析。

四. 獨立樣本 t 檢定(Independent Sample t test)

獨立 t 檢定主要在於比較兩組樣本間的平均值是否存在差異，可視為變異數分析 (ANOVA) 的特例，兩組檢測。

1. one sample test：檢測其樣本平均值與母群體平均值（某特定數值）是否不同。其虛無假設為 $H_0: \bar{X}_{\text{mean}} = m$

2. two sample test：檢測兩組樣本平均值之差值（某特定數值）是否不同。其虛無假設為 $H_0: \bar{X}_{\text{mean}1} = \bar{X}_{\text{mean}2}$

本研究於不同背景變項之長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同各層面差異之分析中，被照護者性別的背景變項，採用獨立樣本 t 檢定。

五. 深度訪談(in-Depth interviews)

藉由面對面(一對一)的言語訪談，以獲得受訪者對於某種現象或研究議題、課題的主觀看法；目的是瞭解受訪者主觀經驗，面對面的言語交換引發受訪者提供一些資料或表達他對某項事物的意見或看法 (Boyce, 2006)。

深度訪談採質化研究由三項基本內涵構成。第一是資料(data)，可從不同來源取得，包括深度(in-depth)、開放式訪談(open-ended interviews)、直接觀察(direct observation)，以及書面文件評估指南等。第二是研究者用來詮釋和組織資料的程序(procedures)，通常包括概念化(conceptualizing)和縮減(reducing)資料、依據其屬性和面向來推衍(elaborating)類別。而書面和口頭報告(written and verbal reports)是第三個內涵。(萬文隆，2004)

表 3-12 深度訪問對象一覽表

主題	主題大綱與內容	受訪者資料	訪談時間	訪談地點
主題 1	設計原則與內容	基本資料 職位	≤60 min	咖啡廳或辦公室
主題 2		工作內容		

第四章 資料分析

本章節將介紹本論文研究，驗證結果逐一介紹，期望本研究能達到提高照護之目標數據分析。

第一節 信度分析

以下分別針對長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同量表，分別進行信度分析。

一. 長期照護 2.0 政策認同信度分析

表 4-1 長期照護 2.0 政策認同信度分析

長期照護 2.0 政策認同	
構面	Cronbach's α 係數
落實長期照護 2.0 政策	0.978
社區長照服務模式	0.954
長照落實後政府態度	0.805
照服員服務態度	0.934
服務項目評價	0.957
總量表	0.925

由表 4-1 得知，各構面之 Cronbach α 係數分別為「落實長期照護政策 2.0」0.978、「社區長照服務模式」0.954、「長照落實後政府態度」0.805、「長照員服務態度」0.934、「服務項目評價」0.957。

整體 Cronbach α 係數為 $0.925 \geq 0.9$ ，由此可知，本量表的內部一致性頗高，表示量表的信度良好。

二. 長期照護 2.0 需求認同信度分析

表 4-2 長期照護 2.0 需求認同信度分析

長期照護 2.0 需求認同	
構面	Cronbach's α 係數
擴大服務項目	0.932
服務自行負擔費用	0.918
高度服務熱忱	0.801
整合式健康照護服務網	0.954
總量表	0.901

由表 4-2 得知，各構面之 Cronbach α 係數分別為「擴大服務項目」0.932、「服務自行負擔費用」0.918、「高度服務熱忱」0.801、「整合式健康照護服務網」0.954。

整體 Cronbach α 係數為 $0.901 \geq 0.9$ ，由此可知，本量表的內部一致性頗高，表示量表的信度良好。

第二節 驗證性因素分析

以下分別針對長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同量表，分別進行驗證性因素分析。

一. 長期照護 2.0 政策認同量表驗證性因素分析

表 4-3 長期照護 2.0 政策認同測量模型的契合度

契合度統計分析 (Goodness of Fit Statistics)	測量值	判定準則
卡方值/自由度	4.07	≤ 5
比較配適度指標	0.94	≥ 0.9
平均概似平方誤根係數	0.05	≤ 0.08
標準化殘差均方根指數	0.077	≤ 0.08

由表 4-3 得知，本長期照護 2.0 政策認同量表的整體測量模型具有良好契合度。

表 4-4 長期照護 2.0 政策認同路徑估計值

構面	題號	t-value	標準化因素負荷量
落實長期照護政策 2.0	1	14.59	0.84
	2	16.75	0.91
	3	18.58	0.97
	4	17.40	0.93
社區長照服務模式	1	10.28	0.66
	2	10.74	0.68
	3	11.97	0.74
	4	13.80	0.81
	5	12.95	0.78
	6	12.94	0.78
	7	12.90	0.78
	8	13.00	0.78
	9	12.99	0.78
	10	14.26	0.83
	11	12.88	0.78
	12	14.92	0.85
長照落實後政府態度	1	7.51	0.53
	2	9.56	0.64
	3	14.14	0.86
	4	12.23	0.77
	5	5.21	0.38
照服員服務態度	1	14.84	0.85
	2	15.55	0.87
	3	15.19	0.86
	4	15.67	0.88
	5	14.83	0.88
	6	15.09	0.86
	7	16.62	0.91
	8	11.55	0.72
	9	11.70	0.72
	10	13.30	0.79
服務項目評價	1	13.14	0.78
	2	14.61	0.84
	3	16.23	0.90
	4	15.64	0.88
	5	15.75	0.88
	6	16.59	0.91
	7	12.97	0.78
	8	16.74	0.91

由表 4-4 得知，所測得之 t 值需 ≥ 1.96 ，標準化因素負荷量需 ≥ 0.5 ，才具顯著性差異。

表 4-5 長期照護 2.0 政策認同構念信度與收斂效度

構面	CR	AVE
落實長期照護 2.0 政策	0.953	0.84
社區長照服務模式	0.946	0.60
長照落實後政府態度	0.720	0.56
照服員服務態度	0.945	0.63
服務項目評價	0.958	0.74

由表 4-5 得知，驗證性因素分析， $CR \geq 0.7$ ， AVE 需 ≥ 0.5 才具內部一致性信度，同時也才具收斂效度。

二. 長期照護 2.0 需求認同量表驗證性因素分析

表 4-6 長期照護 2.0 需求認同測量模型的契合度

契合度統計分析 (Goodness of Fit Statistics)	測量值	判定準則
卡方值/自由度	4.16	≤ 5
比較配適度指標	0.95	≥ 0.9
平均概似平方誤根係數	0.05	≤ 0.08
標準化殘差均方根指數	0.075	≤ 0.08

由表 4-6 得知，本長期照護 2.0 需求認同量表的整體測量模型具有良好的契合度。

表 4-7 長期照護 2.0 需求認同路徑估計值

構面	題號	t-value	標準化因素負荷量
擴大服務項目	1	10.37	0.68
	2	10.75	0.68
	3	11.95	0.72
	4	13.82	0.80
	5	12.91	0.77
	6	12.91	0.76
	7	12.92	0.77
	8	13.01	0.76
	9	12.87	0.77
	10	14.46	0.83
	11	12.66	0.78
	12	14.95	0.85
服務自行負擔費用	1	7.51	0.53

	2	9.55	0.65
	3	14.14	0.81
	4	12.23	0.76
	5	5.21	0.36
高度服務熱忱	1	14.83	0.85
	2	15.66	0.87
	3	15.21	0.87
	4	15.62	0.87
	5	14.71	0.87
	6	15.18	0.87
	7	16.66	0.93
	8	11.45	0.70
	9	11.71	0.70
	10	13.30	0.77
整合式健康照護服務網	1	13.11	0.78
	2	14.21	0.84
	3	16.33	0.90
	4	15.62	0.86
	5	15.71	0.85
	6	16.55	0.91
	7	12.90	0.75
	8	16.70	0.92

由表 4-7 得知，所測得之 t 值需 ≥ 1.96 ，標準化因素負荷量需 ≥ 0.5 ，才具顯著性差異。

表 4-8 長期照護 2.0 需求認同構念信度與收斂效度

構面	CR	AVE
擴大服務項目	0.935	0.66
服務自行負擔費用	0.718	0.62
高度服務熱忱	0.948	0.63
整合式健康照護服務網	0.957	0.75

由表 4-8 得知，驗證性因素分析， $CR \geq 0.7$ ， AVE 需 ≥ 0.5 才具內部一致性信度，同時也才具收斂效度。

第三節 差異分析與關聯性深度訪談

一. 差異統計分析

運用獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析，對不同背景變項的在「長期照護 2.0 政策認同量表」、「長期照護 2.0 需求認同量表」分別在標題 1-1、與 1-2、的差異作統計分析與 Scheffe 事後檢定說明之總結。

先就「長期照護 2.0 政策認同」的背景變項現況分析，如表 4-9。

表 4-9 被照護者背景變項現況分析

變項	分組	人數	百分比	累積百分比	總和
性別	男	125	62.5	62.5	200
	女	75	37.5	100	
年齡	45-54 歲(含 49 歲以下失能障礙者)	74	37	37	200
	55-64 歲	62	31	68	
	65 歲以上	64	32	100	
婚姻狀況	已婚(有子女)	128	64	64	200
	未婚	36	18	82	
	已婚(無子女)	19	9.5	91.5	
	喪偶	9	4.5	96	
	離婚	8	4	100	
居住狀況	僅與配偶同住	79	39.5	39.5	200
	配偶與子女三代同堂	42	21	60.5	
	獨居	42	21	81.5	
	與配偶孫子女(隔代)	21	10.5	92	
	其它	16	8	100	
有無請領政府補助與福利津貼	有	117	48.5	48.5	200
	無	83	41.5	100	

1-1、不同背景變項的對應長期照護 2.0 政策認同行為上有顯著差異。

(一)被照護者的性別

以被照護者的性別為自變項，長期照護 2.0 政策認同各層面及總層面為依變項，進行獨立樣本 t 檢定。

表 4-10 不同被照護者的性別在長期照護 2.0 政策認同的 t 檢定摘要

構面	性別	人數	平均數	標準差	t 值
落實長期照護 2.0 政策	男	125	4.21	.612	5.323
	女	75	3.78	.676	
社區長照服務模 式	男	125	3.89	.856	3.496
	女	75	3.60	.576	
長照落實後政府 態度	男	125	3.91	.773	4.443
	女	75	3.61	.397	
照服員服務態度	男	125	3.86	.708	6.369
	女	75	3.44	.452	
服務項目評價	男	125	4.02	.745	6.914
	女	75	3.57	.415	
整體長照政策	男	125	3.99	.693	6.255
	女	75	3.59	.430	

由表 4-10 得知，在落實長期照護 2.0 政策構面($t=5.323$, $p<.05$)、社區長照服務模式構面($t=3.496$, $p<.05$)、長照落實後政府態度構面($t=4.443$, $p<.05$)、照服員服務態度構面($t=6.369$, $p<.05$)、服務項目評價構面($t=6.914$, $p<.05$)，整體長照政策構面($t=6.255$, $p<.05$)皆達顯著水準，因此不同性別的被照護者知覺長期照護 2.0 政策認同行為上有顯著差異。

(二)被照護者的年齡

以被照護者的年齡為自變項，長期照護 2.0 政策認同各層面及總層面為依變項，進行單因子變異數分析。

表 4-11 不同被照護者年齡在長期照護 2.0 政策認同的變異數分析摘要

構面	年齡	人數	平均數	標準差	F 值
落實長期照護 2.0 政策	45-54 歲	74	3.96	.642	3.745
	55-64 歲	62	4.05	.686	
	65 歲以上	64	4.38	.657	
	總和	200	4.07	.657	
社區長照服務模式	45-54 歲	74	3.65	.886	4.070
	55-64 歲	62	3.96	.659	
	65 歲以上	64	3.67	1.274	
	總和	200	3.83	.824	
長照落實後政府態度	45-54 歲	74	3.60	.787	6.802
	55-64 歲	62	3.94	.474	
	65 歲以上	64	3.88	.975	
	總和	200	3.82	.699	
照服員服務態度	45-54 歲	74	3.67	.700	1.150
	55-64 歲	62	3.77	.535	
	65 歲以上	64	3.71	1.099	
	總和	200	3.73	.673	
服務項目評價	45-54 歲	74	3.87	.679	0.154
	55-64 歲	62	3.90	.652	
	65 歲以上	64	3.90	.865	
	總和	200	3.88	.696	
整體長照政策	45-54 歲	74	3.75	.498	4.123
	55-64 歲	62	3.91	.427	
	65 歲以上	64	3.90	.673	
	總和	200	3.87	.513	

由表 4-11 得知，在落實長期照護 2.0 政策構面(F=3.745, $p < .05$)、社區長照服務模式構面(F=4.070, $p < .05$)、長照落實後政府態度構面(F=6.802, $p < .05$)皆達顯著水準，照服員服務態度構面(F=1.150, $p > .05$)、服務項目評價構面(F=0.154, $p > .05$)未達顯著水準，在整體長照政策(F=4.123, $p < .05$)達顯著水準，因此不同被

照護者的年齡知覺長期照護 2.0 政策認同行為上有顯著差異。

經 Scheffe 事後比較得知，落實長期照護 2.0 政策構面，65 歲以上成員的認知分數顯著大於 45-54 歲的成員；社區長照服務模式構面，55-64 歲成員的認知分數顯著大於 45-54 歲的成員；長照落實後政府態度構面，55-64 歲成員的認知分數顯著大於 45-54 歲的成員；照服員服務態度構面 65 歲以上成員的認知分數顯著大於 45-54 歲的成員；服務項目評價構面，65 歲以上成員的認知分數顯著大於 45-54 歲的成員。綜上總結，45-54 歲的成員，在落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、社區長照服務模式、服務項目評價和服務項目評價行為，有較低的認知分數且達統計上的顯著差異。

(三)被照護者的婚姻狀況

以被照護者成員婚姻狀況為自變項，長期照護 2.0 政策認同各層面及總層面為依變項，進行單因子變異數分析。

表 4-12 不同被照護者婚姻狀況在長期照護 2.0 政策認同的變異數分析摘要

構面	婚姻狀況	人數	平均數	標準差	F 值
落實長期照護 2.0 政策	已婚(有子女)	128	3.68	.617	3.006
	未婚	36	3.88	.620	
	已婚(無子女)	19	3.83	.507	
	喪偶	9	4.17	.328	
	離婚	8	3.94	.597	
	總和	200	3.91	.578	
社區長照服務 模式	已婚(有子女)	128	3.97	.728	7.165
	未婚	36	3.61	.905	
	已婚(無子女)	19	3.56	.830	
	喪偶	9	4.51	.751	
	離婚	8	3.83	.773	
	總和	200	3.83	.824	
長照落實後政 府態度	已婚(有子女)	128	4.04	.785	18.862
	未婚	36	3.41	.535	
	已婚(無子女)	19	4.07	.488	

	喪偶	9	3.02	1.062	
	離婚	8	3.93	.571	
	總和	200	3.82	.699	
照服員服務態度	已婚(有子女)	128	3.91	.725	2.523
	未婚	36	3.86	.727	
	已婚(無子女)	19	3.82	.683	
	喪偶	9	3.85	.739	
	離婚	8	3.63	.622	
	總和	200	3.73	.673	
服務項目評價	已婚(有子女)	128	3.96	.836	5.305
	未婚	36	3.58	.417	
	已婚(無子女)	19	4.12	.696	
	喪偶	9	3.59	.890	
	離婚	8	3.92	.658	
	總和	200	3.89	.698	
整體長照政策	已婚(有子女)	128	3.93	.591	3.288
	未婚	36	3.66	.263	
	已婚(無子女)	19	3.88	.310	
	喪偶	9	3.85	.359	
	離婚	8	3.86	.317	
	總和	200	3.84	.356	

由表 4-12 得知，在落實長期照護 2.0 政策構面($F=3.006, p<.05$)、社區長照服務模式構面($F=7.165, p<.05$)、長照落實後政府態度構面($F=18.862, p<.05$)、照服員服務態度構面($F=2.523, p<.05$)、服務項目評價構面($F=5.305, p<.05$)皆達顯著水準，在整體長照政策($F=3.288, p<.05$)達顯著水準，因此不同被照護者婚姻狀況在長期照護 2.0 政策認同的行為上有顯著差異。

經 Scheffe 事後比較得知，落實長期照護 2.0 政策構面，喪偶成員的認知分數顯著大於結婚(有子女)的成員；社區長照服務模式構面，喪偶成員的認知分數顯著大於未婚的成員；長照落實後政府態度構面，已婚(無子女)成員的認知分數顯著大於喪偶的成員；照服員服務態度構面，已婚(有子女) 成員的認知分數顯著大於

離婚的成員；服務項目評價構面，已婚(無子女) 成員的認知分數顯著大於未婚的成員。綜上總結，未婚的成員，在社區長照服務模式、服務項目評價行為，有較低的認知分數且達統計上的顯著差異。

(四)被照護者的居住狀況

以被照護者的居住狀況為自變項，長期照護 2.0 政策認同各層面及總層面為依變項，進行單因子變異數分析。

表 4-13 不同被照護者居住狀況在長期照護 2.0 政策認同的變異數分析摘要

構面	居住狀況	人數	平均數	標準差	F 值
落實長期照護 2.0 政策	僅與配偶同住	79	4.20	.611	3.996
	獨居	42	4.20	.635	
	配偶與子女三代同住	42	4.19	.590	
	與配偶孫子女(隔代)	21	4.21	.629	
	其它	16	3.91	.684	
	總和	200	4.09	.660	
社區長照服務 模式	僅與配偶同住	79	4.00	.718	3.882
	獨居	42	3.62	.862	
	配偶與子女三代同住	42	3.69	1.003	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.67	.474	
	其它	16	4.01	.855	
	總和	200	3.83	.824	
長照落實後政 府態度	僅與配偶同住	79	4.04	.798	9.796
	獨居	42	3.71	.564	
	配偶與子女三代同住	42	3.73	1.068	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.42	.492	
	其它	16	4.03	.615	
	總和	200	3.82	.699	
照服員服務態 度	僅與配偶同住	79	3.88	.709	3.351
	獨居	42	3.84	.725	
	配偶與子女三代同住	42	3.84	.692	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.84	.724	

	其它	16	3.57	.574	
	總和	200	3.74	.673	
服務項目評價	僅與配偶同住	79	3.96	.850	7.446
	獨居	42	3.81	.591	
	配偶與子女三代同住	42	3.90	.966	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.51	.433	
	其它	16	4.08	.661	
	總和	200	3.89	.698	
整體長照政策	僅與配偶同住	79	4.02	.505	2.761
	獨居	42	3.83	.500	
	配偶與子女三代同住	42	3.86	.676	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.72	.337	
	其它	16	3.94	.451	
	總和	200	3.88	.484	

由表 4-13 得知，在落實長期照護 2.0 政策構面($F=3.996, p<.05$)、社區長照服務模式構面($F=3.882, p<.05$)、長照落實後政府態度構面($F=9.796, p<.05$)、照服服務態度構面($F=3.351, p<.05$)、服務項目評價構面($F=7.446, p<.05$)皆達顯著水準，在整體長照政策($F=2.761, p<.05$)達顯著水準，因此不同被照護者居住狀況的知覺長期照護 2.0 政策認同行為上有顯著差異。

經 Scheffe 事後比較得知，落實長期照護 2.0 政策構面，與配偶孫子女(隔代)成員的認知分數顯著大於其它的成員；社區長照服務模式構面，其它成員的認知分數顯著大於獨居的成員；長照落實後政府態度構面，僅與配偶同住成員的認知分數顯著大於獨居的成員；照服員服務態度構面，僅與配偶同住成員的認知分數顯著大於其它的成員；服務項目評價構面，其它成員的認知分數顯著大於與配偶孫子女(隔代)的成員。綜上總結，獨居與其它的成員，在落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度行為，有較低的認知分數且達統計上的顯著差異。

1-2、不同背景變項的對應長期照護 2.0 需求認同行為上有顯著差異。

(一)被照護者的性別

以被照護者的性別為自變項，長期照護 2.0 需求認同各層面及總層面為依變項，進行獨立樣本 t 檢定。

表 4-14 不同被照護的性別在長期照護 2.0 需求認同的 t 檢定摘要

構面	性別	人數	平均數	標準差	t 值
擴大服務項目	男	125	3.77	.696	2.095
	女	75	3.64	.467	
服務自行負擔費用	男	125	4.05	.656	1.731
	女	75	3.92	.527	
高度服務熱忱	男	125	3.97	.700	3.145
	女	75	3.63	.968	
整合式健康照護服務網	男	125	3.94	.742	3.719
	女	75	3.59	.816	
整體長照需求	男	125	3.93	.643	3.616
	女	75	3.65	.682	

由表 4-14 得知，在擴大服務項目構面($t=2.095, p<.05$)達顯著水準、服務自行負擔費用構面($t=1.731, p>.05$)未達顯著水準、高度服務熱忱構面($t=3.145, p<.05$)、整合式健康照護服務網構面($t=3.719, p<.05$)，整體長照需求($t=3.616, p<.05$)皆達顯著水準，因此不同被照護的性別知覺長期照護 2.0 需求認同上具顯著差異。

(二)被照護者的年齡

以被照護者的年齡為自變項，長期照護 2.0 需求認同各層面及總層面為依變項，進行單因子變異數分析。

表 4-15 不同被照護者的年齡在長期照護 2.0 需求認同的變異數分析摘要

構面	年齡	人數	平均數	標準差	F 值
擴大服務項目	45-54 歲	74	3.82	.685	3.883
	55-64 歲	62	3.63	.557	
	65 歲以上	64	4.00	.833	
	總和	200	3.74	.641	

服務自行負擔費用	45-54 歲	74	4.10	.605	7.711
	55-64 歲	62	3.96	.551	
	65 歲以上	64	4.33	.788	
	總和	200	4.01	.624	
高度服務熱忱	45-54 歲	74	4.04	.658	8.862
	55-64 歲	62	3.65	.889	
	65 歲以上	64	4.33	.963	
	總和	200	3.87	.800	
整合式健康照護服務網	45-54 歲	74	3.95	.577	5.867
	55-64 歲	62	3.67	.918	
	65 歲以上	64	4.28	.926	
	總和	200	3.84	.778	
整體長照需求	45-54 歲	74	3.98	.571	6.808
	55-64 歲	62	3.70	.704	
	65 歲以上	64	4.21	.915	
	總和	200	3.85	.667	

由表 4-15 得知，在擴大服務項目構面($F=3.883, p<.05$)、服務自行負擔費用構面($F=7.711, p<.05$)、高度服務熱忱構面($F=8.862, p<.05$)、整合式健康照護服務網構面($F=5.867, p<.05$)皆達顯著水準，在整體長照需求($F=6.808, p<.05$)達顯著水準，因此被照護者的年齡知覺長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。

經 Scheffe 事後比較得知，擴大服務項目構面，65 歲以上成員的認知分數顯著大於 55-64 歲的成員；服務自行負擔費用構面，65 歲以上成員的認知分數顯著大於 55-64 歲的成員；高度服務熱忱構面，65 歲以上成員的認知分數顯著大於 55-64 歲的成員；整合式健康照護服務網構面，65 歲以上成員的認知分數顯著大於 55-64 歲的成員；綜上總結，55-64 歲的成員，在擴大服務項目、服務自行負擔費用，高度服務熱忱、整合式健康照護服務網的行為，有較低的認知分數且達統計上的顯著差異。

(三)被照護者的婚姻狀況

以被照護者的婚姻狀況為自變項，長期照護 2.0 需求認同各層面及總層面為依

變項，進行單因子變異數分析。

表 4-16 不同被照護者的婚姻狀況在長期照護 2.0 需求認同的變異數分析摘要

構面	婚姻狀況	人數	平均數	標準差	F 值
擴大服務項目	已婚(有子女)	79	4.00	.000	3.266
	未婚	42	3.89	.760	
	已婚(無子女)	42	3.67	.798	
	喪偶	21	3.49	.784	
	離婚	16	3.71	.577	
	總和	200	3.74	.641	
服務自行負擔 費用	已婚(有子女)	79	3.77	.455	6.143
	未婚	42	4.14	.668	
	已婚(無子女)	42	4.24	.751	
	喪偶	21	3.63	.333	
	離婚	16	4.02	.597	
	總和	200	4.01	.624	
高度服務熱忱	已婚(有子女)	79	3.85	.627	5.759
	未婚	42	3.38	1.201	
	已婚(無子女)	42	4.14	.950	
	喪偶	21	3.88	.597	
	離婚	16	3.92	.628	
	總和	200	3.87	.800	
整合式健康照 護服務網	已婚(有子女)	79	3.62	.389	5.988
	未婚	42	3.50	1.173	
	已婚(無子女)	42	4.22	.813	
	喪偶	21	3.86	.612	
	離婚	16	3.84	.677	
	總和	200	3.84	.778	
整體長照需求	已婚(有子女)	79	3.79	.428	4.049
	未婚	42	3.63	.918	
	已婚(無子女)	42	4.10	.736	
	喪偶	21	3.72	.431	
	離婚	16	3.87	.511	
	總和	200	3.85	.616	

由表 4-16 得知，在擴大服務項目構面($F=3.266, p<.05$)、服務自行負擔費用構面($F=6.143, p<.05$)、高度服務熱忱構面($F=5.759, p<.05$)、整合式健康照護服務網構面($F=5.988, p<.05$)，在整體長照需求($F=4.409, p<.05$)達顯著水準，因此不同被照護者的婚姻狀況知覺長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。

經 Scheffe 事後比較得知，擴大服務項目構面，已婚(有子女)成員的認知分數顯著大於與喪偶的成員；服務自行負擔費用構面，已婚(無子女)成員的認知分數顯著大於與喪偶的成員；高度服務熱忱構面，已婚(無子女)成員的認知分數顯著大於未婚的成員；整合式健康照護服務網構面，已婚(無子女)成員的認知分數顯著大於未婚的成員；綜上總結，未婚與喪偶的成員，在高度服務熱忱、服務自行負擔費用、整合式健康照護服務網的行為，有較低的認知分數且達統計上的顯著差異。

(四)被照護者的居住狀況

以被照護者的居住狀況為自變項，長期照護 2.0 需求認同各層面及總層面為依變項，進行單因子變異數分析。

表 4-17 不同被照護者的居住狀況在長期照護 2.0 需求認同的變異數分析摘要

構面	居住狀況	人數	平均數	標準差	F 值
擴大服務項目	僅與配偶同住	79	4.00	.000	15.267
	獨居	42	3.95	.740	
	配偶與子女三代同住	42	3.04	.632	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.77	.465	
	其它	16	3.71	.601	
	總和	200	3.74	.641	
服務自行負擔費用	僅與配偶同住	79	4.58	.597	9.111
	獨居	42	3.90	.455	
	配偶與子女三代同住	42	3.94	.471	
	與配偶孫子女(隔代)	21	4.10	.695	
	其它	16	3.92	.646	
	總和	200	4.01	.624	
高度服務熱忱	僅與配偶同住	79	4.67	.491	10.941

	獨居	42	3.76	.700	
	配偶與子女三代同住	42	3.58	.908	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.76	1.024	
	其它	16	3.87	.660	
	總和	200	3.87	.800	
整合式健康 照護服務網	僅與配偶同住	79	4.40	.564	6.117
	獨居	42	3.66	.836	
	配偶與子女三代同住	42	3.63	.977	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.82	.824	
	其它	16	3.86	.644	
	總和	200	3.84	.778	
整體長照需求	僅與配偶同住	79	4.45	.387	10.866
	獨居	42	3.73	.516	
	配偶與子女三代同住	42	3.58	.758	
	與配偶孫子女(隔代)	21	3.86	.739	
	其它	16	3.84	.543	
	總和	200	3.85	.621	

由表 4-17 得知，在擴大服務項目構面($F=15.267, p<.05$)、服務自行負擔費用構面($F=9.111, p<.05$)、高度服務熱忱構面($F=10.941, p<.05$)、整合式健康照護服務網構面($F=6.117, p<.05$)，在整體長照需求($F=10.866, p<.05$)達顯著水準，因此不同被照護者的居住狀況知覺長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。

經 Scheffe 事後比較得知，擴大服務項目構面，僅與配偶同住成員的認知分數顯著大於配偶與子女三代同住的成員；服務自行負擔費用構面，僅與配偶同住成員的認知分數顯著大於獨居的成員；高度服務熱忱構面，僅與配偶同住成員的認知分數顯著大於配偶與子女三代同住的成員；整合式健康照護服務網構面，僅與配偶同住成員的認知分數顯著大於配偶與子女三代同住的成員；綜上總結，配偶與子女三代同住的成員，在擴大服務項目、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網的行為，有較低的認知分數且達統計上的顯著差異。

二. 關聯性深度訪談

長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同具顯著相關，將以長期照護 2.0 政策認同的五個構面(落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度、照服員服務態度、服務項目評價)為自變項，以長期照護 2.0 需求認同的四個構面(擴大服務項目、服務自行負擔費用、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網)為依變項，進行深度訪談，如表 4-18 之主題 1、2、3、4 分別論述。

表 4-18 深度訪談主題與受訪者一覽表

主題	主題大綱	受訪者資料	訪談時間	訪談地點
1.	長期照護 2.0 政策認同對 長期照護 2.0 需求認同的 擴大服務項目層面上具 顯著相關。	衛福部金門醫院 董文雅副院長	106/4/6 10:00~11:00	金門醫院 院長室
2.	長期照護 2.0 政策認同對 長期照護 2.0 需求認同的 服務自行負擔費用層面 上具顯著相關。	金門縣政府 縣長室 歐陽豪祕書	106/4/6 14:00~15:00	金門縣政 府縣長室
3.	長期照護 2.0 政策認同對 長期照護 2.0 需求認同的 高度服務熱忱層面上具 顯著相關	金門縣政府 台北醫療服務中心 張朝凱主任	106/3/31 10:00~12:00	台北醫療 服務中心 辦公室
4.	長期照護 2.0 政策認同對 長期照護 2.0 需求認同的 整合式健康照護服務網 層面上具顯著相關。	衛福部金門醫院 資訊室 呂克偉主任	106/4/6 11:00~12:00	金門醫院 資訊室

主題 1. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的擴大服務項目層面上具顯著相關。

對金門人口結構不斷在改變，金門早期培育公費醫生回鄉服務，對鄉親父老疾病

苦痛感觸良多，最知道鄉親父老需要在哪裡，大家期待是共同努力來提昇金門醫院的醫療品質；恰巧金門得天獨厚擁有天然資源，善用優質生態及文化環境，建構優質之養生醫療健康島，以金門清新的空氣，低污染之環境，綠化成功的優勢，利用閒置之國有地分期開發「養生文化村」可近性的健康服務，迎合長照 2.0 在地安老之擴大照護服務。董文雅副院長(衛生福利部金門醫院院長室)專業醫師親自解說自己想法：

語重心長表示長照 2.0 問題需要大家明白，對照服員需提高提升「薪資待遇、社會地位」才能留住人；對未來培養本科系長期照護畢業學生，吸引願意投入市場就業，政策與法規(Regulations)配套要周詳，讓民間企業願意投資投入長照，透過醫療養生園區之設置，帶來就業機會與週邊交通運輸、健康休閒、觀光消費，以促進整體擴大服務項目經濟活絡。

主題 2. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的服務自行負擔費用層面上具顯著相關。

研究顯示，隨著政府落實長照政策，鼓勵社區鄉親們走出來，走入社區由照護員來關懷需要被照顧的人，隨時關心關懷照顧，長期下來，做好社區醫療服務與居家照護關懷，家屬願意在照護的部分自行負擔，自然減少醫療浪費，有尊嚴在地安養在地安老。歐陽豪祕書(金門縣政府縣長室)認為政府落實照護歸屬感重要：中央預算補助來源於菸捐，隨著老人增加資金預算缺口就越大，在地方政府負擔預算有限下，擔心長照政策推動阻礙受影響，多數老人家因子女不在身邊，多數願意自行負擔費用，讓專業照護服務員協助生活需要與關懷。

主題 3. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的高度服務熱忱層面上具顯著相關。

落實金門縣發展成為「快樂、希望、新金門」以及「養生醫療健康島」之願景，整合有限的離島醫療資源，以「醫療環境產業化」為未來發展方針，規劃養生保健旅遊，不僅可以維護金門縣民健康，也可負起在地醫療的責任，這些基礎建構為長照 2.0 依靠，人文心靈建構為長照 2.0 依托，具有為民服務熱忱與支持政策。張朝凱主任(金門縣政府台北醫療服務中心)樂觀看法：

對政府信心「只許成功，不許失敗」，我個人支持長照 2.0 政策，希望家庭被照護者，從居家、社區、機構建立聯繫，來照顧老人，希望「在地安老」，讓每一個老人盡量在「自己熟悉的生活中」終老。每步照護環節需細心呵護，善良服務熱忱的心，做到讓老人家快樂放心。

主題 4. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的整合式健康照護服務網層面上具顯著相關。

政府長照 2.0 跟不上台灣老化速度，長照機構建立未能及時，照護人力短缺，短期培訓不易，可透過醫療網「整合式遠距健康照護服務網」，銜接貫通資通訊科技導入技術之整合平台，因此需將智能生活科技導入銀髮族產業。呂克偉主任(衛生福利部金門醫院資訊室)談到：

科技始終來自人性，必須善用科技資源輔助，建立醫療物聯網與金門醫院「整合式健康照護服務網」資源整合，並運用遠端醫療監護設備，建立居家社區醫療服務體系，減輕照護人力不足，讓照護服務零時差零距離，服務永遠圍繞您身邊。

第四節 研究結果與詮釋

就上述不同背景變項的被照護者，在長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同各層面上知覺差異分析、長期照護 2.0 政策認同與長期照護 2.0 需求認同的關聯性分析，分別總彙差異之分析整理。

一、不同背景變項的對應長期照護 2.0 政策認同上有顯著差異之分析整理。

(一)被照護者的性別

本研究結果，在落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度、照服員服務態度、服務項目評價及整體長照政策皆達顯著水準，因此男性比女性的被照護者知覺長期照護 2.0 政策認同行為上已有顯著差異，獲得支持。

本研究結論顯示，在長期照護 2.0 政策，因男性的明顯大於女性在政策上，所感受到長期照護 2.0 政策認同的作為，明顯的不同，主因分析，男性對國家政策或政治關心程度大於女性，參與社會公共事務會積極。

(二)被照護者的年齡

本研究結果，在落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度，皆達顯著水準，照服員服務態度、服務項目評價，未達顯著水準，在整體長照政策達顯著水準，因此不同年齡的被照護者知覺長期照護 2.0 政策認同行為上有顯著差異，部份獲得支持。

本研究結論顯示，45 歲到 54 歲的被照護者，在長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度及整體長照政策行為的認知從數據分析出略低於其他年齡組別。主因分析，社會觀念認為 65 歲以上被照護屬於正常現象，不會受到責罵，雖然自己有需要被照護，總想自己年輕不想被人看輕，不想被社會排斥。在人際關係上，與人互動關係少，長期下來變成沉默組群在社會底層生活。

(三)被照護者的婚姻狀況

本研究結果，在落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度、照服員服務態度、服務項目評價及整體長照政策皆達顯著水準，因此不同被

照護者的婚姻狀況知覺長期照護 2.0 政策認同行為上有顯著差異，獲得支持。

本研究結論顯示，被照護者的婚姻狀況，出現離婚、喪偶但對長期照護 2.0 政策認同的期望並不高，故在照服員服務態度、服務項目評價及整體長照政策行為的認知從數據分析出低於其他婚姻狀況組別。分析結果，顯示弱勢者(未婚、喪偶、獨居、其它)對政策關注與關心認知低於其它組別，主因人際關係、資訊來源、求助能力等是比較薄弱，在人際關係上，與人互動往來少，對事情關心與主動缺乏自信心；在求助能力上，遇到經濟困難、如何申請補助款、重大醫療等只能自己想辦法或求助親人，卻忽略社工單位或地方里長；社經地位越高，對長照 2.0 政策認同與認知偏重越高，本身教育程度與子女資訊。而他們遇到困難需求要靠親人或左鄰右舍通報，社工單位才有機會救援。

(四)被照護者的居住狀況

本研究結果，在落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、長照落實後政府態度、照服員服務態度、服務項目評價及整體長照政策皆達顯著水準，因此不同被照護者的居住狀況知覺長期照護 2.0 政策認同行為上有顯著差異，獲得支持。

本研究結論顯示，出現其它(離婚、喪偶)返鄉居住，落實長期照護 2.0 政策、社區長照服務模式、照服員服務態度三個構面的認知低於其它組別。分析結果，弱勢者(未婚、喪偶、獨居、其它)對政策關注與關心認知低於其它組別，主因人際關係、資訊來源、求助能力等比較薄弱，在人際關係上，失去了婚姻或伴侶，自信心與樂觀態度較消極，少關注社區活動，往往需要社工或宗教輔助；在求助能力上，遇到經濟困難不知如何開口求教，常常陷入絕境。社經地位越高，對長照 2.0 政策認同與認知偏重越高。而他們遇到困難需求要靠親人或左鄰右舍通報，社工單位才有機會救援。

二、不同背景變項的對應長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異。

(一)被照護者的性別

本研究結果，在擴大服務項目構面達顯著水準、服務自行負擔費用未達顯著水準、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網，整體長照需求皆達顯著水準，因此不同被照護的性別知覺長期照護 2.0 需求認同上具顯著差異，獲得支持。

本研究結論顯示，除了服務自行負擔費用，並無性別看法上的差異，對於擴大服務項目、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網及整體長照需求，在男性的看法上比女性有所差異明顯的不同，主因分析，男性對勞動或身體狀況關心程度大於女性，會主動積極對長照需求。

(二)被照護者的年齡

本研究結果，在擴大服務項目、服務自行負擔費用、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網皆達顯著水準，在整體長照需求達顯著水準，因此不同被照護者的年齡知覺長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異，獲得支持。

本研究結論顯示，55 歲到 64 歲的被照護者，在擴大服務項目、服務自行負擔費用、整體長照需求行為的認知從數據分析出略低於其它年齡組別。分析結果，會認為自己未滿 65 歲以上，身體活動力還有可能靠自己支撐，確忽略自己也需要被照護，往往礙手礙腳的心態與面子；在人際關係上，雖有左鄰右舍可串門子，與地方里長或社工機構不熟悉，遇到重大醫療求救或經濟上困難，此時手腳慌張容易錯過救援時機，做出錯誤悲劇。

(三)被照護者的婚姻狀況

本研究結果，在擴大服務項目、服務自行負擔費用、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網，在整體長照需求達顯著水準，因此不同被照護者的婚姻狀況知覺長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異，獲得支持。

本研究結論顯示，被照護者的婚姻狀況，出現未婚、喪偶但對長期照護 2.0 需求認同的期望並不高，故在服務自行負擔費用、整合式健康照護服務網及整體長照需求行為的認知低於其它婚姻狀況組別。分析結果，顯示弱勢者(未婚、喪偶)對需求關注與關心認知低於其它組別，主因人際關係、資訊來源、求助能力等。在人

際關係上，與人互動往來少，對事情關心與主動缺乏自信心；在求助能力上，遇到經濟困難、如何申請補助款、重大醫療等只能自己想辦法或求助親人，卻忽略社工單位或地方里長；社經地位越弱勢，對長照 2.0 需求認同與認知偏輕越低。而他們遇到困難需求要靠親人或左鄰右舍通報，社工單位才有機會救援。

(四)被照護者的居住狀況

本研究結果，在擴大服務項目、服務自行負擔費用、高度服務熱忱、整合式健康照護服務網，在整體長照需求達顯著水準，因此不同被照護者的居住狀況知覺長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異，獲得支持。

本研究結論顯示，出現其它(離婚、喪偶)返鄉居住，擴大服務項目、服務自行負擔費用、高度服務熱忱及整體長照需求四個構面的認知低於其它組別。分析結果，顯示弱勢者(離婚、喪偶)對需求關注與關心認知低於其它組別，主因人際關係、資訊來源、求助能力等。在人際關係上，與人互動往來少，對事情關心與主動缺乏自信心；在求助能力上，遇到經濟困難、如何申請補助款、重大醫療等只能自己想辦法或求助親人，卻忽略社工單位或地方里長；社經地位越弱勢，對長照 2.0 需求認同與認知偏輕越低，而他們遇到困難需求要靠親人或左鄰右舍通報，社工單位才有機會救援。

三、長期照護 2.0 政策對長期照護 2.0 需求顯著相關。

(一)長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的擴大服務項目層面上具顯著相關。

本研究結果，軟實力服務需透過培訓與政策支持，有效擴大服務項目層面，建構在硬體設備需要企業與政府合作基礎上，顯著相關性高，獲得支持。

本研究結論顯示，長期照護 2.0 政策問題需要大家明白，對照護服務員需提高提升「薪資待遇、社會地位」才能留住人；對未來培養長期照護本科系畢業學生，吸引願意投入市場就業，政策與法規(Regulations)配套要周詳，讓民間企業願意投

資投入長照，顯著相關性高。

(二)長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的服務自行負擔費用層面上具顯著相關。

本研究結果，社區醫療服務與居家照護關懷，家屬願意在照護的部分自行負擔，自然減少醫療浪費，有尊嚴在地安養在地安老，顯著相關性高，獲得支持。

本研究結論顯示，中央預算補助來源於菸捐，隨著老人增加資金預算缺口就越大，在地方政府負擔預算有限下，擔心長照政策推動阻礙受影響，多數老人家因子女不在身邊，多數願意自行負擔費用，讓專業照護服務員協助生活需要與關懷，具顯著相關。

(三)長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的高度服務熱忱層面上具顯著相關。

本研究結果，基礎建構為長期照護 2.0 依靠，人文心靈建構為長照 2.0 依托，具有為民服務熱忱與支持政策顯著相關，獲得支持。

本研究結論顯示，對政府政策信心「只許成功，不許失敗」，支持長照 2.0 政策，希望家庭被照護者，從居家、社區、機構建立聯繫，來照顧老人，希望「在地安老」，讓每一個老人盡量在「自己熟悉的生活」中終老。每步照護環節需細心呵護，善盡責任與服務熱忱的心，用心態度做到讓老人家快樂放心。

(四)長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同的整合式健康照護服務網層面上具顯著相關。

本研究結果，醫療網「整合式健康照護服務網」，銜接貫通資通訊科技導入技術之整合平台，因此需將智能生活科技導入長期照護產業，顯著相關認同，獲得支持。

本研究結論顯示，科技始終來自人性，必須善用科技資源輔助，建立醫療物聯網與金門醫院「整合式健康照護服務網」資源整合，運用遠端醫療監護設備，建立居家社區醫療服務體系，減輕照護人力不足，讓照護零時差零距離，顯著相關認同。

第五章 結論與建議

本研究對長期照護關注與關心，對老人家唯有活躍老年生活、延長健康歲月，才是減少老年長期照護負擔最根本的方法，一旦健康活躍時間長一點，病床歲月就會短一點。

第一節 結論

本研究貢獻解析，普遍認為弱勢者是對長期照護 2.0 政策與需求的認同認知期望很高，事實研究顯示低於其它組別，發覺弱勢族群對政策與需求認同是無感，現實的生活壓迫與對社會冷漠，失去了存在感等，才是需要被社會去關注與關懷，如何去發現他們存在，協助他們接受長期照護與政府經費幫助，才有可能避免不幸事件。

一. 不同背景變項的對應長期照護 2.0 政策認同上有顯著差異之分析整理。

顯示政府落實「長期照護政策 2.0」經費來源菸捐，若未來擴大服務需要部分自行負擔費用，對離婚、喪偶、獨居等經濟弱勢，擔心年金改革後變少，擔憂政府負擔部份費用減少，政府必需面臨財源籌措如增加遺產稅、提高營業稅、奢侈稅等。

二. 不同背景變項的對應長期照護 2.0 需求認同上有顯著差異之分析整理。

顯示離婚、喪偶、未婚返鄉，特別關注未來照護與居住，這族群弱勢者即少親人在身邊陪伴，在未來生活三餐送餐服務，需要居家照護與醫療協助等，尤其在經濟。

三. 長期照護 2.0 政策認同對長期照護 2.0 需求認同相關顯著之分析整理。

顯示獨居、喪偶、未婚等年老後，希望有尊嚴在地安養與在地安老，盡量在「自己熟悉的生活中」終老。生命中過程步驟與環節都需細心呵護，善盡責任與服務熱忱的心，用心態度做到讓老人家快樂放心。

總之、完善社區照護，充實長期照護量能，無縫接軌「智慧長照產業 4.0」，建構社會安全保險體系。

第二節 研究限制

本研究探討金門縣醫療照護與長期照護 2.0 未來發展，採問卷與訪談資料收集，落實健康照護對象被照護者、符合被照護需要條件，同時關注被照護者家屬心情，親自前往金門縣以隨機方式在金門醫院志工服務台問卷。因時間、人力之有限、及資料蒐集不易，故仍有許多研究上的限制。

由於執行問卷過程中受訪者健康狀況不佳，無法集中精神完成問卷；另外受訪長輩擔憂以問卷名義行詐騙之實，招致拒絕問卷訪問，耐心與受訪者長輩溝通問卷來意純屬於學術研究與問題分析，不做任何商業行為。

研究顯示對長期照護限制如下：

限制一. 政府長照 2.0 政策試辦計劃，於 2016 年 11 月 1 日上路，本研究在三個月時間範疇有限下，進行資料採集、問卷設計與訪談對象、政策認知不清楚狀況等，還是完成資料分析結果提供政策性建議。

限制二. 金門(離島、偏鄉)醫療環境限制下，長照 2.0 不見得能直接應用於都會地區狀況；金門在有限醫事人員條件下，對長照負擔是沉重，都會地區醫事人員充足與交通方便性，對照護負擔可以勝任。

第三節 建議未來研究方向

政府推動勞工「一例一休」政策之下，使得照護服務員備受艱苦，實際了解照護服務員心聲，產業目前缺人手、工時長、休假少、薪資差、壓力大，離職率高等問題，可提供給未來有志研究長照 2.0 之人力資源探討分析。研究顯示對長期照護看到未來隱憂如下。

隱憂一. 研究顯示對弱勢者(未婚、喪偶、獨居、其它)對政策認同關注與關心認知低於其它組別，主因人際關係、資訊來源、求助能力等。社經地位越高，對長照

2.0 政策認同與認知偏重越高。

隱憂二. 研究顯示弱勢者(未婚、喪偶、獨居、其它)對需求認同關注與關心認知低於其它組別，主因人際關係、資訊來源、求助能力等。社經地位越弱勢，對長照

2.0 需求認同與認知偏輕越低。

總之、實現在地安老需要有人協助照護，就從「人」照護服務員心態培養出高度「熱情、薪情」；安定社會就是家庭健康幸福，長遠目標應設置「健康照護產學合作中心」，培育國家優質長照健康事業人才與產學共同攜手，發揮產學合作之綜效，才是民眾福氣。

未來研究可探討以求真務實的態度，盼金門縣能落實推動「醫療照護」走向「健康照護」為主軸，以落實醫療在地化，服務行動化之就醫品質，讓政府照顧老人社會福利達到金門「醫療養生村」共同目標。

期盼政府、民間、企業三贏的模式，並因勢利導，進而引領民間充沛的資金投資投入長期照護領域，不但可以形成台灣的「大健康產業」或「智慧長照產業 4.0」，解決目前停滯的經濟發展與就業問題，更有助於國家社會整體的發展。

參考文獻：(中文部分)

- 呂源三、莊玉嬪、詹德欽(2006)。老人健康需求與長期照護觀點。台灣老年醫學雜誌, 2(1), 1-11。
- 行政院(2007)。我國長期照顧十年計畫。大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。
- 邱文達(2011)。衛生福利的融合綜效-長期照護的前瞻。研考雙月刊, 35(2), 123-130。
- 林秀娥(2012)。獨居老年長者之心理需求探究。南投, 暨南大學輔導與諮商研究所學位論文, 1-196。
- 林萬億(2016)。長期照護:2500個巷弄照護站,長照2.0政策要讓在地安老成真。今周刊,1030期,頁76-80。
- 高淑芬、葉淑惠(2005)。長期照護與社區護理。國家政策季刊, 4(4), 109-128。
- 黃源協(2005)。社區長期照顧體系的建構。國家政策季刊, 4(4), 41-68。
- 黃麗玲(1999)。社區獨居老人身體心理及社會功能之探討。高雄, 高雄醫學大學護理學系研究所學位論文, 1-0。
- 楊志良(2010)。我國長期照護現況與展望。研考雙月刊, 34(3), 86-91。
- 鄧素文、陳淑芬(2010)。台灣長期照護服務體系之發展。護理雜誌, 57(4), 5-10。
- 陳正芬(2011)。我國長期照護政策之規劃與發展。社區發展季刊, 133期, 192-201。
- 陳曉梅、張宏哲(2007)。使用居家服務失能老人生活品質的現況及其影響因素之探討。長期照護雜誌, 11(3), 247-265。
- 孫宗慧、陳淑銘、邱金菊(2006)。協助一位主要照顧者減輕身心社會經濟負荷的照護經驗。長期照護雜誌, 10(2), 167-177。
- 萬文隆(2004)。深度訪談在質性研究中的應用。生活科技教育月刊。
- 衛生福利部(2016)。Ministry of Health and Welfare 長期照顧十年計劃2.0。台北, 衛生福利部。
- 衛生福利部(2016)。我國長期照護服務之評估研究報告。台北, 衛生福利部社會及家庭署。
- 蕭文高(2011)。長期照顧服務需求估計與規劃之檢視。台灣高齡服務管理學刊, 1(1), 47-74。

網站資料：

內政部戶政司全球資訊網 ” 各縣市人口年齡結構重要指標 “。

線上檢索日期:2017 年 3 月 10 日 。網址 http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346

內政部戶政司全球資訊網 ” 人口數按三階段年齡百分比及其扶養比 “。

線上檢索日期:2017 年 3 月 10 日 。網址 http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346

內政部戶政司全球資訊網 ” 國內近年老年失蹤人口統計 “。

線上檢索日期:2017 年 3 月 10 日 。網址 http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346

金門縣政府民政處” 人口資料庫查詢系統” 。線上檢索日期:2017 年 03 月 10 日 。

網址 http://web.kinmen.gov.tw/Layout/sub_A/index.aspx?frame=3

金門縣衛生局全球資訊網 “金門縣醫療資源分布一覽表(診所家數、病床數)” 。

線上檢索日期:2017 年 03 月 10 日 。

http://web.kinmen.gov.tw/Layout/sub_D/Download_DownloadPage.aspx?path=15751&Language=1&UID=32&ClsID=107&ClsTwoID=0&ClsThreeID=0&FUID=32

金門縣衛生局全球資訊網 “金門縣醫療資源分布一覽表” 。

線上檢索日期:2017 年 03 月 10 日

http://web.kinmen.gov.tw/Layout/sub_D/Download_DownloadPage.aspx?path=15751&Language=1&UID=32&ClsID=107&ClsTwoID=0&ClsThreeID=0&FUID=32

參考文獻：(英文部分)

- Aday, L. A., & Andersen, R.(1974) ° A. Framework for the study of access to medical. Health Services Research, 9(3), 208-220. °
- Amendola, Fernanda, Maria Amélia de Campos Oliveira, and Márcia Regina Martins Alvarenga. (2008)"Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família." Texto & Contexto-Enfermagem 17.2 : 266-272.
- Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. A behavioral model of families' use of health services., (25).
- Boyce, C., & Neale, P. (2006). Conducting in-depth interviews: A guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input.
- Branch, L. G., & Jette, A. M. (1982). A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. American Journal of Public Health, 72(12), 1373-1379.
- Colombo, F. and Oderkirk, J. (2014), “Intelligent health system management is crucial to delivering care in ageing populations ”, in Healthy Ageing in Europe , The European Files, pp. 28-29
- Evashwick, C. (2005) The continuum of long-term care. Cengage Learning, SC.D., FACHE, CPH, CAE and William Aaronson, Ph.D
- Komisar, H. L., Feder, J., & Gilden, D. (2000). The role of medicare and medicaid in financing health and long-term care for low-income seniors. New York: The Commonwealth Fund.
- Torrey, B.B., Kinsella, K., & Taeuber, C.M. (1987). An Aging World.International Population Reports Series P-95, No. 78, US Department of Commerce Bureau of the Census.
- Van Almenkerk, S., Smalbrugge, M., Depla, M. F., Eefsting, J. A., & Hertogh, C. M. (2015). Apathy among institutionalized stroke patients: prevalence and clinical correlates. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 23(2), 180-188.
- Wiener, Joshua M & George, D.S., (1998) "State policy on long-term care for the elderly." Health Affairs 17.3 : 81-100.
- Weissert, W. G., Cready, C., & Pawelak, J. E. (2005). The Past and Future of Home-and Community-Based Long-Term Care. The Milbank Quarterly, 83(4).

附錄一. 問卷調查表

離島地區先導長期照護政策 2.0 初步結果狀況評估問卷調查

敬愛的長輩 您好：

這是一份針對「離島地區先導長期照護政策 2.0 初步結果狀況評估」問卷調查。您填寫的個人資料，我們都會嚴加保密。政府推動「長期照護 2.0」政策，您接受社區照顧服務員關懷的長輩，是否得到照護服務品質提升、親切關懷、落實在地安養、在地老化的目標。非常渴望您的幫忙，因為您的意見將使健康照護的政策落實，期望可作為未來政府在長期照護之參考與建議。

十分感謝您的協助，敬祝 平安健康

大同大學資訊經營研究所

研究生：孫印堂 敬上

Email：tang590157@gmail.com

說明：

本研究旨在探討金門縣醫療資源與長期照護 2.0 未來發展。本研究以目前金門縣重大醫療，以往朝「病人不動，醫師動」方向徹底解決，此時冬去春來是金門縣民最苦惱時候，「霧鎖金門」令人擔心問題，鄉親盼金門設置「健康醫療特區」，可減少緊急重症後送台灣救醫救治的成本，避免失去健康和生命的遺憾，眼前依賴衛生福利部金門醫院醫療急救照顧。本研究此時深化探討，健康照護醫療資訊平台，透過政府落實「長期照護 2.0」健康管理，走入社區群眾服務，由社區照護員來關懷社區需要被照顧的人，隨時關心關懷照顧，長期下來，做好社區醫療服務照護關懷，並減輕家屬照護的負擔，自然減少醫療浪費，有尊嚴在地安養在地安老。

基本資料：

1. 姓名：
2. 性別：1. 男 2. 女
3. 年齡：1. 45-54 歲 2. 55-64 歲 3. 65 歲以上
4. 婚姻狀況：1. 未婚 2. 已婚(無子女) 3. 已婚(有子女) 4. 離婚 5. 喪偶 6. 其他
5. 居住戶籍：1. 金門本島 2. 金門居住台灣本島 3. 金門烈嶼本島
6. 居住狀況：1. 獨居 2. 僅與配偶同住 3. 與配偶孫子女同住(隔代) 4. 配偶與子女三代同住 5. 其它

7. 目前有無請領政府補助或福利津貼：1. 無 2. 有(請續答 7-1.)

7-1. 請領之政府補助或福利津貼包括【可複選】：

1. 榮民(眷)退休俸 2. 中低收入老人生活津貼 3. 低收入戶生活津貼

4. 身心障礙生活津貼 5. 老農/老漁津貼 6. 公教人員退休俸

7. 國民年金老年年金/老人基本保證年金 8. 其他

一：政府落實「長期照護 2.0」政策
我認知, 政府導入長期照護的關懷效益能帶來…
(從非常同意 5 到非常不同意 1；未曾接觸 0)

	非常 同意	同 意	中 立	不 同 意	非 常 不 同 意	未 曾 接 觸
--	----------	--------	--------	-------------	-----------------------	------------------

1. 我認為政府的「長期照護 2.0」是惠民政策	<input type="checkbox"/>					
2. 我認為「長期照護 2.0」能為增加社區預防保健效益	<input type="checkbox"/>					
3. 我認為「長期照護 2.0」能為落實社區整體居家照護服務	<input type="checkbox"/>					
4. 我認為「長期照護 2.0」能為擴大服務對象與增加服務項目	<input type="checkbox"/>					
以上如回答「未曾接觸」者, 無需續答以下問卷回覆! 謝謝您						

二：社區長期照護服務模式

我認知, 假使有天需要社區長期照護能為我帶來…

(從非常同意 5 到非常不同意 1)

	非 常 同 意	同 意	中 立	不 同 意	非 常 不 同 意
1. 社區長期照護能為我帶來「居家護理服務」信心與安心	<input type="checkbox"/>				
2. 社區長期照護能為我帶來「居家健康照顧(日間照護、家庭托顧、居家服務)」放心與安心	<input type="checkbox"/>				
3. 社區長期照護能為我帶來「社區復健」便利與安心	<input type="checkbox"/>				
4. 社區長期照護能為我帶來「失智症照顧服務」安心	<input type="checkbox"/>				
5. 社區長期照護能為我帶來「社區預防性照護」安心	<input type="checkbox"/>				
6. 社區長期照護能為我帶來「交通接送」便利與安心	<input type="checkbox"/>				

7. 社區長期照護能為我帶來「緊急救援通報」用心與安心	<input type="checkbox"/>				
8. 社區長期照護能為我帶來「送餐服務」愛心與安心	<input type="checkbox"/>				
9. 社區長期照護能為我帶來「照顧住宅(輔具購買、租借及居家無障礙環境改善)」舒心與安心	<input type="checkbox"/>				
10. 社區長期照護能為我帶來「喘息服務」寬心與安心	<input type="checkbox"/>				
11. 社區長期照護能為我帶來「老人保護」關心與安心	<input type="checkbox"/>				
12. 社區長期照護能為我帶來「居家安寧療護」安心	<input type="checkbox"/>				

三：長期照護落實後政府服務態度

我認知，政府推動「長期照護 2.0」感受服務品質價值與評價能為我帶來…

非常同意 同意 中立 不同意 非常不同意

1. 我對於社區照護服務員擁有高度服務熱忱、用語溫和親切有禮、願意傾聽、會耐心地反覆解釋答覆您問題	<input type="checkbox"/>				
2. 我對於社區長期照護與金門醫院「整合式健康照護服務網」落實全縣民健康照護造成資源浪費	<input type="checkbox"/>				
3. 我對於遠距設備持續監測、掌握行動服務、提高您預防治療率獲得醫療照護	<input type="checkbox"/>				
4. 我認同社區長期照護與金門醫院「整合式健康照護服務網」落實全縣民健康照護	<input type="checkbox"/>				
5. 我對於提供長期照護服務有符合個人的需求，更應該繼續推動擴大服務	<input type="checkbox"/>				
如答「不同意與非常不同意」，無需續答第 6 題！謝謝					
6. 若未來擴大服務需要部分自行負擔費用，您仍同意負擔費用繼續使用長期照護服務項目	<input type="checkbox"/>				

四：長期照護落實後照護員服務態度核心能力

我認知, 政府培養照護服務員熱忱能為我帶來...

(從非常同意5到非常不同意1)

非常同意 同意 中立 不同意 非常不同意

1. 我認同他確切掌握照護需求、如用藥解說、飲食關心、交通接送等日常生活協助與關懷	<input type="checkbox"/>				
2. 我對照護服務員彼此相處信任關係.	<input type="checkbox"/>				
3. 我對照護服務員彼此相處滿意關係.	<input type="checkbox"/>				
4. 我對照護服務員彼此相處互動關係.	<input type="checkbox"/>				
5. 我對於他確切掌握照護需求、如用藥解說、飲食關心、交通接送等日常生活協助與關懷造成生活困擾.	<input type="checkbox"/>				
6. 整體而言, 我對照護服務員熱忱精神與努力	<input type="checkbox"/>				
7. 我對照護服務員的專業知識、危機處理應變能力.	<input type="checkbox"/>				
8. 我對照護服務員的工作盡責程度.	<input type="checkbox"/>				
9. 我對照護服務員與病患家屬的溝通性.	<input type="checkbox"/>				
10. 我對照護服務員的服務態度及服裝儀容.	<input type="checkbox"/>				
11. 整體而言, 我對照護服務員工作態度與神.	<input type="checkbox"/>				

五：我對使用「長期照護 2.0」服務項目後評價

我認知, 對於使用長期照護服務項目後能為我帶來認同評價如何...

請受訪者先勾選「有使用 」或「無使用 」勾「有使用」再續答以下問卷

非常同意 同意 中立 不同意 非常不同意

1. 我使用「居家服務(社會福利資源諮詢及轉介)、關懷訪視」認同服務用心態度	<input type="checkbox"/>				
2. 我使用「送餐服務(共餐)」溫馨飽食認同接力精神	<input type="checkbox"/>				
3. 我使用「交通接送」認同服務貼心與安全便利	<input type="checkbox"/>				

4. 我使用「喘息服務」得到適度休息與情緒心情舒壓	<input type="checkbox"/>				
5. 我使用「居家復健」得到身體減壓輕鬆	<input type="checkbox"/>				
6. 我使用「居家護理」認同服務認真精神	<input type="checkbox"/>				
7. 我使用「輔具租借、購買及無障礙環境改善」得到安全居家環境與行動方便	<input type="checkbox"/>				
8. 我使用「社區式照顧(家庭托顧、日間照顧)」得到熱情照顧與關懷	<input type="checkbox"/>				

六：您對於政府推動「長期照護 2.0」服務，您的建議(或期待)為何？

感謝您熱心地填答。溫馨的提醒您，身體健康是家庭美滿幸福！



【 問卷結束、感恩您的合作 】