

國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

碩士論文

Graduate Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

原住民與非原住民失能者長期照護服務使用情形之比較

Comparisons of Long-Term Care Utilization between

Disabled Aboriginal and Non-aboriginal People

李蔚貞

Wei-Chen Lee

指導教授：吳淑瓊 博士

Advisor: Shwu-Chong Wu, Ph.D.

中華民國 97 年 7 月

July, 2008

誌 謝

時光匆匆，兩年的時間倏忽即過，人生履歷又將增添一筆新紀錄。細細回味在衛政所碩士班的這段期間，師長殷殷的教導，學長姐與同學們懇切的鼓勵，以及父母親人默默的支持，都讓我收穫滿盈，心靈亦隨之一步一步成長，永誌難忘。

首先要感謝的是我的指導教授吳淑瓊老師。從我大四開始，老師就指導我研究原住民議題，引領我深入思考，並督促我努力學習；老師在長期照護知識領域，有豐厚的成就，尤其縝密嚴謹的研究態度，更是我在學術研究上的楷模。此外，感謝臺北醫學大學的陳靜敏老師和莊坤洋老師，他們在百忙之中，願意擔任我的口試委員，且撥冗關心我研究寫作的進度，提供我寶貴的建議。三位老師的指導，讓我的論文逐漸成型，可謂受益匪淺。

其次，也要感謝研究所的每位老師及學長學姐，李蘭老師、張珏老師、江東亮老師、鄭守夏老師、丁志音老師、鄭雅文老師和洪永泰老師，除了課堂上給我論文建議外，每當看到我在研究室埋首奮鬥時，也不忘過來幫我加油打氣，使我產生繼續努力的意志。亮汝學姊、玫如學姐、鳳音學姐、伊帆學姐、啟禎學姐和弘廷學長，一方面指導我撰寫論文的方法，以及思考原住民問題的方向，另一方面更是我統計分析時的救星，因為他們的協助，我才能度過重重難關。

還有內政部社會司老人福利課課長莊金珠小姐，由於莊姐的協助與鼓勵，讓我在原住民老人福利研究上，更有信心和興趣。

最令人窩心的是班上所有同學和系所辦公室的珮絃姐。這兩年多來，同學們一起討論課業，彼此切磋研究，相互勉勵、傾吐心事，這點點滴滴，都是甜美的回憶；而珮絃姐不僅協助提醒課務和論文繳交相關行政事宜，更是我心靈的諮商師。

我的求學之路能夠平順愉快，當歸功於父母親人們默默的關愛與支持，讓我恣意做自己喜歡的事，而無後顧之憂。不論遭遇任何困境，或偶有徬徨、疑惑，爸媽與二阿姨無怨無悔的陪伴，是我成長的重要泉源。

謝謝您們！因為有您們，才能成就今日的我，在此獻上我最誠摯的謝意與祝福。

摘要

由於人口老化導致長期照護需求隨之增加，然而根據國內研究調查發現，原住民長期照護需求較一般人高，服務使用卻較少，而國外觀察少數族群服務使用情形也顯示，原住民或者少數民族偏好使用社區式（community-based）與居家式（home-based）照護，優勢或主流族群則偏好使用機構式服務（institutional services）。因此本研究以「全國長期照護需要評估」第二階段調查中，50歲以上之原住民失能者作為分析基礎，並配對同樣失能情形之非原住民個案，共計1,100名樣本，包含550位原住民和550位非原住民。

分析兩族群樣本特質發現：原住民較非原住民多女性、較年輕、較高比例沒有配偶、教育程度低、較少具有社會福利身分、擁有較少的長期照護資源、較多子女、相同的失能程度分布、慢性病數少以及護理服務需要數少。服務使用方面，原住民完全未使用過任一類正式服務的比例比非原住民高，且以多變項邏輯斯迴歸分析族群別與服務使用之關係，更顯著看出原住民較偏好使用社區或居家式服務，而非看護和機構式服務。

接著以 Andersen Behavioral Model 為分析架構，利用雙變項和多變項邏輯斯迴歸分析影響兩族群使用服務的相關因素。分析結果顯示，兩族群在調整相同失能程度後，對原住民而言，無偶、低教育程度、有社會福利身分、失能程度嚴重、護理服務需要數多者，較易使用社區或居家式服務；有偶、高教育程度、有社會福利身分、長期照護資源數多、失能程度嚴重、慢性病罹患數多且護理服務需要數多者，較易聘請看護照顧；而無偶、高教育程度、有社會福利身分、長期照護資源多、失能程度嚴重和護理服務需要多者，較易使用機構式照顧。

至於非原住民方面，低教育程度的失能者較高比例使用社區或居家式服務；高教育程度的失能者則較多使用聘請看護；而使用機構式照護者，多為低教育程度、長期照護資源數少和護理服務需要數多者。

綜合上述所言，可發現兩族群服務使用偏好不同，且影響使用任一類服務的因素也各自不同，故根據本研究結果，提出兩項建議：一是應強化原住民社區內的照護服務資源，依族群文化和生活習性不同，而能有個別性考量；二是應積極檢討現有長期照護資源的配置狀況，補助弱勢的失能者，以落實國家公平原則，保障每個人生活安適的權利。由於本篇研究採現成資料庫進行二手分析，故在研

究對象及研究變項上，多有所限制。建議未來除了可增加更多變項，以及將現有變項做更深入的調查外，也可長期追蹤個案，建立完整的原住民資料庫，則必有助於獲得更完整、更豐富的資訊，供未來政策規劃及服務推動時做為參考。

關鍵詞：原住民、非原住民、失能、長期照護服務、使用情形



Abstract

The needs of long-term care have been increasing because of aging of population. However, based on previous literature in Taiwan, aboriginal people need more long-term care than non-aboriginal people. Research on long-term care utilization of minorities also demonstrated that aboriginal people (or subordinate group) prefer community-based and home-based care while non-aboriginal people (or dominant group) prefer institutional services. Data used in this research was collected in the second-stage survey of “2001 Long-term Care Need Assessment in Taiwan.” A national representative sample of 550 50-year-old disabled aboriginal people was studied, comparing with non-aboriginal people by the level of dependency.

The comparisons between these two people show that: higher percentage of aboriginal people were found in those who were female, young, with no spouse, most with elementary school diploma, not entitled to social welfare benefits, had less long-term care resources, had more children, with equal disable degrees, had less chronic impairment and needs in nursing care. In terms of service utilization, the rate of using no service by aboriginal people is higher than by non-aboriginal people. Also, a multiple logistic regression analyzing the relationship between different ethnics and different services provides significant evidence that aboriginal people prefer community-based and home-based care over institutional services.

The Andersen Behavioral Model was used to examine the factors associated with using community-based or home-based care, hiring a foreign care aide or using institutional services among the disabled aboriginal and non-aboriginal people. Bivariable and multivariable analyses showed that after controlling for the level of dependency, factors including marital status (with no spouse), education (with no school diploma), entitlement to social welfare benefits, the level of dependency (those who were severely dependent) and needs in nursing care (more needs) were noticeably associated with using community-based and home-based care; factors including marital

status (had spouse), education (with high school diploma and above), entitlement to social welfare benefits, abundance in long-term care resources, the level of dependency (those who were severely dependent), chronic conditions (more diseases) and needs in nursing care (more needs) were noticeably associated with hiring care aid; factors including material status (with no spouse), education (high school diploma and above), entitlement to social welfare benefits, abundant in long-term care resources, the level of dependency (those who were severely dependent) and needs in nursing care (more needs) were noticeably associated with using institutional service.

As for non-aboriginal people, disabled ones with elementary school diploma were inclined to use community-based and home-based care; however, disabled people who were at least with high school diploma were inclined to hire care aid; and disabled people who were at most with elementary school diploma, had insufficient long-term care resources and had more needs in nursing care were inclined to use institutional care.

To sum up, this study concluded that there is difference in using long-term care between aboriginal people and non-aboriginal people. Besides, factors influencing their utilization of long-term care are distinct. Based on these findings, I propose two suggestions: one is the program to strengthen the community resources to aboriginal people according to their culture and lifestyle; the other policy is to review the policy of long-term care in terms of resources distribution by taking into account of the disabled minorities, principle of fairness as well as citizens' rights to wellbeing. Because this research used the data from secondhand information source, there are some limitations in analyzing these samples and variables properly. I suggest that in the future, researchers could collect more variables and more detailed information, and conduct cohort study to develop a complete database of aboriginal people to serve as a better policy making reference.

Key words: aboriginal, non-aboriginal, disabled, long-term care, utilization

目 錄

誌謝.....	i
中文摘要.....	ii
英文摘要.....	iv
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	11
第二章 文獻回顧.....	12
第一節 原住民背景介紹.....	12
第二節 長期照護服務簡介.....	16
第三節 長期照護服務使用情形.....	22
第四節 影響長期照護服務使用之因素.....	23
第五節 結語.....	27
第三章 材料與方法.....	28
第一節 研究設計、架構及假說.....	28
第二節 研究材料.....	31
第三節 變項操作型定義及測量.....	33
第四節 資料處理與分析.....	37
第四章 研究結果.....	40
第一節 樣本特性描述.....	40
第二節 比較兩族群個案使用正式照護服務之情形.....	41

第三節	影響原住民個案使用正式照護服務之因素.....	43
第四節	影響非原住民個案使用正式照護服務之因素.....	45
第五章	討論與建議.....	48
第一節	研究結果討論.....	48
第二節	政策啟示.....	55
第三節	研究限制.....	56
第四節	未來研究方向.....	57
中文參考文獻.....		59
英文參考文獻.....		64
附錄.....		67



圖目錄

圖一、安德生行為模式.....23

圖二、影響兩族群個案使用正式照護服務之因素架構圖.....30



表目錄

表一、國內有關原住民長期照護服務使用之文獻(依研究時間遞減).....	5
表二、原住民中老年人口數(50歲以上)和占總原住民人口比例.....	13
表三、各國原住民長期照護政策比較.....	19
表四、以邏輯斯迴歸分析影響服務使用之因素—不分族群.....	50
表五、以雙變項及邏輯斯迴歸分析影響服務使用之因素—區分族群.....	54
表 1-1、兩族群個案特質—類別變項.....	67
表 1-2、兩族群個案特質—連續變項(接續上表).....	68
表 1-3、兩族群服務使用情形.....	69
表 1-4、族群與服務使用之邏輯斯迴歸模型分析(控制所有因素).....	70
表 1-5、族群與服務使用之邏輯斯迴歸模型分析(控制所有因素)(接續上表).....	71
表 1-6、族群與服務使用之邏輯斯迴歸模型分析(控制所有因素)(接續上表).....	72
表 1-7、原住民族使用服務相關因素之雙變項分析(類別變項).....	73
表 1-8、原住民族使用服務相關因素之雙變項分析(連續變項).....	75
表 1-9、非原住民族使用服務相關因素之雙變項分析(類別變項).....	76
表 1-10、非原住民族使用服務相關因素之雙變項分析(連續變項).....	78
表 2-1、原住民個案之前傾因素變項(依來源分析).....	79
表 2-2、非原住民個案之前傾因素變項(依來源分析).....	80
表 2-3、原住民個案之需要因素中的類別變項(依來源分析).....	81
表 2-4、原住民個案之需要因素中的連續變項(依來源分析).....	82
表 2-5、原住民個案之需要因素變項(續)(依來源分析).....	83
表 2-6、非原住民個案之需要因素類別變項(依來源分析).....	84
表 2-7、非原住民個案之需要因素連續變項(依來源分析).....	85
表 2-8、非原住民個案之需要因素變項(續)(依來源分析).....	86
表 2-9、原住民個案之使能因素類別變項(依來源分析).....	87

表 2-10、原住民個案之使能因素連續變項(依來源分析).....88

表 2-11、非原住民個案之使能因素類別變項(依來源分析).....89

表 2-12、非原住民個案之使能因素連續變項(依來源分析).....90



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

一、研究背景

二十世紀以來，平均壽命延長與生育率降低等因素，造成人口結構老化，依據世界衛生組織對高齡化社會的指標定義來看，我國早在民國八十二年，65歲以上的老年人口比例，就超過聯合國標準的7%，正式邁入高齡化社會，且每年約以0.2個百分點持續增加，2007年內政部統計老年人口比例更高達10.1%（內政部，2007a）。但是，壽命增長不可避免地造成身心功能與生理機能的自然衰退，隨著高齡人口增加，身心障礙者的比率也隨之增加，依據2007年內政部統計月報顯示，65歲以上老人中有15.96%為身心障礙者，較其他年齡層的比例都高（15-64歲年齡層有3.63%，14歲以下有1.16%為身心障礙者），相對地，身心障礙者比例也隨著年齡增加，17歲以下占6.22%，18-44歲占24.61%，45-64歲占32.82%，65歲以上占36.35%。因此，老人長期照護、養護及安養機構就養之需求相當值得關注（內政部，2007b）。

為因應高齡化社會中的照護需求，政府從民國六十九年開始一連串的法規制定與政策執行，依序如下：（1）民國六十九年開始制定老人福利法，明文規定保障老人身、心、經濟與安全等措施；（2）接著於民國七十年衛生署著手規劃建立中老年疾病防治工作體系，並將居家照護列為重點工作；（3）民國七十九年續訂「加強復健醫療及長期照護服務」；（4）民國八十二年公布「護理機構設置標準」等相關法令，使「居家護理」、「護理之家」及「日間照護」等提供長期照護服務之護理機構有了法源依據；（5）民國八十六年六月，「老人福利法」修正公布，「老人」的年齡由70歲降為65歲，將老人福利機構修正為長期照護機構、養護機構、安養機構、文康機構及服務機構等五類，同年的八月，行政院衛生署也發表「衛生白皮書—跨世紀衛生建設」，提出長期照護發展重點，以居家及社區式照護服務為主（70%），機構式照護服務為輔（30%）；（6）民國八十七年通過由行政院內政部

負責為期三年的「加強老人安養服務方案」，採取更多元的服務途徑因應老人問題，同年衛生署也頒訂「老人長期照護三年計畫」，強調家庭照顧知能的增進及醫療衛生、社會資源的結合；(7) 再於民國九十年辦理「建構長期照護體系先導計畫」，核定台北縣三峽鎮、鶯歌鎮及嘉義市為實驗社區，並由行政院經濟建設委員會召集內政部、衛生署、原住民委員會、農業推廣委員會等相關部會，共同規劃「照顧服務產業發展方案」；(8) 延續先導計畫，而於民國九十一年核定「加強老人安養服務方案」和「照顧服務福利及產業發展方案」，以期結合民間力量，共同發展照顧服務支持體系；(9) 行政院文建會於民國九十四年推動「台灣健康社區六星計畫」，內政部則於九十五年進行「台灣經濟永續發展會議—社會安全組報告」，兩者都針對高齡社會和長期照顧議題討論因應政策；(10) 至民國九十六年四月，參考已開發國家長期照顧發展趨勢，行政院訂定出「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，本計畫的基本目標為「建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」。(台灣長期照護專業協會，2005a；行政院衛生署，2007)。

目前政府雖已推行各項長期照護之政策措施，但是就原住民族群而言，長期照護需求型態和整體台灣趨勢不太一樣，最主要的差異，就在於原住民之長期照護需求較一般人高；其次，若依「照護需求程度」來比較，可以發現原住民之照護需求程度較一般人來得傾向於「輕度照護」(僅有走動或做家事有障礙，需要他人協助)，對於志工服務、居家服務的需求性最高，但是卻因為「不知道有這些服務」及「不知道去哪裡找該服務」，而導致使用者不多(鍾文政，2004；蕭仔玲、陳靜敏，2004)。而隨著社會變遷，原住民部落也面臨婦女外出工作與家庭結構改變等現象，在張駿逸(1999)的調查中，就有43.3%的原住民認為子女對老人的關懷度降低，只有16.7%認為是升高，以及43.7%認為部落對老人的關懷比以前減少，19.3%則認為增加。再加上原住民經濟狀況較漢民族弱勢，2002年行政院國情統計

通報顯示，原住民家庭每戶每月平均收入為 38,665 元，遠低於全體國民之 88,678 元，除了支付服務費用的經濟能力不足外，即使家庭的經濟狀況較佳，政府立案的福利機構又多集中於平地鄉，恐造成山地鄉的住民難以獲得（石計生，2002；陳慈敏，2004；劉淑娟，2005）。故綜合上述調查，可凸顯出無論是家庭、社區或公私立福利機構等照護服務資源，皆未能滿足多數原住民老人的照護需求。

二、研究動機與重要性

所謂長期照護服務，包含個人生活照顧（例如洗澡、如廁等幫助）、健康照護（各種身心功能障礙評估與復建）和社會生活協助（例如：環境改善、交通接送）等三類（楊怡君、許淑敏、莊宇慧、張翠珉、王玉女和葉湘芬，2003），主要是針對暫時失去或永遠無法執行某些身體功能的民眾提供長時期、正式或非正式的健康及日常活動相關支持服務，以期能使個案維持最高獨立性，並保有自尊和高品質的生活（Evashwick, 2005）。行政院原住民委員會於民國八十七年起推展「原住民老人暨兒童六年照顧實施計劃」，主要提供居家照護和送餐服務，但迄今 55 個原住民鄉鎮中僅約 22 個鄉鎮落實該措施，資源及人力運作仍待努力（陳淑敏，2000）。此外，機構式服務像是養護中心或護理之家，目前只能照顧低收入或中低收入戶，對於一般收入戶老人若有需求，政府並無法補助其服務費用，甚至許多機構集中於平地鄉或市區，大部分的原住民難以獲得照護服務（石計生，2002）。再加上原住民失業人口為全國平均的 3 倍之多，家中有殘病、失能者卻無力負擔醫療與照護費用，這些困境有待關切與解決（蕭仔玲、陳靜敏，2004）。

本研究有鑒於各先進國家已將弱勢族群照護體系列為政策重點，台灣整體社會也開始關注原住民的問題，但過去研究僅涉及單一族群（例如 2006 年莫那·瓦旦只研究阿美族）、單一地區（例如 2006 年邱秋楨只研究花蓮地區個案）、單一服務類型（例如 2005 年黃源協只研究居家服務和送餐服務）或對福利服務的需求而非服務的使用（例如 1999 年張駿逸只調查原住民老人之福利需求），無法通盤了

解全國原住民的服務使用情形（請見表一），因此本研究乃擴大研究全國的原住民
中老年失能者，深入探討各類長期照護服務使用狀況及其可能的影響因素，並比
較原住民與非原住民使用差異之目的，彌補過去研究不足之處。



表一、國內有關原住民長期照護服務使用之文獻（依研究時間遞減）

作者 (年代)	篇名	來源	研究目的	研究方法	研究結果
1.莫那·瓦旦 (2006)	建構原住民社區式長期照護服務模式研究	行政院衛生署委託研究計畫	評估原住民長期照護需求，擬定適合社區之長期照護模式，而後推動居家服務並進行方案評估	採專家座談、質性訪探與問卷調查等方式來收集資料，對象為花蓮縣吉安鄉和光復鄉內現有接受服務之個案	阿美族原住民對長期照護服務感到陌生，對服務內容的認知也有明顯差距，又其本身傳統撫養觀念漸薄，老人安養環境不易維持。社區失能個案呈現重度失能比例占四成左右，顯示重度失能個案必須留住家庭，形成對照顧者的負擔
2.劉淑娟 (2006)	建構原住民部落社區式長期照護服務模式之研究—第二年成果報告	行政院衛生署委託研究計畫	根據前一階段原住民長期照護需求評估，擬定具體社區式照護服務，並實際推動各項方案，最後再評估方案執行成效	採行動研究設計，包括量表評鑑、專家座談、文獻查證、實地觀摩、舉辦活動、焦點團體等方式，來推動與評估長期照護服務	各項活動的民眾參與度高，且品質監控佳，但轉介及網站仍需持續使用及檢討
3.邱秋禎 (2006)	探討原漢獨居老人使用遠距照護系統之影響因素及智慧化發展需求評估	慈濟大學原住民健康研究所碩士論文	探討花蓮地區原漢獨居老人使用遠距照護系統的現況以及相關影響因素，並了解獨居老人對系統未來智慧化發展的需求	研究個案分為使用者與非使用者，使用者以門諾基金會生命守護連線的個案為主，共 91 位；非使用者則根據使用者的年齡、性別居住地及族別採配對方式挑選，共 112 位。	使用生命守護連線者比非使用者的健康狀況來得差，且個案佩戴可攜式按鈕的執行度不高，覺得麻煩及忘記佩戴是常見的原因。原住民個案與服務人員語言溝通不良是急需改善之處。從未使用的評估可以發現，原住民不知道這項服務的比例比漢人高

作者 (年代)	篇名	來源	研究目的	研究方法	研究結果
4.劉淑娟 (2005)	建構原住民部落社區式長期照護服務模式之研究—第一年成果報告	行政院衛生署委託研究計畫	選定原住民實驗部落(苗栗縣泰安鄉),評估社區式照護服務之需求及現有資源,建置實驗社區之長期照護服務教育、監控、資訊和轉介系統	採行動研究設計,包括問卷調查、專家座談、文獻查證、實地訪查、教育訓練、舉辦活動等方式,對象為苗栗縣泰安鄉65歲以上獨居老人或領有殘障手冊之原住民及其照顧者	實驗社區內需要長期照護的個案普遍生活水準低,家人是主要照顧資源,且因交通不便、政府關切不夠和資源稀少等因素,使長期照護服務使用率低,均須再積極推動
5.黃源協 (2005)	正式照顧對非正式網絡互動關係之影響:以原住民部落老人居家/送餐服務為例	社會政策與社會工作學刊	以原住民部落的老人居家照顧與送餐服務之原住民老人個案為對象,探討正式服務的提供對非正式支持網絡互動關係的影響,並檢證社會支持理論之補充模式與層級補充模式的相關假設	以原住民部落的老人居家照顧與送餐服務之原住民老人個案為對象,採結構式問卷進行資料蒐集,計獲得有效問卷218份	原住民老人的主要照顧者多為配偶;正式服務的提供有助於紓緩主要照顧者與個案因互動形成的一種「疲乏的照顧關係」。另外,研究結果部分支持補充與層級補償模式的假設;老人使用正式照顧的動機,若未考量服務是否需付費及資源的可用性和可近性納入考量,則該論述的說服力是不足的
6.傅雯睿 (2005)	以使用者觀點探討社區型日間照顧的服務	慈濟大學公共衛生研究所碩士論文	(1)瞭解福氣站服務的使用者的基本特質及使用服務的原因;(2)探討福氣站的服務對使用者產生何種效益;(3)探討福氣站的使用者對福氣站的服務需求	本研究為橫斷研究且以面訪收集資料,選擇位於花蓮的太昌、南昌、仁里、主農里、明孝里中,五個福氣站的153個樣本	福氣站的使用原因主要是運動及聊天,不但可產生健康改善的效益,也有助於減輕照顧者負擔。在服務需求中,發現年輕、教育程度高、男性或同住人數少者,對復健、用藥諮詢及衛教需求較高。都市原住民及需要接送才能使用服務的使用者有較高的交通車需求

作者 (年代)	篇名	來源	研究目的	研究方法	研究結果
7.蕭仔伶、陳靜敏 (2004)	原住民部落長期照護資源使用障礙評估-以花東新村為例	新台北護理期刊	描述汐止花東新村的原住民部落老人及失能者健康狀況，瞭解原住民部落目前使用長期照護資源現況，以及探討原住民部落長期照護資源使用障礙因素	採橫斷面訪談調查，母群體為 65 歲以上和領有殘障手冊之原住民及其主要照顧者，立意選取汐止花東新村為調查地區，共完訪 67 位	幾乎所有研究對象皆未使用長期照護資源，原因以「不知道有這些服務」及「不知道去哪裡找該服務」之可用性障礙最多。能顯著影響原住民長期照護資源使用之障礙因素有個案婚姻狀況與其自覺健康
8.張淑芬 (2004)	原住民老人參與日托活動情形對其生活滿意度之影響	高雄醫學大學公共衛生研究碩士在職專班論文	針對台東縣原住民老人參與日托活動，對其生活滿意度之影響作一初步性探討	利用「原住民老人參與日托活動與生活滿意度調查問卷」，針對某基金會所設立的 12 個老人日托站內，55 歲以上之原住民老人進行問卷調查研究。每站參加者調查 20 位，有效問卷共有 130 份；同時對各站附近老人 20 位進行調查，有效問卷共 146 份	1.參與日托活動的原住民老人其生活滿意度高於未參加者，但不因參與頻率不同而有所差異。2.樂於參加日托活動的老人生活滿意度高於勉強參與者。3.自覺參與日托活動對自己有幫助的老人之生活滿意度高於自覺普通和幫助不大者。
9.鍾明霞 (2004)	台東縣長期照護居家照護服務利用之探討	高雄醫學大學公共衛生研究碩士在職專班論文	台東縣 65 歲以上老年人口占 11.76%，因醫療資源缺乏，經濟狀況不佳，傳統觀念保守老舊，居家照護需求較機構式照護需求來得高，故欲建立整體性長期照護居家需求之資料	於 94 年 2 月至 94 年 3 月間，以 MDS-HC2.0 問卷收集台東縣長期照護居家個案，去除居住外縣市及居住在機構內的個案，進行家庭訪視，共取得 487 份問卷	族群、非正式服務者與個案關係、疼痛劇烈足以影響日常活動、過去 30 天內體重增加 5% 以上、曾接受居家護理服務方面、IADL 及 ADL 分數等七個變項，同時對預測使用正式性及非正式性服務，有顯著相關(P<0.05)

作者 (年代)	篇名	來源	研究目的	研究方法	研究結果
10.謝惠雯 (2002)	山地鄉布農族老人的家庭支持和生活狀況：高雄縣桃源鄉與三民鄉之比較研究	中山大學 中山學術 研究所碩 士論文	從老人與家人之間的互動關係，以及老人本身的婚姻、財務、健康和休閒、活動的模式和差異性來解釋在偏遠地區的原住民，家庭結構所受到衝擊和這些衝突對老人生活的影響	結構性訪談高雄縣桃源鄉及三民鄉的 119 位 65 歲以上布農族老人，探討受訪者之婚姻狀況、家庭結構、家庭支持、家庭生活、健康及就醫情形、財務狀況和日常休閒活動	桃源鄉與三民鄉比較結果是，社區經濟結構、生活機會、老人財務狀況和健康狀況較佳，但較少比例有汽車、以及較少家人外移他地
11.陳淑敏 (2002)	原住民地區居家服務實施經驗之研究-以門諾基金會介惠基金會仁愛鄉公所為例	暨南大學 社會政策 與社會工 作所碩士 論文	探討不同性質組織(醫療、社會福利及政府部門)在原住民地區提供居家服務的動機、經營策略、優勢、限制及其成效與影響	採質性研究法，並以財團法人花蓮門諾基金會、財團法人介惠社會福利基金會及南投縣仁愛鄉公所為主要研究對象	研究發現三個單位開辦服務的動機與經營策略的選擇上各不相同；此外，三個單位有其共同的優勢與限制，也有其各自的優勢與限制；還有，過去三年在原鄉推動的居家服務方案，儘管仍有待改善，但已經出現一些顯著的成效和影響

12.許俊才 (2001)	原住民部落 (社區)照顧服務輸送之研究-以南投縣仁愛鄉、埔里鎮居家暨送餐服務為例	暨南大學 社會政策與社會工作研究所 碩士論文	瞭解影響服務執行的因素、促使服務執行策略修改的情形、運用原住民社會工作人員推動部落照顧福利服務的優勢及限制，並歸納出部落照顧是否適用於原住民部落，以做為其他各山地鄉(鎮)部落的借鏡	以仁愛鄉及埔里鎮為研究場域，並運用行動研究方法來進行，研究期程主要分為服務方案的草創期、調整期、確立期	服務推展的阻力乃在於政策的不確定性、政治力的介入以及案主文化生活習性與居家服務的倫理有所衝突等；至於助力則是專案小組包括具有社工專業背景及實務經驗的領導人、原住民社工員、服務方案指導老師等。在原住民社工員的優勢主要是具有相同的語言、文化背景，感覺親切，而且瞭解當地生態，但也有原住民社工員的專業能力受質疑以及部落人情壓力的困擾
13.詹宜璋 (2001)	原住民地區福利服務現況調查研究	行政院原住民委員會委託研究計畫	瞭解與掌握部落福利資源相關資訊，以便建構符合原住民部落特殊需求之多元福利體系	透過訪問調查法、評估研究法、實地觀察法、焦點團體法和次級資料分析，收集 30 個山地鄉與 25 個平地鄉內的福利服務資源以及服務方式，並運用「八十九年戶口與住宅普查」資料建構原住民福利人口群之基本資料庫	原住民之長期照護需求較一般人口高，且偏向輕度照護；服務運作的助力是機構間可以互相合作、交流學習，提升效率以節省經費；阻力則是缺乏協調運作之專業人力、當地資源不足、政府委託方案之持續性不夠、地方派系彼此抵制...等
14.陳淑敏 (2000)	台灣原住民長期照護問題	社區發展季刊	調查原住民部落中，長期照護機構數目、開辦經費多寡與專業人力是否充足等議題	文獻回顧與政策討論	原住民老人的問題包括經濟資源不足、家庭型態變遷、平均餘命低於一般人、缺乏基本資料、921 震災區之福利需求等，另外醫療和社區服務資源缺乏，建議補助就醫費用並推動長期照護服務

作者 (年代)	篇名	來源	研究目的	研究方法	研究結果
15.張駿逸 (1999)	原住民老人 福利需求之 調查研究	行政院原 住民委員 會委託研 究計畫	實地了解原住民老人的福利 服務需求，以期能針對民族 特性去規劃政策	先訪談調查泰雅、阿美、魯凱、排 灣、卑南和賽夏族的耆老(60歲以 上)，了解其對福利政策的看法與 滿意程度；再以問卷調查 270 個部 落原住民與 30 個都市原住民的基 本資料、經濟狀況、健康和醫療服 務使用情形	都市原住民在居家服務、送餐服務和房 屋修繕補助不知道的比例最高；山地和 平地原住民則是免費安療養服務、居家 服務和送餐服務不知道的比例最高；約 有 26.7% 民眾肯定政府有照顧到原住 民老人的生活，且多數受訪者希望家鄉 中開辦老人之家、養老院或日照機構



第二節 研究目的

本文三個研究目的陳述如下：

- 1、檢視原住民中老年失能個案之人口學特質、健康狀況與照護資源等資料，以供規劃原住民長期照護服務之參考。
- 2、分析原住民正式照護服務使用情形，供未來政策制訂或服務輸送時作為參考。
- 3、比較影響原住民與非原住民失能者接受正式照護服務的因素，探討「族群」對於長期照護服務使用之影響。

本研究章節安排的順序，首先在第一章交代研究背景、動機與目的，點出此研究的重要性。第二章回顧國內外文獻，簡介原住民的文化背景、人口與健康狀況；其次介紹長期照護服務的內涵、原住民的家庭觀、各國和原住民相關的衛生福利政策；最後探究各類服務的使用情況以及影響服務使用的因素。第三章則呈現研究架構、說明研究樣本與變項定義、預期的統計分析步驟、方法與進度。第四章根據研究架構和假說，一一進行統計分析。之後在第五章歸納統計結果，討論此次研究，是否有特殊發現、與過去研究有何相同或不同之處，以及是否達成本次研究目的。於末三節提出對未來研究與政策制訂的建議，以及研究過程中所遭遇的限制和困境。希望本篇研究能夠拋磚引玉，呼籲政府繼續投入資源，協助開辦各類照護服務，以俾提升原住民失能者之生活品質，促進其健康和活力。

第二章 文獻回顧

第一節 原住民背景介紹

一、原住民種族及歷史背景簡介

民族 (ethnic) 或種族 (race) 是指混合數種可區別的特徵而形成的一個團體，這些特徵可能包括外表、語言、宗教儀式或特定歷史來源等，具有強烈且明顯的排他性。而在一塊土地上之所以會產生不同種族間的衝突與抗爭，多是因為資源有限、欲望無窮，在世界各國中都會遭遇原生族群受到外來族群壓迫、排擠的過程。衝突結束後，較劣勢的族群，有些被同化適應而喪失自己本質，有些則是被邊緣化，不再有政治經濟上的影響力，其中，台灣原住民就屬於後者。原住民的祖先，在外來入侵與殖民者來到以前，即居住在台灣，但被迫遷離原生地而搬到偏僻山區，於社會中非統治的地位，在文化與教育方面，也以漢民族為主軸，原住民本有風俗民情與自我認同感正逐漸消失 (張國聖，2005)。

現今的台灣原住民族 (Aboriginal Groups)，在十七世紀漢人陸續由大陸遷移來台之前，就已居住在台灣。目前官方所認定的族群共有十四族：阿美族 (Amis)、泰雅族 (Atayal)、賽夏族 (Saisiyat)、布農族 (Bunun)、鄒族 (Tsou)、排灣族 (Paiwan)、魯凱族 (Rukai)、卑南族 (Puyuma)、達悟族 (Dawu)、邵族 (Thao)、噶瑪蘭族 (Kavalan)、太魯閣族 (Truku)、撒奇萊雅族 (Sakizaya) 及賽德克族 (Tgdaya) (行政院原住民委員會，2008)。而過去分類中的平埔族群，如：凱達格蘭族、道卡斯族、巴宰族、巴布拉族、貓霧慄族、洪雅族、西拉雅族、和猴猴族等，在歷史進程中，逐漸因為與漢民族的接觸而漸漸喪失傳統文化。

另一與原住民相關的概念是「少數族群」(minority)，所謂的「少數族群」在不同文化脈絡中，具有不同的指涉，最主要的意涵有兩個面向：其一係指在特定社會中，人口居於少數的民族群體，此種界定與原住民的意義有所重疊，例如美國的非裔或亞裔族群，以及真正美國的原住民—印地安族，三者皆屬美國少數族群，因此這類定義常用於多元民族融合的國家中；少數族群還有一個意義，則並

不一定與人口數量多寡有關，係著重在社會上弱勢地位，包括政治上與經濟上的弱勢皆屬之，例如女性雖不一定在人口上居於少數，但因其政經資源的差異而常被稱為「少數民族」（張國聖，2005）。

二、原住民人口與健康狀況

參考內政部 2008 年統計資料，台灣原住民共有 48.4 萬人，占全國總人口約 2.1%，這十年來，原住民人口增加率為 1.95%，較全國總人口增加率 0.36% 為高。年齡結構方面，原住民 65 歲以上老年人口占 6.1%，較全國老年人口比例 10.1% 低；人口扶養比為 43.32%，較全國的 38.43% 略高（內政部，2008a）；兩性零歲平均餘命為 68.49 歲，較全國人民少 9.41 歲（內政部，2006）。原住民 50 歲以上人口比例逐年上升，統計如下表（內政部，2007c）。

表二、原住民中老年人人口數（50 歲以上）和占總原住民人口比例

原住民 民國年（西元年）	總人口數		50 歲以上人口
	Total (a)	N (b)	% (=b*100/a)
89 年（2000）	408,030	61,513	15.08
90 年（2001）	420,892	64,450	15.31
91 年（2002）	433,689	68,442	15.78
92 年（2003）	444,823	72,115	16.21
93 年（2004）	454,951	76,055	16.72
94 年（2005）	464,961	80,557	17.33
95 年（2006）	474,919	85,109	17.92
96 年（2007）	484,174	89,924	18.57

*資料來源：內政部統計網（<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/m1-08.xls>）。

另外依據行政院原住民委員會（以下簡稱原民會）委託陳品玲與陳怡樺所作的「九十四年原住民健康狀況統計」結果來看，共歸納出四項重點如下：

1. 民國九十四年原住民總死因別粗死亡率為每十萬人口 806.4 人，其中山地鄉的總死因別粗死亡率(每十萬人 1173.9 人)最高，其次為平地鄉(每十萬人 990.7

人)，都會區(每十萬人 335.7 人)則最低。此外，原住民粗出生率、粗死亡率皆高於台灣地區的全體國民，其人口自然增加率亦高於台灣地區，粗死亡率方面，都會區漸為增加，而山地鄉與平地鄉呈現「√」的趨勢。若改看總死因年齡標準化死亡率，為每十萬人 1009.6 人，一樣是高於台灣地區九十二年的每十萬人口 530.0 人。

2. 民國九十四年原住民粗死亡率前十大死因依序為惡性腫瘤、事故傷害、慢性肝病肝硬化、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、肺炎、自殺、支氣管肺炎肺氣腫氣喘與腎炎及腎病變並列第九名、高血壓性疾病。其中，除了惡性腫瘤、糖尿病與診斷欠明疾病以外，死因別標準化死亡比皆顯著高於台灣地區至少 1.5 倍以上；然而原住民相較於台灣地區之結核病與痛風的標準化死亡比有逐年下降的趨勢。
3. 民國九十四年男性原住民平均餘命由九十三年 63.29 歲下降至九十四年 62.95 歲，女性原住民則由 72.36 歲微提高至 72.49 歲，以男性原住民變化的幅度較大。
4. 在重要惡性腫瘤死亡率分析上，原住民胃癌、肺癌、口腔癌死亡率較台灣地區為高，原住民子宮頸癌與肝癌死亡率則低於台灣地區。原住民前十大癌症中，以子宮頸癌、乳癌發生率顯著高於前二年，男性原住民以胃癌、結腸及直腸癌發生率較去年明顯提高，女性則以子宮頸癌、乳癌及口腔癌發生率顯著增加。

除此之外，內政部民國九十五年公報中，最新調查發現原住民男性平均餘命為 64.04 歲，女性為 73.41 歲，而全體國民平均餘命男性為 74.86 歲，女性為 81.41 歲，原住民兩性零歲平均餘命較全體國民少 9.41 歲，又較民國九十四年的 9.23 歲差距更大了（內政部，2008a）。依據前述政府統計資料可發現，原住民標準化死亡率較全體國民高，平均餘命低，死因和癌症發生率的排行也與全體國民的分布不同，且老年人口數逐漸上升，因此推論原住民應有更多不同於非原住民族的醫療與長期照護需求（張駿逸，1999）。在下面章節緊接著將介紹長期照護服務的分

類方式及實際提供內容，然後呈現國內外有關服務使用與影響因素的研究成果。

三、原住民部落型態及其照護觀念

英國 1989 年的社區照顧白皮書：「照顧人民」(Caring for People)，開宗明義指出「社區照顧」係指提供給因老年、心理疾病、心理障礙或身體及感覺機能障礙問題所困者服務和支持，讓他們能夠儘可能在自己的家或社區中「類似家庭」的環境下過著獨立的生活(黃源協，2000)。對照到原住民社區中，應該是由「部落」來照顧老人，但是台灣各族之部落型態、生活習慣與風俗不同，所形成的部落包括(1)父系氏族(如賽夏族、鄒族、布農族)、(2)母系氏族(如阿美族、卑南族)、(3)泛血統群(如泰雅族、達悟族)和(4)以貴族宗家為中心(如魯凱族、排灣族)四種；而部落聚集的方式又可分為四種：(1)集中的部落—全部落人口與住宅集中在一起，耕地和獵場則在部落周圍，例如東部的阿美族，(2)分散的部落—部落分散成若干個小聚落，每一個小聚落地位平等，例如泰雅族與賽夏族，(3)複合部落—分散出的若干部落有大小階層差異，其中大社只有一個酋長，小社的頭目是由大社酋長指派擔任，例如鄒族；(4)聯合部落—由於利害關係、血緣關係或者地緣相近，讓不同族群聯合形成同盟(台灣原住民族資訊資源網，2008)。

部落的結構，也與各族群婚姻和家庭觀念息息相關，例如泰雅族以父系繼嗣為原則，但是幼子從父，父母年老多與幼子同住，跟漢民族中長子奉養父母的觀念不同。近年來，在社會變遷的情境下，核心家庭型態替代了原有的三代同堂家庭，此時若父母健康狀況趨於老化或惡化，勢必影響家族成員的經濟負荷，以及在情感與孝道上產生一定程度的猶疑或掙扎(許敏桃，2001)。不論原住民或漢民族老人皆需面對在家庭中權威減弱，甚至沒有晚輩奉養的困境，若要仰賴正式照護服務來減輕家庭成員的負擔，許敏桃(2001)認為在不同文化情境中提供服務，應該要有不同的健康與安適的觀點。

2004年劉欣怡在「蘭嶼研究群研討會」中提出有關達悟族老人照護的看法，經過實證研究發現，達悟社會在親子、配偶之間設計某種界限，規範彼此的責任義務，且刻意阻擋外人的參與，導致達悟族中的老人往往拒絕接受志工的照顧。一直到近年，社會結構變換與世代關係轉變，讓照護與繼承機制出現斷裂，老人為了適應社會價值觀的變動，開始解脫過去傳統約束，接納志工的服務。由達悟社會的情況可知，照護關係（caring relationship）的組成是反映社會如何建構人群間的角色，

劉欣怡認為不要一味的將照護系統引進，而是要先對這群需要受照顧的對象的文化背景有所了解，才能為正式照護服務尋找更好的定位。

第二節 長期照護服務簡介

一、長期照護服務內涵

學者 Kane and Kane (1987)對長期照護的定義，界定在對具有長期功能失常或困難的人的照顧，對他們提供一段持續性的協助，使身心功能障礙者恢復受損的功能、維持既有的功能、以及幫助日常生活活動。劉淑娟（2007）則認為長期照護是包含正式和非正式的健康相關支持服務，不論個案失能程度如何，應盡量維持其殘餘功能，使個案能發揮最高的獨立性功能。吳淑瓊和莊坤洋（2001）也指出資源發展、服務提供、組織管理和財務支持等長期照護政策的最高原則，是維持老人自主、自尊和隱私的生活品質。我國行政院衛生署（1995）則定義長期照護服務係針對需長期照護病人提供綜合性與連續性之服務，其服務內容包含預防、診斷、治療、復健、支持、維持及社會性之服務，其服務對象不僅須包含病患本身，更應考量照顧者的需要。

我國長期照護相關服務隸屬於三大行政體系：醫療保健、社會福利、行政院國軍退除役官兵輔導委員會體系（衛生署，1998），而原住民族的福利服務是由原委會協調前三個部會，以及參與規劃和輔導相關事項。茲將各體系主要服務

內容與現況分述於下：（一）我國醫療保健體系下所提供之長期照護服務，基本上係以慢性醫療及技術性護理服務為主，如：護理之家、居家護理、日間照護等長期照護機構，並由衛生醫療單位以「醫療法」及「護理人員法」等相關法規予以規範。（二）我國社會福利體系下所提供之長期照護服務，基本上係以提供一般日常生活照顧服務為主，如：養護機構、居家服務、日間照顧等長期照護機構，並由社會福利單位以「老人福利法」予以規範。（三）我國行政院國軍退除役官兵輔導委員會體系下所提供之長期照護服務，主要是照顧支領軍公教月退休俸、生活補助費、大陸半俸，年滿六十五歲，在臺單身或夫婦無依無舍榮民，身心正常，無精神疾病或法定傳染病，能自行料理起居生活者，相關辦法由「行政院國軍退除役官兵輔導委員會榮民自費安養中心組織規程」和「行政院國軍退除役官兵輔導委員會辦事細則」規範之（全國法規資料庫，2008）。

至於長期照護服務模式，參酌國內外制度可分為社區式（Community Based Services）、居家式（Home Based Services）和機構式（Institutional Services）三類，以下乃針對各項服務之提供情形逐項說明（內政部，2008b；DHS, 2008）：

（一）社區式照護服務

所謂社區式照護，是指將社區資源加以規劃、整合及運用，提供居住在社區中的個案所需之連續性照護服務，目前已開辦（1）日間照顧或日間照護（Day Care）：對於沒有接受居家服務或機構安養之獨居老人，或因子女均在就業無法提供家庭照顧之行動功能障礙者，經過需求評估，白天由家人將家中長者送至本日間照顧中心，由中心提供生活照顧及教育休閒服務，晚上將老人接回家中，享受家人的溫情關懷。（2）喘息服務（Respite Care）：對長期臥病及行動功能障礙者，經過需求評估，由受過專業訓練的服務人員暫時取代照護者責任，又可分為居家喘息服務和機構喘息服務。居家喘息服務由受過訓練的照顧人員到家裡幫忙幾個小時或一兩天；機構喘息服務則將個案送到機構內照護一段時間（最長 10 天），

提供家庭照護者短暫休息機會，紓解家庭長期照護者之身心壓力（臺灣長期照護專業協會，2005b；Medicare, 2007）。

（二）居家式照護服務

居家式照護即是以個案居家為服務據點之服務項目，包括（1）居家服務（Home Care Services）：對長期臥病及行動功能障礙者，經過需求評估，由家事服務員到個案居所提供洗衣、清掃、做飯等家務雜事，以及簡易身體照顧服務、生活功能協助、精神關懷支持與陪伴等服務。（2）居家護理（Home Nursing Care）：對長期臥病及行動功能障礙者，經過需求評估，由居家護理師前往個案居所提供護理服務，例如疾病監控、照護指導、技術性護理。（3）居家物理治療和復健（Home Physical Therapy and Rehabilitation）：對日常生活自理能力缺損且無法自行外出活動的老人、身心障礙者，先進行日常生活功能評估，再提供日常生活功能訓練和社交功能訓練。（4）輔具及居家無障礙環境改善（Equipment services & Home repair and modification）：目的是為提供居家環境評估與輔導專業諮詢服務，協助居家無障礙環境設施的改善等，以方便功能障礙者於家中自由活動，增進生活自理能力與提升總體生活品質。（5）營養餐飲服務（Meals on Wheels）：對低收入或中低收入長期臥病及行動功能障礙者，經過需求評估，由服務提供者每天定時送餐到個案居所，以減少高齡老人炊食之危險及購物之不便。（6）緊急救援系統（Emergency-Care System）：這是一種類似保全的裝置，當老人或病人突發危急或意外事故時，可以馬上按下發射器，和控制中心取得聯繫，控制中心可透過發射器和個案說話，瞭解當時的情況，如果有立即危險時，則可以立刻聯絡救護車及時救援（老人福利聯盟，2008；臺灣長期照護專業協會，2005b；Medicare, 2007）。

（三）機構式照護服務

至於機構式照護服務，是指於機構內提供個案全天候的照護服務，可區分為

(1) 長期照護機構 (Long-term Care Institution)：由社會局主管，依據老人福利法和老人福利機構設立標準開辦，以照顧罹患長期慢性疾病且需要醫護服務之老人為目的。(2) 養護機構 (Medicare Institution)：由社會局主管，依據老人福利法和老人福利機構設立標準開辦，以照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的。(3) 護理之家 (Nursing Home)：由衛生局主管，依據護理人員法開辦，藉由提供罹患慢性病需長期護理之病人和出院後需繼續護理之病人 24 小時的長期照護，來減輕家庭照顧者負擔。(臺灣長期照護專業協會，2005b；Medicare, 2007)。

二、各國原住民長期照護政策之比較

既然原住民和漢民族文化背景不同，那麼政府又該如何因地制宜，以原住民老人需求為核心，建構長期照護服務體系呢？所謂「他山之石，可以攻錯」，接下來比較各國的「原住民長期照護政策」，整理成表格如下：

表三、各國原住民長期照護政策比較

國家	原住民族	政府組織	相關法案與執行工作
美國	1. 印地安人 2. 人數約兩百四十三萬六千人 (Health United States, 2000)	1. 印地安事務局 (the Bureau of Indian Affairs: BIA) 2. 衛生及人群服務部的印地安健康服務組 (Indian Health Service: IHS) 3. 老人事務局 (Administration on Aging)	1. 透過制定 tribes, tribal consortia, and urban programs, 督促政府提撥經費, 協助有需要的老人獲得長期照護服務 2. IHS 總部主導健康照護輸送系統 (health care delivery system), 負責規劃、執行、管理與評估照護計畫, 並分配財務與人力資源, 提供地區辦公技術協助與進行監督 3. 根據美國原住民基金會授權, 提供 60 歲以上老人營養餐飲服務

<p>加拿大</p>	<p>1. 印地安族，約有八十五萬人 2. Metis，約有三十萬人 3. Inuit，約有四萬五千人 (Statistics Canada, 2001)</p>	<p>1. 第一國家及 Inuit 健康局 (First Nations and Inuit Health Branch: FNIHB) 2. 印地安事務與北方發展部 (Department of Indian Affairs and Northern Development: DIAND)</p>	<p>1. 依據 Aboriginal Health Policy Executive Summary，均等照護可近性、提升照護措施、改善照護標準、增進原住民健康 2. 聯邦政府負責規劃政策、分配財務與照護系統評估，省政府則負責實際執行 3. FNIHB 下的社區計畫理事會與印地安事務與北方發展部合作，發展連續性照護架構 (Continuing Care Framework)，提供 55 歲以上原住民居家護理、心理治療、飲食服務、喘息照顧、家事服務、個人照護及日常生活協助等</p>
<p>澳洲</p>	<p>1. 原住民 (Aborigina 1) 2. 托列斯島民 (Torres Strait Islander) 3. 總共約有五十一萬七千人 (Australia Bureau of Statistics, 2006)</p>	<p>1. 公共福利部 (the Australian Capital Territory office of The Commonwealth Government) 2. 原住民及托列斯島民健康辦公室 (the office for Aboriginal and Torres Strait Islander Health: OATSIH) 3. 原住民事務部 (Department of Aboriginal Affairs)</p>	<p>1. 簽署「原住民及托列斯島健康架構同意書」(the Aboriginal and Torres Strait Islander Commission)，促進發展原住民健康照護網絡，研究了解影響原住民健康的議題與造成危害的因子 2. 由 125 個原住民社區形成健康服務網，OATSIH 提撥經費，並成立「軍隊/原住民與托列斯海峽島民社區協助計畫」，委由軍隊提供住民的交通協助 3. Australian Capital Territory (ACT) 提供 50 歲以上原住民 Residential and Community Aged Care Services，例如臨托喘息、日間照顧、家務協助、護理照顧、送餐服務、財務補助、復健服務等</p>

台灣	1. 十三族原住民 2. 共有四十六萬五千人（內政部統計處，2006）	1. 行政院原住民族委員會 2. 內政部老人福利促進委員會、社會司老人福利課 3. 行政院社會福利推動委員會 4. 衛生署護理及健康照護處	1、1998年9月函頒「推展原住民社會福利補助要點」其中包含補助辦理「原住民老人居家及營養餐飲服務」、2006年7月函頒「推展原住民部落老人日間關懷站實施計畫」、「原住民照顧服務員培訓計畫」，提供原住民老人「部落老化」、「就地安養」之多元服務，同時培訓及提供以照顧為專長之婦女就業機會 2、長期照護服務政策：建立55歲以上原住民或50歲以上身心障礙者長期照顧系統，持續拓展居家照顧、日間照顧、餐飲服務、居家護理服務等社區照護，以及補助具低收入、中低收入戶身分且年滿六十歲之原住民使用養護或長期照顧機構設施設備
----	--	--	---

*參考資料：(1) 譚秀芬和曾泓富，2002，美國、加拿大、澳洲、日本及台灣原住民衛生政策比較，(2) 美國人口統計網，2000，(3) 加拿大人口統計網，2001，(4) 澳洲人口統計網，2006，(5) 台灣內政部人口統計，2006，(6) 行政院原委會十週年施政成果專輯，2006。(7) 黃源協和詹宜璋，2000，建構山地鄉原住民社會工作體系之研究：以部落為基礎的服務整合模式。

參考與比較各國政策內容，可發現對應各國原住民平均餘命及文化背景之不同，故在服務規範的年齡與服務種類上也不相同，澳洲限定最低年齡為50歲，美國限定最高年齡為60歲，台灣與加拿大都設定55歲。相同的部分則是設立特定行政機關，例如美國的印地安事務局、加拿大的印地安事務與北方發展部和澳洲的原住民事務部，專門規劃原住民照顧政策，並可編列經費，落實福利服務。但因我國更特殊的是服務範圍僅限於中低或低收入戶老人，則未來當以他國政策作為參考，制定積極且普及式的福利政策，而非消極且侷限性的救濟。此外，也須仰賴政府部門加深原住民部落中「福利社區化」和「在地老化」的服務概念與實行模式，補強非正式支持網絡，則不僅能照顧到需要被照顧的身心障礙老人，還

能夠提供部落就業機會，增進其家庭收入，提高生活水準。

第三節 長期照護服務使用情形

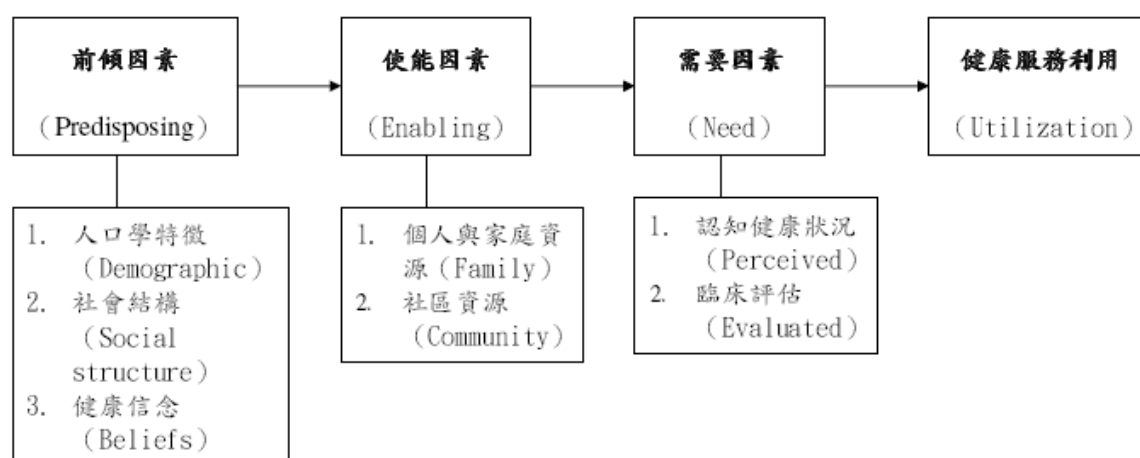
參考國內外文獻，由於年老罹病率增加，生病預後較差，或是因發展到老年期，自然生理衰弱無法照顧自己，而需要長期照護以維持生存時，首當考驗的必定是家庭照護能力，例如胡幼慧（1994）所作「社區性長期照護之支持體系研究」顯示，需要照護的病患中，78%由家人照護、8.4%請護士照護、13.7%送到機構照護。再如行政院長期照護小組 2001 年所推動「建構長期照護體系先導計畫」的成果中可發現，三鶯社區內由照顧經理判斷需要長期照護的 1031 位民眾中，實際有接受的共 469 位，其餘五成四都由家人照顧或自行照顧（吳淑瓊等，2004）。美國幾個調查中也發現僅依賴非正式服務的家庭居多，占約 66%以上（SIPP, 1990）；還有 1984 到 1994 年的調查發現，有 3 至 6 項 ADL 失能者的長期照護服務使用率，從 35.4%上升至 42.9%，而有認知功能障礙者的使用率，是從 34%上升到 40%（HHS, 2001）。

另外，參考國內外研究原住民族或少數族群使用長期照護服務的文獻，Song 等人（2006）發現在 Home Health Care 使用上非裔最多，占 9.1%，其次是西班牙裔占 8.8%，白人則占 6.2%；Dunlop（2002）研究 Home Health Care 和 Nursing Home 使用，非裔或西班牙裔的老人用得都比白人族群多；Mitchell 等人（1997）和 White-means & Rubin（2004）比較非裔美籍人和一般白人的付費服務使用，非裔美籍人比白人使用較多 Home Health Care，不過 Lee 等人（2001）卻發現白人比非裔美籍人用較多 Nursing Home Care；Baxter 等人（2001）比較西班牙裔與非西班牙裔的個案，也發現西班牙裔較偏好居家護理服務，而非西班牙裔則較多使用護理之家；莫那·瓦旦（2006）在花蓮縣吉安鄉推動的各種服務中，居家服務被接受的比率為 87%，居家復健和喘息服務的比率為 40%，送餐服務僅有 15%的民眾接受；劉淑娟（2005）於苗栗縣泰安鄉抽樣調查 138 位原住民，僅有 25 位使用過

長期照護服務（護理之家、養護機構、長期照護機構、日間照護、日間托老、喘息服務、居家護理、居家服務、送餐服務、長期照護志工服務、緊急救援服務、居家復健），占 18.1%；因此總結以上幾篇研究，似乎原住民或少數民族比較偏好使用社區照顧或居家服務，而一般白人喜好使用機構照顧。

第四節 影響長期照護服務使用之因素

本研究除了探討「族群別」對於服務使用上的差別外，亦深入分析各族群老人選擇正式照護服務的因素，但因本研究所用的資料庫可分析之變項有限，所以在此節僅回顧未來研究會使用的十個變項，以作為研究結果討論之參考依據。國內外有關健康和照護服務使用之預測因素的文獻，最廣泛引用的應屬「安德生模式」(Andersen's model)，是 Andersen 和 Newman 於 1968 年提出這個從綜合性多角度的模式來詮釋個人的服務使用行為 (Anderson & Newman, 1973)。自 1968 年至今，此模式已發展到第四階段，由於本研究的重點為個人使用服務的阻力和助力，而非服務使用後的結果或滿意度，因此以第一階段的前傾 (predisposing factors)、使能 (enabling factors) 和需要 (need factors) 三個面向為準，安德生行為模式如下圖：



圖一、安德生行為模式 (Andersen & Newman, 1973)

(一) 前傾因素 (Predisposing Factor)

以人口特徵變項為主，過去研究發現被照顧者的年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、種族（籍貫）、老人或其家人服務資訊取得能力以及家人的扶養觀念等，與使用哪一類長期照護服務有關。例如：年齡增加，其對照護服務的使用率及所需照顧人數也伴隨增加，有可能是因為父母年事越高，子女也逐漸老化，對於照顧高齡父母會力不從心，因而付費尋求正式服務的協助，此一觀點，不論族群，都有相同情形發生（吳淑瓊等，2006；李怡娟，1997；Borrayo et al., 2002; Mitchell, 1997; White-means, 2004）；又若再細論服務種類的话，國內外數篇研究發現，年紀越輕者較願意住進照護機構或使用居家服務，可能是因為奉養觀念漸漸開放，不再侷限於與子女同住或由兒子扶養的傳統方式（吳振龍等，2004；林聖峰，1993；許馨庭，2006；McCormick, 2002）；另外，有關性別差異的實證研究，均顯示女性比男性長期照護使用率高（林聖峰，1993；許馨庭，2006；羅佩思，2004），起因於女性平均壽命較長，且女性失能者不似男性失能者能獲得配偶之照顧，而性別的影響力在西班牙裔或非裔族群家庭中又更加明顯（Song, 2006; White-means, 2004）；又有研究調查發現，教育程度高者較易使用正式服務（吳淑瓊等，2006），高教育程度代表著個案對服務的認知和態度較佳，或是服務資訊取得的較多，特別是非裔美籍族群在美國中，教育程度更是重要影響因素（Schneider et al., 2002; White-means, 2004）；而在國內，高教育程度者對於長期照護機構的接受度較大，不識字者則較高比率利用居家服務（林聖峰，1993；許馨庭，2006；羅佩思，2004）；此外，對於正式服務使用最重要的因素，尚有家庭提供照顧的穩固性，因為婚姻關係是建立家庭單位的基礎，故多數學者發現有配偶的西班牙裔或非裔老人較不需要使用正式服務（吳淑瓊和林惠生，1999；Covinsky et al., 2001; Katz et al., 2000; Peek et al., 2000; White-means, 2004），但李怡娟（1997）觀察到有偶者較無偶或喪偶者易使用居家護理。種族和籍貫也常是影響服務利用的重要特性，尤其在美國許多實證研究顯示，非裔（28-29%）、西班牙裔（27-34%）或亞裔（32-42%）家

庭，文化傾向三代同堂與大家庭結構，故以家庭照顧為主力 (AARP, 2001; Houtven et al., 2004; Mitchell, 1997; Peek et al., 2000; Song, 2006)，而台灣的研究則顯示本省籍家庭較外省籍家庭傾向由家人照顧，不太願意接納外來的照顧服務員 (吳淑瓊等，2006；李建曉，2002；張文瓊，2001)，相對地，外省籍和客家籍較願意住進長期照護機構 (林政賢，2002)。其他相關因素，則是有無取得資訊，以及家屬對於正式照護服務的態度，當失能者及其家人欠缺管道獲取服務資訊，或者即使知道，也很排斥讓外人來照護父母，怕被冠上不孝罪名時，則各類正式長期照護服務的利用率便降低 (翁詩亮，1998；黃秀梨等，2007；劉雅文，2006)。

(二) 使能因素 (Enabling Factor)

專指服務的可近性或服務使用者取得服務之能力，包括子女數目 (或指家中照顧人力資源)、住家附近的服務機構可近性、家庭收入和福利身分別等經濟資源因素，均會影響老人對於長期照護服務使用的意願，以及實際使用的類別和數量。過去幾篇研究中已發現子女數多 (許馨庭，2006)、子女同住或住附近等特質，有益於避免或延後老人使用正式服務，獨居或者僅有一位家庭照顧者，較易使用居家服務 (劉文敏等，2007；羅佩思，2004)；照顧人力資源對於照顧者的選擇、照顧時數和照顧分工也有顯著影響，有些獨居長者最常被照顧的，反而是住隔壁的鄰居，並非住在較遠處的子女 (Choi, 1994; Penrod, 1995)；而居住在都會区的老人，正式服務利用率較高，並不是因為家庭支持不足或家庭功能較差，而是都市地區開辦的照護提供單位較多，方便民眾獲得服務，且民眾有較高經濟水平或對於服務有較正向認知和態度，願意付費購買正式照護服務 (吳淑瓊等，2006；李怡娟，1997；徐素琚，2004；傅子珍，1996；黃秀梨等，2007)；另外，Kenney (1993)、Ross et al. (2007)、Schneider et al. (2002) 和 White-means et al. (2004) 等人也發現，有私人保險、家庭收入高、有 Medicaid 補助或有中低收入身分可獲得費用補助的少數族群，才會有意願且有能力利用正式服務，而倘若收入不高，即使身為

社經地位比較優勢的白人族群或漢民族，也不太可能使用付費服務（吳淑瓊，1999；吳淑瓊等，2006；林玉彩，2007；陳秀玫，2004；曾淑芬等，2004；黃秀梨等，2007；劉文敏等，2007；劉雅文，2006；羅佩思，2004；Mitchell, 1997），由此可見，要付費（Paid Care）的這項特質，是正式服務對於一般民眾而言可近性降低的主因。

（三） 需要因素（Need Factor）

影響服務需要的因素包括：自我照顧和日常生活功能限制、慢性病多、失智、認知違常和精神違常等事件是否發生？由於各類長期照護服務就是針對身心障礙或殘弱病重者，提供專業技術協助或日常生活照顧，因此依據老人的身心狀況，可了解其對於服務有無需求。過去研究結果相當一致，當個案主觀認定自己有服務需求、疾病項目越多、失能情形越嚴重、護理服務需要項目越多、或有認知和精神違常情況，且服務可符合自己的需求時，越易使用正式照護服務。又身體狀況的影響在非裔族群家庭中更加顯著，尤其是影響個案偏好去使用機構式長期照護（吳振龍等，2004；吳淑瓊等，2006；林玉彩，2007；林岳鋒，1999；紀玫如，2006；許馨庭，2006；陳秀玫，2004；黃秀梨等，2007；劉文敏等，2007；劉雅文，2006；簡齊，2000；羅佩思，2004；Covinsky et al.; 2001; Jong, Roy, & Dietz, 1997; Kuo & Torres-Gil, 2001; Song, 2006; White-means, 2004）。不過這些研究結果也代表，除非家庭成員的技能、財務、時間或身體狀況已經無法負荷，否則老人的失能程度輕微時，仍舊優先選用家庭照顧而不是正式服務（謝美娥，2002；Goins & Hobbs, 2001; Kuo & Torres-Gil, 2001; Lee et al., 2001; Mitchell, 1997）。

第五節 結語

總結相關文獻發現，國外無論是研究原住民或是少數族群的長期照護使用差異，均已具備相當豐富的資料，但是國內對於原住民健康狀況或醫療服務使用調查頗多，對於長期照護服務使用調查卻很少，至多僅以特定地區和族群為研究對象。再者，現實生活中原住民經濟狀況不佳、家庭型態變遷、健康狀況較漢人差、醫療設施與人力資源均不足、政府介入專案服務人力偏少、又缺乏相關基本資料，福利推動困難，(吳聖良，2001；陳淑敏，2000)，原住民長期照護問題亟待關心與解決。

不同族群對於長期照護服務使用及其影響因素，是有很大差異的，不同族群的老人從小經歷不同的人生軌跡 (trajectories) 與生命歷程 (life course)，也在成年時期反映出個人生命機會 (life chances) 與社會結構限制之間的妥協 (董和銳，2004)，故本篇研究擬以「全國長期照護需要評估」調查中，籍貫為原住民的個案做為分析樣本 (詳見第三章第二節)。除了解全國中老年失能原住民之基本特質，以便檢視服務需求者背景外，加以從中探討族群 (籍貫) 作為台灣社會階層化的重要面向之一，是否會反映在長期照護服務的使用上？並分析影響原住民與非原住民族使用服務之因素，瞭解服務供給實況和提供未來開辦服務之依據，期許本研究成果能為原住民中老年失能者貢獻一分心力。

第三章 材料與方法

第一節 研究設計、架構及假說

一、研究設計與研究步驟

(一) 研究設計

本研究是採橫斷研究法，利用次級資料，亦即「全國長期照護需要評估」資料庫（詳見第三章第二節）中篩選個案進行分析。由於長期照護是對慢性病患和有長期身體功能失常或困難的人，提供持續性協助或是提供可恢復與改善某些功能所必需的服務，因此身體功能的評估是長期照護需求的重要指標（吳淑瓊等，1996；戴玉慈和羅美芳，1996）。為比較不同族群服務使用之情形及其影響因素，除原住民個案外，又以失能程度（包括日常活動功能、工具性日常活動功能、認知功能）分布為配對因子，配對非原住民個案做為對照樣本組。

由於資料收集對象包含現住社區及現住機構兩類失能者，故需先合併兩個檔案，分析其中原住民個案之失能程度分布情形（包括僅有 IADLs 失能、有 1-2 項 ADLs 失能、3 項以上 ADLs 失能者三種），再隨機挑選同樣總個案數、同樣失能分布，但籍貫為非原住民族者，作為對照之樣本。步驟依序如下：

1. 全國抽樣住社區個案 12,748 人加上住機構個案 1,346 人，共 14,094 位個案，從中取出住社區原住民個案 519 位，住機構原住民個案 31 位，共 550 位。
2. 計算全體原住民個案失能程度分布情形，結果為「IADLs 失能：有 1-2 項 ADLs 失能：3 項以上 ADLs 失能者=270：94：186」。
3. 扣除掉原住民人數後，住社區內非原住民個案尚有 12,229 人，住機構非原住民個案則有 1,315 人，計算此 13,544 名非原住民之失能分布情形，結果為「IADLs 失能：有 1-2 項 ADLs 失能：3 項以上 ADLs 失能者=4,816：2,404：6,324」。
4. 從第一組 4,816 位僅 IADL 失能的個案隨機抽出 270 人，從第二組 2,404 位有 1-2 項 ADLs 失能的個案隨機抽出 94 人，再從第三組 6,324 位有 3 項以上 ADLs

失能的個案隨機抽出 186 人，共計 550 名非原住民個案。

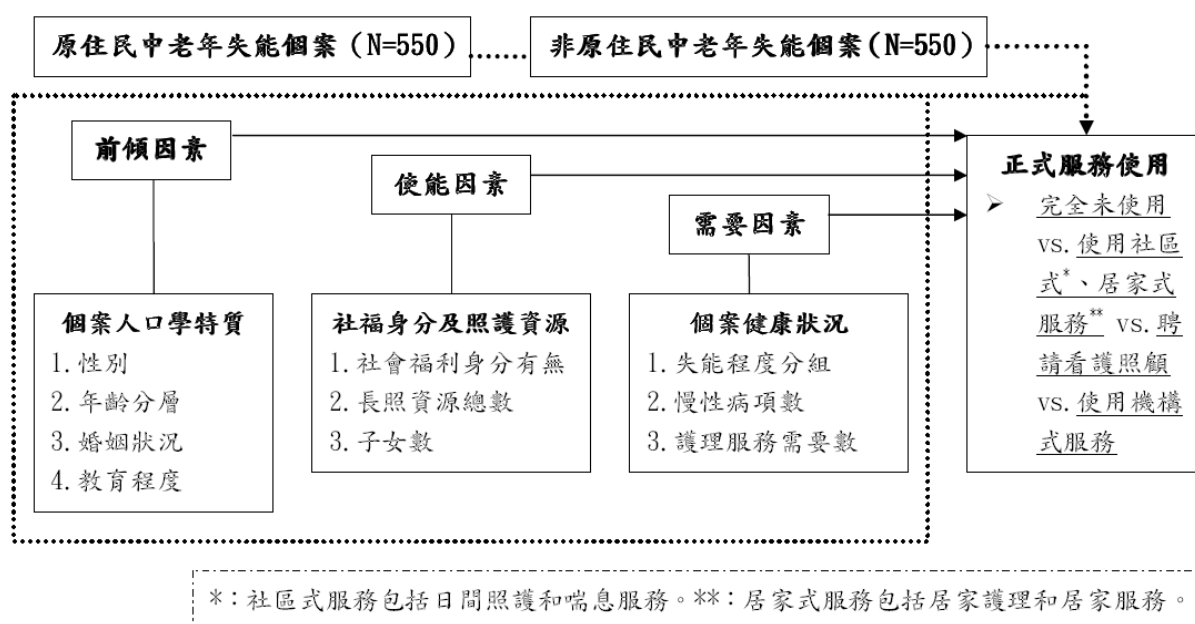
5. 回推此 550 名個案來源，結果顯示當中包含 509 位住社區，41 位住機構。於表 1-1 顯示兩族群個案在社區以及機構的實際人數比，原住民為 519：31，非原住民為 509：41。原住民與非原住民住社區或機構之個案特質，請參見附錄表 2-1 至 2-6。
6. 配對出來的非原住民個案中有 7.5% 為現住機構者，依據配對前所有非原住民個案來源的比例，估計應抽出 8.2% 的住機構個案，百分比相差不大，因此推論此乃適當的配對樣本。

(二) 研究步驟

本研究將對原住民與非原住民兩組個案深入分析，包含描述其基本特質和服務使用情形，並探討影響兩族群使用服務之因素分別為何，因此分析步驟如下：

- 1、描述性分析兩族群個案的基本人口學特質、社福身分、照護資源、健康狀況與各類正式照護服務使用的分布情形。
- 2、參考 Andersen model 提出「正式照護服務使用影響因素架構圖」如下圖二，首先探討不同族群使用服務之差異，亦即將 (1) 前傾因素 (predisposing factors)、(2) 使能因素 (enabling factors) 和 (3) 需要因素 (need factors) 三面向的各個變項，視為迴歸分析中的控制變項 (虛線大框內)，而依變項分為「完全未使用任一項正式照護服務」、「有使用社區或居家式服務」、「有聘請看護照顧」及「有使用機構照護」共四組，依據分析結果，探討族群別 (虛線指向關係) 是否會顯著影響個案選用正式照護服務。
- 3、由於研究對象中的原住民族，使用各類服務量甚少，故若將 Andersen model 套入邏輯斯迴歸分析其服務使用影響因素時，會造成信賴區間不夠穩定。再者，此次研究對象中的非原住民族乃根據失能程度配對而來，因此可直接利用雙變項分析兩族群使用正式照護服務，分別是受哪些個案特質所影響 (實線三小框

內)，包括 (1) 個案人口學特質 (前傾因素)：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度；(2) 個案社經狀況與照護資源 (使能因素)：社會福利身分別、居住地之長期照護資源數和個案子女數；(3) 個案健康狀況 (需要因素)：個案 ADLs 和 IADLs 失能程度、罹患慢性病數、護理服務需要數。從雙變項分析結果探討不同族群、但有相同失能程度分布時，影響失能者使用服務的因素為何 (實線指向關係)。



圖二、影響兩族群個案使用正式照護服務之因素架構圖

二、研究假說

根據研究目的與研究架構圖，提出四項研究假說如下：

- 1 個案「族群別」與失能者各類正式照護服務的使用情形有關。原住民偏好使用社區或居家式照護，非原住民則傾向使用看護服務和機構式照護。
- 2 個案「教育程度」及「婚姻狀況」與原住民、非原住民失能者正式照護服務的使用情形有關。

2.1 非原住民族教育程度越佳，越高比例使用看護服務和機構式照護。

- 2.2 原住民族婚姻狀況為無配偶者，較偏好使用機構式照護。
- 3 個案「失能程度分組」、「慢性病項數」和「護理服務需要數」與原住民、非原住民失能者正式照護服務的使用情形有關。
- 3.1 無論哪一族群失能程度越嚴重，越容易使用看護服務和機構式照護服務。
- 3.2 原住民族慢性病數較多者，較偏好使用機構式照護服務。
- 3.3 非原住民族護理服務需要數較多者，較偏好使用機構式照護服務。
- 4 個案「社會福利身分別」、「長期照護資源」和「子女數」與原住民、非原住民失能者正式照護服務的使用情形有關。
- 4.1 原住民族有社會福利身分者，較多使用社區式、居家式或機構式服務。
- 4.2 原住民族獲得的長期照護資源較少者，較傾向使用社區式或居家式服務。
- 4.3 非原住民族子女數越少者，越傾向使用機構式照護服務。



第二節 研究材料

本次研究分析的樣本資料取自行政院衛生署於2001年1月至2002年12月期間，委託國立臺灣大學人口與性別研究中心執行「全國長期照護需要評估」的研究計畫。該研究計畫的主要目的在評估全國長期照護的需要，以供行政院「建構我國長期照護體系先導計畫」規劃我國長期照護體系所需之基礎資料。為滿足體系規劃之所需，具體目的如下：

1. 評估全國功能障礙者日常生活照顧的需要，將包含個人身體照顧和家事活動照顧等需要之評估。
2. 評估全國功能障礙者各類專業照護的需要，包含護理、社工、物理治療、職能治療、營養等專業照護之需要評估。
3. 評估家庭提供照顧所需之協助，包含家庭照顧者支持服務和家庭環境改善等服務之需要。
4. 了解以上各需要之地區分布。

研究方法採調查法，先針對全國 50 歲以上中老年人進行簡易身心功能評估，篩選出具長期照護需要者，再就具有「長期照護需要」之人口進行「日常生活照顧需要」、「各類專業照護需要」、「家庭照顧需要」以及「以上各需要之地區分布」的調查。

計畫第一階段樣本是以 PPS (Probability Proportional to size) 原理，在各縣市人口結構不同的考量下，以不等機率抽樣而來，共計有 202 個鄉鎮市區，303,545 位 50 歲以上全國代表性人口樣本。接著從第一階段樣本中篩選出有「長期照護需要」個案，其功能障礙狀況為：ADLs (Activities of Daily Living) 中有任何一項功能障礙，或 IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) 中，有五項以上因健康相關因素具功能障礙者，或認知功能 (以 SPMSQ 測量) 答錯六題以上者，或因個案本人罹患失智症而無法自答 SPMSQ 量表者，共 17,191 位個案進入第二階段進行深入評估。

第二階段問卷共有三種：(1) 個案本人問卷 (2) 照顧者問卷，以及 (3) 住機構個案問卷。個案本人問卷與照顧者問卷之訪視對象為居住於社區中之長期照護需要個案及其主要家庭照顧者，若長期照護需要個案為住在護理之家、安養護中心，或長期住院者，則以住機構者問卷評估其長期照護需要。此階段完成訪問社區中老年失能者 12,748 位，住機構中老年失能者 1,346 位，但因本研究僅欲探討原住民族中老年失能個案，因此捨去家庭照顧者資料，僅分析住社區 519 位和住機構 31 位，共 550 位原住民。

本研究即是以此資料庫中籍貫為「原住民」者，做為研究組樣本。接著以全體原住民個案之失能程度分布情形為配對因子，挑選籍貫為非原住民族者 (問卷中回答籍貫為「福佬人」、「外省人」、「客家人」或「其他」者)，作為對照之樣本。配對前先合併 12,229 位住社區非原住民與 1,315 位住機構非原住民之資料，將其失能程度同原住民族的分組方式，分為「僅有 IADLs 失能」、「有 1-2 項 ADLs 失能」、「3 項以上 ADLs 失能」三組，再隨機篩選出 270 人、94 人、186 人，亦即和

研究樣本各失能程度分組中相同的人數作為對照，則此配對樣本組共計住社區者 509 位，住機構者 41 位，納入分析之總中老年失能個案數為 1,110 位（兩族群各有 550 名個案）。

第三節 變項操作型定義及測量

本研究先定義「原住民」，其次再依據分析步驟定義依變項和自變項，依序定義如下：

一、篩選個案變項

一般原住民是依據內政部統計處定義（2008c），以台灣光復前原籍在山地行政區域內，且戶口調查登記其本人或直系血親尊親為原住民種族者為山地原住民（Indigenous People in Mountainous Region），若台灣光復前及在平地行政區域內且戶口調查登記本人或直系血親尊親為原住民種族者為平地原住民（Indigenous People in the Plain），而凡從政府認定之五十五個原住民鄉鎮市中移出並遷居於台北市、高雄市或台灣省都會城鎮者，為都市原住民（Indigenous People in City）。本研究是由訪員前往家中詢問，並未查明戶口名簿或身分證登記，則以「個案本人」和「機構住民」問卷中，回答籍貫為「原住民」者為準。

二、依變項

本研究欲探討中老年失能者各類長期照護服務使用的情形，分析的依變項包含「完全沒使用過正式照護服務者」、「使用過社區式、居家式或看護服務者」、「正使用機構式照護服務者」共三類。變項來源如下：

1. 首先詢問住社區個案有無使用過機構式照護、居家護理、居家服務、日間照護、喘息服務和看護照顧，回答分為「是」或「否」。由於住社區個案所使用的機構式照護服務均為短期，日後也已回到社區接受家人照顧或其他社區與居家式照護服務，因此合併前五個變項為一個答項，只要五種服務中有使用

過任一種，即是代表「過去一年曾使用過社區式或居家式服務者」，至於回答使用「看護照顧」者，維持原選項，而若該六項服務均回答「否」者則為「完全沒使用過」。

2. 現住機構的個案代表其離開住家，使用 24 小時全天候的「機構式照護服務」，與留在家中接受家人、看護或居家式服務，或與白天暫時離家、晚上仍回到家中的社區式服務均不同，因此本研究合併社區（原住民 519 人，非原住民 509 人）和機構（原住民 31 人，非原住民 41 人）個案後，每名個案的服務使用情形便有四種可能性，分別是「完全未使用過 ($y=1$)」、「使用社區式或居家式服務 ($y=2$)」、「聘請看護照顧 ($y=3$)」和「使用機構式服務 ($y=4$)」，即以此做後續統計分析。



三、自變項

根據安德生模式，以及「個案本人」、「機構住民」問卷中所蒐集到的變項，本研究將分析中老年失能個案之性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、失能程度、慢性病罹病數、護理服務需要數、社會福利身分別、居住地長期照護資源數和子女數等。利用十個自變項進行描述性分析與推論性統計分析，依序定義如下：

(一) 前傾因素

1. 性別：分為男性 (=1)、女性 (=2)。
2. 年齡：因為此研究於民國 91 年完成調查，因此計算民國後出生的個案歲數為「年齡=91-出生年+1」，民國前出生的個案歲數為「年齡=91+出生年」。老人福利法 (2007) 中昭示年滿 65 歲以上者為老人，故先將研究對象區分為 64 歲以下 (中年) 和 65 歲以上 (老年) 兩族群，再將 65 歲以上老人每十歲區分為一組，共包括 64 歲以下 (=1)、65-74 歲 (=2)、75-84 歲 (=3) 和 85 歲以上 (=4) 共四組。

3. 婚姻狀況：包括有偶同住、有偶但不同住、喪偶、離婚與未婚五種情況。基於調查住機構個案的問卷中，僅詢問「有配偶」或者「無配偶」，因此統一將住社區個案之回答合併選項一和二為「有偶(=1)」，選項三、四和五為「無偶(=2)」。
4. 教育程度：詢問個案最高學歷為何，答項有「不識字」、「未受教育但識字」、「小學」、「初(國)中」、「高中(職)」、「大專(學)」、「研究所以以上」共七種。由於此次研究對象為50歲以上中老年人，也就是於民國五十年(西元1951年)之前出生者，當時國民義務教育尚不普及(西元1945年頒定六年國教，1968年頒定九年國教)，因此個案多數未受過正規教育，或者只接受完小學教育即未再就學。若依原題目將教育程度細分為七種，則越高等的教育人數越少，不利於雙變項與多變項分析，因此分別合併最前面兩項以及最後面三個答項，最後呈現為「未受過教育(=1)」、「讀過小學(=2)」、「讀過國中以上(=3)」等三組。



(二) 使能因素

1. 社會福利身分別：請問個案是否有低收入戶、中低收入戶證明、榮民、榮眷身分和身心障礙者手冊？每一題回答皆分為「是」和「否」，由於單一項目回答「是」者人數過少，因此再累積總共有幾個社會福利身分，區分成兩組，至少有其中一項身分者即為「有(=1)」，若完全無任何一項即為「無(=2)」。
2. 長期照護資源數：依個案自答居住地的鄉鎮市區，對照「台閩地區長期照護資源名冊」(中華民國長期照護專業協會整理，2001)，計算該地共有多少家養護機構、護理之家、日間照護、居家護理和居家服務單位，再合併累計單位數，代表個案所居住地區可獲得長期照護資源之多寡。
3. 子女數：請問個案有幾個兒子？幾個女兒？加總兩題答案，則個案子女數至少為0個。

(三) 需要因素

1. 失能程度：

- i. 請問個案本人在進行 ADLs 類（日常生活活動）功能（包括進食、洗澡、穿衣、如廁、移位、室內行走）時，是否需要他人協助？在此我們將回答「(自主)獨立」、「不須他人幫忙」或「能完全自我控制」以外的個案，都視為失能。
- ii. 其次請問個案本人最近一個月內有沒有從事 IADLs 類（工具性日常生活活動）功能（包括食物烹調、家務維持、購物、外出、使用電話、服用藥物、洗衣服、理財）？若回答「完全依賴他人」、「完全不從事該活動」者，將被視為失能。
- iii. 接著以 SPMSQ 量表中測量個案認知功能狀況，功能障礙的判斷標準：無或輕度障礙（教育程度為不識字且答錯 6 題以下、教育程度為小學且答錯 5 題以下、教育程度為國中以上且答錯 4 題以下）、中度障礙（教育程度為不識字且答錯 7 至 9 題、教育程度為小學且答錯 6 至 8 題、教育程度為國中以上且答錯 5 至 7 題）和重度障礙（教育程度為不識字且全部答錯、教育程度為小學且答錯 9 題以上、教育程度為國中以上且答錯 8 題以上）三組。
- iv. 合併 ADLs、IADLs 和認知功能程度之評估共同判斷個案的失能程度，已知民國 89 年人口普查發現原住民族較一般國民傾向需求輕度照護（室內外走動或家務維持方面有障礙），為確實觀察出原住民失能程度分布，因此將個案失能狀況區分為「僅有 IADL 失能(=1)」、「1-2 項 ADL 失能(=2)」及「3 項以上 ADL 失能(=3)」三組。當個案僅有任一項 IADL 類失能或認知失能，是類似過去研究所指涉的「輕度照護」時，均併入第一組；而至少有 1-2 項 ADL 類失能者，類似過去研究中的「中度照護」需求者（吃飯、上下床、更衣、如廁、洗澡五項中有 1-2 項障礙），則併入第二組；

有多達 3 項以上 ADL 失能者即為第三組，亦即過去研究中的「重度」和「極重度」失能者，在吃飯、上下床、更衣、如廁、洗澡五項中有 3 項以上障礙。

2. 慢性病項數：請問是否經醫師診斷個案有下列該項疾病（高血壓、心臟病、糖尿病、中風、精神疾病、巴金森氏症、失智症、癌症、關節炎或風濕、肺氣腫或慢性支氣管炎或氣喘等肺部疾病、貧血等十一類）？回答「是」或「不是」，若回答「是」才放入計算，並累計總罹患慢性病數。
3. 護理服務需要數：另外詢問個案有無使用導尿管、鼻胃管、造口、三四期壓瘡傷、氣切、膀胱盪洗、氧氣治療、點滴注射、疼痛控制或緩和照護、自我照護指導等十類護理服務之需要，回答「有需要」或「沒有需要」，若回答「有需要」才放入計算，並累計總需要護理服務數。

第四節 資料處理與分析

本研究乃利用 SPSS 13.0 版統計軟體進行分析，步驟依序如下：

1. 描述性分析：以次數、百分比、最小值、最大值、平均值和標準差等呈現研究組（原住民）與對照組（非原住民）之現住社區和機構個案的基本人口學特質、健康狀況、社福身分及照護資源。
2. 雙變項分析：採用研究架構圖中的六個類別變項（包含性別、年齡分組、教育程度、婚姻狀況、社會福利身分有無、失能程度分組），分別了解影響原住民與非原住民使用正式照護服務之因素有哪些（卡方檢定之顯著水準為 0.05），驗證假說二、三和四中。
- 3 推論性分析：
 - 3.1 為了解原住民與非原住民在服務使用上是否有差別，先將前傾、使能和需要因素視為控制變項，單純以個案的「族群別」做自變項，而依變項為「完全沒使用過正式服務」、「使用過社區式或居家式」、「聘請看護照

顧」和「使用機構照護」四類，接著分別套入多變項邏輯斯迴歸模式（Multinomial Logistic regression）分析。再以危險對比值、信賴區間和卡方檢定（雙尾檢定，顯著水準為 0.05）做為判別相關性的指標，驗證假說一。迴歸模式取自然指數方式進行如下：

- $\ln 1$ （社區、居家/未曾使用）= $\beta_0 + \beta_1$ 族群因素（自變項）+ β_2 前傾因素（控制）+ β_3 使能因素（控制）+ β_4 需要因素（控制）+ γ 估計誤差。
- $\ln 2$ （看護照顧/未曾使用）= $\beta_0 + \beta_1$ 族群因素（自變項）+ β_2 前傾因素（控制）+ β_3 使能因素（控制）+ β_4 需要因素（控制）+ γ 估計誤差。
- $\ln 3$ （機構照護/未曾使用）= $\beta_0 + \beta_1$ 族群因素（自變項）+ β_2 前傾因素（控制）+ β_3 使能因素（控制）+ β_4 需要因素（控制）+ γ 估計誤差。

3.2 當依變項為「完全沒使用過正式服務」、「使用過社區式或居家式」、「聘請看護照顧」和「使用機構照護」時，由於原住民個案使用看護服務人數較少，若以多變項邏輯斯迴歸模式（Multinomial Logistic regression）分析，會導致信賴區間過寬，降低預測模式之信心水準，因此僅將使能因素與需要因素中的連續變項（包含長期照護資源數、子女數、慢性病項數、護理服務需要數）抽出，分開探討影響原住民與非原住民失能者使用正式服務的影響因素，而後以危險對比值、信賴區間和卡方檢定（雙尾檢定，顯著水準為 0.05）做為判別相關性的指標，驗證假說三和四。迴歸模式取自然指數方式進行如下：

- $\ln 1$ （社區或居家/未曾使用）= $\beta_0 + \beta_1$ 長期照護資源數（自）+ γ 估計誤差。
- $\ln 2$ （聘請看護/未曾使用）= $\beta_0 + \beta_1$ 長期照護資源數（自）+ γ 估計誤差。

差。

- $\ln 3$ (機構照顧/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 長期照護資源數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 4$ (社區或居家/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 子女數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 5$ (聘請看護/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 子女數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 6$ (機構照顧/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 子女數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 7$ (社區或居家/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 慢性病項數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 8$ (聘請看護/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 慢性病項數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 9$ (機構照顧/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 慢性病項數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 10$ (社區或居家/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 護理服務需要數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 11$ (聘請看護/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 護理服務需要數(自) + γ 估計誤差。
- $\ln 12$ (機構照顧/未曾使用) = $\beta_0 + \beta_1$ 護理服務需要數(自) + γ 估計誤差。



第四章 研究結果

第一節 樣本特性描述

首先描述兩族群在前傾因素、使能因素和需要因素等三個部分，個案的分布狀況請參見附錄表 1-1 和表 1-2。

(一) 前傾因素

整體而言，兩族群個案之女性均較男性多，其中原住民女性占 65.3%，非原住民女性則占 52.7%。以年齡層分布來看，原住民普遍較年輕，64 歲以下個案約占 20.4%，65-74 歲和 75-84 歲均約有三成，而 16.2% 的個案為 85 歲以上；非原住民在 64 歲以下約占 14.9%，26.5% 的個案為 65-74 歲，37.6% 為 75-84 歲，其餘兩成是 85 歲以上的個案。婚姻狀況則是非原住民較多有配偶，占 52.3%，相對地，原住民則是無偶者高達 57.6%。教育程度方面，非原住民學歷較高，多達 31.1% 讀到國中以上，未受教育的約占 35.3%，但是原住民僅 3.8% 是國中以上程度，且七成以上原住民未受過教育。綜合來看，前傾因素部分，兩族群在性別、年齡分層、婚姻狀況和教育程度上皆有明顯差異。

(二) 使能因素

社會福利身分是考量低收入戶、中低收入戶、榮民、榮譽和身心障礙者身分有無，有相關身分者在我國政府所開辦的長期照護服務系統內，較有請領服務補助之優勢。分析結果顯示（參見附錄表 1-1），非原住民有 66.7% 的個案已申請社會福利身分，原住民卻僅有 36.5% 擁有任一項社會福利身分。居住地的長期照護資源多寡，是計算個案居住地區的長期照護服務提供單位數，從表 1-2 可以清楚地發現非原住民族擁有較多資源，最少是完全無資源，最多則有 58 家單位，平均每人擁有 15.80 家服務單位；相對地，原住民最多有 22 家服務單位，且平均每人擁有 1.89 家服務單位，可見資源相對稀少。子女數方面，兩族群的分布相差不多，最少都是沒有子女，最多則都有 11 位子女，原住民平均每人有 4.06 個子女，略高於非原

住民的 3.73 個子女。從上述分析可知，使能因素方面，不同族群在社會福利身分有無以及長期照護資源多寡兩個變項上有較明顯的差異。

(三) 需要因素

健康情形是包括 ADL 或 IADL 類失能程度、經醫師確診的慢性病累計總數、以及護理服務需要總數，詳見附錄表 1-1 和表 1-2。由於失能程度分組為本次研究配對因子，因此兩族群比例一致。另外，在 11 項慢性疾病中，若依照累計疾病數來看，原住民平均罹患慢性病數較少，每人平均有 1.89 個疾病，略低於非原住民的 2.05 個慢性病。10 項護理服務方面，觀察兩族群之累計需要幾項護理服務，其中原住民平均需要 0.20 個服務，非原住民則是 0.23 個，兩族群相差不大。因此整體而言，需要因素部分，兩族群僅在罹患慢性病數分組上有明顯差異。

第二節 比較兩族群個案使用正式照護服務之情形

一、採用雙變項分析族群別與服務使用之關係

由於兩族群具有配對關係，屬於統計學上之相依樣本，原應採用 McNemar 或 Kappa test 來檢定族群別與服務使用別之相關性，但因族群為二分類，服務使用為四分類，分類個數不相等，不符合兩種檢定之前提—正方表格（分類數同等），故僅以次數與百分比呈現兩族群服務使用之差異。參見附錄表 1-3 可發現，將服務內容區分為四組時，其中完全未曾使用過任一項服務者，占原住民的 80.5%，非原住民的 75.6%；使用過社區、居家式服務者，原住民多達 10.9%，非原住民僅有 2.5%；然而，非原住民族有 14.4% 的個案聘請看護來照顧，原住民族只有 2.9%；而現在正使用機構式服務者原住民有 5.6%，非原住民為 7.5%。

二、採用多變項分析族群別與服務使用之關係

(一) 迴歸模型適合度與相關性

由雙變項分析可知不同族群在服務使用方面，有不同的偏好，為了解此偏好是否不受其他因素影響，故利用多變項邏輯斯迴歸模式，控制前傾、使能和需要因素中的十個自變項後，觀察「族群別」對服務使用的影響（包括：完全未使用，使用社區式、居家式服務，聘請看護照顧，以及使用機構式服務）是否仍有顯著影響。利用邏輯斯迴歸模型分析後可得，-2 Log Likelihood (final) 為 1322.04，Cox and Snell 解釋力為 24.1%，Nagelkerke 解釋力為 30.9%，Goodness-of-fit 顯著水準為 0.59 大於 0.05，正確回答率為 79.0%，代表此模型解釋力尚佳，適合用以分析服務使用影響因素。

(二) 比較兩族群服務使用情形

附錄表 1-4 為族群別與正式照護服務使用之相關性。當「完全未使用過正式照護服務」之個案作為依變項之參考組時，族群在「社區、居家式服務」、「聘請看護」和「機構式照護服務」的使用上皆有顯著差異 ($p < 0.05$)。首先，原住民使用社區式、居家式服務較非原住民多，OR 值為 3.39 (95%CI=1.50-7.65)；原住民聘請看護顯著較非原住民少，OR 值為 0.18 (95%CI=0.09-0.35)；原住民使用機構式服務也比非原住民更少，OR 值為 0.20 (95%CI=0.09-0.42)，故無論有無控制其它變項，族群別因子對於選擇使用哪一類服務均具有預測力。

上述分析結果除了驗證假說一：「族群別與服務使用情形有相關」外，模式亦顯示當所有變項同時放入迴歸模式後，使用社區、居家式服務的預測因子僅有「失能程度分組」，P 值均小於 0.01。其中，失能程度最輕者（僅 IADL 失能）使用社區、居家類服務最少（參考組為 3 項以上 ADL 失能），OR 值為 0.40 (95%CI=0.22-0.74)。而與聘請看護相關的因素為「失能程度分組」和「護理服務需要數」，亦即當失能程度嚴重或者護理服務需要越多，則越易聘請看護至家中照顧個案（僅

IADL 失能者之 OR 值=0.44，1-2 項 ADL 失能者 OR 值=0.64，護理服務需要數 OR 值=1.82)。至於使用機構式服務的預測因子則包括「性別」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「失能程度」、「護理服務需要數」、「社會福利身分別」和「長期照護資源數」。性別方面，男性個案使用較女性多，OR 值為 2.29 (95%CI=1.26-4.17)；有偶者也較無偶者少用機構式照護服務，OR 值為 0.31 (95%CI=0.16-0.59)；教育程度也造成使用差異，未受教育和僅受過國小教育者，皆傾向使用機構式服務(參考組為學歷在國中以上者)，OR 值分別為 6.66 和 2.85 (95%CI=2.25-19.70 和 0.94-8.67)；僅 IADL 失能與 1-2 項 ADL 失能者也使用較少(參考組為 3 項以上 ADL 失能)，OR 值為 0.21 和 0.43 (95%CI=0.10-0.43 和 0.19-0.97)；若護理服務需要越多者，明顯較無需要者會使用機構式服務，OR 值為 3.02 (95%CI=2.24-4.07)；有社會福利身分者也較無身分者使用多，OR 值為 4.11 (95%CI=2.08-8.08)；最後是長期照護資源數方面，資源少者較易接受機構式服務，OR 值為 0.396 (95%CI=0.85-1.09)。

總結來看，若控制前傾、使能和需要因素時，可以辨別出族群在服務使用偏好上的差別，轉而將此三大類因素視為自變項時，無論族群為何，「失能程度」仍是影響個案尋求任一類正式照護服務的關鍵因素。

第三節 影響原住民個案使用正式照護服務之因素

為了解影響不同族群使用服務的因素為何，以供未來政策制訂參考，先於第四章第三節分析原住民族個案，接著於第四節探討非原住民族個案。從前述第二節研究結果已知原住民個案使用看護服務(16人)，或者非原住民個案使用社區、居家式服務(14人)的人數較少，為避免使用多變項迴歸分析時，危險對比值過度膨脹以及 95%信賴區間過寬等問題發生，故僅採用雙變項方法個別分析兩族群，觀察安德生模式中每一個自變項對於服務使用的相關情形，分析結果請參考附錄表 1-7 至表 1-10。

一、類別變項分析

將原住民個案使用正式照護服務情形（包括「完全未曾使用」、「使用過社區式、居家式服務」、「聘請看護照顧」與「現正使用機構式照顧」等四種）及個案特質（包括前傾、使能和需要因素等三大類中的類別變項）做雙變項分析，觀察哪些因素與服務使用顯著相關（詳見附錄表 1-7）。

首先分析前傾因素中的性別變項可以發現，男性使用社區、居家式服務者占 9.9%，略少於女性的 11.4%；男性聘請看護照顧者占 1.6%，也較女性的 3.6% 少；但男性使用機構者占 8.4%，較女性的 4.2% 高，整體而言，性別與服務使用並無顯著關係（ $p>0.05$ ）。以年齡分層來看，85 歲以上個案有 13.5% 使用過社區、居家式服務者，較其他年齡層高，而 64 歲以下個案有 4.5% 聘請看護以及 9.8% 使用機構照顧，在此兩類服務上較其他年齡層高，不過整體而言，年齡對於哪一類服務使用沒有太顯著的差異（ $p>0.05$ ）。婚姻狀況方面，很明顯的無配偶之個案在社區、居家或機構式服務方面均使用的較有配偶者多，分別占 12.9% 和 7.9%，呈現出有無配偶對於個案服務使用的高度相關（ $p<0.01$ ）。教育程度方面，未受過教育者有 11.3% 使用社區和居家式服務，受過國小教育者也有 10.1%，但國中以上者較高比例聘請看護，佔 14.3%，因此教育程度對於選擇哪一類使用有明顯差異（ $p<0.01$ ）。

在使能因素方面，領有低收入戶、中低收入戶、榮民、榮譽或身心障礙身分者，約有 12.9% 使用過社區和居家式服務，6.0% 聘請過看護照顧，以及 14.4% 現正使用機構照顧，而不具任一項社會福利身分者，高達 88.5% 沒使用過任一種正式照護服務，因此明顯可知社會福利身分與服務使用有相關（ $p<0.001$ ）。需要因素方面，則可看出原住民個案失能程度越嚴重，越傾向使用任一類服務，例如有 1-2 項 ADL 失能者，使用社區和居家式服務的占 17.0%，3 項以上 ADL 失能者也有 14.0% 有使用，均較僅 IADL 失能者來得高；而且 3 項以上 ADL 失能者，聘請看護者占 5.9%，使用機構式服務者占 14.0%，也遠高於只有 IADL 失能者或有 1-2 項 ADL 失能者，故失能程度與服務使用有顯著相關（ $p<0.001$ ）。

二、連續變項分析

附錄表 1-8 則呈現安德生模式中的四個連續變項（長期照護資源數、子女數、慢性病項數和護理服務需要數），與原住民個案使用服務之關係。由於依變項為四種服務使用，屬於類別變項，而自變項是四種可能影響服務使用的因素，均為連續變項，因此逐一將之放入邏輯斯迴歸模式，並以「完全未用過服務」者為依變項之對照組，探討長期照護資源數、子女數、慢性病項數和護理服務需要數，是否會影響原住民使用社區、居家、看護或機構式服務。

首先在長期照護資源多寡方面，若資源越多，越易聘請看護或使用機構式照顧（對照組為完全未用者），其 OR 值分別為 1.16 和 1.15，具有顯著相關（ $P < 0.01$ ）。子女數越多，也較易聘請看護，OR 值為 1.07（95%CI=0.87-1.31），但並不顯著（ $P > 0.05$ ）。個案罹患慢性病項數越多，越高比例使用任一項照護服務，三類服務 OR 值分別為 1.00、1.58 和 1.04，其中又與「聘請看護」呈顯著相關（ $P < 0.01$ ）。最後在護理服務需要方面，個案需要服務數越多，越多使用任一類服務，三類服務 OR 值分別為 2.80、6.81 和 6.26，且皆有顯著相關（ $P < 0.001$ ）。

整合上述分析結果可觀察到，原住民使用服務是受到前傾因素中的「婚姻狀況」與「教育程度」，使能因素中的「社會福利身分有無」與「長期照護資源數」，以及需要因素中的「失能程度分組」、「慢性病項數」和「護理服務需要數」等因子影響，尤其是「社會福利身分有無」、「失能程度分組」和「護理服務需要數」三類，與任一項正式照護服務的使用均呈顯著相關，值得進一步深入探討。

第四節 影響非原住民個案使用正式照護服務之因素

一、類別變項分析

這一節則接續將非原住民個案使用正式照護服務情形（區分為「完全未用過」、「社區或居家式服務」、「聘請看護」與「使用機構照顧」等四類）及個案特質（包括前傾、使能和需要因素等三大類）做雙變項分析，觀察哪些因素與服務

使用顯著相關（詳見附錄表 1-9）。

首先在前傾因素的部分可以發現，男性較女性高比例使用機構照護，占 8.8%，女性則較多使用社區、居家或看護服務，分別占 3.1%和 15.2%，但性別與服務使用並不顯著相關（ $P>0.05$ ）。其次，75-84 歲該年齡層之個案，有 3.4%使用社區、居家式服務，16.9%聘請看護，均較其他年齡層高，而 85 歲以上個案，則有 10.4%使用機構式服務，比 64 歲以下只使用 3.7%高得多，然而年齡分層與服務使用並無顯著差異（ $P>0.05$ ）。婚姻狀況方面，有偶者較無偶者偏好使用社區、居家和看護服務，分別占 2.8%和 16.0%，無偶者則偏好使用機構式服務，占 9.5%，整體而言，有偶或無偶間仍無顯著差異（ $P>0.05$ ）。教育程度方面，未受教育的失能者，有 3.1%使用過社區、居家式服務，13.9%使用過機構式照顧，較其他兩種教育程度類來得高，而聘請看護者則教育程度較佳，國中以上者有 15.2%的個案聘請看護，故教育程度高低在服務使用上有明顯差異（ $p<0.01$ ）。

接下來觀察非原住民的使能因素方面，任一類服務使用者中，有或無低收入戶、中低收入戶、榮民、榮譽或身心障礙身分的比例相近，差別在於無身分者較多使用社區和居家服務，有身分者則較多使用看護和機構照顧，但身分有無和服務使用並無顯著相關（ $p>0.05$ ）。最後再看需要因素方面，表 1-9 顯示，有 1-2 項 ADL 失能者中 4.3%使用過社區和居家式服務，10.6%使用機構照顧，均較其他失能程度者來得高，但有 3 項以上 ADL 失能者，多達 18.8%聘請看護，綜合來看，服務使用與失能程度分布無顯著相關（ $p>0.05$ ）。

二、連續變項分析

附錄表 1-10 呈現安德生模式中的四個連續變項（長期照護資源數、子女數、慢性病項數和護理服務需要數），與非原住民個案使用哪一類服務之關係。同原住民個案分析方式，逐一將自變項放入邏輯斯迴歸模式，且以「完全未用過服務」者為依變項之對照組，探討長期照護資源數、子女數、慢性病項數和護理服務需

要數，是否會影響非原住民使用社區、居家、看護或機構式服務。

在長期照護資源方面，資源越多者，越易使用社區或居家式服務，OR 值為 1.00 (95%CI=0.96-1.0) 4，且越不易使用機構照顧，OR 值為 0.89 (95%CI=0.83-0.94)。子女數越多，則越傾向使用看護或機構照顧，OR 值分別為 1.08 和 1.04，但並無顯著相關 (P>0.05)。慢性病項數越多，越高比例使用任一項照護服務，OR 值分別為 1.08、1.02 和 1.01，然而慢性病罹患總數與服務使用仍無顯著相關 (P>0.05)。最後看到護理服務需要數越多者，越高比例使用看護或機構照顧，OR 值分別為 1.19 和 2.30，且護理服務需要數與機構服務的使用呈顯著關係(P<0.001)。

整合上述分析結果可觀察到，非原住民使用服務是受到前傾因素中的「教育程度」，使能因素中的與「長期照護資源數」，以及需要因素中的「護理服務需要數」等因子影響，影響因素種類不若原住民族多，造成兩族群服務使用影響因素的不同，將於下一章深入探討。



第五章 討論與建議

第一節 研究結果討論

一、檢視兩族群中老年失能個案之特質

依據描述性分析「全國長期照護需要評估」調查中的原住民與非原住民資料，在調整相同失能程度後，比較兩族群個案特質，發現原住民較多女性、年輕、無配偶、低教育程度、不具備社會福利身分、長期照護資源少、子女數多、罹患慢性病數少和護理服務需要數少，本分析結果可供未來服務輸送時做為參考。

二、比較兩族群正式照護服務使用情形

根據此次研究發現，調整兩族群之失能程度後，原住民個案完全未使用過任一項長期照護服務的比率，高於非原住民族。除此之外，有使用者之服務使用偏好的排序也相異，原住民傾向使用社區或居家式服務，其次為機構式照顧，最後是聘請看護照顧；非原住民則最多選擇看護照顧，而後機構式照顧，最少使用社區或居家式服務。儘管再利用邏輯斯迴歸分析控制十個前傾、使能和需要因素，族群別與服務使用類別仍有顯著相關，此結果一方面意味著原住民失能者有長期照護需求，卻較少使用服務；另一方面，從服務使用比率高低排序可推測，必須完全自費的看護照顧或是自費占總付費比例較高的機構照顧，對於原住民而言，是否為相當大的經濟負擔，因而較少使用，應做進一步的研究。過去國外研究也發現 (Johnson et al., 2007; Kuo et al., 2001; Mitchell et al., 1997; Song et al., 2006; White-means et al., 2004)，少數族群或弱勢族群會因為經濟壓力而偏好使用社區或居家服務，且整體而言，使用過任一項服務的比率較主流族群來得低，將於下段接續討論，影響兩族群中老年失能者使用服務的相關因素分別為何。

三、比較影響兩族群使用正式照護服務之因素

(一) 影響因素—不分族群

根據前章分析結果表 1-4 到表 1-6，將顯著相關因素以及相關的方向性整理如下表四。首先可瞭解到，將個案族群別與十項前傾、使能和需要因素同時放入迴歸模式，並假定族群別是控制變項時，則分析結果象徵：無論個案屬於哪一族群，男性、無偶、低教育程度、有社會福利身分、失能程度嚴重和護理服務需要多者，較易使用機構照顧。然而曾淑芬（2004）研究發現，居住地機構式照護資源越多的個案，越高比例使用機構服務，可能由於本研究所計算的長期照護資源，乃依據長期照護協會提供的長期照護資源名冊，而該名冊製作時有部分遺漏值（例如機構式服務單位未提供完整的床數資訊），致使本研究僅能以家數為單位計算，無法看出各單位可提供服務量與實際提供服務量。每一家單位規模大小又與服務可近性和普及性有關，連帶會影響民眾使用率，因此本研究發現的資源多寡與服務使用類別之相關情形，與過去研究不同，應於日後修正資源量計算法，再重新評估兩者相關性。

至於聘請看護方面，在控制十項因素後，與「失能程度」和「護理服務需要數」兩變項有顯著相關，社區或居家式服務使用，也與「失能程度」單一變項相關。比較過去國內使用社區、居家式服務和聘請看護照顧的影響因素研究皆可發現，失能程度和護理服務需要項目越多，的確越會使用政府補助的居家式或社區式長期照護服務，甚至覺得服務時數不夠者，也較會自費使用（李怡娟，1997；林岳鋒，1999；吳淑瓊等，2004；馬宜君，2007；陳秀玫，2004；劉文敏，2003；劉文敏等，2007；羅佩思，2004）。故本次分析結果除了與過去研究成果相呼應外，也驗證個案「失能程度」的確是使用正式照護服務最重要的影響因素，與本研究採用「失能程度」作為配對因子的立意不謀而合，而且除了失能程度嚴重，若再添有護理服務的需求，則會促使個案聘請較具備專業技能的看護，來家中提供協助和照護服務，或者申請入住機構，接受 24 小時全天候的專人與專業性照顧。

表四、以邏輯斯迴歸分析影響服務使用之因素－不分族群

		社區、居家	聘請看護	機構照顧
一、 前傾因素	男性			◎
	女性 (參考組)			
	64 歲以下			
	65-74 歲			
	75-84 歲			
	85 歲以上 (參考組)			
	有偶			*
	無偶 (參考組)			
	未受教育			◎
	讀過國小			
	國中以上 (參考組)			
二、 使能因素	有社會福利身分			◎
	無社會福利身分 (參考組)			
	長期照護資源數多			*
	子女數多			
三、 需要因素	僅 IADL 失能	*	*	*
	1-2 項 ADL 失能			*
	3 項以上 ADL 失能 (參考組)			
	慢性病數多			
	護理服務需要數多		◎	◎

註 1：「◎」代表該組顯著較參考組多用服務 ($p < 0.05$)，例如「男性」較「女性 (參考組)」多使用機構式服務。

註 2：「*」代表該組顯著較參考組少用服務 ($p < 0.05$)，例如「有偶者」較「無偶者 (參考組)」少使用機構式服務。

註 3：無記號區代表該組與服務使用間無顯著關係。

(二) 影響因素—區分族群

接著將兩族群區分討論，並根據前章分析結果表 1-7 到表 1-10，將顯著相關因素以及相關的方向性整理如下表五。先前從表 1-3 得知原住民完全未使用過任一類服務比率較非原住民高，又根據表五的整理可清楚看到，影響原住民使用服務的因素包括婚姻狀況、教育程度、社會福利身分有無、長期照護資源多寡、失能程度、慢性病項數和護理服務需要數等多達七種因素，相對地，影響非原住民使用服務的因素，則僅有教育程度、長期照護資源多寡和護理服務需要數三種，因此可推測對於與非原住民相同失能程度分布，應有相同長期照護需求的原住民而言，若非「無配偶協助照顧」、「高教育程度」、「有社會福利提供補助」、「居住地有較多長期照護資源」、「身體功能障礙嚴重且健康狀況較差」等諸多因素存在，是不會輕易尋求正式照護服務的協助，則可預期無上列種種特質的原住民失能者，其長期照護的重擔，較多落於家人或部落族人的身上。

另外，Baxter 等人 (2001) 認為，年齡越長，達到老人福利法規設定的 65 歲門檻後，應該會因老人津貼或者相關福利補助，而較高比例使用正式照護服務，然而，本研究中無論是原住民族或非原住民族，年齡分層與服務使用之間均無顯著相關，可能與我國政府優先補助對象為低收入或中低收入戶，而非以年齡為補助條件有關，因此不同年齡層者在服務使用方面沒有顯著差異。同樣地，Blackmore (1999) 也提到，子女數象徵家庭中照護人力資源，子女越多的老人，可免於失能時無人奉養的困境，但於本研究中，子女數對於兩族群服務使用均無顯著相關，也許是由於本研究僅詢問個案有幾名子女，而非詢問與失能者「同住的」子女數，故隨著社會變遷，三代同堂的家庭模式已不復存，子女與老人同住且親力奉養的情形不多，單獨調查子女數並不代表真正家庭中的照護人力多寡，因此子女數與個案使用正式照護服務的關連性，並不顯著。若將服務種類細分成社區或居家式服務、看護照顧和機構式服務，是否還會發現其他關鍵性的因子，顯著影響原住民使用服務呢？

依據表五中個別影響原住民使用三類服務的因素可發現，相同點是個案若有社會福利補助，且失能程度嚴重（至少 1 項 ADL 失能）、護理服務需要數多，則會傾向使用任一類照護服務，但是對於非原住民而言，並沒有哪一項因素會同時影響到三種服務的使用。由此可見，即使調整兩族群相同失能程度，非原住民仍可能因「有配偶」、「教育程度高」、「有社會福利身分」和「長期照護資源多」等優勢（根據兩族群特質之描述性分析結果），而不需仰賴社會福利的補助，也不因失能程度輕重或護理服務需要數多寡，影響非原住民個案使用服務。故該三項因子（社福身分、失能程度、護理服務需要）顯著影響原住民失能者使用服務，卻與非原住民失能者使用服務幾無相關。

另外，「婚姻狀況」和「慢性病罹患數」兩個因素，也會影響原住民使用服務，卻不影響非原住民。造成部份因素會影響原住民而不影響非原住民的情況，應與兩族群可獲得的照護人力及服務資源間之落差有關。由於前述分析提到「子女數」的調查，未必能真正代表照護失能者的人力多寡，而對於原住民來說，無配偶者顯著使用社區、居家或機構式服務，意味著沒有伴侶協助照顧，甚至面臨因未曾結婚、也沒有子女協助照顧的困境下，而仰賴正式照護服務提供協助，相對地，較高比例有配偶的非原住民族（依據個案特質描述性分析結果），雖然也是無偶者較易使用機構式服務，但婚姻狀況與服務使用仍非顯著相關。此外，在調整相同失能程度後，原住民使用服務除了受到失能程度影響，也會受到慢性病數影響，尤其是全體原住民比較少用的「看護服務」，當失能者罹患慢性病數越多，越高比例會聘請看護。由於慢性病罹患數增加或慢性病況惡化時，可預期導致部分器官失去功能，或者部份日常活動需要他人幫助，對於較欠缺政府提供的照護資源的原住民而言，「慢性病罹患數」遂成為「聘請看護」照顧的推力；對於擁有較多照護資源的非原住民而言，雖然同樣是慢性病數越多，越易使用任一項服務，卻並非關鍵影響因素。

對非原住民而言，「教育程度」和「長期照護資源數」兩個因素與使用機構式

服務有顯著相關，然而相關的方向性與原住民族不同。原住民使用機構者為學歷在國中以上或擁有較多長期照護資源，非原住民使用機構者為未受過教育或欠缺長期照護資源，究其根本原因，應是與兩族群個案基本特質相異有關。由於本研究問卷限制，未能將原住民族區分為山地、平地和都市原住民，僅根據前段描述性分析結果可知，原住民普遍教育程度低，故再綜合參考表五結果可推論，少數原住民個案的教育程度高，則可能其對正式照護服務的態度較正向或是服務申辦資訊取得容易。參考過去國外研究也發現 (Schneider et al., 2002; White-means, 2004)，教育程度越高者，越易使用正式照護服務，且對少數族群而言，更是重要影響因素，符合本研究發現—原住民失能者教育程度越高，越多比例使用機構式服務。至於長期照護資源方面，於表四分析中也可發現，不分族群時，長期照護資源不足之失能者較高比例使用機構式服務，故在區分為兩族群後 (參考表五)，非原住民可能因為長期照護資源量的計算方法不夠精確，而呈現照護資源越多者，越少使用機構式照護服務，此現象值得未來修正資源量計算方式後，繼續深入探討。

本研究並非取自縱貫性調查研究，且在先前服務使用比較結果中，已經明顯觀察到原住民服務使用較非原住民少，以及偏好使用社區或居家式服務，但若再結合影響因素的相關分析結果，可發現到「失能程度嚴重」和「有社會福利身分」者，越高比例使用任一項服務，而「教育程度高」和「長期照護資源多」的個案，較易使用看護和機構式服務。因此推斷，未來政策若能針對原住民失能者「提升教育程度」、「社會福利身分認定及核發補助」、「增加長期照護資源」，則有益於日後因失能狀況惡化而需要更多照護的原住民，更多機會與能力去使用照護服務，且不因費用門檻而僅能選擇使用社區、居家式服務。

表五、以雙變項及邏輯斯迴歸分析影響服務使用之因素－區分族群

		原住民族			非原住民族		
		社區居家	聘請看護	機構照顧	社區居家	聘請看護	機構照顧
一、前傾因素	男性						
	女性						
	64歲以下						
	65-74歲						
	75-84歲						
	85歲以上						
	無偶	◎		◎			
	有偶		◎				
	未受教育	◎			◎		◎
	讀過國小						
	國中以上		◎	◎		◎	
二、使能因素	有社會福利身分	◎	◎	◎			
	無社會福利身分						
	長期照護資源數多						*
	子女數多						
三、需要因素	僅 IADL 失能						
	1-2 項 ADL 失能	◎					
	3 項以上 ADL 失能		◎	◎			
	慢性病數多		◎				
	護理服務需要數多	◎	◎	◎			◎

註 1：「◎」代表顯著多用 ($p < 0.05$)，例如原住民族中「無偶」者較多使用「社區或居家式服務」。

註 2：「*」代表顯著少用 ($p < 0.05$)，例如非原住民中「長期照護資源多者」較少使用「機構式服務」者。

註 3、無記號區代表該組與服務使用間無顯著關係。

四、綜合討論

綜合所有分析結果可以發現，與世界各國的弱勢族群（或稱少數民族）相仿，我國原住民相對於一般國民，所擁有的正式長期照護資源不足是一項不爭的事實，再加上無配偶者較非原住民多，有申請社會福利身分者較少，知識水準則較低，生活地區長期照護資源也較少，種種不利的條件，使得福利需求與照護資源供給間的鴻溝難以拉近。另外，由於兩族群個案調整相同失能程度，卻在長期照護服務使用上大相逕庭，換言之，未來原住民部落中長期照護體系的建構，應針對民族特性思考，實際了解原住民族的需求，並補足其服務取得能力上的缺陷，才能發展出適用原住民失能者之政策。

第二節 政策啟示

實施以原住民為服務對象的長期照護服務工作，如果只是照本宣科地採用非原住民的服務策略，想必會成效不彰。政府應在規劃長期照護制度時，尊重原住民的特殊性，融入在地思考，獨立發展出真正適合原住民族的長期照護系統。因此根據本次研究發現，提出相關政策建議如下：

（一）加強推廣原住民地區之長期照護服務

1. 本研究結果發現，原住民中老年失能個案普遍傾向使用社區或居家式照護，但擁有的長期照護資源相當貧乏，故建議相關主管單位整合現有服務單位、教會系統與各行政部門，協調開辦統一的申請窗口，並主動協助有需求者申請相關服務，便利原住民失能者獲得長期照護服務。
2. 政府應融入在地思考，了解原住民生活現況、行為模式及其社經地位與非原住民族間的落差，方能基於原住民特殊的文化與社會位置，規劃長期照護政策，保障原住民失能者獲得適切的照顧。
3. 為避免不當的資源分布會造成福利依賴，相關單位應評估部落內軟、硬體資源分布的情形，掌握原住民失能者之需求與使用現況，而後針對資源缺乏地

區發展居家、社區或機構式服務，並持續宣導各項服務方案，方得以促進資源配置之公平與有效，以及加強長期照護服務的普及性和可近性。

(二) 縮短原住民與非原住民之生活水準（福利）落差

1. 透過本研究有關原住民使用長期照護服務情形之探討，事實上已隱約勾勒出其被耗潛藏的結構性限制因素。原住民族較非原住民少具備社會福利身分，且教育程度低，居住地長期照護資源少，除了突顯出原住民可能不易取得服務資訊與補助外，稀少的照護資源亦無法滿足個案的照護需求。World Bank 於 2004 年的世界發展報告（World Development Report）中便曾提到：Making services work for poor people. 為了落實社會公平與正義的原則，政府必須因應原住民的獨特性，設定特殊的低收入與中低收入戶認定標準，方能輔助生活貧困的原住民失能者，降低其使用服務時的財務負擔。
2. 原住民族與其他弱勢團體（例如身心障礙者、女性）之性質有一項根本性的差異，那就是原住民族之團體特性乃是「世代傳承」的，因此原住民長期照護服務之推動，應著重於增強其「能力」，能力提升後，「選擇」與「機會」自然增加，方可漸進改善原住民族之生活狀況。故參考本研究結果，建議政府應重視調整原住民與非原住民間生活機會結構落差，藉由增加資訊傳播媒介、獎勵服務提供單位訓練原住民服務人員、贊助原住民自組社福團體或成立照護服務系統等方法，來拓展原住民自治的福利服務空間，改善原住民整體經濟狀況，使其不必再仰賴社會福利補助，還能獲得更適切的照護服務。

第三節 研究限制

由於本篇研究採用現成資料庫做二手分析，主要有兩大類項研究限制：

(一) 研究對象限制

1. 因為本研究收案條件為有失能狀況且 50 歲以上者，此樣本不代表全體原

住民對於長期照護服務的需求及使用情形，故在政策制定時，仍建議蒐集完整的原住民服務需求與使用資料，再做通盤的規劃。

2. 雖然各族的文化特性相異，對於正式照護服務的接納度可能各有不同，但本研究僅能概括討論所有原住民族，而無法區分為 14 族逐一深入討論。
3. 過去研究已知山地、平地和都市原住民在健康與社經方面的表現大有不同，然而本研究僅調查個案之現住地址，欠缺其戶籍資料，不適宜以內政部公告內容區分研究對象為山地、平地或都市原住民。

(二) 研究變項限制

1. 此次調查的中老年失能個案區分為住在社區以及住在機構兩群體，受限於兩份施測問卷內容不同，所以在影響因素的分析方面，僅能挑選相同的變項，可能會遺漏過去研究出會顯著影響使用服務的變項（例如家庭收入、住家與服務單位的距離），因此應在日後的研究調查注意問卷內容的一致性。
2. 雖在服務使用方面，明顯可見族群別與服務使用情形相關，然而研究缺乏原住民個案及其家屬之態度或認知等資訊，因此無法探究原住民使用服務較少的現象，是否與其文化特性相關，例如本身不喜歡與外人接觸、不希望由外人來照顧、或者服務員非同一族，所以排斥讓服務員照顧。

第四節 未來研究方向

在長期照護服務使用的研究領域中，本研究主要以族群為取向，從正式照護服務方面著手探討，但尚有許多議題未來值得繼續發展，故建議日後相關研究方向如下：

(一) 影響服務使用的因素可以更多元、更細緻

此次受限於調查問卷變項的設計，有許多變項未能放入研究假構中，例如過去研究發現個案收入（陳秀玫，2004；Kempen & Suurmeijer, 1990）、知道該項服

務或對服務的觀感（翁詩亮，1998；黃秀梨等，2007；Chapleski, 1989）、自覺健康情形與服務需求（羅佩思，2004）、服務提供單位與個案家的交通成本（李怡娟，1997）以及居住安排（羅佩思，2004；Penning, 1995）等因素皆會影響個案使用服務，則建議往後研究可以納入分析，以便更細緻了解到服務推廣的阻力與助力分別為何。

（二）以居住地或者族群別細分研究對象

已知各原住民族文化與生活方式不同，建議未來可區分十四個原住民族或者山地、平地和都市原住民，調查族間（inter-）與族內（intra-）失能者服務使用上的差異，方有助於真正因時、因地、因人制宜的提供更符合個案需求之服務。

（三）應長期追蹤研究，建構原住民長期照護服務需求與使用資訊系統

基於此次研究資料庫為較早期的調查，且非針對原住民特性去搜集，因此希望政府或專家學者可儘快規劃建構原住民資料庫，除了要蒐集原住民生活實態與健康資訊，確切了解其服務需求外，也應針對現有使用個案，掌握其正式照護服務使用狀況，以及非正式照護資源供給程度。此資訊系統一方面可將原住民資料統一建立，避免日後重複建檔耗時費力，落實成本控制的原則；另一方面，可以促進各服務組織協力轉介、教育或追蹤，不讓照護過程缺漏失銜，並能提供個案最適切之服務。除此之外，由於本研究資料的來源是早期收集的橫斷性研究，而今原住民生活型態逐漸漢化，且以往的部落結構慢慢瓦解，若能在基本資料庫建立完成後，持續追蹤原住民失能者，則可利用跨世代的資料庫特性，觀察正式與非正式照護服務的消長趨勢，以及家戶與社區照護資源的變化，提供未來政府制定政策或是業者開辦服務時，可以預先設定切入的角度和著力點，進而有效推廣和監控。

參考文獻

【中文部分】

- 中華民國長期照護專業協會 (2001)。台閩地區長期照護資源名冊 (2001 年民眾版)。臺北：內政部專案補助。
- 內政部 (2006)。95 年原住民簡易生命表。我國生命表。線上檢索日期：2008 年 1 月 15 日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部 (2007)。老人福利法。老人福利法規。線上檢索日期：2007 年 5 月 15 日。網址：http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02_1.htm
- 內政部 (2007a)。主要國家 65 歲以上人口占總人口比率。內政國際指標。線上檢索日期：2008 年 2 月 15 日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部 (2007b)。身心障礙者人數-障礙、縣市及年齡別。內政統計月報。線上檢索日期：2008 年 2 月 15 日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部 (2007c)。現住原住民人口按五歲年齡組分。內政部統計月報。線上檢索日期：2008 年 4 月 15 日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部 (2008a)。96 年底原住民人口概況。內政統計通報。線上檢索日期：2008 年 1 月 15 日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部 (2008b)。我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。內政部社會司。線上檢索日期：2008 年 4 月 15 日。網址：<http://sowf.moi.gov.tw/warm/warm.htm>
- 內政部 (2008c)。統計名詞定義。內政統計應用名詞定義。線上檢索日期：2007 年 11 月 15 日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 石計生 (2002)。原住民長期照護需求之調查研究。臺北：行政院原住民委員會委託計畫。
- 老人福利聯盟 (2008)。老人服務措施。老人福利資訊。線上檢索日期：2008 年 1 月 15 日。網址：
http://top1.pronet.tw/ZS70061100909A3423075/info01.php?big_1=1333&big_2=2356&big_3=424&bigA=b&js=m3&js2=m23565
- 行政院主計處 (2003)。國情統計通報。原住民生活及個人收入概況。線上檢索日期：2008 年 5 月 15 日。網址：
<http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=6018&ctNode=3233>
- 行政院原住民族委員會 (2006)。老人福利—豎立原住民老人安養的嶄新里程碑。行政院原住民族委員會十週年施政成果專輯。線上檢索日期：2008 年 2 月 15 日。網址：<http://www.apc.gov.tw/>
- 行政院原住民族委員會 (2008)。社會組織。台灣原住民族資訊資源網。線上檢索日期：2008 年 4 月 15 日。網址：
<http://www.tipp.org.tw/formosan/population/population.aspx?codeid=-1&type=2>
- 行政院國軍退除役官兵輔導委員會 (1995)。行政院國軍退除役官兵輔導委員會榮

- 民自費安養中心組織規程。全國法規資料庫。線上檢索日期：2008年2月15日。網址：<http://law.moj.gov.tw/fn.asp>
- 行政院國軍退除役官兵輔導委員會(2006)。行政院國軍退除役官兵輔導委員會辦事細則。全國法規資料庫。線上檢索日期：2008年2月15日。網址：<http://law.moj.gov.tw/fn.asp>
- 行政院國軍退除役官兵輔導委員會(2008)。就養服務。主要服務。線上檢索日期：2008年2月15日。網址：<http://www.vac.gov.tw/content/index.asp?pno=76>
- 行政院衛生署(1995)。長期照護。醫學快紀。線上檢索日期：2008年3月15日。網址：<http://zh-tw.med.wikia.com/wiki/%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E8%AD%B7>
- 行政院衛生署(1998)。第一章：總則。醫政處。線上檢索日期：2008年3月15日。網址：<http://www.doh.gov.tw/org2/b5/0229-1.htm>
- 吳振龍、紀櫻珍、黃國哲、莊坤洋與吳淑瓊(2004)。社區失能老人居家支持服務需求之初探—以台北市大安區失能老人為例。新台北護理期刊, 6(1), 47-56。
- 吳淑瓊(1999)。我國老人長期照護政策措施的檢討與建議。長期照護雜誌, 3(2), 9-13。
- 吳淑瓊、徐慧娟、莊嫻智與張明正(1996)。功能評估在估計台灣社區老人長期照護需要之功用。中華衛誌, 15(6), 533-544。
- 吳淑瓊、戴玉慈、莊坤洋、張媚、呂寶靜、曹愛蘭、王正與陳正芬(2004)。建構長期照護體系先導計畫—理念與實踐。台灣公共衛生雜誌, 23(3), 249-258。
- 吳淑瓊與林惠生(1999)。台灣功能障礙老人家庭照護者的全國概況頗析。中華公共衛生雜誌, 18(1), 44-53。
- 吳淑瓊與莊坤洋(2001)。在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向。台灣公共衛生雜誌, 20(3), 192-201。
- 吳淑瓊與陳亮汝(2006)。台灣老人長期照護服務使用之研究(編號：NSC 94-2412-H-002-015)。臺北：行政院國家科學研究委員會補助專題研究計畫。
- 吳聖良(2001)。原住民健康情形之研究。台灣公共衛生雜誌, 28(1), 1-24。
- 李怡娟(1997)。城鄉社區老人使用居家護理服務情形及其預測因子之探討。護理研究, 5(2), 127-136。
- 李建曉(2002)。影響身心功能障礙者使用機構式服務之因素。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 林玉彩(2007)。澎湖地區居家服務使用情形暨購買意願之探討。國立澎湖科技大學服務業經營管理研究所碩士論文。
- 林岳鋒(1999)。日間照護病人利用服務情形及其相關因素之探討。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
- 林政賢(2002)。高齡者進住長期照護機構意願之探討—以台北市為例。長庚大學企業管理研究碩士論文。

- 林萬億 (2007)。大溫暖社會福利套案。行政院第 3007 次會議報告。線上檢索日期:2008 年 4 月 15 日。網址:<http://www.ey.gov.tw/public/Data/612514103871.pdf>
- 林聖峰 (1993)。臺北地區老人對自費安養機構居住意願之影響因素。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 邱秋禎(2006)。探討原漢獨居老人使用遠距照護系統之影響因素及智慧化發展需求評估。慈濟大學原住民健康研究所碩士論文。
- 邱美琪 (2005)。台灣一般民眾選擇長期照護態度之探討。國立台北大學社會學研究所碩士論文。
- 紀玫如、莊坤洋、吳振龍與吳淑瓊 (2006)。居家服務使用之相關因素研究。台灣公共衛生雜誌, 25 (1), 37-48。
- 胡幼慧 (1994)。社區性長期照護問題之支持體系之研究(編號:DOH83-TD-065)。臺北:行政院衛生署委託研究計畫。
- 徐素琚 (2004)。居家服務使用之相關因素探討—城鄉比較。高雄醫學大學公共衛生研究所碩士在職專班碩士論文。
- 翁詩亮 (1998)。影響醫院型態與護理之家接受居家照護給付之失能者對政府身心障礙者福利服務利用情形及滿意度因素之探討。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 馬宜君 (2007)。臺中市一般失能老人自費使用居家服務之相關探討。亞洲大學長期照護研究所碩士論文。
- 張文瓊 (2001)。中風病人出院後之長期照護安排。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 張國聖 (2005)。「被遺忘的人類」還是「黃昏民族」?—從我國原住民政策的發展看民族平等在現階段台灣社會之實踐。通識研究集刊, 8, 89-106。
- 張淑芬(2004)。原住民老人參與日托活動情形對其生活滿意度之影響。高雄醫學大學公共衛生研究碩士在職專班論文。
- 張駿逸(1999)。原住民老人福利需求之調查研究。臺北:行政院原住民委員會委託計畫。
- 莫那·瓦旦(2006)。建構原住民社區式長期照護服務模式研究(編號:DOH93-TD-M-113-49(2))。臺北:行政院衛生署委託研究計畫。
- 許俊才 (2001)。原住民部落(社區)照顧服務輸送之研究-以南投縣仁愛鄉、埔里鎮居家暨送餐服務為例。暨南大學社會政策與社會工作研究所碩士論文。
- 許敏桃, (2001)。老人家庭照顧研究之評析:護理人類學觀點。Proceedings of the National Science Council, 11(2), 167-177.
- 許馨庭 (2006)。影響中老年人進住安養或養護機構之意願研究。國立台北大學統計學系碩士論文。
- 陳秀玫 (2004)。失智症患者社區式長期照護服務使用及影響因子。國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文。
- 陳亮汝與吳淑瓊 (2008)。居家失能老人使用外籍監護工之相關因素分析。台灣公

- 共衛生雜誌，21 (1)，32-43。
- 陳品玲與陳怡樺 (2007)。中華民國九十四年原住民健康狀況統計。臺北：行政院原住民委員會委託計畫。
- 陳淑敏 (2000)。台灣原住民長期照護問題。社區發展季刊，29，113-125。
- 陳淑敏 (2002)。原住民地區居家服務實施經驗之研究-以門諾基金會介惠基金會仁愛鄉公所為例。暨南大學社會政策與社會工作所碩士論文。
- 陳慈敏 (2004)。高山青的故鄉~談阿里山鄉原住民家庭之現況。網路社會學通訊期刊，43。
- 傅子珍 (1995)。全民健康保險實施第一年居家照護服務利用之初探。高雄醫學院公共位學研究所碩士論文。
- 傅雯睿 (2005)。以使用者觀點探討社區型日間照顧的服務。慈濟大學公共衛生研究所碩士論文。
- 曾淑芬 (2004)。機構式長期照護服務使用之相關因素探討：社區環境與個人背景因素的分析。國立臺灣大學衛生政策與管理研究所博士論文。
- 曾淑芬、莊坤洋、陳正芬、葉乃禎與吳淑瓊 (2004)。給付標準的設定會引導民眾對社區式服務的利用嗎？以居家服務為例。台灣公共衛生雜誌，23 (3)，221-234。
- 黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚與翁麗雀 (2007)。影響北台灣家庭照顧者喘息服務利用的因素：前驅性研究。長期照護雜誌，11 (1)，51-65。
- 黃源協 (2000)。台灣社區照顧的實施與衝擊—福利多元主義的觀點。臺大社會工作學刊，5，53-101。
- 黃源協 (2005)。正式照顧對非正式網絡互動關係之影響：以原住民部落老人居家／送餐服務為例。社會政策與社會工作學刊，9 (1)，163-198。
- 黃源協與詹宜璋 (2000)。建構山地鄉原住民社會工作體系之研究：以部落為基礎的服務整合模式。臺北：行政院原住民委員會委託計畫。
- 楊怡君、許淑敏、莊宇慧、張翠珉、王玉女與葉湘芬 (2003)。老年護理學。臺北：華騰。
- 董和銳 (2004)。族群與台灣老年人之日常生活障礙與功能限制。身心障礙研究，2(3)，160-174。
- 詹宜璋 (2001)。原住民地區福利服務現況調查研究。臺北：行政院原住民委員會委託計畫。
- 臺灣長期照護專業協會 (2005a)。長期照護歷史軌跡。長期照護世紀新編資料。線上檢索日期：2008年4月15日。網址：
<http://www.ltcpa.org.tw/about/aboutus-304.php>
- 臺灣長期照護專業協會 (2005b)。認識台灣常期照護服務模式。如何選擇合適的照護。線上檢索日期：2008年4月15日。網址：
http://www.ltcpa.org.tw/public/choose_01.html
- 劉文敏 (2003)。高雄市推動照顧服務產業發展方案—一般失能老人使用居家服務

- 相關因素之探討。高雄醫學大學公共衛生研究所碩士在職專班碩士論文。
- 劉文敏、傅玲、邱亨嘉與陳惠姿 (2007)。高雄市非中低收入戶失能老人使用居家服務及其相關因素之探討。《長期照護雜誌》，11 (2)，149-161。
- 劉欣怡 (2004)。從蘭嶼居家關懷協會看達悟 (雅美) 族老人的照護關係。2004 年蘭嶼研究群研討會。
- 劉淑娟 (2005)。建構原住民部落社區式長期照護服務模式之研究—第一年成果報告 (編號: DOH93-TD-M-113-50(2))。臺北: 行政院衛生署委託研究計畫。
- 劉淑娟 (2006)。建構原住民部落社區式長期照護服務模式之研究—第二年成果報告 (編號: DOH93-TD-M-113-50(2))。臺北: 行政院衛生署委託研究計畫。
- 劉淑娟 (2008)。《長期照護》。臺北: 華杏。
- 劉雅文 (2006)。探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程—老人自主權之分析研究。《東吳社會工作學報》，14，91-123。
- 蕭仔玲與陳靜敏 (2003)。原住民部落長期照護資源使用障礙評估—以花東新村為例。《新臺北護理期刊》，6 (2)，73-85。
- 賴惠玲 (1992)。社區老人對護理之家的態度。國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 戴玉慈與羅美芳 (1996)。身體功能評估的概念與量表。《護理雜誌》，43 (2)，63-68。
- 謝美娥 (2002)。失能老人與成年子女照顧者對失能老人遷居的歷程與解釋：從家庭到機構。《國立暨南大學社會政策與社會工作學刊》，6 (2)，7-63。
- 謝惠雯 (2002)。山地鄉布農族老人的家庭支持和生活狀況：高雄縣桃源鄉與三民鄉之比較研究。中山大學中山學術研究所碩士論文。
- 鍾文政 (2004)。行政院衛生署並入安全論壇—「原住民組」成果報告。台北: 台灣原住民醫學學會。
- 鍾明霞 (2004)。台東縣長期照護居家照護服務利用之探討。高雄醫學大學公共衛生研究碩士在職專班論文。
- 簡齊 (2000)。老人長期照護服務使用之長期追蹤研究。國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 羅佩思 (2004)。影響老人使用居家服務相關因素之研究—以高雄縣為對象。東海大學社會工作學研究所碩士論文。
- 譚秀芬與曾泓富 (2002)。美國、加拿大、澳洲、日本及台灣原住民衛生政策比較。2002 年全國山地離島及原住民醫療業務研討會暨成果發表 (頁 41-46)。臺北: 行政院衛生署。

【英文部分】

- AARP. (2001). *In the middle: A report on multi cultural boomers coping with family and aging issues*. Washington. DC: Author.
- Anderson, R. & Newman, J.F. (1973). Social and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51(1), 95-142.
- Australian Bureau of Statistic. (2006). Population Characteristics, Aboriginal and Torres Strait Islander Australians, 2006. Population Measures. Retrieved February 15, 2008 from the World Wide Web: <http://www.abs.gov.tw/>
- Baxter, J., Bryant, L. L., Scarbro, S. & Shetterly, S. M. (2001). Patterns of rural Hispanic and non-Hispanic white health care use. *Research on Aging*, 23(1), 37-59.
- Borrayo, E.A., Salmon, J. R. & Polivka, L. (2002). Utilization across the continuum of long-term care service. *The Gerontologist*, 47, 603-612.
- Canada's National Statistical Agency. (2001). 2001 Census Aboriginal Population Profiles. Statistics Canada. Retrieved February 15, 2008 from the World Wide Web: <http://www12/statcan.ca/english/profile01/AP01/Index.cfm?Lang=E>
- Chapleski, E. E.(1989). Determinants of knowledge of services to the elderly: are strong ties enabling or inhibiting. *The Gerontologist*, 29(4), 539-545.
- Choi, N. G. (1994). Patterns and determinants of social service utilization: comparison of the childless elderly and elderly parents living with or apart from their children. *The Gerontologist*, 34(3), 353-362.
- Covinsky, K. E., Eng, C., Lui, L. Y., Sands, L. P., Sehgal, A. R., Walter, L. C., Wieland, D., Eleazer, G. P. & Yaffe, K. (2001). Reduced employment in caregivers of frail elders: impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregivers characteristics. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56 A (11), M707-M713.
- Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Song, J. & Chang, R. W. (2002). Gender and Ethnic/Racial Disparities in Health Care Utilization Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B(3), S221-S233.
- Evashwick, C. J. (2005). *The community of long-term care*, 3rd Ed., U.S.A: Delmar.
- Goins, R. T. & Hobbs, G. (2001). Distribution and utilization of home- and community-based long-term care services for the elderly in North Carolina. *Journal of Aging and Social Policy*, 12(3), 23-42.
- Houtven, C. H. V. & Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23, 1159-1180.
- John, R., Roy, L. C. & Dietz, T. L. (1997). Setting priorities in populations: formal service use among Mexican American female elderly. *Journal of Aging and Social*

policy, 9(1), 69-85.

- Johnson, R. W., Toohey, D. & Wiener, J. M. (2007). Meeting the long-term care needs of the baby boomers: how changing families will affect paid helpers and institutions. Urban Institute. Retrieved April 15, 2008 from the World Wide Web: <http://www.urban.org/url.cfm?ID=311451>
- Katz, S. J., Kabeto, M. & Langa, K.M. (2000). Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*, 284(23), 3022-3027.
- Kempen G. I. & Suurmeijer T. P. (1990). The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *The Gerontologist*, 30(4), 497-502.
- Kenney, G. M. (1993). Rural and urban differentials in Medicare home health use. *Health Care Financing Review*, 14(4), 39-57.
- Kuo, T. & Torres-Gill, F. M. (2001). Factors affecting utilization of health services and home- and community-based care programs by older Taiwanese in the United States. *Research on aging*, 23(1), 14-36.
- Lee, T., Kovner, C. T., Mezey, M. D. & Ko, I. S. (2001). Factors influencing long-term home care utilization by the older population: implications for targeting. *Public Health Nursing*, 18(6), 443-449.
- McCormick, W. C., Ohata, C. Y., Uomoto, J., Young, H. M., Graves, A.B., Kukull, W., Teri, L., Vitaliano, P., Mortimer, J. A., McCurry, S. M., Bowen, J. D. & Larson, E. B. (2002). Similarities and differences in attitudes toward long-term care between Japanese Americans and Caucasian Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1149-1155.
- Medicare. (2007). Types of Long-Term Care. *Summary of Long-Term Care Choices*. Retrieved April 15, 2008 from the World Wide Web: <http://www.medicare.gov/longtermcare/static/typesoverview.asp>
- Menec, V. H., Lix, L., Nowicki, S. & Ekuma, O. (2007). Health care use at the end of life among older adults: does it vary by age? *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 62A(4), 400-407.
- Mitchell, J., Mathews, H. F. & Griffin, L. W. (1997). Health and community-based service use. *Research on aging*, 19(2), 199-222.
- Peek, M.K., Coward, R. T. & Peek, C. W. (2000). Race, aging, and care. *Research on aging*, 22(2), 117-142.
- Penning, M. J. (1995). Health, social support, and the utilization of health services among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(5), S330-S339.
- Penrod, J. D., Kane, R. A. Kane, R. L. & Finch, M. D. (1995). Who are? The size, scope,

and composition of the caregiver support system, *The Gerontologist*, 35(4), 489-497.

Rhode Island Department of Human Services. (2008). Long Term Care. *Services for Adults*. Retrieved March 15, 2008 from the World Wide Web:

<http://www.dhs.state.ri.us/dhs/adults/dltcdul.htm>

Robert, L. K. & Rosalie, A. K. (1987). *Long-term care: principles, programs, and policies*. New York: Springer.

Ross, J. S., Bradley, E. H. & Busch, S. H. (2007). Use of health care services by lower-income and higher-income uninsured adults. *JAMA*, 295(17), 2027-2036.

Schneider, E. C., Zaslavsky, A. M. & Epstein, A. M. (2002). Racial disparities in the quality of care for enrollees in Medicare managed care. *JAMA*, 287(10), 1288-1294.

Song, J., Chang, R. W., Manheim, L. M. & Dunlop, D. D. (2006). Gender differences across race/ethnicity in use of health care among Medicare-aged Americans. *Journal of Women's Health*. 15(10), 1205-1213.

U.S. Census Bureau. (2000). United States Census 2000. *Census Data*. Retrieved February 15, 2008 from the World Wide Web:

<http://www.census.gov/main/www/cen2000/html>

U.S. Dept. of Commerce Bureau of the Census. (1990). Survey of Income and Program Participation (SIPP) 1990 Panel. *ICPSR*. Retrieved March 15, 2008 from the World Wide Web:

<http://prod.library.utoronto.ca:8090/datalib/codebooks/icpsr/9722/cb9722.recw2.pdf>

U.S. Dept. of Health and Human Services. (2001). *The characteristics of long-term care users*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

White-mans, S. I. & Rubin, R. M. (2004). Is there equity in the home health care market? Understanding racial patterns in the use of formal home health care. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B(4), S220-S229.

附錄

表 1-1、兩族群個案特質－類別變項

原住民 (N=550) 非原住民 (N=550)	合計	原住民		非原住民	
	N	N	%	N	%
總計	1100	550	100.0	550	100.0
社區	1028	519	94.4	509	92.5
機構	72	31	5.6	41	7.5
前傾因素					
性別					
男	451	191	34.7	260	47.3
女	649	359	65.3	290	52.7
年齡分層					
64 歲以下	194	112	20.4	82	14.9
65-74 歲	324	178	32.4	146	26.5
75-84 歲	378	171	31.1	207	37.6
85 歲以上	204	89	16.2	115	20.9
婚姻狀況					
無偶	579	317	57.6	262	47.7
有偶	520	233	42.4	287	52.3
教育程度					
未受教育	584	390	71.0	194	35.3
國小	322	138	25.1	184	33.5
國中以上	192	21	3.8	171	31.1
使能因素					
社會福利身分別					
並不具有社會福利身分	532	349	63.5	183	33.3
有任一種身分	568	201	36.5	367	66.7
需要因素					
失能分組					
僅 IADL 失能	540	270	49.1	270	49.1
1-2 項 ADL 失能	188	94	17.1	94	17.1
3 項以上 ADL 失能	372	186	33.8	186	33.8

註 1、部分變項因有遺漏值，故總合不為 1100。

表 1-2、兩族群個案特質—連續變項（接續上表）

原住民 (N=550) 非原住民 (N=550)	人數	最小值	最大值	平均值	標準差
使能因素					
長期照護資源數					
原住民	550	0	22	1.89	2.99
非原住民	550	0	58	15.80	13.85
子女數					
原住民	550	0	11	4.06	2.41
非原住民	550	0	11	3.73	2.19
需要因素					
慢性病總數					
原住民	550	0	6	1.89	1.38
非原住民	550	0	6	2.05	1.46
護理服務需要數					
原住民	548	0	9	0.20	0.74
非原住民	550	0	6	0.23	0.74

註 1、部分變項因有遺漏值，故總合不為 1100。

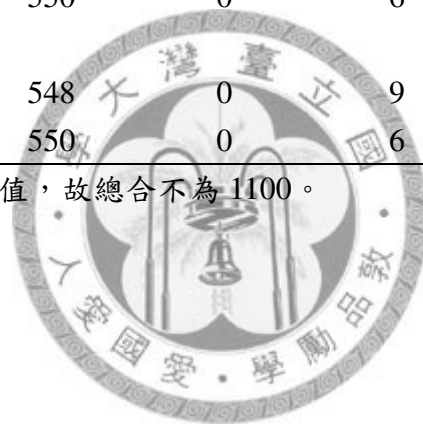


表 1-3、兩族群服務使用情形

原住民 (N=550) 非原住民 (N=550)	合計		原住民		非原住民	
	N	%	N	%	N	%
總計	1100		550	100.0	550	100.0
正式照護服務使用分四組						
完全未使用	859		443	80.5	416	75.6
社區、居家式服務	74		60	10.9	14	2.5
聘請看護	95		16	2.9	79	14.4
機構式照顧	72		31	5.6	41	7.5



表 1-4、族群與服務使用之邏輯斯迴歸模型分析（控制所有因素）

變項 (參考組)	B(SE)	OR(95% CI)
1. 使用社區、居家式 (完全未用者)		
截距	-2.48(0.71)**	
籍貫(非原住民)		
原住民	1.22(0.42)**	3.39(1.50-7.65)
控制前傾因素		
性別(女)		
男	-0.15(0.29)	0.86(0.49-1.51)
年齡分層(85 歲以上)		
64 歲以下	0.07(0.47)	1.07(0.43-2.66)
65-74 歲	0.25(0.40)	1.28(0.59-2.81)
75-84 歲	0.31(0.38)	1.36(0.65-2.84)
婚姻狀況(無偶)		
有偶	-0.36(0.28)	0.69(0.40-1.21)
教育程度(國中以上)		
未受教育	0.03(0.50)	1.03(0.39-2.74)
國小	-0.25(0.50)	0.78(0.29-2.09)
控制使能因素		
社會福利身分別(無)		
有任一種身分	0.20(0.27)	1.23(0.72-2.09)
長期照護資源數		
子女數	-0.08(0.05)	0.92(0.83-1.03)
控制需要因素		
失能分組(3 項以上 ADL 失能)		
僅 IADL 失能	-0.92(0.31)**	0.40(0.22-0.74)
1-2 項 ADL 失能	0.10(0.33)	1.11(0.58-2.11)
慢性病數		
慢性病數	-0.07(0.09)	0.93(0.77-1.12)
護理服務需要數		
護理服務需要數	0.34(0.21)	1.41(0.93-2.14)

註 1. *:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

表 1-5、族群與服務使用之邏輯斯迴歸模型分析（控制所有因素）（接續上表）

變項 (參考組)	B(SE)	OR(95% CI)
2. 聘請看護(完全未用者)		
截距	-1.53(0.53)**	
籍貫(非原住民)		
原住民	-1.71(0.34)***	0.18(0.09-0.35)
控制前傾因素		
性別(女)		
男	-0.42(0.26)	0.66(0.39-1.10)
年齡分層(85 歲以上)		
64 歲以下	-0.14(0.39)	0.87(0.41-1.86)
65-74 歲	-0.25(0.35)	0.78(0.39-1.55)
75-84 歲	0.11(0.32)	1.12(0.60-2.08)
婚姻狀況(無偶)		
有偶	0.20(0.25)	1.22(0.75-1.97)
教育程度(國中以上)		
未受教育	-0.37(0.33)	0.69(0.36-1.33)
國小	0.08(0.29)	1.08(0.61-1.93)
控制使能因素		
社會福利身分別(無)		
有任一種身分	0.35(0.25)	1.42(0.86-2.33)
長期照護資源數		
子女數	-0.01(0.01)	0.99(0.96-1.01)
子女數	0.06(0.05)	1.07(0.97-1.18)
控制需要因素		
失能分組(3 項以上 ADL 失能)		
僅 IADL 失能	-0.81(0.26)**	0.44(0.27-0.74)
1-2 項 ADL 失能	-0.44(0.35)	0.64(0.32-1.28)
慢性病數	0.05(0.08)	1.06(0.91-1.23)
護理服務需要數	0.60(0.14)***	1.82(1.39-2.40)



註 1. *:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

表 1-6、族群與服務使用之邏輯斯迴歸模型分析（控制所有因素）（接續上表）

變項 (參考組)	B(SE)	OR(95% CI)
3. 使用機構(完全未用者)		
截距	-2.29(0.80)**	
籍貫(非原住民)		
原住民	-1.62(0.38)***	0.20(0.09-0.42)
控制前傾因素		
性別(女)		
男	0.83(0.30)**	2.29(1.26-4.17)
年齡分層(85 歲以上)		
64 歲以下	-0.38(0.45)	0.68(0.28-1.67)
65-74 歲	-0.55(0.40)	0.58(0.26-1.27)
75-84 歲	-0.72(0.39)	0.48(0.22-1.04)
婚姻狀況(無偶)		
有偶	-1.16(0.33)***	0.31(0.16-0.59)
教育程度(國中以上)		
未受教育	1.90(0.55)**	6.66(2.25-19.70)
國小	1.05(0.57)	2.85(0.94-8.67)
控制使能因素		
社會福利身分別(無)		
有任一種身分	1.41(0.35)***	4.11(2.08-8.08)
長期照護資源數		
子女數	-0.09(0.03)***	0.91(0.87-0.96)
子女數	-0.04(0.06)	0.96(0.85-1.09)
控制需要因素		
失能分組(3 項以上 ADL 失能)		
僅 IADL 失能	-1.58(0.37)***	0.21(0.10-0.43)
1-2 項 ADL 失能	-0.84(0.42)*	0.43(0.19-0.97)
慢性病數	-0.11(0.10)	0.89(0.74-1.08)
護理服務需要數	1.10(0.15)***	3.02(2.24-4.07)

註 1. *:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

表 1-7、原住民族使用服務相關因素之雙變項分析（類別變項）

(原住民族 N=550)	<u>總計</u>		<u>完全未用</u>		<u>社區、居家</u>		<u>聘請看護</u>		<u>使用機構</u>	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	
前傾因素										
性別										
男	191	153	80.1	19	9.9	3	1.6	16	8.4	
女	359	290	80.8	41	11.4	13	3.6	15	4.2	
年齡分層										
64 歲以下	112	86	76.8	10	8.9	5	4.5	11	9.8	
65-74 歲	178	149	83.7	18	10.1	4	2.2	7	3.9	
75-84 歲	171	142	83.0	20	11.7	4	2.3	5	2.9	
85 歲以上	89	66	74.2	12	13.5	3	3.4	8	9.0	
婚姻狀況*										
無偶	317	243	76.7	41	12.9	8	2.5	25	7.9	
有偶	233	200	85.8	19	8.2	8	3.4	6	2.6	
教育程度**										
未受教育	390	321	82.3	44	11.3	4	1.0	21	5.4	
國小	138	107	77.5	14	10.1	9	6.5	8	5.8	
國中以上	21	14	66.7	2	9.5	3	14.3	2	9.5	
使能因素										
社會福利身分別***										
並不具有社會福利身分	349	309	88.5	34	9.7	4	1.1	2	0.6	
有任一種身分	201	134	66.7	26	12.9	12	6.0	29	14.4	

(原住民 N=550)	<u>總計</u>		<u>完全未用</u>		<u>社區、居家</u>		<u>聘請看護</u>		<u>使用機構</u>	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	
需要因素										
失能分組***										
僅 IADL 失能	270	247	91.5	18	6.7	3	1.1	2	0.7	
1-2 項 ADL 失能	94	73	77.7	16	17.0	2	2.1	3	3.2	
3 項以上 ADL 失能	186	123	66.1	26	14.0	11	5.9	26	14.0	

註 1、部分變項因有遺漏值，故總合不為 550。

註 2. *:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001



表 1-8、原住民族使用服務相關因素之雙變項分析（連續變項）

變項（對照組）	B(SE)	OR(95% CI)	-2LL (Final)	Cox and Snell R ²
長期照護資源數			113.3	4.0%
社區、居家式服務(完全未用)	-0.20(0.10)	0.82(0.67-1.00)		
聘請看護（完全未用）	0.15(0.05)**	1.16(1.05-1.29)		
機構照顧（完全未用）	0.14(0.04)**	1.15(1.06-1.24)		
子女數			106.4	0.6%
社區、居家式服務(完全未用)	-0.07(0.06)	0.93(0.83-1.05)		
聘請看護（完全未用）	0.06(0.10)	1.07(0.87-1.31)		
機構照顧（完全未用）	-0.09(0.08)	0.91(0.78-1.07)		
慢性病項數			76.11	1.2%
社區、居家式服務(完全未用)	0.01(0.10)	1.00(0.82-1.22)		
聘請看護（完全未用）	0.45(0.17)**	1.58(1.12-2.21)		
機構照顧（完全未用）	0.04(0.13)	1.04(0.80-1.36)		
護理服務需要數			48.1	13.8%
社區、居家式服務(完全未用)	1.03(0.29)***	2.80(1.60-4.90)		
聘請看護（完全未用）	1.92(0.29)***	6.81(3.84-12.07)		
機構照顧（完全未用）	1.83(0.28)***	6.26(3.63-10.79)		

註 1. *:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

表 1-9、非原住民族使用服務相關因素之雙變項分析（類別變項）

(非原住民 N=550)	<u>總計</u>		<u>完全未用</u>		<u>社區、居家</u>		<u>聘請看護</u>		<u>使用機構</u>	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	
前傾因素										
性別										
男	260	197	75.8	5	1.9	35	13.5	23	8.8	
女	290	219	75.5	9	3.1	44	15.2	18	6.2	
年齡分層										
64 歲以下	82	67	81.7	2	2.4	10	12.2	3	3.7	
65-74 歲	146	112	76.7	4	2.7	18	12.3	12	8.2	
75-84 歲	207	151	72.9	7	3.4	35	16.9	14	6.8	
85 歲以上	115	86	74.8	1	0.9	16	13.9	12	10.4	
婚姻狀況										
無偶	262	198	75.6	6	2.3	33	12.6	25	9.5	
有偶	287	217	75.6	8	2.8	46	16.0	16	5.6	
教育程度**										
未受教育	194	135	69.6	6	3.1	26	13.4	27	13.9	
國小	184	143	77.7	3	1.6	27	14.7	11	6.0	
國中以上	171	137	80.1	5	2.9	26	15.2	3	1.8	
使能因素										
社會福利身分別										
並不具有社會福利身分	183	138	75.4	6	3.3	26	14.2	13	7.1	
有任一種身分	367	278	75.7	8	2.2	53	14.4	28	7.6	

(非原住民 N=550)

	<u>總計</u>		<u>完全未用</u>		<u>社區、居家</u>		<u>聘請看護</u>		<u>使用機構</u>	
	N		N	%	N	%	N	%	%	N
需要因素										
失能分組										
僅 IADL 失能	270		217	80.4	5	1.9	30	11.1	18	6.7
1-2 項 ADL 失能	94		66	70.2	4	4.3	14	14.9	10	10.6
3 項以上 ADL 失能	186		133	71.5	5	2.7	35	18.8	13	7.0

註 1、部分變項因有遺漏值，故總合不為 550

註 2.*:p<0.05，**.:p<0.01，***.:p<0.001



表 1-10、非原住民族使用服務相關因素之雙變項分析（連續變項）

變項（對照組）	B(SE)	OR(95% CI)	-2LL (Final)	Cox and Snell R ²
長期照護資源數			267.9	6.1%
社區、居家式服務(完全未用)	0.01(0.02)	1.00(0.96-1.04)		
聘請看護（完全未用）	-0.01(0.01)	0.99(0.97-1.00)		
機構照顧（完全未用）	-0.11(0.02)***	0.89(0.83-0.94)		
子女數			111.5	0.5%
社區、居家式服務(完全未用)	-0.10(0.13)	0.90(0.70-1.17)		
聘請看護（完全未用）	0.08(0.05)	1.08(0.97-1.20)		
機構照顧（完全未用）	0.04(0.07)	1.04(0.90-1.21)		
慢性病項數			82.0	0.1%
社區、居家式服務(完全未用)	0.08(0.18)	1.08(0.76-1.56)		
聘請看護（完全未用）	0.02(0.08)	1.02(0.87-1.21)		
機構照顧（完全未用）	0.01(0.11)	1.01(0.81-1.25)		
護理服務需要數			50.9	5.6%
社區、居家式服務(完全未用)	-0.43(0.80)	0.65(0.13-3.14)		
聘請看護（完全未用）	0.17(0.19)	1.19(0.82-1.73)		
機構照顧（完全未用）	0.83(0.15)***	2.30(1.71-3.10)		

註 1.*:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

表 2-1、原住民個案之前傾因素變項（依來源分析）

社區 N=519 機構 N=31	社區		機構	
	N	%	N	%
性別				
男	175	33.7	16	48.4
女	344	66.3	15	51.6
年齡分組				
64 歲以下	101	19.5	11	35.5
65-74 歲	171	32.9	7	22.6
75-84 歲	166	32.0	5	16.1
85 歲以上	81	15.6	8	25.8
婚姻狀況				
無偶	292	56.3	25	80.6
有偶	227	43.7	6	19.4
教育程度				
未受過教育	369	71.1	21	67.7
小學	130	25.0	8	25.8
國中以上	19	3.7	2	6.5
遺漏值	1	0.2	0	0.0

表 2-2、非原住民個案之前傾因素變項（依來源分析）

社區 N=509 機構 N=41	社區		機構	
	N	%	N	%
性別				
男	237	46.6	23	56.1
女	272	53.4	18	43.9
年齡分組				
64 歲以下	79	15.5	3	7.3
65-74 歲	134	26.3	12	29.3
75-84 歲	193	37.9	14	34.1
85 歲以上	103	20.2	12	29.3
婚姻狀況				
無偶	237	46.6	25	61.0
有偶	271	53.2	16	39.0
遺漏值	1	0.2	0	0.0
教育程度				
未受過教育	167	32.8	27	65.9
小學	173	34.0	11	26.8
國中以上	168	33.0	3	7.3
遺漏值	1	0.2	0	0.0



表 2-3、原住民個案之需要因素中的類別變項（依來源分析）

社區 N=519 機構 N=31	社區		機構	
	N	%	N	%
失能程度分組				
僅 IADL 失能	268	51.6	2	6.5
1-2 項 ADL 失能	91	17.5	3	9.7
3 項以上 ADL 失能	160	30.8	26	83.9



表 2-4、原住民個案之需要因素中的連續變項（依來源分析）

原住民 (N=550)	人數	最小值	最大值	平均值	標準差
慢性病總數					
社區	519	0	6	1.89	1.37
機構	31	0	6	1.94	1.57
護理服務需要數					
社區	518	0	9	0.14	0.63
機構	30	0	5	1.23	1.45

註：部分變項因有遺漏值，故總合不為 550。



表 2-5、原住民個案之需要因素變項 (續) (依來源分析)

社區 N=519 機構 N=31	社區		機構	
	N	%	N	%
罹患慢性病				
高血壓	288	55.5	14	45.2
心臟病	132	25.4	7	22.6
糖尿病	79	15.2	5	16.1
中風	85	16.4	14	45.2
精神疾病	12	2.3	6	19.4
巴金森氏症	6	1.2	0	0.0
失智症	21	4.0	4	12.9
癌症	10	1.9	0	0.0
關節炎或風濕	213	41.0	3	9.7
肺病	107	20.6	6	19.4
貧血	27	5.2	1	3.2
遺漏值	7	1.3	0	0.0
需要護理類服務				
留置導尿管護理	7	1.3	5	16.1
留置鼻胃管護理	10	1.9	6	19.4
造口護理	4	0.8	1	3.2
三四期壓瘡傷口護理	4	0.8	2	6.5
氣切護理	5	1.0	3	9.7
膀胱灌洗護理	1	0.2	0	0.0
持續監督的氧氣治療	6	1.2	4	12.9
大量液體點滴注射	4	0.8	2	6.5
疼痛控制或緩和照護	1	0.2	1	3.2
自我照護指導	28	5.4	18	58.1
遺漏值	1	0.2	1	3.2



表 2-6、非原住民個案之需要因素類別變項（依來源分析）

社區 N=509 機構 N=41	社區		機構	
	N	%	N	%
失能程度分組				
僅 IADL 失能	252	49.5	18	43.9
1-2 項 ADL 失能	84	16.5	10	24.4
3 項以上 ADL 失能	173	34.0	13	31.7



表 2-7、非原住民個案之需要因素連續變項（依來源分析）

非原住民 (N=550)	人數	最小值	最大值	平均值	標準差
慢性病總數					
社區	509	0	6	2.05	1.46
機構	41	0	6	2.05	1.45
護理服務需要數					
社區	509	0	6	0.16	0.61
機構	41	0	5	1.05	1.41



表 2-8、非原住民個案之需要因素變項 (續) (依來源分析)

社區 N=509 機構 N=41	社區		機構	
	N	%	N	%
罹患慢性病				
高血壓	258	50.7	17	41.5
心臟病	178	35.0	8	19.5
糖尿病	136	26.7	6	14.6
中風	183	36.0	19	46.3
精神疾病	32	6.3	6	14.6
巴金森氏症	32	6.3	3	7.3
失智症	73	14.3	8	19.5
癌症	27	5.3	1	2.4
關節炎或風濕	164	32.2	8	19.5
肺病	90	17.7	7	17.1
貧血	54	10.6	1	2.4
遺漏值	7	1.4	0	0.0
需要護理類服務				
留置導尿管護理	19	3.7	7	17.1
留置鼻胃管護理	13	2.6	15	36.6
造口護理	1	0.2	0	0.0
三四期壓瘡傷口護理	8	1.6	0	0.0
氣切護理	1	0.2	4	9.8
膀胱灌洗護理	2	0.4	0	0.0
持續監督的氧氣治療	4	0.8	2	4.9
大量液體點滴注射	4	0.8	3	7.3
疼痛控制或緩和照護	1	0.2	0	0.0
自我照護指導	28	5.5	12	29.3



表 2-9、原住民個案之使能因素類別變項（依來源分析）

社區 N=519 機構 N=31	社區		機構	
	N	%	N	%
社會福利身分別（有無低收入、中低收入戶、榮民眷或身心障礙者身分）				
無	347	66.9	2	6.5
有	172	33.1	29	93.5



表 2-10、原住民個案之使能因素連續變項（依來源分析）

原住民 (N=550)	人數	最小值	最大值	平均值	標準差
長期照護資源數					
社區	519	0	16	1.78	2.82
機構	31	0	22	3.77	4.73
子女數					
社區	519	0	11	4.09	2.42
機構	31	1	10	3.61	2.17



表 2-11、非原住民個案之使能因素類別變項（依來源分析）

社區 N=509 機構 N=41	社區		機構	
	N	%	N	%
社會福利身分別（有無低收入、中低收入戶、榮民眷或身心障礙者身分）				
無	170	33.4	13	31.7
有	339	66.6	28	68.3



表 2-12、非原住民個案之使能因素連續變項（依來源分析）

非原住民 (N=550)	人數	最小值	最大值	平均值	標準差
長期照護資源數					
社區	509	1	58	16.56	13.87
機構	41	0	58	6.37	9.54
子女數					
社區	509	0	11	3.72	2.17
機構	41	1	11	3.88	2.54

