

國立臺灣大學進修推廣學院事業經營碩士在職學位學程



碩士論文

Professional Master's Program in Business Administration

School of Professional Education and Continuing Studies

National Taiwan University

Master Thesis

長照險的消費者輪廓：從認知、訊息

到行為之綜合分析

Consumer Profile of Long-Term Care Insurance :

An Integrated Analysis of Cognition, Information, and

Behavior

李美玲

Mei-Ling Lee

指導教授：胡凱焜 博士

Advisor: Kae-Kuen Hu, Ph. D.

中華民國 112 年 6 月

June, 2023

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

長照險的消費者輪廓：從認知、訊息到行為之綜合分析

Consumer Profile of Long-Term Care Insurance : An
Integrated Analysis of Cognition, Information, and
Behavior

本論文係李美玲君(P10E41018)在國立臺灣大學事業經營管理碩士在職學位學程完成之碩士學位論文，於民國 112 年 06 月 15 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

胡宜君

(指導教授)

潘念丹

余峻庭

所長：

阮令偉

中華民國 112 年 6 月 15 日

誌謝



在這篇論文完成之際，個人除了懷著對長照險消費者行為分析這個議題的研究精神與熱誠外，也想對所有協助我完成這項挑戰的師長與同學們表達由衷的感謝。

首先，要特別感謝我的論文指導教授：胡凱焜教授，他不僅在學術上給予我專業且用心的指導，也在我遇到難題與迷惘時給予我支持與方向。教授的學識與熱誠對我影響深遠，他教導我以多面向的視角來觀察與研究消費者行為，並且用嚴謹的方法進行學術研究，讓我在撰寫論文中找到研究的樂趣與價值，深感獲益良多。

感謝台大PMBA系所的師長們的栽培與指導，這二年在台北與新竹二地上課讓我收穫非常多，除了有榮幸能獲得眾多教授的指導與經驗傳承外，也認識了一群跨領域且在事業上都是佼佼者的 110PMBA 同學們，他們在這段期間不斷的給予我鼓勵與支持，無論是上課學習的分組研討或是學術研究上的疑難雜症，他們都與我並肩同行，給予我力量。在我寫作這篇論文的過程中，他們的存在就像是點燈的人，讓我在漆黑的夜晚中看見前方的路，能夠繼續堅定的走下去。

此外，我深深地感謝我的家人，他們給予我無條件的愛與支持，他們的鼓勵與支持是我能夠完成這篇論文最大的動力。這二年來他們一直給我鼓勵與支持，讓我能有自信去追求另一片天空。

個人對於長照險消費者行為的研究興趣源自於對於台灣面臨的人口老化議題的關注。面對高齡社會的來臨，商業長照保險顯得日漸重要，而消費者如何選擇並使用長照險則攸關長照保險制度的成功與否。我認為，深入瞭解消費者行為，能夠為長照險制度的推展與普及提供實質的助益。

再次向此論文給予我支持、問卷填寫、方向建議與指導的所有師長、同學、家人、朋友、同事們，表達我最深的敬意和感謝，你們的協助與鼓勵對我來說是無價的。我將帶著這份熱誠與學術的精神，繼續前進，為社會作出更多的貢獻。

謹此鳴謝。

中文摘要

在面對高齡化社會的不可逆趨勢中，台灣所遭遇的健康管理與老後照護議題日益嚴重。由於人口老化與壽命延長，新興的醫療科技和隨之而來的高昂醫療費用也使照護需求和支援產業大幅度增加。這其中，商業長照保險作為能提供金錢或照護服務支援的保險種類，開始為社會廣泛關注。

然而，儘管商業長照保險能滿足大眾對於長照支出的需求，目前台灣的長照保險投保率依舊偏低。分析原因，可能在於長照觀念認知不足，消費者對於長照保險的品牌、聲譽、商品內容和費率等可能不夠明瞭，或者由於部分長照保險費用較高，特別是對於高齡者或身體較弱的人群，他們可能選擇不投保或者投保較低額度的保險。

有鑑於此，本研究旨在通過問卷調查研究和建立分析模型，以深入理解消費者對於長照險的認知和投保行為。具體研究面向包括：1)我國長照政策與制度現況與各國長照制度現況，以及面臨的問題；2)消費者對於長照保險的觀念、認知、知覺風險、健康促進等與購買意願之間的關聯性；3)不同背景條件的消費者對長照保險的認同和需求程度。研究將通過問卷調查法收集資料，對不同年齡、性別、教育程度、收入水準、職業等不同背景的民眾進行隨機抽樣調查，並利用變異數分析、相關分析、回歸分析等方法進行量化分析和結果整理。期盼研究成果能對後續的相關領域或實務發展提供具體的參考價值。

關鍵字：長照保險、高齡化社會、健康促進、知覺風險、投保行為

ABSTRACT

In the face of the irreversible trend of an aging society, Taiwan is encountering increasingly severe issues related to health management and elderly care. The aging population, coupled with extended life expectancy, emerging medical technologies, and consequent high medical costs, have significantly escalated the demand for caregiving services and related supporting industries. In this context, commercial long-term care insurance, which provides financial or caregiving service support, has been attracting extensive social attention.

However, despite commercial long-term care insurance's potential to meet public needs for long-term care expenditures, the current insurance coverage rate in Taiwan remains relatively low. The possible reasons could be the inadequate understanding of long-term care concepts, insufficient clarity on the brand reputation, product content, and premium rates of long-term care insurance among consumers. Furthermore, the high cost of some long-term care insurance, especially for the elderly or those in weaker health conditions, may cause them to opt for no insurance or lower coverage insurance.

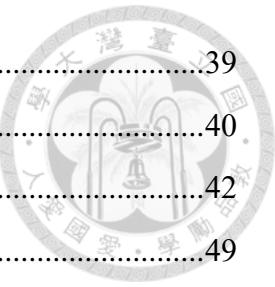
Given these considerations, this research aims to comprehend consumers' understanding and insurance purchasing behavior towards long-term care insurance through questionnaire survey research and model analysis. The specific research aspects include: 1) The current status of long-term care insurance in Taiwan and other countries, as well as the problems faced; 2) The correlation between consumers' perception, understanding, perceived risk, health promotion, etc., of long-term care insurance and their purchasing intention; 3) The recognition and demand for long-term care insurance among consumers of different backgrounds. The research will collect data through questionnaire surveys, conduct random sampling surveys among citizens of various ages, genders, educational levels, income levels, professions, and other backgrounds, and perform quantitative analysis and result sorting using variance analysis, correlation analysis, regression analysis, etc. The research outcomes are expected to provide practical references for subsequent related fields or practical developments.

Keywords : Long-term Care Insurance, Aging Society, Health Promotion, Perceived Risk, Insurance Behaviors.

章節目錄



口試委員會審定書	#
誌謝	iii
中文摘要	iv
ABSTRACT	v
章節目錄	vi
圖目錄	viii
表目錄	ix
1 第一章、緒論	1
1.1 研究背景及動機	1
1.2 研究問題與目的	5
1.3 研究流程	6
2 第二章、文獻探討	7
2.1 各國長照政策	7
2.1.1 台灣長照政策現況	7
2.1.2 中國大陸長照政策現況	11
2.1.3 美國長照政策現況	15
2.1.4 日本長照政策現況	18
2.1.5 韓國長照政策現況	21
2.1.6 德國長照政策現況	24
2.1.7 各國長照政策比較與總結	26
2.2 知覺風險	28
2.3 健康促進	31
2.4 產品口碑與通路選擇	34
2.4.1 產品口碑	34
2.4.2 通路選擇	35
2.5 購買意願與購買行為	37
3 第三章、研究方法	39



3.1 研究架構與研究問題.....	39
3.2 研究假設.....	40
3.3 問卷設計、研究變數與操作型定義.....	42
3.4 研究對象與抽樣方法.....	49
3.5 資料分析方法.....	50
4 第四章 問卷整理與分析:.....	51
4.1 問卷回收整理與基本資料分析.....	51
4.2 ANOVA 分析	58
4.3 相關分析.....	63
4.4 迴歸分析.....	67
4.4.1 購買意願之迴歸分析	67
4.4.2 購買行為之迴歸分溪	70
4.4.3 中介效果檢定	73
4.5 小結.....	76
5 第五章、結論與建議.....	78
5.1 研究結論.....	78
5.2 研究建議.....	84
參考文獻	86

圖目錄



圖 1-1 高齡化時程圖	1
圖 1-2 三階段人口年齡圖	1
圖 1-3 生理功能障礙說明	2
圖 1-4 認知功能障礙說明	3
圖 1-5 六直轄市長期照顧保險有效契約件數占各市總人口比例	3
圖 1-6 研究流程圖	6
圖 2-1 我國扶養比趨勢圖	7
圖 2-2 2017-2026 推估長照需求人數	8
圖 2-3 衛生福利部長照支付新制懶人包	8
圖 2-4 長期照顧之每月預估費用	10
圖 2-5 中國每千人出生率 1978-2022	11
圖 2-6 中國長期護理保險覆蓋人數	13
圖 2-7 日本人口結構分布	18
圖 2-8 韓國人口推估	21
圖 2-9 德國長期照護保險對象被照護需求程度分級	24
圖 3-1 長照險消費行為研究架構	39
圖 3-2 商業長照保險商品內容範例	47
圖 4-1 問卷性別調查統計	53
圖 4-2 問卷年齡調查統計	53
圖 4-3 問卷教育程度調查統計	54
圖 4-4 問卷職業調查統計	54
圖 4-5 問卷婚姻調查統計	55
圖 4-6 問卷子女狀況調查統計	55
圖 4-7 問卷收入調查統計	56
圖 4-8 是否曾購買商業長照保險調查統計	56
圖 4-9 親友是否有長照狀態調查統計	57
圖 4-10 親友若發生長照狀態之照護方式統計	57

表目錄



表 2-1	台灣長照政策基本架構	9
表 2-2	中國長期照護試點城市	12
表 2-3	美國聯邦醫療保險與聯邦醫療補助基本架構	15
表 2-4	美國醫療保險與醫療補助政策補助項目與收費	16
表 2-5	日本介護保險制度基本架構	19
表 2-6	韓國老人長照保險制度基本架構	22
表 2-7	德國長照保險制度基本架構	25
表 2-8	六國長照保險政策比較	26
表 2-9	知覺風險五大構面說明	29
表 2-10	影響長照保險的知覺風險因子	29
表 3-1	研究假設問題 1-14	40
表 3-2	研究假設問題 15	41
表 3-3	長期照護觀念構面	42
表 3-4	期照護支出與商業長照險認知構面	43
表 3-5	知覺風險與健康促進構面	44
表 3-6	產品資訊口碑與通路構面	45
表 3-7	購買意願與傾向構面	46
表 3-8	商品範例與需求評估構面	48
表 3-9	常見的非機率抽樣方式	49
表 4-1	長照險消費行為分析問卷發放與回收情形	51
表 4-2	問卷受訪者基本資料分析	52
表 4-3	問卷受訪結果變異數(ANOVA)分析結果整理	58
表 4-4	問卷受訪結果相關分析結果整理	63
表 4-5	購買意願之迴歸分析結果整理	67
表 4-6	購買行為之迴歸分析結果整理	70
表 4-7	中介效果檢定之迴歸分析結果整理	73
表 4-8	迴歸分析總結	76

第一章、緒論



1.1. 研究背景及動機

高齡化社會來臨是個不可逆的現象，伴隨而生的，就是一連串的健康管理與老後照護議題。根據國發會的統計，台灣人口持續老化，預計將於 2025 年邁入超高齡社會（65 歲以上的老年人口占比大於 20%）（請參閱圖 1-1），屆時 65 歲以上的老年人口將達 470 萬人，預估將持續增加至 2050 年達最高峰 766 萬人後開始微幅減少。另外依據不同年齡人口統計（請參閱圖 1-2），老年人口已於 2017 年超越幼年人口，預估 2028 年，老年人口將為幼年人口的 2 倍，2065 年則達幼年人口的 5 倍。

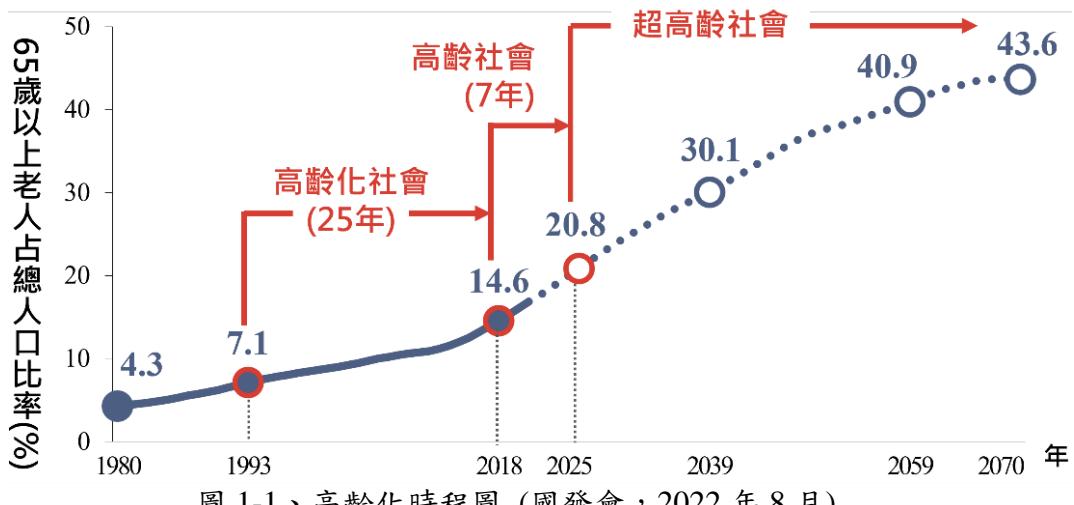


圖 1-1、高齡化時程圖（國發會，2022 年 8 月）

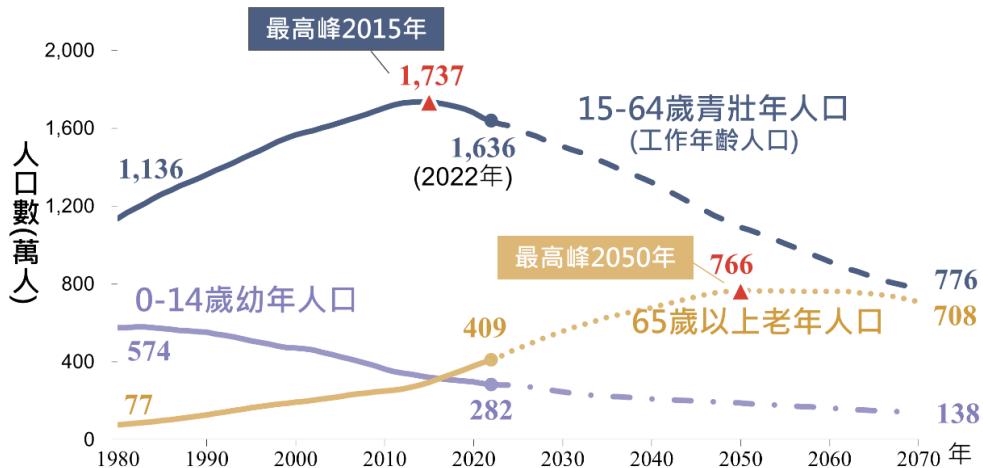


圖 1-2、三階段人口年齡圖（國發會，2022 年 8 月）

在人口高齡化、民眾整體餘命相較於過去大幅提升，加以新醫療科技進步，整體醫療費用逐年提升的情況下，對於扶養比不足的台灣社會而言，高齡長者所面臨的不再只是醫療的問題，而是伴隨產生了大量的照護服務、甚至周邊支援產業之需求，諸如維持健康、修復健康、促進健康相關的一系列健康產品之生產經營、服務提供，甚至保險合約等，在對於長者於退休後之生理支持、經濟支持、生活品質都具有重大的影響。

其中，商業長照保險，在近年來逐漸受到重視。商業長照保險可以保障因老化、失智而導致日常生活不能自理情況，提供金錢或照顧服務的支持，讓被照顧者能過著有品質有尊嚴的生活，亦可減輕照顧者的經濟負擔。並且以符合「長期照顧狀態」做為理賠依據，被保險人只要符合「生理功能障礙」或「認知功能障礙」二項情形之一，即會啟動長照理賠機制，適合重視老化風險的族群；失智險則著重「認知功能障礙」的保障範圍，適合重視家族遺傳病史者。(請參閱圖 1-3、1-4)



圖 1-3、生理功能障礙說明

(資料來源:壽險公會長照保險單示範條款、圖片來源:國泰人壽公教電子專刊)



分辨障礙3項符合2項以上

圖 1-4、認知功能障礙說明

(資料來源:壽險公會長照保險單示範條款、圖片來源:國泰人壽公教電子專刊)

雖然商業長照保險可以為廣大民眾與消費者補足長照支出的需求，但是依據金管會統計，截至 110 年 12 月底，壽險業長期照顧保險有效契約達 87 萬 6,570 件，當年度新契約為 9 萬 3,350 件，若以全台灣總人口數為分母，長期照顧保險有效契約件數(不含要保人是公司法人)為分子，則男、女性投保比率分別為 2.77% 與 4.68%，整體投保率僅為 3.73%。進一步看六都長照險投保率，投保率最高的是新北市，為 4.11%，是唯一投保率超過 4% 的直轄市，至於六都最老的台北市，投保率僅 3.96%，甚至比臺南市還低。

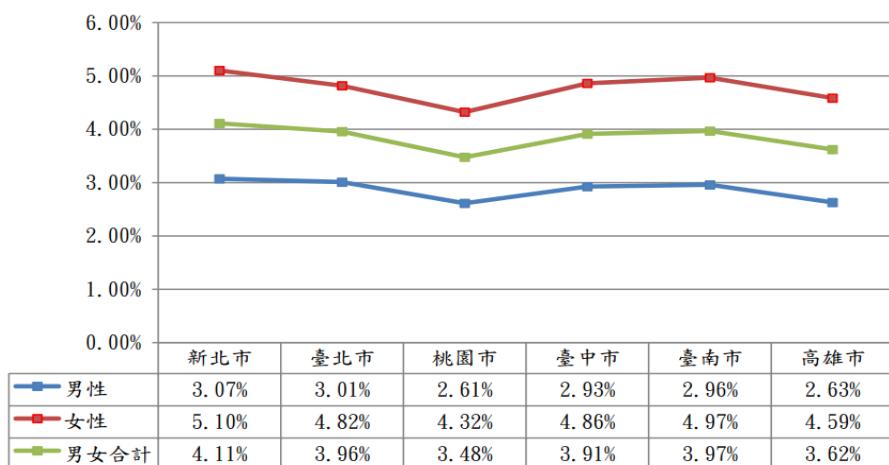


圖 1-5、六直轄市長期照顧保險有效契約件數占各市總人口比例(截至 110 年 12 月)

底)(資料來源:金管會 110 年度長期照顧保險投保對象之性別、年齡、要保人所在行政區域與年收入分佈之交叉分析)

本論文研究者以長年投入保險產業之從業經驗，初步判斷我國的商業長照保險投保率偏低之可能因素如下：



1. 長照觀念認知不足：政府的長照 2.0 服務雖然已廣為宣傳，但消費者對於長照保險的需求與保障內容可能不夠清楚，也不瞭解民間壽險公司提供的商業型長照保險保障範圍與金額。
2. 消費者對長照保險的知覺意識：對於不同壽險公司的品牌、聲譽、長照商品內容、費率等，並未有明確的了解與認知，以致選擇困難會或無法決定。
3. 費用較高：部分商業長照保險的費用較高，尤其是高齡者或體況較弱的人，他們可能會選擇不投保或投保較低額度的保險。

因此，這是屬於投保者(消費者)端的行為議題。在認知、知覺風險，甚至經濟因素的綜合考量下，本研究認為這種以客戶需求為核心的長照險之產品設計，在未來人口高齡化不可逆的社會，將會深深影響保險產業的經營風貌。因此，本研究動機著眼於此，擬透過調查研究並建立分析模型，瞭解消費者對於長照險之認知與投保行為，並提供分析結果做為相關後續研究或實務發展之參考。



1.2. 研究問題與目的

由上述背景敘述與現況說明，可以了解到長期照護是近年來相當受到關注的議題，也因為隨著人口老化現象逐漸浮現，長期照護需求日益增加和吃緊，但民眾投保商業長照保險的比例卻未見顯著提升。消費者對於長照保險的認知、態度及行為意向，是影響長照保險市場發展的重要因素之一。

基於前述之動機，本研究之問題如下：

- 1、世界各國暨我國之長照險產品的發展脈絡，以及現階段遭遇的發展挑戰何在？有何改變機會？
- 2、探討影響長照險產品之購買意願與購買行為的主要影響變數，以及各變數之間是否有中介或調節的現象存在？
- 3、探討不同背景之消費者族群，對於長照保險的購買(投保)行為之差異，暨分析提升長照保險的投保比率之驅動因素為何？

承前述的研究問題，本研究的目的在於了解消費者對於長照保險的認知、態度及行為意向，進而探討影響消費者購買長照保險的因素，並且藉由問卷調查方式，從長照觀念、保險認知、知覺風險、購買意願、健康促進、品牌形象與通路等各個構面，進行消費行為調查與分析。

具體而言，本研究的研究面向包括以下幾個方面：

- 一、我國長期照護保險現況與各國長照制度現況，暨面臨之問題。
- 二、探討消費者對於長照保險的觀念、認知、知覺風險、健康促進等與購買意願之間的關聯性。
- 三、研究不同背景條件的消費者(性別、年齡、家庭背景、收入等)對長照保險的認同與需求程度。

為達成上述目的，本研究將透過問卷調查法進行資料收集，採用隨機取樣方式，對不同年齡、性別、教育程度、收入水準等不同背景之民眾進行調查。並利用統計分析方法，進行量化分析與結果整理。

預期本研究能夠對於長照保險之消費者行為有所貢獻，提供保險業者在推動長照保險時，可以更了解消費者的需求，並且在商品設計、行銷策略上做更精確的規劃，也可提供政府在制定相關政策時的參考。



1.3. 研究流程

1. 分析研究背景：本研究依據國發會、金管會、衛福部及各保險公司關於長照議題與長照保險等相關資料，進行文獻探討，了解其發展歷程，分析現況及相關問題，並進一步進行統計數據的收集，以了解我國於長照保險相關的法令規範、政策制定等各方面的情況。
2. 擬定研究主題與研究目的：依據分析背景所產生的動機，來設定明確的研究主題及研究目的，以確保研究結果能夠達成預期的目標。
3. 收集文獻與整理：利用學術期刊、論文資料庫檢索、政府機構網站搜尋等方式，收集與整理相關文獻，並進行統合與整理。
4. 問卷設計調查：藉由問卷調查方式，瞭解消費者對於長照保險的態度、意見、行為等方面的情況。並且藉由問卷設計，了解不同背景條件的消費者，對長照保險的認同與需求程度。
5. 收集與彙整問卷：問卷將以隨機方式，透過網路與紙本，發放給 18 歲以上的消費者進行調查，填答完成後進行問卷填答回收與資料整理。
6. 資料統計與分析：本研究將會對收集到的資料進行統計與分析，以達成研究目的。包含問卷軟體 Survey Cake 的數據分析外，也將使用量化分析來進行資料處理，例如 SPSS 等。
7. 結果歸納與探討：將資料分析的結果進行歸納與整理並探討研究結果，解釋問卷調查結果的義涵，並對不同背景的結果進行交叉分析，以瞭解消費者在長照保險的購買行為與意向。
8. 研究結論與建議：將依據本研究結果進行總結，並針對研究問題提出成果說明，目標能作為保險業者未來在長照保險商品的設計與行銷面的改善參考，以提高長照險的投保比率，促進長照需求的正向發展。



圖 1-6、研究流程圖(本研究)

第二章、文獻探討



2.1 各國長照政策

2.1.1 台灣長照政策現況

台灣總人口在青壯年數(工作年齡人口)逐年遞減、高齡長者人數逐年增加、平均餘命持續增長(依內政部 110 年簡易生命表，國人的平均壽命為 80.86 歲，其中男性 77.67 歲、女性 84.25 歲)的情況下，未來老年人口的扶養與照護，勢必成為社會上逐漸增加的壓力來源。

依據國發會扶養比趨勢的統計(請參閱圖 2-1)，2022 年每 4 位工作年齡人口負擔 1 位老年人口，2030 年將降至每 2.7 位即須負擔 1 位老年人口，至 2050 年每 1.4 位即須負擔 1 位老年人口。

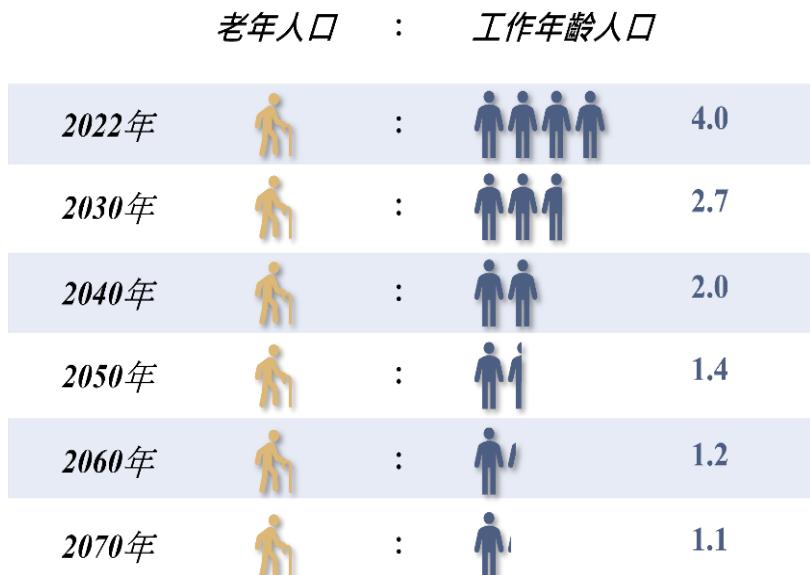


圖 2-1、我國扶養比趨勢圖 (國發會，2022 年 8 月)

另外隨著老年人口快速成長，慢性疾病與身心障礙盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長照需求與負擔也隨之遽增。預估至 2025 年，長照預估需求人口達到近一百萬人(973,393 人)，其中 65 歲以上老人與 50 歲以上失智症者即佔了近 77% 的比例(請參閱圖 2-2)。



圖 2-2、2017-2026 推估長照需求人數(資料來源:衛服部長期照顧十年計畫)

隨著長期照護需求不斷增加，許多家庭和個人面臨著無法承受的壓力。因此，為解決這些問題，我國於 2017 年 1 月開始實施長照 2.0 政策，提供支持家庭、居家、社區及住宿式照護等多元連續服務，以建立以社區為基礎的長期照護服務體系，並提高長期照護需求者和照護者的生活品質。長照四大項服務請參考下圖 2-3



圖 2-3、衛生福利部長照支付新制懶人包(資料來源:衛福部官網)

關於我國長照 2.0 政策所涵蓋的範圍與補助項目等資訊，可參閱下表 2-1 所整理之項目。

表 2-1 台灣長照政策基本架構 (資料來源:衛福部官網)



台灣長照 2.0 政策基本架構	
涵蓋範圍	長照 2.0 服務對象如下，預計服務人數達 73.8 萬人 (衛福部統計) 1. 失能身心障礙者 (不限年齡) 2. 65 歲以上失能或衰弱長者 3. 55 歲以上失能之平地與山地原民 4. 50 歲以上失智患者
政策補助項目	長照 2.0 之四大服務項目 1. 照顧及專業服務：包括提供居家服務、到宅沐浴車服務、日間照顧服務、家庭托顧服務以及多項專業服務，例如復能照護、個別化服務計畫擬定與執行、營養照護、進食與吞嚥照護、困擾行為照護、臥床及長期活動受限照護、居家護理指導與諮詢等。 2. 交通接送服務：提供往返住家至醫療院所就醫（含復健）的交通接送服務。 3. 輔具服務及居家無障礙環境改善服務。 4. 喘息服務：提供短期照護，讓主要照顧者得以休息。服務類型包括居家喘息、機構住宿式喘息、日間照顧中心喘息、小規模多機能服務（夜間喘息）、巷弄長照站喘息等。喘息服務的受益者須具備主要照顧者資格，且實際照顧時間滿一個月。
補助金額與自費項目	1. 照顧及專業服務：1 級失能者不提供補助，2~8 級分別補助 10,020 元/月~36,180 元/月，低收入戶全額給付；中低收入部分負擔 5%；一般戶 16%。 2. 交通接送給付：僅限 4 級以上失能者，依據交通里程給予 1,680 元~2,400 元補助，低收入戶全免；中低收入部分負擔 7%~10%；一般戶部分負擔 21%~30%。 3. 輔具服務與居家無障礙環境改善：以 3 年為單位，每次最多補助 40,000 元，低收入全額給付；中低收入部分負擔 10%；一般戶部分負擔 30%。 4. 喘息服務 2~6 級補助 32,340 元/年，7~8 級補助 48,510 元/年，低收入全額給付；中低收入須部分負擔 5%；一般戶部分負擔 16%。
投保費用	長期照顧制度以稅收制成立之長照基金，一般民眾不須另外付費，長照基金於 106 年 6 月設置，長照財源包含遺贈稅、菸稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入(房地合一稅)及政府預算撥充

長照 2.0 政策對於家中有失能、失智者的照顧家庭來說是一項福音。但扣除政府補助費用，剩餘自付額對許多家庭來說，仍可能是一筆不小的負擔。舉以下三項常見狀況：

1. 若家中有重度失能者需要全天候照顧，或輕、中度失能者但沒有家人可協助，居家照顧服務的時數很容易被消耗殆盡。在長照 2.0 的政策架構下，居家照顧服務主要是透過按時數計費來實現，然而，此類服務存在使用時數上限的問題。
2. 許多失能或失智的病患常常需要頻繁前往醫療院所接受治療或診斷，然而，因為家中不一定有人能夠提供接送的幫助，或是因為失能者需要使用福祉車等交通工具，所以他們經常需要倚賴長照 2.0 提供的交通接送服務。然而，如果病患需要頻繁外出就醫，使用交通接送服務的時數可能會不足。
3. 為了符合失能被照護者的需求，無障礙化居家環境的改造工程往往需要一大筆費用。例如，在家中安裝扶手、鋪設防滑地磚、建造斜坡道等改善措施，可能需要 5-6 萬元以上的預算。然而，根據長照 2.0 政策規劃，提供的三年 4 萬元補助額度可能無法完全滿足所有失能者的需求。

另外若發生重度長照狀況，每月照護的固定支出，依不同照顧方式（居家式、社區日照中心、安養機構等），可能的支出由 1.5 萬到 7 萬/月不等（請參閱圖 2-4），這也是重度長照需面臨的問題。

支出頻率	支出項目	費用
一次性費用	特殊衛浴設備、輪椅、電動床、氣墊	4~20 萬元
長期性 看護費用 (每月)	家人自行照顧	工作收入損失
	聘請本國看護（分日間、全天）	3-7 萬元
	聘請外國看護	約 2.4 萬
	社區照護（日間照護，另有家人照護成本）	1.5~2 萬元
	機構照護（護理之家、長照機構、養護機構）	2~4 萬元
長期性耗材費用 (每月)	營養食品、成人紙尿布、寢具、衣服、交通費、衛生醫療用品（濕紙巾、手套）...	約 2 萬

圖 2-4、長期照顧之每月預估費用(資料來源吳盛富,2020 財經傳訊出版社)



2.1.2 中國大陸長照政策現況

2023 年 1 月份中國國家統計局公布，中國全國人口在 2022 年末達到 141,175 萬人，較 2021 年末漸少 85 萬人，且數據顯示，2022 年中國人口出生率為 6.77‰，低於 2021 年的 7.52‰，創下歷史新低(請參閱圖 2-5)。更令人擔憂的是與 2021 相比，16~59 歲勞動人口減少了 666 萬人，比重下降 0.4%，65 歲及以上人口增加 922 萬人，比重上升 0.7%，來到 14.9%(中國國家統計局，2022)。

中國出生率近年持續下降
中國每千人出生率 (1978年至2022年)

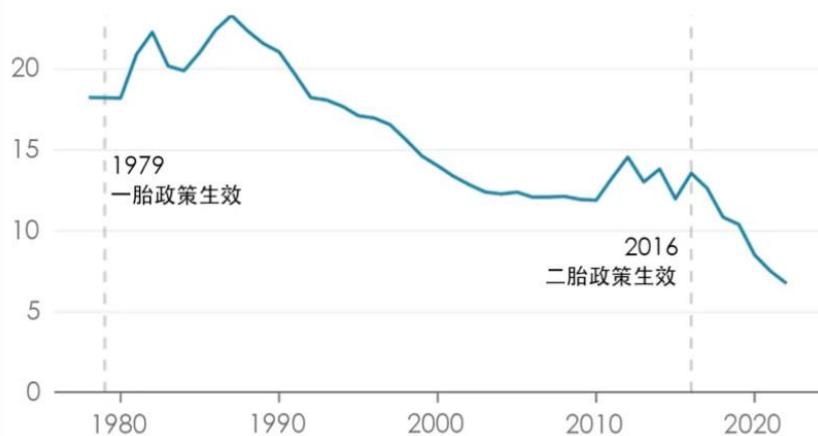


圖 2-5、中國每千人出生率 1978-2022(資料來源:中國統計年鑑、BBC 製圖)

由於中國人口出生率下降，老化速度快速提升，老年人口的扶養與照護議題也是迫在眉睫，我們就從中國的長照服務體系與長照保險政策的二個面向來說明當前中國大陸的現況與做法。

中國的長照服務體系主要分為二大塊，分別為機構式照護，即養老院、照護中心、護理院等機構提供的服務、第二塊則是非機構式照護服務，即在社區與在家中進行的照護服務。但根據統計，家庭內部成員提供的照護服務所占比重達 95% 以上，其他所有家庭外部的服務提供，包含養老機構、社區、家政服務等，全數相加占比不到 5%，由此可知，中國 95% 有長期照護需求的老年人，其照護都來自於家庭成員，並且所得的照護均非專業照護(趙忠傑，2020)。

造成上述狀況的主要原因是大多數退休族無法支應費用高昂的養老機構或長照機構的開支，導致機構服務的比例不高。

以北京為例，退休者每月平均能領取約新台幣 14,800 元的養老金。然而，對於

無法自理的老人，養老機構的月費用範圍在新台幣 15,910 元至 42,140 元之間。顯然，許多老人可能無法負擔這種高昂的費用，尤其是在低收入地區(謝天瀾,2019)。

中國的長期照護保險政策始於 2011 年的《老齡事業十二五規劃》，明確提出要發展的老年社會的福利事業，與明確的擘畫政府職責，並於 2016 年 6 月，人力資源和社會保障部提出了《關於開展長期護理保險制度試點的指導意見》，提出探索建立長期護理保險制度，並選取全國 15 個城市進行試點。

2020 年 9 月 16 日，中國國家醫保局經過國務院同意，會同財政部印發了《關於擴大長期護理保險制度試點的指導意見》，新增天津市、北京市石景山區等 14 個試點地區。到目前為止，中國於全國試點長期護理保險制度的城市已達到 49 個。(請參閱表 2-2)

表 2-2 中國長期照護試點城市 (資料來源：中國國家醫保局，2020)

一、2016 年中國長照保險第一批試點城市		
序號	省份	試點城市
1	河北省	承德市
2	吉林省	長春市、吉林市、通化市、松原市、梅河口市、琿春市
3	黑龍江省	齊齊哈爾市
4	上海市	上海市
5	江蘇省	蘇州市、南通市
6	浙江省	寧波市
7	安徽省	安慶市
8	江西省	上饒市
9	山東省	濟南市、青島市、淄博市、棗莊市、東營市、煙台市、濰坊市、濟寧市、泰安市、威海市、日照市、臨沂市、德州市、聊城市、濱州市、菏澤市
10	湖北省	荊門市
11	廣東省	廣州市
12	重慶市	重慶市
13	四川省	成都市
14	新疆生產建設兵團	石河子市

二、2020 年中國長照保險第二批新增試點城市

序號	省份	試點城市
1	北京市	石景山區
2	天津市	天津市
3	山西省	晉城市
4	內蒙古自治區	呼和浩特市
5	遼寧省	盤錦市
6	福建省	福州市
7	河南省	開封市
8	湖南省	湘潭市
9	廣西壯族自治區	南寧市
10	貴州省	黔西南布依族苗族自治州
11	雲南省	昆明市
12	陝西省	漢中市
13	甘肅省	甘南藏族自治州
14	新疆維吾爾自治區	烏魯木齊市

以涵蓋面向來看，目前中國長期護理保險涵蓋人數達 1.45 億人，累積受惠人數達 172 萬，年人均長照支出減免人民幣 1.5 萬，長照基金的支出佔基本照護費用的 70%左右。(請參閱圖 2-6)



圖 2-6、中國長期護理保險覆蓋人數 (資料來源:中國國家信息中心，2023)

在進行長期照護保險的試點城市中，採用的籌資方式主要分為兩種：按比例籌

資和定額籌資。以長春市為範例，在試點期間，員工的長期護理保險選擇採用按比例籌資方式，企業和個人需各承擔 0.1%的費用，平均來說，每個員工每年大約需支付 130 元。在初期，城鄉居民的長期護理保險的每年繳費金額為 12 元，其中個人需支付 10 元，剩下的 2 元由財政部門補助。



南通市在江蘇省的長期護理保險則採用定額籌資的方式，職工和居民每人每年的繳費金額暫定為 100 元，個人需支付 30 元，由醫保統籌基金徵收 30 元，剩下的 40 元由政府補助。

這些進行試點的城市主要是為長期失能人員提供兩類保險服務，包含基本的生活照料以及和基本生活照料密切相關的醫療護理。隨著長期照護保險的運作漸趨成熟，各試點地區也在積極調整涵蓋的服務項目。舉例來說，上海市為長期照護保險的服務對象提供 27 項基本生活照護和 15 項常用臨床護理，像是鼻胃管護理、壓瘡傷口換藥等。而長春市則為首批超過 4000 戶失能家庭提供到府的生活照料以及相關醫療護理服務，包括 10 項對家庭來說較難進行的生活照護項目，和 8 項需求度較高的醫療護理項目。(新華網，2022)

中國的長期照護保險雖已在 49 個城市開始試辦，但仍有幾項重點問題待解決。

1. 長照保險參與對象城鄉不均衡，大部分只涵蓋城鎮職工醫療保險，未納入城鎮與農村居民。
2. 長照保險資金主要依賴中國醫療保險基金，需積極開拓其他財源。
3. 長照保險籌資(自費)金額城鄉標準不同，造成後續給付條件無法一致。
4. 各城市長照保險給付標準和給付條件差異較大，需中央層級給予明確規範。



2.1.3 美國長照政策現況

1935 年，美國通過了社會安全法案，成為美國社會保障體系的起點。在此之後，遺屬保險於 1939 年成立，失能保險則於 1956 年加入，這些皆是社會保障體系的擴充。然而，到了 1965 年之前，只有 50% 的高齡民眾擁有醫療保險，因此國會於當年修訂社會安全法案，新增第 18 章，針對 65 歲以上民眾提供聯邦醫療保險 (Medicare)，並新增第 19 章，加入聯邦醫療補助 (Medicaid)，以照顧更多高齡民眾的醫療保障需求。(請參閱表 2-3)。

表 2-3、美國聯邦醫療保險與聯邦醫療補助基本架構 (資料來源:本研究)

	聯邦醫療保險 Medicare	聯邦醫療補助 Medicaid
性質	<ul style="list-style-type: none">社會健康保險美國政府對老人、身心障礙者與腎衰竭(需要洗腎)人士所提供的全民健保，被保險人過去在其有能力工作期間已經繳過保費(工資稅)，現在(年老或身心障礙)才得以受到保障。	<ul style="list-style-type: none">為低收入家庭開辦的社會福利健保Medicaid 的受益人要符合政府規定的條件並通過審查
服務對象	<ul style="list-style-type: none">適用年齡達到 65 歲或以上的人士。適用未滿 65 歲但有特殊殘障人士。對於任何年齡的末期腎病 (ESRD) 患者，即那些需要接受透析或腎臟移植的永久性腎功能衰竭患者，都適用。	<ul style="list-style-type: none">低收入的孕婦低收入家庭的兒童住在寄養家庭的兒童殘疾人士低收入的老年人低收入的父母或照顧者

美國社會醫療保險體系最大的特點在於僅以老人、殘障、低收入、孕婦與兒童為對象的公共保障，而並非以一般國民為對象的全民健保制度。

美國政府強調民眾對於長期照護之需求是家庭與個人之責任，政府只對「聯邦醫療保險(Medicare)」及低收入戶「聯邦醫療補助(Medicaid)」負責，始終主張最少干預，採取較低的稅收、強調個人主義(林彥吟, 2017)。

在長期領域，聯邦醫療保險(Medicare)提供的補助範圍僅限於醫療與復健服務，不包括照護機構住宿費用。此外，經聯邦醫療保險(Medicare)補助後，照護機構住宿費用最多僅能補助 100 天，之後必須轉往其他計畫進行付費。相對地，聯邦醫療補助(Medicaid)為美國長期照護服務最大的給付來源，佔近五成比例。然而，聯邦醫療補助(Medicaid)的補助條件仍有多項限制，例如受補助者不能自行選擇入住照

護機構，而名下財產扣除標準包括生活必需的車輛、房產、信託、喪葬費等，其金額需低於一定標準方符合補助條件。(康仕仲，2022)。關於美國聯邦醫療保險與醫療補助所涵蓋與差異比較，請參閱下表 2-4

表 2-4、美國醫療保險與醫療補助政策補助項目與收費(資料來源:本研究)

	聯邦醫療保險 Medicare	聯邦醫療補助 Medicaid
政策補助項目	<p>I. 原本的 Medicare 健保計畫 A,B 二塊</p> <p>A 部分</p> <ul style="list-style-type: none"> •涵蓋了住院病患的醫院護理費用 •專業護理機構的看護服務也包含在內 •終末照護護理的費用也會被承保 •提供了家庭醫療護理的費用保障 <p>B 部分</p> <ul style="list-style-type: none"> •承保醫生以及其他醫療服務提供費用 •門診護理也包含 •家庭醫療護理的費用也會被承保 •耐用醫療設備如輪椅、助行器、病床等等，都在承保範圍內 •此外，也有承保多種預防性的服務，例如篩查、注射或疫苗，以及年度的健康門診。 <p>II. Medicare 優勢計劃，又稱 C 部分</p> <p>A. 這是一種集結 A 部分、B 部分以及通常情況下的 D 部分的多合一替代方案，是原本 Medicare 的替代品。</p> <p>B. 計劃的自付費用可能會比原來的 Medicare 低。</p> <p>C. 大部分的計劃都提供了原本 Medicare 所未涵蓋的額外福利，例如視力、聽力和牙科等。</p> <p>III. D 部分是 Medicare 的處方藥保險</p> <p>A. 這部分協助支付處方藥物的費用，包括許多推薦的注射藥或疫苗，費用由 Medicare 認可的藥物計劃運作，並遵守 Medicare 的規則。</p> <p>B. 這部分可能會幫助降低處方藥的費用，並預防未來的費用上漲。</p>	<p>每個州都有自己的 Medicaid 計畫，但所有州都必須遵守聯邦政府的規定。聯邦政府也為其 Medicaid 計劃規定提供至少一半的資金。</p> <ul style="list-style-type: none"> •住院。 •醫生門診。 •準媽媽的護理。 •兒童預防疫苗。 •檢測及 X 光。 <p>Medicaid 計劃也可能承保多種不同的居家和社區服務 (Home- and Community-Based Services, HCBS)，來幫助人們在家裡居住並積極地在社區中活動與人互動。所提供的支援程度通常基於個人的需求。</p> <p>以下是 HBCS 計劃裡有提供的家庭醫療護理和老人護理之家服務的範例：</p> <ul style="list-style-type: none"> •個人照護，例如淋浴 •載送服務 •專業護理照護 •言語、物理與職業治療 •管理飲食和營養 (健康飲食) •送餐到府 •家務管理 <p>一些 HCBS 服務(如專業護理照護和職業、物理或語言治療)由合格且在某些情形下由持照專業人員提供。其他服務，例如做家事和做飯等，可由家人、朋友或付費的照護者提供。</p>
投保費用	<ul style="list-style-type: none"> •以年收入等級計算保費，以 2022 年為例： <p>年所得\$9.1 萬等級，保費約\$170/月</p> <p>年所得\$11.4 萬等級，保費約 240/月</p> <p>年所得\$14.2 萬等級，保費約\$340/月</p> <p>年所得\$17 萬等級，保費約\$442/月</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Medicaid 是政府低收入保險，聯邦貧困線美國 48 個州和哥倫比亞特區的家庭規模決定。例如，到 2022 年，單身成年人為 \$13,590 美元，四口之家為 \$27,750 美元，八口之家為 \$46,630 美元。符合者不需負擔費用。

整體而言，美國並無發展一套完整的長期照護政策方案。生活無法完全自理的民眾，需要先透過私人保險或本身資產來取得正式長照服務，但因對長照費用認識不足、私人長照納保率偏低及長照服務價格昂貴，失能民眾往往先依賴家庭成員的照顧，應付日常生活需求(傅健豪、林翠芳，2017)。





2.1.4 日本長照政策現況

根據日本總務省統計局資料，截至 2022 年 10 月 1 日為止，日本人口總數為 1.25 億人(124,946,789)，但 65 歲以上的人口，已經突破 3,627 萬人，佔總人口的 29.1%，甚至 75 歲以上的人口也達到 1,937 萬人，佔總人口數已超過 15%，正迅速地邁向超高齡化社會。

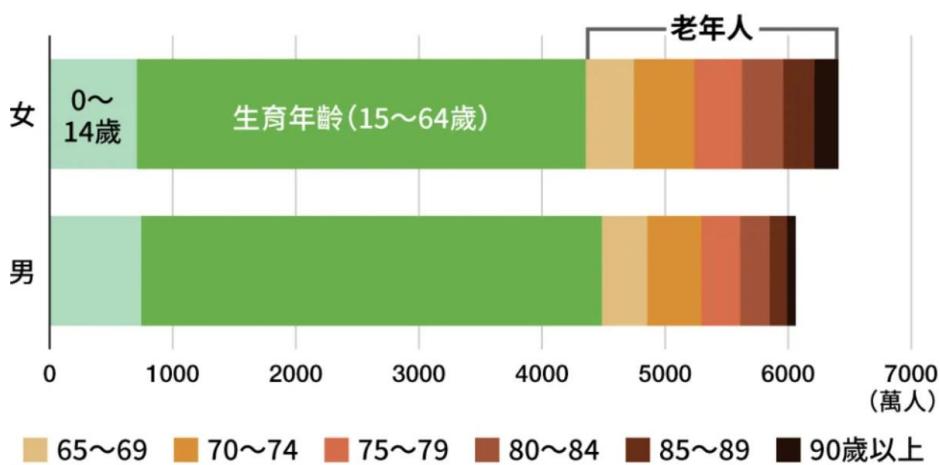


圖 2-7、日本人口結構分布 (資料來源:日本總務省、製圖 Nippon 網站)

日本於 1980 年代即意識到人口少子化及老年化的危機，並開始認真重視老人的身心障礙問題，故 1990 年頒布「高齡者保健福利推進十年策略」，於 1997 年立法通過長照保險專法---介護保險法，並於 2000 年 4 月初正式實施「介護保險制度」，詳細內容請參閱下表 2-12。

日本介護保險制度的實施可以說是因應日本人口老化與少子化問題而建立，協助需要長期照護的國民在社區或機構中生活和接受照護。它最大的優點是普及性。根據 2022 年的統計數據，日本 65 歲以上的人口約占總人口的 29.1%，加上日本人平均壽命全球最高(女性 87 歲、男性 81 歲)。通過強制投保的介護保險制度，日本政府能夠確保 65 歲以上的高齡者與身心障礙者都能夠得到必要的照護和支援。

關於日本介護保險基本架構與項目說明，請參閱下表 2-5

表 2-5、日本介護保險制度基本架構 (資料來源:本研究)

日本介護保險(長期照護保險)制度基本架構	
涵蓋範圍	<ul style="list-style-type: none"> 日本所有 40 歲以上的國民都必需加入介護保險制度，被保險人分為二類 <ol style="list-style-type: none"> 65 歲以上老人稱之為 1 號被保險人。 40~64 歲的中高齡者稱之為 2 號被保險人。 本保險制度適用對象有二大類： <ol style="list-style-type: none"> 65 歲以上臥床、失智、身體虛弱，需要介護與生活服務者。 40~64 歲發生與老年疾病有關的初期失智、腦血管病變等疾病。
政策補助項目	<p>申請給付前需要先進行評估，以確定其所需的護理等級，該等級分為 1 至 5 級，其中 1 級為輕度，5 級為重度。根據受益人所選擇的服務種類以及護理等級，介護保險制度會提供相關比例的補助金給予介護單位或機構。介護服務包含以下：</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活援助：包括個人衛生、進食、沐廁、移動等生活協助。 醫療保健：提供醫療護理、輔助器具等護理照護。 機能訓練：通過體操、運動、等方式，提高被保險人的活動能力和機能。 醫療社會工作：提供諮詢、指導、協助被保險人的社會參與。 居家照護：在被保險人的住所提供照護。 短期入院照護：提供居家照護無法滿足的護理照護。
補助金額與自費項目	<ul style="list-style-type: none"> 介護保險法規定的給付種類有兩種：一是介護給付，給付對象為需要介護者；另一種為預防給付，給付對象為需要支援者。同時也規定，介護保險的給付方式以實物給付（服務給付）為原則，遇到特別情況才給予現金給付，使用者使用各種服務時，原則上自付額為 10%，若超過使用上限額度者，全額自付。 符合給付條件的個案可在居家服務和機構服務中自由選擇服務提供單位與自行組合需要服務的項目，若被保險人擁有其他的社會福利服務資格(如身障等)，則以社會福利服務為優先。同一對象介護保險不重複給付。
投保費用	<ul style="list-style-type: none"> 日本介護保險的財源，50%是由投保的保險人負擔，另外 50%由政府負擔。保險人負擔 50%的部分，1 號保險人 (65 歲以上)負擔 17%，2 號保險人負擔 33%。政府負擔 50%的部分，中央分攤 25%，地方(都到府縣與市町村)各 12.5%。 此制度中保險人所繳納的保費是終身的，即使高齡者由家庭照護完全沒用的介護服務也一樣需要終身繳費，低收入則由政府補助。 1 號保險人的保險費原則上由老人年金中扣繳，2 號保險人依收入與加入的醫療保險的費率決定繳交費用。

雖然日本介護保險制度實施至今已經超過 22 年，中間也經歷數次的修正，但制度本身仍未完善，仍有改善的空間，以下是本研究過程所看到的問題點。

1. 介護保險制度主要保障 65 歲以上高齡身心障礙者，但對於 2 號被保險人 (40~64 歲納保者)，僅給付限於「老化併發疾病」所產生的照護需求，包含初期失智、腦血管病變等疾病等，與 65 歲以上的保障項目差異甚大，無法落實照顧到 64 歲以下身障或有長照需求服務的民眾。而且 40~64 歲的納保者負擔了總保險費用的 33%，在長照給付的普及度與公平性來說還有改善的空間。
2. 人口持續老化造成介護保險支出持續擴大，但人口老化比例逐年提升，加上少子化衝擊，未來繳交保費的人口將逐漸縮小，如何擴大資金籌措與兼顧服務與給付內容是刻不容緩，提升自負額或另外訂定稅收可能是未來須考量的方向。



2.1.5 韓國長照政策現況

根據韓國國家統計廳的統計，截至 2019 年，韓國 65 歲以上人口已經超過了 800 萬人，佔總人口的 14.9%，而這個比例還在不斷增加。平均來看，韓國人的年齡中位數已經達到 42.6 歲。尤其值得注意的是，到 2040 年時，預估 65 歲以上人口將佔到總人口的 33.9%，顯示韓國正面臨高齡社會的挑戰。更加令人擔憂的是，高齡人口中有高達 45.7% 相對貧窮，這個數字讓韓國的朝野感到十分擔心，形容韓國的高齡社會是「又老又窮」(譚淑珍、黃菁菁，2020)。

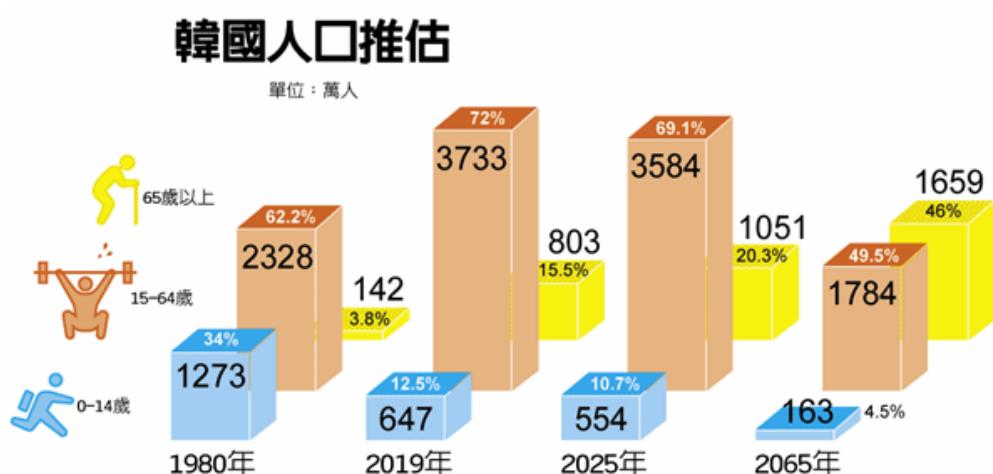


圖 2-8、韓國人口推估 (資料來源:2019 韓國統計廳、製圖工商時報)

韓國早在 2005 年就開始關注低生育率和高齡化對社會的影響，因此制定了《低生育老齡社會基本法》並成立了直屬總統的委員會，該法明確規定每五年制訂一個基本計畫。在第一個五年期間，韓國制定了多項基本法律依據，包括 2006 年的《老齡親和產業振興法》和 2007 年定立的《老年人長期療養保險法》，後者於 2008 年 7 月 1 日正式實施。這些法律措施旨在因應人口老化所帶來的挑戰，提供更完善的社會保障制度，確保高齡社會的生活品質和福祉。

韓國的長期照護採用類似台灣的全民健保制度，為單一保險人，保險人是韓國國民健康保險公團 (NHIC)(簡稱健保公團)，老年人長期照護保險是由 NHIC 與地方政府編列預算共同合作，並且為了收費方便，老年人長期照護保險的費用是和健保費合併徵收。

關於韓國長期照護制度請參閱下表 2-6

表 2-6、韓國老人長照保險制度基本架構 (資料來源:本研究)

韓國長期照護保險政策基本架構	
涵蓋範圍與對象	韓國於 2007 年立法完成《老年人長期療養保險法》，於 2008 年 7 月 1 日實施。以 20 歲以上健保投保人為保險對象，但給付僅限定 65 歲以上老人或 65 歲以下患有老人慢性疾病或腦血管病變者，並未包含 65 歲以下身心障礙人士。
政策補助項目	<p>保險受益對象分為二部分：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 65 歲以上老人或是 65 歲以下患有失智症、腦血管病變等老人疾病者。2. 經認定已經 6 個月以上無法從事日常生活活動者 (等級分 1~3 級)。 <p>老年人長照保險給付方式有三種</p> <ol style="list-style-type: none">1. 居家型給付，包括六項給付內容：(1)居家訪視服務(2)到宅沐浴服務(3)居家護理(4)短期照護(5)日夜間照護(6)輔具用品購買、租賃補助2. 機構型給付：包含長期照顧機構與老人共同生活家庭二種。3. 特殊現金給付，也分為三種(1)家屬照顧現金給付：照護機構不足或有家屬照顧必要性之個案方能申請(2)特例照護現金給付：因特殊狀況入住非指定長照機構，可申請部分補助(3)長期療養醫院看護現金給付。
補助金額與自費項目	個人負擔分二部分，若給付單位為機構，自負額約 20%，若給付單位為居家型照護，自負額約 15%。中低收入戶(所得在最低生活成本 130% 以下)自負額減半 (機構 15%、居家 10%)，低收入者自負額全免。
投保費用	<p>韓國老人保險財源主要來自民眾繳交保費 (約占 70%)，其餘 30% 來自中央與地方政府所編列之預算。</p> <p>韓國老人保險費率約為健保費率的 6.55%(2014)，繳交費用於 2012 年為例，一般民眾每家戶平均繳交 5275 韓元(150 台幣)，職場受雇者平均繳交 11072 韓元(314 台幣)。</p>

韓國老人長期照護保險自 2008 年實施以來，雖然為老年人提供了重要的照護保障，但也面臨著一些需要改進的問題，說明如下：

1. 長期照護保險的保障額度不足：長期照護保險的保障額度雖然比過去有所提高，但對於需要較高水平的照顧的人來說仍然不足。此外，韓國的長期照護保險還存在醫療與非醫療分開計算的問題，這使得保險給付的金額更不足以應對實際需求。
2. 長期照護保險的等待期太長：韓國的長期照護保險需要經過長達六個月的等待期才能夠開始給付，這使得一些需要立即得到照顧的人無法獲得及時的幫助。而且，保險公司會要求提交大量的相關文件進行審核，進一步延長了等待的時間。
3. 長期照護保險的保障對象限制：韓國的長期照護保險只針對 65 歲以上的老年人進行保障，對於 60 歲至 65 歲之間的人口則沒有提供相應的保障。此外，韓國的長期照護保險還對外籍人士進行限制，對於一些需要長期照護的外籍人士來說，這樣的限制會對其生活造成極大的影響。
4. 長期照護保險的財務可持續性問題：韓國的長期照護保險面臨財務可持續性的問題，主要體現在保險基金的缺口和保險費的增加。隨著韓國的人口老齡化程度不斷加深，長期照護保險的財務壓力也會進一步加劇。因此，需要針對這一問題進行相應的改進和調整。

綜上所述，韓國政府所辦理的老年人長期照護保險還存在著一些問題點，這些缺口就可仰賴民間壽險公司所提供的長照保險給予補足。



2.1.6 德國長照政策現況

德國長期照護保險是獨立的社會保險制度，發展主要是受到人口老化和社會轉型的影響，為德國境內需要長期照護的居民提供服務。

1994 年，德國正式通過「長期照護保險法」，並於 1995 年 1 月 1 日起開始徵收保險費。同年 4 月 1 日，德國率先實行居家照護給付，隨後於 1996 年 7 月 1 日進入第二階段：機構照護給付。

德國的長期照護保險分為法定和私人兩種制度，原則上全體公民均需參加，基於「長期照護保險隨健康保險」的原則，被保險人必須選擇其所參加的健康保險類型，並對應加入法定或私人的長期照護保險。雖然私人長期照護保險名稱中含有「私人」兩字，但因法律強制全體公民均需加入，保險公司在合約自由上受到相當限制。無論是法定或私人長期照護保險，其基本原則和照護給付均相同。(林谷燕，2011)

德國與其他國家於長期照護保險制度最大的不同，就在於德國長照的居家服務給付項目，包含了現金項目與服務，而且可自由搭配選擇。主要原因有二點：

1. 支持以女性為主的居家照護人員，鼓勵發放現金支持居家照護制度。
2. 發放現金的成本比事實上比實物給付或人員服務成本都要低廉。(陳明芳，2012)

德國長照保險實施後，被照護需求程度分為三等級如下圖所示，根據不同的分級提供對應的照護內容與服務時間。

分級	定義	服務時間安排
等級一 (Pflegestufe I) 顯著之照護需求者	在個人衛生、營養攝取或身體活動部分，至少有兩項日常事務每日需至少 1 次，家務照料扶助每週需多次扶助，由家屬或其他非職業性照護服務人員提供服務。	每天所提供之基本照護至少 45 分鐘，而整體照護服務至少 90 分鐘。
等級二 (Pflegestufe II) 嚴重之照護需求者	在個人衛生、營養攝取或身體活動部分，每日不同時段需至少 3 次之扶助及每週多次之家務照料扶助，由家屬或其他非職業性照護服務人員提供服務。	每天所提供之基本照護至少每日 2 小時，整體照護服務至少 3 小時。
等級三 (Pflegestufe III) 最嚴重之照護需求者	在個人衛生、營養攝取或身體活動部分，日夜需受扶助且每週需數次之家務照料扶助，由家人或其他非職業性照護人員所提供之基本照護。	每日至少 4 小時，整體照護服務則至少 5 小時。

圖 2-9 德國長期照護保險對象被照護需求程度分級(護理雜誌 57 卷 4 期，2008)

德國作為一個於 1995 年即實施長期照護政策的國度，近年來也面臨到巨大的挑戰，根據官方統計，從 2015 年到 2017 年短短兩年內，有資格接受照護福利的人數驟升了 19%，2017 年底更首次衝破 340 萬人。伴隨而來的問題就是照護機構與

照護人力不足，無法及時配合大量增加的長照人口，以及因給付人數快速增加，但保險基金的收入並未跟上增長速度，導致長照基金面臨了巨大壓力。

表 2-7、德國長照保險制度基本架構 (資料來源:本研究)

韓國長期照護保險政策基本架構	
涵蓋範圍與對象	德國於 1994 年立法完成《長期照護保險法》，於 1995 年 1 月 1 日實施。因長期照護保險依隨於健康保險原則與長期照護保險為國民保險的原則下，被保險人為全體國民。
政策補助項目	<ol style="list-style-type: none"> 居家照護實物給付，包含基本照護(身體照護、營養攝取、身體活動)，以及家務打理(買東西、煮菜、打掃房屋與清洗衣物)，補助金額依照護等級 1 為 450 歐元/月、等級 2 為 1100 歐元/月、等級 3 為 1550 歐元/月。特別嚴重個案可達 1918 歐元/月。 自僱照護人力之照護津貼，等級 1 為 235 歐元/月、等級 2 為 440 歐元/月、等級 3 為 700 歐元/月。 部分機構式照護，金額比照上述居家照護實物給付。 短期全機構照護，每年最多四星期，補助最高 1550 歐元/年。 照護輔具補助，消費性輔具如消毒劑每月支付不超 31 歐元，年滿 18 歲照護需求者須自付 10%，以每件不超過 25 歐元為限。 住宅環境改善補助，例如門加寬方便輪椅進出，每一措施最高補助 2257 歐元。 對非職業性居家照護人員只要持續照護時間達 6 個月以上，可申請年金保險與失業保險由照護基金會支付。
補助金額與自費項目	若照護家庭每月超過上述補助項目的金額，則超過部分自行負擔。
投保費用	德國長照保險費率依被保險人是否育有子女而有所差別，無子女之勞工負擔費率為 1.225%，有子女之勞工費率為 0.975%，非勞工身分的被保險人無子女者為 2.2%，有子女者為 1.95%。

2.1.7 各國長照政策比較與總結

表 2-8、六國長照保險政策比較 (資料來源:本研究)



國家	長照政策優點	長照政策不足處	未來可改善之方向
台灣	1. 覆蓋範圍廣泛，包括老年人、50 歲以上失智與不限年齡身心障礙者。 2. 政府主導，民間機構與醫療體系共同參與，服務項目多元。	1. 護理資源分布不均與人力資源不足，城鄉差距明顯。 2. 補助金額有限，重度患者常有時數不足或補助金額不足的狀況。	1. 長期護理品質標準不夠完善，需近建立重症長期照護機制。 2. 長照保險資金來源需進一步拓寬，以利未來服務範圍擴大與金額提高。
中國	1. 中國政府高度重視長照政策的發展，制定了一系列相關政策和規定，發展快速。 2. 長照政策中注重發展社區照顧模式，讓長者能夠在家附近獲得適切的照顧，減輕家庭照顧負擔。	1. 保險參與對象城鄉不均衡，大部分只涵蓋城鎮職工醫療保險，未納入城鎮與農村居民。 2. 目前仍是選定城市試辦階段，各城市費用與理賠標準皆有所不同，尚無統一標準。	1. 目前的長照政策仍為各城市試點自辦，給付標準與條件皆不相同，續於未來建立統一規範。 2. 長照保險主要依賴中國醫療保險基金支應，後續需擴大收入來源，確保能長期支持與擴大辦理。
美國	1. 聯邦政府提供的醫療保險與補助 (Medicare& Medicaid)，可以為不同經濟能力的長者提供長照支持。 2. 長照服務體系元化，包括居家照顧、日間照顧中心、長期護理院等各種選擇，以滿足不同長者的需求。	1. 僅以老人、殘障、低收入、孕婦與兒童為對象的公共保障，而並非以一般國民為對象的全民健保制度。 2. 聯邦醫療補助需為低收入與低資產，一般民眾申請困難。	1. 由於醫療費用昂貴，Medicare 保險費率相對高昂，未來在人力成本與藥品成本持續走高下，需增加財源以利支應。 2. 降低 Medicaid 申請門檻，可嘉惠更多民眾。
日本	1. 涵蓋所有 40 歲以上的國民全數加入介護保險制度，有效保障老人的老後照護需求。 2. 給付包含需要長照服務支援者與照護機構，而且照護機構選擇多元，可以自行選擇型態與組合服務內容。	1. 保險制度主要保障 65 歲以上高齡身心障礙者，但對於 40~64 歲納保者被保險人，僅給付限於「老化併發疾病」所產生的照護需求，包含初期失智、腦血管病變等疾病等。 2. 給付給長照需求者主要以服務給付為原則，非特殊原因無法用現金給付。	1. 日本面臨老齡化加劇的壓力，未來給付需求可能上升快速，需提早進行財務與照護人力的配置。 2. 長照給付主要以 65 歲以上為主，未來可以將給付面擴大達到更為普及與更為公平。
韓國	1. 韓國長照保險結合健保為社會保險，年滿 20 歲即納保，涵蓋率高。 2. 韓國長照保險由中央與地方共同合作，共同編列預算與擔任不同角色，使老人能獲得適當照護與保險支出能獲得控制。	1. 韓國的長期照護保險需要經過長達六個月的等待期才能夠開始給付，這使得一些需要立即得到照顧的人無法獲得及時的幫助。 2. 自負額需 15% 至 20%，負擔相對較重，另外保障額度只能支付基本需求，對長期照護需求者仍有不足。	1. 擴大給付年齡，目前只針對 65 歲以上老人或 65 歲以下失智、腦血管病變者提供服務。 2. 簡化長照認定手續以利即時性服務。
德國	1. 全體公民皆需要參加長期照護保險隨健康保險，涵蓋層面廣。 2. 政府放寬讓私人保險公司加入此制度，但理賠與服務條款比照政府的條件，投保人可以自行選擇要加入法定或私人服務。 3. 支持以女性為主的居家照護人員，發放現金支持居家照護制度。	1. 德國從 2015 年到 2017 年短短兩年內，有資格接受照護福利的人數驟升了 19%，造成照護人力與機構不足。 2. 德國長照服務與照護機構存在城鄉差異，需要仰賴政府支持將差異彌平。	1. 培育更多長照專業人力與照護機構，以對應未來更龐大的照護需求。 2. 由於給付人數快速增加，已經造成長照基金的壓力，需盡速開闢新的財源收入以支應未來需求。

以上是六國的長照政策與實施現況與其優缺點及未來可改善方向，儘管上述許多國家已經實施了政府公辦的長期照護政策，但民眾投保民營保險公司的長期照護保險仍具有一定的必要性。以下是原因分析和可補足的缺口：

1. 補足政府公辦照護政策的不足：

雖然各國政府提供長期照護服務，但在納保年齡與保障與給付年齡規定等各有不同，比如日本 40 歲以上國民全部強制納保，但 40~64 歲投保者只有保障與老年疾病有關的初期失智、腦血管病變等疾病。韓國發生長照狀況等待期長達 6 個月等。這些規定與保障可能無法滿足全年齡需求和風險預防。投保民營保險公司的長期照護保險可以提供更完整的風險保障。

2. 減輕家庭負擔：

上述主要國家的長期照護給付主要是以提供服務為主，現金給付多為特殊狀況或少數地區，而服務給付對於中重度長照患者來說，常有補助上限或時數不足等問題，仍需自費安排照護。另外公辦長照政策依據經濟狀況有自負額的規定，除了低收入有機會全額補助外，中產階級可能需要自負 10%~20% 的服務費用，這對家庭來說仍是一筆不小的負擔。投保民營的長期照護保險可減輕費用支出的壓力，並且確保遭遇長照狀況時，個人與家庭的生活品質不致於受到大幅影響。

3. 提高照護品質：

上述各國的長照保險政策主要包含居家照護、社區照護和機構照護這三大方向，但普遍都會遇到的問題有城鄉醫療資源差距、長照人力不足和專業訓練待強化、服務項目以居家服務和社區照護為主，長照機構補助時數不足等問題。投保民營保險公司的長期照護保險，可以讓我們於政府基礎的長照服務外，有選擇其他照護方式與更高品質的照護環境的能力，

4. 因應未來老年化少子化的長照政策危機：

以德國為例，2015~2017 的二年間，長照需求人口驟升 19%，對於長照給付與照護人員與機構調度等都造成相當大的壓力，尤其各國於高齡化與少子化情況日趨嚴重，政府的長照資源與資金是否能永續經營實為一大問題，若能投保民營保險公司的長照保險，可分散此風險，避免在未來因公辦長照政策因故受到影響時，不致降低風險預防和保障。



2.2 知覺風險 (Perceived Risk)

從 1920 年代開始，風險的概念在經濟學領域逐漸受到重視，並陸續地應用到消費者行為模式中，成為了影響消費者購買意願的一種重要因素。

Bauer(1960)首度將知覺風險的概念引入行銷管理領域，開啟了以知覺風險的構面來探索消費者行為的新篇章。

知覺風險的概念是在心理學領域首度被提出，它代表了一種心理上的不確定感。根據 Baird (1985)，知覺風險是個人對環境、情境風險的評價，也就是說，它是個人對情境不確定性的估計，以及對其可被控制程度的評價。Dowling (1994)進一步指出，知覺風險是影響消費者購買行為的結構性因素，它不僅影響消費者對產品或服務的購買傾向，也會影響他們對供應商的選擇。

知覺風險包含兩個主要的結構構面：決策結果的不確定性以及錯誤決策後果的嚴重性。Bauer(1960)舉例說明：我購買了這盒雞蛋，我如何確定其中沒有腐壞的蛋？或者如果其中有一個蛋是壞的，是否有家人會吃到而得病？這兩個例子都清楚地說明了知覺風險的兩個主要構面(Taylor, 1974)。因此，知覺風險可以定義為：消費者在購買產品或服務時所感知到的不確定性和不利結果的可能性(Dowling and Staelin, 1994)，它是一種主觀的預期損失(Sweeney et al., 1999)。

雖然學者間對於損失類型的定義並不完全一致，但 Jacoby and Kaplan (1972)進一步將知覺風險分為五個構面，分別為財務風險、功能風險、身體風險、心理風險及社會風險。這些的風險構面都可能會影響消費者的購買決策。例如，在 Sjöberg (1994)的研究結果顯示，消費者對於結果嚴重性的認知會影響也比較能預測購買保險的需求。而 Palm (1999)的研究則發現決定購買保險的因素主要取決於風險發生的機率。

總結來說，知覺風險是一種關鍵的消費者行為模式，它包括了對決策結果的不確定性和錯誤決策後果的嚴重性的評估，以及對五種不同風險類型的考量。這種複雜的結構使得知覺風險成為了影響消費者購買決策的重要因素。因此，對於行銷管理領域來說，了解並善用知覺風險的概念是非常重要的。

Jacoby 和 Kaplan(1972)對於知覺風險的五個構面說明，請見下表

表 2-9、知覺風險五大構面說明 (資料來源:本研究)

知覺風險五大構面	構面說明
財務風險 (Financial Risk)	指消費者在購買商品或服務時，擔心因為其價格高昂、維護成本費用過高等因素而帶來的財務損失風險。
功能風險 (Performance Risk)	指產品或服務的實際表現是否符合消費者的期望，例如功能性、可靠性、品質等。
身體風險 (Physical Risk)	指使用產品或服務可能對身體造成的損害或危險，例如醫療手術、食品添加物等。
心理風險 (Psychological Risk)	指消費者在購買商品或服務時，擔心因為其與自身價值觀、社交形象、自我認同等因素不符而帶來的心理不適或社會風險。
社會風險 (Social Risk)	指購買產品或服務是否符合社會標準，是否符合消費者所屬社群的期望，以及是否會引起他人的不滿等風險。

知覺風險和購買保險商品之間有密切的關聯性。保險商品通常是由來轉移風險的工具，因此，當消費者感知到某種風險時，他們往往會考慮購買相應的保險商品來降低風險帶來的損失。以下是依據不同面向來分析消費者的知覺風險，與考慮購買長期照護保險商品之間的關聯性：

表 2-10、影響長照保險的知覺風險因子 (資料來源:本研究)

知覺風險五大構面	影響購買長照保險因子
財務風險 (Financial Risk)	消費者可能擔心未來年老或因病造成長照需求或長期的長照狀態時，所衍生的照護費用與財務損失。若未有長行行為發生時，也可作為理財配置與分散風險。
功能風險 (Performance Risk)	消費者可能擔心現行的政府長照政策與照護服務無法提供足夠的保障與承諾，希望能於自身能力範圍內進行強化與補足潛在缺口。
身體風險 (Physical Risk)	消費者可能因為個人生活習慣、家族病史或長照經驗，對於長期照護展現出更高的風險意識，期望加強其風險承受能力。
心理風險 (Psychological Risk)	指消費者可能擔憂未來若不幸發生長照狀態或失智問題時，照護的責任與開支會造成自己子女或父母等親人的負擔，或是可能為不婚族，希望能有尊嚴的終老。
社會風險 (Social Risk)	雖然消費者的財務能力與環境，能夠承受長照問題或失智等帶來的風險與損失，但因為認同長照保險的積極意義與保險公司的商品與服務，進而提升購買意願。

上述構面都是指消費者思考並購買長照保險前會產生的知覺風險，並且不同的消費者可能會對不同的風險構面感到不同程度的不安。消費者感知到的風險程度會影響他們對保險商品的購買決策，因此瞭解這些構面對於瞭解消費者行為非常 important。

當然，購買保險商品本身也會帶來一定的知覺風險。消費者可能會擔心過高的保費造成經濟負擔，保險商品條款的保障範圍不足或保險公司無法支付理賠與倒閉等問題。因此，保險公司也需要積極管公司形象或產品本身所衍生的知覺風險，提高其信任度和品牌形象，以促進消費者購買保險商品。

本研究將以問卷調查形式，以知覺風險相關聯之題目，請消費者依據直覺進行填寫，以判斷消費者的知覺分險是否與長照保險購買意願之間，是有某些關聯性？

本研究預期推論為，若消費者的對長照觀念的知覺風險越高，則購買長照保險的傾向越高；若消費者對於長照商品的知覺風險越低(對商品越了解、保費負擔越低...等)，則消費者購買長照保險的意願越高。



2.3 健康促進

根據 2007 年的 AC Nielsen 全球消費者大調查，發現個人健康在消費者關心的議題中位居前三名，不論在世界各國都如此。這表明在人們追求提升物質生活品質的當下，也積極尋求改善個人健康的方法。

研究發現人們會根據自身的生活習慣、偏好、價值觀，甚至是個人健康狀況和對未來健康的期望，選擇適合自己的健康行為，並且會依據性別、年齡、收入、職業等皆會影響其選擇促進或維護個人健康的方式。Dever 的研究指出，在許多影響因素中，健康促進生活方式對個人與健康相關的具體行為影響最大 (Dever, 1976)。換句話說，擁有不同健康促進生活方式的人會制定不同的具體措施來改善健康。

世界衛生組織在 1984 年將健康促進定義為「使人們更能掌握健康的決定因素，並增加健康的過程」(WHO, 2006)。Pender (2000) 也指出，健康促進不僅僅針對特定疾病或健康問題的預防，而是一種積極的、以自我實現為導向的健康行為，引導個人維護或提升健康、自我實現和幸福滿足的態度，並表示個人積極主動地建立新的行為模式。相比之下，預防性行為則是一種穩定的傾向，暗示著減少、避免或去除現有的危險行為。因此，健康促進旨在積極拓展健康潛力，使個體的身體功能達到最佳狀態，而疾病預防則旨在阻止或降低疾病或特定健康問題對個人健康造成的傷害 (王秀紅, 2000；陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棣, 1997)。

健康促進和疾病預防雖然是兩個不同的概念，但常常被混為一談 (黃毓華、邱啟潤, 1996)。健康促進強調積極展現有益健康的行為，而疾病預防則主要避免危害健康的行為 (李蘭, 1991)。Laffrey (1985) 認為，健康促進是指為了達到更高層次的健康而採取的措施；Pender (1982) 從健康生活方式的角度分析，認為健康的預防和促進行為是相互補充的元素，預防行為偏向靜態或被動，著眼於降低疾病發生的機率；而健康的促進行為則是一種朝向正向成長和改變現實的驅動力。

研究指出，健康促進的生活方式涵蓋了多個方面，包括適當的營養攝取、對個

人健康負責任、具備適當的自我實現能力、獲得社會支持、定期運動以及有效處理壓力等(陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棟, 1997, 1997; Walker、Sechrist、Pender, 1987)。



另外，個人特質和生活經驗會對個人是否採取健康促進行為產生影響，例如女性、已婚者和較高收入者相較於男性、未婚者和低收入者，更傾向於有較好的健康促進行為(張彩秀、黃乾全, 2002)；年齡較大且教育程度較高的成年人傾向於有較佳的健康促進行為(高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱佩怡, 2000；陳美燕、張惠琴、李夢英, 2002)；有宗教信仰者相較於無宗教信仰者，有較好的健康促進行為(林雅雯、游琇茜、翁政玉、黃于晏、楊琇惠、劉智綱, 2003)；疾病史、吸菸、嚼檳榔、飲酒等行為與健康促進行為呈負相關，意即疾病數量越多、吸菸、嚼檳榔和飲酒行為越高的個體，其健康促進行為頻率越低；而體重正常或無肥胖者有較好的健康促進行為(黃松元、劉俐蓉, 2005；Chen、Wang、Cheng, 2006)。

健康促進已成為一個重要的議題，引起了醫療體系、公共衛生和護理領域學者的廣泛關注。根據行政院衛生署(2005)對近20年十大死因的分析，大多數是慢性病，如惡性腫瘤、腦血管疾病和心臟病。文獻指出，慢性病的主要原因與健康行為密切相關，如吸菸、飲酒、缺乏運動、不均衡飲食和壓力處理能力不足等(王秀紅, 2000；黃松元、劉俐蓉, 2005)。

研究也發現，實行健康促進活動，例如每天定時進行三餐、每天吃早餐、進行適度運動、每天保持7-8小時的睡眠、維持理想體重、不吸菸、限制飲酒或戒檳榔等八項生活方式，有助於改善健康狀態(例如減少肥胖的機率和就醫次數)，並延長壽命(Chen、Wang、Cheng, 2006；Thompson、Ballew、Resnicow、Must、Bandini、Cyr, 2004；Yang、Wang、Hsieh、Chen, 2006)。研究表明，通過預防控制和改善，許多疾病可以得到控制，進而降低疾病發生的概率。因此，引導民眾實踐「健康促進」的行為習慣是當前醫療體系的重要議題(詹元碩、張家澤, 2004；Hensrud, 2000)。

總括而言，健康促進的研究和實踐已成為重要的議題。透過個人的努力和社會的支持，可以採取多種方式來改善健康，如培養良好的生活習慣、追求健康的生活方式、適當的營養攝取、定期運動、適度休息和壓力管理等，可以建立健康的生活方式和環境，從而提高整體健康水準，降低慢性疾病的發生率，同時也減少醫療成本的負擔。

最後，健康促進與長照保險也有著密不可分的關聯性。首先從上述疾病預防的角度來看，健康促進可以有效地降低長期照護的需要。透過維持良好的生活習慣，例如均衡飲食、適度運動和足夠休息，可以降低慢性疾病的風險，並延緩身體的衰老過程。這將減少長期照護服務的需求，從而減輕長照保險的經濟負擔。

其次，健康促進的生活方式不僅可以提高人們的壽命，也能提高生活品質，使民眾在老年時期能夠享受自主與自理的生活。這也是長照保險的一個重要目標。

再者，健康促進的策略可以被納入長照保險的規劃中。例如，保險公司可以提供健康管理服務，鼓勵被保人實踐健康的生活方式，如運動或血壓量測，達標者可給予保費折抵或是保險承保條件放寬等優惠。又或是提供長期照護保險保護優惠健檢與健康資訊、健康諮詢等，讓保戶更加關注自己的健康。這些措施不僅有利於被保人的健康促進行為，也可有助於保險公司降低賠付風險。



2.4 產品口碑與通路選擇

2.4.1 產品口碑

口碑 (Word-of-mouth, WOM) 是一種非商業及個人之間的資訊交換方式，透過此方式，消費者能夠在短時間內從他人的經驗中收集所需資訊，且相較於其他的訊息來源，口碑似乎具有更高的可靠性(Mazzarol et al., 2007)。

口碑的定義包含有關品牌、產品或服務的口語溝通，且此種溝通方式為人對人，並且認定上是一種非商業行為的傳播(Swan & Oliver, 1989; File & Prince, 1992)。

在市場行銷的領域中，口碑傳播被認為是一個非常有效的行銷模式。若顧客的消費經驗滿意，可能會將此正面經驗分享給五個朋友，進而達到快速且免費宣傳效果(Sasser et al., 1997)。此外，口碑傳播的影響力甚至被認為超越了報紙和雜誌廣告，並且對消費者品牌印象更替的影響力是一般傳統人員銷售的四倍、是廣播的二倍(Katz and Lazarsfeld, 1964)。

接收與接受口碑資訊並使其影響購買選擇的主要原因在於，人們通常會信任來自人際間的建議(Murray, 1991)。消費者相信口碑訊息是可靠的，並認為傳遞此類訊息的人不是出於自身利益的考量而進行推薦(Arndt, 1967; Silverman, 1997)。Gilly & Wolfenbarger (1998)的研究提出，影響消費行為的訊息來源主要由以下三個因素構成：(1)訊息來源的特性，如專業程度和是否為意見領袖，(2)傳播訊息者與尋求訊息者之間的匹配程度，(3)訊息尋求者的特性，如他們的專業知識和對口碑傳播的喜好。

口碑可以被視為「資訊來源的信賴程度」的具體表現。當訊息透過朋友、同事或著名專家傳達時，人們更傾向於相信和他們有深厚關係的人，這使得口碑在決策過程中產生影響力(Baker 等人，2002)。此外，由專業團體的專家、意見領袖 (Key Opinion Leaders, KOL)，以及社群中的主觀規範 (Subjective Norm, SN) 的影響，也會對潛在的購買者的購買意願產生影響。口碑有力量改變消費者對某些產品或服務的負面看法，可以提升消費者的認知度，甚至可能促使消費者對特定產品或品

牌產生承諾的行為(Bristor, 1990)。因此，口碑傳播在消費者的購買決策過程中擔當著重要的角色。



值得注意的是，隨著資訊來源日益多元，判斷新聞或報導是否為中性文章還是實際上為贊助廣告變得越來越困難。對此，Brister(1990)的觀點是，專業性可以視為一種提供準確資訊來源的廣泛性，並期望能由此產生說服力，主要因為接收者通常無法或無意花費精力去驗證或檢查該訊息來源的真實性。

總結來說，口碑作為一種信賴度高、影響力大的資訊來源，對於消費者的購買決策具有重要的影響力。專業性、意見領袖以及社群內的專業主觀規範等因素對於消費者購買意願的影響不容忽視。然而，隨著資訊來源的多元化，如何確保資訊的真實性和中立性，將成為未來研究和實務應用的重要課題。

2.4.2 通路選擇

長照保險常見的通路為以下三種

1. 保險業務員：保險業務員是一個傳統的銷售通路，保險公司通過業務員與消費者建立個人關係，提供專業的保險建議和服務。他們也可能是口碑傳播的來源，因為滿意的客戶可能會將他們的好評分享給親朋好友。同時，保險業務員也可以利用他們的人脈和影響力，積極推廣長照保險，創造更多的口碑。
2. 保險經紀人或代理：保險經紀人或代理公司通常會代理多家保險公司的產品，因此他們可以為客戶提供更廣泛的選擇。如果他們提供了良好的服務和專業的建議，他們也可能成為口碑傳播的來源。此外，他們可以透過網路、社交媒體、宣傳活動等方式，增加長照保險的曝光率和口碑。
3. 網路投保：網路投保是一種便利且高效的銷售通路，特別是對於習慣使用網路的年輕消費者。然而，由於缺乏面對面的互動，消費者可能更依賴網路上的評論和口碑來決定是否購買。保險公司可以利用這一點，通過提供優質的在線服務、獎勵客戶發表正面評論、與意見領袖合作等方式，來提升網路口碑。

對於長照保險來說，口碑的維護和管理尤其重要。這是因為，長照保險涉及到的是消費者的長期健康和生活品質，因此消費者對於購買這類產品會更加謹慎。一旦出現了負面的口碑，可能會導致消費者的信心受損，並且影響到公司的銷售績效。保險公司需要建立有效的口碑管理機制，例如設立專門的客戶服務部門，定期收集和分析消費者的反饋，並且及時解決消費者的問題和客訴。

同時口碑和銷售通路之間的關聯性也是雙向的。一方面，良好的口碑可以提升消費者對於特定銷售通路的信任度，從而增加銷售量。另一方面，銷售通路的選擇和管理也可以影響到口碑的形成。例如，一個有良好服務品質和專業知識的保險業務員可以創造良好的口碑；同樣，一個便捷且易於使用的網路投保平台也可以獲得消費者的好評。



2.5 購買意願及購買行為

購買意願是指消費者在面臨未來特定情境時，對於特定商品或服務的購買需求。Dodds, Monroe & Grewal (1991)將購買意願解釋為消費者可能對某項商品進行購買的可能性與機率；隨著消費者對商品的知覺價值提升，他們對該商品的購買意願也會相對增加，而特定的商品或服務可能由實體店面、線上通路或是品牌商、私人公司等各式通路來提供。

Schiffman & Kanuk (2004)將購買意願視為評估消費者購買某一項商品的可能性。許士軍(1987)認為購買意願產生於消費者對某一種商品進行整體評估後所產生的交易行為，是針對態度對象進行某種行動的感性反應。Shao, Baker & Wagner(2004)認為購買意願指的是消費者購買某一商品或選擇某一服務的意願。當購買意向在消費者的腦中形成時，他們很可能就會著手制定未來的購物計劃或是採取購買行為。

Blackwell et al.(2001)認為購買的原因可以分為個人動機和社會動機，並且透過某些意圖來表達購買意願。在 Wilkie(1990)的深度訪談研究中，他發現了購物的典型動機，包含了幾個面向：自我犒賞、娛樂、學習、提升同儕群體的吸引力、地位和權力感官刺激、角色扮演、運動、溝通、以及討價還價或協商的樂趣等。Schiffman & Kanuk(2004)認為動機是無形的概念、一種假說，它無法直接觀察，因此沒有一種單一的可靠量測指標的方法。但是在評估上，Zeithaml (1988;1996)則建議使用可能購買、想要購買和考慮購買這三種方式來評估購買意願的程度，也就是使用知覺價值來衡量購買意願。

就整體而言，消費者的購買過程由五個階段組成，分別為 1.需求識別、2.資訊搜尋、3.選擇評估、4.購買前後行為，5.購後反饋。首階段的需求識別，消費者必須清楚辨認自身的需求。其次，資訊搜尋階段可分為內部與外部兩種搜尋方式。內部搜尋是指消費者利用既有的知識和以往的購買經驗進行搜尋，當內部搜尋無法滿足需求時，消費者則會轉向外部搜尋，透過朋友、媒體、家人，或是網路搜尋其他消費者的評價。選擇評估階段涵蓋了評估標準、信念、態度以及意願，消費者在評

估各種選擇後，會選擇最符合自身需求的選擇進行購買。最後一個階段即為購後行為。



多項研究指出，消費者的信任度與他們的購買意願有正向關聯(Gefen & Straub, 2004; Jarvenpaa et al., 1999; Liao et al., 2021; Kumari & Bhateja, 2022)。Kotler & Keller(2006)認為選擇與評估過程會影響購買意願，而購買意願可能受到他人態度或不可預期的情境因素的影響，進而影響購買決策。Dodds et al.(1991)提出使用消費者的認知，包括可能購買、想要購買和考慮購買來衡量其購買意願，並使用李克特量表(Likert Scale)量表來評估購買意願的強弱。

總結上述關於購買意願整理如下：

1. 購買意願的定義與影響因素：購買意願指的是消費者對於特定商品或服務的購買需求，此需求可能出現在特定的情境中，並受到消費者對商品知覺價值的影響。當購買意向在消費者的腦中形成時，消費者很可能會制定未來的購物計劃或是採取購買行為。
2. 購買動機與購買過程：購買的原因可以分為個人動機和社會動機，且透過某些意圖來表達購買意願。消費者的購買過程由五個階段組成，分別為：需求識別、資訊搜尋、選擇評估、購買前後行為，以及購後反饋。
3. 信任度與購買意願的關係：多項研究指出，消費者的信任度與他們的購買意願有正向關聯。
4. 衡量購買意願的方法：購買意願可能受到他人態度或不可預期的情境因素的影響，進而影響購買決策。有研究提出使用消費者的認知，包括可能購買、想要購買和考慮購買來衡量其購買意願，並使用李克特量表(Likert Scale)來評估購買意願的強弱。

第三章、研究方法



3.1. 研究架構與研究問題

在前一章我們提到了消費者在考慮購買商業長照保險時，會有幾個主要的消費行為構面，包含了長期照護觀念、長期照護支出、對於商業長照保險的認知、對於產品與保障的知覺風險、產品帶來的健康促進利益、口碑與通路和品牌形象、購買意願與購買行為等眾多方面與考量。本研究依據上述相關的文獻探討，提出研究架構圖如下圖 3-1：

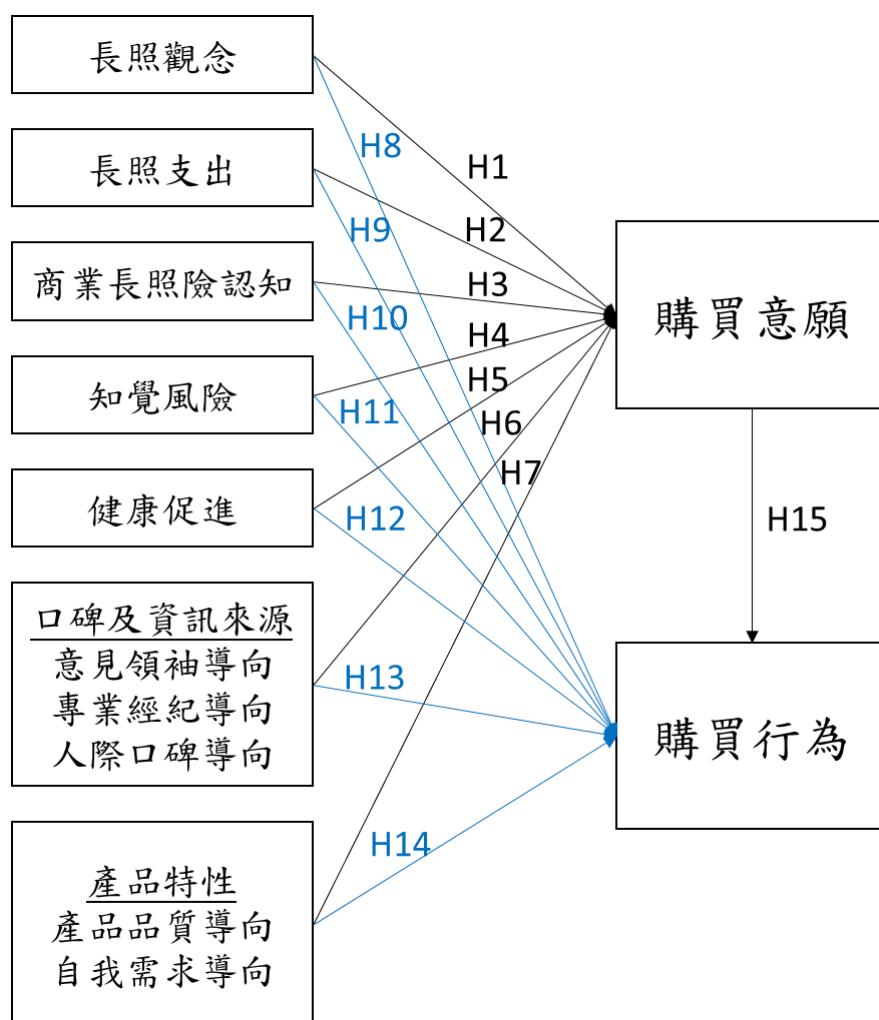


圖 3-1 長照險消費行為研究架構(本研究繪製)

3.2. 研究假設



表 3-1、研究假設問題 1-14(資料來源:本研究)

假設	說明	參考文獻
Hypothesis 1	H1:具有越高的長照觀念認知，長照險購買意願越高。	Ajzen (1991)、Kotler, P. (2003)、Lopez-Hartmann et al.(2012)
Hypothesis 2	H2:具有越高的長照支出額度，長照險購買意願越高。	Ajzen (1991)、Kotler, P. (2003)、Lopez-Hartmann et al.(2012)
Hypothesis 3	H3:具有越高的商業長照險認知，長照險購買意願越高。	Ajzen (1991)、Kotler, P. (2003)、Lopez-Hartmann et al.(2012)
Hypothesis 4	H4:具有越高的知覺風險認知，長照險購買意願越高。	Dowling & Staelin (1994)、Garretson & Clow (1999)
Hypothesis 5	H5:具有越高強度的健康促進行為，長照險購買意願越高。	Taylor et al. (2001)、Stanciole (2008)、Soliño-Fernandez et al.(2019)
Hypothesis 6	H6:具有越豐富的口碑及資訊來源，長照險購買意願越高。 H6a：意見領袖提供的資訊越豐富，長照險購買意願越高。 H6b：專業經紀人提供的資訊越豐富，長照險購買意願越高。 H6c：親朋好友提供的資訊越豐富，長照險購買意願越高。	Beatty & Smith (1987)、Laurent & Kapferer (1985)、Mazzarol et al. (2007)、Morris & Liu (2015)
Hypothesis 7	H7:具有越實用的產品特性，長照險購買意願越高。 H7a：產品品質越符合法規給付規範，長照險購買意願越高。 H7b：產品越符合自我認知的需求，長照險購買意願越高。	Dodds et al. (1991)、Blackwell et al. (2001)、Shao et al. (2004)、Liao et al. (2021)、Kumari & Bhateja (2022)
Hypothesis 8	H1:具有越高的長照觀念認知，長照險購買行為越明顯。	Ajzen (1991)、Kotler, P. (2003)、Lopez-Hartmann et al.(2012)
Hypothesis 9	H2:具有越高的長照支出額度，長照險購買行為越明顯。	Ajzen (1991)、Kotler, P. (2003)、Lopez-Hartmann et al.(2012)
Hypothesis 10	H3:具有越高的商業長照險認知，長照險購買行為越明顯。	Ajzen (1991)、Kotler, P. (2003)、Lopez-Hartmann et al.(2012)
Hypothesis 11	H4:具有越高的知覺風險認知，長照險購買行為越明顯。	Dowling & Staelin (1994)、Garretson & Clow (1999)
Hypothesis 12	H5:具有越高強度的健康促進行為，長照險購買行為越明顯。	Taylor et al. (2001)、Stanciole (2008)、Soliño-Fernandez et al.(2019)
Hypothesis 13	H6:具有越豐富的口碑及資訊來源，長照險購買行為越明顯。 H6a：意見領袖提供的資訊越豐富，長照險購買行為越明顯。 H6b：專業經紀人提供的資訊越豐富，長照險購買行為越明顯。 H6c：親朋好友提供的資訊越豐富，長照險購買行為越明顯。	Beatty & Smith (1987)、Laurent & Kapferer (1985)、Mazzarol et al. (2007)、Morris & Liu (2015)
Hypothesis 14	H7:具有越實用的產品特性，長照險購買行為越明顯。 H7a：產品品質越符合法規給付規範，長照險購買行為越明顯。 H7b：產品越符合自我認知的需求，長照險購買行為越明顯。	Dodds et al. (1991)、Blackwell et al. (2001)、Shao et al. (2004)、Liao et al. (2021)、Kumari & Bhateja (2022)

表 3-2、研究假設問題 15(資料來源:本研究)

假設	說明	參考文獻
Hypothesis 15	<p>H15a:長照觀念認知與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H2:長照支出額度與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H3:商業長照險認知與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H4:知覺風險認知與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H5:健康促進行為與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H6:口碑及資訊來源與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H6a：意見領袖提供的資訊豐富度與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H6b：專業經紀人提供的資訊豐富度與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H6c：親朋好友提供的資訊豐富度與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H7:具有越實用的產品特性，長照險購買行為越明顯。</p> <p>H7a：產品品質符合法規給付規範與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p> <p>H7b：產品符合自我認知的需求與長照險購買行為之關係，受到購買意願之中介。</p>	 <p>Ajzen (1991)、Baron & Kenny (1986)、Dodds et al. (1991)、Blackwell et al. (2001)、Shao et al. (2004)、Liao et al. (2021)、Kumari & Bhateja (2022)</p>

綜合以上研究假設之問題，我們可以做出假設推論：長照觀念認知、長照支出額度、商業長照險認知、知覺風險認知、健康促進行為、口碑及資訊來源以及產品特性等因素對於長照險購買意願和購買行為都具有影響。其中，購買意願在這些因素和購買行為之間起到中介的作用。

若能進一步提升商業長照保險的購買意願與購買行為，就有機會補足目前各國在長照政策的缺口：補足政府公辦照護政策的不足、減輕家庭負擔、提高照護品質、因應未來老年化少子化的長照政策危機。



3.3. 問卷設計、研究變數與問項

本研究擬以網路問卷為資料收集工具，問卷的設計分為以下四大部分：第一部份為「個人基本資料」，第二部分為「對長照觀念之認知以及對購買長照保險意願」，第三部分為「產品資訊、口碑與通路選擇」，第四部份為「購買意願與購買行為」。其中，問卷的測量方式採用李克特式（Likert）量表，使受試者進行個人認知意見之表達，測量依次給予1、2、3、4、5五個分數，分數越高代表該項目的程度越高。各個構面的問項，如下表3-1至3-5所示。

表3-3、長期照護觀念構面(資料來源:本研究)

問卷內容	構面變項	問項	對應題號	參考文獻
第二部份：對長照觀念之認知以及對購買長照保險意願	長期照護觀念	1. 我認為老後或病後遇到進食、如廁、移位等生理需求卻無法自理的長照狀況機率很高？ 2. 我認為老後或病後遇到沐浴、更衣、平地行動等自主行動卻無法自理的長照狀況機率很高？ 3. 如果我老後失能需要有人照顧，家人會願意照顧我。 4. 如果家人願意照顧我，我會不會造成他們經濟上的負擔？ 5. 我清楚目前政府長照2.0的政策與內容。 6. 我認為目前政府的長期照護政策很完整並且有保障。 7. 我希望未來若遇到需要長照的情況能以居家照護為主。 8. 我希望未來若遇到需要長照的情況能以安養中心或長照機構為主。	11 12 13 14 15 16 17 18	李樑堅、陳英仁、王婷藝（2016）。壽險保戶購買長期照護險決策行為之研究—以南部地區為例。風險管理學報，18(1)，63-94。

表 3-4、長期照護支出與商業長照險認知構面(資料來源:本研究)

問卷內容	構面變項	問項	對應題號	參考文獻
第二部份：對長照觀念之認知以及對購買長照保險意願	長期照護支出	1. 我若發生長照狀況，費用將以政府長照政策的補助為主(須符合特定條件才有補助)。	19	邱國峰(2003)。商業性長期照護保險需求之研究—以中部地區為例。逢甲大學保險研究所論文。
		2. 我若發生長照狀況，費用將以目前在職收入支付為主。	20	
		3. 我若發生長照狀況，費用將以退休金支付為主。	21	
		4. 我若發生長照狀況，費用將以子女支付為主。	22	
		5. 我若發生長照狀況，費用將以購買商業長照保險的給付為主。	23	
		6. 我會擔心無法支應突如其來的長照支出。	24	
	商業長期照護保險認知	1. 我覺得商業型長照保險是有用的。	25	李佳珂、林麗芬(2019)。民眾長期照護需求與商業保險選擇之研究。Journal of Data Analysis, 14(1), 13-32。
		2. 我覺得商業型長照保險對我是有幫助的。	26	
		3. 我會考慮購買商業型長照保險。	27	
		4. 我有足夠的經濟能力購買商業長照保險作為長照支出準備。	28	
		5. 我在評估商業長照保險時，會優先考量保險公司品牌與財務健全。	29	
		6. 我在評估商業長照保險時，會優先考量保險費是否可負擔。	30	
		7. 我在評估商業長照保險時，會優先考量理賠申請條件是否簡便。	31	
		8. 我在評估商業長照保險時，會優先考量是否為還本型保險。	32	

表 3-5、知覺風險與健康促進構面(資料來源:本研究)

問卷內容	構面變項	問項	對應題號	參考文獻
第二部份：對長照觀念之認知以及對購買長照保險意願	知覺風險	1. 我認為購買商業長照保險可以減輕子女或父母的負擔。	33	李奇勳 (2007)。知覺風險對消費者知覺價值之形成所扮演角色的探討。管理學報，24(2)，167-190。
		2. 我認為購買商業長照保險的原因是家族是否有長照案例。	34	
		3. 我認為購買商業長照保險的原因是自己或家族有慢性病史、心血管疾病等高風險因子。	35	
		4. 我認為購買商業長照保險的原因是目前收入與經濟狀況，可能無法支付未來長照的開銷。	36	
		5. 我認為購買商業長照保險的原因是自己為不婚族，希望能有尊嚴終老。	37	
		6. 我認為購買商業長照保險的原因是看到名人晚年長照案例會擔心自己也相同。	38	
		7. 我認為購買商業長照保險的原因是保險公司的商品與服務。	39	
		8. 我認為購買商業長照保險的原因是理財配置與分散風險。	40	
	健康促進	1. 若保險公司能提供健康促進方案(比如運動紀錄作為保費折抵或降低的依據)能更吸引我投保。	41	羅玉岱、盧豐華、楊宜青 (2021) 高齡者身心靈全方位的健康促進。台灣家庭醫學雜誌，31(3)，157-168。 Walker, S. N.,Sechrist, K.R.,& Pender, N. J.(1987).The health promotion lifestyle profile: Development and psy-chometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
		2. 若保險公司以生活習慣(例如抽菸量與飲酒頻率)來作為長照保險保費調整的依據我認為是合理的。	42	
		3. 我認為購買商業長照保險可以讓我更注重自己的健康狀況。	43	
		4. 若長照保險有搭配專案健檢更能吸引我投保。	44	

表 3-6、產品資訊口碑與通路構面(資料來源:本研究)

問卷內容	構面變項	問項	對應題號	參考文獻
第三部份：產品資訊、口碑與通路選擇	產品資訊、口碑與通路來源	1. 我會透過家人和朋友的介紹，了解長照保險的資訊。	45	李珍穎、高于庭（2016）。壽險業服務創新與企業社會責任對消費者行為意圖之影響—以顧客口碑為干擾變數。管理研究學報，16(2)，83-119。 File, K. M., & Prince, R. A. (1992). Positive word-of-mouth: customer satisfaction and buyer behaviour. International Journal of Bank Marketing, 10(1), 25-29.
		2. 我會透過社群或 YouTuber 的介紹，了解長照保險的資訊。	46	
		3. 我會透過保險業務員的介紹，了解長照保險的資訊。	47	
		4. 我會透過報章雜誌的介紹，了解長照保險的資訊。	48	
		5. 若投保長照保險，我會向保險公司的業務員投保。	49	
		6. 若投保長照保險，我會透過保險經紀人公司投保。	50	
		7. 若投保長照保險，我會使用網路線上投保。	51	
		8. 我認為本土壽險公司的商品比外商更貼近消費者需求。	52	
		9. 我認為本土壽險公司的經營能力與財務狀況較外商為穩健。	53	
		10. 我傾向與熟悉的保險業務員諮詢與購買保險商品。	54	
		11. 我傾向自行搜尋比較過商品後再尋找合適的保險業務。	55	
		12. 我傾向依據家人或朋友的推薦來決定投保的保險商品。	56	
		13. 我認為保險公司的財務穩健是最重要的。	57	
		14. 我認為保險公司的服務品質是最重要的。	58	
		15. 我認為保險商品費率與給付條件是最重要的。	59	

表 3-7、購買意願與傾向構面(資料來源:本研究)

問卷內容	構面變項	問項	對應題號	參考文獻
第四部份：購買意願與購買行為	我有意願，會考慮購買長照保險	1. 我有想購買長照保險的意願。	60	洪惠綸、吳家銘（2022）。年輕族群對長期照護保險購買意願之研究。管理實務與理論研究，16(2)，135-149。
		2. 如果可以讓我更了解長照保險的優點，會提高購買意願。	61	
		3. 如果理賠條件可以更寬鬆，會提高購買意願。	62	
		4. 如果保費可以更便宜，會提高購買意願。	63	
		5. 如果購買長照保險可以額外抵稅，會提高購買意願。	64	
		6. 我會考慮先購買基礎保額（如保額1萬）後續收入提高再增購保額。	65	
	我會傾向購買長照保險	1. 基於我對風險的預防，我會購買長照保險商品。	66	Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). Marketing management 12e. Upper Saddle River, NJ: Pears Education.
		2. 不管家族是否有長照病史，我都會購買長照保險商品。	67	
		3. 我會購買長照保險商品作為理財規劃的一部份。	68	
		4. 為了不讓自己老後問題造成家人子女的負擔，我會購買長照保險照顧自己。	69	

「商業長照產品說明」



長照保險商品，以知名保險業者 C 公司之**真心守護長期照顧終身保險**為例，

說明如下：

1. 以 40 歲男性投保真心守護長期照顧終身保險為例，保險金額 3 萬元，繳費 20 年計算，年繳保費為 46,380 元 (平均每月 3,865 元)。
2. 發生長照或完全失能狀態，可請領**關懷保險金 18 萬**(限一次)與長照/失能生活扶助保險金**每年給付 36 萬**，**最多給付 16 次共 576 萬**。給付標準如下：
 - **長照狀態**：進食、移位、如廁、沐浴、平地行動、更衣等，此六項有三項無法自理且持續 90 天仍為長照狀態。或是經醫師判斷為中度且持續性失智。
 - **完全失能狀態**：雙目均失明、永久喪失咀嚼或語言機能、四肢機能永遠喪失、重度神經傷害，發生以上任一項即認定完全失能。
3. 祝壽或身故保險金：給付總繳保費*1.05 倍，須扣除應給付金額。



圖 3-2、商業長照保險商品內容範例(資料來源:國泰人壽官網)

表 3-8、商品範例與需求評估構面(資料來源:本研究)

問卷內容	構面變項	問題	對應題號	參考文獻
第四部份：購買意願與購買行為	以上頁「商業長照產品說明」做為參考，依照需求評估回答	1. 我認為多少保額的長照保險對我來說才足夠？(保額代表發生長照狀況時，平均每月可領取的保險金額)	70	Dodds, W. B., Monroe, K. B., & Grewal, D. (1991). Effects of price, brand, and store information on buyers' product evaluations. Journal of marketing research, 28(3), 307-319.
		a.保額 3 萬內 b.保額 4~5 萬 c.保額 6~8 萬	71	
		2. 我認為購買 20 年期保額 3 萬元長照保險，保險費佔薪資比例百分比多少是可接受的？		
		a.5%~10% b.11%~15% c.16%~20% d.21% 以上	72	
		3. 我認為購買 20 年期保額 3 萬元長照保險，每月繳交保險費的金額多少是可接受的？		
		a.3000 元以內 b.5000 元以內 c.8000 元以內 d.12000 元以內 e.其他	73	
4. 您曾了解過哪些保險公司的長照險商品？(可複選)				
a.國泰人壽 b.富邦人壽 c.南山人壽 d.新光人壽 e.台灣人壽 f.全球人壽 g.全球人壽	74			
5. 提到長照保險你會想到的保險公司為？				
a.國泰人壽 b.富邦人壽 c.南山人壽 d.新光人壽 e.台灣人壽 f.全球人壽 g.全球人壽	75			
6. 承上題，您會想到的原因為？(可複選)				
a.商品內容佳 b.服務品質好 c.理賠效率高 d.財務穩健 e.其他				



3.4. 研究對象與抽樣方法

本研究以長期照護保險的保險購買者作為研究主體，採用網路調查研究法（Survey Research Method）進行。資料蒐集將透過網路問卷的形式實行，並運用統計軟體進行後續分析。網路問卷調查的優勢體現在其高效率的回應速度，以及在經濟性方面的節省，例如節省印刷、郵資以及紙質的使用成本。另一方面，網路問卷調查不受時間限制，受訪者在填寫問卷的時間上有較大的彈性，無論在問卷的難易度、資料蒐集或資料處理等方面，相對於其他問卷調查方法都展現出更高的優勢。

研究樣本的選取，我們選擇使用立意抽樣方式，即便在無母體情況下也能進行。為了優化樣本的隨機性，我們加大了樣本差異性的範疇。這種研究方法通常在研究者主要的關注點上結合非機率抽樣方式，期望能以相對較少的資料推導出更有價值的結論，或者透過有限的樣本來推估整體母體的特性與行為模式。常用的非機率抽樣方法大致可分為表 3-7 所示的四種類型。

表 3-9 常見的非機率抽樣方式(資料來源:本研究整理)

非機率抽樣方式	抽樣說明
立意抽樣 (Purposive Selection)	透過專業知識與經驗的運用，選取最能代表母體的樣本方法，若是選擇恰當，其代表性將極高；相反，若選擇不當，其代表性則極低。這顯示了這種抽樣方式具有強烈的主觀性。
便利抽樣 (Convenience Sampling)	此方法是以方便性作為選擇樣本的主要考量，因此其樣本代表性往往較低。然而，若在大規模研究之前，想初步了解母體可能的特性與輪廓，此時使用便利抽樣作為先遣研究 (Pioneer Study) 的手法，是一種可行且適合的方式。
雪球抽樣 (Snowball Sampling)	這是一種用已得的樣本尋找新樣本的方法，如同滾雪球般逐步擴大。此方式通常用於當樣本稀少或難以取得的狀況。
配額抽樣 (Quota Sampling)	此方法為立意抽樣的做法之一，類似分層並隨機抽樣的概念。

執行網路調查的受訪者，原則上並非來自隨機樣本，因此在進行統計分析及對母體推估時，可能存在系統性的偏誤（吳齊殷，1998）。為此，在針對分析結果的解讀時，本研究應該實施更加嚴謹的審視，並避免對統計分析結果的過度解讀。



3.5. 資料分析方法

我們將採用以下幾個方法與步驟進行本次研究之數據分析

1. 使用 SPSS 進行描述性統計

本研究在進行資料分析的時候，是透過個人電腦以及統計軟體 SPSS 進行問卷數據處理。首先進行樣本描述統計，主要是對收集到的有效問卷進行次數分配和百分比計算，並對人數統計變項進行整理和描述。主要目的是希望能夠了解回收樣本的特徵與情況。

2. 變異數(ANOVA)分析：尋找變數間的差異

本研究使用變異數分析 (ANOVA) 來統計與比較多個群組，以期了解是否在某個變數上出現明顯差異。進行此分析時，我們會做三個假設：所有的樣本都是隨機抽選而得，而且彼此獨立；各母體呈常態分配；各母體的變異數都相等。這些假設的確定，會基於顯著水準 α 值和 P 值的比較來做，如果 P 值小於 α 值，那就表示我們有足夠的證據拒絕虛無假設。

3. 相關分析：探索變數間的關聯

我們將透過相關分析來評估不同參數是否有連動性，並且了解它們的關係是正向的還是反向的。相關係數的範圍在 -1 到 1 之間，其中 0 表示兩個變數之間沒有任何關聯，而 1 或 -1 則表示兩個變數完全正相關或完全負相關。我們會將相關係數分為「低度相關」、「中度相關」以及「高度相關」三個不同區間，以利問卷資料的解讀。

4. 迴歸分析：建立變數間的因果關係

最後，我們會使用問卷調查中的變數來進行迴歸分析，以建立變數間的因果關係模型。另外也會透過因素分析，萃取出彼此獨立性高，共線性低的共同因子，來判斷變數間的關聯性和因果關係。

第四章、問卷整理與分析

4.1 問卷回收整理與基本資料分析

為了獲得消費大眾對於長照保險的消費行為看法，本研究調查面向以台灣地區 18 歲以上、不限居住縣市之民眾作為研究母體，採用「任意抽樣」之方式，並利用 SurveyCake 線上問卷平台進行問卷調查。

問卷發放對象包含親友、大專院校師生、職場同仁、壽險客戶、金融保險業從業人員、社團成員、退休與家管族群等，涵蓋各領域與不同行業別之民眾。

本問卷由民國 112 年 4 月 15 日至 112 年 4 月 30 日共計 16 天之區間，採任意抽樣方式發放，總共發放 580 份問卷，完成填答並回收的樣本共計 434 份，樣本回收率約 74.8%。扣除無效問卷 14 份，有效問卷共計 420 份，有效樣本率約為 72.4%。請見下表 4-1

表 4-1 長照險消費行為分析問卷發放與回收情形

問卷發放份數	問卷回收份數	有效問卷份數	無效問卷份數	有效問卷回收率
580	434	420	14	72.4%

以本問卷的有效樣本結構發現，樣本的男性為 198 位(47.2%)、女性為 222 位(52.8%)，可謂分布平均，年齡區間的部分，46~55 歲有 141 位(33.6%)，36~45 歲為 129 位(30.7%)，兩者合計占比 64.2%，故 36~55 歲民眾為本次樣本的主力。教育程度來看，擁有大學學歷的填答者有 187 位(44.5%)，碩士學歷者 108 位(25.7%)，兩者合計超過七成(70.2%)。婚姻狀況的部分有 314 人已婚(74.7%)占大宗。子女狀況的部分也有 229 位(54.5%)的受訪者為 2 位子女(176 位，41.9%) 與 3 位含以上(53 位，12.6%)的過半比例。收入狀況的部分 150 萬以下的樣本數共 301 位(71.6%)，收入在 250 萬以上的也有 53 位(12.6%)。

在基本資料調查還包含是否購買過長照保險，其中沒有購買過的佔多數 249 人(59.2%)。受訪者之親友目前是否有需要長期照護的狀況（食/衣/住/行/沐/廁其中三項無法自理），調查結果有 147 人(35%)的親友有此狀況，比例可謂不低！

表 4-2 問卷受訪者基本資料分析 (n=420)

變項	類別	次數(人)	百分比%
性別	男	198	47.1%
	女	222	52.9%
年齡	18 歲~25 歲	10	2.4%
	26 歲~35 歲	48	11.4%
	36 歲~45 歲	129	30.7%
	46 歲~55 歲	141	33.6%
	56 歲以上	92	21.9%
教育程度	高中(職)	43	10.2%
	專科	71	16.9%
	大學	187	44.5%
	碩士	108	25.7%
	博士	11	2.6%
職業	軍公教	31	7.4%
	製造業	63	15.0%
	金融業	68	16.2%
	服務業	113	26.9%
	自營商	24	5.7%
	農漁牧	3	0.7%
	家管	24	5.7%
	退休	25	6.0%
	其他	69	16.4%
婚姻狀況	單身	106	25.2%
	已婚	314	74.8%
子女狀況	無子女	117	27.9%
	1 位	74	17.6%
	2 位	176	41.9%
	3 位(含)以上	53	12.6%
年收入	80 萬(含)以下	143	34.0%
	80 萬~150 萬	158	37.6%
	150 萬~250 萬	66	15.7%
	250 萬以上	53	12.6%
是否曾購買過 商業長照保險	無	249	59.3%
	有	171	40.7%
有親友目前有長 照情況?	無	273	65.0%
	有	143	34.0%
若有上述狀 況，目前照護 方式？	家人自行照護	78	18.6%
	請看護協助照護	222	52.9%
	委託長照/安養機構照顧	99	23.6%
	不清楚	21	5.0%



以下是針對問卷基本資料的組成結構進行圖表分析

1. 受訪者性別：

依據問卷回覆統計，男性與女性大略各佔一半，其中女性高於男性，此數據有助於統計不同性別對於長照保險的觀念與行為是否有明顯差異。

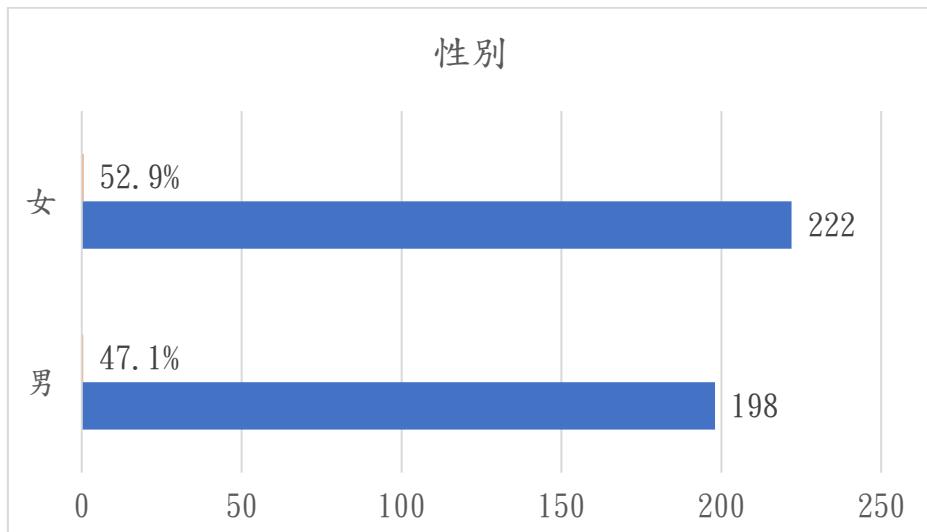


圖 4-1、問卷性別調查統計 (資料來源:本研究)

2. 受訪者年齡：

在此份問卷的受訪者中，年齡在 46 歲到 55 歲之間的人數最多，其次是 36 歲到 45 歲之間的受訪者，兩者合計的比率達 64.3%，是本次問卷調查中的主力填答年齡層，另外 56 歲以上即將邁入樂齡與退休的族群也高達 21.9%，這些都是經濟支柱與退休規劃的世代，相信也是最需要規劃長照保險的族群。

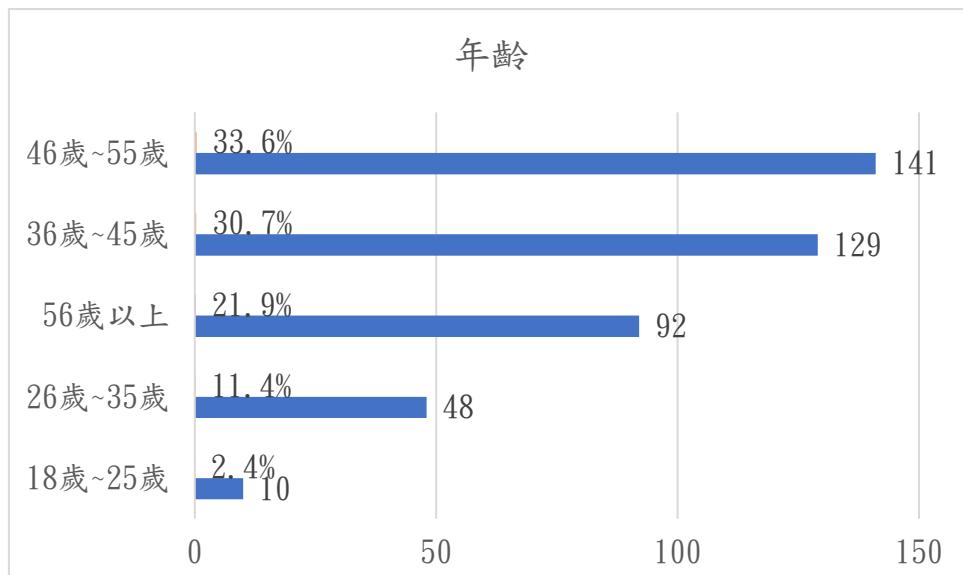


圖 4-2、問卷年齡調查統計 (資料來源:本研究)



3. 受訪者教育程度：

此的問卷受訪對象可發現，具有大學學歷以上包含碩士、博士者，達 306 人，佔比高達 73%，本研究將進一步確認是否學歷與知覺風險與購買行為等成正關聯。

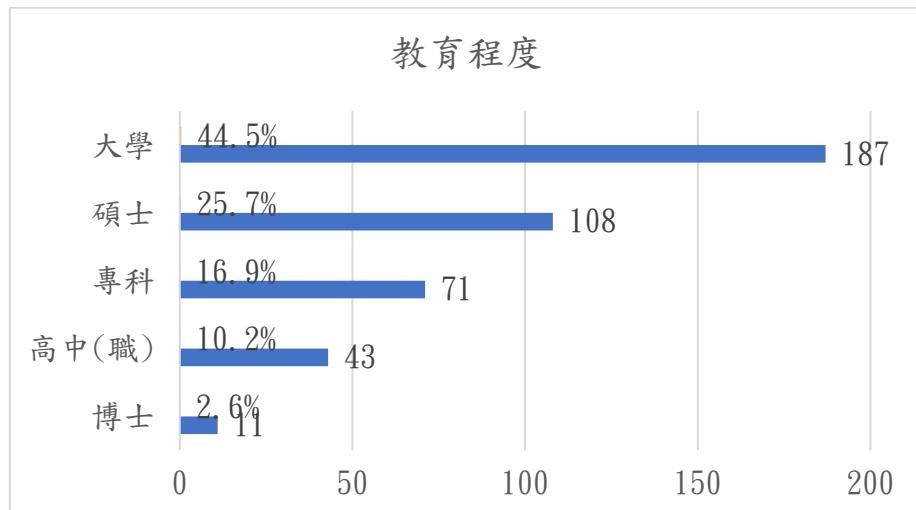


圖 4-3、問卷教育程度調查統計 (資料來源:本研究)

4. 受訪者職業：

在這份問卷的受訪者中，服務業的受訪者人數最多，佔比接近三成。其次是製造業和金融業，分別佔比 15.0% 和 16.2%。其他職業和軍公教人員的比例較為接近，分別為 16.4% 和 7.4%。退休人士、自營商和家管的比例相對較低，而其他的選項主要是受訪者自填工作，包含醫療、學生、待業等。

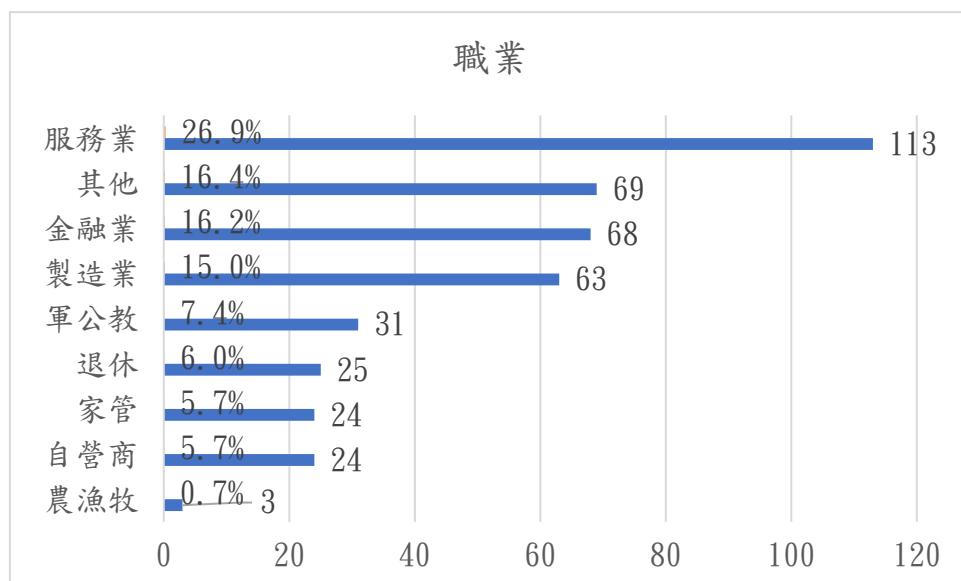


圖 4-4、問卷職業調查統計 (資料來源:本研究)



5. 受訪者婚姻狀況：

這些數據顯示，在這份問卷的受訪者中，已婚的受訪者人數明顯多於單身的受訪者，佔比接近四分之三。單身受訪者的比例較低，約佔四分之一。

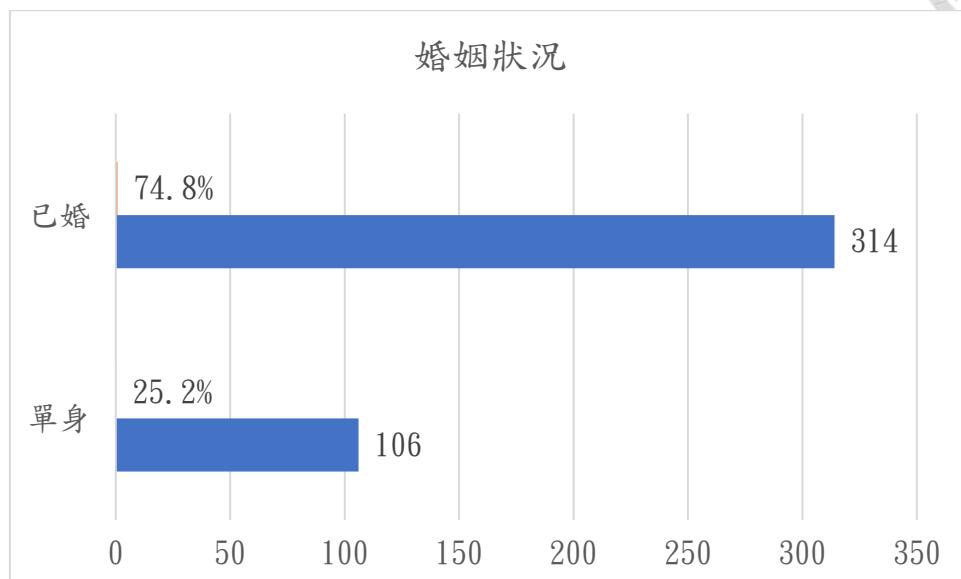


圖 4-5、問卷婚姻調查統計 (資料來源:本研究)

6. 受訪者子女狀況：

這些數據顯示，在這份問卷的受訪者中，具有 2 位子女的人數最多，佔比接近一半。另外 3 位以上也有 12.6%，所以二者相加超過一半(54.5%)，另外受到少子化影響，也有一成八的受訪者只有一位子女。

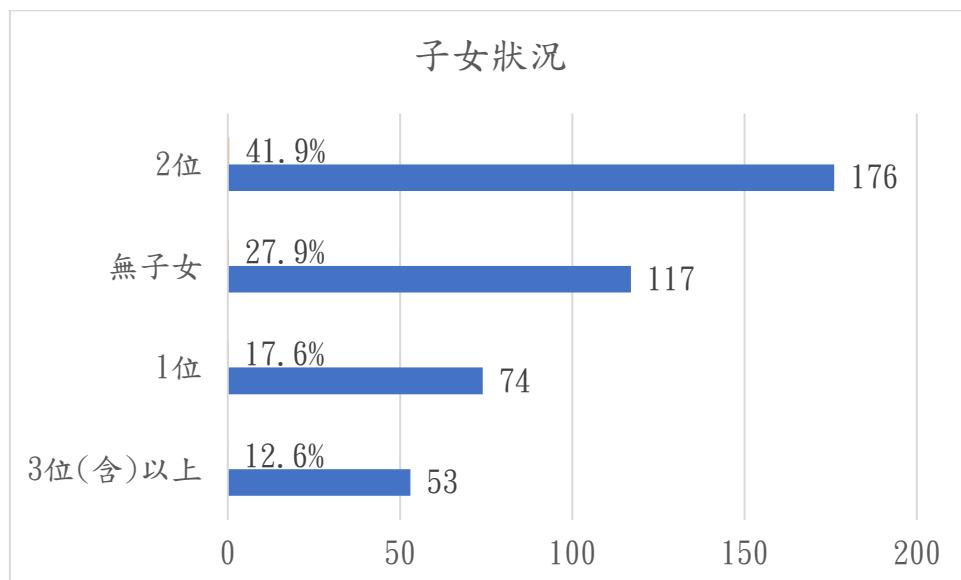


圖 4-6、問卷子女狀況調查統計 (資料來源:本研究)



7.受訪者年收入：

依此數據顯示，在這份問卷的受訪者中，年收入在 150 萬以下的樣本數共 301 位(71.6%)，是本次問卷調查的收入主力階層，而收入在 250 萬以上的也有 53 位(12.6%)。本研究將估算收入是否與長照購買意願成正關聯。

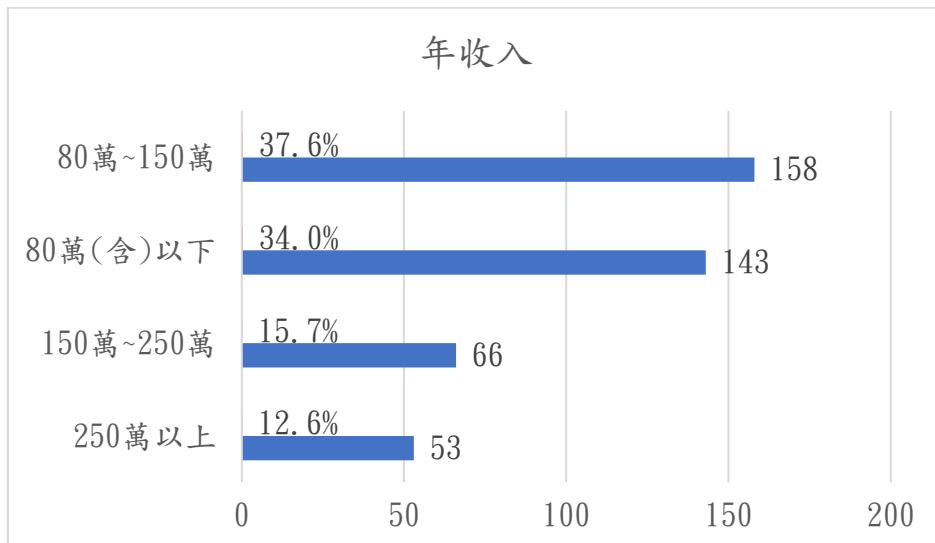


圖 4-7、問卷收入調查統計 (資料來源:本研究)

8.受訪者是否曾購買過商業長照保險：

這些數據顯示，在這份問卷的受訪者中，曾購買過商業長照保險的比例達 40.7%，推測曾買過長照保險的受訪者在長照觀念與知覺風險會略優於未買過的消費者。

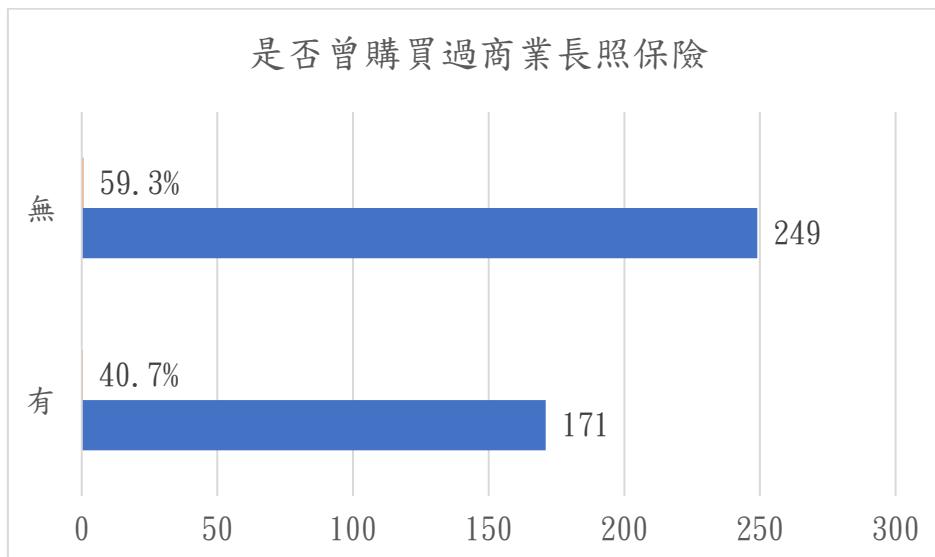


圖 4-8、是否曾購買商業長照保險調查統計 (資料來源:本研究)



9. 有親友目前有長照情況？

在這份問卷的受訪者中，有親友目前發生長照情況的受訪者高達 34.0%，代表長照確實是現代社會無法忽略的問題與需求，本問卷將探討親友有無長照狀態是否會影響消費者的購買行為。

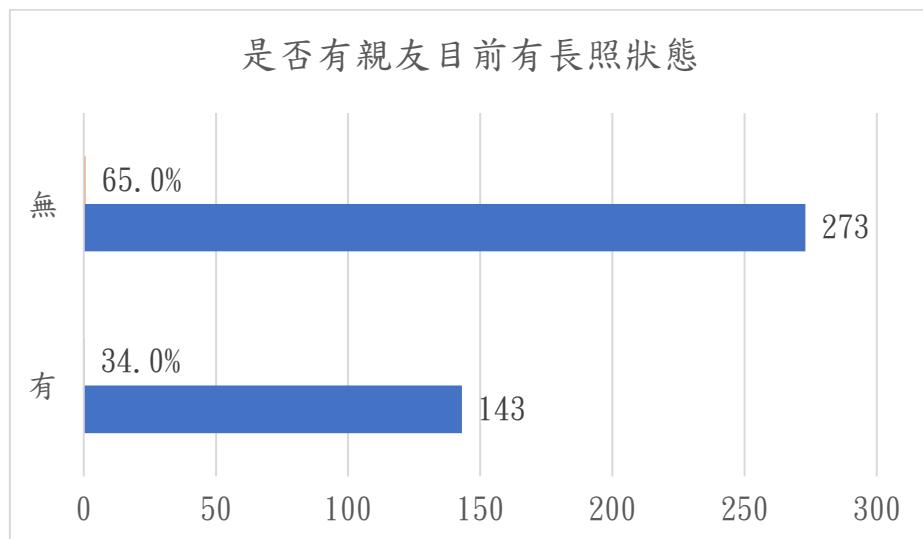


圖 4-9、親友是否有長照狀態調查統計 (資料來源:本研究)

10. 若發生上述長照狀態的照護方式？

在此數據顯示，在這份問卷的有親友有長照情況的受訪者中，超過一半的受訪者(52.9%)都採取請看護協助照護的照護方式，23.6%的受訪者則是委託長照或安養機構代為照護，這代目前工商社會下，大部分的家庭無法自行照護長照患者，看護與機構的費用勢必是一筆負擔。

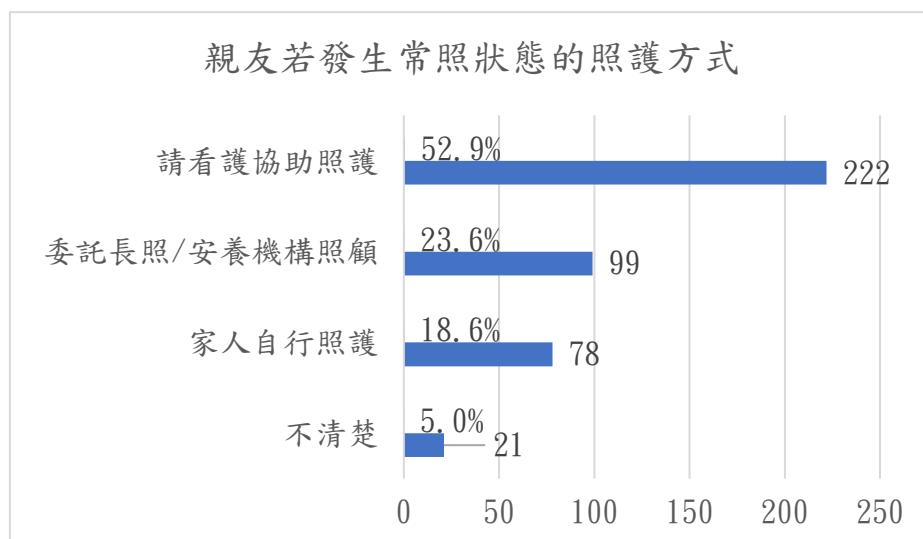


圖 4-10、親友若發生長照狀態之照護方式統計 (資料來源:本研究)

4.2 變異數(ANOVA)分析

表 4-3 問卷受訪結果變異數(ANOVA)分析結果整理(資料來源:本研究)

	長照觀念	長照支出	商業長照險認知	知覺風險	健康促進	購買意願	購買行為
年齡 (A)小於 35 歲(57 人) (B)35~55 歲(265 人) (C)56 歲以上(92 人)	(A)3.49 (B)3.43 (C)3.44	(A)3.43 (B)3.29 (C)3.26	(A)3.98 (B)3.94 (C)3.90	(A)3.69 (B)3.66 (C)3.64	(A)3.92 (B)3.75 (C)3.95	(A)3.89 (B)3.91 (C)3.80	(A)3.69 (B)3.64 (C)3.70
		(A)>(B) (A)>(C)			(C)>(B)*		
教育程度 (A)高中職(42 人) (B)大學專科(256 人) (C)碩博士(116 人)	(A)3.64 (B)3.43 (C)3.38	(A)3.50 (B)3.29 (C)3.24	(A)4.07 (B)3.91 (C)3.93	(A)3.86 (B)3.70 (C)3.50	(A)3.88 (B)3.80 (C)3.83	(A)3.87 (B)3.86 (C)3.93	(A)3.60 (B)3.65 (C)3.70
	(A)>(B)* (A)>(C)**	(A)>(B)* (A)>(C)*	(A)>(B)	(A)>(C)** (B)>(C)*			
收入程度 (A)基本(稅 5%)(142 人) (B)中等(稅 12%)(156 人) (C)高收入(稅 20%)(116 人)	(A)3.49 (B)3.37 (C)3.47	(A)3.31 (B)3.29 (C)3.30	(A)3.88 (B)3.90 (C)4.05	(A)3.66 (B)3.64 (C)3.68	(A)3.81 (B)3.76 (C)3.90	(A)3.84 (B)3.85 (C)3.98	(A)3.59 (B)3.58 (C)3.86
	(A)>(B)* (C)>(B)		(C)>(A)* (C)>(B)*		(C)>(B)		(C)>(A)* (C)>(B)*
子女數 (A)無子女(115 人) (B)1 位(74 人) (C)2 位(173 人) (D)3 位含以上(52 人)	(A)3.41 (B)3.34 (C)3.44 (D)3.62	(A)3.27 (B)3.30 (C)3.29 (D)3.84	(A)3.85 (B)3.91 (C)3.45 (D)4.13	(A)3.65 (B)3.55 (C)3.67 (D)3.80	(A)3.77 (B)3.66 (C)3.87 (D)3.94	(A)3.82 (B)4.01 (C)3.88 (D)3.83	(A)3.56 (B)3.77 (C)3.66 (D)3.70
	(D)>(A)* (D)>(B)**		(D)>(A)** (D)>(B) (D)>(C)	(D)>(B)	(C)>(B) (D)>(B)		
婚姻狀況 (A)單身(106 人) (B)已婚(307 人)	(A)3.29 (B)3.45	(A)3.25 (B)3.32	(A)3.85 (B)3.96	(A)3.68 (B)3.65	(A)3.77 (B)3.83	(A)3.77 (B)3.92	(A)3.52 (B)3.71
			(B)>(A)*			(B)>(A)	(B)>(A)*
性別 (A)男性(195 人) (B)女性(219 人)	(A)3.43 (B)3.44	(A)3.30 (B)3.29	(A)3.89 (B)3.97	(A)3.61 (B)3.70	(A)3.79 (B)3.83	(A)3.82 (B)3.93	(A)3.62 (B)3.69
			(B)>(A)*	(B)>(A)		(B)>(A)	
職業類別 (A)服務業(113 人) (B)製造業(62 人) (C)金融業(65 人) (D)醫療媒體其他(68 人) (E)公職自營退休(105 人)	(A)3.46 (B)3.38 (C)3.49 (D)3.47 (E)3.48	(A)3.36 (B)3.33 (C)3.34 (D)3.23 (E)3.24	(A)3.90 (B)3.84 (C)4.15 (D)3.98 (E)3.86	(A)3.67 (B)3.51 (C)3.97 (D)3.65 (E)3.54	(A)3.77 (B)3.75 (C)4.04 (D)3.83 (E)3.75	(A)3.83 (B)3.74 (C)4.31 (D)3.86 (E)3.78	(A)3.65 (B)3.46 (C)4.13 (D)3.60 (E)3.53
			(C)>(A)* (C)>(B)* (C)>(E)*	(C)>(A)* (C)>(B)*** (C)>(D)* (C)>(E)***	(C)>(E)*	(C)>(A)*** (C)>(B)*** (C)>(D)** (C)>(E)***	(C)>(A)** (C)>(B)*** (C)>(D)** (C)>(E)***

P<.05*, P<.01**, P<.001***

在變異數分析方面，係以年齡、教育程度、收入等級、子女數、婚姻狀況、性別、職業類別等七項做為分組依據，依序進行長照觀念、長照支出、商業常照險認知、知覺風險、健康促進、購買意願與購買行為等七項變數之組間、組內變異分析。



1.以年齡做為分組，三個組別分別為(A)小於 35 歲(57 人)、(B)35~55 歲(265 人)，以及(C)56 歲以上(92 人)。

- 在「長照觀念」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「長照支出」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(A) 小於 35 歲對於長照支出一項，顯著高於(B)35~55 歲，以及(C)56 歲以上之兩組。
- 在「商業長照險認知」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「知覺風險」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「健康促進」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 大於 55 歲對於健康促進一項，顯著高於(B)35~55 歲此組。
- 在「購買意願」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「購買行為」的檢定方面，三組無顯著差異。

2.以教育程度為分組，三個組別分別為(A)高中職(42 人)、(B)大學專科(256 人)，以及(C)碩博士(116 人)。

- 在「長照觀念」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(A) 高中職對於長照觀念一項，顯著高於(B)大學專科，並且很顯著的高於(C) 碩博士這一組。
- 在「長照支出」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(A) 高中職對於長照支出一項，顯著高於(B)大學專科以及(C)碩博士這二組。
- 在「商業長照險認知」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(A)高中職對於商業長照險認知一項，顯著高於(B)大學專科。



- 在「知覺風險」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(A)高中職對於知覺風險一項，很顯著的高於(C)碩博士，另外(B)大學專科對於知覺風險一項也顯著高於(C)碩博士這一組。
- 在「健康促進」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「購買意願」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「購買行為」的檢定方面，三組無顯著差異。

3.以收入程度為分組，三個組別分別為(A)基本收入(稅率 5%)(142 人)、(B)中等收入(稅率 12%)(156 人)，以及(C)高收入(稅率 20%)(116 人)。

- 在「長照觀念」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(A)基本收入和(C)高收入這二個組別於長照觀念一項，皆顯著高於(B)中等收入組。
- 在「長照支出」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「商業長照險認知」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 高收入於商業長照險認知一項，顯著高於(A)基本收入，以及(B)中等收入之兩組。
- 在「知覺風險」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「健康促進」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 高收入於健康促進一項，高於(B)中等收入這一組。
- 在「購買意願」的檢定方面，三組無顯著差異。
- 在「購買行為」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(A) 高收入對於購買行為一項，顯著高於(B) 中等收入以及(A)基本收入這二組。

4.以子女數為分組，四個組別分別為(A)無子女(115 人)、(B)1 位子女(74 人)、(C)2 位子女(173 人)以及(D)3 位含以上(52 人)。

- 在「長照觀念」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(D) 3 位含以上於長照觀念一項，很顯著地高於(B)1 位子女組，也顯著高於(A)



無子女組。

- 在「長照支出」的檢定方面，四組無顯著差異。
- 在「商業長照險認知」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(D) 3 位含以上於商業長照險認知一項，很顯著地高於(A)無子女組，也高於(B)1 位子女與(C)二位子女這二組。
- 在「知覺風險」的檢定方面，四組無顯著差異。
- 在「健康促進」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 2 位子女與於(D)3 位含以上這二組於健康促進一項，都高於(B)1 位子女這一組。
- 在「購買意願」的檢定方面，四組無顯著差異。
- 在「購買行為」的檢定方面，四組無顯著差異。

5. 以婚姻狀況分組，兩個組別分別為(A)單身(106 人)、(B)已婚(307 人)。

- 在「長照觀念」的檢定方面，兩組無顯著差異。
- 在「長照支出」的檢定方面，兩組無顯著差異。
- 在「商業長照險認知」的檢定方面，可以由 ANOVA 檢定判讀得知，(B) 已婚對於商業長照險認知一項，顯著高於(A)未婚。
- 在「知覺風險」的檢定方面，兩組無顯著差異。
- 在「健康促進」的檢定方面，兩組無顯著差異。
- 在「購買意願」的檢定方面，可以由平均數檢定得知，(B)已婚對於購買意願一項，高於(A)未婚。
- 在「購買行為」的檢定方面，可以由平均數檢定得知，(B)已婚對於購買行為一項，顯著高於(A)未婚。

6. 以性別分組，兩個組別分別為(A)男性(195 人)、(B)女性(219 人)。

- 在「長照觀念」的檢定方面，兩組無顯著差異。
- 在「長照支出」的檢定方面，兩組無顯著差異。
- 在「商業長照險認知」的檢定方面，可以由平均數檢定得知，(B)女性對於



商業長照險認知一項，顯著高於(A)男性。

- 在「知覺風險」的檢定方面，可以由 ANOVA 檢定判讀得知，(B)女性對於知覺風險一項，高於(A)男性。
- 在「健康促進」的檢定方面，兩組無顯著差異。
- 在「購買意願」的檢定方面，可以由平均數檢定得知，(B)女性對於知覺風險一項，高於(A)男性。
- 在「購買行為」的檢定方面，兩組無顯著差異。

7.以職業類別為分組，五個組別分別為(A) 服務業(113 人)、(B) 製造業(62 人)、(C) 金融業(65 人)、(D) 醫療媒體其他(68 人)以及(E)公職自營退休(105 人)。

- 在「長照觀念」的檢定方面，五組無顯著差異。
- 在「長照支出」的檢定方面，五組無顯著差異。
- 在「商業長照險認知」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 金融業於商業長照險認知一項，顯著地高於(A) 服務業組、(B) 製造業與(E)公職自營退休這三組。
- 在「知覺風險」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 金融業於知覺風險一項，非常顯著或是顯著地高於其他四組。
- 在「健康促進」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 金融業這組於健康促進一項，顯著高於(E)公職自營退休這一組。
- 在「購買意願」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 金融業於購買意願一項，非常顯著或是顯著地高於其他四組
- 在「購買行為」的檢定方面，可以由 Scheffe Test 後設檢定判讀得知，(C) 金融業於購買行為一項，非常顯著或是顯著地高於其他四組



4.3 相關分析

表 4-4 問卷受訪結果相關分析結果整理(資料來源:本研究)

	(1)長照觀念	(2)長照支出	(3)商業長照險認知	(4)知覺風險	(5)健康促進	(6)意見領袖導向	(7)專業經紀導向	(8)人際口碑導向	(9)產品品質導向	(10)自我需求導向	(11)購買意願	(12)購買行為
(1)長照觀念	1											
(2)長照支出	.425**	1										
(3)商業長照險認知	.421**	.349**	1									
(4)知覺風險	.411**	.381**	.583**	1								
(5)健康促進	.309**	.349**	.496**	.538**	1							
(6)意見領袖導向	.252**	.243**	.305**	.421**	.346**	1						
(7)專業經紀導向	.412**	.368**	.568**	.435**	.413**	.325**	1					
(8)人際口碑導向	.326**	.306**	.515**	.453**	.422**	.392**	.539**	1				
(9)產品品質導向	.312**	.299**	.611**	.487**	.463**	.264**	.550**	.434**	1			
(10)自我需求導向	.284**	.341**	.253**	.349**	.330**	.435**	.255**	.241**	.277**	1		
(11)購買意願	.222**	.158**	.603**	.443**	.380**	.209**	.478**	.409**	.428**	0.095	1	
(12)購買行為	.197**	.148**	.562**	.431**	.394**	.231**	.425**	.391**	.343**	0.096	.843**	1

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

在相關分析方面，將(1)長照觀念、(2)長照支出、(3)商業長照險認知、(4)知覺風險、(5)健康促進、(6)意見領袖導向、(7)專業經紀導向、(8)人際口碑導向、(9)產品品質導向、(10)自我需求導向、(11)購買意願、(12)購買行為等共 12 個變數，列入進行相關分析。個別變數呈現的相關係數，說明如下：

(1)長照觀念

- 長照觀念與(2)長照支出，其相關係數為 0.425，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(3)商業長照險認知，其相關係數為 0.421，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(4)知覺風險，其相關係數為 0.411，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(5)健康促進，其相關係數為 0.309，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(6)意見領袖導向，其相關係數為 0.252，屬於高度顯著相關。



- 長照觀念與(7)專業經紀導向，其相關係數為 0.412，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(8)人際口碑導向，其相關係數為 0.326，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.312，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.284，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(11)購買意願，其相關係數為 0.222，屬於高度顯著相關。
- 長照觀念與(12)購買行為，其相關係數為 0.197，屬於高度顯著相關。

(2) 長照支出

- 長照支出與(3)商業長照險認知，其相關係數為 0.349，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(4)知覺風險，其相關係數為 0.381，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(5)健康促進，其相關係數為 0.349，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(6)意見領袖導向，其相關係數為 0.243，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(7)專業經紀導向，其相關係數為 0.368，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(8)人際口碑導向，其相關係數為 0.306，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.299，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.341，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(11)購買意願，其相關係數為 0.158，屬於高度顯著相關。
- 長照支出與(12)購買行為，其相關係數為 0.148，屬於高度顯著相關。

(3) 商業長照險認知

- 商業長照險認知與(4)知覺風險，其相關係數為 0.583，屬於高度顯著相關。
- 商業長照險認知與(5)健康促進，其相關係數為 0.496，屬於高度顯著相關。
- 商業長照險認知與(6)意見領袖導向，其相關係數為 0.305，屬於高度顯著相關。
- 商業長照險認知與(7)專業經紀導向，其相關係數為 0.568，屬於高度顯著相關。
- 商業長照險認知與(8)人際口碑導向，其相關係數為 0.515，屬於高度顯著相關。
- 商業長照險認知與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.611，屬於高度顯著相關。
- 商業長照險認知與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.253，屬於高度顯著相關。
- 商業長照險認知與(11)購買意願，其相關係數為 0.603，屬於高度顯著相關。



➤ 商業長照險認知與(12)購買行為，其相關係數為 0.562，屬於高度顯著相關。

(4) 知覺風險

- 知覺風險與(5)健康促進，其相關係數為 0.538，屬於高度顯著相關。
- 知覺風險與(6)意見領袖導向，其相關係數為 0.421，屬於高度顯著相關。
- 知覺風險與(7)專業經紀導向，其相關係數為 0.435，屬於高度顯著相關。
- 知覺風險與(8)人際口碑導向，其相關係數為 0.453，屬於高度顯著相關。
- 知覺風險與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.487，屬於高度顯著相關。
- 知覺風險與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.349，屬於高度顯著相關。
- 知覺風險與(11)購買意願，其相關係數為 0.443，屬於高度顯著相關。
- 知覺風險與(12)購買行為，其相關係數為 0.431，屬於高度顯著相關。

(5) 健康促進

- 健康促進與(6)意見領袖導向，其相關係數為 0.346，屬於高度顯著相關。
- 健康促進與(7)專業經紀導向，其相關係數為 0.413，屬於高度顯著相關。
- 健康促進與(8)人際口碑導向，其相關係數為 0.422，屬於高度顯著相關。
- 健康促進與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.463，屬於高度顯著相關。
- 健康促進與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.330，屬於高度顯著相關。
- 健康促進與(11)購買意願，其相關係數為 0.380，屬於高度顯著相關。
- 健康促進與(12)購買行為，其相關係數為 0.394，屬於高度顯著相關。

(6) 意見領袖導向

- 意見領袖導向與(7)專業經紀導向，其相關係數為 0.325，屬於高度顯著相關。
- 意見領袖導向與(8)人際口碑導向，其相關係數為 0.392，屬於高度顯著相關。
- 意見領袖導向與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.264，屬於高度顯著相關。
- 意見領袖導向與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.435，屬於高度顯著相關。
- 意見領袖導向與(11)購買意願，其相關係數為 0.209，屬於高度顯著相關。
- 意見領袖導向與(12)購買行為，其相關係數為 0.231，屬於高度顯著相關。



(7) 專業經紀導向

- 專業經紀導向與(8)人際口碑導向，其相關係數為 0.539，屬於高度顯著相關。
- 專業經紀導向與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.550，屬於高度顯著相關。
- 專業經紀導向與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.255，屬於高度顯著相關。
- 專業經紀導向與(11)購買意願，其相關係數為 0.478，屬於高度顯著相關。
- 專業經紀導向與(12)購買行為，其相關係數為 0.425，屬於高度顯著相關。

(8) 人際口碑導向

- 人際口碑導向與(9)產品品質導向，其相關係數為 0.434，屬於高度顯著相關。
- 人際口碑導向與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.241，屬於高度顯著相關。
- 人際口碑導向與(11)購買意願，其相關係數為 0.409，屬於高度顯著相關。
- 人際口碑導向與(12)購買行為，其相關係數為 0.391，屬於高度顯著相關。

(9) 產品品質導向

- 人際口碑導向與(10)自我需求導向，其相關係數為 0.277，屬於高度顯著相關。
- 人際口碑導向與(11)購買意願，其相關係數為 0.428，屬於高度顯著相關。
- 人際口碑導向與(12)購買行為，其相關係數為 0.343，屬於高度顯著相關。

(10) 自我需求導向

- 自我需求導向與(11)購買意願，其相關係數為 0.095，相關性不明顯。
- 自我需求導向與(12)購買行為，其相關係數為 0.096，相關性不明顯。

(11) 購買意願

- 購買意願與(12)購買行為，其相關係數為 0.843，屬於高度顯著相關。



4.4 迴歸分析

4.4.1 購買意願之迴歸分析

表 4-5 購買意願之迴歸分析結果整理(資料來源:本研究)

控制變數/自變數	依變數 = 購買意願								
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9
年齡	-0.06	-0.022	-0.044	0.027	-0.035	-0.058	-0.02	-0.03	0.011
教育程度	0.026	0.069	0.048	0.047	0.104*	0.02	0.033	0.057	0.041
收入	0.086	0.095	0.088	-0.016	0.06	0.073	0.024	0.027	-0.001
子女	-0.07	-0.117	-0.078	-0.163**	-0.115*	-0.119	-0.068	-0.129*	-0.144**
婚姻	0.141*	0.148*	0.127*	0.121*	0.168*	0.158**	0.095	0.130*	0.119*
性別	0.119*	0.121*	0.121*	0.042	0.087	0.099*	0.037	0.055	0.015
職業	-0.068	-0.076	-0.053	-0.087*	-0.051	-0.07	-0.08	-0.077	-0.096*
長照觀念		0.240***							-0.037
長照支出			0.153**						-0.124*
商業長照險認知				0.618***					0.440***
知覺風險					0.462***				0.134*
健康促進						0.380***			0.091
意見領袖導向							0.011		-0.002
專業經紀導向							0.356***		0.188**
人際口碑導向							0.200***		0.036
產品品質導向								0.437***	0.003
自我需求導向								-0.027	-0.107*
F	2.302	5.250**	3.184*	32.079***	15.900***	11.163***	15.236***	11.923***	17.036***
R-square	0.038	0.096	0.06	0.391	0.241	0.183	0.277	0.213	0.443
N = 420 (two-tailed test). *P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001.									

迴歸模型報表如上。本次的模型建立係以「購買意願」做為依變數。

- 模型一為單純控制變數之模型，其中「婚姻」之係數為 0.141，達到顯著水準。「性別」一項之係數為 0.119，達到顯著水準。整體模型 F 值為 2.302，解釋力(R-square)為 0.038，模型未具顯著解釋力。

若控制住控制變數的解釋力，分別以「長照觀念」、「長照支出」、「商業長照險認知」、「知覺風險」、「健康促進」做為自變數進行單一變數的迴歸模型分析，可以從報表中得知：

- 模型二係以「長照觀念」做為依變數，其係數為 0.240，達到顯著水準。整體模型 F 值為 5.250，解釋力(R-square)為 0.096，模型具顯著解釋力。
- 模型三以「長照支出」做為依變數，其係數為 0.153，達到顯著水準。整體模型 F 值為 3.184，解釋力(R-square)為 0.06，模型具解釋力。
- 模型四以「商業長照險認知」做為依變數，其係數為 0.618，達到顯著水準。整體模型 F 值為 32.079，解釋力(R-square)為 0.391，模型具極顯著解釋力。
- 模型五以「知覺風險」做為依變數，其係數為 0.462，達到顯著水準。整體模型 F 值為 15.900，解釋力(R-square)為 0.241，模型具極顯著之解釋力。
- 模型六以「健康促進」做為依變數，其係數為 0.380，達到顯著水準。整體模型 F 值為 11.163，解釋力(R-square)為 0.277，模型具極顯著之解釋力。
- 模型七為口碑資訊來源之迴歸模型，分別以「意見領袖導向」、「專業經紀導向」、「人際口碑導向」做為自變數進行迴歸模型分析，可以從報表中得知：以「意見領袖導向」為依變數，其係數為 0.011，不存在關聯性。以「專業經紀導向」為依變數，其係數為 0.356，達到顯著水準。以「人際口碑導向」為依變數，其係數為 0.200，達到顯著水準。整體模型 F 值為 15.236，解釋力(R-square)為 0.277，模型具極顯著之解釋力。
- 模型八為產品特質導向之迴歸模型。分別以「產品品質導向」、「自我需求導向」做為自變數進行迴歸模型分析，可以從報表中得知：以「產品品質導向」為依變數，其係數為 0.437，達到顯著水準。以「自我需求導向」為依

變數，其係數為-0.027，不存在關聯性。整體模型 F 值為 11.923，解釋力(R-square)為 0.213，模型具極顯著之解釋力。



➤ 模型九為整體模型。在所有的自變數中，對於「購買意願」具有顯著正向解釋力的變數有三個，分別是「商業長照險認知」，其係數為 0.440，達到極顯著之水準。「知覺風險」，其係數為 0.134，達到顯著之水準。「專業經紀導向」，其係數為 0.188，達到顯著之水準。

對於「購買意願」具有顯著負向解釋力的變數有二個，分別是「長照支出」，其係數為-0.124，達到顯著之水準。「自我需求導向」，其係數為-0.107，達到顯著之水準。

在整體模型 F 值為 17.036，解釋力(R-square)為 0.443，模型具極顯著之解釋力。

4.4.2 購買行為之迴歸分析

表 4-6 購買行為之迴歸分析結果整理(資料來源:本研究)



控制變數/自變數	依變數 = 購買行為								
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9
年齡	-0.053	-0.023	-0.028	0.06	-0.009	-0.028	0	-0.021	0.032
教育程度	0.02	0.052	0.048	0.041	0.100*	0.018	0.03	0.039	0.044
收入	0.124*	0.124*	0.124*	0.025	0.088	0.106*	0.058	0.072	0.035
子女	-0.016	-0.065	-0.028	-0.119*	-0.069	-0.07	-0.024	-0.063	-0.089
婚姻	0.102	0.116	0.091	0.083	0.130*	0.115*	0.057	0.088	0.089
性別	0.096	0.099	0.1	0.024	0.066	0.079	0.017	0.052	0.009
職業	-0.069	-0.08	-0.052	-0.09	-0.058	-0.071	-0.077	-0.082	-0.096
長照觀念		0.208***							-0.073
長照支出			0.142*						-0.120*
商業長照險認知				0.573***					0.427***
知覺風險					0.447***				0.169**
健康促進						0.388***			0.153**
意見領袖導向							0.041		0.011
專業經紀導向							0.288***		0.162**
人際口碑導向							0.214***		0.055
產品品質導向								0.332***	-0.097
自我需求導向								-0.001	-0.100*
F	2.185	4.341**	2.911*	25.273***	14.483***	11.312***	12.307***	7.107***	15.056***
R-square	0.037	0.081	0.056	0.337	0.226	0.186	0.237	0.14	0.413

N = 420 (two-tailed test). *P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001.

迴歸模型報表如上。本次的模型建立係以「購買行為」做為依變數。

- 模型一為單純控制變數之模型，其中「收入」之係數為 0.124，達到顯著水準。整體模型 F 值為 2.185，解釋力(R-square)為 0.037，模型未具顯著解釋力。

若控制住控制變數的解釋力，分別以「長照觀念」、「長照支出」、「商業長照險認知」、「知覺風險」、「健康促進」做為自變數進行單一變數的迴歸模型分析，可以從報表中得知：

- 模型二係以「長照觀念」做為依變數，其係數為 0.208，達到顯著水準。整體模型 F 值為 4.341，解釋力(R-square)為 0.081，模型具顯著解釋力。
- 模型三以「長照支出」做為依變數，其係數為 0.142，達到顯著水準。整體模型 F 值為 2.911，解釋力(R-square)為 0.056，模型具解釋力。
- 模型四以「商業長照險認知」做為依變數，其係數為 0.573，達到顯著水準。整體模型 F 值為 25.273，解釋力(R-square)為 0.337，模型具極顯著解釋力。
- 模型五以「知覺風險」做為依變數，其係數為 0.447，達到顯著水準。整體模型 F 值為 14.483，解釋力(R-square)為 0.226，模型具極顯著之解釋力。
- 模型六以「健康促進」做為依變數，其係數為 0.388，達到顯著水準。整體模型 F 值為 11.312，解釋力(R-square)為 0.186，模型具極顯著之解釋力。
- 模型七為口碑資訊來源之迴歸模型，分別以「意見領袖導向」、「專業經紀導向」、「人際口碑導向」做為自變數進行迴歸模型分析，可以從報表中得知：以「意見領袖導向」為依變數，其係數為 0.041，不存在關聯性。以「專業經紀導向」為依變數，其係數為 0.288，達到顯著水準。以「人際口碑導向」為依變數，其係數為 0.214，達到顯著水準。整體模型 F 值為 12.307，解釋力(R-square)為 0.237，模型具極顯著之解釋力。
- 模型八為產品特質導向之迴歸模型。分別以「產品品質導向」、「自我需求導向」做為自變數進行迴歸模型分析，可以從報表中得知：以「產品品質導向」為依變數，其係數為 0.332，達到顯著水準。以「自我需求導向」為依

變數，其係數為-0.001，不存在關聯性。整體模型 F 值為 7.107，解釋力(R-square)為 0.14，模型具極顯著之解釋力。



➤ 模型九為整體模型。在所有的自變數中，對於「購買行為」具有顯著正向解釋力的變數有四個，分別是「商業長照險認知」，其係數為 0.427，達到極顯著之水準。「知覺風險」，其係數為 0.169，達到顯著之水準。「健康促進」，其係數為 0.153，達到顯著之水準。「專業經紀導向」，其係數為 0.162，達到顯著之水準。

對於「購買行為」具有顯著負向解釋力的變數有二個，分別是「長照支出」，其係數為-0.120，達到顯著之水準。「自我需求導向」，其係數為 -0.100，達到顯著之水準。

在整體模型 F 值為 15.056，解釋力(R-square)為 0.413，模型具極顯著之解釋力。

4.4.3 中介效果檢定

表 4-7 中介效果檢定之迴歸分析結果整理(資料來源:本研究)

控制變數/自變數	依變數 = 購買行為								
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9
年齡	0.015	0.013	0.018	0.03	0.019	0.019	0.017	0.014	0.024
教育程度	-0.007	-0.004	0.001	0.003	0.011	-0.004	0.001	-0.008	0.012
收入	0.038	0.04	0.039	0.032	0.034	0.036	0.029	0.036	0.035
子女	0.038	0.031	0.035	0.016	0.028	0.028	0.032	0.047	0.026
婚姻	-0.016	-0.009	-0.015	-0.01	-0.008	-0.012	-0.017	-0.02	-0.005
性別	-0.002	0.001	0.003	-0.003	-0.002	0	-0.009	-0.001	0.002
職業	-0.015	-0.017	-0.01	-0.023	-0.017	-0.014	-0.015	-0.014	-0.024
購買意願	0.841***	0.838***	0.840***	0.794***	0.807***	0.811***	0.813***	0.855***	0.768**
長照觀念		0.007							-0.041
長照支出			0.011						-0.024
商業長照險認知				0.081*					0.092*
知覺風險					0.076*				0.059
健康促進						0.084*			0.090*
意見領袖導向							0.023		0.011
專業經紀導向							0.018		0.031
人際口碑導向							0.041		0.014
產品品質導向								-0.033	-0.078
自我需求導向								0.022	-0.023
F	124.213***	108.359***	108.195***	112.254***	111.826***	113.986***	90.995***	99.547***	56.876***
R-square	0.716	0.715	0.716	0.721	0.72	0.724	0.72	0.72	0.741

N = 420 (two-tailed test). *P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001.

迴歸模型報表如上。本次的模型建立係以「購買行為」做為依變數，「購買意願」作為中介變數。

- 模型一為「購買意願」做為變數進行單一變數的迴歸模型分析之模型，其係數為 0.841，達到顯著水準。整體模型 F 值為 124.213，解釋力(R-square)為 0.716，模型具極顯著之解釋力。

若控制住控制變數的解釋力，分別以「長照觀念」、「長照支出」、「商業長照險認知」、「知覺風險」、「健康促進」做為自變數進行單一變數的迴歸模型分析，可以從報表中得知：

- 模型二係以「長照觀念」做為依變數，其係數為 0.007，沒有明確關聯。整體模型 F 值為 108.359，解釋力(R-square)為 0.715，模型具顯著解釋力。
- 模型三以「長照支出」做為依變數，其係數為 0.011，沒有明確關聯。整體模型 F 值為 108.359，解釋力(R-square)為 0.716，模型具顯著解釋力。
- 模型四以「商業長照險認知」做為依變數，其係數為 0.081，達到顯著水準。整體模型 F 值為 112.254，解釋力(R-square)為 0.721，模型具極顯著解釋力。
- 模型五以「知覺風險」做為依變數，其係數為 0.076，達到顯著水準。整體模型 F 值為 111.826，解釋力(R-square)為 0.72，模型具極顯著之解釋力。
- 模型六以「健康促進」做為依變數，其係數為 0.084，達到顯著水準。整體模型 F 值為 113.986，解釋力(R-square)為 0.724，模型具極顯著之解釋力。
- 模型七為口碑資訊來源之迴歸模型，分別以「意見領袖導向」、「專業經紀導向」、「人際口碑導向」做為自變數進行迴歸模型分析，可以從報表中得知：以「意見領袖導向」為依變數，其係數為 0.023，不存在關聯性。以「專業經紀導向」為依變數，其係數為 0.018，達到顯著水準。以「人際口碑導向」為依變數，其係數為 0.041，達到顯著水準。整體模型 F 值為 90.995，解釋力(R-square)為 0.72，模型具極顯著之解釋力。
- 模型八為產品特質導向之迴歸模型。分別以「產品品質導向」、「自我需求導向」做為自變數進行迴歸模型分析，可以從報表中得知：以「產品品質導向」為依變數，其係數為-0.033，不存在關聯性。以「自我需求導向」為依

變數，其係數為 0.022，不存在關聯性。整體模型 F 值為 99.547，解釋力(R-square)為 0.72，模型具極顯著之解釋力。



- 模型九為整體模型。在所有的自變數中，對於「購買行為」具有顯著正向解釋力的變數有二個，分別是「商業長照險認知」，其係數為 0.092，達顯著之水準。「健康促進」，其係數為 0.09，達到顯著之水準。
在整體模型 F 值為 56.876，解釋力(R-square)為 0.741，模型具極顯著之解釋力。

在中介效果方面，可以由前述分析得知，在個別變數的中介方面，「長照觀念」、「長照支出」，以及屬於口碑資訊來源的「意見領袖導向」、「專業經紀導向」、「人際口碑導向」，以及產品特性方面的「產品品質導向」、「自我需求導向」，受到「購買意願」變數的完全中介。

而「商業長照險認知」、「知覺風險」、「健康促進」這三個變數，則是呈現部分中介的效果。

在總體模型方面，則是「商業長照險認知」、「健康促進」呈現部分中介的效果。其他變數則是受到「購買意願」變數的完全中介，由此可判斷在多數的變數當中，消費者對於長照險之購買行為，是受到購買意願之間接影響。

4.5 小結



表 4-8 迴歸分析總結(資料來源:本研究)

自變數	依變數 = 購買意願	依變數 = 購買行為	中介效果
長照觀念	成立	成立	完全中介
長照支出	成立	成立	完全中介
商業長照險認知	成立	成立	部分中介
知覺風險	成立	成立	部分中介
健康促進	成立	成立	部分中介
口碑資訊來源 -意見領袖導向 -專業經紀導向 -人際口碑導向	部分成立	部分成立	完全中介
產品特性 -產品品質導向 -自我需求導向	部分成立	部分成立	完全中介

依據 4.4 章節的三項回歸分析結果，統整如上表，說明如下：

- 「長照觀念」與「長照支出」這二項，在依變數為「購買意願」與「購買行為」下，皆呈現正向顯著關聯性，並且受到「購買意願」變數的完全中介，意謂「長照觀念」與「長照支出」對「購買行為」的影響完全通過「購買意願」之中介變數來表現。
- 「商業長照險認知」與「知覺風險」、「健康促進」這三項，在依變數為「購買意願」與「購買行為」下，皆呈現正向顯著關聯性，但在「購買意願」下為部分中介，意謂「商業長照險認知」與「知覺風險」、「健康促進」這三項不僅直接影響「購買行為」，也通過影響「購買意願」來間接影響購買行為。
- 口碑資訊來源（包括「意見領袖導向」、「專業經紀導向」、「人際口碑導向」）與「購買意願」和「購買行為」的關係部分成立，這些變數的影響通過「購買意願」完全中介到「購買行為」。

- 產品特性（包括「產品品質導向」和「自我需求導向」）與「購買意願」和「購買行為」的關係部分成立，這些變數的影響同樣通過「購買意願」完全中介到「購買行為」。



第五章、結論與建議



本研究旨在進行長照險之消費行者為分析，著重探討我國長照政策現況與各國長照制度現況，以及面臨的相關問題。同時，我們也探討了消費者對於長照保險的觀念、認知、知覺風險、健康促進等因素與購買意願之間的關聯性，以及不同背景條件的消費者對長照保險的認同與需求程度。

在研究中，我們進行了大量的隨機問卷調查，並使用多種分析方法，包括 ANOVA 分析、相關分析和迴歸分析，以期能由分析中獲得各參數的關聯性。以下是本研究的發現以及結論，並且對後續如何提升消費者長照意識進而提高購買比率提出相關建議。

5.1. 研究結論

在第一章緒論中，我們提到本研究的動機由於人口老化現象逐漸浮現，長期照護需求日益增加和吃緊，但民眾投保商業長照保險的比例卻未見顯著提升，故提出三個研究問題，以下就研究過程中所得到的資料來進行問題的回覆和說明。

1、各國暨臺灣商業長照險當前遭遇的發展挑戰：

(1)台灣：

- 長照保險有護理資源分布不均和人力資源不足的問題，城鄉差距明顯。
- 長照 2.0 補助金額有限，重度患者常有時數不足或補助金額不足的狀況。
- 可改善的方向包括建立重症長期照護機制和拓寬長照保險資金來源，以應對未來服務範圍擴大和金額提高的需求。

(2)中國：

- 長照保險的參與對象在城鄉之間存在不均衡，大部分只涵蓋城鎮職工醫療保險，未納入城鎮與農村居民。
- 目前仍處於選定城市試辦階段，各城市的費用和理賠標準不統一。
- 可改善的方向包括建立統一規範，以確保給付標準和條件的一致性，以及擴大長照保險的收入來源，以確保長期支持和擴大辦理。



(3)美國：

- 美國的長期照護保險主要以老人、殘障、低收入、孕婦和兒童等特定人群為對象，而非全民健保制度。
- 聯邦醫療補助對低收入和低資產人群提供支援，一般民眾申請困難。
- 可改善的方向包括增加財源以應對人力成本和藥品成本上升的壓力，以及降低 Medicaid 申請門檻，使更多民眾能夠受惠。

(4)日本：

- 日本的長期照護保險主要保障 65 歲以上的高齡身心障礙者，對於 40 到 64 歲的納保者，僅給付限於「老化併發疾病」所產生的照護需求。
- 紿付主要以服務給付為原則，非特殊原因無法用現金給付。
- 可改善的方向為提早進行財務與照護人力的配置，以因應超高齡化社會帶來的長照需求問題。

(5)韓國：

- 長照保險的等待期長達六個月，使一些急需照護的人無法及時獲得幫助。
- 自負額高達 15% 至 20%，負擔相對較重，而且保障額度只能支付基本需求，對於長期照護需求者仍存在不足之處。
- 可改善的方向包括擴大給付年齡，目前只針對 65 歲以上的老人或 65 歲以下的失智、腦血管病變者提供服務。另外需簡化長照認定手續(目前需 6 個月)以提高即時性服務。

(6)德國：

- 德國長期照護保險面臨照護人力和機構不足的挑戰，尤其是在 2015 年到 2017 年短短兩年內，資格接受照護福利的人數驟增 19%。
- 長照服務與照護機構的城鄉差異存在，需要政府支持以彌平差距。
- 可改善的方向包括培育更多長照專業人力和照護機構，以應對未來更龐大的照護需求。此外，由於給付人數快速增加，已經造成長照基金的壓力，需要開闢新的財源收入以支應未來的需求。



綜觀上述國家長照政策面臨問題的共通點包括：

- 資源分配不均：許多國家在長照保險制度中都面臨資源分配不均的問題，無論是在人力資源還是照護機構的分布上都存在差距。這使得某些地區或特定人群難以獲得適切的長期照護服務。
- 財務壓力：長期照護保險制度通常需要大量的財務支持，這對於政府和照護機構來說都是一項挑戰。長照保險資金來源的不足可能限制了給付範圍和給付金額，而且會造成自負額逐漸提高，並導致醫護或照護人員待遇不佳的情況。
- 適用範圍與申請年齡差異：每個國家對於長照政策的涵蓋年齡範圍不同，可申請給付的起始年齡也不一，造成長照保險的普及性與廣泛性可能不足。

台灣較為特殊之處是台灣人口老化快速，依現行狀況，預估每年將增加長照使用人數約 2 萬至 5 萬人，110 至 113 年度長照需求人口數，將自 32 萬人增加到 41 萬人，但長照基金有可能入不敷出，屆時將長照 2.0 的服務涵蓋能力。有鑑於此，投保商業長照保險可以補足以下的問題：

1. 政策不足或覆蓋範圍有限：商業型長照保險可以提供廣泛的覆蓋範圍，填補政府長照保險制度中的不足，確保個人在不符合政府規定的條件下也能夠獲得長期照護的保障。這對於那些未被全民健保或政府長照保險覆蓋的人群特別重要。
2. 補貼長照需求金額：商業型長照保險可以提供更高的補助金額，以彌補政府長照保險制度中補助金額有限的問題。這有助於保護被保人在面臨高額長期照護費用時的經濟風險，確保其能夠獲得足夠的資源來支付護理費用。
3. 提供個人自主性與彈性：商業型長照保險通常允許被保人自行選擇保險方案、保額和保險條款。這使得個人能夠根據自身需求和經濟能力進行選擇，以符合其個人狀況和預期的長期照護需求。
4. 提供額外的保障和福利：商業型長照保險可能還提供一些額外的保障和福

利，如疾病保障、生活津貼、藥物和醫療服務優惠等。這些額外的保障可以增加被保人的照護和生活品質，提供更全面的照護支援。

2、影響長照險產品之購買意願與購買行為的主要影響變數：

(1)在購買意願方面：

在探討商業長照險的購買意願時，透過對各變數的個別檢定，我們發現有七個重要的變數顯著影響購買意願，分別是「長照觀念」、「商業長照險認知」、「知覺風險」、「健康促進」、「專業經紀導向」、「人際口碑導向」以及「產品品質導向」。然而，當我們進一步將所有變數整合進入總體模型時，只有「商業長照險認知」、「知覺風險」以及「專業經紀導向」這三個變數能夠具有顯著的解釋力。這說明在整體考量之下，這三個變數對於影響商業長照險的購買意願具有顯著的影響。

(2)在購買行為方面：

對於商業長照險的購買行為，我們進行的個別變數檢定顯示，「長照觀念」、「商業長照險認知」、「知覺風險」、「健康促進」、「專業經紀導向」、「人際口碑導向」和「產品品質導向」這七項變數都各自具有顯著的影響力。然而，在進一步的總體模型分析中，我們發現只有「商業長照險認知」、「知覺風險」和「專業經紀導向」這三個變數擁有顯著的解釋力。這意味著在整體情況考量下，「商業長照險認知」、「知覺風險」和「專業經紀導向」這三項變數在影響商業長照險的購買行為方面，扮演了關鍵的角色。

(3)在中介效果方面：

在分析中介效果時，我們發現變數如「長照觀念」、「長照支出」等及口碑資訊和產品特性相關變數，其影響全被「購買意願」變數完全中介。然而，變數「商業長照險認知」、「知覺風險」和「健康促進」的影響則是部分中介。在總體模型裡，僅有「商業長照險認知」和「健康促進」兩變數顯示部分中介效果，其餘變數全被「購買意願」變數完全中介。這顯示購買長照險的行為大多受購買意願間接影響，儘管某些變數也直接影響購買行為，但其通過購買意願的間接效果依然重要。

3、不同背景之消費者族群，對於長照保險的購買(投保)行為差異：

本研究以年齡、教育程度、收入等級、子女數、婚姻狀況、性別、職業類別等七項做為分組依據，探討不同背景之消費者族群，對於購買商業長照險的差異，其差異分別說明如下：

(1)以年齡區分：

- 35 歲以下族群在「長照支出」認知高於 35-55 歲與 56 歲以上族群。
- 56 歲以上族群在「健康促進」的認知明顯高於 35-55 歲。

(2)以教育程度區分：

- 高中職族群在「長照觀念」認知明顯高於碩博士以及大學專科族群。
- 高中職族群在「長照支出」認知明顯高於碩博士以及大學專科族群。
- 高中職族群在「知覺風險」明顯高於碩博士。大學專科在「知覺風險」同樣高於碩博士

(3)以收入等級區分：

- 基本收入族群在「長照觀念」認知明顯高於中等收入族群。
- 高收入族群在「商業長照險認知」認知明顯高於中等與基本收入族群。
- 高收入族群在「購買行為」認知明顯高於中等與基本收入族群。

(4)以子女人數區分：

- 3 位含以上族群在「長照觀念」的認知明顯高於無子女與 1 位子女。
- 3 位含以上族群在「商業長照險認知」的認知明顯高於無子女。

(5)以婚姻狀況區分：

- 已婚族群在「商業長照險認知」的認知明顯高於未婚。
- 已婚族群在「知覺風險」與「購買意願」的認知略高於未婚。

(6)以性別區分：

- 女性在「商業長照險認知」的認知明顯高於男性。
- 女性在「知覺風險」與「購買意願」的認知略高於男性。

(7)以職業類別區分：

- 金融業族群在「商業長照險認知」的認知明顯高於服務業、製造業、公職與自營或退休族群。



- 金融業族群在「知覺風險」的認知明顯高於服務業、製造業、醫療媒體、公職與自營或退休族群。
- 金融業族群在「健康促進」的認知明顯高於公職與自營或退休族群。
- 金融業族群在「購買意願」和「購買行為」的認知明顯高於服務業、製造業、醫療媒體、公職與自營或退休族群。

綜合上述分析結果和資料，我們可以推論影響消費者購買商業長照保險的決定因素以及不同消費者群體對於商業長照保險的接受度。

首先，從購買意願和行為的角度來看，「商業長照險認知」、「知覺風險」和「專業經紀導向」是對消費者購買決策影響最為顯著的三個因素。這三個因素在所有變數的整體模型中都具有顯著的解釋力。這代表消費者對商業長照保險的理解，對潛在風險的認識，以及對保險專業經紀人的信任，都是影響其購買意願和行為的重要因素。

其次，在消費者群體的比較上，高收入族群、金融業從業人員、已婚族群與女性對商業長照險的認知較高，他們的知覺風險也相對較高，因此他們對購買商業長照保險的意願相對來說也比較強。另外在 35 歲以下族群及有三位或以上子女的消費者在長照觀念的認知上亦表現出較高的程度。這些族群應被視為商業長照保險推廣的重點族群。

相反地，未婚族群、男性和基本收入族群對商業長照險的認知較低。特別值得注意的是，擁有碩博士學位的消費者反而對風險的知覺明顯低於其他教育程度的消費者。這些群體在推廣商業長照保險時，可以利用媒體與實際案例，向他們進行長照與風險認知的說明，以提高他們對長照保險的認知和購買意願。

最後，從中介效果的角度來看，我們發現變數如「長照觀念」、「長照支出」等以及口碑資訊和產品特性...等，其影響被「購買意願」變數完全中介。換言之，購買意願在這些變數和購買行為之間起著重要的中介作用。但也有部分變數，如「商業長照險認知」和「健康促進」，除了直接影響購買行為，也經由購買意願間接影響購買行為。可以說「商業長照險認知」和「健康促進」這二個面向，在消費者購買商業長照險的動機與行為上，有著關鍵性的影響力。



5.2. 研究建議

由筆者過去多年的壽險從業經驗，結合上述研究成果，建議提升長照保險的投保比率並推動商業長照保險的購買風氣可以考慮以下策略與執行方案：

1. 長照觀念的教育與宣傳：

- 舉辦定期的長照保險講座並且可以和社區活動結合，例如里民工作坊、日照機構、社區大學、社團活動等，邀請專業人士或是長照患者家屬來分享長照相關知識，並提供具體案例和數據，讓參與者更深入了解長照保險的必要性和優點。
- 保險公司可於客戶資料庫依據長照高風險族群、長照保險接受度較高之客戶群（如研究結論所篩選出之條件），提供個人化的長照保險資訊，並且提供線上平台方便客戶依據自己的條件，搜尋與計算所需的長照商品、保障金額，讓客戶能夠自主了解自己的長照需求。

2. 專業長照商品銷售人員培訓與認證：

- 設計專業的培訓課程，涵蓋長照保險的相關知識和技能，例如長照政策、長照保險制度、商品特點、需求評估和銷售技巧等。這些課程可以包括實體課程、線上培訓、案例分析和角色扮演等學習方法。
- 建立考核與認證機制，以評估業務銷售同仁的知識和技能。可以用通過測驗、個案研究或模擬銷售情境等方式進行。並藉由通過考核和認證，確保長照保險銷售人員具備一定的專業水準，能夠提供優質的服務和建議給客戶。並且保險公司可針對通過考核或證照的專業人員，在銷售長照保險方案時，提供額外的獎勵或獎金。
- 保險公司可以利用廣告與宣傳，強調專業長照商品銷售人員的差異性與提高專業的形象，也可以提升客戶對於長照保險的專業經紀人的信任。

3. 健康促進計畫與回饋：

- 透過隨身健康監測設備（如手環或手機中的健康監測 APP），與保險公司長照商品配合，例如每天行走步數達到標準，或是每週運動時間達到一定



時數，投保長照保險可以依比例減免保險費或是提高保險額度。

- 定期為長照險保戶提供免費基本健檢或優惠健檢方案之活動，強化客戶的健康意識。
- 保險公司可合作健身房或運動中心，為長照保險或醫療保險之保戶提供優惠會籍或健身課程。
- 與營養師或健康顧問、教練等合作，提供個別諮詢或指導，協助保戶制定健康計畫和養成健康習慣。
-

4. 產品內容改良與創新：

- 為單身或是中高齡人士，設計專屬的低保費、無還本等長照定期險。
- 可將傳統儲蓄型保險商品附加長照保險條款，儲蓄險滿期若無出險可移轉至長照保險專案，持續照顧自己與家人。
- 鼓勵年輕族群(35 歲以下)投保長照保險，設計專屬優惠方案或是保費繳交方案，讓客戶能夠於年輕時即投保，盡早擁有長期照護的保障。
- 針對中低收入戶與政府機構合辦專屬的長照保險方案，為中低收入戶提供基本的長照保障。
-

5. 保險結合醫療照護提供實物或服務給付：

- 長照保險除了提供現金給付外，可以結合長照機構、長照設備公司或安養中心等機構團體，提供實物或是服務方面給付。
- 若有長照狀況需要密集往返醫療院所治療，可結合派遣車隊或外送平台，提供人員與藥品之傳遞服務。

以上是筆者結合個人多年來在保險業的從業經驗與對商業長照保險之研究所提出的淺見，還盼各界先進能不吝給予協助與指教！

在邁向高齡化、少子化的台灣社會，除了政府提供基本的長照 2.0 政策支持外，如何進一步提升商業長照保險的投保率與覆蓋率，還需要您、我一同努力，為社會創造更美好、更有保障的明天！

參考文獻



中文文獻：

1. 王秀紅 (2000)。老年人的健康促進—護理的涵義。護理雜誌, 47 (1), 19–25。
2. 王儼玲、邱于芬、謝明華、陳彥志 (2017)。長期照顧保險商品設計與風險效果分析。臺大管理論叢, 27(2S), 177-207。
3. 行政院衛生署 (2005)。中華民國九十三年台灣地區死因統計結果摘要。2006 年 4 月 10 日 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94 年/表 1.xls>
4. 李樑堅、陳英仁、王婷藝 (2016)。壽險保戶購買長期照護險決策行為之研究—以南部地區為例。風險管理學報, 18(1), 63-94。
<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=P20140513002-201606-201703300008-201703300008-63-94>
5. 李珍穎、高于庭 (2016)。壽險業服務創新與企業社會責任對消費者行為意圖之影響—以顧客口碑為干擾變數。管理研究學報, 16(2), 83-119。
<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=16830881-201612-201804260004-201804260004-83-119>
6. 李宗派 (2010)。美國長期照護保險制度之探討。臺灣老人保健學刊, 6(1), 1-19。
<https://doi.org/10.29797/TJGHR.201006.0001>
7. 李蘭：健康行為的概念與研究。中華衛誌 1991；10：1-13。
8. 李佳珂、林麗芬 (2019)。民眾長期照護需求與商業保險選擇之研究。Journal of Data Analysis, 14(1), 13-32。[https://doi.org/10.6338/JDA.201902_14\(1\).0002](https://doi.org/10.6338/JDA.201902_14(1).0002)
9. 李奇勳 (2007)。知覺風險對消費者知覺價值之形成所扮演角色的探討。管理學報, 24(2), 167-190。<https://doi.org/10.6504/JOM.2007.24.02.04>
10. 呂慧芬、趙美敬 (2009)。韓國啟動長期照顧保險機制：老人長期療養保險。臺灣社會福利學刊, 7(2), 143-189。[https://doi.org/10.6265/TJSW.2009.7\(2\)5](https://doi.org/10.6265/TJSW.2009.7(2)5)
11. 林淑馨 (2018)。日本介護保險制度之初探：經驗與啟示。文官制度, 10(3), 1-28。
<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=P20210507001-201807-202105170012-202105170012-1-28>
12. 林谷燕 (2011)。長期照護保險制度之立法建議—以德國長期照護保險法為借鏡。台灣高齡服務管理學刊, 1(1), 1-46。<https://doi.org/10.29745/JSCSM.201104.0001>
13. 林彥吟. (2017). 長期照護制度之研究—以美國及臺灣為中心. 19-44.
<https://hdl.handle.net/11296/gy8ht6>



14. 林靈芝 (2023)。民眾基於知覺價值與知覺風險對長期照顧保險購買意願之研究 [碩士論文，國立屏東科技大學]。華藝線上圖書館。
<https://doi.org/10.6346/NPUST202300093>
15. 林淑馨 (2021)。日本介護保險制度的準市場化：成果與課題。政治科學論叢，(88)，51-88。[https://doi.org/10.6166/TJPS.202106_\(88\).0002](https://doi.org/10.6166/TJPS.202106_(88).0002)
16. 林雅雯、游琇茜、翁政玉、黃于晏、楊琇惠、劉智綱 (2003)。醫院員工健康促進生活型態及其決定因素之探討：以新竹某區域教學醫院為例。醫務管理期刊，4 (4)，77-88。
17. 金管會保險局公告資訊. (2022). 110 年度長期照顧保險投保對象之性別、年齡、要保人所在行政區域與年收入分布之交叉分析, 5.
https://www.fsc.gov.tw/ch/home.jsp?id=578&parentpath=0,7,446,571&mcustomize=sextarget_view.jsp&dataserno=202202160001&dtable=SexTarget
18. 邱國峰(2003)。商業性長期照護保險需求之研究—以中部地區為例。逢甲大學保險研究所碩士論文。
19. 洪乙禎 (2019)。臺灣青壯年人口健康行為的影響因素。人文及社會科學集刊，31(1)，111-151。
<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=1018189X-201903-201904260010-201904260010-111-151>
20. 洪惠綸、吳家銘 (2022)。年輕族群對長期照護保險購買意願之研究。管理實務與理論研究，16(2)，135-149 [https://doi.org/10.29916/JMPP.202212_16\(2\).0009](https://doi.org/10.29916/JMPP.202212_16(2).0009)
21. 祝道松、洪晨桓 (2009)。關係(Guanxi)與消費者購前知覺風險：主觀專業知識之調節效果。臺大管理論叢，19(2)，197-232。<https://doi.org/10.6226/NTURM2009.19.2.197>
22. 高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱佩怡 (2000)。老年人的健康促進生活型態與衛生教育。護理雜誌，47 (1)，13-38。
23. 莊秀美、周怡君、賴明俊 (2012)。論照顧服務提供多元化存續的條件：日本介護保險制度監督機制因應經驗之啟示。臺大社會工作學刊，(26)，183-221。
<https://doi.org/10.6171/ntuswr2012.26.05>
24. 陳伶珠. (2015). 衛生福利部 102 年度「探討實施長期照護保險國家之照顧管理制度」(分項計畫四：探討韓國長期照護保險之照顧管理制度) 期末報告. 3-128.
<https://grbdef.stpi.narl.org.tw/fte/download4?docId=2954622&responseCode=5719&grb05Id=8055561>
25. 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棟 (1997)。健康促進的生活方



- 式量表中文版之修訂與測試・長庚護理，8（1），14—21。
- 26.陳美燕、張惠琴、李夢英（2002）。從自我照顧的觀點看乳癌高危險群婦女健康促進行為・醫護科技學刊，4（1），63—73。
- 27.陳明珠、林清壽、廖崇凱（2015）。中高齡者購買商業型長期照護保險行為意向之探究。福祉科技與服務管理學刊，3(2)，189-208。
- <https://doi.org/10.6283/JOCSG.2015.3.2.189>
- 28.陳淑敏、張澄清、吳志富（2018）。臺北市高齡學習者健康促進、人際互動及生活滿意之研究。教育科學研究期刊，63(2)，127-161。
- [https://doi.org/10.6209/JORIES.201806_63\(2\).0006](https://doi.org/10.6209/JORIES.201806_63(2).0006)
- 29.梁亞文、徐明儀（2010）。德、荷長期照護保險之比較。護理雜誌，57(4)，17-22。
- <https://doi.org/10.6224/JN.57.4.17>
- 30.許士軍(1987)，管理學，台北：東華書局。
- 31.黃慧雯、劉淑惠、白玉珠（2010）。台灣長期照護保險制度與日本介護保險執行改革方針。護理雜誌，57(4)，77-82。<https://doi.org/10.6224/JN.57.4.77>
- 32.黃毓華、邱啟潤：健康促進生活型態量表信度效度之評估。高雄醫誌 1996；12：529-37。
- 33.黃松元、劉俐蓉（2005）。臺北市計程車司機工作壓力、健康促進方式與吸菸、飲酒、嚼檳榔行為之相關研究。中華職業醫學雜誌，12（4），203—214。
- 34.傅健豪, & 林翠芳. (2017). 從美國經驗探討台灣長期照護制度改革. 台灣公共衛生雜誌, 36(6), 531–544.
- 35.張彩秀、黃乾全（2002）。中老年健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係・衛生教育學報，17，15—30。
- 36.詹元碩、張家澤（2004）。如何經由健保改革，提昇全民運動健康促進—以德國醫療保險改革為例。國民體育季刊，33（3），77—82。
- 37.趙忠傑. (2020). 兩岸長期照護政策及保險制度之比較研究. 兩岸企業社會責任與社會企業家學術期刊, 5, 18–52.
- 38.衛福部. (2016). 衛生福利部長期照顧十年計畫 2.0 （106~115 年）(核定本).
[file:///C:/Users/tfjoh/Downloads/1051219%E9%95%B7%E7%85%A72.0%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E6%9C%AC%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/tfjoh/Downloads/1051219%E9%95%B7%E7%85%A72.0%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E6%9C%AC%20(3).pdf)
- 39.衛福部. (2020). 衛生福利部長期 2.0 懶人包。
[file:///C:/Users/tfjoh/Downloads/%E3%80%8A%E9%95%B7%E7%85%A72.0%E3%80%8B%E6%87%B6%E4%BA%BA%E5%8C%85\(2.0%E7%89](file:///C:/Users/tfjoh/Downloads/%E3%80%8A%E9%95%B7%E7%85%A72.0%E3%80%8B%E6%87%B6%E4%BA%BA%E5%8C%85(2.0%E7%89)

40. 羅萱、楊美雪、邵文逸（2001）。長期照護機構選擇屬性之研究-以知覺風險為市場區隔基礎。台灣公共衛生雜誌，20(5)，381-394。

<https://doi.org/10.6288/TJPH2001-20-05-07>

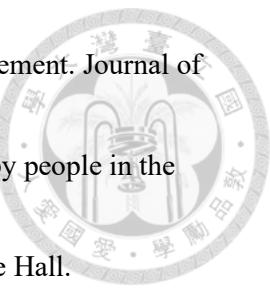
41. 羅玉岱、盧豐華、楊宜青（2021）。高齡者身心靈全方位的健康促進。台灣家庭醫學雜誌，31(3)，157-168。<https://doi.org/10.3966/168232812021093103001>

英文文獻：

1. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
2. Amati, V., Meggiolaro, S., Rivellini, G., & Zaccarin, S. (2018). Social relations and life satisfaction: The role of friends. *Genus*, 74, 1-18.
3. Anderson, J. C., & Narus, J. A. (1990). A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. *Journal of marketing*, 54(1), 42-58.
4. Arndt, J. (1967). Role of product-related conversations in the diffusion of a new product. *Journal of marketing Research*, 4(3), 291-295.
5. Baird, I. S., & Thomas, H. (1985). Toward a contingency model of strategic risk taking. *Academy of management Review*, 10(2), 230-243.
6. Baker, J., Parasuraman, A., Grewal, D., & Voss, G. B. (2002). The influence of multiple store environment cues on perceived merchandise value and patronage intentions. *Journal of marketing*, 66(2), 120-141.
7. Baron, R. M. and Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 6, 1173-1182.
8. Bauer, Raymond A., 1960. Consumer Behavior as Risk Taking, in *Dynamic Marketing for a Changing World*, ed. Robert S. Hancock, Chicago: American Marketing Association, 389-398.
9. Beatty, S. E., & Smith, S. M. (1987). External search effort: An investigation across several product categories. *Journal of consumer research*, 14(1), 83-95.
10. Beatty, S. E., & Smith, S. M. (1987). External search effort: An investigation across several product categories. *Journal of consumer research*, 14(1), 83-95.
11. Biel, A. L. (1992). How brand image drives brand equity. *Journal of advertising research*, 32(6), 6-12.
12. Blackwell, R. D., Miniard, P. W., & Engel, J. F. (2001). *Consumer behavior* 9th. South-Western Thomas Learning. Mason, OH.
13. Blackwell, Roger D., Paul W. Miniard and James F. Engel, (2001), *Consumer Behavior*,

- Ninth Edition, Publisher: Ohio, Mike Roche. Brucks, M., 1985, "The Effects of Product Class Knowledge on Information Search Behavior," *Journal of Consumer Research*, Vol. 12, No. 1, 1-16.
14. Bristor, J. (1990). Enhanced explanations of word of mouth communications; the power of relations. *Research in consumer behavior*, 4, 51-83.
15. Brucks, M. (1985). The effects of product class knowledge on information search behavior. *Journal of consumer research*, 12(1), 1-16.
16. Chen, M. Y., Wang, E. K., & Cheng, Y. J. (2006). Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. *BMC Public Health*, 6, 59.
17. Conant, J. S., & White, J. C. (1999). Marketing program planning, process benefits, and store performance: an initial study among small retail firms. *Journal of Retailing*, 75(4), 525-541.
18. Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Indicat Res* 1976;2:453-66. Aaker, D. (1991). Brand equity. *La gestione del valore della marca*, 347, 356.
19. Dodds, W. B., Monroe, K. B., & Grewal, D. (1991). Effects of price, brand, and store information on buyers' product evaluations. *Journal of marketing research*, 28(3), 307-319.
20. Dowling, G. R., & Staelin, R. (1994). A model of perceived risk and intended risk-handling activity. *Journal of consumer research*, 119-134.
21. Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of medical Internet research*, 3(2), e833.
22. File, K. M., & Prince, R. A. (1992). Positive word-of-mouth: customer satisfaction and buyer behaviour. *International Journal of Bank Marketing*, 10(1), 25-29.
23. Garretson, J. A., & Clow, K. E. (1999). The influence of coupon face value on service quality expectations, risk perceptions and purchase intentions in the dental industry. *Journal of Services Marketing*, 13(1), 59-72.
24. Gilly, M. C., & Wolfenbarger, M. (1998). Advertising's internal audience. *Journal of Marketing*, 62(1), 69-88.
25. Hargadon, A., & Sutton, R. I. (2000). Building an innovation factory. *Harvard business review*, 78(3), 157-157.
26. Hennig-Thurau, T., Gwinner, K. P., Walsh, G., & Grempler, D. D. (2004). Electronic word-of-mouth via consumer-opinion platforms: what motivates consumers to articulate themselves on the internet?. *Journal of interactive marketing*, 18(1), 38-52.
27. Hensrud, D. (2000). Clinical preventive medicine in primary care: Background and practice: Rationale and current pre-ventive practices. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(2), 165 – 172.
28. Jacoby, J., & Kaplan, L. B. (1972). The components of perceived risk. *ACR special volumes*.
29. Jayachandran, S., Sharma, S., Kaufman, P., & Raman, P. (2005). The role of relational

- information processes and technology use in customer relationship management. *Journal of marketing*, 69(4), 177-192.
30. Katz, E., & Lazarsfeld, P. F. (1964). *Personal Influence, The part played by people in the flow of mass communications*. Transaction publishers.
31. Kotler, P. (2003). *Marketing management* (11th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
32. Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Marketing management* 12e. Upper Saddle River, NJ: Pears Education.
33. Krishnan, H. S. (1996). Characteristics of memory associations: A consumer-based brand equity perspective. *International Journal of research in Marketing*, 13(4), 389-405.
34. Kumari, P., & Bhateja, B. (2022). How COVID-19 impacts consumer purchase intention towards health and hygiene products in India? *South Asian Journal of Business Studies*.
35. Laffrey SC. Health promotion: relevance for nursing. *Top Clin Nursing* 1985;7:29-38.
36. Laurent, G., & Kapferer, J. N. (1985). Measuring consumer involvement profiles. *Journal of Marketing Research*, 22(1), 41-53.
37. Leonard, D., & Sensiper, S. (1998). The role of tacit knowledge in group innovation. *California management review*, 40(3), 112-132.
38. Liao, S.H., Hu, D.C., Chung, Y.C., & Huang, A.P. (2021). Risk and opportunity for online purchase intention – A moderated mediation model investigation. *Telematics and Informatics*, 62: 101621.
39. Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V., & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12, 133-148.
40. Mazzarol, T., Sweeney, J. C., & Soutar, G. N. (2007). Conceptualizing word-of-mouth activity, triggers and conditions: an exploratory study," *European Journal of Marketing*, 41(11/12), 1475–1494.
41. Monroe, K. B. (1976). The influence of price differences and brand familiarity on brand preferences. *Journal of consumer research*, 3(1), 42-49.
42. Morris, M. W., & Liu, Z. (2015). Psychological functions of subjective norms: Reference groups, moralization, adherence, and defiance. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 46(10), 1279-1287.
43. Murray, K. B. (1991). A test of services marketing theory: consumer information acquisition activities. *Journal of marketing*, 55(1), 10-25.
44. Palm, R. (1999). Perceived risk and the earthquake insurance purchase decision: A commentary on a paper by Lennart Sjöberg. *Journal of Risk Research*, 2(4), 289-294.
45. Pender, N. J. (2000). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Norwalk, CT: Appleton



& Lange.

46. Sasser, W. E., Schlesinger, L. A., & Heskett, J. L. (1997). Service profit chain. Simon and Schuster.
47. Shao, Chris Y., Julie Baker & Judy A. Wagner, (2004), The Effects of Appropriateness of Service Contact Personnel Dress on Customer Expectations of Services Quality and Purchase Intention: The Moderating Influences of Involvement and Gender, *Journal of Business Research*, Vol.57,.1164-1176.
48. Silverman, G. (1997). How to harness the awesome power of word of mouth. *DIRECT MARKETING-GARDEN CITY-*, 60, 32-37.
49. Sjöberg, L. (1994). Perceived risk vs. demand for risk reduction. *Center for Risk Research, Stockholm School of Economics*.
50. Soliño-Fernandez, D., Ding, A., Bayro-Kaiser, E., & Ding, E. L. (2019). Willingness to adopt wearable devices with behavioral and economic incentives by health insurance wellness programs: results of a US cross-sectional survey with multiple consumer health vignettes. *BMC Public Health*, 19(1), 1-8.
51. Stanciole, Anderson E., *Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying Ex Ante Moral Hazard in the US Market*, 33 *THE GENEVA PAPERS ON RISK AND INSURANCE- ISSUES AND PRACTICE* 627 (2008).
52. Swan, J. E., & Oliver, R. L. (1989). Postpurchase communications by consumers. *Journal of retailing*, 65(4), 516.
53. Sweeney, Jillian C., Geoffrey N. Soutar, and Lester W. Johnson, 1999. The Role of Perceived Risk in the Quality-Value Relationship: A Study in a Retail Environment, *Journal of Retailing*, 75(1), 77-105.
54. Taylor, D. H., Schenkman, M., Zhou, J., & Sloan, F. A. (2001). The relative effect of Alzheimer's disease and related dementias, disability, and comorbidities on cost of care for elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B, s285-s293.
55. Taylor, James W., 1974. The Role of Risk in Consumer Behavior, *Journal of Marketing*, 39(April), 54 -60.
56. Thompson, O. M., Ballew, C., Resnicow, K., Must, A., Bandini, L. G., & Cyr, H. (2004). Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(2), 282 – 289.
57. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health promotion lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76 – 81.
58. Wayland, R. E., & Cole, P. M. (1997). Customer connections: New strategies for growth. Harvard Business Press.

59. Wingreen, S. C., & Baglione, S. L. (2005). Untangling the Antecedents and Covariates of E-Commerce Trust: Institutional Trust vs. Knowledge-Based Trust. *Electronic Markets*, 15(3), 246-260.
60. World Health Organization. (2006, January 12). Division of disease prevention and control: Cancer prevention. Pan American Health Organization. Retrieved April 26, 2006.
61. Yang, R. J., Wang, E. K., Hsieh, Y. S., & Chen, M. Y. (2006). Irregular breakfast eating and health status among adolescents in Taiwan. *BMC Public Health*, 6, 295.
62. Zhang, L., Chen, Y., Liang, Y., & Li, N. (2008, December). Application of data mining classification algorithms in customer membership card classification model. In 2008 International Conference on Information Management, Innovation Management and Industrial Engineering (Vol. 1, pp. 211-215). IEEE.
63. Zhao, X., Huo, B., Flynn, B. B., & Yeung, J. H. Y. (2008). The impact of power and relationship commitment on the integration between manufacturers and customers in a supply chain. *Journal of operations management*, 26(3), 368-388.

網站資料：

1. 人口推估-高齡化時程. (2022, August). 國家發展委員會.
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=D527207EEE59B9B
2. 人口推估-人口變動趨勢-三階段年齡人口. (2022, August). 國家發展委員會.
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=0F11EF2482E76C53
3. 何謂「長期照顧狀態」. (2019, December 30). 國泰人壽.
<https://patron.cathaylife.com.tw/ODAE/answer/ODAEF405>
4. 人口推估-扶養比趨勢 2. (2022, August). 國家發展委員會.
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=695E69E28C6AC7F3
5. 看護、營養品和尿布，長照一個月至少花 5 萬！理財顧問：你該好好規劃失能險. (2020, December 10). 新新聞. <https://www.storm.mg/article/3166770>
6. 马婷 (Ed.). (2023, January 31). 我国长期护理保险试点进展与下步发展展望. 国家信息中心. <http://www.sic.gov.cn/News/455/11798.htm>
7. 謝天瀾(2019),「是什麼擋住了養老產業的風口？」, 知乎, 2019/12/01 取自 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/66717009>。
8. 黃毓瑩. (2020, March 2). 中國大陸藉由試行長照保險引導市場從量變走向質變. AnkeCare 創新照顧. <https://www.ankecare.com/article/565-18130>



9. 劉笑冬 (Ed.). (2022, July 21). 長護險：49 個城市試點 保障更多失能老人. [新華網](http://big5.news.cn/gate/big5/www.news.cn/fortune/2022-07/21/c_1128851577.htm).
http://big5.news.cn/gate/big5/www.news.cn/fortune/2022-07/21/c_1128851577.htm
10. 樊景阳 (Ed.). (2022, October 26). 長期护理保险已覆盖全国 49 个城市 1.45 亿人. 央视新闻. https://content-static.cctvnews.cctv.com/snow-book/index.html?item_id=14071568505892915493&t=1666741047493&channelId=1119&toc_style_id=feeds_default&module=ccnews%3A%2F%2Fappclient%2Fpage%2Ffeeds%2Fdetail%3Dhttps%253A%252F%252Fcontent-static.cctvnews.cctv.com%252Fsnow-book%252Findex.html%253Fitem_id%253D14071568505892915493%2526t%253D1666741047493%2526channelId%253D1119%2526toc_style_id%253Dfeeds_default
11. Gorvett, Z. (2023, January 26). 中國人口下降對世界意味著什麼：解答五個關鍵問題. BBC News. <https://www.bbc.com/zhongwen/trad/chinese-news-64389487>
12. 国家医疗保障局. (2020, September 16). 国家医保局 财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见. 国家医保局. http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art_37_3586.html
13. 康仕仲. (2022, March 25). 從美國長照市場 看國內住宿機構收費天花板. 創新照顧 AnkeCare. <https://www.ankecare.com/article/1885-2022-03-23-09-19-09>
14. Nippon (Ed.). (2022, January 6). 人口老齡化愈演愈烈的日本. Nippon.Com 走進日本. <https://www.nippon.com/hk/japan-data/h01446/>
15. 林谷燕. (2009, February 4). 德國長期照護制度之探討. 財團法人國家政策研究基金會. <https://www.npf.org.tw/3/5368>