

目 錄

目 錄	i
表目錄	iii
圖目錄	v
第一章 緒論	1
第一節 研究背景	2
第二節 研究動機	4
第三節 研究目的	9
第二章 文獻探討	10
第一節 台灣長期照護體系需要與供給	10
第二節 民眾選擇就醫及醫療機構因素探討	26
第三節 影響護理之家照護品質之因素	30
第四節 市場區隔理論	32
第三章 研究設計與研究方法	40
第一節 研究架構	40
第二節 研究假設	40
第三節 研究變項定義及衡量	42
第四節 資料來源與問卷設計	51
第五節 資料分析方法	54
第四章 研究結果	56
第一節 個人基本資料及相關因素之描述性分析	56
第二節 醫療決策者之間和各因素間雙變項分析	60

第三節	收案機構地區別與各因素之分析.....	61
第四節	價格與各變項分析.....	62
第六節	價格群與各因素之鑑別分析.....	64
第五章	討論.....	86
第六章	結論與建議.....	95
第一節	研究結論.....	95
第二節	建議.....	96
第四節	研究限制.....	98
參考文獻	99
附件一	雲嘉地區老人人口分佈一覽表.....	錯誤！尚未定義書籤。
附錄二	專家名單.....	錯誤！尚未定義書籤。
附錄三	雲嘉地區護理之家聯絡人及收費標準.....	錯誤！尚未定義書籤。
附錄四	雲嘉地區護理之家外勞一覽表.....	錯誤！尚未定義書籤。
附錄五	問卷內容.....	錯誤！尚未定義書籤。

表目錄

表 2-1	台灣地區長期照護類型.....	12
表 2-2	第四期計劃之長期照護之規劃及計劃目標.....	14
表 2-3	機構式長期照護需求推估.....	15
表 2-4	社區式長期照護需求推估.....	16
表 2-6	巴氏量表.....	19
表 2-7	柯氏量表.....	22
表 2-8	收案對象.....	23
表 2-9	收費標準.....	23
表 2-11	消費者決策模式變數之觀念性定義.....	27
表 2-12	民眾選擇醫院考慮因素.....	28
表 2-13	影響院附設護理之家照護品質因素.....	30
表 3-1	依變項.....	47
表 3-2	自變項.....	48
表 3-2	自變項(續).....	49
表 3-3	樣本回收統計表.....	53
表 4-1	醫療決策者基本資料分析.....	66
表 4-2	住民基本資料資料.....	67
表 4-2	住民基本資料資料(續).....	68
表 4-3	選擇護理之家相關因素之重要性.....	69
表 4-3	選擇護理之家相關因素之重要性(續).....	70
表 4-4	是否曾住過其他護理之家.....	71

表 4-5	可接受護理之家的價格、距離及屬性.....	72
表 4-6	媒體接觸行為.....	73
表 4-7	接受服務後滿意度.....	74
表 4-7-1	地區別滿意度.....	74
表 4-8	醫療決策者為本人或非本人時選擇護理之家相關因素：.....	75
表 4-8	醫療決策者為本人或非本人時選擇護理之家相關因素(續).....	76
表 4-9	醫療決策者與各因素之卡方檢定.....	76
表 4-10	收案機構性別與年齡分析.....	77
表 4-11	收案機構性別與巴氏量表、科氏量表分析.....	77
表 4-12	收案機構地區別與實際費用之 ANOVA 檢定.....	77
表 4-13	收案機構地區別與住民科氏量表巴氏量表實際費用卡方檢定.....	78
表 4-14	收案機構地區別與選擇護理之家相關因素重要性變異數分析....	79
表 4-15	決策者基本特性之可接受之價格與實際費用 ANOVA 檢定.....	80
表 4-16	住民實際費用與疾病嚴重度之 ANOVA 檢定.....	80
表 4-17	價格族群與各因素之卡方檢定.....	81
表 4-18	選擇護理之家之重要性因素之因素分析.....	82
表 4-19	選擇護理之家之相關因素之重要性與價位族群之變異數分析....	83
表 4-20	價格族群與各因素之鑑別分析.....	84
表 4-21	鑑別函數之平均數.....	84
表 4-22	價格族群鑑別分析之預測分類正確性.....	85

圖目錄

圖 1-1	市場區隔化、目標選定及產品定位步驟.....	9
圖 2-1	未來長期照護理想模式.....	11
圖 2-2	消費者決策模式.....	26
圖 2-3	Porter 的一般競爭策略.....	37
圖 3-1	本研究之研究架構.....	41

第一章 緒論

台灣自民國八十二年進入人口結構的高齡化之後，隨著家庭社會功能的減弱影響，家庭結構的改變、老人的獨居比率增高、婦女勞動參與率提高等，使得國民對長期照護的需求也日益增長。

國民平均壽命亦隨著經濟的發展、醫療的進步、知識的普及與預防保健的推展，逐漸呈現延長現象，依內政部統計處九十一年九月的資料顯示，我國 65 歲以上的人口高達 2,031,301 人，佔總人口比率為 9.02 %，老年人口依賴比高達 12.69 % (老年人口依賴比 = 65 歲以上人口 ÷ 15~64 歲人口 × 100 %)，扶養比為 43.67 %，「扶養比 = (0~14 歲人口 + 65 歲以上人口) ÷ 15~64 歲人口 × 100 %」，另依據行政院經建會的推估，至民國一百零九年老年人口將達 354 萬餘人，佔總人口的 14.08 %，於民國一百二十年老年人口估計將達 517 萬餘人，佔總人口的 20.07 %，即每五人中就有一位是老年長者 即使有 74 % 的老人願意或期望與子女同住 (行政院衛生署，1998)，卻迫於現實環境的無奈、健康狀況的不許可，需高度技術性護理服務 日常生活需高度依賴他人，而必須使用機構式照護 (楊漢?、孫碧雲，1999)。

依據民國八十九年，中央健保局門住診醫療申報費用觀察，門診中 65 歲以上之老人花費 537 億元，佔健保門診費用之 20.4 %；而住診中，老人花費 403 億元，佔健保住診費用之 4 成，門住診合計，老人花費約占 3 成。65 歲以上人口佔總保險人數的 8.35 %，使得醫療費用支出過

於龐大，有鑑於民眾對機構式照護的不可或缺，以及居家及社區化長期照護服務亦需有完善機構式照護設施提供支援服務，衛生署於民國八十七年乃積極規劃長期照護體系，實施「老人長期照護三年計劃」，將輔導私人醫院部分病房轉型為護理之家，列為普及機構式照護設施的重要策略，每床由衛生署給予部分金額補助，或運用醫療發展基金獎勵私立醫院附設護理之家，並補助其房舍貸款利息，藉以提高民眾對長期照護的可近性與便利性，同時在經濟負擔不致過重的情況下，獲得較具品質及人性化的照護服務（楊漢?、孫碧雲，1999）。

全民健保實施後，醫療體系產生相當程度的變化，醫院經營模式逐漸大型化及多元化，多數未達經濟規模的小型醫院，導致經營困難，因此，在當時為讓民國 90 年 7 月前，達到每萬老人床數 59.56 床的目標，衛生單位積極輔導地區醫院，轉型或附設護理之家，以因應未來長期照護的需求。

第一節 研究背景

一、人口老化

台灣地區在民國八十二年九月，65 歲以上人口佔總人口數的 7.1 %，已達世界衛生組織所定高齡化社會的標準。需要長期照護的人口數近 11 萬人，而且老化的速度比其他先進國家還要快，以瑞典老年人口為例由 7 % 提高到 14 % 經歷 85 年，美國 70 年、英國 50 年、西德 45 年、鄰近的日本為 24 年，台灣亦需 26 年（吳肖琪等，1999），可見台

灣人口老化速度非常快，依目前長期照護系統尚未完善之前，很多僅需長期照護的病患仍然留滯急性醫院病床而不願出院，造成醫療資源浪費。

二、老人健康問題

老人健康方面有 68.9%老人自述罹患一種以上慢性病，36.1%有兩種以上慢性病，使得老人之身體有功能性障礙，需要醫療服務與長期照顧的需求增加（吳淑瓊，1998），老年人之健康問題常非屬單一，而屬多重複雜之病情與健康定位(Health states)，這些多重複雜之病情常屬共患、合併(Co-morbidity)、併發(Complication)累積(Cumulative)、加成(Synergistic)之情況，以慢性疾病居多，彼此間常交互影響之，其症狀與疾病之臨床情況、或與病理變化之間的關聯性也不單純(李世代，1998)。

老年人亦因人口結構老化，其轉診率或醫療給付均偏高，據健康保險局八十九年，對 65 歲以上老人平均每人門診醫療費用為 0~64 歲者的 3.41 倍，其中西醫門診亦達 409 倍，而 65 歲以上老人平均每人住診費用，更是非高齡者之 7.09 倍，主要亦多為慢性病，且常具多樣化。以美國為例，65 歲老人人口佔全美人口 12%，但其花費之醫療經費為支出的三分之一，所以如何滿足快速增加的長期照護需求，將是各國面臨的挑戰(吳淑瓊、江東亮，1995)。

老年人在疾病與病況罹患之外，常併有不等程度之功能剝奪 (Functional Deprivation) 及其他感官運動缺陷 (Sensory/Motor Defect)。功能剝奪如骨折、骨炎、關節炎，以至對各種維持日常生活自主性的基本功能到運動，或影響較高層次身心整體表現的缺陷；感官運動障礙如視覺、聽覺障礙、味覺障礙、語言障礙、甚至痴呆失智，各種功能不全，行動不便等缺憾。這種因年齡過程的改變所造成的結果，必然影響生活功能及照護之施作，且往往構成照護之障礙與負擔 (李世代，1998) (Elizabeth, C.B., 1997) (李悌凱、劉樹泉，1991)。

依據中華民國長期照護專業協會 2002 年統計，至 90 年 12 月 31 日需長期照護需求老人為 179,577 人；在這些具慢性疾病特色，除了複雜度高之外，更重要的是疾病期較長，使得照護者必須面臨承擔繁重的照顧工作。在目前工商掛帥的社會型態裏，家庭結構巨幅改變，家庭型態由過去大家庭轉變成折衷家庭或是核心家庭，每位壯年人口都必須負擔起養家餬口的經濟壓力，同時亦承擔扶養老一代的責任。當家庭面對老人健康問題，無論選擇在家照顧或選擇入住療養機構，都必須多方考量經濟需求、人力時間安排等。

第二節 研究動機

本研究將以雲林縣、嘉義縣、嘉義市之立案護理之家做為研究的對象，據瞭解，民國四十、五十年代，台灣以農產品起家，雲林、嘉義地區為農業大縣，年輕人大多留在家中附近工作，隨經濟轉型後，青壯年

人口大量外移都會區，留下雙親及幼兒在家居住，經過七十、八十年代，外出工作子弟多在外縣市設籍並落地生根，年邁的雙親獨自留在家鄉，造成此地區人口老化及缺乏妥善醫療及日常生活照護，護理之家因應而生。

一、護理之家是長期照護的重點服務之一

護理之家顧名思義，以專業的護理服務提供住民一個安全居住的環境，取「家」的意義是代表讓居住在此能如同在家一般安適，強調人性化照顧的正面意義(賈淑麗，1997)。

長期照護機構醫事照顧服務對象，以老年人為主，老年人的健康常合併身、心及社會問題。老化與疾病分界不清；老人常見的健康問題，包括慢性病常遍佈全身各器官系統，如骨關節病變、高血壓症、腦及心臟疾病、惡性腫瘤、糖尿病及意外事故，其他不等程度之長短期身心疾病之障礙，如混亂、失憶、跌倒、行動不便、失眠及感官喪失等，都將是老人醫療保健問題之重點。對老年人健康問題之處理解決，除一般醫療院所門診、急診、住院及持續之臨床醫療保健工作之外，尚需更進一步的長期照護設計與安排(李世代，1998)(徐麗君、蔡文輝，1996)；也因此衍生出長期照護相關之需求問題，而護理之家提供長期照護的病患 24 小時的完善專業照顧，可以讓病患健康獲得保障。根據社區老人調查資料顯示，約兩成的老人表示將來如果發生功能障礙，而需要照顧時，他們願意住進護理之家(吳淑瓊等，1996)。

二、老人長期照護成為醫療市場主流

為因應老人長期照護需求問題，促使老人長期照護機構盡速達到普及設置目的，政府除了於民國八十四年一月公告修正「醫療發展基金會申請作業要點」，將醫院附設護理之家列為優先獎勵設置之範圍，並於民國八十七年至民國九十年年推展「老人長期照護三年計劃」(行政院衛生署，民 1999)，其基本理念為著重居家照護，維護家庭功能，使無法自己照顧的老人能於家中及社區中，就近得到適當的醫療與生活照顧，並於必要時提供機構式照護，其發展目標達居家式照護 70% 以上，機構式照護 30 % 以下，並推動多層級照護服務模式，獎勵增設護理之家床位。對醫院而言，護理之家在經營上最大優勢在於醫院能提供充分的醫療資源，能充分的加以利用，達到降低成本目的此外，由於護理之家中的住民絕大部份屬醫療資源需求較高一群，因此對醫療院所本身而言，在目前的醫療給付制度下，其所產生的周邊利益相當可觀(楊漢?、孫碧雲，1999)，面臨人口結構日趨老化現象，如何規劃老人福利措施、滿足老人各項福利需求及因應伴隨的高齡化社會所衍生之老人問題，實為當前重要課題 (楊漢?、孫碧雲，1998)(李世代，1998)。

三、機構式經營成效影響市場供需及醫療資源使用

長期照護為長期、持續性的照護，且照護對象異質性非常高(梁浙西，1998)，除照護的困難度加深，成本亦不容易掌控，故經營的成效，都將直接衝擊到市場供需及醫療使用。

在護理之家成本分析研究中，醫院附設之護理之家每月照護費均高於獨立經營者；規模愈大，每個案每月服務成本愈低，且獨立經營均低於醫院附設者，平均收取費用皆低於平均服務成本，皆呈現入不敷出的現象，在各護理之家固定成本以人事費用最多，在成本上以人事費佔總成本比率為最高，其人事費佔醫療收入比率之均值達 69.9%，高於一般標準(40%至50%)。在公私立醫院附設護理之家中，以公立醫院附設的每個案每月照護費、每個案每月服務成本及佔床率平均較高(李采娟等，2001)；張立功(1996)對七家長期照護機構所作的調查顯示附設型態之護理之家，每月成本需 42,303 元，安養機構每月需 30,964 元，在成本效益上，獨立型態護理之家大於獨立型安養中心，成本的效果分析，獨立型態護理之家表現，比醫院慢性床、醫院附設護理之家、獨立型安養中心好；所以經營者無不從價格、成本、品質等著手，如何在有限的機構資源與計價差懸殊的多元化服務需求中，提供最適切醫療服務來滿足顧客，將是經營管理者需全面思考的方向。

台灣自實施全民健保後，醫療生態亦隨之改變，但如何有效又不浪費醫療資源，並達到接受服務者與提供者雙方皆能滿意的程度，將是當務之急，全民應該共同努力完成的目標。

四、藉由市場區隔現象，發展合適的產品及行銷方案

當一個企業決定在某些市場營運時，均須認清一項事實，它通常無法為市場中的所有顧客服務，因為顧客若非人數不多、分佈不廣，就是

其購買要求的差異很大；因此公司不應處處與人競爭，相反的，公司必須認清市場中最具吸引力，且最能有效提供服務的市場區隔(顧萱萱、郭建志，2001)。

為了選擇市場並有效地服務市場顧客，許多公司目前都改變目標行銷的現象，採行目標行銷(Target Marketing)時，銷售者會先區分出主要的市場區隔，然後選擇這些區隔中的一家或多家，並針對所選定的每一市場區隔發展合適的產品與行銷方案。

在目標行銷中應具備三個主要步驟：

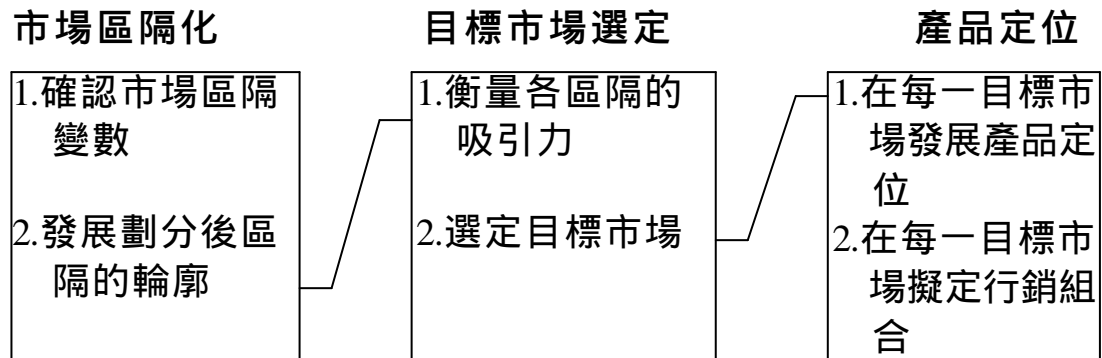
(一)市場區隔化(Market Segmentation)企業必須找出區隔市場各種方法，將市場分成幾個不同購買群，然後剖析各區隔後的市場區隔，以提供不同的產品與行銷組合。

(二)選擇目標市場(Market Targeting)衡量各區隔市場的吸引力，評估和選定一個或數個市場區隔作為企業進入的對象。

(三)市場定位(Market Positioning)定出市場產品的競爭位置和詳細的行銷組合方案。

依據以上描述，將市場區隔化、目標選定及產品定位步驟如下圖 1-1

圖 1-1 市場區隔化、目標選定及產品定位步驟



資料來源：吳青松；1998

第三節 研究目的

本研究基於前述之動機及上列研究問題，以雲林縣、嘉義縣、嘉義市為研究對象，探討護理之家在市場區隔（Market Segment）之價格分析，作為護理之家行銷組合的參考。

本研究的目的：

- 一、探討選擇入住護理之家之決策者，在不同「價位群」人口統計變項之差異，以確定各住民之特性。
- 二、探討選擇入住護理之家之決策者，在不同「價位群」對選擇護理之家相關重要因素之差異，作為改善照護品質之參考。
- 三、探討選擇入住護理之家之決策者，在不同「價位群」對選擇護理之家認知之差異，以便掌握行銷重點。
- 四、探討選擇入住護理之家之決策者，在不同「價位群」對選擇護理之家媒體接觸行為之差異，以便掌握消費者行為。

第二章 文獻探討

世界衛生組織（World Health Organization）於 2000 年提出有關長期照護之定義為「長期照顧是由非正式提供照顧者，如家庭、朋友或鄰居等，及正式專業人員，如：衛生、社會及其他等發展組成的系統，以確保缺乏自理能力的人，能按照個人的選擇，享有最高的生活品質，及享有最高個人獨立，自主、參與的尊嚴」；目前老年人中的殘疾率正下降，並未減退或喪失，亦非不可逆轉，一些老年人能在喪失後又恢復功能；因此照顧需要的時間和類型通常不能確定，需長期照顧的老年人亦應享有如經濟、社會和法律方面的支持，同時還應獲得緊急醫療和精神衛生保健服務；在非正式照顧者的老人，亦應提供類似支持的服務，這些服務包括在獲得信息和協助方面，並能提供照顧者的培訓及短期照顧，以確保被照顧者的品質。

第一節 台灣長期照護體系需要與供給

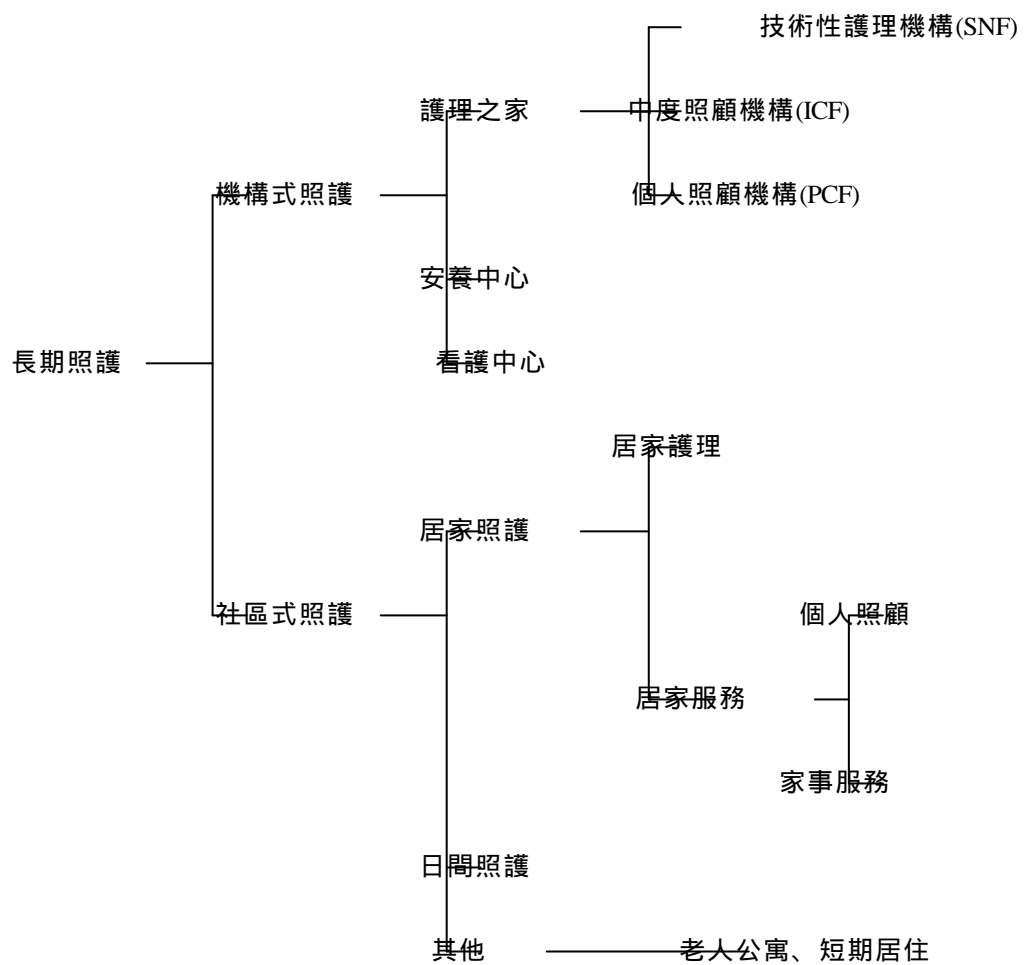
台灣長期照護之狀況：

- 一、長期照護之模式：長期照護可分居家式、社區式及機構式等三種照護型態。居家與社區照護又稱為非機構式照護型態，如一般常見之在宅服務、日間照護等。機構式照護又可分慢性病院、護理之家、安養或養護之家等；護理之家除慢性照護外，可延伸作至亞急性照護(如 Skilled Nursing Facilities，簡稱 SNF)及中介照護(Intermediate Care Facilities，簡稱 ICF)(李世代，1998)，因此

應選擇最適切適所的照護場所與方式來執行長期照護，對老人健康有相對較佳的保障。

有關長期照護模式，依賈淑麗(1997)針對因高齡化所衍生之現象，發展國內未來理想之長期照護模式內容，如下（圖 2-1）

圖 2-1 未來長期照護理想模式



資料來源：賈淑麗，1997

1-1 台灣地區長期照護機構類型：

國內長期照護機構之類型可分為護理之家、長期照護機構、養護機構與安養機構。詳細內容如下(表 2-1)

表 2-1 台灣地區長期照護類型

類別	護理之家	長期照護機構	養護機構	安養機構
定義	只提供病情穩定，無須積極治療之慢性病患，接受技術性護理及生活照顧之機構，及保護其免除危害生命之併發症為目標。	以照顧罹患長期慢性病且需要醫護服務之老人為目的。	指以照顧生活能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的。	指以照顧生活能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的。
服務對象	病情穩定，且需生活能力重度障礙，無積極治療需求，但需技術性護理服務者，有特殊項目需服務者。	病情穩定、日常生活能力重度障礙，無積極治療需求，但需技術性護理服務者，有特殊項目需服務者。	日常生活能力輕度障礙，無積極治療及技術性護理需求，但需長期照護服務者。	日常生活能力能自理者。
服務內容	(1) 護理服務： 1.護理人員二十四小時值班。 2.技術性護理服務。 3.一般性護理服務。 (2) 生活照顧： 有特約醫師及醫院提供必要醫療服務。	(1) 護理服務： 1.護理人員二十四小時值班。 2.技術性護理服務。 3.一般性護理服務。 (2) 生活照顧： 有特約醫師及醫院提供必要醫療服務。	(1) 護理服務： 1.一般性護理服務，護理人員二十四小時值班。 2.生活照顧：有特約醫師及醫院提供必要醫療服務。	(1) 生活照顧： 1.治療性娛樂活動。 2.團體社會化。

資料來源：阮玉梅，1999

二、新世紀健康照護計劃

行政院於八十七年十月二十日核定實施為期三年之「老人長期照護三年計劃」該計劃於九十年六月結束，緊接著為九十年三月五日經行政院核定之「醫療網第四期計劃 – 新世紀健康照護計劃」的持續推動，目前政府推動老人長期照護發展情況為下列幾項(譚開元，2001)。

(一) 建立整合性服務網路

試辦長期照護「單一窗口」「個案管理」制度，推動縣市或轄市成立「長期照護管理示範中心」。

(二) 普及機構式照護設施

鼓勵長期照護式服務設施之設置，並重點發展護理之家，促使護理之家達到普及設置的目的，並鼓勵民間醫院附設護理之家。

(三) 充實社區化照護設施

輔導醫院及護理之家，提供居家護理及日間照護服務，並責成地方衛生機關結合民間團體，辦理家庭照顧者聯誼活動。

(四) 加強長期照護人才培訓

為鼓勵老人醫療的發展與服務，逐步建立老年醫療教育制度，亦將長期照護納入醫療網，醫事人員繼續教育課程。

(五) 加強長期照護服務品質

民國八十三年起推廣「出院準備服務」，並完成「護理之家建築規劃設計指引」及「護理之家作業規範」，八十八年辦理護理之家訪查及居家護理機構訪查，已建立服務品質指標。

(六) 加強民眾長期照護教育與宣導

結合地方衛生機關、醫院、護理之家、學校、民間團體，及電視廣播媒體，辦理相關宣導活動及學術研討。

此計劃之未來目標為規劃研析長期照護相關制度、法規並健全工作體系，以建立長期整合性服務網路，均衡發展機構式長期照護設施，繼而推動多層級的照護服務模式，並建立社區化長期照護體系，以加強培養人力及提昇照護品質等，讓老年人能適時、適地、適切，享受高品質健康照護。

以下為衛生署在第四期計劃之長期照護之規劃及計劃目標如表 2-2

表 2-2 第四期計劃之長期照護之規劃及計劃目標

項 目	八十九年	九十三年(預估)
每萬老人護理之家(床數)	30.4	65.0
護理之家(床數)	5, 325	12, 480
居家護理(服務人次)	14, 500	31, 933
日間照護(服務人次)	936	1, 617
長期照護管理示範中心(家數)	10	25
喘息(暫托)服務人次	1, 000	5, 000

資料來源：行政院衛生署 2001

三、機構式長期照護需求推估表 2-3

表 2-3 機構式長期照護需求推估

需求數	88 年	89 年	90 年	93 年 (預估數)
需求數				
需長期照護人數	106,221	110,150	118,531	127,068
需機構式長期照護 人數 (30% 估算)	31,863	33,135	35,559	38,120
機構式供給數 (立案數)				
護理之家床	1,120	7,917 (1)	11,430 (5)	13,520 (7)
一般慢性病床	4,691	5,027 (2)	5,027	5,027
社政養護床、長期照護 機構床	4,237	14,968 (3)	15,968 (6)	16,968 (8)
退輔會榮民之家床	2,151	2,151 (4)	2,151	2,151
合計	12,199	30,275	34,768	37,666
供需差距數	- 19,664	- 2,860	- 773	- 454

- 註：(1)護理之家床數為 89 年 12 月底統計數字
 (2)一般慢性病床數為 87 年 12 月底統計數字
 (3)社政養護床、社政長期照護機構為內政部 12 月底統計數字
 (4)退輔會榮民之家公務預算床
 (5)「老年長期照護三年計劃」預估護理之家目標數
 (6)(8)目前社政養護床與預估輔導未立案養護床合法每年成長
 1000 床
 (7) 以每萬老年人口護理之家病床目標數 65 床預估之床數

資料來源:行政院衛生署 2001

四、社區式長期照護需求推估表 2-4

表 2-4 社區式長期照護需求推估

需求數	88 年	89 年	90 年	93 年 (預估數)
需求數				
需長期照護人數	106,221	110,450	118,531	127,068
需社區式長期照護 人數 (70 % 估算)	74,347	77,315	82,971	88,947
機構式供給數 (立案數)				
居家護理(衛政)	4,571	18,475 (1)	18,480 (5)	40,940 (8)
居家服務(社政)	5,027	9,041 (2)	13,050 (6)	5,027 (9)
日間照護(衛政)	180	669 (3)	736 (7)	16,968 (10)
日間照顧(社政)	160	1,157 (4)	1,800 (6)	2,340 (8)
合 計	9,898	29,342	34,066	61,726
供需差距數	- 64,449	- 47,973	- 48,905	- 27,221

- 註：(1)居家護理人數資料為中央健康保險局全年居家護理收案人數
 (2)居家服務人數為內政部 88 年全年居家服務個案數。
 (3)日間照護人數為行政院衛生署 87 年服務人數。
 (4)日間照顧人數係內政部 88 年全年日間照顧人數。
 (5)「老年長期照護三年計劃」居家服務，日間照顧服務目標數。
 (6)「加強老人安養服務方案」居家服務、日間照顧服務目標數。
 (7)日間照護預估全年服務人數目標數(以年成長 10 % 計)。
 (8)93 年居家護理服務目標人數 (以年成長 20 % 計)。
 (9)「加強老人安養服務方案」居家服務、日間照顧服務目標數 (以年成長 30 % 計)。
 (10)日間照護預估全年服務人數目標數 (以年成長 45 % 計)。

資料來源：行政院衛生署 2001

五、台灣失能比率及評估工具

國內 65 歲以上老人中無能力自我照顧者有 5.43% (主計處, 1997), 於 1998 年行政院衛生署估計佔 5.5%, 約 95,590 人, 文獻中, 常用來評估失能之項目有三類: (Laukkanen, P., 2001)

(一) 以日常生活活動(Activites of daily living, ADLs) 包含:吃飯、

上下床、上廁所、穿衣服、洗澡等。

(二) 工具性生活活動 (Instrumental activities of daily living

IADLs) 包含:煮飯、洗衣、做輕鬆家事、購物、理財、外出活動、打電話、遵守醫囑服藥等來，篩選身體功能障礙者(Guralnik and Simonsick , 1993)。

(三) 心智功能 (Cognitive Function) 包含定向感、記憶力、計算能力。

此外，國內學者對 65 歲以上長者失能率，有以下之研究 (吳淑瓊，1998)、(陳惠姿，2000)。

1. 一項 ADL 失能比率為 6.7 % 的約有 10 萬人。
2. 一項 ADL 或 IDAL 失能比率為 14.8 %，約有 20 萬人。
3. 一項 ADL 或 IDAL 或認知功能失能比為 18.1%，約有 30 萬人。

若進一步分析在 ADL 或 IADL，各類優先失能項目，分別為洗澡、購物、準備餐食或洗衣等，其中仍需使用輔具；在失能且需要完全依賴他人之比率：

1. 在 ADLs 方面，為 1.2 ~ 2.5 % (約有 2 ~ 5 萬人)。
2. 在 IADLs 方面，為 2.0 ~ 7.2 % (約有 2 ~ 10 萬人)。

此外，兩項 ADLs 失能者有 4.9 % (約 8.8 萬人)，三項 ADLs 失能者有 3.7 % (約 6.6 萬人)，需家人或外人來協助照顧。

以上情況，四十年間將成長四倍以上，若加上住護理之家或安養中心，以及醫院長期住院功能障礙，需照護的人數則再提高；所以照顧者應對病情發展及失能的情形，給予個別需要之評估，除多予關懷別人並應改變調適自己的心態（Bell,V.、Troxel,D.，1997）並熟悉照顧的技巧竅門(Knack of Care)。

在 Gromak & Waskel (1989)指出，長期照護的目的在維持或強化個人或家庭的功能，所以對於長期照護的對象或機構的住民，必須藉評估來決定其照護需求並衡量其效果；評估乃是對個人身體、心理、健康及社會，使個人感覺到生活有意義的重要活動，而這些對功能性的活動必須要統合個人的心智能力，情感和動作技巧才能圓滿執行，讓被照護者能得到最佳的照護。

台灣中央健保局要求居家護理的收案標準參考巴氏量表(Barthel Index) 及柯氏量表(Karnofsky Scare)，因此這兩個量表在台灣使用最普遍(葉莉莉、黃素霞，1999)，並作為長期照護早期決定收案條件(葉湘芬、徐亞瑛，2002)，許多護理之家之住民亦使用此兩表評估住民的身體功能，進而當做住民入住護理之家費用之參考。

本研究基於以上理由，對住民做身體功能照護的評估，採巴氏量表及柯式量表評值，藉由工具測量，得知住民在日常活動的身體功能狀況，以作為可能影響市場區隔價格的不同考量。

巴氏量表(Barthel Index) 為一種日常生活能力之評估指數，始於 1950 年代，初使用於住院復健病人之進展狀況，於 1965 年以後即廣泛應用於一般性測量病人治療或照護結果(李世代，2000) 此量表包含十項評估項目，如表：如廁 洗澡 穿脫衣服 大小便控制與行動能力：移位、平地上行走、上下樓梯，每項分三級，即完全獨立、需要協助和完全依賴，在各項同級有不同加權計分，滿分為 100 分。以下為巴氏量表得分的意義表 2-5 及巴氏量表表 2-6

表 2-5 巴氏量表得分的意義

分數	0-20 分	21-60 分	61-90 分	91-99 分	100 分
程度	完全依賴	嚴重依賴	中度依賴	輕度依賴	完全獨立

資料來源: Barthel index . mary state medical journal. 戴玉慈譯 1995

表 2-6 巴氏量表

項 目	分數	內 容
一、進食	10	自己在合理的時間內(約十秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。
	5	需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。
	0	無法自行取食或耗費時間過長。
二、輪椅與床位間的移動	15	可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。
	10	需要稍微的協助(例如：予以輕扶以保持平衡)或需要口頭指導。
	5 0	可自行從床上坐起來，但移位時仍需別人幫忙。 需別人幫忙方可坐起來或需別人幫忙方可移位。
三、個人衛生	5	可獨立完成洗臉，洗手，刷牙及梳頭髮。
	0	需要別人幫忙。
四、上廁所	10	可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服，使用便盆者，可自行清理便盆。
	5	需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙，使用便盆者，可自行取放便盆，但須仰賴別人清理。
	0	

		需別人幫忙。
五、洗澡	50	可獨立完成（不論是盆浴或淋浴）。 需別人幫忙，
六、行走於平地上	15 10 5 0	使用或不使用輔具皆可獨立行走 50 公尺以上。 需要稍微的扶持或口頭指導方可行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可獨立操縱輪椅（包括轉彎，進門，及接近桌子，床沿）並可推行輪椅 50 公尺以上。 需要別人幫忙。
七、上下樓梯	10 5 0	可自行上下樓梯（允許抓扶手，用拐杖）。 需要稍微幫忙或口頭指導。 無法上下樓梯。
八、穿脫衣服	10 5 0	可自行穿脫衣服。 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 需別人幫忙。
九、大便控制	10 5 0	不會失禁，並可自行使用塞劑。 偶爾失禁（每周不超過一次）或使用塞劑時需人幫助。 需別人處理（挖大便）。
十、小便控制	10 5 0	日夜皆不會尿失禁，並可自行使用塞劑。 偶爾會尿失禁，（每周不超過一次）或尿急（無法等待便盆或無法即時趕到廁所）或需要別人幫忙。 需別人幫忙。
總 分		分

資料來源: 內政部，2002；王瑋，1998

據內政部 2002 年 6 月 7 日對中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計劃中，所稱身心功能受損致日常生活功能需他人協助之訂定標準，使用巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)之得分，另外外籍勞工的評量標準，亦使用巴氏量表來評估。

其評估結果應符合下列情形之一：

1. 輕度失能: 評估分數為 61 分至 81 分。
2. 中重度失能: 評估為 60 分以下。

3. 經公辦公營之公立醫院 或經衛生署評鑑合格之區域級以上醫院及精神專科醫院診斷為失智症、並載明 CDR(Clinical Dementia Rating) 評估結果及分數者:

(1).輕度失能: CDR 達一分者。

(2).中重度失能: CDR 達二分以上者。

以結合社會資源共同推動居家服務，落實照護服務家庭化、社區化之目標。

Granger et.al (1979) 研究指出，中風病人住院時的巴氏量表總分，可以預測病人出院的狀況及住院日數；總分若高於 40 分，病人比較可能出院；總分如果超過 60 分之病人比低於 60 分住院日數短；病人會再度入院通常其總分低於 60 分；總分低於 40 分者，沒有一個病人行動能達到獨立的程度，葉湘芬 (2002) 之研究亦指出日常活動功能在以下之老人，將影響出院後老人使用居家護理之重要因素。

王祖琪(1999)提到巴氏量表的優點，每一項都有操作型定義，評分方法標準化，其計分是等距變項 (Interval Variable)，可以作有利的統計分析，項目簡單且評估省時方便，此外巴氏量表有良好的一致性、信度與效度，巴氏量表的缺點是有等級，用在每日評估治療效果時，對病人較小的變化，敏感度不高。

柯氏量表(Karnofsky Scare)為個案活動能力的評分表，分五級表

2-7

表 2-7 柯氏量表

級數	內 容
第零級	完全活動
第一級	能步行及維持輕度工作
第二級	能步行及維持大部份自我照顧
第三級	只能維持有限之自我照顧，超過 50% 以上時間，清醒活動限於床上及椅子上。
第四級	完全無活動，無進行自我照顧且完全限制在床上或椅子上

資料來源：楊漢？，孫碧雲，1999

級別說明：

第四級：完全無活動、無進行自我照顧且完全限制在床上或椅子上。

第三級：只能維持有限之自我照顧，超過 50% 以上，時間清醒活動限於床上及椅子上。

第二級：能步行及維持大部份自我照顧。

第一級：能步行及維持輕度工作。

第零級 完全活動。

所以業者應確實評估功能障礙及其家庭需要，提供正確的長期照護服務時，應考量其可近性、服務效率及品質，給予住民最適切的照護(徐慧娟，2002)。

五、長期照護每月所需費用及照顧人力分析

行政院衛生署委託台北市弘愛服務中心之計劃案中(2000)，依住民失能程度(所需照護程度)，將收案對象分為三種表 2-8

表 2-8 收案對象

照護程度	收入對象	備註
低度照顧	日常生活能力缺損且無法獨立生活者。	類似目前老人福利機構
中度照顧	需支持性護理、監控病情及護理技術處置者。	類似目前護理之家
高度照顧	插有三管需要照護。	

資料來源：台北弘愛服務中心彙整，2000

並依照低度、中度及高度照顧的程度，做為收費標準，並將收費標準分為原始費用及計算空床率後之費用(另加10%)，如下表：

(一) 原始費用表2-9

表 2-9 收費標準

		照護程度	低(元)	中(元)	高(元)
床	都市化				
	49床以下	鄉	19,063	21,813	23,833
	城	20,263	23,043	25,033	
50床-99床	鄉	20,507	23,784	26,272	
	城	22,507	25,784	28,272	
100-199床	鄉	19,095	24,689	26,959	
	城	21,095	26,689	28,959	

資料來源：台北弘愛服務中心彙整，2000

(二) 計算空床率後之費用表2-10

表2-10 計算空床率後之費用表

都市化 床		照護程度	低(元)	中(元)	高(元)
		49床以下	鄉	20,969	23,994
	城	22,289	25,347	27,536	
50床-99床	鄉	22,558	26,162	28,899	
	城	24,758	28,362	31,099	
100-199床	鄉	21,005	27,158	29,655	
	城	23,205	29,358	31,855	

資料來源：台北弘愛服務中心彙整，2000

由以上可以瞭解住民每月之照護費用，是按住民身體功能來評估照護的費用多寡，照護程度愈高者，每月的照護費用將愈高；城鄉差距亦有不同，城市比鄉鎮每月高出約2,200元。

士林、北投、內湖 3 家安養中心評估，每月平均收費約 16,000 元 ~ 20,000 元，特殊材料設備另計(李克怡，1990)。劉家年(1993)在護理之家病房費處置估算材料費及會診費每人每月收費 28,000 元。吳勝良、張英昭(1995)另縣市未立案者平均收費為 12,000 元 ~ 20,000 元，八十九年中華民國長期照護專業協會所編，為每月需 20,000~60,000 元之間(台閩地區長期照護資源導覽，2000)，在長期照護支出中約 85-90%屬生活照護部分，只有 10-15%屬醫療照護支出。

一項對全國老人的家庭照護者所做的調查顯示，配偶、媳婦和兒女約各佔三分之一，他們當中七成為女性，國內相關研究一致發現，大多数的家庭照護者為女性（王秀紅，1994；賴豐美，1998），與國外四分之三為女性略同（Oarlock,C., 1995），四分之一照顧者與 65 歲以上老人同住，三分之一照顧者為全職工作者，一成為兼職工作者，一半已照顧老人五年以上，更有近四分之一照顧十年以上，有 17.6% 的照顧者因照顧老人而調整工作，23.8% 的照顧者因而辭去工作，所以照顧者常與工作造成衝突（吳淑瓊、林惠生，1999）；據吳氏研究，財務方面多為家人支應，及政府部分救助低收入或中低收入老人機構和居家養護，另全民健保支付慢性病房，居家護理及護理之家，重度失能老人的技術性護理服務費用（吳淑瓊，1997），住進機構者每月需付 3~6 萬，一般家庭難以負荷，使得價位較低的未立案機構的生存空間（吳淑瓊，1999），另有研究指出一般照護費用，約為 3-4 萬，為家庭平均可支配所得一半，可見住民每月的照護費用，已經成為家庭的一項負擔（吳淑瓊等，1998）。

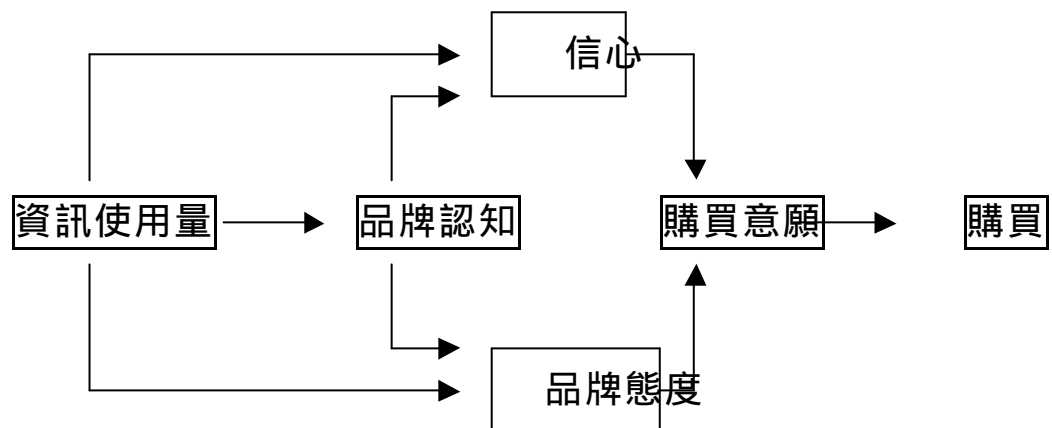
居於以上，各機構間收費差異性頗大，所以民眾在選擇進入護理之家時，應深入比較、了解，以便選擇一個最合適自己或家人的場所。總之，家庭型態、收入、教育、婦女外出工作與社會變遷中，亦都將影響家庭照顧者能否持續，以及民眾對正式長期照護服務需求的關鍵，是值得大家關切的問題。

第二節 民眾選擇就醫及醫療機構因素探討

一、病患就醫的決策過程

病患藉由過去之經驗、口碑相傳及媒體傳播等管道知悉對醫院所提供各項屬性，如醫療品質、服務態度、手續簡便等（陳楚杰，1998）但每人選擇就醫決策不同，有人信任醫師的專業接受服務，有人因離家近、方便性高等，在病患決策的過程中，亦歷經各決策階段，若以消費者模式應用於醫療，如下圖 2-2

圖 2-2 消費者決策模式



資料來源：kotler，1998

消費者決策模式變數之觀念性定義，如表2-11

表 2-11 消費者決策模式變數之觀念性定義

變 數	觀 念 性 定 義
1.資訊	刺激與由刺激所導致的知覺
2.品牌認知	消息知道足夠的分類準則的制度，但不評價與區分產品類中的其它品牌
3.品牌態度	消費者期望其特定需求被該品牌滿足的程度
4.信心	消費者對於某品質加以判斷評估，而其本身認為此一判斷正確之程度
5.購買意願	在特定期間內，計劃購買特定品牌的若干特定數量單位
6.購買	在一些特定期間內，消費者對一個品牌的特定數量支付或財務承諾

資料來源：kotler，1998

二、病人/消費者選擇醫療機構之因素(陳楚杰，1998)

顧客藉由過去的經驗、口碑相傳及媒體傳播等管道知悉，對醫療院所所提供的各項屬性，如醫療品質、服務態度、手續方便性等。

Kolter指出顧客對醫院形象，主要依據為（一）以物取向(Object Determined)包括醫院規模、建築功能設計、儀器設備、停車場等。（二）以人取向(Person Determined)包括品質、態度、方便性等，二者融合為醫院整體形象，因此在顧客心目中，必需建立一個屬於自己的醫院經營管理風格與特性，及顯著的形象定位，並達成以客為尊的服務照護，目標競爭市場的地位，除滿足顧客期望，還應超越顧客期望(Willian J.S. ， 2002)，並以醫師品德、醫術、服務態度及方便性等並包含有市場區隔、

醫療服務區別等著手。

Stratmana 在理性決策模式中指出，顧客就醫的決策因素主要包括有以下五點：

- (一) 經濟因素：收費標準，即顧客付費的多寡。
- (二) 時間因素：就醫的等候時間。
- (三) 方便性因素：交通、停車、看診時間、科別多寡。
- (四) 社會心理因素：儀器設備、服務態度、醫院 建築與規模等。
- (五) 醫療品質因素：醫師技術、經驗等。

所以病患的決策過程，會影響病患選擇就醫地點的意願，針對民眾選擇醫療機構考慮因素，有以下研究表2-12

表 2-12 民眾選擇醫院考慮因素

作者	年代	地點	民眾選擇醫院考慮因素排列次序			
			1.	2.	3.	4.
Oconnor	1992	醫院	醫術品質	溝通能力	人際關係	
張文瑛	1987	醫院	醫德	醫師聲譽	方便性	醫師服務態度
王乃弘	1995	醫院	醫師品質	服務態度	硬體規劃	醫院的方便性
蘇斌光	1988	醫院	護士態度	護士態度		
侯毓昌,黃文鴻	1999	中醫門診	醫師醫德	醫師之醫術	醫師之服務態度	
署立雲林醫院	2000	門診	醫師醫術好	醫療設備完善	就醫距離方便	醫護人員服務態度好
徐淑芬等	2001	台北市眼科門診	醫師醫術好	醫院聲譽好	離家近交通方便	親朋好友介紹
陳筱華等	2001	醫院產科	醫德	醫術	態度	醫療儀器、環境等

資料來源：本研究整理

民眾在選擇醫療機構，與國外的研究結果並不十分一致，部分學者研究顯示，以醫療品質為最重要(Berkowitz,E.N. & Flexne,W.A. , 1981 ; Egunjoubi,L. , 1983)，另外也有離家近/方便性(Taylor,S.L. & Capella , 1996)。

對醫師選擇方面，有文久美等(1999) 對影響台南地區之醫學中心、區域醫院、地區醫院，對門診醫師滿意度，發現在選擇醫師方面，民眾考量的為醫術品質、關心、有效溝通、服務態度、禮貌及內在性格。

雖然，學者之研究略有不同，但隨醫療環境不同，醫療政策改變，地區、醫院層級、屬性等，亦將影響決策者結果，特別是在長期照護之醫療體系，亦將有所不同。

第三節 影響護理之家照護品質之因素

品質之重要，是無庸置疑的，尤其在長期照護，時間長，病患之身體功能受損情況下，必須要有長時期的敏感度，包含不同的照護評估方式(徐慧娟，1999)，醫院在開發自費市場的醫療服務時，更形重要；在影醫院附設護理之家照護品質因素整理如表2-13

表 2-13 影響院附設護理之家照護品質因素

影響因素	專家文獻
立法機構法規標準之適切性	阮玉梅等，1999 許菁菁，1995 吳淑瓊，1994
健保制度給付過低	尹祚芊等，1999
工作人員1.成就感無法滿足 2.流動率、離職率高 住民:對健康指導及醫療服務滿意度差。	阮玉梅等，1999 楊瑞珍等，1995 詹火生、萬育維，1991 kane & kane，1987 王國鈞，1982 Laslett，1976
專業人員訓練不足，以病患服務員為主要照護人力	楊嘉玲，2001 高婷婷，1999 阮玉梅等，1999 行政院衛生署，1998 吳秋燕等，1997、萬育維，1997 梁繼權等，1994 賴惠玲，1994

資料來源:本研究彙整

筆者經由與長期照護的專家經驗上，對影響護理之家(包括獨立型態護理之家)之品質作以下彙整:

- (一) 設置標準人力不足:依設置標準護理人員1:15、病患服務員

1:5，在實際照護上，分三班來計算，有不足情形，間接影響照護品質。

- (二) 價格競爭結果：市場競爭高，加上立案及未立案的價格，在某些護理之家相差太多，造成有心經營的業者無法長期虧損下，只好犧牲品質。
- (三) 收案標準不一：在護理之家收案之住民，不論在身體功能或心智上，差距太大，有行動自如、有三管癱瘓的，在環境空間不是很大的情況下，將會影響照護品質，如住民分開居住，病情懸殊太大，住民需要差異亦大，工作人員較無法統一整體照護，除較浪費人力運用，亦影響較健康住民的心理健康。
- (四) 佔床率偏低：在供需不平衡下，經濟規模不足，某些已立案的護理之家，空間及設施閒置造成成本上漲，經營者為求永續，常減少人力來因應。
- (五) 家屬心態：
 - (1).病情無法如預期恢復，失去長期照顧的信心及意願。
 - (2).長期花費金錢，形同無底洞，以至造成金錢壓力。
 - (3).景氣差失業率高，無法負擔，只好選擇價格低的護理之家。
 - (4).家庭成員太少，經濟獨自負擔加重。

以上造成家屬對住民漠不關心，都將影響照護人員對住民重視程度。

(六) 住民心態：

- (1).住民入住時間太長，造成心理障礙，容易失去信心，憂鬱、消極、情緒不穩，加上身體功能差及病痛困擾；如工作人

員較無耐心者，間接影響工作人員照顧品質之意願。

(2).龐大的費用造成住民內心不安，特別是使用子女的錢。

(3).家人或朋友因特別原因無法常探視，造成親情或朋友之間的疏離誤會產生，更加深住民心情低落。

(4).傳統觀念思想未改變，認為住護理之家或安養中心沒有面子，是子女不孝或被遺棄的心理。

以上因素都將影響到護理之家工作人員情緒及照護品質；身為管理者應針對可能的問題加以改進，並加強對品質的監測、評核等。

第四節 市場區隔理論

Smith,W.R.(1956)年提出「市場區隔化的觀念」，市場乃多元化性質，是由許多異質性的消費者組成，他們的教育背景、價值觀及需求特性均不相同，不同的消費者往往購買動機、偏好及習慣等有顯著的差異，為解決此一問題，市場區隔化的觀念因而產生。

一、市場區隔的意義

市場區隔化就是將市場，依據需求基礎，劃分成幾個同質性較高的小市場的過程；這些小市場使企業易於管理或控制，以增加行銷之效能建立企業的利基市場，以便針對不同的市場需求進行產品行銷的方案調整，並將某一產品市場分幾個具類似需求及行銷意義的群體，然後針對不同群體設計不同的行銷組合(Marketing Mix)，以更精確地滿足目標顧客經濟學家認為，市場區隔的觀點，奠基於所需函數存在的異質性，市

場的需求可分解成幾個區隔，而每個區隔具備自己需求函數，所以，對於不同的市場區隔就必須以不同的特色來做為推廣的訴求點，即使完全相同的產品也是如此（Hanan,M，1968）(Frank,W，1981)。

二、市場區隔的基礎

Philp, Kotler (1992)、Hanan,M. (1968) 將市場區隔之基礎分為以下四個變數：

- (一) 地理變數：將市場依地理特性，如地理位置(北部/中部/南部/東部)、城市大小、人口密度、氣候、行政區等變數來區隔。
- (二) 人口變數：如性別、所得、年齡、教育、職業、家庭大小及生命週期階段、宗教信仰、種族、國籍等來區隔市場。
- (三) 心理變數：如內向或外向、樂觀或悲觀、積極或消極、開放或保守等。
- (四) 購買行為變數：如品牌忠誠度(忠誠者/游離者)、使用頻率(重度使用者、中度使用者、輕度使用者) 等。

但隨著市場變遷及消費者購買行為的改變，原屬適當的區隔方式，往後未必最佳，因此醫院管理者必需不斷探究及追求最佳區隔標準。

三、相關實證研究

以市場區隔作為研究有下列學者：

- (一) Brown (1992)，電話訪問消費者對健康照護品質、成本、行為的態度及相關滿意度，並依消費者追求利益傾向，將市場區隔

為保健者、節食者及自我改善者三群集體。

- (二) David W. Finn,D.W. ; Lamb,C.W. (1986) 將醫院作利益區隔，分能自我照顧者(Take Care of Me Segment)、自我求醫者(Cure me Segment)、放縱者(Pamper Me)。
- (三) Stone & Warren (1990) 利用追求利益變項來區隔門診藥品市場。
- (四) Morgan,C.M. & Levy,D.J. (1993) , 將美國多種不同之成熟的市場做以下之區隔：
 - 1. 健康市場區隔 (Health Segment)分為積極者(Proactive)、忠實者(Faithful Patient)、樂觀的 (Optimists)、覺醒者(Disillusion)四類。
 - 2. 食物市場區隔 (Food segment)分為營養相關(Nutrition Concerned)、快速及健康 (Fast & Healthy)、傳統贈品卷 (Tradition Couponers)三類。
 - 3. 男(Males)女(Females)寵物所有權(Pet Ownership)方面區隔，為最高享受(Upbeat enjoyers)、不安全的(Insecure)、脅迫活動 (Threatened Actives)、正面財務(Financial Postives)四類。
- (五) 陳淑玲、廖釵秀(2000) , 以消費者生活型態為區隔基礎,對藥局消費者加以分群。
- (六) 薛雨辰 (2000) 將聯合執業診所、單獨執業診所與醫院做市場區隔。
- (七) 羅宣、楊美雪、邵文逸(2001), 以長期照護機構選擇屬性為研究，

並以知覺風險為市場區隔的基礎。

- (八) 楊文惠、龔佩珍 (2002), 以門診醫療服務為市場區隔之研究, 以整體樣式以因素分析, 導出追求利益變項為區隔基礎, 並區分為五個同質之集群。

四、有效市場區隔條件

從事市場區隔研究, 首先要選擇「區隔的基礎」(Basis for Segment), 並非所有的區隔都是有效的, 例如: 食鹽的購買者雖然可區分為金髮及黑髮的顧客, 但和購買應無相關連, 欲使市場區隔發揮最大效用; Philip, K. (1992) 方世榮 (2000) 必須具備五個條件:

- (一) 可衡量性 (Measurability): 指所形成的市場區隔大小和購買力及區隔特徵, 可被衡量的程度。
- (二) 可接近性 (Accessibility): 指所形成的市場區隔能被有效接觸和服務程度。
- (三) 足量性 (Substantiality): 指所形成的市場區隔是否足夠大或獲利的程度。一個市場區隔必須是值得執行個別行銷方案的最大同質消費群體。即表示此市場區隔的大小, 及獲利的程度, 必須具備有相當的市場潛力, 有適當營業量及獲利空間。
- (四) 可行動性 (Actionability): 指所形成的市場區隔足以制定有效行銷方案, 來吸引並服務該市場區隔的程度, 企業對區隔之市場要能提供具體可行之行銷計劃, 即執行能力與資源是

否足夠亦須考量。

(五) 可差異化的(Differentiable): 市場區隔化在觀念上應可以區別的, 且針對不同的區隔採取不同的行銷組合與計劃。如已婚與未婚女性皆對香水銷售有類似反應, 則非獨立的市場區隔。

在評估市場區隔後, 通常必須決定那些區隔作為目標市場(Tatget), 其目的在建立組織在市場中持久的競爭優勢, (司徒達賢, 1999), 根據 Michael Porter 的競爭策略理論, 當醫院面對的目標市場是全面市場時, 根據其策略競爭優勢的獨特性或低成本, 醫院可採取(一)差異化策略(Differentiation)及(二)成本領導策略(Cost Leadership); 但當醫院面對目標市場是區隔市場時, 醫院可採聚焦(Focus)的定位策略(Duncan,W.J., 1996) (黃松共, 2002)。

如圖2-3

圖 2-3 Porter 的一般競爭策略

		策略優勢	
		獨特性	低成本
目標市場	全面性市場	差異化	成本領導
	區隔性市場	聚焦	

資料來源：Michael E. Porter, *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, Free Press, 1980

區隔的市場(Market Segment Strategies)策略又稱集中策略或聚焦策略(Focus Strategies),是指依區隔特定市場的特殊需求發展產品或服務。此策略的重點在利基(Niche)機會,使組織能集中精力發展此利基;此策略可根據成本,領導及差異化特性再區分兩項策略(M. Porter, 1999)。

(1) 全面成本領導策略(Overall Cost Leadership Strategy)

全面的市場成本領導策略,是針對整體市場提供低成本或低價格策略。譬如某醫院對所有健保醫療業務採取高效率,低成本且低價格的經營策略,常見的方法包括節控費用、降低衛材藥品成本、減少人力成本、流程改善、自動化等。

(2) 差異化行銷策略 (Differentiated Marketing Strategy)

全面市場的差異化策略,是指針對整體市場發展獨特的產品

或服務策略。譬如某些醫院不管健保或自費醫療業務，均以追求高品質的醫療服務(Quarity Care)為經營核心重點；常見的做法包括爭取醫院評鑑升級、ISO、TQM、高科技形象與醫學院建教合作等，在醫療界常使用之策略如下。

(一) 成本領導-聚焦策略 (Focus- cost Leadership Strategies)

區隔市場的成本領導策略，是針對特定區隔市場的低成本價格策略。譬如針對健檢市場之機構勞工體檢區隔市場提供有效率，低成本及低價格策略。

(二) 差異化策略 (Focus-differtiate Strategies)

區隔市場的差異化策略，是針對特定區隔市場發展獨特的產品或服務的策略。譬如對婦產科坐月子中心區隔市場提供高品質獨特且高價位服務。

當新產品進入市場時，應包括：調查(Research)、產品發展(Product development)、價格(Pricing)、整套的(Packaging)、分佈區域(Distribution)、評估(Evuation)才能有效掌握市的動向(Gingerich , B.S. , 2000)。

由於醫療體系的複雜特性，區隔市場在健康相關產業相當常見。策略形成的過程是一整體性規劃，整個過程是連續性的決策過程，首先從情境分析開始整個過程，目的在於發展最適於外部環境策略。其思維訓練考驗成功領導者的能力。

本研究希望藉由蒐集護理之家住民資料，經統計分析，找出護理之家市場區隔因素，使不同護理之家進行差異化行銷，以吸引合適之住民。

第三章 研究設計與研究方法

藉由價格區分市場，將價格分成經濟價位、中價位及高價位，來探討三群在人口統計變項、選擇護理之家相關因素之重要性、對護理之家的認知及媒體接觸行為變項之相關性研究。

第一節 研究架構

本研究之架構根據 Kotler (2000) 之顧客市場區隔變數 (Magor Segmentation on Variables for Customer Markets) 來加以區隔，如人口統計變項、地理性、家庭大小、收入、職業、教育程度等來評估選擇護理之家之相關性，其架構如下圖3-1

第二節 研究假設

探討接受經濟價位、中價位、高價位，這三群不同價格的醫療決策者，在人口統計變項，選擇護理之家相關因素之重要性、對護理之家的認知及媒體接觸行為變項，與價格之區隔相關性研究之假設如下：

- 一、接受不同價格之住民與醫療決策者對個人因素變項的相關性。
- 二、接受不同價格之群組對選擇護理之家相關因素之重要相關性。
- 三、接受不同價格之群組對選擇護理之家屬性有顯著差異。
- 四、接受不同價格之群組對選擇護理之家型態有顯著差異。
- 五、價格不同對選擇媒體接觸行為有顯著。

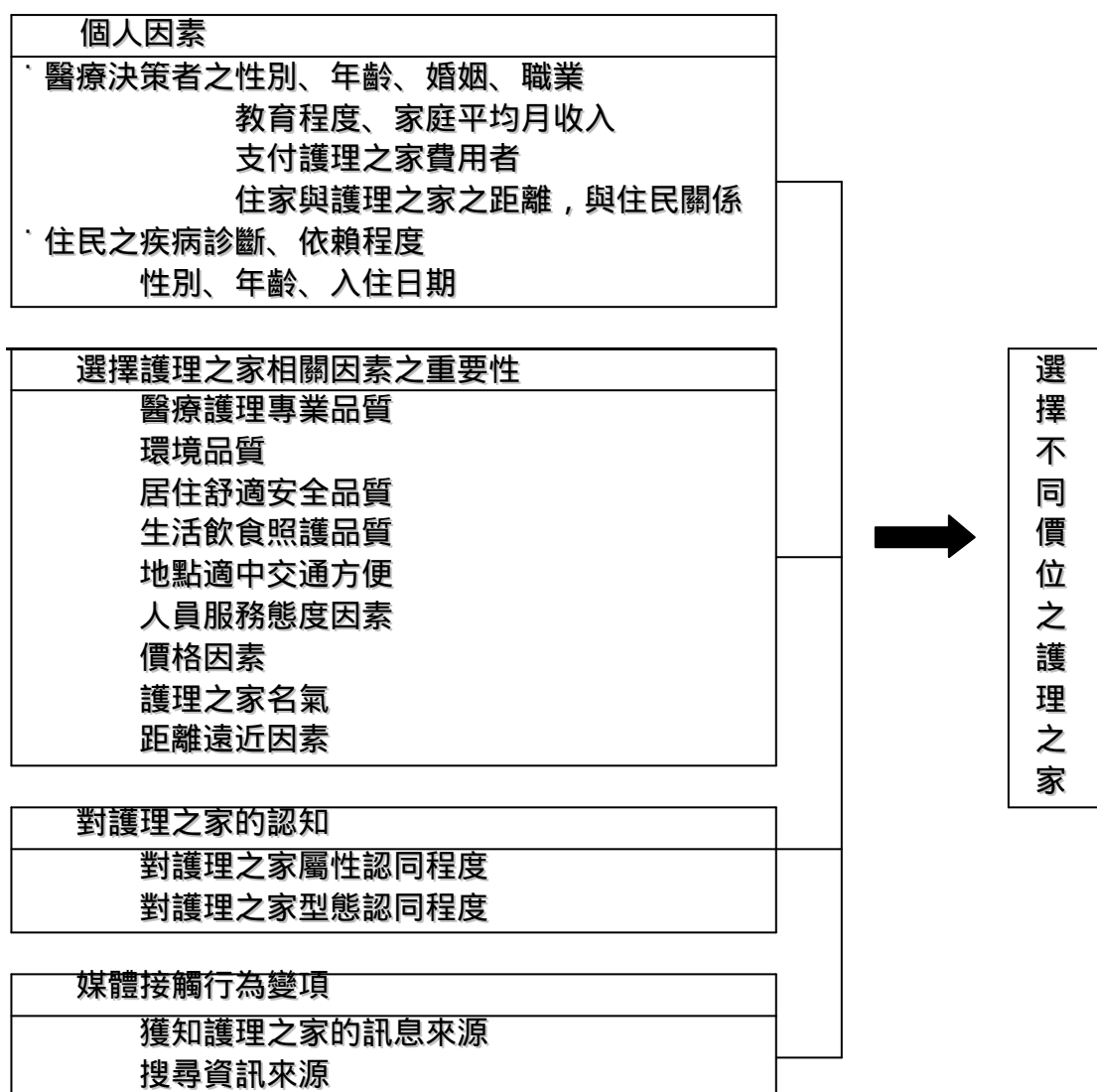


圖 3-1 本研究之研究架構

第三節 研究變項定義及衡量

本研究之變項由研究架構中藉由過去文獻研究及理論衍生而來，包括個人因素、選擇護理之家相關因素之重要性、對護理之家的認知及媒體接觸行為變項等。

一、個人因素：

- (一) 醫療決策者：包括性別、年齡、婚姻、職業、教育程度、宗教信仰、學歷、家庭人口數、住民離該護理之家車程、家庭平均月收入、入住護理之家決策者及與住民的關係。
- (二) 住民基本資料：包含性別、年齡、入住日期、疾病診斷及依賴程度及住民照護費用來源等。

二、選擇護理之家相關因素之重要性，包含醫療護理專業品質、生活飲食照顧品質、居住舒適安全品質、地點適中交通方便、人員服務親切溫馨、護理之家知名度等。

三、對護理之家的認知：公立、私立、財團法人之護理之家；及獨立型態護理之家或醫院附設之護理之家。

四、媒體接觸行為變項：傳播媒體介紹、朋友及醫護人員介紹等。

以下針對本研究問卷調查在護理之家品質相關項目之重要性之設計，做更進一步說明。

顧客付費是希望他們自己能得到期望的服務，在順序上最重要的是品質，他們會考慮是否有立案(Accreditation)、或許可執照(licensing)及名聲(Reputation)，一個好的品質包括適時(Timeliness)、可理解的(Comprehensiveness)、及入院評估(pre-admission assessment)等(Gingerich, B.S., 2000)。長久以來，醫療界即不斷地發展客觀品質指標，以評估醫療品質績效作為持續改善的依據，而醫療環境也不斷要求量化的品質指標(Lynch, J. T., Mattie, A. S., Shevchenko I.P., Reed, F. LL. 1993)，在主要參考林慧珍之「護理之家概說，1997」及專家意見，收集資料彙整；並透過實地觀察訪談住民與家屬，及筆者曾工作在護理之家多年之經驗編輯而來。

選擇護理之家相關因素之重要性，依據 Donabedian (1988) 的醫療品質指標(Nadzam, D.M., 1991)、(萬育維, 1997)、(楊嘉玲, 2001)，(Rantz, M.J., 2000)，分結構(Structure)過程(Process)結果(Outcome)模式，來訂定問卷，希望有效地來反應病患及家屬對照護上需求之重要性，作為建構內容。

一、 護理之家照護品質之重要性。

以下為此模式之架構，並依架構中的各層面來訂定問卷內容。

(一) 結構面

指服務提供者的特質，使用的器材和資源的特徵且包括工作機構的行政組織和特質環境，常見之指標包括(1)設施裝備

的描述 (2) 人員的資格與經驗 (3) 人事安排的模式；這些指標的優點為能夠直接測量，且容易獲得相關資料；缺點為測量出來的極可能是機構本身的條件與能力，不一定是品質的保證。

並依以上之說明，本研究問卷內容為「內部環境清潔、無異味、安靜」、「外在庭院花草樹木整潔及適當的散步空間」、「適當的空調系統」、「停車方便」、「政府立案之護理之家」、「建築結構與消防設施符合安全標準」、「無障礙設施完備地板防滑功能，牆壁浴室廁所有扶手等」、「適當的活動場所及休閒設施」、「居住環境在佈置上有家的感覺」、「復健服務的提供」、「護理之家離就診醫院距離之遠近」、「護理之家地點交通便利性」、「護理之家附屬於醫院」、「護理之家在宗教(如佛教、天主教、基督教等)設施方面」、「住民居住空間寬敞舒適」、「醫師提供專業照護服務」、「護理人員提供專業照護服務」、「受過專業訓練之病患服務員」、「足夠的照護人力」、「護理之家為公立或私立」、「護士或看護為外籍勞工」。

(二) 過程面

指服務提供者與病人之間的互動，包括技術和人際關係的過程，主要是瞭解服務提供者和接受者之間的差異，進而建立服務提供者的指引、方法及工作守則，並用以監測服務提供過程的有效性，同時是確保服務過程的品質保證常用的方

法。其優點是容易由提供者服務的指示來確認；缺點是必須獲得執業人員的共識且在整個服務過程中有強烈的主觀性。

在問卷內容中以過程面有「住民身體狀況有變化時，能儘速送醫處理及聯絡相關人員」、「提供住民個人化服務，如：代寫信、打電話或購物等」、「住民入住時，工作人員會主動檢查住民身體及行為反應」、「適當的肢體約束及行動限制，但不忽略住民的自主權」、「護理之家工作人員有持續的教育訓練」、「工作人員在執行各項照護時能維護住民隱私權」、「對身體功能缺失的住民，訓練自我照顧能力」、「適當的肢體約束及行動限制，但不忽視住民的自主權」、「住民按不同的疾病類別分開居住」、「工作人員之服務態度好壞」、「護理之家注重個別差異化，與住民或家屬充份的討論」、「在社會互動對護理之家的照顧品質有影響，包含因老年住民會重視，且關心他人親友及社區間互動(Grant et al, 1966; Grau et al, 1995)在問卷部分之內容為「定期主動與家屬聯繫，以充份瞭解住民狀況」、「護理之家邀請家屬參與活動」、「護理之家定期舉辦康樂活動」。

(三) 結果面

指服務對象在接受服務一段時間後所產生的變化，病人健康狀況隨著所提供介入性的處置服務或計劃的不同而改變，這些改變可呈現在生理上、心理上或社會方面的功能上，這種具有綜合的結構及過程，雙方面的因素，呈現出來的結果具有因

果關係，所以呈現的結果必須是能夠事先預期且必須配合事前的準備而形成的，並非在事後監測時，才去發現所造成的改變及影響。其優點是可真正反映服務品質；缺點是所使用的指標必須是正確、敏感且有效的。但結果的評值是困難的，能否應用適當的技巧亦是考量重點，在長期照護品質的結果品質評值，以護理之家院民評估量表(The Minimum Data Set for Nursing Home Residents and Care Screening) 為最常見(徐慧娟，1999)，本研究中之某護理之家以此工具作為住民的評值。

本研究問卷內容以結果面有「護理之家提供合適的營養及菜色給住民」、「住民在接受照護服務後，身體健康狀況獲得改善」、「護理之家收費價格合理性」、「護理之家之整體品質好壞」、「護理之家知名度」。

本研究亦對使用後護理之家滿意度評分，病人滿意度調查問卷為美國(The Group Health Association, GHAA, 1993)所發展出來的，它不僅可做為管理式醫療機構內部改善依據，更可拿來作為調整對醫師給付標準工具，許多管理式醫療保險購買者也會以此項調查結果做為購買及選擇管理式醫療的依據，所以病患滿意度的使用，可間接的督促醫療服務提供者確實做好品質工作(林恆慶、陳楚杰，2003)，同樣，在長期照護的運用亦相當普遍，本研究在問卷內容上對曾經使用過後之護理之家評分，共分五等級，為非常不滿意(0分-20分)、不滿意(21分-40分)、普通(41分-60分)、很滿意(61分-80分)、非常滿意(81分-100分)。

問卷之重要程度以李克特氏(Likert) 七分量表計分方式，從「非常重要」、「重要」、「有點重要」、「無意見」、「有點不重要」、「不重要」、「非常不重要」，分別依序給予 7分至 1 分，分數愈高者代表愈重要，分數愈低者代表愈不重要。

二、 選擇護理之家相關因素之排列順序：為顧及因素皆有其重要性，為探知究竟何者為最重要，故分最重要前三項及最重要因素考量，並加入可接受價格比較，以區分民眾對進住護理之家真正考量之因素，以利市場區隔之意義。

三、 研究變項名稱定義與屬性一覽表

本研究的變數分成自變項及依變項，各變項摘要整理於表 3-1，3-2。

表 3-1 依變項

變項名稱	變項操作型定義	變項類別
可接受價格	高價位 30001 元以上 中價位 20001 元~30000 元 經濟價位 20000 元以下	等距變項

備註：可接受價格涵蓋房間費、護理費、伙食費、醫師看診並包括消耗品紙尿布、洗澡用品；但不包括三管(胃管、尿管、氣切管)及 5 公分以上傷口之換藥。

表 3-2 自變項

變項名稱	變項操作型定義	變項類別
?個人因素 (醫療決策者)		
性別	男女	類別變項
年齡	45 歲以下、45-64 歲、65 歲以上	序位變項
婚姻狀況	已婚、未婚、其他	類別變項
職業	農漁工、商、軍公教、其他	類別變項
宗教信仰	無、佛教 (道教)、回教、天主教、基督教	類別變項
學歷	小學以下、國中、高畢、大專以上	序位變項
與住民關係	配偶、子女、孫子女	類別變項
家庭人口數	三人以下、三至六人、七人以上	序位變項
住家離該護理之家車程	10 分鐘內、20 分鐘內、30 分鐘以內 1 小時以內、1 小時以上	序位變項
家庭平均月收入	3 萬以內、3 萬至 6 萬、6 萬至 9 萬、 9 萬以上	序位變項
住民照護費用來源	住民自己的錢、住民配偶賺的錢、住民子女的錢 住民的老人年金、社會補助	類別變項
?個人因素 (住民)		
收案機構	雲林縣、嘉義縣、嘉義市	類別變項
入住時間	住滿至少一個月、一年以上、二年以上、三年以上 四年以上 五年以上	連續變項
床別	單人床、雙人床、三人床、四人床或其他	類別變項
年齡	45 歲以下、45-64 歲、65 歲以上	序位變項
性別	男女	類別變項
每月實際費用 (含消耗品)	20000 元以下 20001 元-30000 元 30001 元以上	序位變項
柯氏量表	第零級 完全活動 第一級 能步行及維持輕度工作 第二級 能步行及維持大部份自我照顧 第三級 只維持有限之自我照顧 第四級 完全無活動	序位變項
巴氏量表	一.進食 二.輪椅與床位間的移動 三.個人衛生 四.上廁所 五.洗澡 六.行走於平地上 七.上下 樓梯 八.穿脫衣服 九.大便控制 十.小便控制	類別變項

表 3-2 自變項(續)

變項名稱	變項操作型定義	變項類別
?	選擇護理之家相關因素重要性	
	政府立案護理之家	等距變項
	身體有變化時，能儘速送醫處理	
	提供住民個人化服務	
	住民入住時，主動檢查住民身體及行為反應	
	住民在接受照護服務後，身體健康狀況獲得改善	
	復健服務的提供	
	護理之家工作人員有持續的教育訓練	
	工作人員在執行各項照護時，能持維護住民的隱私權	
	對身體功能缺失的住民，訓練自我照顧能力	
	適當的肢體約束，但不忽略住民自主性	
	醫師提供專業照護服務	
	護理人員提供專業照護服務	
	受過專業訓練的病患服務員	
	足夠的照護人力	
	工作人員之服務態度	
	注重個別差異化，與家屬討論	
	主動與家屬連繫	
	邀請家屬參與活動	
	定期舉辦康樂活動	
	護士或看護為外籍勞工	
	內部環境清潔、無異味、安靜	等距變項
	適當的空調系統	
	外在庭院花草樹林整潔及散步空間	
	護理之家在宗教設施方面	
	適當的活動場所及休閒設施	等距變項
	居住環境在佈置上有家的感覺	
	住民居住空間寬敞舒適	
	住民按不同疾病類別分開居住	
	建築結構與消防設施符合安全標準	
	無障礙設施完備	
	停車方便	等距變項
	護理之家離就診醫院之遠近	
	護理之家地點交通便利性	
	護理之家能提供合適的營養及菜色給住民	等距變項
	住民之服裝儀容清潔整齊	
	工作人員服務態度好壞	
	護理之家知名度	等距變項 等距變項

? 價格因素	20000 元以下 20001 元 –30000 元 30001 元 以上	等距變項
? 距離因素	10 分鐘以內、20 分鐘以內、30 分鐘以內、 30 分鐘至 1 小時以內、1 小時以上至 2 小時以內 2 小時以上	序位變項
? 護理之家屬性	公立、私人、財團法人、無意見	類別變項
? 護理之家型態	是否附屬於醫院	類別變項

註:採李克特量表等距七分法 (Likert Scale) 1-7 分評分。7-非常重要、6-重要

5-有點重要 4-無意見 3-有點重要 2-不重要 1-非常不重要

第四節 資料來源與問卷設計

一、研究對象

選定雲林縣、嘉義縣、嘉義市之全部立案之護理之家為研究對象；雲林縣七家護理之家336床，包括含九十一年三月立案之三仁醫院附屬護理之家(台閩地區長期照護資源名冊無呈現)，及嘉義縣五家護理之家174床，嘉義市六家護理之家472床，共982床；其中雲林縣某護理之家立案床數原120床，但實際開床數50床，以50床計算；嘉義市某護理之家立案床數原180床，但有130床為榮民床，因住民戶屬性上不同，以50床民眾自費護理之家計算(台閩地區長期照護資源名冊，2002)。

十七家護理之家中，依型態區分，有三家為獨立型態護理之家，有十四家為醫院附設之護理之家；依屬性來區分，公立有六家，財團法人有二家，私立有九家。本研究於民國九十一年十二月至九十二年二月止，以面訪或自填問卷方式，雙向進行，全部資料回收期間為三個月，共回收有效問卷 663 份，有效回收率平均為 67.5%。以縣市別來區分，雲林縣，回收有效問卷 268 份，回收率為 79.8%；嘉義縣，回收有效問卷 132 份，回收率為 75.9%；嘉義市，回收份數263 份，回收率為55.7%。如下表3-3 樣本回收情形選擇入住護理之家之住民醫療決策者(Decision maker)為調查訪問對象，Mc Cullough (1993) 研究中指出，老人選擇長期照護安排，不僅是老人本人決定，亦是重要的決策參與者之一，因此老人態度亦是表達民眾對長期照護的價值觀，本研究之

醫療決策者，主要以決定進入護理之家者為對象，亦包括住民本人。結構式問卷由住民醫療決策者(含本人)填答，巴氏量表、柯氏量表由護理人員填寫，以評估問卷當天住民之日常身體功能。為減少選取樣本入住時間不同之誤差，經詢問數家護理之家負責人，瞭解住民不適應期通常在一個月內，異動亦多在一個月，故將取樣的時間定在住滿一個月的住民；所以用此時間來問卷調查，比較能認同此護理之家的照顧，對品質方面的測量方面，應較為準確。

二、問卷設計與問卷信度、效度

本研究的測量工具為參考相關文獻、住民及家屬看法，找出適當測量構面，自行設計的結構式問卷；並進行具護士背景之訪員訓練及前測，並分發問卷讓住民之醫療決策填答，如決策者無法填答，由訪員以口頭方式問答；巴氏量表及科氏量表由主護護士，依住民當日情況填寫。

本研究之內容效度，採專家效度，專家效度之評估在擬定問卷調查初稿後，請國內學者專家十六位(附錄二)協助評定問卷內容的適切性；再根據專家提供的建議，修訂問卷，建立效度則以因素分析來萃取出重要選擇護理之家之重要因素，進行結果分析。

問卷信度方面，在選擇重要因素方面分成三個構面，採內容一致性採Cronbach's 係數，在醫療護理專業品質 $=0.926$ ，環境品質 $=0.788$ ，居住舒適安全品質 $=0.8638$ ，皆大於0.7以上在接受水準之上。

表 3-3 樣本回收統計表

機構名稱	開床數	有效份數	回收率
雲林縣			
(公立)署立雲林醫院附設護理之家	50	35	70.0 %
(私立)安生醫院附設護理之家	75	44	58.7 %
(公立)國軍斗六醫院附設護理之家	36	36	100.0 %
(私立)慈愛綜合醫院附設護理之家	50	30	60.0 %
(私立)育仁醫院附設護理之家	60	61	100.0 %
(私立)中國醫藥學院北港醫院附設 護理之家	40	37	92.5 %
(私立)三仁醫院附設護理之家	25	25	100.0%
小計	336	268	79.8%
嘉義縣			
(公立)灣橋榮民醫院附設護理之家	50	35	70.0%
(公立)行政院衛生署朴子醫院附設 護理之家	50	50	100.0%
(私立)長順護理之家	44	22	50.0%
(私立)佳霖護理之家	30	25	83.3%
	174	132	75.9%
嘉義市			
(公立)嘉義榮民醫院附設護理之家	50	30	60.0%
(公立)行政院衛生署嘉義醫院附設 護理之家	50	40	80.0%
(財團法人)嘉義基督教醫院附設護理 之家	92	49	53.3%
(私立)陳仁德醫院附設護理之家	30	19	63.3%
(私立)東洋護理之家	50	30	60.0%
(財團法人)聖瑪爾定醫院附設護理之 家	200	95	47.5%
小計	472	263	55.7%
合計	982	663	67.5%

註：回收率不包括未住滿一個月之住民、空床、拒絕受訪的住民
醫療決策者。

第五節 資料分析方法

一、資料處理：問卷資料經蒐集整體後，以SPSS 10.0統計資料軟體進行資料統計分析工作。

二、統計分析：

1、敘述性分析：以次數百分比方式來說明三群人口，在接受不同價格，在人口統計變項相關因素及資訊來源等之分佈情形。

2、推論性統計：

(1) 卡方檢定(X^2 test)：為檢驗自變項及依變項有否顯著相關。

本研究依變項為類別變項和序位變項，使用卡方檢定，檢定在人口統計變項、選擇護理之家相關之重要性、認知、屬性、媒體接觸行為等，在不同價格上之差異。

(2) 變異數分析(ANOVA)：變異數的用途主要考驗若干母體平均數是否相等，使用時通常自變數為類別變項，依變數為連續變項，本研究檢定三群體接受不同價格，對選擇護理之家品質、價格、巴氏量表等，其平均分數是否有顯著差異。

(3) t 檢定：針對二項類別變項之醫療決策者(本人與非本人)，對選擇護理之家之重要因素，進行 t 檢定，檢定二項類別變項在某連續變項上是否有顯著差異。

三、因素分析：對醫療決策者選擇護理之家重要因素進行因素分析，因素分析的功能，在詮釋四十項選擇護理之家重要因素間的關係與結構，萃取出因素構面，以評估其建構效度；因素數目決定上保留特徵值大於1的因素，因素轉軸上則

採用直交轉軸法之最大變異法，使各因素間彼此獨立，保持90度垂直的關係。

四、鑑別分析(Discriminant Analysis)：鑑別分析又稱區別分析，是一套用來分類的統計方法，自變項為人口統計變項、選擇護理之家之相關重要因素變項、對護理之家屬性、認知變項、媒體接行為變項，依變項為經濟、中價位、高價位。

本研究以逐步(Stepwise)鑑別方法篩選出顯著區別依變項之自變項以組成區別函數，當影響區別群組之自變數目很多時，藉由逐步篩檢自變數，尋找最佳的區別能力的自變數。

第四章 研究結果

本研究結果共分六節。第一節為個人基本資料及相關因素之描述性分析，主要針對回收問卷簡單描述整體樣本分佈情形及趨勢；第二、三、四節為雙變項分析，利用卡方檢定來分析兩變項之間是否達到統計相關；第五節為因素分析，第六章為鑑別分析，找出實際能區分之價格群的正確性。

第一節 個人基本資料及相關因素之描述性分析

自變數為個人因素，選擇護理之家相關因素之重要性，選擇護理之家相關因素排列順序，及屬性、媒體接觸行為變項等分別討論。

一、醫療決策者與住民基本資料分析

(一)、醫療決策者基本資料

男性 371 人(56%)最多，女性 290 人(43.7%)；平均年齡為 52.2 歲，年齡最大 92 歲，最小為 17 歲；已婚 535 位(80.7%)未婚 74 人(11.2%)；職業方面以商人共 186 人(28.1%)最多，農漁工 174 人(26.2%)次之；宗教信仰方面以佛道教 470 人(70.9%)最多；學歷方面，小學以下 283 人(42.7.3%)最多；與住民關係方面，以兒子 261 人(39.4%)最多，其次為女兒 131 人(19.8%)，配偶 70 人(10.6%)，孫子女/孫媳婦 56 人(8.4%)，媳婦 55 人(8.3%)，本人亦有 34 位(佔 5.1%)，表示老人本身亦有決定權，選擇入住護理之家；在家庭人口數方面，以 5 口人佔 186

人(28.1%)最高，家庭人口數 4-6 人最多(64.1%)；在護理之家離住家距離方面，30 分鐘內佔 208 人(31.4%)最多數，20 分鐘內佔 202 人(30.5%)為其次，最遠距離為 4 小時(1 人)；每月家庭收入方面，3 萬元以下佔 142 人(21.4%)，3 萬至 6 萬元佔 271 人(40.9%)最多，無收入有 3 人(0.6%)，9 萬以上有 71 人(10.7%)。住民照護費用來源，以住民子女的錢比率最高，為 427 人(64.4%)，住民自己的錢 142 人(21.4%)，住民老人年金 110 人(16.6%)，配偶的錢 54 人(8.1%)，其他照護費用來源包含社會補助、女婿、照護費用來源父母、兄弟姐妹、保險等。收案機構屬性，以私立護理之家 437 人(65.9%)最多，公立護理之家 226 人(34.1%)；收案機構型態以附設護理之家 586 人(88.4%)最多，獨立型態護理之家 77 人(11.6%)(表 4-1)。

(二)、住民基本資料

女性 394 人(59.5%)，高於男性 268 人(40.5%)；年齡 65 歲以上佔 569 人(86.2%)，年齡最小 17 歲，年齡最高為 100 歲，平均年齡 76.4 歲。入住時間，滿一個月 24 人(3.7%)，一個月以上至滿三個月 141 人(21.5%)，四個月至滿六個月 289 人(43.9%)，七個月至一年者 132 人(20%)，一年至二年 129 人(19.6%)，二年至滿三年 72 人(11.1%)，四年至六年七個月 34 人(5.7%)，一年以內佔有六成四，入住最長時間為六年七個月。在巴氏量表分數平均為 22.33 分，其中單項計分以進食 4.21 分最高，其次為輪椅與床位間的行走於平地上之平均分數為 4.03 分，最低平均分數為洗澡 0.38 分。在主診斷方面以 ICD-9 編碼，腦血管疾病後

期影響(ICD-438)194 人(29.3%)，糖尿病(ICD-9-250)72 人(10.9%)次之，高血壓心臟病(ICD-9-408) 58 人(8.7%)；次診斷方面以糖尿病(ICD-9-250)56 人(8.4%)最多，高血壓心臟病(ICD-9-408)49 人(7.4%)，其他腦血管疾病後期影響為(ICD-438) 18 人(2.7%) (表 4-2)。

二、 選擇護理之家相關因素之重要性

選擇護理之家相關因素之重要性共四十題，平均分數以護理人員提供專業照護服務為 6.48 分最高，其次為足夠照護人力為 6.47 分，受過專業訓練之病患服務員為 6.45 分；四十題中分數最低為護士或看護為外籍勞工為 4.84 分。在選擇護理之家重要因素中，優先前三項排序(表 4-3-續)，最多為專業照護品質有 530 人(79.9%)，其次為價格 279 人(42.1%)，環境清潔 250 人(37.7%)，就醫方便性 247 人(37.5%)，工作人員服務態度為 182 人(27.5%)；.單選最重要的一項(表 4-3 續)仍以專業照護品質佔 298 人(44.4%)，次之為價格 119 人(17.9%)，地區方便性 54 人(8.1%)，與上題吻合，表示填寫內容之一致性；在護理之家品質最在意的(表 4-3 續)以醫療護理專業品質 410 人(61.8%)，人員服務親切溫馨品質 94 人(14.2%) (表 4-3)。

三、 是否曾住過其他護理之家表

曾住過其他護理之家有 478 人(72.4%)未住過其他理之家，有 182 人(27.6%)，曾住過其他護理之家後離開護理之家的原因，因價格太貴有 80 人(12.1%)，照護品質不滿意 56 人(3.4%)，服務人員態度不好 48

人(7.2%)，距離太遠 37 人(5.6%)，就醫不方便 34 人(5.1%)，病情好轉 33 人(5.0%)，環境清潔不足 32 人(4.8%)(表 4-4)。

四、可接受價格、距離方便性及屬性

每月照護可接受價格為 20001 元-30000 元最多，佔 382 人(58.1%)其次為 20000 元以下佔 249 人(37.8%)，30001 元 27 人(4.1%)。可接受距離車程，以 30 分鐘內最高佔 245 人(37.3%)，其次為 20 分鐘以內 148 人(32.5%)，再其次為 10 分鐘以內 98 人(14.9%)。護理之家屬性方面：無意見佔 290 人(43.7%)，公立護理之家 232 人(35%)，財團法人 111 人(16.7%)(表 4-5)。

五、媒體接觸行為

在媒體接觸行為以朋友介紹最多佔 410 人(61.9%)，次之為醫護人員介紹佔 252 人(38.0%)。何種管道推薦較讓你信任，以朋友介紹最高佔 436 人(66.0%)，其次為醫療人員介紹佔 336 人(50.8%)，並包括自己找有 13 人(1.9%)等(表 4-6)。

六、接受服務後之滿意度及分數

非常滿意為 147 人(22.4%)很滿意為 358 人(54.5%)，普通為 145 人(22.1%)，不滿意為 7 人(1.1%)，無非常不滿意者。以分數來評分由最高為 95 分，最低為 30 分，以 80 分為最多有 99 人(24.1%)，其次 90 分有 47 人(11.5%)，最低分為 30 分有一人(0.2%)(表 4-7)。接受

服務後之滿意度，以地區雲林縣為 77%、嘉義縣為 77.4%，嘉義市滿意度最高為 83.2%，三家平均為 79.6% (表 4-7-1)。

第二節 醫療決策者之間和各因素間雙變項分析

醫療決策者包含住民之家屬(非本人)、住民(本人)。

一、醫療決策者為本人或非本人選擇護理之家相關因素

醫療決策者為本人填答有34位，以男性居多為19人(55.9%)，平均年齡為72.6歲，住民家屬為醫療決策者男性352人(56.1%)女性275人(43.9%)；年齡平均為52.2歲 (住民年齡平均為76.57歲)；本人為決策者巴氏量表分數為68.4分，高於非本人為20.9分；科氏量表第三級以上佔21.3%，比非本人84.4%的為低。本人平均每月照護費用為24,475元，比非本人25,042元低，入住時間本人為11個月，非本人入住時間為13個月短；在選擇護理之家相關因素，經 t -test 檢定探討醫療決策者為住民本人或非本人的關係。從表4-8中可以發現二者有顯著差異($P<0.05$)，包括有內部環境清潔($p<0.003$)、空調適當系統($p<0.000$)、服裝儀容整潔($p<0.005$)、停車方便($p<0.000$)、有家感覺($p<0.028$)、主動檢查住民身體($p<0.021$)、住民隱私權、($p<0.017$)不忽略住民自主權($p<0.037$)、離醫院距離遠近($p<0.040$)、不同疾病分開居住($p<0.040$)及公、私立之護理之家 ($p<0.040$)、知名度($p<0.011$) (表4-8)。

二、醫療決策者(本人及非本人)與各相關因素之卡方分析

醫療決策者分析中，顯示差異為選擇公、私立護理之家($p<0.006$)、科氏量表($p<0.000$)及巴氏量表($p<0.000$)(表 4-9)。

第三節 收案機構地區別與各因素之分析

收案機構地區別在性別年齡與各因素之分析(表 4-10)，平均年齡以雲林縣 77.7 歲最高，巴氏量表分數女性比男性低，以雲林縣平均分數最低，科氏量表三級以上(表 4-11)，以雲林縣最高，顯示雲林縣之住民身體功能最差。收案機構地區與實際費用之 ANOVA 檢定，三地區皆有差異($P<0.05$)，平均價格以雲林縣 26180 元最高，嘉義市、嘉義縣次之(表 4-12)。

本研究中收案機構地區別與科氏量表巴氏量表實際費用之卡方檢定中顯示，科氏量表($p<0.000$)、巴氏量表($p<0.000$)及實際費用($p<0.000$)之卡方檢定及 ANOVA 檢定，都有差異(表 4-13)。

收案機構地區別與選擇護理之家相關因素之變異數分析(表 4-14)，內部環境清潔($p<0.000$)、空調適當系統($p<0.000$)、服裝儀容整潔($p<0.000$)、庭院整齊($p<0.000$)、停車方便($p<0.000$)政府立案($p<0.000$)、無障礙設施($p<0.000$)等皆有差異，經事後比較結果，雲林縣在選擇護理之家相關因素可區分嘉義市(表 4-14)。

第四節 價格與各變項分析

決策者之基本特性，以年齡分青壯年(45歲以下)、中年(46歲~64歲)、老年(65歲以上)來檢定，在年齡與價格經事後比較結果上，在青壯年對中價位及經濟價位有差異，中年人對高價位及經濟價位、中價位有差異。性別方面，男性、女性有差異。實際花費之平均值，經濟價位為24141元，中價位為25484元，低價位為26120元，三組群皆有差異。可區分中價位與經濟價位。價格組群與各因素卡方分析，在經濟價位、中價位及高價位與巴氏量表($p < 0.02$)、非本人及本人($p < 0.02$)家庭收入($p < 0.00$)、屬性($p < 0.03$)經檢定皆有差異；與年齡及住民關係、是否為醫院附屬護理之家無差異(表 4-17)。

在價格與選擇護理之家之相關因素之重要性變異數分析中，內部環境清潔($p < 0.001$)、空調適當系統($p < 0.001$)、服裝儀容清潔整齊($p < 0.001$)、庭院整齊、舒適空間($p < 0.001$)、停車方便($p < 0.001$)等，及顯示中價格與低價格有差異項目最多(表 4-18)。

第五節 因素分析

將四十項選擇護理之家重要性進行因素分析，因素轉軸結果有六個因素特徵值大於1；因素1、2、3、4、5、6的特徵值(Eigen value)分別為9.770、5.886、3.153、2.992、2.747、2.160；六個因素對變異數解釋

程度分別為 24.42%、14.72%、7.88%、7.48%、6.87%、5.40%，累計解釋程度為 66.77% (表 4-19)。

萃取出因素 1，由問題 1、18、3、22、2、19、8、20、23、34、9、27、28、4、5、21、17、10 組成，由於偏向測量住民之使用環境、空調、隱私、整潔、收費價格、有家的感覺，因此命名為「住民需要因素」。

萃取出因素 2，由問題 30、31、32、29、33、25、35 組成，由於偏向測量護理人員、醫師、病患服務員的專業品質，服務品質態度等，因此命名為「品質因素」。

萃取出因素 3，由問題 24、12、16、6、26 組成，由於偏向測量個人護化服務、復健服務、宗教設施，政府立案等，因此命名為「個人化需要因素」。

萃取出因素 4，由問題 15、11、13、14、7 組成，由於偏向測量照護後的結果，如合適的營養菜色、身分健康獲改善、身體有變化儘速送醫等，因此命名為「結果滿意因素」。

萃取出因素 5，由問題 38、39、40 組成，由於偏向測量護士或看護是否外籍勞工、知名度、公立或私立護理之家機構，因此命名為「護理之家形象因素」。

萃取出因素 6，由問題 36、37 組成，由於偏向測量住民與家屬之互動，如邀請家屬參與活動及定期舉辦康樂活動等，因此命名為「社交活動因素」。

第六節 價格群與各因素之鑑別分析

將以鑑別分析找出能區分選擇不同護理之家之醫療決策者的顯著變項，並計算以本研究所有變項建立之鑑別方程式，實際能區分出價格群(醫療決策者)的正確率。

以逐步鑑別分析方式，篩選出 $P < 0.05$ 的變項，共保留七個變項，可知個變項與各群之間有顯著差異。由此結果來看，最佳的鑑別模型是由七個變項所組成，由於依變項為經濟價位、中價位及高價位三個群體，因此透過鑑別分析可找出二項鑑別方程式(鑑別函數 A 鑑別函數 B)及二項鑑別方程式的 F 值，並顯示各項變數的標準係數 (standardized coefficient) 與各項變項 F 值；也透過各群體的平均數來瞭解各組其不同區別函數平均值的差異，以瞭解各組的區分情形。

表 4-20 顯示鑑別函數 A 鑑別函數 B，二項鑑別方程式均達到統計上的顯著，其 F 值分別為 ($p < 0.05$)、，表示此二項鑑別方程式均有能力區分三個群體。在解釋程度方面，鑑別函數 A 解釋程度高達 80.0%，鑑別函數 B 解釋程度為 20.0%，表示鑑別函數 A 之區別能力較佳；解釋各

群消費者區分之特性，可透過各群體的平均數來瞭解各區別函數的特性；鑑別函數 A 主要是區別經濟價位族群與其他二群(中價位、高價位)；鑑別函數 B 主要區別高價位族群。

若函數標準係數之絕對值大於 0.3 以上的變項，設定為該函數中有區別能力變項準則。從鑑別函數 A 中可發現，區別經濟價位與中價位、高價位的變項，有選擇護理之家考量因素為價格及就醫方便性、收案機構地區為雲林縣及嘉義市。從鑑別函數 B 中可發現，選擇護理之家訊息來源-海報、住民需要因素、收案機構地區為嘉義市、離護理之家車程。

鑑別依變數之平均數之鑑別函數 A，可鑑別經濟價位，鑑別依變數 B，可鑑別高價位(表 4-21)；表 4-22 顯示使用鑑別分析區分經濟價位、中價位與高價位三群民眾的分類結果與正確率，由表得知整體的正確率為 68.78%；本研究低價位有 244 位住民，經由鑑別分析預測的分類結果，正確之低價位的有 135 位，正確率為 55.33%。中價位的住民有 373 位，正確中價位有 308 位，正確率為 82.57%。高價位的住民有 27 位，正確高價位為 0 位，正確率為 0%，可能因樣本少無法區分高價位。由結果可看出，以本研究所有變項區分低、中、高價位的正確率，以中價位的正確率區別最高，低價位次之。

表 4-1 醫療決策者基本資料分析

變項名稱	人數	百分比(%)	變項名稱	人數	百分比(%)
性別			與住民關係		
男性	371	56.1	兒子	261	39.4
女性	290	43.9	女兒	131	19.8
年齡			配偶	70	10.6
45 歲以下	217	33.4	孫子女/孫媳婦	56	8.4
45-64 歲	302	46.6	媳婦	55	8.3
65 歲以上	129	20.0	本人	34	5.1
婚姻			其他	54	8.1
已婚	535	80.7	家庭人口數		
未婚	74	11.2	獨居	35	5.3
其他	54	8.1	3 人以下	159	24.0
職業			4-6-人下	425	64.1
農漁工	174	26.2	7 人以上	61	9.2
軍公教	89	13.4	其他	18	2.7
家管	115	17.3	護理之家距離		
商	186	28.1	10 分鐘以內	107	16.1
其他	214	32.3	20 分鐘以內	202	30.5
宗教信仰			30 分鐘以內	208	31.4
佛道教	470	70.9	1 小時以內	79	11.9
回 教	1	0.2	1 小時以上	39	5.9
基督教	29	2.9	2 小時以上	13	1.7
天主教	14	2.1	其他	15	2.2
其他	149	22.5	每月家庭收入		
學歷			3 萬以內	142	21.4
小學以下	283	42.6	3 萬至 6 萬(含)	271	40.9
國、高中畢	251	37.8	6 萬至 9 萬(含)	139	21.0
大專以上	120	18.0	9 萬以上	71	10.7
其他	4	0.6	其他	4	6.0
遺漏值	5	0.7	住民照護費用來源(複選)		
			住民子女的錢	427	64.4
			住民自己的錢	142	21.4
			住民的老人年金	110	16.6
			住民配偶的錢	54	8.1
			社會補助	46	6.9
			其他	23	3.5

表 4-2 住民基本資料資料

變項名稱	人數	百分比(%)
性別:		
男	268	40.4
女	394	59.5
遺漏值	1	0.01
床位別 :		
1 人床	34	5.2
2 人床	123	18.8
3 人床	85	13
4 人床	182	27.8
5 人床	75	11.5
6 人床	29	4.4
7 人床	10	1.5
8 人床	113	17.3
9 人床以上	12	0.1
年齡:		
45 歲以下	23	3.4
46 歲~64 歲	68	10.2
65 歲以上	569	86.0
遺漏值	3	0.4
住民每月費用:		
20000 元以下	88	13.7
20001 元~30000 元	495	77.2
30000 元以上	58	9.0
巴氏量表(平均分數)		
進食	4.21	4.16
輪椅與床位間的移	4.03	5.60
行走於平地上	3.02	5.07
大便控制	2.58	3.56
小便控制	2.39	3.49
穿脫衣服	2.37	3.48
上廁所	2.04	3.35
個人衛生	1.26	2.17
上下樓梯	1.06	2.64
洗澡	0.38	1.32
科氏量表		
第四級	287	43.3
第三級	250	37.3
第二級	71	10.7
第一級	29	4.4

表 4-2 住民基本資料資料(續)

變項名稱	人數	百分比(%)
主診斷(ICD-9)		
438-腦血管疾病後期影響	204	31.6
250-糖尿病	72	11.1
402-高血壓心臟病	58	9.0
290-老年期及初老年期器質性精神病態	26	4.0
496-慢性氣道阻塞	21	3.3
332-巴金森病	18	2.9
其它	264	39.8
次診斷		
250-糖尿病	56	8.4
402-高血壓心臟病	49	7.4
43-腦血管疾病後期影響	18	2.7
290-老年期及初老年期器質性精神病態	12	1.8
480-病毒性肺炎	12	1.8
599-泌尿道疾患	11	1.7
未填(無次診斷)	381	57.5
入住時間		
一個月	24	3.7
一至三個月	141	21.5
四至六個月	124	18.9
七至一年	132	20.0
一年至二年	129	19.6
二年至三年	72	11.1
四年以上	34	5.7

表 4-3 選擇護理之家相關因素之重要性

變項名稱	平均分數	標準差
相關因素之重要性		
1 護理人員提供專業照護服務	6.48	0.73
2 足夠的照護人力	6.47	0.78
3.受過專業訓練之病患服務員	6.45	0.79
4.工作人員服務態度好壞	6.44	0.81
5.住民身體有變化時，能夠儘速送醫處理及連絡相關人員	6.40	0.88
6 建築結構與消防設施符合安全標準	6.39	0.83
7 護理之家之整體品質好壞	6.38	0.84
8 醫師提供專業照護服務	6.38	0.83
9 住民在接受照護服務後，身體健康狀況獲得改善	6.34	0.84
10 護理之家能提供合適的營養及菜色給住民	6.30	0.84
11 住民入住時，工作人員會主動檢查住民身體及行為反應	6.22	0.89
12.內部環境清潔、無臭味、安靜	6.21	0.96
13. 政府立案之護理之家	6.14	1.07
14. 護理之家收費價格合理	6.14	0.99
15. 復健服務之提供	6.07	1.07
16. 定期主動與家屬連繫，以充份了解住民狀況	6.03	1.00
17. 無障礙設施完備（地板防滑功能、牆壁浴室、廁所有扶手）	6.02	1.08
18 適當的空調系統	5.91	1.05
19. 住民之服裝儀容清潔、整齊	5.85	1.04
20. 護理之家工作人員有持續的教育訓練	5.85	1.07
21. 工作人員在執行各項照護時，能維護住民隱私權	5.85	1.05
22 護理之家附屬於醫院	5.82	1.28
23. 對身體功能缺失的住民，訓練自我照顧能力	5.82	1.02
24. 護理之家注重個別化差異，與住民或家屬充份討論	5.81	1.02
25. 住民居住空間之寬敞舒適	5.78	1.02
26. 住民按不同的疾病類別，分開居住	5.78	1.08
27. 護理之家離診所醫院距離之遠近	5.76	1.14
28 適當的服務約束及行動限制，但不忽略住民的自主權	5.74	1.09
29. 護理之家地點交通便利性	5.69	1.12
30. 適當的活動場所及休閒設施	5.69	1.09
31. 居住環境在佈置上，有家的感覺	5.58	1.08
32. 停車方便	5.40	1.22
33. 外在庭院花草樹木整潔及適當散步空間	5.39	1.17
34 護理之家邀請家屬參與活動	5.34	1.16
35 提供住民個人化的服務，如代寫信打電話或購物等	5.30	1.25
36 護理之家定期舉辦康樂活動	5.27	1.14
37 護理之家為公立或私人	5.04	1.37
38 護理之家知名度	4.96	1.34
39 護理之家在宗教（如佛教、天主教、基督教等）之設施方面	4.92	1.30
40. 護士或看護為外籍勞工	4.84	1.47

表 4-3 選擇護理之家相關因素之重要性(續)

變項名稱	人數	百分比(%)
選擇護理之家相關因素主要考量前三項中		
1.專業照護品質	530	79.9
2.價格	279	42.1
3.環境清潔	250	37.7
4.就醫方便性	247	37.3
5.工作人員服務態度	182	27.5
6.復健設備	105	15.8
7.足夠的工作人員	103	15.5
8.距離	69	10.4
9.看病方便性	69	10.4
10.飲食	64	9.7
11.空間大小	29	4.4
12.無障礙空間	24	3.6
13.機構宗教屬性	15	2.3
14.停車方便性	14	2.1
15.個人隱私性	12	1.8
16.花園庭院設施	0	0
17.其他	4	0.6
考量因素最重要(單選)		
1.專業照護品質	298	44.9
2.價格	119	17.9
3.就醫方便性	54	8.1
4.工作人員服務態度	46	6.9
5.環境清潔	45	6.8
6.足夠的工作人員	24	3.6
7.復健設備	18	2.7
8.探病方便性	11	1.7
9.距離	10	1.5
10.飲食	9	1.4
11.機構宗教屬性	3	0.5
12.空間大小	2	0.2
13.花園庭院設施	1	0.2
14.無障礙空間	1	0.2
15.停車方便性	0	0
16.個人隱私性	0	0
17.其他	3	0.5
護理之家品質上，最在意		
1.醫療護理專業品質	410	61.8
2.人員服務親切溫馨品質	94	14.2
3.生活飲食照顧品質	74	11.2
4.居住舒適安全品質	64	9.7
5.地點適中交通方便	17	2.6

表 4-4 是否曾住過其他護理之家

變項名稱	人數	百分比(%)
是否曾住過其他護理之家		
無	478	72.4
有	182	27.6
離開該護理之家之原因（可複選）		
1.價格太貴	80	12.1
2.照護品質不滿意	56	8.4
3.服務人員態度不好	48	7.2
4.距離太遠	37	5.6
5.就醫不方便	34	5.1
6.病情好轉	33	5.0
7.環境清潔不足	32	4.8
8.飲食不滿意	20	3.0
9.服務人員不足	20	3.0
10.住民的清潔	18	2.7
11.聘請外籍勞工	16	2.4
12.空間大小不滿意	14	2.1
13.花園庭院設施	4	0.6
14.無障礙空間	4	0.6
15.無宗教設施	2	0.3
16.其他	5	0.8

表 4-5 可接受護理之家的價格、距離及屬性

變項名稱	人數	百分比(%)
可接受護理之家的價格		
20000 元以下	249	37.8
20001 元 ~ 30000 元	382	58.1
30001 以上	27	4.1
可接受的距離車程		
10 分鐘以內	98	14.9
20 分鐘以內	148	22.5
30 分鐘以內	245	37.3
30 分至 1 小時	146	22.2
1 小時至 2 小時	14	2.1
2 小時以上	6	0.9
護理之家屬性		
1. 無意見	290	43.7
2. 公立護理之家	232	35.0
3. 財團法人護理之家	111	16.7
4. 私立護理之家	19	2.9
5. 其他	5	0.8

表 4-6 媒體接觸行為

變項名稱	人數	百分比(%)
媒體接觸行為 (可複選)		
1.朋友介紹	410	61.9
2.醫療人員介紹	252	38.0
3.報紙	52	7.9
4.海報	34	5.1
5.電視	23	3.5
6.網站	2	0.3
7.廣播	2	0.3
8.其他	47	7.1
何者管道推薦護理之家較讓你信任		
1.朋友介紹	436	66
2.醫療人員介紹	336	50.8
3.報紙	20	3.0
4.電視	12	1.8
5.海報	8	1.2
6.網站	4	0.6
7.廣播	4	0.6
8.其他	24	3.6

表 4-7 接受服務後滿意度

變項名稱	人數	百分比(%)
對接受服務後滿意度		
1.非常滿意 (81 分~ 100 分)	147	22.4
2.很滿意 (61 分~ 80 分)	358	54.5
3.普通 (41 分~ 60 分)	145	22.1
4.不滿意 (21 分~ 40 分)	7	1.1
5.非常不滿意(0 分~ 20 分)	0	0.0
滿意分數：		
30 分	1	0.2
45 分	2	0.5
50 分	5	1.3
54 分	1	0.2
55 分	1	0.2
60 分	35	8.5
70 分	27	6.6
75 分	28	6.8
80 分	99	24.1
90 分	47	11.5
95 分	20	4.9

表 4-7-1 地區別滿意度

地區別	雲林縣	嘉義縣	嘉義市
滿意度分數(分)	77	77.4	83.2
總平均(分)	79.6		

表 4-8 醫療決策者為本人或非本人時選擇護理之家相關因素：

N=663	非本人 N (%) =629 平均數(標準差)	本人 N (%) =34 平均數(標準差)	P 值
基本資料 (住民平均年齡 76.57 歲)			
床別	4.35 (2.15)	3.56 (2.11)	
醫療決策者年齡	52.22 (12.28)	72.62 (15.40)	
費用 (元)	25042 (4316)	24475 (3156)	
巴氏量表總分	20.89 (27.86)	68.38 (28.73)	
住民入住時間 (月)	13 月 (13 月)	11 月 (8 月)	
選擇護理之家相關因素			
內部環境清潔	6.23 (0.95)	5.76 (1.13)	*0.003
空調適當系統	5.94 (1.04)	5.32 (1.04)	*0.000
服裝儀容清潔整齊	5.88 (1.03)	5.41 (1.10)	*0.005
庭院整齊、舒適空間	5.39 (1.17)	5.25 (1.21)	0.264
停車方便	5.44 (1.21)	4.68 (1.27)	*0.000
政府立案	6.15 (1.07)	5.88 (1.20)	0.077
安全標準	6.40 (0.83)	6.32 (0.88)	0.307
無障礙設施	6.03 (1.07)	5.88 (1.20)	0.219
活動場所及休閒設施	5.69 (1.10)	5.56 (1.02)	0.241
有家的感覺	5.60 (1.08)	5.24 (1.05)	*0.028
身體有變化能儘速治療	6.41 (0.87)	6.21 (0.98)	0.090
個人化服務	5.31 (1.25)	5.06 (1.20)	0.123
主動檢查住民身體	6.23 (0.89)	5.91 (1.00)	*0.021
身體健康獲得改善	6.35 (0.84)	6.24 (0.96)	0.222
合適的營養及菜色	6.30 (0.85)	6.29 (0.80)	0.473
復健服務	6.07 (1.08)	6.03 (0.90)	0.418
工作人員有教育訓練	5.86 (1.06)	5.59 (1.18)	0.071
住民隱私權	5.88 (1.03)	5.41 (1.21)	*0.017
自我照顧訓練能力	5.84 (1.01)	5.59 (1.16)	0.113
不忽略住民自主權	5.76 (1.09)	5.41 (1.13)	*0.037
收費價格合理性	6.14 (0.98)	6.06 (1.10)	0.317
離醫院距離之遠近	5.78 (1.12)	5.35 (1.37)	*0.040
交通便利性	5.70 (1.11)	5.53 (1.21)	0.192
附屬於醫院	5.81 (1.27)	5.91 (1.33)	0.326
整體服務品質	6.38 (0.84)	6.35 (0.85)	0.420
宗教設施	4.92 (1.31)	4.85 (1.13)	0.384
空間寬敞舒適	5.79 (1.02)	5.62 (1.02)	0.169
不同疾病分開居住	5.80 (1.07)	5.47 (1.16)	*0.040
醫師專業服務	6.38 (0.83)	6.50 (0.86)	0.202
護理人員專業服務	6.48 (0.73)	6.50 (0.79)	0.451
受過訓練之病患服務員	6.44 (0.79)	6.59 (0.70)	0.144
足夠之照護人力	6.46 (0.79)	6.65 (0.69)	0.090

表 4-8 醫療決策者為本人或非本人時選擇護理之家相關因素(續)

N=663	非本人	本人	P 值
	N (%) =629 平均數(標準差)	N (%) =34 平均數(標準差)	
服務態度	6.43 (0.81)	6.53 (0.79)	0.250
注重個別差異性	5.83 (1.00)	5.50 (1.29)	0.076
主動與家屬連繫	6.02 (1.00)	6.12 (1.04)	0.295
邀請家屬參與活動	5.36 (1.15)	5.06 (1.28)	0.072
定期舉辦康樂活動	5.28 (1.13)	5.09 (1.33)	0.165
公立或私人團體	5.02 (1.37)	5.44 (1.35)	*0.040
知名度	4.99 (1.34)	4.44 (1.24)	*0.011
護士或看護為外籍勞工	4.85 (1.48)	4.79 (1.41)	0.420

表 4-9 醫療決策者與各因素之卡方檢定

	非本人		本人		X ² test P 值
	個數	百分比	個數	百分比	
護理之家型態					
醫院附設護理之家	554	(88.076)	32	(94.118)	0.284
一般之護理之家	75	(11.924)	2	(5.882)	
護理之家屬性					
公立之護理之家	207	(32.909)	19	(55.882)	0.006
私立護理之家	422	(67.091)	15	(44.118)	
家庭月收入					
3 萬以下	133	(22.428)	9	(30.000)	0.243
3 萬到 6 萬	255	(43.002)	16	(53.333)	
6 萬到 9 萬	136	(22.934)	3	(10.000)	
9 萬以上	69	(11.636)	2	(6.667)	
科氏量表					
第零級	16	(2.548)	8	(24.242)	0.000
第一級	21	(3.344)	8	(24.242)	
第二級	61	(9.713)	10	(30.303)	
第三級	245	(39.013)	5	(15.152)	
第四級	285	(45.382)	2	(6.061)	
巴氏量表					
完全依賴	422	(67.197)	4	(11.765)	0.000
嚴重依賴	128	(20.382)	10	(29.412)	
中度依賴	61	(9.713)	9	(26.471)	
輕度依賴	10	(1.592)	3	(8.824)	
完全獨立	7	(1.115)	8	(23.529)	

表 4-10 收案機構性別與年齡分析

地區	雲林縣		嘉義縣		嘉義市	
	個數	最高年齡	個數	最高年齡	個數	最高年齡
男	95	97	108	93	65	90
女	171	100	154	100	66	98
男年齡平均	74.7		70.9		74.2	
女年齡平均	79.4		77.9		78.1	
男女平均	77.7		75.1		76.2	
總平均	76.37					

表 4-11 收案機構性別與巴氏量表、科氏量表分析

	雲林縣			嘉義縣			嘉義市		
	平均分數	最小值	最大值	平均分數	最小值	最大值	平均分數	最小值	最大值
巴氏量表									
男	23.0	0	100	25.2	0	100	45.9	0	100
女	16.7	0	95	20.4	0	95	22.8	0	100
科氏量表 三級以上	86.8%			84.0%			75.2%		
平均%	81.2%								

表 4-12 收案機構地區別與實際費用之 ANOVA 檢定

實際平均費用	雲林縣(A)	嘉義縣(B)	嘉義市(C)	P 值	事後檢定
經濟價位族群	24630.000	20005.634	26461.612	0.000	C>A>B
中價位族群	26330.769	21828.889	25481.209	0.000	B<A、C
高價位族群	28643.750	18908.333	26700.400	0.000	B<A、C
總平均費用	26180.534	20624.180	25920.354	0.000	B<A、C

表 4-13 收案機構地區別與住民科氏量表巴氏量表實際費用卡方檢定

	雲林縣 個數 (百分比)	嘉義縣 個數 (百分比)	嘉義市 個數 (百分比)	P 值
科氏量表				
第零級	3(12.5)	16(66.7)	5(20.8)	0.000
第一級	5(17.2)	11(37.9)	13(44.8)	
第二級	27(38.0)	19(26.8)	25(35.2)	
第三級	108(43.2)	38(15.2)	104(41.6)	
第四級	124(43.2)	48(16.7)	115(40.1)	
住民巴氏量表				
完全依賴	189(70.5)	67(51.1)	170(64.6)	0.000
嚴重依賴	50(18.7)	29(22.1)	59(22.4)	
中度依賴	26(9.7)	19(14.5)	25(9.5)	
輕度依賴	2(0.8)	5(3.8)	6(2.3)	
完全獨立	1(0.4)	11(8.4)	3(1.1)	
實際費用				
20000 元以下	15(5.7)	65(53.3)	8(3.1)	0.000
20001~30000 元	216(82.4)	57(46.7)	222(86.4)	
30001 元以上	31(11.8)	0(0)	27(10.5)	

表 4-14 收案機構地區別與選擇護理之家相關因素重要性變異數分析

	雲林縣(A)	嘉義縣(B)	嘉義市(C)	平均值	P 值	事後比較
	平均數 (標準差)	平均數 (標準差)	平均數 (標準差)			
內部環境清潔	6.54 (0.626)	6.23 (0.981)	5.86 (1.107)	36.133	0.000	A>B>C
空調適當系統	6.31 (0.686)	5.85 (1.082)	5.52 (1.178)	43.450	0.000	A>B>C
服裝儀容清潔整齊	6.14 (0.780)	5.84 (1.142)	5.52 (1.133)	21.086	0.000	A>B>C
庭院整齊、舒適空間	5.75 (1.007)	5.36 (1.342)	5.04 (1.135)	26.096	0.000	A>B>C
停車方便	5.78 (1.025)	5.23 (1.471)	5.11 (1.166)	23.483	0.000	A>B,C
政府立案	6.30 (0.804)	5.66 (1.455)	6.21 (1.026)	17.238	0.000	A,C>B
安全標準	6.47 (0.650)	6.23 (0.997)	6.40 (0.886)	3.773	0.023	A>C
無障礙設施	6.33 (0.663)	6.05 (1.329)	5.70 (1.188)	24.741	0.000	A>B>C
活動場所及休閒設施	5.94 (0.885)	5.63 (1.320)	5.46 (1.106)	13.696	0.000	A>B,C
有家的感覺	5.84 (1.011)	5.56 (1.171)	5.33 (1.048)	15.343	0.000	A>B,C
身體有變化能儘速治療	6.47 (0.736)	6.51 (0.854)	6.28 (1.006)	4.335	0.013	A,B>C
個人化服務	5.58 (1.176)	5.18 (1.428)	5.08 (1.166)	12.155	0.000	A>B,C
主動檢查住民身體	6.33 (0.727)	6.15 (0.980)	6.13 (0.989)	3.606	0.028	A>C
身體健康獲得改善	6.37 (0.666)	6.26 (1.012)	6.36 (0.909)	0.812	0.444	
合適的營養及菜色	6.31 (0.726)	6.08 (1.031)	6.41 (0.833)	6.677	0.001	A,C>B
復健服務	6.22 (0.829)	5.76 (1.335)	6.06 (1.119)	8.010	0.000	A,C>B
工作人員有教育訓練	6.17 (0.839)	5.80 (1.153)	5.55 (1.141)	24.448	0.000	A>B,C
住民隱私權	6.25 (0.688)	5.83 (1.171)	5.46 (1.138)	42.017	0.000	A>B>C
自我照顧訓練能力	6.12 (0.700)	5.80 (1.224)	5.54 (1.097)	23.237	0.000	A>B>C
不忽略住民自主權	6.04 (0.871)	5.80 (1.224)	5.40 (1.133)	24.374	0.000	A,B>C
收費價格合理性	6.34 (0.694)	6.11 (1.145)	5.94 (1.109)	11.367	0.000	A>C
離醫院距離之遠近	6.11 (0.809)	5.83 (1.191)	5.37 (1.265)	31.384	0.000	A>B>C
交通便利性	5.96 (0.853)	5.66 (1.211)	5.43 (1.243)	15.539	0.000	A>B,C
附屬於醫院	6.01 (1.013)	5.44 (1.442)	5.80 (1.387)	9.326	0.000	A,C>B
整體服務品質	6.44 (0.665)	6.28 (1.104)	6.37 (0.846)	1.536	0.216	
宗教設施	5.12 (1.230)	4.82 (1.451)	4.76 (1.260)	5.646	0.004	A>C
空間寬敞舒適	6.09 (0.739)	5.75 (1.126)	5.48 (1.122)	25.234	0.000	A>B>C
不同疾病分開居住	5.94 (0.924)	5.80 (1.192)	5.91 (1.133)	6.449	0.002	A>C
醫師專業服務	6.39 (0.681)	6.31 (0.921)	6.41 (0.913)	0.645	0.525	
護理人員專業服務	6.47 (0.614)	6.40 (0.830)	6.54 (0.785)	1.593	0.204	
受過訓練之病患服務員	6.48 (0.667)	6.34 (0.901)	6.47 (0.837)	1.462	0.233	
足夠之照護人力	6.49 (0.650)	6.37 (0.954)	6.51 (0.814)	1.492	0.226	
服務態度	6.50 (0.680)	6.28 (0.947)	6.45 (0.842)	3.374	0.035	A>B
注重個別差異性	6.08 (0.750)	5.85 (1.096)	5.51 (1.137)	22.204	0.000	A,B>C
主動與家屬連繫	6.14 (0.746)	5.79 (1.222)	6.03 (1.094)	5.586	0.004	A>B
邀請家屬參與活動	5.52 (0.985)	5.21 (1.413)	5.23 (1.156)	5.383	0.005	A>B,C
定期舉辦康樂活動	5.38 (0.982)	5.21 (1.364)	5.19 (1.157)	2.166	0.115	
公立或私人團體	5.04 (1.310)	5.01 (1.562)	5.06 (1.340)	0.056	0.945	
知名度	5.15 (1.234)	4.89 (1.658)	4.80 (1.254)	4.625	0.010	A>C
護士或看護為外籍勞工	4.91 (1.453)	4.96 (1.633)	4.72 (1.400)	1.643	0.194	

表 4-15 決策者基本特性之可接受之價格與實際費用 ANOVA 檢定

	經濟價位(A)	中價位(B)	高價位(C)	P 值	事後比較
年齡					
青壯年	23353.13	25298.73	23495.45	0.005	B>A
中年	24492.90	25722.50	28983.50	0.001	C>A, B
老年	24650.00	25378.00	24750.00	0.612	
性別					
男性	23896.86	25632.41	25742.86	0.001	B>A
女性	24427.59	25276.03	26527.08	0.122	
實際平均費用(元)					
	24141.13	25484.71	26120.44	0.000	B>A

表 4-16 住民實際費用與疾病嚴重度之 ANOVA 檢定

實際費用	個數	平均數	P 值	事後比較
科氏量表				
第零級(A)	23	20915.22	0.000	D、E>A、B E>C
第一級(B)	27	22409.04		
第二級(C)	68	23467.65		
第三級(D)	245	24774.88		
第四級(E)	276	26221.89		
巴氏依賴程度				
完全依賴(A)	414	25726.67	0.000	A>B、C、D、E B>E
嚴重依賴(B)	132	24496.55		
中度依賴(C)	68	23014.62		
輕度依賴(D)	13	22450.00		
完全獨立(E)	14	21125.00		

表 4-17 價格族群與各因素之卡方檢定

	經濟價位		中價位		高價位		X ² test P 值
	個數	百分比	個數	百分比	個數	百分比	
決策者年齡層							
青壯年	83	(33.878)	121	(32.527)	11	(40.741)	0.399
中年	105	(42.857)	183	(49.194)	12	(44.444)	
老年	57	(23.265)	68	(18.280)	4	(14.815)	
巴氏依賴程度							
完全依賴	147	(59.274)	254	(66.492)	20	(74.074)	0.02
嚴重依賴	57	(22.984)	78	(20.419)	3	(11.111)	
中度依賴	28	(11.290)	41	(10.733)	1	(3.704)	
輕度依賴	5	(2.016)	6	(1.571)	2	(7.407)	
完全獨立	11	(4.435)	3	(0.785)	1	(3.704)	
是否本人填答							
非本人填答	229	(91.968)	369	(96.597)	26	(96.296)	0.035
本人填答	20	(8.032)	13	(3.403)	1	(3.704)	
填答者與住民關係							
配偶	24	(11.707)	43	(12.610)	3	(13.043)	0.989
子女	162	(79.024)	263	(77.126)	18	(78.261)	
孫子女	19	(9.268)	35	(10.264)	2	(8.696)	
家庭收入							
3 萬以下	69	(30.263)	64	(17.439)	8	(32.000)	0.000
3 萬到 6 萬	114	(50.000)	150	(40.872)	5	(20.000)	
6 萬到 9 萬	32	(14.035)	103	(28.065)	4	(16.000)	
9 萬以上	13	(5.702)	50	(13.624)	8	(32.000)	
選擇護理之家屬性							
公立護理之家	103	(41.365)	109	(28.534)	11	(40.741)	0.003
私立護理之家	146	(58.635)	273	(71.466)	16	(59.259)	
是否為醫院附設護理之家							
醫院附設 護理之家	213	(85.542)	345	(90.314)	23	(85.185)	0.166
一般之護理 之家	36	(14.458)	37	(9.686)	4	(14.815)	

表 4-18 選擇護理之家之重要性因素之因素分析

因素名稱	因素一 住民需要 因素	因素二 品質因素	因素三 個別化需要 因素	因素四 結果滿意 因素	因素五 護理之家 形象因素	因素六 社交活動 因素
1.內部環境清潔	0.792	0.164	-0.017	0.275	0.018	0.049
18.住民隱私權	0.785	0.202	0.139	0.086	0.054	0.198
3.服裝儀容清潔整齊	0.747	0.123	0.047	0.206	0.139	0.039
22.離醫院距離之遠近	0.745	0.195	0.050	-0.013	0.356	-0.042
2.空調適當系統	0.736	0.104	0.286	0.224	0.051	-0.020
19.自我照顧訓練能力	0.710	0.201	0.202	0.125	0.125	0.280
8.無障礙設施	0.705	0.136	0.179	0.283	-0.057	0.203
20.不忽略住民自主權	0.692	0.193	0.187	0.068	0.181	0.251
23.交通便利性	0.683	0.209	0.153	0.005	0.389	0.039
34.注重個別差異性	0.673	0.271	0.142	0.066	0.214	0.265
9.活動場所及休閒設施	0.653	0.043	0.456	0.185	-0.001	0.200
27.空間寬敞舒適	0.643	0.199	0.146	0.157	0.198	0.207
28.不同疾病分開居住	0.626	0.188	0.158	0.157	0.129	0.331
4.庭院整齊、舒適空間	0.618	-0.022	0.537	0.028	0.007	0.180
5.停車方便	0.604	0.126	0.463	0.017	0.169	0.072
4.收費價格合理性	0.598	0.343	-0.085	0.229	0.129	0.081
17.工作人員教育訓練	0.584	0.210	0.165	0.181	0.347	0.070
10.有家的感覺	0.554	0.096	0.490	0.159	0.160	0.139
30.護理人員專業服務	0.153	0.878	0.056	0.150	0.016	0.062
31.受過訓練病服員	0.155	0.862	0.132	0.124	0.024	0.045
32.足夠之照護人力	0.125	0.846	0.115	0.178	0.061	0.020
29.醫師專業服務	0.211	0.801	0.024	0.147	0.040	0.080
33.服務態度	0.165	0.753	0.131	0.155	0.067	0.083
25.整體服務品質	0.254	0.621	-0.012	0.346	0.049	0.040
35.主動與家屬連繫	0.360	0.448	0.053	0.242	0.187	0.333
24.附屬於醫院	0.121	0.281	0.621	0.059	0.484	-0.143
12.個人化服務	0.341	0.048	0.540	0.124	0.237	0.295
16.復健服務	0.138	0.323	0.533	0.394	0.152	0.210
6.政府立案	0.132	0.389	0.476	0.347	0.040	-0.020
26.宗教設施	0.345	0.015	0.465	0.059	0.301	0.301
15.合適的營養及菜色	0.156	0.411	0.213	0.660	0.023	0.139
11.身體變化儘速治療	0.386	0.305	-0.038	0.660	0.157	0.016
13.主動檢查住民身體	0.320	0.422	0.065	0.613	0.178	0.096
14.身體健康獲得改善	0.165	0.498	0.161	0.601	0.087	-0.060
7.安全標準	0.228	0.429	0.244	0.527	-0.029	0.074
40.護士或看護為外籍勞工	0.222	-0.003	0.012	0.150	0.749	0.082
29.知名度	0.277	0.031	0.312	0.038	0.680	0.275
38.公立或私人團體	0.196	0.094	0.348	0.039	0.644	0.349
36.邀請家屬參與活動	0.416	0.139	0.131	0.081	0.220	0.715
37.定期舉辦康樂活動	0.425	0.118	0.180	0.098	0.295	0.695
特徵值 (Eigenvalue)	9.770	5.886	3.153	2.992	2.747	2.160
解釋變異量 (Proportion of variance explained)	24.42 %	14.71 %	7.88 %	7.47 %	6.86 %	5.40 %

表 4-19 選擇護理之家之相關因素之重要性與價位族群之變異數分析

選擇護理之家相關因素	經濟價位(A)N=249	中價位(B)N=382	高價位(C)N=27	P 值	事後比較
	平均數(標準差)	平均數(標準差)	平均數(標準差)		
內部環境清潔	6.044(1.041)	6.322(0.886)	6.037(1.055)	0.001	B>A
空調適當系統	5.751(1.101)	6.029(0.997)	5.481(1.014)	0.000	B>A,C
服裝儀容清潔整齊	5.645(1.122)	6.005(0.961)	5.593(1.010)	0.000	B>A
庭院整齊、舒適空間	5.281(1.232)	5.497(1.122)	4.778(1.086)	0.002	B>C
停車方便	5.221(1.309)	5.546(1.157)	5.037(0.898)	0.001	B>A
政府立案	6.000(1.257)	6.244(0.909)	5.889(1.188)	0.009	B>A
安全標準	6.375(0.896)	6.424(0.762)	6.037(1.018)	0.060	B>C
無障礙設施	5.831(1.223)	6.141(0.970)	6.000(0.961)	0.002	B>A
活動場所及休閒設施	5.514(1.168)	5.814(1.008)	5.333(1.240)	0.001	B>A
有家的感覺	5.406(1.125)	5.709(1.041)	5.222(0.974)	0.001	B>A
身體有變化能儘速治療	6.301(0.985)	6.474(0.786)	6.296(1.068)	0.045	B>A
個人化服務	5.149(1.301)	5.427(1.203)	4.852(1.134)	0.004	B>A
主動檢查住民身體	6.137(0.978)	6.275(0.833)	6.074(0.917)	0.117	
身體健康獲得改善	6.301(0.925)	6.393(0.769)	6.000(1.000)	0.041	B>C
合適的營養及菜色	6.241(0.901)	6.382(0.764)	5.741(1.130)	0.000	A,B>C
復健服務	5.960(1.194)	6.141(0.983)	5.926(1.107)	0.092	
工作人員有教育訓練	5.631(1.147)	5.982(0.992)	5.852(1.064)	0.000	B>A
住民隱私權	5.635(1.167)	6.005(0.947)	5.667(0.920)	0.000	B>A
自我照顧訓練能力	5.714(1.092)	5.916(0.968)	5.444(0.892)	0.007	B>A
不忽略住民自主權	5.540(1.196)	5.866(1.000)	5.667(1.038)	0.001	B>A
收費價格合理性	6.044(1.086)	6.230(0.893)	5.778(1.013)	0.009	B>A
離醫院距離之遠近	5.478(1.251)	5.935(1.024)	5.926(1.035)	0.000	B>A
交通便利性	5.472(1.197)	5.850(1.027)	5.556(1.121)	0.000	B>A
附屬於醫院	5.695(1.354)	5.895(1.206)	5.704(1.514)	0.142	
整體服務品質	6.301(0.964)	6.441(0.729)	6.222(1.050)	0.077	
宗教設施	4.771(1.286)	5.021(1.284)	4.815(1.388)	0.054	B>A
空間寬敞舒適	5.570(1.148)	5.935(0.886)	5.593(0.971)	0.000	B>A
不同疾病分開居住	5.602(1.174)	5.906(0.978)	5.630(1.245)	0.002	B>A
醫師專業服務	6.357(0.896)	6.415(0.762)	6.148(1.064)	0.228	
護理人員專業服務	6.442(0.776)	6.518(0.682)	6.333(0.961)	0.246	
受過訓練之病患服務員	6.406(0.857)	6.495(0.720)	6.148(0.989)	0.050	
足夠之照護人力	6.458(0.847)	6.495(0.724)	6.185(1.001)	0.137	
服務態度	6.393(0.862)	6.482(0.748)	6.185(1.039)	0.103	
注重個別差異性	5.649(1.088)	5.927(0.945)	5.667(0.961)	0.002	B>A
主動與家屬連繫	5.924(1.146)	6.107(0.906)	5.741(0.859)	0.027	
邀請家屬參與活動	5.141(1.161)	5.474(1.142)	5.222(1.086)	0.002	B>A
定期舉辦康樂活動	5.116(1.146)	5.395(1.124)	4.963(1.055)	0.004	B>A
公立或私人團體	4.924(1.472)	5.115(1.299)	5.111(1.311)	0.221	
知名度	4.663(1.422)	5.142(1.271)	4.926(1.141)	0.000	B>A
護士或看護為外籍勞工	4.679(1.564)	4.929(1.411)	5.148(1.167)	0.061	

表 4-20 價格族群與各因素之鑑別分析

變項	鑑別函數 A 係數 (標準係數)	鑑別函數 B 係數 (標準係數)	F test P 值
選擇護理之家主要考量因素-			
價格	0.727(0.360)	0.105(0.052)	0.000
就醫方便性	0.570(0.276)	0.078(0.038)	0.000
選擇護理之家的訊息來源-海報	-0.898(-0.201)	1.170(0.262)	0.000
住民需要因素	-0.219(-0.219)	0.444(0.444)	0.006
護理之家形象因素	-0.197(-0.191)	-0.444(-0.432)	0.016
收案機構地區-			
雲林縣	2.137(0.825)	0.047(0.018)	0.002
嘉義市	1.156(0.560)	1.046(0.507)	0.013
住家離護理之家車程-			
20 分鐘以內	-0.695(-0.316)	1.250(0.570)	0.013
20~30 分鐘以內	-0.605(-0.280)	0.751(0.348)	0.026
家庭月收入-			
6 萬~9 萬	-0.701(-0.287)	0.259(0.106)	0.048
9 萬以上	-0.430(-0.134)	-1.829(-0.571)	0.009
解釋程度	80.0%	20.0%	

表 4-21 鑑別函數之平均數

	鑑別函數 A	鑑別函數 B
經濟價位	0.600	0.017
中價位	-0.362	0.069
高價位	-0.235	-1.082

表 4-22 價格族群鑑別分析之預測分類正確性

價格族群	預測的各組成員			總計			
	經濟價位		中價位		高價位		
	個數	(百分比)	個數		(百分比)	個數	(百分比)
經濟價位	135	(55.33)	109	(44.67)	0	(0.00)	244
中價位	63	(16.89)	308	(82.57)	2	(0.54)	373
高價位	7	(25.93)	20	(74.07)	0	(0.00)	27

$$\text{整體正確率} = \frac{135 + 308 + 0}{644} * 100\% = 68.78\%$$

第五章 討論

高齡化社會之趨勢所帶來的老年人口問題，在開發國家中倍受重視，以下為本研究針對雲嘉地區護理之家以價格為市區隔市場的討論。

第一節 護理之家住民屬性與其他研究之比較

本研究對象之護理之家住民，女性佔59.5%比男性多，65歲以上佔85.8%，疾病主診斷最多為腦血管疾病後期影響(ICD-9-438)佔31.6%，次診斷為糖尿病佔8.4%，巴氏量表分數以進食分數4.21最高，以洗澡分數0.38最低，平均分數為23.3分；科氏量表以(karnofsky scale)3級以上佔81.1%。吳淑如；杜敏世(2001)以某護理之家為研究，住民年齡為74.5歲，65歲以上佔87.2%，曾罹患腦血管疾病佔48.7%，44.2%住民完全依賴；美國以十萬名護理之家之研究結果(Cooper,J.K., 2001)，住民平均年齡73.7歲，女性佔57.9%，病情以高血壓佔51.6%最多，關節炎次之佔36.2%，；楊漢?(1999)之研究，護理之家住民診斷最多為腦中風佔32%；吳秋燕(1997)對護理之家住民之身體功能調查，中度依賴佔25%，嚴重依賴佔68%，完全依賴佔6%；張立功(1996)對七家護理之家住民調查顯示，疾病前兩名為中風與高血壓，與本研究收案之住民性別分類、疾病診斷及巴氏量表功能等，與其他學者之研究情形相類似。由以上研究發現護理之家之多數住民，因病情造成日常功能不佳情況很多，需要生活上的協助與照護增加，因此護理之家應提供連續性、全責性的專業照護及生活照顧(楊紅玉，1996)，讓住民能安心，家屬能放心。

第二節 每月照護費用與日常生活功能程度成正比

照護費用方面發現，巴氏量表分數愈低及科氏量表等級愈高者，與住民之每月之照護費用成正比(表4-16)，說明了住民身體功能愈差者，住民每月之照護費用愈高，本研究之收案地區身體功能最差為雲林縣(表4-11)，所實際花費的照護費用亦較高(表4-12)。在巴氏量表依賴程度與可接受之ANOVA分析中顯示，巴氏量表依賴程度愈高者，在可接受的經濟價位、中價位、高價位亦愈高(表4-17)，與文獻中提及台北弘愛服務中心彙整結果相同(表2-9)(表2-10)。

第三節 醫療決策者為本人及非本人之比較分析

在醫療決策者(表4-8)顯示醫療決策者為本人時，年齡比其他住民年齡約少四歲，巴氏量表分數相差約48分，科氏量表三級以上，本人為21.1%，比較非本人為84.3%(表4-9)這表示本人為醫療決策者身體功能比住民好及年齡較輕，每月所使用之照護費用亦比較低，與實際推論為合理。在接受服務後之滿意度，自己評分本人為78.58分(34人)，非本人79.22分(409人)，總平均為79.19分，滿意度差距不大(表4-7)。但在選擇護理之家相關因素中(表4-8)，二者在多項之重要性差異中，本人平均分數低於非本人($P < 0.05$)，惟公立、私立護理之家之屬性，本人平均分數高於非本人，經由卡方檢定結果(表4-9)在護理之家屬性上確實有差異($P < 0.05$)，結果顯示本人為醫療決策者時較偏好公立護理之家，所以選擇公立之護理之家。據高婷婷等(1999)提出選擇照護機構通常會考量的因素是照護者的交通距離、收費標準、照護品質，但依研究，醫

療決策者對選擇護理之家重要性之停車方便、醫院距離之遠近有差異，其重要性亦都高於本人，所以非本人之醫療決策者，可能會考量本身探視的方便性。

第四節 醫療決策者對護理之家品質之重要性分析

護理之家之相關品質之重要性，以護理人員提供專業照護的服務、足夠的照護人力及受過專業訓練之病患服務員、工作人員服務態度好壞、住民身體有變化時，能儘速送醫處理及聯絡相關人員之平均分數最高；在相關因素主要考量因素中(複選)，以專業照護品質、價格、環境清潔、就醫方便性及工作人員服務態度為考慮因素；以單選考量仍以醫療專業品質為最重要，其次為價格、就醫方便性、工作人員服務態度、環境清潔，由以上可以得知醫療決策者，對護理之家相關品質之重要性，仍以專業照護品質最優先重視，但在價格上也相當在意，所以除對品質方面的定期的監測，不斷的改善外，並應顧及住民對價格的要求，才是吸引顧客上門的核心價值。

選擇護理之家之相關因素之重要性方面(表4-19)，以經濟、中、高價格在ANOVA分析發現，中價位對選擇護理之家之重要性大於經濟價位，例如在內部環境清潔、空調適當系統、服務儀容清潔整齊、庭院整齊舒適空間、停車方便、政府立案、無障礙設施、活動場所及休閒設施、有家感覺、身體有變化能儘速治療、個人化服務、身體健康

穫改善、合適的營養及菜色、復健服務、工作人員有教育訓練、住民隱私權等，所以在中價位對選擇護理之家之重要性顯示，不因為接受價格較低，就對品質的要求低，這是值得探討的問題(表4-18)。

以雲嘉地區比較(表4-14)，在選擇護理之家相關因素重要性ANOVA分析上，經由事後比較結果，以雲林縣多項因素重要性高於嘉義縣及嘉義市，發現雲林縣之住民平均年齡較高，身體功能較差(表4-10)(表4-11)，所以醫療決策者對住民的照護要求較高。本研究以選擇護理之家之相關重要性因素四十題以因素分析，歸類為六大因素構面，一為住民需要因素，二為品質因素，三為個別化因素，四為結果滿意因素，五為護理之家形象因素，六為社交活動因素，解釋累計解釋程度為66.7%，管理者可從六構面加以重視。吳淑瓊(1995)對老人照護者之態度調查發現，有20%老人身體更糟時會送老人去護理之家，但如果護理之家能照護很好，41.6%會送老人去護理之家，由以上可得知照護品質好壞將是吸引住民的利基。

另外本研究中選擇護理之家品質中，以護士看護是否為外勞，其重要分數平均最低(表4-3)，雲嘉地區十七家護理之家有外勞僅四家(23%)，可能因為無經驗或認為外勞可提供較廉價的價格，所以在選擇護理之家之重要性較低(附錄四)。

第五節 價格市場與管理因應對策

在實際花費的價格方面，經濟價位每月平均花費為24,141元、中價位每月平均花費為25,484元、高價位每月平均花費為26,120元，所以在價格上的分群，實際花費的價格與可接受之價格相比較，在經濟價位群之實際花費的價格比可接受的價格高出4,141元，中價位群之實際花費的價格比可接受的價格相符合，高價位群之實際花費的價格比可接受的價格低出3,880元(表4-15)。對中、高價位之醫療決策者而言仍有行銷空間，在研究中發現決策者無論在青壯年、中年、老年，對可接受的價格與實際花費仍有約四千元的差距(表4-15)，所以對中、高價位的這群民眾，可做提供其他方面的服務內容及提升醫療品質，例如增加老人特別的才藝活動或外出活動機會等。雲嘉地區有六成醫療決策者，能接受的20,001元至30,000元的價格(表4-5)，所以建議雲嘉地區護理之家的訂價，最好在30,000元以下。依這價格來衡量，對某些住民病情較重，需要更多人力的照護，對經營者確實有些困難，但仍有努力的空間，如何在成本及品質上平衡，是經營者非常大的考驗。

如何在接受較低價格中因應及管理，藉由人力成本控制，聘用機動人員制度及輔助人力的運用(專業人員及非專業人員)、兼職或部分工時，以減少人事成本；排班採病人分類管理及工作時間管理，並進行機動性人力調配，實施人員交叉訓練制度，工作整合，以降低重複性及不必要的工作流程，發揮人力運用之效能(陳秀枝、黃慈心，2003)義工

的協助亦有很大助益，特別對護理之家行動不便之住民。另委外承包可以減少人力、物力的投入成本，目前許多醫療院所有委外的業務如清潔公司(打蠟、公共區域、外圍窗戶清潔等)、餐飲部分外包及病患服務人員等，但需注意品質及契約的訂定，以確保住民品質及維護護理之家的聲譽(郭鳳霞、徐南麗，2002)。其他如資材管理方面亦非常重要，資材成本常佔醫院營運成本的30~50%，然而護理之家常用之衛材用品，量亦相當可觀，資材管理的好壞，對護理之家營運有關鍵性的影響，資材存放過多，將使營運資金減少及庫存人力的增加，資材存放過少，亦影響工作方便性等，如何達到經濟、合理、適時、適地、適價、適量，是護理之家負責人應做好管理的工作。

第六節 鑑別分析結果探討

本研究主要目的是經由鑑別分析來區分經濟、中、高價位三族群，作為未來行銷管理的方向，結果顯示整體鑑別率為 68.78%，以中價位的正確率區別最高(表 4-22)。相同，但仍需高品質的服務及醫療，其中發現顯著的因素為價格、就醫方便性、選擇護理之家的訊息來源-海報，以及收案地區、住民需要因素、護理之家形象因素、住家離護理之家車程、家庭每月收入，來區分不同價位族群，雲嘉地區族群之醫療決策者較屬務農純樸、刻苦耐勞型的特質，所以會從價格與家庭收入來考量。至於車程與就醫方便性上，住民之住家距離護理之家三十分鐘佔 78%，與可接受的車程距離在三十分鐘佔 74.7%，表示問卷之一致性。雲嘉地區幅員廣大，就醫方便性顯得非常重要。就醫方便性上，仍以附設型態護理之家為最理想，因為二十四小時有醫師住診，但如果車程太遠，將影響緊急救援的過程。在預測經濟價位、中價位、高價位中，預測能力最佳的為中價位佔 82.57% (表 4-22)，本研究也以此族群對象最多，在行銷上應以中價位為主要行銷對象。

研究中顯示在媒體宣傳方面，以朋友介紹佔六成一最多，在信任的效果上朋友佔六成以上，其次信任感以醫護人員介紹佔四成(表 4-6)。所以護理之家在媒體宣傳上，除增加海報的文宣行銷外，醫護人員口碑的宣導亦不容忽視，所以醫護人員除做好本身的專業工作，適當時機推薦護理之家特色及照護功能，以增加護理之家與民眾的信賴程度。所以

在行銷策略上，可選擇一個或多個區隔為目標市場，並發展獨特的行銷組合；例如雲嘉地區的住民，多以價格為考量重點，尤其是對嘉義縣的住民經由市場的競爭，民眾對護理之家接受的價格，不因接受的價格低就對品質的低，所以對這一群住民為對象，應發展經濟價位的產品，但品質亦不可忽略。

我們可針對相同的需求、需要、慾望、和相同背景、教育水準和經驗的住民，設計獨特的產品、價格、通路和促銷手法，使目標顧客獲更多滿足，研究中顯示，曾經入住的護理之家之住民，會因價格不合理或無法負擔而選擇離開，這正符合本研究想要探討的重點之一。如價格無法提升，可減少單人床，增加多人床的房間，或資源與社區民眾共享，如洗澡床往往價格太貴，一般家庭根本無法買得起，可酌情收費，對未來之住民，不失為使用服務前顧客關係的建立。

如何滿足住民的需要，讓產品在目標顧客心中佔有一獨特及具價值感的地位，可優先考量住民的偏好；例如雲嘉地區住民多以務農為生、宗教信仰為佛道教最多，年青時習慣日出而作日落而息的生活，高樓大廈未必適合住民，不妨從大庭院、樹木多並具鄉土的感覺較適合他們需要、醫療決策者佛道教佔七成左右(表 4-1)佛堂的設置亦不容忽略。陳春閔(1997)之研究中提及，機構式照護對中、重失能的個案，比居家照顧模式之家庭成本，較符合成本效益。所以護理之家亦可轉型或區隔為失智症患者的機構，或日間照護中心等，對家屬所負擔的

家庭成本降低，亦可從這些區隔市場探討。價格促銷方面，高價位的大多以打折方式進行減價促銷，中低價可以特價方式促銷，其中最有利的方式，是「標示原價/售價」的評價最好，經營者亦可以嘗試。當消費者在衡量商品價格時，經常會與其他相似產品的價格或廣告上參考價格加以比較，所以形象、品牌、以及住民的需要是非常重要的；在非富裕階層，低收入或低社會階層消費者，其品牌的忠誠度通常比富有消費者者高，因為他們難以承受因購買不熟悉的品牌，造成錯誤後果的風險，所以在雲嘉地區對護理之家的行銷上應特別注意。

第六章 結論與建議

第一節 研究結論

老年人口增加，疾病型態慢性化，社會環境和家庭結構及功能改變，使入住護理之家老人的比率逐年攀升，除了業者力求品質改善，對老人居住環境的多重改變，以及適應的問題，造成身心社會健康狀況，都將影響護理之家的供需，在非常良莠不齊的競爭市場中，如何脫穎而出，繼而永續生存，將是經營者的一大考驗。

在探護理之家行銷策略中，如何達到組織基本目標的方案，是經營者需要用更宏觀的角度來思考。經由雲嘉地區護理之家之市場區隔研究，發現價位確實是個重要議題，如何克服問題，將為雲嘉地區護理之家刻不容緩的目標。

根據分析結果，本研究在護理之家市場區隔方面，首重醫療品質、服務態度及人員之充足性，在價格為導向下，如何尋求最佳的平衡點，將未來努力方向；雖然二者可能有些衝突，不過護理之家負責人應勇於改善管理層面困境，運用TQM手法，將流程標準化、簡化工作內容等，以達到減少成本，提升品質的目標。

護理之家經營面臨許多的困境，加上未立案護理之家及良莠不齊的

安養中，經營者應尋求社會資源及資源共享：無論是民間、學校社團、宗教團體、協會及社區的互動支援，以尋求更多的資源，包括辦理團康活動或義診活動，除對行銷有幫助外，對提高護理之家之形象及聲望亦有所助益。資源共享方面，如洗澡床、復健設施、交誼廳或社交活動方面，適時提供給附近社區居民或居家照護的民眾，除敦親睦鄰外亦增加行銷的管道，對護理之家多角化經營有所助益，也可使得社區民眾能得到更多的支援。

第二節 建議

筆者提出以下幾項建議：

一、對經營者建議：

雲嘉地區之部份醫療決策者，對可接受的價格與希望得到的品質不符合，這表示對護理之家品質期望較高，所以管理者應注意他們的需要，才能讓提高滿意度，經營者除用心觀察住民身心的變化，家屬方面的溝通協調亦非常重要，因為九成五的醫療決策者是住民的家屬。

二 對政府及長期照護學會建議

讓未來老年人口能安養天年，政府宜作整體規劃，特別是在財務方面，使老人無後顧之憂，對無法負擔每月龐大的照護費用，提供服務如居家護理、在宅服務或現金補助如照顧者津貼，或直接對

功能障者補貼(徐慧娟, 2002)及長期保險制度的規劃, 讓住民能利用現有家庭功能資源, 享有社區在地老化的理想。護理之家品質良莠不齊, 除長期照護協會實地訪查評鑑外, 亦應分級評鑑, 著重過程面的評值, 必要時仍需與財務結合, 鼓勵真正有心為長期照護努力的業者, 能在住民、品質、永續經營獲得三贏。

在這段參與問卷過程中, 拜訪雲嘉地區十七家護理之家, 跨二縣一個市, 幅員遼闊, 護理之家的距離有相距車程一個小時左右, 近的至少有三十分鐘, 在競爭市場中, 除價格的區隔外, 還可以增加創意行銷, 讓住民能體會業者的用心。在與住民的訪談中亦深刻感受到, 我們應該把老年人看做結構裏一個有功能的單位, 因為老年人對未來的社會進步發展會有其貢獻, 老年人是人生過程中的一個階段, 它如兒童、青年、壯年、中年時期一樣有其功能。我們必須以積極評價的角度來瞭解老年社會, 也只有這樣才能幫助老年人(徐麗君, 蔡文輝, 1996), 讓他們能在地老化(Aging in Place), 以維持老人自主、自尊、隱私的生活品質(吳淑瓊、莊坤洋, 2001)。

總括而論, 長期照顧只是人生的一個階段, 你我均是會經過這段人生的旅程, 只是時間長短及需要的程度有所不同而已, 我們不在意長期照顧形式, 卻在意內容及品質, 讓人生過得有意義有保障(李悌凱、劉樹泉, 1991)。對本身而言, 平日應多注意身體營養的貯存並增加抵抗力, 並計劃來停止老化(Stop Aging Now), 反轉老

化的過程(Carper,J , 1995) , 這將是我們對自己未來的目標之一。

第三節 未來研究方向

- (一) 擴大不同地區(如:大都會區)的研究場所，以增加資料的可轉移性。
- (二) 建議採取長期性(Longitudinal Study) 的研究方式，以求得資料的延續性比較，以確實掌握行銷的路徑。

第四節 研究限制

- (一) 外推性的限制:

本研究的地區為雲嘉地區，屬農業縣市，但與台北、高雄大都會比較，在人口特性、家庭收入、家庭結構、價值觀及住民入注意願可能有差異，所以本研究之結果外推至台灣地區，會有所受限。

- (二) 住民身體功能方面：

限於問卷內容之冗長，對住民在心智方面的評估沒有測量。

參考文獻

英文部份

- Bell,V., & Troxel, D., “The Best Friends Approach to Alzheimer’ s Care ”, Baltimore: by Health Professions press.Inc,1997.
- Berkowitz, E.N., & Flexner, W.A., “ The Market for Health Care Service : Is there a non-traditional consumer?”, Journal of Health Care Marketing, Vol.1, No.1, pp.25-34, 1981.
- Brown, J.D., “Benefit Segmentation of the fitness market”, Health Marketing Quarterly, Vol.9, pp.17-27, 1992.
- Carper, J., “ Stop Aging Now”, New York: Harper Collins, 1995.
- Chou,S.C., Boldy, U.P. & Lee,A.H., “Resident Satisfaction and its components in residential Aged Care’ ’ , The Gerontologist, Vol.42, No.2, pp.188-198, 2002.
- Copper,J.K. and Kohlmann,T, “Factor associated with health status of older American Society”, British Geriatrics, Vol.30, pp.495-501, 2001.
- Donabedian, A., “ Quality and Cost: Choies and Responsibilities”, Inquiry , Vol.25, No.1, pp.90-99, 1988.
- Duncan,W.J., Peak,T., & Sinclair, S.V. “Using customer satisfaction surveys to improve quality of care in nursing Homes”, Health & Social work, Vol.27, No.1, PP.75-79, 2002, Feb.
- Duncan, W.J., Ginter, P.M. & Swayne, L.E., “ Strategic Management of

- Health Care Organization”, Blackwell Publisher, Second Edition, 1996.
- Elizabeth, C.B., “ Designing for Alzheimer’ s Disease”, John wiley & sons.
Inc, pp.7-15, 1977.
- Egunjobi, L., “Factor Influencing chice of hospital: A case study of the
northern part of oyo state, Nigeria”, Social Science & Medicine,
Vol.17, No.9, pp.585-589, 1983.
- Finn, D.W. and Lamb.C.W., “ Hospital Benefit Segmentation”, Journal of
Health Care Marketing, Vol.6, No.4, pp.26-33, 1986.
- Frank,W., “ The Dynamics of Labour Market Segment”, Acadmic Press Inc:
London, 1981.
- Guralnik, J.M., & Simonsick, E.M. “Physical disability in older Americans”
Jouranal of Gerontology, Vol.48(supp), pp.3-10, 1933.
- Grant, N.K., Reimer, M. & Bannatyne, J. ‘ ‘ Indicators of quality in long-term
care facilities”, Internation Journal of Nursing Studies, Vol.33, No.5,
pp.467-478, 1996.
- Grau,L., Chandler,B., & Saunder,C., “Nursing Home Resident’ s perceptions
the quality of their Care”, Journal of Psychosocial Nursing, Vol.33, No.5,
pp.34-41, 1955.
- Gingerich, B.S., “ Adult day Service: The How To’ s of Development,
Integration, Marketing, and Accreditation”, Home Health Care
Manage,Vol.12, No.3, pp.43-49, 2000.
- Ginter, P.M., Linda E, & Swayne,L.E., “ Strategic Management of health

- care organizations”, Massachusetts: Blackwell, 1996.
- Granger, C.V., Dewis, L.S., Peter, N.C., Sherwood, C.C., & Barrett, J.E.,
 “ Stroke rehabilitaion: analysis of repeated Barthel index measures”,
Arch Phsy Med Rehabil, Vol.60, pp.14-21, 1979.
- Hanan ,M., “ Market segmentation”, American Management Association,
 pp.3-15, 1968.
- Kane,R.A & Kane,R.L., “Long-Term Care:Principle, Programs and
 Policies ”, New York: Springer Publishing Company, 1987.
- Lynch, J.T., Mattie,A.S., Shevchenko,I.P. & Reed,F.LL., “Toward
 excellence in care, Program: a statewide indicator Project”, The Joint
 Commission Journal on Quality Improvement, Vol.19, pp.519-529,
 1993.
- McCullough, L.B., Wilson N.L., Teasdate, T.A., Kolpakchi A.L. & Skelly
 J.R., “ Mapping personal. Familial and Professional Values in
 Long-term care Decisions”, Journall of Gerontology, Vol.33, No.2,
 pp.324-332, 1993.
- Morgan, C.M., “Segmenting the mature market”, Chicago, Illinois,
 Cambridge, England: probus publishing company, 1993.
- Nadzam, D.m., “Development of medication use indicators by the joint
 Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”, Am J Hosp
 Pharm, Vol.38, PP.1925-1928, 1991.
- Ocnnor, P., “ The Influence of Physicians Task Behavior on Patient

- Evaluation of the Technical Quality of Medical Care”, The George Washington University, 1992.
- Oarlock,C., “The End of Aging”, New York: Publish by caral, pp.30-118, 1995.
- Philip, K. & Reberta N.C., “ Marketing for health care Organization”, New Jersey: Englewood Cliffs, 1987.
- Laukkanen, P., Karppi,P., Hekkinen,E., and Kauppinen, M. “Coping with activities of daily living in different care settings”, British Geriatrics Society, Vol.30, pp. 489-494, 2001.
- Stone, T.R., Warren,N.E., and Stevens,R.E., ”Segmenting the Mental Health Care Market”, Journal of Health Care Marketing, Vol.10, NO.1, pp. 65-69, 1990, March.
- Peak,T., & Sinclair, S.V., “Using Customer Statifaction Survey to Improve Quality of Care in Nursing Home”, Health Socialwork. Vol.27, No.1, pp.75-79, 2002, Feb.
- Rantz, M.J. & Mehr.D.R., “Initial Field Testing of an Instrument to Measure: Observable Indicators of Nursing Home Care Quality”, Journal of Nursing Care Quality, Vol.4, No.3, pp.1-9, 2000.
- Taylor, S.L., & Capella, “Hospital Outshopping: Determinant attributes and hospital choice”, Health Care Manabement Review, Vol.30, NO.3, pp.33-34, 1996.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J., “Services Marketing”, Singapore: The

McGRAW-Hill Companies, 1996.

World Health Organization and Milbank Memorial Fund, “Toward an international consensus on policy for long-term care of the ageing”, 2000.

William, J.S., “Operations Management Seventh Edition”, New york: Mc Graw- Hill Companies, pp. 393-499, 2002.

中文部份

王琤，“老年人的護理評估”，老年護理學，台北：匯華，第81-92頁，1998。

王乃弘，“民眾就醫選擇之研究 - 分析層級程序法之應用”，中華衛誌，第18卷，第2期，第138-151頁，1999。

王乃弘、黃松共，“民眾對選擇醫院因素及態度之研究 - 以中部教學醫院為例”，醫院雜誌，第29卷，第2期，第1-5頁，1996。

王秀紅，“照顧者角色時婦女的衝擊-護理的涵意”，護理雜誌，第41卷，第3期，第18-23頁，1994。

王世俊，“老年人的護理評估”，老年護理學，台北：匯華，第29-66頁，1998。

文久美、謝明娟、楊美雪，“由病患服務滿意度探討台南地區門診醫師服務品質”，醫療品質，第1卷，第2期，第31-41頁，1999。

方世榮譯，“行銷管理學分析、計畫、執行與控制”，台北：東華書局，1998。

內政部統計處，“非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務

- 試辦計劃”，台北，內政部，2002。
- 內政部統計處，“老人狀況調查報告”，台北，內政部統計處，1997。
- 尹祚芊，“我國長期照護機構需求殷切之原因”，榮總護理，第6卷，第1期，第80-87頁，1999。
- 司徒達賢，“策略管理”，台北：遠流出版事業股份有限公司，第112-141頁，1999。
- 台閩地區長期照護資源名冊，中華民國長期照護專業協會，2002。
- 台北弘愛服務中心，“護理之家收案、收案標準及服務項目計劃成果報告”，台北：弘愛服務中心，2000。
- 行政院衛生署，“民國90年國人主要死因統計資料”，台北：行政院衛生署，2002。
- 行政院衛生署，老人長期照護三年計劃(核定本)，1998。
- 行政院，“中華民國八十五年老人狀況調查報告”，行政院主計處，第6-11頁，1997。
- 行政院衛生署雲林醫院，門診病患滿意度調查研究，2000。
- 阮玉梅，長期照護，國立空中大學，第140-142頁，1999。
- 賈淑麗，”長期照護模式”，長期照護概念，台北：華杏，2001。
- 李悌凱、劉樹泉，“老人學與老人醫學”，台北：合記，第157-171頁，1991。
- 李采娟、賴玫君、楊文惠、張麗雅、邱怡玟、李佳囊、呂美華、林正介，“護理之家成本分析研究”，第6卷，第4期，中台灣醫學科學雜誌，2001。
- 吳青松，“現代行銷學 - 國際性視野”，台北：智勝文化事業有限公司，

1998。

吳淑如、杜敏世，“護理之家住民健康問題探討”，長期照護，第5卷，第1期，第54-64頁，2001。

吳淑如、王秀紅，“台灣地區1991~2000年長期照護研究文獻之回顧”，台灣醫學，第5卷，第5期，第582-586頁，2001。

吳思華，“策略九說”，台北：臉譜文化事業股份有限公司，1999。

吳淑瓊，“老人長期照護政策評估”，長期照護，第2卷，第1期，第7-13頁，1998。

吳淑瓊，“我國老人長期照護政策措施的檢討與建議”，長期照護雜誌，第3卷，第2期，第9-13頁，1999。

吳淑瓊、賴惠玲、江東亮，“影響社區老人對護理之家居住意願因素”，中華衛誌，第13卷，第5期，第388-394頁，1994。

吳淑瓊、朱昭美，“民眾對老人長期照護安排的態度：1994台灣地區社會意向調查之發現”，中華衛誌，第14卷，第4期，第369-381頁，1995。

吳淑瓊、江東亮，“台灣地區長期照護的問題與對策”，中華衛誌，第14卷，第3期，第246-254頁，1995。

吳淑瓊、莊坤洋，“在地老化:台灣二十一世紀長期照護的政策方向”，台灣衛誌，第20卷，第3期，第192-201頁，2001。

吳淑瓊、林惠生，“台灣功能障礙老人家庭照護者的全國概況剖析”，中華衛誌，第18卷，第1期，第44-53頁，1999。

吳淑瓊、王祖琪、田玫、杜敏世、林麗嬋、胡名霞，“機構式長期照護品質評估指標之建立”，行政院衛生署八十八年度科技研究發展計

- 畫，台北：衛生署，1999。
- 吳肖琪、林麗嬋、吳義勇，“論台灣長期照護特質與西方差異”，長期照護雜誌，第3卷，第2期，第1-13頁，1999。
- 李世代，“老年人的健康與醫療照護”，長期照護雜誌，第2卷，第1期，第1-5頁，1998。
- 李世代，“老年人的健康與醫療照護”，誰來照顧老人研討會論文集，第59-67頁，1998。
- 李世代，“老年人的健康與醫療照護”，長期照護雜誌，第2卷，第1期，第1-5頁，1998。
- 李世代、盧豐華、嚴崇仁、劉樹泉，“護理之家作業規範指引 - 醫療(醫事、醫師)照護服務”，長期照護雜誌，第3卷，第1期，第1-13頁，1999。
- 李克怡、王榮俊、周勵志，“士林、北投、內湖區、二十家老人安養中心之評估”，公共衛生，第16卷，第416-423頁，1990。
- 周鴻儒，“國軍醫院門診病患就醫選擇因素調查”，國防醫學，第25卷，第5期，第423-430頁。
- 林慧珍，護理之家概說，台北：匯華，1997。
- 林秀純、徐亞瑛，“失能老人家庭照顧者回饋與負荷及相關因素探討”，長庚護理，第19卷，第2期，第1-10頁，1998。
- 林恆慶、陳楚杰，“管理式醫療用來控制醫療品質的方法介紹”，醫院，第36卷，第1期，第1-11頁，2003。
- 徐麗君、蔡文輝，“老年社會學”，台北：巨流，第231-232頁，1996。

- 徐慧娟, “長期照護中的家庭照顧政策”, 長期照護雜誌, 第6卷, 第1期, 第11-18頁, 2002。
- 徐慧娟, “從長期照護之適當性談個案管理”, 護理雜誌, 第45卷, 第1期, 第45-50頁, 1998。
- 徐慧娟, “長期照結果品質評估-以護理之家院民評估量表為例”, 護理雜誌, 第46卷, 第1期, 第57-64頁, 1999。
- 徐慧娟、吳淑瓊, “提供社區式家庭支持方案能否減少機構式長期照護服務之使用意願”, 中華衛誌, 第17卷, 第4期, 第326-334頁, 1998。
- 侯毓昌、黃文鴻, “中醫醫院門診病人選擇醫院之考慮及就醫滿意度研究 - 以台中市七家中醫醫院為例”, 中華衛誌, 第18期, 第34-43頁, 1999。
- 楊文惠, 龔佩珍, “門診醫療服務市場區隔之研究 - 以台北為例”, 醫務管理, 第3卷, 第3期, 第39-55頁, 2001。
- 楊漢?、孫碧雲, “我國老人長期照護體系之展望”, 醫院雜誌, 第31卷, 第5期, 第23-32頁, 1998。
- 楊漢?、孫碧雲, “私立醫院經營附設護理之家之簡介 - 以天主教耕莘醫院為例”, 醫院雜誌, 第32卷, 第3期, 第 59-66頁, 1999。
- 楊漢?、孫碧雲, “公立醫院附設護理之家之探討”, 醫院雜誌, 第32卷, 第2期, 第 57-65頁, 1999。
- 楊嘉玲, “護理之家機構照護品質指標之探討-從住民家屬立場談起”, 長期照護雜誌, 第4卷, 第2期, 第33-41頁, 2000。
- 楊嘉玲, “護理人員對護理之家照護品質的看法”, 護理雜誌, 第49卷,

- 第1期，第39-45頁，2000。
- 楊嘉玲，“護理之家照護品質指標-以老年住民家屬，以及護理人員觀點探討”，台灣衛誌，第20卷，第3期，第238-247頁，2001。
- 楊嘉玲、徐亞瑛，“護理之家照護品質指標-以老年住民觀點探討”，護理研究，第9卷，第1期，第53-64頁，2001。
- 楊紅玉，“養老中心病例組合之初探性研究”，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，1996。
- 黃松共，“醫院管理策略”，臺灣醫務管理學會，第43-69頁，2002。
- 莊逸洲、黃崇哲，“醫院管理學系列 - 組織經營”，華杏：台北，2000。
- 萬育維，“老人照護的現況與發展”，台北：立法院厚生省，1997。
- 張紹勳，“研究方法”，台中：滄海書局，第115-162頁，2001。
- 張文瑛，“民眾選擇醫院考慮因素之研究”，政大企業管理研究所碩士論文，1987。
- 張立功，“不同型態長期照護機構成本效益 - 效果之比較研究”，高雄醫學院公共衛生研究所碩士論文，1996。
- 葉莉莉、黃素霞，“長期照護中的功能評估”，長期照護，第2卷，第2期，第21-25頁，1999。
- 葉湘芬、徐亞瑛，“日常活動功能對老人出院後使用居家護理服務之影響”，長期照護，第6卷，第1期，第68-80頁。
- 劉立凡，“由護理之家供給者的角度探討台灣長期照護的現況問題與專業發展”，醫院，第34卷，第4期，第54-63頁，2001。
- 陳楚杰，“醫院組織與管理”，台北：宏翰文化事業有限公司，1998。

- 陳淑玲、廖釵秀，“藥局市場區隔與行銷策略之研究”，市場研究，第22-25頁，2000。
- 陳秀枝、黃慈心，“某醫院運用「工時管理」提昇病房人力運用效益專案報告”，醫院，第36卷，第1期，第51-59頁，2003
- 陳惠姿，“21世紀社區化老人長期照護之展望”，長期照護雜誌，第4卷，第1期，第9-15頁，2000。
- 陳春閔，“失智症患者家屬對機構照顧支付費意願和家庭照顧成本估算與影響因子探討”，台北醫學院公共衛生研究所、未發表碩士論文，1997。
- 陳順宇，“多變量分析”，台北：華泰書局，第二版
- 郭鳳霞、徐南麗，“護理成本控制”，慈濟護理雜誌，第1卷，第1期，第40-45，2002。
- 薛雨辰，“聯合執業與醫院、單獨執業診所、門診服務之區隔研究 - 以台北市為例”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
- 梁浙西，“長期照護”，領導護理，第2卷，第2期，第18-19頁，1998。
- 賴惠玲，“美國護理之家現況及相關議題”護理雜誌，第41卷，第3期，第73-78頁，1994。
- 賴豐美，“居家失能病患之女性照顧者的經驗”，護理研究，第6卷，第5期，第372-381頁，1998。
- 蘇斌光，“醫院行銷研究應用 - 病患選擇醫院的因素分析”，中國醫藥學院醫務管理研究所論文，1998。
- 譚開元、蔡閻閻、陳秀玫，“老人長期照護發展現況及新世紀醫療網 -

- 長期照護之規則”，長期照護，第5卷，第5期，第1-12頁，2001。
- 葉莉莉、溫敏杰、杜淑玲、林寔、戴臆珊，“台南市不同生理年齡層安療養機構住民之生理照護需求與功能狀態探討”，中華衛誌，第18卷，第5期，第319-326頁，1999。
- 盧瑞芬、謝啟瑞，“醫療經濟學”，學富：台北，2000。
- 顧萱萱、郭建志合譯，“消費者行為”，台北：學富，2001。
- 關銳?、謝瀛華、陳肇始等，“老人醫療及護理實務”，台北：桂冠，1997。
- 戴玉慈、羅美方，“功能評估 - 長期照護的重要依據”，護理雜誌，第43卷，第1期，第71-76頁，1996。
- 羅宣、楊美雪、邵文逸，“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”，台灣衛誌，第20卷，第5期，第381-394頁，2001。
- 戴玉慈、羅美方，“身體功能評估的概念與量表”，護理雜誌，第43卷，第2期，第63-68頁，1996。