

復能服務規範調整對接受長期照顧十年計畫2.0 對象使用服務的影響因素分析一 基於安德森健康服務利用行為模式的實證研究

吳銘堂 廖宏恩*

目標：本研究旨在探討衛福部於2020年前、後居家復能服務作業規範改變，服務使用者對服務與政策滿意度的影響。**方法：**本研究採橫斷面調查研究設計，援引Andersen健康服務利用行為模式為架構，設計具信效度結構式問卷，資料來源為現居台中市並於2018年1月起曾使用過居家復能者。**結果：**受訪者對服務滿意度為94.1%；另外相對於低度需求者，對照顧問題清單具中度需求者服務滿意度較低（OR = 0.317）。2020年前、後均接受過服務者（n = 177），對2020年前與後的政策滿意度分別為96.0%及50.3%。雖然以目標導向的補助次數是影響政策滿意度的共通決定因子，但服務手冊指引內容改變與部分服務組合評量適用性，可能是導致服務使用者滿意度差異的根本原因。復能服務規範調整對復能計畫執行的影響因素，並沒有明顯差異。**結論：**2020年根據長照復能服務操作指引相關規定執行後，政策滿意度明顯下滑。宜建立多面向照顧思維，不應以單一標準衡量所有專業服務組合，並藉由評值使服務期程與次數動態性合理化，讓不同失能程度者均能獲得符合所需的專業服務。（台灣衛誌 2023；42(2)：214-232）

關鍵詞：長期照顧2.0、居家復能、專業服務

前 言

台灣因傳染性疾病減少、嬰兒死亡率降低、生活環境改善、養生觀念提升、全民健保普及與醫療科技進步，促使國人平均餘命長期呈上升趨勢[1]。因扶老比也逐年攀升，2020年為22.5%至2070年預計達84.0%，社會負擔將日益加重使長期照顧（簡稱長照）需求持續增長[2-4]。

復能照護是長照2.0新興專業服務項

目，其概念可視為哲學與服務的結合，透過跨專業團隊的整合、合作與協調，強調支持和恢復失能者最大功能性能力[5]。目標在於賦能，即協助失能者善用潛能、維持其生活參與能力，藉由日常生活技能的恢復和重拾在家自主生活信心的主動策略，因而感受到生存的意義[5,6]。失能者的功能性能力與生活自主能力常與內在能力提升、外在環境改善（輔具或無障礙空間）與適當他人協助及照顧相關。長照2.0將社區及居家復健轉型為「專業服務」（俗稱居家復能），其內容可歸納為兩大類，復能類以提升失能者生活自理能力為主，目標是協助失能者發揮內在潛能、維持或提升其生活活動參與能力，包括CA07. IADLs復能、ADLs復能照護；CA08.個別化服務計畫（ISP）擬定與執行。特殊照護類則是針對失能者個別化照顧需

亞洲大學健康產業管理學系

*通訊作者：廖宏恩

地址：台中市霧峰區柳豐路500號

E-mail：heliao@asia.edu.tw

投稿日期：2022年12月22日

接受日期：2023年4月14日

DOI:10.6288/TJPH.202304_42(2).111124



求，由醫療專業人員提供照顧指導、引導或協助擬定居家照顧計劃，包括CB01.營養照護；CB02.進食與吞嚥照護；CB03.困擾行為照護；CB04.臥床或長期活動受限照護；CC01.居家環境安全或無障礙空間規劃；CD02.居家護理指導與諮詢[7]。居家復能原應指CA07.復能照護，但長照2.0服務實務上，無論與失能者討論、需求轉介、服務提供、政策佈達與學術討論，均以居家復能泛指所有專業服務[8-11]。

長照2.0服務體系將出院準備服務及居家醫療訪視納入，使不符身心失能持續已達或預期達六個月以上者，也能依其需要提出長照服務需求[12]，因而使有長照居家復能需求的部份失能者具明顯內在能力提升的需求及潛力。又因家庭主要照顧者常為弱勢者（同齡長者）或外籍看顧工[13,14]，使復能概念融入日常生活活動中執行，有能力及溝通上的實質困難。居家照顧服務員（簡稱居服員）服務內容以提供身體照顧與家事服務為主，其養成訓練過程中並未明確提升其執行及理解復能相關的技能與觀念[13,15]，使符合長照2.0居家復能服務概念的推行具障礙。此外失能者與主要照顧者是否具居家復能服務的認知，可能對使用長照2.0居家復能服務的相關影響因素及政策滿意度發生改變。

Mao等人的研究指出，日常生活活動功能（Activities of Daily Living，簡稱ADLs）與工具性日常生活活動功能（Instrumental Activities of Daily Living，簡稱IADLs）的評定對居家復能轉介具相關性，並且已在接受長照服務的失能者樣本中，需要職能治療者約77.4%。丹麥相關研究也指出，長照失能者有80%核定復能服務[16]。但羅等的研究指出，居家復健使用率為7.7%[17]。衛生福利部（簡稱衛福部）照顧服務管理平台顯示，專業服務使用人數2016年為14,621人，2017年為19,837人[18]。兩者均顯示接受長照服務的失能者，使用居家復能的比例與人數偏低。為推展居家復能服務，衛福部於2018年規範依據「長照專業服務手冊」，鼓勵與指導服務機構進行長照2.0居家復能服務。服務人數明顯成長，2018年為49,234

人，2019年1-7月為53,451人[18]。全國使用長照2.0服務的人數，從2017年1至3月6萬9千餘人，截至2020年4月已達33萬2千餘人，專業服務比率為15%[19]。長照2.0專業服務納入已在醫療機構接受復健及具身心障礙證明無年齡限制的失能者（主要是早期療育服務對象），並對服務次數與頻率於額度內（適用B、C碼）沒有任何限制，使未聘有外籍看顧工的失能者大量申請與使用長照復能服務，併用或取代醫療機構復健，而使長照復能服務量巨增。又因長照專業服務手冊中的專業服務是依個案需求由經過認證的專業人員提供服務，且因長照個案需求多元所以專業人員的類別也多樣化，使長照復能服務提供更加複雜化[12,14]。政府政策逐步改弦更張，2020年1月後根據「長照復能服務操作指引」，緊縮相關服務規定與準則。主要內容包括，居家復能服務對象以失能程度輕或中度為主，優先考慮具學習能力、意識清楚、具遵從指令的認知程度，日常生活功能近期內明顯退化，有潛能可以進步與可能功能退化的高危險群失能者，最重要的是失能者或照顧者有學習復能活動的動機[5,20]。每階段服務介入以解決1至3個生活功能問題為目標，指導失能者及照顧者（家屬、外籍看顧工或居服員）為主，針對同一復能目標（以ADLs或IADLs不同功能項目設定）以大約3個月期程，不超過12次為原則，並每星期以提供服務1次為限。剛結束復能服務者，也不建議短期（如三個月內）再次銜接復能服務[5,20]。不僅影響居家復能服務的提供甚鉅，亦可能影響了服務對象的可近性。

安德森健康服務利用行為模式（修正四版）（Andersen's behavioural model of health services use，簡稱安德森模式）理論架構最初用於分析個人衛生服務利用率，探索促進及阻礙服務使用的因素。經過多次的建構、修正與擴展，在模型結構、變數和變數間的關係，更能完整分析衛生服務利用行為。1980年代後也漸擴及應用於社會服務和長照服務領域的分析依據[17,21-25]。此模式將服務使用預測分為四個構

面，分別為情境因素（environment）、個人特徵（population characteristic）、服務行為（health behavior）與服務結果（health outcome）架構而成。從模型構面間的關係發現，構面間由單一路徑關係發展成互相影響及動態回歸的較複雜關係如圖一[26]。

由於國內學者針對長照居家復能相關的研究論文並不多見，因此本研究利用安德森模式為研究架構，分析比較長照復能服務操作指引實施前後的改變，即對於居家復能服務個案的影響，換言之本研究目的如下：

- 一、瞭解服務使用者接受長照2.0居家復能服務整體滿意度，並分析其影響因素。
- 二、比較不同時期服務使用者對於居家復能政策整體滿意度的差異，並檢視情境因素、個人特徵、服務行為與服務結果對長照2.0居家復能政策整體滿意度的預測能力。
- 三、探討居家復能作業規範改變對於復能計畫執行的影響。

此研究結果有助於政府與長照服務執行單位，了解長照服務個案使用長照2.0居家復能服務的相關影響因素，未來能制定更適切的居家復能服務政策。

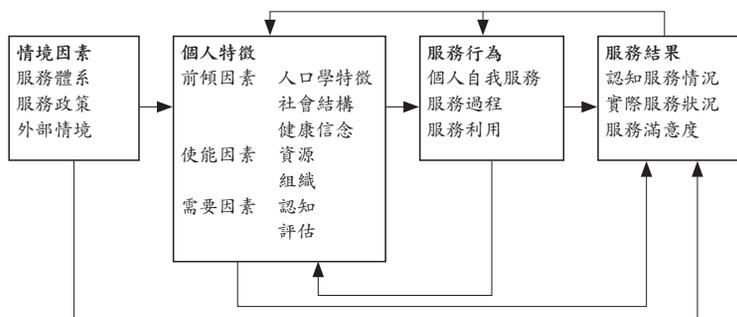
材料與方法

本研究設計採橫斷面調查研究法進行（Cross-sectional survey），並利用結構式問卷收集相關資料，研究流程如圖二。收案期間為2021年10至12月，過程中接觸401位，

391位順利完成訪談，分屬28位個管的個案，完成訪談率97.5%。收案條件為居住台中市並於2018年1月（含）後曾使用過居家復能服務之失能者，排除年齡未滿20歲及受法院禁治產宣告者。

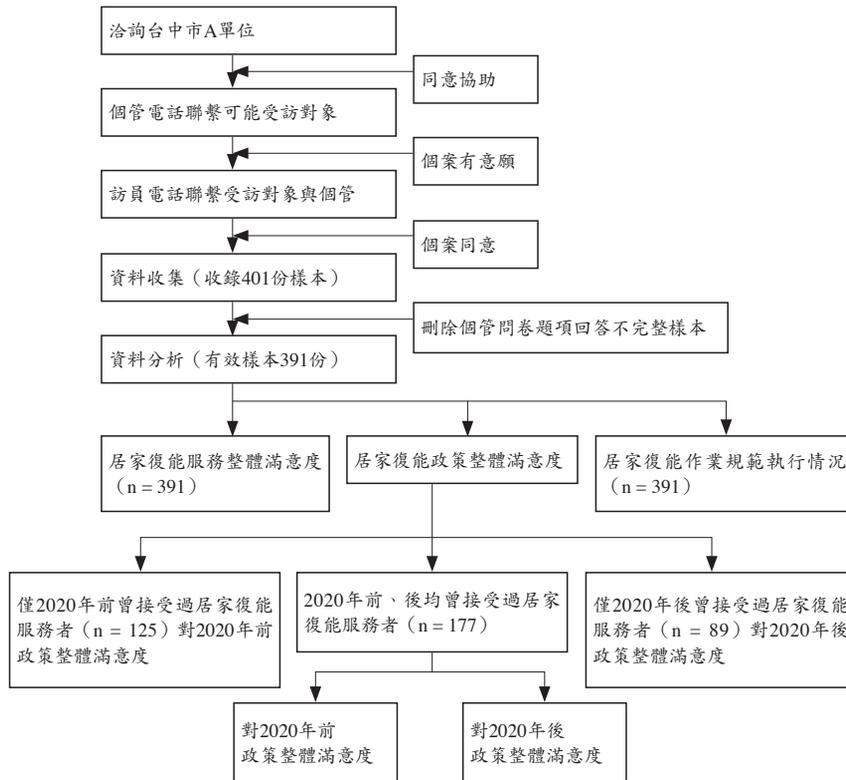
對居家復能服務的有效性、各種不同服務結果與效益，均採個案意見（主觀）做為評值。問卷參考長照專業服務手冊與長照復能服務操作指引為基本，並依實務經驗自編問卷。依安德森模式四個構面，分別為情境因素（19/26題[註：僅2020年前或後有接受服務者/2020年前後均有接受服務者]）、個人特徵（11/11題）、服務行為（13/16題）及服務結果（9/12題）。個案題項包括相關基本資料（A編號）、失能狀況（B編號）、居家復能使用狀況（C編號）、居家復能使用後情形（D編號）；個管題項包括個管基本資料（E編號）與居家復能作業規範執行情況（F編號）。居家復能服務各種情境，分兩階段以2018年1月1日至2019年12月31日間與2020年1月1日至受訪時，個別期間以整體情境為回答主要依據。

問卷效度採內容效度（Content Validity）－專家效度（Expert Validity）檢定，分析結果內容效度指數0.89-1.00、總平均值整體量表內容效度指數0.98-1.00，顯示效度屬佳。信度檢定採內部一致性（internal consistency）以Cronbach α 係數檢視，分析結果 α 值0.711-0.887顯示信度尚佳。收案前經台中市大里仁愛醫院聯合人體研究倫理委員會審核通過（編號110-71/2021年9月21日）。



圖一 安德森健康服務利用行為模式（修正四版）

資料來源：Andersen RM [43]



圖二 研究流程圖示

相關資料建檔及統計分析使用SPSS中文版統計軟體20進行，採雙尾檢定以 $p < 0.05$ 為達統計顯著判斷。首先進行安德森模式各構面情境分組自變項與居家復能作業規範執行情況之描述性統計分析。再依研究目的進行滿意度分析，先以卡方檢定 (Chi-Squared Test) 檢核各構面自變項與居家復能服務及政策滿意度應變項的關連性；具關連性自變項再使用二元邏輯迴歸分析 (Binomial Logistic Regression) 驗證對服務及政策滿意度的整體構面推測能力。對於居家復能作業規範執行情況，依2020年前、後復能政策作業規範改變分為兩組，針對相關題項進行描述性統計分析，並依佔比前三項為主進行討論及分析。

結 果

本研究有效樣本391份，僅2020年前曾

接受過居家復能服務者125位 (32.0%，簡稱第一組)，2020年前、後均曾接受過服務者177位 (45.3%，簡稱第二組)，僅2020年後曾接受過服務者89位 (22.8%，簡稱第三組)。以下依研究目的將結果分三部分陳述

一、不同組別題項資料之描述性統計分析

個案自變項方面 (表一)

情境因素構面，接受服務個案以失能老人為主，但第二組失能身心障礙者比率較高。居住狀況以與家人、親友同住為主。主要照顧者以子女、親人及朋友佔最多，其中第三組的比率較低，但與聘雇者 (含外籍看護工) 同住及主要照顧者為配偶或同居人的比率較高。

個人特徵構面，個案性別男女比率相近 (48.3% vs. 51.7%)。年齡以滿65歲 (含) 以上為主 (72.4%)，但第二組 (64.4%)

表一 曾接受過居家復能服務者依情境分組各自變項分布

變項名稱	曾接受過居家復能者		僅2020年前曾接受過居家復能者		2020年前後均曾接受過居家復能者		僅2020年後曾接受過居家復能者	
	N	%	N	%	N	%	N	%
組別	n = 391		n = 125		n = 177		n = 89	
2020年前後均有接受居家復能	177	45.3			177	100.0		
僅2020年前接受居家復能	125	32.0	125	100.0				
僅2020年後接受居家復能	89	22.8					89	100.0
情境因素								
服務政策								
A01.個案屬長照2.0服務對象中的哪一類型								
失能老人	273	69.8	96	76.8	109	61.6	68	76.4
失能身心障礙者	118	30.2	29	23.2	68	38.4	21	23.6
D07.依規定復能服務所需的自付額費用感受								
不滿意	4	1.0	2	1.6	1	0.6	1	1.1
滿意	387	99.0	123	98.4	176	99.4	88	98.9
外部情境								
A06.個案居住狀況								
獨居	28	7.2	9	7.2	14	7.9	5	5.6
與聘雇者(含外籍看護工)同住	43	11.0	13	10.4	15	8.5	15	16.9
與家人、親友同住	320	81.8	103	82.4	148	83.6	69	77.5
A09.主要照顧者與個案關係								
無	23	5.9	8	6.4	9	5.1	6	6.7
配偶或同居人	104	26.6	37	29.6	39	22.0	28	31.5
子女、親人、朋友	189	48.3	57	45.6	97	54.8	35	39.3
本籍、外籍看護工	75	19.2	23	18.4	32	18.1	20	22.5
A10.主要照顧者性別	n = 368		n = 117		n = 168		n = 83	
男	99	26.9	39	33.3	40	23.8	20	24.1
女	269	73.1	78	66.7	128	76.2	63	75.9
A11.主要照顧者是否與個案同住	n = 368		n = 117		n = 168		n = 83	
否	25	6.8	9	7.7	13	7.7	3	3.6
是	343	93.2	108	92.3	155	92.3	80	96.4
個人特徵								
前傾因素								
A02.個案的性別								
男	189	48.3	62	49.6	82	46.3	45	50.6
女	202	51.7	62	50.4	95	53.7	44	49.4
A03.個案的年齡								
滿20歲到未滿65歲	108	27.6	28	22.4	63	35.6	17	19.1
滿65歲以上	283	72.4	97	77.6	114	64.4	72	80.9
A04.個案的婚姻狀況								
有伴侶	176	45.0	61	48.8	73	41.2	42	47.2
無伴侶	215	55.0	64	51.2	104	58.8	47	52.8
A05.個案的最高學歷								
國(初)中(含)以下	253	64.7	93	74.4	107	60.5	53	59.6
高中(含)以上	138	35.3	32	25.6	70	39.5	36	40.4
使能因素								
A07.個案長照福利身分								
長照一般戶	280	71.6	93	74.4	119	67.2	68	76.4
非長照一般戶	111	28.4	32	25.6	58	32.8	21	23.6
A08.個案經濟狀況								
有經濟問題	72	18.4	14	11.2	40	22.6	18	20.2
無經濟問題	319	81.6	111	88.8	137	77.4	71	79.8
需要因素								
B01.個案長照失能(CMS)等級:								
輕度	42	10.7	12	9.6	17	9.6	13	14.6
中度	166	42.5	49	39.2	73	41.2	44	49.4
重度	183	46.8	64	51.2	87	49.2	32	36.0

表一 曾接受過居家復能服務者依情境分組各自變項分布 (續)

變項名稱	曾接受過居家復能者		僅2020年前曾接受過居家復能者		2020年前後均曾接受過居家復能者		僅2020年後曾接受過居家復能者	
	N	%	N	%	N	%	N	%
B02.個案身心障礙證明(手冊)的障礙類別								
無	104	26.6	32	25.6	34	19.2	38	42.7
一類(含)	254	65.0	88	70.4	118	66.7	48	53.9
二類(含)以上	33	8.4	5	4.0	25	14.1	3	3.4
B03.個案是否有經醫師診斷且目前仍存在的疾病								
無	10	2.6	3	2.4	6	3.4	1	1.1
一項	69	17.6	25	20.0	28	15.8	16	18.0
二項	97	24.8	31	24.8	44	24.9	22	24.7
三項(含)以上	215	55.0	66	52.8	99	55.9	50	56.2
B04.個案照顧問題清單								
低需求(1-6項)	180	46.0	73	58.4	66	37.3	41	46.1
中需求(7-12項)	120	30.7	37	29.6	54	30.5	29	32.6
高需求(13項以上)	91	23.3	15	12.0	57	32.2	19	21.3
B05.個案(主要照顧者)是否自覺有居家復能需求								
否	41	10.5	16	12.8	15	8.5	10	11.2
不清楚	49	12.5	21	16.8	16	9.0	12	13.5
是	301	77.0	88	70.4	146	82.5	67	75.3
服務行為								
個人自我服務								
C04.個案(主要照顧者)於居家復能服務期間有自行執行復能活動								
否	54	13.8	18	14.4	22	12.4	14	15.7
是	337	86.2	107	85.6	155	87.6	75	84.3
服務過程								
C02.居家復能服務人員有與個案(主要照顧者)共同討論服務目標與流程								
否	6	1.5	2	1.6	1	0.6	3	3.4
是	385	98.5	123	98.4	176	99.4	86	96.6
C03.居家復能服務人員有提供衛教(復能活動)指導								
否	3	0.8			3	1.7		
是	388	99.2	125	100.0	174	98.3	89	100.0
D08.居家復能服務人員的態度								
不滿意	9	2.3	6	4.8	1	0.6	2	2.2
滿意	382	97.7	119	95.2	176	99.4	87	97.8
D09.居家復能服務人員的專業能力								
不滿意	10	2.6	5	4.0	2	1.1	3	3.4
滿意	381	97.4	120	96.0	175	98.9	86	96.6
D10.居家復能服務人員的可信賴度								
否	9	2.3	7	5.6	1	0.6	1	1.1
是	382	97.7	118	94.4	176	99.4	88	98.9
F1-05.個管決定居家復能使用的自主性	n = 302		n = 125		n = 177			
否	172	57.0	93	74.4	79	44.6		
是	130	43.0	32	25.6	98	55.4		
F1-06.個管決定居家復能計畫內容的自主性	n = 302		n = 125		n = 177			
否	176	58.3	90	72.0	86	48.6		
是	126	41.7	35	28.0	91	51.4		
F2-05.個管決定居家復能使用的自主性	n = 266				n = 177		n = 89	
否	200	75.2			145	81.9	55	61.8
是	66	24.8			32	18.1	34	38.2
F2-06.個管決定居家復能計畫內容的自主性	n = 266				n = 177		n = 89	
否	190	71.4			142	80.2	48	53.9
是	76	28.6			35	19.8	41	46.1
服務利用								
C01.個案有使用過下列那些居家復能專業服務								
單一專業	299	76.5	113	90.4	104	58.8	82	92.1
多元專業	92	23.5	12	9.6	73	41.2	7	7.9

表一 曾接受過居家復能服務者依情境分組各自變項分布 (續)

變項名稱	曾接受過居家復能者		僅2020年前曾接受過居家復能者		2020年前後均曾接受過居家復能者		僅2020年後曾接受過居家復能者	
	N	%	N	%	N	%	N	%
C05.個案(主要照顧者)自行執行復能活動有困難								
有	249	63.7	64	51.2	135	76.3	50	56.2
沒有	142	36.3	61	48.8	42	23.7	39	43.8
服務結果								
認知服務情況								
D02.目前個案(主要照顧者)認為還有使用居家復能的需求								
需要	195	49.9	26	20.8	135	76.3	34	38.2
不需要	196	50.1	99	79.2	42	23.7	55	61.8
D03.接受居家復能服務後有減輕照顧的負擔								
否	27	6.9	15	12.0	8	4.5	4	4.5
是	364	93.1	110	88.0	169	95.5	85	95.5
D04.接受居家復能服務後有提升照顧者執行照顧的能力								
否	37	9.5	20	16.0	13	7.3	4	4.5
是	354	90.5	105	84.0	164	92.7	85	95.5
D05.接受居家復能服務後有提升個案自主(協助下)活動能力								
否	64	16.4	25	20.0	20	11.3	19	21.3
是	327	83.6	100	80.0	157	88.7	70	78.7
實際服務狀況								
F1-00.此期間個案長照失能(CMS)等級是否與目前相同	n = 302		n = 125		n = 177			
相同	274	90.7	115	92.0	159	89.8		
進步	12	4.0	4	3.2	8	4.5		
退步	16	5.3	6	4.8	10	5.6		
服務滿意度								
D11.居家復能服務整體滿意度								
不滿意	23	5.9	13	10.4	4	2.3	6	6.7
滿意	368	94.1	112	89.6	173	97.7	83	93.3
D1-13.居家復能服務補助次數	n = 302		n = 125					
不滿意	21	7.0	11	8.8	10	5.6		
滿意	281	93.0	114	91.2	167	94.4		
D1-14.政府居家復能政策整體的滿意度	n = 302		n = 125					
不滿意	22	7.3	15	12.0	7	4.0		
滿意	280	92.7	110	88.0	170	96.0		
D2-13.居家復能服務補助次數	n = 266				n = 177		n = 89	
不滿意	106	39.8			84	47.5	22	24.7
滿意	160	60.2			93	52.5	67	75.3
D2-14.政府居家復能政策整體的滿意度	n = 266				n = 177		n = 89	
不滿意	108	40.6			88	49.7	20	22.5
滿意	158	59.4			89	50.3	69	77.5

比率較低。教育程度以國(初)中(含)以下為主(64.7%)。長照福利身份以一般戶(71.6%)且無經濟問題(81.6%)為主,第二組(67.2%)比率較低。失能等級第一組(51.2%)、第二組(49.2%)皆以重度為主,第三組(49.4%)則以中度為主。身心障礙類別以僅一類佔最多(65%)。照顧問題清單以低需求佔最多(46%),第一組低需求比率較高(58.4%)、而高需求較

低(12%),但第二組則差異沒有這麼大(37.3% vs. 32.2%)。就照顧問題清單進一步分析,第二組比率較高的前12項,較其他組別其個別變項比率均較高(附錄一);各組別照顧需求主要問題都以ADLs為主(沐浴及走路),而IADLs中的購物及外出問題高居第二位。個案自覺對居家復能具需求為主,比率較高的是第二組,而第一組較低。居家復能作業規範計畫執行情況(附錄二)

派案使用居家復能的原因，2020年後功能退化的高危險群及因有照顧指導需求的比率均下降。個案是否了解居家復能提供的要件，2020年前後完全沒概念的比率約20%。居家復能計畫內容採用依據，2020年後衛福部及各區照專居家復能一般性服務原則比率上升，而個管與個案或照顧者討論後建議與自行判斷個案居家復能需求的比率則減少，顯示政策因素主導居家復能計畫內容的趨勢。有居家復能需求但未能延案的主要原因，2020年後為不適用（未發生）的比率明顯降低；而已無新目標與無明顯ADLs或IADLs功能可改善空間的比率則明顯增加。2020年後居家復能結案的主要原因，由已達居家復能計畫目標轉變為已達居家復能訓練次數，且前三項原因比率相較其他原因明顯高出許多。居家復能結案後再派案的主要原因，2020年後為復能目標相同但有功能提升需求的比率明顯下降；而功能明顯變差且復能目標不相同的比率明顯增加，但復能目標相同則偏少。居家復能結案後有再派案需求，但未能派案於2020年後有增加趨勢。

二、居家復能服務整體滿意度（表二表三）

曾接受過居家復能服務個案對居家復能服務整體滿意度為94.1%（表一）。安德森模式四大構面各變項經卡方分析，具關聯變項（「個案照顧問題清單」、「居家復能服務前個案（主要照顧者）是否自覺有居家復能需求」、「目前個案（主要照顧者）認為還有使用居家復能的需求」、「接受居家復能服務後有減輕照顧的負擔」、「接受居家復能服務後有提升照顧者執行照顧的能力」、「接受居家復能服務後有提升個案自主（協助下）活動能力」）經整體構面二元邏輯迴歸分析，照顧問題清單具中度需求相對於低度需求，對居家復能服務整體滿意度具負向推測能力（Wald = 4.754, $p = .029 < .05$ ，勝算比（OR）= .317，95%信賴區間 = .113-.890）。

三、不同時期居家復能政策整體滿意度（表二表三）

因2020年後新政策的執行，針對應變項居家復能政策整體滿意度依情境分為四種組合進行分析：

- (一) 僅2020年前曾接受過服務者，對同期政策整體滿意度為92.7%（表一）。四大構面各變項經卡方分析，具關聯變項（「個案照顧問題清單」、「個案（主要照顧者）自行執行復能活動有困難」、「目前個案（主要照顧者）認為還有使用居家復能的需求」、「居家復能服務整體的滿意度」、「2020年前居家復能服務補助次數滿意度」）經整體構面二元邏輯迴歸分析，2020年前服務整體滿意相對於不滿意對居家復能政策整體滿意度具正向推測能力（Wald = 8.741, $p = .003 < .05$ ，勝算比（OR）= 72.150，95%信賴區間 = 4.230-1230.522），服務補助次數滿意相對於不滿意對政策整體滿意度也具正向推測能力（Wald = 11.907, $p = .001 < .05$ ，勝算比（OR）= 859.247，95%信賴區間 = 18.515-39876.678）。
- (二) 2020年前後均曾接受過服務者，對2020年前政策整體滿意度為96.0%（表一）。四大構面各變項經卡方分析，具關聯變項（「個案（主要照顧者）是否自覺有居家復能需求」、「個案（主要照顧者）於居家復能服務期間有自行執行復能活動」、「接受居家復能服務後有減輕照顧的負擔」、「2020年後居家復能服務補助次數滿意度」）經整體構面二元邏輯迴歸分析，無任何變項對2020年前政策整體滿意度具推測能力。
- (三) 2020年前後均曾接受過服務者，對2020年後政策整體滿意度為50.3%（表一）。四大構面各變項經卡方分析，具關聯變項（「個案經濟狀況」、「2020年後個管決定居家復能使用的自主性」、「2020年後個管決定居家復能計畫內容的自主性」、「目前個案（主要照顧者）認為還有使用居家復能的需

表二 曾接受過居家復能服務者服務及各組政策滿意度卡方檢定分析

居家復能服務 整體滿意度	2020年前居家復能政策 整體滿意度						2020年後居家復能政策 整體滿意度			
	僅2020年前 曾接受過 居家復能服務		2020年前後 均曾接受過 居家復能服務		2020年前後 均曾接受過 居家復能服務		僅2020年後 曾接受過 居家復能			
	數值	顯著性 (雙尾)	數值	顯著性 (雙尾)	數值	顯著性 (雙尾)	數值	顯著性 (雙尾)	數值	顯著性 (雙尾)
A01.個案屬長照2.0服務對象中的哪一類型	0.826	0.363	0.982	0.336	0.061	0.805	0.312	0.576	0.587	0.444
A02.個案的性別	1.537	0.215	0.095	0.790	0.035	0.851	0.138	0.710	0.319	0.572
A03.個案的年齡	0.029	0.865	1.172	0.323	0.168	0.701	1.088	0.297	0.581	0.446
A04.個案的婚姻狀況	1.033	0.309	3.342	0.098	0.008	0.929	0.271	0.602	1.538	0.215
A05.個案的最高學歷	0.003	0.958	0.535	0.530	1.946	0.247	0.061	0.805	1.169	0.280
A06.個案居住狀況	1.217	0.544	0.160	0.923	0.871	0.647	5.065	0.079	1.621	0.445
A07.個案長照福利身分	0.050	0.823	0.281	0.758	1.965	0.219	1.510	0.219	0.185	0.667
A08.個案經濟狀況	0.017	0.896	1.327	0.374	1.710	0.192	4.478	0.034*	1.672	0.196
A09.個案與主要照顧者關係	0.215	0.975	1.546	0.672	2.053	0.562	3.308	0.347	4.501	0.212
A10.主要照顧者性別	2.094	0.148	1.988	0.226	0.091	0.671	0.305	0.581	0.242	0.623
A11.主要照顧者是否與個案同住	1.730	0.188	0.974	0.293	0.613	0.434	0.914	0.339	0.988	0.320
B01.個案長照失能 (CMS) 等級	0.927	0.629	5.437	0.066	0.545	0.762	3.770	0.152	3.148	0.207
B02.個案身心障礙證明 (手冊) 的障礙類別	2.060	0.357	0.344	0.842	0.432	0.806	2.561	0.278	3.330	0.189
B03.個案是否有經醫師診斷且目前仍存在的疾病：	1.738	0.628	7.569	0.056	0.714	0.870	2.936	0.402	1.882	0.597
B04.個案照顧問題清單	10.865	0.012*	11.791	0.003*	0.543	0.762	6.012	0.111	2.276	0.517
B05.個案 (主要照顧者) 是否自覺有居家復能需求	21.295	0.000*	3.370	0.185	20.662	0.000*	5.833	0.054	1.706	0.426
C01.個案有使用過下列那些居家復能專業服務	0.512	0.474	0.169	0.681	0.483	0.701	0.683	0.409	2.202	0.138
C04.個案 (主要照顧者) 於居家復能服務期間有自行執行復能活動	0.263	0.608	0.016	0.900	6.199	0.042*	0.234	0.628	3.963	0.076
C05.個案 (主要照顧者) 自行執行復能活動有困難	3.785	0.052	5.659	0.026*	0.094	0.759	0.442	0.506	5.946	0.015*
D02.目前個案 (主要照顧者) 認為還有使用居家復能的需求	7.737	0.005*	6.923	0.015*	1.473	0.359	20.720	0.000*	0.505	0.477
D03.接受居家復能服務後有減輕照顧的負擔	21.046	0.000*	3.472	0.083	9.770	0.034*	2.142	0.143	1.822	0.177
D04.接受居家復能服務後有提升照顧者執行照顧的能力	18.286	0.000*	1.443	0.259	0.516	0.419	0.096	0.757	0.015	0.901
D05.接受居家復能服務後有提升個案自主 (協助下) 活動能力	22.887	0.000*	0.473	0.498	0.065	0.575	0.954	0.329	5.345	0.021*
D11.居家復能服務整體的滿意度			24.059	0.000*	0.169	0.681	1.000	0.317	1.865	0.172
D1-13.居家復能服務補助次數的滿意度	22.362	0.000*	71.119	0.000*	87.646	0.000*				
D1-14.政府居家復能政策整體的滿意度	30.636	0.000*								
D2-13.居家復能服務補助次數的滿意度	3.862	0.055					132.513	0.000*	42.365	0.000*
D2-14.政府居家復能政策整體的滿意度	4.035	0.052								
F1-05.個管決定居家復能使用的自主性	0.442	0.506	0.281	0.758	0.462	0.702				
F1-06.個管決定居家復能計畫內容的自主性	0.211	0.646	0.015	0.902	0.214	0.714				
F2-05.個管決定居家復能使用的自主性	1.285	0.257					18.161	0.000*	3.620	0.057
F2-06.個管決定居家復能計畫內容的自主性	0.665	0.415					15.412	0.000*	1.272	0.259

說明：*p < 0.05

求」、「2020年後居家復能服務補助次數滿意度」) 經整體構面二元邏輯迴歸分析，2020年後服務補助次數滿意相對

於不滿意對政策整體滿意度具正向推測能力 (Wald = 51.001, p = .000 < .05, 勝算比 (OR) = 321.783, 95%信賴區

表三 曾接受過居家復能服務者服務及各組政策滿意度二元邏輯迴歸分析

變項名稱	分類 (基準組)	次數	B	SE	Wald	顯著性	OR值	95%信賴區間	
								下界	上界
曾接受過居家復能服務者服務整體滿意度									
B04. 個案照顧問題清單	低需求 (基準組)	180							
	中需求	120	-1.148	0.527	4.754	0.029*	0.317	0.113	0.890
	高需求	91	1.207	0.896	1.815	0.178	3.342	0.578	19.339
B05. 個案 (主要照顧者) 是否自覺有居家復能需求	否 (基準組)	41							
	不清楚	49	-0.751	0.710	1.118	0.290	0.472	0.117	1.898
	是	301	0.577	0.706	0.668	0.414	1.781	0.446	7.109
D02. 目前個案 (主要照顧者) 認為還有使用居家復能的需求	需要 (基準組)	195							
	不需要	196	-0.726	0.579	1.570	0.210	0.484	0.156	1.506
D03. 接受居家復能服務後有減輕照顧的負擔	滿20歲到未滿65歲 (基準組)	27							
	滿65歲以上	364	0.159	0.795	0.040	0.841	1.172	0.247	5.566
D04. 接受居家復能服務後有提升照顧者執行照顧的能力	否 (基準組)	37							
	是	354	1.020	0.768	1.763	0.184	2.773	0.615	12.501
D05. 接受居家復能服務後有提升個案自主 (協助下) 活動能力	否 (基準組)	64							
	是	327	1.048	0.571	3.371	0.066	2.851	0.932	8.721
僅2020年前曾接受過居家復能服務者對2020年前政策整體滿意度									
B04. 個案照顧問題清單	低需求 (基準組)	73							
	中需求	37	-1.876	1.206	2.419	0.120	0.153	0.014	1.629
	高需求	15	16.637	9.333x10 ³	0.000	0.999	1.680x10 ⁷	0.000	
C05. 個案 (主要照顧者) 自行執行復能活動有困難	有 (基準組)	64							
	沒有	61	-1.099	1.420	0.599	0.439	0.333	0.021	5.384
D02. 目前個案 (主要照顧者) 認為還有使用居家復能的需求	需要 (基準組)	26							
	不需要	99	2.323	1.251	3.445	0.063	10.205	0.878	118.602
D11. 居家復能服務整體的滿意度	不滿意 (基準組)	13							
	滿意	112	4.279	1.447	8.741	0.003*	72.150	4.230	1.231x10 ³
D113. 居家復能服務補助次數	不滿意 (基準組)	11							
	滿意	114	6.756	1.958	11.907	0.001*	859.247	18.515	3.988x10 ⁴
2020年前後均曾接受過居家復能服務者對2020年前政策整體滿意度									
B05. 個案 (主要照顧者) 是否自覺有居家復能需求	否 (基準組)	15							
	不清楚	16	-18.863	1.037x10 ⁴	0.000	0.999	0.000	0.000	
	是	146	12.636	1.109x10 ⁴	0.000	0.999	3.073x10 ⁵	0.000	
C04. 個案 (主要照顧者) 於居家復能服務期間有自行執行復能活動	否 (基準組)	22							
	是	155	0.396	1.513	0.068	0.794	1.485	0.077	28.804
D03. 接受居家復能服務後有減輕照顧的負擔	滿20歲到未滿65歲 (基準組)	8							
	滿65歲以上	169	-14.976	2.770x10 ³	0.000	0.996	0.000	0.000	
D113. 居家復能服務補助次數	不滿意 (基準組)	10							
	滿意	167	33.524	3.943x10 ³	0.000	0.993	3.624x10 ¹⁴	0.000	
2020年前後均曾接受過居家復能服務者對2020後政策整體滿意度									
A08. 個案經濟狀況	有經濟問題 (基準組)	40							
	無經濟問題	137	1.461	0.790	3.420	0.064	4.312	0.916	20.290
F205. 個案決定居家復能使用的自主性	否 (基準組)	145							
	是	32	2.573	1.520	2.867	0.090	13.111	0.667	257.863
F206. 個案決定居家復能計畫內容的自主性	否 (基準組)	142							
	是	35	-1.722	1.369	1.582	0.208	0.179	0.012	2.615
D02. 目前個案 (主要照顧者) 認為還有使用居家復能的需求	需要 (基準組)	135							
	不需要	42	0.639	0.820	0.606	0.436	1.894	0.380	9.450
D213. 居家復能服務補助次數	不滿意 (基準組)	84							
	滿意	93	5.774	0.809	51.001	0.000*	321.783	65.973	1.569x10 ³
僅2020年後曾接受過居家復能服務者對2020後政策整體滿意度									
C05. 個案 (主要照顧者) 自行執行復能活動有困難	有 (基準組)	50							
	沒有	39	1.172	0.818	2.056	0.152	3.229	0.650	16.032
D05. 接受居家復能服務後有提升個案自主 (協助下) 活動能力	否 (基準組)	19							
	是	70	0.656	0.818	0.644	0.422	1.928	0.388	9.584
D213. 居家復能服務補助次數	不滿意 (基準組)	22							
	滿意	67	3.653	0.734	24.771	0.000*	38.604	9.158	162.721

說明：* p < 0.05

間 = 65.973-1569.493)。

(四) 僅2020年後曾接受過服務者，對同期政策整體滿意度為77.5% (表一)。四大構面各變項經卡方分析，具關聯變項 (「個案 (主要照顧者) 自行執行復能活動有困難」、「接受居家復能服務後有提升個案自主 (協助下) 活動能力」、「2020年後居家復能服務補助次數滿意度」) 經整體構面二元邏輯迴歸分析，2020年後服務補助次數滿意相對於不滿意對政策整體滿意度具正向推測能力 (Wald = 24.771, $p = .000 < .05$, 勝算比 (OR) = 38.604, 95%信賴區間 = 9.158-162.721)。

討 論

依研究目的將研究結果分三部分敘述：

一、居家復能服務整體滿意度與相關影響因素探討

本研究結果顯示，曾接受過服務者對服務整體滿意度為94.1%，與劉等的研究結果，願意推薦居家復健此服務者為94.3%相似[27]。達顯著意義的變項為「需要因素」的照顧問題清單內具中度需求項目，相對於低度需求，中度需求項目對服務整體滿意度具負向推測能力。其可能原因為，2020年前後復能政策目標均以1項ADLs或IADLs項目為原則，此政策規劃可能未能滿足此群組多元的需求。而未具推測能力的關聯變項為接受服務的意願及對失能照顧的改善結果。李等的研究結果顯示，影響居家物理治療療效的因素包括個案的意願[28]；劉等的研究結果指出，居家復健具實質幫助的滿意度為87.7%[27]，兩者與本研究具相似結果。

二、不同時期居家復能政策整體滿意度與相關影響因素探討

本研究結果顯示，僅2020年前及2020年前後曾接受過服務者，對2020年前政策整體滿意度分別為88.0%與96.0%；2020年前後及僅2020年後曾接受過服務者，對2020年

後政策整體滿意度分別為50.3%與77.5%。2020年後政策滿意度明顯下滑，特別是政策改變前曾接受過服務者更加明顯。以下將針對這四組居家復能政策滿意度與相關影響因素進行個別與綜合討論。

(一) 僅2020年前曾接受過服務者對同期政策滿意度，達顯著意義具正向推測性的變項為屬安德森模式中「服務滿意度」的居家復能服務滿意度與同期居家復能服務補助次數滿意度。而未具推測能力的關聯變項為照顧需求量、居家復能活動可執行性及對居家復能需求的自我認知。

(二) 2020年前後均曾接受過服務者，對2020年前政策滿意度較偏高，但無任何變項達顯著意義。而未具推測能力的關聯變項為居家復能需求的自我認知與活動執行、照顧負擔程度的改善與居家復能服務補助次數滿意度。

(三) 2020年前後均曾接受過服務者，對2020年後政策滿意度較偏低，達顯著意義具正向推測性變項為屬安德森模式中「服務滿意度」的2020年後居家復能服務補助次數滿意度。而未具推測能力的關聯變項為經濟狀況、個管決定居家復能使用及計畫的自主性、目前對居家復能需求的自我認知。

(四) 僅2020年後曾接受過服務者對同期政策滿意度，達顯著意義具正向推測性變項也是屬安德森模式中「服務滿意度」的同期居家復能服務補助次數滿意度。而未具推測能力的關聯變項與新政策指引的內容「結案標準之一：同一活動目標，在進行三或四次介入後，仍未有明顯進步…」與「提升個案自主 (協助下) 活動能力」具相似意涵[5]，即達成該指引的規範。其中個案自行執行復能活動有困難比率達56.2% (表一)，主要原因包括：相關復能基本技術及概念不足、擔心執行過程中發生意外 (附錄三)。並且，此期間接受服務補助平均次數為 8.9 ± 6.5 次 (附錄四)，對個案或主要照顧者而言，需短時間內習得

復能技術具一定困難度。

新政策執行後根據本研究揭示。政策面的復能相關規定與準則成為服務核心，並改變了失能者對居家復能服務的認知與期待，由個案的照顧需求量（例：安德森模式中屬「需要因素」）、對居家復能需求的自我認知（例：安德森模式中屬「需要因素」）、及居家復能活動的可執行性（例：安德森模式中屬「健康服務利用因素」），轉變為新政策的居家復能服務規範（例：安德森模式中屬「健康服務利用因素」、「需要因素」），代表復能服務規範調整的政策，已非以個案的照顧需求量導向，而是以居家復能活動的可執行性為導向，表面上似乎不影響公平服務個案的可近性，然而進一步仔細檢驗，其中於「需要因素」面向中，接受居家復能個案由長照需求等級（Case-Mix System，簡稱CMS）重度（51.2%）為主轉變為中度（49.4%），並且不具身心障礙證明者由25.6%增為42.7%，顯示2020年後接受居家復能服務個案有輕度化的趨勢。在「健康服務利用因素」、「需要因素」面向下有關認知服務情況，居家復能活動困難執行的原因，由個案與照顧者意願因素轉變為相關復能基本概念與技術的不足（附錄三）。

長照服務體系在面對失能者的需求時，為確保能夠得到有效服務，應建立以其為中心的服務體系，將提升內在與功能性能力做為重點[25,29]。長照1.0採照顧涵蓋復健的概念，把失能者視為一個需要被照顧的對象，對居家復健綜合滿意度達85.9%，具顯著意義的變項為失能程度[27]；長照2.0採復健透過照護進行，復健涵蓋照顧的概念，照顧是復健活動的一部分，本研究顯示政策整體滿意度2020年前為88.0%與96.0%、2020年後為50.3%與77.5%，具顯著推測的變項為居家復能服務補助次數滿意度。無論採用照顧或復能概念，均應使不同失能程度者參於日常活動及社會生活，因此宜融合此兩種概念，建立新的長照服務政策模式有其必要性。德國學者Maschke提出障礙政策模式體系，包括：補償取向模式（compensation-

oriented），政策功能為補償和隔離的「照顧」；復健取向模式（rehabilitation-oriented），政策功能為預防和復健的「復能」與參與取向模式（participation-oriented），政策功能則是參與和平等的「安適」[30]。「安適照顧（well-being care）」是以失能者為中心的綜合性服務策略，是世衛組織綜合衛生服務的核心理念，強調衛生照護整合的重要性[29]。復健須由「參與」才能延續與實踐，達到參與目標亦需使用「復健」，復健（內在能力）與參與（功能性能力）是一體的兩面，長照政策措施需包括醫療復健、參與日常生活及參與社會活動而不能過度劃分[29,31,32]。

三、居家復能作業規範改變對於復能計畫執行的影響探討

長照2.0居家復能服務執行，2018至2019年間主要依據為「長照專業服務手冊」，2020年後主要規範為「長照復能服務操作指引」。針對2020年前後影響居家復能派案及結案的相關因素探討如下：

與派案具相關意涵項目包括：派案原因、計畫內容與延案原因（附錄二）。服務派案主要原因，2020年前後沒有太大差異。新政策以ADLs與IADLs功能項目明顯進步為導向，使只需求照顧指導的失能者更不易獲得協助，對病情持續改變與重症失能者而言，派案比率於2020年後均呈下降趨勢。另外，本研究針對新政策執行後接受服務者CMS進行分析，低、中度者比率略趨增加（表一）。游等的研究結果顯示，CMS與復能服務具相關性[10]，與本研究有不同的結論。所以新政策實施確實改變服務對象結構。但輕度失能者對服務使用依然比率偏低（表一），是否因全民健康保險與就醫的可近性及方便性，自行前往醫療體系接受復健；或因長照居家復能服務強調ADLs或IADLs功能項目，使其不覺得有居家復能需求而未接受服務。

2020年前後居家復能計畫內容的依據並無太大差異，但新政策的服務原則實質影響服務的頻率、期程與次數（附錄四）。失

能者因老化及不同疾病因素，造成內在與功能能力的喪失程度與改善空間具差異性，採一致性規範原則，實無法協助與滿足不同失能原因及等級的失能者。如李等於研究中指出，中短期失能個案在ADLs上的療效明顯優於長期失能個案，影響居家物理治療療效的因素主要為肌力、意願、失能期長短與介入次數等[28]。另外，計畫內容擬定由個管與個案或照顧者討論後建議，在2020年後由54.0%下降至44.7%；但依循各區照專對居家復能服務一般性服務原則由19.5%上升至26.3%。Rabiee和Glendinning的研究顯示，服務單位面向具一致性的認同、態度與技巧，是促使復能成功的因素之一[33]。所以必須加強各區照專對居家復能認知的一致性，避免具審核實質權限者有太大的差異性，因而影響個管的自主性與區間的比較性差異。

對於有居家復能需求但未能派案的主要原因，為無以ADLs或IADLs功能項目為新的目標與明顯可改善空間，並於2020年後有增加趨勢，顯然成為影響派案需求的決定性因素。

與結案具相關意涵的項目包括結案原因、結案後再派案與結案後續追蹤情況（附錄二）。2020年前後服務結案主要原因均以已達居家復能計畫目標、訓練次數與訓練期程為主，2020年後更成為重要決定因素。新政策對目標、期程與次數的設定，未具長照專業服務手冊「針對個案期待之復能項目建議服務次數及擬訂合意期程」的彈性[14]，其一致性的規範成為決定性的影響項目，並成為執行準則。而依個案或照顧者習得為要件的結案標準成為非主流依據，即新政策規定的重要性凌駕照顧者習得復能或照顧技巧的需求。

居家復能結案後再派案的主要原因，2020年前後均以個案有不同ADLs或IADLs復能目標的新需求為主。2020年後特別是復能目標相同但有功能質量提升或再教育的需求者，更接近無任何派案，明顯影響對失能者生活質量的協助與持續關懷照護的需求。此外，對個案功能明顯變差但復能目標不相

同的派案趨勢上升，若目標相同則下降，無視個案功能明顯變差的事實，過度強調需ADLs或IADLs不同功能項目為目標。

對有再派案需求但未能派案的主要原因，2020年前後均明顯受到申請間隔期間政策、雖功能明顯變差但復能目標相同與新的不同程度相同復能目標需求的限制。Rabiee和Glendinning的研究顯示，能夠即時及彈性的介入，有治療師可以諮詢與提供建議，是促使復能成功的特質之一[33]。採不同ADLs或IADLs功能項目為目標設定要件，並忽略適時及彈性介入與同功能項目有改善執行活動質量的需求，甚至雖功能明顯變差但復能目標相同也無法派案，再派案制度的僵化使有需求者受到明顯的限制。Langeland等人的研究顯示，居家復能的療效於服務後6與12個月再測試，雖依然呈現效果但與對照組間的差異減少[34]，所以失能者持續性的變化是必須被注意的。

對於個案於居家復能服務結案後，並未明顯減少居家服務需求的結果（附錄三），與以下的研究顯示不同結論。Lewin等人的研究指出，早期的發現及參於復能介入，所需居家照顧時數減少[35]；Lewin和Vandermeulen證實復能介入成效優於傳統照顧，可減少傳統居家或社區照顧需求[36]；Tessier等人於文獻綜述指出，服務利用率與復能具積極影響的相關性[32]；Whitehead等人執行系統文獻綜述，針對個人ADLs的介入措施，可以減少家庭照顧服務使用者對活動的依賴性[37]；Winkel等人的研究，失能老人接受維期12週的復能計畫，團隊包括治療師與居服員，與未接受服務者相比較能顯著提升ADLs能力[38]。其間可能的原因為接受居家復能服務者的失能原因、失能等級、介入時機、服務期間與是否有治療師及居服員參於。但與挪威Tuntland等人的研究揭示，除自我感知活動外其他無差異[39]；Cochrane等人與Legg等人的系統文獻綜述顯示，復能的參於相對於一般照顧，於功能活動、生活質量和服務利用率只具些微影響的結果[31,40]，以上研究與本研究具相似結論。因此居家復能服務介入不同失能等級、

時序與原因的失能者，應依不同情境個別化設定目標、時機、期程與預期成效，避免如新政策採一致性的規範。

另外值得一提的是，居家復能服務結案後長照服務也跟著結案（15.1%）（附錄三），使個案家庭無法持續接受長照服務的協助，是否因此而未能及時與適切的介入，因而易造成個案非預期性的功能與生活質量的惡化值得深慮。Rabiee和Glendinning的研究發現，復能成功的因素包括：能夠即時及彈性的介入，有治療師可以諮詢與提供建議[33]；李等的研究顯示，中短期失能個案在日常生活功能上的療效明顯優於長期失能個案[28]，所以對於一位失能者及時與適切的介入是必要的。

綜合以上資料，與居家復能服務派案與結案具關聯決定性的因素，均以ADLs或IADLs為主，與本研究對個案長照照顧需求清單的調查（附錄一）及Mao等人的研究均具一致性結論。所以政策上針對ADLs或IADLs擬定復能目標的方式與進步改善空間的認定，對居家復能服務的派案與結案均具決定性關鍵，因此在制定政策時宜更加慎重思慮。

整體而言，接受過居家復能個案對服務滿意度達94.1%，對服務人員執行滿意度更高達97%以上，與劉等的研究結果，對居家復健服務人員具高滿意度（96.2%）[27]相同。目前依新政策的規範，執行後政策滿意度明顯下滑，以下將依本研究結果探討其執行上可能產生的偏差與困境。

服務對象方面：所有專業服務組合均以新政策規範為依據，需ADLs或IADLs不同功能項目具有潛能、可以進步與學習能力。使不具ADLs或IADLs功能項目明顯改善及學習能力、意識清楚、認知程度可遵從指令者，無法或困難接受非復能照顧（CA07）的其他專業服務組合（如：CB01.營養照護；CB04.臥床或長期活動受限照護）。

服務目標方面：所有專業服務組合提供也均設定為ADLs或IADLs不同功能項目自主（協助下）活動能力明顯進步為目標。根據本研究結果，服務使用者對減輕照顧負擔

與提升照顧者執行照顧能力滿意度90.5%，優於提升個案自主（協助下）活動能力83.6%。長照服務的提供應在個案不同需求的情境下，對失能者執行功能活動上所需的三面向：內在能力提升、輔具及環境改善與他人協助，以個體為中心滿足其日常生活需求，而不是完全以不同功能項目活動能力明顯進步為導向[29,41,42]。

服務期程與次數方面：所有專業服務組合針對同一復能目標（以ADLs或IADLs不同功能項目設定）以大約三個月期程，不超過12次為原則，並每星期以提供1次為限[5]。本研究結果顯示，主觀感受的居家復能服務補助次數滿意度對政策滿意度具推測能力。對不同因素、嚴重程度與情境的失能個案，不宜採制式化的期程與次數。

延案或再派案方面：本研究結果顯示，個案有需求但未能延案、結案後有再派案需求但未能再派案，均因過度強調ADLs或IADLs不同功能項目與需明顯進步的規範，而忽略同功能項目但具功能改善與因生理或疾病因素使功能下降的可能。

結論

根據本研究發現做成以下結論：

- 一、依據安德森模式四個構面只有「人口學特徵」中的「需要因素」對居家復能服務滿意度產生顯著影響，相對於個案照顧問題清單低度需求者，有中度需求個案有較多的居家復能服務不滿意。因此，針對個案的需求設立服務計畫，才是服務獲得滿意的關鍵。
- 二、不同時期居家復能政策整體滿意度
依據安德森模式四個構面只有「服務結果」中的「服務滿意度」對整體政策滿意度產生顯著影響，詳細情形分述如下：
 - (一) 僅2020年前曾接受過服務者，同期間居家復能服務及服務補助次數滿意相對於不滿意者，對2020年前政策滿意度有較多的滿意。
 - (二) 2020年前後均曾接受過服務者，各關聯變項對2020年前政策滿意度無推測性。
 - (三) 2020年前後均曾接受過服務者，對2020

後居家復能服務補助次數滿意相對於不滿意者，對2020年後政策滿意度有較多的滿意。

(四) 僅2020年後曾接受過服務者，對2020年後居家復能服務補助次數滿意相對於不滿意者，對2020年後政策整體滿意度有較多的滿意。

三、2020年前後對於復能計畫執行的影響因素相似，最大的差異為新政策對服務提供的規範改變，及居家復能計畫內容（期程、次數、頻率）的一致性設定。

所以政府整體政策是否為被照顧者滿意，主要取決於相關服務是否能滿足其實務需求。

根據前述研究討論與結論做以下建議：

政策面向宜建立多面向照顧思維，不應以單一標準衡量所有專業服務組合，並藉由評值使服務期程與次數動態性合理化，讓不同失能程度者均能獲得符合所需的專業服務。長照1.0採社會福利照顧概念提供居家服務與復健，居家復健是針對無法透過交通接送使用醫療復健資源者，使用的族群以重度個案為主。進入長照2.0期望藉由居家復能推行，改變照顧核心概念為復能，強調支持和恢復失能者最大功能性能力，使用的族群轉化為輕、中度及無身心障礙證明者為主。所以政策上宜結合已廣佈的健康照護體系及社會福利系統建立適合台灣的長照服務體系。對不同失能程度與原因的失能者，強調不同程度平等、參與的重要性，藉由整體衛生服務體系的支持，使其均能獲得具品質的服務。

針對長照復能服務操作指引推行後的省思包括：

考量多元服務對象的需求，專業服務其他組合不應過度延用居家復能組合（CA07）規定，並以ADLs或IADLs不同功能項目具明顯改善及學習能力為目標設定；宜針對專業服務照顧組合別，建構適宜的服務目標與內容。

調整以ADLs或IADLs不同功能項目明顯進步為目標的規範，使失能者無論處於何狀況（輕、中、重度），能藉由居家復能的

介入維持與提升其內在能力或同一功能項目的活動質量。以減少其他照顧機制，因代償其功能性能力的不足所產生的需求。

藉由協調、監督及評值過程，使服務期程、次數與頻率合理化。失能個案需求會呈現動態變化，不宜制式化統一服務計畫（期程、次數與頻率）。宜藉由個管與專業人員的參與協調，依政策的規範適當調整，使不同失能程度者於接受服務後，能發揮其適當可行的生活功能能力。

針對接受過居家復能服務後，而未接受或不得接受（例如：因聘僱外籍家庭看護工而未能使用居家照顧服務）其他服務項目個案，因居家復能結案伴隨長照個管結案者，宜建立即時及彈性的長照追蹤模式。

[註]本文附錄一至附錄四可於<https://bit.ly/3N90Gm6>下載。

參考文獻

- 內政部統計處：統計報告：109年簡易生命表提要分析。https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=14661。引用2022/08/06。
Department of Statistics, Ministry of the Interior, R.O.C. (Taiwan). Statistical report: summary analysis of abridged life table in 2020. Available at: https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=14661. Accessed August 6, 2022. [In Chinese]
- 國家發展委員會：中華民國人口推估（2020年至2070年）。https://pop-proj.ndc.gov.tw/download.aspx?uid=70&pid=70。引用2022/08/06。
National Development Council. Population projections report in Taiwan, 2020-2070. Available at: https://pop-proj.ndc.gov.tw/download.aspx?uid=70&pid=70. Accessed August 6, 2022. [In Chinese]
- 衛生福利部社會及家庭署：長期照顧十年計畫摘要本。https://1966.gov.tw。引用2022/07/03。
Social and Family Affairs Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The ten-year long-term care plan 2.0 summary. Available at: https://1966.gov.tw. Accessed July 3, 2022. [In Chinese]
- 鄧桂芬、李玉春、楊哲銘、黃國哲：影響台灣家庭使用長照十年計劃2.0的相關因素分析。台灣衛誌 2019；38：521-36。doi:10.6288/TJPH.201910_38(5).108081。

- Teng KF, Lee YC, Yang CM, Huang KC. Factors influencing the utilization of the National Ten-Year Long-Term Care Plan 2.0 in Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2019;**38**:521-36. doi:10.6288/TJPH.201910_38(5).108081. [In Chinese: English Abstract]
5. 衛生福利部：長照復能服務操作指引：觀念篇。https://www.mohw.gov.tw/dl-53705-8071aa4c-9bdb-40fe-9ca4-6e008d62cd07.html。引用2018/07/03。Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Operation guidelines for long-term care rehabilitation services: concepts. Available at: https://www.mohw.gov.tw/dl-53705-8071aa4c-9bdb-40fe-9ca4-6e008d62cd07.html. Accessed July 3, 2018. [In Chinese]
 6. 社團法人臺灣職能治療學會：專家報告：復能與銀髮族。http://www.ot.org.tw/?action=society-publish-list-detail&id=13。引用2020/05/19。Taiwan Occupational Therapy Association. Expert papers: reablement and older people. Available at: http://www.ot.org.tw/?action=society-publish-list-detail&id=13. Accessed March 19, 2020. [In Chinese: English abstract]
 7. 李逸：長照四大服務：2、專業服務改善生活品質減輕照顧負荷。https://www.commonhealth.com.tw/blog/blogTopic.action?nid=3625。引用2020/05/19。Lee Y. Four major long-term care services: (2) professional services to improve the quality of life and reduce the burden of care. Available at: https://www.commonhealth.com.tw/blog/3625. Accessed May 19, 2020. [In Chinese]
 8. 陳建佑：從服務使用者、個案管理師、專業服務提供者看長照復能服務品質。台南：成功大學職能治療學系研究所碩士論文，2020。Chen CY. The quality of care towards reablement services in Taiwan long-term care 2.0 -- from user, case managers, and service providers aspects [Dissertation]. Tainan: Department of Occupational Therapy, National Cheng Kung University, 2020. [In Chinese: English abstract]
 9. 陳百鍊、顏碧慧、吳宗哲、楊舜鈞：居家物理治療復能活動對於社區失能長者之療效論文摘要。物理治療 2021；**46**：137-8。doi:10.6215/FJPT.202106.P28。Chen PL, Yen PH, Wu ZJ, Yang SJ. The effects of home physical therapy programs in community-dwelling disabled older adults. *FJPT* 2021;**46**:137-8. doi:10.6215/FJPT.202106.P28. [In Chinese: English abstract]
 10. 游曉微、廖泰翔、蔡季蓉、盧昱樺、賴香妙：長照2.0復能服務使用者特質初探－論文摘要。物理治療 2021；**46**：106-7。doi:10.6215/FJPT.202106.O15。
 11. Yu HW, Liao TH, Tsai CJ, Lu YH, Lai HM. Factors associated with reablement service use among older recipients in Taiwan's National Long-Term Care Plan 2.0: a pilot study. *FJPT* 2021;**46**:106-7. doi:10.6215/FJPT.202106.O15. [In Chinese: English abstract]
 12. 衛生福利部：復能多元服務試辦計畫（草案）。https://www.mohw.gov.tw/dl-51068-dbdd4cf3-cf0d-490f-a53b-e34a0f8ae20d.html。引用2018/08/08。Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Multidimensional Reablement Program (draft). Available at: https://www.mohw.gov.tw/dl-51068-dbdd4cf3-cf0d-490f-a53b-e34a0f8ae20d.html. Accessed August 8, 2018. [In Chinese]
 13. 衛生福利部：長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準。https://newrepat.sfaa.gov.tw/home/msg/detail/4bc1e2b4768e5d850176ac137e722de9。引用2020/12/29。Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Benefits and payment basis for long-term care (e.g., care service, professional service, transportation service, assistive device service, and accessible environment improvement service). Available at: https://newrepat.sfaa.gov.tw/home/msg/detail/4bc1e2b4768e5d850176ac137e722de9. Accessed December 29, 2020. [In Chinese]
 14. 蔡宜蓉、陳美香、毛慧芬、張玲慧、周映君、黃百川：104年度「生活自立或復健訓練模式之發展與給付制度之規劃」－期末報告。https://www.mohw.gov.tw/dl-54904-e1f4e368-5b3c-4997-80ec-a40f6f50977d.html。引用2020/12/29。Tsai YJ, Chen MC, Mao HF, Chang LH, Chou YC. Final report of the 2015 Plan for the Development and Payment System of Daily Life Self-Reliance or Rehabilitation Training Model. Available at: https://www.mohw.gov.tw/dl-54904-e1f4e368-5b3c-4997-80ec-a40f6f50977d.html. Accessed December 29, 2020. [In Chinese]
 15. 衛生福利部：長照專業服務手冊。https://www.mohw.gov.tw/dl-49634-4dcee073-bc31-45e0-88f8-f31876d506b1.html。引用2018/11/06。Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Handbook for long-term care services. Available at: https://www.mohw.gov.tw/dl-54904-e1f4e368-5b3c-4997-80ec-a40f6f50977d.html. Accessed November 6, 2018. [In Chinese]
 16. 李羚榕：「我要成為照顧（居家）服務員！」怎

- 麼做呢？照（居）服員養成步驟報你知。https://www.ilon-termcare.com>Article>Detail/402。引用2016/09/21。
- Lee LJ. I want to be a home-care attendant. What should I do? Steps you should know in becoming a home-care attendant. Available at: https://www.ilon-termcare.com>Article>Detail/402. Accessed September 21, 2016. [In Chinese]
16. Mao HF, Chang LH, Tsai AYJ, Huang WN, Wang J. Developing a referral protocol for community based occupational therapy services in Taiwan a logistic regression analysis. *PLoS One* 2016;**11**:e0148414. doi:10.1371/journal.pone.0148414.
 17. 羅玉岱、林沛嫻、張春瑤、江怡慧：居家失能患者使用長期照顧十年計畫服務之現況。台灣家庭醫學雜誌 2011；**21**：79-92。doi:10.7023/TJFM.201106.0024。
 - Lo YT, Lin PH, Chang CT, Chiang IH. Utilization of the ten-year, long-term care program by disabled home-bound patients in Taiwan. *Taiwan J Fam Med* 2011;**21**:79-92. doi:10.7023/TJFM.201106.0024. [In Chinese: English abstract]
 18. 衛生福利部：長照十年計畫2.0成果報告。https://www.ey.gov.tw/File/F90052EC873423BB?A=C。引用2019/09/05。
 - Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The results report of the ten-year long-term care plan 2.0. Available at: https://www.ey.gov.tw/File/F90052EC873423BB?A=C. Accessed September 5, 2019. [In Chinese]
 19. 徐秉澤：長照2.0居家照顧與專業復能服務的利用與影響因子探討—以新北市某居家護理所為例。桃園：長庚大學健康照護產業碩士學位學程碩士論文，2020。
 - Hsu PT. Factors associated with the utilization of home-based care and reablement services under long-term care version 2.0 policy -- data from a home service agency in New Taipei City [Dissertation]. Taoyuan: Master Degree Program in Health and Long-Term Care Industry, Chang Gung University, 2020. [In Chinese: English abstract]
 20. 毛慧芬、張玲慧、蔡宜蓉：長期照顧2.0復能照護服務—觀念的翻轉與挑戰。台大護理 2020；**16**：5-16。doi:10.6740/NTUHJN.202007_16(2).0002。
 - Mao HF, Chang LH, Tsai YJ. Reablement service in Taiwan long-term care 2.0 -- a paradigm shift and challenges. *Natl Taiwan Univ Hosp J Nurs* 2020;**16**:5-16. doi:10.6740/NTUHJN.202007_16(2).0002. [In Chinese: English abstract]
 21. 吳淑娟、張育嘉、葉德豐等：影響腦中風患者使用居家復健服務相關因素之探討。台灣復健醫學雜誌 2012；**40**：147-59。doi:10.6315/2012.40(3)04。
 - Wu SC, Chang YC, Yeh TF, et al. The associated factors in home-based rehabilitation utilization of stroke patients. *Tw J Phys Med Rehabil* 2012;**40**:147-59. doi:10.6315/2012.40(3)04. [In Chinese: English abstract]
 22. 陳亮汝、蔡麗珍：影響出院準備服務個案使用不同長期照護服務之因素。醫務管理期刊 2012；**13**：190-206。doi:10.6174/JHM2012.13(3).190。
 - Chen LJ, Tsai LC. Factors associated with the use of long-term care services after discharge planning. *J Healthc Manag* 2012;**13**:190-206. doi:10.6174/JHM2012.13(3).190. [In Chinese: English abstract]
 23. 陳正芬、吳淑瓊：家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討。人口學刊 2006；(32)：83-121。
 - Chen CF, Wu SC. Factors affecting caregivers willingness to use long-term care services. *J Population Studies* 2006;(32):83-121. [In Chinese: English abstract]
 24. Chou YC, Kroger T, Pu CY. Models of long-term care use among older people with disabilities in Taiwan: institutional care, community care, live-in migrant care and family care. *Eur J Ageing* 2015;**12**:95-104. doi:10.1007/s10433-014-0322-z.
 25. Slobbe LCJ, Wong A, Verheij RA, van Oers HAM, Polder JJ. Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: an observational record linkage study. *BMC Health Serv Res* 2017;**17**:626. doi:10.1186/s12913-017-2570-z.
 26. 陳鳴聲：安德森衛生服務利用行為模型演變及其應用。南京醫科大學學報（社會科學版）2018；**83**：5-8。doi:10.7655/NYDXBSS20180102。
 - Chen MS. The development and application of Andersen's behavioral model on health care utilization. *J Nanjing Med Univ (Soc Sci)* 2018;**83**:5-8. doi:10.7655/NYDXBSS20180102. [In Chinese: English abstract]
 27. 劉佳柔、謝明書、蔡玉霞、黃翠咪、林雪蓉、史麗珠：台灣某縣市長期照顧居家式醫護類服務滿意度調查。若瑟醫護雜誌 2015；**9**：20-34。
 - Liu JR, Hsieh MS, Tsai YH, Huang CM, Lin SR, See LC. A survey of the home medical long-term care program in a county of Taiwan. *St. Joseph' Hosp Med Nurs J* 2015;**9**:20-34. [In Chinese: English abstract]
 28. 李宜玲：居家物理治療照護利用與療效相關因素之探討—以台北市與新北市社區失能者為例。台北：台北護理健康大學長期照護研究所碩士論文，2014。
 - Li YL. Factors associated with utilization and

- outcomes of home-based physical therapy --among disabled community dwellers in the Taipei metropolitan region [Dissertation]. Taipei: Department of Long-Term Care, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, 2014. [In Chinese: English abstract]
29. WHO. World report on ageing and health. Available at: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. Accessed September 29, 2015.
30. 周怡君：德國與台灣身心障礙者政策與失能者長照政策的比較分析：復健模式的觀點。台大社工學刊 2016；34：1-40。doi:10.6171/ntuswr2016.34.01。Chou YC. Comparison of disability policy models and long-term care policies in Germany and Taiwan: a rehabilitation-oriented perspective. NTU Socl Work Rev 2016;34:1-40. doi:10.6171/ntuswr2016.34.01. [In Chinese: English abstract]
31. Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy DW, Stevenson M, Donnelly M. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;10:CD010825. doi:10.1002/14651858.CD010825.pub2.
32. Tessier A, Beaulieu MD, McGinn CA, Latulippe R. Effectiveness of reablement: a systematic review. Healthc Policy 2016;11:49-59. doi:10.12927/hcpol.2016.24594.
33. Rabiee P, Glendinning C. Organisation and delivery of home care reablement what makes a difference? Health Soc Care Community 2011;19:495-503. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x.
34. Langeland E, Tuntland H, Folkestad B, Førland O, Jacobsen FF, Kjekken I. A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. BMC Geriatr 2019;19:29. doi:10.1186/s12877-019-1038-x.
35. Lewin G, De San Miguel K, Knuiman M, et al. A randomised controlled trial of the home independence program, an Australian restorative home-care programme for older adults. Health Soc Care Community 2013;21:69-78. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x.
36. Lewin G, Vandermeulen S. A non randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP) an Australian restorative programme for older home care clients. Health Soc Care Community 2010;18:91-9. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00878.x.
37. Whitehead PJ, Worthington EJ, Parry RH, Walker MF, Drummond E. Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. Clin Rehabil 2015;29:1064-76. doi:10.1177/0269215514564894.
38. Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. Reablement in a community setting. Disabil Rehabil 2015;37:1347-52. doi:10.3109/09638288.2014.963707.
39. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. BMC Geriatr 2015;15:145. doi:10.1186/s12877-015-0142-9.
40. Legg L, Gladman J, Drummond A, Davidson A. A systematic review of the evidence on home care reablement services. Clin Rehabil 2016;30:741-9. doi:10.1177/0269215515603220.
41. Sales MP, Polman R, Hill KD, Karaharju-Huisman T, Levinger P. A novel dynamic exercise initiative for older people to improve health and well-being: study protocol for a randomised controlled trial. BMC Geriatr 2015;15:68. doi:10.1186/s12877-015-0057-5.
42. Szanton SL, Thorpe RJ, Boyd C, et al. Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. J Am Geriatr Soc 2011;59:2314-20. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03698.x.
43. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995;36:1-10. doi:10.2307/2137284.

Factors influencing service utilization of reablement services after specification adjustments of the 10-Year Long-Term Care Plan 2.0 in Taiwan: Andersen's Behavioral Model of Health Services Use

MING-TANG WU, HUNG-EN LIAO*

Objectives: This study explored changes in the operating norms of home reablement services implemented by the Ministry of Health and Welfare before and after 2020 and their effects on service users' satisfaction levels. **Methods:** This study adopted a cross-sectional survey design with Andersen's Behavioral Model of Health Services Use as the framework. A structured questionnaire was designed and distributed to individuals in Taichung who had used home reablement services since January 2018. **Results:** The respondents' level of satisfaction with the services was 94.1%, and those with moderate needs on the list of care problems were less satisfied than those with low needs (OR = 0.317). Those who had received services before and after 2020 ($n = 177$) had satisfaction levels of 96.0% and 50.3% with the policy before and after 2020, respectively. Although goal-oriented satisfaction with a subsidy program is often employed as a determinant of policy satisfaction, changes in service manual guidelines and the applicability of some service package measures may be the underlying causes of differences in service user satisfaction. The reablement service specification adjustments did not significantly affect the implementation of the reablement plan. **Conclusions:** After implementing changes in the operational guidelines for long-term care reablement services in 2020, users' satisfaction level with services declined significantly. Policymakers are advised to adopt a multidimensional approach to patient care and to not measure all professional service combinations by a single standard. Furthermore, policymakers should implement evaluations to assess the effectiveness of various combinations of service duration and frequency to ensure that service users with varying degrees of disability receive professional services that meet their needs. (*Taiwan J Public Health*. 2023;42(2):214-232)

Key Words: long-term care 2.0, home reablement, professional services

Department of Healthcare Administration, Asia University, No. 500, Lioufeng Rd., Wufeng, Taichung, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author E-mail: heliao@asia.edu.tw

Received: Dec 22, 2022 Accepted: Apr 14, 2023

DOI:10.6288/TJPH.202304_42(2).111124