



趙任民 · 陳燕禎 · 江禹嫻

壹、前言

國家發展委員會（以下簡稱國發會）推估，2018年我國將成為老年人口比為14%，成為高齡社會國家，2026年則成為超高齡社會國家，老年人口將超過總人口數20%（國家發展委員會，2016）。截至2017年9月底為止，我國65歲以上老人計有321萬8,881人，占總人口13.66%，老化指數（每百位幼年人口所當老年人口數）持續攀升，自2001年底42.33上升至2017年2月底首度破百達100.18（即老年人口數已超越幼年人口數），2017年9月底更升至103.66（內政部統計處，2017），我國人口高齡化程度愈趨明顯。而依據衛生福利部中央健康保險署報告指出2015年全人口失能人數76萬人，2031年快速增加至120萬人（衛生福利部中央健康保險署，2017）。另臺灣失智症協會進行之失智症流行病學調查估算：臺灣65歲以上老人共3,192,477人，其中輕微認知障礙（MCI）有586,068人，占18.36%；

失智症人口有253,511人，占7.94%，換言之，65歲以上的老人每13人即有1位失智者，而80歲以上的老人則每5人即有1位失智者（臺灣失智症協會，2017）。而遠距照護服務指居家/社區式和機構式二類遠距健康照護服務模式，發展創新科技化的照顧服務，期望帶動健康照護產業相關領域市場發展；此外也建置「遠距健康照護資訊平臺」，串連各種照護模式，為民眾提供連續性照護服務，服務對象以偏遠地區、醫療資源缺乏、照護需求高為優先（衛生福利部，2017）。而政府關注長期照顧（以下簡稱長照）2.0政策之下，將積極落實「在地老化」與「在家安養」的養老模式，並以社區照顧模式為基石，包含設置社區關懷照顧據點、日間照顧中心、瑞智學堂、家庭托顧等，並在偏鄉或照護資源較不足的地區也利用遠距健康照護模式，提供更多元的健康服務。

貳、相關文獻與理論探討

一、遠距健康照護之起源與發展現況

二十世紀中，歐美先進國家為因應人口老化，以及疾病所造成的醫療需求改變與醫療費用的增加，乃致力於遠距健康醫療的發展。遠距健康照護的定義因各國發展目標而不盡相同，一般來說，遠距健康照護是指：因無法就近照護有需求的民眾，則可藉由遠端技術，以通訊電信及資訊技術提供健康照護或社會服務給居家 / 社區 / 機構的民眾使用 (Kevin, 1996； Barnes, 1998；張曉婷，2009)。

遠距健康照護最早是從「遠距醫療」開始做起。發展之初，是透過電話諮詢，將重點放在偏遠地區的醫療服務。行政院衛生署在 1995 年開始試辦「遠距醫療計畫」，包括了醫學中心與偏遠醫療單位之間的遠距醫療，有成大醫院與省立澎湖醫院、臺北榮民總醫院與金門花崗石醫院以及臺大醫院與金山鄉衛生所，及與醫學中心之間的聯絡 (如臺大醫院與成大醫院間)。臺大醫院也在行政院衛生署輔助之下自 1996 年以 ISDN (全名為：Integrated Servicing Digital Network，整合服務數位網路) 進行院家庭醫學部對金山鄉衛生所的臨床教學訓練、重症病患即時會診和病情追蹤。1997 年推展教學門診遠距照會，提供網際網路 (Internet) 臨床資料庫檢索、醫學資訊查詢服務及試辦專科遠距照會醫療；同年也增加三軍總醫院與馬祖連江縣立醫院及臺北榮民總醫院與宜蘭縣衛生局間的遠距醫療，將臺灣整個離島的部分納入遠距醫療會診的先導系統計畫 (陸哲駒、陳恆順、鄭伯堦、賴金鑫，2004；吳昌政、林玕錚、孫子傑，

2013)。2007 年，建置國內首創的居家 / 社區式和機構式二大類的遠距健康照護，創新之科技化照護模式，期望帶動健康照護產業領導市場發展。另外，也建置「遠距健康照護資訊平臺」，將各種照護模式串連，服務對象以偏遠地區、醫療資源缺乏、照護需求高為優先，提供「連續性」照護。2010 年起，遠距健康照護服務擴大辦理，利用既有服務模式，於全臺北、中、南、東四區委託醫療照護機構進行複製和擴展，主責團隊包括臺北醫學大學附設醫院、財團法人彰化基督教醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院及臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院。服務對象以慢性病個案為主，提供居家式 / 社區式及機構式的服務，並發展因地制宜的創新照護服務，如氣喘、血友病照護，糖尿病照護及中風病患照護等。同時，推動遠距健康照護資訊交換標準，促進照護服務模式之間資訊轉介與資源整合，降低各照護模式與外部資訊系統間資源整合的複雜度，建立整合性的遠距健康照護服務網絡。

2011 至 2012 年，政府委託臺北市立萬芳醫院及高雄醫學大學附設中和紀念醫院設置北南二區遠距健康照護中心。2014 年，衛福部與縣市政府合作，於人潮聚集之公眾場所設立遠距生理量測據點，鼓勵民眾下載遠距照護一點通 App，協助民眾自我健康管理。2016 年成立遠距智慧健康照護服務發展諮詢小組。另依據遠距智慧照護政策，完成「推動 4G 智慧照護服務計畫」，包含執行「遠距智慧健康照護平臺建置計畫」、「智慧健康整合性糖尿病共同照護網服務計畫」及「智慧健康整

合性糖尿病共同照護網成效評估計畫」，使遠距健康照護服務從血壓量測數值管理深化至糖尿病疾病管理；遠距照護網站也增設媒合平臺資料庫，目前約有 114 家廠商資訊供查詢，促進彼此交流。該服務內容有：1. 遠距生理量測、2. 異常狀況提醒、3. 其他服務（衛生福利部，2017）。2017 年 11 月底，衛福部與縣市政府的衛生局合作辦理遠距健康照護服務計畫有 11 縣市，共計 1079 間據點，與醫療院所合作北中南東共計 14 間醫院，與社福團體合作北中南東共計 24 家（衛生福利部，2017）。透過高齡友善城市計畫已建置 966 個量測站，針對獨居老人，提供 1903 個居家遠距健康量測點，而遠距照護「一點通 App」也有近 6 萬位民眾註冊服務，並上傳超過 67 萬筆血壓與血糖資料（黃啟瑞，2017）。衛福部先前擬修訂《醫師法》遠距醫療規定，包括糖尿病等慢性病患、長照機構病人等，均可接受醫師遠距診斷、開藥，現又規劃將精神科患者納入、開放心理師網路諮商，預定 2018 年 3 月底前上路。（沈能元，2017.12.8）。雖然政府要透過修法，進行照護資源整合，因缺乏誘因，有意加入的醫院數量仍有限，形成愈偏鄉地區的醫療資源貧乏的現象。

二、相關文獻與理論應用

（一）遠距健康照護之相關研究

有研究指出，遠距居家照護系統的價值已擴大到人與人之間的溝通與關懷，子女、家人形成小型的家庭網路社群，共同關懷高齡者的健康（黃于珍、徐業良，

2013）。而讓銀髮族在熟悉的社區中使用照護資源，依據服務流程找到服務失效點有 7 個，包含找不到或拿錯安心卡、不會自己操作量測儀器測量血壓、不會自己操作量測儀器測量血糖及不確定數據是否傳送成功、量測儀器擺放位置背向門口、進出沙發區時，走道過窄，動線易受阻，量測完畢時也不確定數據能否傳送成功、未量測者，也擔心錯過健康管理師的關懷電話等（陳聰堅、段伴虬、謝敏惠，2014）。另有研究「社區型可移動式遠距健康照護服務系統之研發」文獻指出，該研發目的是為了提供高齡者在社會關懷據點，或社區長照站能夠有較佳的健康管理模式，希望在社區端生理量測設備具備血壓、心跳、血氧濃度、體重、體溫等生理量測功能，設計成可移動式且自動聯網，而醫院端遠距健康照護資訊平臺則考慮醫護人員之作業需求與習慣，以簡化操作程序，提供更優質的服務品質（黃啟瑞，2017）。故未來，除使用於社區關懷照顧據點，也將能配合長照 2.0 政策，推展 C 級（社區巷弄站）的健康照護服務，作為輕度失能與衰弱老人的資源連結和做為健康管理之工具。

（二）理論模式探討

1. 科技接受模式

「科技接受模式」（Technology Acceptance Model, TAM）是由 Davis 於 1989 年所創新提出以理性行動為其理論的基礎架構，認為接受新科技的外在因素進而影響了使用者，是透過認知信念與情感因素交錯而成，並使使用者在使用科技產品時進而產

生行為意向影響。Davis 並進一步認為信念會影響態度，態度會再影響行為意向，並轉為影響其實際行為。Davis 並對此兩個關鍵影響變數，知覺有用與知覺易用所下一定義如下：1. 知覺有用：是指科技產品使用者相信採用此一資訊系統，將有助於增進其在工作上的績效，當使用者發現系統對其有用的程度大大提高時，便會對科技系統持以正向的態度；2. 知覺易用：則是指使用者相信其所使用某種特定系統時，採以不需要付出努力的程度，故而知覺到該系統越容易學習時，便會對系統採以正向的態度 (Davis, 1989)。然而 Devaraj, Fan & Kohli (2002) 則將認知易用視為一成本的概念，而認知有用則是一種效益的概念。所以，「科技接受模式」，是一個科技產品產生，其符合人性需求，讓人感到方便易用時，便會對該項科技產品產生正向及接受的態度，反之該項科技產品則容易被市場淘汰。在此運用在老人身上，如果一項科技產品符合其需求，並且簡單易使用，則為老人接受度高，此科技產品便會廣為流傳，甚至口耳相傳，本研究即是運用科技接受模式來看老人對於科技產品之接受程度，及使用情形。

2. 健康信念模式

健康信念模式 (Health Belief Model) 起源於 1950 年代，從公共衛生服務隊的健康風險評估而來，以價值期待理論為出發，在經過長期的研究修正所發展的理論 (Rosenstock, 1974)，該模式也包括其他修正因素，如人口學背景、社會心理等因素都會影響健康動機和主觀感受，進而影響健康行為的表現 (蘇淑茵, 2012)；而

健康信念模式的主要概念伴隨著三種因素同時發生：1. 個人有足夠的健康動機或考量，突顯此健康議題或與自身健康有關；2. 個人自覺有嚴重的健康危機或疾病之後遺症，通常稱為健康信念中之自覺威脅性；3. 個人相信如果遵守特定的健康建議行為，將可達到降低疾病之威脅，故健康信念影響著健康行為的結果。由上可知，如果一位老人在健康亮起紅燈情況下，為了其健康著想，會願意接受科技產品的意願則大大提高。故本研究將依此兩種理論探討科技進入社區據點後，民眾對科技產品使用的接受度和健康行為的表現，並進行理論和實務的對話。

三、遠距健康照護運用於社區據點

長久以來，社會對老人所存在的刻板印象是貧、病、失能、無權、無角色等負面角色的綜合體，尤其社會結構變遷後，老人的家庭支持和照顧資源顯得薄弱，對於老人資源運用的觀念不足，造成獨居老人的遽增，因此如何提升社區照顧精神，運用社區照顧據點力量，使老人在家庭功能弱化之際，仍保有「健康老化」、「活力老化」的生活目標。隨著人口結構老化的結果，雖然各國對長期照顧的發展速度雖不盡相同，觀念與作法均依國情不同而有所調整，但從近二十年來各先進國家的長照政策改革趨勢中，不難看出長照服務發展模式均朝向「去機構化」方向邁進，以社區照顧模式來取代機構式照顧模式，結合家庭、鄰里，強化整體社會網絡，提供長者整合性及人性化照顧為宗旨。依據衛生福利部公布「老人狀況調查報告」顯示，

不論 55~64 歲者或 65 歲以上老人，對老年生活的期望與規劃居住方式，有 6 成 6 之 55~64 歲者希望老年（65 歲以後）時能「與子女同住」為最高，占 66.2%，其次才是「僅與配偶同住」占 18.5%（內政部統計處，2013）。鑑於社區照顧的重要性，行政院於 2005 年 5 月 18 日核定通過「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，以促進社區老人身心健康，發揮初級預防照顧功能，建立連續性照顧體系為目標，並結合有意願團體參與設置，由當地民眾擔任志工，發揮社區自助互助照顧功能，並落實在地老化和建立社區自主運作模式。全省設置社區照顧關懷據點截止 2017 年 3 月底止，已有 2321 個據點，直轄市以臺南市 322 間為最多，各地方縣市則以屏東縣 203 間為最多，據點是以「結合在地文化特色」、「結合社區產業發展」，辦理「課程多元學習」為發展，基本服務項目以「電話問安」、「關懷訪視」、「餐飲服務」及「健康促進」為主軸。依據 2016 年全國服務成果：關懷訪視有 1,767,882 人次、電話問安有 1,665,975 人次、餐飲服務有 5,847,841 人次、健康促進有 6,543,229 人次等（衛生福利部社會及家庭署，2017）。有些縣市政府已有遠距照護系統於社區使用，並希望能逐步推廣，但有很多的多社區裹足不前，其原因極值得探討。我國「遠距照護」時代的來臨，至 2017 年 3 月底止，目前約有 114 家廠商資訊供查詢，與衛生福利部與各縣市政府合作，正式建立起全國遠距健康照護服務網絡共 1118 處據點，但就此據點數看，目前偏鄉地區如苗栗縣、金門縣、連江縣、基隆市等尚

未完成遠距服務據點設置。推展科技養老和科技輔具的使用，是先進國家因應老人照護的趨勢（陳燕禎，2016）。因此，藉由科技介入社區，必須評估社區據點遠距照護使用結果，以發展長照社區化的模式。

參、研究方法與設計

一、研究方法

本研究採質性研究法之深度訪談法，研究對象為曾經使用遠距健康照護的社區老人為對象，以收集使用者觀點之深度資料。本研究除為了解遠距健康照護產品特色、使用需求情形與使用困難處，針對實際使用的老人群體了解遠距科技的正向作用及負向作用，作用的機制與影響，並剖析科技接受模式中的主觀內部因素和客觀外部因素的影響。

二、研究對象之選取

本研究採立意取樣，選取適合研究目標的社區為樣本，有目的的選擇資訊豐富之焦點研究，以期有效的取得所需資料。本研究係屬專案計畫研究，案內樣本均為參與本計畫實際加入會員，並操作實用。採取焦點座談，參與訪談的有 16 位，透過深度討論互動表達，以獲取老人使用遠距科技和照顧服務所面臨的困難和所採取的因應方式。16 位受訪樣本進行編碼（A1 至 A16），樣本中老老人（85 歲以上）有 2 位，中老年人（75-84 歲）有 6 位，年輕老人（74 歲以下）有 8 位。樣本性別男性為 4 位，女性 12 位；有慢性疾病史有 10 位，無慢性病有 6 位；擔任志工有 13 位，

無擔任志工僅 3 位。樣本特性見表 1

表 1. 研究樣本特性及編碼

代號	年齡	性別	婚姻	教育程度	居住	健康狀況	有無慢性病	擔任志工
A1	85 歲	女	喪偶	無	與子女住	良好	無	無
A2	83 歲	女	已婚	國小畢業	獨居	普通	心臟病	無
A3	74 歲	男	已婚	國小畢業	與子女住	良好	無	社區志工
A4	75 歲	女	喪偶	無	獨居	良好	無	社區志工
A5	83 歲	女	喪偶	國小畢業	與子女住	普通	高血壓 心臟病 神經痛	無
A6	71 歲	男	已婚	國小畢業	與子女住	尚可	吃中風藥	社區志工
A7	76 歲	女	喪偶	國小肄業	與子女住	尚可	高血壓 心臟病	社區志工
A8	85 歲	男	已婚	國小畢業	與子女住	尚可	高血壓	社區志工
A9	77 歲	女	喪偶	無	獨居	尚可	高血壓 心臟病	社區志工
A10	74 歲	女	已婚	國小畢業	與夫同住	尚可	高血壓 糖尿病	社區志工
A11	67 歲	女	喪偶	國小畢業	與兒子住	普通	無	社區志工
A12	69 歲	女	喪偶	無	獨居	良好	無	社區志工
A13	71 歲	女	喪偶	無	獨居	眼翳	顧肝藥	社區志工
A14	67 歲	女	已婚	無	與子女住	膝蓋欠佳	無	社區志工
A15	68 歲	女	已婚	國中	與子女住	良好	高血壓	社區志工
A16	75 歲	男	已婚	專科畢業	子女同住	良好	高血壓	社區志工

資料來源：研究者製作

肆、研究結果分析

一、遠距健康照護與實務之建構

遠距健康照護科技應積極融入銀髮族的日常生活照顧，介入功能希望結合「人性」、「環境」和「科技」三位一體，希望形成長者自我健康照顧，提高失能者的獨立能力，也減輕社會照顧成本，達到使用者、照顧者、產業界多方受益的「共好結果」（陳燕禎，2015），但如何應用遠

距健康照護做為發展社區長照的優勢，將長照社區化的推動具有省力的照顧協助模式，是當前的一個挑戰。茲將本研究結果分析如下：

（一）社區老人對遠距健康照護的使用情形

當遠距健康科技產品進入社區時，對社區老人是既期待又怕受傷害，因為學習新知可以獲得更多知能，但是若複雜

的科技操作，老人就興趣缺缺，以下就社區據點老人對科技產品的使用和接受度進行分析：

1. 遠距健康照護科技對社區長者而言較不習慣

從研究資料顯示，因社區關懷據點接受政府遠距照護試驗的合作計畫，因此有科技器材的安裝，鼓勵社區民眾可以去測量自己的健康指數，但在實際運作層面卻似乎存在落差，例如 A15 就說：「…社區關懷據點鼓勵我們，希望我們都每天去量測、打電話去關心老人，他們第一時間也會去關心，還有視訊功能，但我們就比較少使用」，顯示科技運用初期須考量長者的適應性議題。

2. 志工協助老人使用遠距健康產品

社區關懷照顧據點有志工或者是社區自身在投入社區服務時，透由志工協助老人使用健康科技器材使用，但在某些領域，超出社區使用的能力範圍時，則需要其他專業單位提供協助，例如社區與鄰近醫療單位的進行資源連結和合作，由醫療單位定期派員協助指導。

我們社區志工會彼此分派工作，教導老人使用健康科技的新器材…，如量完血壓後，我們做健康操 20 分鐘，再來就是每個月 00 醫院都會派人來健康講座，指導我們使用遠距健康產品等等。(A2)

3. 社區相互合作，教導志工和民衆

社區組織彼此之間也有資源的限制，因此需要互相合作、相互學習，例如 A3 分享有關於透過不同的體系提供志工訓練，以達到志工訓練的機會，A3 說：「…我們社區，就是全國第一個社區連結我們

的消防局的，請消防局來宣導，我們也把民眾要問我們的問題轉給他們來回答」，顯示社區居會運用社區現有資源，以協助社區居民。

4. 社區居民網絡學習，連結外部資源

社區照顧關懷據點，基於服務使用者的狀況，投入相關的資源，但是當服務使用者資源不足時，服務單位基於服務使用者需求，也會透過通訊軟體進行資源連結和協助指導，A11 就說使用科技產品的便利性和互動性：「…科技產品真的很方便，像我覺得用 LINE 真方便，現在減少許多電話費，真的是減少很多…，我有用 LINE，再來也有用『臉書』(facebook)，是這兩個工具我都有在用，這樣子和朋友沒有距離呀，因為孩子都在上班，…。」

5. 建立遠距健康照護的醫療合作平臺

遠距健康照顧是科技帶來的發展，也促成醫院與社區間的合作關係，透由與醫院的合作，使社區老人，甚至有長照需求的人可以得到健康照護。

其實遠距大概是這幾年才上來，我覺得這個是未來我們使用的、親民的設備來照顧我們，不一定其實也是老人家的健康，現在要求健康就要從年輕開始，像大腸癌為什麼會年輕化，所以從年輕時，就要健康管理。(A1)

(二) 健康信念模式與社區老人

1. 透過社區據點，傳達健康信念

社區照顧關懷據點的服務，不僅僅只是單一個人的力量，而是透過更多力量的投入及不同專業領域的投入，例如志工力量或是醫療體系的共同結盟行動，可以使得社區照顧力量更大，並將健康信念及

作法帶給社區居民，尤其是老人的健康管理，希望有更便利的雲端科技，獲得健康診斷結果，對無法出門的老人很有助益。

若在家透過手機，就能傳來醫院的健康診斷結果，這是對無法出門的人也很方便的，就像老師說的，是一個健康數據上的資料傳送管理，這對於不方便出門的老人有很大的幫助。(A10)

2. 分享社區資源和推廣遠距成果

受訪者表示，他們覺得自己的社區據點福利辦理不錯，他們也會利用遠距健康照護科技產品，主動上傳分享相關資訊，讓新成立的社區或其他社區據點都可以互相學習，但實務上不是所有社區都會懂得運用網路來宣傳社區。A9 就說：「…我們社區也有網站，會定期把我們社區活動訊息放在網站上分享，讓其他社區能相互觀摩學習」，顯示社區組織會運用網路科技來分享社區資源。

3. 遠距照護可藉助社區關懷據點凝聚強，使居民照顧彼此

社區人口雖然逐漸老化，但社區據點的健康老人會關心亞健康或失能的老人，由年輕老人照顧老老人，透過社區關懷據點相互關心，增進社區凝聚力，也增進健康管理的觀念，例如 A4 就說：「…昨天社區的志工就打電話告訴我，問我吃藥了沒？關心我有沒有健康？如果今天量的血壓不正常，志工也都會打電話來，甚至來家裡看看我們老人家，我很高興」，顯示社區關懷據點能夠發揮互助功用。

4. 遠距照護拉近獨居與失智者的關係

對新社區而言，社區照顧工作的執行是陌生的，如何學習運作的過程，需要很

長一段時間，否則社區資源就無法激發，造成社區照顧不足，尤其有些失智的獨老，是否用藥的問題，若無人社區志工關心就會忘記吃藥，由志工關懷用藥情形。

我有服務一個獨居失智的長者，我發現他的血壓一量高到 180，我們馬上通知他的子女，打電話叫他們送藥過來，因為他忘記吃啊！還有一個不是他忘記吃，而他把藥丟垃圾桶，我就通知他家人，要檢查垃圾桶的東西，結果找真的在垃圾桶裡找到藥，我們社區都有這些情況發生，有些老人家已經有點輕微的失智。(A6)

5. 社區遠距照護機器，培養居民健康管理意識

有些縣府與醫院合作遠距照護的模式是採用「健康照顧會員卡」，通稱會員卡，會員卡又分為「萬用卡」與「會員卡」兩種，若尚未成為會員者，則以萬用卡使用遠距健康照護機器，配合醫院也鼓勵社區老人辦理會員卡，更能掌握數據資料，但實際老人自我管理仍需再藉助志工來協助，例如 A12 就說：「…縣府與醫院合作建立會員卡制度，我們稱為「健康照顧會員卡」，就簡稱會員卡，又分為萬用卡與會員卡二種，還不錯用，會請志工來協助管理」，顯示健康照顧卡對長者而言，仍要多加宣導及協助。

(三) 老人科技使用需求與問題

1. 缺乏足夠專業人員提供照顧服務與協助

對於社區關懷照顧據點推展老人照顧而言，有些老人到社區關懷據點時，因據點只有志工，並沒有專業人員，尤其新成

立的據點也沒有提供遠距健康照護的指導與協助，所以使用科技產品過程發生問題就先填寫資料，再一起打電給專業人員協助回答，所以遇到問題都還需要等待協助的。

譬如說新成立的社區有科技產品問題要問我，專業問題我無法回答，我們只是志工，我們不是專業的，只會填寫電話、住址等資料，所以遇到什麼問題，我們就寫一寫，但我們會把這一份填寫好放在社區一個盒子內先集中起來，再打電話給專業人員來一起來回答問題。（A8）

2. 免費提供的遠距健康照護，可讓社區長者使用率增加

社區推動老人照顧工作，衛生局也會定期派員來做檢查，實際運作時，因免費名額有限，造成社區需要的人多而給的名額太少，造成老人有很大的埋怨，例如A14就說：「…我們剛開始裝這個遠距健康照護機器時，以為那個要機器量一次要一百五十元，很多老人就不要去量，結果後來開會時就有宣導，這個健康檢查測量是免費的，不用錢沒關係，現在就上百人都有牌子了（卡片）」，顯示對老人而言，免費科技產品對其誘因較大，且需求量相對較大。

3. 遠距健康照護維修要能便民

健康遠距照護機器是由○○醫院、中華電信、機器製造研發廠商共同合作提供試驗的，若是屬於醫護問題或機器故障無法自行排除，社區志工會打電話給醫院人員，醫院社工有時也會立即到社區協助，或機器問題就會打電話給維修廠商，若是網路問題，社區志工便打電話給中華電信

前來維修處理，所以還是屬於科技使用的「依賴階段」，例如A5就說：「…是機器的問題，還是有時候是中華電信的網路問題，專業人員他們會看，然後會跟我們志工說，需要去找哪個單位協助，所以機器使用有問題，我們一定要先報備」，顯示科技產品維修及維護工作較不便民。

4. 政府規定太多，造成遠距健康照護無法普遍進入社區

任何服務的提供和服務單位的成立，都需經過政府依據相關的法規進行審核和立案。目前相關法令對於遠距健康照護介入社區推展，仍無法獲得快速的使用。例如受訪者A7就指出，社區使用科技照護的美中不足之處，乃來自政府法規的限制，造成無法普及於社區。

我們會戴手錶，智慧手錶其實可以去測一個人的心情，甚至去測量心跳、脈搏等等，看您有沒有慢性疾病，這個都是國外都已經有在做的科技產品，但是我們都要跟政府申請，都要依法規一關又一關的審核，所以造成很多長照科技產品並無法很快進入社區，一切都要等到完成申請程序，才可開始使用。（A7）

（四）因應長照 2.0 政策，遠距照護應普投入社區照顧

1. 政府應大量投入遠距照護於社區照顧據點

有關政府與民間福利服務輸送體系，可以多將資源投入社區照顧關懷據點，並多投入福祉科技資源開發，還可增進生活的樂趣，但實務上卻尚未普及，例如A13就說：「…我們政府應該是可以研發一些

比較好的科技產品、適用的、親民的設備來照顧我們，讓我們每日生活都能簡易使用科技帶來的便利，讓科技產品也能夠帶來生活的『樂趣』，顯示科技產品應更投注更多資源及開發。

2. 遠距照護需有更多的醫院加入

有關遠距健康照護於社區的使用，需要有更多的實務工作者與醫院參與，尤其對於健康常識與知識的概念，才能夠在政策規劃上、執行上獲得效益，有便民與親民的幸福感，但在實務上對醫院較無商業利益，或政府未輔助，參與之遠距照護醫院則不多，例如 A7 就認為：「…我覺得遠距健康照護產品上，在規劃過程需要給予民間醫院單位更多參與，並讓科技產品能更有人性化、更親民便利，並有更多元的管道和互動，達成完全性的服務目標」，顯示遠距照護未能使各地區醫院全面投入遠距照護。

3. 遠距照護替社區長者健康把關

臺灣的社區照顧關懷據點不能止於問安服務、健康促進、送餐服務或辦理社區活動，應隨時依社區內的居民需求進行服務調整，各社區據點應該發展成為社區有一個長照服務的特色方案，並結合福祉科技產品，促使長輩能留在熟悉的社區內照顧，達到「在地化」和「就近性」的社區照顧原則，由醫療單位透過政府的要求全面啟動參與遠距照護。

要試驗遠距健康照護，我們從一開始是有五個社區加入，縣府還有我們都會一同去場勘試驗的場地，有些場地不適合，有一些樓梯無法進入，讓我們就會希望擺放這個照護機器，還有社區開放的時間希望可以

每天開放。今年我們又成立十個社區，希望透過社區特色遠距健康照護的注入，讓社區老人能充分運用與結合科技所帶給人們的便利性，為社區老人的健康把關。(A11)

4. 基層社政與衛政需緊密結合，創造社區健康

目前社區照顧關懷據點已經發展到與衛政醫療單位合作的例子，但是社會與衛政雖然在中央已是合併，但是其經費還是各自使用，沒有統籌單位，地方政府更是如此未有整合，如果透過遠距醫療的社區運用，使社區區民可以不用透過長途跋涉，即可就近在社區中獲得醫療服務，為社區居民提供健康照顧。

我發現很多社區都有，要看看運動器材是不是給我們擺好看，量完血壓後，我們還有做健康操，做 20 分鐘，我們社區都有固定這樣，每天就是量完血壓後有 20 分鐘舉行健康操，再來就是每個月醫院都會派人來健康講座，透過社區據點和醫療單位合作，讓我們都能夠享受到資源所帶來的好處，因為我們不需要知道上面資源是怎麼來的，只要知道，我們所要使用的，都可以獲得。(A4)

5. 政府補助經費逐漸限縮，需有民間醫療資源互補

社區照顧關懷據點可向政府申請經費補助外，但政府的補助其實有限，民間因此為了提供老人福利服務，是必須自行開發資源，並結合民間醫療體系進入社區，並向家屬宣導相關遠距健康照護使用，使家屬也能夠知悉使用方法，以瞭解父母身體健康狀況，但實際上家屬仍不知有此功能可以使用。

我們除了說使用者之外，家屬也可以去宣導，對那臺機器可以查詢，有您身份證後四碼，像我們很多老年人家屬兒子或女兒在外地工作，但是他們也很關心父母的身體健康狀況，可以上網查詢。（A9）

二、與理論對話

（一）遠距健康照護與科技接受模式對話

科技接受模式重點在遠距健康照護科技運用在社區時，老人的反應及感想，而本次研究結果發現，老人都對於政府將科技產品引進社區，讓他們身體健康可以定期受到照護及檢查，甚至可以透過遠距醫療就可以達到預防效果，都持認同及肯定態度，若機器使用都希望簡易易懂、易操作，當機器壞損時若維修服務能夠盡快修理，不致造成機器長時間無法使用，則願意接受度非常高。反之則會降低其使用意願。

（二）遠距健康照護與健康信念模式對話

以健康信念模式來說，個人自覺有嚴重的健康危機或疾病之後遺症，通常稱為健康信念中之自覺威脅性，但是如果健康受到監控，又能有正常社會參與，對自己健康則會產生信心，將可達到降低疾病之威脅，故健康信念影響著健康行為的結果。本次受訪者中，老人家對於自己健康能受到一定照顧及監控，並且又能走出自己的家，並且到社區參與活動，認識更多的老人，讓自己過得更加充實快樂，因此，對於自己健康方面則有信心可以自我監管及自我照顧，因此，對自己健康產生信心。

伍、結論與建議

一、結論

遠距健康照護系統運用在社區照顧關懷據點，目的是使家庭失功能透過社區得以延伸及協助，並藉助科技產品的介入協助，結合遠距醫療照護，讓社區老人可以就近、便利、輕量的使用簡易的健康管理檢測系統。文獻收集發現，由於我國遠距健康照護尚未普及，尤其在偏鄉地區，無法就近結合醫院及結合地點，也未能就近結合社區據點，並提供誘因，使民間醫院能投入遠距健康照護行列。而研究結果發現，遠距健康照護是受社區據點老人歡迎的，大部份社區志工和老人都願意嘗試遠距照護科技所帶來的便利性，結合社區關懷據點的福利和權益功能，使科技能發揮最大的照護功能，但從遠距醫療照護系統進入社區據點的試驗過程發現，老人使用科技希望有更簡單易學、易操作和必須要有免付費的使用特性，否則對老人來說，將會是一個的負擔。另遠距健康照護應用於社區發展脈絡，社區居民也喜歡創新的遠距「健康照顧會員卡」制度，透過健康照護科技機器就近照顧，但目前機器的故障率仍高，希望未來有迅速的維修支持系統，讓科技照護產品耐操又好用，也才達到科技協助照護和健康老化之目的。

二、建議

（一）獎勵研發遠距健康科技的實用產品

政府政策需獎勵研發老人遠距健康照護科技產品，除了前端（需求使用端）要

能便利使用、簡易操作外，並使後端（醫院）系統也能夠簡易便利操作。可鼓勵民間企業、大學院校相關科系研發、研究，使遠距健康照護科技能夠更符合人性化和簡易，讓老人方便操作使用，因為太複雜的功能，社區志工或銀髮族是不會使用的，如研究結果發現，遠距健康照護機器也具有視訊功能，但社區志工就比較少去使用。

（二）鼓勵地區醫院投入遠距照護，共同守護社區長者健康

醫院由於醫院系統一直是遠距健康照護的主要服務端，若地區醫院無法配合及投入遠距健康照護行列，將造成政府長照 2.0 的美意大打折扣，政府雖然要修醫師法，但是仍應提供誘因條件，如在健保對醫院或醫師給付上可增加健保點數，使其收入能增加，或納入醫院醫療評鑑項目之一，以主動投入遠距照護，透過後端醫療端來就近監控社區老人健康，如此，才能使遠距健康照護服務能徹底走向社區化。

（三）遠距醫療可依社會需求擴充功能

由於我國老化速度非常之快，加上城鄉差距及醫療設備不普及，偏鄉地區醫療設備缺乏，失能、失智人口正迅速增加，加上文明病精神疾病則成為現代文明社會常見的病症，人數也持續增加，尤其對於偏鄉地區的精神疾病問題政府力有未逮。政府因此，要經常回應社會需求，並依社會需要擴充遠距醫療及法令修正，使得遠距醫療可以方便協助偏鄉地區的居民，如此政府積極推動長照 2.0 才可真正符合民眾需求。

（四）遠距醫療照護及善用資源，可舒緩長照人力不足問題

長照 2.0 支持體系之建立，最終目的在於資源能夠迅速地傳至使用者手中，因此服務輸送體系的暢通、效率、回應就顯得相當重要。而長照 2.0 目前仍存在著城鄉差距及人力不足的問題，如果能有效運用遠距醫療照護，將可有效舒緩長照人力的不足問題。目前還有許多的問題，還需要溝通再溝通，才能依據本土化的需求發展規劃，發展完善的長照 2.0 模式，使長照服務更有效率地傳達到每個社區和巷弄。

（五）遠距健康照護設計應結合現有社交通訊軟體

科技產品的研發在便民利民，才會有人願意及繼續使用，政府應主動結合國人常使用的通訊系統，如 LINE 或 Facebook 臉書，由於此兩種通訊較為國人使用與普及，政府部門可結合 LINE 公司或臉書，並研發相關 app 程式，除了在社區使用外，並針對獨居老人或重病失能長照患者，使手錶、手機也能就近監控失能長輩生命跡象。

（本文作者：趙任民為中國文化大學國家發展與中國大陸研究所博士候選人、陳守仁孫學研究中心助理研究員、育達科技大學健康照顧社會工作系講師；陳燕禎博士為育達科技大學健康照顧社會工作系專任副教授；江禹嫻為育達科技大學健康照顧社工系講師；亞洲大學健康產業管理學系博士候選人）

關鍵詞：遠距照護、社區照顧、遠距醫療、科技接受模式、健康信念模式

📖 參考文獻

- 內政部統計處(2013)。《102 年老人狀況調查報告》。檢索日期:2017/04/01。網址:
http://www.mohw.gov.tw/cht/dos/statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4695。
- 內政部統計處(2017)。《106 年第 43 週內政統計通報》。檢索日期:2017/11/30。網址:
http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=12943。
- 國家發展委員會(2016)。《中華民國人口推估(105 至 150 年)報告》。檢索日期:2017/11/30。網址:
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。
- 衛生福利部(2017)。《衛生福利部遠距健康照護服務計畫》。檢索日期:2017/11/30。網址:
<http://mohw.telecare.com.tw/WebPages/Sidebar1/ProjectArea.aspx>。
- 衛生福利部社會及家庭署(2017)。《社區照顧關懷據點入口網站》。檢索日期:2017/04/01。網址:
http://e-care.sfaa.gov.tw/MOI_HMP/HMPe000/begin.action。
- 衛生福利部中央健康保險署(2017)。《長期照顧保險》,檢索日期:2017/12/20。網址:
http://www.nhi.gov.tw/Resource/Registration/4930_22.%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E9%A1%A7%E4%BF%9D%E9%9A%AA_10410.pdf。
- 臺灣失智症協會(2017)。《失智人口知多少》,檢索日期:2017/12/20。網址:
http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html。
- 沈能元(2017.12.8)。《精神科患者納入遠距醫療》。取自
<https://tw.appledaily.com/headline/daily/20171208/37867951>。上網日期:
2017.12.15。
- 吳昌政、林玕錚、孫子傑(2013)。(老人關懷零距離 -- 社區/居家遠距照護之發展及應用探討)。《臺灣老年學論壇》,第 17 期,頁 1-12。
- 陸哲駒、陳恆順、鄭伯壘、賴金鑫(2004)。(遠距醫療的發展與落實)。《臺灣醫學》,第 8 卷第 6 期,頁 826-831。
- 陳燕禎(2015)。《老人福利服務理論與實務:本土的觀點》。臺北:雙葉書廊。
- 陳燕禎(2016)。(從科技介入觀點探討老人長期照護系統)。《社區發展季刊》,153 期,頁 318-330。
- 陳聰堅、段伴虬、謝敏惠(2014)。(銀髮族使用社區遠距健康照護系統之服務藍圖及服務失效模式分析)。《福祉科技與服務管理學刊》,第 2 卷,第 2 期,頁 107-114。
- 張曉婷(2009)。(淺談臺灣之遠距照護)。《臺灣老年學論壇》,第 001 期,頁 1-10。
- 黃于珍、徐業良(2013)。(以社群網路為基礎建構個人化遠距居家照護系統)。《福祉科技與服務管理學刊》,頁 71-80。
- 黃啟瑞(2017)。(社區型可移動式遠距健康照護服務系統之研發)。《民生電子學術研討會》,2017.11.18。

- 蘇淑茵 (2012)。《應用健康信念模式探討中草藥保健食品食用行為 - 以屏東地區為例》。義守大學管理碩士在職專班論文。高雄市：義守大學。
- Barnes, N.M, Edwards, Rose, D.A.D, Garner, P. (1998). Lifestyle monitoring - technology for supported independence. *IEE Computing and Control Engineering Journal*, 9, 169-174.
- Davis, F. (1989) . Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarte*, 13:319-341.
- Devaraj, S., Fan, M. and Kohli, R. (2002) Antecedents of B2C Channel Satisfaction and Preference: Validating E-Commerce Metrics. *Information Systems Research*, 13, 316-333.
- Kevin D, Keith C and Paul G (1996). Three generations of telecare of the elderly. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2, 71-80.
- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model:explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F.M. Lewis,& B.K. Rimer (Eds.), *Health Behaviorand Health Education: Theory researchand practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 39-62.