

(新住民及其在臺家庭成員之醫療需求、困境及協處機制之研究) 新住民發展基金補助研究報告(110年度)

新住民及其在臺家庭成員之醫療需求、困境及協處機制之研究

新住民發展基金補助研究計畫成果報告

中華民國 112 年 1 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

新住民及其在臺家庭成員之醫療需求、困境及協處機制之研究

接受補助單位：致理科技大學

研究主持人：鄧旭茹 副教授

新住民發展基金補助研究計畫成果報告

中華民國 112 年 1 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

著作權授權書

茲同意授權內政部將本研究成果「新住民及其在臺家庭成員之醫療需求、困境及協處機制之研究」，進行典藏與無償再製利用，並得不限時間、地域與次數，以紙本或數位方式發行和出版，或進行數位化典藏、重製、透過網路傳輸，進行公開散布，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、瀏覽、下載或列印，以利學術資訊交流。

立授權書機關(團體)：

負 責 人： (請蓋章)

地 址： (請蓋章)

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

目次

目次	I
表次	IV
圖次	VII
摘要	VIII
第一章 緒論	1
第一節 研究緣起與背景	1
第二節 計畫重要性	4
第三節 名詞解釋	5
第四節 研究範圍與限制	5
第二章 文獻探討	6
第一節 美國醫療使用困境、相關需求與政府醫療協處政策	6
第二節 加拿大醫療使用困境、相關需求與政府醫療協處政策	13
第三節 澳洲醫療使用困境、相關需求與政府醫療協處政策	18
第四節 日本醫療保險制度概述	22
第五節 南韓醫療保險制度概述	24
第六節 中國大陸醫療保險制度概述	26
第七節 我國健保制度現況及新住民協處機制	28

第八節 我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與困境..	42
第九節 Andersen 醫療服務利用行為模與新住民傾向因素對醫療使用困難程度與就醫意願的干擾作用	46
第十節 本章小結	49
第三章 研究設計與實施.....	52
第一節 研究架構	52
第二節 研究設計與執行步驟說明.....	53
第三節 資料蒐集方法規劃.....	54
第四章 研究結果與分析.....	62
第一節 焦點座談結果	62
第二節 焦點團體座談內容分析與德菲法量表設計.....	92
第三節 新住民及在臺家庭成員健康狀況與醫療使用狀況分析	100
第四節 各題項的信效度分析	116
第五節 皮爾森相關係數分析	122
第六節 新住民與在臺家庭成員在醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求之關係探討	123
第五章 結論與建議	129
第一節 結論	129

第二節 建議.....	141
參考書目	150
中文文獻	150
英文文獻	153

表次

表 2-1 未設籍新住民可享有之衛生福利措施一覽表	31
表 2-2 各國新住民醫療使用困境、相關需求與醫療協處政策比較.....	50
表 3-1 計畫分層抽樣比例分布統計	58
表 3-2 計畫步驟與期程規劃	61
表 4-1 第 1 次至第 4 次焦點團體座談會專家學者名單.....	63
表 4-2 第一次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料	65
表 4-3 第二次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料	71
表 4-4 第三次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料	77
表 4-5 第四次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料	83
表 4-6 醫療機制使用情況及面臨之困境分析	90
表 4-7 四分位差之一致性程度	97
表 4-8 前測實際分層抽樣比例	100
表 4-9 計畫分層抽樣與實際樣本分布差異比較.....	100
表 4-10 人口學特徵	101

表 4-11 覺得頭痛或是頭部有壓迫感的部分	102
表 4-12 覺得睡眠品質的部分	102
表 4-13 覺得許多事情是個負擔的部分	103
表 4-14 常感到緊張不安的部分	104
表 4-15 覺得生活毫無希望的部分	106
表 4-16 有無疾病	107
表 4-17 醫療機構的使用頻率	108
表 4-18 就醫習慣	108
表 4-19 就醫訊息來源管道	109
表 4-20 健保是否有幫助	109
表 4-21 人口學特徵	111
表 4-22 覺得頭痛或是頭部有壓迫感的部分	112
表 4-23 覺得許多事情是個負擔的部分	113
表 4-24 常感到緊張不安的部分	113
表 4-25 有無疾病	114
表 4-26 醫療機構的使用頻率	114
表 4-27 就醫習慣	115
表 4-28 健保是否有幫助	115
表 4-29 前測量表信校度分析(N=60)	116

表 4-30 新住民醫療量表信校度分析(N=1176).....	118
表 4-31 新住民在臺家庭成員量表信校度分析(N=100).....	120
表 4-32 皮爾森相關係數分析	122
表 5-1 我國新住民及其在臺家庭成員醫療困境及醫療協處措施運用困境 分析.....	132
表 5-2 現行醫療協處措施改善建議.....	133
表 5-3 不同健康狀況新住民及在臺家庭成員在醫療困境、醫療協處改善 措施與醫療使用需求關係比較表	136
表 5-4 我國與各國新住民醫療使用困境、相關需求與醫療協處政策比較 表	138

圖次

圖 2-1 Andersen 醫療服務利用行為最初模型 (1960 年代)	46
圖 2-2 Andersen 醫療服務利用行為修正模型 (1992 年)	47
圖 2-3 2014 前五大移民融合政策指數的國家	49
圖 3-1 計畫研究架構	52
圖 3-2 計畫設計與執行步驟	53
圖 4-1 新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求線性結構方程式 結果	124
圖 4-2 健康程度狀況較佳的新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用 需求線性結構方程式結果	125
圖 4-3 健康程度狀況較差的新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用 需求線性結構方程式結果	127
圖 4-4 在臺家庭成員醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求線性結構 方程式結果	128

摘 要

關鍵詞：新住民、醫療困境、醫療協處改善措施、醫療使用意願、健康行為模式

一、研究緣起

現象顯示新住民在使用醫療照顧機制時常面臨許多困難性，導致至醫療機制使用不佳的問題。我國政府雖提出許多相關的協處措施來降低新住民的就醫困難程度，然而鮮少有針對我國提供的新住民協處措施進行成效檢視。爰此，本計畫首要目標在探討(1)新住民及其在臺家庭成員之醫療機制(如長照、喘息服務等)使用情形、困境及相關需求(2)新住民對於醫療健康知能訊息之來源、落差及因應措施(3)研提新住民及其在臺家庭成員之醫療協處機制及政策建議。

二、研究方法及過程

本計畫首先蒐集美國、加拿大、澳洲等先進國家所提供之新住民醫療使用困境、相關需求與各國政府醫療協處政策進行比較。並藉由質性研究，進行4場次12位專家學者以及48位新住民與在臺家庭成員的焦點座談，深入了解新住民及在臺家庭成員在醫療機制使用情況與醫療協處措施使用困境；亦藉由得菲法進行量表設計。再藉由量性研究，進一步發放60份前測及1,176份全台灣新住民與100份在臺家庭成員有效問卷共1,336份，針對不同健康狀況新住民及在臺家庭成員進行醫療困境、醫療協處改善措施與醫療使用需求關係之比較。

三、重要發現

研究結果顯示目前新住民仍遭遇就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境、健康涉略不足、文化與經濟落差等三大醫療困境，本計畫提出數項醫療協處改善措施，如：可建立「新住民友善門診及看診陪伴制度」；強化「醫療通譯培訓課程以及資料庫之完整性」，「建置完善用藥標示(以圖示表示)」等措施，而本研究結果亦顯示，此協處改善措

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

施可有效提高新住民的就醫使用需求，然而，研究結果亦顯示健康涉略不足、文化與經濟落差會顯著降低對醫療使用需求，反映出目前相關協處措施並未有效傳達到新住民，導致政策的傳遞產生落差，因此，本研究建議可仿效各國在完善社區支持之醫療協處措施(包含：完整的網站說明、手冊說明，並結合不同的政府網站進行連結)，方能真正提高新住民醫療使用需求。

第一章 緒 論

第一節 研究緣起與背景

一、研究緣起

近年來我國新住民人數大幅成長，根據 2022 年 7 月的數據顯示，目前我國新住民為 57 萬 3,375 人，佔臺灣人口 2319 萬 64 人的 2.47% 以上，在數年前已超越原住民成為我國第五大族群，如何提升新住民的醫療照顧需求，已經是目前刻不容緩的重要議題(內政部，2022)。然而，目前新住民在使用醫療照顧機制時常面臨許多困難性，導致新住民在醫療機制使用狀況不佳(王素美等人，2011)，例如：婚姻移民的女性新住民常因健保投保期銜接問題或語言障礙而不願意就醫(龐浸醛，2020)。此外，林津如(2016)提出婚姻移民的女性會因面臨文化衝突，又難以言說，因而降低其醫療機制使用意願，尤其在懷孕時，多不願接受產檢。再根據賽珍珠基金會在 2013 年 4 月所做的問卷調查顯示，超過 6 成的受訪新住民媽媽的醫療資訊主要來自醫院診所，但有 2 成表示看不懂醫院診所的衛教文宣，2 成表示不知如何發問或尋求協助(陳清芳，2013)。而此現象亦發生在工作移民的新住民上，例如：工作移民不願意就醫是因為其無法認同台灣的醫療技術，他們寧願用從家鄉帶來的藥，也不願意花錢去看醫生。有時則因為想法保守，不願意在台灣就醫，寧可申請會家鄉就醫(曾翌捷，2018)。Kuana, Chenc & Lee(2019)根據我國工作移民進行相關調查發現，我國雖然近 91.9% 的移民都在全民健康保險的照護下，但研究結果顯示新住民仍遭遇相當的醫療困境，例如：在台灣大多數的工作移民皆是來自東南亞地區，因此語言溝通及文化適應成為工作移民就醫時兩大主要障礙。上述現象皆顯示新住民會因為各種就醫困難導致無法善用我國的醫療機制，導致至醫療機制使用不佳的問題。為此，我國政府雖提出許多相關的協處措施來降低新住民的就醫困難程度，例如：針對語言不通的問題，我國政府提供通譯人員協助新住民就醫，並提供醫療車進行偏鄉新住民的醫療關懷，或者提供一些線上衛教資訊供新住民使用，然而檢視現有文獻，目前鮮少有針對我國提供的新住民協處措施進行成效檢視，亦未探討這些協處措施

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

是否能有效提高我國新住民的醫療使用情況。Kuana *et al.* (2019)雖提出我國政府可針對語言不通的問題，強化我國醫療通譯服務以及相關醫療翻譯資訊，然其研究結果乃針對工作移民進行探討，我國新住民仍屬婚姻移民，在本質上仍與工作移民有所差異，是否能將此研究結果含括至新住民身上則不得而知，有進一步探究之必要。再加上，我國目前的新住民多以婚姻移民的女性為主，這些婦女不僅擔任照顧下一代(新住民二代)的責任，亦必須擔任起照顧家中老年者的義務，若忽視這些新住民因面臨其困難而不願意使用我國醫療機制的問題，不僅造成因新住民小病拖延成大病，更會造成新住民及其在臺家庭成員延後就醫等更嚴重的問題產生。爰此，本計畫首要目標在檢視我國新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況以及檢視我國現有新住民的醫療協處措施之成效。

有關新住民的醫療使用困難程度的相關文獻，文獻指出適應不良(negative acculturation)、健康知能訊息不足(limited health access)及收入不平等(income inequality)為造成新住民健康軌跡(健康狀況)不佳的三大主要原因(Hanley and Shragge, 2009; Bakhtiari, 2018; Maskileyson, 2019)。首先，目前文獻探討的主要觀點，多以適應不良為新住民面臨醫療使用困難最主要原因，Bakhtiari (2018) 提出因為新住民在面臨文化衝擊下，多因為適應不良，壓力較大，因而造成其健康狀況較低落。然而，文獻雖提出新住民因適應不良導致壓力過大進而造成身體不好，文獻卻無法充分解釋新住民醫療機制使用情況偏低的問題，是否是因為新住民適應不良，壓力過大而不願就醫，仍需進一步檢視之間的關係。再者，研究提出收入低落為新住民所遭遇到的第二的主要困難，Maskileyson (2019)提出新住民多由經濟較差國家移民到經濟條件較好的國家，當新住民本身的謀生技能及適應能力不及本地人士，因此令新住民不少停留在社會較低階層，其飲食習慣也會隨之改變，例如：食用較便宜但營養價值偏低的食材(Abraido-Lanza *et al.*, 2005)，導致健康狀況變差。或者是因為支付不起當地昂貴的醫療保險費用(Hanley and Shragge, 2009)，導致健康狀況較差，尤其在其他國家需要支付龐大的醫療費用時，此狀況尤其嚴重。上述文獻雖提出收入低落為造成新住民健康狀況不佳的原因，但台灣實施全民健保已多年，民眾僅支付少額的保費及相關費用，再者，我國部份新住民是從所得較高的國家移民過來，其收入水準在我國平均水準之上，在此情況下，收入不平等是否

會提高我國新住民醫療使用困難程度，因而降低我國新住民的醫療機制使用率則不得而知。最後，文獻指出健康知能訊息來源不足(limited health access)，其包括缺乏健康專業知識與語言溝通問題為新住民所面臨的第三大主要困難，例如: Hanley and Shragge (2009) 提出因為語言溝通的障礙導致新住民健康狀況不佳。前人文獻雖提出新住民溝通困難性或缺乏專業醫療知識，會造成新住民的健康狀況不佳，但以我國醫療體系來說，目前政府已實施的通譯人員協助看診制度，誠如先前所言，若我國政府已提供的相關協助看診制度，是否語言溝通障礙仍為新住民使用醫療協處措施狀況偏低的主要原因，仍需進一步探究。綜合現有文獻所提出新住民所遭遇的醫療使用困難程度，目前文獻仍無法充分解釋新住民在遭遇其醫療使用困難程度後與醫療協處措施使用意願低落的情況，再者，現有文獻僅針對新住民的健康軌跡進行探討，多以自我健康評估健康飲食狀況進行衡量，此資料蒐集多以總體的統計數據來進行分析，較難得知新住民個體的心理反應，由於健康軌跡並不等於醫療機制使用狀況，並無法用健康軌跡來解釋我國新住民醫療機制使用率不佳的問題，因此，仍需進一步檢視我國新住民及在臺家庭成員是否會因文化適應不良、健康知能訊息不足及收入不平等進而降低我國醫療機制使用狀況？本計畫亦將進一步探究我國新住民及在臺家庭成員在醫療協處措施的現有困境為何？及是否有相對應的因應措施？

二、研究動機與目的

為進一步深入了解新住民是否因其他因素影響其就醫意願，檢視文獻發現，Andersen (1995)提出傾向因素(predisposing characteristics)會影響民眾對可使用資源的分配，進而影響健康服務的使用與選擇，為進一步檢視新住民的哪些傾向因素會對新住民的就醫決策行為，本計畫進一步檢視現有文獻發現，新住民的感知的健康狀況(Maskileyson, 2019)會對新住民的醫療使用困難程度產生明顯的影響。根據感知的健康狀況的相關文獻，Maskileyson (2019) 提出當新住民的來源國經濟收入較差時，會因為收入較低落而產生間飲食不正常，健康狀況較差。Bakhtiari (2018)則提出來源國與移民國文化差異較大時，容易產生適應不良的問題，進而造成新住民健康狀況較差。上述文獻雖指出新住民的健康狀況會影響新住民的醫療使用困難程度，甚至是健康狀況。但文

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

獻仍無法充分回答，這些傾向因素(即:健康狀況)如何影響醫療使用困難程度與醫療協處措施使用意願之間的關係。再者，根據 Andersen (1995)的論點，傾向因素(predisposing characteristics)會影響民眾對可使用資源的分配，進而影響健康服務的使用與選擇，根據此觀點，新住民在不同健康狀況下，如何因面臨這些醫療使用困難程度而影響其資源分配進而影改變其醫療機制使用情況及善用其醫療協處措施，目前仍尚未有文獻能回答此問題，有鑑於此，本計畫進一步檢視為新住民的傾向因素(健康狀況)如何影響其醫療機制使用情況與使用醫療協處措施的意願？

綜合上述所言，本計畫主要的研究目的為：

- 一、探討我國新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況以及我國現有針對新住民的醫療協處措施之成效。
- 二、檢視我國新住民及在臺家庭成員是否會因文化適應不良、健康知能訊息不足及收入不平等進而降低我國醫療使用狀況？探究我國新住民及在臺家庭成員在醫療協處措施的現有困境為何？及是否有相對應的因應措施？
- 三、探討新住民的健康狀況如何影響其醫療機制使用情況與使用醫療協處措施的意願。

第二節 計畫重要性

現象顯示我國新住民在使用我國醫療機制時，常面臨許多困難導致醫療機制使用率偏低。為此，我國政府雖提出許多相關的協處措施，然而現有文獻鮮少有針對我國提供的新住民協處措施進行成效檢視，亦未探討這些協處措施是否能有效提高我國新住民的醫療使用狀況。再加上，我國目前的新住民多以婚姻移民的女性為主，這些婦女不僅擔任照顧下一代(新住民二代)的責任，亦必須擔任起照顧家中年者的義務，若忽視這些新住民因面臨其困難而不願意使用我國醫療機制的問題，不僅造成因新住民小病拖延成大病，更會造成新住民及其在臺家庭成員延後就醫等更嚴重的問題產生。爰此，本計畫首先蒐集美國、加拿大、澳洲等先進國家所提供之新住民醫療使用困境、相關需求與各國政府醫療協處政策進行比較。再辦理 4 場次焦點座談會，利用焦點座談的結果瞭解目前新住民在醫療機制使用情況具備那些困境外，並深入瞭解新住民對我國既有醫療協處措施之成效看法。之後，再藉由 1,176 份問卷調查，針對不同健康狀況新住民檢視不同健康狀況對我國既有醫療協處措施成效。本計畫最後則根據文獻蒐集結果(美國、加拿大、

澳洲等各國政府所提供之醫療協處政策)以及實證分析的結果，給予我國政府相關醫療協處的未來政策建議。本計畫根據亦 Andersen (1995)的論點，提出新住民在這些傾向因素下(即:健康狀況與移民種類)，在面臨醫療使用困難程度時，會依據有限資源分配理論，會理性分配有限的資源，因而改變其醫療機制使用意願。因此，本計畫建議必須針對新住民的健康狀況進行醫療協處措施差異化策略，才能真正改善新住民醫療機制使用情況偏低的問題。

第三節 名詞解釋

1. 新住民: 根據「新住民發展基金收支保管及運用辦法」第 1 條規定所稱新住民係指臺灣地區人民之配偶為外國人、無國籍人、大陸地區人民及香港、澳門居民等
2. 醫療機制(又稱醫療照護機制): 泛指整體醫療照顧體系，但其不僅包含硬體設施，甚至包含軟體，如:醫療政策制定及相關協處措施，甚至包含資源的流動(鄭雅穗、盧以詮、鄭雅文、李松澤，2019)。由於此名詞過於廣泛，目前多以醫療協處機制為主要論述，其多針對如何針對病患需求提供完善的配套措施，提高其醫療使用需求。

第四節 研究範圍與限制

本計畫根據 Andersen 的醫療服務利用行為模式為理論基礎，蒐集美國、加拿大、澳洲等先進國家醫療協處政策，並藉由 4 場次 12 位專家學者以及 48 位新住民與在臺家庭成員的焦點座談及 1,176 份全台灣新住民與 100 份在臺家庭成員有效問卷共 1,336 份，針對不同健康狀況(傾向特性)新住民及在臺家庭成員進行醫療困境、醫療協處改善措施與醫療使用需求關係之比較，並根據實證結果給予我國政府未來相關醫療協處政策建議。然本計畫仍尚未涵蓋 Andersen 醫療服務利用行為模式，即:社區結構或社區支持，甚至社經背景差異等外在環境因素，再者，傾向特性仍包含相當多因素，若僅以健康狀況進行分析，恐無法完全解釋新住民之醫療使用狀況。最後，本計畫僅針對美國、加拿大、澳洲進行完整文獻回顧，然而其他國家之相關做法亦值得借鏡，建議後續研究可進一步探討。

第二章 文獻探討

第一節 美國醫療使用困境、相關需求與政府醫療協處政策

對許多國家而言，新住民移民政策為國家政策相當重要的一部份，在過去的 20 年中，許多來自亞洲、拉丁美洲和東歐中等國家的新住民移民至美國、澳大利亞、英國和加拿大，例如，到 2050 年，美國預計將從 3.2 億增長到 4.58 億 (Colby & Ortman, 2015)，其中 1.36 億是新住民 (Ortman & Guarneri, 2009)。其中，亞洲移民為美國新住民中所佔比例增長最快，然而，針對亞裔美國人的健康研究卻相當不足，反映出新住民的嚴重健康差異。過去文獻更指出，在許多慢性病（包括癌症、心臟病和心理健康問題）的亞洲移民中，健康狀況的確存在一定性的差異 (Nadimpalli & Huhinson, 2012)，而導致健康差異的因素包括：健康素養不足、文化和語言因素以及歧視認知 (Clough, Lee & Chae, 2013)。如果不能有效解決這些因素，將會給造成美國醫療體系相當巨大的成本，因此，如何瞭解這些新住民的健康需求，進而制訂更完善的新住民衛生體系不僅成美國重要的議題，亦成世界衛生組織相當重視的議題。本節將簡述美國健康保險暨醫療體系概述、美國健康保險針對新住民就醫相關規定及協處機制與美國新住民醫療機制使用狀況與困境。

壹、美國健康保險暨醫療體系概述

Medicaid、Medicare、軍人醫療保險、和軍人眷屬醫療保險是由美國政府提供經費的四項醫療保險計劃，前兩項的管理是由位在馬里蘭州巴爾的聯邦醫療保險和聯邦醫療補助服務中心 (CMS) 負責。Medicare 是一項由聯邦政府負擔經費的社會保險計劃，主要的對象是老年人口，與 Medicaid 不同。Medicare 這個計劃包括四個部分，分別為住院保險 (Part A)、門診保險 (Part B)、商業醫保公司提供的醫保優勢項目 (Part C) 以及 2006 年 1 月開始實施的處方藥計劃 (Part D)。Medicaid 除了聯邦政府提供經費之外，各州也提供 (最多高達經費的一半)。

Medicaid 是一個聯邦政府和州政府共同合作的計劃，為收入和資源有限的某些人士補助他們的醫療費用。享受醫療補助的人可能會獲得醫療保險未承保或僅部分承保的

服務，例如：養老院護理、個人護理、醫療服務運輸、家庭和社區服務以及牙科，視力和聽力服務。關於申請 Medicaid 的資格，每個州都有不同的規定。如果您在所在的州有資格獲得 Medicaid，您將自動獲得「額外的幫助」來支付您的 Medicare 處方藥物保險（D 部分）（美國衛生與人類服務部，2020）。Medicaid 與 Medicare 不同，是經過經濟狀況調查來決定適用者的資格，配合需求的社會福利或社會保護計劃，而不是一種社會保險計劃。受益的資格極大部分取決於收入程度。主要標準是針對那些收入和財務資源皆有限的人，這些標準在核定 Medicare 覆蓋時不發生影響。Medicaid 與 Medicare 相比，提供的醫療服務涵蓋範圍更廣泛。

《患者保護與平價醫療法案》（PPACA，或稱 ACA）把 Medicaid 的資格，以及聯邦的費用都大幅擴張。PPACA 法案，所有收入不超過貧窮標線 133% 的美國公民，以及有資格的非公民，包括無受撫養子女的成年人，只要住在參與 Medicaid 擴張的州，都可受到覆蓋。有些人同時符合獲得 Medicaid 和 Medicare 的資格，被稱為 Medicare 雙重合格。在 2001 年，大約有 650 萬人同時具有 Medicare 和 Medicaid 的資格。在 2013 年，大約有 900 萬人同時具有這種雙重合格的資格。歐巴馬總統在 2010 年簽署《患者保護與平價醫療法案》，該法案包括個人強制保險規定（individual mandate），即每個美國人都必須擁有醫療保險（否則就支付罰款）。2021 年頒布的《美國救援計劃法》（ARPA）通過暫時增加和擴大通過健康保險市場購買健康保險的補貼資格，進一步增加了獲得健康保險的機會。

一、美國全民健保制度特色

儘管美國與許多其他工業化國家相比，其醫療保健支出佔其經濟的比例幾乎是其他國家的兩倍，美國的醫療保健系統在成本和健康方面仍被歸列為較差的國家之一。在一項將美國與其他 13 個高收入國家進行比較的研究中，美國人的預期壽命最短、嬰兒死亡率最高、肥胖率最高、至少兩種慢性病的患病率最高，死亡率更高(AAFP, 2020)。

美國最重要的醫療特色為其家庭醫生制度(Primary Care Physician，簡稱 PCP)，類似我國的診所制度，為美國醫療體系第一線接觸衛生服務的窗口，有助於病患進入醫療衛生系統其他的部分(AAFP, 2020)，更重要的是家庭醫生為美國服務不足的農村和城市提供了大部分醫療照護，實現以人為中心，以團隊為基礎，與社區保持一致的衛生照護，旨在實現更好的健康、更好的護理和更低的成本(AAFP, 2021)。美國的家庭醫生一般會

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

在醫院或者醫療機構掛名，也有自己開診所的，平時在辦公室上班，有出診需要就會登門服務，除了診斷和治療疾病外，美國家庭醫生亦須提供預防保健，包括：常規檢查、健康風險評估、免疫接種和疾病篩查，以及保持健康生活方式的個人化諮詢。美國家庭醫生亦管理慢性病，經常協調與其他專科醫生相關醫療照護。與其他專科醫生不同，美國的家庭醫生是唯一有資格治療大多數疾病的醫生，並為從新生兒到老年人等所有年齡段的人提供全面的醫療保健。從心臟病、中風和高血壓到糖尿病、癌症和哮喘，家庭醫生為美國民眾的健康問題提供持續性的個人醫療護理，包含：初級保健活動，如臨床預防服務、早期診斷和治療、健康促進和健康宣傳，加強了公共衛生活動(AAFP, 2021)。

家庭醫生在整合初級保健和公共衛生方面的作用將非常重要，因為家庭醫學有望成為新醫學文化的領導者。衛生系統以及教育機構的任務是提供和促進社區衛生。而美國家庭醫師學會(簡稱 AAFP)，不僅讓其成員了解將初級保健與公共衛生相結合的重要性，並與當地衛生部門和社區服務的成功整合可以發揮出家庭醫生的實踐資源，用於以患者為中心的醫療衛生服務。此外，在大流行或疾病暴發期間，初級保健與公共衛生之間的密切聯繫有助於有效傳播指導、用品、檢測、接觸者追蹤和疫苗。家庭醫生在初級保健和公共衛生整合中的作用將是顯著的(AAFP, 2020)。

在美國，請家庭醫生治病的花費也相對較小。問診結束後醫生會出賬單，病人先拿著賬單去保險公司請款，之後再支付自費額部分。根據病患醫療保險種類不同，報保險請領的範圍與比例亦不同。聘請家庭醫生請款比例金額較高，一般約為 60%；如去保險公司簽約的醫院看病，請款比例可能只剩 40%；而如果去保險公司非簽約醫院看病，可申請到的比例更低，可能只剩 20% (新華網，2018)。

二、美國醫療保險對象

美國醫療保險對象主要可以區分為兩類：

(一) Medicare 適用於 65 歲或以上的人，殘疾的年輕人和終末期腎病患者（需要透析或移植的永久性腎衰竭）。醫療保險有兩個部分，A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險）。如果年滿 65 歲，並且您或您的配偶工作並繳納了至少 10 年的醫療保險稅，則有資格獲得免保費 A 部分。

(二) Medicaid，主要是以低收入戶中 65 歲以上長者、19 歲以下的孩童、孕婦、殘障者、照顧兒童的父母或成人、無撫養子女的成人（在某些州）為主要對象，其保障內容則比「聯邦醫療保險（Medicare）」更廣。特別注意的是在低收入戶資格認定部分，當事人必須先具備美國公民或具有合法居留身份（基本上需居留已超過 5 年）的基本條件。

三、美國醫療保險制度優劣勢分析

(一) 優點

美國的醫療制度受眾範圍是比較廣泛的，儘可能的去保障每一個人的生命安全，讓他們在足夠的條件下享受醫療保險帶來的福利。美國的醫院和藥房分開的，在美國推出的處方藥物計劃中，可以讓大部分人以較低的價格購買藥品，同時在醫療保險的保障下，醫院的治療費用也是比較少的，所以價格相對來說是比較實在的。不管是公共醫療設施還是私立的醫療設施完善程度是很好的。通常公立的醫院大多數時候都是免費的，這樣的準備也是為窮人所考慮（居外網，2018）。

(二) 缺點

美國許多民眾就算生病也不願前往就醫，寧願自行前往藥房購買成藥，其中的原因便在於看病時昂貴的醫療費用。即便有付錢購買醫療保險，若是醫療費用未超過保單規定的最低自付額度（deductible），病患仍需要全額支付這些醫療費用。超過自付額的支出，保險公司才會按照保單的規定，替病患承擔大部分比例的費用，但民眾仍然必須負擔少部分的共同承擔額（co-insurance）。直到自付總額度超過年度上限（out-of-pocket maximum），所剩費用才由保險公司全額支付（潘柏翰、朱家儀，2020）。

(三) 社區支援系統

美國社區衛生中心（Community health center, 簡稱 CHCs）和地方衛生局（Local health departments, 簡稱 LHDs）長期以來一直是新住民重要的醫療支柱。文獻提出「社區參與」可有效降低健康差異，主要目的在藉由社區成員對社區的成員的

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

瞭解，結合專業相關知識以降低新住民健康差異的問題（Wallerstein & Duran, 2010）。研究同時提出「社區衛生工作者」成功地修補了社區與醫療機構之間的鴻溝，與個人，社區服務機構和地方政府合作，改善了新住民的融合（Katigbak *et al.*, 2015）。「社區參與」在美國主要針對低收入移民和有色人種移民（Israel *et al.*, 1998），必須需建立在與新住民分享社區資訊的原則下，鼓勵所有社群成員共同參與以及建置相關分享資訊（Israel *et al.*, 1998）。換言之，新住民成員必須與社區衛生工作者以及學術研究合作夥伴的目標均一致，共享所有獲得的資訊。

Ambegaokar (2015)亦提出幾項美國針對新住民在社區協助相關實務建議，以確保新住民在語言和文化上能獲得實質上的助益。茲將相關適用於我國的建議列舉如下：

（一）對新住民居住社區進行教育和文宣，以消除恐懼，並鼓勵新住民使用所有可使用之公共衛生服務。

1.在文化和語言上對新住民患者進行適當的文宣和教育，使他們瞭解移民不論其身份如何都可以獲得的醫療服務和計畫。例如：可聘僱新住民作為健康教育者。以幫助該國新住民。

2.發展對新住民完善的資料，消除對公共醫療的恐懼。

（二）評估和培訓當地診所工作人員，以解決移民知識方面的差距。

1.對當地診所工作人員和新住民患者進行調查，以瞭解他們對當地診所工作人員對新住民尋求醫療、護理障礙的認識和理解。並研擬制訂降低相關障礙的培訓計畫。

2.與當地社區健康工作者或新住民組成的文宣小組合作，制訂新住民健康方案和培訓課程。

3.針對新住民最常接觸的新住民意見領袖、社區義工、當地診所工作人員（包括櫃台）提供相對應的培訓。

4.將新住民患者與社區中健康工作者或文宣小組連結起來。

（三）新增門診急診醫療補助的篩檢和使用。

1.與當地醫療機構合作，簡化緊急醫療補助服務程序。

2.培訓當地醫療機構服務人員，讓他們瞭解新住民常見的醫療問題為何。

(四) 提高文化能力和語言獲取能力。

1.聘僱醫療雙語人員。

2.招募通譯志工提供初步和持續醫療通譯培訓

3.不允許家庭成員擔任翻譯。如果沒有口譯員，應告知患者他/她有權聘請口譯人員，並要求患者同意允許其家人或朋友擔任口譯人員。

4.即使新住民患者同意，也不允許未成年兒童擔任翻譯。

5.對行政和法律人員進行培訓，使他們瞭解使用語言石可能面對的風險。

6.為新住民患者建立相關醫療疑問範例和翻譯資料的線上資料庫，並在社區、醫院、地方政府間共享。

綜合上述所言，發現美國藉由完善的社區支持提供的完善社區連結與服務，將可真正提高新住民患者的護理素質和健康結果。

貳、美國針對新住民就醫相關規定及協處機制

目前新住民在美國健康保險制度中可能有資格獲得醫療補助和兒童健康保險計劃(CHIP)，但仍須受到一些資格的限制。其中，新住民必須具有「合格」的新住民身份才有資格獲得醫療補助或兒童健康保險計劃(CHIP)，即：合法的永久居民或「綠卡」持有人，必須在獲得合格身份後等待五年才能註冊(Houston *et al.*, 2021)。根據 Zong & Batalova (2016) 的數據，2014 年 53%的移民擁有私人醫療保險，27%的移民擁有公共醫療保險，但超過 27%的新住民仍然沒有保險，一旦缺乏保險與較差的醫療保健，將會降低預防性保健服務的使用率，當沒有保險或僅具備最低保額的後果就是缺乏預防性篩檢以及缺乏應具備相關的健康知識。在新住民患者中，鮮少從臨床醫生獲得慢性病治療（例如：心血管疾病、糖尿病、中風等），亦無法接受預防性篩檢（例如：乳房 X 光檢查，大腸直腸篩檢等）（Zong & Batalova, 2016）。文獻提出當住民擁有健康保險時，的確可以增加新住民尋求醫療保健的行為，並獲得較健康的成果。例如，Ursua *et al.* (2014) 的研究發現，菲律賓移民中缺乏健康保險，而沒有保險的新住民罹患高血壓的風險是有保險新住民的兩倍。文獻針對 2007 年至 2009 年美國和墨西哥新住民的保險狀況以及

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

健康差異進行調達，該研究顯示擁有保險的人新住民參與慢性病篩檢（即：血壓、血糖和膽固醇）明顯高於未保險的新住民(Messias, McEwen & Clark, 2015)。Clough *et al.* (2013) 進一步提出新住民的醫療保健支出，明顯低於美國公民。文獻亦指出未投保的新住民甚至會面臨延遲治療、延遲照護或不願購買所需處方用藥，此外，並隱瞞日常醫療來源，這些問題將導致疾病惡化甚至引發併發症 (Tarraf *et al.*, 2014)。2013 年，這些因未保險新住民導致的醫療成本為 849 億美元，而這些未保險新住民的自付費用醫療保健支出亦達到 258 億美元 (Stimpson, Wilson & Su, 2013)。這些對醫療保健支出的反映出新住民因無力支付龐大的醫療保險費用，而大幅降低其醫療使用率，因而衍生更多不必要的醫療成本 (Messias, McEwen & Clark, 2015)。

然而，根據 1986 年通過的《緊急醫療和積極勞動法》規定，醫院必須在緊急情況下治療所有患者，並確保無論其支付能力如何，都能平等獲得醫療服務(Hall & Cuellar, 2016)。1996 年《個人責任工作機會改革法》(PRWORA) 嚴厲限制了無證件和合法移民獲得“聯邦公共福利”（包括醫療補助）的資格。其中有 4 大例外，只要移民者符合四個例外之一，縱使沒有移民身分，亦可使用相對應的醫療資源，例如：對於兒童和孕婦，各州可以取消五年的等待，並將覆蓋範圍擴大到沒有合格身份的合法移民。

參、美國新住民醫療機制使用狀況與困境

除了上述因美國醫療保險所造成新住民就醫障礙外，根據文獻，目前美國新住民在醫療保健方面仍面臨重重障礙。這些障礙通常歸因於語言能力有限、不了解承保資格、經濟障礙等因素(Houston *et al.*, 2021)。許多新住民不精通英語在尋求幫助方面遇到障礙，包括預約、尋找醫療機構、與醫療專業人員溝通以及獲取疾病知識(Kim & Keefe, 2010)。翻譯服務並不一定意味著新住民患者會獲得優質的醫療保健，因為許多新住民會擔心翻譯者不會尊重他們的醫療隱私(Kim & Keefe, 2010)。健康素養不足會影響新住民在了解處方藥標籤上的說明、預約單、健康教育傳單、醫生的指示和同意書，以及複雜的醫療保健系統出現障礙(Kim & Keefe, 2010)。在美國，沒有像其他國家那樣重視所有人民的醫療保健平等，因此導致了新住民無法獲得好的醫療保險。

在醫療保險需求，雇主贊助的健康保險是美國最大的健康保險來源。然而就業機會有限且附帶醫療福利，發現就業的依賴對移民獲得醫療保健的機會產生影響(Houston *et al.*, 2021; Pitkin Derose *et al.*, 2009; Siddiqi *et al.*, 2009)。事實上，大約有 26% 的美國人

擁有雇主贊助的健康保險，但只有 6% 的亞裔美國人擁有雇主贊助的健康保險(Bureau, 2007)。雇主的保險計劃可能過於昂貴，導致移民工人的接受率較低(Houston *et al.*, 2021; Luthra & Waldinger, 2010)。沒有保險或保險不足的亞裔美國人可能會求助於成本較低的替代藥物(Kim & Keefe, 2010)。如何找到可靠的健康信息很重要，大多數人願意直接聯繫他們的醫療服務提供者以獲取信息(Houston *et al.*, 2021)。

由於在美國醫療政策聯邦政策變化以及反移民言論導致新住民的醫療福利有逐漸下降之趨勢，此也導致美國公共衛生保險和社會福利的覆蓋率開始出現偏低的問題。再者，美國新住民在取得永久居留之身分後也未必可適用各項醫療保障，仍然需視各州的規定，且由於目前美國仍以私人醫療保險為主，因此就醫療權此部分來說，對美國新住民來說是仍相當缺乏的(Houston *et al.*, 2021)。

第二節 加拿大醫療使用困境、相關需求與政府醫療協處 政策

加拿大一直自許為多元文化融合相當好的國家，根據 2001 年人口普查數據，加拿大總人口的 18.4% 為新住民（佔 70 年來最高水準）(Caidi & Allard, 2005)。而加拿大政府亦提供許多完善的移民方案讓新住民能夠盡快適應與融入當地各級生活(Caidi & Allard, 2005)，此乃因為如果沒有完善的移民機制，這些新住民將面臨相當大的風險，被社會孤立及邊緣化，進而危害到該國社會甚至經濟。本節將簡述加拿大健康保險暨醫療體系概述、加拿大針對新住民就醫相關規定及協處機制與加拿大新住民醫療機制使用狀況與困境。

壹、加拿大健康保險暨醫療體系概述

加拿大保健體系乃由《加拿大憲法》決定，提出由聯邦、省和地方分擔相關權責，而地方政府需承擔保健和其他社會服務絕大部分責任。公共醫療保健由聯邦、省和地方稅收（如：個人和公司稅、銷售稅、工資稅和其他收入）所籌集之收入提供資金。各省也可以向居民收取健康保險費用來支付公共醫療保健服務。由於醫療保健不僅僅是健康保健系統，其中公共衛生、傳染病和相關公衛教育皆需由三個政府共同分擔。《加拿大衛生法》規定各省和地方政府必須滿足醫療保險計劃的最低標準，即：各省和地方政府

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

須提供合法的醫院和醫生，較有趣的是，該法鼓勵額外計費和用戶費用，額外費用是醫生可收取之金額。《加拿大衛生法》並沒有那些醫療是必要的，省和地方醫療保險計劃可以在地醫院或醫療團體協商，確定那些醫療是必要的，確定後，相關醫療服務全部費用則由公共健康保險計劃支付。

加拿大 1971 年開始實施全民健康保險的全民醫療保障制度，其醫療保險的費用由加拿大聯邦政府和各省政府負擔，主要來源為聯邦政府和省政府所得稅，是由政府管理的，加拿大的全民健康保險制度(Medicare)，有五項基本原則：全民性(法律要求 100% 納保)、全面性、公營性、可攜性、可近性。

在支付制度方面，全民健康保險支付初級照護(家庭醫生)或專科醫師，主要是論量計酬，針對初級照護醫師，少數有論人計酬。民眾一般透過私人健康保險(多為商業保險)獲得保險給付，而各省政府有不同程度的補助。由於額外藥物治療、牙醫治療、眼科治療、按摩、脊椎指壓治療等不屬於公共醫療範圍，這只能自己通過私人醫療保險獲得報銷。急救車的住院和出院服務、美容方面的整形手術、私人要求的護理安排、非醫療所需的透視或其他服務、電視電話、變性手術、隆胸、針灸按摩、心理分析等不在醫療保險範圍內。加拿大各省在提供非醫療保健服務方面傾向於採用更美國式的模式，為老年人和窮人提供保險，以應對通過以雇主為基礎的私人健康保險覆蓋面不足的情況(Flood *et al.*, 2018)。

一、加拿大全民健保制度特色

與美國相同，加拿大主要的醫療特色亦為家庭醫生(Family Physicians)，為加拿大民眾進入該國醫療保健系統的主要入口，較特別的是，加拿大民眾雖可直接接受專科醫師服務，不需透過家庭醫生轉診，但多數民眾接受專科醫師照護前，仍會透過家庭醫生轉診(Dastjerdi *et al.*, 2012)。由於家庭醫生是加拿大各地患者與醫療保健系統的第一接觸點，其著重於家庭和社區環境中患者長期關係建立，並提供以患者為中心的全方位醫療護理。「家庭醫生是醫療保健系統的基石，負責處理患者一生中可能遇到的大部分醫療保健問題」。當患者對他們認為嚴重的健康問題有疑問時，他們最願意諮詢家庭醫生。成為加拿大家庭醫生的條件為須獨立執業前完成了 5 年以上的認可醫學教育和培訓，由於其醫學專業知識和嚴格的培訓使他們能夠在不同的環境中工作，包括：社區診所、長期護理設施、醫院和急診科、家訪等等。就醫生而言，加拿大老年人對家庭醫生的經驗

評價高於國際平均水平，包括：了解他們的病史、花足夠的時間與他們相處、清楚地解釋事情並鼓勵提出問題、制定協作治療或護理計劃。研究亦指出加拿大初級保健醫生的比例增加 1%，每年每 1,000 人住院人數將減少 0.65 人、門診就診次數減少 8.15 次(以每千人計)、手術次數減少 0.66 次(以每千人計)、急診科就診次數減少 3.83 次(以每千人計)；此外，10 名加拿大老年人中有 8 名表示，他們的家庭醫生在提供和協調其他衛生專業人員的護理方面發揮著關鍵作用(The Foundation of Canada Care System, 2020)。

二、加拿大醫療保險對象

加拿大公民、永久居民、難民和在加拿大有工作許可證的外國人。

三、加拿大醫療保險制度優劣勢分析

加拿大的保健系統相當完善，當加拿大人需要醫療保健時，他們通常求助於初級保健服務(即：家庭醫生)，一般來說，初級保健具有雙重功能。首先，它提供直接提供第一線接觸。此外，它確保病患在需要更專門的服務(例如：專科診所或專門醫院)時，能夠及時轉診。此外，加拿大的醫療人力相當充分，2006 年，加拿大有 1,000,000 名直接從事保健相關職業的勞工，佔加拿大工作人力總數的 6%。再者，大多數醫生從事獨立或集體執業，不受政府雇用；護士則主要受雇於緊急護理機構(醫院)，不過，部分護士亦提供社區健康護理，包括：居家護理及公共衛生服務。

當病人需要轉介時，可轉介二級醫療體系，到醫院、長期護理機構或社區接受專門護理。加拿大大多數醫院由省/地方政府設立的社區委員會、民間機構或當地衛生所經營。家庭或社區機構(主要是長期和慢性保健)也可以提供二級保健服務，醫生、醫院、社區機構、家庭和病人本人可轉診到家庭、社區或機構護理。患者需求由醫療專業人員評估，並協調服務以提供護理的延續性，相關護理照顧則由一系列正式、非正式(通常是家庭)和護理志工所提供。一般來說，長期護理設施提供的健康照顧服務由省和地方政府支付，而住宿及伙食費用由個人支付。在某些情況下，住宿費用由省和地方政府補貼。值得讚許的是，加拿大提供相當完善的社區初級保健中心，24 小時提供隨叫隨到的服務，服務包括：建立初級保健小組、強調健康促進、預防疾病與傷害以及慢性病管理、強化完善衛生服務整合、改善基層醫療衛生機構的工作環境。此外，電子健康服務一直是加拿大政府值得讚許之處，電子健康記錄和遠端醫療，大幅提高電子醫療服務品質、患者安全、護理品質和生產力，也是醫療保健系統創新、持續性和效率的重要驅動力。

最後，加拿大政府提供相關完善的網站資訊，詳細說明新住民剛移民時如何快速適應當地生活，如何尋求社區協助，如何尋求心理健康與福祉支援，並提供完整的諮詢專線供新住民使用。茲將加拿大醫療保險限制之優缺點簡述如下(Liddy *et al.*, 2020; Pandey *et al.*, 2021; Ravichandiran, 2020; Ridde *et al.*, 2020):

(一) 優點：

- 1.全民平等，照顧弱者：**所有加拿大居民在國內地方看病，都可以。
- 2.政府主導：**加拿大公共醫療保險體系中的醫療支出，加拿大政府占主導位，屬於「單一支付的醫療體系」。
- 3.分級診療，由簡到繁：**加拿大的醫療保險服務實行嚴格的分級診療。加拿大醫生分家庭醫生和專科醫生兩類。
- 4.公開透明，社會監督**
- 5.與美國醫療保健系統相比，加拿大醫療保健系統成本更低、服務更多、無經濟障礙的全民醫療保健和優越的健康狀況。**

(二) 缺點：

- 1.醫療開支急速增長：**加拿大醫療保險體制由於過度注重醫療服務的覆蓋率、高的醫療保障，而疏於考慮醫療支付能力，造成部分患者會濫用藥物、濫做檢查、過度的醫療消費，導致醫療衛生費用會一直持續增加。
- 2.等候就診時間漫長：**病人等待治療的時間很長，而且由於醫療設備缺乏，有一些須早期診斷病症的也要延後時間，讓病人耽誤了病情。(Liddy *et al.*, 2020)。
- 3.缺乏合理競爭機制：**私營的醫療保健不能與政府的醫療服務進行競爭，缺乏競爭機制，醫療服務效率會因此受限。
- 4.醫療設備嚴重落後**

貳、加拿大健康保險針對新住民就醫相關規定及協處機制

整體而言，加拿大的新住民享有與公民完全相同的社會福利，包括醫療保健服務，

即：新住民可獲得 medicare 國家醫療保險獲得全面的醫療保障。實際做法為加拿大新住民在居住地領取醫療卡，所需費用在不同的省份有所不同，一些省份按家庭收入收取費用，大部分省份按家庭為單位繳納費用，對於家庭收入未達到所在省份的最低收入水平，部份費用完全免費。然而，新住民需要等待 3 個月後才可以享受醫療保險，且會因為省分不同等待時間不相同(Pandey *et al.*, 2021)。目前在所有新住民使用的醫療服務類型中，最常使用的醫院類型是私人藥房、社區組織衛生服務、診所、其他步入式診所、牙科診所和醫院。少數人使用了整骨療法、脊椎按摩療法和物理療法等服務(Ridde *et al.*, 2020)。然而，文獻亦提出，加拿大新住民在轉診過程和等待時間需要很長的時間，尤其在開立診斷和急症照護上更具相當之困難性，等待時間更長(Bajgain *et al.*, 2020)。

參、加拿大新住民醫療機制使用狀況與困境

加拿大的多元文化雖是依照《多元文化法》的政策所形成，致力讓所有新住民（不論其種族）融入社會，並積極參與加拿大的社會、文化、經濟和政治事務。然而，新住民抵達加拿大後可能並沒有一個完善的社會網絡，或者社會網路規模不足以幫助新住民完全融入（Papillon, 2002）。在剛移民的時候，加拿大新住民比在加拿大出生的同齡人健康狀況較佳（Newbold & Danforth, 2003）。然而，隨著時間的推移，新住民的健康優勢逐年下滑。根據加拿大全國人口健康調查（NPHS）的研究顯示，儘管所有移民在 1994/95 年至 2000/01 年期間的健康狀況都有所下降（Newbold, 2005）。此乃因為新住民無法依賴當地的衛生醫療服務，特別是心理疾病和預防性健康檢查。資料顯示，只有 19% 的新住民在加拿大的前六個月獲得醫療服務。此外，在安大略省、魁北克省、不列顛哥倫比亞省和新不倫瑞克省（其人口佔加拿大新住民的近 90%），新住民在取得省級健康保險前要經歷三個月的等待期。再者，語言障礙會限制新住民與醫生的醫療諮詢，同時影響新住民醫療診斷的準確性，也會帶給患者和護理人員額外壓力。證據顯示心理健康對新住民中十分重要，而上述新住民所面臨的醫療障礙，不僅會降低其醫療使用率，進而降低其健康狀況（Bunker *et al.*, 2003）。

這些未滿足的醫療保健需求的主要原因是沒有足夠的錢支付費用、擔心被多收費、健康諮詢對移民身份的潛在負面影響和害怕被醫院排斥(Ridde *et al.*, 2020)。最主要的障礙有語言障礙、不知道向誰詢問醫療相關訊息以及文化差異，次要的障礙有財務障礙、交通問題、與醫療提供者互動不佳、漫長的等待時間、對疾病的認知有限、害怕汙名、

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

缺乏女性的醫療保健提供者、缺乏適當的服務或轉介等等(Kalich *et al.*, 2016)。可能因為無法以母語提供服務，難以理解醫療保健提供者，很少有加拿大衛生地區和機構制定政策，為每位患者提供口譯服務。語言障礙導致醫生誤診，最終使患者與醫療保健提供者之間關係緊張，即使在患者有翻譯的情況下，女性患者不願意使用男性翻譯討論與生殖系統有關的問題。新住民在獲得醫療保健方面遇到困難的可能性是在加拿大出生的人的兩倍(Sanmartin & Ross, 2006)。然而，當在醫療服務中解決新住民的語言需求時，新住民和其他加拿大人之間的醫療保健差異可以大幅減少(Giordano *et al.*, 2009)。獲得省級的免費醫療服務需等待三個月，像是安大略省和阿爾伯塔省，在三個月的期間內若需使用醫療服務，可能會導致新住民無法自付醫療服務費用。預約和看衛生專業人員之間的漫長等待時間也是障礙之一，看兒科醫生需要兩天到三個月的時間。此外，當他們在診所和急診室尋求幫助時，也需等好幾個小時才能看醫生。新住民會希望衛生專業人員花更多的時間傾聽他們的意見，不僅要了解他們就診的具體情況，還要了解他們的個人情況。財務障礙是無法獲得醫療保健的主要原因之一(Ridde *et al.*, 2020)，看私人心理健康的費用很高，而且服務不在艾伯塔省醫療保險計劃的承保範圍內(Salami *et al.*, 2020)。文化差異、缺乏社會支持、社會經濟地位、衛生系統結構、初次抵達加拿大時缺乏全民醫療保險、語言障礙、對衛生服務的了解有限、治療偏好以及與衛生服務的地理距離都是加拿大移民獲得醫療保健服務的潛在障礙(Salami *et al.*, 2020)。上述數據跟研究皆顯示加拿大政府必須重新審視新住民的醫療需求，方能真正落實並提高新住民的健康狀況。

第三節 澳洲醫療使用困境、相關需求與政府醫療協處政策

為了落實其多元化主義，澳洲政府長期以來致力完善其移民政策，並於在 1983 年 3 月，進行相當重要《移民健康工作報告》相關研究，其中提出對新住民健康相關之 102 項建議，顯示澳洲的多元文化主義已經從一種整體的宏觀政策活動轉變為實際的執行策略。此報告涉及職業健康與安全、語言服務、培訓和衛生專業人員、研究和數據收集、婦女健康以及移民健康等其他要素。此報告亦影響之後 1987 年《移民健康戰略》的提出，並詳細落實中央政府和地方政府在健康醫療的相關成效。由於澳洲政府致力於完善的移民健康政策，因此澳洲政府強調所有澳大利亞新住民，不論其文化或語言出身或英語能力為何，均享有平等獲得醫療保健的權利；澳洲政府的衛生醫療機構均確保相關服

務能滿足整個地方民眾的衛生需求，並為所有人提供平等的服務。同時，澳洲政府特別提到，由於語言，文化和相關種族因素的原因，對於英語能力不佳的新住民，在醫療保健方面將會存在很大的障礙，此外，其對衛生保健系統的知識和理解明顯不足以及健康行為的需求亦會較一般住民明顯，因此，要求相關衛生機構須根據新住民的需求和屬性來規劃完善的新住民健康服務計畫。本節將簡述澳洲健康保險暨醫療體系概述、澳洲針對新住民就醫相關規定及協處機制與澳洲新住民醫療機制使用狀況與困境。

壹、澳洲健康保險暨醫療體系概述

澳洲的醫療保健系統被經濟合作與發展組織（OECD）公認為最好的系統之一，為澳洲公民，永久居民提供醫療保險。澳洲的醫療保健服務是由澳洲政府及私人健康保險共同出資成立，由澳洲各級政府（聯邦、州和領地以及地方）共同管理，稱之為澳洲全民醫療保險計劃(Medicare)。

醫療保險有兩個組成部分，通過州和地區向公立醫院付款，以及直接向醫生和其他衛生專業人員付款。醫療保險的資金來自稅收和徵稅。Medicare 提供相當全面的基本醫療保險，包括全科醫生費用，醫院費用和 85%的專科費用，亦包含許多基本醫療服務（但並非全部醫療服務都涵蓋在內），例如：一般公立醫院就醫必需的手續費、醫生看診費用及部份藥品。由於澳洲 Medicare 不包含私立醫院的診療費用、救護車及一些額外醫療服務，例如：配眼鏡、看牙醫或是自然療法。澳洲居民可享有該計劃提供的免費或折扣後的醫療服務，可以再額外添購私人醫療保險。也因此，許多澳洲居民（約 50%）選擇再加保私人醫療保險。私人保險有三種基本類型：醫院保險、額外保險、和救護車保險。醫院保險會支付在私立醫院，私人診所，其他，如：眼鏡和牙科費用等額外費用(Dixit & Sambasivan, 2018)。

一、澳洲全民健保制度特色

澳洲有許多醫療保健提供者，包括：家庭醫生(General Practitioners，簡稱 GP) 提供的初級保健服務、醫學專家、專職醫療人員、護士(Australian Department of Health, 2019)。申請醫療保險後可獲得 Medicare Card，憑卡證明即可以在任何一家醫院的門診就診或住院，但不包括專科醫生和私人診所。

有關澳洲醫療保健系統，與美國加拿大相同，澳洲家庭醫生制度（GPs）為澳洲民

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

眾與衛生系統的第一個接觸點。根據澳洲皇家庭醫師學院 2019 年針對 1,200 名家聽醫生進行的調查的報告發現，心理問題（例如焦慮、抑鬱和情緒障礙）是全科醫生最常處理的健康問題(General Practice Health of the Nation, 2019)。自 2017 年以來，出現心理問題的患者比例從 2017 年的 61%增加到 2019 年的 65%。2019 年其他常見的健康問題包括肌肉骨骼（例如關節炎）(40%)、呼吸系統（例如哮喘）(39%) 以及內分泌和代謝疾病（例如糖尿病）(34%) (General Practice Health of the Nation, 2022)。

在 2018 年–2019 年，數據調查顯示 83%的 15 歲及以上的澳洲人說在過去 12 個月中至少看過 1 次家庭醫生，一半(49%)看過牙醫。根據澳洲統計局(ABS)患者體驗調查，在看過全科醫生的人中，超過七分之六(85%)的人說每年多次去看全科醫生，超過三分之一(38%)的人每年去看家庭醫生 2 到 3 次，12%的人說他們在 2018 年看過他們的家庭醫生 12 次或更多次。一般來說，看家庭醫生的次數隨著年齡的增長而增加，幾乎一半(49%)的 75 歲及以上的人報告說每年看 4 到 11 次家庭醫生。總體而言，調查顯示大多數人與全科醫生有過多次接觸的經歷。在 2018–2019 年，81%的患者認為他們的家庭醫生總是表現出尊重，75%的患者認為他們的家庭醫生總是傾聽，76%的患者認為他們的家庭醫生花了足夠的時間陪伴他們(Australian Bureau of Statistics, 2021)。

對於許多澳洲來說，複雜的健康需求、地理、文化和社會經濟因素可能會影響他們獲得初級衛生保健的能力。例如，由於澳洲許多衛生專業人員的分佈不均，生活在農村和偏遠地區的人們往往難以獲得醫療保健。一般來說，大多數人(81%)報告說，在 2018-2019 年與家庭醫生預約的等待時間是可以接受的。只有五分之一的人（19%）報告等待的時間超過了可接受的時間，但這因年齡組而異。65 歲及以上的人最有可能報告經歷了可接受的等待時間，而較年輕的年齡組（25-54 歲）更有可能認為他們等待的時間超過了可接受的時間(General Practice Health of the Nation, 2022)。

二、澳洲醫療保險對象

澳大利亞公民、紐西蘭公民、澳大利亞永久居民、申請永久居留權的人，凡是澳洲居民，包括新住民都必須接受 Medicare 醫療保險制度。政府規定澳洲公民皆須參加 Medicare 全民健保制度。

三、澳洲醫療保險制度優劣勢分析

相較於美國及加拿大，澳洲政府亦提供相關完善的健康移民政策，除了在法規上相

當要求外，亦實施一連串的相關策略來完善其政策，例如：在護理，社會工作，心理學和醫學領域中，雙語/雙文化的培訓學生，以取得對語言或專業資格的認可(Healdi 資格)，同時補足澳洲醫療保健系統之通譯人力。而通過 Healdi 資格的學生亦可以參加「移民 Healdi」課程。茲將澳洲醫療保限制之優缺點簡述如下：

(一) 優點：

目前澳洲政府具有完善的移民手冊，手冊明確規定了檢查醫生和放射科醫生的責任和費用、申請者的詳細指導流程、專家轉診的程式、語言和文化問題以及乳房檢查和孕婦檢查的流程，其中具體資訊包括：乙型肝炎、愛滋病毒、心血管疾病、梅毒、肺結核、黃熱病、精神障礙、智力殘疾、神經和肌肉骨骼疾病、糖尿病、眼睛和視力檢查以及腫瘤疾病。

和美國與加拿大相同，澳洲政府亦積極利用「社區參與」來強化新住民與當地之連結。其中較特別的是澳洲的「社區參與」亦特別強調「葡萄藤」(八卦網)的重要性 (Watch, 2015)。根據該組織的研究指出，透由「閒談」得到的效果遠比正式對話或的成效來得高，尤其針對一些隱私性的行為，例如：性行為，成效會比正式宣導還得好。再者，透由社區成員的閒話家長，有時可讓部分已產生的社會鴻溝逐漸消除，尤其針對部分較具道德爭議的話題，例如：羊膜穿刺或流產等議題有時透由社區成員的「葡萄藤」進行溝通，會比正式會議來的更能讓新住民接受 (Heyman, 2000)。再者，在此報告中，亦提到醫院工作人員（管理人員和僱員）都將醫院作為慈善機構的想法，以回應當地移民社區的需求，並服務來自不同文化和語言多樣的社區婦女，而這些服務包括：筆譯和口譯服務，各種語言的宣傳文宣和標誌，與社區代表溝通，社區教育計劃。澳洲政府的醫療體系相信，在與不同的文化或語言的新住民溝通時，多少會產生部分緊張與衝突的氣氛，但透由八卦和抱怨，反映出新住民作為當地社區成員而不是局外人的自我感覺。而這樣的社區價值觀和社會關係透過八卦和講故事的方式表達出來，亦間接反映出新住民婦女將自己視為更廣泛社會的一部分，以及如何使自己成為社會的成員。最後，文獻亦提出對新住民而言，不論在實際服務，社會互動還是文化傳統問題上，社區支持的確為新住民相當重要的支柱。然而，社區能給予何種支持，取決於其規模，是否具有完善的組織 (Shergold & Nicolaou, 1986)。

(二) 缺點：

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

由於所有居民皆可獲得醫療保所提供的服務，導致澳洲民眾需面臨較長的醫療等待期，例如：加拿大的居民只有約 4%需要花 4 個月或更長時間才能進行非急迫性手續，但在澳洲此數值則高達 10%。

貳、澳洲健康保險針對新住民就醫相關規定及協處機制

一般來說，與其他國家相同，澳洲的新住民與一般國民相同，皆都可獲得醫療保險，享有國民健保的福利，由於澳洲公共醫療保健是通過稅收支付，只需要將收入的 2% 支付給「醫療保險稅」，作為公共系統基金，即可透過國民健保(Medicare)計劃，支付大部份的醫療服務費用、與視力檢查等相關服務。甚至，已經入籍的新住民可以向政府申請醫療卡 Medicare，在看病就診時只需要刷卡即可，相關醫療費用全由政府支付(General Practice Health of the Nation, 2022)。但對澳洲的新住民而言，如果沒有私人保險時，至私立醫院尋求醫療保健所衍生相關費用則可能對澳洲新住民是個負擔。

參、澳洲新住民醫療機制使用狀況與困境

文獻提出澳洲雖提供相當完善的健康移民政策，但因為某些新住民團體規模較小且最近才剛移民到澳洲，甚至有些是醫療狀況不佳的難民，因此導致其在醫療需求上會相較於一般住民來的高 (Jayasuriya & Sheldrake, 1986)。

文獻亦提出移民種族的差異，亦會對移民狀況產生明顯的影響，例如：飲食，氣候，生活方式和其他因素的不同，對個人和文化群體的影響也不同。在澳洲的某一研究指出表明，糖尿病患者兩組之間的發病率上存在顯著差異。在澳洲出生的意大利人，越南人和希臘人似乎患糖尿病的機率是社區中其他人的兩倍(Rissel *et al.*, 2000)。文獻雖指出可能產生的差異，但針對澳洲文化適應與新住民健康狀況的研究相較於其他國家稀少。

第四節 日本醫療保險制度概述

壹、日本健康保險暨醫療體系概述

日本的公共醫療保險可以分為健康保險、共濟組合（互助工會）、船員保險以及國保（申育誠，2021）。

（一）健康保險：會分為大企業和中小企業所加入的醫療保險，保險對象包括上班

族以及公司員工的家屬。

(二) 共濟組合：涵蓋國家公務員以及地方公務員和私立學校教職員等所加入的醫療保險。

(三) 船員保險：包括船員身分者及其家屬等

(四) 國保：包含自營業者、無業者以及其所扶養的家屬等。

每個家庭必須提出申請和購買國民健康保險。核准後，每個人都會收到一張健康保險卡，去醫院時必須出示卡片。加入者必須每月支付國民健康保險稅。醫療費負擔金額部分，如果是加入健康保險者在提示健保卡之後，政府負擔全部醫療費的七成，被保險人若是在小學入學前則負擔二成的醫療保費，進入小學就讀至年滿 69 歲為止則負擔三成的醫療費用，年滿 70 至 74 歲則負擔二成的醫療費用。因此可知，日本的公共醫療保險主要依照不同身分別來區分進而加入不同的健康保險，醫療保費負擔費用的部分則是依照各個年齡層不同，區分保費負擔費用(申育誠，2021)。

一、日本醫療保險的對象

日本有國民健康保險和私人醫療保險，是日本公民、永久居民，和持簽證期限為一年或更長時間的非日本人，都必須參加的國民健康保險。

二、日本醫療保險制度的優劣勢

(一) 優點：

加入日本的國民健康保險，優勢是醫療費用中的自負費用可以根據年齡的不同，支付金額的範圍是 10%到 30%不等。此外，如果醫療費用中的自負費用超過自我支付的水平，國民可以提出申請，國民健康保險會把超過費用的部分做歸還。國民健康保險的好處除了能減免醫療費之外，還有市區衛生所會針對擁有國民健康保險的居民提供各項醫療衛生服務(KK news, 2018)。

(二) 缺點：

在用藥上面可能會覺得有點麻煩，或者是負擔藥物的費用會相對來說比較高。在日本，醫院和藥局是分開的，所以大部分病人在醫院看完病之後，藥都是在藥局進行索取。

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

所以，在日本的藥局市場會是一個競爭狀態，但其實在政府的監管下，藥品的價格相對來說也不會太誇張(KK news, 2018)。

貳、日本新住民醫療機制使用狀況與困境

根據文獻尼泊爾新住民¹為新住民在東南亞地區最大宗的移民來源 (Sugimoto et al., 2012)，從 2011 年到 2016 年，尼泊爾新住民人數擴增三倍，然，尼泊爾新住民在日本卻本很難獲得醫療照護，約超過一半的尼泊爾新住民在調查的一年內未使用相關醫療相關服務，大約三分之一的新住民在調查期間需要使用醫療服務，但卻無法使用。最主要的原因惟語言溝通障礙，文獻提出有超過三分之二的新住民認為在語言溝通上是有困難的；第二大主要原因為無法定期支付健康保險費。文獻亦針對此兩大問題建議日本政府可降低新住民與第一線醫療工作人員之間的溝通障礙，例如，提供專業的醫療保健專業口譯服務；第二，文獻亦特別指出日本新住民普遍缺乏健康保險為日本醫療保健系統的較值得關注的問題，建議可制定合宜協處措施鼓勵新住民定期繳納醫療保險費 (Shakya et al., 2018)。

第五節 南韓醫療保險制度概述

韓國的醫療體系要求個人和家庭參加醫療保險，個人或者是雇主支付一定比例的醫療保費。雖然大約 97% 的韓國人通過這一國家保險體系得到保障，但韓國移民婦女有醫療保險的比例大約為 83%。先前有研究報告顯示，大約 70% 的韓國移民婦女表示對韓國的醫療服務滿意度較低，有 11% 的跨文化家庭表示在需要時無法獲得醫療保健。就獲得醫療保健的障礙而言，研究提到獲得醫療保健最大的障礙是語言不通。韓國移民婦女報告說，在理解韓國醫學術語和解釋其症狀方面存在困難。由於這些挑戰，韓國移民婦女的身體和心理健康狀況低於韓國本土女性，她們獲得醫療保健的機會也會受到限制。(Lee et al., 2019)

壹、南韓健康保險暨醫療體系概述

南韓自 1989 年開始實施全民健康保險，全民健康保險給付範圍包含預防保健、診斷、治療、中醫（主要為針灸及中藥）、急診、復健、處方藥與牙科服務。一般民眾就

¹ 文獻原始使用 imgrant (新移民)的詞語，其包括工作移民或婚姻移民(即我國定義之新住民)。

醫時需部分負擔醫療費用，使用定率部分負擔，住院為 20%，門診則依照院所層級有不同的部分負擔，介於 30%到 60%之間，藥局為 30%(楊志良，2016)。

在健康照護的管理政策上多扮演監督的角色，而健康照護財源，與德國和日本相似，乃為多重保險人制度，南韓民眾多依照職業類別與居住地決定保險人，且保險費與薪資連動，且雇主與員工各負擔一半，但給付內容相同。然而，由於部分保險人的保險費率較低，以致有財務困難，為了確保南韓民眾就醫權益不受影響，2000 年合併多元保險人改為單一保險人制，由國民健康保險公團（National Health Insurance Corporation，NHIC）為保險人；社會保險人為準公立機構（quasi-public organization），也就是接受政府資助與監督，須提供公共服務的私人機構(南韓民健康保險公團，2022)。

鑒於南韓健康照護體系特色，在健康照護提供方面，主要透過民間資源，就醫層級分為四級，分別是診所，醫院，綜合醫院與較高層級綜合醫院（或稱三級醫院）。診所多為私立診所，大多數醫院屬於私立醫院，醫院的醫師為醫院員工，醫院可以提供門診服務；根據楊志良(2016)的研究顯示，在醫療資源上，平均每千人口有 2.3 位醫師，每千人口有 7.1 張急性病床，高於多數先進國家。

一、南韓醫療保險的對象

南韓民健康保險涵蓋所有居住在南韓的人。根據移民控制法案 31 條，已進行外國人登錄並在南韓住滿 3 個月的外國人可以投，沒有工作的人也可以投保。自從 2019 年 7 月 16 日起，任何在大韓民國逗留六個月以上的外國人，必須參加國民健康保險² (南韓民醫療保險，2022)。

二、南韓醫療保險制度的優劣勢

(一) 優點：

在醫療供給初級照護角色上，南韓初級照護可以透過診所或一些醫院的門診部門提供，初級照護醫師（包含家醫，內科，兒科與一般外科）與其他國家不同，未扮演守門人角色，病人可以自由至診所或非三級醫院就醫，但針對病人未經轉診直接到三級醫院就醫，需負擔全額醫療費用(楊志良，2016)。

(二) 缺點：

² 南韓國民健康保險公團網站 <https://www.nhis.or.kr/chinese/index.do>

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

財源主要來自於社會保險，社會保險占經常性醫療保健支出為 46%，低於多數先進國家，因給付範圍有限且有較高的部分負擔，自費占經常性醫療保健支出偏高，為 37% (楊志良，2016)。

貳、南韓新住民醫療機制使用狀況與困境

南韓社會的主要結構以單一民族佔絕對多數。然而，自 1990 年代開始，國際婚姻的比例開始逐年提升，根據南韓國家統計數據顯示，2015 年新住民的總數為 128,336 人，而新住民主要由亞洲人組成，包括越南人 (31%)、中國人 (24%)、韓裔中國人 (12%)、日本人 (9%) 和菲律賓人 (9%) (Lee et al., 2019)。由於南韓新住民之間的大多與收入較低和年齡較大的南韓配偶結婚，因此其社會經濟地位普遍低於南韓本土女性 (Kim, Park, & Ahn, 2017)，其健康素養水平也明顯低於南韓本土女性 (Lee et al, 2012)。

雖然南韓醫療體系雖要求個人和家庭參加南南韓家醫療保險，且要求個人或其雇主支付一定比例的保費，南韓健康保險亦顯示其國民健康保險涵蓋率約為 97%，然根據 Lee et al. (2019) 的研究顯示，新住民因資訊不足和家庭貧困等因素，新住民有投保健康保險的比例僅為 83%，且根據之前的研究報告稱，70% 的新住民表示對其醫療服務的滿意度較低，11% 的跨文化家庭表示在需要時無法獲得醫療保健。就獲得醫療保健的限制而言，提到的最具挑戰性的因素是語言，特別是在移民的早期 (34%)，以及醫療保健費用 (26%) (Lee et al., 2019)。

整體而言，婚後新住民的健康狀況相對較南韓民眾差，文獻亦指出，社會支持是影響該健康狀況和生活品質的重要因素，因此建議南韓政府可針對新住民制定和落實文化和語言上合宜的健康促進計劃 (Ahn et al., 2018)；Kim et al. (2011) 意見亦可針對新住民提供上門護理服務等量身定制的公共衛生服務，並為常見病患者設置不同的語言標誌；Ahn (2012) 亦提出南韓初級衛生保健機構需為新住民提供完善的醫療保健服務，包括從她們進入南韓起、提供合適的生活適應計畫，同時，建議社區衛生中心 (Public Health Centres，簡稱 PHC) 需要在多文化家庭中心和其他社區資源網絡中發揮關鍵作用，進而提高新住民婦女的健康。

第六節 中國大陸醫療保險制度概述

中國醫療保險制度包括：城鎮職工基本醫療保險、城鎮居民基本醫療保險、和新型

農村合作醫療的「三大支柱」。2003 年開始，中國開始逐漸建立覆蓋全民的醫療保障制度。主要內容包括：(1) 2003 年起建立新農村合作醫療制度，新農合是一項由地方和中央政府共同補貼經費的自願醫療保險計劃。(2) 2007 年起建立城鎮居民基本醫療保險制度，2007 年，城市居民基本醫療保險 (URBMI) 首次推出試行，開始為未被 UEBMI 覆蓋的城市居民提供醫療服務：包括兒童、一般學校及大專院校的學生、以及其他未工作的城市居民。到 2010 年推廣到全國。到 2015 年，有 3.76 億城市居民 (比率超過 95%) 加入 URBMI。URBMI 是家庭級的自願醫療保險，政府提供補貼，由市政當局管理。URBMI 的經費主要來自個人繳費，部分資金來自政府補助 (人均至少 80 元人民幣)。(3) 2012 年起建立重特大疾病保障和救助制度，(4) 2013 年起整合了新農合及城鎮居民基本醫療保險。(5) 1998 年，城市職工基本醫療保險 (UEBMI) 開始實施，針對公共和私營部門的城市在職員工和退休僱員，提供醫療服務。

中國基本醫療保險覆蓋城鎮所有用人單位及其職工，無論是私人企業、國家行政機關、事業單位及職工，都必須履行繳納基本醫療保險費的義務。醫保經費的繳費比例，為用人單位繳納工資總額 6%，僱員繳納本人工資的 2%。截至 2020 年底，全國基本醫療保險參保人數達到 13.6 億人，參保率穩定在 95% 以上。

(一) 保障對象

城鎮居民醫療保險的保障對象，係具有城鎮戶籍的沒有工作的老年居民、低保對象、重度殘疾人、學生兒童及其他城鎮非從業人員；**新型農村合作醫療保險**的保障對象僅限於農民；**城鎮職工基本醫療保險**的保障對象城鎮所有用人單位，包括企業、機關、事業單位、社會團體、民辦非企業單位及其職工(許涵智，2018)。

(二) 保障項目

城鎮居民醫療保險的保障項目，重點用於參保人的住院和大病醫療支出，部分地區可試行門診醫療費用統籌；**新型農村合作醫療保險**的保障項目中共最初提出新型農村合作醫療制度的規畫時，是以大病統籌為主，即所謂的「保大不保小」保障方式，針對農民大病住院醫療進行保障，不提供門診需求的保障，2008 年中共衛生部長陳竺在全國新農合工作會議上指出「開展大病統籌與門診統籌相結合的試點，代表中共當局已經接受地方政府所提出的制度創新，對原先以大病統籌為主的新農合保障方式進行調整。」；**城鎮職工基本醫療保險**的保障項目係由勞動保障部會同衛生部、財政部等有關部門制定

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

基本醫療服務的範圍、標準和醫藥費用結算辦法，制定國家基本醫療保險藥品目錄、診療專案、醫療服務設施標準及相應的管理辦法，各省、自治區、直轄市勞動保障行政管理部門根據國家規定，會同有關部門制定本地區相應的實施標準和辦法(許涵智，2018)。

第七節 我國健保制度現況及新住民協處機制

壹、我國新住民分布概況

根據 2022 年 7 月的數據顯示，目前我國新住民為 57 萬 3,375 人，佔臺灣人口 2319 萬 64 人的 2.47%以上 (內政部，2022)。再根據 2022 年 8 月的數據顯示，我國新住民的國籍分布中，以中國大陸 (含港澳) 新住民為 374,045 人佔最大宗 (65.15%)，東南亞國家中，則以越南 111,976 人(19.51%)、印尼 31,224 人(5.44%)、菲律賓 10,582 人(1.84%) 為前三大。再以居住地區分佈而言，全臺新住民約有 20%居住於新北市(11 萬 1,970 人)，高雄市為 64,888 人、台北市為 64,759 人、桃園市為 64,414 人。再以性別分佈而言，其中男性 5 萬 4,499 人，暫總人數的 9%，女性 51 萬 9,589 人，占新住民人數約 91%(內政部，2022)。根據內政部移民署 2018 年的 107 年新住民生活需求調查，指出新住民來臺前教育程度：以高中、高職為大宗，其中高中、高職以上由 2003 年的 34.7% 提升至 2018 年的 52.4%；最後，根據年齡分布來看，新住民年齡層以 35 歲至 54 歲為最大宗，佔 70.1%(楊文山，2020)。

貳、我國健康保險暨醫療體系概述

健保署前身為「行政院衛生署中央健康保險局」的金融保險事業機構，在 1995 年前只有約 59%國民可參加勞保、農保、公保三大職業的醫療保險體系，我國自 1995 年開始實施《全民健康保險》，採全國單一保險人的制度，整合公務人員保險、勞工保險與農民保險三大體系的保險，保險費率為 4.25%以降低民眾就醫的經濟障礙。由於全民健康保險為強制性保險，將原本沒有參加健康保險的 41%人口納入全民健康保險，以全體國民為保險對象，在共同分擔風險的基本原則下，被保險人繳納保險費。2002 年《醫院總額預算制度》導入、全民健保保險費率由 4.25%調高為 4.55%，2010 年全民健保保

險費率再次調高為 5.17%、《臺灣版診斷關聯群支付制度》導入，2013 年《二代健保》開始實施，保險費率調降為 4.91%。而我國的《全民健康保險》目前成為全民納保的社會保險制度，為健康保險公辦公營、單一保險人模式的組織體系（健保署，2021）。

一、我國全民健保制度特色

全國醫療院所皆可以申請成為全民健保的特約醫療機構，可以使民眾的就醫可近性提高、就醫的經濟障礙稍微縮減、保險與醫療的公平性提高(鄭守夏 & 陳啓禎, 2014)。

茲將全民健康保險制度五大特色簡述如下：(江東亮，2014)

- (一) 全民強制納保：不分性別、年齡、收入，和健康狀況，都有權利和義務參加全民健保。新住民在臺灣地區設有戶籍滿 6 個月以上都必須參加全民健保。
- (二) 以保險費為主要財源：採社區費率，以薪資稅方式收取。其中，健保署為落實政府照顧經濟弱勢新住民政策，申請「設籍前新住民健保費補助計畫」，對符合社會救助法之(中)低收入戶設籍前新住民(配偶)申請案，分別補助健保費，以協助經濟弱勢家庭減輕繳納健保費之負擔（將在下節詳細說明）。
- (三) 綜合醫療給付：保險對象除掛號費外，尚須負擔 20%的門診費用和 10%的住診費用。
- (四) 公共單一支付制度
- (五) 國家總額預算制度

文獻亦提出全民健康保險具備相當之優點，然其亦有部分需強化之處，資將簡述如下：

二、我國醫療保險對象

全民健康保險透過自助和互助的方式，凡具有中華民國國籍，在臺灣地區設有戶籍滿 6 個月以上的民眾，以及在臺灣地區出生之新生兒，都必須參加全民健保(衛生福利部，2021)。目前我國約有 99.9%的國人已納入健保。

三、我國醫療保險制度優劣勢分析

(一) 優點：在單一保險人制度的醫療保險，幾乎所有民眾都會受到全民健保的醫療保障，醫療院所提供給民眾醫療服務之後，只需要向健保局申請給付，就不會增加醫

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

療院所申請給付時的行政時間和成本。保險費是按照被保險人的投保薪資做籌算，公民皆有公正的投保機會、公平的就醫權利，可自由抉擇醫療院所。

(二) 缺點：以健保局為單一保險人的全民健康保險，幾乎壟斷了醫療市場，醫療院所只能被動接受健保局所制定出的給付價格，而效率是否勝過多元保險人制度下多家相互競爭的私營保險公司，則為目前所探討的議題。再者，在此制度下，醫院相關費用若無法透過此系統獲得回饋時，部分醫院恐將此費用轉嫁到病患身上，造成民眾需多負擔多於費用 (張慧美, 2019; 陳志豪 et al., 2012)。

貳、健康保險針對新住民就醫相關規定及協處機制

承上，在全民健保制度這種完善制度之下，新住民以及其在臺成員皆可受到台灣健保制度的醫療及戶籍保障，亦可負擔相關醫療費用。然而，目前根據全民健康保險的規定，新住民來台後，除有受雇者得從受雇日參加全民健保外，其餘應自持有居留證明文件滿 6 個月起，始可參加全民健保，換言之，若於未具健保身分期間就醫，則需以自費身分就醫，恐造成新住民及其在臺家庭成員之負擔。

為此，我國政府於 2003 年實施《輔導外籍與大陸配偶加入全民健康保險》、2016 年修正為《輔導新住民加入全民健康保險》、2010 年開始由衛生福利部提供產檢補助，包括 10 次產檢、1 次超音波檢查、1 次乙型鏈球菌篩檢、2 次衛教指導服務。另針對 34 歲以上、本人或配偶或家族有罹患遺傳性疾病、曾生育過異常兒、孕婦血清篩檢疑似染色體異常之危險機率大於 1/270、超音波篩檢胎兒可能有異常、或疑似基因疾病等，可享有產前遺傳診斷減免補助 (國民健康署, 2020)。此外，對於社會弱勢群體，若新住民於這段空檔期需要就醫或相關協助，我國政府提供「全民健康保險自付保險費」補助給符合中低收入及配偶死亡、失蹤以及離婚的新住民申請，並於取得身分證之後符合社會救助法之低收入戶及中低收入戶設籍前新住民，提供生活扶助、醫療補助、急難救助。最後，我國政府於 2016 年實施新住民健康照護管理，促進身心健康環境的建立、製作多國語言的衛生教育宣導教材，規劃辦理醫療人員多元文化教育研習與活動，並鼓勵各地方政府針對新住民提供相關協處措施。根據各地方政府所提供之相關資料，本研究將根據現

有新住民相關衛生福利協處措施整理如表 2-1。

表 二-1 未設籍新住民可享有之衛生福利措施一覽表

項次	項目	內容
一	醫療服務類	
1	全民健保 (納保資格對象)	持有居留證明文件之未設籍外籍配偶或大陸地區配偶，除了有一定雇主之受僱者自受僱日起參加健保外，應自持有居留證明文件，在臺灣居留滿 6 個月之日起參加健保。
2	心理諮詢服務	提供可近性高之社區心理諮詢駐點服務或接受教育，社政、勞工、警政…等其他機關轉介，提供心理諮詢服務。
3	口腔預防保健	提供「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第 3 點所定對象之口腔預防保健服務(牙齒塗氟及窩溝封填)。
4	公費疫苗接種	1. 外籍人士如持有我國居留證或定居證且符合各項公費疫苗適用對象，均可提供接種。 2. 外籍配偶育齡婦女來臺申請居留/定居且無德國麻疹相關疫苗接種證明或經檢測不具德國麻疹抗體者，提供 1 劑公費 MMR 疫苗接種。
5	戒菸服務(具健保身分)	1. 戒菸治療：18 (足) 歲以上之全民健康保險保險對象，尼古丁成癮度測試分數達 4 分 (含) 以上 (新版 Fagerström 量表)，或平均 1 天吸 10 支菸 (含) 以上者。 2. 戒菸衛教：全民健康保險對象有戒菸意願之吸菸者。
6	癌症篩檢(具健保身分)	1. 大腸癌糞便潛血檢查：50 歲-74 歲的民眾(每 2 年 1 次)。 2. 乳房 X 光攝影檢查：(1)45 歲-69 歲(每 2 年 1 次)。(2)40 歲-44 歲其二親等內血親曾患有乳癌之女性(每 2 年 1 次)。 3. 口腔癌篩檢：(1)30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或抽菸者(每 2 年 1 次)。(2)18 歲-29 歲且有嚼檳榔(含已戒)之原住民(每 2 年 1 次)。 4. 子宮頸抹片檢查：(1)30 歲以上女性(每年 1 次)。
7	血液細胞遺傳學檢驗	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容： 本人或四親等以內疑似罹患遺傳性疾病需進一步檢查，每案減免新臺幣 1,500 元；實際費用未達新臺幣 1,500 元者，依實際費用減免之。
8	其他中央主管機關認定遺傳性疾病檢查	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容： 本人或四親等以內疑似罹患遺傳性疾病需進一步檢查，每案減免新臺幣 2,000 元；實際費用未達新臺幣 2,000 元者，依實際費用減免之。
9	成人預防保健服務	40-64 歲每三年補助一次。

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

	(具健保身分)	65 歲以上每年補助一次。
10	低收入戶及中低收入戶體外受精(俗稱試管嬰兒)補助	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容： 低收入戶及中低收入戶，夫妻一方經醫師診斷因不孕症而需接受體外受精人工生殖技術，得適用本方案申請補助。每案每年最高補助 15萬元。
11	特殊群體生育調節補助	1. 符合減免資格者(如本人或其配偶、子女患有精神疾病、有礙優生疾病、領有身心障礙手冊或為列案低收入戶)，補助項目及每案最高金額：子宮內避孕器 1,000 元、男性結紮 2,500 元+麻醉 3,500 元、女性結紮 10,000 元+麻醉 3,500 元，依實核銷。 2. 外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，因被強制性交、誘姦而受孕之婦女，施行人工流產手術，每案減免上限 3,000元，依實核銷。
12	產前檢查服務(具健保身分)	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有與國人相同之產前檢查服務(10次產前檢查、1 次超音波、1 次乙型鏈球菌篩檢及 2次衛教指導服務)
13	產前遺傳診斷	外國籍或大陸地區人民尚未設籍，其配偶為中華民國國籍者，享有同國人以下補助內容： 凡 34 歲以上孕婦、本人或配偶或家族有罹患遺傳性疾病、曾生育過異常兒、孕婦血清篩檢疑似染色體異常之危險機率大於 1/270、超音波篩檢胎兒可能有異常、或疑似基因疾病等孕婦，每案減免新臺幣 5,000 元。另低收入戶或優生保健資源不足區民眾，由採檢院所每案另行減免採檢費用新臺幣 3,500 元。實際費用未達新臺幣 3,500 元者，依實際費用減免之。
14	新生兒先天代謝性疾病篩檢	父母之一具有中華民國國籍者，其新生兒享有同國人之補助內容： 一般新生兒每案減免新臺幣二百元。列案低收入戶、優生保健措施醫療資源不足地區之醫療機構（助產所）出生者，每案減免新臺幣五百五十元。
15	新生兒聽力篩檢	父母之一具有中華民國國籍者，其新生兒享有同國人之補助內容： 出生 3 個月內，於國民健康署公告之「新生兒聽力篩檢特約醫療機構」接受篩檢個案，檢查費用由政府負擔。
16	兒童預防保健及衛教指導服務(具健保身分)	已取得全民健康保險之身分者，享有同國人補助內容如下： 1. 透過設有兒科及家庭醫學科之醫療院所補助提供 7 歲以下兒童 7 次兒童預防保健服務，包括:一般身體檢查、生長評估及發展篩檢評估等內容。 2. 配合兒童預防保健服務時程，提供衛教指導服務，衛教重點包含：嬰幼兒猝死症預防、事故傷害預防、哺餵及營養指導、副食品添加、口腔及視力保健、肥胖防治、居家安全及相關危險因子等內容。

二	醫療費用類	
1	補助設籍前新住民 健保費	中央健康保險署為落實政府照顧經濟弱勢新住民政策，向內政部「新發展基金」申請「設籍前新住民健保費補助計畫」，對符合社會救助法之(中)低收入戶設籍前新住民(配偶)申請案，分別補助 1/2 及全額自付之健保費，以協助經濟弱勢家庭減輕繳納健保費之負擔。
2	酒癮治療服務醫療 費用補助 (納保資格對象)	部分補助酒癮個案至各衛生局指定之醫療機構接受酒癮治療之費用(包括住院、門診、心理治療、家庭治療)，每人每年 4 萬元。
3	非愛滋鴉片類藥癮 替代治療醫療費用 補助 (納保資格對象)	部分補助非愛滋鴉片類藥癮者至本部指定替代治療執行機構接受替代治療之費用(包括替代治療藥品費(美沙冬全額補助;100年再引進丁基原啡因,補助40元/人日)、給藥服務費、初診診療費及尿液篩檢費。)
4	補助災區受災之全 民健康保險保險對 象應自付之保險 費、醫療費用部分 負擔及住院一般膳 食費用(具健保身 分)	補助災區受災之全民健康保險保險對象應自付之保險費、醫療費用部分負擔及住院一般膳食費用。
5	經濟弱勢民眾就醫 相關費用及健保欠 費補助	提供經濟弱勢民眾就醫相關費用(如健保部分負擔、掛號費、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、無健保身分者就醫時之醫療自付費用等)及健保欠費之補助。
6	醫療救助	家庭貧困、無依或路倒病患所需之醫療費用。前款病患因病情需要使用之輔具、照護、康復、喪葬或其他特殊需要之相關費用
7	結核病醫療費用補 助	結核病(含疑似)病患、結核病接觸者、潛伏結核感染者，因檢查或治療結核病(含潛伏結核感染)，於特約醫事服務機構就醫之下列醫療費用補助： 1. 健保申報費用部分負擔。 2. 因結核病經主管機關施行隔離治療者於隔離治療期間之醫療費用(含膳食費)。 3. 結核病接觸者檢查衛教諮詢及抽血、丙型干擾素釋放試驗(簡稱IGRA, 不含試劑費)及其潛伏結核感染治療衛教諮詢等費用。 4. 無健保之結核病(含疑似)病患、結核病接觸者及潛伏結核感染治療者之下列醫療費用： (1)結核病(含疑似)病患醫療費用(含門、住診及住院膳食費)。 (2)結核病接觸者檢查費用。 (3)潛伏結核感染治療之醫療費用。 (4)結核病接觸者檢查衛教諮詢及抽血、IGRA 檢驗和潛伏結核感染

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

		治療衛教諮詢等費用。
8	愛滋病防治醫療費用補助【註】	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在臺灣地區合法居留之愛滋病毒感染外籍（含大陸地區、香港、澳門）配偶、泰緬專案及滯臺藏族人士，於人類免疫缺乏病毒指定醫事機構就醫，自確診開始服藥 2 年內之愛滋治療費用，以及服藥 2 年後醫療費用納入健保給付之就醫部分負擔。 2. 無論是否具健保身分，對孕婦、經醫師診斷之性傳染病或藥癮病患等補助愛滋病毒篩檢費用。 3. 愛滋感染者合併鴉片類藥癮接受替代治療醫療費用補助（包括美沙冬藥品費、診療費、給藥服務費、心理治療、尿液篩檢等篩檢及治療費用）。
9	弱勢兒童及少年醫療費用補助	低收入戶及中低收入戶兒少、領有緊急生活扶助者、依兒少保護通報及處理保護之兒少、安置教養機構與寄養家庭之兒少、發展遲緩兒童、早產兒、符合公告之罕見疾病或領重大傷病證明之兒少、因懷孕或生育而遭遇困境之兒少及其子女、經縣（市）主管機關評估有補助必要之兒少。
10	發展遲緩兒童早期療育費用補助	針對已通報各縣市之學齡前疑似發展遲緩、發展遲緩或身心障礙兒童，如屬低收入戶者，每人每月最高補助新臺幣 5,000 元，非屬低收入戶者，每人每月最高補助新臺幣 3,000 元。

【註】符合人類免疫缺乏病毒感染治療費用補助辦法第三條規定之對象(國人、受我國配偶感染或於我國醫療過程中感染之外籍配偶、合法居留之外籍配偶、泰緬專案及滯台藏族人士、於我國醫療過程中感染之外籍人士)，自確診開始服藥二年內，由疾管署補助愛滋治療費用；確診開始服藥二年後，具健保身分之感染者由健保補助愛滋治療費用，部分負擔及健保法未能給付之檢驗及藥物由疾管署編列預算支應

資料來源: 衛福部 (2019), 引用自 108 年 4 月 17 日衛部教字第 1081367119 號函, 資料擷取時間 111 年 5 月 3 日。

參、我國政府提供新住民特定醫療協處機制

一、 健康促進計畫

文獻指出我國衛生政策的走向已經從注重醫療服務轉為促進全體民眾的健康，由於新移民為我國第五大族群，為能有效強化我國新住民女性的健康促進行為，並有效將相關健康訊息順利推展至新住民族群，內政部早於民國 88 年則開始實施「外籍配偶生活適應輔導實施計畫」，雖然主要計畫目的在於提升其語言能力，不過在適應輔導班或活動中，亦強調衛生健康生活項目的重要性；之後，內政部亦於民國 92 年推行之「外籍與大陸配偶照顧輔導措施」，針對外籍與大陸配偶個人及家庭的權益及需求提供服務，依生活適應輔導、醫療優生保健、保障就業權益、提昇教育文化、協助子女教養、

人身安全保護、健全法令制度及落實觀念宣導等 8 大重點項目工作，其中醫療優生保健部分工作項目包括：輔導外籍與大陸配偶加入全民健康保險、優生保健措施減免或補助費用辦法、辦理外籍及大陸配偶逐一建卡及健康照護管理、辦理外籍與大陸配偶生育健康相關調查等相關醫療協處措施；同年，行政院衛生署國民健康局亦公布「外籍與大陸配偶生育健康管理計畫」，計畫目標為將新住民女性產前、產後、優生保健、生育調節及其子女之健康照護等保健事項，列為優先施行的管理重點；之後，內政部於民國 93 年起建置 0800-088-885 愛護外籍配偶專線，並在民國 96 年改名為「外籍配偶諮詢專線」，委託財團法人賽珍珠基金會負責接線業務，設置英語、泰國、越南、印尼、柬埔寨等五種語言通譯人員，提供各項如法律居留、語言翻譯、子女教養、就業教育、人身安全以及相關醫療衛生的健康資訊…等等生活資訊諮詢服務；此外，內政亦於民國 93 年訂定「外籍配偶照顧輔導基金收支保管及運用辦法」推動整體外籍配偶照顧輔導服務，並協助新住民的健康醫療服務。

二、 新住民特定醫療協處機制

我國政府除提供新住民與我國民眾相同的健保制度及協處機制外，並針對新住民提供健康促進計畫，進而擬定合宜的醫療協處措施，以擴大新住民的醫療協處涵蓋範圍，茲將針對衛生福利部及內政部移民署提供醫療協處措施羅列如下：

(一) 衛生福利部³

1. 多國語言之就醫文件表單

衛生福利部為提供完善的新住民醫療協處措施，其輔導提供國際醫療服務之國內醫療院所，發展多國語言版本之就醫表單，包括英文表單(225 項)、日文表單(103 項)、韓文表單(11 項)，越南、印尼及泰文表單(共計 17 項)，包括：手術同意書、麻醉同意書、住出院流程以及就醫流程(越南文、印尼文及泰文)。

2. 發展多國語言之衛教宣導資訊

³ 衛生福利部針對新住民提供之相關醫療服務引用自立法院第 9 屆第 2 會期司法及法制委員會第 24 次全體委員會議，「外籍人士在台就醫、社福之語言翻譯需求短中長期因應政策」專案報告，105 年 12 月 28 日。

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

衛服部中央健康保險署更進一步提供新住民健保醫療指引相關資訊，每年均編印「全民健康保險民眾權益手冊」，除中文版外，並備有英文、日文、越南文、泰文、印尼文等 5 種外文版本，且分送僑務委員會、日本交流協會、亞東關係協會、移民署移民事務組、勞動部勞動力發展署跨國勞動力管理組等單位應用，並提供電子書供民眾下載。另本部提供相關疾病之衛教資訊，如結核病、愛滋病、登革熱、腸病毒、麻疹與德國麻疹等，均製作英文、越文、泰文、印尼文等版本此外，衛服部附屬 12 家醫院則編印有越、泰、柬、寮、印尼語言版之醫療手冊或衛教單張，提供新住民免費索取。國民健康署則編印提供多國語言版之孕婦及兒童健康手冊，包括英文、越南、印尼、泰文、柬埔寨等，分送各縣市衛生局轉醫療機構，提供新住民婦女於產檢及其子女接受兒童預防服務之使用。

3. 辦理新住民婦女就醫服務

為鼓勵醫療機構提供新住民特別門診及新住民媽媽教室，衛服部中央健康保險署已於 105 年 10 月調查 22 縣市醫院評鑑區域級以上醫院辦理新住民特別門診之狀況，共計 102 家醫院回覆，並共有 7 家醫院有開辦新住民特別門診；未特別辦理新住民特別門診之醫院，各科門診皆可提供新住民婦女看診服務，並提供新住民依個案需求，於門診設立新住民衛教指導、提供多國語言衛教單張、每月開辦相關講座、透過手機語言翻譯 APP 與新住民/移民於就醫時進行翻譯及結合外語志工協助翻譯等服務；另亦於 105 年 4 月函請各縣市衛生局鼓勵轄內產檢院所針對新住民開辦媽媽教室，透過媽媽教室宣導孕產婦衛教指導、哺育母乳指導及新生兒照顧等內容，以提升新住民婦女健康。

4. 強化網站資訊

衛服部亦建置外籍人士就醫資訊，並主動揭露於衛服部官網及國際醫療網站，供民眾及各醫療院所參考。上述資訊除載明「兒童健康手冊」與「孕婦健康手冊」外，亦包括「實用就醫指引手冊」(中、泰、印、越等 4 種版本)、「外籍僱傭衛生教材」共 10 式、發燒的居家護理(英文、印尼文、越南文)、哺餵寶寶真趣味-認識哺乳和嬰兒副食品 DVD(中、英、越、印、泰語)等資源，可供有需要的新住民或外籍人士下載使用(衛生福

利部，2016)⁴。

5. 新住民社區關懷及多國語言通譯服務

近年來健康服務中心設立「新移民及其子女健康照護社區保健諮詢站服務」，由通譯說明醫療保健措施、補助和福利資源，並提供就醫與領藥指引，與相關人員舉辦衛教活動。國民健康署更提供 6 種語言(英文版、日文版、印尼版、越南版、泰文版、西班牙文)健保權益手冊，並與內政部移民署花蓮縣服務站、花蓮縣政府新住民家庭服務中心跨機關合作，協商提供多國語言通譯服務，新住民可透過視訊、電話與排班通譯人員溝通，獲得健保諮詢服務⁵。

6. 培訓通譯員招募及強化通譯培訓課程

根據范明瑛(2011)的研究指出，國民健康署自民國 93 年起，即先以招募志工方式，遴選來台較久、語言能力較佳之新住民協助公衛護士推廣衛教業務。後來因志工為無給制，導致人員流失，乃自民國 95 年 6 月起推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」。並與內政部移民署新住民發展基金合作(台北市除外)，由各縣市衛生局各自辦理通譯員培訓及管理，冀望生育保健通譯能在衛生所及其他醫療院所提供通譯服務，協助健康問題的發現及追蹤，進而提升新住民健康照護品質。根據民國 96 年的資料顯示，生育保健通譯員培訓課程規劃為 32 小時，課程分為基礎訓練課程與專業訓練課程，包括：1. 基礎訓練課程：共 12 小時，包括通譯起源與精神、服務的內涵及倫理、服務守則及未來發展趨勢；2. 專業訓練課程：共 20 小時，以「生育保健」為課程核心，包含七個單元，分別為避孕、孕期保養、產後及新生兒照顧、母乳哺餵、嬰幼兒保健、副食品添加、婦女常見癌症等。另有「實習及衛生所門診作業說明」、「協助家訪技巧」、「通譯員作業規範」等(范明瑛，2011)。然而，根據民國 96 年國民健康署實施成果檢討分析發現，新住民通譯結訓後，大部分都在衛生所及社區內協助公衛護士，僅部分地區通譯有在醫療院所服務，且培訓課程多與醫療協處無較直接之關係，此外，檢討報告亦顯示，

⁴ 衛生福利部國民健康署外籍人士就醫權益網站

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=A31A0CC1B7A08BD4&topn=787128DAD5F71B1A

⁵ 衛生福利部國民健康署多國通譯協助

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=F121E2E75C80C8B6&topn=163B8937FBE0F186

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

部分通譯服務時數不足，無法滿足基本生活所需。

然上述困境稍有緩解之趨勢，根據民國 105 年的報告指出，目前衛服部所屬醫院的 27 間醫院皆提供英語翻譯服務，其中 10 家所屬醫院更提供具備越、泰、印尼等語言能力之志工服務，再者，部分衛服部所屬醫院並聘有已取得我國籍的新住民員工，協助至醫院就醫的外籍勞工或新住民所需語言服務。若該醫院沒有相關語言之志工，亦會委請家屬、仲介、外籍看護或透過移民署之通譯服務平台請求翻譯協助。

(二) 內政部移民署

1. 培訓通譯員及強化通譯服務平台

根據范明瑛(2011)的研究指出，考量新住民就醫之語言溝通障礙，內政部移民署早於民國 93 年即設置「外籍配偶照顧府輔導基金」，進行通譯人才培訓課程，據統計 93 年至 100 年上半年為止，共 8 個民間團體、19 個政府部門申請基金補助開辦翻譯/口譯人才培訓課程，在 52 個培訓課程中，就有高達 23 個培訓課程是生育保健通譯保健培訓課程，比例高達 44.23%，其中又以民國 99 年為最大宗，各地方政府衛生局共開設 17 門課程；在民間團體的部分，賽珍珠基金會自 95 年起代台北市衛生局辦理「新移民醫療通譯人員培訓」課程，並協助培訓結束後，進行長期派遣或定點服務人力協助工作。

考量新住民就醫之語言溝通障礙，內政部移民署更進一步民國 100 年後，推動由各縣市政府衛生局依所轄之現況及需求，自行向內政部「新住民發展基金」申辦推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，提供新住民醫療保健資訊之通譯服務。

2. 外籍人士生活諮詢熱線 1990

內政部移民署為建構完善新住民生活適應輔導，提供多元諮詢服務管道，特設立外籍人士生活諮詢熱線免付費專線，並於民國 111 年 3 月 1 日起改碼為好記的「1990」，提供外國人及新住民在臺生活需求及生活適應方面之諮詢服務，包括：簽證、居留、工作、教育文化、稅務、健保、交通、就業服務、醫療衛生、人身安全、子女教養、福利服務、法律資訊及其他生活訊息等事項。提供國語、英語、日語、越南、印尼、泰國、柬埔寨等 7 種語言之電話諮詢服務。其中，中文、英語、日語三國語言以 24 小時全年無休的方式進行服務；越南語、印尼語、泰國語、柬埔寨語則以每週一至週五(不含國

定例假日及其他休息日)上午 9 時至下午 5 時方式進行服務⁶，進一步緩解外來人士在臺生活不適應之問題。

3. 新住民生活適應輔導

承上，內政部移民署進一步編列公務預算，按直轄市、縣（市）新住民人數，參考前二年執行情形，並依中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法第 8 條規定之直轄市及縣（市）政府財力級次，補助各地方政府辦理相關新住民生活適應課程，主要補助內容分為生活適應輔導班及活動、種子研習營、推廣多元文化活動及生活適應宣傳等。

另對初次入境尚未熟悉臺灣的新住民，由北、中、南區事務大隊所轄服務站實施初次入境關懷訪談服務及便民行動服務列車，並結合家庭教育中心資源辦理家庭教育課程，編製多語「新住民入國前輔導手冊及宣導影片」與外籍及大陸配偶在臺生活資訊簡冊，方便新住民家庭獲取最新生活資訊。未來本署將協同相關機關團體，持續結合公、私部門資源，持續推動辦理各項新住民照顧服務，增進其在臺生活適應，並加強建構尊重友善和諧的移民環境。

4. 新住民偏鄉醫療協處措施

新住民跨國移動至臺灣，常常面對到語言、文化的衝擊，特別是偏鄉地區新住民，常因交通不便、資訊取得不易，亟需移民居留法令、身分證申辦、就業資訊及生活適應等相關協助，為了積極推動新住民生活適應輔導、延伸服務幅員，讓服務社區化、在地化，移民署亦特規劃便民服務行動列車，由北、中、南區事務大隊所轄服務站實施初次入境關懷訪談服務及便民行動服務列車，並結合家庭教育中心資源辦理家庭教育課程，編製多語「新住民入國前輔導手冊及宣導影片」與外籍及大陸配偶在臺生活資訊簡冊，方便新住民家庭獲取最新生活資訊。行動服務除了結合戶政事務所收件外，運用行動服務列車定點定期深入各偏鄉社區，透過專業移民服務人員及專勤隊深入偏鄉，行動服務列車受理無戶籍國民、外籍及大陸人士居、停留案件、延期、變更地址及其他各類申請案，並將法令、福利、就業、衛教等資訊，將服務送達偏鄉地區，使服務據點更為

⁶ 外來人士在臺生活諮詢服務熱線 1990 免付費專線

<https://www.immigration.gov.tw/5385/7445/7451/7457/7484/30396/>

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

機動靈活，更可有效利用資源並縮短城鄉差距。以定點定期行動車方式服務，民國 99 年於新北市、雲林縣、花蓮縣、南投縣及屏東縣等 5 個縣市開始辦理，至民國 106 年起全國 21 個服務站全面執行(內政部移民署，2022)。

日月光集團自 2018 年起響應高雄市政府推動高齡友善及長照政策，結合高雄榮民總醫院專業醫療團隊打造高階「智能行動醫療巡迴車」，以移動式醫院為主軸，設計全台灣唯一設備最完善、最先進的長照與身障服務醫療車，其中包含長照守護、高齡健檢、成人健檢、肌少症、衰弱症、骨密檢測等多項先進設備。自民國 108 年 3 月起，醫療巡迴車已行經高雄、屏東及台南共十五個鄉鎮市的社區及榮民之家，服務近萬人次(何弘斌，2022)，其中，值得注意的是「智能行動醫療巡迴車」提供多國語言翻譯，產生多元語言健檢報告，可針對新住民提供更完善的偏鄉醫療服務。

三、 新住民社區健康傳播政策推動

根據王培勳(2011)的研究指出，內政部始於民國 97 年開始推動以社區基礎的健康訊息傳播推廣模式，藉以建構符合新住民需求的健康傳播模式，茲將我國與新住民相關的社區健康傳播發展與推動措施羅列如下：

(一) 福利社區化 (民國 87 年)

在福利社區化自民國 87 年推動以來，社區發展協會的業務內容，以社區健康營造工作業務推動最多(占 77.7%)(黃明月等，2003)；臺灣各縣市也紛紛運用福利團體的力量設立「外籍配偶服務中心」、「外籍配偶家庭服務中心」、「外籍及大陸配偶服務中心」或「新移民家庭服務中心」等單位(現統稱新住民家庭服務中心)，舉辦兒童學齡前啟蒙服務、兒童課後照顧、機車考照班、生活適應班、識字班等方案；甚至鼓勵新住民成立協會，例如：賽珍珠基金會，目的在建構社區福利服務網絡，使其更貼近新住民及其家庭的需求(王培勳，2011)。

(二) 社區健康營造計畫 (民國 88 年)

衛服部國民健康署亦早於民國 88 年開始持續推動的「社區健康營造計畫」，冀望針對社區的地區特性和需求，進行對社區健康促進理念的宣導，來引發民眾對社區健康的

自我責任及使命感，也強化民眾衛生教育知能並落實健康行為(衛服部國民健康署，2006)。

肆、現有新住民社會支援網絡現況及健康資訊獲取管道

文獻提出社會網絡為新住民資訊提供相當重要的資訊來源 (Bishop, Shoemaker, Tidline & Salela, 1999)。所謂的社會網絡泛指群體成員之間存在的相互信任和支持，而在群組間尋求和使用相互間的資訊，然而使用狀況則依各題而有所差異，並受到個人所屬社會結構的影響 (Hayshornthwaite, 1996)。瞭解社會網絡如何對獲得資訊產生影響，將有助於瞭解新住民在資訊取得與一般住民之差異，因為新住民社會網絡結構與一般住民並不相同。而社會網絡通常包括個人可觸及的範圍、品質；規模和密度 (即網絡成員之間的互聯性)；以及一個人的社會網絡中的聯繫強弱程度，以及所獲得資源種類 (GranovZetter, 1983)。文獻提出，由於新住民為社會弱勢群體，其在社會網絡常被邊緣化，所獲得資訊亦相當貧乏(Mohanty, 2003)。

文獻提出新住民的健康資訊的傳遞多與其既有的社會網絡關係相互連結，舉例而言，林素真(2012)提出新住民最常見的衛生教育資訊管道主要為郵寄手冊或宣傳單張，其次為親友鄰居口耳相傳、參與短期課程或座談會以及公衛護士家訪。再根據 107 年新住民生活需求調查的統計數據，對於政府照顧服務措施的訊息管道方面，新住民最主要的資訊來源為「政府單位」與「同鄉親友、其他國籍新住民分享」(占 17%)，其次為「臺灣的親戚、朋友、同事告知」(占 15%)；知道照顧服務措施者當中，獲得訊息的方式仍以「親友通知、口耳相傳的」(占 55%)為新住民最主要獲知的方式，其次為「新住民相關的社群網站(LINE、FB)介紹」(占 23%)、「上網搜尋的(非官方網站)」(占 22%)以及「相關單位的布告、DM 傳單」(占 18%)(楊文山，2020)。當新住民健康資訊的傳遞多與其既有的社會網絡關係緊密連結時，常會出現舊有的國家文化醫療體系和新居地的醫療體系並存的醫療方式，有可能透過原生國的親友系統取得原本國家(族群)所信任的藥物、使用成藥、草藥、民俗療法、食物、家庭治療，而此種治療方式亦稱之為「自我搭配式治療」(顏芳姿、吳慧敏，2014)。

綜合本章所述，新住民在取得健保之後，其享有的衛生福利與我國民皆相同，亦享有相當完善的醫療協處措施，然而新住民仍屬弱勢族群，社會網絡常被邊緣化，所獲得

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

健康資訊較單一且不完整，在接受醫療服務時遇到許多問題，導致新住民的醫療行為無法藉由社區健康傳播政策有效傳遞，更明確來說，我國政府設立相當完善的新住民家庭中心，甚至於各醫療診所廣設生育保健通譯人員，然此協處措施無法有效將健康資訊有效傳遞至新住民。爰此，如何利用助新住民更完善的社區健康傳播措施，有效傳遞明確的健康資訊獲取，甚至有效提高醫療協處措施成效，將是政府著重的政策重點之一。

第八節 我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與困境

壹、我國新住民醫療需求、及就醫溝通需求現況

林素真(2012)首先提出新住民醫療需求包括：提供醫療輔助、提供傳染病及疾病知識、提供育嬰和育兒知識、提供幼兒健康檢查、協助就醫時的溝通、避孕方法介紹、提供保健常識、協助加入全民健保等需求；再根據 107 年新住民生活需求調查的統計資料顯示，新住民對醫療衛生服務措施需求以「提供醫療補助」優先度為最高(占 14.7%)，其次為「協助加入全民健康保險」(占 5.4%)，再其次依序為「提供幼兒健康檢查」(占 4.7%)、「提供傳染病、疾病的知識」(占 4.6%)，其他各項目優先度均在 4.0%以下，另表示各項醫療衛生服務措施均無需求者占 73.2%(楊文山，2020)；最後，若以新住民女性就醫的考量因素依序為離家近、親朋好友或醫師推薦、醫術高明或口碑好、交通方便、設備完善(林素真，2012)。

貳、我國新住民醫療使用困境概況

由於新住民剛移民到新的國家或地區，語言文化上未融入當地社會，再加上部份新住民本身的謀生技能及適應能力不及本地人士，因此令新住民不少停留在社會較低階層，需要社會保障的支援(McDonald and Kennedy, 2004)。雖然我國政府針對未設籍前的新住民家庭，提供相關醫療補助，但因新住民們在原生家庭的經濟弱勢，教育程度不佳，加上欠缺對臺灣政策的瞭解，社會網絡常被邊緣化，健康資訊管道取得有限，因此有的新住民雖然居留期滿，卻並沒有獲得健保身份，部分原因源自於新住民不清楚臺灣的健

保資訊以及該如何辦理健康保險，甚至有些人會認為需要有身分證才能取得健康保險。(張慧美, 2019; 陳志豪 et al., 2012)。

針對新住民在健康議題所面臨的醫療使用困難，現有文獻將其區分成文化差異 (Bakhtiari, 2018)、健康涉略不足(Hanley and Shragge, 2009)、經濟困境 (Maskileyson, 2019)、就醫可近性不足(張慧美, 2019)、健康資訊不易取得(沈健瑋, 2006)及歧視與偏見 (Kuana, Chenc & Lee, 2019)等幾大主要原因。茲將分別簡述如下:

一、 文化差異

Bakhtiari (2018) 提出因為新住民在面臨文化衝擊下，多因為適應不良，壓力較大，因而造成其健康狀況較低落。若因文化、語言或刻板印象所造成的社群隔離的現象，使其無法即時獲得正確的健康照護知識與資源(林淑玲&蕭仔伶, 2007)，可能需要家人陪同就診，形成一種醫療就醫過程不便的問題(夏曉鵬, 1997)。再者，文獻提出在台灣的越南新住民較習慣越南的就醫文化，即：非不必要不願意看醫生，因此導致許多越南新住民不願意就醫的文化差異 (曾敏傑, 2005)。

二、 健康涉略不足

另有文獻指出健康涉略不足(limited health access)，其包括缺乏健康專業知識與語言溝通為新住民的第二大障礙。例如：Hanley and Shragge (2009)提出因為語言溝通的障礙導致新住民健康狀況不佳。近年在台就醫的新住民雖大幅增加，但常有語言、文字隔閡上的溝通障礙，使得新住民在就醫過程當中容易在醫療照護體系中被忽視，更突顯其弱勢的情形(Yang&Wang, 2011;郭錦暖, 2008)。我國政府雖實施的通譯人員協助看診制度，然而，新住民本身在醫療資源的接觸相當低，新住民並無法得知我國政府有此協助看診制度。

再者，缺乏專業健康知識亦為新住民就醫一大問題，新住民女性婚後快速生育，易導致欠缺完整的生育計畫、優生保健諮詢及獲得哺餵新生兒之正確知識(王素美, 2011)，因教育程度可能普遍較低、功能性文盲與健康信念與認知差異及缺乏保險和就醫資源等因素，而造成利用健康照護服務的障礙(Johnson et al., 2008; Nicholson et al., 2003; Taylor et

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

al.,2002;Yang&Wang,2003;楊詠梅,2001)。張慧美(2019) 提出部分新住民剛到台灣，中文溝通能力不佳，僅會說簡單的生活用語，但相較醫學相關的專業用語，新住民無法順利表達，因此造成其就醫時的恐懼，因而降低其就醫意願。

三、 經濟困境

首先，目前文獻探討的主要觀點，研究提出的第三個主要困難為收入不平等，Maskileyson (2019)提出新住民多由經濟較差國家移民到經濟條件較好的國家，當新住民本身的謀生技能及適應能力不及本地人士，因此令新住民不少停留在社會較低階層，其飲食習慣也會隨之改變，例如：食用較便宜但營養價值偏低的食材(Abraido-Lanza *et al.*, 2005)，導致健康狀況變差。或者是因為支付不起當地昂貴的醫療保險費用(Hanley and Shragge, 2009)，導致健康狀況較差。我國雖實施全民健保已多年，民眾僅支付少額的保費及相關費用，即可享有相同的醫療資源，但在收入不平等的狀況下，家庭經濟狀況仍會影響新住民的就醫行為，例如：經濟狀況相較不佳的新住民仍會覺得教學醫院的就醫成本較高，因此會傾向選擇藥局、掛號費較低的診所或地區醫院(張慧美, 2019)。

四、 健康資訊不易取得

新住民在就醫或獲得醫療相關資訊方面常面臨障礙，會需要藉由台灣親友告知，或是由電視、衛教單張等媒體或書面資料獲得資訊(沈健瑋, 2006)。根據張慧美(2019)的研究指出新住民來臺後的就醫資訊除了先生與家人之外(約佔 75%)，其他在台灣和同事或朋友則為第二大資訊來源(約佔 37.5%)，越南朋友則為第三(約佔 25%)，由於不易獲得健康資訊與健康資源，以致減少對醫療資源的利用(王秀紅&楊詠梅, 2002)，無法正確瞭解醫囑、藥物及藥袋上的標示，導致其無法接受良好的醫療或正確用藥，對於因為語言障礙而導致看錯科別或誤診，是新住民心中一個極大的恐懼(鄭姍姍, 2016)。

五、 就醫可近性不足及城鄉差距導致醫療資源不平均

目前針對就醫可近性的文獻，多以就醫交通與時間與就醫陪同、決定權為主要探討因素(張慧美, 2019)。首先由於部分新住民仍要負擔家中經濟或負擔家中照顧/護工作，多具有緊迫的時間壓力，當就診時間過長時，的確會降低其就醫意願(張慧美, 2019)。

最後，文獻提出新住民在醫生選擇上多半是不具有選擇權的(鄭姍姍，2016)，尤其當就醫陪同不足時，即：未具有家人或配偶陪伴時，亦多會降低新住民就醫的意願(張慧美，2019)。再者，有關就醫交通的部分，大部分的新住民來到我國時，多具有身分證的迷思，例如：申辦健保卡需要身分證或申辦駕照需要身分證。因此，導致許多新住民沒有駕照的問題，此問題在城市問題不大，但若在偏鄉地區時，在就醫就會產生相當困擾。

王熾晴(2008) 根據外籍移工進行城鄉差距對於醫療使用情況探討，發現未滿一年的外籍移工會因城鄉差距在門診利用率上有顯著之差異，其中，鄉村資源不足區第一次就時間明顯較短，且急診利用率最高；而居留一年以上的外籍移工在鄉村資源不足區平均門診就醫次數最高。研究結果雖以外籍移工為探討，但的確亦反映出新住民(新移民)會因城鄉差距產生就醫可近性不足的問題，進而降低其就醫意願。

六、歧視與偏見

Lu (2005) 提出我國過去在婚姻移民時，由於我國男性有支付結婚費用或其他相關費用時，新住民女性會被視為男性的財產，也因此導致新住民在婚姻關係不對等，甚至遭受歧視或偏見的問題(Le, Truong & Khuat, 2014)。反映在醫病關係時，亦會產生醫護人員態度不佳，甚至會故意詢問新住民母親之原生國籍身分，令她們有不受尊重或被歧視的負面感受(王秀梅，2012)。

Kuana, Chenc & Lee (2019) 提出雖然我國新住民所受到的醫療支持和衛生福利措施與我國民眾差異不大，但由於新住民仍上述面臨上述問題，目前我們政府雖提供相對應的措施，例如：醫療通譯的服務來解決相關問題，文獻亦指出目前醫療通譯仍缺乏專業醫療口譯的培訓以及醫療口譯員分布不均以及缺乏醫療口譯相關法律規範等問題，進而影響改善新住民就醫困境的成效。新住民在我國因為語言溝通障礙的關係，會遭遇到醫病關係的權力不對等的問題，此乃由於我國醫師對外籍病人(尤其為東南亞籍)的醫病溝通方式多為家長式醫病溝通(陳惠玉，2013)，導致醫師在看診時間壓力下很少向病人解釋病因(顏芳姿，2013)。

第九節 Andersen 醫療服務利用行為模與新住民傾向因素 對醫療使用困難程度與就醫意願的干擾作用

Andersen 的醫療服務利用行為模式目前所被廣泛應用於疾病行為、醫病關係以及衛生教育介入等相關領域，其始於 1968 年，多用於瞭解家庭及個人使用健康服務的原因、測量公平接近健康照顧務的方法，及協助發展公平接近服務的政策 (Andersen & Newman, 1973; Pandey *et al.*, 2019; Naz *et al.*, 2021)，主要探討個人對醫療服務照護的信念、態度或對於疾病的認知程度，醫療服務利用行為模式最初的行為模型如圖 2-1 所示，主要探究個人對使用醫療服務的傾向因素、能用因素或阻礙使用的因素以及他們對醫療衛生的需求因素是否會影響其使用醫療服務行為(Mechanic, 1979; Rundall, 1981)。

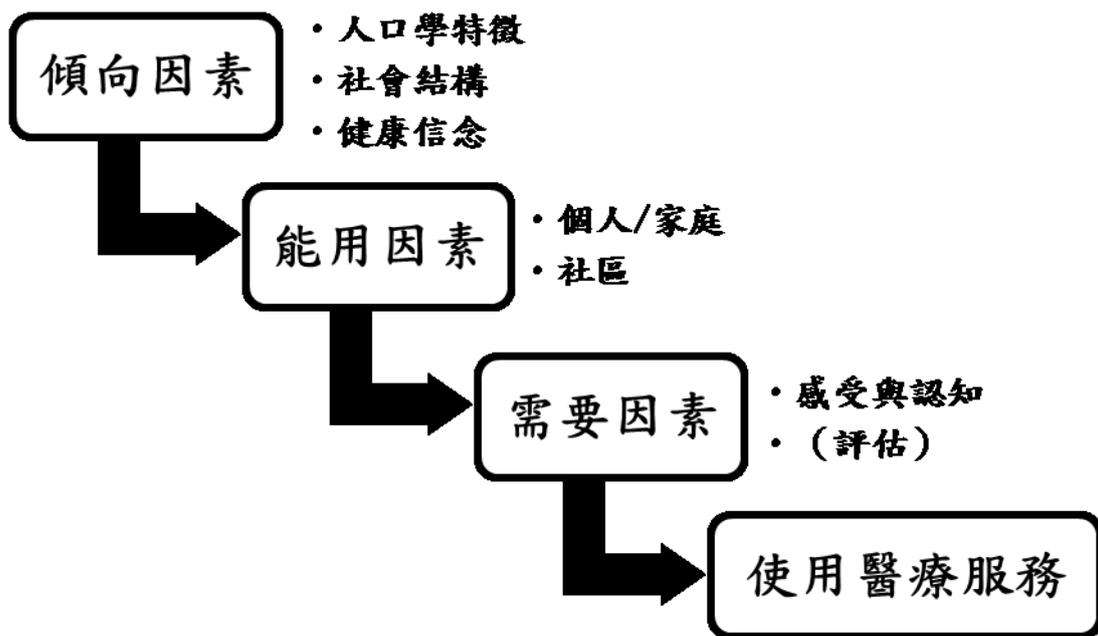


圖 二-1 Andersen 醫療服務利用行為最初模型 (1960 年代)

醫療服務利用的決定因素可以分為三個因素：

(一) 傾向因素：為個人使用醫療服務的傾向(Predisposing characteristics)，泛指著重個人在發生疾病之前，有哪些個性特徵的人會傾向利用醫療服務資源，包含：年齡、性別、種族/民族、態度、價值觀、教育程度、婚姻狀況、職業、居住地、社經地位、

醫療保健知識、宗教信仰等因素。

(二) 能用因素：為支持或阻礙服務利用的因素(Enabling resources)係指個人取得醫療服務資源的能力，包括個人或家庭像是家庭收入、財富、健康保險、社區資源多寡、社會保障、醫療資源可近性、醫療服務價格等因素。

(三) 需要因素：為個人因醫療需要而出現就醫的行為，是醫療服務利用最簡直且最關鍵的因素，包括疾病嚴重程度、健康狀況、個人對健康與疾病的感受與對疾病的認知程度，及醫事人員對疾病的臨床評估。

Andersen (1995)進一步提出修正模型，並納入衛生保健系統作為外部環境對個人傾向因素、能用因素、需要因素對是否會影響其使用醫療服務行為甚至其感知的健康狀況。茲將修正後模型繪製於圖 2-2。

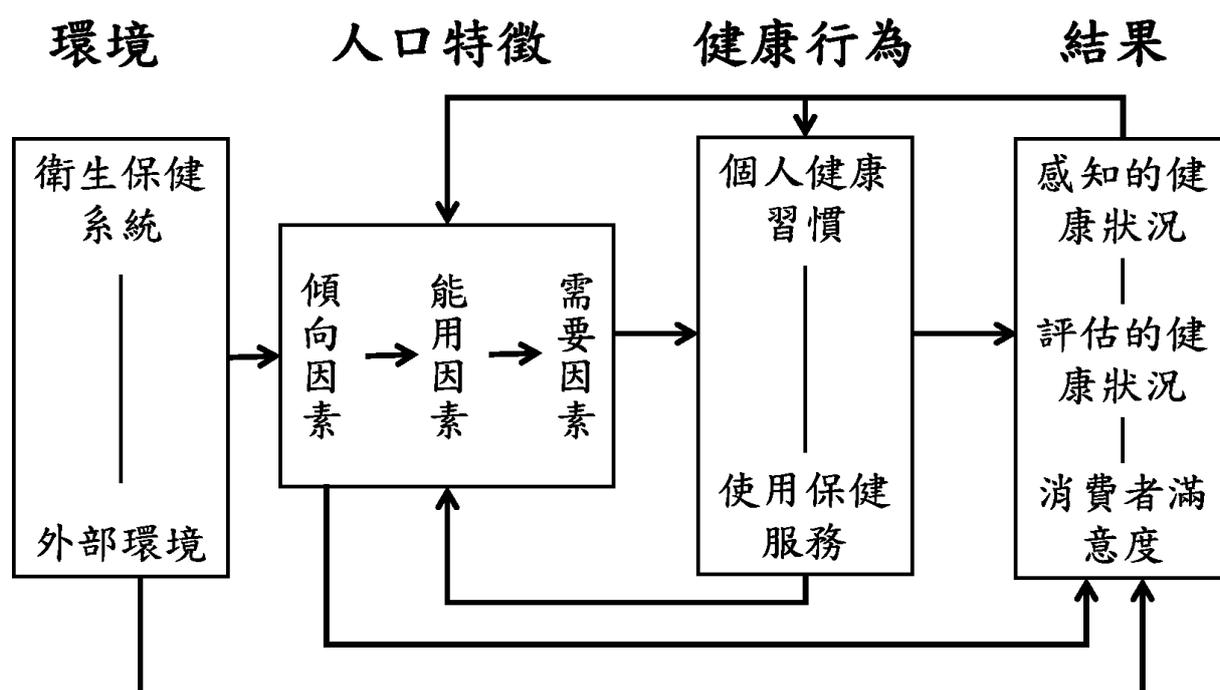


圖 二-2 Andersen 醫療服務利用行為修正模型 (1992 年)

文獻提出，傾向因素為影響新住民就醫行為相當重要的影響因素(Andersen, 1995)，為進一步檢視新住民的哪些傾向因素會對新住民的就醫決策行為，現有文獻提出新住民的感知的健康狀況(Maskileyson, 2019)會對新住民的醫療使用困難程度產生明顯的影

我國新住民與在臺家成員醫療機制使用狀況與協處機制困境

響。目前我國的新住民主要來自於中國大陸、港澳地區、馬來西亞以及越南、印度尼西亞、泰國、菲律賓、美國、智利、阿根廷、南韓、日本、烏克蘭、法國、西班牙、英國、義大利、埃及、東協國家等國。根據感知的健康狀況的相關文獻，Maskileyson (2019) 提出當新住民的來源國經濟收入較差時，會因為收入較低落而產生間飲食不正常，健康狀況較差。Bakhtiari (2018)則提出來源國與移民國文化差異較大時，容易產生適應不良的問題，進而造成新住民健康狀況較差。移民型態則可分為婚姻、經濟與工作移民三大主要類型。根據上述文獻，本計畫進一步推論由於新住民較為年輕的女性，身體較健康，在沒有急迫性的健康問題下，婚姻移民的新住民在面臨到就醫的困難性時，新住民會更加傾向選擇自己僅有的醫療資源(即：熟悉的醫療方式)，而降低選擇陌生的醫療資源的意願(即：我國的醫療方式)。

第十節 本章小結

根據 Hall & Cuellar (2016) 的研究，其提出與其他國家相比，澳洲，德國和日本的移民政策最為嚴格，而瑞典和葡萄牙則為最寬鬆的國家。該研究亦提出移民融合政策指數 (Migrant Integration Policy Index, 簡稱 MIPEX)，其使用八個勞動力市場移民融合政策領域流動性進行評估，包含：教育、家庭團聚、健康、政治參與、長期居住和反歧視法等八大指標，並收集有關 167 個關鍵指標的數據進行評估。根據 2014 年指標分析結果，在移民融合方面，美國在 38 個國家中排名第 3 位；澳洲排名第 4 位。

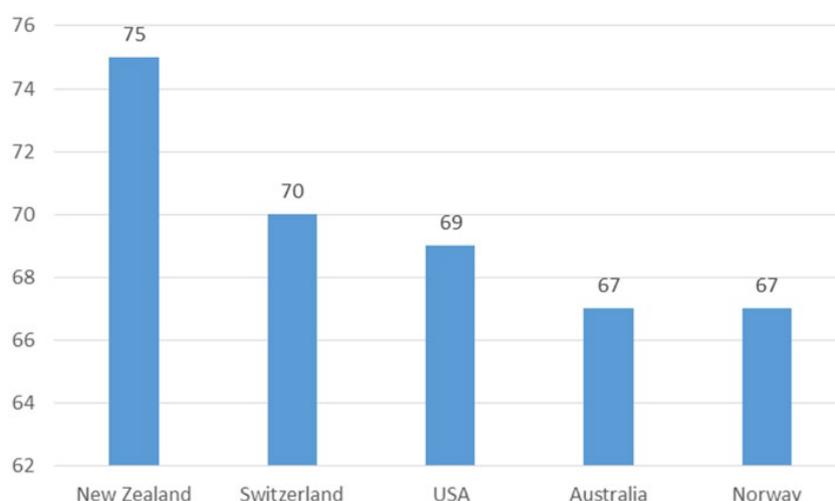


圖 二-3 2014 前五大移民融合政策指數的國家

資料來源: Hall & Cuellar (2016)

整體而言，美國移民融合政策的確較其他國家更佳，但研究也指出美國在衛生政策方面僅「略勝一籌」，亦反映出美國在移民的衛生政策上仍有加強的空間。綜合上述所言，本計畫提出新住民必須獲得相對應的醫療保險以及完善社區支持才有辦法真正改善其健康狀況，其中，當新住民必須獲得相對應的醫療保險時，將可降低因收入不平等才所產生的醫療困境。此外，當新住民獲得完善的社區支持時，新住民將可獲得充足的醫療資訊、提高文化適應狀況，真正提高新住民的健康狀況。更明確的說，如何落實完善的社區支持政策則為相當重要的議題。本計畫亦將美國、加拿大、澳洲三國針對新住民美國、加拿大、澳洲新住民醫療使用困境、相關需求與各國政府醫療協處政策彙整成表 2-2。

表 二-2 各國新住民醫療使用困境、相關需求與醫療協處政策比較

	美國	澳洲	加拿大
主要資金來源	雇主、保險費	稅收、保險費	稅收、保險費
醫療機構所有權	民間擁有	政府或私人擁有	私人為主
納保對象	受保險人	全民	全民
醫療保險特色	<ol style="list-style-type: none"> 1. 沒有中央管理機構，很少整合和 2. 協調 3. 在不完善的市場條件下提供醫療 4. 保健 5. 政府作為私營部門的附屬機構 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 藥物福利計劃：有助於降低藥品成本讓藥品變得可及、可得且是負擔得起 	<p>5 大原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全民性 (Universality) 2. 綜合性 (Comprehensiveness) 3. 公營性 (Public Administration) 4. 通用性 (Portability) 5. 可及性 (accessibility)
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 較能抑制醫療浪費 2. 能自行選擇保險類型 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供 100%的全科醫生費用和 85% 的專科費用 2. 涵蓋病理檢查、眼科檢查 3. 支付處方藥的部分費用 4. 公立醫院的住院治療是免費的 5. 稅收資助、負擔得起的醫療保健 6. 系統，向公眾提供免費醫療保健。 7. 政府補貼私人保險，包括牙科保健和私人醫院 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 普遍的省/地區醫療保健涵蓋了大多數基本的醫療保健和醫療服務
缺點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以自費為主醫療費用高 2. 可承受的死亡率差 3. 缺乏透明度 4. 高昂的護理費用 5. 缺乏保險保障 6. 許多人不得不支付更 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不能選擇喜歡的醫生或醫院。醫生的選擇取決於您居住的地方 2. 等待時間可能比私立醫院更長 3. 沒有海外醫療和住院費用 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非緊急程序的醫療保健服務等待時間可能很長 2. 加拿大的稅收較高，以支持醫療保健系統 3. 在加拿大接受核磁共振檢查需要很長時間

	高的保費	4. 不承保非臨床必需的服務（如整容手術） 5. 不為您提供救護車服務 6. 牙科、物理治療、職業治療、眼鏡等輔助服務以及光學等其他服務和產品不承保	4. 傾向於被動而非主動的醫療保健系統 5. 不是每個醫生都願意在加拿大接收新病人
對新住民的影響	新住民在獲得合格身份後需等待五年才能參加醫療保險		1. 新住民需要等待 3 個月後才可以享受醫療保險，但會因為省分不同而等待時間不一樣 2. 新住民可以通過 medicare 國家醫療保險獲得全面的醫療保障 3. 新住民在轉診過程和等待時間需要很長的時間
醫療使用困境	健康素養不足、文化和語言因素以及歧視認知皆導致醫療使用困境	文化差異會影響醫療使用困境	因為貧困和歧視而造成就醫意願低落
值得學習之協處政策	完善的社區支持	完善的社區支持，尤其利用「葡萄藤」進行資訊傳播	完善的醫療保健體系與社區支持
值得學習之資訊推廣措施	完整的移民支持資訊(包含: 完整的網站說明、手冊說明，並結合不同的政府網站進行連結)。惟醫療相關資訊較少	完整的移民支持資訊手冊，明確載明各地社區支援連結	完整的網站說明，明確載明各地社區支援連結

資料來源：本計畫整理

第三章 研究設計與實施

第一節 研究架構

由於本計畫的研究目的在檢視不同類型的新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況以及我國現有針對新住民的醫療協處措施之成效。同時，檢視我國新住民及在臺家庭成員是否會因文化適應不良、健康知能訊息不足及收入不平等進而降低我國醫療使用率？探究我國新住民及在臺家庭成員在醫療協處措施的現有困境為何？及是否有相對應的因應措施？本計畫依照 Andersen 目前所被廣泛使用的 Andersen 醫療服務利用行為模式，將新住民醫療使用困境做為本計畫之自變數，醫療使用需求作為本計畫之依變數，協處改善措施建議作為中介變數，新住民健康狀況作為干擾變數，茲將本計畫之研究架構詳列圖 3-1。

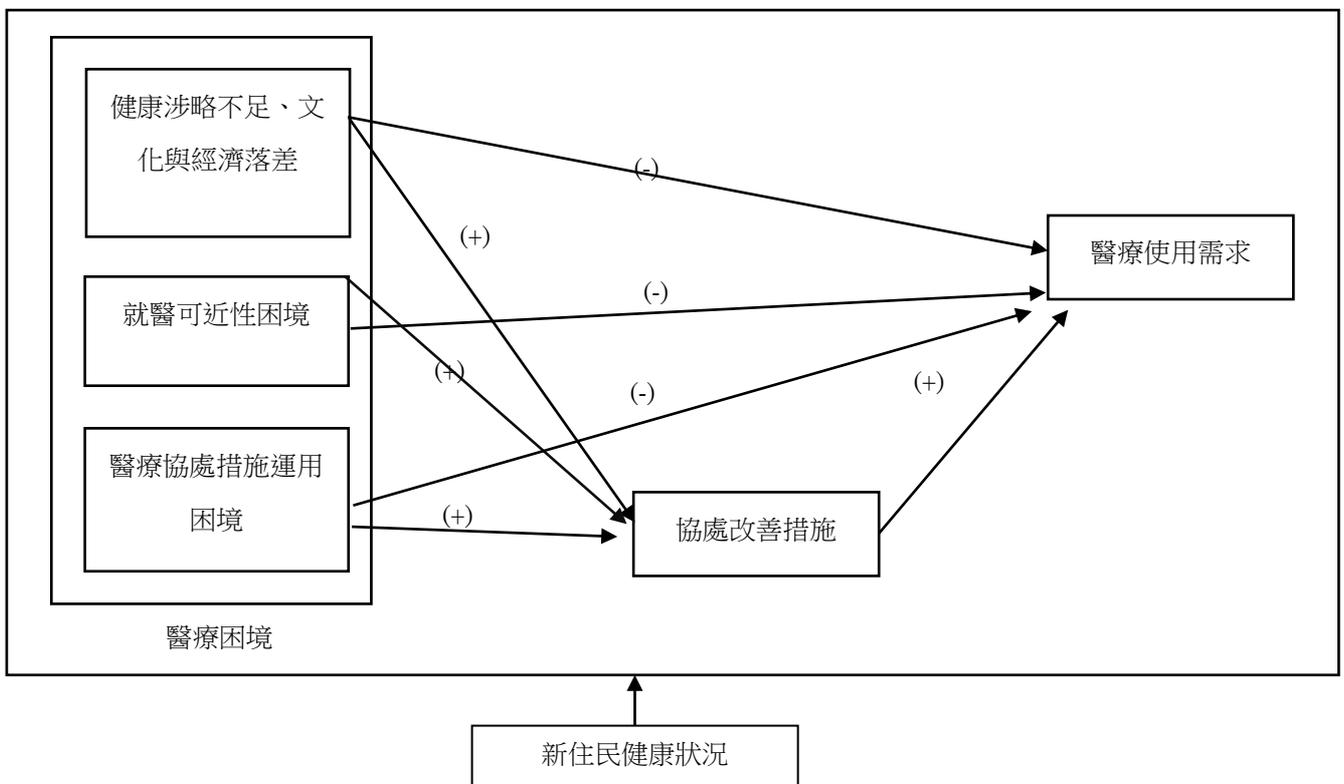


圖 三-1 計畫研究架構

第二節 研究設計與執行步驟說明

茲將研究目的、方法與範疇列於圖 3-2。

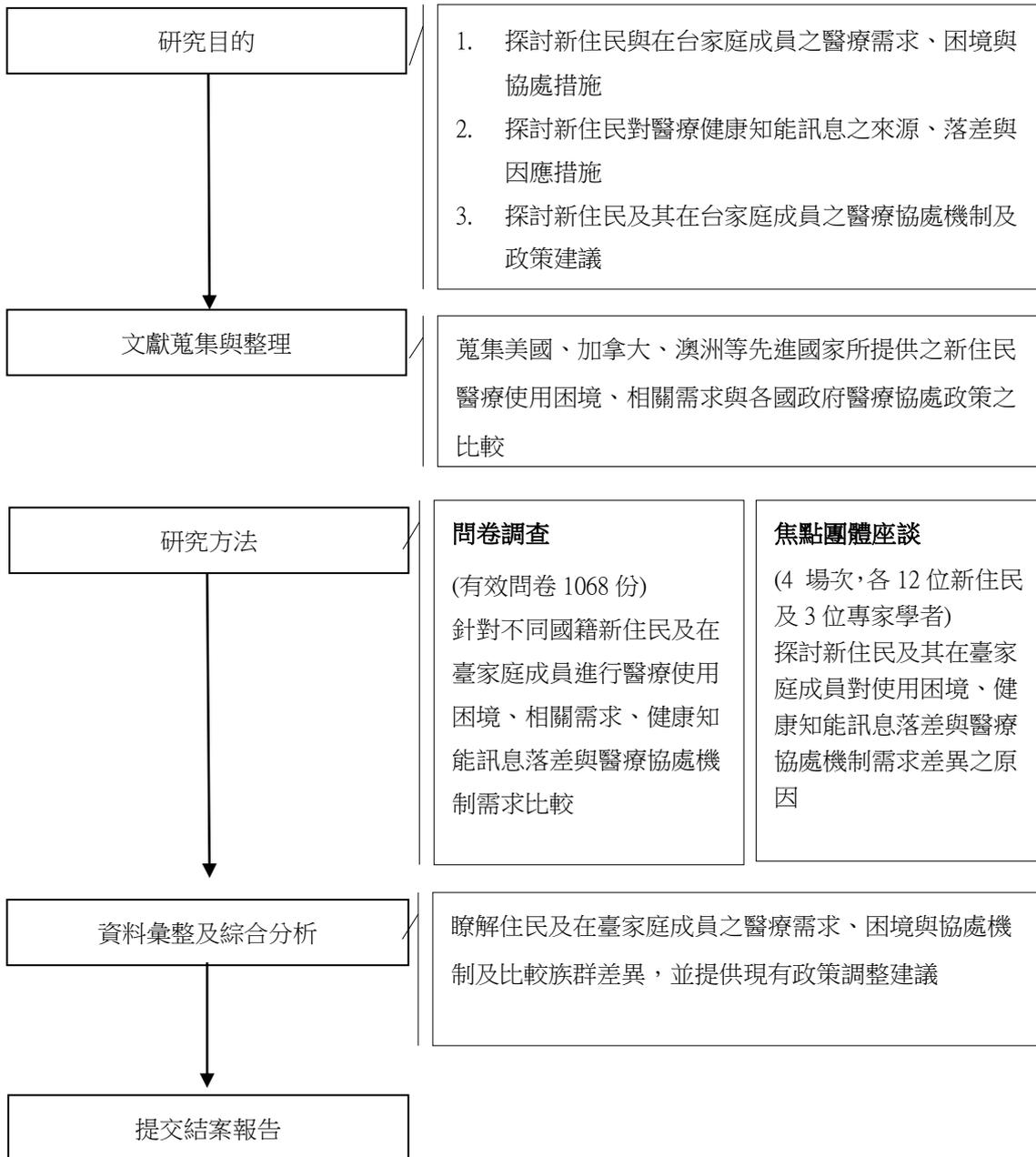


圖 三-2 計畫設計與執行步驟

資料來源：本研究繪製

第三節 資料蒐集方法規劃

承上，本計畫將以兩個研究進行資料蒐集與驗證。同時，本計畫將以質性與量性研究並行作法，進行資料蒐集與驗證。研究一先以專家學者、新住民及其在臺家庭成員焦點團體座談(進行內容訪談)，在運用得菲法進行量表設計。研究二則進行量表的信效度檢測與線性結構方程式模型檢測(進行不同族群比較)。

壹、專家學者、新住民及其在臺家庭成員焦點團體座談

由於醫療機制度使用狀況與醫療協處措施困境尚未有明確的量表進行衡量，為初步了我國新住民對醫療機制使用的看法，採用焦點團體訪談法，藉由不同族群的新住民進行開放、口語的訪談內容，引導受訪者取向的敘事內容，找出新住民所面臨的困難性為何。再藉由得菲法進行題項發展。

一、焦點團體訪談

本計畫以12位產官學界的專家學者以及48位新住民及其在臺家庭成員為主要招募對象，舉辦北、中、南與東部4次焦點訪談。專家學者的篩選方式須為自身對於地方或新住民健康保健、醫療照護、生活適應與身心健康具有相當研究或實際從事相關實務界專家，篩選業界6名，學界3名，之採取此比例是因為新住民就醫議題在業界問題較普遍，但在學術界針對新住民就醫提議題當熟悉的學者相較於業界少，故採6:3比例。48名新住民及其在臺家庭成員代表則會以新住民的國籍及居住地區進行族群區分，並採取分群抽樣的方式選取這48名代表，即：48名受訪者中將包含東南亞、東北亞、中國大陸與港澳地區以及其他地區，同時須包含新住民在臺家庭成員。第一與二場次規劃居住地區為北部地區、第三場次規劃居住地區為中部地區、第三規劃居住地區為南部及東部地區。在訪談之前，會詳細瞭解受訪者對新住民就醫議題是否熟悉，確認過

後才會進行訪談。本計畫將以面談方式表明身份、說明訪談目的和主要訪談內容，邀請並詢問是否在錄音資料不外流的前提下加入訪談，讓研究者進行錄音以便編寫逐字稿。為維護受訪者隱私，基本資料以及受訪內容均由研究者親自登錄，並加密安全保存，每位受訪者僅以代號表示。訪談結束後，贈與每位受訪者百貨公司禮券以表感謝。訪談題目為中文呈現，並以開放式的方式問答，並採半結構式的訪談方式，若部分新住民無法完整呈現時，將邀請在場專家學者或其他新住民甚至在臺家庭成員協助表達。訪談內容大致包括：就您的看法，您覺得新住民目前不願意使用醫療機制的原因為何？學者提出新住民所面臨的醫療使用困難包括：文化適應不良、收入不平等與健康涉略不足等問題，請問您有任何需要補充其他可能面臨的問題嗎？就上述的問題，哪些會影響您的醫療機制度使用狀況與醫療協處措施困境？為什麼？是否還有其他的原因會影響您的醫療機制度使用狀況與醫療協處措施困境嗎？

二、內容分析與德菲法分析

本計畫進一步以德菲法發展醫療機制使用狀況與醫療協處措施困境量表，將訪談所得之資料整理成逐字稿，並依循上述訪談內容進行整理及分析並加以討論。藉由內容分析的結果，分析彙整專家與受訪者的意見，並分別請專家與受訪者補充修正。並將進一步使用內容分析的結果進行量表設計。在擬定好問卷題項後，將再次給予專家學者檢視，直到所有專家學者皆同意問卷題項內容後，才會停止檢視動作。此外，本計畫亦根據得菲法中的四分位法進行初步題項篩選 (Holden and Wedman, 1993)。

貳、量表衡量與模型檢定

一、前測

由於問卷題項中的醫療困境(包含：就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境、健

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

康涉略不足、文化與經濟落差)與醫療協處改善措施為運用德菲法擬定，醫療使用需求則參照 Dodds *et al.* (1991)與 Labrecque *et al.* (2006)的研究，作為受訪者對醫療使用需求之參考；健康狀況自我評量量表則參考訪問常用的身心健康量表，作為受訪者對健康狀況自我評估之參考。再者，為檢測量表題項信效度，本計畫進一步首先進行前測，共發放 60 份前測問卷，預計網路問卷佔 24 份，紙本問卷佔 36 份，由於前測的信效度皆高於標準值，進一步進行正式問卷發放。

二、問卷資料蒐集及發放對象與比例

由於本研究主題係「新住民及其在臺家庭成員之醫療需求、困境」，本研究主要研究對象為新住民及其在臺家庭成員，然因新住民的醫療行為模式與在臺家庭成員不甚相同，為能確實比較兩族群間在醫療需求、困境之差異性，本研究將新住民作為主要研究對象，新住民在臺家庭成員作為對照組比較，再者，本研究另一研究目的為探討傾向因素(健康狀況)如何影響其醫療機制使用情況與使用醫療協處措施的意願，進而檢視其干擾作用，爰此本研究正式問卷預計發放 1,300 份問卷(1200 份為新住民問卷，100 份為新住民在臺家庭成員對照組問卷)，此外，並運用集群分析將健康狀況自評量表進行集群區分(區分兩群)。同時，為確保問卷樣本能與實際新住民分佈母體相符，本計畫根據 104 年內政部戶政司各縣市外裔、外籍配偶人數與大陸(含港澳)配偶實際國籍分佈狀況以國籍及居住地區作為分層抽樣變數，東南亞地區佔總新住民人口 28.1%；東北亞地區佔 1.4%；大陸及港澳地區佔 67.5%；美洲、歐洲與其他國家則佔 3.0%。同時，為確保問卷樣本能與實際新住民居住分布母體相符，亦根據各縣市外裔、外籍配偶人數與大陸(含港澳)配偶實際地區分佈狀況，以北部 52%；中部 17%，南部 28%；東部及離島地區 3%作為整體抽樣架構(內政部，2020)，並依據新住民 1200 位抽樣數進行分層確切抽樣比例，即：依據上述比例居住在北部的大陸港澳新住民佔總研究母體比例為

67.5%*52%=35.1%，因此選取 1200 位*35.1%=422 位受訪者，相關分層抽樣比例詳列於表 4-1。此外，整體抽樣架構亦可考量網路及紙本問卷並行，線上問卷與紙本問卷比採 60%與 40%。然在實際各層級(Stratum)抽樣部分，由於新住民未具有總體樣名名冊，故無法此行系統抽樣，且在隨機抽樣亦具一定之困難度，爰此，本研究則針對實際各層級(Stratum)抽樣部分，採行立意抽樣(purposive sampling)，即：將與國內知名新住民支持團體(例如：賽珍珠基金會、新住民人權發展協會、新住民文化教育培力發展協會、地方新住民家庭服務中心…等協會)合作，由計畫主持人提供口頭及書面邀約稿給新住民公協會及相關 NGO 聯繫人員(會在交付前先行說明研究目的、流程及邀約注意事項)，再請聯繫人員協助發布書面邀約或進行口頭邀約。為避免重複重樣的問題，本研究合作機構依照新住民居住地區進行比例分配，即：北部地區邀請較多家新住民友好團體進行問卷調查，以降低重複抽樣的問題。同時為確保新住民能理解知情同意說明的內容，除會於訪問之前請招募者及訪員「再確認」受訪新住民能否完全理解知情同意說明內容。此外，針對招募者及訪員將有統一的規範跟訓練，正式調查前，研究團隊將召開訪員訓練會議，所有招募者及訪員在調查執行前皆需接受為期 1 小時之課程，讓招募者及訪員充分瞭解本專案目的及執行方式。訓練會議內容包含：專案目的說明、問卷內容說明、邏輯條件以及須確認情況(例如：新住民可否充分瞭解問卷內容)、方式說明、訪問技巧及應對狀況說明、訪問檢核規範、受訪者保護措施等。本調查也會強化開場說明，受試者明確瞭解調查相關訊息(包含明確之委辦單位、執行機構名稱、研究計畫目的、計畫連絡人資訊、研究對象個資保護機制)，並獲取受訪者同意後，開始進行問卷調查。招募者多為新住民協會及相關 NGO 的工作人員，招募的溝通語言為中文，在實際執行之前，會請邀約人員務必確保受訪者同意接受問卷調查後才會進行問卷調查，確認受測者題項填答無誤後，再進行回收問卷之動作。為保持學術客觀性與中立性，在受訪端的部分，採匿名問卷，且在受訪者填答問卷之前會載明此為學術問卷，僅供學術用途，不會

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

贈與任何禮物。網路問卷部分，亦會利用網路 IP 確保問卷填寫次數，以防以重複填寫的問題產生。最後，本計畫使用中文問卷為填答語言，為能確保受訪者充分理解招募、知情同意及問卷內容，本計畫特別在問卷實際調查時要求訪員必須口頭、電話或文字協助受訪者能充分理解相關內容，更明確說，網路問卷部分，會要求訪員以 Line 或電話方式於受訪時協助確認受訪者是否充分理解相關內容，若否，則請訪員協助進行翻譯動作；紙本問卷部分，亦會要求訪員以口說或電話方式於受訪時協助確認是否充分理解相關內容。

有關對照組設計部分，由於現有統計資料無法明確獲得新住民在臺家庭成員母體分佈概況，新住民在臺家庭成員分層比例抽樣則依照新住民分層抽樣比例進行抽樣。本研究預計有效問卷回收率為 89%，即：新住民部分預計有效回收 1,068 份，控制組預計有效回收 89 份，若執行期間無法回收 1,157 份問卷，將持續發放問卷至回收 1,157 份為止。

表 三-1 計畫分層抽樣比例分布統計

N=1200(1068)	東南亞地區	東北亞地區	大陸及港澳	美洲、歐洲及其他
北部地區	175(156)	9(8)	422(376)	19(17)
中部地區	56(50)	3(3)	135(120)	6(5)
南部地區	94(84)	5(4)	226(201)	10(9)
東部與離島	11(10)	1(1)	27(24)	1(1)

註：計畫發放 1300 份，1200 份為新住民問卷，100 份為新住民在臺家庭成員(對照組)問卷，1200 份新住民問卷計畫回收有效問卷 1,068 份，對照組有效問卷 89 份，()內為 1068 份之有效回收比例。

資料來源：(內政部，2020)

三、量表衡量與信效度分析

由於本計畫利用德菲法進行就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境、健康涉略不足、文化與經濟落差等三大醫療困境以及醫療協處改善措施建議量表設計，同時檢測其信效度。

四、資料分析方法

本研究將採用信效度分析、敘述性統計分析、皮爾森相關係數分析、線性結構方程式與集群分析進行蒐集資料分析。統計軟體採用 SPSS 24.0 版及 Amos 24.0。

本研究將針對主要採取的統計分析方法進行說明：

1. 信效度分析：檢驗前測問卷以及正式問卷量表的 Factor Loading 值、Cronbach α 、AVE 與 CR 值，以瞭解問卷的信效度。
2. 敘述性統計：以平均數、標準差、百分比等描述性統計，分析調查問卷的人口統計分布比例。
3. 相關係數分析：以皮爾森(Person)相關係數衡量各變數間的相關程度。
4. 線性結構方程式(SEM)：以線性結構方程式檢視新住民及在臺家庭成員醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討，同時檢視不同建健康狀況的新住民以及在臺家庭成員在醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係上之差異藉以驗證干擾作用。
5. 集群分析：以 SPSS 中的 Two step 集群分析將本研究樣本進行分群，以受測者健康狀況量表之平均數區分為兩大族群，即：健康狀況佳及健康狀況差。

五、研究倫理

為保持學術客觀性與中立性，本計畫採匿名問卷，且在受訪者填答問卷之前會載明此為學術問卷，僅供學術用途。網路問卷部分，亦會利用網路 IP 確保問卷填寫次數，以防以重複填寫的問題產生。本計劃問卷設計已送國立台灣大學研究倫理委員會進行審查，並於 111 年 3 月 26 日完成審查(案件編號:212112ES018)。

六、計畫步驟與期程規劃

根據本計畫之研究目的、方法與範疇，執行步驟說明如下：

(一) 蒐集國內外對於新住民醫療使用困境、健康認知差異與協處措施學術及實務相關研究之文獻，除檢視我國既有醫療協處政策外，亦蒐集美國、加拿大、澳洲等先進國家所提供之新住民醫療使用困境、相關需求與各國政府醫療協處政策之相關文獻，並綜整歸納分析。

(二) 辦理 4 場次焦點座談會，邀請 12 名專家學者、48 名新住民及其在臺家庭成員，探討新住民及其在臺家庭成員對使用困境、相關需求、健康知能訊息落差與醫療協處措施需求差異的原因。

(三) 完成調查問卷量表設計；針對新住民及在臺家庭成員進行醫療使用困境、相關需求、健康知能訊息落差與醫療協處措施需求進行量表設計。

(四) 110 年第 6 月提交期中報告書並接受審查；修正期中報告書內容。

(五) 辦理問卷調查施測，調查針對不同型態新住民及在臺家庭成員進行醫療使用困境、相關需求、健康知能訊息落差與醫療協處措施需求。有效分析問卷樣本總數 1,176 份及新住民在臺家庭成員(對照組)100 份。

(六) 問卷調查資料建檔，進而敘述性統計分析與線性結構方程式統計分析。

(七) 綜整各工作項目分析，並就新住民及在臺家庭成員之醫療需求、困境與協處機制提出建議。

(八) 111 年第 8 月提交期末報告書，接受審查；修訂並提交研究成果報告書；辦理結案。

據此，本計畫茲將相關詳細流程與時程繪製甘特圖，列於表 3-2。

表 三-2 計畫步驟與期程規劃

步驟	110年												111年							
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
蒐集文獻	■	■	■	■	■															
焦點座談		■	■	■	■	■														
完成問卷設計				■	■	■														
期中報告							■													
期末報告意見修正								■	■	■										
修改問卷								■	■	■										
學術倫理審查									■	■	■									
第四場焦點座談											■	■	■	■	■					
申請 IRB												■	■	■	■	■				
發放問卷																■	■	■	■	
資料分析																	■	■	■	■
工作項目分析																		■	■	■
期末報告																			■	■
報告修正&辦理結案																				■

資料來源：本研究繪製

第四章 研究結果與分析

第一節 焦點座談結果

焦點團體訪談法（focusing group interviewing）又稱為「焦點團體法」或「焦點訪談法」，是社會科學中最廣為使用的研究工具之一，能聚集相關人員依設計過的大綱進行互動討論，以獲得研究主題相關的意見和看法，故屬於質化研究。在會議主持人的帶領之下可讓與會者暢所欲言，並且分享個人的想法、經驗與觀點，比起量化的問卷調查方式，這個研究方法提供了研究者與參與者直接接觸的機會，而且還比一對一的深入訪談能更快速地同時聽到產官學界不同的聲音、得到多元的意見。然而焦點團體訪談卻也有一些限制，包含易受某一操控型的參與者引導偏向某一種答案，另外也由於是開放性問題，因此有時很難詮釋參與者的答案。

就參與人數而言，焦點團體參會者的組成通常為6~15人，須視研究目的、參與者的背景、參與者對問題的熟悉程度而定。若參與者對研究主題投入深、主題較複雜或研究者想知道較深刻而非簡單的答案，則邀請少數幾位專家出席即可，但若參與者對問題所知不多或投入不深、研究者僅需知道多元但不需很深入的意見回饋時，就可以舉辦較大型的焦團體座談會議（Holden and Wedman, 1993）。48名新住民及其在臺家庭成員代表則會以新住民的國籍、居住地區進行族群區分，並採取分群抽樣的方式選取這48名代表，即：48名受訪者中將包含東南亞、東北亞、中國大陸與港澳地區以及其他地區，同時須包含新住民家庭成員。第一與二場次規劃居住地區為北部地區、第三場次規劃居住地區為中部地區、第三規劃居住地區為南部及東部地區。專家學者的篩選方式為自身對於地方或新住民健康保健、醫療照護、生活適應與身心健康具有相當研究或實際從事相關實務界專家，實際篩選業界7名，學界5名，並以書面/電話方式進行邀約。在訪談之前，均將訪談內容 email 或 line 寄給訪談者，確認過瞭解受訪者對此議題熟悉後才

進行訪談。訪談結束後，贈與每位受訪者百貨公司禮券以表感謝。訪談題目以開放式的方式問答，並採半結構式的訪談方式。

本研究依據計畫書規劃辦理 4 場次焦點團體座談會，第 1~4 次焦點團體座談會主要是針對「新住民及在臺家庭成員對於我國目前醫療機制使用情況及相關可能面臨之困境、針對醫療協處措施相關建議、以及對於醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施進行討論。

第 1 次焦點團體座談會 2021 年 4 月 17 日上午 10:30 時召開，本場次共邀請 3 位專家學者、政府機構、民間團體及 12 名新住民出席與談；第 2 次焦點團體座談會 2021 年 4 月 24 日上午 10:30 時召開，本場次共邀請 2 位專家學者、民間團體及 12 名新住民出席與談；第 3 次焦點團體座談會 2021 年 5 月 8 日上午 10:30 時召開，本場次共邀請 4 位專家學者、政府機構、民間團體及 12 名新住民出席與談；第 4 次焦點團體座談會 2021 年 12 月 16 日下午 2:00 時召開，本場次共邀請 3 位政府機構、民間團體及 12 名新住民出席與談。專家學者相關明細詳見表 4-1 所示，各場次新住民及在臺家庭成員名單及資本資料調查詳見各節說明。訪綱內容請詳見附錄一。

表 4-1 第 1 次至第 4 次焦點團體座談會專家學者名單

分類	職稱	姓名	專業背景及服務年資
第一次焦點團體座談會（110 年 4 月 17 日，北部）			
民間團體代表	新竹縣新住民家庭服務中心社工督導	陳佳芬	1. 從事新住民個人之生活適應、身心健康、健康照護相關活動 15 年以上
學者專家	開南大學應用華語學系助理教授	陳嘉怡	1. 從事新住民相關研究 5 年以上
政府機構代表	基隆市政府社會處勞工行政科移工業務檢查員	柳裴莉	1. 從事地方新住民及外籍移工相關社會服務專責事務 10 年以上
第二次焦點團體座談會（110 年 4 月 24 日，北部）			
民間團體代表	台大醫院小兒科及腫瘤科護理師	陳春華	1. 從事地方醫療機構第一線專責

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

			人員，且從事新住民相關醫療事務 10 年以上
學者專家	臺北醫學大學護理系副教授兼系主任	郭淑瑜	1. 從事地方醫療機構第一線專責人員，且從事新住民相關研究 5 年以上
第三次焦點團體座談會（110 年 4 月 24 日，中部）			
民間團體代表	新住民文化教育培力關懷協會常務理事	陳虹綦	1. 為新住民代表，從事新住民地方關懷事務 10 年以上
學者專家	中山醫學大學護理系副教授	徐明儀	1. 從事地方醫療機構第一線專責人員，且從事新住民相關研究 5 年以上
政府機構代表	台中市北區戶政事務所主任	江惠雯	1. 為地方新住民健康保健通譯培訓專責人員，協助辦理地方通譯服務事務 5 年以上
學者專家	陽明大學食品安全及健康風險評估研究所所長兼特聘教授	楊登傑	1. 從事醫療保健與健康風險相關研究 15 年以上
第四次焦點團體座談會（111 年 12 月 26 日，南部及東部）			
民間團體代表	屏東縣新住民家庭服務中心社工督導	林麗芬	1. 從事新住民個人之生活適應、身心健康、健康照護相關活動 10 年以上
政府機構代表	屏東縣衛生局健保科技士	黃美英	1. 從事地方新住民醫療保健專責事務 10 年以上
政府機構代表	花蓮縣衛生局健康促進科科長	詹瑞慧	1. 從事地方新住民醫療保健專責事務 10 年以上

資料來源：本研究整理

壹、第一次焦點團體座談會議學者專家之看法與建議

第一次焦點團體座談會，探討目前新住民及在臺家庭成員對於我國目前醫療機制使用情況及相關可能面臨之困境、針對醫療協處措施相關建議、以及對於醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施。

表 四-2 第一次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料

姓名	身分別	國籍(新住民以原國籍表示)	年齡	來台時間(年)	結婚時間(年)	子女數	有無健保	居住狀況(獨居、同住)	與配偶父母同住	醫療使用次數(頻率)	就診偏好(醫院或診所)	目前身體狀況
楊○芬	新住民	馬來西亞	55	30	30	2個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
潘○玲	新住民	柬埔寨	36	10	10	3個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
陳○絲	新住民	菲律賓	45	24	29	2個	有	同住	無	2~5次/年	診所	身體狀況正常
郭○芬	新住民	緬甸	62	35	35	1個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
張○琴	新住民	印尼	48	28	28	2個	是	與家人同住	無	每年13次以上(每月至少1次)	診所	骨骼
劉○羽	新住民	印尼	39	13	13	3個	是	與家人同住	無	每年3~5次	兩者差不多	身體狀況良好
林氏○傳	新住民	越南	44	21	21	2個	是	與家人同住	無	每年13次以上(每月至少1次)	我喜歡(較常)去診所	皮膚過敏、貧血、慢性脫髓鞘性多發性神經炎。
莊○珠	新住民	印尼	41	24	24	2個	是	與家人同住	與配偶父母住	每年1~2次	診所	身體狀況良好
李○雄	新住民	印尼	43	22	13	2個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
莊○青	新住民	印尼	42	4	17	3個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
陳○娜	新住民	菲律賓	45	26	26	3個	是	與家人同住	無	每年13次以上(每月至少1次)	兩者差不多	身體狀況欠佳
白○珍	新住民	印尼	37	12	12	2個	是	與家人同住	無	每年3~5次	診所	身體狀況良好

資料來源：本研究整理。

本場次焦點座談與會者所發表的看法與建議，茲述如下：

一、目前醫療機制使用情況及相關困境

1.看病需家人或親朋好友陪伴，若無人陪伴，會造成很多不便

本場次會議與會的新住民指出，因為剛移民至此，對台灣的醫療制度不熟悉，再加上語言障礙，就醫時多需要家人或親朋好友的陪伴，如果此時，若家人無人陪伴時，導致新住民在就醫時遭遇許多溝通困難，進而降低新住民就醫意願。

「然後我的身邊很多朋友都不想去看醫生，第一個可能是他進去看診之後，然後要回診的時候，家裡的人都沒有陪同，然後他也聽不懂醫生講什麼，包含我個人，我自己也是這樣。我的經驗是從我懷我的女兒四個月大，我怎麼跌下來了，然後我走路都是辦咖(台語)，我的大女兒國小了。我才醫好，因為家裡的人可能真的沒有時間陪，然後他們老人家的觀念說，懷孕不能吃藥，然後不能隨便給人家推，對，是這樣子，然後我們聽老人家講，然後老公更不願意帶我們去看醫生」(新住民1)

「很多人是覺得，因為健保便宜去看醫生，可能是他們家人有陪同，但是我們沒有家庭陪同的，我們根本不想看醫生，包含我自己也是這樣」(新住民2)

2.不知道醫生開立甚麼藥，詢問醫生亦未明確告知

本場次會議與會的新住民指出，生病去看醫生時，醫生多半不會告知開立甚麼藥，又因為語言不通，縱使醫生說了，也不一定聽得懂。看藥單的說明都是中文，也無法真正明白開立藥為和，導致新住民不敢吃藥或有自行調整藥量的問題。

「我們不敢看醫生，怕醫生給我們的孩子亂開藥要給我們吃，因為我們要表達的，醫生只會說知道，好了，妳出去等藥，到現在我還是不知道醫生開甚麼藥給我！」(新住民1)

3.因溝通不良，無法實際的檢查項目，對檢查相當害怕

本場次會議與會的新住民指出，生病去看醫生時，醫生常會要求新住民做進一步的檢查，但因為語言不通，詢問醫生，不是醫生聽不懂，就是醫生未詳細說明，導致新住民大多時候不知道自己所做的檢查為何，甚至有時有檢查錯誤的狀況發生。

「我自己本身的狀況是剛剛開始的時候，我是因尿道炎去檢查，我連膀胱鏡都做了也沒事，但到最後檢查出來卻是巧克力囊腫。」(新住民1)

二、醫療協處措施

1. 醫療機制分級太細，看診流程過於複雜、看診時間冗長，導致新住民無法確實依循分級進行就醫

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，目前我國醫療機制分級太細，即：科別區分太過專業，新住民常常不清楚自身疾病該看哪個門診。此外，由於我國醫療看診流程過於複雜，常常在看完某一個診之後，須另行花時間預約其他檢查或其他門診，再加上看診時間冗長，平均看單一門診需要花費半天時間，導致新住民在就醫時遭遇許多不便，降低新住民就醫意願。

「像我們印尼是掛同一個科，可以從頭看到腳，都很方便嘛。」(新住民1)

「我從身邊新住民姊妹收集的資料是，我國醫療的類型還有科別，還有就醫的地點、區域、遠近等就醫分級制度，新住民姊妹其實對這樣的分級制度不是那麼清楚。」(民團1)

「台灣在醫療是分得很細，到底要去哪一科？外科？內科？同樣心臟有內科、外科？同時，胸腔內科、外科啊我到底要哪裡去看喔？這個對於新住民來講很難」(新住民2)

「台灣醫療的最大的詬病在這裡，那我們要看嗎？到底要去哪裡看？那哪一科？啊進到大醫院裡面後抬頭一看，那麼多科到底要去哪裡看？，啊語言不通的時候，也不知道問誰，啊問了服務台，服務台也未必會幫我們解釋的那麼清楚」(新住民3)

「掛號我想說太辛苦了，我們每天凌晨一點起來，去台大抽號碼牌掛號，如果晚一點，四五點去的話，那天掛不到號，隔天再去掛號，我每次去看診，我每天就凌晨一點在台大兒童大樓等到8點他們開始掛號，抽到才去掛號，真的很辛苦。」(新住民4)

2. 醫師看診時間太短、說明過於簡單、態度不耐煩，導致新住民無法確實得知自己的健康狀況

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

本場次會議與會的新住民皆指出，常常就醫時需等候相當長的時間，但實際看診時間只有 3~5 分鐘，而且醫生都感覺相當忙碌，要不是沒說明病情(僅說你就好好回去吃藥)，不然就是態度不太耐煩，導致新住民無法實際得知自己實際的健康狀況，也不清楚自己必須做那些後續治療，進而降低新住民就醫意願。

「我們才站在醫生前面，正要講什麼，醫生就說你可以出去了，我常常覺得醫生是不是覺得我們聽不懂才會這麼說。」(新住民 1)

「我說問醫生為什麼我這邊會長脹脹的，會痛怎麼辦？然後醫生那時候只回答反正你今天回去吃藥，吃完再過來就好了，之後做復健，然後，我想說糟糕了。我這樣的年齡，難道還要每一天做復健，所以說，我復健做一次都沒有去了，到現在這樣的狀況依然如此，可能醫生的耐心不夠多，不是我們不想看病」(新住民 2)

三、對醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施

1. 文化差異仍為不願意就醫相當大的因素

本場次會議與會的新住民皆指出，在原先的國家，本來「看醫生」就不是一件很好的事，所以，非到很嚴重的狀況，本身是不喜歡看醫生的。再者，某些部份的科別，新住民會很在意門診醫生的性別，例如：婦產科或乳房外科，當新住民得知婦產科醫生為男性時，因為不願意給異性內診，的確會降低其就診意願。

「如同其他姊妹提到的，就是怕去看醫生，第一個是因為怕吃藥，還有這個醫生可能溝通不好」(新住民 1)

「因為台灣婦產科的男醫師比較多，有時候姊妹們覺得乾脆就不要看，就回越南看。希望婦產科的醫師是女醫師」(新住民 2)

2. 「花太多錢」亦為不願意就醫相當大的因素

本場次會議與會的新住民皆指出，在取得健保資格之前，都需要自費。ⁱ 尤其許多新住民剛到台灣後就懷孕了，因此在孕期期間，常常需自費去看診，花費相當多的金額，尤其婆家經濟狀況不佳時，甚至家人有怨言時，會不自覺造成新住民的心理壓力。在取得健保資格後，許多新住民亦反映，許多的檢查或藥物甚至開刀需要自費，此對經濟狀況不好的家庭，亦會造成相當大的壓力，有時部份新住民就不願意就醫或接受檢查。

「我是 1998 年來台灣的，那時候也是沒有健保，我生我女兒，兩萬多是太貴了。都自然生，那時候，然後拿身分證不是說可以馬上拿健保，不敢看醫生，一看都很貴。然後，婆婆就說這個媳婦的常常花錢。」(新住民 1)

「我記得是四個月。那個時候我剛好有甲狀腺問題又懷孕，到光 O 綜合醫院看甲狀腺，每次看診都要自費，每次都要 1 千多，真的很貴，那時候一個月的薪水才 1 萬四、1 萬五而已，而每次看診都要 1 千多，每次看每次痛，因為真的很貴。當時就是因為沒有健保卡，也只能這樣花錢。假如姊妹剛來台灣，遇到這樣的事情，沒有健保卡，突發狀況遇到生病，那該怎麼辦？」(新住民 2)

四、未來政策建議

1. 建立新住民健康醫療專線

本場次會議與會的專家與新住民皆建議，外籍移工專線 1955 為相當成功的諮詢專線，不僅移工可輕易使用，在第一時間亦可獲得相當諮詢。建議可成立一個新住民的健康諮詢專線(區分為多國語言)，如此可讓新住民在第一時間即時解決其醫療相關問題。

「我建議要設立專線，因為現在包括我們都知道有一個專線叫 1955，勞工諮詢，因為我們認為勞動權益這件事情很重要，那健康重不重要？更重要嘛！所以我們也應該要設一個健康諮詢專線，而且是多語的。我們透過這樣子的一個基本的問診，或者是瞭解諮詢，當然，背後一定是有通譯人員的訓練。」(學者 1)

「1925 是心理專線，或者 1966 就是什麼長照專線，有那麼多的專線，建議我們可再設一個專線，是有關於醫療照護的一個專線，這個專線裡面先做一個建議跟篩選。」(新住民 1)

2. 建置完善醫療衛教資訊網站或 APP

本場次會議與會的專家建議，現有針對醫療的文宣的確十分有限，建議可建置完善的醫療資訊的網站或 APP(多國語言)，提供完整的用藥資訊、看診流程、看診科別相關資訊、一般衛教常識等相關衛教資訊。讓新住民可以針對其醫療相關疑問妥善運用相關資源獲得協助。

「可以效法新竹縣新住民中新的的做法，群組裡面提供各式各樣的資訊都非常

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

的豐富，其實就很多內容可以自我學習應用，再見亦透果所以透過過一個入口網站或者入口 APP，甚至把醫療的這個議題納入，例如：精神疾病這塊，才能真讓新住民姊妹獲得更完善的資訊」(民團 1)

「醫療制度希望有一個網站，可以讓我們在上面找資料，網站可以會寫的比較仔細，你有怎樣的狀況的時候你可以看哪一科。」(新住民 1)

「用藥安全是最基本且重要的議題，如果有個特定的網站，也許我中文看不懂，也許透過這樣的資訊連結，有相關翻譯的語言，我能夠可以去對照，讓我知道我吃這個藥，到底有什麼副作用，對我來講哪邊是好哪邊是不好，所以我想很重要的是平台和專線的建置，建議需要盡快建置。」(學者 1)

3.完善的社區支持是新住民獲得資訊相當重要的指標

本場次會議與會的專家與新住民皆指出我國在新住民健康訊息傳遞的社區支持上相較於其他國家薄弱，即：現有健康資訊傳遞管道無法有效傳遞，此乃因為目前新住民主要健康訊息傳遞管道多為衛服部網站、各地方新住民家庭服務中心以及各地方衛生所；然而目前新住民所獲的主要健康訊息管道則多為親朋好友，因而導致政府建立完善的醫療協處措施無法有效傳達至地方，甚至是新住民身上。明確來說，我國在地方區公所皆有派置相對應的新住民通譯人員，協助當地新住民進行疫苗施打或相關衛教資訊，但大部份的新住民並不知道有相對應的協處措施，縱使知道，亦覺得效益不大。再者，我國各地新住民家庭服務中心雖提供相當多的支援與協助，但大部分的新住民僅在剛移民初期會與該單位有接觸，或僅少部分的新住民會善用該單位資源，顯示目前所設置之社區支援體系未確實達到有效傳遞健康訊息的成效。因此建議須重新審視我國的社區支持體系。

「實際上新住民家庭服務中心，有提供很多協助新住民相關的課程，但許多姊妹並不是很清楚，建議新住民姊妹們可以與家裡附近的新住民服務中心聯絡，從那邊取得一些資料，增加新住民姊妹與社區的連結」(民團 1)

「現在的資訊是很分散的，導致我們無法得知許多健康資訊，為什麼各個單位不結合起來？我建議可以再依進來時就要辦許多與生活適應的相關講座，甚至是健康講座，這樣我們才能知道足夠的健康資訊」(新住民 1)

4.善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持

誠如文獻所言，新住民多為社會的邊緣團體，其多擁有一套自有的社會網絡，因此本場次會議與會的新住民皆建議，可善用有的新住民社會網絡進行資訊傳遞醫療相關資訊，更明確的說，新住民多以 Line 或 facebook 與其他新住民進行聯繫，亦會參加當地的協會或小群體進行交流，由於新住民的訊息接受多來自這些網絡，建議可直接運用這些管道進行訊息的傳遞。

「我個人建議可以新住民現有的聯繫管道進行資訊傳遞，例如：以 Line 或 facebook 與其他新住民進行聯繫，亦會參加當地的協會或小群體進行交流，由於新住民的訊息接受多來自這些網絡，建議可直接運用這些管道進行訊息的傳遞」(學者 1)

5.建議 48 小時新住民生活適應課程須由家人參加

誠如上述所言，新住民多為社會的邊緣團體，其家人對新住民的社會支持並不見得相當高，因此本場次會議與會的新住民皆建議，可增設給新住民家庭成員相關新住民生活適應課程，以增加家同成員對新住民的社會支持與認同。

「我覺得 48 小時的課應該是要分期喔，可以區分成新住民上的，以及給另外一半上的，給家裡的要跟他相處的人上，課程內容可以規畫不一樣的」(新住民 1)

「給新住民上 48 小時課。我覺得是婆婆要上課」(新住民 2)

「課程上的設計必須要落實到，不管是對哪一個族群，可能對婆婆對先生對個人，然後課程內容不只是為了 48 小時的課程，而是真的是落實對新住民實際生活有所助益的課程設計理念」(新住民 3)

貳、第二次焦點團體座談會議學者專家之看法與建議

第二次焦點團體座談會，探討目前新住民及在臺家庭成員對於我國目前醫療機制使用情況及相關可能面臨之困境、針對醫療協處措施相關建議、以及對於醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施。

表 四-3 第二次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料

姓名	身分別	國籍(新住民以原國籍表示)	年齡	來台時間(年)	結婚時間(年)	子女數	有無健保	居住狀況(獨居、同住)	與配偶父母同住	醫療使用次數(頻率)	就診偏好(醫院或診所)	目前身體狀況
----	-----	---------------	----	---------	---------	-----	------	-------------	---------	------------	-------------	--------

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

海○妮	新住民	印尼	49	22	21	2個	是	與家人同住	無	0	診所	身體狀況良好
張○貞	新住民	越南	71	40	35	2個	是	與家人同住	無	每年3~5次	診所	身體狀況良好
陶氏○容	新住民	越南	33	7	7	1個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
呂○昭	新住民	泰國	54	25	25	3個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
兒島○美	新住民	日本	43	22	17	3個	是	與家人同住	無	每年3~5次	診所	身體狀況良好
梁○群	新住民	柬埔寨	42	21	21	2個	是	與家人同住	與配偶父母住	每月至少1次以上	兩者差不多	婦科
朱○心	新住民	馬來西亞	59	10	28	3個	是	與家人同住	與配偶父母住	不一定有時候一年才5~6次,有時才1~2次、有1年0次	兩者差不多	皮膚過敏
郭○萱	新住民	菲律賓	41	17	18	1個	有	與家人同住	無	2~3次/年	診所	身體狀況正常
李○玲	新住民	緬甸	45	22	13	2個	是	與家人同住	無	每年3~5次	兩者差不多	身體狀況良好
高○蘋	新住民	印尼	32	5	9	2個	有	與家人同住	有	1~2次/年	醫院	身體狀況正常
楊○	新住民	印尼	53	21	21	2個	有	與家人同住	無	3~5次/年	醫院	身體狀況正常
鄭○玉	新住民	越南	49	23	23	2個	是	與家人同住	無	每年8~12次	診所	身體狀況良好

資料來源：本研究整理。

本場次焦點座談與會者所發表的看法與建議，大部分內容跟第一場次的相關內容雷同，故不再贅述，茲將部分差異內容簡述如下：

一、目前醫療機制使用情況及相關困境

1. 去醫院不會表達，常常會跑錯科別，因而延誤就醫

本場次會議與會的新住民指出，雖然平時的溝通沒有太大的問題，但因為與醫生討論的是醫療專業的問題，有時生病時無法完全表達自己的身體狀況，導致醫生有時不清楚自己的問題違和，進而導致看錯科別或診斷錯誤的問題，因而延誤就醫的時間。

「因為我們中文不太好，不知道哪一科是什麼，看什麼才好，就是我們中文的問題啦，就是看哪一科就是不知道啊，我就說，不知道耶！我肚子痛！然後他就幫

我掛腸胃科，然後我進去那我有跟他說，之前我有發炎，膀胱發炎這樣子，可是我最近痛到發燒，然後醫生就問說，你有沒有照過大腸鏡，我不清楚大腸鏡是什麼，之前我有做胃鏡，然後他現在問我有沒有照過大腸鏡，我認為以為是一樣，我就說之前我有照過，我以為是胃鏡，結果去了呢，結果不是胃鏡是大腸鏡，超痛的！想說是不是因為我的中文有問題，聽不懂，但是我還是怪醫生，醫生應該說清楚一點嘛」(新住民1)

「像我看胃病，看了兩年，明明不是胃痛，醫師都沒有說是膽的問題，最後是因為痛到不行，我才回緬甸，馬上去看醫師，醫師才說是膽的問題，不是胃的問題。」(新住民2)

2. 得到特殊疾病時，常常求助無門

本場次會議與會的新住民指出，當自身或家庭成員得到較特殊的疾病時，例如：新住民子女得到亞斯伯格症或自身得到憂鬱症，新住民無法在第一時間獲得這些特殊疾病的相關資訊以及相關的協處措施，導致新住民及其家庭成員無法有效獲得妥善的處置。

「東南亞的人，新住民他不懂，他也沒有這個觀念，他也不會去檢查，而且生病他不知道這是病。我舉一個簡單的例子，我一個學生，他是有精神上的問題，媽媽不知道這是精神的病，到現在每天不去上學，天天磨到跟這個孩子奮鬥，因為他不肯上學，然後媽媽就打電話給我，叫我罵他兒子」(新住民1)

「，我本身的，因為我小孩也是一個自閉兒，我小孩從小到大也是領殘障手冊，我兒子今年23歲了，還是領殘障手冊，因為我從小帶他到大，流多少眼淚不知道，所以我就體會到台灣的資源真的不足，像我兒子三歲半開始發現有身心障礙的部分，前面發展的過程中，我完全不懂，不知道，也沒有人告訴我」(新住民2)

二、醫療協處措施

1. 各地醫療機構醫療協處措施不一，部份機構實非完善，部份機構則十分欠缺

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，目前我國各地醫療機構醫療協處措施不一，部分醫療機構，例如：臺○醫院，不僅備有完善的新住民醫療通譯員人員，

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

亦有針對新住民設置的相關門診以及通譯志工，提供新住民相關的醫療協助，但其他的醫療機構，例如：雙 O 醫院，不僅未具備通譯人員服務，連基本的服務臺服務都無法詳細指引新住民進行後續的醫療服務。

「因為我本身也有氣喘，我是在雙和醫院看的，然後他會有衛教給你，他會不定時跟你講說，你大概什麼時候可以去上衛教，把你想要有問題的地方都去跟他們講，他們有衛教。我也是氣喘，他有一種藥可以讓你用吸的，我是支氣管過敏。我是一天一次，然後他不定時有衛教可以讓你洽詢。」(新住民 1)

2. 醫療住院缺乏陪伴體系，部分醫院亦需要自行供餐，造成不便

本場次會議與會的新住民皆指出，部份先進國家在醫療住院體系中具備有住院陪伴協處措施，讓忙碌的家人在無法陪伴住院時使用，然而我國的醫療協處措施未具備此項服務，對部份新住民而言會造不便。再者，部份醫院在病患住院時未提供相當對應的伙食，或未強迫病患遵守醫院飲食(其他先進國家惠要求住院病患一定要遵照醫院的飲食政策)，此時，新住民需額外花費時間準備病患伙食，造成新住民的困擾。

「小孩住院的時候，如果在日本的話，住院的時候，父母不陪沒關係，護理師會照顧，像吃飯那些都會照顧，可是台灣的話一定要我們陪，然後三餐要幫他們準備，那醫院的飯不好吃，可是日本的話一定要吃醫院的飯，不可能自己帶過來，一直要陪伴，是一個困擾。」(新住民 1)

三、對醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施

1. 醫療宣傳文宣多為平面文宣，資訊十分有限

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，目前我國醫療機宣傳文宣多為平面文宣，除了資訊十分有限外。在資訊提供的管道上亦十分侷限，導致許多新住民無法在第一時間獲得相關資訊或獲得十分有限的資訊。

「之前在衛生所當通譯，真的是沒有日本人過來，那也是很浪費嘛，希望拿到健保卡需要就醫的時候遇到語言問題，可以到哪裡找日本通譯，這些資訊都沒有」(新住民 1)

「台灣很多醫院有很多針對新住民的優惠，只是這些資訊沒有被推廣到這些新

住民身上，所以新住民使用者很少使用」(新住民 1)

2.新住民全球新聞網非有效宣傳網站

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，目前我國醫療機宣傳資訊十分有限，許多新住民多半不知道政府有提供許多醫療服務，例如：子宮頸抹片檢查、糞便潛血檢查以及免費定期健康檢查。先前所有設置新住民全球新聞網供新住民獲得第一手的資訊，但受訪的新住民們反映此網站所提供的資訊十分有限，平時不會至該網站獲取相關資訊。

「新住民全球新聞網資訊很少，很少人在用」(新住民 1)

「知道新住民全球新聞網，但是不大深入使用」(新住民 2)

3.懷孕衛教資訊對剛移民的新住民相當重要，但相關衛教資訊則十分缺乏

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，由於我國新住民多為與我國民眾結婚後移民過來的移民，因此，在剛移民進來時部份即懷有身孕或短期內懷孕，但針對孕期衛教甚至是生產後的衛教相關資訊十分缺乏，詢問就診醫院，亦未能獲得相關資訊，導致新住民在懷孕期間遭遇眾多困難，部份新住民甚至反映此為本身得到憂鬱症的可能原因。

「我剛來台灣，我不久就懷孕，然後醫院真的溝通不了，然後我台灣也沒什麼朋友，然後那時候網路也沒有很發達，不像現在有臉書，那時候都沒有，就是沒有翻譯、沒有朋友、沒有什麼，我先生也搞不清楚，後來我就生小孩，那時候生小孩也很痛苦，抱個小 baby 我都不敢抱，怕我一抱就掉下去，在醫院也沒有協助我什麼，也就沒有教我怎麼照顧小孩，雖然有跟我稍微講一下，但沒有翻譯人員，我根本就聽不懂，我沒有婆婆，就我跟我先生，我先生原本想說要不要去月子中心，但月子中心很貴，也沒有特別服務我們新住民，就是協助這方面，小孩子帶回家就也不知道要幹嘛，連包個尿布我都不會，大概一兩個禮拜，我每天晚上，都沒辦法睡覺，我小孩不知道穿衣服太厚還是太薄，我都覺得很怕，然後我先生就每天中午休息時間，都來家裡教我怎麼照顧小孩，怎麼幫小孩穿衣服或洗澡。」(新住民 1)

四、未來政策建議

1.可落實新住民友善門診

本場次會議與會的專家與新住民皆建議，可效法部份醫院的做法，針對新住民常遇到的醫療疾病開設新住民友善門診，在此門診中，不僅醫生或護士為該國籍醫護人員，甚至可直接配置相對應的醫療通譯人員進行翻譯，如此可降低新住民在就診所面臨的困境。

「變成友善門診呢？就說這家醫院他是提供婦女友善門診，這家醫院他是提供可能不同的友善門診，這樣子各個醫院再推的時候他可以有個起步點，這樣子要他整家醫院變成友善，他可能要有時日，如果是這樣子先用這樣子的方式推友善門診」（民團1）

「友善門診的概念，就說從現有的人力，去做重分配的動作，舉例來說，您今天是越南籍的營養師或是菲律賓籍的營養師，那我們就標註在看診系統或是在網站上面，甚至在第一時間在專線就講說如果您有營養想諮詢，您就打這樣的聯絡方式。其實我們是建議，不用在額外增加資源，利用資源在做重分配」（學者1）

2.重新審視新住民生活適應相關課程，建議納入衛生醫療相關資訊，並建置統一的完整資訊

本場次會議與會的專家與新住民皆建議，目前我國新住民48小時的生活適應課程多以語言訓練為主軸，其成效並不佳，建議政府可以重新審視聲聲適應課程的合宜性，並建議納入衛生醫療相關資訊。有部份新住民甚至建議可在規劃該課程後，採取類似外籍移工的作法，新住民必須確實上完該課程後才能拿到居留證，以增加該課程之成效。

「我剛說上那72小時的識字班，跟上國小那些，我覺得要看學校，看單位舉辦的，像我所上那個72小時，那個識字班，對我來講沒有用，因為辦的那個單位根本是去交朋友」（新住民1）

「移民署，是有辦那個生活適應班，但是他那個不是強制，然後也是不是長期時間，就是短暫就是一個小時的時間，就是那一個小時時間把所有東西就是講，像醫療然後家暴，你應該打哪裡這樣子，但是我覺得他上只有短短一個小時，那你像他們只有跟他講你哪裡哪裡去找哪一個專線什麼之類的，我覺得那個不夠，要就是假如說我今天要講的是醫療，那醫療你可能要介紹他很多，欸有醫療啊可能是有哪

一些事情哪一些什麼你應該怎麼樣怎麼樣去找，那些生活什麼的應該要明確一點。」

(新住民 1)

「建議各地方政府還是要統一一個比較完整的制度」(學者 1)

3.與各地方政府或當地社區支援團體合作開設許多相關衛教諮詢講座

本場次會議與會的專家與新住民皆建議，部份地方政府在新住民的社區支持上著力相當深，例如：新莊及泰山衛生所會不定期舉辦新住民的健康檢查。建議各地方政府或當地的社區支援團體可效法新莊及泰山衛生所之作法，除了不定期舉辦相關健康檢查外，建議可針對新住民開設多種醫療衛教相關的諮詢講座，提供新住民更完善的衛教資訊。

「前幾年，我看新莊衛生所幫新住民的健康檢查，那時候姐妹就鼓勵去參加，那時候又有雙語協助，那像我們新加坡姐妹都來很久了，那時代那來比較久了，現在都 45 歲可以免費的健康檢查，那後來進來也比較少，那時候新莊衛生所幫新住民安排的健康檢查，去參加的姐妹也很多，是說是否可以像新莊衛生所一樣，定期一年或兩年一次，專門幫新住民的免費健康檢查」(新住民 1)

「我覺得政府一定要辦很多個講座，新住民一進來，一定要辦生活適應，我是來上學的，我一定要辦健康檢查，像我被醫生性騷擾也不知道一定要護士陪伴，建議類似這樣的講座一定要辦」(新住民 2)

參、第三次焦點團體座談會議學者專家之看法與建議

第三次焦點團體座談會，探討目前新住民及在臺家庭成員對於我國目前醫療機制使用情況及相關可能面臨之困境、針對醫療協處措施相關建議、以及對於醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施。再者，根據新住在臺家庭成員觀點進行補充說明，故此次焦點訪談邀請一位新住民在臺家庭成員進行深入訪談瞭解新住民照護之壓力與困擾。

表 四-4 第三次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料

姓名	身分別	國籍(新住民以原國籍表示)	年齡	來台時間(年)	結婚時間(年)	子女數	有無健保	居住狀況(獨居、同住)	與配偶父母同住	醫療使用次數(頻率)	就診偏好(醫院或診所)	目前身體狀況
向 O 群	新住民	中國	36	16	18	3 個	是	與家人同住	與配偶父母住	每年 3~5 次	兩者差不多	很好

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

趙○涉	在台家屬	越南	57	在臺家屬	18	2個	有	與家人同住	無	1~2次/年	診所	身體狀況正常
翁○妮	新住民	柬埔寨	45	24	29	2個	有	與家人同住	無	2~5次/年	診所	身體狀況正常
陳○士	新住民	越南	48	26	26	3個	是	與家人同住	與配偶父母住	每年3~5次	診所	身體狀況良好
王○詩	新住民	菲律賓	57	30	26	1個	是	與家人同住	與配偶父母住	每年13次以上(每月至少1次)	兩者差不多	身體狀況良好
黃○靜	新住民	印尼	48	28	21	1個	是	與家人同住	無	很久沒有就醫,最近生病才頻繁就醫	診所	身體狀況欠佳
阮○鳳	新住民	越南	43	22	22	1個	是	與家人同住	無	每年1~2次	診所	身體狀況良好
鍾○慧	新住民	印尼	42	19	19	2個	是	與家人同住	無	每年3~5次	醫院	身體狀況良好
楊○澄	新住民	緬甸	48	19	19	1個	是	與家人同住	無	每年3~5次	診所	身體狀況良好
溫○琳	新住民	菲律賓	57	30	28	3個	否	獨居	無	每年6~8次	診所	身體狀況良好
洪○源	新住民	馬來西亞	53	21	21	2個	有	同住	無	3~5次/年	醫院	身體狀況正常
李○鳳	新住民	泰國	50	29	29	2個	是	與家人同住	無	每年6~8次	診所	身體狀況良好

資料來源：本研究整理。

本場次焦點座談與會者所發表的看法與建議，大部分內容跟第一場次與第二場次的相關內容雷同，故不再贅述，茲將部分差異內容簡述如下：

一、目前醫療機制使用情況及相關困境

1. 小診所醫生解釋不清，大診所醫生沒有耐心

本場次會議與會的新住民指出，如果感冒等小病時，會先去附近診所進行就醫，但一般診所醫生對新住民的態度並不友善，不知是因為語言溝通困難或者對新住民朋友歧視的問題，常說明不清楚。然而，大醫院的狀況亦未獲得改善，不僅如先前所述，醫生沒有耐心，護士甚至醫院的行政人員，對新住民的都十分沒有耐心或者態度不佳，新住民所欲得知的醫療相關問題無法真正獲得解答，因而降低新住民就醫意願。

「小診所在翻譯、溝通上，比較沒有這麼好，解釋和提供訊息都比較差」(新住

民1)

「我自己去中O醫藥學院的時候，病床太擠了，所以我就轉院，轉到家附近的醫院，結果我去住院的時候，醫師從頭到尾都沒有來看過我的傷口，就只給護士擦藥而已，我有反應實在太痛了，可不可以平躺，結果護士就罵我，她以為我是外勞，在這當中醫師從頭到尾都沒有來看過我。」(新住民1)

2. 陪伴看診很重要，但家人或親友無法常陪伴，為何醫院沒有醫療通譯人員

本場次會議與會的新住民指出，新住民在就醫時多需要家人或親朋好友的陪伴，如果家庭或朋友支持當然是最好，當很常時候家人或親朋好友無法陪伴時，就會造成很大程度的困擾。自己一個人去醫院時，常常都會面臨語言不同的狀況，而醫院又幾乎沒有通譯人員，導致在就醫時相當挫折。

「我是從越南來的，我有時候去醫院看醫生，那裡有一些新住民的姊妹，也是有沒辦法跟醫師溝通的問題，有時候醫生跟她們講解什麼，她們都聽不懂，剛好我聽的懂，我就幫忙她。我是建議醫院是不是可以派通譯人員，像移民署有通譯人員，可以服務姊妹。」(新住民1)

3. 護理人員及醫院服務人員亦相當沒耐心，態度差

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，不僅看診的醫生沒有耐心。連護理人員及醫院服務人員皆相當沒耐心，有時可以體會醫師淤要看診相當多的病人，所以沒耐心。但有時醫師交代護理人員針對相關病情跟新住民解釋時，護理人員大部分亦表現出十分不耐煩的態度或不願意進一步解釋，導致新住民的心靈受挫，相關醫療問題亦未獲得解決，因而降低其就醫意願。

「我覺得醫生表達不清楚，這也不是醫生問題，但我個人覺得遇到的就是，也許醫生他很忙，很多病患。那他會轉接給護理師，跟我們講解，再來你要做什麼，然後你應該要怎麼樣，那護理師常常會拿單子說，某某人要去批價，要幹嘛幹嘛，根本沒有跟你講的很清楚，那你再多問他一次的時候，他就會跟你講說，啊我剛剛就跟你講了阿！你還聽不懂，那我覺得說，我就是聽不懂我才會問你嘛，為何要這麼不耐煩的跟我講」(新住民1)

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

「尤其是護理師對外籍移工的態度，真的很差，不是只有對我們新住民的，但我真的知道護理師她真的很忙很累，特別是公務地方，她真的很忙，她態度有差，不像私立的，私立服務很好，很漂亮很溫柔，可是公務，不管是這邊還是泰國的都一樣，但是如果可以，想讓護理師更有一點同理心，謝謝！」（新住民3）

二、醫療協處措施

1. 醫療通譯人員培訓不足，供需不均

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，目前我國在醫療保健通譯人員的培訓十分不足，不僅各地培訓課程內容與時數參差不齊外、許多醫療專有名詞皆未提供給新住民培訓人員知曉。再者，許多具備醫療通譯人員的新住民在培訓後，並未實際獲得相關工作機會進行實際通譯工作，反映出目前醫療通譯人員供需配置不均的問題。

「我說的保健通譯培訓，七年期間，沒有醫療專業的培訓，他們所謂的培訓只是引導式，比如禮拜二、禮拜三就是要跟她們說要打疫苗，只是淺層生活化的培訓，可是真正的醫療培訓真的是沒有」（新住民1）

「通譯培訓庫裡面的確有做醫療專業的部分，那現在其實是委任各地方政府去做培訓的動作，那現在坦白來講，在新北市府跟台北市政府，他們在這一塊的醫療通譯部分，他們是真的做得很完善，的確是做的很多。諷刺的是，中南部在培訓這一塊真的比較少。但我們其實現在遇到的問題不是培訓的問題，是培訓完之後這一群人並沒有放到切確的位子」（學者1）

「我知道有些醫院有成立像通譯人員志工，所以也希望政府可以增加通譯志工，我知道現在很多通譯志工都被綁在像是政府機關單位，醫院說連這些資源都沒有，有很多醫院有跟我談到說找不到通譯，那是為什麼？因為在警政、法院、戶政單位，所以還是有醫院的管理人員跟我說真的找不到通譯，甚至通譯人員太遠了，沒辦法來服務」（民團1）

2. 用藥資訊參差不齊，標示說明不清楚

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，目前我國在用藥資訊的標示參差不齊，多以各地方醫療機構既有的標示方式為主，部份標示較完善的醫療機構，會顯

示英文的用藥相關資訊，但大部分的醫療機構僅提供中文的醫療用藥資訊(藥名及使用方式)，新住民常無法得知自己服用哪些藥物，造成對用藥的不信任與恐懼感。

「回到標示，就是我們在吃藥的時候標示的問題，到底能不能幫助您正確的用藥，我覺得這個都是現在政府可以再更好的地方」(民團1)

「因為有的人會怕吃到類固醇，所以會擔心而自己減量，有人會自己當醫師。」
(新住民1)

「看不懂字，而不敢吃藥。」(新住民2)

3.缺乏初期醫生諮詢機制以避免看錯診的問題

本場次會議與會的新住民皆指出，部份國家的醫療機制是看診前會安排一名醫生進行簡單問診的動作，再判定須由哪個專科醫生進行診療。我國雖有家醫科進行簡單分級，但一般民眾對於家醫科的認知，仍屬以感冒或一般疾病等相關疾病，與前述的醫生簡單問診分流仍有差異，再加上因為新住民無法確表達自身身體狀況，的確導致新住民在就醫時會產生看錯診的問題，因而降低新住民就醫意願。

「我是泰國籍，泰國是一條龍，我們一進去給醫師看，醫師就會開始評估我們的症狀之後，會大概看您是什麼病，會針對這個病叫您去檢查。不會像台灣分的那麼細，若您走錯，就會一直錯下去」(新住民1)

三、對醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施

1.醫療翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成

本場次會議與會的新住民皆指出，目前我國醫療機宣傳文宣，除了資訊十分有限外，在醫療翻譯的品質亦相當低落。許多相關的醫療資訊多由 Google 翻譯而成，新住民無法確實得知所翻譯的實際內容為何，導致許多新住民無法在第一時間獲得相關資訊或獲得十分有限的資訊。

「現在的醫院都會提供各式各樣翻譯過的語言傳單。像今年我在澄O醫院實習，那裡的人員知道我是印尼人，就拿了翻譯成印尼語的傳單給我看，說拿這些傳單給同樣跟你是印尼人看，為什麼他們都看不懂？我就說你是 Google 翻譯嗎？她說對，傳單都是利用 Google 翻譯來的，我就說當然看不懂，連我自己都看不懂了。」
(新住民1)

四、未來政策建議

1.可強化醫療通譯培訓課程，同時強化醫療通譯之資料庫的完整性

根據前述問題，本場次會議與會的專家與新住民皆建議，須由中央政府規劃完整的醫療通譯培訓課程，例如：專有名詞的界定、培訓的專業課程內容、培訓的時數、其他健康保健相關知識等專業領域。此外，更建議培訓完成的醫療保健通譯人員能同時納入新住民通譯人員資料庫，以降低目前供需配置不足的問題。

「建議比照目前各行政區的各衛生所有安排雙語的協助，新住民的就醫的方面，目前大醫院都沒有雙語人員協助，建議是否可以推廣到雙語可以到大醫院那邊，可以排志工的那方面，排班協助，是不是每天都固定像法扶那樣每個駐點固定，每個禮拜一兩天，同時讓新住民知道這幾天有雙語來駐點，因為目前都只有衛生所才有這個服務。」(新住民1)

2.建立友善看診陪伴機制

本場次會議與會的專家與新住民皆建議，可建立完善的友善看診陪伴機制，建議可建立相對應的資料庫，將欲參加的新住民志工進行媒合，協助需要看診的新住民進行友善看診動作，降低新住民在看診的不安與困擾。

「陪伴就是關心您，讓您知道您不是一個人，陪伴久了，您就熟悉了，再放您自己一個人去，所以剛開始還是需要幾次陪伴，不會讓您有孤單的感覺。」(新住民1)

「友善陪伴，建議醫院用一個比較從容的態度去面對您、傾聽您的病情，或是協助您去掛號，甚至陪伴您走完看病的過程，這也是一個很重要的一個部分」(民團1)

「我想在座的很多的新住民姊妹們都希望能夠趕快出來當友善陪伴志工，能夠協助來自同樣國家的姊妹。我建議這樣的管道與平台真的需要趕快建置」(學者1)

3.建置完善用藥標示(以圖示表示)

本場次會議與會的專家與新住民皆建議，我國目前在用藥標示上的確依照各地方醫療機構機有的標示而定，然此作法會造成許多新住民的困擾，建議中央政府可制定一套完善的用藥標示系統(以多國語言表示)，亦建議可以簡易圖示表示，此做法

不僅可適用於新住民，亦可適用於其他不閩閱讀的民眾。

「用藥標示，在藥袋設計上面，因為語言的不一樣，建議是不是用圖示、顏色辨識，讓新住民更容易閱讀」(學者1)

「在藥單上，建議設置幾個QRcode，有印尼語...等，掃QRcode進去，因為每個人都是個別化的藥，那假設用另一種方式，藥師開藥出來的時候，可以回傳給翻譯的姊妹，等姊妹翻譯好，就放在那個網站上，用QRcode掃就可以，因為您當天回到家，您可能還記得，但到隔天您可能忘了，所以您在掃QRcode就會馬上跑出來翻譯好的資料」(民團1)

肆、第四次焦點團體座談會議學者專家之看法與建議

第四次焦點團體座談會，主要針對第一至三場焦點訪談不足之處進行補充，具體而言，針對南部、東部城鄉差異議題進行探討，再者，根據新住在臺家庭成員觀點進行補充說明，故此次焦點訪談邀請三位新住民在臺家庭成員進行深入訪談瞭解新住民照護之壓力與困擾。

表 四-5 第四次焦點團體座談新住民及在臺家庭成員訪談名單及基本資料

姓名	身分別	國籍(新住民以原國籍表示)	年齡	來台時間(年)	結婚時間(年)	子女數	有無健保	居住狀況(獨居、同住)	與配偶父母同住	醫療使用次數(頻率)	就診偏好(醫院或診所)	目前身體狀況
辛○甄	在台家屬	中華民國	27	在台家屬	4	1個	有	與家人同住	無	1~2次/年	兩者差不多	身體狀況正常
尤○鐘	在台家屬	中華民國	57	在台家屬	18	2個	有	與家人同住	無	1~2次/年	診所	身體狀況正常
徐○麗	新住民	泰國	45	24	29	2個	有	與家人同住	無	2~5次/年	診所	身體狀況正常
胡○嫻	新住民	越南	41	17	17	2個	有	與家人同住	無	3~5次/年	診所	身體狀況正常
蘇○英	新住民	越南	36	17	17	1個	有	與家人同住	與配偶父母住	2~3次/年	兩者差不多	皮膚過敏
賴○芳	新住民	印尼	42	23	23	3個	有	與家人同住	無	1~2次/年	診所	身體狀況正常
尤○雅	新住民	俄羅斯	44	17	17	2個	有	與家人同住	無	2~3次/年	診所	身體狀況正常
李○秋	新住民	緬甸	41	17	18	1個	有	與家人同住	無	2~3次/年	診所	身體狀況正常

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

志甫○成	新住民	日本	35	9	4	1個	有	與家人同住	無	1~2次/年	兩者差不多	身體狀況正常
龔○月	新住民	中國	32	5	9	2個	有	與家人同住	與配偶父母住	1~2次/年	醫院	身體狀況正常
林○	新住民	中國	53	21	21	2個	有	與家人同住	無	3~5次/年	醫院	身體狀況正常
陳○華	在台家屬	中華民國	23	在台家屬	未婚	0個	有	與家人同住	無	3~5次/年	診所	身體狀況正常

資料來源：本研究整理。

本場次焦點座談與會者所發表的看法與建議，部分內容跟前三場次的相關內容雷同，故不再贅述，茲將部分差異內容簡述如下：

一、目前醫療機制使用情況及相關困境

1.部分新住民需照顧年長在臺家庭成員，成為年長者主要照顧者

本場次會議與會的新住民指出，部分新住民需與在臺家庭成員同住(即：配偶父母)，並擔任在臺家庭成員的主要照顧者，此時，在臺家庭成員的醫療照護則會落到新住民身上，目前新住民所面臨的醫療機制使用情況及相關困境多為家中年長的在臺家庭成員不願就醫，由於新住民多為媳婦角色，且非本國籍時，常面臨與家中年長在臺家庭成員溝通不良之問題，新住民亦面臨很難協助年長在臺家庭成員妥善就醫之問題。

「像我公公有白內障，但他打死都不去看醫生，只說他眼睛好好的，如果讓人刮掉眼睛瞎掉，不就更糟糕，他是這樣子，誰勸不了」(新住民1)

「我個人是蠻困擾的，可能是因為觀念不同吧，我會跟老人家說講，但他們不聽，所以我會利用 Line 家庭群組，拍照給家人看老人家受傷的地方，叫他們的小孩一個一個來唸他，叫他要去看醫生。有一次最嚴重就是老人家鎖骨斷掉，還不去看醫生，還說「我還可以動啊」，即便為我已經嫁來很久了，對他們來說我還是外國人，我只能盡量講..」(新住民2)

2.新住民二代開始需要照顧新住民，甚至協助相關就醫措施

本場次會議與會的新住民二代指出，新住民父母已面臨需要醫療照護之階段，然因為新住民在語言溝通上仍面臨相當之障礙，因此新住民二代則須肩負醫療照護及翻譯相關責任。

「像我現在爸媽都不是台灣人，中文也不好也根本不會寫，所以每次去醫院他們都要很不好意思地請人幫忙，我陪我媽媽去開鼻竇炎的刀，這也跟剛剛說的專有名詞一樣，醫生蓋了兩個章，媽媽就傻傻地回來問我，那是因為我已經成年了、已經很習慣做這件事情了，那如果是比較小的小朋友怎麼辦？甚至到我生父他躺在醫院那段時間，我們也不知道醫院到底要對我生父做什麼醫療手續，我們完全不知道，只能別人說什麼就做什麼，或是決定權根本不在我們身上，決定權在我們其他親戚身上，但其實真正的照顧者是我們，他們下了決定後是我們要承擔。」(新住民1)

3.城鄉差距造成醫療重複使用之問題

本場次會議與會的學者與新住民皆指出，城鄉差距會導致醫療資源無法同步的問題，新住民反映看病會面臨轉診時會遭遇不同醫院需重複檢查的問題外，甚至面臨部分醫院或診所誤診的問題，地方專責人員表示，因我國民國 104 年才開始在推行電子病歷、雲端資料相關政策，且乃由城市地區的醫療中心開始施行，至今部分偏鄉地區的診所尚仍未落實電子病歷、雲端資料相關政策，因而導致醫療資源無法同步之問題，進而降低其就醫意願。再者，根據供給端的部分(即第一線醫療從業人員或地方醫療專責人員)，其提出城鄉差異的醫療資源的確存在，但此狀況不僅針對新住民產生一定影響，對我國民眾也會產生相同的衝擊。

「屏東目前並沒有區域醫院，假設我今天掛的是家庭醫學科，那但是看完診之後我的症狀是沒有改善，之後轉診到第二個單位高雄的醫學中心，那在專科醫師比如說是專業的腸胃科醫師的話，他一定會針對胃部方面，他的專業以及檢查重新再安排相關的檢查，因為第一家醫院他可能做得比較一些常規的檢查，所以可能就會有這樣的一個醫師的專業判斷，再者如果你是因為轉診，通常會有轉診的病摘，那過去醫師也會參考轉診過來第一家醫院檢查的相關的資料，去判斷第一家醫院是做了哪些檢查，他有沒有需要再進一步安排其他可能在第一家醫院醫師沒有檢查的項目，而進行再去做檢查，目前屏東就是比較傾向走那個轉診制度」(新住民1)

「如果以我自己花蓮地區來說，雖然我不是新住民姐妹，但是我國民眾去就醫，也會遇到轉診後重複檢驗的狀況，尤其是有一些是影像類的檢查，比如說超音波，這個真的是我用醫療專業來跟大家分享，超音波這個東西掃到、沒有掃到天差地別，我真心覺得有些比較重大的疾病，尤其攸關到你必須去手術，或著是侵入性治療的

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討
時候，或許可聽聽看另外一個同樣的專科醫師的看法。」(政府1)

二、醫療協處措施

1. 醫療專有名詞瞭解之困難性及通譯人員供需不均

本場次會議與會的學者與新住民甚至在臺家庭成員皆指出，目前我國在醫療保健在通譯上最大的困擾是專有名詞理解之困難，針對新住民端，不管來台多少年，對醫療專有名詞的理解仍為相當薄弱；針對在臺家庭成員端，針對醫療專有名詞解釋亦有一定對困難性；最後，針對地方政府專責人員，地方政府亦無法提供完善的經費及通譯培訓制度，尤其針對醫療專有名詞，其為相當專業且須具備一定醫療背景，此在實際培訓上具相當之困難度。而目前生育保健通譯人員的確有供需甚至分佈不均的問題，進而導致部分醫院欲設立醫療通譯陪診措施卻苦無通譯人才的問題。

「屏東縣有30位生育保健通譯員，這30位學歷有的是國小、國中、高中、大學，其實也不盡相同，每個人對這些專有名詞的理解能力也不同，像一般的國人一樣，沒有受過正統醫學的一個學校教育，很難對這個專有名詞去理解，其實通譯員也很怕通譯錯誤，地方基層醫療院所不能要求要到通譯人員理解到那麼艱深的程度，對他們來說是個壓力，那當這些壓力太大時，可能就不願意出來做通譯了」(政府1)

「因為我覺得台灣的那個國際性的標示非常不好，剛剛 Tonya 老師說的，不要說您，我們帶我們自己的台灣的老人家去到醫院都會迷路的啦，所以我們自己請了醫學生去檢視我們花蓮的四大家醫院，只有四大家，什麼慈濟，門諾、部立花蓮醫院、國軍花蓮醫院，我就請醫學生說你去檢視看看你們這四家醫院的標示，如果你是老人家，你有辦法理解我這一關接下來我要去到哪裡抽血、要去哪裡付錢、去到哪裡做什麼檢查，台灣人自己都會在台灣迷路，不是我們的外國的朋友，所以我覺得這個很多是結構性的東西，是整個結構，社會結構，那其實我覺得要談就醫這件事情，第一個我覺得這個整個結構就要去做友善，友善外國人的友善，或許我覺得從標示的友善就物理上的友善就必須先開始，再來就是服務的友善，那其實我自己身為台灣的國人，我覺得其實我們台灣的國際語言其實我們教育其實不是很ok的，包括我自己我大概可以先聽一句沒有辦法跟一個很外國人這樣子的很流利的

conversation，我也其實不太 ok，那所以語言這個區塊不管是醫療單位的，那我覺得是後續可以再強化的部分，」（政府 2）

三、未來政策建議

1. 醫院增設醫療通譯人員，同時搭配醫院評鑑制度強化其落實性

根據前述問題，本場次會議與會的專家建議，須由中央政府規劃的醫療通譯人員的增設，並建議由醫院增設醫療通譯人員，同時搭配醫院評鑑制度強化其落實性。

「因為醫學真的是一個很專門的行業，我們不可能幫大家出來培育小兒科、婦產科、老人科，這麼多的通譯員，所以可不可以從結構上去處理這件事情最快，那結構就是綁醫院評鑑，只要這個東西上到決策的層級，綁醫院評鑑，醫院會幫大家把這些東西翻譯的很好，讓人聽得懂、看得懂，因為這個 media 的部分，他們自然就會自己去開發，不會讓我們在行政端找到這麼不同語言、不同專科的準備，這個我們沒有辦法，我覺得結構面真心覺得可以去推」（政府 1）

「我現在為行政院的國策顧問，我也有曾經想提說，通譯人員無法擔任這麼多的工作責任，而且他們酬勞也沒有那麼多，如同其他專家說的，可以綁醫院評鑑，我覺得最好的是用友善服務，每個醫院要設一個櫃檯，友善服務的櫃檯，我沒有需要說一定會用各國母語，但是這個通譯人員可以貼心與外國人解釋，剛才醫生給你的藥是什麼，你得了什麼病，或是如何治療等等」（新住民 1）

2. 可於第一線醫療服人員推行「多元文化敏感度」之重要性

根據前述問題，本場次會議與會的專家建議，可於第一線醫療服人員推行「多元文化敏感度」之重要性，須由中央政府規劃的「多元文化敏感度」相關的宣導政策，再由縣市政府不同局處去同步推跨國友善，如此才能真正落實友善就醫環境之建立。

「我覺得多元文化敏感度這件事情真的很重要。在法令跟一些政策、措施，它是沒辦法一步到位的，可是它又是層層的扣在一起。....這時候我會覺得中心的角色跟社工的角色就很重要，必須要很耐心地讓她去理解為什麼台灣有這個詞、這個詞是代表什麼。我們就會請通譯跟她講，台灣怎麼樣、台灣的醫學很發達、會有怎麼樣的照顧措施去協助妳、去幫妳，通報早療的社工會定期帶一個老師去教妳孩子講

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

話，或一些教具上面的操作。但我要說的是，這個過程中假如沒有人意識到去找什麼、用什麼單位幫你，我覺得以一個外國人的身份來說，他是會很慌的。譬如我最常遇到姐妹帶自己的爸爸媽媽去醫生，（醫生）給她一大堆的衛教資訊，我想說我們台灣人會花時間看嗎？應該是不會，一定是以現場聽的。所以「聽」這件事對她來說就非常重要——「這個人有沒有耐性去跟她講」，這是我們談的「多元文化敏感度」。如果他（醫生）就是『妳就是聽不懂』、『妳回去問你老公啦』，這個真的有，『你們家裡人可以問啊』，但我們能責怪他嗎？因為他看到後面那麼多病人，他也很有壓力，但我覺得是有一些措施跟服務是可以起來的」（民團1）

「多元文化敏感度，我也覺得這個也必須去推，那台灣的婦女權益這件事情是將近推了20年，最高層級在行政院，行政院又有一個婦女權益的委員會下到各縣市去打分數，例如說到屏東縣政府，你們婦女權益做得如何，各級報上來，我覺得如果要推，不只是婦女權益，類似項跨國友善，也推到最高的行政院的層級，不確定內政部移民署是否能在往上一個階層，才會在縣市政府不同局處去同步推跨國友善，我真心覺層級要拉高，我們不能一直只是停留在通譯員。」（政府1）

伍、4場次焦點訪談綜整意見

本研究4場次的焦點團體座談會總共邀請12位專家學者，包含4位學者、5位政府機構代表、4位民間團體代表以及48名新住民及其在臺家庭成員出席。各場次學者專家的看法與建議，綜整如下：

壹、目前醫療機制使用情況及相關困境

- 一、看病需家人或親朋好友陪伴，若無人陪伴，會造成很多不便
- 二、不知道醫生開立甚麼藥，詢問醫生亦未明確告知
- 三、因溝通不良，無法實際的檢查項目，對檢查相當害怕
- 四、去醫院不會表達，常常會跑錯科別，因而延誤就醫
- 五、得到特殊疾病時，常常求助無門
- 六、小診所醫生解釋不清，大診所醫生沒有耐心
- 七、陪伴看診很重要，但家人或親友無法常陪伴，為何醫院沒有

醫療通譯人員

- 八、護理人員及醫院服務人員亦相當沒耐心，態度差
- 九、部分新住民需照顧年長在臺家庭成員，成為年長者主要照顧者
- 十、新住民二代開始需要照顧新住民，甚至協助相關就醫措施
- 十一、城鄉差距造成醫療重複使用之問題

貳、醫療協處措施

- 一、醫療機制分級太細，看診流程過於複雜、看診時間冗長，導致新住民無法確實依循分級進行就醫
- 二、醫師看診時間太短、說明過於簡單、態度不耐煩，導致新住民無法確實得知自己的健康狀況
- 三、各地醫療機構醫療協處措施不一，部份機構實非完善，部份機構則十分欠缺
- 四、醫療住院缺乏陪伴體系，部分醫院亦需要自行供餐，造成不便
- 五、醫療通譯人員培訓不足，供需不均
- 六、用藥資訊參差不齊，標示說明不清楚
- 七、缺乏初期醫生諮詢機制以避免看錯診的問題
- 八、醫療專有名詞瞭解之困難性

參、對醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施

- 一、文化差異仍為不願意就醫相當大的因素
- 二、「花太多錢」亦為不願意就醫相當大的因素
- 三、醫療宣傳文宣多為平面文宣，資訊十分有限
- 四、新住民全球新聞網非有效宣傳網站

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

五、懷孕衛教資訊對剛移民的新住民相當重要，但相關衛教資訊則十分缺乏

六、醫療翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成

肆、未來政策建議

一、建立新住民健康醫療專線

二、建置完善醫療衛教資訊網站或 APP

三、完善的社區支持是新住民獲得資訊相當重要的指標

四、善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持

五、建議 48 小時新住民生活適應課程須由家人參加

六、可落實新住民友善門診

七、重新審視新住民生活適應相關課程，建議納入衛生醫療相關資訊，並建置統一的完整資訊

八、與各地方政府或當地社區支援團體合作開設許多相關衛教諮詢講座

九、可強化醫療通譯培訓課程，同時強化醫療通譯之資料庫的完整性

十、建立友善看診陪伴機制

十一、建置完善用藥標示(以圖示表示)

十二、醫院增設醫療通譯人員，同時搭配醫院評鑑制度強化其落實性

十三、可於第一線醫療服人員推行「多元文化敏感度」之重要性

綜合前述，對於我國目前醫療機制使用情況及相關可能面臨之困境、針對醫療協處措施相關建議、以及對於醫療健康知能訊息之來源、落差與因應措施彙整如下：

表 四-6 醫療機制使用情況及面臨之困境分析

類型	說明
就醫可近性困境	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看病需家人或親朋好友陪伴，若無人陪伴，會造成很多不便，為何醫院沒有醫療通譯人員 2. 不知道醫生開立甚麼藥，詢問醫生亦未明確告知 3. 因溝通不良，無法實際的檢查項目，對檢查相當害怕，常常會跑錯科別，因而延誤就醫 4. 得到特殊疾病時，常常求助無門 5. 小診所醫生解釋不清，大診所醫生沒有耐心，護理人員及醫院服務人員亦相當沒耐心，態度差 6. 部分新住民需照顧年長在臺家庭成員，成為年長者主要照顧者 7. 新住民二代開始需要照顧新住民，甚至協助相關就醫措施 8. 城鄉差距造成醫療重複使用之問題
醫療協處措施運用困境	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療機制分級太細，看診流程過於複雜、看診時間冗長，導致新住民無法確實依循分級進行就醫 2. 醫師看診時間太短、說明過於簡單 3. 各地醫療機構醫療協處措施不一，部份機構實非完善，部份機構則十分欠缺 4. 醫療住院缺乏陪伴體系，部分醫院亦需要自行供餐 5. 醫療通譯人員培訓不足，供需不均 6. 用藥資訊參差不齊，標示說明不清楚 7. 缺乏初期醫生諮詢機制以避免看錯診的問題 8. 醫療專有名詞瞭解之困難性
健康涉略不足、文化與經濟落差	<ol style="list-style-type: none"> 1. 文化差異仍為不願意就醫相當大的因素 2. 「花太多錢」亦為不願意就醫相當大的因素 3. 醫療宣傳文宣多為平面文宣，資訊十分有限，新住民全球新聞網非有效宣傳網站，醫療翻譯品質差 4. 懷孕衛教資訊對剛移民的新住民相當重要，但相關衛教資訊則十分缺乏
未來政策建議	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立新住民健康醫療專線 2. 建置完善醫療衛教資訊網站或 APP 3. 完善的社區支持是新住民獲得資訊相當重要的指標，善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持

	<ol style="list-style-type: none">4. 建議 48 小時新住民生活適應課程須由家人參加，並重新審視新住民生活適應相關課程，建議納入衛生醫療相關資訊，並建置統一的完整資訊5. 可落實新住民友善門診6. 與各地方政府或當地社區支援團體合作開設許多相關衛教諮詢講座7. 可強化醫療通譯培訓課程，同時強化醫療通譯之資料庫的完整性8. 建立友善看診陪伴機制9. 建置完善用藥標示(以圖示表示)10. 醫院增設醫療通譯人員，同時搭配醫院評鑑制度強化其落實性11. 推行「多元文化敏感度」之重要性
--	---

資料來源：本研究整理

第二節 焦點團體座談內容分析與德菲法量表設計

本計畫根據焦點團體座談的內容進行內容分析，再以德菲法進行醫療困境的量表發展。根據前述整理的專家選擇標準及本研究的研究性質，在選擇專家小組成員時將採取三項指標：專家學者參與的意願、該領域專業能力或年資以及專家來源領域多樣化。並且由於本研究之研究主題與問題，選擇之專家以學術界及民間團體以及政府相關單位為主，自邀請專家至量表正式確定約進行將近三個月。專家數均維持原始人數 9 位(第 1~3 場的專家學者)，無任何變動，本研究雖然專家數目較少，但仍接近於過往文獻 10-15 人之標準，且每回合專家配合度高，各回合問卷回收率皆為 100%。

壹、第一次醫療困境與醫療協處改善措施題項設計

本計畫根據三場次焦點團體座談的內容，綜整所有專家學者及新住民的意見，彙整出醫療可近性困境之相關題項，供專家學者進行第一次的意見交流。茲將相關題項表列如下：

一、醫療可近性困境

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 勾選「v」(請單一勾選)。

非常不同意 普通 非常同意

	1	2	3	4	5	6	7
1. 看病若無人陪伴，會造成很多不便	<input type="checkbox"/>						
2. 醫院沒有醫療通譯人員，會造成很多不便	<input type="checkbox"/>						
3. 看病時，不知道醫生開立甚麼藥	<input type="checkbox"/>						
4. 看病時，詢問醫生相關病況，並未明確告知	<input type="checkbox"/>						
5. 因溝通不良，無法瞭解實際的檢查項目	<input type="checkbox"/>						
6. 去醫院不會表達，常常會跑錯科別	<input type="checkbox"/>						
7. 得到特殊疾病時，常常求助無門	<input type="checkbox"/>						
8. 看病時，小診所醫生解釋不清	<input type="checkbox"/>						
9. 看病時，大醫院醫生沒有耐心	<input type="checkbox"/>						
10. 醫院護理人員及醫院服務人員態度差	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

二、醫療協處措施運用困境

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 勾選「v」（請單一勾選）。

	非常不同意		普通		非常同意		
	1	2	3	4	5	6	7
1. 醫療機制分級太細，無法確實瞭解要看哪個科別	<input type="checkbox"/>						
2. 看診流程過於複雜	<input type="checkbox"/>						
3. 看診時間冗長	<input type="checkbox"/>						
4. 醫師看診時間太短	<input type="checkbox"/>						
5. 醫師看診說明過於簡單	<input type="checkbox"/>						
6. 各地醫療機構醫療處理方式差異很大	<input type="checkbox"/>						
7. 住院缺乏陪伴體系，造成不便	<input type="checkbox"/>						
8. 住院需要自行供餐，造成不便	<input type="checkbox"/>						
9. 醫療通譯人員培訓不足	<input type="checkbox"/>						
10. 用藥資訊各地醫療機構醫療差異很大	<input type="checkbox"/>						
11. 用藥資訊標示說明不清楚	<input type="checkbox"/>						
12. 缺乏看診醫生初步諮詢制度	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

三、健康涉略不足、文化與經濟落差

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 勾選「v」（請單一勾選）。

	非常不同意		普通		非常同意		
	1	2	3	4	5	6	7
1. 文化差異為不願意就醫的因素	<input type="checkbox"/>						
2. 「花太多錢」為不願意就醫的因素	<input type="checkbox"/>						
3. 醫療宣傳多為平面文宣	<input type="checkbox"/>						
4. 新住民全球新聞網「非」有效宣傳網站	<input type="checkbox"/>						
5. 懷孕衛教資訊十分缺乏	<input type="checkbox"/>						
6. 醫療宣傳文宣資訊十分有限	<input type="checkbox"/>						
7. 醫療翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

四、醫療協處改善措施建議

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 勾選「v」（請單一勾選）。

	非常不同意			普通		非常同意	
	1	2	3	4	5	6	7
1. 建立新住民健康醫療專線	<input type="checkbox"/>						
2. 建置完善醫療衛教資訊網站或 APP	<input type="checkbox"/>						
3. 建立完善的社區支持系統	<input type="checkbox"/>						
4. 善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持	<input type="checkbox"/>						
5. 建議 48 小時新住民生活適應課程須由家人參加	<input type="checkbox"/>						
6. 落實新住民友善門診	<input type="checkbox"/>						
7. 重新審視新住民生活適應相關課程，並建置統一的完整資訊	<input type="checkbox"/>						
8. 新住民生活適應相關課程應納入衛生醫療相關資訊	<input type="checkbox"/>						
9. 與各地方政府或當地社區支援團體合作開設相關衛教諮詢講座	<input type="checkbox"/>						
10. 強化醫療通譯培訓課程	<input type="checkbox"/>						
11. 強化醫療通譯之資料庫的完整性	<input type="checkbox"/>						
12. 建立友善看診陪伴機制	<input type="checkbox"/>						
13. 建置完善用藥標示(以圖示表示)	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

貳、第二次醫療困境與醫療協處改善措施題項設計

9位專家學者根據第一次提供的完整內容進行內容效度檢視，同時修改題項。本計畫再根據9位專家學者的意見修改彙集成第二次的量表題項。茲將題項修改內容表列如下(以黑體粗字表示):

一、醫療可近性困境

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 <input type="checkbox"/> 勾選「v」(請單一勾選)。							
	非常不同意			普通		非常同意	
	1	2	3	4	5	6	7
1. 看病若無人陪伴，會造成很多不便	<input type="checkbox"/>						
2. 醫院沒有醫療通譯人員，會造成很多不便	<input type="checkbox"/>						
3. 看病時，不知道醫生開立甚麼藥	<input type="checkbox"/>						
4. 看病時，詢問醫生相關病況，並未明確告知	<input type="checkbox"/>						
5. 因溝通不良，無法瞭解實際的檢查項目	<input type="checkbox"/>						
6. 去醫院不會表達，常常會跑錯科別	<input type="checkbox"/>						
7. 得到特殊疾病時，常常求助無門	<input type="checkbox"/>						
8. 看病時，小診所 醫生師或護理師 解釋不清或沒有耐心	<input type="checkbox"/>						
9. 看病時，大醫院 醫院 醫生沒有耐心	<input checked="" type="checkbox"/>						
10. 醫院護理人員及醫院服務人員態度差	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

二、醫療協處措施運用困境

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 <input type="checkbox"/> 勾選「v」(請單一勾選)。							
	非常不同意			普通		非常同意	
	1	2	3	4	5	6	7
1. 醫療機制分級太細，無法確實瞭解要看哪個科別	<input type="checkbox"/>						
2. 看診流程過於複雜	<input type="checkbox"/>						
3. 看診時間冗長	<input type="checkbox"/>						
4. 醫師看診時間太短， 說明過於簡單	<input type="checkbox"/>						
5. 醫師看診 說明過於簡單	<input checked="" type="checkbox"/>						
6. 各地醫療機構醫療處理方式差異很大	<input type="checkbox"/>						
7. 住院缺乏陪伴體系，造成不便	<input checked="" type="checkbox"/>						
8. 住院需要自行供餐，造成不便	<input type="checkbox"/>						

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

9. 醫療通譯人員培訓不足	<input type="checkbox"/>						
10. 用藥資訊各地醫療機構醫療差異很大	<input type="checkbox"/>						
11. 用藥資訊標示說明不清楚	<input type="checkbox"/>						
12. 缺乏看診醫生初步諮詢制度	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

三、健康涉略不足、文化與經濟落差

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 勾選「v」（請單一勾選）。

	非常不同意		普通			非常同意	
	1	2	3	4	5	6	7
1. 因文化差異為而不願意就醫的因素	<input type="checkbox"/>						
2. 「花太多錢」為是不願意就醫的因素	<input type="checkbox"/>						
3. 醫療宣傳多為平面文宣	<input type="checkbox"/>						
4. 新住民全球新聞網「非」有效宣傳網站	<input type="checkbox"/>						
5. 懷孕衛教資訊十分缺乏	<input type="checkbox"/>						
6. 醫療衛教與宣傳文宣資訊十分有限	<input type="checkbox"/>						
7. 醫療資訊翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

四、醫療協處改善措施建議

根據以下的敘述選擇您的觀點，在適當的 勾選「v」（請單一勾選）。

	非常不同意		普通			非常同意	
	1	2	3	4	5	6	7
1. 建立新住民健康醫療諮詢專線	<input type="checkbox"/>						
2. 建置完善醫療衛教資訊網站或 APP	<input type="checkbox"/>						
3. 建立完善的社區支持系統	<input type="checkbox"/>						
4. 善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持	<input type="checkbox"/>						
5. 建議 48 小時新住民生活適應課程須由家人一起參加或陪同	<input type="checkbox"/>						
6. 落實新住民友善門診	<input type="checkbox"/>						

8. 重新審視新住民生活適應相關課程，並應納入衛生醫療相關資訊	<input type="checkbox"/>						
8. 新住民生活適應相關課程應納入衛生醫療相關資訊	<input type="checkbox"/>						
9. 與各地方政府或當地社區支援團體合作開設相關衛教諮詢講座	<input type="checkbox"/>						
10. 強化醫療通譯培訓課程	<input type="checkbox"/>						
11. 強化醫療通譯之資料庫的完整性	<input type="checkbox"/>						
12. 建立友善看診陪伴機制	<input type="checkbox"/>						
13. 建置完善用藥標示(以圖示與文字說明表示)	<input type="checkbox"/>						

資料來源：本研究整理

參、第三次醫療困境與醫療協處改善措施題項設計

德菲法最終目標為取得專家一致性的共識，並且其問卷調查之結果統計分析須達一定標準方能證明結果意見的一致性(Green, Jones, Hughes, & Williams, 1999)。當問卷題項分析結果達一致即可結束德菲法調查。本計畫之問卷題項皆採用李克特七尺度量表，以1代表「非常不同意」，7代表「非常同意」，供專家填寫問卷。

本研究根據文獻採用以下的統計方法：

一、四分位差

四分位差是將n項數據從小到大排列並分成四等分，其中第三個四分位： $Q3=3(n+1)/4$ 與第一個四分位： $Q1=(n+1)/4$ 之差即為四分位差。藉此可統計專家對於問卷題項是否獲得一致性共識(Faherty, 1979; Murry & Hammons, 1995)。若四分位差值(Q) ≤ 0.6 ，表示該題項意見呈現高度一致；若 $0.6 < Q \leq 1$ ，則表示意見程度中度一致； $Q > 1$ 時呈現低度一致性，將不予採用。

表 四-7 四分位差之一致性程度

一致程度	高度一致性	中度一致性	低度一致性
四分位差值(Q)	$Q \leq 0.6$	$0.6 < Q \leq 1$	$Q > 1$

資料來源：Faherty (1979); Murry and Hammons (1995)

二、眾數與平均數

參考過往研究的研究方法，以眾數(McKenna, 1994; Murry & Hommons, 1995; Green et al., 1999)及平均數(Graham, Regehr, & Wright, 2003)作為衡量題項的判定方

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

法，藉此觀察題項資料的集中趨勢，瞭解專家所評估之各題項重要程度。各題項重要性依李克特尺度分為七個等級，排序其合適及重要性，能藉此篩選不合適的題項。眾數為觀測該題項出現次數最多的數值，其通常位於該題項數值的高峰，且不受極端值影響，然而眾數無法衡量該題項整體數值。平均數則為該題項數值的中心位置，卻可能會受到極端值影響而偏離中心。因此將以眾數與平均數相輔觀察，並且最後再以平均數分析各題項之同意程度(Murry & Hammons, 1995)。綜合上述分析觀察穩定程度以判別是否結束德菲法。

本計畫根據上述標準，請9位專家學者進行第三次的檢視，同時進行評分，在收齊所有專家學者意見後，綜整所有分數，針對以四分位差>1作為刪除依據，並根據未達標準之題項進行刪除動作。

一、醫療可近性困境

	眾數	平均數	四分位差
1. 看病若無人陪伴，會造成很多不便	7	5.88	1.5
2. 醫院沒有醫療通譯人員，會造成很多不便	7	6.75	0.5
3. 看病時，不知道醫生開立甚麼藥	7	7	0
4. 看病時，詢問醫生相關病況，並未明確告知	7	6.88	0
5. 因溝通不良，無法瞭解實際的檢查項目	7	6.88	0
6. 去醫院不會表達，常常會跑錯科別	7	6.63	0.5
7. 得到特殊疾病時，常常求助無門	7	6.88	0
8. 看病時，醫師或護理師解釋不清或沒有耐心	7	7	0
9. 醫院護理人員及醫院服務人員態度差	7	6.25	1.5

資料來源：本研究整理

二、醫療協處措施運用困境

	眾數	平均數	四分位差
1. 醫療機制分級太細，無法確實瞭解要看哪個科別	6	6.5	1
2. 看診流程過於複雜	6	6.25	1
3. 看診時間冗長	6	6.25	1
4. 醫師看診時間太短，說明過於簡單	7	6.75	0.5
5. 各地醫療機構醫療處理方式差異很大	7	6.63	1
6. 住院需要自行供餐，造成不便	5	5.25	2

7. 醫療通譯人員培訓不足	7	7	0
8. 用藥資訊標示說明不清楚	7	6.88	0
9. 缺乏看診醫生初步諮詢制度	7	6.63	1

資料來源：本研究整理

三、健康涉略不足、文化與經濟落差

	眾數	平均數	四分位差
1. 因文化差異而不願意就醫	7	6.38	1
2. 「花太多錢」是不願意就醫的因素	7	6.38	1
3. 懷孕衛教資訊十分缺乏	7	6.75	0.5
4. 醫療衛教與宣傳文宣資訊十分有限	7	6.75	0.5
5. 醫療資訊翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成	7	6.63	0.5

資料來源：本研究整理

四、醫療協處改善措施建議

	眾數	平均數	四分位差
1. 建立新住民健康醫療諮詢專線	7	6.75	0
2. 建置完善醫療衛教資訊網站或 APP	7	6.88	0
3. 建立完善的社區支持系統	7	6.63	0.5
4. 善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持	7	6.63	0.5
5. 建議 48 小時新住民生活適應課程須家人一起參加或陪同	7	6.38	1.5
6. 落實新住民友善門診	7	6.5	0
7. 重新審視新住民生活適應相關課程，並應納入衛生醫療相關資訊	7	7	0
8. 與各地方政府或當地社區支援團體合作開設相關衛教諮詢講座	7	6.88	1
9. 強化醫療通譯培訓課程	7	7	0
10. 建立友善看診陪伴機制	7	6.88	1
11. 建置完善用藥標示(以圖示與文字說明)	7	7	0

資料來源：本研究整理

根據三次量表修正後，歸納本計畫最終之問卷題目(詳見附錄十、十一)，問卷題目亦送學術倫理審查委員會進行審議，待確認審議通過後，使得進行問卷之發放。

肆、問卷調查實際回收情況

本計劃根據先前規劃比例，並透由新住民人權發展協會、新住民文化教育培力發展協會、地方新住民服務中心、新竹縣同心會…等新住民友好協會合作，委請新住民協會之成員(皆受過研究倫理 2 小時培訓)至所屬協會進行紙本及網路問卷發

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

放。再經由協會或地方服務中心人員確認新住民或在臺家庭成員受測者題項填答無誤後，才會進行回收問卷之動作。同時，為保持學術客觀性與中立性，在受訪端的部分，採匿名問卷，且在受訪者填答問卷之前會載明此為學術問卷，僅供學術用途，不會贈與任何禮物，此問卷內容及學術倫理說明皆經由台灣大學學術倫理審查委員會通過後，使得發放。問卷實際發放期間為 111 年 3 月 26 日至 111 年 6 月 30 日，前測問卷共發放新住民 60 份有效問卷，前測樣本發放參照研究母體比例進行發放(詳見表 4-8)，經信校度分析確認無誤後，發放正式問卷，共 1200 份，問卷回收 1200 份，扣除部分無效問卷後，新住民有效問卷為 1,176 份，有效問卷回收率為 98%。新住民在臺家庭成員發放 100 份正式問卷，問卷回收 100 份，經確認後無效問卷，有效問卷回收率為 100%。再者，原先規劃紙本與網路問卷為 4:6，實際發放問卷比例為紙本 57.68%，網路 42.13%，茲將計畫分層抽樣與實際樣本分布差異比較列於表 4-9。

表 四-8 前測實際分層抽樣比例

N=1200(1176)	東南亞地區	東北亞地區	大陸及港澳	美洲、歐洲及其他
北部地區	11	1	11	3
中部地區	5	0	8	0
南部地區	4	1	13	1
東部與離島	2	0	0	0

資料來源：本研究整理

表 四-9 計畫分層抽樣與實際樣本分布差異比較

N=1200(1176)	東南亞地區	東北亞地區	大陸及港澳	美洲、歐洲及其他
北部地區	175(203)	9(8)	422(365)	19(16)
中部地區	56(88)	3(3)	135(118)	6(5)
南部地區	94(102)	5(5)	226(218)	10(9)
東部與離島	11(10)	1(1)	27(24)	1(1)

註：計畫發放 1300 份，1200 份為新住民問卷，100 份為新住民在臺家庭成員(對照組)問卷，1200 份新住民問卷回收有效問卷 1,176 份，對照組有效問卷 100 份，()內為實際回收之比例。

資料來源：本研究整理

第三節 新住民及在臺家庭成員健康狀況與醫療使用狀況分析

本計畫共調查新住民 1,176 人，以及新住民在臺家庭成員 100 人，茲將針對兩群組間健康狀況與醫療使用狀況進行敘述性統計分析。

壹、新住民健康狀況與醫療使用狀況分析

首先針對樣本人口統計分布狀況進行分析，結果顯示新住民受訪者年齡層約在31歲至51歲之間，教育程度以國(初)中、高中(職)居多，分別佔238位、375位。主要從事行業以服務及銷售人員共274位；基層技術工及勞力工為主為206位。工作收入方面，計薪方式以月薪為主，主要收入以「2萬至未滿3萬元」居多，435位(表4-10)。

表 四-10 人口學特徵

(N=1176)

項目	N	
年紀	<21	1.7%
	21≤X<31	12.8%
	31≤X<41	32.3%
	41≤X<51	35.2%
	51≤X<61	14.5%
	61≤X<65	2.9%
	≥65	0.5%
教育程度	不識字或自修	4.3%
	小學	10.5%
	國中或初中	20.2%
	高中、職(含五專前三年)	31.9%
	專科	10.4%
	大學	18.9%
研究所及以上	3.2%	
工作	民意代表、主管及經理人員	1.0%
	專業人員	7.1%
	技術員及助理專業人員	6.7%
	事務支援人員	4.3%
	服務及銷售工作人員	23.3%
	農、林、漁、牧業生產人員	5.9%
	技藝有關工作人員	5.1%
	機械設備操作及組裝人員	2.0%
	基層技術工及勞力工	17.5%
其他	27.0%	
月收入	<17,880	22.2%
	17,880≤X<20,000	12.6%
	20,000≤X<30,000	37.0%
	30,000≤X<40,000	20.1%
	40,000≤X<50,000	5.4%
	50,000≤X<70,000	1.7%
	70,000≤X<90,000	0.4%
	90,000≤X<110,000	0.2%
	110,000≤X<130,000	0.2%
	130,000≤X<140,001	0.1%
≥140,000	0.3%	

資料來源：本研究整理

再者，根據新住民目前健康狀況的自評結果進行分析，結果顯示新住民覺得頭痛或是頭部有壓迫情況調查，若以經濟狀況區分，可以自給自足並固定儲蓄以「完全沒有」占居多(12.9%)；可以自給自足，但無法儲蓄以「覺得普通」占居多(17.5%)；經濟困難以「覺得普通」占居多(5.1%)；再以教育程度區分，可以看出在不識字或自修和小學的部分，覺得頭痛或是頭部有壓迫感的比例相對來說較高（表 4-11）。

表 四-11 覺得頭痛或是頭部有壓迫感的部分

	完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7	
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	12.9%	6.1%	3.2%	7.8%	2.5%	2.1%	1.4%
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	12.3%	8.5%	6.5%	17.5%	3.0%	2.9%	1.4%
	經濟困難 (N=140)	3.0%	0.7%	0.9%	5.1%	1.4%	0.4%	0.4%
教育程度	不識字或自修 (N=51)	0.3%	0.3%	0.3%	3.1%	0.3%	0	0
	小學 (N=123)	2.4%	0.8%	1.1%	4.9%	0.4%	0.3%	0.6%
	國中或初中 (N=238)	5.8%	2.5%	2.3%	6.5%	1.3%	0.9%	1.1%
	高中、職(含五專前三年) (N=375)	9.8%	5.0%	3.3%	9.1%	2.0%	1.7%	0.9%
	專科 (N=122)	3.1%	2.4%	0.8%	2.7%	0.9%	0.4%	0
	大學 (N=222)	5.4%	3.6%	2.2%	3.7%	1.5%	2.0%	0.3%
	研究所及以上 (N=38)	1.2%	0.7%	0.4%	0.3%	0.3%	0.1%	0.2%

資料來源：本研究整理

在睡眠品質自我評估部分，新住民覺得睡得不好的狀況，年齡層在 41 歲至 51 歲以「完全沒有」占居多(9.5%)；以經濟狀況區分，可以自給自足並固定儲蓄以「完全沒有」占居多(12.0%)，但無法儲蓄及經濟困難以「覺得普通」占居多(14.2%，2.8%)；以職業別區分，基層技術工及勞力工以「完全沒有」占居多(4.4%)（表 4-12）。

表 四-12 覺得睡眠品質的部分

	完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7	
年齡	<21 (N=20)	0.1%	0.5%	0.3%	0.2%	0.5%	0.1%	0
	21 ≤ X < 31 (N=151)	2.6%	1.6%	1.4%	4.3%	2.0%	0.6%	0.3%

	31≤X<41 (N=380)	8.1%	4.9%	5.0%	7.7%	3.3%	1.9%	1.4%
	41≤X<51 (N=414)	9.5%	5.7%	5.7%	5.6%	3.6%	2.6%	2.6%
	51≤X<61 (N=171)	3.5%	1.5%	1.7%	3.3%	2.0%	1.3%	1.3%
	61≤X<65 (N=34)	0.5%	0.1%	0.3%	1.4%	0.3%	0.2%	0.1%
	≥65 (N=6)	0	0.2%	0	0.3%	0	0	0.1%
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	12.0%	5.7%	4.8%	5.8%	3.1%	2.3%	2.4%
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	10.5%	7.6%	7.7%	14.2%	5.8%	3.5%	2.7%
	經濟困難 (N=140)	1.7%	1.3%	2.0%	2.8%	2.7%	0.8%	0.7%
工作	民意代表、主管及經理人員 (N=12)	0.4%	0	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%
	專業人員 (N=84)	2.1%	1.4%	0.8%	0.9%	0.6%	0.6%	0.7%
	技術員及助理專業人員 (N=79)	1.3%	0.8%	1.4%	1.4%	0.9%	0.3%	0.7%
	事務支援人員 (N=51)	1.2%	0.5%	1.1%	1.0%	0.3%	0.1%	0.1%
	服務及銷售工作人員 (N=274)	5.7%	3.3%	3.1%	5.8%	2.4%	1.8%	1.2%
	農、林、漁、牧業生產人員 (N=69)	2.2%	0.9%	0.8%	1.2%	0.5%	0.1%	0.3%
	技藝有關工作人員 (N=60)	0.3%	0.4%	0.6%	2.2%	1.2%	0.3%	0.1%
	機械設備操作及組裝人員 (N=24)	0.3%	0.1%	0.4%	0.3%	0.2%	0.4%	0.4%
	基層技術工及勞力工 (N=206)	4.4%	2.5%	3.5%	2.8%	1.8%	1.4%	1.1%
	其他 (N=317)	6.3%	4.7%	2.7%	7.1%	3.6%	1.4%	1.2%

資料來源：本研究整理

在覺得許多事情是個負擔的題項分析中，年齡層在 41 歲至 51 歲以「完全沒有」占居多(8.6%)，在 21 歲至 31 歲以「覺得普通」占居多(4.1%)；以經濟狀況區分，可以自給自足並固定儲蓄以「完全沒有」占居多(11.1%)，為可以自給自足但無法儲蓄以「覺得普通」占居多(12.0%)；以教育程度區分，以高中、職以「完全沒有」占居多(7.6%)；以行業別區分，服務及銷售工作人員以「完全沒有」占居多(5.6%)，基層技術工及勞力工以「覺得普通」占居多(4.3%) (表 4-13)。

表 四-13 覺得許多事情是個負擔的部分

	完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7	
年齡	<21 (N=20)	0.2%	0.4%	0.2%	0.5%	0.3%	0	0.2%
	21≤X<31 (N=151)	2.3%	1.4%	2.2%	4.1%	1.3%	0.9%	0.8%
	31≤X<41 (N=380)	7.3%	4.3%	5.2%	5.7%	3.8%	4.2%	1.8%
	41≤X<51 (N=414)	8.6%	5.2%	4.7%	7.1%	4.1%	3.3%	2.3%
	51≤X<61 (N=171)	2.8%	2.1%	2.0%	2.1%	1.3%	3.2%	0.9%
	61≤X<65 (N=34)	0.4%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%	1.1%	0.1%
	≥65 (N=6)	0.3%	0	0.1%	0	0	0	0.2%

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	11.1%	6.0%	4.5%	6.0%	2.9%	3.5%	2.1%
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	9.0%	6.8%	8.8%	12.0%	5.7%	7.4%	2.3%
	經濟困難 (N=140)	1.8%	0.9%	1.4%	2.0%	2.4%	1.8%	1.8%
教育程度	不識字或自修 (N=51)	0.2%	0.3%	0.3%	0.9%	0.8%	1.6%	0.3%
	小學 (N=123)	2.0%	0.9%	1.5%	2.2%	1.2%	2.0%	0.7%
	國中或初中 (N=238)	4.2%	2.0%	3.7%	3.0%	2.4%	3.2%	1.7%
	高中、職(含五專前三年) (N=375)	7.6%	4.6%	4.3%	7.4%	2.9%	3.5%	1.7%
	專科 (N=122)	2.8%	2.1%	1.3%	1.8%	1.6%	0.6%	0.2%
	大學 (N=222)	4.2%	3.2%	3.1%	4.0%	1.4%	1.6%	1.4%
	研究所及以上 (N=38)	0.9%	0.3%	0.5%	0.5%	0.6%	0.1%	0.3%
工作	民意代表、主管及經理人員 (N=12)	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%
	專業人員 (N=84)	1.7%	1.2%	1.0%	1.1%	0.7%	0.7%	0.8%
	技術員及助理專業人員 (N=79)	1.5%	1.0%	0.9%	0.8%	1.1%	1.1%	0.3%
	事務支援人員 (N=51)	0.9%	0.3%	1.3%	0.9%	0.4%	0.5%	0
	服務及銷售工作人員 (N=274)	5.6%	3.2%	3.0%	4.4%	2.3%	3.7%	1.1%
	農、林、漁、牧業生產人員 (N=69)	2.2%	0.9%	0.4%	0.9%	0.5%	0.3%	0.5%
	技藝有關工作人員 (N=60)	0.4%	0.4%	0.8%	1.7%	0.6%	1.1%	0.1%
	機械設備操作及組裝人員 (N=24)	0.2%	0.1%	0.3%	0.7%	0.1%	0.4%	0.3%
	基層技術工及勞力工 (N=206)	3.5%	2.4%	3.3%	4.3%	1.8%	0.9%	1.3%
	其他 (N=317)	5.6%	4.0%	3.5%	4.8%	3.4%	3.7%	1.9%

資料來源：本研究整理

在常感到緊張不安的題項分析中，年齡層在 41 歲至 51 歲以「完全沒有」占居多(10.2%)；原國籍以大陸地區以「覺得普通」占居多(16.1%)；以經濟狀況區分，可以自給自足，但無法儲蓄以「覺得普通」占居多(14.3%)；以教育程度區分，以高中、職以「完全沒有」占居多(9.2%)；以行業別區分，服務及銷售工作人員以「完全沒有」占居多(6.5%) (表 4-14)

表 四-14 常感到緊張不安的部分

	完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7	
年齡	<21 (N=20)	0.2%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%
	21 ≤ X < 31 (N=151)	2.6%	1.4%	2.0%	4.0%	1.4%	1.0%	0.4%
	31 ≤ X < 41 (N=380)	8.9%	5.5%	4.7%	7.1%	3.0%	1.9%	1.3%
	41 ≤ X < 51 (N=414)	10.2%	6.7%	4.9%	6.4%	3.3%	2.0%	1.7%
	51 ≤ X < 61 (N=171)	3.7%	1.9%	1.2%	4.3%	1.6%	1.4%	0.5%

	61 ≤ X < 65 (N=34)	0.6%	0.4%	0.1%	1.4%	0.2%	0.2%	0.1%
	≥ 65 (N=6)	0.2%	0.2%	0	0	0	0.1%	0.1%
原國籍	大陸地區 (N=690)	14.8%	9.0%	6.8%	16.1%	5.9%	3.4%	2.7%
	港澳地區 (N=35)	0.5%	0.9%	0.4%	0.4%	0.2%	0.5%	0
	越南 (N=200)	5.4%	2.7%	2.8%	2.7%	1.4%	1.4%	0.6%
	印尼 (N=84)	1.8%	1.4%	0.8%	1.3%	1.3%	0.4%	0.2%
	泰國 (N=25)	0.9%	0.2%	0.5%	0.5%	0	0	0
	菲律賓 (N=33)	0.9%	0.4%	0.6%	0.6%	0	0.2%	0.1%
	柬埔寨 (N=12)	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.3%	0.1%
	馬來西亞 (N=30)	0.5%	0.4%	0.3%	0.9%	0.3%	0	0.1%
	緬甸 (N=17)	0.3%	0.3%	0.4%	0.2%	0.1%	0	0.3%
	印度 (N=2)	0.1%	0	0	0	0	0.1%	0
	其他國家 (N=48)	0.9%	1.0%	0.6%	0.6%	0.5%	0.3%	0.2%
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	13.4%	6.3%	4.3%	6.4%	2.1%	2.3%	1.3%
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	11.1%	8.5%	8.2%	14.3%	5.4%	3.1%	1.6%
	經濟困難 (N=140)	1.8%	1.8%	0.9%	2.7%	2.2%	1.2%	1.3%
教育程度	不識字或自修 (N=51)	0.3%	0.3%	0.2%	2.5%	0.8%	0.3%	0
	小學 (N=123)	2.7%	1.0%	1.3%	3.1%	1.4%	0.4%	0.4%
	國中或初中 (N=238)	4.3%	3.4%	2.2%	5.2%	2.5%	1.5%	1.1%
	高中、職(含五專前三年) (N=375)	9.2%	4.9%	4.6%	7.3%	2.2%	2.3%	1.4%
	專科 (N=122)	3.2%	2.2%	1.2%	1.5%	1.3%	0.5%	0.4%
	大學 (N=222)	5.2%	3.8%	3.5%	3.1%	1.2%	1.4%	0.7%
	研究所及以上 (N=38)	1.0%	0.9%	0.3%	0.4%	0.3%	0.2%	0.2%
工作	民意代表、主管及經理人員 (N=12)	0.3%	0.2%	0.1%	0.3%	0	0.1%	0.1%
	專業人員 (N=84)	1.8%	1.6%	1.2%	0.8%	0.5%	0.6%	0.7%
	技術員及助理專業人員 (N=79)	1.8%	1.6%	0.9%	1.0%	0.4%	0.9%	0.1%
	事務支援人員 (N=51)	1.2%	0.6%	0.7%	1.2%	0.4%	0.3%	0
	服務及銷售工作人員 (N=274)	6.5%	3.4%	2.8%	5.8%	2.7%	1.4%	0.7%
	農、林、漁、牧業生產人員 (N=69)	2.5%	1.0%	0.6%	1.1%	0.3%	0.2%	0.3%
	技藝有關工作人員 (N=60)	0.3%	0.5%	0.6%	2.7%	0.6%	0.4%	0
	機械設備操作及組裝人員 (N=24)	0.3%	0.3%	0.3%	0.5%	0.3%	0.1%	0.3%
	基層技術工及勞力工 (N=206)	4.5%	3.1%	3.1%	3.3%	2.3%	0.7%	0.5%
		其他 (N=317)	7.2%	4.3%	3.1%	6.7%	2.2%	1.9%

資料來源：本研究整理

在覺得生活毫無希望的題項分析中，年齡層在 41 歲至 51 歲以「完全沒有」占居多(14.9%)；原國籍以大陸地區以「完全沒有」占居多(22.0%)；有孩子的家庭以「完全沒有」占最多(31.3%)；以經濟狀況區分，可以自給自足，但無法儲蓄以「完全沒有」占居多(16.5%)；以教育程度區分，以高中、職以「完全沒有」占居多(12.1%)；

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討
以行業別區分，服務及銷售工作人員以「完全沒有」占居多(8.9%) (表 4-15)

表 4-15 覺得生活毫無希望的部分

	完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7	
年齡	<21 (N=20)	0.6%	0.5%	0	0.2%	0.4%	0	0
	21 ≤ X < 31 (N=151)	3.7%	1.6%	1.8%	4.2%	0.8%	0.5%	0.3%
	31 ≤ X < 41 (N=380)	13.9%	4.9%	3.7%	5.8%	2.8%	0.7%	0.6%
	41 ≤ X < 51 (N=414)	14.9%	6.0%	4.4%	5.4%	2.3%	0.9%	1.3%
	51 ≤ X < 61 (N=171)	4.3%	2.3%	1.4%	4.9%	0.9%	0.4%	0.3%
	61 ≤ X < 65 (N=34)	0.7%	0.3%	0.4%	1.3%	0.2%	0	0.1%
	≥ 65 (N=6)	0.3%	0	0	0.1%	0	0	0.1%
原國籍	大陸地區 (N=690)	22.0%	8.4%	6.2%	15.1%	4.3%	1.2%	1.5%
	港澳地區 (N=35)	1.0%	0.9%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%
	越南 (N=200)	7.1%	2.8%	2.1%	2.5%	1.3%	0.8%	0.4%
	印尼 (N=84)	2.3%	1.5%	1.1%	1.3%	0.6%	0.1%	0.3%
	泰國 (N=25)	0.9%	0.5%	0.3%	0.4%	0.1%	0	0
	菲律賓 (N=33)	1.0%	0.4%	0.3%	0.8%	0.1%	0.2%	0.1%
	柬埔寨 (N=12)	0.3%	0.1%	0.2%	0.3%	0.2%	0	0
	馬來西亞 (N=30)	1.3%	0.3%	0.6%	0.3%	0.2%	0	0
	緬甸 (N=17)	0.3%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%	0	0.2%
	印度 (N=2)	0.1%	0	0	0	0	0.1%	0
	其他國家 (N=48)	2.1%	0.3%	0.5%	0.7%	0.3%	0.1%	0
孩子	沒孩子 (N=260)	7.1%	3.6%	2.1%	5.7%	1.4%	0.9%	1.3%
	有孩子 (N=916)	31.3%	12.0%	9.6%	16.2%	5.9%	1.7%	1.3%
經濟困難	可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	18.7%	5.5%	3.6%	4.4%	2.0%	0.8%	1.1%
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	16.5%	8.7%	6.5%	14.4%	3.7%	1.4%	0.9%
	經濟困難 (N=140)	3.2%	1.4%	1.6%	3.1%	1.7%	0.3%	0.6%
教育程度	不識字或自修 (N=51)	0.4%	0.6%	0.5%	2.4%	0.3%	0.1%	0
	小學 (N=123)	3.7%	1.2%	1.6%	2.9%	0.6%	0.3%	0.2%
	國中或初中 (N=238)	6.5%	2.6%	2.8%	5.2%	1.8%	0.5%	0.8%
	高中、職(含五專前三年) (N=375)	12.1%	5.3%	3.5%	7.1%	2.1%	0.9%	0.9%
	專科 (N=122)	4.8%	1.8%	0.9%	1.9%	1.0%	0	0
	大學 (N=222)	8.7%	3.6%	2.0%	2.2%	1.1%	0.7%	0.6%
	研究所及以上 (N=38)	1.9%	0.4%	0.3%	0.2%	0.3%	0.1%	0.1%
工作	民意代表、主管及經理人員 (N=12)	0.5%	0.1%	0.2%	0.1%	0	0.1%	0.1%
	專業人員 (N=84)	3.1%	1.3%	0.9%	0.5%	0.9%	0.1%	0.3%
	技術員及助理專業人員 (N=79)	2.6%	1.2%	0.6%	1.6%	0.6%	0	0.1%
	事務支援人員 (N=51)	2.0%	0.5%	0.7%	0.8%	0.2%	0.2%	0.1%
	服務及銷售工作人員 (N=274)	8.9%	3.7%	2.1%	5.8%	1.5%	0.7%	0.5%
	農、林、漁、牧業生產人員 (N=69)	3.0%	1.1%	0.5%	0.8%	0.3%	0	0.3%
	技藝有關工作人員 (N=60)	0.6%	0.9%	0.9%	2.3%	0.4%	0	0
	機械設備操作及組裝人員 (N=24)	0.9%	0.2%	0.3%	0.2%	0.4%	0.1%	0.1%

基層技術工及勞力工 (N=206)	5.9%	3.1%	2.8%	3.8%	1.0%	0.4%	0.5%
其他 (N=317)	11.1%	3.5%	2.8%	6.0%	2.0%	1.0%	0.6%

資料來源：本研究整理

再針對新住民疾病狀況調查發現(以有/無區分)，有疾病的新住民年齡層以 41-51 歲占多數(5.3%)以及 31-41 歲(4.8%)；原國籍以大陸地區占多數(13.2%)；以經濟狀況區分，有疾病的新住民以可以自給自足，但無法儲蓄為最多(9.2%)；以教育程度區分，有疾病的新住民以高中、職占多數(4.8%)，值得注意的是 61-65 歲和不識字或自修是以「無疾病」佔多數(表 4-16)。

若與 2017 年國民健康訪問調查相比較，在年齡上，自評健康為「好」的族群，18-24 歲高於其他年齡；在教育程度上研究所以上學歷者高於其他學歷；在家戶平均月收入上每月平均 10 萬元以上者高於其他收入的比例最高(國家衛生研究院，2017)。上述結果亦反映出我國民眾若教育程度與經濟程度越高，健康自評程度越高，與新住民分布狀況明顯不同。

表 四-16 有無疾病

	有	沒有	
年齡	<21 (N=20)	0.4%	1.3%
	21 ≤ X < 31 (N=151)	0.8%	12.1%
	31 ≤ X < 41 (N=380)	4.8%	27.5%
	41 ≤ X < 51 (N=414)	5.3%	29.9%
	51 ≤ X < 61 (N=171)	5.3%	9.3%
	61 ≤ X < 65 (N=34)	2.0%	0.9%
	≥ 65 (N=6)	0.1%	0.4%
原國籍	大陸地區 (N=690)	13.2%	45.5%
	港澳地區 (N=35)	0.9%	0.9%
	越南 (N=200)	1.5%	1.5%
	印尼 (N=84)	1.1%	1.1%
	泰國 (N=25)	0	0
	菲律賓 (N=33)	0.5%	0.5%
	柬埔寨 (N=12)	0.3%	0.3%
	馬來西亞 (N=30)	0.5%	0.5%
	緬甸 (N=17)	0.3%	0.3%
	印度 (N=2)	0	0
其他國家 (N=48)	0.3%	0.3%	
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	6.1%	29.9%
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	9.2%	42.9%
	經濟困難 (N=140)	3.4%	8.5%
教育程度	不識字或自修 (N=51)	2.5%	1.9%
	小學 (N=123)	2.9%	7.6%
	國中或初中 (N=238)	4.3%	16.0%

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

高中、職(含五專前三年) (N=375)	4.8%	27.0%
專科 (N=122)	1.2%	9.2%
大學 (N=222)	2.8%	16.1%
研究所及以上 (N=38)	0.3%	3.0%

資料來源：本研究整理

醫療服務使用頻率部分，新住民使用診所門診及醫院門診居多。醫療機構的使用頻率，以每半年一次占最多，41-51歲(10.5%)；31-41歲(7.4%)。新北市以每季一次占最多(4.6%)，台南市(3.9%)以每半年一次居多。教育程度以高中、職醫療機構的使用頻率為每月一次(8.8%) (表 4-17)。

表 4-17 醫療機構的使用頻率

	每周2次以上	每周1次	每月2次以上	每月1次	每季1次	每半年1次	每年1次	其他
年齡								
31 ≤ X < 41 (N=380)	0.7%	0.9%	1.5%	7.7%	7.7%	7.4%	4.7%	1.7%
41 ≤ X < 51 (N=414)	0.3%	0.7%	1.8%	7.6%	8.3%	10.5%	4.5%	1.4%
居住地								
新北市 (N=170)	0	0.2%	0.9%	3.3%	4.6%	2.6%	2.1%	0.7%
臺南市 (N=141)	0.3%	0.3%	0.2%	1.9%	1.6%	3.9%	2.6%	1.2%
教育程度								
高中、職(含五專前三年) (N=375)	0.1%	0.8%	1.2%	8.8%	6.8%	8.7%	4.2%	1.4%

資料來源：本研究整理

就醫習慣的部分，大部分國家的新住民皆是已到附近就診，以經濟狀況區分，不管何種經濟狀況的新住民皆是已到附近就診 (表 4-18)。

表 4-18 就醫習慣

	至附近診所	以醫師專業性做選擇	傾向去附近醫院	不太看醫生	其他
原國籍					
大陸地區 (N=690)	36.9%	7.1%	4.8%	9.6%	0.2%
港澳地區 (N=35)	1.7%	0.6%	0.3%	0.3%	0.1%
越南 (N=200)	12.0%	1.4%	1.6%	2.0%	0.1%
印尼 (N=84)	4.9%	0.3%	0.5%	1.4%	0
泰國 (N=25)	1.5%	0	0.3%	0.3%	0
菲律賓 (N=33)	1.9%	0.3%	0.1%	0.6%	0
柬埔寨 (N=12)	0.8%	0	0.2%	0.1%	0
馬來西亞 (N=30)	1.6%	0.4%	0.1%	0.3%	0.1%
緬甸 (N=17)	0.9%	0	0.1%	0.4%	0.1%
印度 (N=2)	0.1%	0	0	0.1%	0
其他國家 (N=48)	2.7%	0.4%	0.2%	0.8%	0
經濟狀況					

可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	24.7%	3.7%	2.1%	5.4%	0.1%
可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	34.9%	5.1%	4.4%	7.2%	0.3%
經濟困難 (N=140)	5.2%	1.7%	1.6%	3.3%	0.1%

資料來源：本研究整理

再以就醫訊息來源管道分析，原國籍是大陸地區、越南、菲律賓、馬來西亞，皆透過台灣的親戚、朋友、同事告知；以經濟狀況區分，不管何種經濟狀況的新住民皆是透由台灣的親戚、朋友、同事告知就醫訊息（表 4-19）。

表 四-19 就醫訊息來源管道

	政府單位	同鄉親友、其他 國籍新住民分享	臺灣的親戚、朋 友、同事告知	其他
原國籍				
大陸地區 (N=690)	12.5%	30.4%	46.1%	1.4%
港澳地區 (N=35)	0.6%	1.9%	2.0%	0
越南 (N=200)	3.3%	6.9%	11.3%	0.8%
印尼 (N=84)	1.3%	4.0%	4.7%	0.3%
泰國 (N=25)	0.3%	1.1%	1.5%	0.1%
菲律賓 (N=33)	0.4%	1.2%	2.1%	0
柬埔寨 (N=12)	0.2%	0.2%	0.8%	0.1%
馬來西亞 (N=30)	0.7%	1.2%	2.0%	0
緬甸 (N=17)	0.3%	0.9%	1.2%	0
印度 (N=2)	0.1%	0.1%	0.1%	0
其他國家 (N=48)	0.7%	2.0%	2.6%	0.2%
經濟狀況				
可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	8.1%	17.5%	28.3%	0.9%
可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)	9.6%	26.1%	38.5%	1.3%
經濟困難 (N=140)	2.6%	6.2%	7.6%	0.6%

資料來源：本研究整理

針對健保是否有幫助的題項分析，結果發現，在年齡層 31-51 歲認為「健保是有幫助」分別佔(15.8%；17.5%)，在年齡層 51-61 歲認為「健保有很大的幫助」佔(7.2%)；再以有無孩子的部份區分，有孩子的是以「健保是有幫助」的佔大多數(36.9%)，主要收入以 2 萬至未滿 3 萬元認為「健保是有幫助」的佔大多數(17.9%)；以教育程度區分，在小學及高中、職（含五專前三年）認為「健保是有幫助」的佔大多數，以職業別區分，工作是技術員及助理專業人員認為健「健保是有幫助」分別佔(2.7%；3.8%)，農、林、漁、牧業生產人員則認為「健保是有很大大幫助」(1.8%)（表 4-20）。

表 四-20 健保是否有幫助

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

	完全沒幫助	沒甚麼幫助	有幫助，但幫助有限	有幫助	有很大的幫助	
年齡	<21 (N=20)	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.5%
	21 ≤ X < 31 (N=151)	0	0.5%	1.8%	5.9%	3.9%
	31 ≤ X < 41 (N=380)	0.1%	0.3%	2.8%	15.8%	13.4%
	41 ≤ X < 51 (N=414)	0.2%	0	2.6%	17.5%	14.9%
	51 ≤ X < 61 (N=171)	0.1%	0.3%	1.4%	5.5%	7.2%
	61 ≤ X < 65 (N=34)	0.2%	0.2%	0.1%	0.7%	1.8%
	≥ 65 (N=6)	0.1%	0	0	0.1%	0.3%
孩子	沒孩子 (N=260)	0.8%	0.8%	2.9%	9.2%	8.5%
	有孩子 (N=916)	0.2%	0.6%	6.2%	36.9%	34.0%
收入	<17,880 (N=261)	0.6%	0.5%	2.1%	9.6%	9.4%
	17,880 ≤ X < 20,000 (N=148)	0.1%	0.1%	1.4%	6.1%	4.9%
	20,000 ≤ X < 30,000 (N=435)	0	0.4%	3.3%	17.9%	15.4%
	30,000 ≤ X < 40,000 (N=236)	0.1%	0.2%	1.6%	8.9%	9.3%
	40,000 ≤ X < 50,000 (N=63)	0.1%	0.2%	0.5%	2.6%	2.0%
	50,000 ≤ X < 70,000 (N=20)	0	0	0.1%	0.6%	1.0%
	70,000 ≤ X < 90,000 (N=5)	0	0	0	0.2%	0.3%
	90,000 ≤ X < 110,000 (N=2)	0	0	0	0.2%	0
	110,000 ≤ X < 130,000 (N=2)	0.1%	0	0	0	0.1%
	130,000 ≤ X < 140,001 (N=1)	0	0	0.1%	0	0
	≥ 140,000 (N=3)	0	0	0	0.1%	0.2%
	經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=424)	0.3%	0.3%	2.0%	16.7%
可以自給自足，但無法儲蓄 (N=612)		0	0.5%	5.9%	24.1%	21.5%
經濟困難 (N=140)		0.6%	0.5%	1.3%	5.3%	4.3%
教育程度	不識字或自修 (N=51)	0.3%	0.2%	0.2%	1.3%	2.4%
	小學 (N=123)	0.3%	0.3%	0.8%	6.0%	3.1%
	國中或初中 (N=238)	0.2%	0.2%	1.9%	8.9%	9.1%
	高中、職(含五專前三年) (N=375)	0	0.3%	3.4%	15.0%	13.3%
	專科 (N=122)	0	0	0.8%	5.4%	4.3%
	大學 (N=222)	0	0.3%	1.6%	8.2%	8.8%
研究所及以上 (N=38)	0.1%	0.1%	0.3%	1.2%	1.5%	
工作	民意代表、主管及經理人員 (N=12)	0.2%	0	0	0.2%	0.7%
	專業人員 (N=84)	0	0.2%	0.8%	3.8%	2.4%
	技術員及助理專業人員 (N=79)	0.1%	0.1%	0.7%	2.7%	3.1%
	事務支援人員 (N=51)	0.1%	0.1%	0.5%	1.8%	1.9%
	服務及銷售工作人員 (N=274)	0	0.3%	2.1%	8.9%	12.0%
	農、林、漁、牧業生產	0	0.1%	0.3%	3.7%	1.8%

人員 (N=69)					
技藝有關工作人員 (N=60)	0.1%	0	0.4%	2.7%	1.9%
機械設備操作及組裝 人員 (N=24)	0	0.1%	0	0.7%	1.3%
基層技術工及勞力工 (N=206)	0.1%	0.2%	1.5%	10.1%	5.6%
其他 (N=317)	0.4%	0.4%	2.7%	11.5%	11.9%

資料來源：本研究整理

貳、新住民在臺家庭成員健康狀況與醫療使用狀況分析

為能進一步比較新住民與在臺家庭成員之間的健康狀況與醫療使用狀況，本計畫共訪問 100 名新住民在臺家庭成員，並進行敘述性統計分析，首先針對樣本人口統計分布狀況進行分析，結果顯示年齡層約在 21 歲至 31 歲之間，教育程度以「大學」居多共 32 位。主要從事行業以「服務及銷售人員」共 16 位；「基層技術工及勞力工」為主為 16 位。工作收入方面，計薪方式以「月薪」為主，主要收入以「2 萬至未滿 3 萬元」居多，共 28 位（表 4-21）。

表 四-21 人口學特徵

(N=100)

項目	N	
年紀	<21	15%
	$21 \leq X < 31$	28%
	$31 \leq X < 41$	10%
	$41 \leq X < 51$	22%
	$51 \leq X < 61$	21%
	$61 \leq X < 65$	4%
	≥ 65	0%
教育程度	不識字或自修	2%
	小學	5%
	國中或初中	4%
	高中、職(含五專前三年)	25%
	專科	17%
	大學	32%
研究所及以上	4%	
工作	民意代表、主管及經理人員	0%
	專業人員	12%
	技術員及助理專業人員	7%
	事務支援人員	0%
	服務及銷售工作人員	16%
	農、林、漁、牧業生產人員	6%
	技藝有關工作人員	4%
	機械設備操作及組裝人員	4%
	基層技術工及勞力工	16%

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

	其他	35%
月收入	<17,880	17%
	17,880 ≤ X < 20,000	3%
	20,000 ≤ X < 30,000	28%
	30,000 ≤ X < 40,000	13%
	40,000 ≤ X < 50,000	15%
	50,000 ≤ X < 70,000	6%
	70,000 ≤ X < 90,000	3%
	90,000 ≤ X < 110,000	15%
	110,000 ≤ X < 130,000	0%
	130,000 ≤ X < 140,001	0%
	≥ 140,000	0%
其他	15%	

資料來源：本研究整理

再者，根據在臺家庭成員目前健康狀況的自評結果進行分析，結果顯示在臺家庭成員覺得頭痛或是頭部有壓迫感的狀況來看，以經濟狀況區分，可以自給自足並固定儲蓄以「完全沒有」占居多(15%)；可以自給自足，但無法儲蓄以「完全沒有」占居多(17%)；經濟困難以「常常覺得」占居多(5%)；教育程度可以看出在國中或初中和研究所及以上的部分，覺得頭痛或是頭部有壓迫感的比例相對來說較低（表 4-22）。

表 四-22 覺得頭痛或是頭部有壓迫感的部分

	完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7	
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=43)	15%	2%	7%	9%	5%	5%	0
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=38)	17%	4%	4%	5%	4%	1%	1%
	經濟困難 (N=8)	0	0	1%	1%	0	5%	1%
教育程度	不識字或自修 (N=2)	0	0	0	0	0	2%	0
	小學 (N=5)	1%	0	2%	2%	0	0	0
	國中或初中 (N=4)	3%	0	0	1%	0	0	0
	高中、職(含五專前三年) (N=25)	9%	1%	4%	4%	2%	4%	1%
	專科 (N=17)	5%	2%	1%	3%	3%	2%	1%
	大學 (N=32)	12%	3%	5%	5%	4%	3%	0
研究所及以上 (N=4)	3%	1%	0	0	0	0	0	

資料來源：本研究整理

在覺得許多事情是個負擔的題項分析中，以經濟狀況區分，可以自給自足並固定儲蓄以「完全沒有」占居多(15%)，為可以自給自足但無法儲蓄以「完全沒有」占居多(15%)；教育程度以高中、職以「完全沒有」占居多(9%)（表 4-23）。

表 四-23 覺得許多事情是個負擔的部分

		完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=43)	15%	3%	3%	10%	4%	7%	1%
	可以自給自足,但無法儲蓄 (N=38)	15%	2%	2%	8%	4%	3%	2%
	經濟困難 (N=8)	0	1%	0	1%	1%	1%	4%
教育程度	不識字或自修 (N=2)	0	0	0	0	0	2%	0
	小學 (N=5)	2%	0	0	2%	1%	0	0
	國中或初中 (N=4)	3%	0	0	1%	0	0	0
	高中、職(含五專前三年) (N=25)	9%	2%	1%	6%	2%	1%	4%
	專科 (N=17)	4%	1%	2%	5%	1%	2%	2%
	大學 (N=32)	11%	3%	2%	5%	5%	5%	1%
	研究所及以上 (N=4)	3%	0	0	0	0	1%	1%

資料來源：本研究整理

在常感到緊張不安的題項分析中，以經濟狀況區分，可以自給自足，但無法儲蓄以「完全沒有」占居多(15%)；教育程度以高中、職以「完全沒有」占居多(8%)；大學以「完全沒有」占居多(12%) (表 4-24)

表 四-24 常感到緊張不安的部分

		完全沒有 1	2	3	4	5	6	總是 7
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=43)	13%	7%	5%	8%	4%	5%	1%
	可以自給自足,但無法儲蓄 (N=38)	15%	4%	5%	5%	2%	3%	2%
	經濟困難 (N=8)	1%	1%	0	0	1%	3%	2%
教育程度	不識字或自修 (N=2)	0	0	0	1%	0	1%	0
	小學 (N=5)	2%	0	0	3%	0	0	0
	國中或初中 (N=4)	2%	1%	0	1%	0	0	0
	高中、職(含五專前三年) (N=25)	8%	3%	2%	5%	1%	3%	3%
	專科 (N=17)	4%	4%	3%	1%	1%	3%	1%
	大學 (N=32)	12%	4%	5%	2%	4%	4%	1%
	研究所及以上 (N=4)	3%	0	0	0	1%	0	0

資料來源：本研究整理

再針對在臺家庭成員疾病狀況調查發現(以有/無區分)，有疾病的在臺家庭成員年齡層以 51-61 歲占多數(6%)；經濟狀況以經濟困難為最多(6%)；教育程度以專科占多數(6%) (表 4-25)。

若與 2017 年國民健康訪問調查相比較，在年齡上，自評健康為「好」的族群，

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

18-24 歲高於其他年齡；在教育程度上研究所以上學歷者高於其他學歷；在家戶平均月收入上每月平均 10 萬元以上者高於其他收入的比例最高（國家衛生研究院，2017）。上述結果亦反映出我國民眾若教育程度與經濟程度越高，健康自評程度越高，與新住民在臺家庭成員分布狀況明顯不同。

表 四-25 有無疾病

	有	沒有	
年齡	<21 (N=15)	0	15%
	21 ≤ X < 31 (N=28)	2%	26%
	31 ≤ X < 41 (N=10)	0	10%
	41 ≤ X < 51 (N=22)	3%	19%
	51 ≤ X < 61 (N=21)	6%	15%
	61 ≤ X < 65 (N=4)	2%	2%
	≥ 65 (N=0)	0	0
	經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=43)	4%
可以自給自足，但無法儲蓄 (N=38)		3%	33%
經濟困難 (N=8)		6%	2%
教育程度	不識字或自修 (N=2)	0	2%
	小學 (N=5)	1%	4%
	國中或初中 (N=4)	0	4%
	高中、職(含五專前三年) (N=25)	6%	19%
	專科 (N=17)	6%	11%
	大學 (N=32)	0	32%
	研究所及以上 (N=4)	0	4%

資料來源：本研究整理

醫療服務使用頻率調查發現，大多使用診所門診及醫院門診居多。醫療機構的使用頻率，以每季一次占最多，41-51 歲(5%)；21-31 歲(9%)。經濟狀況以可以自給自足，但無法儲蓄以每季一次占最多(16%)（表 4-26）。

表 四-26 醫療機構的使用頻率

	每周 2 次 以上	每周 1 次	每月 2 次 以上	每月 1 次	每季 1 次	每半年 1 次	每年 1 次	其他
年齡								
<21 (N=15)	0	0	0	0	8%	2%	5%	0
21 ≤ X < 31 (N=28)	0	0	1%	6%	9%	6%	4%	2%
31 ≤ X < 41 (N=10)	0	1%	1%	1%	3%	3%	1%	0
41 ≤ X < 51 (N=22)	0	1%	1%	5%	5%	6%	4%	0
51 ≤ X < 61 (N=21)	1%	0	0	11%	7%	2%	0	0
61 ≤ X < 65 (N=4)	0	0	0	2%	2%	0	0	0
≥ 65 (N=0)	0	0	0	0	0	0	0	0
經濟狀況								
可以自給自足並	1%	1%	2%	10%	11%	10%	8%	0

固定儲蓄 (N=43)								
可以自給自足，但 無法儲蓄 (N=38)	0	1%	0	10%	16%	7%	2%	0
經濟困難 (N=8)	0	0	1%	0	5%	1%	4%	2%

資料來源：本研究整理

針對就醫習慣的部分，不管是哪一個年齡層及經濟狀況皆是已到附近就診為大多數（表 4-27）。

表 四-27 就醫習慣

	至附近診所	以醫師專業性 做選擇	傾向去附近醫 院	不太看醫生
年齡				
<21 (N=15)	12%	0	1%	2%
21 ≤ X < 31 (N=28)	19%	3%	4%	2%
31 ≤ X < 41 (N=10)	7%	1%	1%	1%
41 ≤ X < 51 (N=22)	14%	3%	3%	2%
51 ≤ X < 61 (N=21)	10%	9%	1%	1%
61 ≤ X < 65 (N=4)	2%	2%	0	0
≥ 65 (N=0)	0	0	0	0
經濟狀況				
可以自給自足並固定儲蓄 (N=43)	30%	9%	1%	3%
可以自給自足，但無法儲蓄 (N=38)	22%	6%	5%	3%
經濟困難 (N=8)	4%	3%	1%	0

資料來源：本研究整理

針對健保是否有幫助的題項分析，結果發現，在年齡層以 21-31、41-51 歲認為「健保是有很大的幫助」分別佔(13%；13%)，主要收入以 2 萬至未滿 3 萬元認為「健保是有很大的幫助」的佔大多數(15%)，教育程度在小學及高中、職（含五專前三年）認為「健保是有幫助的」佔大多數（表 4-28）。

表 四-28 健保是否有幫助

	完全沒幫助	沒甚麼幫助	有幫助，但幫 助有限	有幫助	有很大的幫 助	
年 齡	<21 (N=15)	0	0	1%	7%	7%
	21 ≤ X < 31 (N=28)	1%	2%	4%	8%	13%
	31 ≤ X < 41 (N=10)	0	1%	2%	4%	3%
	41 ≤ X < 51 (N=22)	0	0	1%	8%	13%
	51 ≤ X < 61 (N=21)	0	0	2%	9%	10%
	61 ≤ X < 65 (N=4)	0	0	0	2%	2%
	≥ 65 (N=0)	0	0	0	0	0
收 入	<17,880 (N=17)	0	0	1%	8%	8%
	17,880 ≤ X < 20,000 (N=3)	0	0	1%	1%	1%

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

	20,000 ≤ X < 30,000 (N=28)	0	2%	2%	9%	15%
	30,000 ≤ X < 40,000 (N=13)	1%	0	1%	5%	6%
	40,000 ≤ X < 50,000 (N=15)	0	1%	1%	4%	9%
	50,000 ≤ X < 70,000 (N=6)	0	0	1%	4%	1%
	70,000 ≤ X < 90,000 (N=3)	0	0	1%	0	2%
	90,000 ≤ X < 110,000 (N=15)	0	0	2%	7%	6%
經濟狀況	可以自給自足並固定儲蓄 (N=43)	1%	1%	4%	17%	20%
	可以自給自足，但無法儲蓄 (N=38)	0	2%	4%	13%	17%
	經濟困難 (N=8)	0	0	0	1%	7%
教育程度	不識字或自修 (N=2)	0	0	2%	0	0
	小學 (N=5)	1%	0	0	1%	3%
	國中或初中 (N=4)	0	0	0	3%	1%
	高中、職(含五專前三年) (N=25)	0	2%	0	12%	11%
	專科 (N=17)	0	0	2%	6%	9%
	大學 (N=32)	0	1%	3%	9%	19%
	研究所及以上 (N=4)	0	0	1%	1%	2%

資料來源：本研究整理

第四節 各題項的信效度分析

表 4-29 為前測 60 名新住民各題項的信效度分析，針對信度部分，新住民醫療使用困境之 Cronbach' s α 分別為：健康狀況自評量表 ($\alpha = 0.902$)、醫療機制使用情況及相關困境 ($\alpha = 0.937$)、醫療協處措施 ($\alpha = 0.937$)、對醫療健康知能訊息之來源、文化落差與經濟落差 ($\alpha = 0.869$)、未來政策建議 ($\alpha = 0.975$)；醫療使用需求 ($\alpha = 0.966$) 之信度分析結果大於 0.7，符合文獻所提出的標準，證明本研究的衡量題項具有一致性及穩定性。有關效度分析部分，本研究之各題項之因素負荷量皆趨近於或大於 0.5 符合文獻所提出的標準，趨近於 0.5 的值，將予以保留(Hair, Black, Babin, Andersen, & Tatham, 1998)

表 四-29 前測量表信校度分析(N=60)

各題項	Factor Loading	Cronbach' s α	AVE	CR
健康狀況自評量表				
1. 覺得頭痛或是頭部有壓迫感？	0.621	0.902	0.5254	0.8451
2. 覺得睡眠不好？	0.708			
3. 覺得許多事情對您是個負擔？	0.802			

4. 常感到緊張不安？	0.835			
5. 覺得生活毫無希望？	0.632			

醫療使用需求

1. 使用臺灣醫療服務是很值得的	0.894			
2. 在未來，我會持續使用臺灣的醫療服務	0.890			
3. 我會推薦其他人使用臺灣的醫療服務	0.916	0.966	0.7805	0.9467
4. 跟自己母國的醫療服務相比，我會選擇臺灣的醫療服務	0.828			
5. 我認為我未來持續使用臺灣的醫療服務的機會很大	0.887			

就醫可近性困境

1. 醫院（診所）沒有醫療通譯人員，會造成很多不便	0.406			
2. 看病時，不知道醫生開立什麼藥	0.601			
3. 看病時，詢問醫生相關病況，並未明確告知	0.782			
4. 因溝通不良，無法瞭解實際的檢查項目	0.897	0.937	0.5657	0.8969
5. 去醫院（診所）不會表達，常常會跑錯科別	0.843			
6. 得到特殊疾病時，常常求助無門	0.845			
7. 看病時，醫生師或護理師解釋不清或沒有耐心	0.770			

醫療協處措施運用困境

1. 醫療機制分級太細，無法確實瞭解要看哪個科別	0.717			
2. 診流程過於複雜	0.768			
3. 看診時間冗長	0.638			
4. 醫師看診時間太短，說明過於簡單	0.531			
5. 各地醫療機構醫療處理方式差異很大	0.710	0.937	0.4887	0.8833
6. 醫療通譯人員培訓不足	0.711			
7. 用藥資訊標示說明不清楚	0.738			
8. 缺乏看診醫生初步諮詢制度	0.750			

對醫療健康知能訊息之來源、文化落差與經濟落差

1. 因文化差異而不願意就醫	0.555			
2. 「花太多錢」是不願意就醫的因素	0.587			
3. 懷孕衛教資訊十分缺乏	0.806	0.869	0.4547	0.8027
4. 醫療衛教與文宣資訊十分有限	0.778			

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

5. 醫療資訊翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成	0.605
-----------------------------	-------

協處改善措施建議

1. 建立新住民健康醫療諮詢專線	0.671			
2. 建置完善醫療衛教資訊網站或 APP	0.874			
3. 建立完善的社區支持系統	0.902			
4. 善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持	0.892			
5. 落實新住民友善門診	0.892			
6. 重新審視新住民生活適應相關課程，並應納入衛生醫療相關資訊	0.915	0.975	0.6783	0.9541
7. 與各地方政府或當地社區支援團體合作開設相關衛教諮詢講座	0.782			
8. 強化醫療通譯培訓課程	0.874			
9. 建立友善看診陪伴機制	0.609			
10. 建置完善用藥標示（以圖示與文字表示）	0.762			

資料來源：本研究整理

表 4-30 為 1,176 名新住民各題項的信效度分析，針對信度部分，新住民醫療使用困境之 Cronbach' s α 分別為：醫療機制使用情況及相關困境 ($\alpha = 0.926$)、醫療協處措施 ($\alpha = 0.919$)、對醫療健康知能訊息之來源、文化落差與經濟落差 ($\alpha = 0.877$)、未來政策建議 ($\alpha = 0.962$)；健康狀況自評量表 ($\alpha = 0.915$)、醫療使用需求 ($\alpha = 0.943$) 之信度分析結果皆大於 0.7，符合文獻所提出的標準，證明本研究的衡量題項具有一致性及穩定性。有關效度分析部分，本研究之各題項之因素負荷量皆趨近於或大於 0.5 符合文獻所提出的標準，趨近於 0.5 的值，將予以保留 (Hair, Black, Babin, Andersen, & Tatham, 1998)。

表 四-30 新住民醫療量表信校度分析(N=1176)

各題項	Factor Loading	Cronbach' s α	AVE	CR
健康狀況自評量表				
1. 覺得頭痛或是頭部有壓迫感？	0.720			
2. 覺得睡眠不好？	0.719			
3. 覺得許多事情對您是個負擔？	0.769	0.915	0.5596	0.8637
4. 常感到緊張不安？	0.809			
5. 覺得生活毫無希望？	0.719			
醫療使用需求				

1. 使用臺灣醫療服務是很值得的	0.848			
2. 在未來，我會持續使用臺灣的醫療服務	0.842			
3. 我會推薦其他人使用臺灣的醫療服務	0.800	0.943	0.6678	0.9094
4. 跟自己母國的醫療服務相比，我會選擇臺灣的醫療服務	0.783			
5. 我認為我未來持續使用臺灣的醫療服務的機會很大	0.811			
就醫可近性困境				
1. 醫院(診所)沒有醫療通譯人員，會造成很多不便	0.483			
2. 看病時，不知道醫生開立什麼藥	0.713			
3. 看病時，詢問醫生相關病況，並未明確告知	0.737			
4. 因溝通不良，無法瞭解實際的檢查項目	0.814	0.926	0.4945	0.8701
5. 去醫院(診所)不會表達，常常會跑錯科別	0.762			
6. 得到特殊疾病時，常常求助無門	0.749			
7. 看病時，醫生師或護理師解釋不清或沒有耐心	0.610			
醫療協處措施運用困境				
1. 醫療機制分級太細，無法確實瞭解要看哪個科別	0.704			
2. 看診流程過於複雜	0.689			
3. 看診時間冗長	0.559			
4. 醫師看診時間太短，說明過於簡單	0.674			
5. 各地醫療機構醫療處理方式差異很大	0.615	0.919	0.4125	0.8478
6. 醫療通譯人員培訓不足	0.541			
7. 用藥資訊標示說明不清楚	0.644			
8. 缺乏看診醫生初步諮詢制度	0.691			
對醫療健康知能訊息之來源、文化落差與經濟落差				
1. 因文化差異而不願意就醫	0.639			
2. 「花太多錢」是不願意就醫的因素	0.556			
3. 懷孕衛教資訊十分缺乏	0.770	0.877	0.4639	0.8102
4. 醫療衛教與文宣資訊十分有限	0.753			
5. 醫療資訊翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成	0.665			

協處改善措施建議

1.建立新住民健康醫療諮詢專線	0.712			
2.建置完善醫療衛教資訊網站或APP	0.759			
3.建立完善的社區支持系統	0.811			
4.善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持	0.788			
5.落實新住民友善門診	0.769			
6.重新審視新住民生活適應相關課程，並應納入衛生醫療相關資訊	0.803	0.962	0.5596	0.9268
7.與各地方政府或當地社區支援團體合作開設相關衛教諮詢講座	0.760			
8.強化醫療通譯培訓課程	0.687			
9.建立友善看診陪伴機制	0.705			
10.建置完善用藥標示(以圖示與文字表示)	0.672			

資料來源：本研究整理

表 4-31 為 100 名在臺家庭成員各題項的信效度分析，針對信度部分，新住民醫療使用困境之 Cronbach' s α 分別為：醫療使用需求 ($\alpha = 0.927$)、醫療機制使用情況及相關困境 ($\alpha = 0.943$)、醫療協處措施 ($\alpha = 0.940$)、對醫療健康知能訊息之來源、文化落差與經濟落差 ($\alpha = 0.925$)、未來政策建議 ($\alpha = 0.945$)；健康狀況自評量表 ($\alpha = 0.939$) 之信度分析結果大於 0.7，符合文獻所提出的標準，證明本研究的衡量題項具有一致性及穩定性。有關效度分析部分，本研究之各題項之因素負荷量皆趨近於或大於 0.5 符合文獻所提出的標準，趨近於 0.5 的值，將予以保留 (Hair, Black, Babin, Andersen, & Tatham, 1998)。

表 四-31 新住民在臺家庭成員量表信校度分析(N=100)

各題項	Factor Loading	Cronbach' s α	AVE	CR
健康狀況自評量表				
1. 覺得頭痛或是頭部有壓迫感？	0.772			
2. 覺得睡眠不好？	0.795			
3. 覺得許多事情對您是個負擔？	0.848	0.939	0.6524	0.9036
4. 常感到緊張不安？	0.835			
5. 覺得生活毫無希望？	0.786			
醫療使用需求				
1. 使用臺灣醫療服務是很值得的	0.839			

2. 在未來，我會持續使用臺灣的醫療服務	0.837			
3. 我會推薦其他人使用臺灣的醫療服務	0.593	0.927	0.6405	0.8976
4. 跟自己母國的醫療服務相比，我會選擇臺灣的醫療服務	0.826			
5. 我認為我未來持續使用臺灣的醫療服務的機會很大	0.874			
就醫可近性困境				
1. 醫院（診所）沒有醫療通譯人員，會造成很多不便	0.664			
2. 看病時，不知道醫生開立什麼藥	0.693			
3. 病時，詢問醫生相關病況，並未明確告知	0.757			
4. 因溝通不良，無法瞭解實際的檢查項目	0.822	0.943	0.5657	0.9005
5. 去醫院（診所）不會表達，常常會跑錯科別	0.832			
6. 得到特殊疾病時，常常求助無門	0.798			
7. 看病時，醫生師或護理師解釋不清或沒有耐心	0.679			
醫療協處措施運用困境				
1. 醫療機制分級太細，無法確實瞭解要看哪個科別	0.681			
2. 看診流程過於複雜	0.759			
3. 診時間冗長	0.694			
4. 醫師看診時間太短，說明過於簡單	0.693			
5. 各地醫療機構醫療處理方式差異很大	0.584	0.940	0.5023	0.8889
6. 醫療通譯人員培訓不足	0.644			
7. 用藥資訊標示說明不清楚	0.782			
8. 缺乏看診醫生初步諮詢制度	0.806			
對醫療健康知能訊息之來源、文化落差與經濟落差				
1. 因文化差異而不願意就醫	0.776			
2. 「花太多錢」是不願意就醫的因素	0.639			
3. 懷孕衛教資訊十分缺乏	0.815	0.925	0.6002	0.8816
4. 醫療衛教與文宣資訊十分有限	0.836			
5. 醫療資訊翻譯品質差，多為 Google 翻譯而成	0.792			

協處改善措施建議

1. 建立新住民健康醫療諮詢專線	0.568			
2. 建置完善醫療衛教資訊網站或APP	0.693			
3. 建立完善的社區支持系統	0.780			
4. 善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持	0.764			
5. 落實新住民友善門診	0.562			
6. 重新審視新住民生活適應相關課程，並應納入衛生醫療相關資訊	0.797	0.945	0.4747	0.8985
7. 與各地方政府或當地社區支援團體合作開設相關衛教諮詢講座	0.776			
8. 強化醫療通譯培訓課程	0.750			
9. 建立友善看診陪伴機制	0.580			
10. 建置完善用藥標示（以圖示與文字表示）	0.548			

資料來源：本研究整理

第五節 皮爾森相關係數分析

本研究將分析各變數變數間的相關性，根據表 4-32 的數據顯示健康狀況與就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境、健康涉略不足與文化與經濟落差以及協處改善措施呈現正向顯著關係；而醫療使用需求則與健康涉略不足及文化與經濟落差呈現負向顯著關係，但與協處改善措施呈現正向顯著關係；就醫可近性困境則與醫療協處措施運用困境、健康涉略不足與文化與經濟落差以及協處改善措施呈現正向顯著關係；醫療協處措施運用困境則與健康涉略不足與文化與經濟落差以及呈現顯著正相關；最後，健康涉略不足與文化與經濟落差則與協處改善措施呈現不顯著的關係。由上述結果顯示，各變數皆呈現正向顯著或負項顯著之關係，需進一步運其他統計分析方法，詳細探究變數間的因果關係。

表 四-32 皮爾森相關係數分析

N=1176	健康狀況	醫療使用需求	就醫可近性困境	醫療協處措施運用困境	健康涉略不足與文化與經濟落差	協處改善措施
健康狀況	1					
醫療使用需求	-0.030	1				
就醫可近性困境	0.155**	0.015	1			

醫療協處措施運用困境	0.172**	0.015	0.751**	1		
健康涉略不足與文化與經濟落差	0.195**	-0.119**	0.638**	0.619**	1	
協處改善措施	0.100**	0.391**	0.180**	0.175**	0.008	1

備註: ** 表示 $P < 0.05$

第六節 新住民與在臺家庭成員在醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求之關係探討

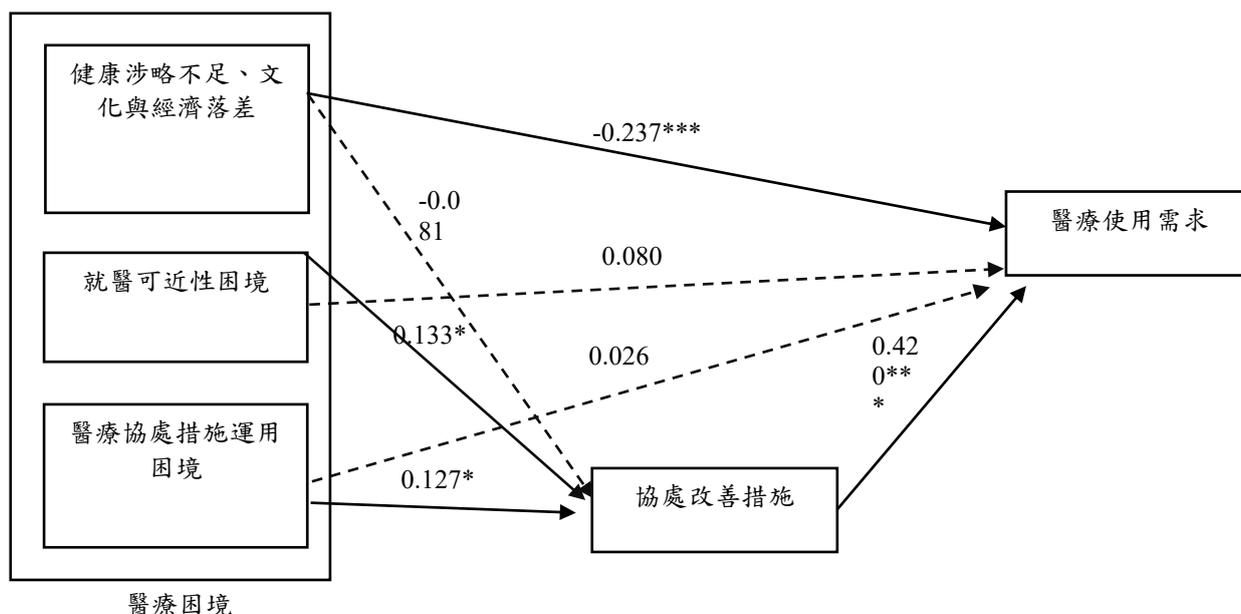
誠如前述，本計畫研究目的在檢視不同類型(健康狀況)的新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況以及我國現有針對新住民的醫療協處措施之成效。本計畫依照 Andersen 目前所被廣泛使用的 Andersen 醫療服務利用行為模式，將新住民醫療使用困境做為本計畫之自變數，醫療使用需求作為本計畫之依變數，協處改善措施建議作為中介變數，新住民健康狀況作為干擾變數，本計畫運用線性結構方程式分析各構面之間的關係，並利用集群分析，依據新住民的健康狀況的自評量表，依平均數區分成健康狀況較佳與較差之兩大族群，再比較健康狀況較佳新住民、健康狀況較差新住民與在臺家庭成員三個不同群體之間的差異性。

壹、新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討

本計畫首先根據整體新住民($N=1176$)進行醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討，並呈現如圖 4-1。針對直接效果的部分來進行檢視，結果顯示當新住民的健康涉略不足、文化與經濟落差程度較高時，的確會顯著降低新住民的醫療使用需求($\beta = -0.237, P < 0.001$)；然而，當就醫可近性困境($\beta = 0.080, P > 0.05$)與醫療協處措施運用困境越高($\beta = 0.026, P > 0.05$)，並不會降低新住民的醫療使用需求。再針對協處改善措施的間接效果進行檢視，結果顯示當新住民的健康涉略不足、文化與經濟落差程度較高時，並不會顯著提高對改善醫療協處措施的需求($\beta = 0.026, P > 0.05$)，進而提高醫療使用需求($\beta = 0.420, P < 0.001$)；然而，當就醫可近性困境($\beta = 0.133, P > 0.05$)與醫療協處措施運用困境越高($\beta = 0.127, P > 0.05$)，會顯著提高對改善醫療協處措施的需求，進而提高醫療使用需求($\beta = 0.420, P < 0.001$)。因此，本計畫提出針對全體新住民而言，在醫療困境中健康涉略不足、文化與經濟落差程度會直接降低新住民的醫療使用需求，且無法透由改善醫療協處措施來提高新住民的醫療使

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

用需求；就醫可近性困境與醫療協處措施運用困境不會直接降低新住民的醫療使用需求，且當新住民面臨此兩類的困境時，可透過改善協處措施來提高新住民的醫療使用需求。



Note:

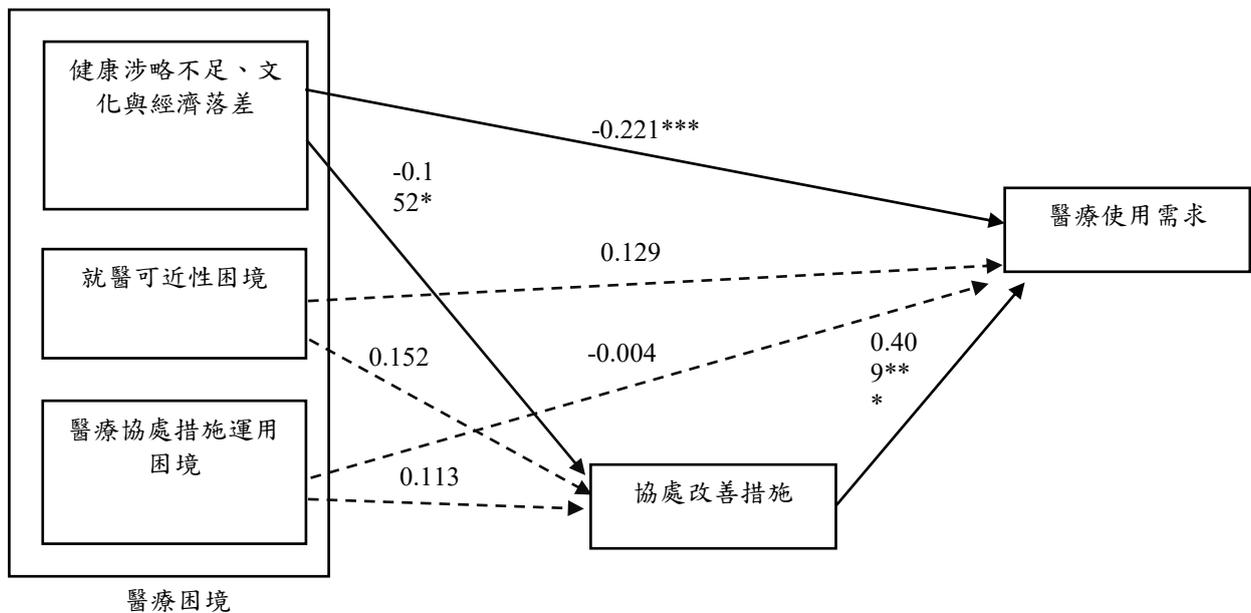
N=1176; * P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

GFI=0.836; AGFI=0.813; IFI=0.918; CFI=0.918

圖 四-1 新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求線性結構方程式結果 貳、健康程度狀況較佳新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討

為能詳細比較群組間的差異，本計畫利用集群分析，將依據新住民的健康狀況的自評量表，依平均數區分成健康狀況較佳與較差之兩大族群，再比較健康狀況較佳新住民、健康狀況較差新住民與在臺家庭成員三個不同群體之間的差異。根據集群分析的結果，健康狀況較佳的新住民(N=593)佔總樣本的 50.4%，並進一步進行醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討，並呈現如圖 4-2。針對直接效果的部分來進行檢視，研究結果與整體樣本的研究結果相同，顯示當新住民的健康涉略不足、文化與經濟落差程度較高時，的確會顯著降低新住民的醫療使用需求($\beta = -0.237, P < 0.001$)；然而，當就醫可近性困境($\beta = 0.080, P > 0.05$)與醫療協處措施運用

困境越高($\beta=0.026, P>0.05$), 並不會降低新住民的醫療使用需求。再針對協處改善措施的間接效果進行檢視, 結果則與整體樣本有明顯的差異, 顯示當新住民的健康涉略不足、文化與經濟落差程度較高時, 並會顯著降低對改善醫療協處措施的需求($\beta=-0.152, P<0.05$), 進而降低醫療使用需求($\beta=0.409, P<0.001$); 然而, 當就醫可近性困境($\beta=0.152, P>0.05$)與醫療協處措施運用困境越高($\beta=0.113, P>0.05$), 並不會顯著提高對改善醫療協處措施的需求, 進而提高醫療使用需求($\beta=0.409, P<0.001$)。因此, 本計畫提出針對健康狀況較佳的新住民而言, 在醫療困境中健康涉略不足、文化與經濟落差程度會直接降低新住民的醫療使用需求, 且無法顯著降低改善醫療協處措施的需求, 進而降低其醫療使用需求; 就醫可近性困境與醫療協處措施運用困境對健康程度較佳的新住民並無顯著的影響。

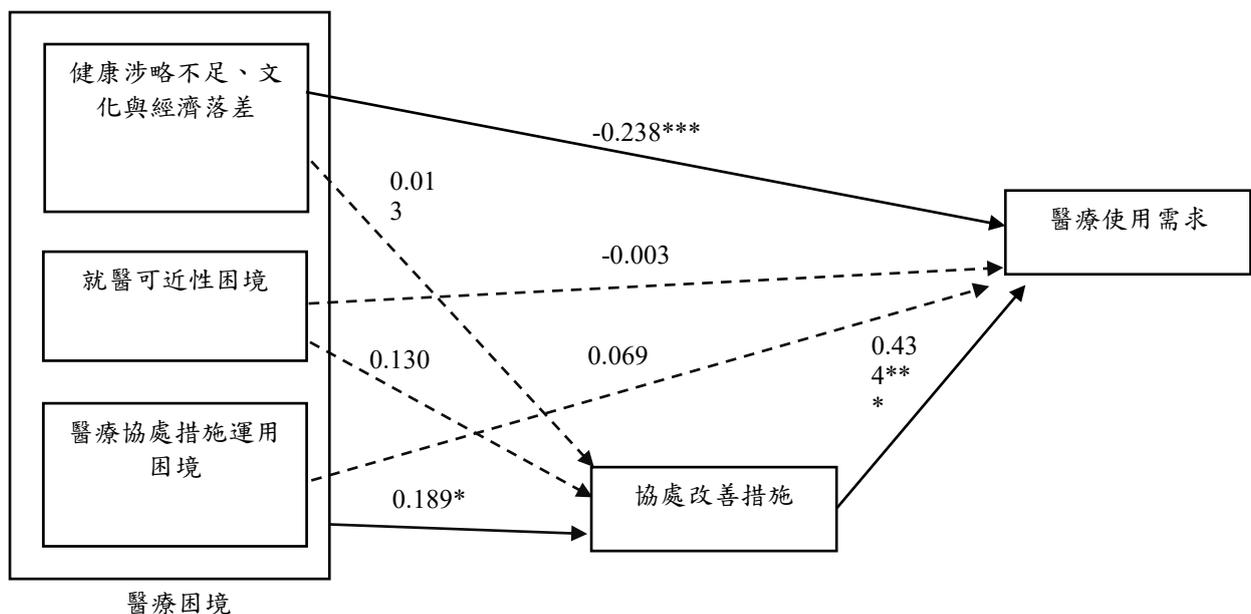


Note:
 N=593; * $P<0.05$; ** $P<0.01$; *** $P<0.001$
 GFI=0.812; AGFI=0.785; IFI=0.919; CFI=0.918

圖 四-2 健康程度狀況較佳的新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求
 線性結構方程式結果

參、健康程度狀況較差新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討

再根據集群分析的結果，健康狀況較差的新住民(N=583)佔總樣本的 49.6%，並進一步進行醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討，並呈現如圖 4-3。首先，針對直接效果的部分來進行檢視，研究結果與整體樣本的研究結果相同，顯示當新住民的健康涉略不足、文化與經濟落差程度較高時，的確會顯著降低新住民的醫療使用需求($\beta=-0.237, P<0.001$)；然而，當就醫可近性困境($\beta=0.080, P>0.05$)與醫療協處措施運用困境越高($\beta=0.026, P>0.05$)，並不會降低新住民的醫療使用需求。再針對協處改善措施的間接效果進行檢視，結果則與整體樣本有明顯的差異，顯示當新住民的健康涉略不足、文化與經濟落差程度以及就醫可近性困境($\beta=0.130, P>0.05$) 較高時，並不會顯著提高對改善醫療協處措施的需求($\beta=0.013, P>0.05$)，進而提高醫療使用需求($\beta=0.434, P<0.001$)；然而，當醫療協處措施運用困境越高($\beta=0.189, P<0.05$)，並則會顯著提高對改善醫療協處措施的需求，進而提高醫療使用需求($\beta=0.434, P<0.001$)。因此，本計畫提出針對健康狀況較差的新住民而言，在醫療困境中健康涉略不足、文化與經濟落差程度會直接降低新住民的醫療使用需求，且無法顯著降低改善醫療協處措施的需求，進而降低其醫療使用需求；醫療協處措施運用困境雖不會直接降低新住民的醫療使用需求，且當新住民面臨此困境時，可透過改善協處措施來提高新住民的醫療使用需求。最後，就醫可近性困境對健康程度較差的新住民並無顯著的影響。



Note:

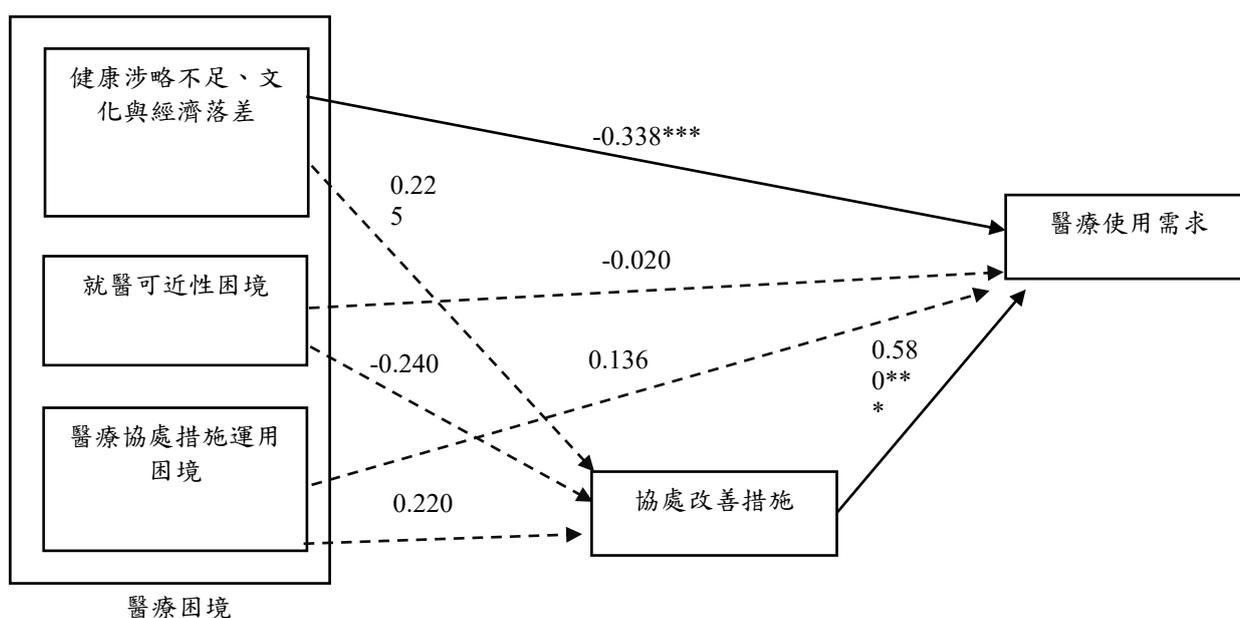
N=583; * P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

GFI=0.804; AGFI=0.775; IFI=0.892; CFI=0.892

圖 四-3 健康程度狀況較差的新住民醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求
線性結構方程式結果

肆、在臺家庭成員醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討

最後，根據新住民在臺家庭成員，進行醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求關係探討，並呈現如圖 4-4。首先，針對直接效果的部分來進行檢視，研究結果與整體樣本的研究結果相同，顯示當在臺家庭成員的健康涉略不足、文化與經濟落差程度較高時，的確會顯著降低新住民的醫療使用需求($\beta=-0.237, P<0.001$)；然而，當就醫可近性困境($\beta=0.080, P>0.05$)與醫療協處措施運用困境越高($\beta=0.026, P>0.05$)，並不會降低新住民的醫療使用需求。再針對協處改善措施的間接效果進行檢視，結果則與整體樣本有明顯的差異，顯示當新住民的健康涉略不足、文化與經濟落差程度($\beta=0.225, P>0.05$)、就醫可近性困境($\beta=-0.240, P>0.05$) 以及醫療協處措施運用困境較高($\beta=0.220, P>0.05$)時，並不會顯著提高對改善醫療協處措施的需求，進而提高醫療使用需求($\beta=0.580, P<0.001$)。因此，本計畫提出針對在臺家庭成員而言，在醫療困境中健康涉略不足、文化與經濟落差程度會直接降低自身的醫療使用需求，結果亦顯示就醫可近性困境與醫療協處措施運用困境對在臺家庭成員並不會顯著對在臺家庭成員產生顯著性的影響。



新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

Note:

N=100; * P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

GFI=0.569; AGFI=0.506; IFI=0.776; CFI=0.773

圖 四-4 在臺家庭成員醫療困境、協處改善措施與醫療使用需求線性結構方程式結果

第五章 結論與建議

現象顯示新住民在使用醫療照顧機制時常面臨許多困難性，導致至醫療機制使用不佳的問題。為此，我國政府雖提出許多相關的協處措施來降低新住民的就醫困難程度，然而檢視現有文獻，目前鮮少有針對我國提供的新住民協處措施進行成效檢視，亦未探討這些協處措施是否能有效提高我國新住民的醫療使用情況。若忽視這些新住民因面臨其困難而不願意使用我國醫療機制的問題，不僅造成新住民小病拖延成大病，更會造成新住民及其在臺家庭成員延後就醫等更嚴重的問題產生。爰此，本計畫主要在探討(1)新住民及其在臺家庭成員之醫療機制(如長照、喘息服務等)使用情形、困境及相關需求(2)新住民對於醫療健康知能訊息之來源、落差及因應措施(3)研提新住民及其在臺家庭成員之醫療協處機制及政策建議。根據文獻回顧分析結果，本計畫進一步將上述目的詳述為：

一、探討我國新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況以及我國現有針對新住民的醫療協處措施之成效。

二、檢視我國新住民及在臺家庭成員是否會因文化適應不良、健康知能訊息不足及收入不平等進而降低我國醫療使用狀況？探究我國新住民及在臺家庭成員在醫療協處措施的現有困境為何？及是否有相對應的因應措施？

三、探討新住民的健康狀況如何影響其醫療機制使用情況與使用醫療協處措施的意願。

第一節 結論

本計畫首先蒐集美國、加拿大、澳洲等先進國家所提供之新住民醫療使用困境、相關需求與各國政府醫療協處政策進行比較。再辦理 4 場次焦點座談會，利用焦點座談的結果瞭解目前新住民在醫療機制使用情況具備那些困境外，並深入瞭解新住民對我國既有醫療協處措施之成效看法。之後，本計畫根據亦 Andersen (1995)的論點，提出本研究研究架構，同時藉由 1,176 份新住民以及 100 份在臺家

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

庭成員問卷調查，針對不同健康狀況新住民檢視對我國既有醫療協處措施成效。

本計畫最後則根據文獻蒐集結果(美國、加拿大、澳洲等各國政府所提供之醫療協處政策)以及實證分析的結果，給予我國政府相關醫療協處的未來政策建議。

壹、我國新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況

本計畫針對共 1,176 名新住民受訪者進行健康狀況以及醫療機制使用情況分析，根據人口統變數分析，目前受訪者平均年齡約在 31 歲至 51 歲之間，教育程度以國(初)中、高中(職)居多，主要從事行業以服務及銷售人員及基層技術工及勞力工為主，工作收入方面，計薪方式以月薪為主，主要收入以「2 萬至未滿 3 萬元」。在健康狀況自我評估的部分，在有疾病的部分，年齡層以 41-51 歲占多數，原國籍以大陸地區占多數，經濟狀況以可以自給自足，但無法儲蓄為最多，教育程度以高中、職占多數，值得注意的是 61-65 歲和不識字或自修是以無疾病佔多數。在醫療服務使用頻率部分，大多使用診所門診及醫院一般門診居多。醫療機構的使用頻率(專科門診或手術)，以每半年一次占最多，年齡層約在 41 歲至 51 歲之間，新北市以每季一次占最多，台南市以每半年一次居多。教育程度以高中、職醫療機構的使用頻率為每月一次。就醫習慣的部分，原國籍是大陸地區、港澳地區、越南、印尼、泰國、菲律賓、柬埔寨、馬來西亞、緬甸、印度或是其他國家皆是已到附近就診為大多數，就醫訊息來源管道的部分，原國籍是大陸地區、越南、菲律賓、馬來西亞，皆是以台灣的親戚、朋友、同事告知；不管經濟狀況如何皆是台灣的親戚、朋友、同事告知就醫訊息，對於健保是否有幫助，本結果發現，在年齡層以 31-51 歲認為健保是有幫助，在其他年齡層則認為健保是有幫助，有無孩子的部份，有孩子的是以健保是有幫助的佔大多數，主要收入以 2 萬至未滿 3 萬元認為健保是有幫助的佔大多數，教育程度在小學及高中、職(含五專前三年)認為健保是有幫助的佔大多數，工作是技術員及助理專業人員認為健保是有幫助，農、林、漁、牧業生產人員則認為健保是有很大的幫助。

此外，為能與新住民在臺家庭成員做比較，本計畫共訪問 100 名在臺家庭成

員，平均年齡約在 21 歲至 31 歲之間，教育程度以大學居多，主要從事行業以服務及銷售人員、基層技術工及勞力工為主，工作收入方面，計薪方式以月薪為主，主要收入以「2 萬至未滿 3 萬元」居多。在有疾病的部分，年齡層以 51-61 歲占多數，經濟狀況以經濟困難為最多，教育程度以專科占多數。在醫療服務使用頻率部分，大多使用診所門診及醫院門診居多。醫療機構的使用頻率，以每季一次占最多，經濟狀況以可以自給自足，但無法儲蓄以每季一次占最多。就醫習慣的部分，不管是哪一個年齡層及經濟狀況皆是已到附近就診為大多數。對於健保是否有幫助，本結果發現，在年齡層以 21-31、41-51 歲認為健保是有很大的幫助，在其他年齡層則認為健保是有幫助，主要收入以 2 萬至未滿 3 萬元認為健保是有很大的幫助，教育程度在小學及高中、職（含五專前三年）認為健保是有幫助的佔大多數。

貳、我國新住民及其在臺家庭成員醫療困境及醫療協處措施運用困境分析

本計畫辦理 4 場次焦點團體訪談，共訪問 12 位產官學界專家學者以及 48 位新住民及在臺家庭成員，焦點座談的結果除瞭解目前新住民在醫療機制使用情況具備哪些困境外，並深入瞭解新住民對我國既有醫療協處措施之成效看法，首先根據供給端的部分(即第一線醫療從業人員或地方醫療專責人員)，研究結果顯示城鄉差異的醫療資源的確存在，但此狀況不僅針對新住民產生一定影響，對我國民眾也會產生相同的衝擊，而目前對新住民產生較大的問題多為生育保健通譯人員供需甚至分佈不均的問題，以及專業醫療詞彙訓練不足的問題，進而導致部分醫院欲設立醫療通譯陪診措施卻苦無通譯人才的問題。此外，現有健康資訊傳遞管道無法有效傳遞亦為供給端反應的另一大問題，目前新住民主要健康訊息傳遞管道多為衛服部網站、各地方新住民家庭服務中心以及各地方衛生所；然而目前新住民所獲的主要健康訊息管道則多為親朋好友，因而導致政府建立完善的醫療協處措施無法有效傳達至地方，甚至是新住民身上。

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

再跟據需求端來看(即新住民)，目前我國新住民及其在臺家庭成員在醫療困境上可區分成三大類，分別為就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境及健康涉略不足、文化與經濟落差等三大主要構面，其中，針對就醫可近性困境，以「看病無人陪伴」、「城鄉差距導致不便性增加」、「新住民成為年長在臺家庭成員的主要照顧者」以及「新住民二代開始需要照顧新住民一代」等為主要問題；在醫療協處措施運用困境中，以「看診流程過於複雜，新住民無法確實進行就醫」、「醫療通譯人員培訓不足及對醫療專有名詞瞭解之困難性」、「醫師看診時間太短、說明過於簡單」、「用藥資訊參差不齊，標示說明不清楚」等主要問題；最後，針對健康涉略不足、文化與經濟落差部分，則以「文化差異」、「花太多錢」、「醫療宣傳文宣，資訊十分有限」為主要問題。茲將相關問題簡述如表 5-1。

表 5-1 我國新住民及其在臺家庭成員醫療困境及醫療協處措施運用困境分析

類型	焦點訪談結果
就醫可近性困境	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看病需家人或親朋好友陪伴，若無人陪伴，會造成很多不便；醫療住院缺乏陪伴體系，部分醫院亦需要自行供餐 2. 得到特殊疾病時，常常求助無門 3. 部分新住民需照顧年長在臺家庭成員，成為年長者主要照顧者 4. 新住民二代開始需要照顧新住民，甚至協助相關就醫措施 5. 城鄉差距造成醫療重複使用之問題
醫療協處措施運用困境	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療機制分級太細，看診流程過於複雜、看診時間冗長，導致新住民無法確實依循分級進行就醫 2. 醫師看診時間太短、說明過於簡單；小診所醫生解釋不清，大診所醫生沒有耐心，護理人員及醫院服務人員亦相當沒耐心，態度差

	<ol style="list-style-type: none"> 3. 各地醫療機構醫療協處措施不一，部份機構實非完善，部份機構則十分欠缺 4. 醫療通譯人員培訓不足，供需不均；醫療專有名詞瞭解之困難性 5. 用藥資訊參差不齊，標示說明不清楚；不知道醫生開立甚麼藥，詢問醫生亦未明確告知
健康涉略不足、文化與經濟落差	<ol style="list-style-type: none"> 1. 文化差異仍為不願意就醫相當大的因素 2. 「花太多錢」亦為不願意就醫相當大的因素 3. 醫療宣傳文宣多為平面文宣，資訊十分有限，醫療翻譯品質差；懷孕衛教資訊對剛移民的新住民相當重要，但相關衛教資訊則十分缺乏

資料來源：本研究整理

參、現行醫療協處措施改善建議

本計畫再根據 4 場次焦點團體訪談的結果，彙整 12 位產官學界專家學者以及 48 位新住民及在臺家庭成員針對協處改善措施的相關意見，提出相對應的醫療協處措施改善建議，並根據歸納出之三大類困境，彙整相關建議如表 5-2。其中，針對就醫可近性困境部分，焦點訪談結果建議可建立「新住民友善門診及看診陪伴制度」；在醫療協處措施運用困境部分，建議可強化「醫療通譯培訓課程以及資料庫之完整性」，同時「搭配醫院評鑑制度強化增設醫療通譯人員之落實性」，最後「建置完善用藥標示(以圖示表示)」；在健康涉略不足、文化與經濟落差部分，建議可「建置完善醫療衛教資訊網站/APP/專線」及「完善衛教諮詢講座」並運用「完善的社區支持系統進行推廣」。

表 5-2 現行醫療協處措施改善建議

未來政策建議	焦點訪談結果
就醫可近性困境	1. 可落實新住民友善門診

	2. 建立友善看診陪伴機制
醫療協處措施運用困境	<ol style="list-style-type: none"> 1. 可強化醫療通譯培訓課程，同時強化醫療通譯之資料庫的完整性 2. 醫院增設醫療通譯人員，同時搭配醫院評鑑制度強化其落實性 3. 建置完善用藥標示(以圖示表示) 4. 推行「多元文化敏感度」之重要性
健康涉略不足、文化與經濟落差	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立新住民健康醫療專線 2. 建置完善醫療衛教資訊網站或 APP 3. 完善的社區支持是新住民獲得資訊相當重要的指標，善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持 4. 建議 48 小時新住民生活適應課程須由家人參加，並重新審視新住民生活適應相關課程，建議納入衛生醫療相關資訊，並建置統一的完整資訊 5. 與各地方政府或當地社區支援團體合作開設許多相關衛教諮詢講座

資料來源：本研究整理

由於本計畫研究目的在檢視我國新住民及在臺家庭成員是否會因文化適應不良、健康知能訊息不足及收入不平等進而降低我國醫療使用狀況？探究我國新住民及在臺家庭成員在醫療協處措施的現有困境為何？及是否有相對應的因應措施？同時，探討新住民的健康狀況如何影響其醫療機制使用情況與使用醫療協處措施的意願在檢視不同類型(健康狀況)的新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況以及我國現有針對新住民的醫療協處措施之成效。爰此，本計畫依照 Andersen 目前所被廣泛使用的 Andersen 醫療服務利用行為模式，將新住民醫療使用困境做為本計畫之自變數，醫療使用需求作為本計畫之依變數，協處改善措施建議作為中介變數，新住民健康狀況作為干擾變數，並運用線性結構方程式分析各構面之間的關係，並利用集群分析，將新住民健康狀況區分成兩群(健康狀況較佳與較差)，

再比較健康狀況較佳新住民、健康狀況較差新住民與在臺家庭成員三個不同群體之間的差異。

研究結果顯示整體新住民、健康狀況較佳(較差)新住民與在臺家庭成員之間在醫療困境、醫療協處改善措施與醫療使用需求之關係的確具有顯著性差異；首先，針對整體新住民，研究結果顯示健康涉略不足、文化與經濟落差會直接降低醫療使用需求，然而就醫可近性困境及醫療協處措施運用困境並不會直接降低醫療使用需求；反而會透過對協處改善措施需求，進而提高醫療使用需求。研究結果亦顯示，醫療協處改善措施為就醫可近性困境與醫療協處措施運用困境對醫療使用需求之「完全中介變數」，即：當新住民面臨就醫可近性困境及醫療協處措施運用困境時，可強化對協處改善措施的需求；但針對健康涉略不足、文化與經濟落差，對整體新住民而言是無法藉由醫療協處改善措施來改善的。本計畫推測的可能解釋原因為新住民在面臨就醫可近性困境及醫療協處措施運用困境時，的確希望能有相對應的改善措施；但針對健康涉略不足、文化與經濟落差，其認為此為根深蒂固的根本性問題、無法藉由醫療協處改善措施來改善。因此，本計畫建議針對健康涉略不足、文化與經濟落差之醫療困境，需透過其他更有效的方式來進行傳遞，才能真正提高新住民醫療使用需求。

再者，針對健康狀態較佳的新住民進族群比較，結果顯示健康涉略不足、文化與經濟落差會直接降低醫療使用需求，且會弱化對協處改善措施的需求；此外，就醫可近性困境及醫療協處措施運用困境對醫療使用需求及協處改善措施需求皆無任何顯著影響。本計畫推論可能的解釋原因為健康狀態較佳的新住民較不常面臨就醫可近性困境以及醫療協處措施運用困境，因此不會對醫療協處改善措施產生顯著影響，反到，因為其自身狀況佳，當遇到健康涉略不足、文化與經濟落差之醫療困境時，會強化其對政策傳遞不佳的效果，進而弱化政策推廣的功效，因此，本計畫亦建議需透過更有效的方式傳遞，否則恐弱化原先預期功效。此外，進一步針對健康狀態較差的新住民進族群比較，結果顯示健康涉略不足、文化與經濟落差會直接降低醫療使用需求，就醫可近性困境對醫療使用需求及協處改善

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

措施需求皆無任何顯著影響；醫療協處措施運用困境雖不會直接降低醫療使用需求；但會透過對協處改善措施的需求，進而提高醫療使用需求。研究結果亦顯示，醫療協處改善措施為醫療協處措施運用困境對醫療使用需求之「完全中介變數」，即：當新住民面臨醫療協處措施運用困境時，可強化對協處改善措施的需求；但針對健康涉略不足、文化與經濟落差以及就醫可近性困境，對健康狀況較差的新住民而言是無法藉由醫療協處改善措施來改善的。本計畫推論可能的解釋原因為健康狀態較差的新住民較常使用醫療協處措施，因此對醫療協處措施所面臨的困境較有感觸，因此當醫療協處改善措施能改善其困擾時，的確提高其醫療使用需求。因此，本計畫建議可針對健康狀態較差的新住民強化醫療協處改善措施。

最後，本計畫針對在臺家庭成員進行群組比較，研究結果健康涉略不足、文化與經濟落差會直接降低醫療使用需求；但就醫可近性困境及醫療協處措施運用困境對醫療使用需求及協處改善措施需求皆無任何顯著影響，反映出在臺家庭成員不認為現行的醫療協處措施對造成其就醫可近性困境及醫療協處措施運用困境，因此，協處改善措施政策對在臺家庭成員無顯著影響。本計畫推論可能的解釋原因為，在臺家庭成員雖相信醫療協處措施可提高醫療使用需求，但因非利害關係人，所以對政策需求無顯著影響。此研究結果亦反映出，本計畫所提供的醫療協處改善措施，對新住民是有顯著性的影響(與在臺家庭成員相比較)。相關比較分析彙總至表 5-3。

表 5-3 不同健康狀況新住民及在臺家庭成員在醫療困境、醫療協處改善措施與醫療使用需求關係比較表

	健康涉略不足、文化與經濟落差	就醫可近性困境	醫療協處措施運用困境	協處改善措施	可能解釋原因	實務建議
整體新住民	會直接降低醫療使用需求	不會直接降低醫療使用需求；但會	不會直接降低醫療使用需求；但會透	當新住民面臨就醫可近性困境及醫療協處	新住民在面臨就醫可近性困境及醫	健康涉略不足、文化與經濟落差之醫療

		透過對協處改善措施需求，進而提高醫療使用需求	過對協處改善措施的需求，進而提高醫療使用需求	措施運用困境時，可強化對協處改善措施的需求	療協處措施運用困境時，的確希望能有相對應的改善措施；但針對健康涉略不足、文化與經濟落差，其認為其認為此為根深蒂固的根本性問題，無法藉由醫療協處改善措施來改善	困境，需透過更有效的方式傳遞
健康狀態較佳的新住民	會直接降低醫療使用需求；且會弱化對協處改善措施的需求	對醫療使用需求及協處改善措施需求皆無任何顯著影響	對醫療使用需求及協處改善措施需求皆無任何顯著影響	對就醫可近性困境及醫療協處措施運用困境無任何幫助；健康涉略不足、文化與經濟落差下，反弱化對協處改善措施的需求	健康狀態較佳的新住民較不常面臨就醫可近性困境以及醫療協處措施運用困境，因此不會對醫療協處改善措施產生顯著影響	健康涉略不足、文化與經濟落差之醫療困境，需透過更有效的方式傳遞，否則恐弱化原先預期功效
健康狀態較差的新住民	會直接降低醫療使用需求	對醫療使用需求及協處改善措施需求皆無任何顯著影響	不會直接降低醫療使用需求；但會透過對協處改善措施的需求，進而提高醫療使用需求	當新住民面臨醫療協處措施運用困境時，可強化對改善措施的需求	健康狀態較差的新住民較常使用醫療協處措施，因此可藉由醫療協處改善措施，提高其醫療使用需求	可針對健康狀態較差的新住民強化醫療協處改善措施
在臺家庭成員	會直接降低醫療使用需求	對醫療使用需求及協處改善措施需求	對醫療使用需求及協處改善措施需求	協處改善措施政策對在臺家庭成員無顯著	相信醫療協處措施可提高醫療使用	為本計畫之對照組，結果顯示對照組的確

		求皆無任何 顯著影響	求皆無任何 顯著影響	影響	需求，但因非 利害關係 人，所以對政 策需求無顯 著影響	不會對政策產 生顯著需求
--	--	---------------	---------------	----	--	-----------------

資料來源：本研究整理

肆、我國與各國新住民醫療協處政策優缺點分析

本計畫進一步根據研究質性與量性結果以及文獻分析的結果進行綜整性結果分析，並將我國與各國新住民醫療協處政策優缺點分析，茲將四國分析結果表列如表 5-4。研究結果亦顯示美國、澳洲與加拿大皆利用完善的社區支持來推動新住民醫療協處相關措施，更明確來說，除了完整的移民支持資訊(包含：完整的網站說明、手冊說明，並結合不同的政府網站以及各地社區支援連結。讓新住民能更於第一時間獲取所需資訊。本計畫亦建議可以此作為健康涉略不足、文化與經濟落差之醫療困境，更有效的傳遞方式，真正提高新住民的醫療使用需求。

表 五-4 我國與各國新住民醫療使用困境、相關需求與醫療協處政策比較表

	美國	澳洲	加拿大	中華民國
優點	1. 較能抑制醫療浪費 2. 能自行選擇保險類型	1. 提供 100%的全科醫生費用和 85%的專科費用 2. 涵蓋病理檢查、眼科檢查 3. 支付處方藥的部分費用 4. 公立醫院的住院治療是免費的 5. 稅收資助、負擔得起的醫療保健 6. 系統，向公眾提供免費醫療保健。 7. 政府補貼私人保險，包括牙科保健和私人醫院		1. 為全民健康保險 2. 普遍醫療保健涵蓋了大多數基本的醫療保健和醫療服務
缺點	1. 以自費為主醫療	1. 不能選擇喜歡的	1. 非緊急程序的醫	1. 等待時間長，部分

點	<p>費用高</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 可承受的死亡率差 3. 缺乏透明度 4. 高昂的護理費用 5. 缺乏保險保障 6. 許多人不得不支付更高的保費 	<p>醫生或醫院。醫生的選擇取決於您居住的地方</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 等待時間可能比私立醫院更長 3. 沒有海外醫療和住院費用 4. 不承保非臨床必需的服務（如整容手術） 5. 不為您提供救護車服務 6. 牙科、物理治療、職業治療、眼鏡等輔助服務以及光學等其他服務和產品不承保 	<p>療保健服務等待時間可能很長</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 加拿大的稅收較高，以支持醫療保健系統 3. 在加拿大接受核磁共振檢查需要很長時間 4. 傾向於被動而非主動的醫療保健系統 5. 不是每個醫生都願意在加拿大接收新病人 	<p>醫療服務仍需自費</p>
對新住民的影響	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新住民在獲得合格身份後需等待五年才能參加醫療保險 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 新住民需要等待 3 個月後才可以享受醫療保險，但會因為省分不同而等待時間不一樣 2. 新住民可以通過 medicare 國家醫療保險獲得全面的醫療保障 3. 新住民在轉診過程和等待時間需要很長的時間 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新住民需要等待 6 個月後才可以享受醫療保險
醫療使用困境	<p>健康素養不足、文化和語言因素以及歧視認知皆導致醫療使用困境</p>	<p>文化差異會影響醫療使用困境</p>	<p>因為貧困和歧視而造成就醫意願低落</p>	<p>健康素養不足、文化和經濟因素皆導致醫療使用困境，就醫可近性不足及醫療協處運用不足易導致其困境</p>
值得學習	<p>完善的社區支持</p>	<p>完善的社區支持，尤其利用「葡萄藤」進行資訊傳播</p>	<p>完善的醫療保健體系與社區支持</p>	<p>NA (為比較基準)</p>

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

之協處政策				
值得學習之資訊推廣措施	完整的移民支持資訊(包含: 完整的網站說明、手冊說明, 並結合不同的政府網站進行連結)。惟醫療相關資訊較少	完整的移民支持資訊手冊, 明確載明各地社區支援連結	完整的網站說明, 明確載明各地社區支援連結	NA (為比較基準)

資料來源: 本計畫整理

根據上述的研究結果顯示, 目前我國衛生福利部的確提出許多相當完善的醫療協處政策, 讓每位新住民皆能與我們民眾享受同樣的醫療服務, 然而, 根據焦點訪談的結果顯示, 目前新住民仍遭遇就醫可近性困境、醫療協處措施運用困境、健康涉略不足、文化與經濟落差等三大醫療困境, 本計畫提出數項醫療協處改善措施, 如: 可建立「新住民友善門診及看診陪伴制度」; 在醫療協處措施運用困境部分, 建議可強化「醫療通譯培訓課程以及資料庫之完整性」, 同時「搭配醫院評鑑制度強化增設醫療通譯人員之落實性」, 最後「建置完善用藥標示(以圖示表示)」; 在健康涉略不足、文化與經濟落差部分, 建議可「建置完善醫療衛教資訊網站/APP/專線」及「完善衛教諮詢講座」並運用「完善的社區支持系統進行推廣」。根據研究顯示, 此協處改善措施可有效提高新住民的就醫使用需求, 然而, 研究結果亦顯示健康涉略不足、文化與經濟落差會顯著降低對醫療使用需求, 反映出目前相關協處措施並未有效傳達到新住民, 導致政策的傳遞產生落差, 以至於中央單位提供的美意未能有效落實至地方政府甚至新住民身上, 因此, 本研究根據文獻分析的結果, 建議可仿效美國、澳洲及加拿大在完善的社區支持以及完整的

移民支持資訊(包含: 完整的網站說明、手冊說明, 並結合不同的政府網站進行連結)進行政策的推廣, 詳細作法將於下節詳細說明。

第二節 建議

如上所述, 台灣現有的新住民之醫療協處措施並未能有效提高新住民的醫療使用意願, 本計畫的研究結果不僅可針對不同健康狀況新住民及在臺家庭成員進行醫療使用困境、健康知能訊息落差與醫療使用需求進行比較, 同時藉由蒐集先進國家所提供之新住民醫療使用困境與各國政府醫療協處政策優劣勢分析, 真正擬定合宜的醫療協處改善措施, 真正提供新住民及在臺家庭成員有善醫療環境。茲將擬訂之立即可行建議及中長期建議羅列如下:

貳、立即可行政策建議

一、建置完善醫療衛教資訊網站或 APP, 成立多國語言

主辦機關: 衛生福利部國民健康署

協辦機關: 直轄市、縣(市)政府、民間機構

目前我國衛福部國民健康署已於該網站建置完善的新住民外籍人士健保就醫權益手冊, 並編撰中文、英文、泰文、日文、印尼文、越文及西班牙文等七國語言), 然目前僅針對健保就醫權益手冊進行多語系翻譯, 其他醫療相關之健康資訊仍以中文主要傳遞語言, 因此建議可擴增相關醫療資訊, 例如: 醫療諮詢、預防保健、癌症篩檢、健康講座及健康促進、完整的用藥資訊、看診流程、看診科別相關資訊、彙整健康醫療衛教影片等相關衛教資訊, 並擴充這些資訊為多國語言環境, 甚至是 APP, 同時串聯其他政府機關甚至與新住民相關的民間團體網站連結, 進而提供更廣泛的瀏覽機制, 讓新住民可以針對其醫療相關疑問妥善運用相關資源獲得協助。

醫療衛教資訊網站或 APP 內容可能包含:

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

- 多國語言翻譯的醫學術語
- 提供緊急救援或醫護人員的諮詢專線
- 根據所在位置，尋找鄰近醫療院所和醫師資訊
- 針對病患的疾病、身體狀況、或是將來的治療程序提供衛教資訊
- 引導新住民在看醫生時可以針對自己疾病或健康狀態提出適當的問題
- 提供如何急救或是 CPR 的教學或影片
- 新住民可以藉由輸入藥片形狀、顏色或壓印，顯示圖片與符合描述的藥品名稱及完整的用藥資訊

本計畫建議，若能開發出一套多語轉換的醫療衛教資訊系統，將可使醫病之間有更好的溝通，才可以提供來自不同國籍、使用不同語言的新住民更好的醫療品質，建議短期建置多國語言且功能完整的健康照護平台，將能第一時間降低健康涉略不足的問題。

二、善用現有的新住民社會網絡進行資訊傳遞與社區支持

主辦機關：衛生福利部國民健康署

協辦機關：直轄市、縣（市）政府、民間機構、地方醫療院所

研究顯示目前新住民對於健康涉略是相當不足的，此乃源自政府既有健康資訊傳遞管道與新住民所獲的主要健康訊息管道多不一致，因而導致政府建立完善的醫療協處措施無法有效傳達至新住民，進而降低新住民對醫療使用的需求。根據美國、澳洲以及加拿大的文獻顯示，其主要的作法是先建置完善的完整的移民支持資訊(包含: 完整的網站說明、手冊說明，並結合不同的政府網站進行連結。明確來說，三國政府先建置完善的多語系醫療衛教資訊網站，再與地方衛生局，新住民家庭服務中心，甚至新住民友好協會進行合作，將相關資訊相互進行連結。再者，澳洲政府亦積極利用「社區參與」來強化新住民與當地之連結。其中較特

別的是澳洲的「社區參與」亦特別強調「葡萄藤」(八卦網)的重要性 (Watch, 2015)。因此，本計畫更進一步建議可參考這三國的做法於社區內招募具翻譯能力且有意願投入志工之新住民，給予相關的醫療知識訓練；並於教育訓練完成後，協助新住民志工從事衛生所及醫療院所的生育保健通譯工作，同時輔以健康問題的發現和追蹤，以利提升新住民健康照護品質。再透過培訓志工通譯員，運用「葡萄藤」(八卦網)的傳遞方式協助各區衛生所推行新住民政策，並將生育保健知識、心理健康促進與疾病防治等認知傳達給更多的新住民。明確來說，建議地方衛生局、新住民家庭成長中心以及地方醫療院所可設立社群媒體群組或地方志工團體群組，邀請新住民加入，再運用「滾雪球」之方式，進行健康資訊傳遞。

此外，本計畫建議建立公私部會合作機制，如：可與新助民友善關懷團體合作，除建立綿密建構社區支持網絡，亦可透由友好協會成員甚至地方新住民服務中心加強生活適應輔導課程宣導，鼓勵新住民及其家人參加，再運用「滾雪球」之方式，進行健康資訊傳遞，擴大其社會網絡。此外，建議可透過新住民輔導網絡會議，邀請公私部會及民間團體參與，宣導相關課程辦理時間，建立新住民家庭社區支持網絡。

最後，建議可建置「多元文化敏感度」的相關宣導文宣及宣導機制，並能與地方單位合作進行推廣，藉此減少對新住民的刻板印象及歧視，學習尊重多元、欣賞差異，增進多元文化交流，增進社區居民與新住民彼此瞭解與認識，綿密建構社會支持網絡，明確來說，建議可與地方醫療院所合作，進行第一線醫療人員的推廣，降低對新住民的刻板印象及歧視，減緩新住民就醫時的語言障礙與歧視，增進多元文化交流。

三、重新審視新住民生活適應相關課程，建議納入衛生醫療相關資訊，並建置統一的完整資訊

主辦機關：內政部、衛服部國民健康署

協辦機關：直轄市、縣（市）政府

目前新住民生活適應相關課程仍以地方政府進行規劃與執行，本計畫建議內政部可與衛服部國民健康署合作，重新規劃新住民生活適應課程，同時建議增加多元及生活化的實用課程(如人際關係溝通、心靈照護、嬰幼兒照顧及衛生醫療相關資訊等課程)，以提升新住民在臺生活適應能力。此外，亦建議可規劃全國性的新住民生活適應課程或相關宣導文宣，亦可因應各直轄市、縣(市)政府實務推動經驗，授權各地方政府增設相關需要課程，例如：性別平等與權益、法定傳染疾病及愛滋病防治課程，真正順應新住民生活適應輔導所需。

再者。內政部移民署為建構完善新住民生活適應輔導，提供多元諮詢服務管道，特設立外籍人士生活諮詢熱線免付費專線「1990」，提供外國人及新住民在臺生活需求及生活適應方面之諮詢服務。然，與外籍移工專線「1995」相比，此專線之利用率比外籍移工專利利用率低，且許多新住民並不知曉此專線。爰此，本計畫建議首先規劃更完善(即：包含更完整的心靈照護、嬰幼兒照顧及衛生醫療相關資訊)的生活適應課程，同時結合專線及網站相互連結的宣導，如此方可真正提高健康訊息傳遞成效。

參、中期政策建議

一、可落實新住民友善門診

主辦機關：衛服部國民健康署

協辦機關：直轄市、縣(市)政府、各地區醫療院所

衛生福利部為提供完善的新住民醫療協處措施，目前除輔導提供國際醫療服務之國內醫療院所，發展多國語言版本之就醫表單，更發展發展多國語言之衛教宣導資訊，包括：全民健康保險民眾權益手冊、相關疾病之衛教資訊及多國語言版之孕婦及兒童健康手冊，此外亦於衛服部所屬醫療院所開辦新住民專門門診。

由於醫療協處措施的主要目標為希望能幫助新住民們在就醫時，可以得到友善的服務、並在醫師看診的流程中，讓新住民與護理人員看診更順暢、不會因為

語言上的溝通，進而產生障礙，同時進一步的協助醫療院所實現友善的看診互動、減少通譯人力成本及因語言隔閡而產生的誤診狀況。

然而，根據研究結果顯示，目前新住民友善門診的分布並不均，且僅以衛服部附屬醫療院所為主，爰此，本計畫建議可確實落實且擴大新住民門診制度，第一，建議提供特約專線諮詢，從掛號一直到就診，皆可以提供相關醫療協助，進而減少語言上的障礙。明確來說，看診時除了懂兩國語言的志工通譯員可幫忙外，若當下無人力支援，也已經準備好醫療翻譯系統的 app 或相關醫療資訊，讓醫師與新住民病患間的溝通更加順利。第二，本計畫建議可鼓勵「非」衛服部附屬醫療院所加入新住民友善門診行列，建議可搭配醫院評鑑制度，以鼓勵性質(例如：評鑑加分)邀請其他醫療院所加入此行列，擴大門診涵蓋範圍。

二、與各地方政府或當地社區支援團體合作開設許多相關衛教諮詢講座

主辦機關：衛服部國民健康署

協辦機關：直轄市、縣（市）政府、民間機構

為了讓社區新住民提早了解預防醫學及健康促進之重要，愛心傳達至社區的角落，盡社會關懷責任，衛服部早已透過「新移民及其子女健康照護社區保健諮詢站服務」，由通譯說明醫療保健措施、補助和福利資源，並提供就醫與領藥指引，與相關人員舉辦衛教活動。並與內政部移民署花蓮縣服務站、花蓮縣政府新住民家庭服務中心跨機關合作，協商提供多國語言通譯服務，新住民可透過視訊、電話與排班通譯人員溝通，獲得健保諮詢服務。本計畫建議可延續此精神，持續落實基層保健醫療來促進新住民的健康，長期深根社區，落實社區健康營造使命。並建議可繼續辦理由社區志工不定期辦理癌症、成人健康檢查及預防保健、菸檳酒防治、疾病預防與照護、正確用藥、健康飲食、傳染病防治、健保與長期照護政策等宣導講座，期能提升新住民們的健康識能。

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

再者，高雄榮總與日月光集團合作的偏鄉醫療服務亦為相當值得推廣之醫療協處措施，建議可與地方醫療院所，甚至民間團體合作，強化甚至擴大多元化的社區活動及社區健康講座，宣導社區新住民健康促進之理念，提升新住民正確了解健康知識及自我管理的重要性與使命感。若能搭配先前建議之公私部會合作機制，如：可與新助民友善關懷團體合作，除建立綿密建構社區支持網絡，亦可透由友好協會成員甚至地方新住民服務中心加強生活適應輔導課程宣導，形成社區共同照護網絡，方可更加強化社區支持之成效。

肆、長期政策建議

一、可強化醫療通譯培訓課程，同時強化醫療通譯之資料庫的完整性

主辦機關：內政部移民署、衛服部國民健康署

協辦機關：直轄市、縣（市）政府

為能有效推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，衛服部國民健康署與內政部移民署新住民發展基金合作，推動由各縣市政府衛生局依所轄之現況及需求，自行向內政部「新住民發展基金」申辦推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，提供新住民醫療保健資訊之通譯服務。然而，根據研究結果顯示，目前舉辦相當多項生育保健通譯人員培訓課程，然此課程內容多與生育保健有關，無法真正落實至醫療諮詢的相關詞彙，再者，目前生育保健通譯人員亦存有供需甚至分佈不均及專業醫療詞彙訓練不足的問題，進而導致部分醫院欲設立醫療通譯陪診措施卻苦無通譯人才的問題。

爰此，本計畫建議可由衛服部國民健康署制定統一的生育保健通譯人員培訓課程教材，再與內政部移民署合作，落實於各地方政府，甚至是地方醫療院所進行培訓。由於新住民來自不同國籍別、語言別需求也不同，加上個案就醫之醫療院所與科別差異大，難以每個機構皆配置不同語言別之通譯人員提供服務，爰此，本計畫建議可鼓勵「非」衛服部附屬醫療院所加入新住民友善門診行列，建議可搭配醫院評鑑制度，以鼓勵性質(例如：評鑑加分)邀請其他醫療院所加入此行列，

亦可針對當地新住民分布較多的國籍進行調查，再配置合宜的通譯人員。再者，新住民通譯人員受訓學員，另應具備一定水準的專業與文化素養，是故，本研究建議須具備越南、泰國、馬來西亞、菲律賓、柬埔寨、緬甸、印尼等七種東南亞語等其中一個語言能力且華語文能力佳之新住民，並具備一定學力標準者，方可參加新住民通譯培訓課程。

（一）新住民語能力

具有越南、泰國、馬來西亞、菲律賓、柬埔寨、緬甸、印尼等國高中（職）以上學歷，或通過原生國當地語言檢測達 CEFR B1 級以上者。

再者，雖目前有部分縣市醫療院所中皆有配置通譯人員，但仍不是十分普及，尤其加上專家學者與新住民也指出，健康醫療相關的專業名詞翻譯並不容易，通譯人員不一定能完整翻譯出正確健康訊息、扮演好醫事人員與新住民間溝通的橋樑。因此，培養健康訊息的翻譯人才便有其必要，無論是以有給職方式培訓資深新住民，或是尋覓教育程度較高的新住民前來擔任，並在新住民最常使用也最信任的醫療院所廣設通譯員，是未來建議在推廣健康訊息時可發展的重要方向。

最後，針對專業醫療詞彙訓練不足的問題，本計畫建議內政部移民署與衛服部國民健康署相互合作，共同強化醫療通譯之資料庫的完整性，協助翻譯人員前往醫療機構提供醫療通譯服務之能力，縮短新住民醫病之間的距離，提升醫療服務品質。

二、建置完善用藥標示(以圖示表示)

主辦機關：衛服部國民健康署

協辦機關：直轄市、縣（市）政府、各地區醫療院所

針對用藥資訊參差不齊，標示說明不清楚的問題，本計畫亦建議建立之標準化藥袋圖示，包括服用方式及服用時間等，印製點字貼紙，分送醫院、診所、社區藥局參考，協助對文字辨識能力較弱的人可以自行正確地用藥。

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

明確來說，「簡易安全用藥手冊」內容就日常生活中常見的用藥問題分成：1. 藥是什麼，2. 生病時如何自我健康用藥照護，3. 認識藥袋標示，4. 看病時如何向醫師說清楚，5. 領藥時如何向藥師問明白，6. 藥怎麼吃 7. 藥品的保存與廢藥回收，8. 善用慢性病連續處方箋，9. 女性用藥-避孕藥的使用，10. 你的好厝邊-社區藥師藥局等 10 個主題，內文可以包括中文、英文、越南文、印尼文等四國語言，分送參與宣導之外籍配偶、衛生局、衛生所及相關團體，希望能使外籍配偶對自己及家人的用藥有所認識，對一般用藥常識亦有正確了解，達到安全用藥的目的。

本計畫進一步建議可辦理用藥安全宣導，由社區藥局及醫院藥局藥師向外籍新娘及其家人宣導。為更了解外配新住民的想法與需求，蒐集用藥 Q&A 歸類成冊，適時發覺問題，並及時協助解決疑難或為而後類似問題的因應之道。將常見簡單之用藥資訊如用途、用法、用量翻譯成其他語言並建檔，提供各醫療院所及社區藥局下載，並研議於藥袋上雙語（如：中文與印尼文）標示使用。

三、強化新住民健康醫療專線之諮詢成效

主辦機關：內政部移民署

協辦機關：直轄市、縣（市）政府

目前內政部移民署為建構完善新住民生活適應輔導，特設立外籍人士生活諮詢熱線免付費專線「1990」，提供外國人及新住民在臺生活需求及生活適應方面之諮詢服務。然，此專線仍以生活適應輔導為主，並非完全針對生育保健，甚至醫療相關進行諮詢，爰此，本計畫建議可設立一個新住民的健康醫療諮詢專線(區分為多國語言)，提供中、英、日、越南、印尼、泰國、柬埔寨等 7 種語言的免付費電話諮詢，讓來電諮詢的新住民可以即時獲得醫療相關問題的解答，或亦可強化生活適應輔導專線的宣傳推廣，並搭配先前建置的醫療衛教相關資訊及多語系宣傳文宣建置，同時結合網站相互連結的宣導，進而擴大其相關諮詢範圍。明確來說，可透過語音電話基本問診，或者是醫療流程諮詢，進行最前線但最即時的醫療回應。然醫療諮詢雖然可以進一步瞭解病情、病因，但內容僅為諮詢參考之用，

因為疾病成因與個人體質、性別、年齡、家族病史和環境均有關，無法提供醫療行為和取代醫師當面診斷。

四、建立完善友善看診陪伴機制

主辦機關：衛服部國民健康署、內政部移民署

協辦機關：直轄市、縣（市）政府、地區醫療院所

最後，本計畫建議可整合上述醫療協處措施，首先導入新住民生活適應課程、並於第一時間輔導新住民加入當地社區支援系統，建置可傳遞健康訊息的管道，再搭配完善的醫療網站及健康諮詢專線的協助，同時搭配新住民友善門診以及專業醫療通譯人員的培訓及人員重配置以及用藥標示系統，建立完善友善看診陪伴機制，真正解決新住民姊妹的就醫溝通問題，同時建議各醫療院所可特別增設外語通譯陪診服務，只要事先電話預約，就有印、越、英三語通譯人員陪同新住民就診，滿足溝通需求。提供新住民配偶就醫諮詢服務及就醫陪同通譯服務，使新住民女性擁有更具親切感的就醫環境。

參考書目

中文文獻

- 中華民國內政部移民署全球資訊網-統計資料，
<https://www.immigration.gov.tw/5382/5385/7344/7350/8887/?alias=divorce>
- 內政部入出國及移民署全球資訊網(2016)。外籍與大陸配偶照顧輔導措施更名為新住民照顧服務措施。
- 內政部戶政司 (2020)。縣市外裔、外籍與大陸配偶人數(提供 97 年 1 月至 104 年 11 月)。取自
<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>
- 內政部戶政司 (2022)。縣市外裔、外籍與大陸配偶人數(提供 97 年 1 月至 111 年 7 月)。取自
<https://www.immigration.gov.tw/5385/7344/7350/8887/?alias=settledown&sdate=202109&edate=202209>
- 內政部移民署全球資訊網(2020)。107 年新住民生活需求調查摘要報告(中文版)網址:<https://www.immigration.gov.tw/5385/7445/7451/7457/7460/7469/227854/>
- 王秀紅、楊詠梅 (2002)。東南亞跨國婚姻婦女的健康。護理雜誌, 49(2), 35-41.
- 王秀梅、蘇淑芬、劉波兒、王建得 (2012)。新移民母親陪同孩童急症就醫之經驗。護理暨健康照護研究, 8(1), 14-23。
- 王素美、林育秀、李卓倫、陳文意、梁亞文 (2011)。台灣新移民女性與醫療衛生需要。澄清醫護管理雜誌, 7(1), 19-31。
- 王琪珍、王靜枝、楊雅萍(2013)。社區新移民婦女自覺健康狀況與健康資訊需求調查。志為護理, 12:5, 62-72
- 王嫻晴 (2008)。以醫療服務利用檢視移民勞工之健康不平等。長榮大學醫務管理學系(所)學位論文。
- 未設籍新住民可享有之衛生福利措施一覽表。取自
<https://orgws.kcg.gov.tw/001/KcgOrgUploadFiles/302/refile/68822/157477/06fd03e5-3a31-4989-bb70-3bd5ebd70ae1.pdf>.
- 申育誠 (2021)。日本國民健康保險與因應新冠肺炎之紓困措施。
- 各國對婚姻移民制度及措施之比較研究建議.pdf。取自
<https://www.immigration.gov.tw/media/43512/%E5%90%84%E5%9C%8B%E5%B0%8D%E5%A9%9A%E5%A7%BB%E7%A7%BB%E6%B0%91%E5%88%B6%E5%BA%A6%E5%8F%8A%E6%8E%AA%E6%96%BD%E4%B9%8B%E6%AF%94%E8%BC%83%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%BB%BA%E8%AD%B0-992f304.pdf>

- 在澳洲留學，應該如何就醫？(2019)。取自 <https://kknews.cc/health/emxgkmn.html>
- 江東亮、文羽葦、謝嘉容 (2014)。全民健康保險制度的發展與問題。Progress and Problems of Taiwan's National Health Insurance]。臺灣醫學，18(1)，33-42。
- 何弘斌 (2022)。關懷偏鄉智能行動醫療巡迴車 從田寮出發。奇摩新聞網
- 沈健瑋 (2006)。東南亞外籍配偶求醫行為影響因素與障礙之探討-以台中縣為例。中國醫藥大學環境醫學研究所碩士班學位論文，1-125。
- 居外網 (2018)。取自 <https://m.juwai.com/news/267730>
- 林依儒 (2014)。臺北市新移民之教育及衛生輔導概況。統計應用分析報告。臺北市政府主計處
- 林津如 (2016，11月)。新住民女性就醫的文化困境。高醫醫訊。取自 <http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/10511/6.htm>
- 林素真(2012)。高雄市新移民女性的媒體使用與健康資訊需求。廣播與電視，34，55-92。
- 林淑玲、蕭仔伶 (2007)。台灣之女性新移民健康照護的社群隔離現象。護理雜誌，54(4)，67-72。
- 施煥中 (2017)。取自 <https://kknews.cc/education/mg4kr6g.html>
- 美國衛生與人類服務部 (2020)。取自 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2020-04/11306-Chinese-Medicare-Medicaid.pdf>
- 美國醫療制度優缺點有哪些？ (2018)。取自 <https://kknews.cc/other/6zo4zvp.html>
- 范明瑛.(2011). 台灣醫療通譯現況調查: 以新北市衛生所通譯員為例.
- 夏曉鵬、現象 (1997)。女性身體的貿易—臺灣/印尼新娘貿易的階級，族群關係與性別分析。取自 <http://bbs.nsysu.edu.tw/txtVersion/treasure/number/M. 0. A/M. 0. A. html>.
- 健保署 (2021，12月)。<全民健康保險年報.pdf>。衛生福利部中央健康保險署。
- 國民健康署。(2020)。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=197>
- 張慧美、(2019)。臺灣北部地區越南女性新住民之就醫經驗與醫病關係。
- 許涵智.(2018). 中國大陸城鄉醫療保險差異比較研究 (Doctoral dissertation, 撰者).
- 郭錦暖、王玉媚、張淑貞、林淑媛 (2008)。運用訊息-動機-行為技能模式於越南籍母親處理病童發燒之方案。嘉基護理，8(1)，10-15。
- 陳志豪、張可臻、林忠順 (2012)。全民健保單一保險制度的優缺點。家庭醫學與基層醫療，27(6)，222-225。
- 陳虹如(2018)。婚姻移民在臺生活適應之研究。內政部移民署自行研究報告。
- 陳清芳 (2013，8月24日)。新住民看病難，有看沒有懂。中時電子報。取自

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

<https://www.chinatimes.com/realtimenews/20130824002783-260405?chdtv>

陳惠玉.(2013). 跨文化醫療中台灣醫師與東南亞籍病患之互動-醫師的觀點.

曾敏傑.(2005). 社會階級與健康不平等的因徑探索. 社會政策與社會工作學刊, 9(1), 25-76.

曾翌捷 (2018, 2 月 12 日)。新南向後的跨國婚姻健康議題：新住民醫療照護面面觀。關鍵評論。

取自 <https://www.thenewslens.com/article/89303>

游美貴(2009)。大陸及外籍配偶生活處遇及權益之研究。內政部入出國及移民署委託研究報告。

黃玉珠 (2012)。四方友善五語倫比：新移民跨文化就醫困境與社區護理人員跨文化照顧能力的探討。護理雜誌， 59(2)，17-22。

黃明月 (2003)。變遷社會中社區婦女領導人社區參與動機與學習需求之探討。社會變遷與成人教育，頁, 261-279.

新華網 (2018)。取自

http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/us.xinhuanet.com/2018-03/27/c_129838006.htm

楊文山(2020)。107 年新住民生活需求調查報告。內政部移民署

楊志良 (2016)。全民健康保險

楊詠梅 (2001)。台灣印尼籍跨國婚姻婦女之健康關注。

廖倩誼 (2000)。Health Service Utilization Model - 健康服務利用模式。取自

<https://terms.naer.edu.tw/detail/1309113/>

潘柏翰、朱家儀 (2020)。取自 <https://www.thenewslens.com/feature/nhi-25th-financial/137264>

衛生福利部 (2021)。取自

<https://www.ey.gov.tw/state/A01F61B9E9A9758D/fa06e0d2-413f-401e-b694-20c2db86f404>

衛生福利部國民健康署 <https://health99.hpa.gov.tw/storage/pdf/materials/21952.pdf>

衛生福利部國會聯絡組(2016)。外籍人士在台就醫、社福之語言翻譯需求短中長期因應政策。專案報告

鄭守夏、陳啓禎 (2014)。健保制度下的醫療體系。台灣醫學，18(1)，74-84。

鄭姍姍、王勝石、賴彥如、賴羿涵(2016)。新住民看診流程障礙因素：以醫療資訊系統發展為主體作為解決方案。新住民發展基金補助研究報告。

鄭雅穗, 盧以詮, 鄭雅文, & 李松澤.(2019)。應用 HQKMS-DMAIC 方法論建立醫療品質指標管理機制，電子商務學報，21(2)，147-170。

澳洲健康照護產品及服務市場 (2012)。取自

<https://info.taiwantrade.com/biznews/%E6%BE%B3%E6%B4%B2%E5%81%A5%E5%BA%B7%>

E7%85%A7%E8%AD%B7%E7%94%A2%E5%93%81%E5%8F%8A%E6%9C%8D%E5%8B%99
%E5%B8%82%E5%A0%B4-942054.html

顏芳姿, & 吳慧敏. (2014). 台灣新移民的健康網絡. 護理雜誌, 61(4), 35-45.

顏芳姿. (2013). 一體兩面: 臺灣通譯的角色及其在醫病溝通的能動性. 華人應用人類學學刊, 2(1), 87-110.

龐浸醛 (2020, 4 月 10 日)。臺灣新住民就醫的建議。新住民全球新聞網。取自

<https://news.immigration.gov.tw/TW/NewsColumn.aspx?NEWSGUID=ff234e4a-fa66-45b8-aeec-24da0ecb5d11>

英文文獻

Abraído-Lanza, A.F., Chao, M.T., Florez, K.R., 2005. Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. *Social Science Medicine*, 61 (6), 1243–1255.

Ajzen, L. (1991). The Theory of Planner Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211

Ambegaokar, S. (2015). Opportunities for maximizing revenue and access to care for immigrant populations. *City*.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 1-10.

Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124.

Atkinson, D. R., & Gim, R. H. (1989). Asian-American cultural identity and attitudes toward mental health services. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 209.

Australian Deaprtmnt of Health. (2019) 取自

<https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>

Australian Bureau of Statistics. (2021) 取自

<https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-services/patient-experiences-australia-summary-findings/2018-19>

Bajgain, B. B., Bajgain, K. T., Badal, S., Aghajafari, F., Jackson, J., & Santana, M.-J. (2020).

Patient-reported experiences in accessing primary healthcare among immigrant population in Canada: A rapid literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8724.

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

- Bakhtiari, E. (2018). Immigrant health trajectories in historical context: Insights from European immigrant childhood mortality in 1910. *SSM-population health*, 5, 138-146.
- Bashford, A., & Power, B. (2005). Immigration and health: Law and regulation in Australia, 1958-2004. *Health and History*, 7(1), 86-101.
- Bishop, A. P., Tidline, T. J., Shoemaker, S., & Salela, P. (1999). Public libraries and networked information services in low-income communities. *Library & Information Science Research*, 21(3), 361-390.
- Bunker, S. J., Colquhoun, D. M., Esler, M. D., Hickie, I. B., Hunt, D., Jelinek, V. M., ... & Tonkin, A. M. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 272-276.
- Bureau, U. S. C. (2007). <https://www.census.gov/>
- Caidi, N., & Allard, D. (2005). Social inclusion of newcomers to Canada: An information problem?. *Library & Information Science Research*, 27(3), 302-324.
- Chen, X., Unger, J. B., Cruz, T. B., & Johnson, C. A. (1999). Smoking patterns of Asian-American youth in California and their relationship with acculturation. *Journal of Adolescent Health*, 24(5), 321-328.
- Clough, J., Lee, S., & Chae, D. H. (2013). Barriers to health care among Asian immigrants in the United States: a traditional review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 24(1), 384-403.
- Colby, S. L., & Ortman, J. M. (2015). Projections of the Size and Composition of the US Population: 2014 to 2060. *Population Estimates and Projections. Current Population Reports. P25-1143*. US Census Bureau.
- Engel, J. F., Kollat, D. T. and Blackwell, R. D. (1993). *Consumer Behavior*, Orlando Florido : Dryden-Press.
- Dastjerdi, M., Olson, K., & Ogilvie, L. (2012). A study of Iranian immigrants' experiences of accessing Canadian health care services: a grounded theory. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 1-15.
- Dixit, S. K., & Sambasivan, M. (2018). A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118769211.
- Dodds, W. B., Monroe, K. B., & Grewal, D. (1991). Effects of price, brand, and store information on buyers' product evaluations. *Journal of Marketing Research*, 307-319.
- Duncan, H. (2003). Social inclusion, social capital, and immigration. *Canadian Issues*.
- Faherty, V. (1979). Continuing social work education: Results of a Delphi survey. *Journal of Education for Social Work*, 15(1), 12-19.

- Flood, C. M., Marchildon, G., & Paech, G. (2018). Canadian medicare: historical reflections, future directions. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3-4), 219-225.
- General Practice Health of the Nation. (2022) 取自
<https://www.racgp.org.au/getmedia/80c8bdc9-8886-4055-8a8d-ea793b088e5a/Health-of-the-Nation.pdf.aspx>
- General Practice Health of the Nation. (2019) 取自
<https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Special%20events/Health-of-the-Nation-2019-Report.pdf>
- Giordano, C., Druyts, E. F., Garber, G., & Cooper, C. (2009). Evaluation of immigration status, race and language barriers on chronic hepatitis C virus infection management and treatment outcomes. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 21(9), 963-968.
- Godin, G., Fortin, C., Mahnes, G., BOYER, R., NADEAU, D., DUVAL, B., ... & HOUNSA, A. (1993). University students' intention to seek medical care promptly if symptoms of sexually transmitted diseases were suspected. *Sexually transmitted diseases*, 20(2), 100-104.
- Graham, B., Regehr, G., & Wright, J. G. (2003). Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. *Journal of clinical epidemiology*, 56(12), 1150-1156.
- Green, B., Jones, M., Hughes, D., & Williams, A. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. *Health & social care in the community*, 7(3), 198-205.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (1998). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River. *Multivariate Data Analysis (5th ed)* Upper Saddle River, 5(3), 207-219.
- Hall, E., & Cuellar, N. G. (2016). Immigrant health in the United States: A trajectory toward change. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(6), 611-626.
- Hanley, J., & Shragge, E. (2009). Organizing for immigrant rights: Policy barriers and community campaigns. *Journal of Community Practice*, 17(1-2), 184-206.
- Haythornthwaite, C. (1996). Social network analysis: An approach and technique for the study of information exchange. *Library & information science research*, 18(4), 323-342.
- Heyman, J. M. (2000). Respect for outsiders? Respect for the law? The moral evaluation of high scale issues by US immigration officers. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 6(4), 635-652.
- Higginbottom, G. M., Safipour, J., Yohani, S., O'Brien, B., Mumtaz, Z., Paton, P., Chiu, Y., & Barolia, R. (2016). An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-15.

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

- Holden, M. C., & Wedman, J. F. (1993). Future issues of computer-mediated communication: The results of a Delphi study. *Educational technology research and development*, 41(4), 5-24.
- Holmes, J. S., Driscoll, A. K., & Heron, M. (2015). Mortality among US-born and immigrant Hispanics in the US: effects of nativity, duration of residence, and age at immigration. *International journal of public health*, 60(5), 609-617.
- Hong, S. M., & Faedda, S. (1996). Refinement of the Hong psychological reactance scale. *Educational and psychological measurement*, 56(1), 173-182.
- Houston, A. R., Lincoln, A., Gillespie, S., Da Fonseca, T., Issa, O., Ellis, H., & Salhi, C. (2021). You have to pay to live: Somali young adult experiences with the US health care system. *Qualitative Health Research*, 31(10), 1875-1889.
- Hurtado, D. A., Sabbath, E. L., Ertel, K. A., Buxton, O. M., & Berkman, L. F. (2012). Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers. *International nursing review*, 59(2), 237-244.
- Hyman, I., & Dussault, G. (1996). The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women. *Canadian journal of public health= Revue canadienne de sante publique*, 87(3), 158-162.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual review of public health*, 19(1), 173-202.
- Jasso, G., Massey, D.S., Rosenzweig, M.R., Smith, J.P., 2004. Immigrant health, selectivity and acculturation. In: Andersen, N.B., Bulatao, R.A., Cohen, B. (Eds.), *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. National Academy Press, Washington, DC, pp. 227–266.
- Jayasuriya, D. L., & Sheldrake, P. (1986). *Mainstreaming: Meeting the Needs of Ethnic Minorities in the 1980's*. Clearing House on Migration Issues.
- Johnson, C. E., Mues, K. E., Mayne, S. L., & Kiblawi, A. N. (2008). Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the Health Belief Model. *Journal of lower genital tract disease*, 12(3), 232-241.
- Juon, H. S., Choi, Y., & Kim, M. T. (2000). Cancer screening behaviors among Korean-American women. *Cancer detection and prevention*, 24(6), 589-601.
- Kalich, A., Heinemann, L., & Ghahari, S. (2016). A scoping review of immigrant experience of health care access barriers in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(3), 697-709.
- Katigbak, C., Van Devanter, N., Islam, N., & Trinh-Shevrin, C. (2015). Partners in health: a conceptual

- framework for the role of community health workers in facilitating patients' adoption of healthy behaviors. *American journal of public health*, 105(5), 872-880.
- Kim KS, Park S, Ahn S. Effectiveness of psychosocial and educational prenatal and postnatal care interventions for married immigrant women in Korea: systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Public Health* 2017 29: 351–366.
- Kim, W., & Keefe, R. H. (2010). Barriers to Healthcare Among Asian Americans. *Social Work in Public Health*, 25(3-4), 286-295. <https://doi.org/10.1080/19371910903240704>
- Kuana, A. S., Chen, T. J., & Lee, W. C. (2020). Barriers to health care services in migrants and potential strategies to improve accessibility: A qualitative analysis. *Journal of the Chinese Medical Association*, 83(1), 95-101.
- Labrecque, J., Doyon, M., Bellavance, F., & Kolodinsky, J. (2006). Acceptance of functional foods: a comparison of French, American, and French Canadian consumers. *Canadian Journal of Agricultural Economics/Revue Canadienne D'agroeconomie*, 54(4), 647-661.
- Lassetter, J. H., & Callister, L. C. (2009). The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies: a review of the literature. *Journal of transcultural nursing*, 20(1), 93-104.
- Lay, C., & Nguyen, T. (1998). The role of acculturation-related and acculturation non-specific daily hassles: Vietnamese-Canadian students and psychological distress. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 30(3), 172.
- Le, D. B., Truong, T. D., & Khuat, T. H. (2014). 5 Transnational Marriage Migration and the East Asian Family-Based Welfare Model: Social Reproduction in Vietnam, Taiwan, and South Korea. In *Migration, gender and social justice* (pp. 87-103). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Leclere, F. B., Jensen, L., & Biddlecom, A. E. (1994). Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of health and social behavior*, 370-384.
- Lee SH, Chang KH, Han JS et al. The relationship of health literacy of female married migrants in Busan with their attitudes toward health. *Womens Stud* 2012 22: 165–200.
- Lee, H., Seo, S., Kang, R., Kim, Y., & Hyun, H.-K. (2019). Increasing access to oral healthcare for marriage-immigrant women in South Korea: programme design to policy recommendation. *International Dental Journal*, 69(5), 354-360.
- Lee, S., O'Neill, A., Park, J., Scully, L., & Shenassa, E. (2012). Health insurance moderates the association between immigrant length of stay and health status. *Journal of immigrant and minority health*, 14(2), 345-349.
- Li, H. Z., & Rosenblood, L. (1994). Exploring factors influencing alcohol consumption patterns among

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

- Chinese and Caucasians. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(4), 427-433.
- Liddy, C., Moroz, I., Affleck, E., Boulay, E., Cook, S., Crowe, L., Drimer, N., Ireland, L., Jarrett, P., & MacDonald, S. (2020). How long are Canadians waiting to access specialty care?: Retrospective study from a primary care perspective. *Canadian Family Physician*, 66(6), 434-444.
- Liem, R., Lim, B. A., & Liem, J. H. (2000). Acculturation and emotion among Asian Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(1), 13.
- Luthra, R. R., & Waldinger, R. (2010). Into the mainstream? Labor market outcomes of Mexican-origin workers. *International Migration Review*, 44(4), 830-868.
- Luxton, M. (2002). *Feminist perspectives on social inclusion and children's well-being*. Toronto: Laidlaw Foundation.
- Maskileyson, D. (2019). Health trajectories of immigrants in the United States: Does income inequality of country of origin matter?. *Social Science & Medicine*, 230, 246-255.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social science & medicine*, 59(8), 1613-1627.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing?. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1221-1225.
- Mechanic, D. (1979). Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?. *Journal of health and social behavior*, 387-396.
- Messias, D. K. H., McEwen, M. M., & Clark, L. (2015). The impact and implications of undocumented immigration on individual and collective health in the United States. *Nursing outlook*, 63(1), 86-94.
- Murry Jr, J. W., & Hammons, J. O. (1995). Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative research. *The Review of Higher Education*, 18(4), 423-436.
- Mwarigha, M. S. (2002). *Towards a framework for local responsibility*. Toronto: Maytree Foundation.
- Nadimpalli, S. B., & Hutchinson, M. K. (2012). An integrative review of relationships between discrimination and Asian American health. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 127-135.
- Newbold, B. (2005). Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *Journal of health services research & policy*, 10(2), 77-83A.
- Newbold, K. B., & Danforth, J. (2003). Health status and Canada's immigrant population. *Social science & medicine*, 57(10), 1981-1995.
- Nicholson, W. K., Grason, H. A., & Powe, N. R. (2003). The relationship of race to women's use of

- health information resources. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(2), 580-585.
- Omidvar & Ted Richmond, R. (2003). *Immigrant settlement and social inclusion in Canada. Perspectives on social in-clusion working paper series*, Laidlaw Foundation.
- Ortman, J. M., & Guarneri, C. E. (2009). *United States population projections: 2000 to 2050*. United States Census Bureau, 1-19.
- Padilla, A. M., Wagatsuma, Y., & Lindholm, K. J. (1985). Acculturation and personality as predictors of stress in Japanese and Japanese-Americans. *The Journal of social psychology*, 125(3), 295-305.
- Palmer, N. D., Goodarzi, M. O., Langefeld, C. D., Wang, N., Guo, X., Taylor, K. D., ... & Wagenknecht, L. E. (2015). Genetic variants associated with quantitative glucose homeostasis traits translate to type 2 diabetes in Mexican Americans: the GUARDIAN (Genetics Underlying Diabetes in Hispanics) Consortium. *Diabetes*, 64(5), 1853-1866.
- Pandey, M., Kamrul, R., Michaels, C. R., & McCarron, M. (2021). Identifying Barriers to Healthcare Access for New Immigrants: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-11.
- Papillon, M. (2002). *Immigration, diversity and social inclusion in Canada's cities*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Perreira, K. M., Crosnoe, R., Fortuny, K., Pedroza, J., Ulvestad, K., Weiland, C., ... & Chaudry, A. (2012). Barriers to immigrants' access to health and human services programs. ASPE Issue Brief. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- Pitkin Derose, K., Bahney, B. W., Lurie, N., & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), 355-408.
<https://doi.org/10.1177/1077558708330425>
- Primary Health Care Reform in Australia. (2009).
<https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2009-08/apo-nid18746.pdf>
- Ravichandiran, N. (2020). *Utilization of Healthcare by Immigrants in Canada: A Cross-Sectional Analysis of the Canadian Community Health Survey*.
- Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American anthropologist*, 38(1), 149-152.
- Ridde, V., Aho, J., Ndao, E. M., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M.-F., & Cloos, P. (2020). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Global public health*, 15(11), 1603-1616.

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

- Rissel, C., McLellan, L., & Bauman, A. (2000). Factors associated with delayed tobacco uptake among Vietnamese/Asian and Arabic youth in Sydney, NSW. *Australian and New Zealand journal of public health*, 24(1), 22-28.
- Ro, A., & Bostean, G. (2015). Duration of US stay and body mass index among Latino and Asian immigrants: A test of theoretical pathways. *Social science & medicine*, 144, 39-47.
- Rosmus, C., Johnston, C. C., Chan-Yip, A., & Yang, F. (2000). Pain response in Chinese and non-Chinese Canadian infants: is there a difference?. *Social science & medicine*, 51(2), 175-184.
- Rundall, T. G., & TG, R. (1981). A suggestion for improving the behavioral model of physician utilization.
- Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., & Ladha, T. (2020). Access to healthcare for immigrant children in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3320.
- Salant, T., & Lauderdale, D. S. (2003). Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Social science & medicine*, 57(1), 71-90.
- Saloojee, A. (2003). *Social inclusion, anti-racism and democratic citizenship*. Toronto: Laidlaw Foundation.
- Sanmartin, C., & Ross, N. (2006). Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*, 1(2), 103.
- Sawyer, A.G. and Dickson, P. (1984). Psychological perspectives on consumer response to sale promotion. In Jocz, K. (Ed.), *Research on sales promotion*, Cambridge, MA: Marketing Science Institute
- Shakya, P., Tanaka, M., Shibamura, A., & Jimba, M. (2018). Nepalese migrants in Japan: What is holding them back in getting access to healthcare?. *PloS one*, 13(9), e0203645.
- Shergold, P., & Nicolaou, L. (1986). Why don't they ask us? We're not dumb. *Consultancy Reports to the Review of Migrant and Multicultural Program and Services*, 1.
- Shin, Y. (1994). A residual-based test of the null of cointegration against the alternative of no cointegration. *Econometric theory*, 91-115.
- Shumet, S., Azale, T., Ayano, G., Abebaw, D., Amare, T., & Getnet, W. (2019). Intention to seek help for depression and associated factors among residents of Aykel town, Northwest Ethiopia: cross-sectional study. *International journal of mental health systems*, 13(1), 18.

- Siddiqi, A., Zuberi, D., & Nguyen, Q. C. (2009). The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: comparing the United States to Canada. *Social science & medicine*, 69(10), 1452-1459.
- Stimpson, J. P., Wilson, F. A., & Su, D. (2013). Unauthorized immigrants spend less than other immigrants and US natives on health care. *Health Affairs*, 32(7), 1313-1318.
- Sugimoto, S. P., Ono-Kihara, M., Feldman, M. D., & Kihara, M. (2012). Latin American immigrants have limited access to health insurance in Japan: a cross sectional study. *BMC public health*, 12(1), 1-9.
- Tabora, B. L., & Flaskerud, J. H. (1997). Mental health beliefs, practices, and knowledge of Chinese American immigrant women. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(3), 173-189.
- Takeuchi, D. T., Chung, R. C., & Shen, H. (1998). Health insurance coverage among Chinese Americans in Los Angeles County. *American Journal of Public Health*, 88(3), 451-453.
- Tang, W. M., Zhu, Y. H., & Chiu, K. Y. (2000). Axial alignment of the lower extremity in Chinese adults. *JBJS*, 82(11), 1603.
- Tarraf, W., Vega, W., & González, H. M. (2014). Emergency department services use among immigrant and non-immigrant groups in the United States. *Journal of immigrant and minority health*, 16(4), 595-606.
- Taylor, V. M., Jackson, J. C., Tu, S.-P., Yasui, Y., Schwartz, S. M., Kuniyuki, A., Acorda, E., Lin, K., & Hislop, G. (2002). Cervical cancer screening among Chinese Americans. *Cancer detection and prevention*, 26(2), 139-145.
- The Foundation of Canada Care System. (2020)取自
<https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/HPGR-VFP-ENG.pdf>
- Tokitan, A., Matsumoto, H., Morrison, N. A., Tawa, T., Miura, Y., Fukamauchi, K., ... & Eisman, J. A. (1996). Vitamin D receptor alleles, bone mineral density and turnover in premenopausal Japanese women. *Journal of Bone and Mineral Research*, 11(7), 1003-1009.
- Torre, R., & Myrskylä, M. (2014). Income inequality and population health: an analysis of panel data for 21 developed countries, 1975–2006. *Population studies*, 68(1), 1-13.
- Tseng, I. J., Chen, Y. T., Chen, M. T., Kou, H. Y., & Tseng, S. F. (2000). Prevalence of urinary incontinence and intention to seek treatment in the elderly. *Journal of the Formosan Medical Association*, 99(10), 753-758.
- Uppaluri, C. R., Schumm, L. P., & Lauderdale, D. S. (2001). Self-reports of stress in Asian immigrants: effects of ethnicity and acculturation. *Ethnicity & disease*, 11(1), 107-114.

新住民及其在臺家庭成員醫療機制使用情況與醫療協處措施使用之探討

- Ursua, R., Aguilar, D., Wyatt, L., Tandon, S. D., Escondo, K., Rey, M., & Trinh-Shevrin, C. (2014). Awareness, treatment and control of hypertension among Filipino immigrants. *Journal of general internal medicine*, 29(3), 455-462.
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *American journal of public health*, 100(S1), S40-S46.
- Ward, H., Mertens, T. E., & Thomas, C. (1997). Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. *Health Policy and planning*, 12(1), 19-28.
- Watch, O. Australia's National Research Organisation for Women's Safety (ANROWS) and VicHealth.(2015). Change the story: A shared framework for the primary prevention of violence against women and their children in Australia, 8.
- Wong, S. K. (1999). Acculturation, peer relations, and delinquent behavior of Chinese-Canadian youth. *Adolescence*, 34(133), 107.
- Yang, Q., Zhang, Z., Kuklina, E. V., Fang, J., Ayala, C., Hong, Y., ... & Merritt, R. (2012). Sodium intake and blood pressure among US children and adolescents. *Pediatrics*, 130(4), 611-619.
- Yang, Y.-M., & Wang, H.-H. (2003). Life and health concerns of Indonesian women in transnational marriages in Taiwan. *The journal of nursing research: JNR*, 11(3), 167-176.
- Yang, Y.-M., & Wang, H.-H. (2011). Cross-cultural comparisons of health-related quality of life between Taiwanese women and transnational marriage Vietnamese women in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 19(1), 44-52.
- Zong, J., & Batalova, J. (2016). College-educated immigrants in the United States. *Migration Information Source*.

ⁱ 目前健保制度雖有回溯機制，即：在申請到健保資格後，可以將先前費用申請回來，但因為訪問的新住民多為居住在台灣相當多年，此狀況為當時移民制我國的狀況。