

# 臺灣非正式照護體系中社照顧關懷據點實施效益評估

## -經營管理、自評成效與評鑑結果之相關性研究

劉立凡

### 前言

在地老化(Aging in Place)是政府因應高齡化社會的重要政策方針；而社區照顧關懷據點是在地老化初級非正式照護的重要平臺。我國社區照顧關懷據點計畫自 2005 年推動至今已滿 8 年，其中對據點的研究有從政府角度，也有從據點的經營單位或從使用者觀點來檢視這個計畫的成效，但甚少從評鑑結果這個政府所使用的標準化成效，來探討影響評鑑成績的因素和評鑑成績與經營單位和服務使用者自評成效之間的關係。一般而言，督考與評鑑的目的是在協助制度的建立與導引體系正確的發展方向。本研究以南部城市為例，嘗試分析該都市近三年度社區照顧關懷據點評鑑結果與據點經營者和使用者自我評估的成效，擬探討這三者之間的相關性和可能影響因素，期能使其真正反應出來自據點經營者和使用者所評估的服務品質和成效；同時擬從資源連結與經營管理角度檢視現行評鑑制度和指標，希望透過評鑑制度的檢視與改進，有助於在地社區照顧能量的發展，落實在地老化的方針。

### 壹、研究背景與動機

隨著醫療技術進步以及公共衛生改善，造就人口平均壽命的延長。在 2003 年 9 月底，臺灣地區 65 歲以上的老年人口約為 148 萬人，占總人口 7.09%，已達聯合國世界衛生組織訂定的高齡化社會指標；到 2014 年底，老年人口快速增加到 281 萬人，占總人口 12%(衛生福利部統計處，2015)。

另外，依據行政院經建會的推估，至 2025 年臺灣的老年人口將達總人口的 20.1%，亦即每 5 人當中就有一位是老人(內政部社會司，2010)。因此，關於老人的各項的需求，例如：健康促進與維持、長期照護、經濟安全、居住交通及社會參與、無障礙生活環境等，都是急需正視和加以研擬對策的議題。

依據民國 98 年老人狀況調查統計結果顯示，我國 65 歲以上老人有 87.23% 的居住方式為與家人同住(含與配偶及與子女、孫子女同住等)，且有 84.06% 的老人也認為理想養老居住方式是與配偶或子女同住(內政部，2010)，可見臺灣老人偏好的居住安排仍是留在社區與家人共同生活。然而，現今家庭結構的變遷(小家庭、不與老人同住、出外工作，女性就業率提高)，使得家庭照顧的功能減弱

及照顧人力不足，無法確實滿足老人在家庭中接受照顧、社會支持與醫療的需求。另外，以社會參與的角度來說，社區的健康老人自職場退休，社會角色喪失，原本的人際關係網絡萎縮，也需要由其他的社會參與管道，來維持與社會的連結和互動，避免產生孤立和退化的潛在風險。

近年來，在社區照顧政策的發展趨勢下，各類社區支持性服務方案的實施，讓更多的老人可能同時接受非正式照顧的協助和社區或機構提供的正式照護服務(呂寶靜，2001)。基於在地老化(Aging in Place, 簡稱 AIP) 的主要精神，在於服務輸送的可近性與便利性，目前雖有居家式、社區式及機構式等服務形式提供給老人，並設有長期照顧管理中心、老人福利服務中心等窗口，但人口老化速度急遽，現行服務窗口普及性仍不足，民眾使用之可近性不高；同時，初級預防照顧服務相較之下仍顯缺乏不足(蘇麗瓊、黃雅鈴，2005)。若是老人的社區照顧能多增加預防性服務及來自基層社區網絡的支持，不但可培養個人健康自主管理的觀念與行為，並可有效減少老人慢性疾病產生並加以有效控制，緩和老人身心功能退化的速度，減輕家庭的照顧壓力和負荷，進而達到降低長期照護正式照護和醫療成本支出的目標。

內政部自 2005 年起，經由臺灣健康社區六星計劃來推動「社區照顧關懷據點」以提倡社區照顧服務，發展社區互助的精神，針對高齡化、家庭結構核心化以社區營造及社區自主方式希望藉由社區中志願組織與相關部門來提供社區照顧初級預防的工作(黃松林、趙善如，2007)。截至 2012 年底止，全國共成立 1,833 個據點，而研究都市截至 2013 年 10 月底止總人口數 188 萬 2,777 人，其中老年人口有 22 萬 8,054 人，占全市人口的 12.11%(衛生福利部統計處，2013)，並已成立 353 個據點提供長輩關懷訪視、電話問安、諮詢及轉介服務、健康促進、餐飲服務等服務(臺南市政府照顧服務管理中心，2013)。

社區照顧關懷據點的評鑑指標和內容是由政府所訂定評估據點成效的客觀工具，其用意不僅在分出評鑑等第與分數，更是引導服務發展的重要依歸。雖因評鑑委員的評分標準可能不同而產生落差，但若和據點經營者自評的服務成效和實際利用據點的老人之自評成效和滿意產生差距時，可能就要檢討評鑑指標的有效性，包括設計是否偏向結構面向，而忽略過程面向中據點經營者的努力或結果面向中對老人發揮的實際功能。同時，評鑑指標也應思考導引資源連結與服務整合的未來方向。畢竟評鑑制度的目的是為了提升據點服務品質和永續經營，擴展在地照顧資源與量能，進而提升實施效益與降低高齡化社會帶來的壓力，而非偏重行政、硬體設備或文書資料的呈現而已。

## **研究重要性**

社區照顧與初級預防對老年人的重要性與日俱增，值得加以重視。根據文獻，臺灣大部分有照護需求的老年人仍然留在社區中透過非正式照護資源加以照顧(Ku, Liu and Wen, 2013)。美國 IOM(Institute of Medicine)在 2009 年也曾提出因應

高齡化社會，近代整合性醫療(Integrative Medicine)與以病人為中心(Patient-centered)照護發展的理念與趨勢，其中不僅強調以消費者需求為導向及重拾對傳統或另類照護的重視，更強調以個人化及其生活型態來思考如何提供照護與服務，重視與受照護者建立夥伴關係(partnership)，也希望能讓受照護者參與(participatory)醫療與照護決策並願意使用該方式。同時，世界衛生組織(WHO)在高齡友善健康服務架構的任務上，也強調要創造符合長者特殊需要的友善、支持、尊重與可近的療癒環境；有計畫的提供安全、增進健康、有效、全人以病人為中心且具協調性的照護；促進長者與其家庭對自身健康與照護的掌控能力等(WHO, 2013)。這樣的理念與強調在地老化、重視老年異質化需求及社區照護的概念不謀而合，有著共同的目標與方向，再再強調個人化(patient-centered/personalized)與在社區推動高齡友善照護環境和預防保健(prevention)的重要性。

我國政府組織再造，衛生福利部(Ministry of Health & Welfare)已正式成立。因應高齡化的老年照顧議題，正是落在這個大組織的肩上。如前所述，當今服務輸送應有整合性的思考與發展。資源連結能力亦是社區據點發展的要素。如何在組織體制以及據點知能上思考據點發展與實施效益，應是整合後衛福部重大工程之一。隨著過去內政部推動社區照顧關懷據點的成立，各地社區的非正式初級照護網絡透過有組織的方式開始建立，人民的社會性需求亦獲得部份滿足，解決了政府執政適法性的問題。然而，補助民間參與服務的供給工作，卻帶來另一種治理的挑戰。在地方層級上，當社區組織與政府建立連結後，雙方的互動關係產生變化，也間接影響社區照顧的服務供給效能。在這種由科層轉變為網絡治理的過程中，各行動者如何發揮其功能，將是照顧據點展現成效的因素(蕭文高, 2007)。目前對社區照顧關懷據點的研究有從政府、經營者角度，或使用使用者角度來評估其成效，然而彼此之間的關係探討較為缺乏，尤其是政府組織從服務整合以及將服務使用者當作夥伴建立的研究相對較少。基於以上在地老化及照護發展的理念，本研究除經由實際訪談在結構與過程面了解經營者與使用者的感受，同時追蹤健康促進活動的效益，並擬以整合與交叉比對的方式從結果面以這三者的成效評估來檢視是否達到一致性或存在著落差，同時由據點營運管理角度探討資源連結與服務整合的可能性，作為政府推動以社區照顧初級照護為主的政策與計畫改善之依據，並作為檢討相對應評鑑制度與指標的參考。

## 研究目的

本研究希望透過階段性研究，檢視據點經營狀況與使用情形，包括經營者自評經營管理內容及現況、問題與成效；使用者利用狀況與自評成效以及與政府(外部審查)評鑑成績三者之相關性；及了解各種成效背後之可能影響因素。同時，擬由資源連結與服務整合角度探討現行服務內容與提供可行服務模式建議據以改善據點成效；最後檢討評鑑指標適當性和有效性，作為政府修正評鑑指標之參考，期能達到有效推動及管理社區照顧關懷據點業務，有助落實在地老化的目標。

主要研究目的有四：

- 一、了解據點供給者自評經營管理現況、問題與成效。
- 二、了解據點使用者使用狀況與自評成效。
- 三、檢視據點使用者自評成效和評鑑結果(成績)的相關性。
- 四、探討影響使用者成效和評鑑結果(成績)的因素。

藉由以上研究目的作為整體檢討現行服務模式以及評鑑制度對社區據點增能的影響及功效。

## 貳、文獻探討

我國社區照顧關懷據點之推動，源自 2005 年臺灣健康社區六星計畫，屬於初級非正式照護。計畫緣起於因應人口老化之在地老化政策的推動，可顯見臺灣在社區發展與初級照護體制之建立上，歷年來的努力。以下針對人口老化與需求、老人福利政策與福利服務、社會福利社區化與社區照顧；以及臺灣社區照顧關懷據點的發展及與本計畫相關之研究。

### 人口老化與需求

世界衛生組織對二十一世紀老年人口的預測：到西元 2025 年，全世界將有超過八億 65 歲以上的老年人口，且高齡老人是老年人口中增長最快的部分，到 2050 年全世界將有 19% 的老年人將達到或超過 80 歲。

臺灣也不例外，人口老化在臺灣已是迫切之問題，至 2012 年底臺灣地區 65 歲以上的老年人口佔總人口之 11.5%，依據行政院經建會推估，至民國 114 年左右老年人口將達總人口的 20.1%，即每 5 人中就有一位是老年長者。由此可見，醫療衛生、科技的快速進步，促使國民平均餘命延長，也增進人口老化的速度，而臺灣人口老化的速度更是主要隱憂，預計老年人口比率由 10% 老化到 20% 的時間將僅有 20 年，甚至超過日本(行政院經建會，2008)。

另由統計資料發現，98 年度人口老化指數(65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲人口數乘以 100)為 65.05%，老年人口依賴比(65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100)為 14.56%，分別較 82 年增加 36.81 及 4.08 個百分點，平均每 7 位工作年齡(15 至 64 歲)人口要扶養一位老年人口。

### 臺灣的老人福利政策與福利服務

#### 一、老人福利政策

世界各國面對人口老化問題之經驗，提出「在地老化」(aging in place)之概念，已成為面臨高齡化社會的共同指導策略。2004 年行政院所修正核定的社會福利

政策綱領，即明訂推動社會福利政策訂定原則，包含「落實在地服務」，強調「兒童、少年、身心障礙者、老人均以在家庭中受到照顧與保護為優先原則，機構式的照顧乃是在考量上述人口群的最佳利益之下的補救措施；各項服務之提供應以在地化、社區化、人性化、切合被服務者之個別需求為原則」。過去文獻指出，有關我國老人福利政策發展方向，可歸納為下列四項(曾中明，2006)：(1)在經濟安全上，明確界定社會保險、社會津貼及社會救助之功能區分；(2)在服務提供上，結合家庭及民間力量，以居家式服務及社區式服務為主，機構式服務為輔，提供全人照顧、在地老化及多元連續之服務；(3)在居住安排上，針對老年生活發展，以最適方式規劃辦理老人住宅；(4)在健康維護上，推動健康保健工作，預防疾病，促進健康。

從上述社會福利政策綱領所揭示的理念方針及文獻可知，老人福利政策係以「在地老化」及「社區照顧」等二大發展目標作為政策前提。政府定期公告更新之人口政策白皮書中，也提及有關我國高齡化社會對策之目標，在於「建構有利於高齡者健康、安全的友善環境，維持老人的活力、尊嚴和自主」，其價值理念包括「對老人個別性、自我決定、選擇權、隱私權和對外在環境掌控能力之尊重。」，其中主要對策包括完善老人健康與社會照顧體系，敘明須建構完善長照體系以及提升生命品質，增進福祉與安適等目標。

### 老人福利與福利服務

高齡化社會之快速變遷，一向為政府及民間關注的焦點，因而也需有相對的規劃及因應對策與措施，乃至法規的修訂，俾使政策、立法、服務合一，有效落實老人福祉。如何讓老人維持尊嚴和自主的生活是一項挑戰，也是整個社會包括老人本身、家庭、民間部門和政府共同的責任。依據政府支出統計，99 年度中央政府總決算數共 1 兆 6,559 億元，其中與老人福利最相關之社會福利支出，預算數為 3,310 億元，決算數為 3,276 億元，其占歲出決算數總額之 19.8%(圖 1)，僅次於教育科學文化支出之 20.7%，同為占歲出決算數總額最大百分比之支出項目。

從福利內涵來看，政府規劃推動多項老人福利措施，針對老年人之需求提供切合而妥適的照顧服務。政府政策主軸包括以經濟安全、健康維護、生活照顧三大面向進行規劃，並就老人保護、心理及社會適應、教育及休閒分別推動相關措施。為周全對老人的身心照顧，積極建構我國長期照顧體系、建立社區照顧關懷據點、推動友善關懷老人服務方案、提昇老人福利機構安養護服務品質及推展行動式老人文康休閒巡迴服務，讓老人均能獲得在地且妥適的照顧服務。基於老年人的多元需求，各面向老人福利政策與措施，除在經濟安全方面，設置各種津貼外，健康維護方面，包括：老人預防保健服務、中低收入老人裝置假牙補助、中低收入老人重病住院看護費補助。在生活照顧方面，基於失能人口增加，而將「長期照護」納入重大施政之一。依行政院主計處 2002 年公佈人口普查，我國失能

老年人口占老年人口比例約 15.8%(內政部, 2008)。2009 年經建會委託的計劃研究報告也指出失能老年人在 2008 年約有 39 萬餘人,到 2018 年和 2028 年將分別增加至 58 萬和 81 萬餘人(王雲東等, 2009)。由此可知,政府急須解決臺灣社會人口快速老化伴隨失能比例增加而使長期照顧需求遽增的課題,行政院於 96 年核定「我國長期照顧十年計畫」,即以日常生活需他人協助之下列四類失能者為主要服務對象:(1)65 歲以上老人;(2)55 歲以上山地原住民;(3)50 歲以上身心障礙者;(4)僅工具性日常生活活動功能(IADL)失能且獨居之老人。有關服務對象之失能程度分為輕、中、重度三級,以補助服務使用為原則,並依失能者家庭經濟狀況提供不同比率補助(低收入者由政府全額補助,中低收入者補助 90%,一般戶補助 70%);超過政府補助額度者,則由民眾全額自行負擔。本計畫之服務內容係整合現行居家服務、日間照顧、老人營養餐飲服務、輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務,以及長期照顧機構服務等項目,連結衛政之居家護理、社區及居家復健、喘息服務,並創新提供家庭托顧、交通接送服務等新型服務項目,有需求之民眾可向各縣市長期照顧管理中心之單一窗口申請,經評估符合資格者,即可獲得居家、社區,或機構式等多元而連續之服務。主要服務類別包括:(1)居家及社區式照顧;(2)機構式照顧;(3)建立社區照顧關懷據點;(4)失智症老人多元服務方案等。在老人保護(含獨居老人關懷照顧)方面,結合警政、衛生、社政、民政及民間力量,各級政府組織需定期召開老人保護聯繫會報,以強化老人保護網絡。並積極在心理及社會;以及在教育、休閒及社會參與方面,多有重要施政與措施。

除此之外,積極推動友善關懷老人服務方案,以「活躍老化」、「友善老人」、「世代融合」為三大主軸,規劃推動全方位的服務措施,透過加強弱勢老人服務,提供關懷照顧保護;推展老人健康促進,強化預防保健服務;鼓勵老人社會參與,維護老年生活安適;健全友善老人環境,倡導世代融合社會等四大目標,整合各單位資源,以建構有利於老人健康、安全與活躍之友善社會。由以上可見,目前內政部所辦理各項老人福利措施,均依循在地老化之原則,以居家式服務及社區式服務為優先,作為現今服務措施之推動方向,並可符合目前老年人之福利需求。為加強落實老人福利政策之理念,原內政部(2006)亦提出以下 6 項發展策略:

- (一)評估地區長期照顧需求,設定發展目標,使照顧資源能區域平衡發展。
- (二)盤點與調查全國照顧服務資源,以確保資源有效運用。
- (三)透過補助機制,持續開發各項照顧資源。
- (四)提升行政輸送效率,提供迅速且便民之服務。
- (五)檢討現行措施,並加強居家式、社區式、機構式服務連結。
- (六)擴大推展老人人力運用,促進社會參與。

由以上政府推動之老人福利政策與措施,可知為解決人口老化所衍生議題暨提升老人福利服務品質上所做的政策宣示與努力,政府政策希冀落實老人福利法,並積極推動各項照顧政策,使老人得以享有活力、尊嚴與獨立自主之老年生活,實現「公益社會,永續福利」之社會福利政策願景。

## 社會福利社區化、社區照顧與服務

### 一、福利社區化

英文社會工作辭典對社會福利的定義：一種國家的方案、給付、和服務體系，用來協助人民滿足其社會、經濟、教育與健康需求，是社會維持的基礎(barker, 2003；林萬億，2010)，其包括了兩個面向，第一，人們從社會得到什麼(方案、給付、或服務)；第二是人們的需求被滿足到什麼程度。另外，美國社會政策學者 Gil(1992)將社會福利政策的定義：社會對特定的問題或問題所作的回應。學者萬育維(1998)認為「福利社區化」是使用社區發展的方法，來推動社會福利，強調居民的參與、能力的充實和在地資源的開發和運用；蕭玉煌(1998)定義「福利社區化」是將「社會福利體系」與「社區發展工作」結合的一種措施，包涵了三個層面：非正式的社區照顧服務、機構性的社區福利活動和整合性的社區服務網絡。林勝義(1998)整合當時學術界對「社會福利社區化」的看法則包括了三大面向：(1)以「社區為基礎」提供服務措施，來滿足社區居民的需求；(2)「社區照顧」：倡導去機構化、正常化的理念，由社區或家庭來提供照顧服務；(3)政府和民間資源的整合，共同建立社區夥伴關係來推展社會福利。

另外，依據「推動社會福利社區化實施要點」，社區化的意涵包括了四個主要概念(賴兩陽，2009)：(1)地方化：因地制宜，滿足地方的個別需求；(2)分權化：由社區作為社會福利供給體系的主體，落實到鄰里的層次，而非由中央或地方政府作過多的干預；(3)去機構化：接受照顧者，可以有尊嚴、和獨立地生活在自己的家中及社區，得到到適當的支持性或資訊服務；(4)以社區為基礎的服務：服務的供給或輸送，皆以社區為單位，避免過大的範圍。

臺灣社會福利社區化的沿革，可以回溯自 1965 年開始之民生主義現階段社會政策；1968 年頒佈「社區發展工作綱要」，作為各級政府推行社區發展工作的準則；直到 1985 年「建立社區福利服務體系試辦計畫」，逐漸演變我國「去機構化、正常化、分散化和社區化」的潮流。1994 年 4 月當時之內政部成立「社區照顧小組」，後改名為「社區照顧委員會」，正式啟動臺灣社區照顧服務模式之實驗(陳美鈴，1997；周月清，1998，賴兩陽，2009)。繼之，1997 年老人福利法修法通過，明訂服務機構應提供老人社區服務與居家服務。繼之身心障礙者保護法修正通過後，明訂地方政府應提供身心障礙者居家服務與社區服務。社會救助法修正通過，亦明訂各級政府應提供低收入老人在宅服務。2005 年臺灣健康社區六星計畫，則積極推動社區照顧關懷據點。

在整體的政策發展過程中，社區照顧逐漸地發展出「由社區來照顧」(care by the community)的特色，從政策的實施策略亦可發現，政府並不打算直接負起服務供給者的角色，除了現有以契約委託志願部門與市場提供的照顧服務之外，此項新制度所帶來的誘因(提供補助)，將鼓勵社區組織(包括志願部門與社區部門)承擔政府面對人口老化等社會問題的照顧責任(蕭文高，2007)。

## 二、社區照顧與服務

英國 1989 年在社區照顧白皮書中定義：社區照顧是指提供適當程度的干預和支持，以使人們獲得最大的自主性，且掌握自己的生活。為了達成這樣的目標，有必要在不同的情境中，發展並提供各項服務。社區照顧可提供最佳的照顧方式，主要目的包括：(1)讓人民在自己的家或地區中類似家的環境，儘可能地過著正常的生活；(2)提供適當的照護和支持，以協助人民得到高度的獨立自主性，並藉由獲得或再獲得基本的生活技能，以協助他們發揮最大的潛能；(3)給予人民對於自己的生活方式及所需的服務，有較大的決定權(DOH, 1989；黃源協，2001)。

社區照顧是要建構一套照顧的連續體，提供適當程度的介入和支持，以使人們能獲得最大的自主性，並能掌握自己的生活。包括以下要素：長期照顧、去機構化、減少對公共照顧的依賴、非正式照顧、增加參與和選擇的機會、需求導向的服務、成本抑制。以上社會福利社區化及社區照顧的概念，正符合 1978 年世界衛生組織提出健康宣言(Alma-Ata)的宗旨，強調基層健康照護是人民的基本權益；要建立公平、普遍性、社區參與的多元健康促進體系。另外，21 世紀強調照護的服務整合，整合性照護通常是指針對有複雜性、慢性、預期發生功能下降或障礙等照護問題之高危險群個案，在政策及穩定財源支持下連結健康、社會與其他補充性服務，運用個案/照顧管理、多專業照護團隊之合作、有效資訊管理與分享等策略，提供個案整合性、連續性、有效性之照護(曾明月等，2007)。加拿大 Suter 等學者(2009)則採用系統性文獻回顧方式，提出健康照護系統整合之十大原則，其中亦強調跨單位整合以提供持續性健康照護，建議以病人/個案為中心鼓勵其參與，以及評估整體民眾需求且重視特定族群之需要。

這些政策與文獻整理，都指向 21 世紀多元照護及初級照護的重要性與方向，可顯見社區照護在照護體系中具有相當重要的角色。根據理論，老人照顧支持模式有三：(1)層級遞補模式：當初級團體，如家人無法滿足老人的照顧需求時，會再去尋求非正式網絡和正式資源的協助；(2)任務分工模式：由專業和非專業人力來共同分擔不同層次的照顧內容：生活性/非貼身性/技術性，以避免照顧不足或過度照顧；(3)壓力-緩衝模式 非正式支持體系有緩衝負面情緒和生活壓力的作用(陳燕禎，2007；Evashwick, 2005)。這些理論釋出重要概念並使社區照護具有理論基礎，而在不同模式的觀點與提示下，初級非正式照護如何在家庭、任務分工以及與支持體系的合作下，為需求者提出最好的社區照護方式，正是我們在社區應做的努力。

本研究關注之社區照顧關懷據點的服務即屬於非正式網絡、非貼身性和具有緩衝家庭照顧者的壓力，同時亦完全符合所定義社會支持網絡中：個人網絡、志工連結、互助網絡、及社區充權的角色期待，提供老人及照顧者情感性、工具性、支持性和補充性的服務。不僅如此，在與正式照護體系的連結上，透過長期照顧管理中心的單一窗口進行個案轉介與資源連結，不僅可以在體制上做好的服務銜



接，社區初級照顧能量也可作為與正式長照服務體系的緩衝並可能減輕對正式照顧體系的壓力及依賴。

## **社區照顧關懷據點**

### **一、計畫前身**

行政院六星計畫於 2005 年開始實施，雖然，臺南縣多數照顧據點是相對晚期才納入內政部的名單之中，但是早在六星計畫推行之前，它早已設立許多「村里關懷中心」，可謂是社區照顧據點的前身(蕭文高，2007)。根據內政部統計處的資料顯示，臺南縣 65 歲以上之老年人口約有 12 萬 8 千多人，將近佔全縣總人口數的 12%，人口老化的情形在當時最為嚴重為全臺之冠，蘇煥智在 2001 年任職縣長後，一方面為解決人口老化的問題，一方面為在臺灣找尋「福利社區化」規模化的實際案例，即著手推動「村里關懷中心」這個政策(蘇煥智，2005)，追隨在地老化的聲浪(呂維胤，2006)。

### **二、計畫內容**

#### **1.計畫目標**

- (1)落實臺灣健康社區六星計畫，由在地人提供在地服務，建立社區自主運作模式，以貼近居民生活需求，營造永續成長、健康的社區環境。
- (2)以長期照顧社區營造之基本精神，分 3 年設置 2000 個社區照顧關懷據點，提供老人社區化之預防照護。
- (3)結合照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等多元服務，建立連續性之照顧體系。

#### **2.實施策略：社區照顧關懷據點之運作模式，包括以下三種：**

- (1)鼓勵社區自主提案申請設置據點，結合當地人力、物力及相關資源，進行社區需求調查，提供在地老人預防照護服務。
- (2)輔導現行辦理老人社區照顧服務之相關團體，在既有的基礎上，擴充服務項目至 3 項以上，設置據點提供服務。
- (3)由地方政府針對位處偏遠或資源缺乏之社區，透過社區照顧服務人力培訓過程，增進其社區組織能力。

#### **3.服務項目**

每一關懷據點應至少具備下述三項服務項目之功能：關懷訪視；電話問安、諮詢及轉介服務；餐飲服務；健康促進活動。

#### **4.預期效益**

- (1)設置 2000 個社區照顧關懷據點，落實預防照護普及化及社區化目標。

- (2)發揚社區營造及社區參與之基本精神，發展在地社區生活特色。
- (3)發揮長期照顧社區化之預防功能，建立社區之照顧支持系統。
- (4)透過在地化之社區照顧，使失能老人留在社區生活。
- (5)減緩家庭照顧者負擔，提供適當之喘息服務。

關於本計畫，黃松林和趙善如(2007)認為社區照顧關懷據點所設計的計畫可能大多數是由志工或非社工專業所設計，與專業社會工作人員方案最大的不同點在於更具實用性，更是強調以最少的成本發揮最大的效率與效益。可見據點的服務層次界定在初級預防工作，專業性不高，只要有承辦意願，稍有組織的社區即可實施(賴兩陽，2007)。這個現況與方式實為值得切入改善的部分，應考量相關有效的方法，從滿足需求與服務品質的角度提升據點的服務效益。黃源協等人(2012)研究發現當據點與各種類的資源合作頻繁且良好時，那麼在經營據點時則遭遇之困難較少，因此如何有效連結資源網絡以強化據點所需的服務能量，有效減少據點執行困境，值得思考。社區照顧關懷據點與相關照顧服務資源關係圖，如圖 1。

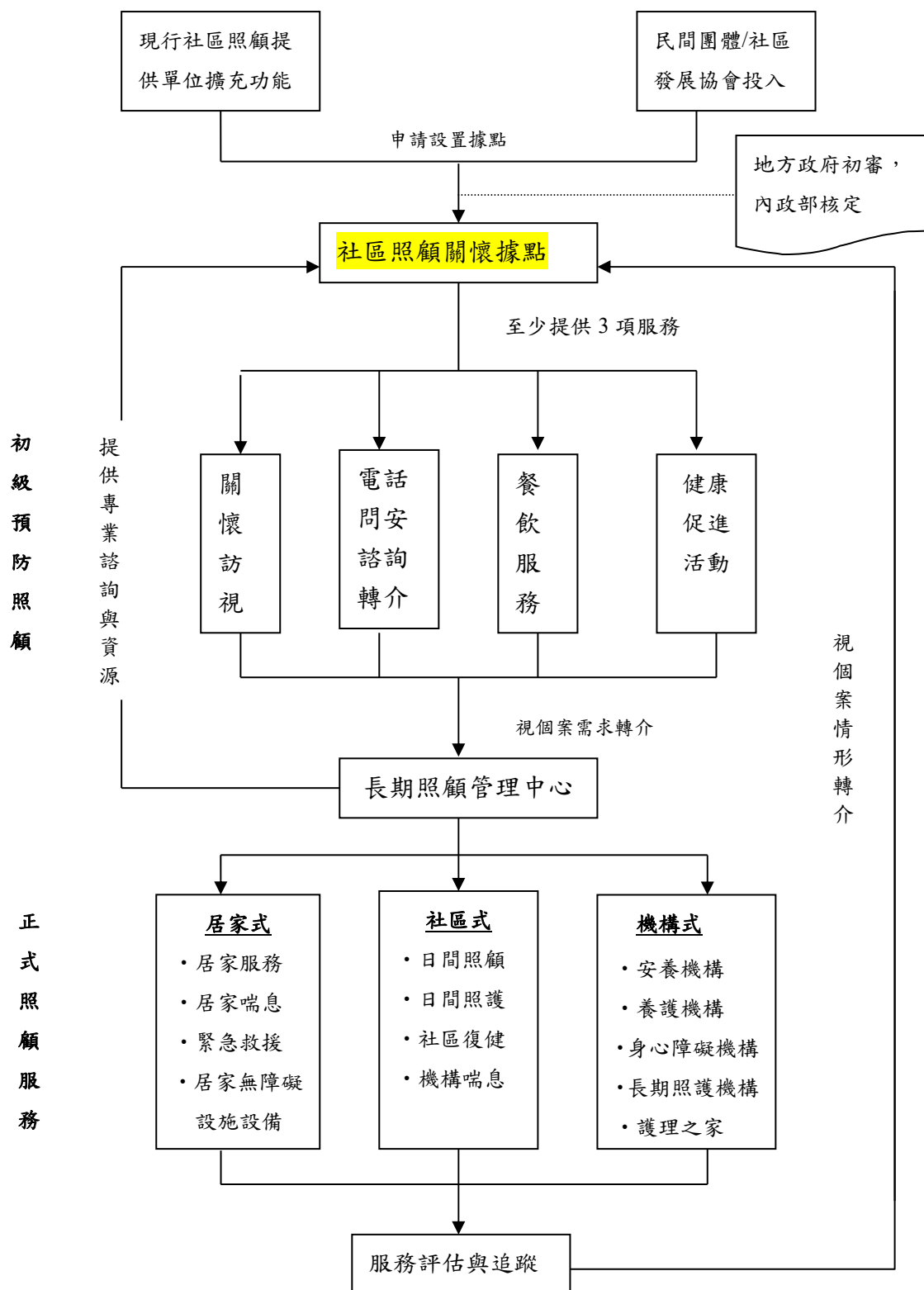


圖 1 社區照顧關懷據點與相關照顧服務資源關係圖(內政部，2005)

### 三、考核(評鑑)機制

1. 目的：內政部為應直轄市及縣(市)政府瞭解各社區照顧關懷據點實際服務推動情形及辦理成效，建立有效輔導機制，以協助據點在地紮根，永續發展，落實預防照顧普及化及社區化目標。
2. 考核(評鑑)對象為：申請內政部補助經費設置達3個月以上之社區照顧關懷據點。
3. 辦理期程：於每年度10月至12月辦理完成。

### 四、考核(評鑑)項目

1. 依內部訂定「直轄市及縣(市)政府辦理社區照顧關懷據點考核(評鑑指標)辦理」。
2. 考量區域差異與特殊性，直轄市、縣(市)政府可依實際需求酌予調整內政部所訂定之考核(評鑑)指標，惟為顧及推動社區照顧關懷據點之基本精神、考核(評鑑)標準之一致性，有關考核(評鑑)項次、七大考核(評鑑)項目及細項指標不得調整。

### 五、考核(評鑑)方式

直轄市、縣(市)政府應成立考核(評鑑)小組，統籌規劃協調及執行據點考核(評鑑)作業。小組成員至少應有三人，含直轄市、縣(市)政府相關業務單位、專家學者(含社區實務工作者)；考核(評鑑)員應遵守利益迴避原則，以維評鑑之客觀公正。

### 非營利組織的績效評估

績效評估通常在概念上可以區分為兩個部分，一是從利害關係人的角度了解照護結果，可以包括客觀的健康指標或主觀的自評成效；二是由外部考核的方式，通常透過評鑑制度等外部審查來衡量(吳肖琪等，2009)。另有學者提出，績效評估的任務主要包含(Posavac, 2007)：(1)確認資源是被投入真正需要的地方，即確認需求；(2)確認規劃的方案確實已在提供服務；(3)檢視服務的成果；(4)判斷哪些服務得到了最好的成果，即方案評比；(5)判斷哪些方案所提供的服務是最被需要的，即方案需求評比；(6)提供必要的訊息以改善方案品質，即有效監督及管理；(7)檢查方案是否有預期外的副作用。

本研究試著將內部與外部績效評估做關聯性研究，並找出影響評鑑結果的因素，謹將成效評估與評鑑相關文獻整理如下。

#### 一、照護結果之成效評估

如前所述，在以慢性疾病為主並伴隨多元功能狀況的老年人而言，各類照護利用多屬長期性的，而多元影響因素在需求面包括需求者性別、年齡、婚姻狀態

等社會人口學變項和其健康等，而其健康照護結果指標亦包含多元項目，諸如生理、心理與社會健康；以及利害關係人的滿意度等。近年來臺灣長期照護的服務計畫引進西方的照顧管理制度後，健康照護結果以及成效考量益形重要；初級非正式照護亦然，以結果指標引導各類健康照護(health care)或社會服務(social service)應追求的目標並設定回饋改善的機制，可以有助績效的表現，並以目標來引導積極地檢討與改進措施。同時照顧服務的選擇在考慮個人與家庭因素後應更及於追求整體社區和國家社會福利層次的資源有效性。在健康照護結果的研究趨向上，包括由需求者自我表述的健康照護結果(self-reported outcomes)，包括各類主觀心理計量以及客觀生理、心理與社會健康測量等。近年來健康照護結果指標不僅是品質監測的重要項目，其重要性與日俱增，西方國家也有在供給面將其納入給付考量的趨勢(Pay for performance, P4P) (Hirth et al., 2009)。這些結果不僅可以作為據以選擇照護決策的判斷；同時基於資源配置與有效利用及整體成本效果的考量，則可以進一步作為相關健康/長期照護政策的參考依據(王榮德, 2010)。因而，近年來常見進行照顧成效的評估。就政府與整體社會組織而言，正當的政策是那些使社會總福利提高的政策，可以作為照護決策以及相關資源配置與服務整合發展相關政策的參考。

## 二、評鑑

評鑑是一種行政管理工具，透過有系統、正式的步驟收集相關資料，來測量組織達成目標之成效；評鑑同時也是一種專業性判斷，以檢視團體組織運作之情形，以做為其修正及調整之依據。所以，基本上評鑑資料是具有某種程度的效度，能夠真實的反映團體組織運作之情形(趙善如等，2007)；因此，評鑑指標必須是具體可觀察、可量化，方可確認及指引服務的方向。

評估健康照護品質與成效的途徑，通常依據Donabedian(1980)提出的三種指標：結構(Structure)、過程(Process)、和結果(outcome)。謝美娥(1993)認為三種指標內涵為：(1)結構面向：醫療照護提供者相對穩定的特徵，包括人力配置、使用的器材與資源的特徵，以及工作處所的組織和物理條件；(2)過程面向：服務提供者與病人之間所發生的活動，包括人際關係和技術的過程；(3)結果面向：由於健康照護提供者的處置，病人的健康狀況有所改變，可能發生於生理、心理或社會的功能改變狀況。

## 三、非營利組織績效評估

司徒達賢(2000)認為由於缺乏利潤作為績效指標，非營利組織的決策是否正確、資源是否善用，使命是否達成等，都較無檢討改進的迫切感，因此，更需要有效的績效管理，以免由決策核心或各級人員率性而為，浪費寶貴資源。社區照顧關懷據點的承辦單位包括村(里)辦公室或社區發展協會等，均屬於非營利組織的一部分。非營利組織不以追求利潤為目標，將政府和據點承辦單位之間視為一種雙方合作互惠的夥伴關係，而為了讓合作行為能夠永續發展，透過績效評

估或是目標管理來激勵合作夥伴之從業人員對合作行為的投入，是一項很重要的機制(池祥麟，2009)。李袖芳(2009)則從「參與者滿足研究途徑」的觀點分析，據點的相關人員包括老人、志工、老人家屬、經營者、甚至輔導單位的意見，也應該被納入，非營利組織非能僅以評鑑結果作為單一衡量據點經營成效的依據。

在社會服務領域中，常被使用的績效或品質評估的要素包括下列(黃源協，2008)：

1. 有形資產(tangibles)-設備、設施、人員及公共器材等物理環境。
2. 安全性(security)-能適切管理風險與危險，包括保密性。
3. 可近性(accessibility)-服務容易被取得和使用。
4. 夥伴/合作關係(partnership/collaboration)-服務提供部門能以共同合作方式提供整合性的服務，且服務提供者和使用者之間能建立良好的關係。
5. 公開(open)-提供充分的訊息、透明的決策。
6. 專業才能(competence)-工作人員具備相關知識和技能。
7. 溝通(communication)-以簡單易懂的語言告知服務使用者相關資訊。
8. 參與(participation)-服務使用者能參與決策、監測和評估的過程。
9. 選擇(choice)-服務使用者對所需求的服務有選擇的權利。
10. 可接受性/回應性(acceptability/responsiveness)-彈性且適時回應個別使用者的需求和偏好。
11. 可靠性(reliability)-以可靠、一致和穩定的方式提供服務，並堅守服務承諾。
12. 公平性(equity)-服務可提供所有潛在的使用者，不論其文化和社會背景。
13. 效率(efficiency)-儘量在可用的資源內提供有效率的服務，具備成本效益。
14. 效能(effectiveness)-服務能達到所欲達成的效益和成果。
15. 持續性(continuity)-服務的轉銜連接無斷層，使用者的權益獲得保障。
16. 持久性(durability)-服務的績效和效果可長期維持的。

除了上述要素外，績效評估的面向還可納入：可靠與責信(accountability)及適當性(appropriateness)。Kruk和Freedman(2008)則以文獻回顧方式，整理出健康照護體系績效評估可參考的系統指標如下(圖2)。由上述可知，在健康照護與社會服務領域中，績效或品質評估的概念與方法是相通的，希望以個案或服務使用者為中心，重視其需求的滿足與參與、健康狀態的變化或改善，以及服務輸送過程中的可近性、連續性、公平與效益。

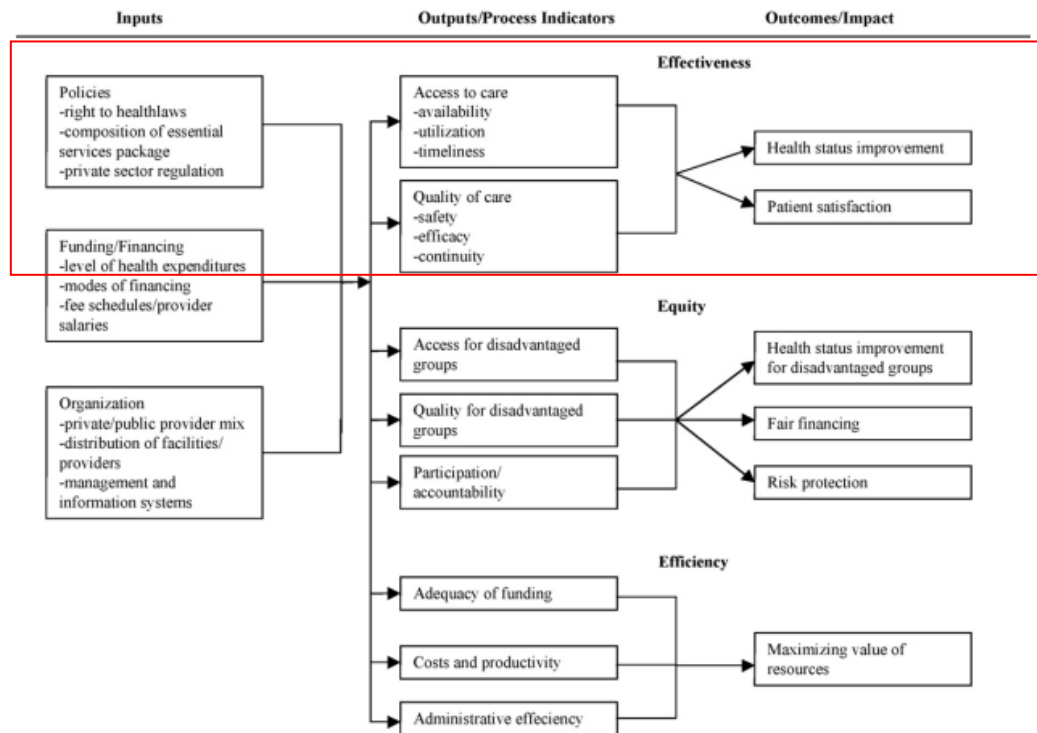


圖 2 健康照護體系績效評估的系統指標

## 社區照顧關懷據點經營者、服務使用者和評鑑制度之相關研究

### 一、據點經營相關研究

#### 1. 承辦單位

據點當初成立的動機和確實做服務對象的需求調查，及原先具備社區工作的良好基礎和專用場地，都影響了據點的成效和永續發展(呂椿偉,2008;郭小燕,2008;李袖芳,2009);社區意識高的據點，較易動員志工，老人活動參與度也較高(吳嫩瑩,2009)，據點的組織架構、組織自主及資源募集與社區關懷據點服務效能之間具有正向的互動關係(陳怡仔,2008)。另外，黃松林與趙善如(2007)發現高雄市的據點以社區發展協會或其他立案的社會團體自行設置者有較高的服務績效，但由宗教組織成立或結合社區醫院的則服務績效較差。

#### 2. 資源運用

經費來源自政府補助的比例高者，服務績效較好(黃松林,2007)，據點普遍面臨最大的問題是資源不足，據點必需開發和結合公部門之外的多樣化資源，以及建立使用者付費機制，才可永續發展。另外，也儘量透過社區照顧關懷據點之間的觀摩交流，可以互相學習改進，讓社區照顧關懷據點的服務更有創新發展(郭小燕,2008;李袖芳,2009;鄭夙芬等,2009，卓春英等,2011)。

### 3. 志工參與

社區組織參與老人社區照顧需要專業性，社區居民與志工有正確的社區照顧觀念，同時也要招募和擁有充足穩定的志工人力，並給予任務分工和訓練，以建立社區照顧的組織規模(陳世明、陳柏宗，2006；郭小燕，2008；呂椿偉,2008；卓春英等，2011)。李袖芳(2009)研究發現桃園縣據點在志工人力運用與管理的表現相較於其他評鑑項目缺點為最多；鄭夙芬等(2009)則提出「落實志工管理」是關係據點永續發展的重要因素，建議：要了解中年女性志工特質，引導其對領導人和據點的認同，並加強訓練。

### 4. 據點負責人之特質

莊秀美(2008)調查全國社區照顧關懷據點的主要負責人，發現以男性居多，集中在 50-59 歲，以高中職畢業佔多數，服務業最多；大部分有接受過相關訓練課程，同時擔任其他社區組織的幹部，從這些的數據顯示當負責人有較高學歷，可預期具備較高的領導基本能力；時間調配的自主性較高，並且對社區事務已有一定程度的經驗，同時，他們對據點抱持肯定的態度，包括：「據點的存在是必要的、確實提供居民需求的服務、發揮照顧弱勢居民的功能、推動居民互助精神、據點是可以永續經營的。另外也有研究發現評鑑優等或實施成效良好的據點至少有一人全心全力投入，並有強烈領導、動機、能力和堅定信念與正確的心態(李袖芳,2009；呂椿偉,2008；郭小燕，2008)。

### 5. 據點經營之困境

目前據點遇到的困難可包括：資源、社工與志工人力不足、經費的拮据、核銷項目的限制與行政程序的繁瑣、課程設計的瓶頸、場地的缺乏、政治因素的干擾及長者的參與動機薄弱等(郭小燕，2008；卓春英等,2011)。在宗教團體投入社區照顧關懷據點服務時，明顯出現志工人力雖足夠，但缺乏團隊力量，宗教慈善性財源充足但專業人力不足，服務人力動機足夠但組織化不足的問題(何華欣、李庭志，2010)。另外，文獻亦指出據點的組織架構、組織自主及資源募集與社區關懷據點服務效能間是具有正向的互動關係(陳怡仔，2008)。也有研究者(郭小燕，2008；李袖芳，2009；鄭夙芬等，2009；卓春英、鄭淑琪，2011)指出對於解決資源不足的問題，據點必需開發和結合公私部門的多元多樣化資源才行。

由以上對據點經營者的研究得知，據點承辦單位的特質和據點本身的條件以及經營者的特質都會影響據點的實施成效，而據點普遍面臨的挑戰主要為經費、資源和人力等困難，因此在據點經營者的問卷設計上，需考量這些相關變項，以了解都市社區照顧關懷據點據點經營單位、主要負責人的特質和自評成效與評鑑結果之相關性。

## 二、服務使用者

### 1. 使用者於據點的使用情形



不同性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、自覺健康狀況、自覺經濟狀況、參與次數、參與時數對老年人參與據點的程度有影響(曾思宜, 2010)。文獻指出, 老人的年齡、身心狀況會影響其使用據點服務的情形, 而服務的內涵則影響老人的參與或滿意度(卓春英, 2010)。

## 2. 自評成效

### (1) 生活滿意度

1. 女性、低教育程度、據點在市郊、具備積極參與態度和良好身心健康狀況的老人的生活滿意度較高(陳珮璇, 2008)。
2. 教育程度、居住狀況、自覺健康狀況、參加關懷據點之頻率及參加關懷據點之態度均影響60歲以上長者的生活滿意度(楊君宜, 2009)
3. 婚姻、自覺健康、居住安排、自覺經濟狀況、參與時數對生活滿意度有影響存在; 參與動機、參與程度與生活滿意度之間均具有中度正相關(曾思宜, 2010)。
4. 健康促進活動滿意度總分、到據點的交通方式是機車、女性、已婚配偶健在等變項對於社區老年人增進生活滿意度較具有解釋力, 其中, 以「健康促進活動滿意度總分」對於生活滿意度影響亦是最顯著(黃勝傑, 2011)。
5. 在社區照顧關懷據點服務的志工反應參與服務能獲得成就感和工作滿足(朱思美, 2006)。

### (2) 生活品質

有參與據點的老人生活品質呈現中上偏高的分數, 老人的性別、退休前職業、婚姻狀況、慢性病數、經濟狀況、社會支持、憂鬱、參與據點項目數、參與健康促進活動、文康活動和接受電話問安的時間和頻率、老人生活品質有顯著相關(王慧伶, 2009)。

### (3) 身心健康與效益

健康促進是一個增加個人能力以達到改善健康的過程(Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, 1986)。健康促進代表一種整體的社會及政策改變過程, 不只針對個人能力的加強, 同時包括改變社會, 環境及經濟等狀況, 以減少這些因素對個人及大眾健康的影響。在健康促進的定義裡, 強調權能增加(Empowerment)指的是人民更能對自己健康作出決定及行動的過程包括: (1)個人的權能增加是指個人的決定與行動能力; (2)社區的權能增加是指整合個人的能力以改變社區中影響健康的因素及提升全體的生活品質。過去文獻指出, 健康促進與預防(Health promotion and prevention)對老年人身心功能的效益良多。例如, 一個針對700多位不同醫療需求者的研究發現, 三個月後其SF-36之生活品質分數均有統計上的顯著意義(Maizes et al., 2009)。

由據點辦理健康促進的相關文獻發現, 據點提供老人就近與在地性的服務, 可滿足其生理和心理需求(郭小燕, 2007)。參加健康促進活動的時間、慢性病數、自覺健康狀況及參加社區關懷據點之態度和憂鬱狀況有關(王慧伶, 2009; 楊君宜, 2009)。黃源協等人(2011)調查全國據點服務使用者, 發現老人參加社區照顧

關懷據點後，在身體自覺功能、家庭和人際網絡關係及就醫次數和頻率，皆有明顯的改善。卓春英、鄭淑琪(2010)則發現服務對象有使用健康促進活動與關懷訪視服務，會有較佳的社會品質感受。可見，據點辦理的健康促進活動，相較之下，是對長者比較具有成效的一項服務，又與WHO自1986年渥太華憲章以來強調健康促進與在地老化的政策目標一致。

#### (4)社會功能

據點辦理的各項活動中，研究發現據點健康促進活動的辦理，可提高老人人際互動的機會(吳嫩瑩，2009)。同時，社區中獨居或僅與配偶同住的老人，有較高的比例與社區關懷據點的志工形成熟識者的網絡關係，據點具有彌補家庭照顧的不足，並提供安全的保護與協助之功能，使老人獲得新的社會支持之功能(陳明宗、陳世明，2009)。另有文獻發現，老人的年齡、健康狀況、教育程度、婚姻狀態、使用據點服務的頻率與老人的社會品質(社會經濟安全、社會凝聚力、社會包容、社會充權)達顯著相關(卓春英，2010)。

#### (5)對據點服務的滿意度

林育瑩(2010)研究發現參加據點服務的老人整體滿意度高，尤其是身體健康狀況較佳的長者滿意度更高。另外，女性、年齡在66至75歲、教育程度高、ADL分數愈高者、IADL評量愈低、參加以社團法人主辦的據點活動、「每週參加4次以上」所獲得健康促進活動滿意度較佳；其中，又以參加以社團法人主辦的據點活動對於健康促進活動滿意度影響最大(黃勝傑，2011)。

由以上對於服務使用者的研究結果可發現，不管是老年人的人口學資料或身心健康狀況皆會影響其使用據點服務的情形和對據點的滿意度、生活品質和社會功能。因此在服務使用者的問卷設計上，將這些變項列入考量，以有助調查探究社區照顧關懷據點服務使用者的特質和自評成效，同時也將針對定期參與健康促進活動長者的健康變化與辦理成效加以追蹤。

### 三、評鑑制度

評鑑是一種行政管理工具，透過有系統、正式的步驟收集相關資料，來測量組織達成目標之成效；也是一種專業性判斷，以檢視團體組織運作之情形，以做為其修正及調整之依據。所以，基本上評鑑資料具有某種程度的效度，能夠真實的反映團體組織運作之情形。因此，評鑑指標必須是具體可觀察、可量化，方可確認及指引服務的方向，趙善如等(2007)就16個高雄市據點的評鑑結果分析，發現評鑑指標的項目中，以計畫執行情形、行政作業配合表現較好；就個別指標：無障礙空間設施、依據志願服務執行事項、服務時間是否讓民眾清楚及老人身心狀況評估問卷填寫，需再加強。李袖芳(2009)則檢視桃園的評鑑指標和實際訪問據點負責人，發現評鑑指標未完全依照服務計畫來訂定，某些評鑑者的主觀意識已經影響評鑑過程和品質，評鑑結果是否可以達到評鑑目的，值得商榷。因此需要有充分的量化和質化的資料，及納入服務提供者和接受服務者的不同面向評估，才能反應完整的成效，進而取得社會責信和公信力。

賴兩陽(2009)認為政府規格化與形式化的績效評估方式，使社區被動因應，對服務品質缺乏有效的控管，也對社區能力有不切實際的期待；評鑑制度忽略考量承辦單位本身限制與發展需求(吳嫩瑩, 2009)。據點的績效指標偏重在服務人次、設置數量及服務對象普及度等，缺乏衡量服務品質之指標，如服務對象滿意度、服務對象身心狀況改進程度，因此應該重視據點服務品質的提升，改善評鑑制度(宋雯鈴, 2009)。卓春英等(2011)另針對大高雄市不同社區照顧關懷據點經營模式且評鑑績優之社區照顧關懷據點主要執行者為對象，進行焦點團體訪談，大部分的負責人對於評估都有相當的期待，希望鼓勵多於指責，盡量給予據點肯定，並依據據點的城鄉差距而有不同的標準，依其特色給予個別的評估及具體建設性的建議。

基於以上文獻回顧與整理，可明顯得知現行的評鑑指標七大項目，並未將據點的服務使用者的評估成效和意見納入評鑑內容之中。另外，根據社區照顧關懷據點的實施策略，是要透過社區組織的力量來支持據點的運作，因此，評鑑指標也應該納入據點經營者的在地觀點。過去在社區照顧關懷據點的研究，較缺少從服務輸送的有效性與管理的角度加以檢視，正如同鄭讚源(1997)所提出的觀點：『服務品質發生在提供服務的過程中，只有提供服務和被服務的人知道服務品質的好壞，外人較難以觀察及評估』。然而，在高齡化社會下不能再以嘗試錯誤的方式來學習而忽略過程中服務使用者的權益，也影響政府在福利資源配置上的效益。如 WHO(2012)的報告強調，我們在思索健康與老化的架構下努力，均必須包含監測和評價(evaluation of efforts to link research to action)。

因此，評鑑工具必需兼顧不同面向的評估，並兼顧引導服務傳遞、資源連結與整合發展的作用，才能具有實質效度以及導引據點發展的助益。因此，本研究將針對主要文獻缺口及實證需求加以探究，期能對初級照護體制中的社區照顧關懷據點運作慣例與評鑑體制，有進一步的模式發展與改善建議，期有助於初級非正式照護網絡功能的提升，達成在地老化的政策目標。

### 叁、資料處理與分析

#### 一、研究問題

基於利害關係人觀點對社區照顧關懷據點服務的意涵，本研究檢視服務使用者自評成效、影響因素以及其與目前評鑑結果的關係。限於篇幅，本文主要檢視下列兩個研究問題：

- (一)、由服務使用者特性、服務使用情形與據點特性，探討社區照顧關懷據點服務使用者自評成效及其相關影響因素
- (二)、探究社區照顧關懷據點服務使用者自評成效與據點評鑑等第之相關性

## 二、研究設計及抽樣

本研究為橫斷性研究，以南部某都市為例採用分層隨機抽樣，另外，基於徵求同意受訪之前提，本研究共完成 36 個社區照顧關懷據點的訪查（29 個優等據點，7 個甲等據點），並以每據點完成至少 10 位使用者問卷為原則，共完成 329 位受訪者訪談。初步檢視問卷填答情形後，刪除 8 位性別、年齡不明與遺漏率超過 50% 的 8 位樣本。接著，針對「使用據點服務後的改變」、「據點服務品質評估」與「據點未來性評估」三個量表進行異常值(outlier)檢測，標準分數 (z) 在 $\pm 4$  範圍以外的為異常值需刪除 (Hair, Black, Babin, et al., 2010)，因此刪除 6 位樣本。由於研究為據點服務使用者，故刪除 1 位無使用據點服務之樣本，最後本研究納入統計分析的樣本有 306 位。而回歸採完整資料法，用 251 為樣本進行分析。以 SPSS for Windows 18.0 統計套裝軟體分析資料，並且以皮爾遜積差相關、卡方檢定及邏輯斯迴歸來考驗各項假設，以.05 作為統計的顯著水準。本章共分二節，第一節為據點經營者部分，第二節為據點使用者部分。

## 肆、研究結果

### 據點經營者部分

#### 一、據點經營者背景分析

本研究調查 36 個社區照顧關懷據點，其中有 29 個優等據點，7 個甲等據點，據點經營者的背景分析顯示，36 個照顧關懷據點的經營者，性別以女性居多 (55.6%)，教育程度依序為大專院校(38.9%)、高中職(25.0%)與國/初中(13.9%)占多數，從事的職業依序為服務業(50.0%)、軍公教(11.1%)、工(5.6%)、家管(5.6%)與其他(5.6%)，其中退休者占 16.7%。

**表 1 據點經營者背景分析**

變項	人數	百分比(%)
性別		
男	16	44.4%
女	20	55.6%
合計	36	100%
教育程度		
國小	3	8.3%
國(初)中	5	13.9%

高中(職)	9	25.0%
大專院校	14	38.9%
研究所以上	4	11.1%
遺漏值	1	2.8%
合計	36	100%
<hr/>		
職業		
軍公教	4	11.1%
工	2	5.6%
商	1	2.8%
服務業	18	50.0%
家管	2	5.6%
退休	6	16.7%
其他	2	5.6%
遺漏值	1	2.8%
合計	36	100%

## 二、據點服務辦理情形

在據點服務辦理部分，設置地點以社區活動中心(27.0%)最多，館室服務部分，以量血壓(100%)、健康促進(97.2%)與看報紙(85.0%)為較多的前三項，其中健康促進活動舉辦頻率以每週 1-2 次(27.8%)最多。其他服務部分，36 個據點皆有關懷訪視和電話問安的服務，高關懷個案轉介占 75.0%；餐飲服務部分，有超過半數照顧據點提供，包含送餐服務(33.3%)及集中用餐(44.4%)。

**表 2 據點服務辦理情形**

變項		次數	百分比(%)
<hr/>			
設置場所			
社區活動中心		27	75.0%
宗教場所		4	11.1%
民宅式住宅		5	13.9%
合計		36	100%
<hr/>			
館室服務			
量血壓	有	36	100%
	無	0	0%
運動器材	有	16	44.4%
	無	20	55.6%
唱歌	有	27	75.0%
	無	9	25.0%
泡茶	有	22	61.1%

看電視	無	14	38.9%
	有	16	44.4%
看報紙	無	20	55.6%
	有	30	83.3%
下棋	無	6	16.7%
	有	15	41.7%
	無	21	58.3%
健康促進活動	有	35	97.2%
	無	1	2.8%
每周 5 次以上		8	22.9%
每周 3-4 次以上		4	11.4%
每周 1-2 次		10	28.6%
每月 2-3 次		6	17.1%
每月 1 次		1	2.9%
不定期辦理		5	14.3%
遺漏值		1	2.9%
關懷訪視	有	36	100 %
	無	0	0%
電話問安	有	36	100%
	無	0	0%
高關懷個案轉介	有	27	75.0%
	無	9	25.0%
餐飲服務	有	21	58.3%
	無	15	41.7%
(1)送餐服務	有	12	33.3%
	無	24	66.7%
(2)集中用餐	有	16	44.4%
	無	20	55.6%

### 三、社區照顧關懷據點的計畫目標評估

據點經營者對社區照顧關懷據點的計畫目標評估，分數越高代表同意程度越高。在目標適切性部分，以「強化社區照顧的能力，如關懷訪視、電話問安等」之平均數 4.18 為最高，目標達成度也以「強化社區照顧的能力，如關懷訪視、電話問安等」之平均數 4.19 為最高。整體來說，「開發非正式的社會資源，如鄰里連結、開發志工人力等」、「強化社區照顧的能力，如關懷訪視、電話問安等」與「提供在地的預防照顧服務，如疾病預防、健康教育等」三項目標均高於量尺中位數 2.5，代表三項目標為照顧據點發展的重要項目外，在實際目標達成度皆高於中位數 2.5。

**表 3 社區照顧關懷據點的計畫目標評估**

題目	目標適切性		目標達成度	
	平均數	標準差	平均數	標準差
1. 社區關懷據點計畫目標一： 開發非正式的社會資源，如鄰里連結、開發志工人力等。	4.00	.59	3.91	.58
2. 社區關懷據點計畫目標二： 強化社區照顧的能力，如關懷訪視、電話問安等。	4.18	.58	4.19	.54
3. 社區關懷據點計畫目標三： 提供在地的預防照顧服務，如疾病預防、健康教育等。	3.97	.71	4.06	.61

#### 四、據點執行狀況與困難

據點執行狀況困難部分，得分愈高代表據點經營越困難。較困難的前三項為「經費核銷程序繁瑣」平均數為 3.77、標準差.91，「政府相關補助不足」平均數 3.40、標準差.91 以及「經費撥付時間延遲」平均數為 3.23、標準差.84，主要與經費來源、核銷有關。相對經營困難度較低的三項為「照管中心未善盡輔導之責」平均數 2.23、標準差.65，「與照管中心溝通有障礙」平均數 2.34、標準差.64，與「社區居民不認同」平均數 2.36、標準差.76，照顧據點與社區居民關係建立執行上較爭取據點經費與核銷容易。

**表 4 據點執行狀況與困難**

題目	平均數	標準差
1. 目標設定過於理想化，與實際執行狀況有落差。	3.14	.77
2. 目標設定不夠具體明確，難以評估成效。	2.86	.85
3. 政府部門缺乏政策整合度。	3.06	.91
4. 現行相關行政體系分歧。	2.91	.98
5. 政府相關補助不足。	3.40	.91
6. 經費撥付時間延遲。	3.23	.84
7. 經費核銷程序繁瑣。	3.77	.91
8. 與照管中心溝通有障礙。	2.34	.64
9. 照管中心未善盡輔導之責。	2.23	.65
10. 與其他社區組織或地方派系合作困難。	2.62	.82

題目	平均數	標準差
11. 無法獲得地方資源支持。	3.00	.87
12. 據點地點和空間條件不佳。	2.60	.98
13. 缺乏專職人力。	3.03	.91
14. 志工管理不易。	2.94	.89
15. 服務和活動宣傳不夠。	2.63	.77
16. 服務對象缺乏使用意願。	3.00	.83
17. 社區居民不認同。	2.36	.76
18. 服務缺乏創新與特色。。	2.61	.80
19. 缺乏永續經營的策略。	2.47	.85

#### 五、據點資源評估

在據點資源評估部分，得分越高代表同意程度越高。整體評估據點與相關資源的連結之平均數為 3.86，高於量尺中位數 2.5。詳細資源評估得分較高的前三項為：(1)『據點與「公部門資源」(如政府單位、衛生所、學校、村里長辦公處等)的合作良好』平均數 3.94、標準差.41；(2)『據點與「非正式資源」(如社區居民、鄰里之間等)的互動頻繁』平均數 3.83、標準差.38；(3)『據點與「非正式資源」(如社區居民、鄰里之間等)的合作良好』平均數 3.83、標準差.45，可見據點資源對口多來自公部門資源與非正式的社區資源為主。

**表 5 據點資源評估**

題目	平均數	標準差
1. 據點與「公部門資源」(如政府單位、衛生所、學校、村里長辦公處等)的 <u>互動頻繁</u> 。	3.75	.65
2. 據點與「公部門資源」(如政府單位、衛生所、學校、村里長辦公處等)的 <u>合作良好</u> 。	3.94	.41
3. 據點與「市場資源」(如社區商家、工廠、社區產業等)的 <u>互動頻繁</u> 。	3.28	.78
4. 據點與「市場資源」(如社區商家、工廠、社區產業等)的 <u>合作良好</u> 。	3.28	.75
5. 據點與「非營利組織資源」(如私人基金會、教會廟宇、其他社區等)的 <u>互動頻繁</u> 。	3.58	.65
6. 據點與「非營利組織資源」(如私人基金會、教會廟宇、其他社區等)的 <u>合作良好</u> 。	3.53	.70



題目	平均數	標準差
7. 據點與「非正式資源」(如社區居民、鄰里之間等)的 <u>互動頻繁</u> 。	3.83	.38
8. 據點與「非正式資源」(如如社區居民、鄰里之間等)的 <u>合作良好</u> 。	3.83	.45
9. 整體而言，本據點與相關資源的連結良好。	3.86	.49

#### 六、據點服務品質與經營管理評估

據點服務品質部分，得分越高代表同意程度越高，整體來說各項得分皆高於量尺中位數 2.5。據點服務品質同意程度較高的前三項為「本據點的服務人員對長者的態度是尊重的」平均數 4.53、標準差.51，「本據點的服務人員可以簡單易懂的語言與長者溝通」平均數 4.36、標準差.59，以及「本據點的服務可以讓長者有適當的管道表達意見」平均數 4.33、標準差.54，可見據點服務提供的良好互動是感受較為良好的部分。

而據點服務品質較低的三項為「本據點的相關設施、設備與器材是夠完善的」平均數 3.35、標準差.77，「本據點設置在交通方便到達的地方」平均數 3.92、標準差.69，而「本據點的服務人員具備服務所需的必要知識與技能」平均數 3.97、標準差.61，以及「本據點的服務符合成本效益」平均數 3.97、標準差.65 並列第三，可見據點服務提供的硬體設施、交通、服務知識技能以及服務成本效益部分需提升。

**表 6 據點服務品質**

題目	平均數	標準差
1.本據點的相關設施、設備與器材是夠完善的。	3.35	.77
2.本據點的環境是安全的。	4.14	.59
3.本據點設置在交通方便到達的地方。	3.92	.69
4.本據點的服務資訊對於服務使用者是公開的。	4.22	.59
5.本據點的服務人員對長者的態度是尊重的。	4.53	.51
6.本據點的服務人員具備服務所需的必要知識與技能。	3.97	.61
7.本據點的服務人員可以掌握服務對象需求，並提供個別化的服務。	3.89	.52
8.本據點的服務人員可以簡單易懂的語言與長者溝通。	4.36	.59
9.本據點的服務可以讓長者有適當的管道表達意見。	4.33	.54
10.本據點的服務可以讓長者選擇其所需求的服務。	4.08	.50

題目	平均數	標準差
11.本據點的服務是以穩定的方式提供服務。	4.19	.47
12.本據點提供不同背景的人公平的使用服務。	4.19	.62
13.本據點的服務是具有持續性的。	4.25	.55
14.本據點的服務符合成本效益。	3.97	.65
15.本據點的服務能達到據點設置的目標。	4.25	.44

據點經營管理評估部分，得分越高代表同意程度越高，整體來說各項得分皆高於量尺中位數 2.5。同意程度較高的前三項為「本據點帳務管理清楚公開」平均數 4.39、標準差.55，「本據點財產設備管理妥善」平均數 4.33、標準差.48，「本據點有良好的執行團隊」平均數 4.25、標準差.60，因此，對於據點的財務透明化以及據點有效的管理運作為管理部分較為滿意的部分。

**表 7 經營管理評估**

題目	平均數	標準差
1. 本據點對目前提供的服務有周延的規劃。	4.14	.35
2. 本據點承辦單位對於據點之經營有長遠性的規劃。	4.17	.45
3. 本據點經常評估服務使用者的需求。	4.11	.47
4. 本據點的領導者對據點有高度的承諾。	4.08	.60
5. 本據點的領導者對據點經營有豐富的經驗。	4.19	.62
6. 本據點有良好的執行團隊。	4.25	.60
7. 本據點組織分工責任明確。	4.19	.58
8. 本據點志工人力運用與管理確實。	4.22	.49
9. 本據點財產設備管理妥善。	4.33	.48
10. 本據點帳務管理清楚公開。	4.39	.55

### 據點服務使用者部分

#### 一、描述性統計

本節呈現社區照顧關懷據點服務使用者的人口學特性、據點服務使用情形與各量表的得分情形。本研究原受試者有 329 位，初步檢視問卷填答情形後，刪除 8 位性別、年齡不明與遺漏率超過 50% 的 8 位樣本。接著，針對「使用據點服務

後的改變」、「據點服務品質評估」與「據點未來性評估」三個量表進行異常值(outlier)檢測，標準分數(z)在 $\pm 4$ 範圍以外的為異常值需刪除(Hair, Black, Babin, et al., 2010)，因此刪除6位樣本。由於研究為據點服務使用者，故刪除1位無使用據點服務之樣本，最後本研究納入統計分析的樣本有306位。

#### (一)據點服務使用者特質

本研究以次數分配表描述受試者(n=306)在人口學變項的分佈情形，詳細結果如表8所示。首先，受試者以女性居多，有215位，佔70.26%，大約有一半使用者年齡介於65歲至74歲之間，整體平均年齡為72.11歲(SD=8.258)；84.3%的受試者教育程度在識字以上；已婚者佔大多數，有60.8%，其次為喪偶，有32.4%；約7成的受試者與家人同住；宗教信仰主要是佛教和道教，分別有43.8%和37.3%；84.6%的受試者已經退休，主要經濟來源以本身的收入、退休金或是依賴子女、配偶提供二種情形佔大多數，分別佔30.2%和38.6%；37.3%的受試者有領取國民年金，22.9%的受試者沒有領取任何救助津貼；44.8%的受試者對經濟現況感到普通，34.0%感到滿意。

身體健康狀況方面，28.8%的受試者健康狀況良好，28.8%的受試者沒有慢性病，其他人至少都罹患1種的慢性病；在日常生活活動功能(ADL)和工具性日常生活活動功能(IADL)二部分，大多數受試者沒有任何困難，分別佔92.2%和74.8%。最後，受試者使用據點的數目以3種以上居多，佔86.0%，受試者以擔任據點志工居多(63.1%)；有7成的使用者同意使用者付費。

**表 8 據點服務使用者之人口學特性(n=306)**

變項		樣本數	百分比
性別	男	91	29.74
	女	215	70.26
年齡	64 歲以下	46	15.03
	65 歲-74 歲	149	48.69
	75 歲-84 歲	89	29.08
	85 歲以上	22	7.19
教育程度	不識字	44	14.38
	自修、私塾或小學識字者	106	34.64
	國(初)中	69	22.55
	高中(職)	44	14.38
	五專	16	5.23
	大學以上	21	6.86
	其他	2	0.65
	遺漏值	4	1.31
婚姻狀況	已婚	186	60.78

	未婚	10	3.27
	分居	2	0.65
	離婚	6	1.96
	喪偶	99	32.35
	其他	2	0.65
	遺漏值	1	0.33
居住情形	獨居	43	14.05
	僅與配偶同住	44	14.38
	與家人同住	216	70.59
	其他	1	0.33
	遺漏值	2	0.65
宗教信仰	佛教	134	43.79
	道教	114	37.25
	基督教	20	6.54
	天主教	6	1.96
	一貫道	5	1.63
	無	17	5.56
	其他	3	0.98
	遺漏值	7	2.29
就業狀況	退休	259	84.64
	未退休	32	10.46
	遺漏值	15	4.9
主要經濟來源	自己工作或營業收入	38	12.42
	自己退休金、撫恤金或保險給付	85	27.78
	利息、租金或投資所得	10	3.27
	子女奉養(含媳婦、女婿)	118	38.56
	配偶或同居人提供	25	8.17
	向他人借貸	1	0.33
	政府救助或津貼	12	3.92
	其他	12	3.92
	遺漏值	5	1.63
領取政府津貼或補助	無	70	22.88
	公教人員退休俸	26	8.5
	中低收入津貼	4	1.31
	低收入戶補助	3	0.98
	老農津貼	17	5.56

	老漁津貼	12	3.92
	身心障礙補助	6	1.96
	國民年金	114	37.25
	榮民院外就養金	6	1.96
	其他	29	9.48
	遺漏值	19	6.21
經濟滿意度	非常不滿意	9	2.94
	不滿意	32	10.46
	普通	137	44.77
	滿意	104	33.99
	非常滿意	17	5.56
	遺漏值	7	2.29
慢性病數目	無	88	28.76
	1 種	95	31.05
	2 種	72	23.53
	3 種以上	24	7.85
	遺漏值	27	8.82
ADL	0 項有困難	282	92.16
	1 項有困難	6	1.96
	2 項以上有困難	15	4.9
	遺漏值	3	0.98
IADL	0 項有困難	229	74.84
	1 項有困難	28	9.15
	2 項以上有困難	37	12.09
	遺漏值	12	3.92
使用據點服務數量	1 種	3	0.98
	2 種	39	12.74
	3 種以上	263	85.95
	遺漏值	1	0.33
擔任據點志工	否	113	36.93
	是	193	63.07
同意使用者付費	非常不同意	5	1.63
	不同意	29	9.48
	普通	33	10.78
	同意	185	60.46
	非常同意	48	15.69
	遺漏值	6	1.96

## (二)據點服務使用頻次與滿意度

本研究調查的據點服務項目中，以館室服務、健康促進活動、關懷訪視、電話問安、中午共餐和送餐服務這 6 種據點提供的服務使用人次最多，表 9 顯示 6 種服務的使用頻率和使用人次。首先，館室服務使用人次為 302 人次，52.0%的受試者每週使用 1 至 2 次館室服務；健康促進活動使用人次為 292 人次，「每月至少 1 次」與「每週 1 至 2 次上」此二種頻率佔最大多數，分別各佔 30.5%和 30.8%；關懷訪視使用人次為 252 人次，46.0%的受試者每月至少一次接受關懷訪視；電話問安使用人次為 245 人次，57.6%的受試者每月至少一次接受電話問安；餐飲服務中據點中午共餐使用人次為 100 人次，送餐服務使用人次 28 人次，「每月至少 1 次」與「每週 1 至 2 次」的頻率最多，分別有 27.0%和 34.0%，至於送餐服務以每週 5 次以上的頻率居多，佔 53.5%。

在服務滿意度方面，由表 10 可知使用者對館室服務、健康促進活動、關懷訪視、電話問安、中午共餐和送餐服務這 6 種據點的滿意度皆集中於「滿意」此程度，百分比分別是 58.3%、61.0%、51.6%、59.2%、58.0%、60.7%。

表 9 據點服務使用頻次(n=306)

服務項目 頻率	館室 服務	健康促 進活動	關懷 訪視	電話 問安	餐飲服務	
					中午共餐	送餐服務
每年至少1次	4(1.3%)	12(4.1%)	10(4.0%)	11(4.5%)	10(10.0%)	0(0%)
每半年至少1次	10(3.3%)	36(12.3%)	37(14.7%)	27(11.0%)	10(10.0%)	1(3.6%)
每月至少1次	61(20.2%)	89(30.5%)	116(46.0%)	141(57.6%)	27(27.0%)	4(14.3%)
每週1-2次	157(52.0%)	90(30.8%)	68(27.0%)	60(24.5%)	34(34.0%)	5(17.9%)
每週3-4次	37(12.3%)	35(12.0%)	5(2.0%)	4(1.6%)	7(7.0%)	1(3.6%)
每週5次以上	23(7.6%)	18(6.2%)	6(2.4%)	0(0%)	10(10.0%)	15(53.6%)
遺漏值	10(3.3%)	12(4.1%)	10(4.0%)	2(.8%)	3(3.0%)	2(7.1%)
總計(人次)	302(100%)	292(100%)	252(100%)	245(100%)	100(100%)	28(100%)

註：百分比計算方式為每一細格的人次除以總人次。

表 10 據點服務使用滿意度(n=306)

服務項目 頻率	館室 服務	健康促 進活動	關懷 訪視	電話 問安	餐飲服務	
					中午共餐	送餐服務
非常不滿意	5 (1.7%)	8(2.7%)	3(1.2%)	4(1.6%)	3(3.0%)	1(3.6%)
不滿意	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
普通	20(6.6%)	19(6.5%)	18(7.1%)	25(10.2%)	8(8.0%)	1(3.6%)
滿意	176(58.3%)	178(61.0%)	130(51.6%)	145(59.2%)	58(58.0%)	17(60.7%)
非常滿意	92(30.5%)	66(22.6%)	81(32.1%)	64(26.1%)	21(21.0%)	8(28.6%)
遺漏值	9(3.0%)	21(7.2%)	20(7.9%)	7(2.9%)	10(10.0%)	1(3.6%)
總計(人次)	302(100%)	292(100%)	252(100%)	245(100%)	100(100%)	28(100%)

註：百分比計算方式為每一細格的人次除以總人次。

### (三)據點服務使用者使用後自評身心社會健康成效

身心社會健康量表共 14 題，各題的遺漏率介於.7%~3.6%，由表 11 可得知據點服務使用者在使用各項服務後，對於身體、心理與社會健康三個層面的自我成效評估，在身體健康面向，平均數為 3.97，高於中間值 3 分，表示受試者認為使用據點服務後，在身體健康方面有良好的改變。在心理健康面向，第 3 題為反向題，分數愈低表示心理健康成效愈好，將第 3 題反向計分後，此分量表的平均數為 4.02，高於中間值 3 分，顯現出使用據點服務對受試者的心理健康有助益。另外，在社會健康成效面向，7 題的平均數為 4.13，高於中間值 3 分，意味著受試者在人際關係方面有良好成長。而整體身心社會健康的總平均為 4.08，顯示使用據點後受試者在身心社會健康有良好成效。

內部一致性信度方面，身體、心理與社會健康成效的 Cronbach's  $\alpha$  分別為.764、.646、.915，除了心理健康成效分量表的信度小於.7 之外，其餘 2 個分量表的信度是良好（吳明隆，2009），而整份量表的 Cronbach's  $\alpha$  則是.907。

表 11 據點服務使用者自評使用後之身心和社會健康成效(n=306)

身體健康成效	平均數 (標準差)	遺漏值 (百分比)
1.使用據點服務後，我覺得自己的健康狀況較好。	4.05(.529)	9(2.9%)
2.使用據點服務後，與同年齡層的人相比，我覺得自己的健康狀況較好。	4.10(.570)	11(3.6%)
3.使用據點服務後，我看病的次數減少了。	3.76(.686)	6(2.0%)
構面平均數=3.97；Cronbach's $\alpha$ =.764		
心理健康成效	平均數 (標準差)	遺漏值 (百分比)
1.使用據點服務後，我感覺精神較好。	4.11(.562)	2(.7%)
2.使用據點服務後，我感覺心情較好。	4.16(.572)	4(1.3%)
3.反向計分-使用據點服務後，我覺得生活很空虛。	4.02(.626)	3(1.0%)
4.使用據點服務後，我覺得我比大部分的人幸福。	3.80(.952)	4(1.3%)
構面平均數=4.02；Cronbach's $\alpha$ =.646		
社會健康成效	平均數 (標準差)	遺漏值 (百分比)
1.使用據點服務後，當我遇到困難，有人會幫忙我。	4.12(.559)	6(2.0%)
2.使用據點服務後，有人會關心我的健康。	4.20(.506)	5(1.6%)
3.使用據點服務後，我與家人的關係較好。	4.07(.561)	5(1.6%)
4.使用據點服務後，我在社區內的人際互動較好。	4.16(.540)	4(1.3%)
5.使用據點服務後，我能接納別人的建議。	4.08(.511)	3(1.0%)

6.使用據點服務後，當身邊的人需要幫忙時，我會幫助他。	4.15(.516)	7(2.3%)
7.使用據點服務後，我較主動關心社區的事情。	4.16(.567)	5(1.6%)
構面平均數=4.13；Cronbach's $\alpha$ =.915		
整份量表總平均數=4.08；Cronbach's $\alpha$ =.907		

註：計分方法為對該題項非常同意：5分；同意：4分；普通：3分；不同意：2分；非常不同意：1分。心理健康成效第3題為反向計分。

#### (四)服務使用者對據點服務品質之評估

據點服務品質量表有 15 題，各題的遺漏率介於.0%~1.6%，表 12 呈現服務使用者評估據點服務品質情況，第 1 題「我覺得據點的相關設施、設備與器材是夠完善的。」與第 14 題「我覺得據點的服務符合成本效益。」分數 3.72 分與 3.96 分，皆不足 4 分，表示受試者認為據點在硬體設施與成本效益尚待加強；而總平均為 4.08，換句話說，受試者對於據點服務品質的評價為中上。內部一致性信度方面，Cronbach's  $\alpha$  為.936，顯示據點服務品質量表有良好的信度。

**表12 據點服務使用者自評據點服務品質(n=306)**

據點服務品質	平均數 (標準差)	遺漏值 (百分比)
1.我覺得據點的相關設施、設備與器材是夠完善的。	3.72(.659)	4(1.3%)
2.我覺得據點的環境是安全的。	4.10(.560)	5(1.6%)
3.我覺得據點設置在交通方便到達的地方。	4.11(.573)	4(1.3%)
4.我覺得據點的服務資訊對於服務使用者是公開的。	4.09(.523)	0(.0%)
5.我覺得據點的服務人員對我的服務態度是尊重的。	4.22(.526)	1(.3%)
6.我覺得據點的服務人員具備服務所需的必要知識與技能。	4.05(.535)	1(.3%)
7.我覺得據點的服務人員可以掌握我的需求，並提供個別化的服務。	4.04(.576)	1(.3%)
8.我覺得據點的服務人員可以用簡單易懂的語言與我溝通。	4.18(.528)	0(.0%)
9.我覺得據點的服務可以讓我有適當的管道表達意見。	4.10(.512)	0(.0%)
10.我覺得據點的服務可以讓我選擇我所需服務。	4.02(.498)	2(.7%)
11.我覺得據點的服務是以穩定的方式提供服務。	4.15(.500)	1(.3%)
12.我覺得據點提供不同背景的人公平的使用服務。	4.13(.529)	1(.3%)
13.我覺得據點的服務是具有持續性的。	4.20(.527)	1(.3%)
14.我覺得據點的服務符合成本效益。	3.96(.579)	2(.7%)
15.我覺得據點的服務能達到據點設置的目標。	4.14(.536)	1(.3%)



構面平均數=4.08； Cronbach's  $\alpha$ =.936

註：計分方法為對該題項非常同意：5分；同意：4分；普通：3分；不同意：2分；非常不同意：1分。

#### (五)服務使用者對據點未來性之評估

據點未來性評估量表共 5 題，各題的遺漏率介於.7% ~ 2.0%，表 13 呈現服務使用者評估據點未來性情況，5 題的平均數為 4.14，高於中間值 3 分，顯示受試者看好據點的未來發展性。內部一致性信度方面，Cronbach's  $\alpha$  為.862，顯示據點未來性量表有良好的信度。

**表13 據點服務使用者自評據點未來性 (n=306)**

據點未來性	平均數 (標準差)	遺漏值 (百分比)
1.我願意繼續使用據點的服務。	4.23(.527)	2(.7%)
2.我認為據點的服務應該繼續推動。	4.26(.519)	1(.3%)
3.我認為據點的服務應該於全國各地推廣。	4.20(.527)	1(.3%)
4.我樂於推薦朋友來使用據點的服務。	4.19(.512)	2(.7%)
5.若未來服務費用需要部分自行負擔，我仍願意繼續使用據點的服務	3.81(.883)	6(2.0%)
構面平均數=4.14； Cronbach's $\alpha$ 為.862		

註：計分方法為對該題項非常同意：5分；同意：4分；普通：3分；不同意：2分；非常不同意：1分。

## 二、推論統計

本研究以卡方檢定和獨立樣本 t 檢定考驗服務使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身心社會健康成效、據點服務品質以及未來性評估之相關性，並且以邏輯斯迴歸找出影響身心社會健康成效、據點服務品質、未來性評估之可能因素，本研究顯著水準( $\alpha$ )設定為.05。

### (一)相關性分析

#### 1.使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身心社會健康成效之相關性

相關性分析是以原始資料來進行分析，由於每個變項的遺漏個數不同，因此兩兩變項之間用來分析的樣本數也不盡相同，卡方檢定結果如表 14 所示。由表 14 可知，服務使用者特質中，慢性病有無、ADL 與身體健康成效有顯著相關，經濟滿意度、ADL 與心理健康成效有顯著相關，宗教信仰、ADL、IADL 與社會健康成效有顯著相關。進一步說明，沒有慢性病者身體健康成效顯著高於有慢性病者，統計值分別為  $\chi^2=3.983$  ( $p < .05$ )；ADL 正常者其身體、心理、社會健康成效顯著高於 ADL 失能者，統計值分別為  $\chi^2=5.845$  ( $p < .05$ ) 和  $\chi^2=5.410$  ( $p < .05$ )，Fisher 精確檢定  $p < .05$ ；滿意經濟狀況的使用者其心理健康成效較好，統計值分別為  $\chi^2=10.829$  ( $p = .001$ )；最後，信仰佛教的服務使用者在社會健康的成效顯著高於其他信仰， $\chi^2=13.613$  ( $p < .01$ )。

在服務使用情形方面，擔任志工、使用者付費與身體健康成效有顯著相關，中午共餐與心理健康成效有顯著相關，擔任志工、使用者付費與社會健康成效有顯著相關，共餐服務、使用者付費、擔任志工與整體身心社會健康有顯著相關。也就是說，擔任志工者在身體、社會健康與整體身心社會健康成效顯著高於未擔任志工者， $\chi^2=17.470$  ( $p < .001$ )、 $\chi^2=6.676$  ( $p < .05$ )和  $\chi^2=5.682$  ( $p < .05$ )；同意使用者付費其身體、社會健康和整體身心社會健康成效皆顯著較高， $\chi^2=10.777$  ( $p = .001$ )、 $\chi^2=9.171$  ( $p < .01$ )、 $\chi^2=22.092$  ( $p < .001$ )；參加中午共餐者在心理與整體身心社會健康成效顯著高於沒有共餐者， $\chi^2=7.616$  ( $p < .01$ )、 $\chi^2=5.787$  ( $p < .05$ )。

表 14 服務使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身心社會健康成效之相關性分析(n=306)

	身體健康成效						心理健康成效						
	<4 分			≥4 分			<4 分			≥4 分			
	變項	個數	百分比	個數	百分比	χ <sup>2</sup> 或 t	樣本數	個數	百分比	個數	百分比	χ <sup>2</sup> 或 t	
服務使用者特質	性別	男	31	35.2%	57	64.8%	1.090	n=300	33	36.7%	57	63.3%	2.721
	(n=291)	女	59	29.1%	144	70.9%	(p=.296)		57	27.1%	153	72.9%	(p=.099)
	年齡		71.67	8.037	73.28	8.749	-1.537	n=300	72.20	8.462	72.26	7.548	-.049
	(n=291)					(p=.125)						(p=.961)	
	教育程度	不識字	13	30.2%	30	69.8%	1.599	n=296	13	31.0%	29	69.0%	.827
	(n=287)	識字	35	34.7%	66	65.3%	(p=.660)		29	27.4%	77	72.6%	(p=.843)
		國中	16	25.4%	47	74.6%			22	32.8%	45	67.2%	
		高中(職)以上	24	30.0%	56	70.0%			22	27.2%	59	72.8%	
	婚姻狀況	有偶	50	27.9%	129	72.1%	1.671	n=299	59	32.1%	125	67.9%	1.210
	(n=290)	無偶	39	35.1%	72	64.9%	(p=.196)		30	26.1%	85	73.9%	(p=.271)
居住情形	獨居與其他	14	35.0%	26	65.0%	1.756	n=298	13	32.5%	27	67.5%	.697	
(n=289)					(p=.416)						(p=.706)		
	僅與配偶同住	10	22.7%	34	77.3%			15	34.1%	29	65.9%		
	與家人住	65	31.7%	140	68.3%			61	28.5%	153	71.5%		
宗教信仰	佛教	41	32.0%	87	68.0%	3.969	n=293	34	26.2%	96	73.8%	4.601	

	(n=284)	道教	32	29.6%	76	70.4%	(p=.265)		37	32.7%	76	67.3%	(p=.203)
		基督教和其他	12	38.7%	19	61.3%			12	36.4%	19	63.6%	
		無	2	11.8%	15	88.2%			2	11.8%	34	88.2%	
	就業狀況	已退休	77	31.2%	170	68.8%	27.02	n=286	79	31.0%	176	69.0%	.049
	(n=277)	未退休	5	16.7%	25	83.3%	(p=.100)		9	29.0%	22	71.0%	(p=.824)
	主要經濟來源	自己	39	31.5%	85	68.5%	.135	n=296	39	30.0%	91	70.0%	.437
	(n=287)	家人	41	29.5%	98	70.5%	(p=.935)		43	30.5%	98	69.5%	(p=.804)
		政府和其他	7	29.2%	17	70.8%			6	24.0%	19	76.0%	
	政府救助津貼	無	25	37.9%	41	62.1%	3.046	n=281	25	37.3%	42	62.7%	7.842
	(n=272)	老農津貼	3	20.0%	12	80.0%	(p=.385)		3	20.0%	12	80.0%	(p=.049)
		國民年金	30	27.5%	79	72.5%			25	22.1%	88	77.9%	
		公教人員退休俸	27	32.9%	55	67.1%			32	37.2%	54	62.8%	
	經濟滿意	不滿意	59	35.1%	109	64.9%	2.374	n=293	65	37.8%	107	62.2%	10.829**
	(n=285)	滿意	31	26.5%	86	73.5%	(p=.123)		24	19.8%	97	80.2%	(p=.001)
													Cramer's V 值=.192
	慢性病數目	無	18	22.0%	65	78.0%	3.983*	n=290	30	35.3%	55	64.7%	1.833
							(p=.046)						(p=.176)

服務使用情形	(n=282)	有	68	34.0%	132	66.0%	$\phi$ 值= -.119		56	27.3%	149	72.7%	
	ADL (n=288)	正常	78	29.1%	190	70.9%	5.845*	n=297	78	28.3%	198	71.7%	5.410*
	(n=288)	1 項以上有困難	11	55.0%	9	45.0%	(p=.016)		11	52.4%	10	47.6%	(p=.020)
							$\phi$ 值= -.143						$\phi$ 值= -.135
	IADL (n=279)	正常	65	29.7%	154	70.3%	1.633	n=288	65	29.0%	159	71.0%	.678
	(n=279)	1 項以上有困難	23	38.3%	37	61.7%	(p=.201)		22	34.4%	42	65.6%	(p=.410)
	使用服務數量 (n=290)	2 種以下	10	24.4%	31	75.6%	.891	n=299	12	28.6%	30	71.4%	.033
	(n=290)	3 種以上	79	31.7%	170	68.3%	(p=.345)		77	30.0%	180	70.0%	(p=.855)
	擔任志工 (n=291)	否	50	45.5%	60	54.5%	17.470***	n=300	40	35.7%	72	64.3%	2.779
	(n=291)	是	40	22.1%	141	77.9%	(p=.000)		50	26.6%	138	73.4%	(p=.095)
服務使用情形	館室服務 (n=291)	未使用	1	20.0%	4	80.0%	Fisher 精確檢定	n=300	3	60.0%	2	40.0%	Fisher 精確檢定
		有使用	89	31.1%	197	68.8%	(p=.508)		87	29.5%	208	69.3%	(p=.970)
	健促活動 (n=291)	未使用	4	28.6%	10	71.4%	Fisher 精確檢定	n=300	7	50.0%	7	50.0%	Fisher 精確檢定
		有使用	86	31.1 %	191	68.9%	(p=.554)		83	29.0%	203	71.0%	(p=.097)
	關懷訪視	未使用	12	22.6%	41	77.4%	2.083	n=300	15	27.8%	39	72.2%	.155

	(n=291)	有使用	78	32.8%	160	67.2%	(p=.149)		75	30.5%	171	69.5%	(p=.694)
	電話問安	未使用	17	28.8%	42	71.2%	.123	n=299	18	30.0%	42	70.0%	.002
	(n=290)	有使用	72	31.2%	159	68.8%	(p=.726)		71	29.7%	168	70.3%	(p=.965)
	中午共餐	未使用	63	32.1%	133	67.9 %	.415	n=300	50	24.9%	151	75.1%	7.616**
	(n=291)	有使用	27	28.4%	68	71.6%	(p=.520)		40	40.4%	59	59.6%	(p=.006)
	φ 值=-.159												
	送餐服務	未使用	83	31.3%	182	68.7%	.214	n=300	79	29.0%	193	71.0%	1.268
	(n=291)	有使用	7	26.9%	19	73.1%	(p=.643)		11	39.3%	17	60.7%	(p=.260)
	使用者付	不同意	32	47.8%	35	52.2%	10.777**	n=294	24	36.4%	42	63.6%	1.679
	費						(p=.001)						(p=.195)
	(n=286)	同意	58	26.5%	161	73.5%	φ 值=.194		64	28.1%	164	71.9%	

註：

1. 年齡為連續變項，使用獨立樣本 t 檢定，數值呈現平均數與標準差，其餘變項均為類別變項，使用卡方檢定。
2. 當期望次數小於 5 的細格數超過全部細格數的 20%，改以費雪精確檢定(Fisher exact test)結果取代，採單尾檢定。
3. \* 表示  $p < .05$ ，\*\* 表示  $p < .01$ ，\*\*\* 表示  $p < .001$ 。
4. 2x2 列聯表與 3x2 列聯表的關聯強度分別為  $\phi$  係數和 Cramer's V 係數，前者介於 -1~1 之間，後者介於 0-1 之間，數值愈大表示變項間關聯程度愈高。

表 14(續) 服務使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身心社會健康成效之相關性分析(n=306)

	社會健康成效							身心社會健康整體成效					
	<4 分				≥4 分			<4 分				≥4 分	
變項		個數	百分比	個數	百分比	$\chi^2$ 或 t	樣本數	個數	百分比	個數	百分比	$\chi^2$ 或 t	
服務使用者特質	性別	男	20	22.7%	68	77.3%	.416	n=289	41	46.6%	47	53.4%	3.274
	(n=289)	女	39	19.4%	162	80.6%	(p=.519)		71	35.3%	130	64.7%	(p=.070)
	年齡		71.82	8.170	72.63	7.386	.688	n=289	72.11	8.138	71.79	7.835	.323
	(n=289)					(p=.492)						(p=.747)	
	教育程度	不識字	12	28.6%	30	71.4%	5.139	n=285	16	38.1%	26	61.9%	2.187
	(n=285)	識字	12	13.3%	85	86.7%	(p=.112)		33	33.7%	65	66.3%	(p=.535)
		國中	13	19.7%	53	80.3%			24	36.4%	42	63.6%	
		高中(職)以上	18	22.8%	61	77.2%			35	44.3%	44	55.7%	
	婚姻狀況	有偶	38	21.3%	141	78.8%	.160	n=288	72	40.2%	107	59.8%	0.565
	(n=288)	無偶	21	19.3%	88	80.7%	(p=.688)		39	35.8%	70	64.2%	(p=.452)
居住情形	獨居與其他	10	26.3%	28	73.7%	1.059	n=287	17	44.7%	21	55.3%	2.016	
(n=287)	僅與配偶同住	9	20.5%	35	79.5%	(p=.589)		20	45.5%	24	54.5%	(p=.365)	
	與家人同住	39	19.0%	166	81.0%			74	36.1%	131	63.9%		
宗教信仰	佛教	19	15.2%	106	84.8%	13.613**	n=282	42	33.6%	83	66.4%	4.729	
(n=282)	道教	23	20.7%	88	79.3%	(p=.004)		47	42.3%	64	57.7%	(p=.193)	

	基督教和其他		13	44.8%	16	55.2%	<b>Cramer's V 值=.220</b>	14	48.3%	15	51.7%	
	無		2	11.8%	15	88.2%		4	23.5%	13	76.5%	
	就業狀況 (n=276)	已退休	52	21.3%	192	78.7%	.558 n=276 (p=.455)	94	38.5%	150	61.5%	.013 (p=.911)
		未退休	5	15.6%	27	84.4%		12	37.5%	20	62.5%	
	主要經濟 來源 (n=285)	自己	24	18.9%	103	81.1%	1.131 n=285 (p=.568)	46	36.2%	81	63.8%	1.177 (p=.555)
		家人	28	21.1%	105	78.9%		55	41.4%	78	58.6%	
		政府和其他	3	12.0%	22	88.0%		8	32.0%	17	68.0%	
	政府救助 津貼 (n=270)	無	16	25.8%	46	74.9%	1.734 n=270 (p=.629)	27	43.6%	35	56.4%	3.457 (p=.326)
		老農津貼	2	12.5%	14	87.5%		5	31.3%	11	68.7%	
		國民年金	22	19.8%	89	80.2%		38	34.2%	73	65.8%	
		公教人員退休俸	16	19.8%	65	80.2%		37	45.7%	44	54.3%	
	經濟滿意 度 (n=282)	不滿意	36	21.6%	131	78.4%	.245 n=282 (p=.620)	74	44.3%	93	55.7%	3.612 (p=.057)
		滿意	22	19.1%	93	80.9%		38	33.0%	77	67.0%	
	慢性病數 (n=279)	無	14	17.1%	68	82.9%	.511 n=279 (p=.475)	29	35.4%	53	64.6%	0.547 (p=.459)
		有	41	20.8%	156	79.2%		79	40.1%	118	59.9%	
	ADL (n=286)	正常	50	18.7%	217	81.3%	<b>Fisher 精 準檢定 (p=.002)</b>	99	37.1%	168	62.9%	5.08 (p=.024)
		1 項以上有困難	8	42.1%	11	57.9%		12	63.2%	7	36.8%	



	IADL (n=277)	正常 1 項以上有 困難	39 19	18.2% 30.2%	175 44	81.8% 69.8%	4.188* (p=.040) φ 值=-.123	n=277	79 29	36.9% 46.0%	135 34	63.1% 54.0%	1.700 (p=.192)
服務使用情形	使用服務 數量 (n=288)	2 種以下 3 種以上	6 52	15.8% 20.8%	32 198	81.2% 79.2%	.515 (p=.473)	n=288	14 97	36.8% 38.8%	24 153	63.2% 61.2%	.053 (p=.817)
	擔任志工 (n=289)	否 是	30 29	28.0% 15.9%	77 153	72.0% 84.1%	6.076* (p=.014) φ 值=.145	n=289	51 61	47.7% 33.5%	56 121	52.3% 66.5%	5.682* (p=.017) φ 值 =.140
	館室服務 (n=289)	未使用 有使用	1 58	25.0% 20.4%	3 227	75.0% 79.6%	Fisher 精 確檢定 (p=.814)	n=280	2 110	50.0% 38.6%	2 175	50.0% 61.4%	Fisher 精 確檢定 (p=.837)
	健促活動 (n=289)	未使用 有使用	1 58	7.8% 21.0%	12 218	92.3% 79.0%	Fisher 精 確檢定 (p=.216)	n=289	6 106	46.2% 38.4%	7 170	53.8% 61.6%	.314 (p=.575)
	關懷訪視 (n=289)	未使用 有使用	8 51	16.0% 21.3%	42 188	84.0% 78.7%	.725 (p=.394)	n=289	18 94	36.0% 39.3%	32 145	64.0% 60.7%	.193 (p=.660)
	電話問安 (n=288)	未使用 有使用	10 48	17.9% 20.7%	46 184	82.4% 79.3%	.225 (p=.635)	n=288	23 88	41.1% 37.9%	33 144	58.9% 62.1%	.188 (p=.665)
	中午共餐	未使用	36	18.8%	156	81.2%	.976	n=289	65	33.9%	127	66.1%	5.787*

	(n=289)	有使用	23	23.7%	74	76.3%	(p=.323)	47	48.5%	50	51.5%	(p=.016)	
												φ 值	
												=-.142	
	送餐服務	未使用	54	20.6%	208	79.4%	.066	n=289	98	37.4%	164	62.6%	2.153
	(n=289)	有使用	5	18.5%	22	81.5%	(p=.797)	14	51.9%	13	48.2%	(p=.142)	
	使用者付	不同意	22	34.4%	42	65.6%	9.171**	n=283	41	64.1%	23	35.9%	22.092***
	費						(p=.003)					(p=.000)	
	(n=283)	同意	37	16.9%	182	83.1%	φ 值=.120	69	31.5%	150	68.5%	φ 值	
												=.279	

註：

1. 年齡為連續變項，使用獨立樣本 t 檢定，數值呈現平均數與標準差，其餘變項均為類別變項，使用卡方檢定。
2. 當期望次數小於 5 的細格數超過全部細格數的 20%，改以費雪精確檢定(Fisher exact test)結果取代，採單尾檢定。
3. \* 表示  $p < .05$ ，\*\* 表示  $p < .01$ ，\*\*\* 表示  $p < .001$ 。
4. 2x2 列聯表與 3x2 列聯表的關聯強度分別為 φ 係數和 Cramer's V 係數，前者介於 -1~1 之間，後者介於 0-1 之間，數值愈大表示變項間關聯程度愈高。

## 2.服務使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與據點服務品質、未來性評估之相關性

表 15 呈服務使用者特質、服務使用情形與據點服務品質、未來性評估之卡方檢定結果，在服務使用者特質方面，宗教信仰、經濟滿意度與據點服務品質有顯著相關；經濟滿意度與據點未來性有顯著相關。也就是說，信仰佛教的服務使用者評估據點服務品質顯著高於其他信仰， $\chi^2=10.536$  ( $p <.01$ )；滿意經濟狀況者評估據點服務品質與據點未來性顯著高於普通和不滿意， $\chi^2=4.154$  ( $p <.05$ )、 $\chi^2=16.117$  ( $p <.001$ )。

在服務使用情形部分，擔任志工與據點未來性有顯著相關；使用者付費與據點服務品質、據點未來性評估有顯著相關。換句話說，擔任志工者評估據點未來性顯著較高， $\chi^2=6.890$  ( $p <.01$ )；而同意使用者付費者，其評估據點服務品質和據點未來性皆顯著高於不同意付費， $\chi^2=19.481$  ( $p <.001$ )、 $\chi^2=5251.259$  ( $p <.001$ )。

表 15 服務使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與據點服務品質、未來性評估之相關性分析(n=306)

	據點服務品質							據點未來性					
變項	<4 分				≥4 分			<4 分				≥4 分	
			個數	百分比	個數	百分比	$\chi^2$ 或 t	樣本數	個數	百分比	個數	百分比	$\chi^2$ 或 t
服務使用者特質	性別	男	33	37.1%	56	62.9%	.263	n=296	17	19.1%	72	80.9%	.477
	(n=295)	女	70	34.0%	136	66.0%	(p=.608)		47	22.7%	160	77.3%	(p=.490)
	年齡		72.47	8.323	71.51	8.147	.983	n=296	71.76	8.260	74.03	8.173	-1.949
	(n=295)					(p=.326)						(p=.052)	
	教育程度	不識字	13	29.6%	31	70.4%	1.538	n=293	15	34.1%	29	65.9%	5.667
	(n=291)	識字	33	32.7%	68	67.3%	(p=.674)		20	19.6%	82	80.4%	(p=.129)
		國中	22	33.9%	43	66.1%			12	17.7%	56	88.3%	
		高中(職)以上	32	39.5%	49	60.5%			14	17.7%	65	82.3%	
	婚姻狀況	有偶	63	35.2%	116	64.8%	.005	n=295	39	21.6%	142	78.4%	.006
	(n=294)	無偶	40	34.8%	75	65.2%	(p=.842)		25	21.9%	89	78.1%	(p=.938)
居住情形	獨居與其他	16	37.2%	27	62.8%	.133	n=294	10	23.8%	32	76.2%	.317	
(n=293)					(p=.936)						(p=.853)		
	僅與配偶同住	15	34.9%	28	65.1%			10	23.3%	33	76.7%		
	與家人同住	71	34.3%	136	65.7%			43	20.6%	166	79.4%		
宗教信仰	佛教	37	28.5%	93	71.5%	10.536*	n=289	28	21.5%	102	78.5%	2.654	

	(n=289)	道教	43	39.1%	67	60.9%	(p=.015)	21	18.9%	90	81.1%	(p=.448)	
		基督教和其他	18	56.3%	14	43.7%	Cramer's V	8	25.8%	23	74.2%		
		無	4	23.5%	13	76.5%	值=.191	6	35.3%	11	64.7%		
	就業狀況 (n=281)	已退休	90	36.1%	159	63.9%	2.554	n=282	57	22.7%	194	77.3%	.697
		未退休	7	21.9%	25	78.1%	(p=.110)		5	16.1%	26	83.9%	(p=.404)
	主要經濟 來源 (n=291)	自己	41	32.0%	87	68.0%	1.168	n=291	25	19.2%	105	80.8%	.938
		家人	52	37.4%	87	62.6%	(p=.557)		33	24.1%	104	75.9%	(p=.626)
		政府和其他	7	29.2%	17	70.8%			5	20.8%	19	79.2%	
	政府救助 津貼 (n=277)	無	30	46.2%	35	53.8%	5.142	n=278	9	13.6%	57	86.4%	5.564
		老農津貼	4	25.0%	12	75.0%	(p=.162)		3	17.7%	14	82.3%	(p=.135)
		國民年金	34	30.9%	76	69.1%			25	22.7%	85	77.3%	
		公教人員 退休俸	33	38.4%	53	61.6%			25	29.4%	60	70.6%	
經濟滿意 度 (n=288)	不滿意	68	40.2%	101	59.8%	4.154*	n=289	52	30.2%	120	69.8%	16.117***	
	滿意	34	28.6%	85	71.4%	(p=.042)		12	10.3%	105	89.7%	(p=.000)	
						φ 值=.120						φ 值=.236	
慢性病數 目	無	34	41.0%	49	59.0%	2.163	n=286	17	19.8%	69	80.2%	.366	
	有	65	31.9%	139	68.1%	(p=.141)		46	23.0%	80	77.0%	(p=.545)	

	(n=287)												
	ADL (n=294)	正常 1 項以上有 困難	94 8	34.4% 38.1%	179 13	65.6% 61.9%	.1155 (p=.734)	n=294	58 6	21.2% 30.0%	216 14	78.8% 70.0%	Fisher 精 確檢 定(p=.252)
	IADL (n=284)	正常 1 項以上有 困難	77 24	34.4% 40.0%	147 36	65.6% 60.0%	.653 (p=.419)	n=285	49 14	22.3% 21.5%	171 51	77.7% 78.5%	.016 (p=.900)
服務 使用 情形	使用服務 數量 (n=294)	2 種以下 3 種以上	14 88	35.0% 34.7%	26 166	65.0% 65.3%	.0019 (p=.965)	n=295	8 56	20.5% 21.9%	31 200	79.5% 78.1%	.037 (p=.848)
	加入志工 (n=295)	否 是	38 65	34.6% 35.1%	72 120	65.4% 64.9%	.011 (p=.918)	n=296	33 31	29.7% 16.8%	78 154	70.3% 83.2%	6.890** (p=.008) φ 值=.153
	館室服務 (n=295)	未使用 有使用	2 101	40.0% 34.8%	3 189	60.0% 65.2%	Fisher 精確檢 定(p=.768)	n=296	1 63	20.0% 21.7%	4 228	80.0% 78.3%	Fisher 精 確檢 定(p=.704)
	健促活動 (n=295)	未使用 有使用	3 100	21.4% 35.6%	11 181	78.6% 64.4%	Fisher 精確檢 定(p=.216)	n=296	2 62	14.3% 22.0%	12 220	85.7% 78.0%	Fisher 精 確檢 定(p=.384)
	關懷訪視 (n=295)	未使用 有使用	17 86	32.7% 35.4%	35 157	67.3% 64.6%	.137 (p=.711)	n=296	9 55	18.0% 22.4%	41 191	82.0% 77.6%	.466 (p=.495)

	電話問安 (n=294)	未使用	24	41.4%	34	28.6%	1.425	n=295	10	18.5%	44	81.5%	.393
		有使用	78	33.1%	158	48.9%	(p=.233) $\phi$ 值 =.164		54	22.4%	187	77.6%	(p=.531)
	中午共餐 (n=295)	未使用	64	32.3%	134	67.7%	1.780	n=296	45	22.8%	152	77.2%	.518
		有使用	39	40.2%	58	59.8%	(p=.182)		19	19.2%	80	80.8%	(p=.472)
	送餐服務 (n=295)	未使用	93	34.7%	175	65.3%	.059	n=296	62	23.1%	206	76.9%	Fisher 精
		有使用	10	37.0%	17	63.0%	(p=.808)		2	7.1%	26	92.9%	確檢 (p=.051)
	使用者付 費 (n=290)	不同意	38	57.6%	28	42.4%	19.481***	n=296	61	92.4%	5	7.6%	251.259***
		同意	63	28.1%	161	71.9%	(p=.000) $\phi$ 值=.259		3	1.3%	227	98.7%	(p=.000) $\phi$ 值=.921

註：

1. 年齡為連續變項，使用獨立樣本 t 檢定，數值呈現平均數與標準差，其餘變項均為類別變項，使用卡方檢定。
2. 當期望次數小於 5 的細格數超過全部細格數的 20%，改以費雪精確檢定(Fisher exact test)結果取代，採單尾檢定。
3. \* 表示  $p < .05$ ，\*\* 表示  $p < .01$ ，\*\*\* 表示  $p < .001$ 。
4. 2x2 列聯表與 3x2 列聯表的關聯強度分別為  $\phi$  係數和 Cramer's V 係數，前者介於 -1~1 之間，後者介於 0-1 之間，數值愈大表示變項間關聯程度愈高。

## (二)邏輯斯迴歸分析

此部分採用完整資料分析法(complete case analysis)進行邏輯斯迴歸分析，樣本為 251 位，目的是了解哪些變項真正影響受試者的身體、心理、社會及身心社會健康整體成效，還有據點服務品質評估與據點未來性評估六個依變項。以人口與經濟變項（性別、年齡、經濟滿意度）、健康狀況（慢性病、ADL 失能與 IADL 失能）、是否擔任志工、同意使用者付費以及各項服務使用情形（包括館室服務、健康促進活動、關懷訪視、電話問安及餐飲服務）等變項使用強制輸入執行迴歸分析（據點服務品質之迴歸分析因為教育程度與經濟滿意有顯著相關，故未納入教育程度變項）。表 16 至 21 為預測 9 個依變項的結果。

### 1. 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身體健康成效之關係

身體健康成效方面，擔任志工與使用者付費有顯著預測力。「同意」使用者付費其身體健康成效是「不同意組」的 2.858 倍 ( $p < .01$ )，「有」擔任志工作者其身體健康成效則是「沒有」擔任志工作者的 2.324 倍 ( $p < .05$ )。

整體模式顯著性考驗的  $\chi^2 = 34.938$  ( $p < .01$ )，Hosmer- Lemeshow 檢定值為 3.658 ( $p > .05$ )，表示此迴歸模式適配度非常理想。就關聯強度係數而言，Nagelkerke 關聯強度指標值為 .189，顯示迴歸模式可以解釋身體健康成效總變異量的 18.9%。

**表 16 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身體健康成效之邏輯斯迴歸分析(n=251)**

變項	類別	B	S.E.	Wald	df	p 值	OR
<b>控制變項</b>							
性別	男 vs 女	-.177	.341	.270	1	.603	.838
年齡		-.001	.021	.001	1	.980	.999
經濟滿意度	滿意 vs 不滿意	-.057	.331	.030	1	.863	.944
慢性病	有 vs 無	-.557	.360	2.401	1	.121	.573
ADL 失能	有 vs 無	-.832	.573	2.106	1	.147	.435
IADL 失能	有 vs 無	-.429	.372	1.336	1	.248	.651
<b>預測變項</b>							
擔任志工	有 vs 無	.844	.333	6.427	1	<b>.011</b>	2.324
使用者付費	同意 vs 不同意	1.050	.350	9.009	1	<b>.003</b>	2.858
館室服務	有 vs 無	.820	1.292	.403	1	.526	2.271
健促活動	有 vs 無	-.787	.769	1.048	1	.306	.455
關懷訪視	有 vs 無	-.812	.596	1.857	1	.173	.444
電話問安	有 vs 無	.603	.551	1.198	1	.274	1.828
中午共餐	有 vs 無	.004	.355	.000	1	.991	1.004
送餐服務	有 vs 無	-.213	.598	.126	1	.722	.808



常數	.448	2.065	.047	1	.828	1.564
整體模式檢定	$\chi^2=34.938^{**}$					
整體適配度檢定	Hosmer- Lemeshow 檢定值=3.658 (n.s.)					
關聯強度	Nagelkerke $R^2=.189$					

註：

1. 身體健康成效<4 分為無成效， $\geq 4$  分為有成效，並以<4 分為參照組。
2. \*表示  $p < .05$ ，\*\*表示  $p < .01$ ，\*\*\*表示  $p < .001$ 。

## 2. 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與心理健康成效之關係

結果如表 17 所示，經濟滿意度、中午共餐能顯著預測心理健康成效，「滿意」自己經濟狀況者心理健康成效為「不滿意」者的 2.108 倍 ( $p < .05$ )；「沒有」參加中午共餐者其心理健康成效是「有」參加中午共餐者的 0.370 倍 ( $p < .01$ )。

整體模式顯著性考驗的  $\chi^2 = 32.942$  ( $p < .01$ )，Hosmer- Lemeshow 檢定值為 4.517 ( $p > .05$ )，表示此迴歸模式適配度非常理想。就關聯強度係數而言，Nagelkerke 關聯強度指標值為.181，顯示迴歸模式可以解釋心理健康成效總變異量的 18.1%。

表 17 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與心理健康成效之邏輯斯迴歸分析(n=251)

變項	類別	B	S.E.	Wald	df	p 值	OR
<b>控制變項</b>							
性別	男 vs 女	-.490	.340	2.078	1	.149	.613
年齡		.013	.021	.381	1	.537	1.013
經濟滿意度	滿意 vs 不滿意	.746	.345	4.679	1	<b>.031</b>	2.108
慢性病	有 vs 無	.336	.338	.984	1	.321	1.399
ADL 失能	有 vs 無	-.769	.545	1.991	1	.158	.463
IADL 失能	有 vs 無	-.209	.382	.299	1	.585	.811
<b>預測變項</b>							
擔任志工	有 vs 無	.079	.349	.051	1	.822	1.082
使用者付費	同意 vs 不同意	.525	.356	2.175	1	.140	1.691
館室服務	有 vs 無	1.331	1.325	1.010	1	.315	3.786
健促活動	有 vs 無	1.248	.689	3.278	1	.070	3.484
關懷訪視	有 vs 無	-.013	.575	.001	1	.982	.987
電話問安	有 vs 無	-.163	.548	.089	1	.766	.849
中午共餐	有 vs 無	-.994	.345	8.296	1	<b>.004</b>	.370
送餐服務	有 vs 無	-.386	.533	.524	1	.469	.680
常數		-2.611	2.123	1.514	1	.219	.073
整體模式檢定	$\chi^2=32.942^{**}$						

整體適配度檢定	Hosmer- Lemeshow 檢定值=4.517 (n.s.)
關聯強度	Nagelkerke R <sup>2</sup> =.181

註：

- 1.心理健康成效<4 分為無成效， $\geq 4$  分為有成效，並以<4 分為參照組。
- 2.\*表示  $p < .05$ ，\*\*表示  $p < .01$ ，\*\*\*表示  $p < .001$ 。

### 3.使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與社會健康成效之關係

如表 18 所示，ADL 失能、IADL 失能、擔任志工、評鑑等第、使用者付費能顯著預測社會健康成效。「同意」使用者付費其社會健康成效是「不同意組」的 3.672 倍 ( $p < .01$ )。

整體模式顯著性考驗的  $\chi^2 = 31.139$  ( $p < .01$ )，Hosmer- Lemeshow 檢定值為 17.385 ( $p > .05$ )，表示此迴歸模式適配度非常理想。就關聯強度係數而言，Nagelkerke 關聯強度指標值為.198，顯示迴歸模式可以解釋社會健康成效總變異量的 19.8%。

表 18 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與社會健康成效之邏輯斯迴歸分析(n=251)

變項	類別	B	S.E.	Wald	df	p 值	OR
<b>控制變項</b>							
性別	男 vs 女	-.066	.414	.026	1	.873	.936
年齡		.000	.025	.000	1	.996	1.000
經濟滿意度	滿意 vs 不滿意	-.547	.411	1.776	1	.183	.579
慢性病	有 vs 無	-.458	.437	1.098	1	.295	.632
ADL 失能	有 vs 無	-1.104	.604	3.336	1	.068	.332
IADL 失能	有 vs 無	-.780	.423	3.403	1	.065	.458
<b>預測變項</b>							
擔任志工	有 vs 無	.725	.412	3.099	1	.078	2.064
使用者付費	同意 vs 不同意	1.301	.412	9.963	1	<b>.002</b>	3.672
館室服務	有 vs 無	2.128	1.405	2.296	1	.130	8.402
健促活動	有 vs 無	-1.318	1.121	1.383	1	.240	.268
關懷訪視	有 vs 無	-.473	.699	.457	1	.499	.623
電話問安	有 vs 無	.710	.650	1.192	1	.275	2.034
中午共餐	有 vs 無	-.631	.412	2.351	1	.125	.532
送餐服務	有 vs 無	.190	.684	.077	1	.782	1.209
常數		.369	2.442	.023	1	.880	1.447
整體模式檢定				$\chi^2 = 31.139^{**}$			
整體適配度檢定				Hosmer- Lemeshow 檢定值=17.385 (n.s.)			
關聯強度				Nagelkerke R <sup>2</sup> =.198			

註：

1. 社會健康成效 <4 分為無成效， $\geq 4$  分為有成效，並以 <4 分為參照組。

2. \* 表示  $p < .05$ ，\*\* 表示  $p < .01$ ，\*\*\* 表示  $p < .001$ 。

#### 4. 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身心社會健康成效之關係

如表 19 所示，中午共餐、使用者付費能顯著預測身心社會健康成效。「沒有」參加中午共餐者其心理健康成效是「有」參加中午共餐者的 0.514 倍 ( $p < .05$ )，「同意」使用者付費其身心社會健康成效是「不同意組」的 4.027 倍 ( $p < .001$ )。

整體模式顯著性考驗的  $\chi^2 = 44.817$  ( $p < .001$ )，Hosmer- Lemeshow 檢定值為 10.620 ( $p > .05$ )，表示此迴歸模式適配度非常理想。就關聯強度係數而言，Nagelkerke 關聯強度指標值為 .226，顯示迴歸模式可以解釋身心社會健康成效總變異量的 22.6%。

表 19 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與身心社會健康成效之邏輯斯迴歸分析(n=251)

變項	類別	B	S.E.	Wald	df	p 值	OR
<b>控制變項</b>							
性別	男 vs 女	-.525	.329	2.551	1	.110	.592
年齡		.033	.021	2.597	1	.107	1.034
經濟滿意度	滿意 vs 不滿意	.228	.312	.537	1	.464	1.257
慢性病	有 vs 無	-.203	.327	.387	1	.534	.816
ADL 失能	有 vs 無	-.823	.580	2.014	1	.156	.439
IADL 失能	有 vs 無	-.519	.358	2.104	1	.147	.595
<b>預測變項</b>							
擔任志工	有 vs 無	.395	.326	1.469	1	.225	1.485
使用者付費	同意 vs 不同意	1.393	.347	16.103	1	<b>.000</b>	4.027
館室服務	有 vs 無	1.132	1.287	.775	1	.379	3.103
健促活動	有 vs 無	.390	.698	.312	1	.577	1.477
關懷訪視	有 vs 無	-.360	.545	.438	1	.508	.697
電話問安	有 vs 無	.322	.526	.376	1	.540	1.380
中午共餐	有 vs 無	-.665	.336	3.919	1	<b>.048</b>	.514
送餐服務	有 vs 無	-.912	.570	2.567	1	.109	.402
常數		-4.038	2.047	3.891	1	.049	.018
整體模式檢定				$\chi^2 = 44.817^{***}$			
整體適配度檢定				Hosmer- Lemeshow 檢定值=10.620 (n.s.)			
關聯強度				Nagelkerke $R^2 = .226$			

註：

1 身心社會健康成效 <4 分為無成效， $\geq 4$  分為有成效，並以 <4 分為參照組。

2. \* 表示  $p < .05$ ，\*\* 表示  $p < .01$ ，\*\*\* 表示  $p < .001$ 。

#### 5.使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與據點服務品質之關係

如表 20 所示，使用者付費能顯著預測據點服務品質。「同意」使用者付費其評估據點服務品質是「不同意」的 4.299 倍 ( $p < .001$ )。換句換說，非常同意使用者付費的受試者評估據點服務品質顯著較好。

整體模式顯著性考驗的  $\chi^2 = 32.80$  ( $p < .01$ )，Hosmer- Lemeshow 檢定值為 8.518 ( $p > .05$ )，表示此迴歸模式適配度非常理想。就關聯強度係數而言，Nagelkerke 關聯強度指標值為 .174，顯示迴歸模式可以解釋據點服務品質總變異量的 17.4%。

**表 20 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與據點服務品質之邏輯斯迴歸分析(n=251)**

變項	類別	B	S.E.	Wald	df	p 值	OR
<b>控制變項</b>							
性別	男 vs 女	-.126	.335	.142	1	.707	.881
年齡		.014	.020	.450	1	.502	1.014
經濟滿意度	滿意 vs 不滿意	.068	.318	.045	1	.832	1.070
慢性病	有 vs 無	.193	.321	.362	1	.547	1.213
ADL 失能	有 vs 無	-.708	.566	1.562	1	.211	.493
IADL 失能	有 vs 無	-.430	.360	1.424	1	.233	.650
<b>預測變項</b>							
擔任志工	有 vs 無	-.230	.336	.468	1	.494	.794
使用者付費	同意 vs 不同意	1.458	.344	17.969	1	<b>.000</b>	4.299
館室服務	有 vs 無	1.797	1.379	1.698	1	.193	6.033
健促活動	有 vs 無	-.569	.803	.502	1	.479	.566
關懷訪視	有 vs 無	-1.072	.600	3.197	1	.074	.342
電話問安	有 vs 無	1.011	.544	3.450	1	.063	2.749
中午共餐	有 vs 無	-.544	.335	2.647	1	.104	.580
送餐服務	有 vs 無	.205	.548	.140	1	.708	1.228
常數		-2.173	2.067	1.105	1	.293	.114
整體模式檢定				$\chi^2 = 32.820^{**}$			
整體適配度檢定				Hosmer- Lemeshow 檢定值=8.518 (n.s.)			
關聯強度				Nagelkerke $R^2 = .174$			

註：

1. 據點服務品質 <4 分為無品質， $\geq 4$  分為有品質，並以 <4 分為參照組。

2. \* 表示  $p < .05$ ，\*\* 表示  $p < .01$ ，\*\*\* 表示  $p < .001$ 。

#### 6.使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與據點未來性之關係

如表 21 所示，慢性病與使用者付費能顯著預測據點未來性，「沒有」慢性病患者其評估據點未來性是「有」慢性病者的 0.089 倍 ( $p < .05$ )；「同意」使用者付費其評估據點未來性是「不同意」的 4286.708 倍 ( $p < .001$ )。

整體模式顯著性考驗的  $\chi^2 = 219.171$  ( $p < .001$ )，Hosmer- Lemeshow 檢定值為 8.696 ( $p > .05$ )，表示此迴歸模式適配度非常理想。就關聯強度係數而言，Nagelkerke 關聯強度指標值為 .886，顯示迴歸模式可以解釋據點未來性總變異量的 88.6%。

**表 21 使用者特質、服務使用情形、據點評鑑等第與據點未來性之邏輯斯迴歸分析(n=251)**

變項	類別	B	S.E.	Wald	df	p 值	OR
<b>控制變項</b>							
性別	男 vs 女	-.180	.934	.037	1	.847	.835
年齡		.075	.064	1.349	1	.246	1.077
經濟滿意度	滿意 vs 不滿意	1.217	1.059	1.321	1	.250	3.378
慢性病	有 vs 無	-2.421	1.168	4.297	1	<b>.038</b>	.089
ADL 失能	有 vs 無	-2.613	1.316	3.944	1	.047	.073
IADL 失能	有 vs 無	.375	1.140	.108	1	.742	1.455
<b>預測變項</b>							
擔任志工	有 vs 無	-.831	1.065	.609	1	.435	.436
使用者付費	同意 vs 不同意	8.363	1.417	34.835	1	<b>.000</b>	4286.708
館室服務	有 vs 無	.847	2.789	.092	1	.761	2.333
健促活動	有 vs 無	-1.062	2.476	.184	1	.668	.346
關懷訪視	有 vs 無	-.608	2.250	.073	1	.787	.545
電話問安	有 vs 無	-.269	2.190	.015	1	.902	.764
中午共餐	有 vs 無	-.399	.956	.174	1	.677	.671
送餐服務	有 vs 無	2.900	1.634	3.151	1	.076	18.173
常數		-5.758	5.862	.965	1	.326	.003
整體模式檢定				$\chi^2 = 219.171^{***}$			
整體適配度檢定				Hosmer- Lemeshow 檢定值=8.696 (n.s.)			
關聯強度				Nagelkerke $R^2 = .886$			

註：

1. 據點未來性 <4 分為無未來性， $\geq 4$  分為有未來性，並以 <4 分為參照組。

2. \* 表示  $p < .05$ ，\*\* 表示  $p < .01$ ，\*\*\* 表示  $p < .001$ 。

### (三)小結

將上述 6 個邏輯斯迴歸的結果，彙整成表 22，由表中可得知邏輯斯迴歸模型解釋力介於 18.1%~88.6%之間。自變項的個別預測力如下，使用者付費皆能

正向預測 5 個依變項，當受試者愈同意使用者付費，其身體、社會和身心社會健康整體成效愈佳，並且評估據點服務品質和據點未來性會愈高。至於其他變項的預測情形則是：控制變項中，經濟滿意度能正向預測心理健康成效，受試者對經濟狀況滿意者，其心理健康成效較佳；有慢性病可以負向預測據點未來性，無慢性病者評估據點未來性較高。預測變項中，擔任志工能正向預測使用者之身體健康成效，有擔任志工者使用者之身體健康成效較高；最後，比較特別的是，接受中午共餐者心理、身心社會健康成效卻相對較差，此為本研究需要深入探討的問題。

表 22 邏輯斯迴歸分析彙整表

自變項 \ 依變項	身體健康成效	心理健康成效	社會健康成效	身心社會健康成效	據點服務品質	據點未來性
<b>控制變項</b>						
性別	-	-	-	-	-	-
年齡	-	-	-	-	-	-
經濟滿意度	-	+	-	-	-	-
慢性病	-	-	-	-	-	+
ADL 失能	-	-	-	-	-	-
IADL 失能	-	-	-	-	-	-
<b>預測變項</b>						
擔任志工	+	-	-	-	-	-
使用者付費	+	-	+	+	+	+
館室服務	-	-	-	-	-	-
健促活動	-	-	-	-	-	-
關懷訪視	-	-	-	-	-	-
電話問安	-	-	-	-	-	-
中午共餐	-	+	-	+	-	-
送餐服務	-	-	-	-	-	-
<b>模型解釋力</b>	18.9%	18.1%	19.8%	22.4%	38.5%	88.6%

註：+表示自變項能顯著預測依變項，-表示自變項未能顯著預測依變項。

## 伍、討論

### 一、據點經營者方面

本研究調查 36 個社區照顧關懷據點，其中有 29 個優等據點，7 個甲等據點，二種等第抽樣的數目不一致是受限於同意受訪之現實的因素。研究結果顯示據點經營者多為女性，教育程度以大專院校為主，多從事服務業。經營者的性別、教育程度與陳珮璇(2008)、莊秀美(2008)研究結果不一致，可能與本次調查據點之所在地在大台南市區(原台南市)有關聯。另外，據點設置多在社區活動中心，據點提供服務多以健康促進及關懷訪視為主。在經營目標評估方面，經營者自評以「強化社區照顧的能力」為據點首要目標，且達成程度最高。在執行困難面向，據點執行困難主要來自經費不足等相關程序，與黃松林(2007)研究結果雷同；而目前據點多依賴政府撥款補助與社區本身的資源。在據點服務品質自評方面，以社區居民互動部分較佳；而據點的硬體部分包含設備、交通便利性，以及據點服務人員的知識與技能較欠佳，另外，據點運作成本效益一項經營者亦自評欠佳，可能與政府補助經費與社區內部可用資源受限有關。最後，在據點經營管理評估方面，經營者自評據點帳務透明化、設備妥善管理與運作良好的團隊為據點管理較佳的部分。

### 二、據點使用者方面

本研究調查 306 位社區照顧關懷據點使用者中，以女性居多，年齡集中於 65 至 74 歲之間，大多數皆已退休(84.6%)；不識字的人數僅佔 14.4%，遠低於內政部 2009 年調查 65 歲以上老人不識字的 62.14%比例(內政部，2011)，可能是與在都市受教育的機會較高有關；婚姻狀態以已婚居多(60.8%)，喪偶比例有 32.4%，低於內政部 2009 年調查 37.64%的喪偶比例(內政部，2011)；大約有 7 成的使用者與家人同住，表示大多數使用者在日常生活有家人照顧和陪伴；超過 9 成的使用者有宗教信仰，其中以信仰佛教和道教居多；在經濟滿意度方面，對經濟狀況感到非常不滿意、不滿意與普通的使用者佔 58.2%，顯示有一半以上的使用者認為自身的經濟狀況不夠好。在身體健康方面，大部分使用者都有慢性病(62.4%)，不過大部分使用者在日常生活活動功能(ADL)和工具性日常生活活動功能(IADL)都沒有困難，分別佔 92.2%和 74.8%。

在據點的服務使用情形方面，86.0%的使用者至少使用 3 種以上的服務，使用人次最多的前三種服務分別是館室服務、健康促進活動和關懷訪視，使用者大部分滿意這些服務。此外，有 63.1%的人擔任據點志工，表示他們不但踴躍使用據點提供的服務之外，也樂於加入志工的行列，幫助其他需要幫助的人，顯現社

區照顧關懷據點在經營上可說是成功的並贏得社區老人的認同與支持。不過這樣的結果或許與本次調查對象大部分是評鑑優等的據點有關，社區關懷據點能獲得優等的殊榮除了意味著經營者提供優良的服務之外，同時也表示社區老人是認同與支持據點的存在與功能，進而願意投入其中。

另外，針對使用者付費原則的調查，有 7 成的使用者表示若未來服務費用需要部分自行負擔，仍願意繼續使用據點服務。由此可知，原台南市社區老人普遍具備使用者付費的觀念，對於社區照顧關懷據點的續辦有極大的助益。

本研究發現使用者認為使用據點服務後在身體、心理、社會健康和身心社會健康整體上皆有良好的成效，與黃源協、劉素珍、莊俐昕等人(2012)的研究結果一致。尤其是在社會功能方面的成效更高，因為據點能夠提供社區老人聚會的場所，能夠互相關心、陪伴和交換訊息等。因此，對於都市地區的老人而言，社區照顧關懷據點扮演著相當重要的社會功能。此外，這些使用者普遍覺得據點的服務品質是優良的，也非常看好據點的未來性。

有關影響服務使用者自評成效的可能因素部分，經濟滿意度能正向預測心理健康成效，當使用者對自身經濟狀況滿意者，其心理健康成效較佳。此結果與吳淑菁(2013)的研究一致，因為良好的經濟狀況可以減少個人生活上的壓力和心理負擔。在使用者的健康狀況方面，有慢性病會負向預測據點未來性，換句話說，沒有慢性病之健康者評估據點未來性較高，因為使用者的身體狀態如果比較健康時，他們會比較願意也比較能夠參與關懷據點的活動。

在使用服務的情形方面，本研究結果卻發現接受中午服務者心理、身心社會健康成效卻相對較差，與黃玉琴(2012)的研究結果相反，可能是因為在本研究中接受送餐者與未接受送餐者的人數相差懸殊，才會得出這樣的統計結果，研究者認為不宜大膽推論據點送餐服務會導致使用者較差的身心社會健康狀況。

最後，有關使用者付費的議題，本研究發現使用者付費能正向預測使用者的身體、社會、身心社會健康成效，以及正向預測據點服務品質和據點未來性，此與柯涵儀(2014)的研究結果類似。使用者願意付費表示對據點有認同感和參與感，使用者付費有如此強的預測力背後的原因或許是因為據點提供的服務對他們的身體、心理各層面有幫助，連帶使得他們願意負擔費用繼續使用服務以滿足身心社會健康方面的需求，這是一種互為因果的關係。

## 陸、結論

本研究受限於科技部經費核定，研究樣本鎖定在原台南市地區。在研究設計上，在研究結果的彙整上，清楚發現在使用者的健康狀況方面，有慢性病會負向預測據點未來性；使用者的是否擔任方面，有擔任志工會正向預測身體健康成效；在使用者特質上使用者付費對於身心健康成效與據點品質、未來性的影響。由此可



知，這些因素俾利於社區照顧關懷據點續辦的重要啟示，期待有所助益。

## 柒、參考文獻

- 內政部(2008)。建立社區照顧關懷據點輔導計畫。臺北市：行政院。
- 衛生福利部(2015)。社會福利統計年報。2015年10月10日，取自：  
[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=4194](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4194)
- 內政部社會司(2010)。老人福利與政策。臺北市：內政部。
- 內政部統計處(2011)。民國98年老人狀況調查結果摘要分析。2011年12月10日，  
取自：<http://www.moi.gov.tw/stat/survey.aspx>。
- 王雲東、鄧志松(2009)。我國長期照護服務需求評估。臺北市：行政院經濟建設委員會。
- 王榮德(2010)。流行病學方法論。臺北市：健康文化事業股份有限公司。
- 王慧伶(2008)。社區照顧關懷據點服務與老人生活品質之相關性研究—以高雄市為例(未出版之碩士論文)。南投縣國立暨南國際大學。
- 司徒達賢(2000)。非營利組織的經營管理。臺北市：天下。
- 池祥麟(2009)。非營利組織與企業的互動關係，載於蕭新煌、官有垣、陸宛蘋(主編)，非營利部門：組織與運作，臺北市：巨流
- 行政院(2005)。建立社區照顧關懷據點實施計畫。臺北市：行政院。
- 行政院經建會(2008)。中華民國臺灣97年至145年人口推計報告。臺北市：行政院經建會。
- 行政院衛生署(2008)。衛生統計系列(4)全民健康保險醫療統計，95年度全民健康保險醫療統計年報。2013年6月5日，取自：<http://www.doh.gov.tw>。
- 何華欣、李庭志(2010)，宗教團體投入社區照顧關懷據點之研究。靜宜人文社會學報，4(2)，187-212。
- 吳肖琪等(2009)。長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估。臺北市：行政院經濟建設委員會。
- 吳明隆(2009)。SPSS 操作與應用：問卷統計分析實務(二版)。五南，台北。
- 吳明儒、呂朝賢、陳昭榮(2008)。社會能力指標與地理資訊系統(DIS)應用之研究：以臺南市社區發展協會為例，全國社區培力成果發表及經驗交流研討會。嘉義縣中正大學。
- 吳淑菁(2013)。台灣中老年人心理健康影響因素之研究(未出版之碩士論文)。國立屏東教育大學。
- 呂椿偉(2008)。臺北縣市政府執行「建立社區照顧關懷據點實施計畫」治理模式之研究(未出版之碩士論文)。臺北市國立臺灣大學。

- 呂維胤(2006)。在地養老－臺南縣村里關懷中心模式：一個政策行銷的觀點(未出版之碩士論文)。嘉義縣國立中正大學。
- 呂寶靜(1998)。我國推動福利社區化的省思：從英國照顧政策出發，臺灣社會福利發展過去、現在、未來學術研討會。臺北市國立臺灣大學。
- 呂寶靜(2001)。老人照顧-老人、家庭、正式服務。臺北市：五南。
- 宋雯鈴(2009)。臺灣社會福利社區化政策探討-以臺中縣社區照顧關懷據點為例(未出版之碩士論文)。臺中市逢甲大學公共政策研究所。
- 李袖芳(2009)。政府及參與者對委外福利方案之績效評估結果及問題探討-以桃園縣社區照顧關懷據點評鑑為例(未出版之碩士論文)。嘉義縣私立南華大學。
- 卓春英、鄭淑琪(2010)。高雄市社區照顧關懷據點老人參與服務現況－以社會品質觀點。社會發展研究學刊，7，29-58。
- 卓春英、鄭淑琪(2011)。大高雄社區照顧關懷據點服務模式與服務效能提升之探究，社區照顧與社區工作學術與實務研討會。私立嘉南藥理科技大學。
- 周月清(1998)。身心障礙者福利與社會工作-理論、實務與研究。臺北市：五南。
- 林育瑩(2010)。新竹縣社區照顧關懷據點服務的供需差異與滿意度之研究(未出版之碩士論文)。臺北市私立實踐大學。
- 林勝義(1998)。福利社區化的概念與策略，載於社會福利社區化文獻。臺北市：臺灣師範大學。
- 林萬億(2010)。社會福利。臺北市：五南。
- 邱瑜瑾(2009)。非營利組織與社會服務，載於蕭新煌、官有垣、陸宛蘋(主編)非營利部門：組織與運作。臺北市：巨流。
- 柯涵儀(2014)。社區照顧關懷據點成效與評鑑結果之相關性探討—以原台南縣為例(未出版之碩士論文)。國立成功大學。
- 張慈芸(2010)。高齡者生活適應與在地老化影響因子關聯性研究-以臺南市社區照顧關懷據點為例(未出版之碩士論文)。國立成功大學。
- 莊秀美、趙碧華、賴兩陽(2008年12月)。台灣社區照顧關懷據點服務現況分析，以家庭、社區為基礎的福利社會建構與社區福利專業人才培育-台灣、日本的比較研究國際研討會，臺北市私立東吳大學。
- 郭小燕(2008)。社區照顧關懷據點形成過程分析：以桃園縣蘆竹鄉為例(未出版之碩士論文)。桃園市私立元智大學。
- 郭登聰(2011)。對社區照顧關懷據點做為社區照顧的功能及定位的再思考：面對問題的因應及對策。社區照顧與社區工作學術研討會，2011年4月22日，嘉南藥理科技大學。
- 陳世明、陳柏宗(2006)。社區組織參與老人照顧之研究：以臺南市長榮社區為例。社會政策與社會工作學刊，10(1)，49-110。
- 陳怡杼(2008)。社區組織之社會資本與服務效能-以民國九十五年臺中縣社區關懷據點為例，2008年年會暨新世紀社會保險制度的建構與創新：跨時變遷與跨國比較國際學術研討會。

- 陳明珍(2005)。從資源網絡連結看社區照顧網之建構—以臺南縣村里關懷中心實施運作為例。**社區發展季刊**，110，476-491。
- 陳珮璇(2008)。高齡者社區照顧關懷據點參與態度與生活滿意度關係之研究—以高雄縣為例(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學。
- 陳美鈴(1997)。臺灣推動社區照顧之回顧。**福利社會雙月刊**，61，31-36。
- 陳燕禎(2007)。老人福利理論與實務:本土的觀點。臺北市：雙葉。
- 曾明月、徐亞瑛(2007)。衰弱老人整合性照護模式介紹。**長期照護雜誌**，11(3)，227-235。
- 曾思宜(2010)。老人社區參與行為與生活滿意度之研究-以桃園縣社區照顧關懷據點為例(未出版之碩士論文)。桃園市私立元智大學。
- 黃玉琴(2012)。送餐服務與老人身心健康之相關研究--以台北市某協會為例(未出版之碩士論文)。慈濟大學。
- 黃松林(2007)。如何建立社區照顧關懷據點-理念與實務。南投縣：內政部社會福利工作人員研習中心。
- 黃松林、趙善如(2007)。社區照顧關懷據點模式之研究-以高雄市為例。**台灣健康照顧研究學刊**，2，61-63。
- 黃勝傑(2011)。影響臺中市老年人參加社區照顧關懷據點狀況及生活滿意度之探討(未出版之碩士論文)。台中縣私立亞洲大學。
- 黃源協(2001)。社會福利民營化：發展脈絡、實踐省思與新出路。南投縣：內政部社會福利工作人員研習中心。
- 黃源協(2001)。臺灣社區照顧的實施與衝擊-福利多元主義的觀點。**臺大社工學刊**，5，53-101。
- 黃源協、劉素珍、莊俐昕、林信廷(2010)。社區社會資本與社區發展關聯性之研究。**公共行政學報**，34，29-75。
- 黃源協、劉素珍、莊俐昕、陳怡雯、陳叡玄(2012)。邁向整合性之老人照顧服務社區畫的永續經營，內政部補助研究案。
- 黃源協、蕭文高(2010)。社區工作。臺北市：國立空中大學。
- 黃肇新、黃彥宜、謝祿宜、蘇金蟬、鄭維瑄(2005)。台南縣村里關懷中心實施成效研究計畫結案報告書。長榮大學社會工作系執行，台南縣政府委託研究。
- 楊君宜(2009)。參加社區照顧關懷據點老人生活滿意度和憂鬱及相關因子之探討(未出版之碩士論文)。臺北市國立臺北護理學院。
- 萬育維(1998)。福利社區化之理論與原則，載於社會福利社區化論文集。臺北市：社區營造學會。
- 臺南市政府照顧服務管理中心(2013)。據點統計。2013年4月13日，取自<http://ltc.tainan.gov.tw/branchmap.asp>。
- 趙守博(1986)。建立社區福利服務體系的想法與作法。**社區發展季刊**，35，44-48。
- 趙珍妮(2006)。高齡化社會社區照顧的困境與現況探討-以臺南縣村里關懷中心的運作為例。**社區發展季刊**，114，281-298。

- 趙善如、蕭誠佑、黃松林、江玉娟、郭惠怡、陳素華、馮秀玉(2007)。社區照顧關懷據點經營管理績效評估研究-以高雄市為例。*社區發展季刊*，117，186-217。
- 衛生福利部統計處(2013)。*社會福利統計月報*。臺北市：衛生福利部。
- 鄭夙芬、林雅琪、洪曉婷、葉雅玲、謝文中、鄭期緯(2009)。高雄市社區照顧關懷據點永續發展可能性之探討。*社區發展季刊*，126，254-27。
- 鄭讚源(1995)。福利機構組織績效之分析。*社會福利雙月刊*，120，35-42。
- 鄭讚源(1997)。既競爭又合作、既依賴又自主：社會福利民營化過程中政府與民間非營利組織之角色與定位。*社區發展季刊*，80，79-88。
- 蕭文高(2007)。*臺灣社區工作的政策典範與治理－社區照顧關懷據點的省思*(未出版之博士論文)。國立暨南國際大學，南投縣。
- 賴兩陽(2007年8月)。*臺灣社區照顧關懷據點的實施現況與成效分析*。2007年兩岸四地研討會「社區工作與建構和諧社會」論文集。澳門街坊會聯合總會。
- 賴兩陽(2009)。*社區工作與社會福利化*。臺北市：洪葉文化。
- 謝美娥(1993)。*老人長期照護的相關論題*。臺北市：桂冠。
- 羅秀華、黃琳惠(2009)。*臺北都會的社區關懷據點－社區、宗教與專業力的結合與實踐*。臺北市：松慧有限公司。
- 羅國英、張紉(譯)(2007)。*Program Evaluation 6/E方案評估*(原作者：C. Posavac)。臺北市：雙葉。
- 蘇煥智(2005)。*關懷滿人間－縣長序*。臺南縣政府。
- 蘇麗瓊、黃雅玲(2005)。老人福利政策再出發——推動在地老化政策。*社區發展季刊*，110，5-13。
- 顧忠華(2009)。非營利組織與社區和社會改革。載於蕭新煌、官有垣、陸宛蘋(主編)，*非營利部門：組織與運作*。臺北市：巨流
- Bowling, A. (2005). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales* (3 ed.). Buckingham: Open University.
- Custers, T., Hurley, J., Klazinga, N. S., & Brown, A. D. (2008). Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Serv Res*, 8, 66.
- DOH(1989). *Caring for people-Community Care in the Next Decade and Beyond*. London: HMSO.
- Fernandez-Olano, C., Hidalgo, J. D., Cerda-Diaz, R., Requena-Gallego, M., Sanchez-Castano, C., Urbistondo-Cascales, L., et al. (2006). Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy*, 75(2), 131-139.
- Goins, R. T., & Hobbs, G. (2001). Distribution and utilization of home- and

- community-based long-term care services for the elderly in North Carolina. *J Aging Soc Policy*, 12(3), 23-42.
- Hair Joseph F. JR., Black Willian C., Babin Barry J, Anderson Rolph E. (2010). *Multivariate data analysis (7<sup>th</sup> ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hirth, R. A., Turenne, M. N., Wheeler, J. R., Pan, Q., Ma, Y., & Messana, J. M. (2009). Provider monitoring and pay-for-performance when multiple providers affect outcomes: An application to renal dialysis. *Health Serv Res*, 44(5 Pt 1), 1585-1602.
- Kane, R.L. (2006). Satisfaction with Care (Chap.7), In *Understanding Health Care Outcome Research* (2<sup>nd</sup> ed.). USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Kruka,ME. and Freedman, LP. (2008), Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*, 85, 263–276.
- Ku, L.J., Li-Fan Liu, Wen, M.J. (2013), Trends and determinants of informal and formal caregiving in the community for disabled elderly people in Taiwan. *Archieve of Gerontology and Geriatrics*, 56(2), 370-376.
- Liu L.F., Wen M. J. (2010), A longitudinal evaluation of residents' health outcomes in nursing homes and residential care homes in Taiwan, *Quality of Life Research*, 19(7), 1007-1018.
- Liu L.F., Tian, W.H., Yao, H.P. (2012), Utilization of health care services by elderly people with National Health Insurance in Taiwan: the heterogeneous health profile approach. *Health Policy*, 108(2-3), 246–255.
- Maizes et al. (2009). Integrative Medicine and Patient-Centered Care. *Explore*, 5, 277-289.
- Sanubol, M. (2005). Reliability of six outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the relationships of organizational, patient and nurse characteristics to these outcomes, Ph.D.: 292 p.
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2008). Determinants of self-rated health items with different points of reference: implications for health measurement of older adults. *J Aging Health*, 20(6), 739-761.
- Spencer, S. M., Schulz, R., Rooks, R. N., Albert, S. M., Thorpe, R. J., Jr., Brenes, G. A., et al. (2009). Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the health, aging, and body composition study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 64(1), 87-94.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, 13, 16-23.
- Trend, P., Kaye, J., Gage, H., Owen, C., & Wade, D. (2002). Short-term effectiveness of intensive multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease and their carers. *Clin Rehabil*, 16(7), 717-725.

WHO (2012). *Knowledge Translation Framework for Ageing and Health*. World Health Organization.

WHO (2013). *Aging and Life Course*. World Health Organization.