

國立臺灣大學醫學院職能治療學系

碩士論文

Department of Occupational Therapy

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

社區失能者使用居家復健之相關因素探討：以台北縣為例

Factors Related to the Utilization of Home-Based
Rehabilitaton Among Community-Living People With
Disabilities —
The Case of Taipei County

王昱人

Yu-Jen Wang

指導教授：毛慧芬 助理教授

Advisor: Hui-Fen Mao, Assistant Professor

中華民國 98 年 6 月

June, 2009

國立臺灣大學醫學院職能治療學系

碩士論文

Department of Occupational Therapy

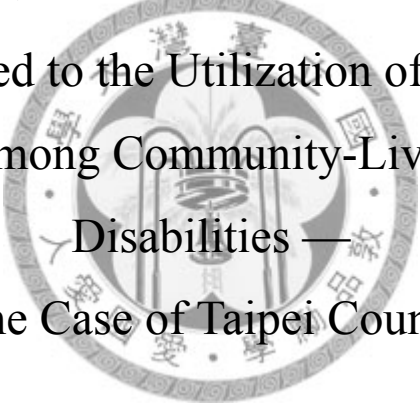
College of Medicine

National Taiwan University

Master's Thesis

社區失能者使用居家復健之相關因素探討：以台北縣為例

Factors Related to the Utilization of Home-Based
Rehabilitation Among Community-Living People With
Disabilities —
The Case of Taipei County



王昱人

Yu-Jen Wang

指導教授：毛慧芬 助理教授

Advisor: Hui-Fen Mao, Assistant Professor

中華民國 98 年 6 月

June, 2009

誌謝

事間一切萬事萬物皆因緣之所成，這篇論文的產生亦不例外，它是匯集了眾多因緣條件而後完成的。其中居最重要的首功者乃是我的恩師毛老師慧芬教授，由於她深厚學養的傳授，循循善誘的教導，以及不辭辛勞的屢次修改，才能有這篇論文的問世。另外也要感謝台北縣衛生局長照科彭主任美琪小姐及陳瓊茹小姐，在研究資料蒐集的過程提供我非常多的協助，在此一併致謝。

我本是一為平庸之人，結婚之後原本想找個工作維持家庭生活，平淡過日就好，但先生卻說我的年紀還輕，尚有進修的能力，因此他積極的鼓勵我念研究所，除了提供我生活費外還獨力撐起照顧家庭的責任。尤其令人難過的是婆婆在我入學不久即罹患癌症，病情每況愈下，先生為了要照顧婆婆，在台南高雄兩地來回奔波，然而婆婆還是在今年春天過世，先生又飽嘗骨肉分離的喪母之痛，這一切他都默默的承受，毫無怨言，看在我眼裡真是感激又敬佩。記得公婆在我北上念書之前還送我一個紅包，做為補貼學費之用，且在整個求學過程都一路支持我，而今婆婆以撒手人寰，這篇論文的成果或許可告慰她老人家在天之靈吧。

俗話說「受人滴水之恩，日後必當泉湧以報」，雖說大恩不言謝，但最基本的禮節絕對不可少，可謂「理雖難銓，事可略竟其功」。今僅在此以恭敬之心，向我的老師，師長們，家人，同學，及所有幫助過我的人致上最誠心的道謝與感恩!!此篇論文將伴隨我一輩子，而您們的恩惠也將永銘我心，誠摯的祝福您們!!

目 錄

第一章 前言.....	1
第二章 文獻回顧.....	3
第一節 居家復健服務內容與發展概況.....	3
第二節 探討居家復健使用相關因素之重要性.....	7
第三節 Andersen 健康服務使用行為模式:影響居家復健使用與否之相關因子之分析依據.....	10
第四節 影響失能者使用居家照護服務之相關因素.....	13
第三章 研究方法.....	20
第一節 研究架構與研究問題.....	20
第二節 研究資料來源.....	23
第三節 樣本處理過程.....	24
第四節 變項定義.....	26
第五節 資料處理與分析.....	30
第四章 研究結果.....	32
第一節 個案基本特質描述.....	32
第二節 使用居家復健服務相關因素之雙變項分析.....	55
第三節 使用居家復健服務相關因素之多變項分析.....	57
第五章 討論.....	61
第一節 研究貢獻.....	61
第二節 整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的建議接受率... ..	62
第三節 傾向因素對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的影響.....	63
第四節 使能因素對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的影響.....	65



第五節 需求因素對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的影響.....	67
第六節 應用 Andersen 模式於居家復健服務使用之探討	69
第六章 結論與建議.....	73
第一節 研究結論	73
第二節 研究限制	75
第三節 臨床建議與未來研究方向	75
參考文獻	79
附件 長期照顧服務個案評估量表.....	85



圖目錄

圖 1：傳統的服務規畫流程(Berkowitz & Flexner,1978)	8
圖 2：以行銷資訊為中心的服務規畫流程(Stuehler, 1980).....	8
圖 3：健康服務使用行為(Andersen, 1995).....	11
圖 4：社區失能者使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療之相關因素 研究架構.....	22
圖 5：研究資料整理過程.....	25
圖 6：第二階段健康服務使用行為模式(Andersen, 1995).....	70
圖 7：第三階段健康服務使用行為模式(Andersen, 1995).....	71
圖 8：第四階段健康服務使用行為模式(Andersen, 1995).....	72
圖 9：影響整體居家復健服務使用相關因素.....	74
圖 10：影響居家物理治療使用相關因素.....	74
圖 11：影響居家職能治療使用相關因素.....	74

表目錄

表 1：個案基本特質描述-傾向因素.....	94
表 2：個案基本特質描述-使能因素.....	95
表 3：個案基本特質描述-需求因素.....	97
表 4：傾向因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果.....	99
表 5：傾向因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果.....	100
表 6：傾向因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果.....	101
表 7：使能因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果.....	102
表 8：使能因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果.....	104
表 9：使能因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果.....	106
表 10：需求因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果.....	108
表 11：需求因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果.....	110
表 12：需求因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果.....	112
表 13：使用居家復健、居家物理治療、及居家職能治療之相關因素.....	114
表 14：羅吉斯迴歸各變項之參考組.....	115
表 15：使用居家復健自變項之共線性診斷：Variance Inflation Factor (VIF).....	116
表 16：使用居家復健之羅吉斯迴歸分析結果 (n=594).....	117
表 17：使用居家物理治療之羅吉斯迴歸分析結果 (n=541).....	118
表 18：使用居家職能治療之羅吉斯迴歸分析結果 (n=203).....	119
表 19：使用整體居家復健、居家物理治療、及居家職能治療經羅吉斯迴歸分析後之相關因素.....	121

摘要

居家復健是國內近年來新興的社區健康照護服務，確實瞭解使用居家復健服務者的特質，及影響其使用此服務的相關因素，可協助有關單位更了解服務的狀況，失能者的需求是否滿足，並檢視服務方針與執行結果是否契合，同時維持財政的健全。

本研究目的旨在探討台北縣長期照顧管理中心的收案對象中，經評估人員建議有居家復健需求者，影響其使用該服務的相關因素為何。研究使用 Andersen 健康服務使用行為模式為參考架構，研究資料來自 2005~2007 年轉介至台北縣長期照顧管理中心之個案資料庫。研究對象為 647 位經評估建議有居家復健需求之個案，扣除不符補助標準的個案 53 位後，共有 594 人納入分析，其中有 541 人經評估後建議接受居家物理治療，203 人經評估後建議接受居家職能治療。而實際使用居家復健服務者(包括使用居家物理治療或居家職能治療，或兩者皆使用)共 260 人(接受率 43.8%)，使用居家物理治療者共 236 人(接受率 43.6%)，使用居家職能治療者則有 56 人(接受率 27.6%)。經羅吉斯迴歸分析影響個案使用居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療之相關因素後，發現若個案同時使用長照中心多項服務、其評估人員非治療師、使用或不使用輔具下無法行走五十公尺者，使用居家復健服務及居家物理治療的機會均較高；而若個案為女性、未婚、一般戶、同時使用長照中心多項服務，其使用居家職能治療的機會較高。本研究結果顯示，經評估人員建議有居家復健需求者，實際使用居家復健服務時仍會受到傾向、使能、及需求三個層面的因素所影響，且不同類型服務(居家物理治療、居家職能治療)的影響因素也有所差異。然而因羅吉斯迴歸分析結果可解釋的變異量僅有 4.4%(使用居家復健服務)、5.0%(使用居家物理治療)、31.8%(使用居家職能治療)，顯示尚有許多潛在有影響的因素未能發現，因此未來仍應持續針對此議題進行探討，以期提供居家復健服務單位在修訂服務規範時更完善的資訊。

關鍵詞：居家復健、使用、相關因素

Abstract

Home-based rehabilitation is a new and developing health service in Taiwan. A clear understanding of the characteristics of service users and factors related to whether they use services will help our affiliates to meet the demand from community-living people with disabilities , to provide them better service, and to maintain financially sound at the same time.

The aim of the study is to explore which factors influenced people from the Long-term Care Management Center of Taipei County qualified for home-based rehabilitation to use this service. This study is based upon the conceptual framework of Andersen Behavioral Model to examine the factors affecting utilization of home-based rehabilitation service, which include physical therapy and occupational therapy. Data for this study comes from the Long-term Care Management Center of Taipei County (2005~2007). In this sample, 647 disabled persons were recommended to receive home-based rehabilitation service, but only 594 were eligible for reimbursement (541 for physical therapy, and 203 for occupational therapy), and 260 of them used the service (236 for physical therapy, and 56 for occupational therapy). The Acceptance rates are 43.8%(home-based rehabilitation service), 43.6%(home-based physical therapy), and 27.6%(home-based occupational therapy). We applied logistic regression to predict the likelihood of using home-based rehabilitation (including using physical therapy or occupational therapy, or both), using home-based physical therapy, and using home-based occupational therapy. Analysis showed that “Using multiple services” , “Walking difficulty” , and “Assessors” were key factors both for using home-based rehabilitation and for using home-based physical therapy, “Gender” , “marital status” , “Using multiple services” , and “income” were key factors for using home-based occupational therapy. The results show if predisposing, enabling, and need factors affect users qualified for home-based rehabilitation and what are the key factors will

dependend on the type of the sevice(PT or OT). However, The results of logistic regression show that Nagelkerke R square is really low(home-based rehabilitaion : 4.4%, home-based physical therapy : 5.0%, home-based occupational therpay : 31.8%).That's to say, there are many potential factors undiscovered. So it's recommended to conduct further study to provide more information for home-based affiliates.

Keywords: home-based rehabilitation, utilization, related factor



第一章 前言

人口老化是現今社會的趨勢，由於醫療技術發展，許多疾病在急性期獲得適當治療，大幅降低死亡率，人類平均餘命也相對提高。根據聯合國之報告指出，全世界的老年人口由 1950 年的 8%，增加到 2005 年的 10%，預計 2050 年將攀升至 22% (United Nations, 2006)，而台灣的老年人口亦持續增加中：至 2008 年中為止，65 歲以上人口已達 10%；預估西元 2025 年時將達 20% (行政院經建會人力規劃處，2008)。而同樣隨著人口結構改變的則是疾病型態，普遍由急性轉變為慢性化。慢性病的特徵為不可逆、持續性、且會在日常生活功能造成影響。換言之，高齡化社會的到來，意謂著老年人或慢性病比例的增加，及失能比例的攀升。若以進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所等六項日常活動為評估指標，至西元 2010 年日常生活功能有障礙者將達 249,607 人；西元 2015 年則攀升至 301,990 人(行政院經濟建設委員會，2006)。而這些日常生活功能失能的個案不論對其家庭或社會必然造成很大的負擔與衝擊，因此在適當的時機提供相關健康照護服務，不僅是協助個案本身的功能改善，提高其自主性、安適感、與生活品質，也有助於減低家庭負擔與社會成本。而對於慢性病患來說，急性醫療服務固然重要，往後的持續照護對其日常生活有著更長遠的影響，兩者缺一不可。為讓此兩類截然不同的健康照護服務銜接的更順暢，「復健」扮演了居中的重要角色。復健具有預防、評估、治療、教育等功能，且以預防及改善功能障礙為目的 (胡名霞，1998)。對一般住院病患來說，復健服務的可及性是較沒有問題的，然而出院後種種人為、物理環境上的障礙卻大大影響了病患接受復健服務的可及性。林昭宏、陳建智、林永哲(1993) 調查影響台灣南部中風病人接受復健治療的因素時，發現人力照顧問題、交通不便、交通費、及照顧費用皆是病患無法接受門診復健之主要原因。此外多數醫療單位基於節約醫療成本的考量，往往盡可能的縮短病患住院時間，使得許多病患與家屬常在措手不及的情況下回到家中，並因為外在環境的限制，無法外出接受復健治療。為了不讓這些外出困難(homebound) 的病患錯過復健的黃金期，同時協助其盡快融入社區，提供其可及性高的復健服務益形

重要。而居家復健正可因應民眾的居住現況，免除行動不便者交通上的困難，讓個案出院回到家中也能接受適當的復健治療(Geddes & Chamberlain, 2001)。


由於國內居家復健並未納入健保給付範圍，過去僅由少數地方政府自行編列預算並以專案計畫或研究計畫方式執行，因此服務未能普及化，投入之治療人力亦有限(毛慧芬、紀焱宙、吳淑瓊，2007)。目前雖已有長期照顧十年計畫推動，但仍屬剛起步階段，因此在資源分配、財務估算，及法令規範等部分也未臻健全(行政院經濟建設委員會，2007)。有鑑於未來老年人口與失能人口的急遽增加，且因應「在地老化」的長期照顧理念推展，居家復健的需求量勢必大增。然國內推展至今，僅蘇晉永(2003)曾針對個案自述居家復健需求性的相關因素進行探討，尚未有研究針對居家復健使用之相關議題做深入的分析。究竟居家復健需求者與使用者是否存在差異？獲得服務的民眾是否具備某些特質？影響民眾選擇或不選擇使用居家復健服務之相關因素為何？是民眾的認知、意願？還是評估單位的判定等，上述議題若能釐清，將有助於政府單位更有效率的運用相關資源，將服務輸送給有需求的民眾，提供更完善的社區照護服務，同時兼顧財政上的平衡，並達到永續經營的目標。因此本研究將以台北縣為例，瞭解現行居家復健服務模式的主要使用者特質為何，並針對經評估有復健需求者，分析影響其使用居家復健之相關因素，以作為政府單位未來在相關資源的投入或控制之依據，及服務推廣與政策制定之參考。

第二章 文獻回顧

本文獻回顧分為四小節，第一節先簡介居家復健服務內容與發展概況，第二節說明「探討居家復健使用相關因素之重要性」，第三節將介紹本研究主要的理論基礎：Andersen 健康服務使用行為模式（The Behavioral Model of Health Services Use），第四節則應用該理論架構探討與研究主題相關的文獻。

第一節 居家復健服務內容與發展概況

(一) 居家復健服務內容



居家復健服務是由多重專業人員所提供到宅的服務，一般來說包含居家職能治療、及居家物理治療。居家職能治療的服務內容包括：針對個案的日常生活功能、工作能力、及休閒娛樂進行評估與訓練，並指導家屬或照顧者正確的復健概念及技巧。另外也提供環境評估與改造，輔具或副木的需求評估、建議、及製作(中華民國職能治療學會，2002)。居家物理治療的服務內容則包括電療，按摩，治療性冷熱敷，被動關節運動，肌力及耐力訓練，床上活動及轉位訓練，運動訓練，平衡訓練行走訓練，心肺功能訓練，及相關照護教育諮詢等(黃博靖，2006)。而無論是上述那一項服務，最終目的皆是希望協助個案盡可能的恢復或維持日常生活功能，適應失能狀況與居家環境，進而提升生活的安適感。另外也期盼家屬能藉由學習正確的復健概念與照護方式，減輕照顧病人的負擔，改善生活品質(Irey，1995；中華民國職能治療學會，2002；胡名霞，2002)。

根據文獻指出，居家復健服務對於個案的動作表現，及日常生活功能有顯著的改善

效果(Mayo, 1981; Young & Forster, 1991; 高木榮、邱慈惠、孟乃欣、羅瑞寬、蔡美文, 2002), 也有文獻進一步提到, 即使只有進行單次的居家訪視, 個案本身的功能進步情形, 及家屬對於治療計畫的遵從性也較完全未接受居家訪視者佳(Mayo, 1981)。有研究者認為可能因為居家復健的治療環境是個案最熟悉的家中, 治療師可以大量運用生活中的素材設計訓練活動, 更貼近個案的需求, 且提高個案自行練習的方便性, 加上家屬在治療過程中參與較多, 較能協助個案執行治療活動, 因而促使個案達到更好的恢復狀況(Young & Forster, 1991)。而居家復健除了對個案的功能改善有所助益外, 對於醫療院所的開銷負擔也能減輕。瑞典有研究指出, 若提供居家復健服務, 可減少病患的住院天數, 進而降低醫院的醫療成本支出(Moller, Goldie, & Jonsson, 1992)。由以上研究結果可知, 居家復健服務確實有一定的治療與經濟效益存在, 特別是對個案來說, 且由於服務環境為家中, 免除了交通不便或照顧人力不足的困難, 大大提高了服務的可及性; 個案在家中也可以繼續扮演原本的角色, 保持與家人的互動, 調適病發後的心情; 而治療師亦更容易夠掌握個案日常生活上的障礙, 訂定功能性目標並加以訓練, 以協助個案盡速達到日常生活的獨立(毛慧芬, 2000), 因此未來國內實有持續推廣居家復健服務的必要性。

(二) 居家復健服務發展概況

由於老年與失能人口數目逐年攀升, 照護需求日益提高, 加上近年來去機構化、在地老化的潮流影響下, 傳統的機構式服務已無法滿足失能者的需求, 復健服務走入社區是必然的趨勢。而居家復健服務屬於社區環境中的復健模式之一, 因此不論在國內外皆致力發展此一服務。與我國鄰近的日本於於 1994 年底重新修訂「新黃金計畫」, 2000 年 4 月 1 日起實施介護保險(吳淑瓊, 1998)。介護保險將個案的照護需求分為「需要支援」, 及「需要照顧」兩類, 需要照顧的狀態再依其所需的照顧程度分為 5 個等級, 狀態的認定是由介護認定審議會根據市町村所屬之認定調查員的訪問調查結果及主治醫師的意見來判定(陳玉蒼, 2005)。介護保險內容包括機構與居家的服務, 居家復健服務

屬於居家服務的項目之一(這裡稱為「訪問復健」)，專業復健人員經醫師認可後方能提供此項服務(日本厚生勞動省，2003)。在提供居家復健時，復健人員需依照個案的照護計畫所決定的照護程度，來擬定治療計畫次數與內容，而服務費用補助也依照照護計畫的不同而有不同金額的上限，個案僅需負擔總金額的 1% 費用，不過相同的服務項目所獲得的費用補助，會因人力、地域、生活消費指數不同，在全國各市町村間會有部分差異(東京都福祉保健局，2008)。

英國為節省機構式長期照護的龐大成本，提供老人及失能者高品質，整合性的社區照護，於 1990 年通過社區照顧法案(Community Care Act)，並於 1993 年開始執行。當中施行的「居家式照顧」(Domiciliary Care)是指包括職能治療師、物理治療師在內的專業人員到民眾家中所提供的服務，也包含了居家復健的部分在內。不過由於英國的居家復健服務是由各地方單位自行負責，因此不同地方的服務制度、服務對象、與收案標準都有所差異，因此無法針對不同地區的服務特色做比較(胡名霞，2002)。

美國早在 1920 年代即開始有居家復健服務，但當時並不普及，到了 1965 年美國政府通過社會安全法第 18 條立法，開始辦理老人醫療保險(Medicare)，隨後通過貧民醫療補助計畫(Medicaid)，而這兩項政府的保險制度，也使得各項居家健康照護服務(包括居家復健)開始蓬勃發展，於是 1977 年正式有了「居家復健治療」的名詞(May, 1999)。到了 1980 年代初期因給付標準的改變，醫院縮短病人住院天數，並以居家服務型式取代後續的照護，居家復健的服務量更是大幅增加(Gifford, Wooster, Gray & Chromiak, 2001)，至今全美已發展出多項居家復健相關的保險制度，除了上述的 Medicare, Medicaid 之外，尚有以預防保健為主的健康維護制度(Health Maintenance Organization, HMO)及眾多私人保險(May, 1999)。而全美所有的治療師中，也已有 10% 的職能治療師及 21.4% 的物理治療師投入居家復健行列(NBCOT, 2002；APTA, 2003)，但此發展與台灣著重醫療導向復健型態有所不同。

(三) 台灣居家復健服務的發展與現況

居家復健業務雖在歐美各國早已行之多年，國內的居家復健業務處剛起步階段。台灣地區所提供的居家復健服務以職能治療與物理治療為主。而在早期居家復健是屬於非正式服務，個案需以自費的方式接受治療，直至1996年台北市政府衛生局之長期照護系統規畫成立「台北市長期照護示範管理中心」後，並分別委託台灣職能治療學會，及台北市物理治療師公會實驗辦理「專業人員居家出診訪視服務」，才於1998年首度開始有政府單位提供正式居家復健服務（台北市政府，1996；毛慧芬、許君強、陳麗華、謝碧麗，2002；毛慧芬，2004）。後於2001年及2002年，台灣省職能治療師公會及物理治療師公會為因應九二一災區重建計畫，於台中、雲林、南投地區亦提供居家復健服務（行政院衛生署，2002）。而2002年及2003年時，由行政院核定進行之「建構長期照護體系先導計畫」則在嘉義市及台北縣三峽、鶯歌兩實驗社區提供居家復健及無障礙環境評估服務（吳淑瓊、呂寶靜、王正、莊坤洋、張媚、戴玉慈，2003）。此社區復健計畫為長期照護復健治療服務模式奠定了良好的基礎，計畫結束後均轉由各地方政府或民間團體繼續推動，且涵蓋範圍逐漸擴大（毛慧芬等，2007）。而自2006年起居家復健已納入衛生署長期照顧管理中心之整合計畫辦理，但屬計畫性質，僅少數縣市辦理，直到2007年起長期照護十年計畫推動後，各縣市將有推動居家復健方案的經費資源，目前各縣市均有提供居家復健服務（行政院經濟建設委員會，2007）。理想上居家復健服務模式可與出院準備的服務連結，建立基層醫療參與居家復健轉介模式，提供復健專業人員到宅提供服務，建立周全性、協調性與持續性之社區醫療照護服務網絡（行政院經濟建設委員會，2007）；另一方面可解決部分醫療復健資源不足區域的問題，輸送服務給尚須延續復健治療之個案，且居家復健更能落實生活功能訓練，減少個案失能與照顧的負擔，達到在地老化之長期照顧服務理念（毛慧芬等，2007；行政院經濟建設委員會，2007），然目前計畫仍屬剛起步階段，關於復健專業人力、法規制度、資源之分配等議題，尚需進一步深入探討。尤其居家復健服務在台灣尚屬新型服務模式，不論民眾及相關專業人

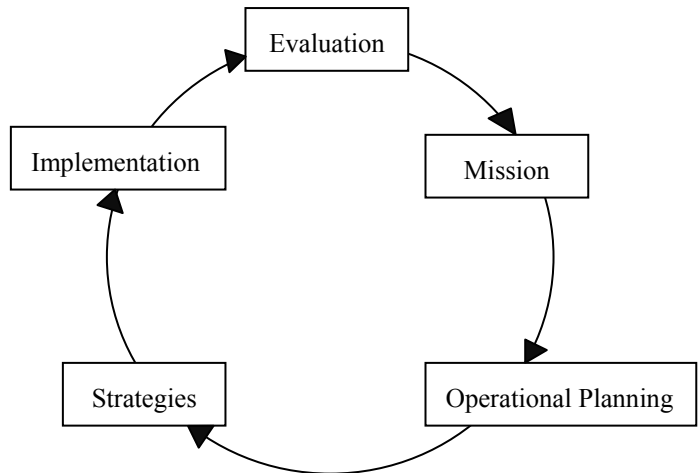
員對此少有接觸，認知也恐有不足，故在推展期更需瞭解服務輸送模式與民眾接受服務的情況，確認是否某些特定因素影響了民眾最後使用服務與否，政府單位方能適時因應民眾需求調整服務規範，以利後續推動服務能更順利。

第二節 探討居家復健使用相關因素之重要性

居家復健服務可視為健康照護產業的一種，而傳統來說，健康照護產業在服務規劃上是以本身的想法為主，其任務在一開始即確立，接下來並依照任務施行狀況發展相關策略，最後任務目標達成時才針對整個服務規畫流程進行評估檢討(圖 1)。然而對於服務經營者而言，在有限的財源及人力下讓所提供之服務發揮最佳的經濟與治療效益，是服務發展過程中重要的策略方向與遠景，因此只考慮經營者本身的服務規劃方式是不夠的，經營者尚須在服務使用者與服務提供單位兩者間的期待與需求做適當的平衡，亦即適當融入行銷(marketing)的概念，以有效提升服務的經濟與治療效益(Stuehler, 1980)。根據 Kotler(1975)對於行銷的定義，他認為行銷是一種社會性和管理性的過程，個人與群體可經由這個過程透過彼此創造、提供及自由交換有價值的產品與服務，以滿足他們的需求與期待。由圖 2 可知，以「行銷資訊」(marketing information)為中心的服務規畫流程，除了對於服務組織本身的評估外，還加入了對於環境的評估(包括醫療專業人員、服務使用者的基本特質等)。藉由分析這部分的資訊，有關單位可以更了解適用服務的目標族群，意即做出市場區隔，也可更進一步預測市場需求。而當服務提供者對於市場的了解度提高，也能為該服務選擇適合的定位，並將有限的資源集中運用於發展本身的特色與專長。此外，將行銷資訊融入整個服務規畫流程中，也可讓經營者不斷從中獲得回饋，修正服務方向，且有利其對於未來可能產生的競爭狀況做更精確的分析，同時可迅速反應市場需求變化，掌握穩定客源，如此在服務才能發揮預期的效益，

也使服務制度的規畫更臻完善，以吸引更多的治療人力投入。

圖 1：傳統的服務規畫流程



(Berkowitz & Flexner, 1978)

圖 2：以行銷資訊為中心的服務規畫流程



(Stuehler, 1980)

台北縣是國內較早推行居家復健服務的縣市，然而在過去服務實行的過程仍屬實驗計畫階段，因此需要花費較多心力於服務的宣導、評估、及收案標準等規範制定，關於

服務市場(即使用者)的特質部分並未進一步探討分析。然而隨著長期照顧十年計畫推出後，居家復健服務範圍可能逐漸擴大，使用服務的人口也將隨之增加，在治療人力及經費尚未達到充裕之時，確實了解使用居家復健服務者的相關特質有其必要性。尤其在長期照顧十年計畫推出後，居家復健服務制度有所改變，對於民眾使用服務的意願可能造成影響，而民眾使用意願的改變也直接影響到了服務規畫的每個環節，經營者若未能能正視這項訊息，適時修正服務方向，可能無法有效掌握市場需求，也無法達到最佳的經濟與治療效益。雖然任何新制度的推行與落實必然有陣痛期，但善加利用舊制度所提供的資訊可盡速縮短磨合這個階段，使新舊制度的銜接更順暢。台北縣自三鶯實驗社區計畫開始，政府便投入相當大的努力，建立起我國第一個長期照護居家復健服務模式的具體模型，可供全國觀摩。計畫結束後政府單位仍持續堆動居家復健服務，至今台北縣的居家復健服務已能維持穩定而龐大的服務案量。而其實台北縣過去幾年來所累積的居家復健使用者相關評估資料提供了服務經營者很寶貴的市場資訊，若能對此進行深入的分析，應可供為相關單位未來在服務規劃上的參考，以制定更完善的服務內容，同時更有效率的運用相關資源，締造政府與民眾雙贏的局面。



第三節 Andersen 健康服務使用行為模式：影響居家復健使用與否之相

關因子之分析依據

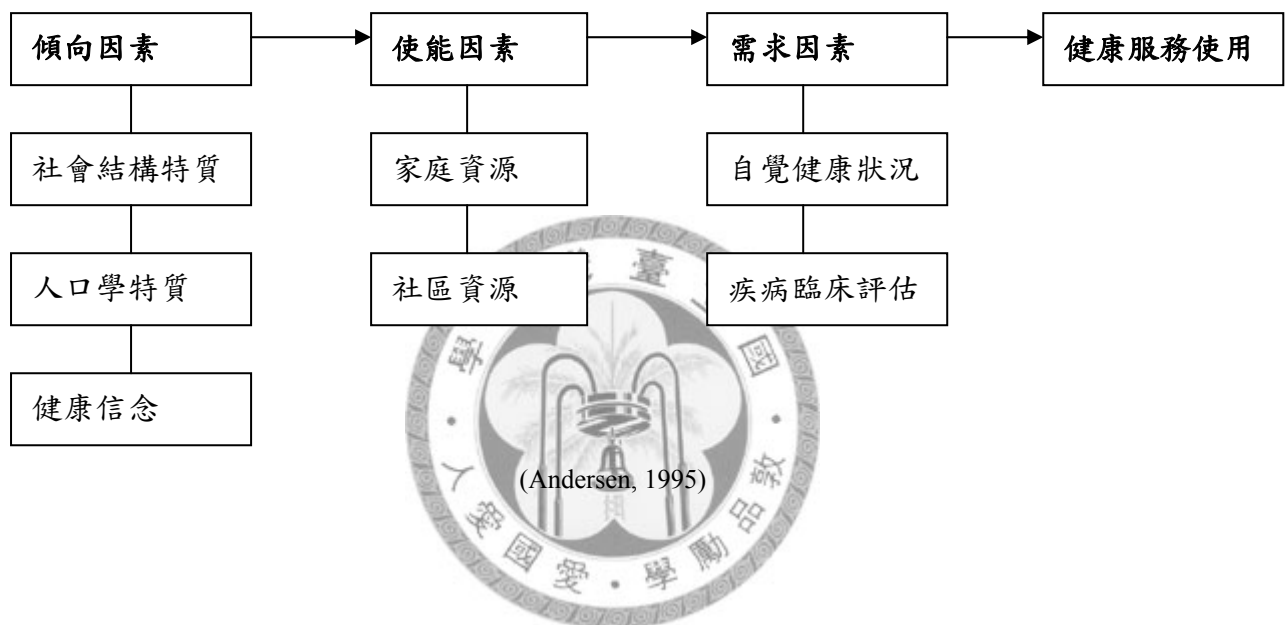
居家復健是屬於社區環境中的服務，治療師與病人的關係也不完全是醫院環境中的醫病關係，而比較像一種夥伴關係，亦即使用服務與否並非完全由治療師所主導(von Koch, Holmqvist, Wottrich, Tham, & de Pedro-Cuesta, 2000)，個案本身的想法及外在環境皆有所影響，因此在探討民眾的居家復健使用情形時，應以開放的態度，多方面探索可能的影響因素，以期更加貼近實際的狀況。而關於健康服務使用的預測因素研究中，Ronald Andersen 所提出的「健康服務使用行為模式」(The Behavioral Model of Health Services Use)(Andersen, 1968)是最常被引用的研究架構(Wan, 1989; Wolinsky & Johnson, 1991; Keysor *et al.*, 1999)。此模式融合了人口、社會、經濟、及行為科學等多方相關因素，具有較大的思考空間，此與本研究主題之情境相符合，因此選為本研究之參考架構。Andersen健康服務使用行為模式主要將影響民眾使用健康服務的因素分為三類(詳見圖3)：

- (1) 傾向因素 (predisposing characteristics)：指個人於健康或生病時，具備那些特質的人比較傾向於使用健康服務。共包括三個層面：
 - (i) 人口學特徵：如年齡、性別、婚姻狀況等變項。
 - (ii) 社會結構：如種族、教育程度、職業類別、社經地位、宗教信仰等變項。
 - (iii) 健康信念：如個人對健康及健康服務的態度、價值及知識等變項。
- (2) 使能因素 (enabling resources)：指個人獲得健康服務的能力。共包括兩個層面：
 - (i) 個人/家庭資源：如家庭收入、存款、有無健康醫療保險等。
 - (ii) 社會資源：如社區資源的多寡、可及性等。
- (3) 需求因素 (need)：指個人經主觀或客觀評估後所產生健康服務的使用行為。包括兩個層面：

(i)自覺健康與疾病狀況：個人對醫療保健需求的評估，視其對疾病的忍受程度或健康異常狀況定義而定。如自覺無法工作天數、活動受限天數、自覺健康狀況等。

(ii)疾病的臨床評估：醫護人員使用標準化的測量工具及診斷指標針對個案的生理、心理及社會健康狀況進行評估。

圖 3：Andersen 所提出之「健康服務使用行為模式」



Andersen (1968) 認為傾向因素、使能因素、及需求因素這三個部分並非完全獨立的：個人的「傾向因素」會影響其可掌握「使能因素」的程度，「使能因素」的擁有情形也會影響最後的「需求因素」。此外，這三個因素會因為研究者著眼於不同的健康服務，而具有不同的解釋力。如急性醫療服務處理的常是攸關生命的問題，因此需求因素及傾向因素中的「人口學特徵」具有較佳的解釋力，因為不同年齡層或不同性別者，可能具有某些特定疾病，因此會有不同的醫療服務使用行為產生；而若研究者探討的是較無急迫性的健康服務，例如牙齒矯正、美容整形，則使用者本身的教育程度、社經地位、經濟能力等因素可能對服務的使用與否較有影響力(吳晶, 2006)，因此傾向因素中的「社會結構」、「健康信念」，以及使能因素較能解釋民眾之健康服務使用行為。

而Andersen & Newman(1973)也針對此模式中各個因素的可變性(mutability)提出說明(圖4)，因為相關政策在制定時，會因為主要影響民眾使用健康服務的預測因子不同而有所調整。若此預測因子本身的可變性高，因其所制定的政策才能有改善或調整的空間。其中在「社會人口學因素」及「社會結構」的部分，一般認為可變性較低，因為諸如年齡、性別、種族等生理特性是無法透過人為操控來改變其對於健康服務使用的影響，而若要在短期內透過改變一個人的教育程度或職業類型，實際的可行性也不高。「健康信念」的可變性較高，因為實際上要影響一個人的信念是有可能的。藉由思想上的改觀，也可能對其在健康服務的使用造成改變。「使能因素」也被認為具有高度的可變性，因為此因素多與大環境政策的制定相關，因此是極有可能常常改變的。「需求因素」過去並不被視為一項可改變的因素，但被認為是造成實際使用服務最直接的原因。而Andersen (1995) 認為不論是個案自覺需求，或臨床的客觀評估，皆有可能受到其他因素的改變而影響最後真正的需求性(如：經濟狀況、個人信念)，因此「需求因素」的可變性目前並無明確的定論。

居家復健的使用並不像一般醫療服務，有需求者可自行使用，民眾需符合政府單位制定的收案標準，並經由長期照顧中心之失能評估判定後方能使用本服務。然而評估者涵蓋了多重專業的成員，因此有可能因不同專業間溝通與認知的差異，而影響最後服務需求的判定。此外，由於復健不像急性醫療服務那樣具有急迫性，加上家庭照顧仍是目前國內滿足長期照護需求的主要途徑(陳正芬、吳淑瓊，2006)，因此家人的觀念(如：對服務的理解、照顧負荷等)往往也會影響個案本身對於服務需求度的認知。諸如此類議題實有必要進一步澄清，以讓相關服務資源更有效率的被使用。

第四節 影響失能者使用居家照護服務之相關因素

由於過去文獻並沒有直接探討影響失能者使用居家復健相關因素的研究，因此參考探討影響失能者使用「居家照護」相關因素之文獻。根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)1994年對居家照護的定義：「在個案的居住處所提供其健康照護與社會支持的整合服務。此服務可預防、延緩、或取代短暫或長期的機構式照護服務」(Knight & Tjassing, 1994)；而美國健康與人類服務部(Department of Health and Human Service)的定義為「在個人或家庭的居住處所提供健康服務，以恢復、維持、或增進個人健康，並將疾病與失能的影響降到最低，使其發揮最佳獨立功能」(Corkel & Gemino, 1984)；國內楊清姿(2002)則定義為「在臥床或行動受限的個案家中提供衛生、保健、復健等醫療照顧服務」。由上述定義可知，居家照護包含了多重專業的介入服務，其中也涵蓋了居家復健的部分，因此以下藉由探討影響居家照護使用相關因素之文獻，並以文獻中最常引用之Andersen健康服務使用行為模式所主張的傾向因素、使能因素、及需求因素分別彙整討論，以做為本研究接下來探討「影響居家復健使用之相關因素」的參考。

(一) 傾向因素：

Henton等人針對美國Medicare的居家照護(包括：居家護理、居家復健、及醫療輔具提供等服務)使用者進行調查，並以年齡、性別、婚姻狀態、教育程度、及種族(黑人、白人)做為評估指標，研究結果顯示：傾向因素整體而言在居家照護年度花費，以及總服務天數中可解釋的變異量分別雖只有16%、12%(Henton, Hays, Walker, & Atwood, 2002)，與需求因素的解釋力相當，但遠高於使能因素可解釋的變異量。而若進一步針對各項因子進行分析可發現：年齡、性別、及種族在解釋居家照護的使用情形是具有顯著意義的。一般而言，年長者有較高的傾向使用居家照護服務

(Ailinger & Causey, 1993; Freedman et al., 2004; Guerriere et al., 2008; Henton et al., 2002; Langa, Chernew, Kabeto, & Katz, 2001; Mauser & Miller, 1994; Williams, Phillips, Torner, & Irvine, 1990), 但不一定有較密集的服務次數(Williams et al., 1990)。可能原因為年長者健康狀況較差, 且罹患較多慢性病, 因此一旦健康狀況惡化, 通常需要較長的時間休養, 而導致居家照護服務的中斷(ibid, 1990)。然而在 Berk 等人的研究結果卻顯示, 超過半數(57%)的居家照護使用者年齡在 65 歲以下, 顯示年輕者有較高的使用傾向。但約半數的人只有獲得一次居家訪視。相較於年長者平均有 22.3 次的居家訪視, 可發現大部份的居家服務資源仍集中在少數的年長者身上(Berk & Bernstein, 1985)。此研究結果與多數文獻較不相同, 推測可能原因為此研究發表時間較早, 而當時對於相關服務的規範或政策制定與後期的研究不同所致。另外有研究指出, 若將長期照護體系中的居家照護使用者與護理之家使用者做比較, 則前者較年輕(Lee, Kovner, Mezey, & Ko, 2001)。

而在性別的部分, 女性比起男性有較高的傾向使用居家照護服務(Guerriere et al., 2008; Jenkins & Laditka, 2003; Langa et al., 2001; Song, Chang, Manheim, & Dunlop, 2006)。其中 Song 等人特別指出, 即使控制了其他社會人口學因子, 此性別差異在白種人身上仍具顯著性。但 Song 等人同時也提到, 經濟因素與健康需求因素可能為其中之調節變項, 因為在控制此兩類因素後, 性別差異便不具顯著性。

關於「教育程度」對居家照護使用情形的影響, 研究顯示若個案的教育程度為高中以下(受教育年限 ≤ 12 年), 則有較高的傾向使用居家照護服務。推測可能因教育程度低者通常社經地位較差, 較容易符合 Medicaid 的醫療補助標準, 因而促進其使用居家照護服務(Solomon et al., 1993)。

另外針對居家照護使用者是否有種族差異, 文獻的結果較不一致: 部份研究結果顯示白人有較高的使用傾向(Jenkins & Laditka, 2003; Langa et al., 2001); 然而也有研究指出黑人有較高的使用傾向(Henton et al., 2002; Mauser & Miller, 1994; White-Means & Rubin, 2004)。造成此結果差異的原因可能來自對「種族」這項因子的分析方式: White-Means 等人提到若單純以種族差異來看, 並無法解釋居家照護使用者在該特性之

分別，還要同時考慮該種族之相關特性，如：黑人、罹患糖尿病、且為低收入者，比起條件相當的白人，有較高的機率使用居家照護服務；另外黑人、且為年長者，比起條件相當的白人也有較高的機率使用相關服務(White-Means & Rubin, 2004)。

(二) 使能因素：

Henton等人以「個人收入」及「居住地」為評估指標，結果顯示使能因素整體而言，無論在居家照護年度花費，或總服務天數中可解釋的變異量都不具顯著性，作者推測可能因所採用的評估指標較少，而未考慮其他可能影響的因素，如：每一個案平均所分配到的居家照護機構數目、平均醫療人員數目，及社會支持度等(Henton et al., 2002)。

另外許多文獻皆指出居家照護的使用是具有城鄉差異的(Cheh, Phillips, Cheh, & Phillips, 1993; Kathryn, Diane, Dennis, Joseph, & Riad, 1998; G. M. Kenney, 1993a, 1993b; G. M. P. Kenney & Dubay, 1992; Welch, Wennberg, & Welch, 1996)。部份研究顯示城市居民有較高的傾向使用居家照護服務(G. M. Kenney, 1993a; G. M. P. Kenney & Dubay, 1992)，但也有研究認為鄉村居民有較高的傾向使用相關服務：Kathryn等人即指出，即使控制了社會人口學因子與醫療資源可及性，鄉村居民仍有較高的傾向使用居家照護服務(Kathryn et al., 1998)。有文獻更進一步提到，城鄉差異主要可能受到提供服務者的特質、提供的服務類型、提供來源多寡，及護理之家數目的影響：鄉村居民通常獲得較多的居家護理服務，但復健或其他治療性的服務次數較少，作者推測可能因鄉村地區的居家照護服務機構規模多較小，預算有限，因此居家照護服務內容無法涵蓋復健或治療性服務的部份。然而是否確實如此，未來仍需更多研究驗證(Cheh et al., 1993; G. M. Kenney, 1993b)。而若個案使用的是營利機構所提供的居家照護服務，則其所獲得的服務頻率較高(Welch et al., 1996)。此外若個案居住地本身可提供居家服務的機構多，且護理之家的數目(或床數)少，也有較高的傾向使用居家照護服務(G. M. Kenney, 1993a; G. M. P. Kenney & Dubay, 1992; Welch et al., 1996)。Kenney等人還提到，若某地區病患的平均住

院天數較短、出院率較高、以及居家照護保險給付上限較高，則該地區的居家照護服務使用率較高(G. M. Kenney, 1993a; G. M. P. Kenney & Dubay, 1992)。

而在社會支持度的部分，多數文獻皆顯示社會支持度不佳者有較高的傾向使用居家照護(Kathryn et al., 1998; Mauser & Miller, 1994; Solomon et al., 1993; Williams et al., 1990)。例如Kathryn等人指出家庭成員的多寡為個案是否使用相關服務的顯著預測因子(Kathryn et al., 1998)，Mauser等人的研究結果則顯示已婚者使用居家照護的頻率較低(Mauser & Miller, 1994)，Williams等人也提到個案是否使用「非正式的照護服務」(informal caregiving)會影響居家照護的使用率(Williams et al., 1990)。然而也有研究指出社會支持度並非顯著的預測因子：Langa等人提到，在1993年與1995年的居家照護使用者由原本的「未婚、獨居」轉變為「未婚、與家人同住」及「已婚者」居多，意即居家照護使用者的社會支持度在這兩年間有所改變，且變的較好。推測可能的原因為當時Medicare居家照護給付標準鬆綁，而獨居的長者對於政策的改變不若與家人同住者敏感，也無法有效掌握可用資源，因而促使後者成為居家照護使用者的大宗(Langa et al., 2001)。

在經濟因素的部分，有研究顯示收入較低者，使用居家照護服務的傾向較高(Langa et al., 2001)；Song等人也提到個案的經濟因素為造成居家照護使用者性別差異之調節變項(Song et al., 2006)；Freedman等人則指出，參與研究的個案中經濟狀況最差者，比起經濟狀況最佳者，有近兩倍勝算獲得至少一次的居家訪視，顯示經濟狀況不佳者在居家訪視的可及性並無不公平的現象存在。Freedman等人同時還提到若以個案的流動資產(liquid assets)為經濟狀況評估標準，比起只用收入做為標準，更能有效預測其居家照護服務的使用情形。因為它可同時反映出個案畢生至今的收入狀況、存款、投資行為、及教育程度(Freedman et al., 2004)。

而在轉介來源的部分，Lee等人將居家照護使用者與護理之家使用者做比較，結果顯示前者以私人轉介居多(Lee et al., 2001)。

至於個案「過去曾使用過居家照護服務」是否為有效的預測因子，探討的文獻並

不多。在Solomon等人的研究顯示此因素可有效預測個案當前的居家照護使用情形(Solomon et al., 1993)，此結果表示個案較有可能可能重複使用資源，故服務資源是否過度集中之議題，值得注意。

(三) 需求因素：

此因素在文獻中被探討的比例極高，且研究結果多顯示其對於居家照護的使用具有顯著影響：Henton等人以「自覺健康狀態」、「心理健康」、「認知功能」、「日常生活功能」、「視覺功能」、及「聽覺功能」為評估指標，結果顯示需求因素整體而言可解釋居家照護年度花費，以及總服務天數9%、15%的變異量，其中「日常生活功能」正是一項重要的評量指標：若個案日常生活功能障礙愈多或愈嚴重，則使用居家照護服務的傾向愈高(Henton et al., 2002)；其他的文獻亦指出同樣的情形(Ailinger & Causey, 1993; Berk & Bernstein, 1985; Freedman et al., 2004; Guerriere et al., 2008; Jenkins & Laditka, 2003; Kathryn et al., 1998; Langa et al., 2001; Mauser & Miller, 1994; Solomon et al., 1993; Song et al., 2006; Taylor, Hoenig, Taylor, & Hoenig, 2006; Williams et al., 1990)，其中Freedman等人還提到，白人若工具性日常生活功能障礙愈多，使用居家照護服務的傾向愈高(Freedman et al., 2004)；Taylor等人也指出「行走困難」(walking difficulty)為居家照護使用行為之顯著預測因子：即使在控制社會人口學因素、認知功能、疾病負擔、疾病種類的狀況下，有嚴重行走困難者(very difficult)比起有些困難者(somewhat difficult)，及沒有困難者(no difficult)，有較多的居家訪視次數；Taylor等人同時還提到：有行走困難也有使用代償策略者(包含輔具與人為協助)，比起未使用者仍有較多的居家訪視次數。是否因為所使用輔具不恰當，不足以代償個案之行走能力，致其外出使用一般醫療服務仍有困難？這是值得臨床工作者深思的問題(Taylor et al., 2006)。然而若將居家照護使用者與護理之家使用者做比較，則前者的日常生活功能屬於較佳的狀況(Lee et al., 2001)。另外，雖然文獻中評估失能的方式不盡相同，但伴隨可能造成失能的潛在危險因子確是一


致的：以年長、黑人、教育程度低為主，而這些特質也是許多文獻提及影響居家照護使用的相關因子(Crimmins & Saito, 2001; Hayward & Heron, 1999; Jenkins & Laditka, 2003; Laditka & Wolf, 1998)。Jenkins等人同時還提到，若研究者評估個案的日常生活功能時，除了評估其本身的功能狀態，還考量到實際上是否需要協助，則會發現「已有部分協助」但仍「殘存功能障礙」者，為最有可能使用居家照護服務的個案類型。顯見採用不同的評估方式，也許可以更精確的發掘出潛在的居家照護使用者。因為個案是否需要協助，在某種程度上也可反映出其居住環境概況，以及社會支持度是否良好(Jenkins & Laditka, 2003)。

文獻中亦提到個案的罹病狀況對於居家照護的使用有所影響(Duran-Aydintug, Torres, & Flaming, 1995; Guerriere et al., 2008; Mauser & Miller, 1994; Williams et al., 1990)，然而不同類型的疾病影響程度並不相同。Duran-Aydintug等人的研究顯示，急性病患使用居家護理的傾向較高，使用居家復健的傾向較低(Duran-Aydintug et al., 1995)，Williams等人也提到癌症患者獲得的居家訪視次數較少，原因不難想見極有可能為病情惡化，導致個案再度入院甚至死亡，因而中斷居家照護服務。而若個案有溝通障礙、行為問題、及慢性病所導致的長期性功能障礙，其使用居家照護的頻率則較高。另外「外傷性」及「褥瘡」之病患獲得的居家照護次數也較多。前者可能因病程的恢復是可預期的，且病患較能由密集的服務中呈現顯著的治療效益；後者則因需給予照顧者衛教，並協助或指導患部的處理，因而兩者皆有較密集的居家照護服務(Williams et al., 1990)。文獻中亦提到不同種族主要影響的疾病類型並不相同，若為黑人並罹患糖尿病，或白人並罹患心臟疾病，皆有較高的傾向使用居家照護服務。(White-Means & Rubin, 2004)。文獻同時指出：若醫療政策改變，對於不同種族造成的影響必然有所差異。例如美國1997年的Balanced Budget Act未同意「靜脈穿刺」可做為Medicare給付居家照護之主要標準，而因為主要接受靜脈穿刺者為罹患糖尿病的個案，因此該政策對於黑人的影響勢必大於白人。而由於此一政策造成給付標準改變，也間接降低了黑人居家照護服務的可及性(ibid, 2004)。

而在認知功能的部分，有研究顯示認知功能較差者，使用居家照護的傾向較高。即使在控制了年齡與教育程度的影響下，此因素仍具有顯著的解釋力(Ganguli, Seaberg, Belle, Fischer, & Kuller, 1993)。然而 Henton 等人的研究結果卻顯示認知功能並無顯著影響，即使在其研究對象中超過半數具有認知功能障礙。推測可能原因為所採用的認知功能評估方式敏感度不足，無法反映個案實際功能狀況。因該研究僅用二分變項，且以個案自述的方式評估認知功能。因此若日後的研究使用更精確的評估標準，應能確實了解認知功能與居家照護的使用是否具有顯著的相關性存在(Henton et al., 2002)。

另外在個案自覺健康的部分，極少文獻探討此因素的影響。在 Ailinger 等人的研究中提到：自覺健康愈差者，使用居家照護的傾向愈高(Ailinger & Causey, 1993)。

小結



由以上文獻的整合結果可知：影響居家照護使用的相關因素包括：年齡、性別、教育程度及種族(傾向因素)；個案的居住地、經濟狀況及社會支持度(使能因素)；及個案的日常生活功能、疾病診斷及認知功能(需求因素)。然而過去文獻多以探討整體居家照護服務的使用為主，即使部分文獻提及影響居家護理及居家復健使用的相關因素其影響方式有所差異，但並未單獨針對居家復健的部分進一步分析。此外，以上皆屬國外文獻之回顧，不僅在風俗民情，社會文化上與國內有很大的差異，服務的政策規範也有所不同。國外的居家照護服務已與醫療保險做了緊密的結合，因此文獻探討對象多以所有加入醫療保險的民眾為主，或選擇所有保險對象中符合居家照護服務給付資格者進行分析，此與本研究以「北縣長期照顧中心的收案對象中，經評估人員建議有居家復健需求者」為主要探討對象是有所不同的，因此文獻回顧所得結果可供參考，但恐無法完全套用於國內的民眾身上。為確實了解本土民眾使用居家復健服務的概況，本研究欲以目前台灣推行居家復健有多年經驗，擁有穩定且龐大服務案量的台北縣為例，針對經評估人員建議有居家復健需求者，探討影響其使用居家復健的相關因素。

第三章 研究方法

本章分為五節，首先介紹本研究之研究架構與研究問題，接著說明研究資料來源、樣本處理過程，以及變項定義，最後為資料處理與分析方式。

第一節 研究架構與研究問題

本研究為橫斷性設計，次級資料分析。研究架構採用 Andersen 健康服務使用行為模式，也就是針對傾向、使能、及需求三大面向所涵蓋的相關因子來分析其對於社區失能者在居家復健使用是否具有影響，另外考慮到居家復健在國內尚屬新興的服務，目前並無其他文獻針對該服務的使用情形探討，因此本研究除針對整體居家復健服務的使用情形進行分析，也分別檢視居家物理治療，及居家職能治療的使用情形，以確實了解傾向、使能、及需求因素與不同類型服務使用與否之相關性。

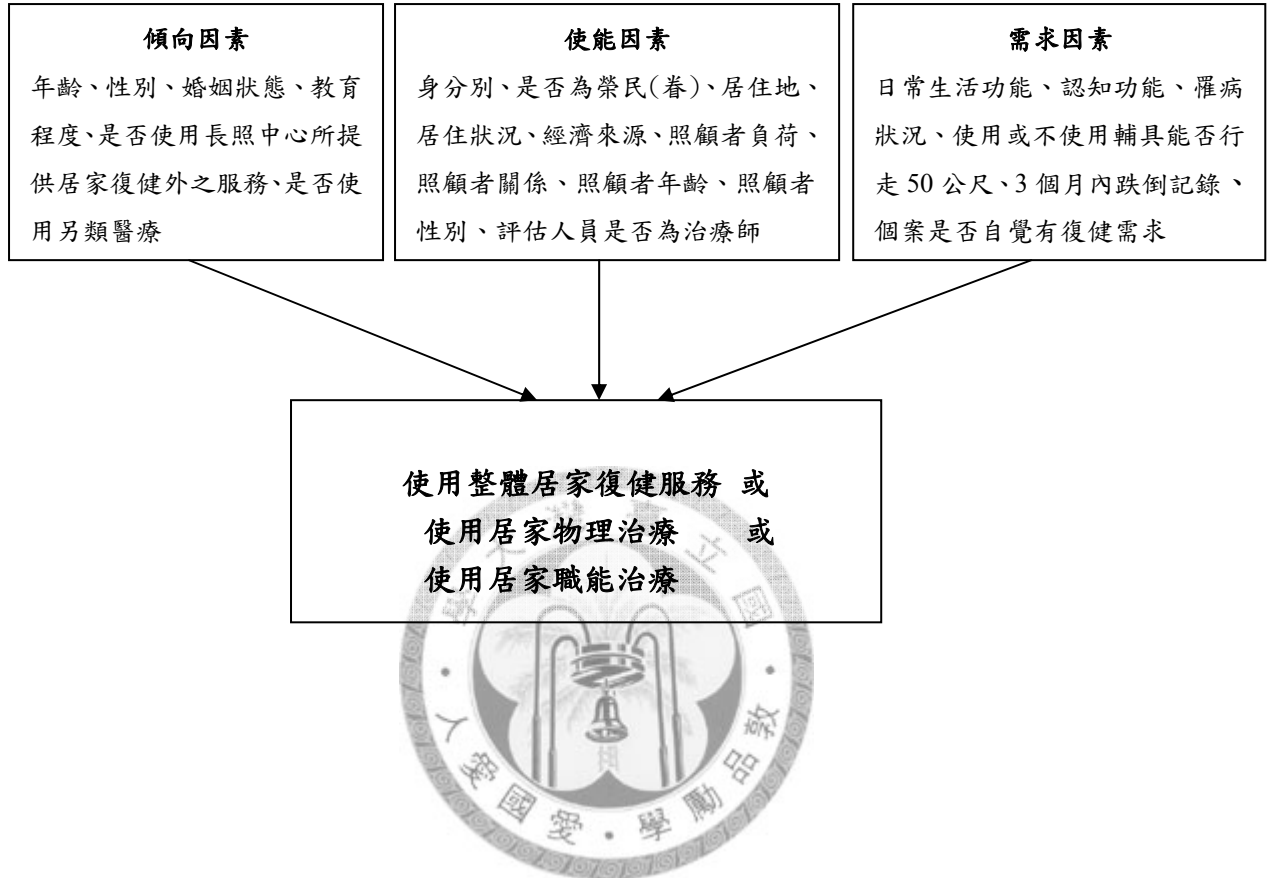
本研究之研究架構如圖 5 所示，自變項包括傾向、使能、及需求三大因素，依變項為「使用整體居家復健服務」、或「使用居家物理治療」、或「使用居家職能治療」。其中在「使用整體居家復健服務」的部分，若個案有使用居家物理治療或居家職能治療任一項服務，或同時使用居家物理治療與居家職能治療兩項服務，皆定義為「有使用」；而「使用居家物理(職能)治療」的部分，則指若個案有使用居家物理(職能)治療即定義為「有使用」，無論有無同時使用居家職能(物理)治療。另在自變項的部分，本研究採用的評估指標分別參考文獻回顧結果、個案評估量表可獲得資訊、及目前國內居家復健服務概況，以決定欲納入分析之指標。在傾向因素中所採用的評估指標有 6 項，包括：年齡、性別、婚姻狀態、教育程度、是否使用長期照顧管理中心所提供居家復健外之服

務、是否使用另類醫療。其中前面 4 個項目主要為個案的人口學特徵與社會結構，後 2 項目則是與健康信念較相關的指標。而關於「種族」的部分雖然過去在文獻中有諸多探討，然而本研究因資料取得的限制，無法確知研究對象的籍貫為何，因此並沒有將個案的籍貫列入分析。使能因素的所採用的評估指標有 10 項，包括：身分別、是否為榮民(眷)、居住地、居住狀況、經濟來源、評估人員是否為復健相關治療師、照顧者負荷、照顧者關係、照顧者年齡、照顧者性別。所有評估項目中除「評估人員是否為復健相關治療師」為因應國內服務制度所加入的指標外，其餘皆屬於個人或家庭的可用資源項目(個人：前 5 項；家庭：後 4 項)。社會資源項目同樣因資料取得的限制，本研究並沒有針對這個部分進行分析。需求因素所採用的評估指標有 6 項，包括：基本日常生活功能(Basic Activities of Daily Living, BADL)，認知功能、罹病狀況、使用或不使用輔具能否行走五十公尺、3 個月內跌倒記錄、個案是否自覺有復健需求。其中除最後一項「個案是否自覺有復健需求」屬於自覺健康狀況的部分，其餘項目皆為專業人員的評估結果。而本研究所提出的研究問題如下：

1. 經台北縣長期照顧管理中心評估人員建議有居家復健需求，並實際使用整體居家復健服務之民眾特質為何
2. 經台北縣長期照顧管理中心評估人員建議有居家物理治療需求，並實際使用居家物理治療之民眾特質為何？
3. 經台北縣長期照顧管理中心評估人員建議有居家職能治療需求，並實際使用居家職能治療之民眾特質為何？
4. 傾向因素、使能因素、及需求因素所涵蓋的那些變項對於社區失能者在整體居家復健、居家物理治療、及居家職能治療的使用具有顯著相關性？
5. 傾向因素、使能因素、及需求因素所涵蓋的那些變項對於社區失能者在整體居家復健、居家物理治療、及居家職能治療的使用具有顯著解釋力？

圖 4：社區失能者使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療之相關因素

研究架構



第二節 研究資料來源

本研究資料取自民國 94~96 年度台北縣長期照顧管理中心之檔案資料庫。長期照顧管理中心是服務社區失能者的單一窗口，它可協助失能者將可能會運用到的資源做彙整與連結，讓有需求的個案可以很方便快速的獲得完整的專業諮詢、知識指導、照顧技巧、轉介措施及福利措施指引等多元化的服務(台北縣政府衛生局，2006)。目前長照中心的個案來源包括醫療單位、衛生所、鄉鎮市公所、社福中心、教育單位、民間團體及民眾親洽等。而當民眾申請服務，並通過長照中心的資格初篩後，便有專業評估人員至民眾家中進行訪視及相關評估。評估人員涵蓋不同專業背景，包括護理人員、社工、物理治療師及職能治療師。所有評估者皆使用「長期照顧服務個案評估量表」(詳見附件一)對個案的生活背景與功能狀況進行評估，之後依照個人專業判斷，建議個案是否需要接受機構式、社區式、或居家式之各項服務(居家復健為其中一項服務)。而目前北縣的民眾若欲使用居家復健服務，需符合下列標準方能使用此服務：

- 設籍北縣並實際居住者，非機構安置個案
- 巴氏量表除大、小便控制外，其餘項目未達滿分之個案
- 經長照評估人員評估確認無法外出接受社區復健治療，但需復健治療服務者
- 個案意識清醒，且個案及家屬有復健意願與動機
- 非使用健保門診復健或社區復健巡迴服務個案(含復健門診)

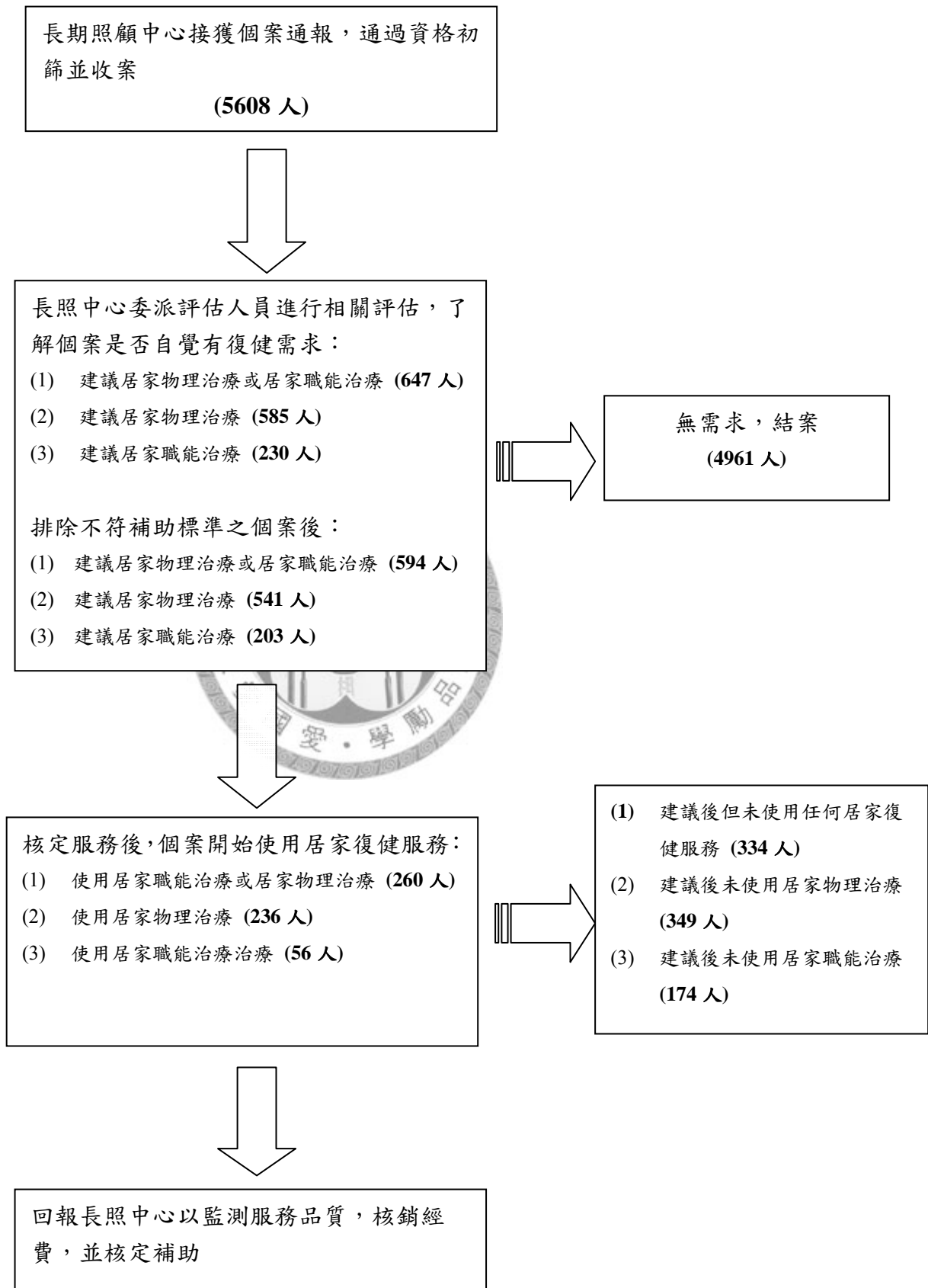
第三節 樣本處理過程

在蒐集資料前，研究者先向台北縣長期照顧管理中心說明研究計畫，取得單位主管同意並請惠予提供相關資料之電子檔。若電子檔有所缺失的個案，則由研究者至長照中心各分站查詢原始紙本資料。在取得研究所需之資料後，為遵循學術倫理的準則，研究者需簽屬保密同意書，同意相關資料只做為學術研究一途，不可挪為他用，並由工作人員將資料加密，刪除個案之姓名、住址、電話、身分證字號等私密性較高的資料，才開始進行資料的整理與分析。

本研究的資料整理過程詳見圖 6。原始資料庫包括台北縣長期照顧管理中心於民國 94~96 年度收案之民眾 5608 人，因本研究欲探討的對象為「經評估人員建議有居家復健需求」之個案，因此扣除未經評估人員建議有居家復健需求者後，共有 647 位個案。而在這 647 位個案中有 53 人因不符補助標準，因此長照中心未核定居家復健服務，扣除這些個案後，最後共有 594 人納入研究分析。

所有 594 名經評估人員建議有居家復健需求的個案中，建議有居家物理治療需求者共 541 人，建議有居家職能治療需求者共 203 人。而實際使用居家復健服務者(包括：使用居家物理治療或居家職能治療，或兩者皆使用)共 260 位(接受率 43.8%)，實際使用居家物理治療者有 236 位(接受率 43.6%)；另外實際使用居家職能治療者則有 56 位(接受率 27.6%)，最後未使用任何復健服務者共 334 位。

圖 5：研究資料整理過程



第四節 變項定義

本研究分析的變項來自「長期照顧服務個案評估量表」。以下說明各變項在本研究中的定義方式：

1. 傾向因素

變項名稱	變項性質	變項定義
年齡	類別變項	(1) 40歲以下 (2) 41~60歲 (3) 61~80歲 (4) 81歲以上
性別	類別變項	(1) 男 (2) 女
婚姻狀態	類別變項	(1) 未婚 (2) 已婚 (3) 其他(含：離婚、分居、喪偶)
教育程度	次序變項	(1) 不識字 (2) 識字但未曾就學 (3) 國小 (4) 國中 (5) 高中 (6) 大專以上
使用長照中心所提供居家復健外之服務	類別變項	(1) 是 (2) 否
使用另類醫療	類別變項	(1) 是 (2) 否

2. 使能因素

變項名稱	變項性質	變項定義
身分別	類別變項	(1) 一般戶 (2) 中低收入戶 (3) 低收入戶
榮民(眷)	類別變項	(1) 是

		(2) 否
居住地*	類別變項	(1) 偏遠地區 (2) 非偏遠地區
居住狀況	類別變項	(1) 獨居 (2) 與家人同住(含：固定、輪流)
經濟來源	類別變項	(1) 自己(含：工作、積蓄、投資、退休俸) (2) 家人 (3) 其他
照顧者負荷分數**	類別變項	(1) 3~4 分 (2) 5~6 分 (3) 7~10 分
照顧者關係	類別變項	(1) 配偶 (2) 父母 (3) 女兒 (4) 兒子 (5) 媳婦 (6) 其他
照顧者年齡	類別變項	(1) 40 歲以下 (2) 41~60 歲 (3) 61~80 歲 (4) 81 歲以上
照顧者性別	類別變項	(1) 男 (2) 女
評估人員為治療師	類別變項	(1) 是 (2) 否

*偏遠地區依台北縣政府的定義包括：深坑鄉、石碇鄉、坪林鄉、三芝鄉、石門鄉、八里鄉、平溪鄉、雙溪鄉、貢寮鄉、萬里鄉及烏來鄉等 11 個鄉鎮地區。

**照顧者負荷分數：計分範圍由 3 分~12 分，分數愈高代表照顧者負荷愈大。

3. 需求因素

變項名稱	變項性質	變項定義
日常生活功能障礙程度	類別變項	(1) 完全依賴(0~20 分) (2) 重度依賴(21~60 分) (3) 中度依賴(61~90 分) (4) 輕度依賴(91~99 分) (5) 完全獨立(100 分)
認知功能障礙*	類別變項	(1) 是 (2) 否
疾病診斷**	類別變項	
中風		(1) 是 (2) 否
心肺疾病		(1) 是 (2) 否
腦性麻痺		(1) 是 (2) 否
巴金森氏症		(1) 是 (2) 否
失智症		(1) 是 (2) 否
關節炎		(1) 是 (2) 否
脊髓損傷		(1) 是 (2) 否
使用或不使用輔具，能否行走五十公尺	類別變項	(1) 是 (2) 否
3 個月內跌倒紀錄	類別變項	(1) 是 (2) 否
個案是否自覺有復健需求	類別變項	(1) 是 (2) 否

*認知功能障礙：

以 short portable mental status questionnaire (SPMSQ)測量，並依照個案的教育程度與答錯題數來評分：(1) 若個案不識字或未受教育，答錯 5 題以上 (2) 若教育程度為小學，答錯 4 題以上 (3) 若教育程度為中學，答錯 2 題以上。符合上述標準者，即視為有認知功能障礙。

若個案無法配合施測 SPMSQ，則透過觀察其實際執行日常事務來評估認知功能。評分標準分為 6 個等級：

0 為「完全協助」(需外界刺激才有反應)

1 為「大量協助」(需示範及肢體感覺刺激，已完成大動作活動)

2 為「中等協助」(需持續示範及提醒，才能完成簡單、重複性活動)

3 為「少量協助」(需重複提醒錯誤，確保安全，無法解決突發困難)

4 為「需監督」(做新事務需監督，無法注意安全，或出現錯誤)

5 為「獨立不需協助」(不需協助)

若個案得分為 4 分以下(執行日常事務需少量/中等/大量/完全協助者)，即視為有認知功能障礙。

****疾病診斷：**

由個案或家屬回答個案罹患那些疾病，並在評估表上記錄至多 3 項主要診斷。

而依據美國評估復健醫療使用量的 Functional Related Group 系統指出，接受復健個案之常見疾病為：中風、腦損傷、脊髓損傷、神經受損、髖關節骨折、關節炎、截肢、心肺疾病及下背痛(Stineman, 1995)，因此本研究將採用中風、腦性麻痺、失智症、脊髓損傷、關節炎、巴金森氏症，及心肺疾病等與上述相關之疾病分類進行分析。



第五節 資料處理與分析

本研究先將欲分析之變項進行編碼並輸入電腦，若有變項有遺漏者，則定義為遺漏值(missing data)不納入分析。接下來依照不同研究問題以套裝軟體 SPSS17.0 進行以下之統計分析：

一、單變項分析：

主要以頻率、百分比呈現建議有居家復健服務需求、使用整體居家復健服務、使用居家物理治療、及使用居家職能治療個案之基本特質分布情形(研究問題 1~3)。

二、雙變項分析：

使用卡方檢定檢驗傾向、使能、及需求因素中各變項與個案使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療之相關性(研究問題 4)。顯著水準設為 0.05，若檢定結果 p 值小於顯著水準，則此變項與個案使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療具有顯著的相關性。

在使用卡方檢定時，應注意觀察值小於 5 的細格數不得超過 20%，否則會影響卡方檢定的效果。若期望次數小於 5 的細格超過 20%時，在研究資料為 2x2 的列聯表的部分，應使用費雪正確機率考驗(Fisher's exact probability test)；而若研究資料為 2x2 以上的列聯表，則應使用列聯係數(Coefficient of Contingency)校正(王保進，2002)。

三、多變項分析：

參考卡方檢定結果，以決定那些變項需納入多變項分析進一步探討，並使用羅吉斯迴歸分析檢測，傾向、使能、及需求因素中那些變項對於整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的使用具有顯著的解釋力(研究問題 5)。由於卡方檢定結果在此僅做變項篩選之用，因此顯著水準 p 值放寬為 $p < 0.25$ ，若達此顯著水準的變項，即納入羅吉斯迴歸分析。

在使用羅吉斯迴歸分析前，應注意自變項彼此間是否有共線性問題存在，進行羅吉斯迴歸分析時，同時應檢驗模式的適配性。以下分別介紹共線性診斷及模式適配性檢定。

(1) 共線性診斷

自變項彼此間若存在高度的相關性，可能會產生共線性問題使迴歸係數變的不穩

定，同時削弱各自變項對於依變項的邊際影響，造成分析結果矛盾的問題，這時可透過變異數膨脹因素(Variance Inflation Factor, VIF)或條件指標(Condition Index, CI)檢驗自變項間是否有線性重合的現象存在。當 $VIF > 10$ 或 $CI > 15$ 表示自變項間存在共線性問題，而若 CI 值愈大，表示共線性問題愈嚴重(王保進，2002)。

(2) 模式適配性檢定

在 1989 年時，Hosmer 和 Lemeshow 提出了一種對於羅吉斯迴歸模型適配性檢定的方法，可讓研究者比較預測事件與觀察事件發生或不發生的頻數，以檢驗迴歸模型的適配性，稱之為 Hosmer-Lemeshow 適配性檢定(Hosmer-Lemeshow Goodness-of-Fit Test)。其虛無假設為「所求出的羅吉斯迴歸模型是合適的」，因此在顯著水準為 5% 下，若檢定結果 p 值大於 0.05，則無法拒絕虛無假設，意即此迴歸模型是合適的(Hosmer & Lemeshow，1989)。



第四章 研究結果

本章分為三節，第一節個案基本特質的描述，第二節為影響個案使用居家復健服務相關因素之雙變項分析，第三節為影響個案使用居家復健服務相關因素之多變項分析。

第一節 個案基本特質描述

傾向因素

傾向因素包括個案的年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、是否使用長照中心所提供(居家復健以外)之其他服務，以及是否使用另類醫療，詳細資料請參見表 1。

(一) 經台北縣長期照顧管理中心評估建議「有居家復健需求」的個案

經評估建議有居家復健需求的個案共 594 人，以下為傾向因素的資料分布情形：

1. 年齡：

建議有居家復健需求個案中年紀最小者為 1 歲，年紀最長 97 歲，平均年齡為 66.1 歲，標準差為 19.8 歲，其中有近半數的個案為 60 到 80 歲。所有個案的年齡層分布如下：20 歲以下有 33 位(5.6%)，21 到 40 歲有 35 位(5.8%)，41 到 60 歲有 105 位(17.7%)，61 到 80 歲有 294 位(49.5%)，81 歲以上則有 127 位(21.4%)。

2. 性別：

建議有居家復健需求個案中男性有 338 位，占了總人數的 56.9%。女性則有 256 位，占了總人數的 43.1%。整體來說男性略多於女性。

3. 教育程度：

建議有居家復健需求個案中以國小學歷最多，共 183 位，占了 30.8%。其次依序為：不識字 141 位(23.7%)、國中 85 位(14.3%)、高中 84 位(14.1%)、大專以上 58 位(9.8%)、以及識字但未曾就學 40 位(6.7%)。另有 3 位個案資料不詳(0.5%)。

4. 婚姻狀況：

建議有居家復健需求個案中以已婚者為最多，共 337 位(56.7%)。其次為「其他」(包括：分居、喪偶等特殊狀況)，共 183 位(30.8%)。而未婚者只有 74 位(12.5%)。

5. 是否使用長照中心所提供居家復健外之服務：

建議有居家復健需求個案中有使用長照中心所提供居家復健外之服務者較多，共 362 位(60.9%)，單純使用居家復健，未使用長照中心其他服務者則有 232 位(39.1%)。

6. 是否使用另類醫療：

建議有居家復健需求個案中以未使用另類醫療者居多，共 524 位(88.2%)，有使用者只有 63 位(10.6%)，另有 7 位個案(1.2%)資料不詳。

(二) 使用居家復健的個案

所有使用居家復健的個案共 260 人，以下為傾向因素的資料分布情形：

1. 年齡：

所有使用居家復健的個案中年紀最小者為 1 歲，年紀最長 95 歲，平均年齡為 65.6 歲，標準差為 20.3 歲，整體來說個案的年齡偏高，約七成的個案年齡皆在 60 歲以上。所有個案的年齡層分布如下：20 歲以下有 13 位(5.0%)，21 到 40 歲有 21 位(8.1%)，41 到 60 歲有 49 位(18.8%)，61 到 80 歲有 115 位(44.2%)，81 歲以上則有 62 位(23.8%)。

2. 性別：

所有使用居家復健的個案中，男性有 144 位，占了總人數的 55.4%。女性則有 116 位，占了總人數的 44.6%。整體來說男性與女性的比例並無過於懸殊。

3. 教育程度：

所有使用居家復健的個案中以國小學歷最多，共 77 位，占了 29.6%。其次依序為：不識字 59 位(22.7%)、高中 48 位(18.5%)、國中 32 位(12.3%)、大專以上 27 位(10.4%)、以及識字但未曾就學 16 位(6.2%)。另有 1 位個案資料不詳(0.4%)。

4. 婚姻狀況：

所有使用居家復健的個案中以已婚者為最多，共 152 位(58.5%)。其次為「其他」(包括：分居、喪偶等特殊狀況)，共 74 位(28.5%)。而未婚者僅有 34 位(13.1%)。

5. 是否使用長照中心所提供居家復健外之服務：

所有使用居家復健的個案中，有同時使用長照中心所提供居家復健外之服務者較多，共 170 位(65.4%)，未使用其他服務者則有 90 位(34.6%)。

6. 是否使用另類醫療：

所有使用居家復健的個案中，絕大多數並未使用另類醫療。有使用者僅 22 位(8.5%)，未使用者則高達 234 位(90.0%)，另有 4 位個案(1.5%)資料不詳。

(三) 使用居家物理治療的個案

所有使用居家物理治療的個案共 236 人，以下為傾向因素的資料分布情形：

1. 年齡：

所有使用居家物理治療的個案中年紀最小者為 8 歲，年紀最長 95 歲，平均年齡為 66.2 歲，標準差為 18.7 歲。所有個案的年齡層分布如下：20 歲以下有 8 位(3.4%)，21 到 40 歲有 20 位(8.5%)，41 到 60 歲有 47 位(19.9%)，61 到 80 歲有 108 位(45.8%)，

81 歲以上則有 53 位(22.5%)。

2. 性別：

所有使用居家物理治療的個案中，男性有 134 位，占了總人數的 56.8%。女性則有 102 位，占了總人數的 43.2%。整體來說男性略多於女性。

3. 教育程度：

所有使用居家物理治療的個案中以國小學歷最多，共 66 位，占了 28.0%。其次依序為：不識字 54 位(22.9%)、高中 44 位(18.6%)、國中 31 位(13.1%)、大專以上 25 位(10.6%)、以及識字但未曾就學 15 位(6.4%)。另有 1 位個案資料不詳(0.4%)。

4. 婚姻狀況：

所有使用居家物理治療的個案中以已婚者為最多，共 143 位(60.6%)。其次為「其他」(包括：分居、喪偶等特殊狀況)，共 66 位(28.0%)。而未婚者僅有 27 位(11.4%)。

5. 是否使用長照中心所提供居家復健外之服務：

所有使用居家物理治療的個案中，多數人同時有使用長照中心所提供居家復健外之服務，共 152 位(64.4%)，單純使用居家復健，未使用長照中心其他服務者則有 84 位(35.6%)。

6. 是否使用另類醫療：

所有使用居家物理治療的個案中，絕大部分並未使用另類醫療。有使用者僅 19 位(8.1%)，未使用者則高達 214 位(90.7%)，另有 3 位個案(1.3%)資料不詳。

(四) 使用居家職能治療的個案

所有使用居家職能治療的個案共 56 人，以下為傾向因素的資料分布情形：

1. 年齡：

所有使用居家職能治療的個案中年紀最小者為 1 歲，年紀最長 88 歲，平均年齡為 57.3 歲，標準差為 27.7 歲。所有個案的年齡層分布如下： 20 歲以下有 9 位(16.1%)，21 到 40 歲有 6 位(10.7%)，41 到 60 歲有 9 位(16.1%)，61 到 80 歲有 18 位(32.1%)，81 歲以上則有 14 位(25.0%)。

2. 性別：

所有使用居家職能治療的個案中，男性有 26 位，占了總人數的 46.4%。女性則有 30 位，占了總人數的 53.6%。整體來說女性比男性略多。

3. 教育程度：

所有使用居家職能治療的個案中以國小學歷最多，共 20 位，占了 35.7%。其次依序為：不識字 16 位(28.6%)、高中 8 位(14.3%)、國中 6 位(10.7%)、大專以上 4 位(7.1%)、以及識字但未曾就學 2 位(3.6%)。

4. 婚姻狀況：

所有使用居家職能治療的個案中以已婚者為最多，共 24 位(42.9%)。次之為未婚者與「其他」(包括：分居、喪偶等特殊狀況)，皆為 16 位(28.6%)。

5. 是否使用長照中心所提供居家復健外之服務：

所有使用居家職能治療的個案中，多數人同時有使用長照中心所提供居家復健外之服務，共 44 位(78.6%)，單純使用居家復健，未使用長照中心其他服務者則有 12 位(21.4%)。

6. 是否使用另類醫療：

所有使用居家職能治療的個案中，絕大部分並未使用另類醫療。有使用者僅 5 位(8.9%)，未使用者則高達 50 位(89.3%)，另有 1 位個案(1.8%)資料不詳。



(五) 未使用任何復健服務的個案

未使用任何復健服務的個案共 334 人，以下為傾向因素的資料分布情形：

1. 年齡：

未使用任何復健服務的個案中年紀最小者為 1 歲，年紀最長 97 歲，平均年齡為 66.5 歲，標準差為 19.5 歲。所有個案的年齡層分布如下：20 歲以下有 20 位(6.0%)，21 到 40 歲有 14 位(4.2%)，41 到 60 歲有 56 位(16.8%)，61 到 80 歲有 179 位(53.6%)，81 歲以上則有 65 位(19.5%)。

2. 性別：

未使用任何復健服務的個案中，男性有 194 位，占了總人數的 58.1%。女性則有 140 位，占了總人數的 41.9%。整體來說男性比女性略多。

3. 教育程度：

未使用任何復健服務的個案中以國小學歷最多，共 106 位，占了 31.7%。其次依序為：不識字 82 位(24.6%)、國中 53 位(15.9%)、高中 36 位(10.8%)、大專以上 31 位(9.3%)、以及識字但未曾就學 24 位(7.2%)。另有 2 位個案資料不詳(0.6%)。

4. 婚姻狀況：

未使用任何復健服務的個案中以已婚者為最多，共 185 位(55.4%)。其次為「其他」(包括：分居、喪偶等特殊狀況)，共 109 位(32.6%)。而未婚者只有 40 位(12.0%)。

5. 是否使用長照中心所提供居家復健外之服務：

未使用任何復健服務的個案中，有使用長照中心所提供居家復健外之服務者共 192 位(57.5%)，單純使用居家復健，未使用長照中心其他服務者則有 142 位(42.5%)。

6. 是否使用另類醫療：

未使用任何復健服務的個案中，絕大多數並未使用另類醫療。有使用者為 41 位

(12.3%)，未使用者則有 290 位(86.8%)，另有 3 位個案(0.9%)資料不詳。

由以上的敘述統計分析結果顯示，使用居家職能治療的個案其平均年齡最年輕，為 57.3 歲，其他四個族群的個案之平均年齡皆在 66 歲左右。然而使用居家職能治療的個案其年齡分布的標準差也最大，顯見大多數的使用者年齡是呈現兩個極端的，亦即多數人為年幼或年長者。而在性別的部分，使用居家職能治療的個案女性占 53.6%，略多於男性的 46.4%，其他四個族群的個案之男女比例則皆呈現男多女少的現象，但差距並不大(男：女 \approx 5：4)。另外所有五個族群的個案之教育程度分布皆以小學為最多，不識字者次之。婚姻狀況顯示已婚者為最多，約占了半數，未婚者最少。然而在使用居家職能治療的個案中，未婚者雖然也是少數，但所占比例近三成(28.6%)，比起其他族群至少高了 15%。此外大多數個案除了使用居家復健服務外，同時也有使用長照中心提供的其他服務，然而同時有使用另類醫療者則是少數。較特別的是，使用另類醫療比例最高者為「未使用任何復健服務」的個案，而這類個案同時也是「使用長照中心其他服務」比例最低者。

使能因素

使能因素包括個案的身分別、是否為榮民(眷)、居住狀況、經濟來源、是否居住偏遠地區、主要照顧者負荷量表分數、主要照顧者與個案關係、主要照顧者年齡、主要照顧者性別、以及評估人員是否是治療師。詳細資料請參見表 2。

(一) 經台北縣長期照顧管理中心評估建議「有居家復健需求」的個案

經評估建議有居家復健需求的個案共 594 人，以下為使能因素的資料分布情形：

1. 身分別：

建議有居家復健需求個案中以一般戶占多數，共 458 位(77.1%)，其次為中低收入戶 102 位(17.2%)，而低收入戶僅有 34 位(5.7%)。

2. 是否為榮民(眷)：

建議有居家復健需求個案中具榮民(眷)身分者只有 84 位(14.1%)，其餘的 510 位(85.9%)皆不具有此身分。

3. 居住狀況：

建議有居家復健需求個案中獨居者相當少，僅 28 人(4.7%)，而與他人同住的個案則高達 566 人(95.3%)。

4. 經濟來源：

建議有居家復健需求個案中有 164 位個案(27.6%)有自己的收入，344 位個案(57.9%)有家人支援，81 位個案(13.6%)的經濟來源皆非上述情形，故列為「其他」。另有 5 人(0.8%)經濟來源不詳。

5. 居住地：

建議有居家復健需求個案中住在偏遠地區者僅有 90 位(15.2%)，其餘 504 位(84.8%)皆非居住在偏遠地區。

6. 主要照顧者負荷量表分數：

整體來說個案的主要照顧者負荷分數以 6 分以下占多數，超過 6 分後隨著分數增高，人數則不斷遞減，而最高分者為 10 分。所有個案之主要照顧者負荷量表分數分布情形如下：3 分 121 人(20.4%)、4 分 48 人(8.1%)、5 分 149 人(25.1%)、6 分 136 人(22.9%)、7 分 57 人(9.6%)、8 分 22 人(3.7%)、9 分 5 人(0.8%)、10 分 2 人(0.3%)。另外有 11 位個案(1.9%)資料不詳，43 位個案(7.2%)無主要照顧者，因此不適用此量表。

7. 主要照顧者與個案關係：

建議有居家復健需求個案中主要照顧者以配偶最多，共 223 人(37.5%)，其後依序為：女兒 89 人(15.0%)、兒子 80 人(13.5%)、父母 59 人(9.9%)、媳婦 58 人(9.8%)，及其他 40 人(6.7%)。另有 42 位個案(7.1%)無主要照顧者，3 位個案(0.5%)資料不詳。



8. 主要照顧者年齡：

在建議有居家復健需求的個案資料中，年紀最輕的主要照顧者為 15 歲，年紀最長為 93 歲，平均年齡為 54.3 歲，標準差為 15.0 歲。另有 40 位個案無主要照顧者，33 位個案資料不詳。所有個案之主要照顧者年齡層分布如下：20 歲以下有 3 位(0.5%)，21 到 40 歲有 92 位(15.5%)，41 到 60 歲有 251 位(42.3%)，61 到 80 歲有 153 位(25.8%)，81 歲以上則有 22 位(3.7%)。

9. 主要照顧者性別：

在建議有居家復健需求的個案資料中，主要照顧者以女性居多，共 405 人(68.2%)，男性僅有 147 人(24.7%)，另有 38 位個案(6.4%)無主要照顧者，4 位個案(0.7%)資料不詳。

10. 評估人員是否是治療師：

建議有居家復健需求的個案中，其評估人員為治療師者比非治療師者略多，前者有 360 人(60.6%)，後者則有 232 人(39.1%)，另有 2 位個案(0.3%)之評估人員身分不詳。



(二) 使用居家復健的個案

所有使用居家復健的個案共 260 人，以下為使能因素的資料分布情形：

1. 身分別：

絕大多數使用居家復健的個案為一般戶，共 198 位(76.2%)，其次為中低收入戶 47 位(18.1%)，而低收入戶僅有 15 位(5.8%)。

2. 是否為榮民(眷)：

所有使用居家復健的個案中，具有榮民(眷)身分者僅 36 位(13.8%)，其餘 224 位(86.2%)皆非榮民(眷)。

3. 居住狀況：

所有使用居家復健的個案中，獨居者可說是相當少，僅 14 人(5.4%)，而與他人同住的個案則有 246 人(94.6%)。

4. 經濟來源：

所有使用居家復健的個案中，有家人供給的個案居多，共 147 人(56.5%)，而以自己的收入為主者有 80 人(30.8%)，另有 30 人(11.5%)的經濟來源不屬於上述情況故列為「其他」，而有 3 人(1.2%)的經濟來源不詳。

5. 居住地：

全部使用居家復健的個案中，住在偏遠地區者為 42 位(16.2%)，不住在偏遠地區者則有 218 位(83.8%)。

6. 主要照顧者負荷量表分數：

整體來說個案的主要照顧者負荷分數以 5 分為最多，其後依序為 6 分、3 分，而最高分者為 9 分。所有使用居家復健個案之主要照顧者負荷量表分數分布情形如下：3 分 52 人(20.0%)、4 分 22 人(8.5%)、5 分 70 人(26.9%)、6 分 59 人(22.7%)、7 分 25 人(9.6%)、8 分 9 人(3.5%)、9 分 1 人(0.4%)。另外有 3 位個案(1.2%)資料不詳，19 位個案(7.3%)無主要照顧者，因此不適用此量表。

7. 主要照顧者與個案關係：

所有個案中主要照顧者以配偶最多，共 103 人(39.6%)，其後依序為：女兒 37 人(14.2%)、兒子 34 人(13.1%)、父母 28 人(10.8%)、媳婦 21 人(8.1%)，及其他 17 人(6.5%)。另有 18 位個案(6.9%)無主要照顧者，2 位個案(0.8%)資料不詳。

8. 主要照顧者年齡：

在所有有效樣本中，年紀最輕的主要照顧者為 15 歲，年紀最長為 88 歲，平均年齡為 54.8 歲，標準差為 14.7 歲。另有 16 位個案無主要照顧者，17 位個案資料不詳。所有個案之主要照顧者年齡層分布如下：20 歲以下有 1 位(0.4%)，21 到 40 歲有 38

位(14.6%)，41 到 60 歲有 112 位(43.1%)，61 到 80 歲有 65 位(25.0%)，81 歲以上則有 11 位(4.2%)。

9. 主要照顧者性別：

在全部有效樣本中，個案的主要照顧者以女性占多數，共 180 人(69.2%)，男性則是 63 人(24.2%)，另有 14 位個案(5.4%)無主要照顧者，3 位個案(1.2%)資料不詳。

10. 評估人員是否是治療師：

全部有使用居家復健的個案中，評估人員為治療師者共 144 人(55.4%)，非治療師者則有 115 人(44.2%)，另有 1 位個案(0.4%)之評估人員身分不詳。

(三) 使用居家物理治療的個案

所有使用居家物理治療的個案共 236 人，以下為使能因素的資料分布情形：

1. 身分別：

大多數使用居家物理治療的個案為一般戶，共 179 位(75.8%)，其次為中低收入戶 44 位(18.6%)，而低收入戶僅有 13 位(5.5%)。

2. 是否為榮民(眷)：

所有使用居家物理治療的個案中，204 人(86.4%)並不具有榮民(眷)身分，僅 32 人(13.6%)為榮民(眷)。

3. 居住狀況：

所有使用居家物理治療的個案中，獨居者為少數，僅 14 人(5.9%)，而與他人同住的個案則有 222 人(94.1%)。

4. 經濟來源：

所有使用居家物理治療的個案中，有家人提供者居多，共 129 人(54.7%)，76 人(32.2%)

主要的經濟來源為自己的收入，而有 29 人(12.3%)的經濟來源為「其他」，另有 2 人(0.8%)的經濟來源不詳。

5. 居住地：

全部使用居家物理治療的個案中，住在偏遠地區者為 39 位(16.5%)，不住在偏遠地區者則有 197 位(83.5%)。

6. 主要照顧者負荷量表分數：

整體來說個案的主要照顧者負荷分數以 5 分、6 分為最多，占了一半左右，而最高分者為 9 分。所有使用居家物理治療個案之主要照顧者負荷量表分數分布情形如下：3 分 47 人(19.9%)、4 分 19 人(8.1%)、5 分 63 人(26.7%)、6 分 56 人(23.7%)、7 分 22 人(9.3%)、8 分 8 人(3.4%)、9 分 1 人(0.4%)。另外有 2 位個案(0.8%)資料不詳，18 位個案(7.6%)無主要照顧者，因此不適用此量表。

7. 主要照顧者與個案關係：

使用居家物理治療的個案中，主要照顧者以配偶最多，共 98 人(41.5%)，其後依序為：女兒 32 人(13.6%)、兒子 31 人(13.1%)、父母 22 人(9.3%)、媳婦 18 人(7.6%)，及其他 15 人(6.4%)。另有 18 位個案(7.6%)無主要照顧者，2 位個案(0.8%)資料不詳。

8. 主要照顧者年齡：

在所有有效樣本中，年紀最輕的主要照顧者為 15 歲，年紀最長為 88 歲，平均年齡為 55.5 歲，標準差為 14.8 歲。所有個案之主要照顧者年齡層分布如下：20 歲以下有 1 位(0.4%)，21 到 40 歲有 33 位(14.0%)，41 到 60 歲有 97 位(41.1%)，61 到 80 歲有 61 位(25.8%)，81 歲以上則有 11 位(4.7%)。另有 16 位個案(6.8%)無主要照顧者，17 位個案(7.2%)資料不詳。

9. 主要照顧者性別：

在全部有效樣本中，個案的主要照顧者以女性占多數，共 161 人(68.2%)，男性則是

58 人(24.6%)，另有 14 位個案(5.9%)無主要照顧者，3 位個案(1.3%)資料不詳。

10. 評估人員是否是治療師：

全部有使用居家物理治療的個案中，評估人員為治療師者共 129 人(54.7%)，非治療師者則有 106 人(44.9%)，另有 1 位個案(0.4%)之評估人員身分不詳。

(四) 使用居家職能治療的個案

所有使用居家職能治療的個案共 56 人，以下為使能因素的資料分布情形：

1. 身分別：

大多數使用居家職能治療的個案為一般戶，共 45 位(80.4%)，其次為中低收入戶 6 位(10.7%)，而低收入戶為 5 位(8.9%)。

2. 是否為榮民(眷)：

所有使用居家職能治療的個案中，絕大部分並不具有榮民(眷)身分，共 48 人(85.7%)，僅有 8 人(14.3%)為榮民(眷)。

3. 居住狀況：

所有使用居家職能治療的 56 位個案(100.0%)皆與他人同住，並無獨居的個案。

4. 經濟來源：

所有使用居家職能治療的個案中，有家人提供者居多，共 40 人(71.4%)，其後依序為：「有自己的收入」11 人(19.6%)，「其他」4 人(7.1%)，另有 1 人(1.8%)的經濟來源不詳。

5. 居住地：

全部使用居家職能治療的個案中，住在偏遠地區者為 8 位(14.3%)，不住在偏遠地區者則有 48 位(85.7%)。



6. 主要照顧者負荷量表分數：

整體來說個案的主要照顧者負荷分數以 5 分為最多，其次為 3 分、6 分，而最高分者為 8 分。所有使用居家職能治療個案之主要照顧者負荷量表分數分布情形如下：3 分 13 人(23.2%)、4 分 3 人(5.4%)、5 分 16 人(28.6%)、6 分 11 人(19.6%)、7 分 6 人(10.7%)、8 分 4 人(7.1%)。另外有 2 位個案(3.6%)資料不詳，1 位個案(1.8%)無主要照顧者，因此不適用此量表。

7. 主要照顧者與個案關係：

使用居家職能治療的個案中，主要照顧者以配偶最多，共 16 人(28.6%)，其後依序為：父母 14 人(25.0%)、女兒 10 人(17.9%)、兒子 7 人(12.5%)、媳婦及其他皆為 4 人(7.1%)，另有 1 位個案(1.8%)無主要照顧者。

8. 主要照顧者年齡：

在所有有效樣本中，年紀最輕的主要照顧者為 21 歲，年紀最長為 88 歲，平均年齡為 51.3 歲，標準差為 13.8 歲。所有個案之主要照顧者年齡層分布如下：21 到 40 歲有 12 位(21.4%)，41 到 60 歲有 30 位(53.6%)，61 到 80 歲有 10 位(17.9%)，81 歲以上則有 2 位(3.6%)。另有 1 位個案(1.8%)無主要照顧者，1 位個案(1.8%)資料不詳。

9. 主要照顧者性別：

在全部有效樣本中，個案的主要照顧者以女性占多數，共 40 人(71.4%)，男性則是 15 人(26.8%)，另有 1 位個案(1.8%)無主要照顧者。

10. 評估人員是否是治療師：

全部有使用居家職能治療的個案中，評估人員為治療師者較多，共 35 人(62.5%)，非治療師者則有 21 人(37.5%)。

(五) 未使用任何復健服務的個案

未使用任何復健服務的個案共 334 人，以下為使能因素的資料分布情形：

1. 身分別：

未使用任何復健服務的個案以一般戶居多，共 260 位(77.8%)，其次為中低收入戶 55 位(16.5%)，而低收入戶僅有 19 位(5.7%)。

2. 是否為榮民(眷)：

未使用任何復健服務的個案中，具有榮民(眷)身分者僅 48 位(14.4%)，其餘 286 位(85.6%)皆非榮民(眷)。

3. 居住狀況：

未使用任何復健服務的個案中，獨居者是少數，僅 14 人(4.2%)，而與他人同住的個案則有 320 人(95.8%)。

4. 經濟來源：

未使用任何復健服務的個案中，有家人供給的個案居多，共 197 人(59.0%)，而有自己的收入者有 84 人(25.1%)，另有 51 人(15.3%)的經濟來源不屬於上述情況故列為「其他」，而有 2 人(0.6%)的經濟來源不詳。

5. 居住地：

未使用任何復健服務的個案中，住在偏遠地區者為 48 位(14.4%)，不住在偏遠地區者則有 286 位(85.6%)。

6. 主要照顧者負荷量表分數：

整體來說個案的主要照顧者負荷分數以 5 分、6 分為最多，最高分者為 10 分。所有未使用任何復健服務個案之主要照顧者負荷量表分數分布情形如下：3 分 69 人(20.7%)、4 分 26 人(7.8%)、5 分 79 人(23.7%)、6 分 77 人(23.1%)、7 分 32 人(9.6%)、8 分 13 人(3.9%)、9 分 4 人(1.2%)、10 分 2 人(0.6%)。另外有 8 位個案(2.4%)資料不詳，24 位個案(7.2%)無主要照顧者，因此不適用此量表。



7. 主要照顧者與個案關係：

所有個案中主要照顧者以配偶最多，共 120 人(35.9%)，其後依序為：女兒 52 人(15.6%)、兒子 46 人(13.8%)、媳婦 37 人(11.1%)、父母 31 人(9.3%)，及其他 23 人(6.9%)。另有 24 位個案(7.2%)無主要照顧者，1 位個案(0.3%)資料不詳。

8. 主要照顧者年齡：

在所有有效樣本中，年紀最輕的主要照顧者為 18 歲，年紀最長為 93 歲，平均年齡為 53.9 歲，標準差為 15.3 歲。另有 24 位個案無主要照顧者，16 位個案資料不詳。所有個案之主要照顧者年齡層分布如下：20 歲以下有 2 位(0.6%)，21 到 40 歲有 54 位(16.2%)，41 到 60 歲有 139 位(41.6%)，61 到 80 歲有 88 位(26.3%)，81 歲以上則有 11 位(3.3%)。

9. 主要照顧者性別：

在全部有效樣本中，個案的主要照顧者以女性占多數，共 225 人(67.4%)，男性則是 84 人(25.1%)，另有 24 位個案(7.2%)無主要照顧者，1 位個案(0.3%)資料不詳。

10. 評估人員是否是治療師：

未使用任何復健服務的個案中，評估人員為治療師者共 216 人(64.7%)，非治療師者則有 117 人(35.0%)，另有 1 位個案(0.3%)之評估人員身分不詳。

所有經長照中心建議有居家復健需求的個案中，不論其使用的復健服務為何，皆以一般戶所占比例最高，低收戶最少。而榮民(眷)也是少數，在所有族群中皆僅占 14% 左右。另外多數個案皆不住在偏遠地區，住在偏遠地區者所占比例在各個族群中約為 15%。而獨居的個案也是少數，在各個族群中皆不超過 6%，其中使用居家職能治療的個案與家人同住的比例更高達 100%。在經濟來源的部分則顯示有家人提供者為最多，在每個族群中皆超過半數，多數集中在 55% 上下，惟使用居家職能治療的個案有高達 71.4% 的人有家人提供經濟來源。而同時該族群的個案中，有自己收入者所占比例也最低，為 19.6%(其他族群為 25.1%~32.2%)。另外在評估人員的部分，具治療師身分者在各族群中



皆為多數，以「未使用任何復健服務」此一族群所占比例最高，為 64.7%，「使用居家物理治療」者所占比例最低，為 54.7%。

在主要照顧者的部分顯示：所有上述五個族群的個案，其主要照顧者之平均年齡與分布並無太大差異，平均年齡為 51.3 歲~55.5 歲，標準差為 13.76~15.29。性別則明顯以女性居多，在每個族群皆占七成左右。照顧者與個案的關係在所有族群中皆以配偶最多，其中「使用居家物理治療」者所占比例最高，為 41.5%；「使用居家職能治療」者所占比例最低，為 28.6%。然而在使用居家職能治療的個案中，照顧者次多者為「父母」，這與其他族群的主要照顧者以「兒女」居次是不同的。而在照顧者負荷量表的部分，各個族群之平均分數皆為 5 分左右，分數分布也無明顯的差異。

需求因素

需求因素包括個案的日常生活功能、認知功能、罹病狀況、五十公尺行走能力、三個月內跌倒紀錄，以及個案是否自覺有復健需求。詳細資料請參見表 3。

(一) 經台北縣長期照顧管理中心評估建議「有居家復健需求」的個案

經評估建議有居家復健需求的個案共 594 人，以下為需求因素的資料分布情形：

1. 日常生活功能：

若以巴氏量表的分數來看，0 分者為最多，占了所有建議有居家復健需求個案的三成左右(共 186 人，占 31.3%)。而若以巴氏量表的分數等級來看，日常生活功能完全依賴者(巴氏量表分數為 0~20)更高達五成左右，顯見多數個案的日常生活功能障礙是很嚴重的。所有個案的巴氏量表分數分布情形如下：0~20 分(完全依賴)有 326 人，占 54.9%，21~60(重度依賴)有 182 人，占 30.6%，61~90 分(中度依賴)有 61 人，占 10.3%，91~99 分(輕度依賴)有 9 人，占 1.5%，100 分(完全獨立)有 15 人，占 2.5%，另有 1 人(0.2%)資料不詳。

2. 認知功能：

建議有居家復健需求的個案中有施測 SPMSQ 者共 397 人(66.8%)，未施測者(藉由觀

察日常事務執行狀況評分)192人(32.3%)，另有5人(0.8%)資料不詳。而在所有有效樣本中，有認知功能障礙的個案共382人(64.3%)，無認知功能障礙的個案則是207人(34.8%)。

3. 罹病狀況：

建議有居家復健需求的個案中罹患中風的人數最多，共310人(52.2%)，其次依序為高血壓283人(47.6%)，心臟病163人(27.4%)。由於部分疾病並非與復健密切相關，因此以下依序列出個案所罹患，並與復健醫療相關的疾病。所有建議有居家復健需求的個案中盛行率最高者為中風310人(52.2%)，其後依序為：心肺疾病189人(31.8%)、關節炎40人(6.7%)、脊髓損傷29人(4.9%)、失智症21人(3.5%)，巴金森氏症17人(2.9%)，及腦性麻痺16人(2.7%)。

4. 五十公尺行走能力：

在使用或不使用輔具的情況下，建議有居家復健需求的個案中僅有101人(17.0%)可行走五十公尺，其餘487位個案(82.0%)則無法行走五十公尺，另有6位個案(1.0%)資料不詳。



5. 三個月內跌倒紀錄：

建議有居家復健需求的個案中有166人(27.9%)在近三個月內跌倒過，其餘422人(71.0%)近期則無跌倒紀錄，另有6位個案(1.0%)資料不詳。

6. 個案是否自覺有復健需求：

建議有居家復健需求的個案中有496人(83.5%)有復健需求，93人(15.7%)無復健需求，另有5人(0.8%)資料不詳。

(二) 使用居家復健的個案

所有使用居家復健的個案共260人，以下為需求因素的資料分布情形：

1. 日常生活功能：

若以巴氏量表的分數來看，0分者為最多，占了所有個案的三成左右（共90人，占34.6%）。而若以巴氏量表的分數等級來看，日常生活功能完全依賴者（巴氏量表分數為0~20）更將近六成，顯見多數使用居家復健的個案在日常生活功能障礙是很嚴重的。所有個案的巴氏量表分數分布情形如下：0~20分（完全依賴）有150人，占57.7%，21~60分（重度依賴）有75人，占28.8%，61~90分（中度依賴）有26人，占10.0%，91~99分（輕度依賴）有4人，占1.5%，100分（完全獨立）有4人，占1.5%，另有1人（0.4%）資料不詳。

2. 認知功能：

所有使用居家復健的個案中有施測SPMSQ者共162人（62.3%），未施測者（藉由觀察日常事務執行狀況評分）95人（36.5%），另有3人（1.2%）資料不詳。而在所有有效樣本中，有認知功能障礙的個案共163人（62.7%），無認知功能障礙的個案則是94人（36.2%）。

3. 罹病狀況：

全部個案中罹患中風的人數最多，共134人（51.5%），其次依序為高血壓122人（46.9%），糖尿病67人（25.8%）。而若依照與復健醫療相關的疾病來看，所有個案中盛行率最高者為中風134人（51.5%），其後依序為：心肺疾病80人（30.8%）、關節炎21人（8.1%）、脊髓損傷14人（5.4%）、失智症9人（3.5%），巴金森氏症8人（3.1%），及腦性麻痺6人（2.3%）。

4. 五十公尺行走能力：

在使用或不使用輔具的情況下，所有使用居家復健的個案中僅有33人（12.7%）可行走五十公尺，其餘223位個案（85.8%）則無法行走五十公尺，另有4位個案（1.5%）資料不詳。

5. 三個月內跌倒紀錄：

所有使用居家復健的個案中只有62人（23.8%）在近三個月內跌倒過，其餘195人（75.0%）近期則無跌倒紀錄，另有3位個案（1.2%）資料不詳。

6. 個案是否自覺有復健需求：

全部使用居家復健的個案中有 215 人(82.7%)有復健需求，42 人(16.2%)無復健需求，另有 3 人(1.2%)資料不詳。

(三) 使用居家物理治療的個案

所有使用居家物理治療的個案共 236 人，以下為需求因素的資料分布情形：

1. 日常生活功能：

若以巴氏量表的分數來看，0 分者為最多，占了所有個案的三成左右(共 90 人，占 34.6%)。而若以巴氏量表的分數等級來看，日常生活功能完全依賴者(巴氏量表分數為 0~20)更將近六成，顯見多數使用居家物理治療的個案其日常生活功能障礙較嚴重。所有個案的巴氏量表分數分布情形如下：0~20 分(完全依賴)有 140 人，占 59.3%，21~60(重度依賴)有 66 人，占 28.0%，61~90 分(中度依賴)有 21 人，占 8.9%，91~99 分(輕度依賴)有 4 人，占 1.7%，100 分(完全獨立)有 4 人，占 1.7%，另有 1 人(0.4%)資料不詳。

2. 認知功能：

所有使用居家物理治療的個案中有施測 SPMSQ 者共 152 人(64.4%)，未施測者(藉由觀察日常事務執行狀況評分)82 人(34.7%)，另有 2 人(0.8%)資料不詳。而在所有有效樣本中，有認知功能障礙的個案共 147 人(62.3%)，無認知功能障礙的個案則是 87 人(36.9%)。

3. 罹病狀況：

使用居家物理治療的個案中罹患中風的人數最多，共 121 人(51.3%)，其次依序為高血壓 112 人(47.4%)，心臟病 63 人(26.7%)。而若依照與復健醫療相關的疾病來看，所有個案中盛行率最高者為中風 121 人(51.3%)，其後依序為：心肺疾病 77 人(32.6%)、關節炎 19 人(8.1%)、脊髓損傷 14 人(5.9%)、巴金森氏症 7 人(3.0%)、失智症 6 人(2.5%)及腦性麻痺 5 人(2.1%)。

4. 五十公尺行走能力：

在使用或不使用輔具的情況下，所有使用居家物理治療的個案中僅有 27 人(11.4%)可行走五十公尺，其餘近九成共 206 位個案(87.3%)則無法行走五十公尺，另有 3 位個案(1.3%)資料不詳。

5. 三個月內跌倒紀錄：

多數使用居家物理治療的個案在近三個月內並無跌倒紀錄，共 179 人(75.8%)，只有 55 人(23.3%)在近三個月內跌倒過，另有 2 位個案(0.8%)資料不詳。

6. 個案是否自覺有復健需求：

全部使用居家物理治療的個案中有 197 人(83.5%)有復健需求，37 人(15.7%)無復健需求，另有 2 人(0.8%)資料不詳。

(四) 使用居家職能治療的個案

所有使用居家職能治療的個案共 56 人，以下為需求因素的資料分布情形：

1. 日常生活功能：

若以巴氏量表的分數來看，0 分者為最多(共 13 人，占 23.2%)，而若以巴氏量表的分數等級來看，日常生活功能完全依賴者(巴氏量表分數為 0~20)也占將近半數，且所有個案的日常生活功能障礙程度至少在中度依賴以上，顯見多數使用居家職能治療的個案其日常生活功能障礙較嚴重。所有個案的巴氏量表分數分布情形如下：0~20 分(完全依賴)有 27 人，占 48.2%，21~60(重度依賴)有 20 人，占 35.7%，61~90 分(中度依賴)有 9 人，占 16.1%。

2. 認知功能：

所有使用居家職能治療的個案中有施測 SPMSQ 者共 37 人(66.1%)，未施測者(藉由觀察日常事務執行狀況評分)18 人(32.1%)，另有 1 人(1.8%)資料不詳。而在所有有效樣本中，有認知功能障礙的個案共 35 人(62.5%)，無認知功能障礙的個案則是 20 人(35.7%)。

3. 罹病狀況：

使用居家職能治療的個案中罹患中風的人數最多，共 31 人(55.4%)，其次依序為高血壓 19 人(33.9%)，糖尿病 15 人(26.8%)。而若依照與復健醫療相關的疾病來看，所有個案中盛行率最高者為中風 31 人(55.4%)，其後依序為：心肺疾病 9 人(16.1%)、關節炎及腦性麻痺皆為 4 人(7.1%)、失智症 3 人(5.4%)、脊髓損傷 2 人(3.6%)、巴金森氏症 1 人(1.8%)。

4. 五十公尺行走能力：

在使用或不使用輔具的情況下，所有使用居家職能治療的個案中只有 10 人(17.9%)可行走五十公尺，其餘 45 位個案(80.4%)則無法行走五十公尺，另有 1 位個案(1.8%)資料不詳。

5. 三個月內跌倒紀錄：

多數使用居家職能治療的個案在近三個月內並無跌倒紀錄，共 37 人(66.1%)，近期有跌倒過為 18 人(32.1%)，另有 1 位個案(1.8%)資料不詳。

6. 個案是否自覺有復健需求：

全部使用居家職能治療的個案中有 47 人(83.9%)有復健需求，8 人(14.3%)無復健需求，另有 1 人(1.8%)資料不詳。

(五) 未使用任何復健服務的個案

未使用任何復健服務的個案共 334 人，以下為需求因素的資料分布情形：

1. 日常生活功能：

若以巴氏量表的分數來看，0 分者為最多，將近三成左右(共 96 人，占 28.7%)。而若以巴氏量表的分數等級來看，日常生活功能完全依賴者(巴氏量表分數為 0~20)則有半數之多。所有個案的巴氏量表分數分布情形如下：0~20 分(完全依賴)有 176 人，占 52.7%，21~60(重度依賴)有 107 人，占 32.0%，61~90 分(中度依賴)有 35 人，占 10.5%，91~99 分(輕度依賴)有 5 人，占 1.5%，100 分(完全獨立)有 11 人，占 3.3%。

2. 認知功能：

未使用任何復健服務的個案中有施測 SPMSQ 者共 235 人(70.4%)，未施測者(藉由觀察日常事務執行狀況評分)97 人(29.0%)，另有 2 人(0.6%)資料不詳。而在所有有效樣本中，有認知功能障礙的個案共 219 人(65.6%)，無認知功能障礙的個案則是 113 人(33.8%)。

3. 罹病狀況：

全部個案中罹患中風的人數最多，共 176 人(52.7%)，其次依序為高血壓 161 人(48.2%)，心臟病 97 人(29.0%)。而若依照與復健醫療相關的疾病來看，所有個案中盛行率最高者為中風 176 人(52.7%)，其後依序為：心肺疾病 109 人(32.6%)、關節炎 19 人(5.7%)、脊髓損傷 15 人(4.5%)、失智症 12 人(3.6%)，腦性麻痺 10 人(3.0%)，及巴金森氏症 9 人(2.7%)。

4. 五十公尺行走能力：

在使用或不使用輔具的情況下，未使用任何復健服務的個案中僅有 68 人(20.4%)可行走五十公尺，其餘 264 位個案(79.0%)則無法行走五十公尺，另有 2 位個案(0.6%)資料不詳。

5. 三個月內跌倒紀錄：


未使用任何復健服務的個案中有 104 人(31.1%)在近三個月內跌倒過，其餘 227 人(68.0%)近期則無跌倒紀錄，另有 3 位個案(0.9%)資料不詳。

6. 個案是否自覺有復健需求：

未使用任何復健服務的個案中有 281 人(84.1%)有復健需求，51 人(15.3%)無復健需求，另有 2 人(0.6%)資料不詳。

所有五個族群的個案其日常生活功能狀況皆以「完全依賴」為最多，至少都占了半數以上，其中以「使用居家物理治療」者的 59.3%為最高，「使用居家職能治療」者的 48.2%為最低。而若再加上重度依賴的個案，兩者合計在五個族群中所占比例皆超過

八成。而認知功能的部分顯示有認知障礙者較多，在五個族群中皆然，約占六成左右。另外在罹病狀況的部分以中風為最多，在每個族群中都占了半數，其次為高血壓，之後為心臟病(建議有居家復健需求者、未使用任何復健服務者、及使用居家物理治療者)與糖尿病(使用居家復健服務者，及使用居家職能治療者)。而若以與復健醫療相關的疾病來看，中風依然高居第一，其次為心肺疾病，再其次為關節炎。上述疾病分布狀況在所有族群皆然，不過使用居家職能治療的個案在罹患第三多的疾病中除了關節炎外，還多了腦性麻痺。在個案行走能力的部分則顯示，多數個案在使用或不使用輔具的情況下並無法行走 50 公尺，其中以「使用居家物理治療」者的 87.3% 為最多，「未使用任何復健服務」者則最低，為 79.0%。另外多數個案在近 3 個月內並無跌倒紀錄，有跌倒記錄者在所有族群中皆僅占 20%~30% 左右。其中「使用居家職能治療」者為 32.1%，是所有族群中比例最高的，最低者則是「使用居家物理治療」的 23.3%。而關於個案是否自覺有復健需求，所有族群皆顯示「有復健需求」者為多數，所占比例超過八成，其中「未使用任何復健服務」者最高，為 84.1%，「使用居家復健服務」者最低，為 82.7%。



第二節 使用居家復健服務相關因素之雙變項分析

以下針對 Andersen 健康服務使用行為模式中所提到的傾向因素、使能因素、及需求因素使用卡方檢定來分別探討這三大類因素中所涵蓋的變項與個案使用居家復健服務之相關性。

傾向因素

傾向因素與個案使用居家復健與否(包括：使用居家物理治療，使用居家職能治療，或使用整體居家復健服務)的相關性請參見表 4~6。其中若以整體居家復健服務來看，傾向因素中有一個變項具有顯著的相關性，即「個案是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」。有使用長照中心所提供居家復健外之服務的個案，使用居家復健的比

例較高，為 47.0%；未使用其他服務者為 38.8%。而在居家物理治療的部分，並沒有任何變項呈現顯著的相關。居家職能治療的部分則有三個變項呈現顯著相關，分別是：個案的年齡、婚姻狀況，及「是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」。其中在年齡方面，以 40 歲以下的個案使用居家職能治療的比例最高，有 48.4%，其後依序為： ≥ 81 歲(38.9%)、41~60 歲(23.1%)、61~80 歲(18.6%)。婚姻狀況的部分顯示未婚者使用居家職能治療的比例最高，有 51.6%，其次為已婚 23.8%，之後是「其他」(含分居、喪偶等特殊狀況)，為 22.5%。另外「有使用長照中心提供居家復健外之服務」的個案使用居家職能治療的比例較高，為 34.4%，未使用其他服務者僅有 16.0%有使用居家職能治療。

使能因素

使能因素與個案使用居家復健服務與否的相關性請參見表 7~9。其中在整體居家復健服務的部分有一個變項呈現顯著相關，即「評估人員是否為治療師」。若評估人員為治療師，則個案使用居家復健服務的比例較低，為 40.0%，評估人員非治療師者則是 49.6%。居家物理治療的部分同樣顯示「評估人員是否為治療師」為使能因素中唯一顯著相關的變項。若評估人員為治療師，個案使用居家物理治療的比例較低，為 39.3%，非治療師者則是 50.0%。而居家職能治療的部分則沒有任何變項顯示有顯著的相關性存在。


需求因素

需求因素與個案使用居家復健服務與否的關係請參見表 10~12。其中在整體居家復健服務的使用部分有一個變項具有顯著的相關性，即個案「使用或不使用輔具下，能否行走五十公尺」。無法行走五十公尺者使用居家復健服務的比例較高，為 45.8%，可行走者的使用比例則是 32.7%。而在居家物理治療的部分有兩個變項具有顯著相關，包括「使用或不使用輔具下，能否行走五十公尺」，及「三個月內跌倒紀錄」。無法行走五十公尺者使用居家物理治療的比例為 46.0%，較可行走者的 30.7%高。而近三個月無跌倒紀錄者使用比例為 46.5%，較有跌倒者的 36.4%高。居家職能治療顯示有一個變項呈現顯著的相關性，即「是否有心肺疾病」。有罹患心肺疾病的個案使用居家職能治療的比

例為 17.0%，較未罹患者的 31.3% 低。

由以上的分析結果可知，傾向、使能，及需求三大類因素中所涵蓋的變項與個案使用整體居家復健服務、居家物理治療，及居家職能治療的相關性並不完全相同(詳見表 13)。與個案使用居家復健服務有顯著相關的變項包括：傾向因素中的「是否使用長照中心提供的其他服務」、使能因素中的「評估人員是否為治療師」、及需求因素中的「使用或不使用輔具下，能否行走五十公尺」。與個案使用居家物理治療有顯著相關的變項包括：使能因素中的「評估人員是否為治療師」，及需求因素中的「使用或不使用輔具下，能否行走五十公尺」、「3 個月內跌倒紀錄」。而與個案使用居家職能治療有顯著相關的變項則包括：傾向因素中的「年齡」、「婚姻狀況」、與「是否使用長照中心提供的其他服務」，及需求因素中的「是否罹患心肺疾病」。

第三節 使用居家復健服務相關因素之多變項分析



本節使用羅吉斯迴歸分析以了解傾向因素、使能因素、及需求因素中有那些變項對於個案在整體居家復健服務的使用、居家物理治療的使用、及居家職能治療的使用有顯著解釋力。自變項的部分均採用類別變項處理，所有自變項的參考組別請詳見表 14。而在進行羅吉斯迴歸分析前，需先使用共線性診斷了解自變項之間是否存在共線問題。診斷結果如表 15 所示，所有自變項 VIF 值皆小於 2，顯示自變項之間並無線性重合之問題。另外在模式適配性檢定的部分，由表 16 可知，在使用整體居家復健服務的最終模式中，Hosmer-Lemeshow 檢定值為 4.146($p=0.763$)未達顯著水準 5%，顯示模式的適配性佳，而在使用居家物理治療及居家職能治療的最終模式中同樣顯示模式的適配性良好，其檢定值分別為 3.871($p=0.795$)、6.513($p=0.590$)(詳見表 17、18)。以下將分別介紹各因素中對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療具有顯著解釋力的變項。

傾向因素

傾向因素與個案使用居家復健服務與否(包括：使用居家物理治療，使用居家職能治療，或使用整體居家復健服務)的羅吉斯迴歸分析結果請參見表 16~18。其中在整體居家復健服務使用的部分，納入分析的自變項包括：年齡、教育程度、是否使用另類醫療、是否使用長照中心所提供居家復健外之服務。結果顯示傾向因素中有一個變項可顯著解釋個案使用整體居家復健服務與否，即「是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」。若個案有使用長照中心所提供居家復健外之服務，其使用居家復健服務的機會較高，勝算比為 1.53。

在居家物理治療的部分，納入分析的自變項包括：教育程度、是否使用長照中心所提供居家復健外之服務、是否使用另類醫療。結果同樣顯示「是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」此變項可顯著解釋個案使用居家物理治療與否。若個案有使用長照中心所提供居家復健外之服務，其使用居家物理治療的機會較高，勝算比為 1.49。

而在居家職能治療的部分，納入分析的自變項包括：年齡、性別、婚姻狀況、是否使用長照中心所提供居家復健外之服務。結果顯示傾向因素中有三個變項可顯著解釋個案使用居家職能治療與否，包括「性別」、「婚姻狀況」、及「是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」。若個案為女性，使用居家職能治療的機會較高，勝算比為 3.36；而若個案的婚姻狀況為「未婚」，比起已婚者與「其他」(含分居、離婚、喪偶等特殊狀況)，使用居家職能治療的機會較高，勝算比分別為 6.21，11.63。另外若個案有使用長照中心所提供居家復健外之服務，其使用居家職能治療的機會較高，勝算比為 3.37。

使能因素

使能因素與個案使用居家復健服務與否的羅吉斯迴歸分析結果請參見表 16~18。其中在整體居家復健服務使用的部分，納入分析的自變項包括：經濟來源，及評估人員是否為治療師。結果顯示使能因素中有一個變項可顯著解釋個案使用整體居家復健服務與否，即「評估人員是否為治療師」。若個案的評估人員非治療師，使用居家復健服務的機會較高，勝算比為 1.56。

在居家物理治療的部分，納入分析的自變項包括：經濟來源，及評估人員是否為治療師。結果同樣顯示「評估人員是否為治療師」可顯著解釋個案居家物理治療與否。若個案的評估人員非治療師，其使用居家物理治療的機會較高，勝算比為 1.59。

而在居家職能治療的部分，納入分析的自變項包括：身分別、居住狀況、照顧者與個案關係、及經濟來源。結果顯示個案的身分別是使能因素中唯一可顯著解釋個案使用居家職能治療與否的變項。若個案為一般戶，比起中低收入戶使用居家職能治療的機會較高，勝算比為 5.32。



需求因素

需求因素與個案使用居家復健服務與否的羅吉斯迴歸分析結果請參見表 16~18。其中在整體居家復健服務使用的部分，納入分析的自變項包括：五十公尺行走能力、是否罹患關節炎，及三個月內跌倒記錄。結果顯示需求因素中僅一個變項可顯著解釋個案使用整體居家復健服務與否，即「五十公尺行走能力」。在使用或不使用輔具的情況下，無法行走五十公尺的個案，其使用居家復健服務的機會比可行走者來的高，勝算比為 1.71。

在居家物理治療的部分，納入分析的自變項包括：五十公尺行走能力，及三個月內跌倒記錄。結果同樣顯示「五十公尺行走能力」可顯著解釋個案使用居家物理治療與否。在使用或不使用輔具的情況下，無法行走五十公尺的個案其使用居家物理治療的機會較可行走者高，勝算比為 1.89。

而在居家職能治療的部分，納入分析的自變項包括：日常生活功能障礙程度、三個月內跌倒記錄、是否罹患腦性麻痺、是否罹患關節炎、及是否有心肺疾病。結果顯示需求因素中並無任何變項可顯著解釋個案使用居家職能治療與否。

由以上羅吉斯迴歸分析結果可知，對於個案使用整體居家復健服務、居家物理治療，及居家職能治療具有顯著解釋力的變項包括下列(詳見表 19)：對於個案使用整體居家復健服務具有顯著解釋力的變項為：傾向因素中的「是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」，使能因素中的「評估人員是否為治療師」，及需求因素中的「五十公尺行走能力」。而對於個案使用居家物理治療具有顯著解釋力的變項則有：傾向因素中的「是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」、使能因素中的「評估人員是否為治療師」，及需求因素中的「五十公尺行走能力」。另外，對於對於個案使用居家職能治療具有顯著解釋力的變項包括：傾向因素中的「性別」、「婚姻狀況」、「是否使用長照中心所提供居家復健外之服務」，以及使能因素中的「身分別」。



第五章 討論

本章分為六節，第一節為研究貢獻，第二節探討整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的建議接受率，第三至五節分別探討傾向因素、使能因素、及需求因素對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的影響，第六節則是應用 Andersen 模式於居家復健服務使用之探討。

第一節 研究貢獻

本研究首度針對國內經評估人員建議後，民眾是否使用居家復健服務之相關因素進行探討，樣本橫跨民國 94~96 年，研究資料來自國內擁有豐富居家復健服務經驗的北縣長期照顧管理中心，研究結果可協助有關單位初步瞭解使用居家復健服務的民眾特質，及影響民眾選擇或不選擇使用居家復健服務之相關因素。居家復健服務自 1998 年實施以來，因經費與人力的不足，在推廣過程中受到許多限制，而目前在推動長期照顧十年計畫後，很有可能加速服務提供的普及。然而服務提供量的增加不一定代表有需求的民眾必然會使用服務，因此能了解在醫療範疇之外，尚有那些因素決定了民眾是否使用服務才能讓服務發揮預期的效益。由於居家復健著重的是生活層面的安適感，並非攸關生死的問題，較不具有急迫性，因此民眾在決定是否需要使用服務時可能考慮的層面會較廣，包括家庭狀況、經濟狀況等都可能列為考量，而非侷限在一般醫療人員最重視的「需求因素」裡。而本研究顯示傾向、使能、及需求因素對於居家復健服務的使用皆有影響，且不同服務(居家物理治療、居家職能治療)的影響因素亦有所差異，此結果與上述論點是大致是相符合的。

第二節 整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的建議接受率

本研究顯示即便評估人員提出居家復健需求的建議，民眾對於整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的接受率並不高。其中整體居家復健服務的接受率為 43.8%、居家物理治療為 43.6%、居家職能治療則僅有 27.6%。在本研究樣本蒐集期間，民眾僅需負擔 10% 的居家復健服務費用(交通費視情況而定)，而在服務收費相當低廉的情況下，民眾對於服務的接受度尚且如此，更何況長期照顧十年計畫實施後，除北縣外的民眾之自負額將大幅提高到 40%，民眾對於居家復健服務的接受度恐怕會造成更大的衝擊。雖然目前北縣政府可自行吸收自負額提高的部份，因此北縣民眾使用居家復健的自負額沒有受到影響，然而價格並不一定是民眾決定是否使用居家復健服務的唯一考量，尤其若在不了解服務目的，或不認同服務需要的前提下，無論服務費用多麼低廉，甚至免費，可能都無法提高民眾使用居家復健服務的意願。因此有關單位除了提供民眾實質的費用補助，若也能針對民眾對於居家復健服務的看法進行調查(如：對於服務了解多少、對於服務的期待為何、自覺服務需求性、使用服務有那些障礙等)，並由調查結果改善服務的不足處，應有助於提高民眾對居家復健服務的接受度。

在關於職能治療接受率的探討部分，羅吉斯迴歸分析結果顯示傾向因素(性別、婚姻狀況、是否使用長照中心所提供居家復健外之服務)、使能因素(身分別)對於個案使用居家職能治療有顯著解釋力，Nagelkerke R^2 為 31.8%，因此推測個案在決定是否要使用居家職能治療時頗為容易受到非醫療相關因素的影響，並非完全依照評估人員的建議，故服務接受率特別偏低。而居家物理治療的服務接受率雖然較高(43.6%)，但也未達半數，顯見仍有非醫療相關的因素影響了民眾使用服務的決定。在使用居家物理治療的羅吉斯迴歸分析結果顯示傾向因素(是否使用長照中心所提供居家復健外之服務)、使能因素(評估人員是否為治療師)、及需求因素(五十公尺行走能力)對於個案使用服務與否有顯著的影響，然而整體預測模型的解釋力並不高，Nagelkerke R^2 只有 5.0%，因此推測可能有其它本研究並未探討的因素對於個案使用居家物理治療更具影響力，然而究竟那些因素是民眾在決定是否使用居家復健服務時最重要的考量，仍需未來進一步探究。

第三節 傾向因素對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的影響

以整體居家復健服務的使用來說，個案是否同時使用長照中心所提供的其他服務此因素具有顯著的解釋力。單純使用居家復健者為少數，多數人還有使用其他服務，其中以「居家服務」居多，使用居家物理治療，及使用居家職能治療的部分亦顯示同樣的結果。當然，長照中心成立的目的是本來便不只是滿足個案復健的需求而已，還有許多其他健康照護上的問題需要提供協助。若由這個角度來看，應可算是達到服務多元化的目的。而換個角度來看，有使用居家復健服務的個案，若同時經評估人員建議使用其他服務，其使用其他服務的比例亦較未使用居家復健者高。由這個結果也可看出，有使用居家復健服務的個案對於長照中心所提供的各項服務接受度是較高的。而若對照「使用居家復健服務」與「未使用任何居家復健服務」的兩類個案可發現：前者在另類醫療的使用比例低於後者，後者在使用長照中心其他服務的比例低於前者。換句話說，有使用居家復健者通常伴隨使用長照中心的其他服務，但較少同時使用另類醫療；而未使用任何居家復健服務者，同時也不使用長照中心其他服務的比例較高，此外使用另類醫療的比例亦較高。此現象在某種程度上也反映出個案對於傳統醫療及另類醫療的接受度可能影響了其實際使用服務的情形。尤其以台灣的社會文化來說，當民眾有復健需求時，仍有不少人會考慮採用坊間的民俗療法或各種偏方，甚至做為唯一的選擇。當然，傳統醫療及另類醫療此二種治療方式本無孰優孰劣，若能適當運用，兩者應可以並行不悖的。然而尋求居家復健服務的個案多半已無法到醫院接受常規的治療，此時若因觀念上的歧異造成個案不接受居家復健服務，而單純只使用目前較缺乏實證的另類療法，此舉似乎較不恰當。評估人員若在進行評估時發現有這樣的現象，實應與個案進行深入的訪談與溝通，以確實了解個案本身的想法為何，並給予適當的回饋與協助。

居家職能治療的部分還顯示個案的性別對於服務使用有顯著的影響，女性使用居家職能治療的機會較男性高。此與國外文獻所提到女性有較高的傾向使用居家照護服務 (Guerriere et al., 2008; Jenkins & Laditka, 2003; Langa et al., 2001; Song et al, 2006) 結果是相同的，然而此性別差異並未在整體居家復健服務、或居家物理治療的使用有顯著的影響。也許因為居家職能治療強調的是日常生活功能的獨立性，而女性一般來說多為家庭

照顧者的身分(李怡真, 2000; 陳正芬、吳淑瓊, 2006), 若自己失能便會缺乏照顧者, 因此女性較傾向接受日常生活的獨立訓練。然而由於在本研究中建議使用居家職能治療的樣本人數較少, 因此是否真的有性別差異存在, 或者有其他因素是透過性別, 進一步影響個案使用居家職能治療的真正原因, 尚需未來進一步探討。另外在婚姻狀況的部分顯示: 未婚者比起已婚者, 或其他特殊婚姻狀況者使用居家職能治療的比例皆較高。此因素在整體居家復健服務, 及居家物理治療的使用亦無顯著的影響, 推測可能也因為居家職能治療特別著重在個案日常生活功能的獨立所致。使用居家職能治療的個案中, 未婚者的平均年齡相當年輕, 僅 24.3 歲, 一般來說年紀輕的個案可能被賦予較多家人(或自己本身)的期待, 因此對於此服務的接受度較高。

國內有研究探討個案自述居家復健需要之相關因素時, 在傾向因素部分有不同的發現。蘇晉永(2003)針對台北縣三鶯地區、及嘉義市的社區失能者進行調查時曾提到, 傾向因素中的年齡, 及教育程度與個案自述居家復健需要有關: 年紀愈輕者, 自述居家復健需要較高; 另外教育程度愈高者, 自述居家復健需要也較高。然此結果只限於自答樣本, 若由家屬代答, 傾向因素中便沒有任何變項可顯著解釋個案的居家復健需要。本研究結果並未顯示年齡或教育程度對於個案居家復健的使用有顯著的解釋力, 然而若從卡方檢定的分析結果中來看, 在整體居家復健使用的部分, 大致呈現相同的趨勢: 亦即年紀較輕(40 歲以下), 及教育程度較高者(高中以上)使用比例較高。但若更進一步分別探討居家物理治療, 及居家職能治療的使用, 則並不一定呈現類似的結果。由此可見實際推行居家復健服務時, 即使服務目的相同, 但內容或形式上的差異也可能影響個案(或家屬)對於服務的選擇。

本研究並未發現傾向因素中「健康信念」的部分有任何變項對於個案使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療有顯著的影響, 然而從上述「使用長照中心服務者多不使用另類醫療; 使用另類醫療者多不使用長照中心服務」這點來看, 推測健康信念對於個案使用服務與否應有某種程度的影響力存在。國內外有許多文獻探討健康信念對於民眾健康行為的影響, 結果皆顯示此因素對於民眾的各種健康行為確有一定的解釋力(Janz & Becker, 1984; Harrison, Mullen, & Green, 1992; 呂昌明、陳瓊珠, 1983; 李守義、周碧瑟、宴涵文, 1989; 官蔚菁, 2004)。而所謂健康信念, 一般來說主要包含五個要素(Rosenstock, 1974): 自覺罹患性(perceived susceptibility)、自覺嚴重性(perceived seriousness)、自覺行動利益(perceived benefits of taking action)、自覺行動障礙

(barriers to taking action)、及行動線索(cues to action)。其中「自覺罹患性」為個人主觀評估罹患某種疾病的可能性；「自覺嚴重性」指個人對罹患某種疾病嚴重性的感受，包括醫療層面(死亡、殘障、生理的痛苦)，及社會層面(工作、家庭、社交)；而「自覺行動利益」指個人所採取的行動是否能降低罹患性或嚴重性的主觀評估；另外「自覺行動障礙」是個人對行動過程中可能存在障礙的評估，包括實質層面(如：花費過高、不方便)與心理層面(如：疼痛、不舒服)；最後「行動線索」則是促成個人採取行動的策略，分成內在線索(如：身體不適、有症狀產生)，與外在線索(如：大眾傳播、健康檢查、親朋好友的忠告、醫護人員的建議)。官蔚菁(2004)針對 1974~2003 年國內所發表與健康信念相關的研究進行後設分析(meta-analysis)後指出，不論研究設計、研究行為類型、自變項種類為何，個案所自覺的行動障礙(包括：採取此行動太貴、很痛苦或不舒服等負面因素)都是健康行為最強的解釋或預測因子。由於本研究所使用的評估量表對於健康信念的相關評估並無完整設計，因此無法針對此因素對於使用居家復健服務的影響進行全面性探討，目前僅能選擇評估表中較相關的兩個變項(是否使用長照中心所提供居家復健外之服務、是否使用另類醫療)進行分析，但畢竟不能代表健康信念的全貌，因此關於健康信念對於使用居家復健服務的影響力為何，目前無法確知，然而未來值得針對此議題做更深入的研究，尤其健康信念所包含的要素幾乎都可透過衛生教育等途徑加以改變，而藉由信念的改變也可進一步影響民眾實際的行為(Andersen, 1995; 官蔚菁, 2004)，更提升了研究價值與重要性。

第四節 使能因素對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的影響

「評估人員是否為治療師」是使能因素中唯一對於整體居家復健服務，及居家物理治療的使用有顯著解釋力的變項。研究結果顯示，若評估人員為治療師，則個案使用整體居家復健服務，或使用居家物理治療的機會較低。乍看之下這樣的結果的確令人頗為匪夷所思，然而由於復健專業本是治療師所長，所以較容易發掘出潛在有需求的個案。但治療師僅從專業的角度思考，與民眾考量的層面並不一定相同，因此不易達成共識；而對非治療師的評估人員來說，復健並非他們的專業領域，因此在判斷個案是否有

復健需求時不若治療師敏銳，多半會參照個案本身的要求後再做出最後的決定。換言之，非治療師的評估人員可能會在個案本身已有接受居家復健的意願後，才轉介個案接受相關服務。綜上所述，治療師比起非治療師的評估人員，雖然可以「建議」更多個案使用居家復健服務，但實際「使用」服務的人數比例並不一定較高。此外，由於本研究是探討個案使用復健「與否」的相關因素，而非使用復健的「次數」，因此若個案的評估人員為治療師，且個案本身有某些復健需求是可短時間解決的，治療師可能在評估的當下便可給予個案適當的協助，然而是否有這種情況發生，目前無法確知。居家職能治療的部分並未顯示評估人員有顯著影響，由於居家職能治療的服務皆受率偏低，因此這樣的結果應表示無論評估人員是否為治療師，所提供的建議都較無法被個案所接受。雖然綜合以上的結果來看，評估人員為治療師對於提高民眾的服務使用率似乎沒有特別的幫助，然在本研究期間，依照居家復健的服務規範，評估建議有居家復健需求與最後核定居家復健服務者並非同一人，另外在服務核定後，個案管理人員可自行決定是否要进一步游說民眾使用居家復健服務，因此民眾在最後決定是否使用服務時，其實可能受到了許多在評估人員身份之外的因素所影響。若只依照目前的研究結果即斷定評估人員非治療師對於民眾使用服務的意願較有幫助，可能言之過早。從所有提出個案有居家職能治療需求的評估人員中，「身為治療師的人數還是較多，甚至為非治療師的 2 倍以上」這點來看，再看到建議居家物理治療，及建議整體居家復健服務的評估人員背景可發現，身為治療師者的人數亦較多，約為非治療師的 1.6 倍，顯見治療師在判斷個案是否有復健需求的部分可能還是較非治療師熟悉。然而由於居家復健的服務對象主要是居住在社區環境中的失能者，而一般來說社工師、公衛護士常常在社區環境中工作，較容易接觸或發掘有潛在居家復健需求的個案，因此提供這些非治療師背景的評估人員簡單、易記、且方便執行的居家復健轉介標準是很重要的，如此才能幫助更多有居家復健需求，但又不知服務取得管道的民眾確實獲得服務，讓居家復健服務資源更有效被利用。

居家職能治療的使用與個案的「身分別」有顯著相關，一般戶使用居家職能治療的機會比中低收入戶來的高。雖然乍看之下應該是經濟因素所造成的影響，然而由於目前中低收入戶使用居家復健的服務費用完全由政府負責，個案等於免費使用服務，反而是一般戶的民眾需負擔服務費用的 10%，因此應不是經濟狀況的問題，推測可能是個案本身並不認為有服務的需要。由於中低收入戶一般來說社經地位與教育程度多不高，因此對於職能治療的服務理念可能較難完全理解或認同，未來有關單位或評估人員宜投注更

多心力在服務宣導或解說的部分，並深入了解民眾對於居家職能治療的期待或想法為何，以確實了解是否因為不同身分別的民眾對於居家職能治療服務需求度的看法不同，而導致服務接受度的差異。

本研究並未發現個案的社會支持度(評估指標包括：居住地、居住狀況、家庭照顧者相關部分)對於使用居家復健有顯著影響。由於與家庭照顧者相關的評估，在失能評估表中較為缺乏(目前只有照顧者負荷分數可能可以反映出照顧者的意見，然此量表的敏感度及信效度等心理計量特性未知)，因此無法確實了解家庭照顧者的看法對於使用居家復健的影響力為何。另外因為目前的治療人力仍然不足，治療師是否願意前往偏遠地區服務民眾，也可能影響了偏遠地區民眾使用居家復健服務的狀況。不過若由資料分布的趨勢來看，大致呈現「社會支持度較差者，使用居家復健服務機會較高」的情形。從個案的居住地及居住狀況此部分可看到：獨居、居住偏遠地區的民眾在使用居家復健服務的比例較高，這與過去文獻的結果是大致相同的。國外許多文獻皆指出，社會支持度不佳者使用居家照護服務的傾向較高(Kathryn et al., 1998; Mauser & Miller, 1994; Solomon et al., 1993; Williams et al., 1990)，國內蘇晉永(2003)探討個案自述復健需要之相關因素時也顯示：無家庭照顧者、及月收入不足五萬者，其自述居家復健需要較高。雖然本研究結果顯示目前社會支持度對於個案使用居家復健服務並未有顯著的影響，然而未來服務制度將有所改變，除了已確知部分民眾自付金額需提高外，也許在其他收案標準的部分都可能做調整，這些行政措施上的改變是否會對於社會支持度的影響力有所變化，未來仍需持續觀察。而無論政策如何改變，社會支持度不佳的民眾要獲知服務的相關訊息，或自行負擔服務的費用總是比較困難，國外也有文獻提到，服務制度的改變讓原本使用居家照護服務的主要族群由社會支持度不佳者，轉而變為社會支持度較好的民眾(Langa et al., 2001)。因此如何讓社會上居於弱勢的民眾隨時能掌握到自己的權益，且能方便使用到需要的服務，是日後持續推行居家復健時都必須重視的因素。

第五節 需求因素對於使用整體居家復健服務、居家物理治療、及居家職能治療的影響

需求因素對於健康照護服務的使用通常有著最直接的影響(Andersen, 1995)，然而

由於本研究主要探討的對象為「經評估人員建議有居家復健需求者」，因此在假定所有研究對象已有一致的需求因素之下，其對於居家復健服務的使用應比較不會有顯著的影響產生。而從所有建議有居家復健需求個案的資料分布情形來看，日常生活功能以完全依賴者最多，之後隨著功能狀況愈好，建議人數愈少，顯見評估人員多認為日常生活功能愈嚴重，居家復健服務的需求愈高；另外在疾病診斷的部分，則以中風的建議人數最多。上述結果與國內相關文獻是相符合的，蘇晉永(2003)指出，個案的日常生活功能障礙程度及有無罹患中風，與自述居家復健需要有關顯著相關。在日常生活功能障礙方面，若障礙程度愈高，自述居家復健需要機會愈高。與未失能者相比，中度失能者勝算比為 2.18，重度失能者勝算比為 2.84。另外有罹患中風的個案，其自述居家復健需要機會較未罹患者來的高，勝算比為 2.55。由以上結果可知，關於日常生活功能以及疾病診斷的部分，評估人員與個案的想法頗為一致。不過國內目前轉介居家復健的個案失能狀況偏嚴重，此與國外「不受限於疾病種類或是巴氏量表分數多寡，只要是侷限在家者皆可轉介接受居家治療服務」的標準不同，國外許多文獻甚至有個案的巴氏量表平均分數為 80 分以上，且在接受居家職能治療後，不僅日常生活功能有所改善，更高階的工具性日常生活功能(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)也有長足的進步(Duncan et al., 1998; Giusti et al., 2006; Walker et al., 1999)，顯見不只重度失能的個案有接受復健的需要，輕中度失能的個案在接受復健後也有一定的治療效益，甚至後者因為失能程度較輕，較有機會親自執行日常活動，可能更能夠發揮居家復健的效果。另外在認知功能的部分，所有建議有居家復健需求者中以認知功能障礙者較多，此與國內相關文獻的結果是不同的。蘇晉永(2003)在探討國內個案自述居家復健需要之相關因素時指出，無認知功能障礙者，居家復健需要較高。而其實居家復健雖然看似解決個案的動作問題而已，與認知功能應無太大關係，然而此因素對於居家復健的進行過程實有重要的影響。因為在復健過程中，個案大部分的時間都需要學習，而學習過程牽涉到認知功能(Neistadt, 1998)，因此若個案的認知能力在一定程度以上，也有助於復健的進行。而若個案的認知功能不是問題，接受復健的動機又強，對於提升復健的成效實有相當的助益。雖然個案的認知功能目前並非判斷其是否有復健需求的標準，然而若評估人員能針對個案的認知功能作適當篩選，並事先與家屬進行溝通，協助認知功能障礙嚴重者轉介其他適合的服務，相信必能增加居家復健的服務效益，同時也可盡量避免家屬因為對復健的認知不同，或事先報持過高的期待，而對於服務有不滿或誤解產生，因此未來制訂出明確的認

知功能篩選標準是很重要的。

「個案在使用或不使用輔具下，能否行走五十公尺」此因素可顯著的解釋居家復健服務及居家物理治療的使用。由於本研究對象已是經評估建議有居家復健需求者，但在這樣的情況下，行走能力依然顯著影響居家復健服務，及居家物理治療的使用，顯見個案對此因素極為重視。臨床上確實常常可見到家屬(或個案本身)對於行走能力的恢復相當看重，且賦予極高的期望。國外也有文獻提到：「行走困難」是預測個案使用居家照護服務的一項重要指標(Taylor et al., 2006)，由此可見多數個案會將行走能力做為判斷自身是否需要使用復健服務的一項標準。當然，一個人的行走能力對於其執行日常活動絕對有很大的影響，但也不是占了日常生活的全部，因此評估人員宜與個案作良好的溝通，了解雙方的期待，特別是沒有行走能力障礙的個案(雖然是少數)，是否真的在其他方面的能力也無復健的潛力或需求，抑或個案自己忽略了，這是評估人員需要特別注意的。

第六節 應用 Andersen 模式於居家復健服務使用之探討

本研究依照 Andersen(1968)所提出的傾向因素、使能因素、及需求因素三個層面來探討經評估人員建議有居家復健需求後，實際使用居家復健服務的相關因素。因為居家復健不屬於急迫性的健康服務，而在解釋這類隨意度較高的健康服務使用行為時，常常是社會結構、健康信念、及個人收入多寡的解釋力較高(吳晶，2006)。然本研究因資料取得上的限制，使用的評估指標並無法完全涵蓋 Andersen 模式中三大層面的主張，例如傾向因素中的健康信念，使能因素中的家庭資源及社區資源部分，在本研究中皆較為缺乏，因此可能導致最後預測模型的解釋力不高。另外此模式主要應用於西方國家，若用來預測臺灣本土民眾的健康行為時，可能會有社會文化差異的問題存在，是研究者需要特別注意的(葉國樑，2005)。而此外由於目前關於 Andersen 模式的信效度、反應性並未有明確的定論，因此模式中的假設是否完全成立，可能還需要更多研究證據的支持。有研究即指出傾向、使能和需求因素間並非互斥、完全獨立的可能性，認為此三類因素可能同時存在，或是以某種組合型態來直接或間接影響健康行為(Rundall, 1981)。也有研究針對 Andersen 模式中需求因素常占了最大的解釋量，而其他因素的影響多不顯著

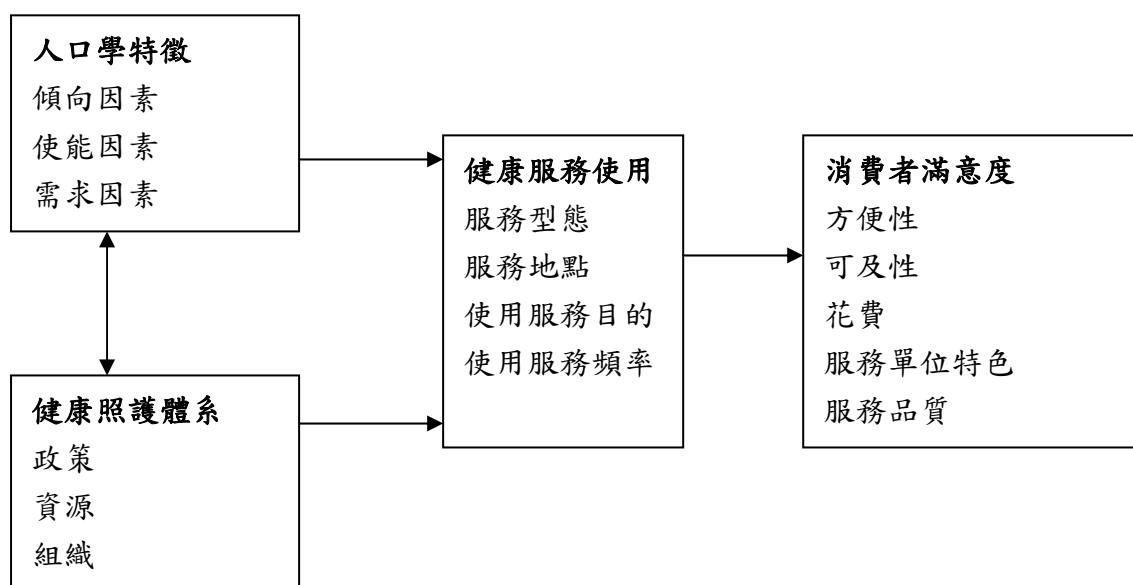
的現象提出看法：需求因素的測量通常以自覺健康、身體功能狀態、或罹病狀況為評估指標，這些指標不僅反應個案身體健康狀況，也可能與個人的社會結構、人口學特徵、態度或行為因素有關，因此在控制了需求因素之後，其他變項的解釋力反而被削弱了 (Mechanic, 1979)。

而 Andersen 在 1968 年首度提出健康服務使用行為的理論模式後，個人及其學術團隊為了回應周遭對於他所提出模式的質疑與評論，仍持續不斷提出補充說明及修正模型，以增加模式的完整性，整個發展過程共包含四個階段。本研究因次級資料限制，僅套用 Andersen(1968)所提出的第一階段健康服務使用行為模式。未來若在資料更完備的情況下，應可考慮使用其他階段的補充修正模式針對此議題做更深入的探討，以更釐清影響個案使用居家復健與否的因素為何。以下簡單介紹其他階段的補充修正模式供讀者參考：

➤ 第二階段健康服務使用行為模式(如圖 6 所示)：

此階段加入了「健康照護系統」及「消費者滿意度」的部分。健康照護系統包括政策、資源及組織。政策指財力、物力、人力及教育等各方面之衛生計畫；資源是指健康照護系統人力及設備的數量與分布；組織則是擁有相關資源的體系。消費者滿意度指消費者在使用過健康照護服務後，對於服務的評價，包括：方便性、可及性、花費、服務單位特色、服務品質。另外原有「使用健康服務」的部分則細分為服務型態、服務地點、使用服務目的、使用服務頻率。

圖 6：第二階段健康服務使用行為模式

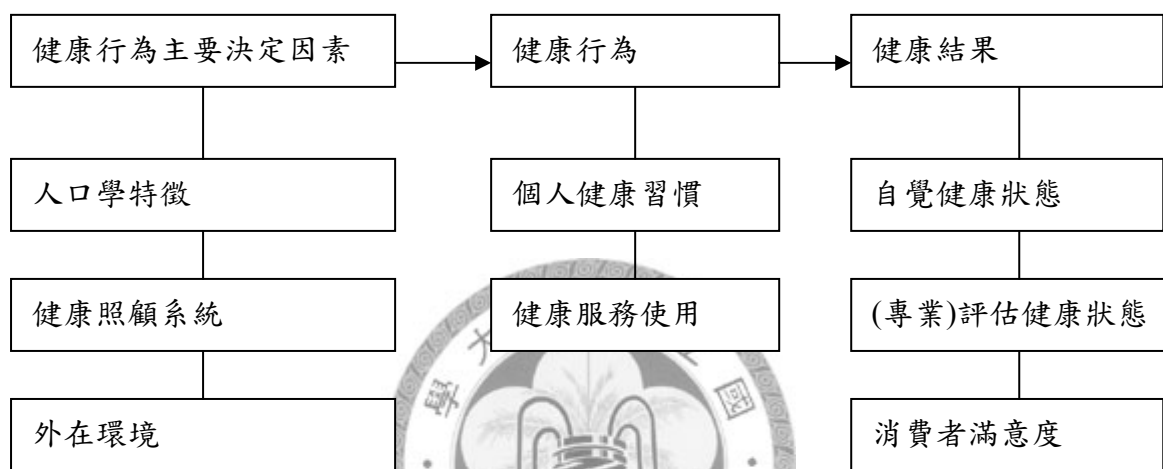


資料來源：Andersen (1995)

➤ 第三階段健康服務使用行為模式(如圖 7 所示)：

這個階段加入了「外在環境」因素及「健康行為」的部分。外在環境因素包括政治、經濟等部分；健康行為探討個人健康習慣(例如飲食、運動、自我照顧)及實際使用健康服務的情形。

圖 7： 第三階段健康服務使用行為模式

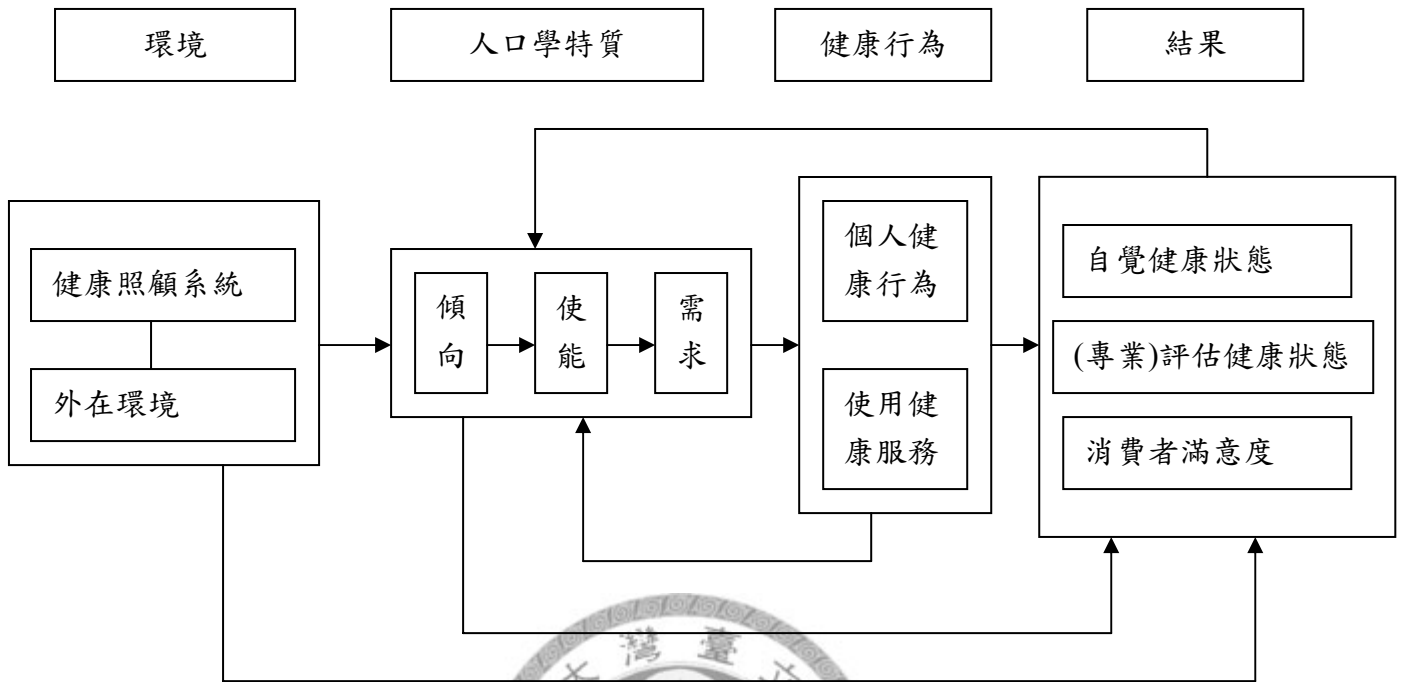


資料來源：Andersen (1995)

第四階段健康服務使用行為模式(如圖 8 所示)：

Andersen 將先前三個不同階段發表過的所有行為模式做了進一步的整理，提出了一個整合型的行為解釋與預測模式。此模式包括四個部分：環境、人口學特質、健康行為、及健康結果。此模型最大特色是上述四個部分彼此間不是靜態的區隔，而是動態的過程，具有回饋機制，因此當若要對一個人的健康服務使用行為做解釋時，不能只侷限於單向的影響因素與結果之分析，而是要從一個多元、互動的觀點來理解。

圖 8：第四階段醫療服務利用行為模式



資料來源：Andersen (1995)。

第六章 結論與建議

本章分為三節，第一節為研究結論，第二節為研究限制，第三節為未來研究方向與臨床建議。

第一節 研究結論

傾向因素、使能因素、及需求因素對於經評估人員建議有居家復健需求後，實際使用居家復健服務有顯著的影響，且不同服務類型的影響因素也有所差異(參閱圖 9~11)。其中，若個案有使用長照中心所提供的其他服務(傾向因素)、其評估人員非治療師(使能因素)、在使用或不使用輔具下無法行走五十公尺(需求因素)，使用「整體居家復健」的機會較高；同樣的，若個案有使用長照中心所提供的其他服務(傾向因素)，其評估人員非治療師(使能因素)、在使用或不使用輔具下無法行走五十公尺(需求因素)，使用「居家物理治療」的機會較高；而若個案為女性、未婚、有使用長照中心所提供的其他服務(傾向因素)、一般戶(使能因素)，使用「居家職能治療」的機會較高。由於整體來說居家復健的服務接受率偏低，且本研究所發現的因素也並不能完全解釋個案使用居家復健的情形，因此目前除了要針對現有的研究結果做改善，未來仍要持續針對此議題做更深入的探討，以讓居家復健服務發揮最佳的經濟與治療效益。

圖 9：影響整體居家復健服務使用相關因素 (*：p<0.05)

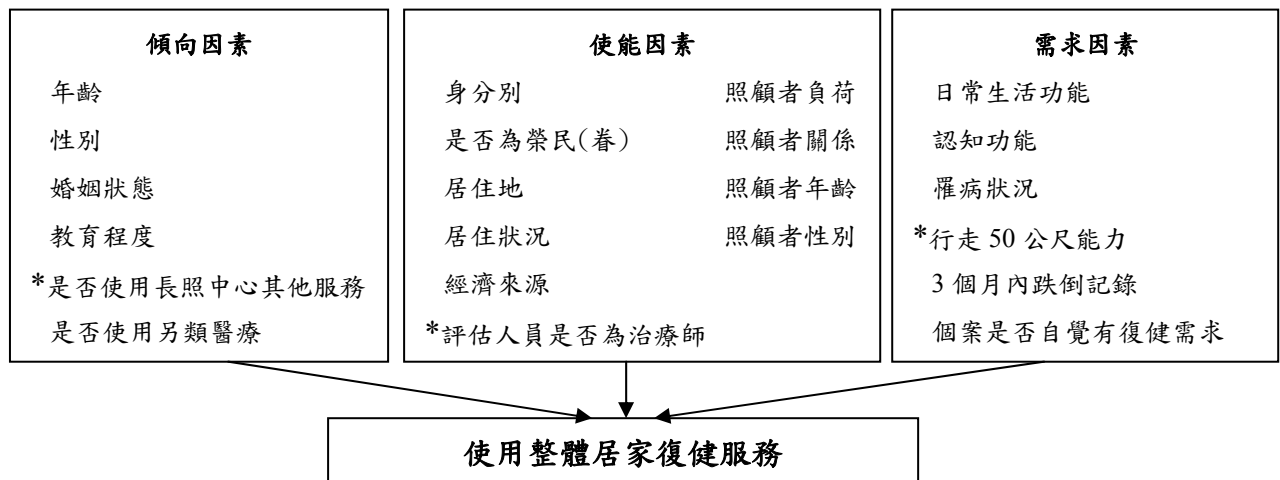


圖 10：影響居家物理治療使用相關因素 (*：p<0.05)

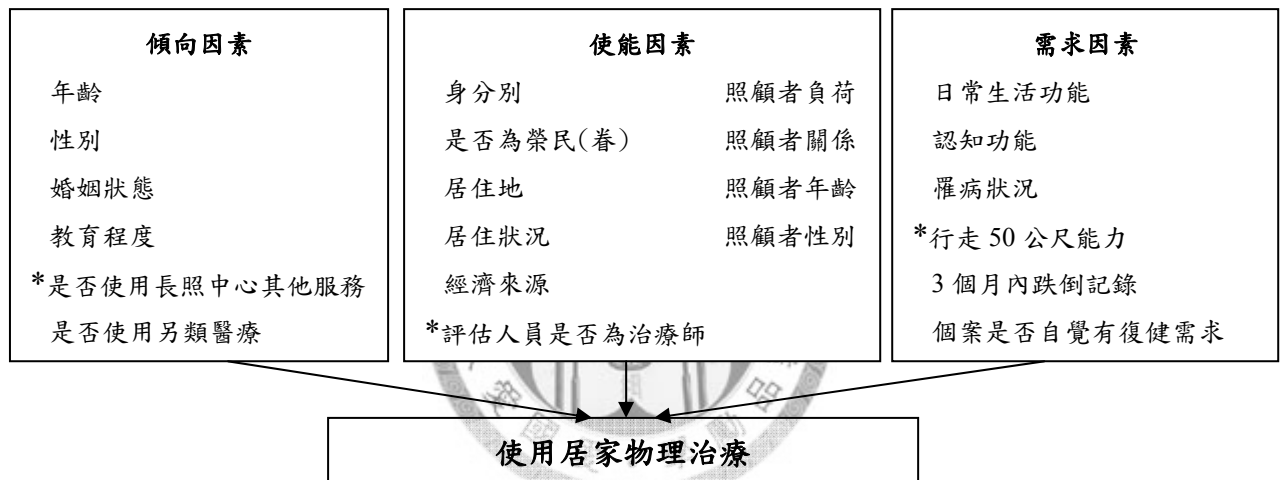
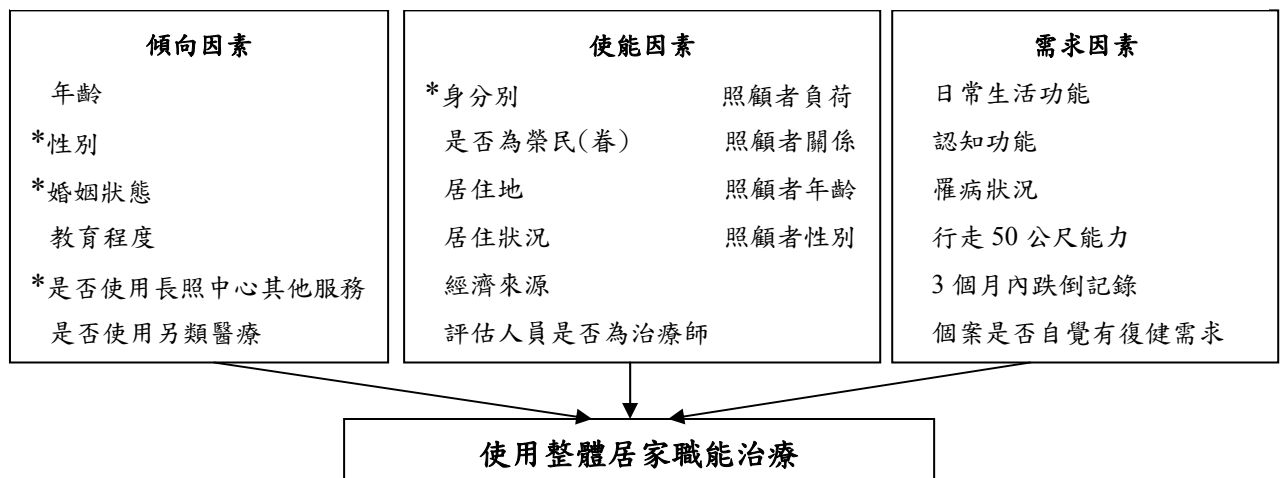


圖 11：影響居家職能治療使用相關因素 (*：p<0.05)



第二節 研究限制

本研究採用的是台北縣長期照顧管理中心於民國 94~96 年經評估建議有居家復健需求個案之資料，由於為次級資料分析，在變項的選擇與評估方式有所限制，因此有些可能與個案使用居家復健相關的因素無法詳細探討，例如在傾向因素中「健康信念」的部分，使能因素中「個案是否有復健經驗」、「家屬/照顧者意見相關評估」、「社會資源相關評估」，及需求因素中「個案發病或身體功能改變的時間」、「從事日常活動是否有安全疑慮」等，已納入分析的變項也可能因評估工具敏感度不足，或評估過程未標準化而無法反映實際的狀況。另外因為研究對象皆為被建議有居家復健需求者，因此較不易看出需求因素對於使用居家復健服務的影響，無法了解民眾實際使用居家復健服務時考量的需求因素為何，是否與評估人員一致。最後，本研究對象只有台北縣失能的個案，並不一定能代表台灣地區其他縣市的民眾在使用居家復健時也有同樣的狀況。尤其未來隨著居家復健服務制度改變，民眾的使用意願或習慣也可能受到影響，因此持續了解民眾及治療師的看法，適時調整服務內容或方向是必要的。

第三節 臨床建議與未來研究方向

臨床建議

- 一、 增加評估內容。依照過去文獻的研究結果，及 Andersen 模式的主張，尚有許多對於居家復健使用可能有顯著影響的因素需要探討，因此下列因素可考慮加入失能評估表中：傾向因素中的「健康信念」、使能因素中「家庭資源」關於照顧者意見的部分，和「社會資源」、以及需求因素中的「自覺健康狀況」。
- 二、 調整評估工具。以認知功能測驗 SPMSQ 來說，所有經長照中心建議有居家復健需求的個案中有 32.3% 的人無法施測，改由觀察日常事務執行狀況評分。是否此測驗的難度對民眾來說較高，或者轉介居家復健的個案，認知功能整體表

現比服務提供者預定的差，值得相關工作人員注意。另外在「家庭照顧者負荷」量表中，並無客觀標準可判斷照顧者負荷是否過重，未來宜增加對於分數的定義部分，以提高評估結果的實用性。

- 三、 評估流程標準化。目前在失能評估表中有些項目的定義仍混淆不清，如「個案是否有復健需求」此項目主要探討個案「自覺」的復健需求，但由於評估表中並未特別註明，有可能造成評估人員的誤解。而本研究結果也顯示，不同專業背景評估人員會影響個案使用居家復健服務與否，因此若能制定系統性的評估流程，因可消弭不同專業評估人員對於個案使用服務所造成的影響，提高評估的品質。
- 四、 提供簡單易懂的轉介標準，讓所有相關工作人員都能客觀判斷個案是否有復健需求。社工人員及公衛護士可能常常是在社區中發掘有居家復健需求的第一線人員，因此若能制定出簡單易懂的轉介標準供這些第一線人員參考，必能讓居家復健資源更有效的被利用。
- 五、 研議放寬居家復健篩選標準。目前經評估人員建議有居家復健需求者失能狀況偏嚴重，但跌倒發生率卻不高，此與國外的研究發現不同(Wojszel & Bien, 2004)，推測可能因國內的照顧者傾向保護個案，因此個案多不需親自執行日常活動，也間接降低跌倒的發生。然而復健的最終目的是要協助個案達到日常生活功能的獨立，因此個案的參與度很重要。而中度、輕度失能的個案本身有一定的能力可執行基本日常活動，也許對於接受日常生活的獨立訓練的意願較高，也較能看出復健的成效。
- 六、 評估「使用整體居家復健服務」、「使用居家物理治療」、及「使用居家職能治療」相關指標的適切性。
 - (1) 需求因素中的「行走能力」對於使用居家物理治療有顯著的影響力，顯示個案或家屬對於此因素極其重視，且應對於服務是否能改善此項能力有很高的期待。評估人員宜注意個案是否因此忽略了其它也有復健潛能的障礙問題。
 - (2) 傾向因素、使能因素對於個案使用居家職能治療有顯著影響，加上居家職能治療的建議接受率特別偏低，顯示多數民眾對於評估者的建議並不認同，因此在決定是否要使用服務時也較不會受到需求因素的影響，反而

是傾向因素、使能因素的影響力較大。以使用居家職能治療來說，「需負擔 10%服務費用」的一般戶比起「完全免費」的中低收入戶，前者使用居家職能治療的機會較高，可能就是因為個案對於服務目的並不完全了解，因此考慮的層面與評估人員不同。未來有關單位可試著加強宣導居家職能治療的服務內容、目的、及成效，增進民眾對於服務的認識。

- 七、分別針對使用居家物理治療、使用居家職能治療制訂出明確的篩選標準後，持續追蹤此標準的適用性，以做為日後修正服務的參考。由於不同地區的民眾對於居家復健服務的需求性與接受度可能有所差異，服務制度也可能隨著時間有所更動，因此唯有持續了解影響使用居家復健服務的相關因素，並適時的調整服務方向，才能讓服務更貼近民眾需求。

未來研究方向

- 一、針對 Andersen 模式主張、過去文獻、及本研究結果所提出的重要相關因素探討對於使用居家復健的影響。若在研究資料內容更齊全的情況下，也可考慮使用 Andersen 其他階段的理論模式進行分析。
- 二、檢驗評估工具的心理計量特性。由於居家復健在國內推行未久，因此在評估量表的選擇可能多先參考國外，或沿用醫院的習慣，或自行研發。關於這些量表是否適用使用居家復健的民眾目前並不清楚，而量表本身的信度、效度、反應性等心理計量特性也多尚未建立，未來可針對此議題進行探討，以提高評估結果的可信度。
- 三、探討需求因素對於民眾實際使用居家復健服務的影響。由於本研究所有研究對象皆為被建議有居家復健需求者，因此無法看出需求因素對於民眾使用居家復健服務的影響。未來若擴大研究對象至長照中心收案的所有人(無論有無建議居家復健需求)，應可了解民眾使用居家復健會受到那些需求因素的影響，與評估人員的想法是否一致。
- 四、針對不同縣市民眾使用居家復健相關因素進行探討。居家復健未來可能日益普及，使用服務的人愈來愈多，由於不同縣市在服務規範上可能不會完全一樣，且所居住的民眾特質也有所差異，因此針對不同縣市的民眾進行探討有助於了解台灣地區民眾整體使用居家復健服務的情形。

五、比較長期照顧十年計畫實施後，影響服務使用相關因素的差異。原本在十年計畫實施後，一般戶民眾使用居家復健服務的自付額將提高，而這也可能是對居家復健使用影響最大的因素。但由於北縣政府目前可自行吸收服務費用提高的部份，因此對民眾來說應暫無影響。然而這樣的作法畢竟也非長久之計，或者說，有關單位在採取任何一個行動前，應該要確實了解這個行動對於民眾是否真的有意義。因此調查民眾對於服務費用範圍的接受度也是必要的，如此不僅可維持居家復健服務的公平性，避免經濟因素主導了民眾使用居家復健的決定，也能讓政府單位在服務民眾的同時亦能兼顧財政的健全。



參考文獻

- 王保進(2006)。中文視窗板SPSS與行為科學研究。台北：心理出版社。
- 中華民國職能治療學會(2002)。職能治療專業倫理與服務準則。台北：中華民國職能治療學會。
- 毛慧芬(2000)。居家職能治療之目標、對象及服務模式。行政院衛生署：八十九年度長期照護體系職能治療人員培訓課程。
- 毛慧芬、許君強、陳麗華、謝碧麗(2002)。居家職能治療之模式建立與成效評估，委託計畫期末報告。台北：台北市政府衛生局。
- 日本厚生勞動省主編(2003)。厚生勞動白書平成15年版。東京：作者。
- 毛慧芬(2007)。居家職能治療。陳惠姿編，長期照護實務(第二版，頁07-14-07-21)。台北：永大書局。
- 毛慧芬、紀廷宙、吳淑瓊(2007)。台灣長期照護之職能治療人力需要推估。職能治療學雜誌，25(2)，32-52。
- 台北市政府(1996)。台北市長期照護系統規畫白皮書。台北：台北市政府。
- 台北縣政府衛生局(2006)。台北縣政府衛生局宣傳單張。台北：台北縣政府衛生局編印。
- 行政院衛生署(2000)。九二一震災導致傷殘者照護計畫—復健醫療計畫專案。台北：行政院。
- 行政院經濟建設委員會(2007)。我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。台北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院新聞局(2007)。「我國長期照顧十年計畫」背景說明。2009年6月10日取自 <http://www.gio.gov.tw/ct.asp?xItem=32293&ctNode=3764>
- 行政院經建會人力規劃處(2008)。中華民國台灣地區民國97年至145年人口推計。台北：行政院。
- 呂昌明、陳瓊珠(1983)。所謂健康信念模式。健康教育，51，32-34。
- 李守義、周碧瑟、宴涵文(1989)。健康信念模式的回顧與前瞻。中華衛誌，9(3)，123-136。
- 吳淑瓊(1998)。配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。台北：行政院研究發展考核委員會。
- 李怡真(2000)。影響老人接受居家照護服務之直接與間接因素。台北醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 吳淑瓊、呂寶靜、王正、莊坤洋、張媚、戴玉慈(2003)。建構長期照護體系先導計畫—九十二年度計畫報告。台北：內政部。
- 吳淑瓊(2004)。從「建構長期照護體系先導計畫」之執行看我國社區式長期照護體系之建構。社區發展季刊，106，88-98。
- 東京都福祉保健局(2003)。東京都介護保險情報。2009年6月12日取自 <http://www.kaigohoken.metro.tokyo.jp/rakuraku/index.html>

- 官蔚菁(2004)。 台灣健康信念模式研究之統合分析。國立成功大學護理所碩士論文
- 吳晶(2006)。 中國患者就醫行為研究。中國第三期女經濟學者培訓研討會。2009年6月12日取自
<http://66.102.1.104/scholar?hl=zh-TW&lr=&q=cache:7nrSJlbg9sUJ:www.cwe.org.cn/info/UserFiles/2006-5/30/2006530134541775.pdf+related:7nrSJlbg9sUJ:scholar.google.com/>
- 林昭宏、陳建智、林永哲(1993)。影響高屏地區中風病人接受復健治療因素的探討。 中華民國物理治療雜誌，18(2)，145-155。
- 胡名霞 (1998)。物理治療與長期照護。 中華民國物理治療雜誌，23，52-60。
- 胡名霞 (2002)。英國長期照護復健服務體系。陳美津、藍忠孚編。 長期照護復健服務模式之探討。75-83。
- 陳美津、藍忠孚編(2002)： 長期照護復健服務模式之探討。台北：國家衛生研究院。
- 陳玉蒼(2005)。日本介護保險之介紹。 社區發展季刊，110，351-359。
- 陳正芬、吳淑瓊(2006)。家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討。 人口學刊，32，83-121。
- 黃博靖(2006)。 長期照護中心的物理治療服務。2009年6月10日取自
http://tw.myblog.yahoo.com/jw!y5vPY9udFxlKgxPis_g-/article?mid=161
- 楊清姿(2007)。居家照護。陳惠姿編， 長期照護實務 (第二版，頁07-03)。台北：永大書局。
- 葉國樑(2005)。 健康行為科學理論應用於健康教育的調查實驗研究。2009年6月26日取自 <http://blog.xuite.net/wengigi/gigi/3416785>
- 蘇晉永(2003)。 社區失能者及其自屬自述居家復健需要相關因素探討。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。

- Andersen, R. M. (1968). Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Research Series No. 25 .Chicago, IL: *Center for Health Administration Studies*, University of Chicago.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care : Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- APTA Physical Therapist Employment Survey Fall 2001-Executive Summary. Available at: http://www.apta.org/research/survey_stat/pt_employ/novol.
- Aday, L.A., & Andersen, R. M. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9, 208-220.
- Ailinger, R. L., & Causey, M. R. (1993). Home health service utilization by Hispanic elderly immigrants: a longitudinal study. *Home Health Care Services Quarterly*, 14(2-3), 85-96.
- Andersen, R. M. & John F. N. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly Journal*, 51, 95-124.
- Berk, M. L., & Bernstein, A. (1985). Use of home health services: some findings from the National Medical Care Expenditure Survey. *Home Health Care Services Quarterly*, 6(1), 13-23.
- Berkowitz, E., & Flexner W. (1978). The marketing audit: A tool for health service organizations. *Health Care Manage Revenue*, 52-53.
- Corkel, R., & Germino, B. (1984). What Nurse Need to Know About Home Care. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 63-69.
- Cheh, V., Phillips, B., Cheh, V., & Phillips, B. (1993). Adequate access to posthospital home health services: differences between urban and rural areas. *Journal of Rural Health*, 9(4), 262-269.
- Crimmins, E. M., & Saito, Y. (2001). Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970-1990: gender, racial, and educational differences. *Soc Sci Med*, 52(11), 1629-1641.
- Duran-Aydintug, C., Torres, C. C., & Flaming, K. H. (1995). The home care allowance program: a change in policy and implications for elder clients. *Home Health Care Services Quarterly*, 15(4), 19-31.
- Duncan, P., Richards, L., Wallace, D., Stoker-Yates, J., Pohl, P., Luchies, C., et al. (1998). A randomized, controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke*, 29, 2055-2060.
- Evans, R.G., & Gregory L.S. (1990). Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine*, 31, 1347-1363.
- Freedman, V. A., Rogowski, J., Wickstrom, S. L., Adams, J., Marainen, J., & Escarce, J. J. (2004). Socioeconomic disparities in the use of home health services in a medicare

- managed care population. *Health Services Research*, 39(5), 1277-1297.
- Ganguli, M., Seaberg, E., Belle, S., Fischer, L., & Kuller, L. H. (1993). Cognitive impairment and the use of health services in an elderly rural population: the MoVIES project. Monongahela Valley Independent Elders Survey. *J Am Geriatr Soc*, 41(10), 1065-1070.
- Geddes, J. M. L., & Chamberlain, M. A. (2001). Home-based rehabilitation for people with stroke: a comparative study of six community services providing co-ordinated, multidisciplinary treatment (Vol. 15, pp. 589-599).
- Guerriere, D. N., Wong, A. Y., Croxford, R., Leong, V. W., McKeever, P., & Coyte, P. C. (2008). Costs and determinants of privately financed home-based health care in Ontario, Canada. *Health Soc Care Community*, 16(2), 126-136.
- Gifford, K.E., Wooster, D.A., Gray, L., & Chromiak, S.B. (2001). Home health. In M.E. Scaffa eds. *Occupational therapy in community-based practice settings*. Philadelphia: David: 188-222.
- Giusti, A., Barone, A., Oliveri, M., Pizzonia, M., Razzano, M., Palummeri, E., et al. (2006). An analysis of the feasibility of home rehabilitation among elderly people with proximal femoral fractures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 826-831.
- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Harrison, J., A., Mullen, P., D., & Green, L., W.(1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107-116.
- Hayward, M. D., & Heron, M. (1999). Racial inequality in active life among adult Americans. *Demography*, 36(1), 77-91.
- Henton, F. E., Hays, B. J., Walker, S. N., & Atwood, J. R. (2002). Determinants of Medicare home healthcare service use among Medicare recipients. *Nursing Research*, 51(6), 355-362.
- Irey, J. A. (1995). *Guidelines for Occupational Therapy Practice in Home Health*. Bethesda, MD : The American Occupational Therapy Association, Inc.
- Janz, N. K., & Becker, M. H.(1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*. 11(1), 1-47.
- Jenkins, C. L., & Laditka, S. B. (2003). A comparative analysis of disability measures and their relation to home health care use. *Home Health Care Services Quarterly*, 22(1), 21-37.
- Kathryn, H. D., Diane, B., Dennis, G. S., Joseph, V., & Riad, D. (1998). Profiles of hospital, physician, and home health service use by older persons in rural areas. *The Gerontologist*, 38(3), 320.
- Knight, S., Tjassing, H. (1994). Health Care Moves To The Home. *World Health*, 7-12.

- Kenney, G. M. (1993a). Is Access to Home Health Care a Problem in Rural Areas? *American Journal of Public Health*, 83(3), 412-414.
- Kenney, G. M. (1993b). Rural and urban differentials in Medicare home health use. *Health Care Financing Review*, 14(4), 39.
- Kenney, G. M. P., & Dubay, L. C. S. C. M. (1992). Explaining Area Variation in the Use of Medicare Home Health Services. *Medical Care*, 30(1), 43-57.
- Kotler, P. (1975). *Marketing for Non Profit Organizations*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Keysor, Julie J., Tejas Desai, and Elizabeth J. M. (1999). Elders' Preferences for Care Setting in Short-and Long-Term Disability Scenarios. *The Gerontologist*. 39, 334-344.
- Laditka, S. B., & Wolf, D. A. (1998). New Methods for Analyzing Active Life Expectancy. *J Aging Health*, 10(2), 214-241.
- Langa, K. M., Chernew, M. E., Kabeto, M. U., & Katz, S. J. (2001). The explosion in paid home health care in the 1990s: who received the additional services? *Medical Care*, 39(2), 147-157.
- Lee, T., Kovner, C. T., Mezey, M. D., & Ko, I. S. (2001). Factors influencing long-term home care utilization by the older population: implications for targeting. *Public Health Nursing*, 18(6), 443-449.
- Mechanic, D (1979). Correlates of physician utilization : why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effect. *Journal of health and social behavior*, 20, 387-396.
- Mayo, N. E. (1981). The effect of a home visit on parental compliance with a home program. *Physical Therapy*, 61, 27-32.
- Moller, G, Goldie, I., & Jonsson E. (1992). Hospital care versus home care for rehabilitation after hip replacement. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 8, 91-101.
- Mausser, E., & Miller, N. A. (1994). A profile of home health users in 1992. *Health Care Financing Review*, 16(1), 17.
- May, B. J. (1999). Home health: Past and present. In *Home health and rehabilitation: Concepts of care* (pp. 2-20): F. A. Davis Company.
- Neistadt, M.E. (1998). Theories derived from learning perspective: Section 1 : Overview of learning Theory. In M.E. Neistadt & E.B. Crepeau eds. *Willard & Spackman's occupational therapy* 9th eds. New York: Lippincott: 551-553.
- National Board of Certification in Occupational Therapy. (2002). Report to the profession. Newsletter, Fall.
- Patrick, D.L., Jane S., Miquel P., Carol, Q.P., & Tomas, C.R. (1988). Poverty, Health Services, and Health Status in Rural America. *The Milbank Quarterly*, 66, 105-136.
- Rosentock, I.M.(1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education*

- Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rundall, T. G. (1981). A suggestion for improving the behavior model of physician utilization. *Journal of health and Social Behavior*, 22,103-104.
- Stuehler G Jr. (1980). How hospital marketing and planning relate. *Hospitals*, 96-99.
- Stineman, M.G. (1995). Case-mix measure in medical rehabilitation. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 76(12), 1163-1170.
- Solomon, D. H., Wagner, D. R., Marenberg, M. E., Acampora, D., Cooney, L. M., Jr., Inouye, S. K., et al. (1993). Predictors of formal home health care use in elderly patients after hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9), 961-966.
- Song, J., Chang, R. W., Manheim, L. M., & Dunlop, D. D. (2006). Gender differences across race/ethnicity in use of health care among Medicare-aged Americans. *Journal of Women's Health*, 15(10), 1205-1213.
- Taylor, D. H., Jr., Hoenig, H., Taylor, D. H., Jr., & Hoenig, H. (2006). Access to health care services for the disabled elderly. *Health Services Research*, 41(3 Pt 1), 743-758.
- von Koch, L., Holmqvist, L. W., Wottrich, A. W., Tham, K., & de Pedro-Cuesta, J. (2000). Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. *Clin Rehabil*, 14(6), 574-583.
- United Nations (2006). World Population Prospects : The 2006 Revision Population Database. Retrieved April 14, 2008, from <http://esa.un.org/unpp/>
- Wan, Thomas T. H (1989). Effect of managed care on health services use by dually eligible elders. *Medical Care* 27, 983-1000.
- Welch, H. G., Wennberg, D. E., & Welch, W. P. (1996). The Use of Medicare Home Health Care Services (Vol. 335, pp. 324-329).
- Wolinsky, Fredric D., & Robert J. J. (1991). Use of health services by older adults. *Journal of Gerontology*, 46, S345-S357.
- Walker, M. F., Gladman, J. R., Lincoln, N. B., Siemonsma, P., & Whiteley, T. (1999). Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 354, 278-280.
- Wojszel Z. B., Bień B. (2004). Falls amongst older people living in the community. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*, 49, 280-284.
- White-Means, S. I., & Rubin, R. M. (2004). Is there equity in the home health care market? Understanding racial patterns in the use of formal home health care. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, 59(4), S220-229.
- Williams, B. C. M. D., Phillips, E. K. P., Torner, J. C. P., & Irvine, A. A. P. (1990). Predicting Utilization of Home Health Resources: Important Data from Routinely Collected Information. *Medical Care*, 28(5), 379-391.
- Young, J.B., & Forster, A. (1991). The Bradford community stroke trial: results at six month. *British Medical Journal*, 304, 1085-1089.

附件 長期照顧服務個案評估量表

□1.初評--評估日期：____年____月____日，時間：____至____ 個案編號：_____

□2.複評--評估日期：____年____月____日，時間：____至____

第一部份：個案基本資料

姓 名：_____
身分證字號：□—□□□□□□□□□□
性 別：1.□男 2.□女 生 日：民國(1.前 2.國)____年____月____日
婚姻狀況：1. □未婚 2. □已婚 3. □離婚 4. □分居 5. □喪偶 6. □其他_____
社會福利身份別： (1) 1.□一般戶 2.□中低收入 3.□低收入戶 (2) 是否為榮民、榮譽：0.□否 1.□是 (3) 是否為山地原住民：0.□否 1.□是(以實際居住為限)，族別：_____
(4) 是否有身心障礙手冊： 0.□沒有 1. □申請中 2. □有 (請填答下列二題)
a. 障礙類別：1. □視覺障礙 2. <input checked="" type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 3. □平衡機能障礙 4. □慢性精神病患 5. □聲音機能或語言機能障礙 6. □肢體障礙 7. □智能障礙 8. □重要器官失去功能 9. □顏面損傷 10. □植物人 11. □失智症 12. □自閉症 13. □頑型(難治型)癲癇症 14. □多重障礙 15. □經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16. □其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)
b. 障礙等級 1. □輕度 2. □中度 3. <input checked="" type="checkbox"/> 重度 4. □極重度
c. 重新鑑定日期：____/____/____
經濟來源：1. □子女供應 2. □父母供應 3. □退休俸_____元/月 4. □自己或配偶工作收入_____元/月 5. □社會福利補助_____元/月 6. □其他_____
常用語言：1. □國語 2. □台語 3. □客家語 4. 原住民族語_____ 5. □其他_____
教育程度：1. □不識字 2. □識字，但未曾就學 3. □特教班(□國小□國中□高中) 4. □國小 5. □國中 6. □高中 7. □大專 8. □研究所以上 9. 其它：_____
宗教信仰：1. □道教 2. □佛教 3. □基督教 4. □天主教 5. □一貫道 6. □回教 7. □其他_____
現居住址：_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街 _____段_____巷_____弄_____號_____樓
聯絡電話：(日)_____ (夜)_____
戶籍住址：□同現居住址 _____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街

段	巷	弄	號	樓
主要聯絡人：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____				
主要照顧者：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____				
案主居住狀況： 1 <input type="checkbox"/> 獨居 2 <input type="checkbox"/> 配偶同住 3 <input type="checkbox"/> 子女同住 4 <input type="checkbox"/> 子女家輪流住 5 <input type="checkbox"/> 親友或孫代子女 6 <input type="checkbox"/> 其他_____				

第二部分：健康狀況

(1)意識狀態： 1. <input type="checkbox"/> 清醒 2. <input type="checkbox"/> 嗜睡 3. <input type="checkbox"/> 混亂 4. <input type="checkbox"/> 昏迷 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____					
(2)皮膚狀況： 1. <input type="checkbox"/> 正常 2. <input type="checkbox"/> 異常；皮膚異常狀況 <input type="checkbox"/> ①過度乾燥有皮屑 <input type="checkbox"/> ②淤青 <input type="checkbox"/> ③有疹子 <input type="checkbox"/> ④傷口（部位：_____ 大小：_____；等級：_____類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____) <input type="checkbox"/> ⑤其他_____					
(3)目前是否接受其他特殊照護 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> ①鼻胃管 <input type="checkbox"/> ②氣切管 <input type="checkbox"/> ③導尿管 <input type="checkbox"/> ④呼吸器 <input type="checkbox"/> ⑤傷口引流管 <input type="checkbox"/> ⑥造瘻部位 <input type="checkbox"/> ⑦氧氣治療 <input type="checkbox"/> ⑧其他_____)					
(4)目前飲食型態： 1. <input type="checkbox"/> 一般飲食 2. <input type="checkbox"/> 軟質 3. <input type="checkbox"/> 流質 4. <input type="checkbox"/> 特殊治療飲食：_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____					
(5)進食方式： 1. <input type="checkbox"/> 由口進食 2. <input type="checkbox"/> 管灌 3. <input type="checkbox"/> 其他_____					
(6)疾病史					
疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接受治療
1. <input type="checkbox"/> 中風		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	10. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
2. <input type="checkbox"/> 高血壓		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	11. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
3. <input type="checkbox"/> 心臟病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	12. <input type="checkbox"/> 免疫疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
4. <input type="checkbox"/> 糖尿病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	13. <input type="checkbox"/> 失智症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
5. <input type="checkbox"/> 消化系統(肝、膽、腸、胃)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病 (肺結核、愛滋病、梅毒、B型肝炎)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 治療階段：_____
6. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	15. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系統疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
7. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	16. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
8. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	17. <input type="checkbox"/> 癌症：_____癌		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
			18. <input type="checkbox"/> 其他：_____		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統(關節炎、骨折)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	19. <input type="checkbox"/> 以上皆無		

第三部分、日常生活與自我照顧能力

A、基本日常生活活動能力 (ADL) (以最近一個月的表現為準)	
(若個案有使用輔具，則以輔具使用之下情形評估其巴氏量表。)	
1、進食：請問您(您_____)吃飯時是否需要協助？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分— (1) 可自行取食眼前食物 (2) 吃完一餐 (3) 合理時間內吃完 (4) 自行穿脫輔具	<input type="checkbox"/> 5 分— (1) 要幫忙切食物、弄碎 (2) 要先幫忙穿脫進食輔具 <input type="checkbox"/> 0 分— (1) 灌食 (2) 只能嘴動，手不會舀(需人餵食)
2、移位：請問您(您_____)從床上坐起及移位到椅子(或輪椅)上，是否需要幫忙？如何幫忙？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 15 分— (1) 可自行坐起、移位，並回到原位 (2) 若使用輪椅，包含自行煞車、移開踏板 (3) 沒有安全上顧慮，不需有人在旁監督	<input type="checkbox"/> 10 分—坐起及移位過程中需些微協助(如：輕扶以保持平衡，或提醒，或因安全顧慮需有人在旁監督) <input type="checkbox"/> 5 分—可自行獨立坐起，但由床移位到椅子上時，須 1 人大量的肢體協助 <input type="checkbox"/> 0 分—需人協助才能坐起，或需 2 人幫忙扶持才可移位
3、如廁：請問您(您_____)上廁所過程中(包括到馬桶、穿脫衣物、擦拭、沖水)，是否需要幫忙？如何幫忙？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分— (1) 可自行上下馬桶 (2) 穿脫衣物且不弄髒 (3) 使用後擦拭清潔 (4) 不需有人監督安全 (5) 若使用便盆，包含自行取放及清洗	<input type="checkbox"/> 5 分—只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛生紙 <input type="checkbox"/> 0 分—需人協助
4、洗澡：請問您(您_____)洗澡是否協助？	
不需協助	需協助

<input type="checkbox"/> 5分—可自行完成盆浴或淋浴	<input type="checkbox"/> 0分—需別人協助或監督才能完成盆浴或淋浴
--	---

B、工具性日常生活活動能力 (IADL) (以最近一個月的表現為準)	
<p>1. 上街購物 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 獨立完成所有購物需求</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 獨立購買日常生活用品</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 每一次上街購物都需要有人陪</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全不會上街購物</p>	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
<p>2. 外出活動 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 能夠自己開車、騎車</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 能夠自己搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全不能出門</p>	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
<p>3. 食物烹調 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 會將已做好的飯菜加熱</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 需要別人把飯菜煮好、擺好</p>	勾選 0. 者，列為失能項目。
<p>4. 家務維持 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 能做較繁重的家事或需偶爾家事協助 (如搬動沙發、擦地板、洗窗戶)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 能在家事，但不能達到可被接受的整潔程度</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 所有的家事都需要別人協助</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全不會做家事</p>	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
<p>5. 洗衣服 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 自己清洗所有衣物</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 只清洗小件衣物</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全依賴他人</p>	勾選 0. 者，列為失能項目。

<p>6. 使用電話的能力 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3.獨立使用電話，含查電話簿、撥號等</p> <p><input type="checkbox"/>2.僅可撥熟悉的電話號碼</p> <p><input type="checkbox"/>1.僅會接電話，不會撥電話</p> <p><input type="checkbox"/>0.完全不會使用電話或不適用</p>	<p>勾選 1.或 0.者，列為失能項目。</p>
<p>7.服用藥物 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3.能自己負責在正確的時間用正確的藥物</p> <p><input type="checkbox"/>2.需要提醒或少許協助</p> <p><input type="checkbox"/>1.如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用</p> <p><input type="checkbox"/>0.不能自己服用藥物</p>	<p>勾選 1.或 0.者，列為失能項目。</p>
<p>8.處理財務能力 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>2.可以獨立處理財務</p> <p><input type="checkbox"/>1.可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣</p> <p><input type="checkbox"/>0.不能處理錢財</p>	<p>勾選 0.者，列為失能項目。</p>
<p>是否符合失能補助標準：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>(註：上街購物及外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等四項中有二項以上需要協助者即為輕度失能)</p>	

第四部分、認知功能

(1) 認知功能量表 (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)

(需個案自答不可代答)

進行方式：依下表所列的問題，詢問個案並將結果紀錄下來，(如果個案家中沒有電話，可將 4 題改為 4A 題)，答錯的問題請紀錄下來。 無法評估_____

對錯	問 題	注意事項
	1. 今天是幾年幾月幾日? __年__月__日	年月日都對才算正確
	2. 今天是星期幾?	星期對才算正確
	3. 這裡是什麼地方?	對所在地的任何描述都算正確；說「我家」或正確說出城鎮等都可接受。
	4. 你的電話號碼是幾號?	證實電話號碼無誤即算正確；或在會談時，能在兩次間隔較長的時間內重複相同的號碼即算正確。

對錯	問 題	注意事項
	4A.你住在什麼地方？	當個案沒有電話時才問
	5.你幾歲了？	年齡與出生年月日符合才算正確。
	6.你的生日是哪一天？	年月日都對才算正確。
	7.現任總統是誰？	姓氏正確即可
	8.前任總統是誰？	姓氏正確即可
	9.你媽媽叫什麼名字？	不需特別證實，只需個案說出一個與他不同的女性姓名即可。
	10.從 20 減 3 開始算，一直減 3 減下去。	期間如出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。
錯誤題數：_____題 (請依照錯誤題數及個案教育程度，於下表勾選心智功能程度)		

	<input type="checkbox"/> 心智功能完好	<input type="checkbox"/> 輕度智力缺損	<input type="checkbox"/> 中度智力缺損	<input type="checkbox"/> 嚴重智力缺損
一般	0-2 題錯誤	3-4 題錯誤	5-7 題錯誤	8-10 題錯誤
小學	0-3 題錯誤	4-5 題錯誤	6-8 題錯誤	9-10 題錯誤
高中	0-1 題錯誤	2-3 題錯誤	4-6 題錯誤	7-10 題錯誤

(2) 個案認知功能狀態及需協助程度 *個案無法配合回答上述問題 (SPMSQ) 時，請填寫此表。

*藉由觀察個案實際執行日常事務，以評估其認知功能狀態。

分數	需協助程度	描述	備註
0	完全協助	需外界刺激，才有反應	如吞嚥、疼痛反應
1	大量協助	需示範及肢體感覺刺激，以完成大動作活動	如摸頭、抬腿
2	中等協助	需持續示範及提醒，才能完成簡單、重覆性活動	如吃飯、刷牙
3	少量協助	需重覆提醒錯誤，確保安全，無法解決突發困難	如依天氣選擇衣物
4	需監督	做新事務需監督，無法注意安全，或出現錯誤	如：用藥、開關瓦斯
5	獨立不需協助	不需協助	

(3) 行為

1. 正常
2. 遊走
3. 日落症候群
4. 畏縮
5. 不適當的性行為
6. 言語侵犯
7. 身體侵犯
8. 躁動不安
9. 獨自離家未回
10. 自我傷害
11. 有危險用火記錄或傾向
12. 妄想
13. 自言自語
14. 無法評估
15. 其他：_____

(4) 情緒 (此題若回答 2-7 者可複選, 請評估 CES-D 量表)

1. 適當 2. 焦慮的 3. 異常欣快 4. 起伏易變 5. 遲滯的
 6. 情緒低落 7. 易怒的 8. 其他: _____ 9. 無法評估

*** 憂鬱量表 (Center of Epidemiological Studies: Depression Scale, CES-D Scale)**

1. 上一個禮拜中, 您是否有下面的情形和感覺? 是從來沒有、很少、有時候, 還是常常?	1、從未 (<1 天)	2、有時 (1~2天)	3、常常 (3~7天)
a. 不想吃東西、胃口不好	0	1	2
b. 覺得心情很不好	0	1	2
c. 覺得做事情很不順利	0	1	2
d. 睡不安穩	0	1	2
e. 覺得很快樂	2	1	0
f. 覺得很孤單、寂寞	0	1	2
g. 覺得人人都不友善(對您不好)	0	1	2
h. 覺得日子過得很好很享受人生	2	1	0
i. 覺得很悲哀	0	1	2
j. 覺得別人不喜歡您	0	1	2
k. 提不起勁做任何事	0	1	2

※總分: _____ 資料來源: 本人 其他: _____

憂鬱量表判斷分數如下: 男性總分 12 分以上, 女性總分 10 分以上, 有憂鬱傾向, 建議轉介心理衛生中心

第五部分、個案居家環境狀況:

(1) 住屋種類: 1. <input type="checkbox"/> 平房 2. <input type="checkbox"/> 公寓__樓 3. <input type="checkbox"/> 電梯大廈 4. <input type="checkbox"/> 透天厝/樓中樓 5. <input type="checkbox"/> 其他_____	(2) 所有權: 1. <input type="checkbox"/> 自有 2. <input type="checkbox"/> 租借 3. <input type="checkbox"/> 其他_____
(4) 居家環境安全 一年內跌倒紀錄 0. <input type="checkbox"/> 無 1. <input type="checkbox"/> 有 a. 一年內個案跌倒發生次數: _____ b. 跌倒主要發生地點 ① <input type="checkbox"/> 臥室 ② <input type="checkbox"/> 客廳 ③ <input type="checkbox"/> 浴室 ④ <input type="checkbox"/> 樓梯 ⑤ <input type="checkbox"/> 陽台 ⑥ <input type="checkbox"/> 走道 ⑦ <input type="checkbox"/> 廚房 ⑧ <input type="checkbox"/> 室外 _____ ⑨ <input type="checkbox"/> 其他 _____	

(5)居家環境衛生：

0. 無異常狀況

1. 異常 (異味 雜物堆放，久積灰塵 通風不良 蚊蟲滋生
缺水 家中無紗門、紗窗 熱水器置於室內 其他_____)

環境總評：1. 居家環境不良(衛生)

2. 居家空間不方便(無障礙設施不足)

出入口工程

廚房改善工程

浴室改善工程

聽障者之環境輔具

其他：

3. 居家環境不安全(居住危險地區)

4. 以上皆無

5. 其他：

第六部分、家庭支持狀況

請繪出個案的家系圖（需畫出三代、同住者），並註明個案與每位成員的互動關係



A、家系圖

B、主要照顧者評估※主要照顧者係指平時給予個案 ADL 或 IADL 幫助最多者（非雇傭關係者）

無主要照顧者 有主要照顧者 有主要照顧者，不與個案同住

(1)姓名：_____

(2)與個案關係：

1. 配偶 2. 未婚兒子 3. 未婚女兒 4. 已婚兒子 5. 媳婦 6. 已婚女兒/女婿
7. 孫子/孫女 8. 父母 9. 兄弟姊妹 10. 公婆 11. 岳父母
12. 其他_____

(3)年齡：_____

(4)性別： 1. 男 2. 女

(5)特殊狀況：1. <input type="checkbox"/> 在學 2. <input type="checkbox"/> 服兵役 3. <input type="checkbox"/> 持有重大傷病卡：_____	
4. <input type="checkbox"/> 持有身障手冊：_____ (障別/等級) 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____ 6. <input type="checkbox"/> 以上皆無	
(6) 目前就業狀況 1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 全職 3. <input type="checkbox"/> 兼職 (部分時間工作)	
(7) 每天照顧時間	
1. <input type="checkbox"/> 全天 2. <input type="checkbox"/> 部分時間 (每日平均_____小時)	
(8)照顧個案年月數_____年_____月	
(9)自認為在照顧個案上最需要協助的地方是_____	
(10)主要照顧者負荷：依照實際情形圈選適合選項	
主要照顧者身體健康	1. 主要照顧者的健康與過去差不多，沒什麼變化。 2. 主要照顧者因照顧個案而感到疲累、身體不適，但不需看醫師。 3. 主要照顧者因照顧個案而感到疲累、身體不適，而需要看醫師或接受治療，但仍可繼續照顧。 4. 主要照顧者因照顧個案而太過疲累而需要住院，或無法繼續照顧，必須換人。
主要照顧者心理狀況	1. 主要照顧者的心理狀況與過去一樣，沒什麼變化。 2. 主要照顧者的情緒偶爾會焦慮、擔心、憂鬱，但不至於影響生活作息。 3. 主要照顧者會受個案影響而情緒變化大甚至需要服用鎮定劑、安眠藥。 4. 主要照顧者會因個案影響心理狀況產生精神症狀需常看醫師或住院。
家庭的互動關係	1. 家人的互動關係由於個案的相關問題而更能互相關心或沒什麼改變。 2. 家人的關係會因為個案的相關問題而起小衝突，但尚能解決問題，維持和諧關係。 3. 家人之間會因個案的相關問題而常發生衝突，有些衝突不易解決，但尚不致嚴重破壞家庭的和諧。 4. 家人因個案的相關問題常發生嚴重衝突無法解決而嚴重破壞關係，或常處於緊張狀態。
家庭照顧者負荷總計分：_____ (必填)	
照顧者總評：1. <input type="checkbox"/> 照護品質不佳 2. <input type="checkbox"/> 家庭照護負荷過重	
3. <input type="checkbox"/> 家屬無照護意願 4. <input type="checkbox"/> 以上皆無 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____	
C、次要照顧者 (姓名) _____	與個案關係：_____
D、疏忽與受虐 個案有受虐與疏忽：	
0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是→說明：_____ (請通報家暴中心社工員)	
E、同戶中另有長期照顧管理中心服務對象： 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是→姓名：_____	
F、同戶中是否有其他長期照顧需求之潛在個案： 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是→姓名：_____	

個案總評：

1. 獨居 2. 技術性護理需求高 3. 密集日常生活需要完全照護
 4. 個案問題行為 5. 遭疏忽受虐 6. 家中無照護人力
 7. 以上皆無 8. 其他：_____

第七部分、社會資源使用狀況

個案是否使用社會資源： 0. 否 1. 是（若填否，以下免填）

一、社會福利資源

1. 居家服務（提供單位：_____）
 ① 家務服務 ② 餐飲服務 ③ 代購物品 ④ 協助進食 ⑤ 陪同散步
 ⑥ 翻身拍背 ⑦ 協助沐浴 ⑧ 穿換衣服 ⑨ 其他_____
2. 居家喘息服務（提供單位：_____）
 3. 機構喘息服務（提供單位：_____）
 4. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善（提供單位：_____）
 5. 日間照護(顧)中心（提供單位：_____）
 6. 家庭托顧
 7. 居家營養指導服務（提供單位：_____）
 8. 交通接送服務（提供單位：_____）
 9. 其他機構 / 團體：_____

二、醫療資源

1. 居家護理（提供單位：_____）
 2. 居家職能治療（提供單位：_____）
 3. 居家物理治療（提供單位：_____）
 4. 社區職能治療（提供單位：_____）
 5. 社區物理治療（提供單位：_____）
 6. 精神醫療：① 日間留院 ② 社區復健中心 ③ 康復之家 ④ 其他：_____
7. 機構照護（提供單位：_____）
 8. 其他機構 / 團體：_____

三、志願服務

1. 關懷訪視（提供單位：_____）
 2. 電話問安（提供單位：_____）
 3. 送餐服務（提供單位：_____）
 4. 交通接送服務（提供單位：_____）
 5. 休閒娛樂活動（提供單位：_____）
 6. 其他_____
7. 以上皆無

個案姓名：_____ 現居住地：_____（鄉、鎮、市）

第八部分、照顧計畫

請簡述個案情況及照顧計畫			
1.個案狀況摘要 2.問題分析 3.案主與案家期待 4.照顧計畫說明			
核定服務項目	服務頻率	建議服務內容	個案及家屬使用意願
<input type="checkbox"/> 1.居家服務 <input type="checkbox"/> 2.日間照顧 <input type="checkbox"/> 3.家庭托顧	小時/月 小時/月 小時/月	<input type="checkbox"/> 家務服務 <input type="checkbox"/> 餐飲服務 <input type="checkbox"/> 代購物品 <input type="checkbox"/> 協助進食 <input type="checkbox"/> 陪同散步 <input type="checkbox"/> 翻身拍背 <input type="checkbox"/> 協助沐浴 <input type="checkbox"/> 穿換衣服 <input type="checkbox"/> 其他	0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 4.居家喘息服務	天/年		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 5.機構喘息服務 <input type="checkbox"/> 交通費	天/年 趟/年		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 6.居家護理 <input type="checkbox"/> 交通費	次/月 趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 7.居家職能治療 <input type="checkbox"/> 交通費	次/月 趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 8.居家物理治療 <input type="checkbox"/> 交通費	次/月 趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 9.社區職能治療	次/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 10.社區物理治療	次/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 11.輔具購買、租借及居家無障礙環境改善			0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是

<input type="checkbox"/> 12.老人營養餐飲服務			0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 13.交通接送服務	趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 14.機構服務		<input type="checkbox"/> 長期照護型機構 <input type="checkbox"/> 養護型機構 <input type="checkbox"/> 失智照顧型機構 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 精神護理之家 <input type="checkbox"/> 其他：_____	0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是

<input type="checkbox"/> 15.除住宿機構服務外，仍無法提供足夠社區照顧資源，需密集性照護者
<input type="checkbox"/> 16.轉介其他資源： <input type="checkbox"/> 關懷訪視 <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 諮詢服務 <input type="checkbox"/> 中低特照津貼 <input type="checkbox"/> 轉介精神科 <input type="checkbox"/> 口腔保健 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 疑義複查
業務單位主管：_____照顧管理專員：_____核定日期：____年__月__日

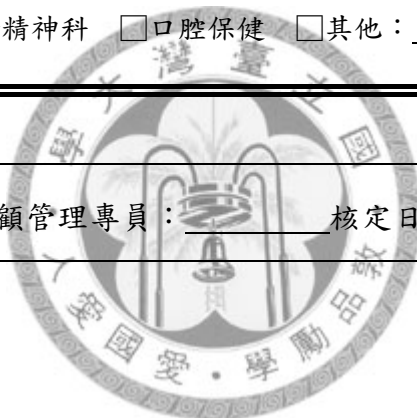


表 1：個案基本特質描述-傾向因素

	建議有居家 復健需求者		使用居家復健 服務者		未使用任何 復健服務者		使用居家物 理治療者		使用居家職 能治療者	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
總數	594	100	260	100	334	100	236	100	56	100
年齡										
≤20 歲	33	5.6	13	5.0	20	6.0	8	3.4	9	16.1
21~40 歲	35	5.8	21	8.1	14	4.2	20	8.5	6	10.7
41~60 歲	105	17.7	49	18.8	56	16.8	47	19.9	9	16.1
61~80 歲	294	49.5	115	44.2	179	53.6	108	45.8	18	32.1
≥81 歲	127	21.4	62	23.8	65	19.5	53	22.5	14	25.0
平均年齡	66.1		65.6		66.5		66.2		57.3	
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
性別										
男	338	56.9	144	55.4	194	58.1	134	56.8	26	46.4
女	256	43.1	116	44.6	140	41.9	102	43.2	30	53.6
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
教育程度										
不識字	141	23.7	59	22.7	82	24.6	54	22.9	16	28.6
識字未曾就學	40	6.7	16	6.2	24	7.2	15	6.4	2	3.6
小學	183	30.8	77	29.6	106	31.7	66	28.0	20	35.7
國中	85	14.3	32	12.3	53	15.9	31	13.1	6	10.7
高中	84	14.1	48	18.5	36	10.8	44	18.6	8	14.3
大專以上	58	9.8	27	10.4	31	9.3	25	10.6	4	7.1
不詳	3	0.5	1	0.4	2	0.6	1	0.4	0	0
婚姻狀況										
未婚	74	12.5	34	13.1	40	12.0	27	11.4	16	28.6
已婚	337	56.7	152	58.5	185	55.4	143	60.6	24	42.9
其他	183	30.8	74	28.5	109	32.6	66	28.0	16	28.6
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長照中心其他服務										
有使用	362	60.9	170	65.4	192	57.5	152	64.4	44	78.6
無使用	232	39.1	90	34.6	142	42.5	84	35.6	12	21.4
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
另類醫療										
有使用	63	10.6	22	8.5	41	12.3	19	8.1	5	8.9
無使用	524	88.2	234	90.0	290	86.8	214	90.7	50	89.3
不詳	7	1.2	4	1.5	3	0.9	3	1.3	1	1.8

表 2：個案基本特質描述-使能因素

	建議有居家 復健需求者		使用居家復健 服務者		未使用任何 復健服務者		使用居家物 理治療者		使用居家職 能治療者	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
總數	594	100	260	100	334	100	236	100	56	100
身分別										
一般戶	458	77.1	198	76.2	260	77.8	179	75.8	45	80.4
中低收入戶	102	17.2	47	18.1	55	16.5	44	18.6	6	10.7
低收入戶	34	5.7	15	5.8	19	5.7	13	5.5	5	8.9
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
榮民(眷)										
是	84	14.1	36	13.8	48	14.4	32	13.6	8	14.3
否	510	85.9	224	86.2	286	85.6	204	86.4	48	85.7
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
居住狀況										
獨居	28	4.7	14	5.4	14	4.2	14	5.9	0	0
與他人同住	566	95.3	246	94.6	320	95.8	222	94.1	56	100.0
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
經濟來源										
自己	164	27.6	80	30.8	84	25.1	76	32.2	11	19.6
家人	344	57.9	147	56.5	197	59.0	129	54.7	40	71.4
其他	81	13.6	30	11.5	51	15.3	29	12.3	4	7.1
不詳	5	0.8	3	1.2	2	0.6	2	0.8	1	1.8
居住地										
偏遠地區	90	15.2	42	16.2	48	14.4	39	16.5	8	14.3
非偏遠地區	504	84.8	218	83.8	286	85.6	197	83.5	48	85.7
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
照顧者負荷分數										
3分	121	20.4	52	20.0	69	20.7	47	19.9	13	23.2
4分	48	8.1	22	8.5	26	7.8	19	8.1	3	5.4
5分	149	25.1	70	26.9	79	23.7	63	26.7	16	28.6
6分	136	22.9	59	22.7	77	23.1	56	23.7	11	19.6
7分	57	9.6	25	9.6	32	9.6	22	9.3	6	10.7
8分	22	3.7	9	3.5	13	3.9	8	3.4	4	7.1
9分	5	0.8	1	0.4	4	1.2	1	0.4	0	0
10分	2	0.2	0	0	2	0.6	0	0	0	0
不適用	43	7.2	19	7.3	24	7.2	18	7.6	1	1.8
不詳	11	1.9	3	1.2	8	2.4	2	0.8	2	3.6

表 2：個案基本特質描述-使能因素(續)

	建議有居家 復健需求者		使用居家復健 服務者		未使用任何 復健服務者		使用居家物 理治療者		使用居家職 能治療者	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
照顧者關係										
配偶	223	37.5	103	39.6	120	35.9	98	41.5	16	28.6
父母	59	9.9	28	10.8	31	9.3	22	9.3	14	25.0
女兒	89	15.0	37	14.2	52	15.6	32	13.6	10	17.9
兒子	80	13.5	34	13.1	46	13.8	31	13.1	7	12.5
媳婦	58	9.8	21	8.1	37	11.1	18	7.6	4	7.1
其他	40	6.7	17	6.5	23	6.9	15	6.4	4	7.1
不適用	42	7.1	18	6.9	24	7.2	18	7.6	1	1.8
不詳	3	0.5	2	0.8	1	0.3	2	0.8	0	0
照顧者年齡										
≤20 歲	3	0.5	1	0.4	2	0.6	1	0.4	0	0
21~40 歲	92	15.5	38	14.6	54	16.2	33	14.0	12	21.4
41~60 歲	251	42.3	112	43.1	139	41.6	97	41.1	30	53.6
61~80 歲	153	25.8	65	25.0	88	26.3	61	25.8	10	17.9
≥81 歲	22	3.7	11	4.2	11	3.3	11	4.7	2	3.6
不適用	40	6.7	16	6.2	24	7.2	3.6	6.8	1	1.8
不詳	33	5.6	17	6.5	16	4.8	17	7.2	1	1.8
照顧者性別										
男	147	24.7	63	24.2	84	25.1	58	24.6	15	26.8
女	405	68.2	180	69.2	225	67.4	161	68.2	40	71.4
不適用	38	6.4	14	5.4	24	7.2	14	5.9	1	1.8
不詳	4	0.7	3	1.2	1	0.3	3	1.3	0	0
評估人員										
治療師	360	60.6	144	55.4	216	64.7	129	54.7	35	62.5
非治療師	232	39.1	115	44.2	117	35.0	106	44.9	21	37.5
不詳	2	0.3	1	0.4	1	0.3	1	0.4	0	0

表 3：個案基本特質描述-需求因素

	建議有居家 復健需求者		使用居家復健 服務者		未使用任何 復健服務者		使用居家物 理治療者		使用居家職 能治療者	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
總數	594	100	260	100	334	100	236	100	56	100
日常生活功能										
完全依賴	326	54.9	150	57.7	176	52.7	140	59.3	27	48.2
重度依賴	182	30.6	75	28.8	107	32.0	66	28.0	20	35.7
中度依賴	61	10.3	26	10.0	35	10.5	21	8.9	9	16.1
輕度依賴	9	1.5	4	1.5	5	1.5	4	1.7	0	0
完全獨立	15	2.5	4	1.5	11	3.3	4	1.7	0	0
不詳	1	0.2	1	0.4	0	0	1	0.4	0	0
認知功能										
有障礙	382	64.3	163	62.7	219	65.6	147	62.3	35	62.5
無障礙	207	34.8	94	36.2	113	33.8	87	36.9	20	35.7
不詳	5	0.8	3	1.2	2	0.6	2	0.8	1	1.8
罹病狀況										
中風	310	52.2	134	51.5	176	52.7	121	51.3	31	55.4
腦性麻痺	16	2.7	6	2.3	10	3.0	5	2.1	4	7.1
巴金森氏症	17	2.9	8	3.1	9	2.7	7	3.0	1	1.8
失智症	21	3.5	9	3.5	12	3.6	6	2.5	3	5.4
關節炎	40	6.7	21	8.1	19	5.7	19	8.1	4	7.1
脊髓損傷	29	4.9	14	5.4	15	4.5	14	5.9	2	3.6
心臟病	163	27.4	66	25.4	97	29.0	63	26.7	9	16.1
免疫疾病	2	0.3	0	0	2	0.6	0	0	0	0
呼吸系統疾病	18	3.0	11	4.2	7	2.1	11	4.7	0	0
泌尿系統疾病	16	2.7	5	1.9	11	3.3	5	2.1	0	0
消化系統疾病	26	4.4	10	3.8	16	4.8	8	3.4	4	7.1
高血壓	283	47.6	122	46.9	161	48.2	112	47.4	19	33.9
腎臟疾病	22	3.7	8	3.1	14	4.2	7	3.0	1	1.8
慢性肺阻塞	20	3.4	8	3.1	12	3.6	8	3.4	0	0
糖尿病	159	26.8	67	25.8	92	27.5	60	25.4	15	26.8
癌症	30	5.1	11	4.2	19	5.7	11	4.7	0	0
傳染性疾病	3	0.5	1	0.4	2	0.6	1	0.4	0	0

表 3：個案基本特質描述-需求因素(續)

	建議有居家 復健需求者		使用居家復健 服務者		未使用任何 復健服務者		使用居家物 理治療者		使用居家職 能治療者	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
50 公尺行走能力										
是	101	17.0	33	12.7	68	20.4	27	11.4	10	17.9
否	487	82.0	223	85.8	264	79.0	206	87.3	45	80.4
不詳	6	1.0	4	1.5	2	0.6	3	1.3	1	1.8
3 個月內跌倒紀錄										
是	166	27.9	62	23.8	104	31.1	55	23.3	18	32.1
否	422	71.0	195	75.0	227	68.0	179	75.8	37	66.1
不詳	6	1.0	3	1.2	3	0.9	2	0.8	1	1.8
是否有復健需求										
是	496	83.5	215	82.7	281	84.1	197	83.5	47	83.9
否	93	15.7	42	16.2	51	15.3	37	15.7	8	14.3
不詳	5	0.8	3	1.2	2	0.6	2	0.8	1	1.8



表 4：傾向因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果

	使用居家復健				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
年齡					5.333	0.149
≤40 歲	34	50.0	34	50.0		
41~60 歲	49	46.7	56	53.3		
61~80 歲	115	39.1	179	60.9		
≥81 歲	62	48.8	65	51.2		
性別					0.434	0.510
男	144	42.6	194	57.4		
女	116	45.3	140	54.7		
教育程度					8.234	0.144
不識字	59	41.8	82	58.2		
識字未曾就學	16	40.0	24	60.0		
小學	77	42.1	106	57.9		
國中	32	37.6	53	62.4		
高中	48	57.1	36	42.9		
大專以上	27	46.6	31	53.4		
婚姻狀況					1.212	0.546
未婚	34	45.9	40	54.1		
已婚	152	45.1	185	54.9		
其他	74	40.4	109	59.6		
長照中心其他服務					3.833	0.050*
有使用	170	47.0	192	53.0		
無使用	90	38.8	142	61.2		
另類醫療					2.168	0.141
有使用	22	34.9	41	65.1		
無使用	234	44.7	290	55.3		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

表 5：傾向因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果

	使用居家物理治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
年齡					3.670	0.299
≤40 歲	28	49.1	29	50.9		
41~60 歲	47	49.5	48	50.5		
61~80 歲	108	39.9	163	60.1		
≥81 歲	53	44.9	65	53.4		
性別					0.000	0.989
男	134	43.6	173	56.4		
女	102	43.6	132	56.4		
教育程度					6.723	0.242
不識字	54	40.9	78	59.1		
識字未曾就學	15	38.5	24	61.5		
小學	66	41.5	93	58.5		
國中	31	40.3	46	59.7		
高中	44	56.4	34	43.6		
大專以上	25	45.5	30	54.5		
婚姻狀況					1.643	0.440
未婚	27	42.9	36	57.1		
已婚	143	45.8	169	54.2		
其他	66	39.8	100	60.2		
長照中心其他服務					2.750	0.097
有使用	152	46.5	175	53.5		
無使用	84	39.3	130	60.7		
另類醫療					2.709	0.100
有使用	19	33.3	38	66.7		
無使用	214	44.8	264	55.2		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

表 1：傾向因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果

	使用居家職能治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
年齡					13.373	0.004**
≤40 歲	15	48.4	16	51.6		
41~60 歲	9	23.1	30	76.9		
61~80 歲	18	18.6	79	81.4		
≥81 歲	14	38.9	22	61.1		
性別					3.625	0.057
男	26	22.4	90	77.6		
女	30	34.5	57	65.5		
教育程度					2.477	0.780
不識字	16	29.6	38	70.4		
識字未曾就學	2	15.4	11	84.6		
小學	20	31.3	44	68.8		
國中	6	20.7	23	79.3		
高中	8	32.0	17	68.0		
大專以上	4	25.0	12	75.0		
婚姻狀況					10.605	0.005**
未婚	16	51.6	15	48.4		
已婚	24	23.8	77	76.2		
其他	16	22.5	55	77.5		
長照中心其他服務					7.993	0.005**
有使用	44	34.4	84	65.6		
無使用	12	16.0	63	84.0		
另類醫療					0.433	0.511
有使用	5	21.7	18	78.3		
無使用	50	28.2	127	71.8		

*：p<0.05；**：p<0.01

表 2：使能因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果

	使用居家復健				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
身分別					0.276	0.871
一般戶	198	43.2	260	56.8		
中低收戶	47	46.1	55	53.9		
低收戶	15	44.1	19	55.9		
榮民(眷)					0.033	0.855
是	36	42.9	48	57.1		
否	224	43.9	286	56.1		
居住狀況					0.463	0.496
獨居	14	50.0	14	50.0		
與他人同住	246	43.5	320	56.5		
經濟來源					3.313	0.191
自己	80	48.8	84	51.2		
家人	147	42.7	197	57.3		
其他	30	37.0	51	63.0		
居住偏遠地區					0.361	0.548
是	42	46.7	48	53.3		
否	218	43.3	286	56.7		
照顧者負荷分數					0.567	0.753
3~4 分	74	43.8	95	56.2		
5~6 分	129	45.3	156	54.7		
7~10 分	35	40.7	51	59.3		
照顧者關係					2.457	0.783
配偶	103	46.2	120	53.8		
父母	28	47.5	31	52.5		
女兒	37	41.6	52	58.4		
兒子	34	42.5	46	57.5		
媳婦	21	36.2	37	63.8		
其他	17	42.5	23	57.5		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

表 7：使能因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果(續)

	使用居家復健				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
照顧者年齡					0.801	0.849
≤40 歲	39	41.1	56	58.9		
41~60 歲	112	44.6	139	55.4		
61~80 歲	65	42.5	88	57.5		
≥81 歲	11	50.0	11	50.0		
照顧者性別					0.110	0.740
男	63	42.9	84	57.1		
女	180	44.4	225	55.6		
評估人員					5.249	0.022*
治療師	144	40.0	216	60.0		
非治療師	115	49.6	117	50.4		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

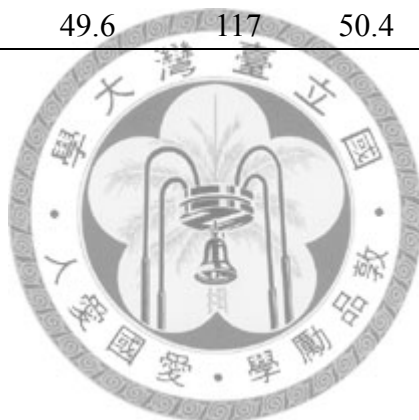


表 8：使能因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果

	使用居家物理治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
身分別					0.850	0.654
一般戶	179	42.6	241	57.4		
中低收戶	44	47.8	48	52.2		
低收戶	13	44.8	16	55.2		
榮民(眷)					0.156	0.693
是	32	41.6	45	58.4		
否	204	44.0	260	56.0		
居住狀況					1.161	0.281
獨居	14	53.8	12	46.2		
與他人同住	222	43.1	293	56.9		
經濟來源					3.879	0.144
自己	76	50.0	76	50.0		
家人	129	41.7	180	58.3		
其他	29	38.2	47	61.8		
居住偏遠地區					1.003	0.316
是	39	48.8	41	51.3		
否	197	42.7	264	57.3		
照顧者負荷分數					0.696	0.706
3~4 分	66	44.0	84	56.0		
5~6 分	119	45.1	145	54.9		
7~10 分	31	39.7	47	60.3		
照顧者關係					4.789	0.442
配偶	98	47.3	109	52.7		
父母	22	46.8	25	53.2		
女兒	32	38.1	52	61.9		
兒子	31	44.3	39	55.7		
媳婦	18	33.3	36	66.7		
其他	15	41.7	21	58.3		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

表 8：使能因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果(續)

	使用居家物理治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
照顧者年齡					1.187	0.756
≤40 歲	34	39.5	52	60.5		
41~60 歲	97	42.2	133	57.8		
61~80 歲	61	45.2	74	54.8		
≥81 歲	11	50.0	11	50.0		
照顧者性別					0.023	0.880
男	58	44.3	73	55.7		
女	161	43.5	209	56.5		
評估人員					5.965	0.015*
治療師	129	39.3	199	60.7		
非治療師	106	50.0	106	50.0		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

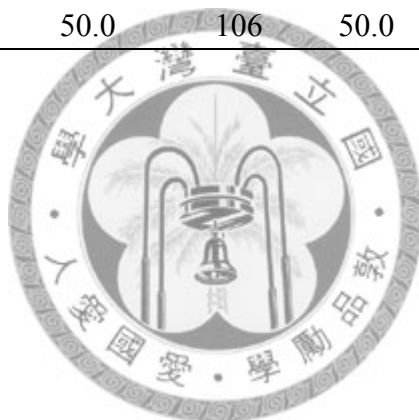


表 9：使能因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果

	使用居家職能治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
身分別					3.502	0.174
一般戶	45	29.0	110	71.0		
中低收戶	6	16.7	30	83.3		
低收戶	5	41.7	7	58.3		
榮民(眷)					0.672	0.412
是	8	34.8	15	65.2		
否	48	26.7	132	73.3		
居住狀況					2.762	0.193 (Fisher)
獨居	0	0	7	100.0		
與他人同住	56	28.6	140	71.4		
經濟來源					4.836	0.089
自己	11	23.4	36	76.6		
家人	40	32.3	84	67.7		
其他	4	13.3	26	86.7		
居住偏遠地區					0.336	0.562
是	8	23.5	26	76.5		
否	48	28.4	121	71.6		
照顧者負荷分數					0.153	0.927
3~4 分	16	26.2	45	73.8		
5~6 分	27	28.7	67	71.3		
7~10 分	10	29.4	24	70.6		
照顧者關係					10.889	0.054
配偶	16	23.5	52	76.5		
父母	14	48.3	15	51.7		
女兒	10	40.0	15	60.0		
兒子	7	18.9	30	81.1		
媳婦	4	18.2	18	81.8		
其他	4	28.6	10	71.4		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

表 9：使能因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果(續)

	使用居家職能治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
照顧者年齡					2.719	0.437
≤40 歲	12	26.1	34	73.9		
41~60 歲	30	34.1	58	65.9		
61~80 歲	10	21.3	37	78.7		
≥81 歲	2	33.3	4	66.7		
照顧者性別					0.224	0.636
男	15	25.9	43	74.1		
女	40	29.2	97	70.8		
評估人員					1.211	0.271
治療師	35	25.4	103	74.6		
非治療師	21	32.8	43	67.2		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

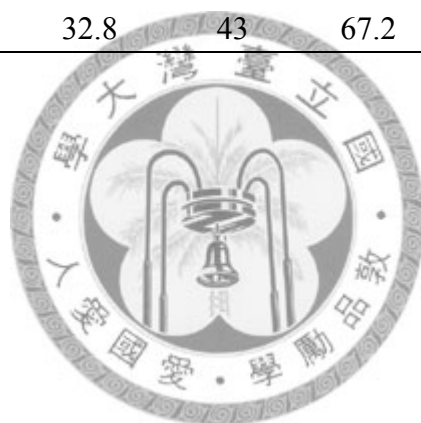


表 10：需求因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果

	使用居家復健				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
日常生活功能					2.967	0.563
完全依賴	150	46.0	176	54.0		
重度依賴	75	41.2	107	58.8		
中度依賴	26	42.6	35	57.4		
輕度依賴	4	44.4	5	55.6		
完全獨立	4	26.7	11	73.3		
認知功能					0.410	0.522
有障礙	163	42.7	219	57.3		
無障礙	94	45.4	113	54.6		
罹病狀況						
<u>中風</u>					0.078	0.780
是	134	43.2	176	56.8		
否	126	44.4	158	55.6		
<u>心肺疾病</u>					0.235	0.628
是	80	42.3	109	57.7		
否	180	44.4	225	55.6		
<u>腦性麻痺</u>					0.263	0.608
是	6	37.5	10	62.5		
否	254	43.9	324	56.1		
<u>巴金森氏症</u>					0.077	0.782
是	8	47.1	9	52.9		
否	252	43.7	325	56.3		
<u>失智症</u>					0.007	0.932
是	9	42.9	12	57.1		
否	251	43.8	322	56.2		
<u>關節炎</u>					1.328	0.249
是	21	52.5	19	47.5		
否	239	43.1	315	56.9		
<u>脊髓損傷</u>					0.251	0.616
是	14	48.3	15	51.7		
否	246	43.5	319	56.5		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

表 10：需求因素與使用居家復健之卡方檢定分析結果(續)

	使用居家復健				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
50 公尺行走能力					5.855	0.016*
是	33	32.7	68	67.3		
否	223	45.8	264	54.2		
3 個月內跌倒紀錄					3.800	0.051
是	62	37.3	104	62.7		
否	195	46.2	227	53.8		
是否有復健需求					0.105	0.746
是	215	43.3	281	56.7		
否	42	45.2	51	54.8		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$



表 11：需求因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果

	使用居家物理治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
日常生活功能					2.287	0.683
						(Contingency C)
完全依賴	140	46.1	164	53.9		
重度依賴	66	40.2	98	59.8		
中度依賴	21	38.2	34	61.8		
輕度依賴	4	50.0	4	50.0		
完全獨立	4	44.4	5	55.6		
認知功能					0.470	0.493
有障礙	147	42.5	199	57.5		
無障礙	87	45.5	104	54.5		
罹病狀況						
<u>中風</u>					0.181	0.670
是	121	42.8	162	57.2		
否	115	44.6	143	55.4		
<u>心肺疾病</u>					0.002	0.969
是	77	43.5	100	56.5		
否	159	43.7	205	56.3		
<u>腦性麻痺</u>					0.664	0.415
是	5	33.3	10	66.7		
否	231	43.9	295	56.1		
<u>巴金森氏症</u>					0.058	0.809
是	7	46.7	8	53.3		
否	229	43.5	297	56.5		
<u>失智症</u>					0.251	0.616
是	6	37.5	10	62.5		
否	230	43.8	295	56.2		
<u>關節炎</u>					0.676	0.411
是	19	50.0	19	50.0		
否	217	43.1	286	56.9		
<u>脊髓損傷</u>					0.270	0.603
是	14	48.3	15	51.7		
否	222	43.4	290	56.6		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

表 11：需求因素與使用居家物理治療之卡方檢定分析結果(續)

	使用居家物理治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
50 公尺行走能力					7.007	0.008**
是	27	30.7	61	69.3		
否	206	46.0	242	54.0		
3 個月內跌倒紀錄					4.471	0.034*
是	55	36.4	96	63.6		
否	179	46.5	206	53.5		
是否有復健需求					0.273	0.601
是	197	43.1	260	56.9		
否	37	46.3	43	53.8		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$



表 12：需求因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果

	使用居家職能治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
日常生活功能					9.085	0.059 (Contingency C)
完全依賴	27	25.0	81	75.0		
重度依賴	20	31.3	44	68.8		
中度依賴	9	47.4	10	52.6		
輕度依賴	0	0	3	100.0		
完全獨立	0	0	9	100.0		
認知功能					0.887	0.346
有障礙	35	25.4	103	74.6		
無障礙	20	31.7	43	68.3		
罹病狀況						
<u>中風</u>					0.086	0.769
是	31	28.4	78	71.6		
否	25	26.6	69	73.4		
<u>心肺疾病</u>					4.038	0.044*
是	9	17.0	44	83.0		
否	47	31.3	103	68.7		
<u>腦性麻痺</u>					3.171	0.093 (Fisher)
是	4	57.1	3	42.9		
否	52	26.5	144	73.5		
<u>巴金森氏症</u>					0.050	1.000 (Fisher)
是	1	33.3	2	66.7		
否	55	27.5	145	72.5		
<u>失智症</u>					0.156	0.709 (Fisher)
是	3	33.3	6	66.7		
否	53	27.3	141	72.7		
<u>關節炎</u>					2.094	0.220 (Fisher)
是	4	50.0	4	50.0		
否	52	26.7	143	73.3		

表 12：需求因素與使用居家職能治療之卡方檢定分析結果(續)

	使用居家職能治療				卡方值	p 值
	是		否			
	人數	%	人數	%		
罹病狀況						
<u>脊髓損傷</u>					0.136	1.000 (Fisher)
是	2	22.2	7	77.8		
否	54	27.8	140	72.2		
50 公尺行走能力					0.072	0.788
是	10	25.6	29	74.4		
否	45	27.8	117	72.2		
3 個月內跌倒紀錄					1.577	0.209
是	18	34.0	35	66.0		
否	37	25.0	111	75.0		
是否有復健需求					0.433	0.551
是	47	28.3	119	71.7		
否	8	22.9	27	77.1		

* : $p < 0.05$; ** : $p < 0.01$

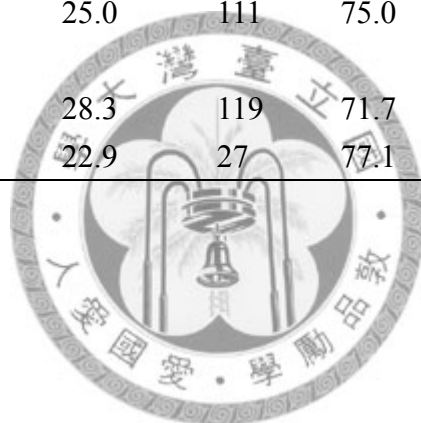


表 13：使用居家復健、居家物理治療、及居家職能治療之相關因素

變項名稱	使用整體 居家復健	使用居家 物理治療	使用居家 職能治療
傾向因素			
年齡			*
性別			
教育程度			
婚姻狀況			*
是否使用長照中心其它服務	*		*
是否使用另類醫療			
使能因素			
身分別			
是否為榮民(眷)			
居住狀況			
經濟來源			
居住地			
照顧者負荷分數			
照顧者關係			
照顧者年齡			
照顧者性別			
評估人員			
需求因素			
日常生活功能			
認知功能			
中風			
心肺疾病			*
腦性麻痺			
巴金森氏症			
失智症			
關節炎			
脊髓損傷			
50 公尺行走能力	*	*	
3 個月內跌倒紀錄		*	
是否有復健需求			



*表示達顯著相關($p < 0.05$)

表 14：羅吉斯迴歸各變項之參考組

變項名稱	參考組
傾向因素	
年齡	≤40 歲
性別	女性
婚姻狀況	未婚
教育程度	不識字
使用長照中心所提供居家復健外之服務	否
使用另類醫療	否
使能因素	
身分別	一般戶
居住狀況	獨居
經濟來源	自己
照顧者關係	配偶
評估人員是否為治療師	否
需求因素	
日常生活功能障礙程度	完全依賴
使用或不使用輔具，能否行走 50 公尺	否
3 個月內跌倒紀錄	否
是否罹患心肺疾病	否
是否罹患腦性麻痺	否
是否罹患關節炎	否



表 15：使用居家復健自變項之共線性診斷：Variance Inflation Factor (VIF)

自變項	共線性統計量	
	允差	VIF
使用居家復健		
年齡	0.989	1.011
教育程度	0.927	1.078
是否使用長照中心居家復健外之服務	0.944	1.059
是否使用另類醫療	0.977	1.024
經濟來源	0.924	1.082
評估人員是否為治療師	0.944	1.060
使用或不使用輔具，能否行走50公尺	0.973	1.028
三個月內跌倒紀錄	0.950	1.052
是否罹患關節炎	0.978	1.022
使用居家物理治療		
教育程度	0.904	1.107
是否使用長照中心居家復健外之服務	0.950	1.052
是否使用另類醫療	0.973	1.028
經濟來源	0.901	1.110
評估人員是否為治療師	0.942	1.061
使用或不使用輔具，能否行走50公尺	0.973	1.028
三個月內跌倒紀錄	0.960	1.041
使用居家職能治療		
年齡	0.652	1.533
性別	0.847	1.181
婚姻狀況	0.608	1.644
是否使用長照中心居家復健外之服務	0.953	1.050
身分別	0.804	1.243
居住狀況	0.806	1.241
照顧者關係	0.813	1.230
經濟來源	0.874	1.145
日常生活功能障礙程度	0.856	1.168
三個月內跌倒紀錄	0.955	1.047
是否罹患腦麻	0.782	1.280
是否罹患心肺疾病	0.887	1.127
是否罹患關節炎	0.930	1.075

註：VIF<10或允差(Tolerance)>0.2，可視為無共線性的問題

表 16：使用居家復健之羅吉斯迴歸分析結果 (n=594)

變項名稱	整體模式		最終模式	
	勝算比	p 值	勝算比	p 值
傾向因素				
<u>年齡</u>				
41~60 歲	0.779	0.460		
61~80 歲	0.625	0.115		
≥81 歲	0.984	0.961		
<u>教育程度</u>				
識字未曾就學	0.919	0.824		
小學	0.972	0.905		
國中	0.677	0.211		
高中	1.632	0.110		
大專以上	0.973	0.937		
<u>長照中心其他服務</u>				
有使用	1.565	0.017*	1.532	0.018*
<u>另類醫療</u>				
有使用	0.641	0.135		
<u>使能因素</u>				
<u>經濟來源</u>				
家人	0.748	0.185		
其他	0.560	0.060		
<u>評估人員</u>				
治療師	0.598	0.005**	0.642	0.014*
<u>需求因素</u>				
<u>關節炎</u>				
是	1.630	0.170		
<u>50 公尺行走能力</u>				
是	0.617	0.048*	0.586	0.023*
<u>3 個月內跌倒紀錄</u>				
是	0.674	0.049*	0.695	0.062
Omnibus Tests of Model Coefficients	$\chi^2=39.768$ $p=0.001^{**}$		$\chi^2=19.484$ $p<0.003^{**}$	
Hosmer and Lemeshow Test	$\chi^2=9.058$, $p=0.337$		$\chi^2=4.146$, $p=0.763$	
Nagelkerke R^2	8.9%		4.4%	
整體預測正確率	61.6%		57.5%	

* : $p<0.05$; ** : $p<0.01$; *** : $p<0.001$

表 17：使用居家物理治療之羅吉斯迴歸分析結果 (n=541)

變項名稱	整體模式		最終模式	
	勝算比	p 值	勝算比	p 值
傾向因素				
<u>教育程度</u>				
識字未曾就學	0.857	0.688		
小學	0.954	0.851		
國中	0.785	0.432		
高中	1.703	0.080		
大專以上	0.985	0.967		
<u>長照中心其他服務</u>				
有使用	1.461	0.048*	1.493	0.033*
<u>另類醫療</u>				
有使用	0.641	0.152		
使能因素				
<u>經濟來源</u>				
家人	0.736	0.165		
其他	0.646	0.162		
<u>評估人員</u>				
治療師	0.608	0.009**	0.628	0.013*
需求因素				
<u>50 公尺行走能力</u>				
是	0.567	0.029*	0.528	0.012*
<u>3 個月內跌倒紀錄</u>				
是	0.676	0.061	0.678	0.058
Omnibus Tests of Model Coefficients	$\chi^2=31.488$ $p=0.002^*$		$\chi^2=20.383$ $p<0.001^{***}$	
Hosmer and Lemeshow Test	$\chi^2=11.966$, $p=0.153$		$\chi^2=3.871$, $p=0.795$	
Nagelkerke R^2	7.7%		5.0%	
整體預測正確率	60.7%		58.5%	

* : $p<0.05$; ** : $p<0.01$; *** : $p<0.001$

表 18：使用居家職能治療之羅吉斯迴歸分析結果 (n=203)

變項名稱	整體模式		最終模式	
	勝算比	p 值	勝算比	p 值
傾向因素				
<u>年齡</u>				
41~60 歲	0.973	0.977	1.022	0.980
61~80 歲	0.746	0.754	0.725	0.696
≥81 歲	3.188	0.255	2.535	0.290
<u>性別</u>				
男	0.329	0.016*	0.298	0.003**
<u>婚姻狀況</u>				
已婚	0.064	0.037*	0.161	0.024*
其他	0.050	0.016*	0.086	0.004**
<u>長照中心其他服務</u>				
有使用	3.206	0.010*	3.368	0.005**
使能因素				
<u>身分別</u>				
中低收	0.170	0.013*	0.188	0.008**
低收	0.956	0.960	0.795	0.779
<u>經濟來源</u>				
家人	1.388	0.583		
其他	0.440	0.327		
<u>照顧者關係</u>				
父母	0.284	0.349		
女兒	1.199	0.800		
兒子	0.363	0.162		
媳婦	0.420	0.351		
其他	0.801	0.833		
<u>居住狀況</u>				
與家人同住	2.494	0.999		
需求因素				
<u>日常生活功能</u>				
重度依賴	1.066	0.896	1.086	0.846
中度依賴	4.014	0.049*	3.073	0.067
輕度依賴	0.000	0.999	0.000	0.999
完全獨立	0.000	0.999	0.000	0.999

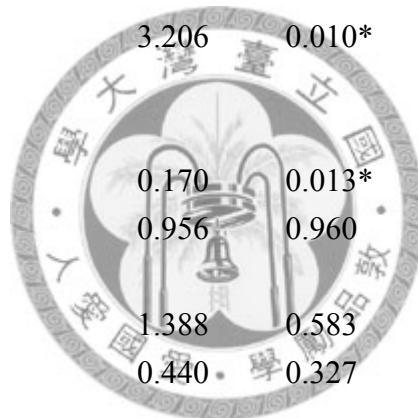


表 18：使用居家職能治療之羅吉斯迴歸分析結果(續) (n=203)

變項名稱	整體模式		最終模式	
	勝算比	p 值	勝算比	p 值
<u>3 個月內跌倒記錄</u>				
是	0.973	0.952		
<u>心肺疾病</u>				
是	0.492	0.171		
<u>關節炎</u>				
是	1.301	0.782		
<u>腦性麻痺</u>				
是	0.818	0.863		
Omnibus Tests of Model Coefficients	$\chi^2=60.135$ $p<0.001^{***}$		$\chi^2=48.167$ $p<0.001^{***}$	
Hosmer and Lemeshow Test	$\chi^2=6.852$, $p=0.553$		$\chi^2=6.513$, $p=0.590$	
Nagelkerke R^2	38.6%		31.8%	
整體預測正確率	77.2%		76.2%	

* : $p<0.05$; ** : $p<0.01$; *** : $p<0.001$

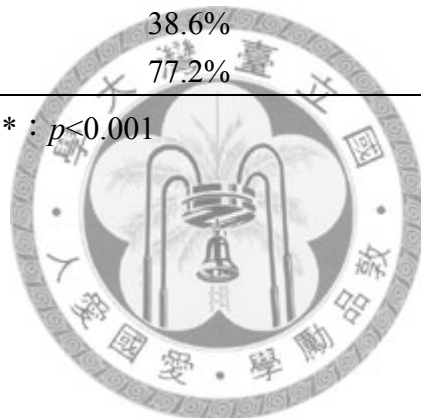


表 19：使用整體居家復健、居家物理治療、及居家職能治療經羅吉斯迴歸分析後之相關因素

變項名稱	使用整體居家復健	使用居家物理治療	使用居家職能治療
傾向因素			
年齡			
性別			*
教育程度			
婚姻狀況			*
是否使用長照中心其它服務	*	*	*
是否使用另類醫療			
使能因素			
身分別			*
是否為榮民(眷)			
居住狀況			
經濟來源			
居住地			
照顧者負荷分數			
照顧者關係			
照顧者年齡			
照顧者性別			
評估人員			
需求因素			
日常生活功能			
認知功能			
中風			
心肺疾病			
腦性麻痺			
巴金森氏症			
失智症			
關節炎			
脊髓損傷			
50 公尺行走能力	*	*	
3 個月內跌倒紀錄			
是否有復健需求			

*表示達顯著相關($p < 0.05$)

