

# 科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

## 基於社會賦權與健康共創架構下之社區健康促進組織之規劃、 實驗與試辦(第2年)

計畫類別：個別型計畫  
計畫編號：MOST 106-2410-H-040-017-SS2  
執行期間：107年09月01日至108年11月30日  
執行單位：中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系(所)

計畫主持人：吳慧卿  
共同主持人：林志峰、曾明性  
計畫參與人員：大專生-兼任助理：尤怡蓓  
大專生-兼任助理：吳佳瑜  
大專生-兼任助理：許子秀  
大專生-兼任助理：王昱晴  
大專生-兼任助理：吳佩蓁  
大專生-兼任助理：謝孟紋  
大專生-兼任助理：胡君瑀  
大專生-兼任助理：洪嘉苓

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關衛生福利部，  
(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)  
本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

中華民國 109 年 02 月 15 日

中文摘要：長照2.0政策的首要目標是建立以社區為基礎的長期照顧體系，達成在地老化、在地服務的理想，發揮社會互助功能。本研究與社會資本與社會鑲嵌理論進行對話，討論社區連帶對於個人健康的意義，社區健康知識共作與社區人際信任的相關性。

本研究以在地老化之創新社會經濟營運機制為目標，社區照顧關懷據點為行動實踐場域，提出以「共創健康」為社區組織核心行動價值的社會實驗研究。過往政策對社區發展投注心力，卻由於社區共識、社區信任基礎不足，導致社區政策推動難以整合，社區組織永續營運能力不足。

個人健康與社區關係的共創共作連結，重要關鍵是社區信任機制的建立。本研究以台灣社會文化的人際信任特質為基礎，以「共創健康」為核心價值，設計具有社會實驗性質的「社區健康實驗室」，研究招募認同社區健康共作理念的民眾擔任本研究受試者。研究者全程參與受試者參與社區健康實驗室的行動過程，並以田野觀察法記錄受試者參與社區健康實驗室前後之個人身心狀態、社區信任關係、及社會資本交換關係。

第一年研究分為三個方向，一、透過政府公開資料（open data），進行不同資料庫之串聯與交叉分析，對社區照顧資源分布妥適性與地理可近性進行總體性的評估。二、訪問社區照顧關懷據點經營者，分析其營運經驗成敗關鍵，以提出社區照顧關懷據點突破限制的可能發展策略。三、招募第二年社區健康運動中心實驗室之個案。包括：台中市西區之社區資源調查與分析；社區照顧關懷據點典範學習訪問；規劃社區健康生活圈團體活動計畫；招募研究參與者（收集生理與心理健康資料，做為計畫執行成效評估前測）。

第二年設立社區健康運動中心實驗室，做為社區健康共作的運作機制。透過研究參與者實踐社區健康共創的行動過程，觀察研究參與者對於參與社區健康運動中心之後的社區意識態度差異。

本研究為社會學、復健醫學及醫學資訊之跨領域研究合作，期待能為在地老化政策與社區照顧關懷據點創新社會經濟營運模式提供行動實踐建議。

中文關鍵詞：社區照顧、健康促進、社會賦權、社區營運、資源可近性

英文摘要：Increasing aging population is an urgent public health concern for all countries. The problems of aging population pertain to not only personal health but also delivery of medical services, economic development, and educational and social welfare policies. Aging population necessitate serious demand for long-term care which leads to family caregivers bearing a heavy burden. Community-based integrated care does not just provide services to the elderly and people with disabilities but also plays an important role in the social support system. Those with suboptimal health can improve their health situations through the community's social support system. Everyone is encouraged to share attainable health promotion lifestyles and knowledge in an empowered social support

community.

This study tries to develop a sustainable community operation model for aging in community and active aging. From the perspective of community profile raising and sustainability, this study proposes a new model for improving and reshaping community care centers and helping them in integrating issues of health and community care as the goal of community action. Therefore, a social innovation mechanism (named “community-based health center” ) is introduced in this experimental research. The first year’ s plan included three directions. (1) This study carried out an overall assessment of the resources accessibility of community care resources by Taiwanese government open data. (2) We surveyed the community care centers and managers to understand their operational experience and strategies of solving problems. (3) We conducted research cases.

The second year’ s plan in this study was set up a community health laboratory as a co-operation mechanism. Through the cases participated in community health co-creation action, we observed the study participants’ attitude towards community consciousness. In addition, we tried to find the possibility of a sustainable community operation model.

英文關鍵詞： community care, health promotion, social empowerment, sustainable community, resources accessibility

# 目 錄

壹、	前言.....	1
貳、	研究目的 .....	2
參、	文獻探討 .....	3
一、	亞健康族群活躍老化與健康促進(RE-AIM)模式應用 .....	3
二、	社區照顧關懷據點的發展限制 .....	4
三、	「共創健康」為核心價值的社區組織：社會信任、社會賦權與社會經濟的整合 .....	5
四、	社區組織的永續經營：社會賦權、社會經濟與社會企業 .....	9
肆、	研究方法 .....	13
伍、	結果與討論 .....	14
一、	社區照顧資源配置適切性分析 .....	15
(一)	樂齡學習中心 .....	15
(二)	社區照顧關懷據點 .....	15
二、	社區照顧關懷據點訪問調查 .....	16
三、	規畫、聯繫與安排「社區健康實驗室」前置作業 .....	17
四、	社區健康運動中心實驗室做為社區健康共作的運作機制 .....	18
(一)	個案收案 .....	18
(二)	社區健康實驗室方案執行內容 .....	19
(三)	個案背景分布 .....	22
(四)	研究發現 .....	23
(五)	研究討論 .....	26
陸、	結論與建議 .....	28
參	參考文獻 .....	31

## 壹、 前言

人口老化是世界各國面臨的嚴峻考驗，不只是個人健康受到老化影響，醫療照護、經濟、教育、社會福利，都會產生全面衝擊。我國人口結構快速老化，老年人口比率將於107年到達14.5%，進入高齡社會，115年達20.6%，邁入超高齡社會。人口老化衍生的長照需求與家庭照顧責任沈重的問題。政府為建構符合老人需求及身心障礙者的長期照顧體系，陸續推動多項長照政策，於105年9月29日通過的「長期照顧十年計畫2.0」(簡稱長照2.0)(行政院, 2016)，是影響台灣未來的重大政策。

「長照2.0」的首要目標是建立以社區為基礎的長期照顧體系，達成在地老化、在地服務的理想，讓失能者和長者能夠就近接受服務，不一定要集中在大型安養機構照顧。去機構化的長照政策，確實能讓被照顧者能夠在自己熟悉的環境中養老，也能讓子女有機會陪伴在長者身邊。長照2.0政策是以社區為基礎的整合式照顧服務體系，具體策略是建立社區整合型服務中心（A級長照旗艦店）、擴充複合型服務中心（B級長照專賣店）並廣設巷弄長照站（C級長照柑仔店）。希望透過長照ABC各層級服務體系的建立，使失能、失智長者在離家車程30分鐘內，透過範圍滿足服務需求，逐步建構「結合照顧、預防、生活支援、住宅以及醫療」一體化之照顧體系。

以社區為基礎的整合式照顧，不僅是服務高齡者或失能者，更為重要的意義是發揮社會互助的功能，讓亞健康族群持續進步為健康者，讓照顧者與被照顧者都能在社區安心自在，享受生命意義。長照2.0的政策，並不是在提供更多的醫療服務，而是減少照護的需求。在社區發展照護工作是重要的工作，但是需要投入更多在預防保健、社區健康促進，增進長者及社區民眾的健康，減少民眾使用照護資源。健康的長者能夠自給生活、參與社區活動，能減輕子女的經濟壓力和心理負擔，對家庭與社會都會產生相當正面積極的影響。

世界衛生組織(World Health Organization (WHO), 2015)已將亞健康議題列為調查重點，在2014年的調查報告即指出，全世界20%人口是真正生病人口，約有75%人口為亞健康狀態，真正健康的人口比例僅佔5%。因此，促進亞健康族群持續進步，降低亞健康族群走向慢性病與輕度失能，是世界各國健康照護體系急迫解決的問題。在長照2.0的ABC整合式照護體系規劃中，巷弄長照站（C級長照柑仔店）的型態包括社區照顧關懷據點、居家護理所、老人服務中心等各類社區內的合適場所，「柑仔店」的譬喻，正是指出社區基層組織擔任初級照護之健康促進角色的重要意義。

早期文建會主導的社區總體營造政策蓬勃發展，社區發展協會應運而生。社區照顧關懷據點是在內政部福利社區化政策下建立的社區單元，也與社區發展協會形成若有似無的關係。政府組織再造前的衛生署，曾因應高齡化長照需求，於1999年提出「推動社區健康營造」政策，造就各縣市在當時成立社區健康營造中心。從這些與社區組織發展有關的政策，可見台灣社區工作似乎是相當蓬勃發展的，但是在地方的發展卻實際上面臨社區發展協會、社區健康營造中心與社區照顧關懷據點，在場地與功能重疊甚至衝突

的情況。在豐富的社區營造經驗下，事實上，能真正永續經營的社區組織並不多見。許多在社造風潮建立的社區發展協會，常淪為選舉樁腳或聊備一格的社區組織。社區照顧關懷據點的現實困難，也因為補助政策與法源限制，使得社區照顧關懷據點的服務多侷限於老人關懷訪視、電話問安諮詢、餐飲服務與健康促進活動。更因為補助政策規定只要據點能提供3項以上服務，就能申辦成為社區照顧關懷據點，所以社區照顧關懷據點通常都依賴補助款慘澹經營，少有社區照顧關懷據點具有自主營運能力。社區照顧關懷據點缺乏組織能力、缺乏活化社區關係的機制、缺乏支持社區組織永續經營的財務基礎，經常是社區組織無法扮演推動社區行動的關鍵因素。(王仕圖, 2007, 2013; 吳慧卿, 2016; 徐震, 2004; 陳燕禎、林義盛, 2010; 黃源協, 2004; 黃源協、蕭文高、劉素珍, 2009)。

本研究與社會資本與社會鑲嵌理論進行對話，指出社區連帶對於個人健康的意義，健康知識與健康生活行為的共作，社區健康知識共作與社區人際信任相關。社區關係經常是協商與折衝的溝通過程，因此要使社區集體行動成為可能，需要有整合社區的組織與運作機制。

Wright在《真實烏托邦》(Wright 2010) 提出「社會賦權」的概念。「社會賦權」的運作，不僅僅是民主參與的形式而已，更重要的是，透過「社會賦權」的制度設計，讓參與者間產生信任關係，進而產生社區行動的持續動力。同時也提出社會經濟的概念，他認為，當代社會的經濟活動不能天真的排除市場因素，甚至要更審慎面對與思考，消除市場之後產生的負面力量的影響。因此，Wright強調，透過社會經濟實踐力量，超越資本主義限制，鼓勵具有社會權力的制度設計，控制協調社會與市場共榮的經濟活動(Wright 2015: 258)。

本研究在Wright《真實烏托邦》的啟發下，嘗試從在地老化、活躍老化的關懷下，思考協助社區發展社區能力，以個人健康與社區照護整合為社區行動的目標，建立社區永續經營的機制。因此，本研究將從社區公共性與永續性的角度，以改良重塑新型態的社區照顧關懷據點為理想，對於社區組織的永續運作模式，提出具有社會創新意義的研究計畫。

## 貳、 研究目的

本研究以跨領域團隊合作模式，進行二年之研究時程，從社會學、社會工作、空間資訊科技與復健醫學，逐步探討改良重塑新型態的社區照顧關懷據點，與建立社區組織永續運作模式的實驗研究計畫。

第一年研究目的分為三個方向，一、透過政府公開資料 (open data)，進行不同資料庫之串聯與交叉分析，對社區照顧資源分布妥適性進行總體性的評估。二、訪問社區照顧關懷據點經營者，分析其營運經驗成敗關鍵，以提出社區照顧關懷據點突破限制的可能發展策略。三、招募第二年社區健康運動中心實驗室之個案。

第二年研究目的為透過社區健康運動中心實驗室的運作，觀察個案參與具有社會支持設計概念的社區運動實驗室計畫之後，其健康識能、運動習慣與社區融合的改變，思考形構社區健康共作運作機制，做為社區照顧關懷據點經營轉型的可能方向。

## 參、 文獻探討

### 一、 亞健康族群活躍老化與健康促進(RE-AIM)模式應用

隨著醫療科技的進步，人類平均壽命延長。更重要的是，活得久也要活得健康、有品質，才是有尊嚴延續生命價值的意義。慢性疾病、流行病發病率、生活習慣、社會暴力情況、飲食結構、吸煙及酗酒者比例、醫療衛生條件、地理環境和氣候…等，都是影響民眾健康狀況的因素。

慢性病與失能重度化，將構成國家醫療照護成本的沉重壓力，也對於社會福利、社會安全及家庭功能造成重要威脅。建立全人關照為中心的健康照護體系，特別是促進亞健康族群邁向活躍老化，具有政策上的重要性。

世界衛生組織早已將亞健康議題列入長期調查重點，在2014年的調查報告即指出，全世界20%的人口是真正生病人口，約有75%的人口為亞健康狀態，真正健康的人口僅佔5%(WHO, 2015)。世界衛生組織於2012年世界衛生日以「高齡化與健康」(aging and health)為主題，鼓勵各國的衛生政策應著重「保持健康才會長壽」(good health adds life to years)，強調各國政府採取積極有效的策略與行動，促進民眾良好的健康行為，預防或延遲慢性病的發展，創造並強化老人健康生活及無障礙的友善環境，鼓勵老人參與社會活動。讓民眾在最佳的身心健康狀況下邁入老年，增加健康預期壽命，享受健康老化，進階為活躍老化的人生。

因此，促進亞健康族群持續進步，降低亞健康族群走向慢性病與輕度失能，是世界各國健康照護體系急迫解決的問題。落實健康促進，提升預防保健體系之效能，讓民眾從健康老化，進而活躍老化，拉長預期健康壽命，降低影響健康的變異因子的積極作為，是國家健康政策當務之急。

Glasgow, Vogt, and Boles (1999) 針對公共衛生介入策略與計畫提出「RE-AIM」模式。「RE-AIM」模式是評價公共衛生計畫的落實和執行的評量架構，此架構透過質性的特徵評估，轉化為從0~1或0%~100%的量化分數，利用五大面向對各項公共衛生介入計畫進行評估，避免公共資源的浪費，並藉由五大面向綜合分數評估介入計畫的成效。

此五大面向為接觸(reach)、功效(efficacy)、接受(adoption)、執行(implementation)、維持(maintenance)。接觸面指的是介入計畫的目標族群選定，屬於個人層次；功效面指的是評估計畫做為一個標準化指引在個人層次的成功率；接受面則是在組織層次，評估介入計畫是否成為組織配置、組織運作的常規標準所採納比率；執行面強調組織層次，介入計畫在現實世界的落實程度；維持面強調介入計畫是否能在個人與組織層次永續營運

(Glasgow et al., 1999, pp. 1323-1324)。「RE-AIM」模式評估健康促進介入計畫的成效，對於結合個人認知與執行健康促進計畫之後，維持永續營運組織以持續健康促進介入計畫，提供研究規畫思考角度。

本研究計畫撰寫將採用「RE-AIM」模式評估健康促進介入計畫成效的精神，提出一個基於社會賦權與健康共創架構下，逐步探討改良重塑新型態的社區照顧關懷據點，與建立社區組織永續運作模式的實驗研究計畫。

## 二、 社區照顧關懷據點的發展限制

1960 年至1990間，西方福利國家發展社區照顧的概念，作為福利服務的重要模式(Baldwin, 1993)。隨著社會結構及民眾需求改變，社區照顧方案及執行方式必須與時俱進。西方福利國家尋找不同社區照顧替代模式，思考初級照護與社區照顧的整合，成為近年重要研究方向(Berman, Gwatkin, & Burger, 1987; Israel, Schulz, Parker, & Becker, 1998; Mitchell & Shortell, 2000)。

英國以「社會處方」(social prescribing)概念強調運用創新社區合作方式，促進社區志願服務部門與初級照護的社區家庭醫師結合為跨領域團隊，幫助病患離開醫療機構後，回到社區生活，透過社區照顧系統恢復健康(Bolton, Moore, Ferreira, Day, & Bolton, 2015; Brandling & House, 2009; South, Higgins, Woodall, & White, 2008)。美國則是嘗試運作「以病人為中心的醫療之家」(patient-centered medical home, PCMH)團隊，積極整合社區照顧與醫療體系(Findley, Matos, Hicks, Chang, & Reich, 2014)。藉由國外社區照顧的經驗，台灣也透過福利社區化相關政策導入社區照顧，以因應高齡社會的衝擊。

台灣的社區發展<sup>1</sup>始於1965年至1983年間，為配合官方社會福利政策推展而開啟社區工作。<sup>2</sup> 1990年代，陸續完成十大建設及十二項建設，台灣進入經濟起飛的工業社會年代，社區發展工作轉而關注都市人口為背景的社區福利模式。1996年底，內政部制定「推動社會福利社區化實施要點」(陸續制訂「推定福利優先區實施計畫」)，使得「福利社區化」政策目標更明確為結合社會福利體系與社區發展的政策，進行「以社區為基礎，推動福利服務」的工作，較為明確的社區工作推展成果是社區發展協會組織的出現。

從法規與實際運作來看，內政部「推動社會福利社區化實施要點」是福利社區化的重要法源依據。此法規將福利社區化的服務對象定義為「社區內之兒童、少年、婦女、

---

<sup>1</sup>台灣引進社區發展的機緣始於1960年代，政府開始推動「三七五減租」及「耕者有其田」的鄉村基層民生建設，適逢聯合國亞洲暨遠東地區經委會派遣社區發展顧問張鴻鈞來台協助推展社區發展工作。由於張鴻鈞具社會工作背景，遂建議當局以「社區發展」取代「基層民生建設」，於是，「社區發展」概念正式引進台灣(徐震, 2004)。

<sup>2</sup>1965年行政院「民生主義現階段社會政策」確立社區發展成為台灣社會福利七大重點。1968年，行政院制定「社區發展工作綱要」(1983年改為「社區發展工作綱領」，1991年修訂為「社區發展工作綱要」)，賦予省縣市鄉鎮以人民團體方式成立社區發展協會，配合推動社區基礎建設、生產福利建設及精神倫理建設，此時社區工作包括：小康計畫、家庭代工、媽媽教室、社區產業道路、社區排水工程、社區守望相助隊、社區活動中心、社區志願服務工作。



老人、殘障及低收入戶」。由此可見，福利社區化政策所指稱的「社會福利」，仍是強烈充滿以社會救助為主之殘補式社會福利提供。也就是，以提供弱勢者支持服務為主，改善受照顧者之生活品質為中級目的，並以「建立社區福利服務網絡」與「強化家庭及社區功能」為中介層次之目標。<sup>3</sup>

近年來的社區工作，受到全球化政治經濟影響，已逐漸走出福利國家的理想性格，進入面對國家、市場與社會三者並存與抗衡的論述模式。這個論述方向強調整合社區參與、社區發展及社區營造的工作，重新思考跨出學科本位，成為具有統合意義的公民實踐改革行動。政府在社會福利國家的角色，從主導者退居協助者、觸發者角色，所以，激發非政府組織社群動力，藉由志願服務、居民自助、社區參與、社區發展及組織動員等方法，運用社區在地化資源，激發社區自主，匯集人力資本、文化資本、經濟資本及社會資本，是社區發展重要議題，也是社區照顧工作重要方向。

依據行政院2005年「建立社區照顧關懷據點實施計畫」政策，社區照顧關懷據點之地點設置並未明確規範，而是基於社區營造及社區自主精神，鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，提供長者在地化的初級預防照護網絡。2016年的「長照 2.0」(衛生福利部, 2018)，政策目標希望銜接前端初級預防功能，提供長者預防保健、活力老化、減緩失能的服務，促進長者健康福祉，提升老人生活品質，因此，社區照顧關懷據點成為C級巷弄長照站（長照柑仔店）的最佳角色。社區照顧關懷據點就近提供長輩社會參與及社區活動場所，提供營養餐飲服務（共餐、送餐），預防長輩失能或延緩失能惡化。就落實長照2.0政策目標而言，社區照顧不只是增加據點數量，更應審慎考慮據點是否能夠永續經營，以確實發揮落實在地老化的社會支持功能。

### 三、「共創健康」為核心價值的社區組織：社會信任、社會賦權與社會經濟的整合

本研究提出以「共創健康」為社區組織的核心行動價值。強調的是，過往醫療、社政與文化政策雖然都已對於社區投注心力，但是卻由於社區共識、社區信任基礎不足，導致社區政策推動一直處於難以整合，更難以真正培植社區組織的營運能力。因此，以健康做為社區行動的共同目標時，有機會提供個人利益與社區利益整合的機會。

面對台灣高齡化與重建社區健康運作的問題，本研究嘗試從社會賦權的概念為起點，思考實踐公民社會對於經濟資源及生產配置的權力運作。透過社會賦權的制度設計，促進社區民眾參與社會權力對於社區經濟體發揮直接與間接的民主控制，讓社區能在國家與市場的兩大力量中，取得自主營運的發展機會。因此，以下將就社會信任如何串起個人健康與社區利益，社會賦權與社會經濟如何使社區能力永續經營成為可能，進行相關理論文獻討論。

---

<sup>3</sup>內政部「推動社會福利社區化實施要點」推動原則包括：(1) 福利需求優先化：針對地方特性並按社區需求之迫切性，輕重緩急，促使福利服務之措施，逐項實施。(2) 福利規劃整體化：結合運用社區內、外資源，使福利措施規劃，作全盤整合。(3) 福利資源效率化：充分利用社會福利資源，避免重複浪費，力求提高資源使用效率。(4) 福利參與普及化：啟發社區內、外居民與組織，自動、自發的普遍參與社區福利工作。(5) 福利工作團隊化：結合相關行政單位、福利機構、團體、學校、寺廟、教堂等，共同推動社區福利工作。

## 1. 個人健康與社區關係：社會資本、社會鑲嵌與社會信任

社會資本是近年來健康政策及健康行為的重要研究觀點，在思考行動者如何與其他行動者進行互動、取得其他行動者資源，獲得更佳預期成果時，社會資本理論是討論社區與健康的重要研究取徑(Kawachi, Subramanian, & Kim, 2008; Kawachi, Takao, & Subramanian, 2013)。

社會資本與健康的關係，可從「社會資本影響個人健康」（社會網絡成為個人健康的資產來源）及「社會資本成為一種集體生活的健康規範」（社會凝聚與健康行為的關係）兩個面向來思考。Durkheim (1897)對於自殺率的研究探討社會凝聚、社會網絡與個人身心健康的關係，指出社會連帶與社會信任對健康的重要意義，正是探討社會資本與健康的典型研究。從社會資本理論看社區健康議題的意義是，探討社會資本的建構過程、社區發展模式與健康促進策略，換言之，從社區整合、公眾參與及權力關係的角度來整合檢視社會資本理論詮釋社區健康的問題。

近年來，醫界、公共衛生學界及社會學研究，都開始關注「健康的社會決定因素」，從過去醫療化的醫學角度強調個人生活型態、個人生理因素的致病因素，轉向關注影響健康的社會不平等因素。公共衛生學的三段五級的概念，從預防的觀點進行健康促進與延緩疾病工作，從初級防護的健康促進、次級預防的疾病篩檢到三段預防的癌症或慢性病照護，指出從出生、老化，預防保健、心理健康、縮小健康不平等、食品藥物安全管理、弱勢族群的照顧，也指出建構在地社區網絡與人類健康密切相關。所以從社區資源、社區組織與社區培力的行動面，思考健康促進的介入機制，這些問題都必須清楚界定社區的社會資本類型與社會資本分配的機制與網絡。

社會資本對個人健康的影響，發揮在社會網絡與社會凝聚兩方面。做為個人健康資產來源的社會網絡意義是指「資源鑲嵌於社會網絡，而個人對資源運用無法與社會網絡切割」的概念。Berkman and Glass (2000)認為社會資本從在四個層面影響個人健康，分別是：一、社會資本以社會網絡形式，提供個人社會支持（包括情緒支持、資源工具及評估）系統，成為個人壓力的緩衝。二、社會資本的網絡關係對健康促進帶來「社會影響」（social influence）效應，健康社群中之可信任他者，成為個人健康行為的角色學習典範。三、社會網絡提供個人社會參與的機會，增進社群連結歸屬感。四、社會網絡有助於個人達到健康目標的物質資源取得，如獲得健康服務資源。而從社會凝聚的意義思考社會資本成為一種集體生活的健康規範，強調在具有豐富社會資本的社區，因為高度的信任關係，成員的互惠連結容易進行，所以較易組織動員社會資本與以社區為起點的健康促進。因為社區進行健康促進行動，通常主要目的不是為了預防特定疾病發生，而是藉由社區培力過程，厚實社區的普遍化的健康生活基礎(Mittelmark, 1999)。

社區發展相當重要的動力是社區關係的維繫與持續增強，經由社會資本理論的架構，理解社區行動從社會關係的結構面與個人鑲嵌的行動面切入的義意。但是，社會資本理論對於解釋社區運作機制仍存在盲點，包括：對於權力鬥爭的忽略、發展主義邏輯對社區發展的牽引效應、社區內部性別不平等問題的忽略，因此對於討論健康促進政策與社

區行動的連結機制仍有侷限性。本研究與社會資本理論對話後，進一步從Polanyi「社會鑲嵌」概念，思考以社區為基礎的健康政策的運作機制。

Polanyi (1944)對於「市場」與「市場社會」(market society)的歷史意義的概念區辨，對於經濟活動與社會鑲嵌的關係，啟發本研究思考社區照顧關懷據點的永續與營運。他認為，人類歷史很早就出現市場交易模式，但市場卻不是主導經濟生活的最重要機制。社會的生產與分配活動是受到社會的道德與原則所約束，而非市場利潤高低來決定。在資本主義社會興起之後，市場運作的原則突破社會道德的約束，反而讓各種社會組織變成配合市場機制運作的市場社會。於是，不應變成商品的勞動力與土地，變成一種虛擬商品(fictitious commodity)被置入市場交換，市場性(marketness)的現實運作對社會關係產生許多非意圖的戕害。

Polanyi的虛構商品與鑲嵌經濟的概念，有助於思考社區照顧關懷據點做為社會經濟運作機制的可能。首先思考的問題是社區照顧關懷據點長久以來建立的社會信任基礎，如何讓社會經濟運作機制具有更穩定的介入基礎？社區行動經常來自社區非正式契約型態的人際連帶，社區關係因此是協商與有機折衝的溝通。因此社區行動永續的關鍵相當重要的是，除了非正式契約形式的人際連帶，還有特殊的經濟活動關係，作為維繫社區關係的永續。Polanyi指出，在經濟制定(instituted)過程中，存在互惠、重分配及交換三個不同經濟系統，因此呈現不同的社會鑲嵌意義(Polanyi, 1957)。在分辨互惠、重分配及市場交換型態中，能審視不同經濟模式之下的特殊社會問題，以及不同經濟交換類型背後所呈現的特殊價值觀及社會結構，因此證明市場經濟活動並不是一個去鑲嵌的社會運作過程(Barber, 1995; Krippner, 2002)。從這個概念為基礎來思考社區組織的永續經營，必須將社區組織視為多面向的因素組合，包括社區民眾具有社會賦權的自覺與自決，以及將社區經濟以社會經濟與社會企業的思維來推展。

Zelizer (1988)從文化與經濟的關係，對於經濟社會的複雜性，及社會安排突破經濟理性框架的可能性，提出從社會意義的角度，重新定位市場與社會的關係。Zelizer認為，經濟社會學理論存在兩大問題。首先是過度聚焦於企業、生產模式與市場的討論主題，以致於忽略在這些主題邊緣的活動，隱含的社會與經濟鑲嵌的問題。例如：家務活動、非正式的禮物交換經濟活動，雖然不是對價的市場商品交易行為，但卻對社會活動與文化價值產生巨大的影響意義。

其次是，對於經濟活動鉅型結構(例如：階層、市場及網絡)的假設照單全收，導致抑制對其他社會經濟結構運作形式的探討。Zelizer (1989, 1994)的研究所指出的例子，美國民眾對壽險業的態度從對商業保險的鄙視，改變為對生命價值及子女家庭價值的重視，這些變化指出行動者的價值與認知系統的轉變對經濟活動會產生重大影響。在市場的過程中，行動者具有賦予貨幣，擁有特殊社會關係的象徵意義，而行動者主動詮釋社會制度運作的力量是不容小覷的。

Zelizer的觀點，指出個人選擇的能動性、國家制度與市場運作之間的矛盾，及社會管制對於市場反制力量的重要意義。

Polanyi與Zelizer的觀點，指出社會資本理論無法對健康議題的社會鑲嵌意義提出充分的詮釋。換言之，說明個人健康行為與社區的關係，需要承認個人對於健康管理選擇是具有能動性。因此，回到社區的基礎上，在社區的生活圈實踐健康知識，使得個人健康在社區的基礎，進行健康知識與健康行為的共作。「共創健康」的共作行為，是個人健康管理透過與社區支持網絡結合，讓健康行為在個人與社區生活中，持續實踐與內化。

本研究認為，社區組織的非營利組織特質，使得社區組織更容易受到經濟權力或政治權力影響，因此更需要提供細緻的制度設計，促成社會賦權與社會經濟的概念，在社區組織健全發展為社區核心能力。社區行動、社區營造的目的是為了提出解決地方社會問題的方案，這個基礎提供社會賦權經濟介入的實踐機會。本研究在Polanyi與Zelizer的概念下，提出以「健康共創」為核心價值的社區組織，以建立社區組織永續的機制，在社會賦權的制度設計下，深化健康社區化的議題。以「健康共創」為核心價值的社區組織，是基於健康營造作為社區發展的核心價值，而社區營運的機制必須獲得政策、法制與資金面向的支持。因此，發展具有社會企業精神的社區互助生態機制，是提供社區永續發展的基礎。

個人健康與社區關係的共創共作連結的重要關鍵是社區的社會信任基礎。台灣的社會信任具有的特殊性是，人際信任優先於制度信任與一般信任的關係基礎(傅仰止, 2014; 熊瑞梅, 2014)。因此，以「共創健康」為核心價值的社區，需要回歸台灣在地文化特質的人際信任基礎，建構社區健康賦權的社區行動環境。人際信任有別於制度信任、一般信任的最大差異是，人際信任是來自日常生活接觸，一點一滴累積的信賴，所以這種社會信任的效應，遠大於官方政策的制度信任。

社會信任是社會資本運作的關鍵要素，也是社會連帶的重要機轉。西方社會資本理論學者(Paxton, 1999; Putnam, 1993, 2000)認為公民社會的形成與民眾參與社團的積極度有關，換言之，民眾參與社團組織所創造的社會資本，有助於公民監督及提升民主效率，進而影響民眾對政府及對社會的集體信任。不過，Marsh(2003)認為，社團參與創造社會資本、有助民主效率的觀點較適用於西方社會，對於台灣的公民社會的發展，應該嘗試從個人關係，例如：地方文化、地方政治關係、面子、人情等因素來討論社會資本的運作邏輯，更為適合台灣社會文化。

熊瑞梅(2014)在2012年的東亞社會資本調查研究，針對台灣、日本、南韓及中國大陸民眾的個人接觸網絡、社團參與、政府效能及社會信任進行比較研究。發現台灣與中國大陸社會，以人際關係為主的社會網絡資本運作機制相當強烈，也就是，「個人社會資本」的影響力大於「組織社會資本」<sup>4</sup>。

---

<sup>4</sup> 熊瑞梅(2014)在本研究使用的「個人社會資本」引用 Lin, Fu, and Hsung (2001)的概念，將個人觸及的位置網絡的廣泛性(extensity)，觸及網絡最高職位，及觸及網絡最高和最低職位的差距範圍(range)所組合而成的因素分數。而「組織社會資本」則是使用 Son and Lin (2008)的概念操作，強調民眾參與社團所生產的極大化異質性和極大化資源，包括三個成分：組織異質性(organizational diversity)、組織異質性的範圍(range of organizational diversity)和組織資源(organizational resources)。

熊瑞梅將台灣社會信任區分為人際信任、制度信任與一般信任三種類型<sup>5</sup>。進行社會資本與信任關係研究比較，發現台灣出現個人社會資本越異質化，對於人際信任及一般信任越強，但對於制度信任卻沒有顯著影響的趨勢。而代表社團參與程度的組織社會資本，對於制度信任、人際信任和一般信任也都不具有顯著影響力。由此可見，台灣具有人際信任的獨特社會文化性，是台灣社會信任的普遍展現形式。

傅仰止 (2014)以1990至2012年的「台灣社會變遷基本調查」資料，增加「日常接觸」這個變項來討論民眾參與社會活動的積極度及形式，對台灣公民意識及公民社會發展變化的影響，及台灣社會信任呈現方式的改變。研究結果同樣呼應了熊瑞梅指出的「人際信任」<sup>6</sup>，對於台灣社會關係與社會資本構成的特殊意義。

在台灣社會信任的特殊性基礎上，透過制度設計，將人際信任與社區生活緊密結合，提供社區組織發揮社會權力，對社區經濟活動運作進行有效的控制，對於重新思考健康照護政策以社區為基礎的連結機制具有重要啟發。社會信任對於社區連結的效應不會憑空出現，需要具有社會賦權精神的民主制度設計來引導。社區組織掌握在地資訊，公民參與的民主自決制度設計，讓社區組織產生對社區公共性行動的強制性，是促進個人行動與集體行動融合的重要背景。

#### 四、 社區組織的永續經營：社會賦權、社會經濟與社會企業

社區永續的難題，一方面是社區行動共識難凝聚，另一方面是，啟動社區行動之後，持續社區改革的行動機制，也就是社區組織永續的問題。第一個問題討論的是社區行動是否來自民主自決的共識，也就是社區決策是否基於社會賦權的機制。第二個問題的關鍵是，社區資源透過哪些機制持續進入社區，讓社區組織能永續推動社區行動。

Wright在《真實烏托邦》書中提到「社會賦權」的概念，是解放社會壓迫的實踐路徑。強調社會權力對國家權力、經濟權力的活動領域的影響，以及權力對經濟體中的經濟活動的直接影響。也就是，公民社會的權力能對經濟體的資源及生產配置方式，產生不同於自由市場競爭邏輯的影響。因此，社會賦權的核心理念是「創造特定環境，讓社會權力對經濟體發揮直接或間接的民主控制，透過一般人積極參與公民社會且被賦權而形成社會權力，藉此讓經濟民主能穩健拓展開來。」(Wright, 2015, p. 198)透過社會賦權的運作，平衡國家與市場兩大力量，是社區發展的共識機制。

<sup>5</sup> 熊瑞梅 (2014, pp. 21-22)指出，人際信任指的是對親戚、朋友、鄰居、同事等對象的信任；制度信任指的是對地方政府官員、中央政府官員、警官、軍官、法官等對象的信任；一般信任指的是對陌生人的信任。

<sup>6</sup> 傅仰止 (2014)將傳統社會資本理論以「參加社團」或「志願結社」作為掌握公民社會參與的評估項目加以延伸，所以在兼顧團體參與及社會網絡研究傳統下，將「台灣社會變遷基本調查」中的部分問項，重新歸類為「日常接觸」的項目，進一步區分民眾日常生活的社會參與形構方式，以及日常活動中的信任，與參與社團的社會資本與社會信任的差異。「日常接觸」的項目指的是從接觸對象的認識/陌生比例來進行，強調公民不必加入社團就可以在日常生活的各種場合、地點與人接觸，討論社會議題及關心公共事務，透過這個重分類，顧及弱勢族群因社經地位限制、或個人特質未加入正式社團組織的社會參與現象被忽略的問題，也更符合一般常民的生活經驗。

在Wright討論的社會賦權方案中，結社民主（associational democracy）(Wright, 2015, pp. 190-191)的運作機制強調公民團體參與，在參與過程中，公民團體能夠以成立團體的結社形式，因此，結社民主的設計能做為凝結社區民眾的集體意見的機制，如此形成的共識能成為公眾意見的正當性基礎。

結社民主的路徑是一個集結社區意識可能性相當高的作法。這個概念啟發本研究思考，以「共創健康」為基礎的社區組織，不只是需要一群具有社區理想人士結合的組織，還需要進一步將社區組織發展為具有社會經濟基礎的社區經濟體，才能具有永續能力，提供在地化的社會照顧、社區醫療與社區營造的整合服務。

Wright (2010)以加拿大魁北克省幼兒托育與非醫療需求之老人居家照護的「連帶合作社」(solidarity cooperative)為例說明社會經濟的實踐經驗。連帶合作社是一種混合私人營利照護機構與社區非營利團體共同決策的經營模式，其決策是透過委員會討論，委員會成員來自照護機構服務人員、使用者與社區成員。由於合作社參與者的社區化基礎，使得合作社能在地方紮根與深化。在魁北克省，此類型的社會經濟組織有效的解決醫療照護、身障庇護、環境保護及居住問題，發揮社會公平正義的重要運轉角色。政府透過結社民主的形式，進行協助社會經濟組織發展的相關制度設計，對此類型組織提供必要補助，協助組織申請社會經濟投資基金，擴大營運規模(Wright, 2015, pp. 268-276)。

社區行動經常來自社區非正式契約型態的人際連帶，社區關係因此是協商與有機折衝的溝通。因此社區行動永續的關鍵相當重要的是，除了非正式契約形式的人際連帶，還有特殊的經濟活動關係，作為維繫社區關係的永續。

Polanyi的虛構商品與鑲嵌經濟的概念，有助於思考社區組織的社會經濟運作機制。Polanyi指出，在經濟制定(instituted)過程中，存在互惠、重分配及交換三個不同經濟系統，因此呈現不同的社會鑲嵌意義(Polanyi, 1957)。在分辨互惠、重分配及市場交換型態中，能審視不同經濟模式之下的特殊社會問題，以及不同經濟交換類型背後所呈現的特殊價值觀及社會結構，因此證明市場經濟活動並不是一個去鑲嵌的社會運作過程(Barber, 1995; Krippner, 2002)。從這個概念來思考，社區組織的永續經營，必須是多面向的因素組合，包括社區民眾具有社會賦權的自覺與自決，以及將社區經濟以社會經濟與社會企業的思維來推展。

除了Polanyi的社會鑲嵌概念啟發，Zelizer (1988)對於經濟社會的複雜性及社會安排突破經濟理性框架的可能性，從文化特殊性與社會關係的意義的角度，重新定位市場的角色，重新詮釋貨幣在社會經濟(social economy)所發揮的特殊中介功用，也從文化的面向，提出社區經營的運轉機制的另一方向的觀點。

Zelizer指出，社會經濟讓社區組織在社會權力、經濟權力與國家權力之間，有效開展民主實踐力量的可能機會。因此，本研究認為，社區組織的非營利組織特質，使得社區組織更容易受到經濟權力或政治權力影響，因此更需要國家提供細緻的制度設計，促成社會賦權與社會經濟的概念，在社區組織健全發展為社區核心能力。

社區行動、社區營造的目的是為了提出解決地方社會問題的方案，這個基礎提供社會賦權經濟介入的實踐機會。本研究在Wright社會經濟、Polanyi社會鑲嵌與Zelizer文化經濟的概念下，提出以「健康共創」為核心價值的社區組織，以建立社區組織永續的機制，在社會賦權的制度設計下，深化健康社區化的議題。

以「健康共創」為核心價值的社區組織，是基於健康營造作為社區發展的核心價值，而社區營運的機制必須獲得政策、法制與資金面向的支持。因此，發展具有社會企業精神的社區互助生態機制，是提供社區永續發展的基礎。以下繼續就建立健康共創社區的永續機制，也就是社會企業與社區組織運作結合的概念進一步討論。

社會企業、合作社與非營利組織三者存在何種形式關係？Defourny and Nyssens (2007)認為，社會企業是一座介於合作社與非營利組織之間的橋樑，也是合作社與非營利組織的交集，是值得參照的觀點。

第三部門的發展研究，主要有兩個方向。第一個方向是以「非營利部門」(non-profit sector)為重點，另一個是源自法國傳統，將合作社(co-operatives)、互助社(mutual societies)及協會(associations)統合在社會經濟的概念下。「非營利部門」的路徑接近美國的發展情況，「社會經濟」的模式較接近歐洲第三部門的運作精神。由於經濟活動的市場、公共分配及互惠的情況越來越呈現相互交織的狀態，許多國家的第三部門運作已跳脫國家、企業與第三部門的截然對立，所以，藉由「社會經濟」的概念，能更廣泛涵蓋經濟活動與社會生活交織的意義(Defourny, 2001, pp. 3-4)。

社會企業的概念源自1970年代的西歐國家與美國。由於當時經濟衰退因素，導致社會貧富差距擴大。當時各國政府投入資源改善經濟、解決結構性失業所引發的問題，卻由於全球經濟緊縮的趨勢，非營利機構越來越難獲得政府補助與私人捐資，政府也因財政緊縮壓力，使得公部門服務成效不符社會需求，於是帶動第三部門(the third sector)投入社會問題的解決方案。

近年來，各國政治、社會、經濟挑戰日趨複雜，政府、企業與第三部門越來越難以傳統分工模式進行福利服務輸送，而是企業與第三部門融合為新型態的混合(hybrids)組織，此種混合組織稱為社會企業(social enterprise)，成為歐美國家第三部門重要改革趨勢(Defourny, 2001)。

社會企業是指以解決特定社會問題為核心目標的創新組織，透過商業營運，而非捐贈的模式在市場機制中自給自足，創造社會公益。因此，透過產品、服務、作業流程或員工雇用，解決社會問題，是社會企業的主要宗旨。

社會經濟及非營利部門的概念結合為社會企業，社會經濟由非營利部門提供生產財貨與服務的經濟活動。如果私人企業為了社會目的，在股東同意下，也可以提供類似非營利部門的活動，所以，社會經濟被視為是社會企業的起源(OECD, 2003, p. 299)。

第三部門（包括合作社與非營利組織）受限於法規，經常面臨組織存續的緊張。造成組織發展危機的原因，一方面是產品的弱經濟性（產品難以在市場流通，因此難以讓組織藉產品銷售維持自給自足能力），另一方面是組織成員間的利益衝突（因為組織規模的侷限，容易發生組織內外部資源稀少的爭奪）。因此，透過社會企業的運作思維，對第三部門的組織承擔經濟風險能力有更高關注，且將其關懷對象放大為以社區為主體的普遍性利益。更進一步的作法是，正如歐盟國家以法律支持，讓第三部門的組織找到鑲嵌於社會、文化與政治的運作彈性，建構第三部門在社會企業的環境支持下，增強動態發展機會(Defourny & Nyssens, 2007, pp. 7-9)。

許多國家社會企業前身是由第一線的社區工作者以協會或合作社方式發展，提供失業勞工加入為社員，社員在強調互助合作的合作社中，重新設計勞動工作模式或協助社員在市場銷售商品。具有互助精神的合作社組織，在歐美社會經常扮演與社區居民相當密切的依賴與共存關係，合作社堪稱為社會企業發展雛形。

英國社會企業模式中，以社區為基礎的社會照護型社會企業的發展經驗提供借鏡方向。此類型的社會企業運作方式是，由私部門與政府簽訂公共服務契約（public sector contracting），提供志願服務系統與合作社組織的諮詢與服務。此類社會企業的設立，使得私部門更具有正當性，提供社區醫療、犯罪矯治、弱勢庇護所等。由於政策引導，社會企業的市場規模日漸增大，增加社區就業機會、活化社區經濟，與滿足社區化的長期照護功能，因此此類型的社會企業在英國的數量比例最高，證明社會企業成功結合社區與健康是促進社區民眾幸福的新發展路徑(Roy, Donaldson, Baker, & Kay, 2013)。

在英國，以社區為基礎的社會企業，為了擴大社會效益，通常規模僅為中型，服務項目也從居家照護擴展到日間照護中心的設置，並且與社區志工結合。社區型社會企業不只滿足社區照護需求就近滿足，更重要的是，幫助照護需求者買得起服務。因此，社區型社會企業相當重視社會工作人員介入，透過社工人員的協助，讓居民順利取得公私部門的相關資源(Spear, 2001, pp. 262-268)。社會企業與社區婦女就業與生活結合，提供社區照護工作機會與職業訓練，也媒合社區民眾的照護需求。

社區型社會企業融合社區照護與社會經濟的概念，讓照護服務人員成為社員，並媒合社員工作機會、提供教育訓練、後勤行政支援系統與專業諮詢。社區型社會企業獲得的收益回饋社區，同時成為社區組織營運的財務來源之一。照護型的社區型社會企業重要功能之一是，提供民眾在地化的社區照護，滿足健康與亞健康族群的初級照護需求。就這個功能意義而言，建立以社區為基礎的社會企業，能將福利、社區與社會企業進行創新融合，突破官僚系統制式服務的僵化，讓服務廣度能因更多社區利害關係人的參與，在社區永續深耕。

根據社區成立社區照顧關懷據點的補助政策，要求據點需要從「電話問安與諮詢」、「關懷訪視」、「餐飲服務」及「健康促進活動」四項服務中，提供至少三項服務內容。王仕圖 (2013)對全國社區照顧關懷據點的研究指出，社區照顧關懷據點服務項目依比例高低分別為「健康促進活動」、「關懷訪視」、「電話問安與諮詢」和「餐飲服務」。在



社區志工人力支援多的情況下，前三項服務內容較容易達成。從社會信任作為社區關係維繫的重要基礎，及社區經濟活動的社會鑲嵌本質來思考，加上健康議題攸關多面向生命議題，也讓社區照顧扣緊健康的議題時，較其他議題容易激發社區民眾的共鳴。社區照顧關懷據點的健康促進活動，發揮提供亞健康族群以社會支持的方式，一起朝向健康狀態，是社區照顧的重要功能。在參與社區健康活動的過程中，從社區互動中獲得社會網路的支持，增進個人身心健康的強度(陳燕禎、林義盛, 2010)。因此，社區健康促進若能在社區組織機制下永續運作，將能提供個人健康與社區生活融合更有利的發展機會。

在Wright、Polanyi、Zelizer及英國社區型社會企業的經驗啟發下，本研究嘗試以社區健康運動中心為社區組織營運的機制，評估從社會經濟與社會企業的概念基礎，實驗社區照顧關懷據點發展為具有自我營運能力的社區型社會企業的可能性。

## 肆、 研究方法

本研究為二年期研究計畫。各年度研究連貫性，如圖 1所示。

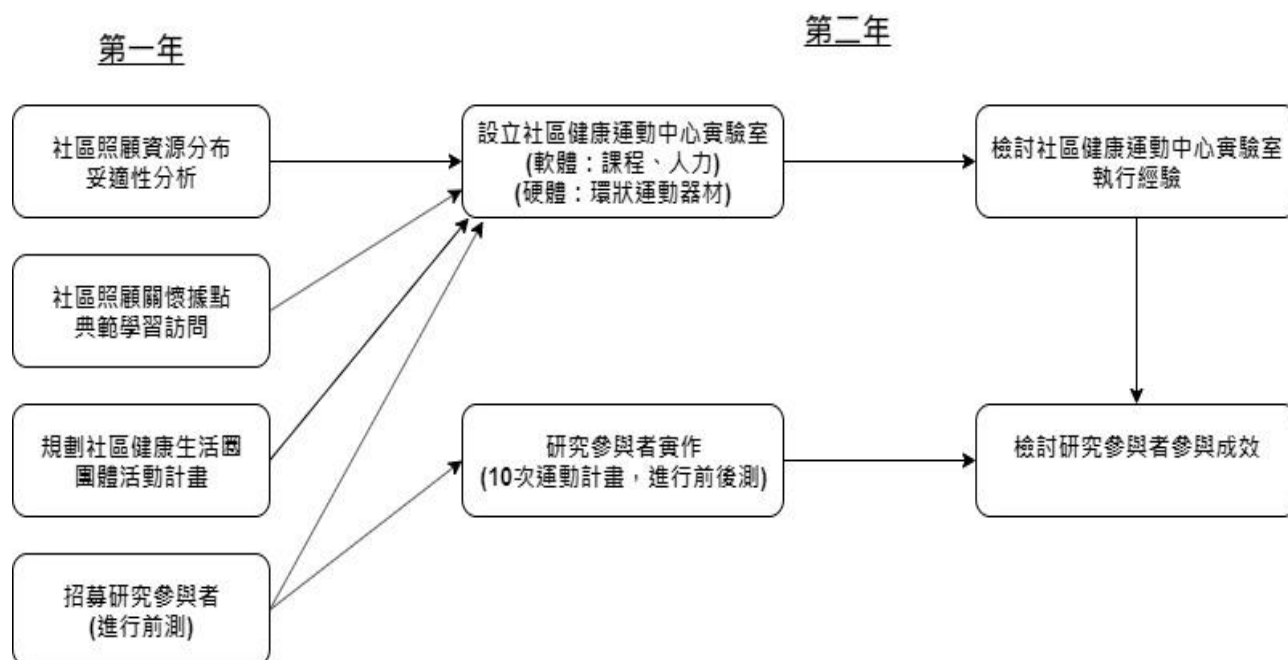


圖 1 各年度研究連貫性

第一年研究分為三個方向，一、透過政府公開資料（open data），進行不同資料庫之串聯與交叉分析，對社區照顧資源分布妥適性進行總體性的評估。二、訪問社區照顧關懷據點經營者，分析其營運經驗成敗關鍵，以提出社區照顧關懷據點突破限制的可能發展策略。三、招募第二年社區健康運動中心實驗室之個案。包括：台中市西區之社區資源調查與分析；社區照顧關懷據點典範學習訪問；規劃社區健康生活圈團體活動計畫；招募研究參與者（收集生理與心理健康資料，做為計畫執行成效評估前測）。

第二年設立社區健康運動中心實驗室，做為社區健康共作的運作機制。透過研究參與者實踐社區健康共創的行動過程，觀察研究參與者對於參與社區健康運動中心之後的社區意識態度差異。在研究參與者完成全程二個月之實驗計畫後，進行後測。以前、後測之量表分數，進行變項關係分析評估研究成效；檢討社區健康運動中心實驗室運作經驗；診斷社區組織之社區能力。在此研究基礎上，進一步歸納分析社區照顧關懷據點，探討以社區健康運動中心為社區能力營運機制之可能性。

## 伍、 結果與討論

研究執行摘要請參見表 1。

表 1 研究執行重點

研究執行重點	進度說明
<b>第一年</b>	
一、社區照顧資源配置適切性分析	完成 4 篇論文，中英文論文各 2 篇。 2 篇英文論文 (SSCI) 已發表。 1 篇中文論文 (TSSCI) 已發表，1 篇中文論文 (TSSCI) 已接受。
二、訪問社區照顧關懷據點，分析經營模式。	訪問 30 位社區照顧關懷據點負責人及民眾。
三、規畫、聯繫與安排「社區健康實驗室」前置作業	已完成。
四、招募研究個案	招募 20 位研究個案，並依其社會資本屬性分為實驗組與對照組。
<b>第二年</b>	
一、設立社區健康運動中心實驗室，做為社區健康共作的運作機制。	1. 研究參與者完成全程二個月之實驗計畫後，進行後測。以前、後測之量表分數，進行變項關係分析評估研究成效。 2. 檢討社區健康運動中心實驗室運作經驗。
二、檢討社區健康運動中心實驗室執行經驗與研究參與者成效。	已發表 1 篇中文研討會論文，1 篇中文論文已投稿。

## 一、 社區照顧資源配置適切性分析

提升高齡者生活品質，除醫療照護，透過連結社會網絡，有助達成活躍老化目標，因此，廣義的社區照顧資源包含樂齡學習資源與社區照顧相關資源。對於長輩而言，行動能力下降，影響其取得社區照顧資源的可近性，因此，地理可近性是影響高齡者社會參與的重要影響因素之一。

針對台灣（本島）社區照顧資源的總體配置適切性，本研究於第一年期程，進行樂齡學習中心與社區照顧關懷據點的地理可近性分析。此兩項資源皆能自政府公開資料取得，且資料具完整性，具有做為評估社區照顧資源配置公平性分析的參考價值。

### （一） 樂齡學習中心

以社區為設置基礎之樂齡學習中心而言，本研究以臺灣本島為分析範圍，以2009及2017年樂齡學習中心為資源提供點，各村里55歲以上非失能人口為需求人口，運用空間群聚、線性相關、三階段地理可近性分析，探討需求人口分布與樂齡學習中心資源分布供需配置妥適性。其中已發表於*Educational Gerontology*之論文(Tseng & Wu, 2018)，比較傳統政策評估之區域平均法的缺點，本研究考量距離因素，提出新的評估方法，做為政策參考。

樂齡學習中心的研究發現，樂齡學習需求人口疏密程度與樂齡學習中心數量之空間配置妥適性有待改善。首先，從空間群聚及相關分析發現，2017年資源供需線性相關性低於2009年，顯示各縣市資源供給量雖增加，但卻未與需求人口空間疏密趨勢相符。其次，從三階段地理可近性分析發現，資源擁有率最低（臺北市、桃園市、新北市、嘉義市、新竹市），及資源取得最短距離平均值最大（臺東縣、南投縣、花蓮縣、嘉義縣、宜蘭縣）存在縣市差異，顯示「一鄉鎮一中心」政策推動並未將同縣市各村里需求人口取得資源距離差異性納入評估。

第一年研究成果撰寫2篇樂齡學習中心資源配置評估論文，已發表論文為：

1. Tseng, M.-H., & **Wu, H.-C.\*** (2018). The geographic accessibility and inequality of community-based elderly learning resources: A remodeling assessment, 2009~2017. *Educational Gerontology*, 44(4), 226-246.
2. 蔡明璋、曾明性、**吳慧卿\***（2018）。台灣樂齡學習需求人口與樂齡學習中心資源配置差異分析：應用空間群聚與地理可近性方法評估。*人口學刊*，56，35-80。

### （二） 社區照顧關懷據點

為了解社區照顧關懷據點之需求人口與資源分布供需適切性，本研究以2017年衛生福利部公開資料為資源提供點，各村里65歲以上人口為需求人口，運用空間群聚、斯皮爾曼等級相關、地理可近性、基尼係數等方法，以縣市區域平均法、分區（同縣市使用）最近距離法及全島（跨縣市共享）最近距離法，進行資源供需差距比較分析。

研究發現，社區照顧關懷據點需求人口區位與據點位置與數量，存在資源供需差距。首先，從空間群聚分析發現，斯皮爾曼等級相關係數僅0.041，11.25%村里位於人口熱區與據點冷區交集，顯示資源供需分布不符。其次，就據點服務負荷量，50%據點服務負荷量低於平均數，可能位置偏僻或與其他據點鄰近，導致服務人口過少。第三，就需求人口據點擁有率，各縣市吉尼係數介於0.4~0.7之不公平趨向，「中位數-平均數」皆負值，顯示縣市資源分配不平等。最後，就取得據點服務最近距離分析，最近距離平均值最大縣市是花蓮縣、嘉義縣、南投縣、新竹縣、臺東縣，若將使用方式以全島（跨縣市共享）最近道路距離法評估，除台東縣，全島其餘縣市最近距離都能縮短。

第一年研究成果已撰寫2篇社區照顧關懷據點資源配置評估論文，已發表論文為：

1. **Wu, H.-C.**\*, & Tseng, M.-H. (2018). Evaluating Disparities in Elderly Community Care Resources: Using a Geographic Accessibility and Inequality Index. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1353-1370. (This article belongs to the Special Issue *Health Care Equity*)
2. 曾明性、**吳慧卿**\* (2019)。臺灣社區照顧關懷據點與需求人口之資源供需差異分析：應用地理可近性方法評估社區照顧資源配置妥適性。**調查研究-方法與應用**。（已接受）

## 二、 社區照顧關懷據點訪問調查

第一年研究計畫訪問調查具有特殊經營成效的社區照顧關懷據點，透過觀察與非結構式問卷，訪談社區照顧關懷據點之主責人及參與者。訪問重點包括：社區資源（文化歷史、環境、志工人力、社區產業、硬體設施）、社區需求的發掘與滿足（需求類型、方案）、社區資源開發模式、社區經營的優勢與困境等。

訪問對象以獲得（入圍）衛生福利部社會及家庭署（2017）表揚之「傑出社區照顧關懷據點金點獎」得獎社區主責人及民眾，訪問人數30名。

社區訪談資料以質性研究分析軟體（NVivo）進行整理，以進一步分析影響社區照顧關懷據點經營的關鍵因素。

就據點經營者的角度而言，影響據點營運的因素包括：參與人數、據點活動型態、志工投入及經營者的觀念。例如：影響參與人數的因素與長輩到達據點的距離有關；吸引長輩參與的據點活動型態指的是能讓長輩有預期上台表現機會者。因此，許多經營者認為，據點經營需要創新擅長連結外部資源，創新的活動不只能影響志工投入意願，也會讓長輩對據點保持新鮮感。受訪者（A1）表示，其將長輩參與據點的活動與社區觀光行程結合，部分長輩不只能接受服務，也能成為社區觀光行程的導覽員或主持人，讓長輩感受到自己是能主動貢獻的人，長輩們感覺自己越老越有活力。

就參與據點活動的長輩而言，能在30分鐘內抵達據點的距離是持續參與據點活動的主要因素，而參與活動練習之後的預期演出期待，也讓長輩有「未來感」，對於一成不

變的日常注入新鮮感。因此，據點經營者是否擁有資源連結能力與創意的方案，影響長輩對該據點的黏著度，也會影響長輩自願投入資源挹注據點營運的意願。長輩對於自費參與據點活動的意願，認為據點活動辦得有聲有色，每月即使要自費500元，大多數受訪者都認為很值得。

### 三、 規畫、聯繫與安排「社區健康實驗室」前置作業

從社會信任作為社區關係維繫的重要基礎，及社區經濟活動的社會鑲嵌本質來思考，由於健康議題涉及個人、家庭到社會，個人健康也受到社會文化政治的結構面因素影響，而健康議題攸關生命的多面向問題，也讓社區行動扣緊健康的議題時，較其他議題容易激發社區民眾的共鳴。

社區照顧關懷據點的健康促進活動，發揮提供亞健康族群以社會支持的方式，一起朝向健康狀態，是社區照顧的重要功能。在參與社區健康活動的過程中，從社區互動中獲得社會網路的支持，增進個人身心健康的強度(陳燕禎、林義盛, 2010)。因此，社區健康促進若能在社區組織機制下永續運作，將能提供個人健康與社區生活融合更有利的發展機會。

本研究社區健康實驗室除了提供適合高齡者的環狀運動設施，也將融入促進社區生活互動交流的活動。藉由社區健康實驗室的機制，讓參與者融入個人健康與社區鄰里情感支持結合的氛圍，進而認同社區健康中心成為社區生活圈的意義。即，藉由研究實驗，嘗試透過社區健康實驗室的運作機制，探討在社區認同的基礎上，透過社會賦權的民主參與機制，與合作社型態的運作模式，思考「社區健康中心」與社區照顧關懷據點結合做為社區組織永續經營機制的可能性。

本研究之社區健康中心實驗室設計，結合環狀訓練計畫 (circuit training class)、智慧醫療、社區培力課程，促進社區民眾以社群支持力量，以科技的方式學習健康管理，讓運動變成快樂的社區生活交流活動。環狀訓練運動有別於健身房的大型訓練機具，而是改為採取油壓式設計，取代傳統訓練機具之金屬塊。結合有氧運動、肌力鍛鍊及肌肉伸展的柔軟度增強，課程設計為30至40分鐘，每一站採取短時間的循環訓練方式，取代傳統健身房的單一種類、長時間的部位訓練法，所以容易提高運動者的動力，達到健康體適能提升的效果(張永明, 2012; 許志仲、藍孝勤, 2010)。由於環狀運動可多人同時圍圈進行，參與者身體並不會互相干擾，且因為在同一場所中運動，形成互相激勵的交流，增加社會支持效果(黃佳敏、張志銘, 2016)。

本研究以本校附設醫院附設護理之家1樓為研究執行場地，招募25位個案。個案到達研究執行場地的時間，步行者約為15分鐘內，騎車或搭車者約為30分鐘內。個案經過前測評估之後，由物理治療師針對個案體適能進行個別化環狀運動訓練計畫。全程規劃10次運動計畫，由物理治療師設計運動計劃及指導，及本校醫學社會暨社會工作學系學生

(本計畫兼任助理8位)運用社工團體方案，帶領個案參與結合社會支持意義的社區健康團體活動。個案於第10次運動日執行後測。

#### 四、 社區健康運動中心實驗室做為社區健康共作的運作機制

##### (一) 個案收案

本研究於民國107年3月開始，透過台中市西區里辦公室發放傳單，至107年6月30日截止，共收到30位民眾報名。經醫師評估後，邀請25位55歲以上符合亞健康族群且體適能狀態適合參與本研究計畫之社區民眾參與實驗。

此一招募活動與里長辦公室合作，透過里長號召，一同進行社區意識與健康促進之社區活動。符合研究收案之個案須簽署研究參與知情同意書、運動參與同意書及接受前後測生理與心理量測。

個案收案後，進行個案前測。收案過程與相關量測項目如圖 2。包括：進行生理與體適能量測，以根據個案體適能狀態，設計差異化之運動計畫。同時，也評估個案自評健康狀況、心理狀態評估。

本研究於個案同意加入社區健康實驗室之後，於第一週進行前測，收集個案生理與心理量測數據，以對照分析個人健康進步成效，以及社會支持對於個人健康促進的影響。第10次運動計畫執行時，進行與前測相同項目之後測。收案流程請參見圖 2。

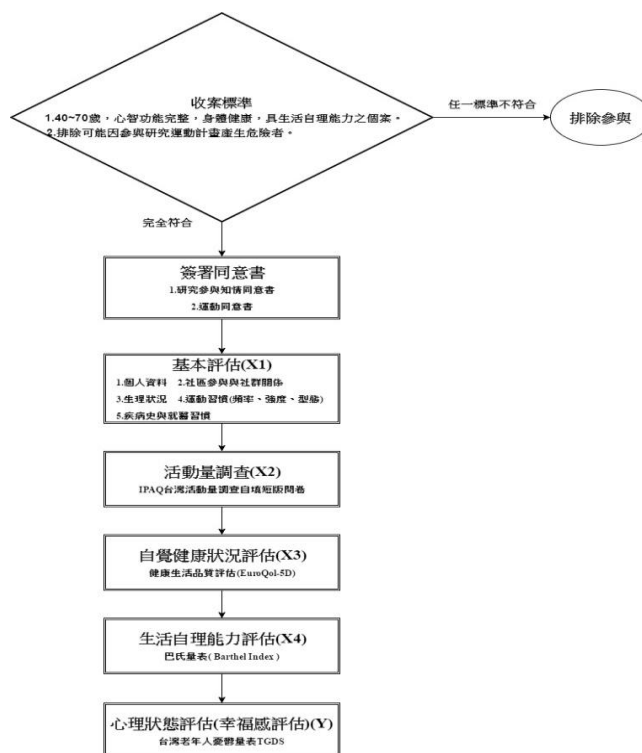


圖 2 收案流程

## (二) 社區健康實驗室方案執行內容

為養成個案每週2次的運動習慣，本研究依據個案進行之前測，規畫每週2次，共計10次之個別化運動計畫。

顧及長輩體力及團體動力效果，每一團體活動時程為2小時，每一團體成員10人。民眾參與融合個人健康與社區生活的多面向課程設計，包括環狀運動課程、社區意識團體活動、食安課程、健康科技知能。全程研究由8位醫學社會暨社會工作學系大三學生擔任研究助理，除設計社區團體方案並帶領團體進行外，並於長輩參與環狀運動過程擔任運動助教。主持人指導學生進行觀察記錄個案參與社區健康實驗室的互動過程，觀察具社會支持意義的社區型運動中心對於個人健康促進與持續的成效，以及個案對於社區健康運動中心成為社區照顧關懷據點營運轉型的看法。

本研究共收案25位，分為二個團體，每一團體皆進行每週二次，共計10次之運動與社區團體計畫。為進一步實驗融合個人健康與社區生活的多面向課程設計，是否有助於促進社區健康實驗室與社區支持感知，本研究將環狀運動課程與社區團體活動結合，社區團體活動包括社區培力（主題為「美麗新社區」）、健康識能（主題為「紓壓DIY」及「健康DIY」）、科技識能（主題為「科技與生活」，運用資訊科技串聯社區生活圈）。表 2為社區團體活動表。

表 2 社區健康實驗室活動時間表

次數 時間	第 1 次	第 2~9 次	第 10 次
8:30~9:30	前測	個人化之環狀運動計畫	後測
9:30~10:00	分享與交流		
主題	<u>美麗新社區</u> 1.公民會議 2.社區經營 3.社區照顧與社區支持	<u>健康 DIY</u> 1.健康識能 2.心靈 3.人際關係與溝通	<u>科技與生活</u> 1.健康 App 2.生活科技 3.社區資訊通

圖 3與圖 4為長輩參與社區健康實驗室之環狀運動中心與社區團體活動現場。



圖 3 社區健康實驗室之環狀運動中心活動現場





圖 4 社區健康實驗室之社區團體活動

### (三) 個案背景分布

本研究以「社區健康實驗室」為名，做為實驗社區照顧關懷據點轉型為具社會創新意義的社區健康與社會經濟結合的機制。研究實驗於民國107年7月~8月執行，共進行10次研究活動，透過參與觀察與訪談方式，收集個案社會連帶與社區參與度等相關資訊，進一步探討社區健康中心作為社區營運的可能機制時，對於社區支持及個人健康狀態的相互影響。研究收集受試者資料，分類為以下資料集，包括：個人社經條件資料集、社會網絡資料集、生活滿意度與憂鬱量表資料集、體適能資料集、運動期間生命徵象資料集、客製化運動設計資料集。

表 3為研究個案背景分布說明。為探討社會資本與社區支持的強弱，是否影響健康習慣持續與體適能運動成效，本研究將個案分為AB兩組，A組為彼此熟識之社區志工隊，作為具有社會資本強、具有社區支持基礎之實驗組。B組為彼此不認識之個案所組成，代表缺乏社會資本基礎之健康促進團體，做為對照組。AB組團體成員分別為11人及14人，由於研究招募過程不限定性別，採取自由報名方式，結果兩組成員組成皆呈現女性多於男性。

在平均年齡方面，A組平均年齡70歲，低於B組之74歲。A組男性平均年齡（74歲）高於B組（66歲），女性則是A組平均年齡（69歲）低於B組（75歲）。A組成員皆為固定每週三上午聚會之社區公園打掃志工隊，其中三位男性成員（分別為69、76、79歲）皆為夫妻同時參加志工隊，但其中兩位之配偶因另有家務無法配合研究時程，未參與本次研究實驗計畫。B組之二位男性成員為社區幹部（里長及鄰長），年齡分別為63歲及69歲，皆未參與社區志工隊，以個人身分參與研究實驗計畫。

在慢性病罹患人次統計方面，由於同一個案可能具有多重慢性病，B組成員患慢性病人次相較而言，高於A組成員甚多。就平均體重而言，兩組差異並不明顯。

表 3 研究個案分布統計

組別	前後測	人數	平均年齡	平均體重 (公斤)	罹患慢性病人次			
					高血壓	糖尿病	心臟病	關節炎
<b>A組</b>		<b>11</b>	<b>70</b>	<b>59</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	男	3	74	66	1	1	0	0
	女	8	69	56	1	1	1	0
<b>B組</b>		<b>14</b>	<b>74</b>	<b>62</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
	男	2	66	63	0	1	1	0
	女	12	75	62	7	3	3	2
<b>總計</b>		<b>25</b>	<b>72</b>	<b>60</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

#### (四) 研究發現

##### 1. 社會支持網絡

根據前測進行之訪談，進一步歸納分析，表 4顯示，A組實驗組成員過去一星期親友聯絡平均數21人，明顯高於B組對照組之7人甚多，且A組與朋友（同事、同學）聯絡的人數高於B組甚多，顯見A組成員社會支持網絡範圍已跨出家族血緣及鄰居的範圍，信任的網絡也更大。

表 4 社會支持網絡範圍

組別	社會支持類型	過去一星期曾聯絡之親友人數（平均數）	親友屬性人數		
			家族親屬	社區鄰居	朋友（同事、同學）
<b>A組</b>		<b>21</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
女		25	3	7	13
男		8	3	1	1
<b>B組</b>		<b>7</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
女		8	2	5	1
男		7	0	0	2
<b>總計</b>		<b>13</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

##### 2. 運動習慣

在運動習慣及從事之運動類型方面，表 5顯示，B組對照組成員的人數高於A組實驗組，且運動類型更多元，除了AB組都占多數的健走之外，B組成員運動類型尚有登山、戶外騎腳踏車、游泳及舞蹈等。AB組皆未曾至健身房運動。

表 5 具有運動習慣人數及從事之運動類型人次統計

組別	運動習慣	運動習慣	運動類型（人次）*								
			健走	球類	登山	戶外騎腳踏車	健身房	瑜伽	游泳	舞蹈	其他
<b>A組</b>											
女	8	6	0	0	0	0	1	0	2	2	
無	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
有	8	6	0	0	0	0	1	0	2	2	
男	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	
無	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
有	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	
<b>B組</b>											
女	12	6	0	2	2	0	0	3	2	3	
無	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
有	11	6	0	2	2	0	0	3	2	3	
男	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
無	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
有	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>總計</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

註：

\*：從事運動類型可重複表示，因此以人次為計算

至於運動是否會結伴同行的問題，表 6 顯示，不論 AB 組成員，回應「是」者，平均約 68%。此數據隱含大多數個案表示，運動有人同行較有助於運動持續與成效。

表 6 結伴同行運動之人數統計

組別	結伴同行運動				列總計
	否	%	是	%	
<b>A組</b>	<b>3</b>	<b>27%</b>	<b>8</b>	<b>73%</b>	<b>11</b>
女	2	25%	6	75%	8
男	1	33%	2	67%	3
<b>B組</b>	<b>5</b>	<b>36%</b>	<b>9</b>	<b>64%</b>	<b>14</b>
女	4	33%	8	67%	12
男	1	50%	1	50%	2
<b>欄總計</b>	<b>8</b>	<b>32%</b>	<b>17</b>	<b>68%</b>	<b>25</b>

個案參與本研究實驗之後，其身心健康狀態是否有顯著差異的問題，本研究以臺灣活動量調查自填短版問卷 (IPAQ)、健康生活品質評估 (EuroQol-5D)、老年人憂鬱量表 (GDS) 及體適能測驗總分進行前後測比較分析。表 7 顯示，IPAQ\_1 (全體及分組) 及 GDS 之實驗組呈現差異。IPAQ\_1 是詢問個案「過去七天的身體活動與過去三個月來的身體活動比較起來是：1. 比較多 2. 比較少 3. 差不多」，統計顯示個案從「比較少」、「差不多」進步到「比較多」。IPAQ\_2 為統計每週活動消耗卡數，兩組在活動消耗卡數皆有提高，但未達統計顯著性。A 組實驗組之老年人憂鬱量表 (GDS) 顯示有顯著下降效果，間接證明具有較高社會資本之 A 組成員其參與實驗之後，憂鬱情況改善，並且達統計顯著性；B 組成員雖未有顯著改善的情況，推測與實驗期間過短、彼此交流支持機會不足有關。體適能總分雖沒有達顯著差異，但從中位數顯示，成員體能狀況有相當的進步。

表 7 社區健康實驗室個案參與研究前後之量表評估值：IPAQ、QOL、GDS、體適能

評估量表	數值	前測			後測			p
		平均數	中位數	標準差	平均數	中位數	標準差	
<b>IPAQ_1</b>								
全體		3	3	1	1	1	1	0.000 ***
A組(實驗組)		2	3	1	1	1	1	0.005 **
B組(對照組)		3	3	1	1	1	1	0.000 ***
<b>IPAQ_2</b>								
全體		5810	5439	2727	7179	6720	3536	0.132
A組(實驗組)		6117	5124	3523	7670	7119	4817	0.355
B組(對照組)		5568	5718	2010	6637	6690	1772	0.148
<b>QOL</b>								
全體		15	15	1	15	15	1	0.405
A組(實驗組)		14	14	1	15	15	1	0.158
B組(對照組)		15	15	1	15	15	1	1.000
<b>GDS</b>								
全體		2	2	2	1	1	2	0.062
A組(實驗組)		2	3	1	1	1	1	0.006 **
B組(對照組)		2	2	2	2	2	2	0.528
<b>體適能總分</b>								
全體		1301	1316	312	1460	1475	283	0.065
A組(實驗組)		1425	1447	254	1578	1682	226	0.152
B組(對照組)		1204	1225	327	1368	1446	297	0.177

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p < 0.001

對於AB成員參與研究實驗過程之人際互動狀況，本研究運用質性研究分析軟體 (Nvivo11) 進行分析。圖 5 呈現實驗組在團體進行中呈現較多的「信任」、「熱烈高昂」、「分享與支持」之團體動力概念節點 (nodes)。「健身房」的概念節點主要詢問個案參與本研究之環狀運動之感受，及模擬付費制成為社區健身房會員的接受程度。相對於對照組而言，實驗組有相當高比例成員贊成收費。社區團體活動主題為「社區營造」及「食物熱量」亦相對在實驗組受到高度的迴響。實驗組成員也對於運動過程中物理治療師指導下的專業性有較高期待與運動過程中的對話。

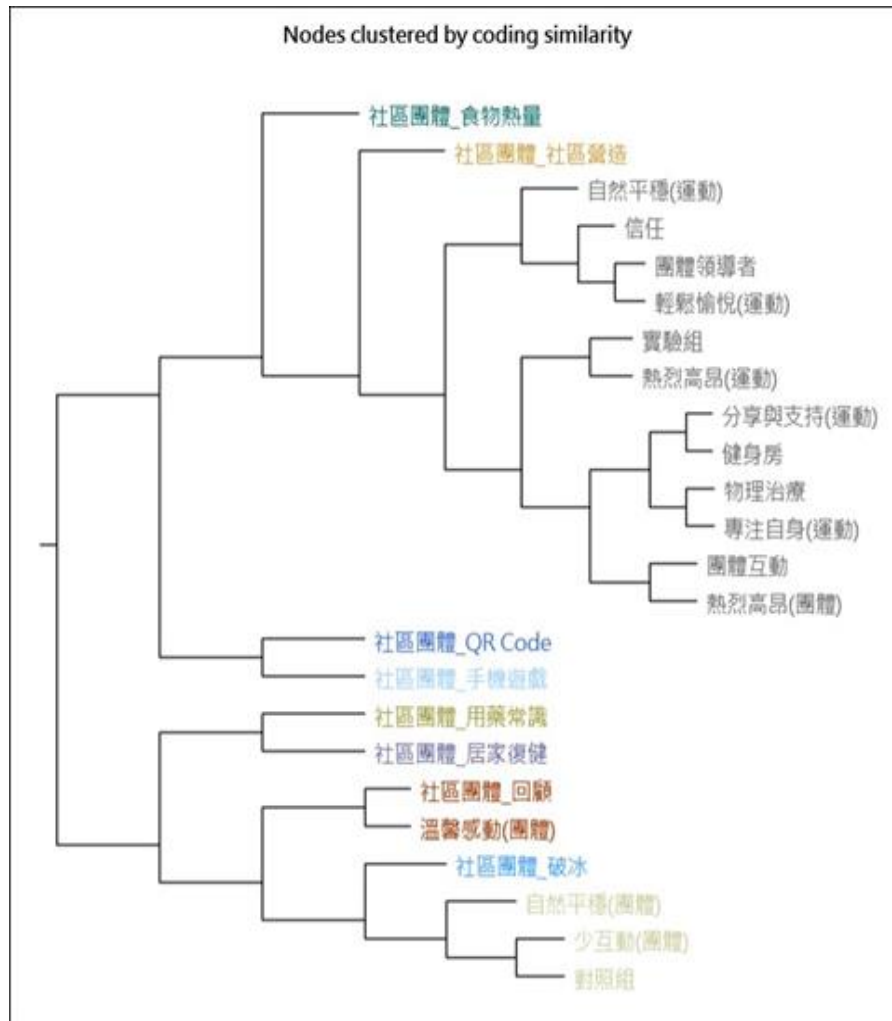


圖 5 群集分析(cluster analysis)水平樹狀圖：以編碼相似性分析

就成員彼此的互動網絡而言，圖 6 顯示，A組實驗組所代表的群聚連結性明顯高於對照組。換言之，A組分為8人及3人兩大組群聚，B組對照組14人卻分類到8群。<sup>7</sup>代表A組的社群連結性較B組緊密。

<sup>7</sup> 個案名字已化名處理。

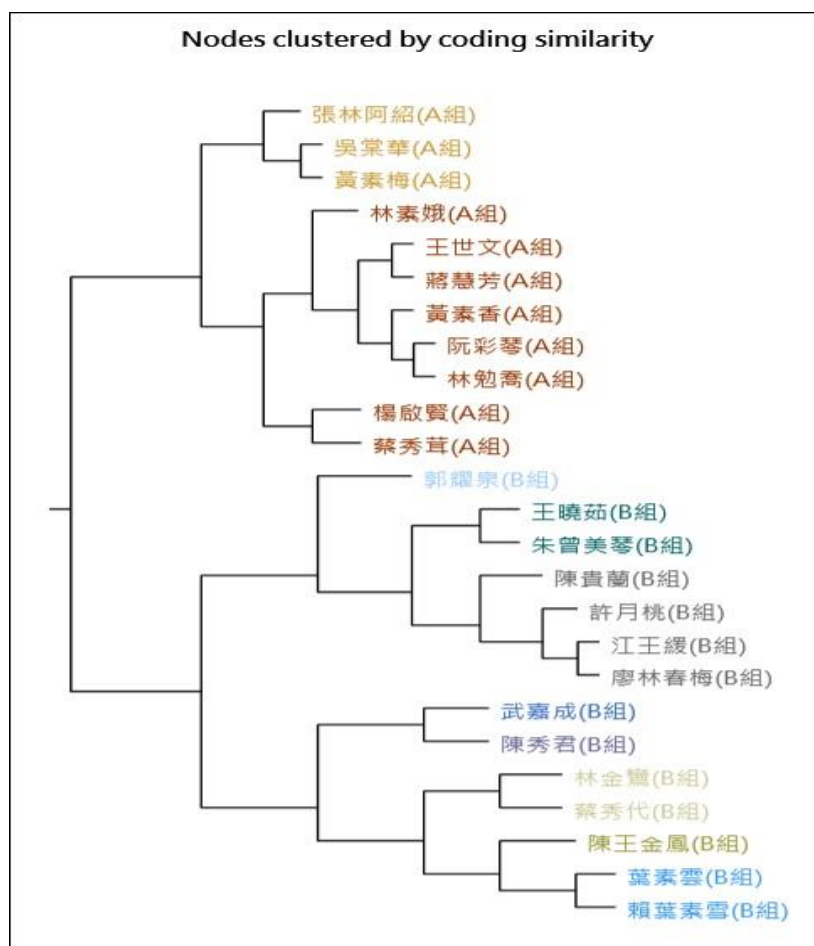


圖 6 群集分析(cluster analysis)水平樹狀圖：以個案相似性分析

### (五) 研究討論

研究統計及質性分析顯示，具有支持系統的A組實驗組對於「社區健身房」的會員制有較高的肯定與認同，其中成員的為固定參與社區志工隊之成員所組成，其社會資本較強、社會信任較高，構成影響其對社區健身房做為亞健康長輩兼具運動與社區活動的場所的認同基礎。

本研究個案對於社區提供長輩日間活動據點，皆持肯定態度。但對過往曾參與其他據點的共餐、健康操等活動內容，認為此類活動變化性低，且經常不需學習新知識即可參與，較缺乏持續參與的吸引力。部分研究個案認為，長輩也想重溫年輕的感覺，若能體會年輕年輕人的健身房運動，在專業指導下，安全的進行肌耐力訓練，是很新奇的社區據點活動方式。此外，本研究之社區健康實驗室結合社工團體活動方案，長輩在融入社區意識、健康識能與手機科技操作之後，長輩無壓力學習新事物，在社區互動的社交網絡中，讓身心更加健康。詢問個案對於付費參與社區健身房的意願時，個案認為本研究實驗的社區健康房據點型態，活動變化性高、有專業介入，即使需要付出高於目前據點的費用都相當值得。

過往醫療、社政與文化政策雖然都已對於社區投注心力，但是卻由於社區共識、社區信任基礎不足，導致社區政策推動一直處於難以整合，更難以真正培植社區組織的營運能力。因此，以健康做為社區行動的共同目標時，有機會提供個人利益與社區利益整合的機會，本研究的目的即是提出以「共創健康」為社區組織運作機制。

Polanyi的社會經濟概念，強調經濟活動與社會鑲嵌的關係，社會生產與分配活動受到社會道德與原則約束，而非市場利潤高低來決定。因此社區行動永續的關鍵，除了非正式契約形式的人際連帶，還有特殊的經濟活動關係，作為維繫社區關係的永續。

Polanyi指出，在經濟制定 (instituted) 過程中，存在互惠、重分配及交換三個不同經濟系統。1996年底，內政部制定「推動社會福利社區化實施要點」(陸續制訂「推定福利優先區實施計畫」)，「福利社區化」政策目標更明確為結合社會福利體系與社區發展的政策，進行「以社區為基礎，推動福利服務」的工作，社區發展協會組織在此時蓬勃成立。行政院2005年「建立社區照顧關懷據點實施計畫」政策，基於社區營造及社區自主精神，鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，提供長者在地化的初級預防照護網絡。2016年的「長照 2.0」希望銜接前端初級預防功能，提供長者預防保健、活力老化、減緩失能的服務，促進長者健康福祉，提升老人生活品質，因此，社區照顧關懷據點已成為C級巷弄長照站(長照柑仔店)的最佳角色。社區照顧關懷據點就近提供長輩社會參與及社區活動場所，提供營養餐飲服務(共餐、送餐)，預防長輩失能或延緩失能惡化。本研究認為，就落實在地老化、健康老化政策目標而言，社區照顧不只是增加據點數量，更應審慎考慮據點是否能夠永續經營，以確實發揮落實在地老化的社會支持功能。

社區照顧關懷據點的特殊性在於既提供照顧的功能，也提供志工參與的機會，因此，讓據點發揮自主營運的功能，結合時間銀行(Time Bank)的運作，是活化社區據點的可行機制。時間銀行的運作概念，運用於轉化社區志願服務人力的交換機制，已行之有年。時間銀行的做法雖可彌補市場經濟的不足，卻無法取代市場經濟，更精確地說，過往的時間銀行運作精神實現了「互惠」，卻無法解決涉及社區永續的「重分配」及「交換」的系統功能。例如，時間幣值與現存行業勞力付出的薪資的關係，如何不影響工作誘因？時間交換定義如何明確，避免落入社區內部逃稅的道德懷疑？以及若社區多數人僅願意貢獻，卻不願意接受服務時，在供需不平衡的狀態下，時間銀行也無法實現交換、互惠及重分配的功能。以上提到的以時間銀行的概念企圖解決社區永續營運可能面臨的問題，若能將個人對社區的志願服務奉獻的動力加上個人健康的投入獎勵，運用區塊鏈技術，將有機會實踐以社會關係為基礎之交換、互惠及重分配之社區經濟運作。在當代資訊科技與網際網路高度發展時代，藉由資訊科技的區塊鏈技術介入，將個人健康與社區意識融合，社區將有機會成為具有社會鑲嵌意義的社會經濟運作基礎。

目前志工服務時數以紙本為個人留存紀錄，再向縣市政府的志願服務推廣中心登錄。本研究個案受訪時表示，志工服務時數的真實性存疑，累積時數能有哪些流通機會的不確定性，都是目前政府推行志工服務時間銀行實現充滿變數的問題。

本研究認為，透過區塊鏈技術能改善目前時間銀行的問題。結合科技，不再需要印出時間鈔券或是紙本存摺，而是透過區塊鏈分散式帳本（數位存摺）、虛擬貨幣（社區幣）與智能合約（志願服務時間交易、社區健身房之使用時數交易），發展去中心化、信任、安全與永續的社區幣銀行系統。本研究之社會介入研究實驗發現，具有信任基礎、共創健康運動模式的「社區健康實驗室」，對於參與者身心健康及社區意識具有改善的影響意義。因此，運用資訊科技，實現共創健康的價值，是未來研究可進一步努力方向。

## 陸、 結論與建議

慢性病與失能重度化，構成國家醫療照護成本沉重負擔，對於社會福利、社會安全及家庭功能造成重要壓力來源。促進亞健康族群邁向活躍老化對於實踐全人關照為中心的健康照護體系具有政策上的重要性，因此社區照顧關懷據點的永續與自主更是關鍵。

本研究計畫採用「RE-AIM」模式評估健康促進介入計畫成效的精神，提出一個基於社會賦權與健康共創架構下，逐步探討改良重塑新型態的社區照顧關懷據點，與建立社區組織永續運作模式的實驗研究計畫。

社會資本是近年來健康政策及健康行為的重要研究觀點，在思考行動者如何與其他行動者進行互動、取得其他行動者資源，獲得更佳預期成果時，社會資本理論是討論社區與健康的重要研究取徑。不論是醫界、公共衛生學界及社會學研究皆關注「健康的社會決定因素」，健康的議題已從個人生理因素的致病因素，轉向關注影響健康的社會不平等因素，因此，從社區資源、社區組織與社區培力的行動面，思考健康促進的介入機制，這些問題都必須清楚界定社區的社會資本類型與社會資本分配的機制與網絡。

社會資本對個人健康的影響，發揮在社會網絡與社會凝聚兩方面。做為個人健康資產來源的社會網絡意義是指「資源鑲嵌於社會網絡，而個人對資源運用無法與社會網絡切割」的概念。因此社會資本將從四個面向影響個人健康，分別是：一、社會資本以社會網絡形式，提供個人社會支持（包括情緒支持、資源工具及評估）系統，成為個人壓力的緩衝。二、社會資本的網絡關係對健康促進帶來「社會影響」（social influence）效應，健康社群中之可信任他者，成為個人健康行為的角色學習典範。三、社會網絡提供個人社會參與的機會，增進社群連結歸屬感。四、社會網絡有助於個人達到健康目標的物質資源取得(Berkman & Glass, 2000)。

從社會凝聚的意義思考，在具有豐富社會資本的社區，因為高度的信任關係，成員互惠連結容易進行，所以較易組織動員社會資本，進而以社區為起點進行健康促進行動。社區進行健康促進行動，通常主要目的不是為了預防特定疾病發生，而是藉由社區培力過程，厚實社區的普遍化健康生活基礎，於是社會資本成為一種集體生活的健康規範(Mittelmark, 1999)。



社會信任是社會資本運作的關鍵要素，也是社會連帶的重要機轉。西方社會資本理論學者(Paxton, 1999; Putnam, 1993, 2000)認為公民社會的形成與民眾參與社團的積極度有關，民眾參與社團組織所創造的社會資本，有助於公民監督及提升民主效率，進而影響民眾對政府及對社會的集體信任。熊瑞梅 (2014)針對東亞國家的社會資本調查研究發現，台灣與中國大陸社會，以人際關係為主的社會網絡資本運作機制相當強烈，也就是，「個人社會資本」的影響力大於「組織社會資本」。而將台灣社會信任進一步區分為人際信任、制度信任與一般信任三種類型來分析，發現台灣出現個人社會資本越異質化，對於人際信任及一般信任越強，但對於制度信任卻沒有顯著影響的趨勢。由此可見，台灣具有人際信任的獨特社會文化性，是台灣社會信任的普遍展現形式。

在台灣社會信任的特殊性基礎上，透過制度設計，將人際信任與社區生活緊密結合，提供社區組織發揮社會權力，對社區經濟活動運作進行有效的控制，本研究目的即是在重新思考健康照護政策以社區為基礎的連結機制。社會信任對於社區連結的效應不會憑空出現，需要具有社會賦權精神的民主制度設計來引導。社區組織掌握在地資訊，公民參與的民主自決制度設計，讓社區組織產生對社區公共性行動的強制性，是促進個人行動與集體行動融合的重要背景。

社區永續的難題，一方面是社區行動共識難凝聚，另一方面是，啟動社區行動之後，持續社區改革的行動機制，也就是社區組織永續的問題。第一個問題討論的是社區行動是否來自民主自決的共識，也就是社區決策是否基於社會賦權的機制。第二個問題的關鍵是，社區資源透過哪些機制持續進入社區，讓社區組織能永續推動社區行動。本研究在Wright社會經濟、Polanyi社會鑲嵌與Zelizer文化經濟的概念下，提出以「健康共創」為核心價值的社區組織，以建立社區組織永續的機制，在社會賦權的制度設計下，深化健康社區化的議題。

以「健康共創」為核心價值的社區組織，是基於健康營造作為社區發展的核心價值，而社區營運的機制必須獲得政策、法制與資金面向的支持。因此，發展具有社會企業精神的社區互助生態機制，是提供社區永續發展的基礎。

許多國家社會企業前身是由第一線的社區工作者以協會或合作社方式發展，提供失業勞工加入為社員，社員在強調互助合作的合作社中，重新設計勞動工作模式或協助社員在市場銷售商品。具有互助精神的合作社組織，在歐美社會經常扮演與社區居民相當密切的依賴與共存關係，合作社堪稱為社會企業發展雛形。英國社會企業模式中，以社區為基礎的社會照護型社會企業運作方式是，由私部門與政府簽訂公共服務契約（public sector contracting），提供志願服務系統與合作社組織的諮詢與服務。此類社會企業的設立，使得私部門更具有正當性，提供社區醫療、犯罪矯治、弱勢庇護所等。由於政策引導，社會企業的市場規模日漸增大，增加社區就業機會、活化社區經濟，與滿足社區化的長期照護功能，因此此類型的社會企業在英國的數量比例最高，證明社會企業成功結合社區與健康是促進社區民眾幸福的新發展路徑(Roy et al., 2013)。

在英國，以社區為基礎的社會企業，為了擴大社會效益，通常為中型規模，服務項目從居家照護擴展到日間照護中心的設置，並且與社區志工結合。社區型社會企業不只滿足社區照護需求就近滿足，更重要的是，幫助照護需求者買得起服務。因此，社區型社會企業相當重視社會工作人員介入，透過社工人員的協助，讓居民順利取得公私部門的相關資源(Spear, 2001, pp. 262-268)。除此之外，社會企業與社區婦女就業與生活結合，提供社區照護工作機會與職業訓練，也媒合社區民眾的照護需求。社區型社會企業融合社區照護與社會經濟的概念，讓照護服務人員成為社員，並媒合社員工作機會、提供教育訓練、後勤行政支援系統與專業諮詢。社區型社會企業獲得的收益回饋社區，成為社區組織營運的財務來源之一。

照護型的社區型社會企業提供民眾在地化的社區照護，滿足健康與亞健康族群的初級照護需求。建立以社區為基礎的社會企業，能將福利、社區與社會企業進行創新融合，突破官僚系統制式服務的僵化，讓服務廣度能因更多社區利害關係人的參與，在社區永續深耕。

本研究在以上的研究啟發下，第一年針對台灣本島的社區照顧關懷據點資源配置適切性進行總體性分析，思考社區照顧資源可近性的公平性問題。同時也透過訪問傑出社區照顧關懷據點經營者與參與者，了解實務經驗與困難。從據點經營者的訪談中得知，影響據點營運的因素包括：參與人數、據點活動型態、志工投入及經營者的觀念。許多經營者認為，據點經營需要創新擅長連結外部資源，創新的活動不只能影響志工投入意願，也會讓長輩對據點保持新鮮感。就參與據點活動的長輩回饋意見而言，長輩認為在30分鐘內抵達據點的距離是持續參與據點活動的主要因素，而參與活動練習之後的預期演出期待，也讓長輩有「未來感」，對於一成不變的日常注入新鮮感。整體而言，據點位置的可近性、據點資源連結能力、據點活動型態創意，影響長輩對該據點的黏著度，也會影響長輩自費投入資源挹注據點營運的意願。

本研究之社區健康中心實驗室設計，結合物理治療與社工專業，整合環狀運動訓練(circuit training class)、社區培力課程，促進社區民眾以社群支持力量，以科技的方式學習健康管理，讓運動變成快樂的社區生活交流活動。為養成個案每週2次的運動習慣，本研究依據個案進行之前測，規畫每週2次，共計10次之個別化運動計畫。顧及長輩體力及團體動力效果，每一團體活動時程為2小時，每一團體成員10人。民眾參與融合個人健康與社區生活的多面向課程設計，包括環狀運動課程、社區意識團體活動、食安課程、健康科技知能。全程研究由8位醫學社會暨社會工作學系大三學生擔任研究助理，除設計社區團體方案並帶領團體進行外，並於長輩參與環狀運動過程擔任運動助教。主持人指導學生進行觀察記錄個案參與社區健康實驗室的互動過程，觀察具社會支持意義的社區型運動中心對於個人健康促進與持續的成效，以及個案對於社區健康運動中心成為社區照顧關懷據點營運轉型的看法。

研究個案表示，社區健康中心實驗室的設計，讓長輩體會年輕人的健身房運動，且在物理治療專業指導下，安全的進行適合個人體適能的肌耐力強化訓練，是很新奇的社

區據點活動方式。除了運動方式創新，本研究結合社工團體活動方案，設計一系列讓長輩融入社區意識、健康識能與手機科技操作的團體活動，長輩在無壓力環境下學習新事物，透過互動體會社區意識進而促進身心靈健康的幫助。

研究後測中，透過訪談了解，長輩對於付出高於傳統據點活動的月費的看法。長輩們認為，目前據點的活動型態相當雷同，雖然月費不高，但容易產生參與倦怠感，降低持續意願，只是做為白天打發時間去處。長輩認為參與本研究之社區健康實驗室之後，可以增加健康識能、提升老人最需要強化的肌耐力，同時還能與社區朋友聊天且互相鼓勵，對於持續運動的效益提升很大。若是能增加運動之後的獎勵機制，並與平常的社區志願服務結合，將能更持續社區長輩的參與感。

本研究個案之A組為彼此熟識之社區志工隊，代表社會資本較強、具有社區支持基礎之實驗組。此組成員更強烈表示認同志工服務時數與社區據點營運結合的構想，對於社區照顧關懷據點轉型為本研究之社區健康中心型態，結合物理治療與社工專業能創新據點活動型態，能吸引更多民眾付出高於其他原本傳統據點費用參加。

本研究受限於研究經費與研究時間的限制，個案收案數僅有25位個案，實驗次數以10次為一期進行實驗組與對照組之評估，研究資料量仍相當不足，因此僅能做為初探型研究。未來若有機會進一步發展，需加大收案量、增加實驗次數與時間，並嘗試發展以科技平台整合社區據點志願服務與社區社會經濟的可能性。例如，運用區塊鏈技術，整合分散的個人健康資料集、社區志願服務、社區交換經濟，融合為具有交換、互惠及重分配的社區經濟營運機制。

## 參考文獻

- Baldwin, S. (1993). *The Myth of Community Care: An Alternative Neighbourhood Model of Care*. London: Chapman & Hall.
- Barber, B. (1995). All economies are "embedded": the career of a concept, and beyond. *Social Research*, 387-413.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). New York: Oxford University Press.
- Berman, P. A., Gwatkin, D. R., & Burger, S. E. (1987). Community-based health workers: Head start or false start towards health for all? *Social science & medicine*, 25(5), 443-459. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90168-7](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(87)90168-7)
- Bolton, M., Moore, I., Ferreira, A., Day, C., & Bolton, D. (2015). Community organizing and community health: piloting an innovative approach to community engagement applied to an early intervention project in south London. *Journal of Public Health*. doi:

10.1093/pubmed/fdv017

- Brandling, J., & House, W. (2009). Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *British journal of general practice*, 59(563), 454-456. doi: 10.3399/bjgp09X421085
- Defourny, J. (2001). Introduction: From third sector to social enterprise. In C. Borzaga & J. Defourny (Eds.), *The Emergence of Social Enterprise* (pp. 1-28). London and New York: Routledge.
- Defourny, J., & Nyssens, M. (2007). Defining social enterprise. In M. Nyssens (Ed.), *Social enterprise: At the crossroads of market, public policies and civil society* (pp. 3-26). London and New York: Routledge.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A Study in Sociology* (J. S. a. G. Simpson, Trans.): New York: The Free Press.
- Findley, S., Matos, S., Hicks, A., Chang, J., & Reich, D. (2014). Community health worker integration into the health care team accomplishes the triple aim in a patient-centered medical home: a Bronx tale. *The Journal of ambulatory care management*, 37(1), 82-91.
- Israel, B., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (Eds.). (2008). *Social capital and health*. New York: Springer.
- Kawachi, I., Takao, S., & Subramanian, S. (Eds.). (2013). *Global Perspectives on Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Krippner, G. R. (2002). The elusive market: Embeddedness and the paradigm of economic sociology. *Theory and Society*, 30(6), 775-810.
- Lin, N., Fu, Y.-c., & Hsung, R.-M. (2001). The position generator: Measurement techniques for investigations of social capital. In N. Lin, K. Cook, & R. S. Burt (Eds.), *Social capital: theory and research*. New York: Aldine de Gruyter (pp. 57-84). New York: Aldine De Gruyter.
- Marsh, R. M. (2003). Social Capital, Guanxi, and the Road to Democracy in Taiwan. *Comparative Sociology*, 2(4), 575-604.
- Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice. *Milbank Quarterly*, 78(2), 241-289.
- Mittelmark, M. (1999). Health promotion at the communitywide level: lessons from diverse perspectives. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level* (pp. 3-27). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- OECD. (2003). *The Non-Profit Sector in a Changing Economy*. Paris: OECD.
- Paxton, P. (1999). Is social capital declining in the United States? A multiple indicator assessment. *American Journal of Sociology*, 105(1), 88.
- Polanyi, K. (1944). *The Great Transformation: The Political and Economic Origins of Our Time*. Boston: Beacon Press.
- Polanyi, K. (1957). The economy as instituted process. *Trade and market in the early empires*, 243.

- Putnam, R. D. (1993). *Making Democracy Work* Princeton NJ: Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Roy, M. J., Donaldson, C., Baker, R., & Kay, A. (2013). Social enterprise: New pathways to health and well-being? *Journal of Public Health Policy*, 34(1), 55-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2012.61>
- Son, J., & Lin, N. (2008). Social capital and civic action: A network-based approach. *Social Science Research*, 37(1), 330-349. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.12.004>
- South, J., Higgins, T. J., Woodall, J., & White, S. M. (2008). Can social prescribing provide the missing link? *Primary Health Care Research & Development*, 9(4), 310-318. doi: 10.1017/S146342360800087X
- Spear, R. (2001). United Kingdom : A wide range of social enterprises. In C. Borzaga & J. Defourny (Eds.), *The Emergence of Social Enterprise* (pp. 252-270). London and New York: Routledge.
- Tseng, M.-H., & Wu, H.-C. (2018). The geographic accessibility and inequality of community-based elderly learning resources: A remodeling assessment, 2009~2017. *Educational Gerontology*, 44(4), 226-246. doi: 10.1080/03601277.2018.1452704
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
- Wright, E. O. (2010). *Envisioning real utopias* (Vol. 98). London: Verso.
- Wright, E. O. (2015)。 **Envisioning Real Utopias**。新北市：群學。
- Zelizer, V. A. (1988). Beyond the polemics on the market: establishing a theoretical and empirical agenda *Sociological Forum* (Vol. 3, pp. 614-634). New York: Springer.
- Zelizer, V. A. (1989). The social meaning of money:" special monies". *American Journal of Sociology*, 95(2), 342-377.
- Zelizer, V. A. (1994). *Pricing the priceless child: The changing social value of children*. New Jersey: Princeton University Press.
- 王仕圖 (2007)。社區型非營利組織資源動員與整合：以社區發展協會為例。 **臺灣社會福利學刊**，5 (2)，103-137。
- 王仕圖 (2013)。非營利組織在社區照顧服務的協調合作：以社區照顧關懷據點為例。 **臺大社會工作學刊**，27，185-228。 doi: 10.6171/ntuswr2013.27.05
- 行政院 (2016)。 **長照十年計畫 2.0**。取自 <http://www.ey.gov.tw/News10.aspx?n=A1C2B2C174E64DE7&sms=AB6812391DC74DB8>
- 吳慧卿 (2016)。 **社區行動與健康照護：台灣論人計酬制度的社會學烏托邦** (未出版之博士論文)。國立清華大學，新竹市。
- 徐震 (2004)。臺灣社區發展與社區營造的異同--論社區工作中微視與鉅視面的兩條路線。 **社區發展季刊**，107，22-31。
- 張永明 (2012)。健身運動新潮流—環狀運動。 **運動與健康研究**，1 (2)，13-20。
- 許志仲、藍孝勤 (2010)。從健康體適能談環狀運動課程設計。 **大專體育** (109)，16-22。 doi: 10.6162/srr.2010.109.03

- 陳燕禎、林義盛 (2010)。社區照顧關懷據點之實踐經驗社會工作者的田野觀察。社區發展季刊，132，385-403。
- 傅仰止 (2014)。公民意識的社會參與效應：志願結社及日常接觸。台灣社會學刊，55，179-226。
- 黃佳敏、張志銘 (2016)。環狀運動參與動機、流暢體驗與休閒效益之關係。休閒事業研究，14 (2)，48-63。
- 黃源協 (2004)。社區工作何去何從：社區發展？社區營造？。社區發展季刊，107，78-87。
- 黃源協、蕭文高、劉素珍 (2009)。從「社區發展」到「永續社區」-臺灣社區工作的檢視與省思。臺大社工學刊，11 (2)，87-131。
- 熊瑞梅 (2014)。社會資本與信任：東亞社會資本調查的反思。臺灣社會學刊，54，1-30。
- 衛生福利部 (2018)。長照政策專區。取自 <https://1966.gov.tw/LTC/mp-201.html>
- 衛生福利部社會及家庭署 (2017)。新聞稿。取自 <http://www.sfaa.gov.tw>

106年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：吳慧卿		計畫編號：106-2410-H-040-017-SS2	
計畫名稱：基於社會賦權與健康共創架構下之社區健康促進組織之規劃、實驗與試辦			
成果項目		量化	單位 質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)
國內	學術性論文	期刊論文	2 篇 1. 蔡明璋、曾明性、吳慧卿* (2018)。台灣樂齡學習需求人口與樂齡學習中心資源配置差異分析：應用空間群聚與地理可近性方法評估。人口學刊，56，35-80。(TSSCI) 2. 曾明性、吳慧卿* (2019)。臺灣社區照顧關懷據點與需求人口之資源供需差異分析：應用空間群聚與地理可近性方法評估，調查研究—方法與應用。(TSSCI，已接受)
		研討會論文	1 1. 吳慧卿*、林志峰、曾明性 (2018)，區塊鏈與社區信任：在地老化之創新社會經濟營運模式初探，發表於2018年臺灣社會學年會暨國科會專題研究成果發表會，交通大學：新竹。(2018/12/25~2017/10/27)
		專書	0 本
		專書論文	0 章
		技術報告	0 篇
		其他	0 篇
		國外	學術性論文
研討會論文	0		
專書	0 本		
專書論文	0 章		
技術報告	0 篇		

		其他	0	篇	
參與計畫人力	本國籍	大專生	8	人次	1. 協助收集研究文獻與初步分析。 2. 協助田野調查與觀察之資料收集、輸入與初步分析。 3. 協助招募研究參與者，進行個案前測與後測。 4. 協助規劃社區健康實驗室團體活動方案。
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	0		
	非本國籍	大專生	0		
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	0		
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)					