

# 從社會投資觀點探討以社區為基礎之老人照顧模式

林蘭因、王潔媛

## 壹、前言

當我國邁入高齡社會及少子女化之際，尚有貧富不均及青年就業問題等公共治理議題，故服務推展需先確定社區的特徵標的人口群及地理特點。社會問題與人口結構具強烈關聯性、且互為影響，如全國每3.3戶就有1戶內有65歲以上老人（內政統計通報，2019）。亦因高齡社會攸關每個家庭，亟需整體性之規劃，方能因應高齡人口的生理、經濟、社會、文化及精神之多元需求，如何了解社區主流價值觀，識別社區內部結構，則會影響社區資源可用性，決定社會服務之型態。爰此，新興的社區課題連帶產生了在地的服務需求，建立社區服務網絡，以確保福利服務能落實於基層，以回應社會需求問題。

回顧臺北市65歲以上老年人口，在1992年時僅有7.25%，至2019年底已增加至18.07%（臺北市政府，2020）。除此，

北市平均餘命達83.36歲，老化指數更是六都最高其，中65歲以上人口數占比，也是六都第一，預估2021年北市將邁入「超高齡社會」，平均每5人就有1位老年人。對照於萬華區的人口，近年卻是呈現負成長之趨勢，2011年萬華區之人口數為204,024人，截至2019年底僅有187,076人，共減少16,948人。然而，在所有人口數中老人人口數已高達36,734人，增加至19.64%，說明萬華區為高齡社會福利需求迫切的社區。

萬華為臺北發源地，早期以服裝批發及果菜家禽市場為主要商業，後因產業更替，都市發展重心外移，使西區環境逐漸沒落，影響區民經濟生活。1990年捷運局設龍山寺站，交通發達又逢政府都市更新計畫，促使萬華區由傳統艫舥走入現代，區內生活機能活絡，商圈多元（西門町、成衣服飾商區）、豐沛物資（果菜、環南市場）、觀光事業（龍山寺等古蹟廟宇、宗祀、華西街夜市）、休閒場所（青年公

園、雁鴨公園、華中河濱公園）、教育資源（國小至高中）、專業社福資源（兒童、青少年、婦女、老人、身心障礙等專設機構）、醫療資源豐富（仁濟、和平、西園、臺大北護）、多元住宅型態（出租國宅、福民平宅、榮民公教宿舍、違建、一般住宅等），貫穿出萬華區居民的食、衣、住、行、娛樂、休閒日常生活風貌（林蘭因，2007）。

儘管萬華區逐漸展現都市現代風貌，仍存在傳統批發市場、觀光夜市，引來大批勞力人口聚集，特種行業的林立、遊民滯留，影響生活環境及居民之經濟生活。而萬華社區服務的標的人口群為家庭結構功能失調者，如低收入戶、單親兒童、中輟生、獨居老人、老夫少妻外籍配偶等人數持續攀升（黃也賢、陳貞如、黃琳惠，2013）。有鑑於此，各領域公私部門的社會服務相繼投入提供社會資源，「臺北市龍山老人服務暨日間照顧中心」（以下簡稱北市龍老）為臺北第一家公辦民營，本文探討在社區紮根的運作過程，北市龍老由「財團法人台北市立心慈善基金會」（以下簡稱立心基金會）自1996年承辦至今已有24年，見證萬華地區的變遷與發展，其深耕的經驗不僅具體呈現社會底層邊緣人口的樣貌及需求，亦真實地反映出以社區為基礎的老人照顧模式及所需要的價值、知識與技巧，並顯示臺灣邁入高齡社會所面對的劇烈變遷。

臺北市政府於1996年成立龍山、信義、中正等三所老人服務中心，1998年至2000年間陸續成立南港、士林、北投老人服務中心以及中正國宅銀髮族服務中心，逐漸增擴展文康休閒以外之多元功能。如於1998年發展以獨居老人為主軸的個案管理，因1997年老人福利法修正通過，對老人福利之相關服務措施均列入法令規範，自2002年以後發展以失能老人為主軸的個案管理。隨著2007年3月行政院頒佈「我國長期照顧十年計畫」，對失能者之社區照顧服務提出更具前瞻性之規劃。2008年以後建構社區照顧服務網絡，老人服務中心逐步從失能評估及照顧管理角色抽離後，加強老人服務中心社區資源管理的角色，朝向「多功能、綜合性及預防性」的全方位的社區整合式服務中心發展（師豫玲、鄭文惠、蘇英足、李宜衡，2009）。

因北市龍老為臺北市第一間公辦民營的老人服務中心，並開啟老人「使用者付費」的模式，主要服務內容為辦理健康長者的社會參與、獨居老人的個案管理、失能長者的照顧管理到社區照顧體系的建構，從非特定對象的文康休閒活動，到特定對象的個案服務、社區資源的整合、建立公私部門的協商體系與階層體系。在民間團體的良性競爭下發展新公共管理（NPM, New Public-Management），以提升行政效能，落實公私協力的分工模式，

並對個體有影響的系統如家庭、同儕、醫院及社區之持續介入，此變革發揮了對萬華區社區的影響力。本文將說明北市龍老如何因應人口快速老化及弱勢族群多元需求的運作經驗，並與社會投資觀點進行對話，以期在面對未來新的社會風險時，能為我國的老人照顧模式帶來的新的刺激。

## 貳、社會投資觀點 (social investment) 運用於老人照顧

社會投資主要在回應當代社會新的風險需求，重視公共政策如何促進個人、家庭和社會作準備以適應新的變革 (Vandenbroucke, Hemerijck, & Palier, 2011)。黃彥宜、陳昭榮 (2014) 指出，社會投資觀點重視活躍老化和人力資本的增進，強調公共政策的制度回應，以創造多樣社會安全措施與老人照顧體系。換言之，社會投資觀點強調處理生命不同階段所面臨的風險，即早介入預防是其重要思維。隨高齡社會中失智症者比例漸增，面對認知能力退化、自我表達受限的不可逆，在社會照顧及生理照顧上的需求會更高，高齡者如何獲得適切保護，在服務中保有彈性，維持其自主性更攸關老人的自尊與心理健康。同時，因失智症對家庭所造成之影響速度之快、人數之多，無論是醫療花費、後續的照護支出及所需的照顧人力都是挑

戰。如何能適切回應健康照護需求，對照顧者而言都需要支持性的友善社區，近年亦開始重視年輕型失智症者此少數族群。

社會投資不只是狹義地對年輕世代人力資本的投入，而是充權和支持在不同生命階段的人們。在中、高齡階段也可參與和具生產力，故社會投資強調健康老化和預防，以減少生理和心理健康惡化，並降低對長期照顧的需求。然而，要如何回應疾病所帶來的改變？有越來越多的失智症者，被診斷時仍在職場，尤其是對於年輕型失智症者所造成何種衝擊？Clemerson, Walsh & Isaac (2014) 的研究發現，包含：(1) 生命週期的破壞；(2) 身分認同；(3) 社會取向；(4) 無能為力。Clare (2003) 訪談12位年輕型失智症患者發現，對面臨的狀況感到困惑，對健忘症狀試圖掩飾，但又常掩飾不了。並感覺到恐懼、悲傷、喪失權威及有用的感覺，覺得自己成為別人的負擔。因此，失智症者繼續工作不僅是為了維持家庭生計，也與個人的價值感有關 (Harris & Keady, 2004)。如何能維持失智症者在社區的參與性，甚至能保有年輕型失智症者就業角色的持續性，亦有賴於社區的發展與接納。羅秀華 (2012) 則指出，社區發展結合增進社區的經濟活動，或是強調服務對象的優勢與充權的重要性，以有形的社會投資提升服務對象的能力，並促使他們參與社區生活與生產性經濟。

我國人口快速老化，面對的不單僅是生理過程，更是一種社會及文化轉化過程，在此脈絡下社區成為可以創造老人正向照顧文化及發揮介入的重要場域，在建構以社區為基礎的方案，同步發展具有支持性的居住社區（supportive residential community），藉由形塑居民集體的責任，及社會工作的專業角色發揮，透過對各種利害關係人發生的各種改變，作為提升老人生活品質的重要媒介。由此可知，社會投資的特徵包括：從舊風險到新風險、從現金福利到社會服務、由事後補救到事前預防（羅秀華，2012）。爰此，為達上述目標，北市龍老自1999年起即試以「外展」思維擴展社區照顧能量，將服務帶進獨居失能老人集居的「忠貞里中正國宅、新起里中華新村、雙園里榮民宿舍與糖廊里臺糖公園鄰近的愛愛院與華昌國宅」外展服務據點。以主動貼近長者生活的「下午茶」方式，深入各社區鼓勵長者就近參與保健服務與太極導引等學習活動。在為期四年多的外展服務方案過程，社工專業者有系統性的結合資源團隊，包括理教公所、國立臺北護理健康大學與關懷長青基金會、和平醫院、里辦公處與多個志願團體等社政及衛政跨專業單位，共同為社區獨居及失能長者服務。外展目的乃在於透過橫向連結，發展及形成正式及非正式的資源網絡，建構多元方案（林蘭因、羅秀華、王潔媛，2004）。

失能老人常輾轉於社區、醫院、機構之間，個案與家屬亦無力與社區正式資源連結，面對非正式資源、跨體系或跨專業組織之輸送體系間轉銜的失衡與阻力，更凸顯臺北市老人服務中心由下而上、系統性的推動架構與協調機制之關鍵服務角色，在以社區為基礎之前提下執行各項老人專業服務。復因老人之照顧整體發展要素涵蓋優質志工與專業人才培養、鏈結產業發展及建構友善社區諸多面向，涉及民政、衛政、警政、社政、勞政與企業團體之佈建，則需仰賴系統性思考與穩定而常態性之政策架構與協調機制，呼應了Jenson（2010）所指出社會投資具多面向（polysemic character）之概念，應與不同的政策領域結合之概念有共通之處。爰此，北市龍老除了提供失能長者健康資訊、文康活動，增進其社會參與及互動機會之外，持續引導及促發社區資源投入老人關懷活動，並納入「萬華區公所、里辦公處、艋舺服飾商圈、華西街觀光夜市、臺北市龍山寺地下街自治委員會、靈糧青銀共創館、天后宮、廣照宮、小德蘭堂、楊聖廟、艋舺龍山寺、臺北市政府文化局、臺北市鄉土教育中心、糖部文化園區、西門扶輪社」等單位參與並提供場地、店家邀約、導覽等服務。以能在社區層級，結合經濟參與和社會發展，增加地區經濟活動，在鄰里社區創造生產性就業，例如文化、觀光等多元社區產業

(community enterprise)。除此，整合社區資源和資產，增強社區能力，以區域性的市集、集合性產銷等方式帶動生活改善。

## 參、推動以社區為基礎之老人照顧模式的經驗

臺北市老人服務中心扮演社區及個人資源連結的平台，避免老人因疾病及意外之風險受到傷害，並能達到促進老人面對問題的意願及能力。因此，加強資源的管理將能有助於多元化的照顧網絡之持續發展。由此可知，無論是社會個案管理之實施、各項支持團體之開展，皆運用以「社區為基礎」之視角推展。持續依照社區動態需求不斷的連結與開發必要的照顧資源和機會，進行服務之倡導，與社區組織建立緊密的伙伴關係 (community partnerships)，進而能協助老人能在自我決定下，減輕處於弱勢或是被壓迫的情境。

檢視我國低收入戶人口之分布，臺北市截至2019年底之低收入戶共有20,906戶，其中又以萬華區共有3,866戶比例最高，低收入數為人口數為204,024人；其次為文山區的2,527戶，以松山區的741戶最低 (衛福部統計處，2019)。進一步分析萬華區全區計36里，萬華區之低收入戶之年齡分布，65歲以上者占了20%，究竟弱勢族群如老人及身障之經濟權益保障應

如何落實，或符合社會投資觀點的預防性觀點，在實務上亦常是被忽略的議題。同時早期移民潮和開放大陸探親，促成老人家的結婚潮而衍生老夫少妻之婚姻適應、生活與文化適應，還有萬華區的蝸居租屋低價金，吸引經濟弱勢老人入住，延伸獨老新住民的鄰里社交孤立及遷移適應障礙等社區議題，亦急需服務系統的介入，以調適家庭問題。在北市龍老即遇有母子疑有精神疾患及智能障礙之雙重老化案家，多筆財務有遭近親剝奪之疑慮，老人中心立即密集聯繫身心障礙的社工個管人員，並偕同專業律師合作辦案，協同工作長達二年時間，終於協助案家母子分別取得輔助宣告及監護宣告，確保其人身及財務安全權益。由此可知，老人照顧須建構跨領域、跨專業之協調和分工，以下分別說明各服務方案：

### 一、建構獨居長者之社區安全網絡

萬華區的生活物資及房租與其他各區相較更為低廉，故吸引較多弱勢獨居長者入住。2019年9月之列冊關懷之獨居老年人口數為1,115人，為全市之冠 (臺北市府社會局，2020)。老人受限於健康退化、行動障礙或對自身形象等主觀認知因素，多半留在社區內進行小範圍活動。臺北市108年12月之老人生活狀況調查顯示，大安區、中正區及萬華區三個行政區，80歲以上人口占比達該行政區

18.1%以上（林佳瑩、楊文山、徐慧娟，2019）。自1998年發生數起獨居老人死於家中多時才被發現之案例，凸顯獨居老人社區照顧資源的不足。爰此，臺北市政府社會局遂整合民政局、警察局、消防局、衛生局及榮服處等公部門共同投入獨居老人服務，連結各民間宗教、社會福利等慈善、公益團體以認養方式提供電話問安及關懷訪視（師豫玲、鄭文惠、蘇英足、李宜衡，2009）。由此可知，欲達到建構獨居長者之社區安全網絡之目的，在介入層次需要能協助老年人在自主權與安全之間達到平衡。其次，在推展服務之前，工作團隊需先分析及評估在社區內之照顧資源是否足以因應，才能落實及促進老年人獨立生活及維持最大化功能之目標。說明北市龍老在萬華開展了「在地化、長期性、接案窗口、個案管理角色」的組織屬性（林蘭因，2007），為能維護獨居長者的人身安全，隨著近年極端氣候變化，工作人員密集配合社會局啟動高溫酷暑、颱風地震、低溫關懷送暖，動員社工、志工及認養團體，密集啟動即時回報關懷機制。

老人服務中心發展「獨居長者社區安全網絡」，由社工人員評估獨居長者之失能程度（生活自理能力），連結所需之福利服務，如社區營養餐飲、日間照顧及居家服務、文康休閒活動、機構安置、老人保護、緊急救援系統及前往市立醫院就醫免掛號費之服務。若是生活無法

自理（重度失能）、獨自居住有安全之虞的長者，則由社工員協助申請機構安置服務，並依長者經濟狀況協助其申請相關之福利補助。分析獨老之服務成效，在危機個案的分級管理共有275案，有188案納入個案管理，分析危機個案問題以經濟因素占26%居多，由老人中心協助申辦低收；其次為子女遺棄、維護案主生命安全緊急安置、有長期物資等需求。由此可知，面對各項社會風險，社會工作透過教育、就業、休閒、政治、宗教等面向，結合居住、醫療、交通、社會福利等系統介入，持續進行子女協尋，提供待用餐券滿足需求，扮演支持個人與適切與他人互動，增進與社會融合（林蘭因，2018；陳怡仔，2019）。

## 二、建構跨專業、跨組織、跨領域之失智老人照顧模式

失智症者為終身性的障礙者，所需照顧或支持服務是多元的，指涉失智照顧需求之複雜性。萬華區為一人口高度老化之社區，獨居老人比例亦高於其他社區，社區屢出現疑似失智症又未確診之現象，加上家庭關係疏離的獨居者，老人中心首先即面臨社區的失智症照顧資源質與量不足之困境，導致後續介入之挑戰。爰此，服務目的在於延緩失智症長者病程退化，北市龍老透過社區宣導、社區篩檢、社會參與及健康促進等非藥物治療服務，降低罹

患失智症風險。並於2005年應老人福利推動聯盟的邀請，開始透過組織協力會議，服務對象為失智症輕、中、重度等不同病程階段變化，特邀集跨專業部門包括地區醫院專科醫師、護理、社工及健康服務中心的失智症業務窗口等跨專業團隊形成工作小組，共同彙編屬於萬華地區的「失智症社區資源地圖」，已能提供相關人員、家屬能即時便利查詢最新的服務資訊。同時，萬華區之相關老人照顧資源單位凝聚協力的團隊氛圍，建立由社區篩檢、通報、訪視、就醫診斷、社區個管服務的流程，透過資源分工協議提出「萬華區失智症早期介入資源網絡平台」之協力模式。

從老年失智症病家庭照顧者之照顧負荷研究可知，失智症者之家庭照顧者從未使用過正式服務，或使用之頻率相當低。蔡淑芬（2016）探討失智症家庭照顧者的服務資源使用現況，發現在服務資源使用上主要依受照顧者的失智程度、精神行為問題及照顧者本身就業狀態、社經背景、對服務使用的認知，而呈現多樣性。因此，自2013年起連續三年辦理「失智症早期介入服務方案」，並向衛福部申請公彩回饋金盈餘基金補助開辦失智長者家庭服務，內容包括：龍山瑞智學堂（懷舊、認知、音樂、藝術等團體）、家屬支持團體、家庭代間樂活團體、社區個案初篩、失智症社區宣導講座等多元服務內容回應失智症者及家庭照顧者之需求。

同時，為能增進失智友善公共識能，北市龍老結合老人福利推動聯盟於全國推動「失智症守護天使社區宣導」方案，並開辦戲劇性團體，取名為「海馬迴劇團」，特邀請家屬、志工、銀髮長者、民眾參與，每年舉辦二期免費演員培訓，迄今研發十篇以上的失智症情境劇本，劇團結訓後主動前往社區各團體及廟宇、教會進行宣導講座，增加公共識能。以具有在地特色接地氣之活潑方式拉近與居民互動，更是促進社會大眾了解失智症過程之重要媒介，至今演出已超過93場、3500餘人次。落實衛福部在2017年公布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0」，訂定七大策略和中、長程目標，提升「失智症確診率」。因失智症者常無法察覺身體的異常與不適，或因無法以語言具體表達，無論是在病程的變化及評估、個別化照顧的提供，更加仰賴第一線直接照顧者主動的介入，才能發現與確認失智症患者在日常生活中的變化性及照顧需求。故推動失智症早期診斷，不僅能達到早期治療目標外，更重要的是能在保有法律、外界環境與資訊的判斷辨識及判斷能力時，來安排自身的財產規劃、遺囑及身後事（王潔媛、鄧湘全、楊秀珍等，2017）。

北市龍老之社工為能落實失智照顧，皆踴躍參與台灣失智症協會舉辦的「瑞智學堂」種子師資培訓，學習失智症患者非藥物治療的團體工作，累積社區失智症服

務經驗，包括運用AD-8篩檢量表於社區老人據點推廣記憶守護站、擴充志工隊增設認知組志工於活動帶領與陪伴服務。2016年開始提供家屬相互支持關懷的成長互助團體等，2018年續申請臺北市政府社會局「獨居與失能長者服務—建構萬華區失智症服務網絡計畫」，運用團體工作及社區工作建立失智服務志工團隊，提供社區失智症服務諮詢及社區宣導、AD-8量表社區篩檢，建構以家庭為基礎的照顧模式，增加服務使用的可及性與可利用性。臺北龍老的社區工作團隊採取責任里制，因應社區據點的異質性，個別化之發展出老人自助團體、社區志願團體或社區鄰里組織等，建立有效的服務機制。

### 三、發展以社區融合為基礎的餐飲服務

社區為發現問題與需求、實踐服務的重要場域；在高齡化社會中，社區工作成為落實社區照顧服務的必要工作方法（王潔媛，2012）。台北市立心慈善基金會於1993年承接內政部委託執行「萬華區老人社區照顧實驗計畫」，進行社區失能老人全面訪查，目的在於了解社區長輩受限於營養概念、經濟考量及身體行動等因素而無法有穩定餐食，此未被滿足的需求為送餐服務埋下成長的種子。萬華人口為18萬餘人，有1,150位獨居長輩（臺北市政府社會局，2019）正式資源所支持的社區關懷據點、日間照護中心、慈善組織開辦的

食堂、社區關懷據點等共餐點，配合失能者與身障者的送餐需求近年持續增加，長期經營深耕在地服務後，在服務成效上臺北從十年前的60個增加到現在477個（臺北市政府社會局，2019）。促使臺北市社區工作會館協商立心做為臺北市協力合作推動部門，發起「社區協力結盟聯誼會」。在協力結盟中，台北市立心慈善基金會即倡導「送餐服務」議題滿足社區老人在晚餐、素食、或是因疾病需使用特殊餐食等個別化需求。加上在萬華老社區初期要推展「使用者付費」觀念頗具挑戰，面臨送餐服務申請者，經評估有送餐服務需求者，亦常面臨不願意支付餐費，或是無福利身分別而無法轉介至提供免費送餐服務部門的老人，皆透過社工人員訪視與經濟狀況評估確認是否需給予餐費的減免。然而，在發展過程中亦有老人習慣無償使用資源，在付費的觀念上仍然非常缺乏，需持續倡導及教育對社會資源的善用。

於2016年起開始朝向以「社區動員資源網絡」型態發展，萬華社區協力聯盟提出弱勢者的餐食議題，推出「讓呷飯成為愛心的起點」，以「蒐集統整各領域弱勢家庭需求量、募集善心人士認購代用券」的運作機制，透過協力聯盟平台，北市龍老之社工為經濟窘困的邊緣戶長者募集1,000張的待用券，讓經過評估的41位個案至友善店家使用餐食或購置日用品。台北市立心基金會初期提供送餐的對象為

65歲以上獨居、經濟弱勢者、身心障礙者，僅能服務特定對象，需考量經費預算限制及中心備餐的能量有限，在2010年初曾發生合作單位無預警將補助經費撤資而面臨斷炊的窘境，後因使用者付費及眾多小額捐款的支應得以度過難關（黃也賢、陳貞如、黃琳惠，2013）。然隨著送餐需求者持續增加，如何擴展合作的網絡勢在必行，故朝向統合鄰里組織策略發展由下而上的社區照顧工作，陸續結合身障資源中心、芒草心遊民服務協會，每月與店家聯繫，增加互動密度，定期參與待用餐券（suspended meal）協力會議，第一線社工人員就此開展社區融合的支持性環境。在服務成效上，現階段每個月提供的待用餐總份數約在300至400份之間。同時，送餐服務中的製餐，亦提供中高齡婦女就業機會開創事業的第二春，在12名中即有半數為新住民婦女及弱勢族群加入送餐行列，增加收入。在自立助人的前提下脫離弱勢的處境，亦能在高齡社會中培養有利社會參與的人力資本，符合社會投資所陳述之公共政策制度的回應，是在於創造多樣社會安全措施和老人照顧體系。

北市龍老為能回應社區福利邊緣個案長者、發掘社區衰弱、憂鬱、認知障礙的亞健康長者，主動申請聯合勸募補助—Love Link讓愛串門子（簡稱串門子方案）之實例，來說明提升臺北市萬華區長者健康、福利、心靈安老支持計畫，服務

對象著重於，綜融運用個管、團體、社區工作方法，發現有服務需求的特殊議題，能夠及時跨專業多元階段介入處遇，進行方案接軌，陪伴服務對象就近參與據點，回應萬華地區之在地需求。2018年研發漫漫道別系列課程，協同萬華健康服務中心志工、北市龍老長青講師培力課程，開始導入靈性工作的發展。

陳怡仔（2019）以發展性社會工作的角度分析，如何落實在人群服務之中，並指出社會投資的政策意涵目標不必然是直接補助或協助就業，也可培養有利社會參與的人力資本、社會資本和文化資本（林昭吟、劉宜君，2017），而方案不只是以個人為對象的發展帳戶或教育訓練，以社區為基礎的經濟參與機制提供了充權的可能，無論是年幼和年長的個人都可能因此能更融合於社會之中，減少人口變遷的危機，上述服務方案強調社會投資之生產性政策目標。結合聯勸讓愛串門子計畫辦理個研會議，針對邊緣戶個案遇到困境議題，盤點每個議題所串聯的資源，發揮協助功能，建構家庭、政府、社區的支持網絡。

## 肆、營造高齡社會之「友善社區」

隨著福利多元主義潮流以及非營利組織專業力量興起，社區資源網絡建構已是

我國福利服務政策或是公私部門服務輸送體系之重要運作機制。舉凡兒童、老人、身心障礙、婦女、青少年等社會福利領域多已建立非營利組織接受公辦民營或方案委託之立公私合作模式，而此模式因著九十年代政府倡導「社區照顧」與「福利社區化」乃至「社區營造」等重要議題。衛福部（2013）早於2013年即已提出「友善關懷老人服務方案第二期計畫」，明訂「建置友善環境，促進在地老化」為五大重點工作之一在此項措施中，維持老年經濟安全、創造老人無障礙友善居住環境、強化老人居住的社區功能及建構高風險老人保護網絡都列入施政重點，揭櫫我國老人政策已確立「在地老化」（Aging in place）的原則。

然而，由社區照顧支持網絡來看，長期照顧推動經驗由於為政府專業組織主導，較缺乏與地方社區資源連結，未見諸如志願服務人力、社區化活動方案、在地化的資源整合元素，對社區老人服務提供的可接受性、可近性或具影響（林蘭因，2007）。從臺北市老人服務中心的服務內涵可知，各式的服務取向所重視的是藉由結構的轉變，作為催化服務對象在過程中的成長與轉變，而非以單向、片面的方式來解決服務對象的問題。此取向強調社會投資、經濟發展、在地優勢能力、參與及自決，並經常以社區為工作場域（羅秀華譯，2012；Midgley & Livermore，

1997）。在老人中心的核心角色下，建構以社區為基礎的在地服務，因納入多元社區團體之自主參與，加深老人照顧的服務之融合性及從下而上之多元互助網絡。

## 伍、結語

社會投資觀點重視生命不同階段所面臨的風險，臺北市老人服務中心以跨專業服務方式落實早期介入與預防是之重要思維，支持各人口群在社區裡安居，持續累積擴展老人照顧之服務能量。Caplan（1964）提出心理危機概念，即個人面臨突然或重大生活事件時，個體既不能迴避，其先前處理危機的方式和慣常的支持系統又不足以應對，個體會出現心理失衡狀態，此心理失衡狀態即是心理危機。因此，如何在社區透過危機三級預防概念之運用，強化弱勢老人的社會支持網絡更顯必要。在初級預防中，強調良好社交及人際關係有助社區處理潛在性危機；次級預防則強調透過早期發現以預防案主受到進一步的危害，如關懷獨居長者之「志願服務通報網絡」及「送餐服務資源網絡」雖為服務性方案，卻同時也具備次級預防功能。最後，三級預防之目標在於減少因危機事件帶來案主及家屬的影響，隨著治理環境、條件與政策面皆面臨更嚴峻之挑戰，需有周延的處遇計畫。爰此，老人照

顧服務體系的主軸即為建構「專業服務資源網絡」，結合政府、民間專業福利部門共同推動正式服務，此頗能呼應新治理模式（NMGs, New Modes of Governance）的概念。

從本文討論可知，老人服務中心如何從協商的環境中持續因應社會變遷，以能創造更多元之思考框架，重視「預防」重於「治療」之觀點，建構並善用現有的社區資源，前提以能建立更為穩固的照護安全網，透過經濟機制、以社區為基礎、充權的工作關係等要件之結合，發展具體之老人實務工作。臺北老人服務中心隨著高齡社會的來臨，服務內容發展至今已涵蓋「危機個案管理、追蹤服務、中低收入老人照顧津貼評估、獨居長者列管服務、志工督導管理、老人保護聯繫會報、主動至社區里鄰宣導」等，由此可知，臺北市老人服務中心不僅扮演對健康長者達到預防性功能之角色，對於失能、失智長者及家屬亦有支持性功能。

本文從社會投資理論之分析到老人照顧之實踐經驗之回顧，可知臺北市老人中心近年服務對象已涵蓋自我照顧能力虧損、保護性個案、缺乏家庭支持、經濟邊緣戶、遺棄個案等多重問題的挑戰。社會投資觀點下的老人照顧著重的不只是失能長者的照顧，更重視長者的社會參與及活躍老化，增強人力資源發展，以增進社會

融合，彰顯社會投資著重於發展性的面向。此外，傳統社會政策的支出屬於消費性、補償性，對於因應未來的新風險，社會投資觀點強調將社會支出導向投資性，培植新生勞動力所需要的智能，社會投資國家在社會支出的原則應更注重預防性而非補償性。以社會投資眼光來看社區為基礎的老人照顧模式，萬華社區長期來在老人社工偕同公、私部門、商業、文化等社區組織，發展多元的身心靈性等方案，讓蝸居、高齡獨老、衰弱失能者減少久坐在家落入失能。未來，仍有賴於前線的社會工作者，扮演老人照顧的管理者、社區社會工作者及行動方案規劃者、服務諮詢者及充權者，實踐連續性照顧理念及資源動員的角色。方能持續累積社區的互動關係與資本，發展由下而上緊密的社區照顧網絡，共力創造萬華社區具備連結資源、組織跨界、多元方案、服務網絡的友善社區，運用社會資本協力解決高齡社會帶來的衝擊，避免弱勢老人能夠因此避免再次落入社會排除的風險，共同實踐社區照顧目標。

（本文作者：林蘭因為東海大學社會工作學系博士生；王潔媛為輔仁大學社工系助理教授）

**關鍵詞：**社會投資、社會發展性社會工作、社區照顧服務、以社區為基礎



- 蔡淑芬 (2016)。《誰來照顧失智症者？探討失智症家庭照顧者的服務資源使用》。國立臺灣大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 臺北市政府 (2020)。〈老人人口數統計〉，[https://dosw.gov.taipei/News\\_Content.aspx?n=27AAE5ED6FF97B25&s=F2845354E457EE98](https://dosw.gov.taipei/News_Content.aspx?n=27AAE5ED6FF97B25&s=F2845354E457EE98)。2020/2/10作者讀取。
- 臺北市政府社會局 (2017)。〈北市關懷獨老萬華區逾千人，大安區居次五百餘人〉，<http://ms-community.azurewebsites.net/%E5%8C%97%E5%B8%82%E9%97%9C%E6%87%B7%E7%8D%A8%E8%80%81%E8%90%AC%E8%8F%AF%E5%8D%80%E9%80%BE%E5%8D%83%E4%BA%BA-%E5%A4%A7%E5%AE%89%E5%8D%80%E5%B1%85%E6%AC%A15%E7%99%BE%E9%A4%98%E4%BA%BA/>。2020/2/10作者讀取。
- 臺北市政府社會局 (2019)。〈獨居老人照顧：10903列冊關懷獨居長者總人數〉，<https://dosw.gov.taipei/cp.aspx?n=E15926774D45D8A6&s=5EAFD8C22BBE834F>。2020/3/02作者讀取。
- 衛生福利部 (2013)。〈友善關懷老人服務方案第二期計畫 (核定本)〉，<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/List.aspx?nodeid=383>。2020/1/2作者讀取。
- 衛福部統計處 (2019)。〈低收入戶戶數及人數按鄉鎮市區別分〉，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2972-113.html>。2020/1/2作者讀取。
- 羅秀華 (2012)。〈將社會發展理念融入社會工作〉，《社區發展季刊》138。頁251-262。
- Caplan G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Clare, L. (2003). Managing threats to self: Awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 57(6), 1017-1029.
- Clemerson, G., Walsh, S. & Isaac, C. (2014). Towards living well with young onset dementia: An exploration of coping from the perspective of those diagnosed. *Dementia*, 13(4), 451-466.
- Harris, P. B., & Keady J. (2004). Living with early onset dementia. Exploring the experience and developing evidence-based guidelines for practice. *Alzheimer's Care Quarterly*, 5(2), 111-122.
- Jenson, J. (2010). Diffusing ideas for after neoliberalism: The social investment perspective in Europe and Latin America. *Global Social Policy*, 10(1), 59-84
- Vandenbroucke, F., A. Hemerijck, & Palier B. (2011). The EU Needs a Social Investment Pact. OSE Paper Series, Opinion paper No. 5. Retrived August 30, 2019, from [http://www.ose.be/files/OpinionPaper5\\_Vandenbroucke-Hemerijck-Palier\\_2011.pdf](http://www.ose.be/files/OpinionPaper5_Vandenbroucke-Hemerijck-Palier_2011.pdf).