

老人之社區性照顧

——兼介紹日本「寄合之家」

蔡啓源

前言

約自民國八十年左右開始，因老人人口比率之與日遽增，有關老人長期照護（Long-term care）之議題，遂隨之引起社會大眾之興趣與關切。在配合政府「福利社區化」之措施與口號下，襲自英國之社區照顧（Community care）遂成為政府老人福利執政部門、部分學者，及實務工作者所青睞，而速成風潮；其似乎已成爲解決我國老人長期照護問題之獨天良方（黃源協，二〇〇〇）。若仔細推敲社區照顧在英國執行之原委、成效、利弊，截至當前其仍僅算是居於執行成效正在累積之階段。在未能確定其正面性規畫及實施成效之前，實不宜貿然去鼓吹或率行；若再未洞察國情、人文、民風、習俗之差異，缺

乏掌握問題癥結之所在，一廂情願地去抄襲與模仿，確爲不適之舉（周月清，二〇〇〇）。整體而言，長期照護係爲老人生活方式（Way of life）之一，就內涵與性質而論應共可分爲三類：居家服務（Home-help service）、社區性照顧（Community-based care）及機構照顧（Institutional care）。其間之最大差別則在服務方式與地點（蔡啓源，二〇〇〇）。若以老人居住及接受服務之地點（Geographic location）來區分（Means & Smith, 1998）：老人願意入住長期照護機構後，所有之生活起居、活動地點就全以照護機構爲中心，是爲機構照顧及安養；當老人選擇居住在自己家中，所有之生活起居、活動地點全以自己住家爲中心時，則所需要之照顧服務就必需提供到家，是爲居家服務；但當所需接受之服

務無法提供到家，而老人又不必、不需、不要、不願入住長期照護機構時，則就必須定期離開住處，逕赴設置於鄰近社區或交通可便於抵達之機構，接受所需之連續性社會照顧服務（Social care services），此乃爲家外服務（Out-of-home services），被界定爲社區性照顧（Ozawa & Tseng, 1999; Fellin, 1993）。由於老人在使用社區性照顧服務是長期性、連續性質，而這些照顧機構又是老人可就個人需要而就選擇使用，可達到照顧老人並解決其家屬需要或問題之服務目標，因此被視爲是社區性照顧機構（Institutes of community-based care）。可見，社區性照顧是界處於長期照護機構與家庭間之「中途設施」（Mid-way facilities），可避免老人被提早送入長期照顧機構中收容（Bulmer, 1997; Tester

,1996; Garrick & Moore, 1979)：因此其一直是佔長期照護服務被選擇使用之比例大宗 (Garner, 1995)。

社區性照顧之考量

雖然老人之生活類型基本上分有：自立自助、依賴家族、及社會保障等三種 (福島善之助, 一九九〇)，但就老人之身心衰退程度而言，自認或自覺身體健康狀況尚佳者，通常會因自身不需也不必依賴他人，而會選擇參與社區性活動。凡日常生活中上有部份需要依賴他人協助或照顧者，則往往會受社區認同 (Community identification) 及住家地理位置之影響，而常選擇使用住處附近之社區性照顧服務 (Fellin, 1993)。所以，社區性照顧機構必需要掌握老人之身心機能及障礙程度，才可提供符合老人需求之照顧；也就是，除必需考量照顧地點之方便性，能將群性需要 (Needs for cohesiveness) 融入地區性社會生活 (Social life of locality) 中，並

兼顧生活品質 (Quality of life) 而規畫服務內涵 (井上英晴、賀戶一郎，一九九九)，才可全然顧及老人之人權保障、生活維持及個人尊嚴。就服務型態而言，舉凡：日間托老 (Day care)、喘息服務 (Respite service)、夜間托老 (Adult night care)、週末照顧 (Weekend care)、短期安置 (Short stay)、短期照顧 (Short-term care)，甚或是區域性之老人福利服務轉介諮詢、受虐老人短期收容之家 (Sheltered housing) 等非醫療性 (Non-medical) 服務類型，均是為社區性照顧之內容。在執行上，即是將老人分別集中於社區之不同處，接受不同型態之照顧服務。社區性照顧機構可視老人之需求狀況及營運成本估算而將服務運作內涵界定為：健康—重建、心理—社會支持、醫療—復健—護理等 (Gordon, 1995:75)。除強調注重個人自主權、社會參與、生活正常化之理念外，在設計或安排社區性照顧服務時則有幾項不容忽略之基本要項 (井上英晴、賀戶一郎，一九九九：九三一—一〇一；Coons &

Mace, 1996)：

1 時間安排：指如何安排在機構內接受服務之時間；其所要注意的是活動不要過於劇烈、冗長、無聊、呆板、單調，或重複性高，這才不至於不被老人接受。活動內容可安排有：休閒活動、學習訓練、復健治療、自由活動、團體活動等。

2 群體活動：指集體活動、社會生活之必需性，而非單是老人之個別冀求或專業意識之考量；即，提供共處、共樂、共同參與、一齊執行活動是必要的。活動內容可安排有：慶生會、各類團康活動、共用餐或用點心等，甚至可交由老人自行參與、設計、籌畫其等期待之活動節目。

3 戶外活動：顧名思「社區性照顧」之義，定是要具備社會性，因此服務提供時不必全在室內，視天氣、季節變化，老人身體狀況等，要讓老人多多接觸室外之風、陽光及綠，與外界人士接觸。活動內容可安排有：曬太陽、輕著散步、近處郊遊、戶外休閒、參觀活動等。

4 活動空間：老人既是長期活動於社

區性照顧機構中，為避免室內活動空間過度狹窄之限制，對機構內空間之設計、佈置、擺設、顏色選擇等，定要選擇適合老人之活動者；也就是空間之運用，要使人無狹隘、逼迫、不方便之心理感受。

5 環境氣氛：不論機構之設置地點、設施佈置、服務提供、老人個別需要之差異為何，照顧服務應被視為是居家生活之延長，故要注意共同參與、制度規律化、服務態度生活化、設備居家化，允許個人擁有適度自主性，如此才會使得老人覺得安逸、自在、無壓力，進而養成生活再造之能力。

6 服務素質：照顧服務品質之維持得體，端賴機構之硬體、軟體設備及環境因素相配合方得成體，而機構設施、經營理念、收費標準、工作人員素質與能力、老人及其家屬之配合度等均具有影響性；營運者定要堅持服務素質之一致性與連貫性。

日本「老人寄合之家」之介紹

社區性照顧機構雖被泛指為：設置於社區中，提供老人所需之固定性服務單位；但一般人之想法，通常是期待：規模大、場地寬敞、工作人員眾多，或附屬於醫院，或是財團法人、基金會所營運，或是為公、私立老人長期照顧機構等；對各地方早已有之老人活動中心（Senior center）則會少想去利用。的確，我國政府之作法一向較傾向於設立收容低收入老人為主之長期照顧機構；就實務效益而論，為照顧老人而廣設大型長期性機構既不濟急，且收容量有限，不符合經濟效益，已見之實施結果是：費用高、照顧品質低，罔視老人之生活自主性（Cox, 1993）。由於社區性照顧在功能上可依老人之生、心理狀況，失能、失智程度，各家庭之不同需要來運作，可自行區隔被照顧老人之來源，且規模不必大，故可輔補長期照顧機構營運之缺失與弊病。在日本已施行多年之

「老人寄合之家」（宅老所「寄り合い」）（Congregate home for elders）就可為日後我國在推動社區性照顧之仿範。根據井上英晴、賀戶一郎（一九九九）之界定，所謂「老人寄合之家」是指：設置於老人住宅鄰近地區，為封閉、獨立之生活範圍，其內設備安全，各項設施注意舒適性、活動機能多元性、運作規模制度化，具備家庭氣氛、合群生活、社會共生、相互支持之性質，是提供團體歸屬意識、社會整合之生活環境；也是具備通勤性質之照顧方式，宜開放由民間設立，為收費低廉之日間托老場所（有料老人ホーム）。

「寄合之家」主要是招收處境相似之老人，但也視情形招收小比例之心智能力稍低、癡呆狀況較不明顯、或身心微有障礙之老人，且收容人數之性別比例差別不會過於懸殊。由於對生活活動空間之要求不大，照顧人數只限在一〇至十三名；照顧時間為每週工作日之白天，通常是配合家屬之上班時間，原則上服務時間是九：〇〇至一九：〇〇，提供午、晚餐，上下午點

心，沐浴服務，午休時以四人一間房為原則；除非情況特殊，盡量由家屬負責接送。為考慮照顧品質、空間運用及縮減成本，通常工作人員只有兩位，其工作內容主要是直接照顧 (Direct care) 老人之衣、食、住、行、育、樂等日常生活動作，並在服務過程中兼施於有關健康、復健之訓練及指導。由於人事採精簡原則，所以有時生活內容、活動時間、起居佈置、飲食料理、洗滌掃除、購物會計、庭院整理等會由老人們自行就個別能力、負荷極限來互動交流、分工合作。相較於一般機構對老人之照顧，「寄合之家」並不冀期老人如傳統般只單向地接受「靜態照顧」；而是期待、要求老人要主動策畫、參與其所需要之照顧服務內容，此為「動態照顧」，即視老人們為工作伙伴，是團隊生活中之一員 (黑田輝政、井上千津子、加瀬裕子、黑川由紀子、古瀬徹，一九九六)。

在團居生活中，有兩種社會整合之運作方式交叉使用 (Fellin - 1993: 61-62)：(1) 內在整合 (Internal integration)：指參與在

「寄合之家」內之活動，有：閱讀、看電視、玩遊戲、作手工藝、相互交談等；及(2) 外在整合 (External integration)：指參與在「寄合之家」環境外舉辦之活動，有：逛街購物、戶外休閒活動、參觀博物館、看電影，與他所「寄合之家」聯誼等。「寄合之家」之收費標準僅以不虧損為考量，費用完全反應於人事成本、服務品質、照顧設施、活動內容、伙食需要上，絕不會受利潤考量而作擴展之舉。

「寄合之家」之室內空間至少需要三十坪，但也要求適當室外空間以利配合活動之舉辦。有些「寄合之家」業者，為顧及老人家屬之需要及為充分運用既有之設備及設施，也構想並實施另類之照顧服務，但均以短期性為主，如：「兩天一夜」照顧服務、週末照顧服務、臨時性照顧服務及緊急性照顧服務等。

目前在日本出現之「寄合之家」經營方式，至少有以下之類型 (安宅溫，一九九八)：

1 自宅型：以經營者之住家為照顧場

所，通常是由夫妻共同經營，並搭配有具備護理背景之看護人員共事；在東京都、福岡縣都可見到此類型之照顧設施。

2 民家型：租賃民宅經營之社區性照顧，經營方式或可如自宅型，或由婦女志願團體、曾任老人安養機構之職員、醫院護理人員來獨立經營；在福岡縣、千葉縣、福島縣、山形縣、梶木縣都可見到此類型之照顧設施。

3 新設型：為提供社區性照顧而特別興建之營運單位，在青森縣、島取縣、富山縣都可見到由醫院護理人員或志同道合之朋友共資興建，以提供此類型之照顧設施。

4 醫院設立型：醫院利用既有之空間、設施、人力等資源，在不影響原有之診療業務而另提供之社區性照顧服務；在愛媛縣就可見到此類型之照顧設施。

5 寺院設立型：佛教寺廟利用既有之空間、人力，予以整頓而提供之社區性照顧服務，照顧地點是在寺廟中；在富山縣就可見到此類型之照顧設施。

日本「老人寄合之家」設置之原衷是擬替代居家生活環境並提供取代性居家服務，透由各項常規性精神、心理、生理性服務，減除老人餘暇時間過多反而產生之生活狹隘、心靈孤單、社會孤立等問題（小笠原祐次，一九九八b）；不料現在卻被廣為接受，成為各地有規模地照顧老人之長期性服務模式之一。「寄合之家」除

盡力、敬業、分工合作地提供服務，真心地關懷老人並與其等相處。可見「寄合之家」全以老人之福祉為導向，綜合家庭照顧、日間托老、機構長期照護、老人之家（グループホーム）、居家服務等功能，不但兼顧家庭生活與社會生活，並注重晚年生活品質。

相關議題之討論

在日本各地所設置之「寄合之家」係以群體生活（Group life）及社會整合（Social integration）為主要之經營理念，其目的除響應其政府所提倡之「Socialized Care」（照顧社會化）觀念與作法外（Eto, 2001），更是要改善可見之老人生活狀況，以小組織方式機動地調整生活現場及以老人期待之家庭生活為服務之場所；可見其係兼含關切地方住民、地方意識、地方行動、住民關係總合之範例，也是使老人生活回歸主流（Mainstreaming）及生活正常化（Normalization）之作法。雖然

一般社區性照顧工作人員常因對工作內容及場所不滿意而有高離職率（Kiyak, Namazi, & Kahana, 1997），但與美國護理之家工作人員相比較，日本「寄合之家」工作人員對工作之滿意度卻較高（井上英晴、賀戶一郎，一九九九；山井和則，一九九六）。在實質上，「寄合之家」已可被視為是銀髮族企業（シルバー産業）之一環，故應多要求的是服務是否適合老人，不必太限制其要就範於非營利組織（Non-profit organizations, NPO）或非政府性組織（Non-governmental organizations, NGO）所諱諱之經營、販賣老人專用品、復健器具、行動協助力具、日常生活必需品等所追求之利潤及盈餘等營運策略；反之，若能以確認制度（Verifying system）來查核營運狀況之優良、合適與否，再公諸由大眾來決定其會否被淘汰，才是為務實之舉（川名佐貴子，一九九八）。在具體提供照顧服務之餘，各社區性照顧機構應意識到本身亦肩負著分攤經營老人福利服務地域系統之共榮責任；小松崎誠（一九

九八：二六四）就認為這些責任應至少包括：(1)收集、提供照顧老人之相關資料或資訊；(2)提供資料解說、諮詢之會談服務；(3)訂定針對早期痴呆老人之預防、應對服務措施；(4)充實機構之設備及服務能力，以便照顧、治療地域之痴呆老人；(5)盡力收集有關痴呆老人之醫療、復健、福利、民生等研究資料，以備業務不時之需；(6)隨時、積極、主動去倡導痴呆老人之各類生活權益等。日本雖對老人提供各類之照顧服務項目，但不變之基本意念與宗旨是：不論老人之依賴、失能、疾病、老衰、障礙程度為何，除非情況不允許，否則社區性照顧之最終目標是要老人再回歸原本之家庭環境，由家屬擔負應盡之照料責任。故而，在實行社區性照顧服務時得講求：老人殘存、自立能力之開發，訓練可能之自我實現，指導家屬學習老人照顧之知識、技術及技巧，要求家屬積極擔負照顧責任，活用家庭外之社會資源，整頓、營造家庭生活之設備條件及環境氣氛等。機構針對老人所提供之照顧訓練，是

便於在老人返家後，家屬能提供便己、利己、利老人之貼切照顧（安宅溫，一九九八：牧里每治，一九九八）。

近年來，由民間非營利單位主導並配合社會需要與問題發展而經營之社會福利服務事業，已蔚成為民間社會福利之局勢（市川一宏，一九九八：六六）；其所呈現之特質是：具備財政與管理之理念、服務規模、作法具多元性及調整彈性，為社會大眾廣所認同。既然與公部門單位（Public sector）相比較之下，私立性組織之設施及經營方針更為貼近案主群之所需，則將社區性照顧交由地方上非營利單位來配合政策執行，自當更適人、適事、適時，易於竟功。所以，社區性照顧服務制度之建構，並不宜全由老人之權利（Right）為著眼點，而得根據要解決之實際需要而訂定（McDonald, 1999）：如此不但可杜避老人長期照護機構數量不足之窘困，又可解決長期照護機構看護人員不足之困擾，更可提供老人選擇生活環境之自由，進而可完全規避機構中雜居生活之不便。也就

是，此種作法不只可減輕老人進住長期照護機構之經濟負擔，更能符合有經濟能力之老人對自己所使用之服務部分負擔費用之公平原則；如此則成為公立照護機構設立後，維護費、事務費、人事費等之遞增，圖添政府財務負擔所肇致之缺乏成本效益（Cost effect）之替代法門（井上英晴、賀戶一郎，一九九九）。只是，社區性照顧之推動需以地域照顧（Local care）及社區福利化（Community welfareization）之角度著手，則地方上所有需要被照顧之老人們才可成為被服務之當然對象（蔡啓源，一九九九：牧里每治，一九九八）。Eto（1999）、山井和則（一九九六：一二七—一二六）及Cox（一九九三）均認為：當前之老人長期照護實務太過偏愛低收入老人人口群，非低收入老人們往往受限於經濟條件之規定，無（欠）管道接受既存之長期照護服務；那，推展部分負擔（有料／收費）之老人照顧服務則成現實之需。由於社區性照顧講求對個人（Personal）、個別（Individual）、面對面

(Face-to-face) 之服務性質，其能否持續恆久，往往牽涉營運收入會否匱乏或虧損；因此在規劃時若能斟酌老人之經濟能力、使用頻率 (Frequency)、使用時數 (Duration)、障礙程度 (Degree of impairment) 及營運成本負擔，規定非低收入之老人繳交固定比例之照顧費用，便為合理。

近年來國內實務工作者每當論及長期照護工作時，定會表示是採用由個案管理 (Case management) 所引伸之照顧管理 (Care management) 工作模式與技巧，並強調訂有標準化之工作流程可供依據；只是，其所強調之工作內涵與流程步驟中，卻往往不能顯示是如何在進行「個案管理」或「照顧管理」服務。「個案管理」充其量只是眾多社會個案工作模式之一，並非是針對老人服務所設計；若全以該工作模式所規範者來服務案主，不但耗時、費力，服務量也會受牽制而無法顯示出工作效益。最甚者莫過於：當社會資源不足或非為所需者，此工作模式也無法提供有利

或有益於案主之服務；這些問題與障礙，早在一九七〇年代即已呈現於美國社會工作實務界。若此工作模式之服務效果真能如國內實務界所期待，則就結果效益 (Outcome effect) 角度而言，恐也僅能淪為費用管理 (Cost management) 之工具而已 (仲村優一，二〇〇〇)。故而，若能於各地區設置老人長期照護支援中心 (Long-term care supporting center)，由社工人員掌握地方相關資源，再依老人所需去統籌、分派、予以運用；則除可提供直接照顧外，更能扮演激發、提昇老人生活權能 (Empowerment) 之輔助角色，以改善老人過往在使用社區資源時之受限、受制、被拒絕、被排擠、被歧視、被剝奪之劣境 (趙善如、趙仁愛合譯，二〇〇一；Beresford & Trevillion, 1995; Hughes, 1995; Payne, 1995)。其實，社區性照顧若能機動地搭配如：短期性服務 (Short-term service) 方法或任務中心服務 (Task-centered service) 技巧，則不論是鼓勵各地多設立如「寄合之家」類型之社區性照

顧單位，或是由各中心相互支援照顧人力與服務資訊，均可彰顯出服務與經濟效益來 (McDonald, 1999)。

為求老人長期照護業務之內涵能落實於實際需求上，我國倘能立基於社會與福利資源公平分配、全民共享之平等原則，通過法令、實施長期照護保險制度 (Long-term care insurance institution)，將過去之選擇性 (Selective) 協助改擴展為全面性 (Universal) 措施，將社區性照顧納入保險給付之範圍，則將更有利於老人接收安全性、保障性、專業性之長期照護服務 (蔡啓源，二〇〇一；Eio, 2001)。尤其，女性老人一般較男性老人之平均餘命長，會有較長時間受慢性疾病或身心障礙之折磨；長期照護若能以全民保險之方式實施，對其等之晚年生活品質定會有改善與保障。另，政府若能鼓勵老人及家屬多多使用社區性照顧，對付費之非低收入者有減免賦稅 (Tax deduction) 或免課稅基準額之優惠，自更能強化社區性照顧之功能與運用效益。不過這仍需經由訂定法令↓建立制

度→專業服務等必行之步驟，再由政府由上而下（Top-down）之監督管控與民間由下而上（Bottom-up）之配合執行，輔以成果研究（Outcome research）來斧正執行效益，始能成器（Means & Smith, 1998:13; Bjaras, 1991）。由於長期照護是生活固定參與（Daily participation）之行爲模式，因此在制訂法令時，要注意應把老人當成是天賦必需接受照顧之國民（Citizen）看待，而非爲消費者（Consumer）或顧客（Customer）之身份。消費者或顧客純指向商業消費、市場營利之買賣關係與理念，此不論在觀念或作法上，與社會福利所強調之人權（Human right）主張及使用者—照顧者（User-Carer）間之連續性案主關係（Client relationship），是絕然迥異的（Beresford & Trevillion, 1995:5-6; Payne, 1995: 179-182）。

老人如何運用社區性照顧，固然會因其等之健康狀況、障礙程度、日常活動狀況、精神及心理狀況、家庭狀況、經濟能力狀況、居住狀況等之不同而有差異，但

更重要的是照顧環境在提供生命維繫、生活照顧、情緒安定、復健治療、健康維持、獨立自主等服務之餘，仍要注意維持老人生活充實之實質感受，要避免減少老人社會支持、人際交往、社會互動之機會，而致社會孤立（Social isolation）（小笠原祐次，一九九八；Means & Smith, 1998; Fellin, 1993）。換言之，老人之生活權益、自主權、選擇權及隱私權等，切莫因生活在群居制度中，而被無形地剝奪（Doyal, 1997; Torrington, 1996）；只要有規劃、有制度、有系統之照顧服務，再加上有專人引導，相信老人必會用之如飴（Ozawa & Tseng, 1999）。所以，能將照顧理念融於業務執行及硬體設計當中，才是設備完善之社區性照顧；即，將照顧場所之內在環境與外面世界間做全然之結合，以利老人不會與社會脫節，而照顧人員更有義務主動建議、提供適合老人參與之活動及資訊（Coons & Mace, 1996）。可見，社區性照顧能否營運得當，全賴是否充分運作下列三項必要條件：(1)「人」：

指工作人員及其素質，但亦包括人員配置比例及數量、職務分配、職責指示明確度，工作人員之盡心程度等；(2)「物」：指機構設置地點、建築構造、內部設備、空間設計、設施配置及使用等，但更強調其對火、水、震災之防範性、使用時之方便性、安全性、及適當性等；(3)「金」：指日常營運之措施費用，但其更包括收費制度、募求財源、經費運用及開銷（如：建築、維修、採購設備）等（奧川幸子、片岡玲子、小林博，一九九七：一〇九—一一一）。

嚴格說來，各界對社區性照顧之定義仍存在著不同之見解，例如：每週有五天在機構接受照顧，週末回家與家人團聚，是機構照顧或社區性照顧？長期照護機構之住民，偶爾或定期參與鄰近社區之活動，或定期赴別家照顧機構接受協助，是屬於機構照顧或社區性照顧？因此 Means & Smith (1998:175) 及 Higgins (1989:5) 就建議：以老人之住處（Residence）來決定或劃分會較單純化；只要是所接受之照顧

服務地點不是在自家 (At home) 或安養之處 (In "a home") 之內，而是由住處赴他處接受照顧服務，就應算是社區性照顧。就老人之需要而論，社區性照顧理應包含社會照顧 (Social care) 與醫療照護 (Medical care) 才算完整；也就是將兩者合併 (Collaborate) 為社區性照顧之主體服務內涵，早已是專業之基本要求與訴求 (Groves, 1997; Lewis & Glennerster, 1996)。

只是，醫療照護內容可易由政府相關部門設置執行標準，負責監控並督導其實施品質；社會照顧則往往會受各地方實際狀況之差異，而在內容上會時有變動而較難以掌控 (Tester, 1996)。目前人群服務 (Human service) 之服務內涵，已隨時代轉承及社會變遷而認定各地方政府應依據實際狀況來自行調整業務內容 (Schneider & Netting, 1999)；即，地方要確實去掌握其地方特性，而不是一味去符合「全國一致性」之要求。為求監控 (Monitoring) 照顧服務有否達成品質保證 (Quality assurance) 及確認 (Verifying) 其有否達

到預定標準之品質控制 (Quality control) - Tester (1996:7-8) 提供四項必要之具體要求，以確定社區性照顧服務具備得當之基本結構：(1) 老人可接受何些照顧服務？(2) 機構提供照顧服務之環境條件為何？(3) 由誰來提供照顧服務？(4) 照顧費用由誰負擔？

結語

就老人自身之身心條件而言，生理層面衰退會牽引心理層面衰退，而終至社會層面之全面衰退；就老人服務專業之標準及要求而言，社會層面之退縮會牽引心理層面衰退，而終至生理層面之全面衰退 (井上千津子、田村智惠子、太田修平，二〇〇〇)；此三層面之交集，當為社區性照顧之服務焦點 (Focus)。社區性照顧之目的不外是依老人之個別狀況、自主自決之能力，去提供所需之照顧服務內容，冀求老人晚年生活內涵充實；此乃注重及尊重老人基本權益之表徵，但其能否達成服

務之策略性目標 (Targeted objectives)，則又全取決於老人是否有能力或可藉外力之協助去適當使用。不同之研究就會一致指出：行動不便之老人較傾向於接受居家服務，行動較方便之老人則較傾向於接受社區性照顧；除非是高教育程度或非獨居者有能力去自覓正式性支持資源之協助，若非正式支持資源 (Informal support resources) (指：家庭、親屬、鄰里、朋友等) 就能提供足夠之支持或協助，則老人自會少去使用社區性照顧服務 (Ozawa & Tseng, 1999; Bass & Noelker, 1987)。就如川名佐貴子 (1998) 所說：社區性照顧服務之設計，應以使用者 (包括老人、家屬等) 之自立自援為本位考量，注重普及性、強調地域性、提供綜合性及多樣性服務，方為具體之實踐目標；可見要推動社區性照顧仍需以老人所居住之社區環境 (Community environment) 為依歸。McCallum (1999) 就說：只要社區性照顧能針對一般性與個別性需求作服務兼顧，老人在接受照顧後若生活有所改善，就表

示服務已然見效。當然，社區性照顧因涉及長期性質，經費應由社會照護保險制度支應，作業方式當講求單一化、一體化、簡單化，才能真造福老人，進而提昇其等之生活水準。只是，社區性照顧也得兼容、善待居住在離島、山地或偏遠地區之老人；這些地區之老人一直不能有平等機會享受必要之對待。對這群不受眷顧、老被遺忘、疏忽之老人們，政府與各方人士難道不應多費心思、多給關心嗎？

（本文作者現任東海大學社工系教授）

◎參考資料

- 周月清（二〇〇〇）英國社區照顧：緣起與爭議 台北 五南
- 黃源協（二〇〇〇）社區照顧：台灣與英國經驗的檢視 台北 揚智
- 趙善如、趙仁愛合譯（二〇〇一）老人社會工作：權能激發取向 台北 揚智
- 蔡啓源（一九九九）地域福祉：「福利社區化」之日本風貌 社區發展 八五 二一四—二二五
- 蔡啓源（二〇〇〇）老人居家服務之探討

社區發展 九二—二五二—二六八

蔡啓源（二〇〇一）老人居家服務之檢析 社區發展 九五

山井和則（一九九六）住んでみた高齢社會（八刷）京都 ミネルヴァ書房

川名佐貴子（一九九八）序章 福祉行政とシルバービジネス シニアライフプロジェクト（編）高齢者の暮らしを支える

ルバービジネス（頁一—二四）京都 ミネルヴァ書房

小松崎誠（一九九八）終章 介護ベッド—自立した生活への第一歩。シニアライフプロジェクト（編）高齢者の暮らしを支えるシルバービジネス（頁二二—三八）京都 ミネルヴァ書房

小笠原祐次（一九九八）第七章 老人ホームの體系・制度と處遇の課題 小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）（頁八八—一一四）京都 ミネルヴァ書房

小笠原祐次（一九九八）第八章：社會參與・生活 ガイ活動への援助と

課題。小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）（頁一一五—一二六）京都：ミネルヴァ書房

井上千津子、田村智恵子、太田修平（二〇〇〇）介護の場。一番ヶ瀬康子、井上千津子、鎌田ケイ子、日浦美智江合編介護概論（十三刷）（頁七二—一一三）京都 ミネルヴァ書房

井上英晴、賀戸一郎（一九九九）宅老所「より あい」の挑戦：住みなれた街のもうひとつの家（三刷）京都：ミネルヴァ書房

市川一宏（一九九八）第五章 老人福祉サービスと體系と行財政 小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）（頁五九—七〇）京都：ミネルヴァ書房

安宅温（一九九八）住んでみた老人ホーム。京都：ミネルヴァ書房

仲村優一（二〇〇〇）「身心障礙者照顧服務體系學術研討會」實錄（頁九—一九二）台中 東海大學社會工作系

牧里每治（一九九八）第六章 在宅福祉サ

月二十年十九國民華中

-199-

期六十九第刊季展發區社

- ービスの内容 小笠原祐次主編 老人福祉論(初版六刷)(頁七一―八七) 京都:シネルヴァ書房
- 黒田輝政、井上千津子、加瀬裕子、黒川由紀子、古瀬徹(一九九六)高齢者ケアはチームで:チームアプローチのつくり方・進め方(二刷)京都:シネルヴァ書房
- 奥川幸子、片岡玲子、小林博(一九九七)老人福祉論(第二版)東京 誠信書房
- 福島善之助(一九九〇)入居者―カラムた有料老人ホーム選び方・住み方(三刷)京都:シネルヴァ書房
- Bass, D. M., & Noelker, L. S. (1987). The influence of family caregivers on elders use of In-home services: An expanded conceptual framework. *Journal of Health and Social Behavior*, 28 (June), 184—196.
- Beresford, P., & Trevillion, S. (1995). Developing skills for community care: A collaborative approach. Brookfield, VT: Ashgate Publishing Company.
- Bjaras, G. (1991). Can a community development model be used for health programmes in an industrialized country? *International Journal of Health Planning and Management*, 6(3), 209-219.
- Bulmer, M. (1997). The social basis of community care. In J. Bornat, J. Johnson, C. Pereira, D. Pilgrim, & F. Williams (Eds.), *Community care: A reader* (2nd ed.) (pp. 45-51). London: Macmillan.
- Coons, D. H., & Mace, N. L. (1996). Quality of life in long-term care. New York: The Haworth Press.
- Cox, D. M. (1993). The emergence of community-based options in U.S. long-term care policy. Doctoral dissertation, University of Maryland at Baltimore, Baltimore county.
- Doyal, L. (1997). Human need and the moral right to optimal community care. In J. Bornat, J. Johnson, C. Pereira, D. Pilgrim, & F. Williams (Eds.), *Community care: A reader* (2nd ed.) (pp. 185-195). London: Macmillan.
- Eto, M. (2001). Public involvement in social policy reform: Seen from the perspective of Japan's elderly-care insurance scheme. *Journal of Social Policy*, 30(1), 17-36.
- Fellin, P. (1993). Reformulation of the context of community based care. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 20(2), 57-67.
- Ganeri, J. D. (1995). Long-term care. In R. L. Edwards (editor-in-chief), *Encyclopedia of social work* (19th ed.) (pp. 1625-1634). Washington, DC: National Association of Social

- Workers.
- Garrick, M. A., & Moore, W. L. (1979). Uniform assessments and standards of social and health care services. *The Social Work Review*, 53(3), 343-357.
- Gordon, N. (1995). Adult day care. In R. L. Edwards (editor-in-chief), *Encyclopedia of social work* (199d.) (pp. 74-82). Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Groves, E. (1997). Adult care. In D. Skidmore (Ed.), *Community care: Initial training and beyond* (pp. 133-142). London: Arnold.
- Higgins, J. (1989). Defining community care: Realities and myths. *Social Policy and Administration*, 23(1), 3-15.
- Hughes, B. (1995). Older people and community care: Critical theory and practice. Bristol, PA: Open University Press.
- Kiyak, H. A., Namazi, K. H., & Kahana, E. F. (1997). Job commitment and turnover among women working in facilities serving older persons. *Research on Aging*, 19(2), 223-246.
- Lewis, J., & Glennerster, H. (1996). Implementing the new community care. Philadelphia: Open University Press.
- McCallum, J. (1999). Policy implications of Australian ageing: The greying of a young society. *Journal of Sociology and Social Welfare*, XXVI(1), 87-106.
- McDonald, A. (1999). Understanding community care: A guide for social workers. London: Macmillan.
- Means, R., & Smith, R. (1998). *Community care: Policy and practice* (2nd ed.). London: Macmillan.
- Ozawa, M. N., & Tseng, H. Y. (1999). Utilization of formal services during the 10 years after retirement. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(1/2), 3-20.
- Payne, M. (1995). *Social work and community care*. London: Macmillan.
- Schneider, R. L., & Netting, F. E. (1999). Influencing social policy in a time of devolution: Upholding social work's great tradition. *Social Work*, 44(4), 349-357.
- Tester, S. (1996). Community care for older people: A comparative perspective. London: Macmillan.
- Torrington, J. (1996). *Care home for older people*. New York: E & FN SPON.