

# 西方日間照顧的歷史與重要議題

王增勇

## 壹、前言

因應人口高齡化所導致的長期照顧需求，近二十年來世界各國政府多以社區照顧的模式取代純粹的機構安置模式；結合家庭、鄰里強化整體社會網絡，提供老人整合性及延續性的人性化照顧。老人社區照顧中以「居家照顧」及「日間照顧」為兩大主要環節，兩者都是針對居住在社區乏人照顧的老人；不同的是，「居家照顧服務」是派人到老人家中提供服務，「日間照顧服務」則是將老人集中到機構內，一起提供服務。台灣推行居家照顧服務的歷史較日間照顧悠久，運作模式已具初步規模且穩定成長。日間照顧服

務雖起步較晚，但近年來已成爲老人社區照顧政策之發展重點。不過由於目前提供服務以及即將提供服務之機構性質不一，造成現有老人日間照顧服務之內容、對象、及收費標準等，有極大的歧異（王增勇，一九九七）。爲了在目前日間照顧發展初期，釐清老人日間照顧服務在未來社區照顧網絡之功能與發展方向的討論，本文將透過文獻回顧法，整理分析西方日間照顧的發展歷史並呈現成人日間照顧文獻中所曾探討之基本議題，進而討論台灣成人日間照顧的現況。值得注意的，文獻內容雖豐富但以美國經驗爲多，且其討論應在美國社會福利發展的政治經濟背景理解，不應一味移植到台灣的經驗上。

## 貳、日間照顧的歷史發展

成人日間照顧的概念源於一九四二年蘇俄首創的精神病患日間照顧方案（Pavlov, 1983），台北市立療養院現有的「日間留院」即源於此。這些日間留院方案的目的是要使精神病患出院後，在持續接受門診治療及藥物控制下，協助病人提早出院，增加有限的急性病床的使用效率。在當時相信「專業萬能」的氛圍下，此服務方案的結果卻意外地發現，有些病人在這種社區型日間方案中復元的比在醫院接受治療的更快，似乎顯示社區型服務的「正常」環境對病人有「治療

」的效果，因而開啓了對日間照顧的興趣。由發展精神病患日間照顧的 Menninger

精神病患的日間照顧在一九四五至一九四九年間開始在美國發展，如波士頓的 Adams House，肯薩斯州的 Menninger Clinic，以及耶魯大學精神科醫院 (Kelly & Webb, 1989)。英國很快地就將日間照顧的概念推廣

到殘障成人方面，而其中有很多是老人 (O'Brien, 1982)。被英美人士稱為「日間照顧之父」的寇辛博士 (Dr. Lionel Cosin)，於一九五〇年在英國開始了第一所老人日間醫院，其中護理與職能治療是服務主幹。之後的發展使老人日間醫院成爲英國醫療系統的一環。其目的在於減少病人的住院，也做爲住院前的評估觀察 (Kelly & Webb, 1989)。

寇辛博士才首次將其在英國的老人日間醫院模式移植到北卡 (Cherry State Hospital (Padula, 1983; Kelly & Webb, 1989))。值得注意的是，成人日間照顧 (Adult Day Care) 在英國與美國體系的用法及意義是有所不同的，其差別正反應了日間照顧在兩國的不同發展歷史背景，一如語言社會學對語言的社會性格所作的詮釋，認爲語言就像歷史的活化石，每一時段歷史都會創造新的語言並留下痕跡。在英國，日間照顧在醫院首先發展而成爲「日間醫院」(Day Hospital)，其定位是急性醫療體系的延伸，目的在於縮短病人住院日。成人日間照顧 (Adult Day Care) 則是指日後在強調社區照顧時，在社政體制支援下發展的服務。但在美國，成人日間照顧一詞則同時包含衛政的醫療型模式及社政的社會型模式兩種而未加以區分。

因此日間照顧的概念不僅限於精神病患與老人，成人智障或肢障福利也多有運用，只是在殘障福利方面的運用上，其職能復健的成分較高，有別於老人日間照顧對社交或生活照顧的強調。

至於美國第一所老人日間照顧中心的歷史，有兩種說法。一種說法是，一九四七年

做爲大英國協一份子的加拿大，其制度延用英國，將日間醫院與成人日間照顧分屬衛政及社政兩個不同領域，因此成人日間照顧在加拿大即爲美國的社會型日間照顧 (Social Adult Day Care) 而日間醫院則是美國的醫療型日間照顧。(見表二) 加拿大安大略省第一所成人日間照顧中心是一九五九年在多倫多的 Bayerest 中心，專門以猶太社區爲對象的老人服務機構 (Ontario Ministry of Health, 1995)。

表二 美國、英國及加拿大的日間照顧名詞定義

	復健爲主之方案名稱	社交與照顧爲主之方案名稱
美國	醫療型日間照顧 (Medical Adult Day Care)	社會型日間照顧 (Social Adult Day Care)
英國及加拿大	日間醫院 (Day Hospital)	成人日間照顧 (Adult Day Care)

美國和加拿大的老人日間照顧中心在一九八〇年代急速地發展。在一九七三年美國的日間照顧只有十五所 (Robins, 1981)，一九八七年有三百所，到一九八〇年有六一八所 (Department of Health, Education, and Welfare, 1980)，到了一九八六年全美共有一千四百多所日間照顧 (Von Behren, 1986)。同年平均每日服務量是一四、七四八人，且共有二七、一七六人登記接受服務，登記服務人數是一九八〇年的兩倍 (Crossman, 1987)。同期間，加拿大安大略省的成人日間照顧則從一九八〇年的十所增加到一九九〇年的二二五所，也呈現出倍增的情況。

Weiler和Rathbone-McCuan (1978)認為成人日間照顧在六〇及七〇年代的低度發展，主要原因是一九六五年美國醫療救助保險 (Medicaid) 和老人醫療保險 (Medicare) 的補助政策鼓勵老人機構安置所致。醫療救助保險及老人醫療保險係美國對老人及低收入戶提供的健康保險，對醫療市場有舉足輕

重的影響，由於其以給付護理之家的方式來紓解慢性病人治用急性病床的措施，導致大批慢性病人，多數是老人，進住護理之家；而同樣可以協助老人出院回歸社區的日間照顧服務，由於未受到保險給付，因而無法發展。直到護理之家的費用隨著老年人口的增加成為美國健康保險沈重的財政負擔時，美國才開始尋找替代方案，強調社區照顧的發展。

直到一九七三年美國修正社會安全法案第二十款 (Social Security Act Title XX) 及美國老人福利法第二款 (Older Americans Act Title III)，開始提供經費發展社區服務及居家服務，以降低老人不當的機構安置 (Blum & Minkler, 1980)。然而對美國日間照顧發展最有助力的是一九八一年的 Omnibus Budget Reconciliation Act，該法案修正醫療救助保險規定 (Medicaid)，只要州政府提出替代機構安置的社區照顧服務方案，就可獲得醫療救助保險的補助，這項規定又稱「醫療救助保險居家與社區照顧替代方案

」 (Medicaid Home and Community Care Waiver Program)。州政府要說明預定提供的非機構式照顧，以及評估老人進住機構風險的篩選程序，以確保該方案真的「可以取代」機構安置的使用。Krieger, Weissert 及Cohen (1982) 評估此替代方案對社區照顧的影響時發現，三十七個州向醫療救助保險申請補助的州裡，有二十三個州 (六二%) 將日間照顧列入替代服務項目之中，僅次於個案管理 (引自Harder等, 1986)。由於有了保險的補助，各州發展日間照顧的意願大為提高，因而鼓勵了八〇年代美國日間照顧的成長。

不過值得注意的是，美國政府對日間照顧的支持是基於其取代護理之家的成本效益，並非基於其改善老人或照顧者的生活品質，因而美國日間照顧的評估研究多著重於日間照顧的替代效應。(日間照顧的評估研究將於下節討論) 另外值得注意的是，美國政府補助並沒有一致的日間照顧政策，也並不保證穩定充足的經費來源，例如醫療救助保險

(Medicaid) 的給付只限於醫院對甫出院病人提供的醫療型日間照顧，且其補助金額往往低於成本。老人醫療保險 (Medicare) 雖然也開放對日間照顧之補助，但補助項目只包括專業醫療項目，如醫師、物理治療師、語言治療師、護理師等，老人日間照顧較主要支出，如看護、交通、餐飲都不在補助範圍內。所以，在美國推動日間照顧，要有足夠的經費來源必須像補貼一般東湊西補才能成功。由於政府沒有一致的日間照顧政策，Crossman (1987)認為美國日間照顧服務在八〇年的發展是民間自發的草根運動，是社區對老人生活品質與照顧品質的關切，在機構安置之外發展的另一種對老人照顧的安排。

反觀台灣發展日間照顧多是由上而下進行。支持日間照顧的原因並非因應實際老人的需求，而是日間照顧符合當局鼓勵家庭奉養老人的老人照顧型態，在「三代同堂」的意識型態下(胡幼慧，一九九四)，居家服務與日間照顧都被視為值得推廣的服務。因此，行政院經建會(一九九一)提出的「國家建

設六年計畫：一九九一—一九九七」中列有全面推廣老人在宅服務、居家護理及老人日間照顧，並以每年增加一〇%服務對象為目標，以儘量使老人留居家庭。內政部社會司(一九九三)編印的「社會福利輯要」也以日間照顧為重點，以促進三代同堂的發展。行政院一九九四年頒布的社會福利政策綱領實施方案中也列有托老服務。可笑的是，當基層社政工作人員還不甚明瞭日間托老為何物時，行政院的計畫中已將日間照顧列為國家計畫重點之一。事實上，六年國建中的社會福利政策與社會福利綱領事後都證明只是花瓶不會真的落實在基層福利措施中。社會福利在其中無非是陪襯的門面罷了，是在台灣民主化後，政府面對民意要求下的虛應方

標準化」及「一致性」，達到這些指標最方便的手段，除了官僚化，就是專業化。愈是機構化（即官僚化）的服務，愈符合醫療模式的要求，因為所謂機構化即是將服務的服務流程及提供服務的空間皆加以標準化地管理與控制。在醫療專業價值主導下，全民健保對需要大量非專業人力介入的社區服務似乎正是循美國老人醫療保險給付模式，給付只限於專業醫療人員提供之服務。換言之，全民健保的資源分配模式是重醫院輕社區。正如目前台灣醫院發展日間照顧可以藉由健保給付的復健門診加以包裝發展而成，其餘服務再向老人收費。而非醫院的社區服務機構只能倚賴社政單位發展社會型日間照顧，短期內並無穩定的財源支持，而純粹依賴案主自費。其市場生存空間在自費安養中心的競爭下被壓縮而無發展空間（王增勇，一九九七）。

### 參、日間照顧的模式理論

在早期量化研究模式主導社會研究的時期，基於統計檢驗因果關係的推理模式，國外研究成人日間照顧中心的學者多將不同型態的日間照顧中心加以分類，以驗證服務特性、案主人口特質與案主滿意度之間的關係。日間照顧中心的分類模式理論因而主導日間照顧的研究，且日益繁複。初期，Marssett (1977) 選擇了十所代表性的日間照顧中心，依復健取向的程度將日間照顧中心分為醫療型及非醫療型兩種模式：醫療型模式強調醫療復健照顧服務，並有較多醫療專業人員的介入；非醫療型則有較少的專業人員介入，並不強調復健，但有多元化服務的目標，如身心功能的維持。

由於日間照顧老人的需求兼具護理和社工，除了醫療型，另一位學者Robins(1976)則再加入初級醫療服務、半專業照顧及社會性服務，成為四種模式。模式一是指密集性的復健服務，由復健門診提供，初級醫療也包

括在內。模式二是指短期密集式復健服務，針對出院後病人提供，初級醫療服務則由別處提供。模式三是指針對合乎進入機構安置病人所提供的簡易健康照顧服務。模式四是指在受保護的環境下提供心理活動，強調的是社交活動的增進。（見表二）

表二 Robins(1976)日間照顧分類模式

模式 I	模式 II	模式 III	模式 IV
服務內容 密集式復健、醫療及護理服務	短期復健、醫療及護理服務	長期健康維持服務（護理及照顧服務）	預防性健康服務（在保護環境下提供社會心理互動活動）
服務對象 甫出院正在復原中之病人	甫出院的慢性病人	容易過早被機構安置的老人	需要社會心理活動的失能老人
附屬機構 急性病醫院	護理之家	護理之家、社區中心	社區中心、多功能老人中心、護理之家

Kalish(1975)則發展了七項日間照顧方案的指標來區分日間照顧的不同取向：

- 一、健康照顧取向(健康照顧 VS. 休閒活動)
- 二、服務能力(整體服務 VS. 轉介)
- 三、附屬機構(整合於其他服務 VS. 獨立)

立運作)

四、成本(便宜 VS. 昂貴)

五、財源(政府補助 VS. 案主自費 VS. 保險給付)

六、服務對象(孤立於社區者 VS. 整合於社區者)

七、社區資源可近性(很少 VS. 很多)

Harder等(1986)將Kalisn的模式加以修正，將健康照顧取向再細分為兩項：健康服務的成分及社會服務的成分，藉以反應日間照顧中逐受重視的個案管理、家庭諮詢、照顧者支持等社會服務。另外再添加一項指標：

預期案主的服務時間長短，來區分過渡性日間照顧服務，如出院中風病人之日間照顧，與長期性日間照顧服務，如社區中失能老人在社區中日常功能的維持，而成爲九項指標。

提出醫療型與非醫療型模式的 Weisert (1990)又提出新的日間照顧模式，他在全美隨機取樣六十個日間照顧中心並隨機取樣五二九名老人，每個中心至少八名，一六八名老人照顧者，以問卷訪談取得資料。其將日

間照顧依所附屬機構性質分爲三種類型：1.

附屬於護理之家或復健醫院之下，對象爲肢障老年的白人，多數沒有精神上的疾病，有完整醫療團隊提供護理、醫療、復健、飲食等服務，每二個老人有一名工作人員。通常爲自費或慈善捐款，而非政府補助；2.附屬於

一般綜合醫院、社會服務機構或老人住宅機構。對象多爲未婚少數種族之老年女性，多爲八十五歲以下，日常生活功能稍需協助，四十%有精神疾病，服務包括個案管理、飲食、諮詢、交通及保健，經費多半由政府補助。3.特定目的日間照顧中心，服務特定對象，如榮民、盲胞、精神病患。

最複雜的日間照顧模式分類大概屬 Yee 等人評估日間照顧方案時所發展出來的模式。

Yee等人(1991)依日間照顧方案運作的七個面向來界定日間照顧的模式，而且每一個面向都是連續性變項並非二元變項，這些面向包括1.中心環境：由於日間照顧中心環境的規劃與擺設會反應機構的理念與哲學，因此日間照顧中心環境的變項是從只要求最基本

的清潔及安全，到期待有像家一般的擺設，一直到視空間具有治療老人的功能等三個層

次。2.活動方案目標：日間照顧活動分爲三個層次：(1)消極的休閒娛樂避免老人無聊；(2)刺激社交及個人自尊的活動；(3)積極地維持或改進基本身心功能的終身學習活動。3.

暫歇服務性質(respite)：日間照顧服務對象往往包括老人及家屬兩種，但依對家屬協助的程度亦可區分三個層次，從很少與家屬照顧者連絡、只有在需要時連絡、至定期且持續地與家屬保持連絡。4.護理服務定位：日間照顧服務多有護理服務，但其目標可分爲增進身體及認知功能(如衛教)、健康檢查

及轉介必要醫療服務(如建立老人健康檔案、協調老人所需醫療服務)、以及健康風險避免(如追蹤醫囑之執行、吃藥管理、緊急狀況處置)等三個層次。5.照顧計畫與管理：日間照顧中心對老人的照顧計畫可區分爲兩個層次：(1)以老人的不同提供個別化照顧計畫；及(2)強調老人的共通性以團體活動的社會化照顧老人。6.管理工作人員態度：日間

照顧如何使用其工作人員亦可分為三個層次：

(1)員工是提供服務的工具——只要日間照顧需要的服務，員工就設法提供，不管員工的特長為何；(2)將員工特長與服務相配合——試圖在員工專長及服務內容之間取得平衡點；(3)將員工視為可發展的人力資源——試圖將服務規劃成員工發展專長的機會。7.個案混合與否：依日間照顧是否將失智老人與非失智老人區隔開來，將日間照顧分為兩種。此一變

項反應了近期日間照顧以失智老人為主要服務對象的趨勢。事實上，日間照顧方案之間的區別並不僅限於上述七個面向，這反映了日間照顧類型的複雜與多樣。

雖然日間照顧的分類有助於我們認知到不同類型的存在並有利於日間照顧政策的討論，但我們應謹記在心的是，這些分類並非絕對永遠不可改變的。這些分類模式是以實務經驗為主，反應美國健康照顧體系的特殊性。因為每個社會的照顧體系各自不同，對我們而言，這種分類模式並不具太多參考價值，甚至同樣的名稱有非常不同的服務內涵。

不過，這提醒我們模式理論的限制，這些模式的產生主要是因應量化研究的需要，藉由變項的產生，識別方案特性、服務對象、滿意度及服務成效的因果或相關，來驗證日間照顧是否達到其預期的功能。分類的產生是依不同環境而改變，反應環境的差異，台灣的環境與美國不同，自然無法用其模式套用在台灣身上。

在實務運作中，最常被運用的語言，仍是 *Wells* 最早提出的醫療型與非醫療型(即社會型)模式，因為這種區分符合美國決策者用來區分可替代機構安置與不替代機構安置之日間照顧類別(Harder等, 1986)。

雖然日間照顧的目的廣受肯定，但在台灣，日間照顧的推行受到支持的理由卻有差異。社會福利學者多以日間照顧在取代機構照顧的人性化照顧及提供老人「尊嚴和自主的老年」，以及日間照顧紓解家屬照顧者過度的壓力為著眼點(如，呂寶靜，一九九五：一一——一二)。當落實到執行面時，涉及老人照顧業務的社會司與衛生署則各有不同之

強調。社會司對日間照顧的支持是來自於日間照顧可以滿足老人獲得「家庭關係支持的需要」，因為大多數老人喜歡居住在自己的家裡或熟悉的社區環境中(曾中明，一九九五：三二)。這種強調老人與家人同住的家庭意識型態，與長期台灣老人政策強調「三代同堂」的倫理價值觀念一致(胡幼慧，一九九五)。衛生署在推動日間照顧的政策著眼點，則是在取代住院病床服務及紓解慢性

病人佔用急性病床的可能經濟效益(張鳳琴等，一九九六)。國內日間照顧的發展就隨著社政與衛政兩個不同的行政體系各自發展，未來雖有整合二者之日間照顧方案之主張(

台北市政府衛生醫療革新白皮書，一九九六)，但目前仍未見實質的討論或共識。也由於社政與衛政的行政分工，現行日間照顧模式之討論多以社會型與醫療型兩種模式區分(如呂寶靜，一九九六；徐麗君與謝俊輝，一九八八)。

台灣現有對老人日間照顧服務的討論也多依循模式理論，但僅分為社會型及醫療型

二種（呂寶靜，一九九五；一九九六）。這種分法基本上反應了台灣老人日間照顧發展主導力量專業背景與行政定位。準確地說，應該是社會型及護理型，前者以社政單位推動，社會工作專業人員為主導在各縣市老人福利機構設立的日間照顧服務；後者再是以衛政單位支持，以護理人員為主力在各醫院

成立的日間照顧服務。使用模式理論對日間照顧服務加以分類雖在概念上有助於區分不同日間照顧服務方案之差異。但模式理論有其限制及危險。首先，模式分類會依時間及地點的不同而演變，通常反應當時當地的政治經濟社會背景，我們不可將模式分類視作唯一不變的分法而妨礙了我們去思考不同型態的服務。換句話說，模式理論是靜態的，其往往無法捕捉到日間照顧服務做為社區服務一環所必備的彈性而處於動態發展中；也就是，日間照顧服務的型態必須依社區居民的需求而演變。一個社會型的日間照顧中心可能會隨著失智老人案主的增加而必須雇用護理人員；而不該是社會型日間照顧中心堅

持自己是社會型日間照顧的定位而拒社區中眾多失智老人家庭的需要而不顧。其次，社會型與護理型日間照顧的區別並非絕對兩極化，而是一連續體，護理型日間照顧中心也需要社工人員的介入提供社會心理支持活動，而社會型日間照顧也需要護理人員提供保健諮詢，其區別只是程度的差異而已。

台灣學者在討論日間照顧服務時通常也使用社會型與醫療型的分類模式（如呂寶靜，一九九六），這種預設日間照顧分為社會與

醫療二種類型的研究論述，固然有助我們區別現有台灣社政與衛政不同體系正在發展的不同日間照顧模式，但也不自主強化了社工與護理專業之間的區隔，而步入了公共政策論述中的語言陷阱（胡幼慧，一九九五）。在強調科際整合與整業合作的社區照顧服務而言，這種將社會型與醫療型日間照顧視為理所當然的分析方式值得商榷。被忽略的是，社會型日間照顧與醫療型日間照顧各自發展的背景與建構過程。例如，社政單位的日間照顧基本上多是老人文康中心和長青學苑重

新包裝而成的服務，其是否該被稱為日間照顧值得被質疑？但又為什麼被稱為日間照顧？是社區老人需求的反應？還是政府官員增加社會福利門面的新名詞？去探究台灣社會型日間照顧與醫療型日間照顧的形成過程將讓我們更了解台灣社會福利體系的問題。作者不反對使用社會型與醫療型日間照顧分類方式，但反對使用這種分類卻不反省其形成的背景（context）的分析。

醫療 vs. 社會型日間照顧的模式在台灣日間照顧的發展過程最大的政治用途，大概是提供社政單位排除服務困難度較高的失能老人為其服務對象的藉口。社政單位一味界定所謂社會型就是指健康老人的文康活動，因此導致日間照顧在台灣社政體系的發展一直與文康活動、或長青學苑分割不清，甚至在執行面仍是相同的人口群，相同的活動，只是多了餐點與交通。最重要的是，地方政府多了一項申請經費的名目，而中央政府多了一項可以對外宣傳老人福利工作的樣板。就實質受惠老人數目，及其需要的迫切性而

論述中的語言陷阱（胡幼慧，一九九五）。在強調科際整合與整業合作的社區照顧服務而言，這種將社會型與醫療型日間照顧視為理所當然的分析方式值得商榷。被忽略的是，社會型日間照顧與醫療型日間照顧各自發展的背景與建構過程。例如，社政單位的日間照顧基本上多是老人文康中心和長青學苑重

就實質受惠老人數目，及其需要的迫切性而

言，日間照顧在台灣社政的體系下沒有發揮應有的效益，而仍然重複分配資源在健康、高教育程度、對外參與度高之老人。與社會福利的需求導向分配原則，強調以因失能孤立於社區、日間乏人照顧之失能老人的取向背道而馳。完全忽略了國外區分醫療型與社會型的界線在於醫療服務與技術性護理的介入程度不同，而不在于有無醫療及護理之介入。失能老人所需的半專業性的日常照顧工作才是所有日間照顧最主要必備的服務內容。這種將失能老人完全排除於社政服務體系的做法除了反應台灣政治體系長久以來「挑容易的工作做」的心態之外，更反應了社會福利長久以來被漠視，以致缺乏人力、財力、物力等資源的整體社會資源分配的結構性問題。

## 肆、日間照顧的定義、

### 功能與特性

日間照顧的功能有其歷史的演變，隨著時間的改變與主導勢力的不同而有不同的強

調。早期當醫院發展日間照顧時其定位是在促使病人早些出院，增加病床使用率，在美國稱為「醫療型日間照顧」，在英國和加拿大成為「日間醫院」。稍後，當加拿大護理之家發展日間照顧時，其定位是在協助老人適應護理之家的生活所採取的過渡性措施 (Ontario Ministry of Health, 1995)。八〇年代在人口老化所帶來的財務衝擊下，社區照顧成為老人照顧的重要替代方案，日間照顧被賦予新的目的：降低長期照顧成本及預防或延緩案主進住機構 (Weissert, 1978)。另外，助人專業對機構化反省也造成社區照顧成為人性化照顧的主要方式。 (Chappel & Penning, 1979; Grimaldi, 1979) 日間照顧成為可以使老人儘可能留在社區並與社區整合的照顧模式。女性主義學者對女性傳統家庭照顧者角色的反省，使照顧者也成為日間照顧的主要服務對象，日間照顧的提供被認為可以提供照顧者喘息機會，增強並延長照顧者照顧能力與意願，甚至可以協助照顧者回歸就業市場 (Kace & Rabins, 1982;

Winfield, 1987; Kirwin, 1991; 呂寶靜, 一九九六)。所以，八〇年代以來，日間照顧被定位為社區照顧中協助老人在社區生活的一環，希望藉此降低高成本的機構安置，並且同時改善老人與其照顧的生活品質。九〇年代以來，由於老人人口的增加及失智症的盛行日間照顧又逐漸以失智老人的需求而發展專門為失智老人及其照顧者提供的日間照顧。這種日間照顧的主要功能是以提供照顧者喘息機會為主，因此對家屬的支持相對一般日間照顧又增加許多 (Yee等, 1991; Conrad & Guttman, 1991)。(失智老人與日間照顧將於後節討論)

隨著台灣地區人口的老化，老人照顧問題近年來不斷地被強調為未來社會發展的重要議題。學界多以西方長期照顧的經驗，引介社區照顧的概念，做為因應老人照顧需求的重要因應之道 (呂寶靜, 一九九六)。日間照顧則是在社區照顧架構下的主要環節。國內文獻中最常被引用的日間照顧定義是一九八四年美國成人日間照顧協會發表的成人

日間照顧服務標準中的定義：「成人日間照顧是以社區為基礎的服務，照顧計畫依個人身體功能受損所需服務而設計，並且在安全的環境下提供各種醫療性、社會性及各項支持性服務，照顧時間可以在一天的任何時間，但必須少於二十四小時，使受照顧者仍能在家中接受親友的照顧」（張鳳琴等，一九九六；呂寶靜，一九九六；Rathbone-McCuan, 1990）。除了該項標準的定義之外，Harder等(1986)認為，老人日間照顧服務至少有以下三項要件。第一，服務是在非居家環境下提供；第二，提供多元化的整體服務，包括社會、休閒、復健、醫療、護理等服務；第三，參與者必須有身體或心理的失能，以致無法完全獨立生活。這些定義使日間照顧與其他老人服務在服務提供的地點、照顧的對象、和服務的內容上有所區隔。

日間照顧與老人文康中心之不同在於，日間照顧的老人是針對失能老人，且經由專業人員評估後擬定計畫下參與；而文康中心之老人則多為健康老人，且是自行決定其參

與。日間照顧雖與居家服務同以照顧失能老人為主，日間照顧較針對需要長時間照顧，體力可以負荷搭乘交通工具並可以受益於團體生活的失能老人；居家服務的服務對象則較有彈性，涵蓋所有一般失能老人，但其無法提供老人較多與外界接觸的機會。其次，針對只需要旁人監督以防意外發生，但無具體照顧需求的老人（為一般居家服務所拒絕之案主）也是適合轉介日間照顧的對象。當老人失能程度惡化，社會支持系統（如同住照顧者）缺乏或無法提供足夠照顧，而正式資源又無法補充（如居家照顧服務時數過長造成經濟負擔，或老人不適搭乘交通工具參加日間照顧，或老人已失去與他人進行社交的能力），在老人與家屬的同意下，全日式機構照顧（即養護機構）可能是較理想的照顧方式。但由於每位老人的情況不同，居家服務、日間照顧與機構安置只能做原則上的區隔，不適做硬性的標準化規定。

至於日間照顧的目的，依一九八四年美國成人日間照顧協會公布之標準，是在於協

助老弱者繼續在社區中生活，同時協助家庭持續提供照顧，減輕照顧者的負擔。與居家照顧服務不同的是，日間照顧提供了同儕團體的支持與互動。呂寶靜（一九九六）歸納日間照顧方案的目的為：(1)維持或改善案主功能；(2)增進案主的社會互動；(3)增加案主的滿足感；(4)預防或延緩案主進住機構；(5)提供照顧者喘息機會；(6)協助照顧者回歸就業市場；(7)增強並延續照顧者的照顧能力；(8)降低長期照顧成本。這些目的的內容大同小異，但在執行時其強調的重點會各自不同。

在美國的成人日間照顧發展經驗中，一九七九年所成立的美國成人日間照顧協會（National Adult Day Services Association，以前稱 National Institute of Adult Daycare）扮演了重要角色。其宗旨在於1.提倡日間照顧為長期照顧之一環；2.藉由經驗交流發展日間照顧服務標準及指南，提昇日間照顧品質；3.提供訓練與諮詢

（Pattila, 1983）。美國成人日間照顧協會在政府缺乏全國性日間照顧政策下，成為全美

對日間照顧機構發展提供建議的主要單位。其發展出的日間照顧標準是北美日間照顧中心發展的主要依據，也是各州政府發展補助標準主要之參考架構。其所公布的日間照顧服務標準重點包括：交通車往返時程不得超過一小時，以免老人舟車之苦；日間照顧應成立社區諮詢委員會，以反應社區需求；有固定且正式的員工訓練；案主與員工比例低於八：一。

一九八六年全美日間照顧協會對一三七四所日間照顧中心做問卷調查，以檢視實務與其公布標準之差距 (Conrad等, 1990)。調查發現日間照顧中心的特性如下：1. 就分佈區域而言，七八·一%在市區，二一·九%在郊區；2. 就機構性質而言，七〇·二%是非營利機構，一九·八%是政府經營；九·九%是營利機構；3. 就附屬機構與否而言，七四·五%是與其他服務合併辦理，一七·六%是獨立經營；4. 平均營運時間是七·五年。其次，依上述日間照顧服務標準，調查發現：九三%日間照顧中心所提供之交通服

務一趟車程來回少於一小時，五九%成立社區諮詢委員會，五三一·五八%有固定且正式員工訓練；八〇%以上的案主／工作人員比例低於八比一，平均比是六比一。顯示除了員工訓練及社區諮詢委員會需加強外，服務品質多符合標準。

## 伍、日間照顧的效益分析及服務滿意度

在美國日間照顧發展的過程中，日間照顧之所以受到重視的背景是護理之家的成本過高，導致政府亟欲尋找替代服務。一九七二年美國國會修正社會安全法案的同時，通過了提供四處醫療型日間照顧實驗方案並進行成本效益分析研究，其目的是在考量日間照顧是否應被納入醫療救助保險和老人醫療保險的正式給付項目 (Weissert, 1978)。主要研究者，也是發展模式理論的主要學者，Weissert在一九七五至一九八一年間分別發表研究報告(Weissert, 1975, 1976, 1977, 1978, 1981; Weissert, Wan, Livieratos

& Katz, 1980)。這份俗稱「第二一二款報告」(Sec. 222 Report) 是美國日間照顧研究最常引用也最具爭議性的研究報告，因為它肯定了當時日間照顧被納入醫療救助保險的可能性。

在比較醫療型日間照顧與護理之家的成本時，Weissert(1978)發現雖然醫療型日間照顧單日成本高於護理之家，但由於日間照顧使用者每週使用二·五至四天，以每人費用而言，醫療型日間照顧仍低於護理之家。所以日間照顧較護理之家具經濟效益。但前提必須是，日間照顧的使用者與護理之家的使用者相同，此經濟效益才存在。Weissert爾後的研究發現，使用日間照顧的老人並不完全是會使用護理之家老人，故醫療型日間照顧的成本效益不再被肯定。為了進一步驗證醫療型日間照顧的成本效益，Weissert不單就營運成本來比較，他在四所實驗計畫中，隨機抽樣日間照顧老人，一半以上老人有嚴重日常生活功能失能，分配在實驗與控制兩組。實驗組的老人使用日

間照顧而控制組老人不能使用日間照顧，但可使用其他服務。Weisert的主要發現有1.：兩組使用護理之家的比例都很低，但使用日間照顧的老人些微低於未使用日間照顧的老人；2.兩組老人住院率並無顯著差異；3.老人醫療保險給付日間照顧老人的費用比沒使用日間照顧的老人高出七－十一%，Weisert表示這是因為醫療型日間照顧與護理之家之間並無「替代效應」，醫療型日間照顧是另一種附加服務(Add-on)而非替代服務；4.日間照顧老人的功能程度顯著高於未使用日間照顧老人。

Weisert的研究報告馬上遭到許多學者及日間照顧支持者的批評。被批評的地方有三點：該研究的成本效益分析只計算老人醫療保險的成本，而沒有考慮到其他私人或公共的經濟效益，例如日間照顧可以使照顧者外出工作，增加個人收入(Stassen & Holahan, 1981)。正如Kane & Kane (1985)所說，長期照顧的成本效益分析是個假象，公家省錢就表示家庭要多付出，不然就是老人倒楣，

反正一定有人要付出代價。Weisert抽樣的醫療型日間照顧每日平均成本\$五二元遠高過一般日間照顧(Rober, 1980)，二十年後的今天，紐約州實務工作者預估社會型日間照顧服務每日才\$二五元(Alvarez & Pharris, 1996)。抽樣的樣本老人並未限於機構安置的高危險群老人，因而不能呈現日間照顧替代護理之家的效應(Ansak, 1980)。

許多人認為Weisert的報告只是滿足政府不願承擔推動日間照顧的政治決定罷了(Webb, 1989; Monk, 1997)。儘管如此，現在的學者多同意，日間照顧只有在提供機構安置高危險群的老人時，具有成本效益；而事實上日間照顧服務對象與機構安置的對象不盡相同，因此寄望日間照顧取代護理之家的期待並不切實。但是，若沒有像日間照顧這樣的社區照顧支持服務，許多不必進住機構的老人可能仍是會被送進機構。因此，日間照顧仍具有預防及延續老人進住機構的機會成本效益。

Weisert (1990)比較居家服務與日間

照顧的成本，認為日間照顧的成本比居家服務低，因為需要日間照顧的老人多半需要一種以上的居家服務，如居家護理、家事協助、居家看護，而日間照顧則是集中多種服務一次提供。

雖然日間照顧被證明是機構安置的補充服務而非替代服務，即日間照顧並不能減少機構安置的使用，但研究顯示，日間照顧服務對參與者具有相當正面的成效。Capitman (1982)發現參與日間照顧的老人其身心功能與死亡率都有明顯改進。Atling等(1982)在維吉尼亞州的研究，由參與者自述日間照顧對其的影響，發現老人和照顧者都有非常大的正向改善，證明日間照顧在提供照顧者喘息性休息的重要性。

國內醫療型日間照顧方案之文獻多係衛生署以實驗方案在醫院設立日間照顧服務之成果分析，其中以實施最久的省立豐原醫院之經驗有較多之研究呈現。以醫院為基礎之日間照顧，其服務對象以中風病人最多，服務項目以物理復健治療為主。評估照顧效果

時，發現最符合經濟效益之照顧期間為三至六個月，收支平衡之受託人數為每月至少十五人（省立豐原醫院日間照護室實驗結果報告，一九九四）。張鳳琴等（一九九六）對三所醫院附設之醫療型日間照顧方案進行成本效益分析，發現每人每日營運成本為五二九至九六二元，其中人事費佔七二·八%至八〇%，顯示日間照顧是一項勞力密集的服務。

此結論與美國之經驗相符，美國之日間照顧服務，人事費用超過一半以上，其次為交通、設備及飲食，約佔整體費用之八五%（Rathbone-McCuan, 1990）。當注意的是，這些結論不該任意推廣到所有的日間照顧服務；相反地，其研究結果顯示了日間照顧方案不應被視為獨立單純之服務而一概論之。日間照顧方案多以附屬方式與其他服務並存，而與其他服務形成互補分工之體系。以省立豐原醫院之例而言，日間照顧服務成爲急性醫院中風病人出院轉介時的後續服務，所以導致該日間照顧服務以復健爲主。就病人的主觀認定而言，他是來做復健的；就醫院經

營之策略而言，日間照顧的案主每天下午定時成爲復健科的掛號病人，相同的服務不僅可以向病人收取日間照顧費，又可向健保收取復健的門診費用。因此，日間照顧方案之服務對象、內容、成本、最佳的經營方法等皆受到辦理單位之性質所影響。

文獻相當一致地顯示，絕大部分接受日間照顧服務的老人及家屬都有很高的滿意度（Rathbone-McCuan, 1976; Zimmerman, 1986; Kaye & Kirwin, 1990; Weissert等, 1990; 呂寶靜, 一九九六）。Rathbone-McCuan (1976)深度訪談二十八名Levinthal(醫療型)日間照顧中心的案主及二十六名家屬後發現，藉由日間照顧服務所提供的醫療服務及心理支持，老人的家庭得以儘可能如願以償地將老人留在家中。Zimmerman (1986)電話問卷調查九十四名參加明尼蘇達州三所日間照顧中心的老人的照顧者，發現日間照顧服務使主要照顧者能繼續照顧老人，使他們更能滿足老人和他們自己本身的需要。Kaye及Kirwin (1991)在賓州進行老人日間照顧方案

評估時，面對面訪談五十四名案主及六十七名家屬，發現老人與家屬對服務滿意度高，有九七%的照顧者表示老人接受服務後，他們的壓力減少了。並認爲日間照顧服務滿足了這些老人對社會化的需求及家屬對喘息性休息的迫切需要。Weissert等 (1990)抽樣全美六十所日間照顧中心訪談五二九名老人及一六八名照顧者後發現，九一%的老人及八九%的照顧者對日間照顧表示高度滿意，其中以兼顧工作與家庭的照顧者滿意度最高，且工作時數愈長者，滿意度愈高。呂寶靜 (一九九六)在台灣的日間照顧方案調查中也發現，老人及家屬對日間照顧都有很高的滿意度。

## 陸、日間照顧的低

### 使用率問題

部分文獻顯示，日間照顧的概念固然很好，但使用日間照顧的人數卻與研究顯示的需求有很大的落差。Barber等 (1991)以一個有一百萬人口的區域，分層取樣三七四、三

六五戶，比較有日間照顧需求與實際使用日間照顧之人數，發現雖然四六％有日間照顧需求的家庭知道日間照顧的存在，但登記使用日間照顧的老人只佔有日間照顧需求老人的三・二％，而且該區日間照顧的使用量只佔服務提供能量的五七％，顯示有日間照顧需求的老人使用率偏低，而現有日間照顧的容量也未充分運用。

Cohen-Mansfield等(1994)探討老人日間照顧服務低度利用的原因，以電話問卷訪談一一一名曾申請過馬里蘭市郊區四所日間照顧中心的照顧者，發現不使用日間照顧服務的原因包括：三三・三％是因為服務內容不符合老人失能程度(一四・四％是老人失能過高，九％是其他老人失能過高)。二四・三％是因為外部因素考量(一三・五％是因為交通問題無法解決，九・九％是因為價格過高)。一八・九％是因為案主拒絕參加(七・二％因為不願意加入團體，六・三％否認自己有接受照顧的需求，五・四％因為與養老院接觸經驗不好)。一八・九％找到

其他適當的代替服務，如進住養老院，找到其他家庭成員照顧，請看護工等。

Conrad等(1990)在全美日間照顧調查中心也發現日間照顧使用率偏低，其中只有二九％的日間照顧中心有等待名單(waiting list)，而且平均每天有四名登記要參加的老人沒有參加，顯示日間照顧除了使用率高之外，登記使用日間照顧的老人也常無法如期使用，造成日間照顧能量的閒置。

Wejerski等(1990)抽樣六十所日間照顧也發現八五％的日間照顧中心使用率低於提供量的三分之二。

老人有日間照顧需求但不使用日間照顧，這其中原因涉及很多，可分成三種情形來探討：1.老人及家屬不知道日間照顧；2.老人及家屬知道日間照顧但選擇不使用日間照顧；3.選擇登記使用，但不去使用日間照顧。第一種情形，老人及家屬不知道日間照顧，往往是因為家屬疲於照顧老人所以沒有機會接觸外界訊息。這時，社會宣導就十分重要，更重要的應該是制度的設計上就應將轉介功

能設計進去，例如醫院的護理師或社工員在安排出院計畫時，就應該主動安排連繫。第二種情形是老人及家屬知道，但選擇不去使用日間照顧。這其中因素就涉及很多，例如老人本身排斥接受照顧的事實，因為日間照顧對老人可能代表著完全的失去自主性，如同兒童日間照顧一般。因此老人日間照顧必須要摒除將老人視為完全依賴的人的看法，而應肯定老人的自主性及成人生活的多元化。

日間照顧的規定必須有彈性，允許老人依其生活習慣選擇參加日間照顧的天數，而不硬性規定一週必須參加五日，因此收費應以日為單位，而不以月為單位。又如，活動的參與不硬性規定老人參加，而依老人需求設計不同活動，讓老人有所選擇，機構從旁鼓勵老人參與。另一個因素使日間照顧使用率偏低是因為日間照顧的服務對象包羅萬象，一旦日間照顧發展針對特定族群形成特殊的團體文化後，自然就會排斥其他族群。例如一個專門照顧輕度失智老人的日間照顧中心，由於多數輕度失智老人仍有語言能力，因此

活動設計就會著重語言表達及思考，中度或重度失智老人無語能力者就無法參與，或是參與中會造成老人不必要的挫折。因此，日間照顧服務的運作往往需要較長的時間（通常二年）才能穩定下來。畢竟，日間照顧對老人，一個獨立自主的成人而言是一個十分疏離且陌生的概念，如何受日間照顧並從中協助老人成長是老人服務提供者雙方需要時間去努力的議題。

第三種情形是，即使老人登記服務，老人也不一定天天使用日間照顧，因而造成額滿但有空位的情形。這是因為日間照顧的運用往往因應老人及其家庭的不同需求而必須有的彈性所造成的。在這種情況下，如果政府的補助是以使用數按量計酬的話，對機構會形成很大的經費壓力，如美國的醫療救助保險；若以方案補助，機構的經營就會較為穩定，如加拿大及香港。

## 柒、失智老人與

### 日間照顧

老人失智症 (Alzheimer's disease) 是

相同 (Conrad & Guttman, 1991)。

一使人的認知能力逐漸退化的慢性病，患者的認知能力，如記憶、判斷、抽象思考、語言表達都將受損，並造成人格與行為的改變 (American Psychiatric Association, 1980)。老人失智症常常會影響患者語言表達能力及理解語言溝通的能力，這種溝通上的困難往往是造成許多失智老人偏差行為的原因。

例如，言語的無法表達使失智老人的需求不容易為人所知，因為造成老人的焦慮；或者，照顧者對老人無法遵從指示而感到挫折與憤怒，反而使老人更加焦躁不安而躁動。人格與行為的改變，包括失去對人、時、地、物的定向感、躁動、遊走、失禁、妄想、肢體或語言暴力行為等，都造成照顧者額外的心力負擔。睡眠顛倒更是造成照顧者心力交瘁的原因。末期病人往往退縮到不參與任何與人之間的互動，完全喪失日常生活功能的能力，而需要全天候的照顧。由於失智症的特殊性，失智老人的照顧與一般身體失能的老人及一般短期復健的病人所需要的照顧大不

由於人口的老化及失智症在老老人（八十五歲以上）間的盛行，西方及日本社會的日間照顧目前正逐漸轉向專以失智老人為服務對象的服務型態。Conrad及Guttman(1991)

比較美國服務失智老人日間照顧中心與非失智老人日間照顧中心（以服務對象中三〇%以下是失智老人為定義）的服務內容時，發現失智老人日間照顧中心提供較多的支持給家庭照顧者，活動內容較強調治療性活動、個人照顧及日常生活功能訓練，每日開放時間較長、交通服務較普遍、以及無障礙設施較多。Mace和Rafkin(1984)問卷調查三四六所照顧失智老人的日間照顧中心時，發現絕大部分中心的案主群同時包括有失智症及無失智症的老人，只有少數專收失智症老人。他們同時認為日間照顧服務對照顧者提供極為重要的喘息性服務，且部分嚴重失智老人是可以在日間照顧中心得到很好的照顧。

針對服務的轉型，Cherry及Rafkin(1988)指出，由於參與日間照顧的失智老人愈

來愈多，日間照顧方案也需要隨之調整。這些調整包括增加工作人員與案主比例，增強失智老人照顧的員工訓練。其次，日間照顧環境也必須調整，例如光線要比一般場所明亮，不刺眼的光線（如反射照明），消除不必要的噪音、格外穩固的家具、設計過的標示與顏色區隔、無障礙的建築空間（Shroyer, Hutton & Anderson, 1987; Mace & Rabins, 1984; Sincov & Cohen, 1986）。

轉型過程中最常見的爭議是日間照顧是否應將失智老人與非失智老人區隔開來服務。

這問題至今未有定論（Burke, Hudson & Eubanks, 1990; Chodosh et al., 1989; Hepburn et al., 1989）。支持區隔的人認為，失智老人的需求與其他老人不同，區隔開來才能針對他們的需要提供服務。反對區隔的人認為，將不同失能的老人混合在一起可以提供機會刺激老人維持既有的功能或恢復失去的功能，並鼓勵老人彼此間的互助。這些說法都過於籠統。以失智老人的情況來說，輕度失智的老人或許可以與其他老人合

併，但工作人員必須鼓勵團體接納失智老人，刺激正向的團體反應，才能使失智老人真正受惠於團體生活。但中度或重度失智老人，尤其是喪失語言能力之後，就不適合與其他老人合併，而需要更多個人照顧及感官刺激的活動設計。

在實際運作上，是否將失智老人區隔開來往往取決於機構資源的限制。無可置疑地，服務失智老人需要更多的照顧人力及空間與設施，而這些都是長期照顧機構中最缺乏的。

以作者（王增勇，一九九七）曾訪察的紐約Sunnyside日間照顧中心與多倫多Baycrest中心為例，便能說明資源對實務運作的限制。Sunnyside的日間照顧是與老人文康中心共用場地，場地空間有限。訪談中機構主管認為，失智老人與健康老人可以共處增進社交機會，但事實上真正的原因是Sunnyside的場地已不敷使用，並無額外空間供日間照顧去區隔失智與非失智老人，因此工作人員必須全力協調日間照顧中失智與非失智老人，以及日間照顧老人與文康老人之間可能的資

源衝突。相反地，Baycrest的日間照顧由於有大量猶太社區的捐款，場地充裕，因此可以將日間照顧區分為一般日間照顧與特殊日間照顧（後者即是失智老人日間照顧），而分設在不同場地。但也由於工作人員的有限，Baycrest的特殊日間照顧無法接納經常性失禁的老人。

Henry等（1995）嘗試提供失智老人日間照顧的理論架構，認為失智老人日間照顧必須有三項認知才能有效地協助失智老人及其家屬。第一、失智老人必須被視為一個完全的、發展中的個體，而非疾病。換句話說，失智老人雖然喪失了許多認知功能，但仍應被視為人一般地有尊嚴地對待。人的尊嚴不應被疾病所取代，這種只看疾病而忽略人的服務心態，必須被我們對人性尊嚴的肯定所取代，如此才能把希望帶給失智老人及其家屬。第二、積極地而非消極地支持家屬，家屬期待照顧他們心愛的人必須被服務者肯定並積極地支持其心願、教育、訓練及同儕支持或心理諮商都有助於照顧者正向地面對照顧親

人的經驗，失智老人日間照顧服務必須將照顧者一同視為服務對象。第三、日間照顧方案設計以老人及家屬為中心，在健康照顧上以積極地促進健康為目標；在暫歇服務定位上，以積極支持照顧者為目標；在活動上，以促進個人成長及學習為主。

## 捌、結語

老人日間照顧在西方的發展歷史可歸納為以下三階段：從早期英國的日間醫院(Day Hospital)，被定位為急症醫療的延續，以中風病人出院後的復健為主；至中期以社區照顧概念出發，定位為社區服務的一環，以社區失能老人的照顧為主；直到近期發展針對失智老人的日間照顧及提供家屬喘息機會為主的服務定位。整體而言，日間照顧在長期照顧體系下有其獨特的角色及功能，應該與其他服務有所區隔但又相輔相成，形成服務網絡。日間照顧與居家服務的不同在於提供的地點不在家中，因而提供老人社會化（與外界接觸）的機會；日間照顧與護理之家

的不同在於它並非提供全日照照顧而限於白天某些時段，因而老人仍保持與家人同住的機會；日間照顧與老人文康中心的不同在於參與日間照顧的老人是經過社工員整體評估後，擬定服務計畫，引導老人參與，而老人中心的老人是基於自己主動意願選擇參與活動。日間照顧的服務目標是多元化的，包括出院老人的身體功能復健、孤獨老人的社交功能復健、減輕家屬照顧負擔、提供失能老人日常生活照顧，維持失智老人身心功能、提供精神上及知識上的支持給家屬。這些目標將因社區需求不同而有不同之強調。

至於日間照顧的成本效益評估，一般而言，日間照顧的單位成本(每人每日)可能較護理之家高，但如果老人使用的日數較少，則以老人個人的成本而言，日間照顧還是比護理之家便宜，因此日間照顧的成本效益在失能程度較輕的老人身上最明顯，隨著老人失能程度的增加，日間照顧的成本很可能就會超過護理之家。不過，由於失能程度較輕的老人進入護理之家的可能性也隨之降低，

所以日間照顧是否降低護理之家的使用，至今未有定論。不過，很明顯的是，日間照顧與護理之家所服務的老人群體並不完全相同。但是，日間照顧提供給老人社會化的機會、減輕家屬照顧的壓力，又同時使老人得以與家人同住，這些效益不是其他服務可以完全取代的。因此日間照顧在長期照顧體系的主要貢獻在於，針對照顧孤立疏離的老人、部分或嚴重認知功能失能的失智老人、及出院病人之短期復健，而非身體功能嚴重失能之老人。

大部分研究顯示，參與日間照顧老人及家屬都對日間照顧有極高的滿意度，但同時也顯示日間照顧的使用率偏低。其中因素涉及甚多，這表示老人有照顧需求，至老人實際使用日間照顧之間有很多因素可能阻礙日間照顧的使用，例如下雨、老人臨時生病、家屬希望老人去但老人害怕家屬遺棄不願去、收費太貴、交通接送不便、老人與老人之間相處不好等等。

就服務的接受而言，日間照顧在社會大

眾的觀念中遠不如居家服務容易被老人或家屬接受；就服務的彈性而言，日間照顧由於是團體式集中照顧，其團體的定位必然形成

於老人失能程度；而使用服務後，並不會造成家庭照顧功能的萎縮，正式與非正式體系間成爲相互補充之關係。

對象應以失能老人爲主，而非健康老人（如台北市王玉珊，一九九五；高雄市孫碧霞，一九九五；高雄縣陳淑珠，一九九五）。公務體系辦理日間照顧受限於公務人員編制，

限制，而無法同時服務所有在社區中的失能老人，因此其依老人及家屬需求提供服務的彈性，也不如居家服務來得高。所以，在西方各國長期照顧中，日間照顧扮演的角色遠不如居家服務及護理之家來得重要。日間照顧的發展多半是附屬在較普遍接受的服務，如醫院、護理之家、或居家服務之下，因而呈現不同型態的服務模式。

針對國內社會型日間照顧方案之經營、運作、效益及成本，以至政府在推動日間照顧的策略分析的研究則付之闕如，相關的討論多散於各縣市政府的工作報告、及內政部舉辦之研討會報告中。社政單位推動日間照顧多是由公立之老人活動中心及扶療養機構附設辦理，由政府編列預算執行。囿於社政體系之老人福利鮮少向使用者收費，及長久以來「社會福利就是免費的慈善工作」的形象，使得日間照顧之收費僅止於象徵性意義。

對勞力密集的日間照顧而言，是社政體系無法發展醫療型日間照顧之主要因素（如孫碧霞，一九九五；汪麗珍，一九九五）。另一限制因素是，日間照顧服務是附加於現有體制上，而原有場地設施多半沒有提供失能老人所需之無障礙環境，致使社政體系之日間照顧對象只能侷限於健康、行動方便之老人（王玉珊，一九九五）。突破現有困境，

限，且多爲翻譯或介紹西方國家的經驗（如徐麗君與謝俊雄，一九八八）。由於社會型日間照顧的推廣時期有限，本土經驗的研究僅有呂寶靜（一九九六）針對使用者與其家屬使用服務的決策過程及服務成效，對九二名社會型日間照顧使用者進行問卷調查，研究發現台灣日間照顧方案所發揮之功能與西方經驗相似，以照顧老人及減輕照顧者負擔爲主。決策過程中，老人自主權的高低決定

國內社政單位推動的日間照顧方案，服務對象多以健康老人或輕度失能老人爲主（曾中明，一九九五）。此一服務對象之界定與執行這所認知之案主需求，其實是有差距的。許多地方業務承辦人都認爲日間照顧的

這些地方業務承辦人建議以委託民間辦理或鼓勵醫院辦理醫療型日間照顧，以推廣照顧失能老人（王玉珊，一九九五；孫碧霞，一九九五；陳淑珠，一九九五）。這些社政人員都仍抱持失能老人是醫療人員的事的概念而劃地自限，忽略了社會工作在照顧失能老人重要性。

整體而言，老人日間照顧在台灣尙屬初步發展階段。就概念而言，其觀念之引進是

整體而言，老人日間照顧在台灣尙屬初步發展階段。就概念而言，其觀念之引進是

整體而言，老人日間照顧在台灣尙屬初步發展階段。就概念而言，其觀念之引進是

由西方社區照顧之架構而來，當此概念在同行政體系中執行時，便有差異產生。諷刺的是，老人日間照顧做為社區照顧的一環，依社區照顧之精神，服務之產生應由下而上，以社區自主性的培養與參與為要義。但目前日間照顧之發展全是由上而下，由中央形成決策而後地方執行之。藉由政策如何引導社區發展的精神進入老人日間照顧之發展，應是政策制定者思考的另一課題。缺乏本土經驗的反省，盲目以西方經驗為經典，只會使日間照顧服務的發展與民眾需求脫節。

(本文作者為國立陽明大學衛生福利研究所  
研究員；本文之完成感謝台北市府委託  
台北市老人日間照顧政策規劃研究報告計  
畫之支持)

### 參考書目

- 王玉珊 一九九五 台北市府社會局推動  
日間托老服務業務報告 八十四年度全  
國日間托老服務研習會實錄 高雄 高  
雄市政府社會局 頁四〇—五三  
王增勇 一九九七 台北市老人日間照顧政

策規劃研究報告 台北 台北市政府

台北市政府 一九九六 台北市政府衛生醫

療革新白皮書 台北 台北市政府

行政院 一九九四 社會福利政策綱領 台

北 行政院

李福春等 一九九四 省立豐原醫院日間照

顧室老人急性病症及死因分析 中華民

國家庭醫學雜誌 四(二) 九〇—九

六

汪麗珍 一九九五 台南市政府社會局推動

日間托老服務業務報告 八十四年度全

國日間托老服務研習會實錄 高雄 高

雄市政府社會局 頁四〇—五三

呂寶靜 一九九六 失能老人非正式和正式

照顧體系關係之探究——以日間照顧服務

方案之使用為例 台北 國科會

呂寶靜 一九九五 高齡社會中老人日間照

顧服務方案的角色與功能 八十四年度

全國日間托老服務研習會實錄 高雄

高雄市政府社會局 頁九—二九

胡幼慧 一九九五 三代同堂 台北 巨流

吳淑瓊 一九九四 從健康服務的供需探討

我國老人健康照護問題 經社法制論叢

一四 八五—一〇一

徐宗福、許國敏 一九九三 以醫院為基礎

之日間照護病患醫療效果 經濟效益及

成本分析之研究 公共衛生 二〇(一)

一—一七

徐宗福 一九九四 某醫院日間照護之成本

分析 醫院雜誌 二八(四) 四六一

五三

徐麗君、謝俊雄 一九八八 老人日托中心

的類型和功能 台北 中華民國社區發

展研究訓練中心

省立豐原醫院 一九九四 省立豐原醫院日

間照護室實驗結果報告 台中 省立豐

原醫院

張鳳琴、洪美玫、吳聖良 一九九六 日間

照護服務的成本及效果初探 台中 台

灣省公共衛生研究所

曾中明 一九九五 內政部推動日間托老服

務業務報告 八十四年度全國日間托老

服務研習會實錄 高雄 高雄市政府社

會局 頁三一—三九

陳淑珠 一九九五 高雄縣政府社會局推動

日間托老服務業務報告 八十四年度全國

- 日間托老服務研習會實錄 高雄 高雄  
 市政府社會局 頁六〇—六九  
 Arlington, G., Romaniuk, M., & Harkins, E. (1984). Adult day care and the nursing home: The appropriateness of care in alternative settings. *Research on Aging*, 6, 225-42.
- 孫碧霞 一九九五 高雄市政府社會局推動  
 日間托老服務業報告 八十四年度全國  
 日間托老服務研習會實錄 高雄 高雄  
 Barber, G.M., Paton, R., & Wishnia, G. (1993). Public's perceived need for adult day care versus actual use. *Home Health Care Services Quarterly*, 14(2/3), 53-71.
- 經建會 一六六一 國家建設六年計畫 一  
 九一一—一九九七 台北 行政院經建會  
 adult day care versus actual use. Combining medical and dementia day care units: problems and solutions. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 7-13.
- 衛生署 一九九六 長期照護納入全民健康  
 保險給付可行性評估報告 台北 衛生署  
 Burke, M., Hudson, T., & Eubanks, P. (1990). Number of adult day care centers increasing, but payment is slow. *Hospitals*, Sep. 5, 1990, 34-42.
- American Psychiatric Association. 1980. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, D. C. : American Psychiatric Association. J. (1982). Evaluation of adult day health care programs in California Pursuant to Assembly Bill 1611, Chapter 1066, Statutes of 1977. Sacramento: Dep. of Health Services. Conrad, K., & Guttman, R. (1991). Characteristics of Alzheimer's versus Non-Alzheimer's adult day care centers. *Research on Aging*, 13, 96-116.
- Ansak, M. (1980). Methodological constraints of the Medicare 222 Day Care Demonstration Project. In U. S. Congress (Ed.), on Adult Day Care Programs. Washington, D.C. Select Committee on Aging. Chappell, N., & Penning, M. (1979). The trend away from institutionalization. Conrad, K., Hanrahan, P., & Hughes, S. (1990). Survey of adult day care in

- the United States: National and regional findings. Research on Aging, 12, 36-56.
- Crossman, L. (1987). Adult day care: Coming of age. Aging Connection, 8, 1-3.
- Guttman, R. (1991). Adult day care for Alzheimer's patients. New York: Garland. Publishing.
- Harder, W.P., Gornick, J.C., & Burt, M.R. (1986). Adult day care: substitute or supplement? Milbank Quarterly, 64, 414-441.
- Henry, M., & Capitan, J. (1994). Adult day care in America: Programs without policy. Southwest Journal on Aging, 10, 89-93.
- Henry, M., & Capitan, J. (1995). Finding satisfaction in adult day care: Analysis of a national demonstration of dementia care and respite services. Journal of Applied Gerontology, 14, 302-320.
- Henry, M., Capitan, J., & Yee, D. (1995). Hopeful care for people with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease, Nov/Dec 1995, 24-36.
- Hepburn, K., Severance, J., Gates, B., & Christensen, M. (1989). Institutional care of dementia patients: a state-wide survey of long-term care facilities and special care units. American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, 19-23.
- Hong Kong Government. 1995. The Five Year Plan for Social Welfare Development in Hong Kong - Review 1995. Hong Kong Government.
- Kalish, R., Luri, E., Wexler, R., & Zawadski, R. (1975). On Lok health services: Evaluation of a success. San Francisco: On Lok Senior Health Services.
- Kane, R. (1985). A will and a way: what the United States can learn from Canada about caring for the elderly. New York: Columbia University Press.
- Kane, R. (1987). Long-term care: principles, programs, and policies. New York: Columbia University Press.
- Kaye, L., & Kirwin, P. (1990). Adult day care services for the elderly and their families: Lessons from the Pennsylvania experience. Journal of Gerontological Social Work, 15, 167-183.
- Kelly, W., & Webb, L. (1985). The development of adult day care in America. In L. Webb (Ed.), Planning and managing adult day care: Pathways to adult success. (pp. 9-18). New York: National Health Publishing.
- Kirwin, P. (1991). Adult day care: The relationship of formal and informal systems of care. New York: Garland Publishing.
- Krieger, M., Weissert, W., & Cohen, J. (1982). Characteristics of Medicaid

- Home and Community-based Waiver Gerontologist, 16, 517-524.
- Program applications. Vol. 1: Rathbone-McCuan, E. (1990). Adult day Background and summary. Washington, D.C.: Urban Institute.
- Lindeman, D., Corby, N., Downing, R., & Sanborn, B. (1991). Alzheimer's day care: A basic guide. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Mace, N., & Rabins, P. (1984). A survey of daycare for the demented adult in the United States. Washington D.C. The National Council on Aging.
- O'Brien, C.L. (1982). Day care: a practical guide. Monterey, CA: Jones Bartlett Publishing Co.
- Padula, H. (1983). Developing adult day care. Washington, D.C. National Council on the Aging.
- Raber, P. (1980). Day care: An alternative to premature institutionalization. Today's Nursing Home, 1, 18-19.
- Rathbone-McCuan, E. (1976). Geriatric day care: A family perspective.
- Robins, E. (1981). Adult day care: Growing fast but still for lucky few. Generations, spring 1981, 22-23.
- Sands, D., & Suzuki, T. (1983). Adult day care for Alzheimer's patients and their families. Gerontologist, 23, 21-23.
- Shroyer, J.L., Hutton, J.T., & Anderson, G.M. (1987). The Alzheimer patient: interior design considerations. Texas Medicine, 83, 54-57.
- Sincox, R.B., & Cohen, P.S. (1986). Adapting the adult day care environment for older adults with Dementia. Des Plaines, IL: North Shore Senior Center and Parkside Senior Services.
- Stassen, M., & Holahan, J. (1981). Long-term Care Demonstration Projects: A review of recent evaluations. Washington, D.C. Urban Institute.
- Von Behren, R. (1986). ADC in America: Summary of a national survey. Washington D.C. National Council on Aging.
- Webb, L., & Crossman, L. (1985). Financial management in adult day care: the road to self-sufficiency. In L. Webb (Ed.), Planning and managing adult day care: Pathways to success. (pp. 109-132). New York: National Health Publishing.
- Weiler, P., & Rathbone-McCuan, E. (1978). Adult Day Care. New York: Springer Publishing Company.
- Weissert, W. (1975). Executive summary of the final report of adult day care in the U.S.: A comparative study. Washington, D.C. TransCentury Corp.
- Weissert, W. (1976). Two models of geriatric day care: Findings from a

- comparative study. *Gerontologist*, 16, 420-427.
- Weissert, W. (1977). ADC programs in the United States: Current research projects and a survey of 10 centers. *Public Health Reports*, 92, 49-56.
- Weissert, W. (1978). Costs of adult day care: A comparison to nursing homes. *Inquiry*, 15, 10-19.
- Weissert, W. (1981). Toward a continuum of care for the elderly: A note of caution. *Public Policy*, 29, 331-340.
- Weissert, W., Elston, J., Bolda, E., Cready, C., Zelman, W., Sloane, P., Kalsbeek, W., Nutran, E., Rice, T., & Koch, G. (1989). Models of adult day care: findings from a national survey. *Gerontologist*, 29, 640-649.
- Weissert, W., Elston, J., Bolda, E., Zelman, W., Nutran, E., & Magnum, A. (1990). Adult day care: Findings from a national survey. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Weissert, W., Wan, B., Livieratos, B., & Katz, S. (1980). Effects and costs of day-care services for the chronically ill. *Medical Care*, 18, 567-84.
- Yee, D., Capltman, J., MacAdam, M., Henry, M., & Leutz, W. (1990). Models of care: adult day care services for persons with dementia. Boston: Brandeis University.
- Zimmerman, S. (1986). Adult day care: Correlation of its coping effects for families of an elderly disabled member. *Family Relations*, 35, 305-311.

◎老人養護機構舉隅

△中國災胞救助總會

老人安養中心(扶養)

地址：台北縣汐止鎮永春一路五路

電話：(〇二)二六四五-〇〇四

△台北縣立仁愛之家(扶療養)

地址：台北縣萬里鄉玉田路六十一號

電話：(〇二)二四九二二五一

△台灣省立台北仁愛之家(扶養)

地址：台北縣新店市屈尺里屈尺路八十

三號

電話：(〇二)二六六八六九五

△基隆市立仁愛之家(扶療養)

地址：基隆市安一路二七〇巷一號

電話：(〇二)二四二四一一八六

△新竹縣立仁愛之家(扶養)

地址：新竹縣新埔鎮旱坑里上樟樹林二

十八號

電話：(〇三五)八八五一〇二