

社 區 照 顧

(Community Care)

譯著

詹火生譯

原著者：Kathleen Jones, John Brown 以及 Jonathan Bradshaw

書名：Issues in Social Policy，第七章

書局：London: Routledge & Kegan Paul

出版：1978年

本書是凱瑟琳鍾士，約翰布朗以及詹納遜布蘭德蕭三人在一九七八年合著之作品。原書名為「社會政策要論」。全書共分為十章。本文是其中之一章，章名即為「社區照顧」。文內重點側重於英國社區照顧若干議題之討論。本文譯稿文字生澀之處或所難免，譯者淺學才疏，尚祈先進學者不吝指正。

對政治家而言，「社區照顧」(Community Care) 是一個有用的修辭學文句；對社會學家而言，它則是一個鞭打機構式照顧(Institutional Care) 的棒刺；對公務人員而言，它是個機構式照顧的廉價選擇，此類工作可交予由地方當局執行——或根本不採取行動；對幻想家而言，它是一個新社會的夢想，在此新社會中，人們彼此均互相照顧；對社會服務部門而言，它則是一個提昇公眾期望，但又無足夠資源去滿足此期望的夢魘。目前我們的處境，是才剛開始去尋找它對老年人，對患有慢性痼疾者，及對殘障者的意義。

為了釐清此名詞所代表的紛雜意義，以及其所代表的思想模式，實有必要將社區照顧之產生，視為一種政策性的目標，並以其事實的累積加以證明，此類事實又可由機構式照顧的若干不被期望的現象而得。很奇妙的，它是由政策的發展先開始。祇有在已作決定，而且訂定政策目標之後，社會學的證明才漸始受人注意。人們提到「機構式照顧」此名詞時，通常都是以一種輕蔑的語氣表示，好像意味著它是不受期待的，且是人們所希望避免的。而「住院照顧」(Residential Care) 一詞則常伴隨著相反的言外之意。

壹、社區照顧與心理健康 (Community Care and Mental Health)

現代社區照顧運動之起源，可追溯至一九五四至一九五七年的皇家心理疾病及心理缺陷委員會(註一)。此委員會相當深入的考慮過我們落伍的心理醫院，以及附隨在住院病人治療的恥辱等問題。當時已有一些院外照顧的發展：例如，一九一三年的心理缺陷法案(the Mental Deficiency Act) 含括了一條被普遍使用之條款，此條款係指在社區中對心理障礙者提供志願的和法定的督導。一九三〇年的心理治療法案(the 1930 Mental Treatment Act) 認清了設立院外患者診所的一種漸增的運動。一九四六年的全民健康服務法案(the National Health Service Act of 1946)，則包括了一條頗為奇妙的權能附與條款(第廿八段)，它是這樣寫的：

「地方當局可以，而且在部長可指導的範圍內，地方當局應該對生理病患及心理缺陷者的照顧以及病後療養(after-care) 作適當的安排。」

在此條款規定下，地方當局衛生保健部門，設立了他們的心理健康支部 (sub-departments)，在醫務指導下，此支部設有心理福利的職員，而且有時有一精神病理社會工作人員。

這段期間並無人使用「社區照顧」此名詞。有關「病後療養」的法定條文，很快地就被「事先照顧」(pre-care) 此名詞所平衡。但大家通常的假定是：住院治療或醫院收容是整個治療過程的中心部分，甚至當它不再全為治療之際亦為如此。只是，慢慢地，「二者擇一的選擇性照顧」(Alternative Care) 漸漸得勢——在此選擇性照顧之下，病人可以全然不需住院。

「社區照顧」一詞最早是出現在一九五七年的皇家委員會報告書中。該報告書第十章「社區照顧之發展」(The Development of Community Care) 僅僅關切與全民健康服務法案第廿八段有關的地方當局權責之陳述，而且它也僅僅重於對服務擴展之建議。一九五九年的心理健康法案 (The Mental Health Act 1959) 的第二部分 (第六至十三段) 並賦予其法定的效力。但此法案並未言及「社區照顧」，它僅提到「地方當局的服務」(local authority services)。就這些服務而言，它並沒有任何的革新，因為第廿八段已給予地方當局相當廣泛的權能附與權力。在提出法案的委員會階段時，曾有使此項權力具強制命令性的企圖，但該企圖並未成功。

一九六一年，身為衛生健康部部長的艾諾鮑爾 (Enoch Powell)，在他的「一項相當不客氣的演說「心理醫院的刺殺出局」(the run-down of the Mental Hospital) 中，宣布了關鍵性的真正改變。談到「我們必須攻擊的防衛」，以及我們「為其葬禮用的柴必須舉起的火炬」，鮑爾宣稱：「全國十五萬張的心理醫院的病床 (約佔所有病床數的百分之四十二)，在一九七五年時，將減少至現數的一半」，而且「這是可想像得到的，大部分的這些病床將會安置在一般綜合醫院中統一使用」。(註二)

里察雷托姆斯教授 (Professor Richard Timuss) 在隔日的同一會議中演說時，很坦白地對政府的這項意圖表示懷疑。他認為政府的此項改變，其基本的動機在於經濟性的考慮，而且他指出，當心理醫院被刺殺出局之際，政府並無發展適當的社區照顧機構的真正意願。他要求政府透過提供來年心理

健康服務發展的專款補助，來證明政府真把社區照顧當作一件正事 (it really meant business) 來辦。(註三) 但政府對此挑戰，並無官方的答覆。

政府的新政策可說是以一些值得懷疑的，且相當有限的統計說明為基礎，而且此新政策主要是以一九五〇年代中期所引荐的一些新的精神診療藥物的效果為根據。在抑制心理疾病者苦惱的症狀上，這些藥物當是相當成功的，但卻很少有人對這些藥物是否真能使病人復原，或其是否僅能減輕疾病症狀作進一層的比較性研究。(註四)

貳、一九六三年社區照顧藍皮書 (The Community Care Blue Book 1963)

一九六二年，衛生健康部頒布了「一個醫院的計畫」(A Hospital Plan) (註五) 一年之後，此計畫透過另一計畫——「健康及福利：社區照顧的發展」(Health and Welfare: the Development of Community Care) 而得以補充 (註六)，後者即通常大家所稱的「社區照顧藍皮書」。在此二計畫間，此二文件顯示了相當大的政策變更，影響到整個健康及福利的服務。為十萬至十五萬人口醫院需求提供服務，而且擁有六百至八百張的地區綜合醫院 (District General Hospital)，將代替全國四散的，而且當是相當古老的醫院容量。病床的總數並不會和預計的人口成長作相稱的增加。將來，醫院服務之提供將側重在急性的照顧，非急性的一面將交由其社區來處理 (註七)。

「在設計醫院計畫的時候，通常是假定健康及福利服務所最先關切的，將仍然繼續是在透過預防性的測估，預先防止疾病和殘疾之產生；疾病和殘疾雖然仍舊出現，但其目標將在於為不需要只有醫院能提供的特殊診斷和治療者，提供家庭及社區之照顧。」

「受此政策更影響最大的是老人病的患者，心理疾病患者、身心殘障者、及臨盆生產之婦女；而社區照顧藍皮書就是針對此四類團體來提出有關服務供應之問題。因為社區照顧所涉及之服務是地方當局提供之服務，因此，其困難即在於此議題不可能在「一個醫院的計畫」(A Hospital Plan) 中，

以一致贊成的看法來達成協議。每一個地方當局都在嫉妒的心態下保護其自主權，以使其自身免於中央政府的控制，而且他們在支用其比率補助金 (rate support grant) 方面有相當大的自由——一九五〇年代末期已廢棄了指定項目的特殊補助金措施。於是，此藍皮書包括了四十六頁左右有關四種服務區域的一般化指導，八頁相當昂貴但卻不必要的圖片，標示病人在製作玩具、學習點字、坐在招待所休息室等情形，而且有三十頁以上是地方當局的計畫，這些計畫呈現出的是在現有服務供應及預計在十年時間內服務的計畫兩者之間的鉅大分歧。對於什麼樣的服務措施是人們所需要的，以及對於什麼樣的服務是有可能提供的，並無一致的定論。

在此階段，社區照顧的政策已擴大到包括許多不同的情境；但這些擴展只純粹是中央政府政策及地方當局服務供應而已——沒有人領會到親戚、隣居、或志願性社會服務也許也扮演一部分功能的問題。麥可貝里 (Michael Bayley) 在這之後對「社區內照顧」(care in the community) 及「社區的照顧」(care by the community) 二者，作了一個非常有用之區分 (註八)。這區分就是：「社區內照顧」並不含有利用社區本身資源，或甚至獲得社區贊可之意義。(許多地方社區事實上特別抵制在他們附近地區設置心理疾病療養院之觀念。從沒有任何措施去嘗試創造一個有利於此種療養院設置的氣氛。)

尤有甚者，在此政策後之動機，基本上仍是經濟的考慮。我們的醫院中有許多是在維多利亞中期 (mid-Victorian) 時建立的，彼時一個擴展中的帝國 (an expanding Empire) 意味著擴展中的輸出。在一九六〇年代，我們就無法看到同樣程度的資本門經費支出，特別是當一政府致力於削減公共預算支出時尤其如此。

刺、社會學的證明 (The Sociological Evidence)

一直到現在，社區照顧的政策才受到政治右派 (the political Right) 的普遍歡迎，以及受到政治左派 (the political Left) 的質訊，左派者懷疑

社區照顧只是一個二流服務 (a second-class service) 的雅稱而已。但是，證據開始從社會學領域中產生，因其建議大型的機構先天上就較不具人情味，而且在人道主義的立場必須加以廢棄。它投合尚未喪失一七八九年精神的左派革命要素，並且清楚的看到法國巴斯底監獄 (Bastilles) 之摧毀。這方面初期的作品是高夫曼 (Goffman) 在一九六一年所發表的「收容所」(Asylums)，此書分析這個「完全機構」(total institution) 的性質，與外在世界相當地隔離，並創造了一些對收容者病態的情境。高夫曼「二元管理」(binary management) (職員與病人間之分裂)、「一爐麵包等的生活」(batch living) 及「機構觀點」——機構本身由於變成較個人所計畫去達成的更要來得重要，乃導致對自我的攻擊 (the assault on the self) ——的概念，是在美國環境下發展出來的，但在英國社會學圈中卻得到一個現成的反應。其中的一個可貴的特性，「是它為泛服務的比較」(cross-service comparison) 提供了首次的理論基礎——它的發現可應用於監獄、或行如心理醫院的老年人之家，而且可擴大應用於學校、軍營或集中營。(也許高夫曼最重要的缺點，是他標註了這些機構相似的層面，而忽略了這些機構彼此互異的許多方面。)

一些英國的作者曾作了獨立的研究，其結果雖與高夫曼的理論性理解的度數略異，但也導致了某些相似的結論。一個相當傑出的志願工作者，哈特馬的艾蘭女士 (Lady Allen of Hurtwood)，曾在一九四五年寫了一本小冊子，叫作「誰家的兒童？」(Whose Children?)，此書中揭露了兒童之家中，許多無法想像的以及無人性的兒童待遇。一個精神分析學家，羅梭巴特醫師 (Dr. Russell Barton)，他在一九五九年為護士寫了一本小小的訓練手冊，叫作「機構的神經官能症」(Institutional Neurosis)，他強調許多精神醫院的長期病人患有二種疾病——一種是使得他被准予入院的疾病，而另一種則是他入院後，醫院所帶給他的疾病。約翰羅茨 (John Vaizey) 在他仍為一個大學的講師時 (現在他被尊稱為韋茨爵士 Lord Vaizey)，也曾在里察雷托姆斯 (Richard Timuss) 的建議下，寫出當他十四歲時在一系列戰時整形外科醫院時所親身經驗到的痛苦部分，此書在一九五九年發表，名稱

是「機構生活的景象」(Scenes from Institutional Life)。

韋茨的結論表現出他個人的政治哲學：

「營隊中的警官、醫院裏的護士小姐、監獄的法警——這些人裏頭有許多是不適合的及不合格的，而且他們貪圖權力及控制……他們用嚴格的規則與權威形態的訓練，掩蓋他們的不安全感及不適當。

……在某些場合我覺得應該有一批人，能由衷地認為去運用權力是錯誤的，而且權力只有在不得已的情況下才使用，使用時應有一股罪惡感；而且，相當奇特的，我仍然保有我青春期的信仰，而這就是工黨的信念。」

高夫曼那本「收容所」的發表，使問題提昇到較理論的層次，並在英國社會學界得到了快速的回響；而且此種起源於右翼份子想削減公共支出的社區照顧政策，也獲得政治圈中另一半人的支持。

在貝斯諾綠地(Bethnal Green)的社區研究中心(The Institute of Community Studies)也已經對處於不利地位者的需要，產生了濃厚的興趣。彼得湯生德(Peter Townsend)在一九五七年的「老年家庭生活」(The Family Life of Old People)一書發表後，於一九六二年寫了「最後的難民」(The Last Refuge)一書。這是一個有關老年院內照顧(residential care)的研究，在此研究中他引用了高夫曼的發現，而且在此研究基本上是實證研究的情況下，它包括了一章理論性的探討，其標題為「機構對個人的影響」(The Effects of Institutions on Individuals)。泰倫斯與寶蓮樓里斯(Terence and Pauline Morris)在一九六三年接著以「本頓維爾監獄」(Pentonville)——此監獄是最先採用單人監房者，描述在一個封閉性環境內，對犯人施展整個權力的影響，並深入詳盡地探討其社會及個人的墮落。寶蓮樓里斯在此之後又作了一個有關心理殘障醫院的研究，此研究於一九六九年發表，名稱為「捨棄」(Put Away)。金、雷奈、以及茲舍在一九七一年的「院內照顧模式」(Patterns of Residential Care)一書中，再次引用高夫曼的分析，來研究心理殘障兒童之家(homes for mentally handicapped children)的行政，而且從他們的工作發展出其

「常態」(Normalization)的理論。他們能顯示：在兒童之家的心理殘障兒童，如給他們與正常兒童相同的某些生活和學習機會，則其與那些被留在機構式、醫院型態環境下的兒童相比較，他們在個人及社會能力上均有所改善。米勒及蓋文奈(Miller and Gwynne)在其所作有關生理殘障服務措施之研究——「一種隔離的生活」(A Life Apart) (197)中，也區分了「倉庫模式」(warehouse model)與「園藝模式」(horticultural model)兩者之差別，認為在倉庫模式中，院內居民只是被捨棄在倉庫中，而在園藝模式中，院內居民卻被鼓勵去成長。

肆、醫院的調查(The Hospital Inquiries)

對機構條件提出抗議的一個新階段是在一九六七年開始，此時立即使這個論題從圖書館的閣板中轉變成為熱門之標題。政府機構內老年人協會(the Association for the Elderly in Government Institutions) 簡稱 AEGIS 是由倫敦費邊協會(London Fabians)的一羣人所組成，來調查醫院中老年人的情形。投書泰晤士報(The Times)要求其提供消息的一封信，使鬱積的憤怒及不幸遭遇得以解放出來，一些親戚、病人、護士及社會工作人員寫信道出了身心的無情、卑鄙、忽視、及暴力。一九六七年一本因之而生的書「萬物皆空」(Sans Everything)是一個對機構照顧相當有力量的控訴。此個案由於作者芭芭拉羅布太太(Mrs. Barbara Robb)拒絕在一連串的官方調查前提出證據有稍受損害，這些調查是由衛生保健部門及地區醫院委員會為檢視其證據而設立。其調查是費盡苦心的及周全的。不幸的是當他們調查時，餘波是冷漠的——一些工作人員已經離開，或拒絕去提供證據——以致於只有一小部分的辯述是被證實的，而且只有一相當少數的辯述是被反駁推翻的。許多資深的醫院工作人員持有這觀點，即就算這些實況在過去已發生，在調查進行的時候，他們仍是不能想像的。

無論機構殘酷及虐待的事件是否不能想像的，在一九六八年之後，此類的陳述仍不斷產生。在其後的四年中，有許多案例發生，在這些案例中，各

類醫院中的忽視和殘酷被指陳出來，而這些醫院有大多數是心理疾病或心理殘障醫院。所有的陳述都被調查，而且其中三個調查——艾萊 (Ely)、費雷 (Farleigh)、及韋寧漢 (Whittingham)——結果並予公布和廣為傳播。(註九) 艾萊調查之進行是因在世界新聞 (News of the World) 中一篇文章而起。許多的控訴被證實，而且在某些情況，亦對護理人員提出法律訴訟。剛開始時，抗議的運動是社會學家們對機構所作的理論性攻擊。在一九六八年時，它變成一種對虐待與錯誤行政實例的相當實際的攻擊。「萬物皆空」為此兩種性質相當不同的運動提供了橋樑。

有一陣子，此對抗機構之運動吸取了報紙及電視的注意力，而且產生了許多憤怒的回響。不幸地，此種公眾關注的情形並沒維持很久。其他事件代之占據頭條的位置，而且這些辯述和調查在憤怒情緒已消失之後許久仍進行著。有一篇報告雖報紙上曾簡扼述及，但卻需要再加以仔細的探討，這就是在肯特本瑞卻漢此地的聖奧古斯丁醫院調查委員會的報告 (the Committee of Inquiry at St Augustine's Hospital, Charham, Canter Bury) (註十)。此報告在一九七六年公布，它最主要的抱怨事項是來自一個在肯特大學 (University of Kent) 完成其博士學位時在醫院工作的化學家。此委員會對該情境及問題之分析是誠實的，而且是有知覺力的。

然而，整體而言，此項運動基本上是破壞性的——它惡劣地動搖了長期疾病醫院工作同仁的士氣，但從未達到建設性的階段，以要求用更好的社區照顧作為替代之選擇。要說「把病人搬出這些機構」(Get the patients out) 這一類話語很簡單，但是其問題激結在於「要將這些病人搬往何處？」(To what?)

伍、社區內照顧 (Care in the Community)

地方當局對於此項任務之強迫交付，基本上仍然是處於為難與多少有點憤慨之情境。他們時常對於應該提供什麼種類的服務措施進行暗中摸索，而且對該項服務應包括何種居民亦毫無概念。特別地，他們時常為此項漸增之經費而

擔憂，並為要從地方稅中抽取多少比例來支援這些服務操心。這個問題所涉及的一個很好的例子，發生在收容所的建築上：許多地方當局準備為復健病人建造收容所，但他們又希望這項措施儘可能的縮小，並盼其新陳代謝之補充迅速。當收容所事實上是為那些沒有別處可去，且沒有能力獨立生活的病人，提供一永久的環境這項事實明朗化之時，類似「塞滿淤泥」(sitting up) 的不吉利字眼就開始被使用。地方當局並不期望去為這些長期居留的人們安置居所。(註十一)

一九六八年艾普特曾指出：收容所能製造一個類似醫院般無人情味，且無社會刺激機會的環境。收容所很容易變成社區內的垃圾場 (dumps)。(註十二) 在某些情況下，病人被社區照顧排除在外，因為這些社區照顧服務包括了一個夜間的收容所，以及一個日間的訓練中心：其結果就好比一個包括兩個部分的機構。(a two-part institution)。

麥可貝里 (Michael Bayley) 對「社區內照顧」與「社區的照顧」的區分，就是在此時所作。前者也許是機構的形式，但後者根本上卻是非機構的，而且它包括社區本身生活的容納和感受。他在一九七三年所作的「心理殘障及社區照顧」(Mental Handicap and Community Care) 的研究，引出了一個「抗衡性結構」(a structure for coping) 的新觀念，即為應付心理殘障個人的困難而生之結構，不單單是一個由地方當局所提供的法定服務，而且也是一種利用由家庭、朋友、隣居、志願與法定資源所綜合而成的綜合體所能提供的各項可用資源的服務模式。它擴展了社會照顧的概念。它也向社會工作人員提出新的要求，而社會工作人員之任務除在傳統個案工作內提供個人的內省外，亦更包括為個人設計一個支持的體系。

蓋倫艾瑞克森 (Dr. Gerald Erickson) 在其最近的一篇論文中，也曾主張利用網絡理論 (Network Theory) 作為社區內心理病患照顧的治療工具。許多心理疾病患者並無一個由支持性朋友及親戚所組成的一般網絡——而且，不論這是他們疾病之原因或是他們疾病的結果，這都較不重要；較重要的是促使被動的關係活動，以及創造新關係的任務。(註十三)

漸漸地，我們對於社區照顧到底是些什麼的觀念，也變得更為複雜。我們

從一個省錢的簡單慾望，或一個粉碎機構制度的單純慾望，轉變成爲一個對在社區內，提供一種良好照顧的機會與困難的，更爲積極的體認，而且此種良好照顧是非例行公事化及嚴厲組織化的。至於它的所有缺陷，在一九六三年的社區照顧藍皮書中，已預見如下：（註十四）

「各種服務，……必須依據能精確地滿足各特別團體，或甚至各不同個人的各種需要的原則，來加以組織及管理。在過去，重點是在各類服務之提供；而現在，重點則在於確定及滿足特殊的需要。在未來，此種服務將漸增對其所計畫去服務的人們的特殊需要與個別特性的敏感度。」

陸、論爭摘要 (The arguments summarised)

在這時候，較有用的也許是爲反對或支持機構及社區照顧兩者，找出一些關鍵點。

反對機構照顧的論爭有：

1. 所有的機構都創造了病態的情境：制度領先於個人之前；
2. 工作人員的態度是權威性的，而且常使病人自覺拙劣；
3. 機構的生活使生活經驗的各個不同層面（工作、遊戲、家居的生活），瓦解爲在一個「完全徹底合理的計畫」(overall rational plan)下的一個單一的經驗；此爲高夫曼的論爭）
4. 許多的機構是相當的陳舊，而且不適合作現代的治療；以及
5. 有許多殘酷及虐待的例子已被揭露出來。

較支持院內照顧（可接受的術語）的論爭是：

1. 事實上，很少醫院或居留之家是「全機構的」(total institutions) 假如對「收容所」此文的前五頁作仔細的再次閱讀，將可發現高夫曼也認清了此點，而且他並沒有攻擊任何的院內收容機構；
2. 院內居住的生活可以用民主的方式來加以組織——在心理醫院的治療性社

區實驗已指出此點；

3. 只有現代郊區的人們會期望有工作、遊戲與家居生活的不同環境，而且城市設計者發現長期車票往返者的生活是屬於社會性非期盼的；

4. 我們不能用壞的例子作基礎，來譴責機構（或院內收容）照顧的原則。斯堪地那維亞半島的國家就有非常好的新醫院。假如我們有意去建造醫院，我們就能找到經費；

5. 最後，所有有關殘酷及虐待的陳述都經過徹底的、公平的調查。調查報告很感嘆的指出，這些例子都是與特殊監禁病房、或甚至特殊輪值有關的特別，而且一般來說，在醫院調查的一般照顧水準都尚稱良好。同樣地，我們可以舉出一些反對社區照顧的例子，並作辯護。

我們可以這樣來爭論：

1. 社區照顧是一個理想，但事實上作不到。在鮑爾政策 (the Powell Policy) 之後的十五年，爲心理病患者（他們是此方面最悠久歷史的團體）所提供的社區服務，仍是「最少的」(minimal)；（註十五）
2. 社區照顧的原動力是來自地方當局。許多地方當局將其列爲最不重要的事項，而且根本不作；
3. 在估計社區照顧的需要上，有許多理論上及實際上的困難，因此也使得要在各種服務提供的可能性中，決定優先順序，也問題滋生。這些製造科際專業間衝突之趨勢，也阻礙了發展；
4. 醫院和其他院內收容機構是可加督導的。這是更殘酷或更忽視的事情，去把這些人留在社區中而不加以觀察；
5. 良好的社區照顧，比良好的機構照顧，要來得更爲昂貴，因爲它蘊含了稀有技能及資源的分散，而非技能及資源之集中；
6. 轉向社區照顧的運動，已粉碎了爲提高照顧水準所從事的運動。現在必須作的變成是去指導許多的地方運動，以代替一個全國的運動。

在另一方面，社區照顧也可作下述的辯護

1.事實上，假如我們回溯這十五年，有很多事已經發生。地方當局正用隱避保護式的住宅，團體的公寓，以及許多其他計畫，在從事實驗；

2.當公眾參與的運動逐漸成長時，地方的社會服務委員會（Councils of Social Service）以及其他志願團體，都漸漸採取主動，並促使地方當局付諸行動；3.許多運動競爭，要比只有一個運動來得好些，因為成功的機率較大；

4.社區將培養它自己的看門人——朋友、親戚及隣居；以及

5.好的社區照顧並不一定比較貴的，因為它可引進新的資源：所有的照顧都不需要付錢，而且這些照顧是專業的照顧。

柒、社區的態度 (Community Attitudes)

這一半是依賴於社區（不管社區所指為何）是否預備去提供照顧。社區照顧的哲學包含一個相當樂觀的人性觀，而且其嚴密的檢驗亦端賴於是否能將此轉為一種全國性的積極行動。人類是否即如經濟學家所相信的，受個人慾望及私人利益考慮的支配？在這種情況下，我們最好是快點設置更多的機構，因為在社區內的照顧並無合理標準的希望。或者，他們是否就如里蒙笛托姆斯所相信那般的，有作社會交換的能力——禮物及服務自由提供及接受的相互作用——此為社會互動的基礎（註十六）？在這種情況下，社區照顧就有存在的可能，雖然它仍然有羞恥感問題存在。有一些人會想要多拿回一些，而小付出一點。他們的存在或行為表現，也許是不吸引人的，或甚至令人害怕的，而且違反了「正常」(normal)的觀念。（註十七）去期望他們將被接受為「美麗新世界」(the brave new community world)的一部分，這是否實際呢？或是，大眾的容忍有沒有限制呢——此限制在擔心成爲一激烈的反作用下，是應該被認清和尊重的？

由志願協會爲老年人、心理疾病患者、及殘障者所實施的大多數公眾教育，對降低容忍的程度有所影響，而且能使他們更多的病人，在此更大的社會中充分的生活；但是，即使如此，它仍有其限制。試考慮下列的例子：

「彼得是個二十五歲的人。他是個獨子，他的父母均過世，而且沒有近親

在世。幾年來他都在醫院中，因痙攣而受限於輪椅。他也曾接受結腸切開的手術，而且他對味道過敏。他不能工作，他與他的房東大大相處不洽，而且沒有朋友。他是相當的聰明，而且非常的寂寞。社會服務部門正爲他找一個能善待他的家庭，並偶然帶他出去走走。」

彼得也許是幸運的，但也許也並不幸運。他也許會和一個願「收養」(adopt)他一辈子的家庭接觸；或和一個對他只有六個星期的興趣，而六個月之後由於與繳減退而把他忘記的家庭接觸；或他會遇到一個家庭，此家庭馬上把他還給社會服務部門，而且說「對不起」，但是他們是非常敏感的人，他們簡直就是不能忍受他；或是根本沒有家庭會收養他。這個問題就在於：是否彼得，或一個跟他類似的人，在一個收容所，或甚至一個醫院病房裏這般的小型人爲社區，會比在外面的世界，要來得不快樂？把「社區」說成「外面的世界」就是假定了一種事實上不存在的社會支持的水準。

慢慢地，我們就可認清，此種議題並不是一個「機構照顧對社區照顧」(institutional care versus community care)的問題。這種二分法是錯誤的。沒有一個觀察員能夠寬恕在一九六〇年代末期在機構內所發現的殘酷和忽視措施。健康服務委員會辦公室的設立(the office of Health Service Commissioner)，是「萬物皆空」一文的一項建議，也是一種對此種情境要加以檢視的保證。另一項措施就是邀請志願協助者到院內工作的漸增實況，他們可以幫助去補充壓力重大的職員的工作，而且可以圍繞在旁邊寫，避免零星的殘酷措施在私下使用。

但是同樣地，很少人現在會主張，我們提供服務而完全不要居留中心。並不較地方當局之家或收容所爲少的醫院，就是社區照顧餘像的一部分，而不是被用來反對社區照顧的。這選擇既不是院內收容的照顧，亦非社區照顧，而是此二者的某些要素。院內收容的環境也許可以比以前更有彈性的運用，以提供短期的照顧——也許是活動的治療；也許是爲朋友與親戚提供一個休息或渡假的機會。我們可以致力於爲那些需要長期居留的人們，提供社區的接觸及旅遊。在這種方式或許多其他方式下，往昔「全機構」的牆也許就會產生裂口。

在院內收容照顧與家庭照顧(home care)二者之間，還有另一種可能

，此即日間的照顧 (day care)。為心理病患所提供的日間醫院及中心是始於一九五〇年代，而且在他們尚未達成他們早期所主張之期望時，他們已提供了一種有價值的治療和照顧的中介工具。對年長者及生理殘障者的日間照顧是較近之發展，但有其發展之相當潛力。病人可居住在他們自己家中，但是一禮拜也許有一天或二天由救護車 (或 sitting-case car) 去接他們到一個「俱樂部」(club)，在此俱樂部中，他們能獲得所有的膳食，參加手工藝品製作或遊戲或其他活動，接受好比美容理髮或腳病治療的最低服務，而且也許可開車兜風或上街購物。病人仍保留其獨立性和自尊；社會服務和他保持連絡，並根據其需要提供服務；而且這種法定服務的成本，比機構照顧的最低支出還要來得更便宜。

目前，問題就不是「機構照顧對社區照顧的問題」，而是應在什麼環境下為何種病人提供何種照顧。重要的事情就是我們應建立適合個別男女需要的結構，並在許多不同的服務措施中，培養社區參與感。這是需要技術和奉獻的，並需較我們現在所作的更好的社會仲裁的技巧。因此，文藻修辭學式的爭論時期應已結束。

【譯釋】

1. *Report of the Royal Commission on Mental Illness and Mental Deficiency*, Cmnd 169, HMSO, 1957.
2. *Report of the Annual Conference of the National Association for Mental Health*, 1961.
3. Titmuss, *op. cit.*
4. See K. Jones and R. Sidebotham, *Mental Hospitals at Work*, Routledge & Kegan Paul, 1962, chapter 2, for a contemporary assessment.
5. *A Hospital Plan for England and Wales*, Cmnd 1604, HMSO, January 1962.
6. *Health and Welfare: the Development of Community Care*

Cmnd 1973, HMSO, April 1963.

7. *A Hospital Plan*, para. 31.
8. M. J. Bayley, *Mental Handicap and Community Care*, Routledge & Kegan Paul, 1973.
9. *Report of the Committee of Inquiry into Allegations of Ill Treatment... at the Ely Hospital, Cardiff*. Cmnd 3795, HMSO, 1969;
10. *Report of the Farleigh Committee of Inquiry*, Cmnd 4537, HMSO, 1971;
11. *Report of the Committee of Inquiry into Whittingham Hospital*, Cmnd 4861, HMSO, 1972.
12. Published by the South East Thames Regional Health Authority, March 1976.
13. E. Durkin, *Hostels for the Mentally Disordered*, Fabian Pamphlet, no. 24, 1971, for an account of problems of definition in hostel care.
14. R. z. Apte, *Half-way Houses*, Occasional Papers in Social Administration, Bell, 1968.
15. G. Erickson, "Personal Networks and Mental Illness", D. Phil, thesis, University of York, 1976, as yet unpublished.
16. *Health and Welfare: the Development of Community Care*, para. 9.
17. *Better Services for the Mentally Ill*, Cmnd 6233, HMSO, 1975; foreword by the Secretary of State for the Social Services, Mrs. Barbara Castle.
18. 參閱 R. M. Titmuss, *The Gift Relationship*, Allen & Unwin, 1970.
19. 有關此論題之全部處理，參考 E. Goffman, *Stigma: the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1963.