

老人社區照顧計劃

Community Care Program for the Elderly

Juliana S. Oktay 合著
Patricia J. Volland
李瑞金 譯

本「老人社區照顧計畫」為一醫院社會工作部所擬訂，專門用以照顧那些已出院的身體衰弱的老人。因此，本文在探討此一計畫施行的初步階段，以及在第一年期間遭遇到的種種問題。

醫院社會工作部已逐漸參與老年病人的出院計畫。因此，社會工作部應該發展此類照顧計畫的最佳倡導者。約翰·霍浦金斯醫院（The John Hopkins Hospital）的社會工作部就為其他地方的老人療養院（Nursing Homes）中的老年病人，擬訂了一個社區照顧計畫。（麻省總醫院的社會服務部也在這個時候擬訂了一個類似的計畫。）本文就是要描述此一計畫施行的初步階段。

一、適宜老人療養院的照顧計畫 Alternative to Nursing Homes

這類照顧計畫之受到歡迎有三個主要的原因：①機構照顧的費用很高；②很多老年病人寧願生活在社區中以及③使老人有生活在社區中的好處。在老人療養院中，每位老人每月所繳的費用已超出了九百美元；由於通貨膨脹的緣故，每月費用還有繼續上升的趨勢。健康照顧的經費，在國民生產毛額中所佔的比率，已不斷地上升，再加上老人療養院的照顧費用，結果造成了醫療照顧與醫療救助的龐大的長期照顧費用。

很多觀察家都已指出，如果老人療養院有適合的照顧計畫，這筆龐大的費用是可以減低的。縱使費用未必能如願減低，這類照顧計畫倒是非要訂立不可。有關老人療養院中服務對象的研究都顯示，也許其中有百分之二十五的老人是可以安置在社區中的。例如：日間照顧計畫與家庭照顧服務就是經過研究的、可行性很高的計畫。同時，後者（家庭照顧服務）包括有技巧的護理、管家

或處理雜務、個人照顧、社會服務、及健康服務、例如像職業治療與物理治療。不過，在評估日間照顧、或家事服務時，所遭遇到的問題是，那些正在接受這些服務的人，都被比喻成社區中沒有在接受服務的老人。

有關這些照顧計畫經費的研究指出，如果父母中有一人並非重度殘障者，那麼家庭照顧服務的費用就不會太大，但是需要擴大服務時，費用將大幅上升。依照「社會安全法一九七二年修正案之第二二二條」(section 222 of the 1972 Amendments to the Social Security Act) 的授權，及由「全國健康服務研究中心」(the National Center for Health Services Research) 所進行之實驗結果並不支持，這些社區計畫都是有成本效益的 (cost-effective)。雖然日間照顧服務似乎可以減低研究人口中的住院率，可是這一計畫省下的費用之中大部分都是日間照顧計畫的費用。在以管家服務為第一選擇的人口，最後住院率要比控制人口的住院率高。在評估這些研究發現時，有一個重點是，實驗與控制兩個小組中的大多數病人都是生活在社區中的。因此，對大多數病人而言，社區服務祇是醫療照顧計畫中的額外利益，而非老人療養院照顧的替代品。

雖然這些以社區為主的計畫不見得有成本效益，我們還是有理由認為，它們都是很受歡迎的計畫，因為它們可以促進老人的生活品質。所有這方面的研究都一致指出，在所有的服務計畫中，選擇機構照顧作為第一優先的？不是老人自己，也不是他們的家庭。此外，雖然這些研究都證明了，住院人口的功能都有快速的衰退，可是以社區為主的服務計畫卻好像能改進他們的功能。前文

提到的，由健康服務研究中心所進行的研究指出，家事服務與日間照顧中心都有助改善老人的功能，及減低衰退率。同時，接受這兩種計畫照顧的老人的死亡率，要比老人療養院中的老人的死亡率低得多。最後，參與這兩個照顧計畫的老人們，要比控制小組的老人們，享有更高度的滿足，包括心理功能及社會安全。還有一個測驗以社區為主的服務，對老人們有何影響的研究，也指出，接受這些服務的老人，都有較低的死亡率。

因此，這些服務的價值是為那些生活在社區裏的老人們，提供較長的壽命，及較好的生活品質。不過，這方面的研究並沒有立即斷言，提供以社區為主的服務就是機構照顧，或老人療養院照顧所作的最佳選擇。

事實上，在社區裏提供的管家與日間照顧服務，並不是真的被比喻成老人療養院的照顧。老人療養院畢竟是提供一天廿四小時照顧的。在比較上，全國健康服務研究中心裏的病人，每年要用去四百到五百小時的服務——總共祇有十五個整天。這種情況適合有高度功能的病人，或是有親人照顧的病人，但是對那些受到嚴重傷害的病人，或是沒有家庭支持的病人而言，這些社區服務並不能真正地取代機構照顧。

雖然大部分的老人都有子女，還是有百分之二十的老人是沒有子女的，即使有家庭的老人，也不能總是依賴他們的親人來照顧他們。在研究家裏的人是「不願意照顧一位老年的親戚時，蘇斯曼 (Susman) 發現，有百分之二十的人無論怎樣都不願意接一位老年親戚到家裏來，給他照顧。此外，如果一位老人已受到高度傷害，這個家庭就是沒有足夠的資源，用來照顧他，由於現代的人都有較少的家庭，而且也活得更長久，寡婦與鰥夫就多了起來，同時，很少人有子女願意照顧他們。因此，很多老人都是孤單地生活着。現在，成年有百分之五十的婦女是參加勞動力的；在傳統上可以照顧父母的女兒，現在卻不可能再照顧他們的父母了，因為我們都要出外上班。最後，有證據指出，那些照顧老年親戚的家庭，都已顯得「精疲力竭」了，因而不得不求助於機構照顧了。

二、社區照顧計畫 Community Care Program

約翰·霍浦金斯醫院社會工作部的工作員認出了社區照顧的缺失，而且也

明白老年人口目前的健康和社會需要。他們看出，那些沒有家庭支持、但卻需要大規模照顧的病人，的確需要這種以社區為主的計畫，能為他們提供適宜的服務。結果，社區照顧計畫的產生及施行，就是為了滿足這一需要。

這一計畫的主要目標就是要為衰弱的老年病人提供合適的社區照顧，藉以取代住院療養。尤其是，這一計畫可以為那些必須住進老人療養院的病人，提供寄養家庭照顧的選擇。此外，有一個研究就是設計來①比較社區照顧計畫提供的照顧與老人療養院中的照顧之品質，及②比較社區照顧計畫提供的照顧與老人療養院為其病人提供同一水準照顧之費用。

社區照顧計畫徵募、選擇、及訓練社區居民，在他們的家中，照顧老人的病人。除了醫院方面的輔導之外，醫療社會工作員和護理工作員也經常去訪問這些老人。設於醫院內科部門 (The Hospital's Department of Internal Medicine) 中的門診診所 (Out-Patient Medical Clinic) 有責任為此一計畫照顧的老人提供醫療照顧。同時，診所也為照顧工作員提供休息照顧服務 (Respite Care Services) 和團體集會。照顧工作員的每月薪酬約為三百至四百美元，是由病人付給的，而且在必要的時候，還可以由計畫經費項下撥款補助。

這一計畫始於一九七八年的秋季，首先在社區中徵募及訓練照顧工作員，以及為病人人口下一定義。由於這一計畫的目的，就是要為那些要住進老人療養院的病人提供一個選擇機會，所以要祇限於那些醫院住院病人 (Hospital Inpatients)，因為他們都已有「專業標準審查組織」 (Professional Standard Review Organization) 的評估，否則他們就沒資格接受綜合的、有技巧的老人療養院照顧。在馬利蘭州，「專業標準審查組織」利用「二五六—R表」決定照顧的等級或標準，而且這一等級評估是全州有效的。表上說明了病人的日常活動，一般身體方面的功能，及任何實驗室測驗的結果。那些需要較高等級照顧的病人則不包括在這一計畫中，因為社區的照顧顯然已不能滿足他們的需要。

有一個實驗研究，本來的目的是用以評估照顧品質的，後來併入了社區照顧計畫之中。這一研究的設計包括一種隨意的要求 (Randomization

Requirement) · 以便回答寄養照顧是否有效取代老人療養院照顧的問題。當決定一位病人是否有資格接受社區照顧計畫的照顧時，他或她必須同意參與這種隨意過程 (Randomization Process)。這一過程的結果不是將這位病人安置在社區照顧計畫的照顧之下，就是將他送進老人療養院。透過施行這種「隨意的設計」，我們就可能證明，如果沒有社區照顧計畫的話，所有合格的病人都應送進老人療養院中。這兩個小組都要持續十二個月的時間，藉以比較它們照顧的品質、及所需要的費用。

社會工作部的工作員也發展了一種系統，可供甄選病人，以及將病人分配給適合的照顧工作者。這一系統容許照顧工作者與病人彼此洽談，及決定他們彼此是否同意有關照顧事宜。這種洽談的時間是在病人出院之前。

因此，下列五個標準可以決定，一位病人是否有資格接受社區照顧計畫的服務：

- (一) 病人所需要的照顧等級必須是綜合的照顧、或是中等的照顧。
- (二) 病人必須接受老人療養院、或是社區照顧的安置、以及願意參與隨意過程。
- (三) 醫療社會工作員與護理工作員必須考慮，這位病人是否適合這類社區安置。

(四) 照顧工作員必須願意接受病人所提照顧的請求。

(五) 照顧工作員與病人在初次洽談後，必須彼此接納。

那些被隨意分配及安置在社區照顧計畫、或是老人療養院中的病人，不論是住進或是走出這兩個機構，都會在三個月、六個月、及九個月時、接受追蹤訪問、問卷的設計是要有助評鑑社區照顧計畫的服務品質。

社區照顧計畫在一九七九年元月開始安置病人，到一九八〇年元月時，大概已經安置了二十五位病人。雖然評鑑計劃的績效是早了一點，可是下列部份亦說明計畫施行過程中遭遇到的問題，以及如何處理它們。

三、徵募照顧工作員 Recruitment of Care-Givers

就像在兒童寄養照顧計劃中的情形一樣，為社區照顧計畫徵募照顧工作員並不是一件容易的事。當大眾傳播媒體宣佈了消息、或是報紙上的分類廣告刊出之後，很多來應徵的人都要在病人的家中——而非他們自己的家中——提供照顧。由於都市的環境，很多家庭都無法接納一位殘障者。例如上樓下樓就是一個大難題。因此，社區照顧計畫就在醫院附近的地方，尋找應徵的人。由於病人的醫療與社會的不安定，這一措施是非常重要的，因為越是來自醫院附近的應徵者越是有機會使用醫院的設施。

那些申請擔任照顧工作員的人，都深受人道主義的激發，而且在另一方面，他們自己也深感孤單寂寞。他們表現了強烈的宗教信仰，有協助別人願望，也希望協助那些老年病人走出老人療養院。由此可知，想做照顧工作員的人，主要的動機似乎並不完全是為了金錢，雖然增加所得也是一個重要的因素。不過，他們還是抱怨待遇太低。當他們計算他們的待遇時，他們發現，根據一天二十四小時計算，他們每小時的酬勞紙五角錢而已。結果，很多照顧工作員都要配有兩位病人，而且有一位照顧工作員現在還準備照顧三位病人。於是社區照顧計畫必須評估在這些情況中的照顧品質。更進一步地說，如果這個照顧計畫要繼續推行，照顧工作員就不能因參與計畫而招致所得損失。

另一個問題是，照顧工作員的人數增加，總是趕不上需要照顧的病人口口的成長。大多數的照顧工作員都是黑人，然而祇有百分之六十七的病人人口是黑人，而且黑人祇需要安置的病人的二分之一。這種黑人佔多數的照顧工作員，也許就是人們對黑人社區老人照顧採取積極態度的結果。不論怎樣說，這種不平衡已形成某些白種病人不願參與此一社區照顧計畫，祇是因為黑色照顧工作員有相似的種族與倫理背景而已。類似種族與倫理背景，已經越來越顯得重要了，因為「家庭整合」(Family Integration)——也即病人已成爲家庭中的一員——是這類病人安置在社區中的必然結果。爲了解決這個問題，社會照顧計畫採取了各種可能的措施，希望在白人社區中徵募到更多的照顧工作員。在這個過渡的時期中，有些白種病人就祇好安置在黑人的家庭中了。

四、徵募病人 Recruitment of Patients

安置在社區照顧計畫中的病人人數，不會超過所有轉介病人人數的十分之一。總之，有兩類病人是不予安置的。第一類的病人，人數不多，是經過選擇的。因為他們所需要的照顧，已非受過訓練的照顧工作人員所能勝任的。他們中的某些病人，需要工作人員時刻給予特別的注意，所以這種照顧已非一位照顧工作人員的體力能負擔得起的。其他人的結果也是如此，否則他們到後來還是會累病的，而且大家都認為，照顧這些病人也超過大多數照顧工作人員情感的負荷。不過，有少數照顧工作人員願意，也能够照顧這一類的病人，而且他們在事先就有了充分的準備。第二類病人最特別的問題就是行為異常，同時，任何家庭都很難應付這種異常的行為。舉例來說，這類病人被挑出來，因為他們都懷有很深的敵意、侵略性、或是有苛刻的要求。

很明顯的，社區照顧計畫並不是一個能滿足所有病人需要的計畫。不過，祇有在這一計畫施行後，它才能回答，它究竟最適合那一類病人的問題。我們必須指出，此一計畫對接納病人的種種限制，剔除的病人在病人總人口中所佔比率不多。當照顧工作人員的經驗日漸豐富時，以及當計畫中的職員對照顧工作人員的能力有更大的信心時，這一數字可望迅速減低。

另一個有關安置病人的重要因素是病人自己的喜好與選擇。除了相反的願望之外，大概有四分之一的病人表示，他們喜歡老人療養院的照顧。有些病人已經計畫在進一家服務機構。很多病人似乎抱着勉強的心理，試試新的環境。如果類似的社區照顧計畫能在未來廣於推行，這樣勉強的心理就會顯着地減低。

社區照顧計畫所遭遇到的，一個出乎意料的抗拒，就是來自病人的家庭。在家庭成員參與決定安置的大多數個案中，他們都反對他們的病屬參加這種社區照顧計畫。他們共同的反應是堅持，他們的病屬所需要的照顧，一定要優於家庭環境所提供的照顧。有一位婦女不願相信，還有人可以跟她的母親處得來。這好像是說，如果有一個人或一個家庭能够照顧他們的病屬，就會使他們感

到內疚，因為他們不能。在某些情況中，建議選擇社區照顧計畫會使這個家庭重新考慮安置病人的問題，及將病人接回家中。

五、安置後的問題 Problems after Placement

自從社區照顧計畫施行之後，我們已經看到一些顯著的問題和行為模式。有一個問題就是前幾個月的適應期的問題，因為在這一期間，病人與照顧工作人員雙方都需要很大的支援服務。有時，病人要參與測驗行為 (Testing Behavior)。有些病人退步了，並且堅持要有超過標準的照顧。因此，照顧工作人員必須得到計畫的支持，以便為病人訂立一些限制，及堅持病人應該儘可能保持獨立。這樣做不是一件容易的事，因為這是一個家庭，不是一所有明顯規則和一定責任的服務機構。當這個家庭已有一位病人時，第二位病人的進入，通常會引起一種類似「兄弟姊妹之間的抵對 (Sibling Rivalry)」，因為他們會競相爭取照顧工作人員的注意。如果照顧工作人員還有自己的親人需要照顧，那麼這兩位病人又會聯合起來，與照顧工作人員的家人對抗。

有一種剛開始出現的模式是，在安置六個月至九個月後，有些病人變得浮躁不安，因為他們感到，他們的安置已近入一種絕境 (Dead End)，使他們有無望的感覺。在某些情況中，此類病人就會被換到第二個社區照顧的家庭中。換一個新的生活環境，會使病人有一種有意的控制感。

另一個問題是，照顧工作人員對病人的復原常懷有不切實際的期望。當病人復原的進度有限時，他們便感到失望，因為他們缺乏護理方面的經驗。他們自己助人的動機助長了此類不實際的期望。

照顧工作人員與病人，對這些可以斷定的問題，都需要有所準備。照顧工作人員需要有人協助他們，培養符合實際的期望，以及如果病人的情況有了惡化，或是需要移居其他家庭中時，他們也不必感到，那是他們的失敗。照顧工作人員需要得到不斷的支持、鼓勵、及感謝。

社區照顧計畫的職員、病人、及照顧工作人員，都需調整他們的期望。工作人員經常在各種組織中——例如像醫院，或是提供長期照顧的老人療養院——

得到所需的訓練。他們可以促進此類組織所發揮的功能，例如像提供食譜上規定的營養平衡的餐飲，日常的個人照顧、清潔程度、遵守規則、及專業而又客觀的關係，判斷出它們所提供照顧的品質，是否合乎標準。

祇有在機構照顧較弱的地區中，社區照顧家庭提供的照顧，才會顯得強而有力。雖然一天三餐的供應不見得守時，以及三餐的內容也不見得符合飲食專家的標準，可是三餐的供應卻正是病人感到飢渴的時候，而且其內容也能投病人的喜惡。在社區照顧家庭中的清潔標準，大概也比老人療養院中的標準要高一些。照顧工作人員與病人之間的關係很可能是私人的、逾越工作責任的、而非客觀的、侷限於工作責任範圍內的。有關社區照顧計畫的基本假定乃是，這種屬於私人的、家庭式的照顧環境，實在利多於弊，雖然它缺乏統一的標準，或是它的標準有別於專業的，或是中產階級的標準。

具有專業的，及常帶有中產階級背景的工作人員，必須保持彈性的期望，然而同時也要確知，病人的健康是不能危及的。舉例來說，護理工作人員非常耽心某一個家庭，因為那家的照顧工作人員供應的三餐太鹹了一點（例如像火腿、香腸、及鹹肉都含有太多的鹽份），而且也不更換桌布與床單、倒空與清洗瀕器，或是也不經常或定期檢查病人尿中的糖分。這一計畫經過審慎的評估，發現那些最後的病人，都在家中很快樂，喜歡那裏的飲食，喜歡照顧工作人員的溫暖，有支持力，及充滿感情的態度；感謝照顧工作人員能找來一位神甫，並請神甫定期來訪；以及很樂意待在這一家中，一點也不想移居別家。在這種情況中，評估人員感到，顯然，贊成的意見已超過反對的太多，於是病人就繼續留在這一家中了。護理工作人員必須學習如何評估病人的心理與社會的需要，以及這些需要是否與嚴格的醫療需要相互抵觸。總之，社區照顧計畫的工作人員必須不斷地評估，及評估前述各種因素，以便維持一種審慎的平衡，及發展有關病人及其需要的全盤取向。

六、社區照顧計畫的評鑑 Problem Evaluation

現在就要評鑑社區照顧計畫提供的照顧品質，似乎稍嫌早了一點，到現在

為止，這一計畫所花的經費，雖然並不祇於老人療養院所的經費，但是等到個案員大量增加，及照顧工作人員受過訓練的人數也大量增加時，計畫的經費就可望會有顯著的降低，至少在目前，這個計畫已有能力安置大量的病人，並且使他們得到適當的照顧。

依照非正式反饋資料來判斷，大部份的病人都對接受到的照顧感到滿意，而且有些病人的經驗使人感到興奮。舉例來說，有一個本來祇能坐在輪椅上的病人，在照顧工作人員的堅持、忍耐、鼓勵、支持、及愛心之下，已能學會在屋子裏走動，甚至也能上下樓梯。有一位精神病人，多年來都是過著完全孤單寂寞的日子，在進入此一計畫安置的家庭兩個月後，已能寫信給家裏的人。回信顯示，家裏的人都住在巴爾的摩地區（Baltimore Area）。於是照顧工作人員審慎地安排了一次訪問，終於使這一位病人在經過多年孤獨的生活之後，又與家裏的人重建了親密的關係。

顯然，對某些病人而言，社區照顧計畫的確取代了機構照顧，但是它決不是完全等於此類照顧。這個照顧計畫能否繼續存在下去，將視它是否有能力吸引大量的病人，募到足夠的有資格的照顧工作人員，以及重建計畫經費的支出與照顧工作人員的收入之間的平衡而定。另一個可以決定這個計畫是否有前途的重要因素，就是看它是否有足夠的能力評鑑與改進照顧的品質，並使它成為機構照顧的替代品，社區照顧計畫在未來吸取的經驗，將可澄清這些重要的問題。

作者簡介

俄開太博士（Julian S. Okray Ph. D.）為馬里蘭大學社會工作與社區計畫學院的助理教授（Assistant Professor）低於副教授、高於講師。位南德（Patricia J. Voll）則為約翰·霍浦金斯醫院社會工作部主任，及約翰·霍浦金斯大學醫學院的助理教授。本文中所述的社區照顧計畫是由約翰生基金會與美國老人法（The Robert Wood Johnson Foundation and Title III of the Older Americans Act）所支持的。本文為一修正的論文，在一九七九年十一月，在紐約召開「美國公共衛生協會」（The American Public Health Association）的大會中提出。

1. U.S. Congressional Budget Office, Long Term Care for the Elderly and Disabled (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1977).
2. For a review of this literature, see Neville Doherty, S. Joan Segal, and Barbara Hicks, "Alternatives to Institutionalization for the Aged: Viability and Cost Effectiveness," *Aged Care and Services Review*, I (January-February 1978).
3. Robert L. Berg et al., "Assessing the Health Care Needs of the Aged" Health Services Research (1970), pp. 36-59.
4. U.S. Congressional Budget Office, *op. cit.*
5. Jay Greenburg, "Cost of In-Home Services" (St. Paul, Minn.: Governor's Council on Aging, 1974); and Comptroller General of the United States, Home Health Care—The Need for a National Policy to Better Provide for the Elderly, Report to Congress, HRD 78-79 (Washington, D.C.: Government Accounting Office, December 30, 1977).
6. William G. Weissert, Thomas T.H. Wan, and Barbara Livieratos, Effects and Cost of Day Care and Homemaker Services for the Chronically Ill: A Randomized Experiment (Washington, D.C.: National Center for Health Services Research, February 1980).
7. Phillip W. Brickner et al., "The Homebound Aged: A Medically Unreached Group," *Annals of Internal Medicine*, 82 (January 1975); William B. Bell, "Community Care for the Elderly: Alternative to Institutionalization," *Gerontologist*, 13 (1973), pp. 349-354; Ethel Shanas et al., Old People in

Three Industrial Societies (New York: Atherton Press, 1968); and Marvin B. Sussman, Social and Economic Supports and Family Environments for the Elderly, Final Report No. 90-A-316 (03) (Washington, D.C.: Administration on Aging, January 1979).

8. Rodney M. Coe, "Self-Conceptions and Institutionalization," in Arnold M. Rose and Warren A. Peterson, eds., *Older People and Their Social World* (Philadelphia: F. A. Davis Co., 1965); Eva Kahana and Coe, "Self and Staff Conceptions of Institutionalized Aged," *Gerontologist*, 9 (Winter 1969), pp. 264-267; and Morton A. Lieberman, "Institutionalization of the Aged: Effects on Behavior," *Journal of Gerontology*, 24 (July 1969), pp. 330-339.

9. Weissert, Wan, and Livieratos, *op. cit.*

10. F. A. Skellie et al., "Community-Based Long Term Care and Mortality: Impact One Year After Enrollment." Paper presented at a meeting of the American Public Health Association, New York, New York, November 1979.

11. Shanas et al., *op. cit.*

12. Sussman, *op. cit.*

13. Judith Treas, "Family Support Systems for the Aged: Some Social and Demographic Considerations," *Gerontologist*, 17 (1977), pp. 486-491.

14. J. R. A. Sanford, "Tolerance of Debility in Elderly Dependents by Supporters at Home," *British Medical Journal*, 3 (August 1975), pp. 471-473.