

從英日高齡照顧體系經驗 探討共生社區相關議題

吳明儒、劉宏鈺、江凱狄

壹、前言

健康長壽社會是人類追求永續發展的重要目標之一。臺灣近年來，不管在城市或鄉村，面對高齡少子化的趨勢，各類以防老、養老、醫療及長照為名的服務或設施，進入社區場域及改變使用空間，各地新興的老人食堂、社區關懷據點、C級巷弄長照站、日間照顧中心、小規模多機能等單位的揭牌活動十分熱鬧，形成新的社會繪圖（social mapping）；在這些現象下，「在地老化」為理念的政策實踐到底與「真實社區」之間的落差有多大，仍待研究與關注。不過，過去十年間歐盟再三強調照護整合是永續發展的核心價值。歐洲強調以人為中心的資源與服務整合，行政體系因應整體需求調整，並以健康長壽永續社會為目標，整合醫院、社區、治療、保健、長照，以處理長者照護需求為主，調整照護體系，藉此因應高齡

社會多元複雜需求（陳亮恭，2021）。根據WHO推估長照潛在需求約為7-9年。國健署推估，國人一生中需要長期照護約為7.3年，男性平均6.4年，女性8.2年。對居住在城市與鄉村（甚至偏鄉）的長輩來說，雖然壽命延長（註1），但生活環境及成長經驗不同，長照人力及資源佈建的情況也不同，對於正式資源的可近性亦產生差異，確實對於長照體系的永續發展是一項挑戰。

誠如長期照顧十年計畫2.0中所強調發展永續公平的長期照顧體系的重要性，並宣示：「……作為對健康的權利的一部分，已發生身體機能損傷或有此風險的老人當然有權利獲得可以使其維持其最佳功能狀態的照顧和支持，而這也是其基本人權、自由，與身為人的尊嚴的一部分」、「將確保長期照顧服務的可近性界定為是基本人權，並且在群體健康議題上具有優先性。」（衛生福利部，2016）由

此可見，政府的長照政策在維護長照「基本人權」的剛性需求原則之下，以「契約委外」（contracting-out）及「強制性競標」（Compulsory Competitive Tendering, CCT）的「新公共管理」（New Public Management, NPM）手段；而晚近理想的社會工作管理制度理念已經從過去強調效率提升及成本節制為目的，轉變為「新公共服務」的理念，強調最佳價值（best value）之追求，希望在合理的價格下獲得更好的服務品質，同時給予地方居民更多的決定權。最佳價值重視地方政府與社區夥伴關係的建立，是介於新公共管理和地方治理兩者之間的折衷模式（黃源協、莊俐昕，2020）。

本文首先透過共生社區（co-housing community）的理念介紹，提出一種長照社區的想像，包括從建築師的角度，如何將共生宅的概念落實到長照機構之中；其次，將介紹在宅醫療的實踐經驗，余尚儒醫師如何整合社區長照資源，讓長者在家善終。同時本文也引介日本積極推動福利社區社會的理念，包容社區讓弱勢者都能獲得應有的照顧。另外，對於英國PIC制度的介紹，希望能提供個人化長照服務，如何透過個人自立協調員，提升長期照護使用者的照顧品質與幸福感。這些英國及日本的經驗希望能提供臺灣未來建構永續長期照顧制度的參考。

貳、共生社區的緣起與意義

共生社區（co-housing community）的理念最初源自於丹麥，其精神主要是希望透過設計促進居民間的連結，能夠營造出一個家的感覺，具有「居民共同期待的社區」，每一個人不是把自己當「房客」，而是有公民意識的「居民」（吳明儒，2018，轉引自Wann, D., 2005）。亦有論者將之稱為「有目的而集結在一起的社區」（intentional community）（楊寧茵，2019）。在信任與包容的氣氛下，讓居民樂意走出家門，共享社區空間、休憩、運動、人文及增進社區家庭間互助合作的活動，也含有「共享社區」的理念。而更重要是居民仍保有居家的獨立與隱私，透過聯合決策來建立彼此的關係。美國有一個推動cohousing的NPO組織CohoUS，致力於引導鄰里成為共生社區，居民彼此關愛、共享生活及成長經驗，並以連結（connect）、環境主義（environmentalism）、安全（security）及社區支持（community support），為其推動的核心價值。（CohoUS網站，2021）因此，不管是「共生社區」或者「共享社區」，兩種在本文中均屬於透過居民參與、營造宜居生活的概念，如果此概念應用到照顧的議題上，就可理解為具有共生及共享價值的「照顧社區」。

共生社區建立在上述的核心下，隨著全球人口老化議題的興起，有兩種發展的趨勢：其一是以建築及高齡住宅為基礎的「共生宅」，國內「合勤共生宅」（目前已有烏日、苗栗、新莊及金門等建案）是此類建築新觀念的代表之一，其目的在維持長者健康狀態為主，強調自立共生與互助合作的觀念；同時建構從健康到失能的創新多元居住模式，並以致力於共生宅內外共生關係的營造為其一大特色，此一建構共生宅的共生系統的產業生態系統的核心包括金融共生系統、營運共生系統及社會關係共生系統（真識團隊，2019：21、228）。在社會關係共生系統中鼓勵長輩透過共食、共學、共遊、共創及共好方式，與他人產生連結，設計職務成為共力自照的創造者（be a maker）、生生不息的給予者（be a giver）及宅無際的改變者（be a change）（真識團隊，2019：275）。例如在共生宅中建立失智共生咖啡館，提供長輩與照顧者休息與喘息的空間，延緩長輩失智失能。鼓勵與支持長者發起社群、課程、分享會、讀書會，幫助長輩能分享人生，擴展人際關係。

其二，是在一個社區環境中以照顧整合為基礎所建立的日常化及生活化的照顧模式，此種模式的「共生社區」或者「共生型照顧」以在宅醫療診所為重要的特徵。余尚儒醫師借鑒日本經驗「在宅醫療」（註2）希望在臺灣進行實驗，2015

年開始在臺灣推動在宅醫療觀念，2016年全家遷居臺東，在社區中設立一家以在宅醫療為核心的都蘭診所，2017年成立「台灣在宅醫療學會」，形成一股深耕在地的社區醫療運動。此外，余醫師亦設立「好家宅共生文化教育基金會」成立SPC（Shared professional community）醫食農研究中心致力於推廣「共生力」的理念。他們相信永續社會的發展關鍵在於需要更多的共生力（余尚儒，2018）。

此外，余尚儒與五十嵐祐紀子認為：地方創生就是從建構一個互相照顧的「共生社區」開始，未來以建構「共生社會」為目標。整體照顧系統不再只是以老人為中心，而應該擴及所有需要被照顧的人口群，也就是「建立一個無論貧富貴賤，身心障礙、失能、失智，都可以共同生活，相互支持的社區」。日本在發展「在地整體照顧系統」過程中，原先設定是以『高齡者』為主要對象，後來擴及到身心障礙者，甚至新手父母、育兒困難的，都涵蓋入內。

在臺灣現行體系下，礙於法規及社區服務的對象牽涉到經費的來源，社區關懷據點不可能與其他福利需求人口共享資源，甚至也有服務區域的範圍界線。而日本的改革契機，來自於日本北陸富山縣一群媽媽，因為她們想照顧身心障礙的孩子，同時也照顧失能、失智的老人家，也接納精神障礙的人，讓社區需要的人口

群成為彼此共享照顧資源的共生社區，爾後，這種來自富山原創的「混合照顧方式」，經過多年的爭取終於納入體制，「共生型照顧」模式也因此在日本各地發展。因此，這些源自於在地經驗所創造出來的照顧模式，正是整體照顧體系改革的重要契機。

參、日本發展包容社區社會的經驗

與共生社區概念相當具有關聯性的是與日本政府鼓勵民間組織積極推動『包容社區的社會』（inclusive community society）政策有關，「包容社區」的理念是期望所有社區居民和群體透過連結人和資源，將一切視為「我的事」，跨越世代、領域、角色等界線和差異，共同創造生活、生活的意義和社區自身團結。（Komasura, 2020）。日本全國社會福祉協議會（JNCSSW, 2020）係由47個地區分會所共同組成，同時協議會也包含15個全國性的社會福利委員會及3個協會組織。因此，從協議會的願景目標即可了解日本社會福利發展的方向。為了要達到繁榮的福利社會，協議會希望各個社福理事會、社福基金會及福利志工／兒童福利志工將努力推動以下重點：（1）深化多層次合作及協作；（2）增加多元化的實踐途徑；（3）努力確保、發展和安置支持社福的人力資源

（社福人力資源）；（4）努力改善社會福利服務和效率；（5）強化社福組織的基礎；（6）強化與國家和地方政府的伙伴关系；（7）傳達對共融社區社會的認識並鼓勵參與；（8）防災。

2012年日本開始推動「社區整合照顧體系」的建構，在一個國中學區的地域範圍內（余尚儒，2018），「共生型照顧」的概念，意味照顧空間不再區分高齡者、身障者，甚至一般居民，都可以共同參與，這是「共生型照顧」的特色與包容社區的理念正是不謀而合。同時非常重視長照與在地資源的連結。

由於醫師人力在整體照顧體系中十分欠缺，因此，日本的居家護理所是在宅醫療的主力，最低門檻2.5位正職護理師，70%的居家護理所護理師人數超過5人以上，但不超過10人，服務對象包括所有的人口群，非以長者為限，已經是一個運作成熟的制度（余尚儒，2018）。日本是在2006年開始創設「在宅療養支援診療所」，2012年創設「機能強化型在宅療養支援診療所」及創設「定期巡迴、隨時訪問的居家照顧與護理服務」，即居家護理與居家照顧服務一體化。2016年，日本有8,613間居家護理所，搭配1萬4千家在宅療養支援診所（余尚儒，2018）。因此，社區內醫療與照護整合是建立整體照顧體系的關鍵因素，也才能守護健康，延緩失智失能，提升社區長者的生活品質。

臺灣從2016年《長照服務法》正式上路，2017年開始推動《長期照顧十年計畫2.0：2017-2026》（簡稱《長照2.0計畫》）。根據《長照2.0計畫》中援引日本從2006年開始實施社區整合性照顧計畫，創立社區密合性服務，推動社區整合支援中心。為建立以醫療、護理及照顧資源整合，日本厚生勞動省在2011年開始「在宅醫療連攜據點試辦計畫」，最初僅10個據點，隔年由國立長壽醫療研究中心主持，試辦單位擴增為105家，經費增加至20幾億日幣，因此2012年也被稱為日本在宅醫療啟動的原點，而其重要的工作項目之一為：掌握在地醫療與照顧的各項資源，能與社區整體照顧支援中心聯絡（余尚儒，2017：194-196）。2013年厚生勞動省希望延續試辦計畫，轉由中央撥款給地方政府，以500億日圓作為基金，由國立長壽醫療研究中心所設立的在宅連攜醫療部主持推動。此種由第三方來統合推動及客觀評價的方式，值得臺灣鼓勵創新方案推動的借鏡。2014年日本國會並通過「醫療介護一括法」確立在宅醫療與介護連結的推動及財源（余尚儒，2017：184）。

2015年日本介護保險修法重點為：為落實整體照顧模式之建立，強調社區支援事業的充實；另全國一致將預防照顧移給市町村的社區支援事業來辦理。因此，「建立模式」與「移轉社區」是2015年日

本介護保險修法的重點，在「建立模式」方面，日本介護制度非常重視在地整體照顧體系的建構，如同一個社會系統由內而外，分別從自助（個人）、互助（家庭及社區）、共助（社會保險）到公助（社會救助與社會保障）。換言之，整體照顧系統建構是由內而外、由下而上的建立，互相銜接發揮效能，產生互利共生的效果。整體照顧系統目的在整合正式與非正式資源，強調「四助」（即公助、共助、互助、自助）的協同合作。公助是指社會福利與社會保障；共助即社會保險（醫療保險與介護保險）；互助指社區內個人或團體相互連結支援；自助則是個人的自立支援，預防失能以及健康促進（余尚儒、五十嵐祐紀子，2018）。

肆、英國整合式社區網絡方案

英國為達成社區照顧資源整合的目的，或許不同於前述共生社區的理念與作法，但是對於如何連結社區內的資源卻顯得重要，透過民間慈善組織的力量，發展資源連結的關鍵角色PIC加以促進，增進長輩對於生活目標的達成的願望。2016年Age UK在「整合式社區網絡方案（Integrated Community Networks Programme, ICN）」的概念下，發展出連結跨部門資源的PIC模式，可作為我國面對長照服務資源整合挑戰的參考。「個

人自立協調員」(Personal Independent Coordinator, PIC)係由非營利組織Age UK所提出，屬於「個人整合照護計畫」(Personal Integrated Care Project, PICP)構想的一部分。Age UK是英國最大的銀髮慈善組織，於2009年由Age Concern(英格蘭)及Help The Aged合併而成；但前者的各地方分部依然維持獨立性。Age UK之下有數個地方組織仍具有獨立性，但依然與總部維持著依存關係，比如Age Scotland、Age Cymru及Age NI等。Age UK的主要財源來自於捐款，包含了參與全國性的遺囑撰寫計畫Will Aid，此計畫邀請律師放棄一般收費的方式幫忙撰寫遺囑，以此為交換條件，邀請客戶捐款給合作的慈善組織(Will Aid, 2021)。值得注意的是，Age UK的支出中，「健康與

照護服務」(Health And Care Service)占不到總支出的6%(Age UK網站，2021)(註3)。

在與英國長照制度的比較上，目前英國的長照制度法源依據為《2014照護法》(Care Act 2014)，長照服務的費用支付來自於受照護者(或其家人)及當地政府的社福部門，財源來自於稅收及受照護者本身。根據《2014照護法》第14條規定，地方政府可向符合需求的成年人收費；又依第17條規定，當地政府會依據受照護者的需求所需的費用及個人的資產進行支付評估。受照護者只會被要求支付負擔的起的費用，因此財務評估是必須的，除了所得之外，也包含資產(比如股票或其他投資)也被納入評估範圍。根據Age UK，長照支付的參考級距為如下：

表 1 英國長照支付的參考級距

| 個人資產 | 支付金額 |
|-----------------|---|
| 超過23,250英鎊 | 全額自費支付 |
| 14,250-23,250英鎊 | 支付扣除包含「稅式所得」(Tariff Income)的資產(含退休金)外，政府會補助其餘的費用。 |
| 14,250英鎊以下 | 政府支付所需的長照費用，但須扣除「稅式所得」，政府會補助其餘的費用。 |

資料來源：Age UK (2021)。

PIC被視為實踐PICP計畫的核心角色，同時被認為照護跨域團隊(multi-disciplinary team)的一員。英國國民保健

署(National Health Service, NHS)於2014年提出的「五年展望計畫」(Five Year Forward View)即呼應了PICP精神，提出

表 2 PICP 於各地的實施進程

| 階段 | 地方 |
|----------|--|
| 一 (2013) | Cornwall |
| 二 (2015) | Portsmouth、North Tyneside、Ashford and Canterbury、East Lancashire、Blackburn with Darwen、Redbridge、Barking and Havering、Sheffield、Guildford and Waverley |
| 三 (2017) | South Gloucestershire, North Kent, South Kent, Croydon and Northamptonshire |

資料來源：Age UK (2021)。

專業照護員結合受過訓練的志工，以整合（integrated）方式結合體制內外的資源，執行具未來性及可持續性的模式，達到個人化照護支持的目的。在實施PICP計畫前，Age UK調查發現：英國面臨高齡社會（60歲以上的國民占了總人口五分之一以上）；醫院病患中有55%為老人；75歲以上的國民待在醫院的時間要比15至59歲的國民還要多5.5天。這顯示出老人有相當高的健康風險，而英國的老年人口比例節節高升，在在顯示出國民健康不可忽視。因此，Age UK預期透過PICP計畫達到的目標為（Age UK網站，取自2021）：1.改善長者的健康與幸福感、2.改善健康照護品質、3.減少被照護者的花費，以及4.實現革命性的體系變革。不僅如此，Age UK官方網站針對PICP計畫的目的描述為：「我們的『個人化整合照護』（Personalised Integrated Care）計畫將在地志工的組織、衛生組織和照護組織連結在一起，針對患有慢性疾病並具經常進出醫院風險的

長者，提供一套整合性服務」。至目前為止，Age UK已在英格蘭境內將PICP業務拓展至14個地區，超過4,000位長者參與。PICP計畫的發展分成三個階段實行：最早於2013年在Cornwall進行試點計畫；2015年開始第二期發展計畫（註4）；第三期計畫於2017年展開至今。

就PIC的薪資來說，月薪為1,651-2,143英鎊（週工時35小時），適合有志工經驗，待過健康、社會照護或社福領域，並了解老年人各種需求的人。工作項目包含（Charity Job網站、Age UK網站，2021）：

1. 與在地社群、醫療及照護人員一起合作，提供接觸、聯絡及支持計畫，以確認受照護者的需求。
2. 整合正式的醫療、社會照護服務及非正式的社區支持網路之間的連結。
3. 協助受照護者自立，並挖掘自己的需求。

PIC是負責連結與整合，正式與非正式資源的重要關鍵。不過，PIC並非照顧服

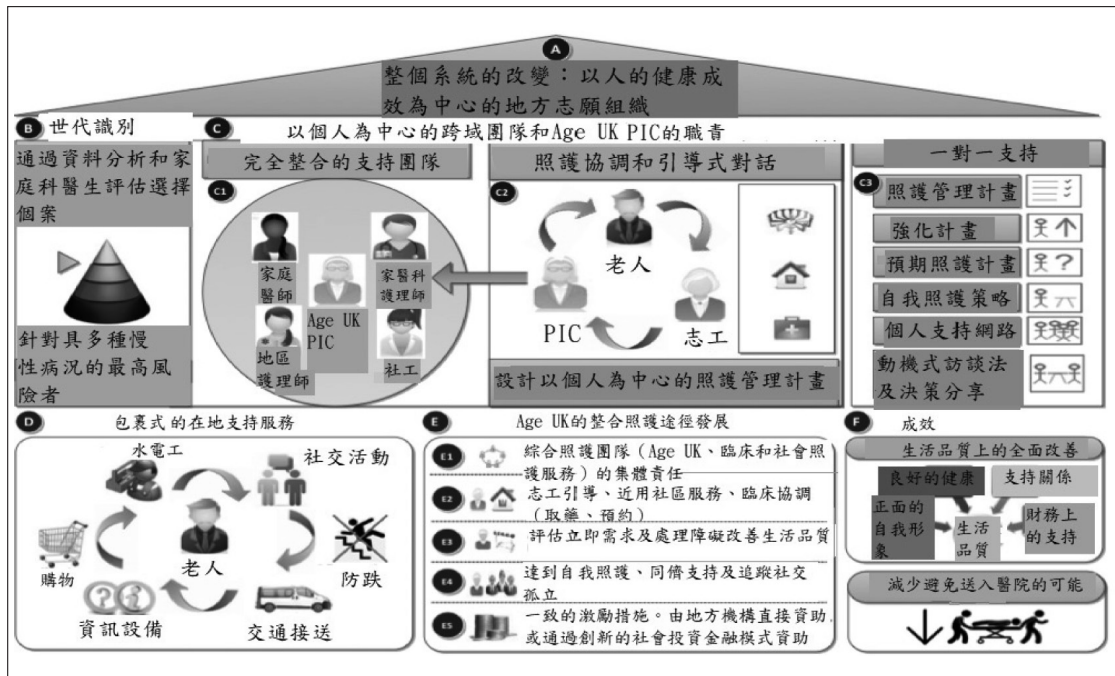


圖 1 PICP 模式

資料來源：Age UK（2018）。

務員，將PIC視為照顧服務使用者的個人化助理或許更能清楚闡明他們的角色內涵。有別於傳統的照服員、醫師或其他在長照圈內的工作角色，PIC並非存在既有體制內某一專業領域，他們的職責是挖掘受照護者的個人需求，因此必須與個案的照服員、家庭醫師（General Practitioner, GP）、醫療委員會小組（Clinical Commissioning Groups, CCG）（註5）、急病信託（Acute Trusts）、社區健康信託（Community Health Trusts）、在地政府及民間組織建立合作夥伴關係。雖然PICP的執行依個案狀況而異，但一般的執行步驟如下（Age

UK網站，2021）：

1. 由GP透過風險分層（risk stratification）篩選出有潛在健康風險者，執行為期12週（三個月）的PICP。
2. 以引導式談話，讓PIC勾勒出個案自認最重要的需求。
3. 制定一項照護計畫，將適合老人需求的醫療、社會照護和志工部門的服務匯集在一起，進行以個案為中心的服務，目的是翻轉他們的依賴周期。
4. 志工介入支持老人的目標。
5. 在初級照護條件下，照護跨域團隊

定期檢核PICP的執行狀況。

6. 制定了明確的保護和優化規章，以確保在需要時及時並有效提供醫療救護。

綜觀來看，圖2呈現PIC與其他專業團隊成員的互動關係：圖2右方顯示，PIC是站在樞紐中心的位置，與護理人員、社工、醫師或其他專業人員共同長輩需求及計畫討論，制定專屬的個案管理計畫與資源連結（如交通接送、陪同就醫等），並定期與前述人員討論、修正。生活目標計畫執行時，重點則轉移至PIC、長者與志工身上，三者建立彼此牽連、持續互動的過程與關係（圖2左方）。透過志工的陪伴與回報，讓PIC得以掌握長輩狀況，同時再跟專業團隊成員討論計畫調整的可能與必要性。服務結束兩個月後，PIC亦會持續與使用者聯繫，瞭解後續狀況（江宜錦、巫瑩慧，2018）。

另外，針對PIC成效方面，Age UK的內部評估報告指出，透過PIC有助於紓解初級照護所需的時間（Age UK，2018）。此外，受照護者能經由社會處方（social prescription）取代部分傳統醫療，因為PIC的任務在於填補正式資源中的未滿足處，揭露及回應過去未被發現的需求。透過SWEMWBS（註6）測試，Age UK發現受試者的幸福指數增加超過10%（見圖3）。同時，在一個次群體（sub-cohort）樣本發現，SWEMWBS指數的增加是可持續性的變化，在目標完成後兩個月施測，指數依然持續成長，與接受PIC服務前差距達到了3.42（見圖4）。Healthwatch（2018）研究則是發現，多數受訪者對PIC提供的服務感到十分滿意，包含認為PIC專心聆聽其需求（81%）、生活品質獲得提升（86%）。值得一提的是，與PIC會面討論的次數，似乎影響了受訪者對服務品質

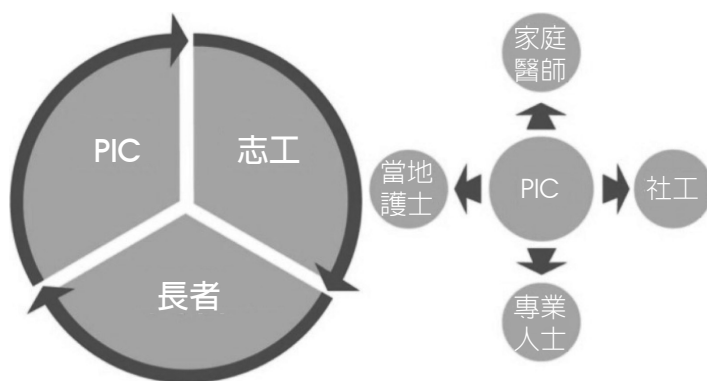


圖2 PIC模式下各人員互動關係架構

資料來源：江宜錦、巫瑩慧（2018）。

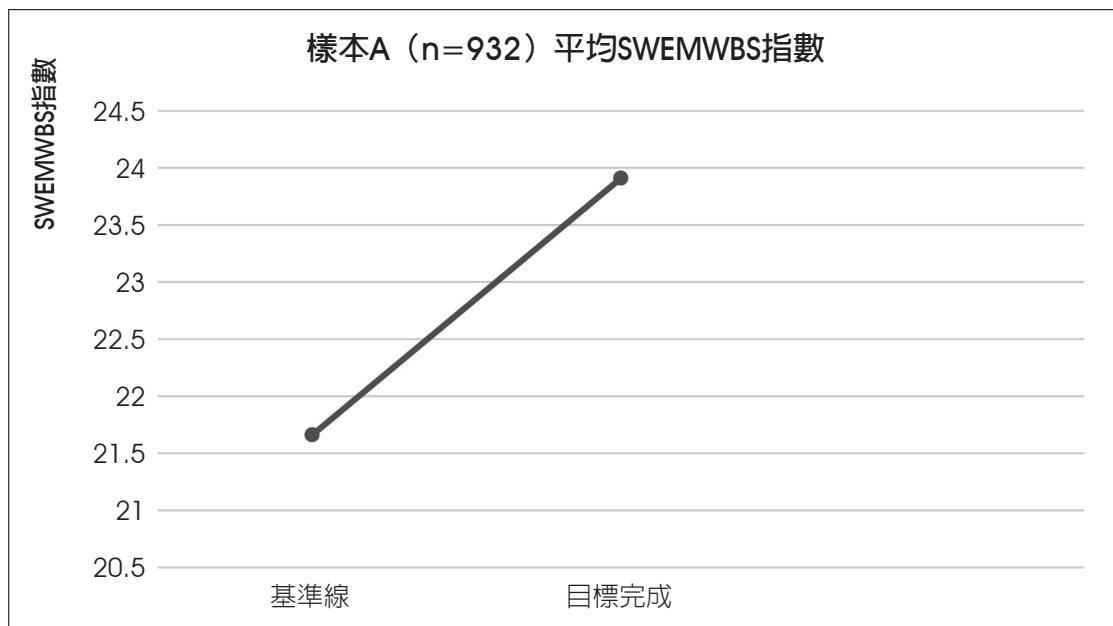


圖 3 PIC 服務使用者 SWEMWBS 指數變化趨勢 -1

資料來源：Age UK (2018)。

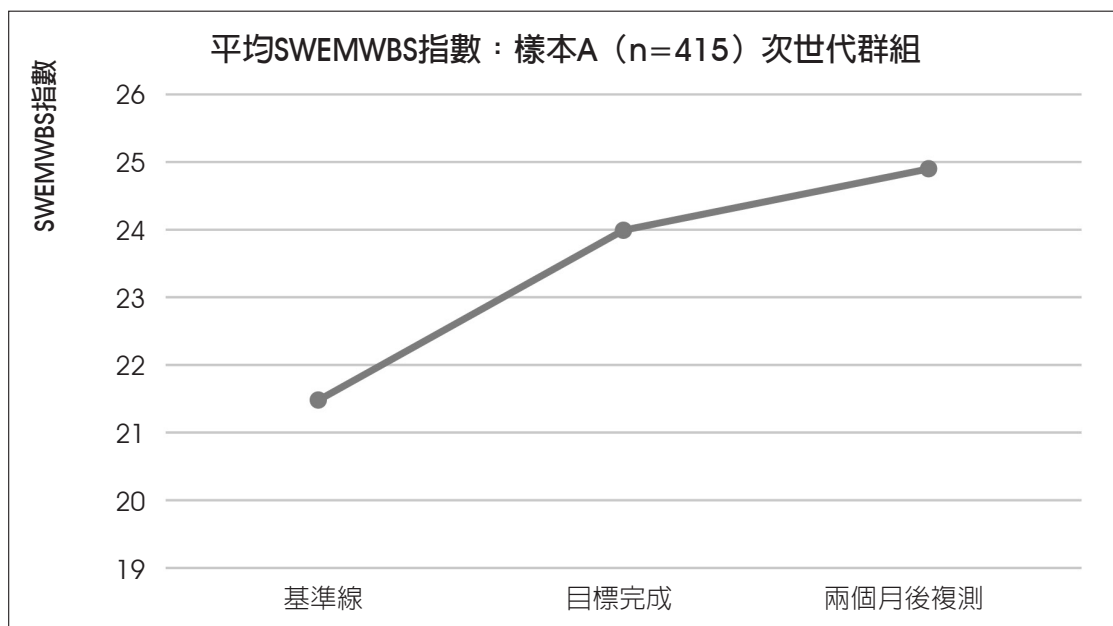


圖 4 PIC 服務使用者 SWEMWBS 指數變化趨勢 -2

資料來源：Age UK (2018)。

的看法：比起只與PIC討論會面一次的長輩，會面超過5次以上的受訪者，對生活品質感到更高程度的顯著提升（30% v.s 43%）。不過，Healthwatch（2018）也指出，此份調查無法推論使用者是否有效降低住院及醫療資源的使用（hospital usage），因此需要更多研究的進行。

從這個角度來看，如何增進高齡者的幸福感，成為了PIC的重點工作項目。而Age UK歸納出曾進行幸福感的方式如下：

1. 讓老人意識到自己的需求。藉由PIC的引導協助，受照護者得以自我意識到需要什麼，並得以掌控自己的生活。
2. 減少孤獨感。透過與PIC的定期接觸及彼此信賴關係的建立，受照護者不但感到溫暖甚至重拾信心。
3. 藉由實際幫助協助自立。藉由協助日常生活，加強受照護者自理生活的能力，讓他們逐步自立。
4. 讓老人為生活找到目的。協助老人追求興趣，有了生活重心，並帶來了社交需求。

然而，儘管Age UK宣稱成效卓著，但是健康照護智庫納夫爾德信託（Nuffield Trust）的調查報告顯示，在與相似健康情況卻未參與PICP服務的對照組群體比較下，參與PICP受照護者未必能減少就醫花費（註7）。Age UK於2018年的二期PICP實施報告中提出面對的挑戰包含：

1. 風險層級判準不易。僅有「二加二」（Two Plus Two）風險層級的老人才是受到照護對象。
2. 在初級照護上，尋求令人安心及熱切的GP不易。
3. 加重NHS財務負擔。推動PICP必然需要嫁接至NHS的服務上，這使得NHS的負擔加重，同時也讓GP負荷起針對老人進行醫療風險分層的任務。
4. 找尋適當及足夠志工支持不易。PICP執行中間階段有賴於在地志工支持，受照護者才得以自立，然而在報告中指出僅有四個地方足夠且有能力的志工能夠擔當，志工的質與量居需要提升。
5. 社區資源難以對接。每一項PICP個案均需要在地資源的協助（包含NGO及政府組織），然而尋找及連結在地組織並不容易，執行的每一個地方有不同的社區問題，而社區所能給予的資源未必符合受照護者的需求，因此PICP執行者鼓勵具彈性且可持續的社區資源介入協助，以滿足個案廣泛的需求。

綜觀而言，PIC模式有幾個特點：

- （1）獨立於既有的社會及醫療服務體系，同時連結志願、社區、健康及照顧組織，協助長輩的生活；正由於PIC的獨立性，使其具有更大的彈性，靈活透過各種形式與資源連結，滿足長輩需求。（2）

PIC聚焦高齡者的「生活支持」、「幸福感」及「賦權/復能」。因此PIC介入的重點之一，在於如何讓長輩透過「生活目標的擬定」，藉由「做自己感興趣以及還有能力做的事情」，達到「賦權/復能」的目標，最終提升「生活幸福感」。例如：透過照顧計畫讓長輩逐漸可以自行騎車外出買東西及回診，或者重新學習如何照顧花園、澆水等生活事務，藉此培養長輩生活能力與促進社交活動。（3）不同於正式服務體系的專業評估，PIC主要是透過引導式對話、聊天與傾聽，完整傾聽使用者需求，讓長輩感受被關注與支持。同時，藉由理解個案生活方式的形式，全盤認識長輩生活，作為照顧計畫擬定的重要基礎。（4）由於關注的是「生活方式」，因此PIC連結的是全方面的資源，除了醫療服務之外，更包含經濟、生活諮詢、財務規劃及各種生活上的需求。換言之，PIC將連結各種資源，以協助長輩進行包含物品採購、定期訪視、家事協助、協助恢復自立購物信心、練習大眾運輸搭乘，甚至包含改善長輩暖氣及廚房設備，使其有更舒適及方便等生活事項。（5）不同於正式服務體系對服務人員的專業資格界定，PIC不必由醫護或社工背景人員擔任，因此能有效拓展與再利用長照相關領域的多元人才（Healthwatch, 2018；江宜錦、李斐可、巫瑩慧，2018；張儀芬、璩君芮，2018）。

伍、綜合討論與建議

在前面的討論中不管是日本的在宅醫療，還是英國的PIC制度，愈來愈多的長照制度的改革都來自民間NPO組織的創新實驗，逐漸找回強調以人為中心、家是最好的醫院、社區是最好的復能場所等理念。日本社會希望推動包容社區，在長照制度裡，沒有一個人是「他者」，也沒有一個應該被社會拋棄，而這些信念均與「共生社區」不謀而合。英國長照管理的制度發展，從供給面出發，過去強調績效及效率的管理式照顧（managed care）模式，以抑制醫療及照護費用為目的，逐漸轉變為強調以使用者為立場出發，結合社區資源、為個案提供適當且符合成本效益的服務的一種照顧或個案管理（case/care management）模式（黃源協、陳伶珠、童伊迪，2004）。

近年來，自立生活的理念逐漸擴及高齡照顧的領域，但是自立卻需要社區互助精神的發揮才能達成，因此除了醫療照護為基礎的服務，社區資源整合的社會基礎也非常重要。因此，自立互助與他人產生連結，必須建立一個資源橋接的角色，才能事半功倍。另一方面，如何整合公私部門資源也是照顧網絡建構的重要關鍵，AgeUK所提出的PIC概念正是發揮整合（integration）與協調（coordination）的工作角色，強調社區志工的連結以及同

僂支持。政府與公民社會必須建立在夥伴關係，才能形成一個共同治理（joined-up governance）的模式（黃源協、莊俐昕，2020:5）。從「共生宅」（共生型組織）到「共生社區」（共生型照顧）的建構，都必須要有重要的「觸媒功能」的角色，社區內存在有各種正式與非正式資源，但是如何能使長照使用者為中心，提供其所需的照顧與服務。未來社區型的長照服務單位將會朝向「共生型組織」方向發展，其特點包括：（1）公部門與私部門提供長照服務的邊界會漸趨模糊；（2）社區空間屬於所有居民共享，服務對象不但是社區資源的使用者，也是生產者；（3）滿足長照需求的創新方案將引領長照系統的改變（例如日本的富山模式）；（4）跨部門合作及彼此加持才能滿足個案的多元需求；（5）服務提供單位的互助成長及共創價值成為趨勢。

未來醫學中心不會只做急性醫療，而會直接進入社區整合資源與服務。日本型態的在宅診療所及居家護理所的佈建十分值得政府參考。國內現行健康照護體系，行政本位主義使得預防保健（國健署）、疾病治療（中央健保署）、長期照顧（長照司、社家署）、社會安全（勞動部、農委會、衛福部）等因法源、預算、人力及執行單位各有立場，往往無法有效整合各單位的服務方案，造成供需落差、資源重疊及資源分配不均的現象。

國家發展委員會在2019年正式宣示為臺灣地方創生元年，「地方創生」是為協助地方發揮特色，吸引產業進駐、人口回流，繁榮地方的計畫，透過全民參與的方式促進島內移民，增加關係人口，復興地方產業、創造就業人口，促進人口回流，均衡城鄉發展，並以維持未來總人口數不低於2000萬人為願景，逐步促進島內移民及配合首都圈減壓，達成「均衡臺灣」目標（國發會網站，2021/8/22）。

地方創生未必與社區照顧的目標完全相同，但是其內涵與意義卻有許多相似之處：一、偏鄉人口老化嚴重，青年返鄉從建構一個互相照顧的共生社區開始，減輕照顧負擔，讓長輩在地老化，發揮互助共助的精神；二、地方創生不但有經濟面與產業面，更有社會面的意義，由於人口老化，勞動力嚴重短缺，因此，日本的「包容社區」的概念吸納了社區中其他的閒置人口或福利人口（如：具有工作能力的身心障礙者）投入地方創生工作；三、日本「社區整合照顧體系」及英國Age UK「整合式社區網絡方案」，甚至英國的「個人整合照護計畫」等都具有強烈的「以人為中心」的社區正式與非正式資源整合與連結的基礎，這些政策與方案的內涵與實施方式雖然各有差異，但朝向建構社區關係網絡方向發展的目標卻是與地方創生似乎是若合符節。

透過地方創生政策的引導，以及長照2.0計畫佈建長照據點的需求，許多規

劃團隊紛紛以鄉鎮為單位提出產業振興計畫，同時附帶提出高齡長者的服務據點、日照中心等計畫，其內容也多數為爭取硬體建設經費。然而，高齡長者生命最後的黃金歲月，許多生活需求的滿足並不在長照專業評估的需求清單之中，未被確認的需求（unidentified needs）卻可能是影響健康的重要因素之一，英國的PICP的實施經驗也發現全國一致性的剪貼式（a cut-and-paste approach）服務，看似專業卻無法滿足老人的差異性需求，且長期成效未必顯現（Fullwood, 2019）。因此，回歸以老人所居住的社區所建構的個人化整合服務就顯得十分重要，照顧政策應建議在去家庭化及去市場化的基礎。因此，永續發展的長照制度應該在長照ABC制度強調以人為中心的理念，各種社區發

展、社區照顧據點、巷弄長照站C、社區型長照機構等單位融入「共生社區」的理念，發揮公民社會的力量，透過NPO組織的創新經驗，善用志工能量，包容社區中不同福利需求人口群，營造老而健康富足的福利社會。

※本文感謝教育部高教深耕特色研究中心計畫及國立中正大學高齡跨域創新研究中心（CIRAS）的支持，特此致謝。

（本文作者：吳明儒為國立中正大學社會福利學系教授；劉宏鈺為國立中正大學高齡跨域創新研究中心助理研究員；江凱狄財團法人國家衛生研究院研究助理）

關鍵詞：高齡照顧、共生社區、個人獨立協調員、在宅醫療

註 釋

註1：根據109年簡易生命表，國人平均壽命81.3歲，女性84.7，男性78.1。高於全球平均的男性7.9與女性9.7歲（內政部統計處，2021）。

註2：日本在宅醫療的發展有兩種說法，其一是源自於1981年佐藤智醫師在東京所成立NPO組織（Lifecare system, LCS），由家庭醫師提供24小時服務，即是以「診所」為基礎的在宅醫療。其二是1994年東京的柳原醫院，為了照顧千住地區下町居民所推出的「24小時巡迴型在宅照顧」。（余尚儒，2017）此兩者均重視24小時的巡迴醫療，但其精神在於長者不會因為疾病的發生而改變其居住型態與生活安排，透過在宅醫療的介入，讓長者活在當下，活出自己，與在地老化（aging in place）的概念相似。

註3：2019-2020年，Age UK的支出總額為6,360萬英鎊，而用於「健康與照護服務」支出為370萬英鎊。

註4：依據地點不同，由家庭醫師及非營利組織兩種途徑篩選受照護者。

註5：CCG由英格蘭各地的GP組成，目的在於強化臨床醫療人員的動能，透過組織在地的NHS服務，確實反映病患的需求。至2020年四月為止，全英格蘭設立了135個CCG。

註6：短版華威－愛丁堡心理幸福感量表（Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale, SWEMWBS）由NHS蘇格蘭衛生署（Health Scotland）於2005年邀請八名專家學者來開發，以支持蘇格蘭「自治政府」（Scottish Executive）的「改善蘇格蘭心理健康和福祉」（Improving Mental Health And Well-being in Scotland）計畫。SWEMWBS在WEMWBS的14項關於思想和感情的陳述中使用了七項，主要是與功能（而非情感）相關的評測。

註7：智庫納夫爾德信託透過橫跨八個地區、超過2,000名PIC使用者的報告發現，一位PICP使用者受照護者比未使用者多付出906英鎊（37%）的花費（Georghiou & Keeble, 2019）。

參考文獻

內政部統計處（2021）。〈國人平均壽命81.3歲再創新高〉，檢索自https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx。2021/8/20作者讀取。

衛生福利部（2017）。《長期照顧十年計畫2.0—2017-2026（核定版）》，檢索自<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4001-42414-201.html>。2021/8/20作者讀取。

五十嵐祐紀子（2018）。〈誰需要共生社會？有一天，你也可能成為需要幫助的那個人〉。《天下：獨立評論》，檢索自<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/448/article/7233>。2021/8/20作者讀取。

江宜錦、李斐可、巫瑩慧（2018）。〈愛護老年：英國AgeUK長者服務剪影〉，檢索自<https://blog.silverliningsglobal.com/%E6%84%9B%E8%AD%B7%E8%80%81%E5%B9%B4-a68fa0dc02d8>。2021/7/20作者讀取。

吳明儒（2018）。《社區工作》。臺中：華格納。

余尚儒（2017）。《在宅醫療：從CURE到CARE》。臺北：遠見。

余尚儒（2018）。〈日本在宅醫療中居家護理的角色〉。《護理雜誌》，65（1），11-16。

余尚儒（2018）。〈一個讓我們互相照顧的未來：地方創生，就從建構「共生社區」開始〉。《天下：獨立評論》，檢索自<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/448/article/7010>。2021/8/20作者讀取。

陳亮恭（2021）。〈分久不合的穀倉效應〉。《聯合報民意論壇》，110/8/29，A13版。

楊寧茵（2019）。《全球銀力時代》。臺北：野人文化股份有限公司。

黃源協、莊俐昕（2020）。《社會工作管理（四版）》，臺北：雙葉。

黃源協、陳伶珠、童伊迪（2004）。《個案管理與照顧管理》，臺北：雙葉。

- 張儀芬、璩君芮 (2018)。〈他山之石：Age UK模式簡介與海外研修學員分享〉，檢索自<https://blog.silverliningsglobal.com/他山之石-ageUK模式簡介及海外學員研修心得分享-67706381570>。2021/7/20作者讀取。
- 真識團隊 (2019)。《豐盛樂齡—合勤共生宅年鑑（第一輯）》。臺北：策馬天下國際文化有限公司。
- Age UK (2018). Blended Evaluation of Phase 2 of the PICP. Retrieved July 10, 2021 from <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/programmes/personalised-integrated-care-programme/>.
- Age UK-How could the level of finances affect how much I pay for my care?. Retrieved July 20, 2021, from <https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/paying-for-care/paying-for-a-care-home/>.
- Age UK-Integrated Care Services. Retrieved July 10, 2021 from <https://www.ageuk.org.uk/our-impact/programmes/integrated-care/>.
- Age UK-work for us. Retrieved July 20, 2021, from <https://www.ageuk.org.uk/lancashire/get-involved/work-for-us/hospitalaftercareservicewellbeingworkerfyldeandwyre/>.
- Age Uk Ashford- our services Retrieved July 20, 2021, from <https://www.ageuk.org.uk/ashford/our-services/personal-independence-programme/>.
- Charityjob Personal Independent Coordinator (PIC). Retrieved July 20, 2021, from <https://www.charityjob.co.uk/jobs/age-uk-croydon/personal-independence-coordinator-pic-/630322%20>.
- Fullwood (2019). Age UK Personalised Integrated Care Programme. Retrieved July 20, 2021, from <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/>.
- Georghiou, T, & Keeble, E. (2019). Age UK's personalised integrated care programme: Evaluation of impact on hospital activity. Nuffield Trust. Retrieved August 6, 2019, from www.nuffieldtrust.org.uk/research/age-uk-s-personalised-integrated-care-programme-evaluation-of-impact-on-hospital-activity.
- Healthwatch (2018). User Perception of the PIC Service. Retrieved July 20, 2021, from <https://www.healthwatchcroydon.co.uk/wp-content/uploads/2018/07/User-perception-of-One-Croydon-PIC/>.
- Legislation.org.uk-Care Act (2014). Retrieved July 20, 2021, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents>.
- One Croydon- Integrated Community Network Plus (2021). Retrieved July 20, 2021, from <https://democracy.croydon.gov.uk/documents/s14775>.
- The University of Warwick, Development of WEMWBS. Retrieved April 8, 2021, from <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/>.
- Wann, D. (2005). Reinventing Community: stories from the Walkways of Cohousing. USA: Fulcrum.
- Will Aid-You are in...Will Aid Charities. Retrieved April 6, 2021, from <http://www.willaid.org.uk/charities>.