



老人家庭托顧服務— 「非自宅的居家照顧」之實踐

鄭雅文、莊秀美

中文摘要

因應社會變遷帶來的長期照顧服務之需求，政府積極研擬相關政策與措施。家庭托顧服務乃是我國新型照顧服務，此服務以「在地老化」為目標，就是讓老人留在熟悉的社區中接受照顧服務。老人托顧於住家附近的照顧服務員家中，接受身體照顧、保護性及看視性照顧等，如同將小孩托顧於社區中的媒姆家中一般。由於要求照顧服務員必須具備基本的照顧能力與技術，加上地理距離的接近，不但讓家屬能安心托付，服務的可近性亦高。

除此之外，家庭托顧亦能發揮鄰里互助的功能及特色。不過，從「建構長期照護體系三年先導計畫」的實施狀況來看，推動狀況卻不如預期。「建構長期照顧體系十年計畫」亦將之列重點推動服務項目，但是卻也是進展緩慢。為何立意良好的家庭托顧推動不易呢？為何無法獲得民眾的青睞呢？引自國外的家庭托顧在推動的過程中是否遭遇文化適應的障礙呢？本文藉由整理美日實施的經驗，分析家庭托顧的理念、我國引進的環境背景、相關政策與措施等，並探討推動過程中的困境所在，最後提出改善之建議。

關鍵詞：家庭托顧服務、居家照顧

Abstract

Due to the rapid change of the society, there is a need for long-term care-taking. The government, thus, has made some policies to meet this need, and one of them is “Adult Foster Care.” Its goal is to achieve “aging in place,” so that the elderly could stay in the communities that they are familiar with to receive care services. This new measure has a great number of

advantages, such as qualified care-takers and convenient locations. However, the level of utilization are lower than expected in the two projects, including a three-year project—the Pilot Program for the Development of Long-Term Care System and a ten-year project—the Program for the Development of Long-Term Care System. Therefore, this paper aims to investigate some difficulties faced in community-based services and provide some suggestions to improve the current situation.

Keywords: Adult Foster Care, home care

壹、前言

因應社會變遷帶來的長期照顧服務之需求，政府自 1990 年代以來即積極研擬相關政策與措施。2000 年 4 月實施「建構長期照護體系三年先導計畫(略稱「先導計畫」)」(註 1)，該計畫揭示建構社區化長期照顧服務體系之方向，並列出「居家服務」、「日間照顧」、「家庭托顧服務(Adult Foster Care，以下略稱家庭托顧)」等九大重點服務項目，目的在於協助並強化家庭的照顧功能，讓身心功能障礙者能盡量留在家中或社區中接受照顧，以維護自主、自尊之生活。各項服務之中，「居家服務」與「日間照顧」早在這之前即已提供，而家庭托顧則是首次引進國內，當時瞭解此項服務者並不多，乃被列為新型照顧服務。

家庭托顧以「在地老化」為目標，就是讓老人留在熟悉的社區中接受照顧服務。具體而言，老人因身體失能、心智損傷導致無法獨立過日常生活，而子女們無法全日照顧，為了讓老人能持續與子女一起居住，於是有了日間照顧服務的構想。不過，由於日間照顧服務據點太少，不夠

密集，並非所有想利用的人都能如願以償。例如對於居住於距離日間照顧服務據點太遠的老人而言，交通往返必須花費較長的時間，日間照顧服務就不是適合的服務了。因此提供照顧服務的場域必須就在老人住家附近，才能達到服務的可近性。在此需求之下，家庭托顧於焉產生。將老人托顧於住家附近的照顧服務員家中，接受身體照顧、保護性及看視性照顧等，與日間照顧可說具備異曲同工之效，也如同將小孩托顧於社區中的嫗姆家中一般。由於要求照顧服務員必須具備基本的照顧能力與技術，加上地理距離的接近，不但讓家屬能安心托付，服務的可近性亦高。

除此之外，家庭托顧亦能發揮鄰里互助的功能及特色。不過，從「先導計畫」的實施狀況來看，推動狀況卻不如預期(吳淑瓊等，2003)。即使如此，「建構長期照顧體系十年計畫(2007)」(以下略稱「長照十年計畫」)仍將之列重點推動服務項目，但也是進展緩慢。民國 98 年度計 4 個縣市(南投縣、高雄縣、台中市、嘉義市)開辦，共 20 個服務單位投入，但是服務個案數卻只有 10 人(雲林縣社會處，2009;詹火生等，2009)。為何立意良好的家庭托顧推動

不易呢？為何無法獲得民眾的青睞呢？引自國外的家庭托顧在推動的過程中是否遭遇文化適應的障礙呢？本文藉由整理美日實施的經驗，分析家庭托顧的理念、我國引進的環境背景、相關政策與措施等，並探討推動過程中的困境所在，最後提出改善之建議。

貳、英美的先驅發展

家庭托顧發展自英美等國，主要背景如下：(1)護理之家提供的照護產生社會及心理上的不良效應；(2)家庭式照顧環境遠優於機構式照顧；(3)家庭托顧屬一種最少約束的照顧環境；(4)家庭托顧被期望成為連續性照護體系的一部分(Mehrotra and Kosloski 1991；吳淑瓊等，2003)。

其實，早在 14 世紀時，家庭托顧即被運用在精神病患的照顧上。之後，蘇格蘭(Scotland)於 1857 年提出精神病患者家庭托顧計畫，美國於 1885 年擬訂家庭托顧的內容，並率先於麻薩諸塞州(Massachusetts)實施(Risdorfer, Primanis, & Doretz, 1971)。

相關的研究結果顯示家庭托顧的需求。英國的研究指出失能老人長期佔用醫院病床，嚴重浪費醫療資源。其次，許多老人長期被家人忽視，協助老人的社區照顧服務亦不多(Lancet, 1972)。失能老人持續增加引發老人長期照顧服務的需求，於是醫院開始發展社區照顧服務，家庭托顧即為其中一項(Risdorfer et al., 1971；Susan R. Sherman & Evelyn S. Newman, 1977)。

家庭托顧在美國的發展可追溯至

1960 年代，當時美國投入越戰後隨即陷入石油危機，同時人口老化問題亦相當令人煩惱，因為社會安全及社會福利財政已面臨危機。聯邦政府一方面擬訂相關措施以壓抑醫療費的支出，另一方面轉變社會福利政策的方向，一改由公部門提供機構式收容服務的作法，轉而積極獎勵民間團體提供各項照顧服務(Reinardy, Kane, 1991；吳曉慧、鄭景文，2003)。1964 年時，美國已有 26 個州實施「家庭托顧計畫(Foster Home Care Program)」，減少傳統的安置照顧之方式，其中不乏成功托顧老人的案例(Susan R. Sherman & Evelyn S. Newman, 1977)。

一份在路易斯維爾市(Louisville)實施的家庭托顧研究針對當地的家庭托顧提供單位及服務使用者進行了 183 份的問卷調查。其中一位受訪者描述，機構服務經常附帶一連串的強迫性服務，而家庭托顧不但能避免這些缺失，同時亦提供更多的希望與行動，帶來令人滿意的生活。家庭托顧提供老人如家的生活照顧，甚至比住在家中生活更好的照顧，讓老人過正常生活，符合真實社區的生活節奏(Bradshaw, Vonderhaar, Kenney, Tyler, & Harris, 1975；Susan R. Sherman & Evelyn S. Newman, 1977)。米勒(Miller)亦相當肯定「家庭托顧計畫」，指出家庭托顧以社區照顧取代機構照顧，高度保障病人權利，建議透過家庭托顧連結個人與社區，建構社區照顧網絡(Miller, 1977)。

另一份研究則是 Kane 等(1991)為了探討家庭托顧是否可能取代護理之家的照顧

服務成為替代方案，該研究針對奧瑞岡州(Oregon)使用家庭托顧的老人及住在護理之家的老人進行比較研究，結果顯示使用家庭托顧的老人在身體功能及認知障礙方面的改善狀況皆優於護理之家的老人。雖然護理之家的住民與家屬認為復健和組織化的活動安排是護理之家的優點，但是家庭托顧的使用者表示家庭托顧能保障個人隱私並能營造家庭的照顧氣氛，最屬難能可貴(吳淑瓊等，2003)。

家庭托顧在英、美有不同的運作模式，即使在美國，各州推行的家庭托顧模

式亦有差異。奧瑞岡州(Oregon)的家庭托顧發展至今已經制度化，如表一所示，視受托顧者的障礙程度配置不同資格的托顧服務員，分成三個等級，老人屬重度失能狀況，則可提供護理服務。服務營運大致分成兩種模式，一是托顧家庭獨自營運並接受政府主管機關監督的模式，一是由社福團體成立家托中心，指導監督數個托顧家庭，提供護理、諮商、交通接送等服務的模式，是為聯合模式(Kane, Ladd, 1998；吳淑瓊等，2003)。

表一 美國家庭托顧照顧服務員資格

級別	服務員資格	受托顧者障礙程度
第一級	完成基本訓練課程，但提供直接服務經驗少於兩年。	受托顧者的日常生活活動能力障礙程度皆為「需要協助」，且必須少於四項。
第二級	完成基本訓練課程，提供直接服務經驗兩年以上。	受托顧者的日常生活活動能力障礙程度為「需要協助」或「依賴」，但屬於「依賴」的功能必須少於四項。
第三級	完成基本訓練課程外，必須是健康照護專業人員或照顧無法獨立生活者至少三年以上經驗。	受托顧者的日常生活活動能力障礙程度為「需要協助」或「依賴」，但托顧家庭內只能有一位受顧者的六項功能全為「依賴」。

資料來源：吳淑瓊、曹愛蘭(2003)。《建構長期照護體系先導計畫服務模式發展經驗系列叢書-家庭托顧營運手冊》。台北：行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組，p. 19。

英、美家庭托顧已部分取代護理之家與機構照顧，分級管理制度的建立，提供不同程度的失能老人適切的照顧，達到服務的適切性。總之，在似家的照顧環境中，除去不必要的約束，提供受托顧者更優質的照顧服務。並且，托顧家庭連結個人與社區，成為社區照顧網絡的一環，實踐連

續性照顧及在地老化的理念。

參、國內推動的過程與現況

一、相關措施的展開

國內家庭托顧的發展始於「先導計畫」，該計畫將家庭托顧列入實驗計畫，

作為評估國內發展的依據。計畫實施的結果顯示，由於相關政策、法令未臻健全，導致服務成效不佳。如果相關政策明確，提供法令依據，家庭托顧亦具發展潛力(吳淑瓊等，2003)。

2007 年修訂的「老人福利法(2007)」將家庭托顧列入社區式服務。之後，「長照十年計畫」推動以協助日常生活活動服務為主的「照顧服務」，包括居家服務、日間照顧及家庭托顧，並明訂服務對象與相關補助辦法。「老人福利服務提供者資格要件及服務準則(2008)」訂立服務相關規定(第 64~69 條)。以下茲進一步說明各相關措施的內涵：

1、「先導計畫」

如前所述，家庭托顧正式引進始於「先導計畫」，當時家庭托顧被定義為一種介於正式與非正式照顧之間的服务模式，乃照顧者(托顧家庭)在個人的房舍內提供適當的「保護」及「照顧」給白天無法獲得照顧的受托顧者(失能老人或身心障礙者)，除了提供老人支持性或補充性的照顧服務之外，對於白天必須外出工作的子女家庭而言，亦具支持性功能，使其得以維持正常的功能運作與完整性(吳淑瓊等，2001)。該計畫並從服務提供者、使用者與決策管理者三個角度評估推動的可能性，結果顯示嘉義市的實施狀況尚可，受托單位成功連結托顧家庭與受托者，主要因素在於社區內各社會福利團體互動密切，建置綿密的個案通報網絡，提供家屬多元化的服務選擇。但三鶯地區的實施狀況卻是

無疾而終，開辦後兩年間只成功開發一個托顧家庭，媒合一個受托顧者，但是後來因為受托顧者身體狀況惡化，不得不轉進機構接受照顧(吳淑瓊等，2003)。

檢討未能普遍推動的主要原因有三：(1)由於鄉村地區民眾的價值仍傾向由家庭成員擔任主要照顧者的工作，尤其是女性成員。此傳統價值往往成為家屬向外尋求協助的阻力。(2)即使照顧服務員有意願提供服務，但是由於家人亦共同參與其中，不少家人擔心照顧上的安全問題及責任歸屬等，導致願意托顧家庭數無法成長。其次，服務提供者與服務使用者的距離太遠，也往往成為無法成功連結的因素。(3)家庭托顧的法定地位尚未確立(楊素端、趙曉芳，2005)。

整體而言，嘉義市的實施狀況顯示家庭托顧仍然是可被接受的，而三鶯地區的實施狀況提供了阻力及改善的題材。家庭托顧歷經「先導計畫」短短三年的期間雖然推動狀況不佳，但仍被認為具備發展的前瞻性(吳淑瓊等，2003)。

2、「長期照顧十年計畫」

作為建構我國長期照護體系的「長期照顧十年計畫」(略稱「長照十年計畫」)列出照顧服務、居家護理、社區及居家復健等八大服務項目，其中「照顧服務」服務包括居家服務、日間照顧及家庭托顧(行政院，2007)。家庭托顧的推動目標如下(吳淑瓊等，2001；吳淑瓊等，2003)：

(1) **多元自主的選擇及參與：**過去以來，長期照顧服務以發展機構照顧為

主，老人與家屬沒有太多的選擇，並且一般人對於機構照顧的接受度仍低。而家庭托顧強調互助照顧，不但提供另一種選擇，其社區照顧的理念亦能提昇民眾的接受度。其次，藉由社區照顧服務員的參與，亦豐富照顧提供主體的多樣性。

(2) 去機構化、營造家庭般的照顧環境：

家庭托顧以「家庭」為導向，強調非機構的、小型化的家庭式照顧環境與服務。讓老人生活在熟悉的社區中，亦可減少與社區的隔離。

(3) 人性化的照顧理念：家庭托顧以對人的關懷為出發點，使老人能獲得尊嚴、自主的生活。基於社區照顧的理念，不但提供老人情感支持，亦增加老人的社區參與機會及社會互動，讓老人不再是被邊緣化、孤立化的族群。

(4) 在家創業維持家庭功能完整性：家庭托顧的照顧服務員不僅可以兼顧家庭和就業，亦能成為長期照護服務人力的重要資源。

「長照十年計畫」的照顧服務使用乃是由長期照顧管理中心統籌評估、審核、轉介資源等。當老人或家屬有意願使用家庭托顧時，必須同時有願意提供照顧的托顧家庭始有服務提供的可能。因此即使出現服務需求者，如果找不到托顧家庭，亦無法加以媒合。由於開辦縣市少，加上托

顧家庭培養不易，因此服務量的成長仍然有限。

3、老人福利服務提供者資格要件及服務準則

老人福利法於 2007 年修訂，在第 18 條第 8 款的福利服務項目中增列了家庭托顧(內政部, 2007a)。「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」亦明確規定家庭托顧的相關資格要件及服務準則(內政部, 2007b)。家庭托顧屬小型化家庭照顧，考量照顧服務員的人力負荷及服務品質(包含安全問題、受托的質與量等)，準則中規定服務人數(含照顧服務員之失能家屬)不得超過 4 人。符合資格的服務提供單位包括醫療機構、護理機構、醫療法人、老人福利機構、身心障礙福利機構、公益社團法人、財團法人、社會福利團體、照顧服務勞動合作社與社會工作師事務所等。服務內容包括身體照顧服務、日常生活照顧服務、安全性照顧服務等暫代性照顧服務。

二、家庭托顧的特性

家庭托顧與居家服務、日間照顧同被「長照十年計畫」列屬於「照顧服務」，為了進一步瞭解家庭托顧的特性，以下分別從服務提供場域、服務時間、交通移送、活動設計、媒合方式等分析比較家庭托顧、居家服務及日間照顧三項服務的特性及差異。

表二 居家服務、日間照顧及家庭托顧內容的比較

服務項目 特 性	居家服務	日間照顧	家庭托顧
地點	於案家提供服務	於機構提供服務	於托顧家庭中提供服務
時間	依服務使用者需求以小時計算。	1. 月托-每週五天，每天八小時 2. 日托-不得超過 8 小時 3. 半日托	1. 月托-每週五天，每天上午七點至下午七點 2. 日托-每日不得超過 12 小時
交通接送	無	1. 家屬自行接送 2. 提供交通接送另收取費用	1. 家屬自行接送 2. 提供交通接送另收取費用
受托顧人數	一對一	一對多	一對多(不可超過四人，含托顧家庭中的失能長者)
服務資格	1. 有照顧服務員資格 2. 健康檢查合格	1. 有照顧服務員資格 2. 健康檢查合格	1. 有照顧服務員資格 2. 一千小時以上直接服務失能者之經驗 3. 健康檢查合格
活動設計	因時間受限，無活動提供	活動多元	因照顧人力較少導致活動受限
醫護資源	不可有介入性服務，若有醫護需求需協助就醫	中心配置醫護人員	不可有介入性服務，若有醫護需求需協助就醫
社會參與	社交生活較少	日間照顧機構個案量較多，個案社會參與高	托顧家庭的所有托顧者能有更多的社交生活，甚至發展出托顧家庭以外的資源連結，但也可能易受干擾
媒合方式	由照顧管理中心協助媒合，媒合較無選擇之空間	媒合方式自由，受托顧者可以選擇不同特色的日間照顧中心	媒合方式自由，受托顧者可以選擇不同特色的托顧家庭

社區參與程度	社區連結較弱，對偏遠地區常因居家服務人數少，常有短缺或無法提供服務的現象	透過社區的連結，中心可與機構本身其他服務或其他機構相互連結資源	透過社區的連結，同一社區中能有托顧家庭的連結，沒有距離的問題
---------------	--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

資料來源：吳淑瓊、曹愛蘭(2003)。《建構長期照護體系先導計畫服務模式發展經驗系列叢書-家庭托顧營運手冊》。台北：行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組，p. 4。

如表二所示，在交通接送方面，居家服務是由居家服務員至老人家中提供服務，日間照顧與家庭托顧則必須將老人送至機構或托顧家庭接受照顧，因此，交通接送成為首要面對的問題。在服務時間方面，三項服務都是以應付短時需求為目標，一般而言，以不超過 12 小時者較為適合。家庭托顧的服務時間(一天不可超過 12 小時)雖然比日間照顧(不得超過 8 小時)較長，但同樣規定不可住宿。活動設計方面，居家服務主要以身體服務、家事及日常生活照顧為主，家庭托顧則以日常生活照顧為主，由於一個托顧者可能同時需要照顧四位受托顧者(上限)，可能無力安排其他活動。相對上日間照顧由於在機構中提供服務，活動安排的多樣化較為可能。

整體而言，家庭托顧的本質與內涵與日間照顧相當接近，只是規模小於日間照顧，且不提供交通接送，因此可說落於一種「家庭式日間照顧」而已。其他方面，比起居家服務、日間照顧，家庭托顧對於一般民眾而言是一全新的服務，甚至未曾聽聞過者大有人在。目前國內正在推動的家庭托顧營運模式接近美國的聯合模式，就是委托社福團體負責統籌、監督與管

理，包括媒合受托者及托顧家庭、審核托顧家庭的環境與人力、保障雙方的權益等。社福團體與托顧家庭在本質是一種上對下的關係，如何掌握充足的服務人力並確保穩定的服務品質是管理上的重要課題。

肆、「非自宅的居家照顧」之本質與實踐

從以上的說明可知，家庭托顧就是提供一個似家的照顧場域，以維持老人的日常生活為原則，達到社區照顧的理念與目標。社區照顧是 1980 年代以來社會福利社區化政策下的一環，即使推動至今已有一段時日，但是關於「社區照顧」的描述與界定仍然莫衷一是。甘炳光(1995)提出的「在社區照顧(care in the community)」、「由社區照顧(care by the community)」及「與社區一起照顧(care with the community)」已經普遍被應用。其中，「在社區照顧」是指運用法定資源，讓案主在家中或社區為基礎的中心接受服務，並取代大規模之非人性的機構照顧。「在社區照顧」可以用多種形式出現，最好的方法便是將受照顧者遷移至熟悉的社區中的家庭生活，

並輔以社區支援性服務的配合，如家務助理、社區護士及社區中心等。其次是將社區內的大型院舍改為接近社區的小型的家舍，如老人宿舍、老人庇護房屋等。「在社區照顧」並不一定要在案主的自宅中，只要能夠達到「家庭化照顧」，社區中的小型院舍也可以達到這種要求(莊秀美，2009)。由此來看，家庭托顧與團體家屋雖然在服務對象、服務時數及服務人數的限

制上有所差異(參照表三)，但是照顧理念則是共通的，主要在於家庭化照顧氣氛的營造及社區化照顧理念的實踐(莊秀美，2000;莊秀美，2005;莊秀美，2008)。特別是家庭托顧與團體家屋(註 2)都不是在老人的自宅中提供照顧，但是都強調似家的照顧環境及家庭化的照顧方式。外山義(2003:37)從生活空間的觀點論述老人照顧的本質，稱此為「非自宅的居家照顧」。

表三 團體家屋與家庭托顧的異同

		團體家屋	家庭托顧
相異點	服務對象	針對失智老人提供服務	因失能者導致日常生活需要協助、保護看護者
	服務時數	提供 24 小時照顧為原則	僅提供日間托顧，不可超過 12 小時且不可過夜
	服務人數	每一照顧單位以 9 人為上限	一個托顧家庭僅托顧 4 人為上限
相同點	營造家庭化照顧的環境、實踐社區化照顧的理念：照顧服務社區化，強調以案主為中心的照顧理念，於社區中提供猶如「自家」的「住家」，讓失能的長輩可在熟悉的環境生活得到個別化的照護。		

資料來源：作者整理

具體而言，將老人照顧場域區分為機構與居家的兩分法應有檢討的必要，兩者之外應該存在著所謂「非自宅的居家」，這是跨越兩分法的僵硬法則下的非傳統的選擇。因為老人照顧不單單只是居住場域的問題而已，即使老人必須搬離原來的住家遷往機構生活，只要老人能夠再度形成個人的生活場域，自身的生命力不會因遷居而萎縮的話，機構也可能成為「非自宅的居家」。關鍵在於老人身在的場域是一個治療場域或是一個生活場域。治療場域與生活場域的差別從老人與照顧工作人員之間的關係就可以看得出來。當雙方處於一種

垂直關係，老人只是受照顧者。當雙方處於一種水平關係，老人就是一個住民。因此優質的照顧服務不在於服務種類與量的多寡(外山義，2003:36-37)。家庭托顧與團體家屋就是在一個被置換的生活空間中，實施一種跨越傳統的規則、語言與角色區分的照顧，以追求老人使用服務的滿足度的最高點。

伍、討論與建議

「非自宅的居家照顧」是否可能成為另一種可能的選擇，對於老人照顧的價值

之調整成為必要。家庭托顧是因應社會變遷且顧及人類情感需求滿足所發展出來的照顧服務模式，如能加以調整改善，必是實踐「在地老化」的最佳典範，茲提出修正建議如下：

- 1、提供住宿服務：家庭照顧資源不足與功能減退是不爭的事實，於是機構成了多數家庭的選擇。如果家庭托顧亦可提供住宿服務，不但能夠提供老人一個家庭化的照顧環境，亦能充分支援家屬，達到服務的利便性、可近性，始有推廣的可能性。
- 2、分級管理托顧服務員：建議將托顧服務員的照顧能力予以分級管理，針對不同功能障礙的受托顧者媒介不同層級的照顧服務員。一來跨越齊一式的資格限制，以能廣納照顧服務員加入。二來依照照顧服務員的層級收取不同費用，不但合理，亦可鼓勵持續投入的照顧服務員。
- 3、放寬托顧家庭的空間與設備條件：我國人口稠密，居住空間原本就很窄小，也極少設置無障礙設施，因此過度要求托顧家庭的硬體環境可能成為照顧服務員家庭參與的阻礙，建議依受托顧者失能程度之不同，設定不同等級的家庭托顧硬體環境。
- 4、穩定托顧家庭的經濟收入：如果托顧家庭有較寬的空間，且具備兩人以上之照顧人力，建議托顧人數限制提高至 6 人，以穩定托顧家庭的收入，間接可以鼓勵更多家庭投入。
- 5、加強社會教育：瞭解家庭托顧服務內涵之民眾甚少，當民眾不瞭解服務內涵就無意願使用該服務，因此加強民眾對家庭托顧的認知，是提昇服務使用率的基礎。
- 6、置入服務轉介項目：服務申請個案經過長期照顧管理中心評估之後，若個案有家庭托顧的需求並符合使用條件，應儘量鼓勵民眾使用。
- 7、建構社區服務網絡：家庭托顧應以媒合同社區內的需照顧老人與托顧家庭為原則，始有服務可近性可言，亦不失家庭托顧之原始理念。就長遠的目標在於推動托顧社區化、建立社區支持體系，因此應以小社區的範圍推動。
- 8、健全管理制度：辦理家庭托顧的團體擔負媒合、諮詢、訓練、支持、輔導、管理與監督等多重功能，必須健全管理制度，才能有效達到上述功能。（本文作者前為東吳大學社會工作學系碩士生，後為東吳大學社會工作學系（所）教授）

註釋

- 註 1.建構長期照護體系三年先導計畫(略稱「先導計畫」)：為三年期程的實施計畫，選定臺北縣三峽鎮及鶯歌鎮、嘉義市作為實驗社區，第一年主要在進行社區實驗基礎規劃，第三年(2001 年 10 月至 2003 年 9 月)開始進入社區提供實際的服務。

註 2.團體家屋:針對失智症老人提供的小規模的家庭式照顧(一般住家或公寓內),由具備專業資格的照顧人員提供老人日常生活照顧及必要性照顧、治療及訓練等,強調小規模共同生活場域的家庭化照顧方式,「如家」的軟·硬體設計,讓老人猶如住在家中一般,藉由失智症家屬成員之參與,可控制並減輕失智症老人的症狀以達到支援及治療(莊秀美,2000;莊秀美,2005;莊秀美,2008:26)。

參考文獻

- 內政部(2007a)。〈老人福利法〉。上網日期:2008年3月15日,取自
http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02_1.htm
- 內政部(2007b)。〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉。取自
<http://sowf.moi.gov.tw/04/02/970320%E7%99%BC%E5%B8%83%E6%A2%9D%E6%96%87%E7%BC%88%E5%90%AB%E6%96%87%E8%99%9F%E7%BC%89.htm>,上網日期:2008年3月15日。
- 行政院(2007)。〈長期照顧十年計畫〉。上網日期:2008年3月15日,取自
<http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>
- 吳淑瓊、王正、戴玉慈、呂寶靜、張媚、曹愛蘭、莊坤洋(2001)。《建構長期照護體系先導計畫第一年計畫》。台北市:內政部。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭(2003)。《建構長期照護體系先導計畫第三年計畫》。台北市:內政部。
- 吳淑瓊、曹愛蘭(2003)。《建構長期照護體系先導計畫服務模式發展經驗系列叢書-家庭托顧營運手冊》。台北:行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組。
- 吳曉慧、鄭景文(2004)。《老人福利與照顧相關產業推廣及營業登記之研究》。台北市:內政部。
- 莊秀美(2000)。〈對應失智症老人之照護服務:以日本型團體家屋為例〉。《社區發展季刊》,90:292~302。
- 莊秀美(2005)〈『團體家屋』模式運用於失智症老人照護服務推動之探討〉。《東吳社會工作學報》,12:75-113。
- 莊秀美(2008)。《長期照顧機構服務變遷發展之研究---單位照顧(unit care)、團體家屋(group home)的實踐理念及前瞻趨勢之分析---》。台北:松慧有限公司。
- 莊秀美(2009)〈從老人的類型與照顧需求看「居家照顧」、「社區照顧」及「機構照顧」三種方式的功能〉。《社區發展季刊》,125:177-194。

- 雲林縣政府(2009)。〈雲林縣 98 年度長期照顧創新服務-家庭托顧及失智症日間照顧服務研習會〉。雲林：婦女福利服務中心。
- 楊素端、趙曉芳(2005)。〈走過先導計畫，邁向整合式服務體系—談台北縣長期照顧發展歷程〉。《社區發展季刊》，110:33-47。
- 詹火生、盧瑞芬、張菁芬等(2009)。《因應長期照顧保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向》。台北：行政院經濟建設委員會委托研究報告。
- Bradshaw, B.R., Vonderhaar, W., Keeney, V., Tyler, L.S., & Harris, S. Community based residential care for the minimally impaired elderly: A survey analysis. Paper presented at annual meeting of American Geriatrics Society, Miami, April, 1975.
- Lancet. The elderly— at home or in hospital? Lancet, 1972, 479-480.
- Miller, M.C. A program for adult foster care. Social Work, 1977, 22, 275-279.
- Primanis, G., & Doretz, L. Family care as a useful alternative to the long-term hospital confinement of geropsychiatric patients, journal of American Geriatrics Society, 1971, 79, 150-158.
- Risdorfer, E.N., Primanis, G., & Doretz, L. Family care as a useful alternative to the long-term hospital confinement of geropsychiatric patients. Journal of American Geriatrics Society, 1971, 79, 150-158.
- Susan R. Sherman, & Evelyn S. Newman. Foster-Family Care for the Elderly in New York State. The Gerontologist, 1977, 17, 513-520.
- 外山義(2003)。自宅でない在宅---高齢者の生活空間論。日本東京：医学書院。