

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^(註1)

莊秀美

壹、前言

近年來，隨著人口高齡化現象的顯著，老人照顧已成為國內新興且重大的社會課題，因此，針對社會的少子女化、高齡化相關議題之探討日益受到重視，包括內政部及經建會等政府機關已著手進行相關研究，以作為擬訂高齡社會政策的參考依據。舉其代表者如內政部委託政治大學進行的高齡化相關研究『人口政策白皮書及實施計畫之研究』（呂寶靜，2006）、及經建會委託台灣綜合研究院進行的『主要國家因應人口老化社會福利政策之研究』（詹火生等，2006）。上述兩項研究主要在分析我國社會邁向少子女化、高齡化及移民人口增加等可能產生的社會問題，並試圖研擬符合社會結構變遷下的施政需要及具體可行的對策，皆有相當深入的剖析。高齡社會相關議題之引人關注的背景來自於老年人口的持續成長加上家庭結構的快

速變遷導致照顧服務需求持續增加。根據行政院推估的資料顯示，長期照顧服務需求人口數，2007年時約有24萬5,551人，至2020年將增加為39萬8,130人（行政院，2007）。況且，除了需照顧老年人口之外，身心障礙族群同樣有高度的照顧需求，截至2008年6月底，領有身心障礙手冊者已達102.7萬人，較96年同期增加2萬6千人或增加2.6%，占總人口比率為4.5%（內政部，2008）。

老人問題是工業社會中社會制度變遷下的產物，主要源自於家庭照顧功能的衰微（徐震、李明政、莊秀美、許雅惠，2006）。自古以來中國人講求孝道，但今日像是要侍奉父母這一套的已經逐漸落消失。因為現在是工商業社會的結構，子女隨著工作遷移，子女與父母的地理距離就足以打破傳統的孝道系統。所以現代子女在處理老人照顧的問題傾向採取聘請專業人員照顧的方式。雖然政府已開辦「中低收入老人

特別照顧津貼」措施，鼓勵家庭內的主婦、婦女照顧自己的父母、公婆，不過條件嚴苛，實際受用的人數微不足道。甚至也有追求家事勞動制度者，強調先生應該提供太太處理家務（包括照顧）的費用，但是看來不合實際，因為付得出費用的就請得起專人照顧。其次，「中低收入老人特別照顧津貼」雖然立意良好，但是無法跳脫免費志工的邏輯思考，這種經過巧妙加工的陰謀是很容易被人識破的。因為一個老年人睡在床上不能動、無法翻身，需要其他人的照顧時，並不是單純具備奉獻精神的志工就可以負擔的，必然是要由領有報酬的工作人員來負責，報酬下的責任要求才有可能持續。在家庭型態、教育普及、婦女外出就業等社會變遷中，家庭照顧功能的衰微或許是長期照顧逐漸脫離家庭的主要推力（莊秀美，2005a）。

因應照顧服務需求的增加，近年國內的老人照顧政策推陳出新，照顧模式亦有日新月異的發展，其中針對失智症老人的照顧服務之思維與實務作法正在轉變之中。首先，延續 1990 年代以來強調「在地老化」及「社區化照顧」的「社區照顧」理念，行政院於 2007 年制訂「建構長期照顧體系十年計畫」（以下略稱「長照十年計畫」），作為規劃人口老化因應對策的整合政策。「長照十年計畫」的各項措施以協助老人的日常生活活動為主，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧服務等。其次，「團體家屋(group home)」及「單位照顧(unit care)」等新型照顧模式介紹至國內之後，帶動各界的關注與討論（莊秀美，2004c；

莊秀美，2004d；莊秀美，2005c；莊秀美，2004b；陳政雄，2004），並吸引照顧服務實務界的高度興趣並付諸實踐。「長照十年計畫」已將「團體家屋」列為推動的服務措施之一，內政部依循政策方向，陸續擬訂「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」（內政部，2007a）及「失智症老人團體家屋試辦計畫」（內政部，2007b），擬發展適合我國本土化失智症老人照顧模式，以減輕失智症患者家屬的照顧負擔，並提升失智症者照顧的品質。

從以上老人照顧的政策趨勢發展及實務措施推動之方向來看，老人照顧工作正走向因應社會變遷與需求轉換的過渡階段，需要更多元、更寬廣的思考，以利滿足民眾的照顧需求並提昇照顧服務品質。本文乃筆者整理近年高齡社會相關論著，加上個人對於國內及日本老人照顧服務發展的觀察之所見整理而成，期能透過對老人照顧服務的相關理論討論及實務操作現況之檢視，提出個人對於國內老人照顧服務政策與措施的未來發展之看法。

貳、「需要被照顧之老人」之界定與分類

國內法令規定公務上以 65 歲為退休之齡（美國已有延長至 67 歲之議，但尚未普遍實施）。老人福利法(2007)第二條：「本法所稱的老人，亦指年滿六十五歲以上之人」。目前，以 65 歲以上者為老人已是一般大眾所普遍認知的老人年齡分界。雖然年齡是界定老人的依據，但是現實上對於

需要他人照顧之老人而言，則係以其個案之情形而言，並不只是以年齡為主要分類。因此，本文所指之「需要被照顧之老人」概指 65 歲以上，而又有下列三項以健康情況之差異為分類，茲分別界定此三類需要照顧之老人的特性如下(徐震，2007)：

一、失業之老人

概指退休(Retired)後而又無工作、無職責者(Roleless)。此類老人在健康方面仍屬於可以自行照顧本身之飲食起居，但在行動上可再區分下列三種情況：

(一)行動自如，上下公車不用別人攙扶者。

(二)使用手杖，上下車輛有些勉強者。

(三)使用雙手推車，行動顯出困難，但言談仍可應付者。

二、失智之老人

大致可分為血管性失智症與退化性失智症腦神經受傷者，後者又分為阿茲海默症(Alzheimer's Disease)、額顳葉型失智症(Frontotemporal lobe degeneration)及路易氏體失智症(Dementia with Lewy Bodies)等。上述的類別多樣且成因複雜，但一般均稱為「老人失智」。失智症狀包括記憶力、定向力、判斷力、計算力、抽象思考力、注意力、語言等認知功能的障礙，同時也可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，以致於人際關係及工作能力等受到嚴重影響。實務上運用各式失智症篩檢量表，如簡易心智狀態問卷調查表(Short Portable Mental State Questionnaire,

SPMSQ)等進行檢測，依其症狀之輕重又可分為三種程度：

(一)輕度：仍有偶然清醒或偶然記起往事之時。

(二)中度：已全然毫無記憶，亦無判斷事件之能力。

(三)重度：茫然無知，亦不知飢餓，或有時大吵大叫不知所云。

三、失能之老人(disabled group)

失能情況不一，一般因應照顧實務工作將之分為輕、中、重度三類，此乃按巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)或工具性日常生活量表(IADL)評估之得分加以劃分。基本上，應按照疾病類別進一步細分較為妥當，但因照顧工作仍以飲食、起居等為主，故一般照顧工作大致上仍按輕、中、重度等三種失能程度加以照顧。輕度者仍可下床，靠輪椅推行；中度者處處須人扶身；重度者臥床不起，翻身為難。

上述三類老人之身心狀況既有不同，加上照顧資源不等，照顧需求自有差異。國內隨著老年人口的持續成長及家庭功能的降低，照顧服務需求持續增加。為了滿足家庭對老人照顧的需求，近年來政府陸續推動各項老人照顧服務措施。依國內老人福利法(2007)之規定，老人福利服務措施應針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務。居家式服務包括醫護服務、復健服務、身體照顧、家務服務、關懷訪視服務、電話問安服務、餐飲服務、緊急救援服務、住家環境改善服務及其他

相關之居家式服務。社區式服務包括保健服務、醫護服務、復健服務、輔具服務、心理諮商服務、日間照顧服務、餐飲服務、家庭托顧服務、教育服務、法律服務、交通服務、休閒服務、資訊提供及轉介服務及其他相關之社區式服務。機構式服務包括住宿服務、醫護服務、復健服務、生活照顧服務、膳食服務、緊急送醫服務、社交活動服務、家屬教育服務、日間照顧服務及其他相關之機構式服務。機構式服務應以結合家庭及社區生活為原則，並得支援居家式或社區式服務。大部分的老人依個人狀況及條件選擇在自家中接受居家式照顧、社區式照顧，或是住進機構中接受機構式照顧。社會上一般以為老人變成失能或失智以後才會接受機構式照顧，實際上亦有健康狀況良好自願選擇或因失親失依不得已而住進機構者，因此才有安養機構的存在。

上述居家式、社區式與機構式照顧服務乃法律規定之照顧服務，也就是所謂的正式照顧的部分，並未含括由家人或雇用的看護在家裡提供照顧之非正式照顧在內，事實上並不符合現實上的老人照顧安排情境，因為絕大多數人是選擇此類的老人照顧方式。本文主要在於討論老人照顧的方式，理當包括正式照顧與非正式照顧，乃採一般之說法，以居家照顧、社區照顧與機構照顧概括之，以下進一步探討各項照顧方式的內涵與功能。

參、居家照顧(Home care)之功能

居家照顧指由家人或雇用的看護在老人的家中提供照顧之情況，當然也包括近年來政府大力推動的「居家照顧服務」。居家照顧讓老人不需離開「家」，家人或其配偶或子女成為照顧者，以發揮「就地取才」之照顧人力，如能由政府給予照顧者以財力支持及「技術指導」，以維持「家」之完整是其理想。

對於第一類「失業老人」而言，居家照顧自然是最佳的照顧方式，一方面使老人不必脫離既已習慣的家庭生活環境，另一方面老人也可以協助教育兒孫或料理家事。近世有主張「三代同堂」者，大都指此一情況，亦即老人退休後，尚能身體健康、行動自助，不需要他人照顧而言。但不幸的是，人老了總會生病的，一旦病倒，需要家人照顧或長期照顧，如第二類「失智」與第三類「失能」之老人時，則「居家照顧」之理想，便有些實踐上的困難了，因為重度失能者的居家照顧受到「技術」、「設備」各方面的限制，只有富有之家才可能雇用得起護士、看護等專人，以維持「家」之形象，但重病時仍要送往醫院，甚至長期住院，故居家照顧可能落得虛有其名，內容不實。並且，居家照顧之實現亦須客觀條件之配合，進一步說明如下：

其一，在工業社會中，家庭規模縮小，成年的子女均隨著工作遷居他處，於是當父母年老病倒之時，所謂「親奉湯藥」已無此可能，乃只有請人代理了。

其二，子女雖然與父母居於同一住處，但因子女忙於工作、上班、下班，亦無法終日守在家中長期照顧「失智」或「失

能」之父母。

其三，政府已開辦「中低收入老人特別照顧津貼」，鼓勵家庭主婦、婦女照顧自己的父母、公婆。甚至也有追求家事勞動制度者，強調先生應該提供太太處理家務(包括照顧)的費用，但目前社會大眾對於這樣的想法似乎共識不足，難以推廣普及。

其四，失智症老人的照顧問題也是居家照顧的難題。由於失智症的不可恢復性，失智症患的照顧成為家屬揮不去的夢魘。家屬照顧者在長期照顧的過程中，經常面臨經濟困窘、家庭失和、社會關係隔絕等生、心理上的多重壓力，而失去照顧的信心及耐性，甚者精神瀕臨崩潰，亦常導致失智症患者的照顧者將個人情緒轉移至患者身上而憎惡老人的存在，進而對患者施虐(西村美智代，2000；村田裕子，2003:11)。

因此，一般較為普遍的作法是聘請專業人員來照顧自己的老病父母。有錢的人家請護士，較沒錢的人家請外勞。亦有比較富庶之家，本來可以讓年老老人長期在家安老養病，但反而將此一老人送往機構，長期由醫院、護理之家或養護之家等予以照護。窺其原因，此種對失能或失智病人之照顧工作並非容易，雖然富裕之家，家中房舍寬大，但不如進入醫院病房，比較安靜且有專業人員照料生活，而家中年幼子女亦可生活不受拘束。古人云：「床前百日無孝子」，可以預想到由子女專責照顧父母的可能性越來越低了。

至於政府提供的「居家照顧服務」，是由居家服務員將醫療護理及日常生活等照

顧服務送到老人家中的方式，由於具備下列優點：較能滿足老人的期待；以較低的花費即能支援子女照顧老人；實踐社區照顧的理念；實現在地老化的目標等，受到各界的看好。但是由於外人直接介入老人家庭勢力範圍和隱私空間多，亦容易引起老人本人及其家屬的排斥性或防衛性。過去推動居家照顧服務的困境包括資訊廣宣不足、民眾認識有限；使用者付費購買意願低；民眾錯誤認知，將服務員視為「僕人」、「幫傭」等，都有待進一步突破(陳淑君、莊秀美，2008；莊秀美：8)。於此，我們可以看出現階段「居家照顧」對於年老病人的照顧是有些客觀條件的限制。

本來照顧老人就不是一件容易的事，因此自古以來各國的家庭制度對此皆有考慮。例如在日本，傳統上大部分是由長子或長女負責照顧父母，有些地區(島原半島、天草等地區)則是幼子負責照顧父母。負責照顧父母的子女可以獲得全部的家產，其他的男孩子則是必須離開家中出外自行奮鬥(內藤莞爾，1975；內藤莞爾，1992；莊秀美，1993；莊秀美，1994)。我國傳統的家庭制度針對老人照顧則是設定「男子均分、男子均養」，也就是男孩子均分家庭的財產，父母親的扶養照顧就由男性孩子平均分擔責任，而形成所謂「輪食制」(內田智雄，1955)。「輪食制」已隨著社會變遷衍生出多樣的適應形態，但是子女均養的原則似乎並沒有太大的改變(莊秀美，1997)。由此可見，針對老人照顧問題，各國都是憑經驗長期演譯而成的，照顧父母親並不是單憑強調「孝道」就可以

解決問題的，有許多現實面的問題必須解決。

總之，近年來老人與子女的關係已經越來越淡薄，相較於過去改變很多，主要是由於觀念的轉變。首先，老人對於財產的觀念有很大的改變，他們開始願意享受財產。過去，老人大部分的時間就是關在家裡，守著土地、房子之類的，大部分是要留給後代的，但是逐漸地有一些老人認為不必死守著財產，應該要享受自己的財產。與其抱著財產不放，不如早點給子女或是賣掉財產住進安養院。安養院裡面有醫療設施、康樂設備、游泳池及 SPA 等各種設備可供享用。觀念的改變是蠻厲害的，有些老人覺得不一定要把財產給子女，相對上有些子女也不一定需要父母的財產。這些觀念的轉變已經動搖了家庭、財產、父母跟子女的關係。現代的老人與下一代的關係，以下的順口溜充分表達了現實情境。「女兒是親人，女婿是傭人，兒子是路人，媳婦是仇人」（徐震，2008）。上述「男子均養」的傳統也在改變之中。

其次是照顧觀念的轉變。坊間流傳著這樣的說法，「傻兒子照顧父母，聰明的女兒、兒子都飛掉啦，笨的傻的飛也飛不掉」，充分道出養兒防老的不切實際。有些受過比較高等教育、有社會地位的子女的说法也與過去大為不同，「我是醫生但我無法照顧爸爸，我是護士但我無法照顧媽媽，所以我請專人照顧來盡孝道」。也有一些老太太無法與媳婦和平相處，最後只能住進老人安養院。這些都是常見但不必多說的現象（徐震，2008）。

總之，家庭照顧資源與能力的不足，居家照顧之實現比以往更難達成。因此，隨著家庭照顧功能的衰退，老人照顧的社會化、專業化將是不可避免的趨勢。

肆、社區照顧(Community care)之功能

近年來，國內的老人照顧服務措施發展多樣化，特別是「社區照顧」幾乎已成為老人照顧的代名詞了。「社區照顧」此一概念之興起，主要來自於福利國家(Welfare State)的理想，要國家負起人生整個過程中「生、老、病、死」各種難關之責任，所謂「從搖籃到墳墓」(from cradle to grave)均由政府負責照顧的理想太高，引起有些國家於實驗中發現經濟上、管理上及人性上的三重危機，乃轉而將國家對人民提供福利之責任轉移到社區，發展福利工作小型化、在地化、去機構化，於是「社區照顧」之名乃於焉興起（黃源協，2000；賴兩陽，2006）。

現今對於「社區照顧」的描述與界定非常多元，舉其中一、二者如下：甘炳光(1995)定義社區照顧是動員社區資源，運用非正式支援網絡，聯合正式服務，所提供的支援服務與設施，讓有需要人士在家裡或在社區內的家居環境得到照顧，過著正常的生活，加強在社區內生活的能力，達到與社區的融洽，並建立一個具關懷性的社區。蘇景輝(1995)認為社區照顧是指動員並聯結正式與非正式的社區資源，去協助有需要照顧的人士，讓他們能和平常

人一樣，居住在自己的家裡，生活在自己的社區中，而又能得到適當的照顧。社區照顧的發源國--英國在1997年出版的社會福利白皮書(NHS: The New National Health Service Community Care)中描述社區照顧是要提供適當的處遇與支持，使人們擁有較高的自主性，並能掌控自己的生活。而「社區照顧」的主要精神，便是政府透過對於政府本身及非政府資源，包括家庭、照顧者的親友、鄰里、非營利組織、企業等的運用，來達到為需求者提供照顧的目的。因此，整個福利體系中的社會照顧(social care)、健康照顧(health care)、及社會安全(social security)都必須互相配合。從以上的說明可知，對於社區照顧的界定，由於其所期待達成的目標常因個人的照顧可能重複出現於機構和非機構、正式與非正式，以及衛生和社會服務間，而難有明確的定義(黃源協，2000：17)。

單靠定義的釐清可能是困難的，不過，理解社區照顧或可從其含括的概念著手。甘炳光(1995)指出社區照顧包括「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)」三種概念。「在社區照顧」是指運用法定資源，讓案主在家裏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(黃源協，2000：37)。「在社區照顧」可以用多種形式出現，最好的方法便是將照顧者遷回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、社康護士及社區中心等。其次是將社

區內的大型院舍改為接近社區的小型家舍，如老人宿舍、老人庇護房屋等(甘炳光，1995)。當收容所(homes)的照顧成為「在社區照顧」的普遍形式，代表公部門的服務在社區照顧上仍扮演著相當重要的角色，主要的服務供給者為社區的衛生或社會服務，非正式部門的家庭、鄰居和朋友則扮演著輔助性的角色(黃源協，2000：37)。「由社區照顧」係指動員社區內的資源，提供需要照顧老人的服務，例如：志願組織、非正式照顧者(朋友、鄰里及親屬)，這意味著照顧的責任主要來自於社區，而政府部門的服務僅有特殊的情境下才被使用，且被視為最後的手段(黃源協，2000：37)，就是去鼓吹加強在照顧連續體內的非正式照顧(甘炳光，1995)。「與社區一起照顧」即是將正式照顧與非正式照顧聯合起來，一起去提供照顧，達到兩者的互補(甘炳光，1995)。

「在社區照顧」及「由社區照顧」這兩個主要的概念基本上涉及到兩個面向，其一、地理的面向(geographical dimension)，即「在那裡(what is it?)」的問題。其二、社會的面向(social dimension)，即「是誰(who is it?)」的問題(黃源協，2000：30)。透過回答這兩個面向的問題，可進一步檢討社區照顧的功能。社區照顧晚近發展的主軸已從「在社區照顧」轉到「由社區照顧」，部分原因乃基於非正式部門在扮演照顧角色的實際性與不可替代性。不過，從「在社區照顧」到「由社區照顧」的發展也只是反應照顧的實際情境而已，即許多需要照顧者原來就已在「家」中接受照顧

(黃源協, 2000:36-37)。

既然「由社區照顧」已成為「社區照顧」的發展趨勢，也意味提供照顧的場域已由機構轉到家中，服務人力主要由社區內的志願團體擔任。只是，儘管社區內的法定或志願團體之照顧者在某個程度上會參與照顧之提供，然而在實務的運作上，絕大多數的照顧仍然由非正式照顧網絡中的家庭所提供，特別是家中的女性家屬，這是社區照顧強調「由社區照顧」所受人質疑的部分。因為即使「家」是位在「社區」之內，但是並不同於「社區」，況且實現「由社區照顧」的前提在於社區已經組織化才有可能，在這之前一切都是空談（莊秀美譯，2007）。

由此可見，雖然社區照顧已成為國內老人福利服務的重點政策措施，但是現階段所能發揮的功能確實有限。主要的原因如下，其一在於國內社區的未組織化。例如社區發展協會對於大部分的居民而言並無切身之感，加上組織結構並無法提供專業的照顧服務。類似的社區組織也大致如此。可見，目前可能發揮照顧功能的社區並不多，此點相信沒有太大的異議。其二在於社區照顧資源成長緩慢，甚至可說其內涵是虛空的。此點與前者環環相扣，因為組織薄弱的社區很難建構持續性的照顧體系，現階段的社區照顧只不過是海市蜃樓之景。

最後，社區照顧類型化發展導致照顧服務類型區分的困難與混淆。從社區照顧的歷史發展過程來看，如前所述，最初社區照顧是一個概念或理念，乃源自福利國

家因應對策的構想。而在老人福利領域內，社區照顧的理念主要在於追求「在地老化」之目標，自 1980 年代後期引進國內之後即迅速被擴大應用，短短 10 年之間，社區照顧由一個概念（理念）轉換成一種正式照顧服務的類型（註 2），但是也開始讓照顧服務類型之區分產生困難與混亂。以現階段老人福利法規定的照顧服務而言，居家式、社區式及機構式服務的服務內容均含括辦理餐飲服務、家事服務、個人照顧、接送購物、書信代辦等，服務內容與功能高度重疊且無明確的角色區分或職責界定，因此以服務內容區分為上述三類服務，即使是專業人員都會產生混淆。如果依照照顧提供場域加以區分的話，各項社區式服務的提供場域不是在老人家中就是在機構內被提供，事實上與居家式服務及機構式服務的服務提供場域也是高度重疊（註 3）。今日，社區照顧在國內的發展已從理念性概念轉變為實質的服務類型，成為老人福利法規範的正式照顧服務類型之一，但是類型化發展下的社區式照顧與居家式服務及機構式照顧提供的服務內容卻無明顯區隔，以致無法呈現社區照顧原有的理念意涵。

社區照顧不必侷限於服務類型的強調，而應回歸至其理念精神的落實，並鑲嵌於居家式照顧及機構式照顧兩類服務的提供，其結構關係如圖一所示。舉例來說，照顧機構同樣可能實踐社區照顧的理念，因為只要重視服務內涵與方式，機構一樣可以維護老人的人格尊嚴和個人自立自主的地位權力，協助老人獲得安身立命之處

所和人生角色，終而達到人生週期的圓滿目標。其次，「去機構化」的反思和檢討並不只是主張廢除所有的機構照顧，也隱含對機構調整並修正舊有的經營模式及服務內涵，以及機構的社會化與社區化等。照顧機構可以作為居家照顧、日間照顧的據點，也可作為訓練志工的場所。再者，照

顧機構的照顧設備完善，廚房、衛浴設備等都有安全管理，加上是對應 24 小時的生活設施，因此也可以做為緊急狀況的底護場所，如震災災民的暫時收容所等，如此居民就可利用照顧機構補強各種生活機能（莊秀美，2008:307-309）。

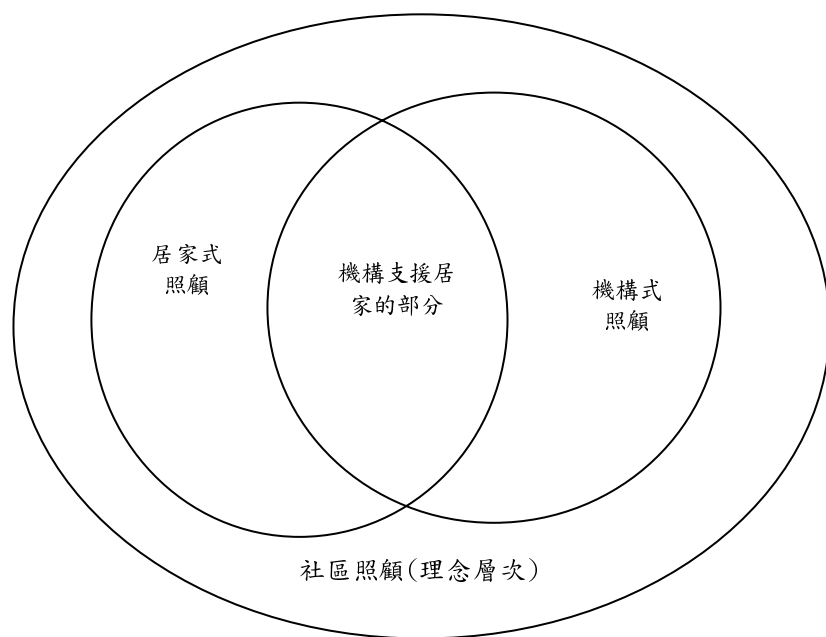


圖 1：社區照顧理念的實踐

總之，老人能居住於原來住在的社區，接受親友、鄰居、甚至熱心人士之照顧，「出入相友，守望相助，疾病相扶持」自然是一件好事，今日台灣亦有社區發展協會、社區照顧關懷據點等辦理為獨居老人送飯、為老人打掃房屋、協助老人購物等服務工作，但這自然對於上述列舉之第一類之老人，自己尚能自己照顧自己之衣食起居者而言或許是妥當的，至於對於上

述列舉之第二類，失智之老人與第三類失能之老人則無能為力矣。蓋以社區為眾人聚居之所，不應淪為照顧各類老病而設計的服務機構也。

伍、機構照顧(Institutional care)之功能

上述「居家照顧」與「社區照顧」對

於三類老人中，第二、三類老人之無法照顧，而此三類老人中，尤以第二、三類最需要專人照顧，則「機構照顧」工作之無法排除或取代已十分明顯矣。

許多報告及教科書中均常有「去機構化」(De-institutionalized)之說法，窺其用意，係因有些老人院管理不善，使老人感到如入集中營或如坐監獄之感，尤以此種老人養護機構如距離老人居住之原社區太遠，且使老人常無法與家人晤面時，乃易於引起種種反感，固而「去機構化」與「回歸社區」之說乃甚囂塵上，此亦現代老人安養工作所應重視之一也。機構照顧，如對照以上兩種照顧方式觀之，自有其優點，亦有其缺點：

一、優點

(一)照顧分區分級：

－安養區，針對第一類之退休老人之住宿生活區。

－失智區，另分輕、中、重三組之養護區。

－失能區，另按病情分輕、中、重三養護區。

(二)專人負責照顧

－安養區以社工及宗教人員為主，採行政機關之日間上班制；失智區及失能區以醫護人員為主，採醫院式之三班制。

(三)設備一應齊全

－包括醫療設施、運動、交通及文化等。

(四)服務人員數多

－包括醫療、社工、宗教及廚師、水

電、衛生、安全人員等。

(五)制度分工化

－服務工作分三級制，即分成經理、督導人員與服務人員，包括外勞監護工。

－另於安養區社「住民委員會」，由居住之老人（第一類）自行選任之，每年一任。

－於失智區及失能區分設家屬委員會，由社工人員協調兩住宿病人之家屬分別組成之，以溝通服務者與被服務者之意見。

二、缺點

(一)收容人數太多

－失智區及失能區之居住者主要以病房為其活動空間如每房居住四、五人，似嫌太擠。由於目前這兩部分各分為輕、中、重三組加以照顧，如果每組人數超過二十人，則照顧人員亦難以照顧周到，是其缺點。

(二)安養區之住民，則以住民之複雜性甚高，由於他們的經濟情況、教育程度、職業背景、宗教信仰及衛生生活習慣等各有不同。加以老年人多習於保守，因之合住於一個庭院內，難免有大雜院之感。其如何打發空閒時間，則有賴社工人員、宗教人員及衛生教育人員之多所安排。

三、改善之道

(一)單位照顧(Unit care)、共同生活

依據老人福利法(2007)的規定，老人福利機構包括長期照顧機構、安養機構及

其他老人福利機構。依「老人福利機構設立標準」(2007)，長期照顧機構分為長期照護型、養護型及失智照顧型。長期照護型以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。養護型以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人為照顧對象。失智照顧型以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。安養機構以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象。其他老人福利機構以提供老人上述其他福利服務之機構。其中長期照顧機構及安養機構屬收容型照顧機構（莊秀美，2008：78-79）。

近年來，照顧機構除了型態的多樣化發展之外，照顧模式亦推陳出新，其中所謂的「單位照顧」相當引人注目。「單位照顧」乃是以家庭式的個別照顧為目標的嶄新照顧支援與環境提供。具體而言，就是將機構劃分為數個小單位(unit)進行照顧。但並不是只將機構的空間改建成小家庭，或是將照顧人力分組為小團體單位即大功告成，而是以家庭式的個別照顧為目標的新型態照顧環境設計及共同照顧式的服務提供。也就是改變過去的「效率優先照顧」、「醫療照顧模型」及「流程作業式」照顧服務，轉換為與利用者共同生活的「以社區為中心的照顧」、「以生活為中心的照顧」。為了拉近照顧人員與老人保持的親近關係，照顧人員與老人的關係必須從「垂直關係」轉變為平行的「共生關係」，細心

營造機構的生活空間及生活氣氛，追求「照顧關係」的變化。因此，單位照顧不是目的而是方法，不是「效率照顧」而是「人本照顧」。總之，就是在接近居家的環境中，進行接近居家日常生活的照顧，讓生活單位與照顧單位一致的照顧方式。已有許多研究結果與實務工作報告指出，在小規模、家庭化的環境中提供不同需求的照顧，特別是對於失智症老人而言，具有緩和失智症的效果（莊秀美，2008：27-29）。

上述單位照顧的理念固然十分美好的，但是以目前的環境條件，要完全地實踐在現實上想必是有相當大的困難，高成本是其要限制，其次實務的操作亦尚未充皆掌握。依據實務工作人員的意見，目前單位照顧確實是國內許多照顧機構想要追求的照顧模式，但仍處於摸索階段（莊秀美，2008）。實務上的做法，大致依據老人的失能程度予以分組，也就是由醫生、護士、社工人員共同判定老人的健康或失智情況，區分成輕、中、重度之小組，一組大概十幾個老人，然後幾個小組大約幾十個人劃分為一個區。每一區就是一個「家」，設有電視機、客廳，並且儘量營造家的氣氛。單位照顧針對單純失能的住民也許是一種適當的照顧方式，但是針對失智症的住民則有限制，因為空間的接近住民的生活行動容易互相影響，特別是有些會在半夜發出巨大聲響的失智症住民，常會干擾到其他住民的生活（徐震，2008）。

另外，針對安養的住民，個人認為實施單位照顧的困難度也是很高的。前面提到，機構內住民的背景很複雜，包括宗教、

語言、職業、教育程度、生活習慣、經濟狀況等，這些差異本來就是社會學上對於人群中的社經地位(Socio-economic status, SES)不同的分類，加上老年人各有他們自己數十年來的生活經驗與習慣，再加上老年人所慣有的固執性，所以，要劃分為「單位」再加照顧可不是那麼簡單的事。勉強來說，以「興趣」來分，可能是比較現實的。具有相同「嗜好」的老人，可能比較容易聚在一起，也比較可能談得來，但是進一步觀察，他們之間也常因程度的不同、看法的不同而發生爭執，因此，針對安養區的老人，筆者認為讓他們自然形成一個團體是比較可行的辦法。『老人照護工作－護理與社工的專業合作』一書中就提到這樣的例子，有四位老人天天都坐同一桌吃飯，有一天其中的一個人去世了，之後有人想要加入他們卻都遭到拒絕（萬育維譯，2004）。書中的四位老人就是自然形成的團體，所以他們的感情會很緊密。因此，針對安養的老人，最好還是讓他自然形成團體。另外，語言也是一個很大的問題，目前年齡在八十歲左右的老人有一大部分是說日文的，六十年前他們接受日本教育，然後在日本機關或商社工作，所以都是說日文的，他們很自然就會聚在一起聊天，因此語言的影響也是很大。單位照顧是我們未來努力的目標，但也要讓其自然形成（徐震，2008）。

（二）社工專業、專精為上

人生到了老年階段，其生活之問題與需求多來自於其生活的困難，老人面臨問

題有三，那就是健康、經濟與精神，這三大問題中最難解決的問題就是健康的問題，老年階段難免於疾病的折磨。因此在老人照顧機構中必定是以醫護人員為主，因為老人病了，最有力量因應的就是醫生，其次是護理人員，第三的是營養師，社工員排到第四。

『老人照護工作－護理與社工的專業合作』一書中就提到兩個問題，第一，社工人員要幫助機構內的醫生、護士、及其他工作人員、住民等，讓機構可以成為真正的社區，變成一個有情感、大家都想住在一個的大家庭，社工員必須擔負這個責任。第二，社工員必須盡量聯絡病人與醫生、家庭及社區的關係（萬育維譯，2004）。因此，目前國內老人安養機構內的社工人員的功能比較明顯的就是，第一、協調聯絡工作，溝通老人、家人與其他工作人員之間的關係。社會工作追求的社會正義在機構內確實也很難實現。目前，機構內的社工人員都是機構雇用的，不太可能跟機構唱反調，因此社工人員很難單純考量住民的權益，捍衛社會正義不是社會工作人員所能辦得到的。社工人員能做的就是盡量協調，讓住民彼此間建立情感。第二、辦理各項活動，包括社區內的活動、老人的育樂活動、教育活動等。例如各種健康講座、父親節、母親節等節慶活動。社工員盡量運用社區的資源，利用福利團體，替住民辦活動。

不過，筆者認為，要探索社工人員的工作能力與地位，其主要方法應使社會工作專業化。目前，各種社會問題愈來愈複

雜，而概括式社會工作教育似不足以應付其需要。所以教育應該再分重點，例如：打算從事於老人福利或老人照顧的同學，應加修有關老人福利相關的課程，包括政策性與方法，同時，也要博覽有關老人心理學、老人病理學及老人社會學，連同老人的家庭支持等一類的專書，以便能與老人病醫生、老人心理諮詢專家等交談。則社會工作積其於從事老人照顧工作的實務經驗，或可能進入老人照顧機構中的策劃主導份子，亦未可知。

(三)老人照顧、多元發展

目前，政府對人口少子女化與高齡化的二大社會問題中，從已知的一些措施與政策中，顯示政府對於少子女化的問題比較積極。例如：行政院釋出許多兒童福利方案，如生一個孩子可以享受 200 萬房貸，生三個孩子可以享受 450 萬房屋的貸款，及兒童均可以免費進入公立托兒所等等，但對於老人福利工作，則並無積極的行動。這自然是可以理解的，因為兒童是國家的財產，而老人是社會的負債。在 1601 年，英國首創之濟貧法案(poor law)中，英國政府即將窮人分為「有希望的、有用的窮人」意指兒童、青年，與「無希望的、無用的窮人」意指老弱殘障，英國救濟窮人即區分為「有用」與「無用」，有何況是對於那些臥病在床、已屆七老八十之齡與奄奄一息之命呢？因此，近年來日本開放企業參與照顧服務，照顧服務產業發展快速（江尻行男、莊秀美，2007），台灣社會亦開始走同樣的路線，政府已有將

老人照顧機構以「公設民營」之方式或「委託辦理」之方式交與宗教團體代為管理，可為明證。民國 93 年，行政院核定『促進民間參與老人住宅建設推動方案』，期促進民間大量投資老人住宅，成為帶動經濟發展的一股動力，且能有效促進老人住宅產業的發展，同時帶動經濟發展。民國 93 年，行政院推出『照顧服務福利及產業發展方案第 2 期計畫』，致力推廣民間參與各項多元照顧服務項目，包括居家服務、日間照顧、輔具開發及老人住宅等。民國 94 年 5 月，行政院核定『建立社區照顧關懷據點實施計畫』，明示「鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，提供在地的初級預防照護服務，再依需要連結各級政府所推動社區照顧、機構照顧及居家服務等各項照顧措施，以建置失能老人連續性之長期照顧服務」。上述法制與方案無不顯示政府致力推動老人福利民營化的決心，而此老人福利民營化政策之推動，正反映福利多元化發展之趨勢及鼓勵民間共同參與社會福利之思潮（莊秀美、鄭佳玲，2006）。

本文認為如有企業家以福利事業之觀點出錢出力，從事於老人照顧工作，應屬於社會上之善舉，如企業家運用老人之資產，而從事於其他商業，則溢出於老人福利工作之外矣。

(四)尊重生命、減少病苦

近來在老年人生活圈中流行一句話，即「要健康，不要長壽」，特別是一些知識份子，許多人都希望活得有點尊嚴，不要讓別人替你翻身、換尿布。因之，日本《老

人心理學》一書中，有「暴死」一章，台灣目前已流行簽署 DNR (Do Not Rescue) 的同意書，要求醫院免於急救、免於鼻孔插管、喉頭切孔等延長生命的手術，讓病人自然死亡，反正人總要上天的，又何必躺在床上拖延時間呢？美國亦流行老年人可以用遺囑經公正手續後做 DNR 的要求，可見醫學雖然進步，可以發展出許多換器官的手術，但醫生能為人治病，不能為人治老，因此，在老病纏身，進入本文所列舉之第二、第三類之老病情況時，不問哪種照顧服務，包括居家照顧、社區照顧及機構照顧，其功能也只是發其人道而已。因此，為拯救老人久病之苦，荷蘭已通過「安樂死」(Euthanasia)立法，對久病不治之老人，尊重其個人與家屬之意願，並經醫生二人之證明，准予以安樂之方式，早日脫離苦海，此未嘗不是一種尊重生命、減少病苦之方法，惟必須國家立法，予以嚴格規定（徐震，2008）。

（五）權能激發、自助自強

在權能激發取向的《老人社會工作》一書中，作者強調〈增加老年人生存的知識與技巧〉。在《老人福利政策》一書中，作者亦歸納老人的主要問題有三：即「健康」、「經濟」與「精神」（蔡宏昭，1989）。

合此兩者之論點，筆者認為：老年人應增加自己掌握自己「健康」的能力為飲食、運動等，而「經濟」方面，人生在 45 歲以後，即應有準備退休的儲蓄計劃，以期老年可以自足自給。至於「精神」方面，亦應有年老退休以後如何調劑精神、打發空餘時間的一種安排。因此，一種個人愛好如文藝、美術或音樂與休閒活動習慣之養成亦可以避免閒居終日，無所事事之苦也（徐震，2008）。

陸、結語

現今老人的照顧服務提供已趨多元，服務方式與項目多樣，是居家照顧、社區照顧或機構照顧較能達到照顧功能，端賴老人的健康狀況與服務需求而定。社會是不斷進步的，各種老人照顧方式、老人福利學說與老人維護健康的方式都正在不斷的研究之中，雖然，老已不可能返童，但老年如何能自助自強，能盡力安排自己的「健康」、「經濟」與「精神」三大要項，使自己能照顧自己而不落入任何一種上述的照顧方式之中，則更為幸福矣。

（本文作者莊秀美現為東吳大學社會工作學系教授）

註釋

註 1：本文經徐震、趙碧華、李明政三位教授之討論並提供建議，謹此申謝。

註 2：1997 年公布實施的老人福利法中規範的福利服務只有機構服務及居家服務兩類，2007 年公布實施的老人福利法中，將福利服務區分為居家式服務、社區式服務及

機構式服務。

註 3：如就老人福利法規定的服務內容來看，家庭托顧屬於社區式照顧。雖然不是在案主家中，而是在照顧服務員家中提供服務，不過就其照顧樣態來看，歸類為居家式照顧亦不為過。

📖 參考文獻

- 內政部(2007a)。〈老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫〉。網址：
<http://sowf.moi.gov.tw/04/02/失智症老人照顧試辦計畫-960308.htm>，瀏覽日期：2007 年 11 月 15 日。
- 內政部(2007b)。〈失智症老人團體家屋試辦計畫〉。網址：
<http://sowf.moi.gov.tw/04/02/960703.htm>，瀏覽日期：2007 年 11 月 15 日。
- 行政院(2007)。〈「我國長期照顧十年計畫」背景說明〉。網址：行政院全球資訊網
<http://info.gio.gov.tw/ct.asp?xItem=32293&ctNode=3764>，瀏覽日期：2008 年 04 月 27 日。
- 內政部(2008)。〈九十七年第三十四週內政統計通報(97 年 6 月底身心障礙者人數統計)〉。
網址：內政部統計處網站 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=1324/內政統計通報，瀏覽日期：2008 年 10 月 20 日。
- 甘炳光(1995)。〈社區概念與推行原則〉，《社區發展季刊》，第 69 期，頁 132-141。
- 江尻行男、莊秀美(2007)。〈日本的企業與照顧服務產業--企業的發展動向與經營策略分析〉，《管理學報》，第 24 卷第 6 期，頁 637-655。臺北，臺灣：社團法人中華民國管理科學學會。
- 老人福利法(2007)。
- 呂寶靜(2006)。《人口政策白皮書及實施計畫之研究》。內政部委託研究。網址：
<http://rdec.moi.gov.tw/cgi/hypage.cgi#>，瀏覽日期：2008 年 9 月 19 日。
- 徐震(2007)。〈社區福利組織化芻議—在少子高齡的社會中，對家庭養老育幼兩項功能的補助計畫〉，論文發表於「少子高齡社會的福祉政策之實踐與發展—台灣、日本的比較與研究—國際研討會」，台北：東吳大學社會工作學系，10 月 26 日。
- 徐震、李明政、莊秀美、許雅惠(2006)。《社會問題》。臺北，臺灣：學富文化出版有限公司。
- 徐震(2008)。〈徐震教授社會工作研究分享座談會〉，於東吳大學第二教研大樓 D0910 教室，2008 年 7 月 17 日。
- 黃源協(2000)。《社區照顧---台灣與英國經驗的檢視》。臺北，臺灣：揚智文化事業股份有限公司。

- 張月霞譯(1997)。《老年人的家庭支持》。臺北，臺灣：五南圖書公司。(原著:Family Support for The Elderly)
- 莊秀美(2004b)。〈長期照護的新趨勢---日本的「小團體單位照護」〉，《社區發展季刊》，106，頁 345-357。
- 莊秀美(2004c)。〈日本失智老人 group home 的營運與照護模式〉，論文發表於「台灣失智老人照護現況與發展研討會」。台北：內政部主辦，中華民國老人福利推動聯盟承辦，9月7日。
- 莊秀美(2004d)。〈失智症老人團體家屋的推動與規劃--日本經驗之借鏡〉，論文發表於「第2屆世界華人地區長期照護研討會」，台北：內政部、衛生署指導，國家衛生研究院、天主教耕莘醫院永和分院、天主教輔仁大學、台灣老年醫學會主辦，2004年10月29日。
- 莊秀美(2005a)。〈日本社會福利服務的民營化--「公共介護保險制度」現況之探討〉，《台大社會工作學刊》，11，頁 89-128。
- 莊秀美(2005b)。〈少子高齡化社會的福利政策建構：日本因應對策之分析〉，《社區發展》，110，頁 379-391。
- 莊秀美(2005c)。〈「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，頁 75-113。
- 莊秀美譯(2007)。〈日本社區福利的主流化與社區福利概念的轉變〉。載於『少子高齡社會的福祉政策之實踐與發展—台灣·日本的比較與研究—』國際研討會論文集，35-40頁。2007年10月26日(五)10:00~12:00，東吳大學社工系主辦，於東吳大學外雙溪校區綜合大樓國際會議廳。原著：武川正吾教授演講，「日本における地域福祉の主流化と地域福祉概念の転換」。
- 莊秀美(2008)。〈「單位照顧(unit care)」模式的環境建構與實踐理念之探討〉，《台大社會工作學刊》，第16期，頁 87-128。臺北，臺灣：國立台灣大學社會科學院社會工作學系。
- 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--》。臺北，臺灣：松慧有限公司。
- 莊秀美、鄭佳玲(2006)。〈企業參與長期照護服務供給相關課題之探討〉，《中山人文社會科學期刊》，第14卷第1期，頁 97-124。臺北，臺灣：國立政治大學中山人文社會科學研究所。
- 陳政雄(2004)。〈失智老人居住環境的建構專題報告〉。論文發表於「台灣失智老人照護現況與發展研討會」，台北：內政部主辦，中華民國老人福利推動聯盟承辦，9月7日。
- 陳淑君、莊秀美(2008)。〈台北市居家服務實施現況與相關議題探討〉，《社區發展》，122

期，頁 183-199。

賴兩陽(2006)。社區工作與社會福利社區化（修訂版）。台北：洪葉出版公司。

湯麗玉(2004)。〈失智症機構及日間照護現況專題報告〉。論文發表於「台灣失智老人照護現況與發展研討會」，台北：內政部主辦，中華民國老人福利推動聯盟承辦，9月7日。

湯麗玉、李明濱(2006)。〈臺灣失智症照護之困境〉，《臺北市醫師公會會刊》，50(7)，頁 52-56。

萬育維譯(2004)。《老人照護工作－護理與社工的專業合作》。臺北，臺灣：洪葉文化事業有限公司。（原作者：Mike Nolan / Sue Davies / Gordon Grant）

詹火生、戴肇洋、蔡貞慧、李安妮(2006)。《主要國家因應人口老化社會福利政策之研究》。經建會委託研究報告。網址：

http://grbsearch.stpi.org.tw/GRB/result.jsp?id=1104253&plan_no=95050304&plan_year=95&projkey=PG9511-0128&target=plan&highStr=高齡&check=0&pnchDesc=主要國家因應人口老化社會福利政策之研究，瀏覽日期：2008年9月19日。

華意蓉譯(2003)。《老年心理學》。五洲出版。（原作者：井上勝也、長嶋紀一著，1987）

趙善如等譯(2001)。《老人社會工作》。臺北，臺灣：揚智文化公司。

蔡宏昭(1989)。《老人福利政策》。臺北，臺灣：桂冠圖書公司。

關銳瑄(1988)。《老人工作手冊》。臺北，臺灣：張老師出版社。

蘇景輝(1995)。〈社區與社會福利的聯結：社區照顧〉，《社區發展季刊》，第 70 期，頁 190-199。

蘇景輝(1996)。〈社區工作方法與社區照顧〉，《福利社會雙月刊》，第 54 期，頁 6-8。

羅秀華(1996)。社區工作與社區照顧。《福利社會雙月刊》，第 54 期，頁 9-13。

內田智雄(1955)。《中国農村の分家制度》。日本：岩波書店。

莊秀美(1993)。〈產業化社会における高齢者扶養の適応パターン分析--台湾農村の現状〉，《社会分析（社会学研究年報）》，第 21 号，151-165。日本：社会分析学会。

莊秀美(1994)。《現代農村における相続・扶養パターンの変動分析--日・台の比較から》。修士論文（未刊行），日本：九州大学大学院文学研究科地域福祉社会学。

莊秀美(1997)。《高齢者福祉モデルのアジア的諸形態に関する研究--日本社会と華人社会との比較分析》。博士論文（未刊行），日本：久留米大学大学院比較文化研究科。

內藤莞爾(1975)。〈島原半島の末子相続〉，《社会学研究年報》，第 6 号。日本：九州大学社会学会。

內藤莞爾(1992)。〈天草漁家の家族周期〉，《哲学年報》，第 34 号。日本：九州大学。

西村美智代(2000)。《グループホームは老いをつつむの縁側--ぼけても普通に生きられ

る》。日本：近代出版。

村田裕子(2003)。《注目！有限会社グループホーム--失智症高齢者グループホーム開設のために》。日本：筒井書房。