



趙善如·呂佩薰

## 壹、前言

台灣地區人口老化的速度，根據內政部戶政司之統計資料顯示，台閩地區 2007 年國民的平均餘命為 78.36 歲，男性為 75.44 歲，女性則為 81.7 歲。在老年人口比例方面，1993 年年底台閩地區 65 歲以上的老年人口數約 149 萬人，佔總人口數比例為 7.1%，已達聯合國世界衛生組織 WHO 高齡化社會之指標（高齡化社會定義：一國之中 65 歲以上人口超過總人口的 7%），至 2008 年底台灣地區老年人口數已成長至 240 萬餘人，佔總人口數之比例已達 10.43%，而且依據推估老人人口將從 2014 年的 273 萬人(11.6%)增加到 2021 年的 392 萬人(16.54%)，到了 2025 年我國人口中將有五分之一是老人，老人人口比率直逼英國、法國及美國等已發展國家（行政院經濟建設委員會，2006；林萬億，2006）。也因此 2004 年行政院組成了「長

期照顧制度規劃小組」，就我國長期照顧制度具體內容詳加規劃；並於 2007 年 4 月通過了「長期照顧十年計畫」。此計畫之重點在建構可長可久之長期照顧制度、發展引進民間資源建構多元且完整的社區照顧網絡，以促進全人照顧、在地老化、多元連續照顧服務的發展與普及，並保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，增進民眾選擇服務的權利，同時支持家庭的照顧能力，分擔家庭照顧責任（內政部，2007）。

我國由於傳統孝道及家庭關係，家庭一直是主要照顧之提供者。張宏哲的研究指出(2002)，對失能老人而言，熟悉的環境跟親人，可以帶給他可預期的照顧品質跟安全感，多數失能老人偏好選擇在家照顧的方式，依賴家庭照顧者為主，對於機構式的照顧服務，老人和家庭存有不少負面的觀點，使用率較低。不過，因社會的變遷、代間關係的改變、以及婦女外出就

業的機率增加等因素，讓家庭原本提供的照顧功能漸漸式微（莊坤洋等，2004）。根據內政部調查資料顯示，有 56% 的老人患有慢性疾病，而老人與子女同住比率，也隨著社會結構變遷呈現逐年遞減之趨勢，由民國 79 年底之 62.3%，降為 89 年底之 57.3%，下降了 5 個百分點；而僅夫婦二人同住者占 17.3%，老人獨居者占 15.9%，則分別較十年前增加 2.7 與 2.4 個百分點，呈現逐漸增加之趨勢。所以，雖然與家人同住仍是老人偏好之居住安排，但是隨著社會環境及家庭結構的變遷，家庭照顧的功能已逐漸衰退，必須引進家庭外部系統之服務以維持照顧服務的品質，使老人有更多的機會留在自己熟悉的社區中生活。

行政院主計處調查資料也顯示（2003），台閩地區需長期照護老人計 18 萬 2 千人，或占全體老人之 9.7%，亦即每百位老人有 10 位需要長期照護，其中需輕度照護者最多，占 37.7%，需重度照護者次之，占 27.0%，而需中度照護與極重度照護者，分占 17.8% 與 17.5%。需長期照護老人居住於安養機構者僅占 7.7%，另獨居者占 13.8%，其餘 78.5% 與配偶、子女或親友同住，顯示目前大部分長期照護責任仍由家庭獨力負擔，造成家庭主要照顧者沉重的身心壓力與財力負荷。莊坤洋等人（2004）針對社區中之失能者及家屬調查其日常生活活動未滿足需求之情形，結果發現有 45.7% 的 50 歲以上失能者或其家屬自覺具任一項 ADL 照顧需求未滿足，56.7% 認為具有一項 IADL 照顧需求未滿足。所以，我國長期照顧制度的建構是朝向社區

式及居家式的照顧服務模式發展，一方面以符合老人的照顧的需求與偏好，另一方面與老人家屬共同承擔老人的照顧責任。故，本文所指的服務使用者包括了老人本身及其家屬。

此外，長期照顧十年計畫在實踐居家式及社區式的照顧服務模式之過程中，也透過整合照顧管理制度，以服務使用者的需求為導向，連結其所需的服務體系與資源，來強調服務使用者的自主與選擇權（黃源協，2000）。因此，在建構我國長期照顧服務體系，服務使用者的自主權與選擇權受到重視，並成為討論的議題與實踐的目標。再加上，相關的研究指出，自我選擇除了可使個人有符合自己需求的健康照護服務，更進而能增進其生活滿意度及服務滿意度，並提升生活品質（紀玫如、吳淑瓊，2008）；失能老人擁有自主權越高，對於照顧服務的使用狀況及適應則越佳（劉雅文，2005）；若能增加老人生活自主性，則對於其健康和壽命的延長有顯著的效益（Kautzer, 1988）。因此，本文以社政服務項目為例，探討長期照顧服務中服務使用者自主權與選擇權之相關議題。

## 貳、服務使用者自主權與選擇權之意涵與實踐

### 一、服務自主權與選擇權之意義與哲學背景

「自主權」是任何服務輸送過程中，必須存在的要素之一，尤其是在重視與強

調個體自主性與選擇的社會工作福利服務體系。自主(autonomy)此字眼是由希臘字 autos 及 nomos 所組成。autos 代表「自我」(self)，nomos 代表「原則或法則」(rule or law) (Russon, 1997)，最早是在討論政府的自我控制，其後才被擴張到個體行為上的自我決定之權利。運用到個體行為時，其意義是允許任何一個具有自主能力者可基於個人價值的信念，並且能夠本於此一信念做出選擇並進而能有所作為的權利 (Beauchamp & Childress, 2001)，與個人的自由意志有密切關係；或者是一個有自主能力的個體，他的思想、言論及行為都能夠按照他自己的意願而不受他人外在的限制及脅迫 (Edmund, 1994)。所以，基本上自主權的概念，涵括自己決定 (self-determination)、獨立自主 (freedom)、自立 (independence)、自由選擇及行動 (liberty of choice and action) 等元素 (Collopy, 1988)。另外，Cicirelli (1992)對自主權的定義則進一步指出，除了個體是有能力且依其價值觀的方式去選擇之外，這過程中還必須作審慎決定 (deliberated decision)，以滿足需求與達成目標。

由上述有關自主權的意涵可知，選擇權可說是自主權重要元素之一，同時也是實踐自主權的表徵，亦是影響服務滿意度之重要要素。存在主義學者沙特就曾說過：「選擇是人的自由的唯一出路」(趙雅博, 1968)。所謂的「選擇權」係指個人能從數個選項中做出自己所偏好的選項 (Bannerman, 1990; Kishi, 1988)；或是個人能依照個人的偏好、狀況、需要、利益，

從不同的選項中做出選擇。所以。就服務輸送而言，就可能包含服務項目、服務內容、服務提供單位、服務時段、服務工作人員以及服務付費方式...等等諸多選項，服務使用者可就不同選項中作出符合自己需求及偏好之選擇，以增進個人之生活滿意度及服務滿意度。因此，基本上一個服務輸送系統的設計必須要具備可選擇性，服務使用者的選擇權才有可能落實。

哲學家康德將自主視為一種自由意志，認為尊重個人自主性就是要相信每個人具有無條件的價值，以及個人對於有關影響自身的事情有絕對的權利做決定或抉擇。因為人是理性的個體，具有自由意志，可進行有目的、自由的選擇。也就是說人能夠按照自己意志的命令去選擇和行動；或是有能力抗拒各種內在動機，並且可以在若干選擇中依其意志任選一個 (紀蔚然, 1999)。所以，自主權被視為服務使用者的絕對權利，而非只是技術性或實務性的原則而已 (鄭麗珍, 2001)。另外，二十世紀最盛行的哲學思潮「存在主義」，強調社會應以人為主體性與存在價值，並重視人的獨特性與個別差異，因為每一個個體都是獨立存在的，有其獨特性，並且人的存在是具體的而非抽象的，是一個自由的、自我創造的、以及自我超越的主體，應有自由選擇其命運的權利 (陳鼓應, 1967)。所以，存在主義的代表學者沙特在其重要著作「存在與虛無」的論述中強調自由、選擇、負責的觀念，並發展出「人是主體性存在」、「人的存在即是自由」以及「選擇與負責」的重要概念。沙特認為

人類與萬物不同之處就在於人有選擇的能力，自由意味著自我選擇，選擇決定追求方向，但儘管完全自由，不過，所有有目的的選擇不必然是快樂的，選擇可能在屈從或不安中進行，選擇之後就必須負擔責任（李效梅，2006）。也因此，Abramson (1985)認為就社會工作的實踐層面，服務使用者的自主權是包括四種意涵：(一)是自由行動，意指個人的行動是意願的，是有意圖的，並非脅迫或影響的結果。(二)是真誠一致，即個人的行動與個人態度、價值及生活應是一致的，具有個別性和獨特性。(三)是一項有效的討論過程，亦即個人所採取的行動是察覺各種抉擇及其可能產生的後果，並且抉擇是基於知會的評估結果。(四)是經過深思熟慮，亦即個人所採取的行動是經過深思熟慮，應接納其所立基的道德價值。至於，服務選擇權的概念除了深受自由意志、自主權影響之外，亦受到後現代主義思潮如拒絕統一性與一致性、反駁標準化、重視多元、尊重差異的影響之下，逐漸的對單一服務的輸送體系提出挑戰，要求服務輸送體系必有讓服務使用者選擇的機會與空間。所以，一直標榜重視個體主體性與差異性的社會福利服務輸送體系，在社會潮流的期許與要求下，強化服務使用者自主權與選擇權之落實是一重要課題。

## 二、長期照顧服務輸送過程落實自主權與選擇權之規劃

雖然，社會福利服務輸送體系在概念上是要重視個體主體性與差異性，不過福

利服務制度的興起與規劃，主要是為了保障公民的社會權，以消緩階級的不平等，使公民能獲得適當的經濟安全、享有一定水平的生活品質，以維護其生存權。所以，1970年代之前福利制度的設計，主要是以提供標準化的服務，滿足不同特質者的需求；並且對於無資源者，常蘊含著強烈的壓迫性，以及國家公權的行使傾向父權主義，使得過去的福利服務使用者被視為幼兒化(infantilization)，而無法享有自主權與選擇權(Bauman, 1992)。會有此現象，當然與社會福利國家的起源有密切的關係。社會福利是起源於慈善事業或救濟事業，對於服務使用者常給予負面的標籤化，如無能力者、有行為上的問題、與道德上的偏差等。因此，基於行善原則(the moral principle of benefiting)，服務規劃者與服務提供者儼然成為其家長，代為執行相關的決定。另外，福利服務使用者多屬弱勢族群，一方面並未察覺到自主性的喪失，另一方面也沒有能力對國家體制表達需求與維護自身的權益。

然而，受到人權思潮興起、存在主義者的倡導、後現代主義的推波助瀾下，以及中產階級的產生，服務使用者對於自身的自主權與選擇權已有了意識與覺察（凌家琪，2003；李效梅，2006）。另外，在1970年代，因受到西方工業國家經濟衰退，引發了福利國家危機，撼動了國家對於人民生活的應有責任與角色，使得福利服務私有化(privatization)—民營化與市場化，成為不少國家回應福利國家危機的策略，我國亦包括在內。因此，在福利服務

私有化的潮流下，福利使用者或是消費者的自主性、選擇權不僅受到了重視，並且必須被落實。Henwood et al. (1996)、Hoyes & Means (1997)也指出，因著「福利國家危機」而衍生出福利多元主義，提供準市場化的「由社區照顧」模式，達成去除「全控機構」弊端，期能增進服務使用者的選擇、參與與需求滿足，以追求更符合正常化及人性化的服務，在照顧的提供更具回應性與彈性（引自黃源協，2004: 321）。

所以，在英國 1988 年的 Griffiths' Report 所訂定的新社區照顧政策，其主要目標之一是以使用者及照顧者為焦點，將使用者稱之為「消費者」，致力於滿足使用者的需求，增進其選擇並促進自我決定 (Hughes, 1995)；並且此報告也強調有效的管理必須重視消費者的選擇及非正式照顧者的參與 (呂寶靜，2001)。另外，1990 年所頒定的「全民健康服務與社區照顧法案」，其主要的目標係在提升使用者和照顧者的「選擇和自主」，並且將社區照顧體系由供給導向的服務 (supply-led service) 轉向為需求導向的服務，以便更能回應使用者和照顧者的偏好和需求 (Knapp & Wistow, 1996；引自黃源協，2000: 241)。此外，1991 年提出社區照顧改革白皮書 (Community Care Reform)，總目標為「促進選擇與獨立」，揭示社區照顧的總目標為促進選擇與獨立。所以，基本上英國近年來的社區照顧政策中，落實服務使用者的自主權與選擇權，是服務輸送過程中的主要目標之一（呂寶靜，1999）。

日本的長期照顧服務體系在近一、二

十年來，對於服務使用者的自主權與選擇權也非常的強調。例如，於 1994 年 12 月重修制定「新黃金計畫」，並於 1995 年開始展開。修訂計劃提出使用者本位、支援自立的基本理念，所以服務提供必須能夠尊重老人之個人意思及選擇權，亦即提供以使用者為本位的高品質服務，並提供支持以促使高齡者持續地自立生活。（日本厚生省老人保健福利局，1998；引述自莊秀美，2005：382-388）。另外，在「公共介護保險制度」中，廢棄「措置制度」，轉變為可自由選擇的結構；服務使用者的自由選擇是基於「供給多元化」、「競爭提昇服務品質」，也就是因應自由選擇下的多樣化需求，就是必須要有多元化的服務提供體系，必且在自由選擇的機制下，服務提供體系會產生競爭，服務品質就會提昇。此外，公共介護保險法亦依市場主義的服務提供體制，提供服務的福利機構與服務使用者基於「自由契約制」，雙方直接簽訂契約，落實自由選擇（莊秀美，2005）。因此，在日本的長期照顧中，服務使用者的自主性與選擇權亦受到重視與實踐。

台灣的長期照顧政策近幾年的方向也嘗試想落實服務使用者的自主權與選擇權。在 1997 年修正通過的老人福利法及 1998 年行政院通過之「加強老人安養服務方案」，都明文規定地方政府需提供或結合民間資源提供居家服務。另外，2001 年經建會研議推動福利產業，並於 2002 年核定「照顧服務福利及產業發展方案」，以產業化的概念鼓勵非營利組織及民間團體投入照顧服務產業。上述二項服務方案的

目標都在企圖增加多元化的服務提供者（行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組，2006）。此外，為了建構我國的長期照顧體系，在參考世界主要國家的長期照護經驗，將消費者偏好及選擇納入服務規劃的基本原則，2000～2003 年在嘉義市及臺北縣的三峽、鶯歌鎮實驗辦理長期照護體系先導計畫，就共試辦了九項社區服務項目，嘗試建構多樣化的服務，以促進服務使用者的自由選擇。最後，在 2007 年通過的「長期照顧十年計畫」，其目標之一就是保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，並增進民眾選擇服務的權利，因此規劃了八大項的服務項目，來促進服務使用者的選擇機會。同時，為了增加多元化的服務提供者，引進民間資源以建構多元且完整的社區照顧網絡，在所訂定的「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」中，也就相較於以往是開放了許多各種可能的服務提供者。以居家式身體照顧及家務服務為例，包括了醫療機構、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、及社會工作師事務所等單位都可參與提供服務，基本上是擴充了多元化的服務提供者，促進服務使用者之選擇。此外，為了更有效率地促進資源的使用及需求導向的服務，也透過照顧管理的過程，期待能夠提供使用者較大的選擇權。所以，我國長期照顧十年計畫之規劃原則、計畫目標及服務之提供等，亦朝向促進服務使用者自主權與選擇權的實踐而努力。

### 三、我國長期照顧服務使用者自主權與選擇權之實踐——社政服務項目為例

不過，要落實服務使用者自主權與選擇權，至少需要服務使用者與提供體系的相互配合。首先，在服務使用者面向，使用者經濟負擔能力、感受到的服務效用、對於服務方案使用的認知，以及社會價值觀對於使用服務者之心理影響；在服務提供體系面向則必須有不同可能選項之設計。所以，在服務使用者面向，為避免因服務使用者的經濟負擔能力影響其自主權與選擇權的行使，故長期照顧十年計畫雖強調使用者付費，但在服務費用部分負擔之設計，係依據經濟狀況設定不同補助標準，低收入戶使用服務全額由政府補助，無須負擔任何費用；中低收入戶則僅須負擔 10% 服務費用，餘 90% 則由政府補助。至於一般戶使用長期照服務政府也補助 60% 的服務費用，自行負擔 40% 的費用。如此的使用者付費制度設計，應能減低失能者家庭因經濟資源上的限制而影響其服務自主權與選擇權的行使。

而對於服務方案使用認知及在資訊的獲得方面，因長期照顧服務的實施方滿一年餘，許多民眾對於長期照顧十年計畫的認知有限，尚有民眾不知政府有提供長期照顧服務，部分也僅知有居家服務的提供，而影響對長期照顧服務的使用與選擇。因此，相關單位也積極結合各種宣傳管道加強長期照顧的宣導與說明，並從使用者的需求層面思考宣導場域及宣導方式，促進老人及其家人對長期照顧服務的

認識與了解，並且使社會大眾能夠理解長期照顧服務與老人照顧之間的關聯性。讓服務需求者能認識長期照顧服務，進而能增進正向之社會價值觀，減少其對服務需求者使用服務之心理影響。而其最終的目的也是希望能夠促進服務使用者對其自主權與選擇權有所覺察。

在服務提供體系面向，要能夠提供不同選項，供服務使用者依其需求、偏好做出選擇，在目前因受到資源的豐富性之影響而顯得不足。我國長期照顧十年計畫自 2007 年 4 月核定實施迄今，社政服務項目—照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧）、交通接送服務、老人送餐服務、輔具租借、購買及無障礙設施改善補助以及長期照顧機構服務等，根據筆者 98 年 2 月透過電訪調查得知，目前 25 個縣市（含金門、連江縣）中因其環境及資源的不同，所開辦之項目不盡然完全相同。其中居家服務及送餐服務項目各縣市雖多已辦理，但輔具租借、購買及無障礙設施改善補助、日間照顧及交通接送服務等項目約僅過半之縣市已開辦，而創新服務項目家庭托顧更僅有 4 個縣市開辦。所以，基本上不是每個縣市都能提供不同的服務項目，提供服務使用者能依其需求、偏好或是信念進行選擇。

另外，在居家服務項目部分，雖然 25 個縣市中目前有 20 個縣市採分區辦理，但仍有 5 個縣市採不分區辦理；交通接送部分，僅有 11 個縣市辦理，其中有 6 個縣市有分區辦理，5 個縣市未分區辦理；送餐

服務則有 24 個縣市已開辦，其中 14 個縣市有分區辦理，10 個縣市未分區辦理。所以，基本上僅有居家服務分區辦理之比率較高，而交通服務、送餐服務分區辦理之比率約占 5 到 6 成。

至於，服務提供單位方面，有 18 個縣市居家服務在同一服務區域有 2 家以上服務單位提供服務，而同一服務區域僅有 1 家服務單位提供服務之縣市仍有 7 個縣市。交通接送部分，有 6 個縣市在同一服務區域有 2 家以上服務單位提供服務，而同一服務區域僅有 1 家服務單位提供服務之縣市仍有 5 個縣市。送餐服務有 16 個縣市在同一服務區域有 2 家以上服務單位提供服務，而同一服務區域僅有 1 家服務單位提供服務之縣市仍有 8 個縣市。但就服務之派案方式，卻幾近全數都由政府部門統一派案，而非由服務使用者依其狀況、需求自主選擇。因此，在形式上似乎已滿足了民眾選擇權的需求，但就實質的操作層面則尚未達成自主權的行使，仍有改善的空間。

此外，就服務契約內容來檢視，多數的服務契約約束服務使用者之義務行為，多過於其權益之維護，諸如：服務使用者若有何種事項，服務提供單位得立即終止服務；又服務使用者應接受服務提供單位對於照顧服務員之調度安排，不得指定特定人選等等，都是有違服務自主權與選擇權之實踐。

表 1：25 縣市是否分區辦理之情形

項目 \ 是否分區	分區服務	未分區服務
居家服務	20	5
交通接送	6	5
送餐服務	14	10

註：此表是筆者透過電訪自行整理

表 2：25 縣市各區服務提供者之家數

項目 \ 家數	1 家	2 家	3 家	3 家以上
居家服務	7	3	2	13
交通接送	5	3	0	3
送餐服務	8	1	3	12

註：此表是筆者透過電訪自行整理

表 3：25 縣市派案機制

項目 \ 派案機制	依服務單位 屬性分案	由社政主管 機關分案	由長照中心 統一派案
居家服務	3	10	12
交通接送	1	3	7
送餐服務	5	7	12

註：此表是筆者透過電訪自行整理

## 參、結論與建議

近年來，Gaye (2000)的研究指出，自主權對於個人的幸福感及充權有著密切的關聯，也控制著個人生活選擇的機會、發展及使用資源的能力；並且自尊和充權是

自主權的基本原則和運用，而且重要的是，在這過程中老年人的個人經驗、需求表達和個別期望的被尊重。紀玫如、吳淑瓊(2008)的研究亦指出，在老年人或失能者個人在有足夠的表達及判斷能力的情形下，仍然擁有表達需求和選擇的能力，並

須重視其自我選擇權（紀玫如、吳淑瓊，2008）。因為，若能增加老年人的生活自主性，對於其健康和壽命的延長都有顯著的效益，且能提高生活幸福感（Kautzer, 1988）；並且失能老人擁有自主權越高，對於照顧服務的使用狀況及適應狀況則越佳（劉雅文，2005）。只是，老人會因著權力位置及相對關係的權力流轉，會影響到最終決策結果及老人自主權的實踐（劉雅文，2005）。不過，為尊重每一個個體的生存價值，不論老人處在何種健康情況下，每位老人的個別性、自我決定性、選擇權、隱私權、以及對外環境的控制能力，應該儘可能被尊重與落實（呂寶靜，1991）。

以國內目前社政服務項目的推展為例，若要實踐服務使用者的自主權與選擇權，除了需要繼續對老人及其家人、社會大眾宣導相關的服務內容與相關訊息，以強化對相關服務的認識之外，更應以具體的服務成效來改變社會大眾對使用公共服務的態度，覺察本身的自主權與選擇權。老人也會隨著失能程度及經濟狀況的惡化，逐漸喪失照顧服務的自主選擇權，而由家屬取代作決定（紀玫如、吳淑瓊，2008）；並且甚至老人會放棄部份自主權，以增進與家人之關係，取得更多的幸福感（劉雅文，2005）。因此，在服務過程中，協助有可能都是服務使用者—老人、家屬、老人主要照顧者之間的溝通，亦是必要的工作項目與過程。

至於，服務提供體系，各縣市政府應積極的開發、培植、引進不同可能的服務

提供者，來開辦各項之服務，並且每一種服務項目可以有不同的服務提供者可供選擇。在進行派案時，應提供重要的訊息，使服務使用者能考量自身的狀況、需求，依其信念與價值來做選擇，而非統一派案。至於，服務契約內容應重視服務使用者權益的保障，而非限制服務使用者的參與。此外，公部門必須轉換服務的態度與信念。因為，在消費者意識逐漸提升的情況下，選擇權是消費者滿足的必要條件之一，也是消費者滿足的基本出發點（廖淑伶，2007）。故，在照顧服務提供體系應將原本由專業供給者支配的生產導向服務，轉向為由服務使用者主導的需求導向服務，以便更能回應使用者和照顧者的偏好和需求，同時也必須與服務使用者建立夥伴關係，使其在服務過程中是參與而非被控制（黃源協，2000）。這樣的工作模式，也較呼應近年社會工作所強調，服務的目的是充權，而非壓迫。

雖然，自主權與選擇權是依個體的生活方式來做選擇，這對於純商品化的消費市場而言，確實可以促進多元化的需求獲得滿足。但是，對於保障國家公民社會權的社會福利，卻可能隱藏著某種危險—公民階級間的不平等日趨惡化。因為，階級差異、群體壓力、角色模式與社會經濟場域會影響個體的自主性、選擇權；且選擇權的光芒常會掩蓋了社會經濟的不平等（Giddens, 1998）。另外，對於資源豐富的人，身分的可變性除了可提供選擇自由之外，對於依附在身份上的義務責任亦可輕易解除；相對於資源匱乏的人，身分的可

變化性僅能提供虛而不實的選擇機會，而固定身份對於義務關係的解除毫無幫助(Bauman, 2002)。所以，若是福利服務輸送沒有一定的回饋機制，來檢視服務使用者身份與服務自主權、選擇權之間的關係，而過度的強化自主、選擇權，容易忽略階級中資源不平等之現象。

此外，就服務提供體系而言，如果強調競爭、效能的情況下，引進多元的服務提供者，也可能產生過度市場機制，重視成本的情況下，使得偏遠地區或是服務成本過高的地區，缺乏穩定或是可能根本沒有服務提供者(莊秀美，2005)。因為，按照市場原理，服務提供者通常會基於成本、利潤的考量，並且在對服務對象缺乏社會責任的情況下，發現無法獲得預期的利益時會退出服務提供，使得服務使用者必須面臨頻繁的更替服務提供者，無法與服務提供體系建立穩定、信任的關係，影響了服務品質與效能。另外，在偏遠地區，一方面因為缺乏服務資源，另一方面因為基於服務成本考量沒有服務提供者願意加入，所以對於身處於偏遠地區的老人及其家屬而言，根本沒有機會來落實其自主權與選擇權，或者只能被迫接受僅有的服務。所以，為降低上述情形發生的機率，政府對於加入服務提供者的相關團體，應強化他們對公共服務與服務對象的社會責任，並且對於他們與政府的所簽定的契約

內容亦要有所規範。對於缺乏相關服務資源的地區，政府應該釋出較多的優渥條件，吸引不同服務團體的加入，使居住在偏遠地區的居民能感受到社會福利系統中所強調的社會正義，不因居住地的緣故，而使其自主權與選擇權受到忽略。

自主與選擇是個人尊嚴的維護與價值的維繫，在晚年生活並不能因個人的生理或認知失能而予與剝奪。但是在東方社會文化，強調家人間的互賴、互依與協助，在進行重大決策時往往需要徵詢家人的意見而做決定，與西方社會強調個人的獨立自主是有所不同的。導致老人寧願放棄部份自主權，以增進與家人之關係，取得更多的幸福感，因此家庭尤其是照顧者使用長期照顧服務的選擇權與自主權，將影響失能老人的生活品質。有鑑於此，在推動長期照顧服務時，也必須考量影響照顧者服務自主權與選擇權之因素，以提供老人全人的照顧並促進其尊嚴的維護。也因此，期待目前基於社會風險共攤，為推動長期照顧普及化而正在草擬的「長期照護保險法」，在規劃原則、制度設計與配套措施上，亦能重視與實踐服務使用者的自主權與選擇權，提供普及且多元的服務，讓國家的公共照顧支撐老人的生命尊嚴。

(本文作者：趙善如現為屏東科技大學社會工作系副教授，呂佩薰現為屏東縣政府社會處社會福利科科長)

## 參考文獻

內政部(2007)。《我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫》。台北。

- 內政部統計處(2008)。《內政部統計年報》。台北。
- 行政院主計處(2003)。《台閩地區老人居住安排與健康照護之研析》。行政院主計處網頁  
(<http://www.dgbas.gov.tw/fp.asp?xItem=1174&ctNode=548>)。
- 行政院經濟建設委員會(2006)。《中華民國台灣地區民國 95 至 140 年人口推計》。台北。
- 行政院經濟建設委員會(2006)。《照顧服務福利及產業發展方案》。台北。
- 呂寶靜(1991)。〈從「尊嚴和自主的老年」之政策目標談政策推動的原則〉，《社會福利》，120，頁 8-13。
- 呂寶靜(1999)。〈我國推動福利社區化的省思：從英國社區照顧政策的發展出發〉，載於林萬億編，《台灣社會福利的發展回顧與展望》，頁 207-242。台北：五南。
- 呂寶靜(2001)。《老人照顧—老人、家庭、正式服務》。台北：五南圖書。
- 李效梅(2006)。《從沙特自由概念探討護理之自主權》。南華大學哲學系碩士論文。
- 林萬億(2006)。〈高齡社會計畫簡介〉。發表於「2005~6 年高齡社會研究規劃成果發表會—高齡化社會的來臨：為 2025 年台灣社會規劃之整合研究」期末成果發表會。台北：台灣大學法學院。
- 紀玫如、吳淑瓊(2008)。〈居家失能老人在照顧服務使用的自我選擇權之相關因素研究〉，《台灣公共衛生雜誌》，27，(2)，頁 121-132。
- 紀蔚然(1999)。《從「雷雨」中家庭的崩解看自由意志與決定論的衝突》。國立藝術學院碩士論文。
- 凌佳琪(2003)。《福利國家、公民資格與消費文化的衝擊》。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 張宏哲(2002)。〈社區老人使用福利服務的情形及其相關因素之探討：以台北縣為例〉，《東吳學報》，8，頁 183-232。
- 莊秀美(2005a)。〈少子高齡化社會的福利政策建構：日本因應對策之分析〉，《社區發展季刊》，110，頁 379-391。
- 莊秀美(2005b)。〈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〉，《台大社工學刊》，11，頁 89-128。
- 莊坤洋、陳育慧、曹愛蘭、吳淑瓊(2004)。〈社區中失能者未滿足需求之盛行率與其相關因素〉，《台灣衛誌》，23，頁 160-80。
- 陳鼓應(1967)。《存在主義》。台灣：商務。
- 黃源協(2000)。《社區照顧—台灣與英國經驗的檢視》。台北：揚智。
- 黃源協(2004)。〈從「全控機構」到「最佳價值」-英國社區照顧發展的脈絡與省思〉，《社區發展季刊》，106，頁 308-330。
- 楚東平譯，Bauman, Z. 原著(1992)。《自由》。台北：桂冠。

- 廖淑伶(2007)。《消費者行爲》。台北：前程文化。
- 趙旭東、方文譯，Giddens, A 原著(1998)。《現代性與自我認同》。北京：三聯。
- 趙雅博(1968)。《存在主義論叢》。台北：大中國圖書。
- 劉雅文(2005)。《探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程－老人自主權之分析研究》。東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 歐陽景根譯，Bauman, Z 原著(2002)。《流動的現代性》。上海：三聯。
- 鄭麗珍(2001)。〈社會工作倫理的基本議題〉，載於徐震、李明政（主編），《社會工作倫理》，頁 66-78。台北：五南。
- Abramson, M. (1985). The Autonomy-Paternalism Dilemma in Social Work Practice. *Social Casework*, 66(7): 387-393.
- Bannerman, D. J., Sheldon, J. B., Sherman, J. A., Harchik, A. E. (1990). Balancing the Right to Personal Liberties: The Rights of People with Developmental Disabilities to Eat too Many Doughnuts and Take a Nap. *Journal Appl Behav Anal*, 23: 79-89.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Cicirelli, V. G. (1992). *Family Caregiving-Autonomous and Paternalistic Decision Making*. Newbury Park: Sage.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in Long Term Care: Some Crucial Distinctions. *The Gerontologist*, 28(Suppl. ): 10-17。
- Pellegrino, Edmund D. P. (1994). Patient and Physician Autonomy: Conflicting Rights and Obligation in The Physician-Patient Relationship. *Journal Contemporary Health Law & Policy*, 10: 47-68
- Gaye, H. (2000). Autonomy, Health and Ageing: Transnational Perspectives. *Health Education Research Theory & Practice*, 15(1): 13-24.
- Henwood, M., Wistow, G., & Robinson, J. (1996). Halfway There? Policy, Politics and Outcomes in Community Care. *Social Policy & Administration*, 30(1): 39-53.
- Hoyes, L., & Means, R. (1997). The Impact of Quasi-markets on Community Care. In J. Bornat, C., Pereira, D. P., & Williams, F. (eds. ), *Community Care: A Reader*, pp. 293-303, London: Macmillan.
- Hughes, B. (1995). *Older People and Community Care: Critical Theory and Practice*. Buckingham: Open University Press.
- Kautzer K. (1988). Empowering Nursing Home Residents: a Case Study of 'Living is for the Elderly, an Activist Nursing Home Organization. Reinhartz S, Rowles G (eds.), *Qualita-*

- tive Gerontology*. New York: Springer. 163-183
- Kishi, G. & Teelucksingh, B, & Zollers, N. (1988). Daily Decision-making in Community Residences: a Social Comparison of Adults with or without Mental Retardation. *American Journal Ment Retard*, 92: 430-435
- Knapp, M., & Wistow, G. (1996). Social Care Market in England: Early Postreform Experiences. *Social Service Review*, 355-377.
- Russon, L. (1997). The Implications of Informed Consent in Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 4(1): 29-30.