

東海大學社會工作學系博士論文

指導教授：呂朝賢教授

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程—

述說宜蘭縣尾塹社區


**The development process of community based
elderly care services in Weichen community,
Yilan County**

研究生：劉雅文

中華民國一〇七年七月

東海大學社會工作學系博士論文

指導教授：呂朝賢教授

The seal of Tunghai University is a circular emblem with a scalloped outer edge. It features the university's name in Chinese characters '東海大學' at the top and 'TUNG HAI UNIVERSITY' in English around the bottom. In the center, there is a stylized design of three interlocking rings above a horizontal bar with a cross-like symbol.

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程
— 述說宜蘭縣尾塹社區

**The development process of community
based elderly care services in Weichen
community, Yilan County**

研究生：劉雅文

中華民國一〇七年七月

東海大學社會工作學系博士班

研究生 劉雅文 博士學位論文

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程
— 述說宜蘭縣尾塹社區

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：	呂朝賢	107年6月2日
審查教授：	王香蘋	107年6月2日
審查教授：	彭懷真	107年6月2日
審查教授：	葉文高	107年6月2日
審查教授：	莊秀美	107年6月2日
系主任：	呂朝賢	107年7月13日

誌謝辭

「神充充足足地成就一切，超過我們所求所想的。」（弗 3:20）

終於走完這個歷程，很辛苦，很煎熬，也很感恩！回想當時選擇讀博班繼續進修，只是希望在公餘之際，能夠寫寫東西，作作研究，期待在學術研究上可以有些小小貢獻。沒想到念博班超乎想像的辛苦，愛我的家人跟朋友們都忍不住勸我放棄。但是我覺得凡是如果可行，就盡力去作，無須先自我設限。很高興在這種傻氣的堅持下，終於完成博班的學習，使我擴大了眼界與思維，豐富了生命歷程。

但是要能夠走完這個歷程，不只是自己努力不懈或是訓練抗壓力就可以撐過，還需要很多人的協助與支持。首先感謝呂朝賢老師願意擔任我的指導教授，他花很多心力指導我，連在生病開刀的前一天還在嘉義高鐵站的星巴克指導我論文，他的認真跟知識淵博，使我深刻體會求知的態度與知識的高度，至為感恩！口試委員莊秀美老師、彭懷真老師、蕭文高老師、王香蘋老師以溫暖和專業給予本研究卓見。尤其莊秀美老師為我東吳社工所碩士班指導教授，一直以來都非常關心我。尾塹社區夥伴們的傾心相助，宜蘭縣政府衛生局及社會處的幫忙，以及所有的受訪人，若沒有您們的協助，不可能完成這篇論文，謝謝您們。

博班同學們，淑真、珊伊、睿誼、慧冠、俊丞、沈黎，跟你們一起學習的歲月，是我生命中美好記憶。淑真跟珊伊更陪伴著我度過論文的口試，讓我不至於孤單奮戰。謝謝明玉學姐不斷地為我打氣跟鼓勵以及系辦給予的協助。

宜蘭縣礁溪鄉公所已故的黃太平鄉長在我剛考上博班，忐忑遞出每週請假進修的簽陳時，他批上「我以你為榮」五個字，令我沒齒難忘，永遠感念。五結鄉公所的長官跟同仁們，在我求學過程的體諒跟支持，使我在公餘可以安心念書。

屬靈同伴慶臨姊，用禱告跟神的話語，陪伴著我撐過每一個艱困時刻。

我的家人看著從小功課並不出色的我，跌跌撞撞地完成博士學位，雖感到不可思議，但還是為我開心，姐姐們說：「爸爸一定沒想到」。曾榮獲師鐸獎的爸爸向來看重課業成績，希望這份成績可以使天上的爸爸略感欣慰。我家老公是我念博班的推手，他的上進使我無法停留在舒適圈，若沒有他，我應該不會去念博班，謝謝他把我帶去東海考試，並且不斷地激勵我，使我能夠正面看待求學過程大大小小的挫折。

最重要的是要感謝神，這六年來，身心軟弱時，神是我的力量，使我完成了未曾想到，也不敢奢望的博士學位。也希望完成博班學業，是另一個學習的開始。

劉雅文於宜蘭 107 年 7 月

論文名稱：以社區為場域之老人照顧服務發展歷程－述說宜蘭縣尾塹社區

校院系所：東海大學社會工作學系 頁數：200 頁

畢業時間：107 年 7 月 學位別：博士

研究生：劉雅文 指導教授：呂朝賢教授

論文摘要

本研究以宜蘭縣尾塹社區為例，檢析該社區的老人照顧模式之發展、限制與挑戰，提出以下研究問題：

- 一、尾塹社區的老人照顧服務發展歷程及原因。
- 二、尾塹社區中的利益關係人（stakeholder）對於社區照顧的看法與期待。
- 三、以尾塹社區為例，以社區為場域可發展的老人照顧服務。

據此，本研究採用個案研究法，以立意抽樣選擇尾塹社區做為研究樣本，研究場域內社區照顧服務的利益關係人為觀察單位，共訪問社區經營者 7 人、志工 3 人、老人 4 人、老人家屬 3 人等社區照顧利益關係人等 17 人。資料收集方法為參與觀察、深度訪談、檔案文件等，並以質性內容分析法（Qualitative content analysis）進行資料分析。

本研究探討尾塹社區照顧服務發展歷程，發現社區居民對社區照顧的看法與期待：1.「在地老化」。2.社區居民擔任自己社區長者的照顧者。3.照顧服務員可彈性提供社區照顧跟居家照顧服務。4.補助外籍照顧員聘僱費用。5.對社區長者更多的關懷陪伴。6.在社區發展小規模多機能服務等。

以尾塹社區為場域，可發展的老人照顧服務：1.社區老人照顧服務要朝向專業與多元發展。2.改善交通服務。3.增加醫療照顧資源。4.普設社區照顧關懷據點等。

在研究中發現尾塹社區照顧發展歷程重要成功關鍵為 1.有使命及能力的發動者及其團隊。2.持續性的課程與活動培養了社區凝聚力與共識。因此在社區發展歷程中，提供人才培訓及持續性的社區課程活動，有助於社區照顧機制之建立。

此外，對於未來尾塹社區老人照顧服務，研究者提出以下建議：1.增加公車班次、補助就醫專車、提供社區巡迴專車，以改善交通不便。2.增加社區醫療站看診時間、設置醫療網絡看診系統及提供巡迴醫療車，以增加醫療資源。3.連結機構、學校及社區居民建立社區關懷網。4.讓在地社區照顧服務員服務自己社區長者，並可彈性提供日間照顧及居家照顧服務。5.補助外籍照顧員聘僱費用，並提高長照核定時數的補助費用及時數。6.以地理位置及老人人口比例，增設社區照顧關懷據點。7.建立尾塹社區照顧關懷據點版小規模多機能服務。

期待透過本研究的剖析，能勾勒尾塹社區老人照顧的發展歷程與挑戰，並透過整合性社區照顧的相關經驗，提供尾塹社區因應挑戰及創新未來的參考方向，及做為未來「在地老化」多元社區照顧設計與執行的參酌例子。

關鍵字：社區照顧、長期照顧、小規模多機能、在地老化

Title of Thesis : The development process of community based elderly care services in
Weichen community, Yilan County

Name of Institute : Department of Social Work, Tunghai University Pages : 200

Graduation Time : July 2018 Degree Conferred : Ph.D

Student Name : YA-Wen Liu Advisor Name : Chao-Hsien Leu

Absract

Using Weichen residential community in Yilan County as an example, this study analyzed the development, constraints, and challenges of elderly care in the community, and examined the following topics:

1. The process and reasons behind elderly care service development in Weichen community;
2. The opinions and expectations of the community stakeholders; and
3. Feasible community-based elderly care services that can be developed based on the services in Weichen community.

Accordingly, this study adopted a case study design. Purposive sampling was used to select Weichen community as the research sample, and the stakeholders of the community who were engaged in the community's elderly care services were adopted as the units of observation. A total of 17 stakeholders were interviewed, which comprised 7 community managers, 3 volunteers, 4 older residents, and 3 residents with older family members. Participant observation, in-depth interviews, and document analysis were used for data collection and the collected data were analyzed using qualitative content analysis.

From examining the development process of elderly care services in the community, this study found that the community residents had the following opinions and expectations: (1) aging in place; (2) residents being the caregivers of the older adults in the community; (3) flexibility for care service staff in providing community and home health care; (4) subsidies for employing foreign caregivers; (5) more attention and companionship to older adults in the community; and (6) small-scale multifunctional services in the community.

On the basis of Weichen community as the research location, this study identified the following areas for developing elderly care services: (1) professional and diversified development in community-based elderly care services; (2) improvements in transportation services; (3) increased resources for medical healthcare; and (4) making community care centers available across all regions.

The key factors to the successful development of community care in Weichen community were: (1) the initiators and team had a clear sense of mission and strong capabilities; and (2) courses and activities were held continually, which facilitated community cohesion and consensus. Thus, providing talent training and continuous community courses and activities are conducive to establishing community care mechanisms.

The author proposed the following suggestions for the development of future community-based elderly care services in Weichen community: (1) increase the frequency of buses, subsidize shuttle buses for medical care, and provide community-based shuttle buses to alleviate transportation problems; (2) increase the number of operating hours available for medical visits at the community medical station, establish telehealth service systems, and provide shuttle bus services for medical care; (3) establish a community care network by linking institutions, schools,

and community residents; (4) allow staff members of local community care services to serve older adults in their own communities and provide flexibility for them to provide day care and home health care services; (5) subsidize the expenses for employing foreign caregivers and increase the subsidies for long-term care as per the approved number of hours; (6) increase the number of locations for providing community care services according to the geographical location and the older adult population ratio; and (7) establish small-scale multifunctional services according to the care service locations in Weichen community.

Through the conducted analyses, this study hoped to outline the development process of and challenges faced by community-based elderly care services. By integrating relevant experiences in community care, the findings of this study can serve as a reference for Weichen community in overcoming future challenges and developing innovations as well as for designing and implementing multifunctional community care services designs aimed at aging in place.

Key Words : Community Care 、 Long-Term Care 、 Small-Scale Multi-Functional Service 、 Aging in Place

目錄

第一章 緒論	1
第一節 問題陳述	1
第二節 研究動機與研究目的、問題	1
第二章 社區照顧發展歷程的解釋觀點	3
第一節 影響組織環境因素	5
第二節 生態觀	8
第三節 政策窗	12
第四節 政策發展慣性	18
第五節 本文的分析架構	34
第三章 研究設計	36
第一節 研究場域與對象	36
第二節 資料蒐集與分析方法	37
第三節 研究嚴謹性	44
第四節 研究倫理	50
第五節 研究中可能的困難及對策.....	53
第四章 尾塹社區老人照顧服務	55

第一節 述說尾塹社區.....	55
第二節 尾塹社區老人照顧服務發展歷程及原因.....	60
第三節 尾塹社區利益關係人對於社區照顧的看法與期待.....	93
第四節 尾塹社區為場域可發展的老人照顧服務.....	116
第五節 討論	122
第五章 研究成果與建議	133
第一節 研究成果.....	133
第二節 研究建議.....	136
第三節 研究限制.....	142
第四節 未來研究建議.....	145
參考文獻.....	147
附錄一：研究同意書.....	162
附錄二：訪談大綱.....	163
附錄三：紀錄表.....	169
附錄四：尾塹社區照顧服務.....	170
附錄五：我國本土化社區照顧服務.....	177
附錄六：日本社區整合照顧服務體系.....	182

附錄七：日本小規模多機能服務.....	184
附錄八：長期照顧十年計畫 2.0 服務項目與服務對象	188
附錄九：長期照顧費用主張稅收與保險的論點.....	190
附錄十：訪談引述編碼表.....	192

圖表目錄

圖 2-1：組織的環境因素.....	6
圖 2-2：生態圖	10
圖 2-3：政策窗.....	14
圖 2-4：政策過程的五流(Five-thread)模式.....	15
圖 2-5：將知識轉化為政策行為的理論框架	16
圖 2-6：我國長期照顧制度發展脈絡	25
圖 2-7：影響社區發展歷程的因素.....	35
圖 3-1：內容分析過程的準備、組織及結果的過程.....	42
圖 3-2：資料分析步驟.....	43
圖 4-1：尾塹社區觀光導覽圖.....	56
圖 4-2：尾塹社區照顧發展歷程.....	60
圖 4-3：整合性持續充能照護模式.....	91
圖 4-4：宜蘭高齡之整合性照護服務—以三星鄉尾塹社區為例...	92
圖 4-5：尾塹社區目前的老人照顧服務.....	124
圖 4-6：尾塹社區照顧服務歷程發展圖.....	132
圖 5-1：尾塹社區關懷據點小規模多機能服務模式.....	141

表 2-1：宜蘭縣社區照顧發展脈絡.....	33
表 3-1：訪談對象－社區經營者.....	40
表 3-2：訪談對象－社區志工.....	40
表 3-3：訪談對象－社區老人.....	40
表 3-4：訪談對象－社區老人家屬.....	40
表 3-5：訪談引述範例表.....	43
表 3-6：尾塹社區田野日記範例表.....	47
表 3-7：訪談紀錄範例表.....	47
表 3-8：尾塹檔案紀錄範例表.....	48
表 4-1：尾塹社區照顧重要大事記.....	59

第一章 緒論

第一節 問題陳述

在社區自然老化是我國多數老人偏好的養老方式，而此一養老偏好亦與學理上的在地老化（aging in place）不謀而合，因此我國長期照顧的政策與措施，一直以來就以「社區照顧」做為推動長期照顧的核心基礎。

然而，多元社區照顧機制的建置並非一夕可及，現存運作模式其來有自，若我們能瞭解這些形塑既有社區照顧模式的緣由，對我國社區照顧的規劃與執行將具有相當參考價值。

本研究以宜蘭縣尾塹社區為例，來檢析該社區的照顧模式之發展、限制與挑戰，期待分析結果可以做為未來在地老化多元社區照顧設計與執行的參酌例子。

第二節 研究動機與研究目的、問題

宜蘭縣直到 2017 年 12 月，人口共有 456,607 人，65 歲以上老人有 70,025 人，佔全人口 15.33% (宜蘭縣政府民政處，2018)。宜蘭縣老化程度居全國各縣市排行第 9 位，高於全國平均值 13.86% (內政部戶政司，2018)。針對此一高齡社會照顧的挑戰，宜蘭縣自 2014 年起開始在每個鄉鎮成立「老來寶健康促進家園站」，以滿足社區長輩的長照需要(宜蘭縣政府衛生局，2014a)。宜蘭縣三星鄉尾塹社區是宜蘭縣政府成立的第一個「老來寶健康促進家園站」，在宜蘭縣社區

照顧發展上具有代表性，故本研究透過該社區的發展經驗，瞭解宜蘭縣社區照顧的發展脈絡、挑戰及可能的方向。

基於此，本文擬定了如下研究問題：

- 一、尾塹社區的老人照顧發展歷程及其原因。
- 二、尾塹社區中的利益關係人（stakeholder）對於社區照顧的看法與期待。
- 三、以尾塹社區為例，以社區為場域可發展的老人照顧服務。

期待透過對上述研究問題的剖析，能勾勒尾塹社區照顧的發展歷程與挑戰，並透過整合性社區照顧的相關經驗，提供尾塹社區因應挑戰及創新未來的參酌方向。

第二章 社區照顧發展歷程的解釋觀點

隨著人口老化及家庭照顧能力的衰退，老人照顧問題越顯嚴重，為了因應社會變遷態勢，「社區照顧」成為長期照顧政策重要發展趨勢。不過社區照顧的論點並非是單一的命題，在操作上亦隨著服務使用者的環境而有所不同。專家學者們紛紛提出不同的觀點，尤其是以社區為場域發展老人社區照顧服務歷程，去解釋一個社區的社區照顧的發展，來作為對於長期照顧政策發展社區照顧服務問題之因應策略。

在社區場域的社區照顧發展歷程，社區組織受到一般環境(*general environment*)跟特定環境(*specific environment*)的影響(溫金豐，2015)。Jones, George & Hill (2000)認為這些環境因素隨著時間帶來威脅跟機會，對組織跟管理者產生重大影響。

目前我國社區照顧服務大都是由社區發展協會所推動，所以社區照顧服務發展歷程也會受到上述組織因素的影響。在尾塹社區照顧服務發展的歷程中，一般環境像是社會文化因素，如社區對老人照顧的理念；人口統計因素，如社區人口老化、少子化。特定環境像是市場，如接受社區照顧的長者及他們的家屬；投資者如提供社區關懷據點的社政單位、提供長期照顧 C 據點的衛生福利部等，這些組織因素影響著社區照顧的決策，形塑它成為今日該社區照顧的形態。

從組織因素觀點可以看到這些影響社區照顧歷程發展的環境影響因素，但若是從生態觀點去觀看時，其實也可以看到與上面組織因素相同的條件。「生態觀」微視系統裡的案主(需要接受照顧的老人)就像是組織特定環境的市場因素；「生態觀」鉅視系統裡的社群意識與價值觀等也像是組織一般環境的社會文化因素，兩個觀點都是講環境，只是分法不同，也都比較偏向靜態的分析，較無法看到關鍵的動態因素。

若是要看動態因素對社區照顧發展歷程的影響，以「政策窗」觀點可以了解社區在進行社區照顧服務時的轉折點和契合點。「政策窗」認為當問題流、政策流、政治流等三流匯流時，是打開政策窗，實踐政策的好時機。若以政策窗來剖析社區照顧發展歷程，問題流為影響組織環境因素中的人口問題，政治流與政策流為環境因素中的政治與法律因素，可是「政策窗」是較鉅視的觀點，而且在社區照顧發展的決策，通常是由多人共同決定，或是隨著年代時間，經過很多人的想法與決定，因此很難找到引發政策窗的真正關鍵人物，再者很多社區照顧政策已被中央或縣市政策所決定，地方自主的彈性並不高，因此運用上還是有些限制。「政策窗」相對上述兩者組織環境因素及生態觀兩個觀點，它對環境的分析較弱，也比較著重於鉅視環境，所以「政策窗」可以幫助我們了解社區照顧歷程的發展動能，但是沒有辦法提供完整的解釋。

政策發展歷史慣性會影響現在的政策執行。因此從長期照顧政策可以了解整體政策的發展，看到對現在社區照顧發展樣貌之影響。當然社區也不是全然接受中央政策的決定，它還是有它的自主能力去適應政策的變化。但是以政策發展慣性來看社區照顧發展歷程，又缺乏「組織因素」、「生態觀」及「政策窗」三者的優點，看不到環境，也看不到關鍵動能，所以目前沒有觀點可以完全解釋社區照顧發展歷程，所以研究者參考上述組織因素、生態觀點、政策窗觀點、政策慣性等四項觀點，歸納提出分析框架，以下分別介紹上述這幾個觀點，以幫助理解尾塹社區的社區發展歷程之分析框架的構成及分析的合理性。

第一節 影響組織環境因素

組織是一個開放系統，不斷的與外在環境交換各種資源，並且將組織的產生輸出到外在環境中，因此組織會受到外在環境各種變化的影響，所以組織為了生存，必須分析外在環境，發展出各樣機制來因應(胡金豐，2016)。外在環境概略分為特定環境(specific environment)一跟般環境(general environment)兩個部分。胡金豐(2016)參考 Richard Daft(2016)組織環境圖，將組織外在環境因素分為 12 項，a-f 是特定環境因素，g-i 是一般環境因素(圖 2-1)。

特定環境影響因素指與組織有直接互動，對於組織完成目標有直接關係的環境因素，如人力資源、投資者、產業、原物料、市場、國際化等。組織必須特別留意特定環境因素的變化，甚至去影響這些環境因素，取得較好的發展條件。在管理上也要密切監控特定環境因素，以迅速且審慎回應，使組織可以因應各種外在環境變化。(Daft,2016；胡金豐，2016)。

一般環境影響因素是指所有組織都會受到影響的部分，但是對組織的日常作業沒有直接影響，只有間接影響，通常是長時間的，而且個別組織對一般環境所能產生的影響也很有限，比如社會文化、人口結構、政治法律、經濟情勢、財務資源、科技發展等(Daft,2016；胡金豐，2016)。

組織分析環境影響因素，常用環境複雜性(environmental complexity)、環境變動性(environmental change)、資源豐富性(resource abundance)三個構面來進行。環境複雜性指影響組織經營的環境因素的數量跟關聯性，如果數量多，關聯性高，則複雜性高。環境變動性指環境因素的穩定性，如果環境因素變動大，又缺乏規律，組織無法預測未來的經營方式，也無法進行有效決策，這是組織最擔心的環境因素，組織決策者關注環境變動性甚於複雜性。資源豐富性指環境中資源充分程度，也是影響組織存活的重要特性。組織依賴環境提供的資源，有足夠資源時，

組織可以存活或擴充，但是當環境無法提供資源時，組織就會無法存續(溫金豐，2016)。

組織透過對環境的了解及分析，選擇活動範圍作為其經營領域 (organizational domain)，亦即產品、服務和市場供給的範圍。經營領域的界定將定義組織的利基跟與組織相互影響的環境。組織在選擇經營領域時必須非常慎重，選擇了適當的經營領域才可使組織在該領域中取得所需要的資源，避免高度競爭，使組織可以存活或獲得較大利益(胡金豐，2016)。

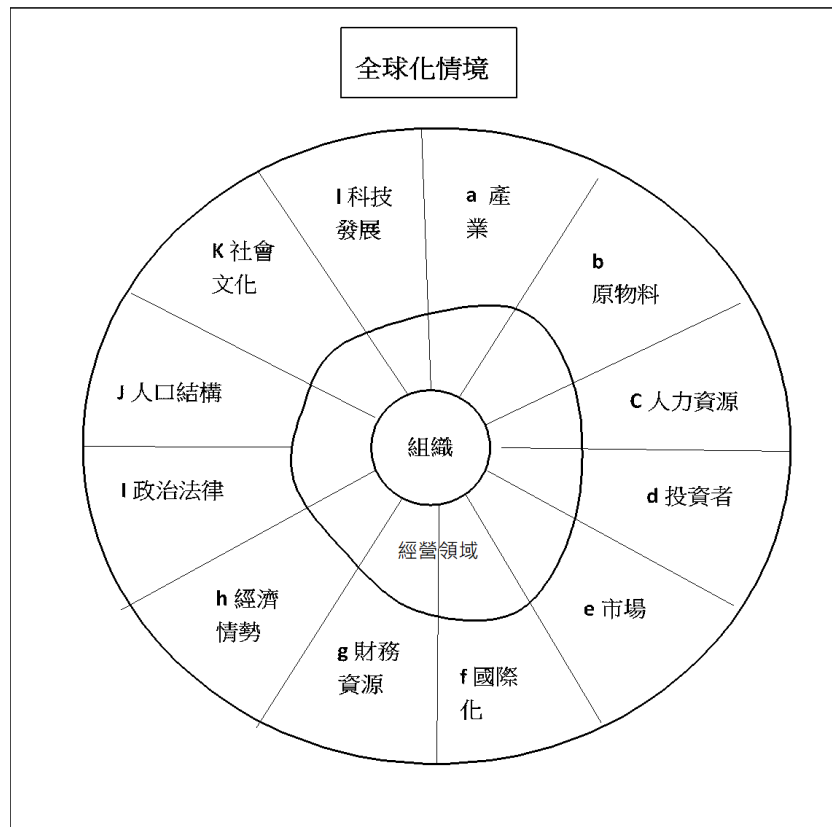


圖 2-1：組織的環境因素

資料來源：溫金豐(2016)。

在本研究中採取組織環境因素的環境觀點，從整體環境看組織對環境的社區照顧發展歷程之影響，以下分別以特定環境、一般環境說明：

- 一、特定環境，如市場因素，在社區照顧的市場上，須滿足社區居民對「質」與「量」的需求，「質」指對照顧服務的偏好，「量」指照顧服務可提供的服務量是否可以滿足居民的需求等。又如投資者因素，在社區照顧的投資者有政府負責執行照顧服務政策的單位等，他們影響著社區照顧服務的運作與發展。
- 二、一般環境，如社會文化因素，在社區照顧服務上，社區居民對老人照顧的價值觀、理念、社區意識等影響著組織建立社區照顧服務及各項服務的推動。又如人口結構因素，社區的性別、年齡、教育程度等，影響人力資源的取得外，也影響當地對社區照顧服務的偏好。

組織環境因素可從環境面來看組織執行社區照顧，可見社區組織因社區有照顧市場、投資者、人力資源等，選擇以社區照顧為經營領域；又因社區社會文化、人口結構、國家社區照顧政策等環境因素，支持社區發展老人照顧服務。

第二節 生態觀

社區就像個有機體，每個社區都有它不同的文化背景、特色屬性與需求在其生態中互相影響。在建構一個社區照顧體系時，唯有瞭解當地社區生態整體樣貌，才能理解受照顧者之照顧需求與對於照顧的理念，以及社區資源之類型和多寡，形塑出適合該社區的照顧體系，使受照顧者能夠安心、安全的「在地老化」。

生態觀點(Ecological Perspective)最早源自於達爾文 1859 年發表的進化論(evolutionary theory)，尤其是「適者生存」(goodness of fit)的生態法則。生態觀點假設自然界中每個生物為了生存或延續物種，必需跟他的棲息地保持適切的調和度(goodness of fit)及足夠的環境滋養，才能夠進行各種生活歷程(鄭麗珍，2012)。

1960 年 Ludwig von Bertalanff 發表一般系統理論(general system theory)，強調社工實務要檢視個人所在的各個系統的改變。1970 年後生態觀點成為重要的社會工作實務模型，其中 Germain, C. B.及 Alex Gitterman 提出「生活模式」(life model)，認為人在環境中(people in environment，PIE)，說明人與生存的環境間的關係是互惠的，通過彼此交換，不時地影響彼此，人不斷適應多變的環境，他們改變環境，也被環境所改變(鄭麗珍，2012)。因此要進入該生態提供協助，不只是了解案主，更需要了解案主所棲息的環境及案主與環境間的互動。

Urie Bronfenbrenner 把人所棲息之環境分為以下五個層次：(Payne,1995；Zanden,2005；Santrock, 2006；馮亞麗、葉鵬飛，2008；陳香君等，2011)

一、微視系統(microsystem)：

案主最重要的生活環境中，案主所經歷的活動、角色與人際關係。

例如：家庭、學校、同儕團體等。

二、仲介系統(mesosystem)：

案主積極參與的兩個或更多個微視系統間的關聯與互動，如家庭和醫院之間的關係。各微視系統間需要維持良性的互動與聯繫，幫助案主順利經歷角色或場所之間的轉換。

三、外在系統(exosystem)：

外在系統是由兩個或更多的生活場域之間的關聯與互動形成的。案主雖未積極參與一個或多個環境，但是其中所發生的事情會影響到案主，或被案主影響，彼此間有因果效應。例如：子女的工作特質常常晚歸，影響家庭正常作息，也會影響老人的生活習慣。

四、鉅視系統(macrosystem)：

鉅視系統指政府、宗教、教育和經濟等制度所形成的社會文化系統。例如：不同國家的老人對接受家人照顧的看法不同。

五、時間系統(chronosystem)：

個體的發展隨著時間跟環境改變，環境和時間過程之間關係也會產生影響。例如：受到社會文化環境及教育的影響，現在的老人比以前更追求照顧自主權。

在生態觀點中，社會工作的目標是增強人們和他們生活環境間的適配(fit)。生態觀點提供了一個多元照顧、多元系統的全人概念架構，來了解個人的社會生活功能(鄭麗珍，2012)。全人概念(holistic)，在老人照顧工作上尤其重要。全人的照顧概念是以案主中心作為服務導向，全面性地考慮老人的生理、心理與社會的情況，尤其強調要站在他的生活場域來理解他。專業工作者的介入不只是在老人本身或個別的單一問題上，而是在其照顧生態系統中，對每一個次系統，如老人家庭、親友、社區、照顧機構與專業人員、甚至社會整體間的協調、分工、合作，以及注意他們相互之間交互的影響，以釐清老人服務的需求、確定可提供的服務資源，建立各次系統間照顧工作的連續性(continuity)與整合性(integration)，

才能提供老人整體性的照顧服務體系(盧明、柯秋雪、曾淑賢、林秀錦，2013；陳世堅，2001；曾竹寧，1997)。

社區照顧服務需要回歸到人與其棲息地之間的交流(transaction)與調適(coping)的過程，透過對該生態微視系統、仲介系統、外在系統、鉅視系統、時間系統的理解及銜接，建立連續性及整合性的照顧服務，讓老人可以留在熟悉的社區「在地老化」，並在生活場域中獲得滋養，安適且安心地繼續其生命歷程。

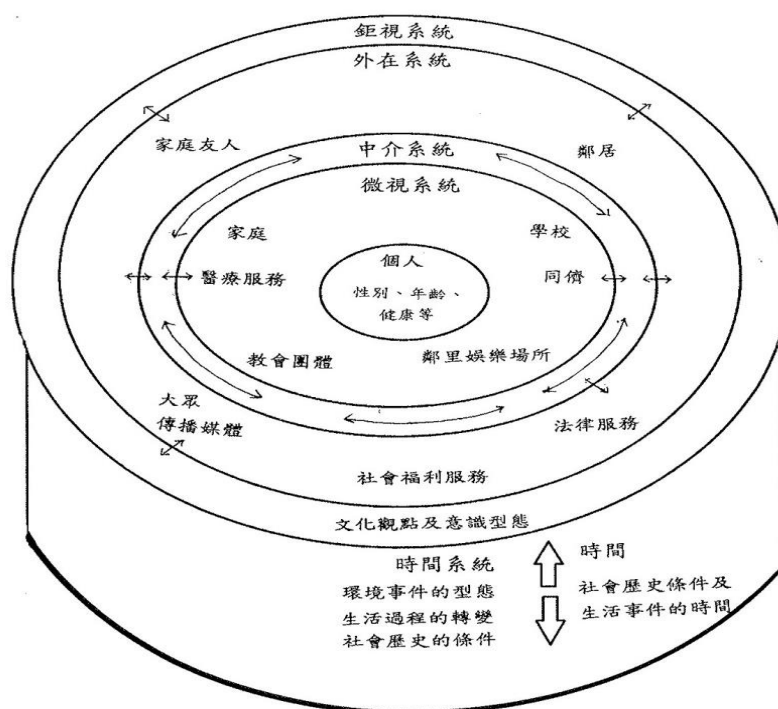


圖 2-2：生態圖

資料來源：Santrock, J. W., 2006：57.

從生態觀點看社區照顧發展歷程，與第一節組織環境因素一樣是採納環境觀點，以下說明本研究採納之生態觀點。

- 一、微視系統：個人(案主)受照顧的需求，成為引發社區照顧的源頭。
- 二、仲介系統：案主與社區發展協會、協會與衛生局、協會與社會處、衛生所與案主、衛生所與協會等關係與互動，帶來社區各種的照顧資源。

三、外在系統：中央政府、地方政府等鼓勵社區發展社區照顧服務。

四、鉅視系統；社區對照顧的價值觀及社群意識等成為支持組織發展社區照顧服務的重要力量。

五、時間系統：隨著時間的流轉，時代觀念改變，政策發展，組織逐漸建構出適合該社區的社區照顧服務。

從生態觀點中，可以看到因個人的需求引發各不同組織同盟，並在經營者的理念、政府照顧政策支持及社區照顧價值觀與社群意識合力下等形成該社區現有照顧服務樣貌。

第三節 政策窗

縱使有良善合用的長照理念、周詳嚴謹的服務規劃，並不一定代表政策可以成功。John W. Kingdon 認為政策成功，是因為「政策窗」(Policy window)剛好打開所致(Kingdon, J. W.,2014)。

John W. Kingdon 政策窗理論源自「垃圾桶模式(The Garbage Can Model)」(Kingdon, J. W.,2014；Béland, D., & Howlett, M.,2016)。垃圾桶模式認為組織面對一項決策時，會不斷地提出問題並給出解決方案，但是這些方案實際上都被扔進了垃圾桶，只有極少方案能夠進入最終決策。影響垃圾桶的決策決定於四股力量(streams)：問題(problems)、解決方案(solutions)、參與人員(participants)、和決策的機會(opportunities)。John W. Kingdon 將決策機會稱為政策窗(Policy window)(John W. Kingdon,2014)。John W. Kingdon 對政策窗的基本假設如下：(Stachowiak, S.,2013)

- 一、政策流獨立運作。
- 二、倡導者可以在政策窗打開時連結政策流。例如，當議題被提升時，倡導者可以將他們的解決方案加上去。
- 三、當政策窗的三個組成分（問題，政策和政治）在一起時，政策很有可能取得成功。
- 四、政策窗可以預測（例如選舉，預算週期）和不可預測的（例如，戲劇性事件或危機，如飛機失事或颶風），政策窗也可以創造出來。
- 五、對於問題不同的定義方式，會影響它們是否放置在議題中以及被放置在哪裡。問題的定義有價值/情感成分，而價值觀和信仰引導著哪些條件被決定視為問題。

六、關於如何解決問題通常有許多相互競爭的想法。為了得到認真考慮，政策選擇需要被視為技術上可行，並符合政策制定者和公眾的價值觀。

七、要有效地認識並利用開放的政策窗，倡導者必須具備知識，時間，關係和良好的聲譽。

John W. Kingdon 認為政策窗的打開是問題流、政策流、政治流三流會合的結果。「問題流」(Problem stream)指公眾和菁英對問題的看法，它包括問題如何被界定、特定時間是誰在注意問題、個人的價值與信念及劇烈變遷的情況等，這些問題通常由於危機等重大事件，需要政府採取行動來解決；「政策流」(Policy stream)指專家、倡導者和分析人員，針對問題，提出政策解決方案；「政治流」(Political stream)指受政治力量影響的過程，像是政府改變、國家氛圍轉變、政府人事的更替，以及影響和改變決策者行為的選舉和立法時間表等事件(陳恆鈞、劉邵祥，2007；Kingdon, J. W.,2014；Béland, D., & Howlett, M.,2016)。

當三流都集中在一起時，意即問題被認知、解決方案可以取得、政治上支持，此時政策窗打開，是政策成功的最好時機(Kingdon, J. W.,2014)。但是政策窗很少打開，而且只保持短暫的開放，公共政策的重大轉變常是因為這些機會的出現而產生，如果錯過或不能運用這些機會，就必須等待下一個機會出現，所以當政策窗打開時，要打鐵趁熱(strike while the iron is hot)，把握機會，讓期待的政策可以實現(Kingdon, J. W.,2014)。

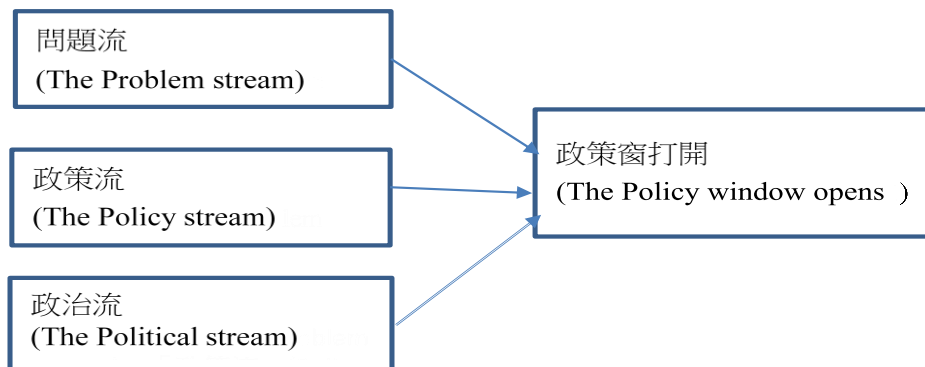


圖 2-3：政策窗。

資料來源：Guldbrandsson, K., & Fossum, B. (2009).

Kingdon 在 1984 年提出政策窗「問題流」、「政策流」及「政治流」等多流模式(The multiple streams model)，成為一種解釋決策循環架構的闡釋方式(Howlett et al.,2016)。Howlett 等人(2016)把 Kingdon 的政策線(thread)或流(streams)的邏輯延伸到政策過程的每一個階段，如議題設定(agenda-setting)，政策制定(policy formulation)，決策(decision-making)，政策執行(policy implementation)和政策評估(policy evaluation)等環節，使多個階段跟多重邏輯編織(Weaving)結合，增加處理政策過程各階段的能力，並給予強而有力的指導(圖 2-4)。

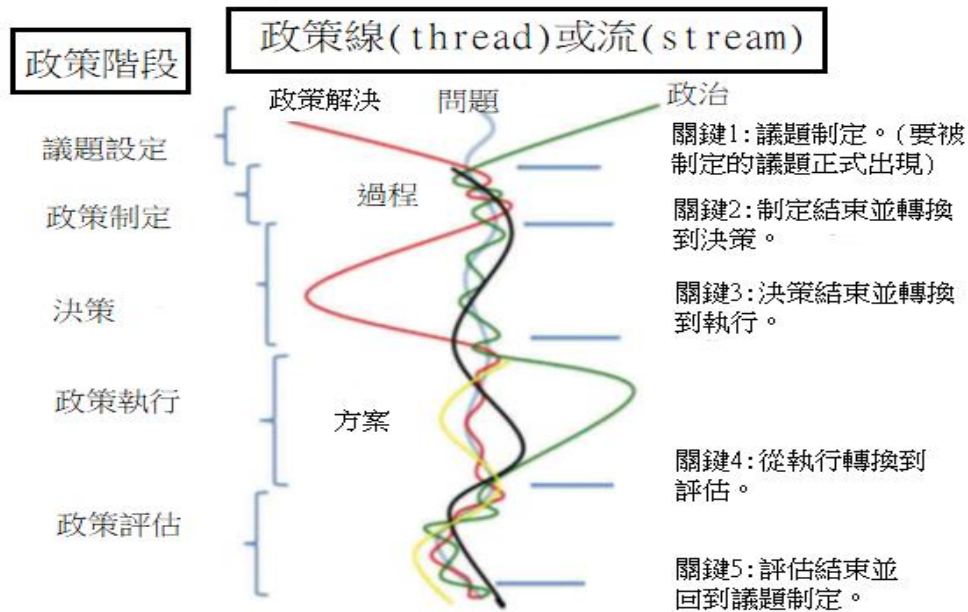


圖 2-4：政策過程的五流(Five-thread)模式

資料來源：Howlett, M., McConnell, A., & Perl, A.(2016).

Ashford, Smith, De Souza, Fikree & Yinger(2006)認為問題流、政策流及政治流在政策過程每個階段透過相互作用，建立能力(capacity building)可影響政策基本要素的改變；建立聯盟(coalition building)可增加或加強組成關注這議題的聯盟，提高影響力；政策學習(policy learning)可使決策者增加對問題的認識。政策窗透過能力建立、議題設定、建立聯盟這三項行動幫助創造機會之窗，使政策更有機會被實踐(如圖 2-5)。

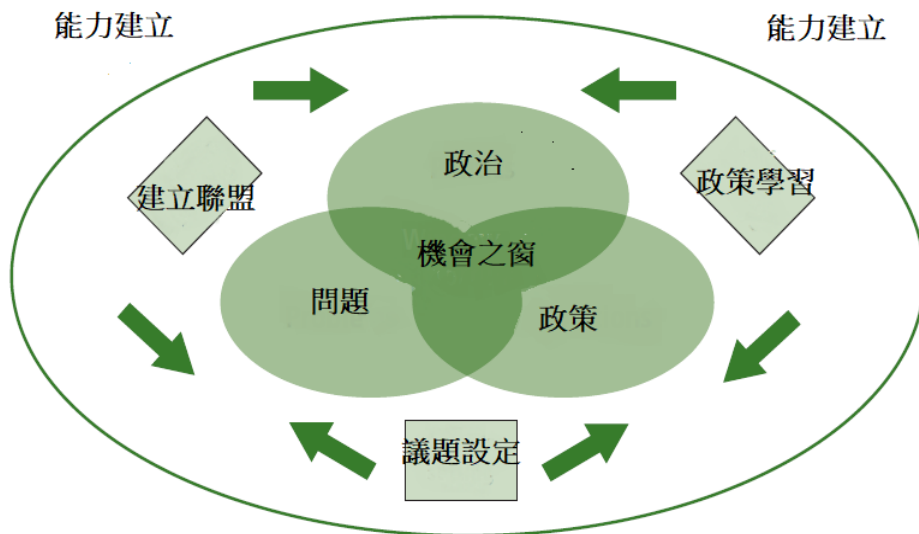


圖 2-5：將知識轉化為政策行為的理論框架

資料來源：Ashford, Smith, De Souza, Fikree & Yinger.(2006).

「政策窗」觀點原本使用在立法過程的分析，但事實上也有其他研究指出「政策窗」可用在組織的層次。Bakir 就用 Kingdon 「政策窗」觀點作為中央銀行改革多層次治理之分析框架，他認為「政策窗」觀點有助於整合機構、想法跟論點，說明機構變革所涉及之機制(Bakir,2009)。在本研究中，也是將「政策窗」觀點放在組織層次來運用。

「政策窗」不像組織環境因素、生態觀是靜態的，它是流動的，當問題流、政策流、政策流交會時，社區照顧政策就有實現的機會。以尾塹社區為例來說明「政策窗」在本研究的運用：

一、問題流：尾塹社區 570 戶 1,617 人，65 歲以上老人共 264 人，佔全社區人口的 16.32%。老年人口多，但是因為社區工作機會少，青壯年人都到外地工作，社區老人缺乏照顧者，成為社區共同議題。

二、政策流：各項社區照顧政策帶給尾塹不同的社區照顧資源，也形成不同的照顧模式，如因衛生署健康營造小站成立喬木讀書會，行政院六星計畫成立社區照顧關懷據點，宜蘭縣政府高齡友善城市計畫成立老來寶健康促進家園，長期照顧十年 2.0 政策成立 C 級巷弄長照站。

三、政治流：尾塹社區良好的社區照顧績效，得到中央局處、宜蘭縣政府，三星鄉首長、立委、議員、民代、村鄰長的支持，為其帶來更多的社區照顧資源。

「政策窗」除了表達流動的概念外，也可以看到轉折點(契機)。以尾塹社區照顧歷程而言，其轉折點為喬木讀書會、社區照顧關懷據點、長青食堂、老來寶健康促進家園、長照十年 2.0，這些轉折點都讓尾塹社區照顧服務更上一層樓。

此外，「政策窗」也可看到尾塹社區在社區照顧歷程中，知識轉化成政策行為的過程。在議題設立上，尾塹社區發展協會理監事會決議將社區發展方向定位為老人社區照顧，清楚地設定社區發展議題。在政策學習上，尾塹社區在各項政策投入時，以團隊方式做有效學習，使社區能力提升。在建立聯盟上，尾塹社區與社會處、衛生局、衛生所、社區各利益團體等建立聯盟，攜手共創社區照顧服務。

「政策窗」所展現的動態變化是組織環境因素、生態觀較無法說明的，因此本研究也參酌「政策窗」觀點，來呈現尾塹社區的照顧轉折點、知識轉化與問題流、政策流、政治流三流的互動交會。

第四節 政策發展慣性

我國從 2007 年開始推出長期照顧十年計畫，成為我國長期照顧服務的初步基礎，之後隨著人口老化、國家財政困窘及「在地老化」理念，社區照顧成為我國長期照顧的重要趨勢，2016 年民進黨政府執政後，推出長期照顧十年 2.0 的新規畫，雖然提出新的做法，但是社區照顧依然是新政策的重點，長期照顧財務政策也做了大轉彎，使我國長期照顧政策進入了新的局面。

政策發展慣性是社區照顧發展歷程很重要的關鍵背景。中央政策的下達與改變都會對地方的社區照顧服務產生影響，地方上對社區照顧的需求同時也會影響中央政策在地方上的執行，因此本研究用政策慣性來分析社區照顧發展歷程，說明在地老化的理念、社區照顧的意涵內容與做法、我國長期照顧政策等長期照顧相關政策趨向，最後介紹宜蘭縣充滿地方活力的社區照顧，以了解政策從理念、中央到地方執行之脈絡。

壹、「在地老化」理念

「在地老化」為大部分老人期待終老的方式，但是唯有建構完整的社區照顧網絡，才能實踐「在地老化」的理想，因此我國長期照顧政策向來將社區照顧視為發展重點，2017 年新推出的長期照顧十年計劃 2.0 亦看重社區照顧網絡之建立，期待能夠規劃整合性的社區照顧體系，讓長者在自己的社區受到良好的照顧，安享晚年(衛生福利部，2016)。

我國直至 2012 年 6 月底止，戶籍登記之 65 歲以上老人計有 2,554,988 人，而內政部及縣市政府主管之老人長期照顧及安養機構共 1,057 所，進住人數有 42,898 人，僅占全部老年人口 1.68%(內政部統計處，2013)。衛生福利部「中華

民國 102 年老人狀況調查報告」中，我國 65 歲（含）以上老人，2013 年住在一般住宅者佔 96.6%；住在機構的比例只有 3.4%(衛生福利部統計處，2014)。黃盈樺、李佩真 2013 年針對台北及台中地區 50 歲以上居民進行 257 份問卷調查，選擇在地老化者有 225 份，佔總樣本數 87.55%。上述資料均指出，國人選擇接受照顧的地點以留在社區「在地老化」為主，住在機構的並不多(黃盈樺，李佩真，2013)。國內外的研究也都顯示出老人期待在家接受照顧(吳淑瓊、莊坤洋，2001；Li, 2006；黃盈樺、李佩真，2013)。

「在地老化」對老人具有多重的意義，第一個是物理層面：老人可以看到，也感受到像家或住家附近的感覺；第二個是情感及心理層面：老人有歸屬感和依戀；第三個是社會層面：在人際互動上，老人可以保持跟其他人的聯繫；第四個是文化層面：老人的價值觀、信仰、種族、象徵的意義等(Iecovich, 2014)。可見「在地老化」對老人是全人照顧的意義。

「在地老化」目前是各國重要的照顧理念，被看重的原因大致如下：(吳淑瓊、莊坤洋，2001；蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪，2015)

- 一、老人教育程度及經濟水準提升：現代老人比起過去老人更有經濟能力及知識，可以去選擇自己所期待的照顧模式。
- 二、專業人員照護理念改變：照顧觀念已從全天候密集性護理，轉為留在家庭照顧，讓老人的自主生活隱私大幅提升。
- 三、長期照護費用壓力減低：社區照顧用到了許多非正式照顧資源，比起機構照顧的費用減少許多。
- 四、醫療設施的進步：新型設備設施的研發，增加了老人留在家庭的可能性。比如家中裝置呼吸器或洗腎設備，老人就可以在家生活，不需要住到醫院或專業的醫療照顧機構。

「在地老化」雖然受到老人的歡迎，也是現在長期照顧政策的重要趨勢，但要實踐「在地老化」理念，還是要注意以下要點：

- 一、文化影響著老人的照顧經驗與期待。文化形成當地觀點，還有他們所關心在意的事情(Bacsu et al.,2014)。所以不同地方的文化對健康老化有不同的看法，規劃照顧服務時，須注意不同文化的差別，才能使服務融入老人的日常生活。
- 二、照顧策略要注意老人情感和身體健康、人際關係、個人發展和自決，提供符合老人所期待的照顧生活(Goodwin, 2014)。
- 三、每個老人狀況不同，服務的方式、服務的內涵都要針對不同健康狀況、不同年紀、不同性別等去提供適合他們的照顧方式，照顧服務要注意個別化的需求，才是務實的方法。不要浪費時間停留在思考「對老人應該提供何種照顧較好?」，企圖用一致性的想法來規劃照顧服務(Davies, 1998；Jack, 1998；陳燕禎，2005)。

大部分老人認為「在地老化」是最好及最終的選項(Iecovich, 2014；Chan, Hong-Ting, Shih-Jung Cheng, and Hwei-Jeh Su,2008)。但是需因地制宜，以老人為中心，規畫出其適合的社區照顧機制，才能使老人安居在社區中，實踐「在地老化」理念。

貳、「社區照顧」的意涵、內容與做法

因應「在地老化」理念，社區照顧更加被看重。社區照顧強調以老人感受（user-sensitivity）為軸心，透過相關資源相互協調的機制，紓解地方上老人照顧問題，並使服務具備可及性、可近性與便利性（周月清，1997；陳燕禎，2005）。

2016年我國長期照顧十年計畫 2.0 出爐，積極建構以社區為基礎的照顧型社區 (Caring Community)，期待建立連續性且整合性的社區照顧服務體系，減輕人口老化的照顧壓力，同時符合老人的照顧期待(衛生福利部，2016)。

一、社區照顧之意涵

社區照顧的目的是希望以被照顧者的需求提供不同程度的照顧服務，包括身體上、物質上及心理上的照顧，讓受照顧者儘可能獨立生活在自己的家中或社區中家庭般的地方(甘炳光，1995；Braye,1995；Whittaker,1996；曹純媛，2010)。Baldock (1983)認為社區照顧本身就是一個有價值的行動，可以強化社區的主動性(initiativies)，也可以提供一個改善福利服務的基礎，期待透過社區照顧機制的建立，讓社區產生能力及能量來自力照顧社區內的老人，提高老人的照顧品質。

黃源協(2005)認為社區照顧在許多國家中，已是長期照顧服務的主流模式。以下幾個原因可說明社區照顧之所以被看重(王香蘋，2000；周月清等，2005；Chan, Hong-Ting et al., 2008；蘇景輝，2009)：

- 1.機構照顧成本遠高於社區照顧成本，在老化越趨嚴重的狀況下，照顧成本不斷激增，各國政府基於財政考量，希望能抑制社會福利經費不斷上揚。
- 2.將老人留在社區照顧，可預防老人接受不當或過度的機構式照顧。
- 3.長期照顧服務應以社區的生活照顧為主，機構的醫療照顧為輔，協助老人擁有一般的日常生活，避免老人因為生理功能退化，失去社會獨立功能的能力。
- 4.讓受照顧的老人留在家裡，可就近照顧，並使他可以生活在熟悉的社區環境中，這是比較符合人性化且具社會融合的作法。
- 5.社區照顧可以讓老人可以跟他的家人、朋友及瞭解他們的人生活在一起；再者照顧成本比機構低，老人家庭比較能夠負擔。

6.多項研究顯示社區式服務(Community-Based Services)，顯著提高受照顧者的生活品質(Chan, Hong-Ting et al., 2008)。

社區照顧在長期照顧政策上具有多元的效益，需要投入更多資源來規劃社區照顧整合性及持續性服務，讓老人可以安居及終老於社區。

二、三種社區照顧理念

社區照顧的理念最常被分為三類，「在社區照顧」(Care in the community)、
「由社區照顧」(Care by the community)、
「與社區共同照顧」(Care with the community)(黃松林、許秀月，2004)。近年來因「在地老化」理念成為長期照顧政策主流，社區照顧的主軸由「在社區照顧」(Care in the community)朝向「由社區照顧」(Care by the community)。2005年提出的社區關懷據點實施計畫就是實踐「由社區照顧」(Care by the community)的工作模式(趙善如、蕭誠佑、黃松林、江玉娟、郭惠怡、陳素華、馮秀玉，2007；蕭文高，2007)。2016年衛生福利部核定的長期照顧十年計劃 2.0 宣示「建立以社區為基礎的照顧型社區(Caring Community)」，除建構「由社區照顧」(Care by the community)的多元工作模式外，也意涵著喚起社區自主意識，邁向「與社區共同照顧」(Care with the community)的社區照顧模式。

三、我國社區照顧發展與實踐

我國在 1972 年實施小康計畫，該計畫為了消除貧窮成因，提升社區生活水準，開始推展社區照顧工作 (徐學陶，2011)。「小康計畫」可說是我國開始展開社區照顧的政策。

繼小康計畫之後，1996 年政府頒布「加強推展社區發展工作實施方案」及「推動社會福利社區化實施要點」，據以實施福利社區化。初期採用實驗方式，

由中央與地方政府共同選定地區，進行兒童、少年、婦女、老人及身心障礙者服務方案後，再交由地方政府擴大實行(蕭玉煌，2002；王慧伶，2008)。

2000年行政院正式核定「建構長期照顧體系先導計畫」，由內政部與衛生署主辦，以「在地老化」為目標，採「社區優先」和「普及服務」的理念，讓社區照顧以實作過程，尋求適合我國的社區照顧模式，也試圖驗證我國建立社區式長期照顧體系的可行性(吳淑瓊，2004)。

2005年到2009年行政院推出「台灣健康社區六星計畫」，以「產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環境景觀、環保生態」等六大面向作為社區評量指標，其中社福醫療項下的發展社區照顧服務提出「建立社區照顧關懷據點，使得生活照顧及長期照護服務等工作可以就近社區化」，該項所提的社區照顧關懷據點，後來成為我國長期照顧政策重要的發展據點。(行政院，2005)。

社區照顧關懷據點推出後，受到各縣市的歡迎。在政府提供經費及專業人力協助下，直到2017年5月全國已有2,710個社區發展據點，村里涵蓋率為34.52%，服務涵蓋率71.57%。其中宜蘭縣在2017年已有83個社區照顧關懷據點，村里涵蓋率為35.62%，服務涵蓋率57.94% (監察院全球資訊網，2017)。衛生福利部也看到社區照顧關懷據點的重要，在長期照顧十年計畫2.0中，將其納入C級巷弄長照站的辦理單位(衛生福利部社會及家庭署，2016)。

過去中央及各縣市長期培育的社區照顧關懷據點，使得我國社區照顧具有初步基礎。現在長期照顧政策更期待透過地方力量來承接或分擔老人社區照顧的重責，進入「與社區共同照顧」(Care with the community)階段。而且不管是從「在地老化」理念，還是老年受照顧者人權觀點、國家財政人力考量等等方面，社區照顧顯然已是我國長期照顧政策的發展重點。但是目前長期照顧政策仍無法符合社區照顧的需要，需要調整及創立更多社區照顧需要的資源與政策，方能夠落實社區照顧服務。

參、我國長期照顧政策

我國長期照顧服務從 1990 年開始，才有比較顯著的發展。當時因為公共政策沒有提供足夠的照顧資源，造成私立小型養護機構氾濫，出現許多弊病跟悲劇，促使行政院在 1998 年頒布「加強老人安養服務方案」，開始推展日間照顧、居家服務等服務；同年核定「老人長期照護三年計畫」，將我國長期照顧政策定為居家式、社區式照護服務為主，機構式照護服務為輔的基調，並在各縣市成立「長期照護管理示範中心」，用單一窗口來提供專業評估與個案管理。

2000 年到 2003 年行政院核定「建構長期照顧體系先導計畫」，聚集跨領域專家們共同規畫以社區為中心來整合多元資源及設立管理機制，並以三鶯（三峽鎮與鶯歌鎮）及嘉義市做為實驗社區，在實作中勾勒出我國長期照顧體系之策略藍圖。2002 年由經建會規劃「照顧服務福利及產業發展方案」，結合民間業者的專業與企業化經營，開發長期照護服務產業（吳淑瓊，2005；蔡秋鳳、王秀紅，2008；陸敏清，2014；衛生福利部，2016）。

2007 年核定「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之實驗計畫」，以各縣市「長期照顧管理中心」作為資源整合跟服務傳遞的主軸，建立我國長期照顧制度。2015 年推動「長期照護服務網計畫」，期待解決當時長照資源分配不均的問題；為健全長期照護服務體系之發展，同年通過「長期照顧服務法」。2016 年接續 2007 年的長期照顧十年計畫，衛生福利部頒布「長期照顧服務十年計劃 2.0」，規劃提供支持家庭、居家、社區及住宿式照顧的多元連續服務，建立普及照顧服務體系，發展以社區為基礎的照顧型社區來實踐「在地老化」理念（陸敏清，2014；衛生福利部，2016）。

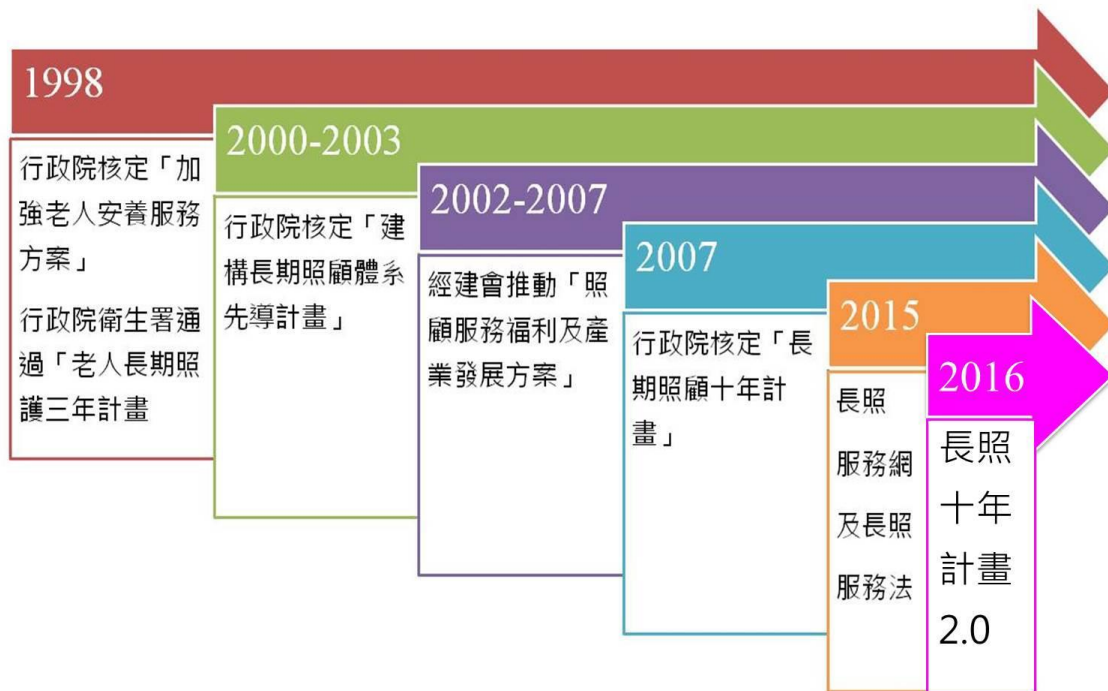


圖 2-6：我國長期照顧制度發展脈絡

資料來源：衛生福利部（2016）。

對於過去長期照顧政策實施十年來，學者專家們認為仍有許多尚待解決的問題如下：

一、長期照顧業務及法規分屬社會福利、衛生行政及退輔會體系，統籌、協調與管理困難。

社政、衛政、退輔會各體系依循的法規不同，目標人口不同，執行理念跟重點也不同。長期照顧業務的事權目前沒有統一及整合，人力資源無法統籌管理運用，跨部會及跨專業團隊的合作模式尚未建立完整，更無法跨越三大體系發展出完整且連續性的照顧服務體系（吳淑瓊，2005；高淑芬、陳惠姿，2005；林萬億，2006；陳正芬，2011）。

二、各體系各自發展其照顧管理體系，造成服務效率不彰及補助標準不一的狀況。

各體系為了滿足個案長期照顧需求，發展出各項服務方案，但是欠缺整體規畫，造成不同體系的服務重疊及補助標準不一的狀況，影響服務成效(吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬、徐慧娟、簡加奇，1998)。

三、長期照顧服務偏重機構照顧，居家與社區服務匱乏，無法落實「在地老化」的照顧理念。

政府對機構式照顧的規劃較早推出，居家式及社區式照顧於 1990 年開始發展，但其服務模式、服務項目跟服務量都顯然不足，也不像機構有評鑑指標可以做為品質管控的標準(吳淑瓊、陳正芬，2000)。

四、老人家庭難以負荷照顧工作，又缺乏替代性的照顧人力及資源。

國家發展委員會推估，我國老人人口於 2017 年後超過幼年人口，至 2016 年老化指數將達 406.9%。2016 年約 5.6 位青壯年扶養一個老人，2061 年每 1.3 個青壯年扶養一個老人(國家發展委員會，2018)。我國老人人口激增，老化速度快速，已超過一般家庭的照顧負荷，可是直到 2016 年本國籍照顧服務員(專職與兼職)卻只有 8,915 人，反觀勞動部 2017 年 12 月統計，我國外籍照顧員卻已有 250,157 位，遠超過本國籍照顧服務員的數量，可見現今照顧人力高度依賴勞動力不穩定的外籍照顧員，無法提供老人安全穩定的照顧品質(勞動部，2018；衛生福利部，2017)。

新出爐的長期照顧十年計劃 2.0 期待能夠解決過去十年長期照顧政策不足之處，將服務項目從原來 8 項增加到 17 項(如附錄八)。服務對象擴大增加 65 歲

以上失能老人、50-64 歲失能身心障礙者、55-64 歲失能原住民、50 歲以上失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者，以及衰弱老人(如附錄八)。依此服務範疇，衛生福利部估算 2017 年長期照顧需求人數高推估為 73 萬 7,623 人，低推估為 65 萬 9,188 人。2017 年所需費用估計需 162.26 億元，2026 年將成長至 736.48 億元，十年合計所需經費共 4,721.68 億元(衛生福利部，2016)。

如此龐大的長期照顧財源原來規劃由長期照顧保險來支應，但是民進黨政府於 2016 年執政後，對於長照費用採用保險制有所質疑，偏好採用稅收制。長期照顧財源應採稅收制或保險制均各有其論點(如附錄九)(林萬億，2009；傅立葉，2009；衛生福利部，2015)。民進黨政府的執政團隊最後還是決定捨棄保險制，改以遺贈稅、菸稅作為長期照顧指定財源。其中菸稅部分，劉惠敏(2017)提出質疑，她認為菸稅是為了要以價制量，減少其購買量，來維護國人健康，菸稅收入最好是越來越少，用菸稅來支應長照預算，「從精神到實質皆矛盾」。但不管用途是否矛盾，面對如此龐大的長期照顧經費的支出，執政者提出不穩定的財源收入，對長期照顧政策的執行是嚴峻的考驗(衛生福利部，2016；吳尚琪，2017；傅健豪、林翠芳，2017；劉惠敏，2017；劉雅文、何立博，2017)。

各界對民進黨政府在長期照顧預算大轉彎的政策有所質疑外，對於新出爐的長期照顧十年計劃 2.0 也提出以下建議：

一、長期照顧服務應規劃補助不同失能程度個案費用而非補助機構，應以個案失能程度包裹式補助來替代論量補助，並鼓勵非營利組織提高整合與效率，讓長照服務體系發展出「機構多功能（一個機構提供多項服務）」及「專業人員多技巧（一個專業人員提供跨專業部分功能的服務）」機制，來因應臺灣年輕勞動人力缺口(吳尚琪，2017)¹。

¹ 衛生福利部於 2017 年 12 月 29 日頒布「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」，以照顧需求、等級及服務內容訂定給付額度。(衛生福利部，2017b)

- 二、長照人員繼續教育的課程設計，應加強培訓照顧不同障別者日常生活所需的特殊照顧技巧，以滿足不同障別長者的照顧需求(吳尚琪，2017；劉雅文、何立博，2017)。
- 三、社區照顧服務體系仍有許多政策上的配套措施還沒有到位，比如服務輸送問題、照管中心人員訓練與評估工具未完善、照顧管理系統功能尚無法共享、衛政與社政支付服務內容及如何配合等等問題都需要盡快建立(黎世宏、陳阮玲，2017)。
- 四、社區服務體系 ABC 的建構原則主要依據人口密度，但是偏鄉和都市的人口差異極大，地理空間及需要也不同，依長照十年計劃 2.0 的規畫將造成人口密集度高的都市可設的照顧點多，地廣人稀的偏鄉雖然人口老化嚴重，但可設置的照顧點卻少又分散。照顧點的設置，應依實際需求進行調整(劉惠敏，2017)。
- 五、有關長照 2.0 的 C 級巷弄長照站，李易峻(2017)建議 1.要向主管機關申請設置及核可，才能使法制周全及有效管理；2.給付制度在試辦階後，改採用支付制度而非逐年逐案申請及補助，以增加行政簡便性及服務穩定性；3.在小型化的原則下，可以 3 名照顧員服務 24 名使用者為服務上限，讓社區經營者可彈性調配運用管理人力(李易駿，2017)。
- 六、統整長照與身障照顧系統，使服務可確實符合其不同對象的照顧需求，並避免老人與身心障礙者的申請程序與評估作業重複(周怡君，2016；劉雅文、何立博，2017)。
- 七、對於高齡身心障礙者的長照服務更該注意「案主中心」理念或是以個案管理模式針對不同障別的高齡身心障礙者需求，提出照顧計畫與方案管理，使各障別的高齡身障者都能受到合適的照顧 (劉雅文、何立博，2017)。

我國長期照顧政策自 2007 年開始推展，至今服務比例僅 16.5%到 30%(衛生福利部，2016)。服務的整合性跟連續性尚不足，可是人口老化速度快速，現今

服務資源不夠又無法回應多元的新興照顧需求，在執政者強調滾動式修正下，長照政策的做法一直調整，各方無所適從。對於國家即將面臨嚴峻的老人照顧問題，政府應嚴謹重整規劃，提出穩健的施政方針與步驟，逐步踏實建構我國長期照顧網絡，不只是減緩我國人口老化問題，也使長者得到好的照顧品質。

肆、宜蘭縣充滿地方活力的社區照顧

中央擬定長期照顧政策，直接影響到地方的社區照顧執行方向與內涵，但是中央政策落到地方時，地方並不一定會全部照案辦理，地方也可能比中央跑得更快，也可能因應其區域狀況進行微調。比如育兒津貼政策，台中市政府在 2015 年 8 月推出了「托育一條龍」，提出 0-6 歲育兒津貼每月補助 3,000 元，隨後中央在 2018 年 6 月公布要擴大發放育兒津貼，0-4 歲前兩胎補助每月補助 2,500 元，第三胎補助 3,000 元，中央與地方顯著不同調(滕淑芬，2017；李欣芳，2018)。很多政策均是如此，地方在執行中央政策時，會因應它的狀況作調整或加碼。宜蘭縣也是這樣，在配合中央政策之際，也發展自己的社區照顧模式。

宜蘭縣因著雪山山脈與西部隔離，長久以來發展著屬於自己的文化，近年來定位在「觀光、環保、文化、資訊」立縣，使宜蘭人引以為榮，對於自己的土地有著高度認同感。1980 年代，宜蘭反六輕運動促進社會參與，更加凝聚宜蘭人的共識與鄉土認同(蕭欣怡，2006)。

1993 年李登輝總統提出「生命共同體」主張，1994 年文建會將其延伸為「社區總體營造」政策，鼓勵以「由下而上」的方式帶動居民共同參與，一起改造生活的家園。當時的宜蘭縣長游錫堃大力支持該項政策，積極推展社區總體營造，成功地將社區營造概念推廣到全縣，喚醒社區居民對地方的認同與動員，建立與其他縣市單點社區營造不同的縣級社區營造模式，甚至呈現了村里型社區社造點

的全面擴散與社區結盟的雛型呈現(梁鴻彬, 1999; 廖淑容, 2004; 蕭欣怡, 2006; 黃錦峰, 2008; 楊弘任, 2015)。

方雅慧(2008)觀察宜蘭縣社區營造推動成功因素是宜蘭有專業組織長期在地經營, 他們成為觸動地區活化的變革啟動者。這群社造變革者理出了社區面對活化的議題, 從學習到行動, 發展出面對體制結構的自主能力, 對於當時推動在地特色的農村活化有顯著成效。當時發展出來的社區營造點, 為今日宜蘭縣社區照顧服務奠下基礎。

社區照顧關懷據點的建立, 成為宜蘭縣社區照顧服務的里程碑, 使宜蘭縣的社區照顧服務扎根在每一個鄉鎮。不過追溯宜蘭社區照顧歷史, 最早開始進行社區照顧服務, 應該是在員山鄉。1997年國產實業董事長林燈先生過世, 繳交2億遺產稅, 員山鄉公所成立專案基金補助廚工人事費及用餐老人每人每月100元補助, 成為宜蘭縣最早實施社區送餐服務的鄉鎮(林文明, 2006; 柯安聰, 2015)。內政部隔年(1998年)為落實福利社區化政策, 選定全國5個社區作為實驗社區, 宜蘭縣蘇澳鎮為其中的實驗社區。同年(1998)臺灣省政府也選擇全國5個實驗地點, 宜蘭市梅洲社區發展協會列在其中(吳明儒, 2004; 邱汝娜、陳素春、黃雅玲, 2004)。蘇澳鎮及宜蘭市進入上述實驗方案, 開始辦理居家服務、社區用餐及送餐、社區老人訪視問安、長青學苑等老人社區照顧服務。蘇澳鎮同時也開辦蘇澳安養堂老人日間照顧服務(林文明, 2005)。這兩個中央的實驗方案在宜蘭縣社區照顧發展史上撒下種子。

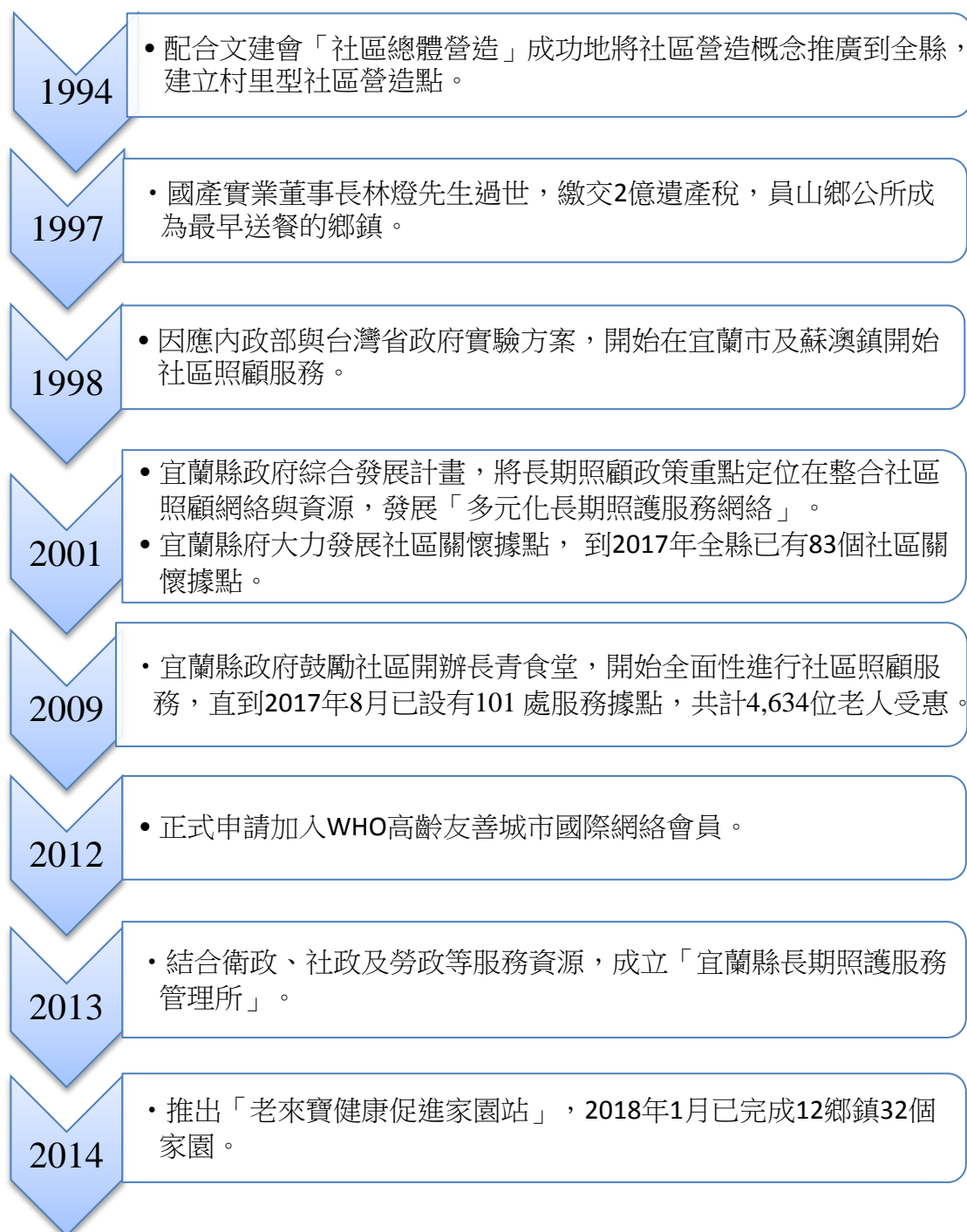
宜蘭縣社區照顧工作, 除了社政單位努力推展福利社區化外, 衛政單位也有積極作為。1996年宜蘭縣政府衛生局展開「健康社區列車」行動, 以「量身打造在地的衛生政策」理念, 與陽明大學社區護理研究所合作, 透過基層衛生團隊在1997年完成全縣各鄉鎮的社區健康評估報告。2000年將全縣分為4-6個小區, 透過宣導跟問卷, 設立健康營造站, 再以居民票選出最希望營造的健康主題—飲食及健康兩項, 作為落實社區健康照顧的實施目標(邱淑媿, 2001)。

宜蘭縣正式全面提供社區照顧服務，該從 2009 年宜蘭縣政府補助各社區辦理「長青食堂」開始。宜蘭縣政府大力推動社區老人餐飲服務，希望建立社區自主運作模式(林明莉，2013)。「長青食堂」計畫符合地方需求，到 2017 年 8 月全縣已設有 101 處服務據點，共計 4,634 位老人受惠，成為宜蘭縣頗為成功的社區照顧政策(宜蘭縣政府，2017c)。

2011 年 11 月宜蘭縣政府簽署 WHO 高齡友善城市全球網絡及愛爾蘭成功老化網絡「都柏林宣言」，2012 年正式申請加入 WHO 高齡友善城市國際網絡會員，成為全國第 5 個正式會員，宜蘭縣的老人照顧服務開始進入國際平台（李怡娟、郭懷婷、劉建廷、陳嬾玲，2015；宜蘭縣衛生局，2016）。宜蘭縣政府組成跨局處工作小組發展「高齡友善城市」計畫，以高齡友善城市的八大面向，建構老年整合服務網絡(李怡娟等，2015；宜蘭縣政府，2016)。2014 年為落實「高齡友善城市」計畫，從尾塹社區開始成立以「高齡友善城市」計畫八大面向規劃的「老來寶健康促進家園站」，以社區照顧關懷據點做為主軸，結合縣府各局處共同營造全方位的社區照顧服務中心。該家園站推展到宜蘭縣各鄉鎮，成為宜蘭縣多元社區照顧創新型服務模式(宜蘭縣政府，2017c；宜蘭縣政府衛生局，2018)。

從上述宜蘭縣社區照顧發展脈絡，可見宜蘭縣的社區照顧是從地方由下往上發展。由於宜蘭縣政府財政困窘(鄧凱元，陳煒林，2015)，宜蘭縣政府的社區照顧策略為結合地方資源來發展社區照顧工作，加上社區照顧服務符合地方需求，也得到各政黨支持，使得宜蘭縣的社區照顧工作，在財政匱乏之際也能有亮眼的表現。

表 2-1：宜蘭縣社區照顧發展脈絡



資料來源：修改自劉雅文(2016)。

第五節 本文的分析架構

影響社區照顧發展歷程的因素，可從組織環境因素、生態觀、政策窗、政策慣性來解釋，但是每一種觀點都有它的限制，無法全備。因此在本研究，研究者參考上述觀點，以歸納方式，提出自己的解釋。以下說明各觀點在本研究之使用及限制，及研究者自行歸納之觀點。

組織環境因素，說明特定環境、一般環境等因素對於組織發展社區照顧服務之影響。特定環境像是市場、投資者、人力資源等，一般環境像是社會文化、人口結構等，可以分析社區組織在不同環境中所面臨的各種環境因素。

生態觀，說明為滿足微視系統的案主及其家庭照顧需求，在鉅視系統的社區意識及價值觀支持社區照顧服務建立下，社區自主性發展出適合自己的社區照顧機制。從生態觀可以分析組織發展社區照顧時，各系統間的互動與關聯。

政策窗，說明社區面臨了人口老化照顧需求等「問題流」、長期照顧及社區照顧等「政策流」、政府官員選舉異動及政治氛圍等「政治流」的交會，使政策窗打開，使中央、縣市政府及地方提供社區各樣的社區照顧經費及資源。

政策慣性，中央及地方政策的發展方針是社區照顧發展歷程的重要背景資料，影響著社區照顧機制的建立。

上述四項觀點中，組織環境因素、生態觀都是屬於靜態的環境因素。組織環境因素裏特定環境的市場、投資者、人力資源，也分別是生態觀的老人及其家庭、提供照顧資源的政府與民間單位、社區經營者。一般環境因素的社會文化，等同是生態觀的社群意識及價值觀。上述這兩項觀點相似，但分析方式不同，不過兩者均因環境因素複雜，對於社區照顧發展的關鍵因素無法聚焦，只能靜態地呈現組織社區照顧現象。

政策窗則是從動態觀點分析社區發展歷程的轉折點(契機)，補足上述兩個觀點的不足，但是政策窗沒有辦法看到社區整體樣貌，加上在社區中對於政策窗的啟動，無法找出特定的個人，因為社區通常是由許多人去啟動社區照顧機制。政策慣性影響社區照顧發展過程，也與政策窗的政策流，組織環境因素的政治法律相似，但是從政策慣性沒有辦法看到整個社區生態及關鍵轉折點。四項觀點彼此之間，有相同，有交錯，也有互補，但是都無法單獨作為社區發展歷程分析之框架。

研究者歸納上述四種觀點，提出影響社區發展因素圖(圖 2-7)，說明社區在具備共同社區照顧意識及價值觀的環境生態中，社區經營者為了解決特定環境中組織為了滿足老人與家庭照顧需求及期待，以其照顧理念及能力來執行社區照顧服務。社區組織則順應中央及地方社區照顧政策發展，逐步建立社區照顧機制，並在政策窗的問題流、政策流、政策流三流會合時，將此運用為改變及提升社區照顧服務之轉折點(契機)，讓社區廣納更多社區照顧資源，得以建構為多元社區照顧模式。

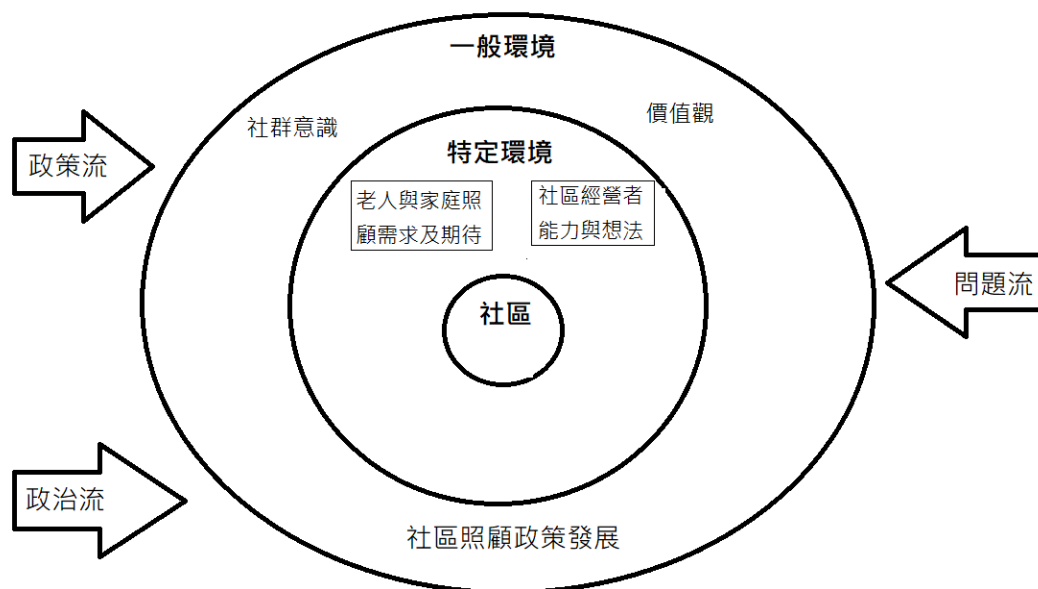


圖 2-7：影響社區發展歷程的因素

資料來源：研究者繪製。

第三章 研究設計

本研究採用個案研究法。研究場域為宜蘭縣尾塹社區，透過對尾塹社區照顧服務的整體分析來思考該社區照顧模式的特性與未來可能發展方向。以下說明本研究所採用的研究設計，以利剖析研究問題。

第一節 研究場域與對象

本研究採取立意抽樣(purposive sampling)，選擇尾塹社區作為研究樣本，之所以選擇尾塹社區係因為其是宜蘭縣具有代表性的社區照顧案例，再者尾塹社區符合立意取樣的三項原則：能提供所欲研究議題豐富的經驗事實／知識、此經驗事實／知識是可以被採集、此經驗事實／知識足以代表特定研究範疇／對象 (Schutt, Russell K,2013)。基於此，本研究擇選尾塹社區為研究的個案，期待對其深度剖析，有益於答覆研究問題。

本研究的觀察單位 (observation unit) 為研究場域內社區照顧服務的利害關係人 (Stakeholder)，包括宜蘭縣政府社會處、衛生局及尾塹社區發展協會等社區經營者、志工、老人、老人家屬等，其中 65 歲以上老年受訪者以衰弱(Frailty)作為評量標準，以瞭解不同衰弱程度老人對社區照顧的看法。衰弱老人為我國長期照顧十年計畫 2.0 新增服務對象，本研究將研究對象的衰弱程度列入研究範疇，並使用與長照 2.0 所使用的 SOF 量表(Study of Osteoporotic Fracture)作為評估工具，期評估結果可與長期照顧服務接軌(衛生福利部，2016；宜蘭縣政府衛生局，2017b)。

第二節 資料蒐集與分析方法

本研究採個案研究法，資料收集方法使用參與觀察、深度訪談、檔案文件等，並以質性內容分析法（Qualitative content analysis）進行資料分析。

壹、個案研究

個案研究是一種實證方法，透過多元方法取得證據，並在真實生活情境，探討當前的現象。它的目的在透過個案，洞察、發現和解釋當前現象的內涵和背後的情境脈絡，重視「獨特現象的深入瞭解」，而不是驗證假設(Yin,2009；Rubin & Babbie,2007)。

本研究以尾塹社區作為個案研究之對象，針對該社區照顧服務的發展與經驗進行深描(thick description)，描述其經驗、感受，以深入了解其社區照顧發展歷程及尾塹社區居民對尾塹社區照顧的看法，以下以 Robert K. Yin 提出的執行個案研究三個重要步驟，資料收集的準備、收集證據、分析個案研究證據分別進行說明(Yin,2009)：

一、資料收集的準備

研究者為了擬定研究方向，在 2016 年 3 月 30 日及 4 月 12 日至宜蘭縣兩個社區進行非正式訪談，瞭解兩個社區概況，並依研究主題以尾塹社區做為本研究個案，據此發展論文計畫書，擬出研究問題之定義、研究方法，發展各項訪談大綱及檔案、實地觀察記錄表格等(各項紀錄表詳見附錄三)，使資料收集可以系統化。

二、收集證據

本研究的證據資料來自尾塹社區發展協會的文書檔案、媒體報導、研究者的研究日記、利益關係人的深入訪談及參與觀察等。

研究者首先徵得尾塹社區發展協會理事長、總幹事等社區經營者同意進行本研究，並在 2017 年 2 月 25 日參與尾塹社區發展協會會員大會，由總幹事跟研究者說明本研究。社區發展協會並將研究者的研究說明張貼在尾塹社區公布欄，公告周知。經上述程序後，研究者再進入場域，進行資料收集。研究者為了解該社區活動，積極主動協助社區辦理之活動，如安農溪清溪、社大開學典禮等，以深入觀察社區運作及居民互動狀況。

證據收集資料包括協會提供的尾塹社區檔案；研究者參與社區活動、隨同訪視志工到老人家中進行關懷訪視等實地觀察及記錄日記；深度訪談對象為總幹事推薦者、研究者自行邀請者，還有受訪者以滾雪球方式再行推薦者。

三、分析個案研究證據

資料分析採用類型比對、建立解釋、時間序列模式，說明如下：

1. 類型比對(Pattern-matching)

為了確認資料之有效性，研究者將尾塹社區文件檔案、深入訪談、參與觀察等不同管道收集到的資訊，進行資料彼此的驗證，確定是否吻合或矛盾，以增強本研究之內在效度。

2. 建立解釋(Explanation-building)

研究者從尾塹社區收集而來的資料所提供的證據，反覆思考，進行解釋，再依所建立的概念重新檢視證據，修正命題，不斷重複該動作及反思，成立新觀點，直到理論的解釋飽和為止。

3. 時間序列(Time-series)

研究者透過資料的收集，檢視尾塹社區隨著時間的變化，社區照顧理念的脈絡軌跡，來了解尾塹社區發展歷程及因過去歷史因素，促成今日社區居民對社區照顧的看法及期待。

本研究依循個案研究法之精神及研究步驟逐步進行，透過檔案資料、實地觀察、深度訪談等資料收集，以進行歸納，得出個案結論後，發展政策意涵，進行報告之撰寫與發表。

貳、資料收集方法

資料收集的步驟，先以不干擾的方式，從檔案紀錄及文件資料著手。研究者先整理尾塹社區檔案資料，大致了解尾塹社區照顧發展歷程，再透過參與觀察對社區有初步了解後，擬出訪談大綱進行試訪，再依據試訪結果，重新修訂半結構問卷，進行正式深度訪談。隨著訪談所得資訊，繼續尋求相關的文件檔案及觀察紀錄，使資料文本更加清晰精確。

在訪談對象方面，本研究採立意抽樣(purposive sampling)。抽樣標準為居住在尾塹社區的民眾，具備口語溝通及一般理解能力者，老年受訪者為年滿 65 歲以上長者，並以 SOF 量表(Study of Osteoporotic Fracture)測量衰弱程度。經過尾塹社區發展協會推薦、受訪者推薦及研究者邀請等方式，本研究共訪談社區經營者 7 人、志工 3 人、老人 4 人、老人家屬 3 人等社區照顧利益關係人(Stakeholder) 共 17 人。

表 3-1：訪談對象－社區經營者

序號	代碼	性別	年齡	婚姻	學歷	信仰	過去或現在行業別
1	AA	男	65(41 年次)	已婚	研究所	道教	老師
2	AB	男	65(41 年次)	離婚	小學	道教	公務員
3	AC	女	42(64 年次)	喪偶	大學	道教	公務員
4	AD	女	37(69 年次)	已婚	大學	道教	公務員
5	AE	女	49(57 年次)	已婚	研究所	道教	公務員
6	AF	女	60(46 年次)	離婚	大學	無	公務員
7	AG	男	61(45 年次)	已婚	大專	道教	牙醫

表 3-2：訪談對象－社區志工

序號	代碼	性別	年齡	婚姻	學歷	信仰	過去或現在行業別
1	BA	女	81(25 年次)	喪偶	小學	道教	家管
2	BB	女	54(52 年次)	未婚	大學	道教	行政人員
3	BC	女	55(51 年次)	已婚	高中	道教	褓姆

表 3-3：訪談對象－社區老人

序號	代碼	性別	年齡	婚姻	學歷	信仰	過去或現在行業別	居住狀況	交通工具	衰弱程度
1	CA	男	87(19 年次)	已婚	初中	道教	工	子女、配偶同住	摩托車	2
2	CB	男	83(23 年次)	喪偶	初中	道教	公務員	子女同住	開車	2
3	CC	女	79(27 年次)	喪偶	小學	道教	家管	子女同住	電動車	1
4	CD	男	79(27 年次)	喪偶	未就學	道教	土木	子女同住	摩托車	0

表 3-4：訪談對象－社區老人家屬

序號	代碼	性別	年齡	婚姻	學歷	信仰	過去或現在行業別	居住狀況	(祖)父母衰弱狀況
1	DA	男	65(41 年次)	已婚	高中	道教	工程人員	與妻、父母同住	2
2	DB	女	32(74 年次)	已婚	大學	道教	行政人員	與配偶同住	1
3	DC	男	44(62 年次)	已婚	大學	道教	設計人員	與配偶同住	0

參、資料分析方法

本研究採用質性內容分析法 (Qualitative content analysis)，作為文本的內容分析方法。內容分析法(Content analysis)是一種可用於質性或量化的分析方法，目的在於建立一個可以描述現象的概念模型，非常適合用來分析多元且敏感的現象，而且可以處理大量文本數據及不同的文本來源，以用於證實證據(Elo, S., & Kyngäs, H., 2008)。雖然質性內容分析法(Qualitative content analysis)、主題內容分析法(Thematic content analysis)跟其他質性分析法(Aanalytical qualitative approaches)缺乏明確界限跟一致性 (Vaismoradi et al, 2013)。有人認為質性內容分析法與主題內容分析法是一樣的，也有人認為是不一樣的，Elo, S., & Kyngäs, H.(2008)認為都是針對主題進行分析。在本文中一律用質性內容分析法來統稱。

在質性內容分析過程，分為演繹觀點及歸納觀點，本研究中採歸納觀點進行質性內容分析(如圖 3-1)。分析的內容包括文字、圖片、符號、想法、意義或其他可以溝通的訊息等等(Burnard, 1991; Burnard, 2008)。在訪談的部分，整理為逐字稿(表 3-5)，再依資料分析步驟(圖 3-1, 3-2)，以編碼表進行資料分析(見附錄八)。

資料分析是系統性、嚴謹性，是勞力密集跟非常耗時之持續比較(Contrary comparison)過程(Burnard, 2008)。研究者在這個過程中，不斷重複閱讀，來辨識文本資料出現的主題，並反覆理解資料的意義，一次又一次地精煉主題，直到歸納出整個文本的概念意義，再從社區場域及社區居民的角度，建構出宜蘭縣尾塹社區照顧的藍圖。

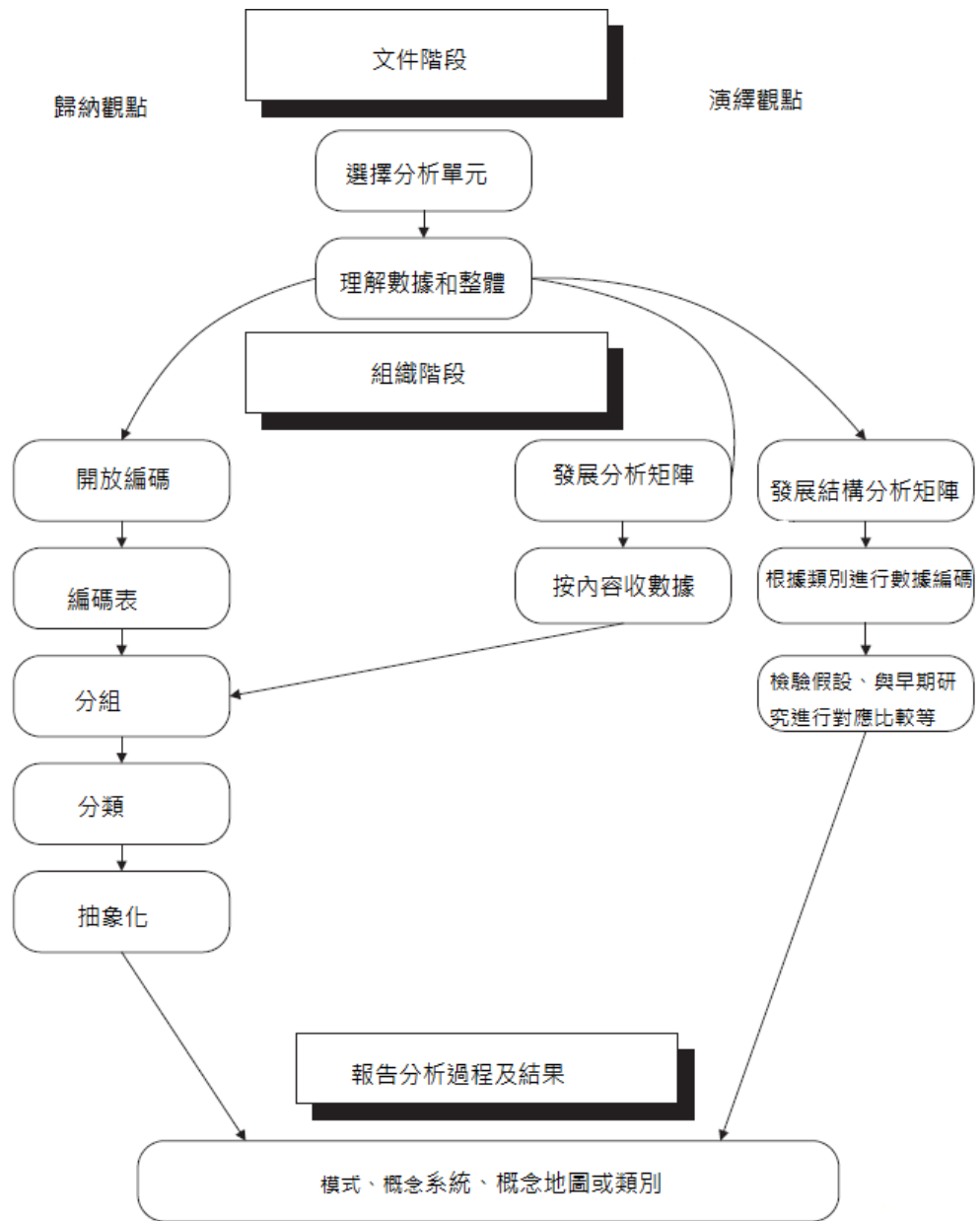


圖 3-1:內容分析過程的準備、組織及結果的過程

資料來源：Elo, S., & Kyngäs, H. (2008).

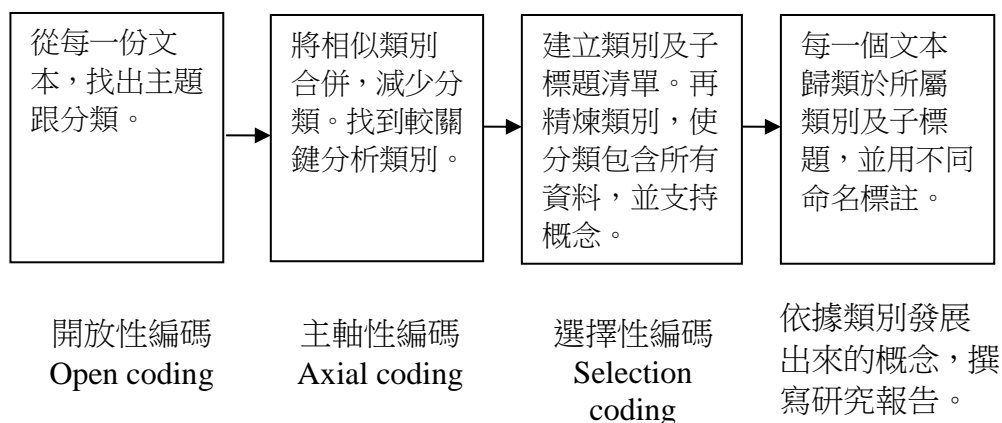


圖 3-2：資料分析步驟

資料來源：Burnard., Gill., Stewart., Treasure & Chadwick. (2008).

表 3-5：訪談引述範例表

訪談逐字稿		
AE	日期	1060714
逐字稿	編號	編碼/分析
訪：尾塹隊。所以妳那時候來的時候啊，妳、妳那時候對尾塹村這樣的一個，他們在做老人照顧關懷的一些看法，妳那時候來的時候，讀書會開始了嗎？	96 97 98 99 100	社區照顧服務發展歷程/ 讀書會
AE：讀書會它是從 89 年就開始了，我還沒有來這邊的時候就開始了，對，那當時成立的部分的話，也是響應當時中央的一個政策啊，那當時是現在的衛生福利部國民健康署，以前叫國民健康局，那當時他們可能希望說在社區，可以成立類似像這樣子的一個讀書會，那可以就是說讓社區的一些長者，他們有一個這樣子一個社團，讓他們可以聚集他們，那希望他們可以走出家門嘛，所以其實從 89 年的時候，當時中央推這個長者的一個照顧這樣的一個政策，其實他們當時就已經有一個雛型了。	101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113	

第三節 研究嚴謹性

Robert K. Yin 認為個案研究者必須在建構效度(Construct validity)、內在效度(Internal validity)、外在效度(External validity)、信度(Reliability)等四方面增進研究設計的品質(Yin,2009)。其中內在效度的目的為建立因果關係，不適用本研究，所以本文僅探討本研究之建構效度、外在效度與信度等三項信效度(Yin,2009)。

壹、建構效度(Construct Validity)

Robert K. Yin 提出個案研究建構效度之提升措施：第一個措施，在資料收集的階段，採用多種證據來源，並對各種證據進行交叉驗證；第二個措施，讓所收集的各個證據形成證據鍊；第三個措施，請主要證據的提供者檢查個案報告草案，核對證據的真實性(Yin,2009)。依據上述三項建構效度提升措施，說明本研究作法如下：

一、採用多種證據來源，並對各證據進行交叉驗證。

本研究採用多種證據來源，如參與觀察、深度訪談、文件檔案等等，透過不同資料的收集，對本研究之各項證據進行三角檢驗，交叉確認現象之樣貌與真實性，建構出符合事實之現象描述。

例如在深度訪談中，受訪者所提的現象與想法，在參與觀察中是否出現同樣的訊息，在文件檔案中是否也有相同可驗證的記錄。研究者將不同管道蒐集的資料彼此佐證，提升事實樣貌的效度。

二、各個證據形成證據鍊。

本研究在資料收集過程中，找出不同來源的資料彼此之間重疊的敘述，以驗證受訪者所認知的相同事實。每一段被驗證的資訊彼此銜接，逐步形成緊密證據鍊。

例如受訪者們描述對尾塹社區照顧服務剛開始時的記憶，參與社區發展照顧服務的印象，及說明社區照顧服務改變過程的重要事件，研究者從各方說法中，找出大家認同的事實，再加上社區檔案，當初的媒體報導等資料，串聯出尾塹社區發展社區照顧服務的脈絡。

三、請證據提供者確認資料之正確性，以核對證據的真實性。

在每個資料的收集過程中，研究者反覆確認資料的正確性。進行深度訪談時，向受訪者不斷確認訪談重點與結論是否符合所提意見跟想法，以避免資料的紀錄與詮釋，落入研究者個人主觀意識。

研究者透過上述三階段的嚴謹把關，層層的證據比對，以提高本研究的建構效度。以下以尾塹社區的長青食堂服務為例，說明在本研究中建構效度之方式如下：

研究者於 2017 年 3 月 1 日參加尾塹社區樂智學堂，負責該業務的三星鄉衛生所護理師表示老人固定出席率很高，而且每次課後都會安排與樓下社區關懷據點長者一起用餐，言下之意似乎用餐對長者參與課程具有吸引力，研究者對此產生好奇。

2017 年 4 月 17 日研究者跟社區志工一起去訪視關懷長者後，受邀留在社區跟長者一起用餐。研究者看到樂智學堂的失智症長者聚集一桌用餐。研究者觀察到長者們很安靜及專注的用餐，將其觀察記錄在日記上。2017 年 4 月 17 日研究日記上記載「老人家只吃自己桌前的菜，不像我會站起來夾菜，還是因為老人家站起來會不穩，所以不敢站起來。我雞婆幫忙調換菜色，有位老人家遏止我，讓我覺得自己似乎管太多了，失禮了。可是換過去後，對面老人家很積極的夾菜。」

共同用餐的經驗，使研究者體會到樂智學堂的長者們對長青食堂的謹慎與重視，很擔心太多意見，引起別人不悅。

研究者在進行深度訪談時，同樣發現長者與家屬對長青食堂的重視。CA 長者表示「我們要惜福，他們設這樣讓我們方便。(CA：56)」長青食堂的供餐增加老人家的用餐便利性。CC 長者說長青食堂「很好，有需要，老人家很需要，因為總是有人需要，有的人家裡的年輕人如果去上班，中午都沒有辦法吃，沒有得吃，勁需要。(CC：588-590)」家屬同樣也樂見尾塹社區有了長青食堂，BB：「我都要上班，中午時間，爸爸一個人的話，他來社區吃的話，我就很放心，你就不用在那邊，而且他身體健康嘛!(BB：1534-1538)」從訪談中可以得知尾塹社區的長青食堂受到長者與家屬的歡迎。

在協會 2016 年度衛生福利部社區發展工作績效組評鑑業務資料記載「長青食堂：目前參加食堂午餐以 104 年 06 月為例：計有每星期一~五固定長者 52 人，每星期一、三增加樂智學堂 21 人，志工每天 8 人，總計參與人數有 1368 人次/月，效果非常好，對老人健康很有幫助，社區居民也很支持。」(尾塹社區發展協會，2017)也呼應了研究者的觀察。

從長青食堂的範例中，可見本研究從實地觀察、深入訪談及社區檔案資料等各種證據中，形成證據鍊，並不斷反覆確認資訊之正確性，以交叉印證出長青食堂的服務是為社區居民所需要及重視的服務項目。

表 3-6：尾塹社區田野日記範例表

尾塹社區田野日記	
*日期：106 年 4 月 22 日 天氣：晴(第八次)	
一、事件	
<p>一早 5 點起床，趕到安農溪，參加社區安農溪維護清潔工作，這工作每月一次進行清溪。其中好幾位帶著安農溪整體發展協會帽子，一位大哥向我說明，他們是社區巡守隊下的單位。大家聚集在萬聖公廟前，除我以外，有 12 人都是男士，加上對面還有 5 位已經在打掃的，共 17 人。….</p>	
二、感想	
<p>1. 社區會員為領導中心，但是有很多會員才能幫社區有穩定且足夠的會員收入，可是同樣會帶來決策層的紛雜，人多意見難以統合，莫非社區採菁英制是社區可以理性發展的方法。</p>	
2……	

表 3-7：訪談紀錄範例表

訪談紀錄表			
編號	1060606	日期 / 時間 / 次數	106.06.26/01 Pm15：30-17:40
訪談對象	AF	訪談地點	宜大伯朗咖啡
內容摘要			
<p>1.AF 為喬木讀書會創辦人，她因為母親成為植物人非常愧疚，希望能將老人照顧好，期待老人能夠彼此照顧，彼此成長，因此在參加完一次讀書會訓練後，就開始找志工，組成讀書會，剛開始人不多，後來人越來越多，可高達 40 人。在讀書會中，不只學讀書，若老人沒有來上課，則追蹤關懷。</p> <p>2. 她很強調守時紀律，尾塹喬木讀書會訓練很成功，大家都很準時，結束時也會幫忙收拾。喬木讀書會的名子是她取的。</p> <p>3……</p>			
省思			
<p>1. 看到尾塹社區現在的一些好的紀律及對於參與社區的態度，都有過去 AF 教導的影子，很感佩因為一個人願意超過他的公務職責為社區付出，讓這社區的老人可以聚集在一起，有美好的共同生活經驗。</p>			

表 3-8：尾塹檔案紀錄範例表

編號	日期	名稱	內容
7	102.10.11	103 年評鑑資料	<p>創新服務與發展計畫草案：</p> <p>一、原計畫調查全村 65 歲以上長者，獨居、殘障為優先，後經普查及徵詢意願目前真正有意願者：接受電訪 21 人，訪視 6 人。</p> <p>三、全村約 1800 人口共 503 戶，65 歲以上長者有 250 名，參加長壽俱樂部的名冊有 205 名約占八成，所以將來重點活動會盡量和長壽俱樂部結合，即配合辦理慶典或民俗或健康促進活動，以增加廣度及達宣導效益。</p>

貳、外在效度(External Validity)

本研究將農村生態下的尾塹社區，居民對社區照顧的理念、歷程與可行方向，透過資料之收集、驗證，逐漸歸納為概括性理論，來說明農村社區的社區照顧服務模式的瓶頸與契機。

本研究以半結構問卷，透過社區經營者(宜蘭縣政府社會處、衛生局、衛生所及尾塹社區發展協會等)、社區長者、長者家屬等等社區照顧利益關係人 (Stakeholder) 進行深度訪談，來了解尾塹社區照顧發展歷程，及社區居民們對社區照顧的理念，還有對未來社區照顧服務的期望 (訪談大綱，詳見附錄二)。除深度訪談外，研究者也從尾塹社區發展協會出版的「述說尾塹」一書及歷史檔案資料中找到尾塹社區照顧發展歷程資料之佐證。

參、信度(Reliability)

為增加本研究信度，研究者努力使研究記錄詳細完整。首先，研究者在進行資料收集前，先請受訪者簽署研究同意書(詳見附錄一)。研究者原本規劃邀請受訪者以簽名方式簽署同意書，後來發現有些長者不認識字或對簽名比較擔心，後來依受訪者個人狀況，部分改用錄音方式，在其同意錄音下，記錄下同意受訪的意願。

研究者透過上述的方式，用錄音、文字等工具，以不同的文書表格，詳實紀錄下每一個研究的過程，使之後研究者若遵循同樣的程式，可以獲得同樣的結果。

質化研究不以數字做為研究的手段，因此在每個研究過程要更加嚴謹，才能有說服力。研究者透過證據收集、檢核、紀錄等方法，提升建構效度、外在效度及信度，使本研究能夠忠實呈現出尾塹社區照顧服務之脈絡與樣貌。

第四節 研究倫理

Russell K. Schutt 認為實踐研究倫理的起源在於取得有效知識，其次是誠信與開放，第三是保護研究受訪者，最後是謹慎使用研究成果 (Schutt,2013)。依此原則，說明本研究倫理原則如下：

一、取得有效知識

- 1.所探討之知識對宜蘭發展社區模式，可提供具體之建議。
- 2.研究者以浸潤於社區的方式，去體會及取得當地社區居民對社區照顧的需求與期待。所取得之知識，以對尾塹社區照顧發展具效益為原則。

二、誠信與開放

本研究基於誠信原則，完成研究報告後，將公開發表。

三、謹慎使用研究成果

本研究為針對尾塹社區進行之質化研究，並不能推論到其他社區，但可作為類似社區之建議。

四、保護研究受訪者

質性研究對於保護研究受訪者特別需要留意的六項倫理議題為自願參與(voluntary participation)、受訪者的福祉(subject well-being)、身分揭露(identity disclosure)、保密(confidentiality)、適當的界線(appropriate boundaries)、研究者的安全(researcher safety)(Schutt,2013)，本研究針對該六項倫理議題的做法，說明如下：

1.自願參與 (Voluntary Participation)

研究者在本研究進行前，先以口頭及紙本說明本研究的目的是與進行方式。告知受訪者有關權益，如中途不想參加可退出等等。研究者確認受

訪者明白研究內容與權益，使其知情後同意，並簽署同意書或錄音表達同意，以保障其權益。

2. 受訪者福祉 (Subject Well-Being)

研究者將研究成果提供給尾塹社區經營者及政府單位，以期可將該研究成果落實在尾塹社區的社區照顧服務上。

3. 身分揭露 (Identity Disclosure)

研究者以參與式觀察者(observer-as-participant)身分參與團體互動。研究者真誠且明確地向社區成員表明自己為研究者，並向受訪者說明本研究希望能夠瞭解受訪者參與活動的感受，以及對社區照顧方式的期望，請其協助完成本研究並提出政策建議，讓尾塹社區居民的期待可以有機會被看到，以此游說受訪者基於對自己的利益及公眾利益予以協助。

此外為增加受訪者的信任，減少研究者揭露研究身分的影響，研究者盡力融入社區活動。

4. 保密 (Confidentiality)

研究者在社區活動與訪談過程中，獲得的社區及個人資訊，含錄音、紙本紀錄，均不外流，為其保密，不讓第三人得知，以保護受訪者個人隱私。

5. 適當界線 (Appropriate Boundaries)

研究者為維護研究界線，在研究場域上，特意選擇非研究者服務的鄉鎮，以減低界線模糊的問題。而且在研究過程留意該社區的文化對於界線看法之差異，並對受訪者在意的的事情給予尊重及靈活回應。

6. 研究者安全 (Researcher Safety)

研究者盡量在社區活動中心或公開場合參與社區活動及進行訪談，增加研究過程的安全性。若需至受訪者家中進行深度訪談時，事先告知社區經營者有關訪談對象及時間，增加安全防線。

研究者期待透過本研究對社會有所助益及貢獻，在研究中持守著研究倫理，使研究行為具備適當性，可供查驗及公評，避免造成研究的誤用與對受訪者之傷害，減損研究的價值。在研究過程中，藉由各樣的預防措施、積極作為與謹慎態度，盡力使本研究符合研究倫理之規範。

第五節 研究中可能的困難及對策

從進入陌生場域，取得信任並讓自己浸潤其間，感受及發掘社區居民的想法與感受，最後整理出研究結果。每一個研究步驟及過程，都可能遇到挫折或危機。研究者以提高受訪者的參與意願、增加簽署同意書的意願、研究結論的客觀性三項進行說明。

一、提高受訪者的參與意願

受訪者的參與意願是第一個挑戰。農村居民通常較為純樸害羞，不太願意接受訪談，或在公開場合或陌生人前表達自己的想法。研究者拜託社區經營者協助推薦人選，幫忙遊說，以降低受訪者陌生感，增加對研究者的信任。

此外，研究者經常去參與尾塹社區的各項課程活動，也參加社區的安農溪淨灘活動，並在尾塹社區承辦宜蘭社區大學開幕活動時，自願擔任活動攝影志工與社區的人一起工作，使社區人員增加對研究者的認識，減低陌生感，提高協助本研究進行之意願。

二、增加簽署研究同意書的意願

為了增加簽署同意書意願，研究者藉機在活動過程中找話題與受訪者閒聊，建立初步的友好關係。當要邀請受訪者簽署同意書時，請他們熟悉的社區經營者在旁陪同，或請社區經營者事先協助說明。

為確認受訪者接受訪談意願，研究者在訪談前，再依受訪者狀況，嘗試用其可以明白的方式及說法來說明本研究的內容及目的，並解釋研究同意書對其權益之保障，讓他們可以放心簽署。對於不識字的長輩或排斥簽署同意書的受訪者，為讓他們安心受訪，取得同意以錄音方式表達同意受訪之意願。

三、研究結論的客觀性

研究者在歸納與理解資料的過程，多次與社區民眾及社區經營者等不同的對象群討論，以修正自己的觀點，避免陷入個人的主觀意識；同時也透過訪談、觀察及文件資料等多方驗證來加強研究結論的客觀性。

研究過程需要各方的配合與協助，在各個關卡都可能會遇到困難與障礙。解決之道，研究者認為不外乎帶著誠懇的心，站在尾塹社區居民的角度，理解他們的故事，與他們一起描繪出目前與期待的社區照顧服務模式，並在各種機會，努力促使這些想望可以實現。

第四章 尾塹社區老人照顧服務

宜蘭縣三星鄉尾塹村是一個農村社區，廟宇是尾塹人重要的心靈寄託。三星鄉衛生所在發展健康營造站時，看到廟口閒聊的老人們，想到邀請長者來開辦讀書會。社區從喬木讀書會成立後開始凝聚人氣，之後又以喬木讀書會為基礎成立了社區照顧關懷據點，三星鄉衛生所也在該社區成立樂智學堂。

宜蘭縣政府在一次開幕式活動，發現尾塹社區的多元社區照顧模式，剛好符合正在推展的「高齡友善城市」計畫，因此在尾塹社區成立「老來寶健康促進家園站」，2017年又成立長照 2.0 的 C 級巷弄長照站。隨著社區老化問題逐漸加重及長期照顧政策對社區照顧的看重，尾塹社區在居民凝聚力及國家政策的支持下，逐步邁向專業的老人社區照顧服務模式。

第一節 述說尾塹社區

三星鄉尾塹社區為典型農村型社區，也是三星蔥的發源地，因其地處蘭陽溪末端，所以稱為尾塹(台語叫做尾段)(楊明修，2017)。該地區面臨了人口老化問題，在宜蘭縣 2017 年人口統計中，全縣人口為 456,607 人，65 歲以上人口有 70,025 人，佔全縣人口 15.33%(宜蘭縣民政處，2018)。三星鄉人口為 21,428 人，65 歲以上老人有 4,044 人，佔全鄉人口 18.87%，為高齡社會(aged society)(宜蘭縣政府民政處，2018)。三星鄉尾塹村有 570 戶人家，共 1,617 人，其中 65 歲以上老人共 264 人(男 132 人，女 132 人)，佔全村人口 16.32%(宜蘭縣三星鄉戶政事務所，2017)。老人人口雖低於三星鄉平均老人人口 18.87%，但是社區裡的青壯年都到外地工作，白天剩老弱婦孺留在社區，老人照顧為社區急需面對的問題，而該社區在長期關注老人照顧議題下，逐步建立老人照顧服務。



圖 4-1：尾塹社區觀光導覽圖

資料來源：尾塹社區發展協會(2018)。

早期尾塹社區活動並不積極，直到 2000 年，三星鄉衛生所護士注意到社區老人習慣聚在廟前聊天，為了發展健康營造站，她與衛生所志工到處邀請長者來參加讀書會，並與尾塹社區發展協會合作，至此開始吸引民眾到社區活動中心參與活動。喬木讀書會開啟了尾塹社區照顧之門，其成員成為尾塹社區的發展主力，把社區機制逐漸建立起來(宜蘭縣教育支援平臺，2015)。

尾塹社區自主性的老人照顧服務，主要是由尾塹社區發展協會辦理。尾塹社區發展協會在 1994 年成立，2000 年開始協助喬木讀書會的運作，2010 年第五屆理監事改選，開始將社團系統化並建立簡則，開創各樣新社團。目前尾塹社區發展協會雖然會員人數僅 57 人，但是附屬社團非常活躍，目前計有長壽俱樂部、喬木讀書會、社區關懷據點、媽媽教室、長青食堂、環保志工、外丹功、衛生健

康促進隊、安農溪清潔維護隊、長青舞團等。社團性質多元，人數眾多，光是長壽俱樂部成員 197 人就佔尾塹村 74.6% 以上老人（尾塹社區發展協會，2017a）。附屬團體成員雖大部分未加入尾塹社區發展協會會員，但與協會保持密切的合作關係，並以協會馬首是瞻。

2013 年宜蘭縣政府社會處鼓勵尾塹社區發展協會成立社區照顧關懷據點，正式邁入老人社區照顧服務領域。但是尾塹社區關懷據點中的長青食堂服務項目，從 2012 年協會第五屆第四次理事會提出討論，溝通近三年後，才推出長青食堂，目前該食堂周一到周五每日供餐 106 份，至此尾塹社區照顧模式已較為完整，且成效卓著。尾塹社區發展協會社區照顧關懷據點獲得 2015 年宜蘭縣社區評鑑績優獎及 2016 年全國社區評鑑績效組甲等（尾塹社區發展協會，2017a）。

另方面，2014 年 9 月 3 日三星鄉衛生所獲衛生福利部獎助，在尾塹社區活動中心設立長照樂智社區服務據點「智在不老營」，這是全國唯一由衛生所設置的社區失智症據點。宜蘭縣政府看到尾塹社區的多元社區照顧服務，認為可落實宜蘭縣政府正在推展的「高齡友善城市」計畫，於是邀請他們在 2014 年 10 月 9 日成立宜蘭縣第一站「老來寶健康促進家園站」²，並以其模式推廣到其他鄉鎮，成為宜蘭縣創立的整合性社區照顧服務模式（宜蘭縣政府，2017b）。

2017 年宜蘭縣政府衛生局結合全縣 103 家診所推出不老診所及友善門診轉介系統（宜蘭縣政府衛生局，2017）。宜蘭縣政府衛生局在三星鄉以三星衛生所、三星診所、仁佑診所、聖路加診所為不老診所，進行老年整合性照護計畫，加強社區醫護服務，並落實門診轉介服務。三星鄉衛生所則在尾塹社區設置電腦網站，協助老人控制血壓，使醫療資源缺乏的尾塹社區略減就醫的不便。

² 「老來寶健康促進家園站」結合社區長照 2.0、社區總體營造、社區關懷據點、長青食堂、失智症照護服務、不老診所等方案，具體落實健康老化、在地老化的老人福利政策（宜蘭縣政府，2017b；李怡娟、郭懷婷、劉建廷、陳熾玲，2015）。

宜蘭縣政府挹注尾塹社區「老來寶健康促進家園站」各項醫療資源外，宜蘭縣政府各局處根據尾塹老人社區照顧需求規畫各樣改善方案，如警察局將老人常用路口的紅綠燈秒數拉長為 30 秒；建設處貼心增設公車候車亭，避免老人等車時淋雨或曬太陽；三星鄉公所則提供免費公車方便老人搭車購物或就醫等等社區照顧機制。

同時，宜蘭縣政府社會處鼓勵尾塹社區將社區關懷據點轉型為老人日托中心，尾塹社區配合社會處政策將每周活動排滿 10 個時段，儼然已具老人日托中心的形式。隨著長照十年計劃 2.0 的推展，衛生局在 2017 年 10 月尾塹社區成立 C 站巷弄長照站，使得尾塹社區照顧服務再上一層樓，進入新的里程碑(尾塹社區照顧服務，詳見附錄四)。

表 4-1：尾塹社區照顧重要大事記

日期	項目	說明
2000 年 9 月	成立喬木讀書會	三星衛生所鼓勵居民參與，社區居民開始聚集。
2005 年	巡迴醫療服務	每週三下午。
2013 年 2 月	成立社區關懷據點	每週一到週五共 10 個時段，每時段 3 小時。
2014 年 5 月 1 日	辦理長青食堂	每週一到週五中午共餐、送餐及提供自取便當。
2014 年 5 月 1 日	成立樂智學堂	每週一及週三上午。全國唯一由衛生所成立的社區失智服務據點。
2014 年 4 月 15 日	成立不老診所	由宜蘭縣政府衛生局邀集全縣 103 家診所及衛生所成立，以提供老年整合照護計畫。三星鄉部分則有三星衛生所、三星診所、仁佑診所、聖路加診所等不老診所。
2014 年 10 月 9 日	成立老來寶健康促進家園站	尾塹社區為宜蘭縣第一站老來寶健康促進家園站。
2014 年 10 月	居家安全及環境評估	全村 65 歲老人全面進行居家安全評估，並免費加裝安全扶手及火災警報器。
2015 年 6 月	遠距照顧服務	每週一到週五上午在尾塹活動中心，進行血壓檢測等，並透過網路進行記錄與監控。
2015 年 11 月	老人友善醫院	羅東博愛醫院每月第三個星期二上午提供衛教、骨質篩檢等防治服務。
2016 年	加入全縣整合性健康照護網絡	包括出院服務及戒護性照護。
2017 年 10 月	成立長照 C 級巷弄長照站	還在發展中。

資料來源：尾塹社區發展協會(2017a)。

第二節 尾塹社區老人照顧服務發展歷程 及原因

宗教氛圍濃厚的尾塹社區，老人家們習慣聚集在廟旁邊聊天，直到 2000 年社區成立了喬木讀書會，才逐漸聚集在社區活動中心(尾塹社區發展協會，2013b)。後因宜蘭縣政府鼓勵社區發展老人照顧服務，尾塹社區在 2013 年成立社區照顧關懷據點，2014 年辦理長青食堂跟樂智學堂。因辦理成效良好，衛生局於 2014 年在尾塹社區成立宜蘭縣「老來寶健康促進家園」，2017 年邁向長期照顧十年計畫 2.0 的 C 級巷弄長照站。

喬木讀書會、社區照顧關懷據點、長青食堂、老來寶健康促進家園、長照 2.0 的 C 級巷弄長照站分別都是尾塹社區照顧服務的轉折點，以下分別進行討論，但因長照 2.0 的 C 級巷弄長照站尚在發展中，所以在本文不做討論。

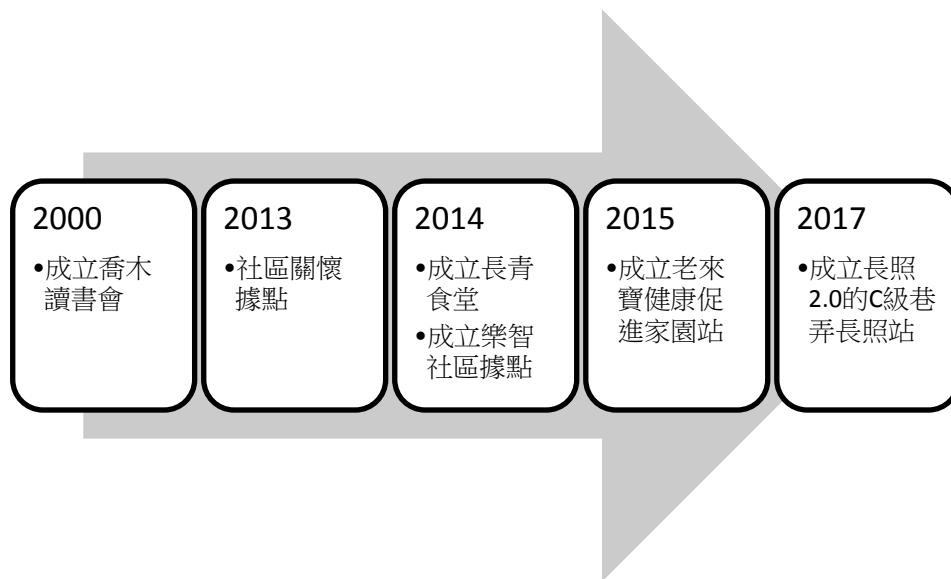


圖 4-2：尾塹社區照顧發展歷程

資料來源：研究者繪製。

壹、喬木讀書會奠定社區照顧服務的基礎

喬木讀書會是三星鄉衛生所護士為了執行健康營造站而成立的社團，讓長者在讀書會中學習成長，也學習彼此的關心。該會凝聚了社區居民的向心力，為將來尾塹社區照顧服務鋪下根基。

一、成立喬木讀書會的想法

2000年成立的喬木讀書會是尾塹社區發展老人照顧服務的基礎。現在社區成員是以喬木讀書會成員為主軸，再擴大邀請其他居民加入。因此從現在社區的互動模式可以看到當年喬木讀書會的上課紀律，可見喬木讀書會對尾塹社區影響之深刻。

研究者觀察社區成員「下課會一起幫忙收椅子。後來採訪 AF 時，發現她那時教導大家要準時，要把東西收拾好，並自豪尾塹社區去參加活動時都是最有紀律的，看來是從喬木讀書會時建立的習慣，延續到現在了。」(日記，20170314)

發起喬木讀書會的 AF 是三星鄉衛生所的公衛護士。AF 護士：「我們那時候後來局長改成邱淑媿的時候，她是公衛出身的。所以她一直在推這個真正落實在公衛。……然後就開始做個案管理。」(AF：22-28)1999年行政院衛生署推動社區健康營造工作，希望能透過社區組織的運作，讓社區民眾關心自己社區的健康問題(趙坤郁，2006)。當時邱淑媿擔任宜蘭縣衛生局局長時，她為落實公共衛生的推動，促使宜蘭縣各鄉鎮衛生所開始派員進入到村民家中，推動個案管理業務。透過該業務，AF 護士跟村民建立了感情，也看到村裡頭老人的照顧需求。AF 護士：「那就是因為要這樣的個案訪視，個案管理。我們去就是去做普遍的篩檢。篩檢我們看到符合條件的我們就收案。收案的時候是至少每個月都要去一次他家裡。那因為這樣子我們跟個案培養了很好的感情，相對的跟他的這個個案的家裡

面的成員，也都感覺很好。…就是因為這樣的，我就覺得說，尤其是鄉下，鄉下的很多的文化資源真的是很缺乏。然後很多的年輕人都到外面去工作。那常常留下來就兩個老的，就是務農嘛！那萬一有什麼…，我那時候就是因為這樣子，我就覺得說我一直在想辦法，在這個社區裡面他們怎麼去形成他們自己的一個，類似那種互相關懷的那個一個網絡。」(AF：84-90,93-96,100-103)

她想要成立一個讀書會，使社區老人可以彼此互助。AF 護士：「讀書會的用意我就是說，他們因為年老了，在這個社區年輕人都在外面，雖然他們有認識了，平常什麼的都是靠著廟會的時候才比較有接觸。但是平常不太那個。打招呼什麼有啦！但是真正的會去關懷，或是互相去協助學習的沒有。這個也是我們現在社區裡頭，我們一直也希望說能夠仿歐美，北歐那邊的，就成立一個老人互相學習，互相扶持，互相關心。我那時候的宗旨是這樣。」(AF：490-498)

她從工作中看到長者的需要，又因自己經歷喪母之痛，希望能將對媽媽的思念與虧欠回饋給這些長者，這些動機成為推展讀書會的堅定毅力。AF 護士：「因為我媽從 69 歲開始有失智的現象，然後一直到後來低血糖造成昏迷，然後變植物人。所以我心裡一直有一個愧疚。總覺得我照顧得不夠。所以我願意把我對媽媽的這一份思念的感情，我想說我回饋到社會上。」(AF：395-399)

AF 護士積極地採取行動，自費到台中去參加讀書會的訓練。AF 護士：「後來就是因為我那時候也常常到文化中心，那裡有一些演講什麼會去聽嘛！剛好看到一個簡報說那個... 針對中老年人的一個讀書會引導人的培訓。結果我就自己自費到台中去受訓。」(AF：103-106) 上完培訓課程，她將她所學，改變成符合她理念的讀書會。AF：「我覺得我不是在成立像都會型的那一些讀書會型的。我是最主要要讓這些老人互相做支援，也是類似一個長照的概念啦！」(AF：788-790)

AF 護士想推動社區老人彼此關懷照顧，擔心若是說要推動長期照顧，沒人要來，因此用讀書會的方式，作為社區長者聚集的媒介。她解釋：「90 年那個

時候，年紀大的人你如果冠上這個名字(長期照顧)的話，有的人會有忌諱。我用讀書會，那但是我實質在推的就是長照的概念。」(AF：799-802)

二、喬木讀書會的成立

決定成立讀書會後，接下來是選擇一個適合辦讀書會的地點。AF 護士在自己的責任區內進行選擇。她考量了尾塹社區跟 X 社區，AF 護士：「然後我就在想，我先我自己的社區辦。那時候我的社區就是尾塹嘛!還有 X。」(AF：112-114)她評估了兩個村，AF 護士：「那時候尾塹我評估了。就是在這個讀書會的接受度，因為 X 村感覺上還是比較那個。尾塹因為接近羅東。所以他們的一些那個，可能會比較能夠容易接受。… (X)因為務農，也有做漁的。就到南方澳去扛樑子啦什麼那些的。所以相對的他們沒有工作的時候都喜歡打那個四色牌啊!.. 或者撲克牌啦!麻將什麼。所以相對的尾塹這個方面比較少。你也知道嘛!如果人在那個，他們就比較喜歡這個。所以我就先從尾塹辦。X 也有辦，但是不久，時間不長。」(AF：290-293,298-300,306-309)AF 護士決定以務農為主的尾塹社區作為讀書會的首要地點。

AF 護士兼任三星鄉衛生所衛生促進會秘書，當時衛生促進會第一任主任委員 AG 正想發展社區健康營造工作。AG 主委說：「當時是衛生局給我們一點經費，衛生所它要配合。我想要找一個好一點的地方來做發展，然後我們衛生所的秘書(AF)她很積極，她馬上說主委，尾塹可以，那這邊我們來做。」(AG：228-233)AG 很認同 AF 護士的讀書會計畫，他也協助去邀請講師或幫忙爭取經費來支持讀書會的運作。AG 主委：「我們當時是衛生所，我的秘書 AF 小姐，她找我的時候，因為宜蘭縣衛生局他就是要發動社區來做營造小站，我都是在做營造小站，我們把三星鄉的社區，當時我的點第一站先在這裡設立。」(AG：33-34)AG 主委想到邱淑媿局長跟他說的話，AG 主委：「當時衛生局長邱淑媿她跟我講，主委，以後社區方面你想要政府補助不是很多，你要有自鄉自助的想法，

不要完全靠議員所補助，社區這麼多一定不夠用，你們要把社區帶動起來。」(AG：11-16)邱淑媿局長提醒他要用社區自己的力量「自鄉自助」來做社區照顧。AG主委配合宜蘭縣府的政策，開始籌備尾塹社區讀書會。

讀書會要成型，最重要的是找人。AF 護士首先請三星鄉衛生所衛生促進委員會的保健志工們幫忙找人來參加讀書會。AF 護士：「那社區裡頭我就找比較熱心的，那就這樣子 CB 的太太跟 BA，她們都很熱心。然後我就跟她們講，你就幫我那個..。然後開始我就說，我想到我們那裡去成立讀書會。她們剛開始也無意無意。因為說真的，她們也不知道讀書會是什麼？」(AF：618-622)

BB 志工回想起這段過往，悠悠道來：「銀柳節的時候，那個衛生所一個 AF 護士，就 AF 小姐，就跟我們講說：『咦，我們社區來辦一個老人讀書會好不好？』然後我就問阿姨他們說：『這樣好不好？』..我說試試看，我們來試試看，我說：『好啊!那就我們來辦!』....剛開始他們是衛生所，她跟我講是那個健康營造的計畫書裡面出來的，就是找我們社區來做。我們這邊離衛生所很遠，那他們就說他們有一些經費，然後就投入到我們這裡來。」(BB：49-54,128-131)BB 跟 BA 阿姨她們從外丹功成員開始進行邀請，像滾雪球般，一個邀請一個。BB：「那時候這讀書會就是因為她(AF)來邀我們，邀我們之後，那個阿姨(BA)她們有上外丹功的課，她們就一個接一個、一個一個接一個找，那個 BA 阿姨就是一直在找找找，找一些老人家進來這樣子。」(BB：113-117)

BA 阿姨是三星鄉衛生所衛生促進會保健志工。BA 阿姨：「參加讀書會，原因就是我做保健志工，第一就是做保健志工。我先生走了 19 年，那時候他(CB)太太去叫我出來。我最好的朋友。她說你不要一直躲在家裡，我聽她的話就出來。AF 叫我做保健志工，保健志工做了以後，我就一直邀人，人我邀的很多」。(BA1：111-116)BA 阿姨：「我就是說在家也不行，我孫都去上班，我自己一個人在厝沒伴。」(BA1：260-261)BA 阿姨深深體會到一個人的孤寂，熱心邀請跟她有同樣處境的村民一起來參加讀書會。她笑著說：「我就如果看說這個，好像她無聊，

還是大部分都有的都老公走掉比較多，對啊!就一直找。…」(BA1：146-148)BA 阿姨發現參加讀書會後，生活變得多采多姿。BA 阿姨：「我覺得這樣很快樂，我外面做工作，人家過去都會跟我說話，像這個臺北搬來的，跟我開講(聊天)，就說他無聊，我就說無聊就到我社區，我邀人大部分是這樣。」(BA1：273-276) 喬木讀書會已成為 BA 阿姨的生活重心。

CB 叔叔是尾塹社區發展協會第三屆理事長。CB 叔叔：「讀書會成立時，民國 89 年。雖然這是那些婦女朋友，有時候也走沒啥路，還有比較多歲的。這沒娛樂的地方，我們就想來組老人會、社區理事會，讀書會是那個時候同時，前後沒有多久，就組織起來。這工作能夠起來，完全是 AG 主任(衛生所主任)跟 AF(衛生所護士)他們帶動我們。那時我們頭腦茫茫渺渺，不知道要怎麼弄。由他們來主導，我們主要是打拚找一些學員來這樣。」(CB：45-53)

讀書會剛開始時不多人。AF 護士說：「從開始大概幾個比較好的個案啦!我就請他們，跟他們講，其實他們那時候也不知道什麼是讀書會。我就大概有... 原先通知，跟我報的有 5 個。可是那一天晚上來的時候是 7 個。我就覺得不錯。然後陸陸續續有看幾個人也在門口在那邊看...」(AF：119-124)慢慢的，喬木讀書會越來越多人來參加，最盛時期成員高達 40 多人。

三、喬木讀書會的運作

AF 護士為了配合農村地區成員的時間，用自己下班時間，來經營讀書會。AF 護士：「每個禮拜二晚上，用我自己的時間。因為他們務農，白天沒辦法出來。所以我就配合他們，... 夏天七點半，冬天是七點。然後我是從民國 90 年 8 月成立的。」(AF：115-119)在鄉村地方推讀書會並不容易，AG 主委開玩笑說：「像有的年紀大的會說，你叫我讀冊，書我拉越讀越切，你還叫我讀冊。」(AG：200-201)連 AF 護士服務的三星鄉衛生所都不表樂觀。AF 護士笑笑地說：「剛開

始...沒有所謂支持不支持，只是不看好。」(AF：387)鄉下地方，看得懂字的沒幾個人，大家都很有疑惑這樣怎麼辦讀書會呢!

雖然大家都不看好，AF 護士還是很堅持要辦讀書會。AF 護士：「先跟他們就是聊天嘛!然後跟他們講說我要成立這個的用意。他們那時候也完全都不懂。其實很多人都笑我，包括別的衛生所、衛生局啦!都說，你都帶那些老人的讀書會，他們有讀書嗎?我說有啊!他們認識字嗎?都讀些什麼書?我說很多都不認識字。有的是日本教育的。那你們怎麼讀?我說他們是在讀自己的人生。自己的人生書，讀書會。」(AF：133-140)原來 AF 護士所創的讀書會是讀人生書，是不需要認得字的讀書會。

她請學員們為讀書會取名，大家用了 AF 護士所取的名字—喬木讀書會。AF 護士說明喬木讀書會這個名字的意義：「喬木是我取的，很多人他們也有幫忙取嘛!我取了這個以後，後來我解釋給他們聽。喬木是一個可以一直很茁壯，又可以持久。」(AF：755-757)隨著歲月流轉，後來也證實了喬木讀書會的持久茁壯。

喬木讀書會一開班，首先挑戰是讓不識字的老人可以融入課程。AF：「他們因為很少拿筆，只要筆拿穩了以後，然後再來開始練習自己的名字。認識還要會寫。」(AF：1315-1317)AF：「看得懂，就是認識字的會跟不認的，他們都互相這樣支援。我就是要培養他們這樣，互相的去支援。」(AF：171-173)她認為長者認不認得字不重要，最重要是彼此支持的過程。AF 用讀書會慢慢地培養社區長者彼此支持的習慣。

喬木讀書會非常多元活潑，有些課程請老師來上課，有些課程為了節省經費，由 AF 護士自己將所學帶來社區上課；此外，還有手語歌、歌仔戲，也有配合衛生所所組織的活力秀，讓長者學會後到處去表演。BA 阿姨想起當時大家在一起開心學習的情景。BA：「出去表演就很開心。他們學一點東西，本來都不會拿筆，簽名什麼的都不會，現在拿筆叫他畫圖，他們就畫的很開心。」(BA1：305-307)

四、喬木讀書會的成效

除了快樂學習外，AF 護士要求成員們要建立上課紀律，這些紀律在今天的尾塹社區成員們依然嚴格遵守著。AF 護士規定：「這個月第一組當值日生。就是上課以前，你要來把那個課桌椅擺好，還要燒開水。那下課以後要負責把它歸位。」(AF：405-407)尾塹社區成員現在守著上課紀律的習慣，該是那時候 AF 護士所訓練下來的。AF 護士：「我就開始就先從培養他們準時。你要想想看，你一個人遲到十分鐘，如果有二十個人，加上那十分鐘，兩百分鐘。我說這個時間的損失，成本是不是太大。而且這是一個不禮貌不尊重。後來只要衛生局辦全縣的那個活動，就屬我這一組的最準時，而且結束以後很主動的就會幫忙收拾東西。」(AF：187-194)AF 護士直到今天還非常以讀書會成員有良好的上課紀律為傲。

喬木讀書會更重要的是建立長者彼此的關心與照顧，這才是 AF 護士創立讀書會的初衷。AF 護士：「我還會跟他們講。你們來上課，如果看到你隔壁桌，或者你鄰居在別一組的他沒有來是為什麼？…在讀書會的時候我就是這麼跟他講。而且呢！我就是會看到誰沒有來，我會問。問旁邊的，有的人不知道，甚至於漠不關心嘛！剛開始。後來經過我這樣了以後，我就解釋為什麼我要這樣子，我這個是要讓你們養成那習慣，去互相關心。這就是支持網路。今天誰沒有來，或者是有誰遲到，大家互相知道一下，須要協助的。有時候他們剛開始不敢，後來他們也會打電話。誰家怎麼樣啊或怎樣，我也會去做一些資源協助。」(AF：182-184,196-205)

AG 主委對成員彼此照顧的印象非常深刻，他想到有一次到社區致詞。AG 主委：「當時我在臺上，他們就講一句話，他們就說不管任何一個人要離開，去孩子那裏，看孫或做什麼，你今天就要講，我明天要去看子看孫，如果超過 2、3 天，這個怎麼沒來，他們就派人到他家去。」(AG：142-146)看來尾塹社區今天的社區關懷訪視服務，其實早在讀書會時期就已經在執行了。

五、喬木讀書會的困境

讀書會在社區環保基金支持下，終於可以順利運作，但是這時讀書會的帶領者 AF 護士要退休了。AE 主任：「她(AF)那時候，她就是把他們帶得非常的好，所以在社區上，他們也非常倚 AF，都叫胡老師!所以在那一段期間來講的話，已經建立一個很好的一個橋樑了!可是要能延續下去，在一個這麼好的一個溝通橋樑，她退休的情況之下，那一個轉型，那是一個很大的一個考驗。」(AE：940-945)尾塹社區發展協會跟衛三星鄉衛生所省思喬木讀書會是否再延續下去。AE 主任：「(AF)她要退休，那退休了之後，變成說我們衛生所主要的承辦人，變成說到底有誰，換誰來接的問題，那還有加上社區他們也有一點疲憊了，他們會覺得都是這些議題，保健議題你連續講了快 10 年，他們大概也覺得好像沒有新意喔!那可是當時社區他們的自主性不是那麼高，所以他們也沒有多餘的經費可以去請外聘講師。」(AE：160-168)

此時村長又因為民眾反應資源回收所堆置物品有礙觀瞻，決定把資源回收的工作收起來。讀書會一時之間同時失去領導者跟經費來源。AE 主任：「他們那時候收了之後，哇!他們整個資金來源沒有了，所以他們當時，印象很深刻就是他們一下子沒有這額外的收入，那他們自己本身，你要運作，像這種民間團體如果沒有人這樣子，或是說沒有寫計畫，或是說沒有人贊助來講的話，說真的，不好運作。…那時候是真的快要解散了，他們會覺得說這個也不能做，現在上的課也很沒有意思，我們要解散了，我們不要來了，有一陣子的確人快散光了。」(AE：789-796)

可是尾塹社區的喬木讀書會那時在宜蘭縣各鄉鎮已小有知名度了。AF 護士：「12 鄉鎮都知道有我尾塹這個讀書會。老人讀書會。所以他們都一直認為說，如果讓它散了真的很可惜。」(AF：815-817)BA 阿姨尤其捨不得，讀書會是她生活的重心，成員大部分也都是她找來的。她跟 BB 說：「我們這個讀書會不

要散，因為大家很有向心力，非常好。」(BB：179-180)BB 心疼老人家沒地方去，BB：「時間到大家就要來這兒那個啊!已經走習慣了!妳如果走習慣了，妳叫她不要來，有時候她會說我們很無聊。」(BB：282-284)可是 BB 也聽到成員們的抱怨：「我現在來社區，不過社區沒什麼東西可以給我。」(BB：182-183)社區沒錢外請講師，一直上同樣的免費課程，有些成員感到倦怠，不想來讀書會了。

BB 在喬木讀書會是比較年輕的成員。她來參加讀書會是為了想幫忙照顧老人，略略紓解對過世母親的想念。BB：「我媽是 82 年往生，我就想說，欸，我既然沒有媽媽，來家政班看她們就像我媽媽一樣，回味一下。」(BB：92-94)

當喬木讀書會岌岌可危時，BB 難過地說：「我真的聽了很難過，我就跟 BA 討論，『阿姨，這樣要怎麼辦?人家想要來社區，我們沒東西給人家』，真的，那時候我就說我的學的太少，我沒辦法滿足他們，其實他們要的不多，只是一點點的，讓他們有一點不一樣的東西進來，我就覺得說，唉唷!我很愧疚，我既然要把它弄起來的話，我後續我來接的話，我要盡快救起來……，到最後我跟 BA 阿姨兩個商量，BA 阿姨說，她有去義學上課。」(BB：183-194)BA 阿姨拜託義學的老師免費到喬木讀書會上課，BB 也到處找人來幫忙。BA：「到最後 BB 也找她同事來上課!...現在沒錢就是這樣加減辦啊!」(BA：275-276)BB：「我就請我同事，我同事就是去生命線跟家庭教育中心，他們都有在那邊做志工，我就拜託她：『欸!我們沒有經費，妳能不能，有沒有機會來幫我們上個課?』我們兩個本來是很害羞的人，後來為了社區，臉皮很厚，到處去跟人家邀課，我們兩個變得很大膽。」(BB：296-302)

AE 主任那時擔任三星鄉衛生所護理長，她決定來幫忙：「她那時候說她們想要解散，...因為後來我當護理長，所以我就把這個業務接下來，我說沒關係，那我會來跟那邊的醫生講說，接下來的話，由我們衛生所來負責，那我來幫你們安排課程，所以後來我就是透過我們整個衛生所，我們幾乎就是團隊啦!大家用不同的議題，雖然以前 run 過，可是因為又有一些新的知識進來，那我就是有跟

他們講說，我們衛生所部分的話，我來幫你們安排課程，那因為她自己本身裡面，我們另外一個叫 BB，BB 她自己本身在羅商那邊上班，她自己本身也有一些資源，她也透過一些家庭教育中心等等，她就開始那時候安排一些外來的課程，然後讓這個課程比較豐富一點，也找一些退休的校長啊！去做一些 DIY 之類的，讓整個課程就會比較有變化，所以後來這個就維持住了。」(AE：208-226)

喬木讀書會經歷解散危機，在熱心的志工們的協助及義學、衛生所等單位的支援下終於勉強守住，成為尾塹社區老人照顧服務的發展基礎。

六、喬木讀書會的分析

從政策窗分析，喬木讀書會之所以可以成立，問題流是尾塹村的長者缺乏關懷；政策流是行政院衛生署於 1999 年推動建康營造站，2005 年納入行政院健康社區六星計畫社福醫療面向(趙坤郁等，2006)；政治流是宜蘭縣政府衛生局長邱淑媿大力推動社區健康營造站。據此，政策窗的打開，是因為宜蘭縣衛生局推動行政院健康營造站政策，促使三星鄉衛生所護士接觸到社區長者的問題，而產生成立讀書會的念頭，在政策支持下，使喬木讀書會可以順利成立。

從組織環境因素分析，三星鄉衛生所為了衛生署的健康營造站政策(政治法律)，看到尾塹社區很多老人需要被關懷(市場、人口結構)，因此聚集衛生所的志工找人成立讀書會(人力資源)，使隱含著長照理念的喬木讀書會成為尾塹社區最早期的社區照顧服務。

從生態觀分析，在老人及其家庭產生照顧需求(微視系統)，三星衛生所與尾塹社區發展協會(中介系統)合作成立喬木讀書會，並得到衛生局的支持(外部系統)。喬木讀書會員在讀書會中共同學習，彼此分享及關懷，逐漸凝聚出社區居民的凝聚力及對社區照顧服務的理念(鉅視系統)，雖然過程中經過很多困難，甚至面臨解散，但也隨著政策的改變及資源的挹注，社區逐步建構老人照顧服務(時

間系統)。尾塹社區在各系統的互動及調適下，從喬木讀書會發展出更深入與多元的社區照顧服務。

從政策窗、組織環境因素、生態觀可以觀看到尾塹社區在上述三個觀點，可以順利成立喬木讀書會之歷程。

貳、社區照顧關懷據點建立了社區照顧的模式

社區照顧關懷據點是 2005 年行政院提出台灣健康社區六星計畫六大面向中社福醫療中的一個服務項目(行政院，2005)。服務內容包括關懷訪視：訪視對象、電話問安、諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動(衛生福利部社會暨家庭署，2016)。

一、成立社區照顧關懷據點的想法

喬木讀書會雖然沒解散，但是困境依然存在。BB：「好像 100 年，還 101 年的時候，我跟衛生所主任說：『主任，你們現在都沒辦法來幫我們支援社區的課程嗎？』她說：『沒辦法，我們不行支援只放在一個社區而已，妳要每個社區要公平啊!』，她就跟我說：『欸!你們縣府有辦一個那個什麼關懷據點，你們的資源會比較多喔!』」(BB：366-373)主任的話燃起 BB 的希望。

BB 志工：「..因為那個主任跟我講說：『妳如果參加這個，妳的資源會很多。』後來我想說不行，因為我一個人沒辦法撐那麼久。」(BB：529-532)BB 認為只要有資源可以幫忙都是值得嘗試的，積極地向社會處詢問社區關懷據點的資訊。

社會處社區關懷據點承辦人 AC 督導正好接到 BB 的詢問電話。AC 督導：「當初他們會計 BB 參加社會處辦的社區幹部研習營，聽到同仁介紹社區關懷據

點的部分，當初她聽到關懷據點也可以補助一些幫助社區的補助經費，所以那時候她 BB 會計就跟我們聯絡說他們想要成立關懷據點。」(AC：3-7)BB 將 AC 督導給她的資料帶回去社區。BB：「我就直接去找她說我們社區要辦那個關懷據點，我們該怎麼做？後來我就把資料拿回來，拿給總幹事。」(BB：459-461)

AA 總幹事剛來社區不久，他看到另外的需求：「然後就在 102 年吧！就開始有社區照顧關懷據點，那時候為什麼會有這一條，就是因為我們活力秀開始要出去比賽，而且活力秀要去請老師來教，這個就牽涉到要經費了，…那時候我們是請代表，議員的建設基金，…不過這個想一想，這樣也不是辦法，後來發現政策上有這一個，而且好像那時候是也正在推廣，然後剛好社會處有一個小姐(AC 督導)，…我們就跟她談了，政府機關有沒有可以補助這些活動。她說如果參加社區照顧關懷據點，就這樣進去了。」(AA：144-159)AA 總幹事遇到社區活力秀出去比賽缺乏經費的問題，覺得有必要申請社區關懷據點，爭取縣府的補助款，因此在社會處 AC 督導的鼓勵與輔導下，社區申請成立社區關懷據點，展開尾塹社區老人照顧的另一新頁。

二、社區照顧關懷據點的成立

AA 總幹事在 2012 年來到尾塹社區，擔任尾塹社區總幹事。他對執行社區關懷據點的作法是以喬木讀書會為基礎，再擴大募集其他社區民眾加入。BB、BA 等原有讀書會成員很積極邀請村裡的人來參加社區關懷據點，很快地尾塹社區關懷據點就成形了，社區活動更加豐富，村民比讀書會時期聚集更多人過來。

AA 總幹事：「1 個月以前就開始安排課程了，…然後就開始積極去找人來安排，這樣就先固定讀書會，再來舞團的，就活力秀啊！.. 應該是在 101 年開始，發現有的長者也很健康的老人跟衰弱的老人，衰弱的老人也應該可以動，所以變成手語班也進來。… 社區照顧關懷據點就它的項目就有了，開始也比較有系統，像什麼居家訪視啦！電話問安啦！那個健康促進活動啦！就開始把這個組織起來，

然後叫這些健康的長者也是找幾個比較年輕的，開始就安排志工基础性、專業性，然後就服務時數的手冊就出來了，就他們這些志工自己本身也蠻主動的，就開始到尾塹村裡面開始找啊！找對象，好像那時候一開始是有找到 40 幾個，那有 8、9 個是在家裡的，要到家裡去關懷的，其他的都是用電話問安的，不過至少已經開始走到那個社區照顧關懷據點了，.. 那整個架構就已經出來。...我們在課程安排上，我們在這個進行當中，因為這時候我們開始把社團做很細的分類，社團也已經到了有 7、8 個社團，也給他們自己選他們想要的哪個社團，那大概每天都會有不同的社團在做活動，也每天都會有他們想要的活動在做。」(AA：131,134-140,159-172,247-251)

AC 督導讚嘆「這個社區能量很好，我就在旁協助，很順利進行，也沒什麼問題。總幹事以前是老師，所以很知道怎麼做...，他們很厲害，會分工。分好工後，總幹事不會干預，讓他們各自負責。」(日記，1060614)

宜蘭社區大學總幹事楊明修負責宜蘭縣社區營造員培育課程，他看到目前穩定的社區幾乎都是社區領導人帶著志工一起去上營造員的課程，使社區團隊有共同的想法與理念，尾塹社區就是他最好的例子。他很欣慰地說：「你看尾塹社區他們這幾個跟他們的總幹事的理念是一致的。」(日記，1060330)AA 總幹事為了建立團隊，帶著志工們一起去上課，也帶著他們一起以團隊模式打造出尾塹今日的社區照顧服務。

三、社區照顧關懷據點的運作

尾塹社區照顧關懷據點成立後，積極辦理各項活動，像是衛生所的平衡班及衛教課程，教育局的樂齡學習中心課程，並將原來農會的家政班轉型為社區媽媽教室，把衛生局的活力秀定位為長青舞團。2014 年社區關懷據點又增加長青食堂的服務項目，同年三星鄉衛生所也在尾塹社區活動中心設立社區型失智學堂。

尾塹社區 2016 年社區評鑑資料：「102 年 2 月開辦『老人關懷照顧據點』，希望能夠提供老人良好之休憩處所，並針對社區內近 250 餘位 65 歲以上老人，提供居家訪視及電話問安服務，各項健康促進活動，為聯絡長者感情及促進身心健康更與醫療機構聯盟移地檢測及訓練體能，是社區續尾塹保安宮之後第二個老人聚會所。」(尾塹社區發展協會，2017a)社區照顧關懷據點的成立，終於使村裡的老人從廟口逐漸移到尾塹社區活動中心來參加各項活動。

BA 阿姨從讀書會草創時期開始，目睹社區的發展歷程，BA 阿姨說：「差很多，很多元化。以前只有讀書會跟外丹功，很少，現在樓上樓下都客滿。」(BA1：280)從羅東鎮到三星鄉尾塹村定居的 BC 志工聽附近老人家說：「哦！現在有你們差很多！以前這個鐵門都是關著的，蓋 20 幾年了。」(BC：296-298)過去的讀書會，只有週二晚上聚集一次，不像現在尾塹社區活動中心是週一到週五，從上午到下午都有各式各樣的活動。

社會處 AC 督導對尾塹社區很是讚許：「…我覺得老人家應該都滿接受社區安排的一些課程，他們老師也都一定會換，不是說一定就固定，一定是那個老師就那個老師一直上同樣的東西，非常多元。」(AC：57-60)尾塹有了社區照顧關懷據點後，變得更活絡了。

除了課程活動外，尾塹社區關懷據點很看重到宅訪視關懷，這或許跟他們過去在讀書會時，AF 護士不斷教導他們要彼此關心是有所影響的。社區關懷據點將志工分為 4 組排班進行訪視。

社會處 AC 督導：「關懷訪視他們有各個分組的組長去每一組，比如說去訪視不只是一個人，他們可能會 4、5 個人或 2、3 個人去分組去挨家挨戶這樣去做訪視，就是會分組去做訪視。」(AC：49-53)訪視採取團體戰，每一組志工，由年長的志工負責帶年輕的志工去拜訪老人。BB：「我們關懷據點的部分，我們的志工，關懷據點的部分我都會要求長者像 BA 阿姨，長者帶年輕志工去訪視。」(BB：492-495)BB 強調：「像我們關懷據點那個去訪視的時候，我們都會長輩，

就是年紀比較大、在地，帶我們年輕人，我們年輕人寫，長輩跟他們談。」(BB：517-520)BB 解釋長者帶領訪視的好處，BB：「因為他們在地人，老人家跟老人家比較有感情。」(BB：497-498)透過長輩熟識的關係，讓被訪視的老人卸下心防，願意接受據點志工的關心；年輕志工則負責量血壓、記錄及留意受訪長者的健康狀況。

BA 阿姨負責帶年輕志工去關心老人。BA 阿姨：「因為我先生是當老師嘛！大洲國小的老師，所以他們像現在 70 幾歲都是他的學生，所以我去，人家都比較認得我，那 BC 是外面搬來的，她人脈不熟，BB 就分給我跟他，我就帶她去。」(BA1：501-505)每次去新的案家訪視，BC 志工會先做功課，把訪視路線排出來，減少年長志工 BA 奔波的辛苦外，也更有效率。BC：「我剛開始去都是載在地的阿姨，人家看你不認識，但是住址都是我找的，她比較年長，我不要她這樣(辛苦)，住址我都先歸類好，今天要訪視哪幾位，路線我都先去走一遍，我才帶她出去，我負責找路線。」(BC：433-437)跨世代合作，成為尾塹社區照顧關懷據點訪視服務的溫馨特色。

社區照顧關懷據點為了評估那位長者誰該納入訪視的對象，志工們幾乎是地毯式搜尋村裡的老人。全村老人共 264 人(宜蘭縣三星鄉戶政事務所，2017)，他們訪了 200 多人。BC 擔任志工隊長，她說：「我們不是用挑的，其實我們剛開始是都我們都有先出去訪一遍，其實我們出去訪的，有時候算是村裡鄰長幫我們通報，因為我們志工都在地人比較多，出去訪之後，就電話問安也一樣，剛開始都有出去訪，其實有的長者我們常常村裡都會遇到，阿桑現在怎麼會比較？也是都知道，其實我們訪視的對象很多都是我們電話問安，比較嚴重之後我就改訪視。」(BC：525-532)據點視長者狀況彈性調整關懷的方式。BC：「訪視對象很多，我們目前是有做到 200 多個，比較需要關懷的，差不多 102 個電話問安，不包括來我們社區運動的，因為我有跟我們組長說，如果常常來社區的，我們就盡量不要浪費。」(BC：631-634)

老人家很重視志工到家訪視，提早穿好衣服，坐在家裡等著據點志工來量血壓及聊天。BA 阿姨笑著說去訪視的老人家通常「很高興啊!…有的泡茶、有的拿咖啡、有的拿什麼…，夏天也有人拿仙草出來給我們吃。」(BA2：457-460) 志工們對於訪視關懷很有使命感。79 歲 CC 阿姨也是訪視志工，她覺得訪視服務非常重要，CC 阿姨：「如果是在家，老人要常常去看他們這樣子，經常去看一下他們，巡一下。」(CC：1154-1155)常常去巡一下，或許就可以避免老人發生意外狀況或即時給予幫助。

四、社區照顧關懷據點的成效

社區活動越來越多元且豐富，獲得各界肯定。長青舞團在 2014 年得到宜蘭縣活力秀第一名；尾塹社區關懷據點在 2015 年拿下宜蘭縣社區關懷據點優等，2016 年得到全國社區評鑑績效組甲等。樂齡學習中心在 2014 年獲得宜蘭縣樂齡成果觀摩展服裝道具組創意獎、表演組冠軍；2015 年表演組第二名，東區複賽第四名 (尾塹社區發展協會,2017a)。失智學堂在 2014 年獲得台灣失智症協會「智在不老營-長照樂智社區服務據點」特優獎(尾塹社區發展協會，2017)。

尾塹社區照顧關懷據點的成立，讓尾塹社區開始組織化，將關懷的觸角從尾塹社區活動中心延伸到村裡長者家中。

五、社區照顧關懷據點的分析

在政策窗分析，其問題流為喬木讀書會跟活力秀沒有經費，需成立社區關懷據點，以延續社區課程活動；政策流是社區照顧關懷據點政策的推動；政治流為社區關懷據點為宜蘭縣社會處的重點政策。因為社區遇到經費匱乏的問題，剛好宜蘭縣政府社會處正在推動社區照顧關懷據點的政策，尾塹社區順利打開政策窗，成立尾塹社區照顧關懷據點，為社區引進新的照顧資源。

從政策慣性分析，尾塹社區剛好適逢政府的社區照顧政策推動社區照顧關懷據點，宜蘭縣政府也派專人蹲點輔導，需要鼓勵更多社區成立據點，尾塹進入了這場政策的建構中。

從組織環境因素分析，尾塹社區在社區居民期待能夠延續讀書會的期待下(市場)，總幹事及志工群很努力推動社區照顧關懷據點(人力資源)，在宜蘭縣政府社區照顧關懷據點的補助下(政治法律、財務資源)，他們將尾塹社區照顧關懷據點辦得有聲有色。

從政策窗、政策慣性、組織環境因素可見尾塹社區發展社區照顧關懷據點之成功因素。

參、長青食堂成為老人福利的指標

長青食堂雖是社區照顧關懷據點的其中一項服務項目，但也是宜蘭縣政府特別著重的社區照顧服務項目。宜蘭縣政府從 2009 年開始在全縣推出「宜蘭縣長青食堂計畫補助作業標準」，提供餐費、充實設施設備費、行政作業費、志工保險費等補助，培植社區團體提供老人營養餐飲服務，並鼓勵長者定點用餐，增加老人社會參與，同時也期待透過該服務的操作，建立社區自主互助模式，發揮社區照顧互助精神(宜蘭縣政府，2017)。

一、成立長青食堂的想法

不管活動課程或是關懷訪視，對以喬木讀書會起家的社區成員都不陌生，但是長青食堂對他們卻是全新的挑戰。尾塹社區為了設置長青食堂開過多次會議，原本希望 2013 年能夠成立，但是願意加入的人不多，村民接受度不高(尾塹社區發展協會，2017a)。協會透過理監事們廣為宣導，又請志工們挨家挨戶拜訪，甚至村長、總幹事、會計連席拜訪，這樣親力親為，效果還是不好。總幹事也製作傳單，每戶一份，不斷地進行邀請與遊說(尾塹社區發展協會，2017a)。在大家不放棄，不斷的努力下，長青食堂終於在 2014 年 9 月 23 日成立，目前卻成為社區居民非常歡迎的服務項目(尾塹社區發展協會，2017a)。而且因為長青食堂的成功，吸引了更多長者出來參加社區活動。

AA 總幹事說明成立長青食堂的歷程：「到了 103 年後期，就是我們發現說社區照顧關懷據點做的當中，有一項可以再加進來，就是長青食堂。因為早上在做活動的時候，如果在這裡吃個午飯再回去睡個午覺，應該也不錯。我們有發現，有的時候他們會趕著要回去做午餐，但是做午餐了，又發現有的是只做給他的老

伴吃的，有的甚至於是他自己在做而已，家裡的一些人都上班的上班，讀書的讀書，所以就從 103 年末期，我們就開始做長青食堂。」(AA：193-201)

二、長青食堂的成立

協會原本希望 2013 年能夠成立，他們訂定食堂照顧人數要 50 人以上才要成立食堂，卻始終招募人員不足。(尾塹社區發展協會，2015b)AA 總幹事：「透過理監事們廣為宣導徵詢推薦名單，再請志工們挨家挨戶拜訪，請村長、總幹事、會計連席拜訪…，功效還是不佳」，只好「請總幹事製作傳單，每戶一份，再整理名冊」，不斷地進行邀請與遊說(尾塹社區發展協會，2015b)，一直到 2014 年 9 月 23 日才終於將食堂成立起來(尾塹社區發展協會，2014)。

尾塹社區排除萬難成立長青食堂，在 2015 年長青食堂簡報記錄著：「社照在跌跌撞撞摸索當中進行一年以來，在多次理監事會議中檢討出共識，認為要強化社照的功能必須輔佐以『長青食堂』，所以隔年即排除各種困難，本著『萬事起頭難，頭過身就過』的想法開辦長青食堂。經費籌措，志工召集，服務對象的說服，場地設備等問題在在考驗著我們的信心與毅力。」(尾塹社區發展協會，2015b)為鼓勵村民加入，他們花了很多心思。2016 年社區評鑑資料描述著這過程「為增進健康食物之內涵及鼓勵老人參加之意願，每逢社區活動志工都會在場為老人量血壓服務，並說明食堂的意義有別於遊民關懷，打破心理障礙，更將救濟與補助的福利措施之不同精神適時給民眾瞭解，又辦理多項的講座或體能活動，引誘長者走出家裡到社區來可以結交朋友，又解決午餐問題以及促進身心健康。」(尾塹社區發展協會，2017a)為了釐清長者的困惑及誤解，社區不斷透過各種機會宣導，居民終於願意來使用長青食堂。

村長回想起當時辛苦的創立過程，AB 村長：「本來我們做長青食堂的時候也做得很辛苦耶！那時候跟人家收 30 元，根本就做不起來，做到快要賠錢，現在有了，現在有人捐錢，米啦！就農委會也有捐米啦！宜蘭社會處，那也都有米，

比較穩定，也有給我們、給我們的福利，…就是因為有那些，才讓現在比較穩定了。」(AB：424-432)

三、長青食堂的運作

尾塹社區經營長青食堂也跟關懷訪視一樣採取團體戰。他們「發動社區照顧志工及家政班班員，以輪值分工方式，依主廚（領有丙級以上執照）、廚工、採購、器材管理、場地安全等需求，至少每天五人為一班輪值服務。」(尾塹社區發展協會，2013a)2016年成立食堂工作監督小組，選出八人小組來管控食堂的運作，理事長、村長都親自下海督軍，可見對長青食堂的看重(尾塹社區發展協會，2017)。在2016年衛生福利部社區發展工作的評鑑資料記錄著長青食堂供餐的情況「總計參與人數有1368人次/月，效果非常好，對老人健康很有幫助，社區居民也很支持。」(尾塹社區發展協會，2017a)好不容易成立起來的長青食堂得到社區民眾的好評，也吸引新成員參加社區活動。BC隊長：「辦長青食堂之後，就越多長者來，他們來看社區活動，現在漸漸都會來參加。」(BC：452-454)長青食堂符合了社區老人的需求，讓更多高齡村民接觸到社區，進而願意一起來參與社區活動。

四、長青食堂的成效

長青食堂不只是提供熱騰騰的餐食，也是鄰舍友人聚會的地方。CD叔叔說：「大家一吃也都吃了這麼多年，大家就好像一家人一樣，就在這裡吃飯也挺有趣的。到了中午，時間到了，人就全都來了這樣子。…吃完了人家就回去了，或是在這裡聊一下天這樣子而已。」(CD：553-556)79歲CC阿姨非常肯定長青食堂對老人家的重要，她說：「(長青食堂)很好，有需要，老人家很需要，因為總是有人需要，有的人家裡的年輕人如果去上班，中午都沒有辦法吃，沒有得吃，勁需要。」(CC：588-590)87歲CA叔叔跟太太也加入食堂，CA叔叔：「我們要惜

福，他們設這樣讓我們方便。菜色普通，說很好也沒有，說不好，也沒有，普通，大家吃的飽，這樣就可以了。」(CA：56-58)長青食堂因為經費限制，沒辦法提供豪華大餐，但是社區用心準備的健康餐食，讓老人家方便用餐，減少自理的不便，也增加社區居民彼此的互動。

長青食堂同時也是讓家屬安心的好服務。BB：「我都要上班，中午時間，爸爸一個人的話，他來社區吃的話，我就很放心，你就不用在那邊，而且他身體健康嘛！」(BB：1534-1538)她看到村裡的老人跟她爸爸一樣，常常把前晚的菜蒸熟簡單吃。BB：「我覺得有時候說那個隔夜菜比較不好，長青食堂它都是新鮮的東西，我們做子女的比較放心說他吃社區的。」(BB：1554-1556)CA 叔叔的兒子 DA 對於長青食堂給予高度肯定，DA：「他的這一個午餐的話，品質還是都很不錯啦！在各方面的菜色啦！營養的調配啦！在我們懂得的方面，我們也看來都覺得說還相當的不錯！」(DA：383-387)

三星鄉衛生所 AE 主任認為長青食堂很重要，她常常接觸到社區民眾，發現很多老人的飲食是不均衡的，AE 主任：「通常會說自己一個人就隨便吃，營養會不均衡啊！加上他如果住得比較偏遠的地方，他要來買菜，我們三星的菜車又不多，那我就是到鄉下去，那個賣菜的車子，那個小發財車，那個又不常見！所以他們要買菜可能也不太方便，很多就自己種菜嘛！可是他在營養上可能就不均衡，加上我說他們可能那種滷一鍋的肉，可能吃一個禮拜，就不新鮮啊！」(AE：1343-1352) 像 81 歲 BA 阿姨以前常常坐公車去隔壁羅東鎮買菜，現在膝蓋不好，上下公車不方便，換成騎電動車去羅東。她說：「我坐電動車，大概要 20 分鐘。我每天早上去羅東買菜，大洲這邊的魚肉比較不新鮮，買肉買魚我都去羅東買，去開元市場，走我最熟悉的路，走熟悉的路，就知道這有十字路口，有紅綠燈，知道要怎樣去。一個禮拜最多去兩次，菜就自己種。」(BA3：481-486)尾塹社區很多長者就像 BA 阿姨這樣，菜自己種，但是要吃新鮮肉類，就得到隔壁鄉鎮買。

尾塹長青食堂至少可以提供長輩一個基本的健康飲食，不用長途奔波及費心預備。

研究者與尾塹社區的長者一起在食堂用餐，看到大家對食堂供餐的珍惜與重視，甚至老人家談起他有資格參加長青食堂時，用非常得意的口吻說著呢！研究者在觀察日記上記著：「長青食堂受到歡迎，表示社區有此需求。而且要 65 歲以上才可以參加，感覺像是福利。」(日記，20170701)

長青食堂從原先村民的排斥，到現在變成長者期待的福利，中間的轉變，除了看到社區的用心，也看到長者用餐需求的增加。

五、長青食堂的困境

宜蘭縣政府長青食堂計畫的功能除了營養餐飲提供外，也鼓勵長者共餐，使其參與社會活動中，促進身心健康。

尾塹社區一開始長青食堂時共餐的人較多，但是他們剛成立時，去學習別的鄉鎮食堂運作時，參觀了以送餐為主的宮廟食堂，回來後仿效其送餐模式，從此尾塹社區供餐方式改為送餐或自己拿便當，後來發現共餐對長者較好，但是不管社區如何鼓勵，共餐人數始終偏低。

當時參觀完宮廟食堂後，尾塹社區在長青食堂要推送餐或共餐，意見分歧。BC 隊長想起當時狀況：「(主張送餐的人)就想說它(宮廟)可以，為甚麼我們不可以？他們也跟社會處盧，為甚麼一定要來這邊共餐？一送出去，志工就沒有事情了。這邊吃完志工又要收拾，後來才改這樣，社會處說一定要來這邊共餐，就是這樣才變成都帶回去比較多，不然原本都在這邊吃比較多。…現在變成大家習慣拿回去。」(BC：479-484)BC 隊長抱怨：「帶人家去觀摩，結果宮廟跟我們社區作法不一樣，就是因為我們社區是社會處輔導，希望來這邊共餐，(現在)做 130 幾位都外送。」(BC：471-473)BC 隊長認為社區志工在接收社會處長青食堂政策時出現問題，BC 隊長：「志工去受訓也很重要，不可以說固定這幾個去受

訓，資訊他們不清楚，…還去家裡拜託人家你來包回去吃這樣。…其實剛開始是很多桌都在這邊吃。」(BC：490-492,496)尾塹社區目前共餐狀況，固定有 2 桌，每週一、三、五樂智學堂的長者留下來用餐，再加 2 桌，最多才 4 桌，送餐或自己來拿便當有 130 多個，差異甚為懸殊(楊登茂，2017)。

尾塹社區後來發現共餐的重要，為了鼓勵長者來社區共餐，在餐費上做了調整，共餐每餐 30 元，送餐或自己來拿便當每餐 50 元，但是向來節儉的尾塹長者居然不為所動，還是不願意來共餐。

BB 志工看到老人家不來社區參加活動，只帶便當回家，覺得很可惜。BB 志工：「我覺得這個情況，我們都推不動，我也覺得就很莫名其妙，你說你來社區吃會比較便宜，你帶回去會比較貴，可是我覺得這樣的意義好像不大，我跟總幹事一直在研究，為什麼他們怎麼不來社區吃，很奇怪，他寧願來這邊拿，然後就回去了。」(BB：1568-1573)

BA 的孫女婿 DC 認為共餐很重要。DC：「其實共餐比較好。你很多老人家其實家人都出去了，之後，你就一直窩在家裡，你根本也不會出去。…若是共餐的方式，大家都還有可以聊天等等這些，說不一定就直接去外面活動，其實老人家最欠缺的就是有人陪伴及活動。」(DC：385-387)DC 跟太太 DB 建議提供交通車接送老人來用餐。DC：「就像娃娃車一樣，開一台收收，吃飽再收收送回去就好。」(DC：423-424)DB 在旁接著說：「有的老人就是沒伴，一個人在家又懶得出門，就是懶得出門而已。吃飽再回去，一天出來一次而已。」(DB：427-429)

老人家不來社區共餐，原因很多，有些是不想出來，有些是身體不好不能出來，或是不喜歡跟不同的飲食習慣的人共餐等等。像 BA 阿姨就喜歡在家吃飯，BA 阿姨：「你在我家，夏天短褲穿著，我就可以吃了，對不對？…妳如果來社區，妳不能邋邋遢遢，這樣隨便穿了就來啊！對不對？妳還要穿個衣服來這邊吃飯，我覺得這樣很麻煩。」(BA3：1850,1583-1585)

AE 主任請教過其他社區，有關老人家不肯共餐的原因。AE 主任：「不見得有一些長者他願意出來吃飯，因為我也曾經問過 Y(村)，Y(村)那個地方的話，他們剛開始成立的時候有好幾桌，現在吃飯頂多剩兩桌到三桌，我說你們的人為什麼越來越少？他說用餐習慣不同，因為有人可能沒有公筷母匙的觀念。你會覺得他衛生習慣不好，沒用公筷母匙，一次兩次之後，我就不想來吃飯了。」(AE：1322-1330)每個人的飲食習慣不同，共餐得配合別人，也是不自在、不放心。

有些長者是因為健康因素，不方便到社區來用餐。BA 阿姨提到社區一位 97 歲阿公每天都準時在家門口等著志工送餐，貼心的送餐志工特地把他排在送餐的最後一位，可以有時間跟他多聊聊。BA 阿姨：「那個送便當的也是，他會跟他抽一根菸才會回去，那個老人家也愛飯澆湯，他都跟社區，我們本來送便當沒有讓人加湯，他都特別拿一袋子湯去給他。」(BA3：377-380)貼心的志工送餐又送關懷，用抽一根菸的時間，讓用餐的長者感受到濃濃的關懷。

長青食堂可以提供長者基本健康的飲食，但不是每位長者都能得到這樣的服務。AE 主任：「有一些長者他根本就是不想出來，可是他們又沒有適合的那種就是有外送的服務，他們通常用餐，他們就會亂吃啊!就像我們去訪獨居長者，他們通常電鍋裡面，一鍋肉都是放很久的，蒸了又蒸這樣子，所以送餐服務，加上接送服務，這個都比較缺乏。」(AE：1199-1205)在老人餐飲服務上，對於地方較偏遠或是身體狀況不佳的長者，送餐是很重要的基本需求。

AD 專員所服務個案中，有許多長輩因為路程不便，無法到社區用餐。AD 專員：「很多長者他們都是因為距離的關係，他們都沒有辦法外出，可是他們欠缺很多需要，就是送餐。」(AD：1239-1241)老人營養午餐的籌備不易，送餐志工更不好找，AE 主任：「我們志工說的，他沒有辦法(送餐)。我說志工他通常的話，他年齡層比較大，年齡層偏高的話，你叫他每天這樣騎機車這樣去送餐有困難，我說年紀比較年輕一點，我們年輕的志工也都 40 幾歲了啊!幾乎沒有那種 30 幾歲的，這一些的話，他們也是利用他們閒暇的時候才有辦法，他們家裡可

能還有其他的事業要做嘛!可能家裡開店，或是說他可能就是有在工作，他沒有辦法這樣子常規每天幫忙送餐啊!」(AE：1300-1310)

要能夠成立長青食堂是不容易的，要找到有時間，又有意願及能力送餐的志工更難。尾塹社區已經以團體的方式，使長青食堂的運作順利，但是要有更多志工為無法到食堂的長者送餐，或是邀請長者來社區共餐，都是目前面對的挑戰。

六、長青食堂的分析

以政策窗分析，其問題流是社區內長者用餐的不便及營養的失衡；政策流是配合宜蘭縣政府的「宜蘭縣長青食堂補助作業計畫」；政治流是宜蘭縣政府看重長青食堂，並將其視為社區績效，極力推動。因政府的看重、政策的補助，及解決地方長者用餐需求，讓長青食堂這項服務在尾塹社區受到歡迎。

從組織環境因素分析，可以看到尾塹社區經過努力，取得社區居民對長青食堂的認同(市場)，配合宜蘭縣政府長青食堂政策(政治法律)，及其所提供的經費補助(投資者、財務資源)，使他們能夠將長青食堂發展起來。

從政策窗、組織環境因素分析，尾塹的長青食堂不管是政策窗三流的會合，還是改變了組織的環境因素，都可以看到長青食堂成為尾塹社區照顧服務重要的一環。

肆、「老來寶健康促進家園站」實踐高齡友善城市理念

宜蘭縣政府在 2012 年加入 WHO 高齡友善城市國際網絡會員後，組成跨局處工作小組發展「高齡友善城市」，以高齡友善城市的八大面向，包含無障礙與安全的公共空間、交通運輸、住宅、社會參與、敬老與社會融入、工作與志願服務、通訊與資訊、社區及健康服務等面向，來建構宜蘭縣老年整合服務網絡（李怡娟、郭懷婷、劉建廷、陳熾玲，2015；宜蘭縣衛生局，2016）。2014 年宜蘭縣政府以尾塹社區為範例，規畫用社區照顧關懷據點為主軸，結合宜蘭縣政府各局處共同營造全方位的社區照顧服務中心—「老來寶健康促進家園站」（宜蘭縣政府，2017c）。該家園在 2018 年 6 月在宜蘭縣 12 鄉鎮已成立 41 站，成為宜蘭縣多元社區照顧的創新型服務(宜蘭縣政府衛生局，2018)。

一、成立老來寶健康促進家園站的想法

2014 年 9 月 23 日三星鄉衛生所在尾塹社區活動中心成立「智在不老營—長照樂智社區服務據點」。三星鄉衛生所樂智據點與尾塹社區的長青食堂決定一起揭牌，希望讓宜蘭縣政府看到三星鄉尾塹村有這樣一個整合性照顧服務。林聰賢縣長在參加這場揭牌後，很肯定這樣的服務模式，認為應該把尾塹社區的整合性照顧概念擴及到全縣。

此時宜蘭縣政府正在推動「高齡友善城市」計畫，陽明大學李怡娟教授以參與性行動研究方式，針對 33 位宜蘭縣社區組織領導人，用質性焦點團體訪談方法，收集長者需求後，訂出行動計畫，依此提出「整合性持續充能照護模式」(All-inclusive Continuum Care Empowering ServiceS (ACCESS) (圖 4-3)，作為宜

蘭縣在各鄉鎮推動高齡友善城市行動計畫的指引，以期建構可近性、可負擔性的持續照顧服務(李怡娟、郭懷婷、劉建廷、陳嫻玲，2015；李怡娟，2017)。

該模式與尾塹社區整合性服務概念相符，因此宜蘭縣政府在尾塹社區以李怡娟教授「整合性持續充能照護模式」(ACCESS)概念規劃出宜蘭縣第一個「老來寶健康促進家園站」(圖 4-4)，希望以尾塹社區做示範社區，落實「高齡友善城市」的推動(尾塹社區發展協會，2017a)。

AE 主任：「那他們成立了(長青食堂)，我們的『智在不老營』就跟著長青食堂一併辦(記者會)。那在揭牌的部分的話，我們也有邀請縣長。當時，我們的國健署署長邱淑媿，還有立委都有來，…當時只是很單純，我們剛開始是很單純，想要讓大家知道說，我們在尾塹有成立一個這樣一個失智症關懷據點，那當時也要發新聞稿，可是新聞這個通常都要透過到縣府那個地方去，當時林聰賢縣長他們會認為說，那你們要整合這些資源，是否來想一個比較通用的名稱，而不是只有你們尾塹成立完就沒了。他希望這樣子的一個家園，一個概念來講的話，可以開始有第二站、第三站，他希望 12 鄉鎮可以遍地開花，所以那時候才会有『老來寶健康促進家園站』，這樣子的緣由。」(AE：428-432,438-444,447-452)

AD 專員為尾塹「長照樂智社區服務據點」的承辦人，她跟著長官去向林聰賢縣長報告樂智據點的成效。AD 專員：「……一開始就是也是為了這個失智症的樂智據點，然後那時候那個長官就帶我跟另外局的一個長官，去縣府跟縣長報告，我們目前就尾塹這一個例子好了，他把那個(高齡友善城市)八大面向的那個概念，他提供出來給縣長，然後縣長可能覺得說這個是可行的，所以他說：『那你要取一個名字』，所以那時候才取一個叫『老來寶健康促進家園站』這樣。…應該是說一開始就是叫，就是那個高齡友善八大面向那個概念，然後一樣就是把尾塹它該有的這些，它那時候有的服務都先把它列出來，然後把每一個，像喬木讀書會啊!然後什麼平衡班啊!還是長青食堂，它只要有的東西，他一個一個跟縣

長報告，然後就是那時候長官有跟縣長說，就是要做一個家的概念，所以就有點像是現在提的，就是很像 C 據點，雜貨店的概念。」(AD：1404-1413, 1422-1429)

從樂智據點跟長青食堂的揭幕式，意外延伸成為「老來寶健康促進家園站」，大家都很有訝異。AE 主任：「所以剛開始的話，我們可能是很簡單，想說我想要讓大家知道說，我有成立這樣一個關懷據點，那可是後來，咦？那個縣府層級他們看得更遠，他們會認為說社區有這麼多這樣的一個資源，那我們把它整合在一起嘛！這個本身就是老人他們常來的一個地方，它是一個『健康促進家園』。」(AE：458-465)宜蘭縣政府衛生局選擇三星鄉尾塹社區作為老來寶的第一站，除了看到尾塹社區已具備多元社區照顧服務外，社區的活力及人口老化的問題也是被挑選作為示範家園的原因。AE 主任：「衛生局他們也會去觀察，那個社區最活絡、最容易形成、最好做，加上我們三星的 65 歲的老年人口，比例的話是最高，三星是最老的…，我們現在已經 18.46% 了。」(AE：376-380,383)

二、老來寶健康促進家園的運作

尾塹社區成立「老來寶健康促進家園站」後，衛生局想瞭解當地老人的健康狀況及需求，首先由尾塹社區志工進行全村 65 歲老人「健康促進長者問卷調查」(尾塹社區發展協會，2017b)。BC 隊長說：「200 多份耶！所以說變成我們志工就分，一個人分幾鄰這樣下去做。」(BC：395-396)大家合力完成問卷調查，縣府也依據志工們調查的結果及社區提出來的需求，提供多項資源。

1. 在居家安全部分，請消防局加裝住宅火災警報器，提供長者緊急救援系統；由衛生局提供安全扶手及小夜燈。
2. 在交通設施方面，在尾塹社區活動中心門口建置公車候車亭；警察局將路口行人號誌秒數調長，讓老人可以有充裕時間過馬路。

3.在健康照顧方面，衛生局在活動中心建立遠距照護服務據點，訓練志工幫民眾量血壓，資料上傳到網路，做社區居民健康追蹤與管控。(宜蘭縣政府衛生局，2014a；尾塹社區發展協會，2015c)

成立了尾塹老來寶健康促進家園，尾塹社區發展協會的志工比以前更加忙碌，他們完成了全村老人健康促進問卷，也動員多位志工輪流站在風沙瀰漫的馬路旁測量秒數，向警察局提出確有調整馬路紅綠燈秒數必要之數據。AE 主任：「紅綠燈當時那事情也是透過我們衛生所積極去爭取的，那當時為什麼要爭取那個紅綠燈？就是因為另外那一頭的人他們要來社區活動，然後怕就是那邊砂石車太多了，所以就是有一個紅綠燈，它那個就是可以按壓的嘛！那可以讓他們安全的過馬路。」(AE：340-346)透過各局處的協力合作及尾塹社區發展協會志工們的付出，尾塹社區的老人得到更多照顧及出入平安。

AA 總幹事說明尾塹老來寶健康促進家園站在尾塹的執行方式。AA：「到了 103 年，那時候就被衛生局注意到，然後就請我們來加入，成立一個老來寶健康促進家園站，所以我們就那時候就成立老來寶健康促進家園站第一站，而且那時候縣長指定說要當示範的，而且要做推廣出去的，我們的那個部分，所以有很多的附屬的一些政策的需求就開始進來了，譬如說居家的安全措施，防火的一些警示，防跌的一些改善等等，我們有的據點出去做訪視，發現這個是對象，有的時候他的用藥安全必須要跟他們做解釋的等等，還有在社區活動的，我們就開始把這個課程做一系列設計活動的，來社區的一些安全動線，甚至於他們在從家裡到社區這一個地方，我們要注意他的交通狀況的。」(AA：213-231)尾塹社區成立宜蘭縣第一個「老來寶健康促進家園站」，除了原有的健康促進、關懷訪視外，增加了交通、醫療等設施資源的建置，帶來更全面的資源挹注。

三、老來寶健康促進家園的成效

宜蘭縣政府各局處帶來各項的資源與措施，對於原來社區照顧關懷據點的成員似乎並沒有太多的感受。BB：「老來寶這個名詞對我們來說，因為我們本來就在做這個工作，長久以來我們就這樣做，以我個人來講，我覺得沒有什麼變化，就是說我們老來寶，我們以前就在做了。…對我個人來講是一個牌子掛在那裡，多一個牌子而已。」(BB：1744-1748)他們認為社會處輔導的「社區關懷據點」跟衛生局的「老來寶健康促進家園站」，並沒有什麼不同或有太多的改變。但是不可諱言，透過「老來寶健康促進家園站」讓尾塹社區進入宜蘭縣政府高齡友善城市的政策，使尾塹社區除了原有的社區照顧關懷據點外，更爭取到宜蘭縣政府各局處多方面軟硬體設施及資源。

四、老來寶健康促進家園的分析

在政策窗分析，問題流是社區照顧缺乏整合性；政策流為高齡友善城市政策；政治流為宜蘭縣政府希望提出具體高齡友善城市成效。

在組織環境分析，可看到尾塹社區已定位他們的經營領域為社區照顧服務，在老化問題嚴重(人口結構)、老人需要照顧(市場)及在地老化理念(社會文化)下，取得宜蘭縣政府(投資者)、社區幹部及志工強有力的執行力(人力資源)，使尾塹社區可以發展成宜蘭縣社區照顧的模範社區。

從政策窗、組織環境因素可見尾塹社區成立老來寶健康促進站雖是意外，但也呈現當政策窗開啟，組織環境吻合時，社區照顧就水到渠成的現象。



圖 4-3：整合性持續充能照護模式 All-inclusive continuum care empowering services(ACCESS)

資料來源：李怡娟(2017)。

宜蘭高齡之整合照護模式—以尾塹社區為例

Age-Friendly Continuum Care Empowering Service(ACCESS)

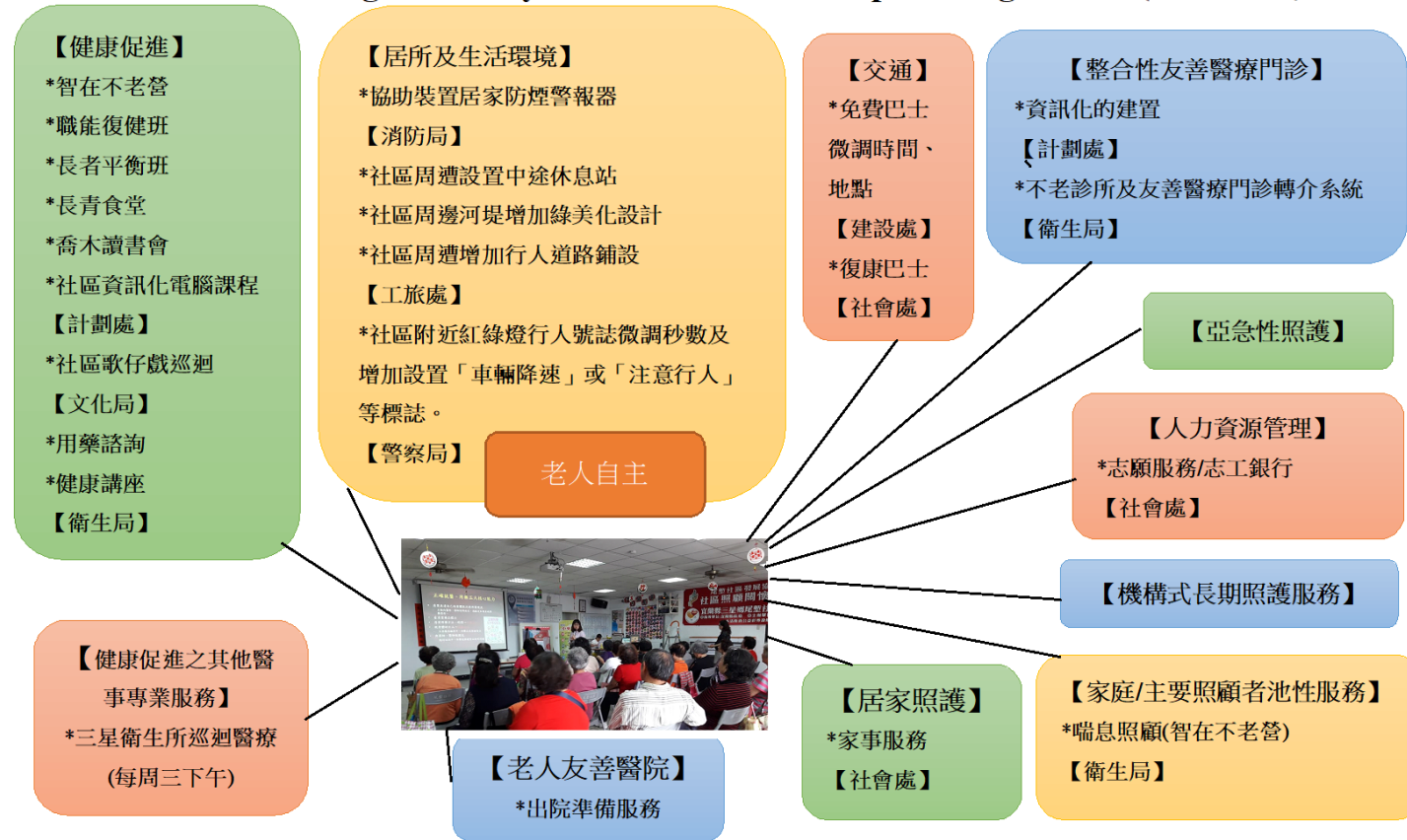


圖 4-4：宜蘭高齡之整合性照護服務—以三星鄉尾塹社區為例

資料來源：修改自尾塹社區發展協會(2017)。

第三節 尾塹社區利益關係人對於 社區照顧的看法與期待

尾塹社區的長者、長者家屬、社區經營者、社區志工們等利益關係人（stakeholder）對社區老人的照顧，表達對「在地老化」的期盼。為了讓長者可以安心在社區終老，社區居民提出對尾塹社區照顧的期待為社區居民擔任自己社區長者的照顧者、照顧服務員可彈性提供社區照顧跟居家照顧服務、補助外籍照顧員聘僱費用、對社區長者更多的關懷陪伴、在社區發展小規模多機能服務等。

壹、在地老化的期待

尾塹社區長者 CA 叔叔、CC 阿姨、CB 叔叔、CD 叔叔、BA 阿姨；長者家屬 DA、DB、DC；社區經營者 AD 提出對「在地老化」的期待，希望能在尾塹社區終老。

一、CA 叔叔 87 歲(衰弱指數 2 分，評估結果：衰弱)。

他跟太太，以及退休的長子、長媳住在一起。每週一、三、五去社區參加失智學堂，他跟太太兩人也加入長青食堂。有上課的日子在社區共餐，沒上課的日子，家人幫他把便當帶回家。太太中風行動不便，家裡請外勞 24 小時貼身照顧。CA 叔叔：「就家裡都有人，媳婦什麼的都煮飯，現在有請外勞，外勞 24 鐘頭。中午都活動中心，吃飯提回來。晚上都自己煮，外勞煮。」(CA：94-96)CA 叔叔對目前這樣的生活方式感到滿意。研究者請問 CA 叔叔將來是否會考慮機構照顧時，坐在房子另一端的太太聽到這問話，立即焦慮地大喊：「我們是不用這

樣，我兒子請人來顧。」(CA：125)CA 叔叔轉過頭大聲制止太太說話，試著溫婉地解釋：「家裡，我們是不去外面的，我們都在家裡。…換別的地方，沒那個興趣，沒有必要，也不方便。我們出去外頭，我們就大家看不到。就別人給我們顧，在家裡顧，自己顧。本來就是沒辦法才去外面。老人院顧老人的，很多啦！要申請，我們如果要申請也可以，但是我們不要，家裡有人可以是照顧。在家裡自己，每天嘛才看得到，才不會說，老人家在老，去外面，這個小孩什麼的，才不會掛心這。」(CA：90,94-107)CA 夫婦擔心住到機構，看不到孩子，而且家裡有兒子、媳婦，也有能力請外勞，沒必要去住機構。

CA 叔叔以前是鄉代表，年輕時對政治有高度興趣，常常忙於公務及應酬，太太專心在家照顧孩子。他的兒子 DA 說：「他(CA)從年輕的時候，好像是比較不屬於家裡，比較屬於外面的活動這樣子。」(DA：198-200)DA 是長子，看著媽媽辛苦養他們長大，DA：「因為她從年輕到現在，一直都跟我在一起啊！所以說有些時候，他們在講什麼(照顧)方法最好。我就講說，我再怎麼樣，我經濟情況再不好，我媽媽，我也不可能給她送走。..我也割捨不下啦！」(DA：1069-1073)過去媽媽獨自辛苦的養育恩情，DA 決心不管如何困難，也要把媽媽留在家裡照顧。

DA 珍惜拉拔他們長大的媽媽，也用心照顧早年常缺席的爸爸。DA 幫忙 CA 叔叔把田埂整理好，又幫忙買種苗等。DA：「我們就是希望說，給他一個固定的精神上的，能夠讓他一個寄託，像種菜，種菜收成是不是有成就感，每天在那邊弄..」(DA：174-177)DA 擔心父親像過去結交一些不好的朋友，除了種菜外，也鼓勵爸爸參加社區活動。DA：「比較正規的這些社區的活動，讓他跟人家這樣在交流，在各方面，在思想上、精神上，而且在這個舉止上，都會比較屬於比較正式、比較讓人家覺得說可以認同的。」(DA：334-339)

為了確定社區出入的人是否是正規的人，DA 還先去尾塹社區活動中心做過觀察，認可這個社區的活動後，再勸說父親去參加，DA 也很慶幸 CA 叔叔願意

接受他的安排去參加社區活動，DA：「他也很認真，據我所知，他到目前為止，他好像是沒有缺課、缺過課。」(DA：317-319)在 DA 的照顧下，CA 叔叔的生活重心就是種菜跟社區活動，與家人在家裡過著平淡又安逸的生活。

二、CC 阿姨 79 歲(衰弱指數 1 分，評估結果：衰弱前期)。

她女兒住在她家對面，走幾步路就到了。CC 阿姨本來住在自己家裡，去年身體不好，女兒不放心，請 CC 阿姨住到自己家裡。CC 阿姨現在晚上住女兒家，白天再回自己家裡看看。CC 阿姨：「我從去年喔！人的身體不舒服，然後去住院，回來之後我就都去他們家住，晚上，她說很怕我沒伴兒，如果有什麼事情才顧得到，我都是晚上的時候去那邊睡覺，然後白天的時候，才會再過來我這邊的房子稍微走動看看。」(CC：640-644)對於是否考慮住在機構照顧，CC 阿姨急著說：「我不要，我要在家裡。…因為我女兒跟我住一起，自己的親人在家裡，就覺得比較溫暖。」(CC：617-618)CC 阿姨相信孝順的女兒會好好照顧她到終了。

三、CB 叔叔 83 歲(衰弱指數 2 分，評估結果：衰弱)。

CB 叔叔目前自己一個人住。CB 很感嘆：「就是電話一響，也沒有人可以去幫我接電話，我就說孩子都不在身邊。」(CB：337-339)CB 叔叔很羨慕別的老人有子女陪伴，對於以後照顧的選擇，CB 叔叔說：「應該是自己住在家裡，請人家來照顧。」(CB：456)縱使只有自己一個人在家，CB 叔叔也是堅持要留在自己家裡養老。

四、CD 叔叔 79 歲(衰弱指數 0 分，評估結果：無衰弱)。

CD 叔叔身體健康，行動俐落，平時還接些鐵工工作。CD 叔叔：「就這裡加減住，如果可以能夠出去，就加減走動走動，加減、加減坐著大家聊天，如果有工作就去做，不然沒工作就是這樣而已。」(CD：719-721)CD 叔叔生活很自在隨

興。對於自己將來的照顧問題，他認為要讓子女來決定。CD 叔叔：「到了那個時候，我們說要叫你去哪裡，我們也要走啊！難道可以說不願意…，難道可以說不去嗎？對不對？我們也是要。…自己，到時候看人家怎麼樣，人家要給我們轉到哪裡，我們就要轉到哪裡，難道可以說我不肯？」(CD：666-668)CD 叔叔停頓一下，話鋒一轉又說：「他也不敢趕我們，對不對？」(CD：674)CD 叔叔說要依子女狀況來決定自己是否要入住機構，決定權要交給子女，但是心裡面還是期待能夠留在家裡被照顧。

五、BA 阿姨 81 歲(衰弱指數 0 分，評估結果：無衰弱)。

BA 阿姨是熱心的志工，在社區非常活躍，也跟著尾塹的長青舞團到養護機構表演過好幾次。對於入住機構，BA 阿姨這樣說：「聖嘉民也有，我也去過。不過妳如果去那邊，變成要怎麼講，妳不認識嘛！剛去的時候有認識，不過那個有的也不太能講啊！我們如果去我們社區又都是在地的，人脈都有認識的，這樣子講話，一下子你家做什麼？你家種什麼？都可以說，比較有話可以聊。」(BA1：1000-1005)跟陌生人住在一起，怎能比上跟從年輕到老的左鄰右舍一起談天說地呢！而且她對養護機構的印象是「你看過來、看過去，有的人口水在流，有的人這樣子髒髒的，看到也驚驚的、怕怕的，所以我們還可以整理自己身體的時候，還是住家裡，然後來社區這樣比較好。」(BA1：1008-1010)BA 阿姨看到養護機構老人的狀況，更害怕去住機構，最好是能一直住在熟悉的社區跟認識的人快活度日。

孫女 DB，因為爸媽搬到臺北，她不習慣台北生活，國中時自己搬回宜蘭由 BA 阿姨照顧長大。因此 BA 阿姨雖是她的阿嬤，但也像她的媽媽。DB 認為「我覺得如果像我阿嬤這個樣子的狀態還 ok，又沒有很嚴重的生病到要坐輪椅什麼的，在家是 ok 的。」(DB：89-91)以後若是阿嬤身體狀況比較不好時，是否會考

慮送阿嬤送養護機構呢?DB 說：「我覺得就是尊重老人家的意願。老人家老了，我覺得最重要是她過得開心，活的開心，才重要吧!」(DB：175-177)

DB 對於照顧阿嬤的想法是：「如果我可以決定的話，可以在家裡養護，就在家裡。因為我覺得家裡那個環境會讓老人家比較舒服，比較不會有負面情緒的影響，因為我覺得老人家除非她已經退化到她的認知沒有辦法認清楚這是家裡，那就要送養護機構，我覺得 ok。那當然是減輕他的負擔，只要付錢就好。可是如果說，她還有認知，她想要在家裡面，我覺得尊重老人家的意願為主啦!可能大家比較辛苦，請個日間看護或什麼的，我覺得那個對老人家的狀況會比較好啦!」(DB：96-105)

除非是不得已，DB 才會考慮讓阿嬤去接受機構照顧「如果她的狀況真的..，就像是失智症的老人，你可能照顧起來就很吃力，那如果你要把他送去機構，我也覺得無可厚非。」(DB：86-89)在醫護相關單位工作的 DB 對台灣照顧環境沒有信心，她還是希望讓阿嬤「在家吧!因為我覺得台灣的機構照顧並沒有日本的好，日本的照顧環境非常優良。他們的機構式的照顧算是比較人性化，在台灣比較偏向醫療類的照顧。我知道的部分在宜蘭縣內的狀況都不會像老人家自己在家裡養護那麼好，當然那也是要有能力啦!」(DB：78-83)台灣機構照顧要做到去醫療化似乎是不太容易，但是要將老人家留在家裡照顧，金錢跟照顧人力都是很重要的考量。

DB 的先生 DC 認為養護機構只是在照顧身體疾病的地方，不是讓老人快樂生活的地方。DC：「其實我們現在重點都偏低了。其實到最後，大家都做醫療行為而已，而不是真正的人的相處或是彼此照顧的一個狀況。」(DC，169)DC 認為現在一般人對養護中心的想法是「如果我可以照顧你，那留在家裡，不能的話丟去養護中心。養護中心就只是做讓你吃飯，翻身，其他什麼都沒有做，那老人在那邊，其實也是等死。…台灣人觀念，就像我講台灣觀念還是以在家裡為主，

不是以去到一個機構，你覺得台灣其實還是不信任。心裡面還是覺得在家裡好啦！」
(DC：223-226)

AD 專員提起她的個案們對機構照顧的看法也是如此。AD：「所謂長照中心就是像養護醫院啊！護理之家等等，那很多人都會排斥去，為什麼？因為去那邊：『我很無聊，我好像被孩子遺棄在那邊』」(AD：570-573)照顧不等於是醫療，當照顧變成只剩醫療又與家人分開時，更強化老人對留在社區「在地老化」的期待。

DB 跟先生 DC 認為機構照顧之所以被老人排斥，主要是台灣的機構照顧沒有顧及受照顧者感受，DB：「我覺得長照最不容易達到的部分是從觀念開始改起，你要去推廣什麼叫長照，讓大家瞭解長照是要照顧到的老人家是整個的部分，而不是只有說他感冒了，要看醫生，要吃藥；他現在臥床了，要幫他翻身，要維持他活著機能；他要吃飯，這些都是最基本的東西，這些大家都知道，你不用講，但你其實沒有去關心到他其實需要的是什麼?...不管你呀！在長照機構你就躺著，他可能偶而可以出去曬曬太陽，去看看電視，或幹嘛！但那是他要的嗎？並不會去關心他那一塊。...你的照顧人員並不會去陪他聊天。台灣人都會希望說，有義工進來幫忙，去陪這些老人家聊天，但他並不會想要花錢聘一堆人只為了照顧老人家跟他聊天，他只負責跟他聊天，帶他玩，他會認為那是機構的人要附帶做的。可是你付的錢就是那些呀！你又要我當護士，又要我當心理師，又要我當他的小孩去瞭解他的心理狀態，我自己都還有家庭，那個是長照最難落實的部分。」(DB：243-264)現在照顧機構的現況，光是忙醫療照顧就人力不足，更難顧全老人身體及心靈全人的照顧品質。

在社區終老，周遭有熟識的朋友、熟悉的生活方式及親愛的家人，這是照顧機構難以取代的。不過當家人無能力照顧時，機構也不得不成為選項之一。CD 叔叔無奈地說：「看看可不可以不要這樣子啦！說現在這樣子身體還好好的，能夠這樣走一走，這樣人好好的，這樣就好了。」(CD：685-687)

貳、社區居民擔任自己社區長者的照顧者

社區長者跟家屬都期待能夠「在地老化」，但是照顧服務員人力不足，在自己社區終老的期待更加困難實現。

社區長者 CD 叔叔、CA 叔叔、BA 阿姨、CC 阿姨、DC 叔叔，長者家屬 DC、DB，社區經營者 AA 總幹事、AF 護士、AD 專員、AE 主任、AG 主委，社區志工 BC、BB，討論照顧服務員不足的問題，並期待社區居民可以擔任自己社區長者的照顧者。

長輩們期待能夠「在地老化」，但是當身體狀況不佳時，總得有人來照顧。CD 叔叔感嘆地說：「年紀大的人，你如果說子女在上班，你現在如果自己也走不動了，就我那時候在說，要喝一個茶水，你也沒辦法，你也需要人家拿給你，不然就算你是用爬的，也爬不了啊！你這樣對不對？你不請人也沒有辦法。」(CD：910-915)CA 叔叔說：「裡面就吃頭路，出去辦公啥，沒空，老人就沒請不行，就像這個(指著中風行動不便的太太)。…就裡面沒人顧，沒請人就不行。」(CA：140-141)BA 阿姨擔心以後的照顧問題：「不過就是真的，身體狀況、行動力的部分也是會擔心 24 小時的照顧。如果到上個廁所要人家扶，或是真的要臥床的話，真的就是不方便。」(BA1：133-136)

實踐「在地老化」，需要足夠的照顧專業人力。政府在這幾年大力推展居家照顧服務，培訓照顧服務員，但是來參加受訓的不多，留下來工作的更少。AD 專員：「我們縣內來講，我知道局這邊其實還蠻 support，他佈局在很多的地方，很多個鄉鎮市，他其實都有開設居家照服員的那個訓練班。」(AD：1776-1779)照顧服務員的招募成果並不佳，BC 說：「大家都有來瞭解，可是意願不高，衛促會也常常強調這個，不過我看大家意願都不高。」(BC：749-751)CC 阿姨跟

BA 阿姨覺得村裡不太可能有人可以出來做照顧服務員，CC 阿姨：「我們村的都是老人家居多，比較不可能。...也要帶孫什麼的，都很少。...如果是五、六十歲都要帶孫了啦!如果再更年輕的，都出去外地上班了。」(CC:933,938,942-944)尾塹村可以工作人口都外出謀生，沒什麼人來受訓，就算受了訓，也不一定會投入這份工作。AE 主任：「上課跟實際上從事的，我想大概，現在目前啦!應該是如果說他的薪資，現在又再高一點的話，我想投入的人力可能會比較多啦!你如果說比如上個 100 個去訓練，有 2 分之 1 願意投入，我就覺得已經很棒了啦!...那你能不能持續，那又是個問題啊!」(AE:1981-1985,1988)

BC 隊長認為大家不願意投入照顧工作是因為怕辛苦，BC：「現在的人變成說生活太好，我就不去賺這種錢。...我的想法是會嫌辛苦，生活習慣享受，真的很困苦的人才會去做，現在的人都習慣享受。」(BC:764-765)CA 叔叔認為是薪水太少沒有吸引力，CA 叔叔：「我們台灣人要賺大把的，要賺卡多，小把的沒人要作，過去難作，就這樣才有外勞都來我們這裡，他這裡賺，回去家裡很好。以後沒外勞，咱自己要怎麼做。那就是咱台灣人就說這小把我不要做，他們愛的要死。」(CA:184-188)BC 隊長：「我看現在招募也很少，不然我們這邊外勞怎麼這麼多?」(BC:723-724)國人不願意投入照顧工作，只好由外籍照顧員來取代。2016 年我國的外籍照顧員有 232,520 人，本籍照顧員只有 8,368 人，相差極為懸殊。(勞動部，2016；行政院主計總處，2016)

照顧工作辛苦，照顧服務員薪資計價方式又造成收入少又不穩定，加上照顧服務員常被案家當作傭人使喚，不被尊重，這也是讓人望之退卻的原因。DC：「很多人會認為你是因為沒有其他的專長之類，才來做照顧服務員這個事情。」(DC:319-321)DB 接著說：「因為大家看照顧服務員，他會覺得我也可以做，我覺得很簡單呀!我也做得到。如果你不下去做，每個行業都有他的困難，你若沒有下去做過，你怎麼有辦法說出這種話，就是因為沒做過，所以他敢講呀!你若

沒有做過，沒有照顧家裡的老人家，你不會認同他的辛苦啦!.. 因為台灣並不太重視專業這種東西。」(DB：322-328)

DC、DB 這對夫妻對很多人誤解照顧服務員的工作，感到憤慨。DC：「我覺得居家服務員照顧的對象，即使只有你要照顧的老人，但他並不應該去做家裡其他的照顧工作，及其他的任何雜事們，或是你家裡成員應該做的事情，他唯一的工作其實就是照顧老人的一些事務，但是在台灣就是變成做其他的事情。」(DC：285-290)DB：「他只會去照顧維護需要做的部分，我覺得這也是宣導的問題，你就變成說一般人很難，家人，像我們這樣不瞭解，我們就是花錢請他照顧老人家，順便這邊掃掃，那邊做做，不行嗎?就是這樣的觀念，純粹是觀念的問題，所以你真的要推動這種東西，真得很難，加上他的壓力會很大，因為他每進入一個陌生的家庭，他要適應，然後又要去做宣導的角色，要去跟人家解說，為什麼我只做這些。」(DB：301-309)

AE 主任常要向民眾澄清照顧服務員的工作，AE：「我們之前也有碰過幾個個案會講說：『這樣照服員沒用啊!來這裡整理，整理那一小塊而已。』他們觀念不正確。」(AE：2007-2009,2010-2011)照顧服務員的工作是以老人的照顧需求來評估服務項目，服務的範圍限定在老人本身所需要的照顧服務。AE 主任：「他們就是像去家庭做居家服務，居家服務他其實服務的範圍是有限的啊!他可能就是在你那個活動的範圍，或是幫你衣服洗一洗，就這樣，我不是幫你從頭到尾去做全家大掃除，可是有一些民眾他的觀念不清楚，他會把他當作傭人使喚，那如果說你的居服員他自己本身心理建設不是很好的話，他會認為說這個工作不被尊重，可能那個流動率會比較高一點。」(AE：1996-2005)

DB 主張要提高薪資，「重金之下必有勇夫」，DB：「我覺得台灣的人願意來做居家服務員的沒有，除非他薪資很高。」(DB：279-280)CA 叔叔也呼籲政府提高照顧服務員薪資，讓宜蘭的年輕人不必離鄉背井到外縣市工作。CA 叔叔：「2 萬真的太少，3 萬差不多，大家省一點，不要出去外頭山，去外鄉鎮，出去

要租房，作什麼、車馬費什麼，一扣就不值得。…用在地人比較卡好，出外這外頭山少年人比較不會這麼艱苦。在地人來照顧，比較卡好。咱宜蘭縣的人大家幫忙讓這些人去作，不用去外頭山，縣政府這邊提高這些員工差不多，錢較高價一點的，省的再請外勞。」(CA：203-205, 213-217)AG 主委從僱用者的家庭提出另一個看法：「付費沒關係，付費不能超過一個外勞的費用啊！」(AG：403-404)

薪資不高是問題，服務的輸送又是另一個問題。目前居家照顧服務員都是由機構派遣到各個地方服務，照顧服務員光是往返路途就耗費掉很多時間。AF 護士認為：「如果他能夠只是隸屬在這個社區的，我想參加的人會多很多。」(AF：1094-1095)像是尾塹社區以務農為主，除了種田以外，沒有什麼產業，加上現在農耕都是委由代耕業者耕種，農事工作不多，村裡可以工作的人只好到外縣市，或是鄰近鄉鎮工作。BA 阿姨指著外面綠油油的稻田說：「都是田，都要出外啦！」(BA1：1313)BB 志工說村裡的人工作「都羅東啊！那個方向。有時候五結啊！他們都去殺魚。妳知道嗎？有一個 XX 食品公司那個，他們都去那邊殺魚。因為那個有車來載耶！載那個五、六十人，有的都去殺魚啦！」(BB：1317-1320)BB 感嘆地說：「如果我們薪資好的話，他就來這裡，就不用去那裡，那邊很辛苦啊！」(BB：1329-1331)要是能夠增加尾塹社區的工作機會，就可以讓村裡的人留在家鄉了。

BB 很贊同招募社區的人來擔任照顧服務員，BB：「比方說我要去載小孩，我差不多五分、幾分，他可以有些東西他可以接，家裡的事情也可以稍微那個，比如我去載一個小孩子回來。…不用說定時說我多少時間，我就一樣，你要服務時數都要夠，四個小時或兩個小時，你都一定要夠，可是可以讓你彈性。…有彈性的，然後這樣在地的人會喜歡。」(BB：1277-1280)AF 護士認為尾塹社區的人來做自己社區的照顧服務員比較好，AF：「他們有時候一方面安全也會想到，另外一個，…那如果都只是在自己社區，甚至於包含到隔壁社區，附近兩三個社

區，他們都 OK。因為離家近。那家裡如果有什麼狀況我隨時可以…」(AF：1114-1117)

由在地人擔任居家照顧服務員，老人家接受度也會比較高。BB：「老一輩他們認識說，我就某某人的兒子啊！喔~那個是你爸爸喔！不錯，他不錯啦！怎樣、怎樣，他就把他的那個心房都卸下來，他就很安心。他就會很放心的，…然後跟家屬講說：『…就誰的兒子幫我、誰的女兒來這邊服務』，他們家屬也知道說什麼人。…都認識，然後第一個他們家近啦！然後做事情的話，有什麼事情的話，好溝通，對不對！他有什麼事情，我們都會好溝通。」(BB：1243-1248,1269-1271)

AA 總幹事想鼓勵村裡的外籍配偶投入照顧服務員行列，AA：「譬如說我們目前有些外配，譬如說服侍她的公公、她的婆婆，假定她的公公、她的婆婆如果過世，她也沒有職業的話，這些外配她有居家照顧的能力，是不是這些人可以來投入這一塊區塊。」(AA：946-954)將已經有照顧經驗的人再度投入照顧工作，可充分運用照顧人力跟技巧，增加照顧的品質與服務量。

談到照顧社區老人，BB 志工眼睛就亮起來，馬上擬出作戰策略。BB：「我也是希望說在村的人可以服務在村的人，我最贊同的就是這樣子，所以說你要花時間去跟他們講，因為第一個，會出來的他會出來，不出來還是不出來，就是你必須要去跟他(講)，你去設定幾個人，之後再由這幾個人，像他們那邊，我設定幾個人，大概幾個人會去宣導。」(BB：1227-1232)BB 志工強調：「你如果要推這個，我們要去挨家挨戶去解說，因為妳說來社區開會，沒有人會理妳。」(BB：1208-1210)看來照顧服務員若能在自己的社區服務，對需要照顧的老人跟需要工作的村民都是雙贏的事。

參、照顧服務員可彈性提供社區照顧跟居家照顧服務

社區經營者 AA 總幹事期待社區雇用照顧服務員可提供居家服務，BC 志工則擔憂社區專業與福利都不比有規模的社福機構好，不容易留人。

不只是家庭需要照顧服務員，尾塹社區也希望社區活動中心配置照顧服務員，照顧自己社區的老人，因為現在要照顧的長者不只是健康長者，衰弱老人也越來越多，社區需要有照顧服務員提供專業照顧服務。

AA 總幹事：「如果我們這裡有一個固定的居家服務員(照顧服務員)，就是說要一個人陪那個人，也許他有餘力，他有這個能力，也許另外一個類似的狀況來這裡，我就一個人陪兩個人，那不是很好？.. 那如果我社區一下子有兩個案或是有三個案，我就固定譬如說星期一，一、三、五早上你都來這裡，那個居家服務員也許他可以一次看三個。」(AA：1031-1035,1041-1044)總幹事認為尾塹社區若有聘僱照顧服務員可以給社區活動的老人更多照顧，也讓老人家屬也安心讓長輩到社區活動中心跟老朋友在一起活動。

尾塹社區發展協會想培訓社區的人擔任照顧服務員來照顧自己社區的老人，但是擔心沒有照顧機構的專業，不容易留住照顧服務員。BC：「不過我們這邊要怎麼跟弘道比？弘道本身也有一個知名度，規模大，可能福利也比較好，薪水額外福利可能也要注意到這個。…要跟某個基金會結合，我們自己要做，在我認為是比較難。」(BC：792-794,805-806)研究者與 BC 討論後，認為「居家服務員的訓練、督導及管理等的專業程度高，或許非社區所能承擔，若能由專業機構，比如弘道基金會或馬利亞長照中心等專業機構提供訓練好的居家服務員入駐社區，同時也負起管理及督導之責，或許是可行的。」(日記，20170617)由社區提

供招募及照顧工作分配，並銜接專業機構協助訓練及督導，彌補社區專業不足之處，或許可鼓勵照顧服務員安心留在社區服務。

肆、補助外籍照顧員聘僱費用

社區長者 CC 阿姨、BA 阿姨、CA 叔叔，老人家屬 DB、DC，社區經營者 AD 專員、AB 村長、AE 主任討論雇用外籍照顧員的問題，CD 叔叔、CA 叔叔提出期待政府補助外籍照顧服務員聘僱費用。

對於外籍照顧服務員與本國照顧服務員的比較，受訪者認為雇用本國照顧服務員最大的好處是語言能通。

CC 阿姨：「我們平平話比較能溝通。」(CC：809) BA 阿姨：「請台灣的，當然是卡好啊!」(BA1：412) CA 叔叔：「當然是選台灣人卡好，咱言語會通，有時候我們跟他說什麼，有的他聽沒。」(CA：209-210) DB 覺得照顧服務員只有這一項比外籍照顧員強，DB：「我覺得他唯一的是他講國語或台語，你不用擔心溝通上的問題。」(DB：313-314) AD 專員則有不同的想法，她認為老人家如果無法跟人溝通，照顧員的國籍就不是很重要，AD 專員：「完全臥床的，可能家屬就是請外勞，可是長者一方面他可能如果是不會講話，跟外勞就沒關係。」(AD：1073-1075)

本國照顧服務員雖然佔有語言優勢，但是若要 24 小時照顧，家庭大都請外籍照顧員。DC：「因為家人還是覺得說，第一我沒有辦法去照顧家人，我託給別人照顧，或是這樣不方便，我情願去找個外勞，最少我還可以看到他。」(DC：219-222) AG 主委表達一般家庭的想法：「倒不如我就請一個外勞在家陪他，24 小時，我也放心去做工作。」(AG：431-433) AB 村長家請了外勞照顧媽媽，AB：

「像我媽，晚上不在家裡沒關係，晚上沒有外勞沒關係，睡她就睡了，但是如果比較嚴重的呢？就是都要在身邊啊，對不對？」(AB：1150-1153)

CA 叔叔：「(本國籍照顧服務員)那個卡沒這樣周到，有時候晚上，外勞都跟老人睡著夥，有時候要起來廁所什麼，弄什麼，顧卡飞到。縣政府派來的那個(本國籍照顧服務員)，說一禮拜來幾天，那個都身體洗洗就回去，有時候老人沒人在，沒人顧，會這樣。希望整天都有人，老人不可以放她自己一個，起來上廁所什麼。」(CA：174-180)宜蘭縣目前沒有提供夜間居家服務，只好請外籍照顧員才可以 24 小時陪伴老人，讓家人放心，光是這點就比聘僱本國照顧服務員更加受歡迎。

AE 主任感嘆：「我覺得外勞，因為他畢竟是 24 小時，你覺得照服員要幾個小時來講的話，有辦法去 care，去 cover 他那樣子嗎？我覺得有一段差距耶!...可是居家來講的話，因為如果說家裡面真的有一個 24 小時需要外勞來照顧的，我們用居服員，他有辦法 24 小時就 keep 在家裡面嗎？我想有限。」(AE：2015-2017,2021-2014)

目前政府對於家庭聘僱本國籍照顧服務員的方式與補助，無法滿足家庭照顧需求。若老人需要更多照顧時數就得自行付費，很多老人及家庭捨不得花錢，只用政府補助的時數，導致影響老人的生活品質與健康。AD 專員：「失能的老人家，他其實更需要很多的服務進去，可是有些老人家他很節儉，他可能一旦聽到這個服務他要付錢，因為他是依照他的身分福利別，有一些要付錢，可是老人家說：『這樣我不要、我不要』，可是你看得出來他的確是很需要的。」(AD：1081-1086)

費用是很實際的考量，若以同樣的時數請照顧服務員，外籍照顧員與本國照顧員照顧費用差異甚大，依據家庭照顧總會所提供的資料，聘請外籍員每月 25,000 元，聘請本國居家照顧員每月 30,000 元到 70,000 元(魏忻忻，2017)。國人目前平均年薪為 54.7 萬元，扣掉年終獎金平均每月約 3.9 萬到 4.2 萬元(財政部，2017)，尚不足以支應本國照顧服務員的薪資。宜蘭縣政府雖有補助申請照顧服

務員的費用，但服務額度、時數都有限，也沒有夜間留宿的服務，除了送機構外，大概就剩請外籍照顧員這條路。

不管請外勞或居家服務，長期下來都是一筆可觀的費用。政府補助居家服務費用，但很多還是得自行部分負擔及超過的部分要自費；外勞則是完全沒有補助，全靠家庭自己想辦法。

CD 叔叔在他媽媽生病時，請過外籍照顧員跟本籍照顧服務員，CD 叔叔對兩者有深刻體驗，CD：「我跟你說啦！你這個如果是我們在地，台灣的，這裡的價錢都不要做啦！你外國來說，有的言語不通，你有的說要請，你也請不起，沒有那個，有能力嗎？有的三餐都不濟了，你要請人也要給人家錢啊！沒錢的話，人家要給你做嗎？這個也是很困難啦！…你如果老人家有需要人家照顧什麼的，想說要請一個外勞什麼的，你坦白講，有的人就沒有那個錢可以請外勞，你當然是要加減補助一點，因為現在有些人就三餐都不濟了，都需要別人的幫助了，你還要請人照顧，老人怎麼可能？對不對？…當然是如果說年紀大的人沒有那個（錢），他如果說幫忙是不可能，但是你如果說，如果說可以補助一下這樣子，我們就多鬆了一口氣了啦！」(CD：1164-1167)

CA 叔叔也說：「人好好就不用請(外勞)。這樣一個月也要好幾萬，還要給他吃，一個月 2 萬多，勞保費什麼的。」(CA：146-148)CA 叔叔希望政府可以幫忙補助外籍照顧員的照顧費用，CA 叔叔：「比如老人現在像這樣請外勞什麼的，政府他也沒辦法出錢給每個人顧我們老人，全部是不可能。…政府若給我們幫忙，有的家庭卡沒剛好，也是需要政府給我們幫助。」(CA：134-138)

伍、對社區長者更多的關懷陪伴

社區管理者 AD 專員、AE 主任、AB 村長、AG 主委及 BC 志工期待能提供社區長者更多的關懷陪伴。

許多受訪人不約而同提出，要去關心社區裡的老人。「多去關懷訪視老人，這已經是第二次提出。或許社區在從事老人照顧服務，關懷訪視是社區很重要的承擔項目，需要被更密集建立的服務。」(日記，20170618)

BC 跟她先生深深感受到老人很需要被關心。最近她跟先生發現有個店家在欺騙老人家買東西，老人們卻每天心甘情願去該店消費。BC 隊長：「其實我們都有(注意)，每天出去都跟我先生說這是在幹甚麼？後來我們有去深入，幾個好朋友有深入去討論這個問題，你說金錢，那是開玩笑的，有時候基本的關懷很重要，他(老人)說去那邊有人噓寒問暖，在家裡自己一個。」(BC：882-886)BC 很感嘆地說：「現在在家裡，年輕人都忙著賺錢，根本不會跟你問(好)，去那邊有人會噓寒問暖，今天冷要穿多一點，下雨要小心哦！(老人)很愛去。去了就要被拐錢。」(BC：879-881)

在第一線服務的 AD 專員也深有同感：「一般的老人家，他欠缺的是陪伴，我覺得他是應該是孤獨啦！…我可能對這些業務慢慢熟了啦！我才知道，才體悟到這些人真的老了啦！這些老人家，他在社區據點是那麼地展現他自己的東西，可是我一旦到他的家裡跟他聊到很多內心的事，才知道覺得說，嗯！其實他們一樣啦！全部的老人家都是一樣的，需要人家陪伴的。」(AD：1071-1073,1108-1114)對老人家來說，能夠有人陪伴是很重要的，就算是花點小錢被騙，換得一些溫暖的關心，也是心甘情願。

AE 主任在工作上也深深體會到老人非常期待被關心。AE 主任：「我們一個志工，他去做居家安全訪視，那居家安全訪視的時候，訪這個長者，隔壁鄰居說為什麼你有在名冊內，我不在名冊內？你為什麼不來訪我？嗯，他們會有這樣子嘛！所以他們，其實他們是很希望人家去關懷。」(AE：1389-1394)以前社區照顧關懷據點安排志工去老人家裡訪視，很怕被拒絕，現在反倒是老人自己要求有人來家裡看他，希望自己是被關心的。尤其是獨居長者，更需要被關心。

AG 主委特別強調訪視關心獨居長者的重要性：「社區獨居老人這一塊一定要關懷到他們，不關心到他們，隨時都有問題存在，因為他們年紀都大了，七、八十歲，有時候心肌梗塞你也不知道，躺一躺明天睡覺，醒不來，你也不知道，小孩子都在哪裡？像我們鄉下地方有些老人，六七十歲的，自己還會作農田的工作，去噴灑農藥，萬一中毒，回到家洗個澡，躺在藤椅死掉，也不知道。」(AG：168-175)

三星鄉(含尾塹社區)獨居長者很多，需要更多的關心。AE 主任：「我們三星的長者很多都是獨居啦！那不是獨居，也是兩老，所以在透過這樣子家訪的部分，因為我有曾經有管理過，就是長青友善關懷的部分，就是做獨居長者的一些關懷，所以我會覺得說在獨居長者那一塊，就是居家安全以外，另外就是說在他們有一些醫療上的協助，或是長照上的一些資源，我覺得這一塊，他們是比較欠缺一點的，他們可能有一些長照資源，他不曉得怎麼去運用。所以他們有時候可能他需要輔具，他不知道有一些輔具，他根本就是可以不用錢，透過申請，他就是有一些免費的輔具可以使用，甚至是說他如果是中低收以下，他要申請一些居家服務或是什麼之類的，在宅醫療，其實這個都不用花錢的，所以他們有一些可能就是也因為他們不識字，加上他們的一些資源比較封閉，所以他們不知道怎麼去運用。」(AE：1064-1074)在資訊缺乏下，長者多花了很多冤枉錢也不知道，甚至錯過了許多福利資源。

讓長者感受到被關心，參加社區活動可以增加長者們的生活樂趣，有困難時也可以及時協助。AB 村長：「尾塹說實在的，只有播田，播田現在都人家在播啊！也不是他們自己播。…都是地主，也不知道要做什麼，就吃飽閒閒，所以說有這個社區也很好，那些老人家有時候讀書會啦！就節目很多。」(AB：357-358,364-366)社區活動發展出越來越多元的活動，帶給長輩們更豐富的生活樂趣，減輕其孤獨感。

社區從喬木讀書會的時期就開始關心社區長者，因此社區志工對關心老人很有使命感，尾塹社區希望能針對長者給予更多關懷，尤其是獨居長者更需要被照顧關心。

陸、在社區發展小規模多機能服務

社區長者 BA 阿姨、CC 阿姨、CD 叔叔，老人家屬 DB、社區經營者 AD 專員、AE 主任、AC 督導、AF 護士及 BB 志工覺得日本的小規模多機能模式不錯，希望能在尾塹社區推動，但也提出一些對於社區場地跟夜宿方面的擔憂與建議。

日本承辦「小規模多機能服務」的單位有各樣不同的樣態，但是在台灣的「小規模多機能服務」鎖定辦理單位只能為日間照顧中心，宜蘭縣直到目前都沒有一個單位申請到小規模多機能服務。

AD 專員認為台灣不應該只限定日間照顧中心來辦「小規模多機能服務」，AD 專員：「它其實讓大家，就是我們也想去學，可是你台灣就是限制一個日照，所以才推不起來。」(AD：1931-1933)尾塹社區以「社區關懷據點」為基礎發展社區照顧模式，或許也可依日本小規模多機能服務模式，成立我國社區照顧關懷據點型態的小規模多機能模式，提供彈性又在地的服務。

AD 專員對尾塹社區推行「小規模多機能服務」很有信心，AD：「尾塹它已經有那麼多的一個資源，然後它畢竟從關懷據點，然後現在又是成立了第一個老來寶的那個家園，它提供的一個多元服務其實很多，所以我為什麼一開始很肯定說小規模多機能，我會肯定說它是，是因為它是需要的，因為它該有的服務什麼其實都有了。」(AD：1842-1848)

BA 阿姨覺得日本這個照顧方式不錯，BA：「社區他有認識的人，所以他會很放心，不會去說機構那邊，就是把我..變成說你把我放在那邊幹嘛？會比較安心，我是覺得這個方式還不錯。」(BA1：1085-1088)CC 阿姨喜歡小規模多機能服務中，家裡跟社區的照顧服務員是同一個人，CC 阿姨：「同一個人顧比較知道，比較習慣。」(CC：800)孫女 DB 覺得小規多機服務模式可幫助老人多到社區與人互動，DB：「我覺得那樣的社區環境比請外勞好。...我覺得這種模式應該是比較舒服的環境，老人家若可以適應，這樣的環境對他們也比較好，因為他相處的環境可能都是跟他比較同一年齡層的老人家或是比較需要照顧的，可能他也可以幫忙照顧這樣子。...你叫一個外勞來照顧他，好像他失能什麼都不會一樣，我覺得對老人家的心靈好像沒那麼好，沒那麼適當。我覺得去社區，搞不好有一些還算行動力 ok 的老人家，或是比較高知識份子的老人家，他反而會願意去幫忙那些行動不便的老人，對他們來說那個環境比較好。.....畢竟外勞的素質你也很難去要求。」(DB：108-112,117-126)

BC 隊長信心滿滿：「我覺得是這樣，如果說比較初級的，屬於日托的部分這個模式可能可以，我們也有這個意思朝這個方向做，像你說的像專賣店這個模式，人力也很重要，志工、人力這是最大的。...人力啦！所以人力解決，其實也是可以來處理，因為我們也有食堂。」(BC：717-720,833-834)

尾塹社區若要推「小規模多機能」服務，首先就要克服空間不足跟無障礙設施的問題。

BB 說：「這個方式我覺得還不錯，我蠻贊同的，因為它這樣變成老人家說，我就是我在家的附近而已，他比較安心，我是覺得說這個還不錯，就是很多東西，你硬體的東西，你沒有，…。重點是硬體方面，因為你沒有讓他休息的地方，上次總幹事就說要做日托，我說第一個，你要讓他休息地方在哪裡？你如果有讓他休息，就一定很容易解決後續的工作。」(BB：1141-1144,1491-1495)

CD 叔叔覺得尾塹社區活動中心場地太小沒辦法做這種服務，CD 叔叔：「辦這樣算起來是說很好沒有錯，不過我們這種喔！窮鄉，我們就沒有那個經費，我們的場所也小，你要說這樣子，辦這個，不可能啦！沒有那個空間。」(CD：651-655)

AD 專員也認為目前社區活動中心的場地是個限制。AD：「就是像小規模，如果說真的要在社區的話，那個尾塹的來講，其實它還有包括像硬體的部分其實也要被克服，…因為其實以前的一些社區可能都是一個樓層，現在幾乎啦！都是兩個樓層，可是在無障礙的部分其實是對長者是非常不友善的，包括現在尾塹的樂智據點也是，那包括如果說他真的要在那個地方成立小規模也是…，除非就是要打破它的硬體。」(AD：2115-2122)

AE 主任很肯定尾塹社區可以辦小規模多機能模式，AE 主任：「我覺得長者他們應該會很樂意接受啊！因為畢竟到府服務嘛！到府服務應該是可以，就像我們現在做的居家護理一樣，很多也都是到府服務！在宅醫療！…這應該是 OK 的。…如果是說居家服務員到家裡面去做外展服務，這個是還可以啊！可是說真的，……它如果說做日托，日托來講的話，說真的，那個整個空間規劃也要重新再(做)。」(AE：1952-1956)

社區場地空間跟無障礙環境是首要突破的困難。AE 主任對照顧機構相關規定嫻熟：「一個機構啊！也不符合，因為它有要牽扯到一些建築法規，還有消防的問題，在硬體結構上，根本就被打回票了，像我們有想要繼續輔導像瑪利亞，北成那個瑪利亞，他們在整個長照算是模範生，他們也做得非常好，可是在整個現在目前小規模它的一個硬體上的一個要求，規範很高，跟日本不一樣，日本他

們…就是說在社區布很多的點，他們門檻不用那麼高，然後很多就是可能你出去，那個就有很多像日間的臨托，他們想要去就隨時都可以去，他們的門檻其實沒有像我們那麼高，我們如果說要以小規模，現在目前的法規在整個宜蘭縣沒有一個合格的，何況是尾塹。」(AE：1874-1889)我國小規模多機能服務以日間照顧中心為標準，對社區而言，門檻似乎太高了。若是可以比照日本小規模多機能模式，讓更多元的單位來辦理該服務模式，對社區老人應該是更具可近性。

以服務內涵而言，小規模多機能服務除了住家、社區的走動式照顧外，夜宿也是其中一環。但是對於尾塹社區提供夜宿服務，受訪者大部分覺得不太可行。

社會處 AC 督導直覺反應：「晚上住那邊(社區)那是不可能啦！」(AC：111)AE 主任也提出夜宿的人力問題：「夜宿部分，雖然你說我們有照服員，當然現在也 Training 很多啦！可是願意投入到晚上來照顧他們的，我想這個人力上是個很大的一個問題啊！日間臨托應該還可以啦！」(AE：1940-1944)而且「夜宿部分的話，你必須要有人力在那邊 keep 住，然後為什麼連機構都做不起來？因為它夜宿來講的話，最多可以收到 4 個嘛！4 個人嘛，那以尾塹它那個地方的場所，不適合啊！你要是說白天臨托還可以，夜宿那是絕對不行的。」(AE：1914-1918)

AE 主任針對她對尾塹社區的了解提出她的看法：「它的空間規劃上來講的話，我就覺得不適合，因為它自己本身是一個活動中心，它要做夜宿來講的話，它一定要把它佈置成像它可以有居家這樣子的一個溫馨，還有無障礙。那尾塹來講的話，它連失智症的個案，他們都必須在二樓上課，因為他們沒有電梯，失智症個案他當然不是說每個都有肢障的問題，可是至少他們行動不方便，我們長者上去，我們都還要靠志工人力，還是家屬這樣慢慢攙扶上去。為什麼不在一樓？因為一樓有多種用途，10 點多就要打菜，我們的課要上到 11 點半，這個都會干擾啊！何況他們的那個空間上，他們的使用已經算是飽和了，怎麼可能再挪出一個空間，讓他們再夜宿。」(AE：1922-1937)

AD 專員覺得夜宿服務，主要是得突破老人的想法：「如果說小規模，它真的要去做那個 24 小時的服務的話，可能在社區來講，還是有一個困境在，因為老人家他還是不願意，因為他會覺得機構，他會覺得那個東西叫機構，不是在他家。」(AD：1969-1973)社區活動中心畢竟不是自己的家，老人家可能還是會排斥。AD 專員：「那個地方是他熟悉的，可是你真正要讓他去住，還是有一點點…，。重點是在老人家肯不肯，他願不願意？其實那個挑戰點應該是在老人吧！」(AD：1988-1989,2006-2008)夜宿要突破社區場地、人力跟老人的心情，難度頗高。

發起喬木讀書會的 AF 護士退休後，在民間長期照顧中心擔任主任，她覺得小規模多機能服務「…是可近性嘛！…如果是這樣的照顧，你要想想看，這樣的照顧員，他這樣等於是說對他來講也是一個很吃力的。」(AF：997-999)小規模多機能服務模式以案主中心為照顧規劃，案主若在家，照服員就去家裡服務他，若去社區參與活動，照顧服務員就在社區照顧中心提供照顧服務。AF 護士認為「如果要實行這樣啦！不好請人。…如果只針對他一個人的話，我是覺得成本非高。我倒覺得說知道有幾個不來的話，然後有一個照服員出來，去這幾個 run 照顧。」(AF：1039,1017-1019)還是「那如果只有一個不來的話，頂多我們抽一點，一個鐘頭或什麼去瞭解關心。還有就是打電話跟他聊一下什麼，這樣成本才不會太高，也不會浪費。」(AF：1022-1025)

AF 建議用尾塹社區的志工來滿足一些照顧或關懷的需求，減低對照服員的服務需求。AF：「其實這個時候就可以用上志工。志工也在日托裡頭。在那邊 run 嘛！而且又是在同社區的人，我們彼此都熟悉嘛！那可能這樣子呢！你可以請志工幫他送餐，或者幫他協助一些事情，聊聊天，可能心情不好陪他聊聊天，而且又同社區的人更瞭解。」(AF：1044-1049)她認為要多運用志工，而且不一定要同一個照服員來照顧，只要是社區的照服員就可以，這樣人力會比較好運用。AF 護士：「你想說如果晚上要那個(住宿)的話，還是可以看到那個照服員。因為你想想看，這個老人他到這個日托來的話，他看到的照服員有好幾個。」(AF，

1208)尾塹社區人少，彼此熟悉度高，用團隊輪替的方式來提供服務是可行的。不過雖然是同一批的照服員提供照顧服務，但是對於老人而言，到社區來住宿還是跟白天來社區是不一樣的感受。AF 護士：「白天嘛！會有認同感是因為我有熟悉的人，那晚上可能只有一個或兩個在那邊住。他會覺得就好像被遺棄了。」(AF：1077-1079)若不住社區活動中心，在尾塹社區可能有其他選項，AF 護士：「那不到日托來住，到鄰居住，可以連線啊！打電話給照服員啊！照服員也可以抽時間過來看一下。」(AF：1065-1066)

以尾塹社區的濃厚人情味，或許鄰居可以成為社區照顧的夜間留宿點，為尾塹社區發展小規模多機能服務提供另一個出路。

第四節 尾塹社區為場域可發展的 老人照顧服務

隨著老化程度的急速增加及政府對長期照顧政策的看重，社區長者越來越多需要被照顧，除了關心健康長者外，也要照顧衰弱及失能長者。尾塹社區利益關係人意識到光是一般長者的健康促進課程與活動，已經無法滿足各種樣態長者的照顧需求，他們提出未來社區老人照顧服務要朝向專業與多元發展，改善交通服務，增加醫療照顧資源，普設社區照顧關懷據點等服務。

壹、社區照顧朝向專業及多元發展

社區管理者 AC 督導、AB 督導、AE 主任及 BC 志工認為社區要走向專業及多元化。

尾塹社區越來越多老人需要被照顧，協會需要提供更專業及多元的社區照顧服務。AC 督導：「他們現在也朝著日托的方向，現在衛福部也在推日托，卡在尾塹社區的活動中心可能比較小，可能叫長輩在那邊睡覺，也是一大問題。可能早上上課後，中午用完餐，他們回去之後，下午 1 點或 2 點再來社區。」(AC：88-92)午休對長者是很重要的。81 歲的 BA 阿姨就說：「像我中午不管你多久，我要躺一下，有睡、沒睡，我都要躺一下。」(BA：1099-1100)

AB 村長希望：「我們社區是不是要再蓋一些，就是讓這些老人住的？那一定要有房間啦！…一定要有地方，你一間差不多像這樣的一定要，這個空間一定要，這就開放式的，比如這邊臨時用一個臨時要躺可以躺的那種，也要有電視可以看，坐在這裡這樣，有這個空間這樣。..以我們尾塹就好了，我們尾塹社區，根本就也不夠用，你還要做一個那個特別照顧老人的，你最起碼也要有一個差不

多 20 坪左右這樣子，這樣來讓這些老人，比如說，3 個、5 個、10 個都住得下這樣子，有電視，就是說有一個專門的那個之家。」(AB：1267-1269,1318-1324,1691-1698)

社區提供長者在活動中心睡午覺，除了場地問題外，安全也是重要的考量。研究者「跟 AA 總幹事請教，下午有課，是不是老人家在社區睡覺就好，不用來回奔波。我還建議像買個摺疊式躺床就可以。AA 總幹事回我說『如果老人家在這裡睡覺，發生意外，誰來負責呢?』確實安全與責任也是要考慮到的問題。」(日記，1060417)畢竟社區都是志工在辦會務，他們不是專業照顧機構，背負老人安全對他們而言是過重的責任。因此尾塹社區發展協會希望照顧服務員及社工員進入社區服務，提升社區的專業照顧品質。

AC 督導幫助尾塹社區爭取專業照顧人力，AC：「現在尾塹社區的狀況是缺少照服員跟社工員，所以我已經有幫他們申請明年度的公彩(公益彩券)。」(AC：94-96)衛生福利部「社區照顧關懷據點人力加值計畫」可補助社區專職人力。AC 督導跟協會討論的結果：「他們想找更專業一點，社工人員層級比照服員還要高一階。我想說請明年度學校剛畢業的學生。可以協助社區一些行政作業，因為現在大部分都是總幹事一個人在作業。」(AC：133-137)除了照顧人力外，隨著社區業務的增長，行政業務也很需要請人來幫忙。

人口老化的壓力，使得尾塹社區隨著政府長期照顧政策有更多不同的照顧資源進入社區。

三星鄉衛生所幫尾塹社區爭取成立長照 C 據點，AE 主任：「那我們倒是在今年度來講的話，我們有在他們地方要成立一個長照 2.0 的一個 C 站。」(AE：495-497)不管是宜蘭縣政府社會處、三星鄉衛生所或尾塹社區本身，對未來尾塹社區照顧服務朝向專業及多元化，都寄予厚望。

貳、交通服務

社區長者 BA 阿姨、CD 叔叔，及社區經營者 AD 專員、AE 主任都提出要改善交通服務。

AD 專員深刻體會到交通車的重要。她負責的樂智學堂本來有中央的交通車補助，可以專車接送學員來上課，後來沒有補助，取消專車後，學員的出席大受影響。AD 專員：「以這個據點的話，是當初是有補助到交通，..我們會開著車去接長者來上課，可是現在沒有的話，變成是可能就是家屬，因為一開始，他們都已經知道我們這個活動在做什麼，他們也 OK，所以他們慢慢地能接受，就是自己接送長者來這個據點，那可是長者他其實要外出的那個行動能力真的是不 OK 的。」(AD：1138-1145)BA 阿姨覺得很惋惜：「剛開始都有載，有經費去載。也有別村來的。後來沒載就減去了，沒載，他的世小載來，否則他不會來呀!世小沒辦法載，就不來。」(BA3：526-529)

CD 叔叔說的很實在：「比如說你走路，有的也是沒辦法，你坐車也沒辦法，因為你就是需要有人載你。載的話，現在自己的孩子有的在上班。要載你的話，人家工作都不用做了，年輕人如果不工作，我們說生活就更加困難了，對不對?...如果說政府說有車要來載你，如果說可以去，這是不差(錯)啦！就好像說給我們服務，給我們提供那個照顧，這是很好的事情，如果叫我們說我們自己去，我們也不可能啦！年紀這麼大了，你就走不動了。你比如說，跟你說叫你要走，走到門口你都沒辦法走了，你哪有能力走到那裡。」(CD：772-776,778-783,785-786)社區活動辦得再好，老人家也是得要有辦法到達活動地點才享受得到。

交通不便同時也影響居民的健康。尾塹社區免費公車兩小時一班車，長者要坐車出去很不方便，連看病都拖到不得已再去。AE 主任：「社區免費巴士的話，那個班次又更少了啊！所以長者他們說真的，他們如果是說要一些比較重病來講

的話，如果說幾個診所沒有辦法處理，或是要做一些更進一步的檢查，他必須要到羅東去，他的資源就可能比較不足，如果加上他們的子女有時候可能是上班，或是沒有同住的話，他們會拖啦！他們盡量就是小病拖成大病之後再去。」(AE：1155-1164)

或許是苦中作樂吧!公車久久一班，帶來很多不便，但也激發社區長者的社會互動、彼此關懷。從台北搬回來的 DB 提起陪著 BA 阿姨等車的情形：「在臺北，10 分鐘來一台，大家上車，就等下車，你也不會聊天或幹嘛的。但是你今天若是像我們這邊，等公車好了。以前陪著阿嬤等公車，就有人來。可能每天阿嬤定時去買東西時就會遇到那位老人家。今天若沒有遇到，就覺得怪怪的，要找人去問一下，那個誰誰誰家老夥仔為什麼今天都沒出現。」(DB：474-480)因為交通不便，公車亭在宜蘭縣成為很重要的公共設施，讓等車的老人可以遮風避雨、聊聊天，彼此關心，一起等著久久一班的公車，也成了在交通不便下，另一種社區老人社會互動型態。

參、醫療照顧資源

社區經營者 AE 主任提出社區照顧服務要增加醫療照顧資源。

三星鄉的醫療資源不多，尾塹社區甚至連診所都沒有，三星鄉衛生所特地在尾塹社區活動中心設立醫療站，AE 主任：「尾塹為什麼我們要去，禮拜三下午都去做巡迴醫療，因為它沒有任何的診所啊！它最近的話，他要跨到羅東去，住一晚。」(AE：1173-1176)醫師及護理人員每週來尾塹駐站半天，讓民眾若只是感冒等小病或是慢性處方簽，可以就近看診，但是醫療站畢竟無法取代醫院的功能。AE 主任：「我們如果以三星它的醫療資源來講的話，就只有診所嘛！它沒有醫院嘛！他如果需要住院的話，他就一定要到羅東去，最近的醫院羅東，所以

在醫療資源上來講，交通上，…國光號它如果說在尖峰期的話，可能就是 30 到 40 分鐘，非巔峰期的時候，可能要 1、2 個小時才等得到！」(AE：1145-1153)
光是坐公車來回醫院一趟，就得耗掉一整天時間。

醫療資源的不足，也延誤民眾銜接照顧資源的時間。AE 主任：「長照來講的話，就像我們有一些要做居家護理什麼的話，我們也是要透過其他我們外鄉鎮。…如果說，希望他們有一些外宅的服務來講的話，我們還是要透過其他，那個三星以外鄉鎮的。…我們的這些資源可能比較不足啦！還是需要派案啦！派案來講的話，他們人力又不夠的話，所以相對的，民眾他等待的時間就會比較久一點。」(AE：1091-1093,1104-1105,1137-1140)

肆、增設社區照顧關懷據點

社區經營者 AB 村長、AE 主任提出來應增設更多的社區照顧關懷據點，讓老人可以就近參與社區活動。

尾塹社區活動中心每天有各樣的活動，辦得有聲有色的，但是 AB 村長跟 AE 主任覺得社區關懷據點要更加普及，AE：「(民眾會說)我並不是在 10 分鐘，我是幾分鐘之內可以到達的地方，我為什麼要走那麼遠的地方去那裡。…多一點關懷據點，那讓長者他既然說要看得到，用得到，…，你就是這個點要多嘛！要普及性嘛！可是你現在把門檻如果訂得那麼高來講的話，就沒有辦法普及了啊！」(AE：2083-2087)

宜蘭縣社區關懷據點的規劃，一般是一村里(或一社區)一據點，除非是特殊地緣關係，才會考慮設第二個點。但是因為距離問題，來尾塹社區活動中心參加活動的長者大多是住在附近。雖然警察局幫忙將上將路的紅綠燈秒數延長，讓對

街的老人過來社區活動中心較為安全，畢竟隔了一條大馬路，又常有砂石車呼嘯而過，老人家跨越大馬路過來，還是會害怕，家人也不放心讓長者單獨過馬路。

AB 村長就說上將路另一邊的老人較少到這一邊的尾塹社區活動中心。研究者「跟村長在討論中，忽然想到過馬路對老人是危險的，除了交通接送外，是不是可以社區可以分幾個小班，讓老人就住家附近聚會。村長贊同這個想法，也提出幾個合適聚會的點。AB 村長說附近沒有學校，倒是鎮安宮旁邊有一個新蓋好的空間，只是偶而用用。但是很重要的是這些點需要有志工可以投入。」(日記，20170609)

若能夠鼓勵社區照顧關懷據點盡量設置，或是從原來的據點再行擴點，培育社區志工到各分站服務，就可以有更多長者可以就近參與社區活動，真正落實長照 2.0 社區照顧柑仔店的理念。此外也符合「小規模多機能」服務精神，將據點設在老人家 30 分鐘可以抵達的地點，讓社區照顧服務增加可近性。

在這偏遠的鄉下社區，青壯人口外流，醫療資源不足，交通往返不便等等限制下，社區照顧更顯得重要。對於居民所提出來的未來社區照顧需求，須中央及地方政府協力，補充專業人力，增加交通、醫療，增加社區照顧關懷據點等，來照顧留在家鄉中的老人，使尾塹社區老人照顧服務更加落實與普及。

第五節 討論

本研究採個案研究法，立意抽樣尾塹社區作為典例個案，以了解該社區的社區照顧發展歷程，期對我國社區照顧的規劃與執行提供參考意見。以下根據訪談、社區檔案、日記等資料分析，回答本研究之研究問題如下：

壹、尾塹社區的老人照顧發展歷程及原因

尾塹社區從 2000 年三星鄉衛生所為配合衛生署推動社區健康營造站，他們選擇在尾塹社區活動中心成立喬木讀書會，在這個讀書會中，社區居民凝聚了向心力，也建立關懷長者的共識。

2013 年因為長者活力秀跟喬木讀書會缺乏經費，尾塹社區發展協會向宜蘭縣政府申請成立社區照顧關懷據點，在社會處專員輔導下，除了爭取到經費開設課程外，也開始展開長者的關懷訪視與問安電話服務，將關懷觸角走出社區活動中心。

社區理監事會希望能讓來上課的老人一起吃個飯，再回家休息，讓老人家不用忙於備餐，因此 2014 年成立長青食堂，同年三星鄉衛生所也在尾塹社區成立長照樂智社區服務據點，使尾塹社區的社區老人照顧服務工作更加多元，並因而受到宜蘭縣政府的矚目。

2015 年宜蘭縣政府選定尾塹社區作為「老來寶健康促進家園」的示範社區，期待落實高齡友善城市的整合性老人照顧服務模式。隨著 2016 年長期照顧十年計畫 2.0 版的核定，尾塹社區在 2017 年開始承接 C 據點巷弄長照站的服務。

從尾塹社區成立喬木讀書會開始，社區開始一步步的建立照顧老人的共識，雖然過程中曾經因為沒有經費，喬木讀書會面臨解散危機，但是在社區自主意識

下，社區志工協力挽回讀書會，主動與宜蘭縣政府連繫，取得社區照顧關懷據點的資源，並隨著長期照顧十年計畫 2.0 政策，逐步增加多元社區照顧機制。

目前在尾塹社區提供的社區照顧服務項目有健康促進課程、關懷訪視、電話問安、長青食堂、健康醫療站、免費公車、居家安全與評估等及長期照顧服務的居家式、機構式等(圖 4-5，詳見附錄四)。社區照顧服務項目雖然愈來愈多樣及多元，但是尾塹社區照顧服務要從志工轉向專業工作者，對於尾塹社區是下一步要面臨的重大挑戰。

尾塹社區目前的老人照顧服務

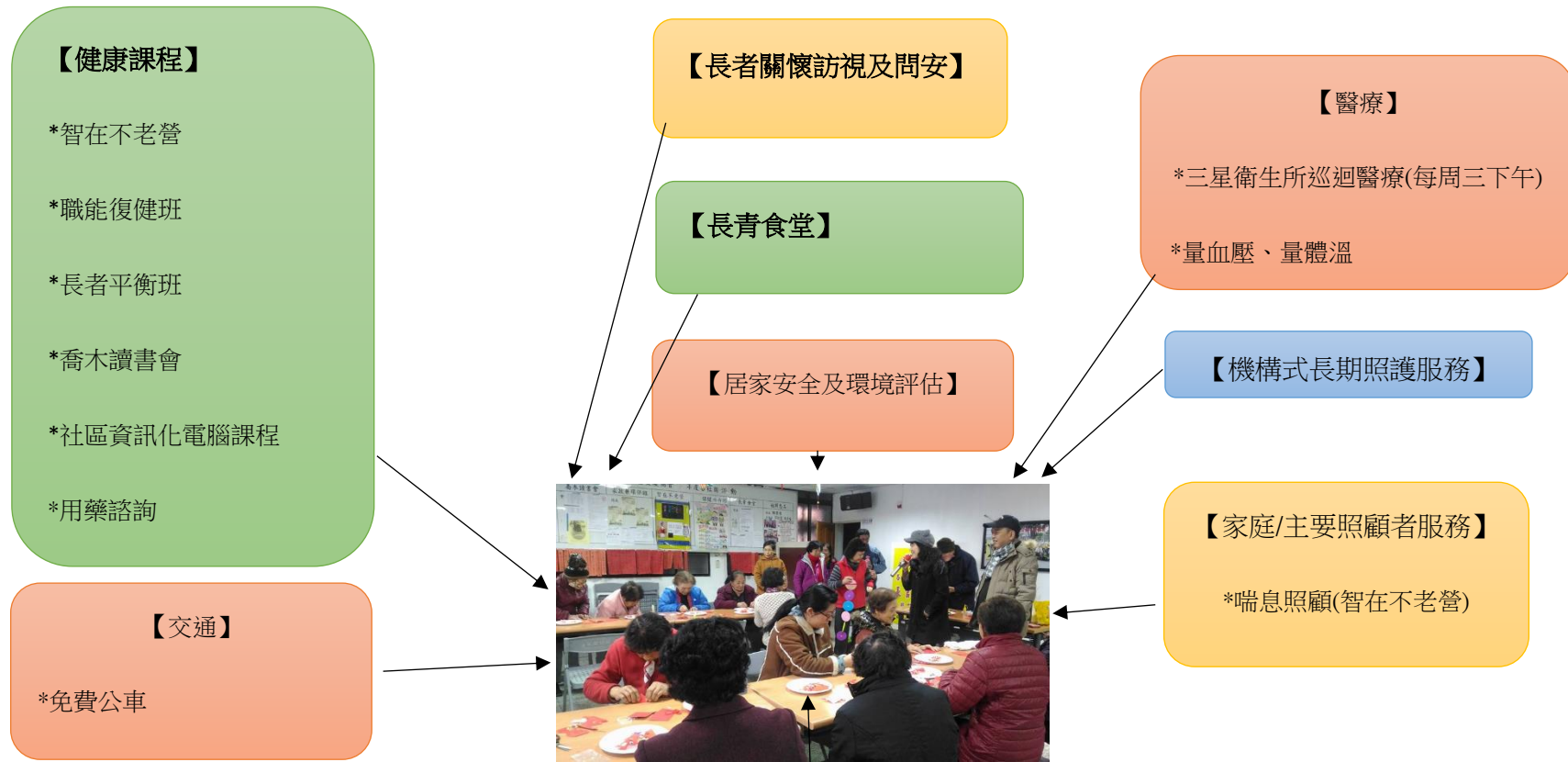


圖 4-5：尾塹社區目前的老人照顧服務
資料來源；研究者繪製。

貳、尾塹社區中的利益關係人對於社區照顧的看法與期待

尾塹社區的長者、長者家屬、社區經營者、社區志工們等利益關係人(stakeholder)對社區老人的照顧，表達對「在地老化」的期盼。為了讓長者可以安心在社區終老，社區利益關係人提出對尾塹社區照顧資源的期待：社區居民擔任自己社區長者的照顧者、照顧服務員可彈性提供社區照顧跟居家照顧服務、補助外籍照顧員聘僱費用、對社區長者更多的關懷陪伴、在社區發展小規模多機能服務等。

一、社區居民擔任自己社區長者的照顧者

尾塹社區想要幫助社區老人「在地老化」，但是需要有足夠的照顧服務員。雖然宜蘭縣政府極力在各社區鼓勵大家加入照顧服務員行列，但是成效並不佳。尾塹社區總幹事及多位受訪者認為如果政府能夠提高薪資，並雇用社區居民來照顧自己社區的長者，使照顧工作不必到處奔波，還可就近照顧家庭，對於尾塹社區居民會有吸引力，同時又可解決尾塹社區就業問題，再者照顧服務員若是同一個社區的人，彼此熟識，受照顧的長者與家屬也會比較安心。

二、照顧服務員可彈性提供社區照顧跟

尾塹社區發展協會希望能夠鼓勵社區志工參與照顧服務員訓練，並聘雇其到尾塹社區關懷據點提供日間托老服務。尾塹社區經營者認為社區據點的日托服務有照顧服務員的話，長者會受到比較專業的照顧，家屬也較安心讓長者到社區參與活動。

社區同時也希望所聘僱在據點服務的照顧服務員可以依照長者的狀況到老人家中提供居家服務，他們認為長者在社區據點已與照顧服務員熟識，比較不會害怕跟排斥其到家裡服務，反之，社區的照顧服務員長久與長者相處，對長者的身

心狀況較為理解跟掌握，可提供更適切的服務。如能讓照顧服務員可以往返據點與老人住家，就可以讓老人在社區及家中都能得到專業照顧。

三、補助外籍照顧員聘僱費用

我國目前照顧服務員不足，雖有政府補助，但補助時數有限，若是自費聘僱本國照顧服務員每月 30,000 元到 70,000 元，外國籍照顧員每月 25,000 元，費用差異甚高(魏忻忻，2017)。而且現在宜蘭縣長期照顧服務的本國籍照顧服務員沒有提供 24 小時的照顧服務，因此一般需要長時間照顧的老人家庭大都聘請外籍照顧員，家人才能外出工作，可是每月的聘僱費用對一般家庭也是很重的負擔，受訪老人期待政府能予以補助。

四、對社區長者更多的關懷陪伴

尾塹社區老人人口佔全村人口 16.32%，青壯年多到外地工作，尾塹社區的長者很多，很多都是獨居長者，很需要關懷陪伴，但是目前現有志工有限，需要各方一起來協助關心社區長者。

五、在社區發展小規模多機能服務

日本的小規模多機能模式以日間照顧為主，依照長者的需要，以同一組長者熟識的照顧者，彈性地提供日間、夜間及居家服務(曾竹寧，1997；李光廷，2013；曾妙慧、呂慧芬，2013)。尾塹社區利益關係人認為日本的小規模多機能服務模式很適合尾塹社區長者，尤其是社區範圍不大，往返社區活動中心跟老人家中很方便，長者們也喜歡在社區或家裡由同一位照顧者來照顧，但是擔心社區活動中心場地太小、專業人力不足及無法提供夜宿服務，恐無法發展該項服務。

參、以尾塹社區為例，以社區為場域可發展的老人照顧服務

隨著老化程度的急速增加及政府對長期照顧政策的看重，尾塹社區開始意識到專業服務的限制及多元且彈性的照顧模式之需求，目前的社區照顧服務模式需要發轉型。社區利益關係人提出未來可發展的服務如下：社區老人照顧服務要朝向專業與多元發展，改善交通服務，增加醫療照顧資源，普設社區照顧關懷據點等。

一、社區老人照顧服務要朝向專業與多元發展

原本社區照顧關懷據點以健康老人居多，現在隨著老來寶健康促進家園跟長期照顧十年計畫 2.0 版的進入，尾塹社區現在要照顧的長者，除了健康長者外，也增加了衰弱與失能長者，所要辦理的活動越來越多元跟專業，除了志工外，也需要專業工作者，甚至全職工作者進入社區服務。

隨著政府的社區照顧政策及社區老人人口的增多，尾塹社區照顧服務要更專業及多元，才能符合社區長者的需求。

二、改善交通服務

三星鄉有免費公車，但是班次很少，發車間距兩小時一班(宜蘭縣三星鄉公所，2018)。由於交通不便，三星鄉衛生所在尾塹社區活動中心辦理的社區失智學堂方案在中央沒有提供交通補助後，學員人數銳減，學員若沒家人接送的就不來了。對於長者而言，再好的服務，如果沒辦法來，也是無法使用。

交通不便也使得長者因為不想麻煩家人接送到醫院，有時候連生病都拖到不得已再去隔壁羅東鎮醫院看診，因而延誤病情。

基於生活及健康需求，尾塹社區需要建構更方便的交通措施。

三、增加醫療照顧資源

三星鄉的醫療資源不多，只有診所，沒有醫院，而三星鄉的尾塹村連診所都沒有，所以三星鄉衛生所在尾塹社區活動中心設立醫療站，每周三下午看診半天，提供感冒等小病或是慢性處方簽的診療，但是超過醫療站診療範圍或沒辦法在開站時間看診的人，就得到外鄉鎮去看病。

因為醫療資源缺乏，就連申請長期照顧服務，不管是居家照顧或是居家護理等，也因缺乏相關專業醫療護理人員，尾塹社區居民需要更長的等候期，才能得到照顧服務。

為了居民的健康，尾塹社區需要有能夠就近使用的醫療資源。

四、普設社區照顧關懷據點

宜蘭縣的社區照顧關懷據點，一般而言是一村里(一社區)一據點，除非是特殊地緣關係，才會考慮設第二個點。

到尾塹社區活動中心參加社區活動的長者大多是住在尾塹社區活動中心附近，雖然警察局幫忙將上將路的紅綠燈秒數延長，讓對街的老人可以有足夠時間穿越上將路到社區活動中心，但老人家對過大馬路來參加據點活動還是不放心。

社區利益關係人期待能在社區多設幾個社區照顧關懷據點，鼓勵更多人來擔任志工，協助據點活動，讓老人家可以更容易就近到鄰近的據點活動。

肆、尾塹社區發展歷程重要關鍵之歸納

尾塹社區照顧服務從零到現在社區照顧服務的蓬勃發展，經歷了好幾個關鍵時期。首先是三星鄉衛生所護士看到社區長者的需求，請與衛促會志工與她一起邀請居民成立喬木讀書會。在讀書會的課程活動中，居民逐漸建立情誼，形成社區凝聚力，也因為彼此關心，逐漸產生社區照顧的共識。因此當讀書會面臨解散危機時，社區長者已習慣參與社區活動，自主性出來爭取讀書會持續辦理，逃離了被解散的命運，這是尾塹社區照顧發展歷程第一次的興起關鍵。

尾塹社區照顧服務第二次關鍵性的轉變，是在尾塹社區老化問題愈加嚴重，衍伸出更多老人照顧服務問題。社區總幹事帶動團隊發動另一次的社區變革。他以原有喬木讀書會發展為社區照顧關懷據點，又將原有的社區附屬團體組織起來，讓社區提供更多樣的課程活動與服務，吸引更多社區居民參與尾塹社區老人照顧服務，也使得尾塹社區有機會在老人社區照顧議題上，進行政策學習、建立聯盟，累積更多能力與經驗。此時適逢長期照顧十年計畫 2.0 版政策之推展，政治上又視老人福利為選票來源，政策窗再度為尾塹社區打開，使尾塹社區有能力承接宜蘭縣政府「老來寶健康促進家園」及長照 C 據點的社區照顧業務，為尾塹社區引進更多社區照顧資源，社區照顧業務蓬勃發展，成為宜蘭縣的成功示範社區。

歸納尾塹社區上述照顧服務發展歷程，社區照顧問題(問題流)是其社區照顧服務建構的開端，因社區發動者(衛生所護士、社區總幹事)帶領團隊進入社區，提供社區持續性課程活動，藉由該些活動使居民有互動的機會，以建立共識、凝聚向心力與養成使用照顧服務之習慣，因此當健康營造站、長照 2.0 社區政策出現(政策流)、政府官員推動社區照顧及政治氛圍支持老人照顧服務(政治流)時，尾塹社區在三流會合時，尾塹社區就得以將社區服務建構起來(喬木讀書會、多元社區照顧模式)。以下說明在尾塹社區照顧發展歷程中兩個主要的成功關鍵：

一、有使命及能力的發動者及其團隊。

- 1.從尾塹社區照顧發展歷程中，發現發動者的出現對社區業務具有關鍵性影響力，尤其社區業務為志工性質，發動者需要有使命感，才能不計得失，投入社區發展業務，並有熱情為社區找出好的出路。
- 2.發動者要有使命，也要有能力，才能夠規劃及發展出適合社區的照顧服務。
- 3.社區工作不只是一呼，也要執行非常多行政細節，單打獨戰是艱困且過勞的。團隊需要分工合作，彼此打氣，才能共同發展出具有社區共識的照顧服務，並引發更多社區居民的共鳴。

二、持續性的課程及活動，可培養社區凝聚力與共識。

發動者及其團隊提供長者持續性的課程與活動，讓社區長者可以有機會聚集，建立彼此關懷的情誼，也養成參與課程活動的習慣，感受到社區照顧的好處。因此當社區照顧服務(喬木讀書會)遇到困境時，居民為了持續享有該服務，產生自主性的行動；也因為社區居民已經感受到社區照顧的好處與重要性，會主動去爭取更有利的社區照顧資源(如社區照顧關懷據點)。

持續性的課程活動也訓練尾塹社區具備辦理社區照顧服務的能力與群眾基礎，因此當中央或地方有資源時(老來寶及 C 據點)，自然會選擇尾塹社區作為資源挹注的重點社區，使得尾塹社區更容易獲得各方資源，去建構社區居民所期待的多元且豐富的社區照顧服務。

據此，從尾塹社區照顧發展歷程看來，社區出現發動者及團隊，還有提供持續性課程活動是重要的成功關鍵，以下提出兩點建議：

一、社區人才培訓。

培訓社區人才，才能讓社區有足夠能力的發動者，將社區帶到正確的發展方向，但是光是培訓社區領袖是不足的，因為社區照顧服務要處理的業務繁複且要面對多方壓力，需要團隊共同集思努力及互相鼓勵扶持。

因此領導者帶著社區團隊共同受訓在建立社區營造機制是重要的，可幫助社區團隊在受訓時建立共同理念及革命情感，一起為社區打拼，也能在遇到挫折時，成為彼此的力量，而不至於太快放棄。

宜蘭縣政府社會處為社區所規劃的社區營造員培訓課程，就是希望培養社區人員具備社區概念及實作能力（宜蘭縣政府，2017d）。承辦該項課程的宜蘭社區大學總幹事楊明修從他所輔導的社區，也發現社區團隊共同培訓的好處。「他（楊明修）看到目前穩定的社區，幾乎都是社區領導人帶著志工一起去上營造員的課程。」（日記，20170330）。

二、提供持續性的社區課程活動。

針對社區長者提供持續性的課程活動，可以幫助社區長者時常聚在一起，不只是對長者有社會互動的效益，也可以培養社區共識，建立凝聚力，並對社區照顧課程或活動產生自主性需求，使社區管理者為了滿足社區長者需求，而去爭取發展社區照顧服務。

每個社區營造的成功都有其發展歷程，而從尾塹社區照顧服務發展歷程看來，有使命跟能力的社區發動者及其團隊，是社區可以建立社區照顧服務的最重要關鍵。而社區長者聚集且支持社區照顧服務是建構社區照顧服務的基礎。而要使長者聚集且產生需求，無外乎提供持續性的課程活動，使他們直接感受到社區照顧服務的好處，甚至成為其生活的一部分，社區照顧服務就有機會產生社區自主性，居民共同爭取社區照顧服務之建立(圖 4-6)。

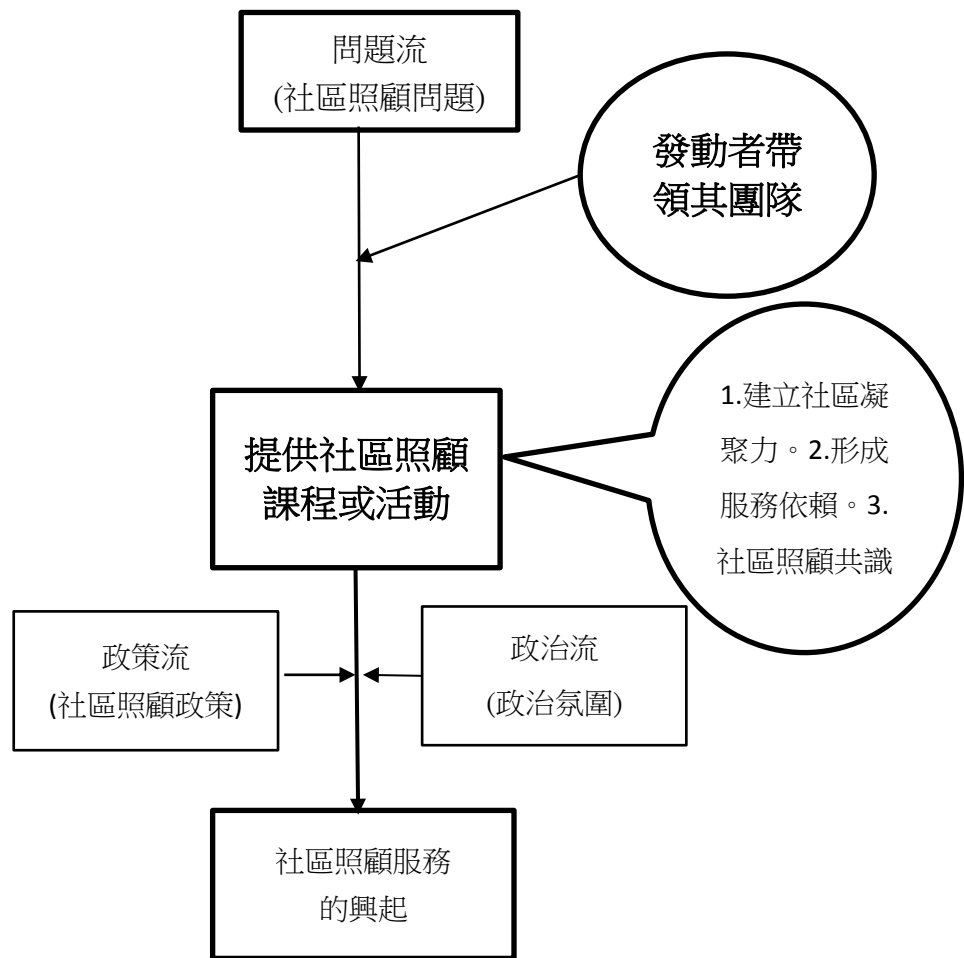


圖 4-6：尾塹社區照顧服務歷程發展圖

資料來源：研究者繪製。

第五章 研究成果與建議

從熱心的三星鄉衛生所護士成立喬木讀書會開始，尾塹社區逐步發展以社區為場域的老人照顧服務，其社區因過去社區照顧發展歷程，已營造出適合發展老人照顧服務的社區生態及組織環境，在長期照顧十年 2.0 政策大力推展下，尾塹社區現正面臨「問題流」、「政策流」、「政治流」三流滙集，政策窗開啟之際，這個社區因著天時地利人和，發展興盛並朝向多元且專業的社區照顧服務邁進。

第一節 研究成果

本研究目的希望透過尾塹社區的社區照顧發展歷程了解宜蘭縣社區照顧的發展脈絡與挑戰，並從尾塹社區居民的需求、社區能力與現況來勾勒尾塹社區未來發展方向，作為該社區照顧之參酌。因而提出三項研究問題：

- 一、尾塹社區的老人照顧發展歷程及其原因。
- 二、尾塹社區中的利益關係人（stakeholder）對於社區照顧的看法與期待。
- 三、以尾塹社區為例，以社區為場域可發展的老人照顧服務。

針對此三項問題，本研究以個案研究法進行尾塹單一社區之研究，並參酌組織環境因素、生態觀、政策窗、政策慣性等作為政策分析框架，以瞭解其發展歷程及未來發展方向。

從本研究中發現尾塹社區的社區照顧是從 2000 年設立的喬木讀書會開始逐步發展出社區關懷據點、長青食堂、樂智據點、老來寶健康促進家園及長照 2.0 的 C 級巷弄長照站。

在尾塹社區照顧的發展歷程中，喬木讀書會佔有重要奠基的地位，透過喬木讀書會使得社區居民逐漸凝聚向心力，開始有了彼此照顧的觀念，而後接續成立的社區照顧關懷據點，因其卓越表現，吸引各界的關注，也激起社區居民的榮譽感，使得尾塹社區更聚集了眾人之力來照顧社區長者。

當尾塹社區發展社區照顧關懷據點的四項服務時(關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動)，長青食堂是最後也是最辛苦發展起來的，目前卻成為尾塹社區非常被看重的服務，不管是社區長者、家屬或社區志工都一致認為這是一項必要的服務，而且透過長青食堂的餐飲服務，更多社區居民接觸到社區，進而參加社區活動，社區越來越蓬勃發展。

因尾塹社區照顧服務優異，尾塹社區活動中心已成為居民的聚集地，三星鄉衛生所為照顧失智長者，也在該活動中心設立樂智學堂，使得尾塹社區的照顧服務項目更加豐富，也引起宜蘭縣政府的注意，興起「老來寶健康促進家園」的構想，統整各局處的力量，提供尾塹社區更全面的社區照顧服務資源，同時也以尾塹社區作為宜蘭縣「老來寶健康促進家園」示範社區，將此模式擴及宜蘭縣各鄉鎮，創立宜蘭縣高齡整合性照護服務模式。

在尾塹社區照顧受到大眾矚目之際，利益關係人表達他們對「在地老化」的期待，希望由社區居民擔任自己社區長者的照顧者、照顧服務員可彈性提供社區照顧跟居家照顧服務、政府可以補助外籍照顧員聘僱費用、對社區長者更多的關懷陪伴、在社區發展小規模多機能服務等。對於未來可發展的社區照顧服務，他們提出社區老人照顧服務要朝向專業與多元發展、改善交通服務、增加醫療照顧資源、普設社區照顧關懷據點等。

在本研究中發現尾塹社區照顧發展歷程重要成功關鍵為 1.有使命及能力的發動者及其團隊。2.持續性的課程與活動，可培養社區凝聚力與共識。因此從尾塹的

社區發展歷程之經驗看到社區人才培訓及提供持續性的社區課程活動，有助於社區照顧機制之建立。

第二節 研究建議

尾塹社區是一個農村社區，交通不便，醫療資源缺乏，工作機會匱乏，但是因著居民彼此的互助，及社區經營者的努力，讓這個社區發展成宜蘭縣老人社區照顧的標竿社區。對於社區內老人人口的快速增長及長照政策的社區化，研究者對於尾塹社區照顧服務提出以下建議：

一、改善交通問題：增加公車班次、補助就醫專車、提供社區巡迴專車。

尾塹社區公車少，班次也少，居民外出看病、買菜或參加活動都很不方便。而交通的不便，更使老人們常到萬不得已才去看醫生，容易延誤病情；買菜不方便，使民眾的營養均衡受到影響；無法到社區活動中心參與社區活動。對於交通問題的建議如下：

1.增加公車車輛與班次，方便居民平日生活所需。

現有免費公車增加車輛及班次，甚至也可採取部分自費的方式，以減少財政壓力，增加服務次數。

2.政府補助醫院提供專車接送長者去醫院。

鄰近的羅東鎮有博愛醫院、聖母醫院兩間區域教學醫院，政府可補助交通費，請兩大教學醫院以聯合專車方式，提供定時定點接送民眾就診。

3.與鄰近社區共同租用社區巡迴專車，接送長者到社區活動中心參加活動。

尾塹社區與鄰近的幾個社區可共同租用社區巡迴專車，接送長者來社區參加活動，落實在長照 2.0 中提出的「發展小區域定時與定點之社區巡迴接送服務」之政策。

二、增加醫療資源：增加社區醫療站看診時間、設置醫療網絡醫療服務看診系統及提供巡迴醫療車。

尾塹社區沒有醫院或診所，醫療資源嚴重不足，居民看病需要到外鄉鎮。居民申請長期照顧服務，需要更長的等待期，來等候外鄉鎮照顧單位予以支援。這些醫療資源的不足，影響了居民的健康及照顧品質。針對醫療服務提出以下建議：

1.增加社區醫療站服務時間及提供巡迴醫療車。

增加社區醫療站的服務次數與時數、安排不同專科醫師看診時段，以及在巡迴醫療車裝設必要的醫療設施，提供社區居民更多疾病的診療。

2.設置醫療網路看診系統。

尾塹社區目前有遠距照顧服務，但是只有上傳血壓數據，可再更進一步建立醫療網路看診系統，以網路方式替代部分的看診或一般回診，減少居民往返奔波醫院的次數。

三、連結機構、學校及社區居民建立社區關懷網。

尾塹社區有很多獨居老人或兩老獨居在家。老人家們因過去忙於農務，不習慣出來參加活動，或是身體衰弱無法外出。他們的安全、健康及心理需求，需要更多主動的關心和及時協助。建議以連結機構、學校及發動社區居民共同建立社區關懷網，說明如下：

1.連結相關資源，增加訪視關懷頻率。

在宅關懷訪視需要大量人力，除了原有的社區志工外，可銜接專業團體如弘道基金會、華山基金會等單位派員關懷訪視；此外請學校社團安排學生定期去老人家裡陪長者聊天，以跨世代、跨機構方式，共同陪伴長者。

2.開拓社區志工人力。

尾塹社區居民純樸，社區範圍不大，加上社區志工眾多，可以嘗試推動老人關懷認領制度。以現有志工為主，鼓勵社區更多居民共同投入關懷老人的服務行列，並由住在獨居長者附近的居民優先認領關懷訪視服務，以便就近照顧社區獨居老人。期待在全社區動員下，使每一位獨居長者都有人關心。

四、讓在地社區照顧服務員服務自己社區長者，並可彈性提供日間照顧及居家照顧服務。

照顧服務員的人數缺乏，當派案機構無法派出足夠的照顧人力時，無法提供長者足夠的照顧服務，以致國人必須更多依賴外籍照顧員提供照顧服務，但是外籍照顧員語言、文化不一定能適應，又有服務期限，無法提供給長者穩定的照顧服務。若可以鼓勵社區居民擔任照顧服務員，該照顧服務員只服務尾塹社區，無須到處奔波，又可就近照顧家庭，可增加居民投入照顧服務員行列之意願。

此外鬆綁現有照服員服務限制，讓服務尾塹社區據點的照顧服務員也可到宅提供老人居家服務，使老人不管在社區或是在家都可得到熟識照服員的服務。

五、補助外籍照顧員聘僱費用，並提高長照核定時數的補助費用及時數。

本國照顧服務員的工作權益一直是大家關注的焦點，擔心外籍照顧員排擠了本國照顧服務員的工作機會，但是實際上本國籍照顧服務員願意投入照顧工作的人數，無法供應照顧市場之需求，而且對於需要 24 小時全日照顧的老人跟家屬而言，宜蘭縣政府所補助的居家服務沒有夜間服務，若是自費聘請本國籍的照顧服務員費用高昂，非一般收入之家庭所能負荷，在各樣現實狀況的考量下，國人高度依賴外籍照顧員的照顧服務。

聘僱外籍照顧員的費用雖比本國照顧服務員低，對一般家庭也是一筆不小的開銷。當經濟不佳的家庭負荷不起外籍照顧服務員，而本國照顧服務員的補助時

數又不足時，羸弱的老人只好單獨在家或被送到價格低廉的照顧機構，無法留在社區享有合適及安全的照顧。

因此當我國長期照顧政策走向社區化，鼓勵老人留在家裡接受照顧時，須正視外籍照顧員是目前社區照顧重要一環的現實狀況，政府在補助機制上需跨出國籍，做更務實的思考，以提供老人家庭聘僱外籍照顧服務員費用，減輕家庭的經濟負擔。在衛生福利部「長期照顧保險制度規劃報告」裡也提出為了分擔家庭照顧者責任，建議將外籍照顧員納入補助範疇的看法，可見提供外籍照顧員補助需求是老人家庭很重要的照顧訴求(衛生福利部，2016b)。

同時為避免產生排擠效應建議政府提高長期照顧服務的補助費用及時數，並規劃夜間居家服務的機制，鼓勵國人盡量使用本國籍照顧服務員，以逐漸取代國人對外籍照顧員的依賴。

六、以地理位置及老人人口比例，增設社區照顧關懷據點。

尾塹社區關懷據點設在尾塹社區活動中心，因交通及距離限制，只有靠近尾塹社區活動中心的長者比較方便參加社區活動，其他住較遠的長者沒有交通工具，或沒有家人接送就無法來社區活動，甚至只是住在活動中心旁的上將路另一邊的長者，因該路常有砂石車呼嘯而過，家人考量長者過馬路的安全，也不願意長者過來參加活動。

建議依尾塹社區的地理位置及老人人口數量，尋找合適地點，或與鄰近廟宇合作，設立尾塹社區關懷據點分站，並訓練志工承接各尾塹社區關懷據點分站。

七、建立尾塹社區照顧關懷據點版小規模多機能服務

我國長照 2.0 引進日本小規模多機能服務模式(多元社區照顧模式)，規定申請機構必須是日間照顧服務的單位才能辦理，因為辦理門檻條件較高，宜蘭縣直到

2018 年 7 月都沒有小規模多機能服務。但基於該模式對社區老人可提供適切的照顧服務，建議將辦理單位擴大為社區關懷據點。

小規模多機能服務除日間照顧服務、在宅服務外，還包括夜間短期住宿。尾塹社區目前已是日間托老服務，也有志工提供在宅關懷，將來也可聘請照顧服務員進行居家服務，但是夜宿服務對於尾塹社區難度較高，一方面是沒有適當的住宿空間，二方面是非醫療專業的尾塹社區發展協會對於 24 小時的專業人力派遣及安全維護困難。

不過因為小規模多機能服務提供的住宿非長期住宿，當案家需要臨時或短時間夜宿時，據點可以幫助長者及其家人銜接或接送到鄰近鄉鎮的養護機構，如瑪利亞日間照顧中心或聖嘉民老人日間照顧中心等；也可安排住在鄰居家，由照顧服務員到鄰居家提供必要的照顧服務；或是延長家庭托顧服務，由在地的照顧服務員提供短期住宿服務。

由尾塹社區關懷據點建立「小規模多機能」服務模式可以貼近我國民情與實務需求，又可增加當地的就業機會(劉雅文，2016)。尤其尾塹社區關懷據點已具備老人照顧的預防功能，有健康促進活動、問安訪視服務、餐飲服務、日間托老、社區醫療站等(圖 5-1)，若長照十年 2.0 政策可調整補助尾塹社區發展協會辦理「小規模多機能」服務，讓更多專業人力及服務帶入社區，結合社區的人情味，有機會可發展出屬於尾塹社區關懷據點版「小規模多機能」照顧模式。

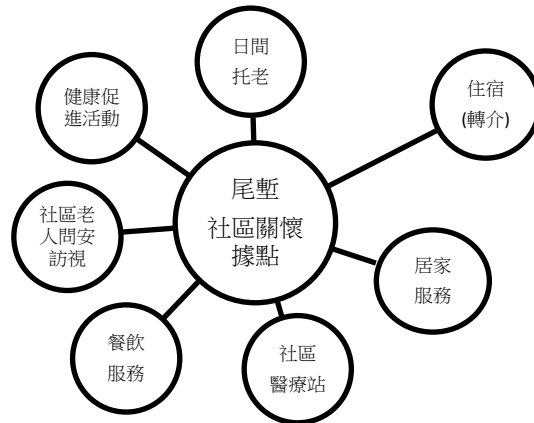


圖 5-1：尾塹社區關懷據點小規模多機能服務模式

資料來源：研究者自行繪製。

尾塹社區是一個農村社區照顧模式的小縮影。在這個偏僻的社區裡，老人人口偏多，青壯年少，又有醫療資源不足、交通不便等問題，但是它同時充滿著鄉下地方濃郁的人情味，因而可凝聚居民共識，共同突破困難，發展出尾塹社區多元照顧服務，成為宜蘭縣指標型的社區。隨著人口老化的速度及照顧專業需求，尾塹社區需要政府以社區老人及其家庭的需求為中心，提供整合性的照顧資源，並調整不切實際的長照制度與法規，及打破僵化的照顧制度，使社區可藉著彼此看顧的情誼及政府多元資源介入，塑造出尾塹社區老人「在地老化」的照顧環境。

第三節 研究限制

本研究透過尾塹社區來了解在該社區場域中發展社區老人照顧服務的歷程，以呈現該社區照顧的發展樣貌及未來走向，卻免不了有其研究限制。以下從研究範圍、研究方法、研究資料三方面進行探討。

一、研究範圍

1. 單一社區。

為了解社區照顧發展歷程，本研究選擇尾塹單一社區進行觀察，雖然可以專注地探討尾塹社區，但同樣地，研究結果受限於單一社區的經驗，無法全勘台灣社區照顧的全貌，也沒辦法與其他社區經驗進行比較，找出社區照顧最佳發展模式。

2. 研究場域的選擇。

考量研究倫理，研究者放棄自己工作鄉鎮的社區，選擇其他鄉鎮較無接觸及互動的社區來進行研究。這樣的選擇，讓研究者可以在該社區單純互動、觀察，不因自己的工作職務影響到研究結果。

相對的，研究者對該社區陌生，只能從資料及觀察上去認識該社區。而尾塹社區居民對研究者也很陌生，研究過程要花費更多心思去突破除心防，取得受訪人信任，使其願意提供相關資訊。

3. 研究對象的選擇。

研究者原本期待老年受訪者可以平均分配在各個衰弱層級，但因研究者與尾塹社區居民不熟識，需要請尾塹社區發展協會人員介紹受訪對象。研究者雖然事先提供衰弱量表給介紹者，也說明評估方式，但是不好要求介紹者一定得介紹評估表標準的各個衰弱程度長者作為受訪者；又因社區居民質樸害羞，不

習慣與陌生人談自己的想法，願意接受訪談的居民並不多，最後僅能就有述說能力及有意願的長者來進行邀請。

最後受訪名單，雖然受訪老人無法像研究者期待的平均分配在每個衰弱程度，而以健康及輕微失能者占較大比例，但就參與社區活動的長者而言，健康與輕微失能者本來就是占大部分，所以倒也是符合社區現況。

二、研究方法

本研究採取質化研究，以深度訪談及檔案資料等方式，探討尾塹社區老人照顧歷程及社區長者對社區照顧的想法與期待。但是研究者在詮釋中，難免加上研究者個人主觀詮釋，因此在訪談過程，不斷與受訪者確認研究者的理解是否符合受訪者之真意。

此外，研究者受限於時間、人力，訪談之對象之次數有限。受訪者們不習慣接受採訪，不方便多次打擾，因此僅能就取得之有限資料進行分析，雖然研究者盡力蒐集社區檔案資料作為佐證資料，但資料的豐富性仍是受到限制。

三、研究資料

1. 社區檔案資料建立未完整。

尾塹社區發展協會為人民團體，工作者都是志工。志工們憑著熱心辦理社區活動，但是社區志工大都年齡層偏高，識字者不多，能夠作文書行政工作的志工很少。雖然社區有幾位資深志工努力將過去資料留下來，但是僅少數人的努力，社區的資料檔案仍是很有限。

幸而尾塹社區成立社區照顧關懷據點後，社會處派下駐點督導，協助尾塹社區建立行政文書檔案，並且因為要面對社區評鑑，尾塹社區將過去資料進行整理，使其有較完整的文書紀錄，該評鑑資料對於本研究幫助極大。

2.受訪者提供之資訊恐有保留。

受訪者與研究者不熟，回答過程恐有所保留，無法完全坦誠。研究者為增加社區人員對自己的認識，減少受訪者的陌生感，在開始進行訪談前，先花兩個月時間多次到社區參加活動，也找機會在長青食堂與長者共同用餐，或是藉由社區大學在尾塹社區辦理開學典禮過程，參與其會議及活動，讓社區的幹部、志工們及活動的老人對研究者有初步認識，稍微卸下心防。

此外，本研究很幸運獲得尾塹社區理監事及總幹事支持，又有熱心志工在訪談中主動陪伴受訪者，增加其安全感，減少防衛心，順利完成各次訪談，收集到豐富的資料。

第四節 未來研究建議

本研究以尾塹社區作為個案研究，以了解該社區老人照顧服務之發展歷程、居民對社區照顧之期待，及未來可發展之社區照顧服務，以作為該社區將來發展建議及其他社區之參考。本研究雖可較深入了解尾塹社區，但對於未來社區進行老人照顧服務之研究，以下提出幾點建議：

一、研究對象增加未參加社區照顧服務之民眾。

本研究受訪者大部分來自社區經營者及志工的介紹，他們大都是參加社區活動中心的長者及其家屬、社區志工等。該些受訪人因使用社區的資源，對社區照顧較有概念，可具體提出對社區照顧的想法，於本研究有很大助益。

不過為了理解未參加社區活動的居民對社區照顧的期待與已參與社區活動者是否有所差異，建議將來訪談時可增加未參與社區活動中心活動的長者，將其意見納入研究中進行比較。

二、進行質化與量化混合性研究。

本研究採質化研究，期待以深厚的描述來探討在社區中老人照顧服務脈絡對社區照顧服務之影響，作為初步的探索性研究，但是質化研究的缺點是缺乏客觀數據之驗證。

建議後續研究可以質化研究為主，量化研究為輔。以質化研究深入探索社區發展脈絡及議題後，再以量化研究進行問卷調查，佐證質化研究的發現，及強化研究結果之說服力跟可推論之範圍。

三、擴大研究區域，進行比較性研究。

尾塹社區為農村社區，受農村純樸文化影響，人與人之間的互動，對老人照顧的看法、作法及可運用之資源，與宜蘭縣都會型社區有所不同。

未來研究建議以宜蘭縣為研究範疇，針對全縣鄉鎮進行抽樣調查，比較各鄉鎮社區照顧發展之差異，以針對不同地區不同需求與特色，規劃適合在地性的社區照顧服務。

本研究針對尾塹社區老人照顧模式進行質性研究，可作為農村型老人社區照顧服務之參考，但未來研究若能增加研究對象為參與社區與非參與社區對象之比較，並擴大研究區域，及採用質化與量化混合性研究，探討我國整體老人社區照顧之現況與未來發展方向，應可有更具體及廣度之貢獻。

參考文獻

壹、中文部分

內政部戶政司(2018)。熱門主題服務-人口政策及統計資料-人口統計資料庫-人口統計資料。檢索日期：2018年2月9日，取自 <https://www.ris.gov.tw/346>

內政部統計處(2013)。102年第11週內政統計通報(101年底我國老人長期照顧及安養機構概況)。檢索日期：2016年9月25日，取自 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=7230

天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院網站(2016)。長期照護/健康活力站。檢索日期：2016年9月19日，取自 http://www.st-mary.org.tw/8_longcare_7.htm

方雅慧(2008)。偏鄉社區營造之啟動：宜蘭社區大學的課程案例。教育實踐與研究，21(1)，65-95。

王香蘋(2000)。老年長期照護可近性的探討－美國經驗的啟思。醫務管理期刊，1(1)，35-41。

王順民(2015)。關於衛福部社家署試辦「小規模多機能服務中心」之評析(2015/03/04)。國政評論。檢索日期：2016年10月16日，取自 <http://www.npf.org.tw/1/14803>

王慧伶(2008)。社區照顧據點服務與老人生活品質之相關性研究(未出版之碩士論文)。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系研究所，南投縣。

甘炳光(1995)。社區照顧概念與推行原則。社區發展季刊，96，132-141。

行政院(2005)。臺灣健康社區六星計畫推動方案。社區發展季刊，110，517-526。

- 行政院主計總處(2016)。國情統計通報第 087 號(2016 年 5 月 12 日)。檢索日期：
2016 年 9 月 24 日，取自
<https://www.dgbas.gov.tw/public/Data/651282923MKFOK1MR.pdf>
- 吳尚琪(2017)。我國長照政策之新契機。長期照護雜誌，21 (1)，1-7。
- 吳明儒(2004)。新故鄉社區總體營造下的福利社區化。社區發展季刊，107，
107-119。
- 吳淑瓊(2004)。從「建構長期照護體系先導計畫」之執行看我國社區式長期照護體
系之建構。社區發展季刊，106，88-96。
- 吳淑瓊(2005)。人口老化與長期照護政策。國家政策季刊，4(4)，5-24。
- 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬、徐慧娟、簡加奇(1998)。配合我國社會福利制度之長期
照護政策研究。台北市：行政院研究發展考核委員會。
- 吳淑瓊、莊坤洋(2001)。在地老化-台灣 21 世紀長期照護政策方向。台灣公共衛生
雜誌，20(3)，192-201。
- 吳淑瓊、陳正芬(2000)。長期照護資源的過去、現在、與未來。社區發展季刊，92，
19-31。
- 尾塹社區發展協會(2013a)。三星鄉尾塹社區發展協會辦理長青食堂計劃。宜蘭縣：
尾塹社區發展協會。
- 尾塹社區發展協會(2013b)。細說尾塹。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。
- 尾塹社區發展協會(2014)。宜蘭縣三星鄉尾塹社區發展協會第五屆第十三次理監事
聯席會。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。
- 尾塹社區發展協會(2015a)。三星鄉尾塹社區發展協會第五屆第四次會員大會會議
記錄。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。
- 尾塹社區發展協會(2015b)。長青食堂簡報。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。

- 尾塹社區發展協會(2015c)。宜蘭三星鄉尾塹社區發展協會第六屆第三次理監事會議。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。
- 尾塹社區發展協會(2017a)。參加 105 年度衛生福利部社區發展工作績效組評鑑業務。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。
- 尾塹社區發展協會(2017b)。尾塹社區發展協會第六屆第三次會員大會手冊。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。
- 尾塹社區發展協會(2018)。尾塹社區觀光導覽圖。宜蘭縣：尾塹社區發展協會。
- 李光廷(2013)。日本失智症老人團體家屋多功能變身計畫及啟示。社區發展季刊，**141**，354-371。
- 李怡娟(2017)。長照服務社區化可行嗎？監察院 106 年老人人權研討會會議手冊(107-153)(2017/09)。台北市：監察院。
- 李怡娟、郭懷婷、劉建廷、陳嫵玲(2015)。發展宜蘭高齡友善城市的過程與工作模式。護理暨健康照護研究，**11(3)**，216-223。
- 李易駿(2017)。小型長照服務單元的利基與挑戰：「巷弄長照站」的專業服務與籌辦想像。台灣社區工作與社區研究學刊，**7(2)**，183-198。
- 李欣芳(2018)。全台統一育兒津貼 2500 元 不同調縣市要退場(2018/06/30)。自由時報。檢索日期：2018 年 07 月 04 日，取自
<http://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/2473590>
- 李美珍、陳武宗(2015)。認識小規模多機能社區照顧服務模式－翠華園簡介。高醫醫訊。檢索日期：2017 年 12 月 9 日，取自
<http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/10402/22.htm>
- 周月清(1997)。服務模式之發展及檢驗－以智障者家庭服務為例。當代社會工作學刊，**3**，1-47。

周月清、傅凱祺、傅立葉、蔡宜思、高森永、邱泯科、鄭文輝、辛炳隆、謝佳宜(2005)。

我國長期照顧服務輸送之初探。《台灣社會福利學刊》，4(2)，97-138。

周怡君(2016)。德國與臺灣身心障礙者政策與失能者長照政策的比較分析：復健模式的觀點。《臺大社工學刊》，34，1-40。

宜蘭縣三星鄉戶政事務所(2017)。人口統計。檢索日期：2017年7月12日，取自 <http://sshhr.e-land.gov.tw/Default.aspx>

宜蘭縣三星鄉公所(2018)。網站資訊-三星免費公車。檢索日期：2018年5月27日，取自 <http://www.sanshing.gov.tw/cp.aspx?n=D342EDA29247B84D>

宜蘭縣政府(2015)。宜蘭縣政府 104 年工作報告。檢索日期：2016年12月3日，取自 <http://www.e-land.gov.tw/Default.aspx>

宜蘭縣政府(2016)。宜蘭縣「老來寶健康促進家園站」第 12 站~七結站揭牌活動暨幸福家園“風鈴樂章”大會師(2016/07/14)。檢索日期：2017年5月27日，取自 http://www.e-land.gov.tw/News_Content.aspx?n=770C4B84956BD13B&s=DFE329B192190744

宜蘭縣政府(2017b)。宜蘭縣「老來寶健康促進家園」服務昇級一家園一特色(2017/02/06)。檢索日期：2017年5月14日，取自 http://www.e-land.gov.tw/News_Content.aspx?n=770C4B84956BD13B&sms=56708437A1C48D11&s=E55F37B8F1A196E2

宜蘭縣政府(2017c)。宜蘭縣宜蘭市七張社區發展協會「長青食堂」請恁作伙來呷飯！(2017/08/31)。檢索日期：2018年2月10日，取自 http://www.e-land.gov.tw/News_Content.aspx?n=770C4B84956BD13B&s=97E17BF2357B5E8C

宜蘭縣政府(2017d)。宜蘭縣 107 年度社區營造員培訓計畫招募簡章。

宜蘭縣政府民政處(2018)。戶政服務-人口統計資料。檢索日期：2018年2月9日，
取自

<http://civil.e-land.gov.tw/cp.aspx?n=3B2BEAC05849AD8C&s=B03D686931AB967A>

宜蘭縣政府社會處(2017)。106年度宜蘭縣長青食堂補助作業。宜蘭縣：宜蘭縣政府。

宜蘭縣政府衛生局(2014a)。宜蘭縣高齡友善城市。宜蘭縣：宜蘭縣政府。

宜蘭縣政府衛生局(2016)。幸福宜蘭，活躍老化-老來寶健康促進家園簡報。

宜蘭縣政府衛生局(2017)。醫事管理 - 不老診所暨社區安寧照護專區。資料檢索
日期：2017年5月13日，取自

<http://www.ilshb.gov.tw/index.php?catid=14&fieldid=3&cid=96>

宜蘭縣政府衛生局(2017b)。宜蘭縣衛生所 106年長者衰弱評估表。

宜蘭縣政府衛生局(2018)。宜蘭縣「老來寶健康促進家園站」～活力宜蘭老來寶、
健康長青永不老～員山鄉湖東站揭牌活動。檢索日期：2018年2月10日，取
自 <http://www.ilshb.gov.tw/index.php?catid=23&cid=4&id=3286&action=view>

宜蘭縣教育支援平台(2015)。有活力尾塹社區。檢索日期：2016年10月17日，取
自 <http://blog.ilc.edu.tw/blog/summary.php>

林文明(2005)。宜蘭縣實施老人社區照顧現況與分析之研究(未出版之碩士論文)。
私立慈濟大學社會工作研究所，花蓮縣。

林依瑩(2015)。All In One 走動式照顧服務推動歷程。社區發展季刊，153，107-118。

林明莉(2013)。「一樣的食堂，不一樣的共餐」－宜蘭縣「長青食堂」社區老人共
餐經驗之初探(未出版之碩士論文)。國立政治大學社會工作研究所，台北市。

林萬億(2006)。臺灣的社會福利：歷史經驗與制度分析。台北市：五南圖書出版。

林萬億(2009)。開辦長期照顧保險不可冒進。新社會，4，26-30。

- 林慧茹(2016)。不被愛用的長照—社區集中型服務(2016/10/13)。風傳媒。檢索日期：2016年10月16日，取自 <http://www.storm.mg/article/172753>
- 邱汝娜、陳素春、黃雅鈴(2004)。照顧服務社區化-當前老人及身心障礙者照顧服務之推動與整合規劃。社區發展季刊，106，5-17。
- 邱淑媿(2001)。宜蘭縣營造健康社區之過程與現況。護理雜誌，48(1)，28-35。doi: 10.6224/jn.48.1.28
- 屏東縣政府(2014)。全國首創社區主導照護之日間托老中心—松鶴園歡喜揭幕(2014/03/17)。中央社。檢索日期：2017年8月9日，取自 <http://www.cna.com.tw/postwrite/Detail/144134.aspx#.V9zi8ih97b0>
- 柯安聰(2015)。林燈文教公益基金會端午賑白米慰問宜蘭弱勢(2015/5/23)。自立晚報。檢索日期：2016年3月9日，取自 http://www.idn.com.tw/news/news_content.php?catid=3&catsid=1&catid=0&articleid=20080604kofang001
- 徐學陶(2011)。小康計畫的時代意義與影響。社區發展季刊，133，222-232。
- 財政部(2017)。由財稅大數據探討臺灣近年薪資樣貌」研究報告。檢索日期：2018年6月23日，取自 <https://www.mof.gov.tw/Detail/Index?nodeid=288&pid=75404>
- 高淑芬、陳惠姿(2005)。長期照護與社區護理。國家政策季刊，4(4)，109-128。
- 國家發展委員會(2018)。中國民國人口推計(105-150年)。檢索日期：2018年2月9日，取自 http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
- 曹純媛(2010)。從社區營造到社區照顧—台中市瑞聯社區個案研究(未出版之碩士論文)。私立東海大學建築系研究所，台中市。
- 梁鴻彬(1999)。政治變遷的地方模式—民進黨在宜蘭執行的個案研究(未出版之碩士論文)。國立中山大學政治學研究所，高雄市。
- 莊秀美(2012)。社區整合照顧與社會工作。社區發展季刊，138，152-165。

- 許綺玲(2015)。小規模多機能服務模式之探討：日本與台灣的對話(未出版之碩士論文)。國立中正大學社會福利研究所，嘉義縣。
- 郭文君(2014)。訪左營銀髮家園—陳菊肯定民間照護走入社區(2014/04/09)。今日新聞 NOWNEWS。檢索日期：2018年3月18日，取自
<https://www.nownews.com/news/20140409/1184639>
- 陳世堅(2001)。從社政到衛政長期照顧連續性光譜系統模式研擬。當代社會工作學刊，4，1-55。
- 陳正芬(2011)。我國長期照顧政策之規劃與發展。社區發展季刊，133，197-208。
- 陳恆鈞、劉邵祥(2007)。由政策選擇觀點談政策變遷。T&D 飛訊，56，1-18。
- 陳燕禎(2005)。社區老人照顧支持體系及政策之探討。社區發展季刊，110，158-175。
- 陸敏清(2014)。健全長期照護服務體系：以我國長期照護服務法草案為例。興國學報，15，125-142。
- 傅立葉(2009)。對政府推動長期照護保險的看法。新社會政策雙月刊，4，31-34。
- 傅健豪、林翠芳(2017)。從美國經驗探討台灣長期照護制度改革。台灣衛誌，36(6)，531-544。
- 勞動部(2018)。統計資料庫。檢索日期：2018年2月9日，取自
<http://statdb.mol.gov.tw/evta/JspProxy.aspx?sys=100&funid=wdefjsp2>
- 曾竹寧(1997)。失能老人社區照顧服務網絡建構之研究(未出版之博士論文)。東海大學社會工作研究所，台中市。
- 曾妙慧、呂慧芬(2013)。由社會福利政策綱領談日本社區整合性照護體系。社區發展季刊，141，1-25。

- 曾沛瑜(2015)。台東聖母醫院：連日本醫生都說老了想被他們照顧。康健雜誌，201。
- 檢索日期：2016年9月19日，取自
- <http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=70439&page=1>
- 黃松林、許秀月(2006)。社區照顧哲學觀點與健康促進實務。社會福利專題研習教材第12輯。台北市：內政部社會福利工作人員研習中心。
- 黃盈樺、李佩真(2013)。初探高齡者的在地老化與服務需求。物業管理學報，4(1)，11-19。
- 黃源協(2005)。社區長照體系的建立。國家政策季刊，4(4)，41-68。
- 黃錦峰(2008)。宜蘭縣社區營造的軌跡——一場社會運動的檢視與價值論述。宜蘭看社造。檢索日期：2016年5月30日，取自
- <http://community.youngsun.org.tw/modules/tinyd1/>
- 楊弘任(2015)。社會團體與社區行動。載於雷家驥(主編)。嘉義縣志(第四篇，419-450)。嘉義縣：嘉義縣文化觀光局。
- 楊明修(2017)。社大開學活動-水水尾塹活動開始報名。噶瑪蘭花蕊，149，33-34。
- 楊登茂(2017)。宜蘭縣尾塹社區發展協會「106年長者服務」要點。宜蘭縣：宜蘭縣尾塹社區發展協會。
- 溫金豐(2015)。組織理論與管理(第四版)。台北市：華泰文化。
- 廖淑容(2004)。宜蘭文化發展模式的形塑與困境。立德學報，2(1)，59-81。
- 監察院全球資訊網(2017)。調查報告。檢索日期：2017年10月20日，取自
- <http://www.cy.gov.tw/sp.asp?xdURL=./di/RSS/detail.asp&ctNode=871&mp=1&no=5765>
- 趙坤郁等編著(2006)。社區健康營造工作手冊。台北市：行政院衛生署國民健康局。
- 趙善如、蕭誠佑、黃松林、江玉娟、郭惠怡、陳素華、馮秀玉(2007)。社區照顧關懷據點經營管理績效評估研究——以高雄市為例。社區發展季刊，117，186-217。

- 劉惠敏(2017)。長照 2.0 版正式上路，變得更好嗎？(2017/01/02)報導者。檢索日期：2018 年 3 月 10 日，取自
<https://www.twreporter.org/a/opinion-long-term-care-version2>
- 劉雅文(2016)。宜蘭縣以社區照顧關懷據點發展多元社區照顧模式可行性之探討。
社區發展季刊，**160**，264-281。
- 劉雅文、何立博(2017)。檢視長照 2.0 對於各障別高齡身心障礙者之規劃。**福祉科技與服務管理學刊**，**5(4)**，373-388。doi:10.6283/JOCSSG.201712_5(4).373
- 滕淑芬(2017)。平價托育一條龍 要讓民眾敢生能養(2017/12/29)。**遠見電子報**。檢索日期：2018 年 7 月 4 日，取自 <https://www.gvm.com.tw/article.html?id=41727>
- 蔡秋鳳、王秀紅(2008)。台灣長期照護政策發展。**護理雜誌**，**55(4)**，24-29。
- 蔡啟源(2008)。建構「老人長期照顧制度」之我見—日本「公共介護制度」經驗之參酌。**社區發展季刊**，**12**，428-457。
- 衛生福利部(2015)。**長期照顧保險制度規劃報告**。台北市：衛生福利部。
- 衛生福利部(2016)。**長期照顧十年計畫 2.0(106-115 年)(核定本)**。台北市：衛生福利部。
- 衛生福利部(2016a)。**長照政策專區**。檢索日期：2016 年 8 月 22 日，取自
<http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/Index.aspx>
- 衛生福利部(2016b)。**長期照顧保險制度規劃報告**。台北市：衛生福利部。
- 衛生福利部(2017)。**衛生福利統計專區-性別統計專區-性別統計指標-社會福利類**。檢索日期：2018 年 2 月 10 日，取自
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1721-9417-113.html>
- 衛生福利部(2017b)。**長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準**。台北市：衛生福利部。

- 衛生福利部社會及家庭署(2015b)。104 年度多元照顧中心(小規模多機能)服務計畫行政說明。台北市：衛生福利部。
- 衛生福利部社會暨家庭署(2016)。關懷據點服務項目。檢索日期：2017 年 2 月 2 日，取自 http://e-care.sfaa.gov.tw/MOI_HMP/HMPe001/browse.action
- 衛生福利部統計處(2014)。102 老人狀況調查。衛生福利統計專區。檢索日期：2016 年 5 月 30 日，取自 <http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Index.aspx>
- 鄧桂芬(2017)。外籍看護工外展服務 弘道宣布退出(2017/10/09)。聯合新聞網。檢索日期：2017 年 10 月 14 日，取自 <https://udn.com/news/story/7269/2747546>
- 鄧凱元、陳煒林(2017)。2015 縣市調查／八成縣市財政亮起紅黃燈。天下雜誌(2015/09/01)。檢索日期：2018 年 2 月 10 日。取自 <https://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5070453>
- 鄭麗珍(2012)。生態觀點。載於宋麗玉（主編），社會工作理論處遇模式與案例分析(291-316 頁)。臺北市：五南圖書出版。
- 黎世宏、陳阮玲(2017)。嘉義縣社區整體照顧 ABC 模式－民雄、溪口。長期照護雜誌，21(1)，9-14。
- 盧明、柯秋雪、曾淑賢、林秀錦(2013)。早期療育。台北市：心理出版社。
- 蕭文高(2007)。台灣社會工作的政策典範與治理－社區照顧關懷據點的省思(未發表之博士論文)。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系研究所，南投縣。
- 蕭玉煌(2002)。內政部推展社區工作之成果與新方向。社區發展季刊，100，5-15。
- 蕭欣怡(2006)。宜蘭社區營造的回顧與前瞻(未發表之碩士論文)。國立暨南國際大學公共行政與政策學系研究所，南投縣。
- 魏忻忻(2017)。長照費用知多少?幫您算算這筆帳(2017/08/12)。聯合報。檢索日期：2017 年 8 月 12 日，取自 https://udn.com/news/story/7266/2638914?from=udn-referralnews_ch2artbottom

蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪(2015)。跨域參與共治的社區照顧模式-屏東日間托老服務實驗方案。人文社會科學研究，9(2)，63-91。

doi:10.6284/NPUSTHSSR.2015.9(2)4

蘇景輝(2009)。台灣老人社區照顧：理念、現況與問題。北投社區健康關懷站。檢

索日期：2015年9月11日，取自

http://www.ptcf.org.tw/ptcf2/modules/myproject/case.php?cat_id=79&page=0

貳、外文部分

- Allen, Rubin., & Babbie, Earl.(原著), 陳若平、張祐綾等(譯)(2007)。 *社會工作研究方法*。臺北：五南圖書出版。
- Ashford, L. S., Smith, R. R., De Souza, R. M., Fikree, F. F., & Yinger, N. V.(2006).
Creating windows of opportunity for policy change: incorporating evidence into decentralized planning in Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 669-672.
- Bacsu, J., Jeffery, B., Abonyi, S., Johnson, S., Novik, N., Martz, D., & Oosman, S. (2014). Healthy aging in place: Perceptions of rural older adults. *Educational Gerontology*, 40(5), 327-337.
- Baldock, Peter.(1983) .Community Development and Community Care.*Community Development Journal*, 18 (3) ,231-237.
- Bakir, Caner. (2009). Policy entrepreneurship and institutional change: Multilevel governance of central banking reform. *Governance*, 22(4), 571-598.
- Béland, D., & Howlett, M. (2016). The role and impact of the multiple-streams approach in comparative policy analysis..*Journal of Comparative Policy Analysis*,18(3), 221–227.
- Braye, Suzy. (1995). *Empowering Practice in Social Care*: McGraw-Hill Education (UK).
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008).Analysing and presenting qualitative data.*British Dental Journal*, 204(8),429-432.
- Burnard, Philip.(1991).A Method of analyzing interview Transcripts in Qualitative Research. *Nurse Education Today*,11,461-466.

- Chan, Hong-Ting, Shih-Jung Cheng, and Hwei-Jeh Su. (2008). Integrated Care of The Elderly in The Community. *International Journal of Gerontology*, 2(4), 167-171.
- Daft, Richard K.(原著) , 李再長、曾雅芬(譯)(2016) 。 *組織理論與設計* 。臺北市：新加坡商聖智學習。
- Davies, Bleddyn. (1998). Shelter-with-Care and the Community Care Reforms—Notes on the Evolution of Essential Species. *In Residential versus Community Care* (pp. 71-111). Palgrave, London.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Goodwin, Nick. (2014). Thinking differently about integration: people-centred care and the role of local communities. *International journal of integrated care*, 14(3), 1-2.
- Guldbrandsson, K., & Fossum, B. (2009). An exploration of the theoretical concepts policy windows and policy entrepreneurs at the Swedish public health arena. *Health promotion international*, 24(4), 434-444.
- Howe, David(原著) , 陳香君等(譯)(2011) 。 *社會工作理論導論* 。臺北：五南圖書出版公司。
- Howlett, M., McConnell, A., & Perl, A. (2016). Weaving the fabric of public policies: comparing and integrating contemporary frameworks for the study of policy processes. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18(3), 273-289.
- Iecovich, Esther. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological notebooks*, 20(1), 21-33.

- Jack, Raymond. (1998). Institutions in Community Care. In R. Jack (Ed.), *Residential versus Community Care: The Role of Institutions in Welfare Provision* (pp. 10-40). London: Macmillan Education UK.
- James W., & Vander Zanden(原著), 周念縈 (譯) (2005)。 *人類發展學－兒童發展*。台北：巨流。
- Jones, Gareth R., Jennifer M. George, & Charles WL Hill.(2000). *Contemporary management*. Irwin/McGraw-Hill.
- Juanita Bacsu, B. J., Sylvia Abonyi,Shanthi Johnson,Nuelle Novik,Diane Martz,Sarah Oosman. (2014). Healthy Aging in Place: Perceptions of Rural Older Adults. *Educational Gerontology, 40(5)*, 327-337. doi:10.1080/03601277.2013.802191
- Kingdon, J. W. (2014). *Agendas, alternatives, and public policies*(2nd ed.). Boston: Little, Brown.
- Li, H. (2006). Rural Older Adults' Access Barriers. *Social Work Research, 30(2)*, 109-118.
- Morikawa, M. (2014). Towards community-based integrated care: trends and issues in Japans long-term care policy. *International Journal of Integrated Care (IJIC), 14(1)*, 1-10.
- Ohara, K. (2006,July). New Trials of the Elderly Living in Japan - community based care facilities. Paper presented at the *Housing in an expanding Europe:theory, policy, participation and implementation*, Ljubljana, Slovenia.
- Payne, Malcolm Stuart (原著), 周玟琪、葉琇珊等 (譯) (1995)。 *當代社會工作理論：批判的導論*。臺北市：五南圖書出版公司。
- Payne, Malcolm Stuart(原著), 馮亞麗、葉鵬飛(譯) (2008)。 *現代社會工作理論*。北京：中國人民大學出版社。

- Santrock, John W. (2006). *Life-span development* (10th ed): McGraw-Hill, Boston, Mass.
- Schutt, Russell K.(2013).*Investigating the Social World:The Process and Practice of Research*.California: Sage Publications.
- Stachowiak, Sarah. (2013). *Pathways for change: 6 theories about how policy change happens*.
- Takako, T., Shuichi, A., & Leichsenring, K. (2014). Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 14, 1-9.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405.
- Whittaker, Terri. (1996).Review: Empowering Practice in Social Care by Suzy Braye; Michael Preston-Shoot .*The British Journal of Social Work*,26(5), 740-743.
- Yin, Robert K.(原著)，周海濤、李永賢、張蘊(譯)(2009)。個案研究設計與方法。臺北市：五南圖書出版。
- 小坂田稔(2010)。地域包括ケアシステムの意義とその構成。美作大學短期大學部紀要, 55, 33-48。
- 全國小規模多機能型居家介護士業者聯絡會(2015)。為了推動社區整體照顧，對於小規模多機能型居宅看護的期望。檢索日期：2016年9月18日，取自 <http://www.mhlw.go.jp>
- 宮島俊彦(2012)。地域包括ケアシステムの推進について>。保健医療科学, 61(2), 73-74。

附錄一：研究同意書

研究同意書

您好。這是東海大學社會工作研究所博士論文的研究，研究題目是「以社區為場域之老人照顧服務發展歷程－述說宜蘭縣尾塹社區」。本研究的指導教授為呂朝賢教授，研究生為劉雅文博士候選人。在此非常謝謝您願意參與本研究，並同意接受訪談。

本研究期待能夠透過您的經驗與想法，找出宜蘭在地合適的照顧模式，因此您的參與除了作為個人博士論文的研究報告外，也將作為宜蘭長期照顧政策的參考與建議，所以您的參與意義重大且非常具有價值。為了詳盡與正確地記載您的談話內容，在您同意之後，訪談過程將採用錄音、錄影及紙本記錄。

為了保護您的隱私，您的姓名及相關資料，將採用假名或代號方式，進行保密。您的訪談內容除了做為本研究外，絕不做為其他用途。同時您有權力隨時決定退出本研究，也可拒絕回答您不想回答的問題。

感謝您的參與 致上最深的謝意

是的，我已了解上述事項，我同意參加本研究並接受訪談。

研究參與者簽名：

簽署日期：

研究者簽名：

簽署日期：

附錄二：訪談大綱

壹、訪談對象：宜蘭縣政府社會處

(一)基本資料

- 1.性別: 男女
- 2.年齡: 歲(民國 年生)
- 3.婚姻：未婚 已婚（同住 分居/離婚 喪偶）同居
- 4.學歷：不識字 未就學但識字 小學 國中 高中職 專科/大學 研究所及以上
- 5.信仰：無 傳統民間信仰(道教、佛教等) 基督教 天主教 其他
- 6.何時到社會處就任?何時開始擔任社區關懷據點承辦人?

(二)訪談大綱

- 1.當初為何想邀請尾塹社區辦理社區關懷據點?(動機及歷程)
- 2.在成立過程中，印象最深刻的的事情?
- 3.您覺得尾塹社區與其他社區有無不同?其特色與差異為何?它的成功因素為何?
- 4.從社區關懷據點的服務，您認為本社區老人反應比較熱衷的照顧需求為何?(長青食堂、健康促進課程、關懷訪視或電話問安等)
- 5.您認為本社區可以照顧村內老人的條件為何?(優勢)限制為何?(劣勢)
- 6.您認為本社區是否適合發展多元社區照顧模式，如社區提供日間托老、餐飲服務(共食與送餐)、居家服務、住宿服務等?
- 7.您認為本社區以社區範疇(尾塹村)為中心，將來可發展的老人照顧服務為何?

貳、訪談對象：宜蘭縣政府衛生局

(一)基本資料

- 1.性別: 男女
- 2.年齡: 歲(民國 年生)
- 3.婚姻: 未婚 已婚 (同住 分居/離婚 喪偶) 同居
- 4.學歷: 不識字 未就學但識字 小學 國中 高中職 專科/大學 研究所及以上
- 5.信仰: 無 傳統民間信仰(道教、佛教等) 基督教 天主教 其他
- 6.何時到衛生局就任?擔任什麼職務?

(二)訪談大綱

- 1.請問當時三星鄉衛生所為何想在尾塹社區成立讀書會?成立過程是否遇到困難?如何面對?
- 2.在成立尾塹社區「老來寶健康促進家園」時，遇到的困難與助力為何?
- 3.在老來寶健康促進家園成立過程中，印象最深刻的的事情?
- 4.從老來寶健康促進家園的服務，您認為本社區老人反應出來的照顧需求為何?(長青食堂、健康促進課程、關懷訪視或電話問安等)
- 5.衛生局目前在尾塹社區所投入的社區照顧工作為何?(社區、居家等)有無遇到困難?如何面對? 您覺得發展的最好的是什麼? 需要加強的是什麼?
- 6.您認為本社區可以照顧村內老人的條件為何?(優勢)限制為何?(劣勢)
- 7.您認為本社區將來以社區範疇(尾塹村)為中心，可發展的老人照顧服務為何?

參、訪談對象：社區經營者

(一)基本資料

- 1.性別: 男女
- 2.年齡: 歲(民國 年生)

- 3.婚姻：未婚 已婚（同住 分居/離婚 喪偶）同居
- 4.學歷：不識字 未就學但識字 小學 國中 高中職 專科/大學 研究所及以上
- 5.信仰：無 傳統民間信仰(道教、佛教等) 基督教 天主教 其他
- 6.過去/現在行業別：

(二)訪談大綱

- 1.請分享你所知道過去尾塹社區老人照顧的狀況?是如何發展成今天的規模?(歷程)
你覺得能夠發展到今天的規模原因為何?而目前社區在發展上遇到的困境為何?
- 2.當初為何想要發展社區照顧的服務?(動機)
- 3.在發展尾塹社區老人照顧服務時，印象最深刻的的事情?
- 4.你本身是否也有參加社區活動?哪一個社團?為什麼參加?感受如何?
- 5.您目前發展本社區照顧服務，有無遇到什麼瓶頸?(障礙)您覺得發展的最好的是什麼?需要加強的是什麼?
- 6.您認為本社區是否適合發展小規模多機能多元社區照顧模式，如社區提供日間托老、餐飲服務(共食與送餐)、居家服務、住宿服務等?
- 7.您認為尾塹社區將來可發展的老人照顧服務為何?
- 8.您覺得政府應該怎樣來協助尾塹社區做老人照顧服務?
- 9.您覺得政府應該提供長輩及家人什麼樣的幫助?

肆、訪談對象：社區老人

(一)基本資料

- 1.性別: 男女
- 2.年齡: 歲(民國 年生)
- 3.婚姻：未婚 已婚（同住 分居/離婚 喪偶）同居

- 4.學歷：不識字 未就學但識字 小學 國中 高中職 專科/大學 研究所及以上
- 5.信仰：無 傳統民間信仰(道教、佛教等) 基督教 天主教 其他
- 6.目前居住狀況：與子女同住 與配偶同住 與孫子女同住 獨居 其他
(複選)
- 7.子女數：男 女(最大 歲，最小 歲)
- 8.目前主要照顧者：配偶 子女 孫子女 外傭 媳婦 女婿 其他 無
- 9.過去就業行業別：
- 10.主要交通工具：步行 騎腳踏車 騎摩托車 開車 公車 計程車 他人接送
- 11.身障證明：無 有(障礙類別：)
- 12.社會救助身分：
無 低收入戶 中低收入戶 中低收入戶老人 身心照礙者補助 其他
- 13.衰弱程度：無衰弱 衰弱前期 衰弱

(二)訪談大綱

- 1.為什麼會來參加社區的活動?是什麼原因，讓您一直持續來參加社區活動?
- 2.您認為社區活動那些您最喜歡?那些您不喜歡?為什麼?希望能夠再增加什麼活動?
有什麼對社區的建議?
- 3.請問您是否知道以前社區的老人活動有哪些?怎樣發展到今天這個規模?
- 4.如果將來需要被照顧，您會希望在家裡被照顧嗎?為什麼?
- 5.家裡現在有沒有使用什麼照顧服務?照顧內容為何?

- 6.日本小規模多機能照顧方式，提供居家服務、日間照顧、送餐跟偶而住宿的照顧方式，您認為這種照顧模式好不好?您家是否需要這種照顧模式?還是什麼樣的照顧方式比較適合您家的需要?
- 7.您覺得我們村裡的長輩需要什麼樣的照顧服務?居家服務(身體照顧、家務服務)、送餐服務(餐飲服務)、社區活動(運動、課程)、社區醫療、社區復健、交通服務、關懷訪視服務(電話問安)、住家環境改善、緊急救援系統等。
- 8.您覺得政府應該提供長輩及家人什麼樣的幫助?對政府有什麼建議?

伍、訪談對象：社區老人家屬

(一)基本資料

- 1.性別: 男女
- 2.年齡: 歲(民國 年生)
- 3.婚姻：未婚 已婚（同住 分居/離婚 喪偶）同居
- 4.學歷：不識字 未就學但識字 小學 國中 高中職 專科/大學 研究所及以上
- 5.信仰：無 傳統民間信仰(道教、佛教等) 基督教 天主教 其他
- 6.目前居住狀況：與子女同住 與配偶同住 與孫子女同住 獨居 其他
(複選)
- 7.子女數： 男 女(最大 歲，最小 歲)
- 8.目前就業行業別：無 有，說明:
- 9.身障證明：無 有(障礙類別：)
- 10.社會救助身分：
無 低收入戶 中低收入戶 中低收入戶老人 身心照顧者補助 其他
- 11.家中長者的衰弱程度：無衰弱 衰弱前期 衰弱

(二)訪談大綱

- 1.您會希望長輩去參加社區活動嗎?為什麼?對長輩、自己或家庭有何影響?
- 2.請問您是否知道以前社區的老人照顧活動有哪些?怎樣發展到今天這個規模?
- 3.希望社區能夠增加什麼活動或服務?
- 4.家裡現在有沒有使用什麼照顧服務?照顧內容為何?
- 5.長輩如果需要被照顧時，您會怎樣安排?如果讓他留在家裡接受照顧的考量是什麼?
- 6.目前政府在推動日本小規模多機能的照顧方式，提供居家服務、日間照顧、送餐跟偶而住宿的照顧方式，您認為您家是否需要這種照顧模式?還是什麼樣的照顧方式比較適合您家的需要?
- 7.您覺得我們村裡的長輩需要什麼樣的照顧服務?居家服務(身體照顧、家務服務)、送餐服務(餐飲服務)、社區活動(運動、課程)、社區醫療、社區復健、交通服務、關懷訪視服務(電話問安)、住家環境改善、緊急救援系統等。
- 8.您覺得政府應該提供長輩及家人什麼樣的幫助? 對政府有什麼建議?

附錄三：紀錄表

觀察紀錄表				
編號	日期	觀察紀錄	命名	省思

檔案紀錄與文件資料表				
編號	日期	類型	名稱	內容

訪談紀錄表			
編號		日期/時間/次數	
訪談對象		訪談地點	
內容摘要		省思	

附錄四：尾塹社區照顧服務

尾塹村直到 2016 年 12 月共有 570 戶，共 1,617 人，其中 65 歲以上老人共 264 人(男 132 人，女 132 人)，佔全村人口 16.32%(宜蘭縣三星鄉戶政事務所，2017)。目前在該社區擁有的社區照顧服務如下：

壹、社區關懷據點

一、負責單位：尾塹社區發展協會

二、開始服務：2013 年 2 月

三、服務時間：每週一到週五，共辦理 10 個時段的活動。每時段 3 小時。

四、服務說明：

尾塹社區發展協會以 2000 年 9 月成立的喬木讀書會成員為骨幹，再邀集其他長者加入，成立社區關懷據點。該社區關懷據點提供的服務如下：

1.健康促進活動

(1)每月辦理 16 場，336 人次活動。

(2)成立老人健康促進活力秀健身操隊，辦理喬木讀書會、平衡班、健康講座、卡拉 ok 歌唱、打擊樂班及量血壓、量體溫、義診活動、健康諮詢服務等活動。

2.關懷訪視

(1)每月提供 17 個案，87 人次家庭訪視服務。

(2)由 4 組志工排班，每次出勤以 2 人為原則，由資深志工擔任指導，協助解決家訪問題，並確認家訪成效。家訪的服務內容包括量血壓、體溫及生活諮詢服務、整理居家環境。每次家訪均記錄備查。

3.電話問安諮詢轉介服務

- (1)每月提供 82 個案，360 人次以上的電話問安、諮詢或轉介服務。
- (2)分為 4 組志工，分組負責各區域電話問安、詢問需求、服務項目，原則上每週至少提供 1 次問安服務。

4、餐飲服務(長青食堂)

- (1)每週一到週五中午提供 65 歲以上老人餐飲服務。每月定點用餐有 70 人，供餐服務(自行到社區領便當回去)有 36 人，共服務 106 人。
- (2)2012 年 2 月 2 日在尾塹社區發展協會第五屆第四次理事會提出開立長青食堂的提議，但並沒有通過決議，理事會後來逐漸形成共識，認為社區營造必須輔以長青食堂。2013 年 12 月 21 日第五屆第十一次理事會議議決辦理長青食堂，並在 2014 年成立長青食堂。為了健全長青食堂的經營，2016 年 12 月 27 日第六屆第七次理監事聯席會成立食堂工作監督小組，由理事長領軍，在食安、消防、經費等各方面進行督導。

5.得獎紀錄

- (1)2015 年宜蘭縣社區評鑑績優獎。
- (2)2016 年全國社區評鑑績效組甲等。

貳、樂智學堂(智在不老營)

- 一、負責單位：三星鄉衛生所。
- 二、開始服務：2014 年 5 月 1 日
- 三、服務時間：每週一、週三上午，提供務 14 位輕度失智症長者活動課程(2017 年 5 月統計)。
- 四、服務說明：

樂智學堂於 2014 年 5 月由三星鄉衛生所爭取衛生福利部失智症社區服務據點獎助，在尾塹社區活動中心成立全縣失智老人健康促進中心。這是目前全國唯一由衛生所承辦失智症據點，其他失智症據點都是醫療院所承辦。

樂智學堂，每週至少提供失智症及家屬 2 個半天的活動，每場活動 4 小時，每月至少安排及邀請家庭照顧者參與活動 1 次，並提供 1 次家庭照顧者參與訓練活動，加強家屬的照顧技巧及提升失智者照顧服務品質。同時提供相關社會資源及家屬支援，協助家屬調適照顧壓力。

五、得獎記錄：

2014 年獲台灣失智症協會頒發長照樂智社區服務據點—特優獎。

表 1：三星鄉尾塹社區課程表

星期 時間	一	二	三	四	五
09:00 12:00	樂智 學堂	喬木 讀書會	樂智 學堂	卡拉 OK 班 打擊樂班	手語班 活力秀
12:00 13:00	長青食堂				
13:00 15:00	活力秀	活力秀	平衡班 健康保健 諮詢	媽媽 教室	活力秀

資料來源：宜蘭縣尾塹社區發展協會提供(2017)。

參、不老診所及友善門診轉介系統

一、開始服務：2014 年 4 月 15 日

二、負責單位：宜蘭縣政府衛生局

三、服務說明：

為提供社區長者全人照護，加強基層醫療院所對於健康促進、預防疾病與健康維護等照護能力，宜蘭縣衛生局邀集全縣 103 家中、西醫基層診所及各鄉鎮衛生所參與老年整合性照護計畫，提供一般醫療服務外，也以「宜蘭縣社區長者健康服務篩檢表」為長者進行生活功能篩檢(宜蘭縣政府衛生局，2017)。

為連結醫療網絡，衛生局將三星衛生所、三星診所、仁佑診所、聖路加診所、游祥德診所等作為三星鄉地區的不老診所，提供醫療服務及篩選，如發現有需要進一步檢查或治療必要，由不老診所協助老人轉介到羅東博愛醫院及聖母醫院就診，即時維護長者的健康。該計畫亦規劃，當社區轉介的個案入住醫院治療康復或病情減輕後，醫院將個案轉回診所繼續診療，維護其健康，甚至可回歸到社區參與活動。

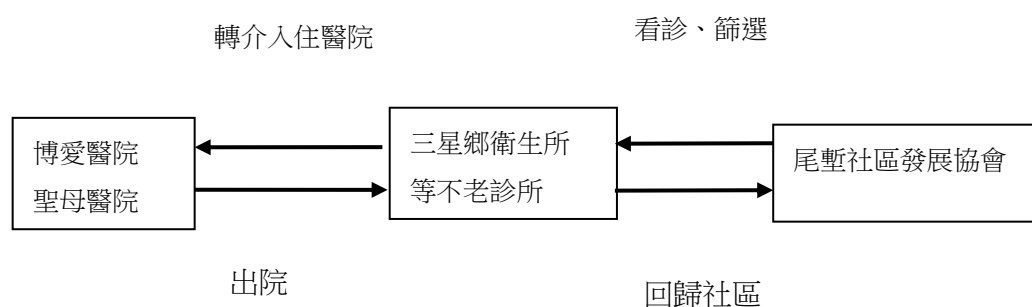


圖 1：尾塹社區不老診所及友善門診轉介系統

資料來源：研究者自行繪製。

肆、老人友善醫院

一、開始服務日期：2015 年 11 月。

二、服務時間：每月第三個星期二上午。

三、負責單位：羅東博愛醫院、尾塹社區發展協會。

四、服務內涵：

羅東博愛醫院派醫療團隊到尾塹社區活動中心進行三高骨質篩檢及防治服務。

伍、巡迴醫療服務

一、開始服務日期：2005 年。

二、服務時間：每週三下午。

三、負責單位：三星鄉衛生所

四、服務內涵：

由三星鄉衛生所醫護團隊在尾塹社區活動中心駐站，進行看診，提供預防保健服務、衛生教育、健康促進等服務。該站亦可開立慢性處方簽，協助尾塹村長者就近看診。

陸、遠距照顧服務

一、開始服務日期：2015 年 6 月。

二、服務時間：每週一到週五上午。

三、負責單位：三星鄉衛生所、尾塹社區發展協會。

四、服務內涵：

三星鄉衛生所在尾塹社區活動中心設置電腦遠距器材，並訓練尾塹社區發展協會志工來為民眾進行血壓及體溫量測的服務。尾塹社區發展協會很看重該服務，在 2015 年 12 月 05 日第六屆第三次理監事會議還特別針對該遠距照護服務據點進行報告。

柒、居家安全及環境評估

- 一、開始服務：2014 年 10 月。
- 二、負責單位：三星鄉衛生所、宜蘭縣警察局。
- 三、服務內涵：

衛生局 2014 年 10 月 9 日在尾塹社區成立宜蘭縣第一所「一家園一特色-老來寶健康促進家園站」後，進行全村 65 歲以上長者之訪視，評估有需求及意願者，免費加裝住宅火災警報器及居家安全扶手。

捌、長期照顧服務

「我國長期照顧十年計畫」於 2007 年 3 月 14 日通過，並開始進行居家服務、日間照顧、家庭托顧、居家護理、居家及社區復健、輔具租借購買及居家無障礙環境改善、營養餐飲、喘息服務、交通接送、長期照顧機構等服務。

2016 年 12 月衛生福利部頒布「長期照顧十年計畫 2.0 核定本」，擴大服務面向，增加服務彈性；新增失智症照顧服務、小規模多機能服務等創新多元方案；強化家庭照顧者支援性服務及重視身心障礙者提早老化需求，建立社區整體照顧體系，提供全程照顧服務為目標(衛生福利部，2016)。這些長期照顧服務是尾塹社區重要的社區照顧服務資源。

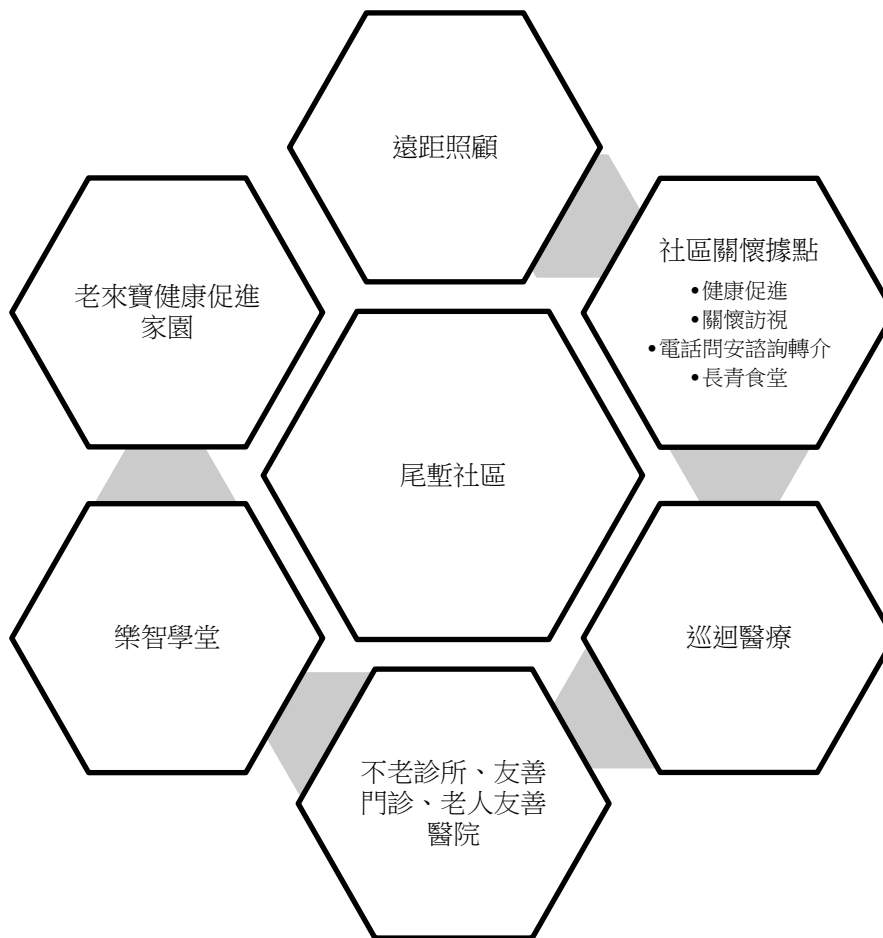


圖 2：尾塹社區照顧資源簡要圖

資料來源：研究者自行整理。

附錄五：我國本土化社區照顧服務

隨著社區照顧的需求及趨勢影響，各縣市開始發展本土化社區照顧模式。以下介紹用國宅建立本土化小規模多機能模式的「翠華園」、以參與式模式整合社區關懷據點的「松鶴園」、發展部落集體照顧模式的台東聖母醫院「活力健康站」及弘道老人基金會的「ALL IN ONE 走動式照顧服務」。

一、翠華園「三在一生」－在地安養、在地生活、在地照顧

2005 年高雄市政府在高齡人口超過 22% 的左營區海勝里，選擇翠華國宅開辦全台首創的社區型小規模多機能高齡者服務中心－「高雄市北區支持型住宅－銀髮家園暨老人社區照顧服務支援中心」，來推動長者「三在一生」的銀髮目標，包括在地安養、在地生活及在地照顧(李美珍、陳武宗，2015)。

高雄市政府在「翠華園」成立長輩照顧中心及小規模多機能銀髮住宅，由台灣身心機能活化運動協會承接辦理，該協會隸屬福樂多醫療福祉事業的非營利組織。他們企圖將企業力與福祉力整合，來挑戰老人照顧工作。該協會特地到日本觀摩社區型「小規模多機能」老人福祉事務所服務模式，並將其轉換成「翠華園」的經營模式(許綺玲，2015)。

「翠華園」將國宅改良為無障礙小型住宅，共有 6 戶，供有需求的老人住宿，另安排服務人員定時到宅關懷；提供日間照顧服務、定點沐浴、老人營養餐食服務、到府居家服務、健康促進、社會福利諮詢及轉介等服務。「翠華園」備有護理、社工和照顧服務員等照顧人力，並設有單一視窗，在長者需要時，彈性因應調配人力，適時提供支援與資源，同時結合社區關懷據點與學生人力送餐，提供當地鄰近 2,500 戶照顧服務(郭文君，2014)。

「翠華園」的目標是希望讓老人安心生活於自己熟悉的社區中，享有人性化的照顧服務，減輕家庭照顧者身心負擔，提高長者獨立自主的生活品質(李美珍、陳武宗，2015)。

二、屏東日間托老服務實驗方案－「松鶴園」日間托老中心

屏東縣政府選定萬丹鄉辦理日間托老實驗計畫。該計畫將水泉、竹林、廈北三處較具基礎能力及服務熱忱的社區關懷據點，提升作為「松鶴園」日間托老中心，發展非營利、平價、社區化的全人照顧服務(屏東縣政府，2014)。

該方案設置管理委員會，由專家學者、政府單位、社區及家屬代表，針對托老中心運作做決策，以「參與式民主機制」方式，從社區照顧模式、資源整合、經費使用、日托中心規模、收托時間、收托人數、服務模式、所需設備等等進行討論及決定。

該實驗方案執行方式採跨域整合。行政方面，由縣府與公所二個不同層級政府部門進行跨域合作，來結合地方組織的社區發展協會；專業方面，由社政與衛政攜手結合醫療、照顧、預防及生活協助等各項服務，形成一體化的照顧體系。運用的人力資源包括當地照顧服務員、社區志工、衛生所護士及社工員，由他們為長輩建立個案健康管理服務資料，並擬定老人健康、生活照顧、家庭處遇計畫(蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪，2015)。最難能可貴的是方案的照顧服務員是社區照顧據點原有的社區志工，經過 110 小時訓練領有合格照顧服務員資格者，以落實自己社區照顧自己老人的理念，並提高當地就業率。

2014 年 2 月「松鶴園」日間托老中心開始試營運，服務提供社交、娛樂、休閒、個人衛生、儀容修飾等活動及中餐、點心。衛生所每週派護理相關人員到中心協助健康管理諮詢。老人每人每月只要贊助社區費用 4,000 元，就可接受日間托老中心的照顧 (屏東縣政府，2014)。該方案受到地方歡迎，開辦第 8 個月(2014 年

10月)，三個中心已收容 34 位老人，累積服務 304 位老人(蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪，2015；屏東縣政府，2014)。

「松鶴園」日間托老中心以參與共治模式，將社區關懷據點成功轉型為平價日間托老中心，迅速回應社區老人的照顧需求，落實社區照顧理念，實踐全人照顧的目標。

三、台東聖母醫院活力健康站

台東聖母醫院在 2003 年面臨發不出薪水的窘況，當消息批露後，各界捐款如雪花般飛來，共募得 6,700 萬元。醫院付清積欠的薪水後，開會討論剩餘龐大善款的使用用途，最後決定作「讓內心感到平安」的事，秉持著創院初衷「別人不去的我們去，別人不做的我們做」理念，選擇投入一般醫院認為賠錢的「安寧療護」與「健康促進」兩項服務(曾沛瑜，2015)。

他們在台東成立第一間失能、失智日間照顧中心，並展開送餐服務、居家服務、居家護理、家庭托顧、健康活力站、健康農莊、部落廚房、健康會館、芳療館等等多元服務。藉由這些服務增加部落關懷及就業機會，並建構社會服務網絡照顧弱勢族群(曾沛瑜，2015)。

台東聖母醫院目前有 5 個健康活力站，每個活力站進行族群長者文化健康照顧需求調查；結合社區在地人力，提供電話問安及關懷訪視、生活諮詢與照顧服務轉介、餐飲服務、心靈與文化、健康促進等服務。此外，為了促使在地部落組織以「集體照顧模式」提供居家服務，採團隊合作模式，共同認養部落獨居老人或失能者且同住者無照顧能力者，建立社區共同照顧模式(天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院，2016)。

台東聖母醫院服務理念，特別看重「行動服務」，強調「他們來不了，我們過去！」，將服務主動積極地帶到偏鄉，彌補偏鄉交通不便，融合原鄉的文化為

部落老人提供健康照顧服務，發展出符合地方文化習俗的社區照顧模式(曾沛瑜，2015)。

四、弘道老人福利基金會「ALL IN ONE 走動式照顧服務」

林依瑩(2015)認為我國的家庭照顧工作，外籍看護工人數遠多於本籍居家服務員主要是下列原因(林依瑩，2015)：

- 1.政府政策往往由專家學者參考國外做法而引進，鮮少由台灣已有本土經驗者來擬定執行辦法，因而常常無法以國人的需求，發展出合適的本土照顧服務。
- 2.我國擔心照顧服務員專業地位被矮化，限縮服務範疇，或只提供局部服務，又沒有積極發展案家需要的其他服務。案家需求無法滿足時，自然轉向申請外籍看護工。
- 3.現有居家服務的督導管理階層大多缺少現場服務經驗，只著重行政管理，無法貼近民眾真實需求，也忽略研發服務模式的重要性。
- 4.現行居家服務採一個家庭一個照顧服務員的方式，服務以時段式進行，服務時間跟人力都無法彈性，不能一天內提供案主需要的多次服務。照顧員的薪資以時薪計算，遇到案家有狀況，臨時取消服務時，薪水就會受到影響，無法保障照顧員的權益。
- 5.民眾使用居家服務，自費意願低，形成政府補助多少，就用多少福利的依賴局面。相對的，照顧機構亦是如此，政府多補助就多做，少補助就少做。而目前政府的委託案量大過機構可提供的照顧人力，所以只要仰賴政府補助即可維持機構營運，機構無需費心推展自費服務。

弘道老人福利基金會為了破除上述現有照顧服務的僵化模式，2013年7月開始推動「All In One 走動式照顧服務」(簡稱AIO)，在單一集合式住宅或集中型社區為服務區，以團隊人力進行一天多次多樣的責任制走動照顧服務，提供全人、

全家的照顧服務模式，並連結其他服務，如居家護理、到府接送、日間照顧服務等等，以案主需求來整合服務的套餐方式。服務範圍從案主擴大到案家需求的滿足。薪資部分改採月薪，讓照顧服務員有穩定薪水，吸引更多人投入照顧行列(林依瑩，2015)。但是該服務中的「外勞看護工外展計畫」以一位外勞以走動式鐘頭服務方式一日多次服務多位長者，希望能改變國內一位外勞服務一位雇主的現象，但是國內法規要求仍要申請巴士量表，以致民眾申請完就直接請外勞，使得「外勞看護工外展計畫」在 2017 年 8 月因法規限制宣告終止(鄧桂芬，2017)，顯。

在上述各方案中，各縣市紛紛嘗試並努力發展出我國本土化社區照顧模式，以符合我國民情及照顧現況，但是現有長期照顧服務制度與法規與實務需求仍是有所脫節，因此方案的成功需要政府與民間共同攜手，並結合社區內的各項照顧資源與人力，才能使社區照顧內化成為社區生活模式。

附錄六：日本社區整合照顧服務體系

日本從 2000 年開始實施「介護保險制度」，在政策推展過程中，發現長期照顧服務已進入必須建構完整「社區整合照顧服務」體系的階段(莊秀美，2012)。因此從 2006 年開始發展以社區為基礎的整合照顧系統(Community-based integrated care system)，該項政策有下列三項策略：1.建立一個高齡化社會：實施預防性保健服務；2.改進連續性：修訂機構提供照顧的酬勞；3.整合：設立新的服務體系(Takako, T., Shuichi, A., and Leichsenring, K., 2014)。同年設置社區整合支援中心(Comprehensive regional support centers)，以結合居家跟社區服務的方式，來實施「社區整合性照護服務體系」。(小坂田稔，2010；宮島俊彥，2012；曾妙慧、呂慧芬，2013；蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪，2015)。

2008 年厚生勞動省《社區整合性照護研究會報告書》對「社區整合性照護」予以定義：「社區整合性照顧服務體系，是在日常生活圈的範圍內，視實際需要提供居家照顧服務，並為確保生活上之安全、安心與健康，除提供醫療與照顧服務外，亦適時提供生活協助等相關社會福利措施」。該報告將「社區」範圍定義為「大約 30 分鐘車程以內可達之日常生活圈」(約等同於日本學區範圍)。在這範圍內，建構結合醫療、照顧、預防、居住以及生活協助等各項服務的照顧體系。整合照顧服務主要有三個任務：1.實施多樣預防保健服務。2.透過使用社區網絡，為需要照顧的老人提供外展服務與諮商服務。3.持續性與全面性照顧管理的支援，包括照顧管理的監督(宮島俊彥，2012；Morikawa, 2014; Takako et al., 2014)。該報告並認為長期照顧政策應以「確立有尊嚴的老人照顧」為主軸，由社區為基礎的綜合照顧系統，提供家庭、機構多功能及混合的服務，維持老人日常生活的延續性，讓他們可以得到整合性的服務，留在他們生活的社區(李光廷，2013；Morikawa, 2014)。

厚生勞動省「社區整合支援中心業務守則」進一步列出社區整合性照顧內容(小阪田稔，2010；曾妙慧、呂慧芬，2013)：

- 1.使老人生活在熟悉的生活圈，持續性地依據每位老人身體狀況的變化，以照顧服務為核心，並輔以醫療等持續性整合性相關支援的服務。
- 2.支援服務要建立在老人本人及家人彼此之間相互照顧的基礎，再加上介護保險等公共或社會性等各種制度，以善用社區各種資源。
- 3.提供各項服務時要提高工作者的專業能力，同時應包括保健、醫療、福利等專業人員與其他專業機構間的結合，以及志工、居民活動等非正式的活動，以整合社區內各種社會資源，並予以網路化。
- 4.除了調整居家照顧服務外，應確定其住家跟機構間、機構跟醫院間入院、出院過程等服務的連續性與一致性。此外要提升時間的時序性、空間性等各種服務的持續性與整合性。
- 5.解決社區內高齡長者會面臨的各種生活課題，使他們可以在社區內持續過著尊嚴生活，並建構「社區問題解決系統」，達到社區福祉的目的。

為了實施「社區整合性照顧體系」，日本以「市町村」（如我國之「市區鄉公所）作為服務指導與監督的單位或是設立「社區整合性支援中心」(comprehensive regional support centers)作為社區長期照顧服務的統整窗口，確保服務整合與品質的控制(蔡啟源，2008；宮島俊彥，2012；曾妙慧、呂慧芬，2013)。

日本社區整合照顧服務體系目標朝向建構一個可以讓老人在自己熟悉社區老化的照顧機制，其理念與作法呼應老人「在地老化」的期盼，也成為我國長期照顧十年計劃 2.0 重要的參考(衛生福利部，2016)。

附錄七：日本小規模多機能服務

日本「社區整合性照護服務體系」服務內容，包括小規模多機能型居家照顧、夜間訪視居家照顧、失智老人日間照顧、失智老人團體家屋、養護老人福利機構院民生活照顧、特定養護機構住民生活照顧等服務機制(曾妙慧、呂慧芬，2013)。其中的「小規模多機能型居家照顧」服務項目，用小型類似家庭模式，以貼近社區文化的方式，提供受照顧者個別化的服務。受照顧者和照顧者在「家庭氣氛」和「熟識關係」的情境下共同生活。該模式非常尊重老人的感受，各樣服務依老人持續老化的狀態和身心的變化，提供連續性、恰當性照顧，幫助老人有尊嚴地在自己家庭、在自己熟悉、認同的社區內自然老化(曾竹寧，1997；李光廷，2013；曾妙慧、呂慧芬，2013；Takako et al., 2014)。

「小規模多機能型居家照顧」以日間照顧為主軸服務，並依受照顧者的身心狀況及家庭狀況，提供 24 小時 365 天多樣化的照顧服務，該服務強調「不離開日常生活環境」、「隨時陪伴」、「不剝奪殘存能力」、「維持和過去一樣生活方式」。受照顧者可依自己的需要，選擇使用日間、夜間或居家服務，使服務有連續性，不中斷；提供服務的照顧服務員是同一組熟識的照顧人員，老人不必去適應不同的服務員，照顧服務員也可充分掌握老人的狀況及需求(曾竹寧，1997；李光廷，2013；曾妙慧、呂慧芬，2013；Takako et al., 2014)。

「小規模多機能型居家照顧」服務對於社區也有多元機能及職責如下：社區諮商的機能、人才養成的機能、社區居民遇到看護方面問題可以有商談的機能、生活支援服務的機能、聯繫的機能、製造生存意義的機能、發掘社區議題與社區居民及自治團體一起解決問題的機能、失智症的啟發、社區活動場所等等(全國小規模多機能型居家介護事業者連絡會，2016；許綺玲，2015)。

這項利益良善的服務在 2006 年推出後，使用率卻不高，直到 2014 年也只有 6.4% 的使用率，其中八成是失智症患者的團體家屋（林慧茹，2016），歸納起來有下列問題(Ohara, 2006；許綺玲，2015；全國小規模多機能型居宅介護事業者連絡會，2016；林慧茹，2016)：

1.人力問題，照顧服務員不足。

該模式提供居家、接送、日間照顧、夜間照顧等多元服務，但是服務員薪資不一定能比機構高，要留住照顧服務員不容易。再者該模式為要彈性回應案主需求，需要更多人力，因應案主的臨時狀況，馬上調派人力因應案主問題。

2.多重專業難以兼顧。

個案管理員需要有足夠的專業與經驗，才能正確評估案主與案家需求，提供合適的套裝服務。但是「小規模多機能」服務包括居家服務、日間照顧、夜間臨托三種服務。

居家服務的重點在適應案家環境，提供生活照顧服務；日間照顧的重點是以團隊合作的模式建立案主規律的生活作息，促進人際互動；夜間住宿的重點是調整案主日夜顛倒的作息，保護案主的生命與人身安全。三種服務專長同時兼具並不容易。

3.行政銜接問題。

該服務有留宿服務，服務時間可能延長為 24 小時。排班服務的工作人員要有共通的平臺溝通聯繫，以照會彼此有關案主的狀況，及傳達排班銜接及行政命令布達，對機構行政管理是項挑戰。

4.個案管理師的變動。

案主原本是由居家服務支援中心個案管理師負責擬定照顧計畫，協助案主銜接照顧資源。進入小規模多機能服務後，改由小規模多機能的個案管理師來處理。有些案主不願意替換原本熟悉的個案管理師就不願意選擇這項服務。

5.服務選擇變少。

案主選擇了小規模多機能服務後，不能再選擇其他事業所提供的日間復健、短期住宿等服務。而且 2013 年厚生勞動省統計居家服務事務所有 106,451 所，小規模多機能事業所只有 4,302 所，不管是可選擇的事業所或是服務選項都變少。

6.宣傳不夠，各區執行也有落差。

日本以市町村為服務指導及監督單位，得確實掌握當地的服務需求，積極向業者及服務使用者宣傳本項服務，但是日本小規模多機能的宣傳工作未落實，許多社區民眾，甚至居家事業所不清楚小規模多機能服務。執行服務上，每個市町村的執行成效有落差，規定上又不能跨區，造成使用量偏低。

7.需求與供應的落差。

「小規模多機能」服務主要提供老人日間照顧、喘息照顧等短期照顧，但是日本的老人及其家人卻希望以入住為主要服務，造成服務提供未能符合實際需求，使用率不高。

日本「小規模多機能型居家照顧」強調案主中心的照顧精神，給受照顧者有尊嚴且彈性的服務，可惜未能與日本的長期照顧給付制度及行政執行單位有好的銜接，以至於造成使用率偏低。可見好的方案若缺乏與整體政策的銜接規劃，很難發揮好的成效。

衛生福利部在 2015 年引進日本社區整合體系下小規模多機能服務模式，在 12 縣市、22 個服務單位進行試辦(衛生福利部社會及家庭署，2015b；衛生福利部，2016a)。2016 年將日本小規模多機能服務納入我國「長期照顧十年計劃 2.0」，成為我國長期照顧服務重要的一環(衛生福利部，2016)。因此日本所遇到的問題，雖有地域性及體制不同的差別，可做為我國實施小規模多機能服務之參考，此外我國專家學者對於我國實施小規模多機能服務提出各樣建議。

王順民(2015)認為要推展「小規模多機能」服務，必須先針對目前台灣長期照顧體系的機構式照顧、日間照顧及居家照顧之間連續性的對應關係進行通盤檢視，以瞭解目前所遇到的問題及需求，不是頭痛醫頭腳痛醫腳，造成問題更被延宕跟複雜化。曾妙慧、呂慧芬 (2013)建議照顧模式朝向小規模多機能服務時，注意原有既存的小型機構，幫助他們有效提升現有服務品質，盡量讓原有舊的機構也能提供照顧服務，以擴大服務能量。以上兩位學者認為引進新的服務模式，但是仍然要回頭檢視過去所建造的長照基礎，並使其發揮更大效用。

在經營管理上，李光廷(2013)認為民間業者比非營利機構更會運用多元化、多樣化、彈性化，又可連鎖化經營方式進行各項服務，建議政府考慮鬆綁民間業者加入照顧服務，形成自由市場機制，在良性的競爭與淘汰下，健全多元的照顧服務，增加照顧服務的供給市場。Ohara (2006)則發現小規模多機能服務，除了照顧老人之外，可有更多用途，如提供服務給身心障礙者、日間托兒所及日間場所的學生等對象。以上學者期待加入新的經營者及增加多元的運用，讓長照服務有質與量的改變。

綜上所述，我國引進日本小規模多機能服務模式後，原有的照顧機制仍要一併納入整合系統中，來提供更多照顧服務；並需要引進新的資源與觀點，從行政、服務、財源、聯結等方面做調整與改變，才能成為社區多元照顧中心，對社區長者帶來更多照顧效益。

附錄八：長期照顧十年計畫 2.0 服務項目與服務對象

長期照顧十年計畫 2.0 服務項目

長期照顧十年計畫

- 1. 照顧服務：居家服務、日間照顧、家庭托顧。
- 2. 長期照顧喘息服務：居家喘息和機構喘息服務。
- 3. 居家護理：由專業居家護理師到府指導醫療照護。
- 4. 居家復健：由治療師到府提供復健服務。
- 5. 輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善。
- 6. 交通接送服務：因就醫或需長照服務交通接送車資補助。
- 7. 餐飲服務：協助經濟弱勢的失能老人的餐飲需求。
- 8. 長照機構：提供相關補助。

長期照顧十年計畫2.0

- 9. 社區整體照顧服務體系：建立以社區為基礎發展多目標服務體系，分為ABC三級。A級為社區整合型服務中心，B級複合型服務中心，C級巷弄長照站。
- 10. 小規模多機能服務：以日間照顧服務為基礎，服務40人以下為原則，發展社區照顧服務模式。
- 11. 失智照顧服務：強化失智症初級預防，設置失智症社區服務據點以及團體家屋等。
- 12. 家庭照顧者支持性服務：針對照顧者設立關懷據點並提供諮詢。
- 13. 社區預防性照顧：設立社區照顧據點，提供訪視、餐飲、轉介等服務。
- 14. 原住民地區整合性服務：補助偏遠地區交通車及照顧服務員等。
- 15. 預防或延緩失能與失智之服務：提供肌力強化運動、生活功能重建訓練、膳食營養、口腔保健、吞嚥訓練、認知促進等服務。
- 16. 延伸出院準備服務：連結醫院的醫療團隊，評估若有照護需求，出院後可及早轉介。
- 17. 居家醫療：評估有醫療需求卻因失能等狀況無法就醫，可經由醫護人員訪視提供服務。

資料來源：整理自衛生福利部(2016)。

長期照顧十年計畫 2.0 服務對象

長期照顧十年計畫

- 1.65歲以上失能老人。
- 2.55歲以上失能山地原住民。
- 3.50至64歲的失能身心障礙者。
- 4.僅IADLs失能且獨居之老人。

長期照顧十年計畫2.0增加之服務對象

- 5.50歲以上失智症者。
- 6.未滿50歲失能身心障礙者。
- 7.65歲以上衰弱老人(fraily)。
- 8.55-64歲失能原住民。

資料來源:整理自衛生福利部(2016)。

附錄九：長期照顧費用主張稅收與保險的論點

長期照顧費用主張稅收與保險的論點

序號	議題	主張稅收	主張保險
1	民眾負荷與政策執行	行政院原規劃的長照保險法是將保費附加於健保，將增加薪資階級的經濟負擔心複製目前健保不公平的問題。	長期照顧龐大的經費無法從國家稅收來支應，而且我國不像北歐國家採高稅收，加上我國近年來不斷地減稅，實務上要改變國家財稅結構跟社會意識形態很困難。若採稅收制，可能只能提供殘補式的福利。
2	外籍看護工的使用量	目前長期照顧服務量尚不足，採保險制將造成民眾繳了保費卻沒有服務可提供的狀況，反而將導致長期照顧保險淪為以現金給付為主，將刺激外籍看護工的使用量增加。	目前機構照顧的品質落差大，好的機構一床難求，迫使家庭大量聘僱外籍看護工。若能藉由保險將機構服務納入給付的項目，訂出合理的價格與品質規格，提升機構照顧的品質，就可以減少對外籍看護工的依賴。
3	長照經驗與資料累積	實施長期照顧保險，若無足夠服務供給經驗、資料累積與研究，將無法精確計算出保險費率、給付額度與品質評鑑指標，應該在服務提供到達一定數量後，再來討論是否要推行長期照顧保險。	過去長期照顧十年計劃前，有「長期照顧先導計畫」及「照顧福利服務與產業發展計畫」將近十年，加上全民健保的實施經驗，我國的長期照顧保險所需的經驗及資料已足夠。

4	照顧服務的壟斷與管控	若使用長期照顧保險制度，長照服務容易朝向大型化、機構化、營利化與在地老化、社區化、小型化的理念相違，令人憂心是否會造成照顧產業財團化或醫療化等問題。	長照服務光靠國家無法提供大量的服務供給，需要透過吸引民間資本投資長期照護產業，才能滿足供給量及避免服務僵化。為避免服務壟斷，可透過單一保險人形成的買方市場，將市場服務納入國家管理，管控服務價格跟品質。
---	------------	--	--

資料來源：整理自林萬億(2009)、傅立葉(2009)、衛生福利部(2015)。

附錄十：訪談引述編碼表

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(1-1)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者								
			AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	BA	BB
老人照顧發展歷程	讀書會	成立歷程						22-28/84-90/93-96/100-103/490-498/395-399/103-106/788-790/799-802/112-114/290-293/298-300/300-309/618-622/133-140/755-757/119-124	11-16/228-233/33-34	BA1111-116/146-148/273-276	49-54/128-131/113-117/
		讀書會的運作					755-760/769-770/160-168	115-119/187-194/182-184/196-205/387/133-140/755-757/171-173/405-407/187-194/182-184/196-205/458-461/155-159/	142-146/200-201	BA1305-307/137-140/689-692	597-600/682-685

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(1-2)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者								
			AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	BA	BB
老人照顧發展歷程	讀書會	讀書會的危機				208-226	789-796/940-945/160-168/789-796/208-226	815-817			179-180/282-284/182-183/183-194/296-302/366-373/92-94
	社區關懷據點	成立歷程	144-159		3-7						529-532
		據點的運作	131/134-140/159-172/247-251		57-60/49-53/2200-2210/49-53					BA1 280/501-505/501-505 BA2 457-460/	459-461/497-498/517-520/497-498/
	長青食堂	成立歷程	193-201	424-432							

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(1-3)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者								
			AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	BA	BB
老人照顧發展歷程	長青食堂	食堂運作					1343-1352			BA3 481-486/	1534-1538 /1554-1556
		共餐或送餐				1239-1241/ 1322-1330/ 1199-1205/ 1239-1241/	1322-1330/1199-1205/ 1300-1310			BA3 1850/1583-1585/ 1585/377-380/	1568-1573
	老來寶	成立歷程	213-231/			1404-1413/ 1422-1429	428-432/438-444/447-452/ 458-465/376-380/383				
		老來寶運作	213-231				340-346				1744-1748/

照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(1-4)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者							
			BC	CA	CB	CC	CD	DA	DB	DC
老人照顧模式形成原因與歷程	讀書會	成立歷程			45-53					
		讀書會的運作			99-106/					
		讀書會的危機								
	社區關懷據點	成立歷程								
		據點的運作	296-298/433-437/525-532/631-634			1154-1155	304-307			
	長青食堂	成立歷程	193-201							
		食堂的運作	452-454/	56-58/		588-590	553-556	383-387		
		共餐或送餐	479-484/471-473/490-492/496/						385-387/	423-429/
	老來寶	成立歷程								
		老來寶運作	395-396/							

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(2-1)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者								
			AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	BA	BB
社區照顧的看法與期待	在地老化的期待	長者的看法								BA1 1000-1005 /1008-1010	
		家屬的看法									
		其他人看法				570-573			403-404		279-280
	照顧服務員看法	照服員缺乏	946-954			1776-1779	1981-1985/ 1988/2007- 2009/2010- 2011/1996- 2005	1094-1095/11 14-1117	403-404	133-136/1 313	1317-1320/1329-1 331/1277-1280/12 43-1248/1269-127 1/1227-1232/1208- 1210

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(2-2)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者								
			AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	BA	BB
區照顧的看法與期待	照顧服務員看法	社區發展照服員	1031-1035/1041-1044			1037-1075					
		本國與外國籍照服員比較		1150-1153		1081-1086	2015-2017/2021-2014		431-433	BA1 412	
區照顧的看法與期待	社區照顧發展方向	社區照顧多元化		88-92/1267-1269/1318-1324/1691-1698	94-96/133-137		195-197/			1099-1100/	
		社區版小規模多機能			111	1931-1933/2115-212/1969-1973/1988-1989/2006-20082/1842-1848	1952-1956/1874-1889/1914-1918/1922-1937	997-999/1022-1025/1044-1049/1208/1077-1079/1065-1066		BA1 1085-1088	1141-1144/1495

社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(2-3)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者							
			BC	CA	CB	CC	CD	DA	DB	DC
社區照顧的看法與期待	在地老化的期待	長者的看法		94-96/125/90/94 -107	337-3 39/45 6	640-644/617 -618	719-721/666-6 68/674/685-68 7			
		家屬的看法						198-200/1069-10 73/174-177/334-3 39/317-319	89-91/175-1 77/96-105/8 6-89/78-83/ 243-264/	169/223-2 26
		其他人看法								
	照顧服務員看法	照服員缺乏	49-751/76 -765/723- 724	140-141/184-18 8/203-205/213-2 17		933/938/942 -944	910-915		322-328/30 1-309/279-2 80	319-321/3 01-309/28 5-290

社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(2-4)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者							
			BC	CA	CB	CC	CD	DA	DB	DC
社區照顧的看法與期待	照顧服務員看法	社區發展照服員	92-794/805-806							
		本國與外國籍照服員比較		209-210/174-180/146-148/134-138		809	1164-1167		313-314	219-222
	社區照顧發展方向	社區照顧多元化	17-720/833-834							
		社區版小規模多機能				800	651-655		108-112/117-126	

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(3-1)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者								
			AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	BA	BB
社區為場域可發展的照顧服務	社區照顧服務的需	交通服務				1138-1145/	1155-1164			526-529	
		醫療照顧資源					1145-1153/1173-1176/1091-1093/1104-1105/1137-1140				
		關懷與陪伴		357-358/ 364-366		1071-1073/ 1108-1114	1389-1394/1064-1074		168-175		
		增設社區照顧據點					2083-2087		2083-2087		

以社區為場域之老人照顧服務發展歷程訪談引述編碼表(3-2)

核心意涵	主要類別	概念	詞句概念化引述訪談者							
			BC	CA	CB	CC	CD	DA	DB	DC
社區為場域可發展的照顧服務	社區照顧服務的需 求	交通服務					772-226/778-78 3/785-786/1155- 1164		474-480	526-529
		醫療照顧資 源					1145-1153/1173 -1176/1091-109 3/1104-1105/11 37-1140			
		關懷與陪伴	882-88 6/879-8 81			1071-1073/ 1108-1114	1064-1074		168-175	
		增設社區照 顧據點							2083-20 87	