

一個對台灣照顧住宅使用的質化觀點*

謝美娥**

國立政治大學社會行政與社會工作研究所教授

摘要

本研究針對行政院長期照護先導計劃在嘉義市試辦的照顧住宅評估其初步的效果，藉以瞭解入住住民之人口特質、使用者決定入住的因素、有需求卻未使用的因素以及對服務的建議。研究採深入訪談法（19位住民、13位照顧者）、焦點團體法（四位照顧經理）、一位社工員與次級資料分析法。研究發現住民入住的原因有（一）由自己決定：滿足獨立安居的需要、希望有互動的同伴、與媳婦相處困難、便利就近醫療；（二）與子女（家屬）共同參與決定：方便子女照顧、保護性看護與三餐供應、無障礙環境設施、就醫服務的銜接、有同伴的互動、住宅位置生活機能便利、負擔得起費用等因素。本研究也探討有需求卻未使用服務的因素。最後提出政策、實務和研究上的建議。

關鍵詞：照顧住宅、使用、實驗社區、服務滿意度

* 本研究係內政部委託研究『新型服務設施評估－以老人長期照護設施為例』改寫。

** 研究者為國立政治大學社會行政與社會工作研究所教授

本研究之研究助理為陳品貝，現於台灣大學護理學系碩士班就讀。

收稿日期：2006/08/28

接受刊登日期：2007/01/04

壹、前言

鑑於人口結構與社會型態的急速變遷，需要長期照護者的人口也同步快速增加。然而我國對長期照護一直以來投入均十分欠缺，早期僅有社會福利體系對中低收入戶提供機構式和居家式的服務，衛生體系則將重症病患納入全民健保，但照顧範圍仍屬狹窄。另外，提供的人力和設施均明顯不夠，導致多數照顧責任均由個人或家庭獨力負擔。有鑑於此，行政院為推動長期照護體系之建構，在該院社會福利推動委員會下，設置長期照護專案小組。小組的任務為建構長期照護體系先導計畫，包含規劃、研究與社區實驗等業務。由國立台灣大學衛生政策與管理研究所教授吳淑瓊擔任召集人。在 2000 年 10 月間，『建構長期照護體系先導計劃』正式上路，為期三年，由內政部、衛生署合辦並由內政部提供經費。該計畫的目的為進行我國長期照護體系建構前的前置規劃，提出具體藍圖，以改善我國的長期照護問題。先導計畫有七個子目標，簡要敘述如下：統籌社政與衛生資源以提供連續性的長期照護、保障民眾獲得多元性的長期照護服務、營造社區式照顧環境，鼓勵民間參與、優先提供居家支持性服務，以延長留住家庭的時間、提供家庭照顧者必要的支持、建立管理機制以及降低使用長期照護服務的財務障礙，以減輕民眾負擔。第一年建構各模式之要素。新型服務設施包括：照顧住宅、多層級照護機構、失智老人日間照顧模式、居家復健服務、長期照護跨專業合作模式、緊急救援系統及家庭托顧服務。第二年選擇台北縣三鶯地區和嘉義市為兩個重點社區，於兩實驗社區中分別推動各項新型服務和設施，透過照顧管理和財務補助而興辦（吳淑瓊等，2001）。本研究即是對其中之一的照顧住宅進行評估。

『照顧住宅』對國人來說是相對比較陌生的名詞。照顧住宅的設計，配合老人緊急救援系統之開發與使用，使我國老人得以就地老化。其一方面可以回應失能老人的『照顧』需求，另一方面更可以回應失能老人『獨立自主』的需求，讓失能老人有一個選擇的空間。就照顧者負荷而言，照顧住宅之推廣，也能減輕其壓力（吳淑瓊等，2003）。照顧住宅的提出，符合前述多個子目標。

惟照顧住宅是一個新的概念，雖說輕度失能之老者可以進住，但什麼樣的人會願意住進去？基於什麼因素？其主要照顧者是怎麼想的？了解入住的人口特質以及入住的

因素將有助於政府在推廣相類似產品時的參考。

先導計畫照顧住宅原先規劃於兩個實驗社區各自實施，就供需評估、介入方案推動、地方政府行政協調與社區民眾/民間團體的溝通協調以及考慮城鄉間的差異，選擇台北縣三鶯社區和嘉義市為兩個重點社區。但由於三鶯地區找尋房舍上出現了困難，以致未能如約實施。本研究僅針對嘉義照顧住宅進行了解。兩個實驗社區之選擇原是一項繁複工作，本研究者並非該小組成員，未參與規劃，詳細請另參見先導計畫成果報告書（吳淑瓊等，2003）。

具體言之，本研究目的為：

- (1) 瞭解進住嘉義照顧住宅長者之社會人口特質，以利於推廣相似之設施。
- (2) 瞭解入住嘉義照顧住宅長者遷居的理由、有需求而未使用者的理由，以作為推動照顧住宅考量之因素。
- (3) 瞭解使用者對照顧住宅之意見，以做為未來改進之建議。

貳、文獻探討

一、照顧住宅的功能與服務內容

照顧住宅是提供給失能老人、身心障礙者的特殊化住宅形式，建物型態與大小不一，有些是由私人住宅、學校或旅館改建而成。更多的是依據照顧住宅理念新建的建築物。建物非常重視無障礙的設施。不管何種建物型態，房子是具有烹煮設備的套房或兩房以上的公寓或大樓，提供住宅、餐飲服務、個人服務（personal services）（主要為日常生活活動功能的協助）以及 24 小時保護性看護（watchful oversight）（Ball et al., 2000; Marsden, 1999）。住宅的安排儘量符合似家（home-like）的感覺，以別於傳統的長照設施。這種似家的感覺包括提供支持性的保護，有限的範圍（enclosure）和照顧以及是人性的與自然的（Marsden, 1999）。住在這種設施，感覺很熟悉、不被拘束又安全，符合人性又有保護性的無障礙設施。總之，照顧住宅強調增加居住者的獨立能力和自尊，結合家務、個人支持系統和簡單健康照顧，目的在於照顧日常需求，而非療養院提供的醫藥技能服務。是一種介於具活動力的退休生活和療養院之間的服務設施，也是連續性照

護的一環。對想要獨立自主又不想被隔離的長者提供了不同選擇。不過照顧住宅也有其限制，基本上排除需要移動協助、中重度認知障礙、行為症狀以及需要護理照護的住民（Hawes et al., 2003）。在英國，具有同樣概念的住宅設施，則稱為庇護性住宅（sheltered housing），惟「管理員」僅提供緊急性服務（Nocon & Pleace, 1999）。可見不同國家，因為有不同的政策和實務，所使用的名詞都不一樣，本文以美國的照顧住宅定義為主要之參考。

截至 2002 年，美國有 36,399 家的照顧住宅，住民近 100 萬人（Mollica, 2002），照顧住宅有極大的差異性，從服務提供的密度區分，提供低服務低隱私的（27%）和高服務高隱私的（11%）；價格從每月 \$ 1,338 到 \$7,130（Hawes et al., 2003），由於照顧住宅多為私人付費的，除非有政府補助，中低收入的老人很少負擔得起。

一個功能良好的照顧住宅，其在設施上應該提供：舒適的物理環境（Physical Amenities）、社交娛樂協助（Socio-recreational Aids）、足夠的空間（Space Availability）、健康服務（Health Services）、社交娛樂活動（Socio-recreational Activities）、政策選擇性（Policy Choice）、住民控制權（Resident Control）、隱私提供性（Provision of Privacy）與充足的人力（Staff Richness）（Sikorska, 1999）。Ball 等人（2000）則特別提出環境安全性與舒適性兩類，其中安全性包括大廳樓梯的扶手、緊急情況的呼救系統；舒適性包括舒適的座椅、像家的主觀評估尤其重要。環境安全是根據具體的指標，舒適與像家的感覺則是主觀的感受。良好的設施當然寄望於主客觀的評量。

照顧住宅多會和其他長照設施合作，以形成連續性照顧的一環。從設施看，多與護理之家、醫院、聚集式住宅和退休社區營運有關（Golant, 2004；Zimmerman et al., 2005），多數是營利性的（82.7%），雖然不必配置護士，卻有近一半設施（47.1%）仍配有護士，多數設施小於 30 單位。住民平均年齡為 84.1 歲、女性佔 75.6%、白人 90%。如果檢視住民日常活動功能的變化，入住時失能項目平均為 4.7 項。一年後，每一百名住民中有 14.4 位死亡、21.3 位轉出去護理之家，全體住民失能項目平均 2.45 項、留居的住民 1.41 項、轉到護理之家的 5.74 項、死亡的有 5.2 項。就轉出去護理之家的長者看，其日常活動功能、認知功能與行為功能變化最大；就死亡的老者看，在憂鬱、社會不活動和社會退縮的變化最大，而留下來的長者功能改變最小，情緒（憂鬱）改變還呈現負成長（Zimmerman et al., 2005）。可見留住的住民，受到適當支持，日常功能不但不至於快

速退步，反而有時候還能更發揮功能，保持相當的獨立性，而且情緒上也能保持愉快。

另有研究針對美國喬治亞州近郊三個郡 17 所照顧住宅的 55 位住民了解其人口特質以及對生活品質的看法 (Ball et al., 2000)。結果發現，65 歲以上的住民佔 90%，85 歲以上的住民有 29%，可見照顧住宅仍以服務老人居多；女性 (89%) 與鰥寡 (84%) 者居多，多數住民具有至少是中學畢業的教育程度 (74%)。在住進設施前的居住狀況，獨居者最多 (53%)，其次為與配偶同住 (19%)，有 11% 的住民與子女同住。從人口特質看，高齡、女性、無配偶、獨居、教育程度中上者比較多住到照顧住宅。

在照顧方面，有 94% 的住民滿意其所接受到的照顧；住民最常有的心理健康問題是憂鬱和焦慮，而寂寞和厭倦也是普遍被提到的；另外，有 60% 的住民期望自己可以不需要每日活動的照顧。高達 1/3 的住民從沒有和住宅外的朋友見面或聊天。由此可見住民希望獨立自主不被干擾，但也因此會覺得更寂寞 (Ball et al., 2000)。另一研究也指出照顧住宅在物理環境方面的舒適、增加社會互動以及增加住民的隱私是增加照顧住宅服務輸送良好的必要條件 (Sikorska, 1999)。可見如何在隱私權和社會互動之間做成平衡是照顧住宅提供者需注意的事項。

依照先導計畫第一年計畫報告內容，對於設置照顧住宅的理念是希望能夠極大化住民的獨立自主生活功能，藉以增加住民的自尊、自主的生活品質。因此照顧住宅的理念涵蓋以下四大部分：(1) 無障礙設施的環境；(2) 提供保護性看護及協助處理意外事件；(3) 幫助住民購買必須的健康、身體、生活等照顧服務；(4) 住民自助為原則以壓低照顧費用。建議收案對象為：輕度失能者（界定為 ADL 或 IADL 其中有一項以上有困難者）、需要保護性看護、且家人沒有時間或能力照顧的年滿 20 歲者提供住宿服務（吳淑瓊等，2001）。但當住民死亡、或無法遵守照顧住宅規定，經溝通無效、或失能情形轉劇，使得自我照顧能力受到限制，或插有鼻胃、氣切、導尿管任一項以上者，或有百分之五十以上活動限制在床上者等情形，照顧住宅得結束服務契約。嘉義照顧住宅所提供的服務包括：提供保護性看護、依住戶需求援引外包服務如協助引進各項支持性服務、引進環境設備維修、引進餐飲服務、提供清潔服務、提供社交空間與活動、提供嘉義市文化中心等機構各項社區及藝文活動資訊等（陳誠仁，2001）。住宅內並不配置提供技術性護理和照顧服務的人力。

總之，照顧住宅可以說是符合無障礙環境設施下且附有最低配備的失能者住宅單

位。它是一種住宅而非養護院所。在符合住宅契約的條件下，住戶得依自己喜好裝飾房舍。因此它是個別化的家而非制式的集體式住宅或機構化的養護院所。在歐美國家，它是介於社區式住宅服務和護理之家之間的設施，成為老人連續性照顧中的一環。住民多為女性、高齡、獨居、無配偶、教育程度較高且收入中上的人；住在裡面，通常覺得較有尊嚴，安全、獨立自主又有隱私。

二、影響服務使用的因素

研究者最常引用的服務模式是由 Andersen 與 Newman (1973) 所提的健康服務使用的行為模式，其主要認為傾向因素 (predisposing) 、促使因素 (enabling) 、和照顧需求的因素 (needs-for-care) 是影響服務使用的要素。過去討論健康服務使用多以急性醫療為主，最近則有轉向居家和社區式等長期照護服務的使用 (Johnson & Wolinsky, 1996) 。Andersen 與 Newman 的模式後來也運用在老人健康照護與服務使用的領域 (Wolinsky, 1990)。在所有可能影響因素中，照顧需求的影響通常最為顯著 (Johnson & Wolinsky, 1996) 。

老人在自己家裡住得好好的，為什麼會考慮搬到照顧住宅（包括庇護性住宅或集合性的住宅）？整合相關研究，其理由不外包括：(1) 房子太大，屋舍環境維護不易；暖氣開銷高而且很難維護花園；(2) 身體健康的狀況，限制老人照顧家裡的能力，也約束他們爬樓梯的移動力及能力；(3) 住在竊盜及高犯罪率的地區，較無安全感；(4) 一連串的事件之後（包括健康改變及配偶過世），希望搬到離自己的親人或朋友較近的地方，免得在需要幫助時，不知該如何求助而導致焦慮；(5) 社交的隔離，感到孤單；(6) 為了預防日後可能發生的問題；(7) 最後也是最重要的原因是家人覺得老人因為健康及安全因素，不能再獨自居住在家裡 (Nocon & Pleace, 1999; Young, 1998) 。

總而言之，對某些人而言，照顧住宅提供安全的感覺，不只有身體的安全，更不再擔憂家務的維持，又能安撫擔心老人獨居的親友。上述關於使用照顧住宅的因素，老人因為高齡老化以致健康逐漸虧損、住的地區不安全等是屬於傾向因素，無能維護房舍、怕日後問題、家人擔心、社交孤單等是需求因素，而一連串事件之發生，則是促使因素。需求的因素影響比較大，符合 Andersen 與 Newman (1973) 的模式與說法。

上述研究中，也發現老人不願意使用庇護性住宅或集合性住宅的原因是：申請入住

的準備和適應有問題、住宅大小不合適、租金太高等因素。另外 Yeatt, Cow 以及 Folts (1992) 提出一個以實務為導向的服務使用架構，闡述有服務需要的潛在性案主，可能因為以下三個因素的缺乏而未去使用服務：(1) **與服務相關的知識**--包括①缺乏對自己需求的認知而不認為有使用服務的需要 (need) 、②欠缺有關既有服務的知識及瞭解 (service) 、③缺乏對服務資格條件的知識 (procedure) ；(2) **對服務的接近性**--①案主是否能到達服務所提供的地點 (transportation) 、②可負擔性：個人的相對收入，服務所需要的費用越高，越不可能去使用服務 (Affordability) ；③服務的存有性：服務不普及，因此很難獲得服務 (Availability) ；(3) **對服務使用的意圖**--①雖然有大量服務，但對潛在性案主來說卻不太有吸引力 (Attractiveness of service offered) 、②介於潛在性案主及實際使用服務案主或是服務提供者和潛在性案主的文化差異 (culture difference) 、③**對接受幫助有負向的態度**：包括有丟臉、脫離、被嘲笑的感覺 (attitudes toward service use) 。

從以上文獻得知，服務的潛在使用者會因為缺乏相關知識、怕服務費用太高、服務可近性以及文化差異等因素而影響其使用服務。

參、蒐集資料方法

本研究主要呈現照顧住宅入住的原因並對照未使用者的看法。使用者方面，針對住民及主要照顧者進行深入訪談法；未使用者方面，乃針對照顧經理進行焦點座談，以瞭解其原先擬定照顧住宅服務計劃的人數和內容，及有服務需求卻未使用照顧住宅服務的原因。另設計簡單問卷以了解所有曾經住過照顧住宅者的住民之社會人口特質。本研究原先預定針對社區照顧經理轉介卻仍未使用照顧住宅設施的老人或家庭照顧者舉行焦點座談會，瞭解阻礙使用的因素。然而由於社區內老人和家屬對實驗計畫較陌生並且排斥性高；加上因為照顧經理已多次的接觸，恐造成實驗計畫後期間卷實施之困難，遂改以訪問照顧經理（四名，CM-E, CM-F, CM-G, CM-I）及服務提供單位的社工員（一名，ALsocial worker），並收集二手資料，以了解阻礙照顧住宅潛在使用者未使用服務的因素。照顧經理為實驗社區所聘以提出失能長者的照顧計畫，為大學社工、護理與公衛相關專業者，且經研究小組訓練合格者。

實驗社區除了前測自行篩選的失能個案外，尚包括個案主動來電、其他單位通報、社區發現等管道。最後，嘉義市照顧經理共訪問 1,648 位失能長者，三鶯實驗社區則訪問 1333 位失能長者。基本上失能長者並不必然有服務的需求和服務的必要性，以照顧住宅為例，照顧經理依其專業判斷轉介 14 個個案，多為獨居老人。惟最後有使用服務者僅兩位，4 位老人轉而使用緊急救援系統服務、3 位使用居家服務、5 位個案則未使用任何服務。為了繼續試辦下去，承辦單位自行開發住戶 22 人。最後曾經或現在住在照顧住宅者共有 24 位，有四位因為身體狀況變差，不符合獨立自我照顧要求而遷出，另有一位堅持不接受訪談，總計深度訪談 19 位住民（詳見表一）。

表一 受訪者資料表（網底者為夫妻同住一房）

| 編號 | 年齡 | 性別 | 省籍 | 教育程度 | 戶籍所在地 | 入住前居住方式 | 失能程度 (ADL 分數) |
|----|----|----|----|------|-------|----------------|---|
| 1 | 77 | 女 | 本省 | 小學以下 | 嘉義縣 | 與兒子輪住 | ADL 100，20 多年糖尿病，自行注射胰島素 |
| 2 | 73 | 男 | 本省 | 小學以下 | 嘉義縣 | 夫婦獨居 | ADL 100，5 項 IADL 需協助 |
| 3 | 71 | 女 | 本省 | 小學以下 | 嘉義縣 | 夫婦獨居 | 需定期洗腎，ADL 60，7 項 IADL 需協助 |
| 4 | 76 | 女 | 本省 | 小學 | 台中市 | 獨居 | 10 多年糖尿病，頭容易暈，ADL 100 分，2 項 IADL 部分需要協助 |
| 5 | 64 | 女 | 外省 | 高中 | 嘉義市 | 與女兒共住 | 視力、右側耳朵聽力較弱，ADL 100，2 項 IADL 部分需要協助 |
| 6 | 76 | 男 | 本省 | 大專 | 台中市 | 與兒子共住 | 高血壓，中風 30 多年，右側較乏力，ADL 85，5 項 IADL 需協助 |
| 7 | 75 | 女 | 本省 | 高中 | 台中市 | 與兒子共住 | ADL 100，5 項 IADL 需協助 |
| 8 | 80 | 男 | 本省 | 小學以下 | 台東縣 | 夫婦獨居 | ADL 100，1 項 IADL 需協助 |
| 9 | 76 | 女 | 本省 | 小學 | 台東縣 | 夫婦獨居 | ADL 10，7 項 IADL 需要協助 |
| 10 | 73 | 女 | 本省 | 高中 | 嘉義縣 | 獨居 | 需定期洗腎一年多，ADL 95，3 項 IADL 需協助 |
| 11 | 73 | 男 | 本省 | 小學以下 | 嘉義市 | 獨居，身體不適時會與女兒共住 | 糖尿病 10 多年，無牙齒，ADL 100，6 項 IADL 需要協助 |
| 12 | 78 | 女 | 本省 | 小學以下 | 台北縣 | 與兒子共住 | ADL 100，6 項 IADL 需要協助 |

(續表一)

| | | | | | | | |
|----|----|---|----|----------|-----|---------------|---------------------------------------|
| 13 | 82 | 女 | 本省 | 小學 | 嘉義市 | 與女兒共住 於加拿大 | 以柺杖輔助行 ADL100，6 項 IADL 需要協助 |
| 14 | 75 | 男 | 本省 | 大專 | 彰化市 | 與女兒共住 | ADL100 分，心臟曾經開過刀，心肌梗塞病史 |
| 15 | 72 | 女 | 本省 | 小學 | 彰化市 | 與女兒共住 | ADL100 分 |
| 16 | 27 | 男 | 外省 | 大專 | 屏東市 | 學校無障礙 宿舍 | ADL 75 分，3 項 IADL 需要協助，腦性麻痺個案 |
| 17 | 72 | 男 | 本省 | 國小 | 嘉義縣 | 獨居 | ADL 100 分，4 項 IADL 需要協助，氣喘 10 多年 |
| 18 | 67 | 女 | 本省 | 初中 肄業 | 台中市 | 夫婦獨居 | ADL 100 分，2 項 IADL，高血壓，2-3 月前輕微 中風 |
| 19 | 80 | 女 | 本省 | 國小 | 嘉義市 | 獨居 | ADL 95 分，2-3 個月前輕微中風 |

肆、研究發現

一、照顧住宅住民之社會人口資料

截至 2002 年 12 月 31 日，照顧住宅住民基本資料中（包括已遷出及目前仍居住的住戶），共有 5 對夫婦，15 位女性，9 位男性。住戶年齡中，以 70-79 歲者最多。教育程度中，小學及小學以下的教育程度最多。住戶戶籍地中，五位住戶設籍於嘉義市，七位住戶為嘉義縣，12 位為其他外縣市，由服務提供者自行開發的住戶，則不受設籍於嘉義市之限制。這些更動是為了使案量達到運轉的一種妥協。在入住照顧住宅前的居住方式上，獨居（包括夫婦獨居）有 12 位，10 位與子女共住，1 位輪住，1 位住學校宿舍，以獨居（包括夫婦獨居）最多，其次是與子女共住。失能程度中，ADL 分數普遍偏高，可見住戶的失能程度並不嚴重，以 IADL 需要協助者居多，身體方面尚可自我照顧（詳見表二）。總之，進住者以高齡、女性、獨居者居多，此現象與國外研究相符（Ball et al., 2000）。有 10 位住戶表示尚可以接受這樣的租金。

表二：住戶基本資料統計表 (n=24)

| 項目 | 次數 | 項目 | 次數 |
|---------|----|------------|----|
| 年齡 | | 教育程度 | |
| 50~69 歲 | 4 | 高中以上 | 9 |
| 70~79 歲 | 15 | 初中及以下 | 15 |
| 80 歲以上 | 4 | | |
| 性別 | | 健康狀況 | |
| 男 | 9 | ADL 60 | 1 |
| 女 | 15 | ADL 75-100 | 23 |
| | | IADL 至少一項 | 24 |
| 原居住地 | | 入住前居住狀況 | |
| 嘉義市 | 5 | 獨居或僅與配偶同居 | 12 |
| 嘉義縣 | 7 | 與子或女同居 | 10 |
| 其他縣市 | 12 | 與子女輪居 | 1 |
| | | 學校宿舍 | 1 |

在照顧者資料中，3 位住戶是自己決定入住，因此不再訪談照顧者；另 1 位住戶不願接受訪問，1 位獨居無照顧者；因此在 19 位照顧者中，統計人數共 15 位（由於有五對夫妻，只有一位共同照顧者，故人數有重複），研究者實際訪談了 13 位照顧者。有關照顧者戶籍地，照顧者戶籍地在嘉義縣（市）的有 13 位；照顧者年齡中，以 40-49 歲中佔最多。照顧者教育程度中，高職及專科各佔 $1/4$ ，算是較高的。照顧者的月收入也較高，其中以 4-5 萬最多，佔了一半。

由人口資料顯示，多數失能者乃遷徙至照顧者居住或工作地點附近者為多，這也顯示出照顧住宅的社區化本質，一則接近社會資源，二則讓照顧者方便探訪。若能發揮此特性，則較能提高使用率。

二、照顧住宅住戶的入住決定

實際上接受訪談的老人共有 19 位，有 8 位男性，11 位女性，平均年齡 70.68 歲，若扣除一位 27 歲身心障礙住戶，其餘老人住戶平均年齡 73.11 歲。照顧住宅中個案均是願意入住的，依照住民參與決定成分來區分，可分為由自己決定以及和子女家屬共同

決定兩類，此分類與 Tracy 和 Young (2004) 一樣：

(一) 自己決定：

隨著追求獨立的觀念越來越明顯，老人家也不再固著於與子女同住。除了傳統觀念上強調與子女同住才能奉養長輩，同住在一起能不能有愉快的相處氣氛也是老人所在意的。若是與子女同住，老人會考量與子女（包括媳婦或女婿）的相處氣氛，自己會不會適合子女的年齡層，生活型態能不能融洽，如果相處不能使自己更愉快，自己又該住到那裡去？是否一直與子女住下去？老人思考「居住」對自己的意義。

1. 可以獨立居住的安居之處：傳統上老人老了就會與兒子及媳婦同住，如果兒子散住在不同的縣市，對老人而言，輪住是相當疲累的奔波。再者，與子女相處生活習慣的不同，老人也不見得能融入子女的生活。因此盼望在接近子女住家附近繼續發展自己獨立的生活，就成了老人入住照顧住宅的選擇。

四個兒子住四個地方，那老人家老了就要輪住，不能只住一個地方，我就輪流住...。那一直換地方也不是辦法...常常一個包包這樣背著往南往北的，.....兒子那邊也沒有一間很舒適的房間給我住，心裡就覺得很委屈。...那我想孩子長大了、我要來放輕鬆了，我年紀這麼大，就一直想要自己安靜一下.....覺得說不想受那個壓力，那我要來找一個地方來養老，計畫自己住，我要自己去住一間... (AL1)

2. 希望有互動的同伴：老人覺得自己面對空蕩蕩的屋子，沒有說話的對象，來到照顧住宅，生活在老人的圈子裡，也多了說話的對象。Nocon 與 Pleace (1999) 就發現在配偶過世後，老人會希望可以搬到離自己的親人及朋友較近一點的地方，因而入住庇護住宅（Sheltered housing）。

因為我先生過世，我一個人住，我女兒不放心，她就把我接到嘉義來住。但是他們夫妻上班、外孫去上學，我一個人在家裡沒人講話，整天都一個人，很孤單..... (AL5)

3. 與媳婦相處困難：在照顧住宅的服務中，其中 6 位的照顧者是住在嘉義縣（市）的女兒。工作人員表示因為照顧住宅的服務範圍不會涉及個案家庭的互動關係，

住戶受訪者也不見得會對老人居住安排的家庭動力關係多加說明，因此實際要訪談家庭關係是有部分缺乏的。但根據研究者三次進入照顧住宅訪談住戶及家屬，及與工作人員接觸的經驗中，發現家庭關係也影響著照顧住宅內老人的居住安排。其中有住戶是在配偶過世後與女兒共住。老人不見得會多談女兒婆家、女婿看待自己同住的想法，而且傳統觀念老人住在「嫁出去的女兒」家中，老人心理也難向自己交代，覺得虧欠女兒來照顧自己，倒不如住在距離女兒一段路程的住宅裡，自己心理也較覺得安心；另外，若是與自己兒子共住，也是要考量媳婦與自己的互動氣氛，目前住宅內就有二位住戶與媳婦相處不洽，一位自己決定入住，這位住戶就表示：「我本來就一直有在輪伙頭，那住到那裡...就看她這個媳婦的臉色、口氣，如果她說話態度較差...臉色較不好，我就一直住不下去，就一直想要換地方，那一直換地方也不是辦法.....」。另一位由子女安排進入住宅。由此可見，老人對於「三代同堂」的變化，在他們的時空背景下，也造成對照顧住宅的需求。

4. 便利就近醫療：嘉義實驗社區照顧住宅是由嘉義基督教醫院承接服務，鄰近醫院的距離不到 1 公里的路程，再加上有巡迴醫療車往返照顧住宅及院區，因此頗方便居住在嘉義縣鄉鎮需要密集、定期醫療服務民眾一個接近醫療又提供住宿的地方。Young (1998) 曾提及促使老人搬遷至集合式住宅的理由之一為健康改變而導致醫療上的需求。一位患有糖尿病多年、截肢、一週固定需要 3 次洗腎、由先生照顧的女性老人 (AL3) 就表示因為她住在竹崎鄉（距離嘉義市約 30-40 分鐘車程的山區），若住在家裡每週三次僱請計程車往返醫院和住家的車錢和在嘉義市租房子也差不多；但是照顧住宅有 24 小時保護性看護，若有緊急需要時可以有人協助，再者山區道路若雨季來臨造成道路坍崩也會影響往返洗腎路途的危險，和外面租房子比較起來，住在照顧住宅可以提供這些便利，因此也就決定住進來。

(二) 子女（家屬）建議、並與失能者共同參與決定居住安排：

在子女（家屬）建議老人進行遷居的個案中，多數是站在希望老人家能夠過更好的生活為出發點，能維持原先住家滿足基本需求的優點，改善原本住家環境不適老人居住的缺點。照顧住宅中個案的失能程度並不高，個案均為輕度的失能，並不一定得需要醫

療照顧而進行居住的遷移，多數老人仍握有對居住的決定能力。當子女以「我會比較放心」來說明老人需要遷居入住照顧住宅的立場時，老人覺得子女對自己的遷居詮釋是以「老人需要（安全性、接近子女）」為主體，並不是以「子女的需要」為主體，也透露出子女主動、願意繼續擔任照顧資源的關係。老人遷居的調適過程本來就不容易，但是因子女的立場是出自愛護及尊重長者想法，並且賦予老人共同參與決定漸進老化的遷居，因而老人也會考量子女的立場（多是外縣市的移入子女，在自己本身忙碌的工作之外，並且想照顧老人），正視自己漸進老化的失能，在保護性的環境下繼續生活。

1. 接近子女，方便子女照顧：「接近子女」是最大也是最重要的考量點。在住戶戶籍地中，扣除掉不需（獨自決定入住者）、不願受訪照顧者的住戶，照顧者戶籍在嘉義縣（市）的比例達 13 位。當入住照顧住宅的建議是由子女主動提出，再說服老人遷移居住時，子女的立場多是考慮父母輕度的失能，並以擔憂老人發生危險的風險性說服老人遷居到靠近子女的照顧住宅，為的就是增加自己與老人的接近性，以提高扮演照顧資源的機會。Nocon 與 Pleace (1999) 發現老人希望搬到離自己的親人及朋友較近一點的住處，本研究結果與其發現一致。

那時我爸爸媽媽住朴子，我也不放心他們在朴子，那我兩個弟弟都在高雄，那老人家不想到高雄去，因為他想要在故鄉，那我沒有辦法這樣兩地（嘉義-朴子）跑。（已遷出 AL A.B 之女）

而照顧住宅離自己的住家、上班地點很近，有半照顧性質（半住家）。（已遷出 AL C 之妹）……因為我在這邊（嘉義），所以我很清楚他（父親）的狀況，不是說把他放在一個沒有人管的地方，至少有一個子女在這裡（嘉義）（AL6.7 之女）

一方面是她（媽媽）如果到嘉義來，我可以看到她的時間比較多，如果說她有什麼不舒服，至少我可以在她身邊；二方面，我自己也上班，我也很忙，如果說住在照顧住宅，有什麼狀況發生的話，在第一時間內，照顧住宅可以幫我處理一下。如果她是在台中的話發生什麼事情我們根本都不知道... (AL4 之女)

2. 照顧住宅 24 小時的保護性看視及三餐供應可替代子女一部份的照顧功能：子女以「我會比較放心」向老人表明居住遷移的需要性。研究中也發現老人遷入集合式住宅的原因是因為家人覺得老人因為健康及安全因素不能再獨自居住在社區（Young, 1998）。而結合醫院及照顧住宅模式的經營，也讓在面臨健康病痛的老人在需要醫療時有方便管道的轉送。照顧住宅的附加優勢也因此滿足了老人輕度失能活動或照顧的需要。

我爸爸媽媽兩個人在故鄉，...我擔心的是兩個老人家年紀都大了，下雨天要吃一頓飯、做一頓午餐、晚餐都滿不方便的，有吃沒吃我也不知道，有時老人家他體力不好的時候，沒吃我們也不知道.....當然權衡之下，在外面租個套房可能很便宜，但是人家這裡有 24 小時，起碼如果老人家剛好身體不舒服的時候，在子女還沒有到的時候幫忙我們，也許我外出了，我可以放心的外出，不必擔心我的爸爸媽媽不知道有沒有什麼事情，不敢外出，因為子女總是有自己事情嘛...偶爾也會外出..... (已遷出 AL A.B 之女)

自己的大哥在外面生活，但是因為考量到他在外面用火、用水的不放心，假設租房子給他，但是我考慮到 (1) 他自己一個人，有危險性時自己如何擔當 (2) 年紀大，記憶力較差，偶而需要幫忙，自己也不見得會照顧自己，而照顧住宅屬於半照顧性質有人幫忙看頭看尾 (24 小時)、套房的設計 (原本住在旅館，那邊沒有個人的衛浴、也沒有冷氣可用，而且住旅館和住照顧住宅的錢差不多)，而且這裡又有供應三餐，讓自己很放心。 (已遷出 AL C 之妹)

我媽媽在我的房子那邊住很孤單，一個老人家在家住我也不放心，...而且我的房子那邊離商店較遠、較不方便。那她一個人住真的有困難，所以就把她換到這裡住。 (AL12 之子)

我媽媽住這邊 (照顧住宅) 我心理負擔較不會那麼那麼重。...她在照顧住宅，我就知道都有人看著，心理上就是較放心、較放鬆。 (AL18 之女)

那在這邊是較安全，怕一個人在家的話，這邊馬上就有人就可以過來關心、

幫忙...最重要的因素是他身體不好，他就很懶不想出去買東西，就有一餐沒一餐的，就這樣吃就營養不良，惡性循環，.....那在這裡就是有人按時供應他熱食...我們做子女的考量就是他的飲食可以正常，這裡隨時有人照顧.....
 (AL17 之子、媳婦)

- 適合失能者的無障礙環境設施：隨著失能老人的不方便，透天或是樓梯格局的房屋均不再適合老人居住，老人需要的是扶手、無障礙空間的設計，照顧住宅的設計也符合了老人居住的需求而讓家屬決定入住。

一些房間的設備，電梯，符合老人家的設備...就很方便，比在她自己現在住的房子還方便...例如在房間裡面可以生活在自己有隱私的地方，還可以附帶的是遇到突發狀況，24小時就會有人來幫我們，像裡面床、採光方面都不錯，有扶手，可以讓老人家安心住在裡面，空間上還滿寬闊的.....(已遷出 ALA.B 之女)

這裡有電梯 (AL6.7 之女)

第一個，這裡是無障礙，浴室的設施都是有適合老人，有電梯，都會有人 24 小時在這裡 (AL1 之女)

- 就醫服務的銜接：隨著失能程度的增加，老人隨時會有醫療的需求，而嘉基和照顧住宅的距離並不遠，再者也有巡迴醫療車的提供，若是有病、痛，醫療可近性相對的是較家裡便利多了。而目前住宅內即有 2 位住戶需定期洗腎，每週固定 3 天至嘉基就診。

照顧住宅和嘉基有合作，如果有什麼狀況可以轉送 (已遷出 AL C 之妹)

那住那邊 (照顧住宅) 洗腎也較方便...，住那邊是方便、不錯啦，...有緊急的事情較有辦法。 (AL2.3 之女)

它是一個跟醫院結合的照顧住宅，它有醫療體系在，這是我們考量的一個原

因.....因為老人已經老了，他一定有很多的慢性病，那如果說跟醫療體系結合的時候，在醫療上會比較有好的照顧（AL6.7之女）

這幾年就會覺得頭暈，體力較不好，那出門就一定要我弟弟帶她，那有時候我弟弟也上班、也沒有辦法請假的時候就有很大的問題。那來這邊，就有交通車，我就覺得這樣滿方便的。（AL4之女）

主要是有住的地方且就醫方便，因為只有兩個老人家在蘭嶼，...如果在這裡的話，如果她有那邊不舒服的話，可以馬上到嘉基去看。（AL8.9之姪女）

5. 老人可以有同伴的互動：照顧住宅內因為是集合式住宅的設計，聚集了年齡及背景相同時期生活經驗的老人，形成群體社會網絡的機會，可以減少獨自居住的缺點(沒有人講話、沒有人準備餐食、看視)，並且增強群住帶來的社交互動。Sikorska (1999) 指出照顧住宅在物理環境方面的舒適、增加社會互動以及增加住民的隱私是增加照顧住宅好服務輸送的必要條件。根據服務滿意度調查，73%的住戶是信仰基督教（謝美娥，2003），而照顧住宅內附設教會，也讓住宅增加一個人際互動的機會。

其實她（母親）自己也有在講，之前住在台北因為我妹妹也要上班，都沒有人陪她。那我跟我先生要上班，小孩要上學，那之前在家裡她（母親）覺得較沒有伴，晚上我們下了班也不太有時間去跟她講話，所以她覺得說住在我那邊就較自閉，就是沒有講話的對象...（AL5之女）

我爸爸較缺乏的是社會性的互動，.....我也跟他說住這裡較有伴，最重要是說...大家都是同年代、同儕，會互相招呼，話題也差不多啊，這個團體會滿友善的，有一些信仰上的同伴...（AL11之女）

她的個性就是喜歡有伴。住在這裡可以互相作伴。（AL18之女）

因為我姑姑一直住在加拿大，但是幾年前我姑丈去世後，她就自己一個人在家，那她英語又不通，就沒有什麼伴。那我表姊就有一次問我說舅舅現在怎

麼樣，我就說我爹現在去住照顧住宅，那我表姊就上網看嘉基的照顧住宅檔案，就想說來住照顧住宅看看，畢竟（台灣）是自己的故鄉，語言也較方便，也較有伴。（AL13 姪女）

因為一年前我媽媽過世……他就變成一個獨居老人，意志上就較消沈，自己又沒有辦法獨自生活，隨心所欲，糖尿病…要就不是很規律的吃，意志就漸漸消沈，後來就演變說靠酒精、藥物，……那這裡除了三餐供應外，這裡就是一個團體生活，那其實他是很健談…只是說在他在獨自生活這一方面很弱……讓他一個人獨處的話，他就一個人鑽牛角尖，一直想我媽媽…那其實他的個性是很能夠跟大家打成一片，那老人大家年紀差不多…（AL17 之子）

6. 住宅所在位置生活機能的便利：因為照顧住宅位於市中心，距離超商、餐飲店都方便，老人不需要擔心自己買不到需要的物品。配合公園距離不遠，不需要走太遠就有活動空地，整體的生活機能均很方便。

這裡算離市區較近一點，如果她自己要買東西，以前我跟她（母親）一起住就是要買回來給她或是帶她去買，要出去公園就還要開車出去。那這邊就較方便，早上出去運動她也有伴。（AL5 之女）

7. 可負擔得起的費用：因為大多數個案是由子女建議，並與老人進行商議討論以遷居入住，因此在考量老人往後繼續使用照顧住宅的時間規劃上，自然會衡量現實經濟的支出能力，並認為子女本身有能力分擔這樣的費用才說服老人進行遷居。

第三：它的費用我們還能接受（AL6.7 之女）

再者這樣的經濟費用自己還可以負擔得起（已遷出 ALC 之妹）

比起台北雙連教會那裡，這裡的費用較低，這也是一個考量因素（AL12 之子）

統計中，24 位有 12 位住戶設籍在嘉義縣（市）之外，15 位中有 13 位的照顧者設籍在嘉義縣（市），可知照顧住宅所接觸到的族群並非只有老人失能者，大部分會是由

照顧者注意到照顧住宅的訊息，並且覺得失能老人有照顧住宅的需要。子女照顧者在嘉義縣市工作上班，若老人遷移至照顧住宅，除了就近自己提供照顧的便利外，住宅內 24 小時的看護也幫家屬擔任了第一線的保護工作，讓工作的子女不需再另外掛念老人基本需求（安全、飲食）是否乏人照料，而當子女要安排老人使用住宅服務時，自然也會衡量家庭內是否能負擔得起費用的金額。住宅由醫院所承接，附設教會均是嘉基發展照顧住宅的特色。另外，因為嘉基能夠尋覓到的硬體建築在生活機能優良的市區地段，離火車站、市中心、文化中心、醫院、學校、公園等單位均十分便利，也構成嘉基發展照顧住宅模式的潛在優勢。傳統上老人是與子女同住的，但是在同住的氣氛卻不一定能協調，而在照顧住宅的服務開辦後，也讓子女或老人在安排老人居住地點上多了另外的選擇。

在研究者進行訪問時，多數老人已入住一段時間，剛開始決定搬離原本居住地點、選擇住進住宅的考量因素可能已經漸漸模糊，而用照顧住宅的特色當成遷居的理由，以讓自己更能調適。多數老人是在多重考量下選擇入住，並非只是單一原因，常站在照顧住宅的優點以及認同居住更換對自己有特定的意義來思考。此點和 Tracy 與 Young (2004) 質化訪談研究結果一致，該研究提到住民的經驗會逐漸和照顧住宅的原則相關連。另外，值得一提的，照顧住宅以「獨立自主」為訴求，但老人卻很少提到，老人在餐飲方面，也多在照顧住宅內搭伙，顯見老人一旦遷居，要實現完全獨立的可能性變得越來越小。前一研究就指出住民從自己家中遷到照顧住宅，本來獨立性就降低了，因為必須承認某些方面是需要協助的。不過，老人和家屬不斷提到，設施內社交活動和住民間互動的重要性，互動與社交均表示住民的自主、選擇權和控制權，這是顯現獨立的重要點。另外，照顧住宅有組成住戶管理委員會，也算是獨立自主的一步。住民使用原因中提到看護與無障礙空間等因素，這和照顧住宅乃是提供安全無障礙的理念也是一致。從這些發現可以看出住民一旦住進來，會認同照顧住宅提供的原則而賦予住宅遷居的意義和理由 (Tracy & Young, 2004)。

三、實驗社區民眾有照顧住宅需求而未使用服務的原因

研究者原本預定針對照顧經理擬定照顧住宅服務計畫卻未使用照顧住宅的個案進行訪問，以瞭解有照顧住宅需求民眾未使用服務的原因。但因考量相關因素（研究方法

中已說明），改為訪談照顧經理。另外服務提供單位自行宣導新型服務設施時，也會接觸到一部份有需求而來參觀服務設施的個案。因此對於未使用照顧住宅的原因之了解係以照顧經理焦點座談、訪談照顧住宅的社工員，並輔以個別訪談照顧經理為主。以下為有擬定照顧計畫卻不使用照顧住宅的原因：

(一) 「父母與兒女共住才是孝順」傳統觀念的影響：在傳統觀念上，仍認為孝順即是共住，因此也讓老人及子女都擔心老人的入住機構，怕被街坊鄰居取笑自己是不孝順的。

兒子、媳婦和老人住一起，那老人和媳婦感情不好，就想搬出來自己住。那媽媽要出來外面住，兒子不能說好；要住在家裡，也不能說好（因為與媳婦感情不好），後來老人沒有進來住，她說親戚跟她講如果她住這裡會讓兒子被別人取笑。（AL social worker）

這位個案（另一來訪者）也是兒子、媳婦和老人住一起，那老人和媳婦感情不好，就想自己搬出來住。老人幾位兒子都住嘉義縣、市，後來介紹人就說兒子怕自己的媽媽住在這裡被別人取笑。（AL social worker）

(二) 無法接受照顧住宅的租金費用：因為沒有其他費用的補助，使用照顧住宅均要住戶自行付費，有些人雖然有住宅需求，但若缺乏租金的預算，仍是無法接受服務的。

XXX奶奶是覺得照顧住宅房租太貴了，5000塊起跳，不含水電，沒有辦法接受。（CM-E）

像我有一個個案，是低收入戶，住的房子是滿低矮、陰暗、潮濕的，我就跟個案說你去照顧住宅，那邊晚上有人幫你看著。個案跟我說她住這裡一個月一千多塊，她寧願住這種，她住不起照顧住宅。她覺得這個一千多塊住了20幾年已經很習慣了，她領到1萬多塊的社會救助，覺得她付不起。（CM-I）

另外一個是軍訓老師，髖關節開過刀，高血壓，HIVD，走路不太方便，家裡

的無障礙空間很不好，但是他就是沒辦法接受需要付費。（CM-F）

有一個案是嘉基自己居家服務中心服務員帶來看的個案，他也是因為覺得租金太貴所以沒有進來住。（AL social worker）

（三）覺得照顧住宅硬體設施不符合理想中的期待：原先住在嘉義市的老人，通常有自己的房子。因此，在參觀照顧住宅設施設備後，因為照顧住宅的使用沒有急迫性，就以自己的房子與照顧住宅比較，發現不滿意照顧住宅的設計，不符合自己對照顧住宅的想像，也就不願意自己去使用住宅服務。

奶奶說她看了不滿意，因為她看過國外的，她覺得國外的設施很好，她甚至說國外的電梯裡都有椅子，讓老人坐，空間很寬敞。在嘉義經濟不錯的老人家，他們住的房子都很寬敞，...那經濟好的個案，他們就覺得照顧住宅的空間太小、設施不夠好。（CM-I）

另外有一個奶奶也說，這一陣子她覺得她怕晚上自己一個人，她也是有居服、緊急救援，4.50 坪宿舍，房子很大，那她到了晚上就開始害怕。她想到養老院去，.....她就說我看過了，房子對她來說太狹窄了，她說去那裡看過 XX 之家，她覺得雖然房間小小的，但是外面很寬敞，她覺得有想去 XX 之家。那經濟好的個案，他們就覺得照顧住宅的空間太小。（CM-I）

（四）護理之家或是緊急救援系統替代照顧住宅的功能：護理之家和照顧住宅同樣都提供一個居住的空間給老人；而緊急救援系統雖然沒有看視的功能，但在緊急需要時也能提供服務，在三項服務中，服務功能彼此間的重疊，增加了個案的選擇性，但也排擠一部份使用者的需求。

鍾奶奶，另一個這一位奶奶是獨居，榮眷，她自己有一個滿大的住宅，有一個庭園，路滿坎坎坷坷，如果她活動的話也是滿危險的。所以我會擬定這個照顧住宅幾乎都是因為無障礙，老人家需要保護性看視。之後她因為身體不舒服有去看醫生，醫院是遊說她去護理之家住，可是以她的身體功能是不需

要去住護理之家的，頂多需要保護性看視，可是後來她去住護理之家了。那我有去看過她，她在護理之家很快樂，捨不得離開那邊，她成就感很大。
(CM-E)

那我擬訂計畫的原則是會有配套措施，如果個案去照顧住宅，緊急救援系統或是居家服務就不需要，所以我會有 A、B 兩個方案。不過老人家只比較願意嘗試一種。例如以 XXX 奶奶來說，那時候是擬定居家服務、緊急救援，另外一個配套是照顧住宅，而且照顧住宅也還沒有成立，無法向她說明，那她只接受 life line，她就對 life line 的評價滿高的。(CM-E)

緊急救援跟照顧住宅有排擠效應。(CM-G)

老人本來就是住在家裡的，傳統中也認為與子女同住是孝順的觀念，如果不是基於需要，老人不會多付一筆租金並離開自己居住習慣的家。多數住在原社區的老人如果有自己的房子，便會質疑照顧住宅與自己住宅的差異性，覺得自己家裡頂多再加裝緊急救援系統就與照顧住宅無異，為何還要去租房子，多付租金呢！？因此經濟、同住的孝道觀、護理之家或是緊急救援系統可替代照顧住宅功能、不滿意照顧住宅的硬體等因素都是構成需求者未使用照顧住宅的原因。

四、照顧住宅使用者的意見

對於住戶及家屬來說，入住照顧住宅是新鮮的、新奇的。在居住一段時間的適應之後，住民及家屬會將照顧住宅與原本住家環境進行對照，期待照顧住宅能夠有改善的空間。因此在住民及家屬的使用服務經驗中，也反映了一些嘉義照顧住宅的檢討，作為往後繼續規劃照顧住宅的參考。

(一) 增加照顧住宅綠地的活動空間：因為照顧住宅為獨棟式且緊鄰大馬路的樓層，旁邊幾乎都是住宅的建築物。行動較緩慢的老人，因為要承擔過馬路的風險，可能會犧牲外出的機會，對照顧住宅的老人而言，自然會渴望在住宅旁就有綠地的活動空間，老人隨時可以外出，享受戶外空間。

缺乏院子，...因為有些老人動作很慢，像要出去公園、過馬路，5點的時候車子少，7點的時候我們要回來人家要上班，車子就很多，而且開得很快...那個老人很慢、很危險，那如果有院子，我們可以在院子裡聊聊天啊，天氣熱，我們可以乘乘涼也好，整天待在房間裡也悶啦，像外面（6樓的客廳）的小客廳，現在還好，如果沒有風扇夏天就會很悶、很熱。（AL5）

如果有一個廣場、公園可以讓老人在這裡走動，那我們這邊都沒有，就一步也離不開這棟公寓。（AL4）

而且可以使用的空間就較少...因為他們（老人家）老，旁邊沒有直接的綠地，還是要走一段路，受限於這個硬體是租的...我們只能說，我們有一些期待.....（AL6.7之女）

假如能有一個寬廣的庭院，一個合適的空間的話，會更舒服。.....像我媽媽也說它的房間太吵，假如說有庭院的話，就可以遠離車輛的吵雜，如果有一個活動空間的話，這樣會更好。（AL12之子）

如果有花園可以散步，這樣會更好.....（AL17之子）

（二）增加醫療巡迴車的班次：目前兩位住戶是定期會利用醫療巡迴車至嘉基洗腎的個案，另外有些住戶偶而也會至嘉基就診，若能增加醫療巡迴車的頻率，也方便住戶醫院的往返。

巡迴車是一星期來三次，如果對那些要洗腎的就較不方便，回來就較麻煩，如果不坐他們的巡迴車，要回來怎麼回來！？（AL6）

（三）駐地專任工作人員：目前嘉基照顧住宅的社工人員並非全天候在照顧住宅內，而由經理及管理員 24 小時居住在照顧住宅，但因經理同時也負責一樓餐飲的事項及客人招待，忙碌的工作讓老人不好意思再麻煩經理，或覺得經理是屬於餐廳的人員，老人的事情不是找經理。因此有家屬及住戶也提出若社工人員可以全職在照顧住宅內將會是更好的服務。

石經理她要管樓下餐廳的事情，有時候要招呼客人、端盤子，就是很忙啦，她事情很多啦，那如果她有一個助理那最好，她不會那麼辛苦，因為她事情太多了。……社工人員，沒有整天在這裡，像林小姐，石經理因為今天公休，林小姐就來，照顧我們吃兩餐的飯，如果有人要來參觀，她就辦一些手續……如果她能天天在這邊，隨時我們有什麼問題，她就幫我們解決，那就更好。有事情，馬上可以找的到她，這是最好。（AL5）

工作人員不是只有照顧飲食起居，在其他軟體方面，需要花心思…那當然另外一個就是讓老人在這裡不能讓他們變成在這裡抱怨，所以需要有人在這裡…至少陪伴他們。（AL6.7之女）

（四）增加活動的舉辦：除了是住宅房間的提供，住戶也希望來到照顧住宅能夠增加娛樂的活動，讓老人自己選擇參加活動，避免單調的生活，且在活動舉辦上能更多元化。。

如果有較多的活動，我們也較好打發時間。（AL4）

如果是說會有一些健身的器材，讓老人家可以做運動的器材也可以，讓他們拉一拉……輕鬆的簡單的，拉一拉，踩踩腳踏車啦…（AL6.7之女）

我是覺得可以偶而帶老人出去不會很遠的地方就是，比如一日遊這樣子，當天出去走一走，就是比較大自然的地方而已，他們不能去到太遠、太累的。
(AL5之女)

我覺得他們可以再增加活動，他們也是有在努力。（AL12之子）

活動上，因為這裡有教會，要查經，那因為我們是佛教，所以就較不會參加。那唱歌他也沒興趣……所以有沒有一些更多元的活動……（AL17之子）

（五）增加健康促進的活動：除了一般性的活動外，能夠促進健康的活動，例如定期檢驗血糖、疾病諮詢及指導也是老人所關心，希望增加的活動內容。McPhee

和 Johnson (2004) 也提到照顧住宅住民對健康促進活動一直有高度期望，因為住民一般都有一些慢性疾病，參加健康促進活動，一方面促進健康，另一方面更是實現獨立和掌控權的最大機會。

要較多種類的活動，比如骨頭疏鬆、這裡住進來的住民的身體狀況，可以麻煩他們做這方面的指導，這樣老人家較知道吃要注意些什麼東西。（AL6.7）

這裡沒有在量血壓、血糖，但是如果要設計這樣的活動，要石經理他們應付那麼多的事情，他們也很忙，可能沒有辦法...這裡不足的地方他們有在改進，那如果能偶而來量血壓、血糖這樣會較好。（AL11）

從訪談中發現，住戶及其家屬除了對照顧住宅的空間有意見外，也會希望更多的服務。住戶雖然只付住宅價格卻希望得到全套的服務。服務越多越好是人之常情。當然也透露出台灣老人住宅的住民要便宜又要大碗的接受服務之心態。惟，照顧住宅有降低服務提供價格的設計，才會把許多服務設計成外包式的型態。可以改進的是引進外在志願性團體到住宅提供活動，滿足住民的期待。

關於全時間駐地工作人員方面，照顧住宅如果有駐地護理人員，優缺點都有。優點方面是會增加對於每個人的照護時間，所以會降低住院率，但也因此增加轉到護理之家的機率（Zimmerman et al., 2005）。而其實實驗社區有補助一名社工員，只是這名社工專員大部分時間在嘉義醫院，進行照顧管理、溝通管理、財務管理和行銷管理。若能在職掌上做一些調整，也可以反應住民的建議。

整體來說，住在照顧住宅的住民雖然並不全是自己決定入住的，卻都是自願入住的。入住後滿意度也高。研究也發現有些個案並沒有主動涉入居住決定的過程，但卻是「自覺有決定權力的」。研究也顯示「有控制感」和生活滿意度最有關係（Mosher-Ashley & Lemay, 2001；謝美娥, 2002），因此子女在建議老人家入住集合式住宅前，若能增加溝通，比較能提昇滿意度。

伍、結論與建議

一、結論與討論

照顧住宅中女性有 15 位、獨居（包括夫婦獨居）有 12 位，70-79 歲 15 位最多。進住者以高齡、女性、獨居者居多，此現象與國外研究相符（Ball et al., 2000）。

嘉義照顧住宅結合醫院、教會、咖啡屋（對外營業），住宅周邊的公園等型態，提高了住宅的附加價值，滿足個案對服務多元的需求。建築物外部，看起來像是咖啡屋餐廳，減少了一般人對老人住宅的刻板化印象；一般外人可以到此用餐喝咖啡，也可以增加對老人的認識和互動。顯見把建築物做多元化運用與經營，可以提昇其附加價值。另，根據家屬及住民的訪談，老人基於自我獨立而入住照顧住宅的個案並不多，多數的子女是覺得因為住宅內的三餐供應、24 小時保護性看視、及無障礙設施而決定遷居入住，且住民也表示希望可以多安排些活動，方便在住宅內打發時間。可見得原來模式強調的「獨立自主性」顯然不是吸引老人的賣點。反倒是保護性看視與無障礙空間的安全性考量值得強調。且活動的安排更是不可缺少的條件。這和西方社會推出的原意有所不一樣，應該是文化上的差異。

嘉義照顧住宅提供服務以來，依照使用者的經驗，使用照顧住宅的原因分成「自己決定」及「子女決定、老人參與」的模式，此分類與 Tracy 和 Young (2004) 一樣。透露出國內的老人普遍習慣也較依賴子女提供照顧上的安排。其中「自己決定」的使用者並可再細分為「因獨自居住空間的需要」、「希望有互動的同伴」、「接近醫療資源」等需要而決定入住照顧住宅；在「子女決定、老人參與」中，使用者表示因為考量到照顧住宅「接近子女」、「24 小時的保護性看視及供應三餐的服務」、「適合失能者的無障礙環境設施」、「就醫服務的銜接」、「老人可以有同伴的互動」、「生活機能的便利」、「可負擔得起住宅的費用」、「與媳婦相處困難」等因素而搬入照顧住宅接受服務。總括入住因素，仍舊以保護性看視、供應三餐的服務、無障礙環境設施、老人互動、就醫服務等為主，可見一個住宅，若能提供餐飲、醫療服務、安全性和互動，就可以吸引住民。另外也看到需求的因素影響比較大，符合 Andersen 與 Newman (1973) 的模式

與說法。

若以使用者對服務的滿意度看，住民都有高度的評價，並且也希望多增加照顧住宅綠地的活動空間、增加醫療巡迴車班次、駐地專任工作人員、增加活動的舉辦、增加健康促進活動等設計。從住戶對服務的期望中，研究者發現老人不熟悉也不習慣獨自安排生活。畢竟原來被工作所填滿的時間，若在退休前沒有學習規劃，一時之間確實難以適應。普遍的老人仍希望由「機構」來安排活動，讓照顧住宅多添加了機構式套裝服務的色彩，換言之，陽春式的照顧住宅設施，恐怕吸引住民有限。因此，照顧住宅服務的提供者必須要能讓住民感覺自主又獨立，但又要能避開「全套式」的機構式照顧，以維持住民所滿意的「照顧」意涵。

研究者又發現傳統的孝道、租金太貴、住宅硬體設施不符合理想中的期待、護理之家或緊急救援系統部份替代照顧住宅的功能等會阻卻對照顧住宅服務的使用。同時期，實驗社區發展多項服務模式，的確產生競爭。基本上，除非老人沒有自用住宅，否則對照顧住宅的確沒有必然的需要性。然而，照顧住宅的成立，卻讓長期照顧體系更加有連貫性。它是機構式與家庭式照顧連續光譜中的一環，成為輕度照顧需求個案的另一種選擇。而由於它僅提供低度的服務，相對於機構所提供之全套式服務，在價格上比較有競爭力，對節省的老人是一種吸引；再者，低度的服務，也讓老人不會有過早「失能化」、「依賴化」的感受。這種服務模式，也許對以後的老人，教育程度越來越高，越來越有自主性，越來越能及早規劃老人生活的人，吸引力應該會越來越高。

二、建議

(一) 政策上的建議

1. 長期照護先導計畫是直至目前而言唯一的大型社區實驗計畫，政府投入大筆經費。其他縣市政府若想要以補助方式試辦，得視其縣市政府財政負擔及人口需求來考量發展照顧住宅的服務。雖然說政府推出新型服務之時，先以財務補助以鼓勵其使用，長期而言，還是要有『使用者付費』的機制。
2. 本研究有一半住戶非設籍嘉義，雖然這是開辦時為了使案量達到運轉的一種妥協，卻可以看到設籍嘉義者多為獨居失能老人，而非設籍者多為子女因工作而遷徙者。顯見照顧住宅比較是獨居者的選擇，但其也可以成為子女在外地工

作，老人遷徙至附近以便照顧的選擇。對當前許多人離鄉背井到外地工作，照顧住宅似乎可以成為其照顧父母的機制。政府可以租金抵稅以鼓勵之。

3. 嘉基接受政府補助，除了需接受評估之外，首次發展照顧住宅的服務模式，也累積了照顧住宅服務上獨特及值得參考學習的經驗，因此建議照顧住宅，多做一些時間之後，能夠更精準計算營運的收支成本，人力運作的模式，做成照顧住宅的營運手冊，以作為其他各縣市發展照顧住宅模式的參考。

（二）實務上的建議

首先，老人需要更多的活動安排，因此引進志工服務為首要建議，特別是照顧住宅定位在住宅而不是照顧機構，在人員配置上多會採取最低度的要求，自然不會是套裝式服務；第二，除了志工服務的引進外，工作人員也要能與一些居家服務或生活照顧服務的資源多聯繫，例如洗衣、清潔房間等，隨時提供有需要的長者付費式的服務；第三，當老人失能逐漸加重時，對於照顧住宅的需求會降低，轉而也會需要機構式、專業式的照顧。因此在長期照顧體系中，多層級照護模式的發展有其需要，讓老人有後續照顧的機構。第四，使用照顧住宅的原因分成「自己決定」及「子女決定、老人參與」的模式，透露出國內的老人普遍習慣也較依賴子女提供照顧上的安排。充分的尊重與自主性會讓老人比較願意接受此種服務。第五，老人多喜歡有綠地，所以照顧住宅宜設在有公園的地區。

（三）研究上的建議

本研究發現「獨立自主」並不是老人的選項。不過老人和家屬卻不斷提到，設施內社交活動和住民間互動的重要性，雖然互動與社交也是表示住民的自主、選擇權和控制權，未來研究可以針對老人自主性需求再深入探討。另外，本研究觀察到住宅內老人，一旦選擇遷離家庭，似乎都喜歡能有套裝式的服務。這也值得進一步研究。

照顧住宅在台灣是一個新的服務理念，嘉義照顧住宅成形了，而且在穩定的收案當中，其間經營的心酸和努力自是不在話下。本研究訪談了嘉基院長特別助理、設施之社工員、設施經理、會計、實驗社區照顧經理、服務使用者及其家屬。針對服務的提供內容、設施硬體評估、對服務的滿意度、入住住宅的決定因素、雖有需求卻未使用設施之因素等進行深入了解，足以提供有意進入照顧住宅產業之服務提供者豐富的資料。

參考文獻

一、中文部分

- 吳淑瓊 等 (2001)。《建構長期照護體系先導計畫第一年計畫》。台北：內政部委託計畫，國立台灣大學執行。
- _____ (2003)。《推動照護革命--建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會》。台北：內政部委託計畫，國立台灣大學執行。
- 陳誠仁 (2001)。《建構長期照護體系先導計畫嘉義市實驗社區照顧住宅服務建議書》。嘉義醫院內部資料。
- 謝美娥 (2002)。〈失能老人與成年子女照顧者對失能老人遷居的歷程與解釋：從家庭到機構〉，《社會政策與社會工作學刊》，6（2），頁 7-63。
- _____ (2003)。《新型服務設施評估研究》。台北：內政部委託研究報告。

二、英文部分

- Andersen, R. M. & J. F. Newman (1973). "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization the U.S.", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, p.95-124.
- Ball, M. M. et al. (2000). "Quality of Life in Assisted Living Facilities: Viewpoints of Residents", *Journal of Applied Gerontology*, 19(3), p.304-325.
- Golant, S. (2004). "Do Impaired Older Persons with Health Care Needs Occupy U.S. Assisted Living Facilities? An Analysis of Six National Studies", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, p.S68-S79.
- Hawes, C. et al. (2003). "A National Survey of Assisted Living Facilities", *The Gerontologist*, 43, p.875-882.
- Johnson, R. J. & F. D. Wolinsky (1996). "Uses of Community-Based Long-Term Care Services by Older Adults", *Journal of Aging & Health*, 8(4), p.512-537.
- Marsden, J. P. (1999). "Older Persons' and Family Members' Perception of Homeyness in

- Assisted Living". *Environment & Behavior*, 31(1), p.84-106.
- McPhee, S. D. & T. R. Johnson (2004). "Comparing Health Status with Healthy Habits in Elderly Assisted-Living Residents", *Family and Community Health*, 27(2), p.158-169.
- Mollica, R. (2002). "State Assisted Living Policy 2002". Retrieved September 14, 2005, from http://www.nashp.org/Files/ltc_15_AL_2002.pdf
- Mosher-Ashley, P. M., & E. P. Lemay (2001). "Improving Residents' Life Satisfaction", *Nursing Homes Long Term Care Management*, 50(5), p.50-54.
- Nocon, A., & N. Pleace (1999). "Sheltered Housing and Community Care", *Social Policy & Administration*, 33(2), p.164-180.
- Sikorska, E. (1999). "Organizational Determinants of Resident Satisfaction with Assisted Living", *The Gerontologist*, 39(4), p.450-456.
- Tracy, J. P. & S. De Young (2004). "Moving to An Assisted Living Facility: Exploring the Transitional Experience of Elderly Individuals", *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), p.26-33.
- Wolinsky, F. D. (1990). *Health and Health Behavior among Elderly American : An Age-stratification Perspective*. New York : Springer.
- Yeatt, D. E. & T. Cow & E. Folts (1992). "Service Use Among Low-Income Minorit Elderly : Strategies for Overcoming Barriers", *The Gerontologist*, 32(1), p.24-32.
- Young, H. M. (1998). "Moving to Congregate Housing: The Last Chosen Home", *Journal of Aging Studies*, 12(2), p.149-165.
- Zimmerman, S. et al. (2005). "How Good Is Assisted Living? Findings and Implications From an Outcomes Study", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences*, 60B (4), p.S195-S204.

A Qualitative Perspective on the Utilization of Assisted Living Facility

Mei-O Hsieh

Professor, Graduate Institute of Social Administration and Social Work

Abstract

The purpose of this study intended to examine the reasons for using or not using an assisted living facility (ALF) founded in an experimental community. In-depth interviews (19 residents, 13 primary caregivers and one social worker) and a focus group of case managers ($n=4$) were utilized to collect the information. The secondary data concerning of the cost and service delivery were also used. The important findings are as followed: Reasons for using ALF: ALF can satisfy the need for independent living, ALF can provide companionship, ALF can provide access to needed health care, children can take care of the elderly or visit the elderly more conveniently, ALF can provide watchful oversight, ALF can provide barrier-free housing environment, the expenses are affordable etc. Reasons for not using ALF: Sending parents to ALF is traditionally not filial, families cannot afford the expenses, the facility does not meet the housing expectation, nursing homes or life-line equipments are alternatives to ALF. In general, most of them (17 residents) were satisfied with the facility and services. Finally, policy, practice and research implications were discussed.

Key words: assisted living facility, utilization, experimental community