

# 理想照顧住所的想像－ 以社會支持觀點檢視老人失智症者 「團體家屋 (group home)」

施麗紅

## 壹、前言

臺灣於 2007 年初老人福利法修正通過時提出附帶「團體家屋 (group home)」之試辦實施要求：「因國外先進國家如北歐、日本對於失智症老人的家屬在長期照護的過程中，經常面臨生理、心理、經濟、家庭、社會關係等多重壓力甚至瀕臨崩潰，進而發展出團體家屋 (group home) 之社區服務模式，提供失智症老人非機構式的日常生活照顧、必要性照護、治療及訓練等如『家』的服務」(內政部社會司, 2007)。臺灣因缺乏實務操作經驗，考量與其他國家文化、環境、制度的不同而先行試辦。在該年 7 月內政部正式函頒「失智症老人團體家屋試辦計畫」，結合民間單位提供失智症老人在居家與機構照顧之外的第三種選擇 (吳玉琴, 2009)。

「團體家屋」乃針對過去機構照顧模式之改革，希望達到個別化、隱私、有尊嚴、有品質的生活安排，在日本被認為失智症老

人照護模式的王牌，也是一種世界性趨勢 (李光廷, 2004；莊秀美, 2000、2005、2008)。而究竟團體家屋此一照顧模式，真能滿足失智症者及其家屬從家庭轉換到機構過程的適應需要？能改革過去對失智症者在傳統機構接受照顧引發之詬病？

目前已有相關研究或論著進行老人遷居過程與其生活適應、心理健康狀態等之探討 (邱美汝、陳玉敏、李月萍, 2007；陳芷如、徐亞瑛, 2000；黃源協, 2007；葛雅琴, 2001；蔡尚穎, 2007；謝佳容、蕭仔伶、劉淑娟, 2007)。因此，理想的照顧住所乃是一個終極狀態，最重要之處在於個人 (失智老人) 轉換的過程與原本系統 (家庭) 的連結程度，並在新的系統 (機構) 中能活得更好。社會工作強調「人在情境中」，習慣從環境中獲取「資源」為工作焦點，但卻容易忽略資源乃蘊藏在社會網絡當中，如何協助陷入困難的個人發展或是維持社會支持網絡，以提升其因應生活壓力事件的資源尤其重要 (宋麗玉,

2002)；換言之，提高老人照顧的生活品質、生活滿意狀況，社會支持體系是不可或缺的重要條件（呂寶靜, 2000；陳燕禎, 2005；葉淑娟、施智婷、莊智薰、蔡淑鳳, 2004）。

有鑑於社會支持的發展與維持，對個人在轉換環境所扮演角色之重要性，本文要以此觀點檢視在國外被認為是理想照顧老人失智症者的模式-團體家屋。以下要先對團體家屋照顧模式此一理想的照顧住所，其產生的脈絡背景、主要理念、服務內容、實施成效等做介紹；接著，討論社會支持觀點概念與意涵；最後，運用社會支持觀點檢視團體家屋模式所帶來哪些社會支持的優點與限制，也就是此一模式在照顧理念、硬體空間、照顧人員、照顧關係、組織管理與運作等層面是否達到其所宣稱之效果、產生何種支持結果，而有別於傳統之老人機構。

## 貳、老人失智症者團體家屋

「團體家屋 (group home)」的概念最早在 1980 年代左右興起於瑞典 (Malmberg, 1999；Malmberg, & Zarit, 1993；張雪真譯, 2004)。日本於 1990 年代引入此概念，且在 1997 年正式制度化實施 (李光廷, 2004)。此模式無論在澳洲、加拿大都被認為能促進住民生活品質之照顧模式 (Chaput, 2002；Cohen-Mansfield & Bester, 2006)；在美國對於護理之家的不適當性，認為必須重新找回住民的權力與能力以提升其生活意義，故在 2003 年發展「the Green House」認為是一種「smart house」，稱為新型的社會照顧模式 (Rabig, Thomas, Kane, Cutler, & McAlilly,

2006)，從其服務內涵看來與團體家屋的概念與實施大同小異。在此部分將綜合引用不同國家對於團體家屋、單元照顧或是「the Green House」的概念來討論團體家屋概念、內容與實施成效。

### 一、團體家屋成立的背景

從瑞典的濟貧法、老人福利制度、住宅政策之發展，可見老人居住機構的起源與轉變-從濟貧收容無依的老人的德政，到視老人照顧居住服務成爲一種公民權。其關鍵的改變在二次世界大戰之後，全面的變革在 1960-1982 年之間，過去救濟式老人院的惡名消失，取代者乃是「附有照護的服務院」之新型老人院，強調具備個人房、像「家」環境的設計，主要服務對象特別針對失智症者與失能者；同時強調老人在老弱到無法照顧自己時，無論貧富都對老人院有絕對需要，而支付機構照顧的費用則爲國民年金加上個人所得收入的 80%；此政策的轉變與幾項因素有關：(一) 主政者全力推動國民年金背後的思維 (註 1)；(二) 國家面臨人口老化的問題 (在 1975 年人口老化比爲 15.2%)；(三) 對大型機構制度式的照顧品質的疑慮-多人房缺乏隱私、集體化的生活；(四) 失智症者不適用於原本的照顧設施所引發的改革 (Malmberg & Zarit, 1993；張雪真譯, 2004)。

瑞典團體家屋於 1980 年代開始，家屋概念強調失智老人的社會性需求而非醫療需求之安排，將老人視爲有能力、自主的個體，雖居住在個別空間，但在其有需要的時候，能快速獲得照顧人員協助；此一安排乃對當時老人院 (old-age care) 混合照顧失智症者

之省思而來，並且在各種老人的服務機構中，開始討論老人是否要擁有自己的家（房間）。第一個團體家屋在斯德歌爾摩的自治區成立，自此到 1995 年為止有 15,000 個地方成立，其數量增加快速與政府經費投入有關（Malmberg, 1999）。

日本團體家屋的發展，與高齡化社會來臨，失智症人口增加急速有關，既有的老人設施設備不敷使用，故引入團體家屋的照顧模式，加上介護保險制度推波助瀾之下（日本 1997 年通過「公共介護保險法」其中「失智症老人團體家屋」成爲居家服務的合法服務型態，列爲**長期照護保險給付服務中居家服務的項目**，2000 年 4 月正式實施），而造成團體家屋急速擴張（李光廷, 2004；林玉子, 2007；莊秀美, 2000、2005）。無論在瑞典或日本團體家屋的發展與老人人口增加、照顧機構的類型演變、福利制度的建構有關，希望解決機構內的失智老人照顧問題。

## 二、團體家屋的最基本準則、內容

對失智症者而言，在機構創造一個盡可

能像家的環境 (as homelike as possible) -小單位的社會性照顧 (Chaput, 2002; Cohen-Mansfield & Bester, 2006; Malmberg & Zarit, 1993; Malmberg, 1999; Rabig et al., 2006)；至於爲何要像家，是一個以服務使用者 (person-centered care) 爲核心的概念，每一個人都是重要的人，即使是失智症者，也要活得有光彩，故必須在照顧上保有服務「彈性 (flexibility)」(Cohen-Mansfield & Bester, 2006；水野陽子, 2008；村岡裕, 2008)。

其他實施的內容以及成效請見表 1，主要的照顧理念強調在地老化，並且與所在社區有互動，家屋的基本規模是個人房、小單位、像家環境的塑造，個人擁有隱私的空間、盡可能自主尊嚴的生活方式；照顧人員一起參與失智長者之日常生活，從事有關家務的活動。在實施效果方面對於住民以及照顧者言，都比過去傳統機構之照顧有更好的效果，包含住民因爲失智症而來的挑戰行動降低，離床時間多，並與其他住民工作人員之間有更多互動；對機構員工來說，則工作滿意度提高、離職率較低，照顧負荷降低等。

表 1 團體家屋相關實施內容

	主要內容
基本準則 照顧哲學	1. 機構創造盡可能像「家」的環境-小單位的社會性照顧。 2. 強調在地老化 (aging in place) 與所在社區互動。
基本規模 (硬體)	1. 個人空間：6-8 間個人房，攜帶老人喜歡之傢俱、窗簾、照片裝飾。 2. 公共空間：廚房、客廳爲公共區域，布置成懷舊空間 (像過去家的生活環境)。 3. 由以上兩者所組成的集叢 (cluster)。
團體家屋住民 選擇	適合失智程度中等。(輕微的失智症者居住在家；嚴重的失智症者居住護理之家，接受受過醫療訓練的專業員工協助)。

照顧人員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 曾在老人機構工作，有興趣與失智症者一起工作之人員。</li> <li>2. 具備護理助手之水準，參加失智症相關基礎訓練，能照顧失智症者。</li> <li>3. 員工本身是治療的媒介，激勵失智症者參與每天例行活動。</li> </ol>
活動提供	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 協助住民在像家的環境中生活，如：食物準備、擺設桌子、洗碗碟，更重要協助維持其基本能力。</li> <li>2. 一起製作餐點：聞到烤麵包、烘培點心之香味。</li> </ol>
團體家屋效果	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對住民而言                     <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 住民平靜溫和，少有混亂、挑戰行爲。</li> <li>(2) 相較傳統機構式設計，住民擁有更大的自主和隱私。</li> <li>(3) 住民接受服務滿意度較之前高。</li> <li>(4) 家屬的探訪頻率增高。</li> </ol> </li> <li>2. 對員工而言                     <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 工作滿意度較高。</li> <li>(2) 離職率較低。</li> <li>(3) 照顧人員在客廳時間增加，參與住民休閒娛樂，增加聊天互動。</li> <li>(4) 服務動線縮短，員工照顧負荷量逐步降低。</li> </ol> </li> </ol>

資料來源：整理自 Chapat, 2002 ; Malmberg, 1999 ; Malmberg & Zarit, 1993 ; 黃松林、劉慧瑩、許秀月, 2008

爲了更瞭解傳統老人機構與團體家屋模式之差異，從硬體環境、社會關係、照顧、對老人的看法等面向進行兩者比較（詳細請見表 2），例如在傳統機構的工作人員與老人之間比較是上對下的關係，像是輸送帶的分

工方式照顧老人；而在團體家屋內，彼此之間是一種夥伴關係，照顧人員一起參與老人活動、表現創意，是一種全包式的服務（一起參與老人的照顧、活動等），而不是片段的輸送帶分工。

表 2 傳統型機構與團體家屋的比較

	傳統型機構	團體家屋（單元照顧）
硬體環境	多人房且是長廊式空間人不易互動	單人房、半公共空間、公共空間
生活	以照顧爲重心（像病人） 團體的生活關係  缺乏個人隱私 完全依賴 缺乏社區關係	以生活爲中心 與個人生活親近的關係（和住在機構前類似） 確保個人隱私 獨立自主的 豐富的社區關係
社會關係	孤立的社會關係 幾乎閉不出戶	緊密的社會網絡 依照住民意願得以外出

	志工、家人以及社區居民很少探訪 與社區幾乎沒有互動	志工、家人以及社區居民可自由探訪 與社區交流熱絡
照顧	照顧等同身體照顧 一成不變的照顧、固守課表 責任分配制	身體照顧、身心照顧、社會照顧 個別的照顧、關係的照顧 共同生活制
對老人的看法	負面的 個人無法自立生活	正面的 個人是不斷學習成長的
溝通方式	單向的 按照課表規定時間作息（統一洗澡 吃飯睡覺）	雙向的 能感受老人不安的情緒，調整照顧的方式
照顧人員	照顧關係是不平等的上對下 容易產生耗竭壓力大離職率高 輸送帶式的分工	照顧關係是相對平等的夥伴關係 參與、表現創意 全包式的服務
管理權	集中於高級管理階層 命令的 管理的	權限下放 顧問提議 合作的
組織運作	理念是一種口號 管理者無心關心照顧 功能取向的分工中心 依工作內容分工負責	理念共通實踐 管理者高度關心照顧 單位取向的分工中心（有一組人負責） 團隊合作

資料來源：修改自莊秀美, 2008, pp. 108-109

### 三、團體家屋照顧環境

無論國內外，在失智症者照護服務中，大多數探討照顧安排或設計之文獻中，幾乎都曾提到環境調整 (Cohen & Weisman, 1991; Norris-Baker, Weisman, Lawton, Sloane, & Kaup, 1999; Peppard, 1991; Reader & Hoefler, 1991; 陳明珠譯, 1991; 曾思瑜, 1999; 黃耀榮, 2000)，從生態觀點正可以說明失智老人因為本身生理功能受限、認知能力缺損，所以比較難從改變個人特質來適應環境，而是必須增強環境的安全與可接近性等面向的調整，使得失智症者有較佳之生活適應 (Lawton, 1980)。而一般討論到失智症照護

服務中，認為醫療占 20%、照護占 50%、環境占 30% (莊秀美, 2005)。

一般照護失智症者的環境包含有：物理、社會、營運環境等三面向；物理環境乃是居住者的空間構成、環境特質；社會環境是指人與人之間互動的環境（家屬、親友、照顧者所組成之環境），及能增加其社會參與，發揮自我功能以提升自我價值與尊嚴的各項活動安排；營運環境是指照顧者對失智症者的照顧理念 (尹聖道, 2005)。因此，團體家屋的理念，可說是兼具硬體環境與軟體照顧政策兩者理念的落實；然而，硬體環境的調整，也都是為了讓照顧更容易進行，機構除了空間上的分群照顧之外，機構的管理

者、照顧者看待失智症者的態度也是此政策得以落實之重要關鍵，故相關工作人員培訓工作不可少。

## 參、社會支持觀點

對居住機構失智症長者而言，延續過去在家所接受之支持，並在新住所獲得社會支持及建構完整的支持網絡，是協助其促進身心健康的重要條件。以下討論社會支持概念、來源與分類，以作為檢視團體家屋能獲得社會支持的程度。

### 一、社會支持概念

社會支持的概念已經存在一段時間，但在社會科學領域中卻是近 20 年來常出現的一個名詞。Cantor 與 Little (1985) 認為老人的社會支持系統是一種連續的連帶 (tie) 和協助的分擔，以維持個體生理的、心理的和社會的整合；而 Antonucci (1985) 界定社會支持為人際之間協助、感情支持和肯定 (自我價值在確認) 的交換；Caplan (1974) 則認為當個人面臨壓力情境時候，身邊的家人、朋友或其他重要他人給予不同形式的支持與援助，其方式包括訊息的支持或是情感的安慰；而 Cobb (1976) 則進一步加入支持應該包含實質的幫助和資源的提供；綜合以上所述，一個人若能從正式和非正式的資源中得到情緒以及實質等之社會支持則能產生好的生活適應。

無論對社會支持的定義與看法為何，基本上都肯定社會支持是具有**多向度**的概念，如區分工具性支持、情緒支持、訊息支持、

自尊支持等；也有區分為實際的支持 (actual support) 和感知的支持 (perceived support)，前者指客觀的事實，後者是個人主觀的評量，這兩者之間有時不見得一致，必須視個人對於他人的期待多寡，當期待他人給予支持越高時，主觀感受支持的程度可能不如實際得到的來得多 (宋麗玉, 2002)。

Lin (1986) 曾將社會支持的概念分別從「社會」和「支持」兩個面向探討，從社會面向來看，社會支持隱含個人和社會環境的連結，細分為三個層面：社區、社會網絡和親密伴侶-其中社區是人最外層的一般關係，個人與社區的關係反應個人能否整合於社會，對社區有歸屬感，亦即人對於社區的認同與參與，例如參與如教會、學校、公民團體等；社會網絡是個人可以直接和間接接觸的一些人可能是親戚、共同工作場所的人以及朋友，這些人使得個人有「連結感 (sense of bonding)」，其指涉實質連結、間接的關係；最接近個人的是親密伴侶，是一種「繫屬關係 (sense of binding)」，關係中的人共識與期待彼此互惠和相互交換，對於彼此的幸福有責任感，這些往往是少數知己、密友或配偶；而在此三層關係之中，社會網絡中的人常常來自個人所處的社區，而親密伴侶則由社會網絡中浮現，但是當今通訊的發達，透過電話和電子化等，人際關係的形式不再受有形地理空間的限制；在「支持」面向，則分成工具性支持和表達性支持兩類，工具性指以人際關係做手段以達成某種目的，如找工作、借錢等，其中較是引導、協助、有形的支持、以及問題解決行動；表達性則指心理支持、發洩情緒和挫折、自尊支持、情感支

持、肯定自己和他人的價值與尊嚴等。簡單來說，此處所說明的社會支持是由社區、社會網絡和親密伴侶等所提供感知和實際的工

具性或表達性的支持，是一種互動和交心的社會意涵，整理如表 3 所示。

表 3 社會支持的綜合定義

社會	支持	工具性支持 (引導、協助問題解決行動、有形的支持)		表達性支持 (心理支持、情緒支持、情感支持、自尊支持)	
		實際 (客觀)	感知 (主觀)	實際 (客觀)	感知 (主觀)
	<b>社區 (歸屬感)</b> 個人對社區的認同與參與，個人是社會一分子，參與社區志願組織之相關活動	客觀存在的一般關係，當事人實際上由社會所提供的工具性支持	當事人主觀感知由社會所提供的工具性支持	客觀存在的一般關係，當事人實際上由社會所提供的表達性支持	當事人主觀感知由社會所提供的表達性支持
	<b>社會網絡 (連結)</b> 個人直接或間接接觸的一些人，一種實質連結的關係 (親屬、共同工作場所朋友)	客觀存在當事人實際上由親朋好友工作場所等社會網絡所提供的工具性支持	當事人主觀感知由社會網絡所提供的工具性支持	客觀存在當事人實際上由親朋好友工作場所等社會網絡所提供的表達性支持	當事人主觀感知由社會網絡所提供的表達性支持
	<b>親密伴侶 (繫屬)</b> 關係中的個人共識與期待彼此互相交換與互惠，對彼此負有責任 (知己、密友、配偶等)	客觀存在當事人實際上由親密伴侶所提供的工具性支持	當事人主觀感知由親密伴侶所提供的工具性支持	客觀存在當事人實際上由親密伴侶所提供的表達性支持	當事人主觀感知由親密伴侶所提供的表達性支持

資料來源 修改自宋麗玉, 2002, p. 292

附註：對當事人來說，客觀存在的支持需要有主觀感知的支撐，有支持的人或關係存在，當事人不認為那是支甚至感覺是負面，則恐非真正支持。

總而言之，社會支持是一個人從正式和非正式的資源中得到情緒以及實質等之支持，以使個人產生良好生活適應。

- 是一種多向度的概念。
- 支持以客觀與主觀的方式存在，客觀存在不見得有支持產生，使用者因為缺乏使用

能力或是主觀覺得不是支持而無法產生正向經驗。

- 社會支持除了正向經驗之外，也可能產生負向經驗（期待過高而實際獲得低產生失落經驗、綿密支持中斷產生悲傷）。

## 二、社會支持來源與分類

一般而言，社會支持的來源與分類，大致分成正式來源和非正式來源，正式照顧體系包含政治和經濟制度、公私立社會福利機構，和基於血緣、地緣種族而結合的人民團體；以及由親屬、朋友和鄰居所構成的非正式支持系統（呂寶靜, 2001）。

針對失能老人的照顧，並非同等失能程度的老人，其所需要服務就支持相同，而是考量老人原來的家庭是否有人力、意願與人力提供照顧。此與高迪理、尤幸玲、黃聲遠（2001）提出滿足老年人養護需求流程的抉擇因素有相似之處-老年人的年齡（生理機能損傷程度）、家戶因素（有無同住者）、知能因素（同住者照顧意願）、財務經濟因素（能否聘用他人協助照顧），將影響其選擇在居住處接受照顧或是住進機構。故在整個老人長期照護體系當中，居家、社區、機構皆有其存在之必要。

而 Cantor 與 Little（1985）進一步以老人健康狀況依照虛弱需要他人協助的程度分成三級，健康狀況不同者所需要之正式與非正式支持體系亦不相同，健康狀況較好者某種程度只要給予部分的工具性支持以及情感性支持即可；倘若健康狀況較差、失能較嚴重者，則工具性支持的需要更高（包括專業技巧的照顧）。換言之，失智狀況越嚴重的老

人，若想留在社區之內接受照顧，則家屬所需要獲得的支持性資源必須更高；否則可能導致老人被疏忽虐待的可能提高，或者主要照顧者其照顧負荷壓力過大；或迫使老人提早進入機構式服務。

當失智症者進入機構接受服務時，意味支持提供的移轉，也就是因身心障礙程度或照顧難度的提高，必須仰賴機構提供更為專業之工具性支持；同時，情感性支持部分，在機構之內主要與直接提供照顧的第一線人員建立社會情境關係，包含勞務與愛的成分；另一方面，原本與家人朋友之間的情感性支持，倘若能隨著照顧地點的轉換而持續提供，則失智老人原本與非正式支持系統長年互動支持的關係不至於完全斷裂（原本高度支持的關係斷裂後產生的負面支持的經驗）。故人機構的位置若能越接近失智老人原本生活的社區，則此一非正式情感性支持的可近性與提供頻率有可能性較高（探訪失智老人比較近且方便）。

## 肆、社會支持觀點檢視團體家屋模式的意義

### 一、社會支持網絡觀點的假設與討論

依照本文當中所討論的社會支持，筆者對其假設如下：

(一)一個多向度的觀念（工具性與表達性的支持）。

(二)支持客觀存在，也必須考量服務使用者（失智老人）主觀經驗：

當服務使用者（失智老人）覺得是項資源，才有可能成為支持的來源，但因失智



症者認知缺損之故，因此，必須參酌家屬意見，家屬必須以失智症者生病之前的習慣、喜好為根據。

- (三)客觀存在的社會支持討論為主：雖然必須考量服務使用者的主觀意見，但在接下的討論，因無法針對當事人進行瞭解，先僅對客觀存在的社會支持討論，使用此一概念檢視理想照顧模式帶來的可能效果。
- (四)使用社會支持矩陣(社會、支持兩個層面)探討團體家屋模式的硬體、軟體服務(本文著重軟體服務闡述)等對於老人失智症者(團體家屋之服務對象以輕中度身障等級且尚有行動能力的失智症者為主)產生的影響。

## 二、從社會支持網絡觀點檢視失智老人團體家屋

「團體家屋」在日本被讚譽為失智症老人照護模式的王牌，其針對傳統過去機構照顧之改革，希望達到個別化、隱私、有尊嚴、有品質的生活安排。因此，筆者認為這是照顧失智症者之理想住所，其主要關注的核心乃為服務使用者-老人失智症者的立場。而此一理想住所的宣稱所應具備的照顧理念與內涵已在本文第貳部分針對照顧理念、內容進行討論；接續，筆者將根據上述對社會支持網絡觀點的假設，從**社會**(包含社區、社會網絡、親密伴侶三項概念)與**支持**(工具性支持與情感性支持二項概念)兩個向度，檢視團體家屋在照顧哲學、硬體、照顧人員、照顧關係、活動提供、社會關係，組織管理與運作等部分，其所產生支持的實質內涵進行討論(詳細見表4)。此一討論可看出團體

家屋與傳統老人機構相似與差異之處；再者，誠如之前社會支持概念之討論，支持可能帶來正向與負向結果，團體家屋做為一個理想住所，必然有許多支持之優點，然而，不置可否存有某些限制，是我們在擁抱從國外引進美好想像之照顧制度時，無法照單全收，不可不慎之處。

### (一)團體家屋相對失智症者之主要照顧者主要提供工具性支持

當失智症者居住家裡時，主要由非正式支持系統擔任主要照顧者，提供其日常生活協助、飲食、就醫、交通等；而當老人轉換到家庭外系統，表示照顧者其能力或意願上遭遇困難，因此，將工具性支持的提供轉移到團體家屋工作人員，此狀況回應失智症者可以在長期照顧系統中轉換居家、社區或是機構式服務。

### (二)團體家屋與傳統老人機構相似與相異之處

誠如第一點所述，機構乃替代性服務，故最能滿足失智症者之工具性支持。此外，過去傳統機構大型化、偏遠的位置，以及管控、制式之規定，因而其在先天環境上脫離原本老人生活社區，潛在限制失智老人與社區、照顧者以及家屬彼此間更多互動的可能性。故相較傳統老人機構，團體家屋能提供失智症者之表達性支持，偏向社會模式之照顧。

### (三)在團體家屋照顧理念(照顧哲學)方面強調在地老化，以及和社區有更多連

結，故其所帶來的表達性支持，主要彰顯兩方面：

1. 社區的歸屬感方面，失智症者和團體家屋坐落同一社區，相對傳統大型機構易認同當地文化且產生歸屬感，如：語言使用、相同的文化宗教活動等。
2. 在社會網絡連結方面，團體家屋座落社區，其僱用之員工或招募之志工與老人熟識的可能性提高，此一狀況有助於其適應新環境。

#### (四) 在團體家屋的硬體環境方面（個人房與公共空間的設計）

硬體環境所帶來的表達性支持以及限制有：

1. 個人房設計讓老人擁有一個別隱私空間：若老人本身不喜歡過渡緊密的人際互動，則擁有私人的空間，一來可避免失智老人因為挑戰行為所產生與他人互動之干擾，避免負面支持的產生；再者，老人帶來自己熟悉的擺設放在個人房內，意味著自己過去生命經驗之延續；而熟悉的事物能帶給失智長者更多正向支持感受。
2. 公共空間設計加深與其他住民、員工的社會互動：相較於傳統型機構-長廊式多人房設計，則團體家屋提供客廳的空間，作為老人離開單人房後，住民與照顧人員互動場所；加上且此場所之環境布置，類似老人的生活背景，且照顧規模較小，能顧慮個別化需求，因此，有助於失智症者轉換到新住所之後，擁有良好互動環境以建立其社會網絡或親

密伴侶關係。

3. 可能限制：照顧提供倘若在單人房內進行，則照顧人員與住民之間的互動狀況、照顧品質能否維持一定的水準？「家」雖然能提供家庭成員正向支持，但也可能給個人帶來壓迫之負向支持，如家庭內之暴力事件，同樣地，團體家屋住所內，亦可能產生對住民的疏忽或虐待事件，成為一種親近關係的負面支持，故必須提出預防措施機制。

#### (五) 在團體家屋照顧人員方面

照顧人員所帶來的表達性支持方面，工作人員與家屋在同一社區，故對家屋容易產生認同，此外，此一照顧模式原則上安排同一組工作人員照顧陪伴相同的住民，彼此一起生活、活動，而非將照顧工作-洗澡、餵食、上廁所等切割不同人協助的分工片段。藉由與相似的照顧人員共同生活，失智症者的社會網絡能產生類似朋友關係的連結，或因提供直接身體照料，而產生擬家人般的繫屬關係。

#### (六) 在團體家屋照顧關係方面

照顧關係的轉變所帶來的表達性支持優點與限制如下：

1. 優點：從過去的一種上對下的權威關係，轉變成照顧者與住民是一種夥伴關係；且由於互動關係密切，可出現類似親人般的繫屬關係。
2. 限制：必須留意關係過渡緊密之後，可能產生負面支持的效果。

### (七) 在團體家屋活動提供方面

活動的提供所帶來的表達性支持，主要優點與限制：

1. 提供與老人生命經驗相關的活動容易有歸屬感，例如：在一個務農的社區，住民的活動可以安排到社區的小農地種菜，此可讓住民延續過去在家居住經驗，持續增加社區認同感。
2. 活動參與是生活的一部分：失智症者在家屋內與其他住民、照顧者有更多互動，如一起合作家務活動，挑菜、煮飯、擦地板等，更容易產生像是朋友或家人之間的連結或繫屬關係。
3. 限制：並非所有住民都能適應家務參與的生活模式，此與其過去與家人互動的經驗有關，因而在觀念或作法上要如何增強老人或家屬的改變，或尊重其不適合此照顧模式之間取得平衡。

### (八) 在團體家屋社會關係（和志工、家屬與友人的連結度）方面

社會關係所帶來的表達性支持，主要優點與限制：

1. 社區歸屬感方面：
  - (1) 團體家屋坐落社區內，除了照顧人員之外，若運用鄰近社區之志工，則志工也會讓住民有親切感，產生歸屬的感受。
  - (2) 團體家屋模式強調失智症者容易外出到社區活動，或歡迎外人到家屋內參觀，如此可降低過去傳統機構中住民之被囚禁感，增加其與社區融合。
  - (3) 限制：失智症者若過去在社區評價較差，則轉住到團體家屋之後，志工或照

顧人員等可能複製過去負面的評價，而不易與之建立正向支持關係。

2. 社會網絡連結方面：親人、朋友、鄰居就近到家屋探視，延續過去在家中之社會網絡，不因住所轉換中斷過去人際網絡。
3. 在親密伴侶方面：家人能探視可近性高（甚至天天探視），延續人倫親情，避免住民被拋棄感，產生另一種孝道關係與行為。

### (九) 組織管理與運作方面

組織管理與運作所帶來的表達性支持，主要優點與限制：

1. 優點：權限下放的管理機制，讓照顧人員有更大的彈性，與失智症者互動，此乃照顧變革成功的重要關鍵，家屋之所以能夠存在，與營運管理機制高度相關，因此，管理階層的支持更能促成整體照顧之變革。無論對第一線的照顧人或失智症者及其家屬都是一種充權。
2. 限制：權限下放之後，照顧人員有更高自主性，是否會有不當對待事件產生，必須有一套回饋機制予以監督。

## 伍、結語

大多數人使用「家」此一概念認為是理想照顧住所的想像，然每個人對家的想像不同，機構怎樣都不會是家，而只能說越像家越好（至少是住在那裡多數人的想像），理想型是針對現狀的不太理想之處而來的改革，團體家屋是對於傳統大型安置機構的挑戰而

來的社會型照顧模式，有其特定的照顧理念與硬體、軟體服務，從社會支持的觀點進行檢視的確發現其相較傳統照顧機構帶來更多正向的社會支持。最後，筆者提供以下淺見進行討論與省思：

## 一、理想照顧模式花費昂貴，需要制度之建構與支持

團體家屋在國外的發展起源於老化社會的來臨，最後，政府政策關注，以國家的力量介入處理終於蓬勃發展，可想而知這樣的花費是昂貴的（筆者在另文已經進行討論），當失智者之照顧工作成爲普遍的需求，無法以家庭之力獲得解決，則需仿效國外以社會保險方式或稅收方式支應。

## 二、持續推動對老人機構提升服務品質之教育，以「人」為中心之照顧

在照顧的傳統上偏向任務中心模式，從工作人員、機構管理的觀點出發，照顧是一連串洗衣、穿衣、下上廁所、活動、吃飯的任務組合。導致有效率的服務，卻被批評像輸送帶的物品一般，喪失長者的個別性（Kitwood, 1997; Kitwood & Benson, 1995）。此一觀念是從急性醫療發展而來，然而，在老人機構應該是一種慢活的精神，強調人居住之「生活品質」，以老人爲核心，強調機構像「家」，而非僅醫療照顧的部分，關注在住民生理、社會、心理、精神幸福的整體需求（the holistic needs）；重視住民的尊嚴、獨立、選擇、隱私；以住民爲中心的強調住民的選擇、自主性、舒適、有意義的活動、成長的機會、關係的維持；同時，鼓勵員工熟

悉住民的喜好、價值、生活經驗，對住民進行個別化瞭解。然而，這樣的變革對於許多管理者而言是陌生的，筆者曾與一位曾在醫院管理過機構的主管進行何謂團體家屋的討論，當談到我們必須改以服務使用者的習慣來調整吃飯、洗澡時間（一三五或二四六洗澡），對方的第一個反應是「這樣很沒有效率，會花很多時間..」，可見臺灣未來要推展在觀念的變革上還有一段漫長之路，當然，持續針對管理階層與實務工作者的教育不可或缺。

## 三、隨著國內現況與時代變遷，逐步修正移植國外之制度

一個理想的模式，其在移入不同的國情脈絡之下，必然有許多必須考量調整之處，筆者曾和某機構的社會工作者談論到目前規劃團體家屋試辦的經驗，提到個人房在國內的適切性（當然，國外在住民的身心障礙程度上有必須考量之處）？！這也是筆者思考的問題，現在的老人對於個別的空間或許是早年經驗生長在大家庭所以需求度看似不高，但是隨著所在地區不同、不同世代的推移是否更需要獨立的個別空間？無論是制度上的配套措施或是植入的模式都必須多所斟酌，但在本文並未處理這樣的問題。本文嘗試從人在搬遷過程中可能導致社會支持斷裂的可能，來檢視這個目前被認爲是理想的照顧模式，文中發現相較於傳統型的機構，其的確能建構更佳的表達性支持，以失智老人爲核心，將其放入熟悉的社區住所中，讓熟悉的家人親朋好友，社區的志工、照顧員工，一起協助失智老人移轉到團體家屋中生活。

團體家屋是一種理想，也是相信，這樣的模式的確為失智症長者帶來社會支持的力量；當然，也有一些必須避免造成負向支持之處，是引用任何照顧方式所需留意之處。

(本文作者施麗紅現為東海大學社會工作學系博士候選人)

**關鍵字：**團體家屋、老人失智症者、社會支持觀點

表 4 以社會支持觀點探討老人失智症者之團體家屋

社會支持觀點		理想照顧住所的想像—失智老人團體家屋 (理想型)						
支持層面	社會層面	照顧哲學	硬體 (個人房、公私空間區隔)	照顧人員	照顧關係	活動提供	社會關係 (和志工家屬與友人的連結度)	組織管理與運作
工具性支持 (有形物質的提供居多)	社區 (歸屬感)		當老人失智症者進入團體家屋之後，幾乎所有的工具性支持，幾乎由機構的工作人員所提供。 特性：					
	社會網絡 (連結)		1. 專業工作者能藉由「組織」提供老人所需要的服務，而這些生理上的照顧是家屬所不易提供的，也是到團體家屋的主要目的，而這類的功能和傳統機構也類似。 2. 和傳統型機構相較之下，團體家屋最大的不同在於，表達性社會支持的提供，這個部分在過去傳統機構幾乎呈現斷裂的狀態。					
	親密伴侶 (繫屬)							
表達性支持 (情感的支持與連帶之多)	社區 (歸屬感)	優：老人都是在地人，對當地文化易認同有歸屬感 (相對於在郊區的大型機構)	優： 1. 運用空間規劃，讓老人能有個人隱私空間的感受 2. 公共空間加深與其他住民員工的社會互動  缺： 照顧在私密的空間進行可能			提供與老人生命經驗相關的活動容易有歸屬感	優： 志工來自相同社區容易有親切感，可以外出到社區活動，無被囚禁感，與社區融合 限制：老人如果過去在家裡被社區人士評價較差，住到團體家屋，可能複製過去負面的評價	優： 權限下放的管理機制，讓照顧人員有更大的彈性，與老人互動增加 (此是變革的重要關鍵) 限制：權限下放之後，照顧人員有更高自主性，是否會有不當對待事件產生 (要有一套

			有品質的 憂慮(看不到)					回饋機制予以監督)
社會 網絡 (連 結)	可能機 構中的 工作人 員或志 工和老 人本身 就認識		優： 由於同在 一個社區 之內除了 對組織產 生認同之 外，也可 能與工作 人員產生 社會網絡 類似朋友 關係的連 結。	優： 是一種夥 伴關係非 上對下的 關係；由於 互動關係 密切，甚至 有類似親 人般的繫 屬關係 限制：必須 留意關係 過渡緊密 之後，可能 產生支持 的負面效 果(如暨親 密又衝突 的關係或 公平對待 團體家屋 之住民)	活動是參與 機構生活的 重要方法， 並在其中 與照顧者有 更多互動， 活動本身就 是生活的一 部分 (如：一起 合作家務活 動) 限制：是否 有些人無法 適應家務參 與的模式， 觀念或做法 上要如何增 強老人或家 屬觀念的改 變，或尊重 其不適合此 照顧模式	親人朋友鄰 居能就近探 視，延續過 去的情感支 持		
親密 伴侶 (繫 屬)						家人能就近 方便探視(甚 至天天探視) ，延續人的 親情，另一 種孝道關係 的建立		

註 1：二次戰後瑞典政府告示「為今後的社會福利而不減稅」，致力社會政策改革，針對貧困問題，希望使所有瑞典人能享有水準以上的生活為目標，其中以老人政策為最，希望社會能給一個無職無收入的老人，足以過市民生活的國民年金。當時瑞典政府曾經在報紙上發表：政府還在努力，以便國民年金能早一日使國民足食，但尚需一段時日。希望國民暫以工資或財產利息等貼補，等待來日。

## 📖 參考文獻

### 中文部分

- 內政部社會司 (2007)。老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫。上網日期 2007 年 12 月 15 日。網址：<http://www.moi.gov.tw/dsa/>
- 水野陽子 (2008)。失智症團體家屋 (group home) 的照護方式：以日本經驗為例說明。財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會 (主辦)「九十七年度失智症團體家屋-中日實務經驗分享交流研討會」發表之資料，嘉義聖馬爾定醫院大雅院區國際會議廳。
- 尹聖道 (2005)。從大臺北地區三家失智老人專門照顧機構之現況調查探討失智老人群體生活照顧單元理念之居住場所設計 (未出版之碩士論文)。私立中原大學，桃園縣。
- 吳玉琴 (2009 年 12 月)。3 年試辦輔導計畫之執行成果報告。中華民國老人福利推動聯盟 (主辦)「團體家屋試辦輔導計畫實務分享研習會」發表之資料，臺大校友會館 4 樓。
- 呂寶靜 (2000)。老人朋友網絡支持功能之初探。社會政策與社會工作學刊，4 (2)，43-90。
- 呂寶靜 (2001)。老人照顧 (老人、家庭、正式服務)。臺北：五南。
- 宋麗玉 (2002)。社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇。載於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍 (合著)，社會工作理論-處遇模式與案例分析 (285-338 頁)。臺北：洪葉。
- 李光廷 (2004)。失智症老人照護模式與日本機構照護革命。臺灣社會福利學刊，(5)，119-172。
- 村岡裕 (2008 年 4 月)。日本高齡者的照護-昔日與今日、介護保險與新型態高齡者福祉的現狀與今後的課題。財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會 (主辦)「九十七年度失智症團體家屋-中日實務經驗分享交流研討會」發表之資料，嘉義聖馬爾定醫院大雅院區國際會議廳。
- 林玉子 (2007 年 11 月)。日本失智症老人團體家屋之取向。中華民國老人福利推動聯盟 (主辦)「九十六年度團體家屋教育訓練課程」發表之資料，國立臺灣師範大學綜合大樓。
- 邱美汝、陳玉敏、李月萍 (2007)。長期照護機構老人的生活適應及影響因素。實証護理，3 (2)，119-128。
- 高迪理、尤幸玲、黃聲遠 (2001)。宜蘭縣老人安養需求與服務之規劃研究。當代社會工作學刊，(4)，165-206。
- 張雪真譯 (2004)。瑞典的社會保險制度 (原著者為日本東京大學社會保障研究所)。臺北：行政院衛生署。
- 莊秀美 (2000)。對應失智症老人之照護服務。社區發展季刊，(90)，292-302。
- 莊秀美 (2005)。「團體家屋」模式運用於失智症老人照護服務推動之探討。東吳社會工作學報，(12)，75-113。
- 莊秀美 (2008)。「單位照顧」(unit care) 模式的環境建構與實踐理念之探討。臺大社工學刊，

(16), 87-128。

- 陳明珠 (譯) (1991)。日本特別養護老人復健及空間設計。社區發展季刊, (55), 178-195。
- 陳芷如、徐亞瑛 (2000)。承命生根之過程-臺灣機構化失能老人遷居的心路歷程。護理研究, 8 (6), 614-628。
- 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。
- 曾思瑜 (1999)。癡呆症老人居住設施。空間雜誌, (119), 65-69。
- 黃松林、劉慧瑩、許秀月 (2008)。養護機構小單元照護研究：以屏東縣某老人養護中心為例。臺大社工學刊, (16), 129-166。
- 黃源協 (2007)。破除長期照護機構住民的失落感-從服務品質談起。長期照護雜誌, 11 (2), 125-131。
- 黃耀榮 (2000)。失智者照護機構建築計畫及設計指引之研究。行政院衛生署委託之專題研究成果報告。臺北市：行政院衛生署。
- 葉淑娟、施智婷、莊智薰、蔡淑鳳 (2004)。社會支持系統與老人生活滿意度之關係-以高雄市老人為例。中山管理評論, 12 (2), 399-427。
- 葛雅琴 (2001)。臺地區老年人遷居安養、養護機構生活適應之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。臺中：東海大學。
- 蔡尙穎 (2007)。長期照護機構住民的精神層面議題。長期照護雜誌, 11 (2), 116-124。
- 謝佳容、蕭仔伶、劉淑娟 (2007)。老年住民在長期照護機構中的心理健康促進與情緒調適。長期照護雜誌, 11 (2), 132-140。

## 英文部分

- Antonucci, T. C. (1985). Personal characteristic, social support, and social behavior. In R.H. Binstock, & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed., pp. 94-128). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Cantor, M. & Little, V. (1985). Aging and social care. In R. H. Binstock, & E. Shanas (Ed.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed., pp. 745-781). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publication.
- Chaput, J. L. (2002). Adults with down syndrome and Alzheimer's disease: Comparison of services received in group home and in special care units. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(1/2), 197-211.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 3, 300-314.
- Cohen, U., & Weisman, G.D. (1991). Holding on to home: Designing environments for people with



- dementia. Baltimore: John Hopkins University press.
- Cohen-Mansfield, J., & Bester, A. (2006). Flexibility as a management principle in dementia care: The adadds example. *The Gerontologist*, 46(4), 540-544.
- Kitwood, T. & Benson, S. (Eds.). (1995). *The new culture of dementia care*. London: Hawker Publications.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham, England: Open University Press.
- Lawton, M. P. (1980). *Environment and aging*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression* (pp. 17-30). Orlando, Fl.: Academic Press, Inc.
- Malmberg, B. (1999). Swedish group homes for people with dementia. *Generations*, 23(3), 82-84.
- Malmberg, B., & Zarit, S. H. (1993). Group homes for people with dementia: A Swedish example. *The Gerontologist*, 33(5), 682-686.
- Norris-Baker, C., Weisman, G. D., Lawton, M. P., Sloane, P., & Kaup, M. (1999). Assessing special care units for dementia: The professional environmental assessment protocol. In E. Steinfeld, & G. C. Danford (Ed.), *Enabling environments: Measuring the impact of environment on disability and rehabilitation* (pp. 16-182). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Peppard, N. R. (1991). Setting up a special needs dementia unit in a long-term care setting. In M. S. Harper (Ed.), *Management and care of the elderly : Psychosocial perspectives* (pp. 256-268). Newbury Park, CA : SAGE Publications India Pvt. Ltd.
- Rabig, J., Thomas, W., Kane, R., Cutler, L., & McAlilly, S. (2006). Radical redesign of nursing homes: Applying the green house concept in Tupelo, Mississippi. *The Gerontologist*, 46(4), 533-539.
- Rader, J., & Hoeffler, B. (1991). Caring for persons with Alzheimer's disease . In M. S. Harper (Ed.), *Management and care of the elderly : Psychosocial perspectives* (pp. 237-246). Newbury Park, CA: Sage.