

銀髮族照顧服務產業化：

以加拿大薩省私立老人安養及養護機構 College Park II 為例

陳怡禎

一、前言

近年台灣已邁入高齡社會，根據內政部主計處的統計資料(2016)顯示台灣老年人口占全台總人口數近 14%，如此龐大的人口基數，老年人口在台灣仍被置於弱勢群體的位置，老人照顧服務的提供與輸送仍運用社會福利服務的視角，因此造成台灣政府巨額的社會福利服務支出，近年許多老人領域的學者們紛紛提出老人照顧服務應當轉換成產業形式經營，但未鬆綁的機構設置規章讓台灣老年照顧服務仍停留在福利服務的輸送，而最低限度保障的福利體系往往無法給予老人足夠的選擇權去購買或取得適當的照顧服務，也因此台灣老人照顧體系並未真正解決一般家庭的老人照顧議題。

本文透過研究者於加拿大薩省(Saskatoon)里賈納(Regina)城市私立老人安養及養護機構 College Park II 的服務經驗，比較台灣與加拿大病患自主權益對於老人醫療照護需求的影響，以及台灣與加拿大老人機構設置標準的差異，來探討老人照顧產業化的必要性及適當性，最後探討類老人社會工作者在機構中扮演的角色和實務工作內容，如何將僵硬的機構式照顧營造成「家」的氛圍，以及如何運用社區資源減緩機構式照顧的孤立性，增強社區與老人之間的連結。

二、名詞定義

(一)「產業化」：

據李艾佳(2002)認為「產業」一詞應該是中性的描述，可以與各種不同的制度連結在一起，例如文化產業、創意產業、休閒產業、照顧服務產業等等。在這樣的邏輯下，產業化的要素應包含下列幾項：

1. 由酬從業工作者規模龐大，以創造就業機會。
2. 具有經濟功能但不一定是最主要的功能。
3. 屬於正式經濟部門，能夠納入政府的稅務體系之中。
4. 具有完整的上、中、下游分工，形成產業的生態鏈。

另，根據 William G. Shepherd(1979)，定義「產業」指出產業就是市場，及供給和需求雙方，在從事買賣交易某種產行為的團體。重上所述，產業化是一個市場化及營利化的過程，是具有實質經濟收益的意義存在，因此當談及老人照顧產業化，意味著照顧服務的提供需要接受市場的挑戰，而非包裹著福利服務的糖衣。

(三)「類老人社會工作者」:

2016 Long-Term Care in Saskatoon 的設置標準中並未提及老人照顧機構需設置社會工作人力,因此研究者視機構內的從事與老人社會工作者類似的工作者為「類老人社會工作者」,例如活動策劃者及其相關人員。

三、病患自主權益對醫療照護的影響

台灣的醫療體系完善且先進,再加上健保制度的保護網,台灣人普遍壽命偏長壽,根據內政部統計處(2015)的資料,台灣人平均壽命約 80.20 歲,然而,先進的醫療設備及完善的醫療系統卻並未讓台灣的人延長生命的價值和保有生命的尊嚴,台灣人對於自身的病患自主權意識並不高,儘管台灣擁有全亞洲最先進的《病患自主權法》(2016)專法和《安寧緩和醫療條例》(2000),然而,保守的東方死亡思維,病患、家屬、甚至是醫療人員大多會避談死亡議題(王梅,2010),據王梅(2010)的數據指出全台僅有 0.17%的人簽屬「不施行心肺復甦術(DNR)」的文件,可知,台灣社會並未真正保障病患「善終」的權益。

另,因在台灣病患的自主權低落,病患的醫療決策大多由其家屬代勞,而病患家屬也因考量情感及孝道等價值而選擇讓病患不斷續命(高偉堯,2009),然而積極的治療過程卻讓病患承擔極大的痛苦與折磨,不但讓病患的生活品質下降,更多的是剝奪病患的生命尊嚴,據林巧雁(2016)新聞報導所提供的數據指出台灣人死前平均臥床約 7.6 年,種種原因讓台灣的老人及重症病患需仰賴龐大的醫療照護資源續命,而許多家庭因此出現經濟危機,為減少照護開銷,家內某一成員會選擇提前離開職場,成為家中主要照顧人力,但無論就家庭內的財富累積亦或是國家的經濟面向都有不利的影響,因此社會、政府、社區必須提供足夠的照護資源來減輕家庭中的照顧議題。

相較於東方保守的死亡思維,西方社會更重視生命尊嚴的落實和關注於晚年的自我實現;自 1998 年起,加拿大薩省(Saskatoon)已頒布事前醫療指示專法(Saskatoon Health Region Advance Care Directives Policy, 1998)保障病患「善終」的權利,而學校、機構、政府都會宣導預立遺囑、器官捐贈、不施行心肺復甦術等等生前規劃,根據 Robinson, Kolesar, Boyko, Berkowitz, Calam& Collins (2012) 研究調查顯示,其抽樣 400 名受訪者,在加拿大 60 歲以上的老年人口約有 70%以上的人簽屬「不施行心肺復甦術(DNR)」的文件。現今加拿大的老人並不一味追求生命的長度,更多的是追求生命的尊嚴和晚年生活的享受;儘管加拿大仍有養護機構和居家照顧的系統,在加拿大安養及養護機構卻鮮少有長年臥床的病患或老人,較多的照護病患僅是行動不便或有限制性的生活自理情況。可推估加拿大老人養護服務的醫療成本及照顧人力成本遠低於台灣照顧服務所需的成本。

四、老人照顧產業化

從上述的名詞定義可得知，「產業化」的意義是必需具有經濟功能、利潤，需為大型規模的組織，並且運作於自由市場機制，而市場提供需求來滿足老人所需要的照顧服務，才能讓老人對於自身的照顧服務有更多的選擇，儘管台灣一直倡導老人照顧產業化，但一直只停留在非營利組織產業化，而非進入自由市場的機制，以下研究者將針對台灣與加拿大在老人照顧機構設置標準的差異，瞭解兩者體制下對於老人照顧的影響，進而討論出老人照顧產業化的意義。

(一)老人照顧服務體系

加拿大與台灣老人福利機構的體系大同小異，根據台灣《老人福利機構設立標準》(2012)及 Long-Term Care in Saskatoon (2016)的機構設置標準，可得知各自老人照顧系統的分類如下表：

表 1.

台灣《老人福利機構設立標準》與加拿大《Long-Term Care in Saskatoon 》(2016)的老人照顧服務體系類別

國籍	台灣	加拿大薩省(Saskatoon)
法規	老人福利機構設立標準(2012)	Long-Term Care in Saskatoon (2016)
照顧服務體系	I. 長期照顧機構 i. 長期照護型 ii. 養護型 iii. 失智照顧型 II. 安養機構 III. 其他老人福利機構	I. 機構照顧(Residential Facilities) i. 養護型(Nursing Home) ii. 安養型(Retirement Home) II. 居家照顧(Home Care) i. 居家照顧 ii. 私人居家照顧(Private Home Care) III. 日間照顧(Adult Day Program)

資料來源：研究者根據《老人福利機構設立標準》(2012)和《Long-Term Care in Saskatoon 》(2016)資料彙整。

(二)服務提供者

台灣與加拿大老人照顧機構最大的差異，在於誰能提供老人照顧服務，也最能區辨台灣與加拿大老人照顧產業化的差異，台灣的老人照顧產業依究僅限於非營利組織產業化，而非廣泛意義的產業化；然而在加拿大照顧服務早已開放與非營利組織或企業單位共同競爭照顧產業的市場，良性競爭也出現分級制的照顧服務，讓不同階層的老人可選擇更加廣泛性的服務，又不失去老人保護的安全網絡。

根據台灣《老人福利機構設立標準》(2012)法規，明定在台灣僅有公部門與財團法人(非營利組織)可設置長期照顧機構及安養機構，設立規模為收容 50 位老人以上、200 位以下為限；然收容人數小於 50 人的小型長期照顧機構和安養機構不在此限，可由營利單位提供。然而，黃文鎧(2011)撰寫的報導指出小型民間養護中心暗藏暗門，超收多名病患，且因收容空間狹小易造成意外等新聞報導，而此並非單一新聞報導文章，全台各大縣市皆有相關新聞，由此得知小型民間機構難以仰賴少數的個案量，來支撐政府所要求的設施設備及服務品質標準，而政府及非營利組織對於照顧機構的設置也僅限法規所規範的最低標準，但對於廣泛的一般性民眾卻沒有增強將家屬送往機構的意願，2016 年全台灣長期照顧機構及安養機構的入住率僅約 7 成的入住量(衛生福利部社會及家庭署，2017)。

反觀，加拿大對於長期照顧機構設置的規範並不多，且經營的團體也相當開放，依據加拿大薩省《Long-Term Care in Saskatoon》(2016)修訂的機構設立標準，說明養護型機構可由公部門(Municipalities)、宗教組織(Religiously affiliated organizations)、私人(Private organizations)、營利單位(For-profit organizations)辦理，安養機構則不受地方政府規範，居家照顧的政府補貼則由地方衛政單位提供；無論任何形式的機構皆未訂定機構收容人數的限制。由於自由市場的競爭，照護機構及安養機構間提供的服務品質遠比法定規範的要高出許多，以下照顧服務人力配置與設施設備的標題將給予私立安養及養護機構 CollegePark II 機構在加拿大營運的基本介紹，根據加拿大 2012 住宿型照顧機構的調查(Residential Care Facilities Survey)，顯示全加拿大境內自 2010 至 2011 年機構入住率已高達 82%以上。

(三)照顧服務人力配置與設施設備

從上述兩國的機構設置法規當中，可明顯知悉台灣對於老人照顧機構的法規要嚴謹許多，依據台灣《老人福利機構設立標準》(2012)法規內，不同性質的照顧機構以及其收容人數會影響機構內工作人員的人力設置和機構設施設備的規範，例如，《老人福利機構設立標準》(2012)第十一條，長期照護型機構需配置護理人員(每照顧 15 人應設置 1 人)、社會工作人員(每照顧 100 人設置 1 人，不足 100 人至少設置 1 名社工)、照顧服務員(每照顧 5 人設置 1 名)等等。諸多限制是為確保照護機構內最基本的服務品質，但因台灣大型長期照護機構皆為公部門及財團法人(非營利組織)，為控制照顧成本讓民眾可廣泛性負擔的醫療照護開銷，照顧人力的配置遠比他國的照顧比要低，卻不符合一般家庭對於機構式老人照顧服務的期待，甚至消除民眾對於機構式照顧的擔憂與疑慮。

加拿大政府對於長期照顧機構設置的標準並不多，依據加拿大薩省《Long-Term Care in Saskatoon》(2016)，僅規範機構內必須設置的服務內容，

例如，養護中心(Nursing Homes)必需含有私人空間(房間、床)和 24 小時的護理照顧、個人照顧及飲食提供，另外，還需包含交通、衣服、個人盥洗、藥物及醫療照護的支持等等。儘管，法規並未有明確的照顧人力及設施設備的設置標準，但在照顧產業市場的競爭下，機構內的服務品質並未因此而下降，反而優於設置標準，為吸引更多老人入住機構且接受機構式的照顧服務。以下為加拿大薩省私立老人安養及養護機構 CollegePark II 的人力配置圖(圖 1)及設施設備圖表(表 2)：

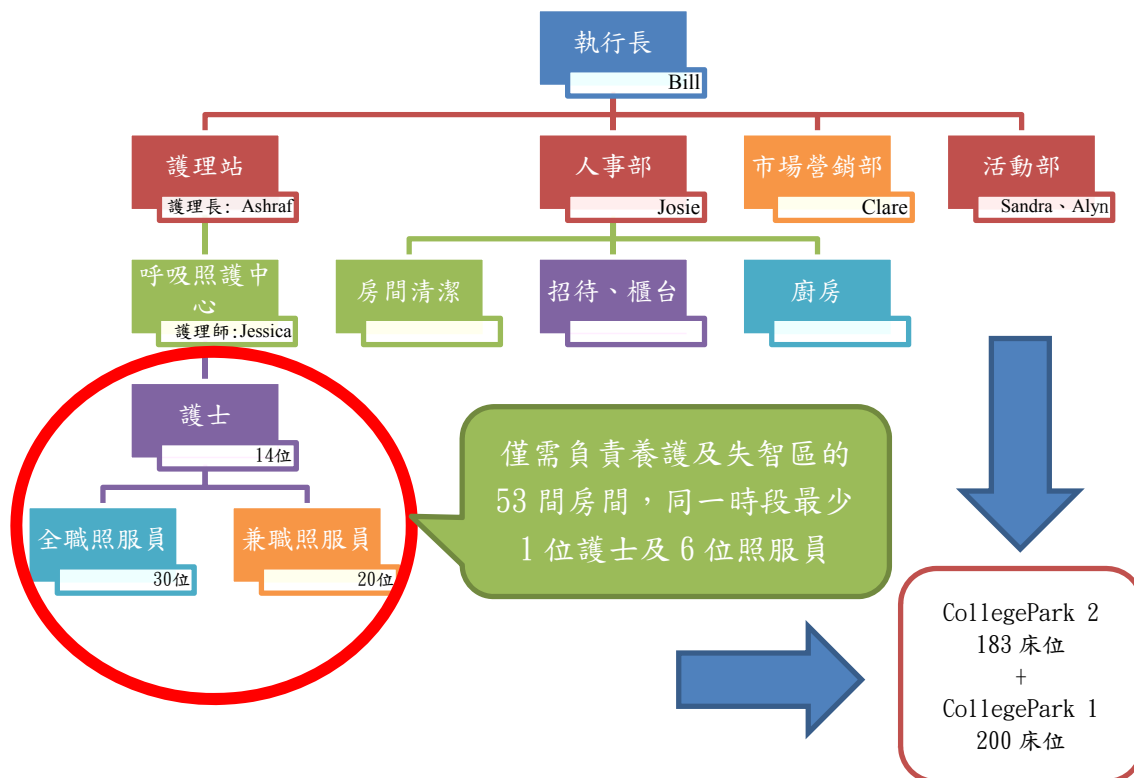
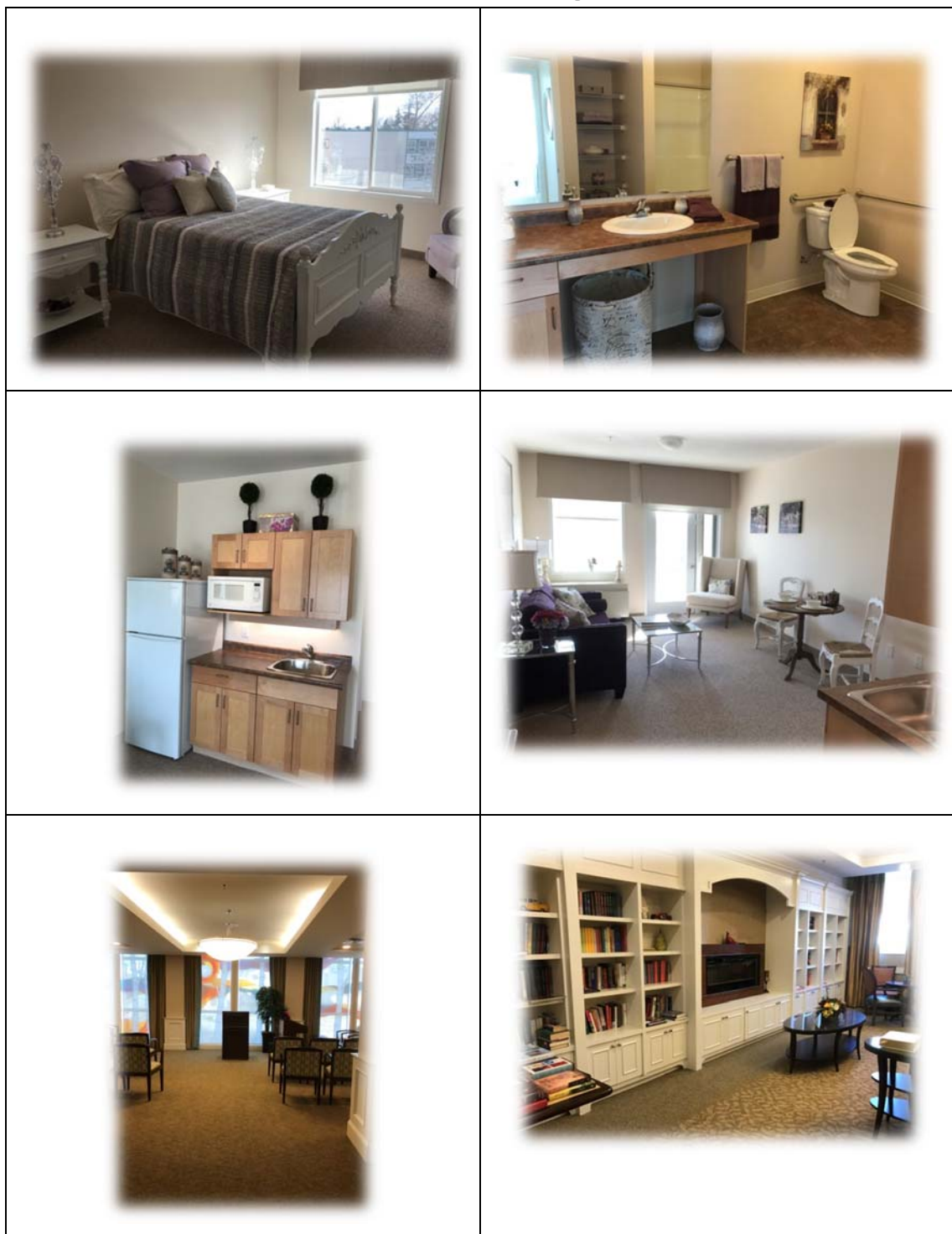


圖 1. 加拿大薩省私立老人安養及養護機構 CollegePark II 的人力配置圖
資料來源：研究者自行繪製。

加拿大薩省私立老人安養及養護機構 CollegePark II 可收容 183 人，其中位於二樓有 23 床為照護及行動不便的病患，另有 20 床為失智病患，依據(圖 1)加拿大薩省私立老人安養及養護機構 CollegePark II 的人力配置圖，可得知其護理人員共有 16 人負責 53 床病患、照顧服務員全職與兼職共 50 人負責 53 床病患，另外有 2 名活動負責人負責全部 183 床每日的活動規劃。

表 2.

加拿大薩省私立老人安養及養護機構 CollegePark II 的設施設備



資料來源：研究者自行拍攝繪製。

以上圖片為加拿大薩省私立老人安養及養護機構 CollegePark II 內部設施，除了有精美的套房外，機構內設置飯廳、交誼廳、教堂、髮廊、電影室、游泳池、健身房、畫室等等公共空間。

(四)小結

CollegePark 僅為 All Seniors Care: Living Center 名下的一間老人安養養護機構，All Seniors Care: Living Center 於加拿大全境擁有 31 間安養及養護機構，其收費標準大多屬於高所得的老人群體，平均每位老人收費約 3000-5000 加幣/月，如此高收費的機構卻擁有全境大規模的養護及安養機構，顯示老人照顧服務在加拿大確實有其市場需求，而加拿大境內也有由公部門及其他非營利組織提供平價或低價的收費標準的安養及養護機構，建置出老人照顧的安全網絡，照顧產業化便是在自由市場的競爭創造出可根據個人需求給予不同的服務品質和服務內容。

五、以「家」出發：類老人社工的評估處遇

在西方文化，老人的自主性要比亞洲的老人更高，在西方國家鮮少有老人與兒女同住的情況，也沒有富留子孫的習俗，因此加拿大人早早就準備晚年的退休生活，政府也提供多元的養老金計畫(Pension Plan)和各式的老人照顧服務網絡，因此每位老人的經濟獨立性和自主性皆相當高；另，因加拿大老人鮮少與兒女同住，其行動的自主性和身體的勞動機能狀況佳，但為避免獨居可能發生的意外，或有需要護理照顧的情況，加拿大老人對於居住於安養及養護機構的意願較為強烈，除不願造成兒女的照顧負擔，亦可享有專業的照護服務及結交同齡好友的機構生活，因此許多老人會將名下的土地和不動產變賣，將金錢花費在安養及養護中心內，享受晚年高品質的老人照顧及照護服務，而同時機構對於這群老人而言也是一個「家」的概念和歸屬。

由於加拿大並未明文訂定機構內必須設置的照顧人力，因此在老人安養及養護機構，社會工作人員並非必要性的照顧人力，在 CollegePark 2 也未設置社會工作人力，然並不意味社會工作的服務內容在機構裡不存在，CollegePark 2 的活動執行人員確實執行社工的工作內容，機構內每日早中晚各個時段都會安排不同的活動供老人選擇性參加，每一個活動都需經過審核和評估，其中評估包含個案的身體機能、心理及社會等各層面進行考量，並且進行客製化的團體活動設計(評估表單可詳見附件一)，例如，藝術治療、家庭維繫、社區資源連結、家庭支持團體、寵物治療等等，因此研究者稱這群人為「類老人社會工作者」。

對於機構內的老人而言，CollegePark 2 的住戶儼然已成為一個大家庭，住戶與住戶間每日朝夕相處，「類老人社會工作者」的存在便是有目的性的將機構營造成一個友善的小型老人社區，設計諸多活動內容讓機構內的老人更加活躍與健康生活，其活動內容主要區分如下：

(一)增強老人的社交活動：例如下午茶時間、冰淇淋派對、賓果遊戲，讓各住戶可自由前往交誼廳，互相交流聊天。

(二)家庭維繫工作：例如每月酒水與起士的派對、節慶活動，讓住戶可邀請家人共同參與，當日餐食、酒水及高檔的起士拼盤免費，吸引家人可定期來機構與老人交流並一同參與重要的團聚節慶。



(三)家屬支持性團體：教導家屬如何因應失智老人或失功能老人的情況，並提供照顧者情緒支持。

(四)強化老人與社區的連結性：社區小學的學生每周固定前來與老人進行讀書會活動，除培養老人再學習及活化的機能，也增強老人的社會互動性；預防失智症的駕駛執照訓練，讓機構老人前往社區內的駕駛班，除可讓老人熟悉環境且增強附近的店家對於機構老人的熟悉度。

(五)晚年的自我再實現：年老不意味著等死，而是擁有更多的時間和精力來完成自我實現，機構活動中亦包含油畫、攝影等等，根據老人的興趣茶開辦的課程，定期也會為機構內的老人對外開設畫展與攝影展等等。



六、結論

當老人能從「福利使用者」轉換成「消費者」才能真正將老人照顧服務走向產業化的道路，機構需要符合的並非法規制定的最低標準，而是要能符合老人的需求。台灣的家庭結構從過往傳統的大家庭走向核心家庭，隨著家庭成員人口逐漸減少的趨勢，家庭內部可提供的非正式資源的照顧人口也漸漸減少，未來老人照顧將走向社區照顧及機構照顧等正式資源的照顧服務，而老人照顧服務推向產業化則是未來高齡社會必然的趨勢，如何讓老人擁有更多的自主權便是未來照顧產業的目標與展望。

參考文獻

- 王梅(2010)。好死，要趁早計劃 DNR 保障善終權 只有 0.17% 簽署。康健雜誌，141。取自
<http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?id=5014831&page=1>.
- 內政部統計處(2016)。106 年第 3 週內政統計通報(105 年底人口結構分析)。資料檢索日期：2017 年 9 月 23 日，取自
http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=11554
- 內政部統計處(2015)。平均壽命／全體。資料檢索日期：2017 年 9 月 29 日，取自
<http://www.moi.gov.tw/stat/chart.aspx?ChartID=S0601>
- 老人福利機構設立標準(2012 年 12 月 03 日)。
- 安寧緩和醫療條例(2013 年 01 月 09 日)。
- 李艾佳(2002)。第三部門發展新趨勢：非營利組織產業化新世紀。智庫論壇，12。
- 林巧雁(2016 年 08 月 15 日)。台灣人死前臥床時間 比國外多 7 年以上。蘋果即時。取自
<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20160815/929435/>
- 病人自主權利法(2016 年 01 月 06 日)。
- 高偉堯(2009)。什麼時候是考慮安寧緩和醫療的時機。台灣癌症防治網。取自
<http://cisc.twbbs.org/lifetype/index.php?op=ViewArticle&articleId=1846&blogId=1>
- 黃文鏗(2011 年 06 月 04 日)。安養院超收老人 設暗門藏匿。自由時報。2017 年 9 月 25 日，取自
<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/497817>.
- 衛生福利部社會及家庭署(2017)。老人長期照顧、安養機構概況。2017 年 9 月 30 日，取自
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1755-3497-113.html>.
- Long Term Care in Saskatchewan. (2016). Retrieved September 26, 2017 from
<https://www.sunnet.sunlife.com/files/advisor/english/PDF/Completereport-LTC-Costs-SK.pdf>.
- Residential Care Facilities Survey. (2012). *Statistics Canada*. Retrieved September 30, 2017 from
<http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3210#a3>.
- Robinson, C., Kolesar, S., Boyko, M., Berkowitz, J., Calam, B., & Collins, M. (2012). Awareness of do-not-resuscitate orders. *Canadian Family Physician*, 58(4),

e229-e233.

Saskatoon Health Region Advance Care Directives Policy. (1998). *Saskatoon District Health*.

William, G. S. (1979). *The Economics of Industrial Organization*, Prentice Hall International Inc.

附件一

RECREATION THERAPY PROGRAM PROTOCOL

Activity Analysis

Title of Program: Fun & Fitness

Purpose: Functional Intervention

Staff-to-Resident Ratio: 1:15+. Requires one staff to facilitate and residents follow instruction.

Group Size: Small (>10) X Large (<10) X 1:1

Resources/Equipment Needed: Open space, chairs for mobile residents, water and glasses. Additional equipment such as beach ball, handkerchiefs, etc. are optional.

Frequency: Once a week for approximately 30-40 minutes.

Safety Considerations:

Over-exertion or exhaustion – provide breaks throughout exercises and offer water before, during, and after exercises.

Skills Needed to Participate

Physical: Range of motion, control of gross and fine motor movements, trunk and head control, hand-eye coordination, maintain seating position

Cognitive: Follow directions, maintain concentration, copy movements of facilitator by observation

Social/Communication: Demonstrate appropriate social behaviours, engage in conversation with facilitator and other participants.

Emotional: Self-confidence, perform to best of ability

Sensory: Listening to directions, visual awareness of facilitator's movements

Leisure: Knowledge of basic exercises

Method

Pre-Group: Move tables in dining room so there is a large enough space for program (depending on how many participants are expected). Set up enough chairs for mobile residents in a circular form, leaving enough open spaces for residents with wheelchairs. Gather any additional equipment needed (tension balls, pool noodles, therabands, hankerchiefs, etc. are located in the storage closet across from the library).

In-Group: Gather residents and ensure they are seated approximately arms-length away from each other. Follow guidelines for chair exercises that warm up the body, then start at one end of the body and work to the opposite end. Facilitator can provide

a different set of exercise if desired. Give residents opportunity for breaks and hydration. Add an element of conversation and fun into the program as exercises are being done. Playing catch with a beach ball or doing handkerchief exercises can be done in addition to this.

Leadership Techniques: Clear demonstration of exercises, both physically and verbally so residents can follow. Facilitation of conversation and encouragement of resident's efforts is also beneficial.

Program Objectives

TPO 1: To demonstrate control of gross and fine motor movements.

- **EO1:** To demonstrate ability to move arms and legs in a circular motion.
- **EO2:** To demonstrate ability to scrunch up a handkerchief.
- **EO3:** To demonstrate ability of foot flexion and extension.

TPO 2: To demonstrate attention to task.

- **EO1:** To demonstrate observation skills by watching facilitator and copying movements appropriately.
- **EO2:** To demonstrate listening by changing type of exercises when asked.
- **EO3:** To demonstrate ability to maintain seating position for duration of program.

TPO 3: To demonstrate use of communication skills.

- **EO1:** To demonstrate ability to initiate and maintain conversation.
 - **EO2:** To demonstrate active listening by responding to comments and asking questions.
-
-

Evidence-Based Practice

Cho, S., An, D., & Yoo, W. (2014). Effects of recreational exercises on the strength, flexibility, and balance of old-old elderly individuals. *Journal of physical therapy science*, 26(10), 1583-1584.

Individuals of age 75 and older participated in a recreational exercise program twice a week for 8 total weeks. Each exercise class consisted of a 10 minute warm-up, 40

minute main exercise, and 10 minute cool-down. Individual fitness test items included common activities such as walking, lifting, stretching, bending, rising from a chair, etc. Muscle strength, flexibility, and balance were

all evaluated, and significant improvement in all categories were observed at the end of the intervention.