

研究論文

社區獨居老人社會照顧模式之研究：以
台灣及日本在宅服務方案為例

劉家勇*

長庚科技大學老人照顧系助理教授

收稿日期：2015年6月10日，接受刊登日期：2015年10月30日。

* 通訊方式：hookliu@gmail.com

中文摘要

我國老年人口比於民國 82 年達到 7.1%，正式邁入了高齡化社會（ageing society），預計於民國 107 年達到 14.6%，進入高齡社會（aged society），並於民國 114 年達到 20.1%，成為超高齡社會（super-aged society）（行政院國家發展委員會，2014）。隨著我國人口年齡結構的不斷老化，老年人口的增多，使得獨居老人的議題，也逐漸成為眾所矚目的焦點。我國社區獨居老人的照顧模式，多由民間慈善團體，或地方政府以公私協力的方式，委由民間非營利組織辦理。在「在地老化」（aging in place）的理念下，在宅服務方案的類型，多著重於電話問安、送餐服務、關懷訪視、家務整理、支持陪伴等。然而，這樣的服務模式，雖有考量到「送服務到家」，卻缺乏「以案主為中心」的思維，無法提升並滿足獨居老人社會參與的能力及需求。因此，本研究欲分析台灣及日本的社區獨居老人在宅服務方案，藉由比較研究方法，瞭解日本在宅服務方案的相關經驗，以作為我國未來在宅服務方案之參考。

關鍵字：獨居老人、在宅服務、日本

Social Care Programs in Communities for the Elderly Living Alone: A Comparative Study between Taiwan and Japan

Hubert Liu

Assistant Professor, Department of Gerontological Care and Management,
Chang Gung University of Science and Technology

Abstract

In 1993, the percentage of elderly people had reached 7.1% of the entire population of Taiwan. This demographic change meant that Taiwan is becoming an aging society. The ratio of aged population will continue to increase to 14.6% in 2018 and 20.1% in 2025 (National Development Council, 2014). Therefore, the Taiwanese society will become a super-aged society in prospective. On this stem, the elderly who are living alone become a focal point of social issue. In Taiwan, the community care for the elderly living alone, including senior helpline, meal delivery service, home visiting, housework service, accompany services, etc., are mainly provided by non-profit organizations. These programs deliver services to the elderly in communities to accommodate to the idealistic aging population, however, the concept of client-centred services are insufficient in these programs. They do not facilitate the social participation nor do they satisfy the miscellaneous needs of the elderly people living alone. In this research, I adopt a comparative research method to compare policies of the elderly living alone between Taiwan and Japan. Through an international comparison, we can depict the differences of policies regarding the elderly living alone between Taiwan and Japan. Finally, we can obtain crucial objectives from Japan's experiences to improve the home services for the elderly living alone in Taiwan.

Keywords: Elderly Living Alone, Home Services, Japan

壹、研究動機與背景

衡諸國外福利先進國家的經驗，在人口結構高齡化的浪潮下，強調運用社區資源，提供老人相關在宅福利服務的措施，是實踐「在地老化」(aging in place)的重點所在(WHO, 2007)。尤其是針對獨居老人的照顧，由於獨居老人的需求，可能關涉了多重方面的問題，如：健康問題、心理問題、社會人際關係、居住問題及經濟問題等。因此，針對社區獨居老人的服務，應經過綜合性評估並提供整合性服務，方能因應其多元需求。

以日本為例，自 1970 年，其人口結構達到了「高齡化社會」後，老年人口的比例仍不斷增加，於 1995 年時，達到了「高齡社會」，並於 2005 年成爲「超高齡社會」。¹目前日本 65 歲以上的老年人口，約有 3,190 萬人，佔總人口比例已達 25.1% (內閣府，2014a) 因此，日本社會的老年人口數，仍持續的增加中。與此同時，日本獨居老人的比例也持續增加中。

根據日本內閣府 (2014a) 的統計指出，「獨居」與「僅夫婦同住」的比例，佔所有「有 65 歲以上老人的家庭」中的一半以上，達到 53.5%；由於女性的平均餘命高於男性，故「僅夫婦同住」的型態於未來也有成爲老年女性獨居的可能性。此外，老年女性獨居的比例，始終高於男性獨居的比例。由日本長期的趨勢分析發現，無論男女，65 歲以上獨居老人的比例，都在持續的增加中。老年男性獨居的比例，由 1980 年的 4.3%，上升到 2010 年的 11.1%；老年女性獨居的比例，則由 1980 年的 11.2%，增加到 2010 年的 20.3% (內閣府，2014b)。同時，65 歲以上老人與子女同住的比例也持續下降，由 1980 年約七成的比例，

¹ 高齡化社會 (aging society) 意指在該社會的人口結構中，65 歲以上老年人口數的比例，達到總人口數的 7% 是謂；高齡社會 (aged society) 則是在同樣的人口計算公式下，達到 14% 的比例；當 65 歲以上老年人口數，佔總人口數的比例達到 20% 以上時，稱之爲「超高齡社會」(super aged society)。

逐漸下降至 1999 年的 50%，直到 2012 年的 42.3%。綜上所述，我們可以窺見日本高齡社會人口結構的豹斑：在老年人口持續增加的背景下，日本的獨居老人人數也持續增加，「獨居」與「僅夫婦同住」的比例，已超過老人家戶的一半以上，而與子女同住的比例下降，致使獨居老人所能獲得的家庭支持度也隨之降低。最後，由於女性的平均餘命較男性長，日本獨居老人多為女性，且目前為「僅夫婦同住」的群體，未來也有較大可能成為獨居老年女性。故此，獨居老人的相關議題，成為日本社會關注的焦點。

我國老年人口比於民國 82 年達到 7.1%，正式邁入了高齡化社會（ageing society），預計於民國 107 年達到 14.6%，進入高齡社會（aged society），並於民國 114 年達到 20.1%，成為超高齡社會（super-aged society）（行政院國家發展委員會，2014）。隨著我國人口年齡結構的不斷老化，老年人口的增多，使得獨居老人的議題，也逐漸成為眾所矚目的焦點。根據內政部的老人生活狀況調查報告指出，由我國國民家庭組成情形的統計顯示，55 歲~64 歲獨居老人的比例，由 2009 年的 4.99% 上升至 2013 年的 5.6%；同一期間，65 歲以上的獨居老人家庭組成佔所有國民家庭組成的比例，也由 9.16% 上升至 11.1%（內政部，2010、2014）。由近年的統計資料可見，目前 65 歲以上獨居老人的比例，不僅持續在上升，未來十年中，即將邁入 65 歲以上的 55-64 歲人口群，其獨居的比例也持續在上升中。故此，獨居老人現象及其所可能引發之社會問題，值得吾人關注，以期能對未來的變化趨勢，見微知著，未雨綢繆。

我國社區獨居老人的照顧，多由民間慈善團體，或地方政府以公私協力的方式，委由民間非營利組織辦理。我國以各地方政府為中心，各自獨立發展社區獨居老人的關懷方案，不但是為福利服務的需求能夠因地制宜，也與社區

發展及民主化後福利分權化有著密不可分的關係。這樣的背景，由於各縣市政府在人力及經費的差別，造成我國獨居老人關懷方案，在各縣市間執行的程度及實施的作法，也有顯著的差異性。然而，另一面來說，我國在社區獨居老人關懷方案的服務內容，在「在地老化」(aging in place) 的理念下，使得獨居老人在宅服務方案的內容，多著重於電話問安、送餐服務、關懷訪視、家務整理、支持陪伴等…各縣市間相互因循，具有高度的相似性及重複性。這兩種分立而並存的現象，看似矛盾卻又共生，引發作者進一步探討的動機。

本研究的目的是在探討台灣及日本的社區獨居老人的社會照顧模式，並以比較研究方法，瞭解日本在宅服務方案的相關經驗，以作為我國未來在宅服務方案之參考。本研究主要探討的範疇，包括下列數點。首先，探討日本及我國獨居老人社會照顧的方案，其發展的歷史背景及具體內容為何？再者，由於社會照顧模式強調「在地老化」的理念，而以社會照顧方案提供相關的服務給在社區中的獨居老人，已成為福利先進國家普遍的作法；本文將以日本為例，探討日本的社區獨居老人社會照顧與其介護保險制度之關係？最後，藉由分析日本在服務社區獨居老人的經驗，探討日本經驗可以提供我們的啓示。透過比較研究方法，本研究將以日本經驗為例，期望未來能提供國內發展社區獨居老人社會照顧模式之參考。

貳、文獻探討

一、社區獨居老人的需求

在人口結構高齡化的趨勢下，社區中的獨居老人²可能由於生理、心理及社會等不同層面的需求，並未受到關注及支持，進而引發許多不同社會問題；加上老人獨居的生活型態，也可能反映出其社會支持度較低、親人朋友較疏離、社交生活貧乏及個人社會適應等潛在問題，致使獨居老人極可能成為社會中的弱勢族群。因此，如何在社區中提供適當的資源與支援予獨居老人，有助於其社會生活的調適及社會參與，一直是社會福利服務政策中不可或缺的一環。

社區中的獨居老人多數面臨生活上的健康風險，例如：跌倒、脫水、低體溫症狀、感染及外傷等（Campion, 1996; 黃子庭、廖秀珠，1993；張靜琪、葉莉莉、張玉鈴、許蕙美等，1999。事實上，相較於生理健康的問題，獨居老人更多可能面臨心理及社交方面的問題（洪彩慈、葉莉莉、黃靜芬等，2000）。對於社區中的老人而言，社會支持是一項重要的環境因素，影響其健康、社會參與及安全。故此，許多研究關注社會支持的相關方案與體系，與其實施的結果和獨居老人間的關係（Avlund and Holstein, 1998; Holmen, K., Ericson, K., Anderson, L.,

² 本研究所指稱之社區獨居老人，係依據衛生福利部（2015）對獨居老人之定義：指年滿 65 歲以上獨自居住、或同住者無照顧能力、或經列冊需關懷之老人。關於獨居老人的定義，台北市政府社會局（2015）更為詳盡，其定義為：「1、年滿 65 歲以上，單獨居住本市，且無直系血親卑親屬居住本市者；列入獨居。但若長者與親屬關係疏離者，不在此限。2、雖有同住者，但其同住者符合下列狀況，且無直系血親卑親屬居住臺北市，列入獨居：（1）同住家屬無照顧能力。（2）同住家屬 1 週內有連續 3 天（含 3 天）以上不在者，列入獨居，但間歇性不在者，不予列入。（3）同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者。3、夫與妻同住且均年滿 65 歲且無直系血親卑親屬居住臺北市者，列入獨居。然而，由於各縣市政府對獨居老人的定義仍有些微差異，故本研究採用相對寬鬆的定義，以便統整國內的獨居老人社會照顧相關方案。同時，此定義也較適合進行與日本社區獨居老人社會照顧方案間之國際比較。

and Wimblad, B. 1992)。

值得注意的是，雖然孤獨感是許多獨居老人常在日常生活中的自我表述，但是並非所有的獨居老人都會感到孤獨。孤獨感常與老人的情緒狀況及心理因素相關，而不一定與獨居的生活型態有顯著的因果關係（Hick, 2000）。國內關於獨居老人的研究，大多偏向慢性疾病對老人生理、心理及家屬照顧的影響，對於老人晚年生命意義的發掘相對缺乏（邱天助，2002）。梁碧雲（2007）嘗試從詮釋現象學的分析方法，解釋獨居老人的孤獨經驗，認為獨居老人最需要面臨的挑戰，其實是「孤獨、無根、無意義」及「對生命的空無、憂懼與絕望」的經驗，稱之為「存在的孤獨」（Yalom, 2003），並認為這份孤獨並非人際關係所能消弭的，而是獨居老人必須獨自面對的人生課題，然而，藉由孤獨的經驗，卻也可能啟發靈性隱藏的潛質，統合人生，得到重新發現自我的力量。因此，獨居老人也可能體驗到幸福感，而幸福感受的影響因素，與獨居老人對老化意義的解釋及自覺經濟狀況具有密切的相關。故在實務工作上，鼓勵獨居老人透過志工服務幫助他人，將能增進自我價值感及人生意義，產生幸福感；同時，增進老者對老化過程積極意義的體認和確保其經濟生活的安全無虞，皆是社區獨居老人能夠活出幸福感之關鍵（高冬玲，2012）。

陳燕禎（1998）指出，獨居老人所需要的社區照顧，包括直接的身體照顧、心理照顧、家事照顧和間接的社區關懷、問候。事實上，這裏的社區照顧，並非是特定行為，將照顧者與被照顧者界定為「施」與「受」的單向幫助關懷關係，而是具有「互惠」及「雙向」共有責任的雙向關係（施教裕，1997）。事實上，獨居老人的需求與其自身的健康狀況也具有密切的關係。獨居老人的需求受到老人自覺健康狀況、年齡及族群等因素的影響。楊惠如、呂桂雲、陳宇嘉、張永源等（2006）指出，獨居老人自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者，

其整體長期照護的需求越大。

即使關於社區獨居老人的研究，國內學者已從不同的面向從事多元的研究，但我國獨居老人的整體樣貌，仍並不十分清晰。原因在於雖然老人獨居的現實已有相關的統計資料（參見下表 1），但關於獨居的因素及其所可能產生的社會效應，則尚缺乏進一步的探究。

表 1：關於獨居老人的歷年統計資料

單位：%

獨居/年齡別		西元年			
		2002 年	2005 年	2009 年	2013 年
理想的居住方式 (獨居期望)	未滿 65 歲 (註)	4.49	6.66	6.86	7.30
	65 歲以上	8.17	11.32	6.85	9.20
國民家庭組成情 形(獨居事實)	未滿 65 歲	3.25	4.86	4.99	5.60
	65 歲以上	8.52	13.66	9.16	11.10

註：「未滿 65 歲」在 2002 年及 2005 年的調查中，意指 50 歲~64 歲；在 2009 年及 2013 年的調查中，意指 55 歲~64 歲。

資料來源：作者整理自內政部（2005，2006，2010，2014）。

相較於日本，2005 年的獨居老人家戶為 1,422 萬戶，預計在 2025 年前將增加 300 多萬戶，而達到 1,716 萬戶之多（白石浩介，2005）。伴隨著獨居人口比例的增加，「孤獨死」、「獨居死」的社會問題，廣為日本社會各界所重視。由於老人獨居所衍生出來的「孤獨死」問題，不僅在日本有持續增加的趨勢，由於工作型態、家庭結構的改變及日本社會中重視血緣、地緣關係的傳統思想亦逐漸弱化等因素…致使中年男性也成為未來獨居老人的風險大增（額田勳，2013）。日本的獨居老人及僅有夫婦同住的老人家戶，在所有以 65 歲以上為戶長的家戶中，所佔的比例變化，也可見下表 2。

表 2：日本獨居老人及僅老年夫婦同居的歷年統計資料

單位：萬家戶

西元年 獨居（比率）	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年
65 歲以上為戶長之家戶	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901	1,903
老人獨居家戶 （比率）	387 (28.6%)	466 (29.7%)	562 (31.2%)	631 (33.2%)	673 (35.4%)	717 (37.7%)
僅夫婦同住家戶 （比率）	465 (34.3%)	534 (34.1%)	599 (33.2%)	614 (32.3%)	594 (31.2%)	569 (29.9%)

資料來源：厚生勞動省老健局（2008）高齢者福祉政策の現状と動向。平成 20 年 10 月 23 日。

根據表 2 顯示，老人獨居家戶比例逐年增加，而僅夫婦同住家戶的比例卻有逐減降低的趨勢，由此可見，未來日本獨居老人需要社區共同協力照顧將更為殷切。總體而論，老人獨居家戶的比例增加，不但致使老年人來自子女的照顧將相形更少外，就連老人家戶從配偶所能獲得的相互照顧能力，將更趨疲弱。因此，由日本社區獨居老人的家戶的統計變化中可知，針對獨居老人的社會照顧需求，將更受到重視。

陳燕禎（1998）指出，獨居若是基於長者的自由意志選擇，基於對老人的選擇權、隱私權及自主權等尊重，其實獨居老人議題本身無可厚非。唯有在長者是被迫獨居的情況下，且無法獲得相關社會支持與資源的提供時，獨居老人才會引發相關社會問題，進而成為社會照顧關懷的重點。因此，獨居老人議題，亦應由「社會照顧」的觀點加以檢視，相關的討論議題包括：生活正常化、去機構化和福利社區化等（萬育維，1995）。這也使社區獨居老人的討論面向更為豐富，下面將針對獨居老人的社會照顧模式，作進一步的文獻耙梳。

二、獨居老人的社會照顧模式

社區獨居老人的照顧模式，已有許多學者從理論及實務面進行探討（楊培珊，2001；李怡琄、葉若分、張麗春等，2003；蘇意喬、林書郁，2012）。黃松林、楊秋燕、陳宇嘉（2013）指出，當前台灣針對社會照顧是以「社區照顧」為其服務目標，依序提供居家式、社區式與機構式等三大層面之服務。因此，社會照顧與社區的文化脈絡息息相關，在不同的社區文化及脈絡下，社會照顧的模式及服務提供型式，亦應有所調整，以順應社區的需求，實踐社區照顧的目標。事實上，關於「社會照顧」與「社區照顧」的討論，可以更進一步加以分析。社會照顧（social care）是指在老人長期照顧領域中，相對於技術性的健康照顧（health care）而言，以非技術性的生理、心理、家庭及社會層面的需求，作為照顧的主要標的（Braye & Preston-Shoot, 2003; Thomas, A, Mason, L. & Ford, S., 2003）；而社區照顧（community care）則是著重在操作執行面，整合社區中各類型的資源，以提供被照顧者有別於機構化照顧的選擇（黃松林，2005），而社區照顧的執行重點，即在於結合政府部門、志願部門、商業部門和非正式部門等角色，共同進行服務輸送的功能（黃源協，2000）。與社會照顧的觀點相類似，也有學者從「社區諮商」的角度，強調多元文化知能與社會正義取向的助人架構，並主張社區諮商員應運用策略，以促進當事人與影響當事人的環境之健康發展（Lewis, Lewis, Daniels & D' Andrea, 2010）。綜合多數學者們的意見，本研究所採用並指稱之獨居老人的社會照顧模式，是指以「社區照顧」為實施途徑，藉由不同專業的服務人員及社區資源的聯結，達到促進獨居老人，在社區內的生活適應狀態之相關政策及工作方式。

楊培珊（2001）以行動研究法探討台北市獨居老人的照顧服務，她發現台北市的獨居老人名冊雖具有參考的價值，然而「獨居」並不等於問題，而社會照顧的服務，是為協助獨居長者在社會參與、健康照顧及安全生活等方面，在

社區中獲得更好的服務及照顧。獨居老人的照顧服務提供，政府也與民間單位建立了不錯的「伙伴」關係，而非僅是「資源運用」的關係；而社會照顧模式，即針對獨居長者的服務應以社區為焦點，並與民政、衛政、警政單位相結合，使獨居老人的服務體系能更更臻完善。

針對獨居老人社會照顧，亦可以依據「經濟狀況」、「有無子女」和「失能程度」加以分類分級，進而依據案主的需求，設計「複合式套餐」的社會照顧服務（陳燕禎、林小圓，2008）。此外，獨居老人的健康需求評估，包括憂鬱篩檢，更是照顧服務提供前，不可或缺的重要項目（余正麗，2011）。這樣經過設計且精準化的獨居老人社會照顧模式，不僅可依據獨居老人的需求及照顧資源，提供具有「層次性」的服務內容，更有助於服務提供執行的精確性及適宜性，減少資源無謂的浪費及重複提供。

最後，連雅棻、黃惠滿、蘇貞瑛（2008）的研究也指出，社區獨居老人對生活是否感到滿意，與其所接受的社會支持及個人人格韌性（hardiness）也有密切相關。研究也發現，接受政府補助者，其人格韌性及生活滿意度，均低於未接受政府補助者，意即，即使社區獨居老人接受了政府的經濟補助，仍未能提升其正向感受。因此，針對獨居老人的人格特質有深入的理解，進而依據老人不同的特質建立親善關係，應是發展個別性社區照顧時不可或缺的元素。

日本在各地方政府核發敬老金與家庭照顧者津貼的政策上，對社區獨居老人的照顧及服務政策，也有幾項重要的變革。首先，針對社區老人的照顧，強調服務給付更勝於現金給付。事實上，這樣的轉向，也是依據現實的情況而不得不然的措施：由於日本福祉政策事業費用的增加，及長期景氣低迷等因素，造成國家及地方稅收減少雙重作用的影響，使得以現金給付必須調整為以服務給付的方式，一面避免未來福利人口繼續增加時所帶來的財務危機，二面也是

因為現金給付的意義已較當初制度設計時減弱。³此外，藉由福利服務的給付，較能解決社區獨居老人的相關困境，如：社會參與低落、認知功能退化後的生活適應、或失智後的生活照顧等…再者，以社區獨居老人實際的需求調查開始，與社區在地資源合作，共同關懷社區內的獨居老人。此一策略執行的重點在於：一面透過與社區企業、非營利組織的合作，提供社區獨居老人生活必須的服務，如：宅配食物、保全公司於獨居老人家中設置緊急通報機，或與水公司、郵政公司及送報業者合作，在到府檢查水錶、送信送報時，可以留意獨居老人的生活動態，並建立向區役所的通報機制，使得社區的照顧服務能夠形成一個網路，成為共同服務獨居老人的社會照顧模式（平成 22 年都市經營戰略會議）。

趙美貞（2014）比較韓國與日本獨居老人的社會照顧政策指出，獨居老人的照顧不能僅是著眼於獨居老人家戶而已，必須由社區的觀點，從整體性的支援體系著眼。再者，社區獨居老人的照顧方案，應著重於預防性工作，更勝於事後解決問題的模式。最後，在社區中獨居老人照顧方案，也應與長期照顧保險作連結，惟有透過制度面的通盤考量及設計，才能有效地結合長照資源，解決獨居老人所可能面臨的問題，並滿足其多元生活需求。社區獨居老人的照顧政策，與長期照顧政策密不可分，尤其在與社區資源和服務的聯結提供上，及財務的永續性及穩定性上，二者皆有相互搭配的必要性。與此相較，我國目前雖尚未實施長期照顧保險制度，但藉由韓國及日本的經驗，在同樣以社會保險為基礎所運作之長期照顧制度之下，在可以預見的未來，我國社區獨居老人社會照顧模式，也將步上相似的軌跡，如何運用社區在地的資源，提供社區中獨居老人所需的服務，產生「在地化」及「個別化」的服務方案，將是吾人努力

³ 原初現金給付的制度設計理想，是為彌補老人因疾病等因素所導致經濟的損失，而有所得補償的性質。然而，隨著社會安全制度的建置逐步完善，當初現金給付制度設計的意義性已大為降低。

的方向。

綜上所述，在建構社區獨居老人的社會照顧模式時，不僅應考量獨居老人的總體需求，也應同時思考制度運作的層次性及獨居老人的個別性差異。因此，社會照顧模式的建立，不僅有「大一統式」的由上而下推動方式，亦可有「因地制宜」的由下而上的形成策略，以兼顧不同地域和社區的特殊性。

三、在宅服務的類型

在宅服務是以服務對象的家中為提供服務的主要地點，此項服務之目的，在於協助服務對象維持生活的獨立自主，使其能在自己熟悉的環境中生活（蔡漢賢，2000）。依照蔡漢賢（2000）的分類，在宅服務之內容與性質，可分為以下三種類型：一、加強護理服務；二、個人日常生活護理服務；三、一般家事管理服務。前兩類需要由具護理人員等專業人士執行；第三項則可由半專業人員執行。而在宅服務的類型，包含「居家照顧/護」、「居家服務」、「到宅植物人服務」、「居家治療」、「家庭托顧」、「弱勢/外配到宅服務」等…據此而論，在宅服務所指稱的範疇較居家服務的定義更廣。然而，根據黃啟瑞、陳靖國、陳猷仙（2009）的研究指出，國內推動居家服務初期，各縣市政府或民間社會福利機構對「居家服務」之名稱略有不同，如：台灣省稱「居家老人服務」，高雄市則稱為「老人在宅服務」（劉素芬，2001），台北市亦稱為「在宅服務」。爾後，直至1998年內政部頒訂「加強推展居家服務實施方案」，明訂居家服務實施之對象及服務內容，並確立「居家服務」之名稱。⁴即便如此，由於國內不同領域

⁴ 爾後，內政部於2002年修正「老人福利法」第十八條明訂：「為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、居家環境改善、其他相關之居家服務。前項居家服務之實施辦法，由

的學者，對於名詞的使用歧異性甚高，對於名詞的意義也尚未有清楚的界定並形成通說，故本研究題旨所稱之「在宅服務方案」，乃採用最寬廣的定義，不深究區辨「在宅服務」與「居家服務」的差異，而將二者視為同一語義，以期能將最多的服務類型，在最大範圍內廣納入本研究所討論之社會照顧模式之中。

楊益松（2010）在台中地區所作的研究指出，針對獨居老人之關懷，我國政府實施「居家服務」已近三十年，居家服務因符合「就地安置」、「在地老化」及「福利社區化」之原則，具備「可及性」、「可近性」、「便利性」，確實較為貼近老年人養老需要之服務方式。然而，居家服務的現況也有一些困境及問題，如：政府角色應作適度的調整，從由上而下決定獨居老人的需求，進而決定居家服務方案的模式，改變為由下而上的「回應模式」。此外，在長期照顧制度建構的過程中，能更多考量到獨居老人在經濟安全、醫療服務、生活照顧的特別需求，建立獨居老人身、心、靈兼籌並顧的服務體系，應是值得思考的方向。

回顧我國相關政策的發展，行政院於 1998 年通過「獨居老人照顧之案」，但其內涵僅限於責令內政部清查全國獨居老人人數及狀況，並將老人問題重新加以分類定位（劉慧俐，1998）。依據此行動方案，台灣各縣市政府，則規劃各自的獨居老人在宅服務計劃或關懷服務計劃等…在這些方案中，特別強調結合政府與民間的資源，而作為服務標的之獨居老人，也會加入經濟（中低收入戶）、健康（罹病、失能或生活無法自理）與有無親屬（是否聯繫得到親屬）等條件，作為篩選服務對象的條件（劉慧俐，1998；陳菊，1998；黃源協，1998）。各縣市政府透過長青中心作為福利服務輸送的樞紐，亦扮演多功能示範中心的角色（呂寶靜，1995）。

地方政府定之。」此外，2004 年修正之「身心障礙者保護法」第四十條，亦指出「為協助身心障礙者得到所需之持續性照顧，直轄市、縣(市)主管機關應提供或結合民間資源提供居家服務」。藉由法規的明訂，使各縣市逐漸統一使用「居家服務」的名稱，並在「居家服務」推展上有其正當性。

在獨居老人的居家服務項目中，探望訪視及電話問安、文康休閒活動及友誼關懷是獨居長輩最需要的（施教裕，1998a, 1998b; 張靜琪等，1999）。在社區中的團體懷舊治療（Reminiscence Group Therapy, RGT），顯示對於社區獨居老人的自尊感提升、生活滿意度提升和孤獨感的降低，皆有顯著的效果（Liu, Shwu-Jiuan, Lin Chouh-Jiaun, Chen, Yuh-Min, Huang, Xuan-Yi, 2007）。

在獨居老人照顧方案的規劃中，強調「福利社區化」的概念是其特色。意即，藉由社區的資源及網絡聯結，提供社區內的獨居老人相關的服務及支持。例如：獨居老人的通報、緊急救護系統的建立等…然而，綜觀我國社區獨居老人在宅服務的方案，各縣市由於經費及政策推動者的不同，對於相關方案的重視程度及執行力度差異性仍大。

另一面，日本的社區獨居老人服務方案，自 2007 年厚生勞動省設置「建立獨老安心生活社區」推動委員會後（下開，2011），在 2008 年則發表了「社區新支援方案」，強調政府與社區居民間的協力合作，共同解決社區獨老所可能引發的諸多社會問題，如：孤獨死、虐待、自殺、貧窮、詐騙或消費糾紛等…揭櫫了欲解決社區獨老所產生的相關社會問題，不能單靠政府公部門的老人福利政策，也應該引進民間私部門的資源及人力，共同創建能讓獨居老人安心生活的社區環境。故此，根據此原則，自 2009 年開始，日本在全國 58 個自治體也依此開始了許多類似的試驗計劃（小林，2012）。

事實上，社區獨居老人所面臨的問題，不僅是孤獨的困境，更是社會保障缺乏整體性連結，所造成的服務輸送體系斷裂的問題，因此，因應社區獨居老人的問題，更應是由整個社會的力量，結合社區在地資源共同面對（藤本，2013；東京者福祉保健局，2013）。

黑岩（2008）指出，日本的在宅服務發展，與「孤立」概念的發展軌跡一

致。在 1959 年以前，日本政府主要是以貧困消滅為政策主軸，老人獨居的問題並不是政策關注的重心，反而是著重於老人經濟安全的保障，故此，此時期的政策「三法」，包括：生活保護法、兒童福祉法及身心障礙福祉法，皆是以救貧為目的（三浦，1985；高澤，2000）。在 1960 年至 1975 年，則又可依據政策的分類，分為前期及後期。前期不再著重於貧困問題的解決，轉而強調生活意義與目標的豐富化（坂田，2000），故此隨著 1963 年老人福祉法的通過，成立了許多老人文康中心、休憩中心及老人俱樂部等…由於老人福祉法的通過及對老人服務的普及化，相對地才也暴露出一些在社區中，卻無法外出參與活動長輩的需求。故此，在後期的政策中，「獨居老人」的現象才逐漸受到關注。然而，隨著此一問題的出現，日本政府的對應政策仍相較消極，如：設置老人福祉諮詢專線、建立志工性質的老人諮詢員制度，並期待以社區的自發力量解決社區中獨居老人的各種問題。雖然此時日本社會已注意到獨居老人的「孤獨」問題，但仍多重在「獨自生活」及「物理空間」上的孤獨。直到 1997 年以降，介護保險法完成立法，並於 2000 年開始實施後，由於長期照顧制度的建立，日本社會對「孤獨」的觀點，才更進一步地轉向為對「社會關係」及「心理孤獨」議題的重視。自 2005 年日本介護保險改革後，對於社區獨居老人的照顧，則更強調介護預防工作（厚生勞動省，2010），如：老人防跌倒社區講座、失智症照顧訓練、生活自主照顧能力（IADL）訓練、健康促進宣導、營養餐食指導及高齡體適能運動等…皆為鼓勵社區的獨居長輩能透過社區活動的參與，更多與人群接觸，並邁向成功老化。市川（2015）指出，介護預防的工作內容，絕大多數與有助於社區中獨居老人的社會參與，並透過參與在地化的活動，產生與他人互動的機會，不但有助於延緩身心功能的衰退，更能避免獨居老人所衍伸出的諸多社會問題。

綜上所述，本研究透過檢視日本的社區獨居老人社會照顧模式，尤其是在宅服務方案，並加以與台灣的現況作對照、分析與比較，將有助於吾人更進一步思考，在宅服務方案的未來發展方向及可能性。

參、研究方法

一、研究方法與架構

本研究採比較研究方法（comparative research method），探討台灣與日本在社區獨居老人在宅服務方案有何異同之處。比較研究法可定義為利用兩個以上社會的可比較資料（comparable data）進行之研究，其研究方法有實證法、文獻法、量化法及概論法等，而比較的取向則可包括政策、問題、群體、區域比較等各面向，是一兼具量化與質化的研究方法（劉家勇，2002）。根據 Bereday（1964）指出，比較研究方法有四階段的操作模式，包括：描述（description）、解釋（interpretation）、併排（juxtaposition）和比較（comparison）。運用比較研究法的優勢在於，此研究方法著重於跨文化、跨社會或跨國家之間的異同比較，有助於理論的建立以及新的研究問題的衍生（教育大辭書編纂委員會，2001）。在社會科學領域中，運用比較研究方法，將可兼顧到問題的歷史觀點、文化意義與地理方面特性等社會現象的問題，當研究問題並非增加樣本數的蒐集，即可進行分析和探索時，比較研究方法可以提供不同的觀點，進行問題本質的探討，並凸顯出比較標的間的異同，進而獲得新的啟發（Ragin, 1987）。

本研究欲探討的問題，是已在日本及台灣社會實施已久的社區獨居老人社會照顧政策。由於日本與台灣，在長期照顧制度的發展階段不同，也會影響各自在社區獨居老人照顧模式上的建構，因此，本研究所比較的共通基礎，將限定以社區照顧中的在宅服務為例，並不重在制度面表象的差異，而更著重於深層次的結構比較，包括：中央政府與地方政府的角色分工、社區獨居老人服務與長照制度的整合及社區資源協作的方向性。這樣的比較分析架構，包括了政

治的、市場的及志願的多重角度分析。最後，藉由台日間的比較，將有助於釐清日本與台灣在面臨高齡化人口結構的進程中，在政策面如何因應社區中的獨居老人的相關問題。故此，採用比較研究法，適合於此研究問題的探討，甚且更進一步地藉由比較研究分析，獲得新的觀點和啟發。

本研究的架構，是藉由關注社區（居家）場域中的老人，針對有接受社會資料介入者，並界定在接受居家（在宅）服務項目者。因此，本研究討論與分析的範圍，亦可見於下圖。

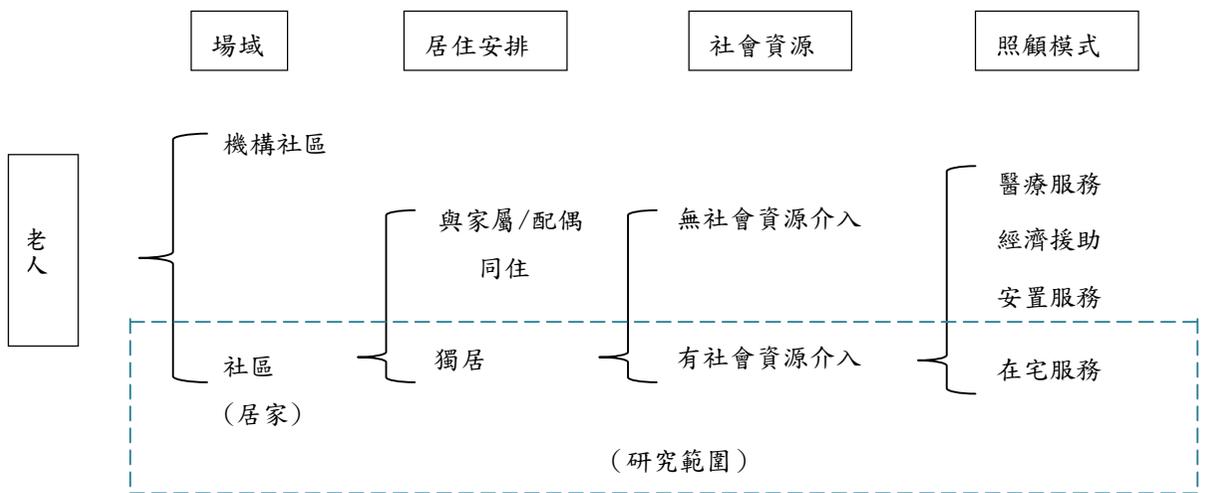


圖 1：研究架構與範圍

二、研究資料蒐集與篩選原則

本研究廣泛蒐集國內外相文獻作為比較分析之基礎，由於筆者的語言能力及時間等資源限制，本研究所蒐集之文獻，僅限於中文、日文及英文相關紙本及電子檔書面資料。本研究蒐集之文獻資料種類及來源，分述如下：

(一) 書籍：廣泛蒐集國內外關於社區獨居老人社會照顧相關議題之書籍，或

相關書籍中論及此一議題之專章。

- (二) 期刊：國外文獻以美國及日本的資料為主要蒐集對象，透過 PubMed 和西文期刊聯合目錄查詢系統，檢索相關期刊。中文期刊則透過中華民國期刊論文索引影像系統、國家圖書館整合式書目查詢系統等檢索。查詢關鍵字包括「獨居老人」、「社會照顧」、「社區」與「獨老」等作標題或篇名檢索，以獲得相關期刊文獻。
- (三) 論文：透過國家圖書館之全國博碩士論文摘要檢索系統，檢索國內相關博碩士論文，以查詢社區獨居老人相關社會照顧政策之研究現況及成果。
- (四) 剪報資料：藉由聯合報系聯合知識庫系統，蒐集近十年的新聞剪報資料。剪報內容含括社區獨居老人的相關新聞報導，及政府或民間機構針對社區獨居老人的社會照顧及關懷措施，以瞭解國內社區獨居老人議題，在時事中發展的脈絡。
- (五) 政府相關出版品、學術研究資料、非營利機構研究報告：蒐集包括國內及日本相關單位，針對社區獨居老人議題的相關研究報告及出版品，藉由整理並分析其出版品所探討之內容，得以裨補前述相關文獻資料的缺乏，並增加本研究分析的深度和廣度。
- (六) 網際網路之全球資訊網：藉由網際網路聯結全球資訊網路，搜尋國內外相關網站，並擷取探討社區獨居老人議題之相關網頁資料，作為本研究分析及參考的素材。然而，由於網頁資料的特性包括：即時性及變動性高，資料內容豐富但品質參差不齊，資料的正確性及精準性皆需經過檢證及查核。故本研究分析，雖採用網頁資料訊息，但仍將輔以其他資料作參考及核對，以確保研究分析的品質。

本研究所蒐集之文獻資料的跨越期間，日本方面的資料是自 1970 年，日本人口結構邁入高齡化社會後開始，直至現今；台灣方面的資料，則是自 1993 年，台灣人口結構邁入高齡化社會後開始，直至現今關於社區獨居老人的相關資料。本研究除盡量蒐集此段期間內，國內外關於社區獨居老人社會照顧議題之相關討論外，也旁及社區獨居老人所衍伸之相關社會議題討論，如：孤獨死、無緣社會等…這些社會問題的討論，常較獨居老人更受到關注，也是社會照顧相關政策的著力重點所在，故亦應納入考量。本研究採用的文獻內容，其篩選原則是正式出版品、政府公報及研究發表成果為優先，報章雜誌報導、網路新聞作為補充參考。文獻的整理過程，作者也刪除各文獻檔案中重複的內容，並檢視不同文獻間的資訊差異，經過交叉比對並依據上述篩選原則，剔除錯誤或不相符的內容，以求文獻研究分析的正確性。

三、資料分析與信效度

本研究透過文獻蒐集所獲得的資料，其書面重點內容及作者閱讀過後的筆記摘，皆在電腦軟體 Microsoft Windows 作業系統中作處理。作者以 OFFICE WORD 軟體，輸入相關文字、圖表資料成為電子檔型式，以利資料的保存、搜尋及整理。本研究的資料分析是以比較研究方法，進行分析與處理。主要透過作者的閱讀與討論，參照研究者的內隱知識（tacit knowledge）⁵，將書面雜亂且無系統的資料，加以轉化並解讀成有意義的分析論述。作者除了依據前述資料篩選原則，並依循文獻的效力排序優先採用順序外，也注重文獻間差異訊息之

⁵ 內隱知識又被稱為「常識知識」（陳秋山、王玉馨、郭慧琳譯，2008），而 Polanyi (1958) 則提出專家具有內隱知識的概念。內隱知識意即，能夠藉由個人的接觸而傳遞或默會的知識和能力，但不一定以正式的論述、圖示、言詞說明或行動指示來進行傳播（Lincoln and Guba, 1985; Collins, 2001）。

核對及原始資料的檢證，以期增進所分析之資料的正確性，並降低所採用資料訊息的偏差性。

Babbie (2009) 指出，文獻的分析和比較過程中，也應依循嚴謹的研究步驟，包括：1、依據研究問題決定合適的分析單位 (unit of analysis)，分析單位的決定會影響到樣本的選擇 (sample selection)。2、設定適當的抽樣設計 (sampling design)，抽樣的個位可以是單字、單辭、句子、段落或章節，抽樣的方法也包括系統抽樣 (systematic sampling)、分層抽樣 (stratified sampling)、叢聚抽樣 (cluster sampling)。3、編碼與內容分析 (coding in content analysis)，事實上，文獻分析與比較研究方法的核心就是編碼的操作 (a coding operation)，量化性的文獻分析，多針對「外顯可見的內容」(manifest content) 編碼；而質化性的文獻分析則針對「潛在隱微的內容」(latent content) 編碼，對其潛在的涵意加以分析。4、概念化與操作化：研究者賦予編碼不同的定義，並加以概念化 (conceptualisation)，使之能成爲一組組的編碼群 (code categories) 能被有意義的描述、說明、分析、歸類與比較等研究操作 (operations)。

關於研究的信效度，本研究的研究主題範定於社區獨居老人社會照顧議題，在日本及台灣的比較研究中，因爲議題設定和討論方向皆有高度的一致性，故能符合質性研究中所重視的同步信度 (synchronic reliability)。在研究效度一面，質性研究更強調的是「可信任度」(trustworthiness) 的概念 (Lincoln, & Guba, 1985)。簡言之，可信任度強調的是質性研究中所採用的資料、分析的論據是具有「值得注意的」性質，以確保有意義的研究發現成果。爲提升本研究的依據性和可證實性，作者除了透過國內外相關文獻的爬梳，瞭解台、日社區獨居老人照顧之相關政策與發展，也將透過比較研究方法，進一步分析二者間的異同，以獲致有意義的研究發現。

肆、研究發現與分析

一、日本獨居老人的在宅服務方案

日本於第二次世界大戰後，在廢墟中重建過程中，也重視社會福利的持續推展。除了陸續推出社會福利三法，包括：生活保護法、兒童福祉法及身體障害者福祉法。在 1960 年代，日本隨著其後經濟的快速發展，更強化社會福利體系，而進入社會利六法體制的時期，其中，老人的福利也受到重視，而於 1963 年實施老人福祉法。目前，日本的社會福利體系，主要是由福祉八法所建構而成。日本社會福利相關法律的發展及的保障對象，可見於下表 3。

表 3：日本社會福利相關法律發展與規範重點表

西元年	法律	保障對象
1946 年	生活保護法	低收入戶
1947 年	兒童福祉法	兒童
1949 年	身體障害者福祉法	身心障礙者
1951 年	社會福祉法	社會福祉事業/機構
1960 年	知的障害者福祉法	精神障礙者
1963 年	老人福祉法	老人
1964 年	母子與寡婦福祉法	婦女及兒童
1982 年	老人的醫療確保法（老人保健法）	老人

資料來源：本研究整理

在日本的福祉八法架構中，關於社區獨居老人的服務計劃，主要是在《社會福祉法》中，規範了「地域福祉」的項目。蔡啓源（1999）指出，地域福祉是以資源網絡的概念，提供在宅服務與機構收容為主的服務模式。強調依據所處地域居民的需求及能力，通盤考量並調配資源，以將資源最適配置於最弱勢的群體（方世雄，2005）。故此，日本的地域福祉觀念，相較於英美的社區照顧及福利社區化而言，有以下數點的差異：（1）日本的地域福祉更強調地方（市町村）政府的統籌協調角色；（2）相較於英美的社區照顧，日本的地域福祉概念，跨越單一社區的地理空間範圍；（3）在日本的地域福祉服務方案中，著重於自助（住民個人或其家庭自身的努力）、共助（住民、親朋好友、志願服務者、社福團體等在地區內相互間的扶助）與公助（社會福利制度的補助）等不同層次間的相互配合。因此，不僅是政府部門角色的協調，作資源的配置，民間非正式部門的力量，也要能共同投入，才能達到「福利始於住宅，終於住宅」的理念（王續儒，2007）。

日本的老人福利中，除了機構式收容服務外，居家（社區）式的服務項目包括：在宅服務、短期臨托、日間照顧、醫療復健、居家計劃等…而地域福祉

的主要核心工作，即以在宅服務為主要的服務項目（王續儒，2007）。事實上，日本的在宅服務，也經過不同階段的發展，日本在宅服務在各階段的發展重點，可見於下表 4。

表 4：日本在宅服務的發展與各階段重點

階段	年代	在宅服務重點	日本重要社福議題
第一階段	1970~1980	在宅照護為補充性質，主要照顧責任，仍是以家庭成員的照顧為主。	福利國家 vs. 福利社會之爭議
第二階段	1980~1990	地域福祉的概念興起，以地方照護為主。日本經歷福利分權化的過程，使老人福利權限漸由中央政府轉至地方政府。	福利分權化
第三階段	1990~2000	以地域照護為主。老人在宅服務工作，強調依據老人需求、地方資源及專業要求三方面的共同統籌規劃，並運用地方志工人力，投入服務。	黃金計劃/新黃金計劃
第四階段	2000~2006	介護保險實施 ⁶ ，提供居宅服務和居宅介護支援，鼓勵居家式服務的提供，由社會福祉法人等非營利組織，或企業營利型組織進行服務提供。	介護保險實施 ⁷
第五階段	2006~現今	2006 年日本介護保險改革，除了鼓勵在宅服務外，也推廣社區式服務，發展社區型小規模多機能機構。在宅服務的使用量，呈現頓挫後逐漸回升的趨勢。	介護保險改革

資料來源：作者整理

日本的在宅服務內容，依據其介護保險的給付項目，自 2002 年以來即十分固定。主要的變化在於針對居家療養管理指導的部分，有些許更動。表 5 依據不同的時期，日本介護保險的在宅服務內容加以整理。根據表五的內容，我們

⁶ 在日本實施介護保險制度後，在日本介護保險下的「在宅サービス」此項目，亦包括社區型長照服務。

⁷ 介護保險制度的建立，係基於 1995 年日本厚生省老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照顧系統之確立」（中期報告）的政策建議，制度立法依據為 1997 年的「介護保險法」（詹火生，2005）。

發現，日本介護保險在宅服務方面的變化。事實上，這也反應出日本近年來在老人照顧需求的變化：由於失智症長者的增加，在宅服務的重點即在於如何協助失智症長者在「似家的」(homelike)環境中生活，因此，如團體家屋等特定機構入住者生活照顧(非短期)也將提供生活介護服務的特定機構，由原本的老人安養養護中心，擴大至銀髮住宅等…並透過服務提供型態的多元化，使介護服務的提供不限於原本特定機構的職員，更擴大至外部的介護服務事業單位。故此，屬於「居住系服務」的擴充。使失智症長輩能在特定機構中，獲得在宅服務。

表 5：日本介護保險在宅服務給付項目表

2002-2005 年		2006-2011 年	2012-2013 年
在宅服務			
居家訪視			
／日間照顧 ⁸	居家照顧	居家照顧	居家照顧
	居家沐浴	居家沐浴	居家沐浴
	居家護理	居家護理	居家護理
	居家復健	居家復健	居家復健
	日間照顧	日間照顧	日間照顧
	日間復健	日間復健	日間復健
	福祉用具借貸	福祉用具借貸	福祉用具借貸
短期入住			
機構	短期入住生活照顧	短期入住生活照顧	短期入住生活照顧
	短期入住療養照顧(安養院等…)	短期入住療養照顧(安養院等…)	短期入住療養照顧(安養院等…)
	短期入住療養照顧(醫院)	短期入住療養照顧(醫院)	短期入住療養照顧(醫院)

⁸ 訪問通所(houmon tsusyo)並無準確對應的中文翻譯。李佩芳(2015)嘗試譯為居家及日間照顧,然而,在日本介護保險中,訪問、通所介護事業,具有不同著重的面向:訪問系介護事業,強調介護服務進入案主家中,扮演補充性的角色,協助案家自行完成介的工作;通所系介護事業是指在社區內,提供日間照顧或日間托顧等...每日在社區據點和住家間接送往返的服務型態。由於二者皆強調年長案主在居家及社區內,即可獲得相關的長照服務,故筆者將「訪問通所」分開翻譯為「居家訪視/日間照顧」,一面較能準確表達日文字義,二面也能說明二者皆與在宅服務有關。通所服務(日間照顧)更主要的功能在於讓照顧者獲得喘息機會,分擔照顧者的壓力與責任。

表 5：日本介護保險在宅服務給付項目表（續）

2002-2005 年		2006-2011 年	2012-2013 年
在宅服務	居家療養管理指導 ⁹	居家療養管理指導	居家療養管理指導
	認知症對應型共同生活照顧 ¹⁰	--	特定機構入住者生活照顧（非短期） ¹¹
	特定機構入住者生活照顧	特定機構入住者生活照顧	特定機構入住者生活照顧（短期）
在宅照顧支援			

資料來源：作者參考厚生勞動省（2015a）。2002 年至 2013 年「介護給付費實態調査：結果の概要」之網頁資料，自行整理作成。資考網頁：
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>。

藉由介護保險的在宅服務提供，也有助於瞭解獨居老人的需求，並適時予以服務介入和基本需求之滿足。尤其是 2006 年介護保險改革後，日本居家服務的使用量經歷了頓挫而後回升的過程，然而，在社區式服務的使用量，則穩定成長。亦即透過介護保險等長期照顧政策，日本對於社區內的獨居老人之服務，也可運用並結合社區內的資源，有助於獨居老人在居家及社區的場域內，獲得更好的社會照顧之可能性。

⁹ 居家療養管理指導（日文原文為：居宅療養管理指導），意指針對居家患者，需要醫療照護，卻無法前往醫療院所時，由介護保險給付醫師、牙醫師、護理師、藥劑師、營養師及口腔保健師等各種醫療服務專業人員，前往病患家中作診療的服務，或是提供照護上的指導及諮詢等從 2000 年介護保險實施迄今，居家療養管理指導的給付項目及金額，維持持續增加的趨勢，以實現「在地老化」的政策目標。

¹⁰ 「認知症對應型共同生活照顧」（日文原文為：認知症対応型共同生活介護）在介護保險法上的類型，與「特定施設入居者生活介護」（日文原文為：特定施設入居者生活介護）定義有所不同。前者是針對失智症患者的長期照顧，且以共同生活的居住型機構為主體；後者則又可分為「有料老人ホーム」（老人安養中心）、「輕費老人ホーム」（中低收入老人住宅）和「養護老人ホーム」（老人養護中心）。

¹¹ 特定機構入住者生活照顧（非短期）的日文原文為「特定施設入居者生活介護の拡充」。這是日本介護保險改革的主要內容之一，屬於「居住系服務」的擴充。包括兩項重點：（1）將提供生活介護服務的特定機構，由原本的老人安養中心，擴大至銀髮住宅等（2）服務提供的型態多元化，不限於原本特定機構的職員，更擴大至外部的介護服務事業單位，也可提供介護服務。

根據日本厚生勞動省(2015b)的報告指出,日本的社區獨居老人照顧目標,主要為著預防「孤獨死」的發生。實施獨居老人社會照顧的型式,可透過不同類型的合作方式,包括:1、運用社區內的協力者型式,如:社區內的福祉人員、社區守望相助隊、甚至警員、村里長等皆可作為社區內的協力者。2、與生活服務事業合作型式,如:瓦斯、水電、送報、超商、社區內的超市等建立合作關係,瞭解社區內獨居老人的生活狀態,達到即時關懷的目標。3、人際網絡建構型式:透過社區內的鄰里自治會系統,善用志工服務人力,增進社區內活動,以促進獨居長者與他人的聯結與互動。此外,在執行的策略上,日本的獨老社會照顧模式也運用多元的途徑,達到關懷獨居老人的政策目標。包括透過獨老調查,建立社區獨居老人地圖,以獨居老人資料庫的建置,整合社區內各項服務資源。再者,運用高科技福祉機器,結合資通訊網路服務,提供社區獨老的居家安全、緊急求救、日常活動感應器及網路電話等…並且搭配送餐和日常生活服務等,使社區內獨居老老人的照顧,能夠充分與社區日常生活相互搭配,亦有助於社區獨居老人的社會參與及社區融入。

二、台灣獨居老人在宅服務方案

我國的獨居老人在宅服務方案,可追溯自「福利社區化」的政策主軸,並期待以「社區照顧」達到讓社區內的獨居老人,實現在地老化(aging in place)的目標。¹²自民國 58 年開始,我國實施社區發展計劃,鼓勵社區建置社會福利

¹² 就精確的學術意義而言,「福利社區化」與「社區照顧」在意涵和指稱範圍上有所不同,並應加以區辨。多數學者主張,福利社區化較偏重於政府政策性的主導;而社區照顧則強調在地草根力量自發性的資源結合(謝美娥,1993;蘇景輝,1998;曾華源,2000)。黃源協(2000)認為,「社區照顧」應包含於「福利社區化」的概念之中。關於二者的區辨,周月清(2000)和賴兩陽(2002)從歷史觀點的分析,追溯其歷史發展的脈絡和意義。本研究未精準區辨「福利社區化」及「社區照顧」的意義,文中有

服務體系，使社區兒童、老人、身心障礙者等…均能獲得最基本的福利服務保障。楊益松（2010）整理我國獨居老人居家方案的建議指出，我國推展居家服務之建議包括：協助成立居家服務員支持團體、提供諮詢輔導訓練；加強督導服務；家屬與居家服務員配合；提高居家服務員工作福利與相關津貼；建立一套完善居家服務績效評核制度；居家服務納入保險體系等（陸光，1988；謝美娥，1992；萬育維、羅詠娜，1993）。而各縣市政府自行所訂定之服務方式，是由上而下之導向，很少納入低收入戶獨居老人本身之意見（葉若分，2003）。故他採用質性訪談的方法，針對台中縣市地區的低收入戶獨居老人為主體，探討來自於低收入戶獨居老人主觀所表達之需求，與實際提供之居家服務間之落差性，以便為政府對低收入戶獨居老人之福利服務提供建議及參考。

回顧我國的獨居老人在宅服務方案，我國社政主管部門自 1981 年實施「在宅服務」至現今稱之「居家服務」已近三十年，卻也衍生不少弊病。關於居家服務措施之績效與執行狀況，有多位學者、實務工作人員（王玠，1991；萬育維、羅詠娜，1993；王增勇，1994）進行研究發現，其困難有一、承辦人員人力不足；二、委託經費不足；三、委託對象難求且服務品質參差不齊；四、服務人力難求；五、服務範圍廣闊、服務項目未整合；六、各委託機構服務內容、項目、時間，因機構規定不一，有不同服務範圍；七、缺乏配合相關機構，服務網絡未建立；八、居家照顧福利服務輸送體系複雜性與轉介過程曲折，限制了低收入戶之使用（楊益松，2010）。

此外，在宅服務方案雖將福利服務輸送至社區獨居老人的家中，然而，在宅服務的內涵是否切合獨居老人的需求，則是值得關注的問題。以獨居老人的健康狀態為例，雖然社區獨居老人自覺健康狀況尚可（徐淑貞、張蓓貞、戎瑾

時會有混用的情況，乃因本文討論的重點在於社區中獨居老人在宅服務方案的內容和發展。

如等，2008），但余正麗（2011）也指出，健康與社會工作相關人員在社區中，應主動評估並關懷獨居老人的需求，並依其健康狀況提供不同面向的社會資源。此外，政府也可藉由專責單位，進行社區獨居老人的相關服務，以「一站式服務」的型態，滿足獨居老人的需求，並避免社會資源的重複投入或浪費，提升獨居老人的生活品質與滿意度。由此可見，我國在執行社區獨居老人在宅服務相關方案時，應有更細緻的規劃，才能有助於早期覺察並預防獨居老人的相關社會問題之產生。

與社區獨居老人健康照護需求相關的議題，即為我國目前正致力推動的長期照顧政策，包括：我國長期照顧十年計劃、長期照顧服務法¹³及長期照顧保險法等一系列關乎老人照顧的相關制度建設。綜觀「我國長期照顧十年計劃」所核定的居家服務，包括的服務項目有：照顧服務、居家護理、社區及居家復健、輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務、老人餐飲服務、喘息服務、交通接送服務、照顧機構服務等，管理機構依服務項目不同，提供不同補助內容（台灣長期照護專業協會，2015）。綜上所論，我國社區獨居老人在宅服務方案，雖然起步多年，且已累積一定的福利服務經驗和基礎，但在制度面仍尚在建構的過程中，有待未來各界持續的努力，才能更臻全面而完善。

伍、分析與討論

根據本研究比較日本及台灣的社區獨居老人在宅服務項目，發現二者在社區獨居老人社會照顧模式的建構上，具有許多相異點，可作更進一步的分析如下。

¹³ 我國的長期照顧服務法已於 2015 年 5 月 15 日於立法院三讀通過，預計於 2017 年正式實施。詳參中央社（2015）立院三讀通過長照法 106 年施行。資料來源：<http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201505155018-1.aspx>。

一、中央與地方政府的角色

由前述的分析發現，日本與台灣在社區獨居老人的議題上，皆有相當的關注。然而，日本的社區獨居老人照顧，偏重於「孤獨死」的預防工作；台灣的社區獨居老人照顧，則是承繼社會工作社區發展路線，以地方政府的關懷方案為主導，進行社區內獨居老人的社會照顧。在此，我們看見日本與台灣在社區獨居老人工作中的偏好及重點差異。儘管台灣與日本關於獨居老人的議題，皆是在人口高齡化的趨勢下，而逐漸受到各界重視的社會問題，然而，政府政策採取的因應措施，卻有不同的方式。日本的獨居老人照顧方案，歷經福利國家與福利社會的爭論，及至福利分權化的歷程，使得地方政府雖是主責社區獨居老人政策的主掌機關，但是中央政府在黃金計劃和新黃金計劃，與其後介護保險的推動和改革中，亦未缺席。且透過介護保險制度的實施，使日本的在宅服務工作能夠更為深化，有助於獨居老人在社區中的生活適應。故此，日本的地方政府與中央政府在不同時期，分別對獨居老人的社會照顧，尤其是在宅服務工作，進行政策性的努力，共同建構了日本的社區獨居老人社會照顧模式。相對地，台灣在社區獨居老人的政策，主要仍是依賴各地方政府各自為政，各縣市政府在對於獨居老人服務群體的界定上，都仍存在定義上的歧義，更遑論社會照顧服務內容的整合。

二、社會照顧模式的內容整合長照服務

由日本對社區獨居老人社會照顧模式的發展可知，日本的社會照顧模式，不僅是關切獨居老人的經濟需求或生活支持，更納入健康照顧的觀點，以長期

照顧（介護保險）制度性的介入，確保社區獨居老人的健康維持。故此，日本的社會照顧模式內容，以在宅服務而言，在相當程度上是整合了長期照顧服務。這樣的整合條件，固然是由於日本已建置實施了介護保險制度，使得社區中的獨居老人也能獲得長期照顧的制度性保障。但同時，這樣的服務整合理念，亦可視為社政與衛政間的協力與合作，對於台灣目前在推動的長期照顧政策，及未來欲加強社區獨居老人的社會照顧服務，皆具有啓發性的意義。

由於我國針對獨居老人的在宅服務，源自於社區發展工作的歷史背景，傳統上多由社政體系肩負主責工作，故在服務項目及內容上，多偏重於生活需求的支持及經濟救助措施，然而，獨居老人的需求絕非物質及物資的提供即可滿足，社區獨居老人的需求，更應擴及其心理、社會，甚至靈性面的健康需求。因此，社政與衛政的整合與協作，必是不可或缺，且應更多強化二者間的資源配置。日本經驗的爬梳，正可呼應國內相關研究的建議，主張社區內的社工及服務輸送者，應為社區內的獨居老人，主動評估並聯結相關的資源，而非被動地等候通報或作消極處遇。相對地，藉由社政與衛政的資源整合，透過相關人力的調配，將可更進一步地進行積極性社會照顧工作，達到對社區獨居老人「早期預警，即時處遇」的服務效果。

三、社區資源的整合及協作的方向性

綜觀日本的獨居老人社會照顧模式，不但具有政府資源的挹注，也重視社區在地力量的整合。因為日本的社區概念，包括但不限於第三部門（The third section）非營利組織的參與，更融入營利部門企業資源的參與。因此，台灣的社會照顧模式，多側重於政府及社福團體的角色，相較於日本的社會照顧模式

而言，企業的參與及貢獻機會，常在社會照顧模式建構的過程中被忽略。同時，這對台灣的企業而言，也並不公平，不但欠缺實踐企業社會責任（Cooperation Social Responsibility, CSR）的機會，對於社會照顧模式的建構而言，也太過依賴政府資源的提供，造成政府財政的負擔，甚或使獨居老人的社會照顧政策，易淪為選舉政治操弄的工具；最後，對於案主而言，社區中的獨居老人也欠缺系統化及足供多元選擇的服務方案，制度性地忽略了營利組織所可能參與的角色，也可能使社會照顧的服務品質缺乏競爭，而難以持續提升精進。圖二呈現出日本的社區照顧概念，Liu(2015)借用了 Firdberg (1997)的福利鑽石(The welfare diamond) 概念，分析日本社會工作體系的特徵。在日本獨居老人社會照顧模式中，同樣依循福利鑽石的架構，亦可見到國家、家庭、非營利部分及市場之間的相互關係，共同建構出日本社區的獨居老人照顧模式。

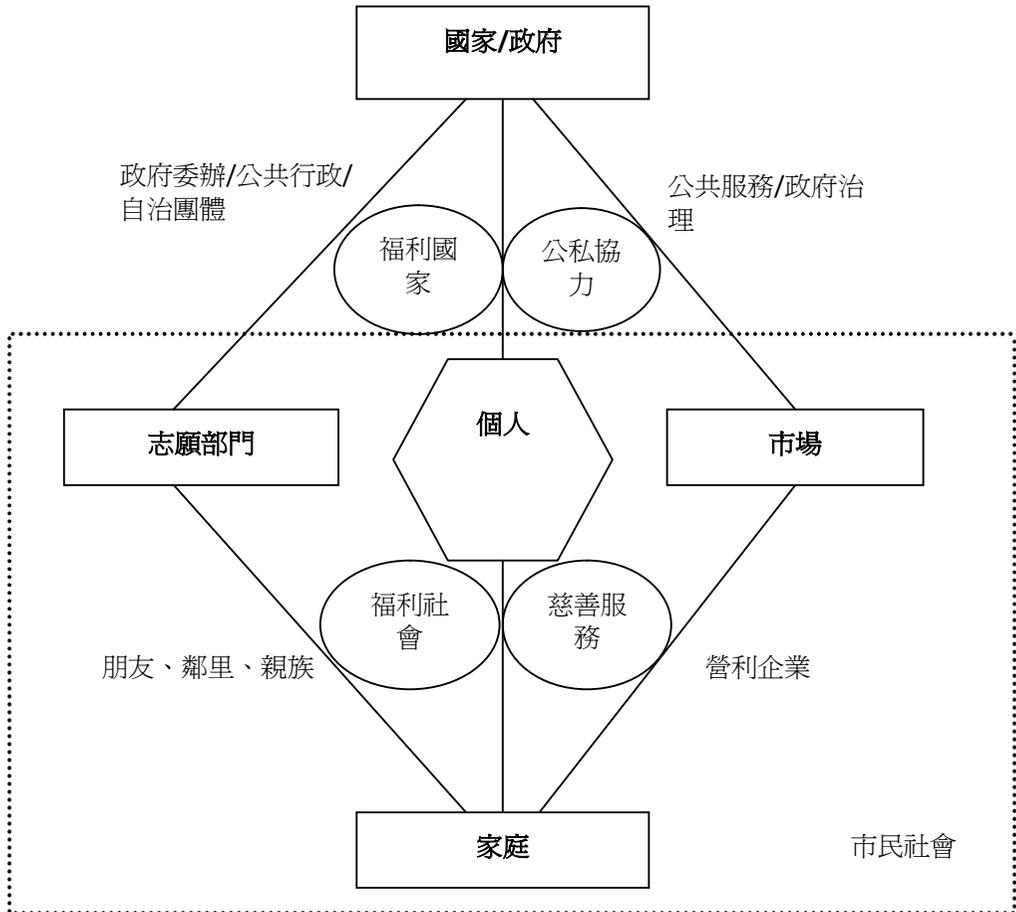


圖 2：日本社區照顧模式的福利鑽石

資料來源：Liu (2015) Social work in Japan, In Christian Aspalter (ed.), Social Work in East Asia, Surrey: Ashgate.

此外，由於日本的社區照顧整合了社區內外的資源，強調「地域福祉」的概念，故社區內獨居老人的需求，是經過整體網絡評估的過程。在「地域福祉」的服務網絡中，包括有中央與地方政府、地方政府與市民、及地方政府與服務提供單位間多重關係的聯結，所形成的服務提供網絡，執行資源整合及福利服

務輸送等並搭配服務的組合，可以靈活整合企業營利組織、社區非營利組織及政府公部門的相關資源，共同滿足社區內獨居老人的多元需求。九〇年代以後，日本厚生勞動省更進一步地發展「社區整體照顧系統」的概念，目的在著眼於2025年後，老人的尊嚴能被維護，並能在最大限度的範圍內，支援其自立生活的能力，因此，社區整體照顧系統不僅是強調在「社區生活空間」及在地「福利服務的提供」，更強調的是貫時性的由「預防保健」、「醫療照顧」，直到「長照復健」的一系列整合性服務過程（厚生勞動省，2015c）。藉由自助、互助、共助和公助的途徑，來達到「社區整體照顧系統」的實踐。相較而言，台灣的社區獨居老人社會照顧模式，仍是由上而下的政策過程，透過中央政府、地方政府的政策目標逐級而下，對於各縣市區域，乃至更小的社區內的獨居老人的需求，儘管可能存在多元的差異性，但同樣或相類似的獨居老人關懷方案，對於不同的需求卻僅能予以部分的回應，無形之中不但浪費了資源的挹注，更可能造成政策目標、執行手段及最終成果與政策預期相互偏離。

陸、代結論

本研究作為社區獨居老人社會照顧模式的初探性研究，藉由台日的比較，可以整理出上述的討論，然而，上開討論僅能作為概括性的描述，尙未能形成具體的結論。作者在此謹以較為保守的態度，以代結論的方式，整理台日社區獨居老人社會照顧模式的差異點，並期待能藉由本研究的拋磚引玉，鼓勵更多關於社區獨居老人的進一步研究。

透過前述的研究分析，台日間社區獨居老人社會照顧模式的比較結果顯示，日本的社區獨居老人照顧方案，是以「地域福祉」的概念為核心，而台灣則較受英美觀點的「社區照顧」及「福利社區化」所影響。二者在社區定義的

範圍上及對服務方案內容的執行策略間有所差異。日本地域福祉所強調的是，地方（市町村）政府的統籌協調角色並跨越單一社區的地理空間範圍，著重於自助（住民個人或其家庭自身的努力）、共助（住民、親朋好友、志願服務者、社福團體等在地區內相互間的扶助）與公助（社會福利制度的補助）等不同層次間的相互配合。因此，日本不同層級政府間，各自扮演不同的角色，主導並整合民間非正式部門的力量共同投入。然而，台灣的社區照顧模式及服務實施，則是以各縣市政府的社政主管機關為主要權責單位，中央與地方政府間在服務提供的角色上，較無清楚的分工或夥伴關係，而較多的是政令佈達和行政指導關係。

此外，日本的社會照顧模式內容，以在宅服務而言，在相當程度上整合了長期照顧服務。故此，在長期照顧保險制度的建立過程中，也十分重視針對社區獨居老人的服務項目。一面可以預防獨居老人所可能引發的諸多社會問題，如：孤獨死、無緣社會問題等另一面也有助於發展長照體系成為全面性、整合性的服務系統。結合社政與衛政，有效弭合了二者之間在實務場域中的斷裂，對於在獨居老人的長期照顧系統中，發展無縫隙的連續性照顧，具有相當的指標意義。

最後，日本的社區概念，包括但不限於第三部門（The third section）非營利組織的參與，更融入營利部門企業資源的參與。因此，在社區獨居老人的照顧上，更能發揮不同部門間的優勢，整合服務方案產生整體的效益。而政府則居間擔任領導和協調的角色，提供非營利部門和營利部門共同操作服務提供的平台。

針對上述幾點的觀察，我們也提出數項政策建議，可供未來我國政府相關部門、實務工作者及關心社區獨居老人社會照顧方案者，能夠參酌和嘗試的方向。首先，針對政府角色間，在社區獨居老人社會照顧方案的推動上，未來應

有更清楚明確的分工及定位方式。政府的角色不但可扮演規劃和領導的功能，更可以開放的觀點，重新檢視非營利部門及營利部門在社區照顧模式中的定位，藉由協作的平台，鼓勵跨部門之間的相互合作。再者，針對目前仍在規劃及研議中的長期照顧保險制度，從服務內容的設計到未來服務方案的輸送和提供上，皆應更全面地考量社區照顧與獨居老人的需求，以期能建構完整而全面的社會照顧模式，提供社區中的獨居老人整合性的服務內容。最後，針對社區照顧的模式，可參考日本的實施經驗，鼓勵企業組織或營利部門共同參與，共同發展創新的服務模式，以提升社區獨居老人服務的品質。在制度面上，能更完善服務提供者的資格要求和服務提供之標準，則在社區中能提供服務的單位皆可聯結為合作夥伴，並不特定限制其單位本身是非營利或營利性質。如此才能在社區的基礎上廣結資源，產生社區照顧模式的最大綜效。

藉由比較研究的途徑，我們獲致上述台日關於獨居老人社會照顧模式的相異之處外，在執行台日間的比較研究時，仍有一些值得注意的面向，可視為本研究的研究限制，應一併加以說明。

首先，關於社區照顧模式中，本研究一再提及的「社區」在概念上，仍有進一步釐清的必要，尤其在跨國比較時的社區照顧之意涵，更有必要作進一步的解釋和說明。由於日本社會及文化的特殊性，致使「社區」這個辭彙的意涵及其定義的運用，與台灣對於「社區」概念的想像，雖有相似之處，卻絕非完全相同。日本的社區是界於家族（kazoku）與民族（國家）（minzoku）之間的範圍，屬於部（落）族（buzoku）的概念；這與台灣「社區」的概念，主要是承襲自美國，並以生活空間或認同意識為範圍所指稱的「社區」（community）（張世雄，2005），無論是在社區的定義上，或是在概念的本質上，即應作詳盡的區辨。然而，受限於本文的篇幅限制，並為聚焦於作者所關心的研究主題，故在

此定義的區辨上，並未作仔細的探索及處理。因此，這樣的限制，使得本研究在作台日間社會照顧模式的討論時，可能存在著討論範圍的錯位，未來應有必要將台日在社區的定義及定位上，作更進一步的區辨及說明，以補足相關討論的缺憾。

再者，關於研究方法的選擇上，本研究採用文獻分析及比較研究方法。事實上，在不同的社會脈絡，及文化底蘊的土壤不同的現實下，是否真能作橫向的政策比較？而比較出來的結果，又具有多少程度上的政策解釋意義？這些限制皆是所有跨國比較研究所必須面臨的共同問題。然而，跨國比較仍具有政策上的啓發意義，不但可收「他山之石」的攻錯之效，更有助於跳脫本位主義思考的觀點，從更寬廣的分析視野，重新反思自身的定位及決策立場。故此，無論在政策制定或是實務工作的實踐中，台日間的跨國比較研究，仍是幫助我們政策反思及尋求不同的可能性之不可或缺的有力工具。

本研究所選擇的研究方法，雖未能完全回答上開的問題，但在凸顯研究議題的重要性與啓發性上，採用比較研究方法仍是十分有力且深具意義的研究途徑。若由 Bereday (1964) 所指出的比較研究四階段操作模式而言，本研究較多著重於台日資料的描述及解釋，由於篇幅限制及作者在處理此初探性議題的能力有限，針對併排及比較的部分，則仍有改善空間，期待未來針對台日社區獨居老人社會照顧議題，能夠進行更深入的相關研究。同時，本研究也建議能透過長期性的數據資料分析，蒐集相關實證資料以進行更進一步的經驗分析 (empirical study)，將有助於裨補本研究發現的不足之處。

參考書目

- 中央社（2015）。《立院三讀通過長照法 106 年施行》。資料檢索日期：2015.10.25。網址：
<http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201505155018-1.aspx>。
- 王玠（1991）。〈老人在宅服務理念與趨勢-鳥瞰我國施行現況〉。《紅心會訊》，8，14-15。
- 王增勇（1994）。〈居家服務的工作理念及居家服務員的工作介紹〉。於台北醫學院護理系教授盧美秀主編、政大社會系教授謝美娥校閱之《居家服務實務與技術》。台北：中華民國紅心字會。
- 方世雄（2005）。《老人照顧社區化之研究—以台南縣村里關懷中心為例》。國立中正大學政治學研究所碩士論文。嘉義：國立中正大學。
- 內政部（2005）。《中華民國 91 年老人狀況調查報告》。台北市：內政部統計處編印。
- 內政部（2006）。《中華民國 94 年老人狀況調查報告》。台北市：內政部統計處編印。
- 內政部（2010）。《中華民國 98 年老人狀況調查報告》。台北市：內政部統計處編印。
- 內政部（2014）。《中華民國 103 年老人狀況調查報告》。台北市：內政部統計處編印。
- 王續儒（2007）。《獨居老人照護政策之研究-以新竹縣為例》。中華大學行政管理學系研究所碩士班。新竹：中華大學。
- 台北市政府社會局（2015）。《獨居老人服務》。資料檢索日期：2015.9.7。網

址：[http://www.dosw.](http://www.dosw.gov.taipei/ct.asp?xItem=86894049&ctNode=72374&mp=107001)

[gov.taipei/ct.asp?xItem=86894049&ctNode=72374&mp=107001](http://www.dosw.gov.taipei/ct.asp?xItem=86894049&ctNode=72374&mp=107001)。

台灣長期照護專業協會（2015）。《居家服務》。資料檢索日期：2015.9.7。網

址：

http://www.ltcpa.org.tw/public/benefit-detail.php?oid=80&search_groupcode=002。

行政院國家發展委員會（2014）。《中華民國人口推計（103至150年）》。資料

檢索日期：2015.9.7。網址：https://www.ndc.gov.tw/News_Content.aspx。

余正麗（2011）。《社區獨居老人健康狀況與社會資源利用之探討》。國立陽明大學護理研究所碩士論文。

李佩芳（2015）。〈在家庭照顧責任的依賴、減輕與免除之間—日本介護保險實施經驗之檢視與討論〉。論文發表於台灣社會福利學會（主辦），《從社會福利觀點看全球風險、國家治理、與在地照顧學術研討會》，（5月15-16日）。舉辦地點：台灣大學梁國樹國際會議廳。

李怡瑀、葉若分、張麗春（2003）。〈建構賦權式以社區為基礎的獨居老人照護模式〉。《護理雜誌》，50（3），49-55。

呂寶靜（1995）。〈多目標老人中心：一個社區照顧的中樞據點〉。《社會福利》，48，33-39。

周月清（2000）。《英國社區照顧：源起與爭議》。台北：五南。

邱天助（2002）。《老年、符號與建構：老年研究的社會文化轉折》，台北：正中書局。

洪彩慈、葉莉莉、黃靜芬（2000）。〈台南市北區獨居老人整體性健康之探討〉。《社區發展季刊》，90，277-285。

- 施教裕 (1997)。〈當前社會福利服務的重要課題之探討〉。《台灣省政府經濟建設及研究考核委員會研考報導季刊》，39，41-42。
- 施教裕 (1998a)。〈老人居家服務現況及整合探討〉。《社區發展季刊》，83，74-91。
- 施教裕 (1998b)。《老人福利社區化之理念與實務運作：以社區獨居老人為例》。高雄市：高雄市政府。
- 徐淑貞、張蓓貞、戎瑾如 (2008)。〈獨居老人習得智謀對憂鬱與生活品質影響之探討〉。《醫護科技學刊》，10 (2)，88-98。
- 梁碧雲 (2007)。《獨居老人之孤獨經驗研究—以新竹市四位老人為例》。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義：南華大學。
- 高冬玲 (2012)。《台北市社區獨居老人老化態度、生命意義與幸福感之研究》。國立台北護理健康大學護理研究所碩士論文。台北：國立臺北護理健康大學。
- 陳菊 (1998)。〈談台北市獨居老人照顧方案〉。《社區發展季刊》，83，20-25。
- 陳燕禎 (1998)。〈老人社區照顧—關懷獨居老人的具體作法〉。《社區發展季刊》，83，244-254。
- 陳燕禎、林小圓 (2008)。〈兩岸獨居老人照顧模式之初探：以臺北市和南京市為例〉。《兩岸發展史研究》，6，215-251。
- 教育大辭書編纂委員會 (2001)。《教育大辭書》。台北市：文景書局有限公司。
- 連雅棻、黃惠滿、蘇貞瑛 (2008)。〈社區獨居老人人格韌性、社會支持與生活滿意度相關性研究〉。《長期照護雜誌》，12 (1)，161-178。
- 陸光 (1988)。《台北市老人在宅服務政策之研究》。市政建設專輯研究報告第183輯，台北：台北市政府研究發展考核委員會。
- 葉若分 (2003)。《以行動研究法探討獨居老人需求滿足過程》，國立陽明大學社

區護理研究所碩士論文。台北：國立陽明大學。

張世雄（2005）。〈社區與社群：社會的想像與文化的建構〉。論文發表於台灣社會福利學會（主辦），《社區發展理論、政策與實務學術研討會》（1月14日）。舉辦地點：嘉義民雄中正大學社會科學院。

張靜琪、葉莉莉、張玉鈴、許蕙美（1999）。〈台南市北區獨居老人之經濟狀況、居住安全及其對福利資源使用與需求初探〉。《社區發展季刊》，88，305-315。

黃松林（2005）。〈重要社區照顧國家現況探討－英澳加的社區照顧〉。《銀色歲月歡喜尊嚴－老人照顧與服務連結》，檢索日期：2015.11.10，網址：<http://www.cares.org.tw/files/4200/68/重要社區照顧國家現況探討-黃松林.pdf>。

黃松林、楊秋燕、陳宇嘉（2013）。〈原鄉獨居老人社會照顧與社會文化脈絡模型〉。《聯合勸募論壇》，2（1），19-44。

黃子庭、廖秀珠（1993）。〈台北市北投區社區居家老人跌倒的情形及其相關因素之探討〉。《公共衛生》，20（3），234-245。

黃啓瑞、陳靖國、陳猷仙（2009）。《居家照顧服務e化之研究》。資料檢索日期：2015.11.11。網址：http://www.inf.cyut.edu.tw/AIT2009/Paper/ft_396.pdf。

黃源協（1998）。〈社區照顧的分工與報酬〉。《社會福利》，131，16-26。

黃源協（2000）。《社區照顧：台灣與英國經驗的檢視》。台北：揚智。

萬育維、羅詠娜（1993）。〈台北市居家照顧服務人力資源之探究〉。《社區發展季刊》，62，34~42。

萬育維（1995）。〈福利社區化的意涵與策略〉。《社區發展季刊—全國社區發展會議特刊》，89-95。

- 曾華源（2000）。〈社區資源網絡建構之基本概念〉。《推動社會福利社區化實務工作手冊》。台北：內政部、中華民國社會政策學會。
- 詹火生（2005）。〈日本介護（長期照護）保險制度現況與展望〉。《國政分析》，資料檢索日期：2015.10.28。網址：
<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-022.htm>。
- 楊惠如、呂桂雲、陳宇嘉、張永源（2006）。〈社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究〉。《實證護理》，2（3），229-240。
- 楊溢松（2010）。《低收入獨居老人對委外居家服務需求之探討—以台中縣之豐原市、大肚鄉、潭子鄉為例》。玄奘大學社會福利學研究所碩士論文。新竹：玄奘大學。
- 楊培珊（2001）。〈台北市獨居長者照顧服務經驗之反思——一個行動研究的報告〉。《台大社工學刊》，5，103-150。
- 劉素芬（2001）。《老人居家照顧服務方案評估—以紅心字會為例》，國立暨南國際大學社會政策暨社會工作研究所碩士論文。南投：國立暨南國際大學。
- 劉家勇（2002）。《器官移植、器官捐贈與器官勸募—美國經驗對臺灣的啓示》。長庚大學醫務管理研究所碩士論文，桃園：長庚大學。
- 劉慧俐（1998）。〈高雄市獨居老人居家服務現況與展望〉。《社區發展季刊》，83，26-33。
- 衛生福利部（2015）。《獨居老人人數及服務概況》。資料檢索日期：2015.10.25。網址：
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4181。
- 蔡啓源（1999）。〈地域福祉：「福利社區化」之日本風貌〉。《社區發展季刊》，

85, 214-225。

蔡漢賢（主編）（2000）。《社會工作辭典》。臺北市：內政部社區發展雜誌社。

賴兩陽（2002）。《社區工作與社會福利社區化》。台北：洪葉。

謝美娥（1992）。《台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究》。台北市市政府社會局。

謝美娥（1993）。《老人長期照護相關論題》。台北：桂冠。

蘇意喬、林書郁（2012）。〈社區諮商模式應用於獨居老人之探討〉。《諮商與輔導》，322，39-43。

蘇景輝（1998）。〈社區照顧的概念〉。《社區照顧工作專刊：以社區照顧的手法服務文山地區心智障礙的朋友們》。台北：財團法人心路文教基金會。

Avlund, K., and Holstein, B. E. (1998). "Functional ability among elderly people in three service settings: The discriminatory power of a new functional ability scale." *European Journal of Epidemiology*, 14: 783-790.

Babbie, E. (2009). *The practice of social research (12th ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth.

Bereday, G. Z. (1964). *Comparative Method in Education*. California: Holt, Rinehart and Winston.

Braye, S. & Preston-Shoot, M. (2003). *Empowering Practice in Social Care*. London: Open university Press.

Campion, E. W. (1996). Home alone, and in danger. *The New England Journal of Medicine*, 334, 1738-1739.

Collins, H. M. (2001). Tacit knowledge, trust, and the Q of sapphire. *Social studies of Science*, 31, 71-85.

- Fridberg, T. (1997). Hvem løser opgaverne i fremtidens velfærdssamfund? København: Socialforskning 97:2 Oktober. Socialforskningsinstituttet.
- Holmen, K., Ericson, K., Anderson, L., and Wimblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 43-51.
- Hick, T. J. (2000). What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 15-19.
- Ian Shaw, Nick Gould (原著) 陳秋山、王玉馨、郭慧琳 (譯) (2008)。《社工質性研究》。台北：華都文化事業有限公司。
- Lewis, J. A., Lewis, M. D., Daniels, J. A. & D' Andrea, M. J. (2010). *Community Counselling: A Multicultural-Social Justice Perspective (4th Edition)*, Brooks Cole.
- Lincoln, Y. S. and Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hill, CA: Sage.
- Liu, H. (2015) . Social work in Japan, In Christian Aspalter (ed.), *Social Work in East Asia*, Surrey: Ashgate.
- Liu, Shwu-Jiuan, Lin Chouh-Jiaun, Chen, Yuh-Min, Huang, Xuan-Yi (2007). The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone, *Mid-Taiwan Journal of Medicine*, 12, 133-142.
- National Development Council (2014). Demographic Forecasting (Year 103 to 150). Retrieved on September 7, 2015, from https://www.ndc.gov.tw/News_Content.aspx
- Ragin, C. C. (1987) *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and*

Quantitative Strategies, University of California Press, p. vii-xi.

Thomas, A, Mason, L. & Ford, S. (2003). *Care Management in Practice*. Oxford: Heinemann.

World Health Organization (2007). Global age-friendly cities project. Retrieved June 18, 2009, from www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network.

Yalom, I. D. (原著), 易之新 (譯) (2003)。《存在心理治療 (上)》。台北：張老師。

Yalom, I. D. (原著), 易之新 (譯) (2003)。《存在心理治療 (下)》。台北：張老師。

日文部分 (依日語字母發音排序)

市川一宏 (2015)。《地域福祉の理論と方法 (第3版)》。社会福祉士養成講座編集委員会共編著。東京：中央法規出版社。

白石浩介 (2005)。《一人暮らしの最期をみとる》。株式会社三菱総合研究所政策・経済研究センター。三菱総研倶楽部。2(12), 34-35。資料検索日期：2015.10.25。資料來源：

http://www.mri.co.jp/NEWS/magazine/club/02/_icsFiles/afieldfile/2008/10/20/20051201_club13.pdf。

黒岩亮子 (2008)。〈高齢者の『孤立』に対応する福祉政策の変遷〉。《社会福祉》, 49, 59-77。

小林良二 (2012)。〈Community Management—圏域マネジメント報告についてのコメント〉。《第三回日韓の地域福祉サミット資料集》, 3, 139-142。

厚生労働省老健局 (2008)。《高齢者福祉政策の現状と動向》。平成 20 年 10

月 23 日。

厚生労働省（2010）。《介護予防事業の効果的な取組事例について》，介護保険最新情報，173，資料検索日期：2015.10.25。資料來源：
http://www.roken.or.jp/news/kaigohoken/kaigo_info_173.pdf。

厚生労働省（2015a）。《2002 年至 2013 年介護給付費實態調査：結果の概要》。
資料検索日期：2015.9.7。網頁資料：
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>。

厚生労働省（2015b）。《孤立死防止対策》。資料検索日期：2015.10.5。資料來源：
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000034189.html>。

厚生労働省（2015c）。《地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」》，資料検索日期：2015.10.25。資料來源：
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/c_hiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf。

坂田周一（2000）。《社会福祉政策》。東京：有斐閣。

高澤武司（2000）。《現代福祉システム論》。東京：有斐閣。

東京者福祉保健局（2013）。《高齢者などの見守りガイドブック》，3-5。

下開 千春（2011）。〈高齢者の見守り一見守り関連事業に関する全国の自治体と生活者への調査〉。《Life Design Report》，4-15。

内閣府（2014a）。《平成 26 年版高齢社会白書（概要版）》。資料検索日期：
2015.9.7。資料來源：
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/gaiyou/s1_1.html。

内閣府（2014b）。《平成 26 年版高齢社会白書（全体版）》。資料検索日期：
2015.9.7。資料來源：

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/s1_2_1.html。

藤本健太郎（2013）。《孤立社会からつながる社会へ》。東京：ミネルヴァ。

みんなの介護（2015）。《日本における独居老人の対策について》。資料検索日期：2015.10.25。網頁資料：<http://www.minnanokaigo.com/news/N23198352/>。

額田勲（2013）。《孤独死——被災地で考える人間の復興》。東京：岩波現代文庫。

趙美貞（2014）。〈韓国の一入暮らし高齢者における老人ドルボミ基本サービスの現況と課題—東京都における見守り支援の考え方を参照して—〉。《社会福祉学評論》，13，42-56。

三浦文夫（1985）。《社会福祉政策研究—社会福祉経営論ノート》。東京：全国社会福祉協議会。