

美國的 CCRC 是一種付費式的老人照護模式，其整合了各種照護資源，依住民的不同需求，提供立即性、且選擇多樣性的服務，其在照顧老人健康的同時，也維護了老人的尊嚴與自主權。或許，台灣也可以發展 CCRC，以解決老年人所面對之問題。

六十五歲以上的老年人其實還很健康，只不過隨著年齡漸長，身體功能與認知的障礙會快速增加。在美國，退休的老年人會尋求一個地方，能同時提供居住的自由空間和最好的社會支援與醫療服務，這種地方叫做「持續性的照顧退休社區」(Continuing Care Retirement Community, CCRC)。CCRC 在美國已有一百多年歷史，社區數量目前已超過二千一百個，約照顧六十二萬五千名退休老人。

服務完善的自費型老人照護模式

CCRC 是採自費的模式，依住民與其簽定的契約內容，提供各種型態的住屋、住民的服務和健康服務。換句話說，住在這裡的退休老人，可以選擇不同的居住型態（如獨住型、協助式居住或護理之家），還可獲得社區提供的餐飲服務、社交活動、家事清潔與維護等服務；對於功能障礙或生病的住民，CCRC 也會協助其日常生活、提供支持性服務和健康照顧。

住在退休社區的老人對長期性醫療照護的需求較少

分析住在 CCRC 的老人背景發現，98%是白人，女性居多，教育程度和經濟面都較優勢。Winkleveess & Powell (1984) 曾針對 7 個 CCRC 二萬五千個住民，進行壽命、死亡率的相關研究，結果發現，住在 CCRC 之住民不僅對自己的壽命有較高的期待，其死亡率也低於一般人口死亡率。Gupta & Galanos (1996) 曾調查老人搬入 CCRC 的理由，結果發現，「健康照顧」是最優先被考量的原因。1980 年代後期，一些關於 CCRC 住民對健康照顧之運用的研究還發現：CCRC 住民平均住院天數比一般人口之住院天數低；此外，雖然 CCRC 住民在有生之年住入護理之家的次數，以及重複入住的比率，都比一般老人來得高，但每次持續的天數卻比較短。

該研究還顯示，有提供獨立型居住型態，以及有個人照顧之社區，其住民使用護理之家的比率會相對減少，約降低 10%。此結果與其他研究恰好相反，其它研究結果都指出，有好的支持機制並不能減少護理之家的使用。

Ruchlin et.al (1993) 的研究則發現：

- 1.在住院照顧方面，不論是住院天數還是住院次數，CCRC 住民都比傳統社區的老人來得少，傳統社區住民使用 Medicare（醫療保險）的費用也比較高。
- 2.在護理之家的照顧方面，CCRC 住民使用的次數和天數，都比傳統社區老人多，因而 Medicare 在這方面支付 CCRC 住民的費用也相對較高。
- 3.在居家健康照顧方面，兩種社區老人使用的次數並無太大的差別。

4.在所有機構式的照顧方面，兩種社區均顯示，約有 85%的人在他們生命終了那年會使用機構式照顧（如醫院、護理之家），雖然 CCRC 的住民住的天數較多，但他們耗費卻較少。

另外，還有一個研究也是以上述同一族群為對象，經長期觀察發現，雖然 CCRC 住民在住入護理之家時，所耗費的醫師照顧費用，遠高過傳統社區族群，然而他們在門診上的花費，卻比傳統社區的老人低了許多。

此外，Young, Kohn 等人（1999）針對某一退休社區的長期研究則發現，半數的住民未曾住進護理之家，只有三成左右的住民曾住院。

退休社區老人擁有較佳的健康狀況與社交能力

Sherwood, Ruchlin 等人（1997）曾在 1986 至 1989 年間，以訪談的方式，針對 19 個 CCRC 社區（約兩千名住民）和麻薩諸塞州的老年人民（代表傳統老人社區）進行研究。研究所得的結果發現，兩組人在心智方面並無差異，然而不論是身體功能、處理家務的能力、日常生活的獨立能力（尤其是獨立沐浴的能力）、活動能力等，CCRC 住民都有較好的表現，而對於自己的健康狀況和日常生活，CCRC 住民顯得比較滿意。

此外，研究報告還指出，CCRC 住民外出社交或與友人通電話的次數，都比麻州傳統社區老人來得多，且有較多的協助者可以長期依賴。不過在生活自我態度上，發現兩族群有相同的經驗結果。

人際關係是最重要的管理技巧

CCRC 是一個複雜的事業體，不僅要整合各項老人所需的資源（包含了房舍、保險金、醫療服務、健康照顧、生活管理與安全維護等），還需適時提供各項橫跨生活和醫療層面的服務，因此管理起來並不容易。

Hurley & Brewer（1991）則針對排名前 26 名 CCRC 的社區管理者，進行「管理技巧」上的調查。結果：

1. 「人際關係」被圈選為最重要的管理技巧，其包含了與住民的互動、談判技巧及衝突處理。
2. 第二重要的則是「組織技巧」，其含蓋了時間管理、領導、決策、授權、訓練及專案開發。
3. 第三順位則是「經營技巧」，包括預算、財務管理及策略計畫。

退休老人加入 CCRC 的條件

通常，大部分 CCRC 會對新的住民提出一些要求，以作為他們決定是否讓其加入的依據。根據 Winklevoss & Powell（1984）研究指出，81.6%的 CCRC 會要求其附上健康狀況，70%會要求入住者須擁有一定的財產，三分之二需要每個月有收入，一半以上要求要有醫療保險。

在獲得加入 CCRC 的許可之後，退休老人可根據自己的需求、財力和健康狀況，購買不同內容的契約，在這個社區內，除擁有自己的住屋單位，住民還預付月費以負擔維修、娛樂、音樂會及支持性服務，如餐會及家事服務。

大部分 CCRC 既無宗教信仰的要求，亦沒有年齡限制。另外，Winklevoss & Powell (1984) 研究指出，約有 89.4% 的 CCRC 住民成立團體，積極參與 CCRC 在管理上的決策。

有健全的財務機制才能永續經營

財務健全是所有的企業永續經營的基礎。如何掌握足夠的現金、儘量減少借貸，同時使收取的費用趕得上社會通貨膨脹的速度，都是經營者需努力的。比較令人擔憂的是，當社區進入成熟期後，健康照顧的使用增加勢必會影響財務。

Conover & Sloan (1995) 的研究發現，雖然 CCRC 的利潤，比起醫院、護理之家等事業體來得低，但其年破產率很低，只有 0.33%。在各類型的 CCRC 中，成立較久或宗教附設的社區擁有較多的現金流量，其中有住屋及健康照顧與個人照顧設備者，有比較高的破產機率；有延伸性之健康服務 (A 型契約) 比付費式服務 (C 型契約) 的 CCRC 有較高危險之破產及較差的財務狀況。

雖然如此，卻有研究指出，延伸性照顧契約 (A 型契約) 之居民，比較沒有健康上的問題，也較少使用護理之家，對於住在 CCRC 的滿意度也較高。事實上，A 型契約的確提供給老人較好的健康照顧，未來如果有需要住進護理之家，老人也比較不用擔心費用上的問題。

CCRC 在台灣應有發展的空間

在美國，CCRC 正蓬勃發展中，它提供了持續性之生命照顧，包括住屋、社交活動與支持、健康照顧、住屋環境安全，也滿足老年人在身體、情緒與心靈安全情境等各方面的需求，並在日常生活及家事予以協助。

在台灣，持續性照顧退休者社區主要是政府主導之公立機構，提供給低收入、貧窮的老人或榮民，其主要生活照顧為提供住屋、營養、社會支持及少量的門診健康照顧，給大眾的印象是孤獨及低社經地位的社區；這些非營利之社區，只要提供衰弱者或臥床者護理照顧。

還有一種社區是由宗教團體管理，收費較便宜，提供健康的老者住屋、餐飲、社交活動，不過住民若有健康問題則必須儘早搬出此社區。這是入住的規則之一。

另外，還有一種社區是提供給富有的老年人，其生活照顧主要是健康之提升與預防，服務項目包括有住屋、營養、社交活動、交通及娛樂，以高品質服務為訴求，然而因入住費及月費比一般長者收入為高，比較不會吸引一般的老年人。

雖然大部分老年人都希望與自己的子女一起住，但因社會型態與家庭結構改變，迫使老年人要警覺去面對獨居。未來，台灣或許也可發展 CCRC，來解決老年人所面對之問題。

【CCRC 三種契約類型】

美國的老中由於各自有不同的保險，因此，每個 CCRC 與住民之間都簽有契約。這些契約內容包括住屋房舍型態、服務內容以及健康照顧等種類。契約型態可分成以下三種：

【A 型契約（延展型契約）】：

提供沒有時間和數量限制的長期照顧和護理，不需另繳額外的月費。

【B 型契約（折衷型契約）】：契約內容包含各項生活所需的服務項目，

唯某些特殊的健康照顧和護理，住民可以依自己的需求指定，並於每月另外繳交費用。

【C 型契約（耗用付費型契約）】：依個人指定的健康照顧項目付款。