

# 高雄市老人在宅服務利用情形之分析

劉慧俐  
張佳琪  
黃堃瑤

## 壹、前言

長期照護系統隨著人口結構高齡化、疾病型態慢性化、醫學科技與公共衛生水準提高、家庭結構改變、家庭功能的遞減、社會價值觀的變遷等因素，其需求日益增多（徐永年，一九九五）；而目前老年人口數量持續增加已是世界的趨勢，臺灣也不例外，是以老年人之長期照護越顯得重要；所謂老人長期照護乃不論老人之身心健康情形或失能程度，均能獲得充分和持續性的照顧，包括了健康照顧、社會服務和個人照顧（萬育維，一九九六）。

根據臺灣地區老人實際居住方式統計資料，將近九成九的老人住在一般家宅，

其中又有八成多是與親人同住的，如此的數據看來，似乎代表多數老人皆與親人同住，因而理應方便就近得到照顧？或者應說是一家可以且應該擔負起家中老人生活照料的所有責任。但反觀目前每戶平均居住人口數逐年下降（依據臺灣省社會處的統計資料），加上工商社會，子女亦忙於工作，又臺灣地區八成以上的老人有一種或一種以上的慢性病，另有二萬至四萬個老人臥床，需人照料；從以上的資料在在顯示，家庭即使有心照顧家中老人生活起居，但是其照顧人力及照顧能力是否能勝任是一大重點；而政府在老人居家式的照顧網絡之中到底應擔負如何的角色呢？推行「老人在宅服務」實在是當前政府刻不

容緩的福利項目之一。

## 貳、在宅服務的理念及實施現況

高雄市在民國七十二年由內政部補助，開始提供在宅服務，所謂「在宅服務」(In-Home Service)，顧名思義，即是把服務送到家裡頭，其最初目的是當母親生病或臨時離家時，暫代母親照料家務而設計的，即有「代理母親」的意味，後來，範圍漸漸擴大至包括了家中的病人、老人及殘障者。

而在宅服務的發展理念即為（王玠，一九九一）：

一、純粹機構式的收養已經沒有辦法

兼顧老人的生理、心理、社會方面的需求。

二、回歸社區，維持人們獨立自主及生命尊嚴，使能夠在自己熟悉的環境中生活。

三、強調家庭和社會的責任並重。

四、強調在社區中和相關的老人福利措施配合，以建立完整的老人福利網絡。

本研究所討論的老人在宅服務是指專為住在自己住屋的社區老人提供所需服務的照顧方案，針對老人之生理、心理、社會等不同層面的需求提供服務，服務的項目大致包括了：家事服務、文書服務、醫療性服務、精神支持、休閒服務及其他個別需要等六大類。

目前高雄市服務對象之資格限定為六十歲以上（必要時降低，但限罹患長期慢性病者），因長期臥床、癱瘓或殘障，且無法定傳染病，在家乏人照顧者；提供之人口分有三種身分：分別為低收入戶、清寒戶、一般市民，其中低收入戶為社會局列冊之低收入戶，其服務費用由社會局完全

補助，而清寒戶則由社會局個案評定，補助的額度不定，一般市民則只要設籍高雄市者即可提出申請，費用完全自行負擔。

## 參、研究方法與設計

本研究之目的在於瞭解高雄市老人在宅服務之利用情形，研究問題包括了高雄老人在宅服務之利用者之分佈狀況為何，接著是個人不同的人口學變項、社會結構、家庭資源等對高雄市老人在宅服務利用情形之影響如何？其中，人口學變項包括了性別、婚姻狀況、年齡三個變項，社會結構則由案主申請資格來測量，家庭資源則以是否與人同住測量。而以利用者分佈狀況、利用次數、平均服務時數、各服務項目利用率等指標來進行在宅服務利用情形之測量。

本研究之研究方法採次級資料分析，資料來源有兩部分：第一部分為「高雄市政府社會局老人在宅看護服務申請表」，第二部分為「高雄市老人在宅看護員工作記錄」，研究對象為八十四年一月至八十五年

六月計一年半的期間利用高雄市在宅服務的七十六人，計一萬五千九百七十九人次。

## 肆、在宅服務利用之 分佈狀況

首先探討利用者之分佈狀況，藉此可以看出究竟是哪些特質的人在接受在宅服務。在總利用人數七十六人當中，男女比例之差異不大；而在年齡方面，以七十一歲以上之老人為主。

在婚姻狀況上，以「已婚」者為多，且大多數利用者有與人同住，這是一個出人意的結果，前文所提及服務對象之資格限制之一為「乏人照顧者」，引人深思的便是「乏人照顧者」之定義為何？一般而言，已婚者或是有與人同住者，其家庭資源應較未婚、無與人同住者多，若將有家庭資源定義為「有人照顧」，那在宅服務提供的對象顯然有違初衷，又若不視有家庭資源為必然能得到適當且足夠之照顧，那資格限制上又何需冠上「乏人照顧者」，反

而應是「需要照顧者」來得恰當。而由研究者深入訪談之經驗來看，對於家庭資源較弱、可照顧人力較少的老人，在宅服務對其衝擊及生活品質之提昇更是顯著的，或許是一種「久旱逢甘霖」的感覺吧，其成效是加成的，需求更是被凸顯的。

而在申請資格方面，可以和台北市的

情況作一簡單的比較（表一）；北高兩市在低收入戶、清寒戶（臺北市為中收入戶）及一般市民三類別上的比例是接近的，都是以一般戶為多，佔了五成以上，其次有三成的低收入戶，而都只有約一成的清寒戶；但是在總服務個案數方面則有很大的

表一 北高兩市在宅服務服務個案數

總計	臺北市				高雄市			
	紅十字會	立心基金會	紅十字會	松年長春	總計	紅十字會	立心基金會	松年長春
二二二	二二二	六	一三	二二二	二二二	二二二	二二二	二二二
四九·四	四五·三	一·三	二·八	四·七	三三·五	二·四	三·六	三·六
九七	八	二九	六〇	一五二	一五二	二四	二四	二四
二〇·九	一·七	六·二	二二·八	四·七	三三·五	二四	三·六	三·六
八六	一八	十一	五七	一五二	一五二	二四	二四	二四
一八·四	三·八	二·四	二二·二	四·七	三三·五	二四	三·六	三·六
五三	一九	十二	二二	一五二	一五二	二四	二四	二四
二一·三	四·一	二·六	四·七	四·七	三三·五	二四	三·六	三·六
四六八	二五七	五八	一五二	一五二	一五二	二四	二四	二四
一〇〇·〇	五四·九	一一·四	三三·五	四·七	三三·五	二四	三·六	三·六
七六	四三	七	二四	一五二	一五二	二四	二四	二四
一〇〇·〇	五六·六	九·二	三二·六	四·七	三三·五	二四	三·六	三·六

## 伍、在宅服務之高利用者特性分析

接下來要進一步討論高雄市在宅服務平均每人每月利用次數（表二），試圖藉此

單位：人

差異，台北市大致上可提供四百多人，而高雄市僅能提供七十多人，但是台北市提供服務之四個民間機構因屬性不同而在不同對象上之比例歧異頗大，例如：紅十字會因其歷史久、知名度較高、普遍為民眾所信賴及申請，故其一般戶佔了絕大多數的比例；而立心基金會則以接社會局所分派之低收入戶個案為主。

看出，在所有接受在宅服務之利用者當中，哪些特質的人是屬於高利用者的；結果顯示在性別、婚姻狀況和是否與人同住上，是幾乎沒有差異的，而在年齡和申請資格兩項上有差異的，這其中可能的原因乃是年齡牽涉到個案的身體狀況，而申請資格則牽涉到服務費用。

而在申請資格方面，以低收入戶之利用次數最高，達十五次，一般市民次之，清寒戶最低，這牽涉到低收入戶完全不利用費，而一般市民雖需付費，但是他們會提出申請大多是家庭經濟可以負擔的情況，而清寒戶則處於尷尬狀況，其經濟無法有效支持，但是長期下來，付為數不小的服務費用也是一大壓力，所以，其利用次數在無形中是被控制著的，而因為服務

費用是論小時計算的，所以這種效應在服務時數（表三）上也同樣存在，但是利用時數在其他變項上就沒有顯著差異了；總計平均每日時數高達七·七五小時，同樣

表二 高雄市在宅服務利用次數及時數

是否與人同住	申請資格		年齡	婚姻狀況	性別	全體	
	是	否				平均每月利用次數	平均每日利用時數
是	一般市民	否	七〇歲以上	已婚	男	一一·六	七·七五
	清寒戶	是	七十一—八〇歲	未婚	女	一一·一	七·九二
	低收入戶		八十一歲以上			一二·二	七·六二
						一四·二	七·八六
						一三·四	六·九八
						一九·四	七·八八
						一三·五	七·五二
						一三·三	七·八九
						一五·一	七·四一
						九·一	六·八六
						一〇·〇	八·〇二
						一四·一	七·八七
						一四·八	七·〇八

表三 北高兩市在宅服務服務時數

總計	一般戶	中收入戶	低收入戶	臺北市				平均	高雄市
				紅十字會	立心基金會	紅十字會	松年長春		
四·三五	×	×	×	三·七八	三·一三	二·二四	三·八〇	三·七七	七·四一
三·八〇	二·八七	三·一三	三·七八	三·五二	二·二四	五·五四	三·八〇	九·八九	六·八六
三·一七	二·八七	三·一三	三·七八	三·五二	二·二四	五·五四	三·八〇	九·八九	六·八六
六·八四	二·四二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二
五·〇〇	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二	一·七二
七·七五	八·〇二	六·八六	七·四一	七·四一	七·四一	七·四一	七·四一	七·四一	七·四一

單位：小時

入戶只有約三·七小時，很明顯的，高雄市每日平均服務時數高於台北市二·七五小時，這是相當大的一個差距，其實，平均服務時數可以呈現出所提供之在宅服務在政策上的意義，台北市提供較短時數的服務是主張給予家庭「喘息性服務」，認為應將此照顧資源分佈給予更多有需求的人，避免部分個案攔斷資源，但相對的較易忽視需要投入較多服務的個案；而較長時間的服務則專注在給予既有案主生理、心理、社會性的全人化服務，但是社會資源顯然過度集中在少數人身上，對於開發其它個案有相當的阻力。

## 陸、在宅服務各服務項目利用率

最後一部分討論到關於高雄市在宅服務各服務項目之利用率，在工作紀錄所列之三十項服務項目分別為洗澡、擦澡、洗頭、梳髮、剪指甲、使用便盆及尿壺、如廁、排洩物處理、換被單、床上運動、翻身、坐下或躺下、更衣、烹飪、餵食、協

助使用餐具、復健、按摩、散步、側行後退或上下車子、清洗衣物、老人寢室清理、代老人購物、帶老人就醫、特殊護理、褥瘡、足部、皮膚、口腔、其它，其中，利用率最高的服務項目依序為：清洗衣物（七六·七九%）、老人寢室清理（七六·六一%）、更衣（七四·九一%）、排泄物處理（六七·五四%）、烹飪（六五·四三%）、散步（五六·一五%）、代老人購物（五四·三五%），由此結果可看出，目前高雄市在宅服務主要還是以「家事服務」為主，除了「散步」是屬於「休閒服務」。

而利用率最低的服務項目依序為：褥瘡（一·五六%）、特殊護理（一·六〇%）、帶老人就醫（五·一九%）、剪指甲（六·一八%）、皮膚（九·三四%）、足部（九·五三%），全部屬於「醫療性服務」，這牽涉到在宅服務的定位，顯然高雄市在宅服務目前定位在「社會支持型」，而非「醫療型」，所謂社會支持型也就是以社會

工作專業為基礎，以較輕度失能者為對象，但是此模型之服務時數應是以短時數服務為主，但是高雄市實際上卻是長時數提供服務，足見其服務定位之模糊、不明確。

但是我們再從服務對象之資格限制的角度來看，高雄市對服務個案之資格限制之一為必須是「長期臥床、癱瘓或殘障」，以此標準來看，個案應該普遍有護理專業及半專業服務之需求，而高雄市目前並無護理專業人員之編制，所採取之權衡之計是不定時提供對在宅服務員各項訓練及醫師、護理人員跟隨去案家督導醫療技巧。

## 柒、建議

綜合以上研究結果與討論，本研究針對高雄市在宅服務提出以下建議：

第一、充分發揮「個案管理」之精神，清楚定位「在宅服務」之內涵，與社區式、機構式服務統籌規畫，形成完整服務輸送網絡，即案主的需求應由多元化的

資源網絡來滿足，以加強資源結合之有效性，並避免資源浪費。

第二、確實評估怎樣的人口群是需要在宅服務的，進一步排定服務對象的優先順序。

第三、可以學習台北市「公辦民營」模式，以拓展更多服務資源，落實服務社區化，但是台北市基本有較好的先天條件，所以應先輔導社會福利機構成長及合格立案，以確保服務品質，在這種模式下，尤其可藉不同機構不同屬性的訴求提供更多元人口服務。

第四、在開發一般戶的同時，也應積極考量對低收入戶的照顧，全高雄市僅七位低收入戶可接受到在宅服務，這樣的比例，實在值得深思！

第五、控制低收入戶的服務時數，避免因免付費而造成浪費、資源分佈不均。

第六、加強護理方面的服務訓練和與護理單位的合作，以提供護理方面的服務，而不是一味地將社政及衛政二分來討

論，等於無形中切割了老人！

另本研究乃是運用次級資料分析，在高雄市之個案檔案中，原本就空缺或遺漏的資料相當多，且因個案死亡、搬家、出國：等因素致研究期間難以進一步追查，這值得未來在服務個案資料管理上加以改善。

（本文作者：劉慧俐為高雄醫學院醫學社會學系副教授；張佳琪為陽明大學衛生福利研究所研究生；黃苳瑤為高雄醫學院醫學社會學系理學士）

〔誌謝：本研究尤其感謝高雄市社會局社工室葉玉傑社工員在異常繁忙的工作下，以其豐富之實務經驗予以協助，致上最深感謝！〕

#### 參考書目

內政部社會司 我國老人福利工作執行現況  
社區發展季刊 六十七期 一九九四 頁一  
七二—一九  
中華民國臺灣區老人狀況調查報告 行政院

主計處編印 一九九二

果報告 一九九五

王玠 在宅服務 健康與社會政策研討會論文集 高雄醫學院健康與社會政策研究中心 一九九一 頁六三—四

Rex A. Skidmore: Social Work Administration. Simon & Schuster Company. 1995.

社團法人中華民國紅心字會 居家照顧服務

成果報告及規畫 一九九六

高雄市政府社會局 高雄市中心看顧服務專籍 一九八七

徐永年、蔡素珍 臺灣長期照護系統之現況及發展趨勢 醫院雜誌 第二十八卷第六期 一九九五 頁六〇—七四

張佳琪 高雄市老人在宅服務之研究 國家

科學委員會大專學生參與專題研究計畫 一九九七

陸光 臺北市老人在宅服務政策之研究 臺

北市政府研究發展考核委員會委託 市政建設專輯研究報告第一八三輯 一九八八

萬育維 社會福利服務 臺北 三民書局 一九九六

劉慧俐 居家照顧納入保險之醫療費用分析 行政院國家科學委員會專題研究計畫成