

## 壹、前言

近年來台灣地區由於正值人口轉型期，使得整個社會面臨嚴重快速老化的問題。根據內政部於去（八十二）年十月八日公布的人口統計資料顯示，截至八十二年九月底止，台灣地區老人人口已達到聯合國世界衛生組織所訂高齡化社會之標準，也就是我們的老人人口比率已佔人口百分之七以上。因此，人口結構的高齡化是一衝擊社會之重要問題。有許多人認為僅有百分之七的老人人口數，比起歐美並不嚴重，不必擔心經濟與社會問題，然而，我們人口的「老化速度」卻比歐美嚴重。雖然目前美國老年人口的比率是台灣的二至三倍，但其老年人口的增加率僅約百分之二。所以台灣地區人口老化的速度相當快，由「成年型」到「老年型」的人口轉型只需十五年，又依據內政部人口統計資料，於民國一百二十五年時，台灣地區六十五歲以上人口將高達五百萬人，即五個人就要扶養一位老年人。這些數據均表示台灣地區老人福利的需求將快速增加，而政府又應如何提供福利服務，使供需之間取得一個均衡點，將是當前最迫切需要探討與規畫的工作之一。

# 老人福利服務 之 供給與問題展望

陳燕禎

## 貳、老人福利服務的需求與供給

在傳統社會中，社會同質性高，家庭結構係大家庭，家族或宗族的網路強，成員間互動關係密切頻繁，彼此情感濃厚，社會充滿敬老、崇高倫理，老人地位崇高，「家有一老，如有一寶」，加上保健知識缺乏，致使老人之平均年齡相對較少，扶養與照顧問題較不嚴重。如今經濟高度發展，社會異質性增高，女性亦投入就業市場，整個傳統社會的家庭倫理與制度受到考驗，加上醫療技術的進步，物質生活的豐裕，使得平均壽命不斷延長，無形中老人就成為社會的「增生族群」，然而家庭與社會結構的改變，卻使得這一群增生族群無法獲得妥善照顧。

而老人依身體健康程度及需要他人照顧情形大致可分為四大類型：

第一類型：完全健康的老人。

第二類型：有病，但生活可自理，行動方便的老人。

第三類型：有病，部分生活需依賴他人協助，部分生活則可自理。（如半癱或坐輪椅者）

第四類型：有病，但生活完全無法自理，需依賴

他人提供二十四小時的照顧服務的老人。（如全癱或植物人）

在上述四個類型中，以第一類型的老人最令人稱羨，而第一、第二類則是大多數剛退休的年輕老人，第三、四類型的老人最為複雜，其醫療支出與照顧問題最為困難。各類型的老人因其身體健康狀況不同，所需要提供的照顧服務內容也有所差異。（見表一）

### 一、老人經濟問題與生活安全

老人經濟安全需求的滿足是現行老人福利措施中最需要加強的一環，也是重建老人在社會變遷中生活安全的最重要考量因素。我國老人的經濟來源大致可分為六種：(1)退休給付；(2)子女支助；(3)工作收入；(4)資產孳息；(5)親友支助；(6)政府補助等（王天佑；一九九一；六五）。根據民國七十九年行政院主計處的中華民國老年生活狀況調查資料顯示：老人生活維繫仍以子女供應為最主要的來源。這個比率也隨著老年人口教育程度的不同而有明顯的差距；教育程度愈高者，由子女供應愈少；反之，則愈多。此現象可能因教育程度高者多半享有公勞保給付，子女供應自然減少；而低教育程度者無保險或退休給付，子女負擔自然增多

，由此可見退休給付制度與家庭制度為角色互補的關係。此外，在財產方面，在中國傳統社會習慣裡，父母常在生前分財產，而且分財產時，極少為自己甚至妻子預留一分老本，往往全數分給子女，再由子女予以奉養，所以「養兒防老」觀念甚為普遍，所以也不需做老年生涯規畫。而現今社會中，由於外在壓力大，加上極高的遺產稅，因而促使父母在死之前即將財產轉移給他們的子女。

從中國的軼事上我們可看出，老年父親只要兒子結了婚，並分得家產，就未必能再享受其對子女的權威。所以依據調查資料，不管何種社會特徵的老人，有百分之十八以上的受訪老人均認為「財產擁有」是他們獲取家人的「尊嚴」與「善待」的最主要因素。這在當前服務的老人個案中比比皆是，尤其當父母是半癱或全癱需要家人照顧時更產生決定性的影響。所以，面對時代的變遷與衝擊，對於財產轉移觀念有必要做適度調整，以「預立遺囑」方式處理，一來可使經濟生活安全獲得「尊嚴」與「善待」，二來可避免子女因爭產而導致之困擾，甚至對自己臨終的處理與「往生」之安排都可以在遺囑敘明，以掌握此生，何樂不為。

老人若無恆產或為一般中低收入者，政府

在經濟方面也提供生活扶助。若是縣市政府列冊的低收入戶每月可領取五千元，並獲三節慰問金以及享有福保（低收入戶健康保險），生病可持福保單免費就醫。如果孤苦無依老人或有扶養親屬但無扶養能力者，則可申請政府設立的公立仁愛之家或養護中心或政府委託私人安養、療養中心收容的地方，予以安置，完全免費，該費用由政府編列預算支應，以確實照顧低收入老人之生活安全，另外每月還發放零用金二千元以滿足老人需要。若是中低收入戶的老人（即家庭平均收入未達最低生活標準一·五倍者），每月可領老人生活津貼三千元。並奉行政院院長宣示，八十四年度起擴大其範圍並提高金額，由目前家庭收入未達一·五倍者，原本每月領取老人生活津貼三千元，提高為每月六千元，並且擴大範圍至未達二倍者，每月可領取三千元。這些都是政府為照顧中低收入之老人在經濟安全生活上的重要福利措施。政府的資源是有限的，中低收入老人有政府予以照顧，高收入老人有能力自己照顧，而介於二者之間的中階層老人最為困難，所以儘快實施老年年金制度，可能是確保全體老人經濟生活的可行途徑。

### 二、健康問題與醫療服務

老化是自然且無法避免的過程。唯每個人老化的速度確有極大的差異。一般而言，人在四十歲以後就開始出現老化現象，但真正明顯與感覺是在六十歲以後。

老化可分為三種：(1)生理的退化；(2)心理的退化；(3)社會的退化。生理的退化就是身體機能隨著年齡的逐漸衰退，對疾病的抵抗力弱，而產生健康問題。依據調查統計，百分之八十以上的老人至少具有罹患一種慢性疾病，而同時罹患五種以上疾病的老人也很多。在老年罹患的慢性疾病中以關節炎佔第一位；高血壓第二位；眼疾（青光眼、白內障）、胃腸疾病、心臟病、糖尿病等比率也很高。所以老人之死因以腦血管疾病、心臟疾病、高血壓等為主要原因。由於各種生理器官的退化，所以老人患病時有幾種特點：(1)常常具有好幾種疾病；(2)容易引發其他併發症；(3)症狀較一般成人不明顯，所以易被疏忽；(4)病後恢復過程慢，且常需要一段時間調養、復健。因為老人是醫院的常客，且疾病常常只能控制而無法治癒，所以住院時間往往是年輕人的兩倍，且一年之中老人的住院頻率為六十五歲以下者的兩倍。因此，在整個老人生活支出中以醫療支出最多。

政府在照顧老人健康方面，首先於民國七

十九年七月將原本對低收入之社會救助改以社會保險的方式辦理，並以「整戶」投保，投保單位為「鄉鎮市公所」，保費由政府全額負擔，該保險並於八十一年七月擴大至機構內之低收入老人，對於弱勢老人確實提供健康保險與醫療服務。

另外在參加農保人數中約有五十萬人是六十五歲以上的老人，不過這些都還無法普及，唯有八十三年十二月全面實施健康保險時，才可全部納入保障。目前針對中低收入還有醫療補助（最低生活費二·五倍以下老人每年最高補助三十萬元）。

「老」要健康，才有「金齡生活」(Golden Age Life)，所以除各種醫療服務外，還需要有保健服務。政府對於七十歲以上老人免費提供健康檢查，然而國人保健預防觀念尚未普及，所以仍未普遍利用。而目前盛行的「疾病壓縮理論」就是老人保健預防工作，將老年退化期往後壓縮的理念，使老人發生疾病到死亡的時間經過預防、保健工作而縮減到僅有一星期甚至一天的理論。最近政府也推展「中老年疾病防治工作」以及打算展開的「十五年長期照顧計畫」，即為提高老年生命品質和使其享有健康長壽的老年生活。

### 三、教育、休閒需求和文康服務

民國八十年，國民平均壽命為七四·四九歲，六十歲以上之平均壽命為一九·五八歲，七十歲以後則為一二·三歲。據此推估，六十五歲退休後之老人平均還有十五年以上的老後生活。因此對教育與休閒之需求甚為殷切，若無法提供適當之文康服務，其心理、精神、社會層面的問題將更趨嚴重。所謂健康就是一種心理、生理和社會完全安寧之狀態，而不僅是免於疾病或虛弱而已。所以文康休閒服務及教育之訓練、研習等提供就顯得甚為重要。

據調查目前老人的休閒活動以「看電視」最多，其次為聊天，再其次為散步等（陳宇嘉，一九八五）。而老人參與活動大多也以家庭為中心，即從事與子女、孫子女互動和家事活動，以從事工作及宗教活動者最少。由此觀之，老人從事的休閒活動以「慣坐性」的活動為主，其活動力低，活動範圍也狹窄。所以如何改變老人從事非慣坐性之休閒活動，並擴大其活動範圍，參與社會是當前重要之課題。

近年來政府為充實老人精神生活，在獎勵鄉鎮興建老人文康活動中心的福利工作不遺餘力。目前社區松柏俱樂部、長壽俱樂部、老人會館等設有三千個單位，遍佈各社區，而具有

規模的老年人文康中心則有二百一十五所，而政府又以每一鄉鎮區至少以興建一所為獎勵原則，所以老人文康中心還在增加中。這些老人文康中心提供各類休閒、育樂、教育、文藝、技藝等活動，有的還提供諮商、輔導、人力資源仲介及老人保護等服務工作。政府希望各鄉鎮均能以老人休閒文康活動中心為「據點」，滿足老人休閒、教育之心理及社會需求。

至於老人教育方面，直轄市及各縣市都有舉辦長青學苑或老人大學，以提供老人再教育、再學習機會，重新學習現代社會的新知及理念。此外，還有屆齡退休研習營、專題講座、銀髮新傳服務及各種長青社團活動，以充實老人生活，擴大退休後的活動空間及社會關係，以減緩其退化。所以提供老人各項休閒服務設施與舉辦各種文康、教育活動，不僅直接上充實老後的生活活動，間接上亦有減少醫療支出之實際功效，進而支持家庭功能的維繫，使家庭不用因白天老人會孤單在家，擔心發生意外，而造成家庭照顧上的問題。

此外，鼓勵老人參與社會活動或志願服務工作也是延續老人經驗再奉獻，並維持社會關係的最佳活動，不但具有活動功能而具有生活意義。政府對於熱心參與社會公益之老人，每

年均舉辦長青楷模、績優志工等予以表揚。另外每年還辦理老人才藝競賽、槌球比賽……等，以增加老人榮譽感及自信心。

#### 四、居住需求與安養、養護服務

老人的居住安養原本不是一個重要的問題，但社會急遽變遷與經濟快速發展，新的社會價值觀出現，使得原有的居住模式也受到重大改變，老人居住問題也因此受到嚴重衝擊。

根據台灣地區調查，我國小家庭比率有快速上升的趨勢，每戶人口數則逐漸呈現遞減現象。在民國四十年時，每戶人口平均數為六人，民國七十四年減為四人，並根據預測，如果出生率仍然維持不變，在未來五十年內，六十歲以上老人的平均子女數將由目前的三人以上，降至二人以下，而且至西元二〇三五年時，個別子女扶養老人的經濟負擔將為目前的三倍左右。（林忠正：一九八七）因此，老人居住安養之規畫日趨重要。

如果有適合的住宅和家人妥善的照顧，大部分的老人都不願意住在醫院或安養、療養機構。雖然目前老人的居住型態仍在家庭並與子女同住，但子女與父母同住的意願卻在下降之下，兩老孤單同住的型態也在擴展當中，而且希望進住安養機構的比例也在增加。根據內政

部八十一年人口統計，台灣地區男性平均餘命為七十一點七八歲，女性為七十七點一九歲，而在昔日風俗習慣中，當兩性結婚時，女性平均年齡小於男性六歲左右，那麼依此算來，婦女到年老時，平均會有十二年的喪偶獨居生活，當老男性老了、病了，往往由配偶給予照顧、服侍，但當女性喪偶生病時，誰來照顧？誰給予溫飽？這是值得思考的問題，所以老人問題也將可能是「女人」問題。

由於社會的競爭，家庭能提供老人的資源也愈來愈少，所以愈來愈多又愈老的老人帶給家庭與社會極大的壓力。目前就台灣省政府設有安養與養護機構，共有四十三所，而且還在規畫增設中。其現有收容量約有一萬二千床左右，委託私人收容的安養、養護床位約有六百五十床。依照人口老化的速度來看與老人對安養機構需求的增加，這些床位是否足夠？答案肯定是不足，但我們在實務上卻發現仍有許多空床位，其原因為何？老人對安養也許有需求，但未必能面對現實以行動進住機構，加以安養機構因市區土地取得不易致使設施遠離市區，降低其可接近性，造成交通不便，家屬探望不易；另外，許多安養、因區位關係都在山上，山上雖然空氣清新又寧靜，但卻也較潮溼多

雨，而許多老人患有關節炎的慢性疾病，若居住在此則經常會病發，因此也不願意前往居住，導致老人安養之供給與需求無法結合，此外機構安養係團體生活，其彈性較低隱私性也較低，所以也是影響老人進住安養機構的原因。因此家庭住宅如何改善，以符合老人真正需要，進而發揮家庭功能，值得思考。

若要讓老人「老有所終」於自己居住的環境，有關居家環境的硬體設施、設備應予改善與規畫。尤其當家中有行動不便或坐輪椅的老人時，常因居家環境不良，具有多重空間障礙，導致老人移動困難，而照顧者也倍感吃力。目前雖有中低收入戶住宅改善補助，但仍未普遍利用，所以現有居住環境的改善及未來住宅環境無障礙空間的推行都是高齡化社會需要積極規畫的課程。

在日本有百分之八十六的老人居住在自己家中，癱瘓或坐輪椅的老人也都在自己家裡感到十分不自由、不方便，致使日本政府積極投資在居家環境的改良上。他們認為改善居家環境使老人適合居住的費用並不比住院一年的費用來得多，而且長久使用後成本效益提高。因此政府面對高齡化社會的老人福利服務，應以長期的觀點加以考量，讓行動不便、坐輪椅

、癱瘓的老人也可以自由自在留在家裡，子女也不會因居家環境不適宜，無法照顧父母而送至安養機構。

另外在本次謝高橋教授提出的老人福利需求的研究報告中，清楚的指出安養機構的老人以「設施設備」是最滿意，但「醫療服務」卻最不满意，這個問題也是目前各公私立安療養機構最感困擾的問題與最無力感的地方。完整的安養或養護體系一定要有醫療服務才能提供完善服務，所以衛生單位與社政單位如何分工、整合或是轉介都是目前實務工作者最感迫切的工作。就以最近台灣省立彰化老人養護中心所受到衛生單位認為其醫療服務是不適法的打擊，重挫工作人員士氣及家屬不滿……等等，都是未來老人福利法在修法過程中等層面上必須考量衛生與社政應如何分工的重要問題，否則老人安養、養護機構將因醫療服務無法定位或發揮，因而降低老人福利服務的效率和品質。

### 五 家庭關係之需求問題與服務

「家庭」是老人生活的據點，也是老年生活最盼望的地方，而在整個老人福利工作中，我們也深深感受到確有家庭功能的發揮，才能解決許多的老人問題。傳統農業社會，老人權

威大，地位崇高，子孫每日晨昏定省，無論在物質上、精神上都不虞匱乏，然而今日的社會結構，使得傳統的老人價值觀和現代老人的價值觀截然不同（陳燕禎，一九八三），因此，老人漸漸失去生活的憑藉力與生命的支持力，而成為不幸的一群，並視它為家庭的負擔，社會的包袱，甚至還有虐待老人的案例，無不令人擔心。尤其當前這一代的老人，是最為辛苦的，他們以傳統的老人價值觀來奉養其上一代，並期待子女也以此奉養；可是子女卻以新時代的老人價值觀來看其父母，因此在價值觀、家庭倫理等方面造成許多衝突，使得現在的老人深感悲悽。

有鑑於小家庭功能的式微，所以政府提倡「三代同堂」的家庭模式，期望老人可以在家庭裡享受含飴弄孫之樂，祖孫三代之間扮演承先啓後的角色。另外政府也鼓勵和獎勵縣市、鄉鎮興建「老人公寓」以對三代同堂有困難的老人做補強服務。另為防止老人虐待個案的產生，政府已成立「老人保護網」，做為保障老人生命安全的據點。

「居家服務」或是「居家護理」，都是支持家庭與社區功能的主要福利措施，它不但能直接對老人提供照顧、護理，間接又可協助家

人。不過宜特別加以注意的是，居家服務在美國也曾發生不少反效果，即子女看到父母有人照顧而置之不理，而老人相對地更依賴居家服務。

家庭倫理，崇老敬老都是亞洲國家優良的傳統文化，子女也想和父母生活在一起，彼此慰藉與照顧，但常因工作關係而無法做到，所以有人說「高齡化是無情的社會」。為防範這種問題發生，社會上各階層的人都應加入省思檢討，並試想自己將來成為老人時希望家庭、社會如何對待；「將心比心」「易位而想、易地而處」會讓我們對老人多一份關心與尊敬。「小的要愛、老的也要疼」，「親情」是無法取代，這也是當前機構收容安養或養護的老人最感貧乏也是工作人員無奈的。因此，防止老人被忽略，甚至被虐待，獲得家庭更多的物質支持與情緒支持。所以，在長程規畫上要以教育著手，甚至透過大眾傳播媒體，以弘揚敬老，崇老的倫理精神，辦理視聽教育與親子關係活動，並鼓勵民間團體參與，使宣導的管理更暢通，更多元化。甚至以「實質性」的減稅等方式，鼓勵子女與父母同住。至於癱瘓、中風的老人，若由家庭子女照顧時，則由政府補助其工作收入之損失。日本國內也有很多女性現

在要到外面工作，如果不到外面工作而留在家裡照顧老人，保險單位就付錢給他，也就是事奉父母也有薪水拿。因為如果子女不照顧，一樣要送到政府機構由政府提供照顧服務，老人保險單位一樣要付錢，甚至付的錢更多。此一模式，不但可加強家庭支持功能的發揮，而且可以減輕政府資源的支出，一舉兩得。

## 參、當前老人福利服務實務工作者的迷思

老人福利工作乃近年來我國人口逐漸趨於高齡化後才被熱烈討論的話題，甚至形成政治訴求之工具，而原本沒有聲音的老人也在當前的政治環境下意識逐漸覺醒，紛紛組成各種老人團體，希望自己做自己的主人。事實上，在被熱烈討論之前，政府對推展老人福利工作已投注相當心力，從民國三十四年的「救濟法」至民國六十九年公布的「社會救助法」「老人福利法」以及各種醫療優待、補助辦法、獎勵措施……等等（表二），都是政府對於老人關懷與重視的表現。老人福利服務之工作者，更本著「視老人如己」的精神，默默耕耘、奉獻。然而有許多實際遭遇到的問題與困難，卻不是他們的盡心與努力所能克

服，這些問題都是他們最大「無助感」「無力感」的來源，茲簡述如下：

### 一、醫療服務與生活照顧問題

大部分的老人都是有病，老、病一定連在一起，尤其保健預防工作未全面積極展開之時，老人慢性病的比率急速增加，年齡也提早許多，導致家中只要有一個老人因中風、癱瘓或有慢性疾病生活無法自理時，光是看護費一個月少則六萬多則八萬、十萬不等，加上醫療費、紙尿褲及其他雜費，至少一個月要支出八萬元以上。醫療技術的進步，只能「控制」老人的病情，卻無法「治癒」，尤其癱瘓老人，更是把一個家庭搞得「身心俱乏」；另癡呆老人因目前國內尚無專責收容機構，所以家庭有一癡呆老人更是「人仰馬翻」，造成嚴重家庭問題及社會問題。

老人醫療費用支出是最多的，這也是造成家庭經濟生活的主要原因。醫療費用偏高的原因包括：

(一)生理機能全盤的退化衰退，常常需住院治療；六十五歲以上的老人每年有百分之八十以上都需要住院接受醫療照顧，而其中四分之一的人需住院兩次以上。這些醫療費用在家屬方面是沈重的負擔，尤其癱瘓老人的看護

費用更高。

(二) 衛生醫療單位轉介制度仍待加強：目前因尚未普遍設置老人慢性醫院、老人護理之家，所以在醫院住院治療之中風、癱瘓、甚至氣切之老人，有時因無法轉介下游醫療單位，而浪費醫療資源；據美國「康州醫院協會」估計，一年花費在「等待期」的成本約為六百三十萬元，如果這些老人能轉介至下游醫院，這筆費用則可省下。

(三) 社政單位設立的醫務室無法獲得衛生單位各方面充分支援：有些醫療基於病床流動需要，所以將無醫療價值的全癱、半癱老人給予簽署確認出院，出院回家，家屬一方面無力照顧，一方面無護理常識而不敢照顧，只好送到老人養護機構，而老人養護機構為求老人往返醫院之勞苦，所以開業設立醫務室聘請專任醫師，提供一般性醫療服務，急重病時才送至附近醫院。老人養護機構所收容的老人都是全癱、半癱，生活無法照顧的老人，以生活照顧為主，必須工作人員提供二十四小時的服務才能維持老人的生命及生活品質，然而醫師的待遇福利不但無法比照省立醫療院所，而且還受到醫療服務與設施過優的指責。尤其許多立案私立療養機構要聘

請醫師或申請救護車……等都受法令重重限制，且難以突破。這些工作者若不是憑著那份愛心與耐心與執著，恐所造成老人的問題更為嚴重。

(四) 社會長期照顧體系亟待建立：由於社區長期照顧並未建立，許多醫師常因病人出院後，無法在社區中獲得良好照顧而擔憂，家屬也會因老人需經常往返醫院之不便而不願留在家中，這些都是城鄉醫療資源差距太大，社區照顧體系未建立與落實所致的嚴重的醫療與家庭問題。

## 二、家庭功能與社區支持體系未能發揮

(一) 家庭硬體環境規畫不足：目前國內的老人福利服務仍以機構安、療養為主。而以「家庭」、「社區」的福利服務網路則仍未見落實。許多老人坐輪椅或半癱、全癱時，其實家人也願意將老人留在家中照顧，但卻因礙於家中窄小，各項設施、設備等硬體環境不良，造成家人照顧上的十足困難，所以即使自然退化的老人卻會因住宅環境規畫不足而不得不離開生長七十、八十甚至九十年的家，被送到機構接受養護照顧。

(二) 家庭倫理因現實環境而無法發揮：把老人送到機構安養或養護時，即使是付費的都比在

家自己看護或請人看護的費用支出低，因政府對公立機構編列預算予以支應，對於私立案之機構則給予獎助、補助，畢竟這是老人福利。而在家自己照顧時，若是癱瘓老人則要一人至二人的照顧，請人看護以一天（二十四小時）二千元計，一個月至少也要六萬元，若加上其他雜費的開銷則更多，而且政府目前又無照顧者免稅、減稅或是補助的措施，因此家庭不得不將老人送出，造成家庭倫理在現實生活下無法實現的衝擊。

(三) 社區的支持不足：從整個老人需求看來，老人最需要的是受到社區、社會的「尊重」。尊嚴是老年人最渴望之寶，它是一種榮耀，也是生存於世上的意義。而尊嚴除來自本身的自主自尊也來自社會的認同。雖然老化帶來身體各器官的衰退，喪失與社區良好的互動關係，但這也是老人的無奈，也是自然、必然的過程，誰也無法抗拒，然而尊嚴卻沒有隨著老化而不需要，反而更為渴望，而社會上對老人卻大多給予負面的評價，影響老人在社會上生存的尊嚴。

## 三、相關法令不足或不夠周延：

(一) 老人福利並無強制須有專業人員之規定：現行老人福利法雖然已推動許多老人福利服務

，但卻未見強制需有專業人員之編制，導致各項福利措施在推展上仍欠缺前瞻性與擴展性，無專業社會工作人員則著力無處，只能限於被動性的服務，無法提供專業性的服務。

(二)法令未明定必須依照老人人口比例及成長編列預算：老人是社會貢獻者，退休後的確需要政府給予照顧的，然而在現行老人福利法中，卻無明定地方政府必須配合人口比例及成長編列預算，致使老人福利服務無法落實於地方。加上每個縣市推展社會福利重點不一，而無法普遍性地照顧老人，所以如果編有充足預算，恐怕也只能做片斷性的服務。

(三)各種法令未見對老人再就業之保障：銀髮族是社會的增生族群，而剛退休的老人正是人生的金齡期(Golden Age)，其身體、心理、社會活動度都相當良好，但卻因外力而被迫改變長久以來所從事工作，改變生活型態。其社會經驗、職業能力仍十分活絡，然而社會上並未培養企業責任，也無法令予以再就業保障，所以在參與勞動市場上有許多困難，尤其對社會參與之鼓勵也不夠，所以浪費其人力資源，進而產生各種問題。

(四)鄉鎮市區未訂定服務老人法令與計畫：台灣

地區的生態環境在各地仍有極大差異，靠山或靠海的區位環境、風俗習慣都不同，所以老人的需求也往往不一樣，因此唯有鄉鎮市區依據當地社區的老人特性與需求，訂立相關法令與計畫，才能切實提供適合的福利服務。此外，目前的老人文康休閒活動中心，常因市區土地取得不易而興建於較偏遠地區，如果離家太遠，老人不便參與和使用，無法發揮確實效益。因此，儘管政府提供許多福利，仍然無法滿足老人需求。

## 肆、老人福利服務的展望

一、增修相關福利法規：在日本推動老人福利時，也曾受醫療方面的諸多阻力，所以他們除修改舊法中的老人福利法外，更創新法予以規範，以確實保障老人權益。另外期盼在修改中的老人福利法能將養護機構定位，以及明定老人福利工作專業人員的編制、預算比例……等，進而由各鄉鎮社區依其地方老人需求訂定不同法令與計畫，將老人的權益、利益、尊嚴，及實際需求予以結合，提供確實的福利。

二、社政與醫療單位必須分工整合：老人服務應不分你我，衛生單位應對社政單位所需之醫療需

求提供完整支援，而社政單位對衛生單位的轉介也需予以充分協助。福利、保健、醫療三者有必要成爲一體，甚至教育、交通、建築等也應納入整合的考慮，如此才能真正落實於社區。

三、積極改善居家環境：要節省醫療資源，發揮家庭功能，就應把居家環境加以改良，以適合老人居住。所以補助住宅改善以及建築法規中予以明定住宅無障礙空間設計，都是未來推展老人福利工作的重點。

四、建立專業服務制度：老人福利要辦得好，就必須有專業社會工作人員的規畫、諮商、輔導，才能使老人在生命晚年更具意義。而社工人員善用社會資源的財力、物力以及招募、組訓志願服務的人力，才能順利推展各項福利工作，發揮人性化的專業服務。

五、建立社區照顧體系：需要長期照顧的老人都期望能留在家中獲得照顧，所以建立從家庭、醫院、日託中心、養護中心、居家護理的完整照顧網才是一個落實社區綜合服務中心，讓老人可以「老有所終」於自己熟悉的環境中，這樣才是一項長久又溫馨的服務體系。

六、加強社會的敬老倫理：老是每個人都會經歷的過程，所以政府和民間必須將有關老年的各種

疾病、保健、心理、社會適應等理念加以宣導，以引起社會的認同，激發傳統社會敬老倫理的重建。

七、推動老人生涯規畫：老人雖然是社會的弱勢族群，家庭、社會、政府必須予以尊敬、照顧，但「老」是否過得好，更是「自己的責任」，從健康、經濟、心理、社會適應、居住等，都必須有「老年生活規畫」，而且從四十歲開始就必須規畫與執行，才能掌控自己的一生，做自己的主人。

## 伍、結語

老人福利是一項重大的「社會工程」，每個人都是工程人員，而且也「勢在必行」，是已開發國家必須走的方向；老人福利也是人的工作，從政府、民間、社區到家庭，甚至個人都有責任，而且環環相扣，缺一不可。政府所提供的福利服務囿於資源有限，必須立足於公平、公正的原則，只能止於「生活安全」的層次，若要達到「生活舒適」層次和「生活享受」層次就必須民間、家庭與個人的共同努力，這樣才能在「老年之時做時代的主人」。

依筆者多年實務工作的淺見，相信老人福利

在政府之重視及社會熱心人士的參與下，一定可以辦得好，因為子女有義務扶養自己的父母，而且人人終究會走上這個人生的階段，只要妥善規畫，確實執行，就能完成人生圓滿的夢。

## 參考文獻

- 一、中文部分
- 1.行政院經建會（一九九一）中華民國台灣地區民國七十九年到一二五年人口推計。
  - 2.行政院主計處（一九八九）中華民國台灣地區老人狀況調查報告。
  - 3.王天佑（一九九一）台灣人口轉型與老年人口的扶養問題，台北市銀月刊，22：2（257），頁65-81。
  - 4.林忠正（一九九一）台灣人口轉型與老年人口的扶養問題，人口學刊，10：頁1-14。
  - 5.陳宇嘉（一九八五）高雄市老人福利問題之研究，東海大學社會福利研究中心。
  - 6.陳燕禎（一九九三）老人養護問題之實證研究——以省立彰化老人養護中心個案為例，內政部獎勵印行，頁17。
  - 7.蔡漢賢（一九九四）老人福利應有的政策與方案，健康與社會政策學術研討會。
  - 8.楊至雄（一九九四）台灣地區老人福利服務之

現況與檢討，健康與社會政策研討會。

9.楊漢源（一九九四）台灣老人醫療照顧體系之探討，健康與社會政策研討會。

10.陳燕禎（一九九四）老人福利措施與生涯規畫之探討，健康與社會政策研討會。

11.小山秀夫（一九九三）日本保健醫療福祉之回顧與現況——趨向高齡化社會之諸問題，日本高齡社會之醫療福利政策說明會。

二、英文部分

1. Schurnann, H. F. (1956) "Traditional property concepts in China", *Far Eastern Quarterly*, 15, NO.4(August): 507-516.

2. Wolonsky, F. D. R. M. coe, D. K. Miller J. M. Prendergast, M. J. Greel, and M. N. Charez. (1983) "Health Service Utilization among the non-institutionalized elderly", *Journal of Health and Social Behavior* 24: 325-327.

3. Wolinsky, F. D. R. M. Coe, D. K. Miller. (1987) "The use of health service by elderly Americans analysis" In R. A. Ward and S. S. Tobin(eds), *Health in Aging: Sociological Issue and policy Direction* New York: Springer.

表一 老人服務照顧之內容

老人的身體狀況				照顧服務的分類		照顧服務的內 容		
健康者	衰弱者	半癱	全癱			服務的项目	具體的服務內容	
✓				一 般 性 照 顧 服 務  (非專 門 性)	一 般 性 的 服 務	基 本 生 活 設 備	1.住宅設備的補助	住宅環境設備的改善、修繕、維持等
✓							2.生活器具的補助	日常生活器具的補助提供
✓	✓	✓	✓			生 活 增 強	1.社會性活動 (生命的意義與 充實)	娛樂、趣味、培養、老人大學、社團 活動、休閒活動等計畫與指導
✓	✓	✓	✓				2.諮詢服務	法律諮詢、心理諮詢、家庭諮詢
✓	✓	✓	✓				3.保健服務	健康檢查、健康保持、營養服務
✓	✓	✓	✓				4.安全認知與教育	緊急或危難時之處理
	✓					家 事 援 助	1.洗鍋、洗碗	場所之提供、簡單之協助
	✓						2.飲食	配食、食後之整理
	✓						3.清潔	洗衣服
	✓						4.一般家事	購物、掃除、簡單修理、繳納、各種 費用(如電話費、水、電費……等)
		△	✓	準 專 門 性 的 照 顧 服 務	身 體 照 顧 與 服 務	日 常 生 活 的 照 顧 (監護工服務)	1.洗澡服務	給予洗澡、全身擦拭、部分擦拭
		△	✓				2.大小便處理	大便、小便時之協助、換紙尿褲、肛 門之沖洗
		△	✓				3.行動時照顧	步行者、持杖、輪椅使用時之協助照 護及接送
		△	✓				4.其他的身體照顧	穿衣、脫衣、洗頭、飲食(餵食)、 翻身、拍背等照顧服務
		✓	✓	專 門 性 的 照 顧 服 務	護 理 服 務	1.護理、觀察	脈搏、血壓測定之指導、協助與紀錄	
		✓	✓			2.處理	褥瘡預防、分藥、餵藥、一般傷口處 理	
		✓	✓	醫 療 服 務	1.醫療	慢性病之控制、給藥、處方指示、緊 急急救、死亡診斷處理		
		✓	✓		2.復健、訓練	日常生活動作的訓練(如步態訓練、 上、下樓梯、臂力訓練…等)及紀錄		
		✓	✓	臨 終 服 務 與 喪 葬 處 理	生命末期服務與 看護	患者心理之不安、恐懼等之情緒紓解 、鎮痛處理、死亡接受、宗教之音服 務、死亡之確認、死亡之處理		

※ 1.健康者：完全健康者

2.衰弱者：有病、行動方便生活可自理者

3.半 癱：有病、部分生活可自理，部分生活需依賴他人

4.全 癱：有病、生活完全無法自理，需要他人二十四小時照顧服務者

※ √：需完全服務照顧

△：部分需服務照顧、部分可自行完成

