

# 老人居家照護的需求分析

◎ 蕭蔚

(美國印第安那大學社會學博士，現於麻州政府從事社會福利及老人方面的研究)

## 居

家照護的理想是協助長期臥病及殘障者，尤其是老年人能够很獨立且很安穩的居住在自己的家裏，而不需將他們送到療養院或是長期置放於醫院中。這種由西方衍生出來的理想，著重在人性的尊嚴及其自由意識，另也希望喚起子女對父母的責任感及社區中對老年人及殘障者應有的尊敬、照顧與看護，基本上是與中國人大同

世界的精神一致。

本文首先將界定居家照護的目標、服務對象、在宅服務的內涵、及居家照護體系的建立與管理。然後本文將分析影響臺灣老人居家照護需求的三個主要因素：老年人口增長的特徵、家庭結構的演變，及全民健康保險所帶來的衝擊。

## 居家照護的目標

居家照護的目的是協助有機能障礙者，尤其是年老多病不良於行的老人能够獨立的生活在自己的家裏，另且使他們能運用社區資源達到自由生活的目的。居家照護與療養院的照護是不同的，後者的對象是重殘者及具有退化症的老人如癡呆症、派克

深症 (Parkinson Disease)，居家照護主要是提供給輕殘及慢性病患者。療養院看護與居家照護是長期照護中的兩大體系，近年來由於在美國療養院照護的素質漸差而消費日漸增長，不少人捨療養院的照護而選擇居家照護，即使是一些重殘者也不願接受療養院機械式的治療，而選擇生活在自己的社區中居住在自己熟悉的家裏，享受家庭的溫暖。雖然人們喜歡居家照護的方式但居家照護的目標必不是取代療養院的功能，畢竟所照護的對象不同。

若說居家照護可以改善或維持老年人的健康狀況、身體病痛、精神生活及生理機能也不是很正確的，因身心健康及機能的運作與個人的年齡、習慣及所處的環境有關而非居家照護即可影響生理運作及健康情形的。另若居家照護的方式有誤可能對老年人殘障者有害，如 Kane 和 Kane (1987) 所言，當在宅服務者及醫療助理幫助老人做了那些原本他們可以做的事，如清掃門庭，老人可能因此喪失其固有的能力。

簡言之，居家照護是長期照護體系下的一環，其目的是協助老人及殘障者能獨立生活在自己的家裏居住在自己溫暖且熟悉的家裏，運用社區所提供的服務能長久的生活下去。它的目的不在於取代療養院的功能，因彼此的服務對象不同；另居家照護

也不一定改進受照護者的身心健康，其主要目的是協助性的，幫助老年人及殘障者，使他們能有安穩的家居生活。

## 居家照護的對象

居家照護的直接受益對象自然是殘障者及長期臥病的老人，間接受益者自然是受照護者的家屬。由於受照護者可享受在宅服務，其家人不必作全天候的照護而可以有他們自己的生活，喘息一下因照護而帶來的緊張與壓力，較可以用全力為自己的前進打拼。這種對家屬的間接且短暫性的照護亦稱之為喘息性的照護 (Respite Care)。

若在宅服務能直接的對老年人及殘障者照護又間接的對他們的家人提供協助是最理想的，但是在美國完善的在宅服務也產生不少反效果，如子女看父母有人照顧即置之不顧，這些被遺棄的老人在沒有日常生活照顧者的情況下更加依賴在宅服務 (Bass 和 Noelker, 1987; Chappell, 1985)。這種情形在國內亦可能發生，解決之道在於促進親子關係，弘揚孝道，具體的做法——是長程從教育著手，灌輸敬老及養老的倫理精神，近程則是政府與民間多舉辦促進親子關係的活動，以降低稅率而鼓

勵子女與父母住在一起以達到養老的目的，或由政府補助子女因照顧臥病在床的父母所損失的收入，或子遺棄父母者以嚴厲的懲罰，由法律定之。

居家照護的服務對象因政府的福利經費有限而需規定，若所有的殘障者及老年人均需政府照顧將會造成政府龐大的財力負擔。在平等的原則下，服務對象需加以限制，規定的標準一般言之有三：年齡、貧窮及功能上的殘障。就年齡而言，目前政府規定的是七十歲以上才算老人，才可享受一些免費服務如乘車，而六十五歲是強迫退休年齡，「老人福利法」中未照顧六十五歲到七十歲間的人，未來修正「老人福利法」對老年人的定義似宜重新規定，另則若將老人的界定由七十歲改為六十五歲，我們也需研究一下政府的財力負擔，過多的免費服務可能會造成政府的重荷，另更為重要的是服務的品質需要改善，如老人乘車的安全問題，在歐美許多對老人的福利並不是完全免費的，在減輕政府財力負擔及改善對老人服務的品質下，酌量收取服務費用也是應該的。另且政府有些收入才可繼續發展居家照護及其它福利措施。

另對老人的年齡規定也不宜十分硬性規定在六十五歲，而需較彈性的視需要而定，如美國目前定六十五歲以上為老人，其公共法九八—二一即將二

〇〇九年以後的退休年齡改為六十六歲，而在二〇二七年以後退休年齡改為六十七歲。

居家照護不僅在年齡上有限制，如六十五歲以上才可享受服務，而且在服務者的財產收入上亦應規定，貧窮線 (Poverty Line) 的制定非常重要以區分貧戶及非貧戶。居家照護似先應以屬貧戶的老人優先，再照顧到非貧戶的一般老人。貧戶老人在宅服務自然應是免費的，而一般老人在宅服務宜收取費用，收費的方法可以是固定收費，即對非貧戶者不論其財產及收入的多寡收取固定費用，另也可因收入的多少而收費。另為減輕政府的負擔，政府宜鼓勵民間成立老人公司提供居家照護服務，政府不需成為在宅服務的直接供給者，而可透過老人公司提供服務。政府的角色是管理監督老人公司對合格的老人公司予以執照並予之簽定服務合約。老人公司的成立也有許多好處，一是它們彼此間會競爭，效率會較政府壟斷為高，二是它們較瞭解社區的資源及需求，較能有效的利用社區資源提供老人服務，三是它們的經費非全靠與政府的契約，而主要依賴私人的給付，因此其品質必須提高，而政府的負擔也不會太大。

除了年齡及收入的規定外，住宅服務對象的殘障情況亦應考慮。殘障的評估是個案處理 (Case Management) 中最重要的一環，它關係者被評

估者的日常生活功能狀況，也影響到是否合乎服務的標準，另也與所需的服務有關，更關係者需那些機構相互協調以提供服務。評估的工具必須是標準化的也極為公平的測量日常活動的功能。

評估的內容自然包括行使日常活動 (Activities of Daily Living, ADL) 的能力，另也包括行使輔助性日常活動 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 的能力，認知與精神狀況、身體健康狀況等。由於居家照護主要是希望老年人能獨立自由的活動因此評估工具是特別重視行使 ADL 及 IADL 的能力，而視健康狀況及心理健康為決定 ADL 及 IADL 的因素。日常活動 ADL 包括洗澡、穿衣、吃飯、上廁所、室內走動、上下床椅、和大小便自制的功能。輔助性日常活動 IADL 包括室內的打掃、購物、做飯、戶外活動、錢財的管理、服用藥物、洗衣服等非每日均需做的活動，但却是維持日常生活所必需的。ADL 及 IADL 的能力亦可劃分等級，如完全可以做、需要幫助及完全無法去做。立基於 ADL 及 IADL 的包括內容及等級，社會工作人員可決定功能喪失的程度 (Functional Impairment Level, FIL) 。由 FIL 可知個案是否合乎服務的標準，如一個完全沒有任何功能喪失的人是不符合標準的。社會工作人員或個案的經理依個案功能喪失的程

度、日常活動的能力、輔助性日常生活的能力而訂立服務的項目及次數。此時亦需考慮的是個案有無日常生活的照顧者，若有子女可以日常照顧，服務項目及頻率即不需太多，但也需考慮子女的情形，過於沈重的負擔也會影響子女的照顧品質及子女的身心。另在決定服務項目及次數時亦需考慮是否給予被服務者過多的服務影響到個案的健康。

決定好功能喪失的程度、服務的項目與頻率後，社工人員協調各機構提供服務，必且定期的對個案追蹤，另且需計算服務支出以為訂立居家照護的預算。

### 居家照護的服務項目

完整的住宅服務項目主要有三類，第一類是與個人有關的照護，其目的在幫助老人的日常活動能力；第二類是與社會生活有關的照護，其目的在促進老人的社交活動及身心的健康；第三類是與醫療保健有關的活動，目的在維護老人的健康。

與個人日常生活有關的在宅服務主要有下列九項：(一)家務服務，這包括家務的管理、維持家庭生活的協助，主要在幫助老人日常活動。(二)個人照護，這是家務服務的延伸，亦是幫忙老人日常活動如穿衣、修飾、如廁、走路等，但其主要對象是那些

自我照顧能力逐漸喪失的老人。(c)雜務服務，如打掃除塵、清洗廁所、地板擦洗、簡單的家庭修護。(d)送餐到家，即將經營營養調製的餐食送到老人家中，尤其是那些行動不便無法開伙的老人。(e)洗衣服務，這項服務主要由洗衣公司提供服務，它與老人公司簽約。(f)交通服務，老人行動不便，一般車輛沒有設備運輸殘障老人到社區內活動，而需特別的安排。(g)個案處理服務，由社工員評估功能喪失的程度，協調各機構如老人公司、醫院、老人扶養或療養等機構提供服務，另給予老人及其家屬所需的訊息。

與交誼促進身心有關的活動有老人日托服務、交誼服務及保護服務，前二者是較積極的促進老年人的社區生活，而後者主要在保護老年人，防止對老年人的虐待及老年人的自閉症。交誼服務主要是提供給那些孤獨的老人；日托服務主要提供給那些有身體上的殘障而無法自己照顧自己者，其活動有時不僅包括社交有時也包括醫療照護。在臺灣老人日托中心多半是服務沒有功能喪失的健康老人，以交誼為主，有時也有如量血壓等疾病防治促進身體健康的活動，似乎以後發展的方向應是殘障的老人服務，而將老人交誼中心與日托中心的服務對象加以區別。另老人的保護也應視為重點，以防止對老人

的歧視與虐待，加強親子關係。

與健康醫療有關的服務有護士服務、居家醫療看護、及各種治療服務。護士服務主要在評估老年患者的需要，訂立服務項目、觀察患者的病徵報告給醫生，教患者及家屬醫治的方式及用藥的分量。看護士服務主要在協助患者遵照醫生的指示用藥或治療。

由於經費的限制，在宅服務的項目無法全盤推動，其發展應首先重視與個人有關的服務，如家務服務，然後擴展為交誼活動及醫療服務。醫療服務是在宅服務中花費最高的部分。

### 居家照護體系的建立與管理

如上所述，在宅服務最好由老人公司利用社區資源而提供，政府最好是由供給的角色變為監督的角色。如臺灣實施這種構想，有關法令必需訂立，如老人公司的性質是屬營利的或非營利的，若是營利的則在「公司法」的監督下，若是非營利的則需訂立以非營利為目的組織的管理方法。此外政府若授權給老人公司直接提供服務，則政府與老人公司之間必需建立契約關係，從公開招標、簽訂合約到提供服務，政府的角色需明確的界定。

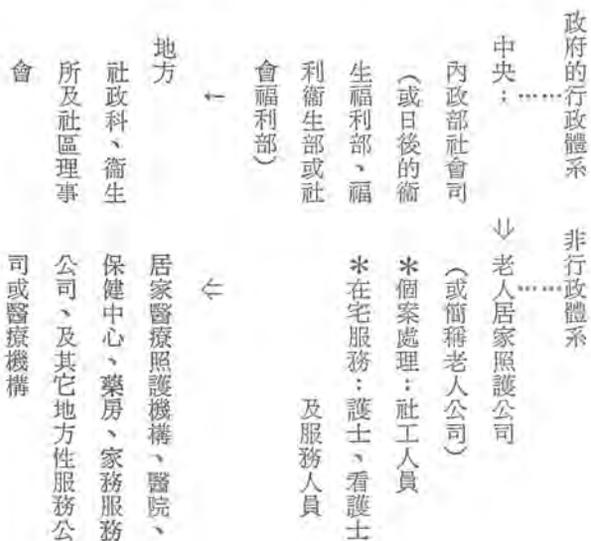
工業化國家在實施在宅服務時面臨許多問題令我們深思，一是經費的短缺與不穩定，二是服務不足或過多的二個極端，三是過於依賴家庭或過於依靠政府來提供長期看護，四是引導政策制定的知識不足、缺乎對問題的研究常造成不適當或衝突的規定與政策 (Reif, 1985; Applebaum 和 Phillips, 1990; Crystall 等, 1987)。

就老人公司而言，政府應對它們的組織及功能有明確的規定，尤其是規定需聘用合格的社會工作人員，這也有助於社會工作專業化制度的建立，減少大量社會工作畢業生畢業即失業或學非所用的現象。至於資格的認定則由民間社會工作專業協會等有關機構授予。

專業化的社工人員可客觀的評估老人的功能喪失程度、家庭的支助情形而決定照護的計畫，交付予服務人員定期的提供所需的服務並協調有關的機構如居家醫療機構、醫院、鄉鎮公所民政與社政機關等。對於那些需要醫療服務人的個案管理也需社工人員的專業知識，通常在宅醫療服務是提供給行動非常脆弱的老人，他們有的或需立即送醫有的或需送到療養院做長期治療與照護，這些情況必需由有專業知識的社工人員來決定而來協調醫生、護士及家屬。

老人公司可以是在宅服務的直接供應者或是在某些服務方面與其它地方服務機構簽約而成為服務的間接提供者，如有些老人公司與居家醫療護理機構簽約而由其它機構直接提供醫療方面專業的照護。居家照護的組織管理體系可簡略由下圖來說明。

表一：居家照護體系



↓表示管理與監督關係。  
↘表示契約關係。

## 居家照護的需求分析

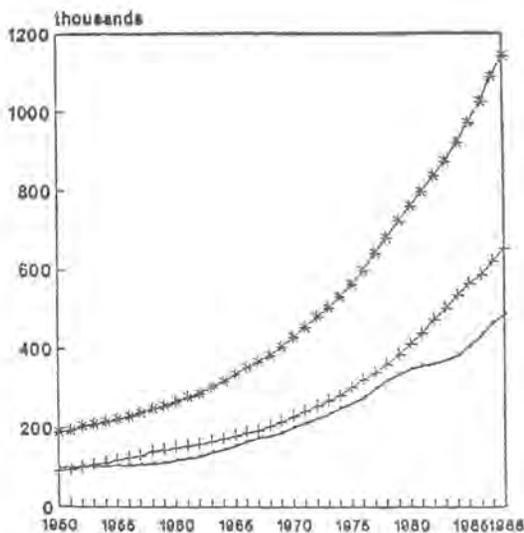
針對居家照護的需要加以評估 (Need Assessment) 是很重要的，從分析的結果使我們瞭解誰需要服務、需要什麼樣性質的服務及為何需要服務。在臺灣居家照護的需求將逐漸增加，其原因主要有三：(一)人口結構逐漸老化；(二)親子關係改變，但人們仍較喜歡居家照護而非療養院式的照護；(三)規劃中的全民保險制度將採病歷分類 (Diagnostic Related Group, 簡稱 DRG) 為醫院費用之支付標準，這將減少病人，尤其是老年人的住院時間，結果很可能讓一些脆弱的老人由醫院照護變為居家照護。下面將就這三點詳加說明。

### (一)人口結構的老化

臺灣六十五歲以上的人增長快速。民國三十九年時僅有十八萬九千人，即約百分之二點五的人在六十五歲以上，但到民國七十七年時，六十五歲以上人口已增加了五倍多，老年人口變為一百一十四萬多，比例上也變成百分之五點七四的總人口。(視圖一。)這其中，較老的老年人(定義為八十歲以上的人)成長尤為快速，從民國四十七年到七十六年，他們成長了四點八三倍，較其它年齡組成長快速的多(六十五到六十九歲組增加三點三倍，七

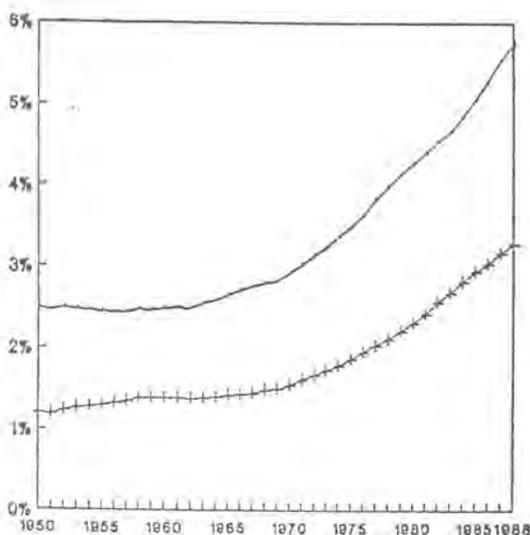
十到七十四歲組三點一倍，七十五到七十九歲組三點四倍)。此外，民國三十九年到七十七年，七十歲以上的老人也較六十五到七十歲間的人增長得快(六點二倍對四點零倍)。(視圖二。)

圖一：臺灣六十五歲以上人口，民國三十九年到七十七年



÷係六十五到六十九歲人口。  
○係七十歲以上人口。  
•係六十五歲以上人口。  
資料來源：中華民國統計年鑑。內政部統計提要。

圖二：臺灣六十五歲以上人口的比例，民國三十九年到七十七年



六係六十五歲以上人口的比例。

十係七十歲以上人口的比例。

資料來源：視圖一。

六十五歲以上的老人成長速率在性別上有很大的差異，六十五歲以上的性比例由民國四十年每一百個男生對應有一百四十九個女生到民國七十六年降低為每一百個男生僅對應有九十五個女生。另六十五歲以上男性的比例也由民國四十年之百分之四

十點二變為民國七十六年的百分之五十二點五；老年人中男性逐漸增多了，從民國四十年到七十六年間，六十五歲以上的男性增加了六點四倍，遠大於女性六十五歲以上的三點五倍。

老年人的平均餘命也顯著的增加了。男性六十五歲以上可期望活到七十九歲，而女性可望活到八十一歲。從民國六十六年到七十五年的這十年間，六十五歲的男性平均餘命增加了一歲，女性則增加了半歲。平均餘命的增加主要是因老年人口死亡率普遍下跌所致。而六十五歲以上人口的主要死亡原因在民國六十九年為腦血管疾病，惡性腫瘤及心臟疾病（張荳雲，民國七十三年）。民國七十五年，六十五歲以上人口的主要死因則是心臟疾病、高血壓、腦血管疾病及惡性腫瘤（徐立忠，民國七十八年）。在臺灣老年人的慢性疾病也愈來愈多，如糖尿病、關節炎、心臟及血管方面的疾病、癡呆症，這些慢性病多引起行動的不便或殘障。在臺灣六十五歲以上人口因年老、生病或殘障而無法工作從民國六十五年的百分之三十四增加到民國七十六年的百分之三十七。這其中以男性增加較快，由民國六十五年的百分之五十一增加到七十六年的百分之五十九（中華民國臺灣地區社會指標統計，民國六十五年及七十六年）。

老年人的社會經濟地位也改變了。民國七十六

年的資料顯示，有百分之二十八的六十五歲以上的老人仍在工作，他們之中，百分之七十七為男性，二十三為女性。若僅就男性而言，則百分之四十一男性的老年人仍在工作。此外，仍在工作的老年人的收入也較所有薪資所得者為高（一萬三千六百元至一萬三千一百元）。

由上可知臺灣老年人口及其比例逐漸增加，老年人的平均餘命，尤其是男性的愈來愈長，老年人中的老年人（八十歲以上者）也愈來愈多，而老年人的死亡率下降、慢性病患者增多，仍在工作者也增加不少。這些現象都會導致老人服務需求的增加，如居家照護、療養院照護、老人日托中心、老年人的長春俱樂部等。

## (二)居家照護較療養院照護為大眾接受

長期照護 (Long-term Care) 的兩大體系即居家照護與療養院照護，而這二者中為國人所較能接受的則為居家照護，其原因主要是文化上的。傳統的中國社會中，子女必需照顧年老的父母及其他親戚，而不行將他們送到療養院，否則子女會被視為不孝。在臺灣這個傳統仍在延續但已逐漸的在改變之中。讓我們來看看父母與子女對奉養方式有無意見上的不同。

子女的觀點：

在臺灣子女願意去照顧他們父母的比例已由民國五十四年的百分之八十九降到六十九年的百分之七十八。而年輕夫婦不願與父母合住的也由百分之四十七增加到百分之七十一（江亮嶺，民國七十七年；徐立忠，民國七十八年）。另按國科會於民國七十二所作「臺灣地區社會變遷基本調查」的普查資料，約百分之七十三的受訪者贊成由子女奉養父母，而百分之二十九的人目前仍與父母同居。另按行政院王計處出版的「家庭生活與社會環境意象調查」資料，約有百分之十六的已婚男性戶長與父母同住，而有百分之四十二的戶長不願意與父母同居（數字係依據王德陸、陳寬政，民國七十八年表二及附表一計算而得）。

由這些資料顯示約有五分之二的人現仍與父母同住並且提供父母日常生活所需，即使大多數人（約百分之七十）仍認為奉養父母是自己的責任。另約百分之四十的人不願意與父母同居，即使他們之中有些人因為經濟或其它原因目前仍與父母同住。子女不願與父母同住可能是他們需要隱私、避免爭執、想獨立自主、想自己擁有自己的房子有自己的生活等，而這也可能是因子女不願意負擔照顧父母的責任或根本不願增加自己的負擔，這些原因是很難從訪問中得知的。

當子女不願與父母同居或根本不願意奉養父母

時，居家照護的需求即會大量增加。最為可能的是子女願意對父母的居家照護費用負責，但也可能有不肖子不願奉養父母也不願負擔居家照護的費用，而政府則必需照顧這些被遺棄的老人，另法律上也需對遺棄父母者治罪懲戒。此外，即使子女願奉養父母與父母同住，居家照護的需求仍會增加，原因是父母可受到較完善的照護，且由專業人員提供照護有時較家人的支助為佳，更重要的原因是子女的奉養責任會減輕些而能專心於工作。在臺灣，子女的奉養責任愈來愈重，六十五歲以上人口與十五到六十四歲人口的依賴比率從民國三十九年到七十六年已增加了一倍，這表示成年人奉養父母的責任大增，而居家照護可減輕子女的負擔，尤其是父母患有慢性病或癡呆症者，另外子女發現居家照護可減輕他們的負擔，他們也會較樂意與父母同住提供其它日常活動所需，而不會將奉養父母視為沈重的負擔欲將之拋棄。

#### 父母的觀點：

在臺灣有父母喜歡獨居的傾向。父母希望子女能奉養他們的已由民國五十四年的百分之七十七降為民國六十九年的百分之四十四。母親期望能與兒子同住的也由民國五十四年的百分之九十四跌落到民國六十九年的百分之三十九（江亮嶺，民國七十七年；徐立忠，民國七十八年）。此外，Fred-

man (1982) 發現三代家庭與擴大家庭的比例從一九七三年到八〇年間變化不大，而父母獨居的則由一九七三年的百分之二十增加到一九八〇年的百分之二十四點五。張芷雲（民國七十三年）也指出約有百分之七十三到八十八的老人與子女同住，約有百分之十二到二十七的老人獨居。在獨居者中，約百分之六住在老人之家、仁愛之家或其它老人療養院（蕭新煌、張芷雲、陳寬政，民國七十一年；張芷雲，民國七十三年）。

對獨居的老年人言，居家照護可使他們獨立自由的居住在社區之中而不需一定得住在仁愛之家等扶養機構。對未婚者、寡居者居家照護可使他們享受如家庭般的照護；對子女不在身邊者，他們也可享受自己的生活，不必成為子女的負擔。在此需說明的是居家照護的目的不是鼓勵父母與子女分開來住，相反的，居家照護的理想是期望子女能提供父母日常活動所需最好是能合住在一起，而這如何去做呢？社工人員的判斷非常重要，若給父母過多的服務，父母會覺得自己可獨立不需依賴子女，親子關係可能因此疏遠，另對子女而言，子女可能因父母有很好的照護而覺得自己的責任已盡。社工人員居於父母及子女間所作的是橋樑工作，希望他們彼此間能多溝通減少衝突與代溝，希望藉由居家照護服務使親子之間的緊張能解除而彼此都有更好的家庭

生活。除了社工人員的角色外，政府的家庭政策也很重要，如鼓勵子女與功能喪失的父母同住，方法之一是減稅，另一是提供子女居家照護以減輕其負擔與緊張。

除了文化因素外，人們喜歡居家照護是因它較便宜，以美國為例，療養院照護的費用是居家照護的十倍多 (Crystal 等, 1987)。但是若老人需密集的照護，需許多專業化的在宅服務，需要補助房租及生活所需，再加上住在遙遠的鄉間，則居家照護就不一定比療養院照護費用為低 (Kane 和 Kane, 1987)。

人們喜歡居家照護也可能是它可避免療養院的適應問題。許多老年人都會對療養院產生適應不良的問題，尤其是強迫他們離開熟悉已久的家庭。而居家照護也可提供如療養院式的照護 (Huges, 1986)，有些住在療養院的人其實可以回家享受居家照護並接受家人及朋友的協助而生活在社區之中 (Brickner, 1978; McAuley 和 Arling, 1984; Baas 和 Noelker, 1987)。

由上所述，人們喜歡居家照護而甚於療養院照護，因居家照護是中國文化的一部分，因它是父母與子女皆較能接受的一種奉養方式，因它可能較療養院照護便宜，因它能避免老人對療養院的適應問題，因它可以提供如療養院一般的照護。

### (三) 全民健康保險制度將促進對居家照護的需求

臺灣將於民國八十三年實施全民健康保險，而居家照護被列為保險政策中的不給付項目，主要原因是完整的照護體系未全盤規劃，若驟然納入給付項目之後財務無法負擔。全民健康保險研究計畫專案小組 (民國七十九年) 的建議是希望政府為老人長期療養籌劃公積金，由就業人口提存部分收入應付未來所需；另由公勞保中試辦居家照護，評估其結果再決定是否擴大辦理。很明顯的居家照護能否實施，經費的來源很重要，其經費與福利預算密切相關，而社會福利的預算則需視政府的政策優先順序，如國防、教育、經濟發展；由預算的資料顯示，政府的社會福利預算的增長幅度是較國防、教育及經濟發展預算為低的 (蕭蔚，一九九〇)。老人福利經費的來源，公積金是其中之一，另發行彩券、增課所得稅或證券交易稅，按收入繳付在宅服務費用都是可行的方法。

居家照護未列入全民健康保險的給付項目，而其需求則會因全民健康保險採按病歷分類為醫院給付標準而大增。全民健康保險研究計畫專案小組 (民國七十九年) 建議採用 DRG 為醫院服務項目的支付基準，其原因是：(一) DRG 可消除公勞保多開

處方多做檢驗的經濟誘因，減少醫療資源的浪費及費用的高漲；(二) DRG 可減少醫院浮報開支的可能性；(三) DRG 統一疾病分類使民衆可評估各醫院的效率，也使政府可改善經營不良的醫院；(四) DRG 可提供管理資訊；(五) DRG 可降低保險行政費用。

DRG 制度是可以減少醫療浪費增加效率，但它對老人的照護却有很大的影響；一是老人多有數種慢性疾病，而 DRG 採單一的病歷給付標準，醫院在收費有限的情況下可能無法對多種疾病同時醫治；二是老人的病痛多是較嚴重的而需較多服務，而 DRG 只按病歷為支付標準不考慮個別情況 (Maddox 和 Manton, 1989)。二是在 DRG 制度之下，醫院費用是按病歷給付，如醫院提早將病人送走其開支即會減少，病床的使用率會少些，營利則會高些。在臺灣有勞保的患者平均住在醫院十二天，遠高於美國的六點四天 (楊志良、蕭慶倫及盧瑞芬，民國七十九年)。在 DRG 制度下，患者在醫院接受照護的時間必定減少，而很早即會被要求出院，這對老人而言是極為不利的，許多老人在未恢復健康且很衰弱的情況下即可能因全民保險不再支付住院費用而必需離開醫院，如 Kane 和 Kane (1987) 所言老年人在 DRG 制度之下很可能在很脆弱的情況下提早離開醫院 (Quicker and Sicker)。

受 DRG 的影響，有些人可能願花些自己的錢在醫院多住幾天，在中國社會子女爲了表示孝道也很可能出錢讓父母在醫院接受額外的照護以彌補全民保險不支付的醫院及醫療費用，但長久而言，醫院並非長期照護的場所，病人及其家屬必需對居家照護或療養院照護加以抉擇 (Crystal 等 1987)。一般而言，若老人患的是慢性病，非重殘亦非是有退化症者，家人都願負些奉養的責任，讓老人居住在家中及活動在社區裏，若政府推行在宅服務，居家照護必定是爲大眾所願擁有的長期照護模式；換另一個角度來說若政府不推展居家照護不推廣在宅服務，提早出院的脆弱老人很可能無依無靠或造成親人沈重的負擔，進而形成許多嚴重的社會問題，如老人遭遺棄、老人自殺，子女因長期照顧而引起的緊張與壓力，或爲了照顧上一代而忽視了下一代的教養，這些都不是我們想見的，解決之道是在實施全民保險的同時也健全長期照護體系，推展居家照護所需的各種住宅服務。

#### 參考資料

#### Ⅳ. 英文部份

Applebaum, Robert and Paul Phillips

- 1990 "Assuring the quality of in-home care: the other challenge for long-term care." *The Gerontologist*, 30: 444-450.
- Bass, David M., Linda S. Noelker  
1987 "The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: an expanded conceptual framework." *Journal of Health and Social Behavior*, 28 (June): 184-196.
- Brickner, Philip W.  
1987 Home Health Care for the Aged: how to help older people stay in their own homes and out of institutions. N. Y.: Appleton-Century-Crofts.
- Brickner, Philip W., Anthony J. Lechich, Roberta Lipsman, Linda K. Scharer  
1987 Long Term Health Care: providing a spectrum of services to the aged. N. Y.: Basic.
- Caro, Francis G.  
1989 "Alternatives to institutionalization: community long-term care." pp. 50-70 in Carl Eisdorfer, David A. Kessler, and Abby N. Spector (eds.), *Caring for the Elderly: reshaping health policy*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University.
- Chappell, Neena  
1985 "Social support and the receipt of home care services." *Gerontologist*, 25: 47-54.
- Crystal, Stephen Camilla Flemming, Pearl Beck, Geraldine Smolka  
1987 *The Management of Home Care Services*. N. Y.: Springer Publishing Co.
- Freedman, Ronald et al.  
1982 "Household composition, extended kinship and reproduction in Taiwan, 1973-1980", *Population Studies*, 36 (November): 395-411.

- Hsiao, Wey  
 1990 "The determinants of welfare spending in postwar Taiwan, 1951-1983." pp. 257-260 in *Proceedings of the 1990 Chinese American Academic & Professional Convention*, edited by J. R. Wu and H. N. Yu, N. Y.: Chinese American Academic & Professional Society.
- Hughes, S.  
 1986 Long-term care: options in an expanding market. Homewood, IL.: Dow Jones-Irwin.
- Kane, Rosalie A., Robert L, Lane  
 1987 Long-Term Care: principles, programs, and policies. N. Y.: Springer Publishing Co.
- Maddox, George L. and Kenneth G. Manton  
 1989 "Hospitals: the DRG system." pp. 71-87 in Carl Eisdorfer, David A. Kessler, and Abby N. Spector (eds.), *Caring for the Elderly: reshaping health policy*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University.

- McAuley, William J., Greg Arling  
 1984 "Use of in-home care by very old people." *Journal of Health and Social Behavior*, 25 (March): 54-64.
- Reif, Laura  
 1985 "Long-term care: Some lessons from cross-national comparisons." in Laura Reif (ed.), *International perspectives on Long-Term Care*. N. Y.: Haworth Press.

## B. 中文部份

- 王德睦、陳寬政  
 一九八八 「現代化人口轉型與家戶組成：一個社會變遷理論之驗證」，頁四五—五九，楊國樞、瞿海源主編，*變遷中的臺灣社會*，中研院民族學研究所專刊。
- 江亮碩  
 一九八八 人口高齡化之趨勢，*高齡學論集第二集*，高齡學會編印。
- 徐立忠  
 一九八九 老人問題與對策：老人福利服務之探討與設計，桂冠。
- 張荳雲  
 一九八四 「老人問題與老人福利」，頁三三一—三五五，楊國樞、葉啓政主編，*臺灣的社會問題*，巨流。
- 張秀卿  
 一九八〇 「老人在宅服務工作實務」*社會建設*，頁三六—三九。「臺北市老人在宅服務與社會工作人員之角色」，頁四〇—四一，*社會建設*。
- 楊志良、蕭慶倫、盧瑞芬  
 一九九〇 「從全民健康保險看我國醫療保健體系」，自由中國之工業，七五卷二期，頁一一—一九。
- 蔡宏昭  
 一九八〇 「老人在宅服務之理論性探討」，*社會建設*，頁二八—三五。
- 蕭新煌、張荳雲、陳寬政  
 一九八二 我國老人福利之研究：服務網絡之結構分析，行政院研考會，全民健康保險研究計畫小組。
- 一九九〇 全民健康保險制度規劃報告，行政院經建會。