



回應高齡化社會當代社區工作： 建構社區化長期照顧服務之探討

王潔媛

壹、前言

社會變遷過程衍生新的社會問題及需求，在醫療服務與公共衛生改善下，改變國人的疾病類型，連帶影響社會工作的服務方案及處遇模式。隨著醫療科技提升及生活品質改善，致死亡率降低；慢性病的盛行率增加，身心障礙與老衰人口比例漸增，失能通常發生在生命的晚期，功能障礙使得健康照護服務需求更加多元。在長期照顧十年計畫中推估，2011 年之長期照顧服務需求人數為 27 萬 9,411 人，隨著人數逐年成長，導致長期照顧需求殷切（行政院，2007），而疾病慢性化更引發了對慢性病患的健康管理需求。

臺灣近年隨著政治、經濟、社會走向多元及開放，從農業、工業化進入以服務業為主的工作型態。勞動市場需求的改變，如產業外移、結構性之失業所帶來的變遷，連帶影響家庭的型態與需求；並對家庭照顧的角色及能量造成衝擊，隨著問題複雜化、需求多元化，間接影響老人晚年的心理適應。國

家進入後工業社會，個人經驗與社會經濟轉型的結果，導致工作與家庭間調和、脆弱的關係、不足的社會安全，在此趨勢挑戰下出現新的社會風險（Beck, 1992）。今日家庭所面對的問題，同時根植於時間或金錢所產生的經濟壓力與家庭崩解，在此發展脈絡下，改變了社區的角色及內涵。社區所扮演的角色及位置相形重要，藉由社區場域之介入，盼能有效能減少危險因子。以社會健康為例，研究指出生活型態扮演關鍵性的重要角色，也受到潛在的文化價值之影響（Radzynski, 2007）。

藉由權力分享，共構夥伴關係，使社區得以發展，並成為 1980 年代以來，社區照護與社區研究的主流行動（Koné et al., 2000）。無論是護理、公共衛生、醫療及社會工作等專業，近年來皆更加重視社區的參與及協力夥伴關係的建立，透過「社區參與」達到介入之目標。因此，新的典範更加重視社區的參與，視社區為具有權力的行動主體，有解決問題的能力，透過專業人員擴大參與社區行動或社區研究。

黃源協等人（2009）指出社區發展可視為是一種過程，亦為目的。當其視為是一過程時，需透過理性的規劃、行動和評估；當其視為是目的時，是為促進社會的變遷和社會正義，以提升社區的生活品質。社會工作者應如何透過專業知能的運用，敏銳的回應在社會因素影響下所造成「環境與情境」的變遷？在現有制度面下能否通盤的回應人口老化及家庭的複雜需求？在專業分工及政策規範下，以個案工作與團體、社區工作等單一方法的運用，是否仍能回應老人及家庭的異質性？如何決定服務對象需求的優先順序？上述問題應隨著社會脈絡變遷，予以重新檢視評估，進而掌握其合適性。故本文將以高齡社會的變遷為背景，探討家庭照顧功能式微下，社會工作者如何在社區場域內，透過社區照護模式的建立，以具體回應老人在照顧層面所產生的新興服務與需求。透過以社區為基礎的工作方法，及個案、團體工作方法之運用，運用綜融取向來回應服務對象的多元需求，以達增進服務的整合性目標，減少因業務委託、專精分工而帶來服務不連續之困境。

貳、高齡社會的多元面貌

一、人口結構老化趨勢與疾病現況

人口變遷從高出生率及高死亡率轉向低出生率、低死亡率，老年人口的增加先是緩慢然後加快（Myers & Manton, 1987）。根據聯合國的統計顯示，1991 年全球老人有 3 億 3 千 2 百萬人，到 2000 年增加至 4 億 2 千 6 百萬人。各國在從 7% 的「高齡化社會」增加

到 14% 的「高齡社會」及 20% 以上的「超高齡社會」速度上的差異（內政部戶政司，2011）。我國老年人口由 7% 上升至 14% 的時間估計為 24 年，較南韓早 1 年，於 2025 年時老年人口比率將達 20%（行政院經建會，2006）。

從 2009 年老人生活狀況調查（2011）的資料可知，老人覺得自己健康及身心功能狀況不好者占 27.2%，其中獨居老人覺得自己健康及身心功能狀況不好者占 31.5% 較高；75.9% 老人患有慢性或重大疾病，以年紀愈大者患病比例愈高。女性因平均餘命較男性長，在身體健康及經濟資源上較男性薄弱，面臨扶養負擔加重、家庭結構弱化與照顧需求提升等諸多問題，亦考驗著國家的回應能力。

1. 臺灣老人的十大死因與疾病變化

依據行政院衛生署 2008 年的死因統計結果分析，老年十大主要死因依序為(1)惡性腫瘤占 24.1%；(2)心臟疾病占 12.5%；(3)腦血管疾病占 8.6%；(4)肺炎占 8.0%；(5)糖尿病占 6.4%；(6)慢性下呼吸道疾病占 5.1%；(7)腎炎、腎徵候群及腎性病變占 3.4%；(8)高血壓性疾病占 3.1%；(9)敗血症占 3.0%；(10)意外事故占 2.5%；十大主要死因占老年死亡總人數的 76.7%。

在十大死因中以慢性疾病占有相當高之比例，許多與年齡增加有關的神經退化性疾病，隨著八十歲以上的老年人口持續增加，帶來老化及神經退化性疾病常伴隨認知障礙、日常生活功能退化、精神混亂、步調不穩、跌倒及大小便失禁等臨床症狀。而這些

症狀是造成老年人自主性喪失、需要他人照顧，成為使用長期照顧機構式服務的主因（黃正平，2008）。

失智症盛行率則與人口結構老化高度相關，故因人口老化所衍伸出的照顧需求日愈普遍

。根據 Access Economic (2006)的失智症亞太地區盛行率報告指出，失智症對亞太地區國家的公共衛生產生威脅性影響，不僅是因人口老化緣故，尚因失智症是所有慢性疾病中令人喪失功能最嚴重的疾病之一。行政院衛生署（2004）委託台灣失智症協會辦理的台灣地區社區及長期照護機構失智症盛行率調查資料顯示，65 歲以上人口失智症盛行率在社區方面平均約為 4.48%，在機構方面，安養機構為 24.54%、養護機構為 61.17%、護理之家為 65.70%。未來 20 年，每年將增加 5,800 人，亦即 20 年後失智老人人數將增加一倍（內政部，2007）。

2. 老人自殺率逐年上昇

行政院衛生署 100 年 6 月公布「臺灣 99 年國人自殺死亡統計資料」顯示，老人自殺死亡率為各年齡族群最高，99 年 1 至 9 月自殺死亡人數與去年同期相較，各年齡層除老年族群增加 9.5% 外，其他皆呈現下降趨勢。歷年來自殺粗死亡率均隨年齡之增加而增高。另從健保就醫資料統計分析顯示，國人自殺死亡者生前合併有重大傷病診斷之比例，隨年齡增長而增加，65 歲以上自殺死亡者，生前具有重大傷病診斷之比例高達 75%，顯示 65 歲以上老人及罹患重大疾病者是自殺高危險群。在有自殺行為的老人中，七

成有精神疾病，其中有 44-87% 有重鬱症，多數是因為未就醫及未能獲得適切治療，最終導致身體功能逐漸喪失與退化。

臺北市政府自殺防治中心（2001）進一步針對 99 年度老年族群的自殺企圖者進行自殺近因分析，顯示有 25% 的自殺企圖老人是因「久病不癒」所造成的身心困擾而採取自殺行為，另有 23% 是因「憂鬱傾向」，18% 的自殺企圖老人是因「家人間情感因素」而採取自殺行為；約有三成的自殺企圖老人是因兩種以上的因素而選擇採取自殺行為。由此可知，長者自殺是多面向的問題，從疾病引發的生理不適，連帶影響心理及精神的安適狀態，從此發展趨勢下，應及早介入給予支持協助。

二、高齡化社會中的長期照顧需求

截至 2010 年底，我國老化指數為 68.64%，雖較全世界之 29.63% 及開發中國家之 20.00% 為高，但遠較已開發國家之 94.12% 低（內政部統計處，2011）。我國的身心障礙人口比例，隨著老人人口的增加而上揚，引發了多元又複雜的照顧需求。

1. 人口老化及身心障礙者帶動長期照顧需求

以長期照護需求之觀點來看，失能率的重要性大於死亡率，因失能後需要長期照護，且從失能到死亡的時間越長，長期照護的需求越大。李世代（2000）指出，多數的健康狀況發展之時序為先罹病、後失能，若老年人年齡每增加五歲，則可增加 50% 之死亡率，而每增加十歲可增加 50%~100% 之失能率。內政部（2012）指出，99 年臺灣的國

民兩性「零歲平均餘命」為 79.18 歲，其中男性為 76.13 歲，女性為 82.55 歲，國人平均餘命的增加，使老年依賴人口數量勢必增加，其依賴期間也相對延長。

根據經建會推估，未來 50 年不僅是老人在絕對與相對數量快速增加，老人之人口結構也會產生變化，亦即「年輕老人」（65-74 歲）與「老老人」（75 歲以上）之相對比例，將從目前年輕老人約占五分之三，到 125 年成為各占一半的情形；老年人口扶養比率，也將從 97 年的 14.4%，增加至 117 年的 34.5%，135 年的 60.8%，與 145 年的 71.8%。

截至 2011 年 6 月，我國領有身心障礙手冊者計有 109 萬人，其中 65 歲以上身心障礙人口比率，2005 年為 14.78%，2011 年 2 月時已增至 15.83%（內政部統計處，2011）。若與 2007 年底比較，其中以自閉症者增加 11.4% 最高，失智症者增加 8.6% 次之。在壽命延長的趨勢下，如何能與慢性病和諧相處，則有賴於患者本身的健康管理，方能達到「健康老化」目標，透過方案介入及倡導的推廣，成為社會工作者應深入著力的重點。

2. 家庭在回應照顧多元化及專業化上的限制

價值的改變與婦女的參與，皆弱化了傳統社會保護的形式，需國家介入並採取行動。家庭普遍面臨人口低度成長、家戶規模持續縮小、離婚率升高、有偶率下降、單親家庭增加的現象，家庭資源影響照顧的能量（林萬億，2002）。同時，生命歷程去標準化則是後工業社會中普遍現象，從家庭週期發展觀點檢視老年的階段，老年時期的家庭多已進入空巢期，家庭成員如子女，常因工作或自組

家庭無法在旁陪伴，若加上喪偶可能成為老年單親，普遍面臨主要家計負擔者死亡或無法工作、或因健康不佳問題（陳正峰等，1999）。故從家庭週期的變化檢視，邁入老年階段時亦開始面臨無配偶的狀態，影響老年時期的資產及收入，在依附男性傳統時代中，女性老人更易因配偶離世，導致經濟落入困境與孤立中。

3. 年紀越大越可能接受長照服務、受益對象中女性多於男性

經濟合作暨發展組織（OECD）於 2009 年 5 月國家社會發展趨勢中所公布最新一期的「社會指標」（Society at a glance 2009: OECD Social Indicators）報告指出，OECD 國家接受長照服務之 65-79 歲間的女性受益人比例高於男性三分之一。在 80 歲以上的人口群中差距更大，女性高於男性的 1.5 倍，這也反映了高齡女性失能率高於男性。相較於其他年齡族群，老老人更易成為長照之服務對象，在最老年齡群（80 歲以上）的失能率為 65-79 歲年齡層的 5 倍之多，台灣亦有相同的趨勢（行政院經建會，2009）。

在已開發國家女性的平均餘命比男性約多五至七歲（World Health Organization, 2000），目前至少有 35 個國家女性平均餘命已超過 80 歲，如亞洲的日本、香港、台灣；歐洲的瑞士、法國等（楊培珊，2005：15）。台灣在高齡人口中，越高齡其女性化的現象就愈明顯，據台灣百歲以上人瑞統計資料顯示，女性最高齡者為 116 歲，共有 853 人，占 69.7%；男性百歲以上人瑞計有 370 人，女性人瑞為男性的 2.3 倍（內政部統計處，

2011)。

從內政部(2009)公布的老人生活狀況調查中指出,我國 65 歲以上老人生活能力全無失能狀況者占 87.16%;輕度失能者占 4.82%,中度占 2.28%,重度占 4.60%,僅 IADL 失能者占 0.72%。在各級失能程度均女性遠多於男性,目前喪偶者多於其他婚姻狀況者。

參、老人社會工作專業的回應

隨著社會問題複雜化、服務需求快速增加,社會工作專業應如何掌握社會的動態需求與變遷脈絡,並以有效的方法回應此社會事實,成為當代專業人員必須思考及回應的議題。面對高齡化社會中的老人族群,社工人員運用何種工作方法與技巧能滿足老人多元性的需求?

陸洛、高旭繁(2009)指出,正常的老人沒有明顯的身體與精神的疾病,但受到生活環境與價值的改變,經常會有一些心理的障礙。其中,生理健康狀態、每日活動狀態、社交婚姻狀態、社經狀態及宗教信仰等五項是生活滿意的決定要素,也是成功老化的要素。不論是在社區或醫院,憂鬱皆與老人之死亡率相關(Abas et al,2002)。究竟何種策略能有效回應老人照顧需求?並兼顧老人偏好及家庭的照顧意願能力?是資源有限下的消極回應,或應主動積極架構多層級防護網絡,老人社會工作者應更加著力於社區內資源網絡之結合、方案之引導,以增進老人的社會接觸及身心健康。將逐一進行探討:

一、「誰」來照顧社會變遷下老人的多元

需求?

在 1999 年的聯合國發展方案報告中即指出:「全球化正在擠壓照顧與照顧的勞力」(UNDP, 1999)。說明老化社會到來的時間具緊迫性,國家同時面臨了在有限時間內要回應少子女化及高齡化之雙重壓力。高齡化社會所帶來的老人問題可歸納為健康、居住、經濟、社會適應及休閒等五方面,其中又以健康和經濟方面的問題最為迫切,對於老人積極的生活安排與預防延緩疾病的意識也愈加受到重視及提升。

近年中高齡失業更加普遍,對於個人及社會因素所引發不同的反應,在都市化影響下,社會孤立等鉅視因素對老人心理福祉及感受影響甚鉅,若是環境成為造成疾病的重要原因,在物質環境上的調整及預防就更加重要(Oliver & Sapey, 2004: 66)。而社區是老人日常生活中熟悉的重要場域,無論是服務的輸送及預防的教育執行皆需落實於社區,從中進行資訊的傳遞,服務網絡的建立及所需人力的匯整。社區因此成為發現問題與需求、實踐服務的重要場域,在高齡化社會中,社區工作成為落實社區照顧服務的必要工作方法。

二、我國老人社會工作者的現況

高齡化社會中我國在老人服務的人力運用狀況如何?比較進十年的發展趨勢可知,目前投入老人領域的社工比例已逐年增加。王雲東(2009)針對我國長期照顧服務的各項專業人力進行推估研究指出,全國的社工師需求人力在預計長照保險開辦的第一年時為 863 人,推估 2011 年、2018、及 2028 照

顧機構社工師的需求人力如下：2011 年為 863 人、2018 年為 1,205 人、2028 年為 1634 人。葉莉莉、翟文英（2009）則針對 2008 年的長期照顧人力資源現況進行盤點，指出社工人力部分專職社工人員 1,918 位（長照 1,318 位、身障 600 位）、照管人力 752 位（個管 508 位、照管專員 244 位），行政人員等（含多元服務方案就業）932 位。盤點出的目前全國共有 1,308 位專任、609 位兼任投入長照的社工師。可看出供給基本上是大於需求的。但從地域分布來看，在全國非常多的區域仍呈現供給不足的現象。

1. 老人社會工作者的角色

在中華民國長期照護專業協會（2002）說明機構式社會工作人員的工作內容包含：個案入住評估、個案照顧、家屬照顧、活動規劃、資源連結、協助機構危機處理、財務處理、特殊問題處理、公關資源與研究發展等十項。而中華民國老人福利推動聯盟（2004）所編印的《老人安、養護、長期照護機構社工人員操作手冊》列出社會工作人員的工作內容包含：住民入住及退住事宜、個案工作、團體工作、緊急危機處理、與其他團隊成員合作、與家屬共同工作、老人保護工作、公關行銷、經費募款、志工管理、實習業務與在職訓練教育業務。由上可知，社會工作者在機構式服務的角色多元，包含了連結者、使能者、倡導者、教育者、協調者、研究者。

2. 老人社會工作者專業服務過程之挑戰

社會工作者的工作困擾可分為「專業服務過程、組織內部和組織外部」等三個層面，

其中以專業服務過程中所面對困擾最多。楊培珊、吳玉琴（2003）指出，包括缺乏服務對象所需的特殊專業知識或特殊量表的運用；工作內容繁雜或未建立標準化的服務流程；案主自決與專業自主的衝突；工作角色重疊的衝突或角色定位；服務對象之動機低或家屬不願配合；提供服務所帶來的挫折感、長期的工作疲乏等。謝美娥指出（1998）從事老人社會工作確實會面臨實際問題，帶來工作的壓力與挫折，有部分是來自一般人對老人的刻板印象，其他是因老人對資源需求量較大，舉凡醫療、住宅、交通、營養都包含在內。因資源上的限制所帶來的無力感，易引發工作人員的壓力及罪惡感。其他則是與老人溝通上的困難，如聽力與表達上的障礙，以致於難以建立良好的專業關係。

社會工作者在組織外部所面對的困擾範圍較廣，從資源的不足到社會大眾的瞭解，甚至法令規範的不健全，都是社會工作者在工作中所會面臨的困擾。包含外在資源缺乏與分布不均；機構間缺乏完善的轉介系統；資源網絡無法有效利用；跨專業間的合作受阻；社會大眾或行政部門的同事對社會工作專業的不瞭解；法令規範的不明確；專業制度化不健全（涂筱菁，2006）。綜上所論，可知社會工作實際會受到社會變遷、問題需求改變等外在環境影響下，不斷的考驗社工人員的專業能力。若無法回應將衍生出身心衝突之反應，尤其是在高齡化社會中，具備老人評估及執行社區照顧的專業能力已成必要能力，應透過多元管道，積極終身學習，善用專業組織資源協助社會工作者能夠減輕工作之壓力。

3. 工作壓力對社會工作者身心的影響

社工人員在工作中若無足夠支持，將可能產生越多的挫折、壓力和困難，直至無法負荷，而形成工作的壓力。當然壓力不只是針對服務案主時才發生，也可能來自工作機構和主管。這些壓力源再與社工者的人格特質互動，則可能影響工作之外的生活中之壓力。廖碧蓮（2008）指出，社會工作者近年來在工作壓力及工作量上已經驗到高度的倦怠感，他們不斷被要求增加新的工作，卻缺乏足夠的資源，這是值得注意的議題。莊秀美（2011）指出，社工人員在社區照顧訓練不足，應增加社區工作的教學，建構專業成長的學習環境與體系，並透過社工繼續教育訓練協助社工掌握新的社會問題內涵。

肆、應積極建構及發展整合式社區長期照顧網絡

新社會危機的來臨意指需求增加但資源缺乏，長期照顧的新社會危機不只是對老年人，對於照顧者更是重要的議題，生涯機會與社會權等都會影響照顧責任（Armingeon & Bonoli, 2006）。時代變遷所引發的需求，社區的內涵也有所變化，相對反映在社區行動的實踐上。社區如何看待回應人口老化的趨勢，老人是否成為新社會危機的協助對象？

政府在分配社會福利所關注核心為普遍性或選擇性，在實際案例中仍有部分老人因經濟資格、年齡未達標準或失能程度無法符合政策規範而處於邊緣，面對不符合開案標準，卻有服務需求者，社工人員應根據實際需求積極介入？或以資格不符予以回應？該

如何面對愈來愈多無法單由制度回應需求的案例？日本於近日發生孤獨死案例，朝日新聞報導來自同一家庭，分別是 60 多歲父母及 30 幾歲的兒子，因餓死已有兩個多月時間，才被警方發現介入處理。此家庭曾向鄰居求助但被拒絕，鄰居勸他們聯絡社福機構，但他們沒有照做，地方媒體認為可能是羞於如此做。報導引述一名律師表示：「有些人抗拒靠社福接濟度日，不願和當局諮商。其他人則在社區內遭到孤立。」這起 1 家 3 口餓死案件引發日本社會反省，並檢討貧民是否因社福體系缺口而未受照顧。日本貧困老人不斷增加，他們經常孤獨死亡，未引人注意（中央通訊社，2012/02/27）。

從此例能檢視除了照顧上基本的生理、心理、社會需求外，尚需考慮老人及家屬的使用意願、付費能力及自主性等主觀因素，因雙方認知上的差距，發生專業人員評估規劃設計好服務內容時，對方卻不使用，面臨有資源卻無法介入的窘境。社工人員應能主動結合各社區內相關專業團隊，透過組織網絡善用其專長與資源，對問題討論形成共識，將能事半功倍。在提供服務之前，參與者需能對整合性照顧能有具體認知及共識，才能依服務對象之發展階段與需求，設計出符合該家庭文化與現況的適用模式。陳惠姿指出（2007）在整合性照顧上則具有下列優勢與限制，詳見表一。專業人員應能了解其優勢與限制，敏感適用之時機，將其靈活運用，進而落實服務提供的目標。

表一：整合性照顧的優劣

整合性照顧的優勢	整合性照顧的限制
(1)由不同觀點了解個案的問題面向	(1)不同的方案/組織/專業/機構間對個案需求的觀點認知有差異
(2)比較完整了解個案需求與問題	(2)不同的觀點或立場，在處理問題時，需要時間及更多的溝通
(3)較有機會應用相關的照顧資源，以符合個案需求	(3)需要更多的人獲得更多元的訓練

資料來源：整理自陳惠姿（2007）。

一、實施以社區為基礎之老人社會工作

Green & Haines (2008)指出：「地方層次是人們與自然環境互動最多且最直接的地方，在解決環境和社會問題時，地方行動和策略往往是最有效的。」

每一個人有自己特別的「需求」，國家制度對這些「個人的問題」提出福利以「解決」問題，並對個人的社會健康問題產生真正的影響。在正式服務外，仍有老老人、失能者因個別因素未能使用服務，生活在風險中。在社區中首重相互依賴關係建立，志工及專業人力的結合奠基於正式與非正式的多元性關係，在此信任的基礎下，較能全面的評估及了解社區長者的生活習性及障礙類型，進而追溯生活型態中能促進健康的可能因子為何。在社區中，短期目標在於透過方案形成具體的行動為步驟，結合熟悉的社區為網絡；中期目標應以專業的結盟為策略，發展有效的支持策略，長期目標形成社區內自助助人正向的文化，進而提升高齡者的生活品質。

二、社區反映老人在社會中之具體形象

「年齡」是社會結構要素之一，具有社會意義及社會實踐結果，甚至成為社會認同的重要基礎，背後隱藏著社會和道德的責任及義務。在工業化及全球化之快速發展下，以資本主義為主體的社會，改變了個人對自我價值的認定。現在自我概念之形成多由個人所從事的工作來認定，並伴隨著在社會上的地位，社會及專業人員如何看待老人的態度，與老人的自我定義是否具一致性，則是影響老人在未來生活安排及適應的重要因素。Jahoda (1958)指出心理健康包含六大面向：正面的自我態度、成長與自我實現、人格整合、自主、體認現實、不受外在環境控制。社會工作人員應透過社區，創造有利於老人心理健康的環境與氛圍，年齡的觀點會影響到個人如何看待老化過程及自我意象之形成；由社會及文化層面影響看待「老化」的新契機，透過社會雙向互動的結果，達到社會變遷目的。

三、服務弱勢個案，需整合運用社區內

跨專業團隊

無論是居家式、社區式及機構式的福利服務，社工人員共同面對經由現代化過程，所呈現出新的家庭形式。而都市化更是經濟發展的前提與結果，經濟的快速發展促進了職業流動，使父母與子孫位於不同的社會階層，造成了削弱世代間的關係（David & van den Oever, 1981）。從服務對象中已能看到因社會變遷所引發的多元性及複雜性，以下針對目前實務界中所呈現的案例進行探討：

1. 單一類型服務無法滿足老人多元需求

目前我國服務以居家照顧占多數，在慢性病盛行下，居家個案常有多樣化的照顧需求。社區中如何運用、連結、統整多元的照顧服務，以滿足老人在家住居住的需求更形重要。我國近年發展的新型服務模式，如照顧住宅、失智症日間照顧中心、家庭托顧、居家復健等，已逐漸起步，對於擴充我國社區照顧的多元性質有極大助益，但數量上仍無法回應需求，長期目標是希望能增進民眾使用意願。但當社區連結著力不夠，會影響資源的開發與整合程度，為能建構老人自我發展的能力，應在社區中積極發展多元服務模式。

2. 拒絕服務介入的失能獨居老人

當老人因生理機能的喪失可能迫使活動變少，甚至限制虛弱老人所能參加的活動，且多數人仍恐懼面對視力、聽力之退化及認知功能之受損，上述影響皆會改變老人對偶發環境事件的反應能力。社工人員面對老人罹病及老化衰退的過程中，在提供服務時必

需兼顧老人的自主意識，在人身安全的考量下，實在無法透過片段及單一型式服務滿足其需求。尤其是拒絕服務的老人，伴隨著認知功能退化者，加上信任關係建立不易，服務介入困難，常是社工人員眼中的高危險群。更需結合社區內專業團隊及資源介入，透過篩檢及就醫，確認老人認知功能虧損之程度，才能預見可能發生的意外及風險。

3. 家庭照顧角色功能不彰的孤立老人

在老人福利資源的拓展下，有愈來愈多的老人可能同時接受家庭照顧與正式的服務（呂寶靜，2001：29）。正式照顧體系較能處理可預測的、例行性的、需要技術性的知識工作。在失能老人家庭照顧者之研究中指出，當傳統價值不再是照顧者提供家庭照顧唯一考慮準則，對照顧行動的影響力若持續下降，欲維持家庭照顧並不容易。若與年輕老人相較，老老年人的收入及資產也普遍較低，所得普遍隨著年齡增長而下降，說明老年經濟資源逐漸耗損之歷程。同時尚有性別之差異，越高齡其女性化的現象就愈明顯，（內政部統計處，2011），伴隨著上述與年紀相關的失去，將老人置於多重不利的地位中。此時則需透過社區內專業人員及志工協助，以增加家庭的社會支持網絡，協助發揮應有的功能。

4. 沒有能力決定使用服務的老人

吳淑瓊（2008）針對居家失能老人在照顧服務使用的自我選擇相關因素指出，包含多元面向，如個人經濟狀況、對服務的認知、教育程度、與照顧者之照顧關係以及身體和

認知功能，都是會影響失能老人能否自己選擇服務的重要因素。未來在長期照護相關政策的規劃，應加以考量上述因素的影響。社工人員在面對無法自我決定的老人，在評估時更應敏感其需求，在兼顧照顧者的利益下，適時代為倡導及影響家人，避免老人權益被忽略。

5. 偏遠地區的資源服務輸送困難

城鄉差距與地理環境幅員的落差，成為影響服務可近性的關鍵因素，例如原住民部落。若要能即時回應高齡化社會中老人的需求，長期策略仍需透過當地社區資源之開發、運作，開發及培養當地志工、專業人力及志願服務團體的共同投入。另也需政策的引導，給與所需的誘因及經費，結合在地宗教團體及專業人員共同彈性回應當地需求，吸引人力投入。

6. 被疏忽或虐待老人的協助

在壽命延長疾病慢性複雜化的影響下，老人被虐待及棄養比例愈來愈高，內政部（2009）統計顯示，在 2008 年老人虐待通報案件共有 3,067 件，與 2004 年老人虐待通報案件共有 946 件相較增加了三倍多，對受虐老人心理及生活品質甚鉅。社工人員在提供照顧時，常面臨家屬照顧意願低落，不願參與協調，或是安置機構有床位已滿、收費差額問題限制影響服務輸送。對於獨居的失能老人，則需注意是否有疏忽問題發生。

影響受虐因素包含年齡愈大、慢性病、認知功能有障礙、缺乏社會支持、罹患精神疾病患者、有家庭暴力的家族史等因素。施

虐者則以非正式照顧體系的家人、朋友、鄰居居多，在非正式私領域中，要發現及了解其過程相當困難（黃志忠，2010）。在虐待的類型上可區分為生理的、心理的、精神的、疏忽、自我疏忽、遺棄、經濟虐待（李瑞金，1999），積極的做法應協助照顧老人之家庭，增加老人的社會支持網絡、鼓勵老人願意表達。並敏感於老人面對虐待事件的複雜情緒，對於認知功能虧損的高危險群，則應由社工人員主動進行協助及評估，進行認定、舉報及轉介，再找出最符合該情境的服務方式。

四、能提供與滿足以慢性健康問題為主的照顧需求

如何透過預防及延緩老化、健康的追求與維持、對疾病能有良好的適應成為社會工作人員提供服務時努力的目標。Lindsey (1996) 探索患有慢性疾病與失能者的生活經驗發現，歸納有益於健康的因素包含了：能以自己為榮、尋找與他人之連結、創造機會、讚美生活，能獲致平和的狀態。因為疾病與失能所帶來的負面影響，則有自我認同感的喪失、與他人的關係緊張，說明人的生活型態是建立在與其他人的認同及關係的連繫之下。因此，更重要的是加強社區民眾對慢性疾病防治的健康認知、態度及行為，在社區場域中進行健康促進與照顧的活動，在老人慢性病人口增加的趨勢下，能減少對急性醫療的使用，增進老人生活上的自主性及滿意度。

五、協助失能老人入住機構的轉銜及適

應

當失能成為不可逆，需要密集性的照顧服務時，視機構為畏途的老年人，如何才能改善負面生活經驗？協助獲致較佳適應，在高齡化社會中已是影響老人心理健康甚鉅的嚴肅議題，若無適當的轉銜協助，可能成為影響老人生活的危機事件。須讓老人與社區建立較多的連結與互動，Nolan（萬育維譯，2004）指出具體可行策略即為脈絡的延續，可透過（1）進入機構前的轉銜措施要做好；（2）在機構內營造出一種社區的感覺；（3）降低老人的無力感和脆弱感；（4）協助老人維持原本的身分認同；（5）維護老年人與家人和社區的關係連結等方式，降低進入機構的負面影響。

在機構照顧過程中，個別性照顧不易發展，在重覆例行的團體生活與龐雜的照顧任務中，要維持老人的獨特性，需要投入許多心力才能達到。而上述目標的達成，不易僅靠機構的工作人員的有限人力，仍需結合社區內的志工及專業團體等資源，透過良好的分工與整合才能落實。楊培珊（2005）指出長照機構的社工有其獨特的專業角色，特別在於案主充權、個別化照顧以及社區連結方面，有助於住民生活品質的提升。

伍、結論

高齡社會並非為一具同質性的社會，其多樣性是可預期的，社工人員應有意識的影響社區發展，甚至成為強化公民社會的機制，透過專業知能設計合適的操作策略，連帶對我國社區照顧之落實產生移轉。對失能老人

而言，延長的壽命不應該被身體功能障礙、入住機構、減少社交活動和喪失自我選擇權所取代（Frytak，2000）。應透過社區增進老人社會參與的機會，鼓勵及早參與社區，除能增進自我價值感外，亦能在社區中形塑出正向的文化，進而提升高齡者的生活品質。

在社區內透過信任關係基礎，進行深入全面性的評估，掌握社區內老人的生活習性及疾病與障礙類型，進而追溯生活型態中促進健康的可能因子為何，提出合適的介入計畫與行動。因此，在高齡服務中如何達到預防性目標，從醫療照顧到預防保健，以能達到降低障礙的可能與增加健康生活的生命期間，成為專業人員與老人應努力的目標。老年社會工作人員的專業知能對老人生活品質造成影響，在服務的同時應能思考未來的發生及影響是全面性的，培養社工人員增進影響及分析反思之能力，甚至能將需求回應到政策中。在工作策略上應朝向開發及社區資源團體的整合，透過具體外展行動為步驟，在居家式、社區式及機構式的連續性服務分工下，以熟悉的社區為網絡，以專業的結盟為策略，發展正式及非正式多層次社會支持網絡。黃源協等人（2009）針對台灣建構「永續社區」提出建議，包含建立一套以「社區價值」為核心的社區政策；開拓有益於累積「社區能力」的社區夥伴關係；建構「社區聯盟」的實務運作模式；營造各類社會資本並重的「永續社區發展」路徑，方能回應多元化及專業化，以慢性病照顧為主的高齡社會之照顧工作。

從性別種族、婚姻地位、經濟條件、生理狀況、城鄉地理的差異，連帶影響政策的

介入。進行政策之規劃時，多以集合資料作為根據，不易兼顧老人需求的多元性，因此社區如何能在既有政策下，保持彈性以回應高齡社會中老人多元需求？隨著家庭功能改變與壽命延長趨勢下，在社區場域中落實適切服務，在老人及身障人口快速增加趨勢

下，確實已成為急迫與重要的議題。（本文作者為明新科技大學老人服務事業管理系講師）

關鍵字：高齡化社會、老人社會工作、社區工作、長期照顧

📖 參考文獻

中文部分

- 內政部統計處（2009）。內政部統計年報：老人福利服務。2011年05月5日取自網際網路資料，
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/y04-16.xls>。
- 內政部統計處（2011）。中華民國98年老人狀況調查報告。內政部出版。台灣：台北。
- 內政部統計處（2011）。99年底人口結構分析。2011年06月5日取自網際網路資料，
http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=4943&page=1
- 內政部統計處（2011）。內政國際指標。主要國家65歲以上人口占總人口比率。2011年06月5日取自網際網路資料，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/national/list.htm>
- 內政部社會司（2012）。99平均餘命統計結果。2012年01月10日取自網際網路資料，
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 內政部社會司（2011）。100年6月底領有身心障礙手冊者人數統計。2011年2月27取自網際網路資料 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 內政部戶政司（2011）。人口政策白皮書。2011年06月10日取自網際網路資料，
http://www.ris.gov.tw/version96/pe_004.html
- 台灣失智症協會摘譯（2009）。全球失智症報告（摘要版）。國際失智症協會發表於2009.09.21。2010年8月27日取自網際網路資料 http://www.tada2002.org.tw/index_news.php?ncid=14&nc2id=76&nid=291
- 行政院經建會人力規劃處（2009）。OECD國家社會發展趨勢。2012年01月10日取自網際網路資料，<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0012319>
- 行政院衛生署（2009）。97年死因統計結果分析。2012年01月10日取自網際網路資料，
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?checkBoard=1&class_no=440
- 行政院衛生署（2004）。醫療保健及照顧服務產業發展綱領及行動方案。旗艦計畫：國民健康照護資訊網社區長期照護。2012.01.08 取自網際網路資料，www.cepd.gov.tw/dn.aspx?uid=8095

- 中央通訊社（2009）。孤獨死案例增、日本當。2012 年 02 月 27 日取自網際網路資料，
<http://tw.news.yahoo.com/%e5%ad%a4%e7%8d%a8%e6%ad%bb%e6%a1%88%e4%be%8b%e5%a2%9e-%e6%97%a5%e6%9c%ac%e7%95%b6%e5%b1%80%e9%97%9c%e5%88%87-140707642.html>
- 中華民國長期照護專業協會（2002）。老人安、養護、長期照護機構營運指南。
- 中華民國老人福利推動聯盟（2004）。老人安、養護、長期照護機構社工人員操作手冊。
- 王雲東、鄧志松等（2009）。《我國長期照護服務需求評估》研究報告書。行政院經濟建設委員會 97 年度委託研究計畫（案號：97121604-3），研究期間：2008.12~2009.05。
- 呂寶靜（2001）。老人照顧：老人、家庭、正式服務。五南出版社。台灣：台北。
- 伊慶春、陳玉華（1998）。奉養方式與未來奉養態度之關聯。人口學刊，19：1-32。
- 李瑞金（2008）。老人虐待指標之研究。內政部委託研究報告。
- 林萬億、周淑美合譯（2004）。Vic George Paul Wilding 合著。全球化與人類福利。五南出版社。台灣：台北。
- 陳正峰、王德睦、王仕圖、蔡勇美（1999）。老人單身家戶、女性單親家戶與貧窮：嘉義縣低收入戶的貧窮歷程。人文及社會科學集刊，11(4)，529-561 頁。
- 陳惠姿（2007）。整合性照護系統。護理雜誌，54(5)，17-33。
- 黃正平（2008）。臨床老年精神醫學。台灣：台北，合記圖書出版社。
- 黃源協、蕭文高、劉素珍（2009）。從「社區發展」到「永續社區」-臺灣社區工作的檢視與省思。臺大社工學刊，19，87-132。
- 黃志忠（2010）。社區老人受虐風險檢測之研究：以中部地區居家服務老人為例。社會政策與社會福利學刊，14(1)，1-37。
- 涂筱菁（2006）。老人安養護、長期照護機構社會工作者工作困擾影響因素之探討。慈濟大學社會工作學研究所碩士論文。
- 吳淑瓊（2008）。居家失能老人在照顧服務使用的自我選擇權之相關因素研究探討。台灣衛誌 27(2)：121-132。
- 莊秀美（2011）。從老人福利發展趨勢論社工人力需求與與培育規劃之方向。社區發展季刊，129，215-230。
- 葉莉莉、陳怡杏（2011）。由社區概念的歷史流變談社區照護實踐之變遷。護理雜誌，58(1)，68-72。
- 葉莉莉、翟文英（2009）。我國長期照護資源供給調查。行政院經建會委託研究。
- 楊培珊、吳玉琴（2003）。台灣非營利老人福利機構現況分析初探。東吳社會工作學報，9，45-74。
- 楊培珊（2005）。老人長期照顧機構及社工專業的現況與展望。臺灣社會福利學刊，4，147-169。
- 謝美娥（1998）。老人長期照護的相關論題。台北：桂冠出版社。

- 廖碧蓮 (2008)。社工人員的工作壓力與睡眠狀況之研究。《社區發展季刊》，121，234-251。
- Mike Nolan，Sue Davies Gordon Grant 原著，萬育維（譯）（2004）。《老人照顧工作：護理與社工的專業合作》。台北：洪葉出版社。
- Oliver M. & Sapey B. 原著，葉琇珊、陳汝君（譯）（2004）。《失能、障礙、殘障-身心障礙者社會工作的省思》。台北：心理出版社。

英文部分

- Abas M., Hotopf, M., & Prince, M. (2002). Depression and mortality in a high-risk population 11-year follow-up of the medical research Council Elderly Hypertension Trial. *Briti Journal of Psychiatry*, 181, 123-128.
- Armingeon, K. & Bonoli, G. (2006). *'The Politics of Post-Industrial Welfare State'*, London : Routledge UK.
- Beck, U. (1992). *'Risk Society'*, Published by Sage Ltd., London UK.
- David, K. & Van Den Over, P. (1981). 'Age relations and public policy in advanced societies', *Population and Development Review*, 7(1), pp. 1-18.
- Frytak J. (2000). Assessment of quality of life in older adults. In: Kane RA ed. *Assessing Older Persons : Measures, Meaning, and Practical Applications*. NY: Oxford University Press, 200-36.
- Green, G. P., & Haines, A. (2008). *Asset building & community development*. London: SAGE.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York : Basic Books.
- Koné, A., Sullivan, M., Senturia, K. D., Chrisman, N. J., Ciske, S. J., & Krieger, J. W. (2000). Improving collaboration between researchers and communities. *Public Health Reports*, 115(2-3), 243 - 248.
- Lindsay, E. (1996). Health within illness: Experiences of chronically ill/disabled. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 465-472.
- Myers, G. C. & Mantion, K. G. (1987). 'The Rate of Population Aging : New Views of Epidemiologic Transitions', cited in Maddox, G. L. & Busse, E. W., 'Aging : the Universal Human: Experience', 263-283, Springer, New York, USA.
- Radzynski, S. (2007). The concept of population health within the nursing profession. *Journal of Professional Nursing*, 23(1), 37-46.
- United Nations Development Programme (UNDP) (1999). *Human Development Report 1999*. New York, Oxford University Press.