

序

「本學理開拓研究境域，以經驗致力服務改進」是本中心懸以追求的目標。是以多年以來，本此信念宣導社區發展理念，探討研究方法，介紹措施項目，無不皆環繞著「吸收潮流與反映國情互為表裏，研究訓練與社政措施交互為用，訓練成果與服務績效凝成一體」為工作方向，並經常配合社區發展的實際需要舉行各類專題座談、研討會，用使研究成果落實於實際，期使我國社區發展工作能與時俱進，日新又新。

無疑的，號召參與是社區發展工作主要內蘊之一，不僅要號召學者專家參與；更要號召社區民衆參與，但參與的關鍵要在了解中凝成共識，知得深才能行得力，是以對促進參與之各項媒介，諸如文字、聲音、圖畫、影片……等等均予重視，復鑒於本中心於民國六十二年曾編印「社區發展訓練叢書」二十冊，印行以來，頗獲好評，中心教育委員乃有再接再厲之提示，是以再選新題，用補前者之不足，而為求內容之通俗與趣味兼有，乃於本次叢書出版，採文字為主，插圖為輔，融二者於一爐，期收實際具體、簡明可讀、保存容易、費用經濟等多重效益，總期集學者之心智、弘專家之經驗，供工作同仁在實務

上作援引，社區民衆在瞭解中產生動力，同本服務最榮，助人最樂的心情，來提升社區民衆之生活品質。

茲值書成，既敬仰各學者專家辛勤撰寫，亦感謝同仁盡心編務工作，惟以社區發展境域範疇至大，編印內容自難周全，至祈學界先進，不吝指教，是所企盼。

中華民國社區發展
研究訓練中心 執行長 蔡 漢 賢 謹誌

七十七年十二月

老人安養與醫療社會工作

目錄

壹、前言.....	一
一、經濟問題.....	二
二、生理問題.....	二
三、心理問題.....	二
四、家庭問題.....	三
五、其他.....	三
貳、老人的居住需要.....	四
一、獨居者.....	六
二、與配偶同住者.....	六
三、與子女同住者.....	六
四、祖孫同住者.....	六

叁、健康老人的安養·····	九
一、緊急呼叫按鈕·····	一三
二、退休公寓常緊鄰著養護中心·····	一三
三、有護士當值·····	一三
四、購物服務·····	一四
五、提供各項清潔服務·····	一四
六、三餐的供應·····	一四
七、設有投幣式的大型洗衣機·····	一五
八、設有交誼廳·····	一五
肆、疾病老人的安養·····	一五
一、復健醫療中心·····	一九
二、轉院·····	一九
三、轉至次級醫療部門·····	一九
四、養護之家·····	二〇
五、住宿之家·····	二一

六、轉介至他種治療機構.....	二一
七、返家但仍需繼續有護士照顧.....	二一
八、直接返家.....	二二
伍、醫療社會工作人員的職責.....	二二
一、確實瞭解病人的需要.....	二四
二、瞭解病人與家屬的經濟狀況.....	二四
三、協助病人與家屬申請醫療補助或生活補助.....	二四
四、初步的擬出數種出院計畫以供病人參考選擇.....	二四
五、對各類社區資源的認識與瞭解.....	二六
六、醫療社會工作人員是病人與家屬和醫院間的橋樑.....	二七
七、提供各項諮詢服務.....	二九
八、靈活運用社區資源.....	三〇
九、危機調適.....	三〇
十、社區緊急或意外事件的處理.....	三〇
十一、給予病人與家屬精神上的鼓舞與支持，提高病人與家屬的士氣.....	三一

陸、對老人安養現狀的建議.....	三二
一、健康老人安養方面.....	三一
二、疾病老人安養方面.....	三四
柒、結語.....	三八

老人安養與醫療社會工作

翁毓秀

壹、前言

工業革命帶來最顯著的影響就是物質的生產自家庭撤離，而轉入於工廠。在農業社會，家庭是生產單位，現在生產工作和家庭分道揚鑣，一切生活必需品都由家庭以外的機械化農場和工廠來供應。而鄉村生活方式轉變為都市生活方式。生產自家庭撤離，人口離鄉入城謀生，造成大家庭的迅速崩潰，代之而起的是小型的核心家庭；後者由夫妻及其未成年子女組成，無老人容身餘地。

近百年來，由於科技、醫療、醫藥的發達與進步，公共設施的改良，生活水準的提高，人類生存機會大為改進，嬰兒和產婦死亡率大幅下降，平均壽命顯著延長，出生率顯著減少，老年人口的比例逐漸增加。台灣地區六十五歲以上所佔人口比例從民國三十六年的百分之二·五到民國七十五年的百分之五·二，估計出生率與死亡率繼續下降，人們的平均壽命漸增加，將使老年人口繼續上升。通常認為任何人超過六十五歲即稱為老人，由於老年人口漸漸增加，老年群體中又可再予細分：認為六十五至七十五歲者為年輕老人（Young-old），七十五歲以上者為資深老人（Eld-old）。台灣地區亦常見八、

九十高齡的健康老人。

在傳統的中國，大家庭中的年長者，居領袖地位，有相當大的權力，受家庭晚輩的尊重和尊敬，但在西方文化與文明的衝擊之下，老年的聲望與權威急遽下降，我國老人問題更日漸顯著。一般而言，老人所面臨的問題有如下列幾種：

一、經濟問題

根據史密斯教授（Dr. Smith）的老人研究中顯示，在老人問題中缺乏經濟安全者佔百分之四十。老人由於年老力衰，適應困難，就業受限制，收入銳減，造成老人經濟匱乏。有些老人有退休金，可以維持生活，但部分老人仍需子女接濟或社會救濟。

二、生理問題

經濟和疾病是老年人最感煩惱的問題。生病就需花醫療費用，而老年人本就有經濟問題，所以常使老人無法支付醫療費用，老年人貧病交加是非常痛苦的。生理上的疾病常見者有如，心臟血管疾病、意外事故、營養不良、視力、聽力減退等等。

三、心理問題

老人由於體弱多病，耳目失聰，使情緒、心理深受影響，而老人從工作崗位上退下來，造成老人的挫折感，社會地位的喪失，心理無法平衡，情緒暴躁、焦慮不安。

四、家庭問題

老人辛勤地撫育下一代，可是一旦子女長成，紛紛因工作或其他原因離家，兩代間更因為生活環境，思想觀念的不同，而對彼此的期望不同造成家庭問題。

五、其他——如休閒娛樂、宗教、教育等問題

總而言之，老人問題有就醫、就養、就業、心理、生理等等。

我國的老人福利政策從國父遺教，先總統蔣公的遺訓，至民國六十九年正式完成老人福利法之前，曾把該法草案於民國六十八年五月送行政院院會通過，並確定七十歲為老人年齡的界定。立法的主旨在弘揚敬老美德，安定老人生活，維護老人健康，增進老人福利。其基本精神有（註一）：

- 一、明定七十歲以上為老人界定的標準。
- 二、倡導子女之扶養義務。
- 三、化消極性之綜合救濟機構為積極性之專設福利機構。
- 四、弘揚敬老美德。
- 五、開拓老人才俊。
- 六、結合專家學者共謀老人福利之發展。

七、廣籌老人福利經費之來源。

八、老人福利工作專業化。

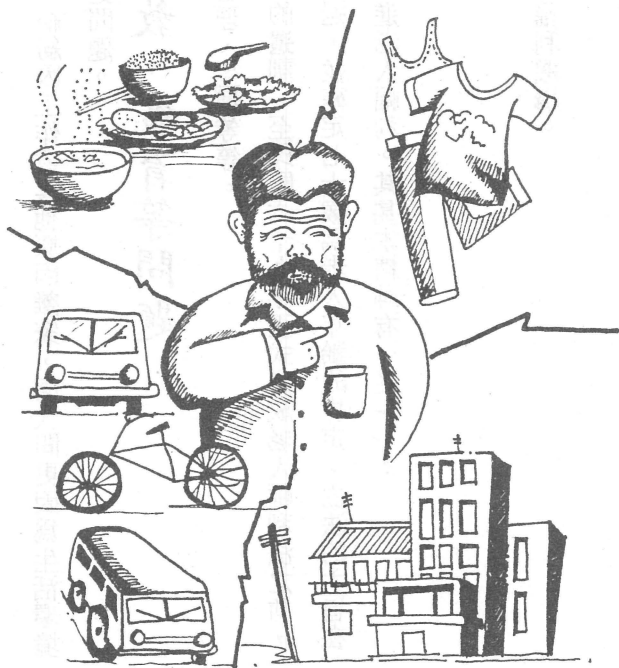
九、老人福利之內容有實質的改善。

十、加強福利機構的管理。

從以上之基本精神，我們知道，我國的老人福利法，係融合我國傳統倫理精神，參考各國立法趨向，針對當前國情與社會需要，以期對老人問題做實質上的解決。

貳、老人的居住需要

食、衣、住、行是人類的四大基本需要，老年人更需要富營養的餐飲以延續生命；在寒冬時，老人更需有暖衣蔽體以免受風寒；老人更需要有一個屬於自己的住處以避風霜雨露；老人也需有方便的交通方式，使他們自己能就醫、購物或做休閒活



◎老人也有食、衣、住、行等方面的需要

動等等。健康老人有健康老人的居住需要；而疾病或體弱多病，慢性疾病、急性疾病等不同種類的老人病患更需有其不同的居住環境。

老人在選擇居住地點時，須考慮到下列幾個原則：（註二）

- 一、能激發老年人生活情趣的環境。
- 二、移動性——該地區適合老年人走動交往。
- 三、安全——該地區治安良好並有防火和防盜的設備。
- 四、不受干擾——具有隱私權。
- 五、舒適——居住的地方需舒服。
- 六、良好的社區——不歧視老人並為老年人福利著想。

有關台灣的老人居住資料，可供參考的是由蕭新煌、張芷雲、陳寬政等三位社會學家所撰寫的行政院研考會專案研究報告「我國老人福利之研究：服務網路之結構分析」。根據這項報告，台灣地區共有四十一個養老機構，其中有十一個屬於公立仁愛之家敬老所，十八個私立仁愛之家敬老所及十二個榮民之家。除此之外，還有未知數目的營利性的養老院和未立案的安老堂及寺廟救濟機構。統計資料顯示各公私立仁愛之家敬老所共住有五七三二位老人，榮民之家則共有三七二八〇位榮民，合計四三〇一二位老人，約佔百分之六的台灣地區老年人口數。在上述的研究報告中並指出，在台灣地區單獨一人居住的

老年人是非常少的，而與子女同居者佔大約百分之七十三至百分之八十八之間，與日本的百分之二十九；英國的百分之四十二；美國的百分之二十八；丹麥的百分之二十，台灣地區與子女同住的比例顯然高於上列各國。

在國內，老人居住型態可大約分成下列四種：

一、獨居者

老人因喪偶、未婚、離婚或夫妻子女分散居住，形孤影單，生活孤獨，無人照料。

二、與配偶同住者

老倆口相依爲命，守著故居，平日尚能相互照應，但一旦一方罹患疾病，老人除了要照料自己以外還需照顧病中的另一半，則陷入困境。

三、與子女同住者

老人與未婚子女同住，未婚子女白天上班上學，老人能在家照料，晚間子女返家也相互照應，但目前盛行小家庭制度，子女於婚後常另立門戶，使老人又回到與配偶同住型。

四、祖孫同住者

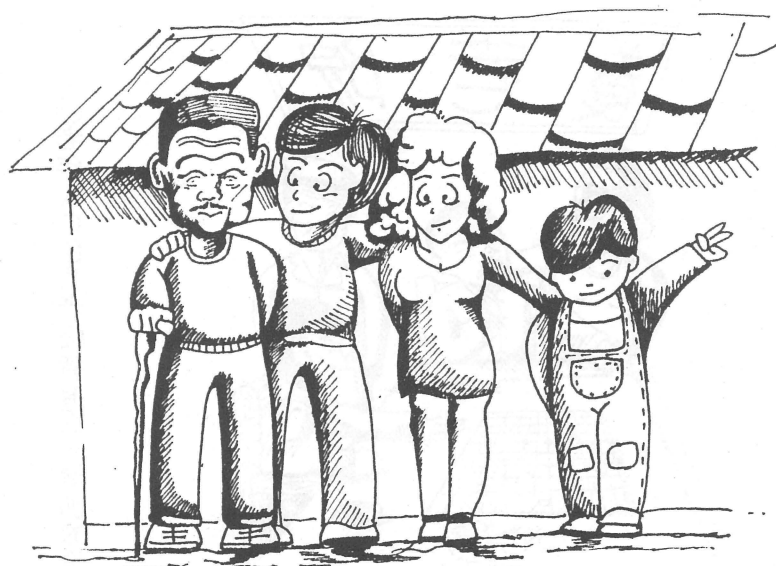
這就是我們所謂的「三代同堂」，也是中國傳統社會的理想家庭型態。對老人而言，可獲得子女之「晨昏定省」及「含飴弄孫」之樂，在精神上有所寄託和安慰。老人身體健康者還能幫忙照顧孩子，解

決了年輕夫婦們子女照顧的問題。但是這種所謂「理想的家庭型態」並非每位老人都有福享受此一天倫之樂。而兩代之間也有衝突存在，兩代間的「代溝」，婆媳的不和，對孩子教育方式的爭執等等。而當家中老人罹患疾病時，年輕夫婦仍需照常上班，老人在家乏人照料，幼兒也因祖父母的無力照顧更需臨時尋求褓母，種種困擾因而產生。

不論那一種居住型式的老人都或多或少的需要「別人」的幫忙，當親戚、朋友無法協助時就需社區或是整個社會來伸出援手。

一部分老人居住在專為老人而設的安養所或老人之家或養老院之類的公私立機構，在美國約有百分之四點六七的老人住在養老院式的機構裡，在台灣地區大約只有百分之二點六六的老人住在這類機構中。但老年人口住養老院者有逐年增加的趨勢。

◎「三代同堂」是中國傳統社會的理想家庭型態



對許多美國老年人和其家人來講，住進養老院是一種不得已的措施。杜賓和利浦門（Sheldon S.

Tobin & Morton A. Lieberman）指出三大

因素影響老年人住進養老院（註三）：

- 一、身體健康之衰退日益嚴重；
- 二、親友無法或不願意照顧；

- 三、社會機構無法提供必需的服務。

而台灣地區，居住在養老機構的老年人口比例

偏低，其主要原因有四（註四）：

- 一、傳統中國價值觀念認定奉養父母是子女的責任，因此除非不得已，還不至於將父母寄養於養老院中。

- 二、台灣目前對養老機構制度尚未建立，設備不齊全，服務欠週到，往往令老年人退避三舍。

- 三、養老院具有貧民救濟院性質，老年人恥於



◎老年人口住養老院者有逐年增加的趨勢

搬入接受救濟。

四、台灣社會親戚關係仍相當密切，如老年本人子女不願收養，其他旁系親戚可代為收養。

雖然台灣地區老人居住在養老機構的比例偏低，但其比例相信會日漸增高。因為高度都市化的結果使人口集中在有限的空間，小家庭的公寓裡無法奉養父母，而夫妻因在都市就業無法搬至空間較大的鄉村，家庭以外的公私立養老機構便成了必需的替代。寄養父母於養老院，其子女並不一定是大逆不孝，不理父母，父母子女關係可能會因此變壞或變淡薄，當然，寄養父母於養老院，其子女不一定能每日去探望，雖然親子關係的聯繫方式會有所改變，但有時也因免除日日生活在同一屋簷下所產生的摩擦，而促進父母子女婆媳間的關係更為親密融洽。又子女白天需上班，忙碌的工作也常對家中的老人產生無意的忽視而缺乏細心的照料，若能請寄養的養老機構提供老人所需的服務亦是彌補上述缺失之道。

參、健康老人的安養

老人的居住安排應以安靜、清幽、方便為原則。交通方便使老人較易就醫、就養、購物以及前往休閒場所。對於老人所居住的房子方面，所做的研究並不多。以美國而言，百分之六十九的老年白人住在他們自己的房子裡，只有百分之四十五左右的黑人住在他們自己擁有的房子裡。而這些房子多為四、五十年的老房子，老年人大半輩子以三十年分期付款的方式來分期攤還他們所住的房子，等到貸款付清之

後，他們也已年老，而那棟他們居住了三十年的房子也就成爲他們所擁有的不動產，能夠提供老人住所，使他們不必爲無處居住而煩惱。雖然他們的貸款已付清，但他們每年仍需繳付地價稅、房屋稅，加以冷、暖氣費用及整修費用、庭院整理的費用等，也構成老人經濟的一大負擔。

另一種老人的居住方式是租公寓居住，大約有百分之三十的老人住在需按月繳房租的各式公寓裡，租金往往年年上漲，老人的收入却沒有相對的增加，迫使老年人住在破舊、設備古老的公寓裡。租金佔老年人收入的一大部分。據亥芮斯（Charles Harris）的統計，有百分之四十一點二的六十五歲以上的老人，他們的房租佔收入的百分之三十五以上。（註五）可見租金對老年人是一大負擔。政府有專供低收入戶的公寓，申請到的人只需繳大約三分之一至二分之一的市價行情之租金即可住入。因戶數有限，常有大排長龍的等候遷入者。

在美國還有一種居住方式，就是住在活動房屋（Mobile homes）裡，它的優點是便宜，而且多在活動房屋園（Mobile home park）裡，只需繳付少數租金、水、電費及管理費即可。另一種叫做托車房屋（Trailer homes），這種「屋子」可以用汽車拖著走，到處居住。這類「房屋」每到一地僅需付停放租金及水電費，經濟實用。許多老人，在冬天時，喜歡住到陽光普照的地帶（Sunbelt area），於是在深秋時，攜帶著他們的老伴遠自明尼蘇達州（Minnesota State）、密西根州（Michigan State）、紐約州（New York State）等州到西岸的加州（California State）、西南部

的亞利桑那州 (Arizona State)、新墨西哥州 (New Mexico State)、南方的德州 (Texas State)、佛羅里達州 (Florida State) 等等去避寒，等到春暖花開，各州轉入炎熱的夏季時，他們又回到相對之下較涼快的老家去。這群老人我們稱之爲雪鳥 (Snowbirds)。由於這群老人如候鳥般的遷移，造成西南各州及南方各州的特色。使各州爲了服務這群定期南來的老人，想盡方法方便及服務這群老人。

另外一種居住在旅館式的單人房子，只有一間房間共用廚房與浴室。這類房屋多爲老舊旅館或是老舊的大房屋改造而成，租金比較便宜，但所享受的空間却非常狹小。

簡而言之，在美國，老人居住問題出在房屋的價格與租金的高漲，老人支領他們的社會安全金或退休金，往往不能使老人有個舒適的家，各國老人福利主管單位均努力求改善；例如，英國在一九四九年國民住宅法頒布，提供老人合適的國民住宅，並解除了國民住宅只能爲貧民而蓋的限制，開始增加住宅的救濟措施。

而我國，由於國情及傳統的「三代同堂」的思想，使得老人的居住需要與一些西方國家老人的需要不太相同。但國內近年來經濟起飛，我國從開發中國家漸漸步入已開發國家的境界，社會型態日漸與西方英美各國接近，國內老年人的需要也將逐漸與西方國家老人的需要相近或甚至相同。國人的「養兒防老」觀念也愈來愈淡薄，「三代同堂」的景象也愈來愈少見，由於工業型態的改變直接影響家庭型態

。老人在扶養子女長大成人之後，漸漸地又恢復到只有夫妻二人的「老人」小家庭。而這個老人小家庭的需要却與小家庭的需要完全不同。由於孩子們都長大離家，他們需要的空間減小，太大的空間亦成爲一項困擾和負擔，因爲空間總需人去整理。

根據內政部社會司的統計，目前台灣地區公、私立社會救助機構（包括仁愛之家、博愛院）共有三十二所，其中有公立五所、私立八所兼辦老人自費安養，約可容納一千五百人，而純自費安養機構只有台北市政府設置的「松柏廬」和救總辦理的「翠柏新村」；前者容納九十七人，後者安養四百三十四人。整個台灣地區，根據內政部的統計，在六十九年底，安養老人的仁愛之家有三十八所，九五四〇人；加上「榮民之家」十二所的三八九四八人，合計五十所，四八四八八人；除了仁愛之家與榮民之家以外，社區安養堂收養鰥寡無依的老人，由親友鄰居輪流自願爲老人作飲食、洗滌、洒掃等日常工作。六十九年底，台灣省各縣市社區安養堂共有四十五所，容納四百六十二人。總之，台灣地區公私立安養機構大約共可容納五萬一千人左右，安養機構與安養人口所佔比例偏低。人類的壽命愈來愈長，老年人口比例將年年上升，安養機構及能容納人數增加的需要將日漸迫切。

除了上述健康老人的居住安排之外，近年來，在美國，發展較快的老人居住方式就屬所謂的退休住宅（Retirement Housing）。這是美國房屋市場上的新突破。這種新型的老人公寓住宅很受一些退休人員的喜愛，尤其是在西部、西南部、南部等陽光充足地區（Sunbelt area）的數州。爲了配合老

年人口的從北部、中西部及東北部數州的寒冷地帶往溫暖地區遷移的需要，大量的這類住宅出現在房屋市場上。有些經濟許可的退休夫婦甚而維持兩個住所，在老家天寒地凍時到南方或西部過冬，等春暖花開時再搬回老家。

這種退休公寓或是兩層樓或是有電梯設備的大廈，它有單人的也有雙人的。這種公寓內設備俱全，除了有臥室、客廳、廚房、浴室、廁所之外，它的特徵有：

一、緊急呼叫按鈕(Emergency Call Button)

每天二十四小時有護士當班，如有緊急狀況，住戶一按鈕就有護士來作緊急救護。老年人難免會有緊急狀況的發生，這種服務，令老人感到非常安全，減少老年人的恐懼心理。

二、退休公寓常緊鄰著養護中心(Nursing Home)

這種養護中心和公寓是同屬一個財團法人或是屬於一個醫療體系。如此安排最主要的目的是使住戶在需要養護時搬進養護中心，等情況良好時再搬回他們的公寓裡。這種需要常見於老人因病住進醫院，經治療後出院但仍無法返家。在這種情況下，病人常轉至養護中心住上一陣子，等能夠返家時再返回自己的公寓。這對病人及病人的老伴都非常方便，他們可以來回探望而不必來回奔走。

三、有護士當值

老年人可以做定期檢查，如血壓、脈搏、體重、水腫、血糖等初步測定。護士並可以做問題解答及

協助老年人定時定量服藥。除此之外，護士亦可提供專業保健知識等。

四、購物服務

公寓每週定期提供交通工具給需要至超級市場或購物中心購物的住戶，減少老人來回開車的危險。在美國，車是少不了的交通工具，而老人因視力減弱，反應遲緩，不適合再開車；公車又不方便，計程車太貴，不是老人的收入所能負擔，因此，提供交通工具以利住戶購物成為老年人所歡迎的服務項目之一。

五、提供各項清潔服務

公寓有女傭定期來換乾淨床單、清理房間、浴廁等。費用計算方式，有些公寓是包含在租金內，有些是另外付款。

六、三餐的供應

◎退休公寓應有護士當值，可為老人做血壓、體重……等定期檢查。



公寓裡供應營養的三餐，住戶可以至餐廳選擇食用，如想自己下廚也可以在自己的公寓裡烹煮；如想用餐而又不喜歡或不便去餐廳也可請求將食物送至房裡食用。每月用餐的次數再一次付款。

七、設有投幣式的大型洗衣機——便利住民洗衣，有些公寓還設有燙衣間

八、設有交誼廳——廳中設有電視、雜誌、沙發等等以便住戶交誼之用

住在這種公寓中的老人，家務已減至最少，他們能享受他們清閒的時間做他們喜歡做的事，很受一般老人歡迎；比起住在自己老房子裡的老人仍需負起他們年輕力壯時所做的家事如整理庭院、除草、剪草、修理等工作，住在這種公寓裡的老人是清閒多了。這類公寓的租金或賣價並不是針對貧困老人而定的。一般而言，經濟狀況中等或中上者才有能力負擔。

以上簡單敘述了老人的居住情形。一般而言，若是老人尚健康，他們的居住問題都容易解決。最有困難的是疾病老人的安養，亦是台灣地區政府與民間需全力積極改善的老人福利服務項目之一。下一節中，筆者將以美國對疾病老人的安養為例供我國參考。

肆、疾病老人的安養

老人多病是免不了的，有的病痛是短期的如骨折、白內障手術，簡單的內外科手術如心律調整器的裝置、義肢的換修等等。這種僅需要短期的休養之後就能返家，恢復住院以前的功能。但有些慢性疾病情況逐漸惡化，從多少可以自理的病情惡化至完全無法自理，樣樣需要別人幫助，如老年痴呆症、帕金森疾病、肌肉萎縮症、晚期癌症病人等。醫院裡的醫療社會工作人員的重要職責之一即是做好出院計畫。簡單的說，社工員與醫生、護士、營養師等醫療人員協商之後，評估病人是否能返回原住處。如果病人因病情需要而無法直接返回原住處，社工員需協助病人與其家人安排病人轉至合適的處所以繼續療養。近年來美國醫療費用的高漲，一般醫院的普遍採用診斷相關群（DRG：Diagnostic Related Group）系統，使得病人住院的期間顯著縮短。所謂診斷相關群系統，簡單的說就是按照病人住院時的主要診斷來決定病人住院的大約天數。除非有其他原因，病人若超過了某天數之後沒有按時出院，美國的醫療保險（Medicare）或其他保險公司可以拒絕付給醫院住院費及其他醫療費用，而這些超出部分就需由病人本身負責；因此站在院方及病人的立場，院方及病人都希望在接受必需的住院治療之後，經由醫療社會工作人員的協助與安排之下，依照病人的需要，使病人能在最短的時間內出院，或至養護中心，或至住宿中心，或是安排訪問護士到病人家中協助病人與家人照顧病人，或能直接返家而不需繼續醫療服務。

醫院應是一個提供醫治、治療的單位，它不是一個療養的單位，強調醫院是提供醫病的第一線。在

診斷相關群系統的普遍被採用之後，醫院也就更明白的表示出它與其他復健單位的不同。而在診斷相關群系統之下，我們會常覺得病人在出院後需要較多的醫療服務。整個概念在於強調：病人到醫院接受治療之後，病情穩定後，即可出院至次級單位療養，而不需要再留在二級單位。相同的病情在十年前或甚至五年前，病人仍在醫院中療養，但在今天，病人就需出院。這種縮短住院期間的措施能夠減低醫療成本，但也引起許多老年病人的不滿，尤其是患慢性疾病的病人，他們認為十年前他們因為同樣的病情住院時，他們能住長些時候，而十年之後，他們更老了，他們認為他們的病情更不如前時，却需「提早」出院。這是筆者在醫院工作時常聽到的抱怨。當然這項措施能在提供最佳的醫療服務病人之後，亦能縮短病人的醫療負擔及醫療成本。

提前讓病人出院，相形之下，病人需要較多、較完善的院後服務，而這些需要其他的服務項目與社區資源來彌補醫院與家中間的醫療間隙。在美國，診斷相關群系統能夠施行成功的原因有：

一、具有養護中心、住宿中心等輔助醫療單位——養護中心收留病情穩定，但仍需繼續治療或復健的病人。它提供二十四小時的護士服務。住宿中心則收容一些僅需某些少數的服務，如協助沐浴、或提供餐飲等。尤其是養護中心的健全，使病人能在養護中心接受如物理治療、職業治療或語言治療等使病人能提早出院。

二、家庭健康服務（Home Health Services）——提供家庭健康服務的機構如雨後春筍，他們提

供合格的護士至病人家中服務，他們的服務項目很廣，有如打點滴、針管餵食、驗血、量血糖、協助沐浴等等。有的家庭健康服務機構亦有合格的物理治療師、職業治療師及語言治療師提供病人所需的治療服務項目。

三、社會服務項目的配合——例如送餐到家（Home Delivery Meals）、交通服務、家務協助等等。

四、醫療器材與醫療設備的進步——科技發展的結果使醫療器材及設備的體積縮小，效能提高及準確度的提昇，使許多以前必須住院檢查的項目，都能在病人家中由病人自己檢驗或是由家屬協助檢驗，糖尿病病患血糖的檢驗即是一個例子。又如，家庭用的血壓器普遍使用，使高血壓的病人能在家中即可量出準確的血壓；又例如，需要注射點滴，包括液體藥物、生理鹽水、葡萄糖或止痛用的嗎啡或是唧管餵食等等均能用電池操作的電子唧管來注射。操作簡單易學，而且病人能帶著輕便的機器到各處走動。這些醫療器材的進步都是能使病人提前出院的原因之一。

出院常使多病的老人感到不安全，多病的老人常覺得自己比實際的健康狀況壞許多，不安的情緒使他們覺得自己在醫院裡，有醫生、護士等二十四小時的照顧才安全，好像一出院就會面臨許多的不安；尤其是獨居的老人無所依靠更對醫院產生依賴的心理，認為醫院是既有醫生護士的照顧，又有三餐，不用煩心的地方；於是病人產生了拒絕出院或以各種理由要求延長住院時間。這時候，醫療社會工作人員一

面需細心安排周全的出院計畫並運用諮詢技巧，使病人除去對出院的恐懼，建立起病人有能力再面對社會生活環境的信心。另外一種病人正好相反，他們急於返家，他們覺得自己能夠克服一切困難只要醫生能讓他們出院，對於這一類的病人，醫療社會工作人員更需評估病人的確實能力，不要因病人對自己的高估而造成出院計畫的缺失。

依照病人的醫療需要，出院計畫常包括安排病人到下列的機構療養或醫療：

一、復健醫療中心

這類病人以車禍受傷、中風的病人為最多，需要物理治療、職業治療或語言治療等等。這類病人有不良於行、手足不聽使喚、吞嚥困難等等症狀的病人。復健中心（Rehabilitation Center）常是一般綜合醫院的一個部門，他們所提供的復健計畫是非常密集的計畫，他們所接受的病人需要有足夠的體力來接受他們的密集復健計畫。復健中心在接受轉介之後，必須評估病人情況以評定所提供的復健計畫是否能對病人有所助益。

二、轉院

指平行醫院間的轉院。病人因為醫療保險公司的限制或是醫院不能提供病人所需的醫療或是病人的要求等原因，醫療社會工作人員協助安排病人轉至其他醫療機構繼續接受治療。

三、轉至次級醫療部門

近年來在美國某些大醫院裡有所謂次級醫療部門（Sub-Acute Unit）的成立。病人在醫院裡接受治療、病情穩定之後，但或許仍需觀察、或仍需接受復健或其他原因，病人可先轉至次級醫療部門去，有些病人是等候轉至養護之家。而美國的醫療保險（Medicare）也願意給付這類病人，因為比起住在一級醫療部門是便宜了許多。而一般病人也樂於轉至這種部門，因為他們仍能享受一般醫院裡的照顧而又代表他們逐漸康復距離出院更近了。

四、養護之家（Nursing Homes）

住養護之家可分為二種：

（一）短期的——有些病人在出院後仍需有二十四小時的看護，或需少量的復健。例如，臀部、腿部或腳部開刀的病人，在出院後，行動仍然不便，需有人照顧以免發生意外。同時，這類病人常需短期的物理治療或職業治療等。另外一種病人需短期的住在養護之家是由於需要接受某種靜脈藥物治療的病患，通常在完成治療後即可返家。

（二）長期的——這類病人有如嚴重風濕病人、末期老年痴呆症病人、末期的帕金森病人、肌肉萎縮病人、因車禍受傷而永久性殘廢的病人或是嚴重中風的病人等等。這類病人需要全時間的護士照顧，包括餵食、更衣、沐浴等日常瑣事均需人照料。通常是在親友無法照顧的情況下長期住在養護之家。

許多病人對養護之家有恐懼的心理，因為他們覺得進去之後就出不來了。除非不得已，病人多不願

去養護之家。

五、住宿之家 (Boarding Homes)

住宿之家提供住處及三餐，但僅提供有限的服務。如協助病人入浴等。這類居住安排適合於單身老人，他們的健康狀況尚可。他們自己住的時候，無人照料他們三餐，沒人注意他們的營養，他們更忽視自己的飲食健康。因此若住進這種住宿之家，即有人照料飲食，也能結交朋友，使他們不至孤單。住宿之家收容的人數有限，有的在五人左右，有些僅收容二至三人，而他們的品質不一，有些是由具有護理經驗的人士主持，有些病人的反應良好，有些也有負向反應。

住入住宿之家的病人以短期爲多，通常這類病人在經過幾個月的恢復元氣之後，能返家自行料理，恢復他們住院前的健康狀況。

六、轉介至他種治療機構

如轉介至戒酒、戒毒中心或是被迫害婦女中心等作短期的治療或停留，做爲病人返家的一個過渡時期（中途家庭）。

七、返家但仍需繼續有護士照顧

這類病人有如開完了刀，但刀傷仍需換藥包紮、嚴重的糖尿病病患等。這類病人，在返家之前就由醫療社會工作人員安排好護士定時至病人家裡做簡單的醫療檢查及護理。

八、直接返家

這類是最幸運的病人。他們從醫院直接返家不需繼續接受治療，僅需按時服藥及定期返回醫院門診做院後檢查。

以上各種情形是醫院中最常見的院後去處。自從診斷相關群體系被普遍採用之後，醫療社會工作人員的工作重點就放在出院計畫（Discharge Planning）上。從病人入院，對病人的需要做評估到出院計畫的選擇與設計成為醫療社會工作人員的基本任務和工作重點。醫療社會工作人員的角色在整個醫療團隊中佔了更實際的地位，因為沒有醫療社會工作人員的完備出院計畫的配合，病人無法如期出院，直接與間接影響及醫院與病人。

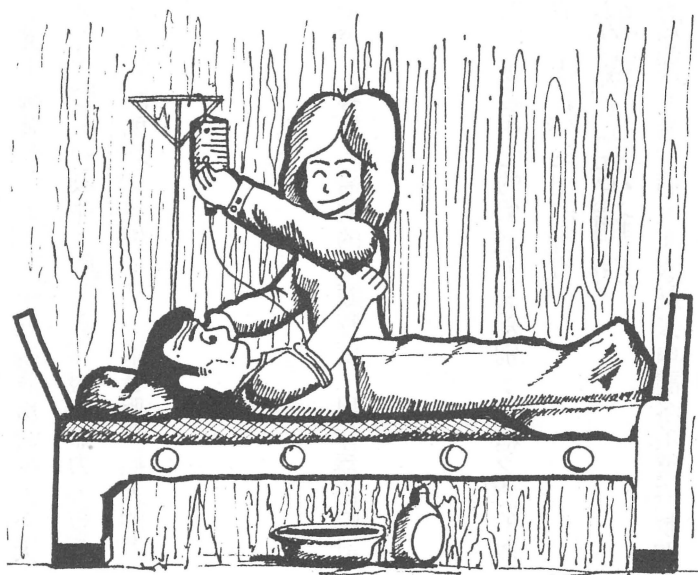
伍、醫療社會工作人員的職責

在今日醫療費用已普遍高漲，在國內，公保、勞保的負擔加重，行政院俞院長曾指示中華民國將達到全民保險的境界。在美國，由於醫療費用的年年上漲，使得醫療保險不得不增收保費，同時，縮減服務項目，使許多老年人一天天感到醫療保險服務的不足，常使他們在一般醫療保險之外，又購買輔助醫療保險（Supplemental Medical Insurance），來補足醫療保險服務的不足。低收入的病人可以申請醫療救助（Medicaid）或是其他各州各自舉辦的醫療救助。醫療社會工作人員在醫院裡除了協助病人解決醫療費用的困難、增進醫療團隊與病人及家屬的溝通、提供諮詢服務等職責之外，在美國，由於醫

院的需要，醫療社會工作人員在出院計畫的工作分量上有顯著的增加，有些醫院聘請社工來擔任出院計畫者（Discharge Planner）的職位；有些醫院則在醫療社會工作人員之外另聘出院計畫者。

當了多年醫療社會工作人員，筆者常感到社工員在醫院裡所參與的工作項目實在太廣了。醫生、護士、營養師遇上了他們沒有辦法解決的問題，第一個想到的就是社工員，使得社工員出現在醫院的每一個角落。例如，醫生通知病人可以出院了，而病人却說「他沒有地方可去」。醫生只好說：「我請社工員跟你談談」；病人說：「我沒有辦法交醫藥費，因為我沒有錢，我已經失業了好幾個月了。」醫生也只好說：「我請社工員跟你談談。」；又如護士說：「三十五病房的病人需要一條黏假牙的膠，我們跑遍了醫院也找不到。」；護士又說：「五

◎醫療社工員可做社會心理評估，以確實了解病人需要的照顧程度。



十號病房的病人昨晚一直在哭，你是否可以和她談談。」；護士接著又說：「五十五號病房的病人今天要出院了，但是他沒有外衣可穿。」諸如此類的問題，每天都在醫院裡發生。社工員需盡心盡力，靈活運用資源來解決病人的問題。如果遇到無法解決的問題也不要氣餒或感到挫折，只要秉著服務病人的熱誠，盡了力也沒有人會責怪你的。下列各項，筆者認為是

醫療社工員的基本職責：

一、確實瞭解病人的需要

在與醫生、護士磋商之後，社工員做社會心理評估以確實了解病人需要的照顧程度，以作為出院計畫的基礎。

二、瞭解病人與家屬的經濟狀況

病人與家屬的經濟狀況是影響安排病人出院的重要因素。養護中心的價格亦有差別；住宿之家的收費也因環境、服務品質的不同而異。了解病人的經濟狀況能安排合適的出院計畫。

三、協助病人與家屬申請醫療補助或生活補助

病人有經濟困難時，醫療社會工作員運用其社區資源的知識，協助病人與家屬去申請各項醫療救助或生活補助、失業救濟或勞工之意外災害補助等。

四、初步的擬出數種出院計畫以供病人參考選擇

與醫師、護士及其他醫療人員商討之後，擬出可行的出院計畫再與病人及家屬商量，引導病人與家屬選擇最合適的出院計畫。最重要的是所決定的出院計畫一定是病人樂於接受的。例如有些病人對於去養護中心具有恐懼感，惟恐一進去就出不來了，有些病人因此形成反抗心理，就是不願意去養護中心。在此時，醫療社工員應能設計出另一種安排而達到同樣的效果；就以去養護中心而言，我們可以安排病人住進住宿之家，並安排家庭醫護人員到住宿之家提供病人所需的醫療項目，這樣能減少病人恐懼的心理，同時病人也能受到與養護中心相當的醫療服務。醫療社會工作員應時時切記，心理因素對復健所佔的重要地位。筆者親身經歷過這樣一個個案：C太太是五十八歲長期腎臟病的病人，每週需洗腎三次，加上她的心臟病與厭食的心態，使

◎社工員可協助病人向政府申請醫療補助。



病情更加複雜，不幸的是她在醫院裡又不小心摔了一跤，摔裂了左肩骨，雖然不需要動外科手術，但她的左肩與左手臂需要固定，且暫時不能使用。這一來使她本就有有限的活動力更加了一層限制。C太太有一位非常具愛心的丈夫，丈夫身體仍然健朗，而且在C太太住院之前，大部分都由C先生照顧起居飲食，但是由於這次住院，C太太所需的照顧顯然增加，使C先生不敢貿然帶她回家。所有的醫護人員也均認為C太太最好到養護中心休養一段日子再返家。C太太反對去養護中心，但是她也知道C先生無法照料她，於是在萬般無奈的情況下接受了社工員的安排住進離他們家不遠的一家養護中心。但自從C太太遷入那家養護中心之後，她天天夢到有人要毒死她，而且拒食，不肯去洗腎，在出院四天之後，C太太又再度入院了，經過心理學家的數度面談，C太太終於同意去洗腎並接受必需的治療。經過醫療小組的會商之後，既然C太太那麼害怕養護中心，還是安排C太太回家，說服C先生在家照顧C太太，社工員盡全力動員所有的社區資源來協助C先生在家照料C太太。社工員並給予C先生鼓勵與支持，使他有勇氣與信心帶C太太返家。大約三星期之後，筆者意外地在診所裡碰見C太太，我為她紅潤的臉色感到無比的歡喜與驚奇。如果C太太再度出院時我們仍送她回養護中心的話，相信她的狀況不會好轉，只會一而再，再而三的被送回醫院的。

五、對各類社區資源的認識與瞭解

例如社工員應對區內的養護中心、住宿之家、戒毒、戒酒中心、收容心理殘障、智能殘障、肢體殘

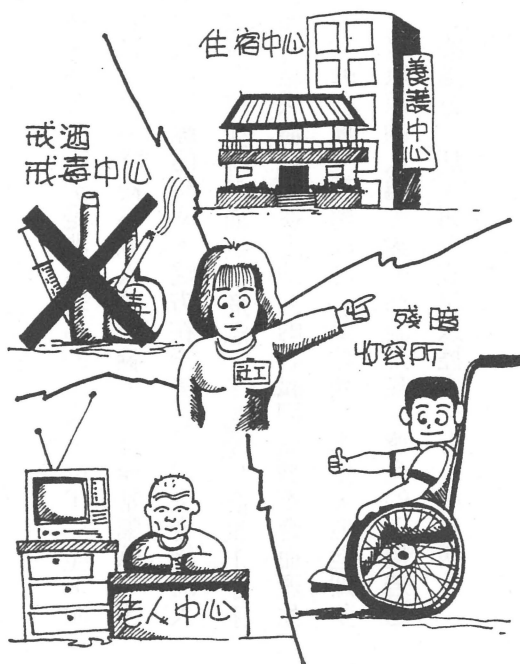
障等單位、提供家庭健康服務的機構、老人日托中心、提供家事服務的機構或單位等等。瞭解區內資源，靈活運用社區資源，能設計出富彈性的出院計畫，滿足病人的需要，使病人樂於接受安排。

六、醫療社會工作人員是病人與家屬和醫院間的橋樑

常聽到某病人說：「某某醫師又要我出院了，上次就是因為他急著要我出院，所以我又回來了。」

此時，社工員應反應病人的關切與抱怨，一方面再與病人溝通。往往在溝通之後會發現，病人與家屬常因他們自己心理未有充分準備或由於病人的需求明顯增加使家人感到無助等所謂的社會因素所造成的不安，使病人不願出院。社工員需找出病人不願意出院的真正原因或困難，並能協助其解決。醫生、護士們在醫院裡均非常忙碌，他們沒有時間坐

◎社工員應充分瞭解各類社區資源



在病床邊傾聽病人細述。社工員在醫院裡需扮演這個角色，使病人認為至少醫院裡還有人願意花時間來聽他們說話。與病人及家屬建立良好關係常能協助醫院建立良好公共關係管道。筆者以下的例子說明與病人及家屬有良好關係的重要性。

筆者服務的教學醫院在換心臟或換心與肺手術的技術在美國西部是非常著名的。有一位T先生，四十五歲，因心臟不適住進醫院，醫師們決定他需要換心臟，但一時找不到人的心臟，情況非常緊急，醫師決定先換人工心臟以暫時延長病人的性命及延長尋求人的心臟的時間。院方在全美各地尋求合適的人的心臟，十餘天之後，終於換上了人的心臟，但手術之後却產生排斥而病情危急，T先生只好又上了手術台將人的心臟取出再度換上人工心臟以延續他的性命。結果發現所換上的人的心臟因血型不合而產生排斥，雖然這個病人後來終於換上了一個一切相符合的人的心臟，手術成功，使他死裡逃生，但他却多忍受了兩次不必要的大型胸腔手術。這種不可避免又不可原諒的人為因素的錯誤是無法避免的。但若追究責任，雖是技術人員的過失，但醫師也需負督導不周的處分。病人與家屬可以控告院方，而且病人一定會勝訴且獲得一大筆賠償金。

由於病人住院期間長，而且又是來自外地，社工員與病人及家屬均建立起濃厚的感情與信任，社工員一直是醫院與病人與家屬間的橋樑。由於社工員一再與病人及家屬溝通，家屬能諒解這項錯誤是無可避免的人為錯誤，在病人出院時，病人與家屬都慶幸這場劫後餘生，決定不採取任何法律行動。筆者不

敢說是社工員的功勞，但能肯定的說，社工員與病人及家屬間所建立的情誼，在家屬決定追究責任與否上具有相當分量。

七、提供各項諮詢服務

社工員瞭解社區資源，常提供諮詢服務給病人與家屬以及醫生與護士們。醫生及護士有時也會代替親友詢問有關社會福利的問題。社工員並提供病人與家屬有關申請醫療補助、失業補助、勞工意外賠償等等資料。社工員同時也是病人與家屬最重要的精神支柱，也是最好的聽眾，不時地提昇病人與家屬的情緒。

醫療社會工作員也時常依需要舉行家庭諮詢輔導；例如因酗酒而住院的父親所引起家庭解組的困擾，社工員需召集所有的家庭成員，給予輔導。由於病人住院期間相當短暫，所以諮詢轉介的工作亦

◎社工員應為病人提供各項諮詢服務



是社工員重要工作項目之一。轉介病人與家屬在出院後，繼續至某機構尋求協助，以求徹底解決問題。

八、靈活運用社區資源

醫療社工員需利用社區資源在短短的住院期間內儘量協助病人解決因疾病所產生的問題。靈活運用豐富的社區資源才能擬出完善的出院計畫，使病人在最短的時間內康復。

九、危機調適

在醫院裡常會遇到例如，病人突然意外死亡、病人死於手術台上、或是因為車禍，病人被送至急診室而死於急診室，家屬們常有不相信、憤怒、痛苦、傷心等複雜的情緒危機。社工員的責任之一是要協助病人家屬度過危機。

十、社區緊急或意外事件的處理

指社區裡之突發事件，例如集體食物中毒、空氣污染、藥物污染所造成的傷害等，這種情況受害的社區民衆少則數十人多則數百人或甚至千人。筆者在亞利桑那大學醫院服務時親身經歷過這麼一個事件——在吐桑市（Tucson Arizona）西北區的一所小學，有一天，三百餘名小學生集體有頭昏眼花，呼吸困難，甚而有些小學生有嘔吐現象。這三百多名小學生被送往全市各大醫院的急診室急救。亞利桑那大學醫院是當地數一數二的醫院，因此也分派到較多病童。當新聞由廣播電台播放之後，一時之間，醫院的社會服務部電話不斷，都是查詢子女狀況的焦急父母們打來的。父母們不知道他們的子女在那一個醫

院，只有每一個醫院都打。社會服務部出動了所有的社會工作人員來協助處理這意外事件。有些社工員幫忙接聽電話，有的社工員在急診室協助醫生護士安定學童，同時，記取學童名字並傳回辦公室，以便在辦公室裡的社工員能回答父母們打來的查詢電話。另外一些社工員則帶領經過檢查或簡單治療後被醫生認為沒有問題的學童在一休息室中，除了提供飲食之外並帶領做團體遊戲或放映錄影帶以等待父母各自領回。這種事件發生的次數不多但却可能發生。事件的本質可能都不一樣，社工員需冷靜思考，運用智慧、能力與資源來協助醫生、護士、病人與家屬度過危機。

十一、給予病人與家屬精神上的鼓舞與支持，提高病人與家屬的士氣

簡而言之，醫療社會工作人員的職責就是運用社區資源，協助病人解決因疾病所引起的各種問題，做好完善的出院計畫，使病人能在接受治療之後，儘早出院，恢復生病以前正常作業。轉介病人到合適的養護中心或住宿中心是在美國的醫療社會工作人員的重要任務之一。在國內，沒有資源可以轉介病人去接受所需的療養，自費安養資源也僅有「松柏廬」與「翠柏新村」，而自費療養的機會更幾近於零。醫療社會工作人員無法協助病人解決這類需要。在全民保險的聲浪中，醫療費用將是一大问题，勢必早晚走上節省醫療成本的途徑，要使醫療成本減低，養護資源的建立是不可缺少的，因為有完善充足的養護資源才能使病情穩定的病人出院至養護中心療養，間接降低醫療成本。醫療社會工作人員也才能運用這些資源

做好出院計畫，解決醫院與病人的需要。

陸、對老人安養現狀的建議

與子女同住，祖孫三代同堂，子女對父母能晨昏定省，而父母亦能享有子孫圍繞的樂趣，這是中國傳統。但由於社會變遷，家庭結構亦在轉變中，有些老年人因為種種原因不喜歡或不願意與子女同住。而年輕的子女們結婚也都流行「小家庭」在外另築巢，因此「三代同堂」的社會現象愈來愈少，相對地老年人們獨居或是老夫妻同住的比例漸增多，因此也就產生了老人安養的需求。政府在宣揚中國傳統文化之同時也應能提供價格低廉的老人安養資源，使老人也能過著舒適的生活。國內健康老人自費安養資源不足，疾病老人的安養尤其缺乏；自費安養資源的開發與疾病老人安養機構及制度的建立應為有關當局今後努力的目標。筆者就國內老人安養的現狀提出具體可行的辦法，以作為有關當局在擬定短、中、長程計畫時之參考：

一、健康老人安養方面

(一) 提高老人健康、保健服務——

以訪問護士定期到府做必要的健康檢查，提供預防疾病方法的知識，提醒老人在日常生活起居、營養等方面應注意事項，對於慢性病人服藥指導等。老年多病是必然，預防、減少疾病的發生是項積極措施。台灣地區人口密集，訪問護士服務推行起來應比美加等地廣人稀的國家容易得多。

(二)試辦健康老人寄養——

辦法與兒童寄養相似。安排貧苦無依的老人住進願意接納老人的家庭，而由政府固定給予津貼。這樣部分老人不必住進機構式的安養所，老人能享有家庭溫暖；同時，寄養家庭亦能多少改善他們的經濟環境。

(三)在現有的公、私立仁愛之家內，擴建房舍，增加容納自費安養人數——

原來的仁愛之家均已具規模，故辦理起來較迅速與方便。需注意的是不可以增加容納人數而減少服務項目或服務品質。

(四)廣設社區安養堂——

目前社區安養堂老人的飲食、洗滌、灑掃等日常生活的服務多由居民自願輪流以及小康計畫仁愛工作隊之贊助。安養堂若能擴大收容社區內老人，使老人不必遠離家鄉或住進救濟院。在自願服務人力不足時，可由政府補助經費以酌量僱人來照顧這些居住在安養堂中的老人。

(五)利用公有土地與建築商合作興建大型自費安養社區——

台灣地區人口密集，土地成本高，若能運用公有土地，能使建築成本顯著降低。區內有豐富的社區資源，提供完善的老人服務，使老人的基本生活需要得以滿足。在筆者居住多年的亞利桑那州裡就有許多著名的老人社區，例如在鳳凰城（Phoenix, Arizona）的太陽城（Sun City）以及在離吐桑（

Tucson, Arizona) 不遠的綠峽谷 (Green Valley) 均是具規模的老人社區。台灣地區，房價連連高漲，所以所興建的房舍宜以出租方式提供給老人居住。因為出售房舍將使日後管理不易及房價節節高漲的弊病，喪失了當初提供老人低廉住宅的本意。

二、疾病老人安養方面

據聞全國第一個老人養護中心即將開幕，開始營運。這是由台灣省政府籌建的省立彰化老人養護中心，自費療養的老人總算有個機構可去。而在各大醫院附近的公寓裡設有私人療養「中心」無數個，這些「中心」的設備，護理人員的程度，優劣不一。家人在不得已的情況下將親人送入這些「中心」，而又明明知道他們是「不合法」的養護中心，但也別無他法可行。政府在沒有「法」可循的情況下，對這些「中心」也不能採取任何行動。目前我們最缺乏的就是有關養護中心的設立標準及管理辦法，以作為輔導、監督、管理、評估養護中心的標準，使病人的安全與權益得到保障，養護中心的列入管理是刻不容緩的。政府有關當局更需籌設大型養護中心。

在美國，養護中心、住宿中心，家庭健康服務等是社會工作人員最常用到的社區資源。有些養護中心是屬於郡 (County) 所有，而大部分的養護中心都是財團法人、醫療服務體系或宗教服務體系所有。養護中心要在某一州成立、開業必須經過公共衛生與安全全部的審核，而各州有由各州訂立的標準，在聯邦方面，則以醫療保險 (Medicare) 所訂立的水準為標準；每個養護中心若想接受醫療保險的病人和

接受給付，他們需個別向醫療保險申請證照。

一般而言，一個夠水準的養護中心通常收容三種養護程度需要不同的病人：

(一)需要完全照顧的病人 (Skilled Nursing Care)：這類病人有如需要協助上床或下床、無法自顧日常起居如：進食、沐浴等、大小便無法自理、需要服用或注射多種藥物等。

(二)中級護理需要 (Intermediate Care)：這類病人大約需能運作一半以上第一類病人所無法執行的功能。

(三)個人護理需要：這一類病人只需要少量的協助，或僅需提供一般看顧即可。

費用也因需要養護程度不同而異。其繳付費用的方式也可分為四種：(一)由醫療保險繳付；(二)由一般商業的醫療保險繳付；(三)由郡來繳付；(四)自費。

政府已經積極籌辦全民保險的計畫，在醫療費用高漲，醫院轉診制度體系未獲建立，公勞保弊端百出，農保問題重重均未獲得解決之時，實為全民保險的理想捏一把汗。目前國人仍將醫院當成醫病及療養的機構。醫院應是治療機構，而療養、復健應在養護中心或復健中心。若醫院繼續擔當療養功能，而社會上又缺乏合格的療養機構，將使得醫院人滿為患，一床難求，不但使醫院的醫療與治病的功能大為減弱，而且醫療成本大為提高，這對於推行全民保險將是一大威脅。而今醫學發達，營養豐富，生活品質提高，人類壽命顯著延長，老年人口也將年年成長，將來老人醫療與養護的需求將更加迫切。國內疾

病老人的療養、養護資源幾乎沒有。目前，各大醫院附近迷你型的療養中心林立，提供參差不齊的護理服務。在家有病人而又無法照顧的情況下，只有求助於這些未經立案，未接受過醫療評估的療養中心。而家屬花了金錢，卻又無法得知，他們的親人所接受的護理服務是否合乎護理水準。爲了全民保險理想的實現，保護病患及求助無門的家屬們，籌設合格的養護中心是當務之急。提昇疾病老人安養的計畫有如：

(一)有關當局在籌設合格的養護中心之時，應先從了解目前市面上已存在的療養中心的現況，在收集資料之後，配合參考國外的養護中心的水準，來訂定國內養護中心的標準。療養中心經過評估合格者始發與證照，才能合法營業，對於不合格之養護中心應給予輔導或勒令其停業。同時，應將評估結果公開，以作爲家屬參考。

(二)在各衛生局、衛生所增設訪問護士，到宅提供醫護服務，使僅需要少量醫療服務的病患能提早出院返家，儘速離開最容易感染疾病的醫院；同時，減少醫療費用的支出。

(三)試辦疾病老人寄養——舉辦與健康老人寄養類似的疾病老人寄養，使輕微疾病而需要養護的老人能享有家庭的氣氛，而接受寄養的家庭能獲得補助。

(四)病患家庭支持計畫——對於願意停止工作在家照料疾病老人家屬的給予現金補助。有些家庭，夫婦都工作是爲了家庭經濟；若家中老人生病需人照料，家屬也十分願意留在家裡親自照料病人，但爲了家

庭經濟又無法不去工作，在此時，若政府給予現金補助，使家庭能不去工作而在家照料病人，不但能使老人安心在家休養，而且子女也能盡這份孝道，發揚中國傳統的美德。

(五)醫院本身增設家庭健康服務（Home Health）部門——提供到宅醫療服務。對於從該院出院返家但仍需少量醫療健康服務的病人給予以到宅服務，能使醫院醫療服務更加完整。

(六)在各大醫院附設養護中心——國人依賴醫院做為他們康復機構的觀念不是短時間內能轉變的。有些老人更以為離開醫院是件危險的事。所以如果能在醫院附設養護中心，使病人在由醫院轉入養護中心時並沒有「出院」的感覺，還能保有那份安全感。在醫院附設的養護中心裡，老人隨時均可與他們的醫生聯繫，若需再回到醫院裡，也是件容易的事。

(七)在籌設大型老人社區之同時，並設置養護中心，使雖從醫院出院但仍需繼續療養的病人能暫時住進他們住處附近的養護中心療養，等到能返家居住時再返家。這樣能便於老伴的照料，在距離上更近家，在心理的感覺上也有快完全康復能返家的喜悅。

有關當局可依決策選擇可行辦法，以解決疾病老人安養的問題。

柒、結語

老人安養的問題，不論是健康老人的安養或是疾病老人的安養應是當今老人福利發展的重點。根據老人福利法的規定，省（市），縣（市）主管機構應視需要設立並獎助私人設立下列各類老人福利機構：（一）扶養機構；（二）療養機構；（三）休養機構；（四）服務機構；其中以療養機構為最匱乏，有待政府與民間共同努力。

我國傳統文化的理想幸福家庭「三代同堂」，雖是家庭計畫政策所鼓勵，但是在「小家庭」制度，夫婦二人均上班的社會趨勢下，並不是每一位老人都有福享受此一天倫之樂。同時，也不是每一位老人都喜歡與子女同住。含飴弄孫固是一樂，但清閒安祥的日子也未必不是老年人所嚮往的。所以有些老人不與子女同住，過著清閒安祥的日子，只要子女常來探望，表示關心，也就心滿意足了。對於這類老人，我們也應能提供合理、經濟的安養方式，使他們的需要也能得到滿足。

對於需要養護、療養的老人，我們更應能提供安全、經濟、夠水準的養護中心或住宿中心等，以滿足這類老人的長期或短期的需要。主管當局更應擬出管理、監督、評估、頒發證照給養護中心，使目前「不合法」的養護中心，經過改革後，能夠「合法化」，並達到一定水準，以保護大眾。

註：

一、饒穎奇，老人福利，中華民國社區發展研究訓練中心印行，民國七十三年，六月，第二三六—二三七頁。

二、徐麗君、蔡文輝，老人社會學，巨流圖書公司，民國七十四年二月，第一三五頁。

三、Sheldon S. Tobin and Morton A. Lielarman, Last Home for the Aged, San Francisco: Sussey — Bass, 1976.

四、徐麗君、蔡文輝，老人社會學，巨流圖書公司，民國七十四年二月，第一三八頁。

五、Harris, Charles S., 1978, Fact Book on Aging: A Profile of America's Older Population, Washington D. C. : National Council on Aging.

六、周建卿，老人福利，台灣商務印書館，民國七十二年一月，第二九七頁。

本中心已出版之「社區發展實務叢書」目錄

1. 托兒所的空間設計與環境佈置 (鄭淑燕)
2. 都市托兒所應如何在社區中發揮兒童福利功能 (孫梅芳)
3. 如何辦理社區青少年群育活動 (林振春)
4. 老人安養機構專業化的實際做法 (張秀卿)
5. 自費安養中心如何營運、管理 (熊亞民)
6. 社區如何推動媽媽教室 (林平洋)
7. 如何加強社區理事會組織功能 (林平洋)
8. 如何將傳統民俗童玩在社區中推廣 (周步坤)
9. 容易在社區中推廣的團康遊戲 (張學眞)
10. 善用社區資源推動社區發展工作 (金天倫)
11. 組織社區合作社推動社區發展 (李玉梅)
12. 韓國鄉村社區發展之概況 (蔡美華)
13. 訂定貧窮線之方式與標準的探討 (陳琇惠)
14. 如何辦理社區家政推廣教育 (高淑貴)
15. 社會福利機構如何委託民間辦理 (張雅麗)
16. 如何發展智障者的社區生活安置 (張培士)
17. 鄉村社區發展推展模式 (高淑貴)
18. 自己動手塗裝 (周明發)
19. 都市社區的守望相助 (黃清高)
20. 提昇臺灣寺廟參與社會福利服務之路 (黃維憲)
21. 推行統一勸募改革社區發展 (陸光)
22. 如何辦理社區評鑑 (傅正綱)
23. 如何發掘與運用社區(會)資源 (翁毓秀)
24. 影戲開鑼 (陳芳美)

25. 社區童子軍

(宇軒)

26. 溫情四播社工愛

(孫麗珠等)

27. 運用學校資源參與社區發展工作

(林振春)

28. 老人日托中心的類型與功能

(徐麗君)

29. 老人日托中心活動項目的設計

(徐麗君)

30. 如何籌募社區發展經費

(翁毓秀)

31. 社區工作人員的任務與職掌

(翁毓秀)

32. 如何在社區中推展福利措施

(李瑞金)

33. 老人安養與醫療社會工作

(翁毓秀)

34. 學童課後安排與服務機構營運之道 (鄭望崢)

35. 自助團體

(許釗涓編譯)



「社會福利標誌」圖意說明：

兩手交握，象徵全民同心，政府與民間協力共同致力於社會福利，四瓣心形酢漿草置於右手掌中象徵秉持愛心、信心、恒心、耐心，可產生源源不絕的動力與無窮的希望，而左邊三個圓圈則為社會工作個案，團體、社區三大工作方法，綜合而言，社會福利工作，應本信念與方法，並滙成愛心，溫馨社會。