

台灣地區老人照護、醫療保健與健康促進之立法政策研究

許玉長

大仁科技大學副教授

摘要

老人照護就是由社會工作、法律、衛生保健等專業人員，針對生理、心理失能、受虐待、被忽視，有極度社會、經濟、安全需求之無力且無法取得幫助之老人，提供系統性服務，其涵蓋有醫療介入、法律與財務服務、精神復健及社區照護（含緊急庇護）等四方面。因有鑑於高齡化及疾病型態之改變，爰此對老人安養、照顧及慢性病之需求亦自然增加，乃就其治本之道以觀，實應朝向老人健康促進、衛生教育宣導著手為功，而將現所有台灣地區涉及老人照護、醫療保健與健康促進立法政策有不合時宜之處，朝向立即修正，以達法隨時轉，則國治之理念精進，俾利推動健康城市與強化避免死亡之疾病預防，務求迎合且落實全民皆健康、大家皆健康為終極目標。

關鍵字：老人照護、醫療保健、健康促進



Elderly Care, Health Care and Health Promotion of the Legislative Policy Research in Taiwan Area

Yuh-chang Shu

Associate Professor, Tajen University

Abstract

Elderly care provided by social workers, law workers, health care and other professionals to the abused, neglected, powerless, helpless elders as well as those who can not obtain any means of assistant resources with systematic services and social welfare due to their physical, psychological disability. Such kind of systematic social welfare covers medical intervention, legal and financial services, psychiatric rehabilitation, and community care (including emergency shelter). Among these four aspects of elderly service system, aging and disease-patterns change are the most urgent and neglected areas. Elderly hospice care and chronic demand would naturally is ever-increasing as days go by. With a view of humanity and based on the root of the problem observation, researchers, in fact, should be directed to the intense health care of the elderly through promoting health education and promotion so as raise a nation's ranking among the world. This paper the researcher tried to discuss issues involved with elderly care, health care and health promotion plans and legislation in Taiwan. It is suggested that the outdated policies should be adjusted by means of immediate corrections and changes so that the whole nation as well as the society can achieve the standards of a developed nation. Other than promoting the health improvement of the society and avoiding death disease prevention, the ultimate goal of elderly caring should be implemented thoroughly, legally, and immediately to achieve to be a society called 'All-People-Healthy' society. .

Keywords: elderly care, health care, disease prevention



壹、前言

參照內政部人口統計資料顯示：台灣地區截至 2011 年 12 月 31 日止之 65 歲以上老人已有 2,528,249 人，占總人口數 10.89%，其已達聯合國世界衛生組織所訂高齡化社會指標，由此可見，因醫療衛生技術與科技社會發展快速進步，積極促進國民平均餘命延長，亦增進人口老化速度。因而顯示目前高齡化快速變遷，將引發新需求與問題，現已成為政府與民間關注焦點。爰此，為因應人口老化必須及早規劃其因應對策與措施，針對相關法規配合修訂，期使立法、政策與服務合而為一，務求落實老人照護、醫療保健與健康促進體系之健全為瑰本。

貳、研究動機與目的

一、研究動機

由於醫療科技快速發展，使人類壽命得以延長，加上少子化之社會現象，導致高齡人口比例逐年遞增，因而人口結構老化遂成為世界趨勢。參照世界衛生組織調查推估至 2025 年，全球 65 歲以上人口將高達 12 億人口。行政院經濟建設委員會前亦曾推估台灣 65 歲以上人口比例將由 2006 年 10% 增至 2014 年 13%，爾後亦會快速上升，截至 2051 年預估將高達 37%。為求因應高齡人口快速成長之需求，有關老人照護、醫療保健及健康促進體系之健全，現已成為當今刻不容緩重要議題。因老人生理功能隨年齡之增加而漸衰退，且疾病症狀與老化現象交替致使疾病不易診斷，抑因長期慢性疾病而使老人照護上之複雜度倍增，因而亟待整合專業領域團隊加以共同照護，此乃本研究動機之所在。

二、研究目的

經由內政部人口統計資料顯示，目前老人化所面臨之重大困境與啓示計有五大要項，如下所述：

(一) 老人增多乃代表一個國家之經濟依賴人口增多，而其醫療保健與社會福利之預算開支必然增多，其將使國家之財政負擔變為極其嚴重。



(二) 大量老人將退出經濟生產行列與勞動市場，以直接影響一個國家之經濟建設，亦流失許多經年累月訓練之專業人才，及具有熟練手工藝之勞工，其對整個工商企業會產生巨大影響。

(三) 大多數發展中國家欠缺周全退休制度與老人生涯規劃，致甚難於短時間內提供足夠之社會資源、社區機構、老人生活設施或老人住宅，以滿足龐大之老人需求。

(四) 大量老人將面臨各種退休或失業、不適應症候群，抑或閒散徘徊在各醫院、安療養院、心理衛生部門、老人社會福利設施或遊民收容所等機構。

(五) 老人社會角色之改變，因一旦退休或失業，即失去其在職身分地位、社會職務與功能更換狀況，其將對老人身心健康產生巨大衝擊、人生前程產生不安全感與不確定感及對日後之家庭生活適應產生許多危機，需尋求外界協助。

對於上述老人不論是巨觀或微觀所衍生之困境，能有何方案、對策可因應或紓解其問題。爰此，本研究目的乃在探討老人照護、醫療保健與健康促進之立法政策所應扮演之重要角色與定位。

參、研究內容與範圍

一、研究內容

老人生活保健，係研究如何應用現代老人學之理論學說於老人實際生活之衣、食、住、行、育、樂、醫療保健、護理服務、長期照顧與休閒旅遊等主題，即以預防醫學之原則，透過教育訓練與研究發展，而促進老人身心健康為目的，此乃本研究內容所涵蓋。

二、研究範圍

本文所研究之老人乃以國內內政部公布現行老人福利法第 2 條所稱老人，指年滿六十五歲以上之人。

老人生活保健，將教育老人有正確之營養飲食習慣、保養靈活之身心功能，



並設計老人有長期之安養生活，協助老人安排適當之休閒旅遊及從事於終身之教育文化活動，以促成老人能修身養性安享金色晚霞，歡度愉快之人生。老人之生活保健與科技研究將涵蓋老年時期之養老、養育、養分、養活、養心、養神及養精等之學術領域，此乃本研究範圍所精進。

肆、文獻探討與理論基礎

一、文獻探討

(一) 國外文獻

自 1980 年代以來，高齡化社會或人口老化現象，現已成為全球性之主要課題。全球之老年人口超過 60 歲以上者，從 2000 年之 6 億人口數目增加至 2050 年之 20 億人口數目，將有一半之老人居住在亞洲國家。亞洲太平洋區域之人口構造差異極大，在日本於 2000 年時，老年人口超過 60 歲以上者占總人口數約有 23.2%，最大之老人絕對數目為中國約有 1 億 3,000 萬人，其他發展國家如：澳洲 (Australia)、香港 (Hong-Kong)、中國 (China)、紐西蘭 (New Zealand)、韓國 (Korea) 及新加坡 (Singapore) 超過 60 歲者亦由 10% 增至 20%。發展中國家，如錫蘭 (Sri Lanka)、馬來西亞 (Malaysia) 及阿薩巴然 (Azerbaijan) 之 60 歲以上老人亦將接近 10% 或已超過 10%。

若比較東南亞與南亞國家，如柬埔寨 (Cambodia)、寮國 (Lao)、瑪爾丁斯 (Maldines)、尼泊爾 (Nepal)、巴基斯坦 (Pakistan) 及巴埔新幾尼亞 (Papua New Ginea)，以上人口結構尚稱年青，老人僅有 5% 至 7% 而已。

亞洲地區之老年人口有兩個特色，其一為女性之老化人口增多，其二為老人增多，75 歲以上之比率由 2000 年之 23%，將增加至 2050 年之 38%。迨至 2020 年時，將有 48% 之世界老人，其年齡在 80 歲以上者居住在亞洲國家 (目前僅有 39%)。類此，老人大多數皆缺乏基本之生活資源，且此些亞洲國家亦缺乏健全之退休養老制度，老年之社會救濟金更為有限 (Naylor 2003: 27-35)。



(二) 國內文獻

臺灣地區自 1993 年間已進入「高齡化社會」後，迄今已歷經 19 年光景，老人人口際此期間問題更急遽增加，此顯示臺灣地區人口年齡結構快速老化趨勢。內政部戶政司公布截至 2011 年 12 月 31 日止，50 歲以上之人口：臺灣地區各縣、市有 7,112,581 人占總人口數 23,224,912 人為 30.62%；新北市有 1,108,836 人占總人口數 3,916,451 人為 28.31%；台北市有 918,302 人占總人口數 2,650,968 人為 34.64%；台中市有 724,227 人占總人口數 2,664,394 人為 27.18%；台南市有 615,145 人占總人口數 1,876,960 人為 32.77%；高雄市有 886,031 人占總人口數 2,774,470 人為 31.91%；臺灣省有 2,829,725 人占總人口數 9,227,680 人為 30.67%。65 歲以上之人口：臺灣地區各縣、市有 2,528,249 人占總人口數 23,224,912 人為 10.89%；新北市有 304,230 人占總人口數 3,916,451 人為 7.77%；台北市有 339,907 人占總人口數 2,650,968 人為 12.82%；台中市有 235,152 人占總人口數 2,664,394 人為 8.83%；台南市有 234,924 人占總人口數 1,876,960 人為 12.51%；高雄市有 292,071 人占總人口數 2,774,470 人為 10.53%；臺灣省有 1,096,915 人占總人口數 9,227,680 人為 11.89%。由上觀之，50 歲以上人口分布所占百分比依序為：台北市、台南市、高雄市、臺灣省、臺灣地區各縣、市、新北市、台中市；65 歲以上人口分布所占百分比依序為：台北市、台南市、臺灣省、臺灣地區各縣、市、高雄市、台中市、新北市。

二、理論基礎

社會學理論強調社會結構、社會角色及社會期望，抑有社會功能對於老化過程之影響。心理學理論注意個人之自我概念與認知功能以解釋老化過程。社會心理學理論則強調社會控制理論，「學習之依賴，學習之無助」與社會情緒之選擇概念以說明老化過程。人類學理論則使用老人之生命過程，其在於世代與年紀，以及親屬系統以解釋老化過程（李宗派 2003：27-29）。

從社區高齡智者人力之資源發展以觀，65 歲以上之老人，如果其適應良好，具有豐富之人生閱歷，優質之專業知能，將是社區最重要之資產，除能為社區凝聚穩定之力量，且能創新發展，領導變革，實是社區之最佳智慧資本（朱芬郁 2004：348）。



資源理論：政府所規劃、制定及推動老人長期照護制度，就是社會福利服務之必要措施。政府有義務與責任在家庭範圍以外，連結所有相關資源，以建構正式而完整之照顧系統，以確保老人晚年之生活依賴能享有一定品質(蔡啓源 2008：430)。於老人成爲長期照顧，其服務提供範疇前，首應透過預防失能、健康醫療資訊之提供與健康促進之服務、以縮短失能時間並透過積極之老人服務推動，使健康老人透過社區關懷互助照顧社區中失能老人(江綺雯、林佳玫 2013：78)。

伍、研究方法與步驟

一、研究方法

本研究方法係採質化研究，於研究設計時，經由質化取向之文獻探討爲主，並輔以比較研究，務求遴取豐富資料爲歸趨。

(一) 文獻探討

除經由國內、外文獻資料，並以老人學係研究人類老化之生物學、生理學、心理學、社會學、文化學與生態學之各種因素，其對於個人生活與社會制度之彼此影響，藉以克服人類老化過程中所面臨之許多個人身心適應、家庭生活、社會福利制度、醫療保健與社會經濟政策問題爲論述重心所在。

(二) 比較研究

依理論分析層次，首以國內老人照護、醫療保健與健康促進之立法政策作縱之敘述，次以國外老人照護、醫療保健與健康促進之立法政策作橫之展現，透過比較法觀其國內、外之交集部分，擷取精闢之道，作爲本研究之主軸。

二、研究步驟

(一) 蒐集研讀國內、外文獻資料，確定研究方向。

(二) 經由訪談有關學者之指導，並參酌其卓見。

(三) 依據研究方向，以釐定研究大綱。



(四) 經過迭次修改大綱內容，並蒐集分析相關資料。

(五) 縝密研究後撰寫初稿，次經一再修正後完稿。

陸、研究發現與改進建議

一、老人照護

老人虐待不僅是社會事件 (Social event)，而且是社會議題 (Social issue)，同時亦是社會問題 (Social problem)，其又是年齡歧視 (Ageism) (Hughes 1955: 11-21)。質言之，因有老人受虐之事實，始有需要老人照護服務；然於老人受虐事實被認定時，往往會被誣陷隱藏個人解釋與價值判斷之誤差 (Bias)，因而令人裹足、質疑 (Collingridge 1993: 32-36)。事實上，論及老人照護工作，其大前提不外乎為：何為老人照護？誰需要老人照護服務？能照護老人什麼？要由誰來照護老人？如何照護老人 (萬育維 1998: 15-23)。申言之，老人照護工作人員在提供老人照護服務時，除必須保持觀察敏感度、高度警覺性外，更加絕對必要認同老人擁有選擇權、隱私權、獨立自主權、合適生活品質權、照護及安全權等權益；於老人遭受虐待時，雖已有部分權益被否定與剝奪，然照護措施亦要以最少限制之服務選擇與恢復其應有之行為能力為必要考量 (李瑞金 1994: 17-20)。爰此，於提供老人照護服務過程中，其工作人員必須具備有相關觀念、知識、常識、經驗、技巧及專業價值判斷力，始能妥善處理老人受虐案件，亦即老人照護工作人員，應以維護老人權益為優先條件。

(一) 老人照護工作之意義

就老人照護服務而言，老人照護就是由社會工作、法律、衛生保健等專業人員，針對生理、心理失能、受虐待、被忽視，有極度社會、經濟、安全需求，對無力且無法取得幫助之老人，提供系統性服務，其涵蓋有醫療介入、法律與財務服務、精神復健及社區照護 (含緊急庇護) 等四方面；而加強相關機構照護、生活環境無障礙等改善亦屬之 (楊孝榮 1996: 99-112)。「照護服務」係針對個人問題、特定社會、環境問題 (Kosberg 1998: 43-49)。因之，所有「照護」與「服務」內涵均應著重老人之最大利益，以防範其基本權利之受侵害，此乃有



別於一般老人福利，僅以謀求老人生活之安全與圓滿為服務內涵(楊孝榮 1996：99-117)。以上所言，皆屬於狹義之老人照護工作，廣義之老人照護工作，實應兼顧預防與治療功能，即應具備預防、代理及支持等性質；在執行上，社會工作人員應扮演倡議者角色，以積極維護受虐老人權益之法定性行動，重點即在於受害者、加害者、加害行為及受害影響狀況等 (Staudt 1985：204-208)。老人照護服務方式，可依老人之實際需求，而區分為個別性與群體性服務：不同專業、不同專長之專兼職人員、志工人員所共同參與及執行照護服務之行為與過程，其均應被視為老人照護工作，然而所有參與老人照護服務工作者，此均必須在自然狀態中進行、要求及改變，以維持老人之最佳利益或作出自利之決定。爰此，為表示對老人虐待問題之重視與預防，目前美國各州均已通過法令，以確保老人於遭受虐待時能獲得適當之保護，其法令中並要求護士、急診室醫師均得對有被虐待潛徵者，以提出檢舉報告 (Thorson 1995：73-84)。然而發現加州雖早已通過對老人照護之相關法令，但在實務卻發現，若僅仰賴法令規範、處罰及罰鍰，仍無法促使老人免於受虐待或忽視，尤其以機構性虐待為最。由此可見，老人照護工作是需要相關機構、組織、單位、受虐老人、工作人員、家屬等整合而全力以赴。抑有進者，為求避免老人受虐待之一再發生，亦是需要依賴相關單位、社區人士、各相關之專業人員、家庭成員、倡導團體、法律促成機關，以及中央、地方政府彼此充分合作，始能有立竿見影之效 (Cowell 1989：242-253)。

(二) 老人照護體系

老人網絡之健全，實應從老人照護中心之組織體系、老人照護輸送系統及老人照護流程三方面慎密著手不為功。老人照護中心組織體系之建立，亦即直轄市與各縣、市政府皆成立老人照護中心，接受直轄市與各縣、市政府社會局之指揮、監督，以主導轄內老人之照護工作。老人照護中心分設老人照護專線、老人照護通報組織及老人照護工作組；老人照護專線主要接受老人或一般民眾之申訴或諮詢，亦可透過老人照護專線進行線上輔導或接案工作。亦即將需要照護之老人個案逕交老人照護工作者專案處理，亦可直接作轉介之用，亦即透過政府其他老人福利管道，以協助解決老人問題，可進行經濟、醫療、法律或其他轉介；老人照護通報組則負責受虐老人之通報工作，無論由一般人或專業工



作人員通報案件，老人照護通報組必須迅速處理，主要重點即在於認定工作，如有需要亦可逕向顧問小組，顧問群諮詢，無論是經濟上、法律上、醫療上或其他專業上問題，如老人精神疾病、癡呆症之認定，個案一經確定後，立即交由老人照護工作室處理，老人照護通報組亦可逕行立即轉介，類似老人照護專業工作；老人照護工作組，厥為老人照護中心之主要樞紐，該組於接受個案後，乃立即依案件之特性分別進行調查、訪視，其不僅要發掘事實真象，亦且要協助個案解決問題。抑有進者，老人照護中心亦可利用社會資源，以培訓及任用志工參與服務，期使老人照護工作，更臻廣泛而周延，培訓工作由培訓組負責辦理。資料組不僅將個案完整建檔，並透過資料組建立網路，可與其他相關機構相互連繫，以發揮直轄市及各縣、市政府老人照護中心之網路連線，互通有無，而避免發生重複接案，或因戶籍遷徙而失連，必生扭曲老人權益，老人照護中心亦設置有督導室與研發室，督導室為資深優秀社工人員，以發揮督導、監督及評估工作，使工作效率提升，該中心組織功能為政府公權力運作之機構，以任用經國家考試及格之公務人員，俾利落實與拓展老人照護工作，亦即社工人員之專業訓練、專業知識、專業證照及技能均應具備之內涵（楊孝榮 1999：124）。

然而因礙於直轄市及各縣、市政府在財力困窘與人力限制條件下，亦可將老人照護中心組織架構進行彈性調整，並結合民間力量與社會資源，成立老人照護之緊急庇護中心，俾利發揮立即照顧功效。

由於人口不斷快速老化，台灣地區已面臨老人照護之窘境，人力招募極其困難，未來不論在制度面、人力供應面及財務面等均將面臨重大挑戰，實有待相關主管機關共同進行整體性思考與解決所有問題（杜士敏 2013：329）。

以直轄市或各縣、市老人照護中心為主體之老人照護網路，最高監督機關為中央主管機關與直轄市、縣（市）政府社會局(課)，凡老人照護案件，有不服處分，或老人認定照護不夠周延，均可逕向其上級主管機關申訴。警政、司法、醫療、教育與民政機關，除均為老人照護中心之上級機關，亦是老人個案之來源機構，即可對該中心各項業務之執行，以其專業或職權予以指導。類此上級機關，亦為提供資源與配合之機關，宜發揮整體團隊精神，而強化老人照護中心之功能（楊孝榮 1999：126-128）。



老人照護協會、老人福利機構、心理諮商輔導機構及社區組織等民間機構，亦為老人照護中心之上級機關，尤其是老人照護協會，在政府輔導與經費支持成立下，以負擔整合民間資源及社會參與，俾成支援政府推展老人照護工作之最大助力，其他之老人福利機構、心理諮商輔導機構，亦扮演與提供個案角色之功能，社區組織亦為民間主要組織，並深入基層扮演發掘個案角色，以及新聞媒體與社會公證人士，亦可扮演主要揭露社會事實真相之功能(楊孝榮 1999：129)。

面對人口快速高齡化，政府首應結合民眾與雇主之力量，早日催生實施全民長期照護保險法之立法，並避免城鄉差距擴大與區域存在不公平性，且避免有保險而無服務之困境(吳肖琪等 2013：281)。

老人照護工作之保護網路建構，老人照護工作之執行成效，不僅在於老人照護工作之建制，尤其是建制後，必須整合下游之社會資源，老人案件始有慎密之支援系統，對老人福利資源、老人教育機構、老人醫療機構、家庭輔導機構、老人在宅服務體系、日間托老所、老人餐食服務及社區老人活動中心之有效掌控與聯繫，始能提供老人實質上支援與服務，以有效解決其問題，進而發揮實質保護功效。反之，假設缺乏後送系統，必將導致社會問題之累積，而無法發揮其正面功能(楊孝榮 1999：131)。

由於長期照護之主管單位、法源、理念與標準不一，建築業者不瞭解照護機構之需求，醫療服務未接軌，感染管控標準不一，以及服務人力嚴重不足，政府首應全力輔導改善(周麗華 2013：221)。

老人緊急庇護所、短期照護中心、長期照顧機構及老人社區照顧體系更應發揮急、短期而至長期照顧之功能，老人照護才能趨向落實。因而建構老人社區照顧體系，乃為時勢所趨，實有必要建構、掌控與多元化納入完善之老人照護網絡中(楊孝榮 1999：131)。

(三) 老人照護工作之類型

對於受虐老人照護工作，大致可區分為二大類，其一是照護服務(Protection Services)係指對受虐老人提供直接性、立即性、集中式之保護措施與服務介入，其所提供服務涵蓋有緊急安置、送醫救治及提供法律監護者等；其二是照護性



服務 (Protective Services) 係指提供預防老人受虐之措施與服務，如訓練老人學習如何自我照護、自給自足、受虐時之運用協助資源，鼓勵社會人士揭發、檢舉老人受虐事件，以及改善老人之居住安全環境等 (Gelfand 1999: 15-24)。申言之，若依老人照護服務工作之基本要項：照護介入、支援服務及監察服務等加以細分，則老人照護服務工作之服務類型有五：(Blum & Wadleigh 1983: 76-91)

1. 直接性協助：其協助活動有生理受虐之傷害診斷與治療、照護受虐老人之生命安全、心理輔導、精神保健、家庭治療、緊急服務、危機處理及改善居家環境等。
2. 照護性協助：其協助服務有臨時收容、受虐事件調查、社區資源網路之建立與聯繫、法令限制施虐者不得接近老人距離之規定與指派法定監護人等。
3. 專業性協助：其協助活動有設立老人受虐評訂標準、法律諮詢服務、醫療檢查與評估、心理測驗、受虐者之社會功能鑑定、評鑑長期照護收容服務、長期照護機構執照制度之訂定及定期訓練照護人員等。
4. 預防性協助：其協助活動有設置老人照護服務專線或中心、建立通報制度與網路、社教宣導、訓練「老人探訪」之志工人員定期家訪、提供「老人如何照顧高齡者」訓練服務、代為管理財物及定期評定老人安養服務成效等。
5. 援助性協助：其協助活動有家庭協助、設置「受虐老人中途之家」、拓展托老服務、受虐老人之經濟服務及鼓勵參加「受虐老人」成長團體等。

老人照護 (Elder Protection) 工作，依據老人照護福利法所規定之「照護措施」(2002年6月26日國內公布老人福利法第一章總則)，其執行項目，以目前台灣之運作方式計有：設立老人照護計畫專線、老人緊急聯絡網、定期派人或以電話訪視，結合「110」、「119」及轄內緊急救護責任醫院，建立緊急救護網、印製老人宣導單張等 (陳燕禎 1996: 26-38)。惟老人照護工作涉及持續性照護服務，其內涵除必須有預防性、支援性、替代性及照護性等功能外，尚應透過足夠預算之編列，始能推動、延續並加落實服務活動。

當前國內老人福利政策，是以殘補性為主。換言之，其僅於發生問題後，採以事後謀求補救。例如老人於遭受虐待後之保護與安置、老人罹患長期慢性疾病或無法獨立生活時，始送至長期照護機構、養護機構，以上皆缺乏事前預防政策。類此殘補性政策，目前已是設施、財力與人力均皆不足，致而無法緩和解決問題。往後老人人口大量劇增時，問題將更趨嚴重，就更難予以補救。



抑有進者，當前老人福利政策最大不足之處，厥為並未賦以老人有意義之新角色，而是任其閒散，使老人提早發生疾病或心理失調，因而動用大量之醫療或社會資源，類此惡性循環之結果，勢必使老人問題越陷坎坷(沙依仁 1998: 15)。

(四) 老人照護工作之建構

老人照護工作之作業流程，其係由警政、司法、醫政或其他機關、或社會人士、抑或媒介所予以通報，亦或於老人自訴之個案進入直轄市或縣、市政府老人照護中心之後，經老人照護中心初步判斷決定是否受理，並作老人需求之分析，如個案需照護之特質不夠明顯，則決定個案是否為潛在之需求照護者；如否，則顯示為無必須之照護個案，則予以建檔，據為往後續為追蹤之用。如認為有潛在照護之需求者，則列入安排追蹤，以確定個案之實質需求。如有實質需求，則由中心受理為正式個案，然後再分析其是否有急迫傷害，與再決定是否受理，及老人照護需求分析中認定是者，其必須進入調查、訪視程序，然後確定是否有急迫傷害；如為否，則依老人照護需求分析中，認定是否為照護案件；如為否，則進入測知老人之實質需求，以及其待為解決之問題，並予以轉介，且分別給予經濟性、福利性、醫療性、安養性、法律性等服務，並給予老人照護教育、老人生涯規劃及老人活動之參與。在各項需求滿足後，自然歸於結案、建檔與未來追蹤。若再判斷是否為照護案件，如為是，則再給予診斷、分析，其經深入診斷、分析發現問題癥結之老人照護不存在，而是其他問題，則針對該問題予以轉介。在診斷、分析時若經認定有照護需求時，則給予個案輔導，在個案輔導後，已解決問題之個案，則予結案，並加以建檔，俾利以後繼續追蹤之參考。反之，若未解決，則列入個案管理與輔導之階段。(楊孝榮 1999: 134)

若經認定有急迫傷害，如已涉及法律問題，則應透過法律介入，經由醫療傷害鑑定，給予診斷、分析；如為涉及法律層面問題，則透過醫療傷害鑑定，進入診斷、分析階段，然後再進入個案管理與個案輔導之層次，並由老人照護中心進行暫時性安置，由該中心轉至短期照顧體系，抑或長期照護體系。在問題解決後，予以結案，並加以建檔，俾利爾後繼續列管追蹤。亦可透過轉介，給予其他適當性之服務。然而，基於目前直轄市與各縣、市政府資源大有差異，因而老人照護中心組織架構、老人照護網絡及老人照護流程亦各有其流向與差



異性（楊孝榮 1999：134）。

老人照護協會之建構與功能之發揮，實有賴該人民團體之有效輔導，時下現有中華民國兒童基金會與中華民國消費者文教基金會等推動實效之案例，可供參考採行。爰此，老人照護工作自然亦必須妥善規劃與運用民間資源。際此老人受虐問題日趨嚴重，除應結合民間力量加以防範外，並透過媒體廣為宣導，以促使社會重視老人受虐問題之嚴重性，以此進行老人受虐現象分析。因而，政府主管機構輔導各地成立老人照護協會，洵屬當務之急。

為維護老人社會權益，以確保老人對於社會參與權利，台灣地區之各鄉、鎮、市、區除應分別設有老人活動中心外，並在社區中設有老人活動場所，以定期舉辦各類活動，協助老人建立多元化社團—如涵蓋康樂文教、休閒運動、醫療保健等終身學習課程。

在 2002 年 6 月 20 日所頒布「老人福利法」修法中第四章照護措施之條文規定，內容涵蓋老人直系血親、卑親屬，對其有疏於照顧、虐待、遺棄等情事致有生命、身體、健康或自由之危難，直轄市、縣(市)主管機關及老人福利機構得依職權，並徵得老人同意或依老人之申請，予以適當短期照護與安置。老人如欲對其直系血親、卑親屬，提出告訴時，主管機關應協助之（2002 年 6 月 26 日國內公布老人福利法第一章總則第 25-27 條），為發揮老人照護功能，應以直轄市及縣(市)為單位，建立老人照護體系（2002 年 6 月 26 日國內公布老人福利法第一章總則第 25-27 條）。老人因無人撫養，致有生命、身體之危難或生活陷於困境者，直轄市、縣(市)主管機關，應依職權並徵得老人同意或依老人申請予以適當安置（2002 年 6 月 26 日國內公布老人福利法第一章總則第 25-27 條）。有撫養、照顧老人之個人或機構，若有遺棄、妨害自由、傷害、身心虐待等疏忽老人實際行為時，自當接受輔導教育、罰鍰、處罰等（老人福利法施行細則）。然在「老人福利法施行細則」中，其對老人照護、老人虐待並無相關規定。由上得知，「老人福利法」之修法中，僅純屬原則性規範，凡對老人保護與老人虐待之實體防範，仍然缺乏主動積極預防與矯治功能。因而實務上能對老人照護較有系統作為，應有賴於先對老人受虐情形有所認識與掌控，始能瞭解與著手，並落實老人照護政策（屈蓮、劉篤忠 2004：313-323）。



(五) 老人照護之困境與因應對策

環觀今日台灣地區家庭結構轉型與人口結構改變下，老人居家服務問題，仍無完善之方案推出，當務之急，乃在於結合社區與政府相關資源，以協助老人在適當環境下生活，並推廣「老人服務老人」之理念，推動社區型態居家服務，且落實日間照護機制，俾利老人適切獲得照顧，當前老人照護之五大項困境與應有對策：

1. 建立完整老人照顧體系，以降低日趨攀高自殺率：

行政院衛生署公布 1996 年國人死亡原因，自殺排名居第 11 名，死亡率與前年相比為成長 13%，行政院衛生署並分析近 10 年來青、少年自殺率維持在十萬分之三，老人自殺率卻反之提高，其才是國人自殺死亡率急速上升之原因（聯合國，1997 年 5 月 14 日），然目前老人自殺率又有大幅提升之趨勢。老人自殺率升高（黃旒濤 2007：175-176）。，除反應老人不僅需要有優良硬體設備，更需要子女與同儕團體之關懷，實際作法有：送餐服務、日間照顧、臨時照顧、社區老人休閒活動中心、長青學苑...等，其既可營造社區向心力，且又可使老人身心獲得良好照顧（曾淑瑜 2010：163-164）。

2. 健全老人安置照護機制，以解決日趨嚴重之安置問題：

邇來，由於老人遭遇家人棄養或受虐事件日益增加，數量亦日趨增多，對於老人身體安全、自由之保障，產生莫大衝擊。雖然新修訂之老人福利法對於老人照護設有專章，但事實上，整個老人照護體系，目前仍未完全建立，未來將面臨多重問題，如：老人受虐之界定與釐清，政府公權力如何介入，以及老人受虐照顧機構--等，皆有待加強服務之建構，才能使老人過著無恐懼之生活。

3. 鼓勵學生社團參與敬老活動，建構完善安養機構評鑑，以提供老人優質身心發展環境：

老人服務之主管單位，如何促進機構推廣服務功能，及建立機構完善良好品質，使老人可以安心託付，乃是目前需要努力方向，因而建議政府單位，可以從嚴審查立案標準與獎勵設立完善安養機構，提高安養機構服務品質，改善安養機構設施服務...等，以期提供老人在安養機構，得有適切之服務（屈蓮、劉篤忠 2004：



313-323)。

4. 澈底改善經濟，以解決成年子女依賴老人經濟比率偏高問題：

目前成年子女奉養父母比率，不但低於二成，反而身心健全之成年子女，依靠年邁雙親過活比率，已達將近四成，類此寄生在雙親家裡，不願獨立之成年子女，多半抱持能省房租、省生活費之心態，不肯負擔家庭主要經濟責任，常此以往，將可能從根本上腐蝕社會經濟安全體系之基礎。爰此，有待澈底改善經濟情況，務求根本解決老人經濟安全之核心途徑（黃旒濤 2007：175-176）。

5. 整合協尋網路，以根本解決失蹤協尋網路之不健全：

伴隨著失智老人日益增加趨勢，使老人走失問題，成為諸多家庭可能面臨之問題。當失智老人一旦走失，其回家路途將會相當漫長，雖諸多民間團體，已相繼推出老人協尋服務，但因目前協尋網路處於個別小規模建置，因而家屬對找尋失智走失老人仍有如大海撈針，相當不易；爰此，應由內政部之警政、社政各司協助提供一項民間各社團老人協尋資料庫之整合介面，以根本解決老人失蹤、協尋網路不健全之問題（黃旒濤 2007：175-176）。

二、老人醫療保健

邇來由於國內保健醫療工作品質之提升，因而死亡率降低，人民平均壽命增加，致使高齡者逐漸增加，疾病型態亦急遽改變，老人疾病已由當年之急性感染性疾病改變為時下慢性疾病，如以高血壓、腦中風、糖尿病及癌症等為主之疾病型態。

因有鑑於高齡化及疾病型態之改變，因而對老人安養、照護及慢性病患者之需求亦自然增加；抑有進者，由於社會型態改變，使家庭組織隨之改變，由原來大家庭漸漸變成核心家庭，其婦女勞動參與率提高，一旦家中有老人或慢性病患者時，對老人之照顧將十分困難，不僅是經濟上，而且在人力上均將無法負擔。目前有關老人安養、慢性病之長期照顧，均為社會上主要課題，然而率多以坐而言，少有起而行之者；少數行之者，亦大多是急就章，以營利為目的，良莠不齊。有鑑於此，政府為提供老人更周全之醫療保健服務，除在設立原有之急性綜合醫院外，應加強提供對慢性病患之服務。茲就其治本之道以觀，實應朝向老人健康



促進衛生教育宣導著手為功（屈蓮、劉篤忠 2004：313-323）。

（一）臺灣地區老人慢性病之梗概

近三十年來，台灣地區由於醫療與公共衛生之進步，平均壽命延長，65 歲以上之老人占總人口之比率，由 1971 年之 2.9%，1981 年為 4.3%，1991 年為 6.8%，截至 1998 年底為 8.24%，臺灣省為 8.23%，台北市為 9.22%，高雄市為 6.67%。際此短短數十多年間增加 2.88 倍，使國內正式邁入高齡化社會。人口學家認為，臺灣地區人口之轉型，自 1919 年前後以至於今，於九十多年之光景，就完成歐、美國家歷時二百年之時程。又依行政院經濟建設委員會推估，迨至公元 2020 年國內老人人口數將達 10% 以上，所以如何因應老年人口增加後之醫療需求及社會照顧，實為今後工作重點。因人口結構之改變，亦將導至疾病型態之改變，由十大死亡原因之資料顯示，癌症、腦中風、心臟病、糖尿病、慢性肝病(硬化)、高血壓等均名列前茅；由臨床之表現及國外資料顯示，人口老化及慢性中樞神經病變，老人失能，老人痴呆症等均明顯上升，其錯綜複雜所衍生之問題，亦將在以後數年中浮出檯面（行政院衛生署（2011）十大死因統計結果簡要分析）。

（二）老人醫療作業與長期照護——治標之道

1. 醫療作業模式

- （1）落實醫療之分級：收容公立綜合醫院之慢性病患，以提高公立綜合醫院病床使用率，因而達成降低平均住院日之目的，提高公立綜合醫院之效率。
- （2）提高慢性病治療之品質：由於慢性病患者，在急性醫療體系中與急性病人比較，所得到之照顧較少，為使慢性病患在慢性病醫院中，獲得完整之醫療照顧，應提高慢性病治療之品質。
- （3）建立慢性病個案之轉介、住院、復建、衛教與長期追蹤系統：各公立綜合醫院與衛生所分工合作，使病患之治療達到一元化。
- （4）使慢性病服務與教學發展，成為慢性病示範專科醫院之建立：



- a.社區醫療服務:以照顧病情穩定之慢、急性病患，使享受更好之生活品質。
- b.慢性病後復元模式，日間托老(日間醫院、臨時托老)之研究。
- c.社區保健。
- d.老人醫學之研究。
- e.老人痴呆症之研究。

因國內對老人問題處理，仍在摸索階段，因而多有借重國外之經驗，然對於國內老人人口特性、老化程度、身心需要及社會之影響等，反而瞭解不多。因而加強研究並增設專責機構，實為最佳之選擇。

其中護理機構名稱之使用與變更，應以主管機關核准為限；非護理機構不得使用護理機構或類似護理機構之名稱；對於在「護理人員法施行細則」發布施行前，即已設置之護理機構或以其他名義經營護理機構業務者，應自本細則施行之日起一年內，向該主管機關申請許可，逾期不申請許可者，依本法第 32 條規定處理，即可處新台幣 15,000 元以上 15 萬元以下罰鍰，並得通知限期改善，屆期仍不改善或情節重大者，處一個月以上一年以下停業處分或撤銷其開業執照。從「護理人員法施行細則」於 1995 年間公布迄今，坊間仍有實質上執行護理機構業務，而逃避「護理機構設置標準」規定，以安養中心、復健中心或養護中心等名義運作，而實際卻經營護理機構業者，政府當局實有必要加以檢討與改進。

單純就老人長期照護體系以觀，老人長期照護依老人健康狀況可以分為四層，第一層是有急重病需要住院、醫療照顧者，此部分應為衛生單位之醫療機構承擔；第二層是急重病已經痊癒，但仍須醫護人員給予專業照顧者，此部分應由衛生單位之護理機構承擔；第三層是醫護照護方面，僅需要簡單門診或協助其按時服藥者，此部分可由社政單位之養護機構承擔；第四層是針對健康正常之老人，以提供生活上之協助照顧，此部分屬於社政單位之安養機構即可承擔。由現行長期照護體系以觀，老人長期照護系統屬於第二及第三層，同時包含醫療衛生單位與社會福利單位兩大複雜系統，其中護理機構之主管機關為衛生單位，



養護機構之主管機關為社會福利單位，然法規上又各有一套「護理機構設置標準」與「老人長期照護設立標準及許可辦法」。從長期發展以觀，政府實有必要整合此兩套系統，趨近其設立標準及各項管制規範，俾利統一事權，避免業者難以適從或遊走兩套規範之邊緣，政府亦無從下手澈底整頓，徒使老人長期照護體系治絲益棼（屈蓮、劉篤忠 2004：313-323）。

2. 長期照護途徑

直轄市與各縣、市政府，現已分別普設長期照護管理示範中心

（1）整合資源

- a. 建立老人照護相關服務資訊。
- b. 整合政府與社會長期照護相關服務資源。

（2）開發資源

- a. 人力：自願服務人員、居家服務人員、交通服務人員（計程車司機、公車司機等）。
- b. 物力：
 - （a）發展多層級照護服務模式。
 - （b）發展社區化服務項目（如送餐服務、喘息服務）。

（3）應用資源

- a. 辦理轉介與諮詢服務。
- b. 辦理教育與訓練。
- c. 推展個別化之長期照護、居家照護服務品質。
- d. 生活輔助器材展示、租借及諮詢服務。

（4）長期照護管理示範中心服務項目

- a. 個人或家庭諮詢。



- b.機構式服務。
- c.問安電話。
- d.定期探訪。
- e.喘息服務。
- f.家事服務。
- g.居家環境改善。
- h.協助或陪伴就醫。
- i.保護服務。
- j.在宅救護服務。

綜上以觀，政府當局除應立即催生長期照護法之儘速完成立法外，老人福利法、老人福利法施行細則、老人福利機構設立標準、私立老人福利機構設立許可及管理辦法與醫療法等不合時宜，其應及早修法，如照顧人力比例與設施設備、空間等條件。同時每年修訂之獎勵作業要點，亦限縮項目予補助額度，如小型財團法人機構從 2007 年起即無法取得補助，重病看護補助亦已於 2008 年取消補助。由此可見亦將會增加其營運成本與壓力（周麗華 2013：221）。

三、老人健康促進衛生教育終身學習——治本之道

65 歲以上之老人健康促進、衛生教育及終身學習，其可以融入社區總體營造及公民社會參與理念之推動，使得「學習」成爲地方社區運動之一重要課題，「社區學習」成爲「社區營造」之代名詞。一種無形化之地方及國民學習運動，以及透過社區營造相關課題，包括產業、空間活動與參與，在各地默默展開，對於國民創造力釋放、公共議題與公民意識養成、生活環境美學、健康知識、態度與行爲之提升等，皆有相當大之影響力。

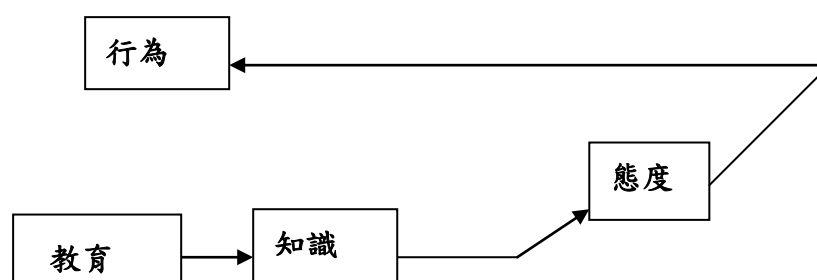
國家之盛衰，繫於國民之健康；國民之健康，則繫於公共衛生推展良莠。因之，衛生教育是以健康爲中心之教育，它是透過多元化教育方法與途徑，促使老人瞭解各種衛生保健知識，進而培養良好之衛生習慣與行爲，俾以增進健康幸福



之生活方式。由此可知，健康是經由學習歷程所獲致之結果，更可證明衛生教育之知識傳遞訊息所扮演角色是極其重要。

(一) 史文森氏(Swanson)認為知識之獲得，將會引起態度之改變，然後伴隨著造成行為之改變。由此可證，健康教育可以增強人類擁有健康之知識、態度與行為，進而促成實踐有效之健康生活情境 (Swanson 1972 : 363-365)。

其理論架構模式為：知識、態度與行為之歷程



(二) 亞爾波特氏(Allport)認為態度是個人經驗之累積，加上個人情感、思想及內在驅力之一種特別統合。在個人之態度模式可認為個人人格上一項極能顯示個人特徵之表示。亦即依據一個人對於各種重要人物、事物或情況以及各種見解之態度，而可以部分加以瞭解其人格。申言之，態度是由經驗組成之一種心理與精神準備狀態，是為個人對於事體與有關情況所作之反應，並有引導與動態之影響 (Allport 1935 : 763-765)。

(三) 本研究試圖達成之目標為：

1. 落實全民健康

世界衛生組織揭櫫之全民健康，其基本精神乃在於所有人，不論貧富或居住所在地，其接受預防、保健及醫療服務之機會均等。亦即各項衛生措施與工作，皆能普及全民，使老人亦能獲得健康訊息、支持環境或生活技能及機會均等。



2. 推動健康城市

健康並非衛生部門單獨可及，仍須結合相關單位之合作，其涵蓋：政府機關之衛生、社會、經建、勞工及環保等部門，以及民間團體、社會有志人士之參與。其皆能在不同領域與職責下，共同為追求健康，發揮相輔相成功能，以達世界衛生組織二十多年前所推動之「健康城市」理念，亦即政府要「釐訂健康之公共政策」，不論衛生或非衛生部門，在制定公共政策時，首應考量對老人健康之影響。

3. 強化可避免死亡疾病之預防

世界各國加強推動「基層健康照護」及「人口健康」，重點乃在於三段五級疾病防治之第一階段，亦即健康促進與預防層面。目前幾乎大部分之慢性退化疾病及傳染性疾病皆可預防，其可藉消弭不良嗜好，建立健康生活，以增強老人體能控制與改善個人健康能力。

柒、結語

老人照護與醫療保健係純屬治標之道，唯有健康促進才是治本之道。因老人健康促進衛生教育終身學習，除以臻成人推廣教育之功能外，最主要是在於提供在地居民之學習機會，亦以實用性或成長性之健康促進衛生之內容為主，其目標期望更為社會性與草根性內涵之達成，抑且借此能啟動公民社會實用性或成長性之健康促進衛生教育之形成，進而結合衛生醫療人員，擔任健康促進者角色，以協助老人體認健康之生命特質，消除有害健康之危險因子，掌控健康狀態，享受最豐富之健康生活，進而能推及家庭社會之責任，共創安和樂利健康城市，期使標、本之道兼籌並顧，以臻老人健康、幸福為歸趨，因而政策之執行與法規之完備，洵屬不容忽視之重要機制。



參考文獻

一、中文部分

1. 內政部（2011）老人狀況調查報告，台北：內政部。
2. 行政院主計處（2011）2011 社會指標統計年報，台北：行政院主計處。
3. 行政院經建會（2011）中華民國台灣自 2008 年起至 2056 年人口推計，台北：行政院經建會。
4. 行政院衛生署（2011）台灣地區十大死因年齡結構別死亡概況。
5. 行政院衛生署（2011）十大死因統計結果簡要分析。
6. 行政院衛生署（2011）2011 年度十大死因統計彙整表。
7. 江綺雯、林佳玫（2013）都會型長期照顧服務推動策略及創新以台北市為例，社區發展季刊 141 期，台北市 鼎教印刷股份有限公司 頁 78。
8. 朱芬郁（2004）社區高齡智者人力資源發展及其實施策略，社區發展季刊 71 期，台北市 鼎教印刷股份有限公司 頁 348。
9. 杜敏世（2013）從長期照顧實務經驗談現況問題，社區發展季刊 141 期，台北市 鼎教印刷股份有限公司 頁 329。
10. 沈慶盈（2013）談居家照顧服務能人力之因應策略-兼論長期照顧政策之發展方向，社區發展季刊 141 期，台北市 鼎教印刷股份有限公司 頁 139。
11. 阮玉梅等（2001）長期照護概論，台北市：華杏。
12. 李宗派（2003）2003 年度中華民國社區發展協會年會與學術研討會大會專題演講彙編，實踐大學，台北市 頁 27-29。
13. 李瑞金（1994）台北市老人保護服務需求及其因應策略之研究 台北市政府社會局 頁 17-20。
14. 沙依仁（1998）二十一世紀的老人福利-老人福利法修正之政策社區發展季刊



許玉長

15. 83 期，頁 15。
16. 吳肖琪等（2013）偏遠地區設置在地，且社區化長期照護服務據點之發展，社區發展季刊 141 期，台北市 鼎教印刷股份有限公司 頁 281。
17. 周麗華（2013）從台北市老人長期照顧機構之消長-看台灣老人照顧政策，社區發展季刊 141 期，台北市 鼎教印刷股份有限公司 頁 221。
18. 屈蓮、劉篤忠（2004）護理與法律新論，新北市，新文京開發股份有限公司 頁 313-323，347-350。
19. 曾淑瑜（2010）醫療倫理與法律，台北市，元照出版社 頁 163-164。
20. 國民健康局（2009）老人健康促進計劃 2009-2012 年李蘭社區老人健康促進。
21. 教育部（2011）邁向高齡社會：老人教育政策白皮書。台北：教育部。
22. 陳燕禎（1996）台灣地區的老人保護工作-探討一個背後隱藏的問題社會福利
23. 122 期，頁 26-38。
24. 黃旒濤等（2007）老人服務事業經營與管理，台北市，東縉彩色印刷有限公司，頁 108-140，170-176。
25. 楊孝榮（1996）老人福利法積極建構與老人保護社區發展 74 期，頁 99-112，99-117。。。
26. 楊孝榮（1999）跨世際老人福利政策-陸、老人生存權與老人保護體制建構 中國國民黨中央委員會政策研究工作會 頁 124，126-128，129，131，134
27. 萬育維（1998）家庭與老人福利政策-論老人保護的意涵與策列略社會福利 134 期，頁 15-23。
28. 蔡啓源（2008）建構「老人長期照顧制度」之我見-日本「公共介護制度」經驗之參酌，社區發展季刊 121 期，台北市 鼎教印刷股份有限公司 頁 430。



二、外文部分

1. Allport,G.W. (1935) "Attitudes,"*Handbook of Social Psychology*,N.Y.Press, , pp. 763-765.
2. Blum,S.,& Wadleigh, E. (1983) *The bureaucracy of care of care (State of California Commission on California State Government Organization and Economy, and the Nursing Home Study Advisory Committee)*. Sacramento, C.A.: Little Hoover Comission, pp.76-91.
3. Barakzal,M.D.,&Fraser,D. (2008) .*Assessment of infection in older adults.Signs and symptoms in four systems*. *Journal of Gerontological Nursing*,34 (1) .
4. Collingridge,M. (1993) *Protection of the elderly: Some legal and ethical issues*. *Australian Journal on Aging*, 12(4), pp.3 2-36.
5. Cowell,A. (1989) *Abese of the institutionalized aged: Recent Polity in California*. In *Filinson, R.& Ingman ,S. R.(Eds.)*,*Elder abuse: Practice and policy*.N.Y.: Human Sciences Press,Inc.,pp.242-253.
6. Fiatarone-Singh MA. (2002) .*Exercise in the oldest old:some new insights and unanswered question*. *J Am Geriatr Soc*.50:2089-91.
7. Gelfand,D.E. (2005) *The aging networking: Programs and services* (3rded), N.Y.: Springer Publishing Company,pp.15-24.
8. Hughes, B. (1955) *Older people and community care: Critical theory and practice* *Philadelphia: Open University*,pp.11-21.
9. Kosberg,J. I. (1998) *Preventing elder abuse: identification of high risk prior to placement decisions*. *The Gerontologist*, 28(1),pp.43-49.
10. Naylor, M.D. (2003) .*Nursing intervention research and quality of care: Influencing the future of healthcare*. *Nursing Research*,52 (6) ,380-385.



許玉長

11. Staudt,M. (1985) *The social worker as an advocate in adult protective services.* Social Work, 30(3),pp.204-208.
12. Swanson, J.C. (1972) *Second thoughts on Knowledge and attitude effects upon behavior.* The Journal of School Health, (42),pp.363-365.
13. Smith,P.W.,Bennett,G.,Bradley,S.F.,et al. (2008) .*Infection prevention and control in long-term care facilities.* Infection Control and Hospital Epidemiology,29 (7) , 785-814
14. Thorson, J.A. (1995) *Aging in a changing society.* N. Y: Wadsworth Publishing Company. pp. 73-84.
15. World Health Organization (2009) .*Health promotion glossary.* Geneva:As author.<http://www.who.in/hpr/NPH>.Cited at 2009/08/23.

