

老人居家福利需求之研究： 以台北市老人為例

謝美娥*

摘要

老人人口雖然逐年增加，但是大多數老人仍然居住在社區自己家中。如何規劃老人的社區照顧網絡，是當前重要的課題。本研究以台北市六十五歲以上的老人為母體，進行抽樣，其中文康中心老人100名，一般社區老人349名，總計訪問449位現在住在家中的老人。

本研究希望探討居住在家中的老人可能有那些社會福利需求？那些因素可能影響老人的福利需求？結果顯示老人的經濟需求躍為第一，比起過去相關研究中醫療需求為第一順序的現象，已產生改變。而且，某些人口特質、社會特質和生理特質與不同之福利需求達到顯著的差異。最後，本研究並針對老人福利做整體規劃性的建議。

前言

老人福利是社會福利政策中極重要的一環，以Elizabeth Wickenden在歸納綜合許多社

*作者為本校社會學系副教授

**有關本研究之問卷，由於篇幅關係，請參考「台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究」（謝美娥，民81）。該研究係由台北市政府社會局委託筆者主持，並由研究助理王結玲小姐與蔡盈珠小姐協助特此致謝。本研究強調相關分析與該研究中分析方式不同。

***本研究由於受字數限制，三度刪減成本文之貌，不便之處，仍請見諒。

會福利的定義後，所給的一個簡明的界定：社會福利是指一些法令、方案、給付和服務，用以滿足人類福祉有關之基本社會需求，並使社會次序能發揮更好的功能(Bell, 1987)。

依此而言，老人福利就是透過有關的法令、福利方案、福利給付和福利服務來滿足老人的基本社會需求，並使社會能在更和諧、更有秩序的情況下發揮功能。從政府角度來看，提供老人福利不但可以減少社會問題，更可以增加社會的和諧。從老人的角度來看，在人生的歷程中，這是無可逃避的階段，而這個階段由於身心的老化，逐漸產生生理、心理和社會適應方面的問題。老年人對社會和家庭長時間的貢獻，其在晚年享受家庭與社會的回饋，也被認為是可以接受的。

老人照顧的需求可以由政府、民間機構、社區和家庭等來提供，特別是為人子女者天經地義地必須負起照顧的責任。可是社會變遷帶來都市化、工業化，以及家庭結構的改變，核心家庭逐漸取代了大家庭或主幹家庭；加上雙職的家庭增多，對家庭而言，照顧老人的功能造成不可負荷的壓力。於是，有些老人則以圖清靜、自由、避免成為子女的負擔等理由，到各安養中心排隊等候安置，然而老人離開家庭的安養中心，對多數老人來說，並非是最理想的解決之道。

根據最近一項對台北市老人生活需求的民意調查顯示，六十五歲以上的老年人，有高達百分之八十的比例希望與子女同住（民意調查基金會，民80）。由此可知，大部份的老人都是居住在家裡和社區中，如何規劃一個社區的照顧網絡，以滿足老人的居家福利，正是目前最重要的課題。

由於我國傳統觀念的影響，大部份的老人不願脫離家庭和社區，而且認為住進老人院既損及自尊，亦會使子女喪失顏面；而老人居住在原社區亦有以下的優點（陳樂屏，民78）：

- 1.仍住在熟悉的環境中，維持原有的人際關係，不會產生適應困難；
- 2.可以找到簡單的工作以打發時間及肯定自我；
- 3.減輕社會福利壓力及公共財政負擔；
- 4.在老家享天倫之樂。

所以以社區為基礎之照顧網絡，對老年人及其家屬而言，既能維持其家庭之完整性，亦可兼顧老人心理與社會的需求。

政府傳統上，對老人福利政策的規劃，一直較重視機構式的照顧，比較不重視老人居家照顧服務；這可以從老人福利法可知一二。因此對老人的照顧呈現有兩極化的現象，即機構式的照顧（institutional care）和家庭照顧。但事實上老人的照顧從機構式照顧到家庭照顧應該是一條連續線，這中間地帶即為社區照顧（community care）。也就是說，讓大部分老人能繼續留在家庭，但卻能很方便的從居住的社區中找到足夠和合適的社會服務，使他們能夠在社區裡維持其生活上的功能和愜意。

壹、問題背景、研究目的、研究方法

一、問題背景：

(一)老年人口的增加

依據內政部統計資料的顯示，台灣地區老人人口六十五歲以上者，從民國五十年的2.49%、民國七十年的4.40%到民國七十八年的5.95%，成長了約一點四倍。從七十六年到七十八年三年間，六十五到七十四歲的老人人口分別是3.94%、4.05%和4.18%；而七十五歲以上的老人人口則分別是1.60%、1.68%和1.77%，可見台灣地區老人人口是隨年而上升（內政部統計提要，民80）。（見表1-1）

表1-1：台灣地區六十五歲以上人口數及百分比

年底別	65-74歲	75歲以上
	人口實數(%)	人口實數(%)
五十	203035 (1.82)	74958 (0.67)
七十	589892 (3.25)	209069 (1.15)
七十五	738334 (3.79)	288227 (1.48)
七十六	774437 (3.94)	314969 (1.60)
七十七	806794 (4.05)	334953 (1.68)
七十八	841190 (4.18)	355972 (1.77)
七十九	890762 (4.38)	373515 (1.84)

資料來源：內政部統計提要，民80。

在台北市方面，至七十八年底，六十五歲以上的老人有十六萬多，佔全市人口的6.04%。而七十九年六十五歲以上的老人刻上升至十七萬多，佔全市人口的6.43%。（台北

市統計要覽，民80）（表1-2）

表1-2：台北市六十五歲以上人口數及百分比

年底別	65-74歲	75歲以上
	人口實數(%)	人口實數(%)
七十五	100446 (3.90)	35733 (1.39)
七十六	108671 (4.12)	39995 (1.52)
七十七	113370 (4.23)	42968 (1.60)
七十八	116023 (4.29)	47311 (1.75)
七十九	124494 (4.58)	50387 (1.85)

資料來源：台北市統計提要，民80。

行政院經建會的推估，到民國八十五年時，六十五歲以上的老年人口將佔總人口的7.09%；至民國八十九年時，六十五歲以上的老年人口將佔8.4%；民國一百年時再提高為9%，面對不斷增加的老人人口數量，老人福利真的愈形重要。

(二)平均壽命之延長

由於出生率與死亡率的下降，人類的平均壽命（life expectancy）得以延長。我國人口的平均壽命（見表1-3），以民國七十七年較之民國四十年，男性增加了17.89歲，女性亦增加了18.89歲；到民國七十七年止，男性的平均壽命是70.99歲，而女性是76.21歲，可見女

表1-3：我國平均壽命變遷表

年 度	性 別	男	女
	1951 (民40)		53.10
1956 (民45)		59.79	65.41
1961 (民50)		62.26	67.72
1966 (民55)		64.14	69.68
1971 (民60)		66.43	71.45
1976 (民65)		68.70	73.59
1981 (民70)		69.74	74.64
1986 (民75)		70.97	75.88
1988 (民77)		70.99	76.21

資料來源：內政部統計提要，民78。

性的平均壽命比男性長達六年。由此統計看出，在規劃老人福利服務時，對女性老人的福利應不可忽視。

(三)男、女老年人人口的比例

在表1-4中，台灣省與台北市的六十五歲以上的老人人口，在民國七十九年底，男性老人人口仍比女性多。但老老年人（八十歲以上者）當中，女性卻有增多的情形，此現象隱含在規劃老人福利時，對女性老年人的需求應以老老年人為重點。

表1-4：我國六十歲以上男、女性的百分比表（民國七十九年）

年齡	區別 性別	台灣省		台北市	
		男	女	男	女
	百分比	51.9	48.1	50.5	49.5
65~69歲		56.9	43.1	57.9	42.1
70~74歲		53.7	46.3	56.9	43.1
75~79歲		50.2	49.8	54.7	45.3
80歲以上		41.9	58.1	47.3	52.8
65歲以上百分比		53.0	47.0	55.8	44.2

資料來源：內政部人口統計，民79。

二、研究目的：

本研究希望探討如果老人選擇居住在自己家裡面，他（她）可能有那些福利需求？這些福利需求之不同是如何產生的？

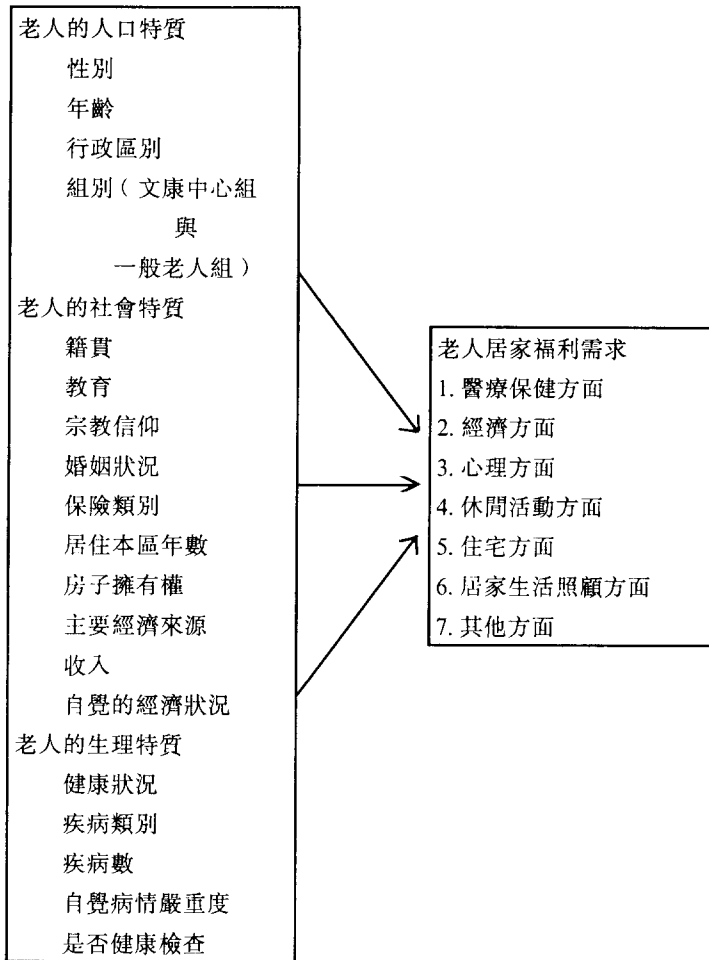
更具體言之，本研究希望能達到下列兩個目的：

(一)瞭解台北市老人因居家照顧而衍生的福利需求。

(二)探討不同特質老人（人口特質、社會特質、生理特質）與老人居家福利需求的關係。

三、研究架構

本研究從相關老人學理論與老人福利論著建構老人的人口特質、社會特質和生理特質與老人居家福利需求的關係，本研究的架構如下：



四、研究方法與限制：

(一)研究方法：本研究採用兩種蒐集資料的方法。分別是：

- 1.檔案研究法：對現有相關老人福利和現狀之研究報告或相關資料予以整理分析。
- 2.問卷調查法：依據研究架構，使用自行編制的問卷，訪問台北市居家的老人對福利需求的看法。

本研究的母體為全台北市六十五歲以上的老人，排除已住在安養院的老人，訪問對象為現在住在家裡的老年人，並以台北市老人文康中心的會員作為另一瞭解對象。

在抽樣方面，以是否參與文康中心成為會員作為區隔的指標，因此在抽樣時，大致可分為兩大組：

1. 文康中心老人的抽樣

在台北市東、南、西、北四所老人文康中心的會員名冊中，以等距抽樣的方法，在各中心抽取二十五名，總計一百名老人。

2. 社區中老人的抽樣

依據老人的年齡區分為兩組：以六十五歲至七十四歲為一組、七十五歲以上的為一組。首先將台北市區分為東、南、西、北、中五個區，在五個區中選抽老人人口比例最多的一區，再在該區中以隨機抽樣的方法，抽取兩個里。在該區衛生所中依老人健康檢查名冊，以等距法依老人年齡比抽樣，總共抽出七十五歲以上老人一百名；六十五歲至七十四歲老人二百五十名，合計本研究總樣本數為四百五十人。

依據民國七十九年的台北市人口統計要覽的資料顯示，目前台北市老人六十五歲至七十四歲和七十五歲以上兩組老人人口的比例，大約在二十五比十。

因此本研究在每個里訪問六十五歲至七十四歲的老人二十五名，七十五歲以上的老人十名，總計每區總抽樣七十名老人，五個區合計三百五十名老人受訪。

本研究發出問卷四百五十份，回收四百四十九份，有效問卷四百四十九份，成功率為99.7%。

(二) 研究限制：

1. 由於本研究把參加文康中心作為一個重要的區隔變項，而從筆者所主持的「台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究」中得知文康中心的老人教育程度偏高，因此使整個樣本中，高教育程度有代表過高的限制。

2. 本研究初期規劃並未把老人福利的供給面和福利多元化層面列入，以致未能在建議部分更具體的劃分政府、民間機構和家庭角色在老人福利供給上的分野實為一憾。

貳：相關文獻探討

一、老人居家的福利需求

(一)需求的界定

在社會福利研究的領域中，早期很少有學者注意「需求」這個概念（詹火生，民78），但晚期這方面的研究逐漸增多，因此對需求的界定益發顯得重要。

學者引用最多的需求定義是Maslow的分類（張春興、楊國樞，民69）。Maslow把人類的的需求分為五大類：

- 1.生理的需求（physiological need）；
- 2.求安全的需求（safety need）；
- 3.相屬和相愛的需求（belongings & love need）；
- 4.受人尊重的需求（esteem need）；
- 5.自我實現的需求（need for self-actualization）。

基本上第一種屬於生理方面的需求，其餘則屬心理方面的需求；Maslow認為滿足生理方面的需求之後，第二種需求則會跟著產生，如此類推。Maslow的「人類需求層次」主要是以「感覺的需求」為出發重點，然後予以層次化。

另一個需求的定義是由Bradshaw（1972）所提出的。Bradshaw在“A Taxonomy of social need”一文中，將需求分為下列四大類：

- 1.規範性的需求（normative need）：以專家或專業人員在某一既定情境時所界定的需求；
- 2.感覺的需求（felt need）：個人依其欲望所感覺的需求；
- 3.表達的需求（expressed need）：轉變成為需要的需求；
- 4.比較的需求（comparative need）：以「區域公平」為原則的需求；假如甲和乙都具有相同的特性，但乙接受某一福利服務而甲沒有，則可說甲有這項需求。

Forder（1974）認為因為規準不同，需求可有不同的界定，可區分為兩大類：

- 1.以由「誰」來界定的角度來看，它有三種界定途徑：
 - a.它可由社會整體依據大眾所達成的共識或所同意的價值來界定；
 - b.它可由有實際需要的福利服務的消費者來界定；

c.可由專家團體來界定。

2.以界定需求所需涉及的「福利服務目標」來區分：

- a.依理想規範（ideal norms）或目標所界定的需求；
- b.依最低標準（minimum standards）所界定的需求；
- c.依社會中的平均標準所界定之比較的需求（comparative need）；
- d.依個人對自己需要的感覺所界定的「感覺需求」（felt need）；
- e.依特定技術、程序或知識為基礎所界定的需求（definition in terms of specific techniques）。

Miller（1976）在提出「社會正義」這觀點時，指出社會正義應包括權利（right）、應得（desert）及需求（need）三個要素。以下指出他對需求的分類：

- 1.工具性的需求（instrumental needs）：這種需求的滿足是爲了要達到更進一步的目的，所以只是手段。
- 2.功能性的需求（functional needs）：其需求的滿足是爲了要完成某些功能。
- 3.內在性的需求（intrinsic needs）：此種需求的滿足是爲了正常人類的機能。

Benn & Petters（Edwards, 1987）則把需求劃分爲：

- 1.生物性的需求（biological needs）：是關於維持生存的需求。
- 2.基本的需求（basic needs）：是有關於維持一個相當程度的生活的需求。
- 3.功能性的需求（functional needs）：是爲了達到另一個較爲急迫的目的。

最後Braybrook（Edwards, 1987）依急迫程度把需求分爲二種：

- 1.生命中必然的需求（course-of-life needs）：顯示較爲急迫的需求，其滿足是爲了某些正常形式的功能。
- 2.偶然性的需求（adventitious needs）：較爲間接而次要的需求，其滿足是爲了完成某些計劃。

（二）福利需求的界定

基本上，需求（need）與福利需求（Welfare need）是有所區別的。Susan Clay-

ton (1983) 指出，所謂需求是一個人的需要，而此需要可由兩個途徑來獲得滿足。

第一：是透過市場機能 (market mechanism)，以個人的經濟消費能力，從市場購置滿足自己需要的資源。

第二：是透過社會福利機構，以政治力的介入，提供各種福利資源，免費或部分收費的提供給需要的個人或家庭。

因此，由上述的區分可知，只當一個人無法從市場機能取得其資源時，其需求就會轉化成爲「福利需求」，而依賴政府的福利機構所供應 (詹火生，民78)。

本研究中的福利需求，主要是探討福利服務消費者其主要的感覺需求，而這些需求是無法透過市場機能獲得滿足，必須由政府或民間的社會福利機構來提供不同的福利資源。

(三)老人福利需求的內涵

1.老人居家福利的定義

依據行政院主計處的老人生活調查 (民79) 可知，我國老人目前和理想之居住方式，都是以與子女同住爲主，分別佔65.65%。因此由上述兩個客、主觀的數據顯示，實際和理想中老人大部份97% 都比較喜歡留在家中和原社區內生活，而喜歡到安養機構者只佔1—3%。究其原因主要是傳統價值觀的影響、安養機構設備不佳，以及老人對安養機構存有不良的刻板印象等 (徐麗君、蔡文輝，民74)。

既然大部份老人想留在社區中，如何爲他們規劃一個完善的服務輸送網絡，而使其安居家中便可得到理想的福利服務，是老人福利政策的發展重點。

本研究所謂的老人居家福利是指提供居住在一般社區在自家住宅裡 (不包括療養和安養機構內的老人) 的老人之各種福利措施，其目的是維護居住在家裡的老人，使其心理、生理、社會各方面都能得到均衡和健康的發展，而這些福利服務是可以透過政府或民間機構來提供的。

2.老人福利需求的類型

至於老人的福利服務應包括那些內容？不同的學者有不同的歸類方法，大致可以服務項目、服務型態、不同年齡、老人的活動能力和福利服務提供部門，來說明老人所需的福利範

圍。現分述如下：

(A) 以服務項目來區分

依據老人福利法的內容，我國對老人的服務範圍可分為四大類：（蔡漢賢，民78）

- a. 扶養部分：以服務無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人為目的；
- b. 療養部分：以療養罹患長期慢性疾病或癱瘓老人；
- c. 休養部分：以舉辦老人休閒、康樂及聯誼為主；
- d. 服務部分：提供綜合性的服務。

以台北市老人福利措施以老人福利法為準據，加上考量台北市的社會特質，參照老人的需求而制定，其內容包括：（許水德，民77）

- a. 安置頤養：包括無依老人安置和自費老人安養；
 - b. 在宅服務：對無自理生活能力、長期患病、行動不便者，以及申請養老院正等待進住者；
 - c. 醫療保健；
 - d. 文康休閒服務：包括俱樂部和文康活動中心；
 - e. 推展老人人力銀行：鼓勵老人就業或提供老人積極貢獻社會的機會；
 - f. 敬老優待：如公民營交通工具優待，進入康樂場所及參觀文教設施享受半價優待等。
- 徐立忠（民78）在其「老人問題與對策」一書中指出，老人的福利需求可分為三方面，包括：

a. 生活上的需求：由於退休後經濟收入減少，使老人在食、衣、住、行各方面都感到不足，極需經濟上的支援；因此必要建立公務員退休養老制度、社會保險老年給付制度、企業年金補助制度，以及社會扶助措施。

b. 健康上的需求：由於老人生理上的退化，容易罹患各種慢性疾病，加上許多老人沒有醫療保險，醫療費用常會佔去生活支出的大半，亦增加子女的負擔；因此老人疾病的防治與建立完善的醫療保險制度是老年生活的護身符。

c. 精神上的需求：由於老人缺乏時代的適應力，自我功能較弱，心理與精神失去平衡，缺乏支持，容易造成精神狀態失常；因此對老人必須安排適當的社會參與和休閒活動。

最後，以美國的老人福利措施，主要分經濟、醫療保健、就業協助和生活安排四方面。（許水德，民77）

a.經濟方面，包括：老年遺屬殘廢保險、老年救助、一般救助、民間舉辦老年退休年金計劃。

b.醫療保健方面，包括：老人醫療救助、老人醫療照顧、看護之家（nursing home）、老人醫院。

c.就業協助方面，包括：提供志願服務機會、寄養祖父母方案、增加社區就業服務計劃。

d.生活安排方面，包括：老人營養方案、興建老人專用住宅、提供老人再教育的機會、成立多目標老人活動中心、日間老人照顧中心、養老院。

（B）以服務型態區分

Koff（1982）指出，長期照護系統（long-term care system）的服務是一連續性的服務。對各年齡層的老人，因生理或精神上的疾病，提供機構或非機構式的診斷、預防、治療、復健及支持等服務，其目標是提升個人的生理、心理和社會的功能。目前長期照護常會與衰老老人的照顧聯想在一起。

在長期照護系統中須包括提供資訊、轉介、接觸、評估和個案管理等概念，而將服務輸送至案主身上。

Koff對長期照護系統提出四個服務模式，分述如下：

a.整合家庭與服務中心模式（integrated home & service center model）此模式的老人是居住在家中，本身有自我活動的能力，透過交通工具到服務中心得到服務。家中成員與中心亦有密切的聯繫，而中心會提供家中成員如何有效適當的照護老人。

其服務內容包括：1.交通接送；2.午餐服務；3.健康檢查；4.休閒、教育活動；5.心理諮商服務；6.房屋維修；7.法律服務；8.電話懇談；9.協助購買生活用品；10.居家照護（Home Health care）。

b.聚合服務模式（the congregate service model）

此模式的老人須住在機構（setting）中，而入住前須經過獨立能力的檢查，老人須有自

我照顧的能力，由於老人住在機構中，家庭的角色便獲得減輕。

其服務內容包括：1.午餐服務；2.休閒、教育活動；3.受到一般的監視與督導；4.健康教育的知識；5.交通接送服務；6.協助購買的服務；7.居家照護（Home Health care）。

c.到家照顧服務模式（home care model）

此模式的老人由於身體脆弱或臥病在床而不能外出，因此服務的方式是直接到案主家中。此模式的原意亦是希望老人能繼續留在家中，而不須入住機構與家人保持關係。

其服務內容包括：1.電話慰談；2.午餐或食物服務；3.家事助理員服務（homemaker）；4.友善訪談；5.購物服務；6.陪同就醫服務。

d.機構照顧模式（the institutional care model）

在以下三種情況之下才使用機構照顧的模式：

- 1.上述三種模式的條件都不符合者；
- 2.須一段復健的時期，之後會轉送至其他服務方式；
- 3.老人或其家人在某一段時期須機構式提供臨托的服務。

機構照顧模式有高度被監視的感覺，而老人自理能力亦較低，依賴程度較高。

其服務內容包括：1.住宿服務；2.看護照顧（nursing care）；3.醫療照顧（medical care）；4.交通接送服務；5.心理諮商服務；6.物理治療、職業治療；7.宗教服務；8.社會服務。

圖一是Koff所介紹長期照護的內容（見下頁）。

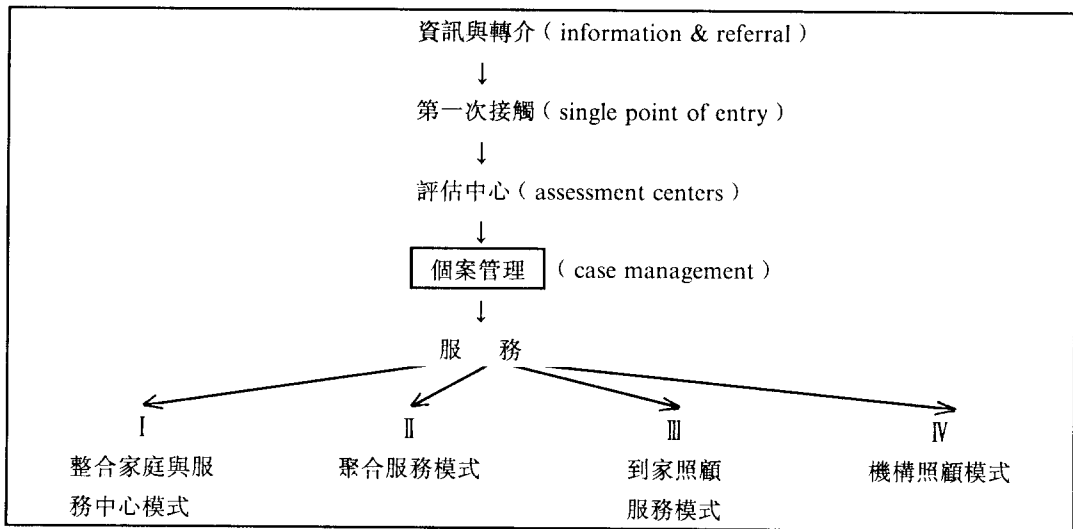
Bergman & Lowenstein（1988）以以色列的老人福利為例子，提出老人的福利供給包括下列三個服務的形態：

a.以家庭為基礎的服務（home based services）

以家庭為基礎的服務形態，其強調調合個人照顧（personal care）、家庭管理（home management）、醫療和健康的需求，以及環境與社會支持。

服務內容包括：

- 1.醫療與看護服務：由專業的家庭醫師與看護人員到家中作醫護服務；
- 2.聯合的健康服務（allied health services）：到案主家中提供物理與職業治療；



圖一：長期照護的成份（資料來源：Koff, 1982）

3.個人看護與家事助理員的服務：協助老人淋浴、餵食和穿衣等；

4.家事維持與家庭管理服務（household maintenance and home management services）；包括家中清潔、購買、準備餐點等；

5.專業的社會服務（professional social service）：在此社會工作人員扮演重要的角色，協助組成多專業的小組（multi-professional teams），成員包括醫師、護士、物理治療師等，為案主評估、確定其所需的服務。

b.開放式以社區為基礎的服務（community based services）

社區服務可區分為兩個層次：1.微觀的層次：針對案主個別需要來提供的；2.鉅觀的層次：針對各年齡層的老人來提供的服務。

服務內容包括：

1.微觀的層次：包括日托服務（day care services）；營養午餐服務—由午餐俱樂部（luncheon clubs）對不能自行煮食的老人，提供營養午餐的服務寄養家庭照顧（foster family care）；住屋服務（housing services）—為協助老人繼續居住在社區中，替老人維修房子和安置改善居住環境的硬體設施。

2.鉅觀的層次：設立社區老人中心（community senior center），這中心是一個較全

面的服務，可接近各年齡層的健康老人，強調社會和職業性的活動，提供休閒、娛樂等社會需求。

c. 封閉式的機構照顧服務 (institutional services)

對老人福利而言，機構式照顧是基本的社會服務內容，其包括兩種類型：分別是住宅式老人之家 (residential old age homes) 和長期照護之家 (long-term care homes)。

綜合而言，以福利服務的模式來區分，老人的福利服務可歸納為三大類，分別是以家庭、社區和機構三種為基礎，與本研究的分類一致。

(C) 以老人年齡區分

美國健康、教育和福利部以年齡將老人分為三類：1. 年輕老人 (young-old)，由六十五至七十四歲；2. 中老年人 (moderately-old)，由七十五至八十四歲；3. 老老人 (old-old)，八十五歲以上者 (Cantor and Little, 1985；江亮演，民70)。

依據上述年齡的分類，Cantor and Little (1985) 提出不同年齡層的老人應提供不同的福利服務，分述如下：

1. 六十五～七十五歲，其需求重點是：
 - a. 老人中心 (senior centers)；
 - b. 午間聚餐方案 (congregate meal programs)；
 - c. 成人教育；
 - d. 志願服務的機會。
2. 七十五～八十四歲，其需求重點是：
 - a. 日常生活照顧的服務；
 - b. 家事雜務的處理；
 - c. 購買日常用品服務；
 - d. 交通接送服務。
3. 八十五歲以上，其需求重點是：
 - a. 在宅服務；
 - b. 個人照顧服務 (personal care)；

c.老人臨托服務。

從年歲來劃分服務的不同，可以看出年輕老人的服務傾向於知識、休閒與志工的服務；中老人傾向於生活照顧和護送服務；老老人則傾向於需求密集性生活的照顧。

除上述的區分外，部份老人和其家人都需要心理諮商和法律的服務。

(D)以老人活動能力區分

因不同的年齡和生理的狀況差異，老人的自我活動能力亦有不同，所以依老人活動能力，可以區分為三類：1.健康的老人（well elderly）約佔60%的老年人口，其活動能力較高；中度衰弱的老人（moderately impaired elderly）約佔30%的老年人口，其活動能力普通；3.極衰弱的老人（frail impaired elderly）約佔10%的老年人口，其活動能力較低。

針對不同活動能力的老人，非正式系統與正式系統都須提供各種的服務內容，扮演不同的服務供給的角色（Cantor & Little, 1985）。

(1)非正式系統（informal system）：

a.活動能力較高的老人，其需要的服務包括：因疾病而需要的短期協助、短期的在宅服務、交通接送服務、問題建議服務、物質與金錢協助、訪談和提供情感的支持。

b.活動能力普通的老人，其需要的服務包括：資源體系之間的磋商（system negotiation）、協助財物管理、陪同就醫服務、在宅服務。

c.活動能力較低的老人，其需要的服務包括：同住的伙伴（co-residence）、完全的金錢管理、在宅服務——包括午餐、購買、甚至較重的家事、個人照顧——如梳洗、淋浴與服藥等事宜。

(2)正式系統（formal system）方面：

a.活動能力較高的老人，其需要的服務包括：公共交通工具的費用減免計劃、資訊與轉介服務、協助申請服務（assistance with entitlements）、文化與精神充實方案、社會化與娛樂機會的提供，如老人中心、公園等。

b.活動能力普通的老人，其需要的服務包括：連接相關福利措施的服務、老人諮商服務、交通接送、友善訪問、聚合型的老人住宅、家庭雜務的服務。

c.活動能力較低的老人，其需要的服務包括：機構照顧、保護服務、個案管理、諮商

服務——包括老人、其家人或成立自助團體、托服務，如日間醫院、日間照顧中心、家事助理服務、居家醫療服務與護理人員訪視、輪上飲食服務——老人無力自炊者，由慈善團體以汽車運伙食到家之服務。

(E)以福利服務提供部門來區分

福利服務的供應可區分為：1.中央政府；2.地方政府；3.地方政府與民間私人慈善團合辦；4.由民間私人慈善團體所推行（許水德，民77）。

不同部門可提供老人不同的福利服務，現分述如下：

- (1)中央政府方面，包括：保險法案、健康服務法案、救助法案；老人年金制度。
- (2)地方政府方面，包括：養老院及老人招待所；醫療人員定期的家庭訪視；免費乘車、娛樂場所、博物館的入場優待。
- (3)地方政府與民間私人慈善團體合辦，包括：老人寄養家庭；老人在宅服務；友愛訪問；免費洗衣服務；日間照顧服務中心；老人休閒俱樂部。
- (4)民間私人慈善團體舉辦的服務，包括：老人俱樂部；療養院；家庭訪視；輪上飲食服務（Meal-on-wheel）。

(四)我國目前相關的老人福利需求之研究

一旦列入老人之林，不可避免在生理、心理、經濟、社會方面會產生諸多的依賴和問題，為了更有效的幫助老人適應其生活，政府機構和學者都做了一連串與老人福利需求相關的研究，此部份對目前國內的研究作一整理。

(一)陳宇嘉於民國七十一年，在高雄市以家戶中有高齡老人之戶長為對象，所進行之訪問中發現：受訪者認為該戶老年人所需要的福利服務項目，以健康檢查、醫療半價、巡迴醫療等三項目有關老人醫療的服務措施為首，其次才是老人休閒活動，以及老人安養之需求（陳宇嘉，民74）。

(二)徐震在民國七十四年，以台北縣為範圍進行抽樣訪問調查。其訪問對象包括一般年老居民（三一〇人）、公立安養機構老人（六〇人），以及私立安養機關老人（三〇人）三類。結果發現，老人之福利需求以健康醫療需求為最優先，其次為諮詢服務、法律顧問、住

宅服務、通訊刊物服務等在內之其他福利需求；再次則為經濟生活需求、社會參與需求、休閒需求，以及居住安養需求（徐震，民75）。

(三)行政院主計處在民國七十五年，隨同勞動力調查所作的老人現況調查結果可知，在一〇二萬受訪之六十五歲以上老人（含居住在安養機構者）中，對政府應優先提供之老人福利措施，則以回答「老人看病醫療費用優待」者最多佔58.2%，其次為「增設老人休閒活動中心」佔20.2%，「長期慢性病療養中心」佔14.6%，「提供老人在宅服務」佔3.9%，「增設老人諮詢心理輔導服務」佔1.7%（行政院主計處，民76）。

(四)北市社會局的老人關懷訪視調查中，受訪老人將「醫療保健」列為第一優先佔62.2%，其次是「經濟扶助」佔14.7%，「文康活動」佔9.4%，「關懷訪問」佔6.4%，「安養服務」佔6.1%（台北市社會局，民76）。

(五)行政院研考會委託陸光教授的「我國老人福利法執行成效之評估」研究顯示，依據居家老人、行政院主管人員、專家學者的調查結果，意見相當一致。綜合三者的意見，需求較為迫切的項目依次為：（行政院研考會，民78）

- 1.積極設置癱瘓與慢性疾病老人的療養機構。
- 2.增加扶養年老父母等尊親屬的所得稅寬減額。
- 3.舉辦減輕老人醫療負擔的老人健康保險。
- 4.對貧困老人給予家庭補助。
- 5.加強傷殘老人的復健工作。

(六)行政院主計處於民國七十八年底所做的台灣地區老人狀況調查報告顯示，老人期望政府改善之福利措施，應最優先辦理者，為「看病醫療費用之優待」佔51.65%，「籌設長期慢性病療養中心」者佔14.18%居次，再次則希望優先「增設老人休閒活動中心」與「鼓勵老人參與社團活動」分別佔了9.15%與7.98%（行政院主計處，民79）。

綜合前述的實證研究可發現，雖然不同研究者對老人福利服務項目之分類方式不一，其福利需求之探討方式略異，但共同之發現：就老人福利需求中，不外乎為醫療保健、經濟需求、休閒安排等。至於老人在安養的需求約只有5-6%之間，可見從一般老人訪視的資料顯示，大部分老人仍是以居家福利的需求為最多。

參、研究發現

一、樣本特性分析

本研究的樣本中，其具有下列的特性：

(一)人口特質方面

1.行政區別：本研究將台北市分為東（包括大安區、松山區、信義區）、南（文山區）、西（萬華區）、北（士林區、北投區、內湖區、南港區、大同區）區和中（中正區、中山區）五大部份，受訪者以居於北和東區者最多，分別佔24.7%和22.3%。

2.組別：本研究在文康中心抽樣100名老人，故分文康老人組和一般老人組，文康老人組佔22.3%，一般老人組佔77.7%。

3.性別：受訪者的性別，男性佔57.2%；女性佔42.8%。

4.年齡：本研究以65歲以上老人為研究對象，在受訪者中「65—74歲」的老人佔71.9%，而「75歲以上」則佔28.1%。

(二)社會特質方面

1.籍貫：以「大陸各省市」者居多，佔59.0%；「本省閩南」佔39.0%；其餘為「本省客家」佔2%。本研究並未抽到原住民同胞。

2.教育程度：受訪者以「未接受正式教育」、「小學」程度者居多佔47.1%；「大專以上」程度者佔29.9%；而23%是「初中（職）」與「高中（職）」程度。

3.宗教信仰：以「民間信仰」為主佔57.5%，其次是「無」宗教信仰佔27.6%，「基督教」、「天主教」則各佔12.0%與2.2%。

4.婚姻狀況：「已婚」者佔大部份，佔67.3%；而「失婚」者包括分居、離婚和喪偶，共佔29.8%。

5.保險類別：大部份受訪者沒有保險，佔46.1%，而有保險的老人，主要的保險種類是「公保（眷保）」，佔33.9%。

6.居住本區的年數：居住於本區「1—10」年者最多，佔34.5%，而值得注意的是居

住於本區30年以上者，共佔36.3%，可見大部分受訪者較喜歡留在已習慣的社區中。

7.房子擁有權方面：有77.7%的受訪老人，住在屬於自己的房子。就業情形：大多數受訪者是「未就業」佔84.4%，而「擁有正式工作」、「偶而兼兼差」各佔10.5%和5.1%

8.職業別：在七十名「擁有正式工作」與「偶而兼兼差」的是受訪者中，有二十二名為自由業，而分別有十四名和十一名是工商業的受僱者和工商業的經營者。

9.主要的經濟來源：受訪者的主要經濟來源，主要由兒子和媳婦提供，佔35.8%；以養老金、退休金或撫卹金來維持經濟的佔30.3%；本人或配偶的工作收入維持經濟的佔13.8%，而其餘分別是收房租、利息、股利等儲蓄或產業所得，女兒和女婿提供的，各佔7.1%和6.5%。

10.收入：此收入是指老人每月經濟來源的總額，調查結果顯示，每月收入在「5000—14999元」的最多，佔28.3%，其次回答「不一定」的佔24.0%，「15000—24999元」佔17.9%，值得注意的是收入在「4999元以下」的亦佔11.2%，顯見老人的收入偏低。

11.目前經濟情形：詢問老人主觀認為其經濟的情形，以經濟情形普通（收支平衡）者最多，佔61.1%；其次為小康（稍有儲蓄）佔25.3%；清寒（偶或不足）和貧苦（靠救濟生活）者，各佔9.7%和2.0%。

(三)生理特質方面

此部份主要是瞭解老人的生理狀況，現分述如下：

1.健康狀況：受訪老人的健康情形有三分之二的人尚稱良好。自覺健康「尚可」的佔35.0%，表示「健康」與「很健康」的各佔26.6%與20.1%，另有17.2%和1.1%的老人表示「不健康」和「極不健康」。

2.疾病類別：在經醫師診斷下，老人的疾病類別以患高血壓和心臟病所佔的比例較高，分別是27.2%和16.7%。

3.疾病數：受訪老人中有三分之二患有一種或以上的疾病。「一種疾病」的老人佔36.1%；「二種」佔19.4%；「三種」或「四種或以上」的各佔7.8%與4.9%。

4.自覺病情的嚴重性：在306位患病的老人中，有32.1%覺得病情嚴重。

5.與同齡老人比較之健康情形：覺得自己比其他老人「較不健康」佔15.2%其餘

43.0%的老人都覺得自己比同齡老人健康，與其他老人健康差不多的佔41.9%。

6.是否曾做健康檢查：有60.6%的老人曾做過健康檢查；而其中有73.5%的老人是在最近一年內做的。

7.沒有做健康檢查的原因：在177位未做健康檢查的老人中，其原因有三：以「身體健康不必檢查」佔48.0%；而「不知道去那裡檢查」和「怕檢查出不好的結果」各佔12.4%和7.3%。

8.老人日常生活功能的評估：

在一般日常生活的功能中，大部份（有百分之九十）老人均能自理。

值得注意，一些較細緻和困難度高的工作，如乘搭公車、上街購買日常用品、上下樓梯、處理金錢等，有部分老人表示需要別人協助。其中以「乘搭公車」一項較明顯，此與公車司機的態度也有關係。

(四)老人家庭生活狀況之瞭解

此部份的目的為瞭解老人的家庭生活和結構，現分述如下：

1.家庭人口數：調查顯示受訪老人的家庭人口數以「3—6人」最多，佔53.8%；「2人」者，佔24.3%；而「7人以上」和「獨居」者各佔15.4%和6.5%。

2.家庭結構：受訪老人中有35%是「三代同堂」；有19.2%是與未婚成年子女同住（包括與老伴和喪偶者）；而夫婦二人同住的佔17.8%；與子媳同住（包括與老伴和喪偶者）的佔9.1%。

3.主要照顧老人的人：「老伴」仍是主要照顧老人的人，佔28.5%；其次是以「子、媳」來照顧，佔28.0%；而老人自己照顧自己亦佔26.5%。

4.對照顧的滿意情形：老人對目前照顧者的滿意情形，大部份表示「滿意」與「非常滿意」，各佔69.2%與21.6%。

5.喜歡由誰來照顧：主觀而言，大部份老人較喜歡由「老伴」或「子媳」來照顧，各佔26.5%和26.3%；而自己照顧自己則佔21.2%。

(五)樣本與台北市母群體的差異性分析

本研究在抽樣過程中，有部份採取立意抽樣，以選取行政區，然後再分層隨機抽樣，所

以在與母群體（台北市老人）的特徵上，也許會有一些差異。

本研究特別選取行政區別、性別、年齡、教育程度和就業情形等母群體已有的資料來做差異性分析。

其中性別與年齡均未達顯著水準，顯示本樣本在性別與年齡的分配上與台北市老人近似。

至於行政區別、教育程度和就業情形差異均達顯著水準（ $X^2=101.61$ ， $P<.001$ ），即本研究的受訪者以南區、西區代表性偏高，而東區、北區的樣本代表性偏低。教育程度方面，高學歷者有代表性偏高的現象，（ $X^2=391.52$ ， $P<.001$ ）。但在就業方面，有工作者遠低於台北市老人的母群體（ $X^2=138.35$ ， $P<.001$ ）。

二、老人的居家福利需求

本研究依需求的程度分別給予5分、4分、3分、2分、1分，以平均數計算老人對各項福利措施的需求程度。

(一)醫療保健方面：

對於醫療保健的五項服務中，以平均數為準，其需要的次序是：1.健康保險（2.94）；2.巡迴醫療車服務（2.59）；3.醫療保健器材的補助（2.50）；4.日間醫院（2.34）和5.眼鏡、助聽器補助（2.25）。

(二)經濟方面：

對於經濟方面的六項服務中，以平均數為準，其需要的次序是：1.提高扶養老人親屬的所得稅寬減額(3.37)；2.提供老人存款優惠利率(2.97)；3.提高生活補助(2.86)；4.辦老年年金保險(2.62)；5.提供老人再就業(2.08)和6.延長老人退休年限(2.07)。

(三)心理方面：

對於心理方面的五項服務中，以平均數為準，其需要的次序是：1.提供老人危機處理服務（2.52）；2.成立老人自助團體（2.44）；3.設立老人心理輔導機構（2.32）；4.義工定期作友善訪視（2.28）；和5.老人虐待防治服務（1.96）。

(四)居家生活照顧方面：

對於居家生活照顧的六項服務中，老人其需要的次序是：1.居家醫療服務（2.39）；2.

居家護理服務（2.30）；3.家事助理（1.94）；4.協助餐食服務（1.79）；5.餐飲送府服務（1.72）；6.代為購物服務（1.64）。

(五)老人休閒活動方面：

對於老人休閒活動等五項服務中，老人其需要的次序是：1.推廣老人運動（2.94）；2.成立老人俱樂部（2.78）3.增加老人再進修機會（2.34）；4.協助老人成立義工團體（2.33）；5.提供老人志願服務資訊（2.27）。

(六)住宅方面：

對於住宅方面等三項服務中，老人其需要的次序是：1.住宅維修服務（2.32）；2.提供國民住宅出租給老人（2.23）；3.清寒老人房租補助（2.21）。

(七)其他方面：

其他的福利服務中，老人的需要次序是：1.子女照顧老人的假期（2.92）；2.法律服務（2.19）；3.祭葬費的補助（2.15）；4.交通接送服務（2.01）；5.退休規劃的服務（1.99）；6.臨時托老服務（1.84）；7.老人集體用餐服務（1.65）。

綜合而言，在七大類的老人居家福利需求中，老人需求的順序如下：1.經濟方面（2.65）；2.老人休閒活動（2.533）；3.醫療保健方面（2.527）；4.心理方面（2.30）；5.住宅方面（2.26）；6.其他方面（2.10）；7.居家生活照顧（1.96）。（見表2-1），不過由於本研究有文康中心老人，所以休閒需求提前，在另一研究中採分組比較，一般老人的休閒為第三順序，醫療則為第二順序。而經濟需求在一般社區之老人及兩組合併之老人，均躍為第一順位卻是值得當局思考的（謝美娥，民81）。

三、老人居家福利需求的變異數分析

基本上，不同的老人（基本資料的不一）對居家福利應有不同的需求。因此，本研究透過變異數分析來瞭解不同特質的老人，其不同的居家福利需求。本研究強調老人「自己」和「目前」的福利需求情形。

(一)醫療保健方面：

* 由於篇幅所限，本文刪除許多表格，改以文字簡單說明，造成讀者不便，尚請見諒。

表2-1：老人居家福利需求的平均數

老人居家福利項目	平均數	得分高低順序
1.醫療保健方面	2.527	3
2.經濟方面	2.654	1
3.心理方面	2.298	4
4.居家生活照顧	1.963	7
5.老人休閒活動	2.533	2
6.住宅方面	2.255	5
7.其他	2.098	6

(N = 449)

1.人口特質

人口特質的變項，如行政區別 ($F=2.14$; n.s) 組別 ($F=1.72$; n.s)、性別 ($F=0.05$; n.s) 和年齡 ($F=1.93$; n.s)，在醫療保健福利需求上並沒有明顯的差異。

2.社會特質

(1)社會特質方面，只有教育程度、保險數和收入達統計上的差異；其他變項如籍貫 ($F=1.51$; n.s)、宗教信仰 ($F=0.63$; n.s)、婚姻狀況 ($F=1.59$; n.s)、目前是否有工作 ($F=0.71$; n.s)、是否有參加正式社團 ($F=1.13$; n.s) 等，在醫療保健福利需求並沒有明顯差異。

(2)在教育程度此變項顯示，不同的教育程度在醫療保健福利需求上會有明顯的差異 ($F=2.60$; $P<.05$)、教育程度稍高者；其醫療保健需求較低。

(3)在保險數上，不同的保險數在醫療保健福利需求上有明顯的差異 ($F=2.62$; $P<.05$)，其中沒有保險與參加三種以上保險的，其醫療需求均較高。

(4)收入方面，不同的收入在醫療保健的福利需求有差異存在 ($F=2.91$; $P<.01$)、收入較低者，醫療保健的需求較高。

3.生理特質

(1)目前健康狀況而言，不同的健康狀況對醫療福利需求有明顯的差異 ($F=4.24$; $P<.01$)，愈不健康者其醫療保健需求愈高，而其中極不健康組其需求特別高。

(2)其餘變項如疾病數 ($F=1.85$; n.s)、自覺病情嚴重性 ($F=0.76$; n.s)、和是否

做過健康檢查 ($F=2.32$; $n.s$)，皆沒有達統計上的差異。

綜合而言在醫療保健的福利需求上，老人的教育程度、保險數、收入、目前的健康狀況是較重要的解釋變項。

(二)經濟需求方面：

1.人口特質

(1)人口特質方面，只有性別和年齡達統計上的顯著差異；其他變項如行政區別 ($F=1.86$; $n.s$) 和組別 ($F=0.003$; $n.s$) 在經濟上的福利需求均沒有明顯的差異。

(2)性別上男性與女性在經濟的福利需求有明顯的差異 ($F=8.09$; $P<.01$)，男性對經濟方面的福利有較大的需求。

(3)年齡上65~74歲與75歲以上兩組，在經濟的福利需求有差異 ($F=4.13$; $P<.05$)，而65~74歲組比75歲以上組需求較高。

2.社會特質

(1)社會特質方面的變項，只有婚姻狀況和收入達統計上的差異；其他變項如籍貫 ($F=0.14$; $n.s$)、教育程度 ($F=1.98$; $n.s$)、宗教信仰 ($F=0.93$; $n.s$)、保險數 ($F=1.12$; $n.s$)，和目前是否擁有工作 ($F=0.80$; $n.s$) 和是否參加正式社團 ($F=0.72$; $n.s$) 在經濟上的福利需求都沒有明顯的差異。

(2)婚姻狀況的不同對經濟上的福利需求有顯著的差異 ($F=3.08$; $P<.05$)，而分居者有較高的經濟需求。

(3)收入的不同在經濟上就會有顯著不同福利需求 ($F=2.75$; $P<.01$)，收入越低其對經濟上的福利需求越高。

(4)以自覺經濟情況來瞭解老人在經濟方面的福利需求，結果達到顯著，其中自覺經濟情況較好者，則經濟需求較低 ($F=8.91$; $P<.001$)。

3.生理特質

(1)只有疾病數的多寡達統計上的差異，疾病數目越多的老人，其對經濟上的福利需求越高 ($F=2.44$; $P<.05$)。

(2)另外的變項如目前健康狀況 ($F=1.27$; $n.s$)、自覺病情嚴重性 (

$F=0.80$; n.s)、是否曾做健康檢查 ($F=1.15$; n.s) 都沒有達統計的差異。

綜合而言，影響經濟上的福利需求之重要變項是收入、自覺經濟情況、性別、年齡、婚姻狀況和疾病數等。

(三)心理福利需求方面：

1.人口特質

(1)性別方面顯示男性組比女性組較需要心理方面的福利需求 ($F=8.82$; $P<.01$) 。

(2)其他變項如行政區別 ($F=0.38$; n.s)、組別 ($F=2.77$; n.s)、年齡 ($F=2.07$; n.s) 等均沒有達到統計上的顯著差異。

2.社會特質

(1)教育程度的不同，在心理方面的福利需求亦有差異 ($F=3.39$; $P<.01$)，教育程度較低者，心理方面的福利需求較低。但其中專校組比其他的教育程度組別對心理的福利需求更高。

(2)其他變項，籍貫 ($F=0.55$; n.s)、宗教信仰 ($F=0.36$; n.s)、婚姻狀況 ($F=1.98$; n.s)、保險數 ($F=1.99$; n.s)、目前是否有工作 ($F=0.66$; n.s) 收入 ($F=2.08$; n.s)、是否參加正式社團 ($F=1.29$; n.s) 都沒有達統計上的顯著差異。

3.生理特質

生理特質方面的變項都沒有達統計上的差異，如目前健康狀況 ($F=0.84$; n.s)、疾病數 ($F=0.66$; n.s)、自覺病情嚴重性 ($F=0.07$; n.s)，是否曾做健康檢查 ($F=0.049$; n.s) 。

綜合而言，只有性別、教育程度兩個變項對心理方面的福利需求有較大的差異。

(四)居家生活照顧的福利需求：

1.人口特質方面

(1)男性組比女性組較需要居家生活照顧的福利服務 ($F=5.68$; $P<.05$) 。

(2)其他變項如行政區別 ($F=1.52$; n.s)、組別 ($F=2.77$; n.s) 和年齡 ($F=0.16$; n.s) 都沒有達顯著差異。

2.社會特質方面

(1)只有籍貫此變項對居家生活照顧的福利需求達顯著的差異 ($F=4.82$; $P<.01$)，客家籍人士在居家生活照顧的需求更低，本省閩南人士次之，大陸各省市籍則最高。

(2)其他變項如教育程度 ($F=1.97$; n.s)、宗教信仰 ($F=1.65$; n.s)、婚姻狀況 ($F=1.03$; n.s)、保險數 ($F=2.25$; n.s)、目前是否有工作 ($F=0.07$; n.s)、收入 ($F=1.47$; n.s)、是否參加正式社團 ($F=0.38$; n.s) 都沒有達顯著差異。

3.生理特質方面

(1)目前健康狀況的不同會有不同程度的居家生活照顧的福利需求、健康狀況越不佳其對居家生活照顧的需求就越高 ($F=2.38$; $P<.05$)。

(2)其他變項如疾病數 ($F=1.56$; n.s)、自覺病情的嚴重性 ($F=1.19$; n.s)、是否做健康檢查 ($F=0.002$; n.s) 都沒有達統計上的差異。

綜合而言，只有性別、籍貫、和目前健康狀況等變項，對居家生活照顧福利需求有較大的差異。

(五)休閒活動方面的福利需求：

1.人口特質方面

(1)行政區別在休閒活動的福利需求上，並沒有顯著差異 ($F=1.16$; n.s)。

(2)組別上文康老人組較一般老人組有較高的休閒活動需求 ($F=16.98$; $P<.001$)。

(3)性別方面，男性對休閒活動的需求比女性為高 ($F=14.76$; $P<.001$)。

(4)年齡方面，65~74歲的老人對休閒活動的需求亦比75歲的老人為高 ($F=8.07$; $P<.01$)。

2.社會特質方面

(1)教育程度方面，教育程度較低的老人，對休閒活動的福利需求亦較低 ($F=7.57$; $P<.001$)。

(2)婚姻狀況方面，不同的婚姻狀況對休閒活動的福利需求有不同，而離婚與分居的老人，對休閒活動的需求較高 ($F=2.74$; $P<.05$)。

(3)保險數方面，其顯示保險越多，其對休閒活動的需求越高；而無保險者的休閒活動的需求較低 ($F=6.11$; $P<.001$)。

(4)收入方面，不同收入的老人對休閒活動的福利需求有不一（ $F=2.68$ ； $P<.05$ ）收入在中等的老人其休閒活動需求最高。

(5)是否參加正式社團方面，有參加正式社團的老人比沒有參加社團的老人，有較高的休閒福利需求（ $F=15.23$ ； $P<.001$ ）。

(6)另外有兩個變項，分別是宗教信仰（ $F=1.02$ ；n.s）和目前是否有工作（ $F=0.78$ ；n.s）並沒有達到統計上的顯著差異。

3.生理特質方面

(1)目前健康狀況的不同，對休閒活動的需求有則有不同，身體很健康的老人對休閒活動的需求就較其他老人高（ $F=3.15$ ； $P<.01$ ）。

(2)其他變項如疾病數（ $F=1.47$ ；n.s）、自覺病情嚴重性（ $F=0.69$ ；n.s）和是否曾做健康檢查（ $F=1.66$ ；n.s）都沒有達統計上的差異。

綜合而言，在休閒活動的福利需求上，性別、年齡、籍貫、教育程度、保險數、婚姻狀況、收入、目前健康狀況和是否參加正式社團是較重要的變項。

(六)住宅方面：

1.人口特質

(1)行政區別方面，中區的老人在住宅方面的需求比其他區的老人為高（ $F=4.01$ ； $P<.01$ ）而南區次之。

(2)性別方面，男性在住宅方面的需求比女性的需求為高（ $F=16.25$ ； $P<.001$ ）。

(3)其他變項如組別（ $F=0.43$ ；n.s）和年齡（ $F=2.24$ ；n.s）均沒有達顯著的差異。

2.社會特質

(1)籍貫上大陸各省市組其住宅方面的需求較其他組高（ $F=6.42$ ； $P<.01$ ）。

(2)參加正式社團方面，沒有參加正式社團的老人比有參加社團的老人，在住宅方面的需求較高（ $F=5.44$ ； $P<.05$ ）。

(3)房子的擁有權方面，如果房子是自有的，老人之住宅福利需求較低；相反的房子是租用或公有宿舍的，那老人之住宅福利需求較高（ $F=12.75$ ； $P<.001$ ）。

(4)其他變項方面，如教育程度（ $F=1.31$ ；n.s）、宗教信仰（ $F=1.57$ ；n.s）、婚姻

狀況 ($F=2.37$; n.s)、保險數 ($F=0.22$; n.s)、目前是否有工作 ($F=1.68$; n.s) 和收入 ($F=1.49$; n.s) 均沒有達顯著的差異。

3.生理特質

(1)目前健康狀況顯示與住宅福利需求有明顯的差異，極不健康組對住宅需求較高 ($F=3.21$; $P<.01$)。

(2)其他變項如疾病數 ($F=1.73$; n.s)、自覺病情嚴重性 ($F=0.18$; n.s) 和是否做健康檢查 ($F=0.53$; n.s) 都沒有達顯著差異。

綜合而言，在住宅方面的福利需求，行政區別、性別、籍貫、目前健康狀況、是否參加正式社團和房子的擁有權是較重的影響變項。

(七)其他方面的福利需求

1.人口特質

(1)性別上男性對其他方面的福利需求較女性為高 ($F=10.37$; $P<.001$)。

(2)其他變項如行政區別 ($F=2.09$; n.s)、組別 ($F=0.038$; n.s) 和年齡 ($F=0.60$; n.s) 都沒有達統計上的顯著水準。

2.社會特質

(1)只有保險數在其他方面的福利需求顯著差異，而以二種保險數在此方面需求較高 ($F=2.69$; $P<.05$)。

(2)其他變項，如籍貫 ($F=1.20$; n.s)、教育程度 ($F=1.77$; n.s)、宗教信仰 ($F=0.55$; n.s)、婚姻狀況 ($F=1.43$; n.s)、目前是否有工作 ($F=0.21$; n.s)、收入 ($F=1.13$; n.s) 和是否參加正式社團 ($F=1.27$; n.s) 都沒有達統計上的顯著水準。

3.生理特質

生理特質方面的變項都沒有達統計上的顯著水準。如目前健康狀況 ($F=1.62$; n.s)、疾病數 ($F=0.87$; n.s)、自覺病情嚴重性 ($F=0.13$; n.s) 和是否做健康檢查 ($F=0.09$; n.s)。

因此，綜合而言，只有性別和保險數在其他方面的福利需求上達顯著水準。

肆、結論與建議

一、結論：

影響老人居家福利需求的因素：

1.本市主管老人福利的單位，對在不同地區居住的老人是否會有不同的福利需求相當關心，希望能針對不同地區設計不同的老人福利重點。

然而由本研究看來，東、西、南、北、中區的老人，除了住宅需求有顯著差異之外，其他各項福利需求均無明顯差異。而在行政區別與住宅需求的相關分析中，中區的老人有最高的住宅需求；其次是南區的老人，這兩區老人總數也正好是屬於較多的地區，至於東區（新興區）與西區（傳統區）的老人住宅需求最低。

2.在七大類的老人居家福利需求中，老人需求的順序居前三位的為：經濟需求、老人休閒活動，與醫療保健需求，若排除文康中心老人，則一般老人需求前三位者為：經濟需求、醫療保健需求與老人休閒活動。顯示晚年經濟生活之保障，是老人最關心的事。

3.性別方面，男女性老人有同樣的醫療保健需求，但男性老人就比女性老人有較大的經濟需求、心理需求、居家生活照顧需求、休閒需求、住宅需求和其他方面的福利需求，顯示男性老人在老人居家福利的需求面是多重的，而且程度較深。

4.年齡方面，年輕的老人（65~74歲）和較老的老人（75歲以上）均有中間程度的醫療福利需求、心理需求、居家照顧需求、住宅需求等。

但年輕的老人經濟需求較大，可能是這個年齡層活動力尚佳，比較希望有足夠錢能自主性的動用，也可能有其他因素在本研究中無法回答這個差異性，年輕的老人對休閒需求程度也較高。

5.教育程度較高的老人，在醫療福利需求上較低，但在心理需求、休閒需求方面卻較高。

顯示未來規劃老人休閒活動時，有一部分重點可以放在給教育程度較高的老人參考，並且可以把這種休閒活動結合心理需求來規劃。例如：成立老人自助性心理團體。

6.以收入而言，收入較低者其醫療保健需求較高、經濟需求也較高，而收入在中等的老人其休閒活動需求較高。

7.婚姻狀況似乎只對經濟需求有影響，分居的老人經濟需求最高，至於其他方面的福利需求則差不多。

8.籍貫對於居家生活照顧的需求有影響，客家籍老人最低、本省籍老人次之、而大陸各省市老人在居家生活照顧的需求度極高；另外，大陸各省籍的老人其住宅需求亦高。

9.在生理因素方面，身體狀況愈不健康者，醫療保健需求就愈高；而在居家生活照顧和住宅方面的福利需求也較高，但是其休閒活動需求卻比較低。

10.同樣在生理特質方面，有生病者其疾病數愈多的老人，其經濟需求愈高。

11.而老人休閒活動方面的福利需求與老人對福利服務的認知有關。

二、建 議

本研究結果顯示，受訪老人中有35%的家庭結構是三代同堂；而19.2%是與未婚成年子女同住（包括老伴）。另一方面，分別有26.5%和26.3%喜歡由“老伴”或“子媳”來照顧。至於未來的生活安排方面，老人仍是選擇與兒子媳同住（包括老伴者）居多，佔40.3%，而想去養老院者只有6.5%。這研究結果與近五年來相關的老人居住安排的研究（以台北市和台北縣為例）符合。

從上述的說明，可知道老人仍然是較喜歡留在家中與子女同住，因此留在社區中的老人就會越來越多，如何提供有效的社區照顧，以協助老人能獨立且自由的生活在社區中，將是未來政府，民間機構努力規劃的重點。

老人所需要的福利是多元性的，而且彼此之間又呈現高度的相關，鑑於一般老人福利機構提供福利服務時充滿重疊性；加上老人又在整個福利的組織網絡中，無法明確的表達自己的需求。本研究特建議有關單位在各老人福利服務的重點中心，設置“老人福利個案管理師”強化，整合，組織並傳遞福利資源。一方面正確評估老人的福利需求；另一方面，有效的連結老人的資源體系。

本研究嘗試從研究結果中，對台北市老人作一般性和特殊性的老人福利規劃；以及針對

時間性規劃短期（立即可行）和長期的措施，期望更能強化老人的福利服務。

（一）一般性規劃

本研究曾詢問老人，如果其繼續留在社區中，是否需要政府或民間機構提供相關的福利措施。由老人針對七大項居家福利服務，表達其需求程度，結果顯示以老人的需求程度可作以下較一般性的規劃。

1. 醫療保健方面

因應老人的需要程度，須依以下順序作規劃：(1)健康保險(2)巡迴醫療車服務(3)醫療保健器材的補助(4)日間醫院和(5)眼鏡助聽器的補助。

因此政府應建立健全的健康保險制度，使老人就醫時免於擔心經濟的問題；而且巡迴醫療車亦應廣泛在各行政區定點設立，以方便老人作較簡單就醫，亦可隨時作量血壓等的健康檢查，對老人疾病的預防有積極正面的協助。

而另外還可作以下的規劃策略：

- (1)利用大眾傳播媒體，採用不同的方言，介紹老人健康飲食的節目。
- (2)建立老人健康中心，以強化衛生所預防老人疾病的功能。
- (3)針對不同或某些特殊的疾病成立康復計劃或自助團體。
- (4)成立老人日托服務中心，使紓減照顧老人家人之壓力。
- (5)醫院中成立老人特別門診。
- (6)設置短期照護服務或休憩中心。
- (7)辦理老人癡呆或中風等照護服務的網絡系統。
- (8)建立老人夜間照護（night care）和安寧照護（hospice care）。

2. 經濟方面

在經濟的需求程度依次規劃：(1)提高扶養老人親屬的所得稅寬減額(2)提供老人存款優惠利率(3)提高生活補助(4)辦老年年金保險(5)提供老人再就業(6)延長老人退休年限。

由於大部份仍是與子女同住，因此他們會較喜歡降低子女所得稅的稅率或直接增加他們的存款優惠利率，因為有頗多亦是依賴個人的儲蓄，退休金等來維持生活，而相對來說，老

年年金保險對目前的老人已沒有太大的幫助，當然其需求的程度較低，在老人再就業和延長退休年限的需求也很低，亦可看出傳統中國老人安享晚年的觀念，因此政府直接給予老人經濟方面的優惠，也許是最受歡迎的方式。

其他方面還有以下的措施：

(1)訂定老人低收入戶之認定標準。

(2)籌辦老人二度就業前的在職訓練。

(3)擴大老人社區就業服務，可協助六十歲以上身體健康，而且就業有困難的老人從事有工資的社區服務工作，如圖書，康樂，美化環境和社區發展的工作。

(4)強化老人人力銀行，提供就業資訊。

3.心理方面

在心理的需求程度依次規劃是：(1)提供老人危機處理服務(2)成立老人自助團體(3)設立老人心理輔導機構(4)義工定期友善訪視(5)老人虐待防治服務。

老人很多時候遇到問題都不知道該如何處理，因此提供老人危機處理服務是有其迫切性，加上，老人晚年都會碰上喪偶，朋友離去等事件，老人自助團體的成立，可協助他們有相同遭遇的人聚合一起，對社會和問題的適應有較大的幫助。

其他方面包括：

(1)成立老人心理輔導機構。

(2)為老人及其家人提供諮商服務。

(3)轉介和資訊服務，許多最需要服務的老人往往是最不瞭解有那些服務提供和如何得到服務，因此資訊提供和轉介服務是非常重要的。

(4)老人保護服務，包括熱線服務，對被虐待遺棄者的監護，使大眾更瞭解老人虐待的問題並保護老人的權益問題。

(5)強化家庭支持網絡及資源，鼓勵子女撫養老人，重建世代倫理和家庭之功能與價值。

(6)對不幸老人可以採寄養祖父母計劃，使其能再次得到家庭的溫馨。

4.居家生活照顧方面

對於居家生活照顧的服務中，老人較需要規劃的依次是：(1)居家醫療服務(2)居家護理服

務(3)家事助理(4)協助餐食調理服務(5)餐飲送府服務(6)代為購物服務。

醫療問題一直是老人晚年中較開心的事項，因此老人亦較希望有醫療和護理人員到家為他們服務，所以可規劃：

(1)陪同老人就醫或購買的服務。

(2)成立老人營養諮詢服務和營養計劃。

(3)在社區超市商店中，“成立老人產品專櫃”，專賣老人日常用品，可為老人解釋各用品的用途和使用方法；亦可採用送貨服務和郵購方式，加強老人購物的方便性。

5.老人休閒活動方面

老人休閒活動的需求依次是：(1)推廣老人運動(2)成立老人俱樂部(3)增加老人再進修機會(4)協助老人成立義工團體(5)提供老人志願服務資訊。

一般來說，老人均有早起運動的習慣，因此老人運動會是較受歡迎的休閒活動。還可規劃：

(1)成立社區老人服務處，由老人服務老人，也可設立祖父母教室，使老人將經驗傳授給年輕人。

(2)配合社區內教堂或寺廟，廣建區域性小型的文康娛樂中心。

6.住宅方面

至於住宅方面，老人較需要的依次是：(1)住宅維修服務(2)提供國民住宅出租給老人(3)清寒老人房租補助。其他包括：

(1)增加老人居住環境維修的補助金額。

(2)增加公立半自費的及低費的安養中心，照顧中低收入之單身老人。

(3)強化目前安養機構的硬、軟體設備，以去除老人對安養中心的刻板印象。

(4)獎勵寺廟，公益團體，基金會籌建單身老人公寓。

(5)提供老人買房子時減稅優待。

7.其他福利服務方面

老人其他方面的福利需求，依次為：(1)護老假：即子女照顧老人的假(2)法律服務(3)祭葬費的補助(4)交通接送的服務(5)退休規劃的服務(6)臨時托老的服務(7)老人集體用餐的服務。

由於老人大部份與子女同住，當老人生病時都極需家人的照料與關懷，因此為配合照顧老人，應該制定子女照顧老人的假期，另外可規劃：

- (1)推展老人退休前後的生活規劃。
- (2)發展老人福利產業，訂立相關的獎勵及輔導辦法。
- (3)鼓勵保險公司辦理老人保險業務。

以上的規劃內容是適合一般的老人，接下來則針對本研究中一些較特殊的發現，針對不同的老人基本特質來規劃其他的老人福利服務。

(二)特殊性規劃

特殊性的規劃是針對不同的老人特徵，不同的需求，作不同的規劃，因此部份是以老人的人口、社會、生理特質來分項說明，對台北市老人福利的建議。

1.行政區別方面

行政區別上只有對住宅需求有顯著差異，而在其他福利需求並沒有明顯差異；而且在老人未來生活安排中，中區和南區有較高的老人住宅需求，本研究建議老人公寓於該兩區域附近。

但西區有62.5%的老人未來會傾向選擇與子女同住（包括老伴），所以西區較適合興建三代同堂的住宅，亦即中央政府指示的三代同堂國宅的規劃，設置地點應以西區為優先，而東、西區在住宅方面的需求較低。

2.性別方面

男性在各方面的需求都較女性高，也許是因為在退休前，男性一直是積極主動的角色，退休後較難適應；而女性一直都是扮演家庭主婦的角色，所以適應上較沒有困難。

因此日後各項的福利服務都需瞭解男性老人的需求情形。例如：休閒活動的舉辦，亦應多考慮男性的興趣。

3.年齡和教育程度方面

年齡較輕，教育程度較高的老人，其在休閒活動的需求較高，而教育程度較高者對心理需求亦高，因此在規劃老人休閒活動方面，可以多舉辦結合知識與和心理需求的活動。如：

老人自助旅行，讀書討論會，老人自助性心理團體等，以顧及年輕而教育程度高的老人之需求。

4.收入方面

收入較低的老人在醫療保健，經濟方面的需求都較高，因此對一個退休收入不穩定，而且經常生病的老人來說，這兩方面的福利服務是急需的。

有關老人醫療補助（低收入或中低收入者）均已在實施中，確可減除老人在這方面的壓力。唯中低收入老人醫療補助的申請條件並不廣泛為民眾所得知，建議應透過里幹事的管道廣為告知。

5.籍貫方面

以大陸省籍的老人在居家生活照顧方面和住宅的需求為高，可能大陸省籍的老人大部份是獨居者，所以對這兩方面的需求較大；因此像籌劃居家生活照顧時，語言可能要稍加考慮，以能和這些老人溝通者較適合。

6.生理因素方面

很明顯生理狀況不佳的老人對醫療，居家生活照顧和住宅的需求都較高，因此對身體狀況不良的老人，應建立合適的護理之家，日間照顧，安寧照顧與社區護理服務等。

而疾病數越多，經濟的需求亦較高，如何提供老人適當的醫療補助是重要考慮因素。

以上是對老人福利作一般性和特殊性的規劃，接下來依據時間性作短期和長期的建議。

(一)立即可行的建議

- 1.強化衛生所的功能，成立老人科門診和不同疾病的康復計劃。
- 2.廣泛在各行政區定點設立巡迴醫療車，更配合提供居家醫療服務。
- 3.利用大眾傳播媒介，介紹老人健康及營養飲食。
- 4.強化老人人力銀行，對二度就業之老人提供職前訓練。
- 5.設立協助老人就業介紹的機構。
- 6.在現有的老人活動中心成立老人心理諮商，危機處理，法律諮詢，資訊提供等服務。
- 7.就現有的老人福利基金會中，協助他們招募義工，訓練從事以下的工作：
 - a.陪同就醫
 - b.代為購物
 - c.家事助理
 - d.定期家庭訪視。

- 8.政府可多與其他民間機構合辦老人自助旅行，早晨運動等。
- 9.於西、南區購置老人公寓，以安置單身老人。
- 10.強化安養機構中硬、軟體措施。
- 11.推展老人規劃退休前後的生活。
- 12.建立老人日間照顧，夜間照顧，安寧照顧等服務。
- 13.廣建區域性小型的文康娛樂中心。

(二)長期性的建議

- 1.籌劃老人健康保險。
- 2.提高撫養老人親屬的所得稅寬減額和老人存款優惠利率。
- 3.籌劃老人年金保險，確保老人退休後的生活。
- 4.重新訂定低收入老人補助給付的標準。
- 5.獎勵寺廟，公益團體，基金會籌建單身的老人公寓。
- 6.推行護老假，使老人生病時有家屬在旁照顧。
- 7.發展老人福利產業，訂立相關獎勵和輔導辦法。

綜合而言，老人福利服務必須由家庭，民間機構和政府共同努力來提供。

參 考 書 目

壹、中文部份

- 1.內政部人口統計，民79
- 2.內政部統計提要，民76、民78、民79、民80
- 3.台灣省衛生處，民77 中華民國七十六年台灣省公立醫院出院患者疾病統計
- 4.台北市政府主計處，民79 中華民國七十九年台北市統計要覽
- 5.台北市政府社會局，民76 老人關懷訪視研究
- 6.民意調查基金會，民80 「台北市老人社會福利措施與老人生活需求之探討」台北市政府社會局委託專題研究報告
- 7.行政院主計處，民76 中華民國七十五年台灣地區青少年及老人現況調整報告
- 8.行政院主計處，民79 中華民國老人狀況調查報告
- 9.行政院衛生署，民78 中華民國七十七年衛生統計(二)生命統計
- 10.江亮演，民70 居家老人福利服務之研究 國彰

- 11.徐立忠，民78 老人問題與對策 桂冠
- 12.徐震，民75 「台北縣老人福利現況需求及未來規劃之研究」台北縣政府委託專題研究
- 13.徐麗君、蔡文輝，民74 老年社會學—理論與實務 巨流
- 14.許水德，民77 老人福利行政之研究 景文
- 15.陸光，民78 「我國老人福利法執行成效之評估」 行政院研考會
- 16.陳宇嘉，民74 「高雄市老人福利問題之研究」 東海大學社會福利研究中心
- 17.陳麗君，民78 社會照顧：概念和技巧 香港社會工作人員協會
- 18.張春興、楊國樞，民69 心理學 東華
- 19.詹火生，民78 「台北都會區老人福利需求與家庭結構關係之研究：台灣社會現象的分析」中研院三民所叢刊25
- 20.蔡漢賢，民78 推展老人福利的架構與做法 社區發展研究中心
- 21.謝美娥，民81 「台北市老人福利需求與照顧網絡之研究」 台北市政府社會局委託專題研究報告

貳、英文部份

1. Bayler, M. (1981)
Neighborhood care and Community Care: A Response to Philip Abrams," Social.
2. Bell, Winifred (1987)
Contemporary Social Welfare, 2nd ed, New York: Macmillan Publishing Company.
3. Bergman, S. & Lowenstein, A. (1988)
Care of the Aging in Israel: Social Service Delivery", J. of Gerontological Social Work, 12, pp. 997-1107.
4. Bradshaw, J. (1972)
A Taxonomy of Social Need," in G. Mclachlan (ed.) problems & progress in Medical Care. New York and Oxford: Oxford University Press.
5. Cantor, M. & Little, V. (1985)
"Aging & Social care" in R. H. Binstock & E. Shanas (eds) Handbook of Aging & the Social Sciences.
6. Caplan, G. (1974)
Support system & Community Mental Health. New York: Behavioral.
7. Clayton, Susan (1983)
"Social Need Revisited", J. of Social Policy, 12(2). pp. 215-234.
8. Edwards, John, (1987)
Postive Discrimination, Social justice. London: Tavistock Publications.
9. Forder, Anthony, (1974)

Concepts in Social Administration. London: RKP.

10. Havighurst, R. J. (1972)

Developmental Tasks and Education. 3rd ed. N. Y.: McKay.

11. Koff, Theodore. (1982)

Long-term care: An approach to serving the Frail elderly Little Brown & Company

12. Miller, David (1976)

Social Justice. London: Oxford Univ Press

13. Slack, Kathleen M. (1966)

Social Administration and the Citizen. London: Oxford University Press.