

討》，《臺灣銀行季刊》，37:4，頁 166-174。

陳寬政、王德睦、陳文玲，1986b。〈臺灣地區人口變遷的原因與結果〉，《人口學刊》，9，頁 1-23。

謝高橋、陳信木，1994。《邁向二十一世紀社會福利之規畫與整合——老人福利需求初步評估報告》，內政部委託研究報告，臺北：內政部。

鍾象本，1993。〈中國文官退休制度演進之研究〉，《人事管理》，30:8/9，頁 15-34。

二、英文部份

Clausen, John A. 1986. *The Life Course: A Sociological Perspective*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

George, Linda K. 1993. "Sociological Perspectives on Life Transitions." *Annual Review of Sociology* 19:353-73.

Hayward, Mark D. 1986. "The Influence of Occupational Characteristics on Men's Early Retirement." *Social Forces* 64(4):1032-45.

Shryock, Henry S. and Jacob S. Siegel, et al. 1976. *The Methods and materials of Demography*. Condensed Edition. New York: Academic Press, Inc.

從失能老人社區照顧的需求 初探服務網絡之建立

謝美娥*

中文摘要

大部分老人都希望住在自己所熟悉的社區和家庭中，失能老人亦不例外。本論文呈現一個調查與瞭解台北市社區中失能老人的醫療照顧與福利服務需求的研究結果，並進而提供失能老人運用社區照顧的建議與參考。一方面讓這些失能老人能獨立有尊嚴的生活著，另一方面，也降低家人在照顧上沉重的負擔，使其得到政府與民間機構之社區照顧資源。

研究結果顯示失能老人年齡分佈非常廣，不過75歲以上失能的老人仍佔了61%。顯見年齡老化，因而帶來的各種慢性疾病，是老人失能的重要原因。失能老人中罹患三項以上慢性疾病的，有63%，幾近三分之二，失能老人可以從心理情緒、物質和資訊提供三方面得到所需要的社會支持，在資訊、經驗提供方面，得到支持的比例相當低，僅佔14%。而這方面的支持，正好是社會福利機構可以補充的，因此有待相關單位加強訊息提供。失能老人的社會人口特質、健康狀況與家庭關係、社會互動，與社區照顧需求有關係。為了使變項之間關係更明確，乃使用「多變項線迴歸分析」，結果發現健康狀況與醫療資源使用影響社區照顧需求的變異量最大。

本研究更以個案管理的模式規劃社區照顧流程。以期使失能老人服務網絡建立起來且趨於完善。

* 國立政治大學社會學系教授。

• 本研究乃改寫自台北市社會局委託之研究「建立台北市社區老人照顧網路之研究：失能老人社區照顧需求調查」部份結果。

• 非常感謝兩位匿名審查者之意見。

Community Care Needs of the Disabled Elderly and the Establishment of Service Network

Mei-O Hsieh

Abstract

This paper presents some research results of survey of health care need and welfare service need among the disabled elderly in Taipei. The establishment of community care network is also suggested. On the one hand, the establishment of community care network allows the disabled elderly to live independently without immature institutionalization. On the other hand, it relieves care burden of families and allows the partnership of the public sector and the private sector.

The research result shows that the disabled elderly are widely distributed. However, those who are 75 and older designate the most among all subjects, representing 61.8%. Aging, and the following chronic diseases, is one of the most important factor contributing disability among the elderly. There is 63% of the disabled elderly who have at least three kinds of chronic diseases, representing 2/3 of the subjects. Although the disabled elderly may receive social support mentally, materially, and informationally, they receive least support of information and experience. The information support may be provided by related social welfare agencies. Therefore, before providing necessary services, the information network of welfare services must first be constructed. This is also the easiest part of all provision. The result also shows that demographic characteristics, health status and health service utilization, and social interactions relate to community care needs. In order to make the relationship more explicitly, multiple regression is employed. Finally, a case management model and a blueprint of community care network are presented.

壹、前言

由於醫療科技的進步，老人的壽命不但延長，更使過去可能致命的疾病，因得以治療而保留性命。老年人雖然從疾病侵襲中存活下來，但也有不少比例的老人，卻成爲在日常生活活動上需要依賴他人協助的人。除此之外，老人罹患慢性病的比例也比一般人來得高。根據研究，老人至少患有一至二種的慢性病。除慢性病外，老人患精神疾病的可能性也很高（葉英、胡海國，1984）。在長期照護領域中，老人癡呆症或謂失智症也需要長期的照顧。根據王署均（1995）等之估計，台灣地區老人癡呆症盛行率在1.9至4.3%之間。由於疾病的困擾再加上年齡增長引起的自然老化，許多老人逐漸喪失生活自理的能力，學者估計台北市失能老人約有二萬零五百人（呂寶靜、吳淑瓊，1994），比率高達10.8%，比英國65歲以上失能老人的估計12.5%略低（Phillipson & Walker, 1986），但比我國老人生活狀況調查中的4.6%高出許多（按：後者只涵蓋日常生活功能不能自理者，即ADL的評估，並未涵蓋輔助性日常生活功能(IADL)的評估）。

在美國，至少有一項日常生活功能需要協助的老人估計有5%至8.1%（Wiener et al., 1990），若涵蓋日常生活功能與輔助性日常生活功能雙重障礙的則有20%的失能老人。由於失能老人多少有身體功能上的障礙，多需要醫護上之服務，因此在醫護與社工的分野也常常出現困擾。

以台北市而言，根據台北市政府（1996）『衛生醫療革新白皮書』對臺北市養護機構所作的調查顯示：目前臺北市養護之家對失能老人所提供的總床位數只有4033床，若以機構照顧部門的服務提供量住滿比率計算，仍有一萬柒千多名失能老人散居在社區及家裡。而且，各養護機構的品質仍待諸多改善。部份失能老人佔用急性醫療機構的情形也相當普遍（衛生署，1994）。

老人照顧，在一向重視孝道倫理的中國傳統社會中，是家庭天經地義的責任。然而社會變遷的加速，引起家庭結構的核心化（齊力，1990），以及照顧老人的主要人力--婦女，其外出就業的比例提昇（王麗容，1995）等因素，家庭在照顧失能老人(disabled elderly)的能力大幅降低，常常是心有餘而力不足。對於失能老人的家庭來說，使其住進養護機構可能是一項釋放重擔（體力與心理）的安排，但對老人而言，卻不是樂意的選擇。多項研究結果發現，我國老人有高達百分之八十五的比率是與配偶或子女同住（行政院主計處，1994；謝美娥，1992），大部分老人不論其身體狀況如何都希望住

在自己所熟悉的社區和家庭中。因此，整合醫療健康與社會福利的居家社區照顧(home-based community care)是協助老人，特別是失能老人的服務方向。

目前的研究，有些針對老人或主要照顧者之健康需求或居家照顧需求進行評估調查(陳瑞琴、駱麗華、胡淑貞，1991；陳群英、嚴毋過，1990；楊志良、李淑華、李勝一、周惠馨，1989)。有些研究針對長期照護機構的服務進行評估調查(阮玉梅，1988；阮玉梅，1990；李克怡，1990；吳聖良、胡杏佳、姚克明，1991；吳聖良、林豐雄、張瑛昭、姚克明，1992；洪百薰、林豐雄、洪美玟、黃明珠、吳聖良，1991；徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美，1992；徐亞瑛，1989；戴玉慈、余玉眉、連倚南，1990；詹火生，1992)。學者也指出目前對失能老人缺乏通盤性了解(呂寶靜、吳淑瓊，1994；衛生署，1994)。到底失能老人是一群怎麼樣的人？其健康狀況如何？其社區照顧需求如何？如何進行社區照顧？是亟待瞭解的。本研究的目的在調查、瞭解台北市社區中失能老人的醫護照顧與福利服務的需求，進而提供失能老人運用社區照顧的建議與參考。一方面讓這些失能老人能獨立而有尊嚴的生活著，另一方面，也降低家人在照顧上沉重的負擔，使其能得到政府與民間機構之社區照顧資源。

貳、文獻探討

一、相關名詞解釋

(一) 失能老人(Disabled Elderly)

失能老人的定義多指日常生活功能喪失或障礙的老人。其主要的原由不外是老化、殘疾、或罹患慢性病。通常測量老人的功能指標有兩種：其一為日常生活活動之功能(Activity of Daily Living, ADL)；另一種為輔助性日常生活活動之功能(Instrumental Activity of Daily Living, IADL)。前者包括的項目有：進食、沐浴、穿衣、如廁、位移、大小便控制。後者包括的項目有：準備餐食、服藥、理財、購物、打電話、做輕鬆家事、洗衣和使用交通工具(Guralnik & Simonsick, 1993；Kane & Kane, 1987)。

(二) 社區照顧(community care)

社區照顧依不同的專業領域而在使用上略有不同。名稱通常有醫護服務的社區照顧與社會服務協助的社區照顧。在醫護領域中，社區照顧的界定

為：包括衛生所、診所、日間照護、短期照護與安寧照護。可分別提供預防、醫療與長期服務(吳淑瓊, 1994)。社會工作領域裡，社區照顧則指政府提供法定服務，並利用民間部門、家庭、親友、志願人員之資源結合成資源的綜合體(謝美娥，1993)。因此社區照顧是一系列支援性的服務，以提供失能老人各層級的醫護與社會福利照顧。換言之，社區照顧可以適當地照顧較多的失能老人，提昇生活品質，除了減少家人的照顧負擔外，更可以維繫家庭正常功能。

(三) 居家照顧(home care)

社區照顧範圍廣泛，又可以區分為非居家社區照顧(community-based out-of home services)(Miller, 1991)，和居家的社區照顧(home-based community care)，後者簡稱為居家照顧。居家照顧又可以區分為居家醫療、居家護理、居家看護以及家事服務(謝美娥，1993)。居家醫療與居家護理可歸類為健康方面的協助；居家看護及家事服務則可歸為社會方面的協助。前二項服務需要醫護的專業人力，後兩項則僅需一般看護工或家事服務員就可以對失能老人做到很好的生活照顧。但這兩項看似不怎麼樣的技術，事實上仍需要經過適當的訓練。提供居家照顧服務時需要完整的統合與協調。本研究乃以居住在家裡且需要社區照顧的失能老人為對象。

二、相關研究的探討

(一) 有關國內失能老人的研究現況

行政院主計處(1994)統計失能老人照顧方式的比例：機構式安養(醫院、療養機構、安養機構)的比例從1986年的3.96%增至1989年的11.75%，至1993年回降至8.63%。居家照顧則從96.04%降至1989年的88.25%，1993年回升至91.37%，其中居家照顧又區分為家人照顧、親友照顧和付費照顧。顯示有愈來愈多的失能老人住在家裡，使用居家照顧服務。

吳淑瓊(1994)對大台北地區社區老人的調查：失能老人比例達10.9%，失能比率隨年齡而增高。例如女性65-69歲的日常生活活動功能失能率僅1.0%，男性為1.8%，但75-79歲組則升高，分別為10.2%和7.4%。80歲以上則高達20%和15.6%，社區失能老人被照顧的情形，在該研究中也一窺究竟。在發現的173位失能老人中，有7人乏人照顧，3人已住進安養中心，4人雇用看護在家幫忙，1人由部屬照顧，其餘155人均由家人親友照顧，非正式照顧比率高達90.2%。

蔡宏昭(1987)研究指出,台北市老人願意住在家裡的占69.6%,需要在宅服務的占61%,願意付費購買在宅服務的占3.8%。

張淑英(1992)對103位中風老人的長期照護方式使用之分析,發現31%(n=32)的中風老人會使用正式照護,其中12位使用付費的居家護理照護(11.7%),同時使用機構安養和付費居家護理照護者有4.8%(n=5),顯見付費的居家護理照護愈來愈為家人所接受,該研究用卡方分析更發現照顧者對正式照顧(在此指機構安養與付費居家照護)的態度、家庭結構、家戶平均收入、老人的日常生活功能程度及照顧者的教育程度,均影響對正式照顧的使用。採用多變項邏輯迴歸分析時,家戶收入及老人的日常生活功能顯著的影響對正式照顧的使用。

阮玉梅(1988)針對台中縣外埔鄉居民,進行瞭解該鄉鄉民對居家護理照護的態度。研究發現居民對居家護理照護的功能給予相當的肯定,在各項目中:諸如「可維持家庭的完整性」、「護士訪視可使家人心安」、「能滿足病人的情緒需要」、「減少家屬時間精力負擔」、「減少醫療支出」等均有相當高的分數(4分以上,最高為5分)。但在自行負擔費用上則多不願表示意見,多數認為應該由健康保險來支付。

(二) 失能老人的需求

對於失能老人需求的直接研究迄今為止,尚付諸闕如。研究失能老人的焦點多在主要照顧者的負荷方面(邱啓潤等,1988;吳聖良、胡杏佳、姚克明,1991;吳聖良、林豐雄、張瑛昭、姚克明,1992;徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美,1992;戴玉慈、余玉眉、連倚南,1990)。

在有關探討居家病患主要照顧者負荷之研究中可間接了解一些失能老人的需求,因為大部份接受居家護理對象為65歲以上之功能障礙老人。此外,在探討一般社區老人需求的研究中亦可歸整出一些瞭解。

陳瑞琴、駱麗華、胡淑貞(1994)以22位醫院為基礎的居家護理病人研究中,發現59.1%的病人超過65歲。病人常見護理問題包括:排便型態改變、排尿型態改變、飲食狀況改變、身體活動受限、知識缺失、家庭運作改變、言詞溝通障礙、皮膚完整性受損。顯示這些功能障礙者在身體功能上有極大的問題,而在與家庭的溝通互動上也受相當影響,這些問題均需要醫護及社工人員協助改善。

張珏、黃茂芳、張素滿(1989)以台北縣市1519名65歲以上老人所做的有關老人調適策略的研究指出老人調適行為為主要包括四方面:情緒取向、解決問題取向、認命接受取向、尋求社會支源取向。研究指出:越採用問題解決策略者,健康自評越好。此研究顯示心理調適是老人常見的問題,其與老人健康關係密切。

(三) 影響老人社區照顧需求的相關因素

國外使用居家照顧的歷史比較長,相關的實證研究也相對地比較多。一般來說,研究顯示:在社區裡使用居家照顧的老人,其功能障礙的程度不見得比住在中度照顧機構(Intermediate Care Facilities, ICFs)者來得好(Anderson、Patten & Greenberg,1980),換言之,接受社區化照顧者不見得比接受機構化照顧者之健康狀況良好。

一般而言,使用居家化社區照顧與健康狀況、經濟狀況、社會支持、年齡、性別、教育等因素有關(Chapple,1985;Coward & Dwyer,1992;McAuley & Arling,1984;Wallace & Lew-Ting,1992;Wallace & Lew-Ting,1994)。

Chapple(1985)比較使用居家照顧的老人與一般住在社區裡的老人,發現使用者有較多的功能障礙和慢性疾病。同時使用多種居家照顧服務的老人,其使用其他醫療、社會服務以及來自親友的非正式服務也比較多。McAuley & Arling(1984)曾訪問500位老人以明瞭其使用居家照顧的種類和數量。發現日常生活活動功能較差的老人與使用多種居家照顧服務有較強的關係。另在一篇有關拉丁裔老人社區長期照顧服務使用狀況的論文中指出:拉丁裔老人使用訪問護士(公衛護士)者佔9.3%,使用健康照顧服務的佔5.1%,使用在宅服務員的佔7.2%,其他居家健康服務項目的佔14.8%。日常生活活動功能與輔助性日常生活活動功能失能(disability)的需求指標和使用居家照顧有顯著的關係(分別是 $r=.30$ & $r=.27$)。住院次數和居家照顧也達 $r=.28$ 的關係。自我評量的健康狀況和就醫次數多寡也和居家照顧有關係。但程度就不若上述變項來得高(Wallace & Lew-Ting,1992)。

社會支持之有無也與使用服務相關,獨居老人和無子女居住在附近,會增加正式居家照顧的使用與機會(Wallace & Lew-Ting,1994),Chapple(1985)指出使用居家照顧者其社會支持比較少。另外,從未結婚的獨身女性有高達25.2%的比例使用正式的居家照顧(Coward & Dwyer,1992)。值得一提的,年齡、性別和教育這三項基本資料也產生某種程度的相關。Wallace與

Lew-ting的研究中指出年齡愈高者，愈有可能使用居家照顧服務，75歲以上老人使用服務比65-74歲老人多出幾乎兩倍。Coward & Dwyer (1992)則指出在極老的老人中，較少依賴配偶的照顧，由成年子女照顧的比較多。而且在極老的失能老人中，也有比較高的正式照顧使用率。性別方面，女性老人使用情況不若男性老人踴躍(Wallace & Lew-Ting, 1992)，然而，根據美國1982年全國長期照顧調查(National Long-Term Care Survey, NLTCs)的統計分析則顯示：不論任何年齡和婚姻狀況，女性比男性較多接受成年子女和正式服務(付費)的照顧(Coward & Dwyer, 1992)。由此可見性別與居家照顧使用的關係並不明確。教育程度方面，通常教育程度高且社會資源較好的老人接受較多種類的居家照顧服務，這和一般預期的方向不一樣，值得進一步瞭解(McAuley & Arling, 1984)。在經濟方面，有醫療補助的拉丁裔老人使用服務是無醫療補助者的二倍，顯示經濟狀況是一個重要因素。而從另一觀點看，符合貧民的收入會增加居家照顧服務的使用(Wallace & Lew-Ting, 1994)，所以貧窮往往是獲得服務的門檻。反倒是瀕臨貧窮線的人(near-poor)比較麻煩。

鼓勵居家照顧服務使用的因素之一為降低照顧的成本。根據研究，居家照顧的價格，大約是安養價格的三分之一(Kane & Kane, 1987)。不過，居家照顧雖然可以減低整體醫療照顧的費用，卻仍發現有27%的服務是不適當的。換言之，少數失能狀況嚴重之老人會使用過多的居家照顧資源。因此，居家照顧宜從服務的適當性與人性化來看，不宜光從節省成本的角度來看。

參、研究方法

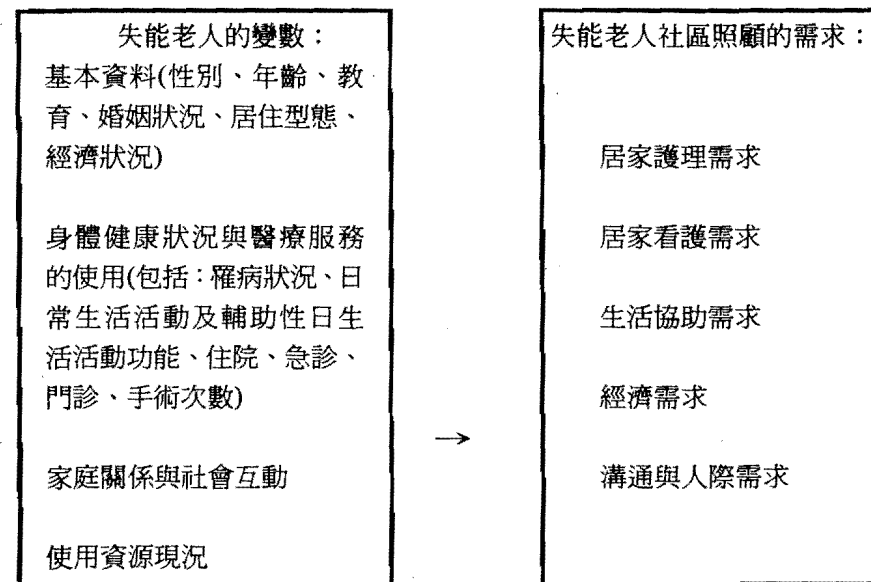
本篇論文所根據之研究的研究方法為調查法，包括訪問調查(訪員分別與失能老人、主要照顧者訪談)，及函訪(機構問卷採郵寄方式)，在此僅提出失能老人之調查結果，並據此而建構服務網絡。

一、研究架構與研究假設

根據前述文獻與相關研究，提出本研究之假設如下：

- 1.失能老人之基本特質與社區照顧需求有顯著關係。
- 2.失能老人之健康狀況與醫療服務的使用與社區照顧需求有顯著關係。
- 3.失能老人之家庭與社會互動關係與社區照顧需求有顯著關係。

圖一：研究架構



二、資料來源

本研究樣本係為立意取樣而得，分為三個來源：

1.正在接受社區照顧的失能老人：社會局委託四個機構(中華民國紅十字會、立心基金會、松年長春服務中心、中華民國紅十字會台灣省分會)進行社區照顧服務。從中獲得正在接受居家照顧的全部失能老人名單。各機構分別提供：40人、24人、30人、29人。總樣本數為123人，扣除拒訪者與不在者，實際訪問94人，有效問卷94份。

2.一般社區的失能老人：從12行政區中依方位與老人數目立意選取大安、萬華、信義、大同、北投五區，(研究對象由二位研究助理依據本研究設計之失能老人篩選量表進行一對一的初步篩選)，隨機選取一條街，隨意走街詢問。每區立意選樣20人，總樣本數101人，實際受訪95人，獲得有效問卷95份。

3.衛生所列管之失能老人：由衛生局提供十二區衛生所之65歲以上接受長期照顧服務者全部名單，由於當時該服務並非重心項目，因此大部份資料正確性不高，且久未加以更新，故僅實際訪問52人，獲得52份有效問卷。

總此，本研究共選樣276人、有效問卷241份。雖然樣本不是完全隨機抽樣，但失能老人並非有列管名冊，無法使用嚴謹的隨機抽樣程序，又是以一般生活在社區中的失能老人為對象，非安養院老人，故已屬難能。本研究乃於84年2月間進行老人之訪問（健保於3月開辦），訪問後並順便進行福利諮詢與贈送老人福利資料，符合社會工作研究結合實務之特點。

三、研究工具與資料分析方法

本研究使用之工具乃由研究者根據文獻、實務經驗及專家學者的建議自行設計結構式問卷。失能老人的問卷包括：(1)老人個人基本資料，(2)老人的身體健康狀況與醫療服務使用率，(3)老人的家庭與社會關係，以及(4)老人使用資源現況與社區照顧需求。

資料蒐集過錄後乃使用SAS(Statistical Analysis System)統計分析系統進行分析。

肆、結果分析

一、失能老人之人口特質與現況

本研究訪談241位失能老人，實際了解社區中失能老人的社區照顧需求，代答率（失能老人問卷由其重要照顧者代答）為41.1%，茲就其個人基本資料、身體健康狀況與醫療服務使用、家庭與社會互動說明如下：（詳見表4-1）

（一）失能老人的社會人口特質

本研究中受訪的失能老人，年齡最高者達99歲（2位），「65~74歲」的失能老人佔38.2%（92位），「75~84歲」的失能老人佔41.1%（99位），而85歲以上極衰老的老人則佔了20.7%（50位）。男性失能老人與女性失能老人的人數相差不多。失能老人的教育程度分佈平均，不識字的失能老人約佔三分之一，其餘小學、中學與大專程度均在五分之一左右。婚姻狀況方面，已婚的失能老人佔最多數，為二分之一，喪偶在失能老人中佔第二多數，約39%，而從未結婚的單身老人也高達7.1%。在失能老人的居住狀況裡，與子女（包括未婚子女）及孫子女同住者佔了50.7%，折衷及擴展家庭就佔了一半。由於一部份來自機構的樣本為低收入戶老人，因此獨居老人比例也不少，佔20.7%。只與配偶同住者有27.9%。家庭同住人數上，大部份失能老人

有家人同住，同住人數則從2到14人不等，平均家庭同住人數為3.29人（S.D.=2.25人）。醫療保險狀況，在調查訪問期間，尚未開辦全民健康保險，而沒有任何保險的老人佔了41.4%，有公、榮、勞、農、軍眷保的老人佔了40.6%，其他則為福保，佔18%。經濟來源方面，失能老人中，大部份仍有經濟的來源（97.5%），只有6人完全無經濟來源。老人的收入以『子女供給的』佔最大的來源，有三分之一的老人提到『社會救助』是其經濟來源，有退休金收入者佔五分之一，其他的來源則分別是積蓄、租金和親友資助等。平均收入方面，有相當多的老人未填答此問項，在有效填答者（168人）中，老人的平均收入為17298元。失能老人平均每月的生活和醫療費用支出約為16464元。受訪老人中，有28.3%（68/240）接受中低收入老人津貼。由於失能的因素，失能老人的居住處所常需要做一些修改以配合失能老人之日常生活活動。本研究發現大部份的家庭並不曾為失能老人而加裝安全設施（見表4-1）。

表4-1 失能老人基本資料之次數分配表

項 目	次 數	百分比	項 目	次 數	百分比
年齡(n=241)			教育程度(n=239)		
65~74歲	92	38.2%	大專以上	51	21.3%
75~84歲	99	41.1%	中學程度	53	22.2%
85歲以上	50	20.7%	小學程度	57	23.9%
			不識字	78	32.6%
性別(n=241)			婚姻狀況(n=241)		
男	126	52.3%	已婚	123	51.0%
女	115	47.7%	分居、離婚	7	2.9%
			喪偶	94	39.0%
			從未結婚	17	7.1%
籍貫(n=239)			居住狀況(n=241)		
本省籍	111	46.4%	獨居	50	20.7%
非本省籍	128	53.6%	非獨居	191	79.3%
宗教(n=237)			家庭同住人數 (n=239)		
無宗教信仰	45	19.0%	2人同住	67	28.0%
佛教*	131	55.3%	3人同住	34	14.2%
道教	18	7.6%	4人同住	27	11.3%
基督教	34	14.3%	5人同住	21	8.8%
天主教	8	3.4%	6人同住	18	7.5%
日本教*	1	0.4%	7人同住	10	4.2%
			8人同住	7	2.9%
			9人同住	3	1.3%
			14人同住	2	0.8%
			獨居	50	20.9%
醫療保險 (n=239)			列冊低收入戶 (n=240)		
無任何保險	99	41.4%	低收入戶	68	28.3%
公、勞、農、軍 眷保	97	40.6%	非低收入戶	172	71.7%
福保	43	18.0%			
經濟來源 (每題為獨立問 項，各題n=241)			居住環境設施 (每題為獨立問 項，各題n=241)		
無經濟來源	6	2.5%	特別欄干扶手	27	11.2%
子女供給	114	47.3%	特別設計的廁所	21	8.7%
社會救助	74	30.7%	斜坡道	5	2.1%
退休金	51	21.2%	電梯	52	21.6%
積蓄	15	6.2%	較寬的門或走廊	16	6.6%
租金	6	2.5%	裝置門桿	14	5.8%
親友資助	8	3.3%	浴室止滑設備	21	8.7%

* 宗教問項為開放式問答，佛教、日本教均由受訪者主觀認定，並無特別涵意，無法說明受訪者如何認知。

(二) 失能老人基本特質與使用正式服務

受訪的失能老人中，使用正式機構提供在宅或居家照顧服務者，佔43.2%。若挑選重要之基本特質來和使用正式服務與否進行關聯性分析，則發現老人年齡之高低和使用正式之服務有關聯。高齡老人(85歲以上)確實比年輕老人(65~74歲)使用更多的正式服務($\chi^2=26.3, p<0.001$)。當然，這中間可能是高齡老人的失能狀況較嚴重之故，另外，性別、婚姻以及籍貫並不會造成使用正式服務與否的差異。而收入方面，若在12000元左右分類，則發現：少於12000元收入之失能老人，使用正式服務的百分比比較多(35.71%)，而收入高於12000元者不使用正式服務的情形較多($\chi^2=11.96, p<0.001$)。為什麼會這樣呢？其實在本研究訪問的使用正式機構服務的老人中，有二個機構提供較多的低收入失能老人，這是一個原因。另外一個值得去探討的因素是：由於政府鼓勵民間機構去提供失能老人居家照顧時，鼓勵對低收入的老人提供服務。在各個機構服務的能力(capacity)未能充分擴大之前，多數機構也只能選擇性的提供服務給低收入的失能老人。如此一來，由於失能現象不一定只存在於低收入戶當中，可預見的是，一些非低收入的失能老人沒有途徑接受到服務，這並不是購買力所能解釋的，而是服務供給面太過於缺乏所致(見表4-1)。

(三) 失能老人的健康狀況與醫療服務使用

有47.1%的失能老人在過去一年內曾經住院，其中大多數的住院次數為一或二次，共佔總受訪者的40.3%。手術次數可以看出失能老人的健康狀況，過去一年內的手術次數有二到六次不等。以受訪之失能老人來看，20.4%(48/235)在過去一年內曾接受過手術。接受急診的失能老人與接受手術者數目一樣，也是佔20.4%，其中一次急診者為14.5%(34/235)。其他則為二到五次不等。住院、手術和急診的狀況與失能老人的突發病狀有關。以失能老人的慢性病特徵居多來看，門診是失能老人維持其健康的方式。本研究發現：過去三個月的門診次數，零次的佔30.3%，其餘69.7%都有每月或每週固定門診的情形。由此可以看出失能老人的確是需要使用較多的醫療資源。在罹患疾病的狀況，失能老人罹患的疾病當中(複選)，以骨骼肌肉方面的疾病最多(48.5%)，其次為高血壓，佔45.6%，眼睛方面的疾病佔40.2%，中風則為34.9%。前述四項疾病是有三分之一以上老人提及的疾病。其他的疾病則在三分之一以下。比較值得提出來說明的為心臟病，佔26.6%(約在1/4)。另外，將罹患疾病的項目加權起來，發現失能老人中，罹患三項以上慢性病的老人有63%，也就是說將近三分之二的失能老人有三項以上的疾病。從平均數看，失能老人平均有3.3項疾病(S.D.=1.6)。失能老人罹患的疾病不一定

表4-2 失能老人的健康狀況

就是導致其失能的疾病。本研究中特別針對此一問題進行了解，發現中風(33.2%)和骨骼肌肉疾病(24.5%)是兩大項導致老人失能的主要原因。其他像心臟病、眼睛方面的疾病和泌尿系統方面的疾病是第三大類疾病，分別佔6.2%、6.2%和5.4%。老人癱瘓所導致的失能並不如預期中的多，僅佔3.3% (8人)，而因自然老化導致的失能，也僅有4.1% (10人)。失能老人有無因上述之疾病而接受醫療？238位回答的失能老人中，有接受各種醫療的佔了85.7% (204人)，其中回答接受『長期注射』有11人(4.6%)，『長期服藥』者有188人(79%)，接受『復健』者有31人(13%)，『手術治療』者47人(19.7%)，『中醫治療』者僅佔21人(8.7%)。『放射治療』是最少提到的醫療方式，僅有2人(0.8%)。

綜觀失能老人的日常生活活動之功能，大部分老人都至少有一項功能需要部分或完全的協助，這也符合本研究在篩選上的標準。以各單項來看，『行走於平地上』、『上下樓梯』這兩項屬於位移功能者，有較多的老人需要協助，分別是69.6%和67.9%。『洗澡』方面需要協助者高居第三位，有60.6%的失能老人洗澡有困難。『穿脫衣服』、『輪椅與床位之移位』、『個人衛生』和『上廁所』、『大便控制』、『小便控制』等項目方面，約有2/5的失能老人有困難。『進食』則是比較不需協助的項目，僅有1/3提到需要協助。不過如果與隨機抽樣的老人研究作比較，確是有相當高的失能現象(見表4-2)。日常生活活動功能共有十項，從失能老人在這些功能需求上的累積次數來看，有22%的失能老人有10項的日常生活活動功能需要部分或全部的協助，日常生活活動功能完全獨立的僅有11.2% (27人)，換言之，有10項日常生活活動功能需要協助的老人佔失能老人之最多數，兩項日常生活活動功能需協助的老人佔15.4%，一項日常生活活動功能需要協助的佔12.0%，其他則都在10%以下。顯示接受訪問的老人在日常生活活動功能上，呈現兩個極端(見表4-3)。

另外，在八項輔助性日常生活活動功能中均需要部分或全部的協助的老人佔最多數(104人，43.2%)，在八個項目中，有五個項目有達4/5的失能老人需要協助。依序是：『準備膳食』(83.8%)、『使用交通工具』(82.9%)、『外出購買東西』(80.9%)。單獨處理財務有困難者也佔約2/3的比例。『打電話』和『服藥』則有將近一半的人可以完全獨立。由此可見失能老人非常需要日常生活活動功能的協助，尤其在社會性日常生活活動功能方面，需要提供服務(見前表4-4)。從累積次數看，有43.2%的失能老人需要8項的輔助性日常生活活動功能之協助。完全能夠獨立者，僅佔2.1%(見表4-4)。

項	目	次 數	百分比	項	目	次 數	百分比
手術次數 (n=235)				急診次數 (n=235)			
0次		187	79.6%	0次		187	79.6%
1次		38	16.2%	1次		34	14.5%
2次		6	2.6%	2次		8	3.4%
4次		2	0.8%	3次		3	1.3%
5次		1	0.4%	4次		2	0.8%
6次		1	0.4%	5次		1	0.4%
患病狀況 (每題為獨立問 項，各題n=241)				導致失能疾病 (n=239)			
心臟病	64	26.6%		心臟病	15	6.3%	
中風	84	34.9%		中風	80	33.5%	
癌症	6	2.5%		癌症	5	2.1%	
糖尿病	49	20.3%		糖尿病	9	3.8%	
高血壓	110	45.6%		高血壓	7	2.9%	
肺部疾病	35	14.5%		肺部疾病	1	0.4%	
眼睛疾病	97	40.2%		眼睛疾病	15	6.3%	
耳朵疾病	57	23.7%		耳朵疾病	3	1.3%	
老年癱瘓症或 心理疾病	26	10.8%		老年癱瘓症或 心理疾病	8	3.3%	
血液方面疾病	12	5.0%		腸胃疾病	1	0.4%	
腸胃疾病	41	17.0%		泌尿系統疾病	13	5.4%	
泌尿系統疾病	56	23.2%		骨骼肌肉疾病	59	24.7%	
骨骼肌肉疾病	117	48.5%		老化	13	5.4%	
其他疾病	36	14.9%		其他疾病	10	4.2%	
日常生活活動 功能需要協助 (每題為獨立問 項)				輔助性日常生活 活動功能需協助 (每題為獨立問 項)			
進食(n=241)	78	32.4%		打電話(n=240)	131	54.6%	
輪椅與床位移位 (n=239)	114	47.7%		購買東西(n=241)	195	80.9%	
個人衛生(n=241)	103	42.7%		準備膳食(n=241)	202	83.8%	
上廁所(n=241)	102	42.3%		做輕鬆家事(n=241)	209	86.7%	
洗澡(n=241)	146	60.6%		洗衣服(n=241)	208	86.3%	
行走於平地 (n=240)	167	69.6%		使用交通工具 (240)	199	82.9%	
上下樓梯(n=240)	163	67.9%		記得服藥(n=240)	133	55.4%	
穿脫衣服(n=239)	97	40.4%		處理財務(n=241)	157	65.1%	
大便控制(n=240)	101	42.1%					
小便控制(n=240)							

表4-3 失能老人日常生活活動功能需要項目的累積次數

日常生活活動功能項目	次數	累積次數	百分比	累積百分比
0項	27	27	11.2%	11.2%
1項	29	56	12.0%	23.2%
2項	37	93	15.4%	38.6%
3項	18	111	7.5%	46.1%
4項	12	123	5.0%	51.0%
5項	14	137	5.8%	56.8%
6項	10	147	4.1%	61.0%
7項	10	157	4.1%	65.1%
8項	18	175	7.5%	72.6%
9項	13	188	5.4%	78.0%
10項	53	241	22.0%	100.0%

表4-4 失能老人輔助性日常生活活動功能需要項目的累積次數

輔助性日常生活活動功能項目	次數	累積次數	百分比	累積百分比
0項	5	5	2.1%	2.1%
1項	6	11	2.5%	4.6%
2項	13	24	5.4%	10.0%
3項	18	42	7.5%	17.4%
4項	16	58	6.6%	24.1%
5項	34	92	14.1%	38.2%
6項	30	122	12.4%	50.6%
7項	15	137	6.2%	56.8%
8項	104	241	43.2%	100.0%

(四) 失能老人與家庭、社會的互動

在本研究中簡化成三個問項來檢視失能老人與家人相處情形，和社會互動狀況。「與家人相處情形」，從基本資料中得知獨居的失能老人有50人，因此研究中有達49人未回答此問項（理論上應該有50人未回答）。由於回答情境無法控制，大多數是在主要照顧者在場情況下回答，因此此問項之回答，關係很好或好的就佔了九成，回答關係差或很差者僅佔不到不到1/10，而與親朋鄰居來往者佔最多數(56.1%)，而從不與人來往者佔了1/5。「社會支持現況」，可以從心理情緒上的、物質上的和訊息提供等三方面加以檢視。本研究中失能老人所得到的社會支持，以『提供實物』者最多(57%)，他人傾聽，給予心理層面支持者次之，佔43.5%。令人覺得訝異的是，在資訊和經驗提供方面，得到支持的比例相當低，僅佔13.9%(33人)。由此可見資訊、經驗的提供有待加強（見表4-5）。

表4-5 失能老人與家庭及社會互動狀況

項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
與家人相處情形 (n=192)			社會支持現況 (n=237)		
很好	74	38.5%	有人傾聽	103	43.5%
好	99	51.6%	有人提供實物	135	57.0%
差	18	9.4%	有人提供資訊	33	13.9%
很差	1	0.5%	無人支持	56	23.6%
社會互動 (n=237)					
從來沒有	48	20.3%			
偶而	133	56.1%			
往來頻繁	56	23.6%			

與家人相處情形：由於高達41.1%的代答率，此項目比例保留

二、失能老人的社區照顧需求

(一) 失能老人社區照顧需求急迫性（優先性）分析

在多達48個社區照顧方面的需求項目中，超過50%老人提及有需求的項目共計有8項，依百分比多寡排列下來為：準備膳食(71%)、陪同就醫(67.6%)、洗衣服(66.4%)、定期健康檢查(58.9%)、簡易家事處理(58.1%)、購物(55.6%)、洗澡(54.4%)以及量血壓(53.1%)。從供給服務的層面看，可以歸類為需極迫切滿足的需求項目，需求百分比在30~49%之間的項目，可以歸

類為迫切需求，計12個項目，依百分比多寡排列為：醫療補助(49%)，換穿衣服、床單(46.9%)，中低收入補助(44.8%)、使用交通工具(43.6%)，移動(41.9%)，梳洗(39.4%)，上廁所(37.3%)，吃飯(36.9%)，服藥安全(34%)，理財(32.8%)，大小便失禁之處理(32.8%)以及個人衛生處理(30.3%)。

值得一提的是，本研究中由於機構提供的名單中，有二個機構提供較多的低收入老人，因此在醫療補助和中低收入補助二項的需求有偏高的狀況。需求百分比在10~29%之間的項目，歸為中度需求，計有11個項目，其中殘障補助者計27.8%，其他依序為：醫療諮詢服務(25.3%)，打電話(23.2%)，抽血驗血糖(18.7%)，機構安養(16.6%)，復健(15.8%)，醫療輔助器材補助(15.8%)，修繕房屋補助(14.1%)，日間托老與照顧(13.3%)，代讀書報(10.8%)，外籍幫佣申請(10.8%)。需求百分比在10%以下者，則全數歸為低度需求。絕大多數居家護理的項目，心理輔導以及文康休閒等項目，對於失能老人來說，屬於低度需求(見表4-6)。

(二) 失能老人社區照顧需求之分類與重要性

若依需求類別看失能老人的需求：首先以整體平均數來看，老人在48項總需求的平均數為12.1，也就是說每位老人平均有12項的需求，老人最多需求的達28項。若依照理念將老人需求區分為：居家護理(項目3-19，膀胱灌洗、大小量灌腸、更換尿袋、傷口縫合、膀胱訓練、護理指導、鼻胃管、氣切內外管、抽血驗血糖、導尿、量血壓、抽痰、傷(造)口護理、石膏護理、姿位引流、蒸氣吸入、復健)、居家看護(項目20-27，協助服藥、代讀書報、個人衛生處理、洗澡、梳洗、大小便失禁處理、換穿衣服床單、陪同就醫)、生活照顧(項目28-37，吃飯、上廁所、簡易家事處理、移動、理財、購物、準備膳食、洗衣、打電話、使用交通工具)、諮商與溝通(項目38、39，心理協談、家庭溝通)以及經濟需求(項目43-46、48，醫療輔助器補助、修繕房屋補助、中低收入補助、殘障補助、醫療補助)。居家護理項目(計17項)中，平均數為1.4項，最高13項；居家看護的項目(計8項)中，老人的平均數為3.2項，最多者為8項；生活上的照顧(計10項)中，老人的平均數為4.7項，最多者為10項；『家庭溝通』與『心理協談』兩項目合為諮商與溝通類別，失能老人之平均數為0.08，而經濟需求(此不包括外籍幫佣申請項目，計5項)平均為1.5項(見表4-7)。因各類需求項目數不一樣，所以以各平均數再除以項目，以做需求類別間之比較。計算出失能老人在需求上的優先次序為：生活上的照顧協助(0.47)、居家看護協助(0.4)、經濟物資協助(0.3)、居家護理之協助(0.08)以及溝通與諮商需求(0.05)。

表4-6 失能老人各項需求次數分配

項 目	次 數	百分比	項 目	次 數	百分比
極迫切需求			中度需求		
準備膳食	171	71.0%	殘障補助	67	27.8%
陪同就醫	163	67.6%	醫療諮詢	61	25.3%
洗衣服	160	66.4%	打電話	56	23.2%
定期健康檢查	142	58.9%	抽血驗血糖	45	18.7%
簡易家事處理	140	58.1%	機構安養	40	16.6%
購物	134	55.6%	復健	38	15.8%
洗澡	131	54.4%	醫療輔助器補助	38	15.8%
量血壓	128	53.1%	修繕房屋補助	34	14.1%
			日間托老	32	13.3%
			代讀書報	26	10.8%
			外籍幫佣申請	26	10.8%
迫切需求			低度需求		
醫療補助	118	49.0%	膀胱灌洗	5	2.1%
換穿衣服床單	113	46.9%	大小量灌腸	12	5.0%
中低收入補助	108	44.8%	更換尿袋	18	7.5%
使用交通工具	105	43.6%	傷口縫合	2	0.8%
移動	101	41.9%	膀胱訓練	3	1.2%
梳洗	95	39.4%	護理指導	10	4.1%
上廁所	90	37.3%	鼻胃管	16	6.6%
吃飯	89	36.9%	氣切內外管	6	2.5%
協助服藥	82	34.0%	導尿	10	4.1%
理財	79	32.8%	抽痰	12	5.0%
大小便失禁處理	79	32.8%	傷(造)口護理	17	7.1%
個人衛生處理	73	30.3%	姿位引流	3	1.2%
			蒸氣吸入	1	0.4%
			心理協談	15	6.2%
			家庭溝通	4	1.7%
			文康休閒	10	4.1%

表4-7 失能老人需求類別之平均數(N=241)

變數名稱	平均值	標準差	得分範圍
總需求	12.1	6.61	0~28
居家護理需求	1.4	1.59	0~13
居家看護需求	3.2	2.67	0~8
生活協助需求	4.7	3.38	0~10
溝通諮詢需求	0.1	0.30	0~2
經濟需求	1.5	1.13	0~5

三、影響失能老人社區照顧需求之分析

(一) 失能老人基本特質與社區照顧需求

本研究中，將失能老人的年齡、性別、籍貫、宗教信仰、教育程度、婚姻狀況及獨居與否，分別和社區照顧需求進行變異數分析。發現大部份分析未達到統計之顯著水準，僅有三項分析通過，略述如下：年齡與居家看護需求($F=3.85$, $p<0.05$)、婚姻狀況與居家護理需求($F=4.73$, $p<0.01$)以及婚姻狀況與經濟實物需求($F=3.76$, $p<0.05$)有差異關係。換言之，年齡愈大，其居家看護的需求愈大(高齡組的平均數3.8、中齡組平均數3.4、低齡組2.6)；婚姻方面，離喪偶(與單身)的居家護理需求較大(離喪偶平均數1.6、已婚平均數0.5)，其經濟與實物需求也比已婚者大(離喪偶平均數2.2、已婚平均數1.5)。最後，老人是否獨居會與社區照顧需求有關。理論上，獨居老人需求會大一些，但在本研究中，卻完全相反：獨居老人在總需求、居家護理需求、居家看護需求和生活協助需求均比非獨居老人低。這可能與本研究中獨居老人多有使用正式服務有關。本研究中，從正式機構取得的失能老人名單裡，有絕大部份是獨居老人，獨居老人也是社會局服務對象的重點，因此他們已經得到了服務，就不再「需要」服務了，這也與Wallace與Lew-Ting (1994) 指出『符合貧民的收入會增加居家照顧服務的使用』一致。

(二) 失能老人的健康狀況、醫療服務使用與社區照顧需求

失能老人使用醫療的情形和社區照顧需求的關係，可以從過去一年內的住院、手術及急診次數和社區照顧需求的皮爾遜相關分析看出：前兩項和需求的關係均未達統計上的顯著水準；然而急診的次數和需求就可以看出其存在著關係：急診次數和總需求、居家護理需求、居家看護需求以及生活照顧

需求均達到統計上之顯著水準；也就是說，急診次數愈多，後四項需求就愈高(見表4-8)。

表4-8 失能老人過去一年之急診次數與各項需求得分的皮爾遜相關係數分析(n=235)

	總需求	居家護理需求	居家看護需求	生活協助需求	經濟需求
急診次數	*** 0.24	*** 0.22	*** 0.21	** 0.15	0.11-

*** : $p < 0.001$ ** : $p < 0.01$

失能老人在過去三個月內有無門診，也會在總需求及多項需求上呈現差異。有看門診的失能老人在總需求、居家護理需求、居家看護需求、生活照顧需求方面會高一些，但在人際溝通需求方面則會低一些。從以上的結果看來，失能老人有固定看門診者，在社區照顧需求上會比較高，而急診的失能老人則因為緊急狀況比較多，社區照顧需求也會比較高。總之，使用門診與急診反映出健康狀況可能較差，而健康狀況差其社區照顧需求顯然較高(表4-9)。

表4-9 失能老人過去三個月有無門診與社區照顧各項需求之t檢定(t-test)(n=238)

	總需求	居家護理需求	居家看護需求	生活協助需求	人際溝通需求
門診有無	有：13.7 無：11.3	有：1.8 無：1.2	有：4.1 無：2.7	有：5.4 無：4.3	有：0.03 無：0.10
t 值	** 2.55	* 2.16	*** 3.63	* 2.28	* -2.27

*** : $p < 0.001$ ** : $p < 0.01$ * : $p < 0.05$

有：過去三個月有門診者，在各項需求得分的平均數

無：過去三個月無門診者，在各項需求得分的平均數

本研究將老人的『日常生活活動功能』與『輔助性日常生活活動』功能各項分別相加起來，得到兩個總分，分數越高表示功能越差。此兩項總分再分別和需求相加得到的總需求、各類需求分數做皮爾遜相關分析，發現二者

除了和『人際溝通』需求低相關外，其餘各需求類和老人的日常生活活動及輔助性日常生活活動功能均有極高的相關，總需求、居家看護需求與日常生活活動、輔助性日常生活活動功能的相關甚至高達0.6以上（見表4-10）。也就是說，老人的日常生活活動功能與輔助性日常生活活動功能與總需求、居家護理需求、居家看護需求和生活協助有高的相關；當老人在上述兩活動功能受到限制的程度愈大時，愈需要居家護理、居家看護和生活協助的幫助。因此，也許可以直接從老人總體日常生活活動功能(ADL)、輔助性日常生活活動功能(IADL)的狀況來預測需求。

4-10 失能老人日常生活活動功能、輔助性日常生活活動功能與社區照顧各項需求之皮爾遜相關係數分析(n=241)

	社區照顧 總需求	居家護理 需求	居家看護 需求	生活協助 需求	人際溝通 需求	經濟 需求
ADL總分	*** 0.66	*** 0.37	*** 0.76	*** 0.54	0.02	0.11
IADL總分	*** 0.61	*** 0.28	*** 0.61	*** 0.59	0.02	-0.07

續將日常生活活動功能與輔助性日常生活活動功能之需求再予以歸類，需「部分協助」或「完全需協助」者，歸為依賴；其他「完全獨立」者，則歸為獨立，然後與社區照顧總需求（48項總加得分）、各類需求（各分類總加計分）進行t檢定，則發現各項目的日常生活活動功能之依賴與否，確實在失能老人的多類需求上有差異（見表4-11、表4-12）。

（三）老人的家庭、社會關係與社區照顧需求

本研究中採用三個問項來探討老人的家庭關係與社會互動。老人與家庭關係在統計時，簡化為兩類：好與差，簡化後的家庭關係與需求進行t檢定，結果發現：家庭關係之好、壞與總需求、居家護理需求和生活照顧需求有關係，家庭關係好的，其三項需求均比關係差的來的高。（見表4-13）

表4-11 各項日常生活活動功能(ADL1~10)與社區照顧需求得分之t檢定(n=241)

	總需	t 值	居家 護理 需求	t 值	居家 看護 需求	t 值	生活 協助 需求	t 值	經濟 需求	t 值
ADL1	I: 9.9 D: 16.7	*** -8.58	I: 1.0 D: 2.1	*** -4.30	I: 2.2 D: 5.2	*** -9.68	I: 3.7 D: 6.6	*** -6.67	I: 1.6 D: 1.4	1.88
ADL2	I: 9.1 D: 15.3	*** -8.02	I: 0.9 D: 1.8	*** -4.72	I: 1.7 D: 4.8	*** -10.67	I: 3.4 D: 6.1	*** -6.69	I: 1.7 D: 1.3	2.97
ADL3	I: 8.7 D: 16.5	*** -10.72	I: 0.9 D: 1.9	*** -4.45	I: 1.7 D: 5.1	*** -12.26	I: 3.1 D: 6.7	*** -9.52	I: 1.6 D: 1.4	1.88
ADL4	I: 8.9 D: 16.3	*** -10.01	I: 0.9 D: 1.8	*** -5.02	I: 1.6 D: 5.3	*** -14.02	I: 3.4 D: 6.4	*** -7.73	I: 1.6 D: 1.4	1.88
ADL5	I: 7.3 D: 15.2	*** -12.01	I: 0.8 D: 1.7	*** -5.05	I: 1.8 D: 4.6	*** -15.96	I: 2.7 D: 6.0	*** -8.80	I: 1.6 D: 1.4	1.88
ADL6	I: 7.3 D: 14.1	*** -9.66	I: 0.9 D: 1.6	*** -4.06	I: 1.1 D: 4.1	*** -11.32	I: 2.7 D: 5.5	*** -6.49	I: 1.5 D: 1.5	1.97
ADL7	I: 7.4 D: 14.3	*** -10.07	I: 0.9 D: 1.6	*** -4.05	I: 1.2 D: 4.1	*** -11.79	I: 2.5 D: 5.7	*** -8.53	I: 1.7 D: 1.4	2.11
ADL8	I: 8.3 D: 16.0	*** -10.97	I: 0.9 D: 1.9	*** -5.16	I: 1.3 D: 5.1	*** -15.21	I: 3.1 D: 6.3	*** -8.08	I: 1.6 D: 1.4	1.88
ADL9	I: 9.8 D: 15.4	*** -7.12	I: 1.0 D: 1.9	*** -4.15	I: 2.1 D: 4.7	*** -8.23	I: 3.7 D: 6.1	*** -5.71	I: 1.6 D: 1.5	2.10
ADL10	I: 10.0 D: 14.9	*** -6.00	I: 1.0 D: 1.8	*** -3.65	I: 2.1 D: 4.6	*** -8.26	I: 3.9 D: 5.7	*** -4.22	I: 1.6 D: 1.4	1.88

註：***：p<0.001

I(獨立)：各項日常生活活動功能(ADL1~10)中不需他人協助者，各項需求得分平均數

D(依賴)：各項日常生活活動功能(ADL1~10)中需他人協助者，各項需求得分平均數

ADL1：進食 ADL2：輪椅床位間移位 ADL3：個人衛生

ADL4：上廁所 ADL5：洗澡

ADL6：行走於平地上

ADL7：上下樓梯 ADL8：穿脫衣服

ADL9：大便控制

ADL10：小便控制

表4-12 各項輔助性日常生活活動功能(IADL1~8)與社區照顧需求得分之t檢定(n=241)

	總需求	t值	居家看護需求	t值	生活協助需求	t值	經濟需求	t值
IADL1	I: 9.0 D:14.6	*** -8.58	I:1.7 D:4.4	*** -9.44	I:3.2 D:5.9	*** -6.88	I:1.7 D:1.4	*** 2.31
IADL2	I: 6.1 D:13.5	*** -8.02	I:1.0 D:3.7	*** -10.09	I:1.6 D:5.4	*** -10.71	I:1.5 D:1.5	2.11
IADL3	I: 5.5 D:13.3	*** -8.58	I:0.9 D:3.6	*** -10.65	I:1.4 D:5.3	*** -10.17	I:1.6 D:1.5	2.14
IADL4	I: 5.2 D:13.1	*** -10.95	I:1.0 D:3.5	*** -7.30	I:1.0 D:5.2	*** -11.38	I:1.3 D:1.5	2.22
IADL5	I: 6.2 D:13.0	*** -7.95	I:1.1 D:3.5	*** -6.52	I:1.7 D:5.1	*** -7.57	I:1.5 D:1.5	2.11
IADL6	I: 6.4 D:13.2	*** -9.20	I:0.9 D:3.6	*** -9.78	I:1.8 D:5.3	*** -8.66	I:1.7 D:1.5	2.23
IADL7	I: 8.8 D:14.6	*** -7.79	I:1.6 D:4.4	*** -9.71	I:3.2 D:5.8	*** -6.43	I:1.6 D:1.4	2.10
IADL8	I: 8.2 D:14.1	*** -8.20	I:1.5 D:4.0	*** -8.78	I:2.7 D:5.7	*** -8.17	I:1.6 D:1.4	2.10

註：***：p<0.001

I(獨立)：各項輔助性日常生活活動功能(IADL1~8)中不需他人協助者，各項需求得分平均數

D(依賴)：各項輔助性日常生活活動功能(IADL1~8)中需他人協助者，各項需求得分平均數

IADL1：打電話 IADL2：購物 IADL3：準備膳食
IADL4：做輕鬆家事 IADL5：洗衣服 IADL6：使用交通工具
IADL7：服藥 IADL8：理財

表4-13 失能老人的家庭關係與社區照顧需求的t檢定(n=192)

	總需求	居家護理需求	生活協助需求
家庭關係	好:12.8 差:8.5	好:1.5 差:0.7	好:5.2 差:2.6
t值	** -2.71	** -3.11	** -3.15

**：p<0.01

老人的社會互動有三個層次：從不與人來往、偶而與人來往以及來往頻繁。分別與需求進行變異數分析，結果發現：老人社會互動之不同在總需求、居家看護需求和經濟物質需求方面有差異（見表4-14）。『與他人來往的頻率』和居家看護需求的關聯是負向的，但和經濟需求的關聯則是正向的。可能的解釋是：當失能老人有需要接受居家看護，多數已達臥床或行動不便，比較難以主動與人交往；然而經濟需求高的失能老人，為了取得經濟協助，必須主動與人接觸。從另一方面看，也有可能是一般人（包括親友）比較願意給予經濟協助，比較不願意給予看護上的協助。如此看來，實際照顧服務的提供似乎應該優於經濟協助。

表4-14 失能老人的社會互動與社區照顧需求的變異數分析(n=237)

	總需求	居家看護需求	經濟需求
從不與人來往	12.4	3.8	1.1
偶而與人來往	12.7	3.4	1.6
來往頻繁	10.2	2.1	1.7
F值	* 3.10	*** 6.72	** 5.23

***：p<0.001 **：p<0.01 *：p<0.05

老人社會支持的現況也可以作為老人目前社會關係的指標，在複選的答題上，可以視為是獨立的三個問題。『有無人傾聽』一項上，在居家看護需求上有差異。即沒有人傾聽的失能老人，其居家看護需求顯著高於有人傾聽之失能老人的同類需求(t=2.14, p<0.05)；而有人給予實物協助之失能老人，其生活協助的需求上比無人給予實物協助之失能老人需求高(t=-2.48, p<0.01)。為什麼會有這種結果呢？在缺乏既有的研究作為比較之下，無法推論。可能是有人給予實物協助的老人（多是金錢或物品），雖然有了實物協助，卻不是他們所要的生活上的協助（如：理財、購物、簡易家事處理等輔助性日常生活活動功能之項目）；顯然地，錢非萬能，失能老人需要的是協助其生活上的獨立。而沒有人給予實物協助的老人，在本研究中有許多是單身、貧戶老人，反而能得到社會局委託辦理居家照顧服務的協助，因此其生活協助之需求反而低。

四、使用正式服務與社區照顧需求

失能老人有沒有使用過正式機構提供之服務，理論上應該會在需求上有差異。經過 t 檢定之後，發現在總需求、居家看護需求和諮商、溝通需求上有差異，和一般預測的有異，有使用正式機構提供服務的失能老人，在上述需求之分數均高於沒有使用服務的失能老人（見表4-15）。

表4-15 失能老人使用正式服務與否與社區照顧需求之t檢定(n=241)

	總需求	居家看護需求	人際溝通需求
正式服務	有使用:13.3 無使用:11.1	有使用:3.68 無使用:2.77	有使用:0.13 無使用:0.04
t值	** -2.65	*** -2.67	* -1.99

*** : $p < 0.001$ ** : $p < 0.01$ * : $p < 0.05$

可能解釋的原因是：

- 1.已經接受正式服務的失能老人，其社會福利意識較清楚，而知道表達自己的需求。
- 2.已經接受正式服務的老人，其失能狀況較嚴重，因而確有需求。
- 3.有高需求的失能老人確實能得到社會局或衛生局所提供的服務。

為了進一步瞭解有使用正式服務的失能老人與沒使用正式服務的失能老人是否在健康狀況方面確實較差，研究者再就老人日常生活活動功能總分、輔助性日常生活活動功能總分、疾病數、住院、手術、急診及門診次數上檢視其差異性，發現有使用正式服務的失能老人確實在日常生活活動功能總分上比較高($t=-2.37, p<0.05$)，而急診次數也較多($t=-2.42, p<0.05$)。換言之，使用正式服務者會比未使用正式服務者的日常生活活動功能差，輔助性日常生活活動功能和疾病總數則無顯著差異，在使用醫療服務上，一般也沒有差異。但急診狀況多者（緊急狀況發生比較多），則較可能使用正式服務。至於與家人關係好壞與社會支持之有無，在正式使用服務上並無顯著差異。

由於研究方式的限制，無法進行因果之分析，因此『有使用正式服務的失能老人，其社區照顧需求較低』的假設根本無法構成，自然無法驗證或推翻。上述之推測，倒是值得進一步了解。

五、老人社區照顧需求之多變項複迴歸分析

前面已分別對社會人口特質、健康狀況、家庭社會互動與社區照顧需求進行差異性分析，也得知這些變項確實與社區照顧需求有關。然而整體而言，這些變項是否可以解釋不同程度的社區照顧需求，值得進一步用複迴歸分析來瞭解。本研究之複迴歸分析分兩方面進行：一為逐步迴歸；另一種則根據理論與前述之結果建構三種模式，model 1為社會人口特質單組變項，model 2為社會人口特質、健康狀況雙組變項，model 3為社會人口特質、健康狀況、家庭社會關係三組變項。以示不同模式在各類需求增加解釋之變異量。各類變項之選取乃依前述與相關研究結果。社會人口特質包括：性別、年齡、婚姻狀態、獨居、收入、同住人口；身體健康狀況包括：急診次數、手術次數、日常生活活動功能總分、輔助性日常生活活動功能總分；家庭關係與社會互動包括：與家人相處關係、社會互動、有人傾聽、有人提供實物協助、有人提供經驗、覺得有人支持。類別變項除婚姻狀態外，均簡化為好壞、有無等兩分法類別。

結果發現：逐步迴歸分析方面，在總需求、居家看護需求、和生活協助需求上進入之變項解釋力可達三成以上：在總需求上，日常生活活動功能總分、實物之協助、急診次數、與家人相處關係、平均收入總需求均有統計上顯著之影響，變異量達40.75%；居家看護需求進來的六個變項變異量達55.73%；而生活協助需求上進入之四個變項解釋力可達35.56%。可以解釋的變項多與身體健康狀況和家庭關係與社會互動有關。而社會人口特質如獨居、平均收入，則對經濟需求和心理溝通需求有解釋力，但解釋力都很低（詳細參考表4-16）。表4-17則依三個模式別對六條需求作複迴歸分析。同樣的，所有三組變項對經濟需求和心理溝通需求的解釋力都很低，然而三組變項對居家護理需求、居家看護需求、和生活協助需求解釋力都還算高，特別是居家看護需求。而model 2，亦即增加健康狀況變項組可增加的變異量都很大，由此看，健康狀況的確可以快速而正確的篩選出失能老人。換言之，在社區中篩選師能老人以進行社區照顧顯然可以從老人是否在過去一年內急診過、是否有過手術、ADL總分、以及IADL總分判斷。當然，由此更可以確認醫院轉介系統與出院計畫的確非常重要，並應要求確實做到。

表4-16 各類需求之逐步複迴歸分析 (stepwise selection)

Predictors	b 值	s.d.
總需求		
常數	-1.9675	1.9622
ADL總分	0.3619***	0.0659
實物之協助	4.0029***	0.9128
急診次數	1.4018*	0.5737
與家人相處關係	3.5195*	1.6975
平均收入	0.0443	0.0238
test of the model	P<0.0001	
Adjusted R ²	0.4070	
居家護理需求		
常數	0.0750	0.2454
急診次數	0.4613***	0.1199
同住人數	0.1669***	0.0486
提供經驗	0.5415*	0.2627
性別	0.4035*	0.2026
手術次數	0.3009*	0.1540
test of the model	P<0.0001	
Adjusted R ²	0.2526	
居家看護需求		
常數	-2.2865	0.6596
ADL總分	0.1551***	0.0349
IADL總分	0.1035*	0.0471
急診次數	0.5068*	0.2046
實物之協助	0.5367***	0.4149
平均收入	0.0208**	0.0083
有人支持	-1.1849*	0.4849
test of the model	P<0.0001	
Adjusted R ²	0.5573	

生活協助需求		
常數	-3.9734**	1.2363
IADL總分	0.1241	0.0787
實物之協助	2.4267***	0.5393
與家人相處關係	2.7035**	0.9984
ADL總分	0.1241*	0.0575
test of the model	P<0.0001	
Adjusted R ²	0.3556	
經濟需求		
常數	2.3855***	0.3562
社會互動	-0.8773**	0.2838
獨居與否	1.3965**	0.5349
平均收入	-0.0106*	0.0050
IADL總分	-0.0353	0.0188
test of the model	P<0.0001	
Adjusted R ²	0.1784	
溝通諮商需求		
常數	0.0106	0.0312
獨居與否	0.1781	0.1201
平均收入	0.0023*	0.0011
test of the model	P<0.0393	
Adjusted R ²	0.0393	

表4-17 各類需求之複迴歸分析 (三種模式之比較)

Predictors	Model 1		Model 2		Model 3	
	係數	S.D.	係數	S.D.	係數	S.D.
總需求						
常數	2.0908	5.6139	-0.8257		-3.7348	
社會人口特質						
性別	0.1686		0.3611		0.5907	
年齡	0.1030		0.0108		0.0195	
已婚mg1	-0.3045		-0.0299		0.1148	
離喪偶mg2	-1.7712		-1.3205		-0.7851	
獨居	-1.5027		1.3739		2.1698	
收入	0.0511		0.0429		0.0402	
同住人口	0.3083		0.0545		0.0443	
身體健康狀況						
急診次數			1.2138		1.2680	
手術次數			0.0869		-0.0301	
ADL總分			0.2662		0.3235	
IADL總分			0.2997		0.1225	
家庭關係與社會互動						
與家人相處關係					2.6578	
社會互動					-1.4258	
有人傾聽					0.7989	
有人提供實物協助					4.6356	
有人提供經驗					1.2436	
有人支持					-1.9368	
test of the model	p<0.0386		p<0.0001		P<0.0001	
adjusted R ²	0.0472		0.3200		0.3679	
居家護理需求						
常數	0.7519		0.5543		-0.0525	
社會人口特質						
性別	0.1561		0.1904		0.2933	
年齡	-0.0103		0.0125		-0.0076	
已婚mg1	0.5383		0.4458		0.6688	
離喪偶mg2	0.3665		0.3066		0.5479	
獨居	0.0965		0.2232		0.2678	
收入	0.0041		0.0044		-0.0006	
同住人口	0.1803		0.1655		0.1652	
身體健康狀況						
急診次數			0.3134		0.4466	
手術次數			0.1838		0.2982	
ADL總分			0.0471		0.0302	
IADL總分			0.0283		-0.0383	
家庭關係與社會互動						
與家人相處關係					0.2487	
社會互動					0.3533	
有人傾聽					-0.2726	
有人提供實物協助					0.1111	
有人提供經驗					0.5864	
有人支持					0.1193	
test of the model	p<0.0002		p<0.0001		p<0.0007	
adjusted R ²	0.1214		0.2106		0.2143	

居家看護需求			
常數	-0.7856	-2.3536	-1.5264
社會人口特質			
性別	-0.0880	-0.0378	-0.3300
年齡	0.0411	-0.0031	-0.0017
已婚mg1	-0.4528	-0.2746	-0.7710
離喪偶mg2	-0.4734	-0.2721	-0.9383
獨居	-0.7140	0.4943	0.2520
收入	0.0205	0.0166	0.0208
同住人口	0.1849	0.0460	0.0579
身體健康狀況			
急診次數		0.3838	0.5184
手術次數		0.0153	-0.2121
ADL總分		0.1552	0.1576
IADL總分		0.1319	0.0971
家庭關係與社會互動			
與家人相處關係			0.4263
社會互動			-0.2492
有人傾聽			0.0523
有人提供實物協助			1.5788
有人提供經驗			-0.1663
有人支持			-1.3029
test of the model	p<0.0164	p<0.0001	p<0.0001
adjusted R ²	0.0608	0.5030	0.5196
生活協助需求			
常數	-1.4121	-3.5888	-3.6258
社會人口特質			
性別	0.2137	0.5480	0.6140
年齡	0.0662	0.0201	0.0205
已婚mg1	0.1989	0.2849	-2.0045
離喪偶mg2	-0.8164	-0.4990	-2.5876
獨居	-1.1427	0.4182	-0.0568
收入	0.0180	0.0152	0.0263
同住人口	0.1302	0.0175	-0.0434
身體健康狀況			
急診次數		0.1878	0.1507
手術次數		0.1038	0.1197
ADL總分		0.0785	0.1489
IADL總分		0.2410	0.1350
家庭關係與社會互動			
與家人相處關係			1.6540
社會互動			-0.4239
有人傾聽			1.4451
有人提供實物協助			2.8777
有人提供經驗			0.0354
有人支持			-1.2856
test of the model	p<0.0185	p<0.0001	p<0.0001
adjusted R ²	0.0590	0.2587	0.3325

經濟需求 常數	3.5679	3.8362	2.3650
社會人口特質			
性別	0.0309	-0.1109	-0.0036
年齡	-0.0137	-0.0099	-0.0048
已婚mg1	-0.5767	-0.4847	0.5725
離喪偶mg2	-0.4592	-0.4319	0.6675
獨居	-0.1463	-0.1431	1.0337
收入	-0.0046	-0.0062	-0.0126
同住人口	-0.1184	-0.1166	-0.0729
身體健康狀況			
急診次數		0.1302	0.0502
手術次數		-0.1194	-0.1146
ADL總分		0.0038	0.0040
IADL總分		-0.0342	-0.0423
家庭關係與社會互動			
與家人相處關係			-0.0233
社會互動			-0.7853
有人傾聽			-0.1580
有人提供實物協助			-0.0801
有人提供經驗			0.3165
有人支持			0.3195
test of the model	p<0.0417	ns	p<0.0235
adjusted R ²	0.0459	0.0480	0.1223
諮商溝通需求 常數	0.0811	0.2977	0.1584
社會人口特質			
性別	-0.0393	-0.0358	0.0144
年齡	0.0007	-0.0008	0.0001
已婚mg1	-0.0790	-0.1324	-0.0158
離喪偶mg2	-0.0461	-0.0873	0.0524
獨居	0.0095	-0.0131	0.0926
收入	0.0023	0.0025	0.0020
同住人口	-0.0098	-0.0085	-0.0088
身體健康狀況			
急診次數		0.0153	0.0385
手術次數		-0.0126	0.0157
ADL總分		0.0067	0.0029
IADL總分		-0.0097	-0.0082
家庭關係與社會互動			
與家人相處關係			-0.0675
社會互動			0.0241
有人傾聽			-0.0272
有人提供實物協助			0.0454
有人提供經驗			0.0312
有人支持			-0.0210
test of the model	ns	ns	ns
adjusted R ²	0.0068	0.0010	0.0454

***:P<.001 **:P<.01 *:P<.05

伍、結論與建議

一、結論：

在本研究中，失能老人年齡分佈非常散，不過75歲以上失能的老人佔了61.8%。顯見年齡老化，因而帶來的各種慢性疾病，是老人失能的重要原因之一。另外發現中風(33.2%)和骨骼肌肉疾病(24.5%)是兩大項導致老人失能的主要原因。大部分失能老人有家人同住，平均同住人數為3.29人。配偶是主要的照顧者，佔了一半。失能老人的健康狀況差異大，其中罹患三項以上慢性疾病的，幾近三分之二。從平均數看，失能老人有3.3項的慢性病。一旦失能狀況成為長期、不可痊癒的現象後，失能老人就必須固定的使用相關的醫療服務，大約將近一半的失能老人在過去一年內曾經住院，其中以一、二次居多，1/5的失能老人在過去一年內曾接受過手術，門診固定者有2/3強。過去一年內曾急診者也佔1/5。由此看失能老人比起一般老人，的確需要較多的醫療資源。

3.22%的失能老人有10項日常生活活動功能完全或需要部分協助。在輔助性日常生活活動功能(IADL)需要協助情形看，卻有43.2%的老人在8項IADL上需要部分或全部協助。顯見失能老人確實需要在日常生活活動功能上予以協助，尤其是社會性的日常生活活動。

失能老人可以從心理情緒、物質和資訊提供三方面得到所需要的社會支持，在資訊、經驗提供方面，得到支持的比例相當低，僅佔14%。而這方面的支持，正好是社會福利機構可以補充的，因此有待相關單位加強訊息提供。

失能老人的社區照顧需求，以生活上的照顧協助最需要，其次依序為居家看護協助、經濟物資協助、居家護理協助以及溝通與諮商協助。

失能老人的健康狀況、醫療服務使用和日常生活活動功能，與社區照顧需求有關係。固定看門診者，在社區照顧需求上比較低，而急診的失能老人，因緊急狀況較多，會有較高的社區照顧需求。失能老人在日常生活活動功能與輔助性日常生活活動功能受到的限制程度愈大時，愈需要居家護理、居家看護和生活協助。有沒有使用正式機構提供之服務，在社區照顧總需求、居家看護需求和諮商溝通需求上有差異。有使用正式機構服務的失能老人，在

上述需求之平均數均高於未使用者，究其原因，可能是身體狀況較差，急診狀況較多，都會直接或間接的尋求正式機構的協助所致。

本研究中失能老人不是隨機抽樣而得，無法推論到所有失能老人。然而來自多方面來源的資料，卻可以看到不少當前失能老人的現況。失能老人何其多，但是要找出失能老人進而提供服務卻何其困難！

二、建議

本研究是以社區照顧作為照顧失能老人的主要模式，此模式一方面可以向有需要照顧的人提供適當的服務，另一方面可以把這些人留在已熟悉的社區內，照自己喜歡的起居生活方式，在社區中有尊嚴的活下去，而文獻也指出不論就成本效益或失能老人的意願而言，社區照顧是比較理想的服務方式(楊銘欽,1993)。研究者提出建議如下：

(一) 涵蓋社區照顧的實施對象

社區照顧工作的處遇對象，應該是針對直接處在危機中的人或家庭，進行協助，以本研究失能老人服務之提供為例，建議其對象應包括：

1.失能老人及其家人：因為照顧失能老人，已瀕臨或已經遭到家庭崩潰的案主，以強化能力(enabling)、支持(supportive)、保護(protecting)並直接提供服務為主要工作方法。

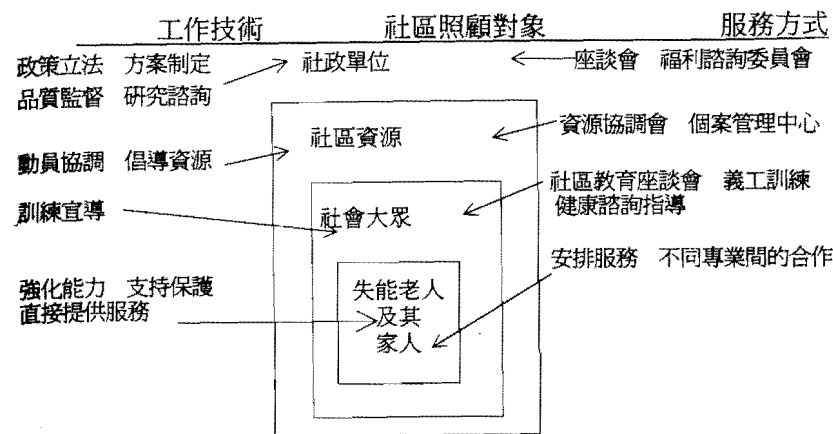
2.社會大眾：包括鄰居、朋友或一般民眾。加強他們對失能老人的瞭解、體諒、接受與協助。以社區教育、健康諮詢指導、義工訓練為主要服務方式。

3.社區資源、醫療保健與社會服務機構：照顧失能老人需要多樣式的服務資源，動員、協調及倡導社區資源之使用是主要的工作。

4.社政單位、衛政單位及學者專家：提供照顧失能老人服務時，政府社政單位、衛政單位必需訂定相關政策、決定服務方向、監督公、私各相關服務部門提供的品質。

社政單位、衛政單位及學者專家：提供照顧失能老人服務時，政府社政單位、衛政單位必需訂定相關政策、決定服務方向、監督公、私各相關服務部門提供的品質。

圖二：社區照顧模式的服務對象與相關工作方式



(二) 以個案管理程序進行社區照顧

社區照顧模式欲有效實施，最直接的方法即是採用個案管理的集中責任之特點，加強及鼓勵社會工作人員或社區醫護人員組成更有效的照顧流程。根據文獻，本研究中個案管理程序歸納為：1.篩選個案、建立關係和評量；2.照顧計畫之擬定；3.照顧網絡的協調與執行；4.監督檢討；四個步驟。茲根據此四步驟及研究之發現，一一說明如下：

1.篩選個案與評量(screening and assessment)

A. 確認服務對象

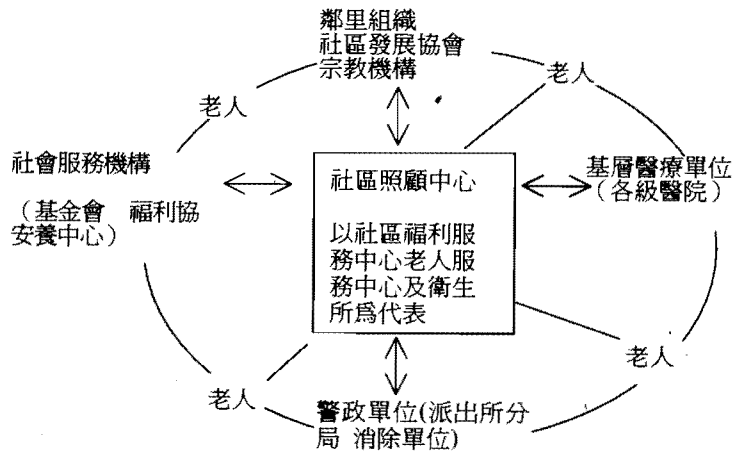
本研究中，較老的老人與離喪單身等老人，其社區照顧需求較高；在身體健康和因身體限制引起的日常生活活動功能與輔助性日常生活活動功能依賴度高者，社區照顧需求也大。前者例如失能老人的緊急狀況較多(看急診次數較多)，後者例如日常生活活動功能及輔助性日常生活活動功能總分較高。此外，失能老人一年內住院、急診、手術、有慢性病需定期門診比率非常高，這些也成為老人社區照顧的指標，社區照顧需求高。而且失能老人表達社區照顧需求項目高達3.2項，與一些研究(Wallace & Lew-Ting, 1994; Coward & Dnyer, 1992)之發現：多重功能障礙、身體與心理失能、極老老人、缺乏社會支持、獨居者之需求較高是一致的。

B. 評量(由誰評量及評量標準為何)

從組織結構上，可以把評量分成兩個層次，分別為分散模式與整合模式。兩種組織模式不必是各自獨立的，本研究建議兩者並行，且採層次式。

(a)單位、各級醫療院所、社會服務機構以及各種機構式照顧機構。這些初步篩選需求者應根據上述指標，初步評量失能老人是否需要社區照顧，而予以轉介或照會到社區照顧中心（如圖三）。

圖三：老人社區照顧網絡



(b)整合模式(integrated model)：為了強化資源的整合與協調，由負責失能老人的社區照顧中心內之社會工作人員（或社區醫護人員）進行第二次統整式評估。本研究建議由現有編制之社會福利服務中心或老人服務中心之專業社會工作人員(或衛生所之醫護人員)進行需求評量。此階段的評量包括：老人失能之狀況（日常生活包括ADL及IADL）、生理與心理狀態、疾病狀況、復健方向、物質環境、財務情況、社會接觸、家人關係以及已在使用的服務(Challis & Davies, 1986)。

完整的評量，應該結合專業個案管理師、主要照顧者一起進行，除上述老人狀況之瞭解外，更應確認失能老人或照顧者的能力(strengths)以及獲得服務的障礙(obstacles)(Challis & Davies, 1986)。

由於失能老人身體情況與疾病關係密切，一般評估不易發現問題，文獻指出失能老人經常反覆發病及入院（衛生署，1994），造成醫療資源浪費，而全民健保的推展也使整個衛生保健工作朝向預防及復健層次擴展，本研究中失能老人幾乎均來自慢性病，似乎也反映出此項看法，目前衛生署正在規畫推展長期照顧之中長程計畫，本研究乃建議在社福中心加編醫護人員（以

專任或諮詢方式介入），或社區照顧即以各區衛生所為個案管理中心（納編社工人員及醫護人員在內）將能使失能老人照顧與長期照顧緊密結合，並確切落實於社區。

2. 照顧計畫之擬定

負責個案管理的專業人員，依失能老人的社區照顧需求、服務的存有性（社會資源）以及老人自身的資源（人力、財力、物力之資源）做一番整理與安排，規畫出失能老人的整套照顧內容(package of care)。那些服務由失能老人自行購買？那些由照顧者提供？那些由志願機構提供？那些由政府的社會服務單位、衛生單位和住宅單位提供？在計畫中應有明確之規定。由於社區內服務不一定完整，且需求常有時間性，因此必需安排服務時間表(schedule)(謝美娥，1993)。

3. 照顧網絡的協調與執行

在這個階段個案管理師所扮演的是服務經紀人的角色。為了使照顧得以確實進行，良好的協調與有效的執行是必需的。本研究建議個案管理師在此階段應注意：

- 應為倡導、發展必需性的照顧服務
- 社區照顧之服務應兼顧失能老人與其主要照顧者之需求
- 協調居家照顧機構服務的區域(area)、服務對象(target population)與服務
- 協調其他社區資源，特別是經濟與實物之協助。

4. 監督與評估

慎選評估指標，一般而言，有兩個指標可以進行，一為結果(outcome)，一為成本(cost)（謝美娥，1993）。茲建議失能老人的個案管理結果指標為：(a)老人是否繼續住在家裡、死亡或住進醫院、養護所。(b)老人和主要照顧者的滿意度及生活品質。在成本指標方式，宜統計失能老人使用居家照顧的費用，比較養護機構中老人的平均費用。

參考書目

一、中文部分：

王署均，1995.《台灣地區失智症之流行病學調查》。老人失智研討會。4月22-23日。

王麗容，1995.《婦女與社會政策》。台北：巨流。

〈台中縣外埔鄉與太平鄉基層衛生機構收案管理慢性病患者居家照護情形及其影響因素之探討〉。《公共衛生》，17(3)，285-302。

台北市政府，1996.《衛生醫療革新白皮書》。

行政院主計處，1992.《中華民國台灣地區人力資源運用調查報告》。

行政院主計處，1994.《中華民國台灣地區老人狀況調查報告》。

行政院衛生署，1994.《配合全民健康保險之實施，老人醫療保險政策與措施--行政院第十四次科技顧問會議》。

行政院衛生署，1994.《國民保健計畫執行報告--長期照護》。

吳淑瓊，1994.〈從健康服務的供需探討我國老人健康照護問題〉。《經社法制論叢》，第十四期，85-100。

吳聖良、林豐雄、張瑛、姚克明，1992.〈台灣省社區殘障老人主要照顧者之壓力與需求之調查研究〉。《公共衛生》，19(2),166-177。

吳聖良、胡杏佳、姚克明，1991.〈台灣地區居家照護老人主要照顧者負荷情形及其需求之調查研究〉。《公共衛生》，18(3)，237-247。

呂寶靜、吳淑瓊，1994.《建立台北市老人養護系統之研究--養護機構的調查》。台北市社會局委託研究。

阮玉梅，1988.〈鄉民對居家照護態度之探討〉。《護理雜誌》，35(1)，59-67。

邱啓潤、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、劉蘭英，1988.〈居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探討〉。《護理雜誌》，35(1)，69-83。

洪百薰、林豐雄、洪美玟、黃明珠、吳聖良，1991.〈老人健康狀況與需求評估〉。《公共衛生》，18(3)，212-235。

洪明善，1986.〈高雄市前鎮區老人健康需要調查研究〉。《公共衛生》，13(1)，109-119。

徐亞瑛，1989.〈對老人癡呆患者家庭的評估及護理措施〉。《護理雜誌》，36(2)，25-34。

徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美，1992.《護理雜誌》，39(3)99-106。

張珏、黃茂芳、張素滿，1989.〈台北地區老年人調適策略與自評健康的關係〉。《中華衛誌》，19(2)，69-82。

張淑英，1992.〈台北地區老人中風患者使用長期安養方式影響因素之研究〉。《社區發展季刊》，60，103-110。

陳群英、嚴毋過，1990.〈台北市立中興醫院60歲以上住院病患對居家護理需求之探討〉。《衛生行政學刊》，10(2)，57-68。

葉英堃、胡海國，1984.〈中國大城市老年人的精神疾病以診斷問卷調查的終生盛行率〉。《中華民國神經精神醫學學會會刊》。專刊第一號。109-119。

楊志良、李淑華、李勝一、周惠馨，1989.〈老人民眾居處現況、醫療需求與健康生活〉。《公共衛生》，16(2)，149-158。

楊漢涼，1994.〈台灣老人醫療照顧體系之探討〉。健康與社會政策研究中心第五次學術研討會(老人醫療照顧與福利政策之展望)

楊銘欽，1993.《居家護理與護理之家經濟評估》。衛生署委託研究。

萬育維，1994.〈專業整合與老人長期照護之規劃〉。《經社法制論叢》，第十四期，67-84。

詹火生，1992.《台灣地區老人安養服務之研究》。行政院研考會。

齊力，1990.《台灣地區近二十年來家戶核心化趨勢的研究》。國立台灣大學社會學刊。

劉樹泉、李燕鳴，1991.《新店市老人醫療照顧需求先驅調查》。

駱麗華、陳瑞琴、胡淑貞，1991.〈南台灣某醫院為基礎之居家護理服務成效評價〉。《護理雜誌》，18(3)，249-261。

戴玉慈、余玉眉、連倚南，1990。〈罹患中風對家庭的衝擊〉。《公共衛生》，17(2)，171-180。

聯合報，1996。4月6日。

謝美娥，1992。《台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究》。台北市政府社會局委託研究。

謝美娥，1993。《老人長期照護相關論題》。台北：桂冠。

顏哲傑、林瑞雄，1990。〈台北市北投區中老年人健康危險因素之調查研究〉。《公共衛生》，17(2)，159-169。

二、英文部分：

Able, E. K. (1986). Adult daughters and care for the elderly. *Feminist Studies*, 12, 479-497.

Anderson, N.N., Patten, S.K. & Greenberg, J.N. (1980). *A comparison of home care and nursing home care for older persons In Minnesota*. Vol.1 Summary, Minneapolis, U of Minnesota.

Barusch, A. & Spaid, W. (1989). Gender differences in caregiving: Why do wife report greater burden? *The Gerontologist*, 29, 667-676.

Chapple, N.L. (1985). Social support and the receipt of home care service. *The Gerontologist*, 25 : 47-54.

Chenoweth, B. & Spencer, B. (1986). "Dementia: The experience of family givers", *The Gerontologist*, 26, 267-272.

Dwyer, J. W. & Coward, R. T. (Editors) (1992). *Gender, families and elder care*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Coward, R. T. & Dwyer, J. W. (1990). The association of gender, sibling network composition, and patterns of parental care by adult children. *Research on Aging*, 12 : 158-181.

Crawley, W. D. (1994). Case management: managing the nurse case management. *Health Care Supervision*, 12(4) 84-89.

Goldscheiger, F. K. (1990). The aging of the gender revolution, *Research on Aging*, 12 : 531-545.

Guralnik, J. M. & Simonsick, E. M. (1993). Physical disability in older Americans, *Journal of Gerontology*, 48(Suppl): 3-10.

Higgins, J. (1989). Defining community care: Reality and myths, *Social policy and administration*, 23(1). PP3-16.

Kane, R. A. & Kane, R. L. (1987). *Long-term care: Principles, programs, and policies*. New York: Springer.

McAuley, W. J. & Arling, G. (1984). Use of in-home care by very old people. *Journal of Health and Social Behavior*, 25:54-64, 1984

Miller, J. A. (1991). *Community-based long-term care*. Newbury Park, CA : Sage Publications.

Molley, S. P. (1994). Defining case management, *Home Health care Nurse*, 12(3), 51-54.

Montgomery, R. J. V. (1992). Gender differences in patterns of child-parent caregiving relationships, in Dwyer, J. W. & Coward, T. (ed) *Gender, family, and elder care*, Newburg, CA: Sage.

Phillipson, C. & Walker, A. (1986). *Ageing and social policy: A critical assessment*. Aldershot, Hants, England: Gower.

Stone, R., Cafferata, G. L. & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A National profile, *The Gerontologist*, 27, 616-626.

Walker, A. J. (1992). "Conceptual perspectives on gender and family caregiving." in J. W. Dwyer, & R. T. Coward (eds). *Gender, families, and elder care*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Wallace, S. P. & Cambell, K. & Lew-Ting, C-Y. (1994). Structural barriers to the use of formal in-home services by Elderly Latino, *Journal of Gerontology: Social Science*, 49:5-

Wallace, S. P. & Lew-Ting, C-Y. (1992). Getting by at home community-based long-term care of Latino elders, *West Journal of Medicine*, Sep. 157: 337-344.

Wiener, J. M., Hanley, R. J., Clark, R. & Van Nostrand, J. F. (1990). Measuring the activities of daily living: Comparisons across national survey, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 229-237.

臺灣地區老人日間照護方案功能之初探： 從老人使用者及其家屬的觀點出發*

呂寶靜**

中文摘要

本研究的目的係在瞭解老人使用日間照護服務的經驗，以及此經驗對老人其家屬照顧者的影響，並探討其發揮喘息照顧 (respite care) 效果的情形，進而釐清台灣地區老人日間照護方案的功能。資料的蒐集方法為深入訪談法，計訪談了十三名日間照護方案的使用老人及八名家屬照顧者。研究結果顯示：不論老人使用者或其家屬均認為日間照護服務確可減低照顧者的責任，提供照顧者喘息的機會；而且使用日間照護服務可增進老人的社會化、恢復或維持身體功能能力、驅除感傷而保持較好的過日子的心情、以及增加精神上的滿足感等。最後，本研究並研提建議以供未來規劃日間照護服務方案的參考。

關鍵詞：日間照護服務、喘息照顧服務、服務評估、使用者觀點

* 本篇論文所使用之資料是採自國科會補助的研究計畫：「失能老人非正式和正式照顧體系關係之探究--以日間照顧服務方案之使用為例」(計畫編號：NSC 85-2412-H-004-002)

** 國立政治大學社會學系副教授