

老人照護需求的興起與護理的角色



組員：靜宜、煜真、秀琴

指導教授：邱艷芬院長

報告日期：2009.12.04

報告內容：

1. 老年人口的比例
2. 台灣老人現況
3. 產生什麼問題（獨居老人、與家人同住、外籍人士照護）利與弊
4. 老年人的照護需求、想法
5. 老年人與成人需求的差異
6. 健康老人與生病的老人的差異
7. 現階段提供老人照護的社會福利與機構
8. 護理人員在老人照護的角色是什麼
9. 何謂成功的老化？健康的老化？

老年人口的比例



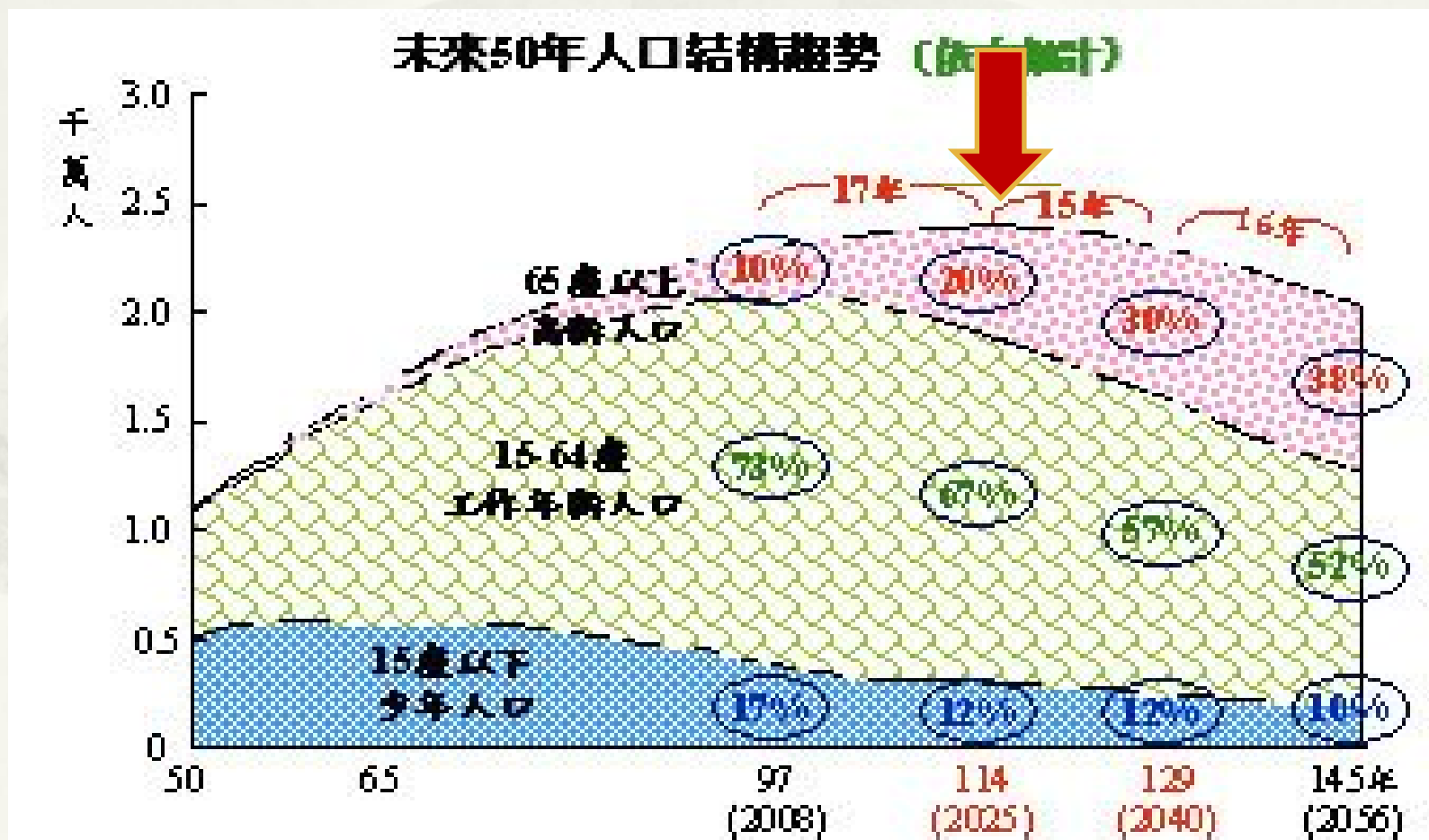
我們只有別人1/4的時間做準備!!

台灣從「高齡化社會」邁入「高齡社會」約25年左右，歐美先進國家約為50~100年

國別	到達65歲以上人口比率之年次					倍化期間 (年數)	
	7%	10%	15%	20%	30%	7%~ 15%	10%~ 20%
法 國	1864	1943	1995	2019	-	131	76
瑞 典	1887	1948	1975	2011	2041	88	63
義大利	1927	1966	1990	2008	2033	63	42
英 國	1929	1946	1980	2020	-	51	74
德 國	1932	1952	1976	2010	2035	44	58
美 國	1949	1967	2015	2030	-	66	63
日 本	1970	1985	1996	2006	2038	26	21
臺 灣	1993	2005	2019	2025	2040	26	20

資料來源：行政院經濟建設委員會，中華民國臺灣95年至140年
人口推計，95年6月。

行政院經建會依據目前老年人口成長率來推估，台灣到民國114年時老年人口將達總人口的20.1%



即每5人中就有一位是老年長者！。



台灣老人現況



弘道老人福利基金會
中華民國弘道志工協會

關於弘道 弘道志工站 最新消息 新聞專區 活動花絮 敬老通訊 愛心捐款 弘道專區 相關連結 弘道資訊

服務內容 SERVICE

- 弘道老人福利服務
- 弘道老人福利服務
- 弘道老人福利服務
- 弘道老人福利服務
- 弘道老人福利服務
- 弘道老人福利服務

最新消息 HOT NEWS

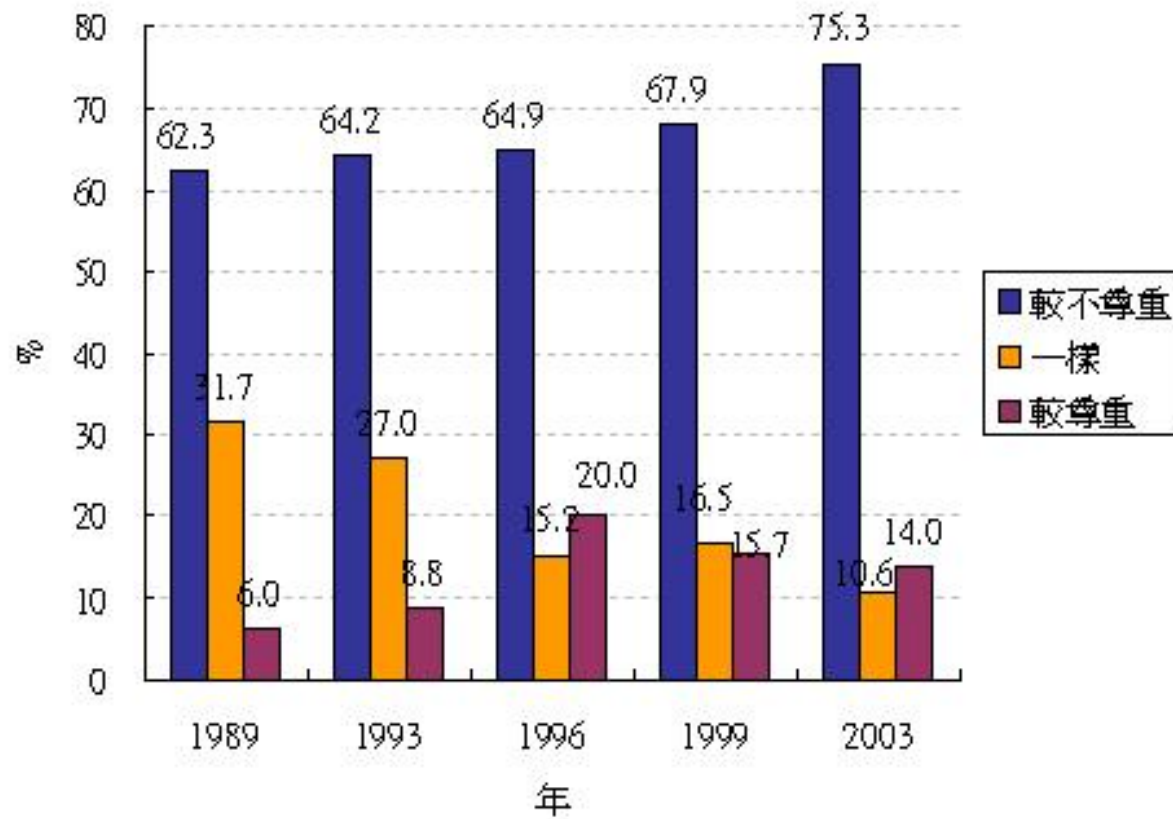
- 耆老100，大家一起來 2007/02/14
每位關心弘道的朋友，您好！回顧一年的工作，首感2006年...
- 耆老志工站2/4歲耆老聚會 耆工掌握料理美味大餐 2007/01/30
年關將至，即迎來歲除年未，關懷的腳步仍不停歇，中華民國...
- 我敬老，我是志工—TVBS專訪弘道大林志工站 2007/01/29
今天要訪的這群老人，是個充滿活力的團體，就是弘道耆老。或許...
- “教育電台臺北分會 老人關懷課程” 邀請林依聖執行長 2007/01/29
有關社會福利及高齡化社會議題的相關研討，弘道老人福利...
- 1月28日歡客家鄉—鹿港鎮市場 2007/01/12
這一天，我們特地參訪了「鹿港鎮市場」，當地的「地產」...



大眾對老人之謬思

• 對於老人的負面想法

年輕人對老人的態度:老人從平日的人際互動中會感受到社會對老人的態度，而此態度也會影響老人對自己的看法。



資料來源：「臺灣地區老人保健與生活問題長期追蹤調查系列研究調查資料」，
1989、1993、1996、1999、2003，行政院衛生署國民健康局

大眾對老人之謬思

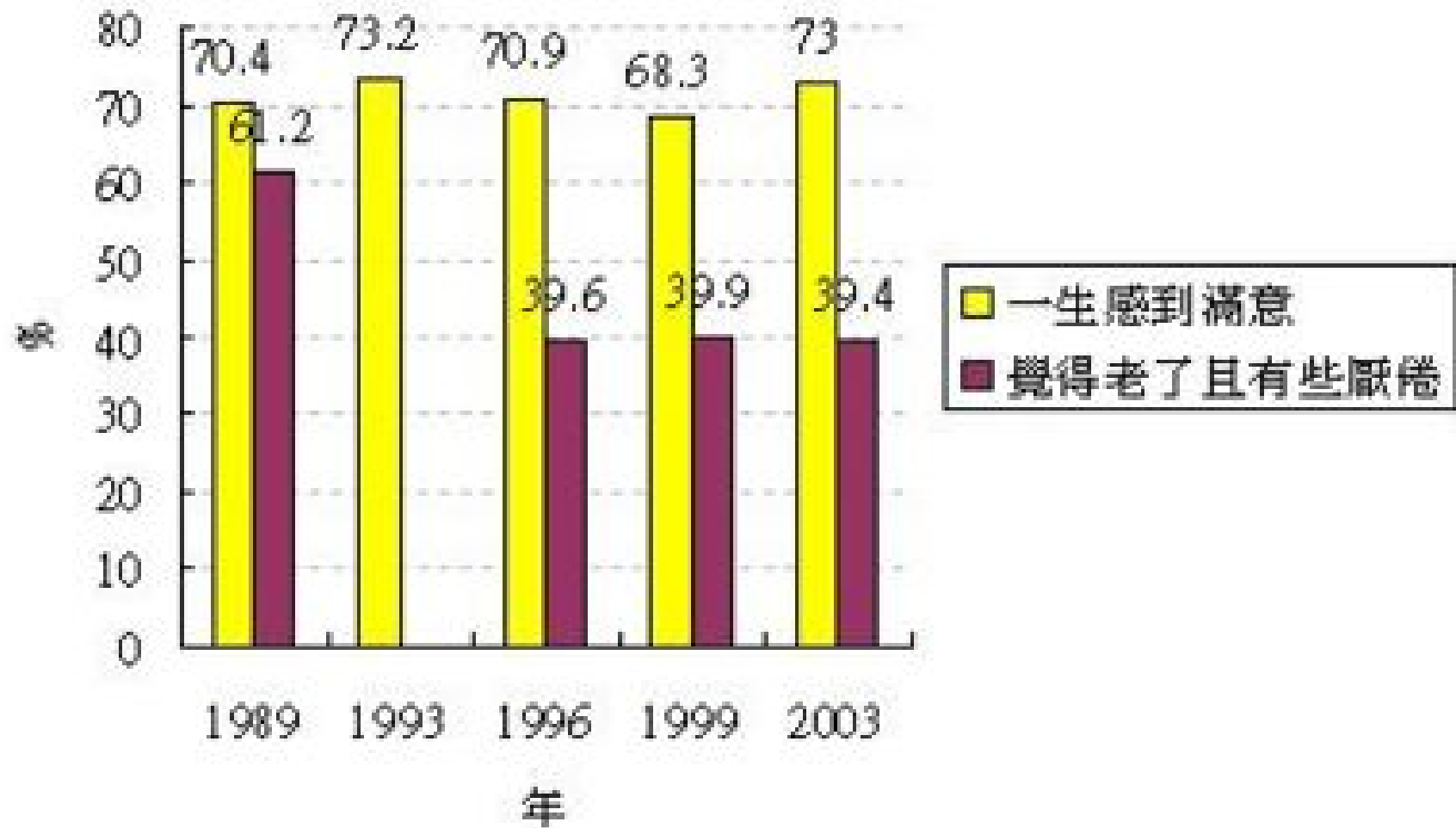
- 著重在老人醫療照護，忽略了老人在心理、社交需求上的考量

-長久以來，社會對於老年人的刻板印象影響至鉅，包括覺得老人是貧窮、伴有疾病、失能、無權、無角色等，是為負面角色之綜合體。

- 將老化與不健康劃上等號

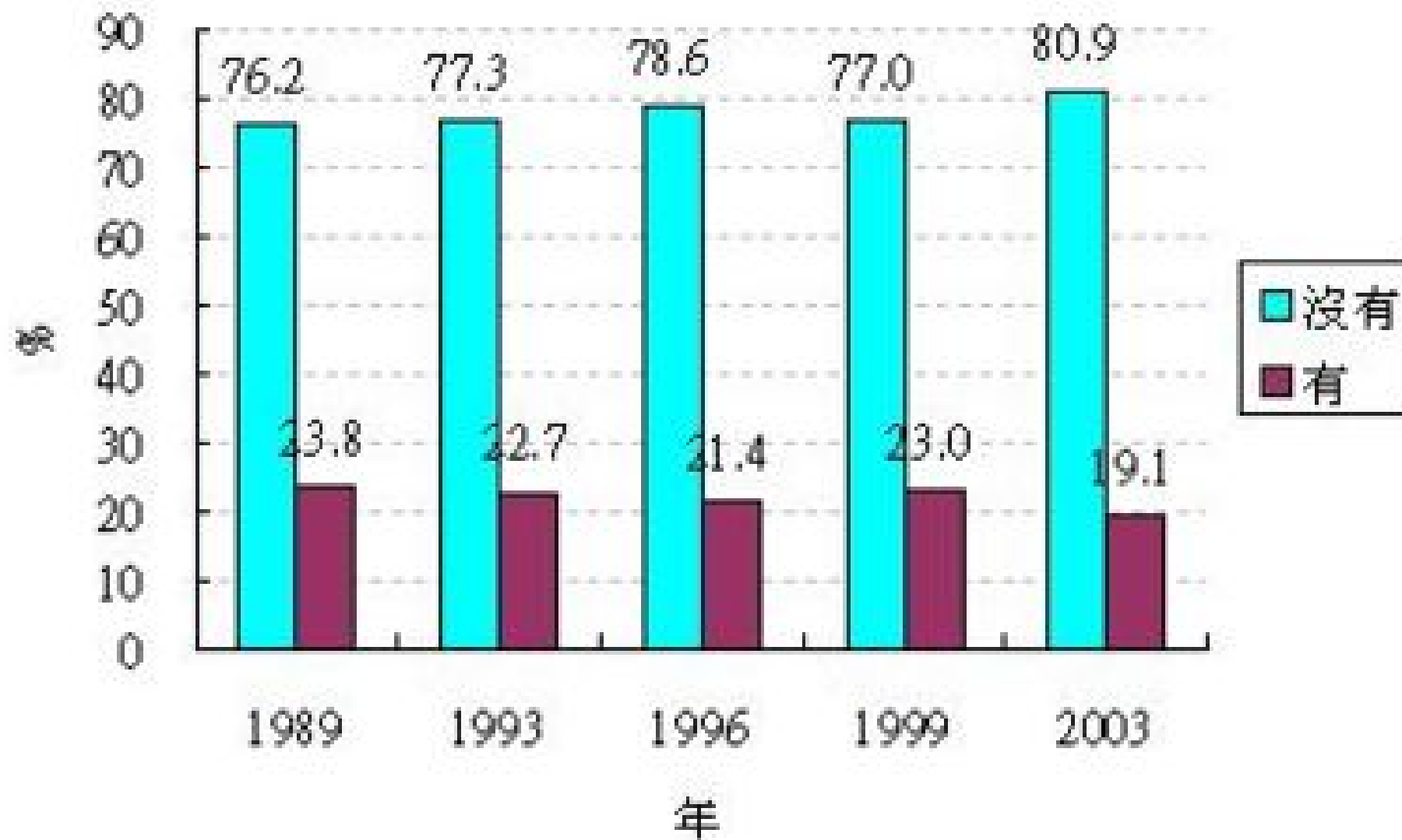
-認為身體方面年紀大了身體變差、記憶力退化、得了老人癡呆症、無法照顧自己要靠專業等

台灣老人的生活滿意情形

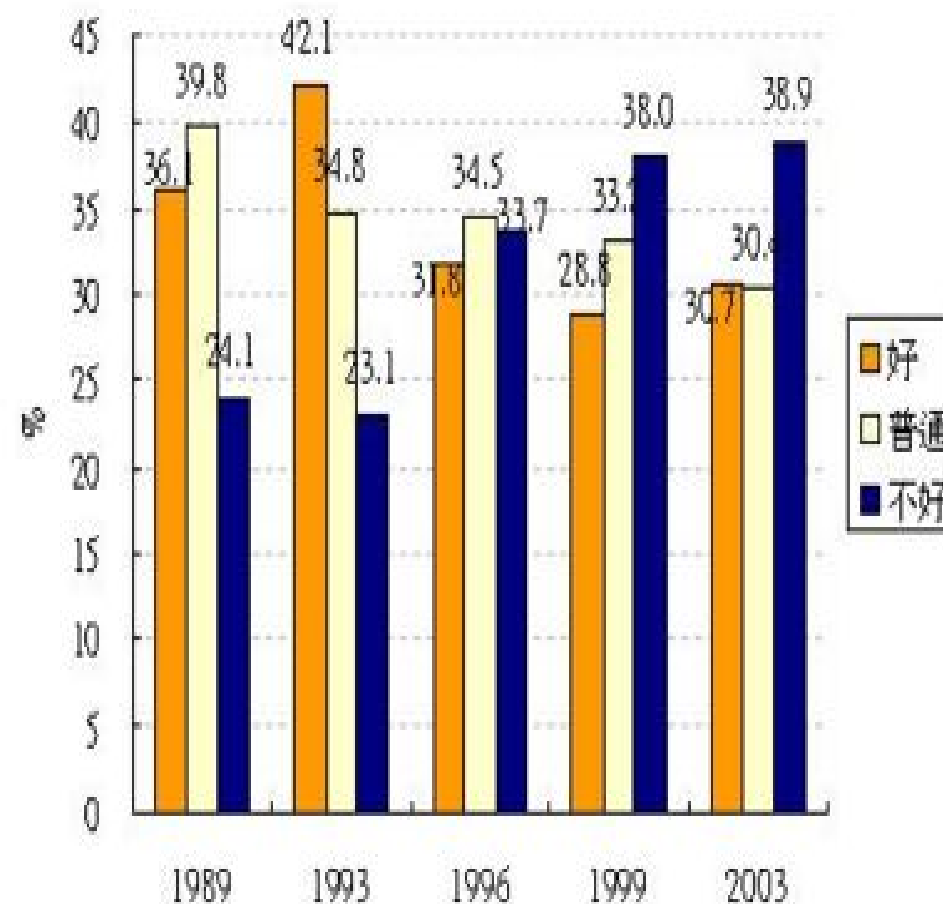
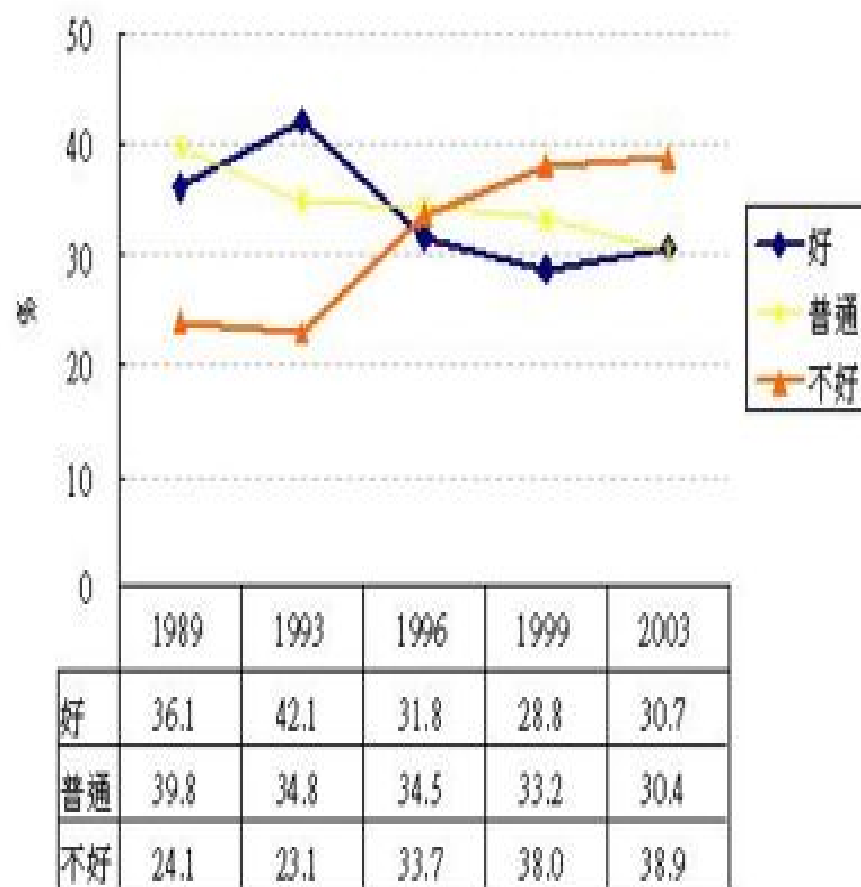


臺灣地區老人保健與生活問題長期追蹤調查系列研究調查資料」
，1989、1993、1996、1999、2003，行政院衛生署國民健康局

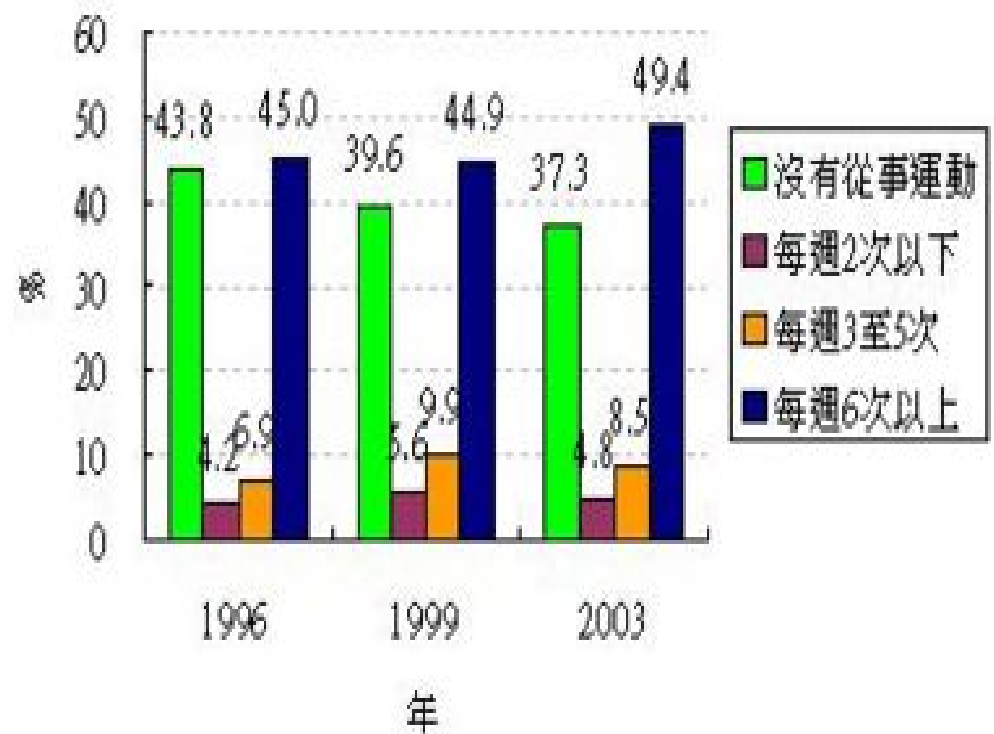
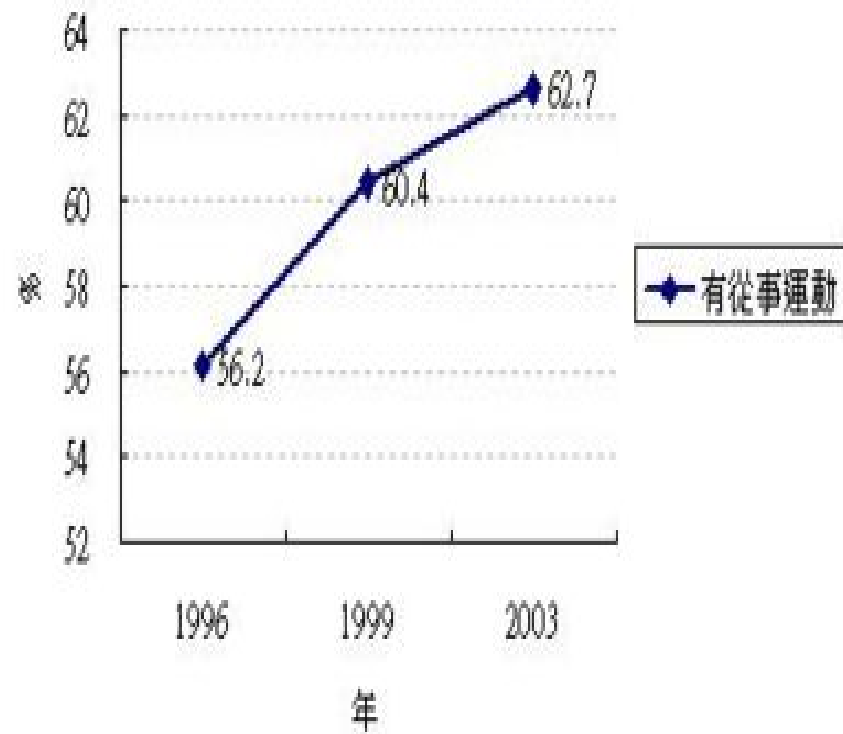
台灣老人的寂寞與孤單感



台灣老人自評健康情形



台灣老人從事運動的情形

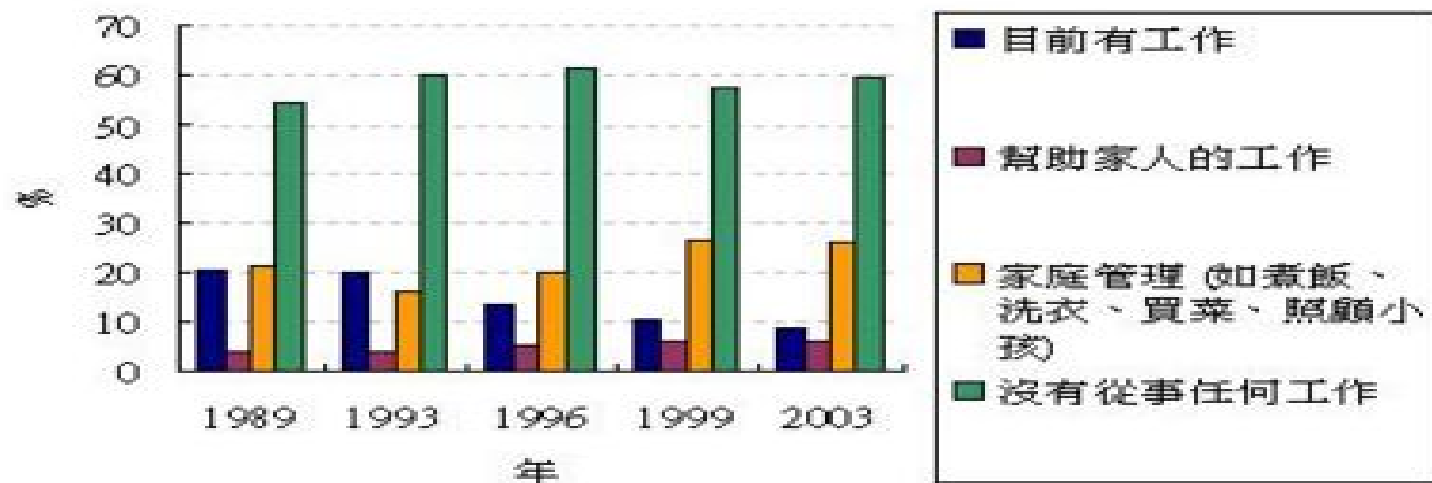


台灣老人的社團參與



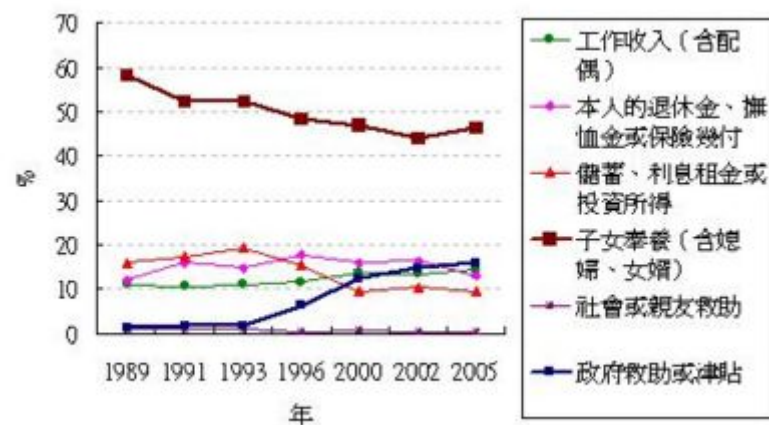
台灣老人的工作情形

	目前有工作	幫助家人的工作	家庭管理（如煮飯、洗衣、買菜、照顧小孩）	沒有從事任何工作
1989	20.44	4.15	21.23	54.18
1993	19.98	4.03	16.04	59.96
1996	13.70	5.11	19.93	61.27
1999	10.42	5.87	26.29	57.42
2003	8.71	5.77	25.91	59.62



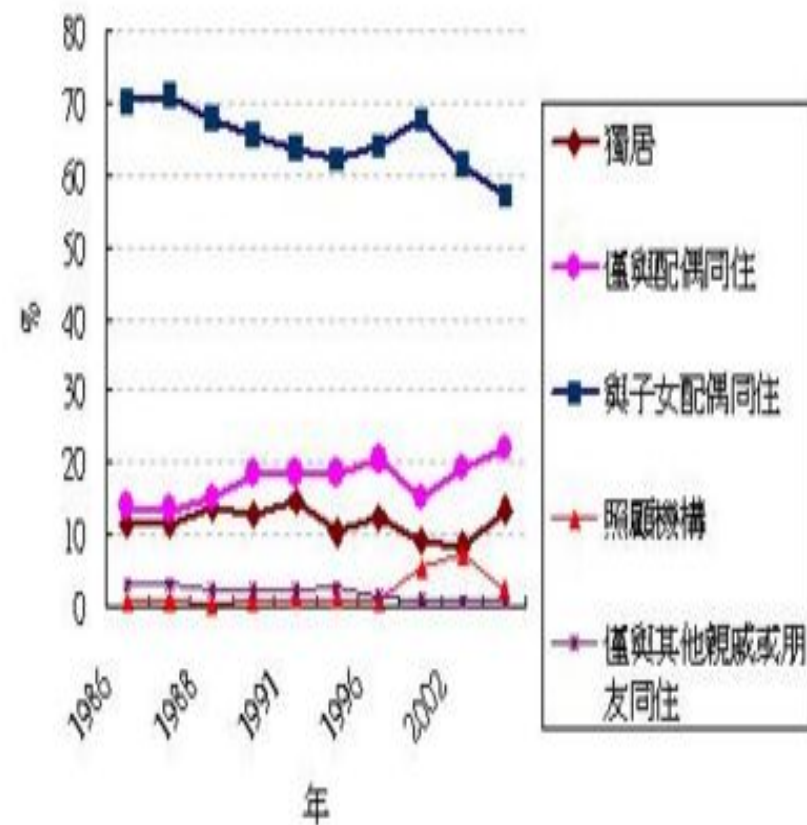
台灣老人之主要生活費用來源

	工作收入（含配偶）	本人的退休金、撫恤金或保險幾付	儲蓄、利息租金或投資所得	子女奉養（含媳婦、女婿）	社會或親友救助	政府救助或津貼
1989	10.95	11.87	16.11	58.37	0.86	1.23
1991	10.78	16.07	17.41	52.37	1.09	1.57
1993	10.85	14.76	19.18	52.30	0.86	1.61
1996	11.64	17.55	15.21	48.28	0.40	6.37
2000	13.72	15.93	9.26	47.13	0.53	12.33
2002	13.40	16.48	10.28	44.11	0.31	14.81
2005	14.49	13.04	9.22	46.48	0.46	15.97



台灣老人的居住安排

	獨居	僅與配偶同住	與子女配偶同住	照顧機構	僅與其他親戚或朋友同住
1986	11.58	14.01	70.24	0.78	3.03
1987	11.49	13.42	70.97	0.64	3.02
1988	13.73	14.98	67.88	0.36	2.44
1989	12.9	18.71	65.65	0.87	2.18
1991	14.52	18.7	63.93	1.19	2.42
1993	10.47	18.63	62.19	1.04	2.54
1996	12.29	20.6	64.3	0.9	1.41
2000	9.19	15.11	67.79	5.59	1.28
2002	8.52	19.46	61.38	7.51	0.62
2005	13.66	22.2	57.28	2.26	0.76



總 結

- 針對這樣的趨勢、問題有適當的因應，政府對於老人照護的相關制度制訂是扮演相當重要的角色；另外除了制度面的因應外
- 國民對於「老化」的認知、想法也會影響到關於老人議題的討論，因此因應這樣的趨勢時，除了要從制度面上改善老人的照護服務，也要從心理層面上去思考如何讓國民能夠健康、快樂的老化。
- 企圖從台灣文化對於「老」的想法以及與老人的相關福利政策出發，找出更適合台灣本土的老人照護制度。



產生什麼問題（獨居老人、與家人同住、外籍人士照護）



照顧老人議題之探討

獨居老人

- 獨居老人日漸增加，十年來由16萬8千人增加至29萬9千人，成長78.4%。
- 94年底內政部列冊需關懷之獨居老人計47,469人，占老年人口之2.1%；其中屬於中低及低收入戶者占29.1%，榮民占17.7%，**一般老人占53.2%。**
- 服務計411萬7,073人次，其中餐飲服務占**41.65%**，居家服務占22.58%，關懷訪視占19.01%，電話問安占15.06%，陪同就醫占**1.70%。**

別忽視獨居老人的尊嚴與權益

生命力記者／簡琪芸報導

一位八十四歲的獨居老人劉老先生，行動不便還患有氣喘、青光眼，當天在他領完救濟的白米、乾糧，在松山準備搭六十三路公車回家，公車卻刻意不靠站，而車上也無客滿，使得劉老先生只好拄著拐杖、拖著二十斤的米糧，走了將近兩小時的路回到家。突顯出拒載老人的情況相當嚴重，尤其又以獨居老人居多。

- 一位獨居的陳老太太曾向社工人員訴苦，說她常遇到搭不到公車、到醫院看病沒有人願意幫她解答如何用藥，甚至在路上問路時，都遭到大多數人的拒絕，讓她感到十分絕望，有時都會懷疑自己難道如此討人厭。

* 獨居老人暨喪偶關懷協會的負責人田在華說：很多民眾在潛意識裡還是有「老人是被社會淘汰的族群」的觀念，在對待老人的態度十分不尊重，但是每個人都會老，大家也不希望自己在年老時還被人這樣對待，所以社會大眾該將心比心，尊重獨居老人的權益和尊嚴。

* 黃麗玲（2000）的研究指出在自述慢性病症狀方面，獨居老人平均有4.31種自述慢性病症狀，98%至少有一種症狀。

* 吳與張（1997）發現獨居老人的住院率、住院次數、住院天數及平均住院日均比非獨居者高，且使用急診的情形亦比非獨居者高。

* 顯示獨居老人的健康狀況較差且未得到家人照顧及足夠的社會資源，故對慢性病的控制情形較一般老人低，合併症的發生率較高，使用急診的情形亦較高而使住院率上升。



與家人同住

- 這一群生理弱勢的長者，在其攸關到衣食住行等等生活機能的協助上，「家庭」及其背後所隱含的支持能量，已經是變得十分地脆弱，甚至於可能會因為突發事件、疾病住院、長期養護等等的風險事故，而牽絆著家庭功能的正常運作。而『三代同堂、養兒防老、含飴弄孫、壽終正寢』不再是所有老年人可以被覬覦的生命圖象。



與家人同住

- 老人所耽心掛慮的是極度經濟不安全的人身危機，特別是在這一群高齡長者背後的是羸弱資源的個人移轉和世代移轉，社會性移轉包括退休給付、職業福利或是稅式支出等，是因為過去的社會安全制度未臻成熟，以致於更加突顯當前老人晚年經濟不安全的困頓與危機。



與家人同住



- * 根據最近的研究，已婚夫妻是否與父母同住，通常與太太的收入所得負相關；太太賺錢賺得愈多，與公婆同住的機會就愈小，這可能是由於父母的社會地位也高，因此不需要與兒子同住，但也可能是這些子女將父母送到安養機構，讓旁人來盡孝道。
- * 但隨著教育機會的增加與經濟的獨立，也有越來越多 65 歲以上的老人選擇與配偶同住，此數據在 1984 年為 16.7%，至 2005 年增加到 25.7%。
- * 這也顯示，有越來越多健康又經濟獨立的父母，退休後寧願選擇與配偶同住，也不願意與子女住在一起，或淪為子女幼年兒女的保母，退休後還要幫助子女照顧小孩。國外的研究也指出，祖父母照顧子女的嬰兒或年幼的子女，會產生相當大的精神壓力，而為祖父母憂鬱症的重要危險因子之一。

與家人同住

- * 但研究發現，當父母的年齡增加到一定歲數，且健康發生問題（大約是父母年齡為 75 歲左右時），再加上子女年齡為 50 歲左右，經濟小康且子女成人就讀大學或離家獨立時，此時父母傾向搬回與自己的子女同住，並由子女奉養、照顧。這進一步顯示，中華傳統文化中的「孝道」觀念，仍然深植人心，子女也願意孝順父母，以報答父母的養育之恩。
- * 過度強調現金給付的津貼手段是須被糾正，正視涵蓋居家照顧、社區照顧與機構照顧之長期照護體系的穩健運作的老人福利是存在著極大的進步空間。



外籍人士照護



轉摘wtbl 的部落格我家的印尼女傭和一些照顧老人
心得-台灣需要外籍人士照護之社會面觀(一)

記得以前一位鄰居,家裡有位長期臥床,大陸來的老奶奶,從來沒見過她,沒到外面過.

當年還不流行請外傭,他們都是自己照顧.
有一天鄰居太太跑來敲門,要我幫她,把老奶奶送醫院,我跑出去社區外叫計程車,又跑進老奶奶房間,抱起那位從未見面的老奶奶,坐上計程車,結果那是第一次見面,也是最後一次見面,唯一的一次見面竟然是用抱的,抱上計程車現在想起來,家裡有臥床的老人,照顧的方法都應該差不多吧

轉摘wtbl 的部落格我家的印尼女傭和一些照顧老人心得-台灣需要外籍人士照護之社會面觀(二)

- * 印尼傭人來了一個多月了，老媽媽也已經從養護院回來一個多月了。
- * 媽媽是最高興了，能夠離開像是大雜院的養護所，回到自己熟悉的家裡，每天看到自己兒子在身邊，每天有我跟她聊聊天，按摩按摩，又有專人照顧她，餵她吃飯.....



* 住在老人之家的日子時，床面是冰冷的金屬板，上面沒有鋪任何東西，移動病人時就直接碰一聲用力的丟上去，完全不理會病患的感受。若病患發出呻吟聲，那名男護佐還會調侃的說：『ㄟ，還會叫咧！』？！一貧如洗，只能選擇暫住那裡，想想，有錢真好，至少可以選擇一個適合『人』住的老人之家。」



* 有錢真的可以解決臥床老人的照護問題嗎？

阿嬤長期癱瘓，經醫師評估可以出院返家時，家人接她回家並請來一名外傭照顧她。住了好幾個月，但是在專業照護下，她的皮膚狀況一直良好。不料出院四個月後，竟因嚴重褥瘡再度住院。看著她那不只一處的褥瘡，甚至有的還深可見骨來推測，照顧者幫林阿嬤翻身的次數根本不夠！

當家中有長期臥床的老人時，外傭往往成為主要照顧者。外傭的專業度、專心度，都是臥床老人能否安心的因子。



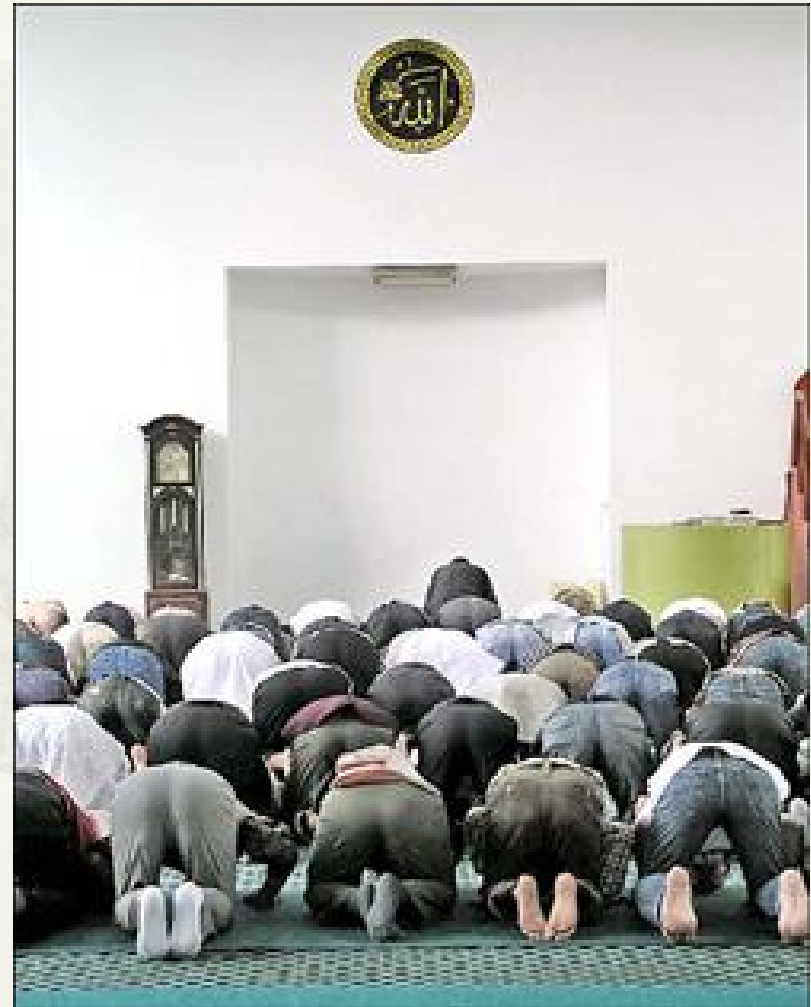
* 四月廿日的新聞就報導一則外傭專業度不足、受照顧者遭虐的實例。

家住南投縣水里鄉的程先生，僱請越南籍幫傭照顧弱智的妹妹。最近發現妹妹鬧情緒不肯吃藥，於是聽從醫師建議特別加裝監視器以了解病人平時居家的狀況。從監視器中，赫然發現越傭頻頻虐待妹妹，拳打、腳踢、掌摑全都來。懊惱的是，僱主一連換了三名越傭，都發生相同的情況。

專心度方面，有些僱主會移花接木的請外傭做其他事而大幅減少了照顧臥床老人的時間。

外籍人士文化差異造成之問題

- * 逼吃豬肉1年回教外傭崩潰一名信奉伊斯蘭教（回教）的女外傭，被雇主強迫吃豬肉，外傭自責每天向阿拉懺悔。圖為穆斯林向真主阿拉祈禱畫面。
- * 王仁邦表示，外傭離鄉背井，來台照顧老弱幼兒，承擔壓力大，包括宗教、文化、語言、生活習慣、照顧技巧都需要適應，缺少傾訴對象，若原本精神狀況不佳或適應不良，可能產生精神疾病



- * 在受照顧老人的感受方面，**老人最大的問題還是在於語言的溝通**，而不管是住在機構或是住在家中的老人，都覺得自己是寂寞、孤獨的。
- * 對外籍監護工來說，則多認為與老人家屬的溝通是比較大的困擾。
- * 在機構中，不少監護工表示，家屬在探望老人時對他們常會有額外的要求，希望得特別的照顧。而在家庭中，監護工往往還要負責雇主大部份的家務勞動，對監護工造成極大的身心負擔。
- * 這些雇主不合理的勞動要求也讓台灣的外勞人權紀錄屢受國際社會攻擊。

- * 核心家庭對老人照顧的功能不如過去的大家庭，引進外籍監護工充其量只能是一種「殘補式」的照顧方式。
- * 在專業醫療人員的角度來看，外籍監護工的語言障礙問題可能會使認知功能退化的老人更形惡化。
- * 而目前許多安養機構因為成本的考量而大量聘用外籍監護工，也容易讓機構中的老人更覺孤立與寂寞。
- * 在老人長期照顧的部份，若國人過度依賴外籍監護工，完整的政策將不知何至才能出現，社會也將因為大量的短期移民勞工而付出更高的代價。

老年人的照護需求、想法



老人的需求與想法

- * 英國老人需求排行 「我要裸體下葬；在棺材裡留一支手機；和我的寵物骨灰一起火化」。
- * 根據施教裕(1997)對「照顧」其更完整的意義應該以一個「互惠」或「雙向」共有責任的互助關係的角度去看待。並進一步將老人需要的社區照顧分為直接的身體照顧、心理照顧、家事照顧與間接的社區關懷、問候。
- * 各項照顧詳述如下：



一、身體上的照顧

- * 即料理被照顧者的日常生活，如餵飯、洗碗、清理大小便及翻身、拍背等護理工作。
- * 此類受照顧者大都為行動不便臥病在床的老人或身心障礙者，最需付出時間與耐心，且其困難度極高
- * 所以照顧者的壓力大、負擔大，沒有親身照顧的人難以體會，因此若無適當支持與鼓勵，照顧者極易折損、流失。

二、心理上的照顧

* 老人在社會接觸者，他們最的理以疏人感
多的接觸者，互動的，所持少與得
半角，者因此情，照情居漠會
已落人，是此感也，顧緒老，仍
自，際他照顧，是者紓人讓有
我，很關係唯者，是最提解社獨溫
退少係者對他們開心心可的老的
縮和被一對他們開心心可的老的
在社動接他們開心心可的老的



三、家事上的照顧

社區照顧對象大都為老人或身心障礙者，因此可陪同照顧者外出、就醫、協助打掃環境或代為購物、書寫信件、繳納稅單或各種費用(水電費、瓦斯費)等，這些事務性的工作看似瑣碎，但對被照顧者而言，卻很重要，如果無人協助，其生活即產生不便與困擾，如老人常常因行動不便或「忘了」繳水電費，而造成被斷水斷電的後果。



四、社區關懷

- * 此種社區關懷屬較間接性，如一句問候、一個微笑、一個禱告，或為這些被照顧者申請福利、募款等(甘炳光，1995)。
- * 人雖然年紀越大，性格越趨向兩極化，但事實上不論哪一類型性格的老人，其所表現的都只是一個共同心願，就是希望獲得親友、鄰居的關懷及社會的溫暖與尊重，這是目前老人普遍性與迫切性需求，而且也是整個關懷工作中最易做到，所以推動方案必須以此為起點出發。

在地老化

- *視老化為人生常態，是人生成長的一個階段，因此老化的過程應該很自然的在老人原來的生長環境中發生。
- *能自我掌控自己的生活，能尊嚴的過著有陰私的生活，或能持續過著已經過慣了的生活是最基本的生活品質。
- *老人應有安全的居住環境、獨立自主的生活、參與社會生活活動、並且不必用遷移來換取其所需要的服務。

老人健康需求與長期照護觀點

- * 目的：了解雲林地區老人居家情形、經濟狀況及對健康的認知、期望與需求，罹患慢性疾病與接受診療情形，及對於長期照護的看法。
- * 方法：問卷調查雲林縣斗六市附近社區老人；以分層隨機抽樣，其抽取1,560筆樣本，進行當面訪談。扣除掉兩次訪問不到的樣本，共獲有效問卷1,067人。

老人健康需求與長期照護觀點

- * 方法：為一個橫斷性調查，使用的理論模式為Kotler & Clarke所提出的設計組織提供的服務以滿足目標市場的需要與欲求。
- * 標的族群鎖定在社區老人，透過問卷訪談獲得這些老年人的健康、醫療訊息，並分成三個構面：包括個人基本資料、健康情形（以慢性病為主）與健康照護利用情形（一般醫療利用情形、健康檢查情形、長期照護瞭解情形）。

台灣老人醫學雜誌，2006

老人健康需求與長期照護觀點

- * 結果：男、女為49%：51%；平均年齡72.9歲；跟子女或配偶同住者占83.8%，但獨居老年人仍高達6.2%。
- * 有66.4%沒有固定工作，且月收入10,000元以下者高達58.9%。
- * 身體健康情形與一年前相比僅20.5%感到滿意；罹患慢性疾病的比例高達81.4%。
- * 罹患慢性病的老年人，接受定期診療者占69.7%，不定期診療者占26.5%，未接受任何診療者占3.8%。

台灣老人醫學雜誌，2006

老人健康需求與長期照護觀點

- * 罹患慢性病的老年人有34.7%到外縣市就醫。61.5%的人曾於過去一年接受健康檢查，但是仍有26.5%對免費成人健檢尚無所知。
- * 知道長期照護機構的有52.6%，但是僅有12.7%能夠分辨各項長期照護服務的差別，8.8%受訪人認為自己有長期照護服務的需求。

老年人期望之養老方式(2005老人狀況調查)

- * 近3成自述健康不佳；近6成5患慢性病；12.67%日常生活無法自行料理生活，需人照顧
- * 住療養機構佔10.27%，一般家宅佔89.73%，其中77.21%慢性病老人住家中；1.96%(1,800位)無人照顧
- * 願意住進安養機構者，約佔10.96%，約一萬人
- * 老人非機構式照護應是其需求之主流

老年人與成人需求的差異



老年人與成人需求的差異

項目	老人	成人
	健康需求	親密關係的建立
	工作需求	社會關係的維繫
	依存需求	親密或疏離的危機
	和睦需求	認知能力的影響
	安靜需求	
	支配需求	
	尊敬需求	
	坦誠需求	

老年人與需求

一、健康需求：人到老年，常有恐老、怕病、懼死的心理，希望全社會對老年人的健康能有所保證。

二、工作需求：離退休、病休的老年人多數尚有工作能力和學習要求，驟然間離開工作崗位肯定會產生許多想法。對這樣的老年人如不給以工作和學習的機會，自己又不能創造這方面的條件，將會影響他們的身心健康。

老年人的需求

三、依存需求：人到老年，會感到孤獨，希望得到社會的關心、單位的照顧、子女的孝順、朋友的往來、老伴的體貼，使他們感到老有所依、老有所靠。

四、和睦需求：老年人都希望有個和睦的家庭和融洽的環境，不管家庭經濟條件如何，只要年輕人尊敬、孝順老人、家庭和睦，鄰里關係融洽，互敬互愛，互相幫助，老年人就會感到溫暖和幸福。

五、安靜需求：老年人一般都喜歡安靜，怕吵怕亂。有時星期天小孩回來，很多老年人是受不了的，他們把這天叫作“苦惱的星期天”。

六、支配需求：由於步入老年，社會經濟地位的變化化，老年人的家庭地位、支配權都可能受到影響，這也可能造成老年人的苦惱。

七、尊敬需求：原先有地位的老年人離開工作崗位後，產生一種由官到民、由有權到無權的感覺，或情緒低落，或有自卑感，產生“人走茶涼”的悲觀情緒。甚至不出門，則會引起精神抑鬱和消沉，為疾病播下種子。

八、坦誠需求：老年人容易多疑、多憂、多慮、求穩怕亂、愛嘮叨。喜歡別人徵求他的意見，出謀獻計。我們對老年人這些心理特點，要以誠相待，說話切記拐彎抹角。

九、求偶需求：喪偶的老年人獨自生活，感到寂寞。子女照顧，也非長久，別人都代替不了老伴的照顧，所以子女應該支持老年人的求偶需求。



成人的需求

* 親密關係的建立

成年期的個體無論在生理或智能等各方面的發展及成熟度，多半可達到巔峰的狀態，這也是成人建立與他人親密關係的開始。

* 社會關係的維繫

成年期可說是一個人追求成就、事業表現、社經地位的巔峰階段。

● 親密或疏離的危機

依照 Erikson 的理論，個體早期生活各階段所發展的信任、自主、自動自發、進取和自我認同等特性是親密關係得以發展的基礎。

● 認知能力的影響

把抽象思考的能力發展得更完整，也較之前更能客觀、實際的看待所經歷的事件或問題，作更仔細的分析、計畫、及合理的聯想，來解決問題、掌握必要的影響因素。

健康老人與生病的老人的差異



健康老人

健康老人(W. H. O)

- 1、有充沛精力，能从容不迫地担负日常繁重的工作。
- 2、處世樂觀，態度積極，樂於承擔責任。
- 3、善於休息，睡眠良好。
- 4、應變能力强，能適應環境的各種變化。
- 5、能抵抗一般的感冒和傳染病。
- 6、體重適中，身體均勻，站立時頭、肩、臂位置協調
- 7、眼睛明亮，反應敏捷，眼和眼瞼不發光。
- 8、牙齒清潔，無齲齒，不疼痛，牙齦無出血現象。
- 9、頭髮有光澤，無頭屑。
- 10、肌肉豐滿，皮膚有彈性。

生病的老人

- * 心情不好
- * 容易孤獨
- * 老人情感冷漠症：由於生理機能逐漸衰老，無法與年輕時的硬朗身體目比，加上各式疾病不斷浮現，使得老人出現不同於昔日的行為，例如與人疏遠，覺得家人或社會會遺棄他，個性上表現出冷漠、內心空虛、憂鬱、孤單、毫無生氣等，醫界稱之為老人情感冷漠症。

周全性老人評估的內容

- * 周全性老人評估有三大特色：(1)以病人為中心的功能力評估，(2)涵蓋身體、心理、社會、靈性的多面向整體評估，及(3)跨科際的團隊照護模式（Hazzard et al., 1990）。
- * 周全性老人評估的內容依適用場所而有不同，例如：醫院內病人（in-patient），評估的內容包括疾病史、理學檢查、身體功能檢查（如：視力、聽力、四肢功能、行動能力、跌倒、營養狀況、尿失禁等）、用藥種類及必要性評估、日常生活功能評估、認知功能評估、憂鬱症評估、社會功能評估、心靈層面評估等。

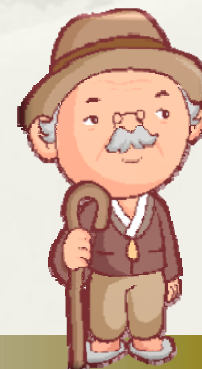
周全性老人評估的內容

- * 醫院外病人（outpatient）的評估，除了上述項目外，還需加入環境評估（包括影響功能障礙的因素、居家環境的安全性、以及醫療資源與人力資源的可近性）。醫院外病人評估的目標是老年人的能在住所內安全的活動，並維持最大可能的獨立性（Ellis & Langhorne, 2005）。
- * 一般而言，不論醫院內或醫院外的衰弱老養一人首先要預防及治療的是譫妄問題，營養通通常是衰弱老人的預後指標；住院、住機構或是社區老年病人都應注意預防跌倒；出院計劃協助。

護理師在周全性老人評估的角色功能

- * 專科護理師在醫院內病人評估團隊中擔任護理評估者、照護提供者及協調者的角色，針對老年人在身體、心智與社會方面的能力進行評估及矯治，將老年人維持在良好的功能狀態。
- * 在醫院外病人的評估中，護理師通常擔任主要角色，例如可定期（如每4個月一次）家訪，評估老年人醫療、功能、及社會心理上的問題。

現階段提供老人照護的 社會福利與機構



我國老人照顧服務方案

期程	方案名稱	主辦單位
87-96	加強老人安養服務方案	內政部
87-93	老人長期照護三年計畫	衛生署
89-92	建構長期照護體系先導計畫	內政部、衛生署
90-93	新世紀健康照護計畫	衛生署
91-96	照護服務福利及產業發展方案	經建會、內政部、衛生署
91-96	長期照護社區化計畫	衛生署
96-105	我國長期照護十年計畫	內政部、衛生署
96-97	遠距照護試辦計畫	衛生署
96-98	健康照護服務產業發展方案	經濟部

計畫目標與實施策略

總目標

建構完整長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主。

6 項子目標：

- 一. 在地老化、多元連續服務，加強照顧服務發展與普及。
- 二. 使民眾獲得符合個人需求服務，並增進選擇權。
- 三. 支持家庭照顧能力，
分擔家庭照顧責任。
- 四. 建立照顧管理機制，
確保照顧服務資源效率與效益。
- 五. 透過經費補助，提升民眾使用服務的可負擔性。

7個規劃原則

建構完整長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主。

8大實施策略

- 一. 培育質優量足之人力投入服務。
- 二. 擴展長期照顧服務設施。
- 三. 鼓勵民間參與長期照顧服務提供。
- 四. 政府投入適足之專門財源。
- 五. 政府和民間共同承擔財務責任。
- 六. 以需求評估結果作為服務依據。
- 七. 強化照顧管理機制。
- 八. 組成跨部會長期照顧推動小組。

服務對象與服務項目

一、服務對象：

(一)以日常生活需他人協助者為主（經ADLs，IADLs 評估）

* 包含下列四類失能者：

1. 65歲以上老人。
2. 55歲以上山地原住民。
3. 50歲以上之身心障礙者。
4. 僅IADLs 失能且獨居之老人。

(二)失能程度界定為三級：

1. 輕度失能【1至2項ADLs 失能者, 以及僅IADL失能且獨居老人】。
2. 中度失能【3至4項ADLs 失能者】。
3. 重度失能【5項（含）以上ADLs 失能者】。

註：

1. 日常生活活動功能（ADLs），包括進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所等項目。
2. 工具性日常生活活動功能（IADLs），包括煮飯、做家事、洗衣、購物、理財、室外行動等

服務對象與服務項目

二、服務原則：

(一)以服務提供(實物給付)為主，現金給付為輔，並以補助服務使用者為原則。

(二)依家庭經濟狀況提供不同補助：

1. 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用1.5倍者：全額補助。

2. 家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用1.5倍至2.5倍者：補助90%，民眾自行負擔10%。

3. 一般戶：補助60%，民眾自行負擔40%。

4. 超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔。

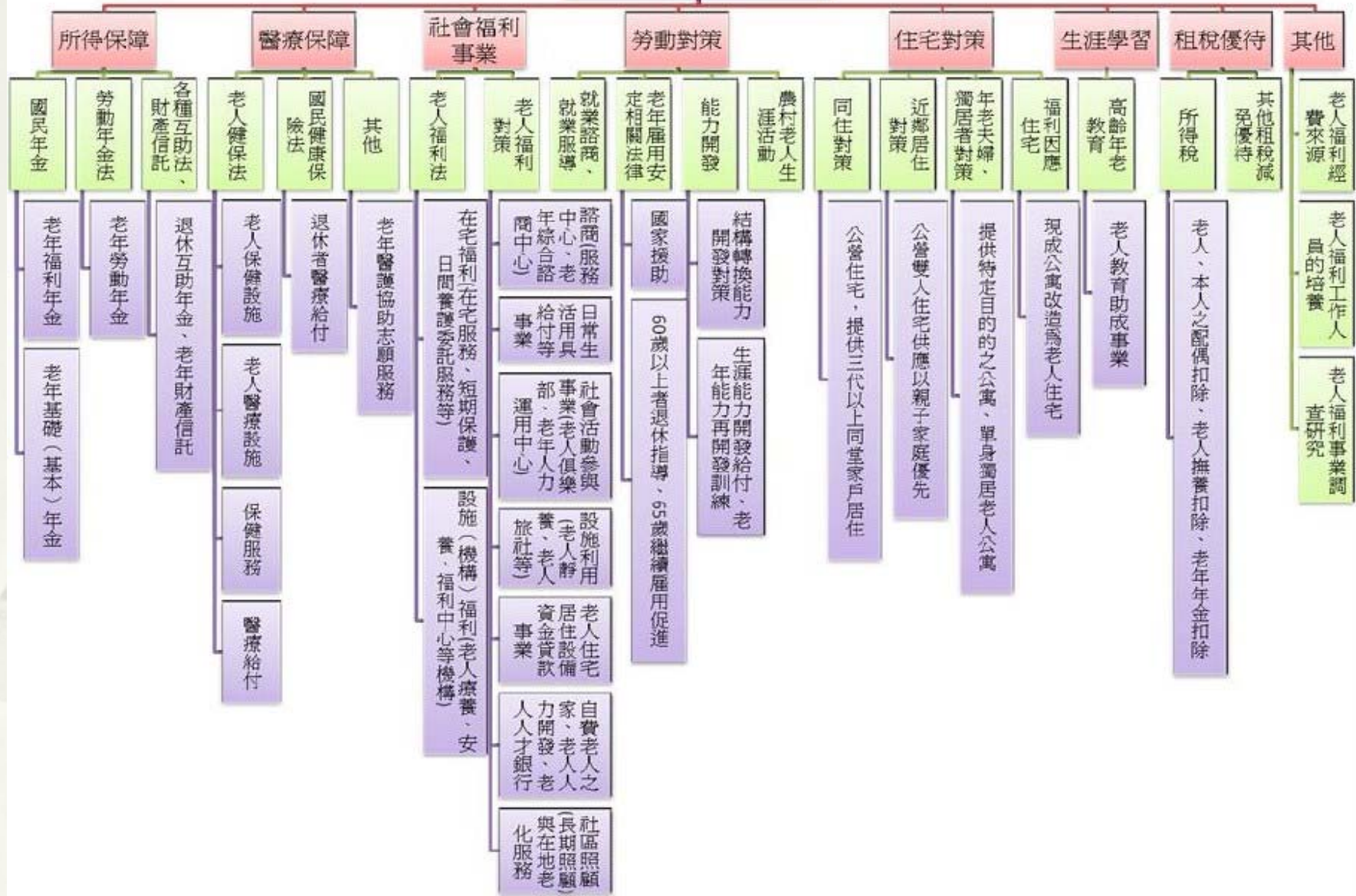
※ 依行政院長期照顧制度推動小組第2次委員會議決議，在社會救助法修正通過前，有關低收入戶及中低收入戶資格審定機制暫依現行方式辦理。

服務對象與服務項目

照顧類型	項目
居家式 及 社區式	照顧服務(含居家服務、日間照顧、家庭托顧*)
	居家護理
	社區及居家復健*
	輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務
	老人營養餐飲服務
	喘息服務
	交通接送服務*
機構式	長期照顧機構服務

註：* 表示創新服務項目。

老人福利組織結構



老人長期照護資源

- * 老人長期照護資源在「護理機構設置標準」（行政院衛生署，1993）頒布施行，以及「老人福利法」（內政部，1997）修正通過後，逐步萌芽成長，加上「老人長期照護三年計畫」及「老人安養三年計畫」之推動，機構式照顧資源迅速擴張。自1998至2007年，
- * 老人長期照護機構數由132家增加至1,341家：包括安
- * 養機構由83家增加至1,002家，護理之家由31家增加
- * 為321家，榮民之家為18家，96年底可使用床位數
- * 達84,410床（內政部統計處，2008a）。

老人長期照護資源

- * 日本自2000年實施「介護保險」，至2002年底，老人照護領域護理人力每萬名65歲以上老人為40人，照顧服務員為122人，社工師為2人，營養師為5人，機能訓練師3人，物理治療師2人（日本厚生勞省，2003）。

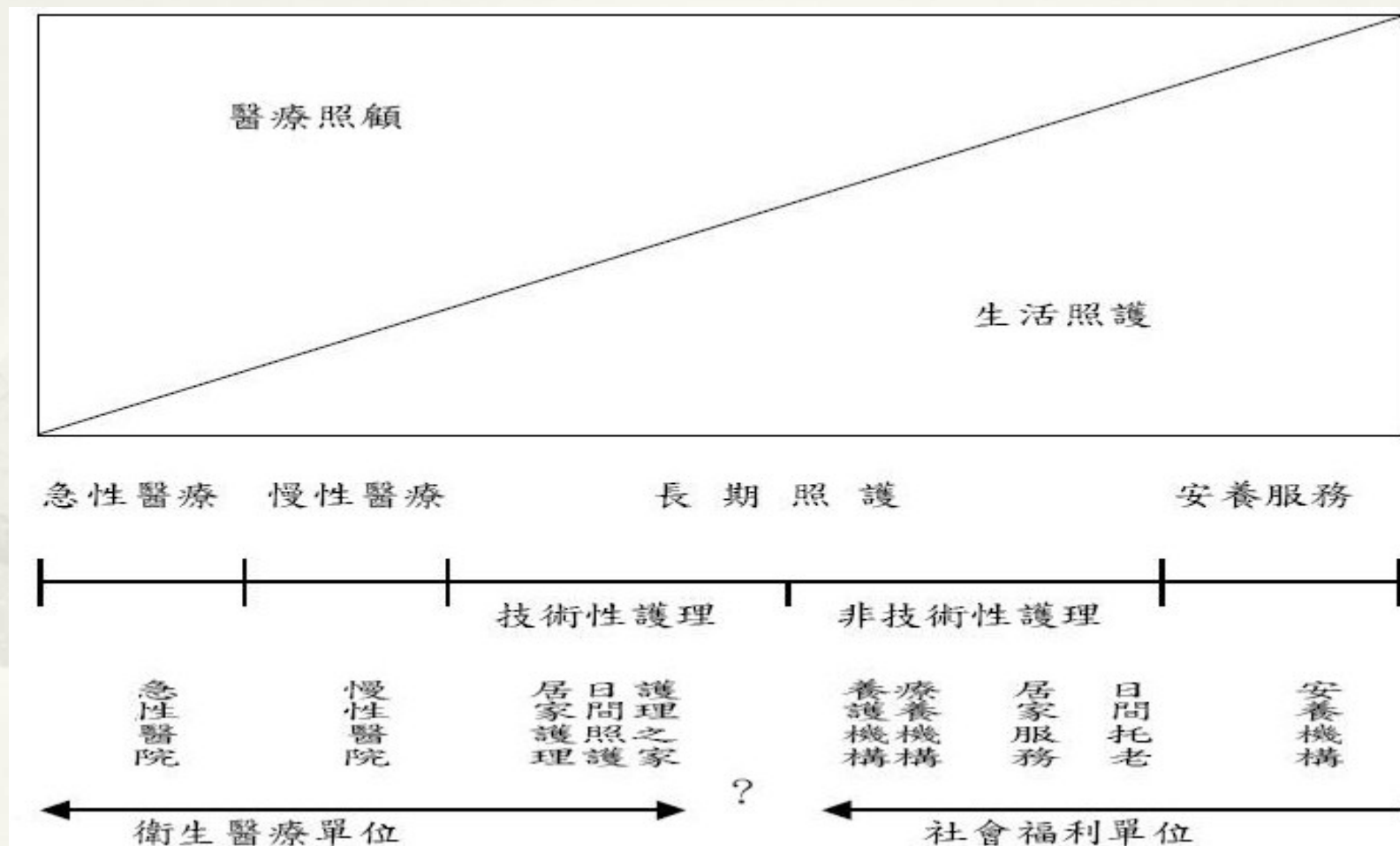
老人長期照護資源

- * 而國內目前這類服務人員究竟有多少人力投入長期照護的就業市場？
- * 根據陳等人（2003）的研究，於2002年時，約有3,565位專職及444位兼職護理人員（約0.06人／萬名老人），醫師人力專職者為143名，兼職者為74名（約0.003人／萬名老人），社工人力專職者為362名，兼職者為41名（約0.009人／萬名老人），營養人員專職者為122名，兼職者為27名（約0.003人／萬名老人），物理治療人力專職者為201名，兼職者為49名（約0.003人／萬名老人），職能治療專職者為124名，兼職者為20名（約0.003人／萬名老人）

護理人員在老人照護的角色是什麼



健康照護與長期照護體系



長期照護體系之架構

表三：長期照護體系之架構

體系類別	職責及工作概要
一.行政管理體系	總理長期照護行政管理事宜。
1. 長期照護專責機關	如：長期照護管理局，掌理行政管理與研究事宜。
2. 經費支付中心	辦理長期照護支付的行政管理。
3. 個案管理中心	辦理長期照護個案轉借追蹤研究事宜。
4. 品質管理中心	辦理長期照護研究管理事宜。
5. 人力培訓中心	辦理長期照護服務人員義工等之培訓等。
二.臨床醫療體系	辦理長期照護個案臨床醫療服務事宜。
1. 門診醫療服務	提供門診診療及病情追蹤等之服務。
2. 急診醫療服務	提供急診治療服務。
3. 住院醫療服務	提供一般住院治療服務。
4. 短期評估及治療中心	提供短期住院或日間病房，作為老人評估以及後續安置計畫或日間治療之用，包括：醫師、護理師、復健治療師、營養師、社工等之評估與服務。
5. 緊急處置服務	提供緊急庇護場所，特別是精神疾患的短期留置。
6. 醫師出診服務	為社區獨居不良於行或嚴重失智的老人，提供老人評估、診察及治療。
三.社區照護體系	辦理長期照護個案臨床照護、復健等服務事宜。
1. 機構照護服務	如護理之家、老人安養及養護機構。
2. 日間照護服務	如日間照顧或日間照護服務，日間照護也可提供護理、復健、營養、社工等之服務。
3. 居家護理服務	辦理臨床居家護理評估及服務，包括監督正確用藥。
4. 居家復健服務	包括物理治療及職能治療，及居家安全評估。
5. 個案管理人服務	統整老人問題及現有資源，評估安置及安排其他社區照護或支持服務。
6. 社工員服務	提供以個案為中心的相關社會資源。
四.社區支持體系	辦理長期照護個案臨床照護支持支援服務事項。
1. 餐食服務	提供居家照護、日間照護等個案飲食服務。
2. 個人衛生	提供居家照護、日間照護等個案之洗澡等。
3. 家事服務	提供居家照護、日間照護等個案之家務整理。
4. 交通運輸服務	提供居家照護、日間照護等個案，移動到他處之交通服務。

我國長期照護問題

(1) 需要面的問題

- 老人居家安老的意願又不斷提昇，居家支持服務如不能隨之增長，將難滿足未來老人的照顧需求。

(2) 供應面的問題

- 機構式服務遠多於居家支持服務。
- 長期照護資源分屬社政與衛生體系。

(3) 財務面的問題

- 目前只有低收入戶和中低收入老人可以享有社會福利的救助。

護理人員的角色

- 護理人員為家庭與醫療保健照護系統的橋樑，是老人的需要與其他專業人員協調聯繫，扮演促成者的角色，協助家庭尋找需要的資源，以家庭為提供服務的單位。
- 老人及其家庭當成團隊的主要核心，和其他提供者共同參予及分享，形成互相尊重、合作與支援的夥伴關係，使其對自己的選擇負責，追求健康為目標而共同努力，落實人性化、整體性、連續性之護理理念。

長期照護雜誌，2005

護理人員的角色

- * 以家庭為中心的照顧是現在的趨勢也是必要的。我國現社區輔助的資源不足，推廣不足及相關人員培訓不足導致困難。高齡化的時代快速來臨，長期照顧專業人才的培養是面對此問題的重要策略。

老人照顧護理專業人才的角色

以家庭為中心的老人照顧護理專業人才培養

- (1) 影響及參與制定健康政策層面的人才
- (2) 實務運作管理層面的人才
- (3) 實際服務提供層面的人才
- (4) 教育及研究層面的人才

- 護理人員：

健康促進者角色，健康維護者角色，照顧支持者角色。

老人照顧管理產業未來展望

健康照護相關產業示意圖



資料來源：經建會提供、DIGITIMES企業IT整理，2007/4

製圖：劉麗惠、柯博偉

全世界的照護經驗

救濟少數孤苦無依老人→建造大量機構以滿足普遍的照護需求→將老人留在家庭或社區的在地老化。



台灣衛誌，2003

何謂成功的老化、健康的老化 (活躍老化)?



老人之成功老化

(successful aging)與心理健康

- * Erikson的「心理社會發展階段論」提及對老年階段的看法，認為「統整」與「絕望」是此時期人生發展的重要課題；保持人生的完整是這個時期最主要的和諧性格傾向，反之則是「絕望感」。在這發展過程中，獲得對生命接納的智慧(wisdom)，進而在死亡時能有對生命的超然關懷(周伶利，2000)。
- * 由此可見老年階段可說是生命很重要的時期，經由統整與回顧，幫助個人肯定生命的意義與價值。若從成功老化的觀點，隨著生命逐漸變老的过程，成功老化與否關係著老人的心理健康。

老人之成功老化 (successful aging)與心理健康

- * 梅陳玉嬋、楊培珊(2007)在《台灣老人社會工作理論與實務》一書中提到，巴爾的摩老化研究提出成功老化者之特徵包括以下五項：與他人有正向互動；有成長的機會；有目的感獨立以及創造力。在此定義中，將老化視為對外界環境互動的調適以及個人生命意義與價值的展現，其中對創造力的強調使老年的生命充滿希望感。

老人之成功老化 (successful aging)與心理健康

- * Rowe & Kahn(1997)進一步闡述成功老化的定義，指出個人成功老化的關鍵要素包括避免疾病與失能、保持良好的心智與體能狀況以及積極地參與生活。其中除了健康的重視，並強調不斷地運用腦力以及持續性的活動，讓老人能夠有獨立自主的能力，而維持良好的整體機能，進而能參與有興趣的活動，發展良好的社會支持。

老人之成功老化

(successful aging)與心理健康

綜合以上的所及，成功老化的過程可以由個人對環境的調整適應的觀點來解釋，包括：「生理機能的維持與接納」、「個人內在的心理調適」以及「與外在環境關係的調適轉變」三點，分別敘述如下：

老人之成功老化

(successful aging)與心理健康

1. 個人內在的心理適應：個人在適應老化的過程中，能用接納與包容的眼光看待自己，積極統整回顧早年的生活，找出生命的價值與意義，維持自我的價值感。
2. 生理機能的維持與接納：生理機能的退化是老年的生活不可避免的現象。然而對健康的維持以及疾病的預防仍是維持老年生活品質的重要因素，因此要能成功老化也包含能積極的以行動維持健康，重視生理機能的維護。
3. 與外在環境關係的調適轉變：在老化過程中，要面對的不單只是個人身心的變化，在與外界的互動關係也不會隨著變老而有所調整。然而成功老化對與外界環境互動的預期，則積極的期待長者能打破大眾對老人生活與社會疏離與孤立的刻板印象，再度投入社區活動中。

成功老化

* 為滿足日常生活中身體、心理、社會健康基本需求，指標包括

1. ADL 未失能
2. 認知功能無失能與無憂鬱症狀
3. 具有高度社會支持

活躍老化

- * 身體、心理、社會三面向同時運作良好的狀態，著重老年生活仍維持獨立與參與，指標包括
 1. 日常生活活動(ADL)與工具性日常生活活動(IADL)均未失能(身體健康)
 2. 認知功能無失能與無憂鬱症狀(心理健康)
 3. 具高度社會支持與參與生產力活動(社會健康)

臺灣老人成功老化與活躍老化現況



研究方法

- * 研究對象以1988年年底滿60歲以上，居住在非山地鄉之老人為抽樣母群，以三段分層隨機抽樣方法選出樣本共4,412 名
- * 自1989 年完成第一次基準主波調查之後，曾對完訪之4,049位樣本個案陸續進行多次電話或實地追蹤訪查。

研究方法

- * 於1996年進行調查時，除繼續追查當時已年滿67歲以上之原追蹤世代，並另行抽選3,041名年齡介於50-66歲之中老年人為補充樣本，該新增世代於1996年完訪人數共2,462名，其後則與原老人世代一併進行後續追蹤。
- * 至1999年70歲以上之老年完訪樣本共2,310人，53-69歲之中年完訪樣本為2,130人。
- * 本研究使用之樣本為其中70歲以上的樣本2,310人。

活躍老化&成功老化研究結果

- * 同時達到成功老化標準的老人占38.1%，達到活躍老化標準的老人占18.4%。
- * 其中又以達到心理健康和社會健康面向標準的比率較低
- * 顯示若以身體功能為老人唯一的健康指標，還有三分之一左右的老人有潛在的心理健康或社會健康問題未被發現
- * 老人若為年齡較輕、男性、教育程度高、收入較高者，其成功老化和活躍老化的比率較高

活躍老化&成功老化

- * **成功老化**：以多層次分析控制了個人因素後，**地區特性幾乎不影響成功老化與否**
- * **活躍老化**：**人口數多、農林漁牧人口少**的縣市組，其活躍老化的勝算比似乎較低



邱啟潤、楊美賞、陳彰惠（2006）・長期照顧的願景-以家庭為中心的老人照護・長期照護雜誌，7(4)，386-398。

吳淑瓊、莊坤洋（2003）・在地老化:台灣二十一世紀長期照護的政策方向・台灣衛誌，20(3)，192-201。

陳晶瑩（2005）・老年人之長期照護・台灣醫學，7(3)，404-413。

徐慧娟、張明正（2004）・臺灣老人成功老化與活躍老化現況：多層次分析・台灣社會福利學刊，3(2)，1-36。

參考資料

- * 吳淑瓊、張明正(1997)．台灣老人健康照護之現況分析
．台中：台灣省家庭計畫研究所。
- * 黃麗玲(2000)．社區獨居老人身體、心理及社會功能之
探討．未發表的碩士論文，高雄醫學大學護理研究所。
- * <http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/095/SS-C-095-093.htm>
- * 楊文山（2004）．臺灣地區家戶組成變遷與家人關係人
文與社會科學簡訊．10(20)．20-27。
- * 陳怡潔(2001) 老人與他(她)的外籍監護工國立臺灣大學
新聞研究所碩士論文
- * 老人福利服務制度對獨居老人生活需求保障之探討－以
民雄鄉獨居老人為例 [《網路社會學通訊期刊》第30期，
2003年04月15日](#)