

專題應用統計分析

104-108 年屏東縣獨居老人服務現況

及服務成果之探討分析



屏東縣政府社會處

中華民國 109 年 6 月

目 錄

壹、前言	1
貳、獨居老人現況	2
一、獨居老人定義	2
二、獨居老人成因	2
三、獨居老人需求	4
四、各項統計指標之探討	6
參、獨居老人服務供給	12
一、屏東縣獨居老人派案服務	12
二、獨居老人分級服務	12
三、社區照顧關懷據點	13
四、長期照顧管理中心	13
五、社會福利	14
肆、討論與建議	16
一、福利服務淺談	16
二、社會參與面淺談	17
三、心理健康面淺談	18
伍、參考文獻	19
陸、展望與結論	21

壹、前言

國人平均壽命延長，且出生率逐年降低，人口年齡結構現已趨於高齡化，依內政部人口統計 109 年 4 月目前我國高齡人口比率約為 15%，正式邁入高齡 (aged) 社會；行政院國家發展委員會推估於 115 年，此比率將再超過 20%，成為超高齡 (super-aged) 社會之一員，由高齡社會轉為超高齡社會的時間僅 8 年，未來 65 歲以上人口占總人口比率仍將逐年攀升。

面對我國高齡化速度加快之趨勢，家庭結構轉變，傳統三代同堂家庭模式漸凋零，取代的是單身或核心家庭型態，老人與子女同住的比率愈來愈低，因此社區中老人的獨居比率愈來愈高(楊蕙如，2015)。相較於一般家庭老人的社會資源，獨居老人更相形薄弱，需要不同的機制來協助其在社區中安老。爰此，本文乃針對本縣獨居老人近年現況及相關服務進行研析，以供日後作為決策之參考。

貳、獨居老人現況

一、獨居老人定義

依據行政院衛生福利部之陳述，係指「年滿 65 歲以上獨自居住、或同住者無照顧能力、或經列冊需關懷之老人」，而屏東縣政府根據 107 年「屏東縣政府獨居老人分級服務試辦計畫」，則定義為：年滿 65 歲以上，居住本縣且非居住於機構，並符合下列資格條件之一者，列入獨居：

- (一)單獨居住且無直系血親卑親屬居住屏東縣者，列入獨居。若雖有直系血親卑親屬居住屏東縣，但親屬關係疏離者，不在此限。(關係疏離定義：平日自行居住，兒女週末不定期探望。)

(二)雖有同住者，但其同住者符合下列狀況，列入獨居：

1. 同住家屬無照顧能力。
2. 同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者。

(三)年滿65歲以上夫妻同住，且無直系血親卑親屬居住屏東縣者。

(四)經公所訪視評估需列冊關懷之老人。

屏東縣獨居老人涵蓋定義較詳列，但在清查執行面，仍多少會依地方執行人員的認定及通報的落實度而影響列冊關懷之人數。

二、獨居老人成因

老人獨居之情況非單一因素所致，可能同時包含多個因素在內（陳燕禎、林小圓，2008），從以下文獻資料中，可見獨居老人形成的原因。

(一) 個性上：

1. 個性上較孤僻。
2. 不喜歡與人交際。
3. 不喜歡受束縛。
4. 喜歡過機構團體生活。
5. 不和鄰居來往。

(二) 生理上：

1. 年紀愈大，意識愈退化，不易與人清楚溝通。
2. 年紀愈大，行動愈不方便，不易與人互動。

(三) 觀念上：

1. 養兒防老觀念根深蒂固，認為養兒不能防老已失去顏面，若被送到機構安養，會遭人指指點點，故不願到機構就養，而選擇獨居。

2. 認為家才是安根，希望居住在自己熟悉的生活圈，不願放棄自己打造的家園。
3. 對安養機構存有被救濟的觀念，不願進住安養。
4. 不想和子女同住。

(四) 家庭上：

1. 未婚無子女，單身一人。
2. 已婚無子女且配偶已死亡或離婚。
3. 子女遠在外地或國外就學或就業、定居。
4. 子女越生越少，老人可以投靠子女的機會也隨之減少。
5. 居住空間越來越少，三代很難同居一堂，老人被迫另地而居。
6. 現代人為求個人的自由權和隱私權，願意選擇獨居。
7. 年輕時不顧家，導致家人關係疏遠。

(五) 實質上：

1. 遭子女的疏忽或遺棄。
2. 為領取政府的「中低收入老人生活津貼」或「老農津貼」等各種現金補助而不願到機構安養。

(六) 教育程度：教育程度越高越傾向選擇獨立自主的生活，因此老年人的教育程度越高則與子女同居的意願越低。

(七) 所得程度：高所得的老年人有能力選擇自己偏好的居住型態，反之低所得的老年人受限生活資源較不可能選擇獨居。

獨居老人因社會功能退化，生活自理的能力多少受到限制，一旦獨居可能衍生更多問題。但必須認清的是，獨居老人不見得都不健康，也未必沒有家人，只是某些因素造成他們獨居的狀態。莊裕寬(1998)指出老人獨居本身並不是問題，獨居又生病或獨居又不與社

會或人際互動才是問題，因此如何在獨居生活中，獲得適當的生活資源，這是獨居老人所要思考準備的。

三、獨居老人需求

獨居老人可能由於生理、心理及社會等不同層面的需求，並未受到關注及支持，進而引發許多不同社會問題，以下六個面向來檢述。

(一) 照護需求：

傳統社會中，三代同堂是主要的家庭居住型態，不僅小的有人顧，老的生活照護問題在家庭系統中也可獲得支持，但是隨著時代的變遷，過去的三代同堂已幾乎式微，老人的居住型態也趨於多元，獨居、與配偶或親友共居、安養照護機構都成為一種居住型態的選擇。老人照護型式可分為非正式體系與正式體系，非正式體系指配偶、子女、兄弟姊妹、朋友、鄰居，正式體系有居家照顧服務、日間照顧服務、長期照護機構、養護機構及安養機構（林怡光、陳佩雯，2009）。

(二) 經濟需求：

從工作職場退休，最先面臨的就是收入來源消失，收入是維持基礎生活的必須，若是沒有充足的退休金，隨著年齡增加，老人工作及勞動力的衰退，面臨的就是經濟自主能力也削弱。根據衛生福利部統計處(2019)的統計，列冊需關懷獨居老人有超過兩成(25.57%)為中低收入戶，且獨居老人的經濟來源較一般老人來得匱乏，更容易面臨經濟困難，相當仰賴政府的經濟補助。

(三) 健康與醫療：

現今醫療技術進步，許多過去致命的疾病，因接受治療而得以延續生命，但也可能必須終身伴隨疾病與病痛，而罹患慢性疾病的老人更是需要每日服藥控制，這些現象顯現出老人對於健康醫療有大量的

需求。獨居老人的身體功能日漸退化，加上無子女或親友提供就近協助或陪同，外出就醫顯得困難(陳玉敏，2001)，獨居老人更可能因為資源的缺乏而延誤就醫使病情惡化，對於其就醫的協助，如何做好事前預防以及在需求當下能夠即時介入，是資源供給端的考驗，安全網絡的建制便顯為重要。

(四)心理健康

隨著年齡增長，老人會面臨身心狀況的改變與生活的轉變，這些無法避免的落差會對個人心理造成不同程度影響。相較於非獨居老人，獨居老人多半有較嚴重的心理健康問題，憂鬱傾向較為嚴重(徐淑貞等人，2008；鄒曉婷等人，2016；謝美娥，2014)。相較於生理健康問題，獨居老人更可能面臨心理健康問題(洪彩慈、葉利利、黃靜芬等，2000)，有與家人親友同住的老人，其生活滿意度亦較高(葉淑娟等人，2004)，因此獨居老人的心理健康狀況亦需要特別關注。

(五)社會支持

社會支持指個體透過與他人間的互動而得到實質上的幫助，尤其在獲得家人、同儕或其他重要他人情感上實質的協助，將能緩和個人因壓力對生理與心理所造成的衝擊，並增進個人對生活之調適能力(Caplan，1974)。居住型態會影響老人的社會支持程度，獨居老人的社會支持較為薄弱(李新民，2015；Yeh, &Lo, 2004)，社會支持程度比與配偶或子女同住的老人來的低(石泐，2009)。因此獨居老人人際互動常是生活品質的重要關鍵，許多研究也指出，獨居老人社會支持程度愈低，生活滿意度、自評健康狀況、生活適應情況也較差(石泐，2009；李新民，2015；連雅棻、黃惠滿、蘇貞瑛，2008)，故促進獨居長者參與社區休閒娛樂活動，將有助於其生活、人際的拓展。

(六)社會參與

獨居老人亦有其社會需求，老人的社會參與涵蓋教育、志願服務、政治、宗教、休閒及其他類型的參與(張怡，2003)，多元活動類型的參與可豐富老人的晚年生活。有研究指出，社區參與對老人的心理福祉有正向的影響(何華欽等人，2016；李新民，2013)，有休閒娛樂的老人，其自評健康狀況較佳(林佳臻等人，2013))，社會參與程度愈高，意謂老人的社會融入愈好(王仕圖等人，2018)。所以老人在退休遠離工作社群後，應繼續參與社會網絡，建構網絡中的人際關係。

四、各項統計指標之探討

(一)屏東縣獨居長者人口概況

據表 1(屏東縣獨居長者人口概況)資料顯示，108 年底屏東地區總人口數為 81 萬 9,184 人，老年人口為 14 萬 1,120 人，佔全縣 17.23%，而年滿 65 歲以上列冊需關懷之獨居長者共計 3,222 人，占老人人口數的比率為 2.28%。自 104 年起本縣總人數可見歷年緩降；老人人數分析，均以每年 4,000 至 5,000 人數之量差逐年成長，如以目前趨勢推估，本縣將於 111 年成為超高齡縣市之一員，另就獨居老人人數比率分析，104 年 1.99%、105 年 2.30%，至 106 年及 107 年雖然略降為 2.07%，但 108 年則再度上升，依目前老人人口數增加，社會結構未有明顯改變下，獨居老人數亦會持續成長。

表 1. 獨居老人人口概況表

年份 人數/比率%	104		105		106		107		108	
	人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率
全縣 總人數	841,253	100	835,792	100	829,939	100	825,406	100	819,184	100
老年 人數	121,896	14.48	127,016	15.20	131,347	15.83	136,270	16.51	141,120	17.23
獨居老人 人數	2,434	1.99	2,924	2.30	2,720	2.07	2,822	2.07	3,222	2.28

資料來源：衛生福利部統計處

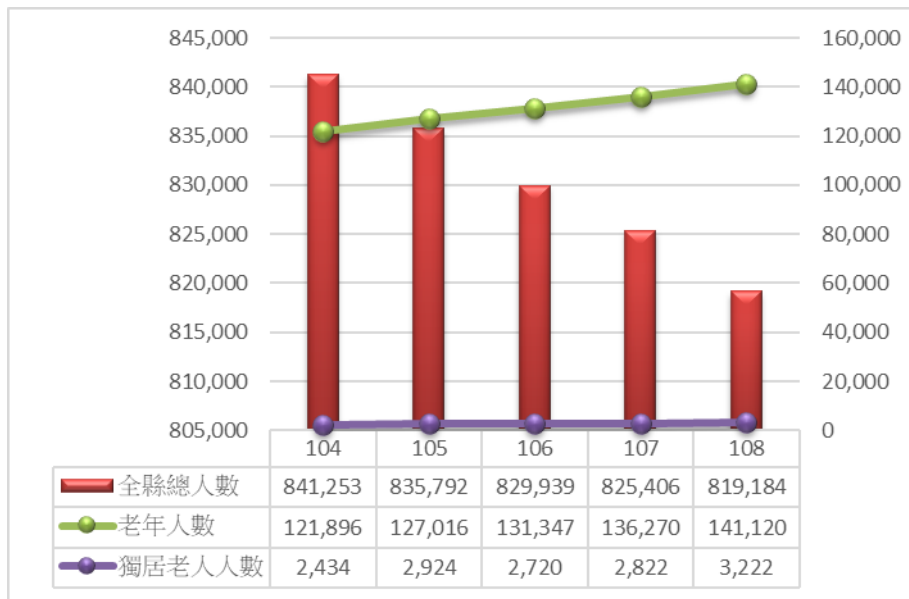


圖 1. 獨居老人人口概況表

(二)屏東縣獨居長者性別概況

據表 2(屏東縣獨居長者性別概況)資料顯示，108 年男性有 1,334 人，占獨居老人總數 41.4%；女性有 1,888 人，占獨居老人總數 58.60%，較高於男性，端看本縣歷年性別人數，雖然 106 年人數略降，但在性別比率上，每年仍是女性多於男性，差異較小在 105 年 12.72%，逐年增加至 108 年 17.2%。依衛生福利部發布我國人民平均壽命由 97 年 78.57 歲增至 107 年 80.69 歲，其中男性為 77.55 歲，女性 84.05 歲，在性別平均壽命指標中女性較男性長，相較獨居性別人數也較多。

表 2. 屏東縣獨居長者性別概況

年份	104		105		106		107		108	
總人數	2,434		2,924		2,720		2,822		3,222	
性別	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
性別人數	1,041	1,393	1,276	1,648	1,169	1,551	1,184	1,638	1,334	1,888

比率	42.77	57.23	43.64	56.36	42.98	57.02	41.96	58.04	41.40	58.60
差異	14.46		12.72		14.04		16.08		17.2	

資料來源：衛生福利部統計處

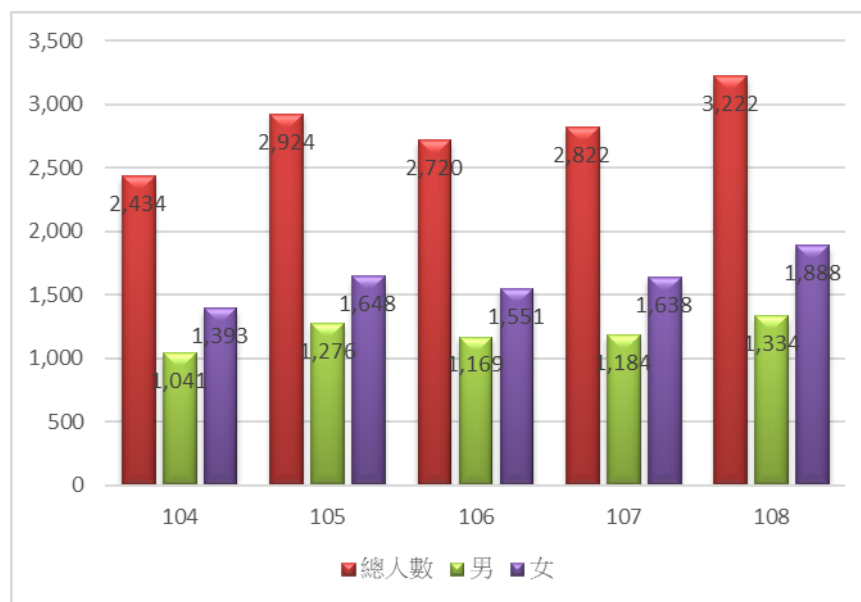


圖 2. 屏東縣獨居長者性別概況

(三)屏東縣獨居長者身分別及性別概況

就獨居老人身分別觀察，分一般老人、中(低)收入戶、榮民及原住民，又中(低)收入戶有資格條件上的限制，歷年來人數的比率均是少於一般老人。以表 3(屏東縣獨居長者身分別及性別概況)資料顯示，一般老人 105 年 2,135 人(73%)僅次於 108 年 2,425 人(75.3%)，其餘更低，若以性別觀之，以女性較高於男性；而中(低)收入戶分析人數自 104 年逐年微升，平均低於 800 人，至 108 年占 24.7%，以性別而言，則與一般戶老人相反，104 年至 108 年人數及比率皆是男性比女性高；另榮民身分的人數在 104 年至 106 年低於 100 人，107 年及 108 年分別為 150 人及 109 人，以性別比率，除了 107 年男性 60 人(40%)低於女性 90 人(60%)外，其它年份比率以男性高於女性；原

住民身分獨居老人 105 年總人數 560 人較高，往後逐年減少，若以性別比率分析，歷年差異性不大，仍以女性高於男性。

表 3. 屏東縣獨居長者身分別及性別概況

年份		104		105		106		107		108	
人數/比率%		人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率
	總數	2,434	100%	2,924	100%	2,720	100%	2,822	100%	3,222	100%
一般老人	合計	1,743	71.6	2,135	73.0	2,018	74.2	2,075	73.5	2,425	75.3
	男	621	35.6	824	38.6	773	38.3	763	36.8	892	36.8
	女	1,122	64.4	1,311	61.4	1,245	61.7	1,312	63.2	1,533	63.2
中(低)收入戶	合計	633	26.0	690	23.6	702	25.8	747	26.5	797	24.7
	男	372	58.8	381	55.2	396	56.4	421	56.4	442	55.5
	女	261	41.2	309	44.8	306	43.6	326	43.6	355	44.5
榮民	合計	58	2.4	99	3.4	55	x	150	x	109	x
	男	48	82.8	71	71.7	34	61.8	60	40.0	59	54.1
	女	10	17.2	28	28.3	21	38.2	90	60.0	50	45.9
原住民	合計	337	x	560	x	451	x	439	x	401	x
	男	111	32.9	204	36.4	157	34.8	144	32.8	132	32.9
	女	226	67.1	356	63.6	294	65.2	295	67.2	269	67.1

資料來源：衛生福利部統計處(註 1)

註 1：1. 104-105 年列冊需關懷獨居老人統計總人數未含原住民。

2. 106-108 年列冊需關懷獨居老人統計總人數，榮民及原住民已計入中(低)

收入戶及一般老人。

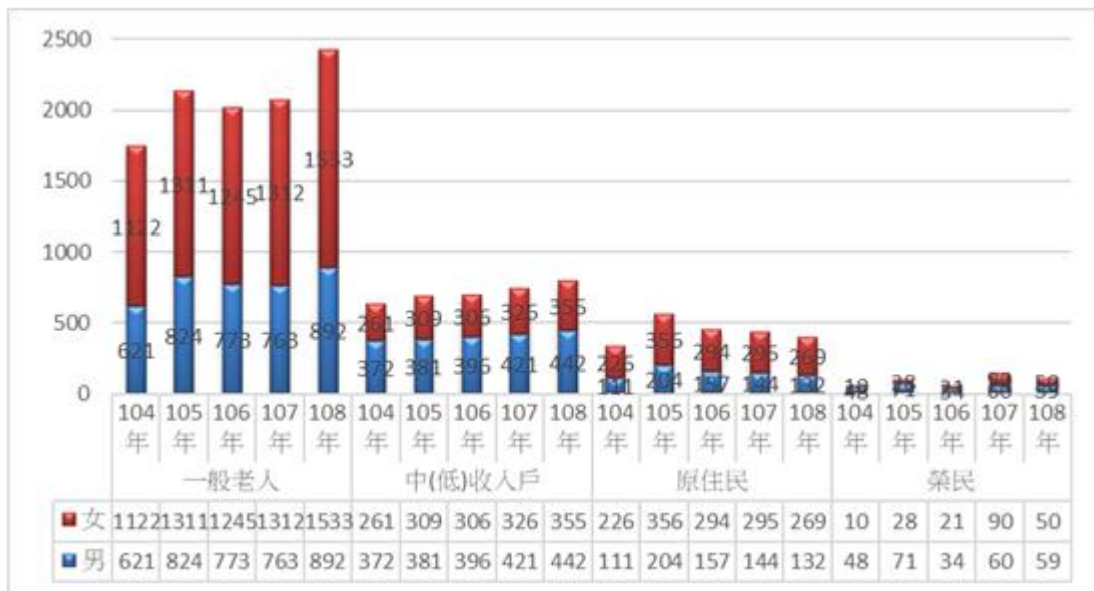


圖 3. 屏東縣獨居長者身分別及性別概況

(四)屏東縣獨居長者服務成果概況

據表 4(屏東縣獨居長者服務成果概況)資料顯示，108 年本縣列冊需關懷獨居老人服務計 1,152,118 人次，較 107 年 986,279 人次增加 165,839 人次(增幅 14.98%)，平均每人服務次數由 104 年 175.33 人次逐年遞增至 108 年之 357.58 人次。各項服務以餐飲服務 672,627 人次(58.38%)最多，居家服務 218,025 人次(18.92%)及關懷訪視 131,600 人次(11.42%)分別為二及三。

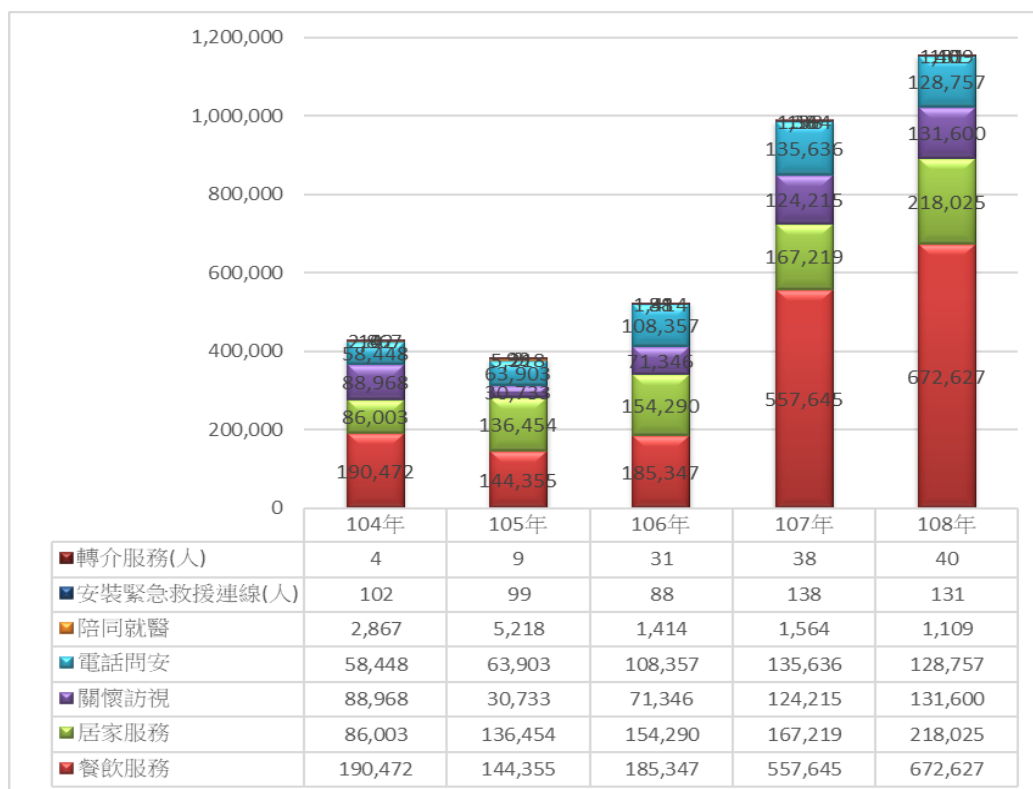
以近 5 年觀察，電話問安服務由 104 年 58,448 人次上升至 107 年 135,636 人次，於 108 年下降為 128,757 人次(11.18%)；關懷訪視由 105 年 30,733 人次上升至 108 年 131,600 人次(11.42%)；居家服務由 104 年 86,003 人次上升至 108 年 218,025 人次(18.92%)；陪同就醫服務較少，由 105 年 5,218 人次下降至 108 年 1,109 人次(0.10%)。108 年底安裝緊急救援連線共 131 人，較 107 年減少 7 人(0.01%)；108 年轉介進住機構服務共 40 人，較 107 年增加 2 人(0.003%)。

表 4. 屏東縣獨居長者服務成果概況

全年平均服務次數	104		105		106		107		108	
	175.33		130.19		191.45		349.50		357.58	
人次/比率%	人次	比率	人次	比率	人次	比率	人次	比率	人次	比率
合計	426,758	100	380,663	100	520,754	100	986,279	100	1,152,118	100
電話問安	58,448	13.7	63,903	16.8	108,357	20.8	135,636	13.8	128,757	11.18
關懷訪視	88,968	20.8	30,733	8.1	71,346	13.7	124,215	12.6	131,600	11.42
居家服務	86,003	20.2	136,454	35.8	154,290	29.6	167,219	17.0	218,025	18.92
餐飲服務	190,472	44.6	144,355	37.9	185,347	35.6	557,645	56.5	672,627	58.38
陪同就醫	2,867	0.7	5,218	1.4	1,414	0.3	1,564	0.2	1,109	0.10
安裝緊急救援連線(人)	102	0.02	99	0.02	88	0.01	138	0.01	131	0.01
轉介服務(人)	4	0.0009	9	0.002	31	0.005	38	0.003	40	0.003

資料來源：衛生福利部統計處

圖 4. 屏東縣獨居長者服務成果概況



參、獨居老人服務供給

一、屏東縣獨居老人派案服務

依據本縣 107 年獨居老人分級服務計畫，為確保屏東縣獨居老人之安全，建置獨居老人需求評估指標與危機分級，針對本縣獨居老人提供相關之福利服務，108 年服務列冊獨居老人計 3,222 人，係由社會處及各鄉鎮市公所受理通報後，由村里幹事前往訪視評估，將符合資格未列冊之獨居長者增列於名單中，並依其需求提供相關服務、轉介、建立預防性服務諮詢、加強支持性福利網絡、完備保護性體制功能等措施。

二、獨居老人分級服務

針對縣內列冊獨居老人名冊，由各鄉鎮市公所村里幹事提供初級關懷評估，依長者生活自理、健康狀況、家庭與社會功能分成高危險、中危險、低危險等級別，其中中、高危險個案再轉介給社會處於縣內設立之七處區域家庭福利服務中心，106 年至 108 年共轉介 352 案(中危險 349 人、高危險 3 人)，由轄區負責之專業社工人員提供進一步評估開案需求並連結所需資源，即時幫助獨居老人紓困。

三、社區照顧關懷據點

本縣依衛生福利部社會及家庭署推動社區照顧關懷據點並設置 C 級巷弄長照站，是由各鄉鎮有意願的社區發展協會或民間團體參與設置，提供社會參與、健康促進、共餐服務、關懷問安諮詢、預防及延緩失能服務。

社會處截至 109 年 5 月已設立 362 處(據點 295+文健站 67)(佈建密度 78.19%)，已佈建 332 村里(佈建率 71.71%)，服務涵蓋 418 村里(服務涵蓋率 90.28%)，據點加值服務 C 站 233 處(據點 166+文

健 67)(佈建密度 50.32%)，已佈建村里 214(佈建率 46.22%)分別定義：6 個時段-3 日 C9 處(據點 6+文健 3)、10 個時段-5 日 C100 處(據點 36+文健 64)。除了提供社區一般長者，也照顧轄內獨居老人，定期邀集至村里固定集會處所促進社會參與，也透過志工在地就近性不定期關懷服務，讓高齡者在熟悉的人事物居住環境下快樂生活，實現健康、在地老化的理想與目標。

四、長期照顧管理中心

本縣長期照護管理中心，主責辦理長期照顧服務業務，為提升長照服務普及與便利，積極推動多元完善的長照服務，含居家式、社區式及機構式服務，成立至今已設置 17 處長照分站，包含 8 處原住民鄉分站及 1 處離島分站，提供諮詢、申請與轉介服務，並以區域方式整合在地照顧資源，為區域內長照服務之單一窗口。

因長照 2.0 的推動，積極建構各項服務網絡，截至 108 年已佈建 26 處 A 級社區整合型服務中心；228 處 B 級複合型服務中心；191 處 C 級巷弄長照站，設置 5 處失智共照中心、33 處失智服務據點及 7 處家庭照顧者服務據點。承安居大社區「一鄉鎮日照」之目標，已設置 22 處日間照顧服務，涵蓋本縣 18 鄉鎮 54.5%涵蓋率。屏東縣老化比率至 108 年已達 17.23%，遠高於全國老化比率 15.28%，以及青壯年人口外流，家庭照顧人力的不足，導致長期照顧需求人口劇增，可見本縣健全長期照顧的迫切性。

五、社會福利

(一)福利服務類

本縣獨居老人福利服務，除了著重在居家照顧與護理服務、送餐服務外，另有如中低收入老人住宅修繕補助、中低收入戶老人裝置假

牙補助、中低收入戶老人特別照顧津貼補助、中低收入老人健保費減免補助、低收入戶及中低收入老人傷病住院看護費補助、低收入戶及中低收入老人醫療補助、老人免費乘車服務及重陽敬老禮金發放、低收入戶老人公費安置及中低收入重度失能老人機構養護服務費補助等類別，除了老人免費乘車補助未有福利身分之規範外，在資源有限之情況下，對獨居老人的福利服務供給仍以符合低收入戶或中低收入戶資格為對象。

(二) 緊急救援系統裝設

根據 2017 年老人狀況調查報告，約 3.0% 的 55 至 64 歲受訪者有下肢功能衰退現象。隨著年齡增長，老人下肢功能衰退現象更加嚴重，約有 16.4% 的 65 歲以上老人在不用手支撐的情況下，無法從椅子站起來（衛生福利部，2018）。據研究指出，緊急救援系統能為老年人帶來許多效益，如降低跌倒後造成長期傷害的機率（Hessels et al., 2011; Patel, Park, Bonato, Chan, & Rodgers, 2012）；減少健康照顧成本，如降低住院率、提早出院、延後進入機構、減少護理人員之居家照顧等（Dibner, 1990; Roush & Teasdale, 1997）。由此可見，老人在遭遇意外事故時，如能提供緊急通報與救援服務，可降低意外發生所造成的憾事。

屏東縣政府為了確保獨居長者與身心障礙者的生活安全，開辦緊急救援通報服務，於使用者家中裝設主機與隨身按鈕，提供 24 小時緊急救援服務，108 年底申裝數為 131 人，讓獨居老人或失能者在家發生像跌倒等意外事故時，按下主機按鈕，即可獲得緊急救援與通報聯繫的服務，以降低延誤就醫的情況（陳伶珠、蔡旻珮，2017）。裝設本機除了應備有室內電話外，如無低收入戶、中低收入戶或領有中

低老人生活津貼之獨居老人以及低收入戶、中低收入戶或領有身心障礙者生活補助者，每月尚需負擔 1,400 元。

(三) 愛心手鍊服務

108 年全台 65 歲以上的身心障礙總人口數有 513,315 人，且近五年人口數有逐年增加現象；又 65 歲以上失智人數有 56,460 人，占老人總人口數之比率 10.99%。「愛心手鍊」是中華民國老人福利推動聯盟於 1998 年推出，以不銹鋼鐵鍊作為識別物，也是國內最先用來做為防走失之裝置（中華民國老人福利推動聯盟，2018），其主要是將走失之虞者的編號和免付費通報電話號碼刻印在手鍊上，來做為協尋機制。本縣用於縣內 65 歲以上經醫師診斷為失智症或是疑似有失智症狀者，以及 18 歲以上智能障礙和精神病患者防走失服務，108 年申裝數共 619 人，另在經費上，第一次申請需繳交 200 元手環工本費用外，若不符合上述條件者，每年還需繳交 500 元的個案服務費（屏東縣政府社會處，2018）。

(四) 歲末年初雞湯送暖關懷活動

本縣社會處與屏東基督教醫院每年在歲末年初之際，透過募資捐款，多年來也曾號召村(里)辦公處、社區據點志工、管區警員、國軍弟兄及綠衣天使(郵務士)，合作「雞湯送暖、天使傳愛」獨居老人歲末關懷公益活動，104 年送暖計 2,931 戶、105 年 3,068 戶、106 年 2,963 戶、107 年 3,018 戶、108 年 3,110 戶，至少服務 1 萬 5,000 人次的獨居老人。109 年也送出 2,954 份，並結合問卷的型式，讓訪視者針對獨居老人的需求，如簡式身心量表篩檢、長期照顧服務(居家服務、送餐服務)、行動藥師、緊急救援系統及愛心手鍊、住宅用火災警報器等服務進行評估，俾利後續提供資源連結，達到為這群曾為社會貢獻心力的長者回饋敬重的目的。

肆、討論與建議

一、福利服務淺談

(一)社會福利：縣府的補助案仍多以低收入戶及中低收入戶為主，相對於一般戶及邊緣戶的長者較無優勢，尤其針對獨居老人，常會因為資訊薄弱或是經濟不安全之因素，無法感受政府良善之政策，就如緊急救援系統之裝設及愛心手鍊，雖提倡使用者付費，但有福利身分者得享有縣府免費的補助，無此身分者，即便覺得實用，但也會因須自費而拒絕申請。因此除了加強福利政策資訊之宣導外，各項需付費的服務，也會是申請者的重要考量，如何規劃分擔，像是年費改成月費、季費等彈性作法，以促進服務使用者能實際享有實質的服務，進而提升其生活品質。

(二)長照資源：長照服務類別高達 17 種之多，常見服務申請有照顧服務(包含居家服務、日間照顧及家庭托顧)、交通接送、輔具購買或租借及居家無障礙環境改善、喘息服務、餐飲服務、長期照顧機構服務、家庭照顧者支持服務。但根據 107 年屏東縣獨居老人福利需求與服務輸送研究發現，獨居老人普遍不知道現行推行之福利服務項目，在多項福利措施上回答「不知道」的比率高達七至八成，特別的是多數獨居老人並不清楚目前政府大力推行之長期照顧福利服務有哪些，女性不知道的比率略高於男性，另在教育程度越低、年齡愈高以及居住在屏北區和屏南區的獨居老人，多半不知道目前推行的措施(王仕圖等人，2018)，因此在特別區域及對象上的福利資訊宣導的管道應有檢討之必要。

(三)關懷訪視：獨居老人的服務及需求是多元性，其中關懷訪視最能直接觀察及了解其急迫的需求，包括從生理、環境、社會資源甚至個人口述想要得到協助的部分。本縣獨居老人關懷，透過長期照護管理中心服務人員、各鄉鎮市公所村(里)幹事、村(里)長、社區照顧關懷據點志工以及家庭福利服務中心的社工人員等，是希望能夠加強社區獨居老人的安全網，讓長者能受到適切的資源照顧。尤以村(里)幹事、村(里)長的角色任務，因其位居第一線具有服務近便優勢，但在深度關懷、資源轉介及資訊傳達上仍待加強；再則社區據點的志工能否補強訪視頻率，最後在長期照護資源、社工人員的再評估、介入下，獨老的社安網會更緊密。

(四)雞湯送暖活動：此公益活動辦理數年，長者對於年初雞湯關懷送暖多有期待且印象深刻，透過普查的行動，109年初訪視清查獨居老人的名單外，也利用問卷蒐集長者的需求。惟雞湯禮盒是急凍配送，關懷者會希望盡快將禮盒發送完畢，以免冰退影響食物品質，造成食安問題，讓美意變成惡意，且在問卷評估時，若因趕急而草率填答是否真的確實了解獨居老人的需求，更是有待重新檢討與檢視。日後若有需要搭配需求問卷，也許可以單一主題性的問項較能聚焦並減少關懷者因急著贈送禮盒而草率結束填答，影響實際的評估。

二、社會參與面淺談

(一)關懷據點功能延與深

社區照顧關懷據點的功能提供社會參與、健康促進、共餐服務、關懷問安諮詢、預防及延緩失能服務，可謂社區初級預防服務站，現

今積極推廣預防勝於治療的觀念下，據點著實提供社區長者更多社會參與的機會，以維持人際間的互動交流，甚至主動走入獨居老人家中透過到宅關懷訪視來維持其社交需求。社會處多年來不斷與社區、社團合作，推動據點成立的效果有成，甚至讓有能量的據點升級服務時段，從半天、一天增為三、五天，或許可讓志工及據點任用人員的功能強化成僅次公所的諮詢站。但是後續仍有應面對的問題，如性別參與的比率上仍是女性多於男性，如何增強、刺激男性參與據點的意願、年資深的據點也會面臨課程的疲乏、志工人力的持續性，全是據點的課題。

(二)多元社會參與

老人生命品質，除了維持健康狀況，延遲許多生理疾病和心理障礙外，更重要的還包含獨立自由的持續社會參與及學習新事物機會、就業、志願服務、教育和休閒活動等。因此縣政府不但開辦關懷據點外，另也有如老人文康(活動)中心、樂齡學習中心、長青學苑、松年大學…等，提供動靜皆宜多元的活動與研習課程，即是要滿足不同興趣類別的老人有更多社會參與的機會。但對獨居老人而言，若是長期在人際互動及社會參與的部分較疏離，如何提升其再投入參與的動力，也是種挑戰，或可於退休前能夠在相關資訊上供其安排與銜接。

三、心理健康面淺談

從前面的論述可見社會提供給社區老人有許多的參與、交流的機會及生理健康的照護資源，盡可能依個人的需求提供必要的協助。但老人的心理需求也是另一個應重視的層面，劉家勇(2015)研究中提到，從詮釋現象學解釋獨居老人的孤獨經驗，認為獨居老人最需要面對的挑戰是「孤獨、無根、無意義」及「對生命的空無、憂鬱與絕望」。

而大多數的國人，仍存在舊有觀念，對暢談自己的心理問題或是老後的規劃始終較迴避甚至視為禁忌，或許未來在群體教育課程中，也能試著漸進式的導入相關的心靈教育或臨終安排的議題，讓長者在規劃自己生活想像中有更多主導權。

伍、展望與結論

面對「老浪」來襲，屏東縣政府依循中央政策趨勢執行，但更能善用跨部會的資源整合方式應對。因高齡社會的浪潮，高齡化慢性病及功能障礙疾病之盛行率亦急遽上升，失智人口明顯增加，所衍生出的長照需求與經濟負擔也隨之遽增，在縣長及副縣長的領導下，本縣獨創「安居大社區」會議平台，結合府內各局處所所有資源及人才創新屏東，以【屏東縣竹田鄉西勢村失智友善社區】為例，透過成功大學輔導團隊與各局處(衛生局、長期照顧管理中心、社會處、客家事務處、工務處、交通旅遊處、城鄉發展處、教育處以及研考處)打造失智友善社區，以竹田鄉西勢村為基地，進行橫向與垂直的資源連結，推動教育訓練、社區資源盤點、社區環境營造，凝聚社區友善共識，讓照護機制符合以「人」為本、尊重當地生活與文化的原則，達成「失智友善社區」的願景。跨局處合作概述如下：

- 一、衛生局及長期照顧管理中心：盤整在地醫療資源，推廣正確醫療知識、透過行動藥師送藥服務就醫不便的長者，予以正確用藥宣導，另培訓地方人才，重視失智者家屬的喘息，結合長照資源並設立失智日照中心。
- 二、社會處：連結社區組織推動社區照顧關懷據點，導入預防延緩失能計畫，促進地方長者健康活動來預防及延緩失智，並積極

培育在地志工，永續人才在社區服務的精神。

三、客家事務處：竹田西勢為客家庄，盤整地方公共建設(精神信仰中心忠義祠、客家文物館-屏安樂智屋、日照中心)，打造成失智友善館，提供失智照護資訊及課程，讓民眾可休憩與學習。

四、工務處、交通旅遊處、城鄉發展處：從社區環境、設備上改造，提供便民且符合不同群體的環境規劃，如馬路安全號誌清晰標示、無障礙步道及舒適照明，交通車路線安排、候車停靠及空間維護，另外在戶外休閒更以共融式遊具為基礎，打造老人、小孩及障礙人士皆能使用的友善設計。

五、教育處：發揮教育功能，創辦國中長照技藝課程、設立老人體驗教室、培訓學生志工、開辦失智認識及老幼共學課程，以提升學生對於高齡者及長期照顧的知能。

六、研考處：建構科技型友善社區守護圈，讓失智者透過隨身掛飾「屏安符」在社區中行動，或搭乘友善交通車，都能藉由區域網絡監控感應的 GPS 定位功能，追蹤長者活動路徑，減少失智者及家屬為了出門怕走失而擔憂。

另外，如客庄地區推動「伯公照護站」、原住民部落地區「文化健康站」等，都是以在地群體族性規劃，以預防照護的模式共創友善文化生活圈。上述可見所有的跨領域合作，不單是從政府的角色出發，更是從地方的人文需求為基準，在縣政府、鄉鎮市公所與社區三方之間達成共識，推動大範圍的福利服務政策。

屏東縣政府用點、線、面的概念，點是內在(府內各局處所)及外在(社區各資源網絡)，透過線的方式把所有的資源串連一起，再以廣泛的需求面議題(如健康、醫療)，有效建構成友善好居的生活環境。

竹田西勢的地域優勢成功打造出友善鄉鎮，雖然未能全面複製到全縣，但也期許未來能夠繼續推動跨領域的合作，讓屏東縣成為宜居城市，更讓社區的長者能走出家庭，走入社區，在熟悉的生活場域中安全、安心、安老。

陸、參考文獻

- 一、國家發展委員會「中華民國人口推估（2018至2065年）」，高齡化時程，檢自
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=695E69E28C6AC7F3
- 二、內政部戶政司全球資訊網，人口統計資料，檢自
<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>
- 三、獨居老人社會福利供需之探討，以宜蘭縣礁溪鄉為例之研究計畫，檢自
<ftp://ftp.lovecare.org/10101/獨居老人研究參考文獻.pdf>
- 四、劉雅文，獨居老人之老年準備，檢自
<ftp://ftp.lovecare.org/10209/alone%20older.pdf>
- 五、屏東縣政府獨居老人分級服務計畫(2018)，檢自
<https://www-ws.pthg.gov.tw/Upload/2015pthg/18/ckfile/f0ad9ac7-691b-4a51-800a-79bc19717497.pdf>
- 六、衛生福利部社會統計處，身心障礙者福利，檢自
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2976-113.html>
- 七、衛生福利部社會統計處，列冊需關懷獨居老人人數及服務概況，檢自
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2977-13846-113.html>
- 八、黃松林、楊秋燕、鄭淑琪(2010)，獨居老人關懷服務—以台灣地區獨居與非獨居老 人—以台灣地區獨居與非獨居老 人居家照顧服務使用為例，檢自
<http://www.ccswf.org.tw/files/7100/11/p241-270%20E9%BB>

[%83%E6%9D%BE%E6%9E%97.pdf](#)

九、何貞青，慈濟經驗，月刊 380 期，延伸子女心，疼惜長者情，檢自

<http://web.tzuchiculture.org.tw/tpenquart/monthly/380/380c4-2.htm>

十、吳淑菁、鄭喬之、趙雅芳，探討老人需求及社會支持服務的現況 <http://www.nhu.edu.tw/~society/e-j/91/22.htm>

十一、李瑞金，社區發展季刊 132 期(99.22)，活力老化--銀髮族的社會參與，檢自

[file:///C:/Users/USER/Downloads/File_2116%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/File_2116%20(1).pdf)

十二、劉家勇，台灣社區工作與社區研究學刊 第五卷第二期(2015 年 10 月)，社區獨居老人社會照顧模式之研究：以台灣及日本在宅服務方案為例，檢自

<http://www1.pu.edu.tw/~TACS/JOURNAL52/02.pdf>

十三、屏東縣近年來長期照顧分析(2019)，屏東縣政府主計處，檢自 <https://pthg.dgbas.gov.tw/STATWeb/Page/stat05.aspx>

十四、苗栗縣列冊需關懷獨居老人分析(2019)，苗栗縣政府主計處，檢自

https://www.miaoli.gov.tw/accounting/News_Content.aspx?n=944&s=58093

十五、基隆市獨居老人之現況與服務成果(2018)，基隆市政府主計處，檢自

[file:///C:/Users/USER/Downloads/%E5%9F%BA%E9%9A%86%E5%B8%82%E7%8D%A8%E5%B1%85%E8%80%81%E4%BA%BA%E4%B9%8B%E7%8F%BE%E6%B3%81%E8%88%87%E6%9C%8D%E5%8B%99%E6%88%90%E6%9E%9C%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/%E5%9F%BA%E9%9A%86%E5%B8%82%E7%8D%A8%E5%B1%85%E8%80%81%E4%BA%BA%E4%B9%8B%E7%8F%BE%E6%B3%81%E8%88%87%E6%9C%8D%E5%8B%99%E6%88%90%E6%9E%9C%20(1).pdf)

十六、屏東縣政府衛生局，行動藥師計畫，檢自

https://www.ptshb.gov.tw/News_Content.aspx?n=FA5FAE96953B05EC&sms=2BCC4D669A46CEB9&s=7CED22A593004DA5

十七、趙善如、吳雅玲、涂筱菁(2019)，屏東縣愛心手環之使用現況與未來需求

十八、陳柯玫、王仕圖，許俊才、蔡昕如、陳憶(2019)，屏東縣緊

急救援通報系統之使用現況與未來需求

十九、王仕圖、許俊才、林宏陽、陳柯玫、吳淑音(2018)，屏東縣
獨居老人福利需求與服務輸送之研究

二十、王仕圖、許俊才、林宏陽、陳柯玫、吳淑音(2017)，屏東縣
老人生活狀況及福利需求調查研究

二十一、封面圖片來源：<https://kairos.news/61571>