

【研究論文】

撥開雲霧  
—初探屏東縣原住民族老人生活概況  
與福利需求分析\*

許俊才 (Kui Kasirisir)\*\*

國立屏東科技大學副教授

林宏陽

國立屏東科技大學副教授

王仕圖\*\*\*

國立屏東科技大學教授

---

收稿日期：2018年2月26日，接受刊登日期：2018年4月10日。

\*本文為屏東縣政府社會處委託辦理「屏東縣高齡者社區照顧研究發展中心-子計畫一：屏東縣老人生活狀況及福利需求調查」計畫案之部分研究成果

\*\*Kui Kasirisir 為第一作者排灣族

\*\*\*通訊作者：stwang@mail.npust.edu.tw

## 中文摘要

長期以來我們對於原住民族老人的現況與福利需求未有長期且全面的資料調查與建置，因此本文嘗試透過「屏東縣老人生活狀況及福利需求調查」的調查資料來探討目前屏東縣原住民族老人的現況與福利需求。本調查研究進行 200 位原住民族老人的問卷訪問，有效問卷為 188 份，另外進行了二次焦點團體，分別為原鄉照顧服務提供者以及服務使用者。主要的研究結果指出原住民族老人在「尋求協助」、「可拜訪的對象」、「外出的目的」、「收入及支出項目」、「健康狀況」，乃至於「福利措施」，都可以看出部落的文化生活的影響。因此，在擬訂相關的福利措施或政策時，若是僅從行政方便性與成本效益的觀點思考，很容易就出現「一體不適用」的狀況，進而發生社會排除或福利邊緣化的狀況。

**關鍵字：**原住民族老人、老人生活狀況、老人福利需求

# A Study of the Living Conditions and Welfare Needs of Indigenous Older people in Pingtung County

Kui Kasirisir/ Chun-Tsai Hsu

Associate Professor, Department of Social Work, National Pingtung  
University of Science and Technology

Hung-Yang Lin

Associate Professor, Department of Social Work, National Pingtung  
University of Science and Technology

Shu-twu Wang

Professor, Department of Social Work, National Pingtung University of  
Science and Technology

## Abstract

**Purpose:** This article aims to explore the living conditions and welfare needs of indigenous elderly people based upon the data reported in “2017 Pingtung County Older People’s Living Conditions and Welfare Needs Survey”. **Design and Methods:** The analysis relies primarily on a statistical analysis of the survey, which interviewed 200 indigenous people. In addition, the study conducted two focus groups to collect rich data from local indigenous elderly people and service providers. **Results:** In 2017, roughly 12.3% of elderly individuals were living alone, 65.4% of indigenous older people were Christians, and their children or daughters-in-law (35%) were the main care givers when they encountered difficulties in daily living. Most indigenous older people (60.2%) had insufficient income to cover their day-to-day expenditure and most of their money was spent on food (33%), medicine (26.6%) and red/white envelopes (16.5%). Indigenous older people are mostly aware of the available welfare services but do not apply for them because these services are inaccessible from where they live, and they find the

application process difficult. **Conclusion:** The analysis highlights the differences between indigenous and non-indigenous older people, most of which are related to culture perspectives, and suggests that the development of welfare services should take into account the indigenous community, its participation in those services and its cultural safety.

**Keywords: Indigenous older people, Elderly living conditions, Elderly welfare needs**

## 壹、研究背景與目的

根據國家發展委員會（2016）的統計資料與推估報告顯示，我國 1993 年 65 歲以上老年人口占總人口比率超過 7%，正式邁向高齡化社會；另根據其推估計算結果，2018 年比率將超過 14%，此時我國將成為高齡（aged）社會；而在 2026 年該比率將再超過 20%，則我國將成為超高齡（super-aged）社會。依據上述的推估統計，則 2060 年的 65 歲以上人口佔總人口的比率，將達到 38.6%；其中，日本與韓國在 2060 年的高齡人口比例，分別推估為 39.9%與 40.1%，雖相較於我國 40.6%並無太大的差距；但以老化速度超越該兩國的狀況觀之，若未能於現在充分因應，則後勢將令人擔憂。後工業社會所面臨的少子化、工作貧窮、彈性安全、就業不安定等諸多因素，導致高齡人口佔整體社會人口之比例不斷攀升（詹火生、林建成，2008）。台灣在 1990 年代逐步進入後工業社會，以服務業取代過去的製造業，並因為社會上的諸多要素，使得高齡人口所佔比例的擴張更勝於其他國家，特別為歐洲國家，且與同為東亞的日本與韓國面臨相同的議題。

台灣的原住民族，65 歲以上的人口數僅佔原住民族總人口數 6.2%，但若從原住民請領老人年金的 55 歲<sup>1</sup>來計算，原住民族 55 歲以上的老人佔原住民族總人口數的 16.4%（89,803）（請詳參表 1）。若是一併考量原鄉地區年輕一輩大多居住於都會地區，則可以想見的是原住民鄉的老化狀況更加嚴重，而相關的長期照顧服務需求（包括照顧人力在內）將更加明顯。其實，在原鄉部落，我們常常說每一家的孩子都是部落的孩子，我們都有責任去照顧、教育我們部

---

<sup>1</sup>國民年金法第 53 條規定：「年滿五十五歲之原住民，在國內設有戶籍，且無下列各款情事者，於本法中華民國一百年六月十三日修正之條文施行後，得請領每人每月新臺幣三千元至年滿六十五歲前一個月為止，所需經費由中央原住民族事務主管機關按年度編列預算支應」

落的下一代；同時，我們對於部落長者，是抱持著相當尊重的態度去陪伴、照顧他們。在部落裏「照顧」，不是單向的服務，而是一種雙向的身心靈健康議題。

表 1：2015 年全國與原住民族老人人口比例

群體	人數	百分比
全國總人口數	23,492,074	100%
全國 65 歲以上人口數	2,938,579	12.5%
台灣原住民族總人口數	546,698	100%
原住民族 65 歲以上	33,890	6.2%
原住民族 55 歲以上	89,803	16.4%

屏東縣截至 2016 年底老年人口為 127,016 人，老年人口比率為 15.2%，此比率高於全國的老年人口比率，同時也達到所謂「高齡社會」的標準。若再就屏東縣老化指數來看，全國 2016 年年底的老化指數為 98.86，而屏東縣的老化指數為 135，其中有七個鄉鎮的老化指數皆超過 200 以上，包括麟洛鄉、高樹鄉、竹田鄉、新埤鄉、南州鄉、佳冬鄉以及車城鄉。針對本文所關注的屏東縣原住民族老人而言，若仍以 65 歲以上為原住民族老人的界定，則老人人口比率為 9.4%（人數為 5,544），老化指數為 56，看似這些數據都比全國數據還低，但若考量原住民族的平均餘命少於全國的平均餘命 10 歲左右，且國民年金法第 53 條規定：「年滿五十五歲之原住民，在國內設有戶籍...得請領每人每月新臺幣三千元至年滿六十五歲前一個月為止，所需經費由中央原住民族事務主管機關按年度編列預算支應」，因此若將原住民族老人之年齡界定為 55 歲以上來看，可從表 2 看出屏東縣原住民族老人人口比例變為 22.2%（人數為 13,103 人），且老化指數增加至 133，其數據明顯高於全國的老化指標。進一步看（55 歲以上年齡組）屬於原住民鄉<sup>2</sup>的地區，可以發現屏東縣泰武鄉是老人人口比例與老

<sup>2</sup>屏東縣的原住民鄉共計有九個，其中包括八個山地原住民鄉（霧台鄉、三地門鄉、瑪

化指數相對最低（分別為 21.7%與 126），但仍高於全國的平均狀況，甚至在屏東縣霧臺鄉、獅子鄉、牡丹鄉及滿州鄉的原住民族老人人口比例皆超過 25%，而且霧臺鄉、牡丹鄉及滿州鄉的老化指數亦超過 200 以上。以上的數據皆突顯出屏東縣原住民人口的老化情形相當嚴重，特別是在原住民族地區更是如此。

表 2：105 年屏東縣原住老年人口老化指標

鄉鎮 市別	年齡組別								
	總人數	0-14 歲	比率	55 歲 以上	比率	老化 指數	65 歲 以上	比率	老化 指數
屏東縣	835,792	93,786	11%	321,606	39%	343	<b>127,016</b>	<b>15.2%</b>	<b>135</b>
屏東縣 原住民	58,892	9,875	16.8%	<b>13,103</b>	<b>22.2%</b>	<b>133</b>	<b>5,544</b>	<b>9.4%</b>	<b>56</b>
三地門鄉	7,304	1,079	14.8%	1,724	23.6%	160	744	10.2%	69
霧台鄉	3,216	355	11.0%	894	27.8%	252	440	13.7%	124
瑪家鄉	6,528	958	14.7%	1,590	24.4%	166	701	10.7%	73
泰武鄉	5,112	880	17.2%	1,110	21.7%	126	479	9.4%	54
來義鄉	7,277	979	13.5%	1,734	23.8%	177	744	10.2%	76
春日鄉	4,640	783	16.9%	1,122	24.2%	143	477	10.3%	61
獅子鄉	4,611	623	13.5%	1,233	26.7%	198	470	10.2%	75
牡丹鄉	4,561	584	12.8%	1,257	27.6%	215	533	11.7%	91
滿州鄉	2,121	272	12.8%	627	29.6%	231	295	13.9%	108

資料來源：原住民族委員會<sup>3</sup>（2016a）。

因應老人福利法第十條之規定，各地方開始有了老人生活狀況與福利需求調查，而張駿逸與孫健忠於 1998 承接當時的行政院原住民委員會之委託，進行第一次全國性原住民族老人福利需求調查工作，並指出當時的原住民族老人社

家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉）以及一個平地原住民鄉（滿州鄉）。  
<sup>3</sup>1996 年 12 月 10 日，行政院成立行政院原住民委員會；2002 年 3 月 25 日，行政院原住民委員會更名為行政院原住民族委員會；配合 2000 年行政院組織法修正，2014 年 1 月 14 日立法院三讀通過《原住民族委員會組織法》，同年 3 月 26 日行政院原住民族委員會更名為原住民族委員會。

會福利需求主要有六大面向（張駿逸、孫健忠，1999），包括：1.醫療需求；2.經濟需求；3.社會需求；4.居住安養需求；5.心理需求以及 6.其他需求（包括舊部落恢復與文化保存等）。然而，雖有法規規定進行老人生活狀況調查，然而就各地方所進行的調查狀況內容來看，大多無法提供在地性原住民族老人的生活狀況資訊，例如「屏東縣 101 年度老人生活狀況及福利需求調查報告」（國立高雄第一科技大學，2012），其問卷設計以及抽樣方式上皆未能考量到屏東縣原住民族的老人人口群，致使有關原鄉或都會區原住民族老人的福利需求分析付之闕如，亦無法提供具體有效的政策規劃。

還記得小時候常常跟著 vuvu<sup>4</sup>去田裏幫忙收成小米、芋頭、地瓜等等的農作物，讓家裏有食物得以溫飽，但似乎都沒有認真關心過 vuvu 們需要什麼？有幸本次參與屏東縣政府委託的「屏東縣老人生活狀況及福利需求調查」，並特定將族群選項納入本次的研究調查，且在抽樣方法上特別考量到原鄉(原住民)的人口群，期待藉由本次的研究調查可以達到以下二個目的：

- 一、瞭解屏東縣原住民 55 歲以上老年人口之基本特質與生活狀況。
- 二、探討屏東縣原住民族老年與非原住民族老人之間的福利認知與使用情形是否有所不同。

## 貳、文獻探討

### 一、老人與福利需求概況

由於台灣的人口轉型已經完成，出生與死亡的比率趨向穩定，然而由於人口動量的作用，使得人口結構不能馬上穩定下來，整個人口結構將持續老化的

---

<sup>4</sup>排灣語，祖父母輩的稱呼

趨向(陳淑美、謝雨生, 1997)。此外, 由於台灣在人口轉型的期程相當短暫, 而人口轉型之後無法面臨人口結構轉趨劣勢的自然趨勢下, 為了避免未來子孫對老年人的扶養負擔越來越重, 我國內政部人口政策委員會在 1992 年將人口政策方向加以修正, 主張人口成長目標由原先的「緩和人口成長」修改為「維持人口合理成長」(陳淑美、謝雨生, 1997)。然而已開發國家花費二百多年才完成的人口轉型, 台灣僅花費 70 幾年的時間下, 轉型期間越短, 所面臨的人口老化速度越快, 後代子孫所面對的老人扶養負擔也將越沈重(陳淑美、謝雨生, 1997)。加以台灣自 2003 年開始進入超低生育期、缺乏經濟型移民以及人口老化速度急又快等社會文化因素, 恐非歐美經驗可與相比(莊正中, 2015), 因此台灣人口老化的衝擊將產生更為複雜的效應。

當前世界人口老化現象是人類歷史上未曾發生的現象, 隨著年輕人口的減少, 老年人口的比例卻逐年增加, 然而這種人口高齡化現象已日益普遍, 而且此一現象將對人類生活的各種面向帶來重大的衝擊(黃源協、蕭文高, 2012)。人口結構的改變, 不論是國際性或是國內性, 都顯示了人口正在高齡化, 因此老人的各種生活也將出現相當大的差異, 不管是經濟面、健康保險、社會服務等, 都將有很大的變化(McDonald, 2010)。1991 年聯合國通過「聯合國老人綱領」(United Nations Principles for Older People), 該綱領有五項主題: 獨立、參與、照顧、自我實現與尊嚴, 該主張被視為當代發展老人福利的重要指標, 也是國際老人福利所應追求的共同目標(黃源協、蕭文高, 2012)。因此老化的過程中必須能夠造就所謂「成功老化」, McDonald (2010)歸納成功老化有不同的定義, 例如生物醫學模式、心理資源模式、社會功能模式等, 然而其主張多面向的介入與評量, 是較容易獲得老人的高度評價。如何促使老人可以「活出美好的晚年生活」, McDonald (2010)主張應該讓老人生活的多樣性可以

達成，如隨著年齡增長所累積之優勢、持續保有日常活動、參與服務的規劃、甚至就業議題等。因此老人生活狀況的了解將有助於老人的獨特性。

依據我國老人福利法之規範，其旨在維護老人尊嚴與健康、安定老人生活、保障老人權益，增進老人福利。在此一宗旨下，有關老人福利需求面向上，我國老人福利政策相當重視老人的經濟安全，此一福利需求也符合馬斯洛（Maslow）有關需求層級的理論，即有關生理與安全需求之主張。因此在經濟面之需求，將包含了年金保險、社會津貼、財產信託及失能補助等。此外，有關福利服務措施也是另一種體現生理與安全需求的方式，故有關健康議題、家庭照顧、居住安全等，也成為我國老人福利的重要項目。除了生理與安全需求的展現，老人在社會參與層面也是重要的需求面向，此面向則呈現出老人在尊重與自我實現方面的需求。因此為維護老人的獨立生活與社會參與權益，我國老人福利法規要求必須推動老人生活輔具資訊，以及鼓勵老人參與社團或各項休閒、娛樂、志願服務等，以充實老年生活（黃源協、蕭文高，2012）。除了依循需求層級的思考，前述有關人口老化之議題，也將引發老人的照顧問題，因此長期照顧服務勢必將成為老人福利需求的重要面向。

根據 2014 年我國老人生活狀況調查報告，其主要區分為居住與生活狀況、健康狀況、經濟狀況、社會福利認知、老人生活期望等（衛生福利部，2014）。衛生福利部（2014）之調查結果，有關居住與生活狀況方面，老人以居住於兩層樓以上之家宅為主。而在家庭組成方面，則以三代家庭所占比例最高（37.5%），其次為兩代家庭（25.8%）。而在其理想的居住方式部分，多數老年人口仍期望與子女同住（66.2%）。有關老人的健康狀況方面，有達 81.1% 的人自訴其有慢性疾病，主要疾病類型為「高血壓」、「骨質疏鬆」、「糖尿病」及「心臟疾病」。在經濟狀況方面，老人平均每月可使用的生活費用以「6,000 元~11,999

元」占 28.5%最多，其次為「5,999 元及以下」占 23.3%，平均每月可使用的生活費用為 12,875 元。就主要經濟來源別來看，經濟來源依序為「自己的退休金、撫卹金或保險給付」者，平均每月可使用的生活費用 18,708 元最高，其次為「自己的儲蓄、利息或租金或投資所得」之 15,903 元。就經濟狀況觀察，「大致夠用」者之平均每月可使用生活費用為 12,447 元。在福利認知方面，對於政府辦理老人福利措施項目中，以知道「老人健康檢查」者占 83.1%最高，其次為「國民年金」占 78.8%，再次為「中低收入老人補助裝置假牙」占 52.0%。而有關老人生活期望部分，老人對老年生活的期望，以「身體健康的生活」每百人有 37 人為最多，其次為「能與家人團圓和樂的生活」每百人有 30 人。

## 二、原住民族老人福利需求

長期以來，有關原住民族的各項社會福利指標並未能建立長期的資料庫，而這也是為什麼在進行各項社會福利需求調查時需要把族群選項列為重要的變項之一。檢閱過去有關原住民族的社會福利需求調查，主要可分為原民會委託整體性的福利需求調查，或由學者申請相關研究經費進行的區域性或依其研究對象屬性（例如單親、老人、兒少等）的調查研究。但即便如此，仍然缺乏具有長期趨勢性的社福數據可做為相關社福政策討論的基礎。

有關原住民族老人需求的調查，首推由原民會委託張駿逸與孫健忠於 1999 年所進行的「原住民族老人福利需求之調查研究」，研究發現原住民族老人福利需求以經濟、醫療、社會、居住安養、心理及其他的需求面向，此外，此調查研究亦特別指出當時政府所提供的相關福利措施資訊並未能傳達給原住民族老人，即使原住民族老人知道有那些福利措施，其申請的動機亦低落，而此種

現象有可能是福利措施並不符合原住族老人的在地需求，這也反應了一致性的老人福利發展，反而忽略了具有族群文化特殊性的原住民族老人福利需求（張駿逸、孫健忠，1999）。詹宜璋、楊瑩、黃源協（2001）亦在原民會的委託下，進行了「原住民族地區福利服務現況調查研究」，此研究不僅點出當時原鄉地區的福利人口需求現況分析外，亦針對在地的福利資源網絡進行檢視與分析；雖然此調查研究並非僅針對老人，但在此大範圍的調查中針對原住民族老人的部份，發現其長照需求是比一般人口為高。此外，鄭麗珍與李明政在中研院研究經費的支持下，進行了「台灣原住民族社會福利與健康政策評估」（鄭麗珍、李明政，2010），此研究亦採用結構性的問卷調查原住民族在社福與健康政策上的感受與想法，其中有關於老人福利措施上的使用意見，有 28.6%原住民族老人是不曾使用過這些福利措施，甚至有高達 43.1%（891 家戶）是不適用中低收入戶老人生活津貼、老年農民福利津貼、敬老福利生活津貼、老人服務（送餐、養護、居家照顧等）等老人福利項目。

除了上述是針對於全國性的原住民族福利需求所進行的調查研究外，亦有幾個是屬於地區性且有關於原住民族老人福利需求的調查研究。例如，莊秀美於 1999-2000 年在國科會（現為科技部）研究經費的支持下，針對南澳鄉進行原住民族老人生活狀況與福利需求調查（莊秀美，2000），其研究發現與張駿逸、孫健忠（1999）的研究結果相當一致，包括經濟生活、就醫需求、居住安養、社會關係等需求面向。黃源協、莊俐昕（2014）透過科技部的研究經費，針對中部地區的原住民進行了「原鄉部落家庭福利需求、資源網絡與服務輸送之研究」<sup>5</sup>，其研究發現中部的原住民族老人對於「生活開銷」是最感困擾的面向，此外在「部落復健醫療資源」以及「部落照顧資源」亦呈現高度的需求表

---

<sup>5</sup>此為科技部整合型研究計畫「原鄉部落社會福利體系之建構-從部落生活經驗出發之整合型研究計畫」之子計畫。

達。此外，范麗娟、陳翠臻與莊曉霞於 2009 年承接花蓮縣政府社會處的委託進行「98 年花蓮縣老人生活狀況與福利需求調查報告」，並依此調查研究資料於 2013 年發表一篇以花蓮原住民族老人為主的文章（范麗娟、陳翠臻、莊曉霞，2013），她們特別指出花蓮的原住民族老人普遍在相關的福利項目的瞭解與使用上皆低於其他的族群，且因為醫療資源的分配不均，亦導致原住民族老人在就醫上需要花更多的醫療成本；此外，經濟、醫療、交通、健康狀況、社會福利服務使用等因素的加乘效果，增強了花蓮原住民族老人社會排除的現象。王嘉薇也運用 2015 年「南投縣老人生活狀況暨福利需求調查」的資料探討南投縣原住民族老人的現況與需求（王嘉薇，2016），其研究結果與全國及上述地方區域性的狀況趨於一致，主要仍是以居住、健康醫療、休閒娛樂、心理支持以及社會支持等為主要需求。至於屏東縣於 101 年度所委託的「屏東縣老人生活狀況及福利需求調查」結果來看（國立高雄第一科技大學，2012），由於在正式問卷內容並未能納入族群選項，因此在整體的研究報告內容並未能針對屏東縣原住民族老人有初步的討論，僅能看到研究結果指出有零星的受訪者所使用的主要語言為原住民語，這或者是因為在抽樣與問卷回收上造成原住民族的受訪者比例偏低的情形所造成。

綜合以上有關原住民族老人福利需求的調查可以看出，原住民族老人所呈現的福利需求項目與一般老人並未有明顯的差異，也就是說，不管是否為原住民族，一般老人的福利需求大多皆以經濟安全、醫療健康、居住、社會支持等項目為主。但若是針對各福利需求項目進行探究，可以發現原住民族老人雖然有其需求，但實際的福利措施未能申請使用（不知道、不適用或可近性低）或需求未能被滿足，此狀況與一般老人有其顯著上的差異。衛生福利部（2015）擬定了「高齡社會白皮書」，其內容可以看出政府對於創造友善高齡社會的企

圖心，然而一般化的政策推動，卻也把原住民族老人更推向了邊緣化的社會，因為此白皮書完全「看不到」原住民族老人的存在，例如白皮書在問題與挑戰的論述（人口老化速度快、家庭照顧壓力大、生活型態改變多、社會價值變遷大）、願景（健康生活、幸福家庭、活力社會、友善環境）以及行動策略上的完全沒有論述到原住民族老人，或是多元文化的議題，僅在幸福家庭及活力社會的策略上在論及到社區時，加註「部落」而已（例如促進社區（部落）代間互動、發展社區（部落）在地特色產業），也就是說高齡社會白皮書把原住民族老人一般化了。即使過去的研究結果不斷的呼籲，相關的在地老化政策與福利需求應尊重且正視原住民族老人的特殊性（黃松林，2014；黃源協，2014；衛生福利部，2016；Kui（許俊才），2015），也因此原住民族委員會（2016b）在其「原住民族社會安全發展第3期4年計畫（106年至109年）」特別要推動部落長者具文化內涵的健康照顧活動，但也同時指出要達到計畫的目標，仍需相關主管機關在擬定政策時需納入多元文化觀點，因為一般化的政策思維有可能與原住民族的文化生活有所矛盾或衝突。

## 參、研究方法

本研究之進行，主要採用量化的問卷調查，輔以質化的焦點團體，相互支持彼此的研究發現，以能夠完整探查與呈現屏東縣長輩之生活狀況及其需求。量化研究部分，透過結構式問卷訪談並以設籍在屏東縣之65歲以上老年人口（原住民為55歲以上）作為抽樣的母體，問卷的內容主要參酌老人福利法規、屏東縣過去相關之研究與其他地方政府之老人生活狀況調查等作為問卷編製的參考，並納入屏東縣原住民族族群的考量。此外，問卷亦經三名學者專家協助

進行問卷專家審查，以增加問卷之效度。至於在質性研究部分，主要是運用焦點團體座談來進一步深入了解老年人口的多元福利需求，以豐富本研究之資料與研究結果。有關屏東縣原住民族的焦點團體座談總共進行二個場次（分別為服務使用者以及服務提供者），期能更深入了解屏東縣原住民族老人的需求、服務提供之現況與困境以及福利服務資源分配與使用，乃至於福利服務體系在屏東縣之未來的發展與規劃等。

## 一、抽樣方法

屏東縣目前共計有 33 個鄉鎮市，65 歲以上老年人口在 2016 年的統計資料為 127,016 人，而 55 歲以上原住民人口為 13,103 人。由於屏東縣的地理範圍相當大，故若依據比例抽樣將造成偏遠的鄉村與原住民鄉的抽樣樣本減少。為了顧及原住民族老人樣本的抽取，本調查研究計畫將區分為兩個母群體進行抽樣，即非原住民族和原住民族老年人口，非原住民族老人口將抽取 800 位樣本，而原住民族老年人口則抽取 200 位樣本，而本文即針對此 200 位的樣本進行福利需求分析。本研究團隊招募屏東科技大學社會工作系 28 位學生擔任訪員，以進行問卷的實地訪問工作，並於 2017 年 1 月 7 日完成訪員訓練，協助訪員了解訪問的流程、訪問過程注意事項，以及了解問卷內容等。

至於在焦點座談之實施方式，主要係與具有相同特性與背景者作為對象，並以座談形式進行討論，在老年人口對象部分，主要的內容將聚焦老人的生活狀況與福利需求，以及他們對於福利服務的期待等。在福利服務工作者部分，內容專注於福利服務資源分布、服務提供的品質等專業領域進行討論與意見交換。有關原住民焦點團體訪談部分，主區分為兩個場次，一個場次為服務提供

的機構，另一場次為原住民老年長者為對象；在機構部分，參與原住民族焦點團體者有三個為社區發展協會，一個照護關懷協會，一個部落文化健康站，以及一個醫院，合計有七位代表參與（詳見表 3）；至於在原住民的老人參與焦點團體者共計有八位，主要由相關福利服務社區推薦及滾雪球的方式進行邀請，另有一名為陪同長者出席的社區發展協會輔導員（詳見表 4）。

**表 3：原住民機構焦點訪團體訪談對象**

代號	單位屬性	職稱
原民機構 1	社區發展協會	社工員
原民機構 2	照護關懷協會	督導
原民機構 3	醫院	評估專員
原民機構 4	社區發展協會	社區照顧關懷據點輔導員
原民機構 5	社區發展協會	社工員
原民機構 6	社區發展協會	社工員
原民機構 7	部落文化健康站	督導

**表 4：原住民族老人參與焦點團體訪談之對象**

代號	社區名稱	性別	年齡
原民長者 1	部落文化健康站	男	65-69
原民長者 2	部落文化健康站	女	65-69
原民長者 3	社區發展協會	女	55-60
原民長者 4	社區發展協會	女	65-69
原民長者 5	社區發展協會	男	65-69
原民長者 6	社區發展協會	女	75-79
原民長者 7	部落文化健康站	男	70-74
原民長者 8	部落文化健康站	女	65-69
原民長者陪同者 9	社區發展協會	女	35-39

## 二、研究工具與分析方法

主要之問卷內容包含受訪者的基本資料（如性別、年齡、教育程度、目前居住地等問題）、個人健康狀況（如慢性病、治療途徑、醫療需求、醫療問題等）、就業狀況（如目前就業與否、職業、從業身分等）、經濟狀況（如家庭支出、主要消費支出面向、經濟需求、經濟支持來源等）、居住狀況（如獨居或與家人同住、居住時間、住宅所有權等）、繼續教育與休閒狀況（如參與休閒娛樂活動、宗教活動、志願服務等）、日常生活照顧問題、生活照顧之規劃、以及政府福利服務之需求項目等。在量化資料分析上使用 SPSS 19 的版本，並依研究資料的屬性使用敘述統計與卡方檢定進行分析。至於本研究所擬的焦點團體訪談題綱主要是以半結構的方式將題目聚焦在老年人口生活狀況之特性、福利服務之需求、服務提供之認知與困境、福利服資源之期待等。

至於在質化資料之分析部分，則依據 Krueger and Casey (2009)所提出之四點質化研究執行步驟為原則，嚴謹歸納與分析焦點座談之內容：

- (一) 編號：依照焦點團體受訪者進行編號。
- (二) 過錄：將所有的訪談錄音帶，以忠於原受訪談者的口語，謄寫為文字稿。
- (三) 概念編碼：詳細閱讀過文字稿之後，依照研究目的及研究者的理解，先將重點、需要分析或有意義的句子部分用筆畫下作為標示，並在旁邊寫下概念編碼、註解以及關鍵字。所有的文字稿均做完上述動作之後，再將全部的文字稿作一統整，依照所有已事先註解的重點部分，加以整合並區分出類型與組型，分析其共通及差異之處。
- (四) 分析與整合：研究者將就研究發現與文獻的理論作進一步的結合，加以詮釋與闡述，並提出研究結果。

## 肆、研究結果與討論

本研究資料是依據屏東縣政府委託國立屏東科技大學設立「屏東縣高齡者社區照顧研究發展中心」所進行「屏東縣老人生活狀況及福利需求調查」的部份研究成果。研究結果主要分為三個部份，包括基本資料、生活現況以及福利需求分析。

### 一、屏東縣原住民族老人基本資料概況

本次研究總共進行 200 位原住民族老人的問卷訪問，有效問卷為 188 份。從表 5 可以看出女性的受訪者佔了 60.6%（114 位），排灣族身份的佔了 87.2%（164 位），有 12.3%（23 位）的受訪者是獨居的狀況，主要使用的語言以原住民族語為主（86.2%），而主要的宗教信仰以西方宗教（基督教、天主教）為多，合計佔 84.5%（159 位）。此外，大部份的受訪者表達出自己是家裡的主要經濟者（118 位，62.8%），其次是受訪者的子女（45 位，23.9%），再其次為受訪者的配偶／同居人（14 位，7.4%）。受訪者的教育程度大多在小學以下（包括小學、自學以及不識字共計 150 位，79.8%），專科以上僅佔 6.5%（12 位）。

表 5：屏東縣原住民族老人基本資料概況

變項	人數	百分比	變項	人數	百分比
性別			獨居情形		
男	74	39.4	獨居	23	12.3
女	114	60.6	非獨居	164	87.7
族群別			主要語言		
魯凱族	15	8.0	國語	17	9.0
排灣族	164	87.2	閩南語	9	4.8
其他	9	4.8	原住民族語	162	86.2
家裡主要經濟者			宗教信仰		
自己	118	62.8	無	6	3.2
配偶/同居人	14	7.4	拜拜（民間信仰）	13	6.9
子女	45	23.9	佛教	5	2.7
媳婦/女婿	1	0.5	基督教	123	65.4
兄弟/姊妹	2	1.1	天主教	36	19.1
孫子女/外孫子女	7	3.7	道教	2	1.1
其他	1	0.5	其他	3	1.6
教育程度			目前婚姻狀況		
不識字	33	17.6	單身	6	3.2
私塾、自學	14	7.4	已婚或同居	108	57.4
小學	103	54.8	離婚或分居	8	4.3
國中	16	8.5	喪偶	66	35.1
高中	10	5.3	過去半年和家人外出活動情形		
專科	4	2.1	從不	91	48.4
大學校院	6	3.2	很少	51	27.1
研究所以上	2	1.1	偶爾	40	21.3
對生活品質的滿意程度			經常	6	3.2
極不好	7	3.7	子女（內外孫子女）關心程度		
不好	16	8.5	不關心	3	1.6
中等程度	68	36.2	還算可以	16	8.5
滿意	82	43.6	關心	164	87.2
極好	15	8.0	無子女（含孫子女）	5	2.7

備註：原住民族受訪者共 188 位，平均年齡 69.5、標準差 9.78；非原住民族老人受訪者有 810 位，平均年齡為 76.1、標準差 7.2。

## 二、屏東縣原住民族老人生活概況

### (一) 原住民族老人的獨居狀況

表 6 呈現了原住民族老人有 12.3% 是獨居的狀況，若進一步檢視是否為原住民族在獨居狀況的情形可以發現並未有明顯的差異 ( $\chi^2=0.318, df=1, p=0.573$ ，詳參表 6)，也就是說屏東縣老人獨居的狀況並不會因為是否為原住民族而有所不同。

表 6：是否為原住民族在獨居狀況上的差異

族群別 是否獨居	非原住民族	原住民族
是	106(13.9%)	23(12.3%)
否	658(86.1%)	164(87.7%)
總和	556	187

備註：卡方值 0.318，df=1，p=0.573

其實，原住民族的部落人口結構的現況以老人為多，而年輕一輩大多因為就業、教育等因素搬離部落，也就形成原住民族老人留在部落獨居的狀況；另外，受訪者也特別提到在原鄉原住民族老人之所以有獨居的現象，大多是因為老人體諒小孩子在現今社會也必須面臨就業與孫子女的教育問題，此外也受到現有資源的分配以資產調查的低收／中低收入人口或者獨居為優先考量，因此在原鄉原住民族老人獨居的現象已慢慢成為部落常見的狀況。

可是孩子們在外面工作也很辛苦，還要請假照顧，孩子也需要生活，所以這是個很大的問題（原民長者 8）。

那我接觸的老人家，其實獨居這塊會比較需要受到更大的重視，那為什麼會是獨居，因為有的時候我們會把已經是低收、又是獨居把資源都給他……因為通常獨居都是在山上獨居（原民機構 3）。

## (二) 原住民族老人的日常生活照顧與社會互動情形

即使老人不是獨居，也有可能在日常生活中遭遇到一些困難是需要他人協助的地方，表 7 即呈現原住民族老人最常請自己的子女（媳婦）來協助（35%，143 位），其次為配偶／同居人佔 22.5%（92 位），再其次為鄰居 16.7%（68 位），最少的是志工以及看護。

表 7：原住民族老人個人有困難時有誰可以協助

協助者	個數	百分比
配偶／同居人	92	22.5%
子女（媳婦）	143	35.0%
兄弟姊妹	32	7.8%
父母	3	.7%
朋友	51	12.5%
鄰居	68	16.7%
看護	1	.2%
志工	1	.2%
內外孫子女	12	2.9%
其他	5	1.2%
總數	408	100.0%

備註：此題為複選題

進一步來看表 8，可以看出平日原住民族老人可拜訪的朋友與其他族群是有明顯的差異（ $\chi^2=24.13$ ， $df=3$ ， $p=.00$ ）。就比例上來看，原住民受訪者有高達 82%認為他/她有 3 位以上平時可彼此拜訪的親友，明顯高於其他的族群，這或許可以說明屏東縣原住民族老人重視彼此的情感交流，並厚實其原有的社會支持網絡。就如同受訪者所言，其實在部落裏的每一位大家都很熟識，因為大家過去的生活圈子都在部落，平常參與部落活動（例如教會、祭典、婚喪喜慶

等)就已經會有生活交集,再加上血親與姻親的關係,讓部落內的成員多多少少都有一些「部落關係」,而這些關係即是維繫以及厚實平日情感的基礎。

其實像目前部落的老人家,大家都很熟,那除非有一個狀況是他很久沒有來,他就很需要我們很主動的去找他(原民機構4)。

所以我會覺得說在社交在這邊不會很疏忽,都是很熟悉的人(原民機構3)。

因為部落就小小的都會看到長者,沒有來都會知道發生什麼事,所以部落狀態都很清楚(原民機構6)。

表8：是否為原住民族與有幾位可拜訪熟識知己親戚朋友交叉表

族群別 彼此可拜訪人數	非原住民族	原住民族
沒有	109(13.4%)	11(5.9%)
1-2位	189(23.3%)	23(12.2%)
3-4位	211(26.0%)	<b>62(33.0%)</b>
5位以上	302(37.2%)	<b>92(48.9%)</b>
總和	594	188

備註：卡方值 24.13，df=3，p=.000

此外，原住民與非原住民受訪者在外出目的上亦有明顯的不同。從表9可看出原住民族老人外出目的的比例上以拜訪親友與購物為最多，這也反應了表8的結果；而非原住民族老人則是以運動最多。此外，參加宗教活動在原住民族老人外出目的的比例上排第4位，然而參與宗教活動在非原住民族老人則排到了第9位，這也可以看出宗教活動對於原住民族老人來說是很重要的社會關係連結平台，例如受訪者就提到教會是大家彼此互相關心的平台，但有可能受到不同教派的影響，讓一些具有宗教色彩所承辦的活動及其地點（例如文化健康站），容易排除了不同教派的民眾參與。

會希望教會可以來宣導、照顧，因為我們有去參觀霧台，因為有時候社區照顧比較難，所以就會希望教會可以一起，都會找很多誘因來讓老人家使用……但感謝主我們牧師都會配合照顧（原民長者 8）

真的很感謝有關懷站、文化站及日間中心這樣真的可以互相關心，而且像我們都是有信仰的人就也會互相用代禱的方式關心，真的很好（原民長者 4）

其實我們也會因為如果不同教派而有所分歧，也會不好意思（原民機構 2）

表 9：原住民族及非原住民族老人外出目的

原住民	人次(%)	非原住民	人次(%)
1.拜訪親友	46(15.8)	1.運動	307(21.2)
2.購物	46(15.8)	2.購物	278(19.2)
3.就醫	42(14.4)	3.拜訪親友	240(16.6)
4.參加宗教活動	41(14.1)	4.就醫	182(12.6)
5.上班	30(10.3)	5.休閒娛樂	107 (7.4)
6.休閒娛樂	28 (9.6)	6.上班	80 (5.5)
7.運動	18 (6.2)	7.志工	54 (3.7)
8.家族聚會	11 (3.8)	8.其他	45 (3.1)
9.其他	8 (2.7)	9.參加宗教活動	42 (2.9)
10.逛街	7 (2.4)	10.旅遊	37 (2.6)

雖然以上的數據呈現出原住民族老人在社會參與上目的與非原住民族老人有所不同，似乎可以從週遭的社會支持獲得較多的快樂，就如同社會大眾對於原住民族是樂觀族群的刻板印象一樣。然而，就表 10 來看，原住民受訪者有高達 1/4 的比例認為他/她很常或一直都有負面的感受，明顯高於其他的族群（ $\chi^2=32.81$ ， $df=4$ ， $p=.000$ ）。而此結果與我們對於原住民所謂樂觀的性格有差異。然而，這或許與目前當代原住民族老人所歷經過的殖民社會歷程有關係，

因為他們從日據時代的被統治者，到後來的山地平地化政策，經歷了不僅僅是土地的剝奪與流離失所，也面對國家強大力量的政治與經濟制度，讓自己與自己的土地與祖靈愈離愈遠（謝世忠，2017）。

表10：是否為原住民族對於負面感受頻率交叉表

負面感受頻率	族群別	
	非原住民族	原住民族
從來沒有	174(21.5%)	30(16.0%)
不常有	351(43.3%)	53(28.2%)
一半有一半沒有	183(22.6%)	57(30.3%)
很常有	91(11.2%)	<b>45(23.9%)</b>
一直都有	12(1.5%)	<b>3(1.6%)</b>
總和	594	188

備註：卡方值 32.81，df=4，p=.000

### (三) 原住民族老人的經濟安全狀況

根據表 11 來看，原住民族老人有 60.2% 表達出其收入是不夠支應生活所需，而非原住民族老人為 39.8%，即使原住民族老人的平均年齡較低，但下表呈現出原住民族老人在經濟上的弱勢情形，值得相關政策上的關注。

表 11：原住民族及非原住民族老人的收入是否足夠支應

收入是否足夠支應	是否為原住民	
	原住民	非原住民
負債	8 (4.3%)	3 (0.4%)
不敷實際需要（不夠用）	104(55.9%)	320(39.4%)
大約剛好足夠（收支平衡）	62(33.3%)	447(55.0%)
足夠且有餘（有儲蓄）	12 (6.5%)	42 (5.2%)

備註：卡方值：45.378，df=3，p=0.000

上述呈現出多數的原住民族老人在收入上是不足以支應其生活，而表 12 則可反應出原住民與非原住民族老人每月主要的花費項目是有所不同的。例如非原住民族老人有超過 50% 的受訪者表示飲食項目是每月花費的主要項目，但原住民族老人受訪者僅有 33% 有相同的感受；另外，原住民族及非原住民族老人受訪者在婚喪喜慶上的支出比例似乎有明顯的差異（16.5%：2.3%），也就是說原住民族老人在支出婚喪喜慶上的花費比例是高於非原住民族老人，這或許說明屏東縣原住民族老人因為部落關係的緊密程度，造成彼此給予紅白包的比例高於非原住民族狀況。然而此支出項目雖然高於非原住民族老人，但未能說明此情形已經造成原住民族老人的支出壓力，此議題仍有待未來相關研究的確認。

表 12：原住民族及非原住民族老人每月主要的花費項目

是否為原住民 每月主要花費項目	原住民	非原住民
飲食	62(33.0%)	413 (50.9%)
房租或住宅貸款	7 (3.7%)	12 (1.5%)
醫藥費	50(26.6%)	218 (26.9%)
娛樂	1 (0.5%)	10 (1.2%)
教育	3 (1.6%)	3 (0.4%)
婚喪喜慶	31(16.5%)	19 (2.3%)
交通	1 (0.5%)	7 (0.9%)
家用（含水電費、稅金）	22 (11.7%)	51 (6.3%)
其他	11 (5.9%)	78 (9.6%)

備註：卡方值：88.668，df=8，p=0.000

#### （四）原住民族老人的健康疾病狀況

WHO (World Health Organization) 對於健康的定義在於「健康不僅為疾病或虛弱之消除，而是體格，精神與社會之完全健康狀態」。因此，健康的狀態

並不只是狹隘的僅著重於身體、生理上的疾病，還涵蓋個人所處的社會環境的健康。然而，對於原住民族而言，健康的意涵，不僅僅是在所謂的身心靈與社會的健康狀況，還包括了人與自然、人與靈的和諧相處(陳芬苓、徐菁莘,2008)，而這些涉及到原住民族的世界觀，這是因為過去部落就有如一個國家，大家彼此之間如同家人般的關心與照顧，其關係的連結是不可切割，甚至與部落的土地、動物、植物、水的關係亦是如此，我們人是環境生態的一部份，而不是主宰或分配者，我們一直都是彼此相互照顧，這些都涉及到了生態倫理、祖靈信仰，也讓我們能夠和我們所處的自然環境共存。然而，這個狀況一旦失去其平衡，則會導致我們原住民族在身心靈上的健康產生問題。

根據行政院原住民族委員會 2012 年的人口及健康統計年報(行政院原住民族委員會，2012/2014)指出，原住民族的主要死因仍以惡性腫瘤(20.3%)為主，之後為心臟疾病(10.8%)、慢性肝疾／肝硬化(10.2%)等；此外，平地鄉及山地鄉的死亡人數佔全原住民族 80.5%，原住民族 65 歲以上死亡數佔全體死亡數之 43.2%，惡性腫瘤居老年人口主要死因之冠，而此亦是中年人口的主要死因；而原住民族的青壯年人口死因則是以事故傷害為首，慢性肝病及肝硬化居次(行政院原住民族委員會，2012/2014)；整體而言，我們原住民族的平均餘命相對於主流社會平均短少近 10 歲左右，其中慢性肝炎、肝硬化與事故傷害是造成原住民平均餘命低落的主要死因(日宏煜，2014)。

而進一步觀察原住民族老人與非原住民族老人在疾病狀況上的差異，由下表可以看出原住民受訪者罹患之五大疾病分別為高血壓(n=109, 69%)、糖尿病(n=49, 31%)、心臟疾病(n=23, 14.6%)、血液脂肪過高(n=21, 13.3%)以及關節炎(n=18, 11.4%)；而非原住民受訪者罹患之五大疾病則為高血壓(n=381, 58.7%)、糖尿病(n=171, 26.3%)、心臟疾病(n=140, 21.3%)、

骨質疏鬆 (n=107, 16.5%) 以及關節炎 (n=96, 14.8%)。大體而言原住民族與非原住民族的受訪者有共同類似的疾病情況，惟氣喘疾病以及腎臟病在原住民及非原住民受訪者的比例上是有差異的。

表 13：屏東縣原住民族及非原住民族老人前十大疾病狀況

原住民	人次(%)	非原住民	人次(%)
1.高血壓	109 (69.0)	1.高血壓	381 (58.7)
2.糖尿病	49 (31.0)	2.糖尿病	171 (26.3)
3.心臟疾病	23 (14.6)	3.心臟疾病	140 (21.3)
4.血液脂肪過高	21 (13.3)	4.骨質疏鬆	107 (16.5)
5.關節炎	18 (11.4)	5.關節炎	96 (14.8)
6.骨質疏鬆	13 (8.2)	6.血液脂肪過高	46 (7.1)
7.氣喘	11 (7.0)	7.痛風	30 (4.6)
8.胃潰瘍或十二指腸潰瘍	10 (6.3)	8.胃潰瘍或十二指腸潰瘍	23 (3.5)
9.痛風	9 (5.7)	9.腎臟病	22 (3.4)
10.中風	7 (4.4)	10.中風	21 (3.2)

上述的數據，呈現出原住民族與台灣社會的健康差異，這主要是從所謂的個人的生理、心理的健康數據角度來思考，而台灣過去多數的研究也大多聚焦在原住民族的健康差異、生活型態與其的個人行為。由此可知，我們在看待原住民的健康議題時，不能僅著重在個人層次，更要在部落文化層次有更多的著力，就如蔡友月（2007）在分析達悟族精神失序現象時指出，因為達悟族人在現代社會發展下被迫將她/他與原居地（蘭嶼）的關係產生斷裂，而這也是為什麼在 2000 年推動部落健康營造時，就強調以部落為整體進行「本土化」、「因地制宜」與「建立機制」等三大方向，而不是將原住民健康的問題「醫療化」、「個人化」及「一般化」（日宏煜，2014）。然而，原住民族原本就具有的族群文化，孕育出有別於主流文化社會的生活價值觀，就如上述所言，我們對於家、部落與環境都有不同的價值觀點，而這些都與我們的健康息息相關，因此

要如何設計貼近原住民(族)身、心、靈與社會的健康服務，或者以原住民族文化作為健康照顧服務的設計核心，實為未來發展原住民族健康政策的重要課題(石博文、莊嫻智，2010；吳櫻娟、顏婉娟，2012；鄭麗珍、李明政，2010)。

### 三、屏東縣原住民族老人福利需求現況分析

在本次的福利需求的福利措施項目，總共羅列了 30 項有關老人的福利服務，主要可以分為低收入與中低收入戶相關福利措施、老人保護相關福利措施、一般老人福利措施、長照服務措施等四大項，其內容詳如 14 所示。

表 14：福利措施項目一覽表

福利措施類型	問項內容
低收入與中低收入戶	中低收入老人住宅修繕補助、中低收入老人裝置假牙補助、中低收入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、低收入及中低收入戶老人公費安置
老人保護	緊急救援系統、老人保護工作、愛心手鍊服務
一般老人	老人免費乘車服務、社區關懷據點、長青學苑、重陽敬老禮金發放、老人會申設及管理、獨居老人關懷訪視、日間托老中心
長照服務	日間照顧、居家服務、交通接送、輔具及無障礙環境改善、家庭托顧、居家喘息服務、機構式喘息服務、居家護理、社區復健、居家復健、老人營養餐飲服務、居家營養服務、居家藥事服務

表 15 呈現了原住民族老人與非原住民族老人對於福利措施知道的情形，整體而言，不管是否為原住民，幾乎超過一半的受訪者對於大部份的福利措施都不知道(統計數據分析請詳參附錄一)，而且大部份的福利措施項目呈現了原住民族與非原住民族老人之間達到了顯著性的差異；此外，其中有幾項高達 70% 的屏東縣原住民族老人是不知道有此項老人福利措施，包括「低收入、中低收

入戶老人公費安置」(75.5%)、「緊急救援系統」(81.4%)、「老人保護工作」(72.9%)、「愛心手鍊服務」(74.5%)、「居家營養服務」(75.5%)、「居家藥事服務」(73.4%)，；然而，原住民族老人對於福利措施在不知道的情形大多似乎是低於非原住民族老人，然而原住民族老人知道未利用的比例又高於非原住民族老人。以上的情況與過去的研究有類似的情形(鄭麗珍、李明政，2010；范麗娟、陳翠臻、莊曉霞，2013)，也就是原住民族老人對於普遍性福利項目的瞭解與使用上是低於其他族群的狀況。

表 15：原住民族老人與非原住民族老人對於福利措施知道情形

福利措施類型	問項內容
低收入與中低收入戶	中低收入老人住宅修繕補助、中低收入老人裝置假牙補助、中低收入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、低收入及中低收入戶老人公費安置
老人保護	緊急救援系統、老人保護工作、愛心手鍊服務
一般老人	老人免費乘車服務、社區關懷據點、長青學苑、重陽敬老禮金發放、老人會申設及管理、獨居老人關懷訪視、日間托老中心
長照服務	日間照顧、居家服務、交通接送、輔具及無障礙環境改善、家庭托顧、居家喘息服務、機構式喘息服務、居家護理、社區復健、居家復健、老人營養餐飲服務、居家營養服務、居家藥事服務

備註：1.福利措施標示為粗體且加上「方框」符號者，代表原住民族與非原住民族老人彼此之間是有達到顯著差異的

2.詳細的統計數據分析請詳參附錄一

根據表 15 (以及附錄一) 可以得知原住民族老人與非原住民族老人對於福利措施是知道但未利用是達到顯著性的差異，而且其比例上原住民族老人普遍高於非原住民族老人；然而在長照服務類型項目上的狀況，原住民族老人受訪者在「知道且曾利用」的比例上亦高於非原住民族老人受訪者，這有可能是因為部落之間的關係相當緊密，當有原住民族老人知道且利用福利資源後，他/

她亦會分享他/她的經驗給其他類似條件的親戚與朋友；此外，這個現象亦有可能是受訪人數較高<sup>6</sup>的因素所影響。

表 16：原住民族與非原住民族老人知道福利措施但未利用的差異

福利措施類型	問項內容
低收入與中低收入戶	中低收入老人住宅修繕補助、中低收入老人裝置假牙補助、中低收入老人特別照顧津貼補助、 <b>中低收入老人健保費減免補助</b> 、 <b>低收入戶及中低收入老人傷病住院看護費補助</b> 、 <b>低收入戶及中低收入老人醫療補助</b> 、低收入及中低收入戶老人公費安置
老人保護	<b>緊急救援系統</b> 、 <b>老人保護工作</b> 、愛心手鍊服務
一般老人	<b>老人免費乘車服務</b> 、社區關懷據點、長青學苑、 <b>重陽敬老禮金發放</b> 、 <b>老人會申設及管理</b> 、獨居老人關懷訪視、日間托老中心
長照服務	日間照顧、居家服務、交通接送、 <b>輔具及無障礙環境改善</b> 、家庭托顧、居家喘息服務、機構式喘息服務、居家護理、社區復健、居家復健、老人營養餐飲服務、居家營養服務、居家藥事服務

備註：1.福利措施標示為粗體且加上**方框**符號者，代表原住民族與非原住民族老人彼此之間是有達到顯著差異的

2.詳細的統計數據分析請詳參附錄二

進一步分析原住民族老人與非原住民族老人「在知道但未利用」的原因(包括「無法利用」、「不想利用」、「不知如何申請」、「目前不需要」)，其中「無法利用」及「不知如何申請」的選項代表了受訪者有需求但不知道申請的管道以及方式。透過表 16 (以及附錄二)可以看出大部份的福利措施項目，其中包括了「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」、「緊急救援系統」、「老人保護工作」、「老人免費乘車服務」、「重陽敬老禮金發放」、「老人會申設及管理」以及「輔具及無障礙環境改善」等九項措施已達到顯著性的差異。

<sup>6</sup>原住民族老人與非原住族老人受訪者的研究參與比例為 1:4 (200 位:800 位)

為何會造成原住民族老人在「無法利用」及「不知如何申請」高於非原住民族老人的情形，這個部份受訪者即指出除了是福利宣導內容未能落實之外，可能是因為原住民族地區在使用這些福利措施上不是那麼方便（服務可近性較低），或者是相關申請的程序並未能落實宣導給原住民族老人，亦或者是因為申請手續較為繁雜或者無人可協助處理，導致申請的意願降低。當然也有受訪者認為福利標準的一致性反而造成排除原住民族老人的狀況。

我們的老人家比我們年紀大的還可以工作的，就不會希望去關懷站寧願待在家，因為會覺得去那裏是不能動的，其實關懷站是可以交流的地方互相關懷，就需要一直宣導（原民長者2）。

有時我們在部落不了解，因為有些人會覺得你們文化健康站為什麼不去關懷一些老人，所以有時候不了解政府的政策會造成誤會……我進來的時候都很像不知道有這樣的服務資訊，所以想讓部落老人知道，讓服務能宣傳讓大家知道（原民長者7）。

剛才說的補助也希望都可以公平，因為很多時候不知道資源所以希望可以多宣導，而且很多時候要申請資源又很麻煩，所以希望可以簡化一點（原民長者4）。

即便是我護理系畢業的但對社福這塊還是有需要被裝備的，比如說老人敬老津貼什麼的，我們都不清楚，就是有很多盲點，需要去了解到底可以在原鄉做什麼事情（原民機構6）。

因為老人福利也是有標準，只是在標準中如何設下屬於合適我們原住民版的資源，剛大家有提到應該要有差異跟平地，福利的標準裡面能因地制宜（原民機構5）。

其實除了上述的老人福利措施外，大部份的受訪者皆有提出有關部落化小型養護機構的需求，其主要的原因就是希望自己的家人，甚至自己未來真的失能的時候，自己的部落附近有一個可以專業的小機構可以提供服務，因為可以留在自己的部落，環境氛圍是很重要的因素，包括照顧人力、呼吸的空氣、喝的水以及說的話都是自己熟悉的，這樣的照顧才符合身、心、靈的在地健康老化。然而這樣的小型機構設置，是需要政府相關單位大力支持才有可能有相關的機構願意投入這個原鄉小型養護機構的領域。

希望以後日托照顧能夠留在部落，而且是建在每一個衛生室，讓那些老人可以在地被照顧，才不會不適應，而且在地被照顧還可以有人可以隨時去照顧……雖然空氣好、環境好但在照顧上真的很需要在地安養中心，最好是公家蓋的（原民長者8）。

我在很早以前我媽媽生病時我就在想，如果政府能願意設一個安養院在泰武鄉某個地方最好，不要送到外地安養院，比如說我們泰武鄉有人提供一個地方由政府經營，然後弄一個原住民安養院是最好的……然後裡面有原住民幫忙，因為如果放到平地被照顧會有被歧視的感覺，感覺被照顧的不是很好……因為我們老了的話也不願意被送到跟我們語言不一樣的地方，因為像三地門也是一樣的問題做不起來是經費問題（原民長者2）。

春日那邊安養院都是平地人，那邊沒有原住民因為收費問題（原民長者陪同9）

他們沒有錢到安養院、沒有錢請外勞，然後都在家裡，這個才是需要更被照顧的（原民長者3）。

我的建議就是應該要把納稅的人錢花在對的事情上，然後我們的老人的生活要有尊嚴，所以希望最好是每一個部落善用衛生室作為我們的安養中心，因為一個鄉就有七、八個村，距離都很遠，所以希望政府善用衛生室，讓需要醫療照顧的人可以被照顧（原民長者7）。

說真的我們原住民真的很喜歡互相關懷、陪伴，所以真的希望政府可以在地照顧不要離開原鄉，因為我們還是會希望是自己的人照顧自己，心情會不一樣（原民長者4）。

除了部落化的小型養護機構需求外，第一線服務單位的受訪者指出有關原住民族老人就醫接送的問題還滿大的，因為原鄉大多僅能依靠衛生所或診所，幾乎沒有醫療機構，所以如果原鄉老人需要到醫院就診、回診或需要其他醫療檢測時，就必須想辦法解決交通以及溝通（語言）的問題了。

就醫陪伴的問題，像我們那邊就是屏基來接老人家去醫院，然後我們就問 vuvu（長輩）你好了嗎？vuvu（長輩）就說沒有，因為沒有人陪他，沒有人能幫 vuvu（長輩）跟醫生溝通，因為無法對話溝通（原民機構6）。

我們老人家真的都很好，只是有些獨居老人回診的時候比較麻煩，因為我們那裏的公車一天就兩班……然後要包車又是一筆錢，通常都是去東港或高雄回診……就會需要就醫時語言的幫助，可是我們也不可能就是服務員還要陪伴，只是他們也真的家人都不在身邊（原民機構2）。

原鄉的照顧發展，不管是居家、社區以及小型機構的類型，其實是很需要在地人力培育經費的投入，而且培育的內容必須符合在地文化習慣的，特別是語言以及部落工作等。

需要訓練原住民在地人員，也可以增加照顧、工作機會(原民長者8)。  
需要多一點培力課程，讓社工更專業……就是關於社區工作，因為做社區真的滿困難(原民機構7)。

這樣專業人力進到部落，他會面臨到第一個如剛畢業之年輕人語言就會打擊到他的信心……我剛開始進部落也是面臨到這樣問題，因為我是學體育專科畢業，我以為用我的專長可以帶給部落健康也很快就被擊倒，但慢慢接觸、認識及自我調整，跟認識部落真正需要是什麼(原民機構4)。

所有的照顧服務都是需要支付費用才能讓服務存續下去，不管是過去的長照 1.0 還是現在的長照 2.0，基本上大部份都是由政府經費來支持，其他一部份則是由被照顧者及其家庭來承擔自付額的費用。在偏鄉的照顧服務員以及承接單位，皆需要政府以及民眾的費用，才能支撐照顧服務的存在。然而，根據受訪者的說法，「使用者付費」目前仍未能普遍存在於原鄉地區，主要的原因除了過去政府大力推動恩給式的福利措施外，原住民族家庭因為殖民社會及資本主義社會的影響下(王增勇，2011；黃源協，2014；鄭麗珍、李明政，2010)，長期生活於相關經濟弱勢的狀況下，很難再有多餘的費用來支付所謂的照顧服務。例如先前的表 11 就呈現出 60.2%原住民族老人受訪者的收入是不夠支應生活所需，此外，原住民族委員會(2015)亦指出原住民族家庭年平均收入為 65.81 萬元/戶，約為我國全體家庭平均狀況的 0.61 倍，由此可見原住民族家庭在經濟的弱勢已經影響到其購買照顧服務的可能性。

因為其實社區沒有錢，雖然我們真的很希望可以幫助長者，因為他們真的需要用到這樣的資源，可是在對於要收費的部分其實是有難度的，那對我們自己協會算雇主，但又沒有錢我們不知道要往哪個地方去申

請經費幫助老人家，或者是說進日托然後有另外管道可以幫助他們……只要一談到要收費就會跑得遠遠的，就不敢去（原民機構1）。所以我們進一步來講就是其實我們偏鄉或原鄉的老家，很有可能經濟上有一個基本的困難，可能就回應到有我們的夥伴提到說你要他自行負擔，其實是有困難的，最好的辦法就是變成低收就不用自付額的問題……老人家的觀念就是我的錢我拿給家人用你們來補助我，你們去幫我找經費來（原民機構3）。

其實老人家的錢是很有用的，不是不用只是說他覺得價值是在照顧家庭，就會體諒老人家，所以就要開發資源來運用在照顧（原民機構6）。

## 伍、結論與建議

本研究在屏東縣政府社會處的大力支持下完成了「屏東縣老人生活狀況及福利需求調查」，並藉著將族群選項納入研究調查，且在抽樣方法上特別考量到原鄉（原住民）的人口群，才能一窺屏東縣原住民族老人的生活狀況與福利需求情形。

整體而言，屏東縣原住民族老人在經濟收入上大多仍是靠自己為主，雖然多數並非獨居，但較少跟家人共同一起外出活動，而原住民族老人與非原住民族老人在外出的目的上主要在宗教活動（原住民族老人有較高的比例）與運動（非原住民族老人有較高的比例）這二個項目有很大的差異，由此可以看出對於屏東縣原住民族老人而言，參與宗教活動<sup>7</sup>是很重要的事情。此外，雖然較少跟家人出門，但遇到困難時仍是以家人為主要的協助者。大部份的原住民族老

---

<sup>7</sup>主要以西方宗教為主，例如基督長老教會、天主教為主

人都面臨經濟不安全的狀況，而且其平常主要的支出項目也與非原住民族老人也有很大的不同（例如每月婚喪喜慶與日常家用的支出項目）。至於在福利需求項目的狀況，不管是否為原住民，幾乎超過一半的受訪者對於大部份的福利措施都不知道，而原住民族老人不知道的比例明顯高於非原住民族老人。因此，除了一般行政管道的福利宣導外，如何結合原鄉在地組織（例如教會、社區發展協會、原住民族家庭服務中心以及部落文化健康站等等），積極落實福利資訊的宣導，應是未來需要加強的重點之一。

此外，在質性訪談的結果可以發現受訪者很期待屏東縣原住民族的老人不僅能夠在地老化，更重要的是能夠符合在地文化的需求與特性，例如發展在地小型養護機構，讓部落的老人能夠在地終老；此外在地文化語言的使用、解決就醫交通上的障礙、在地照顧服務人力的培育，甚至如何降低或減少部落長者在尋求在地照顧服務時的經濟障礙（自負額），都是部落長者及服務提供者對於老人福利需求的期待。在現有長照 2.0 原住民族專章的內容上已有相關的政策回應，例如「部落互助制度」/「時間 銀行」、照顧人力上的文化敏感度訓練、原住民族失能者部分負擔之補助等等，惟對於在地終老（例如在地小型養護機構或居家安寧/醫療），仍有待相關單位的規劃與發展。

綜合以上的研究發現與討論，屏東縣的原住民族老人因受到原本部落生活文化、長期殖民社會及資本主義的影響，造成原住民族老人與非原住民族老人彼此之間的差異，例如在尋求協助、可拜訪的對象、外出的目的、收入及支出項目、健康狀況，乃至於福利措施，都可以看出部落的文化生活的影子。因此，在擬訂相關的福利措施或政策時，若是僅從行政方便性與成本效益的觀點思考，很容易就出現「一體不適用」的狀況，進而發生社會排除或福利邊緣化的狀況。此外，透過本研究過程也發現有關原住民族社福指標數據資料明顯不足，欠缺貫

時性資料進行追蹤了解，也就無法看出原住民族福利需求的發展與變化，因此在擬訂相關的福利政策與措施也就無所適從，僅能依附在整體社會的需求脈絡了。惟以上的討論皆立基於屏東縣原住民族老人（以排灣族及魯凱族為主）的研究資料，因此研究結論僅能說明屏東縣的情形，至於其他縣市的原住民族老人是否有相同的狀況，仍有待未來相關研究的確認。

檢視過去有關原住民族社會福利服務措施與方案，其類型都屬於殘補式或恩庇式的福利侍從主義（Welfare clientelism），因為這些服務措施對於原住民族所面臨歷史性、結構性的問題效果有限（詹宜璋，2010）。各國有關原住民族的社會福利政策發展，大多強調三個基本概念：一、原住民族的參與；二、以部落為基礎的福利措施以及三、文化安全，而這些概念也呼應了「族群主流化」的概念。族群主流化將有助於改善族群不對等的權力關係，如同性別主流化運動的思維，透過具有族群敏感度與多元族群觀點的政策建構過程，將可積極達到落實族群平等的境界（江明修、廖元豪、吳正中，2012；阮俊達，2015）。因此，若能推動並落實「族群主流化」的概念，應有助於整體原住民族的社會福利的發展。

附錄一：原住民族與非原住民族老人在各項老人福利措施的知道情形

福利措施	知道情形	原住民	非原住民	卡方值	df	P 值
中低收入老人住宅修繕補助	不知道	100(53.2%)	<b>649(79.9%)</b>	60.338	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>84(44.7%)</b>	160(19.7%)			
	知道且曾利用	4 (2.1%)	3 (0.4%)			
中低收入老人裝置假牙補助	不知道	92(48.9%)	<b>594(73.2%)</b>	41.815	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>93(49.5%)</b>	209(25.7%)			
	知道且曾利用	3 (1.6%)	9 (1.1%)			
中低收入老人特別照顧津貼補助	不知道	115(61.2%)	<b>670(82.5%)</b>	57.929	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>57(30.3%)</b>	133(16.4%)			
	知道且曾利用	16 (8.5%)	9 (1.1%)			
中低收入老人健保費減免補助	不知道	108(57.4%)	<b>640(78.8%)</b>	39.110	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>64(34.0%)</b>	148(18.2%)			
	知道且曾利用	16 (8.5%)	24 (3.0%)			
低收入戶及中低收入老人傷病住院看護費補助	不知道	130(69.1%)	<b>667(82.1%)</b>	16.180	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>56(29.8%)</b>	138(17.0%)			
	知道且曾利用	2 (1.1%)	7 (0.9%)			
低收入戶及中低收入老人醫療補助	不知道	125(66.5%)	<b>674(83%)</b>	25.960	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>59(31.4%)</b>	130(16.0%)			
	知道且曾利用	4 (2.1%)	8 (1.0%)			
低收入、中低收入戶老人公費安置	不知道	142(75.5%)	<b>719(88.5%)</b>	22.329	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>46(24.5%)</b>	92(11.3%)			
	知道且曾利用	0 (0.0%)	1 (0.1%)			
緊急救援系統	不知道	<b>153(81.4%)</b>	<b>650(80.0%)</b>	0.172	2	0.918
	知道但未利用	32(17.0%)	148(18.2%)			
	知道且曾利用	3 (1.6%)	14 (1.7%)			
老人保護工作	不知道	137(72.9%)	<b>355(80.7%)</b>	6.486	2	0.039 <0.05
	知道但未利用	<b>50(26.6%)</b>	156(19.2%)			
	知道且曾利用	1 (0.5%)	1 (0.1%)			
愛心手鍊服務	不知道	<b>140(74.5%)</b>	<b>567(69.8%)</b>	2.300	2	0.317
	知道但未利用	48(25.5%)	241(29.7%)			
	知道且曾利用	0 (0.0%)	4 (0.5%)			
老人免費乘車服務	不知道	80(42.6%)	263(32.4%)	13.035	2	0.001 <0.05
	知道但未利用	86(45.7%)	368(45.3%)			
	知道且曾利用	22(11.7%)	<b>181(22.3%)</b>			
社區關懷據點	不知道	38(20.2%)	359(44.2%)	37.756	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>77(41.0%)</b>	213(26.2%)			
	知道且曾利用	73(38.8%)	240(29.6%)			

附錄一：原住民族與非原住民族老人在各項老人福利措施的知道情形（續 1）

福利措施	知道情形	原住民	非原住民	卡方值	df	P 值
長青學苑	不知道	<b>127(67.6%)</b>	<b>576(70.9%)</b>	0.907	2	0.635
	知道但未利用	51(27.1%)	194(23.9%)			
	知道且曾利用	10 (5.3%)	42 (5.2%)			
重陽敬老禮金發放	不知道	59(31.4%)	126(15.5%)	57.908	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>70(37.2%)</b>	186(22.9%)			
	知道且曾利用	59(31.4%)	<b>500(61.6%)</b>			
老人會申設及管理	不知道	80(42.6%)	222(27.3%)	27.325	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	70(37.2%)	274(33.7%)			
	知道且曾利用	38(20.2%)	<b>316(38.9%)</b>			
獨居老人關懷訪視	不知道	88(46.8%)	484(59.6%)	11.340	2	0.003 <0.05
	知道但未利用	<b>90(47.9%)</b>	305(37.6%)			
	知道且曾利用	10 (5.3%)	23 (2.8%)			
日間托老中心	不知道	104(55.3%)	<b>580(71.4%)</b>	31.081	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>77(41.0%)</b>	229(28.2%)			
	知道且曾利用	7 (3.7%)	3 (0.4%)			
長照-日間照顧	不知道	98(52.1%)	<b>546(67.2%)</b>	16.249	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>85(45.2%)</b>	257(31.7%)			
	知道且曾利用	5 (2.7%)	9 (1.1%)			
長照-居家服務	不知道	49(26.1%)	409(50.4%)	39.652	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>199(63.3%)</b>	365(45.0%)			
	知道且曾利用	<b>20 (10.6%)</b>	38 (4.7%)			
長照-交通接送	不知道	88(46.8%)	<b>508(62.6%)</b>	15.734	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>93(49.5%)</b>	283(34.9%)			
	知道且曾利用	7 (3.7%)	21 (2.6%)			
長照-輔具及無障礙環境改善	不知道	107(56.9%)	<b>604(74.4%)</b>	24.211	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>72(38.3%)</b>	193(23.8%)			
	知道且曾利用	9 (4.8%)	15 (1.8%)			
長照-家庭托顧	不知道	114(60.6%)	<b>636(78.3%)</b>	28.397	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>74(39.4%)</b>	171(21.1%)			
	知道且曾利用	0 (0.0%)	5 (0.6%)			
長照-居家喘息服務	不知道	129(68.6%)	<b>647(79.7%)</b>	11.789	2	0.003 <0.05
	知道但未利用	<b>58(30.9%)</b>	158(19.5%)			
	知道且曾利用	1 (0.5%)	7 (0.9%)			
長照-機構式喘息服務	不知道	131(69.7%)	663(81.7%)	15.941	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	57(30.3%)	144(17.7%)			
	知道且曾利用	0 (0.0%)	5 (0.6%)			
長照-居家護理	不知道	102(54.3%)	<b>566(69.7%)</b>	16.585	2	0.000 <0.05
	知道但未利用	<b>81(43.1%)</b>	229(28.2%)			
	知道且曾利用	5 (2.7%)	17 (2.1%)			

附錄一：原住民族與非原住民族老人在各項老人福利措施的知道情形（續 2）

福利措施	知道情形	原住民	非原住民	卡方值	df	P 值
長照-社區復健	不知道	100(53.2%)	<b>637(78.4%)</b>	68.604	2	0.000
	知道但未利用	<b>64(34.0%)</b>	157(19.3%)			<0.05
	知道且曾利用	24 (12.8%)	18 (2.2%)			
長照-居家復健	不知道	119(63.6%)	<b>671(82.6%)</b>	40.618	2	0.000
	知道但未利用	<b>60(31.9%)</b>	134(16.5%)			<0.05
	知道且曾利用	9 (4.8%)	7 (0.9%)			
長照-老人營養 餐飲服務	不知道	85(45.2%)	<b>516(63.5%)</b>	39.055	2	0.000
	知道但未利用	<b>87(46.3%)</b>	283(34.9%)			<0.05
	知道且曾利用	16 (8.5%)	13 (1.6%)			
長照-居家營養 服務	不知道	142(75.5%)	<b>685(84.4%)</b>	8.500	2	0.014
	知道但未利用	<b>44(23.4%)</b>	123(15.1%)			<0.05
	知道且曾利用	2 (1.1%)	4 (0.5%)			
長照-居家藥事 服務	不知道	138(73.4%)	<b>698(86.0%)</b>	19.824	2	0.000
	知道但未利用	<b>44(23.4%)</b>	107(13.2%)			<0.05
	知道且曾利用	6 (3.2%)	7 (0.9%)			

附錄二：原住民族與非原住民族老人知道福利措施但未利用的差異

福利措施	未利用原因	原住民	非原住民	卡方值	df	P 值
中低收入老人住宅修繕補助	無法利用	42(50.0%)	53(33.1%)	12.29	3	0.06
	不想利用	2(2.4%)	7(4.4%)			
	不知如何申請	14(16.7%)	16(10.0%)			
	目前不需要	26(31.0%)	84(52.5%)			
中低收入老人裝置假牙補助	無法利用	45(48.4%)	97(46.2%)	7.11	3	0.07
	不想利用	1(4.0%)	11(5.2%)			
	不知如何申請	17(18.3%)	21(10.0%)			
	目前不需要	30(32.3%)	81(38.6%)			
中低收入老人特別照顧津貼補助	無法利用	<b>39(66.1%)</b>	57(43.5%)	12.62	3	0.06
	不想利用	1(1.7%)	5(3.8%)			
	不知如何申請	5(8.5%)	5(3.8%)			
	目前不需要	14(23.7%)	64(48.9%)			
中低收入老人健保費減免補助	無法利用	<b>40(62.5%)</b>	70(47.3%)	18.12	3	0.000 <0.05
	不想利用	1(1.6%)	6(4.1%)			
	不知如何申請	<b>13(20.3%)</b>	11(7.4%)			
	目前不需要	10(15.6%)	61(41.2%)			
低收入戶及中低收入老人傷病住院看護費補助	無法利用	<b>34(60.7%)</b>	59(43.1%)	8.41	3	0.038 <0.05
	不想利用	1(1.8%)	5(3.6%)			
	不知如何申請	<b>6(10.7%)</b>	8(5.8%)			
	目前不需要	15(26.8%)	65(47.4%)			
低收入戶及中低收入老人醫療補助	無法利用	<b>38(64.4%)</b>	60(46.2%)	17.59	3	0.001 <0.05
	不想利用	1(1.7%)	5(3.8%)			
	不知如何申請	<b>12(20.3%)</b>	11(8.5%)			
	目前不需要	8(13.6%)	54(41.5%)			
低收入、中低收入戶老人公費安置	無法利用	22(47.8%)	28(30.1%)	5.737	3	0.125
	不想利用	1(2.2%)	1(1.1%)			
	不知如何申請	2(4.30%)	2(2.2%)			
	目前不需要	21(45.7%)	62(66.7%)			
緊急救援系統	無法利用	4(12.5%)	5(3.4%)	11.43	3	0.010 <0.05
	不想利用	1(3.1%)	7(4.7%)			
	不知如何申請	<b>11(34.4%)</b>	24(16.2%)			
	目前不需要	16(50.0%)	112(75.7%)			
老人保護工作	無法利用	4(8.0%)	5(3.2%)	7.958	3	0.047 <0.05
	不想利用	0(0.0%)	5(3.2%)			
	不知如何申請	<b>4(8.0%)</b>	3(1.9%)			
	目前不需要	42(84.0%)	143(91.7%)			
愛心手鍊服務	無法利用	4(8.3%)	17(7.1%)	0.699	3	0.873
	不想利用	0(0.0%)	2(0.8%)			
	不知如何申請	1(2.1%)	3(1.2%)			
	目前不需要	43(89.6%)	219(90.9%)			

附錄二：原住民族與非原住民族老人知道福利措施但未利用的差異（續 1）

福利措施	未利用原因	原住民	非原住民	卡方值	df	P 值
老人免費 乘車服務	無法利用	20(23.3%)	33(9.0%)	25.298	3	0.000 <0.05
	不想利用	7(8.1%)	91(24.9%)			
	不知如何申請	<b>15(17.4%)</b>	35(9.6%)			
	目前不需要	44(51.2%)	207(56.6%)			
社區關懷 據點	無法利用	19(24.7%)	39(18.3%)	2.647	3	0.449
	不想利用	22(28.6%)	74(34.7%)			
	不知如何申請	1(1.3%)	7(3.3%)			
	目前不需要	35(45.5%)	93(43.7%)			
長青學苑	無法利用	9(17.6%)	15(7.7%)	4.939	3	0.176
	不想利用	15(29.4%)	73(37.6%)			
	不知如何申請	2(3.9%)	10(5.2%)			
	目前不需要	25(49.0%)	96(49.5%)			
重陽敬老 禮金發放	無法利用	<b>53(75.5%)</b>	150(81.1%)	8.915	3	0.030 <0.05
	不想利用	0(0.0%)	1(0.5%)			
	不知如何申請	<b>12(17.1%)</b>	11(5.9%)			
	目前不需要	5(7.1%)	23(12.4%)			
老人會申 設及管理	無法利用	<b>26(37.1%)</b>	30(11.0%)	37.252	3	0.000 <0.05
	不想利用	12(17.1%)	121(44.3%)			
	不知如何申請	<b>3(4.3%)</b>	3(1.1%)			
	目前不需要	29(41.4%)	119(43.6%)			
獨居老人 關懷訪視	無法利用	9(10.0%)	33(10.8%)	4.682	3	0.197
	不想利用	1(1.1%)	11(3.6%)			
	不知如何申請	5(5.6%)	6(2.0%)			
	目前不需要	75(83.3%)	255(83.6%)			
日間托老 中心	無法利用	9(11.8%)	21(9.1%)	4.753	3	0.191
	不想利用	7(9.2%)	8(3.5%)			
	不知如何申請	2(2.6%)	6(2.6%)			
	目前不需要	58(76.3%)	195(84.8%)			
長照-日間 照顧	無法利用	8(9.5%)	18(7.0%)	2.662	3	0.447
	不想利用	5(6.0%)	11(4.3%)			
	不知如何申請	5(6.0%)	8(3.1%)			
	目前不需要	66(78.6%)	221(85.7%)			
長照-居家 服務	無法利用	6(5.1%)	34(9.3%)	3.177	3	0.365
	不想利用	7(5.9%)	13(3.6%)			
	不知如何申請	5(4.2%)	16(4.4%)			
	目前不需要	100(84.7%)	303(82.8%)			
長照-交通 接送	無法利用	6(6.5%)	29(10.2%)	1.545	3	0.672
	不想利用	6(6.5%)	14(4.9%)			
	不知如何申請	6(6.5%)	15(5.3%)			
	目前不需要	74(80.4%)	226(79.6%)			

附錄二：原住民族與非原住民族老人知道福利措施但未利用的差異（續 2）

福利措施	未利用原因	原住民	非原住民	卡方值	df	P 值
長照-輔具及 無障礙環境 改善	無法利用	4(5.6%)	14(7.2%)	8.240	3	0.041 <0.05
	不想利用	2(2.8%)	7(3.8%)			
	不知如何申請	<b>10(14.1%)</b>	8(4.1%)			
	目前不需要	1(2.1%)	165(85.1%)			
長照-家庭托 顧	無法利用	6(8.2%)	10(5.8%)	3.321	3	0.345
	不想利用	5(6.8%)	5(2.9%)			
	不知如何申請	4(5.5%)	6(3.5%)			
	目前不需要	58(79.5%)	151(87.8%)			
長照-居家喘 息服務	無法利用	3(5.3%)	9(5.7%)	2.642	3	0.450
	不想利用	4(7.0%)	5(3.2%)			
	不知如何申請	3(5.3%)	4(2.5%)			
	目前不需要	47(82.5%)	140(88.6%)			
長照-機構式 喘息服務	無法利用	2(3.6%)	8(5.5%)	2.410	3	0.492
	不想利用	4(7.1%)	5(3.4%)			
	不知如何申請	3(5.4%)	4(2.8%)			
	目前不需要	47(83.9%)	128(88.3%)			
長照-居家護 理	無法利用	5(6.3%)	13(5.7%)	0.188	3	0.980
	不想利用	3(3.8%)	7(3.1%)			
	不知如何申請	2(2.5%)	3(3.1%)			
	目前不需要	70(87.5%)	202(88.2%)			
長照-社區復 健	無法利用	6(9.5%)	15(9.6%)	1.109	3	0.775
	不想利用	5(7.9%)	7(4.5%)			
	不知如何申請	3(4.8%)	9(5.7%)			
	目前不需要	49(77.8%)	126(80.3%)			
長照-居家復 健	無法利用	2(3.4%)	12(9.0%)	3.560	3	0.313
	不想利用	3(5.1%)	6(4.5%)			
	不知如何申請	5(8.5%)	5(3.7%)			
	目前不需要	49(83.1%)	111(82.8%)			
長照-老人營 養餐飲服務	無法利用	12(14.0%)	36(12.7%)	4.110	3	0.250
	不想利用	4(4.7%)	9(3.2%)			
	不知如何申請	8(9.3%)	12(4.2%)			
	目前不需要	62(72.1%)	226(79.9%)			
長照-居家營 養服務	無法利用	4(9.3%)	19(15.4%)	3.796	3	0.284
	不想利用	3(7.0%)	5(4.1%)			
	不知如何申請	0(0.0%)	6(4.9%)			
	目前不需要	36(83.7%)	93(75.6%)			
長照-居家藥 事服務	無法利用	3(7.0%)	13(12.1%)	1.153	3	0.764
	不想利用	3(7.0%)	6(5.6%)			
	不知如何申請	1(2.3%)	4(3.7%)			
	目前不需要	36(83.7%)	84(78.5%)			

## 參考文獻

- 日宏煜（2014）。《自治架構下原住民族健康權保護之研究：以花蓮縣原住民族部落健康營造為例（NSC 102-2420-H-320-001-）》。臺北：科技部。(Ru, Hung-Yu (2014). *Autonomy and the Protection of Indigenous Health Rights: A Case Study from the Promotion of Indigenous Community Health in Hualien (NSC 102-2420-H-320-001-)*. Taipei: Ministry of Science and Technology)
- 王嘉薇（2016）。《原住民老人照顧困境：南投縣之調查研究》。臺中：亞洲大學社會工作系碩士論文。(Wang, Chia-Wei (2016). *The Disadvantages in Care Encountered by the Indigenous Elderly: An Secondary Analysis of an Official Survey in the Nantou County*. Master thesis in the Department of Social Work, Asia University, Taichung City.)
- 王增勇（2011）。〈原住民社會工作〉。見呂寶靜（編），《社會工作與台灣社會》（2版），頁 229-258。臺北：巨流圖書公司。(Wang, Tsen-Yung (2011). *Indigenous Social Work*. In Pau-Ching Lu (ed.), *Social Work and Taiwan Society (2<sup>nd</sup> edition)*(pp.229-258). Taipei: Chuliu)
- 石博文、莊嫻智（2010）。〈非政府組織人員在原住民社區健康工作的困境〉。《護理暨健康照護研究》，6（3），231-239。(Shih, Po-Wen and Chuang, Ying-Chih (2010). The Practical Difficulties in Indigenous Community Health Work: The Perspective of a Non-Governmental Organization Worker. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 6(3), 231-239.)
- 江明修、廖元豪、吳正中（2012）。《政府施政措施落實多元族群主流化之研究》。臺北：行政院研考會。(Chiang, Min-Hsiu, Liao, Yuan-Hao and Wu,

Cheng-Chung (2012). *A Study of Government Implemented the Policies of Multi-Ethnics Mainstreaming*. Taipei: Research, Development and Evaluation Commission, Executive Yuan.)

行政院原住民族委員會(2012/2014)。*《100年原住民族人口及健康統計年報》*。  
資 料 檢 索 日 期 : 2017.10.24 。 網 址 :  
[http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=217054CAE51A3B1A&DI  
D=0C3331F0EBD318C220219304BA4AEBB7](http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=217054CAE51A3B1A&DI D=0C3331F0EBD318C220219304BA4AEBB7)。(The Council of Indigenous  
Peoples (2012/2014). Annual Report on the Indigenous Peoples' Population  
and Health Statistic in 2011. Retrieved 24-10-2017, from  
[http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=217054CAE51A3B1A&DI  
D=0C3331F0EBD318C220219304BA4AEBB7](http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=217054CAE51A3B1A&DI D=0C3331F0EBD318C220219304BA4AEBB7))

吳櫻娟、顏婉娟(2012)。*〈我們一直沒放手—探討臺灣社區護理人員跨文化的健康照顧〉*。《護理雜誌》，59(2)，22-27。(Wu, Ying-chuan and Yen, Wan-chuan (2012). Steadfast and Dependable: Trans-Cultural Community Healthcare in Taiwan. *The Journal of Nursing*, 59(2), 22-27.)

阮俊達(2015)。*〈從族群主流化觀點思考原住民族政策〉*。《台灣原住民族研究學報》，5(3)，173-200。(Juan, Chun-Ta (2015). Considering Indigenous Policy from the Ethnic Mainstreaming Perspective. *Journal of the Taiwan Indigenous Studies Association*, 5(3),173-200.)

范麗娟、陳翠臻、莊曉霞(2013)。*〈真正的弱勢-偏鄉地區原住民族老人之需求探討〉*。《研究台灣》，8，79-99。(Fan, Li-Chuan, Chen, Tsui-Chen and Chuang, Hsiao-Hsia (2013). The Truly Disadvantaged-Indigenous Elderly Living in Remote Areas. *Journal of Taiwan Studies*, 8, 79-99.)

原住民族委員會 (2015)。《103 年臺灣原住民族經濟狀況調查》。新北市：原住民族委員會。(The Council of Indigenous Peoples (2015). *A Survey on the Indigenous Peoples' Economic Status in 2014*. New Taipei City: Council of Indigenous Peoples.)

原住民族委員會(2016a)。「原住民人口數統計資料」。資料檢索日期：2017.10.12。網址：<https://www.apc.gov.tw/portal/docList.html?CID=940F9579765AC6A0> (The Council of Indigenous Peoples (2016). *Statistic data of the Indigenous Peoples' Population*. Retrieved 24-10-2017, from <https://www.apc.gov.tw/portal/docList.html?CID=940F9579765AC6A0>)

原住民族委員會(2016b)。「原住民族社會安全發展第 3 期 4 年計畫(106 年至 109 年)」。新北市：原住民族委員會。(Council of Indigenous Peoples (2016). *Social Security Development of Indigenous Peoples in the 3<sup>rd</sup> four years program*. New Taipei City: Council of Indigenous Peoples.)

國立高雄第一科技大學(2012)。「屏東縣 101 年度老人生活狀況及福利需求調查計畫調查報告」。屏東縣：屏東縣政府。(National Kaohsiung First University of Science and Technology (2012). *A Survey Report on the Living Conditions and Welfare Needs of Older People in Pingtung County*. Pingtung: Pingtung County Government.)

國家發展委員會(2016)。「中華民國人口推計(105 至 150 年)」。資料檢索日期：2017.09.15。網址：[https://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=84223C65B6F94D72](https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72)。(National Development Council (2016). *Estimated Population from 2016 to 2061 of R.O.C.* Retrieved 15-09-2017, from [https://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=84223C65B6F94D72](https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72).)

- 張駿逸、孫健忠（1999）。《原住民老人福利需求之調查研究》。臺北：行政院原住民族委員會。(Chang, Jiunn-yih and Sun, Jian-Zhong (1999). *A Survey on Welfare Needs of Indigenous Older People*. Taipei: Council of Indigenous Peoples, Executive Yuan.)
- 莊正中（2015）。〈告別悲觀主義預言？試論臺灣人口老化危機的迷思與挑戰〉。《東吳社會工作學報》，28，75-108。(Chuang, Cheng-Chung (2015). Farewell to Pessimistic Prophecies? The Myths and Challenges of Population Ageing Crisis in Taiwan. *Soochow Journal of Social Work*, 28,75-108.)
- 莊秀美（2000）。《原住民族老人生活狀況與福利需求之研究（NSC 89-2412-H-031-004）》。臺北：行政院國家科學委員會。(Chuang, Hsiu-mei (2000). *The Life Situation and Welfare Needs of the Indigenous Elderly People In Taiwan (NSC 89-2412-H-031-004)*. Taipei: National Science Council, Executive Yuan)
- 許俊才（Kui Kasirisir）（2015）。〈原住民族偏鄉與「在地健康老化」的對話〉。《台灣原住民族研究論叢》，17，29-62。(Hsu, Chun-Tsai (Kui Kasirisir) (2015). The Discussion between Indigenous remote areas and Healthy Aging in Place. *Taiwan Indigenous Studies Review*, 17, 29-62.)
- 陳芬苓、徐菁莘（2008）。〈心與靈的健康觀與疾病觀－以現代泰雅族原住民為例〉。《臺灣公共衛生雜誌》，27（5），411-420。(Chen, Fen-Ling and Shu, Ching-Pin (2008). As Long as My Mind and Soul Are Healthy: A Study of Health and Illness Cognition among Aboriginal People in Taiwan, Atayal Tribe. *Taiwan Journal of Public Health*, 27(5), 411-420.)

陳淑美、謝雨生（1997）。〈人口成長、人口老化與人口問題〉。見孫得雄、齊力、李美玲（合編），《人口老化與老年照護》，頁 39-68。高雄：高雄復文圖書出版社。(Chen, Sue-Mei and Hsieh, Yeu-Sheng (1997). Population Growth, Population Aging and Population Problems. In Sun, Te-Hsiung, Chi, Li and Lee, Mei-Lin (eds.), *Population Aging and Elderly Nursing* (pp. 39-68). Kaohsiung: Kaohsiung Fu Wen Books Publication.)

黃松林（2014）。〈原住民族老人社會照顧安排：社會文化脈絡觀點〉。見黃源協（編），《部落、家庭與照顧：原住民族生活經驗》，頁 258-281。臺北：雙葉書廊。(Huang, Song-Lin (2014). Social Care Arrangement in Indigenous Older People: The Perspective of Social Cultural Context. In Hwang, Yuan-Shie (ed.), *Tribe, Family and Care: The Living Experiences of Indigenous Peoples* (pp. 258-281). Taipei: Yeh Yeh Book Gallery.)

黃源協（2014）。《原住民族社會福利：問題分析與體系建構》。臺北：雙葉書廊。(Hwang, Yuan-Shie (2014). *Indigenous Social Welfare: Problems Analysis and System Establishment*. Taipei: Yeh Yeh Book Gallery.)

黃源協、莊俐昕（2014）。〈原住民族家庭生活狀況及福利需求〉。見黃源協（編），《部落、家庭與照顧：原住民族生活經驗》，頁 12-42。臺北：雙葉書廊。(Hwang, Yuan-Shie and Chuang, Lin-Hsin (2014). Indigenous Family Living Conditions and Welfare Needs. In Hwang, Yuan-Shie (ed.), *Tribe, Family and Care: The Living Experiences of Indigenous Peoples* (pp. 12-42). Taipei: Yeh Yeh Book Gallery.)

- 黃源協、蕭文高（2012）。《社會政策與社會立法》（2 版）。臺北：雙葉書廊。(Hwang, Yuan-Shie and Hsiao, Wen-Hao (2012). *Social Policy and Social Legislation (2<sup>nd</sup> edition)*. Taipei: Yeh Yeh Book Gallery.)
- 詹火生、林建成(2008/07/09)。《高齡化與社會福利》。資料檢索日期:2017.08.20。網址：<http://www.npf.org.tw/2/4428>。(Chan, Hou-sheng and Lin, Chien-Cheng (2008/07/09). *Aging Society and Social Welfare*. Retrieved 20-08-2017, from <http://www.npf.org.tw/2/4428>)
- 詹宜璋（2010）。〈原住民之族群不利地位認知與歸因類型探討〉。《社會政策與社會工作學刊》，14（2），195 -214。(Chan, Yi-Chang (2010). Attribution for Disadvantage of Indigenous People in Taiwan. *Social Policy & Social Work*, 14(2), 195 -214.)
- 詹宜璋、楊瑩、黃源協（2001）。《原住民地區福利服務現況調查研究》。臺北：行政院原住民族委員會。(Chan, Yi-Chang, Yang, Ying and Hwang, Yuan-Shie (2001). *A Survey of Welfare Services in Indigenous Areas*. Taipei, Council of Indigenous Peoples, Executive Yuan.)
- 蔡友月（2007）。〈遷移、挫折與現代性：蘭嶼達悟人精神失序受苦的社會根源〉。《台灣社會學》，13，1-69。(Tsai, Yu-Yueh (2007). Migration, mental frustration, and modernity: The social origins of the mental disorders of the Tao aboriginal people on Taiwan's Orchid Island. *Taiwanese Journal of Sociology*, 13, 1-69.)
- 衛生福利部（2014）。《中華民國 102 年老人狀況調查報告》。臺北：衛生福利部。(Ministry of Health and Welfare (2014). *A Survey Report on Elderly Conditions in 2013*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.)

- 衛生福利部 (2015)。《高齡社會白皮書》。資料檢索日期：2017.08.20。網址：  
<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/List.aspx?nodeid=767>。(Ministry of Health and Welfare (2015). *White Paper on the Aging Society*. Retrieved 20-08-2017, from <http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/List.aspx?nodeid=767>)
- 衛生福利部 (2016)。《長期照顧十年計畫 2.0 (106~115 年) (核定本)》。臺北：衛生福利部。(Ministry of Health and Welfare (2016). *Ten-Year Plan for Long-Term Care (2017-2026)*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.)
- 鄭麗珍、李明政 (2010)。〈台灣原住民族社會福利與健康政策評估〉。見黃樹民、章英華 (合編)，《臺灣原住民族政策變遷與社會發展》，頁 181-258。臺北：中央研究院民族學研究所。(Cheng, Li-Cheng, and Lee, Min-Cheng (2010). An evaluation of the social welfare and health policies among Taiwanese indigenous peoples. In Huang, Shu-Min and Chang, Ying-Hwa (Eds.), *Government policy and social development among Taiwanese indigenous peoples (pp. 181-258)*. Taipei City, Taiwan, ROC: Institute of Ethnology, Academia Sinica.)
- 謝世忠 (2017)。《認同的污名：臺灣原住民的族群變遷》。臺北：玉山社。(Hsieh, His-Chun (2017). *Stigmatized Identity: A Study on Ethnic Change of Taiwan Aborigines*. Taipei: Yu Shan She.)
- Krueger, R., and Casey, M. A. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (4<sup>th</sup> edition). California, Thousand Oaks: SAGE Publications.
- McDonald, A. (2010). *Social work with older people*. Cambridge: Polity Press.