

## 從城鄉差距反思偏鄉老人的社會排除處境

林又新、鄭云

☐ 高中生組

☐ 大學生組

☒ 研究生組

國立臺灣師範大學社會工作學研究所

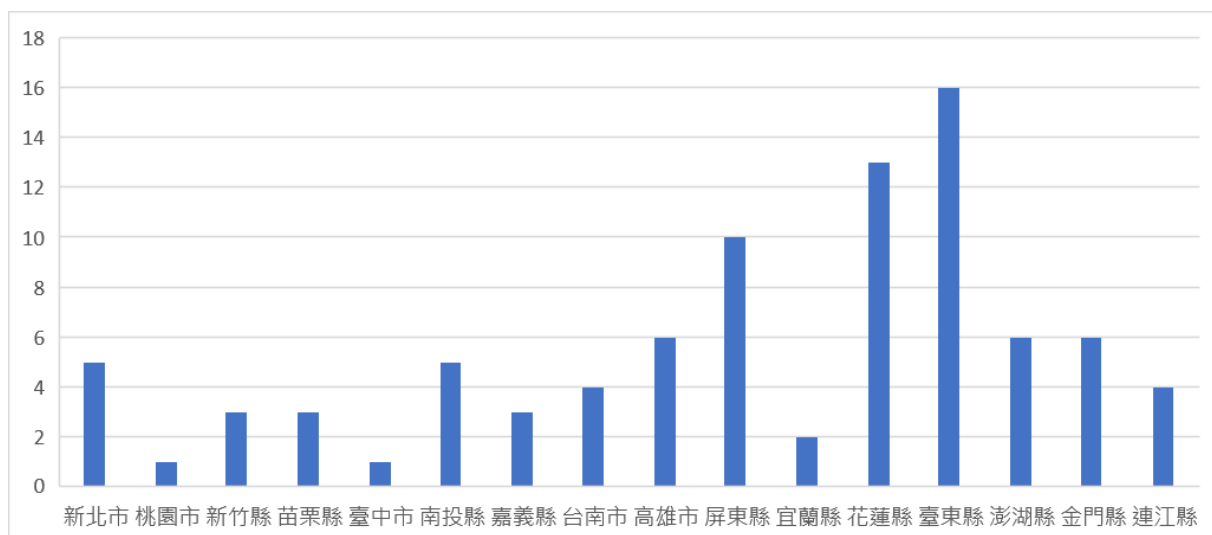
主辦單位：財團法人國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心

中華民國 109 年 12 月

## 壹、前言

民國 104 年與 106 年間，因緣際會之下在離島的澎湖與當地的長者生活與工作，相處的過程中卻發現原來社會排除無所不在且影響著多元的面向。多年來，心中一直存著疑惑，到底什麼是偏鄉？偏鄉的困境又是什麼？在實務工作場域中累積經驗不斷提醒，這些偏鄉老人不停地出現就醫資源匱乏和交通不便等，困擾該地區生活的長者，導致不僅他們無以言喻，機構社工更是疲於奔命地在各鄉村間穿越媒合資源。在過去，與當地長者的主觀經驗對談中時常看見城鄉差距對於偏鄉老人的影響，有如澎湖海灣大浪打下的迅速而無奈；而於多年後，有機會不再只依靠經驗的視角，而是透過政策研究指標資料庫(PRIDE)與諸多的文獻與數據加以論述偏鄉老人城鄉差距的背後似乎也是因為遭到社會排除連鎖所導致，於是觸發我們想要為這群偏鄉老人盡微薄的心力，將無聲的現況確實表述，目的是想提醒政府與社會大眾有關於社會排除所帶來的連鎖影響力，關注並促進改變的發生。

我們過去都直覺性地認為所謂的偏鄉，都是指東部或是離島地區，但是根據衛福部(2018)在臺灣的偏鄉認定上劃分為原住民地區以及其他偏遠地區(如圖一所示)，而這當中打破我們想像的是五都當中其實也有含蓋著偏鄉<sup>(1)</sup>。內政部統計處(2018)指出：以新北市 51 萬 2,122 人占全國老年人口之 15.46%最多、臺北市 44 萬 4,488 人占 13.42%次之，快速老化情形<sup>(2)</sup>。以新北市地區範圍性之廣闊來說，包括貢寮及北海岸地區皆呈現資源匱乏的現象。偏鄉地區在社會競爭的過程中，經常處於雙重弱勢的現象，衡諸當今臺灣城鄉差距之於高齡化的問題，具有這樣的現象，進入偏鄉，可以看到該地區弱勢中的長者，因為資源的分配差異，使其缺乏就醫機會，他們更居處於資源上的弱勢，缺乏改善生活條件的機會。

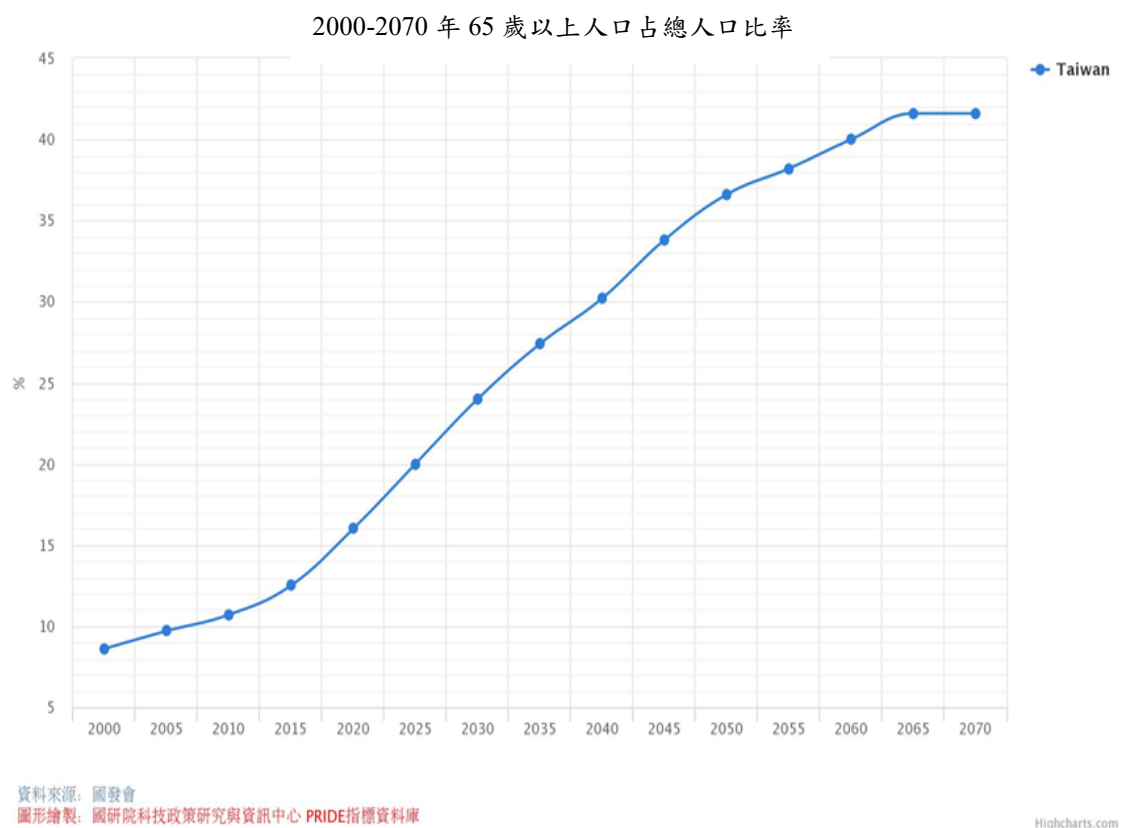


資料來源：內政部統計處；本研究自行再整理

圖一、偏遠地區的劃分與數量

## 2020「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

事實上，隨著醫學快速的進程與新興科技的進步，人口的平均壽命正逐年拉長，高齡人口的增加儼然已成為各國共同關注的重點。臺灣當前 65 歲以上老年人口，自 1993 年底的 149 萬 1 千人逐年增加至 2018 年的 331 萬 2 千人，這其中老年人口增加了 182 萬 1 千人（增加 122.16%）。老年人口占總人口數比例亦由 7.10% 上升至 14.05%，即將於 25 年中由「高齡化社會」邁入「高齡社會」<sup>(2)</sup>（內政部統計處，2018）。綜上所述，因應老年人口迅速攀升之現況，進行偏鄉相關長照服務的規劃已刻不容緩。根據國發會所提供的數據顯示，臺灣於 2020 年達到 16%（如圖二所示），進入高齡社會，預計我國在 2025 年後。老年人口將超過總人口比例的 20%，屆時將進入「超高齡社會」。

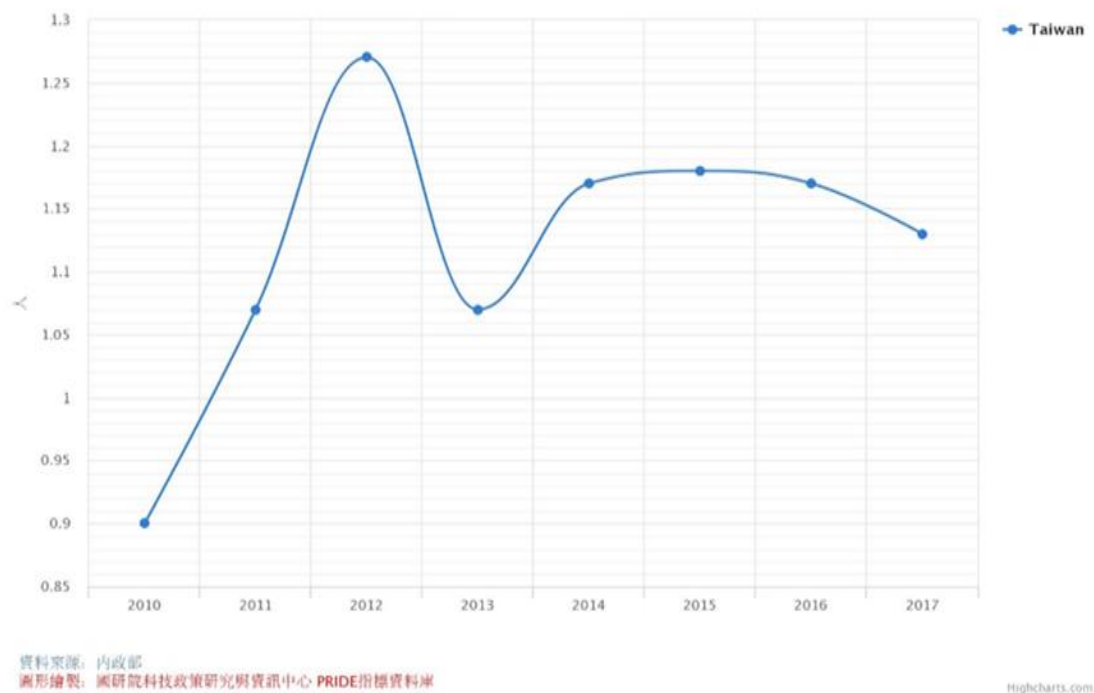


系統編號：ND10909-0018

圖二、臺灣老年人口比率

另外，整體而言臺灣的總生育率有逐年趨於下降的趨勢（如圖三所示）。高齡化加上少子化的情況促使我國人口成長速度趨於緩慢，其中承擔家庭重擔的青壯年人口則日漸在家庭中的壓力沉重，根據國發會資料顯示，到了 2020 年扶老比為 22.5，平均 4.4 個壯年扶養 1 名老人。過去我們會認為日本老化嚴重，雖然目前與日本老化差距仍大，但是若持續如圖四所呈現發展，未來臺灣將以極快速度追上日本的高扶老比，社會的人口結構上將成為第二個日本。以上均意味著未來我們將要面對勞動力減少、家庭結構改變以及老人需求增加等相應而來的諸多問題。

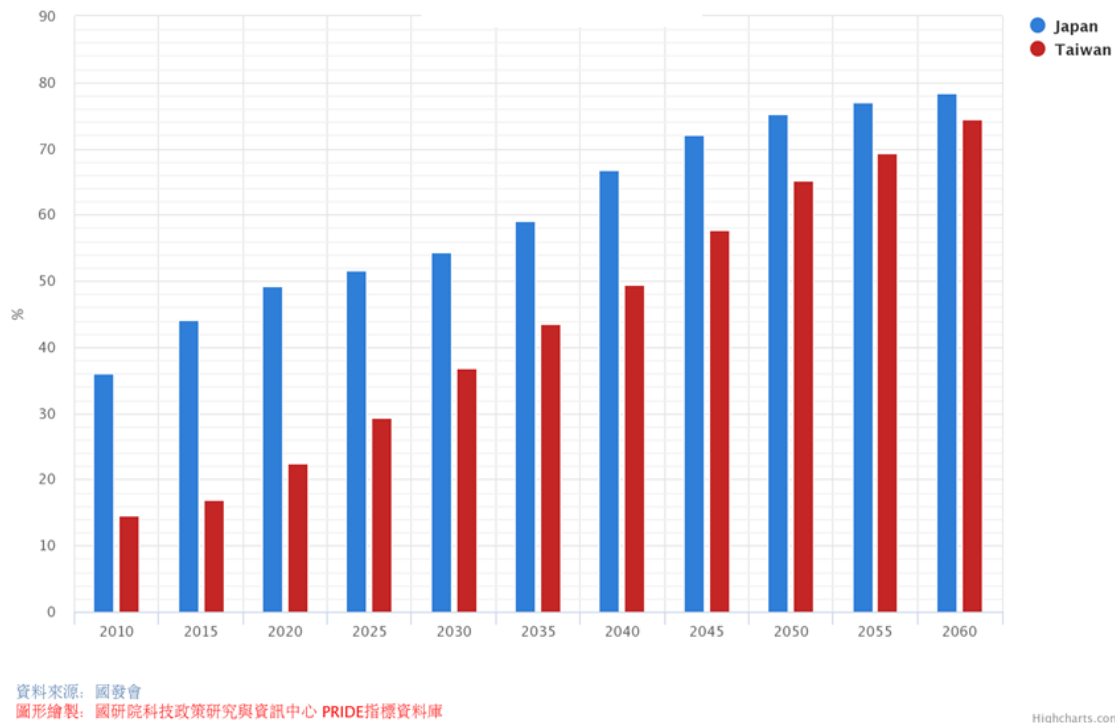
總生育率



系統編號：MI10704-0002

圖三、臺灣歷年總生育率

2010-2060 年扶老比



系統編號：ND10406-0063

圖四、臺灣 2010-2060 年扶老比推估

## 2020「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

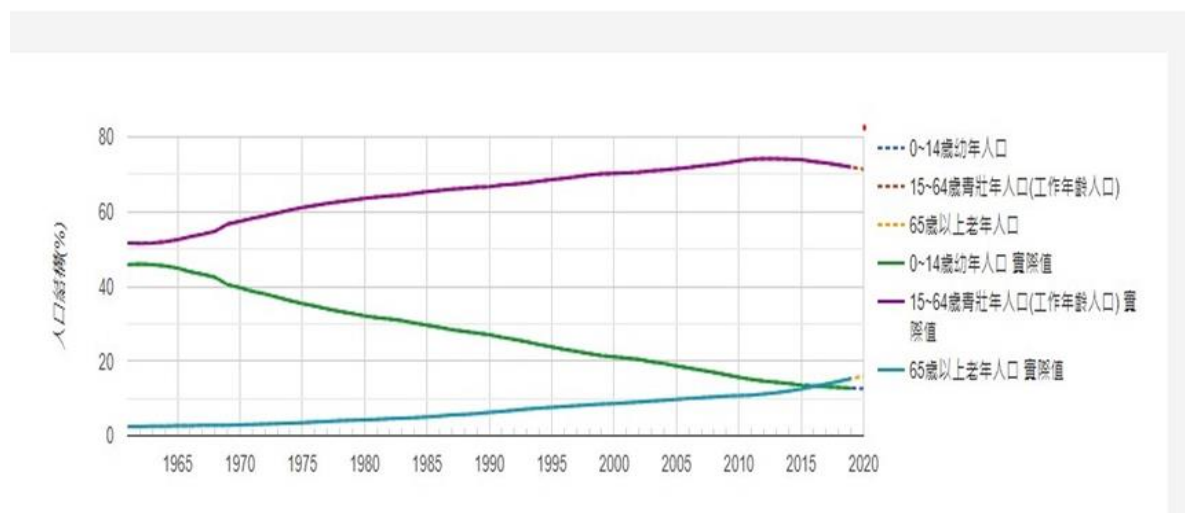
對於面臨人生最後一站的老人來說，不但要面對自身生理、心理的功能退化，更要因應生活環境與城鄉差距的變遷，這對經濟與社交能力縮退的長者而言，增加了不少新的老化課題。今天的老人一代，在現代化的衝擊之下，無論在經濟上或是生活上所受到的挑戰與變化，比以往更大；他們所經歷的各種問題，要比過去嚴峻；社會結構與生活樣態的轉變，交通與網路的發達，各種城鄉間資源的落差，快速地疊加於老人與其家庭的生活中。

### 貳、 議題探討

#### 一、 老人的家庭結構有別於一般主流家庭結構的樣態

現今臺灣人口結構老化現象所衍生的老人問題日益嚴重，因老人的生理機能、心理情緒、認知思想與活動功能等皆更為複雜，公部門需要留心、全方位的正視。隨著全球化與現代化的發展，人文歷史的緣故，許多家庭的複雜程度不盡相同而可能有榮民與新住民等新興型態，對於城鄉差距中的社會直接和間接同時產生莫大的衝擊。如圖五所示，臺灣在三階段年齡人口結構中，在 2015 年到 2020 年之間幼年人口與老年人口呈現死亡交叉的反向。顯示出我國在人口結構上老年人口的需求將越來越重。這反映出老年在社會快速變遷的同時需面對自己的退化挑戰以及社會互動關係的困難，間接地拉長這代長者變化的過程，相對地有愈來愈多潛在的壓力加諸老年過渡到城鄉差距中的落差積累。

三階段年齡人口結構



資料來源：國家發展委員會

圖五、臺灣三階段年齡人口結構<sup>(3)</sup>

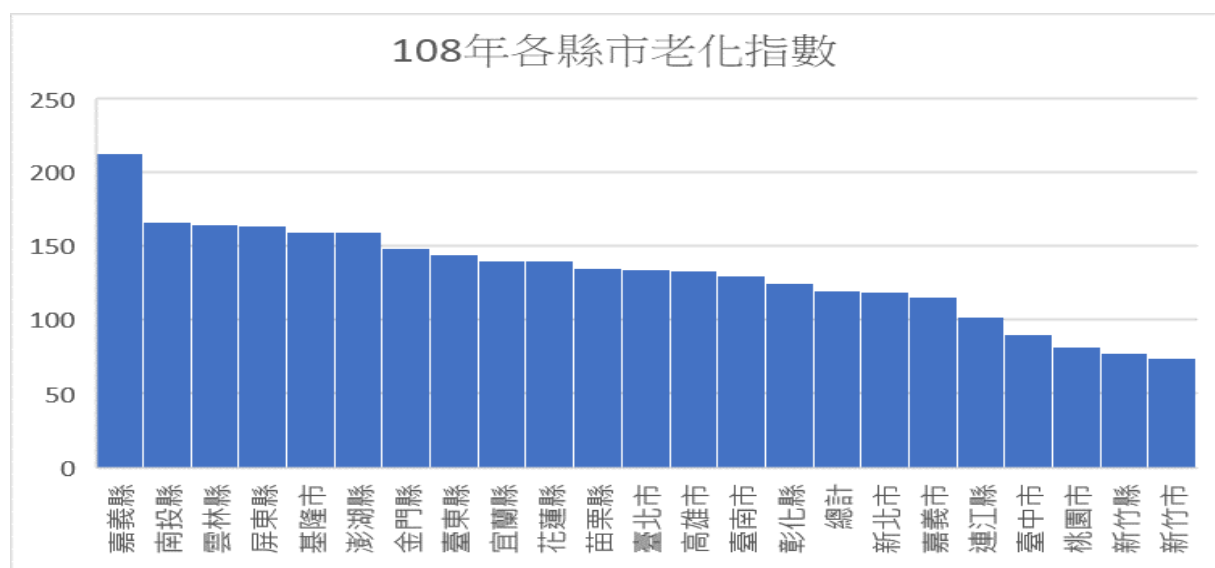
近幾年在新聞報導上多聽聞偏鄉時常出現販賣偽藥給獨居長者的情形，這樣的情

## 2020「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

況是揭露了現今臺灣社會變遷而演變家庭結構的變動，即許多縣市人口外移所導致高齡者單獨留於家鄉的情形。這一群高齡長者，寂然的生活，多少讓這些詐騙人士有機可趁，藉此成為利用情感詐騙的有心者。我們必須回過頭思量，回歸到家庭本身所提供的支持是否充足，在偏鄉的高齡家庭正處於變化和衰弱的夾縫之中，國家是否正視其中的問題、思考相關配套措施，藉此適時地填補可能的情感缺口或家庭支持能量，否則，高齡化在城鄉差距之中會產生更多的問題並衍生出更為混亂的情況。

### 二、 偏鄉老人的社會處境其實是一種多元性匱乏

在過去的研究回顧上，針對城鄉差距無法反應在人口排除上的弱勢議題一事。許旭緯(2014)表示「由於平均餘年的延長，使得罹患慢性病與功能障礙的老人越來越多，家庭照護功能減弱，部份家庭已無法承擔照顧職責。」<sup>(4)</sup>本是該安養天年、老有所歸，然而面臨家中子女外移，許多年邁的老年人口因此無法得到完善的照顧，造成安養問題。依據圖六顯示，大部分的縣市老化指數情況均大於 100，凸顯出偏鄉鄉鎮與城市鄉鎮雖然同樣面對老化的浪潮，卻可能進一步受到上述其家庭中照顧子女外鄉工作，呈現弱勢與家庭失去照顧與支持功能的狀況。



資料來源： 中華民國內政部統計處

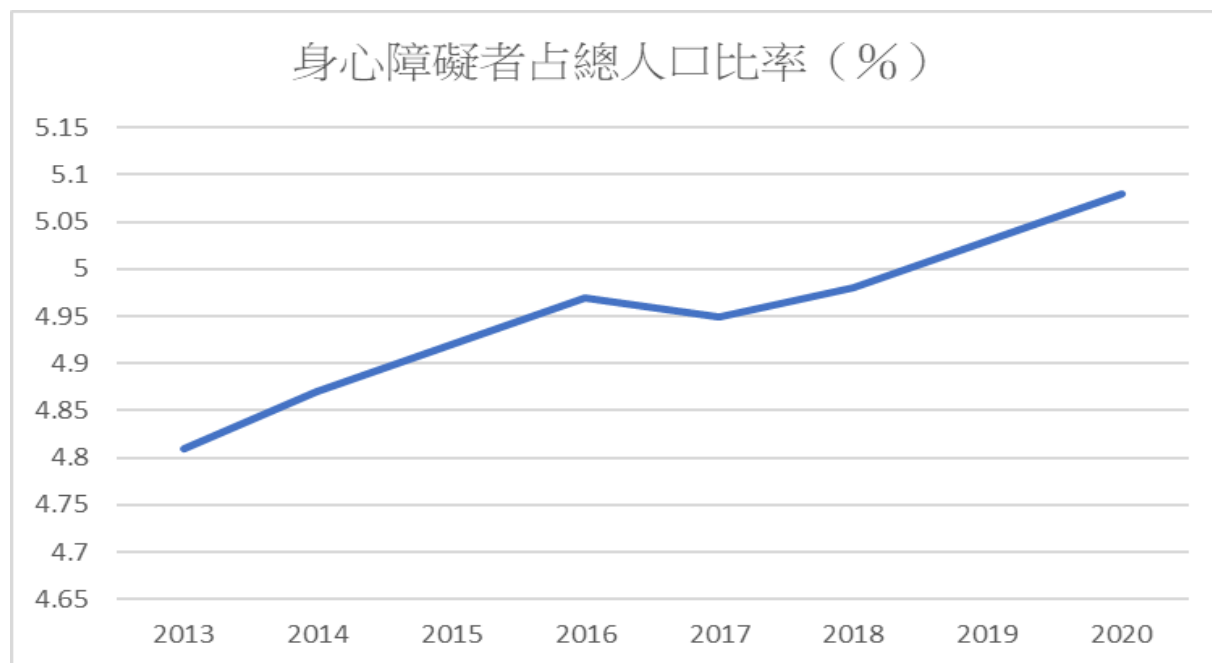
圖六、臺灣 2019 年底各縣市老化指數<sup>(5)</sup>

依據圖七顯示，隨著身心障礙者老化人口逐漸增多，加上一般老人因身心功能退化也列入身心障礙者的計算行列，使得高齡身心障礙者人口增加。承接上文，在外出的交通移動力，可以被視為障礙者與長者在現實生活中接近各項資源機會的首要，影響著個人對於生活安排的自由度與社會參與的深淺程度。因此交通移動的可近性，時常與剝奪的議題相互串聯探討。研究指出，可近性差的交通運輸系統會造成貧窮人口更加被社會



## 2020「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

排除。在這過程中被社會剝奪了機會。但是，我們卻將這樣的情形視為理所當然。忽略了他們被排除的困境<sup>(6)</sup>(潘佩君、劉欣怡，2018)。



資料來源：衛生福利部統計處

圖七、2013-2020 年身心障礙占總人口比率<sup>(7)</sup>

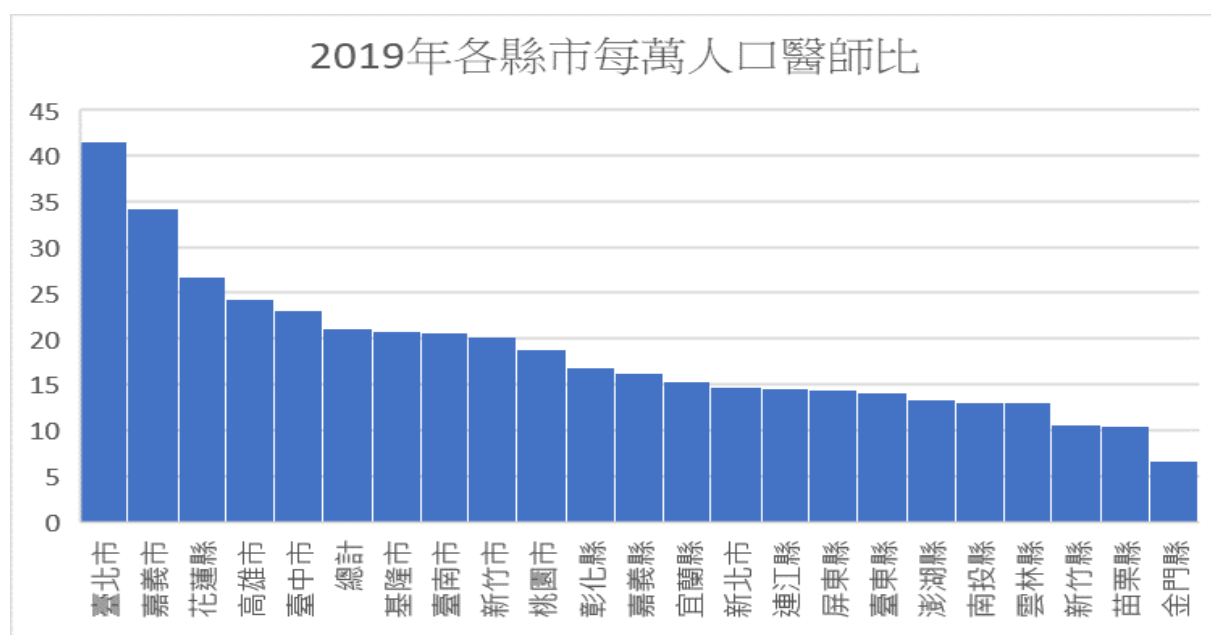
Beckett, Goldman、Weinstein, Lin 和 Chuang (2002) 在回顧文獻時指出，社會融合程度較低的長者往往健康狀況較差<sup>(8)</sup>。其他研究證實，受過較低教育和較低經濟地位的長者的社會功能水平也較低<sup>(9)(10)</sup> (Bowling & Stafford, 2006; Huang & Yang, 2006)。在長者間，身體健康與其社交能力的程度之間有著密切的關係。身體上的限制將會導致行動不便，自主權掌握的降低以及被社會排斥的感覺增加。林歐貴英 (2001) 則提及：老人持續的積極與參與是重要的，這對於個人的生理、心理滿足感與健康在老化過程發揮了有效的正面影響<sup>(11)</sup>。那在臺灣的長期照顧服務中使用率低的原因是什麼呢？根據衛生福利部 (2017) 老人狀況調查報告顯示：長者不想使用「長期照顧管理中心評估、轉介服務」、「居家服務」、「社區服務」的原因，皆以「希望由家人照顧」為最多，其次為「不知道、還沒想過、到時候再說」，再其次分別為「對政策沒有信心」與「費用問題」。<sup>(12)</sup>

除了城鄉差距間資源的落差，社會階層再複製的過程中，障礙的因素可能視為被剝削的階級是常被忽視的因素，即被排斥在社會之外。Littlewood 和 Herkommer (1999) 從相關研究中整理出社會排除概念的提到，這過程涉及多重因素，導致社會互動的過程中被排擠而喪失權利<sup>(13)</sup>。特別在城鄉差距之中，使得部分人受到差別待遇。由此可知，偏鄉老人的社會處境是因為社會制度建制而產生，以致於相關的社會互動和支持網絡形成多元性匱乏，如就醫機會的資源與安養的量能。

### 三、就醫機會因其社會資源與身份更形成一種社會區隔

我國於 2017 年開始實施自長照十年計畫升級而來的「長期照顧十年計畫 2.0」，以期待能提供更為便利且貼近民眾需求的長期照顧服務<sup>(14)</sup>（衛福部，2016）。其中，「在地老化」成為推動各項長期照顧服務時的重點方向，社區化與居家式照顧服務成為優先推動的原則。在這樣的趨勢之下，成為社區式照顧服務體系中重要的一環<sup>(15)</sup>（呂寶靜、李佳儒、趙曉芳，2014）。

根據衛生福利部〈前瞻基礎建設計畫--城鄉建設-公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫〉顯示醫療資源分配的問題在原住民族、離島及偏鄉地區當中，隨著高齡化人口的增長，就醫上的慢性病與功能性障礙的盛行率也快速上升中，對此相對的失能人口也將大幅增加，進一步導致長照需求與負擔的增加。在有限的資源下醫療的資源分配相對不足<sup>(16)</sup>（衛生福利部，2018）。根據中華民國醫師公會全國聯合會(2019)的最新統計，全臺灣共有 4 萬 9791 位執業西醫師，為 2360 萬 3121 名人口提供醫療服務。只是國內醫療受限於資源分布不均，導致城鄉差距嚴重<sup>(17)</sup>。依據圖八顯示，各縣市每萬人口醫師比呈現出的是目前全臺灣能達到這個標準的縣市只有臺北市、嘉義市、花蓮縣、高雄市、臺中市等 5 縣市；且占盡首都優勢的臺北市每萬人口醫師比為 41.50 人，是全國平均 21.1 的將近快兩倍數量，最後一名的金門縣的 6.63 更顯現落後的斷層是如此的嚴重。



資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會

圖八、2019 年各縣市每萬人口醫師比<sup>(17)</sup>

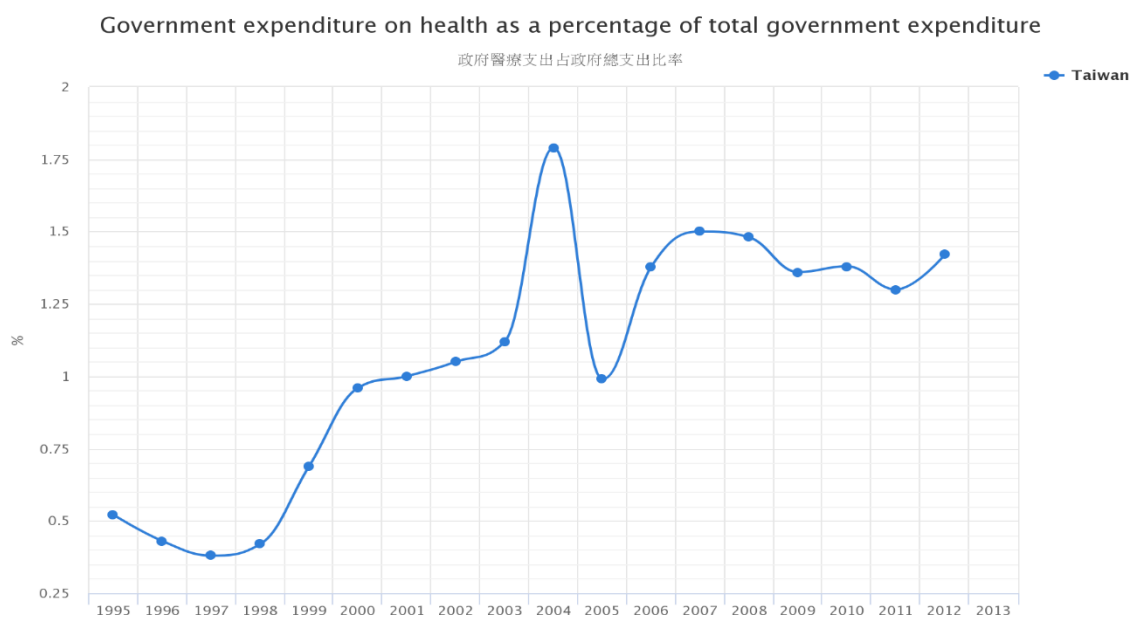
除此之外，最顯現於眼前的是：交通移動上的困境，這使得回家與就醫的需求仍



## 2020「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

舊是一條漫漫長路？醫師徐超斌(2013)指出，台東縣有民眾為了前往市區就醫，往往只能搭乘高價的計程車。除此之外，每月複診的交通費，更是難以負擔，就醫交通不便的例子當中絕不是少數。一般有行動能力的長者如果有就醫需求，根本上是無法依靠大眾運輸，從公車的等候時間來說，偏鄉的等待時間通常為每2小時一班，有的甚至更長。其次，從家裡走到附近公車站所需的時間，在偏鄉也更為費時且較不是優先的選項<sup>(18)</sup>。根據105年〈身心障礙者生活狀況及需求調查報告〉統計，就醫目的為比例上的第一。另外，因為需要定期就醫回診而有著較高的醫療需求，其主要原因包含交通方式不變、醫療院所距離太遠，以及沒有人可以接送<sup>(19)</sup>（衛生福利部，2018）。數據資料顯示出交通的不便性因素為主要之就醫阻礙。由以上資訊和實例可以推知，交通便是健康與就醫可近性的重要因素。

然而，政府在醫療支出的總比率中依據圖九顯示整體呈現上升的趨勢，如前述，偏鄉中有著相當高的醫療需求，但是這些政府支出卻未必顧及醫療資源與交通的公平性，為其提升可近性而改善。透過衛生福利部統計數據，了解到外出在我們生活當中是普遍的，需要透過一連串的政策與服務的考量與再設計，才能夠回應在就醫與交通上的需求。然而，難以獨立自主行動是因交通與環境的不便利，使得須藉由他人的協助，在過程中可能也犧牲了參與社會的機會，呼應上一段偏鄉老人的社會處境其實是一種多元性匱乏的說法；更進一步的，就醫機會因社會資源的剝奪形成一種長久的社會區隔。



資料來源: Asian Development Bank

圖形繪製: 國研院科技政策研究與資訊中心 PRIDE指標資料庫

Highcharts.com

系統編號: AD10301-0148

圖九、臺灣政府醫療支出占政府總支出比率

## 參、結論

本文亦發現這群生活在偏鄉的老年人因其社會資本匱乏而被剝奪許多機會，致使他們被排擠在許多機會與資源之外，容易被社會區隔而忽視困境，造成多方面的不良循環，從城市、醫療、交通等體制中被隔離，而變成一種城鄉間彼此拉扯。隨著時代的變遷，老年人的生活狀況相較過往有更大的變化與挑戰。城鄉差距間的影響對於長者本身更深的是對家庭衝擊的漣漪，風險圈套內不斷惡性循環，而忽略城鄉差距間福利體制上必須能提供改變、接納的環境，才讓老人在鄉村中能夠活得更好、更有自己獨特的主體性。因此所需要的各項資源，一方面給予長者及其家庭所需要的服務，另一方面則協助生活中複雜的需求脈絡並看見社會處境的差異結構，不迴避真實的關係實踐。從而有著某種適切的回應。

因此，城鄉差距之中需求與必要普及大眾運輸到偏遠鄉鎮中，而一方面解決長者因缺乏便利交通方式而降低出門意願的社會參與問題，另一方面，更可強化長者的行動安全 and 健康促進。另外，長期照顧服務網絡重要的精神乃是在地化的服務，因此，從社區的資源盤點到鄰里間的資源連結，需要盤點社區當中的資本。當前包括服務資源與提供彼此之間的比重考量為何？是否嚴肅地看待了這當中固有的限制。城鄉差距的高齡化終究還是要面對照護長者背後的家庭，是否已然是處於危急的生存困境，對此，所投射出來的經常是老人的獨居家庭、偏鄉差距的弱勢家庭，因此是有必要針對在家老化的長照家庭，以設置所應該要有的替代支持，而不是讓長者獨自一人與其家庭在城鄉差距之中落寞地面對人生的最後一站？

如何針對長照資源匱乏地區，改善所需的服務輸送，以達到基本保障的消極目的，不應該只是處於城鄉彼此拉扯，而是一種連續性的服務呈現服務的公平性。在社會排除及其生活環境諸多讓人憂心的現象，期許透過建置完善的社區資源網絡，以因應高齡者或失能者生理、心理、社會參與等各層面的需求，目前僅以修補及提供必要的需求為主，整體的服務內涵及品質十分地有限；因此運用社會性投資中的人力資本累積或是其他方式，作為預防風險的觀點。對此，從城鄉差距中制度性障礙、資源累積性剝奪到互動上社會排除，導致於滾動影響利害關係的拉扯，正是臺灣所要真誠面對的危機議題。

臺灣偏鄉長期照護問題長期以來，政府所投入的經費有增無減，長期照護政策與相關法令也因應社會發展的需要，適時的進行修訂或商討，但從家庭的生活品質、成效和需求的現況來看，仍顯現出偏鄉照顧對於長者與失能者的問題與困境。值此現況，有必要同步了解當中過程，是否受到其他因素的影響。因此，站在城鄉差距的問題上，高齡與失能的交織更讓城鄉差距之間的這些因素漸無法相互切割，落差問題的改善到整體照護需求的看見，若只是從都市的角度只想給予更多經費和資源。是無法從問題的根源與影響，很有可能原本的問題依舊存在而複雜，仍是有賴於政府端與民間單位的相互合作與審視、提出更積極有效的作為步步解套。

## 參考文獻

1. 衛生福利部護理及健康照護司(2018)。山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準。檢自：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3976-41804-201.html>
2. 內政部統計處 (2018)。107 年第 15 週內政統計通報—高齡社會。  
檢自：[https://www.moi.gov.tw/stat/node.aspx?cate\\_sn=-1&belong\\_sn=7460&sn=7635](https://www.moi.gov.tw/stat/node.aspx?cate_sn=-1&belong_sn=7460&sn=7635)
3. 國家發展委員會(2020)。三階段年齡人口結構。  
檢自：<https://pop-proj.ndc.gov.tw/chart.aspx?c=18&uid=4112&pid=60>
4. 許旭緯(2014)。弱勢鄉鎮與老人安養機構之探索性空間分析。  
健康促進暨衛生教育雜誌，(37)，93-116。
5. 中華民國內政部統計處(2020)。臺灣 108 年各縣市老化指數。  
檢自：<https://reurl.cc/bzkkRo>
6. 潘佩君、劉欣怡(2018)。交通可近性對身心障礙女性健康的重要性初探。  
社區發展季刊，162，179-191。
7. 衛生福利部統計處(2019)。身心障礙者人數按季。  
檢自：<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-2976-13815-113.html>
8. Beckett, M., Goldman, N., Weinstein, M., Lin, I. F., & Chuang, Y. L. (2002).  
Social environment, life challenge, and health among the elderly in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 55,191–209. doi:10.1016/S0277-9536(01)00161-7
9. Bowling, A., & Stafford, M. (2006). How do objective and subjective assessments of neighborhood influence social and physical functioning in older age: Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, 64(12), 2533–2549.  
doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.009
10. Huang, Y. T., & Yang, Y. Y. (2006). A study on friendship support and well-being of the elderly at elderly service centers in Taipei. *Community Development Journal*, 113, 208–224.
11. 林歐貴英 (2001)。中老年人之家庭生活教育。家庭生活教育，149-153。
12. 衛生福利部統計處(2017)。106 年老人狀況調查。  
檢自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1767-38429-113.html>
13. Littlewood, P. & Herkommer, S. (1999). Identifying social exclusion: Some problems of meaning. In P. Littlewood, I. Glorieux, S. Herkommer, & I. Jonsson (Eds.), *Social exclusion in Europe: Problems and paradigms* (pp. 1-21). Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
14. 衛生福利部 (2016)。長期照顧十年計畫 2.0 (106~ 115 年核定本)。台北，衛生福利部。檢自 <http://www.ey.gov.tw/DL.ashx>。
15. 呂寶靜、李佳儒、趙曉芳 (2014)。臺灣老人日間照顧服務之初探：兩種服務模式之比較分析。東吳社會工作學報，27，87-109。

## 2020「Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

16. 衛生福利部(2018)。前瞻基礎建設計畫(整建長照衛福據點計畫)。台北，衛生福利部。檢自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-3874-40086-1.html>
17. 中華民國醫師公會全國聯合會(2019)。表 2 各縣市執業醫師數、人口數、面積、每位醫師服務人口數、每平方公里醫師數。  
檢自：[https://www.tma.tw/stats/index\\_NYearInfo.asp?/2019.html](https://www.tma.tw/stats/index_NYearInfo.asp?/2019.html)
18. 徐超斌(2012)。許給達仁鄉民一個良好的醫療環境。醫療品質雜誌，6(2)，85-90。
19. 衛生福利部(2018)。105 年身心障礙者生活狀況與需求調查報告。台北，衛生福利部。