

# 臺灣居家服務的現況與檢討

吳玉琴

## 壹、前言

人口老化是當前世界先進國家共同面臨的經驗，而臺灣人口老化問題，近年來也倍受重視，截至 2003 年底，我國老人人口已有 208 萬 7718 人，佔總人口的 9.24%，而根據行政院經建會的推估（註一），至民國 120 年，臺灣老年人口將達 22.6%，如何因應快速高齡化的接踵而來的問題，正是臺灣現階段面臨的重要課題。

依據 2000 年全國戶口及住宅普查資料顯示，臺灣需長期照護的失能人口達 33 萬 8 千餘人，其中住在家中者有 31 萬 2 千餘人，進住機構者僅 2 萬 5 千餘人，因此如何協助家庭來照顧失能者，是政府責無旁貸的工作。

面臨人口老化日趨嚴重，自 1960 年代以來，北歐國家積極將機構式照顧轉型為居家式或社區式服務，並強調在地老化（aging in place）、社區化、去機構化等觀念，現已成為多數先進國家老人照顧的趨勢；在福利服務多元化的今日，居家式、社區式照顧也成了臺灣近年來的照顧趨勢，因而如何讓老人及身心障礙者在熟悉的環境中得到照顧，並且享有尊嚴的生活，正是政府與民間單位共同努力的方向。

## 貳、臺灣居家服務的發展史

居家服務（In-homeservices）以服務使用者所熟悉的居住環境做為服務提供場所，是近年來落實在地老化政策的重要策略，而臺灣的居家服務若由公部門推動算起，已歷經二十年的歷史，僅就居家服務的發展歷史分三個階段來做介紹：

### 一、服務草創期：

（民國七十二年～民國八十五年）

依據蔡漢賢主編（2000 年）社會工作辭典指出，「我國於民國七十二年七月首在高雄市辦理居家老人服務，稱做老人住宅一般服務，提供六十歲以上孤苦無依或子女在外工作，行動不便在家乏人照顧之老人有關文書、休閒、精神支持、醫事等服務，主藉志願人員辦理之。……臺北市亦於民國七十二年七月開始規劃實施，至七十五年推廣至全市，由社會局聘雇全職在宅服務員從事服務。臺灣省則於七十五年間由桃園縣等六個縣市試辦居家老人服務。民國七十九年臺北市政府委託民間單位辦理老人在宅服務，開啓了政府與民間合作推動服務模式的歷程。」（王玠）

這時期的居家服務稱為「在宅服務」

或「居家照顧」，整體服務的推展處於摸索期，各縣市大多採志工的方式提供服務，而臺北市社會局則雇用在宅服務員至低收入老人家中從事服務，並由社工員擔任在宅服務督導，是最早以雇用給薪式服務員從事居家服務的縣市。因服務對象以低收入戶老人或中低收入老人為主，服務量的擴大較為緩慢。

## 二、服務法制期：

（民國八十六年～九十年）

八十六年老人福利法修法後，第十八條規定：「為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：1.居家護理；2.居家照顧；3.家務助理；4.友善訪視；5.電話問安；6.餐飲服務；7.居家環境改善；8.其他相關之居家服務。前項居家服務之實施辦法，由地方政府定之。」

另外同年身心障礙者保護法修法，第四十條也規定：「為協助身心障礙者得到持續性照顧，直轄市、縣（市）主管機關應提供或結合民間資源提供下列居家服務：1.居家護理；2.居家照顧；3.家務助理；4.友善訪視；5.電話問安；6.送餐到家；7.居家環境改善；8.其他相關之居家服務。」

八十六年的老人福利法及身心障礙者保護法同時立法規範地方政府應提供失能老人及身心障礙者居家服務。隨後行政院因應老人照顧問題，於八十七年提出「加強老人安養服務方案」為期三年的計畫，企圖整合各部會及地方政府加強辦理老人福利服務相關措施，其中實施要項「居家

服務與家庭支持」中，強調各地方政府在每一鄉鎮、區里普設居家服務支援中心，提供居家服務，預定設置四百所，截至九十年方案期滿，計成立 106 個居家服務支援中心。

另外行政院衛生署也於八十七年推出「老人長期照護三年計畫」，規劃設立「長期照護管理示範中心」，試辦單一窗口制度，並試圖提出居家護理與居家服務的整合模式。同年行政院原住民族委員會也推動「原住民老人及兒童照顧六年計畫」，配合內政部補助，結合民間團體推動原住民族地區年滿六十歲之原住民老人居家服務。

由行政院社會福利推動委員會下設長期照護專案小組，於 89 年起推動為期三年的「建構長期照護體系先導計畫」，並選定「嘉義市」及「三鶯地區」做為實驗社區，推動多元社區服務模式，共推出九類服務模式，居家服務即為其一，在先導計畫中亦建立了「居家服務營運手冊」及「照顧管理制度營運手冊」，提供居家服務營運模式之參考。

這段期間雖然法令制定了、各項政策也相繼出籠，但整體而言，仍在於政策的盤整及服務模式全面建立的階段，而且服務對象群除了臺北市於八十七年推動「臺北市失能老人照顧服務方案」將服務對象擴及一般戶失能老人，每月有十六小時免費的居家服務外，其他縣市仍限定服務中低收入戶老人；另外服務的推動方式上，大多數的縣市以方案委託的方式，委由民間非營利組織提供居家服務，僅有少數縣市（如基隆市、桃園縣、新竹縣）仍由縣市政府承辦居家服務業務；這時期的服務人員大多採給薪方式，服務人員大多為兼

職人員，少數採專職方式。

### 三、服務擴展期：

(九十一年～至今)

九十一年行政院經建會因應國內高齡化社會的照顧需求及解決國內失業率不斷攀升而外籍監護工人數居高不下的問題，提出「照顧服務產業發展方案」，企圖建構福利產業，但經民間團體向陳水扁總統反應，照顧服務不應只強調產業化而忽略福利的重要性，因而九十二年十月將方案名稱改為「照顧服務福利及產業發展方案」，方案中提出的發展策略有（節錄）：「(一)建立照顧服務管理機制，加強服務輸送系統；(二)引進民間參與機制，充實多元化照顧服務支持體系；(三)全面提昇照顧品質，保障服務使用者權益；(四)健全照顧服務人力培訓與建立認證制度，促進照顧服務專業化；……」，其中又以「透過適度補助誘發居家照護服務需求」的策略，以適度補助非中低收入戶失能老人或身心障礙者使用居家服務為策略，至此，政策將居家服務全面推展至一般失能民眾，服務對象已不再像過去稱為「案主」，而是「服務使用者」。

九十一年六月內政部為執行照顧服務產業發展方案，推動「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」，並透過就業安定基金二億的經費，開始補助全國一般失能者使用居家服務，內政部並於九十二年及九十三年分別編列五億的預算持續推動此試辦計畫。此計畫實施的特色有：

(一)將居家服務的補助對象擴展到一般失能者。

(二)由全國各縣市全面推動。

(三)限於社會福利預算已設算到地方，推展居家服務限定由地方政府委託民間單位辦理，經費再由中央補助民間單位。

(四)建立評估機制：九十一年度的認定標準有輕度失能(經巴氏量表 ADL 評估六十一至八十分者；失智症 CDR 達一分者)、中重度失能者(經巴氏量表 ADL 評估六十分以下者；失智症 CDR 達二分以上者)。在九十二年底研商修正試辦計畫之檢討會中，身心障礙團體普遍反應以 ADL 評估量表不適用身心障礙者，導致身心障礙者無法得到居家服務補助，因而針對慢性精神病患者、心智障礙者、自閉症者等之評估量表重新訂定，並於九十三年開始實施。另外會議中也針對「輕度失能」的認定標準修正放寬為：「經巴氏量表 ADL 評估六十一至八十分者；或八十一分以上，且經 IADL 評估在外出及購物、食物烹調、家務維持、洗衣服等四項，有其中兩項以上需要協助者。」這項決議將有 IADL 功能障礙者的需求逐一納入，值得肯定。

(五)服務項目分為：

1.家務及日常生活照顧服務：包含換洗衣物之洗濯、居家環境清潔、家務及文書處理、餐飲服務、陪同或代購生活必需品、陪同就醫或聯絡醫療機關(構)、其他相關之居家服務。

2.身體照顧服務：包括協助沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、肢體關節活動、上下床、陪同散步、運動、協助使用日常生活輔助器具、其他服務。

(六)補助原則：依失能程度給予八至十六小時免費使用居家服務補助。

失能程度 補助額度（每月）	輕度	中重度	補助標準
全額補助	8 小時	16 小時	每小時 180 元
補助 50%	9 至 20 小時	17 至 36 小時	

(七)規範督導機制，要求居家服務督導員應評量居家服務品質，每月應以電話訪問案主至少一次，每三個月應至少訪視案家一次，並視案主需要不定期實地督導居家服務員服務情況；直轄市、縣（市）政府每年對服務對象至少應派員查核一次。

(八)提供居家服務所需專業人力，九十三年起辦理居家服務單位所需之專業人力，可依內政部推展社會福利服務補助作業要點申請補助，提供每個服務單位一位專業人員每月 2 萬 9 千元，內政部最高補助 70% 薪資。

另外，九十一年七月行政院再修正核定「加強老人安養服務方案」為期三年計畫，實施要項中第一項為「居家服務與家庭支持」，採行措施與居家服務有關的包括：

(一)加強辦理居家服務，提供持續性之家務、日常生活照顧服務及身體照顧服務。

(二)辦理居家服務需求調查，設置居家服務據點，建構居家服務網絡，提供居家服務人力資源服務系統及相關資訊，並加強各服務據點之整合及資訊交流，以有效運用資源。

(三)積極推動居家服務，配合照顧服務產業發展方案，拓展居家服務市場及人力。

此次行政院再次修訂「加強老人安養服務方案」，仍面臨各部會各行其事的問題，也因沒有特別編列預算執行，將落入

空有整合各部會之理想卻面臨執行困難的窘境，其有關居家服務的推動，仍以配合照顧服務產業發展方案為主。

### 參、現階段居家服務執行之檢討

在短短九十一年、九十二年裡，居家服務政策歷經大幅擴展，全國各縣市在這二年來亦不斷地被要求提高服務量及促進中高齡的就業率，而目前居家服務的執行如何？各縣市在推動過程中到底面臨怎樣的問題呢？有待我們進一步的分析與了解。

中華民國老人福利推動聯盟（以下簡稱老盟）於九十二年五月至十二月，接受內政部補助辦理「居家照顧服務單位巡迴輔導計畫」，結合臺北市立心慈善基金會、伊甸社會福利基金會、雲林縣老人福利保護協會、天主教曉明社會福利基金會、臺南市基督教青年會 YMCA 等推動居家服務經驗豐富的福利團體，針對九個服務量仍須加強之縣市之居家服務單位提供經驗協助，共舉辦十場縣市及居家服務單位座談會，並由個別委員進行十七次個別輔導訪視、八次電話訪談及一次團體督導，希望透過輔導過程能了解九個縣市推動居家服務面臨的困境為何？民間團體推動服務上遇到什麼困難？期能對政策提出建言，以下僅就九個推動困難的縣市（宜蘭縣、基隆市、桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣、臺中縣、嘉義縣、臺東縣）及民間承

接團體出現的現象與問題，提出觀察如下：

一、在縣市政府的部分：

(一)縣市承辦人員對居家服務的業務普遍經驗不足：

一般戶居家服務與中低收入戶的案源有所不同，再加上經費來自中央與地方自有財源也有所不同，造成有些縣市一般戶與中低收入戶的居家服務分立，或業務分開委託，形成混亂；再加上承辦人員普遍實務經驗不足，對於業務的推展是瞎子摸象，邊做邊修正，形成居家服務工作推展的進度緩慢，需要時間來累積經驗。

(二)對照顧服務產業發展方案的認識不清及對政策存疑：

對於中央推動「照顧服務產業發展方案」，地方政府包括主管或承辦人員對於政策的執行，一來不甚清楚政策的精神；二來不了解政策的持續性，而產生裹足不前，或形成應付中央政策的心態。

(三)工作壓力大，造成工作人員流動性高，經驗無法累積，與民間單位溝通困難：

一般戶居家服務的服務量由於政策全面的推動，服務量被要求快速擴充，地方政府在人力並沒有增加的情況下，承辦人員大多兼辦居家服務業務，工作量增加且壓力大，造成承辦人員只要有其他職務就儘量調職，或視居家服務是項苦差事，避之惟恐不及。流動性高帶來的問題是：工作經驗無法累積，而與民間單位的溝通亦容易形成斷層，民間單位要疲於適應承辦人員對業務的不熟悉。

(四)與民間信任關係不足：

這部分涉及地方政府長期來與民間團

體的關係，一部分來自政府與民間團體夥伴關係的建立不易，彼此的信任感缺乏，二來地方民間團體有能力承接者不多，須加以培植，方能上軌道，而地方政府不知如何扶植團體，也不信任民間的能力，不敢委託，形成惡性循環。

(五)承辦人員普遍規劃能力不足：

許多縣市幅員廣，卻只委託一家（民間團體承接能力須扶植），造成服務輸送的困難；但有些縣市卻大量委託民間團體，而造成委託的經費未達經濟規模，產生民間團體推動上困難，難以維持居家服務經費執行的平衡。縣市在規劃居家服務的推展上未有整體的目標與企圖，也未能思考民間經營的困境，形成推展上的困境。

(六)委託後的監督與品質管理能力不足：

限於人力，對於委託民間團體的服務品質的監督與管理，有些力不從心，造成品質掌控的困難。

(七)宣傳不足：

許多民眾對居家服務的認識不多、且陌生，這與傳統由家庭照顧者照顧的模式不同，且讓外人來照顧代表子女不孝……等傳統觀念，影響民眾的使用意願；另外因補助時數太少（八～十六小時免費），民眾要建立使用者付費習慣未形成，也阻礙服務的使用。再加上縣市普遍宣導不足，民眾的認識有限，而影響居家服務的推動。

(八)委託方式的不當：

某一、二個縣市以價制量或以價格標方式來委託居家服務，造成民間團體執行困難或裹足不前。以價制量的方式，是先規定每個鄉鎮市的服務量，由一個民間團體承接一個鄉鎮市，造成有些鄉鎮因偏

遠，無團體可提供服務，服務量就出不來，而有服務團體提供的鄉鎮市，其服務的配置量卻是不足，這是委託規劃上的問題。應將縣內的鄉鎮市分做幾個大區域來委託（以都市區搭配偏遠鄉區），要求受委託單位能以該區內的較偏遠地區的服務對象加強服務提供，避免有些偏遠的鄉沒有人服務。另外也應考量服務對象的實際需求給予彈性調整，而非以鄉鎮規定數量後不能改變，做法太過僵化。

另外以價格標來公開招標，導致民間團體不敢參與，這與其他縣市普遍以限制性招標的方式不同，主要問題是承辦人員對於業務的熟悉度不夠，再加上縣府內的主計室將中央補助的款項加以打折再委託，而縣府內的採購中心要求以價格標來招標，這一連串的狀況顯示地方政府對中央的政策及社會福利方案的委託仍存在許多誤解，而社會局也未能適時與主計及採購中心溝通協調，造成服務的委託一直延宕無法開辦。

#### (九)失能評估指標不適用身心障礙者：

縣市及民間單位一再反應，失能評估以 ADL 評量身心障礙中的智障、精神障礙、視障等類別，評估指標應做調整，以符合服務對象之需求；另外對於身心障礙者的相關課程，在照顧服務員的訓練課程中較缺乏，對照顧服務員提供身心障礙者服務時，常產生認識不足或不知如何溝通的困難。

#### (十)評估單位的評估訓練不足：

對於個案是否符合失能的資格，是透過評估單位來評估，因居家服務的推動上路時間非常的短，各縣市由誰來做評估也

各有不同，大致有委託醫院、居家護理單位及鄉鎮市公所的衛生所之公衛護士，雖說一般護理人員要評量 ADL 是不太有困難，但大家的評分標準是否一致就很難說了，且未來評估的標準不僅限於 ADL，要加上智障者、慢性精神病患、自閉症等個案的評量，仍應加強評估單位評估標準化的訓練。

## 二、在民間承接團體的部分：

### (一)對居家服務的實務操作不熟悉、對政策亦不清楚：

許多新加入居家服務的單位對於居家服務的實務操作仍有欠熟稔，有許多摸索的過程；另外在加入居家服務的行列，民間單位對於「照顧服務產業發展方案」的政策亦不甚清楚；但令人較為擔憂的是有些民間單位加入居家服務是抱著佔據社會福利版圖或開拓客戶群的心態加入（如小型養護機構），這些心態與認知都有必要調整，才能落實居家服務的精神。

### (二)關係的建立與調整：

參與居家服務的民間團體，有二項關係須建立：一是與政府的關係，強調政府與民間的夥伴關係，這份信任是須彼此的努力去建構，民間團體要努力的部分在於對服務的承諾（包括人力與經費），及服務的成效與品質，以呈顯民間團體的責信與能力。第二個是與其他民間團體（包括評估單位）的關係，同一縣市一起提供服務，難免有一些競爭關係，但仍要強調民間團體間除了正向的競爭關係外，最重要的是彼此的合作關係，大家在以服務失能者的心態下，共同協調與解決縣內居家服務的

問題，這些的心態目前仍有待調整。

(三)走入社區宣導經驗不足：

居家服務是走入社區的服務，民眾對於居家服務認識不足的情況下，有賴居家服務單位採主動積極的態度，開發服務案主，而非被動地等待政府轉介。

**肆、針對當前居家服務推展之具體建議**

政府全面推動居家服務，是讓失能者留在自己熟悉環境中重要的政策，我們樂於看到政策的推動，但從九個縣市推動居家服務的經驗中，筆者提出幾項具體建議，希望提供給中央、地方政府及民間團體做為未來推展居家服務之參考。

**一、針對中央及縣市政府的部分：**

(一)研訂基本作業準則、加強研習及經驗分享：

包括縣市公開招標方式、督導模式、經費編列、經營管理、評鑑制度等地方政府應具備之基本知識與能力，中央應編訂基本操作手冊，並定期調訓地方承辦人員講習，一方面加強工作知能，一方面增加承辦人員間的經驗交流與分享，減少摸索時間。

(二)加強輔導與協助：

針對推動進度與績效不彰之縣市，內政部可聘請相關的專家學者協助輔導，除專業知能的指導外，服務的規劃與諮詢是重點，協助承辦人員在工作過程中得到適當的諮商與支持，增強承辦人員的規劃執行能力。

(三)增加地方的工作人員人力：

照顧服務產業發展方案的推動的重要關鍵之一是照顧管理中心的成立及其功能是否發揮，做到評估與服務提供的管理，沒有專職人力及專業人力將是事倍功半，目前地方政府限於人事精減政策，都沒有空間增加人力，是否考量由中央協助補助人事費用，協助地方政府聘請 3~4 名專業人力，結合衛生署的長期照護示範管理中心既有的人力，才能發揮照顧管理中心的功能及居家服務工作的推動。

(四)積極扶植地方的民間團體參與：

地方民間團體剛開始起步經驗不足，業務的推展也在摸索中，要能允許這樣的過程，但應以更積極的方式協助民間團體的成長，如採聯繫會報方式，由政府與民間團體共同開會協調工作推動的問題，除了能積極協助解決問題，亦可督導民間團體業務的推展；另也可透過聘請外面的專家學者，以有實務經驗者為佳，進行民間團體的協助與督導，提昇其專業能力與服務品質。

(五)委託經費應具一定經濟規模：

縣市政府委託的規劃過程，應回地方的失能人口需求的推估，並依地方的特色進行責任區的分工，但應考量委託經費的規模是否具有一定的經濟效益，讓民間團體承接後能維持經營的平衡，達到雙贏的局面；另一方面亦可考量結合其他居家式服務，如與送餐服務一起委託，以達方案間的整合及達一定經濟規模之效益。

(六)縮短服務申請流程：

有些縣市服務申請流程耗時太長，影響服務對象的權益與滿意度，應加強與各單位（包括衛生局、評估單位、居家服務

單位、社會局本身)協調如何縮短申請行政程序及公文往返時間,並要求評估單位幾天內須探視回覆,居家服務單位接到核准時數後幾天內到案家訪視提供服務,以期將每一個服務環節都以顧客為導向的服務精神,讓服務輸送流程快速又有品質。

(七)訂定評鑑制度:

於契約簽定中即明定每年評鑑一次,若成績佳者優先續約(或於招標過程中給予加分)以資鼓勵,若成績不佳者則重新參與招標作業。

(八)宣導的加強:

宣導工作在地方應儘量透過各種管道來宣導,如地方有線頻道、地方廣播電臺、媒體、跑馬燈等大眾傳播媒體的管道,另外也要著力於小眾傳播,如社區鄰里長的宣導、照顧服務員的社區宣導、居家服務單位社區宣導、居家護理單位的轉介、醫院出院計畫的轉介等管道,讓社區失能者(老人及身心障礙者)得到適當的轉介。另外縣市政府亦可主動出擊,提供居家服務宣傳單張給領有身障手冊者或已知的可能服務對象,讓家屬有機會得到服務的訊息。

在宣傳重點上也要有階段性的宣導,初期可著重在居家服務減輕照顧者壓力,並無法取替家庭照顧者的角色,因為服務時數真的很少。但可在服務使用一段時間後,鼓勵家屬部分購買服務,採漸近式,讓民眾習慣使用且覺得居家服務可以讓減輕照顧者的照顧壓力。

中央政府部分應加強協助宣導工作,除了海報及宣傳單張協助製作外,可考量以置入性行銷方式,與電視媒體、報紙媒

體合作,讓居家服務的工作內容與服務的事蹟,透過新聞報導、戲劇內容、故事報導出來,讓民眾在生活中可以了解居家服務的內涵,建立對居家服務正確的認知。

(九)建立評估操作手冊及訓練教材:

對於評估機制應由中央協助建立操作手冊及訓練教材,讓地方政府較有遵循的依據。除了加強評估人員的訓練,也須加強居家服務團體的教育,並加強評估員與居家服務單位間的溝通機會,因評估者常扮演第一線接觸案主的角色,而居家服務單位扮演服務輸送角色,應建立二者互相對話的機制。

(十)中央有關居家服務之政策應明確:

中央自從推動照顧服務產業發展方案以來,並未明確說明政策的執行是永續或是短期,易造成地方政府裹足不前,或應付了事,因為怕福利易放難收,萬一中央過幾年不給補助的話,地方無法收尾,政策的不明確,確實形成地方政府的猜測心態。故中央應有明確長期照顧政策做為施政依據,避免政策的不穩定性,造成居家服務工作推動的阻力。另外政策的推動上,仍須考量地方執行的能力與準備,加強宣導與溝通工作,勿在缺乏配套措施下倉促上路。

## 二、針對民間承接團體的部分

(一)發展居家服務操作手冊,逐步標準化

居家服務的工作流程:

老盟藉由這次巡迴輔導計畫,結合實務工作者彙編出版了「居家服務操作手冊」,希望提供居家服務單位執行服務的實務參考,也可引導居家服務單位將工作流



程逐步標準化，協助民間單位建立制度，健全組織發展。

(二)承接居家服務業務應有專人專職執行：

民間團體投入居家服務應有專職專業人力的投入承諾，避免造成以現有人力兼辦，無法專心拓展服務，造成惡性循環。民間團體承接服務就是一種承諾，應以專職專業人力的投入，給予一段時間的財務支持，避免想拿政府委託卻不肯付出機構成本的心態，最後造成居家服務推展不利的困境。

(三)加強民間團體研習活動、在職訓練及聯繫會報的辦理：

研習活動可加強居家服務政策的宣導，及建立民間團體間的經驗交流，讓承辦單位能更熟稔自己的角色及應具備之條件。在職訓練應研擬一套課程，以加強對身心障礙者的認識與服務技巧，及服務實務的分享與工作倫理的探討……等課程，以強化照顧服務員的專業知能與照顧技巧。另外縣市政府可透過縣內的居家服務

聯繫會報的舉辦，加強彼此的溝通與認識，以更積極的作為來克服困難。

### 伍、結語

回顧居家服務發展二十年來，歷經草創期各縣市零星推動，至法制期以中低收入戶老人及身心障礙者為服務對象，到近二年服務的快速擴充，將服務對象擴大至一般失能者，對中央、地方政府及民間承接單位、甚至是對失能者及其家屬都是很新的經驗，面臨的課題也不少，本文僅從推動「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」過程，了解縣市在推動居家服務的困境，據此提出相關的觀察與建言，希望對中央與地方政府在推動居家服務的政策上有所助益，期盼在全面推動服務的同時，相關的配套要跟上推動的腳步，如此居家服務的政策美意才能落實。

(本文作者為中華民國老人福利推動聯盟秘書長)

### 附註：

註一：依據行政院經建會人力規劃處九十一年七月，針對「中華民國臺灣地區民國九十一年至一四〇年人口推計」，採中推計。

### 參考書目：

- 中華民國老人福利推動聯盟主編 居家服務操作手冊 民九十二年十二月。  
行政院經濟建設委員會 照顧服務產業發展方案 民九十一年二月初版。  
蔡漢賢主編 社會工作辭典 民八十九年第四版 頁一三六。  
內政部 非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫 民九十三年一月二十七日。