

老人居家服務之檢析

蔡啓源

前言

根據台灣日報九十年三月八日第十版之報導，高雄醫學大學精神科張永明醫師表示：憂鬱症者為自殺人口中之高危險群，台灣老人罹患憂鬱症之比例，位居世界前茅。九十年四月七日台灣日報第十版報導成功大學附設醫院精神科主任陳純誠醫師針對南部社區老人所作之研究結果，發現：健康問題最會形成老人生活適應、情緒障礙之生活壓力源，而其所連帶造成之心理障礙或問題，則易使老人成為自殺之高危險群。九十年四月二十五日台灣日報第二十五版報導：台中市衛生局林瑞欣局長根據台中市民國八十七年至八十九年之自殺案例分析，發現六十五歲以上老人

之自殺比率為其他年齡層自殺比例之十倍；老人自殺之主要原因為：缺乏被關懷、長年疾病纏身、經濟壓力等。過去二十年來，台灣老人之自殺死亡率率就一直是高於全國人口自殺率之平均值。世界衛生組織（W.H.O.）之世界健康統計一九九九年報（World Health Statistics Annual）及民國八十八年行政院衛生署所公布之老人自殺率資料均顯示：台灣地區六十五歲以上者因自殺及自傷而死亡之比率有年年節節升高之趨勢，在一九九九年之比率是十萬分之三十二·一（其中男性之比率為十萬分之四十一·女性為十萬分之二十一·八；男性老人之自殺比率高於女性老人）（資料來源：www.doh.gov.tw/new/sp/88kill，

01/15/2001）；國內老人之自殺率雖無都市與鄉村之比較，但卻在亞洲國家中，名列第二（參閱自立晚報，民國八十九年一月十四日第六版）。可見老人會自殺或易有厭世、輕生之念頭及舉動之原因多半不出：久病厭世，乏人照顧關懷、與外界少有往來、心靈無所寄託等；之故，對選擇獨居自家之老人提供到宅之生活照顧，必有改善老人生活品質之效果，而對老人自殺之預防亦有實務需要性。就服務場所而言，居家服務是以住家為基準（Home-based）之社會服務模式，也就是以老人之住所（Residence）為提供處置協助（Treatment assistance）之措置（Placement）環境（引自野口典子，一九九八：四

○)；就專業服務而言，「措置」係指對老人提供生活援助及生活維持之基本條件(小笠原祐次，一九九八：九五)。而居家服務之提供照顧服務(Caring service)及社會性援助(Social assistance)，既能使老人保有私人自處(To be let alone)及自隱(To be alone)之私有權(Privacy)，又能維持基本生活之安定；因為所有服務提供之措置權限，是以個別處置(Individual treatment)及個人服務(Personal social service)為主。要考量點，全依老人個別之生理、心理、精神、障礙、經濟能力而調整其所需要之福利、照護、保健等服務項目(澤田清方，一九九六)。

服務內涵與內容

居家服務之內涵不脫離對老人提供「介護」服務之範圍，此包含兩種服務功能：「介」即是「介助」，是指「介入協助」之意；「護」即是「看護」，是指「醫療照護」之意。在醫療科學進步與高齡人口身心障礙比例遽增之二大現實環境條件下，

「介助」與「看護」需被嚴以界定及區分，主要原因是：「看護」業務之內容與型態，往往涉及醫療專業診斷行為或醫療費用補助過程，是在醫生診療或指示下以醫療處置為主體、由具備看護知識與技術之工作人員執行協助方式，如：點滴注射、服藥管理、體位變換、導尿、傷口處理等；故其較適用於需要特別養護、殘障程度嚴重、及長期臥床之老人們(鎌田ケイ子，二〇〇〇：九一十四)。而「介助」之內容與範圍應完全是從照顧、幫助、關懷老人日常生活、家事及起居動作之角度切入，以注重其等生活之適切及安全為要，是提供「看護」以外之周邊家政援助服務，如：掃除洗滌、協助沐浴、餐食調理、生活關懷、心理支持、改善居住環境、提供社會參與及人際互動之機會與活動、代覓社會資源等等。但是，是需要介助或是需要看護，均得從老人之個別需要程度、每週需要被服務之時數來決定服務之內容與時間，必要時居家服務中心得會同醫生來共同決定之(福島善之助，一九

九〇)。在居家服務實務中，會有不少人建議：居家服務之「介助」部分可否比照捐血制度之實施方法，以平日參與服務之時數來儲存年老後可享受居家服務之時數權益。其實多年來「服務免費」之作法已被詬病多時，尤其是對需要協助之非低收入老人們極其不公；而居家服務之付費或低費用作法，已被認定為較符合「經濟合理性」，更為可提高居家服務之可行性、持續性，及維持服務品質之積極性作法(蔡啓源，一九九九)。若依據老人需要被照護之內容來劃分，居家服務又可區分為：「醫療主導型」(Nursing-care orientation，以照護為中心)及「福利主導型」(Home-aid orientation，以照顧為中心)兩類型(黑田輝政、井上千津子、加瀬裕子、黑川由紀子、古瀬徹合著，一九九六)；換言之，居家服務之內涵，其實是脫不出「福利醫療化」或「醫療福利化」之範疇。因此，福利、醫療、衛生三者服務實施之地域範圍中需作服務統合。

實質意義與功能

就如牧里每治（一九九八）所認定，老人居家服務之實質意義與功能是要：輔助家庭照顧功能之不逮，免除老人不適應安養機構生活環境之困難，維繫老人個人資源與人脈關係之活用，保障老人晚年生活之自立，注重提供個別性、需要性、選擇性、應對性、時效性之服務內容；故其基本服務理念就必需盡量符合老人福利基本理想所要求之（鎌田ケイ子，二〇〇〇：三〇—三三；市川一宏，一九九八：四八）：延續老人過往之居家生活內容，協助保持老人原有之生活方式、習慣、文化、價值觀，維持老人之常規活動力與精神安定，對個別老人人格之尊重，尊重老人之自決、自主權，保障老人自立生活權益，提供老人積極參與社會及接受社會影響機會，促使老年生活之正常化（Normalization）等，以求提昇老年多元生活之內涵與品質。但這並未指老人家屬可卸除照顧老人之天賦職責；嚴格說來，居

家服務之執行需賴老人、家屬、居家服務人員三者間之配合才能得當；為求老人晚年生活品質之固定、維持，居家生活之安定、安心，家屬在「照料自家老人」之責任上，實必需有相對程度之配合及分攤（山井和則，一九九六）。妥善之老人居家服務往往需涉及（黑田輝政、兼間道夫合編，一九九六：一七六）：住域福祉（Residency well-being）、居民參與（Local participation）、資源運用（Resources utilization）、家屬協力（Family involvement）、及專業知識（Professional competency）等層面，絕非單靠服務制度之規劃與執行，或一味寄望居家服務人員即可形成氣候。井上千津子、田村智惠子、太田修平（二〇〇〇）也建議：老人居家服務若要能妥善發展，對服務能力、家屬態度、老人與家屬間關係、經濟能力、住家結構、及周邊資源等六項要件之考量，缺一不可。在美國，平均有三十六%~四十五%之老人在逝世前會入住護理之家（Nursing home），其中有七十%以上者之年

紀為七十五歲以上，有八十八%者是無配偶（Single）（Garner, 1995）；可見大多數老人還是選擇留在家中，需要家屬之照顧。台灣目前雖仍未有此方面之統計數據，但在長期照護機構之設立未如美國普遍之情況下，多年來之調查統計結果均顯示：大多數老人偏好選擇住在自家中。所以，可以確定的是長期照顧是項連續性（On-going）工作，家屬確實有無法推卻照顧老人之責任。

高齡者（Young old age，泛指六十一—七十歲者）或中老者（Middle old age，泛指七十一—八十歲者）之狀況通常為：身心健康狀況不良，心理孤獨、封閉，社會參與能力低弱，喪失生存希望，日常生活能力低，經濟狀況窮困，自覺社會地位低落等（福島善之助，一九九〇）；相較於老老者（Old old age，泛指八十歲以上者），其等因較不迫切需要高度醫療照護（Intensive medical care），故個人照顧（Personal care）及居家照顧（Residential care）兩大居家服務主要功能必能符合個別之需求（山井和

則，一九九六）。針對選擇居住在自家中之老人，社會福利服務當視其實際需要提供適切之居家服務，尊重老人存在價值，以免除老人與社會之隔閡。就服務提供面而論，每位老人所需被照顧之項目或內容均不盡相同；那麼，應提供之服務項目要如何決定？是老人自行要求或申請？由服務單位全權作主？抑由資助單位事先限定？當老人不願意接受服務時，則誰又有權可代為決定？老人是否可拒絕必要之外來協助呢？老人自由選擇之程度如何呢？根據 O'Brien, Thibault, Turner, & Laird-Pick (1999) 與 Sengstock, Thibault, & Zarank (1999) 之說法：尊重生活自主權 (Autonomy) 與個人權益 (Personal rights) 固然是社會服務之無上準則，但當老人刻意（或無意識）地自我疏忽、被人遺棄，而形成社會孤立、身心受創，甚或經常酗酒、罹患傳染疾病、有自我傷害、危害公共衛生之虞，而居家服務又被評估為最適宜解決老人之需要與問題時，則不論老人能否有自我決定之意願，直接介入老人生

活圈、提供服務，並無違反專業倫理考量之缺失。

日本實例之借鏡

在日本，老人要接受居家服務項目需經固定之程序，以兵庫縣加西市之老人居家服務照顧系統（在宅ケアシステム）為例（篠田道子，一九九八；一九九；澤田清方，一九九六；一七一—一七四）：當老人及家屬在照顧方面有實際之問題或需要時，由家屬、鄰居、醫師、護理人員、社區服務單位、志工等發現或提報，則↓報由當地保健中心之民生委員處理↓民生委員當即依據老人當時之狀況，暫先提供必要之服務，如：提供臨時協助、協助申請入住機構、安排短期安置、代為申請身心障礙者手冊、提供日常生活基本用品等，同時也↓與當地保健人員聯繫，保健人員會派選看護人員赴老人住處作初訪調查，調查（日常生活動作、家族狀況、住宅環境、必要之行動輔助器等）之結果，於諮詢醫師之專業指導後，再擬定：照顧

方向及計畫、可利用之居家服務種類與項目，與居家服務推進會討論、定奪、安排綜合性、長期性、及時性、專門性之居家照顧內容↓老人最後接受之居家服務則可包括如：由社會福利單位提供之沐浴服務、餐食服務、照顧用品供給服務等；由保健單位所提供之衰弱老人家訪、衰弱老人之家屬聚會等服務；由當地醫院提供中風老人復健服務活動；由當地日間托老服務中心提供特別養護服務活動等。

從決定到接受居家服務之過程中，當地之保健衛生推進委員會則位居監督之立場，隨時提供意見或建議；必要時得由醫師、民生委員、居家服務員每月開會乙次，或由當地業務相關單位舉辦地區性觀摩會，以檢討、改進居家服務之效益；當然定期之照顧評鑑也是例行之業務。而老人所接受之居家服務當視服務項目、服務內容、機構性質、老人之經濟能力等條件，而有收費或不收費之差異。從以上執事過程，可以判斷日本之作法是從護理照顧 (Nursing care) 之立場為運籌基礎，並

由人民團體、民間企業、社會福祉、醫療業界等公、私立機構及地方團體共同參與、開展、擴充居家服務之業務範圍；而厚生省則是當然之官方監督單位。

日本之居家服務人員平時甚至會注意到老人是否有口臭、體臭，以為其等身體健康指標之一；並會協助整理、改造無障礙之住處內部、自動沖洗設備，甚至注意到消毒防霉、殺菌抑菌、吸塵脫臭、遮陽隔熱、防漏防火、防音吸音，保持室內之乾燥、光線及空氣流通等，以提供老人清潔、衛生之優良生活環境，此乃住宅改造服務（田端伸行，一九九八；八一；篠田道子，一九九八）。此外，居家服務人員養成針對老人接受服務之過程，逐日作記錄之習慣，以便督導者考核、監督、追蹤，並能更易於掌握其中是否有缺失或弊病；更重要的是，當老人已不適合再接受居家服務、需作轉介時，工作日誌或記錄當為轉介機構接續照顧老人之最佳參考資料（堤郁美，一九九八）。日本之居家服務是針對有需要之全國老人作整體考量、規

畫、而實施，因此服務對象不分社經階級，但求以公平、平均為基準；居家服務係採有料（付費）制度，目前之服務收費每小時約一千日圓，低收入者之費用全由政府負擔，非低收入者則全部自費或視其經濟狀況要求分攤部分費用（安宅溫，一九九八）。在台灣，居家服務一直是以低收入戶為主要服務對象，服務之執行則仰賴無酬之志工人員群，多年來執行之效果是：非低收入之老人一直不能接受服務，使得有些家庭非得轉向聘用外籍傭工全天候看護來因應；而志工人員之高流動率，也令各地之公、私立社會福利機構及單位之居家服務業務，執行效果不彰。

為求地方之發展及老人福祉之倡導，在一九七九年至一九八一年間，日本之「第三次市區町社協發展協會計畫」中就以老人居家服務為時期重點，將「地域福祉」、「居家服務」、與「個別看護」，或是將「地域醫療」與「福利系統」做必需性之結合與協調（中村律子，一九九八），並從調查需求、綜合分析、服務提供、直到

評鑑效益，於累積住民需求差異之所在後，才開始居家服務之全面執行（蔡啓源，一九九九、二〇〇〇）。在推動過程中，均執著於「市區町社協發展協會」所揭櫫之五大工作要項（澤田清方，一九九六；二二）：(1) 透由調查，正確掌握地區住民之需要；(2) 調查內容要包含地區住民所不瞭解之項目；(3) 要規畫活動之區域場所；(4) 活動課題需具備重點目標；(5) 要保障活動機能之連續運轉。從實務現實面看來，任何服務活動之執行是不可能如事先所預計或想像般順利，因此在實際行動時就需知所變通。日本之作法是以「一點突破・擴張方式」為具體性作為（澤田清方，一九九六；八八）；此方式是以住民日常生活圈範圍為基礎考量單位，針對當地住民之需求施行一段時期後，再就評鑑結果予以修正，在認定服務效果後，即以體系（System）化方式擴展施行範圍；也就是以地域福祉之整體性策定計畫並推動之，而積極求取居家服務與設施之一元化（奧川幸子、片岡玲子、小林博，一九九

七)。在台灣，政府最常施用之法實是「定點試辦」——即指定重點地區試辦；雖然在過程中也是如日本之作法，試辦一段時間後評估成果，不過兩者間卻有極大之差異。在台灣，被選擇試辦之地區一向都是由政府作政策性、方便性之抉擇，並單向地決定服務對象所需之服務內容，從未在掌握需求後再施辦。因此，各級單位配合度高、居民合作意願強、地方資源較豐富者，就能一而再、再而三地成爲施辦之對象。之後，即便是施行評鑑成效優異，亦難以推廣至偏僻山區、農漁眷村，甚至是工、商業高度發展等資源條件不一致之區域。如此作爲不但未能真正解決需求與問題，反更形成服務分配不平均 (Unequal distribution) 之「不公平 (Unjustified) 社會事實」。

相關議題之討論

與日本之制度相比較，台灣老人在接受居家服務時，有完全不同之待遇；老人常不清楚居家服務能提供些什麼？也就

是，只能接受所提供者，主要有：送餐到家、家事服務、文書服務、簡易醫療性服務、精神支持、休閒服務等項目，而老人也只能有接受或不接受兩種選擇，無法期待服務能「需求個別化」。照理論而言，老人居家服務應是醫療、健康、護理、福利之整體合作與展現，但是目前福利、醫療、衛生單位卻各自推動居家服務，之間並未事先作服務區隔、協商、或搭配，完全各自營運；因此就出現在資源、經費、人力、行政運作上彼此重疊、競爭、或全被疏忽之現象。從鉅視實務 (Macro practice) 角度判斷，這些現象之所以會產生，完全係因相關單位間在行政系統上存在著門戶之見，各司其政、相互搶功，而使業務執行受牽制而無法全面開展，服務效率無法彰顯。(Netting, Ketter, & McMurty, 1993; Meenaghan, Washington, & Ryan, 1982)。之故，只要未能定奪中央政府主掌單位間之嫌隙，就會阻礙居家服務之全面推動，即便透由「民營化」或「委託民間辦理」方式執行，亦無法得宜。民

國九十年二月二十七日「全國行政革新會議」結束後，行政院研考會所擬提報修正之「行政院組織法」中，中央部會組織將可望把內政部社會司業務併入衛生署而另成爲「厚生部」；未來在衛生與福利業務合併條件下，期待能將居家服務相關業務予以整頓，以完全避免多頭馬車之弊病。同時，各縣市政府在將居家服務委託民間單位實行時，可考慮同時委由多家同時經營，在多元角力、良性競爭情況下，不但可避免獨家壟斷有限社會資源之弊端，更能提高服務品質與效率，達及「民營化」原則之標的 (山井和則，一九九六)；更能達到服務跨越 (Services across) 及資源聯合使用之境界 (蔡啓源，一九九五)。

在居家服務實務現況中，雖然有些案主對其之讚譽是屢有聞見，但被披露之負向事件亦極常見，如：老人住於偏遠地區、居家服務過遠弗屆，老人之住宅空間過小、居家服務之提供受到限制，老人遭受居家服務人員之虐待，家屬有虐待老人之事實時居家服務人員應否舉報？居家服

務人員數量不足難以應付實際需要，居家服務人員不滿意服務對象及工作環境而呈現高流失率……等等。面對這些既已發生之事實時，不宜老將焦點集中在居家服務人員身上；為減低負面事件之重複發生，需綜合檢討的是業務執行、監督單位有否事先制訂管理制度、規範措施及評斷標準？（黑田輝政、井上千津子、加瀬裕子、黑川由紀子、古瀬徹合著，一九九六：黑田輝政、兼間道夫合編，一九九六：Coons & Mace, 1996）。有關管理制度、規範措施及評斷標準之範圍可包括：工作訓練、獎勵制度、服務權限、服務品質、工作效率、督導制度、工作支持、工作成長空間、定期工作評估、老人及其家屬之配合度、家屬對照顧之理解與知識等等。

居家服務在實務上常面臨：家屬不在家或居家服務人員不在場，老人身臨緊急、危險狀況或需醫療急救時，應如何被發現或處理？此所涉及者為：緊急通報，而這則指向緊急通報系統有否建立之慮。緊急通報系統主要分成兩類：警備業務型

緊急通報及福利業務型緊急通報（大村弘道，一九九八：一五〇）：前者是用於遭盜竊、人身危險事故之際，目的是為救出受害者、逮捕犯行者；後者是適用於老人罹病、負傷之際，完全從健康、醫療、福利之面向著手，考慮如何對老人提供身體、精神性支援。對身心有障礙之居家老人，福利業務型緊急通報尤其能提供實際又貼切之服務效果；因此針對老人之特質、安全、及安心感，加強此方面之技術研發是極為迫切。如為預防獨居老人在家發生意外，裝置掛鍊、手腕計等「生命連線系統」以便隨時觀察，都是實例。而警備業務型緊急通報設備如：無線電發信機、警鈴、特殊電話機等，每天二十四小時通訊受信，對隨時保障老人之人身、財產安全，也有其實際效用。惟鑑於通報制度在日本有高達九十五%之誤報率，因此輔導老人作正確判斷與使用、訓練受信者作正確之現場確認以減低空出動率、提昇實施效果、避免無謂之資源浪費等，都需要長時期之努力。

為求居家服務業務執行之連續，減低服務人員之曠職率（Absenteeism）、流失率（Turnover rate）及加強招募工作，是必要之課題；但Schmid (1993)之研究卻指出：居家服務人員一般所擁有之工作收入、教育程度、社會階級均偏低，工作內容瑣碎、重複性高，工作保障低，員工福利（Fringe benefits）少，少有工作訓練及升遷機會；因此當其等對工作場所之滿意度又低時，自然工作動機頓失，隨即離職而去；在美國之年度流失率是在三十%~六十%間。流失率高表示招募工作必需更費心力去進行，以求挽救，而影響最大的是：居家照顧之連續性及服務品質降低。在美國，非營利（或私立）機構因面臨之生存競爭壓力較營利（或公立）機構大，因此在人力資源管理（Human resources management）方面需花費更多心力，運作方式也就傾向於控制（Control）及集權（Centralized），而兼顧居家服務人員之工具性權能（Instrumental empowerment）（如：允許工作彈性調整、工作獨立自主性、個

別訂定服務計畫，提供必要之工作協助、督導制度、訓練機會，保障工作時數、收入、休假及福利等）及情緒性權能（Expressive empowerment）（如：注重同仁間工作、信任、親密關係之維繫，強調面對面、直接之人際關係，提供情緒、心理、社會等支持）（Schmid, 1993: 143）。因此，非營利機構居家服務人員之流失率及缺席率較營利機構之居家服務人員為低；而老人對非營利機構居家服務人員之評價也較營利機構之居家服務人員為高。我國之老人居家服務正在積極起步中，為預防日後遇達此類棘手問題，相關機構對服務人員管理之擘畫，實不得不有未雨綢繆之考量。

為維持居家人員之服務素質，舉辦定期研修是絕對必要的；而研修之重點固然將醫療、復健、健康維護方面之知識視為必要，而有關老人之心理、情緒、社會、重建（Restorative）、及環境等層次之認識卻也不容忽略（Coons & Mace, 1996; Gordo, 1995）。除蔡啟源（1999）所建議將居家

服務人員之訓練課程劃分為社會照顧（Social care）及醫療照護（Health care）二部分（內各合通識訓練課程、技術訓練課程）外；訓練課程亦可就不同工作人員之類別來設計，如：看護（Nursing）人員之訓練重點著重在「工作規範手冊」內容之瞭解、實務操練及見習等；照顧（Caring）人員之訓練重點著重在對老人相關知識之瞭解（有：老人基本福利、身心障礙老人

之心理、老人醫學之必要常識、照護基本方法與技巧、職業倫理、居家服務與家庭介入等）（黑田輝政、兼間道夫合編，一九九六：二二一—二二二）。居家服務要全面性發展固然需針對實施計畫、服務內容、服務人員、服務區域、服務對象、營運經費等項目做長期規劃，但下列課題卻是發展居家服務必備之要則（牧里每治，一九九八：八一—八七）：(1)規定使用服務必須付費之原則；(2)提供日間、夜間、兼職限制、彈性服務次數等多元化之勤務型態；(3)具備醫療、保健、復健、福祉等多元服務組合特色；(4)講求服務設施之連續

化、一元化；(5)建立緊急聯繫制度與通報管道；(6)簡化服務利用之申請手續；(7)提供正確之居家服務相關資訊；(8)維護工作人員之專業服務能力；(9)建立居家服務品質之監督制度；(10)保障老人權益及服務品質；(11)聯繫公、私部門致力服務之推廣及分責。

需要居家服務之老人們大都為生理衰弱、身心有障礙、自我照顧（Self-care）能力低、欠缺足夠之家庭或非正式支持系統者，以致在社會、心理、健康、財務、生活環境等需求等方面，無法獲得滿足或解決。從社會工作專業角度而言，老人居家服務之主要目的是為：提昇及維持老人之身體、情緒、社會、生活等功能，以強化其等配合家庭或照護系統之應對能力；因此居家服務之重點便不必拘泥於是短期照顧、復健服務，或是長期照護，而力求專注於透由居家服務能協助老人達到獨立、自主、活動、健康之能力最高層級（Highest level），所以醫療服務絕不能代表所有之居家服務內容（Blanchard, Gill, &

Williams, 1991)。在介入居家服務處理過程中，社工人員往往需要運用科技整合 (Inter-disciplinary approach) 之技巧以處理老人—家庭系統 (Elder-family system) 中所發生之問題；即，社工人員協助老人及家屬在家庭環境中適應，因此大凡：紓解照顧壓力、情緒支持、危機調適、尋求財務協助、協調社區資源、提供資訊及轉介、全人 (Holistic) 之短／長期照顧規劃、諮商及諮詢、提供學習醫療照顧知識／技巧／常識之機會、老人虐待及疏忽、(不)定期評估服務效益、追蹤輔導、……等等，均是社工人員之工作職掌範圍。社工人員因位居於：居家服務人員、老人及其家屬，轉介機構、社區資源及網絡、及倡議相關政令立法之間，故必得針對上述之專知能力時時自我加強與充實。

目前台灣對居家服務之研究論著與學術討論，往往將視野侷限於「老人在家接受服務」；此與時下盛行之以生態觀點 (Ecological perspective) 來看待案主之服務與問題相比較，相當不周延。既然老人是

如奧川幸子、片岡玲子、小林博 (一九九七) 所認定之「社會弱者」，工作人員在提供居家服務時，除要具備冷靜頭腦、熱忱胸懷、強健體力等條件外 (一番ヶ瀬康子、井上千津子、鎌田ケイ子、日浦美智江合編，二〇〇〇)，亦應將焦距置於老人住宅內外之物理環境 (Physical setting)，如：住宅建構、環境衛生、公共設施、對外聯絡、鄰里協助等等。社會工作對案主所講求之全人服務考量原則，需從老人之具懷生存意念、接受並配合居家服務，到生活環境之改善等方真能提昇老人之生活品質，使其等具備晚年生活之意義與尊嚴。而政府若為堅持提供殘補式福利 (Residual welfare) 之原則，將關心重點一直傾注於低收入老人們，而忽略了中收入以上之老人才是需要居家服務之代表，委實有社會資源分配不公平 (Distribution injustice) 之弊病。唯有於各地成立居家服務調配中心，鼓勵民間投入居家服務事業、講求居家服務個別化等，才是真正顧及老人社會權益，實踐福利公平性之務實

作法。

結語

行政院永續就業小組雖於民國九十年四月二十七日做成決策：為因應國內失業情勢之惡化，今後除罹患重病、癱瘓、精神異常者得引進外勞從事全日性照顧外，由內政部負責之社區照顧工作人力部分，將全面採取本勞化原則，以為國內「社會福利產業」之人力主要支援；但此卻也為居家照護帶來隱憂：(1)外勞有否具備基本之照護知識及能力以擔負全日性照顧重責？其等之素質挑選、專職訓練、溝通能力、服務品質、申請分配等相關問題，要如何事先洞燭與掌握？(2)在缺乏全國性居家照護服務規劃之條件下，若僅在人力議題上著力，而忽略：本勞願否／能否擔任照護工作？被照顧案主之真正需求為何？行政藩屬互制互牽而致工作職權釐劃不清時，則居家服務是要解決照護需求抑或為疏通失業人力困境？政府所擬以照護人力之不足當為解決勞動人口重返就業市場之

解套措施，實令人質疑：是「治標」抑或「治本」？驟然將部分勞動人口投入「居家服務業務」之策略，是將方法（Mean）錯當成結果（End）來對待，此乃社會福利工作邏輯思考、行事迷錯又一經常表現！若然如此，居家服務勢將衍生「量」與「質」之弊端，實可預期！

（本文作者現任東海大學社會工作系教授）

◎參考書目：

蔡啓源 一九九五 臺灣地區高齡志工及協助高齡者工作模式之研究 臺北 雙葉

助高齡者工作模式之研究 臺北 雙葉

蔡啓源 一九九九 地域福祉：「福利社區化」之日本風貌 社區發展 八十五 二

一四—二三五

蔡啓源 二〇〇〇 老人居家服務之探討 社區發展 九一 二五二—二六八

區發展 九一 二五二—二六八

一番ヶ瀬康子、井上千津子、鎌田ケイ子、日浦美智江合編 二〇〇〇 介護概論（十三刷） 京都：ミネルヴァ書房

概論（十三刷） 京都：ミネルヴァ書房

房

大村弘道 一九九八 第七章：緊急通報シ

ステム―安全を確實に守る シニアライフプロ二一編 高齡者の暮らしを支えるシルバービジネス 頁一五〇—一七〇 京都：ミネルヴァ書房

イフプロ二一編 高齡者の暮らしを支えるシルバービジネス 頁一五〇—一七〇 京都：ミネルヴァ書房

中村律子 一九九八 第九章：老人保健サービスと老人保健施設 小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）頁一二七—一四〇 京都：ミネルヴァ書房

小笠原祐次 一九九八 第七章：老人ホームの體系・制度と處遇の課題 小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）頁八八一—一四〇 京都：ミネルヴァ書房

井上千津子、田村智恵子、太田修平 二〇〇〇 介護之場 一番ヶ瀬康子、井上千津子、鎌田ケイ子、日浦美智江合編 介護概論（十三刷）頁七二—一三三 京都：ミネルヴァ書房

市川一宏 一九九八 第四章：老人福祉制度の現状と課題 小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）頁四六一—五八〇 京都：ミネルヴァ書房

田端伸行 一九九八 第八章：脱臭システム―見えないニーズにこたえる。シニアライフプロ二一編 高齡者の暮らしを支えるシルバービジネス 頁一七一—一八七 京都：ミネルヴァ書房

安宅温 一九九八 住んでみた老人ホーム 牧里每治 一九九八 第六章：在宅福祉サービスの内容 小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）頁七一—一七七 京都：ミネルヴァ書房

野口典子 一九九八 第三章：老人福祉の歩みと老人福祉の理念 小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）頁三六一—四五 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、井上千津子、加瀬裕子、黒川由紀子、古瀬徹合著 一九九六 高齡者ケアはチームで：チームアプローチのつくり方、進め方二刷 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

田端伸行 一九九八 第八章：脱臭システム

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

黒田輝政、兼間道夫合編 一九九六 在宅ケアの展開（改訂六刷） 京都：ミネルヴァ書房

- 堤郁美 一九九八 第一章：醫療ソーシャルワーカー：家族による介護の限界
シニアライフブロン二編 高齢者の暮らしを支えるシルバービジネス頁二六―四三 京都：ミネルヴァ書房
- 奥川幸子、片岡玲子、小林博 一九九七 老人福祉論第二版 東京：誠信書房
- 福島善之助 一九九〇 入居者からみた有料老人ホーム選び方・住み方(二刷) 京都：ミネルヴァ書房
- 澤田清方 一九九六 在宅福祉：社協サイドのアプローチ 京都：ミネルヴァ書房
- 篠田道子 一九九八 第九章：訪問看護と介護―新しい動きとビジネスに必要な視点シニアライフブロン二編 高齢者の暮らしを支えるシルバービジネス 頁一九〇―二〇五 京都：ミネルヴァ書房
- 鎌田ケイ子 二〇〇〇 第二章：介護の働き。一番ヶ瀬康子、井上千津子、鎌田ケイ子、日浦美智江合編 介護概論 (十三刷) 頁八一―三五 京都：ミネルヴァ書房
- Blanchard, L., Gill, G., & Williams, E. (1991). Guidelines and documentation requirements for social workers in home health care. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Garner, J. D. (1995). Long-term care. In R. L. Edwards (editor-in-chief), *Encyclopedia of social work* (19th ed.) (pp. 1625-1634). Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Gordon, N. (1995). Adult day care. In R. L. Edwards (editor-in-chief), *Encyclopedia of social work* (19th ed.) (pp. 74-82). Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Meenaghan, T. M., Washington, R. O., & Ryan, R. M. (1982). Macro practice in the human services: An introduction to planning, administration, evaluation, and community organizing components of practice. New York: The Free Press.
- Netting, F. E., Kettner, P. M., & McMurtry, S. L. (1993). *Social work macro practice*. New York: Longman.
- O'Brien, J. G., Thibault, J. M., Turner, L. C., & Laird-Fick, H. S. (1999). Self-neglect: An Overview. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(2), 1-19.
- Schmid, H. (1993). Home care workers, assessment of differences between nonprofit and for-profit organizations delivering home care services to the Israeli elderly. *Home Health Care Services Quarterly*, 14(2/3), 127-147.
- Sengstock, M. C., Thibault, J. M., & Zaranek, R. (1999). Community dimensions of elderly self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(2), 77-93.
- 鎌田ケイ子、日浦美智江合編 介護概論 community organizing components of