

老人居家服務之探討

蔡啓源

緣 起

到老人之宅第服務在美國是於一九〇四年起開始實施，其間經歷多次演變直到一九二三年才固定名稱爲：在宅服務 (Home-maker service)；加州則在一九七九年將其改稱爲在宅支持服務 (In-home supporting service)。在一九六〇年代，在宅服務更將老人涵蓋爲必要之服務對象；一九六五年通過之「老人醫療保險法」(社會安全法案，第十八章)中即有論及此項服務 (林珍珍譯，一九九六)；到一九八〇年代，在宅服務之對象中，平均有四分之三是老人。在宅服務在美國之所以會引起注意與大力被推廣，是因一九五九年美國聯邦政府曾在芝加哥召開第一次全國在宅服務會議，會中作成三項決議：(1)每一社區應提供在宅服務；(2)在宅服務之內涵、對象應是多元化；(3)應對不同年齡提供在宅服務，有經濟能力者應付全部或部分費用，低收入者免費 (張秀卿，一九八七b)。在歐洲，英國是最早推行居家服務 (Home-help service) 之國家，最早

之居家照顧組織是由利物浦商人 William Rathbone 所創 (章殷超、李宇芬，一九九七b)；而一九一八年之母子福利法中就訂有「家事幫傭」服務項目。在日本，一九五六年因長野縣之風災而遂開始採行派「家事奉仕員」(家事服務員) 赴宅照顧身心有障礙之老人，而此爲日本推行老人在宅服務之起源；而在一九八三年通過之「老人保健法」，更促成保健、醫療、福祉三領域之整合，合作共力於推動全國性居家看護業務與制度 (太田貞司，一九九五；陳淑敏，一九九二；張秀卿，一九八七a)。

臺灣最早是由彰化基督教醫院於民國六十年左右成立社區健康部，提供民衆居家照護；自該時起，相關之研究論著即不時見於醫療、護理之相關期刊中 (王玉女、楊清姿、徐亞瑛，一九九六)。民國七十二年七月，臺北市政府社會局開始規劃「在宅服務」(In-home service) 後，即表現出對老人長期照護 (Long-term care) 之注意及重視。七十年度至七十九年度間，臺北市社會局之作法是：僱用在宅服務員對低收入老人提供支持性服務，社工人員則擔任在宅服務員之督導；八十年度

嘗試委託由紅十字會辦理，八十一年度增加委託辦理單位，並增加看護、簡易護理、居家護理等服務內容，將服務對象擴及中、低收入戶老人，名稱改為「居家照顧服務」(Home care service) (萬育維、羅詠娜，一九九三)。民國八十三年五月因礙限於「護理法」之規定，「居家護理」部分改由臺北市政府衛生局轄管內各區衛生所協助辦理；民國八十四年三月一日起，配合全民健保居家照護之實施，社會局在避免資源重複使用下，將「居家護理」部分予以停止(黃源協，二〇〇〇；二八六一二八七)。民國八十六年後，居家服務業務自社工室移轉至老人福利科，服務對象以失能老人或身心障礙者為主，完全依照「老人福利法」及「身心障礙者保護法」之規定提供服務。

臺灣省則在民國七十年左右，就有縣市透由志願服務提供老人在宅服務，主要以友善訪視為主(潘玲莉，二〇〇〇)；而臺灣省政府社會處對老人居家服務之推動，則開始於民國七十六年所頒定之「臺灣省推行居家老人服務實施要點」；目前各縣市均有推行「居家服務」業務。高雄市政府社會局則在民國七十一年運用內政部社會司之補助款，試辦透由無酬志工對低收入、貧、孤老人提供到家慰問、精神支持、陪同就醫、提供文書、休閒、個別性等服務，強調「代理母親」之服務特質。民國七十四年十一月則改執行「老人在宅看護服務」措施，採招募看護員方式，經由職前訓練對低收入、長期臥病、

癱瘓在家、六十歲以上之老人提供看護，低收入及清寒者之費用由社會局完全負擔或依案情評定補助，一年最高可補助三十萬。民國八十八年起在強調「家庭化、社區化、志願化」之政號下，改委託民間財團法人單位針對六十五歲以上、身心受損、日常生活功能需要旁人協助之居家或獨居之失能老人提供家務服務、日常生活照顧、身體照顧、友善關懷、及精神支持等服務；而在「居家服務需求」前置評估中，除老人之自我照顧能力、日常生活功能外，將鄰里關係、社會互動、家族聯繫等因素亦一併考量(黃源協，二〇〇〇；二八六一二八七；劉慧俐、張佳琪、黃堃瑀，一九九九；財團法人濟興長青基金會「老人居家服務方案」成果報告，一九九九；施教裕、賴建仲，一九九八)。政府於民國八十六年四月二十六日公布之「身心障礙者保護法」及八十六年六月十八日公布之「老人福利法」中均明確指陳有「居家服務」，而所稱之「居家服務」包括有：居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、居家環境改善、及其他相關之居家服務等內容；但是在「老人福利法」中仍有另稱「在宅服務」者，此亦見於八十六年十月三十日公布之「社會救助法」中。歷年來，針對老人提供之在宅服務、居家照顧、居家照護、或居家服務，雖在北、高二市政府社會局及省政府社會處間一直有著不同之名稱及作為，但全國各公、私立相關單位所辦理之老人居家服務項目與內容，則仍不超脫各法令中所述者。在綜合社會

工作之專業介入程度、服務功能，居家服務之基本意涵、性質、立場、工作內容，及國內相關社會福利法令之規定與用詞，筆者認為採用居家服務 (Home-help service) 一詞較能反映其實務意義。

理論基礎與研究發現

所謂「居家服務」之定義，係指為求使長期罹病，社會生活功能薄弱，需要依賴他人照料，心智障礙，患有精神疾病，或與人溝通、互動有障礙之老人能安穩、自由、獨立在家，而提供所需要之支持性、復健性、預防性、維持性、長期性居住照顧 (Residential care) 服務 (王玠，一九九一)。在此之照顧 (Care) 意指協助、支持、保護、維護尊嚴，即實際之接觸、瞭解、協助、互動、與支持 (周月清，二〇〇〇)；照顧服務包括家事服務 (Domiciliary service)、個人照顧 (Individual care)、社會性照顧 (Social care)、或護理性照顧 (Nursing care) 等。而老人每次被照顧之時間雖均為短時數 (Gelfand, 1988)，但因對照顧老人之家屬而言等於是接受「喘息照顧」(Respite care) 服務，所以老人之家屬也就成爲間接之受益對象 (蕭蔚，一九九一)。有關老人看護、護理部分，因其涉及醫療行爲、技術性護理工作，「護理法」中已明確規定該部分屬由衛生、醫療、護理等相關單位負責。就社會工作之立場而

論，社政單位之居家服務宜將服務重點置於社會性照顧 (Social care) 層面，即居家服務之重點應置於：關懷、心理支持、環境照顧 (Living environmental care)、社會參與、及實際互動方面，以免造成社會資源、人力、服務之重疊、濫用、或根本不見交集而完全被忽視。

西方國家在論述居家服務時，一向會涵蓋兩種意識型態 (王增勇，一九九七)：(1) 以老人生活品質爲中心之人道觀點，及(2) 取代機構照護之成本效益觀點；但在實務施行時，往往爲要節省經費，人道考量反倒成爲其次。就社會支持理論基礎而言，居家服務有兩項支持之理論 (林珍珍譯，一九九六：五三八—五三九)：(1) 持續理論 (Continuity theory)：認爲老化是生活自然化之延伸，爲維持早年之生活型態、角色、及活動，居家服務可協助去除社會之阻力；(2) 社會崩潰或重建理論 (Social breakdown & reconstruction theory)：認爲環境因素會威脅、破壞老人之生活競爭能力，在被標籤爲能力不足之弱者後，老人就成爲依賴者，因此需要居家服務來協助重建老人之生活信心及適應技巧。就照護理論而言，老人在需要長期照護協助時，會依個人情況依序求助，不過在同一時間內往往只會有一位主要照顧者，此爲Shanas (1979)、Cantor (1983) 所提之代替原則 (Principle of substitution)；因此當老人轉向要求居家服務協助時，就是居家服務有代替家屬照顧或機構照護之存在性功能。但是親屬功能性分擔原則 (Principle of

shared functioning kinship) 之說法卻是 (Liwak, 1985) : 老人之需求得由多方面供給, 各協助資源各有其特屬之任務與特色, 居家服務就是老人需求之一項支援資源, 也是對老人家屬之「喘息性服務」(取材自黃孝鏘、吳麗芬、秦燕、游育蕙, 一九九七)。不論從社會支持理論或照護理論角度而言, 居家服務就是在提供老人所需之協助, 以使其等能留在家中或社區中, 維持原本持有之角色與功能, 兼而減輕家屬之負擔。

在臺灣, 劉嘉年 (一九九六 a) 之研究發現: 單身老人或老人之家屬對居家護理之滿意度遠超過對護理之家服務之感受。徐慧娟、吳淑瓊 (一九九八) 之研究也發現: 主要照顧者為媳婦, 老人之家庭為經濟收入較低者、財務負荷較重者, 老人本身之認知無障礙者等, 均有較高之比例表示願意接受居家服務, 而不願入住長期照護機構; 該研究中甚至有二至三成之受調者表示: 入住長期照護機構之當時若有居家服務可供選擇時, 則不會選擇長期照護機構。吳聖良、胡杏佳、姚克明 (一九九一) 之研究也建議: 居家服務可以避免家庭中主要照顧者與老人間之互動關係惡化。根據民國八十六年內政部統計處之社會指標資料顯示: 有九十八.六%之臺灣老人表示寧願選擇居住在自己家中接受照顧 (潘玲莉, 二〇〇〇: 二)。雖然就如臺灣省民對老人照顧需求概況調查 (一九九八) 中所顯示: 年老時雖未必能如願地與子女同住, 但家庭收入、教育程度較低者, 的確較會傾向在家接受照顧服務。中華民國八十八年臺

閩地區老人福利機構需求概況調查報告 (一九九九) 之資料更顯示: 六十五歲以上之老人中, 有近八成五者表示理想之養老方式是居住在家, 有近七成者表示長期照顧仍以家庭式或社區式照顧為優先考慮之選擇。這些研究、調查結果均顯示: 居家服務會是較為貼近其等養老需要之服務方式, 尤以收入較低、教育程度較低者為甚。

在美國, 一九四〇年代末期之研究就已發現: 到宅作醫療照護時, 若能注意社會性因素 (Social factors) 之重要性與影響性, 案主之病況恢復會較快 (Fusco, 1994)。隨著慢性病患之增加, 在國外約有七十一%之長期照護人口, 接受到宅或社區照護服務 (藍忠孚、熊惠英, 一九九三)。另有美國研究發現: 雖然要改善身體功能之效果並不容易, 但老人在接受居家服務後, 在生活士氣 (Morale) 及安寧 (Well-being) 之感受程度上均有明顯之改善 (Weissert, Creedy, & Pawelak, 1988)。Zimmer、Groth-Trencher、McCluskey 在一九八五年所做之研究發現也是雷同, 尤其在老年病患出院後, 居家服務之照顧效果更為顯著 (林珍珍譯, 一九九六: 五四五)。澳洲政府也贊同老人應儘可能住在自己熟悉之居家環境, 因此在一九八六年開始大力推動居家服務 (黃孝鏘、吳麗芬、秦燕、游育蕙, 一九九七)。其他國家如: 瑞典、挪威、荷蘭、英國、加拿大等亦將居家服務定位為常態性之老人福利措施之一; 或有完整之國家政策考量、或完全委託民間機構執行, 或以自由市場取向經

營等等，此些服務措施之效益，也會偶見於在相關研究或文獻中被探討。依照Higgins（一九八九）之說法：約八十%之依賴人口群需要的是長期、定期、全時或計時之居家服務；可見，機構照顧或社區照顧都不是老人們最願意之選擇，只有在「家被照顧（Being cared at home）」才是老人最由衷之選擇。

現況與服務項目

根據中華民國八十五年老人狀況調查摘要分析（一九九七）中所標示之統計數據估算：無法自行料理生活，需要部分或全部依賴旁人照顧或協助之居家老人數，約八十九萬；該調查中約有半數接受調查之老人表示：急需政府提供居家之醫療照顧及相關服務。若依據中華民國八十八年臺閩地區老人福利機構需求概況調查報告（一九九九）中資料所顯示之「六十五歲以上行動不太方便者占十二·五%」來估算，則臺灣現有近二十三萬行動不太方便之老人。然，根據內政部最新公布之身心障礙者人口統計資料顯示（臺灣日報，民國八十九年六月十九日）：六十五歲以上老人佔身心障礙者比例為最高，每一〇〇位老人中就有十二位是身心障礙者（照此估算亦約二十三萬人），其中身心障礙之男性老人佔逾六成。這些身心障礙老人中又以癱瘓症、自閉症、精神病患之成長速度最快。雖然歷年來臺灣所出版與老人生活需求、居住型態相關之研究調查報告

均顯示：接受居家服務之老人數及老人居家服務員數逐年增加（臺南縣政府主計室，一九九九）；施教裕、賴建仲（一九九八）之研究卻指出：民國八十六年時接受居家服務之老人，臺灣省有二、二七二人，臺北市有二、四二二，高雄有二十三人；這比例與國外情況相比較，實是相差太遠。

由於年逾六十五歲以上老人總人口數年年遞增，如此更易推斷需要居家服務之老人亦是隨之而增，可見對居家服務業務之推動實不容怠慢或疏忽。民國八十七年五月七日由行政院院會所通過之「加強老人安養服務方案」中雖強調要「落實老人居住安養服務」，實施「居家服務與家庭支持」，但是方案中所擬通過採行之措施如：全面清查獨居、與配偶同住之老人數，將於鄉鎮、區里設置共四〇〇所社區居家服務支持中心，不願住進榮民之家之榮民將託付由鄰里長、友人、志工照顧並建立照顧人聯繫名冊，加強家庭照顧者相關專業訓練與講習，及辦理喘息服務、臨時或短期照顧；等等，均因經費來源、管制考核等配合要項、指示空泛，進度不明確，而致使執行始終不能見於實際。其實居家服務所針對者均係需要被長期照顧，而又受限於主、客觀因素，不便入住機構，或家庭中乏人照顧亦又不便外出求助者。由於老人通常會有各種慢性病纏身，當長期臥病、癱瘓、身心障礙，兼復生活功能退萎時，家屬在長期擔負照顧任務後，往往會肇致身心疲累，若再屢生照顧者與老人間衝突，或照顧者亦自身罹病纏身，則將心神不堪

負荷，萌生棄念。由此可見，全面推展居家服務之必要性。

雖然政府推動居家服務所持之理由主要為（劉慧俐、張佳琪、黃堃瑀，一九九九）：(1)機構照護不符合老人之期待，(2)老人不願離開長住之社區，(3)結合家庭與社會福利服務之功能，(4)運用地方有關老人福利之正式與非正式資源；但是，居家服務能否針對老人之需求與負擔而照顧得當，則全賴服務措施內容、項目、方法、性質、資源等能否實質減輕（或分攤）家庭對老人之照顧負擔而定（Smith, Caro, & McKaig, 1988）。故，就服務發生之地點與範圍而言，居家服務理應屬於社區性照顧（Community-based care）之範疇（Fellin, 1993；鍾倫納，一九九一）。現階段老人居家服務之推動，主要係依據「社會福利政策綱領」、「社會福利政策綱領實施方案」、「老人福利（修正）法」、「加強推展居家服務實施方案」、「加強老人安養服務方案」、「推動福利優先區實施計畫」、及「臺灣省推行居家老人服務實施要點」等法規辦理。綜觀政府所推行之老人居家服務，內容不是與個人有關之個別需要、與家事服務有關之照顧、與社會生活有關之照顧、就是與醫療保健有關之照護等等；全以短時數照顧為考量，共可分為六大類，有（潘玲莉，二〇〇〇：四、一〇—十二；莊秀美、鄭怡世，一九九九；劉慧俐、張佳琪、黃堃瑀，一九九九；蕭蔚，一九九九）：

(一)家事服務：協助老人日常生活活動、代為處理家庭性事

務，維持家庭生活，如：洗澡、擦澡、洗頭、梳髮、協助如廁或使用便盆及尿壺、排泄物處理、更換被單、更衣、洗補衣物、清洗寢室及盥洗室、打掃住家內外環境、代為烹飪、餵食、協助使用餐具、水電修繕等項目。

(二)文書服務：提供老人有關文字書寫、閱讀、及資訊介紹方面之協助，如：協助獲取福利服務或醫療資訊、福利津貼請領、代寫書信、聯絡親友等項目。

(三)醫療性服務：協助老人取得醫療、衛生、復健等方面之服務，如：床上運動、翻身、坐上及躺下、協助簡易復健工作、協助使用生活輔助器具、按摩、拍背、協助肢體關節活動及側行後退、陪同就醫、督促服藥、特殊護理剪指甲、聯絡醫療機構或護理人員做居家護理等項目。

(四)精神支持：提供老人情緒紓解、精神支持之協助，如：定時拜訪、電話問安、情緒關懷、傾聽發洩生活牢騷與苦悶、交換生活經驗與心得、贊同老人過去之成就等項目。

(五)休閒服務：協助老人外出，參與戶外性或團體性活動，如：陪同戶外散步或運動、陪同從事個別性活動、陪同拜訪親友、陪同參加教會社團／活動、交通服務等項目。

(六)個別需要：針對老人或家庭之個別需要，代辦必要性協助，如：臨託關懷、代為購物、代打電話、代繳水電費、代辦郵政信件、代換健保卡、協助尋求法律諮詢、代申請福利津貼等項目。

只是，政府要規劃之這六類服務，需涵蓋經濟生活、常生活、身體、心理、居家環境、社會關係等層面，此些服務項目真的適合居住自宅之老人？此些服務項目對老人之居家生活真的有所裨助？此些服務項目設計是否均為老人們所要求的？此些服務項目政府均能夠提供嗎？

內涵與訓練課程

居家服務之項目與內容定會涉及社會照顧 (Social care) 層面及健康照顧 (Health care) 層面；此兩層面之功能與實務意義，係各自於到宅服務 (情緒支持、身體照顧、家事服務、及生活照顧)、個別看護 (依家屬或老人要求之護理性、經常性生活照顧)、居家護理 (病情穩定有長期性護理需求，在由醫護人員定期到訪、持續照顧) 等領域中各司所長、發揮功能，均為居家服務內涵組合之必要成分 (劉嘉年，一九九六 b)。所謂社會照顧是指關懷 (Caring about) 與照料 (Caring for)，協助解決輕度失能老人在生理、心理、情緒、及社會等方面之需要、問題、及適應；目的是短期性或短時數協助老人在居家環境中能運用社會資源，獲得支持性、關懷性、生活性之服務 (王增勇，一九九九；楊培珊，一九九九)。所謂健康照護是針對失能程度較重之老人在醫療、衛生、保健、護理、衛生教育、及復健等方面之基本性、預防性、長期性照護需要

與問題，提供諮詢指導、技術協助、簡易護理復健、緊急處理等服務，目的是協助老人獲得適當之連續性醫療照護服務，也就是看護 (Taking care of)。

不論是專職或兼職之居家服務員 (Home helper)、志工人員、或是服社會福利役之士兵，其間之差別僅在於工作人員身分之非專業、半專業、專業性、或現役軍人；其所提供之居家服務內容與品質斷不能有所違異。故對居家服務人員之專業素養、服務能力、服務品質、自主權限等要求，需透由定期之訓練予以維持，使服務差距盡量減縮，才能達到適合老人需要，及社會責信 (Social accountability) 所注重之品質保證 (Quality assurance)。就目前擬於全國推展居家服務之狀況看來，除需對居家服務人員提供必要之進行性工作督導 (On-going service supervision) 及定期工作評鑑或檢討 (Periodical service evaluation or review) 外，課程訓練雖因服務對象、負責單位之不同而得作適當之調整，訓練過程與方式仍不脫職前及在職 (可含初階、進階) 兩階段。綜合民國八十六年四月十日內政部委託紅心字會出版之「居家服務實務與技術」、民國八十七年三月十七日內政部頒訂之「加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容」、民國八十七年五月七日行政院會議通過之「加強老人安養服務方案」、民國八十八年四月內政部委託紅心字會出版之「居家照顧服務經營管理實務須知」、民國八十九年訂定之「社會役男專業訓練及服勤管理

作業計畫(草案)」中有關居家服務人員之訓練課程相關規定與要求，必要之訓練課程內容應至少包括下述：

(一)社會照顧 (Social care) 方面：根據受訓者之資歷施以兩方面之訓練——

1. 通識訓練課程：老人生、心理特質之基本認識，身心障礙之基本認識，與老人溝通之技巧，老人福利相關政策，同理心訓練，老人問題與服務，居家照顧與機構照護，人際關係與衝突調適，工作守則與服務記錄之撰寫，壓力調適與情緒管理，社會資源與法律轉介服務等。

2. 技術訓練課程：老人虐待之認識，社會服務技巧，專業關係與服務倫理，服務相關法律議題，與痴呆、中風、及脊椎損傷老人之相處，居家服務危機或衝突處理，案例研討，實務見習等。

(二)醫療照護 (Health care) 方面：根據受訓者之資歷施以兩方面之訓練——

1. 通識訓練課程：協助用膳與用藥安全，家務處理，老人常患慢性病之認識與照護重點，「高齡者身心障礙」模擬體驗，營養與特殊飲食，生命徵象之認識與測量判讀，身體活動機能與運動，一般照護技術等。

2. 技術訓練課程：疾病感染之預防及控制，冷熱敷之應用，照護技術，簡易復健及物理治療，家庭意外與急救處理，安寧照顧之認識，休克及心肺復甦術，生活輔助器具之使用技

巧，異物梗塞之處理，特殊照護技術等。

上述訓練課程應有統一之內容及大綱，以避免在全國各地分別訓練時因授課老師之不同，而出現多頭馬車、各自行事之局面，致使品質不一之現象產生。單只對老人提供居家服務並非足夠，有些日常生活必需，如：水電修繕、粉刷房屋、交通或運輸協助、陪同就醫、大小便處理、個人衛生維護及洗澡、環境清潔與家務處理等，常會因訓練課程無法全面兼顧而需由業務執行或督導單位視情況而隨時加訓。居家服務課程雖可望在一致化下確保授課品質，但要能確定訓練效益，則得在訓練結束前對受訓成員施以筆試及實務技術考試合併之測驗或檢核；不過關者，得再次接受檢核，直至通過為止，方能授予結業證書(建立居家服務人員認證制度可行性評估，一九九九年)。由於目前居家服務之推展並未趨完整性、全面性，日後當居家服務與服務對象之契合更能貼切之際，訓練課程設計則仍要視服務對象之差異性與特殊性，再作調整。

相關議題之討論

既然對心智喪損、疾病纏身、長期癱瘓、或身體殘障老人提供居家服務能顯著地影響其等對生活之認同 (Norman, 1998)，在決定誰才是真正需要居家服務之老人，宜應採納 Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, 及 Jaffe (1963) 等人設計

之進食、沐浴、如廁、穿衣、移動、大小便控制等六項基本日常生活活動 (Activities of Daily Living, ADLs) 能力，炊事備製、家事處理、洗衣、使用交通工具、逛街購物、使用電話、自行車藥、處理財物等八項輔助性日常生活活動 (Instrumental Activities of Daily Life, IADLs) 能力，及需要依賴他人之程度一併判斷 (沈淑芳譯，一九九六：Vandrou, 1992)。對於認知之評估，可參考一九八七年出版DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.) 之老年失智症診斷標準來判斷老人之認知功能，包括：記憶、空間定向、語言、情緒、社會反應等向度；凡有記憶方面問題及其他向度之任何一項認知功能問題者，即可判斷為有認知功能障礙 (徐慧娟、吳淑瓊，一九九八：三二八)。對於身體失能程度 (Functional Impairment Level, FIL) 之判斷，則可以合併ADLs與IADLs來作鑑定，建議可分成五級，級數越高、失能程度越嚴重：「第一級」：ADLs與IADLs均無障礙；「第二級」：ADLs有一、二項障礙，IADLs有四項以下障礙；「第三級」：ADLs有一、二項障礙，IADLs有五項以上障礙；「第四級」：ADLs有三、四項障礙；「第五級」：ADLs有五項以上障礙 (徐慧娟、吳淑瓊，一九九八：三二八；鍾倫納，一九九一：一〇二)。有預先決定之衡量標準，才能判斷老人需要依賴他人照顧之程度，並估計出每次需要被照顧時間之長短，或是否需要長期被照顧？居家服務主要是輔助老人生活起居之

能力，而對老人生活能力之評量就是判斷其等失能之性質與程度；透由評量工具 (Measurement instrument) 之協助，不但有助於制訂居家服務之計畫，更可持續地掌握失能及需要被照顧之遞變。

只是不同年齡、不同健康狀況、居住不同區域老人之需求焦距 (Focus)、居家服務人員之職責歸屬及劃分、及工作運作流程之異同等，卻往往易使服務之分工或共事出現交叉重疊、個別發揮、不相干擾、互排推讓之情形；因而如何詳細規劃前置作業，以規避弊病肇生，當為確切執行得宜之要件。社工人員在為老年案主設計照護管理 (Care management) 計畫時，應以案主為中心，分別從家庭環境、社會、心理狀況、健康狀況等四項要素來作照顧規劃 (吳淑如、邱啓濶，一九九七)。但在對老人提供居家服務之前，社工人員需進行事前綜合服務需求評估 (Pre-service comprehensive needs assessment)，先瞭解老人之年齡、身體功能、行動能力狀況、罹病狀況、婚姻狀況、家庭關係、可用之照護資源、經濟收入、教育程度、個人接受居家服務之意願、被照顧方式之偏好、照顧時間之安排、思考清晰之程度、身心障礙程度、居住狀況、付費意願、家庭照顧使用狀況等背景因素；再配合醫療診斷資料，包括：醫療照護使用量、疾病數、營養狀態、家庭環境、社會支持狀況、藥物服用狀況、生理檢查狀況、社會心理狀況、受虐狀況等，以決定老人需要何類之居家服務 (徐慧

娟、吳淑瓊，一九九八：三二八；章殷超、李宇芬，一九九七c：二〇九；林珍珍譯，一九九六：五四〇）。居家照顧評估在過去一直被批評為：全以機構願意提供之照顧服務項目為主要考量，全然忽略應以老人之利益為取向；就此方面，評估者要注意的是：要確定何者才是老人真正所需之居家服務？多久之後還要再作一次檢核評估（Re-evaluation）？在居家服務之過程中，最易引起質疑者為服務品質之議題；劉嘉年（一九九六b）建議可從三方面來判斷：結構（是否有完善之服務規畫再交由服務人員去執行？服務技術之訓練狀況？）、過程（服務工作有否明確之權責劃分？工作人員服務態度為何？服務人員與老人或家屬互動、溝通之狀況為何？）、及結果（老人主觀之整體服務滿意度為何？家屬照護負擔改善狀況為何？）。

在標榜正常化（Normalization）、整合化（Integration）之福利論調下，居家服務本可為案主由下往上之縱向福利服務要求（蔡宏昭，一九八七），但其卻未必如一般所想像之「老人在社區內或家中被照顧之費用，會較機構照護之費用為低」（Kovar, 1986）。除非居家服務之各項有形、無形總花費之平均單位成本（Unit-cost）較機構照護之平均單位成本為低；否則所謂之費用負擔是指由政府、家庭、或民間團體來負擔；通常某方負擔較少，另方之負擔就勢必增多。對居家服務之成本估算，定要從巨視（Macro）、微視（Micro）兩層面來分析（劉嘉年，一九九六b：八一—一〇）：巨視層面係針對服務系統成

本之估算，是概算居家服務政策之執行成本；微視層面係針對服務方案成本之估算，是概算居家服務計畫之成本。一九七〇年代之美國，本擬以擴張居家服務之對象與內容來減少民衆對機構照護（Institutional care）之依賴及使用，進而達到降低醫療費用之目的；但在一九八〇年代初期，卻發現：由於對使用機構照護之高危險人口群之確認不易掌握，機構照護供需失衡，在單向考量之擴張居家服務情況下，反使照護費用不減反增；尤其只願住家、不願住進照護機構之老人在較欠缺社會資源支援之情況下，生理失能程度更形嚴重。也就因老人對居家服務多元化之要求，才使得照護費用成本不降反升，且不亞於機構照護之成本，並形成相關之居家服務項目只能互補而無取代之功能或效用，完全不符合成本效益（劉嘉年，一九九六a）。劉嘉年（一九九六a）之研究指出：在臺灣，居家護理之平均每人／月總照護成本是二〇、五八六元，護理之家之平均每人／月照護總成本是二八、四八四元。當今，臺灣之居家服務處於方興未艾之際，尚未出現居家服務之成本高過機構照護成本之現象；對於本需要長期住進護理之家（Nursing home）卻只願留住家中之老人，雖然留在家中比較有舒緩生活壓力之空間，但由於身體失能狀況嚴重，所需要者卻為擴展性居家服務（Extended home care services）或混合性多元照顧服務（Mixed care service）。即，老人對家事服務、個人看護、及居家照護等服務之需求，是包括個人性、家庭性、社區性之整體

性、連續性、綜合性服務，而非僅僅為家務管理服務。所以，如何長期維持居家服務成本之降低，兼顧成本效益，是日後推動居家服務主要課題之一。

除使用者付費或政府補助為經濟性考量點外，居家服務之執行人力亦為攸關成敗之關鍵。一般對人力來源之看法及作法總習慣委由志工們執行，但是多年來各項交由志工人員執行之業務，效果不但不彰，其間所產生之人員素質、招募、訓練、督導、經驗、高流動率、服務品質等問題，卻往往肇致無法控制、適得其反之下場（陳美星，一九九四）。學者或實務界人士對「減低服務人員流動率、以減輕老人被照顧之適應困難」之建議是：居家服務人員應為給薪制（建立居家服務人員認證制度可行性評估，一九九九；蔡啓源，一九九九；中央社會福祉審議會，一九八二）。就專業標準、服務效益、人事管理立場而言，居家服務人員若以全職雇用，應可在不同時間內對個別住家老人提供短時數服務；而居家服務人員在能享受工作保險、工作保障、工作津貼等條件下，流動率自然降低，服務品質也易由工作監督單位所掌控。另，政府已於民國八十九年七月一日起將部分役男規劃為可依規定申請替代役，從事社會服務工作；在兵役來源固定、成員差距少之條件下，機制篩選、集中訓練，再分發至需要之縣市或鄉鎮服役。在兼顧素質平均，服務品質易於整合、掌控、與管理，行政單位可支援經常性經費等條件下，政府實應優先考慮將替代役人力撥付執行老

人居家服務，以落實居家服務之地方性供需均衡（黃源協，一九九 a）。只是社會福利役士兵仍大多數為非經過專業訓練者，相對之下，對社會服務役之督導人選要求，當以社工專業標準為考量，並由現有之資深社會工作督導擔任為宜。

政府向來鎖定單身居家、低收入戶、清寒戶為居家服務之主要服務對象，而一直忽略了非低收入，聯外交通不便、居住鄉村、郊區、或山區之老人才是真具代表性之人口群（Barnes, 1997）。個人、家庭是否需要長期照顧之協助，與家庭或老人之經濟狀況較無直接關連，是與人類生理必然老化、身體必會衰敗、單身、無親友側身、乏人照料有關，也與老人是否知道居家服務之存在，是否知道如何去利用有關（張麗珍，一九九五；中華民國老人狀況調查報告，一九九四）。在居家服務傳送過程中，政府若不能對所有老人提供平等被照顧機會（Equal opportunity of being cared），則是明知其等有所需要，而不去提供服務；這對非低收入老人們而言，是另類之歧視（Discrimination）、對待不平等（Unequal treatment）、資源分配不公平（Unfair redistribution of resources）、及社會性拒絕（Social rejection）。就老人、家屬納稅之立場而言，政府有罔顧社會正義（Social justice）原則、未盡照顧資深國民義務之嫌。其實不只住家之老人，就連仁愛之家、老人長期養護機構，老人安養中心、或其他類型之老人機構等也都需要居家服務之多方協助。截至目前，老人居家服務已衍生不少弊病（施

教裕、賴建仲，一九九八；王增勇，一九九七；于曉雲，一九九六；鍾倫納，一九九一）；各縣市所施行之服務有關對象資格、項目、內容、時數上下限等規定不一，人員培訓、證照核發、收費標準等呈現凌亂、各自發展、缺乏協調、資源重複浪費等現象，常使老人及其家屬為尋求服務而奔波於各服務機構之間。另外尚有：各級政府應分攤多少比例之業務經費、服務工作未成制度體系、服務要求標準不一、法制規定不周全、工作職責劃分不清、服務人員離職率高、服務盲點極多等狀況，甚至有老人完全依賴「專人服侍」，拒絕自力可負責之部分等；凡此種種均使居家服務之全面推動，障礙重重。故而各縣市政府應要因地制宜，對轄區內老人需求要掌握準確，以便隨時作政策性、地方性之修正或調整居家服務業務內容。居家服務需有完整性之規劃後，始能透由方案整合、資源整合、資訊整合、案主整合等方式施行，而能勵行政策、周延服務，並避免民間福利機構缺乏質、量之偶發性、即興式居家服務提供現象（建立居家服務人員認證制度可行性評估，一九九九；施教裕、賴建仲，一九九八）。

近幾年，呼籲「社區照顧」之專文、報導、論著常見於報章雜誌、學術刊物中；姑不論眾家言論所側重或期待「由社區照顧」意指之共通真諦為何，只是「在家照顧」¹¹「女性家屬照顧」已成為家庭成員間職責歸屬之社會性爭議（Social issue）（黃源協，二〇〇〇）。那麼，居家服務可否為家庭成員長期照

顧老人之勞煩解套？公立部門、私立部門（營利及非營利部門）、企／商業部門、非正式部門、志願服務部門、宗教部門、及家屬間應就居家照顧服務如何分工配合呢？社政單位從實施「在宅服務」到「居家服務」，雖已經歷逾二十年光景，但除有北市、高市「居家服務」幾份小型研究調查外，有關整體之規劃、實施成效一直未見示於大眾；以致有些專業性問題，一直未見得解，有：服務效率與阻礙（Service efficiency and hindrance），照顧疏忽與失當（Inadequate care），服務效益或影響（Service effect or impact），服務適當性（Service adequacy），服務輸送（Service delivery），服務品質（Service quality），服務人員素質（Proficiency of service helpers），服務人員之管理與督導（Management and supervision to service helpers），老人之生活滿意（Elders' life satisfaction），生活品質改善（Betterment of living standard），社會資源網絡（Social resource network）之整合、建構與運用，居家服務規劃與評鑑，訂定合理之服務收費等等。根據二〇〇〇年四月中旬NHK晚間七點新聞之報導：日本早在一九九七年十二月十七日就已通過介護保險法（長期照護保險法），雖經過一年三個月之準備，並在二〇〇〇年四月一日起全國實施，卻仍有十七％之老人人口群無法確切掌握，以致在提供介護服務時，有無法全面實施之缺失。可見全面清查老人人口群特質，將居家服務之基本性問題予以分類與定位，充分準備後才能全面推廣適

宜；基本性問題包括：女性老人之平均壽命較男性為長，是否更需要居家服務？各高年齡層之人口結構為何？其各所需要之居家服務類別、項目為何？服務項目是否有優先次序？由誰來從事居家服務最適宜？在提供過程中會有何困難？等。老人居家服務的確需要整合性之籌備與佈局，才能對長期需要居家服務之老人，照顧得體、發揮功能；也就是要或從整體供給面來衡量整體服務之需要量，或由多元需求層面來劃分居家老人之不同需求所在（施教裕、賴建仲，一九九八）。

民國八十五年底，臺灣已有八十二家立案之醫療相關單位及民間機構成立居家照顧網絡（Caring network），執行居家照顧服務事業。但是這並非意味醫療、衛生公立相關部門可推離共事之行列，也不意味著照顧網絡具有活化居家服務之潛力，而是當成「支持網絡」（Supporting network）之組成（王玉女、楊清姿、徐亞瑛，一九九六）。既然居家服務之執行一直被期待要充分推展、開發、及運用社會或地方資源，以形成「服務網絡」，由此醫護界之成功實例看來，政府在求取全面滿足老人對居家服務之需求時，實應加快腳步、責成社政單位早日開放並鼓勵民間團體結合社會服務與醫療照護之理念，從事老人居家服務業務之經營（蕭蔚，一九九一）。政府只要負責：訂定評鑑標準或考核指標，計算居家服務成本，確定經費補助制度及對象，建立服務人力登記、支配、薪資、福利等職業制度，核發執照及簽訂合約等事項，純然處於監控服務品質

之督導立場，自然凡事不用鉅細涉獵，以杜絕心有餘力不足或不具效率之舊弊。居家服務之推動能否正常維持，自然涉及費用問題；有關醫療照護收費標準給付項目，可參考美國之運作模式，完全針對護理性居家照護服務及醫療輔助器材提供給付（劉嘉年，一九九六b）。有關社會照顧部分，則可參酌日本之作法：訂定並通過「長期介護保險法」，規定中央及地方政府、受益者、受益者就職單位等，以月付保險費方式累進基金，俟日後年老在需要居家服務時，就可享受被照顧之權益。

結語

無庸置疑地，對老人有關醫療、矯治、復健等方面之基層健康照護（Primary health care），實非社工人員、受過訓練之志工、或社會役士兵所可勝任，但若與各地區之衛生所合作，卻可以彌補其中之差距（Gap）。鍾倫納（一九九一）認為：居家服務是在減少不必要之醫療服務，當其能擺脫「醫療化」（Medicalization）之影響後，也就能直接衡量、評鑑照顧之需要與成效。但要對住家老人提供適切之居家服務，社會照顧及醫療照護是得同時進行；只是居家服務是否會取代原本老人可自理之生活內容，助之卻反而害之呢？若家屬也放棄原應擔負照顧老人之責任，全然依仗居家服務二十四小時之介入呢？這些可能帶來之負面效果，需事先預防。居家服務若可綜

合家庭健康協助、復健服務、生活照顧、家事服務、心理支持等項目，整合不同科技，發展成多方位、團隊工作 (Teamship)、慢性照顧模式 (Chronic care model)，劃分社

福、醫護人員之職權、責任，分工執行，或許易於產生功效 (章殷超、李宇芬，一九九七a；萬育維、羅詠娜，一九九三)。儼如周月清 (一九九六) 所說：為支持被照顧者能在自己家庭中生活，或讓生活在長期照護機構中者能回歸到家庭、社區中，過正常之生活，則必須發展對家庭之支持性服務，以支持並協助家庭有照顧老人之能力。對需要長期照顧之老人而言，居家服務有其普遍存在之必要性、被需要性、及務實性；問題是如何方能在各方資源支援情況下，長期地針對老人提供適切的居家服務，並確切地改善老人在接受照顧後之生活品質？在居家服務過程中是否需要完整之個案管理或照顧管理，以兼顧老人之生理、心理、情緒、生活、社會等方面之需求呢？從既往各類社會福利服務提供之經驗及成效判斷，居家服務之執行能否得當，受行政因素之影響甚鉅；故而就長遠推動之效率與效果而言，在行政上如何擬妥完整計畫、如何定期個案追蹤、如何進行服務效益評鑑、如何具體提昇居家服務人員之素質、……等等，都將左右著居家服務之成敗。另，居家服務要如何與「地方福利化」相結合？居家服務是在滿足老人之需求，抑或誘發家庭之需求 (黃源協，一九九九b)？居家服務工作中之性騷擾問題應如何防範 (楊培珊，二〇〇〇)？或居

家服務人員有違反專業倫理之行為應如何處理？如何建立居家服務契約制度？如何確定居家服務之公私界分 (王增勇，一九九九)？等議題，也都有待被一一探討。

(本文作者現任東海大學社工系教授)

◎參考書目：

【中文部分】

于曉雲 一九九六 福德平價住宅在宅服務之探討 福利社會

五十七期 頁八〇—八十五

王玉女、楊清姿、徐亞瑛 一九九六 居家照護服務及臺灣的現

況 長庚護理 七 (三) 頁八〇—八十五

王玠 一九九一 老人在宅服務理念與趨勢—鳥瞰我國施行現況

紅心會訊 八 頁十四至十五

中華民國八十五年老人狀況調查摘要分析 一九九七 臺北

內政部統計處

中華民國八十八年臺閩地區老人福利機構需求概況調查報告

一九九九 臺北 內政部統計處

王增勇 一九九七 殘補式或普及式福利—臺北市居家照顧政

策的抉擇 社區發展 八十期 頁二一三至二二二

王增勇 一九九九 居家服務的規訓機制 關懷全國老人終身

教育與獨居照護研討會論文 東海大學 臺中

臺灣省民對老人照顧需求概況調查 一九九八 中興新村 省政

府社會處

- 沈淑芳譯 一九九六 老年案主評估 李開敏、王玠、王增勇、
萬育維等合譯 老人福利服務 頁五十一至八十五 臺北
心理。
- 吳淑如、邱啓潤 一九九七 居家照護病患照護問題相關因素
之探討 護理研究 五(三) 頁二七九至二八九
- 吳聖良、胡杏佳、姚克明 一九九一 臺灣地區居家照護老人
主要照顧者負荷情況及其需求之調查研究 公共衛生 十
八(三) 頁二三七至二四八
- 周月清 一九九六 心智發展障礙者家庭在宅服務方案之評估
研究 東吳社會工作學報 二 頁一八三至二〇八
- 周月清 二〇〇〇 英國社區照顧：緣起與爭議 臺北 五南
- 林珍珍譯 一九九六 住宅 李開敏、王玠、王增勇、萬育維
等合譯 老人福利服務 頁五〇三至五三三 臺北 心理
- 社會生活 二〇〇〇年六月十九日 臺灣日報 十一版
- 建立居家服務人員認證制度可行性評估 一九九九 臺北 中
華民國老人福利推動聯盟
- 施政指標 一九九九 新營 臺南縣政府主計室
- 施教裕、賴建仲 一九九八 老人居家服務現況及整合之探討
- 社區發展 八十三期 頁七十四至九十一
- 財團法人濟興長青基金會「老人居家服務方案」成果報告 一
九九九 高雄 高雄市政府社會局
- 徐慧娟、吳淑瓊 一九九八 提供社區式家庭支持方案能否減
少機構式長期照護服務之使用意願？中華衛誌 十七(四)
頁三二六至三三六
- 章殷超、李宇芬 一九九七 a 居家照護(一)——居家照護的
理論 基層醫學 十二 九 頁一六六至一六八
- 章殷超、李宇芬 一九九七 b 居家照護(二)——歷史沿革與
我國發展 基層醫學 十二(二〇) 頁一九〇至一九四
- 章殷超、李宇芬 一九九七 c 居家照護(三)——家庭醫師與
居家照護 基層醫學 十二(一一) 頁二〇八至二二〇
- 黃孝鏘、吳麗芬、秦燕、游育蕙 一九九七 老年人自我照顧
能力及家庭照護之初步探討 社區發展 八十期 頁二三
三至二四一
- 黃源協 一九九九 a 社會福利役管理原則之規畫 臺北 內
政部社會司
- 黃源協 一九九九 b 福利社區化的迷思與省思 社區發展 八
十七期 一二二至一三四
- 黃源協 二〇〇〇 社區照顧：臺灣與英國經驗的檢視 臺北
揚智
- 張麗珍 一九九五 臺中縣市腦中風病患家庭對照護方式接受
性之探討 東海大學社會工作研究所碩士論文 臺中 東
海大學社會工作研究所
- 張秀卿 一九八七 a 臺北市老人在宅服務與社會工作人員之

- 角色 社會建設 六十一期 頁四〇至四二
- 張秀卿 一九八七b 老人在宅服務工作實務 社會建設 六十期 頁三六至三九
- 陳美星 一九九四 如何運用志願人力推廣在宅服務的效益 社區發展 六十五期 頁四二至四四
- 陳淑敏 一九九二 在宅服務的策略與取向 社區發展 五十八期 頁一八四至一八七
- 莊秀美、鄭怡世 一九九九 獨居老人的社區化處遇探討 東海社會科學學報 十八期 頁五七至七二
- 楊培珊 一九九九 社會福利役專業訓練課程及教材之規畫 臺北 內政部社會司
- 楊培珊 二〇〇〇 女性居家照顧服務員工作中遭受性騷擾之經驗探討 臺大社會工作學刊 二期 頁九七至一四九
- 萬育維、羅詠娜 一九九三 臺北市居家照顧服務人力資源之探究 社區發展 六十二期 頁三四至四二
- 潘玲莉 二〇〇〇 基隆市老人居家服務之評估研究 東海大學社會工作研究所碩士論文 臺中 東海大學社會工作系碩士班
- 劉嘉年 一九九六a 長期照護經濟評估 空大生活科學學報 二期 頁二六九至二八五
- 劉嘉年 一九九六b 臺灣失能老人居家照護服務之探討 空大生活科學學報 二期 頁八七至三〇三
- 劉慧俐、張佳琪、黃堃瑀 一九九九 高雄市老人在宅服務利用情形之分析 社區發展 八十七期 頁二四八至二五三
- 蔡宏昭 一九八七 老人在宅服務之理論性探討 社會建設 六十一期 頁二八至三五
- 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 八十五期 頁二二四至二二五
- 鍾倫納 一九九一 老人社區照顧需要的量度 社區發展 五十五期 頁九八至一〇四
- 蕭蔚 一九九一 老人居家照護的需求分析 社區發展 五十五期 頁六四至七三
- 藍忠孚、熊惠英 一九九三 臺灣地區長期照護服務之現狀及其問題 護理雜誌 四十期 (三) 頁一五至二四
- 【日文部分】
- 中央社會福祉審議會 一九八二 當面の在宅老人福祉對策のあり方について 月刊福祉 六五(九) 頁八五
- 太田貞司 (一九九五)。在宅ケアの條件。東京：自治體研究社。
- 【英文部分】
- Barnes, N. D. (1997). Formal home care services: Examining the long-term care needs of rural older women. *Journal of Case Management*, 6(4), 162-165.
- Cantor, M. H. (1983). Strain among caregivers: A study of

- experience in the United States. *Gerontologist*,23,597-604.
- Eyndrou, M. (1992). Challenging invisibility of careers: Mapping informal care nationally. In F. Iaczkco & C. R. Victor (Eds.), *Social policy and elderly policy* (pp. 1-29). Brookfield, CA: Avebury.
- Fellin, P. (1993). Reformulation of the context of community based care. *Journal of Sociology and Social Welfare*,20(2),57-67.
- Fusco, R. (1994). Home care: An emerging solution to the healthcare crisis. *Hospital Topics*,72(4),32-36.
- Gelfand, D. E. (1988). The aging network: Programs and services (3rd ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Higgins, J. (1989). Defining community care: Realities and myths. *Social Policy & Administration*,23(1),3-16.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illinois in the aged--The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kovar, M. G. (1986). Expenditures for the medical care of elderly people living in the community in 1980. *The Milbank Quarterly*,64(1),100-132.
- Litwak, E. (1985). Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems. New York: Guilford.
- Norman, A. (1998). Losing your home. In M. Allott & M. Robb (Eds.), *Understanding health and social care: An introduction* (pp. 75-79). London: SAGE.
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *Gerontologist*, 19,169-174.
- Smith, M, J., Caro, F. G., & Mckaig, K. (1988). The role of home care service in family care of developmentally disabled children: An exploratory study. *Home Health Care Services Quarterly*,9(12),117-134.
- Weissert, W. G., Cready, C. M., & Pawelak, J. E. (1988). The past and future of home and community-based long-term care. *Milbank Quarterly*,66(2),309-388.