

殘補式或普及式福利？

——台北市居家照顧政策的抉擇

王增勇

中文摘要

台北市政府去年刪減低收入戶居家服務時數的上限由每週每日四小時減為每週十二小時，刪減服務的政策執行後，引起受託的民間機構高度反彈，因而引起政策上的爭議。本文嘗試著釐清政策爭議的焦點，並批判政策背後的殘補式思考模式及其建構過程。作者認為決策者狹隘定義居家服務為短時數服務，重蹈西方專業利益糾葛不清的專業情結，不但否定了案主需求的差異性並妨礙了護理專業進入居家服務之體系。台灣的居家服務尚處發展初期，實應避免將服務分割，政府決策者不應為了短期的節省開支而導致長期的資源浪費。歐洲國家居家服務之發展經驗顯示一個有效率又便宜的社區照顧是可能的。綜合文獻，歸納整理分析西方居家服務的發展趨勢後，提出對台北市居家服務政策之建議。本文總結認為，如果我們真的要促成台北市居家服務的突破，民間團體需要建立足夠的社會共識和民意基礎，才能真正地落實普及式福利的理想。

Abstract

The recent decision to reduce the limit of home care service from 24 hours per week to 12 hours per week for the low-income frail elderly persons in Taipei City has caused conflicts and controversy among the service recipients, contracted service providers, experts, and public policy makers. The residual thinking underlying the government policy is critically examined and deconstructed. It is argued that policy makers are reinforcing the unnecessary professional division between social work and nursing, and are short-sighted for short term cost saving without awareness of long term loss. The European experiences, usually based upon a universal model, provide an alternative and demonstrate that an efficient and affordable long term care system is possibly applicable. Besides, the constraints within the current home care system of Taipei City are completely identified and the measures toward a universal home care system for Taipei City are also presented. This paper concludes with a plead that a shift from residual to universal mode of thinking requires efforts of coalition built among voluntary groups to form a solid political base to support a policy as such.

一、前言

民國七十二年，台北市政府首先在社區社福中心推動居家照顧服務，以低收入戶老殘為對象，對於提昇老弱貧戶在社區中之生活品質，貢獻良多，是落實社區照顧之主要基石。民國七十九年，為突破政府精簡人事的政策限制並擴大服務容量，更首創委託民間慈善機構辦理，受託單位也由最初的一家增至四家，成為各縣市政府委託民營的觀摩對象，使得居家照顧服務得以脫離以志工為主要人力、缺乏專業督導、服務不足且不穩定的窘境，逐漸建立專業督導管理及專職人力的服務制度。民國八十一年，更將服務對象由低收入戶擴大到最低生活標準一·五及二·五倍之中低收入戶，同時也由原先的家事服務擴大到臥床者的看護服務。但服務時數的上限由起初的每週每日八小時，逐年降至每週每日四小時。去年更刪減至每週十二小時，因而引起政策上的爭議。本文嘗試著釐清政策爭議的焦點，然後整理分析西方居家服務的發展趨勢，最後提出對台北市居家服務政策之建議。本文的資料主要來自筆者在一九九七年一月至四月間在台北進行居家服務研究時的觀察與訪談內容。

二、政策爭議的焦點

為了提昇居家服務體系的效能，市政府自去年成立專案小組檢討現行居家照顧服務體系。在分析單位成本效益時，小組發現六年來預算呈現穩定成長，但接受服務的個案總數並未增加；換言之，

扣除物價指數增加後的預算增加只代表著平均每人的服務量增加，並不代表著受惠人口的增加。雖然這正好反應了近年來居家照顧服務由短時數的家事協助等社會支持性服務、擴大至長時數的身體清潔等看護服務的政策走向，但這樣的結果被專案小組解讀為社會資源過度集中於少數人身上。因為三分之一的個案是每日密集地使用居家照顧，因而被認為違反了社會公平正義原則。進一步分析發現，這三分之一的案主群又以脊髓損傷的年輕殘障者為多。這些年輕的脊髓損傷者不僅將密集地使用居家服務，更將長期使用此項服務到其年老，而導致政府財政負擔，剝奪了他人使用居家服務的權利。在進行深入個案分析後，小組認為是市政府社區社福中心的社會工作人員未善盡個案管理者的「把關」工作，任意以居家服務去滿足案主之要求。尤其當案主態度較強硬時，社工具常屈於案主壓力，依其要求提供長時數的服務，以致服務的濫用。為了要縮減長時數的個案人數並迫使社區社工具發揮個案管理者的功能，小組決議將每週服務時數設上限為十二小時，並要求各社福中心檢討超過上限的個案，同時以個案研討會的方式輔導社區社工具如何縮減服務。決策背後的理念是，基於個案管理的精神，案主的需求應被多元化的資源所滿足，失能者的照顧不應只依賴政府的居家服務。其次，刪減服務的另一項用意是要刺激其他社區服務的產生，即案主的照顧需求若未被滿足，可藉由案主或社工具的倡導，去激發其他服務的產生，例如脊髓損傷者的團體之家（Group Home）。案主的犧牲被視為整體社區服務發展過程必要的陣痛，如此才能刺激案主的非

正式資源的產生，或其他公部門的回應。藉由縮減服務，市政府希望能有更多中低收入戶使用服務。

刪減服務的政策執行後，引起受託的民間機構高度反彈，因為被刪減的服務多半是要求案主降低其生活品質、或要求家屬承擔更多責任，而原先期待社區社工員結合更多正式資源並未普遍發生。

其次，服務的刪減造成服務人力的不穩定、以及機構的虧損，因為服務時數被刪減一半表示服務原薪資的減半，許多服務員因而必需另覓他職；在若干以納編服務人力提供服務的機構，則造成服務員空班的增加，成本必需由機構吸收。因此三家受託機構越過正常行政業務管道，聯名向社會局局長陳情，要求重新檢討該項決策。陳情書中反對縮減時數之理由有以下四點：

第一，「資源集中」說是齊頭式假平等，非真平等。

真正的平等是每一份資源的使用都用在真正需要的人身上，而不是每一個人都接受相同的資源。失能程度高的老殘者使用較多的社會資源本就是正當且應該，怎能說資源集中而違反社會正義？這就如同說，殘障者使用比平常人較多社會資源是違反社會正義的公平原則，是齊頭式的假平等一般。

其次，以脊髓損傷者年紀尚輕，若長期依賴居家照顧，將形成政府財政負擔的說法，是錯把脊髓損傷者之平均餘命比為常人之平均餘命，而忽略了脊髓損傷者由於長期癱瘓缺乏運動、身體抵抗力弱、排洩系統容易感染受損，或身體皮膚容易產生壓瘡，導致截肢

，甚至感染敗血症等因素，造成脊髓損傷者之平均餘命遠較常人短的事實。

第二，居家照顧是提供適時適量的照顧，使老弱者能在家庭及社區的協助下過著獨立自主且健全的生活，不必然界定於短時數之服務。

西方社區照顧的發展經驗中，最大的問題是老殘者所需的服務項目各自發展、缺乏協調、資源重複浪費，致使老弱者及其家庭疲於奔命各服務機構間。居家服務依社工及護理專業的區隔，各自發展以短時數之家事協助、陪同就醫等社會支持性服務及長時數之身體照護、復健等看護服務。為了提高服務的行政效率，居家服務的發展趨勢以專業整合、服務多元化，及案主需求為中心為目標。台灣的居家服務尚處發展初期，實應避免將服務分割，狹隘定義居家服務為短時數之服務，否定了案主需求的差異性並妨礙了護理專業進入居家服務之體系。台灣實不需要重蹈西方專業利益糾葛不清的專業情結。

其次，如果定義居家服務為短時數服務的政策目標是防止政府資源的濫用，其效果是令人懷疑的。因為低收入戶的照顧是政府的責任，當居家服務無法提供充分照顧時，政府勢將提供其他服務介入。此時的選擇往往是送機構安置，但機構的成本卻高於居家服務。試問，從居家服務省下的錢是否超過興建安置機構的成本呢？服務時數設限是應該的，但其限度必需在考量居家服務與安養機構之

成本分析後取得平衡。政府決策不應爲了短期的節省開支而導致長期的資源浪費，除非政府打算放棄對低收入戶的照顧責任。

第三，責怪社區社工員的專業能力不足、導致服務濫用，是「指責受害者 (blaming the victims)」的說法，社區社工員不應該成爲待罪羔羊。

市政府各社服中心的社區社工員是現行居家照顧服務體系中的「個案管理者」。需求的評估與服務計畫的訂定皆由其負責，所以社區社工員是政府資源的守門員。確實，從個案管理的角度來看，社區社工員的個案工作是可以再加強、可以再做一些事結合更多的資源。但問題是，在目前每個社區社工員有兩百名低收入戶個案的情況下，他們如何有時間去做一個「完美」的個案管理者？指責社工員專業能力不足的同時，小組是否反省到市府社工員制度下的結構性問題？指責職低權小的社工員容易，挑戰決策體制不良卻難，於斯可見！

第四，政府補助方式才是造成服務膨脹的決定性因素。

理論上，服務的提供視需求而決定，但在執行時服務需求與提供的媒合需有多項因素的配合。其中最重要的因素就是找到可提供服務的服務員。提供居家服務的人力市場與私人看護公司、私人安養中心重疊，要吸引服務員穩定地投入居家服務，必須提供吸引服務員的工作條件。否則，再精確的需求評估，再專業的服務計畫，若找不到服務人力來執行，也是枉然。

目前，各機構的服務人力分爲兩種：納編人員與臨時人員。納編人員不論服務人數及時間都有固定薪水及員工福利，但臨時人員則按件計酬。當有個案申請時，若服務時數及次數太少，臨時人員多半不願服務，因爲收入過低並妨礙其接手其他工作。所以爲了穩定服務人力，情況較差的案主會以每天服務的型態提供。納編人力對機構而言是固定成本，在目前政府按服務時數補助的方式下，機構多半不以納編人員而以臨時人員吸收服務人力，以減少人事成本並保持彈性。但是，過短的服務時數無法吸引臨時服務員的投入，且政府的補助是依服務時數補助。因此，在極大化政府補助及極小化人力成本，機構多半會傾向提供每週三日或每日服務的長時數服務型態，自然會形成服務膨脹的現象。市府片面刪減服務時數是將成本轉嫁給機構，服務員和案主。因此，在不扭曲案主需求和提供服務員穩定的工作條件，民間機構建議市府改變目前以服務時數補助 (Service-reimbursement) 方式，而改以整體方案經費 (Cost-reimbursement) 委託方式補助，使機構能在已知的補助下經營運作，提供較好的納編工作條件給服務員。

值得注意的是，殘補式的思考模式是如何在政府的論述中被建構。在政府的論述中，有四個主要論述被用來定位居家服務達成刪減服務的目的：老人與殘障，護理與社工，政府財源有限以及個案管理。藉由重新定義居家服務的對象爲老人，政府將排除殘障者於服務對象範圍以外，而事實上在社會局與民間機構簽定的契約書中明文規定了老人殘障甚至兒童都是居家服務的對象。在資財源

有限的前提下，社會局以殘障者活得久，用得更多，佔用社會資源造成社會不公平為由，加以排除。甚至將資源開發的責任丟給殘障者，要求他們向其他公部門，如衛生局，施壓要求其他公部門提供殘障者的居家服務，並加以合理化為個案管理中的資源開發。當面對基層社工人的質疑時，又將它轉化為社工人的倡導責任，認為社工員應該協助這些需求無法被滿足的案主去爭取權益。先藉由老人與殘障切割居家服務的案主群，再用社政（社工）與衛政（護理）轉移責任，之後再以專業語言約制基層社工人，成功地將政府部門間本位主義的內部問題加諸在弱勢者身上，轉移為案主與社工人的問題。

在資源有限的前提下，居家服務的定位被社會局界定為短時數的喘息性支持服務，並認為長時數是衛生單位的責任。藉由引進社工與護理專業領域區分的問題，來窄化居家服務的定義，是扭曲了案主同時需要社工和護理服務的事實，以專業認知為出發的觀點，來阻礙社工專業不斷強調的以案主為中心的思考方式。

原本因應長期照顧體系的分歧與不整合而發展出的個案管理，被倒因為果地用來合理化公部門的撤退，將公部門視為眾多「資源」的其中一個，而矮化公部門的角色，強化非正式資源的責任，認為低收入戶老人的家屬應該要負責任，而忽略了多數低收入戶正是因為沒有家庭的支持才落入貧窮。將低收入戶的非正式照顧體系與政府資源相提並論，豈不荒謬。但在強調家庭照顧老人的台灣社會，這種論述很快地就被接受。

開發非正式資源就成為負責開案的社會局社福中心社區社工員的責任。個案管理者的責任就在於「結合不同資源服務案主」，這種個案管理的說法忽略且模糊了居家服務體系的結構性問題，也就是，社區社工員個案量負荷過重，根本無法有足夠時間去做個完美的個案管理者。這種個案管理的說法將政府體制的問題轉化為個案管理者個人專業能力不足的問題。

表面上，政策爭論的焦點在於居家服務的上限，實質上的歧異在於雙方對於中低收入戶的社區照顧需求，及政府責任的認知不一。藉由重新定義居家服務的內涵為短時數的喘息性支持服務並排除殘障者於服務對象範圍以外，達到縮減服務的目標。而民間機構則一口咬定照顧中低收入戶是政府無旁貸的責任，要求政府積極介入，主導居家服務體制的整合，甚至將服務對象擴及一般市民，使之成為普及式的福利。

三、西方居家服務的論述

居家照顧服務是指將服務提供到受照顧者的家中，使受照顧者可以繼續地生活在所熟悉的環境中。這個概念很簡單，而且幾乎自古到今人類社會的家庭都是普遍地對家庭中需要照顧的成員提供必要的照顧。不同的是，我們現在所談的居家服務，是指由非家庭成員提供的照顧，更準確的說，是由正式部門，如政府、慈善機構所提供的。因此居家照顧的討論，除了受照顧的案主之外，還包括了服務的提供者，於是政府的福利意識型態與當地專業的取向也會影

響居家服務的定位。

居家服務近年來在西方受到重視，主要是由於人口的老化所形成的照顧需求以及居家服務做為替代昂貴的機構安置的取代服務。除了人口老化導致的需求增加外，老人照顧更因為傳統照顧者——婦女人口就業比例增高，小家庭型態的增加以及鄉村年輕人口外移等因素而惡化。政策上因為經濟發展的停滯導致政府財政的大量赤字，迫使西方政府紛紛對福利支出大幅刪減。醫療費用的急遽增加迫使醫院必須將病人提早出院、回到社區自己家中安養。護理之家也因為成本昂貴而停止興建。再加上專業人士不斷倡導居家服務的人性化照顧，認為人應該得以其最熟悉的社區中生活、持續參與社會，使得居家服務受到普遍的重視（Rosen, 1988）。

因此，西方的居家服務論述同時包括了兩種相互衝突的意識型態，即以老人生活品質為思考中心的人道觀點，以及以取代機構安置的成本效益觀點。值得重視的是，在實際執行時，往往是因為決策者認為居家服務可以節省經費而推動居家服務，人性化照顧反倒變成次要考慮。瑞典例外地將人性化照顧置於優先考慮，不計成本地提供大量居家服務使受照顧者得以在家中度過餘年。因此，各國居家服務的定位往往取決於其社會對居家服務與機構安置之間臨界點的定義（Monk, 1991），所有的服務對象、服務內容、補助策略就依此為準而發展。居家服務與機構安置之間的關連與定位並沒有標準答案，此臨界點往往取決於當地文化中民衆對老人照顧的期待、老人對機構安置的接受度，還有更重要的是社會資源的配置。如

果當地文化對機構安置接受度低，或者機構安置被視為昂貴的，應用在最需要的人身上，則居家服務可能會被賦予較多的資源，提供較多較長的居家服務維持更多可能需要機構安置的人在社區中。反之亦然。不過，西方的女性主義評論家都發現第三種狀況，即機構安置不再增建，省下的錢也沒有全數或僅少部分轉投資到社區服務，而把照顧的成本轉嫁到非正式體系，即家人、鄰居、及親友，或從事居家服務的工作員。其中絕大部分受害者是婦女，因為老人中以女性居多，家庭主要照顧者則多是妻子、媳婦、女兒（Abeil, 1987; Hooyman, 1992; 胡幼慧，一九九五），而從事居家服務工作的護理師、社工員及看護、服務員也多是女性（Neyens et al., 1994）。台灣的情況當然是屬於後者。

居家服務在西方社會的照顧體系一直缺乏較明確的定位，舉凡其目的、功能、服務內容、服務上限、工作人力都差異甚大。這種缺乏共識的情況主要是因為居家服務存有兩種不同模式：醫療型與社會支持型。醫療型模式主要是護理專業主導，以失能的慢性病人為對象的長時數個人看護服務；而社會支持型則是社會工作專業主導，以較輕度失能的老殘為對象的短時數家務協助、購物、陪同就醫等服務。

這種以專業切割服務的情況以美國最為嚴重（Benjamin, 1993），因為美國社會以市場競爭的自由主義為主導意識型態，再加上新右派的小政府主張，導致老人照顧需求被高度商品化（Esping-Anderson, 1989）。護理和社工兩個專業，於是各自依其專長發展

不同服務體系。由於政府的介入甚少且介入的部門也分歧不一，所以並無外部力量促使服務的整合，導致居家服務體系被切割與零散。由於體制的整合導致申請服務者疲於各機構間奔波，使真正需要服務者無法獲得服務，也因此以整合資源為主要工作方法的「個案管理（Case Management）」成為美國老人長期照顧中主要的專業工作模式。但個案管理的興起並沒有解決美國老人社區服務分散的結構性問題，反而讓個案管理本身成為老人照顧市場中的另一項新興的商品。

這樣的服務整合問題在加拿大與歐洲其它福利國家較先進的社會，都經由公部門的介入，透過集體性的計畫，而得到不同程度的解決。有的是同一個機構下有兩組不同的服務，分別由不同的專業人員提供指導；有的是同一個機構下有兩組不同的服務，分別由不同的專業來指導；有的是護理為主導，社工為輔助。這些不同的組織型態基本上反映了當地社工與護理專業之間的關係，以及政府介入的積極程度。

居家服務的定位不明，或者是說，定位容易改變，除了涉入的專業缺乏整合與共識之外，作者個人認為主要因素還是居家服務在照護體系的邊緣地位所致。居家服務的專業地位與公共認知，往往受限於其工作內容與婦女在家中所從事的勞務相同的事實，而被視為「家庭幫傭」一般的服務，是任何人都可以做的低下工作。在專業的位階上也反應相同的看法，從事家庭醫生的被視為較不專業；同樣的，從事長期照顧的護理人員往往被視為能力較差；在醫院從

事社會工作的社工員也被認為較在社區工作的社工員專業能力。機構是專業可以完全依其知識架構分類方式加以控制的地方，一如醫院是依醫學對疾病分類，如內外科、急慢性而建造的（Pincant 1973），愈是機構化的地方，也就享有愈多的專業地位。

在老人照顧的公共政策上也反應出同樣的專業位階，世界各國，包括台灣在內，首先被納入全民健保的是醫師的診斷與治療服務，其次是急性病院，再來是慢性病房、護理之家，而居家護理（由護理師提供）需在醫師處方下才能進行，居家服務多半缺乏全國性政策，籌措其財源。惟有在全民健保的財務出現危機時，才會思考推動居家服務來降低醫療設施的使用。儘管以一個失能老人的需求來說，如果沒有人準備三餐，為他翻身、叩背、擦澡、灌腸、導尿，只要三天老人的生命馬上面臨威脅，但這個老人可能並不需要醫生積極性的治療，或高度護理技巧的服務，可是社會並非以老人需求來分配資源，而往往受制於專業地位的高低。就是這樣的政策邊緣地位，使居家服務一直未受到重視，而在老人問題日益嚴重、政府財政赤字日益惡化之際，才又受到重視，被賦予不同的意義。

由以上分析，我們可以知道居家服務並不是單獨存在的體系，可以獨立討論而加以定義，它的意義往往是相對於機構安置的定位。它的提供更受到政府的福利意識型態及專業關係影響。因此，任何型態的居家服務本身就是個充滿價值判斷、經過政治力運作下的結果。

四、西方國家居家服務的趨勢

在居家服務文獻中最常被探討的國家有瑞典、挪威、荷蘭、英國還有加拿大 (Baldock, 1993; Kosberg, 1992; Lesemann & Martin, 1993)。瑞典與挪威是因為其為世界上福利制度高度發展的國家，因此其居家服務也呈現完整的政策思考 (Anersson, 1992; Johansson & Thorslund, 1993)。荷蘭是因為其居家服務完全委託民間機構執行而成為另一種典範 (Monk, 1991)。英國則是老牌福利國家，在新右派執政多年後，福利制度逐漸走向自由市場取向，推動社區照顧更是不遺餘力 (Kraan et al, 1991; Monk, 1991; Philipson, 1992; Walker, 1992)。加拿大則是在政治、社會、經濟文化與美國相似，但卻在醫療照顧政策上與美國殘補式的制度迥然不同，而引起美國學界的重視 (Kane & Kane, 1985; Monk, 1991; Rosen, 1988; Chappell, 1990; Neysmith, 1994)。美國則由於制度的不健全及政府整體政策的缺乏，因此在公共政策上難以與其他各國比較，也缺乏參考借鏡之處，因而在此省略。綜合上述文獻，歸納西方國家居家服務之發展趨勢如下：

(一) 整合服務體系，提供多元化服務

居家老人的需求是整體而持續的，回應老人需求最好的體制也應是一套完整且持續的服務，為避免行政體制的重疊、提高行政效率，各國至少都將醫療型的服務如看護護理、居家護理、社區護士加以合併，如荷蘭。整合最徹底的大概是加拿大的魁北克省，它將

所有基層的醫療、護理、復健、社工服務都整合在社區服務中心模式中，透過天主教會的堂口發展至全省近五〇〇個中心的服務網絡 (Levesque, 1993)。除了居家服務傳統的看護服務與家務服務之外，加拿大的緬省 (Manitoba) 更進一步提供居家輔具租借與回收。

除了居家服務內部服務的整合，與長期照護體系的整合更是重點，其中最重要的就是醫院的出院計畫。加拿大緬省打破機構組織界限在每一個醫院中設立社區服務辦公室，專門讓居家服務小組的護理人員進駐，與醫院護士共同擬定出院計畫、評估病人需求及服務人力的安排 (Haveens, 1986)。其次，與其它社區服務之整合也是重點，例如，挪威嘗試將居家服務與老人文康中心結合，由老人中心做轉介工作、居家服務則運用老人人力做義工運用，試圖運用老人同儕支持的力量發揮居家服務的功能 (Monk, 1991)。有的強調居家服務與日託及護理之家的結合，打破社區服務與機構安置的界線，藉由將社工、護理師、服務員輪流在不同服務單位中工作，使老人與工作人員之關係得以持續，同時也增加工作人員工作的變化性。

(二) 行政體系由中央集權 (bureaucratic centralism)

轉為地方分權多元管理 (regulated pluralism)

整合服務的基本條件在於政府提供絕大部分社區服務的經費；也就是，在這些西方國家裡，社區服務的發展是由公部門在規畫與

主導。經費的提供由各級政府依不同比例負擔，視各國中央與地方政府之分工而定。由於政府的高度介入，往往導致行政體系的中央集權；由於政府部門間的分工與事權分散，反而導致了地方上服務整合的困難。更重要的是，居家服務是社區服務的一環，而社區服務的精神在於反應所處社區的需求，爲了回應不同社區的差異性，行政體系必需保持彈性。

近年來，西方各國在社區服務的行政體系上逐漸得到共識，即社區服務的行政體系中的服務決定權，包括評估、服務計畫的訂定、資格的審核、服務的核准，愈是下放到社區中，愈能適切地回應老人的需求，使資源的配置愈能有效率地回應需求。爲此，西方各國紛紛以社區爲單位，將各項社區服務，如日託、老人中心、護理之家、社區醫院，加以整合，並把行政權力下放至基層，由專業人員依其評估提供必要的服務。中央政府的角色侷限在對服務提供指導方向，以及經費之提供。例如加拿大魁北克省政府只規定社區服務中心至少需提供之服務項目，但是經費比例的分配完全交由經民主選舉產生的社區委員會決定。相同地，荷蘭政府是依人口的分佈決定每一地區的居家服務經費總額，並限制行政費用不得超過二五%，將經費整筆委託給當地的居家服務機構與居家護理機構執行（兩個機構將於近期合併）。政府的審查工作是每半年檢查此一服務報告。挪威與瑞典的行政體系原本就是地方分權自治，因此居家服務更是社區自行運作。一位曾前往參觀的台灣官員在讚嘆瑞典完善的長期照顧之餘，詢問相關的法令規章，當地的接待人員笑答說：

「我們並沒有什麼細部的法令規章，因爲這裡的居民很清楚他們的權利。他們的需求就是最好的法令規章。」北歐社會民主政治的高度發展下所培養的地方自治精神及民衆高度參與地方事務的熱忱，由此可見一斑。

(三)從標準化服務到彈性化服務，使居家服務取代

護理之家的政策定位

早期居家服務的發展以社會型的家務服務爲主，協助社區中無自理生活能力的老殘者。值得注意的是，各國的居家服務對象從未限定爲老人，只是服務人口中老人的比例隨著人口老化而日益增高，如英國、荷蘭的六五%及六四%，到挪威的七九%（Mork, 1991）。其他對象還包括肢障、智障，以及家中乏人照顧之幼兒。隨著機構安置的照顧模式在近二十年被社區照顧模式取代，居家服務的定位起了明顯變化。居家服務被期待照顧更多原本需要機構安置的老弱者。因此，英國的居家服務自八〇年代開始著重看護服務的提供，同時也突破每天朝九晚五的服務時段限制，提供夜班及週末的服務。原本的服務上限在各國一一被推翻，以尋求更有彈性的服務時數來滿足被照顧者的需求。例如，荷蘭原本每週四〇小時的上限被取消，同時增加夜班與週末班之服務。挪威的上限原爲家務服務每週十五小時，外加居家護理每週四次、每次不超過一·五小時，並認爲若病人一週需要六·五小時的專業居家護理便應送機構安置，也在最近的方案中被推翻（Mork, 1991）。瑞典則由於強烈地堅

信人的生活生活方式應有持續性 (continuity of life style)，認為家才是老人最適合接受照顧的地方，所以居家服務的提供沒有上限。

這樣取消上限的做法並非要無限制地膨脹居家服務的使用，而是西方各國都發現，設定上限除了扭曲案主的需求之外，對節省經費並無幫助，因為案主的需求一定會由其他方案所代替，如住院、或由家人承擔。由於每個案主的需求不同，所擁有的資源也不同，因此最好的方法是由社區中的專業人員，運用其知識判斷為案主尋找最有效的服務方案，而政府只負責規畫固定的經費，由社區的專業人員自行分配運用。例如，荷蘭是依人口比例分配社區總額經費；英國則是規定社區個案管理者在每一個個案可使用的經費上限，而個案管理者可以自行決定如何運用。突破上限、增加服務時數的彈性、以及強化社區個案管理者的職權，這些措施無非不是要使居家服務可以真正取代機構安置的功能。

(四) 提高服務人員之工作條件

任何立意良好的服務，若沒有人力執行，也是徒然。西方各國步入後工業社會後，長期被視為非專業或半專業的居家服務愈來愈難吸引人投入 (Rosen, 1988)。從事居家服務的工作人口多半是中年婦女 (Monk, 1991)，尤其是少數民族婦女及新移民婦女 (Newsmith & Aronson, 1995)。在就業率高的都會地區，由於非正式支援的不足，居家服務的需求往往較高，卻也是服務人力較難找

的地區。反之，較偏遠地區，則較無人力上的匱乏。居家服務工作的特徵，除了低薪資、低社會地位及高流動率之外，就是其工作上的孤立感與缺乏支援系統。由於服務員是獨自在案家工作，因此沒有同事的同儕支持；同時面對了隨時可能發生的突發狀況，例如老人跌倒、中風等，服務員都必須在沒有專業人員在場的情況下獨自處理應變，因此也面對比一般在醫院工作的護佐更大的心理壓力。

因此，各國居家服務政策上都針對服務員的工作條件紛紛提出對策。首先是薪資的提高與保障，例如，早期英國服務人員多採時薪制且有工作做才有薪資，現在多以兼職或全職領固定月薪的方式雇用。工會主義較發達的國家，如挪威、瑞典、英國，服務員多半加入工會，由工會出面與雇主，多半是政府，進行集體協商，因此許多國家的服務員都是政府納編的正式工作人員，享有公務人員的福利與保障。其次是工作環境的改善，隨著服務的社區化，以往一個服務員服務一個案主的傳統工作方式已被集體服務的責任區域制度取代。也就是，一個區域的案主由數個服務員共同負責，服務時間與人力的安排由服務員內部自行協調，服務員也輪流服務不同的案主，使服務員不再感到缺乏同儕支持或面對單一案主的枯燥。另外，也有國家依服務員一天的體力狀況安排不同的工作項目，以調節服務員的工作負荷。例如，早晨和傍晚是做個人清潔，白天時段是以家事、購物、煮飯為主。第三是生涯規畫的突破，如加拿大的緬省就將居家服務的訓練課程標準化，納入成人教育體系，並且明訂其可為服務員日後進修護理或社工專業的基本學分。儘管如此，

各國居家服務的工作人口仍以社會中就業市場的弱勢族群為主，如低教育程度、女性、少數民族等，在工作上面臨的種族歧視、階級歧視及性別歧視往往成爲從事居家服務上的困難與障礙（Neyens, 1995）

(五) 收費制度反應使用者的經濟能力

上述各國對使用服務者多有酌收費用，但收費的標準是依使用者每月收入的情況而定的，在日本稱爲輕費制度。收費的額度僅是象徵性並不以反映成本爲旨，所以使用者付費的總金額只佔挪威居家服務總金額經費的七%。收費高低多依使用次數決定。瑞典是採會員制度，即使用者不管使用多少服務都付一樣的會費，只是會費的金額也是採輕費制。使用者付費並未造成使用者的負擔或影響使用意願，因爲這些國家多半有優渥的老年年金制度。只有英國例外。英國的政策分析家建議取消收費制度，因爲英國老年年金給付偏低，所以七〇%的英國老人每月收入未達居家服務收費標準，而爲了收另外三〇%老人的費用，卻必須對所有申請人做收入調查，所耗費的行政成本可能遠超過所收到的金額（Monk, 1991）。

總結上述西方各國之居家服務發展趨勢，可以看到的是居家服務在照顧老殘者被賦予更重要的角色，爲使居家服務可以肩負起取代機構安置的功能，居家服務的內含與時數更有彈性，行政體系權力更形下放，社區資源網絡的整合更爲落實。這樣的發展是立基於這些國家既有的福利國家傳統，所以政府部門有足夠的政策工具可

以影響居家服務的發展。換句話說，在居家服務低度商品化的情況下，公部門才有能力做如此的整合。而這些經驗對社會福利才在起步的台北市具有參考價值，這是要進一步探討的議題。

五、台北市居家服務的發展瓶頸

在衆多的老人福利需求評估報告中，老人經濟安全及老人照顧被列爲是老人最主要的需求（如謝高橋，一九九四；謝美娥，一九九二）。在一九九二年縣市長選舉中，民進黨以普及式的老人年金訴求，首次將福利國家的概念帶入台灣福利論述中，回應已漸成社會共識的人口老化問題。但當民進黨入主台北市政之後，普及式福利國家的思考並未進入老人照顧服務體系，而僅限於老人年金上。雖然老人年金的政策造成了社會福利預算在市府總預算比例從三~四%增加至七~八%，但這僅反應老人年金的增列，其他服務仍依照既有的模式運用，並未造成結構性的改革，也就是說，社會福利的思考模式並沒有較多的普及式福利國家精神。

以居家服務爲例，歷年預算僅呈現穩定成長，且比例甚少，八十六年度預算僅二至三千萬，比起老人乘車優待五億元的經費或其他安置機構的預算，算是燒餅上的芝麻。套句市府主管的一句話「議會連刪都懶得刪，因爲它實在是太多了。」但從鉅視面來看，以台北市未立案安養中心林立、私人看護價格昂貴、公立自費安養中心一床難求的情況來看，台北市老人照顧的需求一定遠超過目前台北市居家服務所提供的不到三〇〇名經常性個案的服務量。就政治

面來說，居家服務預算歷年在議會從未刪減，一方面是其金額不大，另一方面是社會輿論對老人照顧需求的肯定，居家服務若要向議會爭取更多預算，其爭議性絕對比老人年金來得低，因為居家服務照顧的是失能的老弱者，其正當性遠比老人年金容易被接受。再者，內政部在八十七年度預算中將居家服務的預算從三千萬增加到九千萬，多達三倍之多，顯示中央政府對居家服務的認同。在爭取經費並無政治壓力的情況下，市府刪減服務的決策令人不解。

究其原因，個人歸納有六點：(1)居家服務缺乏有力的遊說團體，形成督促的政治壓力；(2)行政部門的會計程序與作業流程造成增列預算的困難；(3)政府部門間社政與衛政之分工不清與互諉責任；(4)行政部門惟恐放寬上限後會引發民衆需求，即所有「擊木效應」(woodwork effect) (Hooyma & Gonyea, 1995)；(5)行政部門惟恐公部門提供過多會替代原先家庭成員的照顧功能，所謂的「替代效應」(substitute effect)；(6)現在主導市府社會工作的專業典範，個案管理，成爲合理化殘補式福利的工具以及約制 (discipline) 社工員的手段 (De Montiny, 1995)。茲分述如下：

第一，雖然老人照顧問題近年來是台灣公共論述中的熱門話題，但居家服務始終缺乏有力的代言人或團體，促使居家服務的發展。相關民間團體，如老人福利推動聯盟、長期照顧協會、家庭照顧者協會、脊髓損傷協會、殘障聯盟、社區照顧推動聯盟等之間仍缺乏整合。受託的民間單位在接受政府補助的同時，其倡導的角色也相對受到限制。

第二，主計單位的職責雖然是依照預算編列項目核銷市府支出，並不涉及業務執行之規畫，但實際運作上，主計單位業務承辦人往往將其個人對社會福利的主觀看法帶入業務之運作。例如，主計單位基本上認定委託民間辦理就是要替政府省錢，受託單位必需賠本做才是正確的方式，依官方說法就是結合民間資源，導致承接的民間單位做愈多愈窮。在單價補助不敷成本的情況下，即使預算增加也是枉然，因爲民間單位的財力有限做愈多賠愈多。再加上政府的作業程序中，若預算執行不力，業務單位主管要被檢討，在惟恐編列預算消化不完的情況下，業務執行單位便傾向以保守的方式編列預算，而排除大幅增列預算的可能性。

第三，政府部門內社政與衛政之缺乏協調與合作由來已久。但在台北市居家服務的發展過程中，專業的整合卻早在民國八十一年委託民營後即在民間機構進行。隨著居家服務項目增加看護服務，受託的機構便開始進用護理人員，如紅心字會，原本以護理人員爲主體的紅十字會也開始接受委託並進用社工員。護理與社工專業在居家服務的發展中已在執行面上整合。但在本次服務刪減的決策中，護理與社工專業的區隔又再度被挑起，長時數密集式的看護服務被認爲不屬於社政體系的居家服務，而應由衛政單位另行編列預算執行。甚至依社會局內部分工的老人科及殘障科，再分裂爲老人居家服務及殘障居家服務。原本整合的服務模式又將被切割成三種不同的服務項目。

第四，市府的決策者在討論服務上限時，一直有種恐懼，那就

是，如果放寬了上限，是否會造成太多民衆前來申請，連原本不知道的，在競相走告下也都來申請。因此，雖然市府官員知道最迫切需要的是那些臥床需要每天長時間照顧的老人、而非需短時數服務的身體狀況稍好之老人，他們仍害怕會引發大量隱藏的需求。在西方經驗中，這樣的擔心並不得到實證的支持，因為最會使用服務的往往是教育程度高的中上階層（Monk, 1991; Evans, 1993），低收入戶往往是資訊較慢，甚至排斥使用政府服務的群體。因此，以台北市目前居家服務所針對的中低收入戶，這種「擊木效應」的擔憂是不必要的，應該要擔心的是如何使有需要的中低收入戶願意來申請服務。其次，這樣的擔心忽略了服務輸送過程中專業人員的角色，即專業人員把關（gate keeping）功能。服務上限的提高只代表授權專業人員在面對案主需求時所能掌握的資源，並不代表每一個案主都會接受最大限度的服務。

第五，相似地，市府官員往往也擔心政府提供服務會取代原先家庭照顧者的功能。但國內外的許多研究都顯示，大部分家屬在服務介入後不會撤離，他們只是換另一種方式在照顧老人（呂寶靜，一九九六）；而且大部分家屬因為有外援，其持續照顧的意願更強（Hooyma & Gonyea, 1995）。再次，專業人員的評估與介入，最能適切地去協調非正式與正式資源之分工。

第六，個案管理近年來是市府社會工作專業主導的工作方法，也是市府提昇社區社工專業能力的主要課程。在此次刪減服務政策下，個案管理提供了主要論述與語彙。在個案管理中，個案管理

者要協調多種資源來滿足案主需求，而資源中又以非正式資源優於正式資源。在這種資源多元化的期待下，完全依賴政府居家服務的服務計畫便是不好的計畫，因為當政府不提供的时候，案主馬上陷入困境。問題是台北市政府對失能老人提供的社區照顧，目前只有居家服務一項，所以居家服務常常是低收入老弱者生活在社區中唯一可依賴的資源。在個案管理的論述中，政府的角色被矮化成眾多資源之一，在刪減服務下個案管理者被要求去開發案主的非正式資源，即家屬、鄰居、或重新定義案主的需求。政府對低收入戶照顧的責任則因而被淡化。當被挑戰政府沒有其他正式資源時，個案管理者被期待去做開發正式資源的倡導者，甚至鼓勵案主自我倡導。彷彿失能老人社區照顧服務的缺乏是老弱案主和低層社工個人的責任，而非掌握資源分配的決策者應去解決的結構問題。這種以「全能的個案管理者」要求工作量負荷過重的社區社工員的做法，無疑的是一種以專業權威對社工員的約制，使社工員更感無力，而可能回應的方式就只是要求其更弱勢的案主或家屬接受被刪減的服務。以強制的服務限制，要求被兒保案壓得喘不過氣的社區社工員做好個案管理，無疑是緣木求魚。

六、居家服務體系的內部運作問題

依筆者早期從事台北市居家服務的經驗，以及從事博士論文研究期間的觀察，個人認為台北市居家服務體系的運作有以下瓶頸有待突破。

第一，案源開發受限於社區社員工作量過重，以致服務量

無法突破，個案管理者功能不能發揮。

目前台北市居家服務的管理權是掌握在政府的社區社員工，受託機構只有在受到社區社員工轉介之後，才能提供服務。個案的服務計畫是由社區社員工擬定、執行及監督，受託機構只負責居家服務的提供，且服務時數的增減都必需經過社區社員工的同意始可更動。以個案管理的說法就是，社區社員工是個案管理者，而受託機構是資源的提供者。

但在實際的執行上，社區社員工由於平均個案量多達二、三百個，且居家服務並非「政策重點」個案，因此社區社員工花在居家服務個案上的時間與心力非常少。願意開案已算是非常盡心負責的社員工，因為開案轉介需要填寫非常多的表格。由於社區社員工的工作量一直未能減輕，居家服務的案源一直未能拓展，只能被動地回應少數需求較明顯的案主。

其次，由於社區社員工花在個案的時間很少，因此與案主的關係疏離，往往遠不如受託機構負責督導的社員工或護理師。扮演資源角色的受託機構社員工由於訪視機會較頻繁，與案主較熱絡，也因此較熟悉案主的需求，也更能掌握較適切的服務計畫。但受限於其權限，受託機構的社員工往往要再花時間協助社區社員工了解案主需求，才能促使做為個案管理者的社區社員工對案主的需求做出回應。從西方國家的經驗，我們已知道案主的需求最好由愈接近案

主的人來做決定，愈能有適當的回應。案主最接近的人就是與他關係建立最好的專業人員。因此，除非社區社員工的工作量可以減少，有較多時間花在案主身上，否則，個案管理權最好釋出由受託機構的社員工擔任。

第二，補助服務對象限於中低收入戶，一般民衆無法負擔

現有居家服務的價格。

台北市居家服務並未限定申請服務對象，但只有中低收入戶可得到政府的補助，一般民衆需自費。與一般私人看護公司不同的是，台北市居家服務是有專業人員督導及訓練的，因此其價格較市面上看護更貴。目前市政府補助居家服務一小時二二五元，若是一天四小時看護，價格就要一、〇〇〇元整，而同樣的價格在私人看護市場上一天八小時看護只要大約一、二〇〇元。因此，一般民衆無法負擔，導致服務無法普遍推展。

第三，受託單位過少，無法落實社區化。

目前受託單位只有四家，且多集中在北市南區，而台北市有二個行政區，各機構為節省督導人力交通往返時間、及方便服務員回到機構多半政策性選定其責任區，導致偏遠區域或北區常有服務人力不足的現象。受託機構少，無法就近對服務員提供支援，更使服務員增加工作上的心理壓力及孤立感，以及機構輔導的困難，與社區資源的結合與運用更不易推行。

第四，各機構服務內容不一，督導品質不一，專業水準不齊，在補助不足的情況下，機構不願進用專業人員，市府無法要求品質。

目前受託機構的專業背景不同，因此接受委託後，有的只做以社會工作為主導的社會支持性服務，如立心基金會；有的是只做以護理為主導的看護服務，如紅十字會；有的則是兩者都做，如紅十字會及松年長春服務中心。每個機構督導的方式也有不同，有的機構專業人員只負責第一次的評估，之後便由服務員與案主自行協商；有的專業人員則從第一次評估、擬定計畫、到每月定期家訪，還有經常性電話連絡協調。由於市政府並未對機構提供絕大部分補助，因此也不敢要求一致的服務內容及督導品質。使居家服務的提供，良莠不齊且漫無標準，市政府提供相同的補助款，卻無法得到相同的服務品質。

第五，服務員福利待遇偏低，流失率高，形成對不幸婦女的二度剝削。

在台北市從事居家服務工作的服務員多半屬於兩種人，第一種是中年婦女，在小孩子長大後希望二度就業打發時間、或是自己曾有照顧親人的經驗，希望藉此回饋社會。第二種是家庭發生變故，婚姻發生變化的婦女，基於家庭經濟的壓力，必須外出工作，而居家服務的工時具彈性，使之能兼顧工作與家庭。但是，在政府補助不足及民間機構財力有限之下，服務員的待遇偏低，除了立心基金

會全部服務員及紅十字會少數人員以納編方式每月固定薪水聘用服務員外，其餘服務人力都是以領時薪的臨時工雇用，有的連勞、健保都沒有，一般工作的福利如年終獎金、員工旅遊、三節獎金都闕如，如此惡劣之工作條件形成對許多不幸婦女的二度剝削。整體而言，台北市居家服務雖已推行多年，但服務的質與量都仍不足。民間機構的規模雖粗具但良莠不齊，且在經費不足的情況下，機構經常面對人員流失而無法持續發展。

七、政策建議

任何的政策都是一個抉擇，而且本身都具有價值判斷。因此，在筆者提出政策建議之前，必需先澄清自己的價值取向。首先，筆者相信老人照顧最適當的地點是在他／她所熟悉的環境中，因此，只要在整體社會可以承擔的成本內，老人應儘可能地留在家中。但是，當留在家中代表的是孤立或隨時會發生的危險，那老人應接受機構安置。其次，筆者相信每一個老人都有權利在其晚年時被給予選擇其生活方式的自由。也就是，如果居家服務是提供老人在家中安度晚年的選擇，我相信這項福利應該是全民性的，而不是以專業的地盤為畫分點或其他利益關係橫加使長期照顧體系支離破碎。當然，筆者更期待台北市政府能及早肯定居家服務的重要性，透過居家服務的發展，使台北市日益化的人口能無虞於老來無人照顧的淒涼晚景。也是基於如此的期待，提出以下的政策建議：

第一，定位居家服務為失能老人社區照顧體系發展的「窗口」，恢復每週每日四小時的服務上限，並視經費允許，逐年提高上限，使需要的人可以進入體系。

台北市目前針對失能老人提供的社區服務只有居家服務一項，而其他針對失能老人的社區服務，如日託、送餐，都發展不起來，部分原因是因為台北市現有的老人福利網絡集中以健康老人的文康中心為主，換句話說，現有老人福利體系，除了居家服務外，接觸不到失能的老人。如果居家服務的上限一再下降，必然使失能老人的需求無法呈現。因此居家服務的上限不宜下降，反而應逐年調升。為避免居家服務的量過度增加，市府應每年定期檢討服務時數、內容與分佈區域，並設法從中發展更有效率的代替方案。例如，如果士林區集中有中風老人在接受居家服務的復健服務，則士林應考慮發展日託服務，將這些老人集中起來，以日託紓解居家服務的壓力。如果萬華區有許多老人中午都需要服務員做飯、熱食，則萬華區便可以設法結合啟智服務中心提供送餐服務。將居家服務視為社區服務發展的窗口，資源的分配才能真正回應需求所在。在不扭曲需求的情況下，真正需求會呈現在等候名單上或服務名冊中，在評估服務成果後，需求與評估的差距才能成為下一步政策規畫的依據，如此一個理想的政策循環才能產生(Howlett & Ramesh, 1995)。

第二，強化社會局各科室之橫向協調

若要達到上述以居家服務為社區照顧的發展起點，現有老人科

與社工室之業務必需有密切的協調性。目前居家服務及個案管理是社工室業務，而其他老人福利業務又分屬老人科，許多行政不協調的現象便產生。例如，老人科新近委託成立的老人服務中心曾拒絕受託單位的居家服務業務進駐，因為老人中心是老人科業務而居家服務是社工室業務。又例如，當居家服務刪減服務，許多需要每日照顧的老人苦無服務之際，老人科的日託業務從未被照會，仍持續以照顧行動自如的老人為主。原本相輔相成的服務體系在行政官僚體系的區隔下，缺乏協調性與整合性，將是台北市社區照顧整合的隱憂與必須克服的障礙。

其他如服務員訓練、就業與婦女福利股的不幸婦女就業輔導或社會救助科之低收入戶就業輔導的結合，或輔具租借回收與社會救助科現有的殘障者輔具補助的整合，送餐服務與殘障福利科之殘障者職能訓練與就業輔導之結合等等都是未來需要內部協調才能達成的。

第三，結合衛政單位，與衛生局劃分彼此權責，定位衛政單位負責門診、醫院及居家護理等醫療專業服務，而社會局負責病人出院後回到社區後之非醫療性居家照顧服務。

長期照顧體系中社政與衛政角色同等重要。居家服務中的看護服務雖然與基本護理技巧息息相關，應受衛政單位管理，但由於台灣醫療專業的發展長期以醫院為主，而忽略社區，重醫療而輕護理，在護理人員法才通過不到五年之際，衛政體系根本無力將資源投

入在非專業的看護服務上。況且，即使衛政單位將看護服務列入其行政業務中，在與醫院競爭資源下，居家服務絕分不到餅。而且衛政也勢必委託民間機構經營，不可能在現有衛生所下納編看護人力，一如近十年來台北市居家服務的發展一般。由於看護服務是老人

、生活輔具租借與回收、社區中安養中心資訊的提供、安排出院病人之照顧計畫、對主要照顧者的支持與協助等。甚至也可協調中心人員進駐市立醫院社會服務室協助出院計畫之安排，如加拿大緬省之例。

社區照顧的重要服務，也是輔導不幸婦女就業的重要管道，再加上社會局多年來委託民間機構的經驗及現有受託機構已整合護理專業的情況來看，看護服務納入社會局的居家服務體系較有利於居家服務整合與發展。社會局與衛生局之職責畫分可以醫院及社區為切割

另一方面，為使居家服務的收託單位突破目前的四家，老人科在委託日間照顧中心時，應附帶要求受託單位辦理居家服務，以落實每一行政區都有專責的居家服務機構。普及化的居家服務也將成為現有老人保護專線中重要的社區支援系統。

點，出院之病人返回社區後所需之服務可由社會局已有的七所老人服務中心、新近成立及即將成立的四所多功能老人中心，以及將成立的五所老人日間照顧中心負責全市十二行政區內失能老人服務之整合與提供。

第五，標準化居家服務，並以方案委託補助模式取代現有以服務量補助模式。

第四，透過服務據點的增設，落實居家服務的社區化。

上述服務網絡的建立是社區化服務的前提。以台北市一地難求的情況是目前社區化最大的障礙。老人科近來陸續興建完成的老人多功能服務中心與日間照顧中心正好提供了執行社區化政策必要的政策工具 (policy tool) (Howlett & Ramesh, 1995) —— 服務據點。現有七所文康中心轉型附帶辦理日間照顧，由於服務對象的差異與服務人力不足的原因，遇到瓶頸。因此新成立的老人多功能服務中心與日間照顧中心，應定位以失能老人社區照顧中心，以提供居家失能老人所需要之服務，如個案管理、居家服務、日間照顧

為了解決現有受託單位專業水準、服務內容及督導方式參差不齊的情況，社會局有必要將居家服務規格化，統一其標準，並以整體方案委託補助方式，以要求受託單位依標準提供服務。居家服務運作多年，其最佳營運模式，如服務對象、內容、容量、人員的編制及運作成本，已可從各機構經驗中取得。例如，一組居家服務隊，包括一名社工員、四名服務員，可服務經常性個案約二〇—二十五名，其一年經常性費用，不含固定成本、員工退休金及福利，只含一〇%行政督導費約二百萬元。政府委託時，可依服務的政策優先順序，明定補助的比例。例如，內湖區缺乏居家服務提供的機構，但又有迫切需求，政府為吸引民間單位接受委託可訂定該區居家服務的補助比例為一〇〇%。如此，有意接受委託的單位可以衡量自

身財力決定是否接受委託。政府也可以協調民間基金會、寺廟等提供自籌部分，使受託單位可以專心從事服務工作，而不需分神從事募款工作。在年度預算有著落的情況下，政府便可要求民間單位聘用具專業資格的工作員，並提供全職納編的工作給服務員，同時統一薪資避免機構惡性挖角。政府可要求服務成果，如經常性個案達二十以上，依季撥款，執行監督之責。而民間機構在服務人力固定性謹慎使用、調節服務人力，而避免了原先爲了擴充政府補助而膨脹案主需求的情形。服務員也由於工作有保障且有團體同儕的支持而更形穩定。機構也由於年度經費有著落而願意進用專業人員，提昇督導品質。政府單位在編列預算時，以方案編列可以更掌握預算之執行，避免以服務時數執行預算時的不確定性。如此減低居家服務營運的不確定性，政府可有力地要求民間受託單位，而受託單位可以專心地提供服務。優秀的工作人力才會持續地投入在居家服務的體系，居家服務才能持續地發展。

在居家服務的補助方式上，短時數的家務服務與長時數（一週三次以上）的看護服務應當分開，因爲短時數且零散不定的服務不易找到人力服務而適合由納編人力提供，而長時數固定的服務則適合由臨時編雇人員提供而納編人員因成本過高較不適合。

第六，建立居家服務員證照制度，提昇服務員社會地位及職業自信。

居家服務員的訓練內容、時數及實習要求應由社政單位協同衛

政單位認定後，由各受託單位執行，同時發給證照，一如褫母制度。使居家服務員脫離「幫傭」的形象，成爲社會中被認可且肯定其貢獻的行業。也使雇用家庭看護的民衆得以識別服務員之素質，保障民衆之權益。

第七，逐步擴大服務對象，發展輕費制度，使一般民衆也可使用居家服務。

目前補助對象僅限中低收入戶，一般民衆又無力負擔有督導品質的居家服務，因此政府應視財力，逐步擴大補助對象，發展輕費制度並補助機構專業督導費用，使一般民衆也可負擔的起申請居家服務。另外，居家服務雖以老人爲主要服務對象，但不應只限於老人，出院病人及殘障者都是居家服務的對象。否則，居家服務體系若再細分老人的、殘障的、精神病患者、兒童的，將會使體系的整合更形困難，運作效率更低、更浪費社會資源。

八、結語

台北市居家服務仍處發展初期，參考西方國家經驗，或許可以使我們更看清楚所面對的選擇，但政策的規畫容易，難的是政策執行時所需要的資源重新分配。此時，民間團體的倡導、行政部門的意願及專業同仁的貢獻智慧就成了不可或缺的要素。當美國的專家學者們在三〇年代研發出社會安全法案的初稿，與緻勃勃地向當時的羅斯福總統簡報後，原本期待羅斯福的認同並大力推動，沒想到羅斯福只淡淡地說：「很好，不過你們必需帶著你們的計畫去尋找

社會大眾的支持，來逼我把它付諸實踐 (Go out and make me do it)。」同樣地，如果我們真的要促成台北市居家服務成爲台北市民普及式的權利，一個完美的政策不足以行，我們必需要建立足夠的社會共識和民意基礎，才能真正地落實我們的理想。這樣的共識必須立基於不斷地對話，而這篇文章的目的便在於希望能爲這些力量的凝聚和動員提供一個對話的起點。

(本文作者爲多倫多大學社會工作博士候選人)

中文書目：

呂寶靜 失能老人非正式和正式照顧體系關係之探究——以日間照顧服務方案之使用爲例 行政院國科會專題研究報告 一九九六

胡幼慧) 三代同堂：陷阱與迷思 台北 巨流 一九九五

謝高橋 邁向二十一世紀社會福利之規畫與整合——老人福利需求初步評估報告 內政部委託研究報告 台北 行政院內政部 一九九四

九九四

謝美娥 台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究 台北市政府社會局委託研究報告 台北 台北市政府社會局 一九九二

英文書目：

Abel, E. K., 1990, Family care of the frail elderly. In E. K. Abel & M. K. Nelson (Eds.), *Circles of care*, pp. 65-91, Albany: SUNY Press.

Andersson, L., 1992, Family care of the elderly in Sweden. In J. I. Kosberg (Ed.), *Family care of the elderly: social and cultural changes*, pp. 252-285, Newbury Park: Sage.

Baldock, J., 1993, Home and community-based services for the elderly in the United Kingdom. In F. Lesemann & C. Martin (Eds.), *Home-based care, the elderly, the family, and the welfare state: an international comparison*, pp. 35-79, Ottawa: U. of Ottawa Press.

Benjamin, A. E., 1993, An historical perspective on home care policy. *The Milbank Quarterly*, 71 (1), 129-165.

Chappell, N., 1990, Aging and social care. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *The handbook of aging and the social sciences*. (99.438-454), New York: Academic Press.

De Montigny, G. A. J., 1995, Social working: An ethnography of front-line practice. Toronto: University of Toronto.

Dwyer, J. W. & Coward, R. T., 1992, Gender, family, and longterm care of the elderly. In J. W. Dwyer & R. T. Coward (Eds.), *Gender, families, and elder care*, pp. 3-17, Newbury Park: Sage.

Esping-Andersen, G., 1989, The three political economies of the welfare state. *Canadian Review of Sociology & Anthropology*, 26 (1), 10-35.

Evans, R., Barer, M., & Stoddart, G., 1993, User fees for health care: Why a bad idea keeps coming back. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research.

Focault, M., 1973, *The birth of the clinic*. London: Tavistock.

Havens, B., 1986, Boundary Crossing: An organizational challenge for community-based long-term care service agencies. In A. Pelham & W. Clark (Eds.), *Managing home*

- care for the elderly. pp. 77-98. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Hooymann, N.R., 1992, Social policy and gender inequities in caregiving. In J. W. Dwyer & R.T. Coward (Eds.), Gender, families, and elder care, pp. 181-201, Newbury Park: Sage.
- Hooymann, N. R., & Gonyea, J., 1995, Feminist perspectives on family care: Politics for gender justice.
- Howlett, M., & Ramesh, M., 1995, Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems. New York: Oxford University Press.
- Kane, R. & Kane, R., 1985, A will and a way: What the United States can learn from Canada about caring for the elderly. New York: Columbia University Press.
- Kosberg, J. I., 1992, An international perspective on family care of the elderly. In J. I. Kosberg (Ed.), Family care of the elderly, pp. 1-14, Sage.
- Levesque, L., 1993, Quebec home care series: a program at the local community level. In S. H. Zarit, L.I.Pearlin, & K.W. Schaie (Eds.), Caregiving systems: Informal and formal helpers, pp. 217-232, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Monk, A., & Cox, C., 1991, Home care for the elder: An international perspective. New York: Auburn House.
- Neysmith, S., 1991, From community care to a socialmodel of care. In Baines, P. Evans, & S. Neysmith (Eds.), Women's caring: feminist perspectives on social welfare, pp 272-299, Toronto: McClelland & Stewart Inc.
- Neysmith, S., & Aronson, J., 1997, Working conditions in home care: negotiating race and class boundaries ingendered work. International Journal of Health Services, 27 (3), 479-499.
- Phillipson, C., 1992, Challenging the "spectre of old age": community care for older people in the 1990s. In N. Manning & R. Page (Eds.), Social policy review4, pp.111-133, Essex: Longman.
- Rosen, S., 1988, Home care and home care workers in five countries: Britain, Sweden, Norway, and Canada. New York: Centre for Labor Management Policy Studies, CUNY.
- Walker, A.J., 1992, Conceptual perspectives on gender and family caregiving. In J. W. Dwyer & R.T. Coward (Eds.), Gender, families, and elder care, pp.34-46, Newbury Park: Sage
- Zarit, S. H., & Pearlin, L.I., 1993, Family caregiving: Integrating informal and formal systems for care. In S.H. Zarit, L.I. Pearlin, & K. W. Schaie (Eds.), Caregiving systems: Informal and formal helpers, pp.303-315, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.