

我國居家服務政策發展與省思

陳明珍

壹、居家服務已是當前因應高齡化之重點工作

一、我國正邁向高齡人口國家

由於醫藥科學發展，飲食營養的進步，促使我國老年之壽命延長，且因生育率不斷下降之結果，造成我國人口結構呈現老化的趨勢。根據內政部人口統計資料發現，民國 81 年 9 月時，台灣地區 65 歲以上老年人口已有 147 萬餘人，占總人口之 7%，已達聯合國世界衛生組織所訂的「高齡化社會指標」。截至 97 年 6 月止，老人人口數目已增加到 236 萬 7652 人，占總人口數之 10.30%，預估至民國 114 年，老人人口比例將達 20%，即每 5 個人即有 1 個老人（內政部，2008）。由此可知，我國正朝向一個高齡的國家邁進，預估到 105 年後，65 歲以上老人之人口數將高於「0-15 歲」兒童人口數，人口快速老化所延伸的照顧問題實應儘速予以因應。

二、推動居家服務之迫切性

雖然目前大部分老人照顧責任仍由家

庭獨立負擔（王增勇，1992；王玠，1991；胡幼慧，1994；謝美娥，1992；Kosberg & Cair, 1992；Strawbridge & Wallhangen, 1992；Morrow-Howell, Proctor, Dore, & Kaplan, 1998），然而卻可預見未來老人長期照護需要，卻愈來愈難以透過家庭成員予以滿足。多項研究顯示，居家照顧服務在照顧品質及成本效益上優於機構式照顧，可以減少社會福利資源之開支；並且避免獨居老人因缺乏支持系統所衍生的照顧問題；另一方面解決失能者因缺乏照顧所延伸之家庭、社會問題，增進受服務之老人及身心障礙者之自我照顧能力及生活品質。（陳世堅，2000；陳明珍，2001），因此，為了滿足失能者的照顧需求及多元選擇權利，最迫切的工作，即是讓老人就近在居住的社區中獲所需要的照顧服務（呂寶靜，1998；曾竹寧，1999；黃源協，2000a；賴兩陽，2001）。依吳肖琪(2003)等專家學者之建議，機構式照顧與社區式照顧所占之比例為 20：80，則社區照顧需求的失能老人則高達 123,014 人。另一方面，由於台灣面臨少子化及人口快速老化的影響，我國未來失能人口將急速增加，

依據推估我國 96 年失能人口約有 24 萬 5,511 人，至 99 年將達 27 萬 325 人，109 年則將達 39 萬 8,130 人，因此，推動居家服務工作實是刻不容緩的議題。

貳、我國居家服務政策意涵

居家服務政策旨在透過居家服務員關懷訪視失能、獨居老人及身心障礙者，帶給其溫暖與支持，並協助其日常生活身體照顧及家務服務，使獲得妥善照顧。檢視 97 年 3 月 20 日內政部根據老人福利法第二十條第一項規定頒行「老人福利服務提供準則」，對於身體照顧及家務服務內容加以明定，身體照顧服務包括：協助如廁、沐浴、穿換衣物、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、簡易被動式肢體關節活動、上下床、陪同運動、協助使用日常生活補助器具及其他服務；家務處理包括：換洗衣物之洗濯及修補、服務對象生活起居空間之環境清潔、文書服務、備餐服務、陪同或代購生活必需品、陪同就醫或聯絡醫療機構及其他相關服務；另明定居家服務之辦理單位可包括醫療護理單位、老人、身心障礙福利機構、照顧服務勞動合作社、社工師事務所等，惟據調查大部分委託仍以非營利單位為主。茲彙整相關文獻，將居家服務政策歸納下述五點意涵：

一、服務可即與可近性

居家服務工作對於有需要的家庭，可以透過申請與審核即可獲得服務人員到家中協助各項照顧工作，正如社區照顧

(community care)之目標，達到在「社區中照顧」(care in community)及「由社區照顧」(care by community) (周月清，1998；黃源協，2000a，2000b；Sharkey, P., 1995)，對社區中需要居家生活照顧者，依其照顧需求提供「可近性」(accessibility)、「即時性」(responsiveness)之服務，使其獲得適當的照顧服務。

二、居家照顧的協助性：

許多研究（謝美娥，1992，1997；胡幼慧，1994）皆提及照顧家中失能者之照顧者(care giver)所承受的照顧壓力極大，包括：1.無工作收入之經濟壓力；2.無自我休閒娛樂時間之生活壓力；3.缺乏社會參與，造成孤立無援之社會壓力；4.缺乏喘息與睡眠時間，造成生活品質不佳、營養不良之生理壓力；5.每日恐懼與擔憂被照顧者之病情變化並承受被照顧者之負面情緒宣洩之精神壓力。居家照顧服務員至失能者家中提供各項照顧服務工作，給予受照顧者之家屬實質協助與支持，分擔照顧工作，紓緩家庭照顧者精神與心理壓力，使其獲得喘息時間，增進照顧者與被照顧者之生活品質，促進家庭功能。

三、老人尊嚴的自主性

居家服務符合人性化、尊嚴自主的照顧原則，讓老人留在自己所居住及熟悉的住所中，得到妥適的照顧協助及服務，而不用與親人及其社會支持網絡分離或隔絕，並能維持其原來之生活習慣及模式，是較符合人性化需求及兼顧受照顧者之尊

嚴與自主的照顧方式。

四、個別需求的滿足性

居家服務之福利輸送方式是迎合及滿足案主的需求，將服務輸送到家中而非讓案主去適應所提供之福利服務內容，使老人得以在家中安度晚年，所提供的是個別化的服務，由於服務對象的個別差異大，包括：身體健康狀況、需照顧事項、生活習慣、家庭環境及設施設備等皆有很大差異，居家服務員必須如家人般協助受服務者之各項生活需要，甚至是很隱私的貼身照顧，居家服務員必須根據每個受服務者之需求狀況彈性地提供照顧服務。

五、在地老化的功能性

由於大部分的老人不喜歡到老人照顧機構接受照顧，仍希望留在自己家中終其一生。畢竟自己的家是最熟悉最安全也最習慣的地方，如老人一旦失能無法生活，而必須至機構安置以接受照顧，因為要面對的是一個全然陌生的環境，且必須與不認識的其他老人一起生活，還要適應團體生活規定，則對老人而言是非常殘酷的事實（胡幼慧，1994；陳芷如，1997；陳明珍，2002；Edwards, W., Silva, P., & Narayanan, V., 2000）。居家服務是居家服務人員到老人家中為老人提供服務，讓老人及身心障礙者在家中即可得到服務，達到「就地安置」、「就地老化」之功能。

參、居家服務政策制度化之發展過程

台灣居家服務最早發展是由彰化基督教醫院於民國 60 年左右成立社區健康部，提供民眾居家照護；台灣省政府、台北市政府和高雄市政府過去推展老人居家服務之工作也有 20 多年之歷史。民國 72 年台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（蔡啓源，1999），為因應民眾需求日增及人力有限，89 年開始以委託民間團體辦理方式提供服務；81 年配合原由內政部補助推展之「在宅照顧」，改為「居家照顧服務」（台北市政府社會局，1997），委託單位包括：「中華民國紅心字會」、「台北立心基金會」、「松年長春服務中心」、「中華民國紅十字會台灣省分會」及衛生所等。高雄市政府社會局於 74 年開辦「老人在宅看護服務」，由社會局本身訓練服務員以提供服務，計畫結合民間資源共同辦理或將此項業務委託民間福利機構或團體辦理（高雄市政府社會局，1998）。台灣省政府社會局處於 76 年訂頒「台灣省推行居家老人服務實施要點」，其辦理方式，因應各縣市資源狀況的不同而有不同辦理方式（台灣省政府社會處，1996），精省之後，台灣省的居家服務業務則歸併中央統籌規劃辦理。

我國居家服務政策法制化及制度化之始於民國 86 年修訂老人福利法與身心障礙者保護法，明訂各縣市政府應辦理居家服務工作以照顧失能之老人與身心障礙者；另於隔年頒行「加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容」，除明訂服務對象為：65 歲以上身心受損以致日常生活

功能需他人協助之居家老人及領有身心障礙手冊且日常生活功能需他人協助之居家身心障礙者外，並將服務內容分為家務及日常生活照顧服務及身體照顧服務，並訂定居家服務督導員及居家服務員之任用資格與教育訓練課程內容（內政部，1997）。其後基於社區照顧需求日益殷切，並為增進中高齡失業人口及離職者投入照顧服務市場，提昇就業率，行政院復於 90 年推動「挑戰 2008 國家發展重點計畫」之「照顧服務產業發展方案」，於 96 年再推出「十年長期照護計畫」。以上政策皆充分顯示居家服務工作之日益重要與迫切，也昭示我國政府推動長期照護工作之決心與具體作為，茲整理相關文獻（呂寶靜，1998；吳淑瓊、陳正芬，2000；吳淑瓊、莊坤祥，2001；邱汝娜、陳素春、黃雅玲，2004；吳淑瓊，2004；吳玉琴，2004；中華民國長期照護協會，2005；行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組，2006；陳明珍，2006；內政部，2007），將我國從民國 86 年進入居家服務的制度化發展期開始，探討我國當前居家服務政策的發展過程，茲分述如下：

一、法制規範期－修訂老人福利法與身心障礙者保護法

86 年老人福利法終於完成第一次全面性修法，全文共計 57 條，除增訂多項老人福利服務與規定外，並於第 18 條明訂：「為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之身心障礙者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。」。此為我國首次將老人居家服務工作予以法制規範，也顯示政府推行居家照顧的政策宣誓。另外同年身心障礙者保護法修法，也於第 40 條規定：「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.餐飲服務；7.居家環境改善；8.其他相關之居家服務。」。86 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，此為居家服務法制化之濫觴，也使居家服務正式進入法制規範階段，明訂為加強對失能老人及日常生活需要他人協助之身心障礙者，各縣市主管機關應提供居家式服務，並且包括居家照顧，也是本研究所欲探究之居家服務工作。

二、方案實施期－實施「加強推展居家服務實施方案」等三項方案

民國 87 年當中，由於發現多起獨居老人死亡多時仍無人發現及接連發生未立案老人養護中心大火燒死老人之駭人聽聞事件，突顯我國獨居老人照顧及老人長期照護問題。為改善此種老人照顧的缺失，二年內通過三項落實我國社區照顧政策之重要方案，包括：1. 87 年 3 月內政部函頒之「加強推展居家服務實施方案」。2. 87 年頒布之「加強老人安養服務方案」（行政院

經濟建設委員會，2002)。3. 88 年 2 月通過於 89 年 11 月正式實施為期三年之「建構長期照護體系先導計畫」。「加強推展居家服務實施方案」其目的即開宗明義指出要「落實社會福利家庭化、社區化原則」。而「加強老人安養服務方案」其實施要項與社區照顧有關的包括：居家服務與家庭支持、機構安養與社區照顧服務及社會參與；其措施內容在居家服務及家庭支持方面，包括全面清查獨居老人以及與配偶同住的老人及其需求，並在各地每一鄉鎮區普遍設置社區居家服務支援中心，預定設置四百所，以提供居家服務方案為期 3 年，實施至 90 年 6 月止，經過相關部會及民間團體檢討有其延續辦理之必要性，行政院遂於 91 年 6 月核定新的 3 年計畫，修正將中央與地方權責再明確化；增列照顧服務產業發展方案中新興措施；強調老人無障礙生活空間之營造；老人生活輔具之開發與推展；建構老人經濟安全制度；及以量化方式呈現方案的執行成效（林維言，2000）。『建構長期照護體系先導計畫』總目標為「在地老化」(aging in place)，亦即在民眾居住的社區內統籌資源的發展，提供在地居民全人照護，以有效滿足身心功能障礙者之照護需求。

三、產業發展期－執行「照顧服務福利及產業發展方案」

90 年 5 月 11 日為加強推動福利產業，以因應日益嚴重之失業問題及失能老人照顧問題，經建會會同內政部邀集衛生署、勞委會等有關機關組成「福利產業推動小

組」，研訂「照顧服務產業發展方案」，92 年並更名為「照顧服務福利及產業發展方案」，其具體措施包括：1.輔導各地政府成立照顧管理中心；2.補助非中低收入、失能老人或身心障礙者使用居家服務；3.設置輔具資源流通中心；4.開放各地方現有閒置空間；5.輔導衛生所、農會、老人福利機構多元化經營；6.提升居家服務專業形象與管理制度；7.健全社區照顧周邊設施；8.健全照顧人力培訓，鼓勵離農人口、原住民、中高齡者、婦女投入照護服務產業；9.調整外籍監護工引進政策；10.相關法規鬆綁、開放照顧服務產業辦理商業登記；11.推動溝通宣導工作。（行政院經濟建設委員會，2002）。「照顧服務福利及產業發展方案」共分兩期，第一期自 91 年 1 月 1 日實施至 93 年 12 月 31 日結束，鑑於照顧服務產業之發展具有市場前瞻性及實際需求，行政院再推出「照顧服務及福利產業發展方案」第二期計劃，自 94 年 1 月 1 日起實施至 96 年 12 月 31 日止。依據行政院經濟建設委員會之統計，照顧服務產業之推動，我國照顧服務員專職人員由 91 年底之 1,631 人，至 95 年 6 月 30 日止已增至 3,661 人，居家督導員亦由 192 人增至 452 人，預計政府推行「十年長期照顧計畫」之後，居家服務產業將會更加擴大與發展。

自 87 年起之各項社區照顧相關方案可知，「加強推展居家服務實施方案」著重居家服務人員培訓與實施；「加強老人安養服務方案」著重整合相關部門以滿足老人所需各項需求與服務；「建構長期照護體系

之策計畫」著重實驗以發展未來策略藍圖；「照顧服務福利及產業發展方案」著重提昇照顧產業以促進就業。除「加強推展居家服務實施方案」係內政部主導外，其他三方案之推動單位層級皆上至行政院主導，並結合行政院所屬各相關部門，包括內政部、衛生署、交通部、勞委會、住都局、新聞局、農委會等部門資源體系整合，且明確劃分中央與地方權責（行政院經濟委員會，2003），由此可知為因應老人人口日益增加，失能老人照顧問題日益嚴重，中央有責儘速統籌各部會行政資源推動照顧服務產業。

四、擴大補助期－辦理「失能老人及身心障礙者使用居家服務補助計畫」

內政部為擴大居家服務之服務範圍以滿足失能者及其家庭之需求，於 91 年 6 月開辦「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」，將補助對象擴及至一般失能國民。93 年 7 月 13 日內政部復修正計畫名稱及條文為「失能老人及身心障礙者使用居家服務補助計畫」（94 年至 96 年實施），上述計畫持續修正，惟其中一致規定辦理方式：「居家服務之提供、個案評鑑，由直轄市、縣（市）政府委託民間單位辦理為原則」，根據行政院長期照顧制度規劃小組 2005 年針對內

政部主管居家式各項服務提供單位調查發現，在居家服務提供單位中，社會福利慈善基金會所占比率最多(25.64%)，社會福利慈善團體次之(23.94%)，未作法人登記之社會福利慈善團體最少(5.13%)，而社區發展協會及志願服務隊則尚無提供本項服務。各類民間組織辦理居家服務之能力，有賴穩定財源及專業人力之配合，基金會資金結構豐沛，專業人員配置較多，因此在承接居家服務業務上，得以獨立運行。而社區發展協會及志願服務隊多由社區居民組成之人民組織，因此無論在資金或照顧服務專業上，現階段如預定進入正式長期照顧服務體系成為服務提供單位稍有限制（行政院長期照顧制度規劃小組，2006）。

在居家服務之服務成效統計方面，內政部執行「失能老人及身心障礙者使用居家服務補助計畫」，至計畫開辦以來，服務人數、服務人次及服務時數均逐步成長。95 年 6 月底止，累計服務人數自民國 91 年共計 1,795 人，至 94 年底增至 16,238 人，至 95 年 6 月增加為 17,234 人；服務人次自 91 年合計 54,983 人次，增至 94 年底為 2,061,973 人次；服務總時數自 91 年合計 101,363 小時，增自 94 年底止為 3,510,807 小時（如表 1）。

表 1：我國居家服務計畫服務量統計表

	年度	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年(1-6 月)
服務 人數	輕度	583	2,568	5,330	6,217	6,397
	中重度	1,212	4,244	4,947	4,611	4,788
	極重度			3,267	5,410	6,049
	合計	1,795	6,812	13,544	16,238	17,234
服務 人次	輕度	11,490	126,859	302,082	413,913	210,893
	中重度	43,493	405,395	704,148	682,578	313,358
	極重度			234,020	965,482	552,244
	合計	54,983	532,254	1,240,250	2,061,973	1,076,495
服務 時數	輕度	16,962	200,061	545,125	668,635	347,980
	中重度	84,401	699,161	1,160,103	1,076,635	502,050
	極重度			291,652	1,765,628	1,019,709
	合計	101,363	899,222	2,096,022	3,510,807	1,869,709

資料來源：行政院經濟建設委員會（2006）

五、長期規劃期－成立「長期照顧制度規劃小組」

有鑑於我國人口快速老化及日益增多之失能者照顧需求，為使老人獲得更完整的福利服務，實有賴中央推動長期照顧政策。行政院社會福利推動委員會在民國 93 年 4 月 27 日第 7 次委員會議決議於該委員會下組成「長期照顧制度規劃小組」，由政務委員擔任召集人，以發揮跨部會行政整合之功效，就我國長期照顧制度具體內容詳加規劃，期望在「普及與適足的照顧」、「多元及連續的服務」、「合理及公平的負擔」3 大原則之下，達成「整合各項照顧服務資源」、「建立可長可久永續發展的長期照顧制度。」、「審慎規劃長期照顧財務

處理制度」等 3 大目標（蘇麗瓊、黃雅玲，2005）；本項規劃已於 93 年度完成現況檢視與方向之訂定，94 年度正進行實質規劃與模式建立，預定於 95 年度進行準法制作業與溝通宣導工作，並完成規劃報告。94 年度 4 項規劃案包括：整合照顧管理組織及流程規劃；加強居家健康服務及相關措施規劃；連結居家、社區式、機構式各類長期照顧服務規劃及改善長期照顧居家式各項措施規劃，期適時充實並改善社區及居家服務之內涵並強化服務輸送，以發展合宜的長期照顧制度。（吳淑瓊，2004；中華民國長期照護專業協會，2005）。

六、十年長照期－推動「十年長期照顧計畫」

為建構完整長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提昇生活品質，以維持尊嚴與自主。行政院自 96 年 4 月頒布「十年長期照顧計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，目標包括：1.全人照顧、在地老化、多元連續服務，加強照顧服務發展與普及；2.使人民獲得符合個人需求服務並增進選擇權；3.支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任；4.建立照顧管理機制，確保照顧服務資源效率與效益；5.透過經費補

助，提升民眾使用服務的可負擔性；6.確保財源永續維持，政府與民眾共同分擔財務責任。計畫內容除擴大對於失能者入住福利機構，接受照顧費用之補助外，亦包括居家式、社區式之照顧與補助，居家式、社區式照顧服務包含：居家服務、日間照顧、家庭托顧、居家護理、社區及居家復健、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務、老人營養餐食服務、喘息服務、交通接送服務（表 2）。

表 2：十年長期照顧計畫服務項目表

照顧類型	項 目
居家式及社區式	照顧服務(含居家服務、日間照顧、家庭托顧*)
	居家護理
	社區及居家復健*
	輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務
	老人營養餐飲服務
	喘息服務
	交通接送服務*
機構式	長期照顧機構服務

註：*表示創新服務項目

此計畫放寬居家服務對象以日常生活需他人協助者為主，並包含下列四類失能者：1. 65 歲以上老人；2. 55 歲以上山地原住民；3. 50 歲以上之身心障礙者；4. 僅 IADLs 失能且獨居之老人。另一方面也將失能程度界定為三級：1.輕度失能；2.中度

失能；3.重度失能。補助原則方面除放寬補助對象並加重民眾付費比例，包括：家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者全額補助；若家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者補助 90%，民眾自行負擔 10%；針對

一般戶則補助 60%，由民眾自行負擔 40%；若超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔。在居家服務補助時數方面，亦有明顯增加，輕度失能者每月補助上限最高 25 小時；中度失能者每月補助上限最高 50 小時；至於重度失能者每月補助上限最高 90 小時。

比較十年長期照顧計畫與之前舊制之居家服務補助計畫之差異主要為放寬照顧服務補助標準，提高補助經費之額度，並擴展服務項目；如將十年長期照護計畫（新

制）與原來之居家服務實施要點（舊制）之內容，以重度失能者為例來比較，低收入戶之失能者每月最多可申請免費 90 小時之居家服務，即補助費用合計 16,200 元；中低收入戶自付一成費用，補助費用亦達 14,580 元；一般家庭補助 60%，補助金額 9,720 元，皆明顯高於舊制之低收入戶免費 72 小時居家服務，補助費用 10,800 元；中低收入戶自付三成費用，補助費用 10,800 元；一般家庭補助 50%，補助金額 9,640 元。（如表 3）。

表 3：新舊制照顧服務補助金額比較表（以重度失能為例）

時數/月	低收入戶	中低收入戶	一般戶
新制(90 小時)	16,200	14,580	9,720
舊制(72 小時)	10,800	10,800	9,640
補助差異	增加 5,400 元	增加 3,780 元	增加 1,080 元

備註：

新制：低收入戶全額補助，中低收入者補助 90%，一般戶補助 60%。

舊制：全額補助 32 小時；另 40 小時部分，低收入戶、中低收入者補助 70%，一般戶補助 50%。

肆、我國居家服務政策之發展特色

檢視我國居家服務政策，從早期非專業的慈善志願服務工作發展到十年長期照顧政策，可整理出以下幾個發展特色：

一、服務對象－從殘補式的服務對象擴及到普及式服務

居家服務早期有鑑於低收入戶之獨居老人缺乏社會支持網絡，容易造成孤立無

援或乏人照料生活，因此居家服務工作初期係以低收入戶及獨居老人為主要服務對象，提供關懷訪視服務及家務處理，服務對象是有限縮的且是少量的，屬於選擇性、殘補性之服務類型，由於老人照顧需求日益增加造成家庭成員極大照顧壓力，因此 91 年 6 月開辦「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」，將補助對象擴及至一般失能國民。居家服務對象由殘補助的服務擴展為目前凡是家有失能者皆可申請提供服務之普及式

服務。

二、受理單位－由分散的部門到單一窗口之個案管理

居家服務之受理單位早期由鄉鎮市區公所受理函轉縣市政府初審後，轉送委託之評鑑單位進行家訪評估(assessment)需求，再將評估結果回覆縣市政府核定補助時數，受理單位分散數個單位，並且程序繁複，經常拖延數日，造成民怨，之後各縣市政府陸續成立長期照顧管理中心，做為受理居家服務之單一窗口，惟該單位僅為臨時編組單位，在整合資源權限不足與人力不足之情況下功能受限，自十年長期照顧計畫頒行之後，始勒令將長期照顧管理中心納入各縣市之正式編制單位，並明確定位其專責長期照顧之單一窗口。

三、服務人員－從早期非專業的慈善志工發展到專業證照的照顧服務員之服務

居家服務早期由非專業的慈善志願服務發展為起源，工作人員出於愛心、關懷孤苦無依之獨居老人，不求回報並自動自發地從事失能老人之到宅服務，後因照顧需求與政策影響，轉變成必須由取得專業訓練結業證明之照顧服務員提供服務，其後並將各老人福利機構之照顧服務員及病房看護、居家服務員之訓練辦法與名稱整合一起，統稱為「照顧服務員訓練」，近年勞委會已增列並每年辦理照顧服務員之丙級技術士證檢定，因此未來照顧服務可望專業證照制度發展。

四、審核方式－由未統一的標準與人員執行改變為統一的審核標準與照顧管理員(care manager)專責審核

早期居家服務並未訂定一致性的審核評估(assessment)表格，亦未明確規範執行審核人員資格，造成各縣市政府無所適從，且產生諸多不公平及爭議問題，經過多次檢討，於十年長期照顧計畫明訂全國一致由照顧管理員(care manager)以日常生活功能量表(ADSL 量表)進行統一規範的審核，減化申請流程並以單一窗口方式統一受理、評估並執行多樣化的服務輸送與管理。

五、付費方式－由完全免費轉變為依經濟情況而有 4 成及 1 成之自費額度

付費方式方面早期針對低收入戶及獨居老人為主，採完全免費方式辦理，基於需求人數日增，為符合使用者付費之公平正義原則，逐步擴大為依經濟情況而有自付額度，其額度並經過檢討，修正為除低收入戶完全免費外，其餘服務使用者，至少需付擔 1 成至 4 成的自費金額，以免造成資源浪費或重覆配置，並將有限資源運用在重度及極重度失能者。

六、政策取向－由社會福利服務轉變為福利經濟產業

90 年 5 月經建會會同內政部邀集衛生署、勞委會等有關機關組成「福利產業推動小組」研訂「照顧服務產業發展方案」，

輔導各地政府成立照顧管理中心；提升居家服務專業形象與管理制度；健全照顧人力培訓，鼓勵離農人口、原住民、中高齡者、婦女投入照護服務產業，使居家服務政策由早期之社會福利服務取向發展為福利經濟取向，即除了提供照顧服務需求外，亦考量經濟發展課題與就業市場，讓居家服務不只是福利措施，也促進照顧服務產業發展，增進就業率。

七、服務項目－由單一服務擴展為多元整合服務

居家服務由早期之「加強推展居家服務實施方案」擴展至「照顧服務福利及產業發展方案」，再逐漸整合為多元化的「十年長期照顧計畫」，計畫內容除擴大對於失能者入住福利機構接受照顧費用之補助外，亦包括居家式、社區式之照顧與補助，包含：居家服務、日間照顧、家庭托顧、居家護理、社區及居家復健、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務、老人營養餐食服務、喘息服務、交通接送服務，讓失能者家庭能得到整合性的多元化服務，不但增加使用者之選擇，並能滿足失能家庭之需求。

八、方案期程－由短期三年實驗計畫到十年長期照顧計畫

我國居家服務從 87 年推行方案計畫到積極推動照顧服務福利產業雖略見雛形，惟上述政策大部分仍屬於實驗計畫、先導計畫或三年內實施方案，而「十年長期照顧計畫」則屬於長程之規劃，此計畫

乃針對社區式或居家式照顧資源仍嚴重缺乏之問題，擬訂長程之規劃，並透過管理模式建立需求評估(assessment)與資源提供之個案管理制度，使資源有效利用，並滿足個案之多元化需求(陳明珍，2001)。另一方面透過社政與衛政系統之整合，將衛政體系下的「長期照護管理示範中心」與照顧服務產業方案下設置的「居家服務照顧管理中心」(社政推動)共同整合為「長期照顧管理中心」，並以長期照顧管理中心為長期照顧業務執行上之單一窗口，整合衛政及社政兩大系統資源，成立正式編制單位以發揮照顧管理或個案管理功能。

伍、我國當前居家服務政策之省思

居家服務政策推動以來，最受詬病的地方即在於無全國一致的個案審核與評估(assessment)項目、標準，亦無一致的個案審核評估(assessment)單位與人員之規定，造成各縣市政府在辦理居家服務工作時，或委託護理師公會、社工師工會，或委託醫院、衛生所公衛護士，其人員甚或未接受個案評估(assessment)作業訓練，且人員素質不一，另一方面個案評估(assessment)表格、項目皆未統一，造成個案評估(assessment)結果亦無一致標準，對於時數之核定，亦經常出現歧異、不公平或不符合實際需求狀況之現象。

十年長期照顧計畫針對上述問題，擬定一致的個案審核評鑑標準方式，並明訂各縣政府應成立「長期照顧管理中心」，任

用具有醫護、社工專業人員擔任照顧管理專員(care manager)，並規定在受過一定訓練後統籌負責居家服務等各項長期照顧需求者之申請、審核、家訪、評估(assessment)及核定照顧計畫的工作，以單一窗口、專責方式，統一受理並核定居家照顧計畫，再交由委託單位來辦理居家服務工作。對於有時數不符合需求的個案，亦統一由「長期照顧管理中心」負責複審工作。本項計畫目前仍在初始辦理階段，各縣市已合併社政、衛政之照顧管理中心，成立「長期照顧管理中心」者仍有限，所聘僱之照顧管理專員員額亦未充足，政策仍待宣導，且人員訓練亦仍在持續調訓之中，另一方面，居家服務並未開放假日及夜間服務，如欲臨時更換服務項目或服務時間亦缺乏彈性，故成果仍待評鑑。

陸、我國居家服務政策問題與未來努力方向

由於居家服務工作係服務員到使用者住家提供其日常生活照顧服務，服務過程中經常只有照顧服務員一人在場，缺少家屬及督導協助與監督，而失能老人身心及生理狀況變化大，個別需求差異性亦大，照顧服務員是否能因應個別需求狀況提供服務，實為一大挑戰，另一方面，家屬的要求與受照顧者之需求如不相同，也必須能夠妥適的加以協調，研究發現照顧者經常會承受案主許多過多額外的要求，另一方面也有是過於忽視案主的需求，不願意提供合適的服務。不論是過多的承受或忽

視實際需求的狀況，對於案主與服務提供者都會產生不良的影響（楊培珊，2000），有鑑於此，可知居家服務之績效與品質要求是非常重要的。雖然期間公私部門在政策規劃與執行上也做了許多修正，但依據國內相關研究報告仍有許多問題未處理，茲整理我國居家服務績效問題與未來努力方向分述如下：

一、人力方面

各縣市政府承辦人力的不足，且流動性大造成業務無法接續推展；各居家服務委託單位之照顧服務員人力難求且未做人力儲備，影響人員調度也造成派案效率不佳；另一方面，照顧服務員經常因為工作壓力大且薪資待遇及福利相對過低而流失；健全照顧服務員之勞健保、意外險、退休金提撥等福利、透明化的薪資待遇、暢通的員工申訴管道、完善的員工績效獎勵制度皆亟待加強，因此健全人力制度是非常重要的。（王玠，1991；王增勇，1992；蘇昭如，1992；萬育維、孫建忠，1992；師豫玲，1993，潘齡莉，2000；劉素芬，2001；李慧玲，2002；陳怡如，2003；黃士哲，2003；吳玉琴，2004）

二、知能訓練方面

居家服務人員及督導員之訓練課程規劃內容仍不符實際需求，且居家服務人員資格僅要求小學畢業且經過五十五小時職前訓練結訓取得證書即可擔任，其所具之知能仍甚薄弱；雖另有四十五小時實習課程但都安排於醫院或養護中心實習，與居

家服務實務仍有差距，因此，於實際分派工作之前應另外安排職前訓練並實地由資深服務人員帶領見習，才能確保服務的品質，在職訓練方面，居家服務過程中對於居家服務人員及督導人員缺乏在職訓練，亦造成照顧服務人員知識技巧不足，對於重度以上失能者之協助洗澡、更衣、準備膳食、簡易復健、褥瘡處理等往往需要相關技巧訓練與經驗累積，尤其失智老人人數不斷增加，其失智造成記憶退化、情緒失調、性情暴躁、四處遊走、藏東西、時空錯亂並合併有幻聽、幻覺、暴力攻擊等問題，對於照顧者而言挑戰性極大，在實務中最常發生照顧問題者即為失智老人照顧問題，因此，失智老人之照顧知能亦有待加強。（劉素芬，2001；李慧玲，2001；陳怡如，2003；黃士哲，2003；徐悌殷，2004；吳淑瓊，2004；張榮輝，2005；行政院長期照顧制度規劃小組，2006；陳明珍，2006）

三、督導方面

居家服務督導員負責規劃及分配居家服務員工作內容，並監督管居家服務員工作進度與品質，使其能發揮才能，適當扮演服務員的角色，提昇服務品質其工作內容包括：1.擬訂工作年度計畫與年度預算；2.居家服務人力規劃評估；3.招募訓練居家服務員，並分配調度居家服務員；4.工作守則、流程、作業標準之製訂；5.督導居家服務員工作執行及評估其成果；6.職前及在職訓練規劃與執行；7.規劃及推展創新的計劃及方案；8.單位內部政策法

令規範的修改與制訂；9.擔任個案管理者，由上可知居家服務督導角色是非常多元的，包括管理者、教育者、支持者、行政者、諮詢者、規劃者、評估者、監督者、研究發展者、溝通協調者，二十一世紀強調福利多元化，重視公民權的提昇，居家服務督導的角色則更具管理色彩及積極性，包括品質監控者、績效促進者、資源整合者、社會福利倡導者。目前居家服務督導人力欠缺且資歷與經歷都仍薄弱，許多督導員為大學畢業僅一、二年年資者，居家服務之過程中未落實居家服務員之考核與管理、未定期針對特殊及一般個案召開個案研討會議、未定期辦理個別督導、團體督導、個別諮詢，造成督導品質不佳，或有家訪及電訪次數偏低且流於形式、未針對個案需求提供轉介服務，或是督導功能較重支持及行政功能，教育及管理功能未有效發揮，而居家服務督導人員流動性大之問題亦影響督導品質。因此居家服務督導員亦應加強在職訓練與督導考核，使其具備更多管理能力包括：規劃能身、教育能力、人力管理、資訊管理、財務管理、績效管理、自我管理、衝突與危機管理的能力（王增勇，1992；蘇昭如，1992；林貞慧，1999；潘齡莉，2000；劉素芬，2001；李慧玲，2001；林嘉駿，2004；徐悌殷，2004；陳明珍，2006；行政院長期照顧制度規劃小組，2006）

四、照顧服務過程方面

照顧服務過程之問題包括：1.服務認知方面，家屬或老人對於居家服務之錯誤

認知造成服務上不滿意或誤解發生；對於老人與其家庭需求之認知或溝通不良以致未能滿足老人與家庭之需求；對於失智老人之認知與照顧技巧不足影響照顧品質，也造成服務員很大的壓力與挫折；家屬之期待與老人之期待不相同時未能妥善溝通處理等。2.服務品質方面，未訂定明確詳實的作業規範、開案前未至案家擬定照顧計畫、服務前未與案家簽訂服務契約、居家服務員服務態不佳、對案主的照顧需求未盡力協助解決、提供的服務未依規定確實完成、申訴機制未建立；申訴功能不彰、對於照顧對象之其他生活適應或醫療復健問題未注意或未予處理等。3.服務滿意度方面，未尊重服務使用者需求、服務未配合使用者的需求來調整、對於案家的照顧需求有困難之處未努力溝通協調、未能設身處地的關心受照顧者等。（劉素芬，2001；李慧玲，2001；陳怡如，2003；黃士哲，2003；林嘉駿，2004；徐悌殷，2004；林春只、曾明月，2005）

五、縣市政府評鑑方面

目前各縣市政府之居家服務業務絕大多數採委外辦理方式進行，由於願意接受委託單位少，各受委託單位之間服務品質參差不齊；部分區域服務個案量太少，造成委託單位運作不敷成本；各委託單位因機構運作規定不一，有不同服務規範；另外長期照顧服務資源網絡未建立，各委託單位資源連結情形亦有待加強。為能確保服務品質並達成居家服務之預期目標，定期辦理評鑑是不可或缺之工作。居家服務

自 86 年制度化實施迄今已有 12 年，一直未有統一的評鑑規定及項目，造成各縣市政府常因業務繁忙等因素而未辦理居家服務評鑑，而有辦理居家服評鑑之縣市政府，則僅以簡單之評鑑項目辦理而無標準化的評鑑指標且大部分偏向行政督導，而未重視服務品質及服務輸送。在評鑑委員方面，亦發現部分縣市政府僅以內部委員為主，而未聘請外部專家學者，或僅以書面進行，而未針對服務對象之意見與滿意度進行評鑑。（潘齡莉，2000；吳淑瓊、莊坤祥，2001；吳玉琴，2004；邱汝娜、陳素春、黃雅玲，2004；吳淑瓊，2004；林春只、曾明月，2005；行政院長期照顧制度規劃小組，2006；陳明珍，2006；王綉蘭，2007）

柒、結語

在追求績效講究責信之現代，居家服務工作之實施應建立品質監控機制並加強績效評鑑，才能瞭解政策實施成果與影響。由於政府為推動居家服務工作並發展照顧服務產業，每年皆編列上億經費補助各縣市政府擴大辦理，而各縣市政府每年亦自編上千萬不等之經費來辦理本項業務，96 年推行之 10 年長期照顧計畫（內政部，2007），預計自 96 年起至 105 年止將編列費用 817.36 億元經費辦理長期照顧工作，其中補助使用者之費用預計 497.89 億元，補助服務提供單位 256.63 億元，建構照顧管理制度 62.84 億元。各居家服務委託單位是居家服務第一線之服務輸送單

位，如何加強管理與評鑑？其績效如何？
績效評鑑指標為何？如何明確建構評鑑指
標與運作評鑑制度，皆是重要課題，因此
建構我國居家服務績效評鑑指標與評鑑模

式實是刻不容緩的議題。

（本文作者現為中華民國社工師公會全聯
會副理事長、台南縣政府秘書、東海大學
社工系博士班進修）

參考文獻

- 內政部(2008)。我國人口統計年報。
- 內政部(2007)。我國長期照顧十年計畫一大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。
- 中華民國長期照護協會(2005)。長期照護歷史軌跡。<http://www.ltcpa.org.tw/>
- 台灣省政府(1996)。台灣省居家老人服務工作報告。八十五年度全國在宅服務業務研討會手冊。台北：內政部。
- 台北市政府(1997)。台北市政府推展居家照顧服務工作業務報告。台北：台北市政府。
- 王玠(1991)。老人在宅服務理念與趨勢－鳥瞰我國施行現況。紅心會訊。
- 王增勇(1992)。老人居家照顧。志工服務長者須知。台北：中華民國社會服務志願工作人員協會編印。
- 行政院經濟建設委員會(1996)。台灣人口中推估。台北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經濟建設委員會(2002)。照顧服務產業發展方案。台北：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經建會(2003)。照顧服務產業發展方案－九十一年執行情形檢討報告。
- 行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組(2006)。改善長期照顧居家式服務各項措施規劃報告。
- 李慧玲(2002)。高雄市失能老人自費使用居家服務品質之探討。台中：東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 邱汝娜、陳素春、黃雅玲(2004)。照顧服務社區化－當前老人及身心障礙者照顧服務之推動與整合規劃。社區發展季刊，第 106 期，5-17。
- 呂寶靜(1998)。我國推動福利社區化省思－從英國社區照顧政策出發。發表於台灣大學社會系主辦。台灣社會福利發展、過去、未來學術研討會。
- 吳淑瓊、陳正芬(2000)。長期照護資源的過去、現在與未來。社區發展季刊。第 92 期，19-31。
- 吳淑瓊、莊坤祥(2001)。在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向。台灣衛生雜誌。
- 吳淑瓊(2004)。從「建構長期照護體系宣導計畫」之執行看我國社區式長期照護體系之建構。社區發展季刊，第 106 期，88-96。

- 吳肖琪(2003)。台閩地區失能老人機構照護供需資源分布狀況調查研究。台北：民國長期照護專業協會。
- 吳玉琴(2004)。台灣居家服務的現況與檢討。社區發展季刊，第 106 期。132-139。
- 林嘉駿(2004)。澎湖縣居家服務方案評鑑。國立中正大學社會福利系碩士論文。嘉義：國立中正大學。
- 林春只、曾明月(2005)。照顧服務員工作滿意度及其相關因素之探討。長期照護雜誌，9(4)，349-360。
- 林維言(2000)。從「加強老人安養服務方案」的執行談長期照護制度之建構。社區發展季刊，第 92 期，6-18。
- 周月清(1998)。英國社區照顧－「在社區內照顧」＝「由社區來照顧」。社區發展季刊，第 87 期，271-283。
- 胡幼慧(1994)。慢性重症老人居家療養之抉擇研究。國科會專題研究計畫。
- 師豫玲(1993)。台北市政府委託民間辦理社會福利現況。社會福利民營化研討會論文。台北：台北市政府。
- 高雄市政府(1998)。高雄市政府社會局辦理獨居老人業務報告。邁向二十一世紀老人福利新境界之行動策略－全國獨居老人需求社區照顧研討觀摩會。高雄：長青綜合作服務中心。
- 徐悌殷(2004)。彰化縣「居家照顧服務員」工作表現相關因素之研究。東海大學社會工作學系碩士論文。台中。
- 張榮輝(2005)。彰化縣居家服務方案評鑑之研究。東海大學公共事務研究所論文。
- 陳明珍(2001)。居家服務業務手冊。台灣省立彰化老人養護中心發行。
- 陳明珍(2001)。我國推展老人居家服務政策之探討。長期照護季刊，5(1)，13-25。
- 陳明珍(2002)。養護機構老人之生活適應過程研究。國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所。
- 陳明珍(2006)。我國失能老人與身心障礙者長期照顧政策之省思與探討。社區化長期照護季刊，第三期，63-96。
- 陳芷如(1997)。承命生根之過程－台灣機構化失能老人遷居的心路歷程。長庚醫學暨工程學院護理學研究所碩士論文。
- 黃源協(2000a)。社區照顧：台灣與英國經驗的檢視。台北：楊智文化公司。
- 黃源協(2000b)。社區照顧服務輸送模式之探討。社會政策與社會工作學刊。第四期，第二卷，179-220。
- 黃士哲(2003)。老人居家安養服務執行之成效研究－以嘉義市為例，南華大學非營利事業管理研究所碩士論文。南華大學非營利事業管理研究所論文。

- 曾竹寧(1999)。論老人社區照顧服務體系之建構。社會工作學刊，第五期，141-170。
- 萬育維、孫健忠(1992)。台北市低收入戶認定標準與其福利措施之績效評鑑。台北市政府社會局委託報告。
- 劉素芬(2001)。「老人居家照顧服務方案評鑑－以紅心字會為例」，國立暨南國際大學社會政策與社會工作學研究所碩士論文。
- 潘玲莉(2000)。基隆市老人居家服務之評鑑研究。東海大學社會工作學研究所碩士論文。
- 謝美娥(1992)。台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究。台北市第府委託報告。
- 謝美娥(1997)。從失能老人社區照顧的需求初探服務網絡之建立。政治大學社會學報，第27期，47-88。
- 蘇昭如(1992)。台北市政府社會局委託民間辦理社會福利之研究。公訊報導。45，39-49。
- 蘇麗瓊、黃雅玲(2005)。老人福利政策再出發－推動在地老化政策。社區發展季刊，第110期，5-13。
- Edwards, W., Silva, P., & Narayanan, V. (2000). *Resident experience with nursing home care: A literature review*. Submitted by Westat to the Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kosberg, J., & Cair, R. (1992). Burden and competence in caregivers of Alzheimer's disease patients. *Journal of Gerontological Social Work*, 18, 85-97.
- Morrow-Howell, N., Proctor, E., Dore, R., & Kaplan, S. (1998). Postacute services to older patients with heart disease. *Journal of Applied Gerontology*, 17, 150-171.
- Strawbridge, W., & Wallhagen, M. (1992). Is all in the family always best? *Journal of Aging Studies*, 6, 81-92.
- Sharkey, P. (1995). *Introducing Community Care*. London: Collins Educational.
- Sinclair, I., Gibbs, I., & Hicks, L. (2000). *User Survey Analysis final Report: Report to London ADSS Benchmarking Region*. London: Starfish Consulting.