

國立臺灣大學社會科學院政治學系

碩士論文

Department of Political Science

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master Thesis

我國居家照護政策執行之評估

Policy Evaluation on Taiwan Home Care Program

金國誠

指導教授：彭錦鵬博士

中華民國九十九年一月

January, 2010

# 我國居家照護政策執行之評估

## 摘要

台灣近十年來老年人口比率每年約以 0.4% 持續增加，根據經建會的民國 97 年至 145 年人口推計簡報指出：我國由高齡化社會過渡到高齡社會只需短短的 24 年時間，我國老年人口老化的程度，相較於其他先進國家皆快速許多，相對的政府與社會因應及準備高齡社會來臨的時間也短了許多。

而政府近期提出因應人口老化問題的相關政策中，以「我國長期照護十年計畫」最為重要，其中的居家照護服務，是目前推行長期照護政策中使用比率最高的服務類別，因此本論文以居家照護之執行現況為研究主軸，利用深度訪談及問卷調查、比較分析等研究方式進行政策評估的探究。

本研究發現我國居家照護政策目前在執行上，有人力資源不足、宣傳成效不佳、專業人力不足、政策窗口不一等執行現況，這些都是目前我國居家照護政策執行上所面臨的困境。最後本論文以研究發現及比較各國推行居家照護政策經驗提出相關的政策建議，希望改善我國居家照護政策目前遇到的缺失，並對後續我國要推行的長期照護保險政策給予建議。

關鍵字：長期照護十年計畫、居家照護、政策評估

# 目錄

第一章、緒論.....	1
第一節、研究背景.....	1
第二節、研究動機與目的.....	3
第三節、研究流程.....	6
第二章、文獻探討.....	7
第一節、長期照護相關文獻.....	7
第二節、日本介護保險制度政策.....	13
第三節、瑞典照護政策.....	21
第四節、德國照護政策.....	23
第五節、美國照護制度.....	27
第六節、政策評估相關理論.....	31
第三章、我國居家照護文獻回顧.....	41
第一節、居家照護的定義與發展過程.....	41
第二節、服務對象與服務項目.....	48
第三節、居家照護管理制度.....	53
第四節、居家照護的資源分配.....	58
第五節、國內居家照護相關研究.....	60
第六節、國外居家照護發展與台灣之比較.....	63

第四章、 研究設計.....	66
第一節、 研究途徑與架構.....	66
第二節、 研究方法.....	69
第三節、 研究工具.....	73
第四節、 研究範圍與限制.....	77
第五章、 研究結果.....	79
第一節、 居家照護政策執行現況訪談之分析.....	79
第二節、 居家照護政策執行現況訪談之發現.....	92
第三節、 居家照護政策執行現況問卷之分析.....	93
第四節、 居家照護政策執行現況問卷之發現.....	105
第六章、 研究結論與建議.....	108
第一節、 研究結論.....	108
第二節、 研究建議.....	111
第三節、 待研究之議題.....	115
第七章、 參考書目.....	117
附件一.....	124
附件二.....	126

# 表目次

表 1-1 台灣 97-14 年人口推計資料 .....	2
表 2-1 近年來主要的長期照護潛在需要人數推估研究列表.....	13
表 2-2 德國歷年人口統計.....	24
表 2-3 德國政府關於居家照護之法律改革.....	25
表 2-4 德國居家照護認定之基礎.....	27
表 2-5 政策評估的演進.....	33
表 2-6 各學者提出之政策評估指標.....	36
表 3-1 居家照護定義彙整表.....	43
表 3-2 我國居家照護發展過程.....	46
表 3-3 居家式照護提供的服務.....	53
表 3-4 2008 年居家式服務資源概況.....	59
表 4-1 訪談名單編號.....	72
表 4-2 政策執行者訪談題目大綱.....	74
表 4-3 政策利害關係人訪談題目大綱.....	75

# 圖目次

圖 1-1 研究流程圖.....	6
圖 2-1 需要照護程度認定人數的推移（萬人） .....	18
圖 2-2 照護服務利用人數的推移（萬人） .....	19
圖 2-3 需要照護程度與服務利用狀況.....	20
圖 3-1 服務申請流程.....	55
圖 4-1 研究架構.....	68
圖 5-1 有需求但沒申請居家照護的原因.....	95
圖 5-2 民眾對居家照護政策的目的是了解程度.....	96
圖 5-3 相關人員對居家照護資訊提供的完整度.....	97
圖 5-4 民眾得知居家照護的管道.....	98
圖 5-5 申請居家照護前後，個案家屬每週照顧天數的差別比較.....	100
圖 5-6 申請居家照護前後，個案家屬每日照顧所花的時間.....	101
圖 5-7 申請居家照護前後，個案家屬對生活品質的評定.....	102
圖 5-8 申請居家照護前後，個案家屬每天生活的精力是否足夠之評定.....	102
圖 5-9 申請居家照護前後，個案家屬對休閒活動的時間之評定.....	103
圖 5-10 申請居家照護前後，個案家屬的集中能力之評定.....	103
圖 5-11 家中平均花費的照護費用 .....	104
圖 5-12 申請居家照護政策後可節省的照顧費用.....	105

# 第一章、緒論

目前世界許多國家面對老人人口急速增加，人口高齡化不斷攀升的問題，台灣也同樣面臨了相同的問題。台灣地區的老人人口倍增的速度比其他先進國家還要快速，且台灣的生育率降低造成高齡少子化社會（藍忠孚，2000），而未來長期照護之需求服務量將大量增加（行政院衛生署，1996；邱亨嘉，1996；吳淑瓊，1998），所以政府制定一個完善的老人照護相關政策制度是勢在必行。我國長期照護制度，其中包含居家照護、社區照護、機構照護三大層面，而居家照護服務佔長期照護的比率約七成，因此政府進行長期照護政策時能確實掌握居家照護政策實施確實性，實為政策執行的一大重點。有鑑於此本研究希望透過政策評估的方式，進一步的探討老人照護的相關政策問題，並希望藉此提出後續政策發展的建議。

## 第一節、研究背景

醫療衛生的進步，人口的平均壽命延長及出生率下降，使得人口高齡化是許多已開發國家共同面臨的問題。2007年7月我國65歲以上高齡人口比率已達10.09%（行政院經建會，2008），而依照聯合國世界衛生組織（WHO）的標準，凡一國65歲以上的人口超過7%，即進入高齡化社會<sup>1</sup>（我國於1993年老人人口超過7%，預計2017年老人人口達到14%，進入高齡社會），表示我國現階段逐漸從高齡化社會邁入高齡社會當中。此外，台灣近十年來老年人口比率每年約以0.4%持續增加，同時老化指數<sup>2</sup>為51.49%，每年提高1.9%，亦表示65歲老人佔0-14歲的人口比率呈逐年上升之現象。依據經建會推估，我國老人人口至2016年將增為13.01%，而此比率到2026年將超過20%（內政部社會司，2007），屆時每五位就

---

<sup>1</sup>世界衛生組織(WHO)將65歲以上的長者定義為老年人，而老年人口佔總人口比例大於7%即邁入高齡化社會，大於14%就被定義為邁入高齡社會，大於21%則定義為超高齡社會。

<sup>2</sup> 老化指數係指65歲以上人口占0~14歲人口比率，老化指數=(65歲以上人口/0~14歲人口)\*100

有一位是老人人口，且根據遠見雜誌指出（2007）台灣平均每 7.2 名年輕工作人口扶養 1 名老人，20 年後降到 3.3 名年輕工作人口扶養 1 名老人。到了 2051 年更減為 1.5 人扶養 1 名老人，成為未來青壯人口無法承受之重，這同時更加突顯出老人照護政策是政府目前迫切需要去探討的議題。

根據經建會的中華民國台灣 97 年至 145 年人口推計簡報指出：估計我國由高齡化社會過渡到高齡社會只需短短的 24 年時間，較之德國歷時 40 年，美國歷時 73 年，皆還要快速，僅日本的 24 年與我國相當；可見我國老年人口老化的程度，相較於其他先進國家皆快速許多，相對的因應及準備的時間也短了許多。

表 1-1 台灣 97-14 年人口推計資料

國別	到達65歲以上人口比率之年次					倍化期間(年數)		
	7%	10%	14%	20%	30%	7%→14%	10%→20%	20%→30%
台灣	1993	2005	2017	2025	2040	24	20	15
新加坡	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	24	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	73	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	40	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大利	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	85	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	115	77	-

資料來源：行政院經建會（2008）中華民國台灣 97 年至 145 年人口推計簡報

在老人人口增加的社會結構下，隨之而來的問題，是老人長期照護需求的不斷增加，根據推估我國 2008 年失能失智的人口約有 396,937 人，預估 2028 年會成長為 811,971 人（王雲東等，2009 年），在照護需求不斷攀升的情況之下，政府應制定出良善的照護政策。以目前台灣地區的照護型態來說，大多數的民眾仍是習慣以居家照護的方式進行，根據內政部（2005）「老人狀況調查報告」顯示 65 歲以上老人近六成希望與子女同住，且陳亮汝（2004）也提出有八成以上的失能者

仍是由家庭親人協助照顧。內政部於 2003 年的調查也顯示，身心障礙者目前居住在家者佔 93.34%，住公私立養護機構者只佔 6.25%，皆顯示台灣地區的人民依然習慣使用居家照護的方式進行照顧。

但是在都市化、工業化等社會結構變遷下，核心家庭<sup>3</sup>增多，婦女勞動力參與的增加，使得擔任家庭主要的照顧者，也因為投入職場而無法完全勝任照顧的角色，讓家庭無法發揮照顧的功能，故家庭外的照顧成為現代極重要的照護服務（謝美娥，1993；鄭讚源，2000）。因此當政府面臨高齡化社會且老年人口快速倍增、家庭功能的改變，再加上台灣地區的失能者或是身心障礙者皆習慣使用居家照護服務，而婦女又因社會、工作型態改變，無法兼顧失能者或身心障礙者完善的照顧功能之際，政府提出的居家照護政策是否切於實際且利於推行就更顯得重要。

## 第二節、研究動機與目的

醫療衛生的進步，使得人口平均壽命普遍延長，再加上出生率逐年下降，造成了老人人口持續成長而老人撫養比<sup>4</sup>也不斷提高的現象，也使得慢性病與功能障礙盛行率<sup>5</sup>持續增加。而這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除了醫療服務之外，也需要長期照顧服務。有鑑於此，台灣地區的人口老化問題及照護需求越來越顯得重要。根據主計處資料統計得知，2007 年 65 歲以上老年人口共 219 萬人，占總人口 9.62%，估計在 2028 年時老年人口將達 475 萬人其佔總人口數 22.5%。根據內政部 2005 年統計得知 65 歲以上老人的日常起居活動有困難者，其主要照顧者為配偶、子女或媳婿總共佔 40%，為外籍或本國看護工者合佔 18%，為機構、居家服務員（含志工）者總共佔 9%，惟無人可協助而須自我照顧者近三成，這表示在台灣的社會型態中仍以家庭擔負居家照顧之主要責任。因此當老人人口數增

---

<sup>3</sup>核心家庭係指家中的成員只有夫妻兩人及其未婚孩子。

<sup>4</sup>扶養比(dependency ratio)係指依賴人口對有工作能力人口的比率，亦即幼年人口及高齡人口對青壯年人口之比率；用指數來表示即每 100 個有工作能力人口應扶養多少個依賴人口。公式為： $(0\sim 14$  歲及  $65$  歲以上人口  $\div$   $15\sim 64$  歲人口) $\times 100$ 。

<sup>5</sup>盛行率定義：單位人口當中的患病人數。

加之際，首當其衝即是家庭照顧的壓力將倍增，並將造成社會、經濟之重大問題，因此居家照護政策規劃與執行是政府迫切需要關注的議題。

## 壹、研究動機

近十年我國政府各部會開始積極推動長期照護的相關政策，行政院並於 2007 年頒布「長期照顧十年計畫」。該計畫參照日本推動長期照護保險（介護保險）的推動經驗，並預計於 2011 年推出我國長期照護保險的政策。而政策推動至今僅有部分政府單位委託相關學術單位對「長期照顧十年計畫」做政策推動的預先評估計畫、國內照顧資源供給及所需人力之評估、和財政預估的研究。如吳淑瓊（2004）「從建構長期照護體系先導計畫之執行看我國社區式長期照護體系之建構」、林昭吟（2008）「長期照顧財務政策之政策預評估-政策學習觀點的初探」、行政院經濟建設委員會委託社團法人台灣照護專業協會（2009）的「我國長期照護資源供給調查」，皆屬於政府單位或是研究者以政策執行者的角度來評估政策。也有部份研究是進行與其他國家政策之比較的研究，如吳肖琪、林麗嬋、吳義勇（1999）「論台灣長期照護特質與西方差異」、莊秀美（2000）的「高齡社會的老人長期照護對策：以日本的公共介護保險法為例」等，較缺乏以政策利害關係人的角度進行評估的研究。

有鑑於國內老人人口增加，而長期照護的需求持續增加，顯示這領域是值得深入研究與分析的，但是相關的研究多以單一角度來進行探討，少以政策利害關係人的角度進行評估，因此本研究欲從不同的角度來探討「長期照顧十年計畫」，透過政策評估理論中的回應性評估方式，深入訪談在「長期照顧十年計畫」中的利害關係人，將評估焦點放在佔該政策服務七成比例的居家照護上。並參照在老人照護政策推行成效良好的一日本、瑞典、德國、美國等國家，以其政策的執行方式來檢視我國相關政策執行的效率跟效能。最後審視目前我國照護政策在台灣的實行成效及面臨困境，並希望透過政策評估方式進行深度訪談及問卷調查，且提出學術建議，以達到公共政策追求的資源有效分配之目標。

## 貳、研究目的

Stake (1975) 提出「政策評估應重視政策利害關係團體或個人所關切的議題與疑問」。同時政策執行的確實性，及實際受惠的利害關係人的內心感受，也是政策推動及執行時需要進行評估之重點。再加上政府的資源預算有限，所以妥善分配資源為政府積極追求的目標之一，同時政策執行的確實性，及實際受惠之利害關係人的內心感受，也是政策推動及執行時需要進行評估之重點。

本研究希望利用政策評估理論中的深度訪談方式來評估利害關係人對政策及方案持有態度、意向，以政策執行者及政策利益人兩者的觀點，了解對居家照護政策的訴求、關切與議題，並探索其政策推動之癥結問題；而從深度訪談法中聚焦問題之後，再透過問卷的方式，進一步了解目前政策推動的癥結問題，並參照與我國在文化、經濟、地理環境都有相似之處的日本、推行長期照護制度相當成功的瑞典、德國及其他國家，以學習及仿效的方式，參照各國居家照護的服務內容，及實施多年的經驗，從制度面、政策面中找到值得我國效法的地方，並提出改善我國居家照護政策的方案跟建議；最後透過了解政策利害關係人對政策的看法，了解目前我國「十年長照計劃」有關居家照護政策的執行不足處，並參照各國經驗，進一步的檢討與學習，並以此提出具體的建議以改善缺失，解決目前我國人口快速老化所帶來的相關問題。

希望透過該政策推動的評估結果，提供我國政府於 2010 年推動長期照護保險之參考。綜合以上，將本研究之目的歸納如下列幾點：

- (一) 本研究以政策評估方式，透過做我國「十年長照計畫」中居家照護執行之評估，透過實證的方式，有別於過去研究長期照護的研究方法，可在學術研究上帶來新的發現。
- (二) 了解政策利害關係人對方案執行的看法，並探索「十年長照計畫」中居家照護推動之癥結問題。
- (三) 參考各國照護制度的推行經驗，並根據研究的發現，提出相關的建議，

以修正我國的居家照護執行方向。

(四)本研究發現可為日後推動我國長期照護保險政策之參考。

### 第三節、研究流程

本研究流程依據現況的觀察及研究背景與動機作為出發點，從中歸納及釐清研究目的。並透過相關文獻的探討，確立本研究的研究方向與題目，提出適當的研究方法。再透過質化的方式分析訪談資料，進而提出結論，本研究流程如圖 1-2 所示：

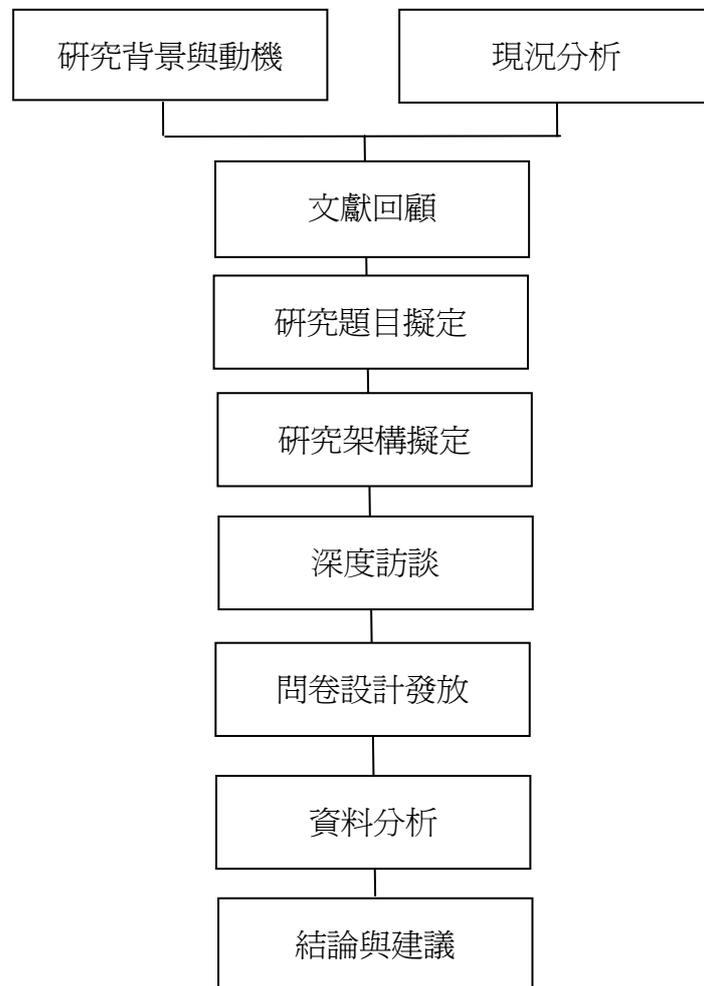


圖 1-1 研究流程圖

資料來源：本研究整理

## 第二章、文獻探討

本章節整理過去到至今相關文獻的回顧，根據目前現有的研究提出整合性的看法與分析，並根據研究不足之地方做進一步的探討。

### 第一節、長期照護相關文獻

我國隨著老人人口持續倍增、慢性病以及功能障礙盛行急遽上升的趨勢，老人照顧的需求不斷攀升，由於社會形態的轉變，使得原本扮演主要照顧角色的家庭成員之照顧能力減弱，老人和家庭對於照護的福利措施需求，卻比過去的需求量比重還要大，因此長期照顧服務更具迫切性。

#### 壹、長期照護的定義

長期照護係指身心功能障礙者，在一段長時間內提供一套醫療、護理、個人與社會支持的照顧（Kane & Kane, 1987），希望能使身心功能障礙者維持或促進身體功能，增進獨立自主的正常生活能力；國內學者阮玉梅（1999）指出長期照護的對象，是針對疾病、傷害、老衰以及身心障礙者等因素，而導致失智或失能，致使日常生活無法自理，而須依靠他人協助或照護者。另外也有其他學者提出長期照顧之服務對象，是包含所有年齡組合之人口，包含罹患慢性病及身心障礙者均為服務的對象，而這些服務都可以在機構、非機構及家庭中提供（引自吳淑瓊，1998；行政院 2007）；而林進財等（2005）提出，長期照護泛指對於疾病、意外而導致日常功能部份或全部缺乏、喪失者連續供給三個月以上之醫療與個人照顧服務；其特質以生活照顧為主、醫療照顧為輔。綜合上述可知，長期照顧的概念是持續性且長期，並且橫跨領域的一種照護理念，而服務的對象是以身心功能障礙之失能人口為主（行政院，2007）。

## 貳、我國長期照護的發展

以台灣的長期照護體系而言，主要是由三大系統所組成：社政、衛政以及退輔會；在社政方面，係以「老人福利法」、「社會救助法」與「身心障礙者保護法」作為依據；而在衛政系統，主要為慢性醫療與技術性護理服務之提供，衛生醫療單位則以「醫療法」和「護理人員法」等相關法規加以規範，同時也有「全民健康保險法」提供護理服務的給付；另外在退輔會系統方面，係根據「國軍退除役官兵輔導條例」提供榮民就養服務，設置榮民之家等業務。

我國長期照護政策發展的目標為「在地老化」(吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬；1998)，因此在 1998 年便開始以此為發展方向陸續推動長期照護相關計畫，如 1998 年核定的「老人長期照護三年計畫」，其計畫的目標是依據居家社區設施 70%、機構照護設施 30%的原則，來發展以消費者及居家社區為導向、機構照護為輔助的實施策略。而計畫內容的重點透過成立「長期照護管理示範中心」的單一窗口制度，來建立整合性服務網絡，讓使長期照護個案經專業評估及「個案管理」，能得到妥適之照護安排」(行政院衛生署，1998)。之後在 2000 年衛生署及內政部一同推動「建構台灣長期照護體系三年先導計畫」，實施的地點為台北縣三鶯地區及嘉義市，在兩處分別設立鄉村型以及都市型態的實驗社區，進行實地的研究，該計畫也為我國規劃長期照顧體系實務之先驅。希望透過先導計畫，設立相關的長期照護資源管理中心，來統籌社區照護資源。以此因應國內人口老化不斷增加而延伸的福利需求問題，並希望透過此來增加社會服務相關的產業發展，擴大相關勞力需求，有效促進就業(行政院經建會，2002)。

行政院之「挑戰 2008：國家發展重點計畫」提出，照顧服務福利與產業發展方案(2002-2007)，以此作為未來六年發展照顧服務產業的指導方針，主要分為兩期進行。在第一期是在各縣市成立「長期照護管理示範中心」，與成立「照顧服務推動小組」及「照顧管理中心」，針對相關的單位作溝通協調的工作，並辦理個案管理的專業研討會，且制訂作業規範及績效指標，來提升照護的品質。在第二期主要執行內容為強化長期照顧管理中心的角色及整合各項照顧資源。藉由照顧管理專員，來評估個

案申請者所需要的資源，在轉介給其他服務中心，以此方式統籌現有的照顧資源，達到資源的有效分配。不過此策略卻造成同一縣市出現兩個業務重疊的照顧管理中心。因此 2005 年行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組決議，為利業務整合，統一將有關照顧管理中心之名稱定名為「長期照顧管理中心」（蔡閻閻，2008）。

行政院於 2007 年核定「我國長期照顧十年計畫」，其目的為滿足長期照顧需求人數的快速增加，該計畫規劃於 10 年內挹注新台幣 817.36 億元經費，成立長期照顧制度推動小組，以專案分工，由產官學代表組成委員會議展開政策執行方案。並由行政院衛生署所規劃的「長期照顧管理中心」為政策執行之主責。透過計畫的執行以建構一個符合多元化、社區化(普及化)、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度。

「我國長期照顧十年計畫」主要服務對象為 65 歲以上的老人、55 歲以上的山地原住民及 50 歲以上的身心障礙者。這些對象經過日常生活功能（ADL）或工具性日常生活活動功能（IADL）評估後達規定的標準時，及可由長期照顧管理中心規劃相關的實務補助。包含居家服務、日間照顧、家庭託顧。另外在維持或改善個案身心功能的居家護理、社區居家復健也在其中。另外也提供輔具購買租借、住宅無障礙空間的改善服務，已改善失能者在家中自主活動的能力。另外還提供老人營養餐飲服務、喘息服務來支持家庭照顧者。同時也有滿足重度失能者的就醫需求，而提供類似特殊病人載送巴士進行交通接送之服務。這些都是由長期照顧十年計畫所延伸出的福利，透過系統性的連結方式，讓個案可以透過一套機制滿足個案照顧的需求，讓有限的資源得到最大的效用（黃源協，2005）。

綜合以上，長期照顧制度所涉及的層面相當廣泛，以目前我國提供的相關單位來說，分為衛政單位、社政單位、及其他的護理健康處、醫事處。但自 2005 年中央各部會於長照制度規劃部長會議中通過決議後，將長期照顧管理中心統一稱為「長期照顧管理中心」，希望透過單一的窗口，藉由照顧管理員到各案家的評估，給予適當的照顧安排。直至 2008 年為止，全國 25 縣市之管理中心據點皆設立完成，對於後續的長期照顧的執行落實帶來助益。

## 參、長期照顧的服務措施

Brody.SJ & Masciocchi CB (1980) 認為，長期照護體系應包含機構、社區、居家等類型的服務措施。在英國將長期照護的模式分為「居家式」、「機構式」、「社區式」；德國與日本則是區分為兩種型態：「居家式」、「機構式」。而我國則依據法令的不同而有不一樣的劃分方式。依據「老人福利法」將長期照護分為「居家式」、「機構式」；而「身心障礙法」中及近期推行的「長期照護十年計畫」中將長期照護分為機構、社區、居家三種型態的服務。

機構式服務包括長期照護機構、護理之家、養護機構、安養機構、榮民之家（呂寶靜，2001；周月清等，2005；吳肖琪等，2007）。主要是提供老人全天候的住宿服務，是屬於替代性之照護模式，提供的服務內容包含醫療、護理、復健、個人與社會生活照護等，其主要是針對病情嚴重或危及、依賴度高、無家庭照護資源、無法以社區或居家方式照護等功能障礙者。機構式服務雖然可以對於老人之需求雖可得到立即性滿足，但團體式生活照護服務較無法滿足個人需求。

社區式照護屬補充性服務。乃泛指將長期或定期之技術性醫療護理與一般個人照護服務提供至老人居住之社區中，而非以機構式照護方式將老人集中照護。主要的服務包括，日間照顧、復健服務、心理諮詢、社區照顧關懷據點、餐飲服務、交通服務等。接受社區式服務之老人仍居住家中，僅部份時間接受治療與照顧；其不需完全離開原來之居住環境，仍可享有熟悉之生活模式，並連結正式與非正式（如人際網絡資源）之社區資源，協助他們能與平常人一樣，生活於家庭與社區當中，又能得到適切之照護（蘇景輝，民 84）。相較於傳統之家庭照護，可提供照護者與受照護者另一種選擇，且避免機構式照護之缺點；提供方案可包含各種不同之居家照護、社工、日間照護、喘息照護、個案管理與送餐到家等。此服務除提供居家失能老人本身照護服務外，亦協助家庭非正式照護者來照護老人，以增加老人居住社區之可能性。

居家式照護是輔助老人與身心障礙者，維持自主、自尊與隱私的生活品質，協助他們延遲接受機構照護的重要措施（吳淑瓊等，2003）。居家式服務是直接將服務送

至老人家中，老人毋需離開住所即可接受所需服務，主要之提供者為家庭中非正式照護成員，其中以媳婦佔大多數。而居家式照護的內容，包含居家服務、居家護理、餐飲服務、友善訪視、電話問安等（陳惠姿，2002）。

針對身心障礙者的照護服務其實有許多種類，其居家服務是可以替代昂貴機構安養的服務（王增勇，1997）。以倫理的角度，也同時能滿足個人及家庭沈重的照護需求，並維持和強化家庭情感的支持功能，加以彌補機構照護較不容易達成人性關懷的限制（王正、曾薈霓，1999）。

## 肆、長期照顧需求推估相關研究

高齡化的議題近年來在國際間逐漸發酵，根據世界衛生組織預估，在 2005 年時全球 60 歲以上的老年人口將佔世界總人口 22%。根據聯合國的估算，從西元 2000 年到 2050 年間，全世界年齡從 65 歲至 84 歲的人口，將會從 4 億人增加到 13 億人，而年齡在 85 歲及以上的人口將會從 2600 萬增加到 1 億 7500 萬，可知人口老化的現象在世界各地都是無法避免的趨勢（王增勇，2000）。從經建會人口推計簡報的資料得知，若與主要工業國家人口老化的速度比較，台灣人口老化的速度相當驚人，從以下分析我們可知各國家人口老化的速度：日本從高齡化社會進展到高齡社會<sup>6</sup>需要的時間為 24 年，英國為 46 年及德國為 40 年，美國為 73 年，瑞典為 85 年，法國則為 115 年。然而台灣地區老年人口從 7% 成長到 14% 的時間推計為 24 年，我國老化速度相當快速且與日本併列世界第一。而台灣地區人口老化的時程迅速，直接衝擊社會的就是老年人的照護及疾病後之照護問題。因此當政府面對人口老化的問題時，更應當謹慎思考相伴而來的長期照護之需求，透過制定適當的照護政策、妥善分配社會資源，改善及降低人口老化帶來的社會問題。

國內學者提出長期照護係涵蓋一系列的照護服務，依據失能者<sup>7</sup>所保有的功能，

---

<sup>6</sup> 65 歲以上人口佔整個社會人口超過百分之七就是高齡化社會，當老年人口更進一步超過百分之十四時，則稱為高齡社會。

<sup>7</sup> 失能者之定義應不分年齡、類別，只要是功能有問題而需要長期支持照護者，包括失智者、精神病、發展遲緩、身心障礙等所有患者。

以合理的價格在合適的場所，由適當的服務者在適當的時段提供所需的服務，其目的  
是在保障使用者的尊嚴，且能夠自主的享有優質的生活（陳惠姿，2000）。而常用來  
評估長期照護需求的評估工具包含日常活動功能（Activities of Daily Living，簡稱  
ADL）、工具性日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living，簡稱 IADL）、  
巴式量表、功能獨立量表等。ADL 功能障礙表示基本的自我照護能力受限，需要個  
人照護服務，透過「認知評估」、「功能性評估」兩種工具來進行生理、心理、與社會  
三種面向的評估判斷失能狀況。IADL 功能障礙表示需要社會服務方面的照顧，評估  
工具主要有 Lawton-IADL、OARS-IADL、與 DAFA 等。這兩種皆為目前最常用於判  
斷長期照護需求的工具（吳淑瓊，1996）。

過去對於長期照護服務的研究推估研究甚多，本研究彙整近些年進行推估研究資  
料較完整者，像是吳淑瓊分別針對全國及各縣市的人口數目，以 ADL 或 IADL 推估  
長期照護的需求人數；鄭文輝、林志鴻在 2004 年的研究以全國為對象，參考德國長  
照先導計畫的數據來推估 20 歲以下的長照對象、而 24 歲以上的推估方式則參照吳淑  
瓊 2003 與 2004 年的研究進行推估；行政院 2007 年的長期照顧十年計畫中，也分別  
根據全國 65 歲以上 ADL 或是僅有 IADL 失能且獨居老人、55 歲到 64 歲 ADL、僅  
IADL、僅認知功能障礙的山地原住民、及認知功能障礙的身心障礙者，作長照需求  
推估。而從這些研究中我們都可以推知長期照護需求，本研究依據鄭文輝、鄭清霞  
（2005）提出的「我國實施長期照護保險之可行性評估」報告，所使用的 ADLs、  
IADLs、心智功能障礙與精神障礙評估工具，推估我國 2006 年至 2046 年長期照護需  
要人數。

依照鄭文輝、鄭清霞推算，於 2006 年我國長期照護需要人口總計為 69.7 萬人，  
到了 2026 年全部長期照護需要人口數增加 45 餘萬人，合計約 114.9 萬人，而估計至  
2046 年為止，長期照護需要人口將再增加 54 萬人，達到總計約 168.95 萬人，顯示長  
期照顧需求問題不容小覷。

表 2-1 近年來主要的長期照護潛在需要人數推估研究列表

研究名稱	長照對象推估範圍	資料層級
全國長期照護需要評估第二年計畫（吳淑瓊等 2003b）	所有年齡層，具 ADL、僅 IADL、僅認知功能障礙者。	全國
全國長期照護需要評估三年計畫（吳淑瓊等 2004）	20 歲（含）以上，具 ADL、僅 IADL、僅認知功能障礙者。	縣市
推動長期照護保險可行性之分析（鄭文輝、林志鴻，2004）	所有年齡層，具 ADL 功能障礙者。	全國
我國長期照顧財務規劃研究（鄭文輝，2005）	所有年齡層，具 ADL、僅 IADL、僅認知功能障礙者。	全國
我國實施長期照護保險之可行性評估（鄭文輝、鄭清霞，2005）	所有年齡層，具 ADL、僅 IADL、僅認知功能障礙者。	全國
長期照顧十年計畫（行政院，2007）	65 歲以上有 ADL 之老人；65 歲以上僅 IADL 失能且獨居之老人；55 歲至 64 歲 ADL、僅 IADL、僅認知功能障礙的山地原住民；50 至 64 歲 ADL、僅 IADL、僅認知功能障礙的身心障礙者。	全國

資料來源：本研究整理

## 第二節、日本介護保險制度政策

日本位於台灣之東北方，與我國關係密切，且地理位置相近，因此台灣地區與日本在地緣、經濟、政治於文化上互動關係密切（行政院經建會，2008）。日本為經濟合作發展組織（Organization of Economic Cooperation & Development, OECD）的成員國之一，而 OECD 又可視為先進國家的縮影，且為 WHO 在亞太地區的重要窗口，是

亞洲地區其他國家的學習指標。再加上日本目前的長期照護法令之建構已趨於完備，不論在法令制度、社會價值、運作模式、以及施行檢討之慣性網絡皆備受世界矚目。因此在我國與日本政治、經濟依存關係密切之前提下，日本在老人照護制度之經驗是相當值得我國效法與參考的。

日本老年人口的倍增速度皆高居世界第一，預估到 2020 年將老年人口比率將達 25.% 高居世界之冠（許麗津，1998）。根據 2009 年厚生勞動省「介護保險事業狀況報告」統計得知，日本地區目前需要支援的人數約 123 萬人、要介護的人數約 342 萬人，總計需要照護的人數比去年成長 2%。另外依據 2009 年日本國民健康保險中央會「介護給付等的狀況」，2009 年厚生勞動省「介護保險事業狀況報告」得知，2008 年介護市場的全體規模達日幣 8 兆 3720 億丹，因此面對高齡化社會所延伸的照護需求及社會問題下，日本早期即推估全國任何一人口在一生之中約需有 6.5 年的被照護時段，也以此為推行長期照護施政規劃的基礎標竿，希望可以建構完善的長期照護制度（介護8制度）的國家體制。

## 壹、立法過程

日本在 1970 年時老年人口達 7.1%，以進入高齡化社會（莊秀美，1999），且於 1973 年實施老人醫療免費制度，不過政府給付的福利仍以醫療為主，在長期給付上則有所限制，另外在老人照護上多為家屬負擔。隨著人口老化倍增，日本在 1990 年時老人人口比重已達 12%，造成社會保障的相關支出急遽增加，也產生了「社會性入院」<sup>9</sup>（李光廷，2001，2004）現象，同時於 1990 年代日本的泡沫經濟瓦解，不僅國家財政陷入困境，失業人口也逐年攀升，且每年約有 10 萬左右的人口，因照護老人而辭去工作。日本政府有鑑於醫療支出持續攀升，且經濟政策的考量下，研擬提出相關照護制度，將成本較高的醫療花費轉到長期照護制度吸收。因此，於 1994 年由「社會保障制度審議會」初次提議，且在同年度的 12 月中，透過「高齡者介護自主支援

---

<sup>8</sup> 日本的介護及等於台灣的長期照護，介為「支持」、護為「保護」之義。

<sup>9</sup> 社會性入院係指只需要照護而不需要治療的住院病人，所造成的醫療資源浪費。

系統研討會」，提議以社會保險方式導入新的照護制度。隔一年度的7月，於老人保健福利制度省議會中的「確立新照護制度」之第一次期中報告，進一步探討以社會保險為主軸的公共介護保險制度，而日本各單位如-日本醫師協會、日本護理協會等照護相關團體，也對該項介護保險制度深感認同。接著在1996年第二次期中報告時，針對社會保險的老人照護制度提出更具體的結構，且公佈照護服務的具體內容、水準、及相關人力和物力的整備基礎等。

日本介護保險制度於2000年開始實施，2003年4月開始第二期計畫，並對保險費及介護報酬修訂。介護保險制度成立宗旨，主要是協助需要療養者可以有自理日常生活的能力，透過制度來提高國民保健醫療服務跟提高社會福祉。而後在同年的5月時設置「社會保障省議會介護保險部會」，由該機構協助運作相關的介護服務推動。之後在2005年，政府針對社會保險法提出第一次的修正，且創設地區介護、福祉空間整備等補助金之服務。而第一次的修正案於2006年全面實行，之後陸續展開第三期的事業計畫，更創立了多項服務，且對於預防體制的推展、服務品質的提升也特別受重視，新設立的服務包括新預防給付、地區包含支援中心、地區密結性服務、介護服務資訊的公佈制等。直至2009年，第四期的事業計畫也開始推行，主要目標於檢討過去介護制度的人員任用、資格、證照及人事制度、培訓和教育養成等體制問題，希望透過持續的修正讓後續的制度運作更為順利。

## 貳、日本居家服務

日本的居家服務，是整合公部門及民間組織和營利機構三者的概念，提供居老人的需求，並依據地方資源和社會服務的專業能力，來提供相關的服務規劃。而居家照護的緣起於1956年因日本長野縣風災的因素，日本政府開始派「家事奉侍員」到民眾家中照顧身心障礙的老人，也開啓了日本推行老人居家照護的源頭（蔡啓源，2000）。而後日本的多位學者如岡本佑三、山井等從西歐和北歐考察歸國，參考國外的福利制度，大力的推行「在地老化」及「居家照護」的概念（李光廷，2003）。至1981年，居家照護服務有逐漸擴展，主要因為中央社會福利審議會發表「理想的在家

老人福利對策」，及厚生省又修訂「家庭照護員派遣事業營運大綱」，大量增加了服務的人員（莊秀美，1999）。此外日本的保健、醫療、照護三領域的整合，係因 1983 年日本政府通過「老人保健法」，此法案帶動了全國性居家看護業務與制度。

根據潘玲莉（1999）研究，日本的居家服務內容主要包括以下幾項：1.空間服務：確保居家空間、居家防災、住宅改建、冷暖設備、清掃、洗衣等；2.營養服務：如三餐供食、設計營養餐食、為病患準備特別餐等；3.精神、文化服務：如日常拜訪、定時會談、電話慰問、代讀服務、接送服務；4.經濟服務：免費或低價收取服務費用；5.生理活動服務：協助沐浴更衣、鋪床、寢具乾燥；生理機能恢復訓練、協助外出、代購物品；6.醫療保健服務：日常生活輔具之給付、日常健康管理、定期檢查、健康諮詢、服藥管理、協助住院治療等；7.緊急通報服務。

日本有許多政策與法案一直為我國作為學習效法的依據，在老人居家照護的領域上也不例外。上述潘玲莉提出的日本居家服務內容，與我國內政部推行的「長期照護十年計畫」中居家服務內容相似。

### **參、介護保險服務對象與內容**

日本於 2000 年開始實施公共介護保險，其為一種社會保險，主要是以實務給付（服務給付）為原則（莊秀美，200）。給付的內容包含居家服務與機構服務兩大類，並且根據老人的狀況作為介護認定（判斷精神及身體狀況之等級），依據狀況再給予服務（游如玉，1998）。

介護保險制度是以中央支援基層政府為保險人，需要執行介護所需的認定，而強制保險對象主要以年滿 40 歲以上的國民為主。該制度並將保險對象分為兩類：第一號被保險人為 65 歲以上之國民，2009 年統計約有 2696 萬人；第二號被保險人為 40-64 歲且加入醫療保險之國民，2009 年統計約有 4273 萬人。

依據日本介護保險法第 3 條規定各市町村之自治體為法定保險人，及「市町村特別區」。中央政府、都府縣、醫療保險單位、年金保險單位等需支援介護保險的保險人經營保險事業，而介護保險人必需要依法負責保險費的計算、徵收、管理等，另外

在保險給付的核定、支付、照護服務輸送等，也需要透過認定來評斷是否有介護之需要。另外保險所需的費用，是由公共稅收及保險各負擔一半，給付的內容包含黃金計畫所包含的各項機構與社區居家服務方案（吳凱勳，1997）。

日本介護制度可分為「要介護者」以及「要支援者」兩種，要介護者主是有臥床、失智等需要介護的狀況，而要支援者主要則是日常生活需要支援，兩者會依據對象的情況而有所區分。而日本介護服務再經過發展與改正後，目前推行的服務共有五種形式，分別為居家訪視照護服務、機構照護服務、地區密集型照護服務、介護預防居家訪視照護服務、地區密結型照護服務等。而介護制度的受益人主要透過「介護支援專門員」提供要介護者及要支援者支援的服務，同時也協助單位之間的溝通，包含有市町村、居家服務事業者、地區密結型服務事業者、介護保險機構、介護預防服務事業者、地區密結型介護預防服務事業者等。

#### **肆、介護保險執行狀況**

從照護服務的使用及提供兩種狀況，了解日本目前介護保險的執行狀況。首先以使用的人數來論，從日本介護保險 2000 年 4 月底開始實施時，65 歲以上的保險人共計 2,165 萬人，直至 2004 年 4 月底，65 歲以上的保險人增為 2,453 萬人。在這四年間被保險人的人數增加了 288 萬人，成長率為 13.3%。另外在介護保險制度中接受照護程度認定的人數是持續成長的，以 2000 年 4 月有 218 萬人，而到 2005 年 4 月已增加到 410.9 萬人，成長率為 88.5%。而這些人中，依據照護程度的不同是可以分為「需支援」或「需介護度 1」，這些人數也從 2000 年 4 月的 84.2 萬人大幅增加到 2005 年 4 月的 200.6 萬人，成長率約為 141%。

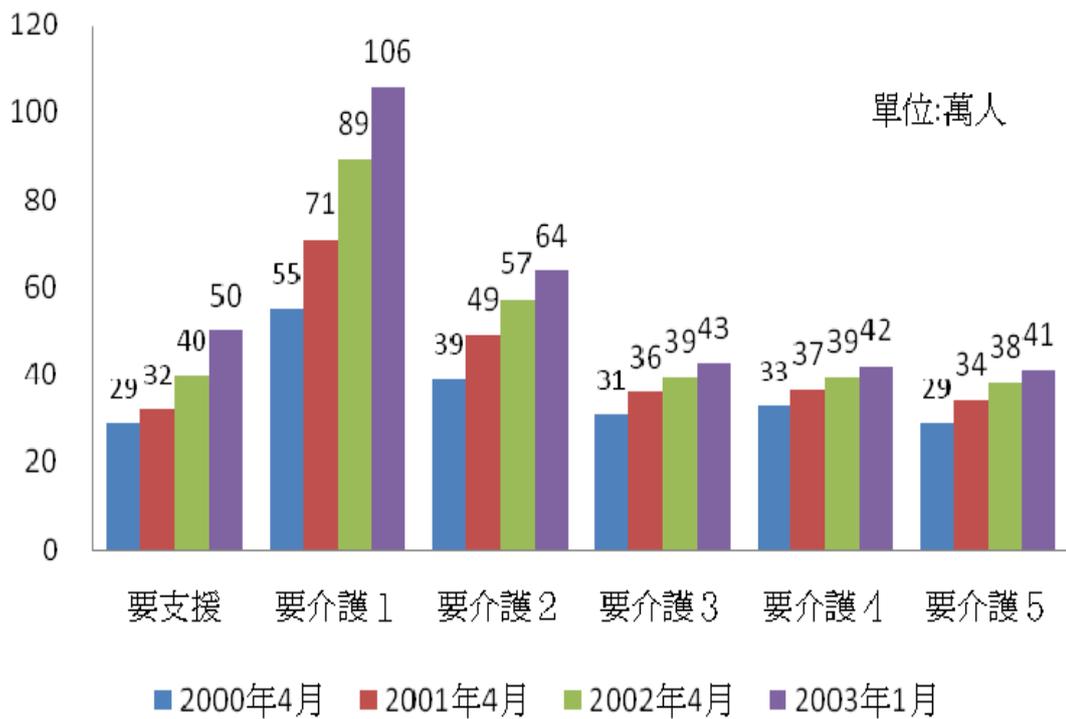


圖 2-1 需要照護程度認定人數的推移 (萬人)

資料來源：厚生勞動省「介護保險事業狀況報告」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>)

註：等級（數字）愈高，需要照護程度也愈高。

日本提供的照護服務可分為居家服務和設施服務。居家服務的服務項目有居家訪問照護服務、居家訪問看護服務、日間照護、日間復健、照護用具的租售、短期入所生活照顧等；設施服務包括老人照護福利設施、老人照護保健設施、照護療養型醫療設施等。以日本照護的服務使用程度多寡來看，居家服務的利用人數從 2000 年 4 月的 97 萬人增到 2003 年 1 月 194 萬人，其利用成長率達 100%，而設施服務的利用人數從 2000 年 4 月有 52 萬人增到 2003 年 1 月有 72 萬人，其使用成長率 38%，顯示出居家服務的使用率遠高於設施服務。

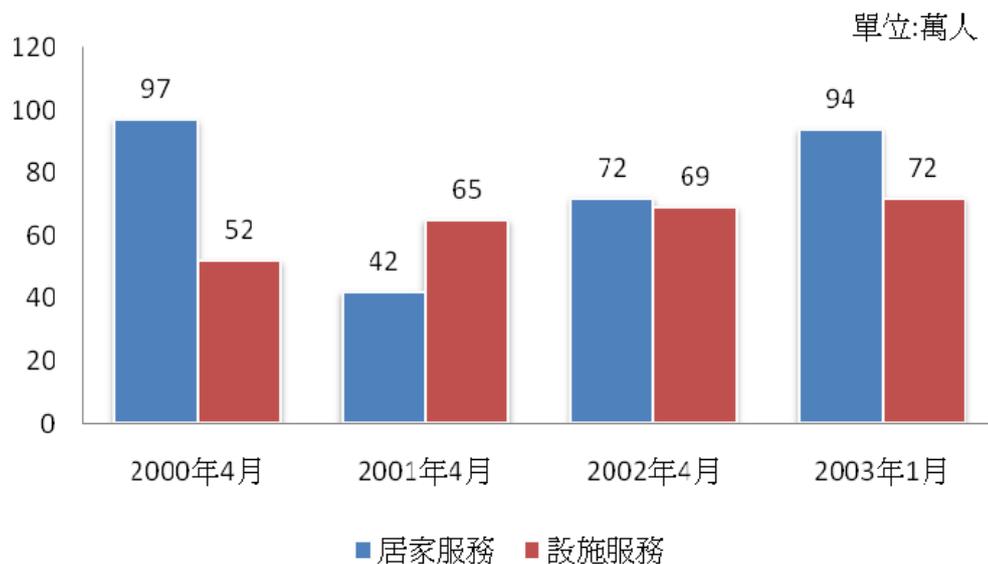


圖 2-2 照護服務利用人數的推移 (萬人)

資料來源：資料來源：厚生勞動省「介護保險事業狀況報告

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/zuhyou1-1.html>

另外從需要照顧的程度和照顧服務的使用率來看，得知當個案所需要的照護程度越高，個案對於設施服務利用的比率也越高。根據厚生勞動省「介護給付費實態調查月報」得知，國內使用居家服務之使用率極高，只要個案被認定為需要支援或需要照護者有半數以上都會利用居家服務。除此之外，也因為日本政府為因應長期照護市場的需求，開放營利部門加入居家照護業，使得自由市場的競爭更加激烈，明顯地促進服務供給的品質與效率，也讓更多的使用者認可居家服務帶來的照護效益。

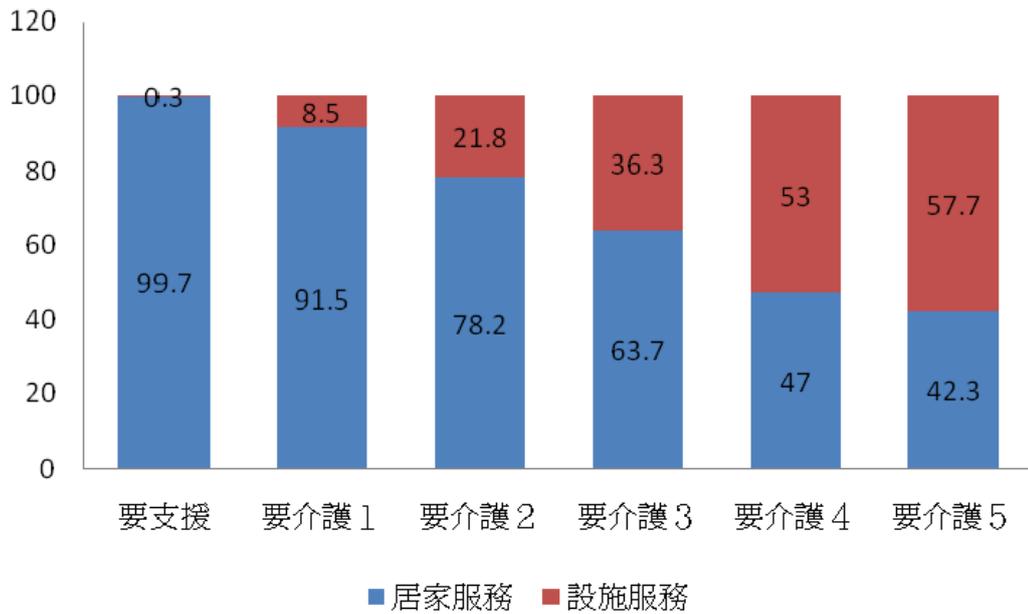


圖 2-3 需要照護程度與服務利用狀況

資料來源：厚生勞動省「介護給付費實態調查月報」（照護給付實況調查月報 2003 年 4 月）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo.kyufu.2003.04.html>

日本介護制度的一大特色在於，重視「預防」，這概念是值得我國推行政策學習的重點，因為介護預防的目的是希望透過此來維持且增進生活功能，並能提早的對生活功能低下的患者做出適當的反應跟因應措施，且能減輕要支援的程度，且延遲患者惡化，也能同時降低政府在介護支出的負擔。我國與日本在地緣、法制、經濟、文化上互動關係密切，且日本幾乎已建置完備的介護體制，不論在法制上或是相關的制度上都比我國還要完善，因此因應我國老化人口倍增的問題及相伴而來的長期照護需求，藉由參照日本的介護制度之經驗，尤其借重以漸進分期方式逐步推動長期照護保險制度的作法，可以更有助於我國發展長期照護保險體制。

## 第三節、瑞典照護政策

瑞典的國民是全世界中人口最老的國家，但國民的老化速度很慢，65 歲以上的老人人口，從 7% 的高齡化社會跨到 14% 的高齡社會，需要耗時 80 年以上的時間。而瑞典於 1950 年代末期及啟動長期照護相關體系，為全世界中最早推行長期照護的國家，而且瑞典國民可接受不虞匱乏的長期照護服務，其醫療照護及社會福利都是由公共部門支出（陳怡仁，2000），因此瑞典也被認為是制度式福利國家的典範。

### 壹、照護政策發展

瑞典為歐盟體系中老人人口最多的國家，於 1960 年代照顧服務開始發展成瑞典福利國家的一環，且以機構式照顧為主。瑞典政府認為透過增加醫院長期照護、護理之家、及老人院等方式可以滿足照護老人之需求。不過直到 1970 年代，瑞典老人人口持續增加，造成機構式的花費日漸攀升，再加上瑞典政府衡量經濟效益面發現，並非所有的老人都需要機構式服務，同時機構式的照護環境較缺乏社會互動，及難以滿足老人內心需求，也讓機構式服務的重要性開始受到質疑。

居家照護的服務從 1970 年代逐漸開始發展，政府提出「在地老化」的政策目標，並積極推行居家照護服務，其服務包含煮飯、清潔、洗衣、購物、跑腿及個人的洗澡、更衣等照顧。再加上政府面對 1980 年代經濟不景氣的狀況下，為提高服務的效益，也更加強調「在地老化」的概念，減少護理之家的使用，並把一些長期照護的責任下放到地方政府，讓地方經濟收益可以達到平衡，使地方政府確實做到減少機構式服務的使用等。且在 1982 年瑞典的社會福利法案中明文規定，瑞典的居民不論所得高低，在其一生都有權利接受照護服務（劉文敏，2003）。在加上瑞典政府徹底執行「在地老化」的政策目標，造就目前瑞典完備的居家支持服務系統。

瑞典政府積極訂立相關法令，如 1982 年訂立社會服務法、1983 年制定健康與醫療照顧法，規定基層政府必須保證居住在庇護住宅的老人，可獲得應該有的服務內容，並透過居家照顧的團隊，將服務輸送到家，讓功能障礙的老人可以增加在社區住宅居住的時間，落實在地老化的政策目標。同時瑞典發展的新型老人庇護住宅，其設

備主要是提供功能障礙老人居住，此舉是北歐國家的創舉，同時也因此減少老人使用機構式服務的一個機會（OECD，1996）。

目前瑞典老人的照顧措施的發展趨勢，主要還是以機構式服務與庇護住宅服務、居家社區式照護服務為主。不過在 1992 年一連串的財務與管理改革，將所有老人長期照護服務的提供之責任，完全歸屬到地方自治區，而原先屬於政府管轄的護理之家與居家醫療住戶單位完全轉到自治區，讓地方政府的資源及預算得以平衡，讓地方政府願意提供住宅及社會服務。也因此瑞典的醫院長期住院大量下降，同時醫院附屬的大型護理之家的重要性也逐漸衰退中。相對的地方小型護理之家，也因為地方政府的資源投入，提供的床位也持續增加中，庇護住宅與集體住宅服務也相對持續增加中；另外在居家社區式照護服務中，瑞典約有 90% 居住在社區一般住宅中，並透過地方政府或是自治單位提供居家照護、日間照護、居家環境改善、輔具等技術上的協助。

## 貳、服務內容

瑞典照護之服務內容可分為社會服務、跟健康照顧兩大項，其中社會服務包含 1. 住宅改善的服務、2. 居家服務、3. 社區服務。

瑞典有 92% 的老人住在家中，因此瑞典市政廳提供住宅的補助，協助家中有老人的家庭改善居家環境，讓老人在家中的行動更加方便。另外也有提供住宅服務、退休住宅、護理之家及痴呆老人住宅等特殊住宅形式的服務項目（劉文敏，2003）。在居家服務方面，也是由市政廳提供，像是協助不能自理的老人，給予購物、清潔、烹調、清洗和個人保健等服務。而居家服務的費用來自稅收，由地方政府負責 75%、中央政府則負擔約 17%，而民眾自負額的部份，則依據地方政府的標準訂立，並依據使用者所得及照顧時數計算（王正，2002）。1996 年時瑞典 65 歲以上領有年金老人有 14% 接受居家服務，而 90 歲以上老人則有 34%。另外社區照顧主要的目的，是爲了讓老人能夠在熟悉的環境裡接受照顧。而提供的內容主要是送餐服務及交通服務等。

而另外一項長期照護服務是健康照顧，其服務內容主要是加強老人復健，希望讓受照顧者的身體狀況日漸康復，可以儘快回到家中接受照護。此外也提供喘息服務，

讓家庭的照顧者可以得到暫時舒緩的空間。

瑞典跟其他國家的給付內容方向一樣，主要也是現金跟實務給付為主。現金給付是開始於 1940 年代，由於當時醫院的病床數不夠，因此透過付費給家庭的方式，來提供且協助家庭照顧服務。其包含三種支付方式：1.功能障礙老人現金津貼；2.雇用家庭照顧者來照顧老人，但由於社區居家照護的持續發展，因此雇用的人數持續下降；3.帶薪給付，於 1989 年後，政府給予接受照護者家人可請 30 天的假，讓其可以照顧臨終親人、或因應緊急狀況。除了現金給付外，還有實務給付的家庭照顧支持，主要是由 180 家日間照顧中心、短期臨托服務、自我協助支持團體等，來提供家庭照顧者的實務支持（OECD，1996）。

從日本跟瑞典兩國的照護政策可以發現，兩個國家的社會服務方式的改變，都是隨著老人扶養比的上升，而居家照護逐漸取代機構照護；且高齡照護服務從完全的社會福利轉向民營產業化。因為以效益面來看，在地老化是高齡者心中理想的照護方式；若以成本面來看，居家照護的成本跟機構照護成本相當。此外從瑞典居家照護民營化的經驗來看，會因為民營化的競爭因素而提升照護服務之經營效率。反觀台灣的現況，其實我國也逐漸趨於此型態的轉變，這也顯示出我國政府應當要花更多的心力，通盤考量國家財政及相關制度的在地化、產業化之可能，致力於更佳完善的居家照護制度規劃。

## 第四節、德國照護政策

德國如同其他歐盟國家，是一個高齡化社會的國家，因此政府對於人口老化議題及相關需求也備受重視。德國在 1950 年時，老年人口占全國人口的 12.3%，且在 1991 年東、西德統一後，老年人口比重更高達 20.4%，老年人口比率持續升高，且以老年人口比率來看，在 1990 年時，老年人口扶養比達 35.2%，預估到 2030 年老年人口扶養比可達 73.5%（Deutscher Bundestag，1994）。隨著老年人口持續攀升，但德國的老人機構照護不足，家庭照護的相關費用龐大，國內的健康保險只能給予「治療」而無法給付「照護」，也造成人民沉重的負擔，因而延伸許多社會問題，也帶起國內相關

的議題討論，及各組織團體的注意，紛紛向國會提出解決的方案。德國國會於 1994 年 4 月 22 日通過長期照護保險法，此法案突破公務人員與民營受雇者分立建置的傳統，透過社會保險的方式保障社會大眾，以全民為保障的方式來滿足社會的長期照護需求，可稱為德國劃時代的作為（林志鴻，2000）。而在 1970 年代末期，居家照護開始急遽成長，長期照護問題越來越受社會重視，德國政府也開始逐步修改法律，希望能改善長期照護需求者的經濟困境。

表 2-2 德國歷年人口統計

年份	總人口（百萬）	60 歲及 60 歲以上	
		人數（百萬）	比例（%）
1950	69.3	10.1	14.6
1961	73.7	13.1	17.8
1970	78.1	15.6	19.9
1980	78.4	15.1	19.4
1990	79.1	16.1	20.3
1991	80.3	16.4	20.4

註：1950 年起的資料包含東、西德

資料來源：Deutscher Bundestag（1994）

德國長期保險照護給付分為兩階段施行，在 1994 年通過後，依據薪資所得 1% 作為保費，在 1995 年開始提供居家照護，並於 1996 年擴及機構式照護，且保費提升至 1.7%。而德國實施長期保險迄今，給付申領人數增加將近一倍，人數也持續增長中（林志鴻，2004）。根據德國聯邦健康部統計資料的顯示，直至 2007 年 7 月，共有約 2,029,285 人有照護需求，其中 60 歲以上共佔 74.2，共有 1,669,377 人；40 歲至 60 歲占 8.6% 共 174,542 人；40 歲以下占 9.2%，共 185,386 人，可知 60 歲以上的老年人口佔照護需求的一大部分。

## 壹、立法過程

德國的照護制度起源於 1973 年，另經 20 餘年的時間才於 1994 年完成立法。而學者 Meyer (1996) 將其分為 7 個階段，第一個階段主要是 1973 年到 1980 年，這段期間照護的社會議題不斷攀升，政府及民間單位逐漸開始重視相關議題；第二階段是在 1980 年到 1984 年期間，國內各組織團體陸續向國互提出解決方案，試圖解決照護需求帶來的社會問題；第三階段於 1985 年到 1986 年，聯邦政府開始整理不同的法律草案，進行初步的法律研擬。1987 年到 1989 年為第四階段，聯邦政府針對照護議題訂立健康保險改革法，提供極重度患者的相關給付；第五階段是 1989 年到 1992 年，在此期間積極解決制度爭議的問題，政府提出了兩大體制包含社會保險及私人保險體制，並協調一個適合國內的保險制度。此外於 1990 年也提出稅制，指出長期照護需求者與照護者享有稅賦部分減免；隨後在 1992 年到 1993 年為第六階段，該階段確立由雇主分擔保險費用，解決國內的保險費用爭議問題；最後在 1993 年到 1994 年則為第七個階段，此階段由執政黨與最大在野黨取得共識，在 1993 年時長期照護保險制度進入立法程序，完成德國長期照護保險制度的立法，在這其中德國有 150 萬名接受長期照護的案例，其中約有 110 萬名屬於居家照護（周麗芳，1999）。

表 2-3 德國政府關於居家照護之法律改革

年代	法案	內容
1989	健康保險改革法	居家照護為健康保險給付的項目之一： 1.長期照護重度需求者每月最多可獲得 25 小時的照護服務給付，而每月以支付 750 馬克為限；若由家屬照料，每月以 400 馬克現金給付。 2.長期照護重度需求者之照護家屬在一年內最多可獲得四周工作代理人之費用，每件以給付 1800 馬克為限。
1990	稅制	長期照護需求者與照護者享有稅賦部分減免。

1992	年金改革法	年金保險應對年金受益者在需要長期照護期間，提供配合措施，如由年金保險人自行扣繳長期照護保險費、居家照護者得加入年金保險及併計保險年資等。
------	-------	--

資料來源：吳凱勳（1997），周麗芳（1999）

## 貳、服務內容

德國所謂的照護需求性，係指社會法法典第 11 篇第 14 條規定，當身、心靈生病或障礙，日常生活須持續性、規律性的被照顧至少 6 個月時，就具備「照護需求性」要件。當符合照顧需求時，可依據德國社會法法典的第 15 條規定，將照護需求依據程度的多寡給予三種不同等級之給付，當照護需求程度較低時為等級一，係指照護需求者於個人衛生、營養攝取或身體活動部分，至少有兩項日常事務需求至少 1 次，家務照料扶助每周需多次扶助；另外家屬或是其他非職業性照護服務人員每天提供之基本照護至少 45 分鐘，而整體照護服務至少 90 分鐘。等級二的係指嚴重照護需求者，於個人衛生、營養攝取或身體活動部分，每天在不同的時段需要至少 3 次之扶助，以及每周多次之家務照料服務；而由家屬或是其他非職業性照護服務人員每天提供的基本照護每日至少 2 小時，整體照護至少 3 小時。等級三是指最嚴重之照護需求者，於個人衛生、營養攝取或身體活動部分，日、夜需要至少數次家務照料服務，且在家屬或是其他非職業性照護服務人員的照護上，每天至少 4 小時，整體照護至少 5 小時。而以照護等級的判定主要是透過聯邦照護保險人總會，在健康保險醫事服務處參與下共同訂立出來的。然後會由健康保險醫事服務處依據照護等級鑑定準則，來進行鑑定。

申請的流程主要是由被保險人向照護保險人提出鑑定申請，爾後照護保險人立即將申請案轉交至健康保險醫事服務處鑑定，而醫事服務處會到被保險人的住所進行鑑定與調查，經過鑑定及檢驗的結果來確認被保險人的照護等級，給予適當的給付。

表 2-4 德國居家照護認定之基礎

照護度	照護範圍	照護時間
I（中度）	在身體照護、營養補給、移動三方面中至少有兩項活動，每天給予至少一次的協助，而家事援助每周需若干次。	每日至少 1.5 小時
II（重度）	身體照護、營養補給、移動三方面，在每日至少協助三次，而家事援助每周需若干次。	每日至少 3 小時
III（極重度）	身體照護、營養補給、移動三方面，可有 24 小時進行協助，家事援助每周需若干次。	每日至少 5 小時

德國的社會福利制度相當完善，現行的長期照護制度著重在居家照護方面的給付，主要採隨收隨付的制度，能適時調整以減少財源不足之處，此外可透過私人強制保險的制度，讓高所得者可以自行投保較高的保費，也促使高價位的醫療產業之發展，此外對於公共與商業保險兩者之間也可以得到均衡的發展。不過反觀來看，雖然德國相關長期照護制度規劃的相當完善，但是相對政府支付的成本也較高，亦造成政府的財政負擔過重，導致德國的社會福利政策不得不走向市場機制。因此我國在推展長期照護制度的政策與方案時，除了需參考各國優良的制度跟配合我國自身發展來設定外，在財務來源的規劃與制訂上也需要特別注意，以免在推動時造成窒礙難行，或者是引發後續更大的社會問題。

## 第五節、美國照護制度

美國初期是依靠家庭來提供非正式的照護，若該患者沒有子女或是家境貧窮才會交由志願組織和地方政府來照顧。於 19 世紀初期，美國的民眾認為政府應設立一些機構式的公立救濟院來協助照顧貧困且無法自理的老人。但在 1930 年後，人們的福利理念逐漸轉變，認為老年人應該依據自己的意願來選擇照護方式，可以透過政府給付的年金或救濟金的發放，讓老人選擇照護的方式。也因人們福利理念的改變，讓美國原本的私人小型規模老人院，逐漸擴張為大型護理之家，佔據美國的長期照護市

場。整體來說美國的民眾大多還是選擇以機構式，相對的居家或社區型的長期照護服務使用較有限。

## 壹、居家照護的發展

美國居家照護起源於志願性的服務，是在 1796 年波士頓的藥局(Boston dispensary)所提供的居家服務，也為美國第一個提供居家照護的機構。其藥局認為病患的疾病，除了個人受苦之外，亦會擴及家人。因此如果可以提供良好的居家服務，即可減少家庭部分的負擔。在 1877 年紐約市婦女支會(Women's Branch of the New York city mission)成立第一個雇用正式護理學校畢業的護理人員從事居家照護工作單位；陸續在 1885 年紐約水牛城及 1886 年紐約水牛城及波士頓、費城等地成立訪視護理協會 (Visiting Nurse Associations; VNAS)，由這些協會提供義務性的居家照顧服務。短短四年的時間協會裡的成員陸續增加，並在 1893 年將服務的觸角延伸到社會更貧窮的角落，更積極深入大都會的貧民窟，提供更多居家服務給需要的民眾 (McEwen, 1998)。1898 年美國政府開始資助公共衛生護士從事社區地段訪視工作 (賈淑麗, 2001)，且同年美國政府也成立了第一個居家照護服務機構，該機構設立於洛杉磯郡健康部，機構雇用了專業的護理人員，由他們提供技術性的護理照顧，來協助有需求的民眾希望能達到疾病預防跟促進健康的目的。

隨著慢性疾人口持續增加，美國紐約市蒙特菲爾醫院 (Montefiore hospital) 在 1947 年針對出院後的病患，提供綜合性的居家照護服務，其服務的內涵包括了醫療護理及社會服務。該醫院也是第一家以醫院為基礎而附屬的居家照護機構，而該服務的提供同時也帶領美國進入了全面居家照護發展的階段。

相關的照護政策與法案主要是起源於 1935 年，該年制定的社會安全法案，明訂年金制度與低收入救濟金的發放，並在 1950 年擬修訂該法案，規定私人營利護理之家需要立案，並在之後的 Hill-Burton 法中，提供了公共基金用以興建非營利護理之家。而在 1965 年通過的社會安全法案第 18 章與第 19 章中，建立了「社會保險計畫」(Medicare) 與「社會救助計畫」(Medicaid)，該年也成為美國居家照護史上重要的

一年，該計畫主要是將居家照護納入給付，此舉對於美國日後推行居家照護上具有實質的意義。

1965 年「社會保險計畫」主要是由美國聯邦政府主導，其目的是希望透過便宜的照顧費用的原則，提供老人出院後的照護，來降低老人住院的天數，達到醫療成本節約的目的，但也因此造成出院後的居家服務需求大幅增加。而「社會救助計畫」主要的目的是保障低收入及無能力負擔醫療成長和長期照護費用者，不過該計畫能提供的給付資源較少，僅限於復健性質的看護，像是照顧性質的看護及不在給付的項目中，係無法滿足老人對長期照護的全部需求。

美國爲了有效的控制醫療照護成本，於 1983 年美國老人醫療保險設立疾病診斷群（disagnosis-related group；DRGs），會依據診斷的結果列出政府給付的醫療費用，且採取預付的方式，而該方法讓醫院爲了掌握確實的醫療成本，而縮短病患住院的時間，讓病患提早出院返回家中，且因爲民眾出院後依然還有護理及照護等相關需求，相對的也增加民眾對居家照護的需求，使得居家照護相關的機構也開始大量設立，以此因應當時醫院的給付制度。根據美國健康醫療保健財務機構（Health Care Financing Agency, HCFA）的調查統計得知，美國居家照護機構由 1980 年的 3,125 家成長至 1996 年的 9,800 家，約成長了 3.1 倍（Montauk，1997）。而使用居家照護的人數也從 1980 年的 70 萬人，提升到 1984 年的 120 萬人、1994 年的 320 萬人、1996 年的 370 萬人（國家衛生研究院論壇健康保險委員會，2000；Jitramontree，2000），顯示出該政策對於美國居家照護帶來了擴大發展的契機。

美國的居家照護發展是從志願性非專業的人，提供貧窮或需要照護的人相關的照護，陸續才由專業人員提供服務，且政府也開始積極參與，逐漸促使居家照護蓬勃發展，而美國國內的醫療保險制度，也使得居家照護服務的需求擴大，在服務對象及服務內容也有極大的改變，這些都與我國在發展居家照護上有相似發展的脈絡可尋。

## 貳、照護服務提供的內容

美國的長期照護服務內容可分爲「社會保險計畫」Medicare 跟「社會救助計畫」

Medicaid 及社會性健康維護組織。當美國尚未實施「社會保險計畫」以前，國內的居家照護機構主要提供給個人較密集性的醫療與護理服務，而當計畫開始實施以後，服務也擴展至居家照護服務的給付。以目前來說，美國的居家照護服務已廣泛地為老人所利用，但該服務主要提供給侷限在家（homebound）的老人，由專業的人員提供技術性的護理服務<sup>10</sup>（skilled nursing care）以及其他的治療。

美國長期照護服務中的 Medicare 稱為「社會保險計畫」，該計畫分為強制參加的「住院保險」（Part A，簡稱 HI）及自願性參加的「補充性醫療保險」（Part B，簡稱 SMI）兩部分，該計畫主要提供機構式跟居家式兩項服務。

Part A 的適用對象主要是於 65 歲以上的年金受益者，和未滿 65 歲的殘障年金受益者，及慢性腎臟病患，和自願繳付保險費的 65 歲以上老人。該項計畫主要是由薪資稅支應，並由勞雇雙方各支付一半，該住院保險的服務，保障急性醫療服務末期後續延伸出的相關醫療服務，而 65 歲以上的老人幾乎都在保障範圍；而 Part B 主要是採自願加保的方式，至少須 65 歲以上且具有醫院保險受益才有資格接受該項服務，但基於保險費多由稅收補貼，因此大部分的美國老人都會參加，提供的服務像是門診或其他補助性服務之保障。但是由於「社會保險計畫」對於護理機構（Skilled nursing facilities, SNFS）的費用補助有限，且其給付的資格限制嚴謹，造成近些年病人因無法取得給付補助而逐漸減少利用「社會保險計畫」提供的服務，選擇縮短住院時間，而轉至護理機構療養。

社會救助計畫的目的是保障低收入或是無能力負擔醫療或長期照護費用者。而計畫的經費來自於聯邦政府及州政府的一般稅收，並透過聯邦政府進行管理並制定相關原則，再透過州政府執行一般行政業務。

社會性健康維護組織主要提供兩項服務：（1）急性醫療服務，像是聽覺、視力、醫療服務、處方藥和預防保健訪視、醫院住院和技術性護理之家的住院；（2）慢性照

---

<sup>10</sup>技術性的護理服務指的是醫師處方的治療活動，給病人與家屬的衛生教育，以及有關病人情況的系統觀察與報告

顧的服務，包括居家護理和治療服務，個人照顧和家事服務、成人日間照護中心、救護車交通服務、安寧照護和護理機構照護等。

綜觀美國老年醫療補助實施以來，由於給付制度的改變讓美國居家照護機構大為增加，年成長率估計為 12-20%，隨著老人慢性疾病問題的提升，也使民眾花在居家護理的費用逐年俱增，因此政府能提供完善的個人健康照護以及護理服務就更顯得重要。

美國在居家照護的發展跟我國具有相似之處，同樣是因為醫院給付跟納入健保給付等相關因素，而造成民眾逐漸利用居家照護服務來取代部份的住院治療。係因居家照護服務較住院花費便宜，也因此美國與我國的居家照護因而帶動相關發展。另外由於美國偏向於社會達爾文主義(黃慈音、孫健忠，2004)，重視自由競爭的民族特性也反映在居家照護上，美國的相關照顧單位會嚴格訓練居家照護員，要求要有良好的訓練且要有執照證明，再者人員不能挑選工作，人員在面臨任何的個案跟環境都能做好準備。除此之外，在美國會在照護人力不足時隨時不充後援人員，以避免照護人力不足之問題，關於這樣的經營方式是值得台灣照護單位學習的。

## 第六節、政策評估相關理論

評估是以評估政策或方案執行的方式，確保政府的政策或方案預算都能正確的使用，公共資源能有效的妥善分配且獲得最大的利益，政策方案的評估勢在必行。在民主的時代中，不管是政治過程的哪一個階段都會有各方政策利害關係人參與，因此需用多元化的價值觀點進行評估才能使政策具有代表性也比較容易被接受(李允傑、丘昌泰，2003)，同時 House (1993) 也指出政策評估的範疇越來越受到重視，而且評估的研究也從原本的附屬研究中變成一個專業的研究領域，而透過評估的結果作為決策之依據。基於種種因素皆顯示政策評估是在政策執行與推動的過程中值得政府及民間單位重視的一個審視方法。因此本章節透過了解政策評估的定義、演進過程及其重要性，藉以了解政策與方案評估與利害關係人之間的關連性，做為後續居家照護政策研究的理論基礎。

## 壹、評估的定義與發展

透過各個學者的角度切入，釐清評估的概念，並再次界定評估的定義，且透過評估理論的發展狀況，了解該如何透過評估進行相關的研究。

### 一、評估的定義

廣義的來說，評估是一種價值過程的分析（Quade，1989），也可以說評估是對某政府或方案之運作或結果進行系統化的評量，作為改善政策或方案的一種手段

（Weiss，1998）；同時學者也提出評估是一種政策或方案的分析程序，以此找出與政策或方案結果有價值的相關資訊（Dunn，1994）；林水波跟張世賢教授（2001）則認為評估是一種過程，係基於有系統和客觀資料的蒐集及分析，進行合理判定政策投入、產出、效能與影響的過程。而吳定教授（2004）認為評估係指一系列的活動，其為評估人員利用科學方法與技術，透過有系統的蒐集相關資訊，用以評估政策方案的內容、規劃與執行過程及結果，其評估目的在於提供選擇、修正、持續或終止政策方案所需的資訊。

綜合上述學者對評估的看法，本研究認為評估為一種了解政策或方案價值多寡的方法，透過評估的結果來了解政策或方案執行的優劣，作為選擇修正、持續或終止政策方案的資訊。

### 二、評估的發展

Guba 與 Lincoln（1989）在「第四代評估」（Fourth Generation Evaluation）這本書中將政策評估理論依據時間分為四個階段，如表 2-5，第一代為測量取向

（measurement）的評估，在當中評估者扮演技術的角色，透過測量工具的方式來評價公共政策的效率與效果；第二代為描述取向（description）的評估，而評估從技術的角色變成描述者，用來分析與政策目標有關係的計畫發展型態；第三代為判斷取向（judgment）的評估，評估者及扮演判斷者的角色，對政策績效的價值做進一步的判斷；第四代的評估則為協商取向（negotiation）的評估，同時也可稱為回應性的建構

主義式評估，其需要重視政策利害關係人的感受，了解他們內心的訴求與關切。

表 2-5 政策評估的演進

評估階段	實驗政策評估（量化政策評估）			自然調查方法(質化)
階段	第一代	第二代	第三代	第四代
主要活動	測量	描述	判斷	協商
時間	自 1970 到二次世界大戰	二次世界大戰至 1963	1963-1975	1975 至迄今
評估角色	測量者	描述者	判斷者	協商者
活動內涵	工具導向： 運用適當的工具 做有系統的資料 收集	目的導向： 對已執行之政策 方案，依預期的 特定目標描述其 結果之優劣	暫時性的決策導向： 依被評估之內在本 質、外在前因後果兩 種價值來判斷被評 估者之良窳，強調判 斷式評估不可或缺 的部分。	整合性的決策導向： 考慮到人類全體，並 總合考量政治、社 會、文化和前因後果 的因素。強調結合評 估和利害關係人，並 在彼此互動中進行評 估，重視評估的公正 及公平性。
限制	過分強調測量的 角色扮演，導致 評估無效率	過分中時紀錄實 況，價值中立受 質疑	社會科學不易測 量，且簡化科學因果 關係描述與判斷，未 能符合多元的社會 需求	資料多元化難以整合

資料來源：吳定（1994），公共政策，台北：華視文化。

近年政策評估理論經過修正及調整後，指出如果評估機制可加入政策利害關係人的意見、或是讓其參與政策規劃的過程，可讓政策更符合利害關係人的需求。而這即

為第四代評估理論，也稱之回應性評估，逐漸成為近年來政策評估理論的典範(吳定，2000)。本研究欲透過了解我國居家照護政策關係人心裡的實際感受，使用跟其他研究不一樣的角度來評估居家照護政策，因此藉由第四代政策評估理論的研究方式，作為本研究的研究設計主軸。

## 貳、評估的類型

從 1960 年代起，針對評估的類型學者提出了不同的看法，大致將類型分為下列幾種分類。1.依據評估的時間分類：分事前、事中、事後的評估；2.依計畫實施的過程分類：預評估、執行評估、過程評估；也可稱為形成性評估、總合性評估；另有學者 Anderson 與 Nachmias 將其分為過程評估跟影響評估；3.資源系統的觀點分類：輸入-轉化-輸出-反饋等方式進行評估。

Rossi and Freeman (1993) 將政策評估分為：過程評估和結果評估。過程評估又可稱為方案監測 (Program monitoring)，主要是評估政策或方案運作的過程，透過有系統的方式探討政策或方案執行的過程、各方案的配合方式，實際執行的狀態等。

Posavac & Carey (1996) 將評估類型分為四種：需求評估 (the evaluation of need)、過程評估 (the evaluation of process)、結果評估 (the evaluation of outcomes)、效率評估 (the evaluation of efficiency)。

這四項評估是有邏輯順序的，首先必須了解整體的經濟狀況、以及面臨的問題，並指出目前有哪些機構提供哪些的服務，並從中瞭解需求，以完成第一階段的需求評估；然後在過程評估中，必須要落實的紀錄方案執行的過程，瞭解方案執行的內容、接受服務者的特質、及目前執行的狀況，其目的在檢視該方案是否有如原先計畫實施；接著在結果評估中，其評估的重點在瞭解方案成果達成的目標程度，而最後再透過效率評估，來檢視該方案單位成本，瞭解狀況進行評估當中成本是否運用的得宜。而這四個步驟的評估是都是環環相扣，才能達到有效的評估。

另外也有學者 Kettner & Morney (高迪譯，1999) 提出了另外的評估類型，主要為 1.效力評估 (Summative evaluation)：著重在方案中所發生的服務活動之數量方面

的紀錄；2.成果評估（Outcome evaluation）：確認方案成果的目標達成度；3.整體表現適切性之評估（Adequacy of performance evaluation）：檢視方案服務是否有滿足社區或是案主的需求；5.成本效益評估（Cost-efficiency evaluation）：檢視該服務所提估的單位成本，及瞭解成果所產生的總成本是否符合效益。

本研究採用的理論是以國內最常被使用的評估分類，為吳定（2003）提出，將其政策評估分為以下三類：

### 一、政策預評估

政策預評估是針對規劃階段，或是尚未執行的階段進行的評估方法，廣義的來說，也可稱為政策分析。在政策或方案規劃期間先進行預評估，可以用試探性與預期的方式做事先評估，評估政策帶來的效益及預期的影響，初步對政策與方案的進行修正。在居家照護政策還未推動的時期，即適合用這個預評估的理論來做政策或方案的規劃，利於後續方案的推動。

### 二、政策過程評估

過程評估也可稱為方案監測（Program monitoring），主要是透過有系統的方式，評估政策或方案執行中的過程、內部動態等。而評估方案執行過程通常可以分為兩部分，一是有形資源的輸入：像是時間、預算、人力和設備等；另一部分及是無形的投入：像是行政體系的特質、組織間合作的關係、執行與工作人員的工作態度、士氣等。因此在居家照護政策執行時期，可利用過程評估的方式，針對居家照護執行的人力、執行機構的運作、政策推展的過程來進行評估。

### 三、政策結果評估

Dunn(1994)認為政策結果評估可分為兩方面進行，分別是政策產出跟政策影響。政策產出係指政策行動對於標的團體所提供的服務、貨品或是貨源。具體來說，是指執行機關提供多少人次跟多少小時的服務、給付多少金額的補助、進行多少次數的關懷訪視、及產出多少物品。通常政策產出偏向於計量的結果，與有形的服務結果。以

居家服務為例，該政策結果的評估，即可看政策利害人接受了多少小時的居家服務，獲得多少政府實務或是現金給付等。

另外政策影響係指政策執行帶給標的團體無形與有形的影響，像是提高標的團體的安全感、生活品質等。也就是說政策或方案的執行對標的團體造成生活或是環境的改變，不論是預期或是非預期的影響變化，而這些變化也會影響標的團體及關係人的想法、行為與態度。像是居家照護服務對政策利害人的生活品質的改善等。

綜合以上，本研究在採取評估進行深度訪談時，會將設計問卷的內容著重在這些構成元素的探討，希望能藉由過程評估以及結果評估的兩種評估方式，來評估居家照護政策執行的成效，評估該政策是否有確實回應到政策利害關係人對居家服務的需求。

### 參、政策評估的指標

進行評估研究時，需建立適當的評估指標，透過指標衡量政策評估結果是否達到預期，或是該政策是否有回應到政策利害關係人的需求。透過訂立適當政策評估指標，也就是建立政策評估的標準，有效的衡量政策的執行效益與效力。

而在評估指標之設置上，各學者依據研究動機與目的及研究切入的角度不同，有不同的評估指標，將各學者的看法整理如下表：

表 2-6 各學者提出之政策評估指標

年份	學者	政策評估指標
1980	Nakamura & Smallwood	1.預期目標達到程度 2.有效率與否 3.選民之滿意程度 4.利害關係人的反應 5.系統之持續性
1988	Starling G.	1.產出 2.相關使用策略

年份	學者	政策評估指標
		3.其他外部性 4.順服 5.方案的效果 6.公平性
1993	Rossi	1.標的群體的需要或需求 2.陳述性的方案目標與目的 3.專業的標準 4.習慣性作法 5.法規的要求 6.社會公正 7.過去的績效 8.專家意見 9.成本與相關成本
1994	Dunn.w	1.效率 2.效能 3.充分性 4.適當性 5.公平性 6.回應性
1997	Vedung E.	1.成本效率 2.成本效能 3.產出結果
1997	Patton	1.情況的改變 2.狀態的改變

年份	學者	政策評估指標
		3.行為的改變 4.運作的改變 5.態度的改變 6.知識的改變 7.技能的改變 8.維持性 9.預防性

資料來源：本研究整理

國內許多研究學者多以 Dunn 所提到的六個準則作為評估指標（柯三吉，1998；丘昌泰，2000；吳定，2000）。其指標包含各家之說，且較具有周延性，為許多研究採用。指標內容包含有效率、效能、充分性、適當性、公平性、回應性，詳細說明如下：

### 一、效率

Dunn（1994）認為效率指標主要在衡量，預計政策產出的效果需要多少投入量，也就是說，效率指標是指政策的產出與政策運作時使用成本之間的比率關係。該指標通常以每單位成本所產出的最大化價值、每單位產品所需要的最小化成本最為評估的標準。在本研究中使用的效率指標時，可探討的問題像是：居家政策是否因投入的成本而產生相當效能；有無其他較佳方法或是途徑，足以達成相同效果；有沒辦法花費更低的照護或人力成本而達成類似的成果等。

### 二、效能

效能指標也可稱為績效標準，其指標係指政策達成預期成果或影響的程度，包含政策執行後對環境所產生的結果和影響，而並不是探討政策是否有按照原定計畫執行。因此在本研究中可探討的問題，像是了解居家照護政策執行後的成果。

### 三、充分性

充分性是指政策達到目標後，消除問題的程度。因為一個政策目標的設定通常是要用以解決社會問題，但礙於種種因素之考量與限制，政策執行後目標常會被迫集中在某個問題點上，或是針對問題只能做部分解決。因此政策的充分性也是評量一個政策推行的好壞之要素之一。因此在本研究的訪談設計中，可以了解政策的推行，是否有確實解決民眾居家照護的需求，達到降低老人疾病盛行率或者提高預防保健等政策目的。

### 四、適當性

適當性是指一項政策的目標，及該政策呈現價值之重要程度，是否值得政府擬定相關政策推行及規劃，對社會大眾是否有推行價值。

而適當性指標通常關注在：政策的目標價值為何、是否具有穩定性、推行的優先順序為何、又該如何應付外在多變的環境、或如何促進體系整合等等。而在本研究訪談設計中，會從政策執行者的訪談中，去了解政府推行居家照護的目標價值、在推動居家照護過程的順序、以及如何整合各種居家照護服務機關之資源等。

### 五、公平性

Dunn 指出公平係泛指一項政策的績效與投入量，在社會不同團體間所造成的分配情形。也就是說公平性係指政策執行是否能符合多數政策利害關係人的需求，且對於社會資源、利益與成本公平分配的程度是否可達一定的平衡。而公平性指標通常關注在政策、方案或福利措施是否可以達到以下四種結果，及符合公正性之評估標準(吳定，2000)

- (一) 使個人福利最大化：亦即所有人的福利都須達到最大化。
- (二) 保障最少量的福利：增加某部分人的福利，使較為弱勢者能有享有基本的生活保障。
- (三) 使淨福利最大化：利用來補償受損失者。

(四) 使再分配的福利最大化：讓社會某些團體，如貧困者、弱勢者等獲得在分配之福利。

## 六、回應性

回應性係指執行某項政策，而該政策的執行結果可滿足會受政策影響的特殊標的群體之需求、偏好、或價值的程度。簡單的來說政策的施行成果，是否可以滿足標的團體即為回應性主要考量的要點。而在本研究設計中，會詢問相關的政策利害關係人，了解居家照護政策的推行，是否有滿足到民眾的居家照護需求，政策推行的服務，是否也達到民眾預期所設定的價值目標等。

綜合以上，本研究在採取政策性評估進行深度訪談時，訪談題綱的內容依據吳定提出的政策評估指標進行設計，透過適當的評估指標，以問題引導的方式詢問利害關係人，評估居家照護政策。從訪談的內容得知居家照護政策的推行成效、民眾對於居家照護的了解程度、及政策是否有滿足民眾之需求，而政府提供居家照護功能是否對於病患或家屬有相關的助益，透過這些指標來提高評估的有效性。

## 第三章、我國居家照護文獻回顧

近年來，奧地利、比利時、義大利、日本、韓國與瑞典等國之長期照護服務模式的發展趨勢，都從原本的機構服務，逐漸轉型為以居家服務為主，此轉變反映了老年人偏好的改變，也代表各國家的政策，都嘗試以降低成本較高的機構服務給付比例，來調控長期照護的財務。

我國政府為了因應人口高齡化帶來的照顧服務需求，推展許多相關的計畫與政策，並於 1995 年將居家護理納入全民健保給付。且在 1997 年老人福利法修訂案中的第 18 條中規定：「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居家服務」。

在我國長期照顧需求人數的快速增加之下，行政院於 2007 年 4 月核定「我國長期照顧十年計畫」，該計畫在 10 年內挹注新台幣 817.36 億元經費，建構一個多元、普及的長期照顧制度。主要的服務對象為 65 歲以上老人失能人口、55 歲以上山地原住民失能人口、50 歲以上身心障礙者失能人口、IADL 失能且獨居老人。該計畫針對失能程度來決定服務補助的額度，提供居家式、機構式、社區式等照顧，皆顯示政府越來越重視長期照顧和居家服務等發展，且也越來越重視「在地老化」的概念，將居家或社區服務列為優先考量，與國際趨勢一致。

### 第一節、居家照護的定義與發展過程

居家照護是長期照護的重要基礎（陳新耕，1992），主要包含三大照顧核心：護理服務、個人照顧、家式服務（Jamieson1991）。而台灣地區的居家照護（Home Care）主要是在宅服務，而在宅服務的概念主要是提供個人日常生活照顧及活動協助，如：協助沐浴、更衣、梳洗、如廁、移位、準備餐食、餵食、購物、打掃、清洗衣物、文書服務、處理財務等。政府機關透過醫療或照護體系把服務輸送到家，這些服務主要有居家服務及居家護理等方式，而服務包含居家關懷訪視、居家服務、居家喘息、居家護理、在宅醫護、緊急救援、無障礙設施設備等。

本節彙整過去相關學者對於居家照護的定義，並界定本研究居家照護定義，再進一步說明居家照護之類型。

## 壹、居家照護的定義

Winslow (1984) 指出居家照護係指不需要繼續住院，但是仍需要接受醫療和護理的病人而提供的一種服務。而其服務主要是考量疾病或是殘障的不便，提供居住在家中的案主及家庭成員相關的服務，以增強或支持患者的健康 (Miller, 1991)。1994 年世界衛生組織 (WHO) 對居家照護定義為「於病患居住地提供整合性健康與支柱性的服務。目的在於預防、延遲或是取代暫時或長期機構照護的使用。」(Knight and Tjassing, 1994)；在美國稱居家照護為「家式服務」(蔡啓源, 2000)，而美國居家健康機構協會 (National Association of Home Healthy Agencies) 認為居家照護定義是「居家健康服務是整體健康服務的主體，提供專業服務型態至病患與家屬的住所。其目的在增進、維持或恢復病患的健康，或者將病患與家屬的疾病與殘障降低到最小的程度，使其可達到生活獨立自主的狀態」。(Dieckmannr, 1994)；吳淑瓊 (1998) 指出「居家式照護乃將功能障礙民眾所需的服務輸送到家，使其仍可居住在原來熟悉的環境，為最不束縛的一種照護方式，對於功能障礙者的生活品質具有正面的價值」。內政部於 2006 年的居家服務簡介中，將居家服務定義為「透過訓練合格的照顧服務員，親自到家中為行動不便的老人及身心障礙者，提供生活照顧及身體照顧服務」。

表 3-1 居家照護定義彙整表

學者/年代	定義
台北市護理師公會（1987）	為不需住院但仍需接受醫療或護理服務病患，提供完整的醫療與護理之一種延續工作，根據病人實際需要，安排護理人員或醫生往返病患住處，提供適當之醫療服務。
Robyn（1992）	有系統的提供相關的居家照護與社會福利，服務對象為有活動限制者，其受限於家中或是失能者，而其服務的場所主要在病患家中。
世界健康組織 WHO（1994）	於病患居住地提供整合性健康與支持性的服務。
knight and Tjassing（1994）	目的在於預防、延遲及取代暫時或長期機構式照護使用。
吳淑瓊（1998）	居家式照護乃將功能障礙民眾所需的服務輸送到家，使其仍可居住在原來熟悉的環境，為最不束縛的一種照護方式，對於功能障礙者的生活品質具有正面的價值。
內政部（2006）	居家服務為「透過訓練合格的照顧服務員，親自到家中為行動不便的老人及身心障礙者，提供生活照顧及身體照顧服務」。

資料來源：本研究整理

綜合以上文獻，本研究將居家照護定義為，是一種將照護服務輸送到家裡的服務，讓病患可以居住在熟悉的環境，透過提供功能障礙民眾完整的醫療或護理服務，促進、維持或恢復病患的健康，以達生活獨立自主的狀態。並歸納出居家服務有以下特性：1.服務的對象是老人或是身心障礙者；2.服務的地點是在被照顧

者所熟悉的環境，如被照顧者的家中；3.提供的服務主要依據被照顧者個人所需，包含日常生活照顧、生活照料與家務處理等；4.目的是希望增進照顧者的自我照顧能力，進而可改善生活品質；5.藉由服務提供被照顧者家屬，舒緩家庭的照顧壓力。

## 貳、國內居家照護發展過程

我國居家照護的發展主要是為符合「在地老化」、「福利家庭化」、「去機構化」的概念，發展期間歷時約 20 多年。本研究歸納學者的研究，將台灣居家服務發展分為三個階段（吳玉琴，2004；詹秀玲，2004），服務草創期（1983-1996）、服務法制期（1997-2001）與服務擴展期（2002 至今），以下針對下列三階段作說明：

### 一、服務草創期（1971-1987）

我國居家照護起源於 1971 年，是由彰化基督教醫院成立「社區健康部」提供社區民眾以醫院為基礎的居家照護模式。而後在 1983 年時，高雄也開始辦理居家老人的服務，同年度台北市社會局也逐步規劃「在宅服務」。在兩年後 1985 年衛生署成立群體醫療職業中心，讓居家照護更加深入偏遠地區，使其更趨於社區化，隔一年衛生署分別補助台北市、高雄市護士護理師公會，以實驗計畫的模式開辦居家護理業務。同年度 1986 年，在榮民總醫院、省立新竹醫院也開始提供居家服務，此為公立醫院提供居家照護的開端。1987 年台灣省政府社會處頒訂「台灣省推行居家老人服務實施要點」，積極推動老人居家服務。各縣市均有推展居家服務的業務，也顯示出政府越來越重視居家服務這會領域。

### 二、服務法務期（1988-1997）

政府越來越重視居家照護這個議題，內政部社會司為落實社會福利社區化的原則，於 1988 年 3 月擬定「加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容」，且明定居家服務之實施對象、服務內容；照顧者角色及訓練內容等（林貞慧，2003），該訓練課程讓居家服務員的培訓走向專業化。於 1989 年衛生署與公保處共同辦理「居家照護納入公保給付試辦計畫」。同年度行政院經建會也委託公共衛

生學會研究「居家照護納入全民健康保險之可行性」，並於隔年 1990 年衛生署推行「醫療保健計畫-建立全國醫療網第二期計畫」，積極擴展台灣居家照護的服務範圍，以及行政院也提出「建構長期照護體系先導計畫」，計畫中提出應當優先提供居家支持服務，並延長受照顧者居住在家裡的時間，可增進獨立自主的生活品質（陳伶珠，2003）。且同一年公保處評估後，決定試辦一年「居家照護納入保險給付試辦計畫」，而居家照護的相關服務機構在 1997 年，因為將居家護理納入全民健保給付，因此相關機構如雨後般春筍蓬勃的發展。再加上老人福利法的修訂案，法規中第 18 條明定「協助身心受損導致日常生活功能需他人協助之老人，得到所需持續性照顧」，並提出政府應當結合民間資源給予以下的居家服務：1.居家護理；2.居家照顧；3.家務服務；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，此修正案也開啓了政府與民間資源的整合運用，更擴展了居家服務的範圍，也使居家服務的基石更加穩固。

### 三、服務擴展期（1998 至今）

陸續相關單位，如行政院也不斷提出計畫，像是 1998 年行政院提出「加強老人安養計畫」，整合各部會的資源，以加強辦理老人福利相關的措施，而衛生署也提出的「老人長期照護三年計畫」，以發展居家照護服務為計畫執行重心。且隔年各縣市也積極成立相關單位，如高雄市、花蓮市、台東縣市成立「長期照護示範管理中心」，以推動居家照護的工作，而在後來也將嘉義市及三鶯地區設立為實驗社區，並建立了居家服務營運手冊，提供後續居家服務營運模式之參考。

此外在 2001 年時，行政院經濟建設委員會頒訂「照顧服務福利及產業發展方案」，其主要具體措施和內容包括：「適度補助非中低收入戶之失能老人或身心障礙者，使用居家照顧服務」；「統一訂定照顧服務人力訓練內容及標準」；「商討建立照顧服務丙級技能檢定制度」。

近幾年政府也積極將居家照護推廣到其他的民眾，像是 2002 年內政部推動的

「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」，及隔年的照顧服務福利及產業發展方案，將服務的對象大幅推廣至一般失能民眾。2004 年內政部加重對極重度失能者的補助，提出「失能者補助使用居家服務試辦計畫」，透過結合社會資源共同推動居家服務，來協助家庭減輕照顧負擔，且達到促進就業的目的，2007 年政府開始實施「十年長期照護計畫」，並預計於 2011 年推動長期照護保險法的訂立。

綜合上述，台灣居家服務的發展，於 1971 年由地方政府開始推動，逐漸透過中央政府進行規劃及推展等計劃，並花了約 20 餘年的時間將居家服務推廣到全國。透過志願服務的方式逐漸推展為領有證照的專業服務，希望透過居家服務的方式，可以讓老人及身心障礙者得以留在熟悉的照顧環境中，希以居家的照護之輔助來減輕家屬及政府照顧的責任（詹秀玲等，2004）。

**表 3-2 我國居家照護發展過程**

時間	項目
西元 1971 年	台灣第一家正式提供居家照護的機構，為彰化基督教醫院社區健康部，率先提供居家照護服務。
西元 1983 年	在高雄市辦理居家老人服務，可稱為老人住宅一般服務。
西元 1985 年	衛生署成立群體醫療職業中心，藉由提供醫療社區化模式，透過群醫深入偏遠地區的方式，讓居家照護的更趨於社區化。
西元 1986 年	衛生署補助台北市、高雄市護士護理師公會以實驗計畫模式，開辦居家護理業務。
西元 1986 年	榮民總醫院、省立新竹醫院開始提供居家照護，建立公立醫院提供居家照護的開端。
西元 1989 年	衛生署與公保處共同辦理「居家照護納入公保給付試辦計畫」。

西元 1989 年	行政院經濟建設委員會委託中華民國公共衛生學會研究「居家照護納入全民健康保險之可行性」，探討我國居家照護實施現況、評估社會需求與納入全民健康保險之可行性，及其相關之配合措施。
西元 1990 年	衛生署推行之「醫療保健計畫-建立全國醫療網第二期計畫」，計畫的第一期提出台灣應擴大辦理居家照護，而於第二期「加強復健醫療及長期照護服務」的計畫中，提出依醫療網為主軸推展居家照護，並訂立人員培訓及推展中新設立等原則。
西元 1990 年	公保處經評估後，試辦一年「居家照護納入保險給付試辦計畫」。
西元 1991 年	以實驗計畫模式開辦居家護理業務，目前為台灣第一家獨立型態經營之居家護理機構。
西元 1993 年	護理人員法通過，賦予護理人員執業的權利，並在施行細則中明確對於居家護理機構給予詳細的規定。
西元 1995 年	全民健保法施行，將居家照護納入給付範圍，而日後台灣居家照護機構也因此開始逐漸增加。
西元 1997 年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.老人福利法及身心障礙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。</li> <li>2.老人福利法修訂案中的法規第 18 條明定「協助身心受損導致日常生活功能需他人協助之老人，得到所需持續性照顧」，此修正案也開啓了政府與民間資源的整合運用，</li> </ol>
西元 1998 年	行政院提出「加強老人安養服務計畫」整合各部會及地方政府，加強辦理老人福利相關措施，且在各縣市普設居家服務支援中心，以提供居家服務。

西元 1998 年	衛生署之「老人長期照護三年計畫」加強發展居家照護服務。
西元 1999 年	高雄市、花蓮縣市及台東縣市成立「長期照護示範管理中心」推展居家照護工作。
西元 1999 年	推動為期三年的「建構長期照護體系先導計畫」，以嘉義市及三鶯地區為實驗社區，在計畫中建立了「居家服務營運手冊」，提供居家服務營運模式之參考。
西元 2002 年	內政部質性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」，開始補助全國一般失能者使用居家服務。
西元 2002 年	行政院再修訂核定「加強老人安養服務方案」，加強辦理居家服務，且提供持續性之家務、日常生活照顧服務與身體照顧服務。
西元 2003 年	照顧服務福利及產業發展方案中，提出適度補助誘發居家照護需求之策略，將服務對象全面推廣至一般失能民眾。
西元 2004 年	內政部提出「失能者補助使用居家服務試辦計畫」，加重極重度失能者的補助，並透過結合社會資源共同推動居家服務。
西元 2007 年	行政院提出我國「十年長期照護計畫」，並預計於 2011 年推動長期照護保險法的訂立。

資料來源：李玉春，民 83；邱淑貞等，民 83 年；葉宏明等，民 89 年；李宜真，民 89 年；中華民國長期照護專業協會；本研究整理

## 第二節、服務對象與服務項目

居家照護是老人照護模式的一種，同時也為國內長期照護推動「在地老化<sup>11</sup>」

<sup>11</sup> 在地老化，最早由北歐國家在 1960 年代提出，主要是希望老化過程能很自然在老人原本身長的

的主要資源（吳淑瓊，2001）。而居家照護的概念在初期就有學者提出，在台北市早期稱為在宅服務，而後統一居家服務。

## 壹、居家照護的服務對象

行政院核定的我國「十年長期照護計畫」中的居家照護共有七種服務，居家服務主要的服務對象分幾個部份，其中一者是指沒有接受機構收容安置、未聘僱看護（傭）、未領有政府提供之特別照顧津貼、日間照顧費或其他照顧費用補助者。但這個條件中，若有接受衛生單位機構之喘息服務補助者，不在此限；另外一者是指失能老人及身心障礙者，因身心功能受損致日常生活功能需他人協助，判斷標準可分為三個階段：（1）輕度失能：以巴式量表及日常生活功能量表（ADL）評分爲 61 分至 80 分者；或 81 分以上，經工具性生活量表（IADL）評分，上街購物及外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等四項中有兩項需要協助者；（2）中重度失能：以巴式量表評分爲 31 分至 60 分者；（3）極重度失能：以巴式量表評分爲 30 分以下者。

失智症患者也屬於服務對象之一，所謂的失智是指經衛生署評鑑合格之區域級以上之醫院、精神專科醫生診斷爲主，並載明爲 CDR（Clinical Dementia Rating）評估結果有三種階段：（1）輕度失能：CDR 達 1 分者；（2）中重度失能：CDR 達 2 分者；（3）極重度失能：CDR 達 3 分以上者。

另外經過評估爲慢性精神病患者也爲服務對象之一，其評估標準也分爲三種：（1）輕度失能：經巴式量表評估爲 81 分-100 分，或工具性日常生活量表評估爲 19 分-21 分者，且輔以行爲量能評估表、家庭支持功能評估表來核定，或是經社會功能量表評估 34 分至 51 分與以評估來決定居家服務的時數；（2）中重度失能：經巴式量表評估 61 分-80 分或是經工具性日常生活量表評估爲 16 分-18 分者，且輔以工具性日常量表、家庭支持功能評估表來核定，或是經社會功能量表評估 61 分至 80 分與以評估來決定居家服務的時數；（3）極重度失能：領有身心障礙手

---

環境中發生(吳淑瓊、莊坤洋，2001)。

冊，且社會功能量表評估為 15 分者；經巴式量表評估為 60 分以下，經工具性日常量表評估為 15 分以下者，會參考行為量能評估表、家庭支持功能評估表核定其輔助居家服務所需之時數。

智能障礙者也為居家服務對象之一，經過巴式量表評估可分為三種狀況：1. 輕度失能：經巴式量表評估 81 分至 100 分，工具性日常量表評估為 14 分以下者；2. 中重度失能：經巴式量表評估 61 至 81 分，工具性日常量表評估為 14 分以下者；3. 極重度失能：領有身心障礙手冊，且經巴式量表評估 60 分以下者，工具性日常量表評估為 9 分以下者。另外自閉症者也是其中之一，依據病情分為三種情況：1. 輕度失能：經過自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 46 分到 54 分者；2. 中重度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 19 分到 45 分者。3. 極重度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 18 分以下者。

在台北市提供居家服務的對象，主要是需要經過醫生診斷有需要復健者、且該患者意識清楚而家屬也願意接受復健的服務，此外患者也必須沒有接受過醫療機構復健的服務。根據 2009 年內政部及衛生署和 25 縣市的社會處資料得知，在 2008 年接受居家服務的人數最多為 2,488,373 人、其次為居家護理（健保）558,871 人、居家復健有 4,438 人、居家護理 3,408 人、輔具租借與申請有 3,773 人、居家營養有 144 人、居家無障礙空間需求改善有 147 人、居家藥事有 60 人。

## 貳、居家照護的服務項目

我國國內的居家照護主要可分為社政體系的「居家照顧」跟衛政體系「居家護理」，居家照顧比較重視生活起居及個人的照顧，而居家護理則是著重在護理及醫療的照料。在 1995 年全民健保將居家照護納入給付後，居家照護更為普遍，居家照護相關的服務跟機構也不斷增加。而關於居家照護的服務內容，學者們提出不同的看法，謝美娥（1998）將居家照護分為四類：1. 居家醫療照護、2. 居家護理照護、3. 個人照護、4. 家事服務；蔡啓源（2000）將居家照護及服務分為：1. 家事

服務：協助老人日常生活、代為處理家庭性質的事務等；2.文書服務：提供文字書寫、閱讀及資訊介紹；3.醫療性服務：協助老人取得醫療、衛生、復健等方面之服務；4.精神支持：提供老人情緒抒解、及精神支持之協助；5.休閒服務：協助老人外出，參與戶外性或團體性活動；6.個別需要：依據老人的個別需求的服務。另外呂寶靜（2001）將居家照護提供的協助分為四大類，1.協助個案生活起居的服務，如服務個案吃飯、盥洗、穿衣服、洗澡、上廁所、移動等照顧；2.提供個案工具性支持，如衣服換洗、家事清理、金錢支持、陪伴看病等協助；3.情感的支持，像是傾聽及關懷；4.財務支持。王正（2002）整理歐盟國家的居家服務內容指出，大多數國家的居家服務內容包含了個人照顧及衛生、家庭支持及精神支持，與家事活動。

綜觀來看居家照護綜合了醫療的護理行為，跟非醫療的生活及個人照顧服務，其服務範圍廣泛且多元。而本研究是依據我國行政院 2007 年 4 月頒布的「長期照護十年計畫」中的居家照護服務內容為主題，其居家式照護包含居家服務、居家復健、居家藥事、居家營養、居家無障礙改善、輔具租借需求改善及居家護理七類服務，以下說明居家照護各項服務的對象及內容。

我國「十年長期照護計畫」中居家照護的七種服務，分別為居家服務、居家復健、居家藥事、居家營養、居家無障礙改善、輔具租借需求改善、居家護理等。

居家服務係指在病患熟悉的地方，如住家環境等提供照護服務，其服務內容有身體照顧服務，像是協助沐浴、換洗衣服、口腔清洗、協助服藥等；另外也提供家務服務，包含換洗衣物之洗滌與修補、環境清潔、文書服務、陪同就醫等。

居家復健係指透過職能治療師、物理治療師到病患的家中提供復健治療，協助行動不便病患在家即可進行復健，促進體能與日常生活自理能力。居家復健提供的服務內容包含物理治療及職能治療兩種：

- 1.居家式物理治療：

- (1) 物理治療師法第十二條及第十七條規定之業務。

- (2) 疼痛之物理治療、慢性傷口輔助性物理治療、環境改善評估與諮詢、照顧者及服務對象之教育及諮詢。

## 2.居家式職能治療：

- (1) 職能治療師法第十二條及第十七條規定之業務。
- (2) 日常活動功能與社區生活參與之促進及訓練、日常活動安排能力之促進及訓練、環境改善評估、諮詢及適用性檢測、照顧者及社區民眾之教育及諮詢。

居家藥事主要是讓專業的藥師可以走入社區進行服務，到民眾的家中協助家屬整理用藥的服務，並且提供民眾相關的用藥諮詢，指導民眾正確貯存藥品的概念等，但是目前並無明確相關規定。

居家營養主要是針對生活自理能力有困難，或行動不便之獨居老人提供送餐到家的服務。包含午餐與晚餐的送餐服務，其中晚餐服務是會有部份有愛心廠商提供。

居家無障礙改善及輔具租借需求改善，主要是提供受照顧者居家環境評估，與輔導專業諮詢服務，並協助改善居家無障礙環境設施設備等，透過該項服務來改善功能障礙者的居家生活。其居家無障礙改善服務的內涵主要有包含改善衛浴及廚房設施設備；改善入口玄關、走道、樓梯等動線，消除障礙物及高低差、改善出入口之障礙、裝置扶手等；經專業評估必須改善之項目。而另外輔具租借需求改善，包含：有 1.輔具需求評估，並提供個別化服務；2.購置輔具後之檢測評估；3.輔具使用之專業指導或訓練服務；4.輔具諮詢服務；5.輔具維修服務；6.輔具回收服務；7.輔具租借服務；8.輔具教育及宣導服務；9.輔具展示服務等。

居家護理是由專業的護理師及醫生到受照顧者的家中進行護理的指導及照顧，讓病患可以得到適當的醫療照顧。居家式醫護服務內容，包括身體健康評估、注射、飲食營養之相關照護、飲食營養之相關照護、排尿功能之相關照護、皮膚之相關照護、檢體之採取及檢查、其他相關之護理指導及簡易復健指導等。

綜合上述將「長期照護十年計畫」中的居家式照護提供之服務整理如下表：

**表 3-3 居家式照護提供的服務**

居家式照護的服務項目	服務內容
居家服務	1.協助沐浴、換洗衣服、口腔清洗、進行、服藥等。 2.家務服務，包含換洗衣物之洗滌與修補、環境清潔、文書服務、陪同就醫等。
居家復健	1.物理治療 2.職能治療
居家藥事	1.協助家屬整理用藥的服務 2.提供民眾相關的用藥諮詢 3.指導民眾正確貯存藥品的概念
居家營養	午餐與晚餐的送餐服務
居家無障礙改善	1.住宅設施設備改善 2.住宅無障礙設備的改善
輔具租借需求改善	生活輔具（拐杖、輪椅、氣墊床）的租借
居家護理	1.健康評估、注射、飲食營養之相關照護 2.飲食營養之相關照護 3.排尿功能之相關照護 4.皮膚之相關照護 5.檢體之採取及檢查 6.其他相關之護理指導及簡易復健指導

資料來源：本研究整理

### 第三節、居家照護管理制度

以目前台灣照護體制而言，各縣市設有 25 所長期照顧管理中心，其為主要的

長期照顧管理組織。本章節針對長期照顧管理中心的居家照護做說明。

長期照顧管理中心的作業流程是依據收案、評估、核定服務補助額度、擬定照顧計畫、到服務連結與提供等，均清楚訂定作業流程。以明訂的作業流程提供長照中心、服務提供者、和個案共同遵守的依據。在人力配置方面，每個長照中心平均配置 4-5 位的照顧管理者來進行第一線的照顧管理業務，而這些照顧管理者主要是護理師或是社工人員來擔任職務。另外在照顧業務的推廣方面也會配置各一名的主任及行政專員。

除了人力配置上佔管理制度相當大的層面外，其照顧管理制度的推動也是另外一個重要的議題。制度的推動是需要服務提供者的全力配合，因此由長照中心定期召開服務提供者協調會議，且和服務提供者建立伙伴關係，共同研商服務提供方式，並協調分配服務區域，建構服務網絡（吳淑瓊等, 2004）。

目前共有 25 縣市皆設有長期照護管理中心，但目前各縣市的業務整合情形不一，而服務輸送流程也不一致。不過一般說來，長期照顧管理中心的服務流程可細分為十一個階段：1.申請服務窗口；2.接案窗口；3.資格認定；4.評量需求；5.服務資格與等級核訂；6.擬定照顧計畫；7.核訂結果；8.連結服務；9.服務提供、監督與評鑑；10.複評、照顧計畫變更；11.結案；在需求評估機制上，依現況乃分為長照中心自行評估、委外辦理及長照中心與委外並行等三種類型；就前述提及的照顧管理模式而言，主要分屬密集式照顧管理及核心任務分擔模式，將需求評量之任務委託民間等兩種不同類型。下圖為長期照顧管理中心的服務流程：

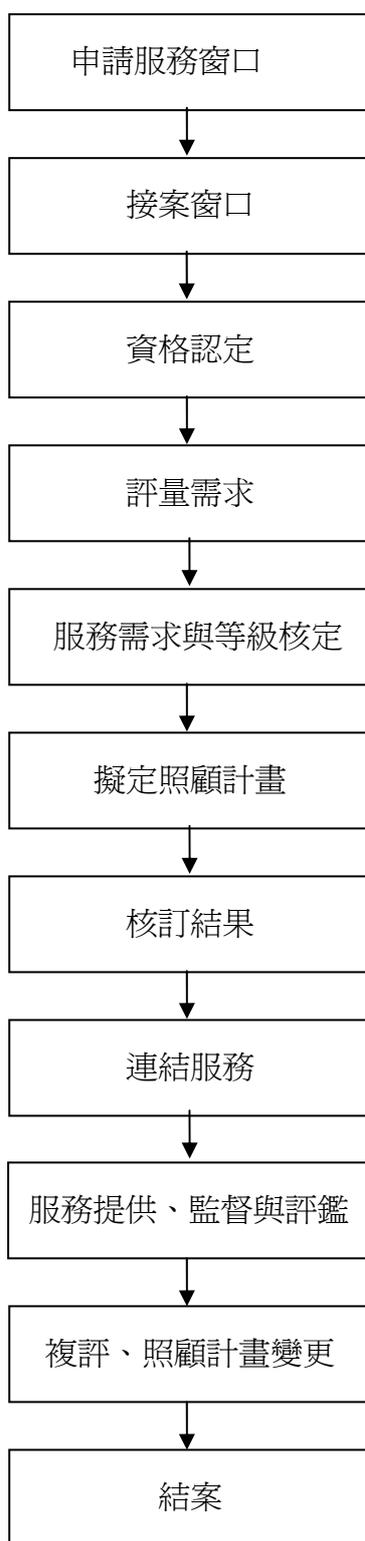


圖 3-1 服務申請流程

## 壹、居家照護的管理制度

我國長期照護體系的權責機關有衛政體系跟社政體系，長期照顧機構相關的權責單位為內政部；其中居家照護政策中的居家服務、居家護理跟居家復健，權責機關為衛生署；居家服務則歸屬於內政部。

若以申請流程的負責單位來區別，主要負責單位為長期照顧中心為主要。不過在一開始申請服務時，民眾有許多聯繫的窗口，像是可透過個案/家屬主動求助、醫療院所提供、長期照顧相關機構、社政單位(區域社服中心、老人服務中心)、衛生所、民眾主動通報、鄉鎮市公所(社會課/民政課)、其他社福團體轉介等，藉由這些窗口得到服務的資訊及申請書；當民眾填寫申請書或拿到轉介單之後，相關文件會送到長期照顧管理中心，由長照中心進行資格審核、並擬定照顧計畫，由照顧員到案主家進行評估，擬定個案照顧計畫，幫個案所需的資源做整合。

長期照顧中心約經過 3 天的審核、10 天的擬定照顧計畫、約 1 到 2 個禮拜進行個案評估，並且由長期照護中心結合戶政、勞政及社政的資料來進行資格的認定；需求評估的負責單位共有三種形式，包括長期照護管理中心、委外辦理，或兩者共同並行辦理。1.由長期照護中心進行評估的縣市包含有基隆市、新竹市、嘉義市、金門縣等；2.委外辦理的部份，由衛生所進行評估的縣市包括桃園縣、高雄縣；高雄市、台北縣、苗栗縣、台中縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、台中市、台南市等都是由民間專業單位進行評估；另外其餘縣市都由公衛護士及民間團體一同進行評估，包括：宜蘭縣、南投縣、嘉義縣、苗栗縣、屏東縣、台東縣、花蓮縣、台中市、澎湖縣、連江縣等。3.由長期照顧管理中心跟衛生所委外並行的縣市包含有屏東縣、台東縣、花蓮縣、澎湖縣、連江縣；結合行政單位跟民間團體進行評估的則包含台北市、新竹縣、台南縣等。

評估確認後，服務資格與等級的核定是由長期照顧管理中心進行核定，且長照中心也須負責依據個案的失能等級來擬訂適當的照顧計畫，並依據核定的結果來連結相關的服務。長期照顧管理中心同時也為個案和服務單位之間的橋樑，這

些單位大多都是有跟社會局、衛生局做過公開招標及評選選定的單位。但爲了確保在服務提供的品質跟解決個案在過程中仍會持續產生的問題，長照管理中心也會定時召開聯繫的會議，與服務單位進行密切的意見溝通，透過定期的電話訪問跟滿意度調查，來確保服務單位品質的穩定性。除此之外，長期照顧管理中心也會每隔半年到一年進行一次的複評，於照顧管理員到個案家中面對面的評估，依據個案狀況來調整照顧計畫。最後的結案也是由長期照顧管理中心負責，依據個案的狀況來做結案的動作。

## 貳、居家照護的申請

我國各縣市依據「長期照顧十年計劃」，提供給符合居家照護服務的對象。而各縣市會因爲施政政策而有所差異，本研究以台北市爲例，進行下述說明。

當民眾欲申請居家照護時，須符合台北市社會局的申請規定，其中服務對象是指，未領有台北市社會局重病住院看護補助、身心障礙者臨時及短期照顧服務、政府提供之特別照顧津貼、機構式照顧、聘僱看護（傭）或其他相關照顧服務補助者，經評估符合下列兩款之一：

(一)設籍且實際居住本市「65歲以上老人」以及「50歲以上(含)之身心障礙者」，經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADLs）評估進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、如廁等6項，達1項以上失能者：

- 1.輕度失能：1至2項ADLs失能者。
- 2.中度失能：3至4項ADLs失能者。
- 3.重度失能：5項(含)以上ADLs失能者。

(二)設籍且實際居住本市65歲以上獨居老人，經工具性日常生活量表（IADLs）評估上街購物、外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等5項中有3項需要協助，係爲輕度失能。需要協助之定義係指「上街購物」1分以下、「外出」1分以下、「家務維持」1分以下、「食物烹調」0分、「洗衣服」0分。

民眾只要符合以上規定，即可到台北市各區長期照顧服務站提出申請，目前台北市共有北區、南區、東區、西區、中區等五處。而在提出申請後，會由台北市社會局派照顧管理專員到宅評估，案主須檢附申請書、身分及戶籍證明文件、其他必要之相關文件等辦理書面審查。由照顧管理專員評估結果後，以確認案主是否符合資格。

而評估的結果是有時間效力的，當照顧管理專員評估結果後，除非評估人員有特別註明期限，原則評估的結果皆具有 6 個月效力。而當接受評估者於 6 個月內身心狀況改變，得付上這 3 個月內之身心狀況改變具體證明，向台北市長期照顧各區服務站申請重新評估。

若是案主對於照顧管理專員評估的結果有任異議，必須要在接獲評估結果次日起 30 日內向原申請單位提出申訴，必要時得進行複評。

## 第四節、居家照護的資源分配

依據內政部、衛生署及 25 縣市社會處（局）、衛生局、長期照顧管理中心的資料整理得知，2007 年我國「十年長期照護計畫」居家式服務資源的概況如下，見下述說明及下表顯示：

(一)居家服務：在台灣 25 縣市中有 123 個單位提供該項服務，總計有 2,488,373 人次/24,925 人接受服務，平均每月每單位可提供 1,686 人次之服務。以台北市 2008 年社會局統計資料得知，台北市有 11 機構提供該服務，而台北市市民使用居家服務約有 143,331 人次/年。

(二)居家復健：有 24 縣市提供服務，年服務量為 4,438 人次、自費 502 人次、縣府補助 6,856 人次，。以台北市 2008 年社會局統計資料得知，台北市市民使用居家服務約有 628 人次。

(三)居家藥事：目前只有北縣試辦，透過與縣（藥師）工會合作進行試辦計畫，目前總計提供 62 人次的服務。

(四)居家營養：僅北縣試辦，並與營養師公會合作，提供 147 人服務。

(五)居家無障礙空間改善：透過物理治療或治療公會協助提供服務，總計約有 12 個縣市，14 個單位提供服務，總計年服務量為 144 人次。

(六)輔具租借需求改善：有 13 縣市計 15 個單位提供服務，服務人次為 3,773 人次，每單位每月服務人次約為 21 人次。

(七)居家護理：有 471 家機構與健保局有簽訂合約，每年提供的服務量為 558,871 人次，約有 35,825 人；其中有 186 家有參與「十年長照計畫」，提供 3,408 人次的服務。

**表 3-4 2008 年居家式服務資源概況**

服務類別	單位數量	服務量（人次）
居家服務	123	2,488,373
居家復健	24	4,438
居家藥事	1	60
居家營養	1	147
居家無障礙改善需求改善	14	144
輔具租借需求改善	15	3,773
居家護理	186	3,408
居家護理（健保）	471	558,871

資料來源：2008 年內政部、衛生署及 25 縣市社會處（局）、長期照顧管理中心統計資料

綜合以上，為居家服務的服務對象以及提供之內容，而依據內政部至 2008 年的統計資料得知，目前全國有 123 家居家服務的單位，其中使用居家服務的人數有 24,925 人，約佔 339,082 需求人口數的 7.4%。而照顧服務員人數約有 4,079 人，居家服務督導人數約有 508 人，表示每位照顧服務員平均需要服務 6.1 位個案，而每位督導平均需要督導 8.0 位照顧服務員及 49 個居家服務案。而在台灣地區 368 鄉鎮市區中有 284 個（77.2%）鄉鎮有提供長照居家式服務，而當中居家服務及居家護理佔的比例較高，而輔具租借及無障礙環境改善需求評估，雖有一半以上的

縣市政府均有提供該項服務，但受限於該服務有條件限制，且許多民眾也不知道有該項服務和如何申請，因此使用該服務的人數並不多，由此可見我國在居家服務上還仍有進步空間。

## 第五節、國內居家照護相關研究

過去有許多學者及政府單位對老人相關的照護政策提出許多研究，但大多從長期照護的大方向去探討，像是照顧資源的需求推估、資源配置、財務及預算、法規制度的角度進行研究。而有關於居家照護的研究方向，有許多研究學者從不同的角度進行探討，像是居家照護的品質、居家照護的服務現況、和影響居家服務使用情形、和遠距居家照護等。主要是因為居家照護的概念，在早期即被提出，初期有許多名詞都與居家照護有相同的意涵，像是包含居家照顧、居家照顧服務、在宅服務、居家服務等，直至近年來才逐漸以「居家照護」一詞為主。除了近些年對於居家照護的定義作修正外，政府也逐漸擴大居家照護的服務範圍，再加上資訊科技技術的進步，也讓居家照護的服務範圍更加廣泛，因此，關於居家照護的研究探討範圍，也比長期照護方面研究有更多面向。

在相關整體長期照護需求推估的研究上，分別有吳淑瓊（2001）建構長期照護先導計畫第一年計畫報告；李世代（2001）「長期照護需求推估之探討」；吳淑瓊等人（2001）長期照護需求評估工具發展與測試之研究等，其中尤以行政院（2009）委託台灣大學人口與性別研究中心進行「我國長期照護服務需求評估」之研究，是國內第一個將長照需求的研究推廣至各鄉鎮層級，且利用 GIS<sup>12</sup>呈現，其研究透過現有資料庫及若干假設來進行（1）長期潛在需求人口、（2）長照需要人口、（3）居家式、社區式、社區式長期照護需求量、（4）部份長期照護專業人力的推估；透過地理資訊系統將上述的研究結果，進行空間面項的分析。但該研究礙於僅利用現有的資料庫進行固定盛行率之推估，因此有資料庫不夠完整、且有年代落差的問題。

---

<sup>12</sup> GIS 為地理資訊系統，是一種處理空間資料時所需要的工具。

在長期照護資源供給調查的相關研究中，有陳惠姿（2001）「長期照護資源的供給面分析」、行政院（2009）「我國長期照護資源供給調查」等，說明目前台灣地區實施長期照護之資源的分配狀況，分別對長期照護的服務資源作調查說明，其中行政院的研究中指出，居家式服務中以居家護理所分佈的範圍最廣泛，共計全國 471 所居家護理所。並在研究結論中提出，照護設施資源的普及性、充分性及銜接性都不甚理想，需要進一步的規劃，來做好資源的妥善分配。

另外也有學者針對組織的運作及管理的角度，作為研究方向，如劉立凡，葉莉莉（2004）「探討臺灣長期照護資源整合與管理機制建立之實務面」，以社區為研究主體，運用組織結構的角度，探討目前長期照顧資源該如何整合，及相關的管理機制如何運作。另外黃雲生（2001）「社會福利民營化趨勢中非營利組織之資源依賴與組織自主性-以台中市政府老人居家服務之委託為例」，此研究採用文獻分析與深度訪談的方式，主要探討是社會福利趨於民營化時，在台中市政府將獨居老人的委託業務給非營利組織時，而這項委託業務是否會對這些接受委託的非營利機構而造成影響呢。該研究透過訪談建議應該強化非營運組織的資源分配，以確保組織資源的穩定性，並建議善用志工以降低人事費用，進而提升自主性。對於政府方面，也建議應建立完善的管理規範，使民營化朝向制度化及法治化。而以上研究皆以組織角度切入，藉由組織結構及功能上的調整及強化，落實政府推動長期照護政策的目標。

若以政策學習觀點來探討，林昭吟（2008）提出「長期照顧財務政策之政策預評估-政策學習觀點的初探」，以結構式問卷與電話訪問的方式，訪談全台 1070 位受訪者的意見，得知約有 23.1% 的受訪者曾直接長期（超過三個月以上）照顧老人或是身心障礙者，其照顧者多為子女或是媳婦。另外約有五成的受訪民眾表示，對於長期照顧或長期照護的議題感到陌生，其次大多的受訪者比較熟悉長期照護政策中的服務為居家服務（34.1%），及居家護理（19.7%）。這也表示，台灣在居家照護服務領域，是需要確實執行，才能妥善發揮政府當初推行該政策的美

意。

居家照護的概念在早期就已經被提出，且在國內推行數十年，但早期居家照護的重心多著重於醫療護理照護上，而居家照護的單位也在納入全民健保後，如雨後春筍般增加，也使得居家照護的討論與研究越來越多。但討論之議題多半聚焦在如何提升居家照護的品質，如「影響居家長期照護病患主要照顧者生活品質因素之研究」(陳貞吟等，1996)，「台灣失能老人居家照護服務之探討」(劉嘉年，1996)，主要研究重點皆放在台灣地區居家照護服務的現況，及失能老人使用居家照護服務遇到問題，或者是探究以醫護為主要的居家照護是否可行，如「台灣失能老人居家照護服務之探討」(劉嘉年，1996)、「台灣居家服務現況與檢討」(吳玉琴，2004)。

另外跟居家照護相關的評估文獻，像 Morrow-Howell, Proctor & Rozario (2001) 針對評估居家服務供給是否充足的研究中提出，接受照顧者的觀點與專家的觀點不同，不過兩者都是相當重要的觀點；Fashimpar (1991) 則發現可透過收集實務及行政上的資料，作為評估居家服務的品質與效果，以及服務員與案主之間相處關係；另外 Ebenstein (1998) 的研究提出，用以評估居家服務的成效，主要是在於良好的照護關係，相對最大的阻礙及造成服務不彰的原因，主要是因為服務員的低薪資、無晉升管道，和缺乏合宜的訓練管道；而 Warren (1990) 的研究指出，居家服務的背景特質中與家庭角色和工作上的角色是緊密相關的。

而近些年討論的主軸多針對遠距的居家照護為主，像是周淑娟 (2007) 「遠距居家照護經營模式探討」、張仁豪 (2008) 「我國居家照護醫療廠商發展遠距照護營運模式之研究」，皆屬於以資訊面的角度、創新的服務來探討新型態的居家照護，鮮少研究是以政策評估的角度切入。

雖然居家照護從 1971 年起發展至今，相關研究很多，但是研究的主軸，鮮少是特別針對近年來行政院推動「長期照護十年計畫」政策中的居家照護進行探討。從研究背景跟相關文獻可知，「長期照護十年計畫」是目前政府為因應高齡化社會

而積極推動的主要政策，在政策推行的項目之中居家照護佔有七成的比率，也代表居家照護的推動之落實性，會影響整體的十年長照政策推行的執行確實率。但在相關研究中，卻很少有學者特別針對這點進行政策執行成效的整體評估，多是針對照顧個案的滿意度或患者的健康成效。有鑑於此本研究透過政策評估理論的研究方法，從政策執行者及政策利害關係人雙方的角度，使用深度訪談的方法，來發現利害關係人的確切需求與以往研究中未關注的議題，並藉以評析我國「長期照護十年計畫」中居家照護政策推行以來的成效。

並輔以其他國家實施居家照護制度的經驗，對於政策評估時，所發現的問題，做為參照的成功對象，並提出可行的建議與改善，希望可以落實我國在地老化的概念。透過政策的執行確實率，不僅可以降低老人疾病盛行率，且可達到預防保健的效果，而進一步也希望對於我國日後推動長期照護保險制度時，能提出更切合實際問題的建議。

## 第六節、國外居家照護發展與台灣之比較

從眾多國家相關的居家照護文獻得知，各國其實都越來越重視在地老化、居家照護等概念。不論是在考量醫療成本、或是老人照護的相關議題上，都可顯示出居家照護的重要性及必要性。而各國家在居家照護的發展上都有各自的特色，以下會針對此來進行比較分析：

### 壹、政策面

各國發展照顧產業基於想要改善國內人口老化的問題，透過政策的推行來解決社會的問題、改善老人的生活品質，並藉此促進相關產業的發展。台灣政策的規劃主要透過政府部門贊助官員、學者、及民意代表出國考察各國家的福利狀況，藉由瞭解其他國家的福利措施，找尋最適合我國的政策，以此基準來修正適合的法案。不過我國照護政策不像其他國家，有統一的部門獨立規劃與統籌，像是由單一窗口發號師令、透過政府統一稅收等，而我國最缺乏即是統籌的單位，以目前來說，照護體制仍分有衛政跟社政體系，容易造成各部門獨自運作，資源也無

法統合發揮最大效用。

## **貳、經營管理**

在美國、日本、德國中居家照護都是以市場經濟的發展為出發點，透過引進企業參與來發展。不過因為企業會也經營成本的考量，造成服務員的訓練可能不足，服務品質不佳等問題。相對於台灣的居家照護，當民眾若符合補助資格，大部分的費用都由政府負擔，因此在政府的監督下，對於照顧服務員的品質要求也較高。不過若是以照護員在個案家中的地位來說，瑞典的居家照護員之地位最高，因為在瑞典待遇如同公務員，福利也以較優渥。但是在台灣地區，居家服務員較不受肯定跟重視，在非營利部門中多依賴政府補助相關費用，因此也不重視服務員的在職訓練，再加上薪資不高，也使得台灣的相關人員離職率相當的高。

## **參、照顧費用**

日本跟德國皆採用社會保險的方式提供居家服務，但日本主要的服務對象以 40 到 60 歲有特殊疾病的人為主，以及 65 歲以上的失能者，而補助的對象需要經過審核，該點與我國類似；而德國則沒有限制，全民都可為服務對象。另外在日本主要居家服務是提供實務給付，德國則採取實務和金錢兩種混合補助的模式（周月清、傅凱祺、蔡宜思等人，2005）；在台灣地區與瑞典類似都採取稅收的方式，不過不同於瑞典的是，台灣的稅收比瑞典少，相關的社會福利制度與比瑞典差，因此在面對高齡化社會帶來的衝擊下，政府部門支付的福利支出已經越來越吃緊。

## **肆、產業角度**

歐洲重視社會福利，要求國民繳付高賦稅，再給予完善的社會福利。因此歐洲等國家來說，透過政府提供的福利政策等相關服務，也相對的帶來社會經濟的提升。不過以台灣地區來說，並沒有將居家照護等相關產業明顯的產業化，大多還是要依據政府部門進行補助，其主要的因素也在於大部分的台灣人民較不能接受自費的居家照護市場，因此在台灣產業化的發展較為薄弱。

綜合以上，台灣在照護政策與執行上仍有許多需要加強的地方，有鑑於此，本研究想要探討台灣積極推動「長期照護十年計畫」之際，是否有落實執行相關的居家照護服務，希望透過學術與實証分析的方式，審視目前的執行成效，並根據結果提出實務與學術上改進的建議，讓落實而適當的居家照護服務可以有效降低醫療費用，預防疾病擴大發生，解決我國人口高齡化所造成的社會、經濟問題。

## 第四章、研究設計

本章節說明研究所採用的研究途徑、研究方法，以及研究範圍及研究之限制。

### 第一節、研究途徑與架構

本研究採取質化與量化兩種的研究途徑 (qualitative research approach)，以政策評估中的評估理論作為本篇研究的研究理論，並以此訂立研究架構。

#### 壹、研究途徑

研究途徑 (research approach) 係指研究人員透過分析性架構及操作型的工具進行問題本質的探討，及研究問題的解決。易君博 (1998) 提出「研究途徑是選擇問題以及資料的準則，例如功能研究途徑、系統研究途徑、歷史研究途徑、制度研究途徑等。」

本研究採用「質化的研究途徑」，而質化的研究法主要探究人們的生活、故事、行為、組織功能、社會運動或互動的關係，意圖對特殊的社會情境、事件、角色、團體或互動有所瞭解 (姚美華，1995)，並重視研究的過程、意義、投入的研究場域、描述及歸納。同時，質化研究的精神與原則在於事實的本質，強調事實的整體性，細緻的探討人與人，肯定人的價值觀存在的可貴性，不注重概念化，也不求事情的絕對性和因果性 (溫秀珠，1996；簡春安、鄒平儀，1998)。定性研究也稱為質性研究，由某種角度而言也是一種與「行動」結合的研究方法。在針對社會面、制度面、政策面等問題時，由於兼備了「人」、「事」、「時」、「地」等多層面向的影響因素，故在探討時方能真正協助研究者，由各種的角度來評估居家照護之政策執行及未來走向，是研究一個政策或制度應具備之過程，故也可視為一種「行動計畫」。而為補足訪談不足之處，本研究透過深度訪談的方式，彙整政策執行者及利害關係人的看法，另外再透過問卷方式，進一步對利害關係人進行量化的調查，讓我國居家照護評估更加完善。

## 貳、研究架構

本研究主要是探討居家照護政策推行之後，該政策執行的現況之狀況與評估。而居家照護業務涉及我國政府部門、醫療提供者、居家服務提供者、及相關申請人、利害關係人等。因此本研究對相關人士-政策提供者與政策利害關係人進行深度訪談與問卷調查，已針對居家照護的執行現況做進一步的評估。本研究主要是透過回應性評估理論為研究主軸，以政策提供者及政策利害關係人的角度進行評估，透過深入訪談的方式了解政策執行者對於居家照護的看法跟目前執行的狀況，並且將訪談政策利害關係人，透過深度訪談的方式聚焦政策利害關係人對於居家照護的看法。進一步彙整政策利害關係人的訪談內容，並套用跟 Rossi and Freeman (1993) 的觀點，設計居家照護評估的問卷題目，透過問卷調查的方式量化評估的結果。綜合以上，本研究先針對政策執行者與政策利害關係人進行深度訪談，並透過問卷的調查結果，補足訪談不足之處，以兩種方法作為該政策評估的依據。

本研究主要是要評估居家照護政策執行的結果，因此綜合吳定跟 Rossi and Freeman 的觀點，將政策評估分為兩類：過程評估與結果評估。依據吳定對過程評估提出的說明，本研究在過程評估中具體的分析變項包括：方案溝通協調的管道、政府與執行單位的角色、政策資源等。在結果評估是針對政策方案的內容，利用具體的評估指標設定，進行政策與方案的施行績效評估。考量本研究的主題應該是以政策執行面進行評估，而非居家照護的專業技術上進行考核，因此本研究會先透過深度訪談的方式，了解居家照護的執行現況，以及民眾對居家照護的看法，並聚焦政策利害關係人的意見及看法，將訪談的內容彙整。再利用 Rossi and Freeman 學者建議使用的執行結果變項進行問卷設計，來量化的數據來補足深度訪談不足之處。而問卷的變項分別為 1.效能：政策與方案目標的達成程度，與標的目標和團體對於政策的認知程度等；2.回應性：政策利害關係人與政策執行者對於政策的結果之滿意程度。問卷見附件二。

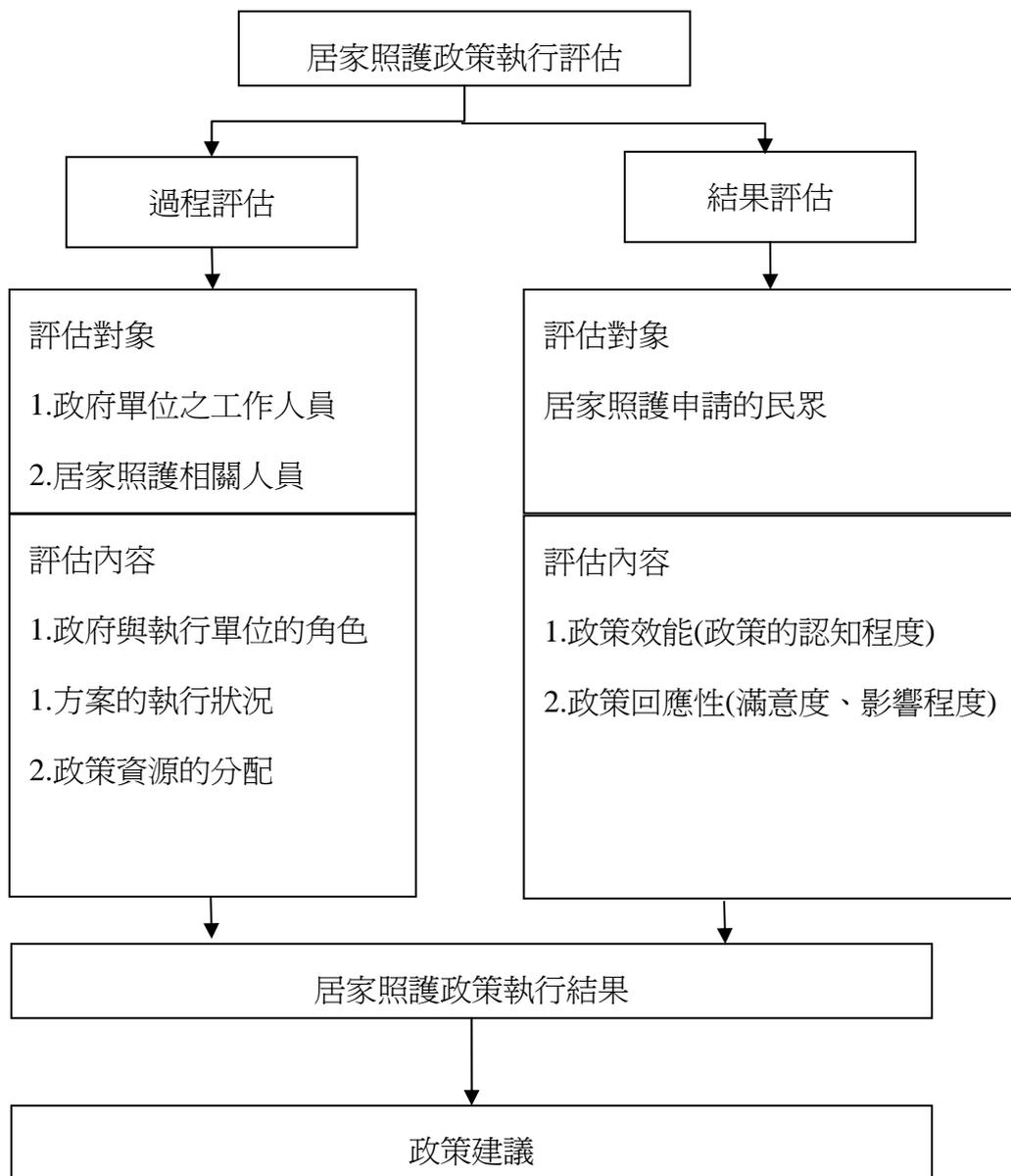


圖 4-1 研究架構

## 第二節、研究方法

本研究透過深度訪談的研究方式去了解政策利害關係人對政策的看法，並以政策評估中的回應性評估作為本篇研究的研究理論，並輔以問卷方式補足深度訪談不足之處，並透過以文獻分析法及比較分析法等研究方法進行政策評估的質性研究。

### 壹、研究方法

研究途徑是選擇問題及資料的準則，當釐清研究問題之際，接著需要考量需用哪種研究途徑來切入探討的主題，並鎖定收集資料的方向。而研究方法係指在決定了研究途徑之後，再選擇收集及處理資料的技術。

本研究採質性的研究途徑，並以政策評估理論中的回應性的評估來進行研究，係以政策利害關係人為基礎（*stakeholder-based*）為評估形式。並界定出政策所涉及的利益關係團體-即是在台灣地區執行居家照護政策，接受居家照護服務的家庭及個人，藉由深度訪談的研究方式去了解政策利害關係對政策的看法。其包括利益關係團體的主張（*claims*）、關切（*concerns*）與議題（*issues*）等。而吳定（1998）指出政策利害關係人是受到某項政策方案直接或是間接、有形或無形影響的人員，包括正面影響或負面影響皆是；丘昌泰（1997）則提出政策利害關係人可分為三類，包含有：1.政策制定者，係指制定、運用或執行政策的個人或團體；2.受益者，政策制定過程中，直接或是間接受到利益的個人及團體。通常標的團體為直接受益者，而間接收益者則是透過直接受益者的關係而得到利益，以照護政策為例，老人的兒女及為間接受益者；3.受害者，因政策執行會推動的過程而喪失利益之團體與個人。

本研究以回應性評估之研究途徑，並綜合學者針對利益關係人之定義，參酌研究議題，界定本研究的利益關係人包括以下：

(一)政策執行者（指各縣市之社會司，照護機構）

(二)政策受益者（指符合照護資格之患者或其家屬）

本研究輔以文獻分析法以及比較分析法的方式，整理並分析各國經驗，提出值得我國經驗學習的政策建議，並透過深度訪談的結果對目前台灣地區居家照護政策作評估。並以長期照護需求導向途徑，探索居家照護在執行或是資源配置上所面臨的問題，以利日後長期照護保險推動時可提出相關建議。並根據研究發現，研擬政策建議，以建構更完善的居家照護政策。

## 二、文獻分析法

文獻分析法是收集與研究主題相關之各類文獻，此文獻包括：各類書籍、政府部門報告、委託研究結果、論文、期刊、政府統計資料、相關法令規章等各類相關文件，再針對研究主題加以分析與整理，並經過歸納與驗證後，作為研究結果之依據的一種研究方法。

本研究蒐集居家照護政策、介護制度及高齡化和政策評估之相關文獻，包括台灣與其他國家人口結構變遷的比較、日本及瑞典和德國、美國的照護制度概況、我國居家照護政策的現況。同時蒐集我國居家照護相關主管機關-內政部、衛生署和老人福利司近年來與本議題相關的各項研究報告或統計資料，驗證目前公部門及各方學者專家之研究結果，並檢視我國居家照護所面臨之問題，其能整合現存我國長期照護相關研究資訊，並且透過了解各國照護制度發展經驗，對我居家照護的發展，提出可行的結論與建議。

## 三、比較研究法

比較研究法乃是指將兩種以上的不同現象、事物或制度進行比較分析，以判別其特徵、異同或優劣的一種研究方法（謝文全，1995）。

依照比較目的不同，可以分為以下橫面式和縱線式，本研究主要採用「橫面

式」的比較研究，比較兩個以上「地區」的居家照護制度，其中的「地區」可以國家為單位，即比較兩國以上的居家照護制度或問題。例如比較台、日、瑞典、德、美等國的居家照護制度。期從多種政策制度的比較分析，和各國居家照護制度完善國家中，參照各國推行居家照護制度之經驗。研析其異同，找出得為我國借鏡之制度與作法，供改革建議與參考。

#### 四、深度訪談法

根據 Taylor 和 Bogdan (1984) 的定義，深度訪談主要的目的仍在瞭解受訪者對其生活、經驗或情況的觀點。而透過深度訪談的方式，可在研究的過程中，得知道受訪者的想法，才能瞭解為何他們會有某些行為的表現 (林金定等，2005)。學者指出可以透過言語的交流，讓受訪者可以表達出自己的價值觀、感受、態度、生活經驗、意識形態以及實際行為 (陳向朋，2002)。而深度訪談是特殊的田野研究資料蒐集過程，它是設計來產生特定問題為主的敘事形式。而深度訪談為一種研究性的交談，也是研究者透過事前的訪談資料的題目設計，與被研究者進行交談和詢問的一種活動，並藉由口頭談話的方式從被研究者的對話之中蒐集到第一手的資料，係屬於雙方互相建構事實和行為的過程。

深度訪談的優點是在研究歷程空間上較具伸縮性，所收集到的訊息也較具深度，缺點是訪談結果可能較具主觀性 (林金定等，2005)。完整的深度訪談包含七個階段：1.主題化：澄清訪談目的以及所欲探索的概念；2.設計：開展欲達成研究目的的研究過程，包括倫理面向的考量，及訪談問題的問題；3.訪談：實際的訪談。4.繕寫：撰寫訪談的書面文本；5.分析：測定所蒐集的資料與研究目的的意義；6.確認：檢查資料的信度、效度；7.報導：告訴他人研究成果 (陳文俊譯，2005)

Bernard (1998) 指出深度訪談可分為四種類型：正式訪談、非結構式訪談、半結構式的訪談、及結構式的訪談。本研究為避免結構式訪談的僵化，跟非結構式訪談容易離題的缺失，本研究採用「半結構式」的深度訪談法。亦指研究者事

先準備訪談題綱，如表 4-1。透過預先設計的提綱，可對訪談的結構具有部分控制作用，然後根據訪談的內容允許受訪者積極參與，且訪談時依據情況調整訪談題目。

本研究受訪者以實際接受過居家照護政策的利益關係人為主要對象，考量研究上的地域限制，且根據內政部「照顧服務管理資訊系統」統計得知，以北市使用居家服務量最多，因此將訪談對象選定於北市，而訪談的對象包括政策的執行者及政策利害關係人。訪談人員的安排方式，主要是透過親自拜訪的方式，尋求政策執行者及政策利害關係人的協助。訪談的對象，包含台北市仁愛居家護理所、南區長照中心、北投區永明里里辦公室、第一輔具中心、財團法人老吾老基金會等機構，訪談的人員包含居家護理師、照顧服務員及公所里幹事、總幹事、社工、治療師、居家服務員督導、跟主任等。另外也訪談接受居家照護政策申請的民眾，總共訪談政策受益者共計十二位。

**表 4-1 訪談名單編號**

訪談編號	訪談類別	服務單位
G1	政策執行者	北投區永明里-里幹事
G2	政策執行者	南區長期照護中心-照顧服務員
G3	政策執行者	仁愛居家護理所-居家護理師
G4	政策執行者	第一輔具中心-社工
G5	政策執行者	第一輔具中心-職能治療師
G6	政策執行者	第一輔具中心-副總幹事
G7	政策執行者	財團法人老吾老基金會-服務督導員
G8	政策執行者	財團法人老吾老基金會-服務督導員
G9	政策執行者	財團法人老吾老基金會-副主任
O10	政策受益者	陳先生

O11	政策受益者	吳先生
O12	政策受益者	蔡小姐

訪談題綱是針對政策執行者進行訪談，由政策執行者的訪談提供中，了解從政策執行者對於居家照護的想法，並詢問進行居家照護政策規劃所遭遇到的問題，包含人力及資源的分配等，以及執行時候是否有窒礙難行之處等。訪談時間約 30-40 分鐘，並以開放式訪談指引法，在訪談過程中主要都依據設定訪談題綱進行探討，會依據訪談當時狀況決定問題順序及遣詞用字，以蒐集相關研究資料。

## 五、問卷調查法

深度訪談的方式是無法兼顧實證資料的完整性，再加上只有從政策執行者的角度，是無法完整的評估居家照護政策的執行成效。因此為了進一步對居家照護進行政策評估，本研究先是透過深度訪談的方式向政策受益者進行訪問，彙整相關的意見，並融合 Rossi and freeman 學者提出的變項進行問項設計。

透過問卷調查的方式，針對利益關係人進行問卷調查，問卷的對象分為兩者：目前有申請居家照護者、有需求但為申請居家照護者。問卷的發放方式主要是透過 5 個台北市醫療器材的門市協助進行發放。

# 第三節、研究工具

## 壹、訪談研究設計

本研究在過程評估的部分主要是瞭解居家照護政策的執行狀況，本研究彙整過去的過程評估研究所使用的項目，把訪談題綱分為執行業務跟政策資源，擬定訪談大綱（見表 4-2）。第一部分的執行業務題目設計，主要是了解執行者在居家照護中扮演的角色，並且透過了解各機構執行的過程了解與其他單位的溝通狀況，並找出機構目前可能遇到的問題等；而第二部分是針對政策資源的構面進行設計，透過經費與人力方面的分配問題跟執行者實際的工作量來評估，居家照護

政策資源的分配。而本研究在訪談前會把訪談大綱以電子郵件方式寄給訪談對象閱讀，由於訪談問題都屬於開放式的問題，受訪者可依據自己的認知自由回答，並依據訪談當時的談話過程適度調整訪談的問題與內容。

表 4-2 政策執行者訪談題目大綱

題目	訪談題目大綱-政策執行者
第一部 執行業務	
1	在我國長照十年政策-居家照護中，您認為貴機構扮演的角色及功能何在？
2	貴機構對於民眾申請居家照護補助的處理流程為何？您最常遭遇到什麼問題？
3	貴機構對於處理居家照護的業務時，與其他相關單位的聯繫、溝通、協調的情形如何？
4	目前是透過哪些方式讓民眾或是其他醫事人員知道居家照護的訊息？其反應如何？有哪些需要改進之處？未來發展如何？
5	貴單位(機構)是否曾接到民眾、或其他醫事人員對此政策的反映意見？如果有，那為哪一方面的意見？
6	您認為在居家照護的政策方面，政府應扮演何種角色？你認為目前主管機關對於居家服務政策是否重視？
第二部 政策資源	
7	目前貴單位(機構)的居家照護之經費資源是否充足？目前政府是否專款補助？若有補助的情形如何？是哪方面的補助？是否因長期照護十年政策制定後，而有所改變？您認為在資源補助上有需要改進之處嗎？
8	目前貴單位(機構)執行居家照護的人力約多少？執行人力是否充足？

	是否因長期照護十年政策制定後，而有所改變？您認為在人力資源上有需要改進之處嗎？
--	---

資料來源：本研究整理

## 貳、問卷研究工具

為充分瞭解政策利害關係人對於居家照護政策執行的看法、及政策執行後的評估效益，本研究針對有申請居家照護跟沒有申請居家照護的民眾分別做問卷調查。問卷發放之前會先透過深度訪談，依據與政策關係人間的問答聚焦方向，並根據 Rossi and Freeman 的理論來做問項的修正。

訪談的提綱是了解政策利害關係人對政府推行的居家照護認知的程度，包含從哪些管道得知訊息、對政策內容的內容了解多寡，並且詢問關係人使用居家照護的時數跟多寡，從中了解關係人對政策的滿意程度。本研究並將訪談的內容聚焦於問卷的題目。而問卷內容分為三部分，分別為效能、回應性與基本資料，請見附件二。效能是依據受訪者對於政策的認知程度、熟悉度、政策目標達成度及政策執行的及時性進行調查；回應性則是針對受訪者對政策滿意度及政策影響兩層面進行設計。

問卷的發放方式有兩個管道，第一種是透過仁愛居家護理所的居家護理師跟南區長照中心的照顧員，在進行個案訪視時協助發放；另外也透過台北縣市的醫療器材行協助發放問卷。

表 4-3 政策利害關係人訪談題目大綱

題目	訪談題目大綱-政策利害關係人
1	您在申請居家照護之前，是否知道政府有推行居家照護政策？
2	您申請的主要是哪些服務？
3	您是從哪邊得知居家照護相關的訊息？
3	那現在您對於政府提供的居家照護的相關服務內容清楚嗎？

4	您認為政府對大眾進行推行居家照護的宣導，做得如何?
5	您認為社會局所提供的居家照護相關資訊狀況是否清楚?如果不清楚 有哪些地方不足?
6	請問您申請服務到真正接受到相關服務，總共花了多長的時間?
7	整體來說，您認為目前地方社會局對於申請居家服務的民眾，從申請 到結案這個過程中，所提供的服務是否完整?有什麼需要改進的地方?
8	您覺得目前推動居家照護中的居家服務、居家護理、居家藥事、輔具 申請、無障礙空間規畫、餐飲服務的內涵是否足夠?有哪些地方還不足?
9	對您(家中)來說，您覺得照顧患者最辛苦之處是哪些方面?
10	您覺得政府推行居家照護這個方案，有改善您家中(申請者)的生活品質 嗎?如果有，是哪些方面的改善?
11	您覺得政府推行居家照護這個方案，有改善患者的健康品質嗎?如果 有，是哪些方面的改善?
12	您覺得政府有必要設置居家照護方案嗎?
13	整體而言，您對於政府推行居家照護這個方案，是否滿意?如果滿意， 是哪部分感到滿意?如果不滿意，又是哪地方不足?
14	整體而言，對於政府推行居家照護這個方案，您什麼建議?
15	您覺得居家照護服務人員所提供的服務是否良好?有哪些值得改進?

## 第四節、研究範圍與限制

本章節將針對本篇研究的範圍作一說明，並界定本研究所面臨的研究限制。

### 壹、研究範圍

台灣目前的照護體系是由政府社政和衛政系統聯合業管，而親人與親友親自照顧目前仍佔整體照護能量之 69%，也表示台灣大部分的家庭能偏向選擇居家式的服務項目。而目前推行的十年長照政策中的居家照護包含有居家服務、居家護理、居家復健、居家藥事、居家營養、居家無障礙環境改善需求評估、輔具購買租借需求之評估等七項服務。礙於長期照護政策的探討範圍過於廣泛，受限於研究所採取樣本及時間等問題，並考量居家照護政策在長期照護政策中佔了七成的比率，因此將研究的範圍，從長期照護體系中聚焦到其中的居家照護政策，透過較為客觀的政策評估理論-回應性評估為理論基礎，作為主要的研究方法。其中利用半結構式的訪談方式與政策利害關係人-包含執行者、跟政策受益者進行深入訪談。針對 2007 年行政院提出的「我國十年長期照護政策」進行評估，透過客觀的方式評析政府推動的老人照護政策執行之成效，政策關係人的內心感受。另外並依據各國居家照護政策，與深度訪談的研究結果相互比較，且提出評估結果和建議供後續政策推行參考。

### 貳、研究限制

本研究受限下列因素，而使研究無法完全顧及全方位，茲將本研究限制說明如下：

#### 一、研究地區的限制

我國居家照護政策係以全台灣為執行範圍，但根據 2008 年內政部的居家服務量統計資料得知，台北市所佔的人數和服務所需時數之比率較高。因此本研究限於人力、物力及時間的考量，主要係以台北市地區為研究對象，無法依據各縣市

規模去做地毯式的搜索性研究，而研究結果可能會因為少了區域性的考量，而造成研究結果的部份缺失。

## 二、研究對象的限制

本研究就政策利害關係人的觀點進行深度訪談，而研究對象以政策受益人-即接受居家照護的家庭和個人為主，且受限於被照顧者本身可能因為身心有障礙、或身體不適，而造成溝通上的困難，因此研究結果可能無法完整呈現所有利益關係人的資訊及心裡感受。

## 三、研究方法限制

依據研究者途徑限制，使得本研究所採的訪談樣本數量有限，無法完整概括所有影響因素，可能會因為未評估到的部份因素，而造成政策評估結果的部份缺失，再加上採用面對面訪談時可能會有一些個人因素及隱私考量，會產生故意忽略或是錯誤回答的情形，也容易造成研究結果有所偏誤。

# 第五章、研究結果

本章節依據深度訪談的內容做政策過程評估分析，並依據分析結果提出研究發現；另外彙整問卷的資料進行統計分析，來說明政策結果評估分析，提出問卷分析後的研究發現。

## 第一節、居家照護政策執行現況訪談之分析

在政策過程評估中，透過深度訪談的方法來進行研究，依據政策執行者的訪談內容，做日前居家照護政策的執行現況分析，並提出本研究發現。

### 壹、實證分析

本研究透過政策執行的狀況跟政策資源的分配情況進行評估，探討居家照護政策執行的狀況，來檢視政策執行中遭遇的困難跟不足之處。提出以下說明：

#### 一、政策業務執行評估狀況

在政策業務執行方面的評估，主要瞭解居家照護在社會大眾之中扮演著怎樣的角⾊、各單位在執行業務時彼此的溝通協調狀況、居家照護政策的宣導情形，以及政策推行的實際狀況的探究。

##### (一) 業務執行單位的角⾊

從政府近年來對相關的長期照護法規及長期照護制度的規劃，如老人福利法修法、定訂長期照護十年計畫、設立長期照護管理中心、居家護理所、社會局等，皆反應出政府對於老人照護領域的關注及重視。以目前居家照護各執行單位介入個案家的狀況來看，相關的執行者扮演多元的角⾊，包含政策的執行者、諮詢者、教導者、心靈的慰藉者、溝通平台等。

一方面各單位會在自己專業的領域中，提供實務上的支援，不僅是提供個案所需服務，也能在其中教導民眾相關的衛教或是醫療知識，提高個案家中的支援功能；二方面執行者面對個案時，也同時扮演著民眾與單位之間的窗口，個案可

以從各單位執行者得知相關資訊，像是社會福利、補助等，同時也可以為一個轉介的窗口，透過公所或是長照中心等，可以引導個案到適合的機構；除此之外，各單位也扮演個案心靈支持者，不僅提供專業上的協助，也讓個案能有心靈的慰藉，覺得有專業的人可以諮詢，有人可以一同解決問題。簡單來說，各個執行單位扮演的角色是個全方位的，以服務個案為出發點的一個執行者。

「我們北投區公所扮演的是一個轉介的角色，當民眾有照護上的需求時，我們會通報相關機構，並由他們來提供相關的服務。」(訪談編號 G1)

「我們居家護理師不僅是協助個案家中進行居家護理的工作，同時也會為案家提供一個社會福利諮詢之窗口。簡單來說，在居家護理上我們是針對個案家中的長者，進行換三管的照護，也會教導他們簡單的照護知識，另外我們會依據個案家屬做心靈的輔導，透過這樣的模式讓護理師跟家屬之間有醫病關係的連結。」(訪談編號 G3)

由公所跟居家護理所的角度可知道，機構不僅只有扮演一個執行者的角色，通常也會扮演資源轉介、資訊諮詢等窗口，另外執行者與病人之間往往也會有心靈溝通的需求，同時扮演著一個心靈的支持者之角色

「長照中心的照顧管理師主要的工作是，在第一次訪視時依據個案的狀況，規劃他們所需要的服務時數，安排適合的照護單位，介入個案家中，協助改善個案的生活。其中也會循序漸進的教導個案，增強他們本身的照顧能力和知識，另外我們也會持續的家庭拜訪跟電話關懷，透過不斷的宣導來強化案家危機處理的能力，跟衛教的相關能力。」(訪談編號 G2)

「職能治療師到府不僅只有幫個案做輔具的評估，其實也是在教導個案一些復健跟照護的相關知識。」(訪談編號 G5)

「雖然我們第一輔具中心是替個案作輔具的評估，但其實民眾有其他相關的社會福利的問題時，只要打電話過來我們都很樂意協助，並幫他們尋找溝通管道跟解決的方法。」(訪談編號 G4)

「第一輔具中心在長期照護政策中扮演著支援的單位，職能治療師可以給予民眾更專業的輔具使用方式，而不單只是告訴個案該使用哪些輔具」。(訪談編號 G6)

「老吾老基金會是扮演的角色是執行者，其實也是一個中間協調者，不論對上的政府單位或是對下的個案案家，都分別扮演著倡議的角色」。(訪談編號 G9)

除了資源轉介、資訊窗口、心靈支持者，單位常常也是個案的教導者，透過各照護單位的介入，會從服務過程中教導個案一些照顧的技能，同時也是訓練個案在執行人員結案之後仍有獨立自主的能力。

## (二) 業務單位間溝通能力

居家照護政策是希望透過在地老化的概念，將老人家留在自己熟悉的生活環境中，接受不同專業的服務。在居家照護政策中包含許多服務項目，如居家服務、居家護理、居家藥事、居家復健、送餐服務、輔具申請、無障礙空間規劃等。而在台北市相關的單位跟機構很多，包含公立的單位或是財團法人等。

以台北市主要的窗口，即是 2008 年的 4 月台北市衛生局成立的台北市長期照顧管理中心，共計東南西北中五個服務中心，主要服務的對象即是符合「長照十年計畫」的個案，包含了居家護理、居家醫師、復建、營養等服務。其補助的方式，會藉由個案失能程度及經日常生活活動功能 (ADL)，或工具性日常生活活動功能 (IADL) 評估，經過評估後判斷是否為符合日常生活需他人協助的失能個

案。且長照中心會依據家屬的經濟狀況，及個案的狀況規劃適合的服務項目，提供不同額度的補助，以減輕家庭照護者的照顧壓力。

第一線的執行人員表示，長照中心的成立對於各基金會的彙整及協調是有很大的幫助，透過長照中心的成立而有統一的窗口來替個案的需求做適當的分配。目前台北五個長照管理照顧中心附屬在台北市聯合醫院的附屬分院內，因此長照中心的資源及相關單位聯繫都較為密集。當個案向政府提出照護申請時，會派出照顧管理員到個案家中進行訪視，評估實際需求，然後透過轉介的方式安排適當的服務。通常醫院內及附屬照護相關的服務單位，像是台北市立聯合醫院的居家護理所，在溝通方面可以透過面對面的方式進行，可以加速行政上的效率。以台北市來說，相關的單位跟資源也比其他縣市多，儘管醫院沒提供相關的照顧服務單位時，長期照護管理中心也可以快速替個案媒合到適合的照護單位，盡快的替個案服務。而針對其他財團法人的服務單位溝通與配合上，長期照顧管理中心與這些單位都是共同的合作夥伴，彼此之間都保持密切配合，所以當面對個案有延伸出來的服務需求時，長照中心都能盡快的替個案媒合到適合的服務單位。

「我們跟其他單位的溝通協調是很密集跟順暢的，雖然佔的角度不同，但其實都是以服務的案家為出發點，通常在執行業務時，會一起到案家訪視，然後根據案家狀況提出各自專業的觀點進行討論跟融合，以提供最適合案家的服務。」（訪談編號 G2）

「通常我們個案會從附屬的醫院轉介過來，因此關於病患的醫護資料都能由醫院提供，可以充分掌握個案的狀況。若是從其他單位轉介過來的個案，通常也會有長其照顧管理中心的照顧管理員作為協調角色，告知我們個案家中的狀況。另外因為我們都附屬在同一個醫院內，所以在溝通上非常的順暢，可透過面對面的溝通來降低書面的往訪返的時間浪費、

跟文字傳遞的溝通錯誤。」(訪談編號 G3)

「我們輔具中心跟長照中心的聯繫也相當密切，雖然我們這邊的業務有八成是社會局轉介過來的個案，不過因為我們也是長期照護管理中心的支援單位，因此，也會接觸到由中心轉介過來的個案。」(訪談編號 G6)

「老吾老基金會是長照中心的協同單位，也因此我們的業務約八成的個案是由長照中心轉介過來，剩下的則是自行拜訪的個案。」(訪談編號 G7)

### (三) 業務單位政策推廣能力

十年長照政策從 96 年 11 月執行至今已經以邁入第二個年頭，在照護政策推廣上，各單位也持續進行宣導，且相關的照護政策跟法令也持續修正。目前照護政策的宣導方式，主要是由各行政單位自行製作服務 DM 自行分發，或是以電話拜訪的方式宣導服務內容，另外也會透過多個窗口來宣導，像是出院準備師、醫院的醫護人員、區公所等。不過實際在政策宣導上，其實政府單位並沒有確實推廣的能力，本研究發現有六成的民眾都不知道政府的這樣業務，剩下四成的民眾，也都是透過身邊親友的告知，才得知政府有提供相關的照護補助。僅有少部分的業務，像是居家護理，因為該服務推行的時間較久，而且通常病患都會在出院時透過出院準備師的轉介，得知相關的照顧服務訊息。其他的服務內容像是，以居家復健來說，大多的民眾都不知道復健這項服務，除了可在醫院進行復健之外，也可以申請居家復健的服務。

整體來說，雖然各單位都有持續的進行照護政策宣傳的動作，但實際上，相關的宣傳動作卻沒有落實的執行，像是醫護人員會因為醫護業務繁忙、或為了降低出院的繁雜手續，而沒有詳盡的進行相關服務的說明，可能只會提供一堆 DM 跟文宣，請家屬出院回家後自行參照。而家屬在病人出院後要處理的事情相當繁雜，加上家屬通常都是第一次面對要長期照顧家人的狀況，且剛出院病人的狀況

可能都還不穩定，因此如果醫護人員在病患要出院之際，沒有完善的告知該如何申請服務、或是給予照護的相關訊息。病人的家屬在一開始都會如無頭蒼蠅一樣不知道自己可以享有哪些政策福利，而導致雖然有需求，但是實際上卻未使用這些服務的狀況發生。

「長期照護主要是由內政部衛生局管理，因此衛生局就特別會針對衛政上的服務做宣導，相對的在社政方面宣導資訊就會減少。而宣導的方式通常都是以 DM 的方式寄到個案家中，但是常會遇到的狀況是，個案家屬可能會將這些政策宣導單張，誤以為是一般的宣傳 DM，而沒有閱讀就丟棄。因此中心裡的人員未解決這種問題，也會以電話聯絡的方式，替家屬或是長輩做說明跟介紹。

不過大部分來申請的個案，其實都是透過親友跟鄰居的介紹，或是住在院時隔壁床病患告知的訊息，整體來說大多數得知訊息的民眾，都是都是透過口耳相傳的管道較多，很少是從報章雜誌等管道得知。所以整體來說其實我覺得政府在宣導方面並沒有落實的執行」。(訪談編號 G2)

「居家護理已經推行了十幾個年頭，所以大部分的民眾對於這項服務比較熟悉，再加上病患大多都是原本住在醫院，因為病情穩定而辦理出院準備，此時多會透過醫院的出院準備師提供相關的服務，因此也容易得知有居家護理的服務內容。所以其實在居家護理的推廣上，大部分的民眾都比較清楚政府有提供這項服務」。(訪談編號 G3)

「在輔具申請的宣導上並沒有很落實，主要是長期照護政策跟社會局的政策是有重複的，一般來說民眾比較知道的是社會局有提供輔具申請的服務，再加上長期照護政策輔具申請

的補助較少，因此民眾也比較少利用那一塊資源」。(訪談編號 G4)

「政府有在做宣導，但是我覺得宣導的方式跟管道並沒很精確。政府應該把文宣或是廣告的看板等資料，放在個案及個案家屬常接觸的地方。舉例來說，現在有些文宣會在捷運上做宣導，可是老人家比較常坐公車，但是公車上卻沒有相關的文宣，也因此也辦法讓有需求的民眾看到相關的訊息，無法有效率達到宣導的目的」。(訪談編號 G9)

#### (四)業務單位政策執行成效

政策執行時往往會遇到一些政策上的缺失，而這些缺失多是透過第一線的執行者執行業務時，發現並回報給單位的督導與長官，而單位的負責人則會在每個星期固定會議中反映給相關的單位，透過執行單位不斷的反應跟溝通來持續修正。像是在一開始失智的患者是無法用 ADL 跟 IADL 等方式來進行評估，而因此無法符合政策規定而喪失補助的資格。當執行單位發現該問題，透過開會不斷的反映之後，延伸出新的 CDR 評估量表，藉由這個評量表可以來評估失能的程度，相關的補助方式也會以 CDR 的評估來進行補這，透過新的制度的推行，進而讓這些原本走在照顧邊緣的個案都能得到適當的照顧。

「我覺得政府在政策上，比起一開始施行時候是有慢慢進步。以制度面來說，像是失智症患者其實在行走上都沒問題，所以他無法用 ADL 量表來評估，但他因為腦部退化的快速，其實也是需要別人照顧的患者，但他卻遊走在制度邊緣，無法申請照顧。當第一線的執行者發現這個問題，持續的向上級反映，透過上級長官每週開會時的檢討與改進，也針對這樣的缺失提出新的評估制度。我想制度的改善都是慢慢來的，至少可以透過第一線的人員反應，讓有缺失的制度可以

逐漸被改善，儘管目前改變的速度還很緩慢」。(訪談編號 G1)

「上級部門通常兩個月會進行複查，而我們內部年度也會有兩次的考核，除了可以適時反應執行單位所面對的問題，也可以透過這樣來要求人員的品質，透過稽查跟評鑑與溝通來強化服務的品質」。(訪談編號 G7)

「我們基金會也常會受邀參加一些政策討論的會議，我們多透過這些管道來向上回報執行單位所面臨的問題」。(訪談編號 G9)

照護政策是希望提供需要照護的患者一個多元、便利、及時的照護服務。對於民眾來言，政府的確提供了許多居家照護的相關服務，且當民眾接受了相關的服務時，也確實的有得到幫助，不論是居家環境的改善、家屬心靈得到暫時的喘息、或是家屬的照護支援系統的加強等，其實對於個案來說，政府的服務介入都還是有助益。

「以前沒有申請服務的時候，自己照顧病人都顯得相當吃力。不僅遇到照顧上的問題時都沒有人可以詢問，再加上以前也沒照顧過別人，照顧時顯得相當吃力。白天要上班晚上還要照顧家人，有時候白天還要常常請假，而且晚上時間也不敢熟睡，一段時間照顧下來真的很辛苦，還好後來有申請居家服務，至少讓我的生活得到了些喘息」(訪談編號 G12)

「遇過個案家中的狀況真的很差，家屬照顧的知識很缺乏，不僅如此也因為照顧病患需要許多心力，導致家中的環境也沒有時間清理，整個居家環境髒亂不堪。不過當相關的照護服務介入後，案家在短短一到兩個月整體的環境就有很明顯的改變，且病患的身體狀況也因此有略為的改善」。(訪談編號 G2)

「我們在執行業務時，都會持續教導家屬一些照護上的醫護知識，讓家屬可提升自行照顧的品質，降低病患的痛苦」。(訪談編號 G3)

## 二、政策資源分配評估

在政策資源上主要將資源分為人力及經費兩部份進行評估，本研究依據訪談的結果，對這兩項資源分配的狀況做說明。

### (一) 人力資源的分配狀況

在居家照護政策相關的服務資源及人力資源並沒有分配均勻。尤其以居家服務、居家復健、居家藥事等服務人力最為吃緊。以居家服務而言，在十個申請長期照護政策的個案中，居家服務就佔了六個以上。不僅申請的人數多，再加上需要照顧的老人持續增加，相對的照顧員的需求也不斷提升，但是實際上相關的照護人力卻很吃緊。

人力吃緊的主要原因在於，照顧員的工作時數多，工作內容繁雜，且人員必須承受許多照顧壓力，加上政府給予的薪資並不優渥，因此造成照顧員的流動率居高不下，也造成人力吃緊的問題。除了人力分配的問題之外，可其他照護的服務所提供的單位跟機構之數目也落差很大，依據南區長照中心的照顧管理員表示，居家醫師或藥師的服務可能因為各縣市的資源有限，加上與醫院簽訂的協議的不同，而各縣市能提供的服務並不多，往往是資源最缺乏的一塊，且無法滿足個案家中的需求。目前來說，居家護理因為推行時間較長，有提供相關的服務單位也比其他服務多許多，台北市共有 41 家提供，提供服務人次達九萬多；居家服務提供家數約也 11 家，年服務量約有 14 萬；其他居家無障礙空間改善跟居家藥事、居家營養等服務，在台北市都沒有提供的單位；居家藥事全台僅有台北縣提供，年服務量也只有 60 人；居家營養也是僅有台北縣提供，年服務量約 147 人。

但儘管有些服務已經推行多年，但仍有人力分配上的問題。以居家護理而論，雖然該服務以經發展多年，但是其實醫院附屬的居家護理師人數並沒有相當充

足，大多 2-3 名，而且一個居家護理師一個月需要接 80 個個案，除此之外，還會有其他的醫院業務要協助。以台北市立仁愛醫院來說，居家護理師需要配合政府單位的活動，像舉辦煙害防治活動時，就必須出席擔任社區護理的工作人員、在醫院也需支援其他單位的業務等。再加上相關單位的經營者通常都需從經營成本上做考量，因此各單位在配置相關人力上，不免都會考量效益的層面，希望增加服務量來提高相關利益。不過部分的第一線執行者，是以照顧服務的品質為出發點，當病人的狀況隨著服務的介入而轉好，可讓執行者在執行業務時有較大成就感，不過也因為許多執行者對於業務品質的要求，也會不斷加重自己的工作量，普遍來說第一線的執行者之工作量往往是超過身體負荷的。

另外，由於居家照護政策中，為達到多元的照護政策目的，照護政策有提供相當多的服務領域。不過長期照護中心的照顧管理員與其他服務提供者相較，其專業能力可能略差一些，但是他們的專長是能提供病患整合性的評估，但是單一的服務專業能力可能就不及專業的人員，也因此照顧管理員在替個案進行評估時，並非每一項服務都可以提供完整且專業的評估資訊，可能只能初步的判斷個案所需求的項目。此時就必須透過整合其他相關單位的專業資源，來完整的提供服務。

以居家照護政策中的輔具申請來說，照顧員一般只能做初步的輔具需求評估，依據個案的狀況來評估個案應該使用的輔具，但是照顧管理員無法確切的教導個案如何有效的使用輔具，怎樣透過輔具的使用來改善身體狀況。此時通常都必須要透過輔具中心，如第一輔具中心或台大輔具中心的專業人員，協助教導個案正確的輔具使用方法。因此若相關的照護資源無法整合，個案雖能得到多元的訊息跟服務，但是都只能片段取得資源，在這種狀況下，係無法將政府提供資源發揮到最大的效益。

「居家服務人員的薪資很少、工作也辛苦，再加上居家服務人員到個案家時，會因為其服務內容屬於取代性較高的項目

(EX：家事服務、洗澡)，因此案家對於居家服務員的尊重程度也比較差。因此居家服務員在薪資跟工作成就感都無法滿足的狀況之下，人員的流動率也相較於其他單位來的高」。(訪談編號 G2)

「政府的資源很多，不過還是有些服務的資源較少，我們在幫個案媒合相關服務時，就常會遇到媒合上的困難。以衛政體系來論，居家復健跟居家藥事的服務比較缺乏，兩者的資源不是相當足夠」。(訪談編號 G2)

「居家藥事因為不同醫院招標的關係，因此提供的服務較為狹窄，大多只有家醫、皮膚科、內科、復健科，對於個案來說提供的服務太少了，因此當民眾真有就醫需要時，也只能自行搭救護車前往醫院。」(訪談編號 G2)

「在居家護理方面，工作內容不同於院內的護士需要聽命醫生吩咐的照護指令，居家護理師是比較獨立自主的。因為通常到個案家中進行服務時，是需要自己替個案作護理評估計畫的，不僅工作內容較為獨立，也容易有成就感，因此儘管工作壓力大，但是居家護理師的流動率通常不高。」(訪談編號 G3)

「目前的居家護理師的人數是足夠的，但整體來說，我覺得要看居家護理師如何看待這項服務。如果護理師只是幫個案換完管子就結束服務，那工作內容是相當輕鬆的，就算需要接許多案量也是可以承受。但是如果想要提供有較高的照護品質，可能就需要在每一個個案身上花許多時間進行照顧，所以在這樣的前提下，以目前居家護理師的人數可能就會不足夠」。(訪談編號 G3)

「以目前的業務執行來說，長期照護中心的照顧管理員只會替個案做初步的輔具評估，他們其實比較缺乏輔具專業的知識。所以各案如果沒透過轉介的方式，其實只知道患者該使用哪些輔具，相關完善的輔具使用知識都是很缺乏的」。(訪談編號 G5)

「我們基金會是在地方為主要的照顧服務團體，但是我們卻沒有足夠的資源來增加送餐的服務，偏偏這個地區就是缺乏送餐服務，不過我們也沒足夠人力、設備與經費去執行」。(訪談編號 G9)

## (二) 政策經費的分配狀況

在政策的經費方面，居家照護政策的財源來自稅收，而居家護理因為施行多年，且有納入健保的補助，因此有部份的居家護理財源來自於健保，整體來說，各服務單位的經費補助還算充足。不過根據長照中心表示，目前政策最大的問題反映在居家服務照護員的薪資普遍都不高，導致人員流動快速，人力吃緊的問題。而各單位只能持續透過一些心靈層面的方式，像是培養良好的工作氣氛、活絡同事間的互動，並透過不定時的會議，來和第一線工作的居服人員溝通等方式，主要是希望能以心靈層面的方法，彌補物質層面不足的問題，希望可以留住專業人才，降低居家服務照護員的工作流動率。

地方執行單位指出，政府補助一個居家服務員的時薪補助是 180 元，而核銷到各單位時約補助居家服務員一小時 150 元的工作薪資，剩餘的 30 元還需分攤員工的勞健保和退休金提撥，因此幾乎沒有額外的經費進行其他的業務。但是其實各服務單位除了在基本的照顧服務跟專業服務上，對於居家照護都有許多熱忱與抱負，希望可以添購一些設備來增加更多的照顧服務。像是訪談老吾老基金會時，基金會的主任表示，由於他們是該區域的主要照顧單位，而礙於經費、場地與設備等限制，他們主要提供的服務只有在社區服務跟居家照護服務兩大塊。不過實

際上當地非常缺乏老人送餐的服務，但是當地卻沒有跟基金會一樣的機構可以提供這樣的服務內容，因此儘管基金知道民眾有這些需求，但仍在經費不足、人力吃緊的狀況下，無法提供該項服務。

「居家護理跟居家復健在金額方面的問題就比較小，因為居家護理每月會有兩次的健保補助，整體來說，比居家服務足夠。」(訪談編號 G3)

「在十年長照這一部份我們的補助金額其實很少，只有額外從社會局或是一些民間單位中得到補助的款項，也因此我們單位常會受限於經費的問題而無法要推行一些業務。」(訪談編號 G4)

「在基金會服務並不是以利益為出發點，畢竟政府補助的金額很少，再加上給居服員的勞健保費用後，其實根本就是損益兩平，或者是虧損。所以在這邊的員工，其實大多都出於對社會的回饋、以及照護的熱誠的。」(訪談編號 G7)

「因為工作辛苦、薪資又不多，所以我們都希望可藉由培養良好的工作氣氛、以及同事間的互動，並透過不定時的關懷和工作訪談的方式，作為居家服務員宣洩心中的壓力的管道。我們主要是希望能透過這樣感性的方式，以心靈層面的慰藉來補足薪資不足、跟工作壓力大的缺失」。(訪談編號 G8)

## 第二節、居家照護政策執行現況訪談之發現

本研究藉由深度訪談的方式與政策執行者進行訪談，依據訪談內容得到以下的研究發現：

### 一、政策執行效益佳

長期照護政策中的居家照護政策介入個案家中時，對於個案家中是有顯著的改善，根據執行者接觸的個案的經驗指出，個案會因為第一線執行者的介入，讓個案家中的生活品質得到改善，且會讓照顧的家屬之心靈層面得到慰藉。除此之外也降低患者疾病的惡化，整體來說居家照護政策的執行成效對於個案來說是具有效益的。

### 二、人力及資源不足

隨著人口老化問題越來越嚴重，需要照顧的人數越來越多的狀況下，造成相關照護人力吃緊、資源不足，也成為目前居家照護政策推行最大的困難點。再加上各縣市擁有的經費及政策推行的想法理念不一，因此在分配照護資源跟經費的使用上造成各縣市的落差，而資源分配不均的狀況，也造成各縣市在政策執行的狀況上有所落差。

### 三、專業人才不足

政府為提倡多元化的照顧服務，是需要有更多專業的人員持續的投入，像是護理人員、居家照護員、職能治療師、社工、醫師、藥事等。雖然日前台灣相關的專業人才有持續在培養，像是許多學校或單位會開設相關的科系，從教育體制的根本層面來培訓，另外政府也會加強相關照護人員的教育訓練等，如居家照護員跟護理師等在職培訓等。但由於老人的照護是一種多元化的服務概念，因此不論在老人醫護照顧、生活起居的改善、送餐服務、輔具申請與使用、居家無障礙空間的改善、藥事服務、甚至是病人心靈的慰藉上，都是需要各種專業的人才持續投入協助的，但是以日前台灣照顧體系相關的人員狀況而言，在老人長期照護

跟居家照護的專業人才培訓還是相當匱乏。

#### 四、外籍勞工的照護問題

台灣的照護員的費用與外籍勞工的費用相差約 3-4 倍，在照護費用上差距龐大，且加上居家照護本身就得花費許多金錢的前提下，台灣大多数的家庭都會選擇使用外籍勞工來進行照護。不過台灣目前的居家照護政策並沒也把外籍勞工的服務納入，在相關的法律條文中也沒有明確的規定，其他關於外籍看護勞工的管理法條依然都很缺乏。因此我國居家照護政策在面對照護人員的不足的状况，且大多數家庭都偏向於使用外籍勞工的照護現況下，政府應該謹慎評估這個狀況，並將外籍勞工納入居家照護政策制定時的考量。

### 第三節、居家照護政策執行現況問卷之分析

本研究共有兩份研究問卷，針對不同的受訪者進行問卷調查，其中包括有對居家照護有需求的民眾，也已申請居家照護相關服務。另外則為對居家照護有需求的民眾，但未申請居家照護相關服務。下面針對這兩個研究對象做的問卷調查，做進一步分析。

#### 壹、問卷分析

本研究問卷調查方式，是依據 Rossi and Freeman 學者提出來的理論變項設計問卷，並透過政策利害關係人的訪談內容來聚焦問題，並做問卷题目的設計依據。當問卷設計完畢後，本研究約花費兩個星期的時間進行問卷資料發放。問卷發放的方式，主要是靠人員的方式進行發放，有一部分的問題，透過台北市仁愛居家護理所及南區長期照護管理中心的工作人員，在個案訪視時間進行發放，請個案家屬或是病患協助填寫；另外也透過台北縣市的醫療器材門市，請門市人員在利用客人到店內消費時，詢問客人是否願意進行填寫。

本研究共計發出 70 份問卷，總共回收 61 份，回收率達 87.14%。其中有申請過居家照護的問卷數，總共發出 35 份，而回收 31 份問卷，其問卷回收率為 88.57

%；沒申請過居家照護的問卷數，總共發出 35 份，而回收問卷有 30 份，回收率為 85.71%。而在選擇問卷填寫的目標對象時，本研究不會限制個案申請的服務項目，因此在醫療器材門市發放時，是以隨機的方式詢問客人是否願意填答；而在長照管理中心跟居家護理所的發放方式，則是透過第一線工作人員，包含居家護理師、照顧管理員，到個案家中進行訪視與業務執行時，請求個案家屬協助問卷調查，因此在問卷的發放對象上，並不會僅侷限於單一的對象，而造成問卷的結果有所偏誤。

### 一、問卷描述性分析

研究問卷主要分為三部分。第一部份「政策效能」；第二部分「政策回應性」，第三部分則是「受訪者的基本資料」。在政策結果評估的結論分析，本研究會先針對回收的問卷，進行描述性的分析，並且探討利益關係人的基本屬性與問卷問題之間的關係，最後比較有申請居家照護跟沒有申請居家照護兩者之間的差異。

#### (一) 居家照護政策的宣導不佳

根據問卷統計資料可得知，政府進行的居家照護政策之宣傳並不落實，約有 64.5% 的民眾認為政府宣導的不落實。而且本研究在進行利益關係人的訪談時，有部分被訪談人員指出，家中在一開始沒申請照護政策的原因，多為不知道政府有提供該項服務，且另外被訪談的家屬也提及對於政府提供需求所遇到的問題，她們表示雖然家中對居家照護有相關的需求，但受於政府居家照護政策之限制，因為患者不符合部分的申請資格，所以也無法享有政策利益，而造成個案必須要獨立負責居家照護的政策缺失。

「我們是到照顧了一段時間後，因為到醫療器材行買照護的東西的，店裡的小姐跟我們說有政府有提供相關的補助，所以我們才知道可以申請的，不然在這之前也都不知道政府有提供什麼補助、或是服務」。(訪談編號 G10)

「政府的居家照護政策對我們一點用都沒有，主要是因為我

爸爸腦部忽然快速退化，從本來可以行走自如，可以自行照顧自己的狀況，退化到目前腦袋越來越不清楚，而且凡事都需要人照護。我雖然知道政府有提供一些補助，不過因為醫生查不出病因，開不出診斷證明，所以我們都無法申請補助。」

（訪談編號 G13）

若從問卷調查資料也可以得知，目前民眾未使用居家照護政策最主要的原因是，民眾根本不知道政府有提供這項照護政策的服務，統計的比例約佔有 40%；其次的原因，是因為想要申請之民眾不符合政策的申請資格，約有 26.7%；另外有 13.3%的民眾已申請服務但還沒通過；而有 6.7%的民眾是符合資格但在申請時遇到困難；剩下 6.7%的民眾沒時間申請。而且就算是已經有申請照護政策的個案，也有 44.4%的民眾不瞭解居家照護政策。根據以上統計數據，可以清楚的看出，政府在居家照護政策推行層面上，依然還有待加強，且因受限於申請的條件上的個案比例也還不少，因此政府應朝落實宣傳跟調整政策的申請條件的方向進行改進，確保居家照護政策的效益可以提升。

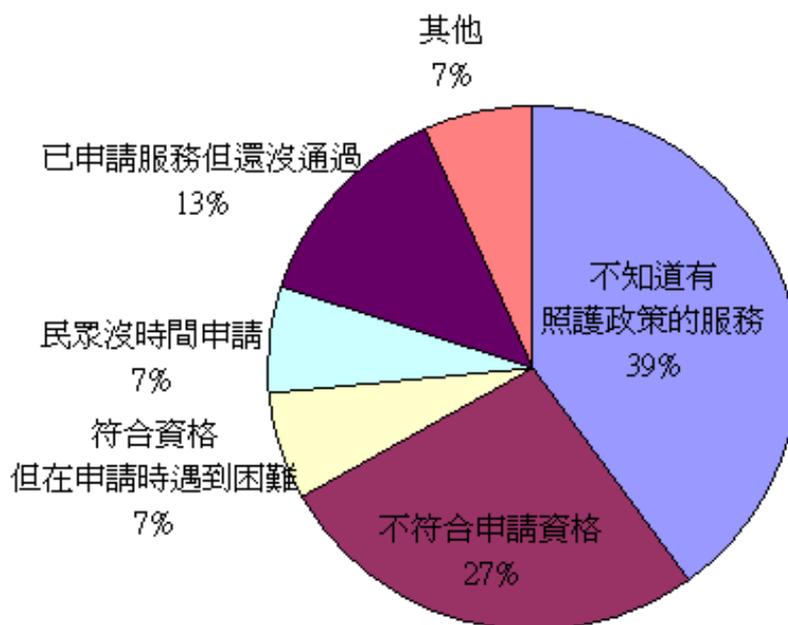


圖 5-1 有需求但沒申請居家照護的原因

本研究進一步評估，政府在居家照護的宣傳的落實性，結果顯示出民眾其實

對於政府在居家照護政策宣傳的廣度跟深度的執行上，並沒有給予完全的認同。以民眾對照護政策的目的的認知程度來說，居家照護政策的目的是希望可以提供民眾「可即性」、「可近性」、「便利性」的服務，但其實普遍民眾對於政策的目的是不清楚，僅約有不到三成的民眾是對政策目的是清楚了解的。

「政府的政策很多，也許這些政策的目的跟服務內容都非常的好，但是當我們沒有需求的時候，我們根本都不會去注意。不過就算當我們真的有需要時候，卻又不知道該從哪些管道去找尋適合的資源，感覺宣傳的廣道很不暢通」。(訪談編號 G10)

「我是從醫護人員那邊知道居機照護政策服務的內涵，但是為了瞭解相關的服務規定跟內容，已經讓我很吃力了，其餘的像是政策的目的我根本都不清楚」。(訪談編號 G11)

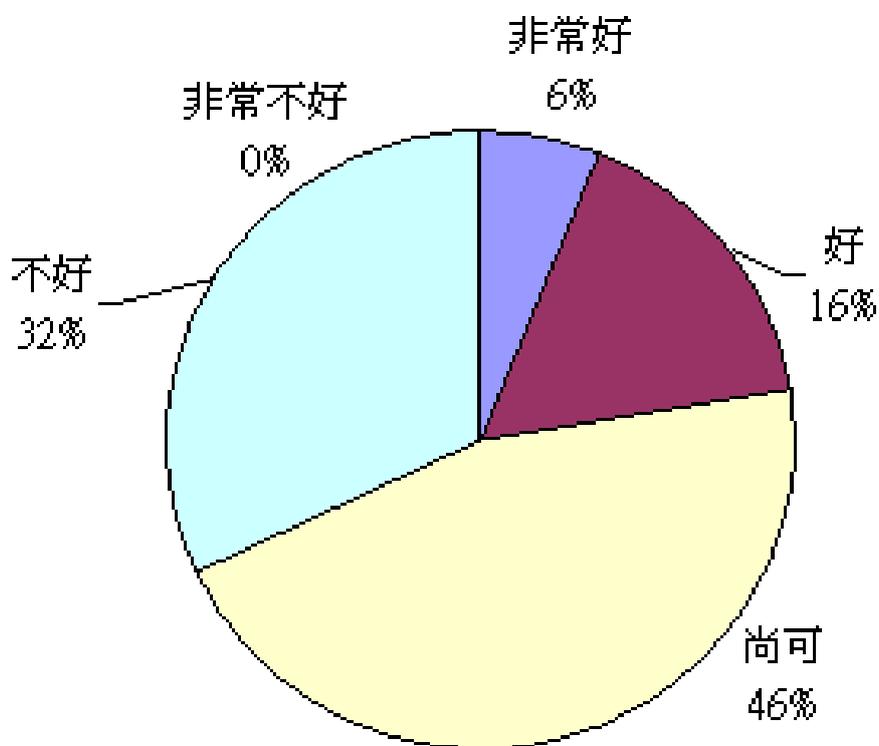


圖 5-2 民眾對居家照護政策的目的是了解程度

雖然整體來說，宣導政策作的不落實，有許多民眾不知道該政策。但是若已

經知道的民眾，大多都對於居家照護政策的訊息有一定的了解。本研究進一步探討民眾是否了解居家照護政策提供的資訊，發現其實居家照護相關的人員提供給民眾的居家照護資訊其實還算完整，有 32.3%的民眾表示，如果他們對於相關人員提供的資訊是覺得完整的，而另外有約 4 成的民眾覺得提供的資料完整程度尚可。

「我們出院的時候，出院準備師跟醫院的醫生護士都有提供我們相關的居家照護資訊，其實資訊都還滿完整的。就算後來我們遇到服務有不清楚的地方，也可以向社工詢問，其實整體來說我們得到的資訊還算完整」。(訪談編號 G11)

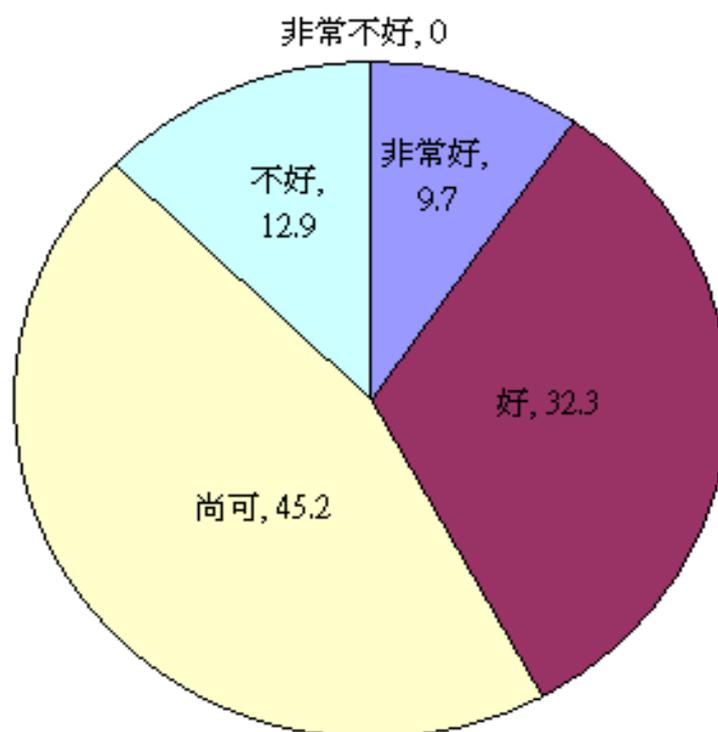


圖 5-3 相關人員對居家照護資訊提供的完整度

曾上述統計資料得知，雖然政府在推行居家照護政策的宣傳成效不佳，但該政策還是持續的推動。因此本研究也詢問民眾大多如何得知居家照護政策的訊息，問卷資料結果顯示，他們最主要得知居家照護訊息的管道來至護理人員，根據問卷統計資料得知，約有 38.3%是從護理人員得知居家照護的訊息；第二多的管道是從社工人員得知訊息，約有 23.3%；另外有 20%是從醫療器材行得知；而從醫

生得知訊息的約有 16.7%；其餘從雜誌、報紙、其他管道得知約佔 1-6%。這些也顯示出，其實民眾也都是因為有住院，在醫院的資源比較充足的狀況下，較容易知道政策相關的訊息。

綜合上述，本研究發現民眾可能因為政府宣導的管道不暢通、或不多元而造成居家照護政策無法廣泛的被一般民眾瞭解。且因為資訊較為暢通的管道是在醫療院所，若民眾在醫療資源不充足的狀況下，就更更難機會接觸或是得知相關的居家照護政策訊息，如此以來也無法達成居家照護政策想要達到可即性、可近性的目的。

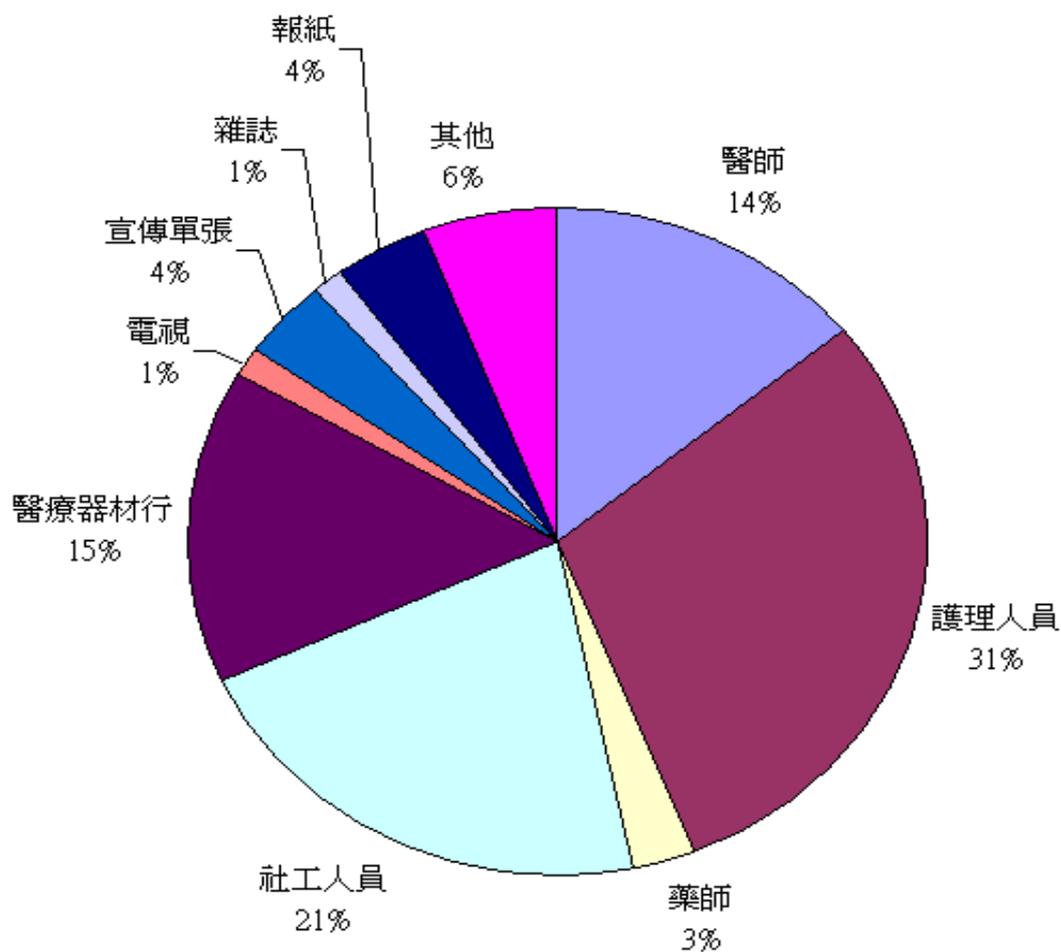


圖 5-4 民眾得知居家照護的管道

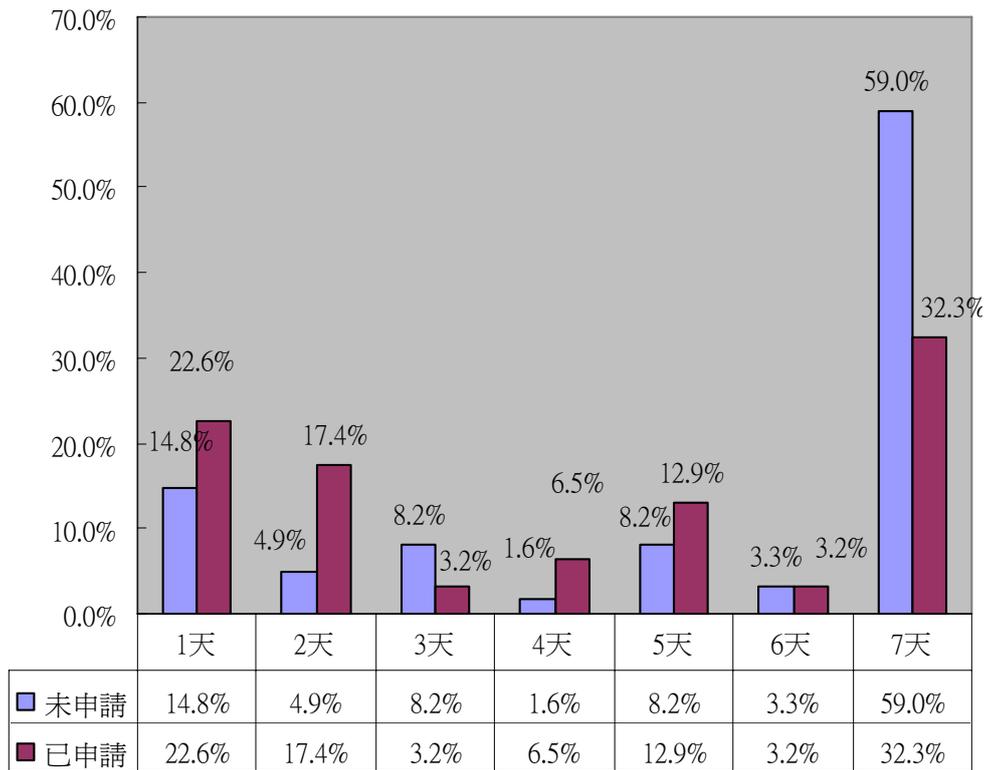
## (二) 居家照護政策執行後成效

### 1 照護所花時間的差別

居家照護政策實施後，其實不論是在個案家中對病人照護的時數的降低，或者申請服務後家庭費用節省上，都有顯著的改善。問卷統計資料顯示，民眾尚未申請居家照護相關服務之前，每週需要花足七天去照顧病患的比例約佔 59%，但當家中申請了相關服務後，個案家屬照顧患者的天數就明顯降低，只有 32.3%的個案還需要花七天的時間照顧家屬，約有四成的民眾都只需花 1-2 天的時間進行照顧。且根據本研究進行訪談時也得知，不論是政策執行者或是政策利害關係人皆表示，相關照護服務的介入對於個案家中都會帶來一些幫助。

「有一個個案在我們還沒介入服務時，他們的狀況真的很糟糕，家裡非常的髒亂，而且家屬也沒有照顧的知識，病人的褥瘡也相當嚴重。但是隨著我們居服人員的介入，可以發現病人的狀況有轉好，且家人的照護知識也提升很多」。(訪談編號 G2)

「有居家護理師介入服務後，照顧病患也較為輕鬆了。至少在遇到問題的時候，我還有知道要打給誰詢問，不僅身體上覺得有得到喘息的空間、心裡也比較舒適」。(訪談編號 G11)



**圖 5-5 申請居家照護前後，個案家屬每週照顧天數的差別比較**

除了照顧天數的減少、照顧的時數，也因為申請了居家照護政策而降低。民眾尚未申請服務時，有 24.6%的民眾一天需要花 15 小時以上進行照顧，而花 10-15 小時進行照顧的家屬約佔 14.0%，花費 5-10 小時進行照顧的則佔了 23%。不過當民眾申請了居家照護政策相關服務後，一天需要花 15 小時以上照顧的比例已經降為 19.4%；10-15 小時佔 6.5%，5-10 小時的則佔了 19.4%；而照顧 1-5 小時比例約 45.2%。

其實政府介入相關服務後，不僅讓家屬的照顧時數降低、照顧天數減少之外，其實對於照護患者是有相當大的助益，根據問卷調查顯示，約有 54.8%的民眾都認同居家照護政策帶給個案家中，不論是在生活的喘息、或是病患的照護資源等層面都是有實質助益的。

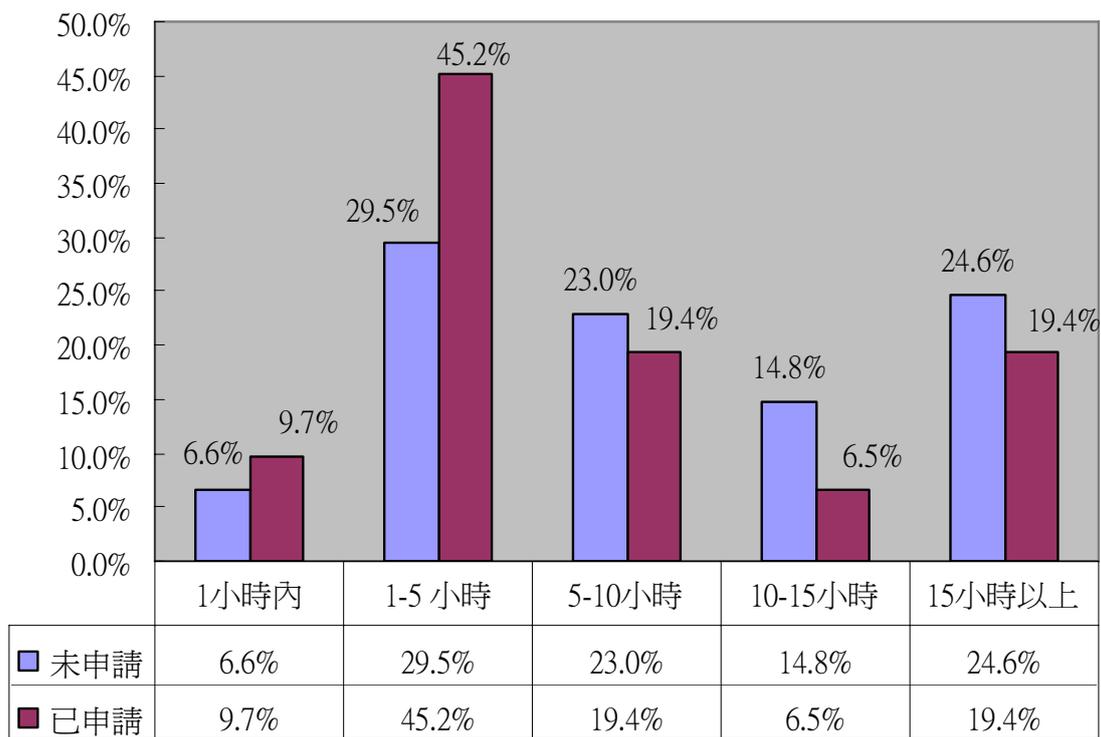


圖 5-6 申請居家照護前後，個案家屬每日照顧所花的時間

## 2 照護人員生活品質的差別

若是以家中的生活品質來評估個案申請前跟申請後的差異，也可以看出居家照護政策也具有一定的效益。根據問卷調查顯示，約有三成的民眾因為申請相關的服務，使得每天的集中精神能力變好，也有足夠的精力進行其他工作。相較於還沒申請照顧相關服務的人員，約有八成以上的民眾都表示，他們集中精神的能力都不好，且有四成的民眾表示，以目前的生活狀況來說，他們享有的休閒時間都不足夠。但隨著他們申請了照顧相關服務後，大約有四成多的民眾能有多餘的時間去從事一些休閒活動，而且民眾也覺得生活品質有提升。

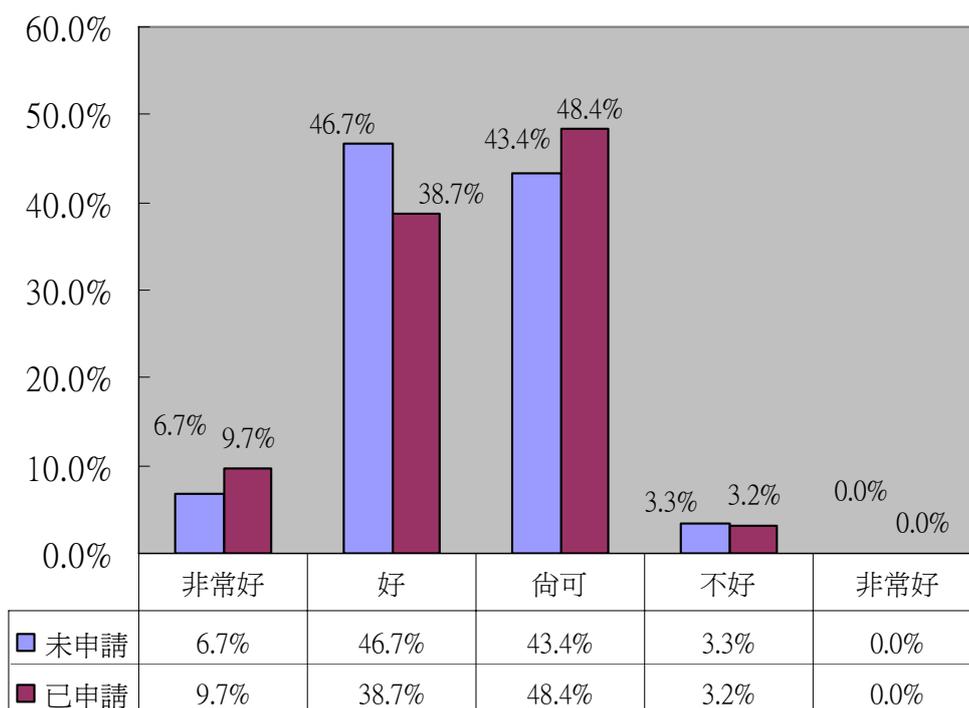


圖 5-7 申請居家照護前後，個案家屬對生活品質的評定

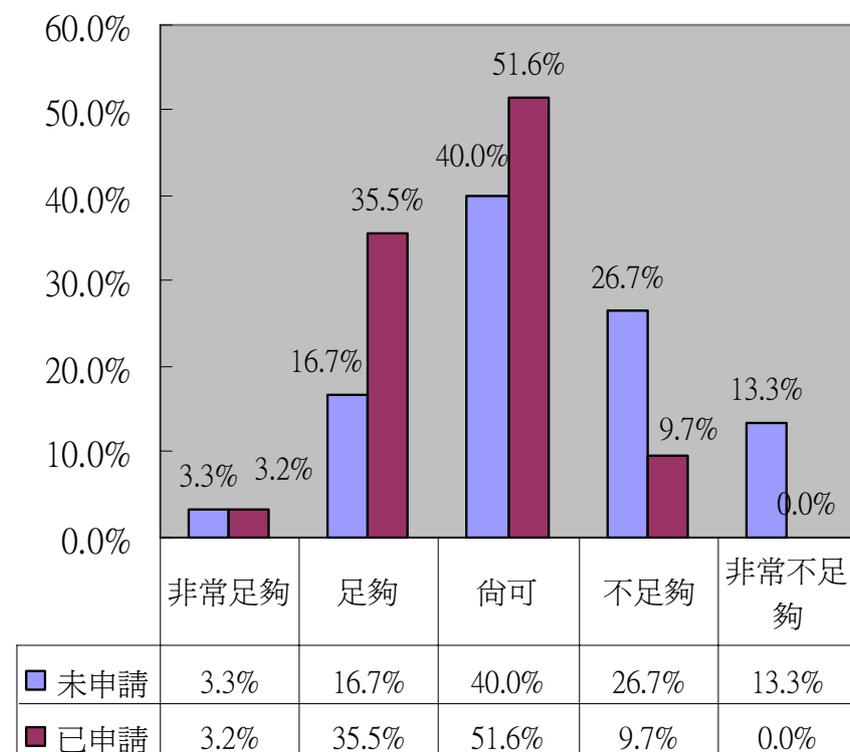


圖 5-8 申請居家照護前後，個案家屬每天生活的精力是否足夠之評定



圖 5-9 申請居家照護前後，個案家屬對休閒活動的時間之評定

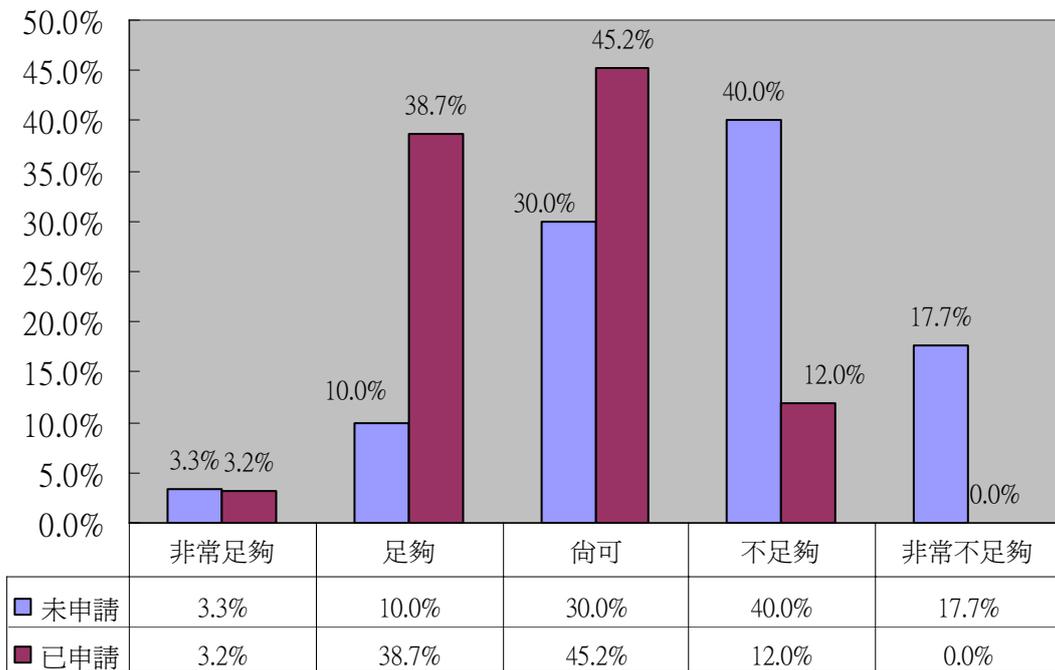


圖 5-10 申請居家照護前後，個案家屬的集中能力之評定

### 3 照護家庭每月可省金錢的差別

不過由於我國政策的推行主要還是以實務補助為主，在現金金額補助上佔的比例較少。因此統計數據顯示，原本民眾為申請居家照護政策時，約有三成以上

的民眾一個月會花費一萬五以上的照顧費用，而民眾花一萬塊以上的照顧費用的比例累計也高達六成的比例。不過當民眾申請居家照護政策後，所花的費用也略為減少，約有 54.8%的民眾一個月節省了三千元的照顧費用，雖然金額不多，但對於長期需不斷花費在照顧費用上的家庭也是一個額外的助益。

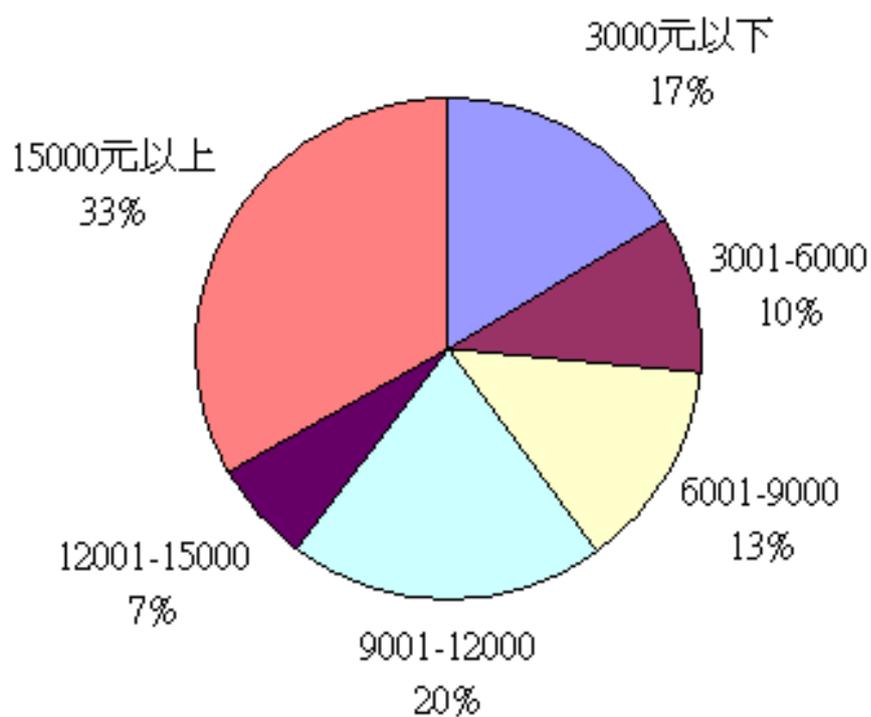


圖 5-11 家中平均花費的照顧費用

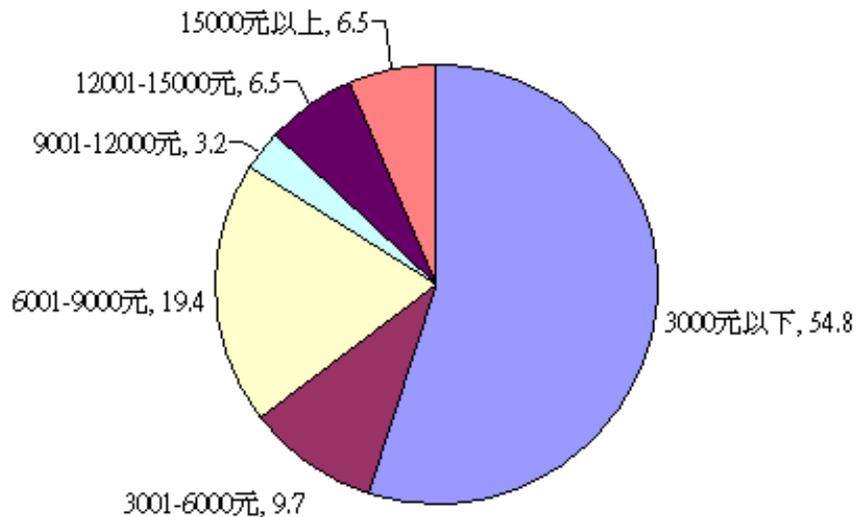


圖 5-12 申請居家照護政策後可節省的照顧費用

綜觀以上統計數據來說，政府推行居家照護政策對於民眾在照護天數、時數、花費費用及生活品質改善上，都有顯著的效益。以效益面來說，居家照護的政策推行是有達到既定的成效。不過若以政策執行的落實性來說，其實政策在推行的管道廣度跟深度上都沒有相當落實，導致知道或真正有去使用該政策的民眾不多，沒達到該政策的效益無法發揮到最大，如此一來政府投入龐大的金額跟資源也就顯得浪費跟缺乏效能了。

## 第四節、居家照護政策執行現況問卷之發現

本節會依據對政策利害關係人的深度訪談內容，及跟問卷調查資料分析之發現，提出以下幾點進行說明。

### 一、居家照護政策有明顯效益

透過問卷研究分析得知，當個案或家屬家中介入了居家照護政策等相關服務後，不論是家屬一週照顧時數、一天照顧小時、或家屬的生活品質、精神狀況、甚至是家屬心靈層面、及病人的身體狀況，都得到部分的改善，照顧的家人也因此得到了喘息的機會。因此居家照護政策介入個案家中，對於照護家屬而言，是

一個在沈重的照顧壓力之下得以喘息跟舒展的機會，而對於患者來說，居家照護政策的相關服務介入，也能讓病患降低疾病惡化情況。整體而言我國居家照護政策的設立，對我國高齡化社會來臨所造成的社會、經濟問題解決，是的具體有效益的。

## 二、居家照護政策限制之缺失

經研究結果顯示，居家照護政策是可以改善家屬或是病患目前的現況，該政策是具有一定的政策效益，但實際上並不是每一個有需求的患者都可以獲得適當的服務資源。可能會受限於目前法規的依據、病情診斷、病況無法評估等種種條件限制，而不具有申請資格，而造成雖有照護需求，但卻沒有資格申請的困境。政府勢必要補強這方面的政策漏洞，來改善有需求而無法申請的問題。

## 三、居家照護政策宣導成效不佳

從 96 年 11 月開始行政院核定長期照顧十年計畫後，政策宣傳上有持續在進行。但根據本研究結果顯示，目前的政策宣導狀況依然尚未完善。像是相關的媒體曝光次數不足，如電視、報章雜誌、公車捷運等文宣也都缺乏曝光的機會，目前僅透過人員的宣導是無法提升政策擴散的廣度；此外相關的人員對政策內容的瞭解性也需要持續補強，例如醫護人員或出院轉介師，就必須要充分瞭解相關的政策，才能在家屬需要資訊的第一刻的時間告知家屬或病患，透過不斷的宣導政策才能加深宣傳的深度。

## 四、居家照護政策有利社會發展

從社會的公平角度來看，當一個國家進入高齡化社會，老年人口扶養比不斷攀升，如沒有一個好的居家照護政策，將造成社會及經濟重大的影響。例如貧富差距的拉大、或因為照顧人力的需求無法滿足，有工作的人需要捨棄現階段的工作進行照顧，因而會形成人力資源的浪費。在本研究中發現，居家照護政策執行的落實，可以使被照顧家庭節省照護人力及金錢的支出，並在心靈上得到舒緩的

支撐。由此可見，如政府能落實居家照護政策在地老化的概念，妥善分配社會資源，有效運用及培訓照護人力，將可利於整體社會永續發展。

## 第六章、研究結論與建議

本研究發現我國居家照護政策在目前執行上，面臨了一些執行上的困境，包含人力資源不足、宣傳成效不佳、專業人力不足、政策窗口不一、外籍勞工的照護問題等狀況，本節依據彙整提出結論，並依據現行業務執行、宣導、資源分配、及未來政策發展的方向提出政策建議，最後並提出對未來研究學者之相關學術研究建議。

### 第一節、研究結論

本研究綜合深入訪談、問卷分析及比較分析等三種研究方式，在本章節針對我國與各國執行現況提出說明，並依據實証的結果發現的缺失，提出以下結論。

#### 壹、與其他國執行現況之比較

西方及日本等國家在居家照護制度的發展上已經行之有年，各國在早期皆提出「在地老化」的概念，而且各國目前都已經邁入「長期照護保險」的政策執行階段，但反觀台灣目前都還在向西方各國學習的階段。

以照護的觀念來論，日本政府都已經朝向「預防」的照護觀念，但是我國卻還在「照護」的被動概念。目前現階段而論，我國政府比較即是重視照護的過程跟內容，是屬於被動式的照護方式，相較於日本已經發展了「預防醫學」，並透過健康的促進、疾病的預防等兩方面來阻止疾病的發生，維持生理、心理甚至是社會的美好狀態。不僅如此，日本的照護體系已有完善的準備，但是我國在面對長期照護上、不論是政府或國民、從業人員都沒有接受完好的教育。

各國的社會福利制度都比我國來的完善，瑞典是典型的福利國家，德國也推行保險制度多年，但是反觀我國長期照護領域上，居家照護政策也才因為長期照護十年計畫的推行，僅推出約兩年多的時間；另外在長期照護保險制度的推行進度上，相關的長期照護保險草案還在擬定，目前還透過政府單位和學術團體作最後的評估。不過其他國家卻都已經推行該項保險制度多年，因此其他國家的國民

在完善的長期照護經費籌措之下，國民都能享有比較好的社會福利，其各國老人的照護品質也比台灣照護品質佳。畢竟許多照護的人力跟服務都必須要靠足夠的經費來支撐，當然照護人力的培訓也是需要靠經費來支援的。而且各國對於照護的想法的差異，可能也會造就照護人員的素質，舉例來說，日本的介護機構內的人員都在訓練老人可以在半年內回家，讓老人的生活可以自理，不過在台灣安養院卻反其道而行，希望老人可以持續留在安養院，因為老人身體越差就越需要自費的服務，當家屬自費服務增加的時候，對於相關機構來說才有利可圖。

## 貳、我國居家照護政策之缺失

依據本研究的發現提出我國居家照護政策執行上所面臨的缺失，如下述條列說明：

### 一、人力資源不足

從深度訪談的結果得知，目前台灣的相關照護之人力資源缺乏，且照護資源較充足的台北市也面臨的相同的困難。而人力資源缺乏的主要原因，除了工作內容辛苦、薪資較低，因而留不住人才之外，台灣在基本的人才提供上，也因沒有規劃完善的教育機構及人才培訓的計畫，使得照護人力遲遲無法補齊，而時常有人力短缺，資源不足等問題。

### 二、宣傳成效不足

居家照護的相關政策之宣傳方式欠佳，目前大多僅透過人員的方式進行宣傳，在電視、報章雜誌、車體廣告上的文宣資料較少，再加上人員的宣導的廣度跟深度並沒有辦法全部都達到落實的政策宣導，因此儘管居家照護政策已經推行了兩年的時間，依然還是有許多國民不知道居家照護政策的實際服務內容。

### 三、專業人力不足

由於國內照護人力的缺乏，再加上國內相關的照護教育培訓，跟專業人員的在職訓練都沒有落實執行，因此現在各機構服務的人員往往都要扮演許多角色。

再加上居家照護是多元化的服務內容，所以服務人員除了提供自己專業領域的服務之外，也必須提供其他的領域的協助，來滿足家屬和病患的照護需求，不過實際上居家照護是涉及許多專業的層面，這些服務內容都需要透過專業人員一同參與才能完整的提供資訊，才可以讓民眾得到完整且具實質效益的服務。但是以目前台灣的人力狀況來說，居家照護政策相關的專業人才依然還有待政府持續培訓。

#### 四、政府窗口執行不一

我國在照護體系上的制度，有社政和衛政兩個單位負責，缺乏以整體社會福利為基礎的考量，雖然國內有需多相關的照護機關跟服務單位，但缺乏統一整合的主管機關和窗口，來將目前社會的資源做一串連，使得目前的資源零散，社會福利與照護資源的力量無法彙整，缺乏整合的力量，也使得居家照護政策的效益無法完全有效發揮。

#### 五、外籍勞工的照護問題

台灣的家庭因為考量在居家照護需要有足夠的人手來協助照顧，但若要聘用台灣的照護員，其費用一天需要約兩千元的費用，長期下來的費用是一般家庭無法負荷的。但目前外籍勞工的費用約一天七百元，與台灣的照護元在照護費用差距甚多，因此台灣大多的家庭都會選擇使用外籍勞工來進行照護。儘管目前一般台灣對居家照護有需求之家庭多聘用外籍勞工，但實際上政府卻沒把外籍勞工相關的申請或服務內容納入居家照護政策，在相關的法律條文中也沒有明確的規定。而相關的外籍勞工照護需求，只會隨著台灣的人口持續老化的現象不斷增加，因此延伸出相關的問題，如外籍勞工的薪資、工作時數等問題也會逐漸被擴大，政府勢必要將此問題納入政策考量之中。

## 第二節、研究建議

綜合以上發現，本節依據現行業務執行、宣導、資源分配、及未來政策發展的方向提出以下建議。

### 壹、執行與宣導部分

經過政策執行者的深度訪談之研究結果說明後，發現資源分散、且政策宣導不暢通的問題，本研究依據所面臨的狀況提出以下幾點建議策略。

#### 一、建立統一窗口

評估我國長期照顧十年計畫中的居家照護政策，發現台灣目前有許多長期照護體系的資源，而政策雖是多元化的方式呈現，提供多項服務但是大部分的資源並沒有完善的統籌單位，造成各資源在多頭馬車的狀況下，各單位間的資源無法整合。這使得資源分散，而民眾接收到的社會福利及照顧，都是由各單位片段的提供，也因此讓台灣照護的能量無法發揮最大效益。同時在這樣的情況下，也造成民眾無法確切知道，當有照護需求時應該透過哪些管道得到幫助。儘管目前各單位的通報體系已經有逐漸改善，各單位之間也扮演窗口的角色，已經逐漸改善宣導的問題，但是實際上部分的民眾還是不知道該政策。因此，基於資源的整合及資訊傳達的因素下，建議政府日後若要推行長期照護保險制度應以資源的統合視為日後政策推動之重點。

#### 二、適當的宣傳管道

根據問卷調查資料得知，大部分的個案多是病患出院時，透過出院準備師、醫生或護士等管道得知相關照護資訊，也部份則是透過公所通報、或者由醫材行的人員告知，才了解政府有提供相關的社會福利。因此，若政府有意加強宣導的廣度與深度，建議應落實第一線執行者的政策宣導，透過持續的教育來強化民眾對於政策的認知。像是對第一線接觸病人的醫護人員，應該加強教育宣導政策理念，讓他們可以從病患一住院時就持續告知相關的訊息，讓民眾也有充分時間準

備出院的相關訊息。

醫院也應該確實執行出院準備的動作，加強出院準備師的專業服務，可以提供一套完善的出院計畫，讓個案能夠更明確的知道需求，並可透過跟公所和財團法人及相關服務單位合作，透過及時的通報讓個案可適時得到適合的資源。另外，對於個案會接觸的單位，如醫療器材行、人力仲介者、安養院等，也應當加強教育與宣導，像是可以配合政府單張說明的方式，讓民眾可無時無刻在任何跟病患照護相關的場合中，都接受到居家照護政策訊息，強化宣傳的效果。

除了持續不斷教育宣導的方式，建議政府或是相關單位應當將現有的資源透過文宣方式進行彙整，例如製作一本「照顧福利手冊」，當民眾申請殘障手冊或是重大疾病證明的同時，也可以取得與福利相關的手冊，讓民眾在第一時間就可以清楚病患可以享有哪些社會補助及服務，而不會造成民眾再遇到問題時，求救無門或是根本不瞭解等狀況的發生。

## 貳、資源分配

在政策資源上，主要面臨的問題是各項服務的人力不足，或是各縣市資源分布不均勻的問題，本研究依此提出以下建議。

### 一、定期做供需的調整

服務人力的不足與不均，是目前居家照護政策面臨的一個很大的問題，整體來說台北市跟其他縣市比起來，已經算是擁有較多資源的縣政府單位。但是實際上台北市也有人力短缺，跟經費和其他資源不足的狀況，更別提其他偏遠地區可能也面臨更嚴重的人力缺乏與資源不足的問題。建議衛生署應該善用地理資訊系統（GIS）定期對各鄉鎮的居家照護人力的發展狀況與需求做對照，才可以掌握各地區供需差距跟服務輸送狀況。

另外，政府應該要鬆綁居家照護政策，可以讓有更多不同屬性的團體加入，以提供更多元的服務。比照日本的經驗，日本政府鼓勵各縣市多成立地域密著型服務的小規模機構（30人以下），及失智老人的團體家屋（group home）等，希望

透過這些小型機構來解決社區內機構不足、服務人力吃緊的問題。

而我國因為依據老人福利提供資格要件及服務準則（2008）明定，居家照顧與家事服務限由：1.醫療機構、護理機構、醫療法人；2.老人福利機構、身心障礙福利機構；3.公益社團法人、財團法人、社會福利團體、照顧服務勞動合作社；4.社會工作師事務所，等四種類型的團體才可以提供，但是由於台灣的非營利組織（NPO）的經營規模都不大，再加上政府補助居家服務的資源並不是非常充裕，因此供需不足的問題越來越嚴重。若是我國政府能參照日本的經驗，開放更多不同屬性的團體加入服務提供的角色，對短期發展居家照護政策之資源提供是會有相當大的幫助的。

## 二、相關單位結盟與相關產業的投入

本研究建議可透過照顧相關單位結盟的方式，來解決人力不足及不均的問題。各單位機構可以跟當地或是附近鄉政的單位做結盟的方式，互相做人力的支援。像是可透過「我國長期照顧專業協會」的力量，或者是藉由各縣市「長期照顧管理中心」的整合力量，加強各單位之間的互相連結，並促使單位之間的加盟，期透過這樣的交流方式可以在人力上做一些調配，改善人力不均的狀況。

另外相關產業的投入，其實對於資源的整合也是有很大的助益。以日本政府來說，因為介護保險的實施及修正，相關的銀髮族的產業投入更加蓬勃，像是福祉用品的租賃與購買、小規模的老人之家的興建（30人以下）等，這些產業都因為老人照護的需求增加而興盛，還有像是派遣人力及團膳公司等也因為照護需求的增加而大量發展，這些機動性的人力持續的提供，也能夠補充服務機構人力的缺口。本研究建議，我國政府可以朝各單位結盟之方式，及鼓勵相關照護產業的方向進行努力，對於目前照顧相關的人力資源不足及不均的狀況是有相當大的改善效益。

### 三、專業人力制度的建立

在人力訓練上，應當加強居家照護政策相關服務之專業人力制度之建立。像是輔具與無障礙環境改善服務，為居家照護政策中重要的一環，但相關的服務專業人員的制度卻遲遲未建立。本研究建議建議加強台灣照護相關的專業人員訓練，像是可以在教育體制上增加相關科系，培養更多的照護領域的人才。或者應該定期或不定期的方式，不斷加強專業人員的教育訓練，或是透過政府單位，定期舉辦交流會議，讓各服務單位之間能常有專業領域的溝通，讓每一個單位機構的人員之專業能力可以持續提升。

以瑞典來說，他們把照護員視為地方公務員，相關從業員也有受密切的教育訓練，像是醫療能力、醫藥學、心理學、矛盾管理等照護知識訓練、共鳴、社會能力、實踐性知識及經驗等六大領域的訓練，透過強化人員的素質，讓服務品質更好，民眾也會看到照護人員的專業能力，更加的重視他們所提供的專業服務。

像是以韓國來說，雖然國內的相關學校照護科系不足，但政府已經持續的增設了福利相關的大學數量，且也重視質與量的同步提升。加強照護人員的培養，從小學教育培養相關的價值觀，否則即使增加學校與系所，相關專業畢業之學生也未必學以致用從事介護相關產業。

### 四、外籍看護工制度的擬定

以照護人力來說，雖然我國在居家服務上約有 1 萬 7 千多位的照顧服務員，但是由於制度薪資等問題，造成居家服務人員資源吃緊，專業人員工作流動快速等問題。反觀國內外籍看護工的現象，外籍看護工在台灣的人數超過了 16 萬人，遠超過全國照顧服務員的 9.45 倍，但政府卻遲遲未將外籍看護工納入居家照護政策相關服務中。建議政府應當審視目前民眾多使用外籍看護工之現象納入政策服務的考量，希望能建立適當的制度，並將外籍看護工納入服務制度之一，透過這些外籍看護工的納入管理，可充分改善目前照顧服務員人力的不足與不均的狀況。

## 參、未來發展

面對台灣的少子化及高齡化的現象不斷的加劇，政府雖不斷提出政策與法案來應對，但若是沒有穩固的財源在背後支撐，其實也不利社會福利長久之發展。因此採取「長期照護保險制度」的方式來籌措長期照顧費用將是未來政策發展趨勢。雖然目前長照保險都還在草案擬定的階段，但建議政府參照取居家照護政策推行的經驗，明確的劃分權責單位，由統一的窗口來分配資源與權責，以更有效率的推行政策。

另外由於長期保險草案僅指出開辦初期的評估方式，依據德國的四級原則，分別為需要支援、照護一級、照護二級、照護三級（行政院衛生署，2009）。不過該評估方案與現行政策採用的巴氏量表是有所不同，因此當長照保險開始的推行時，兩評估制度的銜接就更顯得重要，政府單位應明訂相關的評估方式，參照國外的經驗，發展適合我國照護政策的制度。

## 第三節、待研究之議題

本研究僅只針對「我國十年長期照護」中的居家照護政策作探討，受限於時間跟經費問題，僅對台北市的政策執行狀況進行研究，因此對居家照護政策研究上仍有許多領域有待其他學者繼續研究，以下提出建議幾點方向：

### 一、持續投入更多的努力於居家照護相關議題研究

人口老化問題持續攀升，加上少子化的現象，也迫使政府不得不重視人口老化延伸出的社會問題，因此政府單位政策跟法令是否能有效解決老化帶來的問題，就顯得相當重要了。居家照護目前依然還有面臨許多的問題，且各縣市的問題狀況也不相同，建議後續學者可以深入探究各縣市所面對的問題，做進一步的研究，可提供地方政府一個施政的方針，也利於政府做整體的政策規劃。

### 二、針對政策規劃者做深度訪談

本研究主要訪談對象都以第一線執行者和民眾為主，並未針對政策規劃者進

行質性訪談。而本研究深入訪談的主要內容則針對執行者在面對個案時所遇到的執行問題，多偏向於執行面的問題探究。但是政策評估不僅只有執行面，政策規劃面也是一個值得探討的領域。本研究在照護政策規劃面及策略面上的評估較為缺乏，建議後續學者可以加強這一方面的研究，擴大訪談的人員及單位，可以多元的對政策進行評估，讓居家照護政策的評估更佳完善。

### 三、對人力資源分配進行深入探討

在本研究過程中發現居家服務的人力資源吃緊，以及相關服務上的人力分配不均，建議後續學者可以特別針對這一點，分別對不同的服務提供者進行更細緻的探討，找出人力不足跟分配不均的問題，建議學者可以將研究範圍拓展到其他縣市或是以各服務單位為研究主軸，藉由深度訪談或是問卷調查方式進行研究，已尋求人力缺乏或是資源不足之問題所在，並具體提出解決之道。

### 四、對長期照護相關的領域進行持續研究

長期照護其實不僅只有居家照護的領域，社區照護及機構照護也佔有相當重要的角色，基於研究經費與時間之考量，本研究僅針對居家照護的領域進行研究，但其實在社區照護及機構照護的執行領域上，仍有許多問題需要去探討，像是社區照護中，若服務的單位不是深耕在該區域，較不能精確的知道居民遇到問題及需求，而這問題也應當被深入的進行探討。而且不同的地區所需要的服務也不相同，但卻缺乏學者進行探究，建議後續學者可以深入地區單位，了解各地需求之差異，提出適當的政策建議，強化政策的效益。

## 第七章、參考書目

### 壹、中文部分

- 1.中央健保局，2005。醫療健保給付。
- 2.內政部社會司，2007。台閩地區老人安養及長期照護資源分佈表。
- 3.內政部社會司，2007。老人福利與政策。
- 4.內政部社會司，2007。近年我國老年人口數一覽表。
- 5.內政部統計處，1999。國人對老人福利機構居住意願及長期照護方式之探討。  
台北：內政部統計處。
- 6.內政部統計處，2006。中華民國九十四年老人狀況調查報告，台北：內政部統計處。
- 7.內政部統計處，2007。內政統計資訊服務網。
- 8.內政部經建會，2008。中華民國台灣 97 年至 145 年的人口推計簡報。
- 9.內政部經建會，2008。中華民國台灣 97 年至 145 年的人口推計簡報。
- 10.王正、曾蕃寬，1999。倫理與價值：長期照護財務機制之理念與原則，**社會政策與社會工作學刊**，3 (2)：101-142。
- 11.王正、曾蕃寬，2000。建構長期照護財政體系之初探---兼論與醫療、年金財務之配合，於國家衛生研究院論壇長期照護委員會主辦，台灣長期照護機構經營問題與展望座談會。台北：國家衛生研究院主辦。
- 12.王正、曾蕃寬，2000。建構長期照護財務體系之初探--兼論與醫療、年金財務之配合。**社區發展季刊**，92：32-43。
- 13.王增勇，1997。失智老人日間照顧。**福利社會**，5-6。
- 14.台灣長期照護專業協會，2006。台閩地區長期照護資源名冊。
- 15.台灣長期照護專業協會，2007。法規園地。
- 16.行政院主計處，1993。中華民國台灣地區老人狀況調查報告。台北：行政院主

計處。

- 17.行政院國軍退除官兵輔導委員會，2007。行政院國軍退除役官兵輔導委員會全球資訊網。台北：行政院國軍退除役官兵輔導委員會。
- 18.行政院經建會，1988b。德、日兩國長期照護保險制度簡介與我國實施之可行性評估。台北：行政院經建會人力資源規劃處。
- 19.行政院經建會，1998a。中華民國台灣地區民國 87 年至 140 年人口推計。台北：行政院經建會。
- 20.行政院經濟建設委員會，2007。台灣地區未來人口三階段年齡結構推計表。
- 21.行政院衛生署，1988。中華民國 87 年公共衛生統計。台北：行政院衛生署。
- 22.行政院衛生署，1996。長期照護納入全民健康保險給付可行性評估報告，台北：行政院衛生署。
- 23.吳肖琪、周世珍、沈文君、陳麗華、鍾秉正、蔡閻閻、李孟芬、周麗華、謝東儒、陳敏雄、陳君山、謝美娥，2007。我國長期照護相關法規之探討，**長期照護雜誌**，11（1）：35-50。
- 24.吳定，2000。公共政策（全）。中華電視股份有限公司。
- 25.吳淑瓊，1996。配合我國社會福利之長期照護政策研究，台北：行政院研究發展考核委員會編印。
- 26.吳淑瓊，1997。台灣老人醫療及長期照護的需要，1997 年亞太國際老人照護研討會。台北：長青綜合服務中心。
- 27.吳淑瓊，1998。老人長期照護政策評估。**長期照護**，2（1）：7-13。
- 28.吳淑瓊，2001。建構長期照護先導計畫第一年計畫報告，台北：內政部委託計畫研究報告。
- 29.吳淑瓊、王正、林萬億、吳玉琴、王榮璋，1999。建構台灣長期照護體系十年計畫，台灣：行政院社會福利推動小組。
- 30.吳淑瓊、王正、林萬億、吳玉琴、王榮璋，1999。建構台灣長期照護體系十年

- 計畫。行政院社會福利推動小組委員會。
- 31.吳淑瓊、江東亮，1995。台灣地區長期照護的問題與對策，**中華雜誌**，14(3)。  
246-254。
- 32.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**，  
29：19-31。
- 33.李世代，2001。長期照護需求推估之探討，**社區發展季刊**。
- 34.阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗蟬、田玫、徐亞瑛、王祖琪，2000。**長期照護**。  
台北：國立空中大學。
- 35.周京安，1998。美國長期照護的趨勢---協助式養護，**社區發展季刊**，83：  
201-211。
- 36.周麗芳，1999。德國長期照護保險制度及財務規劃，**保險專刊**，58：53-62。
- 37.林金定，嚴嘉楓，陳美花，2005。質性研究方法:訪談模式與實施步驟分析，  
身心障礙研究，3(2)。
- 38.林昭吟、劉宜君，2008。長期照顧財務制度之政策預評估-政策學習觀點的初  
探，**臺灣社會福利學刊**。
- 39.林貞慧，2003。老人居家服務督導功能有效性品質之探討。東海大學社會工作  
學系碩士論文。
- 40.林佳慧，1991。長期照護保險制度與國民年金保險的銜接與配合。政治大學風  
險管理與保險學系碩士論文。
- 41.林萬億，1994。福利國家—歷史比較的分析，台北：巨流，125-128。
- 42.邱亨嘉，1996。全民健康保險對長期照護體系影響之研究。中央健康保險局委  
託研究報告。
- 43.柯三吉，1998。公共政策：理論、方法與臺灣經驗，時英出版社。
- 44.胡幼慧、郭淑珍、王孝仙，1996。老人長期病患照顧者對取代方案之考量：潛  
在需求與困境之分析，**中華衛誌**，15(4)：275-288。

- 45.徐手德、葉淑娟、林豪傑，2001。長期照護財務制度建立之研究，台北：行政院衛生署。
- 46.徐慧娟，1996。長期照護的國際趨勢，**社區發展季刊**，75：180-192。
- 47.康正言，1985。公共政策影響評估之研究，國立政治大學公共行政研究所碩士論文。
- 48.莊秀美，1999。日本老人福利政策新趨勢：高齡社會的挑戰，**東吳大學社會工作學報**，5：41-70。
- 49.莊秀美，2000。日本的長期照護保險制度。**社區發展季刊**，92：233-241。
- 50.許麗津譯，1998。日本新黃金計畫，日本厚生省老人保健福利局。
- 51.陳文俊譯，2005。Earl babbie 原著，社會科學研究方法，台北：湯姆生出版，雙葉書廊發行。
- 52.陳正芬、吳淑瓊，2006。家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討，**人口學刊**，32：83-121。
- 53.陳亮汝，2002。社區居家身心功能障礙者居家支持服務使用分析，台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 54.陳惠姿，2000。21 世紀長期照護之策略，**長期照護雜誌**。
- 55.陳惠姿，2001。長期照護資源的供給面分析，社會暨健康政策的變動與創新趨勢：邁向多元，整合的福利。
- 56.游如玉，1998。日本老人福利政策與未來台灣老人福利政策之展望，**社工實務**，3：102-109。
- 57.葉宏明，林秀碧，吳重慶，黃秀雲，顏裕庭，2000。台灣居家照護的軌跡初探，**秀傳醫學雜誌**。
- 58.葉秀珍，2000。各國長期照護財務機制與實施經驗之探討，於長期照護財務問題（各國經驗與台灣前景研討會論文集），台北：國家衛生研究院，21-39。
- 59.詹火生、林青璇，2002。老人長期照護政策—國家干預觀點之分析，**國政研究**

- 報告，社會（研）091-18 號。
- 60.詹秀玲，2004。居家服務中照顧服務員之勞動特質及互動關係－以桃園縣為例。元智大學社會資訊研究所碩士論文。桃園：元智大學
- 61.蔡閻閻、李玉春、吳肖琪、林麗嬋，2008。評析我國「長期照顧十年計畫」落實的可行性，**長期照護雜誌**，12（1）：8-16。
- 62.鄭文輝、鄭清霞，2005。「我國實施長期照護保險之可行性評估」·**國家政策季刊**，4（4）81-82。
- 63.藍忠孚，2000。台灣精神障礙者照護發展研討會。
- 64.藍忠孚、陳孝平，2000。台灣全民健保制度實施之檢討與前瞻。
- 65.藍忠孚、熊惠英，1993。台灣地區長期照護服務之現況及其問題·**護理雜誌**，40（3）：15-24

## 貳、英文部分

- 1.Alber,J,1992. Residential care for the elderly. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17(4): 929-57.
- 2.Batavia, A. I., Dejong, G., & Mcknew, L. B,1991. Toward a national person assistance program: The independent living model of long-term care for persons with disabilities. *Journal of Health Policies*, 16(3): 521-45.
- 3.Brody SJ, Masciocchi CB: Data for long-term care planning by Health Systems Agencies. *American Journal of Public Health* 1980; 70(11): 1194-1198.
- 4.CRS, CRS Report for Congress,2002. Long-term care: What directions for public policy? (Sep 12, 2000).
- 5.Esping-Anderson, G,1990. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press.
- 6.Rossi PH and Freeman HE. Evaluation,1993 : A System Approach. **New Bury Park, CA : Sage Publications Inc,5,20-21.**
- 7.Georgetown University,2007. National spending for long-term care.(May 16, 2007).
- 8.Goerke, L, 1996. Introduction of long-term care insurance in Germany: An economic interpretation. *International Social Security Review*, 49, 25-38.
- 9.Guba,E.G. and Y.S. Lincoln: Fourth Generation Evaluation,**Newbury Park,California Sage 1989**
- 10.Jamieson, A,1991. Home care for older people in Europe: a comparison of policies and practices. **New York: Oxford University Press.**
- 11.Kane, R. A., & Kane, R. L,1987. Long-term care: Principles, programs, and policies. New York: Spring Publishing Company.
- 12.OECD,2005, Ensuring quality long-term care for older people.(March 14,

2006).

13. Patton, Michael Quinn, 1997. Utilization-Focused Evaluation: **The New Century Text**, 3rd ed., Thousand Oaks, California: Sage.
14. Rossi, Peter H. and Howard E. Freeman, 1993. Evaluation: A Systematic Approach, 5th ed., Newbury park, California: Sage.
15. Stake, Robert E 1975, Evaluating the Arts in Education: A Responsive Approach, Columbus, Ohio: Merril: 11.
16. The Royal Commission on Long Term Care., 1999. With respect to old age: Long term care—Rights and responsibilities.

# 附件一

## 訪談大綱-政策執行者

題目	訪談題目大綱-政策執行者
第一部 執行業務	
1	在長照十年政策-居家照護中，您認為貴機構扮演角色及功能何在？
2	貴機構對於民眾申請居家照護補助的處理流程為何？您最常遭遇到什麼問題？
3	貴機構對於處理居家照護的業務時，與其他相關單位的聯繫、溝通、協調的情形如何？
4	目前是透過哪些方式讓民眾或是其他醫事人員知道居家照護的訊息？其反應如何？有哪些需要改進之處？未來發展如何？
5	貴單位(機構)是否曾接到民眾、或其他醫事人員對此政策的反映意見？如果有，那為哪一方面的意見？
6	您認為在居家照護的政策方面，政府應扮演何種角色？你認為目前主管機關對於居家服務政策是否重視？
第二部 政策資源	
7	目前貴單位(機構)的居家照護之經費資源是否充足？目前政府是否專款補助？若有補助的情形如何？是哪方面的補助？是否因長期照護十年政策制定後，而有所改變？您認為在資源補助上有需改進之處嗎？
8	目前貴單位(機構)執行居家照護的人力約多少？執行人力是否充足？是否因長期照護十年政策制定後，而有所改變？您認為在人力資源上有需要改進之處嗎？

## 訪談大綱：政策利害關係人

題目	訪談題目大綱-政策利害關係人
1	您在申請居家照護之前，是否知道政府有推行居家照護政策?
2	您申請的主要是哪些服務?
3	您是從哪邊得知居家照護相關的訊息?
3	那現在您對於政府提供的居家照護的相關服務內容清楚嗎?
4	您認為政府對大眾進行推行居家照護的宣導，做得如何?
5	您認為社會局所提供的居家照護相關資訊狀況是否清楚?如果不清楚 有哪些地方不足?
6	請問您申請服務到真正接受到相關服務，總共花了多長的時間?
7	整體來說，您認為目前地方社會局對於申請居家服務的民眾，從申請 到結案這個過程中，所提供的服務是否完整?有什麼需要改進的地方?
8	您覺得目前推動居家照護中的居家服務、居家護理、居家藥事、輔具 申請、無障礙空間規畫、餐飲服務的內涵是否足夠?有哪些地方還不足?
9	對您(家中)來說，您覺得照顧患者最辛苦之處是哪些方面?
10	您覺得政府推行居家照護這個方案，有改善您家中(申請者)的生活品質 嗎?如果有，是哪些方面的改善?
11	您覺得政府推行居家照護這個方案，有改善患者的健康品質嗎?如果 有，是哪些方面的改善?
12	您覺得政府有必要設置居家照護方案嗎?
13	整體而言，您對於政府推行居家照護這個方案，是否滿意?如果滿意， 是哪部分感到滿意?如果不滿意，又是哪地方不足?
14	整體而言，對於政府推行居家照護這個方案，您什麼建議?
15	您覺得居家照護服務人員所提供的服務是否良好?有哪些值得改進?

## 附件二

### 壹、問卷-未申請者

親愛的先生/小姐，您好：

首先，感謝您撥冗閱讀本問卷，本問卷之目的是進行台灣居家照護政策執行之評估，目的在於了解我目前我國居家照護政策實施的現況及影響。您的寶貴意見將使本研究更臻完整，擔誤您幾分鐘的時間協助本問卷之完成。本問卷所有資料僅供學術研究之用，絕不對外公開，敬請安心填答！並謝謝您的協助與配合！

祝 萬事如意

國立台灣大學社會科學院政治學系 指導教授：彭錦鵬 博士  
學 生：金國誠

1. 請問您是否有申請過居家照護的相關服務(如果沒有，請續達 1-1)  
有 沒有
- 1-1 家中有需要照護的患者，但為何您沒申請居家照護服務？  
沒有申請資格 不知道該政策 符合條件但申請時候遇到困難  
沒有時間申請 還沒申請通過 其他\_\_\_\_\_
2. 請問是否有聽過居家照護的相關訊息(回答有，請續達 2-1)  
<sub>1</sub> 有 <sub>2</sub> 沒有
- 2-1 您從那邊得知居家照護的相關訊息(可複選)  
醫師 護理人員 藥師 社工人員 醫療器材行  
電視 宣傳單張 雜誌 報紙 其他\_\_\_\_\_
3. 請問家中主要負責照顧病患的人是誰？  
自己 母親 父親 兄弟姊妹 <sub>5</sub> 親戚 其他\_\_\_\_\_
4. 目前您家中平均一個月需花費多少照護金額？  
3,000 元(含)以下 3,001-6,000 6001-9,000  
9,001-12,000 12,001-15,000 15,001 以上
5. 目前您家中平均一周需要花多久時間照護病患？  
1 天以內(含) 2 天 3 天 4 天 5 天 6 天 7 天
6. 目前您家中平均一天需要花多久時間照護病患？  
1 小時以下(含) 1-5(含)小時 5-10(含)小時 10-15(含)小時  
<sub>5</sub>15 小時以上
7. 您同意我國居家照護政策對家中有需要長期照護的患者有相當大的幫助嗎？  
非常同意 同意 尚可 不同意 <sub>5</sub> 非常不同意
8. 您同意我國居家照護政策可以改善患者家中的生活品質嗎？

- 非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意
9. 整體而言，您如何評價您目前的生活品質？  
非常好 好 尚可 不好 非常不好
10. 以目前的狀況來說，您每天的生活有足夠的精神處理事情嗎？  
非常足夠 足夠 尚可 不足夠 非常不足夠
11. 以目前的狀況來說，您集中精神的能力有多好？  
非常好 好 尚可 不好 非常不好
12. 您享受生活嗎？  
非常享受 享受 尚可 不享受 非常不享受
13. 您有時間從事休閒活動嗎？  
非常足夠 足夠 尚可 不足夠 非常不足夠
14. 您滿意您的睡眠狀況嗎？  
非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意
15. 您常有負面的感受嗎？  
一直都有 常有 尚可 不常有 從來沒有

#### 個人基本資料

16. 您與居家照護需求患者的關係為：  
本人 夫妻 子女 家屬 其他\_\_\_\_\_
17. 填寫者性別：  
男 女
18. 填寫者年齡：  
30歲以下 31-40歲 41-50歲 51-60歲 61-70歲  
71-80歲 80歲以上
19. 填寫者教育程度：  
國中以下 高中(職) 3大學(專科)4.研究所以上
20. 填寫者職業  
商 軍公教 農漁 自由業 學生  
家管 無業 其他\_\_\_\_\_
21. 您對居家照護還有其他的建議嗎？

~問卷到此結束，請確認是否有遺漏之處，非常感謝您的填答~

## 貳、問卷-已申請者

親愛的先生/小姐，您好：

首先，感謝您撥冗閱讀本問卷，本問卷之目的是進行台灣居家照護政策執行之評估，目的在於了解我目前我國居家照護政策實施的現況及影響。您的寶貴意見將使本研究更臻完整，擔誤您幾分鐘的時間協助本問卷之完成。本問卷所有資料僅供學術研究之用，絕不對外公開，敬請安心填答！並謝謝您的協助與配合！

祝 萬事如意

國立台灣大學社會科學院政治學系 指導教授：彭錦鵬 博士  
學 生：金國誠

1. 請問您是否有申請過居家照護的相關服務  
有 沒有
2. 請問您申請的居家照護項目是哪些(可複選)  
居家服務 居家藥事 居家復健 居家護理  
輔具申請 餐飲服務 無障礙空間規劃
3. 請問家中主要負責照顧病患的人是誰?  
自己 母親 父親 兄弟姊妹 親戚 其他\_\_\_\_\_
4. 請問您從那邊得知居家照護的相關訊息(可複選)  
醫師 護理人員 藥師 社工人員 醫療器材行  
電視 宣傳單張 雜誌 報紙 其他\_\_\_\_\_
5. 您在申請居家照護之前，是否知道居家照護政策?  
非常了解 了解 尚可 不了解 非常不了解
6. 當您家還沒申請居家照護政策相關服務前，平均一周需花多久時間照護病患?  
1天以內(含) 2天 3天 4天 5天 6天 7天
7. 當您家中還沒申請居家照護政策相關服務前，平均一天需花多久時間照護病患?  
1小時以下(含) 1-5(含)小時 5-10(含)小時 10-15(含)小時  
15小時以上
8. 當您家已經申請居家照護政策相關服務後，平均一周需花多久時間照護病患?  
1天以內(含) 2天 3天 4天 5天 6天 7天
9. 當您家已經申請居家照護政策相關服務後，平均一天需花多久時間照護病患?  
1小時以下(含) 1-5(含)小時 5-10(含)小時 10-15(含)小時  
15小時以上

10. 當您家中已經申請居家照護政策相關服務後，平均一個月節省多少照護上的金額？
- 3,000 元(含)以下      3,001-6,000      6001-9,000  
9,001-12,000      12,001-15,000      15,001 以上
11. 您了解居家照護的目的，是為「提供給民眾「可即性」、「可近性」、「便利性」之服務」嗎？
- 非常了解    解    尚可    不了解    非常不了解
12. 您認為政府對於社會大眾進行的居家照護宣導，做得如何？
- 非常好    好    尚可    不好    非常不好
13. 您認為社會局居家照護相關人員對居家照護政策提供的資訊，提供是否完整？
- 非常好    好    尚可    不好    非常不好
14. 整體而言您認為目前社會局對居家服務民眾從申請到結案做的服務如何？
- 非常好    好    尚可    不好    非常不好
15. 您同意居家照護政策對於家中有需要長期照護的患者是有相當大的幫助嗎？
- 非常同意    同意    尚可    不同意    非常不同意
16. 您同意居家照護政策從接受申請到完成審議時間需要 1-2 個月的時間，並不能提供患者及時的幫助？
- 非常同意    同意    尚可    不同意    非常不同意
17. 您不同意居家照護政策可以改善家屬的生活品質嗎？
- 非常同意    同意    尚可    不同意    非常不同意
18. 您同意居家照護政策可以降低患者的疾病惡化嗎？
- 非常同意    同意    尚可    不同意    非常不同意
19. 整體而言，您認為目前居家照護政策給申請人所提供的服務合理嗎？
- 非常合理    合理    尚可    不合理    非常不合理
- (回答不合理與非常不合理請續答 17-1)
- 19-1. 呈上題，如果提供的服務不合理，您認為應該：(可複選)
1. 提高服務的時數    2. 增加服務的內涵    3. 降低申請的標準  
4. 不知道    5. 其他\_\_\_\_\_
20. 您認為政府在推動居家照護政策的過程中，最大的困難在哪裡？
- 政府宣傳經費不足    政府宣傳人力不足    相關醫護人才不夠  
政府財務籌措狀況不佳    沒有適當管道提供訊息    6. 其他\_\_\_\_\_

21. 整體而言，您認為目前居家照護政策在下面哪面下是否落實？

21-1.政策宣導方面

落實 不落實

212.對需要居家照護患者的照顧服務方面

落實 不落實

21-3.對居家照護申請的行政作業方面

落實 不落實

22. 您或您的家屬在接受服務的過程中，曾否遭遇下列問題(可複選)

申請手續繁雜 行政人員服務品質不佳 專業諮詢管道不足

居家照護員服務品質不佳 5.其它\_\_\_\_\_

23. 您享受生活嗎？

非常享受 享受 尚可 不享受 非常不享受

24. 整體而言，您同意向政府申請居家服務後，自己的生活品質有改善

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

25. 您如何評價您目前的生活品質？

非常好 好 尚可 不好 非常不好

26. 您同意向政府申請居家服務後，您每天的生活有足夠的精力

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

27. 您同意向政府申請居家服務後，您集中精神的能力變好

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

28. 您同意向政府申請居家服務後，您有更多的時間從事休閒活動嗎

非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意

29. 您滿意您的睡眠狀況嗎？

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

30. 您常有負面的感受嗎？

一直都有 常有 尚可 不常有 5.從來沒有

個人基本資料

31. 您與居家照護需求患者的關係為：  
本人    夫妻    子女    家屬    其他\_\_\_\_\_
32. 填寫者性別：  
男    女
33. 家中申請者的性別：  
男    女
34. 填寫者年齡：  
30歲以下    31-40歲    41-50歲    51-60歲    61-70歲  
71-80歲    80歲以上
35. 申請者年齡：  
30歲以下    31-40歲    41-50歲    51-60歲    61-70歲  
71-80歲    80歲以上
36. 填寫者教育程度：  
國中以下    高中(職)    大學(專科)    研究所以上
37. 填寫者職業  
商    軍公教    農漁    自由業    學生  
家管    無業    其他\_\_\_\_\_
38. 您對居家照護還有其他的建議嗎?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

~問卷到此結束，請確認是否有遺漏之處，非常感謝您的填答~