

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
 期中進度報告

(計畫名稱)

由供需角度探索社區介入方案中居家服務模式之發展

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 93-2412-H-426-001-SSS

執行期間：93年 08月 01日至 94年 07月 31日

計畫主持人：劉立凡

共同主持人：唐璽惠

計畫參與人員：張光喜、劉嘉芳、蕭閩升、林凱鈴

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

- 赴國外出差或研習心得報告一份
- 赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、
列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：立德管理學院醫務健康照護管理學系

中華民國九十四年十月二十日

中文摘要及關鍵詞(keywords)

人口老化是我國目前必須面對的重要問題。基於「在地老化」的觀念，我國政府在內政部與行政院衛生署的規劃與相關機關的合作下，正在進行照護產業之發展，並深入社區，為有需求之民眾提供服務。其中相關居家服務方案(例如：居家服務、居家照護、居家復健等)為民眾接受率最高的服務(長期照護專案小組，2003)。可見社區介入方案相關的居家服務模式在長期照護體系中的重要性。

檢視目前我國長期照護社區化服務模式的發展，已日形重要。但限於現行健保居家照護給付標準，仍以居家護理為主，其餘幾乎仍需一般民眾完全負擔，有關居家服務的發展策略相形之下付之闕如。可見我國居家支持服務資源的欠缺，無法滿足民眾對長期照護服務質與量的需求。各地區的長期照護管理中心亦感資源有限，轉介不易。其實，為求提供連續性、完全的長期照護服務，發展居家護理與居家服務的整合模式，已於行政院衛生署推行的「老人長期照護三年計畫」中做政策之宣示，唯如何落實與執行，實有待積極探究。

本研究基於居家服務模式之重要性，以某城市為例進行有關居家服務模式的探究，研究目的為從供需的角度，探究目前我國居家服務模式之服務內容、適切性及使用家戶的需求與使用感受。研究過程首先在供給面評估居家服務模式對接受者的服務內容及適切性，另在需求面了解當前此服務模式接受者及家屬對於服務模式內容的實質需求與感受。

本研究設計為一橫斷面之探索性研究。參與本研究之居家服務支援中心共計四家(供給面)，並採分層隨機抽樣法完成接受居家服務樣本數 327 個個案病患或病患家屬之訪談(需求面)。

本研究結果發現，接受居家服務個案基本上其失能等級均符合內政部收案相關規定，以巴式量表分數而言輕度失能有 197 人 (60.2%)，中重度失能有 65 人 (19.9%)，極重度失能有 89 人 (27.2%)。以工具性日常生活量表(IADLs)之標準，也有 73.5% (輕度及中重度) 個案需要協助。經調查各提供居家服務的支援中心服務人次均有增長情形，目前服務案量以非中低收入之一般戶居多，各居家服務支援中心均有此一趨勢。在使用感受方面，有大於百分之五十的受訪者對居家服務感到滿意。唯居家服務模式的接受者在接受居家服務之初，多半仍以親友介紹(45.6%)或者是由政府或居服機構推廣(39.7%)之被動方式居多，僅 8.9% 為自行打聽，因此多數接受者仍不清楚服務宗旨、內涵及服務範圍，也較難進一步要求服務內容並積極溝通所需服務方式及改善之道。另外，依據服務對象區分亦可發現，中低收入戶老人之服務項目及內容著重於家事服務之環境整理，非中低收入戶則著重在身體照顧服務之協助個人清潔及肢體復健；其次的服務項目則依屬性之不同而略有差異。

由資源配置角度，居家服務接受者得到的是否為適得其所的長期照護，因目前行政機制僅從其生理需求面加以評估，即所使用的巴氏量表和工具性日常生活量表，然而實際上，即使功能殘障等級相若之兩位案家其所需服務內容也或有所差異。再者，居家服務性質上僅能協助家庭照顧者提升照護品質或補充不足之人力，並無法取代，因此真正所需之服務項目應與照顧者充分溝通後方見其效。同時，定期評估機制的建立與落實，建議應由跨專業整合之評估小組客觀為之，將個案整體長期照護需求納入考量，而非僅單方面衡量其是否符合居家服務補助之收案條件。

本研究結果在供給面上由資源配置的角度，提供居家服務模式服務現況及接受居家服務個案之失能情形。在需求面藉由病患及家屬其對居家服務的實質需求心聲和使用感受，可增加對本土化發展居家服務模式特性之瞭解。期藉供需整合資訊平台之搭建，尋求屬於我國的社區化長期照護居家服務模式，能真正深入社區並融入需求者的家庭和社會。

英文摘要及關鍵詞(keywords)

The population ageing is an important issue we have to face nowadays. Base on the concept of “Ageing in Place”, the Department of Health (DOH) and the Ministry of Interior (MOI) has launched a so-called “cares industry” corporately. It was found that related home care programs (such as home help, home care, and home rehabilitation) got the highest rate of acceptance by the people and their families in Taiwan. Thus, the related home care programs are very important in developing the community-based long-term care in Taiwan.

The allocation of long-term care resources in Taiwan is still limited and mainly focused on institutional care. Developments of the community-based long-term care are becoming more and more important. However, because the reimbursement policy is still limited and the institutional care has been the primary focus, the development of community-based long-term care services is relatively lacking. It is now not enough to satisfy people’s wishes and it is also evident from the opinions of the care managers whom to deal with their task to allocate suitable services. Actually, in order to provide a comprehensive long-term care services, the integration of home care and home help programs had been indicated in the three-year project of long term care in Taiwan launching by the DOH. Only that how should we get on to do the real job is worthy further studied.

This study explored the issues regarding home help program in Taiwan based on one sample city. It is aimed to explore from the supply and demand angles, to understand the service contents, its appropriateness, and the real needs and experiences perceived by the users— frail people and their families. There were four home care agencies (supply side) and 327 home service cases/families been interviewed (demand side) in this study by the stratified random sampling method.

This research found that most of the home services users match the criteria of the home services allowances of the government. In terms of the Barthel scale, there were 197 persons belonging to the level of low dependency (60.2%), 65 persons belonging to the middle/severe dependency level (19.9%) and 89 人 (27.2%) belonging to the very severe dependent group. It was also found that there were 73.5% need some help in terms of their Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). According to the investigation, the numbers of people who applied for home services have been increased recently in almost every home service agency and the higher percentage are from the non-low income families. Furthermore, it was found that for low-income families, the home service needs are mainly focused on the items of home helps, while for the non-low income families, their main needs are around the items of physical care.

From the view of resources allocation, if the people receiving home services are appropriate is a very important issue. Since the home service regulations and allowances now mainly depends on applicants’ physical and functional disabilities, and home services model is not a proxy to the care function in households, it is not easy to decide who or which family may be more needed. It is suggested that more communication is critical between home service providers and the

caregivers in households before any home services are provided to reduce the unnecessary misunderstanding and also enhance the care satisfaction. It is also important to perform the evaluation mechanism regularly by a multi-disciplinary team to consider the long-term care need for a person and family as a whole but not only measure their functional status.

In summary, this study explored from the supply and demand angles, to understand the service contents, its appropriateness, and the real needs and experiences perceived by the users—frail people and their families. It is hoped that the voices of both the professionals and the users could be heard and most importantly, policy makers could be based on to develop a needs-led native home help model and also right and suitable for whom under its services.

Keywords: Home help, Community care, Supply and demand, Appropriateness

【前言】

基於「在地老化」的觀念，我國政府在內政部與行政院衛生署的規劃與相關機關的合作下，正在進行照護產業之發展，並深入社區，為有需求之民眾提供服務。我國建構長期照護體系先導計劃予今年的結案成果中明白顯示，實驗組的社區服務使用顯著高於對照組，其中對於相關居家服務模式（例如：居家服務、居家照護、居家復健等）的接受率最高（長期照護專案小組，2003）。可見社區介入方案相關的居家服務模式在長期照護體系中的重要性。在這些社區介入方案中除護理人力外，最主要之工作人力需求即是病患服務員這一群主要的照顧人力。

人口老化的世界趨勢亦是當前我國目前必須面對的重要問題。台灣地區六十五歲以上的老年人口，如今約有近兩百萬人，佔我國人口的 9.5%。依據估計，這個比例在 2021 年時將達 14%；2036 年時更會高達 21.7%。也就是說，我國 65 歲以上老年人口在 1994 到 2036 年間將會增加三倍，這樣快速的老化現象，在全球老化的趨勢下僅次於日本（行政院經建會，199 年），而人口老化所帶來的現象之一就是因老年人口的增長而產生對長期照護之需求的快速增加。據估計，民國 87 年時我國老年人口中約有 15-30 萬人因日常生活活動或認知功能障礙而需要長期照護，這項需求在未來 30-40 年間將成長 4 倍（長期照護專案小組，200 年）。再加上我國非老年人口之長期照護需求，估計國人對長期照護之需求在人口結構的再變動前將會逐年加重。

檢視目前我國對長期照護之投入仍十分有限，尤其是社區化居家服務模式的發展，基於「在地老化」的觀念和老年人都希望留住自家中接受照顧的意願（The Royal Commission Report, UK, 1999; Baldock, 1997; Allen et al., 1992），而更形重要。限於現行健保居家照護給付標準，仍以居家護理為主，其餘幾乎仍需一般民眾完全負擔，加上機構式照護在長期照護體系發展之初，視為重點，且規劃較為明確，因此有關居家服務的發展策略相形之下付之闕如。另外減稅、津貼及合法證照制度的推行等配套措施仍未配合建構，以致著墨有限且較為模糊。可見我國居家支持服務資源的欠缺，無法滿足民眾對長期照護服務質與量的需求。各地區的長期照護管理示範中心亦感資源有限，轉介不易。為求提供連續性、完全的長期照護服務，發展居家護理與居家服務的整合模式，已於行政院衛生署推行的「老人長期照護三年計畫」中做重要政策之宣示，而如何落實與執行，實需積極探究。

另外，一件應該關注的議題是長期照護結果指標的選擇。因為它影響了政策對照護計畫的規劃與價值取向。如果專注的焦點是醫療照護與疾病治療，則會看重次級預防和尋求死亡率與疾病率的下降；如果關注的焦點是初級預防，則病患充權、自主、獨立決策、增進自尊和自信將變成重要之結果指標（吳淑瓊，2003）。更重要的是，長期照護不同於急性照護，有其模糊的本質，本研究即希望由老年人及其家屬為主體，由需求面了解當前居家服務這類社區介入模式的服務內容、民眾需求與感受，希望去了解那些他們所認為重要之照護指標。

【研究目的】

本研究基於上述居家服務之重要性，擬進行有關居家服務模式的探究，研究目的為從供需的角度，探究目前我國居家服務模式之內容、適切性及使用家戶的需求與使用感受。研究過程首先在供給面分別由結構、過程和結果面進行居家服務模式對接受者的適切性評

估，另在需求面了解當前此服務模式接受者及家屬對於服務內容的需求與感受。本研究期能藉以探索目前供需之間是否存在落差及其成因，以做為長期照護社區介入方案持續發展與改善的參考。

本研究問題如下：

1. 由資源配置的角度，居家服務模式的接受者是否得到的為適得其所的長期照護？
2. 基於病患及家屬充權的政策，居家服務模式的接受者為何選擇此類照護，及其對居家服務的實質需求內容和使用感受如何？

【文獻探討】

由於人口老化的世界趨勢，國人對長期照護之需求日殷。我國之長期照護體系正值發展期，所提供之服務亦正蓬勃發展，主要包括機構式照護及社區式照護兩大類。其中居家服務模式是社區式照護之一，更是典型「人照護人」的產業。本文獻探討以下首先針對長期照護、社區照護以及本研究主要研究對象之居家服務模式等名詞予以定義和解釋，接續探討社區照護與支持網絡對我國長期照護發展的重要性與影響，以及相關文獻對於需求面適切性評估的探討。

根據文獻，長期照護是一系列的照護服務，依照失能者（失去體能者或智能者）所保有的功能，以合理之價格在合適之場所由適當的服務提供者在適當的時段提供恰如所需之服務；其目的是為保有尊嚴，能自主地享有優質的生活(陳惠姿，2000)。

在長期照護的領域裡，社區照護服務的提供則普及到包括喘息照護、居家護理、居家服務等，長期照護服務的多元化也意味著開始有許多的服務模式正在積極日漸發展中。或許是延續於聘用外勞在自家服務的習慣及比較熟悉此類的照顧方式，研究發現社區照護服務項目中以居家服務模式的接受度較高(長期照護專案小組，2003)。這個發現正符合在長期照護市場中的「在地老化」的觀念。

長期照護體系裡，個案管理師的功能理應包括個案評估及資源推介和聯繫的橋樑。尤其在未來可能推行長期照護保險等財務規劃或由公共支出補助中低收入戶甚至非中低收入之一般民眾時，長期照護的推介與使用評估就更必須在十分謹慎與完整的程序下進行，其中要考量以病患為主的健康(health)和社會(social care)需求(The Royal Commission Report, UK, 1999; Bennett et. al., 2000)。在此情況下，對老年人的長期照護需求評估，確實十分重要，不僅比較可以確保適得其所的照護安排；同時對於各項需求人口的了解與預測才能準確，方以做為成本估計的基礎和長期照護保險等財務規劃的起始依據。

關於長期照護需求適切性的評估，並未如急性照護般有比較明確發展的評估指標。在長期照護體系中，基於資源配置的考量，目前的研究主要也只針對機構式照護對老年個案的適切性作評估。針對社區照護的居家服務所作的資料收集則較少。然而，依據客觀的評估，並非居家或社區的安置就一定可以節省成本(Bartlett, 1987)，不當的安置可能導致病情的惡化甚至可能讓社會成本增加。

因此，本研究著眼於適切性的考量，在供給面進行小型的居家服務利用評估，以個管師的專業知識及以發展出的個案評估表，評估接受使用者在身心功能方面的適切性，並將結果分為適切、不確定和不適切三種(Lazaro and Fitch, 1996)。基於個管師的專業背景，本研究嘗試應用之評估程序為現行各縣市長照中心所發展出來並也應用於我國之長期照護先導計畫中，其涵蓋結構、過程與結果面的評估，應用護理診斷所考量到的多面性(Lutzen and

Tishelman, 1996)；同時依據過去文獻經驗(Bennett et al., 2000)，加入專業人員主觀性的整體評估題項 (Donaldson, 1983)，例如「依據您的整體評估，居家服務是否足以滿足這為病患個案的長期照護需求？」等，應可暫時取代尚未正式發展出來的各地區長照需求多元評估小組(Multiple-disciplinary Teams)之功能。這個部分可視為社區服務介入的前趨性研究(pilot study)，可做為個案需求評估(need assessment)的檢討與改進基礎。

在需求面，誠如學者所言，當老人們需要照顧時，他們仍傾向於留住自家中而透過所謂「社區照護」的提供來滿足需要(Baldock,1997)。老年人及家屬選擇居家接受照護而不願機構式照護的主因，包括害怕被送入機構、較熟悉居家的環境、成本的考量、代間的延續、交換以及罪惡感使然(Salamon and Rosenthal, 1990)。雖然仍有許多個別因素，上列這些原因多少均被列入考量。學者也指出，對老年人來說，移居到自家以外的住處是一件嚴肅的事，因為老年人對於長久以來熟悉的住處和對自我的感覺與肯定間常有強烈的關連(Reed et al., 1998)，同時家是他們生活的地方，對食、衣、住、行各方面都已熟悉及習慣(Baldock, 1997)。事實上研究也發現，許多與機構老人功能殘弱度相仿的老年人，有許多留在自家或社區中接受照顧(Warburton, 1994)，由此可見社區照護的重要性，不僅符合一般老人之所願，在政策與財務面上，以歐美國家的經驗，長期照護發展亦都回歸到社區照護的考量(Tinker et al., 1995；The Royal Comission Report, UK, 1999)。在開發適合國情的社區照護服務模式之時，這些目前留在自家或社區中接受照顧老年人的實際案例，其居家現況、選擇照護型態之考量因素及需求內涵，實值得重視，尤其在接受與使用率較高的居家服務模式上，可以提供我們許多重要的線索，值得深入探究。

本研究小組曾就研究對象進行了解，發現現今台灣社會將功能殘弱老年人留在家中照顧的比例愈來愈少了，因此收案不易，許多家庭在財務負擔許可下，常將老年人送進照護機構(例如，護理之家、安養院等)。過去的研究也發現，基於許多因素的考量，並非大多數的老人皆如其所願，留住家中接受照顧。這些因素主要包括身心功能殘障度(dependency level)、家庭照護能力(ability of care)與意願(willingness)、長期照護資源的供給(包括正式及非正式資源)與支持網絡，以及財務方面的因素等(Salvage et al., 1995)。在長期照護的選擇上，尤其是家庭成員的有無及其照護能力，有極其重要的影響(Nolan et al., 1996; Fisher and Lieberman, 1999; Pyke and Bengtson, 1996)。多數研究發現，一個較穩健的家庭結構網通常可以延緩老年人入住機構的時間(Fisher and Lieberman, 1996; Mittelman et al. 1996; Doty, 1986)。例如，有家屬照顧的老人比較不會被送去機構(Tennstedt et al., 1996)；家屬可以延緩老年人入住機構的時間及需要(Mittleman et al.,1996; Freedman et al., 1996)；同時家屬對於老年人長期照護的安排常有決定性的影響 (Fisher and Lieberman, 1996; Nolan et al., 1996)。因此，對家庭照護資源實應加以重視，亦曾有學者指出家屬通常是因為在沒有辦法得到適當社會支持的情況下而放棄照護重擔(Jecker, 1995; Arras, 1995)。可見社區照護與支持網絡對我國長期照護發展的重要性與影響。

家庭的照護者(informal carers)主要是婦女，尤其是配偶及女兒(Stone, Cafferata, and Sangl, 1987; 吳與林, 1999)。根據英國人口普查局(OPCS, 1992)的定義，照護者(carers)指的是「十六歲以上之成年人，對於有病、殘障者或老年人有照護責任者」。而所謂之家庭非正式照護(informal caring)即指這些額外的，因照護有病、殘障者或老年人而來的責任(Evandrou, 1996)。老人選擇何種長期照護模式，通常是一個家庭的決策過程而非單獨由老年人決定(Johnson et al., 1994; Greenberg, 1993; Nolan et al, 1996)而且在許多情況下，家庭實處於“非贏”(no win)的情境之下。因此針對家庭功能與支持網絡之有無做探究，亦十分重

要。

我國在政府政策面上，強調應整合長期照護體系，強化專業協助，確保長期照護品質，兼顧個人與社會責任，使老年人得到適當的適得其所的連續性照護。在執行策略上，亦擬建立整合性服務網絡，成立「長期照護管理示範中心」，辦理單一窗口制度，使長期照護病患經專業評估及個案管理方式，就近得到妥適之照護安排(行政院衛生署，90年)。由此可見，配合政府政策，我國長期照護制度的推展，應延續長期照護先導計畫所獲致之寶貴成果，進一步分析有關社區服務利用個案接受服務的量和社區介入結果的影響(吳淑瓊，2003)。因此，本研究在需求面上，將把探求重點放在接受居家服務個案家戶選擇使用因素、個案家戶使用需求(探求以個案需求為導向之服務內涵)、個案家戶使用感受等議題上。其中，使用感受包括病患及家屬對服務滿意度的測量。因病患滿意度已被認為是一項重要的健康照護結果指標。健康照護的提供者也一直致力於改善健康照護服務提供的過程，來提高照護品質。目前研究對病患服務員所提供的服務，較少著墨。因此，本研究也將針對接受居家服務病患對其照護滿意度的情形做一探究，值得供未來此服務模式發展與經營管理上之參考。

【研究方法】

一、本研究概念性架構

本研究基於兩個相關的理論架構而成。其一，本計畫的理論觀念來自於老年學中的政經理論 (the political economy of aging) 的應用。由文獻得知，絕大多數的身心殘弱老年人仍希望能留在自己家裡接受照顧 (Allen et al., 1992; The Royal Commission Report, UK 1999)。然而，基於健康狀態、照顧者、社區照護服務的提供及經濟因素等之考量未能皆如願以償。居家服務模式為現行接受度較高的一種長期照護模式，此類服務模式的利用行為，實為供需面因素綜合而得的結果。本研究擬從個案管理師的專家角度評估接受服務者的身心功能現況，了解現行此一服務模式對使用者的適切性比例。其二，健康行為的相關理論可以解釋為什麼人們接受並使用健康照護服務。本研究架構基於控制軌跡理論 (locus of control theory) (Rotter, 1966)，因為它可用於說明人們相信健康是個人責任或由他人所控制的程度，以及個人有關對環境週遭控制能力的看法。依據過去研究，個人所陳述的健康狀態，包含了主觀的健康評估；同時也包括客觀環境中有關信念與文化因素對健康控制的影響。本研究擬探究老年人及其家屬，對「居家服務」這種長期照護服務模式是否利用的影響因素，及探索他們有關尋求此類服務模式的傾向及看法。

二、研究設計

本研究設計為一橫斷面之探索性研究。供給面採專業供給者之評估程序，由個案管理師協助完成自填式評估單。需求面部分，擬採用半結構式問卷，針對病患及家屬進行居家服務使用評估。為考量受訪時可能產生之壓力，問卷採不記名方式，進行調查研究；並輔以半開放式質性資料之收集，增加資訊之取得。

三、研究對象及抽樣方法

考量各居家服務所可能產生之影響，本研究以台南市之所有居家服務支援中心為樣本架構，從中各抽取 50% 服務對象隨機樣本做為本研究調查的對象，即隨機抽樣接受居家服

務的病患家戶(包括病患及病患家屬)為本研究之樣本。現階段居家服務所提供服務內容如附件一。

目前台南市登記有案之居家服務支援中心，共計四家。於抽樣當時總服務病患(家戶)約在 630 人。為求樣本之代表性，本研究採用分層隨機抽樣法，首先將同意參與研究之各居家服務支援中心均納入(第一層)，再依據各居家服務支援中心之服務個案依據個案在居家服務申請時所評估登錄之失能程度別(第二層)中各抽出 50%之樣本，本研究參與之居家服務支援中心共計四家，抽出樣本數為 330 個個案。第一次抽樣樣本經電話聯繫約訪者，若為電話登錄錯誤、已過世或無法連絡之個案家戶時，則再依本研究分層抽樣原則抽取其前後之樣本家戶取代，因此本研究共有 327 病患或病患家屬完成受訪。

四、研究步驟及工具

訪談問卷以居家服務支援中心為單位分送至各居家服務支援中心之病患樣本或家屬。病患接受居家服務滿一個月或以上者均納入分層隨機抽樣(臨時性者不納入)。若病患本身因心智障礙、不識字或無法表達者，則委請家屬代填問卷。本研究將病患或家屬意見視為整體服務接受者意見，其間或有可能之差異部分，不納入本研究探究範圍。

問卷設計：由研究小組參考過去相關文獻自行設計半結構式問卷兩種，包括

- 居家服務所基本資料問卷〈紅色〉
- 病患或家屬問卷 〈黃色〉

【結果分析】

壹、居家服務支援中心基本資料分析(供給面)

本研究共計包括居家服務支援中心四家

1.居家服務支援中心基本資料：

各中心成立日期不一，約在民國 84-90 年間設立

各家目前服務人數：約 100-350 人/月

2.相關制度、規則與業務概況：

個案來源：

- 1.自行申請
- 2.中心(工作人員或服務員)發掘
- 3.相關公部門或長照中心轉介
- 4.醫療單位轉介
- 5.社福團體轉介
- 6.社區民眾介紹(鄰里長、鄰居...)

收案條件及限制：

1.未接受機構收容安置、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。但接受衛生單位之機構喘息服務補助者，不在此限。

2.設籍台南市，年滿六十五歲以上長期臥病，生活無法自理之一般戶及低、中低收入戶老人或領有身心障礙手冊且日常生活功能需他人協助之居家身心障礙者。

3.前款所稱身心功能受損至日常生活需他人協助之認定標準，應符合下列情況之一：

(1)輕度失能：經巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)評估為 61 分至 80 分者；或 81 分以上，且經工具性日常生活功能量表(IADL)評估上街購物及外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等四項中有二項以上需要協助者。

(2)中重度失能：經巴氏量表(日常生活活動功能表，ADL)評估為六十分以下者。

- (3)極重度失能：一般極重度失能者：經巴氏量表（日常生活活動功能表，ADL）評估為三十分以下者。
- (4)失智症患者：經公辦公營之公立醫院、或經衛生署評鑑合格之區域級以上之醫院、精神專科醫院診斷為失智症，並載明 CDR 達三分以上者。
- (5)極重度慢性精神病患者：領有身心障礙手冊，經巴氏量表 ADL 評估為六十分以下者，且經工具性日常生活量表(IADL)評估為十五分以下，並參考行為量能評估、家庭支持功能評估其補助居家服務所需時數；或經社會功能量表評估為十五分以下者。
- (6)極重度心智障礙者：領有身心障礙手冊，經巴氏量表 ADL 評估為六十分以下，且經工具性日常生活量表（IADL）評估為九分以下者。
- (7)極重度自閉症者：經自閉症者生活功能暨居家服務需求評估量表評估為十八分以下者。

服務內容與業務概況：

1.家庭及日常生活照顧服務：

- (1) 換洗衣物之洗濯、修補(以洗衣機清洗、手洗衣物以小件為限)
- (2) 居家環境改善(案主活動範圍—如客廳、案主本人臥室—之清潔整理)
- (3) 家務服務(如：鋪床、更換床單、洗碗...)
- (4) 文書服務(如：申請各類社會福利措施、代讀書報信件)
- (5) 友善訪視
- (6) 電話問安
- (7) 餐食服務(代買外食、協助煮食或加熱食物)
- (8) 陪同或代購生活必需品
- (9) 陪同就醫(如：預約掛號、推輪椅就醫、代辦出入院手續、通報醫院社服室)

2.身體照顧服務

- (1) 協助沐浴(扶持入浴或擦澡)
- (2) 協助穿脫衣服
- (3) 協助進食(餵食、灌食)
- (4) 協助服藥(分裝藥物、提醒服藥)
- (5) 協助翻身、拍背、肢體關節活動、上下床
- (6) 陪同散步、運動(步行或推輪椅散步)
- (7) 協助使用日常生活輔助器具
- (8) 其他

3.其他福利服務

- (1) 社會福利諮詢
- (2) 個案管理服務
- (3) 依節慶舉辦聯誼會、老人餐會或志工關懷活動(目前本會之關懷活動參加對象僅限老人，一般失能者不在此列)

4.業務概況

依據各居家服務支援中心之年度業務量統計發現，接受居家服務之案家，最初是以中低收入戶為主，隨著個案之開發及政府部門政策及相關單位之宣導，目前服務案量以非中低收入之一般戶居多，各居家服務支援中心均有此一趨勢。以 93 年為例全年服務量統計資料如下表可見一般。另外，依據服務對象區分亦可發現，中低收入戶老人之服務項目及內容著重於家事服務之環境整理，非中低收入戶則著重在身體照顧服務之協助個人清潔及肢體復健；其次的服務項目則依屬性之不同而略有差異。

服務時數	居家服務支援中心 A		居家服務支援中心 B		居家服務支援中心 C		居家服務支援中心 D	
	中低	非中低	中低	非中低	中低	非中低	中低	非中低
家事服務	33.4%	31.9%	30.8%	26.4%	35%	24%		
身體照顧	23.2%	39.3%	21.9%	25.4%	17%	46%		
全年服務時數	37.5%	62.5%	28.1%	71.9%	27.2%	72.8%	21.1%	78.9%

3.服務員基本資料

人力來源：

照顧服務員人力主要來源包括 1.市府訓練 2.自行招募(透過既有服務員介紹、至訓練單位尋找適合人力)3.服務員自行應徵

是否擁有相關證照(%)：

100%(受訪居家服務支援中心僅錄用有照顧服務員或居家服務員證書者)

主要工作內容與訓練：

1.主要工作內容即主要『服務內容』包括家事服務及身體照顧

2.目前政府規定，居家服務可承認、接受之證書包括(1)居家服務員證書(需上滿職前、進階、成長課程)(2)照顧服務員證書；在職訓練方面，則視需求辦理人際互動、衝突管理等不同之在職訓練。

3.督導方式：

(i) 定期召開督導會議：

◎每月兩次團體督導、業務會報

◎不定期個別督導

(ii) 舉辦服務員在職訓練：

◎在職訓練，由護理督導或外聘講師，在技術及心理層面提供支持與指導。期待透過在職教育訓練，使其提升居家服務員在服務案主的能力與技巧，並透過較專業的協助，能使案主在接受居家服務後，提升及改善生活品質。

(iii) 舉辦服務員維繫活動：

◎慶生會--讓居家服務員在辛苦的服務之餘，透過慶生的維繫活動，維繫機構與服務員及同僚間的情誼，連結彼此的資源，相互的協助。

◎員工旅遊--一年舉辦一次全體員工旅遊，透過到戶外的旅遊及放鬆的心情，讓居家服務員紓解一年裡面的壓力。

工作方式(全/兼職、工作年資、工作時數/每週、排班狀況等)：

1.政府規定居家服務員之專、兼職區別方式以服務時數判定，分類如下：

專職居家服務員：指每週服務時數 40 小時以上者

兼職居家服務員：指每週服務時數 18 小時以上，未滿 40 小時者

志願居家服務員：指每週服務時數 4 小時以上，未滿 18 小時者

2.各中心目前居家服務員情況如下

(1)全職、兼職分類

專職、兼職均有，依據居服員個人狀況及需求可彈性調配。

(2)工作年資及工作穩定度

從未滿一年至工作滿五年以上者均有，一般而言居服員工作穩定度較低。依各中心提供資料，人員流失率約在 20-45%。分析主要原因除居服員個人生涯規劃、家庭因素、健康因素及經濟需求高外，仍包括居服工作特性因素例如：居服對象太多、時數受限，又需遍及整個社區有時甚至需跨區服務，奔波往返案家之間，與看護體系比較，不符經濟效益。另外，工作時數不穩定，常因案家死亡、遷移或住院等因素而導致服務時數縮減或取消，或需另重新適應開發服務之新個案，導致此項工作性質之穩定度低。

(3)排班狀況：原則上服務時間為週一~週五，早上 8 點至下午 5 點半之間；若需週末或晚上時段服務，經案主及服務員雙方同意而為之。

居家服務模式現況、專業經營的觀點與面臨問題(質性資料)

基於政府政策及為了善盡社會福利服務機構之責任、實踐「福利社區化」之理念，個居家服務支援中心陸續設立開始推展居家服務。

居家服務的對象原先以中低收入戶老人為主；91 年 8 月起，開始提供一般戶失能老人及身

心障礙者居家服務。隨著居家服務對象的擴大，所面臨的問題也不盡相同。一開始在服務中低收入戶老人時，較常出現案主社會資源不足、案主情感轉移、因為不了解而對居家服務存有疑慮等問題；但隨著服務對象的改變，身障、心智障礙、精神病患、失智症、自閉症患者都納入了服務範圍，對於服務的要求也更加多元；脊髓損傷者希望服務員能充當復健師、插管病人的家屬希望服務員除了居家服務外還能提供居家護理、心智障礙者的家屬希望服務員能代替特教老師.....。一個服務員必須面對許多不同的家庭，除了要有充足的耐心、穩定性，更要有服務他人的熱忱、愛心。

各中心提供居家服務常見問題如下：

1.社會大眾對於居家服務的認知還不是很正確

2.服務員從低中低收入戶的服務模式轉變到一般失能老人的服務模式還未適應

3.服務員的短缺：服務需求大，能供應服務者少

列舉服務實例問題如下：

- 案主習慣將服務員當作佣人使喚

(例：要求服務員將透天厝打掃乾淨，向別人介紹『這是來掃地的佣人』)

- 服務介入後卻導致案家逃避照顧責任

(如：將沐浴、換藥等工作完全交給服務員，服務員不在時就不幫案主沐浴)

- 案主對於居家服務認知不足或與服務員認知不一致

(如：服務時段並無垃圾車經過，則要求服務員將廚餘帶至他處傾倒)

- 案主的需求不在居家服務範圍內，且無法接受居家服務內容與期待不符合之事實

(如：要求服務員當智能障礙案主的家庭教師，告知案家居家服務內容後，案家堅持『我們就是只需要有人當我家小孩的特教老師，其他都不要』，且堅持居家服務為其應得之權利)

- 案主不願改變、不願配合居家服務時間

(如：患有糖尿病之案主不願控制飲食、不遵從醫囑，服務員依約定時間到案家但是案主卻已出門而未先告知)

- 案主前後態度不一致

(如：案主要求服務員提供換管等須護理技術之協助，中心前往協調時、案主表示並未要求服務員協助換管，但私下指責服務員『向中心告狀』)

- 案家未坦白說出服務需求

(如：案家向督導表示『只需要協助沐浴』，待服務員前往服務時則增加許多其他要求)

- 案家服務需求與服務員無法達成共識

(如：要求同一個服務員每天服務、且拆成上午下午兩個時段)

- 服務員因經濟因素改當看護、流動率高

貳、居家服務受訪者樣本資料描述性統計分析(需求面)

台南市接受居家服務個案之失能程度別，在研究當時包括重度失能 27.5%；中重度 35.9%；輕度及需人生活照顧者佔 36.55%。四家居家服務支援中心共登記接受服務個案計 630 人。如表所示，本研究抽樣樣本受訪者總人數為 327 人，其中男性 144 人，女性 183 人。婚姻狀況以已婚/同居(52%)或喪偶者(30.6%)居多。樣本資料描述性統計詳如表列。

受訪樣本每月使用服務時數：現在每月服務時數平均值 (Mean) = 17.55 小時 S.D. = 10.91 (Max. = 64 小時, Min. = 2 小時)。其中使用免費時數總平均 (Mean) = 16.86 小時, S.D.

= 9.97；使用半自費小時總平均 (Mean) = 0.697 小時, S.D. = 3.47；使用自費小時總平均 (Mean) = 0.086 小時, S.D. = 0.934。

若依據失能等級區分，研究結果就居家服務免費時數標準與實際使用狀況比較可得，民眾仍以使用免費時數為主。至於每次服務時間主要集中在 2 小時左右，佔 59.2%，其次為 1.5 小時(12.3%)或 1 小時(12.3%)。所提供的服務內容包括家事及日常生活照顧以及身體照顧服務兩大項。其中家事及日常生活照顧內容項目中以環境改善(56.88%)、陪同就醫或聯絡醫療機構(22.94%)、陪同散步(15.29%)居多；身體照顧服務項目中以沐浴與身體清潔(41.54%)、肢體關節運動(20.49%) 以及更衣(15.9%)居多。另外，一般戶接受身體照顧服務項目平均在 1.07 次，較低受入戶之 0.30 次為多，以 Scheffe 檢定發現有顯著差異。

在家戶受訪者對居家服務員滿意度方面，多數為滿意(65.75%)與尚可(15.9%)。

有關健康評估方面，依據內政部居家服務申請規定，一般失能老人及身心障礙者的巴氏量表分數輕度失能為 61-80 分或 81 分以上者有 197 人 (60.2%)、中重度失能為 31-60 分者有 65 人 (19.9%)、極重度失能為 30 分以下者有 89 人 (27.2%)。工具性日常生活量表 (IADLs)部分，以內政部智能障礙者之工具性日常生活量表(IADLs)標準，得分在 14 分以下者(輕度及中重度)佔 73.5%；在 9 分以下者(極重度)也有 62.3%之多。統計資料詳如下表所列。

受訪案主基本資料：

受訪案主	Male (n=144)		Female (n=183)		Total (n=327)		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
年齡	68.24	17.51	69.76	17.31	69.02	17.39	
子女人數	2.63	2.04	3.42	2.12	3.07	2.12	
照顧者年齡	60.76	13.13	58.14	15.51	59.34	14.50	
	N	%	N	%	N	%	
婚姻狀況	未婚	25	17.4	16	8.7	41	12.5
	已婚/同居	90	62.5	80	43.7	170	52.0
	離婚/分居	9	6.3	5	2.7	14	4.3
	喪偶	20	13.9	80	43.7	100	30.6
	Miss	0	0	2	1.1	2	0.6
教育程度	小學或以下	75	52.1	149	81.4	224	68.5
	初中/國中	19	13.2	8	4.4	27	8.3
	高中/職校	26	18.1	14	7.7	40	12.2
	大專或以上	24	16.7	12	6.6	36	11.0
居住狀況	獨居	24	16.7	45	21.1	69	21.1
	與家人同住	117	81.3	137	77.7	254	77.7
	僅與僱傭同住	1	0.7	0	0.0	1	0.3
	其他	2	1.4	1	0.6	3	0.9
身分別	低收入戶	14	9.7	9	4.9	23	7.0
	中低收入戶	8	5.6	13	7.1	21	6.4
	一般戶	116	80.6	159	86.9	275	84.1
	Miss	6	4.2	2	1.1	8	2.5
有殘障手冊	否	44	30.6	77	42.1	121	37.0
	是	100	69.4	106	57.9	206	63.0
失能等級 日常生活須人協助	輕度	7	4.9	5	2.7	12	3.7
	輕度	38	26.4	71	38.8	109	33.3
	中重度	46	31.9	67	36.6	113	34.6
	極重度	44	30.6	38	20.8	82	25.1
	missing	9	6.3	2	1.1	11	3.4
有無照顧者	有	112	77.8	136	74.3	248	75.8
	無	32	22.2	47	25.7	79	24.2
照顧者性別	男	12	10.7	81	59.6	93	37.5
	女	99	88.4	54	39.7	153	61.7
	missing	1	0.9	1	0.7	2	0.8
照顧者與案主關係	配偶					106	32.4
	直系血親(子女/子孫)					184	56.4
	媳婦					24	7.3

	親戚	11	3.3
	僱傭	2	0.6
照顧者是否 與案主同住		222	67.9
	是		
	否	19	5.8
	missing	86	26.3

居家服務調查表：

居家服務如何開始	N	%
自行打聽	29	8.9
親友介紹	149	45.6
政府推廣 或醫療/養護機構推廣	130	39.7
不記得	13	4.0
missing	6	1.8

每月服務時數統計表：

	低收入戶 (%)	中低收入戶 (%)	一般戶 (%)
現在每月服務時數			2 (0.9)
	1 (7.7)	1 (5.3)	3 (1.3)
			1 (0.4)
	5 (38.5)	9 (47.4)	84 (35.9)
			1 (0.4)
			4 (1.7)
			1 (0.4)
	6 (46.2)	6 (31.6)	60 (25.6)
			1 (0.4)
			1 (0.4)
		1 (5.3)	11 (4.7)
			1 (0.4)
			1 (0.4)
	1 (7.7)	2 (10.5)	49 (20.9)
			4 (1.7)
			4 (1.7)
			1 (0.4)
			2 (0.9)
			2 (0.9)
			1 (0.4)
Total	13 (100.0)	19 (100.0)	234 (100.0)

		低收入戶 (%)	中低收入戶 (%)	一般戶 (%)
免費小時	2			2 (0.8)
	4	1 (7.7)	1 (5.3)	3 (1.3)
	6			1 (0.4)
	8	5 (38.5)	9 (47.4)	88 (37.1)
	10			1 (0.4)
	12			4 (1.7)
	15			1 (0.4)
	16	6 (46.2)	6 (31.6)	64 (27.0)
	18			1 (0.4)
	24		1 (5.3)	9 (3.8)
	30			1 (0.4)
	32	1 (7.7)	2 (10.5)	56 (23.6)
	36			3 (1.3)
	40			2 (0.8)
	48			1 (0.4)
Total		13 (100.0)	19 (100.0)	237 (100.0)

		低收入戶 (%)	中低收入戶 (%)	一般戶 (%)
半自費小時	0	14 (100.0)	17 (100.0)	223 (94.5)
	8			4 (1.7)
	10			1 (0.4)
	11			1 (0.4)
	12			1 (0.4)
	16			3 (1.3)
	20			1 (0.4)
	24			1 (0.4)
	32			1 (0.4)
Total		14 (100.0)	17 (100.0)	236 (100)

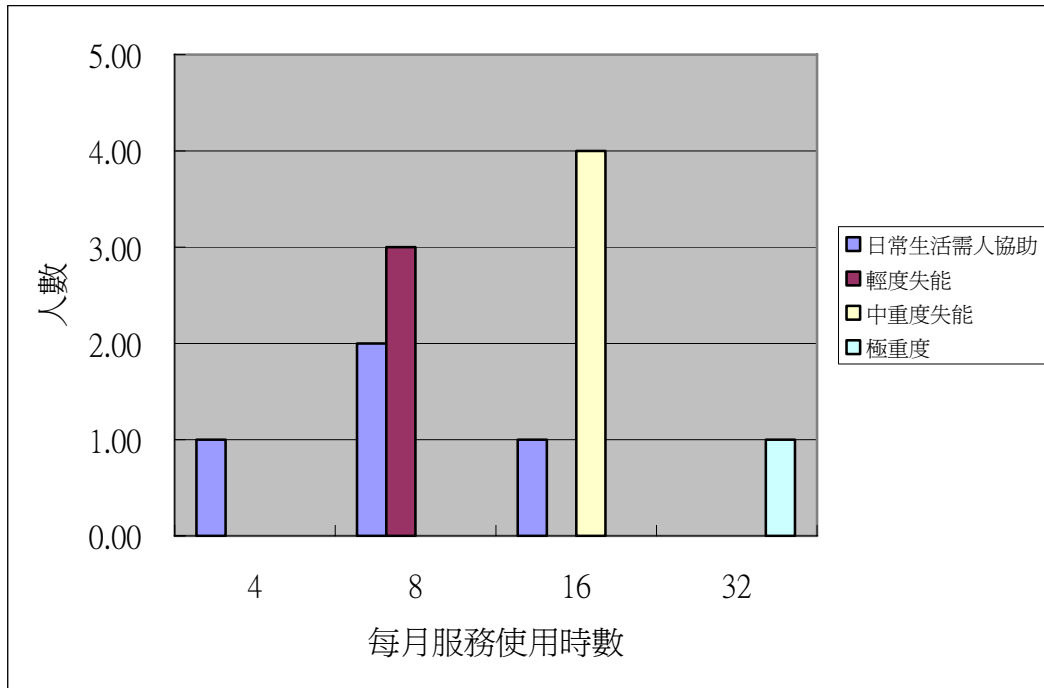
		低收入戶 (%)	中低收入戶 (%)	一般戶 (%)
自費小時	0	14 (100.0)	17 (100.0)	235 (98.7)
	2.5			1 (0.4)
	8			1 (0.4)
	13			1 (0.4)
Total		14 (100.0)	17 (100.0)	238 (100)

依失能等級和身分別之居家服務免費時數實際使用狀況

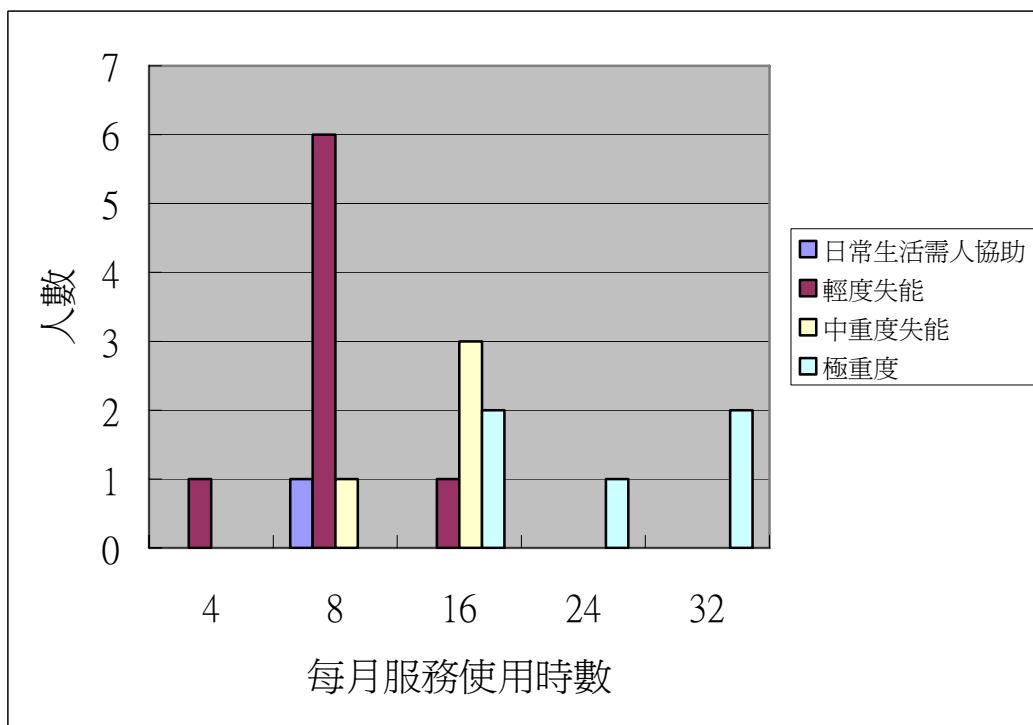
失能等級	免費時數 (小時)	身 分 別			小計
		低收入戶	中低收入戶	一般戶	
輕度失能	2	0	0	1	1
	4	1	1	3	5
	8	5	7	76	88
	16	1	1	2	4
	18	0	0	1	1
中重度失能	2	0	0	1	1
	6	0	0	1	1
	8	0	1	8	9
	10	0	0	1	1
	12	0	0	3	3
	15	0	0	1	1
	16	4	3	58	65
	24	0	0	6	6
	32	0	0	5	5
	36	0	0	1	1
極重度失能	8	0	0	2	2
	16	0	2	3	5
	24	0	1	3	4
	30	0	0	1	1
	32	1	2	50	53
	36	0	0	2	2
	40	0	0	2	2
	48	0	0	1	1
TOTAL					262

居家服務免費時數標準與實際使用狀況比較可得，民眾仍以使用免費時數為主。

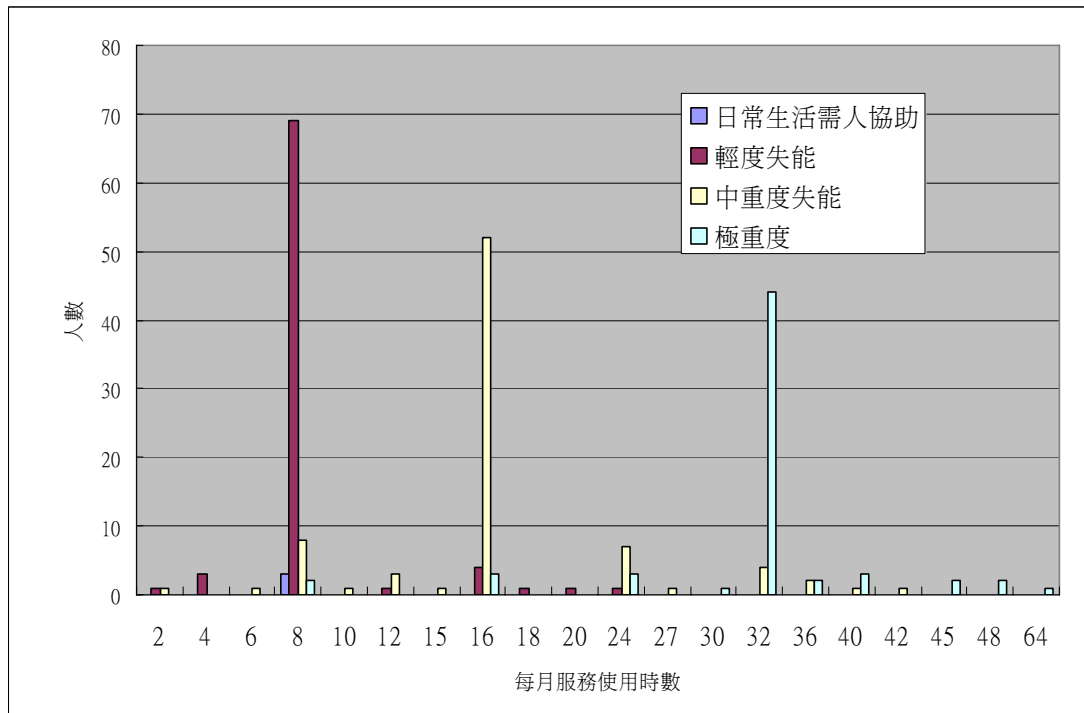
低收入戶中,不同失能等級每月服務使用時數



中低收入戶中,不同失能等級每月服務使用時數



一般戶中,不同失能等級每月服務使用時數



服務次數統計表

		低收入戶 (%)	中低收入戶 (%)	一般戶 (%)
平均一星期服務次數	0.25			2 (0.8)
	0.5			2 (0.8)
	1	3 (15.0)	7 (38.9)	81 (31.0)
	1.5			2 (0.8)
	2	12 (60.0)	7 (38.9)	74 (28.4)
	2.5	1 (5.0)		2 (0.8)
	3	2 (10.0)	1 (5.6)	49 (18.8)
	3.5	1 (5.0)	1 (5.6)	2 (0.8)
	4	1 (5.0)	2 (11.1)	22 (8.5)
	5			18 (6.9)
	6			4 (1.5)
	7			3 (1.1)
Total		20 (100.0)	18 (100.0)	261 (100.0)

		低收入戶 (%)	中低收入戶 (%)	一般戶 (%)
每次服務時間(小時)	小時			
	0.16			1 (0.4)
	0.17			1 (0.4)
	0.33			1 (0.4)
	0.5	2 (11.1)	1 (5.6)	4 (1.5)
	0.75			1 (0.4)

1	3 (16.7)	3 (16.7)	32 (12.3)
1.2			1 (0.4)
1.25			2 (0.8)
1.5	2 (11.1)	1 (5.6)	32 (12.3)
1.75			2 (0.8)
2	11 (61.1)	13 (72.2)	154 (59.2)
2.5			7 (2.7)
2.67			3 (1.2)
3			7 (2.7)
3.5			1 (0.4)
4			9 (3.5)
5			1 (0.4)
8			1 (0.4)
Total	18 (100.0)	18 (100.0)	260 (100.0)

提供的服務：

B_5_1_1~9 (家務及日常生活照顧)

	Frequency	Percentage
餐飲服務	18	5.50
洗補衣物	44	13.46
環境改善	186	56.88
文書處理	4	1.22
陪同就醫或聯絡醫療機構	75	22.94
陪同或代購物品	40	12.23
陪同散步	50	15.29
日常照顧	3	0.92
有時幫忙接送回家	1	0.31
按摩	1	0.31
問安及聊天	15	4.59
換藥或量血壓	2	0.61
幫忙個案領輔助金	1	0.31

B_5_2_1~10 (身體照顧服務項目)

	Frequency	Percentage
進食	16	4.89
服藥或換藥	14	4.28
更衣	52	15.90
翻身	12	3.67
扣背	24	7.34

上下床	7	2.14
肢體關節運動	67	20.49
沐浴與身體清潔	136	41.59
使用生活輔助器或復健	6	1.83
按摩	11	3.36
教導生活技巧(穿衣),聊天,放鬆心情	2	0.61
廁所(換尿片)	3	0.92
散步或體能訓練	2	0.61

不同身分別接受之身體照顧服務項目數

	低收入戶		中低收入戶		一般戶		P
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	
身體照顧服務項目數	0.30	0.56	0.95	0.94	1.07	1.32	0.021

P for One -way ANOVA test

Scheffe Test: 低收入戶 vs. 一般戶, P=0.021

服務時數是否符合約定時數	Frequency	Percentage
no	20	6.12
yes	216	66.06
not sure	86	26.30
Missing	5	1.53
Total	327	100.00

服務員是否經常早退	Frequency	Percentage
no	281	85.93
yes	37	11.31
Missing	9	2.75
Total	327	100.00

服務員服務時間是否經常更改	Frequency	Percentage
no	264	80.73
yes	48	14.68
Missing	15	4.59
Total	327	100.00

服務時間更改是否事先徵求同意	Frequency	Percentage
no	16	4.89
yes	30	9.17
Missing	281	85.93
Total	327	100.00

家戶受訪者對居家服務員滿意度：

居家服務員服務態度為何	Frequency	Percentage
非常不滿意	3	0.92
不滿意	14	4.28
尚可	52	15.90
滿意	215	65.75
非常滿意	38	11.62
Missing	5	1.53
Total	327	100.00

居家服務員服務技巧為何	Frequency	Percentage
非常不滿意	2	0.61
不滿意	17	5.20
尚可	63	19.27
滿意	208	63.61
非常滿意	32	9.79
Missing	5	1.53
Total	327	100.00

您覺得居家服務員提供的服務是否能符合您的需求

	Frequency	Percentage
滿足	176	53.82
普通	117	35.78
不滿足	29	8.87
Total	322	98.47
Missing	5	1.53
Total	327	100.00

是否額外收取服務費用

	Frequency	Percentage
no	316	96.64
yes	6	1.83
Missing	5	1.53

Total 327 100.00

額外收取服務費用之收取名目	Frequency
多擦案主之臥室地板	1
陪同案家去醫院	1
購物	4

居家服務單位社工督導是否定期家訪或電訪	Frequency	Percentage
no	134	40.98
yes	185	56.57
Missing	8	2.45

家訪或電訪方式	Frequency	Percentage
家訪	75	40.5
電訪	58	31.4
家訪電訪皆有	52	28.1

是否知道「台南市長期照護管理示範中心」	Frequency	Percentage
no	283	86.54
yes	39	11.93
Missing	5	1.53
Total	327	100.00

目前接受之長照服務	Frequency	Percentage
喘息服務	6	1.83
居家護理	21	6.42
居家服務	268	81.96
日間照顧	1	0.31
送餐服務	4	1.22
復健服務	1	0.31

是否有其他長照需求	Frequency	Percentage
喘息服務	17	5.20
居家護理	3	0.92
日間照顧	4	1.22
送餐服務	13	3.98
機構安置	4	1.22
復健服務	27	8.26

輔具服務	1	0.31
經濟支持	45	13.76
小計	114	34.9%

健康評估

	Mean	S.D.
心智功能篩檢		
合計正確題數	7.68	2.88
合計不正確題數	2.31	2.88
巴氏量表	58.47	34.91
工具性日常生活量表	8.28	7.31

心智功能篩檢是否通過標準

	Frequency	Percentage
通過標準	119.00	36.39
未通過標準	23.00	7.03
Missing	185.00	56.57
Total	327.00	100.00

巴氏量表得分統計表

得分	人數	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	40	12.2	12.2
5.00	9	2.8	15.0
10.00	8	2.4	17.4
15.00	13	4.0	21.4
20.00	5	1.5	22.9
25.00	9	2.8	25.7
30.00	5	1.5	27.2
35.00	7	2.1	29.4
40.00	9	2.8	32.1
45.00	12	3.7	35.8
50.00	8	2.4	38.2
55.00	5	1.5	39.8
60.00	19	5.8	45.6
65.00	9	2.8	48.3
70.00	15	4.6	52.9
75.00	27	8.3	61.2
80.00	17	5.2	66.4

85.00	13	4.0	70.3
90.00	37	11.3	81.7
95.00	18	5.5	87.2
100.00	42	12.8	100.0
Total	327	100.0	

巴氏量表分組

score	Dependency	N	%
0-20	完全依賴	75	22.9
21-60	嚴重依賴	74	22.6
61-90	中度依賴	118	36.1
91-99	輕度依賴	18	5.5
100	完全獨立	42	12.8
小計		327	100.0

依據內政部居家服務申請規定，一般失能老人及身心障礙者的巴氏量表分數

輕度失能為 61-80 分或 81 分以上 有 197 人 (60.2%)

中重度失能為 31-60 分 有 65 人 (19.9%)

極重度失能為 30 分以下 有 89 人 (27.2%)

工具性日常生活量表(IADLs)得分統計表：

IADLs得分	人數	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	49	15.0	15.0
1.00	23	7.1	22.1
2.00	30	9.2	31.3
3.00	19	5.8	37.1
4.00	17	5.2	42.3
5.00	14	4.3	46.6
6.00	13	4.0	50.6
7.00	18	5.5	56.1
8.00	10	3.1	59.2
9.00	11	3.4	62.6
10.00	8	2.5	65.0
11.00	7	2.1	67.2
12.00	6	1.8	69.0
13.00	8	2.5	71.5
14.00	6	1.8	73.3
15.00	10	3.1	76.4
16.00	12	3.7	80.1

17.00	11	3.4	83.4
18.00	18	5.5	89.0
19.00	8	2.5	91.4
20.00	4	1.2	92.6
21.00	7	2.1	94.8
22.00	3	.9	95.7
23.00	12	3.7	99.4
24.00	2	.6	100.0
missing	1		
Total	327	100.0	

Ps.以內政部智能障礙者之工具性日常生活量表(IADLs)標準，得分在 14 分以下者(輕度及中重度)佔 73.5%；在 9 分以下者(極重度)也有 62.3%之多。

參、居家服務使用家戶開放式意見

針對居家服務支援中心 A 之意見

編號	開放式意見
A1-1	真正做事約 1 小時，其他時間都在看電視。 穿高跟鞋不方便推輪椅，讓家屬自己推。 喘息機構不讓家屬關心（看個案），而且把個人物品分給別人使用，亦沒事先通知家屬，很多東西也沒有歸還。 病患不會說話，有意見難表達
A1-5	居家服務支照顧服務員有時候會早來，以自己時間為主。
A1-12	使用者並不知道每月服務時數、免費時數、半自費時數、自費時數及每次服務時間。
A1-13	不清楚每月服務時數及免費時數。
A1-14	孫子和親戚輪流照顧 每月服務時數不一定 平均一星期服務次數不一定（案主家人有需要時即打電話請服務員來）
A1-15	長期經濟上無法負荷
A1-16	不知道免費時數、半自費時數及自費時數。
A1-32	不識字 不清楚每月服務時數及免費時數。
A2-2	子女人數不願透露，表示與「居家服務滿意度」無關。
A2-4	不清楚每月服務時數、免費時數、半自費時數及自費時數。
A2-8	不清楚每月服務時數、免費時數、半自費時數、自費時數、平均一星期服務次數及每次服務時間。
A2-11	不知自己身份，但一個月一萬三千元 不知道每月服務時數、免費時數、半自費時數及自費時數。
A2-13	教育程度不清楚

	不知道每月服務時數、免費時數、半自費時數及自費時數。
A2-14	不知道每月服務時數及免費時數。
A2-16	不知道每月服務時數、免費時數、半自費時數、自費時數及每次服務時間。
A2-17	不知道每月服務時數及半自費時數。
A2-18	身分別不清楚 不知道每月服務時數、免費時數、半自費時數及自費時數。
A2-20	不知道每月服務時數及免費時數。
A2-41	女兒會來送餐，但平時對她較少照顧。
A2-47	不知道每月服務時數、免費時數及每次服務時間。
A2-48	不知道每月服務時數及免費時數。
A2-54	不清楚每月服務時數及免費時數。
A3-11	忘記每月服務時數及免費時數。
A3-12	需要有人送餐(午餐和晚餐)
A3-14	子女輪流照顧 希望不要常換服務員
A3-16	不知道每月服務時數、免費時數、半自費時數及自費時數。
A3-17	自己不確定是否為低收入戶 不知道每月服務時數、免費時數、半自費時數及自費時數。 每次服務做完就走 病患聽不懂且不會說話
A3-25	不清楚每月服務時數及免費時數。
A3-30	不清楚每月服務時數及免費時數。
A3-44	1.針對肢障者需環境清潔。 2.對服務人員訓練，也應有環境清潔方面，因需求與老人不同。 3.環境清潔應視情況而定，而非只針對某房間才打掃（社工）。 4.謝謝長照有此服務，但需多加推廣。 5.建議多做訪視，瞭解個案真正的需要，且真的去參考改進。
A4-4	不知道每月服務時數、免費時數及每次服務時間。

針對居家服務支援中心 B 之意見

編號	開放式意見
B1-1	有些病患不用服藥
B1-2	病患為植物人
B1-4	居家服務單位社工督導電訪一年約 1~2 次 植物人
B1-5	不清楚每月服務時數 中風又失智
B1-6	93 年 12 月住院 身分為榮民 居服員在場

B1-7	身分為榮民 中風多次
B1-9	不記得每月服務時數
B1-10	身分為榮民 嚴重脊椎受傷
B1-11	身分為榮民 不清楚每月服務時數 視障、中風
B2-1	眼睛看不到、脊椎動過手術
B2-3	智障
B2-4	智障，無法理解
B2-5	身分為榮民 中風，有時不清楚
B2-6	重度痴呆症
B2-7	眼盲，聽障
B2-8	重度智障
B2-11	無法說話
B2-14	身分為榮民 車禍，中風
B2-15	殘障手冊申請中
B2-16	不記得每月服務時數
B2-17	身分為榮民
B2-18	每月服務 1 次 腦中風，不能說話，表達不清楚
B3-3	沒有服藥
B3-4	不清楚每月服務時數
B3-6	不清楚每月服務時數 90 歲的老人，肢障且智力有時不清楚，還得照護智障的太太，及 2 個智障的女兒。
B3-7	訪查時，居服員在場
B3-8	身分為榮民 個案身體、精神狀況皆良好。
B3-9	居服員告訴案主，嫌錢太少，她還要做其他工作，有空才能來，沒時間就不能來。 脊椎手術，雖各項動作可行但不能持久。
B3-10	身分為榮民 因車禍致腦智不良，記憶不好有時候會馬上忘記。
B3-11	每月只服務 1 次 個案以為此項服務費用，會不會扣到她兒子的薪資。 經截肢手術

B3-19	居服員告訴案主，希望的工作是只陪同案主去醫院或幫忙拿藥。 只願擦客廳周圍之地板。 經脊椎手術，動作上有時候不行
B3-22	身體不平衡
B4-1	每月服務時數很少 每次服務時數很短 聽障，眼力不好
B4-3	需外出皆坐自己的三輪車
B4-6	不清楚每月服務時數
B4-7	不清楚每月服務時數 有時候發病會無法走路，平時還可以。
B4-9	低收入戶，需照顧患有肝硬化的兒子，沒有其他照顧者，本人患有攝護腺疾病，正在切片治療中。
B4-10	失憶
B4-11	不清楚每月服務時數

針對居家服務支援中心 C 之意見

編號	開放式意見
C1-2	不識字 92 年之前有領殘障手冊（肢障） 不清楚平均一星期服務次數及每次服務時間
C1-4	居家服務單位社工督導家訪過一次
C1-5	居家服務時間其中 8 小時給妻子的服務員帶去看醫生
C1-6	重度肢障 91.8.1 申請之後沒辦 居家服務單位社工督導一個月一次家訪 案主（的家屬）有其他長期照護需求：喘息服務希望一年 1~2 次；經濟支持 1 個月只有 5000 元，需買尿布、牛奶
C1-11	居家服務每次服務時間通常一個多小時 居服員一個月約有 1~2 次沒來
C1-12	殘障手冊剛申請尚未發 不清楚每月服務時數及免費時數 居服員每天都來，不一定待多久，有時一天來兩、三次
C1-13	不清楚每月服務時數及免費時數
C1-16	案主有 32 小時的時數，但案主認為不需要到 32 小時，24 小時就夠了
C1-18	接受醫院的居家護理
C1-25	服務員蘇小姐從 93 年 12 月開始服務，服務不錯
C1-26	不識字 居家服務單位社工督導電訪過一次
C1-27	居家服務是由教會朋友介紹開始的，之前都不知道
C1-28	案主認為其無照顧能力，因妻也有肢障

C2-1	平均一星期服務次數及每次服務時間不一定，有需要時打電話請居服員家務及日常生活照顧含家事服務
C2-2	不識字 服務員服務時間同一天但不一定同時段，不一定會先打電話通知
C2-3	不清楚每月服務時數及免費時數
C2-6	不清楚每月服務時數及免費時數
C2-8	居服員為鄰居，原本居服 1 週 2 次，94 年改 1 週 1 次，覺得不合理，不被尊重，希望仍 1 週 2 次 殘障手冊已五年沒更新 服務員太年輕 一星期服務次數自 94 年 1 月改 1 週 1 次
C2-10	國中只唸三天
C2-12	不清楚每月服務時數、免費時數、半自費及自費時數
C2-14	居家服務單位社工督導電訪過一次
C2-15	案主覺得沒必要居家服務單位社工督導定期電訪或家訪
C3-1	靠老人年金，一個月 6000 元生活
C3-2	不識字 不清楚每月服務時數、免費時數、半自費及自費時數，需要就醫時才打電話請居服員來 原本住的房子要被賣掉，希望能去安養中心，已申請
C3-4	太太行動不方便，準備食物較困難
C3-6	居家服務是由教會朋友介紹開始的
C3-7	居家服務單位社工督導電訪或家訪約 1~2 個月 1 次
C3-8	居家服務是由里長主動幫忙申請的 居家服務單位社工督導家訪過一次 靠老人年金生活
C3-9	需要時會以半自費方式，增加服務時數 捐款給關懷協會 1080 元 每次服務時間有半小時騎車
C3-10	居家服務單位社工督導電訪過一次
C3-11	平均一星期服務次數及每次服務時間不固定，需要會叫居服員來
C3-12	照顧者為殘障人士
C3-14	居家服務單位社工督導電訪過一次
C3-15	不清楚每月服務時數、免費時數、半自費時數、自費時數、平均一星期服務次數及每次服務時間
C3-16	不識字 不清楚每月服務時數、免費時數、半自費及自費時數
C3-17	居家服務單位社工督導 2 個禮拜 1 次電訪 一個月只有 3 千元，做復健，交生活費不夠
C3-19	不識字

C3-24	不清楚每月服務時數及免費時數 不清楚平均一星期服務次數及每次服務時間，但需要時打電話居服員會來
C4-1	不清楚每月服務時數、免費時數、半自費及自費時數
C4-2	儘有養子1人，缺乏照顧
C4-3	個案眼睛不好 不清楚半自費時數及自費時數 服務次數為1個月1次 需要時打電話居服員才來 復健，但沒人接送（一個月6000元，光房租就3000元）
C4-5	不識字 不清楚每月服務時數、免費時數、半自費及自費時數 僅靠領老人年金生活

針對居家服務支援中心D之意見

編號	開放式意見
D1-6	僅接受一個月服務
D1-7	居服人員常改
D1-9	重聽 個案表示居家服務宣傳不周 主要照顧者雙眼失明，行動不便，無工作
D1-15	住院中 由家屬得知個案非常清醒
D1-17	有肢障（中風）
D1-18	機構主動削減時數 個案覺得服務員不專業，未顧及病患安全，醫療知識差 服務員更改服務時間有時候沒有事先徵求同意 服務員做事馬虎 個案對督導非常不滿意，覺得督導和服務員不應批評個案家庭問題
D2-14	案主中風需要復健服務
D2-16	服務員太常更換，希望可以固定一點
D2-17	個案照顧妻子 有兩位心智障礙的女兒需人照顧
D2-20	個案女兒真的非常疲憊，有經濟壓力、工作因素加上要照顧母親，每天都睡眠不足
D2-24	此人已停止接受居家服務四、五個月了（因為申請外勞）
D2-32	洗腎、造瘻口 可自行清潔造瘻口 腎衰竭（無尿）
D3-1	服務時間為星期二、五，每兩週的星期五為4小時
D3-3	家屬無收入

D3-21	沒有小便非常困擾
D3-29	一家五口皆沒收入
D3-32	女婿態度惡劣，會罵個案 居家服務是由里長介紹開始的 個案希望可以被安置在機構，據訪員了解，個案之家人似乎不想理她， 未被妥善照顧
D3-35	因洗腎所以無尿

綜合受訪家戶（病患本人或其家屬）之意見得知：

1. 許多家戶使用居家服務皆為免費補助之時數，因此並不很清楚每月服務時數及免費時數等。
2. 少數居服員按照自己方便時段提供服務，並未徵得同意，且偶有未實際到家戶服務之情形。例如有些受訪者表示平均一星期服務次數及每次服務時間不固定或有些是需要就醫時才打電話請居服員來或需要時打電話居服員才來。
3. 少數居服員提供之服務與家戶認知有落差，因而引起爭議。

依據受訪家戶綜合意見，本研究關切及建議事項如下：

1. 實際免費服務時數因家戶並不清楚者多，因而缺乏監管機制(服務量的控制)。
2. 由居服員提供之居家服務項目主要包括家事服務及身體照顧，但服務品質有待監測與追蹤機制(服務品質的控制)。目前僅由各居家服務支援中心之社工督導員定期或不定期電訪以了解案家需求，有些並未真正落實且恐流於形式，有自護其短之嫌。
3. 基於民眾相關居家服務資訊與知識之不足，目前多數家戶仍將居家服務視為福利而非權益，也不知應如何要求改善服務內容與範圍。
4. 居服同意書或契約在簽定時應詳加說明並充分討論案家所需服務內容與範圍，達到病患參與與充權，以符合案家實際居家服務之需求。
5. 個案之服務計劃應定期重新評估與檢討，並建議可以由衛政或社政機關或委由公證之第三者來執行而非原先之居家服務支援中心執行。
6. 居家服務需求多元且複雜，建議考量因素除現有評估標準應定期修訂外，也應納入社工、護理等專業人員即需成立綜合評估小組來執行。尤其是否需要免費居家服務時數之認定應同時結合其他長期照護資源之提供一併考量，例如居家護理、居家復健或其他在宅服務等，以尋求最適當之資源有效配置與利用，自費時數部分則可暫不列入管制。

肆、適當性議題

基於本研究所提出之研究問題，經研究結果得知：

一、由資源配置的角度，居家服務模式的接受者在接受居家服務之初，多半仍以親友介紹(45.6%)或者是由政府或居服機構推廣(39.7%)之被動方式居多，僅8.9%為自行打聽。以服務內容來看，研究發現身分別對於服務內容有顯著影響，其中一般戶在身體照顧服務項目上居多，比起低收入戶有顯著差異。另外，多數接受者仍不清楚服務宗旨、內涵及服務範圍，也較難進一步要求服務內容並積極溝通所需服務方式及改善之道。因此，是否得到的為適得其所的長期照護，目前僅能從其生理需求面加以評估，即目前所使用的巴氏量表和工具性日常生活量表。然而實際上，即使功能殘障等級相若之兩位病家其所需服務內容也

或有所差異。再者，居家服務性質上僅能協助家庭照顧者或補充不足之人力，並無法取代，因此真正所需之服務項目應與照顧者充分溝通後方見其效，例如翻身、洗澡、肢體運動等需專業或人力協助之工作，一週幾次何時來做等。另外家事服務部分因較單純較不牽涉照護專業或較不費力，多半為居服員所傾向提供之服務，則較易因家事服務內容和範圍問題在提供者與接受家戶間產生爭議，應事先於契約訂立時即與案家溝通確立。由目前居家服務使用時數仍以充分使用免費時數居多，而自費時數的居家服務申請，居家服務支援中心資料顯示其服務內容以身體照顧項目居多，即可見一般家戶在居家服務方面之所需。

二、基於病患及家屬充權的政策，居家服務模式的接受者理論上應可依自身需求主動提出居家服務之申請。然而本研究發現，案家選擇此類照護多為親友介紹或者是由政府或居服機構推廣之被動方式居多，因此，首先在動機上以及資訊上仍多為不足之情況。由受訪家戶意見進一步也發現，居家服務內容似乎在契約訂立時仍缺乏完全或充分的溝通，因此受訪家戶所知不多，案家對本身所需之長期照護需求也並不知道是否可以透過居家服務獲得滿足、該如何要求、向誰求助或詢問。以長期照護中心為例，受訪案家有 86.54% 並不知道它的存在和功能，更遑論求助之道。因此在使用感受上，對居家服務的滿意度似乎為遠勝於無，以普通(19.3%)和滿意(63.6%)居多，也有大於 5% 的案家勇於表達不滿意之意見。至於居家服務員提供的服務是否能符合您的需求則也呈現此情形，雖多半回答滿意或尚可，但也有近 10% 的受訪者感到無法符合需求。以上為訪員實際接觸受訪案家之綜合觀察，以這一代老年人之意見表達之含蓄以及人情味濃之國情下，研究者實感居家服務的實施方式仍有多方面改進之空間。

研究限制方面，由於目前接受居家服務個案以一般戶居多，本研究為配合居家服務品質之調查，在抽樣上分別依據居家服務支援中心別以及失能等級別進行分層隨機抽樣，以致在樣本配置上低收入戶及中低收入戶樣本較少，分別為 23(7%)及 21 人(6.4%)，恐影響部份推論統計因樣本較少而必須修正所產生之結果。另外，研究設計上未能單獨區隔出自費以及半自費時數所使用之服務內容，以致未能區辨出民眾自費時數之需求。建議未來研究可以針對自費以及半自費時數之使用做調查，以提供相關政策所需之充分資訊。

【結論】

本研究由供需角度探索目前實施中之居家服務模式。我國居家服務模式隨著時間之發展。接受居家服務之案家，最初是以中低收入戶為主，隨著個案之開發及政府部門政策及相關單位之宣導，目前服務案量以非中低收入之一般戶居多，而補助免費時數由輕度失能到極重度失能均有不同等級之免費居家服務補助時數，針對低收入戶的失能等級為日常生活需人照顧者也有十小時之免費補助時數。研究發現接受居家服務之個案依其不同身分仍以充分使用內政主管機關規定之免費補助時數居多，使用自費時數較少。依據服務對象區分亦可發現，受到補助時數規定之影響中低收入戶老人之服務項目及內容著重於家事服務之環境整理，非中低收入戶則較著重在身體照顧服務之協助個人清潔及肢體復健方面。尤其非中低收入之一般戶使用之居家服務項目在身體照顧服務項目上居多，比起低收入戶有顯著差異。由此可見，社區介入方案中之居家服務模式其使用情形充分受到相關居家服務政策規範之影響至鉅，而一般戶因免費補助時數較少，在居家服務內容上較可以反應其實際需求。由資源配置角度，因目前行政機制僅從其生理需求面及精神狀態加以評估，即所使用的巴氏量表、工具性日常生活量表及失智症評估量表等，然而實際上，即使功能殘障等級相若之兩位案家其所需服務內容也或有所差異。再者，居家服務性質上僅能協助家庭

照顧者提升照護品質或補充不足之人力，並無法取代，因此真正所需之服務項目應與照顧者充分溝通後方見其效。至於免費補助時數方面，定期評估機制的建立與落實十分重要，建議應由跨專業整合之評估小組客觀為之，將個案整體長期照護需求納入考量，而非僅單方面衡量其是否符合居家服務補助之收案條件。如此藉由公共政策的力量以導正民眾使用居家服務的觀念及行為表現，除個案之身心狀態評估外，亦能以整體家庭需求為考量，結合不同之長期照護資源，以個案管理方式將適合居家照顧之個案安置在家裡。

本研究結果在供給面上由資源配置的角度，提供居家服務模式服務現況及接受居家服務個案之失能情形。在需求面探求病患及家屬其對接受居家服務的實質需求心聲和使用感受，可增加對本土化發展居家服務模式特性之瞭解。期藉供需整合資訊平台之搭建，尋求屬於我國的社區化長期照護居家服務模式，能真正深入社區並融入需求者的家庭和社會。

可供推廣之研發成果資料表

 可申請專利 可技術移轉

日期：__年__月__日

國科會補助計畫	計畫名稱：由供需角度探索社區介入方案中居家服務模式之發展 計畫主持人：劉立凡 助理教授 計畫編號：NSC93-2412-H-426-001-SSS 學門領域：社會學
技術/創作名稱	
發明人/創作人	
技術說明	中文： (100~500 字)
	英文：
可利用之產業 及 可開發之產品	
技術特點	
推廣及運用的價值	

※ 1.每項研發成果請填寫一式二份，一份隨成果報告送繳本會，一份送 貴單位研發成果推廣單位（如技術移轉中心）。

※ 2.本項研發成果若尚未申請專利，請勿揭露可申請專利之主要內容。

※ 3.本表若不敷使用，請自行影印使用。