

營造一個讓人感到幸福健康的社區建構 北投社區健康福祉網絡的芻議



洪德仁・周家慧

台灣高齡化的趨勢，近年來更為明顯。1993 年，台灣 65 歲以上的老人人口突破總人口數的 7%，正式進入聯合國所定義的「高齡化國家」。

2006 年 4 月底，我國的老人人口約為 224 萬人，占總人口的 10%。行政院經建會推估，至 2026 年台灣老人人口將達總人口的 20%，等於每 5 人就有 1 位資深公民。台灣高齡化的速度與日本差不多，比歐美平均快了一倍以上，讓我們面臨快速高齡化的壓力。

因應快速高齡化的壓力，檢視我們的社會，我們準備好了嗎？老人到底是我們的負擔？還是我們的資產？我不認為台灣有老人問題，而是人口老化、老人照顧等迫在眉睫的議題，需要我們來重視。

社區老人照顧

長期照顧是指對身心功能有障礙的老人，提供一套包括醫療、護理、生活照料與情緒支持的照顧服務。若以宏觀角度來看，健康老人的安養，除公部門所提供之資源、家庭照顧外，開發社會資源更可強化社區照顧的能力，更是我們要重視的議題。若三種：機構照顧、社區照顧、家庭照顧，目前大部分老人受家庭照顧，少數住到養護機構接受機構照顧。社區照顧概念源於英國社會福利政策，二次大戰後，「反機構化運動（anti-institutionalization movement）」希望改變或消除機構對服務對象的負面影響，特別是育幼院、精神病院及老人院等，很多服務模式和策

略，都是以在社區內為服務對象提供適當的服務為目標。

由於建造和經營照顧機構（院舍）是相當昂貴的，機構照顧是一種與社會隔離式的照顧，容易使老人們在心理上受到損害，妨礙獨立生活能力。而大部分老人留在家裡由不具有照護專業能力的家人照顧，長期下來往往會造成照顧者疲累與壓力。因此，社區照顧是人性化及社會融合，讓有需要照顧的老人留在家裡，生活在熟悉的社區環境中，又能就近得到熟識的社區志工適切的照顧，相對於遠離家園去到一個陌生的機構（院舍）接受照顧，這種方式是更具人性化且較符合社會融合的原則。

謝穎慧等（2002）研究指出：社區老人對於家事服務、餐飲準備、持續性照顧、個人照護及護理照護等各項服務，無論是實際使用及自覺需要的比例皆呈現上升趨勢；就服務提供者而言，家人、朋友、鄰居仍是家事服務、餐飲準備、持續照顧、個人照護及護理照護等各項服務的主要提供者，但隨年紀漸增，使用機構或受雇者所提供服務的老人比例顯著上升。

德國有一個老人的聚落，政府邀請學者專家規劃老人院安養機

構，這些老人家居然告訴學者專家和政府說，我們都還可以走得動，我們有能力去照顧身心障礙者和行動不方便的老人家，讓我們自己照顧自己吧！這是一個很有趣的老人再生的情形，他們用老化的農村，閒置的農舍或倉庫，以社區自助互助模式，規劃成一個具有生趣的老人安養天堂。因此，社區照顧是在社區內接受照顧，也由社區在地人提供照顧；具有在地老化、社區參與、互助互惠、資源整合、全人服務的特色。更重要的是，在家庭功能轉變的今天，社區可視特色與需求進行資源整合、發展，讓老人有在地安養的機會。

在社區看到需求

都會區有獨居老人需要關心嗎？雙薪家庭的長者午餐有人準備嗎？除了送便當，弱勢族群還需要健康關懷嗎？隨著高齡人口及雙薪家庭的比例逐年提高，長者因著子女外出工作致使生活無人料理。據瞭解北投區有 4 千多名獨居、中低收入長者及身心障礙者用餐不易，導致影響健康。北投社區有些社區團體長期提供獨居長者關懷送餐服務，提供初級預防照顧服務，像關

懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等，政府也給予支援補助，但是社區仍面臨一些操作的瓶頸，例如：

1.資源的不足：社區裡獨居的低收入老人家及身心障礙者，雖有政府社會福利體系給予補助救濟，但仍有為數不少的獨居中收入老人家、單親、隔代教養及特殊境遇家庭，負擔不起食物材料費用，社區有心卻力不足，無法提供營養餐食，十分可惜。

2.人力不足：社區仰賴有心的志工，喜樂參與製作餐食、送餐、關懷服務，大多數是義務服務，天天需要參與志願服務，經年累月下來，難免有人力更迭、流失的狀況。

3.民眾使用可近性不夠：社區老人家、弱勢族群對於社會資源資訊不足，使用可近性不夠。

4.製作餐食條件不足：有的社區自行設立廚房，志工製作餐食，有的則由不同的愛心餐廳提供，有的則由學校餐廳提供，製作餐食條件各異，衛生安全缺乏保障。

5.健康醫療專業不足：由於社區志工並沒有接受嚴謹細密的健康專業訓練，社區健康營造資源整合不足，缺乏個案管理能力，以致於

除了關懷送餐，提供部分家事服務，其健康醫療、社福專業知能有待強化。

6.社福支援服務體系不足：社區伙伴大多數是義務職，對於社會福利知能及體系，瞭解較少，對於有特殊社會福祉需求者，無法提供適宜的轉介，或媒合社會資源，給予老人家周延的服務。

7.跨領域資源不足：老人家需要的是持續性、完整性之全人關懷照顧，以兼顧老人家生理、心理、社會層面之健康福祉需求，提供全人服務。跨領域專業資源需要整合，也是社區團隊需要學習的地方。

因此，北投文化基金會針對需求，為確實擴大社區參與，結合資源，我們以培力結盟、共同成長模式，與北投社區發展協會理事長聯誼會舉辦多場次協調座談會，凝聚共識，並結合法鼓山社會福利慈善事業基金會，慈悲贊助食物材料費用，在台北榮民總醫院家庭醫學部、陽明大學社區護理研究所的專業指導，整合北投社區大學、台北北區社區醫療群（註 1）、北投區社區發展協會理事長聯誼會、奇岩、文化、福興、榮光、東華、吉慶、清江、關渡等社區，一起推動

「關懷長者、溫馨送餐」活動。
（註 2）在政府和學者正忙著規劃、示範、試辦中長期照護計畫之際，基層的北投社區，本諸「助人助」、「老吾老以及人之老」精神，已經發展出初步的成果。

服務內容

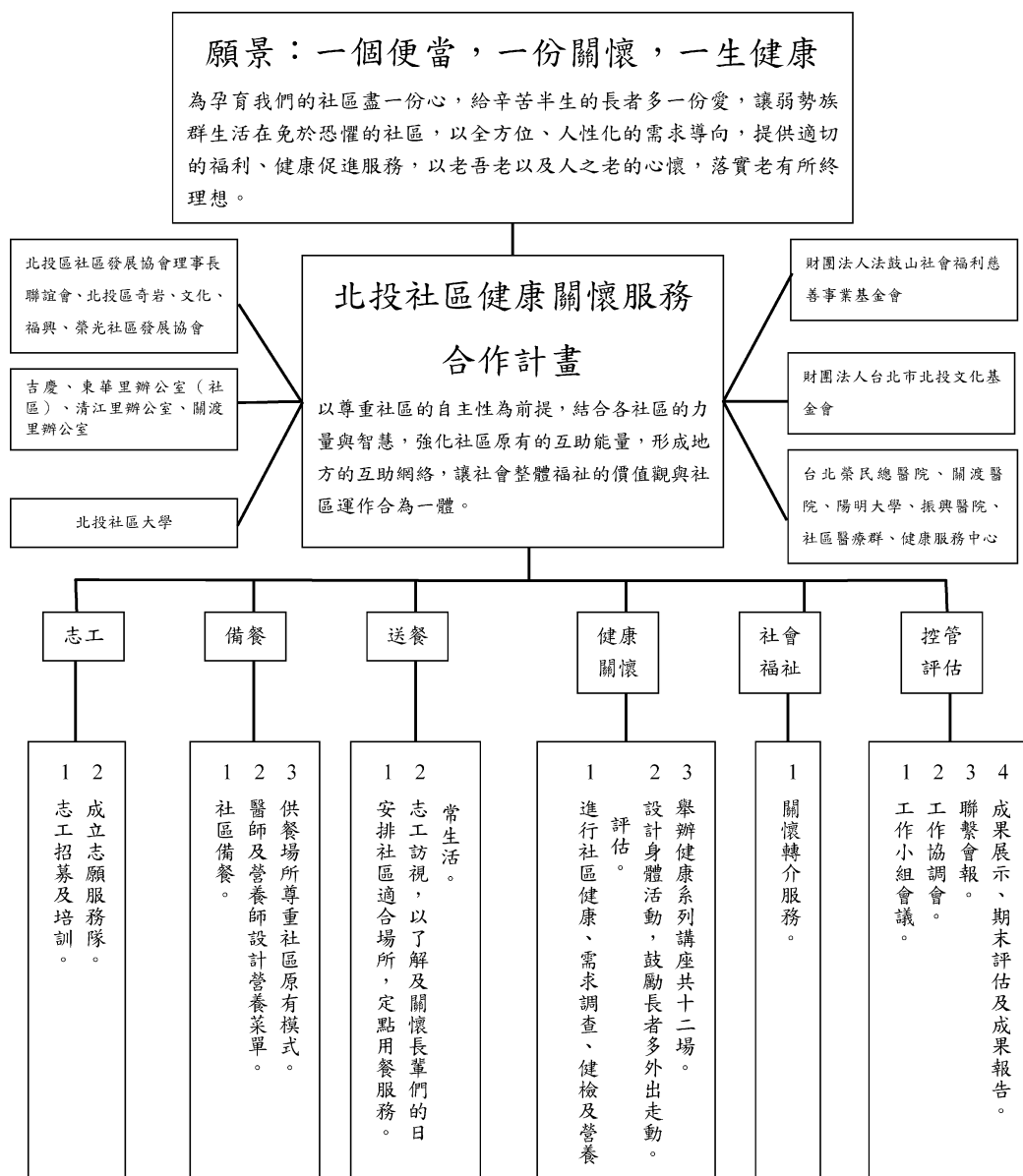
一個便當一個希望，送餐活動包含了生命與關懷的期待，傳遞社區溫暖，改善社區生活品質。

2005 年 9 月開始，推動「北投社區健康關懷服務合作計畫」，社區關懷服務對象一部分為政府列冊補助的低收入戶、中低收入及社區獨居老人，以及其他未符合補助資格但確實需要幫助的獨居、特殊境

遇及身心障礙者，約 80 人。

2005 年 11 月，我們更安排社區醫療群醫師、一般醫學訓練社區健康營造課程醫師、護理人員、志工家戶訪視，進行社區健康需求及生活型態調查，加上關渡醫院協助健康檢查，讓我們瞭解長輩們的日常生活型態、健康狀況，也讓我們構思規劃「建構北投社區健康福祉網絡」的需求和可行性。

參與服務的社區團體 8 個，提供健康福祉專業資源團體至少 6 個，志工 60 人，在社區互動中，改善社區健康關懷服務，計畫項目包括：



北投區健康關懷服務合作計畫架構圖

1.服務志工招募、培訓及組織志願服務隊：

招募社區居民、社區大學學員，並鼓勵社區團隊原有志工參

與，約 60 人，擔任服務志工，進行培訓。運用受訓結業的服務志工，組成志願服務隊。法鼓山社會福利慈善事業基金會提供年度團體平安

保險。其中 15 人申請行政院勞工委員會多元就業開發方案（社區型計畫），持續穩定提供關懷服務。

2.老人關懷送餐服務：

(1)提供營養餐食，以減少高齡老人炊食之危險及購物之不便。送餐對象以北投社區獨居、中低收入長者及身心障礙者為主，每週一至五提供營養午餐乙份，每日 80 人，每份材料費用 35 元（法鼓山社會福利慈善事業基金會全額補助）。各社區的名額為：東華社區發展協會 15 人、吉慶社區發展協會 15 人、奇岩社區發展協會 10 人、福興社區發展協會 10 人、文化社區發展協會 10 人、榮光社區發展協會 10 人、清江里辦公室 10 人；2006 年 10 月起各社區調整若干名額，增加關渡社區 4 人。台北榮民總醫院家庭醫學部、社區醫師和專業營養師設計符合老年人健康需求營養菜單，社區組織設置合乎衛生標準之廚房設備，服務志工製作營養餐盒，親自送至各個長輩。我們也安排社區適合場所，提供定點用餐服務，期待鄰近行動方便長者多加使用。

(2)供餐場所由社區自行決定，需合乎衛生安全要求，並請北投區健康服務中心專業輔導。其模式有三：

①社區自設廚房備餐，例如東華社區與奇岩社區。

②與社區愛心商家合作，購買愛心餐盒，例如吉慶社區、福興社區與文化社區。（註 3）

③合作社區團隊協助備餐，例如榮光社區及清江社區便是由東華社區協助準備餐食。

3.訪視、社區健康需求及調查：

關懷志工在社區醫療群醫師、畢業後第 1 年住院醫師社區醫療實務訓練計畫（PGY1）醫師、護理人員、志工分組進行社區老人訪視、量血壓保健等服務，以了解及關懷長輩們的日常生活，進行社區健康狀況及需求調查，協助連結醫療照顧及社會福利資源的協助等，達到社區互助與關懷之目的；關懷志工訪視或電話問安，每人每星期至少訪視 2 次。實施的評估有：健康狀況、需求調查、成人健檢、社會資源運用情形、生活型態等，為長輩們的健康把關。

4.關懷轉介服務：

針對長者社會、健康需求及狀況，協助尋求社會福利、醫療照顧資源，安排適當關懷轉介服務，讓長輩們老有所終。

5.社區健康促進行動：

(1)針對長者健康狀況，進行養生保健、才藝教學系列講座每 2 星期 1 場共 25 場，提供老人自我成長與學習平台，指導接受送餐服務的長者，健康養生之常識，讓長輩們更懂得如何保養自己。

(2)陽明大學社區護理研究所設計「身體活動」，鼓勵長者及身心障礙者多外出走動，增加與人接觸的機會。

(3)奇岩、榮光、東華社區發展協會關懷站安排養生健康生活運動，從改變觀念與實作下手，養成老人運動習慣，有效改善老人健康體質。

6.執行工作協調會、工作小組會議及志工教育：

每 3 個月召開執行工作協調會，邀集輔導顧問、相關執行單位，以執行過程的成效為協調的重點，協助提升服務的品質與成果。每星期召開工作小組會議邀集相關執行單位工作同仁，協調、督導執行過程，協助解決困難點，協助提升服務的品質與成果。並邀請醫師、社福專家進行志工教育，強化關懷服務知能。

7.義賣園遊會展示成果：

2006 年年底辦理「關懷送餐健康服務義賣園遊會」活動，展示成

果，邀請北投區各里與各社區發展協會、宗教團體、健康醫療機構、社福團體機構、民眾等共同參與。並以義賣方式，募集贊助經費，持續為獨居、中低收入長者及身心障礙者關懷送餐，提供健康關懷服務。

8.服務評估與追蹤：

進行相關協調、行政、服務評估與追蹤工作。

社區愛心總動員

第一線的社區夥伴們的辛苦付出，與長輩們密切互動，是最了解社區長者們的需求，並且直接提供協助。

東華社區就是個令人驚喜的案例。在東華社區的辦公室裡，竟然可以利用兩坪大的茶水間，每天做出近 70 個便當！

因為把用餐的長輩視為一家人，東華社區媽媽們製作便當，一定使用自己吃的安心的食材。這裡的便當用的是五穀飯，考量到有些長者咀嚼能力較差，社區媽媽每天都會煮兩鍋不一樣的飯，咀嚼能力較差的就使用煮軟一點的白飯，菜的部分也會考量到老人家的身體狀況而少油少鹽，避免造成長者身體

健康的負擔。一開始很多長者並不習慣這種少油少鹽的健康餐，然而漸漸地他們從勉強吃下、到喜悅接納，認同這樣的食物有益健康，進而依賴這份餐，這些轉折對社區志工而言是一種肯定，讓志工們覺得很有成就感與使命感。除了送餐之外，逢年過節的時候社區志工也會有一些貼心的小心意，比如端午節的健康粽、元宵節的湯圓、尾牙的潤餅和刈包等，過年也會寫小卡片，長者也都會有一些回饋，會打電話或是寫紙條給志工們，讓志工們倍感溫馨。

福興社區提供的便當是跟鄰近的愛心商家珍園自助餐合作，用優惠的價格讓志工到餐廳裡打菜給長輩，菜色及分量均由志工挑選，數年來如一日，靦腆的老闆阿堯總說：「將心比心，有一天我們也會年老，互換立場想一想，雖然不賺錢但也不會虧錢，現在能做的事就盡量做吧！」志工們也總能提供長者最貼心的服務，每天打菜的時候都會貼心地考量老人家的需求，哪一位長者牙口不好要吃軟一點的食物、哪一位長者不吃魚、哪一位長者飯要多一點、哪一位長者今天想吃麵等，負責送餐的嘉宏都在紙上記得清清楚楚。碰上颱風天餐廳沒

有營業的時候，擔心老人家餓肚子，里長也會發動志工在里辦公室裡煮了粥送到長者家中。正如福興社區蔡柳池里長說：「長者是我們的寶貝」，秉持著以「人」為中心的理念，志工們除了送餐及訪視之外，也會主動陪伴就醫、接送長者、幫長者打掃居家環境等，社區就像一家人。

奇岩社區的志工們考量長者都以慢性病居多，邀請三軍總醫院及國醫院營養師提供循環菜單，雖然用餐的長者不免會抱怨淡味的食物吃不習慣，但志工們多會耐心地和長者溝通健康飲食的概念，希望長者們能吃的健康。在食材選用方面也非常講究，都是經過檢驗的安心食材，而送餐也非常注重時間的掌握，希望能讓長者定時用餐。奇岩也成立社區關懷站，提供長者休閒的場所，並組成長青學苑、長青俱樂部，規劃多種靜態及動態的活動。協會也有固定的訪視員，平均1個月都會探訪長者1次、電話問安2次，並且鼓勵獨居的長者多出門走走，幫忙有需求的長者申請救援急難系統或轉介個案至相關社福單位。理事長高美華表示，志工訪視後會請志工進行統計分析，做出月報表，包含慢性病的統計、個案轉

介的統計等，也會做到轉介個案的後續追蹤，希望能讓長者都得到完善的照顧。就這樣，婆婆媽媽一起打造傳奇的「奇岩健康村」。

社區服務也讓弱勢族群找到服務或就業的機會，像東華社區的志工志成大哥，本身就是尿毒症患者，領有重大傷殘障礙卡，每週務必至台北長庚醫院洗腎 3 次，20 年的洗腎耗去大半的人生，但是社區志工的關懷及探訪，尤其里長常來關心及鼓勵，讓他慢慢重拾信心。他用同理心來關懷需要服務的長者，每天中午快樂的協助送餐的工作，連颱風天也不間斷，他說：「我要顧好身體，老人家可不能餓肚子。」因送餐讓他有被需要的感覺，也使他從灰暗的角落走到有愛的陽光，所以說施比受更有福。

從教職退休的福興社區志工李浩鳴說：長者對我們的到來，從懷疑的態度到熱情的歡迎，讓我們非常感動！尤其是有些長者會將其困難告訴我們，例如，有位沈爺爺抱怨它的牙齒不好，希望接受退除役官兵的政府補助，製作義齒，但長久以來，各個單位均在踢皮球！聽了他的訴苦後，我們答應協助處理。他很高興，透過我們的努力，終於儘快有明確的消息。有位中風

失能的崔伯伯，白天自己一人在家，看到我們到訪，需非常艱辛的為我們開門，讓我們很感動！我們也就知道，下次按電鈴時要耐心等待。李浩鳴希望趁自己還有餘力，多多回饋社會，作子女的好榜樣。

醫療訪視 服務到家

美國公共衛生協會（America Public Health Association）曾提出：

「社區基層醫療是 21 世紀醫療照護主流」的主張。社區導向基層醫療保健（community oriented primary care）已是全球醫療保健發展的方向，以社區病人為中心，提供全人完整醫療照護。經過 2003 年 SARS 疫情的衝擊，使我們有機會檢討臨床醫療訓練體系的再造，衛生署開始施行「畢業後一般醫學訓練計畫（PGY1）」，讓國內醫師，在第 1 年住院醫師訓練期間，完成一般醫學訓練。

目前的一般醫學訓練僅安排幾次的社區醫療機構觀摩見習，殊屬可惜。為落實以全人為基礎，提供優質的社區健康促進服務，2005 年 11 月起，醫院評鑑暨醫療品質策進會指導台北榮民總醫院家庭醫學部、關渡醫院、北投文化基金會，

規劃為期一整個月的 PGY1 社區健康營造課程，讓醫師不僅是觀察見習，而是參與、投入社區健康促進工作。在「做中學」當中，認識、學習社區健康營造概念與操作策略，發展相關的知能及技巧，形塑醫師做為社區健康促進的倡議、守護角色，正式開啓社區健康營造課程介入醫療訓練的前瞻性計畫，這是醫學教育訓練的新境界。

社區醫療群的基層醫師，陪同 PGY1 醫師進行老人家家戶訪視，了解及關懷長輩們的日常生活、協助連結醫療照護及社會福利資源。並安排定期健檢及營養評估，指導長者健康養生、用藥之常識，讓長輩們更懂得如何保養自己。

有一次，PGY1 張兆宏醫師和志工們訪視老人家，天氣實在太熱了，每一位伙伴都是汗流浹背，長者家人好意從冰箱拿出飲料，請大家解渴，大家婉謝老人家的好意，告辭時，卻沒注意到他們依舊拿著飲料送到門口的神情。

一小時後，在另一位婆婆家裡訪問時，張醫師發現隨身攜帶的相機遺忘放在前一位老人家中，當他再騎車回去時，看到長者家人依舊站在門口，拿著遺忘的相機和飲料等著他回來，要親手把相機交到他

的手上，並堅持要他順便帶幾罐飲料給伙伴解渴。這次他滿懷感恩，接受老人家好意，這幅景象，這份心意，讓大伙深深感動。

這樣的一點關懷，竟能讓老人家和家人感激萬分，張醫師也不禁想到，在醫院中，許多醫師努力爲了病人做了許多的檢查和治療，可是到頭來，卻常常無法得到病人的尊重，這是爲什麼呢？這個問題，真的值得大家好好的反省。張兆宏認為，差別就在於：「服務是否真的契合需求、而病人的需求是否真的得到的滿足？」爲了提供給老人家更好、更符合需求的照護服務，或許讓醫師和志工走入社區，走入病人的家中，是可以繼續努力的方向。

具有特色社區組織的特質

我觀察到這幾個社區的老人照顧推動模式都不一樣，提供了精彩、可行的操作模式，值得我們交流、學習，我整理出 10 項有意義的成功組織特質，包括：

1.熱心、有基礎的核心幹部：

每個成功的團體，都有一群推動的手，具有熱心、影響力的帶領者；像長期關懷、參與社區經驗的

福興里里長／福興社區發展協會理事長蔡柳池、吉慶里里長／吉慶社區發展協會常務監事黃勝宗、奇岩社區高美華理事長、東華社區發展協會陳麗妙理事長等，即使是新手上路，榮光社區發展協會理事長蘇寶鈴，也熱心推動老人照顧的基礎，因此容易得到社區組織、居民的信賴，推動老人照顧及其他的議題。

2.健康營造願景：

我們的家園是不是優質、健康的環境，生活是不是具有尊嚴特色，我們心目中的社區，她的面貌又是如何？願景是我們努力的方向，也是留給後代子孫的資產，讓健康生活品質與生命尊嚴得以永續延伸。不論「福興社區長者是社區的寶貝」、「文化社區年輕的長者照顧年長的老人」、「奇岩健康村」等，共同營造「健康北投」願景，讓我們為展現「關懷家園、在地行動」，致力於老人健康福祉關懷的願景而努力。

3.需求的了解：

經由接觸社區中的意見領袖，與社區民眾對談，包括家訪、電話訪問、工作坊、問卷調查等，傾聽、學習、尊重社區，進行社區分析與診斷，有助於瞭解社區的問

題，並提出社區健康促進之道。

4.社區議題形成的公共性：

當代政治學大師哈柏馬斯（Habermas，1994）認為，公民瞭解公共事務的機會，公共的意志形成，有賴於公共討論。合作團隊定期的執行工作協調會、工作小組會議，便提供健康關懷服務議題的討論和承載機制。

5.志工培訓及經營：

社區民眾是有潛能與熱情的，社區志工是最佳的資源，經由平時建立的鄰居情誼，不斷的招募志工，辦理教育訓練、觀摩會或聯誼會，讓志工有機會分享別人的經驗，自我成長或有所回饋，同時促進情感的交流，增進工作績效。而每位志工也都能參與討論工作目標的訂定，彼此有互動的機會，一起體會新的經驗，以及共同分享成果等。能讓志工產生歸屬感的團隊，使志工在志願服務中得到自我肯定與認同感，如此才能使志工願意長期地為社區耕耘，穩定成長，永續經營，也才能突破志工招募困難及流動率高的瓶頸。

6.願意學習交流：

北投社區的名言：「資深不藏私，資淺不怕問。」願意學習、交流、討論的社區，具有學習、協

調、尊重的特質，越有機會創新成長。

7.區域資源的整合：

跳脫經費不足，只依賴政府補助的困境，擔憂補助從那裡來的苦惱，能夠以資源多元、永續經營的概念，結合區域跨領域資源，成為堅實的社區健康福祉支持網絡：(1)正式行政體系：縣市衛生局、社會局、鄉公所、衛生所、村里長辦公室及學校（校長、校護）等。(2)民間體系：社區發展協會、公寓大廈管理委員會、長青會、婦女會、志願服務團體、愛心導護媽媽及寺廟教會等。(3)健康福祉專業體系：衛生所、診所、藥局、社區健康營造中心及慈善機構等。

8.結合地方特色，發展多元的社區老人照顧模式：

依據社區健康需求，結合地方特色，舉辦各項活動，宣導增進社區居民共同參與社區健康營造，達到豐富社區生活以及社區動員的作用，讓社區居民藉由參與活動而介入到社區公共事務，凝聚更多社區營造的生力軍，才能避免健康議題的窄化，讓所有的資源都能發揮多元、活力及創新功能，促使居民善盡維護健康的責任。

9.長期經營：

社區營造是要長期累積的，社區老人照顧更是一日無法中斷的工作，長期經營以建立社區感情，提升社區老人家的生活品質，以達永續經營。

10.社區老人照顧生活化：

社區老人照顧回歸「人」的營造、組織行動力，才是健康資源整合的基礎。

建構北投社區健康福祉網絡

老人家需要的是持續性、完整性之全人關懷照顧，以兼顧老人家人生理、心理、社會層面之健康福祉需求。跨領域專業資源需要整合，也是社區團隊需要學習的地方。

經由有效整合「社區」和「醫院」的醫療與社會資源，使老人家及其家屬，無論在自我照護衛教、轉介與後續服務、或居家護理和生活照顧等方面，均能得到更為完善的服務。衛生署積極建置在地化的社區醫療照護網絡，以落實「厝邊好醫師、社區好醫院」的雙向轉診制度，讓大家做好個人健康管理，固定由我們所信賴與熟識的家庭醫師，做好全家人之健康照護，並且在需要時協助轉診。

我們在操作過程中，深刻感受

到老人家全人照顧的需求，不能再以健康、福祉各行其是的模式，因此，2006年1月18日我們邀請台北市政府社會局、社區醫療群、北投區社區發展協會、里辦公室等，從社區健康營造課程實務經驗談（洪德仁、邱政宏）、社區老人照顧（蘇景輝，輔仁大學社工系教授）、社區照顧國內外經驗分享（陳惠姿，輔仁大學護理系教授），讓大家瞭解到對話、合作的重要性，促成北投區區公所、社會福利服務中心、老人服務中心、健康服務中心和北投文化基金會每月定期在各單位舉行的聯繫會報，協調資源管理運用，發展北投社區健康福祉網絡的可能性。

謝博生（2006）指出台灣醫界已經注意到：對於慢性病的持續性治療，涵蓋家庭、診所、醫院、學校、社區的「健康支持網絡」，將扮演重要的角色，以達到下列目標：

1. 建立伙伴關係，支持個人健康。
2. 建立疾病管理的觀念及以病人為中心的共同照護模式。
3. 改善民眾的生活型態與自我健康照顧能力。
4. 增加健康生活的品質與年

限。

5. 降低醫療支出，逐步落實以醫療照護結果為基礎之前瞻性支付制度。

同時，謝博生、林金龍（2006）指出慢性病疾病管理是由多種專業人員，如：醫師、護理師、營養師、衛教師等共同合作的一種活動，其整體成效如何確保和評估及如何對照護成本加以節約，以及尋找或推行合適和可行的方法或策略，在今日慢性病疾病管理的領域內和醫療資源有限的環境下更突顯其重要性。

我們引介社區醫療群醫師、PGY1 醫師進行老人家家戶訪視，逐步與台北榮民總醫院、振興復健醫學中心規劃雙向轉介，醫院的出院準備服務結合長期照護服務，希望在病人出入院至返家的過程中，經病人和家屬與醫療團隊評估討論後，轉介病人至合適的社區醫療團隊，藉由出院準備服務小組及社區醫療群醫師合作，執行病人出院後的訪視服務、持續性照顧，原則上每月一次，確保得到最佳的健康狀態和生活品質；社區醫療群醫師發現有需求的個案，也可以進行初步篩選評估，填寫居家照護轉介單傳遞至醫院，居家護理師評估符合收

案標準者，由社區醫療群醫師與居家護理師，共同進行社區長期照護。符合全民健保收案標準為：

- 1.清醒時間超過 50%以上，活動限制在床上或椅子上。
- 2.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
- 3.病情穩定能在家中進行醫療措施者。

北投社區已具有整合社區健康福祉資源網絡的基礎，我們將持續以在地專業團體角色，整合管理社區資源，積極介入醫療資源、社區照顧資源，建構「北投社區健康福祉網絡」。結合參與「全民健保家庭醫師共同照顧計畫」的北投社區醫療群醫師，社區現有志願服務組織：社區保健志工、福利社區志工隊等與社區社政、衛政單位、醫療機構、民間團體合作，經由社區醫療群之醫療資源協調整合，推動預防保健及協助衛生教育作業，喚起民眾對健康的自我責任，健康促進概念的落實，為健康社區奠定深厚基礎，經由「疾病管理」、「個案管理」至「照顧管理」的階段推展，主動關心特定病人的健康，逐步在社區中擴大照顧的範圍，並建立「北投社區健康福祉網絡」。運用、管理、整合社區健康福祉資

源，以合適性、成本效益，發揮最大的功能。

個案管理是以人為中心，由各類健康社福人員成組參與照顧，包括醫師、護理師、營養師、社工師及其他健康小組成員，定期討論、共同計畫、推展、執行和評值，連結資訊網絡，多元統整，加強溝通、協調及追蹤，共同負起執行健康促進、醫療照顧計畫的責任，達到預期的照顧品質及社會福祉資源的服務系統。我們也發掘高危險群體，提供適宜服務及轉介。

個案管理、福祉資源整合是我們整個團隊能力較薄弱的地方，我們希望借重社工學者專家、台北榮民總醫院家庭醫學部的專業協助，研擬建構合宜的社區個案管理模式。

未來，我們希望北投社區健康福祉網絡提供的健康照顧服務有：

1.健康需求調查：

生活機能調查、生活型態調查、家庭訪視、理學檢查、老人健診。

2.健康服務：

醫療、用藥、營養諮詢、共同照護、就醫轉介、公衛疫病防治。

3.健康促進：

關懷支持、團體活動、衛生教

育、體能活動、飲食營養。

4.社會福利資源媒合轉介：

社福資源推廣流通、社區關懷照顧：家事、喘息服務、就醫陪伴、社福資源媒合、長期照顧轉介。

5.教育訓練、服務評估與追蹤：

提供社區專業健康福祉人力之教育訓練，進行服務評估與追蹤。參與社區老人照顧的志工必須接受專業的訓練與認證，學習瞭解老人的需求、情緒、身心健康狀況，學習簡易的照顧知識、技巧，以提供系列的、周全的專業訓練、諮詢服務，接受專業認證，以提升照顧品質。

6.倡議推廣：

推廣老人家及社會大眾建立正確在地安老的認識，參與服務，倡議相關政策、友善環境，以改善老人家之生活品質，提昇其獨立生活功能以及參與社會的潛力，促進整體社會福利的效能。

我們期望建置管理機制，促進日後品質與成本之監測與管控。操作過程將以嚴謹記錄，提供學術單位學術分析研究，彙整成在地知識，做為有心社區起步時借鏡的基礎。而跨領域資源網絡的建立，不

僅依賴管理，更多的民主參與和信任機制，如何讓社區間從資源競奪轉為合夥關係，也是我們需要學習的地方。如何才可以建立成功的跨部門合作？John Hailey（2000）則認為，成功的跨部門合作應包括 5 項關鍵特質：清晰的目的、互信及互敬、投入時間及資源、協商角色及責任、保持長期穩定的能力。

1.清晰的目的：

目的清晰，有助於合作參與者能清楚地分享願景及合作目標，同心協力解決問題。清晰的目的使參與者更容易共事，並提升他人角色及績效等較敏感的議題，就實務而言，協力應奠基於利益或專業分享才易成功。

2.互信及互敬：

跨部門合作參與者應將信任及敬意銘記於心，一旦互信及互敬存在時，則較容易進行議題協商、解決問題及建立共識，信任及敬意使溝通、分享敏感性資訊及學習更加順暢，因為信任夥伴在決策過程中的可信度及忠誠，其同時意味著參與者在資源分配時，將有更大的彈性。

3.投入時間及資源：

建立人際關係及信任、協商策略及流程、分享經驗及關懷皆需要投注時間及資源，其實，為了目標

發展、方案執行及評估、回饋及學習分享，投入合理的時間相當重要，足夠時間外，同時需要建立合作網絡、地區性機制，及與政策利害關係人共事所需資源。

4.協商角色及責任：

系統及流程必須在建立夥伴關係初期就完成，界定不同的角色及責任，協商彼此可以接受的績效指標及標準等，定期聚會以回饋及分享方案執行所遭遇問題及心得，事實上，許多跨部門合作關係失敗的原因，往往來自於不同參與者錯誤的經驗、逃避責任，以及回饋機制的失靈。

5.保持長期穩定的能力：

跨部門合作必須考量夥伴關係的生命週期、資金來源及組織成員維持協力的意願，所有的參與者皆須參與預算編定，設計多樣的資金計畫，以確保協力成本，同時更需要清楚地界定成功指標、對執行階段的期望及結束合作的條件。

活躍老化 成功老化

我國傳統文化中對老年生活的期待有安養天年、老有所終、老來福、享清福等，並認為子女隨侍是孝順的表現。隨著社會變遷，家庭

功能改變，老人家能否自理生活（尤其是工具性日常生活活動）大大影響老人的生活品質；同時民眾退休後持續工作、參與志願服務或公益活動是值得鼓勵的生活。所以，WHO（2002）定義「活躍老化（active ageing）」為：使健康、參與、和安全達到最適化機會的過程，以便促進民眾老年時的生活品質。期待老人家持續地參與社會、經濟、文化、靈性與公民事務，維持活躍，積極參與家庭、同儕、社區甚至國家的活動。

此一定義正呼應 WHO 對健康的定義：身體、心理、社會三面向的安寧美好狀態，活躍老化提供了追求健康的方向，不應侷限於沒有疾病，老年生活應追求從身體、心理、社會等多方面的健康，進而使老年維持自主與獨立，亦能參與社會經濟文化等事務，提高生活品質，才是老年生活應追求的目標。

徐慧娟、張明正（2004）將「成功老化」定義為滿足日常生活中身體、心理、社會健康基本需求，指標包括 ADL 未失能、認知功能無失能與無憂鬱症狀、具有高度社會支持。「活躍老化」為身體、心理、社會三面向同時運作良好的狀態，著重老年生活仍維持獨立與

參與，指標包括日常生活活動（ADL）與工具性日常生活活動（IADL）均未失能（身體健康）、認知功能無失能與無憂鬱症狀（心理健康）、具高度社會支持與參與生產力活動（社會健康）。因此，活躍老化代表了一種更著重自主與參與、積極的生活投入的老年生活。

健康國家 我們準備好了嗎？

英國經濟學人智庫（The Economist Intelligence Unit, EIU, 2000）針對全球 27 個主要國家，進行「世界健康排行榜」，最健康國家排名依序為：第 1 名：瑞典，第 2 名：台灣，第 3 名：加拿大，這樣傲人成績，是政府，特別是衛生署、全民健康保險局，常常向國內外炫耀的成就。但是，當瑞典人說：只要瑞典老人家需要照顧，我們就自己照顧，不會交給外國人（註 4）。我們的近鄰日本，十年來發展「介護（長期照護）保險制度」，1997 年的「照顧保險法」，規定介護保險制度於 2000 年施行，2000 年修正「社會福祉事業法」等法案，提供民間財團法人社會福祉事業，以地方自治體之市、町為資

源整合管理單位，提供老人家整合的介護服務。

至於在台灣，健康醫療與社會福利的相關計畫及部會資源，各行其是，社區健康營造、社區福祉營造不易獲社區自主力量的支持，整合分工機會不大，導致資源無法統籌發展與管理，難以吸引社區及民間資源共同投入。此外，大部分的資源屬於外來體系，組織大多在意如何做好自己專業領域的工作，很少進行社區的對話、互動、培力和合作。

台灣需要長期照顧者以不可思議的速度增加，內政部長長期照顧制度規畫小組估算，台灣在高齡化催逼下，2004 年需要長期照顧人數已 51 萬人，2006 年更創新高，將近 66 萬人。國家制度卻未及時跟上，老人長期照顧只能大量依賴外籍看護，也衍生更多問題。加上今年起外勞看護政策性縮減，國內看護員是供不應求。長照規畫小組統計，國內現有從事全、兼職的居家服務員約 3,000 人，但推估需求數高達 8,600 人，到府照顧老弱病患的照顧服務員全台大缺人。

行政院在今（2006）年 7 月 27 日舉行台灣經濟永續發展會議，社會安全組就「完善社會安全體系」

進行討論並達成結論，呼籲實施各項社會福利政策，建立穩定可負擔的財務與預算制度，以因應人口高齡化的衝擊，必須建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之老人長期照顧政策；且長期照顧服務提供應以非營利化為原則，制定有效政策結合民間資源，提供長期照顧服務。

雖然台灣推動社區營造已經具備足夠基礎，社區可以依照資源與需求，發揮公共參與的能量，對於弱勢族群，如兒童、少年、身心障礙者、婦女等，強化社區照顧的能力，發展出不同的服務模式。但是，傅立葉（2005）指出大部分的資源屬於外來體系，組織大多在意如何做好自己專業領域的工作，很少進行社區的對話、互動、培力。因此，尊重不同團隊的差異性，共享參與式決策，創造共同行動，是落實社區健康福祉的重要方向。（註5）

從北投社區經驗，我們看到尊重不同社區的差異性，共享參與式決策，創造共同行動，是落實社區老人照顧的重要方向。北投社區嘗試以社區營造及社區自主參與為基

本精神，聯結現有社區照顧關懷點、醫院、社區醫療群醫師、社區大學、社區團體、宗教團體、學校、志願服務、社會福利機構等跨領域的在地資源，政府機構、社會資源必須相互為用，建構區域整合的「社區健康福祉網絡」，以全方位、人性化的需求導向，中介和整合全人資源，在健康維護、經濟安全、教育與休閒、安定生活、心理及社會適應等，提供適切的福利服務，給予長者完善、尊嚴的服務及全人、生活安全的服務與照顧。

另一方面，我們也要嚴肅思考縣市層級的長期照顧示範計畫基礎，嘗試試辦整合區域性社區關懷據點的基礎，提供社區照顧，發展以鄉鎮市區為單位的健康福祉整合的可能性，在老年人的健康照護議題，以個人為中心的個案管理模式、單一評估機制與單一窗口服務、整合式醫療服務（跨領域團隊、跨機構的服務、急性和亞急性醫療與長期照護服務、醫院及社區與預防醫療）、充分的支持系統、社會福利與醫療服務、經濟與生活支持，更重要的是，社區參與長期照顧服務的重要性，以公益福祉為原則，正如法鼓山慈善基金會陳果開總幹事所說的：「凡是善的事

情，大家一起來努力。」唯有政府與民間能共同攜手合作，讓老人家活到老，更要活得健康、快樂，老人家不只是被照顧者，更能老當益壯，發揮老有所用，提高老人的尊嚴、生命價值和社會生活品質，保障老人經濟安全。

未來，北投社區健康關懷服務除了讓社區有需要的弱勢者得到照顧外，更要思索「社區自助助人」精神，社區組織要提供弱勢者自助互助的良性循環，讓社區中高齡居民、健康的老人家、婦女朋友，甚至於弱勢族群，增進其個人自信與

效能，積極參與多元就業，服務長者；並推廣關渡關懷據點模式，讓健康老人幫助其他有需求老人，累積社區老人團隊自主與參與、積極的生活投入的生活營造，成為老人自主服務的重要人力資源。這過程正呼應 WHO「成功老化」、「活躍老化」的潮流，其累積的在地實務經驗，是社區營造值得關照與行動的議題，足以轉成台灣老人照顧的珍貴知識。

（本文作者：洪德仁現為北投文化基金會董事長、社區營造學會秘書長；周家慧現為北投文化基金會社區營造組組長）

註釋

註 1：台北北區社區醫療群有北投、士林、陽明山、石牌、蘆洲等社區醫療群，合作醫院為財團法人振興復健醫學中心，聯合行政管理中心為北投文化基金會。主要參與本計畫為北投社區醫療群，成員有王正淵、王炳元、邱政宏、洪德仁、黃德雄、蔡秉勳、藍紹梓等醫師。

註 2：2005 年開始辦理時，有奇岩、文化、榮光等社區發展協會、清江里辦公室、福興、東華、吉慶等社區發展協會／里辦公室參與，2006 年增加關渡里辦公室。

註 3：福興社區蔡柳池里長認為老人家天天吃便當，實在很辛苦，所以在請問老人家同意後，會請志工變換不同愛心餐廳，麵食、湯包、餛飩、米飯餐盒、稀飯等，提升食慾。節慶時，邀請老人家到里辦公室品嚐志工、新住民媽媽製作的東南亞特色餐點。

註 4：張曉卉訪問記錄吳淑瓊，刊登於康健雜誌（2003），如何照顧你的父母，58 期。吳淑瓊提到瑞典人這段話讓她覺得非常丟臉，我們自己不

能做嗎？上一代辛苦工作一輩子，等到老病需要照顧時，下一代卻交給外人去做。吳淑瓊建議政府應該把長期照顧制度建立起來，讓家屬能在家好好照顧老人家。

註 5：傅立葉，2006/10/02，打造長期照顧新紀元——談我國長期照顧制度規劃與願景，中華民國社區營造學會電子報第 64 期（2005 年 12 月 23 日），網站資料，<http://www.cesroc.org.tw/eNEWS/index64.htm#04>。

參考文獻

北投文化基金會（2002）北投文化雜誌（4）。

北投文化基金會（2006）北投文化雜誌（15）。

劉北成譯（1994）合法化危機（Jugen Habermas. The Crisis of Legitimatization），台北：桂冠。

徐慧娟、張明正（2004）臺灣老人成功老化與活躍老化現況：多層次分析。台灣社會福利學刊，3（2），1～36。

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，社區發展季刊，106，88～96。

謝穎慧，邱亨嘉，毛莉雯（2002）社區老人實際服務利用與自覺需要——1994～1998 世代追蹤研究，台灣衛誌，21（6），411～419。

謝博生、林金龍（2006）公務出國報告：第 3 屆國際疾病管理會議，行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會。

謝博生（2006）健康藍圖，台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

John Hailey (2000) 2000 NGO partners: The characteristics of effective development partnerships, in Stephen P. Osborne (ed.), Public-Private Partnerships: Theory and practice in international perspective. London and New York: Routledge.

World Health Organization (2002) Active Ageing: A Policy Framework. Madrid, Spain: Ageing and Life Course Program, Second United Nations World Assembly on Ageing Press.