



林淑萱

## 壹、前言

英國的社區照顧主要為健康照顧與社會照顧（包括家務服務、餐飲服務、日間照顧等），前者由國民健康服務體系（National Health Service，簡稱 NHS）掌管，後者乃屬地方政府的責任。自一九九三年英國中央政府要求地方當局應擬訂社區照顧計畫，作為取得中央政府補助的主要依據，大部分地方當局與衛生部門共同提出聯合社區照顧計畫(Joint Community Care Plan)。

英國首相布萊爾(Tony Blair)於一九九七年上台之後對於社會福利的改革主軸，建立在政府與民眾的新契約關係基礎上。一九九八年社會福利綠皮書勾勒發展的願景為「國家新契機：建立新的福利契約」(New ambitions for our country: A new contract for welfare)，隨後一九九八年白皮書「現代化地方政府」—以最佳價值提升

地方服務」(Modernising Local Government – Improving Local Services through Best Value)，一九九八年白皮書「現代化社會服務」—促進獨立、改善保護、提升標準」(Modernising Social Service—Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards)出爐，確立準市場的社區照顧方向(黃源協，2004: 323)，另一方面，宣告工黨政府將採新自由主義的意識型態，扮演積極改革的火車頭之角色。

以下主要就英國政府二〇〇一年衛生部發布「老年人國家健康服務架構」(National Service Framework for Old People)的十年計畫，二〇〇六年白皮書「我們的健康、照顧與呼籲：社區服務的新方向」(Our health, Our care, Our say: a new direction for community services)，以及二〇〇七年「人民為優先」(Putting People First)的社會照顧改革願景等重點，提出個人對於國內社區照顧的省思與啟示於後，作為

拋磚引玉。

## 貳、英國社區照顧改革的脈絡與願景

### 一、理念與組織架構

「人民優先」揭櫫英國社區照顧的改革決心與主軸在於提供高品質有效率的服務，並且支持個人掌控與選擇自己獨立生活的極大化，因此，尊嚴、獨立、參與與個別化等價值受到重視。服務對象不僅包括失能老人與家庭照顧者，部分的地方政府也協助民間團體提供失智者家屬支持服務，包括提供資訊、諮詢與社會支持的服務。另外，對於藥物濫用者、愛滋病患者、精神病患者等都涵蓋在社區照顧服務的對象。

中央政府在改革當中也釋出部份權力給地方政府，由他們決定除了提高服務品質與效率，增強領導知能與技術外，各地方當局與民間團體等也可以提出率先改革的計畫。地方策略夥伴（Local Strategic Partnerships, 簡稱 LSPs）在鄰里更新的國家策略（National Strategy for Neighbourhood Renewal）指導下，獲得副首

相辦公室（Office of the Deputy Prime Minister）、鄰里更新機構（Neighbourhood Renewal unit）、區域鄰里更新團體（regional Neighbourhood Renewal Teams）與各式各樣的基金挹注，支援其投入社區服務。

英國政府對於地方行政機關的改造不遺餘力，由 LSPs 擴展服務所成立的地方公共服務協定（Local Public Service Agreements, 簡稱 LPSAs），自二〇〇七年起由地方地區協定（Local Area Agreements, 簡稱 LAAs）取代。LAAs 為建立中央與地方政府、商業部門、志願服務部門等夥伴關係的機制，提高服務品質與效率，但是中央權力下放至地方仍舊有限度，因此其具體成效受到質疑（Ellison et al., 2006: 339 - 340）。又如 NHS Plan (1999) 勾勒成立一個嶄新的、目標多元的、整合的組織 Care Trusts，有別於基層照護信託基金（PCTs），為老人與其他案主群委託購買醫療照護，並且提供基層的或社區照顧服務，但是否能整合社區中社會服務與健康服務的資源，仍有待研究。不過社會服務部門對於成立這樣的新機構有所擔心與疑慮——原有地位是否會被取代接管？（Coxon, K. et al., 2004: 481-2）

表：英國社區照顧中央與地方的組織架構

| 中央政府 | 職責        | 公部門         | 地方政府          |
|------|-----------|-------------|---------------|
| 衛生部  | 健康照護與個人照護 | 國民健康服務(NHS) | 地方 NHS 掌管健康照護 |

|        |                   |                          |                     |
|--------|-------------------|--------------------------|---------------------|
| 工作與年金部 | 保險、社會救助與就業服務等福利服務 | 年金服務局、兒童局、就業促進中心、資訊科技服務局 | 地方社會服務部門(SSD)掌管社會照顧 |
|--------|-------------------|--------------------------|---------------------|

## 二、財務

英國每年花費在醫療的支出約占國內生產毛額(GDP)8.5%。但是隨著人口老化的效應，預計二〇二〇年六十五歲老年人口將達總人口的 20%。規劃推動老人長期照顧計畫財源的長期照顧皇家委員會報告書(The Report of the Royal Commission on Long Term Care)，原本建議以稅收來提供免費的長期照顧，但是被衛生部否決。因此，由 NHS 所提供的健康服務由稅收支付；社會照顧服務則由地方政府負責，財源主要是由地方議會通過的預算、地方稅收與使用服務者的付費，凡是通過資產調查(means test)者才享有免費服務。

為抑制公部門的費用成長，英國政府制定「綜合支出審查」(comprehensive Spending Review)，財政部介入公共經費評估系統由被動的角色轉為公開且積極，也就是財政部門對於日益擴大的社會政策已經擴張其直接控管的權限（劉育廷等譯，2006：208）。此外，英國政府鼓勵社政與衛政的整合，合編預算(pooled budgets)是一項創舉，即健康與社會服務將其資金採一定比例合編，共同使用聯合預算(joint funding)，促進照顧的持續性與統整性。

至於地方社會照顧改革的補助，中央依據新的經費支出之協定，使各地方因應其不同的需求而有特殊的支出項目；同時

政府成立一個新的跨部會團體，由財政部、社區與地方政府部、工作年金部等組成，負責社會照顧改革長期的經費補助之審查。

### 三、服務輸送

二〇〇〇年頒訂照顧標準法案(Care Standard Act 2000)，目的在建立健康照顧與社會照顧服務提供的規範系統。其焦點包括服務使用者的需求評估；使服務更契合目標；提供全面性與綜合性的服務；促進積極性與自主性的選擇；因應經評估的案家需求；提供高品質的服務以及運用高品質的服務人力。

二〇〇四年衛生部通過「照顧服務效率輸送」(Care Service Efficiency Delivery, 簡稱 CSED) 方案，旨在促進公部門的照顧服務效率。藉由地方委員會、國民健康服務(NHS)與服務提供者等協力合作，獨立審查公部門是否達成效率目標，例如：減少工作的重複、刪除無附加價值的活動、減輕專業人員的工作負荷、簡化程序、改進諮詢作業以及降低交易成本等。此外，CSED 提供「社會服務責任委員會」(Councils with Social Services Responsibilities, 簡稱 CSSRs) 學習自助，發展出六大環環相扣的工作目標，其強調：

- 1.有效促進居家照顧的現代化；
- 2.評估與照顧管理；
- 3.需求預估與能量規劃；
- 4.居家照顧的再改造；
- 5.改進艱鉅的實務；
- 6.改變社區設備與餐飲服務。

此外，依據新地方績效架構(new local performance framework)，地方當局與基層照顧信託基金(primary care trusts, 簡稱 PCTs) 制訂聯合策略需求評估(Joint

Strategic Needs Assessment)，確保每一個地區服務輸送過程的品質與效率。未來新組織以公民為體制改革的核心，並提供誘因給予該機構建立地方性績效架構目標，作為委託購買健康與安適(wellbeing)服務的指導方針。

### 四、中期照護(intermediate care)

中期照護的概念首次被正式提出是在二〇〇〇年的國家病床調查(National Beds Enquiry)，二〇〇四年又提出新的新的中期照護服務措施(Filinson, 2008: 242)。

其基本目標是希望減少社區高齡民眾因各種病況而必須入住醫院的需求，透過延展社區生活功能回復，減少入院而提昇醫院病床使用狀況，並減低社區高齡民眾未來對於長期照護的依賴。一般而言，中期照護的對象病況相對穩定，不需要醫師持續的照顧，也不需要持續性較複雜的檢驗與介入措施，可在社區、安養護機構或是其他老人住宅推動。

依據英國推動的中期照護模式，其服務與團隊有以下的各種類型：(一)快速處理團隊：在服務使用者家中提供短期性二十四小時的服務。(二)居家醫院(Hospital at home)：由專業人員在服務使用者家中提供密集式治療，避免住院或協助提早出院。(三)機構式復健(residential rehabilitation)：提供復健服務使用者迅速安全出院，預防長期住院或其他機構照護。(四)支持性出院計畫(supported discharge)：由專業人員在服務使用者家中提供延伸住院之短期護理或治療，促使提早安全出院。(五)日間

復健：由日間醫院或日間中心提供短期復健治療(Lymbery, M., 2005: 203-204)。

為了整合健康與社會服務部門的資源，中期照護不僅是由衛生部主導，地方衛生當局、地方委員會、基層照護信託基金(PCTs)等也投入改革方案，其重要性自不待言。

## 五、強化風險管理

風險管理具前瞻性，目的在預防風險，並且對於任何風險的辨識(identification)、控制與財務處理，希望在不幸事件發生時能將風險降到最低程度。英國地方當局為了支持民眾獨立生活與更理性的抉擇，提供風險相關的資訊，使資訊更公開與透明；藉由風險溝通，教導民眾敏於風險感知(perception)與具有風險意識，免於民眾受到損害、剝削與不合理的對待。更進而透過促進照顧服務夥伴(Care Service Improvement Partnership)組織，讓接受社會照顧服務者擁有個人預算，並和 In Control、區域卓越中心(regional centers of excellence)等機構發展夥伴關係，協助當地委員會與國民健康服務(NHS)有效運用經費。經歷年來的努力，已完成預算模型工具作為地方政府發展長期照顧委託計畫之用；又，心智障礙者的經費支出分布圖藉由財務描繪工具也有更明確的認知。

## 六、個別化的社會照顧

由於一九九〇年代頒布的社區照顧法案過於複雜，無法反映人民的需求與期待，因而以個人為中心(personal centered)

的計畫，以及自我導向(self directed)的支持服務，為個人量身打造社會照顧的個人化應運而生，其展現的重點如下(DoH, 2006)：

1. 促進中央政府與地方政府的協力合作；專業領導者、提供者與規範者的協力合作；

2. 地方當局試辦使用社會照顧服務者個人預算方案(individual budget)；

3. 邀請服務使用者共同參與每一階段的方案設計與評估，才能達成真正的改變；

4. 增強服務使用者的權能(empower)，提高利害關係人(stakeholders)尤其是第一線工作人員的滿意度，產生自給性與有意義的改變；

5. 提供普及性的資訊、建議與個人的倡導(personal advocacy)；

6. 支持非營利組織、志願服務部門的改革，但是所需經費要經由聯合策略需求評估。

7. 看待家庭照顧者與家庭成員是專家與照顧夥伴，提供諮詢與照顧技巧訓練等使能(enable)方案，支持其照顧的信心與永續。

8. 支持服務使用者組織團體，表達意見，形成網絡，透過集體力量影響政策與實務。

## 參、他山之石

### 一、健全照顧體系

英國中央政府的權力相較於我國是相

對的大，對於福利體制的變革與機關的重組或改造也較為快速。反觀國內對於中央政府的組織再造已喊了二十多年，但仍只聞樓梯響不見人下來，是否存在結構的惰性(structural inertia)？因此，全面檢討現存的照顧體系，大刀闊斧加以整頓，不管是衛生暨社會安全部或是社會部等考量，都應該以人民的福祉為優先。

## 二、穩定財源，建構夥伴關係

俗話說：「巧婦難為無米之炊」。從各國的社區照顧發展脈絡來看，大致上都可以看到推動社區照顧政策是要解決財務經費的不足，英國的社區照顧改革方案也有抑制費用成長的附帶目標。根據二〇〇四年 OECD 的資料，英國老年人接受居家照顧者，在過去十五年間由 8% 降為 4%，顯示給付標準的認定趨向從嚴(Pavolini, E. et al., 2008: 252)。從 NHS 具有社會連帶(social solidarity)的色彩到社會照顧的個人責任，這當中如何拿捏與選擇在考驗政府的領導能力。

有人認為台灣的社區照顧由家人或志工鄰里提供非正式照顧才有可能節省財務的支出，在地老化(aging in place)果真是普世價值？也是對老人最好的選擇或安排嗎？如此一來政府的責任是否消失或功能減低是值得考量的。另一方面，目前許多社區照顧關懷據點的經費補助捉襟見肘，是否能持續提供服務也無人敢打包票，有些志工自我解嘲：「加量不加價。」

錢要用在刀口上，大家都有共識，但是如何用，如何評估成效卻是意見分歧。

政府應該重視穩定的財源補助，並且檢討設算制度對社會福利財務制度的衝擊。建立類似英國聯合策略需求評估的機制，有效整合社政與衛政的資源，避免不必要的浪費。同時地方政府彼此之間，民間團體彼此之間，以及地方政府與民間團體的地方夥伴關係要加以強化，例如：社會處(前社會局)與區公所(社政課)，社區照顧關懷據點與日間照顧中心，社政課與社區照顧關懷據點的協力合作(collaboration)，也就是透過資源網絡的建構發揮資源的極大化效用。

## 三、支持家庭照顧者

對家庭照顧者的支持應考量如何定位其在照顧領域的角色，照顧者是資源者？專業人員的夥伴？案主？完全喪失能力的照顧者？(Simpson, 2003: 141)。英國成立所謂家庭照顧者協會，政府也編列預算提供照顧者的支持性服務，以促使照顧者有照顧的持續力，從而減少公部門照顧服務的支出。此外，尊重照顧者為專家的夥伴關係，以提升照顧者的功能，並提供公民年金(citizenship pension)保障家庭照顧者晚年的經濟生活。

目前國內在推動社區照顧相關政策與法案時，應將家庭照顧者也一併納入與會名單，例如各地方政府老人福利委員會並未將家庭照顧者列入委員代表，他們的心聲與寶貴的經驗等都無法被聽到被重視，這殘缺的一塊，或許將造成強調整合性、連續性與全人照顧的長照體系出現縫隙的遺憾。

#### 四、強化專業知能與技巧

英國社區照顧以社工員或護理專業人力為照顧經理者，以受僱兼職人力如照顧服務員為直接服務主力，志工在服務工作中僅是輔助性質。台灣社區照顧則極少以社工專職人員提供直接服務，而以志工人力為主，極少服務工作人力是由有給人員，例如社區照顧關懷據點，或是之前的村里關懷環中心，由高中職畢業且非專業訓練出身者擔任，因此服務持續力與服務數量、服務品質均難以掌握(黃松林, 2007: 198)。

近年來照顧管理的理念逐漸獲得重視，英國政府展開世界各國社會照顧委外託付與領導的新技術研究，並成立照顧與綜合社會照顧技術委員會，確保與基層照護信託基金(PCTs)能建立更佳的協調與連結能力。此外，社會照顧卓越學院(Social Care Institute for Excellence)扮演改革的觸媒角色，促進與傳播最佳實務成果，讓受惠者更多。因此，整合國內大專院校以上的教育研究機構、各專業協會的資源，進行所需人力的培育與訓練；高階人才可由公費送往先進國家學習與觀摩考察。最迫切的是證照考試要建立制度，讓照顧管理師與督導也獲得專業認可，提高對專業的承諾。

#### 五、照顧管理機制的提昇

照顧管理的服務基本上是提供一個整合而非片斷的服務系統，如果能夠適當執行便能使資源不致於重疊，服務不致於片斷，需求可以適當供應，這也就是英國的

社區照顧政策強調提供社區照顧適當層次(right level)服務概念的原因。經由照顧管理師評估案主能力(assessment)，促使案主及家人更有自主能力(activation)，增進案主的選擇機會(choices)和參與(participation)。再者，英國資訊科技部致力與社政與衛政部門協同合作，創新單一評估的表格(single assessment process, SAP)，但是SAP有賴MDS (Minimum Data Set)的建置，要達成全國適用的評估工具做為給付認定標準，事實上要不斷測試與經年累月的研究。

由英國政府對人民福祉優先的考量，建立照顧品質評鑑與風險管理機制，這也有待國內研究努力的參考。

#### 六、整合照顧資源

為了整合健康與社會服務部門的資源，中期照護不僅是由英國衛生部主導，地方衛生當局、地方委員會、基層照護信託基金(PCTs)等也投入改革方案，例如Kent郡委員會與數個基層照護信託基金簽約，針對當地六十五歲以上病情穩定，但是需要復建或康復照顧者，利用社區醫院與社會服務復健單位等資源提供整合性照護，俾在適切支持下早日返回家園(Coxon, K. et al., 2004: 477-8)。

此外，地方政府、基層照護信託基金以及國民健康服務提供者等從事聯合策略需求評估(JSNA)方案時，也被要求納進其他需求的評估，例如當地住宅策略，其目標在促使住宅支持服務更具可及性。最後統整聯合策略需求評估與其他的計畫，呈

現永續性社區策略(Sustainable Community Strategy)，也就是運用公私協力合作的最佳典範(DoH, 2007)。

談到整合的失敗例子有時與組織間成員的權力不對等有關。觀之英國的社區照顧發展脈絡，與國家的福利制度與政策走向形塑地方的政治與當地政策有密切關聯，開業醫(GP)既是服務提供者，也可透過為案主委託購買服務而擁有的權力非護理人員所能望其項背(Burau, V. et al., 2004: 806)。國內在 SARS 爆發期間也曾發生護理人員不滿醫護人員獎勵金分配不公的情事，因此，整合牽涉到權力對等與資源分配公平的情事，更顯現其盤根錯節。

## 七、社工在中期照護的角色

英國照顧服務中社工人員較少從事評估工作，較多時間花費在支持性與協調連繫服務。目前國內退輔體系的中期照護採短限制取向的復健模式(陳亮恭等, 2008: 1-11)，醫師是主要的掌控者，治療師是改變的媒介，這種以技術為主，焦點放在殘障和缺陷的部位，而不是生理失功能造成對日常生活或人際關係等影響。

當團隊合作(multidisciplinary team)、跨機構(cross agency)的溝通協調在社區照顧日益重要的當頭，如果團隊成員對自己的角色與地位缺乏認同感，在團隊中沒有得到同等的尊重與對待時，要求服務品質的提升等於是緣木求魚。由國內各大醫院出院準備的照顧團隊來看，社工人員的角色主要是與案主及家屬舉行家庭會議、給予案主及家屬情緒支持、提供社會資源的

運用等。

社工人員應思考中期照護領域普及化的可能性，如何倡導使政策能落實，有需求者因而受惠；應如何提昇自我的才能？可以提供哪些服務？如何在團隊合作、跨機構的溝通協調當中定位自己的角色？若有所準備與因應對策，方能獲得同等的尊重與對待。

## 肆、結語

細究英國社區照顧的發展脈絡，可以理解到契約文化在內部市場的政策取向(contract culture)的重要性，攸關著服務品質與效率。由於中央與地方政府機關所執行的政策領域具有高度穩定性與限制性的成員網絡，彼此關係緊密且互賴，而中央的權力較大，相較於其他國家，其憲政體系中對行政部門的限制少了許多(劉育廷等譯, 2006: 194)。因此在領導指揮可以強力快速配合，也使得地方組織的重組可以快速回應地方的需要。

雖然我們看到英國政府一系列社區照顧的改革如火如荼展開，由制度結構面、服務輸送過程乃至服務使用者與家庭照顧者均涵蓋在改革的範圍，但是其中的成效如何？有些仍未見具體，例如單一評估過程(SAP)與中期照護。即使在英國推展成功的方案，移植到國內卻未考慮國家彼此之間在文化、社會、政治與經濟等差異性，成功的機率是微乎其微的。

其實國內在推動社區照顧中如何建立優先順序(priority)以形成明確的清晰的理

念與價值，據以擬定實施的目標，是領導者的重要職責。因此，提昇專業的品質，避免科層的僵化是有待強化。此外，透過地方政府、服務使用者與志願服務團體等建立的夥伴關係，促進直接服務、評估成

本效益，以輔助照顧服務與支持獨立生活。最重要的仍要回歸人民的福祉為優先考量！

（本文作者林淑萱現為嘉南藥理科技大學社工系兼任講師）

## 📖 參考文獻

- 黃源協(2004)，從「全控機構」到「最佳價值」—英國社區照顧發展的脈絡與省思。社區發展季刊，106：308-330。
- 黃源協(2006)，長期照顧品質管理體系之建構。社區化長期照護季刊 3，19-44。
- 黃松林、鄭淑琪、曾秀貞、楊秋燕等(2007)，社區照顧關懷據點績效研究—以屏東縣為例。收錄於二〇〇七新興社會議題與社會工作學術研討會論文集，177-202 頁。
- 陳亮恭、黃信彰(2008)，中期照護：架構老年健康服務的關鍵。台灣老年醫學暨老年學雜誌，3(1)：1-11。
- Taylor- Gooby, P. 等著，劉育廷等譯(2006)，壓力下的福利國家：變革與展望。台北市：松慧。
- Buran, V. & Kroger, T. (2004). The local and the National in community care: Exploring policy and politics in Finland and Britain. *Social policy & Administration*, 38(7): 793 - 810.
- Coxon, K., Billings, J. & Alaszewski, A. (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the United Kingdom. In Leichsenring, K. & Aiaszewski, A. (Eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot: Ashgate. PP.455-95.
- DoH, 2007. Putting People First: A shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care. Available at <http://www.dh.gov.uk/en/socialcare/socialcarereform/index.htm>.
- DoH, 2006. Our health, Our care, Our say: a new direction for community services. Available at <http://www.dh.gov.uk/en/healthcare/ourhealthourcareoursay/index.htm>.
- Ellison, N. & Ellison, S. (2006). Creating Opportunity for All? New Labor, New Localism and the Opportunity Society. *Social Policy and Society*, 5(3): 337 - 348.
- Filinson, R. (2008). "Living well in later life" : An overview of the National Service

- Framework for older people in England. *Journal of Aging & Social Policy*, 20(2): 240-58.
- Lymbery, M. (2005). *Social Work with Older People: Context, Policy and Practice*. London: Sage. PP.200-236.
- Pavolini, E. & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*.18(3): 246-259.
- Simpson, R. (2003). Participation of Older People and Their Carers in Care. In Dooher, J. & Byrt, R. (eds) *Empowerment and the Health Service User*, Vol.2, 134-145. Wiltshire: Mark Allen.