



老人社區照顧的內涵與工作方法

黃源協

一、前言

隨著社會的變遷、家庭結構及人民價值觀念的轉變，高齡化社會所衍生出的問題是許多國家所共同面對的。對老人之照顧責任，以往的發展是逐漸由家庭及社區轉移至政府。然而，因社會支出的急速成長及人民對福利服務期待的上昇，專業主義的強化及去機構化呼籲等因素的影響，使得政府為解決這種問題所採取的政策，遂逐漸由正式照顧(formal care)或「機構式照顧」(institutional care)的方式，轉向非正式的「社區照顧」方向發展。因而「福利服務社區化」便取代「機構化」，成為政府在福利服務施政上的重要方針。

台灣的人口結構已呈現迅速老化的趨勢，而因應的各項措施卻嚴重不足，以致老人因照顧問題所衍生出的不幸事件層出不窮。例如，安養機構大火，老人慘死火窟；獨居老人死後二、三個月後才被發現；老兵病死，遭餓狗啃食；兒子棄養，老婦被放生等等駭人

聽聞事件。為避免這類不幸問題的再發生，政府當局除極力鼓吹家庭應負起照顧責任外，近年來已開始著手研擬及試辦社區照顧方案，以期能適切的解決老人照顧問題。本文旨在由資源整合的觀點探討老人的社區照顧，主要述及社區照顧的意義與內涵、社區照顧資源、老人社區照顧的工作方法、以及社區照顧所可能遭遇之整合與協調問題的處理方式等議題，期望能提供未來台灣建構整合性老人社區照顧的參考。

二、老人社區照顧的意義與內涵

「社區照顧」是福利社區化重要的一環，英國一九八九年白皮書(Caring for People)指出，「社區照顧」意味著提供適當程度的干預和支持，以使得人們能獲得最大的自主性，且掌控自己的生活。為了讓此目標實現，在各種不同情境裡，提供範圍廣泛的服務之發展是必要的。這些服務包括從提供人民在自己家裡的家庭支持、對較需要密切照護者加強提供「暫托照顧」(respite care)和日間

照顧，透過臨時收容所、團體之家和宿舍 (groups home and hostels)，以增加可用於照顧的程度、到其它方式無法照顧者提供居家照顧、護理之家及醫院的長期照顧 (Cm849 1989)。Bulmer (1997, p.45)曾指出「社區照顧」是指正式機構之外的可用資源，特別是將家庭、朋友或鄰里之非正式關係，視為一種提供照顧的工具。然而，這種照顧在地理上並非是像以往僅僅侷限於某一特定的地方。國內學者萬育維 (一九九五)認為，服務社區化的基本精神和理念與生活正常化 (normalization)相通，均是希望那些需要被照顧者得到適當的支持性或資訊服務，俾能有尊嚴、獨立地生活在自己的家裡、或類似家庭環境的社區內。此亦即與社區照顧的理念一致。

上述的有關「社區照顧」的定義告訴我們，「社區照顧」係指政府意欲透過對非政府資源的運用，以達到為需求者提供照顧的目的，其最終的理想是希望人們對自己的生活照顧能有更大的自主性。但這並不意味著政府是採取放任主義的，而是政府對「社區照顧」的涉入程度，可能會隨著體系的變遷而異；例如，政府可能須擔負基金的提供或補助者，亦可能須擔負照顧的規範者等。除政府外，一些相關的正式與非正式組織或團體所扮演的角色，以及其間的協調與整合，更是「社區照顧」之推展能否成功的重要變項。

在考慮到老人照顧服務輸送時，往往被問及四方面的主要問題，即所提供照護的工作或服務為何？提供服務的情境為何？由誰提供？誰支付費用？就所提供照護或服務的工作言，老人可能會獲得一種或多種的服務，但這些服務不必然皆被視為是社區照顧的部分，這

些服務可能包括舒適的住宅、財務的協助、協助日常生活、活動或自我照顧，以及一些患有身心健康問題者之醫療照護、護理或治療的服務。此外，為提供一些更普遍性的福祉，可能給予諮商或情緒的支持，實施社會、教育和休閒的措施，健康照護或社會設施使用的交通服務，接近適當照護之資訊服務等 (Tester, 1996, pp.7-8)。

就提供服務的場所或情境言，機構與社區間並沒有一個明確的區分，且許多的照護情境可能同時具有機構與社區的照顧。即一方面機構式照顧 (institutional care) 可能會存在於社區內，例如將心理疾病患者由一個較大的機構移至較小的收容所；另一方面，許多的社區照顧出現於機構內，例如日間照護和暫托照護，然而，大部分的照護是出現於由親人提供服務的家裡。Higgins曾建議，區分照護最簡單的方式是問人們是睡在家裡、機構、或收容所。因而，服務可被區分為在收容所的 (In a home)，例如，在醫院或是在社區裡的收容所或護理之家；來自收容所的 (From home)，例如日間照護或暫托式照護的；或是居家的 (at home)，例如由機構或家人所提供的居家照護 (domiciliary care) (Tester, 1996, p.8)。若接受社區照顧是由上述機構所構成，則必須進一步考慮或接受的是，由機構到家庭所建構的照顧網絡，應是互賴與互補的，而非何者是可欲的或何者是好或壞 (Jack, 1998, p.13)。

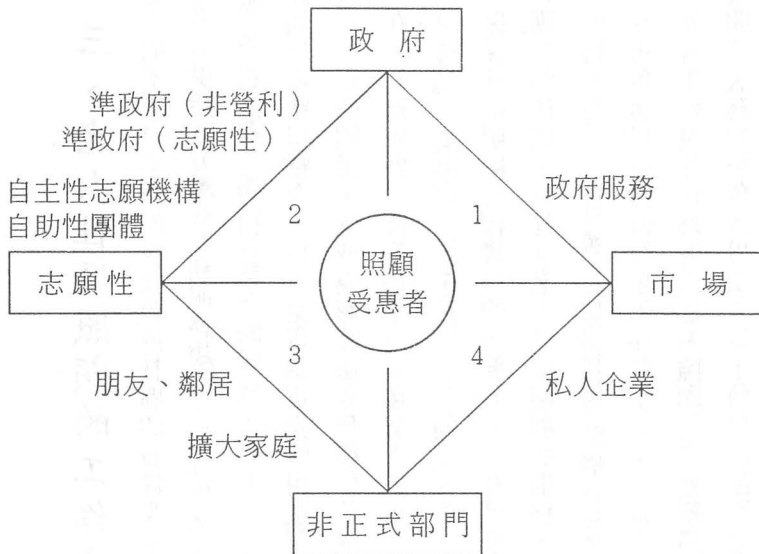
就服務的提供者言，大多數工業化國家對老人的照顧，往往將焦點置於由機構所提供的照護，而非正式的照顧者 (家庭、朋友和鄰里)。在健康和福利服務的規劃和提供上，在過去往往是被忽略

的，直到最近才意識到有相當大比例的老人照護，是由非正式部門所提供(Jack, 1998, p.11)，特別是女性。同樣地，儘管很多的注意力皆集中於由政府所提供的服務，但大多數的國家卻是由政府和非政府機構，正式組織以及非正式照護者所提供的多元照護體系，各部門間的均衡，被稱之為「福利混合經濟」(the mixed economy of welfare)，在此體系下，主要的提供者為非正式的照護者、政府、民間營利機構、志願或非政府的非營利機構、雇主以及工會(Tester, 1996, pp.8-9)。這種福利混合經濟體系下的福利服務提供者，可由歐洲中心(European Centre)早期有關「福利混合的轉變」(Shifts in the Welfare Mix)計畫中所發展出來的「福利菱形」(Welfare Diamond)圖說明之(如圖一)；圖中，政府、志願性團體、家庭及市場對受照顧者皆有所扮演的角色與功能(Bevers et al, 1994, p.5)。

若近一步地將服務的提供者與服務的情境加以結合，Moore (1993, p.146)所歸納之照護情境表，提供了清晰的說明。

就老人社區照顧的財務來源言，服務的財務支出者不必然是提供者，例如老人的照護機構通常是由私人機構所提供，但是部分的資金卻是來自於公共部門；而社區照顧服務最主要的財務支出者，包括個人和家庭、政府、保險基金、雇主、工會和慈善機構。此外，財務也可能是透過其它管道(例如，稅收)後的再分配，且透過各種管道向不同的提供者購買服務(Tester 1996, p.9)。基本上，這些財務的提供者可概略被區分為公共部門與私人部門；然而，許多的

服務項目的財務支出，雖是以私人部門為主要負擔者，但是政府仍可能擔負補充者的角色。較為明確的是，在實施普及性健康照護的國家，愈偏向醫療照護的社會照顧，政府擔負財務提供者的角色愈濃，反之則較低；其實際的分擔狀況，可能因政府在福利服務上扮演的角色而異。



圖一 福利菱形圖

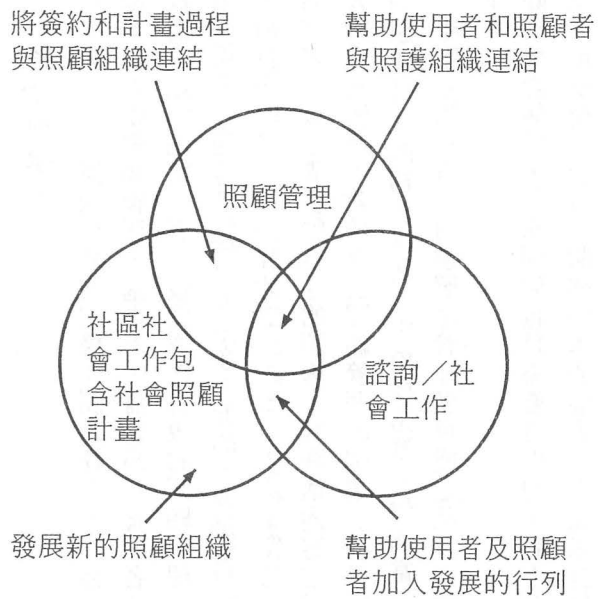
表一 照顧情境的範圍

期間 停留	解決 方式	例子	型類境情願照	
通常是短期 和臨時的	居宿和照顧 (附服務)	醫院 診所 收容所	機構內的照顧 (care in a home)	機構
通常是長期且永 久的，有些是短 期停留的	居宿且通常附服 務的照顧	醫院病房 暫時收容所 安寧之家 護理之家 床、早餐和宿舍 庇護所	來自機構的照顧 (care from home)	社區的機構照顧 (institutional care in 'the community')
通常是長期且規 律的，但是是部 分時間的	附服務的照顧， 但通常沒有居宿	暫托照顧 日間照顧 日間醫院 午餐俱樂部 旅遊日間醫院 職業治療 心理治療 門診治療	居家照顧 (care at home)	機構的社區照顧 (community care in the institution)
通常是長期 且規律的， 但是是部分 時間的	附服務的照顧 ，但沒有居宿	健康訪視員 社區心理護士 開業醫師 家事協助 社會工作人員 隨行照顧者 餐車服務 起居服務 飲食服務	法定和志願 組織所提供 的居家照顧	朋友、鄰 居和親屬 提供的居 家照顧
長期規律和 全時的照顧	居宿 照顧但沒有 居宿	包括多種照 護服務： 洗澡 上廁所 餵食 煮飯 休閒娛樂 購物 穿衣		

三、老人社區照顧的工作方法

老人的需求是多重的，社會或社區的資源又是多元的，加上強調購買者與供給者分離的福利服務趨勢，為提供老人無縫隙的 (seamless) 服務與照顧，如何以整合的模式，將老人的需求與社會及社區資源加以連結與整合，以避免資源重複使用或服務的間斷，特別是健康和社會的照顧，遂成為影響服務目標的達成與效率提昇的關鍵之所在。社區照顧已被視為是這股趨勢下的重要發展策略，而照顧管理之強調「協調」(coordination) 與「整合」(integration) 可說是確保社區照顧目標實現的重要方法。社區照顧強調要以照顧管理之團隊的作法，以建構老人社區照顧的網絡，達到提供符合老人需求服務的目標。而社會工作被視為是照顧管理不可或缺的一員，然而，其角色與以往傳統社會工作並不完全一致 (Phillips, 1996, p. 8)。社會工作人員除作為老人社區照顧的主要組織者外，尚有其它直接或間接服務的角色待扮演，以下將以 Payne (1995, p. 146) 所提之社會工作在社區照顧上可扮演著三種重要角色，作為分析如何將社會工作方法運用於老人社區照顧。

如圖二所示，建構完整的社區照顧，社會工作須擔負三種主要的任務，包括照顧管理、社區社會工作、以及諮詢社會工作。基本上，在實務的運作上，三者是互有關連的，而其中尤以照顧管理對老人社區照顧的目標之達成影響最大。「照顧管理」(care management) 是一種案主參與服務的選擇、計畫和輸送的社會工作



圖二 社會工作在社區照顧中的三種角色

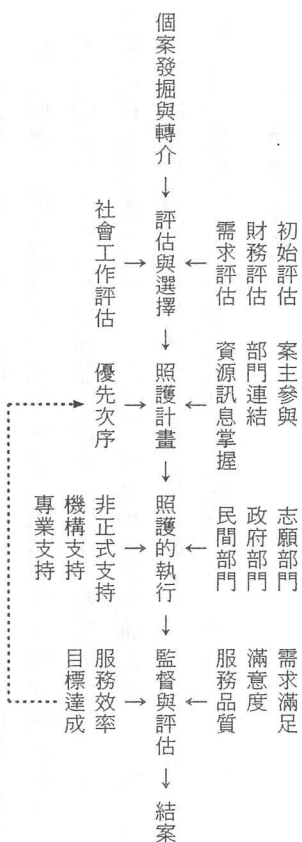
和社會服務方法，同時，它也是一種經對需求評估和可用服務確認後，再為案主設計並組織包裹式照護的技術。透過此一過程，將可更有效率地促進資源的使用、需求導向的服務、以及提供使用者較大的選擇權(Orme & Glastonbury, 1993, p.20)。英國衛生部對照顧管理的任務即有明確的陳述(DoH, 1990, p.23)：

1. 確保可用的資源能有效地被運用。
2. 使人們能在社區中生活，以恢復或維持其獨立。
3. 將因身心障礙或疾病所產生的影響減至最低。
4. 以尊重的態度對待服務使用者，並提供同等的機會。

5. 鼓勵個人作選擇和自決，並增進其既有的能力與照護資源。
6. 促進使用者、照顧者及服務提供者和代表他們的組織之間的合作。

因而，透過照顧管理，可協助案主釐清其需求，並有效的運用案主本身及社區的資源以滿足其需求。一般而言，照顧管理的工作流程包括：(1)發掘個案和轉介(case finding and referral)；(2)評估和選擇(assessment and selection)；(3)照顧計畫(care planning)；(4)照護的執行(Implementing care plans)；(5)監督和評估(monitoring and assessment)；(6)結案(case closure)。這套運作的程序，每個步驟的工作重點分析如下(如圖三)(DoH, 1990; Payne, 1995; Evans & Kearney, 1996)：

圖三 照顧管理之運用於老人社區照顧的流程



(一) 個案的發掘與轉介

個案的來源往往是要一套準則，以作為認定所有潛在的案主。

一般而言，需要老人社區照顧的個案，往往可能來自於醫院、診所、衛生所、社會福利機構、村里鄰長、鄰里、照顧者以及案主本身。基本上，社區內或許有許多老人或其照顧者會感覺到他們有某方面的需求，但是會向社會服務機構表達其需求的相對上會少許多。因而，照顧機構應儘可能透過管道，讓潛在的服務者或轉介者獲得有關照顧機構可提供的服務範圍。並非每位向機構請求協助者，皆可成為照顧管理的案主。在此一初步的接觸階段，接待者的態度或機構對關係的形成會有重要的影響；因而，在開始接觸時，接待員應能協助申請者表述其需求，以確認案主所面臨或待協助解決的問題，是否複雜的需要運用照顧管理的方式。

(二) 評估與選擇

接案後，案主與機構間的關係便開始建立，然而，這並不表示每位個案皆需要照顧管理，基本上，需要照顧管理者往往是問題或需求較為複雜的個案，而一般皆認為有效的照顧管理，唯有適當的評估始能達成，而這種評估可能是多方面的，或是需科際間的合作。首先，須對受助者作初始評估 (initial assessment)，其目的在於確定何者需要或不需要整合性的照護，其評估內容主要是案主所處的個人與家庭情境；對於符合照顧管理的個案，便可能依接待者對案主問題或需求的初步評估，由機構指派一位適當的照顧管理者 (care manager) 負責，這位照顧管理者可能是某方面的專業者兼具協調者。

除初始評估外，財務評估也是需要考慮的，其主要的目的在於評量案主可支付 (部分) 服務成本的能力。而需求評估仍為此階段

重要的工作，然而，這裡的需求評估並非是要為案主提供特別服務的評估，而是為了建立「包裹式服務」(package of service) 的評估，這乃是因為案主所面臨的問題是多重的，他所需要的是一種整合性的服務，而不是任何一項特殊專業或服務即可解決問題的；這種整合的評估，將可作為統整協助案主之不同型態的服務之參考，進而能規劃讓案主生活在自己家裡或機構外的照護計畫。此外，社會工作的評估有時亦應被運用，其目標在於有些干預是需要運用諮商性或治療性的，以協助案主有較滿意的個人、家庭或社會生活。

(三) 照護計畫

社區照顧是一種資源之聯繫與整合的服務，特別是對涉及到需要衛生和社會部門服務的使用者。照顧管理的主要職責之一，是要為服務使用者設計一套包裹式的服務，而這套包裹式的服務可能涉及到許多相關人士、機構和預算的配合。為媒和服務使用者的需求與各方資源，或許需召集包括服務使用者在內的相關人員進行協商，Evans & Kearney (1996, p. 100) 建議，參與者最好能維持在能完成工作的最少人數為佳，即所謂的「最小充分網絡」(minimum sufficient network)，以免令服務使用者有被強烈壓制的感覺。此外，對於一些關係到服務使用者的重要決定，應讓服務使用者參與，甚至應將服務使用者視為消費者，這種讓服務使用者參與協商的提倡 (advocacy) 模式，可培養服務使用者獨立自主性。這種整合式的參與除有助於建構包裹式服務外，更是減少資源重複被使用或浪費，進而作為提昇服務效率的先決條件。

在強調「案主參與」的原則下，照護計畫過程雖應將服務使用

者納入，問題是並非所有服務使用者皆有參與規劃的能力，一般而言，教育程度較佳或經濟狀況較佳的服務使用者，可能比一些較低階層的服務使用者，在規劃上願意參與或較具影響力。照顧管理者或機構必須要能依服務使用者的參與能力，以判斷服務使用者參與規劃的深度。然而，對於一些因年齡或身心障礙而無法參與規劃的服務使用者，或可由具有能力的代表人或機構參與，以便確保服務使用者之權益。這種讓服務消費者參與照顧計畫，將有助於釐清目標或避免服務輸送過程中不必要的衝突，亦可提昇案主對其所需服務的選擇。為建構一套能為案主提供完整服務的可行計畫，包裹式照顧的規劃應將下列的事項納入規劃的考量：(1)應能充分的掌握各種可用服務的品質和價格之訊息；(2)資源的取得應富有彈性；(3)各部門或各層級間財務責任的配置與連結應明確。此外，在考慮到有限的資源及為實現社區照顧的目標，照顧計畫的服務項目尚需考慮到提供的優先性問題。

(四) 包裹式照顧的執行

照顧計畫的執行即為滿足服務使用者需求的服務輸送的過程。Evans & Kearney(1996, p. 116)建議，社區照顧介入的基本原則應是盡可能的極大化服務使用者的控制力，其進行的方式由尊重服務使用者的選擇權開始，這種權力的授予將有助於培養服務使用者的自助(self-help)，此為社區照顧的重要目標之一。

包裹式照顧計畫的執行過程中，照顧管理者的主要角色是各種滿足服務使用者需求資源的連結與整合者，這些資源的取得可能來自於政府部門、商業部門、志願部門或非正式部門，亦可能是需要

專業間的合作。此外，照顧管理者有時亦可能扮演著直接服務供給者的角色，特別是涉及到一些諮商性的服務，此即為前述社會工作評估的執行。在服務的購買方面，則基於照顧管理者與服務使用者是一起工作(work together)以解決問題的，若購買服務的決定權能授權給照顧管理者，則較可能購得適切的服務。照顧管理者在此階段尚必須注意的包括：(1)照顧管理者的介入控制，需要對昂貴及稀少的資源負責；(2)照顧管理者亦必須確保能有適當的資源，以提供機構服務使用者的需求。此外，照顧管理者與服務使用者亦必須注意到介入期間可能的需求改變。

(五) 監督與評估

社區照顧服務的過程中，不斷的監督與評估以作為修正服務提供的適切性之參考是必要的，此外，儘管是服務提供已結束，為確信服務的效果，追蹤(follow-up)評價有時也是必要的。或許各方對整個社區照顧的提供會有不同的期待，例如服務使用者、照顧者、照顧管理者或機構主管會有不同的意見。為顧及評估的全面性效果，基本上此階段的評估必須將下列三項指標納入：(1)服務是否符合使用者的需求；(2)服務使用者對整個結果是否滿意；(3)服務提供的目標是否達成。然而，這三個指標的評價結果並不必然是一致的，例如，或許服務使用者的需求已獲得滿足，但社區照顧和照顧管理追求效率的目標卻不理想；抑或一些對服務提供之期待原本較低的服務使用者，可能會對其所獲得的服務感到滿意，然而，原先所預定的需求並沒有達到。易言之，評估可能隨著主客觀指標的差異而有不同的結果。

評估是一項服務過程、結束前甚至事後追蹤的工作，在長期介入的過程中，持續性的評估可避免執行上的偏差。此外，當照顧計畫擬訂且服務契約已購買後，可能有些需求會再出現，因而，照顧管理者可扮演整個過程的評估者角色，以適時提出修正或改變服務計畫，以配合服務使用者的需求，進而能追求並提昇服務效率，並確保服務的品質。有時若評估的結果顯示出案主的問題或需求並未獲得解決，則必須考慮重新回到照顧計畫的階段。

(六) 結 案

照顧管理可能隨著契約的終止而須結束，然而，為使整個照顧管理能劃下完美的句點，照顧管理者仍須謹慎的為結束作準備。基本上，可能須準備的事項包括：(1) 是否應讓服務使用者對工作應何時結束有充分的發言權；(2) 照顧管理者對結束人群關係之情感面向，應該關注的程度；(3) 結束工作時，機構和照顧管理者之一系列的安排有多少助益；(4) 是否已告知轉介者照顧工作即將結束(B Evans & Kearney, 1996, p. 125)。因而，照顧管理者在此階段的職責，乃在為一段服務的過程作結束的安排。此外，機構的經理亦可為其結束後的人力，在作提供服務之重新部署。對照顧管理者而言，每一個結束是另一次新的開始。

除照顧管理外，社會工作在社區照顧上仍扮演著社區工作者(community social worker)，以及諮詢性社會工作的角色。社區社會工作在於透過社區照顧的規劃，協助開發社區資源，以提供居民滿足其需求。此外，治療性的社會工作則在於協助案主及其周遭的人處理個人的問題和困難，以使他們能有較快樂和滿意的生活方

式，且能較有效率地經營其生活，進而增進其家庭、社區及社會生活。

四、社區照顧的協調與整合

照顧管理模式之運用於老人社區照顧，確可促使案主需求滿足以及資源有效運用的發揮，然而，在實務的運作過程裡，卻涉及到一些重要但卻難以配合的現實問題。在社區照顧的政策領域裡，「協調」即為藉由各種正式和非正式的安排，以促使組織與個人間之一起工作和溝通的過程，其主要目標在於提供有效率和整合的照顧服務。然而，包括台灣在內的有些國家，醫療照護和社會照護之供給和財務間的分工，是協調與整合所遭遇到的第一個障礙；其次，組織間與專業間利益的衝突，是另一個困難的來源(Tester, 1996, p. 147; Caldock, 1996)。

組織與個人間的協調出現於不同政府層級和服務的提供，提它可能出現的情境尚包括：相同組織的不同部門之間、法定與非法定的服務提供者和資金提供者之間、以及正式部門和非正式照顧者之間。這些協調的方式可區分如下：

(一) 服務與提供部門間之協調的方式

提供住在自己家庭者之社區照顧，往往需要靠各種公私部門對所提供服務的協調，而居宿照顧卻可在一屋簷下提供大多數的服務，這給予居宿照顧服務相當大的行政誘因(Means & Smith, 1994, p. 205)。因而，若希望要社區照顧替代機構式的照顧，則服務部門間的協調是推動社區照顧必要的重要前提。而協調過程中可能遭遇到

的阻礙，將隨著整個政府層級的行政結構，或組織單位間的安排而異。研究發現，社會服務部門的工作人員，經常會有種強烈的感覺，即健康服務部門的人員對科際間評估的一些原則之了解且承諾非常有限(Caldock, 1996, p.30)，這種欠缺共識與整合的科際合作，可能會使得到底是需要以「醫療模式」(medical model)或「社會模式」(social model)的社區照顧為主產生爭議，進而影響到老人的照顧或身心上的復健。例如，台灣之健康照護體系與社會照顧體系間在行政體系上的缺乏協調，使得社區照顧的實施，可能趨於分散而非整合，因而，適切地透過協調方式整合服務，將是社區照顧實施成敗與否的基本因素。

為獲致提供老人社區照顧之多方功能的目標，其可用的協調方法包括多種。第一，涉入服務規劃、須負責任、轉介、評估以及使用者和照護者的組織與執行人員間之共同的工作與溝通，是一般程序上必備的；第二，有關提供給個人之一系列服務，其安排必須要能促進共同的工作與溝通；第三，為確信決策者、服務提供者、照護工作者、服務使用者和照護者，能獲取有關所提供服務的範圍，以及提供服務的條件、資格和標準，訊息的交換和宣傳是必要的。第四，為了能讓個人有效率地一同工作，並能對協調有所承諾，對其它機構的結構、服務、目標和文化之訓練和體驗是有必要的。社會的交往和非正式的集會，可提供進一步發展相互了解的機會(Tester, 1996, p.155)。

(二) 正式和非正式照護的協調

正式服務在老人社區照顧相對上是較少的，其服務可能包括替

代家庭照顧的缺乏，以及補充或支持非正式部門對個人的照顧。隨著政策強調對非正式照護者的支持，以及提供個人化的照顧，這使得正式和非正式部門間的關係的重要性日漸獲得重視。然而，這種關係卻受到社區照顧之相互矛盾的目標所影響；即一方面非正式的照護者因本身提供較多的照顧，而被認為可節省公共支出；而另一方面，非正式照顧本身卻仍須被提供服務和支持。它們也許可被視為是「資源」(resources)、「共同工作者」(co-workers)、「共同案主」(co-clients)或者「替代照護者」(superseded carers)。或許是因為這種衝突的原因，在實務上，很少有為這種正式與非正式部門協調所做的結構性安排。然而，為建構完整的照護體系，照顧管理者或社工員，應能將這些部門的協調被視為其職責之一，這種職責在於組織照護服務和照護者網絡；同時，許多非正式的照護者，也被認為是在為其眷屬從事照護管理的角色，因而被認為應該被包括在正式評估和照護管理的程序(Tester, 1996, p.158)。

對照護者的支持性服務，形成了這些部門間的部分關係，然而，許多國家(如荷蘭與英國)對這種服務之政策發展的承諾，仍屬初期階段。此外，情緒的支持通常是來自於非正式部門，如家屬、朋友及鄰里，而他們對照護者的支持，往往是社會關係多於實質上的工作；非法定、志願以及自助團體，也在情緒支持上扮演著重要的角色(Tester 1996, p.158)

可用資源的訊息對老人及其照護者之社區照顧的聯繫也有重要的影響，特別是在一個複雜、分散或變遷過程的體系。一般而言，在多數的國家，老人或其照護者對於其可用的資源之訊息並不足。為解決這種對福利資源認知不足的問題，地方機構的組織、非營利

的地方機構以及自助性團體，應製作些單張、指南或書寫之非私人性的訊息，擺置在一些人們經常出入的場所；亦可以報紙、收音機或電視為工具，將訊息散播到人們的家裡，甚至在現代亦可運用電話詢問或網路，以提昇人們對福利資源的認知。此外，以直接面對面的方式，將可用的資源直接通知人們，這往往是社工具或其它從事老人照護之專業人員的責任。因而，從事老人照護的工作員和專業人員，需要詳知服務，以便能給予正確的諮詢，及適切地設計包裹式的照護(Fester, 1996, p.159)。

(三) 資金、組織和程序的協調

社區照顧之不同的機構和資金來源，發生了許多協調上的困難，這種現象，可能會導致資源運用的缺乏效率。在丹麥，所有的居家照護是由地方機構所組織，整體服務的協調與連貫性之問題較少；然而，因為社區照顧的預算與醫院的預算是分開的，而減低了社區照顧部門儘早承接照護可出院病患的財務誘因(Means & Smith, 1994, p.205)。因而，已有企圖藉由結合或組織資金來源、機構或部門，以及指出明確的責任和責信的界線，以改善協調(Fester, 1996, p.159)。整合這些項目的先決條件，需要靠行政體系在政策方面的配合，更需要相關部門以及專業人員，以科際間的合作方式組成工作團隊。例如，英國在一九八〇s之各級政府部門間的重組，也企圖藉由分散化的行政體系，以及提供涵蓋服務組合的地方辦公室，以促進地方的連結；例如，住宅和社會服務在有些地方機構是整合在一起的(Fester, 1996, p.159)。在實務的層次上，則是以科際合作和照顧管理的體系，以促進服務的協調與整合。這種科際

整合的團隊，是以不同的方式和服務目的形成的。Ovretveit(1993, p.55)曾將一個社區之科際的團隊定義為：

通常是來自於不同專業和機構的一小群的人，他們彼此對致力於滿足一位案主或社區的案主人口群之健康和社會需求的共同目標上，彼此間互有關連。

此一團隊的任務包括直接服務的提供、評估和照顧管理，其範圍從服務一位案主的相關工作人員的團體，到以團體會議討論有關的議題、轉介，以及對居宿與社區照顧之較具結構性和正式的評估(Fester, 1996, p.160)。這些團隊的成員，或許會包括家庭醫師、護士、居家照護者以及社工員，在一個正式的團隊裡，這些成員是由團隊的經理，來直接安排為案主提供健康和社會工作人員的服務，而前述照顧管理方法在跨國的比較研究中發現，它已被廣泛的採用，且被視為是一種值得投資的協調及聯繫一系列服務的方法(Means & Smith, 1994, p.206)。

五、結論

需要社區照顧的老人，其問題與需求往往是較為複雜的，且往往非單一專業或單一部門的服務可解決的；另一方面，在福利多元主義的趨勢下，可提供案主需求滿足的資源，亦非僅限於政府部門。在需求與資源皆趨於多元的狀況下，再加上市場化的服務之介入福利服務的提供，為使得社區照顧所強調之需求導向、培養案主自立、以及提昇服務效率的多元目標能達成，照顧管理之運用於老人社區照顧是一重要的趨勢，而為執行照顧管理，部門、資源、組織和照顧者間的協調與整合，是達致老人社區照顧理想須有的基礎。

我國目前的老人社區照顧尚屬發展的初期階段，老人需求的多元性雖已呈現，但照顧提供卻仍缺乏連貫性與整合性，特別是衛生與社政部門尚未能建立有效的溝通管道，而使得問題解決的效果與資源運用的效率偏低，這些現象的改善是社區照顧發揮其效用的基礎，亦是能讓強調服務之連貫性與整合性的照顧管理，能適切及妥善的運用於老人社區照顧的前提。此外，如何培養及訓練照顧管理所需要的人才，更是推行過程中不可或缺的要件。這些基礎或前提的存在或建立，對政府大力倡導及推展福利社區化及社區照顧的政策之實現，將有莫大的助益；而其最終的受益者更是社會上廣泛需要照顧的老人。

(本文作者現任暨南國際大學社會政策與社會工作學系副教授)

參考文獻：

1. 萬育維 福利社區化的意涵與策略 社區發展 全國社區發展會議特刊 一九九五 頁八九—九五
2. Bulmer, M. (1997) 'The social basis of community care', In J Bornat et al (eds) *Community Care - A Reader*, pp.45-52, London: The Open University.
3. Caldock, K.(1996) 'Multi-Disciplinary Assessment and Care Management', In J.Phillips & B.Penhale (eds)*Reviewing Care Management for Older People*, pp.28-39, London: Jessica Kingsley.
4. Cm849 (1989) *Caring for People - Community Care in the Next Decade and Beyond*, London: HMSO.
5. DoH (1990) *Community Care in the Next Decade and Beyond: Policy and Guidance*, London:HMSO.
6. Evans, D. & Kearney, J.(1996) *Working in Social Care-a system approach*, Aldershot: Arena.
7. Evers, A.; Pijl, M. & Ungerson, C. (1994) *Payments for Care - A Comparative Overview*, Aldershot: Avebury.
8. Jack, R.(1998) 'Institution in community care', In R.Jack (ed) *Residual versus Community Care*, pp.10-40, London: Macmillan.
9. Means, R. & Smith, R.(1994) *Community Care-Policy & Practice*, London: Macmillan.
10. Moore, S. (1993) *Social Welfare Alive!* Cheltenham: Stanley Thornes.
11. Orme, J. & Glastonbury, B. (1993) *Care Management*, London: Macmillan.
12. Overiveit, J. (1993) *Coordinating community care: multidisciplinary teams and care management*, Buckingham: OUP.
13. Payne, M.(1995) *Social Work and Community Care*, London: Macmillan.
14. Phillips, J.(1996) 'Reviewing the Literature on Care Management', In J.Phillips & B.Penhale (eds)*Reviewing Care Management for Older People*. pp.11-13, London: Jessica Kingsley.
15. Tester, S. (1996) *Community Care for the Older People-A Comparative Perspective*, London: Macmillan.