

# 社區老人服務的樞紐者：

## 個案管理及服務協調

△胡美珍 摘譯

(東海大海社會工作碩士 美威斯康辛麥遜分校社會福利研究所研究)

### 前言

自一九四五年以來，英國陸續發展了許多支持居家老人的服務，這是福利國家及社區服務政策的具體展表。這些服務來自三個部門：公立單位、志願服務及私人機構。其中公立單位細分成四個科層機構：(1)各區保健局的保健服務(2)家庭開業醫生委員會的保健服務(3)城鄉社會服務部門的社會服務(4)各區住宅管理機構的住宅服務。每一部門的服務列於表一，可見不同部門相同服務的重疊狀況。

### 協調的問題

這些服務缺乏溝通及轉介的網路，而工作人員又欠缺協調溝通的特殊訓練；另外服務項目及機構結構各地不同，因此協調能力是一種地域性的技巧，極

### 摘要

英國由許多不同組織及專業人員提供社區老人服務。然而為滿足老人個別的需求常常產生協調的問題。儘管英美兩國有不同的健康及社會服務體系，但是美國個案管理的概念深深影響英國許多革新計畫，包括葛魯斯特居家老人照顧方案 (Gloucester Care for Elderly People at Home Project, 簡稱 CEPH)。革新計畫中指出樞紐者的迫切性。為避免老人需要的不滿足，這些計畫明白規定樞紐者的協調責任。另外為防止新專業人員在複雜體系中可怕的增殖，一個變通的方法是改變現有專業人員的責任、態度及團隊合作的方式，責成現有專業人員擔任樞紐者。

表一：老人服務機構工作項目

工作項目	公立單位			私人機構
	社會服務	保健局	家庭醫師住宅局	
1. 友誼社	*			
2. 訪視	*			
3. 精神	*			
4. 日間	*			
5. 牙醫		*		
6. 一般		*		
7. 健康		*		
8. 家庭		*		
9. 住宅		*		
10. 院後		*		
11. 洗衣		*		
12. 眼科		*		
13. 藥劑		*		
14. 物理		*		
15. 安眠		*		
16. 呼吸		*		
17. 護理		*		
18. 社會		*		
19. 福利		*		
20. 權利		*		
21. 問題		*		

需經驗累積。

最新的報告都指出：為滿足社區居民的需要，社區服務協調的重要性。譬如歐蒂特委員會 (Audit Commission 1985) 在「較有效管理老人社會服務」的報告中，指出對社區肢體殘障老人健康及社會服務協調照顧系統的需求。另外在「實現社區照顧」(一九八六) 一文中，指出各專業人員因為不同背景、訓練及觀點，常各行其事且阻礙協調的進展，因此必須合力設計一具體實施計劃，使需要服務者在同一系統下得到服務。在格費斯 (Griffiths, 1988) 「社區照顧：行動的媒介」一文中，提到一般開業醫生醫療照顧的協調，但在非醫療照顧上却相當缺乏。

### 樞紐工作

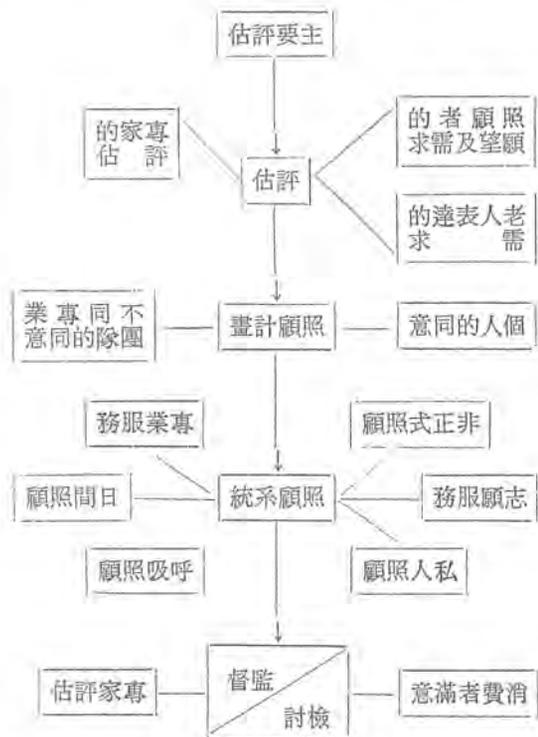
一般而言，為使老人留在社區必須設計一種照顧系統，包括以下四項特質

- (1) 一位專業工作者對個案需要作評估，這種評估可取自其他專業的意見；
- (2) 此專業工作者針對需要，負責設計一套照顧系統；
- (3) 此專業工作者設定進度表；
- (4) 此專業工作者監督此系統；如表二

在同一系統的每一階段皆由同一專業工作者來維護運作。但是這工作者不必然僅具有樞紐者的角色，而是在自身專業角色之外，再加上樞紐工作。某些情況下，非專業人員也可成為樞紐者，好比家庭照顧助理、庇護之家的看護、志工。親戚或非正式照顧者也可擔任；甚至不太企求支持及專業服務的老人本身也可擔任。

沙克費爾 (Sackville, 1978) 是英國社工協會 (BASW) 及居民照顧委員會 (RCA) 政策研究的一員，他解釋樞紐者的角色：

質特色角的者紐樞：二表



- (1) 確保照顧計畫的進行，並隨時修訂。
- (2) 執行照顧計畫，利用所有適當的資源。
- (3) 監督進度，提出修正及其他可能的方法。
- (4) 召開定期檢討會。
- (5) 與個案保持適當的工作關係。
- (6) 確實維持適當的工作記錄。
- (7) 安排案主在離開居民照顧之後，繼續獲得適當的社會工作協助。

這七項工作是前面四項特質的演伸。樞紐工作在社會工作界引起許多爭議，譬如：樞紐者與朋友之類關鍵人物 (Key Person) 的區別；是否需要副樞紐者；以及樞紐者對居民職員關係的影響等。在這些初期的討論裏，強調的是：個案與樞紐者開始接觸時的關係，

以及其他工作者對樞紐者應有所認識。羅威 (Rodway, 1978) 指出樞紐者被社會服務或其他機構視為案主及其親屬長期計畫的人。因此樞紐者在家庭、社會工作團隊、個案會議及科層體制中的角色必須十分明確。

樞紐者是社工具的同義字嗎？而社工具一定涉入此四階段的工作嗎？個案工作的角色最近有許多爭議，可參考梅爾及邁爾等人的研究 (Meyer et al., 1965; Mayer & Timms, 1970)。這作爭論涉及案主與工作人員關係的系統化，特別是在老人社會工作。譬如高登柏得及康樂利 (Goldberg & Connelly, 1982) 指出老人社會工作六項功能及目標，其中個案工作或諮商角色已漸萎縮，而協調角色更形突顯。

一般人認為因為老人社會工作比較實務，所以地位較低。再加上少量的專業人員及大量的助理更貶低了老人社會工作的地位。一種解決之道是將成人與家庭及兒童的服務分開，各以不同的社會工作團隊來運作。協利士及菲利 (Challis & Ferlie, 1988) 的研究指出，因為大量助理投入老人工作，促使專業社工具朝向專門化發展。

布略列 (Brearley, 1975) 建議老人社會工作包括四項任務：評估、溝通、建立關係及運用實際資源。它是一種技術性的活動，包括諮商技巧 (個案工作) 及使用服務、福利、資源的知識及技巧。對老人的諮商功能將在後面的葛魯斯特方案中提及，而資源管理、計畫及協調將使老人社會工作有繼續被忽視的危險。

## 個案管理

一種樞紐工作的特別模式，是來自美國及加拿大社會工作實務中的個案管理。漢克等人 (Henke et al, 1975) 指出個案管理是個案中申請階段到結案階段的進展。最近幾年個案管理的概念常用在心理健康及社區老人長期照顧的服務上，而個案管理的目標是系統地評估、發現解決問題之道或協助案主去解

決問題。相對地，個案工作的目標是透過關係去改變案主，使其能解決自己的問題或適應挑戰。

巴律及邁克 (Ballew & Mink, 1986) 指出個案管理適用於多重問題的問題，因為他們常缺乏社會技巧、動機或知識，以致有獲得協助及有效使用協助的困難。因此個案管理具備協調、倡導及諮商的功能，並採用訂立契約、評估、計畫、資源評估、協調、終止契約等系統的步驟。而康柏門等人 (Capitman et al. 1986) 指出計畫中的五個重要元素：

- (1) 接案及篩選：認定可能的個案；
- (2) 評估及再評估：包括最初的評估及案主進展的檢討；
- (3) 照顧計畫；
- (4) 服務安置：包括轉介及與提供服務者的互動。
- (5) 監督及諮商：在個案管理過程的許多階段，與案主及非正式照顧者進行諮商。

對照表二，我們發現個案管理與樞紐工作有些不同。樞紐者在各種特定的專業評估之前是作基本評估，而在個案管理模式中是作接案及篩選。另外在美國個案管理的定義中並不包括財政資源及預算控制的管理。

## 美國的經驗及教訓

美國的健康及社會服務常受批評為「沒有系統」，譬如長期照顧系統有組織的問題，它包括收入維持、住宅、健康照顧及社會服務等四個小系統，造成服務的重疊，且案主問題只得到片面的解決，因而個案管理企圖使目前的沒有系統變得較整合且易於操作。

美國的老人服務不僅有系統的問題，還有經費的困難。醫療協助 (Medicaid) 及醫療照顧 (Medicare) 保險計畫都不支助社區長期照顧。因而，社區長期服務既少，經費又不足。個案管理扮演「捐客」的角色，了解個案需要

並激發潛在資源；不僅關心適切服務的整合，並考慮個案型式及數量的控制，和聯邦計畫經費的使用。

有效的個案管理必須擁有聯邦及州政府統籌基金，然而在美國社區老人長期方案中，經費補助是來自醫療照顧及醫療協助 (Medicare & Medicaid)。在正常狀況下，這是不合法的。因為，這些保險原只給付機構式照顧及醫療照顧。而且因為資金來源不同，必須分別支付給各個服務提供者。

健康照顧經費執行單位 (HCF) 選定五個方案作嚴格的量化評估，發現其中三個方案花費既多，且沒有效果。因此，個案管理並不比以前沒有系統的照顧方案好。然而另外兩個方案却有好的成本效益分析，這可能不只是個案管理所帶來的效果。在舊金山 (San Francisco) 洛克方案 (Lok scheme) 中，個案管理是統一社區老人服務的一部份，這個服務包括醫療、護理、日間照顧、家庭照顧及治療服務。所以個案管理最好建立在統合相關服務的模式中。而在片斷經費及服務的捐客模式中，個案管理是很難發揮功能的。另外洛克方案針對接近危機的人，而非已在機構居住的人，因此這作研究者建議將工作重點放在可能進入機構生活的老人，經過預先的篩選以免服務的浪費。

康普及其同儕 (Kemper et al., 1987) 研究十六個老人照顧方案之後，發現唯有在大量非正式照顧的情況下，個案管理才能降低護理之家及醫院病床的使用率。在南加州另一良好成本效益評估的方案，也是藉著非正式照顧者的引入及經費支持的服務，才使老人居住於社區而避免機構照顧。

因此英國從美國經驗中得到兩個教訓：

(1) 個案管理本身並不能產生整合的服務，一個先決條件是有經費服務的整合。

(2) 個案服務僅在其可控制服務及其他資源的供給時才會有效。

以下介紹英國三個革新方案，皆採個案管理的概念但以三種不同方式實施。

## 個案管理方案 (Case Manager Project, 簡稱 CMP)

這是在現存科層體制之外，運用英國國家基金，針對肢體障礙者的特別方案。個案管理者對方案指導委員會負責，但以案主的興趣及意願為最高指導原則。個案管理者是個專業及有經驗的社工具員，先對案主需要作評估，再依需要與案主協議制定未來的行動，最後促使案主達成目標。這些目標包括：獲得重建治療、得到良好設備及合適的住宅。

爭取 (Advocacy) 是此方案的重要特質，個案管理者與各服務機構 (醫生、護士、社工具員、職業治療、住宅職員) 的代表協調，討論個案情況，陳述個案需要或不需要某些服務的理由。個案管理者的重要技巧，是了解這些機構的服務流程並能運用這些代表的語言為案主利益辯護。因此他理應擁有比案主更好的溝通技巧。而且他雖沒有直接控制資源的能力，但各專家都能接受他對案主服務需求的評估。因此個案管理者不是連接案主與服務的「捐客」(broker)，而是極力為案主爭取資源的。

## 康特社區照顧方案 (Kent Community Care Scheme, KCCS)

這可能是公認運用個案管理原則在英國社區的最好方案。樞紐者在正式科層體制之內，是社區方案的一員，由多年老人服務經驗的專業社工具員來擔任，既有直接控制資源的權力，及有僱用當地照顧者的經費。主要轉介來源是地區社工具員團隊、當地一般開業醫生、社區護士等。個案管理者有一獨立的團隊，通常因社會服務部門之外的學校研究者來管理。

服務流程包括評估、控制及檔案回顧。因為工作量較輕，故可對每一個案作系統評估。這些評估不僅考慮現有的服務與非正式支持，而且也借助於其他

專業。這種評估不是一次完成的，而是時時評估案主的需要及滿足的程度。還有一個案管理者最好每天或定期監督每一個案的照顧系統。檔案不僅是研究的工具，也是控制的設計。另外檔案可作為個案管理團隊反省其與案主關係及其與團隊關係的依據。

照顧系統是此方案的中心概念，利用現有的資源（輔助設施、輪上午餐、家庭照顧、住宅護士、呼吸照顧），並增加地方人士的支持。地方人士的支持有些是支付服務費用，有些是印發服務項目。照顧系統是相當個別化的，支持個人留在自己家中，在可利用的範圍之內兼顧個人的需要。譬如：一個拒絕輪上午餐的老人，營養不良，可僱用專作午餐的地方協作者。因此照顧系統的特色是聯結非正式服務、半專業服務及正式服務，而且當照顧關係不能運作，即設法採取另一方法。

此方案的預算是每一居住式照顧 (residential care) 老人的三分之一，可支付各種社會服務資源，及非社會服務系統的人員和付費的協作者。用真實驗配對設計進行嚴密的成本效益分析，發現此方案較一般方案尤佳。雖然此研究結果可能有推論的問題；並且，研究者無法完全確知此二組如何造成差異。例如：可能是個案管理技術的效果、低成本的當地協作者、特別的社會工作團隊，也可能是靈柔效果，但我們可明顯地發現以低成本僱用當地高品質的照顧者已達成成本效益的優勢。

### 葛魯斯特居家老人管理方案 (CEPPT)

此方案開始於一九八六年，多採借前面所提的康特方案，以三個管理協作者作基礎，擔任老人的樞紐者角色。與前面方案不同之處有三：(1)此方案與葛魯斯特健康當局合作，由此當局在社區單位僱用管理協作者；(2)管理協作者安排在三個第一線的健康照顧團隊中；(3)此協作者既不安排在社會服務機構，也沒有受過社會工作專業訓練，人選的選擇是根據個人技巧及能力和與職位無關

的正式資格（譬如學位、教書及護士執照）。

協作者與專業團隊共同負責同一團體，就是第一線健康照顧團隊所列的高危險老人。協作者不僅對同事團體負責，並且對公立單位的僱主負責，但是他們沒有可支付服務的預算，且不能直接控制其他資源，僅有極少量的現金協助其服務，譬如讓案主嘗試不同的服務「樣本」(sample)或購買一些急需的物品。

在此方案中，管理協作者既像社區老人服務的樞紐者，也像社會工作者，同時又從事個案管理，運用經驗去了解高危險的住家老人，探索可能協助的方法。該方案並未教導或訓練他們如何扮演協調角色，但却鼓勵他們：熟悉老人地區性資源；(2)在不全仰賴法定服務的情況下，探索對老人新的服務方式；(3)盡量滿足照顧者的需要，體認支持照顧者即是支持居家老人。

此方案實施兩年，研究團隊設定了十項工作：

(1)開案：主要轉介來源是開業醫師及社區護士，他們發現一些居家困難的老人，但也有從庇護之家、社工、志工、老人及其看護轉介的個案。有些轉介因毋須協調或只需一次協助，所以並不開案。另外很少在第一次家庭訪視中完成需要評估，因為有些人會拒絕服務，而有些人對其需求沒有清楚地認識。個案協作者花許多時間去了解個案，以傳記的方式將個案放在過去生活的時空下去了解目前的需要。

(2)評估：利用評估表確實收集適當的資料，資料必輸入電腦作為比較的基礎；評估表採用高登柏得及溫柏特 (Goldberg & Warburton, 1979) 的個案回顧系統。細節可參考丹特等人 (Dant et al. 1987) 的報告。

(3)管理計畫：個案協作者是第一線保健團隊的一員，計畫協助老人居住在自己家中。與社會服務及保健當局保持密切聯繫，也熟知各正式機構及當地單位的運作程序。

(4)建立一套管理系統：依據老人的狀況設計特定及個人化的系統，而個案

協調者扮演所有服務提供者的橋樑。

(5) 控制及回顧：保持系統繼續運作。每個人時時在變，某個時段可能相當積極，但有時又相當消沈；有時需要很迫切，有時需要轉變；另外系統也可能因為某種原因而中斷。所以個案協調者必需每隔六個月再作一次評估，評估及再評估最好用同一格式書寫，以利作改變的對照及變異的監控。

(6) 社區工作：協調工作者不僅在早期與當地工作人員一起工作，事後仍需繼續保持連繫。

(7) 諮商：一些需要諮商的老人，因為他們必需留在家中，往往無法滿足這個需要，此時個案協調者很容易變成諮商者的角色，因為老人很容易對其表達實際的需要，自然地形成了諮商關係。所以協調者常受一些在職的諮商訓練，他們發現最難處理的是老人與照顧者彼此不同的需要。

(8) 爭取：個案協調者站在老人的立場，協助填表格、安排假日、要求提高福利服務。一方面促使老人願望受尊重，一方面協助老人完成其想做及能做的事。

(9) 資源提供者：因為協調者了解老人問題及可利用的服務項目，所以變成老人、照顧者及其他工作者很好的資料來源。在此方案中協調者花很多時間在傳遞資料給其他專家。理想上，最好將資料作成一覽表或資料庫，以利其他工作人員參考。

(10) 結案：當老人一直留在社區的家中，則一直需要維持管理系統，一旦老人移居機構或死亡才結案。

以上十項是目前樞紐者的工作內容。前面三個方案各有不同的服務架構、工作目標及評估基礎，所以不能作三者之間的評估。目前並沒有一個理想的模式，必須依據不同的背景採用不同的樞紐者角色。

## 相關的論題

一個重要的課題是有關資源的控制。大部份的個案管理都可協調資源，譬如美國的社區照顧計畫，個案管理者免除個案的費用，以醫療照顧及醫療協助的保費來支付。有些計畫可直接提供一些服務，有些可促使私人及志願服務部門提供。而英國康特方案有預算，既可控制社會服務部門，又可支付私人或其他志工的服務經費；然個案管理及葛魯斯特方案則沒有直接控制其他資源的能力。

個案管理無法控制其資源的缺點是：很難保證能確實滿足個案的需要，因為發現新服務必先改變資源的分配，若個案管理是位於非直接提供服務的機構內，則不易影響這些決策。但也有其優點，譬如在個案管理及葛魯斯特方案中，協調者的爭取角色，促使協調者在個案及他所代表的行政當局之間不需要採取妥協的立場。

樞紐者可能由個案管理者來擔任，也可能是在社區內已有的專業人員，譬如社工人員、社區護士、保健組織者、健康訪員、職業治療師或一般開業醫師。這些專業人員作樞紐工作，並非他們主要的任務，所以管理樞紐者的人及其他相關工作者都很難認定樞紐者的角色。通常沒有系統的方法來指出誰為樞紐者及認定樞紐工作的內涵。目前最適於從事協調服務的專業工作者都選得為其他的個案團體服務，同時，他們的接案量使得他們只能擔任少數幾位案主的樞紐者，唯有減輕個案量才能改善這種狀況。

在 CEPH 計畫中，建議成立科技整合團隊，以協調社區老人服務系統。這團隊選擇高危險的老人，並指派某專家為樞紐者，打破不同專業之間的障礙，改善溝通及協同合作，減少個別重複的評估並簡化作業流程及紙上作業。另外採用傳記式的評估，確保案主取向的協調管理及針對問題的解決，如此避免片斷的科層化。還有自然形成的諮商及個人支持功能為樞紐者的重要特質，唯有在良好關係之下才能作持續的評估，並找到最適合個案的資源及支持型式。

這種支持功能使得樞紐者與傳統的社會個案工作概念結合，但與個案管理有所區別。柯拉漢 (Callahan, 1989) 發現老年人特別堅持不希望成為個案，不需要有人來管理他們的生活。

個案管理在美國運行不錯，但也不能減少公共支出，因此英國採行此種方法當特別小心，一是美國的公共成本並沒有如期減少，二是英美兩國系統不同。康特方案雖證明社區照顧每個月減少了國庫支出，且在資源的使用上有更高的成本效益，然而因接受個案管理的個案有較長的存活率，就長期而言支出更多。另外此方案為顧及成本只限高危險的老人，但殘障老人及一般照顧老人的親友仍希望擴張此服務。

## 結 論

英國有三個主要系統提供老人長期照顧保健當局、社會服務及家庭開業醫師，漢特及喬治 (Hunter & Judge, 1988) 認為這些機構為實行個案管理，將經過文化的創新以改變彼此的關係。而英國在「照顧人們：社區照顧的未來十年」的白皮書 (即 Cm849, 1989) 裏也贊成此種說法。白皮書清楚地指出社會服務將成為社區照顧系統的主導機構，且以往透過收入支持系統支付居住式照顧及護理之家的費用，現在都轉請當地政府統籌支出，由當地政府負責提供機構及社區老人的照顧，如此一來，因為完全由當地政府計畫及決策，所以可能會有評估的困難。然而，基於社區照顧比較經濟的假設，同時當地政府又可以用同一筆基金給社區及機構的老人，這種作法應可兼顧彈性與經濟的優點。

若是社會服務單位成為社區照顧的經費來源，將引發一些附帶的財務問題。因為地方政府若致力於組織、計畫與運用私人部門的資源，則其作為社區照顧經費來源的角色將影響其對私人資源的動員能力，最後可能只能用購買的方式吸引私人部門從事社會服務。在這種狀況極嚴重的地區，居住式照顧可能反而是比較經濟的解決之道。

白皮書對個案管理極表贊同。個案的問題複雜且牽涉資源甚廣時，個案管理者負責定期檢討案主的需要及有效資源的運用。個案管理者經常由社會服務部僱用，但也不盡然。所以白皮書並不限定個案管理是由那一專業來擔任，只指出社工員、家庭照顧組織者、社區護士等較合適。更重要的是指出，個案管理並不是資源管理，雖然個案管理與預算管理連結是有利的，但並非每個個案都需要。因此康特方案直接控制預算，個案管理方案中的個案管理者擔任爭取者，格魯斯特方案中建立協調系統。後面兩方案都需在社會服務部門中，建立資源管理系統。

因此現行社會服務部門為建立資源管理系統面臨的主要問題：一是資源評估，二是與現有財政、管理及專業系統配合。專業工作者將具備對私人部門控制預算及刺激服務的技巧，和在許多個案需要之間分享資源的能力。但是樞紐者過分著重預算與資源的掌握，將有可能忽略樞紐工作者兩項重要角色：一是溝通與協調專業人員與服務提供者以滿足案主需要，二是個人式支持，此種支持提供高危險老人表明自己需求的機會，而不只是任由他人評估。

依白皮書，個案管理者毋須身兼資源管理及樞紐角色。譬如：由當地的資源管理者監督個案預算並和志工及私人服務提供者建立契約，他是一個專業工作者但與樞紐者不同。而樞紐者可能是不同專業的一員，運用本身的技巧為部分案主協調資源，他們毋須具備會計及閱讀預算報表的技術，但他們能為案主維持個人化及不妥協的契約。

本文摘譯 *Journal of Social Policy* 19 (3): 331-360。原作者為 Dant, Tim & Brian Gearing。題目是 *Keyworkers for Elderly People in the Community: Case Managers and Care Co-ordinators*。

譯者：東海大學社會工作碩士，現於美威斯康辛麥遜分校社會福利研究所研究。