

從「在社區照顧」到「整合性照顧」 ——英國的經驗、臺灣的啟示

黃源協、莊俐昕

壹、前言

在英國，自19世紀開啟對《濟貧法》（The Poor Law）之收容所情境的批判以來，如何找尋更符合人性與需求的照顧模式，遂成為政策關注焦點。20世紀中葉，社區照顧聲浪浮現檯面，至1970年代已發展成為政策上的首選。社區照顧並非單一模式，隨著執政者的意識形態及社會、政治和經濟環境的變化，政策上從1970-80年代的「在社區照顧」，轉移至1990年代的「由社區照顧」，再轉移至當今的「整合性照顧」。在臺灣，2007年3月核定的「我國長期照顧十年計畫」（簡稱長照1.0）及2016年12月核定的「長期照顧十年計畫2.0（106-115年）」（簡稱長照2.0），皆強調欲推動「以社區為基礎的照顧」（community-based care）（簡稱社區照顧〔community care〕），從長照2.0中「社區」一詞出現高達541次，以

及導入「社區整體照顧服務體系」（簡稱A-B-C體系）為主要運作模式，即可瞭解「整合性社區照顧」亦為臺灣長期照顧的政策的首選。本文主要欲檢視英國社區照顧的發展經驗，並據以提出可供臺灣推動整合性社區照顧的啟示

貳、從「全控機構」到「在社區照顧」

一、社區照顧的緣起

社區照顧概念源自於對19世紀英國《濟貧法》之收容所情境的反彈，批評者認為罹患慢性疾病患者，應在接受指導的情況下與親友同住。然而，直到19世紀後半期，類似「全控機構」（total institution）的收容照顧仍是治療介入的偏好場所，直至20世紀初期政策始出現轉變，認為醫院應是提供適切治療的場所，而非無家可歸者的收容所。英國官方首次使用「社區照

顧」一詞，出現於1930年督察局之年度報告（Annual Report of the Board of Control），主要是用於指稱醫院外的照顧（Busfield, 1997），初衷是欲將心智障礙者及精神疾病患者的照顧，從醫院轉移至以社區為基礎的照顧，這種思維很快地也擴展至老人及肢體障礙者（Means et al., 2008）。

1956年Guillebaud委員會的「國民保健服務（National Health Service, NHS）支出調查報告」（The Report of the Committee of Inquiry into the Cost of the NHS）提出，基於人道和財政的考量，加上戰後社會和健康服務的成功改革，對於特定族群的處遇措施，將改以「在社區照顧」（care in the community）為之，尤其是精神/心理衛生服務（Baggott, 1994）。1957年Percy委員會的「1954-7年皇家委員會關於精神疾病和精神缺陷法律的報告」（The Report of the 1954-7 Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency）提出，倘若精神疾病患者已治療至可在家療養，且也有適當的家可歸，即應儘早讓他們出院（Carrier & Kendall, 1997）。

新照顧模式認為老舊收容所不是理想的治療場所，應由以社區為基礎的模式取代之，亦即，照顧應朝向去機構化（de-institutionalisation）方向調整（Busfield, 1997）。1959年頒布的《精神衛生法》（Mental Health Act, 1959）即規範，地方

當局應為無須接受醫院治療的精神疾病患者提供社區照顧服務，1961年衛生部長Enoch Powell宣布欲降低大型精神醫院的規模，正式表態欲朝向社區照顧模式。之後，長期住院病患持續下降，社區照顧與去機構化的概念也開始連結在一起（Payne, 1995）。

在老人照顧方面，英國三大主要政黨與官方也持同樣的態度，衛生部在1953、1954、1958的年度報告書，皆強調讓老人留在家裡接受照顧的重要性。1958年衛生部長提出：「我們對老人服務的基本原則應該是：對老人而言，最佳的地方就是自己的家，若必要時可透過居家服務予以協助」（引自Walker, 1983, p. 158）。1960年的報告書進一步主張：

健康和福利服務合作的總體目標，是要維持老人在社區中生活，唯有當社區服務已無法充分照顧，且老人自己也接受時，才允許住進醫院或住宿機構接受照顧。（引自Means & Smith, 1998a, p. 220）

1963年衛生部的藍皮書「衛生與福利：社區照顧的發展」（Health and Welfare: The Development of Community Care）明示，老人和精神病患最好是讓他們留在家裡或社區，且建議居住在家裡的老人需要特別的協助，以使得他們能夠因應身體的衰弱或疾病，且避免與社會隔離（Ministry of Health, 1963, p. 16）。Townsend（1963）對「家」（home）的描述隱含著社區照顧

對老人的深遠意涵：

在壁爐、吱吱作響的床架、褪色的油毯、彩繪的屏風、以及盥洗室破舊門鬥的陪伴下，家是〔老人〕老舊的安樂椅，它隱含著一千個記憶，承載著一千個知己的承諾，它是一種人格的延伸。（引自 Means & Smith, 1998, pp. 219-220）

顯然，1950至1960年代，社區照顧逐漸發展成為一種觀念上的共識，為了讓精神疾病患者、心智障礙者、老人、肢體障礙者等過著更快樂生活，也為了減少政府的財政壓力，應盡可能讓他們留在自己的家裡或社區接受照顧。支持者認為，社區照顧可將個人整合於社區內，發揮其自主潛能，以避免在機構照顧中出現依賴現象；同時，讓他們走進社區，亦可激起社會注意到他們的需求（Baggott, 1994; Payne, 1995）。

二、「在社區照顧」的推展

1970年代初期，社區照顧因兩份白皮書的公布而有實質的進展——1971年的「為心智障礙者提供更好的服務」（Better Services for the Mentally Handicapped, 1971）與1975年的「為精神疾病患者提供更好的服務」（Better Services for the Mentally Ill），兩份皆主張減少醫院為兩類對象唯一的服務場所，轉而提出以社區照顧方式替代之（Means & Smith, 1998b）。1974年衛生部門與地方當局組成聯合諮詢委員會（Joint Consultative Committee）及健

康照顧聯合規劃小組（Joint Health Care Planning Team），旨在催促去機構化政策的實現，且於1976年開始編列推展社區照顧共同基金，衛生部門開始提撥經費給地方社會服務機構和志願組織，以建立以社區為基礎的服務方案，例如，設立日間照顧中心以支持人們留在社區，以避免入住醫院／機構（Baggott, 1994; Means & Smith, 1998b）。

另外，政府亦規劃將資源移至照顧老人、精神疾病患者、心智障礙者、肢體障礙者和兒童的社區服務，但因受到公共支出的限制和急性醫療部門的抗議，計畫暫被擱置。1970年代後期，工黨政府及其後的保守黨政府，因公共支出的緊縮而抑制了規劃中的社區照顧，政策轉向鼓勵和支持強調社區自助式的照顧方式，例如，提倡芳鄰運動（Good Neighbour Campaign）

（Department of Health and Social Security [DHSS], 1978），1978年的「快樂銀髮族」

（A Happier Old Age）討論文件即提出：

無疑地，隨著時間的流逝，〔老人〕逐漸增加的需求將會落在其親屬身上……雖然家庭的連帶是不可取代的，但我們不能假定家庭在照顧需求漸增的老年人時，可以負擔全部的責任。因此，我們需要尋求更廣大的社區，支持這種對傳統家庭的期待，……這即是何以要鼓勵芳鄰運動的主要原因之一。（DHSS, 1978, pp. 5-6）

隨著社區照顧政策的浮現與發展，不

僅開拓照顧服務的另類選擇，亦將照顧對象從精神疾病患者和心智障礙者，擴展至老人及其他類型的障礙者，主要措施著重於由地方當局主責，並協同志願組織，建立「以社區為基礎」的服務，透過地方政府及志願組織設立的機構推動「在社區照顧」（如：日間照顧），並協助需要被照顧者盡可能留在家裡接受照顧。

參、從「在社區照顧」到「由社區照顧」

一、社區照顧的轉折

1970年代的經濟危機及保守意識型態復甦，新管理主義（new managerialism）理念隨之興起。為解決人口老化衍生需求上揚的財政壓力，在促進「福利混合經濟」（the mixed economy of welfare）的託詞下，原由地方政府直接提供照顧和支持的「在社區照顧」，推移至納入民間

部門共同支持家庭提供照顧的「由社區照顧」（care by the community）（Lewis & Glennerster, 1996; Walker, 1997），且政策上欲促使商業機構為老人、慢性病患、身體失能者提供住宿照顧。對許多人而言，「由社區照顧」意味著照顧更多是個人和家庭的責任。

為促成「由社區照顧」的實踐，政府採取雙重的策略——促進民間部門的成長和殘餘化地方政府的供給角色。亦即，為促進民間部門的成長，衛生及社會安全部門對接受所得維持者，若居住在民間住宿或護理之家，費用可獲得全額補助；許多地方當局因而將需要安置者轉移至民間部門。另外，為殘餘化地方當局的供給，便藉由降低所屬機構可用資源，以降低其照顧供給的角色，並鼓勵將住宿照顧的供給由公共部門轉移至民間部門（Hill, 1997; Walker, 1997），目的即期望由私人和志願部門擔負主要供給者（表1）。

表 1 在社區照顧 vs 由社區照顧

項目 \ 照顧類別	在社區照顧	由社區照顧
照顧場所／類型	座落於社區的機構 （如：日間照顧）	家裡 （如：居家照顧）
主要角色	由社區衛生和地方當局的社會服務提供照顧	由非正式部門、政府專業人員、志願／民間機構共同提供照顧
次要角色	由非正式部門成員擔任補充者角色	由社區衛生和地方當局社會服務擔任使能或補充者的角色

資料來源：整理並修正自Symonds & Kelly（1998, p. 5）、Parrott（1999, p. 77）。

二、「由社區照顧」的啓動

在「由社區照顧」政策的指引下，地方社會服務部門的角色趨於式微，甚至極小化，其運作主要係透過三種途徑為之，包括：（一）分散化：鼓勵較廉價的非正式和準正式照顧（quasi-formal care），以抑制地方政府服務輸送的角色；（二）市場化：透過「契約委外」的服務，增加民間部門居家照顧的供給；以及（三）雙軌策略：政府一方面集中控制資源，一方面透過行政分散化讓使用者有更多參與機會（Walker, 1997）。

1980年代中期，受到政策的鼓勵與催促，志願及非正式部門逐漸投入照顧服務行列。然而，在執行面卻出現一些嚴重的問題，包括（Baggott, 1994; Means & Smith, 1998b）：

1. 財務機制設置不當：因缺乏由醫院轉至社區照顧的橋接基金，致使實務上僅是一種將責任由衛生部門轉移至地方當局。
2. 組織文化的隔閡：因不同組織的文化和對問題觀點不一，再加上會計責任和經營結構的差異，致使提供的是一種欠缺整合和協調的零碎服務。
3. 忽略家庭照顧者：衛生和地方當局僅補助住宿和護理之家，並未納入家庭照顧者。

4. 缺乏誘因與協調：地方當局缺乏投資社區照顧的誘因，且多元的社區照顧基金彼此缺乏協調。

5. 承載量能不足：財務、人力規劃和培訓的不足，致使地方因缺乏足夠安置機構和支持性服務，而出現難以承載服務的供給。

三、「由社區照顧」的進化

（一）1988年Griffiths報告書

為回應前述問題，1986年12月政府邀請Griffiths爵士對公共資金如何有效用於社區照顧進行檢視，結果即為1988年3月公布的Griffiths報告書（Agenda for Action）（Griffiths, 1988），該報告書提出社區照顧政策的執行正面臨多重問題，例如，資源配置不當、部門權責不清、協調聯繫不足、競爭機制不當（Means & Smith, 1998b）。報告書提出社區照顧政策須符合三項原則，包括：（1）適時提供給最需要者適當的服務；（2）受助者對服務應有較大的選擇和意見表達空間；以及（3）人們應盡可能地在自己的家裡、或離住宅環境較近的地方獲得照顧，並將醫院、住宿或護理之家保留給有需要卻無法獲取者（Griffiths, 1988）。

為達到上述的目標，Griffiths報告書的主要建議包括：（1）在中央層次上，政府應負起社區照顧的責任；（2）在地方層次上，社會服務部門在資源可用範圍

內，應擔負需求確認、優先性排定、包裹式照顧的輸送安排、以及社區照顧計畫之最佳設計者、組織者及購買者；（3）在個人層次上，由照顧管理者（care manager）整合需求評估及安排適當的包裹式照顧（Griffiths, 1988）。

（二）1989年社區照顧白皮書（Caring for People）

儘管各界對Griffiths的提議反應不一，卻遍尋不著更合適的方案（Henwood, Wistow & Robinson, 1996），於是內閣於1989年公佈一份影響深遠的白皮書：「照顧人民：未來十年及其後的社區照顧（Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond），時任衛生部長Kenneth Clarke即指出，白皮書是「80%的Griffiths」（Walker, 1997, p. 209）。該白皮書指出，社區照顧主要目的在於（Department of Health [DoH], 1989, p. 4）：

1. 讓人民在自己的家或地方社區似家的環境下，儘可能地過著正常的生活。
2. 提供適當的照顧和支持，以協助人民得到高度的獨立自主性，並藉由獲得或再獲得基本的生活技能，以協助他們發揮最大的潛能。
3. 給予人民對自己的生活方式及所需之服務有較大的發言權。

白皮書承認大量照顧是由家人、朋

友和鄰居所提供，若要照顧者持續執行其角色，他們是需要照顧和支持的，因而，社區照顧應符合四項要素：（1）服務必須彈性和感性地回應個人和照顧者的需求；（2）服務必須讓消費者有選擇的範圍；（3）服務的介入必須是要培養自主性；以及（4）服務須著重於那些有最大需求者（DoH, 1989）。另外，在執行上，社會服務機構要發展個案／照顧管理（case/care management），以讓服務是一種基於需求取向（need-led）而非服務取向（service-led）的途徑；而在策略上，社會服務要負責設計社區照顧方案，且要能夠彰顯出如何善用民間志願和商業組織，並要求須將新經費的85%用於購買民間部門提供的服務，以促進民間社區為基礎的服務之擴張（Baggott, 1994）。儘管各方對白皮書的主張仍有不同的看法或批評，但保守黨政府仍然據以形成並通過法案「國民保健服務與社區照顧法」（NHS and Community Care Act of 1990）。

（三）「NHS與社區照顧法」的實施與效應

「NHS與社區照顧法」將社區照顧的討論帶進新巔峰，不僅建立新的服務架構，且代表著對以往立法和財務結構不足的回應（Hoyes & Means, 1997），其目標欲提昇使用者和照顧者的選擇、自主與經營效率，為此，照顧服務的實務運作主要方式有二：（1）照顧管理（care

management)：欲藉由指派照顧管理者以經紀人身分，對案主進行需求評估、設計包裹式服務及配置資金 (DoH, 1990; Morgan, 1996)，以實踐「使用者為中心」的理念；(2) 購買者與供給者分離 (purchaser/provider split)：欲讓地方機構扮演使能者和購買者角色，透過配置的資金向民間志願和市場機構購買服務，期能藉由競爭來提昇服務的效率 (Lewis et al., 1997, p. 6)。

然而，1993年「NHS與社區照顧法」正式實施後，「由社區照顧」是否可達成所追求的目標——使用者的選擇、參與、需求滿足、以及服務的效率和經費抑制？就選擇和參與而言，包裹式照顧更具回應性和彈性 (Henwood et al., 1996; Hoyes & Means, 1997)，但因服務使用者被排除在「契約委外」協商的行列，而對服務的選擇權有限 (Walker, 1997)。就需求滿足而言，在資源短缺情況下，有的地方政府僅能回應處於高風險／高危險情境者 (Means & Smith, 1998b)，有的卻憂慮資金過剩，故不易對資源—需求之間關係作明確判斷 (Henwood et al., 1996)。就服務效率言，因服務使用者往往是弱勢者，不易到處比價以找到最具價值的服務 (Hoyes & Means, 1997)，再加服務供給競爭不足 (Walker, 1997)，使得欲藉由競爭來提昇效率的目標大打折扣 (Hoyes & Means, 1997)。就成本抑制言，因使

用社區照顧的資格要件放寬，致使量的增加提高了總體支出，再加上需要密集照顧者，若安置於醫院或機構的成本反而低於社區照顧成本 (Beecham et al., 1997)，致使成本抑制的目標不易達成。

整體而言，「NHS與社區照顧法」實施後的評述為：「全都變了、但沒改變」 (all change but no change) 及「沒有大禍」 (no disaster)；「全都變了」係指為回應衛生部的社區照顧實施時間表，衛生和地方社會服務機構大力動員，且新的評估及資助體系亦開始運作；「但沒改變」係指可用的服務模式對使用者和照顧者而言卻很少有改變；「沒有大禍」係指儘管是否服務已獲得改善尚待商榷，但責任由中央轉至地方政府，服務輸送體系的經營上並沒有重大的分裂 (Henwood et al., 1996)。

肆、從「由社區照顧」到「整合性照顧」

一、社區照顧的再轉折

「整合」在英國的健康和社會照顧領域並非新穎議題，早在1970-90年代就已建立一系列協商和機制鼓勵協同工作 (如：共同基金、轉銜基金)，90年代後期，受到新公共治理 (new public governance) 理念的影響，公、私及志願部門協力合作被視為是有效解決問題的必

要途徑 (Denhardt & Denhardt, 2007)，夥伴關係隨之成為時尚用詞，「整合」亦成為政策討論的核心，期能藉以透過協同和聯合工作來解決複雜的照顧問題 (Miller et al., 2021)。從契約委外的「競爭」轉移至最佳價值的「整合」，即欲藉由「夥伴」和「績效」來突破部門或組織之間的障礙，再藉由通力合作來發揮服務的綜效，尤其是衛生、社會及住宅部門之間的合作 (Means & Smith, 1998b)。

1980年代社區照顧改革的設計，主要欲解決財務、組織與服務輸送的困境，並藉由競爭市場的運作，打造一個自主、選擇、參與和需求導向之消費主義模式的服務體系；然而，「重市場、輕政府」的路徑，卻嚴重威脅到照顧本質 (Walker, 1997)。隨著老年人口的成長及適用條件放寬，1997年新工黨重返執政後，察覺從機構照顧轉向社區照顧，不僅無法節省支出，反而需要更多經費以因應攀升的需求，但若期待透過增稅來支應照顧支出，實務上是有困難的 (Parker & Clarke, 1997)。為尋求解決財政上的問題，政府於1997年11月成立「老人長期照顧皇家委員會」 (Royal Commission on Long Term Care for the Elderly, RCLTC)，以審查資助老人長期照顧的備選方案，並就個人和國家應如何支付照顧費用提出建議。該委員會於1999年3月提出「關於老年：長期照顧

——權利與責任 (With Respect to Old Age: Long-term care - Rights and Responsibilities) 報告書，除提出國家和個人分攤照顧支出的方式外，亦建議設置國家照顧委員會來監督照顧系統，以確保體系的透明和責信 (RCLTC, 1999, p. xvii)。

健康與社會照顧的整合一直是新工黨政府努力的目標，1998年9月諮詢性文件「行動的夥伴」 (Partnership in Action) (DoH, 1998a) 及其後的行動文件——「健康和社會服務現代化：國家優先事項指南1999/00–2001~20」 (Modernising Health and Social Services: National Priorities Guidance 1999/00 - 2001~20)，皆明確地傳遞並強調政府建構「整合性」服務的重視與決心，例如，「行動的夥伴」提及：「為了在適當時機輸送地方居民所需的服務，健康、社會服務和地方政府的其他部門，應該要能以夥伴方式通力合作」 (DoH, 1998b, p. 8)；「國家優先事項指南」宣示欲建立「地方單一窗口的健康和照顧中心」 (DoH, 1998a, p. 4)。

二、邁向整合與績效的推力：

四份「現代化」文件

新工黨主政下的健康和社會照顧，除了強調整合的重要性外，亦逐漸揚棄前保守黨政府獨尊民營化的作為，在新公共治理的導引下，轉而朝績效、品質及最佳價值 (the best value) 的方向邁進，整個改

革工程始於1990年代後期公布的一系列政策白皮書。1998年的「地方政府現代化：以最佳價值提升地方服務」（Modernising Local Government: Improving Local Services through Best Value）宣告：品質與效率是地方政府現代化的主要目標，對最佳價值的承諾是主要方法，最佳價值認為若有更好、更具效率和效能的輸送方法，就沒有必要將服務訴諸競標；另外，設定績效標的，並據以作為檢視和公開成效的依據，須成為地方政府的日常（The Stationery Office [TSO], 1998a）。同年的「當代地方政府：接觸民眾」（Modern Local Government in Touch with the People）強調，地方政府應接觸及瞭解民眾，並提供高品質的服務，中央政府須提供地方社區願景、機會和誘因，共為建構現代化地方政府而努力（TSO, 1998b）。

1998年「社會服務現代化：促進獨立、改善保護、提升標準」（Modernising Social Service: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards）主張須將焦點從照顧供給，轉移至使用者對服務品質與結果的感受，任何決策不應受意識形態左右，而應取決於最佳價值和對使用者是最適宜的（DoH, 1998c）。同年的「心理衛生服務現代化」（Modernising Mental Health Services）承諾，現代化的心理衛生服務必須是一套安全、完整及支持性的服務，尤其是要與服務使用者及其

家屬和照顧者，共同營造更健康的社區（DoH, 1998d）。

在服務資源和需求產生落差之際，藉由多方資源的開發及整合以提昇服務效率，再加上最佳價值的原則與任務導引下，社會照顧服務輸送從強調競爭與效率的民營化，轉向重視績效與品質，同時在保留競爭的機制下，建立可指引服務輸送的指標，這些措施將社區照顧帶向另一波的改革，也是揮別過去、邁向未來另一次再出發的良機。

三、推倒「柏林圍牆」：協力與夥伴

當社區照顧服務輸送逐漸從競爭轉移至整合，如何推倒「衛政」與「社政」之間的「柏林圍牆」（Berlin Wall）、強化公私部門的合作、以及建置以使用者為中心的整合性照顧，遂成為邁向21世紀之健康與社會照顧優先關注議題。為此，從1997年到2010年，歷任工黨政府皆強調需要更大程度的整合，以作為提高品質、效率和患者結果驅動力的一部分。諸如「整合照顧途徑」、「以患者為中心的照顧」和「共享決策」等舉措，即是欲促進照顧協調的作為（Shaw et al., 2011）。

工黨政府透過各種方式勸告、強迫和激勵機構合作開展工作，且致力於創造一個可以接受共同工作的支持環境，即便是在2007—2008年全球經濟危機期，投入健康和社會照顧經費仍持續成長。然而，

或許因過度關注共同工作的結構性、程序或財務要素，卻疏忽參與其中的組織和專業人士，可能因意識形態、價值和利益的認知不一，而覺得自身的地位、自主權和正統性受到威脅，致使因缺乏「信任」和「關係」而難以真誠合作（Miller et al., 2021）。

伍、整合性社區照顧的實踐

一、整合性社區照顧的意涵

「整合」（integration）是尋求帶動提升照顧協調的一套方法、過程和模式。何以整合在健康和社會照顧受到重視呢？主因包括：（一）為處理難纏的問題；（二）為確保個人免受傷害；（三）為確保人們獲得其所要的照顧結果和感受；（四）為確保資源能被妥善使用；以及（伍）為組織的生存和成長。整合並不只是一個單純的概念或任務，它涉及到多重的意涵，例如，服務範圍與深度的整合、提供服務單位／部門的整合、不同工作者／專業者的整合、水平和垂直的整合（Miller et al., 2016）。

整合性照顧（integrated care）是一種組織的原則，欲透過更具協調的方式，來克服初級和次級照顧，生理和心理照顧、以及健康和社會照顧之間的障礙，以便在正確時間和正確地點提供正確的照顧，藉以提升整體照顧品質（Ham & Walsh,

2013; Shaw et al., 2011）。儘管整合性照顧的界定仍有些挑戰，但「協調工作」和「以人為本」被視為是必備的條件，目的是欲讓服務使用者感受到：「我的照顧是與瞭解我和我的照顧者的一群人共同規劃的，它讓我能夠掌控、協調所提供的服務，並獲得最好的照顧成果」（Social Care Institute for Excellence [SCIE], 2017, p. 9）。為落實整合性照顧，一套整合性照顧體系的建立是不可或缺的途徑。

整合性照顧體系（integrated care systems, ICSs）是一種夥伴關係，它將一個地區的NHS服務提供者和委託者，與地方當局和其他地方合作夥伴聚集在一起，共同規劃健康和照顧服務，以滿足服務使用者的需求。ICSs的中心目標是整合不同組織和情境中的照顧——將醫院和社區服務及健康和社會照顧結合起來（Charles et al., 2021）。換言之，ICSs即是一套結合健康與社會照顧之以社區為基礎的「整合性社區照顧」（integrated community care, ICC）服務模式，包括整合性社區健康照顧與整合性社區社會照顧，其目的是要確保地方當局和NHS能在水平和垂直層級上一起工作，以便能夠在社區提供一種全面性的健康和社會照顧服務（SCIE, 2017, p. 25）。顯然，ICC已超越「在社區照顧」及「由社區照顧」的討論，且被視為是更具「協調照顧」和「以人為本」的途徑（van der Vlegel-Brouwer et al., 2020）。

二、整合性照顧的推展

(一) 2010—2015聯合政府

——整合議題再現

考量到需要以更低的成本提供服務，以及為讓人們獲得更好結果的實際需要，建立更具協調照顧與以人為本的公共服務，一直是健康與社會照顧發展方向。2010年5月大選後，由保守黨——自由民主黨組建的聯合政府（2010—2015年），最初將改革的重點放在強化NHS市場力量，以降低公共服務的支出，甚少談及聯合工作。直到2012年NHS未來論壇上（NHS Future Forum），與會的健康和社會照顧領導者及利害關係人，強力反對「重競爭、輕協力」的作為，並將整合的議題再度拉回檯面。不同於以往慣用「夥伴工作」（partnership working）或「聯合解決共同的問題」（joint-up solutions to joint-up problems）的術語，他們偏好「整合性照顧」一詞——有時指醫院和社區之間的垂直整合、有時指健康和社會照顧的橫向整合，衛生部和12個夥伴團體於會後共同發布「整合性照顧和支持：我們共同的承諾」（Integrated Care and Support: Our Shared Commitment）宣言，除定義「以人為本」和「協調照顧」之外，亦承諾共同採取緊急和持續性行動，目標欲在2018年讓聯合和協調的健康和社會照顧成為一種常態（Miller et al., 2021;

Redding, 2013）。

為達成整合性照顧的目標，政府推出一系列的計畫和立法，例如，2013年的「整合照顧和支持先鋒計畫」（Integrated Care and Support Pioneers），選擇25個地方試行新工作方式，以改善同時需要NHS和地方當局服務者的照顧品質和成本效益；同年，亦籌措至少38億英鎊的「更好的照顧基金」（Better Care Fund），以促進由地方健康和福祉委員會監督的整合性工作；2014年頒布的「照顧法」（Care Act, 2014），要求地方當局促進整合，以提升福祉、改善品質或防止照顧需求的擴大；同年，亦開始推動為期五年的前瞻計畫（Five Year Forward View），選出50個「先鋒據點」（vanguard sites）推動七種新照顧模式，期能將照顧從醫院轉移至離家較近的地方（Miller et al., 2021）。這些舉措為後續整合性照顧的推展奠定必要的基礎。

(二) 2015～保守黨政府

——整合性照顧體系的建置

2015年保守黨重返獨立執政後，著力於建立促進健康和社會照顧有效協同工作的「治理」和「責信」機制。2015年的「支出審查和秋季報表」（Spending Review and Autumn Statement），承諾在2020年前將全英格蘭的健康和社會照顧服務整合起來，並要求地方須在2017年4月

之前提交實現該目標的計畫；同年，在英格蘭44個地區推動「可持續性發展和轉型計畫」（Sustainability and Transformation Plans, STPs），邀集健康和社會照顧主要夥伴來共同解決整個體系的問題，以期隨著時間推移，能夠發展出更深入合作的「整合性照顧體系」，以對當地健康照顧系統的資源和績效承擔更多的共同責任；2018年的「整合性照顧體系」（Integrated Care System）計畫，係可持續性和轉型夥伴關係的進階形式，將授予當地NHS組織對其可用資金和健康照顧服務品質的管理有更大的自主性；2019的NHS長期計畫（NHS Long Term Plan, NHS-LTP）承諾在2021年之前，英格蘭的每個區域皆發展整合性照顧體系；同年的「初級照顧網絡」（Primary Care Network, PNC）計畫，個別家庭醫師可以建立或加入覆蓋30,000–50,000人口的PNC，以整合當地社區周圍的初級健康服務，並與包括社會照顧在的其他機構合作（Miller et al., 2021）。

基於2019年的NHS-LTP的承諾和企圖，2020年11月英格蘭NHS局發布宣示文件——「整合照顧：在英格蘭建立強而有效的整合照顧系統的下一步」（Integrating care: next steps to building strong and effective integrated care systems across England）（NHS England & NHS Improvement, 2020），具體提出落實整合

性照顧的必要性，重點聚焦於：（1）共同努力並支持整合；（2）去除不必要的官僚主義；（3）增強公眾信心和責信；以及（4）支持公共衛生、社會照顧及品質和安全的其他建議。為實現整合照顧的目標，健康與社會照顧部門已提出一系列具體改革的措施與期程（Charles et al., 2021），且已著手制訂或修改相關的法規。例如，在地方成立一個委託組織負責為當地居民規劃、購買和監測健康服務，並監督提供整合性照顧工作。另外，地方亦設有介於健康和社會照顧之間之全職的整合照顧協調員，旨在促進個部門之間的聯合工作，整合協調員所需的費用由兩個部門各資助50%（Croft & Currie, 2020）。

2021年12月衛生與社會照顧部發布一份「以人為本的成人社會照顧改革白皮書」（People at the Heart of Care Adult Social Care Reform White Paper）（Department of Health and Social Care [DHSC], 2021），以作為建立並推動「協調照顧」與「以人為本」之社會照顧體系指南。白皮書表明政府欲堅定致力於改革成人照顧，且承認家人和朋友在相互照顧上扮演重要的角色，同時欲讓那些為朋友和親人提供無償照顧者得到支持，以實現自己的人生目標，並有機會發展自己的職業生涯。為此，白皮書提出一項環繞三個目標的10年願景：（1）人們可以在可選擇、支配和支持情

況下過著獨立的生活；（2）人們可以獲得卓越的品質和量身定做的照顧和支持；以及（3）人們會看到成人社會照顧是公平且容易獲得的。為實現10年的願景，該白皮書亦列出一系列的政策，欲讓提供照顧和支持的相關部門能在三年內，共同實現政策的目標（DHSC, 2021）。

如前所述，整合性照顧並非一項新鮮或新興的議題，自1990年代後期浮現於政策檯面上後，無任哪一個政黨執政，皆陸續頒布各種相關的文件（如：綠皮書、白皮書、法規）強調整合的重要性，且做出各項推動整合性照顧的投資。另外，公私部門對整合性照顧議題也從不間斷地進行評估，並向政府部門提出建言（如：Nuffield Trust, King's Fund, Social Care institute for Excellence, Care Quality Commission），這些舉措無非是期待透過整合性照顧體系的建構，以為有照顧需求者提供具有「協調」和「以人為本」的整合性照顧。然而，徒有政策、法規、資金和建言是無法讓社會照顧體系自動運作的。Nuffield信託的評估報告即指出，當前英國的社會照顧正面臨著下列幾項主要問題：（1）缺乏長期資金解決方案，造成服務的不確定和不穩定；（2）缺乏提供創新的可靠數據，釀成短視近利的照顧關係；（3）選擇和競爭訊息不對稱，提供者改善服務的動力不足；（4）許多住宿機構的所有權結構不透明，亦造成服務

供給的不穩定；以及（5）中央政府、地方政府及提供服務組織少建立溝通管道，難以建立一個穩定、可持續性、有彈性的體系，以因應未來的壓力（Curry & Oung, 2021）。

陸、代結論——英國的經驗、臺灣的啟示

從「全控機構」、「在社區照顧」、「由社區照顧」到「整合性照顧」的轉化歷程，英國社區照顧常隨著執政者的意識形態、社會環境與經濟市場的變化、以及服務使用者的需求，不斷進行調整與變革，且可以預知的是：絕無一套可永續的照顧之路，這也意味著變革是沒有止境的。臺灣自1990年代開始推動的社區照顧，在長期照顧的領域，歷經早期的先導（試辦）計畫、到逐步推廣的長照1.0，再到長照2.0整合性照顧，迄今，臺灣的社區照顧之路仍在顛簸途中邁進（滾動式修正）。英國漫長的社區照顧發展經驗，尤其是近年強調「協調照顧」及「以人為本」的整合性照顧，到底能給臺灣什麼樣的啟示或借鏡呢？

一、長期照顧政策或計畫的規劃和推動，須基於理性且縝密的構思過程

英國從「在社區照顧」到「由社區照顧」，再到「整合性照顧」，每次變革

針對理念、政策、法規及計畫／方案討論與設計皆步步為營，且多基於當時狀況做審慎反思。儘管看似依理性脈絡形成的政策和計畫，卻仍難以如願達成設定的目標。「滾動式」或「跳躍滾動式」的修正是目前長照2.0被詬病的一環，特別是在「長照給付及支付基準」推出後，將整個供給市場帶向混亂動盪局面（陳正益，2019；游麗裡，2021），主因係源於「病急亂投醫」之隨性與急就章的決策，過程中缺乏與利害關係人（特別是民間單位）進行實質且有效的溝通。英國變革的經驗告訴我們，任何長照政策或計畫都是透過審慎研議與精心設計而形成，尤其是透過各種形式與地方或民間組織／團體（如：Age UK, Nuffield Trust, King's Fund, Social Care institute for Excellence）進行討論。長期照顧的變革是一條永無止境的路，為讓政策或計畫的制定更為縝密且穩健，政府除須建構政策研究機制外，亦應鼓勵或投資民間團體進行長期且系統性研究，以隨時為政策規劃和計畫推動提供適時且周延的回饋。

二、「特約」的市場化照顧模式，須輔以「以人為本」的信念

新管理主義下的「由社區照顧」，藉由轉移財務補助的誘因，除降低了地方政府在照顧供給上的角色，亦促使民間部門（含私人及志願部門）大幅成長（Hill,

1997; Walker, 1997）。然而，當志願部門加入準市場競爭行列後，即遭到諸如道德風險（moral hazard）、變相營利（for-profit in disguise）、使命飄移（mission drift）的嘲諷（Van Slyke, 2006; Weisbrod, 2000）。這種以金錢而非利他主義主導組織決策模式，不僅損害志願部門的聲譽，更犧牲了弱勢服務使用者的權益。在臺灣，2018年實施的「長照特約與支付要點」，將原本「契約委外」的準市場競爭，帶入以「特約」的完全競爭市場，在高度有利可圖的吸引下，服務供給單位急速成長，再加上「長照給付及支付基準」之以項目取代時間的計價方式，致使市場上出現難以想像的搶個案、搶錢的亂象。「以人為本」是整合性照顧的核心價值（Miller et al., 2021; Redding, 2013），當非營利的志願部門加入契約委外的供給行列，都難以抗拒利益的誘惑，怎能期待營利的特約公司會正視「以人為本」的價值。建構以社區為基礎之整合型照顧體系是長照2.0目標之一，在當前充滿競爭的特約市場裡，為避免因「重利輕人」而損及人民的權益及服務體系，無論是營利或非營利單位，皆應施以並強化「以人為本」的信念，並形塑成為長照市場的文化或倫理，以為整合性照顧奠定穩固的基礎。

三、協力合作的整合性照顧，需要輔以激勵「網絡合作」的機制

新公共治理下的「整合性照顧」，將服務供給策略從「市場競爭」轉移至「網絡合作」，然而，網絡運作不會隨口號而自然形成，「聯合工作」、「夥伴工作」等「網絡合作」的類名詞，早已是英國健康和社會照顧中的華麗辭藻，無論口號如何變化，輸送體系的分歧、斷裂與零碎依舊難以徹底解決，究其原因不外乎是組織與專業文化的隔閡，抑或是財務機制或分配的爭端。社區整體照顧是長照2.0的主要策略，其運作至少需要跨衛政與社政之部門與專業的協力，然而，以保險為主的醫療體系和以稅收為主的長照體系，無論在行政、財務或專業文化皆存在著差異與隔閡，如何破除這些部門及專業間協力合作的障礙，實為整合性照顧能否實現的關鍵因素。英國1980年代之缺乏部門之間的轉銜基金，以及1990—2000年代之疏忽處理利害關係組織與專業間的「關係」與「信任」，實為聯合與夥伴工作難以推動的主因。邁向社區整體照顧的長照2.0，若欲讓整合照顧不致淪為口號，前述英國的「缺乏」與「疏忽」足為殷鑑。為此，我們迫切需要建立一套激勵「網絡合作」的機制，例如，設置醫療與長照的共同基金或轉銜基金，以及投資於建立利害關係人之「關係」與「信任」的長照文化。

四、穩健的社區整體照顧服務供給，須輔以穩定的財務和資源

從全控機構到整合性照顧，經濟／財政考量一直是英國社區照顧變革的重要推力。為因應人口老化衍生的照顧需求，個人、家庭或政府花在長照的費用勢必不斷成長，更多經費和資源的投入是無法迴避的議題，如何籌措適足的長照財源及編列與分配適切的預算，一直是中央與地方、衛政與社政、政府與民間爭議不斷的課題。例如，從「全控機構」到「在社區照顧」雖稱是基於人道和財政的考量，實則是關乎中央和地方的財務責任；從「在社區照顧」到「由社區照顧」，即涉及到政府、民間、個人和家庭照顧責任；從「由社區照顧」到「整合性照顧」，亦是一種對於健康和社會照顧支出持續擴張的回應。穩健的長期照顧服務供給需要有穩健的財源為後盾，長照2.0的主要財源是由各種不穩定稅收組成的特種基金，伴隨著老年人口的快速成長，無論是個人、家庭或政府，長照支出的成長勢必難以抵擋，再加上政府鼓勵覆蓋率和開案、特約單位的搶個案和搶錢，以及寬鬆的資格限制和部分負擔，都可能在短時期促成長照經費的持續且巨幅飆漲。為提供穩健且可持續性的長照，如何籌措穩定的財源和資源實為成敗的關鍵，也是負責任的政府不可迴避的挑戰。

(本文作者：黃源協為國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系特聘教授兼長期照顧經營管理碩士在職專班主任；莊俐昕為國立暨南國際大學原住民文化產業與社

會工作學士學位學程特聘教授兼非營利組織經營管理碩士學位學程主任)

關鍵詞：在社區照顧、由社區照顧、整合性社區照顧

📖 參考文獻

- 陳正益 (2019)。〈社區整體照顧服務體系之運作與展望：以南投縣為例〉。《社會政策與社會工作學刊》，23 (2)，137-177。 [https://doi.org/10.6785/SPSW.201912_23\(2\).0004](https://doi.org/10.6785/SPSW.201912_23(2).0004)
- 游麗裡 (2021)。《非營利組織策略制定過程之研究：從長期照顧1.0到長期照顧2.0》(博士論文，國立暨南國際大學)。臺灣碩博士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/j3x5dj>
- Baggott, R. (1994). *Health and health care in Britain*. St. Martin's Press.
- Beecham, F., Hallam, A., Knapp, M., Baines, B., Feyno, A., & Asbury, M. (1997). Costing care in hospital and in the community. In J. Leff (Ed.), *Care in the community: Illusion or reality?* (pp. 93-109). John Wiley & Sons.
- Busfield, J. (1997). Managing madness: Changing ideas and practice. In J. Bornat, C. Pereira, F. Williams, & J. Johnson (Eds.), *Community care: A reader* (pp. 237-244). OUP.
- Carrier, J., & Kendall, I. (1997) Evolution of Policy. In J. Leff (Ed.), *Care in the community: Illusion or reality?* (pp. 1-20). John Wiley & Sons.
- Charles, A., Ewbank, L., Naylor, C., & Murray, R. (2021). *Developing place-based partnership: The foundation of effective integrated care systems*. The King's Fund.
- Croft, C., & Currie, G. (2020). Realizing policy aspirations of voluntary sector involvement in integrated care provision: Insights from the English national health service. *Health Policy*, 124(5), 549-555. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.008>
- Curry, N., & Oung, C. (2021). *Fractured and forgotten? The social care provider market in England*. Nuffield Trust.
- Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2007). *The new public service: Serving, not steering*. M. E. Sharp.
- Department of Health and Social Care. (2021). *People at the heart of care adult social care reform white paper*.
- Department of Health and Social Security. (1978). *A happier old age: A discussion document on elderly people in our society*. HMSO.
- Department of Health. (1989). *Caring for people: Community care in the next decade and beyond*. HMSO.

- Department of Health. (1990). *Community care in the next decade and beyond: Policy and guidance*. HMSO.
- Department of Health. (1998a). *Partnership in action*. HMSO.
- Department of Health. (1998b). *Modernising health and social services: National priorities guidance 1999/00 - 2001~20*. HMSO.
- Department of Health. (1998c). *Modernising social service: Promoting independence, improving protection, raising standards*. TSO.
- Department of Health. (1998d). *Modernising mental health services: Safe, sound and supportive*. TSO.
- Griffiths, R. (1988). *Community care: Agenda for action*. HMSO.
- Ham, C., & Walsh, N. (2013). *Making integrated care happen at scale and pace*. King's Fund.
- Henwood, M., Wistow, G., & Robinson, J. (1996). Halfway there? Policy, politics and outcomes in community care. *Social Policy & Administration*, 30(1), 39-53. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.1996.tb00480.x>
- Hill, M. (1997). *Understanding social policy*. Blackwell.
- Hoyes, L., & Means, R. (1997). The impact of quasi-markets on community care. In J. Bornat, C. Pereira, D. Pilgrim, & F. Williams (Eds.), *Community care: A reader* (pp. 293-303). Macmillan.
- Lewis, J., & Glennerster, H. (1996). *Implementing the new community care*. Open University Press.
- Lewis, J., Bernstock, P., Bovell, V., & Wookey, F. (1997). Implementing care management: Issues in relation to the new community care. *Br. J. Social Work*, 27, 5-24. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a011196>
- Means, R., & Smith, R. (1998a). *From poor to community care: The development of welfare services for the elderly 1939-1971*. The Policy.
- Means, R., & Smith, R. (1998b). *Community care: Policy and practice* (2nd ed.). Macmillan.
- Means, R., Richards, S., & Smith, R. (2008). *Community care: policy and practice*. Macmillan International Higher Education.
- Miller, R., Brown, H., & Mangan, C. (2016). *Integrated care in action: A practical guide for health, social care and housing support*. Jessica Kindsley Publishers.
- Miller, R., Glasby, J., & Dickinson, H. (2021). Integrated health and social care in England: Ten years on. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.5666>
- Ministry of Health. (1963). *Health & welfare: The development of community care*. HMSO.
- Morgan, B. (1996). Community care and social work with adults. In A. A. Vass (Ed.), *Social work competence: Care knowledge, values and skills*. SAGE.
- NHS England & NHS Improvement. (2020). *Integrating care: Next steps to building strong and effective integrated care systems across England*.
- Parrott, L. (1999). *Social work and social care*. Gildredge.

- Payne, M. (1995). *Social work and community care*. Macmillan.
- Royal Commission on Long Term Care. (1999). *With respect to old age: A report by the royal commission on long term care*. TSO.
- Redding, D. (2013) The narrative for person-centred coordinated care. *Journal of Integrated Care*, 21(6), 315-325. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2013-0018>
- Social Care Institute for Excellence. (2017). *Integration 2020: Scoping research*. Social Care Institute for Excellence.
- Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *An overview of integrated care in the NHS: What is integrated care?* Nuffield Trust.
- Symonds, A., & Kelly, A. (Eds.). (1998). *The Social construction of community care*. Macmillan.
- The Stationery Office. (1998a). *Modernising local government: Improving local services through best value*.
- The Stationery Office. (1998b). *Modern local government in touch with the people*.
- van der Vlegel-Brouwer, W., van Kemenade, K., Stein, K. V., Goodwin, N., & Miller, R. (2020). Research in integrated care: The need for more emergent, people-centred approaches. *International Journal of Integrated Care*, 20(4), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.5627>.
- Van Slyke, D. M. (2006). Agents or stewards: Using theory to understand the government-nonprofit social service contracting relationship. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17(2), 157-187. <https://doi.org/10.1093/jopart/mul012>
- Walker, A. (1983). A Caring Community. In H. Glennerster (Ed.), *The future of the welfare state* (pp.157-172). Heinemann Educational Books.
- Walker, A. (1997). Community care policy: From consensus to conflict. In J. Bornat, C. Pereira, D. Pilgrim, & F. Williams (Eds.), *Community care: A reader* (pp.196-220). Macmillan.
- Weisbrod, B. A. (2000). *To profit or not to profit: The commercial transformation of the nonprofit sector*. Cambridge University Press.