

# 建構以家庭為中心、社區為基礎的 社會福利服務體系

林萬億

## 前言

建構家庭福利服務中心刻正在若干縣市實驗，且已準備進行成果評鑑。由於計畫與充實社會工作人力方案有關，又被簡稱設置「家庭福利服務中心」，很容易被誤解是要補助各縣市政府社會工作人力開辦家庭福利服務中心。為了讓讀者充分瞭解這個計畫的來龍去脈，本文將完整地呈現這個計畫的動念與構思。

我國規劃「以家庭為中心、以社區為基礎的家庭支持體系」首見於民國93年10月18日行政院社會福利推動委員會第8次會議通過的「家庭政策」內容第四項「預防並協助家庭解決家庭內的問題」，第八點「建立以社區（或區域）為範圍的家庭支持（服務）中心」。該政策還未來得及落實，幾樁慘不忍睹的虐童案就把本已脆

弱的家庭暴力防治體系壓得喘不過氣來，例如94年台北市5歲邱小妹妹人球案，引發醫院互踢皮球案例；95年張志任把3歲傅姓幼童當玩具般渾身刺青、虐待致死；96年孀婆虐死3歲男童案、11歲童疑遭父母家暴致死案、廢水管抽打6歲女童還吊起來毒打致死案。97年臺北縣新莊才出生1年8個月的曹姓女幼童，凌晨被發現躺於床上全身發黑，氣絕身亡，而患有嚴重躁鬱症的幼童母親則睡在旁邊，毫無所悉，直至同居人、也是女童的父親許姓男子返家才嚇見報警。98年彰化10個月大的黃小妹日前被父親丟進滾燙的煮麵鍋，全身嚴重燙傷，送醫不治。幾天後，高雄縣一名2歲張小妹妹也被爸爸用掃把打得遍體鱗傷死亡。

每當兒童虐待事件上了新聞頭條，社會群情激憤，政府苦於因應各界的指責。

而第一線社會工作人員在承擔如排山倒海而來的壓力時，心中倍感無奈。保護兒童本是社會工作者不可推卸的職責，然礙於有限的人力，實無法因應層出不窮的兒童虐待事件；又地方政府社會福利服務體系分工本不利於服務整合；復加上造成兒童虐待的外部因素，如失業、疾病、物質濫用、暴力犯罪、婚姻解組等問題，很難單獨由社會福利體系介入解決。

有鑑於父母攜子自殺或兒童與少年受虐事件頻傳，特別是前述的邱小妹案。94年1月10日凌晨，因兒童虐待而致腦部受到重創陷入昏迷，需要緊急醫治的邱小妹被醫療資源最豐沛的台北市仁愛醫院，遠送到一百多公里外的台中縣沙鹿鎮童綜合醫院進行急救，此事件造成國內社會相當大的震撼，也使國人對於我國醫療與社會福利體系是否真能在民眾最有需求時有效發揮功能，確保民眾的健康與安全產生疑慮。事實上，邱小妹因父母離婚、父親酗酒，遭受虐待已有一段時日，其阿姨也曾試圖向台北市政府家庭暴力暨性侵害防治中心求助，惜未能成案，致錯失及早介入的時機（林萬億，2006）。

基於此，行政院遂指示內政部研擬具體可行方案以遏止兒童與少年虐待事件。起先，行政院希望內政部研商透過發放通報獎勵金的方式，鼓勵社區居民通報。這種將兒童與少年虐待事件當成是一般犯罪事件的檢舉通報，受到社會福利團體、學

者專家，及各地方政府社會局（處）的反對。其理由如下：首先，檢舉通報獎金制度會引發社區鄰里間的不信任，瞭解家暴通報之重要性者，若是碰到家暴案例，自不必以金錢誘惑，會自行通報。獎金重賞只會引發挾怨報復、破壞鄰里關係，無助家庭功能發揮；其次，會鼓勵好訟之徒謊報，造成地方政府家庭暴力及性侵害防治中心耗在確認通報正確性的人力負荷龐大，反而不利於需求緊急介入的案例；第三，一旦通報案件快速增加，以當時全國各地方政府處理兒童保護的人力配置總計有專責人力51名，兼責人力267名，負責家庭暴力之專、兼責人力325人來說，以2005年為例，一年要面對將近9千件的兒童及少年虐待事件，根本力不從心，更顯暴露我國家庭暴力防治系統的片段與脆弱（林萬億，2006）。

稍早，內政部兒童局已委託兒童福利聯盟基金會進行危機家庭評估指標制訂，提出高風險家庭的介入方案，且期以之作爲替代獎勵通報制度。兒童福利聯盟認爲有三種典型的家庭危機因子，造成兒童少年虐待：經濟陷入困境（失業）、身心健康不佳（酗酒）、高家庭/婚姻關係不穩定（離婚）。這即是所謂的「高風險家庭」。內政部於是於93年11月19日函頒「落實兒童及少年保護家庭暴力與性侵害事件通報及防治工作實施方案」。將「建構高風險家庭篩選及轉介處遇機制」列重

點工作，並通過執行「高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」及「受虐兒童少年家庭處遇服務方案」，編列5千5百萬元預算，預計擴充80至100名社會工作人力，投入高風險家庭及受虐兒童少年家庭介入服務。

「高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」目的是藉由社區中的學校系統、就業輔導個案管理系統、民政或衛生、警政等系統，依高風險家庭評估篩選表，發現遭遇困難或有需求之家庭，主動提供預防性服務方案，以達到預防兒童少年虐待、家庭暴力及性侵害事件發生。一旦篩選出高風險家庭，則由地方政府或委託民間團體提供專業人員關懷訪視、結合保母支持系統幼托園所提供臨托及喘息服務、辦理增強父母或照顧者親職知能服務、輔導進入社會救助系統、中低收入兒童少年生活補助、托育補助及早期療育等。

該方案經過一年的實施，發現諸多困難：首先，該方案缺乏以社區為基礎的兒童保護概念；其次，高風險的定義有污名化失業、貧窮、離婚家庭之嫌，將這些本該得到社會服務的弱勢家庭定義為可能加害兒童少年的高風險家庭，有壓迫弱勢家庭的意味；第三，即使補助每縣市的民間社會福利團體3到4名的社會工作人力，其實也只能做到被動通報、進行評估的工作而已，根本無法達到預防效果；最後，這些所謂高風險家庭大多數原本就是社會

局社會福利服務中心的案例，由社會局社會工作人員自行評估即可，何必再疊床架屋多出一套程序由民間團體來介入高風險家庭評估篩選。倘若是新發現個案，由民間團體介入的效果，也不若政府自行介入評估、處理的效果來得大（林萬億，2006）。

於是，「高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」面對嚴苛的挑戰。內政部遂於94年12月底再成立「兒童及少年保護與家庭暴力防制小組」，邀請學者專家、相關部會、地方政府、民間團體代表等研商更有效的兒童少年及家庭暴力預防方案。試圖分別從風險預防、通報處遇及評鑑考核等三大面向訂定下列改進措施。

復因基層社會工作人力不足一直受到批評，內政部遂於95年5月函頒「補助各直轄市、縣（市）政府增聘兒童及少年保護社會工作人力實施計畫」，協助地方政府增聘320名兒保社工人力，並補助40%之人事費用，將各地方政府兒少保護社工人力擴充至505名，以充分人力專責執行兒少保護業務，推動兒虐高風險家庭關懷訪視服務、兒少保護個案緊急救援處遇及社區兒虐預防宣導等方案。

社會工作人力需求殷切，不只兒童保護一項；而各部門每每又以專案方式要求增聘人力，並非上策。例如95年「大溫暖社會福利套案」中的「弱勢家庭脫困計畫」增補地方政府執行該專案所需人力87

人，以執行1957專線所轉介的弱勢家庭個案的家庭評估。加上前述補助兒少保社工320名，家庭暴力及性侵害防治社工190人，總計新增社會工作人力597名，若再加上前述的「高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」委外社工100名。其實，新增社會工作人力不少。但是，這些由中央政府補助地方政府人事經費所聘任的社工，面對諸多不利的工作條件，使其專業效能難以發揮。首先，短期雇用契約，難以找到有經驗、能力強的社工；其次，缺乏升遷管道，不易留住好的人才；第三，加班費不足，對這些忙碌的社工，非常不公平。第四，有部分專案人力被地方政府移作他用，人力依然短缺。

再就財主單位的角度看，到底台灣還需要多少社會工作人力？沒有一個精確的推估，如何編列人事預算？再者，難道只要社工人數增加即可嗎？地方政府的家庭暴力及性侵害防治中心人力擴張最快，多則百人大軍，如臺北縣、市，少則十幾二十人編制，難道組織擴編是唯一的途徑嗎？

於是，行政院要求內政部重新檢討社會福利服務系統的建制與社會工作人力配置及進用。遂有「建構家庭福利服務系統實施計畫（草案）」與「充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫（草案）」的出爐。

本文以前者作為討論對象，提出理論

基礎，並回顧該計畫的制訂過程與內容，以作為執行之依據。進一步以當前實施的經驗為例，討論執行的策略，以供各縣市參考。

## 壹、以家庭為中心、社區為基礎的社會服務體系的理論基礎

以家庭為中心、以社區為基礎的社會福利服務體系涉及以下四個重要的觀念：跨體系協力、單一窗口服務、以家庭為中心，及以社區為基礎。以下分別闡述之。

### 一、跨體系協力(Intersystem Collaboration)

社會服務輸送的無效早為服務使用者詬病。Gilbert(1972)在批判社會服務輸送體系的弊病時，認為常見的問題有四：支離破碎(fragmentation)、不可及(inaccessibility)、不連續(discontinuity)，及權責不明(unaccountability)。何謂服務的支離破碎呢？倘若有一位疑似身心障礙者林小弟，家人陪同他到指定醫院去做ICF新制下的身心障礙鑑定，但是這個醫院沒有社會工作師、復健師可以協助鑑定活動參與、環境障礙面向。因此，他就被轉介到另一家醫院去做活動參與、環境障礙鑑定。接著，他又必須回到原來醫院索

取身心障礙鑑定報告，以利進入需求評估階段。幾天後，他被通知到社會局接受需求評估，先要在社會局服務窗口辦理掛號手續，可是，社會局委託的需求評估團隊是在另一個辦公地點，於是家人又開車載他到評估地點。但是，評估地點沒有停車位，又不能申請身心障礙交通服務接送，家人必須先找到停車位再將林小弟帶到評估地點。如果以上這些服務單位都同在一個屋簷下，且程序上盡可能一致，就不會出現一家人滿街跑，爲了得到一張身心障礙證明。

其次，萬一第一家醫院的鑑定團隊窗口在林小弟離開後就關閉了，或是換人值班，而林小弟在第二家醫院碰到任何問題無從查詢，害得他與家人必須等下次才能完成鑑定，這就是服務不連續。第三，如果林小弟在第一家醫院就因戶籍登記與父母不同戶，必須回到很遠的祖父母住的縣市去接受鑑定；或是因爲鑑定醫院要求自付部分鑑定費用，林小弟的父母負擔不起，必須另找免費或收費較低的醫院鑑定；或是因爲林小弟住的鄰近地區都沒有鑑定醫院，衛生局又沒有補助醫院進行往診（外展）鑑定，使得林小弟不能很快的得到鑑定服務，就是服務不可及。最後，林小弟的家人只好向縣市政府申訴，爲何服務這麼不便民。縣市政府的聯合服務中心找不到任何單位願意承擔過失，因爲大家都說依規定辦理，不是他們的錯。這是

權責不明，毫無責信可言。

類似的經驗造成服務使用者的困擾，屢見不鮮。於是，出現各種力量迫使社會服務機構協力完成服務整合，俾利建構一套能回應弱勢兒童與家庭的服務輸送模式(Ryan et al., 2001)。所謂的協力は結合與協調不同部門的財力、人事、行政資源，以提供更綜合的服務。美國1997年的收養與安全家庭法案(the Adoption and Safe Family Act)即是一例，透過同步計畫，讓生父母在出養其子女的過程中，兒童可以獲得安全、永久與福祉。

服務系統改革讓服務使用者可以得到更綜合、同步與個別化的服務，減少服務使用者奔波於途，又徒勞無功。協力的方法很多，例如，彈性基金使用、跨專業團隊、聯合員工訓練等都可以完成部分協力效果。跨部門協力不只可以縮短服務流程，還可以滿足多問題家庭的需求，提升服務效果。更重要的是跨部門協力可以促成家庭、團體、社區的參與，達到市民參與社會服務提供的目的。以社區爲基礎的跨部門協力可以包括：公部門機構、私部門非營利機構、宗教團體、非正式的鄰里組織等，組成一個以家庭爲中心的服務體系，來支持弱勢家庭的兒童、身心障礙者、老人等。

成功的協力條件是：能接近足夠與合適的資源與服務，而不必受制於官僚體系的繁文縟節，使服務整合成功地輸送到

各種需求者手上，並達到充權的效果。其次，參與協力的服務提供者必須透過認識、理解、跨專業團隊，開放自己的資源給其他參與者。據此，互相尊重、瞭解與信賴是成功必要的條件。最後，建立一個跨部門間的橋樑機制(Ryan et al., 2001)。

南洛杉磯的坎普頓(Compton)就設立一個稱為接合點(Point of Engagement, POE)的服務方案，促成以家庭為中心、以社區為基礎的服務協力，讓居住於此一地區的黑人、西班牙裔美國人的兒童與家庭得到更好的服務(Marts et al., 2008)。POE的服務模式是建立一個服務單位的伙伴關係，支持一種從接案開始到服務輸送的無接縫與無時間差的服務。伙伴關係是指當地的各種服務機構、團體，包括政府機關、教會組織、商業組織、社區均認為大家都屬於這個方案下的團隊成員，沒有高下隸屬關係，有共同的目標，就是把合作地服務有效地輸送出去。POE利用跨專業團隊決策讓不同的機構團體進入，分享資源、共同決策，分工、整合服務，成為一套以家庭為中心、社區為基礎的服務輸送體系。POE的成員先接受課程訓練有關家庭為中心的思考，進一步檢視當地的各種家庭問題，評估服務工作人力，確認家庭照顧者的需求，提供親屬支持，提供家庭跨專業的評估，再執行介入計畫。

再以老人照顧為例，長期照顧服務協

力經驗也是英國社區照顧發展很重要的核心概念。以1997年的白皮書「新的國民健康服務：現代與可靠」(The New NHS: Modern, Dependable)為例，再次重申1990年社區照顧法推行以來的地方社會局與國民健康服務局間的協力不足問題。這兩個部門如果不協力，老人是不可能留在社區接受照顧的。因此，新的照顧模式是強化社會服務與基層醫師、社區護士的協力，組成照顧團隊，取代醫療管理，打破雙方的界線障礙。據此，不同的協力模式出現：實務（依附）為基礎的模式(practice-based)、團隊模式。前者重在既有基層醫療工作者與社會工作者的合作，但無法增加新的服務的引進。後者擴大服務工作者，如社會工作者、社會工作助理、職能治療師、職能治療助理、地段護士等。這個團隊有責任管理、輸送社區照顧給老人與其家屬(Brown, Tucker and Domokos, 2003)。

## 二、單一窗口服務(One-Stoppping Shopping)

今天被一再強調的服務協力，其實是因為服務的分工越明細、委託外包的服務機構與方案越來越多，家庭多問題與需求的情形越來越明顯。事實上，社會服務的單一窗口採購(one-stop shopping)概念由來已久。Hellerman (1975)指出，在克里夫蘭近西邊多服務中心(the Near West

Side Multi-Services Center) 即由21個獨立的組織和機構提供六種服務：一般諮商與轉介、緊急協助、就業與教育、復健、社區發展、住宅與家庭服務。這中心的成員深知許多前來求助的貧窮家庭，並不瞭解自己需求哪些服務，如果僅提供緊急救助，往往會錯失其他需求的協助。Gilbert 與 Terrell (2008) 指出單一窗口(single door) 是一個可以使服務更加協調的方式。透過單一窗口設計，讓不同的服務機構間不協調的障礙被排除。

除了社會服務之外，最常見的單一窗口服務是就業服務。Sampson and Reardon(1998)指出，各種就業服務琳瑯滿目，但是服務效果不彰，主要是服務支離破碎。求職者必須跑到不同的地方尋求協助，如就業諮商、就業媒合、職業評估、職業訓練，每個單位都要重來一次接案、評估，服務重複不打緊，每個單位都只負責其中一段，不必為最後是否滿足求職者的需求負責。結果成本投入增加，服務效果沒有比較好。於是，單一窗口的要求聲浪升高。試圖解決服務片段化、不協力、資源限制、服務重複，及與社會服務不銜接的弊病。

其實，就業服務不只是就業部門組織內的不協力，還包括與社會服務、醫療照顧、教育、交通脫節。一位失業者缺乏兒童照顧、老人照顧機制、沒有交通補助、沒有心理諮商、沒有面試知能與服裝儀容

整飾等，很難光靠就業資訊提供，就可以找到工作。即使勉強找到工作，也很難穩定工作。

單一窗口的設計必須符合四個原則：(1) 普及性，(2) 消費者選擇，(3) 整合服務，(4) 責信。如果只有少數地方提供服務，還是無法滿足服務使用者的需求。消費者選擇是指服務使用者能有多種服務機會供其選擇，包括自助在內。整合服務是要降低服務片段化。責信就是要有人負責整合、訓練、評鑑成效。

單一窗口服務中心必須建立一套服務流程：接案、篩選、問題界定、目標設定、服務輸送計畫、資源與服務使用、問題回顧。如果是家庭為中心的服務，篩選可以分為簡易評估與深度評估。前者只要接受初步接案訓練即可，協助引導專業輸送流程的路徑。深度評估則必須以家庭為中心、以社區為基礎的評估。服務中心必須建立一套服務流程，讓各協力單位進入軌道，運行無阻。

### 三、以家庭為中心的服務(family-centred service)

以家庭為中心的實務在社會工作歷史上發展已久，最早可追溯到1970年代末、80年代初。當兒童日間照顧、遊戲團體、幼兒服務開始擴展其服務範圍包括父母親，雖然主要對象仍侷限於母親。晚近兩股力量促成以家庭為中心的服務運動：一是地

區性的剝奪，二是提供可近性、無烙印的服務。從此，兒童服務機構從照顧兒童走向預防工作。其目的是提供家庭支持，強化家庭(Kirton,2009)。依Laird(1995)的說法，以家庭為中心的模型是「讓人們在家庭的脈絡與當前的親密關係網絡下最佳地瞭解與協助其成員。」據此，家庭為中心的實務必須考慮既存的複雜家庭關係，於進行家庭介入時能契合多樣的家庭信念、價值與功能型態，使用彈性的介入策略，如此始能回應家庭需求的優先性，以及社區為基礎的特性。以早期療育為例，以家庭為中心的實務在於充權家庭，使其能與服務提供者協力工作，以及支持家庭做成最有利於家庭的服務決策(Shannon, 2004)。

以家庭為中心的服務強調家庭與服務提供者的伙伴關係，且被納入成為最佳服務(best practice)的模式(Raghavendra et al., 2007)。例如，家庭有智障兒童，通常複合著貧窮、健康不良、社會疏離、溝通障礙、失業、低品質的住宅、高壓力、不當對待、壓抑、低自尊等複雜的需求與問題(Wade, Mildon and Matthews, 2007)。因此，對這類家庭的社會服務就必須以家庭為中心來思考其總體需求，提供一個以家庭為中心的支持方案。介入也必須以家庭為中心，增強家庭的優勢，培養家庭的能力，而不適單獨提供對智障兒童的協助。

以家庭為中心的思考明顯有異於以專業為中心 professionally centred)的思考，如下表1。但是，家庭為中心並不是放棄以兒童為中心(child centred)的思考。以兒童為中心是指兒童不被視為無行為能力的個體，而是有權利參與其自身利益的決策。

以家庭為中心的服務模式認為兒童是家中的一員，不宜將兒童特立出來單獨思考，或問題化兒童。並且認為家庭是有助於兒童的，父母是影響兒童發展最親密的人，兒童的利益大量依賴其家長的涉入，因此，協助家庭將有利於兒童的最佳利益(Bailey et al., 1998)。據此，可以推論到家中的其他成員，例如老人、身心障礙者，以家庭為中心的模式是假設家庭是全體成員的支持者，任一成員都應被納入家庭整體思考，而不是單獨以某一個成員的利益來看待家庭整體。反之，增加家庭資源與支持才是促進家庭成員福祉最大的根基。

從表1中可以發現，以家庭為中心的服務模式服務提供者與家庭的關係不再將家庭視為是有問題的、失功能的、病態的、缺損的，而是認為家庭是有尊嚴的、需要被尊重的。服務提供者表現出家長是有能力的態度與價值。社會工作者強調家庭的友善、人際技巧、臨床技巧（如積極傾聽、同情心、同理心、尊重、非判斷的）。家長是參與者而非案主，實務

上是針對家庭關心的與優先的事務以個別化的、彈性的、有回應的對待之。服務提供者與家長共享資訊，家長參與告知後決策，家庭可選擇有利之方案與介入方式，家長與服務提供者是協力的工作伙伴。資

源與支持被提供用來照顧兒童，家長積極地尋求協助的資源與支持，以增進其子女的福祉(Wade, Milton and Matthews, 2007)。

表1:以家庭為中心與以專業為中心的實務的比較

以家庭為中心	以專業為中心
家庭與服務提供者一起決策	專家決策
家庭有需求與期待	家庭被認為是缺損的或病態的
家庭被尊重與有尊嚴	家庭沒有能力解決自己的問題
介入在於促進家庭決策	專家扮演家庭的改變的媒介
家庭與專家資訊分享	專家執行家庭介入
以優勢為基礎、個別化、彈性與有負責任的介入	專家評估重點聚焦於家庭功能
介入的目標是增進家庭優勢以滿足其需求	專家安排與協調服務提供
家長與專家是協力的與伙伴關係	
提供資源與支持給家庭以促進兒童福祉	
家長主動尋求資源與支持	
家庭有選擇介入的方式	

資料來源：Dunst(2002)

這樣的模式很容易被誤解成即使家庭發生兒童暴力、老人虐待、身心障礙者虐待，也必須尊重加害者，與加害者一起工作。其實不然，前提是以兒童、老人、身心障礙者的福祉為優先考量，但又不犧牲其他成員的福祉下的家長參與、工作伙伴關係。但是，也不因此而污名化、病態化、弱智化家庭。如此，家庭才有可能成為兒童、老人、身心障礙者的最佳照顧、

成長場所。

以家庭為中心的服務模式適用於幼兒日間照顧、母親與幼兒團體、父母親自助團體、諮商、團體工作與家庭治療設施、親職與家事技巧、社區團體與志願組織會所、督導接觸中心、家庭為焦點的服務中心等(Warren-Admson,2006)。以家庭為中心的服務也不是單一模式，可以看作是一個光譜：從案主焦點模

型(client-focused model)、鄰里模型(neighbourhood model)社區發展模型(community development model)，到成人教育模型(Kirton, 2009)。亦即，在以家庭為中心的服務理念下，視服務對象特質、機構能量、地方需求，可以發展不同的服務範圍。

#### 四、以社區為基礎(community-based)的服務

不論是兒童虐待預防、少年犯罪預防，或是老人長期照顧，以社區為基礎的服務方案，被認為是較有效的方式。Daro and Dodge(2009)指出，早期預防兒童虐待大多以提升那些所謂高風險父母親的親職能力，來預防兒童不當對待，其介入標的是個別的家長與兒童。因此，社會工作者聚焦於認定誰是高風險家長。被標定的家長，被要求學習兒童虐待相關知識、親職技巧，以及獲得個人困難的協助。但是，越來越多的研究發現，社區中的負面因素，會導致即使是有正向企圖的父母親轉向兒童虐待。擴大公共服務與社區資源的可得性，以及創新社區服務方案，簡化社會服務輸送流程、扶植地方服務提供者的協力提供服務，被認為是更有效的兒童虐待預防策略。此外，改善社會規範以影響鄰里的人際互動、親子關係，以及型塑兒童保護的個人與集體責任，則是另一個必要的策略。然而後者也是必須透過社區

的力量，才可能建構一個對兒童友善的社區。

為何社區在提供社會服務上是如此重要？從生態系統理論中可以找到答案。Bronfenbrenner(1979)認為個人家庭的行為其實是鑲嵌在更廣泛的鄰里、社區與文化脈絡裡。Bronfenbrenner(1979)從社會學與發展心理學的角度出發，認為人類發展是「個體知覺及因應其所處環境方面的持續改變」，個體與其環境是「相互型塑」(mutually shaping)的，個體經驗如一組巢狀結構(nested structures)，一層一層堆築成鳥巢，每一個經驗都是另一個經驗的內圈，像俄羅斯娃娃(Russian dolls)。要瞭解人類的發展必須要看其系統內部(within)、系統間(between)、超越(beyond)系統，及其橫跨(across)系統的互動，如家庭、學校、職場、生態等，強調多重環境對人類行為及其發展的影響。

生態觀點其實是一種共生共存的組織系統，每一個系統都存在於另一個系統中，最內一層的系統為個人，於其外是家庭，接著是鄰里、社區、朋友、同儕、學校、職場、組織、社會、國家，而在這些系統間有最直接的關聯性，影響也最大者，稱為微視系統(micro-system)；接著為中介(間)系統(meso-system)，指系統間的互動關係，也是個體發展的推進原因及發展的結果。最外層為外部系統(exo-system)，兒童及少年並未直接

參與，但對兒童及少年卻有直接及間接的影響，例如：宗教、交通、政治、經濟、文化風俗…等，外部系統及中介（間）系統的形成，都直接受到各文化中的意識形態和制度的影響，這也就是鉅視系統(macro-system)。

Bronfenbrenner(1979)提供了一種多變項體系研究的有用概念架構，藉此強調制度為基礎的(institution-based)的社會方案設計在影響兒童及少年的行為上比家庭更大。社會工作者較不會陷入個人與家庭歸因的思考，而是將微視的個人、家庭、同儕、學校出發，到外部的社區、職場，再到政策、文化、媒體、社會、政治、經濟等鉅視體系均納入思考。因此，社會工作者在處理兒童問題時，不僅要處理兒童本身個人因素，對於個體有影響的系統如家庭、同儕、學校、社區，甚至國家政策都需要介入。

循此觀點，影響兒童虐待的因素就包括兒童本身的特質、家庭與照顧者的特質、環境因素。如果從傳統的個人與家庭焦點來看問題，常常會將所謂的保護因子(protective factors)看成是父母親的親職功能、技巧、家庭資源，而忽略了影響父母親職功能的社區因素。例如，社區規範、社區資源、學校、社會服務體系、就業環境等。

1990年代以來，美國的兒童虐待與疏忽顧問委員會已發現，影響兒童虐待

的原因有以下四方面：首先，來自壓力與社會疏離；其次，鄰里品質會阻止或鼓勵兒童虐待；第三，影響鄰里生活品質的內外力量；第四，同時強化高風險家庭與促進高風險鄰里的兒童虐待預防策略(Daro and Dodge,2009)。據此，過去十幾年來，美國兒童虐待預防方案已經發展出諸多以鄰里為基礎或以社區為基礎的方案。其中社會資本發展(social capital development)、社區個別服務協調(community coordination of individualized services)最受到注意。社會解組(social disorganization)理論認為兒童虐待可以因社區內的社會資本增加而減少。所謂社區內的社會資本是指社區互助的環境，居民因互助而集體支持每一個潛在家庭減少兒童虐待事件發生。

同時，社區中的服務輸送能量提升也會減少兒童虐待的機會，因為各種服務如天羅地網般地遍佈整個社區，自然就會有較少的家庭被社區內的服務體系所遺漏，例如，學校出現較多的中輟生，家庭會被通知，鄰里可以加入協助，教會也會主動關心，少年警察隊也會幫助協尋，社會福利服務中心會關切家庭的需求是否被滿足，學校家長會會重新檢視學校的課程與教師的班級經營是否出現狀況。如此一來，就不太會有中輟少年回家被管教過當。

在美國各地家庭服務中心近來都走向

以社區為基礎的服務。以鄰里家庭中心 (Neighbourhood Center for Families) 來支持家庭的概念，普遍被各地方政府接受並推廣。在這種模式下，包括四個核心要素：(1)服務輸送給所有有兒童的家庭，(2)利用個案管理來降低服務的支離破碎，(3)利用社區資源，(4)評估與整合案主的族群與文化架構(Leon and Armantrout, 2007)。在這種服務模式下，評估(assessment)就成為很重要的工具，有助於有效的介入(intervention)與成效評鑑(evaluation)。評估的取向必須是生理、心理、社會的(bio-psycho-social)的家庭評估。協力機構包括：心理衛生中心、社區為基礎的方案、社區行動機構、學校為基礎的服務、家庭服務中心。尤其是當機構普遍遭遇財政困難時，又要因應日漸增多的家庭需求，在不降低服務品質的要求下，服務輸送體系的整合成為較可行的方法。

對於身心障礙者來說，社區為基礎的服務方案也是普遍被推動。身心障礙者從對問題的認知開始進入服務體系，也就是接受諮詢服務起；到正式被診斷服務，也就是鑑定；進一步服務被連結(linkage)。對身心障礙者的家庭來說，如果服務體系不協調，將會帶來家長接近服務的困擾，進入一個服務單位，接受福利諮詢開始，服務的過程就應該流暢地展開(Hiebert-Murphy, Trute, and Wright, 2008)。

總之，以社區為基礎的方案重點在於培養一個具有支持性的居住社區 (supportive residential community)，型塑一種居民集體的責任以保護兒童、少年、身心障礙者、老人；同時加強社區服務的基層結構，讓個別的服務被連結，成為協力單位。

## 貳、我國基層社會福利服務體系的變革

翻開我國基層社會福利服務中心的一頁滄桑史，即可知今日思考以家庭為中心、以社區為基礎的社會福利服務體系之建構，絕非憑空想像，而是不得不然的結果。以下先對我國社會福利服務中心設置的歷史沿革耙梳整理，以利理解其中的甘苦。

### 一、設置社會福利服務中心(民國70年-)

民國60年行政院核定省、市政府聘用社會工作人員名額，台灣省政府遂於61年訂定「台灣省各省轄市設置社會工作人員實驗計畫」。隔年，於基隆、台中、台南、高雄四省轄市試辦兩年，設置了社會工作人員10名，管理工10名，負責辦理平價住宅公共衛生、設備維護、急難救助等事項（台灣省府社會處，1983）。由於當時約聘

的社會工作人員大多非社會工作科系畢業，且缺乏社會工作實務經驗，專業功能未能發揮，試辦兩年後，經評估認為績效不彰（張秀卿，1985；陸光，1977）。約聘社會工作人員的命運幾乎夭折。事實上，當時雖有省立中興法商學院、師大、東海、台大等校設有社會學系，但是寄生於社會學系下的社會工作訓練是相對不完整的（林萬億，2006）。何況，當時聘的社會工作人員也不限社會學系畢業。這些社會工作人員的任務比較像平價住宅管理。

61年，我國退出聯合國，原由聯合國兒童基金會(UNICEF)從37年起即贊助我國的兒童福利，與在彰化所設立的「台灣省兒童福利工作人員研習中心」的經費停止。因此，63年台灣省社會處便將人心惶惶的兒童福利研習中心人力10人調至台中縣大里鄉，配合當時正在推動的「小康計畫」，以專業社會工作方法，協助低收入戶脫離貧窮（張秀卿，1985）。這是尚未受到完整社會工作訓練的社會工作人員試圖用比較趨近專業的方法來協助低收入戶脫貧的開始。

64年，當時台灣省主席謝東閔先生的大力支持下，其他縣市也開始推行社會工作人員制度。首先是從台中縣擴及彰化縣，並決定如果試辦獲有成效，再逐步推廣到各縣市。台北市也於同年聘用了6名社會工作人員。

66年，省政府決定除繼續在台中縣實

驗外，另增加台北縣、雲林縣、高雄縣為實驗縣市，為期一年。同年10月又設置山地社會工作人員於30個山地鄉。隔年並組成專家學者小組進行考核，結果被認為績效良好，有續辦的價值。67年，遂又增加桃園縣、新竹縣、基隆市、台南市等共8個縣市，繼續實驗一年。同時，並訂定「台灣省各縣市設置社會工作人員實驗計畫綱要」，以作為各縣市辦理社會工作人員實驗制度的依據。台北市政府社會局於該年設社工室管理已擴增至33名的社工員。68年，省府再將實驗縣市擴充至宜蘭縣、彰化縣、嘉義縣及台南縣。同時台灣省政府、高雄市政府也仿照台北市政府社會局設置社會工作室。到了69年，全國已有17個縣市設置社會工作人員制度了。社會工作人員足跡幾已遍布全國（林萬億，2006）。當時社會工作人員的工作項目為：1.防治家庭問題，健全家庭功能。2.輔導青少年，服務老人。3.啟發社區意識，健全社區發展。4.配合地方實際需要，協助其他福利服務事項（台灣省政府社會處，1983）。顯見，社會工作人員的功能已不再以平宅管理為主，也不侷限於低收入戶脫貧，而將觸角延伸到家庭問題的解決與當時正夯的社區發展。社工員採集中上班與分散各鄉鎮市區工作並行制，擇日回縣市政府報到，平時則在鄉鎮市公所值班，訪案時則依轄區上山下海滿街跑。社會工作人員採單兵游擊作戰方式服務轄區。即使社會工作

員的任務增多，基層社會福利服務體系並未藉此建構。

70年台北市首先成立中山、城中、木柵三個社會福利服務中心，配置5-10名社會工作人員及督導一人，實驗區域社會福利服務提供模式。是為我國區域社會福利服務中心設立的肇始，亦是將基層社會福利服務輸送體系化的開始。同年省府社會處函頒縣市政府，得分區設置社會工作人員服務中心。71年台北市正式成立12區社會福利服務中心。由於台灣省配置各縣市政府的社會工作人力遠少於台北市。以78年為例，台灣省政府依鄉鎮市區人口數多寡訂定各縣市政府社會工作人員額：

- (一)人口少於5萬者設1名。
- (二)人口於5萬至10萬者設2名。
- (三)人口於10萬至20萬者設3名。
- (四)人口在20萬以上者設4名。

依此，當年統計設置341名社會工作人員，其中督導44人，社會工作人員297人。隨著人口增長，83年再請各縣市增設社會工作人員153人。但是，由於縣市財政能力與觀念差異，使得某些縣市並沒有依規定進用足額。至87年6月止，只進用了73名，合計各縣市聘用社會工作人員414人（林萬億，1999）。再加上部分縣市將社會工作人員用來補足社會行政編制人力之不足，故要建立像台北市一樣的區域社會福利服務中心非常困難的。

## 二、設置特殊人口群服務中心(民國72年-)

為因應69年的老人福利法、殘障福利法、社會救助法通過施行，及稍後的社會運動出現的福利權倡導，72年行政院通過加強老人福利計畫，台北市跟著設立第一長春文康活動中心成立（後更名西區文康活動中心，今為萬華老人服務中心）。接著，又為因應救援雛妓運動的需求，74年台北市成立青少年福利服務中心。同年也設立殘障福利諮詢中心。至此，為因應特殊人口群福利需求而設立的中心漸多，已逐漸打破單一社會福利服務中心的局面。以台北市為例，到了76年，社會工作人員的配屬是12個區域社福中心（108名社工）、平宅中心、老人文康中心、青少年福利服務、殘障福利諮詢中心、自費安養中心、浩然敬老院、聯合服務中心（計20人）、各科室（16人），是全國聘用社會工作人員最多的城市。

不只如此，台北市復於77年設婦女福利服務中心，78年殘障福利諮詢中心回歸殘障福利科。高雄市也設兒童福利服務中心。79年，臺北縣也採功能性中心分工，設5處社會福利服務中心（老人福利服務中心及青少年福利服務中心設於板橋、殘障福利服務中心設於三重、婦幼福利服務中心設於新店、志願福利服務中心設於永和）（王怡人，2007）。82年台北市再設兒童保護中心，86年改為24小時保護中

心。至83年止台北市已完成設置6區老人文康活動中心，隔年更名老人服務中心，並增設文山老人服務中心。高雄市也增設無障礙之家。86年台北市設性侵害防治中心，高雄市則設長青綜合服務中心。87年臺北縣也將婦幼中心轉型為婦女兼性侵害防治中心及兒童中心，功能中心增加為6個（王怡人，2007）。88年台北市合併性侵害與家庭暴力防治中心為家庭暴力暨性侵害防治中心。89年高雄市設婦女館。至此，各單一福利服務中心幾乎遍及各福利人口群。原有區域社會福利服務中心面對服務對象的重新分工與功能的轉型。留下來給區域社會福利服務中心的案例就屬低收入戶與社區發展。因為服務對象問題的慢性化，區域社會福利服務中心的績效難以顯現，社會工作人員也開始懷疑自己的專業能力。這種因服務對象的區分而導致對專業能力的重新評價，是始料所未及的。於是，重新檢討區域社會福利服務中心與特殊人口群服務中心的分工變得很迫切。

### 三、台北市政府社會局的專精化實驗(民國76年-)

由於社會工作人員分屬綜合型的區域社會福利服務中心與功能型的特殊人口群服務中心，兩者間如何分工？造成頗多困擾。例如，在南港的獨居老人需求照顧，是要給位在西門町附近的老人文康中心的

社工員處理，還是由南港社福中心的社工員就近評估、介入？即使把老人、兒童、少年身心障礙、婦女案例抽離區域社會福利服務中心，可是區域社會福利服務中心的社工員還是得面對這些人的服務需求，案主不可能跑到離家很遠的婦女中心去請求協助。更為難的是，區域社會福利服務中心的社工員發現自己像雜菜麵一樣，不夠專精。於是於76年，台北市社會福利服務中心試辦設立專案小組，各有主責兒童、青少年、婦女、老人、殘障、平宅、親職、社區、志願服務、宣導等，社工員除負責個案、團體、社區工作外，必須選1-2個專案，並應付臨時交辦的緊急業務。也就是社會工作方法採綜融化，但是服務對象專門化。

隔年，台北市政府社會局正式推展社會工作人員專精化計畫，將社會福利服務中心分為社福、兒童、青少年、婦女、老人、殘障、平宅等6組。社會福利服務中心下再分家庭服務與社區服務兩組。試圖解決社工員覺得自己不夠專精的困擾。專精化的目的是讓社會福利服務中心社工人力與科室業務銜接，使政策能有連貫性，避免多頭指揮。然而，因於科室業務差異，社工員分工容易合作難，專精分組反而增加督導的困難。

### 四、以個案服務為主的工作模式(民國78年-)

基於社會工作人員對專精化的期待，78年台北市社工室修正區域社會福利服務中心的功能為以個案為主的服務，圖展現專業能力。事實上，78年起社會工作人員已被要求介入兒童保護個案、82年介入遊民服務、84年起介入精神病患服務、85年起介入父母離婚兒童之監護權調查。社會工作人員服務的個案化喪失了之前曾經努力經營的社區基礎。

## 五、廣設公設民營社會福利服務中心(83年-)

在公部門社會福利服務中心的定位尚未釐清，角色仍然混淆的時候，社會福利民營化的聲浪升高，各社區與民間社團均要求成為社會福利服務提供的伙伴關係；況且政府本身也受限於財政、人事，不易再增加社會工作人員的聘任。於是，委託民間設立各種社會福利服務中心的風潮掀起。以台北市為例，兒童福利服務方面，84年設公設民營民生兒童福利服務中心、萬華兒童福利服務中心、85年設福安兒童福利服務中心。老人福利服務方面，85年設公設民營龍山老人福利服務中心、86年設公設民營信義老人福利服務中心、88年設公設民營士林老人福利服務中心、89年設公設民營北投老人福利服務中心。

婦女福利服務方面85年設松德婦女服務中心、永樂婦女服務中心、家庭關係服務中心、單親家庭服務中心。86年設南港

婦女服務中心、大直婦女服務中心。少年福利服務方面，85年設萬華少年服務中心、87年設東區少年服務中心、89年設北區少年服務中心。台北市政府社會局並於84年進行社會福利服務中心組織修編，試圖將複雜的社會福利服務體系整併，將社會福利服務中心調整成為具小社會局概念，類似本文所說的以社區為基礎的綜合社會福利服務中心，成為第一線的單一窗口，整合地區資源，就近服務當地居民，惜因觀念改變不易、組織內部分單位出現抗拒，政黨又於87年輪替，整合未成功。

## 六、邁向小整合的社會福利服務體系(90年-)

家庭暴力防治法於87年公布施行，88年6月臺北縣成為全國第一個以獨立機關方式設置「家庭暴力暨性侵害防治中心」的縣市。台北市也於90年起將家庭暴力個案回歸家庭暴力暨性侵害防治中心處理。部分縣市政府亦設有家庭暴力暨性侵害防治中心。

因應外籍配偶人數的增加，90年起各地方政府又紛紛成立外籍配偶資源網絡中心。同年各地方政府也為了整合衛生、教育與社會福利對發展遲緩兒童的早期療育，成立發展遲緩兒童早期療育通報轉介中心。復基於93年行政院寬列30億作為外籍配偶的服務專案基金，並通過「外籍配偶照顧輔導基金收支保管及運用辦法」，

94年實施，隔年地方政府又紛紛委外設置新移民家庭服務中心。又隨著長期照顧十年計畫的通過實施，96年起各縣市全面推動成立長期照顧管理中心。至此，地方社會福利服務輸送體系似乎出現家庭暴力、外籍配偶、長期照顧、早期療育等業務各自集中化服務，其餘案例則留給之前未整合的各人口群為對象的社會福利服務中心與綜合型的區域社會福利服務中心來處理。

體質上，我國的社會福利行政體系從中央到地方政府，大都以人口群為分科依歸，從內政部社會司到縣市政府的社會局（處），分兒童少年福利科、老人福利科、身心障礙福利科，均非以整體家庭為對象。雖然，社會救助科是以家戶為單位，但是主要業務是處理低收入戶的家庭所得維持。從上述的歷史回顧又可得知，社會局（處）轄下的社會福利服務中心，也大都以人口群分工，如兒童福利服務中心、少年福利服務中心、身心障礙福利服務中心、老人（長青）福利服務中心、婦幼（青少年）館、單親家庭服務中心、婦女福利服務中心、外籍配偶服務中心、新移民家庭服務中心、家庭暴力暨性侵害防治中心、兒童早期療育個案管理中心、長期照顧管理中心等。而部分縣市設有區域社會福利服務中心的，與這些功能中心間的分工也常出現障礙，這些五花八門的服務中心並不會自動產生協力服務效能，必

須要有整合機制。

如果不計入長期照顧管理中心，也不列入人口較少、轄區範圍較小的金門、馬祖。目前各縣市政府的基層社會福利服務體系可以分為以下五個類型：

### （一）普及的區域社會福利服務中心與福利人口群服務中心並存

是指有普及各行政區的區域社會福利服務中心與幾近普及的以福利人口群為對象的服務中心同時存在。這一組以台北市為代表。台北市設有12個區域社會福利服務中心、4個少年福利服務中心、2個兒童福利中心、11個婦女及單親家庭服務中心、14個老人服務中心，及家庭暴力暨性侵害防治中心、發展遲緩兒童早期療育通報轉介中心、平宅服務中心、身心障礙福利會館、社區暨志願服務推廣中心各一。除了區域社會福利服務中心遍佈全市各行政區之外，婦女、老人服務中心也幾乎遍佈各區，少年、兒童服務中心則局部分佈。服務資源之多，各縣市望塵莫及。

### （二）局部的區域社會福利服務中心與多元的福利人口群服務中心並存

是指有不完全普及的區域社會福利服務中心，同時設有多元的以福利人口群為對象的服務中心。這一組包括：高雄市、高雄縣、台北縣、桃園縣。高雄市有7個青少年及綜合社會福利服務中心，家庭暴

力及性侵害防治中心、新移民家庭服務中心、婦女福利服務中心、長青綜合服務中心、無障礙之家、兒童福利中心、單親家庭服務中心各一。高雄縣設有6個區域社會福利服務中心，3個新住民家庭服務中心、3個兒童早期療育發展中心，及兒童少年社區照顧支援中心、性侵害防治中心、婦幼青少年館、老人活動中心各一。台北縣設有10個區域社會福利服務中心，及家庭暴力暨性侵害防治中心、志願服務暨婦女資源中心、新住民家庭服務中心、單親家庭服務中心、發展遲緩兒童早期療育通報轉介中心各一。桃園縣設有6個區域社會福利服務中心、2個老人文康活動中心，及單親家庭服務中心、外籍配偶家庭服務中心、綜合身心障礙福利服務中心、發展遲緩兒童通報轉介中心、發展遲緩兒童個案管理中心、兒童少年社區照顧支援中心、青少年活動中心、家庭暴力暨性侵害防治中心各一。

### (三)局部的區域社會福利服務中心與部分福利人口群服務中心並存

是指該縣市已建構區域社會福利服務中心的雛形，同時有部分以福利人口群為對象的服務中心存在。這一組包括：屏東縣、台南縣、台中市。屏東縣設有4個區域社會福利服務中心（或家庭福利服務中心），及家庭暴力暨性侵害防治中心、身心障礙者福利服務中心、老人文康中心

各一。台南縣設有3個社會福利服務中心（或家庭福利服務中心）及家庭暴力暨性侵害防治中心。台中市設有4個區域社會福利服務中心、新移民家庭服務中心。

### (四)僅設部分福利人口群服務中心

是指沒有區域社會福利服務中心的設置，但設有部分以福利人口群為對象的服務中心。這一組包括：台中縣、澎湖縣、台南市、嘉義市、新竹市。台中縣設有老人福利服務中心、兒童青少年福利服務中心、兒童福利服務中心、婦女福利服務中心、身心障礙綜合福利服務中心、家庭暴力暨性侵害防治中心。澎湖縣設有長青活動中心、婦女福利服務中心、兒童青少年福利服務中心、身心障礙福利服務中心。台南市設有松柏育樂中心、無障礙福利之家、新移民家庭服務中心、婦女聯合服務中心、兒童福利服務中心。嘉義市設有婦青中心、殘障福利服務中心、老人文康服務中心、移住民家庭服務中心、家庭暴力暨性侵害防治中心。新竹市設有家庭暴力暨性侵害防治中心、東區老人文康中心、青少年館、婦幼館。

### (五)僅設零星的福利人口群服務中心

是指該縣市只設有少數福利人口群服務中心。這一組包括：新竹縣、苗栗縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、宜蘭縣、花蓮縣、台東縣、基隆市。新竹縣設有身

心障礙綜合福利服務中心。苗栗縣設有公設民營老人福利服務中心。彰化縣設有家庭暴力及性侵害防治中心、家庭福利服務中心、身心障礙福利服務中心。雲林縣設有家庭暴力暨性侵害防治中心、發展遲緩兒童通報轉介中心、兒童福利服務中心。嘉義縣僅設有長期照顧管理中心、身心障礙者生涯轉銜個案管理中心。宜蘭縣設有築親庭福利服務中心、早期療育綜合服務中心。花蓮縣設有兒童青少年福利服務中心、單親家庭福利服務中心。新竹縣設有身心障礙綜合福利服務中心、台東縣設有家庭暴力暨性侵害防治中心。基隆市設有外籍配偶家庭服務中心、身心障礙福利服務中心。

根據以上的分析顯示，大多數縣市未將社會福利服務區域化。之所以沒有設立區域社會福利服務中心最主要原因是社會行政與社會工作人力均不足。以雲林縣為例，社會工作人力（含督導）是42人，其中只有15人服務於家庭暴力暨性侵害防治中心，27人配屬在社會工作科（7人）、老人福利科（6人）、身心障礙福利科（5人）、兒童少年福利科（6人）、社會救助科（3人），要服務20個鄉鎮市，70萬人口。除了家庭暴力暨性侵害個案分鄉鎮市分工外，餘均採集中化行政。這種情形在沒有設置區域社會福利服務中心的縣市甚為普遍。

沒有設置區域社會福利服務中心的縣

市，未將社會福利服務區域化，必然使社會福利服務輸送只停留在傳統社會行政的層次。意即人民依法取得社會福利，政府採取被動地服務，接受人民申請，且以標準化、科層化作業模式來滿足人民的法定福利需求。此時，配置於科室的社會工作人力並沒有辦法發揮專業效能，因為依法行政、繁文縟節，使社會工作人力耗損時間與精力於公文書往返、檢查申請人資格、核對法條適用性，甚至連「案主」在哪裡都不知道。這凸顯我國社會福利制度仍然很落伍，也暴露過去部分縣市以現金給付作為施政重點的後遺症。政府只發錢，不在乎人民真正的社會需求為何。

大多數縣市不但沒有將社會福利服務區域化，也只設有少數的福利人口群服務中心，其設置背景是有中央補助的就較普遍設立，如家庭暴力暨性侵害防治中心、新移民家庭服務中心。如果沒有中央補助的，端視地方政府的施政重點了。幾個縣市有設立家庭暴力暨性侵害防治中心，而沒有區域社會福利服務中心的，都是這種情形。事實上，只有家庭暴力暨性侵害防治中心根本無法預防家庭暴力發生，只能等家暴發生後再來補救，為時已晚。這些縣市在中央補助家庭暴力與性侵害防治人力增多之後，家暴業務成為社會福利服務的主體，難免有將家庭服務問題化的嫌疑。沒有家暴事件但有其他需求的家庭被遺忘了。而屢屢成為報紙頭條的虐兒或虐

妻案，只會誘使中央政府繼續增家庭暴力暨性侵害防治中心的人力。增加的人力還是發揮不上預防的效能。何況缺乏區域社會福利服務中心的接手，家暴案例的家庭復原與重建也很困難。

即使有設家庭暴力暨性侵害防治中心與區域社會福利服務中心的縣市，其業務區分仍不是十分清楚。一個位於縣市政府所在地的家庭暴力暨性侵害防治中心，如何處理遠在山上、海邊的家暴案例？是否這些案例就交由當地的區域社會福利服務中心處理？這樣一來，設一個全縣市性的家庭暴力暨性侵害防治中心有何意義？進一步思考，家暴案的服務範圍如何區分？依過程預防由區域社會福利服務中心負責，通報、訪視、評估、調查、處置、服務執行（治療、家庭重建等）由家庭暴力暨性侵害防治中心負責？還是以嚴重程度分工，如有立即危險案例由家庭暴力暨性侵害防治中心負責，其他交給區域社會福利服務中心負責？事實上大部分縣市的家庭暴力防治社會工作人員人數不亞於一般社會福利服務社會工作人員。甚至部分縣市的社會工作人力都在處理家庭暴力個案，幾乎沒有處理其他社會福利服務的業務。如此一來，大多數有各種服務需求的家庭的福祉根本沒被照顧到。

至於有設區域社會福利服務中心與福利人口群服務中心的縣市，其間的分工也很模糊。是否只要是、兒童、身心障礙

者、老人案例都屬各該福利人口群服務中心的服務對象？如此一來，區域社會福利服務中心服務什麼人？如果不是，那如何才能分工清楚呢？否則人力浪費、服務重疊在所難免。

沒有設置區域社會福利服務中心，也沒有普設福利人口群服務中心的縣市必須仰賴民間社會福利服務中心的補充。但是其補充程度實難以滿足所需。台灣的民間社會福利資源呈由北而南、由西而東、由城市向鄉村遞減。資源由最多的台北市、高雄市、台中市向鄰近縣市遞減。距離都會中心越遠，資源越少。據此，公部門資源不足、私部門資源短缺的縣市、鄉鎮居民能得到的社會福利服務非常有限。事實上，連有設置區域社會福利服務中心與福利人口群服務中心的縣市，也大量將各人口群的福利服務委外由民間社會福利機構、團體經營。但是，民間團體依契約執行業務，也不可能考慮家庭整體需求與社區能量的建構。導致家庭成員的福利需求被切割，服務分散各地，要不出現本文前述的服務輸送體系的支離破碎、不連續、不可及、權責不清，還真難。而更諷刺的是，我國的社會政策與文化規範又期待家庭承擔大部分教養、照顧與經濟支持的責任。家庭整體的福祉及成員間的最佳利益競合卻未被考量。如果地方政府的社會福利服務體系不調整，再多的社會工作人力投入，其服務效果也會大打折扣。

大部分縣市政府的社會局（處）編制人力嚴重短缺，人事單位還是以「前社會福利時代」的思考來想像現在的社會福利業務，每個科只編制科員兩三人。於是，縣市政府不是借用社會工作人員，就是用約聘雇人員來承辦社會行政。在社會行政編制人力嚴重不足下，很難期待社會工作人員有機會發揮社會福利服務提供的功能。顯見必須先將短缺的社會行政人力補齊，補足社會工作人力才有意義。可行之道是將業務逐漸被資訊化取代的村里幹事編制員額採遇缺不補方式，撥一半逐年分給社會行政，充實縣市、鄉鎮市社會行政人力，才能使社會工作人員回歸正業。

## 參、建構家庭福利服務系統實施計畫

基於前述行政院的要求，內政部兒童局遂提出「建構家庭福利服務系統實施計畫（草案）」，並於96年7月16日函報行政院。行政院於96年9月14日函覆曰：「有關中央補助申請社工人力費用部分，應俟內政部就所有社工人力通盤檢視，並提出整體構想後再議；補助費用應將地方財政良窳狀況納入考量，給予不同補助比率，以使資源合理公平分配；建請依據「行政院所屬機關中長程計畫編審辦法」第12條規定格式修正擬辦計畫內容。亦

即，本案人力部分與前述的「充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫（草案）」被綁在一起。這樣的處理並無不妥，的確如前述的理由，我國社會工作人力配置若不能整體規劃，必屢屢滋生頭痛醫頭、腳痛醫腳的弊端。

該計畫（草案）依據如下：

一、「家庭政策」政策內容第三項支持家庭照顧能力，及第四項「預防並協助家庭解決家庭內的問題」，第八點「建立以社區（或區域）為範圍的家庭支持（服務）中心」，預防與協助處理家庭危機。

二、研商「五五五安親照顧方案」辦理情形第二次會議決議事項（行政院秘書處95年7月10日院台內字第0950088861號函）：請內政部研議補助或協助計畫供給育兒經驗不足、有托育需求或是有行為偏差、中輟等高風險家庭諮詢管道，以預防兒童少年產生偏差行為，並協助家長解決問題。包括人力的訓練、資源整合、建立督導系統、開關諮商管道等。

三、2006年經濟永續發展會議之結論共同意見具體執行計畫；A049（三）政府應積極營造兒童及青少年友善安全之生活環境，並促進其健全發展及提供服務，以維護身心健康。1、設立區域性家庭支援中心提供兒童少年及其家庭相關福利服務、諮商輔導及福利資源連結獲得完整近便性服務。

四、2015年經濟發展願景第一階段三

年衝刺計畫(2007-2009)大溫暖社會福利套案(95年9月20日行政院第3007次會議通過)四、提升社會福利資源運用效能計畫(四)計畫重點5.執行單一窗口服務試辦計畫,提供連續服務等方式,建立協助弱勢者的有效機制。

當該草案草擬時,本文作者時任行政院政務委員,負責督導推動本計畫推動。惜由於計畫單位作業較慢,兩項計畫又必須相互搭配,遂未能於本人離職前(96年5月20日)送院,使銜接出現問題。

該計畫預定運用社政部門既有之服務據點及可運用之空間,設置區域性家庭福利服務中心,結合教育、衛生、勞政、原住民、民政及社政等資源,針對家庭中的兒童、少年、老人、身心障礙者及婦女等成員有經濟、就業、撫育、照顧、安置、輔導、身心適應困難等問題,提供諮詢服務、生活扶助、照顧服務、諮商輔導,或心理治療、資源轉介及各項福利服務藉由區域內資源的結合與開發運用,提供以家庭為主軸之多元服務單一窗口,協助家庭成員順利適應與發展。

中心之設立運用現有社會福利服務中心、鄉鎮市公所或其他可運用之公共建築空間,依人口數約15-20萬人為一區,在1-3鄉、鎮、市、區設置單一或跨鄉鎮市區之「區域性家庭福利服務中心」。

其人力的配置是以每一中心5-7名社會工作人員(含督導一名)為原則,以利分

工與管理幅度。預定全國設136中心,總計需求社會工作人力883人,其中地方政府自籌459人,中央補助424人。中央並補助中心修繕費每平方公尺4500元,每一中心以250平方公尺為限,申請獲准一次補足。業務費每中心補助50萬元為上限,地方政府負擔20%。總經費97年度預估3億0857萬9千元(116個中心),98年度全面開辦,預估需經費3億4615萬2千元。99年以後減列資本門,需3億3323萬元。

當時作者並與人事行政局、行政院主計處協調,於「以家庭為中心、社區為基礎的社會福利服務中心」建制時,所需社會工作人力宜與過去約聘僱之所有公部門社會工作人員逐步納入編制,不宜再用臨時約聘僱人力來因應風險社會層出不窮的社會問題,亦獲得肯定答覆。對政府來說,只要聘用合格人力,完成指派任務,本來就應該提供穩定的工作環境,而不是以暫時人力來處理長期的社會需求。

該計畫一延再延因於內政部兒童局工作人員對這些觀念不熟悉,復為了配合內政部社會司於97年3月27日函報「充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫」(草案)進度修正。地方政府自籌459人由現有各社會福利服務中心等或其他現有人力勻應,中央補助424人由內政部統籌申請公益彩券回饋金補助。事實上,於96年底,作者已商請財政部同意使用公益彩券回饋金2億作為補助地方政府

社工人力的基金。

內政部依行政院婦女權益促進委員會第28次委員會議決議，復於97年4月29日邀集相關單位就地方政府落實該計畫（草案）遭遇之困難開會研議，多數地方政府均反映財政困難，建請中央專案補助人事費，或於法定員額總數上限外核給所需增加進用之社工員額，所需人事費並納入地方政府財政基本支出。

上述「充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫」（草案）主要內容是推估台灣公部門應配置3,539名社會工作人力。其中三分之二（2,351人）應以社會工作師或社會工作員職稱配置進用。然現有編制員額僅為324名，尚須處理人力2,027人。其餘三分之一（1,188人）以委託民間辦理為原則。這不足之2,027人中，現有約聘僱社工人力計1,199人，其中600人為專案核定補助以約聘僱方式進用人員，為保障其工作權益，借重其工作實務經驗，宜以逐年比例減列方式，配合納編。其餘1,427人（含599非專案之約聘僱社工與需新增之828人）請縣市政府於6年內逐年調整納入編制。

上開97年3月27日函報行政院核定之「充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫」（草案）經行政院秘書長97年6月6日函復意見略以：「各地方政府社工人力在6年內逐年納編進用定額之社工人力乙節，涉及有關尊重地方自治及中央行

政機關組織基準法第5條第3項，有關作用法不得規定機關組織之精神，由地方政府本自治精神依業務需要而調整人力配置，並重新考量相關機制與誘因之規劃設計。檢討逐步整併過渡時期補助地方增聘社工人力各項措施；又基於貫徹員額精簡政策，應避免誤導可隨時檢討調整提高員額總數。」

為解決上述疑義，內政部簽奉於97年8月8日成立專案小組推動社工人力事宜，小組成員13人，由內政部前次長林中森兼任召集人，其餘成員包括社會司司長、行政院人事行政局、主計處、研考會、地方政府代表1人、民間團體代表2人及學者專家代表5人。

之後，「充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫」（草案）依行政院秘書長97年6月6日函復意見、97年9月9日、9月26日、12月24日3次專案小組會議決議，及97年11月19日邀請各縣市首長協商會議之決議，修正計畫（草案），重點如下：

（一）實施作法：請直轄市、縣（市）政府以內政部委託研究之社工人力配置基準，通盤檢討現有人力運用情形，在編制員額總數範圍內充實社工人力配置，其確有困難須檢討其員額總數時，再就個案需要情形敘明理由函報內政部，洽商行政院人事行政局研處。

（二）經費來源及需求：納編後人事費

納入地方政府財政基本支出編列，並由中央就各縣（市）（不含北、高二市及臺北縣）基本財政收支差短予以設算補助。

（三）預期效益：於本計畫所規劃99-104年6年內，完成納編1,427名社工人力之目標，充實所需社工人力配置，以強化社會工作服務效能。

（四）附則：內政部辦理「補助各直轄市、縣（市）政府增聘兒童及少年保護社會工作人力實施計畫」及「補助各直轄市、縣（市）政府增聘家庭暴力及性侵害防治工作人力計畫」等過渡性人力措施，應配合本計畫實施期程檢討逐年按比例減列補助員額，予以結案。

至此，顯見內政部對充實基層社會工作人力仍鏗而不捨。該草案經提報98年1月16日行政院社會福利推動委員會第14次委員會第3次會前協商會議決議如下：  
1.有關地方政府納編社工人力之因應作為請先邀主計處、研考會、人事局等機關就中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法進行檢討。  
2.本計畫核定前，有關內政部原補助地方政府兒少保護、家庭暴力及性侵害防治及弱勢家庭等約聘人力，請檢討並續補助地方政府。  
3.請內政部就當前各地方政府社工人力不足之現況說明、問題檢討及因應對策等，提出完整報告，列入第14次委員會議議程。

遂經98年5月26日行政院社會福利推動委員會第14次委員會決議，請內政部儘

速將「充實地方政府社工人力配置及進用4年中程計畫」報院，並請薛承泰政務委員負責審查。顯示，內政部已經將前述6年計畫修正為4年中程計畫。

薛承泰政務委員如何看待此案，無從查知。但從薛承泰、鍾佩珍、張庭譽(2009)所發表的文章，質疑「充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫」所根據的鄭麗珍(2008)研究案的人力推估的公式的恰當性與資料加權的合宜性，並從日本經驗暗示台灣在2017年時，社會工作人力仍是相對充足的。一葉知秋，即可推斷此案通過的可能性不高。懸宕多時的我國社會工作人力充實計畫，凶多吉少。

倘若上述人力充實案不通過，「建構家庭福利服務系統實施計畫（草案）」就很難照原計畫推動。這就是為何從原預定97年6月實施，一直拖到98年始以小規模實驗推動的部分原因。

## 肆、推動策略

以家庭為中心、社區為基礎的社會福利服務中心計畫不是要在現有的兒童、少年、老人、身心障礙、婦女、新住民、原住民等各種單一功能服務中心之外另設立一個家庭福利服務中心；也不是要把現有區域社會福利服務中心改為家庭福利服務中心。而是要讓沒有設置區域社會福利

服務中心的縣市，或設置不足的縣市，建構完善的區域社會福利服務輸送體系；讓有設置區域社會福利服務中心，也有各種福利人口群的服務中心的縣市，重新調整組織間的服務協力，建立單一窗口。其工作取向是以家庭為中心，其資源運用與方案推動是以社區為基礎，建構一個「以家庭為中心、社區為基礎」的社會福利服務網。內政部的計畫（草案）很容易被誤解是新設一個家庭福利服務中心罷了。其實，要鋪設的是社會福利服務中心，而不是家庭福利服務中心。計畫原來目標設定是：

（一）建置縣市區域社會福利服務體系，提供單一窗口連續服務(one stop)，給予有多元福利需求之民眾，以家庭為中心的整合性社會福利服務。

（二）建構地方政府完整之區域性社會福利服務輸送網絡，透過區域資源共享，提供民眾多元性、立即性及整合性的福利服務。

（三）透過支持性、補充性服務，增強家庭因應危機的能力，避免家庭成員遭受傷害與降低家庭悲劇的發生。

（四）提供替代性、保護性服務，協助失功能家庭照顧與保護其有需求的成員。其推動策略應有以下步驟：

## 一、整合服務組織

（一）成立或重整區域性（以家庭為中

心的）社會福利服務中心。

（二）建制單一服務窗口作為具多元社會福利需求之民眾使用社會福利服務的入口。

（三）結合既有各福利人口群服務中心、機構，建構單一或準單一區域性（以家庭為中心的）社會福利服務中心。

（四）進行服務整合與分工，如與家庭暴力暨性侵害防治中心、單親服務中心、外籍配偶家庭服務中心、家庭支持中心等

的分工。

（五）開發新的社會福利方案，以滿足家庭成員多元福利需求。

（六）開發新的社會福利機構，以滿足從家庭、社區到機構式照顧所需連續性服務。

由於各縣市現有的社會福利服務中心參差不齊，有些縣市已經有完整的區域社會福利服務中心，如台北市；有些縣市有局部性的區域社會福利服務中心如高雄市、高雄縣、台北縣、桃園縣；有些縣市只有區域社會福利服務中心的雛形，而大部分縣市沒有。因此，有現成的區域性社會福利服務中心的縣市，要整合區域內的各種福利服務中心，組成一個以家庭為中心、社區為基礎的區域社會福利服務網。如果沒有足夠的區域社會福利服務中心，就必須加緊腳步設置。沒有區域社會福利服務中心的縣市，必須將該縣市依人口、文化、歷史、社會、政治、產業等條

件劃分為若干區設置。

而這些中心必須有單一窗口的功能。要做到單一窗口就必須能提供多元的福利服務。首先要做的是整合社會局（處）所管轄的各種服務中心，如家庭暴力暨性侵害防治中心、單親家庭服務中心、新移民服務中心。進一步整合就業、健康、教育、少數民族、民政、法律等服務。

並不是要將各種中心整併，定時、定點派人到區域社會福利服務中心提供接案與協力服務，或是利用電腦網路進行虛擬服務整合均可，視客觀條件而定。其間，各服務中心的功能勢必調整。每個中心都必須有以家庭為中心、社區為基礎的服務理念，才能協力完成單一窗口服務分派後續的個案服務。

以各縣市現有房舍，大致上可以建制下列三種服務整合模式：

### (一)實體整合模式

提供辦公空間讓其他相關服務單位人力進駐中心，就近提供區域福利服務中心服務對象所需的服務，如單親家庭服務社工員、新移民家庭服務員、就業服務員、兒保社工、法律諮詢律師等。這是前述同在一個屋簷下的綜合服務中心概念。此整合模式適合於都會型區域或有足夠辦公空間的中心辦理，如臺北縣政府社會局三重區社福中心所在的三重社福大樓、七星區社會福利服務中心所在的汐止市行政大樓

等。在此模式下，區域社會福利服務中心透過與大樓各相關單位間的協調，設計一條龍的連續服務流程，建立彼此的合作與服務機制。如遇民眾需求其他單位的服務，可立即協調與轉介大樓內部的其他服務單位，讓民眾清楚知道後續會提供其所需服務的單位為何；而區域社會福利服務中心後續亦需追蹤每個單位提供服務的情況，確定民眾需求皆能獲得適切的滿足。

### (二)準實體整合模式

因受限於辦公空間，無法讓相關單位以合署辦公的方式在同一辦公地點（空間）提供服務，可採用釋出部分辦公空間給提供立即性服務的資源單位輪流使用的駐點方式（如：週一、週三規劃給衛生局提供心理師駐點服務，週二、四上午規劃給勞工局提供就業服務，下午給法律扶助基金會提供法律諮詢服務等），目的在於提高現有辦公空間的使用頻率；並透過訂定明確的服務流程及定期召開工作協力會議，達到資源的有效使用與服務的協力，滿足民眾的多元需求。目前台北縣七星區社會福利服務中心亦同時採用此種方式提供服務，除汐止市行政大樓內的各單位提供的服務，中心另亦以提供部分辦公空間，讓法律扶助基金會、衛生局心理師、家扶中心等單位提供前述的定點、定時的駐點服務，讓中心所服務的民眾可以於該固定時間，就近於中心獲得相關服務。

### (三) 虛擬整合模式：

受限於空間不足，必須放棄「單一空間，合署辦公」的概念，透過虛擬的資訊平台（如：透過網路、電話聯繫等方式），將現有區域內各類功能中心及服務方案（據點）整合入區域社會福利服務系統的資源網絡。區域社會福利服務中心作為資源管理與服務供給的核心，提供單一窗口的福利服務，將各種社會福利服務設施（如公、私部門的社會福利機構或單位）、服務方案，或資源整合，透過資源的盤點與拜訪聯繫，確立清楚的服務流程，建立完善的資訊系統，便利資源間的服務轉介與使用，確保民眾需求皆有相關資源的協助。

其實，依目前的條件很難立即在各縣市成立普及的綜合社會福利服務中心，虛擬整合有其必要。即使，未來架構完整的區域社會福利服務中心，部分業務還是要靠虛擬整合，例如財稅資料、戶籍資料、健康保險申請等。

## 二、配置專業人力

(一) 以5-7人為最適規模，並置督導一人作為中心主任。

(二) 結合各機構、團體派駐區域性（以家庭為基礎的）社會福利服務中心之人力，組成服務團隊。

基層社會工作人力不足以如前述，若

未系統化地規劃人力增補，只會繼續演深化今日的家庭暴力暨性侵害防治中心獨大、各科室借將的情形，無助於社會福利服務輸送體系的建立。

## 三、提供多元服務

### (一) 建立區域社會福利服務網

開發及連結轄區內之公、私部門資源（如鄉鎮市公所、村里辦公室、學校、心理衛生中心、就業服務中心、早期療育中心、長期照顧管理中心、各類型社會福利機構、民間公益團體等），定期辦理相關聯繫會議，建立資源共享與合作機制，提供社會福利服務。

需求評估是第一道功夫，其實現有統計資料已可作為需求評估的大部分依據，只要有系統地分析即可，不一定要再進行社區需求調查。資源盤點是第二道功夫。以系統化、組織化的方式臚列轄區中公、私部門的各項資源，並從人力、物力、財力等面向彙整資源的數量及其可提供的服務量，進一步分析資源可以協助的福利人口群、資源所在位置（即福利資源地圖）、民眾可以使用的資源有那些，透過資源的再分析，可更有效的使用及活絡資源；亦可了解資源的匱乏與否，及分布密度，如資源配置扭曲、資源短缺、資源配置不均情形。

此外，各類資源所提供的方案內容，

以及未來需要開發那些方案，都是資源盤點後的工作重點。資源盤點除了中心現有使用或知悉的資源外，另外也要透過資源拜訪來盤點轄區中更多的其他資源，拜訪資源的目的是為讓轄區中的各項資源成為中心服務網絡的成員，重點包括：(1)讓資源了解中心要建構以家庭為中心、社區為基礎的服務網絡的概念，(2)藉由拜訪順便盤點資源，(3)建立資源間轉介的程序與原則共識，(4)建立協力關係，(5)協助資源網絡化(net-working)。資源盤點包含了福利與非福利的資源，只要是能提供民眾協助的資源都是資源盤點要納入的，如廟宇、教會、學校、社團所提供的非正式與正式資源。

## (二)提供整合性服務

針對家庭中的兒童、少年、老人、身心障礙及成人等成員之社會福利需求（如：經濟、失業、照顧、安置、輔導、身心適應困難等問題），進行個人與家庭評估，提供諮詢、生活扶助、照顧服務、諮商輔導、安置等服務。不論任何案例都應該採取以家庭為中心的評估。避免將家庭成員切割成片段。

## (三)宣導社會福利理念與資訊

透過各種集會、活動，進行社會福利資源宣導，增強民眾及鄰里社區了解社會福利資訊及申請流程、熟悉問題求助及各

項通報服務管道，以落實各項保護性工作之預防宣導與通報，發掘有福利需求卻隱藏未現的家庭。

## (四)進行轉介服務

針對需協助復原的危機家庭及其成員或各類型保護性個案，轉介至相關專門服務單位，提供社會功能重建、心理諮商、家庭重建、就業、醫療、長期照顧等後續服務。亦即，以家庭為中心、社區為基礎的區域社會福利服務中心並不是家庭需求的萬靈丹，而是透過服務輸送區域化、單一窗口，促成服務整合。若有後續需求的個案，仍然要轉介給相關機構進行後續服務，如家庭重建、寄養、收養、經濟補助、就業訓練、職業重建、精神醫療、煙毒戒治等。

## 四、加強人員訓練與充實設施設備

### (一)加強專業知能

為因應單一窗口、連續服務作法，社會工作者必須加強社區資源發展、整合與連結、充權、家庭評估與介入、多元文化、轉介等知能。目前各縣市政府的社會工作人員甚少有以家庭為中心、社區為基礎的訓練。知能訓練是當務之急，否則只會落得硬體更新、人員調動、心態不改，白忙一場。

## (二)充實軟硬體設備

為配合多單位共用辦公室所需硬體設備，如辦公桌、電腦、隔間、管線等，及軟體設備如資訊管理、資源管理、視訊會議等之配備齊全。

原計畫編列資本門補助即在處理新設辦公室或辦公室改裝所需的經費。

## 五、跨科室及跨局處服務方案整合與建構

(一)跨科室整合。整合兒童、少年、身心障礙、老人、婦女、社會救助、社區發展等相關科室服務方案與法規。

(二)跨局處整合。整合教育、衛生、勞工、原住民、民政及社政等各局處，發展多元的服務方案。

(三)跨部門整合。整合公私部門社會資源，提供完整服務。

整合的工作可分為三個層次：1.層次一：內部服務整合。將近鄰性、親近性單位列為第一圈。第一圈以公部門與委外的單位為主，在社會局即為跨科室整合；在政府的角度即為跨局處整合，整合勞工、教育、衛生、原住民、民政等單位；在區域社福中心則是先以中心所在的大樓或週邊的資源開始整合。2.層次二：區域服務整合，或跨部門整合，整合公部門、私部門資源，構成第二圈的民間資源或非正式資源為主的資源網。3.層次三：區域網絡的建構。建構一個以區域社會福利服務中

心為核心的區域服務資源網。如此，才能吻合以社區為基礎的概念，就近利用資源，在地服務，社區化服務。

## 六、發展支持家庭的各種社區為基礎的方案

如前述的，經由資源盤點、需求評估之後，各區域社會福利服務中心應將資源需求清單，回饋給社會局（處）透過跨科室整合，進行方案開發與機構設置，如文獻中所提及的各種新創服務方案。同時，社會局（處）各科室不宜再廣設以特定人口群為對象的服務中心，宜改以開發各種家庭服務方案為主。

## 伍、結論

本計畫從民國95年開始規劃，到96年計畫草案出爐。很遺憾地，計畫正要啟動，正好碰上97年5月政黨輪替，本方案與充實地方政府社工人力配置及進用6年中程計畫（草案）均被延宕，或縮小規模。本來可以一舉解決台灣長期以來地方社會福利服務體系單薄與混亂的局面，只好再等待了。目前少數縣市如臺北縣、高雄市、高雄縣、台南縣、屏東縣等，在中央政府仍躊躇不前下，勇敢推動此項改革，值得佩服。事實上，這絕對是對地方社會福利服務體系的建構助益極大。

不過，完整理解計畫的精神所在，掌握跨體系的服務協力、單一窗口、以家庭為中心、以社區為基礎的核心概念，才不至淪為新創一個疊床架屋的新機構。唯有服務被整合，民眾所需要的服務才能連續；也唯有服務資源普及，民眾才能獲得可及性服務；也唯有組織間分工合作，才能達到對民眾服務的責信。希望建構以「家庭為中心，社區為基礎」的社會福利

服務體系，可以解決目前服務的片段、不連續、不可及、權責不清的弊病。也藉此讓台灣的社會福利升級到服務取向，擺脫散財童子的惡名。本人深知服務整合是最難的工作，但是如果不嘗試改革，只會使社會福利服務體系根基持續虛弱。

（本文作者現為台灣大學社會工作學系教授）

## 參考文獻

- 王怡人(2007)。變遷中的縣市政府社會工作實務：1990年代的北縣經驗。國立臺灣大學社會科學院社會工作學系碩士論文。
- 林萬億 (2006)。台灣的社會福利：歷史經驗與制度分析。台北：五南出版。
- 林萬億 (1999)。台灣社會工作人力的需求與配置，論文發表於全國社會福利人力規劃會議。台灣社會工作專業人員協會。
- 張秀卿(1985)。社會工作員對國家社會的貢獻。社會建設，56期，91-99。
- 陸光(1977)。從專業教育談建立社會工作員制度。社區發展季刊，1期，頁29。
- 臺灣省政府社會處(1983)。台灣省推行社會工作員制度報告。
- 薛承泰、鍾佩珍、張庭譽 (2009)。我國社工人力初探—以日本為例，社區發展季刊，127期，頁186-208。
- 鄭麗珍(2008)。台灣社會工作專業人力推估，內政部社會司委託研究案。
- Bailey, D. B. et al., (1998) Family outcomes in early intervention: a framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 64, 313–328.
- Bronfenbrenner, U.(1979)*The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Brown, L., Tucker, C. and Domokos, T. (2003) Evaluating the Impact of Integrated health and Social Care Teams on Older People Living in the Community, *Health and Social Care in Community*, 11(2): 85-94.
- Daro, D. and Dodge, K. (2009) Creating Community Responsibility for Child

- Protection: possibilities and challenges, *The Future of Children*, 19(2): 67-93.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M. & Hamby, D. W. (2002) Family-oriented program models and professional help-giving practices. *Family Relations*, 51, 221-229.
- Gilbert, N. (1972) Assessing Service-Delivery Methods: some unsettled questions, *Welfare in Review*, 10:3, 25-33.
- Gilbert, N. and Terrell, P. (2008) *Dimensions of Social Welfare Policy*, 5th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Hellerman, K. (1975) One-Stop Shopping for Social Services, *Social Work*, March, 91-92.
- Hiebert-Murphy, D., Trute, B. and Wright, A. (2008) Patterns of entry to community-based services for families with children with developmental disabilities: implications for social work practice, *Child and Family Social Work*, 13, 423-432.
- Kirton, D. (2009) *Child Social Work Policy & Practice*, London: Sage.
- Laird, J. (1995) Family-centred Practice in the Post-modernity Era, *Family in Society*, 76: 150-162.
- Leon, A. and Armantrout, E. (2007) Assessing families and Other Client Systems in Community-based Programmes: development of the CALF, *Child and Family Social Work*, 12, 123-132.
- Marts, E. et al., (2008) Point of Engagement: reducing disproportionality and improving child and family outcomes, *Child Welfare*, 87(2):335-358.
- Raghvendra, P. et al., (2007) Parents' and Service providers' perceptions of Family-centred Practice in a Community-based, Paediatric Disability Service in Australia, *Child Care, Health and Development*, 33(5): 586-592.
- Ryan, S. et al., (2001) Critical Themes of Intersystem Collaboration: moving from to a "Can We" to a How Can We" Approach to Service Delivery with Children and Families, *Journal of Family Social Work*, 6(4): 39-60.
- Sampson, J. and Reardon, R. (1998) Maximizing Staff Resources in Meeting the Needs of Job Seekers in One-Stop Centers, *Journal of Employment Counseling*

35: 50-68.

Shannon, P. (2004) barriers to Family-centred Services for Infants and Toddlers with Development Delays, *Social Work*, 49(2): 301-308.

Wade, C. , Milton, R. L. and Matthews, J. (2007) Service Delivery to Parents with an Intellectual Disability: family-centred or professionally centred? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 7-98.

Warren-Adamson, C. (2006) Family-centres: a review of the Literature, *Child and Family Social Work*, 11(2): 171-182.