



刻不容緩的議題－ 衛生福利部「長期照顧」資源網絡建構

王秀燕

壹、前言

因應行政院推動組織改造，立法院在102年5月31日制定「衛生福利部組織法」，6月19日公布施行，7月23日衛生福利部正式成立，成為國內主管公共衛生與福利政策的最高機關。為何要成立衛生福利部？從衛生福利部籌備小組所提出資料得知，認為整合醫療衛生與社會福利業務理由有二，第一個理由是有助政策及資源的整體調配；第二個理由是人口高齡化、總生育率下降、新移民增加，人口結構改變，有必要及時整合規劃中老年醫療保健及長期照護服務、身心障礙者復健、婦女權益、兒童養育、國民年金及相關社會保險等業務，以資因應（衛生福利部籌備小組，2011）。其中整合規劃長期照護服務是目前最被關注的議題，由於我國人口老化正加速度進行，長期照顧的需求與提供服務的資源網絡建構是否順暢，成為這個新成立部會必然面臨的時代挑戰。

隨著政府職能的轉型，再加上高齡化

人口需求與供給多元化，如相關資源無法統整，即便設置單一窗口其是否能發揮功能不無疑問。因此，建構資源網絡實能做為單一窗口的後盾，亦能避免福利服務輸送常出現的不可近性、斷裂、無課責性等問題。為解決高齡人口群複雜的問題與滿足多方的需求，高齡者之照顧服務不僅要靠專業團隊的建立，同時要以建構資源網絡為基礎，才能夠提供更全面性的服務。本文主要探討有關衛生福利部因應「長期照顧」資源網絡的建構，除整理相關文獻外，亦說明國內目前在「長期照顧」資源網絡的建構現況，提出因應「長期照顧」資源網絡的建構一些作法，期盼提供衛生福利部和各縣市在建構長期照顧資源網絡時有所助益。

貳、文獻檢視

一、網絡的意義與類別

網絡是指由諸個個體相互關聯所構成的完全型態，其不僅是各機構平行的協調

與分工合作，同時也有一個垂直的層級節制體系（張荳雲，1982）。以老人照護網絡為例，指的是一個照料系統，包括一系列的服務，可以在老人因失能或特別需要介入時，提供個別的或團體的服務，包含醫療、生活照顧、心理、無障礙設施等服務。張荳雲（1998）進一步認為個案工作者在提供服務時，可從以下三個層面介入網絡。

（一）個人網絡

個人網絡介入是個案管理（case management）的一種方法，目的是改善個人生活品質。

（二）互助網絡

網絡介入方法最重要的環節。從政府角度來看，鼓勵非正式互助網絡的建立能加強服務所發揮的作用、減少開支；而且，由家庭及社會分擔互相照料的責任，間接促進案主參與社會服務、改善案主的滿足感、全面照料有需要的人士、提供專業人士也不能提供的心理支持，使服務更適合案主的需要。

（三）服務網絡

由專業人士、社會服務機構、政府官員及慈善基金會等組成。以個案工作方法為主的服務，重點在增強個人解決困難的能力。例如：一個獨居老人，因為中風而在生活自理上出現問題，個案工作者可在訪視後，通報照顧管理中心，連結居家服務解決照顧上的問題。

由以上三個層面介入網絡方法，就長

期照顧的服務計畫而言，工作者介入網絡方法以服務網絡為主，目前係由專業人士、社會服務機構、政府單位及慈善基金會、商業部門等組成提供一系列的服務。

二、建構網絡的重要性與營造合作與支持的伙伴關係

Trevillion（1999）指出，在1990年代已不再假定社會服務部門可透過一種相對標準化的服務供給以滿足需求，而是個人和家庭問題的解決方法，已逐漸被認為是需要靠各種不同組織連結與結合，包括：公部門、私部門及志願部門，每個部門提供專業貢獻，且所有部門皆要能夠統整和策略聯盟，不再僅是傳統的管理和行政。

Healy（1998）指出，隨著個案或家庭問題趨於多元且複雜的現象，社會服務範圍的擴展及新機構紛紛設立，這已成為晚近服務供給的普遍現象。

從實務面來看，失能老人的長者屬於有多重需求的個案。因此，如無法建構長期照顧的資源網絡，當個案必須從多個機構才能得到相關資源，就可能造成個案不便利性，亦可能發生資源重複使用或零散、斷裂，即 Gilbert & Terrell（2005）認為的服務輸送系統常被批評的缺失集中在分割性、不連續性、不負責任及不可近性等問題；故強化福利服務輸送體系的統合、合作與連結，成為服務輸送重要議題。在統整和策略聯盟時常以網絡來提供服務。黃源協（2004）認為在專業間、機構／團體間和部門間，對彼此結合之權力的討論和運用必須是要開放的，且彼此的互

動要以一種相互尊重為基礎，以營造出一種相互合作與支持的伙伴關係。特別是主導單位對於參與其中的公、私部門，要能避免專業主義或部門主義的作祟，作為基礎結合的網絡，留下更多討論和協議的空間。

三、長期照顧

長期照顧的界定較常被採用的是 Kane & Kane (1987) 的定義：長期照顧乃指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包括長期性的醫療、護理、個人與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力；而 Weissert (1991) 則更廣義地定義長期照顧之服務對象包含所有年齡組之人口，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供（引自吳淑瓊等，1998）。Davies (1998：100) 在追蹤、研究社區照顧 (Community care) 施行效果建議，認為真正能提供長期照顧與解決老人需求問題，必須是「提供持續性多元服務項目與內容，以供老人選擇並使用」。

從我國制定的長期照顧政策來看定義，可追溯 2007 年行政院訂定的長期照顧十年計畫核定本，其所指的長期照顧 (long-term care) 是指針對先天或後天喪失日常生活功能的人們，提供長期的健康

照顧 (health care)、個人照顧 (personal care) 與社會服務 (social services)。其照顧需求通常以日常生活活動 (activities of daily living, ADLs)，如盥洗、穿衣、用餐等，工具性日常生活活動 (instrumental activities of daily living, IADLs)，如購物、清洗、烹飪等；及心智功能程度作為評估依據（行政院，2007b）；惟目前實際以日常生活活動為評估依據，長期照顧的服務類型包含居家式、社區式、機構式照顧。

綜合言之，長期照護不僅具有持續性照護概念，其照護領域包括醫療與社會服務領域。評估功能失常與長期照護需求及其需求類型，通常以日常生活活動能力（包含吃飯、上下床、穿衣服、上廁所、洗澡等）為依據，其提供服務類型包含居家式、社區式、機構式。

四、我國長期照顧計畫服務內容與提供服務的資源網絡單位

(一) 長期照顧計畫服務內容（服務項目）

依我國長期照顧十年計畫之政策所列服務內容，係以實物補助亦即服務提供為主，現金補助為輔，以居家式、社區式、機構式模式下分服務項目成為目前長期照顧的主要架構，總計所提供的服務項目有十一類，見表 1。

表 1：我國長期照顧服務項目一覽表

照顧類型	項目	說 明
居家式	1.居家服務	日常生活功能需他人協助，提供身體照顧、家務協助
	2.居家護理	衛生教育、護理指導、傷口護理、照顧技巧、資源諮詢
	3.居家復健	日常生活功能、社交生活功能評估與訓練
	4.營養餐飲	針對老人行動困難者提供到宅送餐服務
	5.喘息服務	提供家庭主要照顧者喘息機會，選擇機構及居家喘息服務
	6.輔助器具	輔助器具補助與居家無障礙設施申請
社區式	1.日間照顧	成立日間照顧、照護中心、失智症日間照顧中心
	2.家庭托顧	由照顧服務員在宅提供服務，每一位照顧 3 名老人
	3.交通接送服務	提供交通接送，就醫或復健
	4.社區復健	定點式社區復健服務
機構式	住宿型機構	長照（長期照顧、養護、失智症）、護理、身障機構

資料來源：作者整理自行政院（2007a；2007b）

（二）提供服務的資源網絡單位

1.服務使用者要使用長照服務流程
一般由長期照顧管理中心接獲民眾申請服務，由照顧管理師於期限內實地至服

務使用者家中進行日常生活活動功能（ADLs）：包括進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所等項目評估；經評估失能等級分為三類後，依服務使用者之狀況提供相關服務，其流程詳見圖 1。

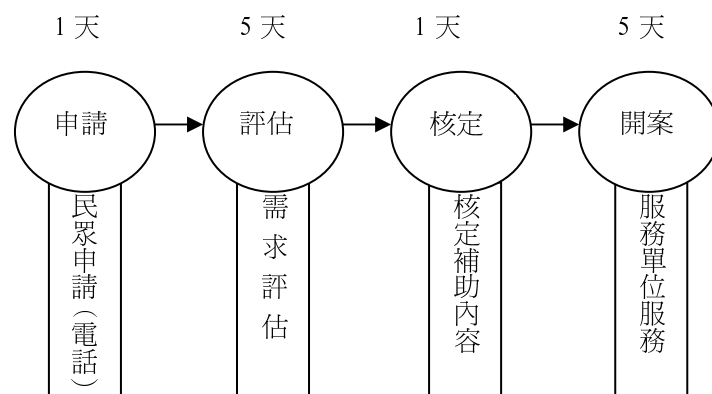


圖 1：長期照顧服務流程

資料來源：作者繪製

2.資源網絡單位

目前長期照顧計畫，在服務供給面，一方是社政單位負責居家服務、送餐服務、輔助器具、日間照顧、家庭托顧、住宿型機構、交通服務之經費籌措與執行、監督、評估等，提供給服務者包含團體、機構、民間企業等；一方為衛政單位，服務項目包含居家護理、居家復健、喘息服務、社區復健、住宿型機構等經費籌措與執行、監督、評估；提供給服務者包含團體、機構、居家護理所、護理之家等；提供服務的民間一般需透過政府採購法以招標方式得標後來提供服務，服務人員包含專業、半專業人員、志願服務工作者等(王秀燕, 2011)。在長期照顧的服務計畫裡資源網絡單位包含公部門的社政、衛政單位、老人福利團體、公會、長照機構(長期照顧、養護、失智症)、居家護理所、醫院、診所、民間交通公司等。

五、國際經驗反思－日本介護保險與資源網絡

日本為世界最長壽的國家之一，老年人口比例在已開發國家中相當高的，1970年日本65歲以上的人口超過7%，進入所謂的高齡化社會，於2000年推動介護保險(當時老年人口比例17.3%)(陳玉蒼, 2005)，2006年介護保險制度修正(呂慧

芬, 2008)；日本與臺灣同為亞洲國家，在民情上與臺灣接近，使得文化上有緊密關係。因此，臺灣在推行許多制度，都會參考日本的做法，1993年臺灣65歲以上的人口超過7%，2007年行政院始訂定長期照顧十年計畫，並預估在2016年推動長期照護保險(王順民, 2012)較我國早推動的日本介護保險服務流程與資源網絡建構實有參考之價值，以下整理介護保險與資源網絡概況(徐瑜璟、邱采昀、周美伶, 2012；陳玉蒼, 2005；周慧芬, 2008；黃慧雯、劉淑惠、白玉珠, 2010)：

(一)日本介護保險服務內容(服務項目)

日本介護保險對象為40歲以上國民皆須加入介護保險，服務對象(被保人)有三類一為65歲以上老人；二為40-64歲中，患有腦中風、初期老年失智等15項特定疾病者；三除前兩項年齡標準外，需經過介護判定評估表，分為「需照護狀態」、「需支援狀態」給予不同程度之給付；「需照護狀態」：意指步行或起床等日常生活行動全部或部分受到限制而需要旁人照護，「需支援狀態」：雖有日常生活障礙，但須照護之時間較少以及未含括所有年齡層之身體功能(ADL)和認知功能障礙者，其服務項目如表2。

表 2：日本介護保險服務項目

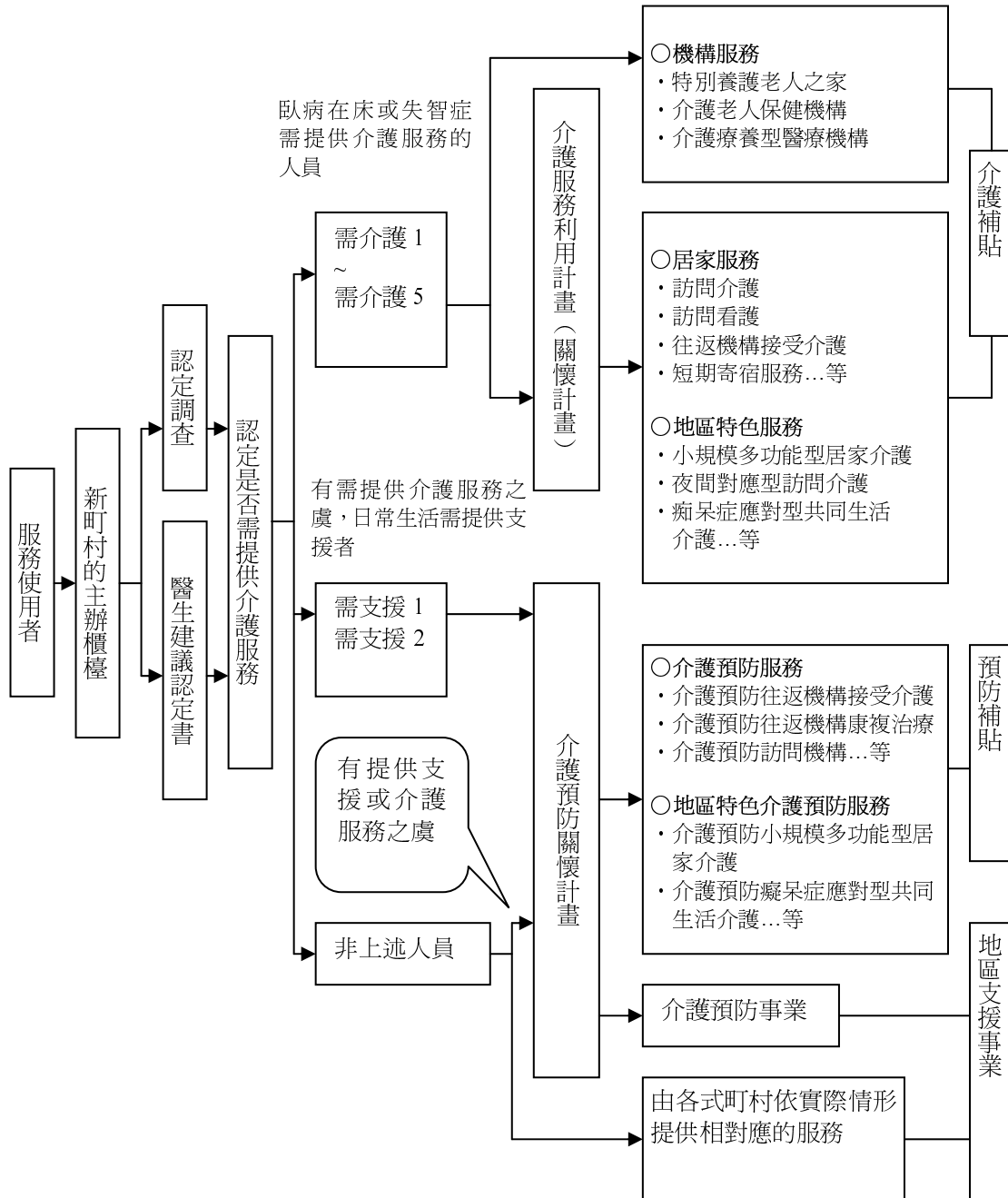
照顧類型	項 目	說 明
居家照護	照護服務 (※需照護 1~5)	1.家庭訪視服務：訪視照護、訪視沐浴(泡澡)、訪視護理、訪視復健 2.當天來回照護服務：日間照護、日間復健 3.短期入居機構照護 4.輔具租借及購買、住宅改建 5.自費老人之家等生活照護 6.擬定照護計畫
	預防照護服務 (※需支援 1、2)	1.家庭訪視服務：預防照護型訪視照護、預防照護型訪視沐浴(泡澡)、預防型訪視護理、預防照護型訪視復健 2.當天來回照護服務：預防型日間照護、預防型日間復健 3.短期入居機構照護 4.輔具租借及購買、住宅改建 5.自費老人之家等生活照護 6.擬定照護計畫
社區緊密型服務	急需照護 1~5 皆可利用 (※需支援 1、2)	1.夜間型訪視照護 2.失智症日間照護 3.小規模多功能型居家照護 4.失智症團體家屋 5.小規模自費老人之家(生活照護) 6.小規模老人特別養護之家(生活照護)
機構照護服務	(需支援者不能利用)	1.老人福利機構(老人特別養護之家) 2.老人保健設施(強化復健) 3.療養型醫療機構(慢性病床等)

資料來源：整理自李光廷(2008)

註：※未含括所有年齡層之身體功能(ADL)和認知功能障礙者。

(二) 提供服務的資源網絡單位

1. 服務使用者要使用介護保險服務流程



資料來源：整理自周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋（2009）

2.資源網絡單位

(1)中央政府（厚生勞動省）

負責福利政策、法令之策劃及擬訂

(2)都道府縣

負責市町村間協調事項

(3)地方（市町村）

負責政策的執行，擔任保險人，並由中央以及都道府縣協助辦理。

(4)社區型整體照護統籌中心

配置保健師、主任照護管理人（care manager）、社福人員三種專門技術人員，該等專業人員並非僅就各自專業部分獨立作業，而是採取團隊相互合作模式運作，亦即由三種專業人員共同執行「綜合諮詢」、「權利保障」、「照護預防」、「照護支援」等四項業務。採用單一受理窗口方式辦理，亦即年長者不論任何需求皆能在支援中心獲得援助。

(5)社區式密合型照護

①小規模多功能式居家照護機構

多功能係指「往返」、「訪視」、「住宿照護」等功能而言；以被照護者自住家「往返」照護機構接受照護服務方式為主，採小規模經營方式，每一照護機構提供照護服務人數不得超過 25 名，且服務對象係以失能程度經判定為「需要照護」等級者為限。

②夜間訪視照護

定期巡迴被照護者住家附近，遇有緊急狀況或接到通報時，得隨時派遣專業照護人員提供沐浴、排泄、飲食等相關照護或一般日常生活照料上之服務。

③失智症老人專用日間托老所

提供被照護者日間至特別養護機構或托老所接受沐浴、排泄、飲食等相關照護，或日常生活上之照料、復健等服務。

④失智症老人專用共同生活照護（失智老人之家）

專為照護失智症老人而設立之機構，且採小規模經營方式，故每一失智老人之家通常僅安置十名左右失智症老人。

⑤特定養護機構

失能程度達「需要照護」等級之老人，居住在社區密合型特定養護機構內接受沐浴、排泄、飲食等照護，或接受日常生活照料、復健等服務，該機構專為提供照護服務而設立之自費老人院等機構，在採小規模經營之原則下，服務對象不得超過 30 人。

⑥社區密合型養護老人福利機構

指失能程度達「需要照護」程度之老人，居住在社區密合型養護老人福利機構內接受沐浴、排泄、飲食等照護，或接受日常生活照料、復健等服務而言。至於社區密合型養護老人福利機構，則係指入住人數在 30 人（不含）以內的特別養護老人之家而言。

(6)照護機構

住宿機構包含老人福利機構（老人特別養護之家）；老人保健設施（強化復健）；療養型醫療機構（慢性病床等）。

日本長照的資源體系，在中央為厚生勞動省，地方則為市、町、村負責政策的執行。日本的輸送方式為單一窗口，由醫師審查並提出意見書及市村町的老人介護保險主辦人員進行「認定調查」，彙整後共

同審查確認被保險人介護照顧的需求（詹火生，2005），臺灣目前長照十年計畫在中央為衛生福利部，地方為社政與衛政體系，由長照管理中心為單一窗口，並由照管專員提供多元服務管道；日本介護保險制度的推動以社區為中心，視各地的條件與特色，進行網絡間服務調整，反觀臺灣地理範圍比日本小，但資源分佈不均，亦欠缺資源網絡間整合，未來推行長期照護保險，資源是否充足以及資源網絡合作，成為重要課題。

肆、國內「長期照顧」資源網絡的建構現況

102 年 7 月衛生福利部掛牌正式成為一個新的部門，強調整合社會福利與衛生體系，期待加強長照體系的功能、轉介與連結雙方資源。新部會與中央、地方的關係開啓新的關係，長期照顧跨及社福、衛政，是否一如成立的目的之一，及時整合規劃長期照護服務，亦可解決原提供服務的網絡常出現的問題，網絡單位角色功能為何？如何將有限資源有效運用？正是政府組織改造的關鍵與核心。

一、長期照顧計畫網絡單位之角色功能

目前「長期照顧十年計畫」，提供服務的資源單位以公部門的社政、衛政單位、老人福利團體、公會、長照機構（長期照顧、養護、失智症）、居家護理所、醫院、診所、民間交通公司等為主，構成一個對

失能者所提供的照顧服務網絡。其扮演角色與功能可整理如下（行政院，2007a；2007b）：

（一）衛生福利部

衛生福利部政策制定、設置跨部會長期照顧推動小組、計畫補助、監督地方政府執行整合計畫之進度與評估績效、分析長期照顧相關資料以作為政策調整的基礎資料等。

（二）地方社政單位

地方資源現況評估、發展及服務提供單位審核及簽約事宜，照顧管理部門則專責擔任照顧管理業務之執行、設置長期照顧推動委員會、公開招標，建立服務購買單位及提供單位間伙伴關係、監督各項服務計畫之進度，評估執行計畫成效、負責居家服務、營養餐飲、輔助器具補助、日間照顧、家庭托顧、交通接送、養護、失智症機構管理與輔導等服務購買與補助。

（三）地方衛政單位

設立長期照顧管理中心、負責服務使用者之需求評估與核定補助，負責居家護理、居家復健、喘息服務、社區復健、住宿型機構（長期照顧）管理與輔導等服務購買與提供。

（四）老人福利團體、基金會

依政府採購法政府購買服務契約方式，由得標之民間老人福利團體、基金會等提供居家服務、營養餐飲、日間照顧、

家庭托顧、喘息等服務。

(五) 居家護理所

立案居家護理所與衛政部門簽訂委託服務契約，參與並提供居家護理服務給服務使用者。

(六) 公會、醫院、診所

區域級以上醫院（復健科）物理治療師公會、職能治療師公會、復健科診所、物理治療所、職能治療所，提出申請與衛生局合作簽約，提供居家與社區復健服務給服務使用者。

(七) 長照機構（長期照顧、養護、失智症）

與政府簽訂合約提供喘息服務、失能者住宿服務（在低收入戶與最低生活費用1.5倍之重度失能者由政府補助）。

(八) 志願服務

團體、基金會志工提供關懷訪視、慈善救助、心理支持等以及依政府採購法，政府購買服務契約方式由民間志工提供營養餐飲服務。

(九) 民間交通公司

依政府採購法，政府購買服務契約方式由民間交通公司提供交通服務，協助重度失能者，滿足以「就醫」及使用長期照顧服務為主要目的交通服務需求，補助重度失能者使用類似復康巴士之特殊車輛使用交通接送服務，每月提供乘車之車資補助4次（來回8趟），每趟新臺幣190元

為限。

本文主要探討長期照顧的資源網絡單位，它是一個照顧系統，必須提供系列服務。以日常生活需他人協助者為主（經ADLs評估），包含下四類失能者：(1)65歲以上老人(2)55歲以上山地原住民(3)50歲以上之身心障礙者(4)僅IADLs失能且獨居之老人（行政院，2007b）。目前網絡單位，各有其負責的職責與服務內容，網絡的運作如單位分工、協調性、功能等如何影響到服務使用者接受服務感受，因此，目前是否確實做到醫療與福利等的整合值得分析與深入探討。

二、長期照顧計畫網絡單位出現的限制

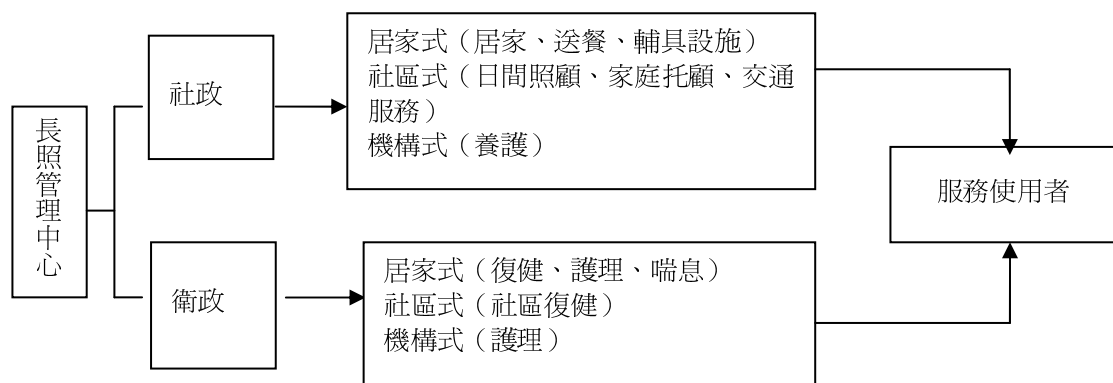
(一) 網絡建構與運作

1.資源網絡建構的主導單位（統整和分工）--地方聯合機構模式尚未成型

長期照顧計畫資源網絡建構的主導單位在中央是衛生福利部，在地方負責統整和擬定目標和策略大多為社政部門。一般而言，隨著老人失能或依賴程度的加深，其所需的照顧也逐漸從社政轉向衛政專業，就建構無縫隙照顧（seamless care）網絡而言，兩種專業與部門皆有其不可或缺性，較理想的方式應由兩者組成聯合機構模式（the joint agency model），目前地方政府的體制設計，「長期照顧管理中心」大多為衛生部門，照顧管理中心少了連結，以致於資源單位各做各的，資源單位的專業人員沒有機會一起討論、協調和連結資

源等現象，詳見圖 2。有些中心的組成成員兼具有衛政與社政領域者，跨專業的結合模式若能進一步被強化，該中心將會是負起長期照護資源網絡建構之最適合單位，因絕大多數縣市的幅員遼闊，僅有一

個往往是設置在縣政府所在地的中心，實難以符合社區化照顧的期待（吳來信、黃源協、廖榮利，2004）。目前地方聯合機構模式尚未成型。



資料來源：作者繪製

圖 2：現行居家式照顧設立模式圖

2. 網絡成員合作與支持—不熟悉的伙伴

長期照顧網絡單位成員—居家護理師

『一個個案可能同時接受很多服務項目，我們很多單位服務同一個案主，但完全沒連繫的，像我都會問，呵，雞婆！我會去問他你的復健師什麼時候來？我會喬和他以及居服員時間，我盡量要喬成一起，所以就碰到的時候，可以聊他的狀況是怎麼樣，那你給他的評估，你給他做的 R1 是什麼，那居服員你覺得你在照顧病人上面有沒有什麼問題，我需要配合的，像傷口照護，甚至於可能翻身下床之類的，或是說家屬...都沒有搭到，連一點交集都沒有...』(王秀燕，2011)。

這是網絡成員之一的居家護理師在參與服務過程中的感受，長期照顧計畫在供給面涉及兩種以上服務，提供服務的網絡單位跨及社政、衛政、民間等部門，目前缺乏為這些提供服務的第一線網絡成員搭起橋樑，讓彼此共同討論什麼是對服務使用者最好的服務，他們認為自己和網絡成員是一群不熟悉的伙伴。

3. 網絡資源盤點與穩定性--整備和開發不足

長期照顧計畫目前資源單位雖然初具規模，但以我國即將實施長期照顧保險來看，資源整備和開發離理想仍有顯著的距離，目前居家式、社區式、機構式的資源單位不足，以至於各縣市在提供各項服務時只好將就服務單位所在地來劃分區域招

標，對於已存在或潛在的資源未能做詳細的調查與盤點，無法確認滿足需求之可用資源到底有多少。資源的穩定性也是網絡運用重要的一環，目前除在長期照顧的資源單位已具專業規模者且有穩定性外，新扶植的單位存在不穩定性，已挑戰網絡間是否能發揮互補的作用。

4.轉介與連結資源－橫向與縱向未連結

長期照顧網絡成員－居家與送餐單位

『後來我自己去充電，知道長期照顧有很多服務項目，但是我們因為有承接兩個服務項目，所以由機構來協調兩個項目之間的合作和轉介與資源連結，但兩個主管單位和其他一樣提供居家式服務的資源單位，如送餐或居家復健、護理等可能就無法連結了』（王秀燕，2011）。

這是網絡單位之一的受政府委辦提供居家服務單位督導對單位間之連結資源現況提出的看法，目前長照管理中心核定服務後，提供服務單位除要對長照管理中心負責也要對目的事業主管單位，這些單位認為直線的單位就可能不太認識，更何況是橫向的單位。

(二)網絡運作功效

長期照顧跨及社福、衛政以及民間部門，提供居家式、社區式、機構式的各項服務，期待這些網絡單位運作順暢，從長照資源流向服務使用者的遞送體系，來滿足服務使用者需求，2007 年開始推展長期照顧服務計畫，確實已累積一些成果，但

在整合體系間和轉介與連結資源方面，從服務使用者和提供服務的網絡單位觀點出發，仍出現了服務輸送系統常被批評的缺失或限制。

1.不可近性

服務使用者－使用居家喘息服務

『承接居家喘息的人派不出來，叫其他單位支援，但是擠壓這個單位的居家服務時間，我們都提早講，就是派不出來，打電話去問照管員說經費用完了所以沒派人來，所以我覺得在掌握資源的人應該想到有需求的人的處境，不能以經費用完就不顧服務使用者』（王秀燕，2011）。

這個案例出現了 Gilbert & Terrell (2005) 認為服務輸送系統常被批評的缺失之一，不可近性 (inaccessibility)，即與服務使用者所在地方社會服務網絡障礙有關，政府機構基於一些原因或特徵的選擇性，將某些人排除在服務範圍之外。

2.不連續性

網絡成員－居家護理師

『那個時候我們真的很希望有人能夠來幫忙，除了能幫忙照顧之外一些護理的人員應該也能告訴我們一些該注意的地方，讓我們能夠減少及避免一些感染的問題，當初被感染了大概有三四次，醫生每次都有在跟我講說要注意，因為這樣很危險，但是沒有人可以幫忙，我也沒辦法全天候的照顧。我是覺得雖然每個都有每個的規定，但是一些家庭還是有他的需要，不能這樣子，畢竟有牽扯到生命安危

這樣！』（王秀燕，2011）。

出現了 Gilbert & Terrell（2005）認為服務輸送系統常被批評的缺失之一，不連續性（discontinuity）問題，涉及服務使用者在服務網絡中的轉移障礙，當機構試圖填補的服務和需求之間的缺口時，是否有足夠溝通和轉介管道來移轉障礙。

3. 不負責任

服務使用者--使用居家服務

「是不錯啦！但是久了之後有些居家服務員變成老鳥，小部份做的比較不好！不好講，她不來服務就麻煩！」

（太太在一旁幫腔，真的有些比較不好，但陳先生阻止她繼續講下去）（王秀燕，2011）。

Gilbert & Terrell（2005）認為不負責任（unaccountability）是被服務的人與服務機構的決策者之間的關係，接受服務的人是否能對影響他們境況的決策產生影響？決策者是否對案主的需求敏感性不足或不能及時提供服務？長期照顧服務對象大多是弱勢者，當服務讓他覺得不舒服或不方便時，大部分的服務使用者不會使用公民權伸張自己權益，原因是害怕說出來是否就得不到服務了，或怕傷害到別人或見面會尷尬，即便表達意見也會選擇較和緩方式，有些認為自己是接受別人幫助的所以不能嫌棄提供服務的人。

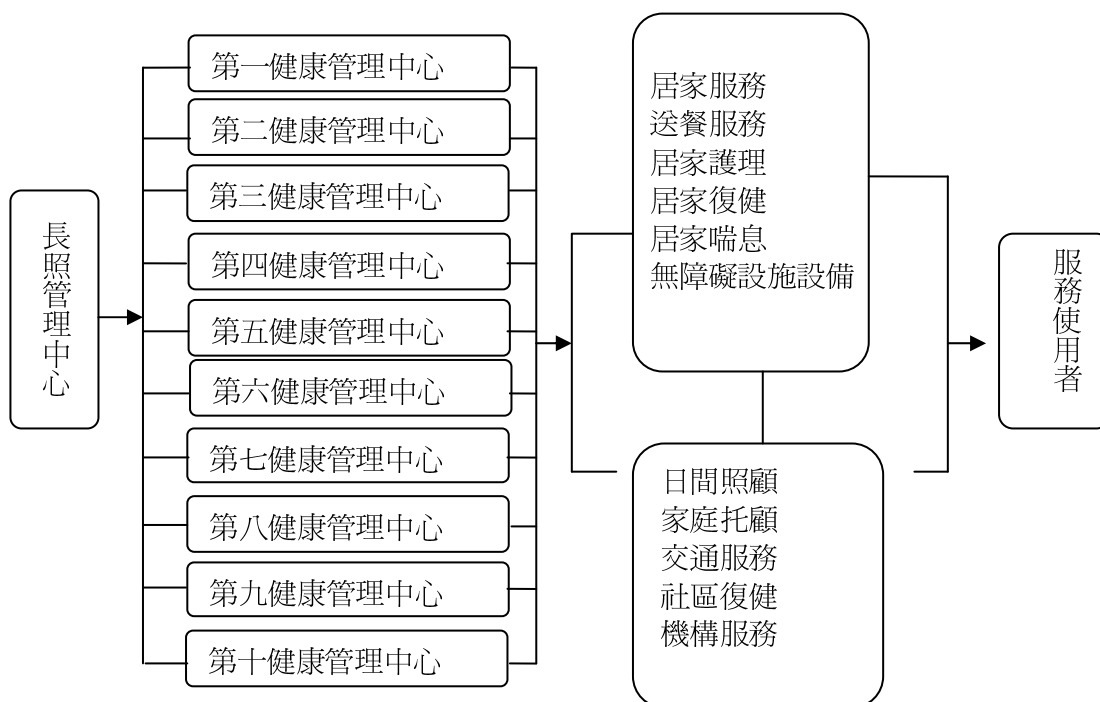
肆、刻不容緩的議題--衛生福利部「長期照顧」資源網絡建構

從目前長期照顧計畫網絡單位出現的限制，包含網絡建構與運作和網絡運作功效，成為新的衛生福利部門刻不容緩必須面臨的議題，從以下的討論和建議期待可以供衛生福利部因應「長期照顧」資源網絡建構時的參考：

（一）網絡建構與運作

1. 資源網絡建構主導單位的設置－成立聯合機構模式

目前各縣市政府設置的「長期照護管理中心」是偏向衛生領域，衛生福利部應規劃或立法，在縣市成立跨專業的（衛政與社政）結合模式的正式機關，類似日本社區統籌中心成為資源網絡建構的中心，網羅專業人才負責相關資源的開發與統整。進一步調整或依生活圈設置分部，如果各區域都有長照的分站。分站可把該區資源全部建制，分站負責該轄區裡面所有提供服務的資源單位。資源單位的專業人員有機會一起碰面共同討論服務使用者的需要，如何連結資源等如圖 3。



資料來源：研究者繪製

圖 3：跨域合作的長期照顧模式圖

2.多層面的整合與合作伙伴關係

不管從服務使用者或提供者的角度，目前體制中的網絡單位和人員彼此不熟悉的，這樣對個案和家屬的服務都是片段的，服務無法反應實際狀況，理想上應該是一個能合作和溝通機制，以發揮「協調性」和「整合性」。

(1)多層面的整合與合作伙伴

如果像上圖 4 跨域合作的居家式照顧模式，就可以有上、中、下、垂直、水平合作與溝通機制，對個案、家屬都很重要，政策如果能持續穩定，任何人到老年的時候都還可以用，甚至到那時候是更完整，如果只有管理不尊重專業，亦難提供適切服務。

(2)強化個案管理功能

長照中心與社區健康中心的個管師要能結合居家式、社區式到長期照顧的機構安置，協調、整合資源和跨單位人員討論個案，發揮個管這個功能，但現在體制是「有管沒有理」。

3.盤點、整備和開發網絡資源維持穩定性

網絡建構的前提必須存在有多元的資源才能整合。目前長期照顧計畫必須對目前使用與潛在服務使用者的需求做事先調查，並對已存在或潛在的資源做詳細盤點，以確認滿足需求之可用資源數量。訂定維繫與扶植在地資源單位的獎勵或引導策略，才能做妥善規劃，讓資源穩定，滿

足服務使用者的需求，讓網絡間發揮互補的作用。

4.轉介與連結資源－橫向與縱向連結

D'Aunno (2001) 認為，在一個高度分化的健康照護和組織體系裡，未能充分去統整其它單位，實為績效不彰的起因。為讓部門或專業間的網絡建構，不致因缺乏組織內部的協調而流於形式，政府的衛政與社政時有必要檢視自己內部整合問題，從事必要的修正與改善，以外部整合奠定良好的基礎。在實務面上，無論是中央或地方的衛政部門或社政部門，經常出現對自己內部業務或工作認知或搭配不足，致使有限資源使用產生零散甚至浪費的現象。因此，需建立跨部門的轉介與連結資源機制，從外部再到內部的橫向與縱向連結。

(二)網絡運作功效

從服務使用者和提供服務的網絡單位觀點出發，出現服務輸送系統常被批評的缺失或限制，如不連續性、不負責任及不可近性等方面，網絡單位在提供服務如何讓服務使用者覺得在社會服務網絡沒有障礙，以下就解決該限制提出建議：

1.不可近性－重視服務使用者需求，跨單位綜合評估

目前以衛政單位決定給服務使用者的服務以 ADLs 量表作為評估需求的依據，服務使用者認為照顧管理員都只管這個量表，不管當事人的特殊狀況，在提供服務時無法全面性兼顧當事人困境。因此，理想的評估模式是 ADLs 量表加上 IADL 量

表（居家環境、家庭支持功能、健康狀況、社會資源使用、認知功能）等綜合面向並和社政單位的居服員和居服督導一起討論，不是單一的只用 ADLs 量表，也不是以資源來限制需求。

2.不連續性－跨資源單位合作機制

服務項目與項目之間的連結，照管專員必須扮演資源配置與連結的角色，例如居家復健的、營養師、居服員、家屬，可以一起討論服務使用者目前狀況以及如何合作，什麼時間應該怎麼樣，以免資源浪費。

3.不負責任－公民參與，鼓勵服務使用者使用發言權

網絡單位在提供服務時，當服務使用者不滿意該項服務或有所建議時，鼓勵服務使用者使用發言權。因此，應定期瞭解服務使用者使用狀況，設計申訴機制與處理客訴，不管接受什麼樣的服務，都必須實際瞭解使用者真正感受，聽見服務使用者或家屬聲音。

伍、結語

社會福利與衛生體系整合成新的部門，類似 99 年底縣市合併升格的直轄市，在第一年裡，要推動涉及跨單位的長期照顧服務千頭萬緒，但整合是為了讓制度或機制變得更好。因此，不管因應現階段或預估 2016 年推動長期照顧保險，長期照顧資源網絡的建構，絕對是刻不容緩的議題，且和福利服務輸送系統設計息息相關，唯有重視網絡單位的整合、合作、協

調，才能將資源順利遞送給服務使用者，
為服務使用者提供適切服務。

（本文作者為東海大學社會工作學博士，
臺中市政府社會局局長）

關鍵詞：長期照顧（long term care）、日常

生活活動功能（activities of daily
living, ADLs）、工具性日常生活活
動（instrumental activities of daily
living, IADLs）、資源網絡（
Resources Notes）

參考文獻

- 內政部統計處（2013）。人口數三段年齡組—按區域別分，取自 <http://statis.moi.gov.tw>。
- 王秀燕（2011）。與制度對話--居家式照顧服務供給者與使用者的服務輸送體驗，臺中：東海大學社會工作研究所博士論文。
- 王順民（2012）。關於長照保險規劃 105 年上路之政策評析。國家政策研究基金會，取自 <http://www.npf.org.tw>
- 行政院（2007 a）。我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）。臺北：行政院。
- 行政院（2007 b）。我國長期照顧制度總結規劃報告核定本。臺北：行政院。
- 周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋（2009）。日本介護保險制度之研究，行政院經濟建設委員會出國報告（C09804021），臺北：行政院經濟建設委員會。
- 吳來信、黃源協、廖榮利（2004）。社會工作管理，臺北：國立空中大學。
- 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬（1998）。配合我國社會福利制度之長期照護政策研究，行政院研考會。
- 呂慧芬（2008）。日本社區整體照護制度之研究。社區發展，121，pp406-425。
- 李光廷（2008）。日本介護保險實施現況、發展與未來。研考雙月刊，32（6），pp53-67。
- 李瑞金、李明政、陳琇惠、王秀燕等（2009）。社會政策與立法二版。臺北：松惠。
- 徐瑜璟、邱采昀、周美伶（2012）。日本介護保險與臺灣長照保險的比較，臺灣老年學論壇，15，取自 <http://www.iog.ncku.edu.tw>。
- 張荳雲（1982）。醫療服務網的形成與組織間的關係建立。臺灣大學社會學刊，15，196-208。
- 張荳雲（1998）。社會網絡與社會工作。香港，商務印書館。
- 陳玉蒼（2005）。日本介護保險之介紹。社區發展，110，pp351-358。
- 舒昌榮（2008）。由積極老化觀點論我國因應高齡社會的主要策略～從「人口政策白皮書」談起。社區發展，122，pp215-235。
- 黃源協、吳來信、廖榮利（2004）。社會工作管理。臺北：空大。

- 黃慧雯、劉淑惠、白玉珠(2010)。臺灣長期照護保險制度與日本介護保險執行改革方針；*護理雜誌*，57（4），pp77-82。
- 詹火生(2005)。日本介護（長期照護）保險制度現況與展望。財團法人國家政策研究基金會國政分析，社會（析）094-022 號。
- 衛生福利部籌備小組(2011)。衛生福利部及所屬機關組織法草案簡報，臺北：衛生福利部籌備小組。
- Davies, B. (1998). Shelter-with-care and the community care reforms – Notes on the evolution of essential species. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision*. London: Macmillan.71-111
- DESA (2009). *World Population Ageing: 1950-2050*. Retrieved from <http://www.un.org/esa/population/>
- D'Aunno, T. (2001). Managing the care of health and the cure of disease :Arguments for the importance of integration, *Health Care ManagementReview*, 2001; 26(1), pp85-87
- Gilbert, N. & Terrell, P, (2005). *Dimensions of Social Welfare Policy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Healy, j (1998). *Welfare Option-Delivering Social Service, Australia*: Allen & Unwin
- Trevillion, S (1999). *Networking and community partnership*, Aldershot: Ashgate & Arena