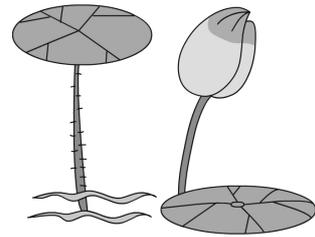


基層衛生、社福單位在 高齡者社區照顧整合服務之探討 —以高雄市某行政區為例

鄭夙芬·鄭期緯



壹、前言

我國老年人口比率自 1993 年起邁入 7% 的高齡化國家門檻，到 2012 年老人口比率已到達 11.15%（內政部統計處，民 102），人口老化現象的普遍性與老化速度快速是我國所面對的兩個重要課題；高齡化對社會的影響層面廣泛，老人人口增加、獨居老人增加、生理與心理疾病的增加、獨立生活功能的衰退，各式各樣的需求將隨之而來（林萬億，民 97）。

目前世界主要國家的老人照護政策，均以在地老化（aging in place）為最重要指導原則，認為老人應在其生活的社區中自然老化，以維持老人自主、自尊、隱私的生活品質。因此不論國家體制為何，其老人福利服務發展策略，均支持社區長期照顧體系的建構，希望以「在地」的服務滿足「在地」人的照顧需求，盡可能延長他們留在社區的時間（吳淑瓊、莊坤洋，

民 90）。據此，社區照顧的推動最能滿足老人在地老化的需求。

近幾十年來，社區照顧（community care）已成為許多先進國家落實福利服務的重大政策方向之一，然何謂社區照顧其實是相當難加以定義，從國內、外相關官方政策法案文件或學者論述，其在不同時期、不同發展過程，對社區照顧的定義與意涵亦有所不同。就理念而言，原本社區照顧的概念，除了是要改變原有機構照顧的負面印象及減輕政府財務負擔，鼓勵福利服務私有化，藉以重建良好社區人際關係、開發社區資源、強化社區照顧的能力外（Challis & Hugman, 1993）；另一個重要理由是要保持家庭原本應有的正常照顧功能，使正式照顧系統得以介入家庭，為照顧者提供專業技術支援，維護以往的家庭照顧網絡，並達到延緩老人進入機構照顧的時程，使他們繼續留在熟悉的社區，健康愉快的生活（Morycz, 1985）。

在此概念下，Wick（1982）指出社區照顧是由親屬、朋友、鄰居、志工等非正式網絡，結合社會服務機構，來提供照顧服務；甘炳光（民 82）定義社區照顧是動員社區資源，運用非正式支援網絡，聯合正規服務所提供的支援服務及設施，讓有需要的人在社區內家居環境得到照顧，過著正常化的生活。近年來引用最多且影響實務深遠的定義是 1989 年英國社區照顧白皮書－照顧人民對社區照顧的定義：社區照顧是適當的干預和支援，使得人們能獲得最大的自主性，且掌控自己的生活，爲了實現這個目的，有必要發展並提供各項服務。這些服務包含：提供人民在家裡的家庭支持，對較需要密切照護者加強提供喘息照顧和日間照顧，透過團體之家和臨時收容所，增加可用於照顧的程度，到其他方式無法照顧者提供居家護理，護理之家及醫院的長期照顧（DoH, 1989）；莫邦豪（民 83）指社區照顧是建立和發展社會網絡，連絡社區內政府和非政府機構，以透過合作和協調建構社區支援網絡。由上可看出服務網絡的建構是推動社區照顧的基礎，而此網絡中包含著正式部門、非正式部門及其間的互動。

在社區照顧的服務輸送中，Overtveit（1993）強調社區照顧之建構需透過整合形成一個整體，在此之下部門連結所產生的效用總和是大於各部門獨立運作所產生效用的加總；黃源協（民 89）指出社區照顧之實施著重於網絡的建構與資源的整合；因此彼此各供給部門間能透過網絡的建立，發生整合合作之機制，將使得網絡

的建構更趨完整。社政部門與衛政部門協調與整合機制對於社區照顧之重要性，否則將會阻礙了社區照顧照護連續性之發展（黃源協、黃松林、蕭文高，民 88）。由此可見在落實社區照顧中，其跨組織、跨專業間整合之重要性。

關於跨專業整合，觀諸美、加等國，分別在 1990 年代初期與中期開始提出跨專業之整合照護模式（Burns & Pauly, 2002）；英國於 2003 年更具體提出整合照護網絡（Integrated Care Network, ICN）之實施，該網絡的目的在於提供照顧使用權利、重塑照顧服務、地方政府對社會融合（Social Inclusion）更多承諾，形成經濟與其他資源的新來源，工作夥伴的發展與再設計（Rummery & Coleman, 2003）。而我國於 2013 年整合社政業務與衛生業務成立之衛生福利部，也有加強衛生和社會福利等專業間之協調整合性，以更有效推展各項福利政策之目的。由此可見跨專業、跨政府部門之服務整合，在臺灣也逐漸受到重視。

因此，爲因應與滿足不同需求福利群，整個照顧網絡的建構、不同部門間的互動與整合，應是福利政策的重心所在。特別是在社區照顧的實務運作，一種爲因應複雜需求之包裹式服務的設計，若無法促使顯見或潛在的社會網絡間的互動並加以整合，將可能無法達成社區照顧的目標，而使社區照顧是處在一種缺乏必要基礎的情境下運作（黃源協，民 89）。由此，再次凸顯出如何在實務工作上落實服務整合之重要性與必要性，本文將探討老人社

區照顧整合服務的意涵，並嘗試以筆者在高雄市某行政區所進行的兩年老人社區照顧整合實驗計畫為例，進行分析與探討。

貳、整合服務之意涵

整合 (integration) 一詞的界定，Payne (2000) 認為「整合」係用於描述為獲得不同機構的目標和組織間的較佳關係，服務的策略與政策應加以整合，使之彼此相互支持與強化；Lucas、Heald 與 Vaged 在 1975 年將服務整合定義為一種革新的組織嘗試和努力，藉以協調或結合現有福利機構所推動的各種社會福利活動，期能達到提高綜合性福利服務的效果、效率和連續性 (引自施教裕，民 84)；對於社區照顧的政策而言，整合被定義為組織與個體之間透過不同的正式或非正式配置之共同工作以及溝通的過程，其主要目標是提供有效的、完整的照顧服務 (Tester, 1996)。

對於整合的目的，Hassert 與 Austin 在 1997 年指出服務整合的目的包括填補服務需求的落差，建立「無縫隙的服務」 (seamless service)，行政人員想藉由服務整合使既有的服務發揮最大的效率，特別在預算緊縮時，想藉此避免資源的重疊及浪費 (引自彭淑華、張英陣，民 89)；Leutz (1999) 認為整合乃是為了提升成果 (包含臨床、服務滿意與服務效益)，將健康照護系統與人類服務系統進行連結，而整合的內容包括轉銜計畫、照護計畫、訓練、決策、正式與非正式系統、服務輸送、發現與通報系統、服務購買等；Overtveit、

Mathias 與 Thompson (1997) 指出，整合之目的在於：(1) 達到資源使用的較佳效率，以及透過避免服務提供的重複以增進服務輸送的標準；(2) 減少服務上的隔閡與不連續性；(3) 澄清角色與責任，解決在專業與服務之間產生的邊界問題 (frontier problems) 與區分之質疑的問題；(4) 達到廣泛、全面的服務輸送。

綜合上述，筆者認為所謂的整合意指組織與專業之間，透過不同的正式或非正式共同工作以及溝通的過程，建立合作關係，其目標為澄清彼此角色與責任，解決在專業與服務之間產生的邊界問題與區分之質疑的問題，並且減少服務上的隔閡與不連續性。

對於整合照護的操作，陳明賢 (民 89) 指出整合牽涉幾個重要的概念，即協調 (coordination)、合作 (cooperation) 與共事 (collaboration)：(1) 協調：乃為一個整體內的各個份子，導入規則，尤強調其間公平性與彼此的重要性；(2) 合作：被定義為二個或以上的行動者，為完成相同的目標而在一起工作，該合作通常為另一團體的成員；(3) 共事：類似前述合作概念，乃行動者共事於一聯合任務，但較之隱含有較多合作意味，更強調連結 (joint) 的重要性。此三者均強調團體間連結的互動關聯，而這種關係的連結則存有不同合作程度的差異。

在具體的操作原則上，Sauber 從英國健康福利部協調經驗中，歸納出整合的八大基本原則，分別為：(1) 服務整合為一緩慢過程，不僅是服務輸送領域，更重要

的是基於社會系統多元化本質；(2) 組織變遷不一定導致服務整合，也可能朝分化變遷，總之，整合需透過人為整合的努力；

(3) 短期內整合可能增加服務成效；但若期望透過它減低成本卻非易事；(4) 服務提供者主觀上預期能藉由整合獲益多少，是其他繼續參與合作的決定性關鍵；(5) 成功的服務整合仰賴組織領導者之魅力與能力；(6) 服務整合須有完善資訊系統，它可能需要龐大的經費系統與公私單位間的充分合作；(7) 在中央及地方政府發展一致性整合策略時，效果較佳；(8) 實施整合的單位，「大社區」更勝於「小社區」(引自陳桂英，民 95：28)。

綜合上述可知，整合本身即是一種過程，在其操作中，需要參與者間的協調與合作，透過此一過程，以使專業間或組織間能在伙伴關係的基礎上，進行共事。

參、老人社區照顧與整合服務

自 1993 年，英國中央政府要求地方當局應擬訂社區照顧計畫以做為取得中央政府補助主要依據，大部分地方當局就會擬定當年度或數年度的社區照顧計畫，強調地區性的衛生健康照顧部門與社會服務部門的整合共同提出聯合社區照顧計畫 (Joint Community Care Plan)，其為今日英國大部分地方當局對於成人健康與社會照顧服務的重心。另外，值得注意的是英國的社區照顧對象包含甚廣，諸如感官失能成人服務、青少年的社區服務等等，尤其是傳統上所認為的弱勢人口群，如藥物

濫用者、愛滋病患者以及偏遠地區的照顧者等，也都是社區照顧中極重要的服務對象。

在澳洲，聯邦政府為減少服務的片段與零碎以增進一個整合性服務，在 1985 年頒訂了居家與社區照顧方案 (Home and Community Care program, HACC)，其重點為規劃一個整合性的社區照顧服務系統。該方案整合了先前多個不同老人照顧服務方案，諸如 1969 年家事照顧方案、1970 年餐飲輸送補助方案及 1956 年居家護理補助方案 (AIHW, 1999)，目的在於建立更有效的行政服務並加強國家政府的角色，促成更具有彈性的服務輸送體系，提供更高品質的老人照顧服務與服務更多有福利使用需求的老人 (Palmer & Short, 2010)。同時，居家與社區照顧方案除了關注如何提供老人更好的整合性照顧服務外，也對照顧者提供相關的支持性服務，例如喘息照顧服務 (Palmer & Short, 2010)。另在，為能強化各級政府間在大眾健康促進與服務提供上的合作與連貫，在 1997 年澳洲聯邦政府擬定了國家大眾健康夥伴關係方案 (National Public Health Partnership Project)，該方案建構出澳洲聯邦政府、州政府及自治領地間，在大眾健康服務上的合作基礎 (Palmer & Short, 2010)。

綜合來說，澳洲的社區照顧應該受英國影響巨大，其各類的社區照顧服務也相當的詳盡，無論在個案管理、倡導、各類因應案主需求所做的服務，也有各自的創新，相關的資源也都在政府的規劃當中。

在非正式部門的整合上，比較是強調照顧者的支持，而非把照顧服務的責任推給家庭照顧者，另外，在照顧管理的應用上強調照顧計畫的執行，確認案主的依賴情況，表列每一機構可提供的服務細節與型態，並且針對受服務者對服務需求的頻率、支出的資源、服務的成本都有較多的評估，使服務更具有完整性與普及性（黃松林，民 94）。

我國社福與衛政在社區照顧的整合方面，雖因衛生福利部的成立，已隸屬於同一中央部門，但許多實務，特別是基層上的運作，仍多是各彈各的調，此與先前的運作幾乎無太大差異，觀諸過去文獻中所提及的各種問題，仍多存在，例如：社福與衛政在社區照顧上的分工與職責並不明確，加上跨部門的協調與整合機制未臻成熟，阻礙了照顧連續性與整合之發展（黃源協、黃松林、蕭文高，民 88）；在老人社區照顧服務整合的推展上，遭遇一些困境，例如：因服務輸送網絡未被建立及出現服務供給的重疊或中斷的現象，致使服務使用者無法滿足，也造成資源的浪費（黃源協，民 89）；而這些困境，可能來自於政府部門的權責劃分、跨專業間的協調聯繫、服務輸送組織、對服務整合的認知與專業本位主義的影響（陳明賢，民 89；彭淑華、張英陣，民 89），此外，中央與地方政府部門在社區照顧服務上的協調機制不足與分工不明確，亦產生許多混淆的現象，特別是在老人方面，兩個部門皆負有提供因健康和各種問題所引起的照顧責

任，但兩者間的權責不清且互動有限（黃源協，民 89）。

綜合上述文獻，可知老人社區照顧體系中，社福服務與醫療服務兩者間整合的重要性與必要性，也清楚我國在社福與衛生兩者業務的磨合與整合中，仍須有相當大的努力；整合服務要能成功，尤其是在基層健康與社會照顧方面，組織與專業人員需要在整合上有共識與共同的目標（Hudson, 2000），若在整合上只引起單一單位的興趣、主要整合目標在於降低成本或轉嫁成本或推卸責任、機構或專業者過往缺乏合作的經驗且對改變的承諾較低時，整合是很容易失敗的。

肆、社區照顧整合服務模式的運作—以在高雄市某行政區之基層衛生與社福單位整合服務實驗計畫為例

從上述文獻回顧，可瞭解整合服務的重要性與過往我國在老人社區照顧服務的整合中所遭遇的困境。筆者即在此背景之下，2007 到 2008 年接受國民健康署（改組織前稱為國民健康局）委託進行相關實驗計畫探討，試圖藉由介入研究所強調為實務而發展之研究精神，針對特別環境文化下案主群的需要，建構可資運用的服務整合工作模式，並瞭解該模式對服務使用者的助益。該研究之整合服務架構如下圖 1。

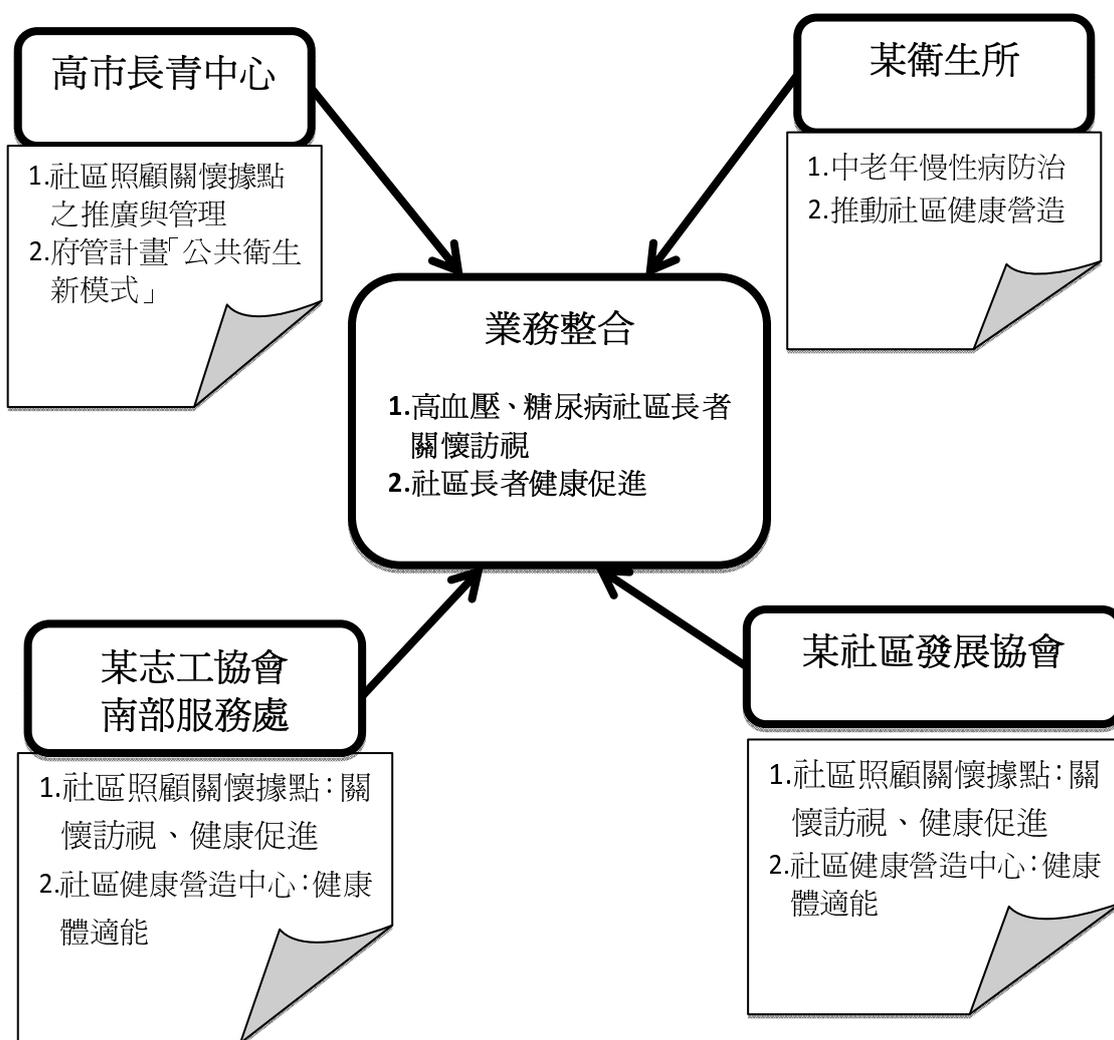


圖 1 整合服務架構圖

該研究為期一年六個月，透過參與觀察法與調查研究法，逐步形成結果。根據整合服務架構，該研究之執行過程如下：

一、實做過程

1. 問題分析階段

該階段的兩大重點是「找關係、找場域、拜訪各單位」、「確認整合議題」，透過

與各相關業務主管單位進行拜訪，包括高市衛生局、高市社會局、高市社會局長青綜合服務中心等，期望瞭解各主管單位對於提供健康長者服務的衛生社福整合議題之看法，藉以進行對話，並找尋合作機會。同時，筆者亦思考自身所在之學術單位在研究操作上的優劣勢，如何截長補短，互通有無，是故，在研究協同主持人中加入

社政、衛生兩局首長均在其中，希望議題在未來形成策略執行時，有行政承諾與資源協助配搭，同時基於筆者過往參與相關實務場域工作與觀察的累積，先形成幾項有整合需求的議題，透過雙方首長團隊會議，由其來提供建議與進行核對。

在此過程中，雙方聚焦確認可進行實驗之整合服務實施場域，決定以社區關懷據點與社區健康營造兩項業務為範圍，關懷訪視與健康促進為整合主題，透過某行政區之社區照顧關懷據點及長者做為主要整合服務實施對象。

2.資料蒐集與整理階段

該階段的重點在於透過深入實施場域，先行瞭解及調查該區之社區、人口與在地組織等脈絡，並確認以該區二個社區照顧關懷據點、區衛生所、社會局長青綜合服務中心、老人福利服務組織及社區發展協會等為初步對口合作組織，蒐集相關資料，並展開深入對話與建立合作關係。

3.設計階段

在本階段，主透過參與整合服務之各組織間的共識會議，以形成初步共識，找尋合作策略，初步擬定兩大策略開始進行設計實驗計畫。第一個策略以志工做為媒介，形成社區高血壓、糖尿病長者健康處方關懷訪視策略，基於社區關懷據點志工執行關懷訪視應有具體化之內容，並應以長者健康為關懷主軸，藉此編制相關的訪視與評估工具，而訪視資料建立與後續服務應與衛政單位密切合作，因此，培訓志工認識疾病症狀與保健知能，配合既有的篩檢結果，以利志工進行關懷訪視，初步

訪視結果會由衛生所護理人員協助擬訂相關個案之健康處方，以利後續訪視之使用，並強化志工督導與獎勵機制。

另一個策略則是落實社區關懷據點所推行之「健康促進活動」，該活動原始用意在於增進老年人身體控制能力及提高健康體適能水準，此為社區老人健康照護的重點；唯因為健康促進概念之抽象，往往無法讓社區關懷據點明確瞭解可以操作的內容與預期的效益。因此筆者邀請運動醫學專家參與，並取得長青綜合服務中心經費協助，實施易學易上手的滾球運動推廣，落實推動關懷據點之健康促進活動，同時結合長輩喜歡的健走、八段錦、易筋經、音樂律動等，由專家根據各社區狀況，提供實地教學，並針對參與者進行前後測，藉由身體能力記錄卡登錄資料，同時，在健康促進活動中加入據點志工的在地協助及跨社區間的定期交流與比賽，用以激勵長者持續保持運動動機與習慣。

4.實施與修正階段

在本階段中，經過共同設計的策略開始實施，同時，持續透過定期的聯繫會報、平日的相互聯繫訪視，進行策略微調，瞭解工作團隊成員的意見與困難，除此之外，還包括以下策略：(1) 透過衛生所、據點定期篩檢資料比對，確認社區長者糖尿病、高血壓之訪視名冊；(2) 以現有志工為基礎，密集強化提供督導，適時瞭解訪視狀況，因應志工需求與困難，過程中，衛生所每個月針對關懷訪視志工進行持續訓練，藉以提升志工訪視能力及專業知識，並邀請志工參與每月由衛生所舉辦的

社區量血壓服務，以強化志工對於疾病的瞭解及促進與社區民眾的互動；(3) 轉介由志工所發掘的個案，藉以提供衛生所進行後續追蹤服務以及健康處方，並進行個案討論，延續健康訪視之效果，激化志工參與動機與成就感；(4) 透過研究合作單位聯繫會報與志工的聯誼聚會，共同討論修正的方法。

5. 評估與結束階段

在這階段中，透過自製整合評價問卷瞭解參與的團隊工作人員對整合態度與組織投入的看法，並測量社區參與長者的相關健康與體適能等數據；同時，也再度與衛政、社福首長進行成果與檢討會議，提供本實驗計畫所形成的具體整合成果與後續發展建議。

二、檢討

1. 共室？共事？共識？整合意味什麼？

本次結果評估中，參與計畫之團隊工作人員對整合的評價，均認為自己的業務皆須與其他單位合作，業務協調相當重要，而在態度改變的測量上，以「認知」向度得分較「情感」與「行為」二向度為高，意味工作者對整合概念是有所認識的；但整體結果下來，相關組織調整包括建立信任、接納不同意見、強化夥伴能力、全面瞭解服務對象、開放資訊、有效管理組織內人力、適當調整組織內的業務等七面向的整合改變中，只有「適當調整組織內的業務」平均得分高於平均值，也就是這樣的實驗計畫，對於不同部門、組織之

間的互動關係、或對服務對象方面的全面瞭解以及組織管理等仍有較大的努力空間。

在本計畫多次會議中，聽到與會者熱情與期待，但也接收到不少現實說法：人力短缺、經費不足、業務繁瑣以及對整合的質疑，更有甚者直指這應是以行政院組織法中部會整併為前提之配套構思，若無前者，後者即無對話之必要，大家無法細究對整合的構思，究竟這是影響無法整合的果，還是形成必須整合的因，筆者認為業務承辦人員與其部門對輸送服務給使用者的目標願景是一重要影響因子，在本計畫中，全數的參與人員皆認為「整合應以滿足服務使用者的利益為優先考量」，「若整合服務可以促進個案利益，即使工作模式改變、負擔增加，仍願意參與」，這樣的共識，應該也可以用來理解其之所以會加入本計畫的原因。

另一方面，由本結果也顯示，業務承辦人員本身的業務若涉及有較多跨領域的合作與調協，其對整合的態度也有較高的得分，誠如 Overtvit (1993) 認為可能由於業務關係或有刺激因素才會促使人員去整合彼此的工作。在本計畫中，以衛生單位的業務承辦人員最能呼應此結果，衛生基層單位中，每個專業人員所負責的業務項目多，且服務對象廣泛，不管是「婦幼及優生保健業務」、「成人及中老年慢性病防治」、「癌症防治」、「長期照護」、「精神病個案管理」、「肺結核個案管理」、「登革熱防治」、「各種傳染病等管理」及衛生教育宣導等，幾乎一個人需身兼十八般武藝，

而其因業務關係，常需與各社政或社區相關資源連結，才能達成其績效，因此這可能是促使其整合態度高分的原因，如一位參與計畫的衛生所護士所言「衛生所今年度業務的重點包括：更年期成長團體推動、母乳教育與保健、社區中老年疾病收案管理等…自己希望透過整合落實服務…期望深耕於社區中推廣，借力使力」。

再者，由本計畫結果顯示，九成以上的業務承辦人員認為「整合的參與是需要工作誘因的」，包括「希望整合可以省事」、「期待透過整合研究促成衛生及社福上級單位來對話」；種種原因都顯示業務承辦人員希望一位整合帶來的受惠，藉此作為參與的誘因，此彭淑華、張英陣（2000）表示在整合的過程，需要給予參與者或利害關係人足夠的誘因，讓他們相信從服務整合的過程中可以獲得或維持個別的利益，將可促使整合服務之有效達成。

當前我國衛生與社福系統已隸屬於相同主管機關，廣義的說，已經共處一室，但縣市基層都仍是平行互不屬的業務關係，使得地方機關運作，社政與衛政單位仍是各自行政、互動不足；Gray（1989）指出服務整合勢必改變原有的做事型態，而且有其他利害關係人的加入，許多事情便無法由自己掌控，會讓事情的不確定性增高，也讓人覺得沒有安全感，另外對整合缺乏共識，都可能促使利害關係人抗拒服務整合，因此個人因素之於整合是否得以成功為一關鍵因素。

對照結果中，整合認知之得分遠較情感與行為傾向為高，均可證明當前我國公

部門所言之整合是一種認知上的被需要，觀諸英、加、澳等國之作法，其緣起於對弱勢受照顧者一系列需求的連續性設計，而呈現法令、部門或服務方案之訂定、分級與整併，則是較為具體建構整合的服務輸送；以加拿大魁北克省為例，省級政府的健康及社會服務部負責界定服務策略走向及實施模式、評估工具開發、財務規劃、公平的資源分配、政策和方案設計以及機構教育和研究；地方的健康及社會服務局根據各地人口需求設計整合照顧服務計畫、和地方機構合作，並鼓勵地方民眾參與決策制定過程，各地的整合服務策略會因各地人口需求、社經地位、文化而各有差異（Fleury, 2006）。

所謂整合，包括以案主為中心、以服務供給者為中心、以方案為中心、以組織為中心、以政策為中心等策略（張秀玉，民 92）；本計畫乃是透過以服務供給者為中心及以方案為中心的操作，因此，其視野與重點即必須在現有組織與業務框架中，朝向有關服務提供者在整合試辦中可負責內容進行構思，其一便是共識的建立，這是知識也是認識，藉由單位間的會議與對話，持續提問與澄清，包括雙方組織架構、業務、角色、專業知識與資源等，表達自己也傾聽到對方，甚至相互參觀彼此之職場，在這看似冗長與摸索的過程中，累積出對相關業務與人員的認識，消弭猜忌，如同本計畫在組織投入後測中得分增加的「建立信任」、「接納不同意見」，即為一例證，就基層業務單位而言，共識使其學習到不同專業知識與工作方法，瞭

解雙方在服務提供切入點的不同，以及其所使用的資源是可以相互交流的，而工作人員之間因不瞭解而有的誤解常也就迎刃而解，因認識而理解，是整合啟動中之一大步。

另一方面，透過以社區基層組織為主體共同建立的平臺，在試辦行政區內，建立服務輸送流程、開發評估工具、形成服務對象名冊、訓練培力志工、建立資源網絡等相關事務，其所串連形成的經驗中，工作人員從初始的擔心、懷疑、不清楚，到計畫結束時，對整合態度、組織投入評價分數之提高，深度訪談時，也回饋在其自身與業務上的正向改變，均顯示共事之有可為。

在此前提之下，以社區基層組織為主體與媒介的整合實施，不僅回應社區工作模式中的社會計畫操作之可行，亦凸顯 1994 年行政院推動社區總體營造以來，當前臺灣的社區組織已逐漸成為政府施政中重要的對口地位。本計畫中所提及之「社區照顧關懷據點」與「社區健康營造計畫」，其對於社區長者之健康促進服務均含括其中，服務對象群亦有所重疊，唯若非社區基層業務承辦單位自行協調整合，即使現在同為衛生福利部業務，各自業務主管單位少有所互動對話，若因此造資源的重複或不均實屬可惜，更何況，兼顧多元功能的社區基層組織，其所能自行協調整合服務以進行服務輸送的能力又有多少？此並非基層即可成就的課題。

2. 社區單一據點多元功能的整合角色定調

承前述，社區對於整合之協助與自身定位之確認，在本研究過程中，更見清晰。由社區同一承辦單位承接「社區照顧關懷據點」與「社區健康營造」兩大不同業務部門的專案計畫，兩計畫確有部分重疊之服務對象與計畫目標，因此，集結各式專業人力、經費、工具、流程與名冊，作為整合服務之建構，並開發志工知能與技巧，運用在地可近性高資源，成為整合服務輸送之第一線。

本計畫所採取社會計畫的觀點，在區域中，先由計畫團隊結合相關業務單位，相互接觸建立關係，再藉由其反應當前所需之整合需求並共同初步擬定實驗計畫，以團隊專家的模式進入基層場域，結合社區基層組織，核對在地之服務使用者相關整合問題與需求，持續藉由專業者之知識與能力提供，配合在地資源，理性分析並實施可行整合計畫，並予以評估。

社區即生活，因此，社區為民眾實質的生活體，其功能之多元與機能之複雜，自可想見，觀諸上述，可以發現基層社區組織實為民眾多元需求之服務提供對口單位；江明修等人（民 77）表示促進政府再造的成效，依據社區發展基礎上，需仰賴社區發展的特性，由公民參與、由下而上的方式，以集結人民智慧共同形成改革的動力，規劃和落實政府再造方案；莊瑞續（民 91）也表示永續發展的推動除了需要中央由上而下（top-down）的政策引導與支援外，更重要的應該是地方由下而上（bottom-up）的推廣與實施。

英國健康部門在 1998 年提出的夥伴

式行動，亦強調了跨領域、跨組織間的協調與合作，是整合行動的重要核心概念，其認為的行動提倡政府部門應試圖以夥伴關係的方式進行工作，且夥伴關係的範圍是很寬廣的，包括了在地政府的部會、志願組織、當地社區組織、鄰近的政府健康部門、基層團體照護團體等。是故，整合之設計非僅在公部門中進行，如此將不僅無法落實，造成服務提供者與使用者的落差，且無法形成 Hassert 與 Austin 在 1997 年指出的「無縫隙的服務」；唯社區承載力為當前之重要考量，所謂單一據點多元功能，整合計畫之落實實需公部門建立與社區的伙伴關係，不僅重視社區主體性，同時關注其承載，對相關資源做一再分配，提供所需之輸送流程、工具，結合專業人力共同進入，避免社區在提供服務的過程中，因缺乏專業支援、經費而中途退場或萎縮，同時，社區自助人助的志願服務的精神，凸顯社區獨有的凝聚力與對自我福祉的關心，此亦為社區之重要資本，持續經營將會提供志工個人與團體帶來許多利

益，形成服務提供者、服務使用者、社區基層組織與志工四贏之結果。

三、後記

本研究執行期間是在 2007 到 2008 年間，其促使在相關領域中鮮少對話與瞭解的社政與衛政單位工作人員有一互動平臺，研究結束後，首先受惠的是在社區關懷據點間使用社政與衛政資源的工作模式複製，近年來，市府自殺防治委員會也建議在自殺防治議題方面，透過對社區關懷據點志工的自殺防治篩檢訓練，進而使用在社區長者身上，希望能透過簡易的 BPRS 簡短精神調查問卷，初步瞭解社區長者的心理衛生狀況，對於篩檢後較需關懷的長者，亦可由自殺防治中心後續協助。

（本文作者：鄭夙芬為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授；鄭期緯為澳洲 La Trobe 大學社會工作與社會政策學系博士候選人）

關鍵詞：整合服務、社區照顧、高齡者、介入研究

參考文獻

- 內政部統計處（民 102）。<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>
- 甘炳光（民 82）。社區工作手法在老人服務的應用。香港：集賢社。
- 江明修、蔡金火、梅高文（民 77）。再造公共性政府—跨世紀政府再造研討會論文集—政府再造的跨國比較（二），臺北：行政院研究發展考核委員會和國立中興大學公共行政學系，1-61。
- 吳淑瓊、莊坤洋（民 90）。在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向。臺灣衛誌，20（3），P.192-201。
- 林萬億（民 97）。高齡社會研究簡介暨高齡社會調查結果初步分析。高齡社會的來臨成

- 果發表暨學術研討會，P1-66
- 莊瑞續（民 91）。探索地方永續發展議題與願景之研究－以金門島為例。國立師範大學環境教育研究所碩士論文，未出版：臺北。
- 施教裕（民 84）。兒童福利機構的行政重組與服務整合。二十一世紀兒童福利政策研討會論文集，313-356。臺北：二十一世紀基金會與中華兒童福利基金會。
- 張秀玉（民 92）。早期療育社會工作。臺北：揚智。
- 莫邦豪（民 83）。新興的工作模式：社區照顧與社區教育。社聯季刊，129，127-131。
- 陳桂英（民 95）。單親家庭服務中心功能初探。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文，未出版：南投。
- 陳明賢（民 89）。早期療育整合服務實施方案評估－以高雄市發展遲緩兒童為例。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文，未出版：南投。
- 彭淑華、張英陣（民 89）。臺北市青少年服務整合之問題與因應。東吳社會工作學報，6，101-142。
- 黃松林（民 94）。社區照顧據點作法－理念與實務。南投：社會工作人員研習中心。
- 黃源協（民 89）。社區照顧-臺灣與英國經驗的檢視。臺北市揚智文化。
- 黃源協、黃松林、蕭文高（民 88）。社區照顧政策與實踐－以英國新堡市與臺灣省臺南市為例。暨大學報，3（1），頁 263-296，國立暨南國際大學。
- Australian Institute of Health and Wealth (AIHW) (1999). Australia's welfare 20005. Canberra: AIHW.
- Burns. L., R., & Pauly. M., V. (2002). Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? . Business of health, 21(4), 128-143.
- Challiss, D. & Hugman, R. (1993). Editorial: community care, social work and social care. British Journal of Social Work, 23(4), 319-328.
- DOH (1989). Caring for people-community care in the next decade and beyond. London: HMSO.
- Fleury, M. J. (2006). Integrated service networks: the Quebec case. Health Serv Manage Res, 19(3), 153-65.
- Gray, B. (1989). Collaborating: Finding common ground for multiparty problems. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hudson, B. (2000). Social services and primary care groups: A window of collaborative opportunity? Health and Social Care in the Community, 8(4), 242-250.
- Leutz, W. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and United Kingdom, The Milbank Quarterly, 77(1), 77-110.

- Morycz, R. K. (1985). Care giving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease: possible predictors and model development. *Research on Aging*, 7, 329-361.
- Overtveit, J., Mathias, P., & Thompson, T. (1997). *Interprofessional working for health and social care*. Palgrave Macmillan.
- Overtveit, J. (1993). *Coordinating community care: multidisciplinary teams and care management*. Milton Keynes: Open University Press.
- Palmer, G., & Short, S. (2010). *Health care and public policy: an Australian analysis*. Palgrave Macmillan
- Payne, M. (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*. London: Macmillan.
- Rumery, K., & Coleman, A. (2003). Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership? *Social Science & Medicine*, 56(8), 1773-82.
- Tester, S. (1996). *Community care for older people*. London: Macmillan.
- Wick, M. (1982). Community care and elderly people. In. A. Walker(eds). *Community Care-Family, the State and Social Policy*, pp. 97-140. London: Basil Blackwell & Martin Robertson.