

## 從社政到衛政長期照顧 連續性光譜系統模式研擬

陳世堅\*

### 摘 要

長期照顧不論是過去或現在的演變來看，都包含了社政體系與衛政體系的照顧，從「在宅服務」到「居家照顧」到「社區照顧」到「機構照顧」均橫跨了社政體系的「安養系統」、「養護系統」以及衛政體系的「護理系統」、「醫療系統」，我們可以名之為『長期照顧的光譜系統』。眾所周知，世界人口老年化是國際性的趨勢，我國自不外於其中，從民國八十二年以來，我國已擠身人口老年化的國家，目前臺灣六十五歲以上老人人口約有一八〇萬，佔全人口約八・三%，預估到公元二〇二五年老年人口將高達三百多萬人，約佔全人口的一五%（因戰後嬰兒潮的人口增加關係）；而老年人口的比例愈高，長期照顧的光譜系統愈鮮明，從系統理論來看，在長期照顧的光譜中，老人均可能從任何層面進（輸）入光譜系統中，就看老人當時的身體狀況而定，而輸出則要符合當時代的潮流趨勢，以現今來講，回歸社區照顧是時勢所趨的必然輸出，然而重要的是，在整個長期照顧系統中，連續而整體性的照顧是為大家所看重的，系統理論中輸入與輸出間的循環不已，周而復始，只是為確保系統的平衡與有效，使長期照顧達到真正的老有所終的終極目標。

因此，未來的長期照顧系統無論從制度面或運作面來看，理應都是朝向連續性、整體性的總體長期照顧規劃，使過去的

---

\*現任中國醫藥學院公共衛生學系副教授

機構照顧成爲老人長期照顧必要時的一環，而社區照顧成爲最終照顧的歸屬。本文嘗試提出六種連續性光譜系統模式作爲探討的重點，期待對未來社政衛政體系的整合建構有幫助。

由於企圖結合社政與衛政的體系，探索長期照顧系統模式建構應有之方向與努力，本研究採用質性研究的方法，在資料的收集上，透過深入訪談法（以社政與衛政界內行政界官員、學術界學者、專家以及實務界社工員、醫護人員爲研究對象），以半結構式的訪談大綱進行研究資料之蒐集；依訪談法的類型而言，係開放式訪談指引法，預先設定訪談主題，準備好題綱，視訪談當時狀況決定問題順序、遣詞用字等，以蒐集相關研究資料。

本研究從 KAP（認知、態度、執行）的觀點以及策略規劃的觀點說明長期照顧的概念架構，研究者整合這些概念架構後，提出六型的長期照顧連續性服務光譜模式之建構，研究者特別將之稱爲「光譜模式」。這六型的長期照顧連續性服務光譜，都各有其特殊性與適用性，然而卻都具有一共同性，那就是「照顧服務連續性」的強調。歸納這六型長期照顧連續性服務光譜系統模式的特殊性說明如下：

- 1、平行直線型長期照顧連續性服務光譜---連續性佳，強調服務需求轉介時的普遍性與適地性。
- 2、魚骨型長期照顧連續性服務光譜---連續性次佳，強調漸進式的分工合作，重視循環轉介。
- 3、樹型長期照顧連續性服務光譜---兩體系間已整合是特色也是基礎，因此照顧服務連續性很好。
- 4、餅型長期照顧連續性服務光譜---採個案管理是特色，而其連續性的好壞就看個案管理者的功能。
- 5、座標型長期照顧連續性服務光譜---以社區網絡運用爲主，

強調適時適地適切的連續性服務。

- 6、平行波浪型長期照顧連續性服務光譜---強調需求在擴散收斂之間，連續性服務能達到需求立即的滿足。

研究者所提出的六個模擬架構光譜模式，都各具模式意義與實用基礎，盼望帶來更多的腦力激盪與思考。這不是定案，而是架構思想的起始點，盼望與社福、衛生體系專家學者共同切磋，期待模塑更具亮光可行的實施架構，造福全國資深國民與需要被照顧者。

## 壹、問題陳述

當前台灣由於人口老化與慢性病的盛行，失能老人急速增加，導致長期照顧服務需求大增，供給面卻嚴重不足，失能老人長期照顧問題日益受到重視（宋蕙安，1997；張弘樺，1996；陳宇嘉，1995；吳淑瓊等，1994；施教裕，1994）。然而目前國內的正式照護服務非常零散，尚未建立有系統的整體網絡，服務多半係針對「老人個人福利服務與機構服務」而設計（楊培珊，1998；呂寶靜，1997；Lieberman & Fisher，1995；Hooyman & Gonyea，1995），缺乏對「關懷老人安養與長期照顧需求的家庭觀點」；政府在推動老人福利時，服務對象則未有效考慮由目前「個人焦點」（老人或照顧者）連結到「家庭系統焦點」（郝溪明，1998；李增祿，1996），評估標準也未從現在的「醫療照顧原則」、「功能原則」連結到「社會照顧原則」，服務之目標則未能強調全方位高品質的生活（Yang，1997）；從居家照顧到社區照顧到機構照顧整體連續性照顧系統尚未有效建立。

「長期照顧」話題是由來已久且複雜的問題（姚美華，1995；蔡啓源，1995），不僅是國內的問題更是國際性普遍存在的問題，從歷史的演變來看，過去老人照顧的問題是在大家庭結構的社會制度下得以解決，在宅服務與居家照顧圓滿達成，不但不是問題，也順理成章的為大家所接納與認同，更且不會認為是政府公部門所應負擔的責任，因此每每只看到「機構照顧」的需求與必要性，當時機構照顧的殷切與受重視自不待言，特別是機構醫療照顧方面；後來工業的發展，經濟的突飛猛進，社會結構的轉型，導致大家庭的解組，朝小家庭化來演變，於是家庭照顧功能式微，居家照顧機制無法發揮，因此由大家庭式的「在宅服務」與「居家照顧」運作轉移到重視社區的整體照顧，也改變舊時代機構照顧的單一性與絕對性，而強調「去機構化」

與「非正式」的社區照顧方向發展（謝美娥，1997；吳淑瓊，1995；胡幼慧，1994；劉嘉年，1993）。

其實，長期照顧不論是過去或現在的演變來看，都包含了社政體系與衛政體系的照顧，從「在宅服務」到「居家照顧」到「社區照顧」到「機構照顧」均橫跨了社政體系的「安養系統」、「養護系統」以及衛政體系的「護理系統」、「醫療系統」，我們可以名之為『長期照顧的光譜系統』。眾所周知，世界人口老年化是國際性的趨勢，我國自不外於其中，從民國八十二年以來，我國已擠身人口老年化的國家，目前臺灣六十五歲以上老人人口約有一八〇萬，佔全人口約八・三%，預估到公元二〇二五年老年人口將高達三百多萬人，約佔全人口的一五%（因戰後嬰兒潮的人口增加關係）（吳淑瓊，1997，1994；Manton, Corder & Stallard, 1993）；而老年人口的比例愈高，長期照顧的光譜系統愈鮮明，從系統理論來看，在長期照顧的光譜中，老人均可能從任何層面進（輸）入光譜系統中，就看老人當時的身體狀況而定，而輸出則要符合當時代的潮流趨勢，以現今來講，回歸社區照顧是時勢所趨的必然輸出，然而重要的是，在整個長期照顧系統中，連續而整體性的照顧是為大家所看重的，系統理論中輸入與輸出間的循環不已，周而復始，只是為確保系統的平衡與有效，使長期照顧達到真正的老有所終的終極目標。

在民國 69 年就已頒布的「老人福利法」向來是我國老人政策規劃及福利服務提供的主要依據。其中在宅服務、日間托老、療養機構與扶養機構如安養中心、仁愛之家、敬老所等長期照顧機構，則以提供一般日常生活的照顧服務為主；而慢性病醫院、護理之家居家照顧、日間照顧等長期照顧機構係以提供慢性病醫療及技術性護理服務為主，由衛政單位以「醫療

法」、「護理人員法」及「護理人員法施行細則」等法令加以規範。民國 86 年時，「老人福利法」重新修訂，其中除將老人年齡的標準降低至 65 歲之外，更重要的在第二章第九條中明文指出，地方政府應視需要設立或獎勵私人設立長期照顧機構、養護機構、安養機構、文康機構、服務機構等老人福利機構，由社政單位主管之，機構中涉及醫事服務者則由衛生單位主管。其中的長期照顧機構係以照顧罹患長期慢性疾病且需要醫護服務的老人為目的；養護機構則以照護生活自理能力缺損且不具有技術性護理服務需求的老人為目的。但這種界定方式使人容易對長期照顧機構與養護之家產生混淆，且與衛政系統管轄的護理之家功能重疊，更令人難以瞭解長期照顧服務系統的業務劃分標準與主管單位之權責，未來修正老人福利法或是長期照顧相關法規時應仔細思考改進(曾竹寧，1999)。

因此，未來的長期照顧系統無論從制度面或運作面來看，理應都是朝向連續性、整體性的總體長期照顧規劃，使過去的機構照顧成為老人長期照顧必要時的一環，而社區照顧成為最終照顧的歸屬。然而問題就在於由來已久的社政與衛政行政隸屬關係，早早存在的只是平行互動關係卻完全沒有垂直互屬關係，這促使中央部門決策以迄地方機關運作之間，社政與衛政單位各自行政，禮尚往來，互動不良，以致造成了服務輸送系統中的灰色地帶與三不管地帶，徒然斷絕了長期照顧系統中連續性服務品質的確保，降低了服務的效率。其實，在長期照顧連續性的光譜系統中，社政與衛政的功能均不可或缺，缺一則如失能的老人一般，無法發揮整體最佳的功能。從過去到現在，社政與衛政系統各自獨立運作而不相隸屬，垂直行政體系分明，分立分治早有歷史背景，若是硬要垂直整合就會發生歷來所出現的紛紛擾擾，如：到底整合後要稱為福利衛生部還是衛生福利部？或是用另外一個名稱如厚生部等？都令人莫衷一是無

所是從，再再顯示垂直整合的困擾，這均與過去行之多年的歷史背景有關，因為社政與衛政獨立行使運作各自功能早已明顯而絕然的區隔化了，因此，與其紛紛擾擾討論不休，不如捨「垂直合併」的不可期來就「平行整合」的「合作與分工」，將會激盪另一番新思維與新架構的建構，是為長期照顧老人服務有效輸送的最佳最新的福音。

現行模糊不明的長期照顧體系社政與衛政行政系統運作中，平行溝通協調雖有部分管道或橋樑，但仍覺微妙而不明確，似乎是主其事者在大環境還不明朗的當下不太去思考這些問題，以致平行的互動中缺乏了機制與技巧，常使長期照顧的運作失去了適時、適地、適切的最佳照護提供，是為全體老人的損失，也是全體國人最大的遺憾。同時，現存之正式的長期照護體系，亦存在多種困境，如，政策紊亂，體系尚未建立，缺乏制度化的財源等。在此供需面失調的情況下，對長期照護的通盤檢討與整體規劃，不僅是民意之所趨，亦是政府推動老人福利計畫工作之重點(行政院衛生署，1998；行政院經建會，1998；譚開元，1998；內政部統計處，1997；賴秀芬，1996；吳淑瓊、江東亮，1995；藍忠孚、熊惠英，1993；邱亨嘉等，1990)。因此如何在現有行政的架構下，彼此有效的連結與溝通協調，分工合作而不爭功諉過，不推諉，不互踢皮球，有效的建構社政與衛政平行整合的長期照顧系統模式，其中連續性照顧光譜的探討是為本文研究重點之所在。

## 貳、文獻探討

### 一、長期照顧的意涵

長期照顧是照顧功能障礙而無法獨立生活老人的必要措

施，長期照顧是由健康照護、個人照護與社會生活照護等三類照護組合而成，對失去或永遠無法執行某些身體功能的民眾提供長期照顧服務 (Kane & Kane, 1987)。一般人認為只要是能夠幫助喪失日常功能的人過得更獨立、更舒適和更尊嚴的所有相關服務，皆是長期照顧的服務。因此長期照顧不但具有連續性的照顧觀念，更是跨醫療(衛政)和社會服務(社政)領域的照顧 (吳淑瓊, 1994; 謝美娥, 1993)。

老人長期照顧在性質上，異於一般慢性疾病或因病成為永久殘障的照護工作。長期照顧老人，部份是由於年老罹病率增加，生病預後較差，而需要長期照顧以維持生存；另外是因為發展到老年期，特別是高老期，生理自然衰弱無法照顧自己所致。因此老人長期照顧，在於維持老人身體與心靈的健康以及社會生活的功能；對於老人所罹患的疾病與日益衰退的生理機能，只是延緩其惡化程度。老人長期照顧的工作，乃須針對老人的健康狀況與需要，由醫療與福利機構，共同提供特有的治療與照護；必須結合社會整體資源，及早建立有效的老人長期照顧整體性與連續性的網絡。

長期照顧係針對因慢性疾病或心理、生理之失能(disable)，造成自理日常生活能力之喪失或不能恢復者，提供包含醫療、技術性護理、個人照護與心理諮商等，長期性、連續性、多樣性的服務。依據 Brody(1982) 對長期照顧之定義為：「對罹患慢性病或心理障礙患者，提供診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。這些服務可經由不同的機構性或非機構性設施獲得，例如：急性老人醫院、慢性病療養院、傷殘復健中心、安養院、療養院、護理之家等機構，或是非機構性如居家護理。它的目標是使照顧的對象達成並促進其在體能上、社會行為能力上以及心理適應上發揮最佳層次的功能。



然而無論是慢性病或心理疾病而需要長期照顧者，其自我照顧能力都將直接或間接的受到影響。因此，就生活協助的需要而言，Kane (1987)認為長期照顧是專為無法自理日常生活者，依其個人健康狀況、社會需要，長期提供個人醫療照顧服務與社會服務(邱亨嘉，1989)。

綜合以上專家學者的論點，長期照顧的意涵可歸納如下：「長期照顧乃是透過社會各層面提供需要長期照顧者包括健康照護、個人照護與社會生活照護等三類照護組合而成，而且是一種長期性、連續性、多樣性的服務。」

## 二、長期照顧的範疇

我國於民國 69 年訂定「老人福利法案」，並於民國 86 年新修訂該法案，其中均強調年滿 70 歲老人定期健康檢查及保健服務，並有特定優待檢查服務項目，但是與其他先進國家相比，關於老年人健康及長期照顧服務方面，仍十分不足，亟待加強。雖說衛生署早在民國 81 年就已經將護理之家服務的發展列入國民保健六年計畫的發展重點，更於民國 84 年訂定「長期照顧中長程發展計畫」，擬由政府方面整合民間力量，建立一個完整的長期照顧體系。但老人長期照顧服務的項目涉及社會服務照顧與醫療保健兩大範疇，而我國老人長期照顧服務的主管權責，分屬社會司及衛生署兩個單位。

綜合藍忠孚(1984)、Wan(1986)與 Koff(1982)對長期照顧的定義與說明，長期照顧的範疇包括：

- 1、社區人口中，長期生理、心理或社會適應能力有缺陷的人。
- 2、長期照顧服務的項目與內容是包括預防性、診斷性、

治療性、復健的、支持扶助的及維護功能的工作。

- 3、照顧的時間：至少超過 30 天。
- 4、照顧的地點：以機構性或社區性為基礎。
- 5、其目標在於：預防功能上的退化或惡化，達到功能自主的最恰當狀態。

美國在第 97 屆國會第二次會期對於老人問題的聽證會上，曾公開宣示對於老年人長期照顧的目標為(Somers, 1982)：

- 1、對於健康老人可預防的疾病予以防治。
- 2、對於早期慢性病患，維持其獨立日常生活的能力。
- 3、提供最佳的健康保障以改善其生活品質。

綜合以上所論長期照顧的範疇包括「生理、心理、社會層面需要長期照顧者，提供包括預防性、診斷性、治療性、復健的、支持扶助的及維護功能的工作，以期恢復其獨立日常生活的能力，並提供最佳的健康保障以改善其生活品質。」

### 三、長期照顧之需要性探討

就長期照顧的需要性而言，首先要瞭解過去政府或民間所提供的機構式的急性病患照顧方式與後來時代趨勢所發展出來的長期照顧服務方式之間有何不同，一般而言，長期性照顧與急性病患之照顧，在本質上有下列的不同(Fries, 1980)：

- 1、治療的不同，對於永久失能或是慢性病人，治療的目標是在於復健、防止惡化和支持性的照顧，強調的不是在治療，而是在於病人能接受本身的病情，學習如何適應外在的環境。
- 2、慢性病常伴隨著功能不良，所以長期病人的照顧是使其能獨立的進行日常生活所需的活動。

- 3、慢性病患常罹患有一種以上的慢性病，再加上年齡增長及老化的生理現象，使得病患欲恢復原來的體能，需經長時間休養。
- 4、慢性病患常因病情的拖延而使其在情緒上、社交活動、家庭和經濟上，均陷入困窘，身心受迫，令病情更難有起色。
- 5、老年人的抵抗力隨生理年齡而減弱，免疫力和復原力也差，同時對於藥物的反應變差，常會伴有細菌和病毒性感染，治療病程延長。

因此，對於老人慢性病患的長期照顧，其需要性應該是：

- 1、使其獨立而非治癒的--使病患接受治療及照護以及進行獨立自主的生活而非只強調治癒。
- 2、完整的--對於這些病患的照護應該包括醫療、復健和社會、經濟等方面整體的配合。
- 3、持續的--長期照顧的過程必須是持續的，並不隨著病患的離開醫院而中止；長期照顧的內容也應該是連貫的，隨著病患的病情變化而有不同的強調重點。
- 4、相互配合的--長期照顧需要老年科醫師、復健人員、專責護士、社工人員、居家照顧親屬等共同密切配合與研討照護過程。
- 5、適得其所的治療與照顧--長期病患久留於急性病床，是醫療上的浪費；醫院中各式各樣侵襲性檢查也是對老年人不必要的傷害。仔細評估慢性病患所需照護的層次，相關機構聯繫得宜，可使治療及病患兩方面均適得其所。

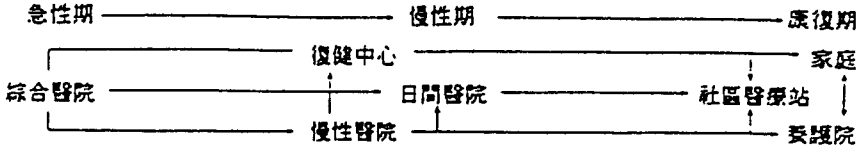
#### 四、老人長期照顧系統模式探討

從福利國家的興起、擴展，到福利國家的危機以及新右派思潮的崛起，再到福利混合經濟的調整以及福利多元主義的倡導，具有市場競爭意涵的社區照顧，遂在新管理主義理念的帶動下，逐漸取代傳統科層模式的服務輸送，進而取代機構式照顧，而成爲當代福利服務輸送的主流。從供給導向轉向需求導向(need-led)，並藉由競爭以提供高效率與高品質的服務，也遂成爲發展福利服務輸送的新模式。傳統直接服務的社會工作方法，也同時在這股潮流受到嚴厲的挑戰，照顧管理(care management)或個案管理(case management)爲主的工作方法，也成爲實現社區照顧理想所不可或缺的重要技術(黃源協，1999)。

長期照顧的模式，在國內有一些專家、研究者不斷嘗試去提出他們的構思，以企圖解決當代長期照顧系統不完整所衍生的問題；而新一代的研究者也努力的再思索如何改進與模塑更合適可行的模式。研究者將過去專家學者所研究過的幾個模式提出介紹於後。

##### 一、慢性病療養系統模式(圖 2.1)

對於慢性病患，連倚南(1987)認爲在醫院做復健治療固然可以慢慢恢復健康，但出院後亦需妥善照顧，若病人缺乏後續性的復健療養，則其效果將歸於沒有。其構想爲：病人由綜合醫院出院後，透過復健中心、慢性醫院、和日間醫院的設置，讓需求不同的病人到合適的機構去。社區醫療站可提供病情穩定的殘障者或老人，在家裡接受護理服務或復健指導；至於從慢性醫院出院，但無人照顧的患者可送至養護院接受照顧(連倚南，1987)。

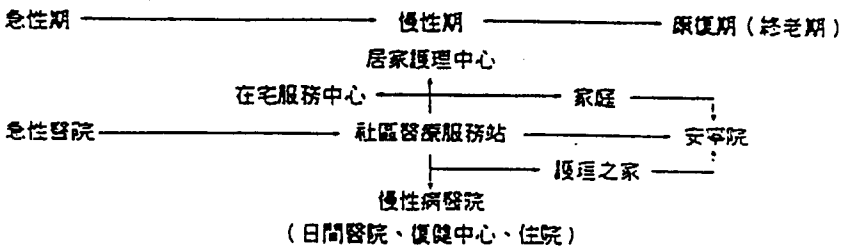


資料來源：逕銜南，省立豐原醫院老人綜合性持續性醫療照顧研討會報告。80年5月，p24

圖 2.1 慢性病療養模式(一)

二、慢性病療養系統模式修改版(圖 2.2)

陳自治(1990)認為：病人在急性醫院出院後，依其狀況，透過社區醫療服務站的轉介和諮詢服務而轉往慢性病醫院、護理之家、安寧院、或回家接受照顧。在此，社區服務站扮演病情分類、轉介、及諮詢服務工作；而慢性醫院則扮演日間醫院、復健中心、與住院三方面之角色功能。居家護理中心和在宅服務中心可為在家患者提供居家照護或在宅服務。至於那些在家無人照顧或不適合回家者，可到護理之家；臨終病人則可至安寧院(陳自治，1990)。



資料來源：陳自治碩士論文，都會區私設老年慢性療養機構設施服務現況之調查，79年6月，p67

圖 2.2 慢性病療養模式(二)

### 三、以醫院為中心之機構照顧系統模式模擬(圖 2.3)

醫療單位在過去是老人長期照顧非常倚賴的機構照顧，特別是失能老人急慢性疾病的照顧，是決不可或缺的。由於過去大家庭結構體制使然，使得老人的居家照顧與安養照顧得以自然的完成而不是問題，因此以醫院為社區的老人必要性醫療的中心似乎是順理成章的事情；而現今雖然大家庭解組，取而代之的小家庭結構，對於老人的照顧也多半重視醫療照顧層面，為因應人心對生老病死的生理上解決的需求，以醫院為中心之機構照顧系統模式也是另一種思維考量(陳世堅，1999)。

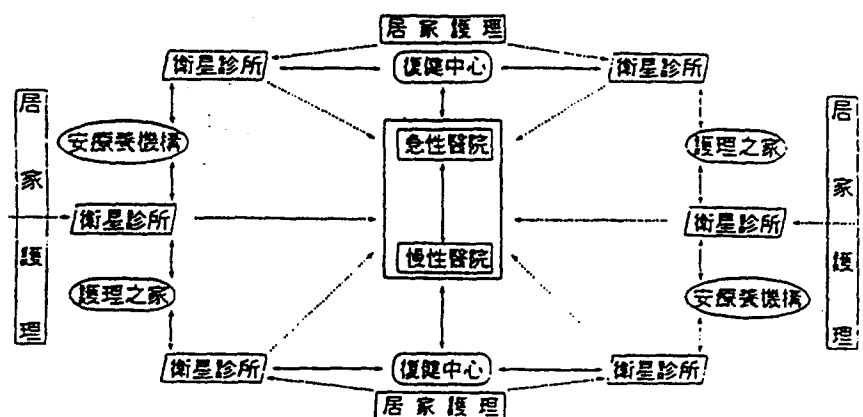


圖 2.3 醫院為中心之機構照顧系統模式

說明：1、醫院是整個系統的 coordinator.

2、衛星診所與醫院有極強的聯結，是醫院的得力助手，與醫院共同扮演分類、轉介、及諮詢服務工作，並負責長期醫療照顧系統之有效推動，使老人及殘障者獲得適得其所的照顧。

3、由醫院訂定 home care program，成立專責小組，負責社區之居家護理服務。並透過衛星診所門診中發現需要居家護理之個案或家庭，主動提報醫院追蹤。

- 4、醫院負責整個服務系統人員的訓練計劃，分批按部就班的實施訓練課程。
- 5、是一以醫院為中心，醫療照顧為導向(medical - care oriented)的長期照顧系統。

#### 四、整合式長期照顧系統模式(圖 2.4)

為使老人的照顧達到個別化、連續化、整體化，有效的整合長期照顧體系的各個資源系統是非常值得思考的方向。到底應該以什麼為整合的主要導向？整合後誰是最合適的協調者與連結者？都頗令人費思量。長期照顧的時代趨勢已顯明可見，機構照護的即時性提供與居家照護、社區照護的歸屬性終極服務昭然若揭，勢不可擋，而個案管理的效率化積極化的照護態勢，更受老年人普遍的認同，因此整合式長期照顧系統模式更縝密的呈現照顧的周延性、整體性、不可分割性(陳世堅，1999)。

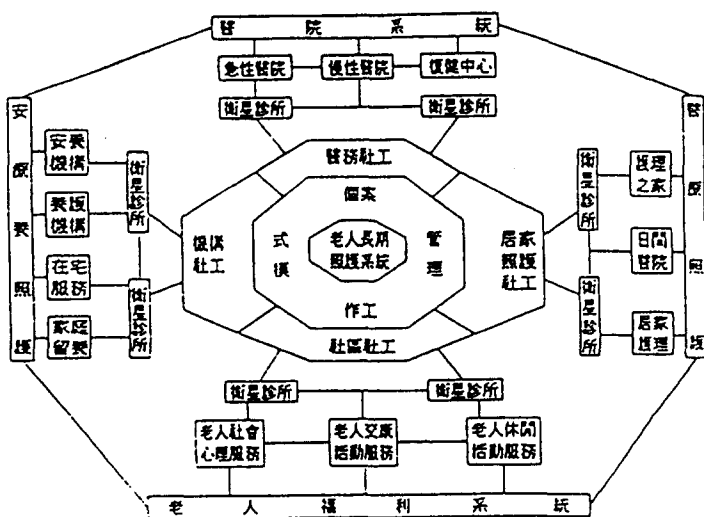


圖 2.4 整合式長期照顧系統模式

說明：1、系統中任一層面的社工人員是最佳的 manager & coordinator 的角色扮演者，是整體系統的靈魂人物，不只是醫療團隊的協調者，更是系統中「人力」間、「機構」間的整合協調者。

2、衛星診所是系統中的 connector (聯絡者)，協同社工人員扮演醫療照護中，機構與機構間，機構與居家護理間穿針引線的角色。

3、此系統中以社區照護為主，必要時，能迅速並強有力的與機構照顧聯結。

4、系統中必須加強慢性病醫院與復健中心的功能。

5、未來社工師事務所如能有效誕生運作，整個系統運作將更順暢。

## 五、由系統理論看長期照顧服務

Pincus 與 Minahan (1973) 利用系統的概念提出了一個社會工作運作方法。該方法的原理即人們在所處的社會環境中依靠系統以得到滿足的生活，因此社會工作應將焦點放在這些系統上。有三種可能會是協助人生活的系統：

1、非正式或自然的系統：例如家庭、朋友、郵差或同事。

2、正式的系統：例如社區團體或工會。

3、社會系統：例如社福機構、醫院或學校。

人們在面臨問題時不見得有能力使用這些協助的系統，因為這些系統可能在他們的生活中並不存在，或沒有他們所需要的資源，也可能對他們的問題並不適用 (例如：一位老太太可能沒有親戚、朋友和鄰居，所以沒有這類的非正式協助系統)。而人們可能並不知道或沒有意願去使用他們 (例如：一位傳統孝道觀念的老年人長年獨居在老家，兒女在遠地或國外，他可



能並不知道有問題那裡去求助，或可能害怕到機構求助有損自己或兒女的顏面，因為人們會認為兒女不孝)。同時體系中的政策可能會為使用者製造新的問題(例如：依賴、利益衝突)。而系統間可能彼此就存在著衝突。

社會工作試著去了解在案主和環境的互動中是什麼原因導致問題產生。案主和環境都不應被視為有問題，而是他們之間的互動發生困難。社會工作的目的在於協助人們執行生活任務，減輕壓力，達成目標或一些對案主而言很重要的價值。而所謂的「生活任務」，在此指的是生活中對我們有意義且重要的活動。

長期照顧服務藉著社會工作透過運用系統理論(如後說明)可以達到以下的任務(轉引自周玫琪、葉琇姍，1995)：

- 1、協助人們使用或增進其解決問題之能力(如經由復健達到身體功能的部分自主，得以回歸社會)。
- 2、建立人們和資源系統間的連結(如協助一個剛失去健全肢體的殘障者愉快的進入當地社區中心，經由仔細的介紹過程來確認他並未因殘障而遭受拒絕)。
- 3、協助或修正人們和資源系統間的互動(如協助福利請求者以較容易成功的方式陳述他們的案例)。
- 4、增進人們在資源系統中的互動(如在家庭或其他機構中)。
- 5、協助人們發展和改變社會政策。
- 6、給予實質的協助。
- 7、作為社會控制的媒介。

平行整合社政與衛政長期照顧的合作與分工的探討，在檢視及印證系統理論中所強調內部穩定性與平衡性，從整體長期照顧系統中照顧服務的輸入在系統內部作用的重要機轉，以及

其輸出的效果如何，可以看出合作與分工的成效。

生態系統觀點結合了生態理論與系統理論的內涵，原本皆是自然科學中，用以解釋生物現象的一種整合性的理論，六〇年代後，則普遍的為其它各學科（如物理科學、生物科學、社會科學等）提供了理論的架構，也因為各學科間有了這樣共通的基礎，生態系統理論的普遍被採用，為日後各專業間的科際整合奠下良好的基礎。系統理論與生態理論的意義陳述如下：

（一）系統理論（system theory）

韋氏新國際字典（Webster's New International Dictionary）對「系統」作如下之定義，「系統乃是規律化的交互作用或相互依存的事物之結合。此結合乃是為達成共同目的的整体。」社會科學百科全書（Encyclopedia of Social Sciences）對「系統」所下的定義是：「系統係指部分和部分間，及規律化活動間的相互依賴，彼此影響所造成的一種結合體。同時亦指此結合體與外界環境的相互依存關係。」由此可知，系統是指一個有目的、有組織的許多不同部分的複合體，系統的構成份子或次級系統各有其特定的功能和目標，但各個次級系統必定相互關連，而且分工合作以達成整體之共同目標。系統整體之效益，必定超過各部分效益之總和；此種整體觀念，稱之為「系統觀念」。Germain(1986)透過系統觀點也提到過，社會工作者以完整的角度，視人類行為乃是發展於生物的心理的社會的經濟的政治的及物理力量的整體性相互作用；社會學家 Parsons (1951)則視合作或「補充」(complementarity)的原則為社會秩序的基本，根據 Parsons 的說法，社會秩序是由於個人、文化和社會間之關係和睦才存在的。

系統理論所涵蓋的範圍相當廣泛，其中最重要者為

一般系統理論，可說是所有系統理論的基礎(廖榮利，1987)。一般系統理論為 Bertalanffy 所創，除提出前述有關系統層次的說明外，還提出平行論 (parallelism)，認為吾人不能局限於某一層次的研究，而必須將各層次結合，觀察平行現象，以求得普遍法則，以應付高度互動的動態系統(轉引自張潤書，1998)。另外，他更提出「封閉系統」(closed system)及「開放系統」(open system)的見解，後者廣泛為社會科學界所採用。

## 〈二〉生態理論 (ecological theory)

生態理論可以說是由開放系統理論演化而來。生態學 (ecology) 本來是自然科學中研究生物與其環境間之關係的一種科學，亦即在於發現與瞭解何種自然環境有利於何種生物之生長。在開放的系統理論中，環境被認為是所有系統的外在系統，此一概念提醒我們在瞭解與研究各類系統或次級系統時，必須考慮到外在環境的因素，例如，社會因素、系統的背景，甚至將來可能發生的某些情況，或者是目前可能產生非預期的偶發事件 (contingency)。簡言之，即個體與其外在環境乃是具有一種互動的關係，彼此影響。

個體既然與其外在環境保持互動的關係，所以任何的個體應考慮到與外在環境的適應 (adaptation)，否則便不能有效的發揮功能；同時，個體不僅本身是一個獨立完整的體系外，更是一個必須隨著環境與時代的變遷而不斷調整其內部結構與關係的有機體。生態理論以系統的觀點為基礎，將有機體視為中心點，再以生態社會的角度，將有機體所處的環境由內到外，區分為微視 (micro level)、中介 (meso level)、外視 (exo level)、鉅視 (macro level)

等不同層次的生態環境，不僅探討各生態環境間的相互影響與對有機體的影響外，也強調生態體系內各不同系統間之相互關係。

由於與社會工作中強調的「人在情境」(Person - in - environment) 的論點相類似 (Karls & Wandrei, 1995)，七〇年代開始，社會工作領域開始重視生態系統理論的觀點，不僅嘗試以生態系統學的方法來處理實務工作，更企圖由諸多紛亂的理論與處置方法中，以生態系統觀點為根基，建立出一套整合性的 (coherence) 工作方法 (Germain & Gitterman, 1985; Allen-Meares & Lane, 1987; Greene & Ephross, 1991; Payne, 1991; Turner, 1996)。

Allen-Meares (1986) 引用了 NASW 對生態學闡釋的觀點來解釋各生態環境系統對人類行為發展的影響，以供社會工作實務界參考。其各生態社會間之關係如圖 2.5：

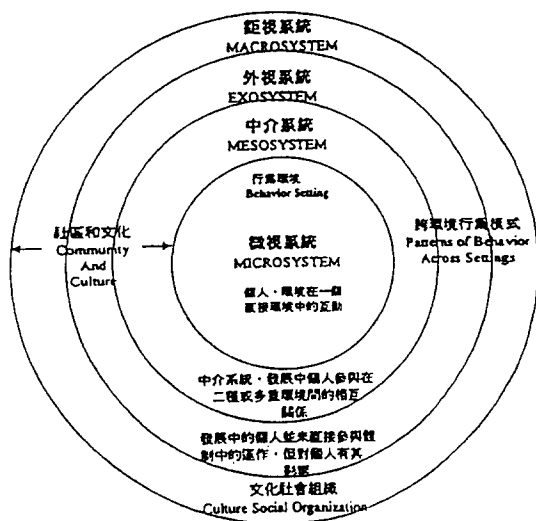


圖 2.5 The ecological environment. 生態環境圖(Allen-Meares, et al, 1986)

在社會工作領域中的生態系統觀點，強調生態系統並非是一種模式（model）或理論（theory），而僅只是一種看問題的觀點（perspective），能提供實務工作一個可供依據的參考架構（comprehensive framework）。它強調人與環境間的「循環因果關係」（transactional focus），替代了早期僅強調案主個人問題、環境因素，或兩者間相互關係（interaction）的問題解釋方式。

雖然生態環境系統的觀點仍有某部分的爭議性（Gitterman，1996；Wakefield，1996a；Wakefield，1996b；Wakefield，1996c），但基本上它仍提供了社工界臨床上相當大的實用性，其功能包括了下列四點：

- 〈一〉協助實務工作者察覺到案主問題所牽連到的所有層面，使社工員能同時兼顧到人與環境的因素。
- 〈二〉提供一個完整且有用的評估方法。
- 〈三〉提供整合各個社會工作理論的方法。
- 〈四〉修正了社工員習慣於以人為中心的干預模式之偏誤。

將生態系統理論觀點應用在長期照顧系統領域中，社工員的介入將不再局限於個別的問題或個別的案主身上，而是採用生態平衡的觀念，強調長期照顧生態系統內，每一次系統間的協調、合作、分工、連結與相互影響；在長期照顧的生態系統觀點中，一方面將長期照顧體系視為一個社會生態單位，一個獨立的社會有機體（social organism），有機體內所有會對需要長期照顧者產生影響的角色群（role group），皆為此有機體的次級系統，次級系統間彼此互動、相互影響，任何一個次級系統發生問題，則整個有機體便會產生失衡的現象。因此系統內的每一次系統皆具同等重要性，如何發展長期照顧系統成爲一個開放性的生態系統並有效連結各個子系統的運作功能，提昇各次系統間的互動品質，藉由各種合作與分工方案的推動，建立一

個社政與衛政各照顧次系統間平行整合、相互連結的長期照顧服務的生態環境。

另一方面，則強調將長期照顧系統視為照護大生態環境中的一個環節，主張生態系統中鉅視、外視、中介、微視各系統間之統整。認為長期照顧服務的推展不僅應注重各別的需要問題，更要注重整體社會生態中所有系統間的交互作用。

生態系統觀點的長期照顧服務，主要是強調以生態平衡的角度，去觀察問題與解決問題，不僅要兼顧整個長期照顧系統中每一環節的功能、需求或影響，更期望透過合適的協調者、連結者(如社工員或醫護人員)居中溝通與規劃，將各環節的力量相互連結整合，創造出一個合作而不依賴分工而不競爭，可以促進社會變遷的動態環境。

## 六、社會網絡與長期照顧服務

### (一)、社會網絡之意義

社會網絡的概念始於 1954 年，貝尼斯 Burnes(1954)用此概念來分析一個那威漁村的親族團體與社會階層的一個連結。早期分析社會網絡的學者認為它不只是人與人之間發生關連的場所，同時也是幫助個人適應環境的重要資源，一般稱之為支持來源。

社會網絡不僅是關係的結合體，也代表一種關係體系，而體系中各成員間的連結狀況會影響成員的行為。所以社會網絡可被視為個人與社會之間，為調和社會資源所提供與應用的橋樑，這種觀點強調個人、網絡和社會三個層次間的互動。在網絡關係中，我們可將個人視為「點」，將人與人之間的關係視

為「線」，建立出一種自我與他人的社會關係，此為微觀的解釋。由鉅觀的解釋，則以社會體系為中心，不同的社群、團體為點，而彼此之間的往來為線，所形成整體社會結構的體系。個人與社會之所以關係密切，相互連帶影響，乃在於社會大體系為中心，彼此環環相扣。其中任何一環產生改變，皆會影響全局（吳寧遠，1995）。

研究網絡主要是在於瞭解並分析個人在網絡結構中之定點以及與其他人所產生之互動關係，也藉此來發展網絡處置之應用。但網絡之組成與網絡中關係之發展也會受到周遭環境或特定狀況的影響，因此在探討社會支持網絡時必須區別是從個人亦或是從整個網絡為出發點。每個人或多或少都有社會網絡的關係。這可能包括家庭、親友、同學、鄰居、工作伙伴等，而每項聯繫都與其他的社會網絡有關，因此社會網絡基本特質是多元和複雜的。基本上，社會網絡的特性，可由網絡間的互動關係與組織結構二面向來觀之（彭武德，1992；高迪理，1991）：

#### 1. 互動上的連結要素：

- (1)內容（content）：代表互動的來源，亦即由任何關係人提供支持。
- (2)頻率（frequency）：多久發生一次互動或協助。
- (3)持續時間（duration）：從建立連結至今多久。
- (4)互惠性（reciprocity）：表示幫助的流動方向。
- (5)結合性（tenacity）：指精神情感上結合之強度，網絡的品質。
- (6)多元複雜性（multiplexity）：指人與人間相互交流支持的'不同類型。

#### 2. 結構上組成的要素：

- (1)大小（size）：指網絡中有多少成員。

- (2)遠近度 (proximity)：代表個人與網絡中其他組成分子間物理上的距離。
- (3)密度 (density)：指每個人是否彼此相互為交換網中組成分子之程度。
- (4)可及性 (reachability)：指是否能輕易地與網絡中其他成員接觸的程度。
- (5)同質性 (homogeneity)：指網絡中的成員是否有相似的特性或經驗。

簡而言之，社會網絡是人力資源與物力資源所交叉形成的關係資源網絡，在其中成員間的互動彼此影響也彼此聯結，個人的行為會影響團體以及社會，也就是說其中任何一環產生改變，皆會影響全局。

## (二)、社會網絡與社會支持

社會網絡 (social network) 與社會支持 (social support) 是兩個並不完全相同，但有極大關聯性的概念。Elizabeth (1993) 指出社會支持是指人們提供給其他人不同型態的幫助：包括情感上的支持、物質上的援助、及資訊和忠告的提供；Barker (1991) 則將社會支持界定為「為滿足個人在社會上的生存需要由正式或非正式的活動與人際關係所提供之支持」；Maguire (1991) 認為社會支持至少可提供人們下列五項資源：自我意識、鼓勵與正向回饋、對抗壓力的保護、知識技能與資源、增加互動的社會機會；Weiss (1974) 認為社會支持分為親密、社會整合、養育、價值、同盟、引導支持六項；吳寧遠 (1995) 則將社會支持歸納為情感支持、認知支持與實質支持三大類。

社會網絡與社會支持在意義上確實有其差異，高迪理(1991)



便指出社會支持是屬於主觀上感知的概念，社會網絡則較屬結構上的概念，兩者概念不同但相關，社會網絡存在不見得就有社會支持，不過，社會支持的提供與感受是必須藉由社會網絡之結構關係方能運作。

然而無論實務或研究上，社會支持與社會網絡卻常同時被引用，其理由在於社會網絡所形成的「互助體系」使個體能適應環境，也提供資訊交換及促進自尊心與歸屬感，並提升個人的自我認定和人性價值(Germain, 1979)。由於這些功能，使得社會網絡成爲人們不可或缺的體系，這也就是社會支持體系的形成。因此社會支持可以說是一種社會網絡的功能。當人們和其社會網絡交往時，被提供生理、心理、訊息、工具或物質性的協助心量，使個體更適應壓力，增加幸福感並促進其適應力(Caplan, 1974)。

更有許多的學者，認爲無論是社會支持或是社會網絡，都帶有強烈服務輸送的意涵，不需要去刻意區分兩者在意義上的差別，反之，應將二者之概念合一，稱之爲社會支持網絡(social support network)(Atchley, 1997; Walker et al., 1994; Lewis, 1993)。

本文對於長期照顧網絡的闡述也是採用多數專家學者的見解，將二者之概念合一，稱之爲社會支持網絡，簡併稱之爲社會網絡。

### (三)、社會網絡之服務輸送模式

Maguire(1991)形容使用社會支持網絡和建構網絡是一種從微視到鉅視的持續處遇方法。他界定以網絡爲基礎(network-

based)的助人關係型式有：家庭網絡處遇、個案管理、鄰里協助方案、工作場所支持、結合義工、互助及自助團體、以及社區使能(community empowerment)等方式。每一種處遇都是助人者(如家人、朋友、協同工作者)、所在地(如鄰居、工作場所)、目標人口群等型式的連結。

Maguire(1991)將社會網絡之服務輸送模式區分為三種類型：

(一)網絡處遇方法 (network intervention)

是由家庭治療觀發展而來的一種臨床處遇方法，處遇對象只限於失功能的家庭，是針對某一家庭來進行整個治療的過程。它運用個人家庭社會網絡中家人、朋友、鄰居、協同工作者等成員來進行干預。Speck & Attneave (1973)和 Whittaker (1986)也指出，社會網絡是協助解決受助人問題的可行辦法之一，其應用非常富彈性，可以協助家庭成員解決人際關係問題，也可透過家庭網絡的重新組合，或改變某部分網絡關係的素質，促使成員克服網絡關係的負面影響(轉引自楊羅觀翠，1995)。

(二)個案管理 (case management)

個案管理牽涉到不同專業服務的協調，及為有多重需求的案主提供協助。其認知到許多案主有多重的社會心理問題，而需要傳統個人治療、經濟協助及指導、幼兒照顧、就業輔導、教育、或任何型態的協助。因此，光靠一位社會工作員單獨的力量是無法提供這些服務，為了要做最有效的協助，必須要有每一專業領域的人(有時也需非正式網絡中的家人和朋友)共同合作以組成一有效的支持體系來幫助案主。

### (三)系統發展 (system development)

系統發展的處遇方法牽涉到自然社會支持及自助的力量。它是一種通才性的方法 (generalist approach)，旨在連結人們所需的正向支持，並將這些支持轉化成一個體系。它找出並組織各種個體，特別是從案主自然網絡中的人，並透過自助的力量，以案主為中心將其連合成一關連體系，以建構一個社會支持網絡。

### (四)、社會網絡在長期照顧服務系統中之運用

以社會網絡所提供的服務輸送方式，不僅早已為社工界所採用，更受到其他相關助人體系的認同(Franklin, 1998)。八〇年代後，美國興起的服務整合運動，使得社會網絡的理念在長期照顧服務系統中也相當受重視。這種整合運動或許體系不同，或許服務對象不同，或許範圍不同，或許明目的不同，但無論如何，其共通處皆為反映出人們對整合服務的需求與期望(Hull, 1995; Carter, 1994)。

本研究中所謂的整合，指的是全面的將長期照顧服務中，社政、衛政體系內相關照護次系統加以統整，使其成爲一個完善的、整體的、連續的長期照顧服務網絡。同時規劃所有網絡內相關人員共同努力，結合成服務團隊，藉由分工與合作達到增加服務範圍，減少服務成本，促進機構間及機構與家庭、社區間之聯繫，達到大幅提高服務效率的目標。而家庭與社區因與需要長期照顧服務的對象較爲接近且是長期照顧服務的潮流趨勢(居家照護與社區照顧)，應爲整合服務的聯絡中心，透過社工員運用個案管理的方法，以社區組織的技巧，成爲整合服務中的主導人物。

歷年來國內專家學者針對長期照顧服務的研究結果，也都強調社會網絡建立的重要性。吳淑瓊 & 呂寶靜(1998)針對我國社會福利制度之長期照護政策研究中指出，社政與衛政長期照顧相關服務機構、系統間之互動仍然不足，連繫也不夠緊密。黃國敏、郭銀漢(1999)、謝美娥(1997)、胡幼慧(1995)、施教裕(1994)在論及老人長期照顧相關問題時，也都提及建立服務輸送體系與服務網絡的重要性。而服務輸送網絡與社會支持網絡之建構，應同時包括縱橫兩種概念，縱的概念是指垂直層級系統中節制與控制的分層負責，橫的概念則指各系統、各機構間，平行協調、連結與合作、分工。這些觀點如能有效融入平行整合社政與衛政長期照顧服務系統的建構中，則將使服務體系更臻周全。

## 參、連結社政與衛政長期照顧連續性光譜系統模式探討

### 一、從 KAP 的觀點說明長期照顧的概念架構

KAP 即是認知、態度、執行的英文縮寫，是一種從認知的塑造，影響態度的傾向，到影響行為的執行或展現；這個觀點是從行政管理的角度切入作思考。

綜合以上各節的探討敘述中，我們從認知、態度、執行三個層面來思考本研究的研究概念架構：(表 3.1)

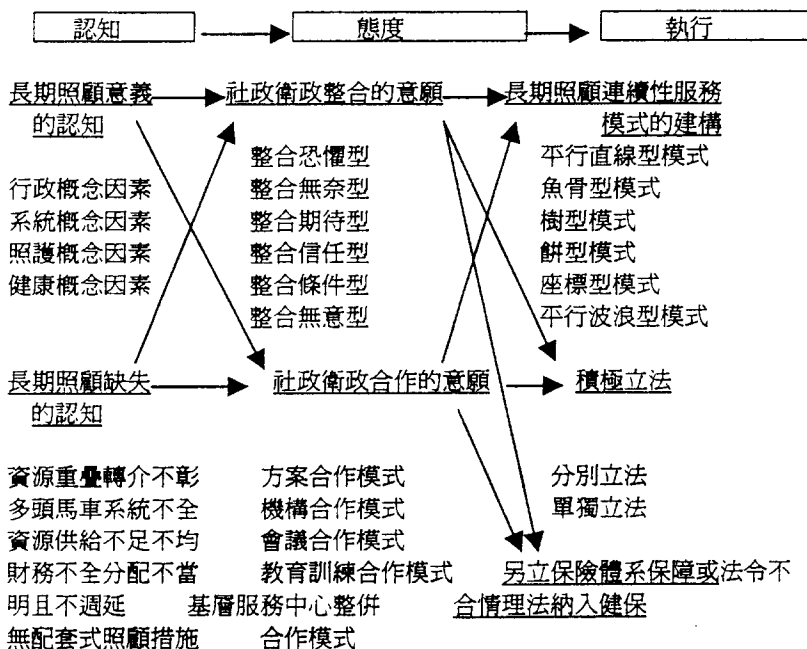


表 3.1 KAP 觀點的長期照顧概念架構

說明：

- 1、對長期照顧的認知---受訪者個人對長期照顧意義的認知普遍具有共識，即都認為應是一種廣義的含括層面。而對於長期照顧缺失的因素、在不同層面也都有敏銳的看見，因此在認知上無論是行政、學術或實務界都有非常清楚的體會與默契。
- 2、整合的意願與態度---從深入訪談中所釋放出來的訊息非常明白的指向期待未來美好的整合、由整合期待型與整合信任型與整合條件型的態度傾向比率已超越社政衛政的藩籬，超過 80%的傾向率，是值得考慮並妥善運用的民氣。而兩體系合作的意願也非常高、只要有合適的切入點、應自然是水到渠成。
- 3、長期照顧系統規劃---過去有許多專家學者曾經研擬過

許多的長期照顧系統模式，但較少由平行的合作分工角度切入作連結，本研究期待從訪談中所發現的各種可能合作模式，能夠成爲未來長期照顧系統連續性服務光譜間強而有力的黏著劑。

## 二、從策略規劃的觀點說明長期照顧的概念架構

自 1970 年以來，策略規劃(strategic planning)的觀念與實務在組織管理中形成風潮，使得規劃的程序更加精煉(榮泰生，1991)。策略性規劃實際上是一種管理程序，用以發展並維持一種策略，以使組織的目標及資源，和變動中的市場機會相配合(張在山，1990)。

策略的重要角色在於爲組織形成一明確計劃行動的焦點，並提供組織行動決策的一致性與方向上的統一，甚至可以某種書面形式記錄下來，做爲組織確立目標、行動、決策的依據(Craig，1994)。策略管理者最重要的任務即在於確認組織環境，促使組織運作有效率、有效能，並符合社會之需求。長期照顧連續性服務光譜系統建構即可由策略規劃延伸出其概念架構(表 3.2)。

從開放系統觀點觀之，任何組織都必須依存於外在環境，亦即組織是其所屬的任務環境、政治、文化、經濟體系及社會系統中的一部份；Yeheskel(1991)運用交換理論觀點，指出人群服務組織與其任務環境間存在著一種權力依賴關係(power-dependence relations)，此權力關係交換的包括組織間的利益、資源、權力等。因此確認組織與外在環境的權力依賴關係、程度，實爲策略規劃的重點內涵，更重要的是組織內外環境資源的分析與達成目標策略的選定。

以下透過策略規劃過程來說明長期照顧系統建構的步驟：

- 1、策略規劃首先要認知組織的特性、目標與使命，對應於長期照顧系統在建構則是『長期照顧意義與基本特性之認知』。
- 2、其次要分析了解組織之內外在環境，因此對應於長期照顧系統在建構則是『分析系統內在完備性』與『分析系統外在連續性』。
- 3、接著是選擇運作的策略，相對應於長期照顧系統在建構則是『社政衛政體系是否整合為一』與『合作分工模式的選擇』。如此則慢慢的形成整體組織的策略。
- 4、選擇策略後要確定組織最後的策略與目標，並發展行動組合方案，對應於長期照顧系統在建構則是『發展兩體系合作模式的組合方案』。
- 5、緊接著就是確立特定的方案，相對應於長期照顧系統在建構則是『長期照顧合作方案的確立』。
- 6、這過程中同時在設計組織及制度，因此對應於長期照顧系統在建構則是『長期照顧連續性服務光譜系統建構』。
- 7、進入最後階段即是方案的執行，對應於長期照顧系統在建構則是『兩體系合作方案的執行』。
- 8、而終了步驟是成果的評估，對應於長期照顧系統在建構則是『評估長期照顧連續性服務光譜系統之運作』(表 3.2)。

由以上步驟的說明，可以看出策略規劃是一個整體性、全面性的計劃綜合考量運作，也是一個建構有效系或模式極佳的概念架構，如果長期照顧服務系統在建構能真正按部就班的依循策略規劃的原則，從形成策略到選擇行動策略，然後有效的執行並隨時予以評估，相信一個具時代性與未來性的長期照顧

服務系統模式即將誕生。

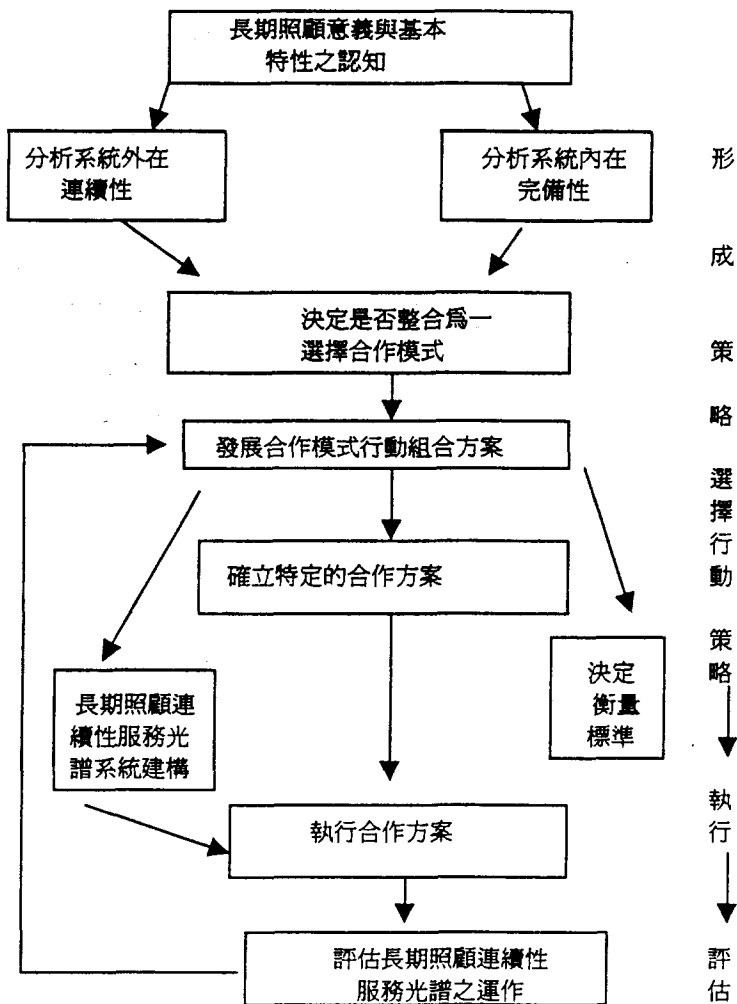


表 3.2 長期照顧連續性服務光譜系統建構策略規劃過程之概念架構



### 三、連結社政與衛政長期照顧連續性光譜系統模式探討

長期照顧連續性服務是我們所重視的，我們期待提供給被服務的對象如老人、失能、失智者一個完全安心的終老體系，是從健康到不健康，安養到護理等無虞的生活空間；因此模式的建構只是提供我們一個指引，使實務界的工作者看到一個服務藍圖，在提供服務時有跡可尋，就像管理專家常言道：「有計劃強過沒有計劃，有架構勝過沒有架構」。

社政與衛政兩體系無論是否整合，何時整合，長期照顧連續性服務系統在建構是當務之急、刻不容緩的第一要務，我們不憂心垂直體系會不會整合，因為平行整合的合作分工運作更重於垂直的行政隸屬，它也才是長期照顧體系連續性服務中有效的黏著劑。

茲將研究者總結訪談之後的心得，所帶給自己的亮光與啓示，模擬建構了幾個長期照顧連續性服務光譜系統模式，提供專家學者共同參考切磋。

#### 一、平行直線型長期照顧連續性服務光譜

此系統光譜中，我們強調社政與衛政兩體系平行獨立的運作存在事實，同時也把民眾的需求均勻的認為分散在兩個體系任何可能的層面中，這中間使用者可以隨心所欲的進出任何一個體系、任何一個機構，只要中間的管道通暢、轉介無阻，則接受服務者將非常自由的由享受兩體系所提共最佳的服務；因此在這一個平行直線型長期照顧連續性服務光譜中所應著重的就是合作分工的有效推動與運作，強調專業處遇的分工（既分工又合作）與專業協助的合作（既合作又分工），並且轉介當

中以有無就醫之虞，作為轉介時相當重要的判準標準而整個光譜系統的涵蓋面也達於衛政體系中急慢性的就醫治療，與社政體系中的居家服務（如圖 3.1）。

## 二、魚骨型長期照顧連續性服務光譜

在這個系統光譜中，我們強調社政與衛政兩體系從分立的各自提供服務的狀態逐漸的走向合作分工的運作模式，因此起初非常重視彼此專業的處遇，而由於被服務者逐漸的在兩體系中接受服務時，感受到資源的重複與無效率化，甚至無法得著立即性、與有效性的服務，使得服務提供者警覺到兩體系合作的必要性與重要性，於是促成兩體系開始採取漸進式的合作態度，從非常謹慎、小心翼翼的合作方案著手，然後再逐步的開放腳步積極的合作。

魚骨型本來是在說明一個過程，一個架構步驟，用它來說明長期的合作服務系統也就是取其過程取向，從開始稀疏的合作漸漸進入密集的合作與分工，到最後則是完全積極的合作，可以分為社工主導的合作與醫療主導的合作，而且是一種循環轉介式，默契極佳的團隊合作（如圖 3.2）。

## 三、樹型長期照顧連續性服務光譜

此系統光譜中，我們強調社政與衛政兩平行體系已完全的整合，無論是人力或物力都以融合為一，因此垂直的整合業已建立一個穩固的基礎，指揮體系一致，造就了平行合作分工的無障礙性，於是合作中有默契，分工中有交集，對於連續性服務擁有基礎的共識。

樹型的長期照顧連續性光譜，強調樹型的穩固根基是完全合一，有共識有默契，絕不會互相拉扯，造成工作上或服務的中斷或是障礙，由於基礎的盤根錯節有明確的脈絡可循，因此往上發展的合作與分工運作自然沒有障礙的空間，就像枝子連在枝幹上，一脈相承合作無間。於是在此系統中可以發揮良性的轉介效果，因被服務者的需要提供必要的服務與轉介，而社政與衛政體系密切的結合成一家人（如圖 3.3）。

#### 四、餅型長期照顧連續性服務光譜

在這個系統光譜中，我們強調社政與衛政兩體系從分立的各自為政狀態轉為積極的合作狀態，其中透過各案管理與照顧管以模式運作串聯社政與衛政兩體系。因此它形成像餅狀的來回循環式模式，這當中無論是社政體系的服務，或者是衛政體系的服務，都是可以逆轉而隨時提供必要的服務，因為是這樣，所以兩體系勢必建立非常密切的合作分工運作模式，就像餅狀圓圓而循環不惜；為了達成如此的運作，合作的五大模式就必須有效的被運用出來，其中個案管理者扮演一個非常重要的角色，那就是協調者、溝通者、轉介者三合一的角色扮演；從角色理論中我們可以看到無論是採個人的個案管理模式，或採團隊的個案管理模式，雙方體系彼此交叉的學習是不可或缺的，也唯有如此的訓練才能夠造就轉介協調中揮灑自如的個案管理者（如圖 3.4）。

#### 五、座標型長期照顧連續性服務光譜

本系統模式強調社區網絡的連結與運用，從長期照顧服務系統規模而言，它的每一個服務層面，就像點、線、面分布在每一個座標網絡上，可以由點而線而面的把它串聯起來，因此

在座標上的每一個點，都有其份量不同的照顧與服務項目內容；研究者要強調的是，在社政與衛政兩體系平行的運作狀態中，為了使對長期照顧有需求者可以得到適時、適地、適切的照顧與服務，連結點、線、面成一體的合作模式與轉介方式就顯得格外重要，使服務的提供者無論從哪一點切入都能展現立即性、適切性，因此此模式的建立應著重在網絡有效的建構，使無論從社政到衛政，或居家到大型機構，都能因著重兩體系平行的連結與合作而提供最佳的長期照顧服務內容（如圖 3.5）。

## 六、平行波浪型長期照顧連續性服務光譜

此系統光譜中，我們強調社政與衛政兩體系的服務是各自循環而擴散的，而人們的需求像波浪般時起時伏，但也有收斂的時候；是故社政與衛政兩體系在提供服務時，當人們的需求呈現擴散時則會跨越到相對體系的服務層面，此時如果沒有適合的轉介管道或是合作模式，則勢必無法滿足人們的需求，而當需求被滿足轉為收斂時，此時轉介角色的事實轉介將有助於資源的有效運用。

平行波浪型與平行直線型最大的不同在於反映需求擴張或收斂的不同，波浪型強調需求擴張時兩體系合作的急迫性，而直線型則強調被服務者需求出現時兩體系合作的普性；也就是波浪型強調服務上強有力的合作連結，直線型則強調轉介上的行政合作連結；不過要說明的是，在相對應的合作分工服務點上都是非常重視的（如圖 3.6）。

紅 橙 黃 綠 藍 靛 紫

有緊急就醫之虞→就醫之虞漸緩→無就醫之虞→健康狀況尚可→健康狀況良好  
 專業處遇的分工(既分工又合作)↔專業協助的合作(既合作又分工)

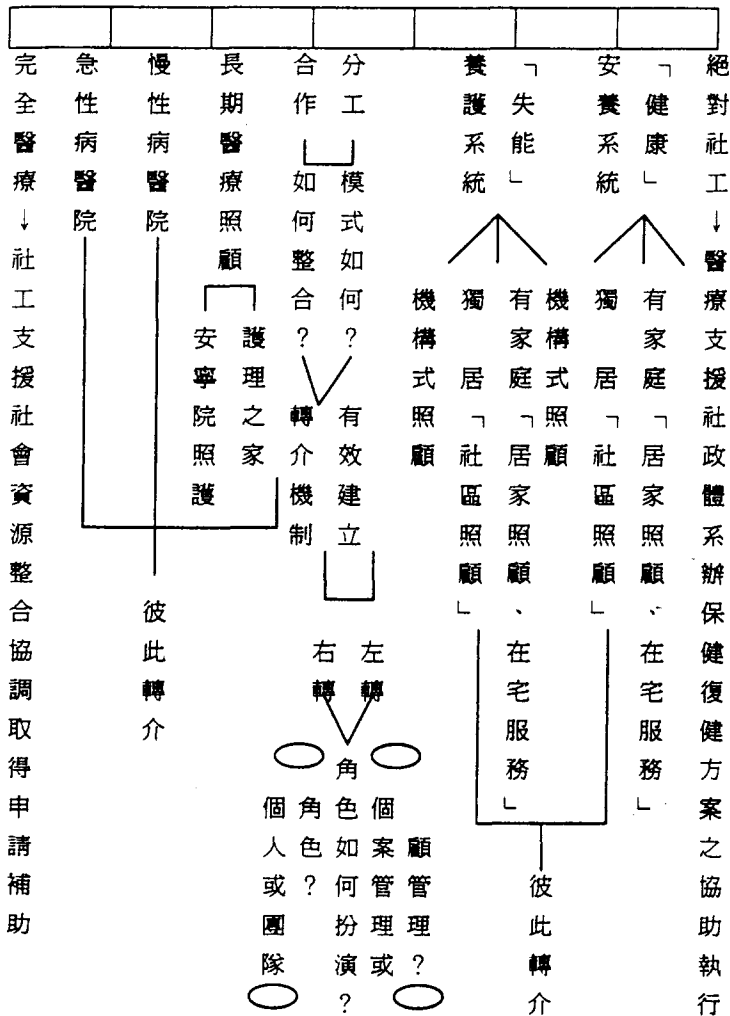


圖 3.1 平行直線型長期照顧連續性服務光譜

**重點說明：**起初分工多，各重專業處遇；中段合作分工愈密集，轉介頻繁；末段重合作，團隊默契佳並重循環轉介。

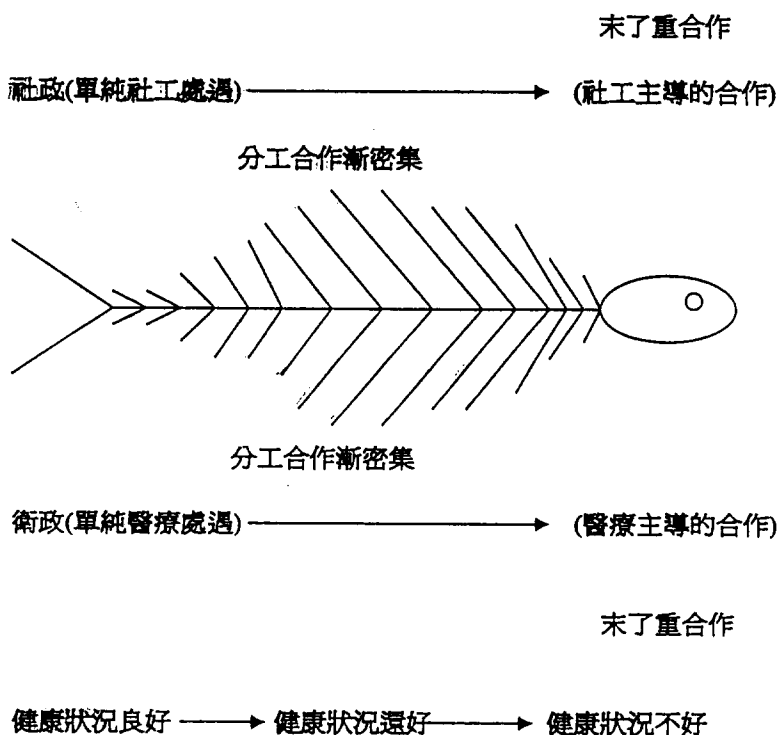


圖 3.2 魚骨型長期照顧連續性服務光譜

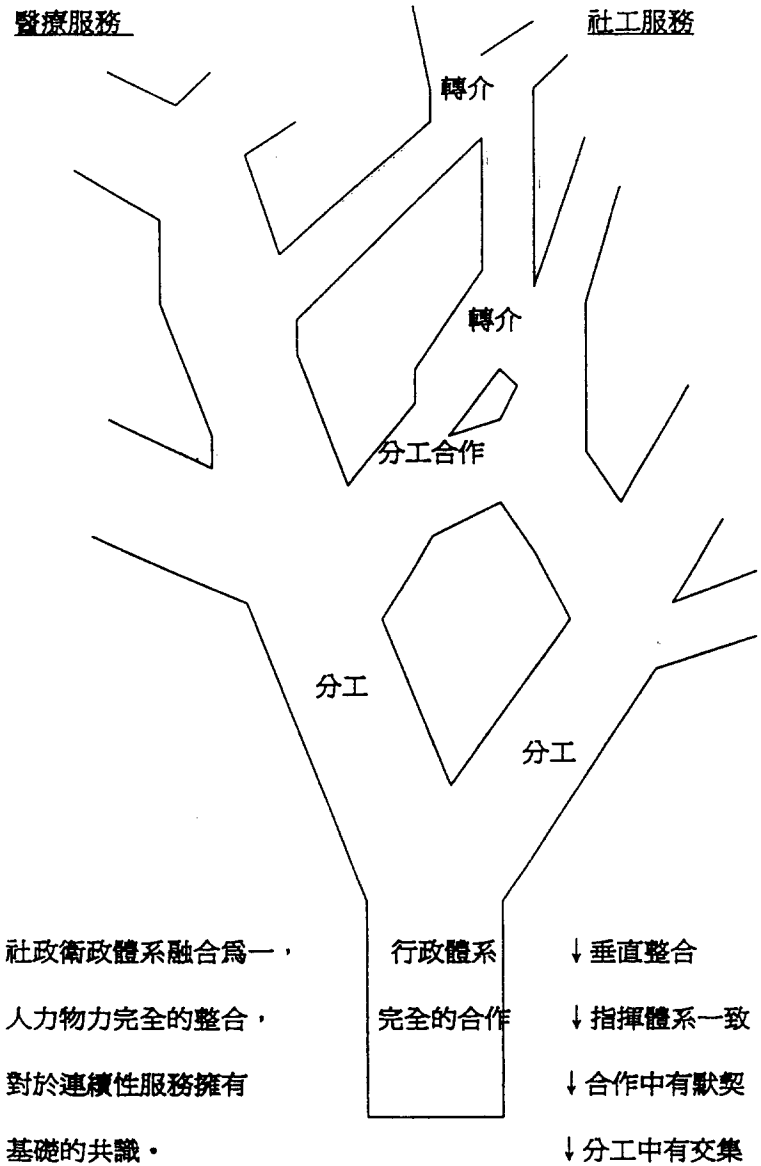
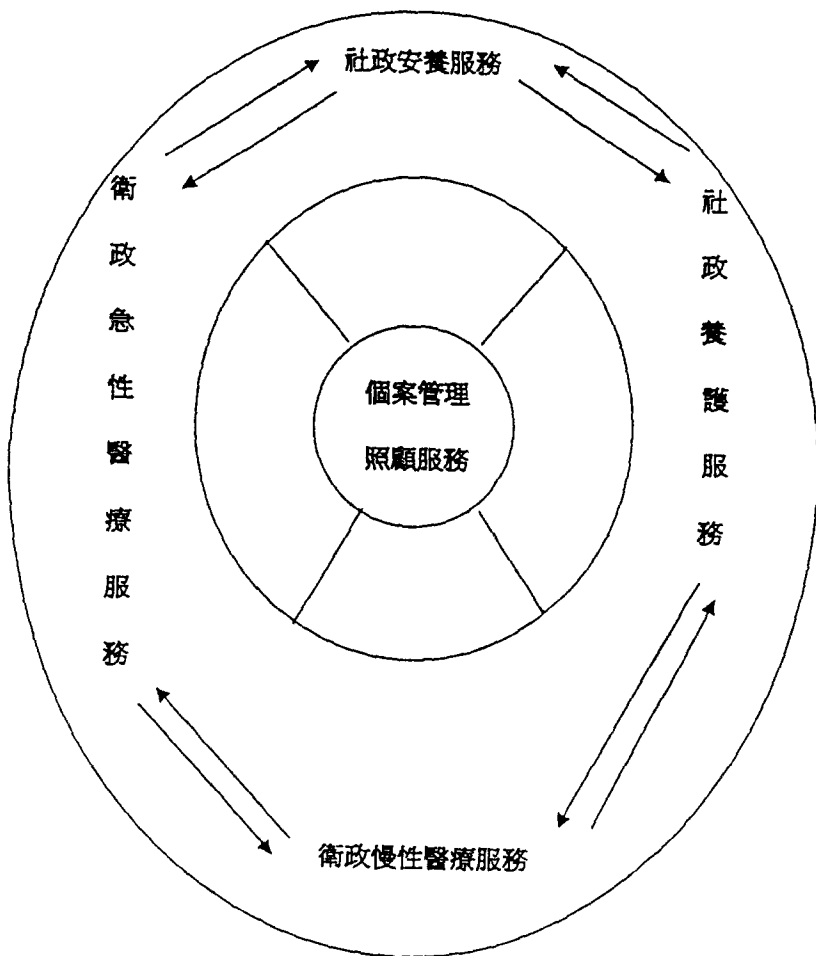


圖 3.3 樹型長期照顧連續性服務光譜



重點說明：1.重視個案管理與照顧管理的分工與合作

2.連續性的服務是可逆轉的



本系統強調社區網絡的連結與運用，從座標觀之，每一點都有份量不同的照顧與服務項目內容。

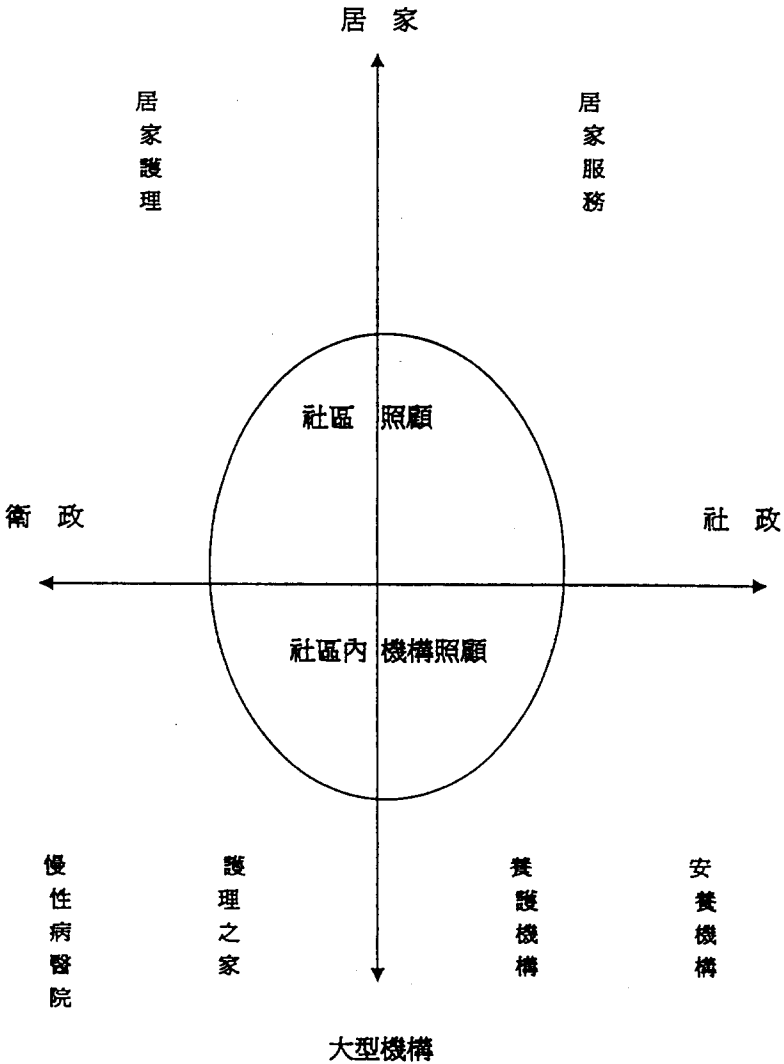
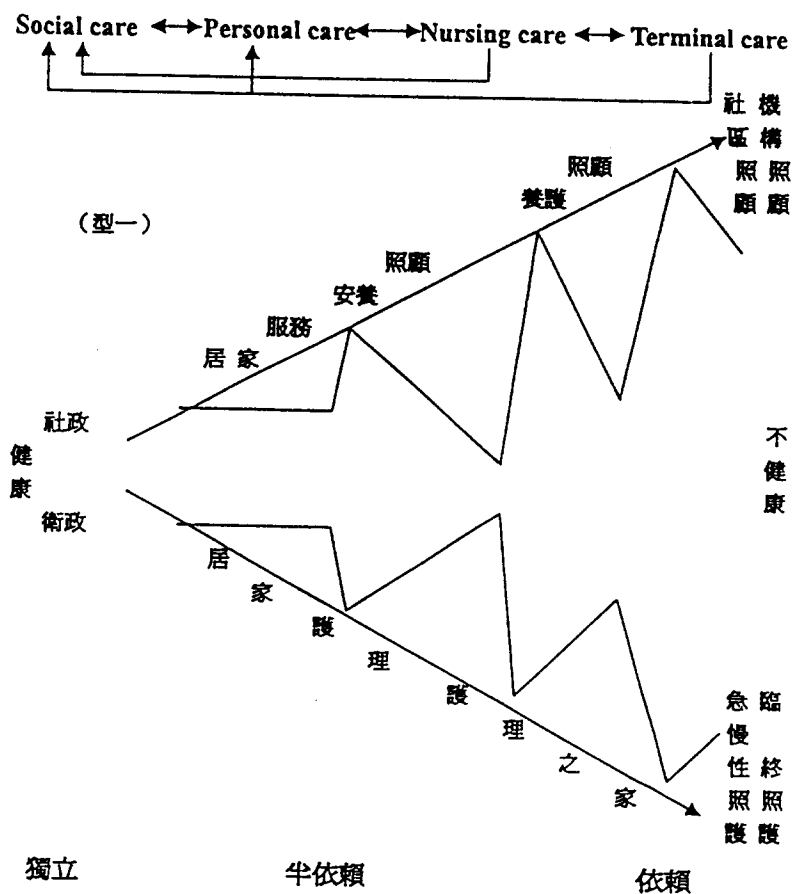


圖 3.5 座標型長期照顧連續性服務光譜

此系統強調照顧是循環而波浪式擴散性的，而在系統內也可能收斂後再擴散。例如一個人可能從 personal care 的需求擴散到 nursing care，但也可能從 nursing care 收斂回到 personal care，更且回到 social care，收斂擴散是一種循環存在的，當然也有可能直接進入 terminal care 而不再回頭。



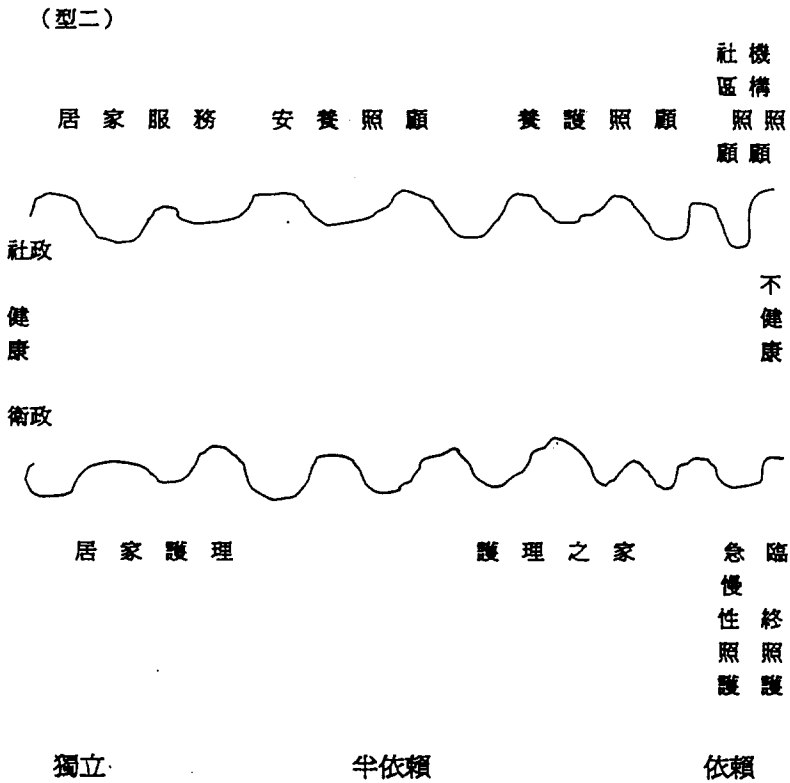


圖 3.6 平行波浪型長期照顧連續性服務光譜

## 肆、結論

雖然歷史造就了社政與衛政過去一直各自獨立行政的運作模式，也因此較少有經過縝密設計的互動，加以各自業務範圍的龐雜與服務提供的區隔性，致使雖然服務對象相同，服務項目也有緊密的相關，但卻無法有效攜手合作與分工，只因行政的體系不互相隸屬，合作分工的模式未適當建立。如今透過社政與衛政行政體系彼此的串聯，在異中求同的共識下，建構起長期照顧系統連續性與整體性的合作分工模式，自然將過去各自為政的藩籬一盡破除，同時也期待從此建立良性的互動，相信透過制度面的調整與有效方案的設計與推動，長期照顧連續性系統模式的建構只是一個開始，未來在許多社會福利服務上更要展現社政與衛政肯溝通、能溝通、願溝通、重協調、能合作、肯分工的最佳互動模式。

## 參考書目

### 【中文部分】

- 王德睦、陳寬政(1996)。台灣地區家戶組成之推計。《臺灣社會學刊》，19，9-33。
- 內政部社會司(1994)。《臺灣地區人口統計》。台北：行政院內政部。
- 內政部社會司(1994)。我國老人福利工作執行概況。《社區發展》，67，172-179。
- 內政部社會司(1987)。《台灣地區老人養護問題之研究》。台北：內政部社會司。

- 內政部統計處(1997)。中華民國八十五年老人狀況調查報告。  
台北：內政部統計處。
- 古梓龍(1997)。現行老人長期照護政策。加強老人保健與醫療  
照護總體計劃說明會書面報告。
- 白秀雄(1992.6.25)。老人是社會可用之人力資源。中國時報，  
第五版。
- 行政院主計處(1998)。行政院主計部統計手冊。台北：行政院  
主計處。
- 行政院主計處(1996)。中華民國，台灣地區老人狀況調查報告。  
台北：行政院主計處。
- 行政院主計處(1989)。人力資料調查。台北：行政院主計處。
- 行政院經建會(1993)。中華民國台灣地區民國 81 年至 125 年人  
口推計。台北：行政院經建會。
- 行政院經建會(1991)。中華民國台灣地區民國 79 年至 125 年人  
口推計。台北：行政院經建會。
- 行政院經建會(1998)。我國社會福利現況、問題與對策。台北：  
行政院經建會。
- 行政院衛生署(1997)。衛生統計。台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署(1996)。衛生統計。台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署(1998)。長期照護三年計畫。台北：行政院衛生  
署。
- 李增祿(1996)。社會工作概論。台北：巨流。
- 宋蕙安(1997)。老人長期照護社區化的探討。中正大學社會福  
利研究所碩士論文。嘉義：中正大學社會福利研究所。
- 呂寶靜(1997)。臺灣地區老人日間照護方案功能之初探：從老  
人使用者及其家屬的觀點出發。政治大學社會學報，27，  
89-120。
- 呂寶靜(1994)。老人福利政策之研究。台北：內政部社會司。

- 呂寶靜(1993)。建立台北市老人養護系統之研究。台北：台北市社會局。
- 呂寶靜、施教裕、吳淑瓊、張淑英(1995)。老人福利政策之研究。台北：內政部。
- 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。台北：行政院研考會。
- 吳淑瓊(1997)。台灣老人醫療及長期照護的需要。1997 亞太國際老人照護研討會論文。台北：衛生署。
- 吳淑瓊(1995)。老人長期照護研究。行政院衛生署科技計劃，DOH82-TD-086。
- 吳淑瓊、江東亮(1995)。臺灣地區長期照護的問題與對策。中華衛生雜誌，14，(3)，246-255。
- 吳淑瓊(1994)。從健康服務的供需探討我國老人健康照護問題。經社法制論叢，14，85-100。
- 吳寧遠(1995)。高雄市婦女福利之研究。高雄：中山大學中山學術研究中心。
- 邱亨嘉(1989)。我國老年長期照護機構之規劃研究。台北：行政院衛生署。
- 周玟琪、葉琇姍等譯(1995)。當代社會工作理論：批判的導論。台北：五南。
- 胡幼慧(1995)。社區長期照護問題之檢視。社區發展季刊，69，125-131。
- 胡幼慧(1994)。社區性長期照護問題之支持體系研究。行政院衛生署科技計劃，DOH83-TD-065。
- 胡幼慧(1996)。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 施教裕(1994)。老人和家庭政策：家庭關係的內涵及意含之探討。社區發展，68，84-95。

- 施教裕(1994)。老人對機構安養之抉擇及使用的探討---以老人適應方式三種理論模式為例。《經社法制論叢》，14，101-125。
- 施教裕(1994)。老人福利服務使用之相關因素之探討。《社會工作學刊》，3，61-92。
- 施教裕(1993)。老人長期照護需求評估及對策探討，見王國羽主編「社會安全問題之探討」（pp. 291-315）。嘉義：中正大學社會福利研究所。
- 姚美華(1995)。《機構安養老人代間關係之探討》。中正大學社會福利研究所碩士論文。嘉義：中正大學社會福利研究所。
- 徐宗國(1997)。《質性研究概論》。台北：巨流。
- 高迪理(1993)。《臺灣地區老年人社會福利服務需求之後分析》。台北：國科會。
- 高迪理(1991)。社會支持體系概念架構之探討。《社區發展期刊》，54，24-32。
- 郝溪明(1998)。老人長期照護中家庭功能之初探。《社區發展季刊》，83，265-273。
- 陳宇嘉、鐘文君(1998)。《老人福利提供與需求評估》。台中：東海大學社會工作學系。
- 陳宇嘉、林瑞欽、陳燕禎、魏季李(1995)。《「台灣省安老計劃」實施現況及未來需求評估報告》。台中：東海大學社會工作學系。
- 陳宇嘉、黃松林、姚淑芬、簡美娜(1996)。台灣省民對老人福利措施意向調查研究。《社會發展研究學刊》，2，89-90。
- 陳世堅(1999)。個案管理導向之老人長期照護系統模式之探討。《中華醫務社會工作學刊》，7，17-33。
- 黃松林、劉阿琴(1993)。《社區中未立案養護機構之探討》。台中：省政府社會處。
- 黃源協(1999)。《社區照顧發展之脈絡分析---意識型態、政策與實務》。台中：臺灣省社會發展之前瞻學術研討會。

- 畢恆達(1996)。詮釋學與質性研究。收錄於胡幼慧編，*質性研究：理論、方法及本土女性研究實例* (pp. 27-45)。台北：巨流。
- 張弘華(1996)。無自願能力老人療養現況與未來療養需求推估。中正大學社會福利研究所碩士論文。嘉義：中正大學社會福利研究所。
- 張潤書(1998)。行政學。台北：三民。
- 彭懷真(1999)。誰轉動生命齒輪。台北：校園書房。
- 彭武德(1992)。國中生的社會網絡與主觀壓力之研究。東吳大學社工系碩士論文。台北：東吳大學社工系。
- 曾竹寧(1999)。論老人社區照顧服務體系之建構。*社會工作學刊*, 5, 141-170。
- 楊羅觀翠(1995)。社會網絡的理論與應用。*社聯季刊*, 129, 3-6。
- 萬育維、羅詠娜(1993)。台北市居家照顧服務人力資源之探究。*社區發展*, 62, 34-42。
- 詹火生(1994)。建構以民眾需求為導向的社會福利政策。*社區發展*, 67, 28-32。
- 廖榮利(1987)。社會工作理論與模式。台北：五南。
- 臺灣省政府社會處(1997)。社政年報。南投：臺灣省政府社會處。
- 臺灣省政府社會處(1997)。常用社政法令彙編。南投：臺灣省政府社會處。
- 蔡啓源(1995)。臺灣地區高齡志工及協助高齡者工作模式之研究。台北：雙葉書廊。
- 蔡啓源(1994)。老人福利服務：研究與實務。台北：五南。
- 蔡宏進、廖正宏(1993)。人口學。台北：巨流。
- 蔡宏昭(1990)。社會福利政策--福利與經濟的整合。台北：桂冠。
- 劉邦富、黃松林、劉阿琴(1996)。台灣省已未立案老人養護機構探討。*社會發展研究學刊*, 2, 62-66。



- 謝美娥(1997)。從失能老人社區照顧的需求初探服務網絡之建立。《政治大學社會學報》，27，47-88。
- 簡春安、周平儀(1998)。《社會工作研究法》。台北：巨流。
- 簡春安(1995)。《臺灣省未立案養護機構評估報告》。南投：臺灣省社會處。
- 藍忠孚、熊惠英(1993)。台灣地區長期照護服務之現況及其問題。《護理雜誌》，40(3)，15-24。
- 譚開元(1998)。《現行醫療與福利相關措施重點報告》。台北：內政部。

### 【英文部分】

- Abramovice, B. (1988). *Long term care administration*. New York: Haworth.
- Albert, J. E. (1988). *Social service for old persons*. Prospect Heights, IL :Waveland.
- Allen-Meaers, P., & Lane, B. A. (1987). Grounding social work practice in theory: Ecosystem. *Social Casework*, 65(6), 323-329.
- Atchley, R. C. (1997). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology*. Belmont, CA : Wadsworth Pub. Co.
- Barker, R. L. (1991). *Social work dictionary*. Sliver Spring, MA : NASW.
- Caldwell, J. M. (1982). Home care: Utilizing resources to develop Home Care. *Hospitals*, 56, 68-72.
- Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health : Lectures on concept development*. New York : Behavioral Publications.
- Carter, S. (1994). *Model programs and services—Organizing systems to support competent social behavior in children and youth*. Washington, DC: Office of Special Education and Rehabilitative

Services.

- Elizabeth M. T. (1993) • Teaching about social networks and social support : A social network mapping exercise. *Journal of Teaching in Social Work*, 7(2), 37-46.
- Franklin, C. (1998) • One hundred years of innovative ideas about practice. *Social Work in Education*, 20(4), 211-217.
- Germain, C. B. (1979) • *Social Work practice : People and environments-An ecological perspective*. New York : Columbia University Press.
- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1985) • *The life model of social work practice*. New York : Columbia University Press.
- Gitterman, A. (1996) • Debate with authors ecological perspective : Response to professor Jerry Wakefield. *Social Service Review*, 70(3), 472-476.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967) • *The discovery of grounded theory*. Chicago : Aldine.
- Goldstein, H. (1991) • Qualitative research and social work : Partner in discovery. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 18(4), 101-120.
- Greene, R. R., & Ephross, P. H. (1991) • *Human behavior theory and social work practice*. New York : Aldine De Gruyter.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989) • *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.
- Henk, M. L. (1989) • *Social work in primary care*. London : Sage.
- Hull, J. (1995) • Indian control and the delivery of special education services to student in band-operated school in Manitoba. *Alberta Journal of Educational Research*, 41(1), 36-62.
- Jencks, C. (1993) • *Rethinking social policy*. New York : Harper Collins.

- Kane, R. A. (1987) • Long-term care. In A. Minahan(Ed.), *The Encyclopedia of Social Work* (pp. 59-72). Silver Spring, MD : NASW.
- Karls, J. M., & Wandrei, K. E. (1995) • Person-in-environment. In *Encyclopedia of Social Work* (19<sup>th</sup> ed.) (pp. 1818-1827). Washington, DC : NASW.
- Koff, T. H. (1982) • *Long-term care : An approach to serving the frail elderly*. Boston: Little, Brown and Company Inc.
- Lewis, J. S. (1993) • *Independent living among community-based elderly : The impact of social support and sense of coherence*. Baltimore: University of Maryland at Baltimore.
- Maguire, Lambert. (1991) • *Social support systems in practice : A generalist approach*. Washington, DC: NASW Press.
- Manton, K. G., Corder, L. S., & Stallard, E. (1993) • Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the United States elderly population from the 1982, 1984, and 1989 national long-term care survey. *Journal of Gerontology*, 48(4), 153-166.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1995) • *Designing qualitative research*. New Delhi : Sage Publication.
- Marshall, M. (1990) • *Social work with old people* (2<sup>nd</sup> ed.). London : Macmillan.
- Mechanic, David. (1987) • Challenges in long-term care policy. *Health Affairs*, 6, 22-34.
- Neugarten, B. (1982) • *Age or need ?* Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Patton, M. Q. (1990) • *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publication.
- Payne, M. (1991) • *Modern social work theory-A critical introduction*. Chicago, IL : Lyceum Books Inc.

- Regnier, V., Hamilton, J., & Yatabe, S. (1995) • *Assisted living for the aged and frail*. New York: Columbia University Press.
- Rubin, A., & Babbie, E. (1997) • *Research method for social work* (3<sup>th</sup> ed.). CA : Wadsworth.
- Skidmore, D. (1997). *Community care : Initial training and beyond*. London : Arnold.
- Somers, A. R. (1982) • Long term care for the elderly and disabled--A new health priority. *New England Journal of Medicine*, 307, 221-225.
- Stern, P. N. (1980) • Grounded theory methodology : Its uses and processes. *Image*, 12(1), 20-23.
- Strauss, A., & Cobin, J. (1994) • Grounded theory methodology : A discovery. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Strauss, A., & Cobin, J. (1990) • *Basics of qualitative research: Grounded theory Procedures and techniques*. Newbury Park, CA : Sage Publications, Inc.
- Turner, F. J. (1996) • *Social work treatment* (4<sup>th</sup> ed.) New York: The Free Press.
- Tutty, L. M., Rothery, M. A., & Grinnell, R. M. (1996) • *Qualitative research for social workers*. Boston : Allyn & Bacon.
- Wakefield, J. C. (1996a) • Dose social work need the eco-system perspective ? Part 1 : Is the perspective clinically useful ? *Social Service Review*, 70(1),1-32.
- Wakefield, J. C. (1996b) • Dose social work need the eco-system perspective ? Part 2 : Does the perspective save social work from incoherence ? *Social Service Review*, 70(2), 183-213.

- Wakefield, J. C. (1996c) • Dose social work need the eco-system perspective ? Reply to Alex Gitterman. *Social Service Review*, 70 (3),476-481.
- Walker, M. E., Wasserman, S., & Wellman, B. (1994)• Statistical model for social support neyworks. In S. Wasserman & J. Galaskiewicz (Ed.), *Advances in Social Network Analysis* (pp. 53-78). Beverly Hills, CA: Sage Publication .
- Wan, T. H. (1986) • Evaluation research in long term care. *Research on Aging*,8(4), 16-20.
- Weiss, R. S. (1974) • The previsions of social prelationships. In Z. Rubin (Ed.) , *Doing into others* (pp. 17-26). New York : Prentice Hall.

A Study on the Continuous Service Model Construction of  
Long-term-care System  
--From Social Welfare System to Health System--

Shih-Chien Chen

Abstract

The study is to realize and evaluate long-term-care system on the model construction, through parallel integration between social-welfare and health system in the further.

Therefore, this study adopts qualitative research method to collect data and further information. There are five major purposes in this study. First, a discussion is conducted on consciousness of long-term-care system between different background social welfare and health system. Second, another discussion is on the influence factors about integration and continuity of long-term-care system. Third, a discussion is conducted on the attitude trend of integration between social-welfare and health system. Fourth, models construction is held to seek for cooperation methods. Fifth, the last discussion on the role-play, how to become the suitable connector and coordinator in the long-term-care system.

The result of this study is very exciting, we found four types of consciousness, six factors influence integration and continuity of long-term-care system, six types of attitude trend of integration between social-welfare and health system, about models construction for

cooperation methods, we found five types are suitable, and last we set up six models about integration between social-welfare and health system.

We hope, long-term-care system for elders can be seted up efficiently, effectively, rapidly and completely to bless the elder population.