規劃長期照顧服務的挑戰
—組織協調、服務整合與連結樞紐

呂寶靜
政治大學社會學系教授兼主任

壹、前言

台灣地區近三、四十年來老年人口快速增加，至民國 82 年，老人人口數有 149 萬，佔總人口 7.09%，正式進入老人國。老年人口持續增加，至民國 93 年 10 月底，老人人口有 213 萬餘人，佔總人口的 9.4%。根據行政院經建會 1999 年的推估（採中推估值），民國 100 年，老人人口數將有 239 萬人，佔總人口的 9.9%；120 年增爲 500 萬餘人，佔 19.7%；140 年將有近 600 萬人，佔 23.9%。在老年人口遽增的時代裡，老人照顧的重要性值得重視（呂寶靜，2002）。

隨著老人人口的快速成長，慢性病與慢性功能障礙的盛行率也急遽上升中，這些功能障礙或缺乏自我照顧能力者，需要長期照顧服務，台灣地區 65 歲以上老人有多少人有長期照顧需求呢？有調查指出 65 歲以上老人失能率約是 2.9%到 5.4%之間（李世代等，1999）。吳淑瓊與林惠生（1999）亦指出我國老人中，約有 15-30 萬人因日常生活活動或認知障礙而需要長期照顧，此項需求在未來三、四十年間將成長四倍。依吳淑瓊等人（2003）的推估，65 歲到 74 歲有身心功能綜合障礙者佔 8.01%，75 歲到 84 歲者高達 19.57%，85 歲以上者更高達 45.63%。

健康與福祉被聯合國認定爲老人的兩大迫切與普及的社會議題（Antonucci, Okorodudu and Akiyama, 2002：618）。而國內有關老人需求之調查也顯示：健康醫療之需求總是排在第一位或第二位（謝高橋、陳信木，1994）。老人之健康照護服務的範疇大致可分類爲：（一）預防服務；（二）醫療服務；以及（三）長期照護服務（吳淑瓊，1994）。爲了因應老人健康與社會照顧的需求，行政院於 1998 年訂頒「加強老人安養服務方案」，同年衛生署通過執行「老人長期照護三年計畫」，而行政院也於 1999 年通過「建構長

期照護體系先導計畫」(吳淑瓊等，2003)，執行為期三年的我國長期照顧體系的建構工程，揭櫫了我國長期照顧制度建構的迫切性。其中資源的整合與配置之主題有待更深入的探究。因此，本文撰文的目的旨在探討規劃長期照顧體系的挑戰—如何增進組織間的協調、整合服務輸送體系以及設置老人與長期照顧服務之連結樞紐。

貳、長期照顧服務體系

一、長期照顧服務的定義與項目

根據 Kane 和 Kane 的界定：長期照顧是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(Kane & Kane，1987；引自呂寶靜等，1998)。在此長期照顧的定義下，世界主要國家以發展許多不同類型的長期照顧措施，主要包括：機構式服務、日間照顧、居家照顧、臨終照顧、短期臨托(Kane & Kane，1987；引自呂寶靜等，1998)。

又 Tobin & Toseland(1990：29；引自呂寶靜，2001)依老人身體功能損傷的程度(分為輕度、中度、及重度三級)及服務提供的地點(分為以社區為基礎、以居家為基礎、及以機構為基礎)兩個面向將老人服務的類型分類為九大類，如表 1。此外，Brody & Masciocchi(1980；引自呂寶靜，1993)認為機構式服務是最多限制，而居家式服務是最少限制，而具連結功能的服務項目有：資訊和轉介、交通接送服務及教育方案等。

二、長期照顧服務的目標

世界主要國家長期照顧體系的發展趨勢，均將「在地老化」列為總目標，在此總目標下之四個子目標為：

(一)減少機構式服務的使用，尤其是減少過早或不適當的使用；
(二)支持在家中就地老化者必要的支持；
(三)發展新型住宅，使居住者具有獲得服務的近便性；
(四)保證體衰老人住宅與照護服務的獲得。

表 1：老人服務的分類（以服務輸送爲焦點）

服務提供地點 / 老人功能損傷的程度	社區式服務（community-based）	居家式服務（home-based）	聚合式住宿與機構式服務（congregate residential and institutional-based）
輕度	.成人教育 .老人中心 .志願服務組織 .集體用餐方案 .個人及家庭資訊、轉介、輔導及諮商	.住宅修繕服務 .住宅淨值轉換 .居家分租或分住 .電話關懷 .交通服務	.退休老人社區 .老人公寓 .提供膳食的聚合式住宅
中度	.多目標老人中心 .社區心理衛生中心 .門診健康服務 .個案管理系統（社會/健康維護組織等）	.寄養家庭照顧 .居家服務 .送餐到家 .個案管理	.團體之家 .庇護式住宿設施 .住宿和照顧（設施） .喘息照顧
重度	.醫療型日間照護機構 .精神病患日間照護 .阿茲海默症患者家屬團體	.居家健康服務 .保護服務 .居家醫療照護	.急性醫院 .精神病醫院 .中度護理機構 .技術性護理機構 .安寧照護機構

資料來源：Tobin, S. S. & R. W. Toseland, 1990, “Models of Service for the Elderly.” p.29, in ***Handbook of Gerontological Services*** edited by A. Monk. New York: Columbia University；引自呂寶靜，2001。

參、連結老人與長期照顧服務的重要性

以下將從老人使用者的角度出發來論述連結服務的重要性。

一、長期照顧體系多元服務的必要性

（一）全人的觀點

長期照護服務的對象主要是身心功能障礙的民眾，當我們提供服務給身心功能障礙者時，不應聚焦在「身心功能障礙」的部分而忽略身心障礙者也是「人」，作爲人就有其生理、心理、社會的需求，故服務輸送體系不僅是提供身體照顧（或醫療照顧），當然須顧及老人其他層面需求之滿足。

（二）健康的意涵

依世界衛生組織對健康的定義，健康是一種完全的生理、心理和社會福祉的狀況，並非不是沒有疾病而已。在此定義下，健康照護涉及的層面愈加廣泛。

（三）從「照顧品質」提升爲「生活品質」

長期照顧服務之規劃側重在「身體功能障礙」此一面向，故關注焦點爲「照顧」的層面，因而重視照顧的品質與服務提供的目標，故研究者、政策制定者和實務工作者無不努力建構測量照顧品質之指標，但近年來漸漸見到有關爭取身體功能障礙者生活品質的主張。

二、克服使用長期照顧服務的障礙

雖然長期照顧體系涵括多元的服務方案或類型，但老人不去使用或嘗試使用時就遭遇到障礙。若從服務使用的流程來看，有些障礙存在會影響民眾對服務的使用。Gates（1980：165-167；引自呂寶靜，2001）認爲民眾必須克服一系列的障礙才能達到實際上使用服務的階段。這些障礙包括：（一）個人缺乏知識、認知和動機；（二）地理上的障礙是指考慮到機構使用服務所花費的交通時間和費用；（三）心理上的障礙；（四）資格規定之障礙；以及（五）資源的可獲性。

另 Yeatts 等人（1992：25-26；引自呂寶靜，2001）從實務取向出發，提出一個服務使用的概念架構，依此概念架構，有需要的潛在案主群可能因某些服務輸送程序的欠缺而造成使用上的障礙。這些欠缺包括（一）缺乏知識；（二）缺乏可近性：可接近性的障礙至少有三種：1.達到服務機構地點的能力，指交通問題；2.可負擔性，指使用服務所需的費用；及 3.可獲性，服務不普及，故很難獲得服務；以及（三）缺乏意圖。

由此可知，服務認知乃是服務使用的必要條件，故資訊和轉介服務是連結服務的核心要素，因此讓服務網絡中的各個服務提供單位瞭解到其他機構的服務項目，並成爲對方單位的個案發掘者（case finding）是未來可努力的

方向。而地理上的障礙可透過提供交通接送服務或設置連署辦公室的方式來突破。

肆、連結服務的作法

一、促進組織協調

（一）增進組織間的協調合作關係，以建構整合的服務輸送體系

各自獨立的組織，爲了達到在服務輸送的過程中，減少服務的殘破、斷層，以及不必要的重複等目標，而有意的連結關係。此外 Melaville 與 Blank（1991；引自劉麗雯，2004）指出服務組織之間建立協調合作關係的重要意涵，即藉由組織之間的努力建立連結的服務關係，可以提供滿足案主所有需要的能力，並達成建構一個整合的服務輸送體系（劉麗雯，2004）。

（二）組織的協調合作模式

在現有文獻中，組織之間較常見的協調合作模式有：（1）方案合作；（2）合資經營；（3）管理服務組織；（4）組織聯盟的關係模式；（5）服務網絡；（6）組織併購模式；以及（7）合併或精簡裁併模式。至於協調合作的重要元素包括：（1）計畫和計畫的發展；（2）資源；（3）案主或服務接受者；以及（4）資訊（劉麗雯，2004）。

國內有關社會福利組織間協調合作的實證研究顯示：組織之間的協調合作關係多以公立機構爲主要的資源交換核心組織，並且以個案轉介爲最主要的協調合作模式。另非營利組織與政府機構之間，多以方案委託或方案合作的模式建立，然而與其他類型組織之間的協調合作模式，則較傾向以網絡連結、方案合作、或行動聯盟的模式建立合作關係。至於協調合作的元素，非營利組織與政府機構之間的協調合作元素多集中在財物經費上的補助，其他重要元素包括訊息的交換、專業訓練、以及個案轉介等。至於非營利組織之間的協調合作重要元素，以訊息交換與個案轉介爲主（劉麗雯，2004）。

二、整合服務體系

在健康照顧服務輸送體系的整合方面，有學者（Burns & Pauly，2002）建議下列四類模式：

（一）顧客化（customized）整合與疾病管理

仰賴兩種照顧整合方案：（1）個案管理方案：針對因多重的健康、功能、

社會問題而有高住院風險與健康狀況不佳的病人；（2）疾病管理方案：針對有單一診斷結果與診斷相關的一組照顧需求的病人，發展整合性老人照顧模式，譬如糖尿病、中風或失智症。

（二）照顧的共同辦公室（Co-location of care）

產業的合資經營（joint-venture）常仰賴員工的共同辦公室來完成活動的合作，也就是原公司的員工重新在其他公司配置他們的辦公室，以促進更多的互動、學習與互相調整。

（三）資訊科技的整合健康照顧

透過資訊科技（IT）來整合健康照顧，具備許多優點，包括電子病歷（electronic medical records, EMRs）、個人數位助理（PDA）、數位影像/儲存設備/檢索、自動分藥機、遠距病人監測、病人心理社會資料的傳送以及利用機器進行手術等。

（四）病人整合（patient-integrated）健康照顧

第四種模式是賦權病人個人，鼓勵他們去協調有關自己的健康資訊，作自己的守門人（gatekeeper）。個人病例（personal medical records, PMRs）允許個人以影像格式儲存自己的病史、病例和檢查結果。此個人化版的 EMRs（相對於以提供者爲中心，此以病人爲中心）可以攜帶且授權供實務工作者使用。

三、設置連結樞紐

老人，特別是身心功能障礙的老人，通常有非常複雜的需求，所需要的服務類型相當多元，且由不同機構不同專業人員來提供。老人如果沒有充分的訊息或與正式服務體系打交道的經驗，易造成未使用服務的現象。爲化解此種老人及其家庭照顧者服務使用的障礙，歐美先進國家推展一些方案，設置連結服務的中樞據點或實施照顧管理制度，以發揮連結老人與服務體系的功能。以下特舉兩個案例說明之：

案例一：美國加州連結服務方案（Linkages Program）

美國加州連結服務方案具下列三項目的：（一）協助 18 歲以上的衰弱老人或失能之成人，居住在自己的家裡；（二）極大化他們的獨立；（三）降低對較昂貴的家外照顧之需求。此方案藉由提供周延的照顧管理以達成上述的目的，此方案當初設計之旨意即以不符合照顧管理方案的人爲對象，此方案

服務對象之資格規定並不是以收入爲條件,但必須是執行日常活動有困難者。

連結方案的工作員抱持全人的觀點來回應案主的需求，藉由深入的評量之進行來提供協助。案主、家庭及照顧管理師（care manager）決定案主的需求，並訂定計畫去滿足需求。這些計畫將老人和家庭以及現有的社區服務加以連結，譬如交通接送服務、餐食服務、居家服務、住屋救助和日間照顧服務。當然計畫也可能包括住宅修繕、輔具以及其他的服務安排，以促使案主維持獨立。照顧管理師至少每個月一次需和案主聯繫一起做計畫，並且至少三個月要拜訪個案一次。在加州全州總計設有 36 個連結站（中心），每個中心服務 100 位失能者（Linkages Program of California Department of Aging，2005）。

案例二：多倫多社區照顧就近中心（Toronto Community Care Access Centre，CCAC）

多倫多的社區照顧就近中心的「照顧」係指健康照顧服務，但其中心之任務並不是提供直接服務，而是經由照顧協調者（care coordinator）評量個案需要後連結服務。CCAC 的主要任務是：（一）對社區提供長期照護資訊；（二）提供服務連結；（三）長期照護機構安置。CCAC 的照顧協調者也負責民眾需要長期照護機構安置的管理（決定誰可進住機構）。

CCAC 主要的工作人員是照顧協調者，每位照顧協調者約負擔 120 位個案，握有評估實權並決定個案接受的服務，連結合約的服務提供者來提供服務，照顧協調者權限很大，因此連護理之家入住都由他們評估與決定。

在安大略省，照顧協調者的背景包括護理、社工、職能治療、物理治療和語言治療等專業，至少有 2 年以上的工作經驗，在任用前不需特別證照。最近的發展趨勢是每位照顧協調者必須在工作中接受訓練，都需參加大學所舉辦的訓練以獲得證照。目前 CCAC 請求 University of McMaster 提供 part time 訓練課程，爲期 2-3 年（吳淑瓊等，2002）。

上述兩個中心的引介，吾人可歸納其共同的特性有：（一）在老人與各服務提供單位間，設置一個中樞據點；（二）在此據點，聘任照顧管理師或照顧協調者來擔負連結服務的責任；（三）在連結服務之前，必經評量的步驟並訂定照顧計畫。兩者較大的差異在於多倫多社區照顧就近中心的照顧協調者有較大的權責決定誰可獲得哪類服務。

伍、結語

一、現況之建議

台灣近年來紛紛實施各項居家式服務和社區式服務方案，如何促進組織間的協調合作以整合服務體系，俾能提供周延且適足的服務以滿足老人的需求，且避免資源的重複與浪費、政府行政的負荷以及財源的困境，乃是當務之急。

有鑑於目前長期照顧網絡的參與組織仍以公立機構爲主要的核心組織，並以資源交換和個案轉介爲主，故政府在連結老人與服務體系方面應有更積極的作法，建議應設立連結據點，並儘速實施照顧管理制度。

二、未來努力方向

（一）整合急性醫療和長期照顧

本文的論述重點是在長期照顧體系下，連結機構式、社區式和居家式服務的作法。惟台灣目前長期照顧體系的設施和服務方案分屬社政和衛政兩個體系，兩個體系之不協調造成老人無法獲得有效的服務。此外，台灣目前急性醫療照護與長期照護之銜接不良，致使很多的醫療危機無法適時預防，造成了醫療資源之浪費，因此整合急性醫療和長期照護服務是未來努力的方向，美國已經有一些急性及長期照顧服務整合系統成功的例子，譬如 PACE：The Program of All-Inclusive Care of the Elderly，可資借鏡。

PACE 是對中重度身心功能障礙者的照顧計畫，希望整合醫療和長期照顧的照顧資源，在資源有效利用和節約成本的原則下，提供完整全人照顧，盡量讓個案留住在社區，減少個案進機構的機率。在此目標下，PACE 的發展具有下列四大主要特質：（一）彈性化（flexibility）；（二）完整照顧（all-inclusive care）；（三）跨專業團隊（interdisciplinary teams）；（四）總額支付制度（capitated payment）。從以上特質可知，PACE 能解決美國「健康照護財務與服務提供零散」的大問題（吳淑瓊等，2002）。

（二）整合健康促進服務

在先進國家中，除了對身心功能障礙的老人提供長期照護和醫療服務外，整體照顧的理念在老人不斷增加的壓力以及照顧科技的發展下，一再受到挑戰，其中以 1980 年代 Fries（1983）所提出的疾病壓縮理論（compression of morbidity）影響最深，主張對絕大多數老人所需的健康促進與疾病預防需

求加以重視，以預防或延緩老人身心功能的退化，減少長期照護的需求，控制節節升高的照顧經費。此一照顧理念也增廣老人照顧服務的發展向度，在西方世界中，除了原有的醫療保健與長期照護外，還包括健康促進（health promotion）。由此可知未來老人照顧服務比目前將更爲多元，從長期照護、急性醫療、預防保健、到健康老人的休閒養生，均爲照顧的範圍，如何加以整合，期能有效提供老人連續無縫的照顧，是值得正視的議題，也是一項更艱鉅的挑戰。

參考書目

呂寶靜

1993 《建立台北市老人養護系統之研究—老人養護機構之調查》。台北市政府委託研究報告。

2001 《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。台北：五南。

2002 〈老人福利服務〉。頁 177-220，收錄於呂寶靜主編，《社會工作與台灣社會》。台北：五南。

呂寶靜、吳淑瓊、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。

李世代等

1999 《長期照護》。台北：藝軒出版。

吳淑瓊

1994 〈從健康服務的供需探討我國老人健康照顧問題〉。《經社法制論叢》14：85-100。

吳淑瓊、林惠生

1999 〈台灣功能障礙老人照護的全國概況剖析〉。《中華衛誌》18(1)：44-53。

吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭

2002 《考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書》。內政部衛生署委託研究報告。

2003 《建構長期照護體系先導計畫第三年計畫》。內政部衛生署委託研究報告。

劉麗雯

2004 《非營利組織：協調合作的社會福利服務》。台北：雙葉。

謝高橋、陳信木

1994 《邁向二十一世紀社會福利之規劃與整合—老人福利需求初步評估報告》。內政部委託研究。

Antonucci, Toni, Corann Okorodudu and Hiroko, Akiyama (2002).Well-being Among Older Adults on Different Continents. ***Journal of Social Issues*** 58(4):617-626.

Brody & Masciocchi (1980)

Burns, Lawton R. & Pauly, Mark V. (2002).Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? ***Health Affairs*** 21(4):128-143.

Fries J. F. (1983). The Compression of Morbidity. ***Milbank Memorial Fund Quarterly***: 61: 397-19.

Linkages Program of California Department of Aging (2005). http://www.aging.ca.gov/html/programs/linkages.html

作者簡介

姓名：呂寶靜

學歷：美國密西根大學社會工作暨社會學博士

現職：國立政治大學社會學系教授兼任系主任

專長：老人福利、家庭照顧、性別與社會福利政策

代表著作：

1. 呂寶靜，2001，《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。台北：五南
2. 呂寶靜，2002，〈第五章老人福利服務〉、〈第十四章台灣社會工作本土化之路－邁向實務、教育、研究之整合〉，呂寶靜主編，《社會工作與台灣社會》，台北：巨流。
3. Pau-Ching Lu 呂寶靜，2003，〈A Comparison of Sibling Helping Behavior in Old Age and Adulthood—A Case Study of Taiwan〉。宣讀於「The international conference on intergenerational relations in families' life course」，中央研究院社會學研究所主辦，2003 年 3 月 13 日。
4. 呂寶靜，2004，〈失能者身體功能之評量－失能者與其照顧者看法之比較〉。《台灣公共衛生雜誌》，23(3)：188-196。