

營造社區寄養服務能量—以兒童身、心、靈為照顧核心的整體家庭寄養服務

郭靜晃

壹、前言

寄養服務 (foster care) 一般可分為家庭寄養 (foster family care) 與機構寄養 (institute care) 兩種，但大多均以家庭寄養為考量，所以寄養服務也可直接稱為家庭寄養，換言之，寄養服務是為社區處遇之第一道防線（支持性兒童福利服務）及第二道防線（補充性兒童福利服務）之後，仍無法將兒童留在家中照顧時，才考慮使用的方法（郭靜晃，2013）。「家」是兒童很重要的避風港，當兒童不能自由選擇來到現實世界，誰又能給予他的身心靈保障。家庭是兒童滿足生活需求，社會化，賦予親情依戀及保障和保護免於受到傷害的第一及最基本的場域，然而面對快速社會變遷的臺灣，離婚率及不幸婚姻促使家庭破碎，青少年性早熟，性開放致使非婚生子女無人照顧或因父母管教不當，造成兒童需要家外安置 (out-of-home placement) 數量逐漸上升。

依據 1959 年美國兒童福利聯盟

(CWLA) 將家庭寄養定義為：「一項兒童福利服務，為兒童的親生家庭暫時或有一段長時間內無法照顧兒童，且兒童不願意或不可能被收（領）養時，所提供一個計畫時間內的替代性家庭照顧」。其特點有三：1. 是在家庭內提供照顧；2. 是非機構的替代照顧；3. 是在計畫時間內，不論時短期或長期的寄養 (Kadushin & Martin, 1988)。何素秋 (1999) 自 1980 年代以來，從臺灣寄養家庭的籌備，試辦到法令頒布擴展的實務經驗及整理臺灣有關寄養服務的文獻，歸納出：家庭寄養服務歸納有四個特質：

1. 家庭寄養服務是一種專業性及社會性的兒童福利工作。
2. 家庭寄養服務是有計畫的。
3. 家庭寄養服務是暫時性的服務工作。
4. 家庭寄養服務必須是兒童無法在原生家庭中獲得充分照顧時才提供的服務。

從 1973 年「兒童福利法」、2003 年「兒童及少年福利法」至 2011 年修正之「兒童

及少年服務與權益保障法」中皆提及兒童及少年的安置順序原則應為親屬家庭、寄養家庭及安置機構。綜觀目前國內家外安置服務模式包括有：親屬安置、一般家庭寄養、團體家庭及機構安置等多元服務類型，在安置場域的選擇順序上，應個別化考量兒童及少年情形及未來安置處所之合宜性，一般會先以親屬家庭寄養為優先，再以寄養家庭、團體家庭或安置教養機構等安置體系為安置服務之選擇。從澳洲的兒童保護服務經驗，自 2010 年以來，基於照顧與保護令之執行，以及家外照顧的兒童比例增加，在家外安置九成是以親屬照顧或寄養照顧為優先（葉肅科，2016），但臺灣的家外安置一半以上是以機構安置為主。

然國家顧及兒童最佳利益，對於暫時或永久剝奪其家庭環境之兒童，實應積極確保兒童仍受到妥適的替代性保護照顧，以支持兒童安全健康成長，並同時回應《兒童權利公約》第二十條第三項「此等照顧包括安排寄養、依伊斯蘭法之監護、收養

或於必要時安置其於適當之照顧機構中。當考量處理方式時，應考量有必要使兒童之養育具有持續性，並考量兒童之種族、宗教、文化與語言背景，予以妥適處理。」

貳、國內親屬寄養現況

但從衛生福利部歷年兒童及少年保護處置情形統計分析顯示，一向被視為正式親屬寄養的數量偏低，且有逐年下滑趨勢，（詳見表 1）。在 2004 年緊急於親屬寄養為 233 人，為該時期緊急安置總人數 982 人的 23.73%；該時期繼續安置於親屬家庭僅 137 人，占該時期繼續安置總人數 916 人的 14.96%，逐年下降至 2015 年，緊急安置於親屬寄養家中 24 人，占該時期緊急安置總人數 379 人的 6.33%；該時期繼續安置於親屬家庭為 152 人，占該時期繼續安置總人數 1,508 人的 10.08%。親屬安置未如法規要求為主要家外安置類型。

表 1：全國兒童少年家外安置型態人數分布情形

保護安置 處理情形	緊急安置				繼續安置				合計
	親屬寄養	家庭寄養	機構安置	小計	親屬寄養	家庭寄養	機構安置	小計	
2004 年	233 (23.73%)	467 (47.56%)	282 (28.72%)	982	137 (14.96%)	483 (52.73%)	296 (32.31%)	916	1,898
2005 年	253 (27.83%)	361 (27.83%)	295 (32.45%)	909	160 (14.29%)	705 (62.95%)	255 (22.77%)	1,120	2,029
2006 年	174 (21.72%)	376 (21.72%)	251 (31.34%)	801	181 (24.17%)	332 (44.33%)	236 (31.51%)	749	1,550
2007 年	196 (22.00%)	297 (22.00%)	398 (44.67%)	891	134 (14.94%)	449 (50.06%)	314 (35.01%)	897	1,788
2008 年	183 (19.93%)	312 (19.93%)	423 (46.08%)	918	109 (16.01%)	276 (40.53%)	296 (43.47%)	681	1,599

2009 年	121 (19.36%)	218 (19.36%)	286 (45.76%)	625	99 (12.26%)	256 (42.04%)	254 (41.71%)	609	1,234
2010 年	112 (14.97%)	267 (35.70%)	369 (49.33%)	748	86 (9.26%)	336 (36.17%)	507 (54.57%)	929	1,677
2011 年	110 (11.54%)	335 (35.15%)	508 (53.31%)	953	294 (12.96%)	695 (30.64%)	1279 (56.39%)	2,268	3,221
2012 年	84 (8.49%)	480 (48.53%)	425 (42.97%)	989	127 (8.98%)	583 (41.20%)	705 (49.82%)	1,415	2,404
2013 年	45 (7.77%)	244 (42.14%)	290 (50.09%)	579	75 (6.54%)	387 (33.77%)	684 (59.69%)	1,146	1,725
2014 年	23 (4.63%)	356 (51.72%)	216 (43.64%)	495	68 (5.54%)	544 (44.34%)	615 (50.12%)	1,227	1,822
2015 年	24 (6.33%)	154 (40.63%)	201 (53.03%)	379	152 (10.08%)	458 (30.37%)	898 (59.55%)	1,508	1,887

資料來源：衛福部保護司（2016）。

根據衛生福利部統計資料，近年來機構安置占整體安置服務人次比例多有五成以上，乃為我國家外安置主要處置，兒家庭式寄養型態舉凡親屬寄養及家庭寄養服務人次，均未能高於機構安置之服務人次。雖然當年繼續安置階段之服務人次略有增長，自 2014 年 68 人次成長為 152 人次，然搭配家庭寄養服務人次之減少（485 人次），顯見機構安置仍為主要繼續安置處置。我國中央雖自 2011 年透過公益彩券補助各縣市政府辦理「兒童及少年親屬安置服務方案」，自 2013 年透過年度社會福利績效考核引導各縣市政府進行親屬安置資源之建置與運用，然對照各縣市現行執行狀況差異大，投入資源不一，未能有效發展親屬寄養資源，因此，在我國困難於開發一般家庭寄養資源、過度仰賴機構安置照顧之現況下，重新檢視實務上運用親屬寄養資源成為家外安置優先資源之執行狀況有其必要。

余漢儀（2002）針對親屬寄養進行研

究，研究報告提到，雖然社會工作執行上將親屬寄養視為服務個案家庭的社會資源，且被社政系統大量使用，但因對「親屬」定義的想像與迷思，認為親屬間既有血緣關係，也就理所當然應該分擔照顧責任，然而任何政府的補助一旦搬上檯面，都會誘發親屬的功利動機。所以也容易引發社工員對親屬照顧資格的評定有所落差，而未將其視為一種正式的親屬寄養，也因為並未給予寄養費用，後續輔導追蹤也就不會進行。

此外，在親屬安置在實務中所遇到的困境，吳書昀等（2011）研究中指出，親屬照顧者能獲取的正式資源尚未確定為困境之一；賴宏維（2013）研究中也發現，在社會救助體系中親屬安置照顧者是無助的，其認為很大的原因便在於親屬照顧者在社會福利體系中無「正式」的地位，以至於無法領取相關補助。

從衛生福利部保護服務司辦理 2013 年公益彩券回饋計畫成果報告書中可以發

現，補助地方政府推動兒童及少年保護親屬安置計畫，共計補助 18 案，合計補助金額為 1,841 萬 6,000 元，執行 688 萬 5,974 元整，繳回剩餘數為 1,153 萬 26 元，執行率僅約 37%。此報告結果明顯指出實務上受限於受保護之兒童及少年不一定有適當親屬家庭可以做為安置處所，致使執行率不甚理想。

雖然目前政府對親屬寄養的正式支持來源和補助經費不夠明確，但資料指出「親屬照顧」是社政單位常用資源，只是由於未能後續輔導，而使得整體品質如何則不得而知。但從賴宏維（2013）的研究中整理出親屬照顧的優點及缺點：

一、親屬照顧之優點

- 1.被安置兒童少年生活、心理適應力高。
- 2.減少社會烙印現象。
- 3.穩定性更高。
- 4.兒童少年擁有更正面的認知以及更少的行為問題。
- 5.兒童少年可以延續在原生家庭中的文化。

二、親屬照顧之缺點

- 1.將兒童以及親屬照顧提供者的角色重新定義。
- 2.不易取得政府給予寄養家庭的資源。
- 3.兒童少年的安全疑慮。
- 4.親屬照顧者經濟、健康以及社會地位較低。

5.無法給予等同寄養服務的資源

從上述針對親屬照顧優缺點來看，可得知親屬家庭中安置的兒童及少年，相對於一般寄養家庭或是機構寄養的兒童少年，在心理、社會及生活等層面適應力都較高，且認知以及行為問題上也相對比較少，更可讓兒童及少年延續在家之生活文化與習性，不需要面臨太多適應上的問題。但另一方面卻是親屬安置家庭卻相對較少得到政府相關正式福利資源，且在安全性的議題上也有很大的挑戰。

參、兒少保護執行困境

從兒童權利公約第 19 條，「保護兒童免遭任何形式的暴力是國家的責任」。但自 2011 至 2015 年之間臺灣有 114 件殺子自殺案例，共造成 62 位兒童死亡，平均每個月 2 件造成一位兒童死亡。臺灣自 1993 年兒童福利法修訂，特定保護專案，並建立相關制度，諸如，責任通報制、調查安置、處遇等措施。此外自 2005 年起，政府建立兒少高風險家庭服務方案，此作為次級兒保預防服務方案，讓原本無法進入福利服務系統，但有服務需求的家庭，仍有機會接受支持性服務，然而，社會通報意識不足及不通報的觀念與迷思，不認為處罰是一種暴力形式，兒保社工人力不足和工作條件不合理等致使兒保的家庭處遇計畫未能被妥善和認真執行，造成兒童保護服務成效不佳。臺灣現有的高風險家庭方案與現有的兒保服務似乎已形成一種雙軌的兒保服務，而高風險家庭方案隸屬衛福

部社家署，提供預防性兒保支持性服務；而兒保服務卻隸屬衛福部保護司，提供後端的家外安置處遇，兩系統間存在有判斷的差異和溝通衝突。簡宏哲、蕭至邦、林家緯（2016）整理國內相關文獻及其團隊在社區工作體驗，指出臺灣保護性社區工作的服務輸送之問題在：

一、法令問題

法規政策皆以服務方案為取向，缺乏以家庭觀念或社區整體考量。

二、城鄉差距

都會地區比偏遠，農村地區的社會資源豐富，且有疊床架屋現狀，而亟需資源挹注的偏遠地區卻資源稀少。

三、區域整合不足

地方上的機構與服務項目沒有資訊或輸送整合平臺，公部門卻未有效統整各領域的福利服務。

兒童保護專業跨及司法、警政、衛政、社政、勞政、教育、醫療和國防等組織的平行聯繫及跨專業結合，尤其遭受虐待，疏忽的保護個案在心理和行為違常，更需要復原以及被安置到符合其最佳利益的處置，家庭式的生活及孩子所信任、熟悉和持續性的養育環境最為適合。

肆、兒少保護個案之心理衛生需求

一般兒少遭受到兒童虐待傷害，年幼

的兒童比年紀較大的兒童較容易被安置於寄養家庭，並且要花更久的時間待在寄養系統（George & Wulczyn, 1998），在美國年紀在5歲以下比5~18歲之間的安置盛行率是4‰比2‰。

當兒童遭受疏忽與虐待時，被置於家外安置最大的原因是避免其再遭受虐待所產生的身體傷害（Zuravin & Depanfilis, 1997）。美國藥酒癮文化也產生其家庭幼兒經常被選擇安置於寄養系統。然而，寄養系統可以保護兒童免於遭受身體傷害，例如，在美國出生於藥酒癮家庭的幼兒有7%的死亡率及4%的兒童虐待與疏忽，但在親屬寄養或寄養家庭中比率為0（Tyler, Howard, Espinosa & Doakes, 1997）。當兒童被置於家外安置處遇時，由於之前家庭虐待經驗最常產生依戀關係失調，因此導致幼兒對主要照顧者的嚴重依附。如果在寄養系統中，對主要照顧者的依附改變越多，幼兒越容易產生抗拒行為，如哭泣、黏人（Gean, Gillmore & Dowler, 1985）。此種依附失敗將導致其日後產生反應性依附失調（Reactive Attachment Disorder）（APA, 1994），此種症狀來自幼兒與主要照顧者之間產生嚴重衝突與矛盾。準此，在寄養制度，當受虐幼兒被處遇家外安置時，其重點要放在寄養家庭是否可提供幼兒身體與情緒需求安全堡壘的依附需求。除非是暫時性的短期安置，不然幼兒與原生父母重聚或選擇於永久性的安置可減少幼兒的依附失調。Minnis, Everett, Pelosi, Dunn & Knapp（2006）研究就指出超過90%曾被受虐或疏忽的兒童就有60%以上日後有心

理健康問題，諸如，行為問題、情緒問題、過動及同儕互動困難。受虐兒童日後需要更多心理健康處遇或社區處遇，所需的專業花費是昂貴的（Millnis, et al., 2006）。

事實上，當兒童少年所產生心理健康或行為問題常被留在教育系統，過去一直以來，教育系統負責所有兒童少年，甚至有心理問題的少年的教育服務，雖然有其他系統（例如，法院的矯治系統或社區的安置系統）也處置兒童少年問題，但他們卻沒有能力也鮮少去迎合嚴重情緒困擾（Seriously Emotionally Disturbed, SED）的兒童少年的心理健康需求，雖然有些醫院系統有義務提供這些兒童的住院治療，但心理衛生專業卻沒有被強制責任提供專業服務給這些有心理衛生需求的兒童少年保護個案。近 20 年來的相關研究歸納出相似結論，雖然有嚴重情緒困擾的兒童少年有多重需求，卻相關系統卻未能整合提供滿足他們的身心理需求的整體服務（holistic service）（Kupermnc & Cohen, 1995）。臺灣的兒童少年報護個案的處遇亦是如此，完全針對兒童少年是以何種身分進入輸送服務體系，此種身分的兒童少年縱使有心理健康需求問題，也是疊床架屋的服務系統所分割，例如教育系統提供行為輔導，社會服務提供安置服務，心理輔導提供心理諮詢和輔導，法院系統提供行為矯正服務。

伍、家外安置的密集社區處遇

當兒童遭受虐待與疏忽時，兒少保護最常（優先）使用的是家庭寄養服務，尤

其在公權力介入時，主管社工從安全評估，基於兒童人身安全考量採用家外安置的家庭寄養服務。然而家庭寄養服務不僅僅在服務上提供物質上及生理的照顧，而且寄養兒並不是寄養服務中的唯一對象，尤其兒童少年在遭受不當對待（maltreatment）所產生的心理衛生需求和剝奪其與原生家庭分離的最佳利益需求。

密集性社區為本處遇（intensive community-based service）提供家庭或家外安置的寄養家庭有嚴重情緒失調的兒童整合性福利服務（holistic child welfare service）。過去一直以來在美國除非兒少需要入院的心理治療照護，不然此種心理衛生需求只能由其它兒童服務系統，如兒童福利、少年法庭、特殊教育來負責。然而此種傳統處遇被美國心理衛生機構下的兒童青少年服務方案（child and adolescent service program）回應 1988 年公法 99-660（PL 99-660），一方面募集資金，另一方面向社區倡導，並積極地發展密集性社區處遇。密集性社區處遇強調兒少有權利被照顧在一種家庭情境，而不是被安置在團體之家（group home）或機構式照顧，此種家庭最好待在原生家庭（家庭維繫服務）或由他們所認識的親屬寄養。此種方案主要是從兒童為中心，家庭為焦點的處遇概念，服務迎合兒童個體需求，將兒童需求包裹於社區環境，視如生態系統中來支持家庭和社區（Friedman, 1988; Friesen & Koroloff, 1990）。在 80~90 年代，美國紐約州發展了三種模式，密集性個案管理（intensive care management）、家庭為本位處遇（

family-based treatment)以及家庭為中心的密集個案管理(family centered intensive case management)分述如下：

一、密集性個案管理

密集性個案管理模式(intensive care management, ICM)在1987年發展，主要是回應心理衛生系統不能有效地迎合個案需求，尤其是在處遇高風險的群族，例如兒少保護個案。這些年齡在5~18歲之間，有因心理問題住院治療過，常是危機處遇服務的使用者(例如：心理急診室)或在一般處遇並不見效(例如，診所、日間處遇、治療性寄養家庭)。這些個案被診斷為嚴重功能傷害症(serious functional impairments)。

由於紐約州的政、經、文化的多元性，密集性的個案管理需要依社區安主特性來調整以便迎合家庭的需求。ICM是由紐約州政府透過精神醫科群立公共健康系統或與地方政府訂定契約的志願部門負責執行。個案的選取來自各個系統不能提供有效治療服務的個體，一旦篩選後的個案，直接由ICM提供服務，平均服務時程在9個半月。ICM是由各專業機構間所成立的委員會針對個案家庭的多元需求，提供同時的服務，ICM使用健康照護、藥酒癮服務、社會服務、少年司法處遇和心理衛生處遇，諸如心理諮商與治療、診所診治和心理衛生處遇及家庭支持服務。

密集性個案管理者最多只服務10個個案量，提供每日24小時無休的服務，工作情境是孩子在自然生活環境中，例如：

家中、社區、學校等。ICM的經費是由地方政府編列或募集，至少要有四分之一的經費要花在兒少個案處遇，其餘可用來發展其他服務或方案，例如：喘息、課後休閒方案。ICM方案注重找尋家庭優勢，充權家庭(父母與案主)在社會脈絡情境接受處遇。

二、家庭為本位的處遇方案

家庭為本位的處遇方案(family-based treatment, FBT)是一種寄養家庭照顧服務的密集性處遇。在美國採用家外安置的社區處遇常存在一種矛盾，到底有特需需求的兒童應採用家庭維繫或家外安置(Petr & Spanu 1990)。FBT提供對嚴重情緒困擾兒童的家外安置，將有此需求的兒童安置於永久性的家庭是環境(在原生家庭收養或親屬寄養家庭)。其方案提供迎合兒少個案需求，寄養父母及原生父母的服務，基於對兒少個案個別處遇計畫(ISP)，提供寄養父母職前、在職教育、24小時危機回應服務、喘息服務等。此外對原生家庭提供放案發展及運用以及行為管理技巧。

FBT的運作基於兩種假定：1.代理父母(專業父母)可以相互支援以提供情緒嚴重困擾孩子照顧時間問題解決技巧；這些專業父母每週聚集在一起並成為支援網路；2.專業父母是處遇輸送的主要關鍵，因為他們可教導問題解決技巧並營造健康家庭功能，提供個案社會及情緒支持的環境。

FBT的執行運作以群聚模式(cluster approach)。社區專業群聚包括5個專業家

庭(每家照顧1位孩子)還有一喘息家庭。喘息家庭提供有計畫性或危機性的喘息服務。每群聚配有家庭專家,兒童心理衛生專業提供群聚中5位兒少心理衛生服務,6個專業性父母以及兒少的原生家庭。專業的父母要經嚴格地招募與評選,每位需要接受6週18小時的「父母技巧課程」(parenting skills curriculum)(Snudgraso, 1986),除了有專業技巧之外,意願參與方案活動的動機,接受處遇計畫的訓練及對兒童權利有所承諾。如此一來專業父母彼此相互支援,提供有需求兒少及其家庭的密集監督與支持以維持家庭的功能。

FBT所服務的個案對象是5~18歲之間的兒童少年,其被診斷出嚴重的情緒與行為問題,他們常有學業挫敗,低自尊,未能和原生家庭發展正常關係,不良社會適應,且常有攻擊及出軌行為。少年曾被安置心理診所、社區安置、少年法庭或寄養家庭。此外,平均接受FBT處遇的個案期間為13.5個月。

一旦個案有需求,要經過嚴格評選和配對,包括短暫會面,一系列的採訪,通常需要三、四個月,一直到專業家庭或對家庭有研究的專業人員確認家外安置可執行,然後專業父母,針對特定兒少個案和其原生父母擬定個案處遇計畫,包括學習和社會行為,修正不良適應行為,家庭專家還要與社區其他合適機構,如學校、診所、心理專業倡導個案所需的服務並尋求獲得資源。處遇儘量在社區,採用開放的氛圍就近調整孩子的不良行為,除非個案的行為持續對自己或他人有危險之虞時。

兒少的家外安置的社區處遇,對於原生父母是否要視為治療對象,FBT指出對原生父母的處遇服務有一些限制;1.教養嚴重情緒與行為困擾的父母常身心交疲及具壓力;2.在家庭專家能有效地處例個案與家庭聚合之前,原生父母與兒少個案必須要學習分離;3.當家庭有人離家,家庭成員常視其為家庭的失蹤人口;4.當兒少離家,原生父母常認為是幾管教無能有挫折感。如此一來,父母常具低自尊,並限制他們成為一治療團隊。此外如果兒少被安置於家庭之外,父母則較會缺乏動機學習照顧孩子的技巧。準此,即使強調對原生父母的家庭處遇,要建立家庭優勢及克服原生父母照顧兒童的能力劣勢也不是一件容易之事(Friesen & Koroloff, 1990)

三、家庭為中心的密集個案管理

家庭為中心的密集個案管理(family centered intensive case management, FCICM)是結合上述密集性個案管理(ICM)和家庭本位的處案方案(FBT),針對嚴重情緒困擾的兒少所提供原生父母的家庭維繫服務,充權父母技巧,將父母視為治療的同僚,從增加父母親職和照顧技巧,以讓孩子能待在家庭獲得良好的家庭功能。

FCICM以具體支持充權家庭,例如有計畫性及危機性喘息服務,臨床專業,父母支持團體,親職技巧教育與訓練和倡導父母責任。此方案不僅針對具嚴重情緒困擾孩子的家庭提供密集及個別化服務,而且服務聚焦於家庭社會網絡的發展。

FCICM 提供 6~12 歲兒童的心理困擾的社區處遇服務。FCICM 屆 FBT 的群聚概念，此方案包括一個案管理者及父母倡導者（通常是個案家長）來為兩群聚的原生父母提供服務。

每群聚有 4 個個案家庭和一喘息家庭每週定時聚會，剛開始 8 週，每週一次，然後每月 2 次，主要在建立凝聚性社會網絡（Brownstone, 1989）。FCICM 方案備有交通及兒童照顧以方便父母參與；參與的父母要參與治療性的親職教育訓練以提供父母效能（Snodgrass, 1988）；父母倡導者隨時協助支持團體及在家支援服務；除此之外，此方案針對家庭的興趣提供，每年至少 3 次家庭休閒活動。如同 FBT，每個群聚家庭皆包含一具訓練的喘息家庭，以提供這些家庭的家外安置喘息服務。此方案提供彈性服務代幣，方便父母使用居家喘息，課後照顧或週末休閒活動。

FCICM 針對個案及其原生父母提供整合性方案（holistic service），強調原生父母的密集參與，即使有必要將孩子移出家庭之外，個案管理者要依家庭需求，提供服務計畫，並負責服務協調，例如危機訪視，增強正向行為，提供角色楷模，支持和危機干預。當孩子需要家外安置，個案管理者幫助家庭尋找喘息家庭來因應短期危機；當孩子需要住院處遇，個案管理者將和父母和孩子一起規劃出院回家的計畫；當這些從方案結案後的家庭，至少要在家庭、學校及社區中保持有 3 個月以上的正常的功能。平均在此方案的處遇期間是 12~18 個月。

家庭為中心的密集個案管理是一社區干預方案主要有三個特性：1.個案管理者和父母倡導者聯合成為一團隊；2.此方案利用團隊提供有需要的家庭一系列彈性服務，如喘息服務（計畫性及緊急性），父母親職技能訓練，24 小時全天候服務，彈性服務代幣；3.此方案運用支持團體來充權父母成為效能父母。

陸、代結論--整體性社區家庭處遇

以家庭為本位（family-centered program）的家庭維存（繫）（family preservation programs）在美國近幾年來已有大力推廣的現象。此種方案主要被設計來防止家庭外寄養安置（out-of-home foster placements）以及採用家庭重建（home builder）的優點，讓兒童待在原生家庭，以及兒童實務工作者以生態觀點仔細評估家庭與社區環境的關係，採用增強及充權增能的策略，在短時期提供密集性的服務，通常服務是在案主家中進行。

密集性的家庭維繫服務（intensive family preservation service）的主要目標為：1.保護兒童；2.維繫和增強家庭連帶（family bond）關係；3.穩定危機情況；4.增強家庭成員的技巧與能力；5.促使家庭使用各種正式與非正式的輔助資源。IFPS 強調的是此時此地（here and now）的現況，其目的不在「治療」家庭，而是增強家庭成為解決危機與問題的能力，以促成家庭重建。

在兒童福利領域中，需要寄養安置服

務的家庭，長久以來一直是受到關切的。傳統上，這些需要被安置者的父母，多半被視為是問題的一部分，而非解決問題的答案。故寄養安置服務被視為是問家庭的替代方案。少數企圖納入父母的決策過程，認為是優先於安置服務或是安置期間的處遇過程（Whittaker, 1979）。然而，重新強調「永久性」的結果，卻使得兒童福利服務經歷了從強調兒童機構或寄養家庭家庭安置移轉至強調對家庭的支持（Stehno, 1986）。這些轉變已經對整個兒童福利服務的連續性產生影響。寄養家庭或機構安置服務和居家服務兼不再是彼此相互排斥（Small & Whittaker, 1979）。

就廣泛的意義而言，永久性的計畫是指那些被用來執行以確保對兒童持續照顧的工作，無論是使家庭凝聚、重整，或是為兒童尋找永久的家（Maluccio, Fein, & Olmstead, 1986），故強化父母教養孩童的知識、技能及資源就變成是極為重要的焦點。許多被設計用來強化家庭和避免寄養安置的服務也因此應運而生，此外，支持性家庭服務正持續地被認知維在寄養服務，兒童服務計畫的要素之一（Whittaker & Maluccio, 1988），只有一些極為少數而正持續增加中的現存方案是有關寄養安置服務之前以及之後，與在提供服務過程中設計家庭所需要的服務。總之，美國社會及專業組織正為已經在寄養安置服務中以及需要安置服務的家庭而努力。

整體性家庭寄養服務（holistic family

foster care）不同於前段所指兒童寄養服務，它是整個家庭都接受另一個家庭的寄養服務，尤其對於年輕單親女性家庭。此種服務基於假設年輕的單親媽媽，因為缺乏資源或智識能力來照顧其子女。此類寄養家庭不但提供單親媽媽及其子女生活的空間，而且還要教導照顧子女的技巧，以期最終他們可以獨立生活照顧。寄養家庭的父母要提供如何養兒育女的知識及實際照顧技巧，並且還要增強單親媽媽照顧家庭生活起居的能力。

另一種整體性家庭寄養服務的概念是擴大為社區寄養服務（foster care community）。例如，加拿大有些社區是整體被兒童福利機構所購買，再分售給寄養家庭。整個社區依被寄養之家庭與子女的需求增設一些社區服務中心，並且建立整個服務網路，這些居住在社區中的寄養家庭自然也成為共同互助的團體。

Goldstein 等人（1996）指出，過去美國希望兒童是由生母，其次再由生父來撫養；然現在則是如果父母不能勝任，就由親戚或收養父母來撫養，此種優勢是由心理父母（psychological parents）取代過去以生理父母（biological parents）為優先考量。

（本文作者為中國文化大學社會福利系教授兼系主任）

關鍵詞：家外安置、親屬寄養、社區本位的家庭處遇、整體家庭寄養

📖 參考文獻

- 何素秋（1999）。《兒童寄養父母之工作滿足與持續服務意願之研究－以中華兒童暨家庭扶助基金會為例》。靜宜大學青少年兒童福利所碩士論文，未出版，臺中。
- 余漢儀（2002）。《親屬寄養之迷思》。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
- 吳書昀（2011）。〈兒童少年家庭照顧者之照顧經驗初探〉。社會政策與社會工作學刊，第15期第2卷，頁79-140。
- 郭靜晃（2013）。《兒童福利概論》。臺北：揚智文化。
- 葉肅科（2016）。〈澳洲兒童保護服務：經驗與啟示〉。社區發展季刊，第156期，頁136-152
- 衛生福利部保護服務司（2016）。兒童少年保護。取自：
http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOPS/DM1.aspx?f_list_no=806&fod_list_no=4624
- 賴宏維（2013）。《親屬安置照顧者的照顧經驗與支持來源之探討》。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，南投縣。
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th Ed.)--DSM-IV*. Washington DXC: APA.
- Brownstone, D. (Ed.). (1989). *Parents together: A manual for leaders of support groups for parents of children experiencing emotional and behavioral disorders*. Albany, NY: New York State Office of Mental Health.
- Friedman, R. M. (1988). *The role of therapeutic foster care in an overall system of care: Issues in service deliver and program evaluation*. Tampa, FL: Research and Training Center for Children's Mental Health.
- Friesen, B., & Koroloff, N. (1990). Family-centered services: Implications for mental health administration and research. *Journal of Mental Health Administration*, 17, 13-26.
- Gean, M., Gillmore, J., & Dowler, J. (1985). Infants and toddlers in supervised custody: A pilot study for visitation. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 24(5), 608-612.
- George, R., & Wulczyn, F. (1998). Placement experiences of the youngest foster care population: Findings from the multistate foster care data archive. *Zero to Three*, 19(3), 8-13.
- Goldstein, J., Solnit, A., Goldstein, S., & Frend, A. (1966). *The best interest of the child: The least detrimental alternatives*. New York: Free Press.
- Kadushin, A., & Martin, J. A. (1988). *Child welfare service (4th ed.)*. NY : Macmillan.
- Kuperminc, G. & Cohen, R. (1995). Building a research base for community services for children and Families: What we know and what we need to learn. *Journal of Child and*

- Family Studies*, 4(2), 147-175..
- Maluccio, A. N., Fein, E., & Olmstead, K. A. (1986). *Permanency planning for children: Concepts and methods*. New York: Tavistock
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70.
- Petr, C. G., & Spano, R. N. (1990). Evolution of social services for children with emotional disorders. *Social Work*, 35, 228-234.
- Small, R., & Whittaker, J. K. (1979). Residential group care and home-based care: Toward a continuity of family services. In S. Maybanks & M. Bryce(Eds.), *Home-based services for children and families* (pp.77-91). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Snodgrass, R. (1986). *Parent skills training curriculum*. Staunton, VA: People Places. Title V, The State Comprehensive Mental Health Plan Act of 1986, P. L., 99-660, as amended 42 U. S. C. 300 et seq.
- Stehone, S. M. (1986). Family-centered child welfare services: New life for a historic idea. *Child Welfare*, 65, 231-240.
- Tyler, R., Howard, J., Espinosa, M., & Doalkes, S. (1997). Placement with substance-abusing mothers vs. placement with other relatives: Infants outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 21, 337-349.
- Whittaker J. K. (1979). *Caring for troubled children: Residential treatment in a community context*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Whittaker, J. K. & Maluccio, A. N. (1988). Understanding the families of children in foster and residential care. In E. W. Nunnally, C. S. Chilman, & F. M. Cox (Eds.), *Troubled relationships: Families in troubled series, volume 3* (pp.192-205). Beverley Hills, CA: Sage.
- Zuravin, S., & DePanfilis, J. (1997). Factors affecting foster care placement of children receiving child protection services. *Social Work Research*, 21(1), 34-42.