低服務需求意識及求助意願家庭照顧者之服務策略

林靜羭、蕭文高

壹、前言

隨著我國平均餘命提升、人口快速老化，衛生福利部於2022年新推估長期照顧需求人數，將由2022年之829,431人，逐年增加至2026年之954,252人，其中65歲以上長者之推估失能率約為13.3%，未滿50歲以及50至64歲失能身心障礙者之長期照顧需要率分別為13.8%與17.9%（監察院，2024）；相對地，傳統擔負主要照顧責任之家庭單元，其規模卻日益縮減，由2006年的每戶平均2.75人，下降至2024年之2.47人（內政部，2025），整體顯現家庭內部照顧量能將面臨巨大之挑戰；亦因此，政府近年來也積極布建各式長期照顧服務體系，以滿足民眾之需求。

在各種長期照顧政策中，政府於2007年與2016年分別核定通過之「我國長期照顧十年計畫」（以下簡稱長照1.0）以及「長期照顧十年計畫2.0」（以下簡稱長照2.0）無疑占有重要地位，細究兩期計畫之變化，可看見政府對於長期照顧制度理念之進展，其中除了將服務對象由失能長者擴展至多元服務使用者外，如何廣泛布建服務體系，更是核心重點。由於長照1.0之服務較偏重被照顧者，家庭照顧者僅能獲得喘息服務，以及自2012年已建置之全國性家庭照顧者諮詢專線服務與友善互動式平臺網站（陳景寧，2019），因而在2015年通過之《長期照顧服務法》第13條中，率先納入家庭照顧者支持服務項目，後續長照2.0進一步於各縣市規劃設立「家庭照顧者支持服務據點」（以下簡稱家照據點），截至2024年底已布建131處（中華民國家庭照顧者關懷總會，2025），顯見家庭照顧者之議題日漸受到重視。

在前述基礎上，衛生福利部後續於2018年推動「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」以及「身心障礙者家庭照顧者支

持服務計畫」，鼓勵縣市政府盤點在地需求、整合在地資源，發展因地制宜的家庭照顧者支持網絡，形成「長照家照據點」及「身障家照據點」雙軌模式（中華民國家庭照顧者關懷總會，2025）。且為了提升對高風險家庭照顧者個案之發現與管理，訂有「高風險家庭照顧者初篩指標」（以下簡稱初篩指標），提升社會辨識照顧風險的知能，鼓勵轉介個案予各縣市家照據點追蹤服務（陳景寧，2019）；至2024年，衛生福利部公布「長照與身障家照據點共融試辦計畫」，推動由單一家照據點提供包含長照、身心障礙者及精神病人之家庭照顧者支持服務（中華民國家庭照顧者關懷總會，2025）。

本文研究者於2020至2023年曾參與臺中市政府委託辦理太平、東區、霧峰、大里及烏日區家照據點之經營（因委外區域劃分因素，烏日區僅承辦2020年，其餘均承辦4年），並擔任據點督導工作，委辦計畫目標如下：

（一）透過個案服務及心理諮商，提供家庭照顧者獲得情緒支持，進而降低心理壓力與負荷。

（二）藉由講授長照知識與照顧技能，以及連結到宅照顧技巧指導，期能提升家庭照顧者之照顧技巧，增進照顧品質，預防照顧傷害。

（三）藉個案服務、志工關懷、諮詢服務及行動據點服務，宣傳長照資源，開拓家庭照顧者之照顧視野，增加照顧策略之不同思路。

（四）透過安排情緒支持團體、家一點服務，讓家庭照顧者增加放鬆的去處，也於活動過程增加社交互動，互相支持，拓展社交生活。

（五）藉由本計畫各項服務，協助家庭照顧者安排合宜的照顧，進而規劃自己的生活。

在參與服務過程中發現，雖然第一線實務工作者可藉由初篩指標篩選潛在需要協助之家庭照顧者，並依流程轉介至家照據點，再由家照據點指派家庭照顧專員（以下簡稱家照專員）進行實地訪視，然而在家照專員訪視後，許多符合高負荷指標之家庭照顧者，卻不認為自己是需要協助的對象，此種需求認定間之落差，引起了研究者之注意，也開始試著從實務過程中，觀察並理解其間可能之導因。

研究顯示，儘管存在正式性服務，家庭照顧者確實存在低服務使用率的現象（Duell et al., 2021），在服務輸送過程中，被服務對象若具有較高的需求意識，會更願意採取行動以滿足需求（Gillihan & Ferguson, 2018），且在使用社區支持服務後，照顧者表示其照顧品質及持續性會更好（Administration for Community

Living, 2022），但目前國內相關研究主要在了解服務使用之影響因素（如呂朝賢等人，2025；蕭雅玲，2020），較少去深入理解家庭照顧者低服務使用意願之狀況，以及如何改善之策略。因此，本文主要目的在於結合學理以及研究者之個人實務經歷，分析影響照顧者出現低需求意識與求助意願之原因，最後再根據分析結果，提出相對應之服務策略與建議。

貳、求助歷程、需求意識與求助意圖

在深入論述本文主題前，必須先釐清「需求意識」與「求助意圖」在社會服務之本質性議題，兩者屬於整體「求助歷程」之一環，且受到諸多因素之影響，以下分別就相關概念進行討論。

一、求助歷程

求助（help-seeking）通常是指個人為獲得理解、建議、資訊、處遇和一般性支持等幫助，主動向他人尋求協助之行為，其涉及與他人之溝通，以及應對問題或苦痛之經歷。因此求助是一種依賴他人的因應方式，植基於社會關係和人際溝通技巧（Rickwood et al., 2005）。由於形成意圖並採取行動是處於困境者能否真正使用外在協助或服務之最重要關鍵，且受到個人認知與選擇所影響，因此求助本身即為複雜多元之思考與決策歷程。一般理論論述通常將求助歷程分為三個階段：（一）認知問題；（二）決定求助；（三）選擇協助者（McLaren et al., 2023），此三個階段之進程並不一定是流暢的，求助者本身可能基於個人或文化因素，抑或外在體系無法配合，而中止整個

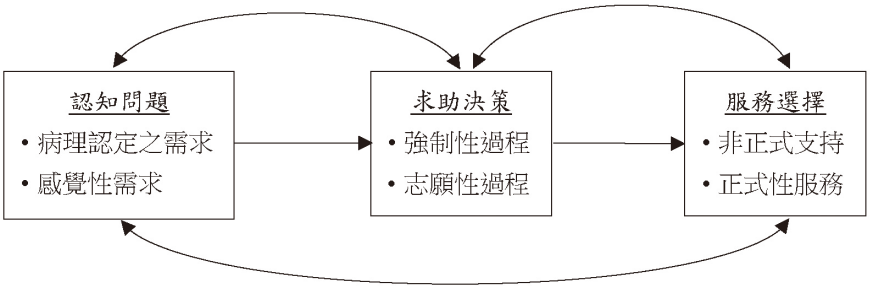

圖 1 求助行為模型

資料來源：修改自 Cauce 等人（2002, p. 46）。

流程，甚至在決策過程中，出現反覆性疑慮思考、尋求建議、資訊搜尋等現象，Cauce等人（2002）就精神衛生領域，進一步拓展階段性論述之內涵如圖1。

由圖1可知，個人願意使用服務之首要要件在於能「認知問題」，此階段主要有兩個認知源：「病理認定之需求」（epidemiologically defined need）與「感覺性需求」（perceived need），前者主要來自醫療或專業的客觀性判斷，亦即Bradshaw（1972）需求理論所定義之「規範性需求」（normative need），後者則來自個體之感受表達，兩者之需求認定並非經常一致，且最重要的是，在有選擇的狀況下，只有形成「感覺性需求」才是影響求助決策之最重要因素。

至於求助決策則是個人實質表達之決策意圖及行為，包括Bradshaw（1972）需求理論所稱之「表達性需求」，以及接續進行求助，此部份又可分別為「強制性」及「志願性」兩種過程，前者主要是來自法律、家屬或所屬群體之要求，例如強制性親職教育，或是親情壓力下的求助行為，其中部份當事人屬社會工作者熟知之「非志願性案主」；後者則為個人將感覺性需求付諸實現的行動。最後，在服務選擇上，則可來自家屬親友之非正式協助，以及專業或組織所提供之正式性服務。

二、需求意識與求助意圖

個人感覺性需求為照顧者認知問題的一種來源，部份學者稱之為問題意識或需求意識（awareness）（Pretorius et al., 2019; McLaren et al., 2023），意指個人對自己的需求，以及這些需求得到（或未得到）滿足程度之感覺意識（Gillihan & Ferguson, 2018），是否認知到自己的照顧角色、具備需求意識，將影響照顧者之求助意圖以及後續求助決策行為（Aufill et al., 2019）。就學理之討論，需求之形成需要一股「驅力」（drives），其通常來自於生物體因缺乏或不均衡狀態下所產生之動力（Doyal & Gough, 1991），就驅力或動機之型態，最常被討論與採用的即為Maslow（1943）就心理動機所提出之需求階層觀點，其由低至高層次分別為生理、安全、愛與歸屬、自尊、自我實現，當這幾項驅力出現匱乏或失去均衡，即會形成個人改變意圖與行動決策之動力。

就家庭照顧者本身，個人之生理性疲勞、期待家人能獲得更好的照顧、想參與社會生活，抑或追求自我生命意義等，即屬Maslow所稱生理、愛與歸屬、自我實現之心理動機，此種動機後續將觸發其尋求協助之意願，McCabe等人（2016）系統性分析12份失智症者伴侶或子女照顧者之質性研究文獻發現，家庭照顧者之感覺性需求可分為兩大主題：（一）被照顧者之需求：包括訊息與知識、日常生活與精

神行為症狀、正式照顧支持、非正式照顧支持；（二）照顧者之個人需求：包括生理與心理健康、個人生活。其中在第二主題部份，反映出照顧者本身對健康下滑、精神狀態不佳、不被認可之問題意識，以及尋求社會支持、歸屬感、以及生命意義之期待，其整體目的在於祈求能達到照顧責任與自我間之平衡。

同樣地，Bressan等人（2020）檢視有關失智症者之家庭照顧者需求研究發現，「尋求平衡」（finding a balance）是家庭照顧者重要需求面向之一（其餘為被支持、收到訊息、獲取及提升照顧技能）；Waligora等人（2019）以「自我照顧」（self-care）概念分析家庭照顧者之需求，在整理相關文獻後發現，照顧者與被照顧者需求之平衡，也是促成其達到自我照顧之重要因子（其餘因子為了解照顧的影響、自我角色定位）。經上述對家庭照顧者需求之統整後，各研究均指出尋求正式服務體系之協助，是滿足其需求之重要解方（Bressan et al., 2020; McCabe et al., 2016; Waligora et al., 2019）。

至於求助意圖則是一個經歷需求表達到尋求滿足行為之中介過程，就學理上，正統經濟學認為需求即「偏好」，在市場上，消費者的偏好選擇便形成了整體性需要（demand），且個人（或家戶）是了解其利益（抑或狹義地稱為欲求（want）之最佳主體）（Doyal & Gough, 1991）。然而在社會服務或長期照顧之求助歷程中，前述理性偏好的實際運作卻會受到部份限制，當人們為滿足需求而試圖聯繫專業工作者或單位，即屬將感覺性需求轉化為表達性需求之求助行為，然而，照顧者最後能實際決定向專業單位求助（而非尋求親友之非正式支持）、選擇並使用合適服務，必須考量多重干擾因素，包括對於服務訊息之獲取與認識、服務之可得性（鄧桂芬等，2019；Sorrentino et al., 2025）、家庭照顧者需具備能夠連結資源的能力（Choi et al., 2024）；此外，照顧者對自身照顧責任之信念、被照顧者的意願、以及過往的服務使用者經驗等，也會影響其求助意圖與行為（Huang et al., 2017）。

參、需求意識與求助意圖之影響因素與介入策略

在整個求助歷程中，人們從出現需求意識、求助意圖至真正使用服務會受到許多因素影響。就家庭照顧者使用服務之決策，Choi等人（2024）採後設分析發現，阻礙家庭照顧者使用服務之因素有兩大面向：（一）個人面向：包括自我認同、需求認知、意識與知識、求助態度、求救能力、福利資格；（二）脈絡面向：包括家庭/社會網絡、服務狀況、地方/基礎設施、價值與文化。Mast（2013）檢閱相關

文獻後歸納出四個影響因素，並提出對應介入策略如下（參見表1）：

（一）服務因素：影響服務使用之因素包括可得性、可近性、品質、成本及可負擔性、服務協調等，此部份反映出服務供給者與使用者間所建立之關係與信任，家庭照顧者對服務之認識與感受，會影響申請意願及持續使用服務。因而專業工作者需協助其了解服務訊息及資源，並提供相關協助與協調，以建立專業信任關係。

（二）個人因素：此部份包括家庭照顧者之性別、感覺性需求、對照顧角色之認知以及身心健康狀態等。值得注意的是，各項目間存在影響性，當照顧者之身心健康狀態下滑、具有較高自我照顧價值意識、以及在態度上不願過度承擔照顧角色時，較易產生需求意識，並使用服務。專業工作者需協助其建立正確照顧認知、需求及自我照顧價值。

（三）經驗因素：家庭照顧者之實質感受、因應行為、使用服務之經驗等，影響其服務使用及選擇。專業工作者需協助其釐清現有服務之最佳形式、發展及強化實務技能，同時了解及建立合適的因應模式。

（四）關係因素：此部份屬家庭與社區內部對於照顧者之關係與角色期待，與家庭規範、文化價值乃至整體社會之刻板印象習習相關。因而專業工作者需協助整個家庭能夠意識及確認各種關係面的障礙，並確立如何建立家庭優勢之策略及社區資源運用，以盡早獲得合適照顧支持。

除了統整性之整理外，部份學者分別依求助歷程之不同階段，有更為細部之區分與討論，從文化的觀點，Saint Arnault（2018）認為人們之感覺性需求或需求意識受到三大因素影響：（一）苦痛詮釋：對於苦痛成因、固化、可處理性，以及自我意義感之信念；（二）社會脈絡：社會支持或負向對待；（三）苦痛結果：預期他人反應、身心壓力影響之感知。更進一步而論，前述信念與脈絡，加上照顧者與被照顧者接受服務之經驗、以及自助與求助之自我效能，影響後續之求助意圖與實際行動（McLaren et al., 2023）。

表 1 家庭照顧者使用支持性服務決策之影響因素與介入策略

服務因素	介入策略
· 可得性 · 可近性 · 品質 · 成本及可負擔性 · 服務協調 · 對家庭之行銷與訊息 · 服務提供者建立信任之機制 · 服務提供者理解照顧接受者之需求與偏好	· 提供正確與完整之服務訊息 · 兼顧照顧者與被照顧者之需求與偏好，提供基本教育、照顧供給與轉介 · 與家屬共同決定哪些服務是可負擔、可接受、且易於輸送的 · 建立專業的信任關係 · 跨層級與時程之照顧協調與延續
個人因素	**介入策略**
· 照顧者之性別 · 照顧者對服務之感覺性需求 · 照顧者對照顧角色之態度、信念及價值 · 照顧者之健康與活力狀態 · 照顧者對未滿足需求之意識 · 照顧者對自我照顧價值之感覺	· 協助家庭照顧者與被照顧者就支持與服務之未滿足需求，進行討論、理解及形成共識 · 錯誤認知之釐清 · 強調照顧角色及自我照顧之重要性、確立自我照顧的價值性
經驗因素	**介入策略**
· 照顧情境之負荷 · 被照顧者之認知與身體狀況 · 過去的服務使用經驗 · 因應問題之能力 · 家庭之求助模式	· 與照顧者家庭共同探討支持與服務之最佳形式、負荷、未滿足需求與偏好 · 協助照顧者及家屬確認有效及無效之因應策略 · 基於情境評量，鼓勵及支持家屬強化或發展技能、以及問題導向之因應模式
關係因素	**介入策略**
· 照顧者與被照顧者間之動態關係（例如義務、罪惡感、不忠誠） · 對被照顧者偏好之感知 · 彼此關係與實質照顧之平衡 · 家庭規範與文化價值 · 家庭功能與衝突 · 與親友、教會或他人之社區連結 · 老化及失智症之社會烙印	· 協助家庭意識到家庭與社區內部，造成孤立或妨礙照顧之關係障礙 · 協助家庭決定如何建立家庭優勢之策略，有效運用社區內之照顧支持與資源 · 強調照顧歷程初期能夠確認合適支持之重要性

資料來源：整理自Mast（2013, pp.23-24）。

肆、家庭照顧者低服務需求意識與求助意圖之實務觀察

影響家庭照顧者求助之因素眾多，考量篇幅限制，無法一一詳細列舉說明，因此本文此部份將聚焦於研究者承接臺中市政府計畫案，以及擔任南投縣與嘉義縣政府相關計畫外聘督導之實務過程中，所觀察到較具影響力之幾項因素，並結合學理概念進行討論。此外，為顧及研究倫理所需之保密性與非傷害性要求，後續在討論研究者之經驗時，將採去識別化方式（如描述場域現象而非個案或社工特性、不明示案例來自哪個縣市），避免洩露利害關係者之個人資訊與背景。

一、照顧者角色認同

照顧者認同（caregiver identity）指的是個人將自己定位為家庭成員或朋友的照顧者時，所形成之認知結構；而照顧者角色認同則是其經驗感受、行動、情感及採取行為之詮釋架構與判斷標準（Funk, 2019），此部份屬Mast（2013）所整理之關係因素。在研究者之實務經驗中發現，部份符合高負荷初篩指標卻拒絕服務之家庭照顧者，會認為自己「不需要他人協助」、「不認為自己有照顧負荷」、「對專業人員沒有信心」、「認為服務內容幫不上忙」，深究內在原因發現其認為自己在家中的角色就是要擔負照顧之責任，並沒有喊苦或求援的權利。

此種照顧高度依賴家人，承擔高照顧負荷，卻將整個照顧工作認定為家屬「責任」或角色一部份的家庭照顧者，Brodaty等人（2005）稱之為「抗拒使用服務者」，其特性包括否認需求、擔心隱私被侵犯、不想受外人打擾、擔心失去角色、被照顧者拒絕。而在此現象之解釋上，本文認為有下列成因。

（一）家庭規範與文化價值

家庭照顧者所生活的環境，以及在家庭與社會中所占據的地位與角色，都是影響其照顧態度的重要因素。從生態系統觀點的角度，在華人社會中擔任家庭照顧者角色的決策過程，鉅視系統的文化價值是不容忽視的，研究者在實務過程觀察到，因著孝道文化、社會對女性角色的傳統期待等，讓許多家庭照顧者視照顧工作為天職，將照顧奉獻視為必然，甚至認為照顧家人就是家內的事情，不應當由外人甚至是國家政策插手，因而其目光只集中在做好照顧工作，沒有意識到自己在照顧過程中，仍可能需要各種層面的協助，也忘了評估自己是不是能勝任照顧工作。

Eifert等人（2015）指出，家庭義務和性別規範會轉化成整體社會對角色義務的期望與道德期望，社會從而創造了家庭應該如何回應照顧情境，以及誰該成為照顧者的假設、信念和價值體系，其

中，人們通常期望女性而不是男性承擔照顧責任，因為女性被認為更溫柔、更有同情心；且承擔照顧責任被用來判斷人們是否是一個「好」家屬，若有人挑戰這種期待，就會被社會視為冷血與自私，致使人們自然而然地承擔起照顧責任。Tatangelo等人（2018）之研究則發現，許多失智症者之照顧伴侶曾表示照顧角色已耗盡其生命，無暇思考個人的健康需求，此種將被照顧者的需求擺在優先地位的現象，導致其難以識別和討論維持自身健康之未滿足需求，形成對自我照顧之顯著障礙。

（二）社會氛圍

研究者在實務過程亦發現，民眾對於「被協助」、「接受服務」甚至是「成為案主」的想像，多數會指向經濟弱勢或失能者，而非身心健全的照顧者本身，此種社會氛圍確實影響到部份照顧者的自我覺知，當專業人員進入案家時，部份照顧者會直覺地認為需要「被服務的」是失能者，也就是家中的被照顧者，而非提供照顧的家人本身。此就如Choi等人（2024）所指，許多人所認知到的「子女」或「配偶」角色，並不會直接聯想到他們是需要外部支持的照顧者，以致於部份家庭照顧者也形成類似的自我角色認知，視照顧是一種自然的血緣義務，此可能抑制其尋求支持的動機，最終導致照顧者不堪負荷與耗竭。

二、知識基礎之落差

求助意圖之形成依賴訊息以及實質服務之可得性，當前兩項要素均具備時，人們才能自由地進行偏好選擇，此時，訊息的正確性將決定人們如何計算及衡量服務可滿足需求之類型與程度。以長照2.0的服務項目為例，例如家照據點、居家服務、輔助器具、日間照顧等新興的專有名詞，毫無疑地，語詞本身即會創造理解的界限與隔閡，許多專業人員耳熟能詳的詞句，除了難以轉化成部份民眾熟悉的日常語言（如家照據點的臺語），民眾也難以理解其實質服務內涵及過程，需要專業人員從旁協助解說。因此，若一開始家屬即缺乏相關知識基礎，自然也不會關注相關服務並聯繫專業單位，導致其求助意圖不足，在了解及使用服務的機會上，從而受到限制（Sorrentino et al., 2025）。

三、評量工具之不足

「初篩指標」界定高負荷家庭照顧者需轉介標準包括照顧者出現1項必要指標（照顧者或被照顧者間曾有家暴情事、照顧者曾有自殺企圖或自殺意念）或其餘2項指標（被照顧者有嚴重情緒困擾、干擾行為致難以照顧、高齡照顧者、過去無照顧經驗者、沒有照顧替手、需照顧兩人以上、照顧者因疾病或身心狀況影響照顧能力或意願、申請政府資源不符資格、資格變動，或有突發緊急需求者、3個月內

照顧情境有改變），以及其他經專業人員評估有轉介之必要情形。然而，前述各個適用於轉介標準之項目，缺乏對家庭照顧者本身應對照顧之韌性、以及整體家庭支持資源等評估內容，事實上，部份家庭照顧者因過往生命經驗、照顧韌性或傳統文化價值觀影響，並不適合在短時間立即進入轉介流程，而是需要家照專員之陪伴溝通，才能逐步改變其需求意識。

四、專業人員因素

澳洲研究發現，儘管許多照顧者表示對其照顧角色或整體生活滿意度較低，且感到怨恨及過度負荷，但仍否認需要服務，這可能反映出其無感或對服務抱持著負面期望（Brodaty et al., 2005）。就我國經驗，政府期待透過初篩指標以篩選有服務需求者之立意良好，得以在長照服務過程中，即早發現家庭照顧者之需求、提供協助，並預防照顧悲劇產生。然而在實務現場發現，申請家庭照顧者服務的人數雖增多，實地訪視後未開案比例卻偏高。以臺中市家庭照顧者支持服務計畫為例，訪視後未開案的原因包含（一）轉介後拒絕、（二）評估後無服務需求、（三）被照顧者過世、（四）聯繫未果、（五）未符合長照身分、（六）居住地非服務區（轉區）、（七）評估後不符開案標準、（八）其他。上述八項原因中，第一與第四項因素均有可能是照顧者沒有意識到自己的需求，或是因傳統觀念的影響而拒絕外界的訊息與協助；至於第二項因素則與社會工作者的專業會談技巧息息相關，如僅藉由表面談話以了解意願，而疏忽家庭照顧者之內在需求及意識，即可能誤判為無服務需求者。

此外，研究者也曾在團督過程發現，有些家照專員在提供處遇時，習慣以「配對服務」的思考邏輯進行服務，例如：認為身體功能負荷較高的照顧者，就要推薦使用在宅照顧技巧指導；又或者，情緒負荷高的照顧者，就一定要參加紓壓活動、或是媒合心理協談服務，甚至認為沒有連結服務或活動，只有提供個案管理服務是沒有功能的。此種固著觀念與邏輯，會忽視家庭照顧者本身的主體性與異質性，以致於在轉介後產生需求期待落差，個案拒絕使用服務。

曾有家照專員於督導會議中表示：「大部分個案轉介來時已有使用長照服務及資源，故訪視大多以傾聽個案照顧壓力及給予情緒支持為主，而子女大多時間也在外工作，家屬通常無法分擔照顧時間，故每月家電訪大部分為傾聽壓力，久了個案可能也會覺得好像沒有得到甚麼協助？」也曾有家照專員提問：「個案因情緒不佳，再次出現拒絕服務的情形，是否還有其他服務可介入協助？」「個案有照顧問題及需求，但拒絕訪視，或表示照顧非常忙碌，個案無法騰出時間訪視。」形

成前述狀況的因素，有部份來自家照專員未能發揮應有的專業職能，就實務歷程，若在第一次電訪時，家照專員尚未與家庭照顧者建立關係，家庭照顧者也尚未意識到自己的需求時，急著配對服務有很高的比例會被拒絕，家庭照顧者常會以沒有時間參加訓練、對活動沒有興趣、不想要外人來家裡等理由，將服務拒絕於門外。

研究者也曾發現有些申請服務者並非主要照顧者本人（例如，子女替老老照顧的父母提出申請），若主要照顧者未獲事先告知，或案家內部未達成共識，當家照專員進入案家時，被拒絕服務的比例就會提高，進而產生「評估後無服務需求」的情況。為避免此現象，家照專員在資料搜集之準確度即顯得相當重要，除了需參考照顧負荷量表的分數外，誰來申請服務？申請人觀察與擔憂主要照顧者的需求或問題為何？目前是以何種形式解決？家庭照顧者目前的照顧方式是否存在風險？其生活狀態是否存在足夠的喘息時間與空間？如何看待目前的照顧生活？這些訊息若未得到確認，很容易只看到家庭照顧者之生活表象，從而未善用會談技巧引導家庭照顧者思考其需求，並判定無服務需求。

伍、協助低需求意識與求助意願家庭照顧者之服務策略

一、增進家照專員之專業職能

依衛生福利部「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」及「長照與身障家照據點共融試辦計畫」之規定，聘任家照專員之資格以至少具備社會工作師應考資格者為主，且新進入員都需要參加「家庭照顧者支持性服務人員初階課程訓練」，以及每年度之必修基礎課程與人身安全課程分級訓練。以2024年辦理的初階課程為例，科目包括家庭照顧者服務內涵、服務流程、處遇評估、網絡合作方法、身障者需求、精神患者因應與處理，以及認識高負荷家庭照顧者等，整體課程規劃多屬概念性知識、服務流程、認識被照顧者需求等內容，在進階實務職能之訓練上較為不足。

目前我國家庭照顧者支持服務的主要內容包含資訊提供與轉介、長照知識與技能訓練、喘息服務、情緒支持與團體服務，以及其他提升家庭照顧者能力與生活品質的項目，實務方法則包括個案管理、心理協談、照顧技巧指導、紓壓活動、支持團體、及志工關懷等。由於家庭照顧者需求之發掘為動態性歷程，為增進家照專員之實務職能，避免家庭照顧者需求未被理解或拒絕服務現象，在服務策略之調整上，各承辦單位就所屬在職培訓之課程內容，應著重在如何與家庭照顧者建立良好

關係、同理困境、多面向評估需求、提供適切性服務、並充權家庭照顧者之解決問題能力上，才能有效協助其達到照顧平衡、降低照顧負荷。

二、建立以家庭照顧者為中心之服務

在傳統社會工作服務過程中，專業人員與案家、個案之間隱含著權力操控，因而難以形成對等之專業關係，更遑論實踐案主自決之倫理守則。若家照專員剛開始提供服務就展現專業姿態，顯現照顧者是需要被幫助、甚至視其為弱勢者，會讓照顧者有被貶低的感受，也會建立不對等的專業關係。尤其隨著政策轉變，長照業務日趨多元繁雜、服務項目增多，且服務案量急速擴大情況下，長照專業人員之增長速度遠遠比不上服務需求量，有時為求服務之績效與時效性，更難以落實案主參與及自決服務之過程。然而，相較傳統一般所認知之失能或弱勢案主，家庭照顧者是有能力且有自身想法的一群人，在其執行日常照顧工作之過程，所需要的並不是完全取代其照顧任務，而是提供知識、資訊、協助討論與引發思考的外在協助，因此，如何邀請家庭照顧者「一起工作」，在家庭照顧者支持服務中，是相當重要的實務方針。

就社會工作者之專業養成訓練，個案工作、團體工作、社區工作是三大主要法，其中，個案工作之執業過程常採取「評估」及「處遇」兩大主軸，而在家庭照顧者服務過程中，評估需具備「多面向性」，才能準確地掌握其實際負荷情形，除了基本的生理、心理、社交、經濟狀況等訊息，照顧者本身的能力、遇到困難之求助管道、自我效能、非正式資源、看待事物的態度等，都應當一併考量；而在處遇部份，則需經過了解問題、分析問題，思考可執行策略並擬定計畫等階段，因此應綜整個案狀況、現有資源以及期待，安排不同階段之處遇重點。許多服務經驗指出，與家庭照顧者建立關係並獲得其信任，再運用合適的會談技巧，方能準確地評估家庭照顧者的實際需求，也才能成功推動有效的服務模式。

目前多數處遇計畫都會嘗試將評估問題與服務策略進行配對，認為評估問題後，就至少要提供某一項服務給家庭照顧者，但在實務現場會發現，多數家庭照顧者缺乏參加課程、活動、團體的意願，對於心理協談、技巧指導、志工關懷也有所擔憂，如果個案評估後都一定要配對相關服務，當個案都拒絕參與時，就可以結案了嗎？想必不是。照顧者拒絕服務之原因相當多元，家照專員應提高觀察力與敏銳度，並且運用會談技巧，或從申請者的角度搜集資訊，判斷可能的原因。若照顧者是因為傳統價值觀認為照顧之責不應該假手他人，可適時同理其承擔照顧工作之勇氣與辛勞，讓其看見優先照顧自己也能

提升照顧品質的方法；若照顧者認為可以承擔一切照顧工作且不感到辛苦，也可以先關懷並適時提供資訊，以保持聯繫為首要工作項目；若照顧者曾有不好的服務經驗，則可以先同理情緒，並從中聽取照顧者對相關服務不滿意的原因，進而思考合適的照顧策略。

三、認識及發揮家照專員之實務角色

專業單位及實務工作者本身能夠認識到其專業定位與角色，影響後續對家庭照顧者之服務價值與規劃，經由實務場域之觀察，本文認為家照專員應體認及發揮之實務角色如下：

（一）評估者：提供個案會談服務，於照顧家庭中了解照顧狀況，以及家庭照顧者之身心狀態，進而評估其照顧負荷程度、因應問題之能力、過往解決問題的態度與方法、家庭分工狀況以及未來規劃等。若於評估過程發現疑似危機情況，如自殺意念、家暴情事，則需判斷是否進入緊急處理程序。

（二）使能者：透過會談，了解家庭照顧者的能力與付出，協助家庭照顧者釐清環境與文化價值的影響因子，並協助家庭照顧者盤點自己的優勢，增強其信心，拓展其作決定的思考面向，給予改變與調整的勇氣，使家庭照顧者之生活品質獲得改善。

（三）資源連結者：協助家庭照顧者了解各項照顧資源，引進更多資源協助分擔被照顧者的照顧工作。此外，服務焦點應著重在家庭照顧者，提供參與活動、社交、學習等資源，使其於照顧空暇時間，得以擁有自己的舒適生活。

（四）陪伴者：關懷、傾聽與陪伴，對於家庭照顧者來說是重要的。社會工作者應成為家庭照顧者得以傾訴與商量的對象，陪伴家庭照顧者一同面對問題，給予支持與力量。

（五）協調者：於照顧家庭中以及各資源單位之間，扮演協調的角色，協助共同討論照顧安排、資源運用等議題，讓家庭照顧者有一個得以討論的好夥伴。

陸、結論

學理將求助歷程分為三階段：認知問題、決定求助、選擇服務來源，家庭照顧者是否願意接受服務，與此三個階段息息相關。就我國之實務場域，如何增加照顧者使用服務之動機與意願，確實存在諸多

干擾因素，在家庭照顧者部份，包括文化價值觀、服務需求意識，以及家庭系統之支持程度等，都會影響其接受服務的想法與意願；而在制度與服務層面，包括評估工具是否適切？協助轉介單位是否瞭解服務內容？家照專員對個案評估的敏銳度是否足夠？當前提供的服務內容是否滿足家庭照顧者的需求？也會形塑家庭照顧者之需求意識與求助意願。

面對各種干擾因素，專業人員之職能將是消除前述阻礙之關鍵，事實上，本文研究者曾於實際服務經驗中，遇過案女看見媽媽辛苦照顧爸爸，於是主動打電話申請服務，然而家庭照顧者卻認為照顧丈夫天經地義，即便難過與辛苦也不願意外人介入。但旁觀該名家庭照顧者屬新手照顧者，無論在身體照顧、情緒負荷、社交生活上都需要協助，因此雖沒有馬上進行開案服務，但家照專員以建立關係為首要目標，藉由電話關懷、投遞活動資訊、到案家門口擺放名片、定期與申請者聯繫等方式，經過幾個月後，家庭照顧者對家照專員的信任感提升，也願意接受服務，讓家照專員成為可以協助與商量的對象。

可見，許多家庭照顧者之低服務需求意識與求助意願，是一種暫時性的認知狀態，只要專業人員提供適當的處遇方針與方法，就能讓現況產生改變的機會。因而對家照據點等服務提供單位而言，就服務策略之設定上，除了既有政府所規定之訓練課程外，在強化家照專員之專業職能部份，應彙整並形成單位所屬之實務操作培訓課程內容，讓新進與在職人員均能理解家庭照顧者支持服務之價值，體認並發揮其專業角色，從而建立「以家庭照顧者為中心」之服務模式。最後，如何讓「初篩指標」成為更有效之評估工具，則有賴未來產官學界之共同努力與投入。

最後，因本文主要為研究者個人承接地方政府委辦方案，以及擔任部份縣市相關外部督導經驗之整理，在學術與實務應用上將存在些許限制。首先，受限於區域特性，前文所述實務經歷及相對提出之服務策略，可能無法適用於其他縣市或不同性質家庭照顧者服務情境；其次，因本文屬論述性著作，在解釋力上較不如其他採取量化或質性研究設計者，建議未來對相關主題有興趣者，可透過更嚴謹的研究方法，如深度訪談或問卷調查等方式，進一步驗證本文所提出現象或服務策略之有效性，以深化研究成果之學術性與應用性。

（本文作者：林靜瑜為林靜瑜社會工作師事務所所長；蕭文高為東海大學社會工作學系教授）

關鍵詞：家庭照顧者、求助、需求、服務策略

參考文獻

中華民國家庭照顧者關懷總會（2025）。《家庭照顧者支持服務據點專業人員工作手冊》。https://1966.gov.tw/LTC/cp-6455-69938-207.html

內政部（2025）。《內政統計月報（中華民國114年5月）》。https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=21756

呂朝賢、林秉賢、施麗紅（2025）。〈影響家庭照顧者支持性服務使用之原因：以臺北市身心障礙家庭為例〉。《人文及社會科學集刊》，38，1–42。

陳景寧（2019）。〈我國家庭照顧者支持網絡系統〉。《長期照護雜誌》，23（1），11–21。

監察院（2024）。《調查報告（113社調0027號）》。https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=48987

鄧桂芬、李玉春、楊哲銘、黃國哲（2019）。〈影響台灣家庭使用長照十年計畫2.0的相關因素分析〉。《台灣衛誌》，38（5），521–536。

蕭雅玲（2020）。《探討社區失智老人家庭照顧者支持性服務需求之相關因素研究——以臺北市大同區為例》（碩士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/4m75b9

Administration for Community Living. (2022). *2022 National strategy to support family caregivers*. https://52b708f968.nxcli.io/wp-content/uploads/2025/03/NatlStrategyToSupportFamilyCaregivers2022.pdf

Aufill, J., Burgdorf, J., & Wolff, J. (2019). *In support of family caregivers: A snapshot of five states*. Milbank Memorial Fund and the John A. Hartford Foundation.

Bradshaw, J. (1972). Taxonomy of social need. In G. McLachlan (Ed.), *Problems and progress in medical care: Essays on current research* (7th Ed.). Oxford University Press.

Bressan, V., Visintini, C., & Palese, A. (2020). What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review. *Health & Social Care in the Community*, *28*(6), 1942–1960.

Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*(6), 537–546.

Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(1), 44.

Choi, H., Reblin, M., & Litzelman, K. (2024). Conceptualizing family caregivers' use of community support services: A scoping review. *The Gerontologist*, *64*(5), 1–11.

Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. The Macmillan Press.

Duell, D., Non, M., Braam, A. M., Leloup, L., & Portrait, F. (2021). Is the availability of informal care associated with a lower uptake in formal home care? An application to personal care in the Netherlands. *Journal of Long-Term Care*, *2021*, 77–91.

Eifert, E. K., Adams, R., Dudley, W., & Perko, M. (2015). Family caregiver identity: A literature review. *American Journal of Health Education*, *46*(6), 357–367.

Funk, L. M. (2019). Caregiver identity. In D. Gu & M. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of gerontology and population aging*. Springer.

Gillihan, S. J., & Ferguson, E. F. (2018). Development of a scale to measure awareness of one's needs. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, *9*(2), 202–208.

Hastings, R. P., Jones, L., & Totsika, V. (2018). Systems approaches to parental stress and resilience in intellectual and developmental disabilities. *Current Developmental Disorders Reports*, *5*(3), 193–201.

Heller, T., & Caldwell, J. (2006). Supporting aging caregivers and adults with developmental disabilities in future planning. *Mental Retardation*, *44*(3), 189–202. https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[189:SACAAW]2.0.CO;2

Heller, T., & Kramer, J. (2009). Involvement of adult siblings of persons with developmental disabilities in future planning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *47*(3), 208–219.

Huang, S., Griva, K., Bryant, C. A., & Yap, P. (2017). Non-use of day care services for dementia in Singapore: A dilemma for caregivers. *International Psychogeriatrics*, *29*(3), 455–466.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, *50*(4), 370–396.

Mast, M. E. (2013). To use or not to use: A literature review of factors that influence family caregivers' use of support services. *Journal of Gerontological Nursing*, *39*(1), 20–28.

McCabe, M., You, E., & Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, *56*(5), e70–e88.

McLaren, T., Peter, L. J., Tomczyk, S., Muehlan, H., Schomerus, G., & Schmidt, S. (2023). The Seeking Mental Health Care model: Prediction of help-seeking for depressive symptoms by stigma and mental illness representations. *BMC Public Health*, *23*(1), 69.

Pretorius, C., Chambers, D., & Coyle, D. (2019). Young people's online help-seeking and mental health difficulties: Systematic narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(11), e13873.

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, *4*(3), 218–251.

Saint Arnault, D. (2018). Defining and theorizing about culture: The evolution of the cultural determinants of help-seeking, revised. *Nursing Research*, *67*(2), 161–168.

Sorrentino, M., Fiorilla, C., Mercogliano, M., Stilo, I., Esposito, F., Moccia, M., Lavorgna, L., Salvatore, E., Sormani, M. P., Majeed, A., Triassi, M., & Palladino, R. (2025). Barriers for access and utilization of dementia care services in Europe: A systematic review. *BMC Geriatrics*, *25*(1), Article 162. https://doi.org/10.1186/s12877-025-05805-z

Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., & You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *77*, 8–14.

Waligora, K. J., Bahouth, M. N., & Han, H. R. (2019). The self-care needs and behaviors of dementia informal caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, *59*(5), e565–e583.