

# 從卑親屬不堪失智照顧負荷探討 照顧暴力與老人保護困境

王潔媛

## 壹、前言

面對超高齡社會人口結構鉅變，對於傳統家庭分工與社會制度帶來挑戰，高齡者的生活照顧主要由家庭提供，然檢視重大老人家暴案件之暴力促發因素，以老人失能照顧者不堪負荷而殺害為大宗，占比為26%（衛福部保護司，2023）。因此，如何能協助家庭照顧者獲得心理支持與照顧資源，尤其是面對無替手、老老照顧、身障雙老的多元樣態，家庭照顧者常陷入照顧暴力風險而不自覺，即時性的資源不僅影響之照顧品質，專業者如何善用跨專業團隊評估家庭照顧者身心狀況與壓力指數，擬定適宜的照顧計畫，避免造成持續性或反覆性發生之「照顧家暴」事件，此脈絡之梳理實為掌握家庭照顧者需求，攸關維護失智者人權之關鍵性議題。

據衛生福利部保護服務司（2023）統計，因不堪照顧負荷引發之重大老人家

暴案件被害人（被照顧者）之風險因子為年齡，資料顯示以76歲-84歲為大宗占（46%），85歲以上次之（占15%）；且具脆弱性高、身心狀況不易照顧、罹患失智症等如攻擊、謾罵、漫遊、作息顛倒等嚴重情緒行為特性，導致於案發前三個月之身心狀況有巨大轉變，如罹癌、染疫等。因此，面對高齡者老化與疾病之身心功能降低與衰退，常易與老人虐待的徵兆混淆，並掩蓋老人受虐的事實（Lachs & Pillemer, 2004）。隨超高齡社會失智者增加，如何避免家庭照顧者面對失智症不可逆的退化，因面臨照顧過程被失智者攻擊或傷害的雙向性暴力特性，發生「照顧家暴」，專業人員必須提升家屬成為加害者，卻同時也是被害人之雙重角色之敏感度。

回顧我國之老人虐待案件，從2005年的1,616件增加為2018年的7,745件，在13年間共增長近四倍。至2019年修正定義

為直系血（姻）親卑親屬虐待65歲以上尊親屬，案件數由2019年的6,935件增加至2021年9,821件，短短三年內攀升高達四成（衛生福利部，2022）。然而，多數老人保護個案在法令面或服務面所接受的保護與支持不足，對自己能否解決暴力感到悲觀；加上基於保護子女心態不願有太多改變，要能建立關係並取得信任並非易事（楊培珊、吳慧菁，2011），此為第一線執行老人保護工作普遍面臨的挑戰。爰此，本文以家庭照顧者為對象，檢視卑親屬對不堪失智照顧負荷之照顧暴力及執行老人保護困境。同時，因失智照顧之變化性大、複雜性高，藉由本文探討能有助於發展老人保護工作策略，進而反思與深化老人保護與家屬一起工作之具體目標，預防庭照顧者因不堪負荷而對失智長者發生「照顧家暴」危機。

## 貳、成年卑親屬因失智照顧身心失衡衍伸照顧暴力

衛生福利部（2024）指出失智症除認知功能障礙外，亦伴隨情緒及行為症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD），不僅會讓失智者產生不適感，亦為照顧者主要壓力來源。陳昱名（2013）針對老年失智症家庭照顧者之照顧負荷指出，當老人罹患失智症越久、照顧時間愈長、日常生活功能越差

及行為情緒問題越嚴重時，則照顧者負荷越重。其中，又以人際關係與社交生活影響最大，可知失智照顧之負荷度不同於其他疾病，專業人員應對家庭照顧者心理健康的衝擊應保有敏感度。除此，因失智疾病影響老人之認知，家庭照顧者因照顧衝突事件積累演變為疏忽或暴力情境，如何能預防因照顧過程中從衝突演變為不當行為，從雙方互動進行辨識造成衝突之風險甚為關鍵。

### 一、失智老人易成為受暴的高危險群

老人的身體功能障礙及經濟資源都會影響老人的自主性（劉雅文、莊秀美，2006）。相較於失能老人，照顧失智老人最顯著的差異為何？根據邱銘彰、湯麗玉（2009）指出，隨著失智症病程變化，而有不同的疾病症狀與行為表現，可知家屬執行照顧難以因應。對照於衛福部（2025）老人保護統計顯示，2024年老人保護扶助共有285,161人次，其中又以諮詢協談244,484人次比例最高，其次為家庭關係處理14,414人次。然而，面對家庭結構小型化之發展趨勢，薛彩辰（2024）指出家屬每天需面對失智者不同的困擾行為與每況愈下的病狀，加速照顧量能內耗，易使照顧衝突不斷發生。國外研究亦有相同發現，老人虐待盛行率與認知功能高度相關，認知功能正常介於10%，認知虧損則有47.3%，兩者差距高達近五倍

之多 (Dong, 2015)，說明照顧失智者面臨的互動及行為問題，對家庭照顧者負荷與照顧暴力具高度關聯性。

衛生福利部 (2024) 指出，我國社區65歲以上長者失智症盛行率為7.99%，失智症類型以阿茲海默型 (Alzheimer's disease) 最多。其中，女性失智症盛行率為9.36%，高於男性之6.35%；在65-69歲、70-74歲、75-79歲、80-84歲及85歲以上之年齡別盛行率分別為2.40%、5.16%、9.10%、16.00%及23.23%，說明失智之盛行率與性別、年齡具相關性。因此，伴隨失智人口成長，凸顯有更多的成年子女成為沒有經驗的新手照顧者，在照顧知能與角色準備仍未能完備下，面對身心老化的父母益加複雜的動態照顧需求，欲兼顧家屬與失智長者兩方之權益實非易事，並反映在臺灣層出不窮的老人保護案件。如何避免家庭照顧者因沉重的照顧負荷成為「隱形病人」 (Adelman et al., 2014)，實有賴於專業人員協助家庭，提升運用資源意願與加強支持系統之連結程度、自我照顧負荷與處理衝突的調適、對家庭人際與互動分工關係等面向之整體性評估。同時，因失智疾病影響老人之認知，在醫療或照顧決策過程失智者常被排除在外，且個人意願與希望獲得的照護方式也常未獲得尊重 (衛生福利部，2025)，進而交織出照顧互動與溝通衝突之多重困境。

據Nielsen (2004) 指出，健康識能 (health literacy) 為民眾獲得更佳的疾病預防措施、疾病治療以及疾病照護管理的能力之一，其定義是指民眾可獲得、處理以及了解基本健康資訊和服務，並且可對健康做適當決策的能力。說明健康識能有助於改善照顧失智者的技巧與能力，當失智之家庭照護者的健康識能不足，對於失智者之認知功能、照顧執行能力、工作記憶以及對於藥物使用的知識相對也不佳 (Jiang et al., 2018)。對照臺灣則少有針對失智症家庭照顧者健康識能的討論，即使國外研究指出家庭照顧者之健康識能程度影響照顧過程品質、被照顧者的健康結果，包括感染問題、用藥安全等問題 (Lindquist 2013; Yuen, 2018)，對於如何能有效的促進家庭照顧者健康識能，仍有性別、城鄉、族群與文化的差異性有待克服，要能發展有助於預防老人虐待的保護介入策略，仍有極大的努力空間。

研究顯示個人之認知狀態與憂鬱症狀之影響，均會導致身體功能惡化 (Millán-Calenti et al., 2012)。隨年齡增加，面對身心老化影響及收入減少、健康變化衝擊，皆會對老人權益造成影響，子女應如何回應？利翠珊與張妤玥 (2010) 指出，成年子女似乎是「陪伴」而非「照顧」老年父母，反而是老年父母提供他們各種協助，此亦為我國老人保護案例中常見之情境。雖然為數眾多的長者有

受虐經驗，然根據美國實際通報到「成人保護服務」（APS）的個案僅屬少數（National Center on Elder Abuse, 2016; Gao, 2011）。綜上可知，面對家庭照顧者在年齡、性別與角色之差異性，對於「好的」或「有品質」的照顧標準常是各自解讀，在缺乏共識下莫衷一是。同時，當失智者或家屬亦無病識感或因不了解失智症狀，更易導致有意或無意的疏忽，面對家屬主觀性期待常與專業人員客觀性的認知有顯著落差，對於家屬在執行照顧及需求評估的結果，也成為通報老人保護的重要依據。

## 二、家庭照顧者不堪負荷之照顧暴力

研究指出約半數的慢性病家庭照顧者有明顯的情緒困擾，且約三成照顧者存在自殺意念，值得注意的是有二成之照顧者曾有過自殺或自傷行為（Yang et al., 2023）。張瓊文（2023）從犯罪學觀點探討家庭照顧者「長照殺人」之發生態樣指出，分別是：（一）秋冬、夜間、男性、身心疾病者，存在較高犯罪風險；（二）多數個案不會對外求援，且案件發生多非止於經濟因素；（三）整體宣告刑度偏低，但多數仍須入監服刑；（四）多數行為人無犯罪前科，犯罪動機集中在難以負荷的身心壓力以及使被害人解脫兩類；（五）過半照顧者照顧時間超過10年，近半於犯後選擇自殺；（六）擴大法

官裁量空間，法務部修法方向正確。因此，正視長照負荷對照顧者在思維和行為產生的衝擊與個別性有其必要性。

檢視臺灣失智症之主要家庭照顧者以成年子女為主，其次為配偶、55歲以上照顧者超過65%，三成以上須同時兼顧照顧責任與工作，說明隨著照顧者身兼多職，加上年齡愈高、每日平均照顧時間愈長，健康狀況越不好（衛生福利部，2017）。陳昱名（2013）指出，需注意失智家庭照顧者的健康狀況與心理、社會狀態，特別是主要照顧者所承受的壓力源、對壓力的評價方式、因應行為和健康狀況，以能提供情緒支持，並教導問題解決的因應策略，避免產生無力感而崩潰，以能維護主要照顧者的整體健康。衛生福利部（2024）調查顯示，失智者有任一項失智症精神行為與情緒問題（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）之發生率為66.01%，且隨失智程度越嚴重，發生率也越高。串聯健保資料庫分析，發現失智者與無失智者相比，有較高的急診與住院風險、就醫次數及醫療費用支出。

照顧工作是動態及多變的，此複雜情境皆為影響家庭照顧者的情緒與行為失衡的關鍵。除此，因失智病程變化與症狀依人而異，邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲（2007，頁31）指出從初期輕度到中、重度的階段病程更高達10至20年之久，家庭

照顧者除需面對非預期的照顧困擾行為，如無故半夜醒來、大小便失禁、重複問題與動作、獨自外出迷路、遺失東西或放錯地方之外；更困擾的是失智者的之精神障礙，加上逐步退化的認知功能，使得照顧工作在無望感下成為消極性任務，更導致家庭照顧者成為被忽略的「隱形病人」。說明要能落實「以人為本」的失智照護，在評估過程如何納入主要照顧者的共同參與，以能有助於取得無法由失智者取得病史資料之限制，進而能獲得關鍵資訊及適切連結所需資源。綜上討論，說明失智照顧不僅是諮詢與穩定就醫而已，能否提供家屬充分與即時資訊，在陪伴與鼓勵下學習照護新知，皆會影響失智者參與知情選擇與決定的機會，凸顯失智照顧過程實有賴於促進失智者與家屬、照顧者和服務提供者三方積極合作（衛福部，2025），並納入家庭／非專業照顧者的關鍵性角色，能有助於增進評估的互動性。然而，成年子女又是如何看待照顧角色？據利翠珊與張妤玥（2010）針對代間照顧關係研究顯示，在成年子女照顧父母的經驗中，會出現親子權力反轉的現象，而過去親子關係的良好與否，似乎也左右著成年之後的代間照顧關係。因此，專業人員面對「家人關係的世代轉變」，進而影響互動的意願及關係，皆為納入「整合性家庭之處遇」的關鍵性資訊。

與家屬互動面臨的挑戰多元，根據謝

寧惠等人（2023）指出，失智症家庭照顧者的健康識能對於照顧工作的影響，研究指出教育程度較低、高齡配偶的家庭照顧者是健康識能有限的族群；健康識能在個人層級四面向中，以評估資訊的能力較有限。如在實務中社工人員常面臨老人對受暴說詞反覆，更不願接受安置，甚至會改口表示是自己跌倒，家屬亦不願安置，對社工帶案主驗傷出現高張情緒，社工如何納入案主及其家庭一起工作更為關鍵。其次，面對老人保護之合作網絡，如何與網絡成員分工與合作，能主動協助老人免於受暴，減輕家庭照顧者負荷則有賴於團隊共識。因此，建立「類高危機」個案的網絡合作機制，針對頻繁通報、低度危機、家庭問題多元個案家/庭，運用「網絡個案討論」機制回應更顯關鍵。以下說明案例如下：

王伯伯94歲為榮民身分，持有重度肢障證明，因中風致右半邊無力，左側手部與腳部功能尚可，可用左手自行吃飯，因行動受限平日多待在家中，與鄰居較少互動，已離婚目前與前妻所生的獨子同住。案獨子曾對案前媳婦及案孫女家暴，後已離婚，並獲發保護令，執行處遇課程為認知輔導教育含戒酒教育24週，戒癮門診與親職教育輔導各12週，但因未在期限內完成處遇計畫，並保護令入監服刑。

鄰居表示常聽聞案主與相對人爭吵，王伯伯行動需依靠輪椅行動，然因重聽加上口音重，導致極少參與社區與鄰里活動。目前已申請長照居家服務，時段為週一到週日白天，目前穩定使用中，服務內容為代購、洗澡、陪外出等，晚上時間則由案子自行照顧。然居家服務員在執行照顧過程，觀察到王伯伯疑似失智之徵兆，主動關心人身安全時，王伯伯第一次坦承是被兒子打，但之後隨即否認，對於受暴事件說詞更是反覆不一。王伯伯意識到說的太多恐會帶來麻煩，更擔心會被安排至榮民之家或長照機構居住，後對於身上出現的傷勢仍持續否認，更不願意述說細節。

相對人為案子，患有多重慢性病持有中度肢體障礙證明，頸椎、脊椎多次手術，左手抖動嚴重，需依靠藥物止痛。目前除有飲酒習慣外，曾有使用安非他命，並且入所勒戒3個月。在與居家單位互動過程中，案子持續否認曾對父親施暴，對其傷勢多以案主自摔說詞帶過，並抱怨父親很難照顧，盼由長照服務網絡協助分擔，並談及王伯伯安置後相關月領補助費用會停發，後隨即改口表示對父親十分不捨，擔心會無法適應機構照顧，明確表示

勿進行安置。

從上述案例顯示失智照顧衝突演變為暴力行為並非單一因素，綜合了失智者互動能力與家屬的身心狀態，尤其是當家庭支持缺乏、家庭關係衝突等多重因素交織出照顧風險，照顧者為制止失智者的困擾行為，易形成不當對待的照顧暴力。薛彩辰（2024）指出，照顧者情緒失控的不當行為兩者僅一線之隔，取決於照顧者對於照顧衝突情境之調節與因應。Jackson與Hafemeister（2013）提出「風險－保護模式」（Risk-Protective Model），找出可能增強失智長者虐待的風險因子（如圖1）。就長者的因素包括認知虧損與社會孤立，相對人則是精神疾患、藥酒癮、財務依賴、自覺照顧負荷與社會孤立，兩人關係過去有衝突和不合的歷史及老人和相對人同住；上述多元因素必須放在社會和文化對於老化或失智的態度或看法脈絡下，如對老人之刻板印象或歧視，可能增強虐待的風險。

Jackson與Hafemeister（2011）進一步強調，建構老人虐待理論必須納入老人認知功能的虧損，認為虐待類型會隨著認知功能程度而有不同。如在失智初期階段，財務剝削的風險比身體虐待或疏忽來得高，當失智病程進入中度，身體虐待成為較大風險。進入重度階段，疏忽是最有可能發生暴力類型，心理虐待則橫跨三個階段，詳如圖1。因此，面對照顧暴力

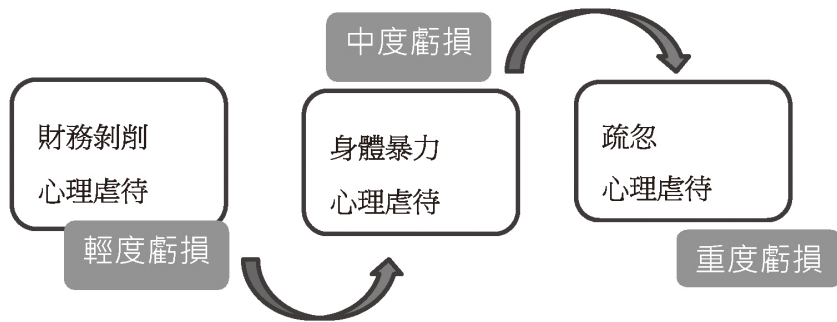


圖 1 失智程度和老人虐待類型之差異

資料來源：Jackson 與 Hafemeister (2013, p. 19)。

行為評估，必須納入失智病程的變化與需求，以能提升老人保護工作者對不同暴力樣態的敏感度。綜上，對於卑親屬對合併失智照顧議題之老人保護處遇，並非透過通報老人保護事件，以觸犯家庭暴力罪而受監護處分就能解決（薛彩辰，2024）。面對超高齡社會，宜從多元視角來檢視家庭照顧者負荷與主觀性的限制，掌握家庭動力，以能在公私協力下回應照顧暴力議題。

## 參、失智者之家庭照顧者相對人角色與處遇內涵

### 一、家庭照顧者之動態角色與階段性任務

Schulz與Eden (2016) 指出，廣義的家庭照顧者係指基於情感關係，非以金錢

為報酬，提供日常生活照護之人，身分可能包括配偶、子女、朋友、鄰居或伴侶等非正式關係，並不必然具法律或血緣關係。其照護方式亦可能涵蓋密集照顧、定期協助或遠距支持等形式，照顧內容則包括身體照護、醫療協助與情緒支持等層面。然而，據衛生福利部 (2017) 指出，失智者之主要家庭照顧者以子女為主，其次為配偶、更高達三成以上須同時兼顧照顧責任與工作。可知隨著離婚率攀升，媳婦擔任照顧者比例下降，有更多的子女成為家庭照顧者，初為照顧者未必能理解適時失智診斷的必要性，影響後續就醫時機，獲得醫療資源甚至已是病程中後期。此不僅影響失智者及家屬所能獲得的長期照護服務，因為失智病程變化而未能符合服務單位開案標準，導致照顧服務的使用多是片段受限的。

據王潔媛與楊秀珍（2021）針對年輕型失智研究指出，家屬不僅需要承擔失智者病程變化壓力，在照顧資源運用也面臨因病程變化，因失智精神症狀而被服務單位拒絕的窘境。家屬在歷經「自己顧」到「請人顧」的轉換過程，因對照顧資訊的評估及運用未必具敏感度，在服務被拒絕的過程中仍需不斷尋找照顧資源，不僅

挑戰家屬所能承擔的照顧極限，加上多數家屬非專業照顧者，此絕望無助的孤立感受實為無法承擔之重。回顧家庭照顧者關懷總會（2017）針對家庭照顧者提出「五階段家庭照顧因應對策」（表1），指出隨著照顧歷程不同，家庭照顧者各有其發展之角色任務與需求挑戰。如「預備照顧者」若能及早認識長照資源與規劃，學習

表 1 五階段家庭照顧者與因應對策

照顧階段	照顧階段	照顧需求與挑戰
預備照顧者	即將成為照顧者，多處於尚未完全承擔照護責任情境，被照顧者已出現失能、慢性病或認知退化等早期跡象，雖尚未失去生活自理能力，但體力漸衰或身體狀況不佳，已有頻繁進出醫院徵兆	及早認識長照資源與規劃，學習家庭內溝通對話，提升「長照戰備力」，避免匆促做出離職或不當照顧安排決定
新手照顧者	多數家庭多在家人倒下後才開始尋找資源，新手照顧者在前六個月最慌亂，也是離職高危險期	照顧技巧、照顧安排、家庭協議
在職照顧者	在職照顧者白天工作、晚上照顧家人，長期體力、心理、經濟負荷重，面臨辭職或繼續工作兩難。處於職場與家庭之雙重角色，最可能選擇離職的高風險期	兼顧工作、避免離職，缺乏彈性工時、照顧假與遠距工作支持機制，使得在職照顧者承受角色衝突與心理壓力
資深照顧者	資深照顧者長期負擔照顧責任，身體狀況亮紅燈；且少與外界接觸，沒有社交生活，有可能出現憂鬱傾向；若因全職照顧，無固定收入來源，長期下來可能淪為貧窮人口	接受自己不是超人的事實，要求家人輪流照顧或善用政府喘息服務，適度休息。
畢業照顧者	長期脫離職場與社交網絡，照顧結束後仍面臨重返工作、調適身心健康與再建生活重心等多元挑戰	走出悲傷、重返社會及再就業

資料來源：中華民國家庭照顧者關懷總會（2017）。

家庭內溝通對話，提升「長照戰備力」避免匆促做出離職或不當照顧安排的決定。其次，「新手照顧者」則是指0-6個月內，面對家人罹病馬上就面臨尋找長照資源的挑戰，如照顧知識與技巧不足易身心俱疲。其次，子女多為「在職照顧者」，最可能選擇離職的高風險期；「資深照顧者」則是照顧資歷逾三年以上者，已累積過多身心壓力，是照顧悲劇的好發族群。最後，即使長輩離世卸下照顧責任的「畢業照顧者」，仍有悲傷與再就業議題需回應，說明家庭照顧者為動態角色。

## 二、家庭照顧者加害人之處遇

張宏哲（2015）針對北、中、南、東區之居家機構，分析居家照顧服務疑似受暴長者的樣態與服務需求，結果指出老人受暴類型比率依序為「精神虐待、疏忽、身體虐待、遺棄」。相對人主要是兒子，個人因素為情緒失控、失業、酒癮、精神疾患，在家庭互動關係以溝通不佳和照顧壓力大為主。當家屬的因應跟不上失智病程變化而引發衝突，老人保護工作者在接獲通報後，依被害人受暴危機程度、身心狀況、家庭照顧情形及其需求，提供24小時緊急救援、緊急庇護、擬定安全計畫、就醫驗傷、法律諮詢、聲請保護令及生活經濟扶助等服務。然而，面對照顧暴力，宜先區辨家庭照顧者的角色與階段性需求，並納入失智病程與診斷現況，以能綜

融梳理家庭照顧者在現階段面臨的主要問題及主觀的期待與困境為何，進而引導加害者能以適當方式表達，從互動過程確認家屬照顧是否具潛在照顧暴力脈絡，以利失智者的人身安全計畫擬定與資源連結等後續處遇。

據澳洲 National Aging Research Institute（2020）研究報告顯示，初級和次級介入有助於及早發現老人虐待的危險因子並能進行更聚焦的處遇（Owusu-Addo, O'Halloran, Birjnath and Dow, 2020），並提出四種早期介入方案分別為：（一）代間方案；（二）家庭照顧者教育支持方案；（三）專業工作者教育支持方案；（四）跨專業團隊介入方案。方案內容強調「老年歧視」是老人虐待的主要原因之一；因此藉由強化社區內的代間連結，建構社區永續的社會資本，並提升專業人員對老人虐待事件的敏感度訓練。同時，尚有提升對老年與老化的認知，減輕家庭照顧者情緒性虐待老人的行為；增強老人與家庭照顧者之間健康的互動與關係及連結社區及組織間的網絡合作，皆是回應老人虐待危險因子的策略。

## 肆、結語

老人保護工作者面對因照顧負荷引發的暴力行為，在處遇評估時視需求連結長照服務介入，減緩照顧壓力，進而改

善施虐傾向與照顧暴力。然而，薛彩辰（2024）指出家屬面對失智照顧壓力，究竟是互動上的衝突或是體制內的虐待？此對於每天需面對失智者困擾行為之相對人而言，同時也可能是被害人。因此，老人保護工作者如何界定老人虐待的本質與問題所在更為關鍵，將影響後續對加害者提供適切處遇的程度。特別是面對失智者與照顧者間之「雙向暴力」的動態情境，有賴於評估與掌握失智者因干擾性行為表現所衍伸照顧者施虐的肇因，以能避免即使有公權力的介入，仍未能回應家庭照顧需求之困境。具體指出老人保護除落實在社區的通報系統，發現家屬照顧暴力及老人疏忽的重要管道之外，持續性的協助家屬能及早獲得失智照顧之知識，進而提升對因應策略，亦為預防性介入之關鍵。

面對失智照顧身心變化造成家屬照顧負荷，Sørensen et al., (2012) 指出建立健康識能整合模式（Integrated Model of Health Literacy）的概念，模式中的核心為健康資訊之獲得（access）、理解（understand）、評估（appraise）、應用（apply），能有助於因應。因此，老人保護工作者如何避免在案量繁重的時間壓力、獲得資訊極為有限情境下給予家庭照顧者加害老人之負面標籤。老人保護工作者除評估家庭照顧者與被照顧者雙方互動之情境，主動理解與呈現出每個家庭的個別照顧情境與需求後，更需藉由健康照護

與社會服務之整合，回應失智症疾病特性的複雜度與多樣性。如在輕度失智階段，會需要較多的交通與家務活動的社區服務，在中、重度的失智者可能會需要更多持續性的安全監護與保護服務，如日間家庭照顧、夜間家庭照顧等，預防家庭照顧者因無法承擔導致憂鬱與衍生的人際障礙。

面對超高齡社會中的在職者照顧者，除了必須兼顧工作壓力，在長照服務資源運用仍有諸多限制，如日間照顧或居家服務皆為平日，與在職者的工作時間高度重疊，家屬陪同就醫安排不易、遑論主動參與照護。對於預備照顧者而言，如何能及時獲得長照資訊並能理解長照評估制度之複雜性，皆會影響預備階段照顧者對於社會資源運用意願及成效。因此，老人保護工作者面對新手照顧者，則須考量因尚未具備心理準備與專業知能，生活作息改變都會影響家屬與失智者的互動性、角色轉換與情緒起伏等多重挑戰。再者，面對資深照顧者雖多已建立穩定照顧與生活模式，但長期處於高壓負荷與社交孤立情境，易產生孤立感、罪疚與情緒耗竭。對於畢業照顧者則需協助重新建屬於自己期待的生活模式，無論是修生養息或調整作息情緒皆需時間緩衝。綜上討論，本文呼籲要能避免因家庭照顧負荷衍伸之照顧暴力，老人保護評估宜針對家庭照顧者各階段之照顧歷程，主動回應照顧角色的需

求，並避免因長照制度與照顧資源規劃流於形式，唯有建構「以社區為基礎」的防暴機制，及早發現因照顧雙向暴力衍伸出身體拘束、行動限制或是財產剝削的不當對待，避免家屬因無自覺，讓失智老人遭受更高的疏忽風險，進而落實「超高齡社會」維護失智人權的積極作為。

（本文作者為輔仁大學社會工作學系副教授）

**關鍵詞：**家庭照顧者、失智症、老人虐待

## 📖 參考文獻

- 中華民國家庭照顧者關懷總會（2017）。〈五階段家庭照顧者與因應對策〉。2024年7月15日，檢索自<https://www.familycare.org.tw/news/10863>
- 王潔媛、楊秀珍（2021）。〈年輕型失智者使用長期照護服務經驗初探：從家屬與機構照顧者的觀點出發〉。《臺灣社會工作學刊》，1-45。
- 利翠珊、張妤玗（2010）。〈代間照顧關係：台灣都會地區成年子女的質性訪談研究〉。《中華心理衛生學刊》，23（1），99-124。
- 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲（2007）。〈失智症病患主要照護者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討〉。《精神衛生護理雜誌》，2（2），31-44。
- 邱銘彰、湯麗玉（2009）。《失智症照護指南》。原水。
- 陳昱名（2013）。〈老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷〉。《崇仁學報》，7，1-22。
- 張宏哲（2015）。〈居家照顧服務疑似受暴長者的樣態、服務需求、求助行為和因應方式〉。《長期照護雜誌》，19（3），263-281。
- 張瓊文（2023）。《「家庭照顧者為何殺人？」——判決書類文本分析之探討》。法務部司法官學院犯罪防治研究中心。
- 楊培珊、吳慧菁（2011）。《老人保護評估系統之研究案》。內政部。
- 薛彩辰（2024）。《失智症家庭照顧者之照顧經驗：照顧衝突抑或體制內的虐待》（碩士論文，高雄醫學大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/afsb3b>
- 謝寧惠、鍾國彪、陳雅美、曹汶龍、張弘潔（2023）。〈失智症病患家庭照顧者的健康識能之質性探討〉。《台灣衛誌》，42（3），308-320。
- 劉雅文、莊秀美（2006）。〈探討失能老人家庭失能老人之自主權選擇長期照護福利服務之決

- 策過程——老人自主權之分析研究》。《東吳社會工作學報》，14，91-123。
- 衛生福利部（2017）。《106年老人狀況調查報告》。
- 衛生福利部統計處（2022）。《5.1-01 家庭暴力事件通報案件統計》。<https://cdn.odportal.tw/api/v1/resource/9rz8a9Tx/653f1c169c4aa900239e10fb>
- 衛生福利部保護司（2023）。《從因不堪照顧負荷引發之重大老人家暴案件探討老人保護案件之需求及風險因子》。<https://www.mohw.gov.tw/dl-86489-ff28bd1a-c536-4250-93bc-36029981b142.html>
- 衛生福利部（2024）。《衛生福利部公布最新臺灣社區失智症流行病學調查結果》。<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html>
- 衛生福利部（2025）。《社會福利類性別統計指標－5.4 老人保護》。<https://www.mohw.gov.tw/dl-15952-26715025-7fa2-4c93-896d-d9191c5423cb.html>
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, *311*(10), 1052–1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, *63*, 1214–1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>
- Eden, J., & Schulz, R. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America*. The National Academies.
- Government Accountability Office. (2011). *Elder justice: Stronger federal leadership could enhance national response to elder abuse*. <https://www.gao.gov/products/gao-11-208>
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press.
- Jackson, S., & Hafemeister, T. L. (2013). *Understanding elder abuse: New directions for developing theories of elder abuse occurring in domestic settings*. National Institute of Justice.
- Jiang, Y., Sereika, S. M., Lingler, J. H., Tamres, L. K., & Erlen, J. A. (2018). Health literacy and its correlates in informal caregivers of adults with memory loss. *Geriatric Nursing*, *39*, 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.008>
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, *364*(9441), 1263–1272.
- Lindquist, L. A., Jain, N., Tam, K., Martin, G. J., & Baker, D. W. (2011). Inadequate health literacy among paid caregivers of seniors. *Journal of General Internal Medicine*, *26*, 474–479. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1596-2>
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., Rochette, S., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *54*(1), 197–201.
- National Council on Aging. (2016). *Evidence-based practices: The use of evidence-based practices for el-*

- der abuse programs*. <https://justiceresearch.dspacedirect.org/items/92920829-550c-4fb0-a9bf-1f61d-63f2a6c>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). The extent and associations of limited health literacy. In *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies (US).
- Owusu-Addo, E., O'Halloran, K., Birjnath, B., & Dow, B. (2020). *Primary prevention interventions for elder abuse: A systematic review*. National Ageing Research Institute.
- Schulz, R., & Eden, J. (2016). *Families caring for an aging America*. The National Academies.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Yang, W., Zhang, X., Li, Y., Lv, Q., Gao, X., Lin, M., & Zang, X. (2023). Advanced heart failure patients and family caregivers health and function: Randomised controlled pilot trial of online dignity therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *14*(e1), e1361–e1371.
- Yuen, E. Y. N., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, *26*, e191–e206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>