

長期照護正式和非正式體系之間關係的模式——研究和實務議題的探討

張宏哲

摘要

人口快速老化和失能人口增加使得長期照護輸送體系的建構刻不容緩，輸送體系建構的重要議題之一就是正式和非正式體系之間關係的定位。本文的目的是回顧正式和非正式社區長期照護體系之間關係的理論，同時討論研究和實務相關議題，做為未來的參考。

正式和非正式社區照護體系之間關係的模式包括「守門員」、「層級彌補」、「任務特定」、「替代」、和「輔助」等五個模式，這些模式的焦點雖然各有不同，實際照護的安排常常是混合的情形，又是層級選擇，又是任務分工，或輔助，或者又有一點替代的情形。這些模式的主要問題可能是操作型定義不明確、理論成立的條件或前提未明確闡述、影響該模式主要概念的因素未標示，這些問題影響理論的實證檢驗和實務的應用。

關鍵字：長期照護、正式和非正式照護關係、守門者模式、層級彌補模式、任務特定模式 替代模式、輔助模式

壹、前言

我國於進入高齡化社會之後，人口老化速度逐年加快，人口老化意味著失能人口的增加和長期照護需求的升高，服務體系的建構因而刻不容緩。多數長者依賴家庭照顧以滿足長期照護的需求，有些則依賴外籍看護，或購買正式的照護服務，為了因應日增的需求，過去幾年，我國的社

區或居家式長期照護服務的供給也有些增加，在服務體系建構過程，如何界定正式和非正式照護兩個體系之間的關係，成為規劃照護體系必要思考的環節之一，也是實務過程必須探討的重要議題，由於家庭無償的照顧和正式聘僱的照顧兩者在功能和角色差異極大，當失能長者還沒使用正式服務，家人和正式服務體系可能就有接

觸(例如:查詢服務資訊),使用服務之後,接觸更加頻繁,兩者透過互動、交流、和交互影響,使得個別的角色和功能必須重新定位與調整,體系本身的存活甚至也可能受到衝擊,這些變動是長期照護政策和體系建構必須考量的因素。

本文回顧相關文獻,探討長期照護正式和非正式體系之間關係的模式的基本主張、研究議題、和實務應用原則。

專家學者賦予「長期照護」的定義雖然有些分歧,主軸離不開「爲了協助罹患長期慢性病、功能有缺陷的人,維持或強化他們的日常生活功能所提供的各種服務」(General Accounting Office, USA, 1995),機構照護、日間照顧、居家照顧、和家庭照顧都包括在內,照護的重點比較不是醫療而是日常生活和輔助性日常生活的活動、休閒活動、社會互動等「社會心理」的照顧(佐藤,2010)。本文的「正式照護」是指在社區中由聘僱的專業或半專業人員所提供的服務,「非正式照護」是指家庭成員、親戚、朋友、鄰居所提供的沒有薪給的照顧,不論是維持日常生活或輔助性日常活動的協助、情感上的支持、或協助老人做決定都包括在內。「正式和非正式體系之間關係」指的是正式照護人員和家庭照顧者與失能者之間的互動關係,以及這些互動關係可能產生的結果,這樣的關係也含括兩種照顧者之間角色和功能的消長,也就是兩個照護系統個別可以扮演的角色,可以發揮的獨特、重疊、取代、或互補的功能,以及兩者之間的連動關係。此外,也有學者以兩者之間的關係指

稱政府或公共政策和家庭在提供長期照護的角色和責任的定位(Logan & Spitze, 1994),本文的討論將含括上述這些意涵。

貳、理論類型

國內外學者對於長期照護正式和非正式照護體系關係模式的分類的意見紛歧,莫衷一是,Logan 和 Spitze (1994) 歸納出四種模式:替代(substitution model)、層級彌補(hierarchical compensatory model)、任務分工(task specific model)、和橋樑(bridge model)等四個模式;Noelker 和 Bass(1994)則區分出:替代模式(substitution),輔助模式(supplementation),雙重專精模式(dual specialization),正式服務專精模式(formal service specialization),親屬獨立模式(kin independence),後三者其實是承襲 Litwak(1985)的任務分工模式再加以細分;他們(Noelker & Bass, 1994)後來的分類則只有三種:替代模式(substitution model)、層級彌補模式(hierarchical compensatory model)、和任務分工模式(task specific model)等三種,與 Logan 和 Spitze (1994)的分類大同小異;呂寶靜(2001)歸納出三種主要模式,包括:層級補償模式、職務取向模式(本文稱爲任務分工模式)、和補充模式,另外她也提及 Kirwin 提出的「平行照顧模式」(provision of parallel care),也就是老人因爲在家庭 and 日間照護中心兩個不同的地點個別接受照顧,兩個地點的照顧有些是重疊,也有些不同而形成分工的情形。

本文試圖將這些分類加以整合，同一類別卻使用不同名稱者則統一名稱，以便提供比較完整的分類，最後歸納出五個主要的類別，包括：橋樑或守門員（gate-keeper）模式、層級彌補模式、任務分工（或補充 complementary）模式、替代模式、和輔助（supplementary）模式。

參、理論回顧

一、橋樑或守門者模式

（一）核心概念和研究情形

由於正式體系扮演的守門（資源管控）和個案管理的角色為眾所周知，後者確實有助於長者使用正式照護服務(Choi, 1994; 吳淑瓊等, 2003)，本模式以『橋樑』、『守門員』、『中介』、『連結』、或『個案管理者』等語詞強調家庭照顧者除了提供老人日常生活協助之外，也扮演媒介和連結資源的角色，左右或影響長者和正式服務的連結，例如：提供服務的資訊、提供意見、為長者做決定、和服務機構接觸、使用服務、監控服務的進行、和正式照顧者互動與協商、評估服務使用的結果等（Logan & Spitze, 1994； Zarit & Pearlin, 1993）。

和這個模式相關的研究主要集中在探討非正式照顧是否和正式服務的使用有相關，尤其是應用 Andersen（1995）醫療和照護服務使用行為模式的研究，該模式認為影響正式服務使用的因素主要包括前置（人口變項）、使能（服務資源和購買力）、和需求因素，原始模式並未包括家庭因

素，後來的研究者將家庭視為「使能因素」，研究的結果也顯示有家庭照顧（以網絡大小、照顧人數、老人和照顧網絡接觸頻率表示）的長者，使用正式服務的可能性和使用量都比較高（Bass & Noelker, 1987; Miller & McFall, 1991; Litwak, 1985; Stoller & Pugliesi, 1991），少數研究則發現有家庭照顧的長者使用正式照護的可能性和使用量都比較少，可能是因為家庭照顧還是長者的第一選項，或家庭成員寧可照顧自己的長者；其他研究也發現不同的家庭照顧者，連結正式照護的意願也不同，和配偶與兒女照顧者相較，朋友和鄰居協助連結正式資源的可能性較高（Logan & Spitze, 1994），社經地位高或有工作的家庭照顧者連結照顧資源的頻率比較高，使用正式照護資源的可能性也較高（Hinrichsen & Ramirez, 1992）。

（二）模式的限制和研究議題

1、缺乏詳細的操作型定義

這個模式強調家庭照顧者「橋樑」、「守門員」、或「個案管理」的角色，也提及這類角色的活動或過程，只是還沒有深入和明確地釐清這些角色的內涵。再者，多數研究僅以「類似測量」（proxy measures）（如：家庭照顧網絡的大小、網絡人數、社會接觸、和照顧者的身份等）代表這些角色，沒有探討角色的實際過程，例如：判定失能長者有無照顧需求、決定是否求助或引進正式資源、蒐集正式服務的資料、參與正式服務計畫的擬定、監控服務的進行、提供交通、和提供購買服務的金錢

等。

2、忽略了文化因素和價值觀

該模式忽略了家庭的價值觀或文化因素 (Stephens, 1993)，忽略了長者的觀點，也忽略了長者和家人對失能或正式照護的看法、態度、價值觀，以及這些觀點如何衝擊家庭動力，轉而成爲使用正式照護的動能或障礙，這些過程是動態的，操作化定義並不容易，呂寶靜 (2001) 以質性方式釐清家庭決定使用日間照護的過程，凸顯家庭成員對老人決定的影響：照顧者自覺有喘息需求、覺察到老人有使用的需求、爲老人提供服務訊息，這些都會影響長者的態度，照顧者的角色是老人需求的創造者與增強者、資訊提供者、和機構參觀陪同者。

3、忽略了兩個體系之間的互動

家庭照顧者可以成爲「守門員」或「橋樑」，正式照顧者也可以扮演類似角色，成爲資訊傳遞者，或者形塑長者對服務的需求和態度，兩個體系的守門員相互接觸和互動是無可避免的，雙方的角色可能也有消長，例如：正式人員可能成爲家庭連結資源的代理人，導致家庭照顧者可能過於依賴，家庭照顧者也可能獨立自足，不需要正式人員的協助，或者正式人員過於嚴格把關，不容許家庭輕易取得服務，以免浪費資源，「橋樑」或「守門員」模式並沒有釐清這些角色消長的情形或兩者互動之後可能產生的衝擊。

(三)實務的考量：強化家庭連結資源的功

能

非正式照顧者如果是長者和服務體系之間的重要連結者，如何強化該角色，減少服務使用的障礙是實務上考量的重點，實務工作者(如：長期照顧管理中心的照顧管理專員、居家服務單位的督導與服務員、日間照顧的服務人員)有必要深入瞭解長者和家庭使用服務的整體過程，從家庭對於需求和失能的想法、求助行爲、決策過程的家庭動力、對服務使用的態度、到連結服務的經驗，以及這些過程中牽涉到的文化或社會規範，以便提供教育、宣導、和協助，排除使用正式照護的障礙。

二、層級彌補模式 (hierarchical-compensatory model)

(一) 核心概念和研究情形

Cantor(1979)認爲家庭對於照顧者的選擇取決於血緣和習俗，循著從至親到遠親遠朋的層級，類似漣漪的同心圓向外擴散，從配偶、兒女、媳婦和女婿、親戚、朋友、鄰居、正式照護者，偏好的強度依序遞減，當靠近漣漪核心的照顧者無法照顧的時候，漣漪的下一個同心圓依序遞補。

這個模式成立的條件是社會普遍存在著以血緣和習俗爲基礎的文化價值，決定家庭對照顧者的選擇和偏好 (Noelker & Bass, 1994)；另一個前設是照顧選擇層級預設照顧者的可近性，當可近性沒問題，使用正式照護的機會比較小，即使使用也是不得已的舉動，層級彌補模式又稱「非正式替代正式照護的模式」(Logan & Spitze, 1994；Chappell, 1990；Penning,

1990)，如果家庭照顧缺乏或照顧者負荷過大無法勝任，則必須依賴正式照護，此時，正式照護的角色是彌補，並非替代。

多數檢視層級彌補模式的研究是以量化為主，有些研究的結果支持這個模式 (Cantor, 1979; Chappell, 1990)，Cantor (1979)的研究顯示配偶和兒女提供照顧的可能性最大，使用正式服務的可能性是各種照顧選擇之中最低的。其他研究的結果並不一致，Logan 和 Spitze (1994)發現近親照顧的偏好只發生在比較私密的照顧（日常生活照顧），其他照顧工作並沒有血緣偏好的情形；另外，Penning (1990)也發現沒有配偶或配偶無法照顧的時候，兒女或鄰居不見得會彌補空缺，再者，家庭照顧沒問題的時候，也可以使用正式服務，兩者可以平行共存，呂寶靜（2001）的研究顯示日間照顧可以提供家庭照顧者喘息，晚上還是由家人照顧，也是正式和非正式照顧並存的現象。

（二）模式的限制和研究議題

層級補償模式的限制和有關該模式研究的目前情況簡述如下：

1、文化價值和規範的相對性和變遷議題：

「層級補償模式」的論述基礎是血緣和習俗，兩者並不是放諸四海皆準或不變的規範，即使兩者都轉化成文化要素(道德或價值觀)，還是會隨著時空轉移而變動 (Noelker & Bass, 1994)，如：孝道可能式微，再加上社會變遷(如：少子化、獨居、婦女投入職場、和家庭解組)，可能減少照顧人力的供給，

衝擊家庭照顧的能力或照顧意願（呂寶靜，2001；Tennstedt, Crawford, McKinlay, 1993）。

2、忽略重要的前設和其他相關的因素

層級補償模式忽略了血緣和習俗之外的因素，如：正式和非正式照顧者的可近行、家庭的動力、對正式照顧的態度。另外，如前所述，層級模式的實證檢視，必須預設每個層級照顧者的「可近性」，失能者可以從中選擇照顧者，才能夠印證層級的偏好，許多研究僅以配偶、兒女、親朋好友、和正式服務人員在樣本中所占的比率代表「照顧上的偏好」，忽略了這個前設，也無法實際檢視這個模式。

3、層級偏好只發生在部分照顧項目

不同的工作項目可能需要不同的技巧、時間投入、居住安排、可近性不同的照顧者，而且人際關係的親疏不一定和血緣有關，家庭關係可能比其他人際關係疏離，層級偏好有可能只發生在部分照顧的項目，如：近親照顧的偏好較常發生在需要貼身照顧的日常生活活動 (Logan & Spitze, 1994)。

（三）實務的考量

照顧者的選擇如果真的依循偏好層級，當偏好的對象不在或無能提供照顧，實務工作的重點就是確保偏好層級下一階的照顧者能夠遞補，尤其是高風險家庭的篩檢，例如：配偶照顧者，和其他照顧者相較之下，他們得到親朋好友協助的可能性最小，使用正式服務的

機會通常也最小 (Enright, 1991)。由於正式照護位於偏好層級的末端，對長者和家屬而言，引進它常是不得已的選擇 (Hanley, Wiener, Harris, 1991)，這種情形在社區照顧充裕的國家也一樣；對政府而言，避免政府財務負擔過重，由家庭擔負傳統的照顧主責角色似乎是理所當然的事，許多國家因而採取殘補式的家庭照顧政策，貧病急迫或功能不彰的家庭才是補助的對象 (WHO, 2003)，有些國家（如：過去的德國和我國）甚至以立法規範家庭照顧的角色，並訂定罰則，以便延續家庭照顧的責任。

Hooyman 和 Gonyea (1995) 認為將照顧定位為家庭照顧，屬於家庭私我的責任，正式體系的責任僅止於修補家庭的功能，使之能夠繼續上路，有違社會正義，應該重新定位為社會照顧，由社會擔負更多責任。WHO (2003) 的文獻也認為支持政策「排除功能正常的家庭」這樣的措施等於懲罰功能正常的家庭，同時宣示政策的目標案主群不是家庭，而只有失能老人，可是家庭無以為繼，老人的福祉也會受到衝擊。部分國家，為了讓家庭為主軸的照顧功能與角色能夠持續，政府即使提供金錢上的補助，也僅針對提供照顧的朋友或鄰居，並不針對配偶或兒女，因為從政府的觀點看來，「有金錢給付的家庭照顧」就不再是家庭照顧了，形同「正式照顧」，其實，政策上必須避免這種區分，家庭功能才有可能延續 (WHO,

2003)。

三、任務特定模式 (Task-specific model)

(一)理論核心概念

「任務特定模式」又稱「最佳契合」(optimal fit) 或補充模式 (complementary model)，「層級彌補」將照顧偏好的焦點放在血緣的遠近，Litwak (1985) 提出「任務特定」模式，焦點在於個體接觸頻繁的「初級團體」(家庭成員、親戚、朋友、鄰居、正式照顧者)，每種團體都有獨特結構性質和功能，這些結構特質有幾個主要面向，每個面向都有程度上的差異：關係的持久性(短暫到持久)、面對面接觸的機會(經常到零星)、情感緊密度(疏遠到緊密)、經驗的類似性(共同到差異)、投入動機(出自內心與主動到自私與被動)、處理偶發事件(經常到偶而)；所有團體之中，最獨特的是配偶照顧者，因為他們同時具有這些特質，例如：關係最持久、面對面接觸最頻繁、和失能者共同生活最久、照顧項目最廣(貼身照顧、情緒支持、理財等，常常幾乎無所不包)、照顧投入最強(Tennstedt, Crawford, McKinlay, 1993)，其他沒有同住的家人則具有長期投入和情感連結的特質，主要功能在於協助配偶或主要照顧者的照顧和情緒上的支持，由於沒有同住，比較無法協助長者處理緊急的情境。鄰居因為就在隔壁，有機會和能力為長者處理緊急事件，只是其長期投入的意願可能不如近親。朋友如果有面對面接觸和投入的機會，則可能提供建議和娛樂活動，但是也可能和遠親一樣因為距離而受限制，因

此，照顧安排必須依據每個團體的特質進行，才能夠發揮效能。

Litwak (1985) 以前述的特質定位正式和非正式照護體系之間的任務分工，例如：非正式照顧體系佔據特質光譜的一端，照顧者和被照顧者之間面對面的接觸最為頻繁，照顧動機內化和主動性通常也比正式照顧者強，處理偶發事件的可近性也最強；相較之下，正式照護體系則站據光譜另一端，面對面接觸、投入動機、情感強度、和經驗的類似性都和非正式照護體系不同，兩個體系在照護上正好可以各如其份、各司其職，家庭照顧者最能夠回應和滿足老人的社會和心理需求，處理偶發事件，提供比較不需要技術和專業知識的日常生活功能方面的照顧（盥洗、洗澡、穿衣、如廁等），正式照顧者比較能夠提供需要技巧和時間固定或例行的照護，例如：居家護理。Litwak(1985)認為兩體系間的關係可以定位為相互「補充或輔助」，兩者雖然也有衝突的時候，不過最好的情形是兩者能夠協調平衡，達到「最佳契合」的境地。

檢視該模式的研究並不多，Litwak 的理論是依據研究結果而提出，其他少數研究也提供了實證的支持，例如：Penning (1990)發現照顧工作因照顧者的不同而有差異，Chappell (1983)的研究發現正式和非正式照護體系的特質影響照顧的分工與安排，Diwan 和 Coulton (1994)分析地區性大型的縱貫資料結果發現正式照顧者最適於提供居家護理，家庭照顧者則比較適於監控老人的狀況。

(二)模式的限制和研究議題

Noelker 和 Bass (1994; 1989)認為任務特定模式有三項限制：

- 1、重視體系齊一性，忽略差異性：該模式將重點放在正式和非正式照護兩個體系結構特質和功能，假設每個體系內部是齊一的，忽略體系內部的初級團體的多元性，家庭照顧者可能兼具正式照顧者的功能，部份正式照顧者接觸的頻率、投入動機、和處理偶發事件的能力可能不輸家庭成員，甚至替代家庭的角色。
- 2.具體分工的定位仍未明確：該模式雖然提到兩個體系個別的特質和分工，只有分工項目的定位不夠具體，正式和非正式照顧工作真的完全不重疊？答案是否定的，例如：居家服務員提供的服務項目和家庭照顧者有許多雷同之處。
3. 缺乏「最佳契合」的操作型定義：該模式雖提到兩個體系分工最理想的是「最佳契合」狀態，但是沒有提供契合的定義、具體指標、或影響契合的因素，如果「最佳契合」存在，那麼「不契合」狀況又是什麼？「契合」是照顧者對於兩個體系分工和分工品質的主觀期待？

(三)實務上的考量

1、「量身訂製」家庭的照顧需要

如果初級團體的特質是決定照顧分工的因素，由於每個家庭的初級團體可能不同，有些家庭照顧者比較投入，有些投入不足，有些和長者同住，有些分居，有些情感緊密，有些疏遠，

有些有鄰居和朋友協助，有些沒有，實務工作者的任務是根據每個家庭初級團體的差異和投入意願，提供協助和連結資源，量身訂製適當的服務計畫。

2、正式照顧的不可取代性和介入的必要性

如果正式和非正式體系各司其職，各具特質，則兩者無法相互取代，家庭需要正式服務，尤其是家庭照護不足或功能不彰的失能長者，也表示正式照顧體系的建構勢在必行，尤其是家庭比較無法提供的照護，尤其是亞急性的照護(衛教、復健、居家護理、或營養諮詢)，除了居家護理之外，社區式照顧比較缺乏。

3、協助正式和非正式照顧的分工

雖然正式和非正式照顧之間分工的最佳狀態缺乏明確定義，卻是重要的理想，工作者可以試圖促成兩個體系之間的協調和合作，協助照顧服務員和家庭，兩者之間角色的分工、調整、和磨合。

四、替代模式 (Substitute model)

(一)理論核心概念

替代模式的源起雖然不易考證，其論點「家庭使用正式服務存在著道德風險」早就成為政策制定者或實務工作者最關注的議題 (Greene, 1983 ; Shanas, 1979 ; Weissert, Cready, & Pawelak, 1988)。「道德風險」指的是家庭投入的動機和意願降低、投入減少、中止照顧，正式照護替代

家庭照顧的情節不論輕重，都不是正式體系願意見到的事。有研究者認為替代效果的成立必須預設「兩種體系同時決定」的前提：正式和非正式照護兩者同時存在，家庭有選擇使用何種服務的自主權，或針對兩種服務的使用量進行調配 (Greene, 1983 ; Hanley, Wiener, Harris, 1991)，這樣的看法隱含著正式和非正式照護之間的交互關係，一方面正式照護可能取代非正式照顧，另一方面非正式替代正式照護，後者是「層級補償模式」的主張。

國外有很多研究檢驗替代模式，大多數研究的結果並未支持該模式的假設，包括方法嚴謹的大型實驗社區方案調查 (Kemper et al., 1986)和全國性資料(Hanley et al., 1991)。正式服務不只沒有替代家庭照顧，一項嚴謹的準實驗縱貫研究甚至發現它具有強化家庭投入的效果(Horowitz, Sherman, & Durmaskin, 1983)。多數檢視替代模式的研究聚焦在兩種照護模式之間投入時數的消長，很少探討正式照護對庭照顧人數的衝擊，一項美國全國長期照護的縱貫研究發現：在五年的期間，居家服務的使用雖然沒有使家庭每週照顧的日數減少，卻使家庭投入照顧的人數顯著的減少，家庭在使用居家照顧之後，原本參與照顧的成員認為外面的協助已經到位，可以抽身 (Chang, 1997)。日本的研究也顯示使用介護保險服務之後，長者原先的非正式支持網絡也萎縮了 (佐藤，2010)。

(二) 模式限制和研究議題

替代模式的主張有幾個議題：

1、缺乏替代作用發生的指標和條件：該模

式並沒有明確地定義正式照顧的使用量達到多少或持續多久，會產生替代作用，反之，家庭照顧在何種情形下（如：照顧者負荷門檻）會被正式照護所替代。沒有明確提出促成替代的因素，限制了替代模式的預測力，Hanley et al. (1991)建議該模式的檢驗，必須包括正式和非正式照護供需的相關變項，如：正式服務的價格、區域供給的差異、福利給付的情形，以及家庭照顧的家戶人數、照顧人數、居住安排或居住距離等。

2、質和量替代的區分：替代模式只將焦點放在「正式的使用量會替代家庭的照顧量」，忽略了後者的品質、情緒支持、親情可能無法被替代的事實，如果家庭照顧的投入真的因為使用正式服務而減弱，但是照顧品質能夠維持，表示「質」的替代並未發生。從職務特定模式的觀點看來，家庭照顧的特質並不是正式照顧所具有，家庭照顧的「質」不是輕易可以被正式照顧所取代。

3、替代和分工之間區分的問題：Greene(1983)認為替代和分工兩者不易區分，例如：家庭使用正式照顧服務之後，可能將某些照顧項目讓給服務員，轉而在其他項目投入較多的時間和精力。Coward 和 Cutler (1989)強調兩個體系之間既然是補充或輔助的關係，各司其職，就沒有所謂互相取代的問題了。

(三)實務上的考量

「殘補式」的家庭照顧政策，只補助

低收入、功能不彰、或高風險的家庭，「道德風險」的考慮又影響補助核定的拿捏，為了防止資源濫用或依賴，給付資格趨嚴或減縮額度，家庭功能較佳成為給付減少的理由，形同「懲罰」這些家庭，造成家庭和政策之間的「競爭」，凸顯政策的自我矛盾，其實「支持」或「輔助」不應該和「替代」家庭角色混為一談。雖然多數研究顯示正式服務並不會替代、腐蝕、或減緩家庭的投入，若有，也僅是少數個案，「道德風險」的擔憂沒有得到支持。不過，擔憂仍存，日本長期照護保險開辦之後，發現獨居長者原先的社會互動和支持網絡逐漸萎縮，由正式照顧服務員取代（佐藤，2010）。

五、輔助模式(Supplementation model)

(一)理論核心概念

由於替代和任務特定模式對於「替代」和「任務特定」的定義不明晰，Edelman 和 Hughes (1986 ; 1990) 試圖釐清，提出和前兩者有區隔的「輔助模式」，以三個指標（照顧來源、照顧類型、照顧量）定位正式和非正式的關係，同時考量照顧安排的消長或變化，也強調縱貫研究的必要性，認為「替代作用」只發生在同一照顧項目或類型，正式照護的使用量增加，使得家庭照顧的量減少。兩個體系各司其職的「任務特定」或「分工」發生在一種家庭照顧的類別或項目的量減少，伴隨著正式照護或其他家庭成員負責的另一種照顧類別或項目的量增加。反之，正式照護提供的某類服務的量減少，伴隨著正式照護

或者家庭照顧不同類服務的量增加。「輔助」作用則和前兩者都不同，既不是「替代」，也不是「任務分工」，而是「在家庭提供的某一種照顧工作的量不變之下，加入了正式照護，提供同一種照顧，使得同一種照顧工作的量增加，或者提供其他類別照顧，使該類別照顧量也增加」(Edelman & Hughes, 1990, p.75)，兩位強調老人失能程度更嚴重，家庭負擔也更重的時候，正式照護分擔了家庭負擔，主要功能是提供喘息，也因此強化了家庭照顧能力，由於 ADL 和 IADL 屬於日常例行的非技術性照顧工作，家庭比正式體系更適合扮演主軸角色，正式照顧只是輔助，功能和目的在提供喘息，減少家庭照顧者負荷。

檢測「輔助」模式的研究並不多，Edelman 和 Hughes (1990；1986) 的失能老人的縱貫研究顯示：正式照護功能是「輔助」不是「替代」，家庭在使用居家服務一到兩年之後，使用量顯著的增加，但是家庭提供照顧的量還是保持穩定。

(二)研究相關議題

1、模式的假設和現實情況之間的落差：

Noelker 和 Bass (1994)認為「輔助」模式是建立在兩個照顧系統的行爲「不失序」的前提下，兩個體系對老人和家庭的需求一定有回應，且不會互相替代。家庭能夠穩定提供照顧，使用正式服務也不會腐蝕其投入，已經有許多研究證實。該模式的假設和現實有落差的是：實際上，正式照顧對長者和家庭的需要不一定有回應或者不一定會發揮「輔助」的功能，原因主要是正式服務

的供給不足或給付條件嚴苛。

2、模式的操作型定義仍有釐清的空間：

Noelker 和 Bass (1994)認為「輔助」模式有關正式服務的目標（喘息和減緩家庭負荷）的真正意涵需要更清楚的界定，才能夠具體地檢視正式服務的「輔助」功能。Edelman 和 Hughes (1986；1990) 的定義是提供家庭喘息，使照顧者投入的量維持不變。問題是家庭照顧時數如果維持不便，何來「喘息」之有？世界衛生組織的文獻（WHO，2003）顯示正式的居家照顧通常是「附加的」，家庭使用之後並沒有減少投入時數，附加和「輔助或喘息」的目的有衝突。另外該文獻也提出居家照顧無助於減少家庭照顧的負荷，因此，該模式需要釐清喘息服務是否是附加的，如果它無法減少家庭負荷，是否還算是具有「輔助」功能？

(三)實務上的考量

「正式和非正式照護體系分別要肩負多少責任」一直都是長期照護政策的主要議題，首先，正式應該如何才能「輔助」家庭的功能？輔助模式主張的「輔助」似乎是「殘補式」的政策，喘息服務僅針對負荷過重、照顧無以為繼的家庭，以維持其照顧功能為主要目的。問題是「輔助」家庭，延續其照顧責任的政策，可能成為不公平照顧安排結構的幫兇。另外，介入的時機也有爭議，等到家庭無以為繼才介入，能否讓家庭照顧起死回生，令人質疑。再者，單靠喘息服務是否足以使得家庭照顧得以持續？因此家庭照顧政策需要重新

定位，不再是家庭私我領域的事務，而是社會整體的責任（呂寶靜，2001；Hooyman & Gonyea, 1995）。在這個理念之下，對於家庭照顧者的支持才有可能擴大，除了喘息服務之外，經濟、就業、心理、和教育性支持方案，甚至建構普及式服務體制都有必要（呂寶靜，2001；WHO，2003）。

肆、總結

本文討論五個正式和非正式照顧體系關係的理論，結果可以看出，有些理論的主要概念的定義不明確，有些理論沒有標示模式成立的條件，多數理論沒有標示比較廣泛的架構或預測因素，徒增模式檢視的困難，Miller 等人（1994）因而藉助於 Andersen 服務使用行為模式的廣泛架構作為檢視兩個體系關係的依據。其實兩個體系之間關係錯綜複雜，五個模式尚未提到的是兩者互動和互相激盪，可能引起兩者在照顧角色、功能、和態度的變動，這種情形最常發生在居家照顧情境，因為家庭是正式和非正式照顧互動最頻繁的場域，想釐清兩者關係，必須先確認家庭照顧者

身份或照顧網絡的特質，同時也要考量正式照顧的方案屬性、情境、目的、和特質（呂寶靜，2001）。再者，每個模式因為某個角度切入（如：分工、層級選擇、替代等），容易給人單一現象獨立存在的印象，忽略了多種樣態並存的情形（呂寶靜，2001），例如：同一失能者的照顧安排可能同時出現層級選擇，兼具任務分工，又有輔助情形，加上些微替代的現象。另外，檢視五個模式的實證研究仍屬有限，「替代」模式是唯一的例外，表示實證上的驗證還有許多探討的空間。最後，長期照護政策必須跳脫家庭照顧屬於私我責任和領域的思維，由社會照顧和責任取代，捨棄「殘補式」政策，在家庭負荷過重之前，就需要提供多元的支持方案，直到建構普及式福利制度或社會保險制度為止，實證研究的結果也顯示家庭並不會因為使用正式服務而放棄自我角色和投入，因此，政策制訂和發展過程，對於正式照顧會替代家庭的角色和功能的擔憂實屬多餘。（本文作者現為國立台北護理健康大學長期照護研究所助理教授）

參考文獻

中文部分

呂寶靜（2001）。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。

吳淑瓊、呂寶靜、王正、莊坤洋、張媚、戴玉慈（2003）。建構長期照護體系先導計畫期末報告。

佐藤信人（2010）。日本介護保險實施十年的回顧與評價。中華民國老人福祉協會

「從日本介護保險十年經驗談台灣長期照護保險的發展」研討會。

英文部分

- Andersen, Ronald (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(March):1-10.
- Bass, D.M., & Noelker, L.S. (1987). The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: An expanded conceptual framework. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 184-196.
- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1, 434-463.
- Chang (1997). Substitution between formal and informal in-home care for the dependent elderly in the community: Comparison of three types of informal networks.” Doctoral Dissertation, Washington University, St. Louis, Missouri.
- Chappell, N. L. (1983). Informal support networks among the elderly. *Research on Aging*, 5, 77-99.
- Chappell, N.L. (1990). Aging and social care. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (3rd ed., pp.438-450). New York: Academic Press, Inc.
- Choi, N. (1994). Patterns and determinants of social service utilization: comparison of the childless elderly and elderly parents living with or apart from their children. *The Gerontologist*, 34(3), 353-362.
- Coward, Raymond T. & Cutler, Stephen J. (1989). Informal and formal health care systems for the rural elderly. *Health Services Research*, 23(6), 785-806.
- Diwan, Sadhna, & Coulton, Claudia (1994). Period effects on the mix of formal and informal in-home care used by urban elderly. *The Journal of Applied Gerontology*, 13(3), 316-330.
- Edelman, P. (1986). The impact of services to the homebound elderly on provision of informal care. *The Gerontologist*, 26 (Special issue), 234A.
- Edelman, P. & Hughes, S. (1990). The impact of services to the homebound elderly on provision of informal care to homebound elderly persons. *Journal of Gerontology*, 45(2), S74-S84.

- Enright, R.B. (1991). Time spent caregiving and help received by spouses and adult children of brain-impaired adults. *The Gerontologist*, 31, 375-383.
- Greene, V. (1983). Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. *Medical Care*, 21 (6), 609-619.
- Hanley, R. J., Weiner, J. M., & Harris, K. M. (1991). Will paid home care erode informal support? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16(3), 507-521.
- Hinrichsen, G. & Ramirez, M. (1992). Black and white dementia caregivers: A comparison of their adaptation, adjustment, and service utilization. *The Gerontologist*, 32(3), 375-381.
- Hooyman, N. & Gonyea, J. (1995) . *Feminist perspectives on family care: Policies for gender justice*. Beverly Hill, CA: Sage.
- Horowitz, A., Sherman, R. H., & Durmaskin, S. C. (1983). Employment and daughter caregivers: A working partnership for older people? Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.
- Kemper, P., Braun, R., & Carcagno, G. et al., (1986). *The evaluation of the National Long-Term Care Channeling Demonstration*. Princeton, NJ: Mathematica Policy, Inc.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal Network and formal systems*. New York: Guilford..
- Logan, J., & Spitze, G. (1994). Informal support and the use of formal services by older Americans. *Journal of Gerontology*, 49(1), S25-S34.
- Miller, B. & McFall, S. (1991). The effect of caregiver's burden on change in frail older person's use of formal helpers. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(June), 165-179.
- Miller, B., McFall, S. & Campbell, R. (1994). Changes in sources of community long-term care among African American and White frail older persons. *Journal of Gerontology*, 49(1): S14-S24.
- Noelker, L. S. & Bass, D.M. (1989). Home care for elderly persons: linkage between formal and informal caregivers. *Journal of Gerontology*, 44, 563-570.
- Noelker, L. & Bass, David (1994). Relationships between the frail elderly's informal and formal helpers. In Eva Kahana, David Biegel, & May Wykle (Eds.), *Family caregiving across the lifespan* (pp.365-381).

- Penning, M. (1990). Receipt of assistance by elderly people: Hierarchical selection and task specificity. *The Gerontologist*, 30, 220-227.
- Shanas, E. (1979). Social myth as hypothesis: The case of the family relations of old people. *The Gerontologist*, 19(1), 3-9.
- Stephens, M. (1993). Understanding barriers to caregivers' use of formal services: the caregiver's perspective. In Steven Zarit, Leonard Pearlin, & K. Warner Schaie (Eds.), *Caregiving systems: Informal and formal helpers* (pp.303-316).
- Stoller, E. & Pugliesi, K. (1991). Size and effectiveness of informal helping networks: A panel study of older people in the community. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 180-191.
- Tennstedt, S., Crawford, S. & McKinlay, J. (1993). "Is Family Care on the Decline? A Longitudinal Investigation of the Substitution of Formal long-term Care Services for Informal Care," *The Milbank Quarterly*, 71(4): 601-624.
- U.S. General Accounting Office (1995). Long-Term Care: Current issues and future directions. Report to the Chairman, Special Committee on Aging, U.S. Senate. GAO/HEHS-95-109.
- Weissert, W. G., Cready, C. M., & Pawelak, J. E. (1988). The past and future of home-and community-based long-term care. *Milbank Quarterly*, 66 (2), 309-388.
- World Health Organization (2003). Key Policy Issues in Long-Term Care. World Health Organization Collection on Long-Term Care. Geneva: WHO.
- Zarit, S.H. & Pearlin, L.I. (1993). Family caregiving: integrating informal and formal systems for care. In Steven Zarit, Leonard Pearlin, & K. Warner Schaie (Eds.), *Caregiving systems: Informal and formal helpers* (pp.303-316). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.