



壹、台灣喘息服務之沿革

喘息服務(Respite care)係十年長期照顧制度所規劃之服務項目之一，Levy & Levy (1986, cf., Garner-McGraw, 1992, p. 1) 及 Montgomery (1992, p. 75)認為所謂喘息服務係指：『對罹患長期性、慢性疾病或失能、失智者提供短期照顧，好讓家中主要照顧者能獲得暫時放鬆(Relief)及休息(Rest)之服務項目』；目的是(喘息服務操作手冊，1999，p. 8；Montgomery, 1992, p. 75)：(1)減輕照顧者之照顧壓力，(2)讓老人能獲得持續性照顧，(3)協助家庭度過照顧調適期或危機期，(4)避免老人過早或不當之機構安置，(5)提供老人接觸外界之機會。在台灣，相關文獻將喘息服務分為兩大基本類型(黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀，2007)：(1)機構式喘息服務：由護理之家、醫院或養護所提供之機構短期留住照顧服務，由衛政單位主責，係將被照顧者送到定點機構接受照顧(此有別於日本之社會性住院(註1))。(2)居家式喘息服務：又稱居家式暫托服務或居家照

顧服務，由社政單位主責；當家中照顧者離家或不方便照顧時，由受過訓練者到宅幫忙家務、日常生活照顧及身體照顧。而，居家式喘息服務被歸類在居家服務或居家照護項目中，機構式喘息照顧在各縣市則常以不同名稱出現。惟，依據服務形式與場所(Lawton, Brody, & Saperstein, 1991)及社會福利政策綱領(民國93年02月13日)所規範，我國喘息服務類型實可分為：居家式(In-home)、機構式(In-institution)及日間式(Day-care)三種；服務經費來源由各縣市政府社會處及衛生處分別提供，其中：(1)『社政部分』是依據家庭照顧者之需要，由受過訓練之服務提供者到宅協助照顧個案，此為到宅式服務；或將個案送到家庭以外之場所接受照顧，此為定點式服務；(2)『衛政部分』則是補助個案在長照機構接受暫托服務之費用(加強居家式健康服務規劃報告，2006，pp. 2, 7 & 42)。

2000年起，衛生署編列預算補助各縣市衛生局全面推動暫托(喘息)服務；主要內容是：每年最多有7天可將家中失能老人暫置於機構中接受照顧，每天補助費

用是 1,000 元，共補助 1,000 名；同時責成各地衛生局成立照顧者支持團體及開辦照顧者訓練班，以協助紓解照顧者之身心壓力、提升照顧者之照顧能力。2003-2004 年間，台北市並未接受衛生署之補助，自行編列並籌措經費，每年每案使用喘息服務之費用比照衛生署之補助金額；另，個

案至暫托機構之交通費用每次往返補助 600 元。2004 年，台北市共有 2,594 名個案接受喘息服務。觀察長期照顧之發展脈絡，當前之喘息服務係以**機構式為主、居家式為輔**；有關台灣喘息服務之沿革，整理列表於下：

機構式喘息服務		居家式喘息服務	
1980	1980 年代以前，家庭為唯一之長期照顧資源；1980 年代後期，政府以發展濟貧式療養機構來滿足長期照顧的需求，大多是用來收容貧困無依的老人。	1983	台北市在各區之社會福利服務中心推動在宅服務，以低收/老/殘者之生活協助為主。
		1984	台北市政府率先試辦『專職』居家服務員。
		1987	衛生署開始試辦『居家照護』。
		1989	省政府訂頒『台灣省推行居家老人服務實施要點』，係政府首次推行之居家服務措施。
		1990	(1)公保試辦『居家照護給付』，提供『居家重度功能障礙者之技術性護理服務』。 (2)衛生署要求各縣市衛生局開始推動喘息服務計畫；台北市之居家服務轉委由民間機構推展。
1991	(1)衛生署公告『醫療發展基金申請作業要點』，鼓勵民間醫院設立慢性病床以應後續長期照護之需。 (2)立法通過『護理人員法』（註 2）。		

機構式喘息服務		居家式喘息服務	
1993	衛生署頒布『護理機構設置標準』。		
1995	衛生署公告『建立全國醫療網第三期計畫』加強慢性病及長期照護服務（執行期：1995/07~2000/06）。	1996	內政部訂頒『推動社會福利社區化實施要點』，首次出現『社區照顧』（主要措施包括：老人保護、營養餐飲服務、日間照顧、短期或臨時照顧等）。
1997	行政院衛生署發表『衛生白皮書—跨世紀衛生建設』提出長期照護發展重點，以居家式、社區式照護為主（佔 70%），機構式照護服務為輔（佔 30%）。（1980~1997 間之執行方案主要是增設長期照護相關機構，以成為日後機構式喘息服務之主要資源。）	1997	(1)台北市政府在信義區衛生所成立台灣首座『長期照護管理示範中心』。 (2)『老人福利法』修訂老人福利機構之設置標準，放寬小型機構之立案以利共同提供長照服務；另，為協助因身心受損致日常生活功能需賴他人協助之居家老人能得到所需之持續性照顧，法令中並規定地方政府應提供或結合民間資源提供居家服務。 (3)『身心障礙者保護法』修法，第 40 條修訂為：『為協助身心障礙者得到持續性照顧，直轄市、縣（市）主管機關應提供居家服務』。
1998	(1)台北市『長期照護管理示範中心』推動機構暫托（照顧者喘息服務）。 (2)行政院衛生署核定『老人長期照護三年計畫』，包括五項發展策略： (a)普及機構式照護措施，輔導醫療機構與民間設立護理之家；	1998	(1)內政部訂頒『加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容』（註 3），明訂居家服務之實施對象（註 4），著重居家服務人員培訓與實施（執行期：1998~2001）。 (2)行政院衛生署及內政部共同推動第一期『加強老人安養服務

機構式喘息服務		居家式喘息服務	
	<p>(b)增加居家護理服務量；</p> <p>(c)提供 1,000 人次/年之機構式喘息服務；</p> <p>(d)全國成立 15 家日間照護中心；</p> <p>(e)鼓勵試辦『長期照護管理示範中心』，推動單一窗口和個案管理制度，統籌社區資源，建立管理式服務模式；喘息服務正式成為服務項目之一。</p>		<p>方案』，明訂每一鄉/鎮/市普設『居家服務支援中心』，在居家服務與家庭支持要項方面強調提供喘息服務、臨時或短期照顧等勞務性支援方案（執行期：1998/05~2001/06）。</p> <p>(3)行政院衛生署推出『老人長期照護三年計畫』，規劃普遍設立『長期照護管理示範中心』，試辦單一窗口制度，並試圖提出居家護理與居家服務之整合模式。</p> <p>(4)行政院原住民族委員會推動『原住民老人及兒童照顧六年計畫』，配合內政部補助，結合民間團體推動原住民地區年滿六十歲原住民老人之居家服務。</p>
2000	<p>行政院社會福利推動小組成『跨部會長期照護專案小組』，推動『建構長期照護先導計畫』，計畫中將喘息服務分為機構式及居家式兩類一係為社政部門和衛政部門之首次正式合作（執行期：2001~2003）。</p>	2000	<p>內政部與衛生署共同規劃『建構長期照護體系先導計畫』，選定嘉義市、三峽、鶯歌等地區做為實驗社區，共推出九類服務模式（註 5），喘息照顧即為其一；計畫中並編印有『居家服務營運手冊』及『照顧管理制度營運手冊』（執行期：2001~2003）。</p>
2001	<p>行政院衛生署核定『建立全國醫療網第四期計畫~新世紀健康照護計畫』，計畫內容為：</p> <p>(1)延續『老人長期照護三年計畫』。</p> <p>(2)將『長期照護示範管理中心』更名為『長期照護管理中心』。</p> <p>(3)醫院及護理之家則推出『日間照護服務』，並補助辦理家庭</p>	2001	<p>(1)行政院研擬『照顧服務產業發展方案』（註 6），具體措施包括：輔導各地政府成立『照顧管理中心』、補助非中低收入、失能老人或身心障礙者使用居家服務、設置輔具資源流通中心等。</p> <p>(2)『老人長期照護三年計畫』中，規劃推展居家護理、居家服務之整合模式。</p>

機構式喘息服務		居家式喘息服務	
			<p>產業和福利並重之方向，適度補助非中低收入戶失能老人或身心障礙者使用居家服務，將居家服務全面推展至一般失能民眾。</p> <p>* 第一期（2002/01~2004/12） 發展策略：全國設立『照顧管理中心』，以執行資源統籌及個案照顧工作。</p> <p>** 第二期（2005/01~2007/12） 發展策略：賡續整合社政、衛政、勞政及其他體系資源、落實照顧管理制度、建立照顧服務資源通報系統等。</p> <p>(2)內政部修正『失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫』部分條文（執行期：2002~2004）。</p>
		2004	<p>行政院社會福利推動委員會組成『長期照顧制度規劃小組』，以發揮跨部會行政整合之效用。</p>
		2005	<p>(1)內政部修正『失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫』（執行期：2005~2007）。</p> <p>(2)行政院衛生署與內政部推動第二期『加強老人安養服務方案』，具體成效包含：居家服務補助對象擴大至一般戶失能民眾、各縣市開辦獨居老人緊急救援連線、完成『建構長期照護體系先導計畫』等；在長期照顧與家庭支持方面，採行辦理喘息服務，臨時或短期照顧等勞務性支援措施（執行期：2005~2007）。</p>

	機構式喘息服務	居家式喘息服務
2006	行政院社會福利推動委員會之長期照顧制度規劃小組於第二次委員會決議，將『照顧管理中心』（社政，2002 照顧福利產業發展方案）及『長期照護管理中心』（衛政，1998 老人長期照護三年計畫）合併為『長期照顧管理中心』，以整合地方單一服務窗口。	
2007	行政院通過『大溫暖社會福利套案』之『建構長期照顧十年計畫～第一階段』（執行期：2007~2009），補助喘息服務及機構式照顧，加強培訓各類長期照顧人力，增設失智老人照顧專區等。	

回顧喘息服務多年來之演變與發展，呈現有下列幾項事實：

一、居家式喘息服務是由『居家照護』所衍生之另一種服務模式；自 1990 年開始，衛生署開始要求各縣市衛生所要積極推動。

二、自 1997 年開始，機構式喘息服務正式成為隸屬於『機構式照顧』項下之服務，但需依賴長期照護相關機構為主要之資源。

三、自 1998 年開始，不論居家式喘息服務或機構式喘息服務，政府均會明列於『老人長期照顧』之實施計畫中。

貳、喘息服務之必要性

與長期照顧相關之研究，有泰半是將重心置於被照顧者、照顧品質、照顧措施與方法等議題上，而忽略家中主要照顧者(Carer)為擔負照顧責任，放棄工作、時間、嗜好、休閒、原本之生活內涵，連續無間斷之付出，心力交瘁、疲憊、困頓等才是會有形、無形地影響到照顧工作之維繫(邱怡玟, 2009)。一般人對於照顧者，往往會顯露出一廂情願、毫不體諒之要求、責備、

期待與態度，這對長年貢獻於照顧工作者實在極不公平，而喘息服務便是針對居家照顧者所設計；尤其，居家照顧者常是家中老年長女性、未婚者或離婚者，通常是老人之配偶、媳婦或女兒(劉珠利, 2004)。在傳統文化壓力、規範、習慣下，女性被預設有照顧天性與本質；家庭成員也常對渠等理所當然地指責，指派不得商議之照顧任務，讓照顧者沒有反辯、抗拒之機會，甚至自覺被認為照顧不周善，便是罪惡(黃秀梨、陳月枝、熊秉荃, 2006；喘息服務操作手冊, 1999)。照顧者因困於照顧之責難，少與外界有接觸、互動之機會，長久接受無酬勞職之情況下，生活範圍完全侷限在照顧場域中，實與在監獄中受刑毫無差異。

居於人道考量(Human concern)，難道照顧者不得有厭倦之感受？不需要有身心休憩之機會與時間？古諺所謂之『久病無孝子』，難道真全是照顧者之責任？未有擔負照顧之責而只會一味責怪之其他家庭成員，難道就完全無過？中國常以『孝順』、『反哺』來壓制、拮据後代必需無怨無尤、不倦不厭、不離不棄地照顧上一代；但若年少時曾遭老人遺棄、虐待之苦痛經驗，

難道也要不恨不懟，認命犧牲到底？家庭成員本應協力分工照顧，但若：家族成員過少、照顧能力不足、家庭經濟能力不佳、只能在家照顧、家中空間不適合提供照顧、家中成員不願意分擔照顧責任、照顧分工不公不均、照顧者個人情緒欠缺穩定性、家庭成員間長年來親疏/互賴關係糾葛、照顧者與老人間互動關係不良、照顧者對老人之容忍已達極限、老人身心失智/失能狀況每下愈況、照顧者無法掌握與運用社會支持資源、照顧者之照顧意願不再、...等等，則必是影響到照顧內涵與品質，也常會使老人照顧變成家庭糾紛與事端，而搖動家庭之和諧與穩定（邱怡玟，2009；石井京子，2003，p.83；田中良港、高橋千枝子、安田理子、平田せい子、小石川智惠，1991）。根據林秀芬、劉波兒、洪秀吉(1999)及橫山美江(1992)對照顧者之研究，發現高達四分之三者會出現有下列之身心症狀：身體不適、健康狀況變差、心神不安、情緒急躁、慢性疲勞感、腰痛、睡眠不足、身心疲勞、精神抑鬱、心情沈悶、負荷痛苦感增加；而隨著照顧者年紀之越高，老人失能/失智程度之日趨嚴重，照顧者身心健康孱弱程度也會隨之惡化。所以喘息服務是為緩衝上述問題與現象之必要策略與方法。

參、喘息服務之性質

喘息服務在美國是起始於 1970 年代初期為配合失能、心智障礙者之去機構化措施(Deinstitutionalization)所開創之非機

構式照護服務，其目的是用來暫代照顧者之照顧責任（何雪珍，2001）。然其起源可遠溯至 1948 年英國 NHS 所提供之措施，可稱臨時照顧、短期休息(Short-term breaks)、短期居留(Short-stays)、短期照顧(Short-term care)等，喘息地點則稱為短期居留館(Short-stay Hostels)；所以是將受照顧者送到醫院或長照機構接受短期性或間歇性照顧。其性質類似暫托服務、日間照顧、家庭照顧服務、機構短期收容服務，一方面提供照顧者休息之機會，另一方面使照顧者能有機會接受照顧訓練；除可緩解照顧者之身心壓力與負擔外，更可使被照顧者也能得到照顧。由於其係針對照顧需要提供高密度照顧(Intensive care)服務，故亦算是對家庭提供協助之服務方法(Garner-McGraw, 1992)。喘息服務是照顧者之照顧資源，時間通常是超過 24 小時，目的是要讓照顧者減輕負擔，有休養生息、恢復身心勞憊之機會，以免因身心過度疲乏而反衍生各類意外、疾病，甚至崩潰等問題（梅陳玉嬋、楊培珊，2006，pp. 237-238）。故，其是注重照顧者身心健康之『汗水與淚水功能』(Wear and tear effect)，被視為是連續性照顧(Continuum of care)之一環。在英國，就有很多照顧者傾向於利用隔週之長週末(Long weekend)接受服務。其實，喘息服務不僅可提供身心休憩之機會，亦可針對家庭所面對之照顧壓力—不論是情緒、心理、生理、照顧能力及技巧等方面—提供專業性協助。對於被協助之家庭而言，喘息服務對於減輕家庭照顧壓力、提高家庭成員和諧關係、減

少家庭社會孤立程度等，都有實質之助益功效；可使被照顧者得以繼續留在家中，以預防過早及不當之機構安置。

肆、喘息服務方式

失能、失智之老人，尤其是 80 歲以上者，由於日常生活功能急衰，需要部分或全部仰賴他人提供長期性協助。因此，照顧者常是長年無休，自會導致身心疲憊、精神耗竭，無法可堪負荷之狀況；有超過 98% 之照顧者就表示有超負荷感（孫宗慧、陳淑銘、邱金菊，2006）。Montgomery (1992, p. 76) 及 Upshur (1983, cf., Kart & Kinney, 2001, p. 464) 認為，喘息服務可依時間、提供地點、服務程度區分成四種模式：(1) 居家喘息服務：由接受過訓練之工作人員到案主家提供適合居家之照顧服務；(2) 團體式日托照顧：在白天提供短暫之照顧服務，以讓家庭照顧者能有時間處理私事；(3) 團體式機構照顧：機構針對行為有困難之身心障礙者提供可過夜之服務，可以是團體式照顧或醫療性加護照顧；(4) 機構式照顧：以現有之設備、設施、人員提供短期性收容服務，所提供之喘息服務是機構之附加服務 (Adjunct services)。可見，喘息服務之發生地點可以是住宅、喘息服務中心、日照中心、醫院、養護之家、... 等，並維持數天之久。雖然提供喘息之環境不同，員工、服務項目、行政作業方式亦會因執業單位之不同而有所差異；然其共通之目的都是為有照顧需要之家庭提供協助服務，提供老人者安全

場所，好讓照顧者能從家庭成員們之不斷要求中，獲得喘息時間 (Garner-McGraw, 1992, p.1)。而提供照顧諮詢管道、舉辦照顧者訓練班、成立照顧者支持團體（如：聯誼會、分享團體）等，讓照顧者分享經驗、心得，有認識新朋友之機會，也是喘息服務之內容、方法與目的（黃美娜，2005, p. 31）。根據衛生署之統計資料：2005 年，全國有 2,164 名個案接受喘息服務，有 3,519 名參加照顧者支持團體，有 2,618 名參加照顧者訓練班。而，『機構式喘息服務』並非是唯一之選擇，『居家式喘息服務』也同樣可達到讓照顧者喘息之目的；家屬可以依照自己生活作息之習慣安排，每在需要喘息時，選擇使用喘息服務，以減輕照顧者之身心負荷，避免累垮自己而成為另一位被照顧者（梅陳玉嬋、楊培珊，2006, pp. 237-238）。為顧及服務使用之必要性與公平性，目前喘息服務提供之優先次序係綜合下列因素裁量（喘息服務操作手冊，1999, p.9）：(1) 經費提供單位之要求，(2) 家庭經濟考量，(3) 照顧者之需求程度，(4) 老人接受照顧現況。

伍、喘息服務議題之討論

照顧者負擔之重輕與否，可依據下列九項標準來評斷（石井京子，2003, pp. 24-25）：(1) 生活協助（如：家庭分工支持），(2) 老人失智程度（如：醫療諮詢協助），(3) 未來狀況（如：替代照顧資源之有無），(4) 人際關係（如：人際互動、情緒支持），(5) 社會活動（如：參與社區性活動），(6) 社

會支持（如：可實際減輕照顧負擔之外力支援），(7)身體健康（如：生理疾病），(8)精神健康（如：心理疾病），(9)經濟負擔問題（如：費用負擔）。只是，既然照顧者是老人生活上最依賴、最需要者，何以照顧者所付出之貢獻卻不一定會被認同？參酌下列理論，實可以瞭解照顧者何以仍願意繼續擔任照顧工作之因由（黃秀梨、陳月枝、熊秉荃，2006，p. 74；石井京子，2003，pp. 20-21 & 25）：

1. 割役/分工(Division of Labor)理論：家庭成員之勞役分工，本是為維持家庭運作機能之必要作法；但在傳統上，家事、育兒、照顧等一直都是由女性擔綱。因此毫無疑問地，家中女性就必需、也必被生活周遭人員期待或要求擔負照顧家中老人之責；否則應懷有罪惡感。

2. 性別(Gender)理論：以文化、傳統、社會之定義與角度來看，不只是周遭人士之期待，連照顧者本身也自認負責照顧老人是身為女性應當之任務與責任；即，認為以個人在家中之地位與角色而言，照顧家中老人是必然之職務。

3. 交換(Exchange)理論：照顧者之投入會因老人之反應與滿足而自我增強；也因提供照顧而有獲得實質回報，才願意持續擔負照顧工作。

4. 資源(Resources)理論：照顧者考慮到可取得、運用社會資源（如：替代照顧、照顧協助、親友協助、照顧資訊、...等），因此願意擔任照顧老人之工作。

5. 權力資源(Power resource)論：身為家中經濟弱勢份子，沒有被賦予選擇之權

力，只得接受家庭主權者所決定之照顧者角色。

黃秀梨、張媚、余玉梅(2006)及 Moriarty、Levin、Gorbach (1993, pp.1-2 & 5, cf., Jack, 1998, p.23)所做之研究咸指出：擔任居家照顧者之比例，女性是男性之三倍，其中有三分之一是 60 歲以上；照顧者中有三~四成罹患慢性疾病，渠等表示照顧工作已極度限制工活內容，因為生活重心全都得在老人身上。被研究之照顧者中有約 40%以上表示已有心理壓力之徵兆，因為高密度工作要求及夜間常被打斷休息，已早致生焦慮、憂鬱。上述研究都建議：喘息服務若不被認定是居家照顧之方式或類型，則照顧者唯有放棄照顧之責，才有恢復生、心理健康之可能。Garner-McGraw (1992, p.6)認為：長期在家中擔任照顧工作，定會在工作、居家、友誼、婚姻及家庭和諧等方面受到負面影響；所以有些照顧者會反向自嘲：與其自我要求能照顧適應(Caring adaptation)，倒不如改變照顧方式更容易應付照顧要求(Davies, 1998)。Dunst, Trivette, & Deal (1988, cf., Garner-McGraw, 1992, p.5)就認為：接受不同型態之社會支持，尤其是針對家庭照顧需求所提供之協助與資源，對家庭的確會有明顯之協助功能；而照顧者在接受喘息服務後，大都反應高滿意度(Montgomery, 1992, p.83)。

Factors, Perry, & Freeman (1990)之研究發現：不會或不曾使用喘息服務者較會接受非正式社會支持(Informal social support)，而且也呈現較低之家庭壓力。這表

示，當照顧者無法承受壓力時，若適時地有外力支持與協助，就能減輕照顧負擔。之故，照顧者在需要密集之非正式社會支持時，喘息服務應可為優先考量與選擇；非正式支持資源與喘息服務間，應是存在著消長關係(Garner-McGraw, 1992, p.9)。Factor, Perry, & Freeman (1990, cf., Garner-McGraw, 1992, p.15)在比較使用及未使用喘息服務之家庭後發現：家中老人之失能狀況較嚴重者，較會選擇使用喘息服務——也就是老人失能狀況較嚴重之家庭較能接受喘息服務。而 Wikler, Hanusa, & Stoycheff (1986, cf., Garner-McGraw, 1992, p.16) 及 Intagliata (1984, cf., Garner-McGraw, 1992, pp.16-17)之研究均指出：常使用喘息服務之家庭比少使用者較少有生活壓力，並較少表現出傷感。這些研究均指陳：喘息服務除減輕家庭照顧壓力外，有接受喘息照顧之老人在生理失能、社交混亂程度有見改善；即便在使用服務六個月後，老人之行為問題也有明顯減少(Burdz & Brody, 1988; Lawton, Brody, & Saperstein, 1988)。英國 National Institute for Social Work (1993, p.3)之研究發現：使用過居家休息照顧(Residential relief care)服務者，較不會選擇機構式照顧服務；在台灣，『建構長期照護體系先導計畫第三年計畫』對喘息服務所做之施行成效評鑑，也證實『居家式』之效果較『機構式』為佳。原因是：案家覺得較放心，在可以看得到的情況下，不喜歡將老人放置於機構中由陌生人照顧。而黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀(2007)之研究也發現：照顧

者認為居家式照顧比機構式照顧更符合家庭需求；由此可知，單一類型之喘息服務絕對無法滿足照顧需求。

英國老人實務者從服務工作中發現到：機構式喘息服務可讓家庭功能得以繼續維持；此意指，若機構式照顧不再提供時，家庭照顧功能也會同步被消蝕。很可惜，私營照顧提供者(Private care providers)即便在病床使用率低、營運收入不佳狀況下，也很少想到可兼提供喘息服務。Salisbury (1990)認為：支持資源之多寡、服務取得管道之難易、服務品質口碑，常會影響喘息服務之使用率(Montgomery, 1992, p.91)。Kosloski & Montgomery (1993)在評估參與居家或社區式照顧計畫之家庭後發現：即便是免費或低收費，仍有高達30%~50%之家庭不會去使用喘息服務；不使用喘息服務之原因應是與家庭需求息息相關。可見，喘息服務若真是為家庭照顧所需要，則應是要先瞭解家庭究竟需要何種喘息服務內容、項目與方式(黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀, 2007; Miller & Goldman, 1989)。而照顧者對自我能力之意識，使用上之方便性、實用性等，亦絕對是選擇使用喘息服務之決定因素(Affleck, Allen, McGrade, & McQueeney, 1982; Kart & Kinney, 2001, p.464)。Garner-McGraw (1992, pp.49-52)之研究另發現：即便是不常使用喘息服務之家庭，對其所能帶給家庭之協助結果還是有高滿意度；經濟狀況較良好者，對喘息服務之滿意度雖高過中、低收入家庭，反卻不會認為喘息服務對其家庭有影響；認為非正式支持系

統對家庭有較高協助意義者，認為喘息服務對家庭有正面的實質幫助。

歷年來，台灣喘息服務之執行皆由各縣市衛生局按轄區之需求自行訂定核准標準(Eligibility criteria)，但是標準卻極為多元，包括：適用對象標準（實際居住地、生活無法自理狀況、家人照顧狀況、居住地區時間限制、有無外籍幫傭、有無傳染病/精神病/攻擊行為、有無身心障礙手冊等評估項目不劃一），服務目標數（各縣市之執行成效不一），個案評估工具（部分縣市採用巴氏量表，部分縣市採用 ADLs 分數），負責單位（不同縣市各分由長期照顧管理中心、衛生所或鄉鎮公所受理），服務提供內容（服務內容本應以生活照顧為主，但部分縣市甚至提供：特殊護理專業照顧、復健服務、家庭照顧者免費技能訓練、營養服務、課後輔導、臨時托育服務等），補助金額（各縣市之機構照護費及交通費之補助規定不一），...等等。由於各縣市之標準不一，造成資源使用不均、甚至浪費；故，訂定全國統一之基本適用標準，實有其必要性（加強居家式健康服務規劃報告，2006，pp. 7 & 49）。而喘息服務推行至今仍存在著的問題，有：補助名額有限、等待補助核定時間過長，補助金額不足，服務人力不足，業務負荷過重，偏遠地區機構不足，服務時數太少，服務內容缺乏彈性，...等；甚至宣導不周而影響民眾使用率，專業人員缺乏相關知識，行政管轄單位不統一，未能實際掌握需要之服務人口數與分佈區域，...等，也急待一一釐清與解決（加強居家式健康服務規劃報

告，2006，pp. 7 & 49；黃秀梨、張媚、余玉梅，2006，p. 64）。

陸、結語

老人照顧是長期性、難以單方面拒絕之工作，其中絕非僅僅強調愛心、耐心、親情、回饋等就可敷衍之重責。政府在規劃長期照顧制度與保險內容時，應兼顧老人與照顧者之需求與問題。對於一直待在私人領域(Private sphere)中，有定期繳交長照保險費用不另雇他人照顧之『自家照顧家庭』(Self-care family)，則自家照顧者(Family carer)每月應領取固定之『現金津貼』、有優先接受喘息服務之權利；制度中更應規範：提供可增進照顧能力與技巧之『專業照顧訓練』機會，提供數量、時間、種類多元化、可彈性運用之服務方式與內容，不宜設限家庭收入門檻，採取『普及式』(Universal)推動模式，...等，才是務實之作法。長久以來，『社政 vs. 衛政』各自為政，常是造成個案混淆、資源重複使用而難見效益之肇因；為避免資源被不當擲棄，除需早見行政單位統整合一外，尚得規劃一套整合性資訊系統，以好日後便於監控相關資源之輸送與運用，避免重複、重疊。美國長照服務項目中，以老人之喘息服務最為欠缺，尤以鄉村地區最是嚴重(Li, 2006)；我國之狀況亦復如是。政府一向偏好先選擇都會地區做為服務示範地區，之後便漠視鄉村地區未有眷顧；當我國老人喘息服務仍在起步之際，政府倘不全面性關切與規劃，請問：這符合福利資

源與區域機會所講究之公平性(Fairness)與
平等性(Equality)嗎？

(本文作者現為東海大學社工系教授；文

中表格之資料收集與製作，係由社工系碩
班生張君培協助完成。)

註釋

註 1：社會性住院（社會的入院）(Long-term hospitalization)（石井京子，2003，p. 168；增子忠道，2002，p.14）係指：老人因家庭、經濟、住宅、地域資源等個人或社會因素而必需長期入住醫療單位或照護機構；此與醫療上認定需待在醫療機構中接受治療並無必要性關連。對有些老人而言，長期入住醫療相關機構較能控制其慢性病狀之穩定，尤其是精神疾病者。在日本，持續住在醫療機構之老人約有三成。

註 2：因應連續性醫療照護之需求，以發揮護理人員之執業功能，鼓勵設立護理機構，並授與護理人員開業權；此為護理之家的法源依據。

註 3：『加強推展居家服務實施方案』實施要項包括：居家服務與家庭支持、機構安養與社區照顧服務及社會參與。該方案為期 3 年，於 2001 年 6 月止。

註 4：『加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容』之居家服務實施對象：(1)65 歲以上身心受損，致日常生活功能需他人協助之居家老人；(2)領有身心障礙手冊且日常生活功能需他人協助之居家身心障礙者。服務內容分為家務、日常生活照顧服務及身體照顧服務。

註 5：『建構長期照護體系先導計畫』規劃多元化社區照顧資源發展，共投入：照顧住宅、失智症日間照護中心、家庭托顧、居家復健、居家護理、居家服務、喘息服務、緊急救援通報和居家無障礙環境改善等九類服務模式的發展，前四項為新型服務模式，首度引進我國；後五項雖在我國推行多年，但是其服務量一直未有擴大。

註 6：『照顧服務產業發展方案』於 2001 年 5 月 11 日經行政院指示研擬，期結合民間力量，共同發展照顧服務支持體系。2002 年 1 月 17 日經行政院核定，實施期程為 91 年 1 月至 93 年 12 月底，並於 2002 年 5 月納入『挑戰 2008：國家發展重點計畫』中，作為未來 6 年發展照顧服務產業之指導方針。為加強『福利』及『產業』平衡發展之精神，方案名稱經行政院 2003 年 10 月 24 日核定修正為『照顧服務福利及產業發展方案』；首期期程自民國 2002 年 1 月 1 日至 2004 年 12 月 31 止，嗣為配合納入『挑戰 2008：國家發展重點計畫』，而延增第二期計畫，自民國 2005 年 1 月 1 日起至 2007 年 12 月 31 日止。第一期計畫至 2004 年 10 月止，已獲致建

立各縣市政府照顧管理機制、推動補助居家服務試辦計畫、培訓照顧服務人力並建立認證制度、研擬完成『外籍看護工審核機制與國內照顧服務體系接軌（草案）』、推動民間參與老人住宅等主要成效。

參考文獻

- 加強居家式健康服務規劃報告(2006, March)。台北：行政院社會福利推動委員會長期照顧規劃小組。
- 何雪珍(2001)。居家照護中之喘息服務。《社教資料雜誌》，280，12-14。
- 邱怡玟(2009)。外籍看護工參與失能老人家庭照顧之研究。社會工作研究所博士論文（未出版），東海大學，台中。
- 林秀芬、劉波兒、洪秀吉(1999)。一位居家護理病患及其主要照顧者負荷之護理經驗。《弘光學報》，33，82-86。
- 孫宗慧、陳淑銘、邱金菊(2006)。協助一位主要照顧者減輕身、心、社會、經濟負荷的照護經驗。《長期照護雜誌》，10(2)，167-177。
- 梅陳玉嬋、楊培珊(2006)。台灣老人社會工作：理論與實踐。台北：雙葉。
- 黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀(2007)。影響北台灣家庭照顧者喘息服務利用的因素：前瞻性研究。《長期照護雜誌》，11(1)，51-65。
- 黃秀梨、陳月枝、熊秉荃(2006)。從社會批辦理論角度看台灣的喘息服務。《護理雜誌》，53(1)，72-79。
- 喘息服務操作手冊(1999)。台北：中華民國現代社會福利總會。
- 黃秀梨、張媚、余玉梅(2006)。我國機構式喘息服務政策之分析與建言。《護理雜誌》，53(2)，59-66。
- 黃美娜(2005)。台灣老人長期照護服務政策。《社區發展》，110，29-32。
- 劉珠利(2004)。社區照顧與女性照顧者。《社區發展》，106，79-87。
- 田中良港、高橋千枝子、安田理子、平田せい子、小石川智惠(1991)。退院を回避する高齢者患者の家族關係に起因する問題。《月間ナーシング》，11，32-35。
- 石井京子(2003)。高齢者への家族介護に關する心理學的研究。東京：風間書房。
- 增子忠道(2002)。介護保險はどう見直すべきか。東京：大月。
- 橫山美江(1992)。在宅要介護老人の介護者における疲勞感の計量研究。《看護研究》，26(5)，427-433。
- Affleck, G., Allen, D., McGrade, B. J., & McQueeney, M. (1982). Maternal causal attributions at hospital discharge of high-risk infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 86,

- 575-580.
- Bristol, M. M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: Successful adaptation and the double ABC-X model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17(4), 469-486.
- Burdz, M. P., & Brody, J. B. (1988). Effects of respite care on dementia and nondementia patients and their caregivers. *Psychology and Aging*, 3, 38-42.
- Davies, B. (1998). Shelter-with-care and the community care reforms – Notes on the evolution of essential species. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision* (pp. 71-111). London: Macmillan.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Factors, D. C., Perry, A., & Freeman, N. (1990). Stress, social support, and respite care use in families with autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(1), 139-146.
- Garner-McGraw, J. A. (1992). Family characteristics related to respite care effects and satisfaction. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill. (UMI No. 9324034)
- Gill, M. J., & Harris, S. L. (1991). Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 407-416.
- Hill, R. (1949). *Families under stress*. New York: Harper & Row.
- Hill, R. (1958). *Generic features of families under stress*, *Social Casework*, 49, 139-150.
- Jack, R. (1998). Institutions in community care. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions in welfare provision* (pp. 10-40). London: Macmillan.
- Kart, C. S., & Kinney, J. M. (2001). *The realities of aging: An introduction to gerontology* (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kosloski, K., & Montgomery, R. J. (1993). *Perceptions of respite services as predictors of utilization*. *Research on Aging*, 15, 370-377.
- Lawton, M. P., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. (1988). A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 29(1), 8.
- Lawton, M. P., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. (1991). *Respite for caregivers of Alzheimer patients*. New York: Springer.
- Li, H. (2006). Rural older adults' access barriers to in-home and community-based services.

- Social Work Research*, 30, (2), 109-118.
- Mahdy, H. A. (2004). Realities of respite care. *Health Services Management Research*, 17(4), 272-275.
- Miller, D. B., & Goldman, L. (1989). *Perceptions of caregivers about special respite services for the elderly*. *Gerontology*, 29(3), 408-410.
- Montgomery, R. J. V. (1992). Examining respite: Its promise and limits. In M. G. Ory & A. P. Duncker (Eds.), *In-home care for older people: Health and supportive services* (pp. 75-96). London: SAGE.
- Moriarty, J., & Levin, E. (1998). Respite care in homes and hospitals. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision* (pp. 124-139). London: Macmillan.
- Moriarty, J., Levin, E., & Gorbach, I. (1993). *Respite services for carers of confused elderly people*. London: National Institute for Social Work.
- National Institute for Social Work (1993, October). *Policy Briefing*, No. 1.
- O'Brien, J. (2001). Planned respite care: Hope for families under pressure. *Australian Journal of Social Issues*, 36(1), 51-65.
- Redfern, S. J. (1998). Long-term care: Is there still a role for nursing? In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision* (pp. 166-184). London: Macmillan
- Salisbury, C. (1990). Characteristics of users and nonusers of respite care. *Mental Retardation*, 28(5), 291-297.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disrupter of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312.