

行政院衛生署委託業務計畫
期末成果報告

年 度：99 年度

計畫名稱：「長期照護保險給付制度—家庭照顧者教育訓練
課程計畫」

分項計畫一：長期照護保險給付制度—家庭照顧
者一般性教育訓練課程計畫

採購案號：案號 99N6317

申請機構：中華民國家庭照顧者關懷總會

主 持 人：王增勇

職 稱：理事長

聯絡電話：02-2511-0062

聯 絡 人：簡璽如

傳 真：02-2541-5653

E-mail：luanddy@seed.net.tw

日 期：100.06.20.

目 錄

	頁碼
一、承諾完成工作重點及工作項目實際執行之情形 -----	05
二、期末成果報告 -----	06
第一章 研究背景與研究目的	
第一節 研究背景 -----	06
第二節 研究目的 -----	06
第二章 文獻探討	
第一節 家庭照顧者政策探討 -----	07
第二節 家庭照顧者使用支持性服務障礙 -----	10
第三節 國內外家庭照顧者支持型服務介紹 -----	19
第三章 實施方法及進行步驟 -----	26
第四章 研究成果	
第一節 焦點團體分析結果 -----	30
第二節 問卷統計分析結果 -----	48
第五章 研究過程所遭遇之問題與困難 -----	73
第六章 政策建議 -----	74
參考書目 -----	81
三、附 件 -----	85

共 223 頁

【附 錄】

附錄一	北區焦點團體第一場記錄	85
附錄二	北區焦點團體第二場記錄	95
附錄三	北區焦點團體第三場記錄	104
附錄四	中區焦點團體第一場記錄	120
附錄五	中區焦點團體第二場記錄	125
附錄六	中區焦點團體第三場記錄	130
附錄七	南區焦點團體第一場記錄	135
附錄八	南區焦點團體第二場記錄	141
附錄九	南區焦點團體第三場記錄	145
附錄十	東區焦點團體第一場記錄	149
附錄十一	東區焦點團體第二場記錄	157
附錄十二	東區焦點團體第三場記錄	165
附錄十三	北中南東四區機構照顧者課程總表	174
附錄十四	北中南東四區出席人員名冊	213
附錄十五	家庭照顧者教育訓練課程需求調查問卷	215

【表 次】

表 2-1: 家庭照顧者基本資料	13
表 2-2: 照顧狀況	15
表 2-3: 家庭照顧者對正式服務的資源了解與利用情形	17
表 2-4: 我國現有方案服務類型整理	19
表 2-5: 美國支持家庭照顧者服務方案整理	21
表 3-1: 顧問小組成員	26
表 3-2: 四區焦點團體討論方向	27
表 3-3: 焦點團體辦理時間與帶領者名單	28
表 3-4: 問卷設計項類	29
表 3-5: 四區問卷回收情形	29
表 4-1-1: 失能類家庭照顧者教育訓練課程	34
表 4-1-2: 心智失能類家庭照顧者教育訓練課程	35
表 4-2-1: 性別分配	49
表 4-2-2: 年齡組分佈	49
表 4-2-3: 居住縣市分佈	50
表 4-2-4: 教育程度分佈	50
表 4-2-5: 婚姻狀況分佈	51
表 4-2-6: 家庭照顧者的就業狀況	51

表 4-2-7: 家庭照顧者的宗教信仰	52
表 4-2-8: 家庭照顧者的籍貫	52
表 4-2-9: 家庭照顧者的自評健康狀況	52
表 4-2-10: 與受照顧者之關係分析	53
表 4-2-11: 照顧時間的長短	53
表 4-2-12: 每日平均陪伴受照顧者的時數	54
表 4-2-13: 每日連續睡眠時間	54
表 4-2-14: 目前照顧失能家人的方式	55
表 4-2-15: 家中每月總收入	55
表 4-2-16: 家中主要收入來源的複選題分析	55
表 4-2-17: 分擔照顧工作的其他家庭成員	56
表 4-2-18: 受照顧者年齡分組	57
表 4-2-19: 受照顧者教育程度	57
表 4-2-20: 受照顧者的婚姻狀況	57
表 4-2-21: 受照顧者與家人同住狀況	58
表 4-2-22: 受照顧者身體狀況	58
表 4-2-23: 未參加教育訓練課程的原因分析	59
表 4-2-24: 曾經參加教育訓練課程的類型分析	60
表 4-2-25: 在甚麼情況下會參加教育訓練課程	61
表 4-2-26: 了解疾病狀況的需求	61
表 4-2-27: 身體照顧技巧指導的需求	61
表 4-2-28: 行為問題與處理指導的需求	62
表 4-2-29: 突發狀況與疾病監測的需求	62
表 4-2-30: 飲食配置與營養衛教指導的需求	62
表 4-2-31: 運動衛教的需求	62
表 4-2-32: 用藥安全的需求	63
表 4-2-33: 醫療器材或輔具運用的需求	63
表 4-2-34: 居家環境安全指導的需求	63
表 4-2-35: 了解如何做好家務管理的需求	63
表 4-2-36: 學習做好理財規劃的需求	64
表 4-2-37: 學習有效率應用照顧輕單的需求	64
表 4-2-38: 學習溝通技巧的需求	64
表 4-2-39: 學習調適身心壓力的需求	64
表 4-2-40: 學習悲傷調適的需求	65
表 4-2-41: 學習倡導為自己發聲的需求	65
表 4-2-42: 提供支持團體課程的需求	65
表 4-2-43: 家庭照顧者聯誼活動的需求	65
表 4-2-44: 認識社會資源的需求	66

表 4-2-45:認識法律程序與相關保障的需求	66
表 4-2-46:認識受照顧者就業服務的需求	66
表 4-2-47:認識受照顧者就學資源的需求	66
表 4-2-48:認識受照顧者身後準備的需求	67
表 4-2-49:座談授課形式的偏好	67
表 4-2-50:到家授課形式的偏好	68
表 4-2-51:網路授課形式的偏好	68
表 4-2-52:影音函授課程形式的偏好	68
表 4-2-53:電話諮詢服務的偏好	69
表 4-2-54:自助團體-由照顧者自行討論	69
表 4-2-55:自助團體-由照顧者互選領導者帶領討論	69
表 4-2-56:自助團體-由專業人員帶領討論	69
表 4-2-57:週間白天進行課程	70
表 4-2-58:週間晚上進行課程	70
表 4-2-59:假日白天進行課程	70
表 4-2-60:假日晚上進行課程	71
表 4-2-61:提供交通協助	71
表 4-2-62:提供喘息服務	71
表 6-1:基礎課程	75
表 6-2:進階課程	75

一、承諾完成工作重點及工作項目實際執行之情形

承諾完成工作重點及項目	實際執行情形
<p>進行資料收集： 了解目前長期照護家庭照顧者教育訓練情形與各地需求、執行模式、相關規定等。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 相關國內外文獻資料收集 2. 收集各單位所辦理之課程內容 3. 四區各辦理 2 場焦點團體，時間如下： 北區:3/02、3/11 中區:3/24、3/31 南區:3/09、3/28 東區:3/14、3/22
<p>針對家庭照顧者教育訓練供需兩面向進行分析，進一步研擬國內長期照護保險之家庭照顧者一般性教育訓練架構、執行方式、繼續教育及訓練品質確保方式，提供政策建言</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完成問卷設計共六大項，9 頁，並進行前測 30 份。 2. 正式施測 1015 份，回收 839 份，回收率 82.7%。共計 30 個民間單位協助施測。無效問卷:57 份。有效問卷共計 782 份。 3. 贈送問卷施測物品 1015 份(書籤、濕紙巾)。(濕紙巾贊助者:添寧公司)
<p>針對家庭照顧者能夠接受教育訓練課程所需配搭之相關配套服務進行研擬，以提出具備多元且周延性建議</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 共分 4 區辦理焦點團體，每區辦理 1 次焦點團體，時間如下： 北區:6/7 中區:6/7 南區:6/3 東區:6/2 2. 整理政策建言，完成建議報告。

第一章 研究背景與研究目的

第一節 研究背景

在長照保險規劃過程當中，所有的給付方式原則上採服務給付為主，除了現有的居家型服務、社區型服務、機構型服務外，另增加家庭照顧者支持性服務，新列作服務給付項目，而其涵蓋內容包括：照護諮詢服務、照顧者教育訓練、以及喘息服務三大項。就「教育訓練」這項服務而言，家庭照顧者關懷總會(以下簡稱家總)服務家庭照顧者的經驗顯示，現有課程的規劃傾向將家庭照顧者視為全職照顧者，未將照顧對象的異質性納入思考，且應該要考量照顧者的實際狀況，像是：全職照顧者或負擔家計照顧者，就得提供不同的訓練課程規劃。另外針對受照顧者的年齡、所處照顧階段(處在照顧初期或中期或末期)、障別或疾病的特殊性(身心障礙或失能、失智老人等)、接受的照顧模式(居家或社區或機構型)都得深入進行考量，提供家庭照顧者合宜的支持性教育訓練課程。

就課程的規劃方向也應該避免僅有集中式的課程設計，顧慮家庭照顧者的個別需求，像是：增加課程形式的多元化，以「一對一」個別化模式或「一對多」團體授課模式、網路教學模式等，越多元的管道能讓家庭照顧者做選擇，並考量可近性。而偏遠或交通不便的地區就應提供「到宅」的教育訓練課程，由合格的照顧服務員或其他專業人員前往照顧者家庭實施示範訓練。還有教育訓練課程的規劃上也要注意相關的配搭措施，讓家庭照顧者能夠選擇多元化、可近性無後顧之憂的訓練課程，才能真正讓家庭照顧者願意運用服務。

有鑒於此，本會期待能夠透過此次衛生署的協助，進一步了解全國各地家庭照顧者對教育訓練課程提供模式的需求以及現有服務的模式可以改善的空間，協助政府提供在規劃長照保險之家庭照顧者接受教育訓練課程的相關建議，確保家庭照顧者以及家人都能享有實質的支持。

第二節 研究目的

1. 透過現況與實務經驗之收集，了解目前長期照護家庭照顧者教育訓練情形與各地需求、執行模式、相關規定等。
2. 針對家庭照顧者教育訓練供需兩面向進行分析，進一步研擬國內長期照護保險之家庭照顧者一般性教育訓練架構、執行方式、繼續教育及訓練品質確保方式，提供政策建言。
3. 針對家庭照顧者能夠接受教育訓練課程所需配搭之相關配套服務進行研擬，以提出具備多元且周延性建議。

第二章 文獻探討

本章目的在於整理各國家庭照顧政策的具體措施，並在跨國比較的脈絡下，討論台灣相關措施的現況，做為關照台灣家庭照顧政策未來發展的基礎。本章的資料來源主要是以既有文獻為主，各國資料的整理方向在於呈現該項措施作法的各種可能性，嘗試建構政策典範與措施作法之間的關連。

第一節 家庭照顧者政策探討

本節主要是討論東西方家庭照顧者政策之演變，了解國內外的政策是如何演變，以及目前家庭照顧政策的最新趨勢，提倡家庭照顧者之權益與福祉。

一、西方國家家庭照顧者政策之變遷

學者Gibson (1998: 6) 認為，對家庭照顧者依賴的漸增是大多數人口老化工業國家在提供老人服務轉變的趨勢之一，政府希望善用家庭照顧資源來降低政府的公共支出；但1980年代的女性主義者就陸續指出，政府運用去機構化的社區照顧和以家庭為中心的公共政策，反而讓女性必須扮演照顧家中兒童、老人或其他依賴人口的角色，更造成「婦女在老年期易陷入經濟困境，與其在一生中擔任家庭照顧者的角色有關」的貧窮女性化問題（引自呂寶靜，2001:188-189）。

為解決相關問題，在西方國家的照顧政策中，Twigg (1992) 認為照顧者的支持通常包括兩種形式：一是針對照顧者的政策和措施；另一種是放在受照顧者的服務上，而Pickard (1999) 則是將西方國家照顧支持歸納為三方面：一是服務性支持措施；二是與就業相關的支持措施；三是經濟性的支持（引自呂寶靜，2001:189）；然而，有關於家庭照顧者相關法律條文之濫觴，始自1995年英國政府為實現照顧者白皮書，維護家庭照顧者的權益與人民福祉，正式於該年訂頒「照顧者（認可與服務）法案」〈Carers (Recognition and Services) Act 1995〉；此法首開先例，正式承認無償照顧者的角色，強調對照顧者的需求評估提供服務，英國政府隨即訂定全國性照顧者策略（The National Strategy for Carers）以強化對於照顧者的服務及提供相關資訊，也就是所有與社會照顧服務相關的機構除應關注被照顧者、設施及其他使用者之外，亦須一併關注家庭照顧者；呂寶靜（2001：225）就認為藉由政策立法的方式，不僅大大提升照顧者的可見度，同時也是認可照顧者的貢獻和權利之一大里程碑。

除英國之外，我們於美國與澳大利亞（以下簡稱澳洲）政策發展過程裡，同樣可發現類似的立法趨勢；美國於1965年制定老人法案後，亦在2000年的美國老人法修正案（The Older Americans Act Amendments of 2000）中，納入「家庭照顧者支持方案」，多方面的提供家庭照顧者所需之服務（江亮演、應福國，2005）；而澳洲則是於2006年7月開啟心理健康喘息計畫（Mental Health Respite program），配合地方的非營利組

織，針對精神疾病與身心障礙的家庭照顧者進行個別化的臨托喘息服務，並致力於多元化的創新服務，近期也於2010年頒布照顧者認可法案（Carer Recognition Act 2010）（整理自澳洲政府網頁）。

綜上所述，目前世界主要國家對於「照顧者」的關注，顯然已將照顧者由一邊緣性弱勢的客體，轉而以權益促進的觀點重新審視，不再以「家庭照顧即為義務」的觀點看待家庭照顧者；在這典範轉移的過程中，清楚呈現從義務到權利的政策發展軌跡。有鑑於此，下段我們將檢視台灣的家庭照顧執行的情形為何。

二、台灣家庭照顧者相關政策之探討

我國與家庭照顧者相關的政策與服務方案源自民國八十七年行政院通過為期三年的「加強老人安養服務方案」，將「居家服務與家庭支持」列為實施要項，鼓勵民間慈善、宗教團體成立「照護者支持團體」，正式開始提供照護者支援及諮詢服務；呂寶靜（2001：206）認為此方案肯定了家庭照顧的重要性，此方案主張應辦理支持家庭的措施以增加家庭照顧者持續照顧的能力，如：喘息服務、辦理家庭照顧者訓練研習與成立支持團體、宣導彈性工時及兩性工作平權、使員工享有彈性工時與請家庭照顧假之措施。儘管如此，但政府對於居家服務的補助卻不包含領取特別照顧津貼的照顧者，讓中低收入老人的照顧者只能在津貼與居家服務兩者擇一，而居家服務的高收費及缺乏彈性也阻礙了一般家庭的使用意願，家庭既得不到經濟的支持，而現有日間照顧、居家服務等喘息照顧服務的支持又不足夠，家庭照顧者又得在繼續就業或自行照顧中陷入兩難。

此外，從內政部的「推展社會福利服務補助經費申請補助項目及基準」中看出，我們亦可以內政部歷年來均有補助民間團體辦理家庭照顧者教育、訓練及支持團體，而身心障礙福利部分是從92年起增列「辦理身心障礙者福利教育訓練、親職教育及家庭照顧者訓練」，老人福利部分則是自93年起將家庭照顧者教育訓練納入「辦理老人福利教育訓練及宣導推廣工作」中的補助項目。此外，衛生署亦委託縣市衛生局於「長期照護管理示範中心及喘息服務計畫」中，辦理家庭照顧者訓練班，並成立家庭照護者支持團體。但這些努力只構成零星與點狀的服務，並沒有構成一個以家庭照顧者為主題的服務體系。

中華民國家庭照顧者關懷總會為了推廣「家庭照顧者支持團體」的普遍辦理，亦自民國九十年起開始辦理家庭照顧者支持團體領導者培訓工作，而在民國92年辦理「發展本土化家庭照顧者支持團體模式研討會」時曾針對參與之專業人員進行問卷調查，了解其辦理家庭照顧者支持團體所遭遇的困難，在38份回覆問卷中，以團體成員（家庭照顧者）招募困難（47%）、團體帶領知能或經驗不足（29%）及經費短缺（24%）為主要問題，其他反應機構人力不足、家屬時間不能有共識、成員流失率大等問題（家總內部資料，2003）。對家庭照顧者而言，若無法有替代人力協助照顧工作，通常無法放心外出參與教育課程，因此建議此類研習活動的辦理，除了考量活動場地的方便性、課程內容的實用性外，也應搭配提供喘息服務，才能確實達到支持家庭照顧者的成效。

綜觀過去十年的政府方案，從民國 83 年內政部補助台北市社區照顧實驗計畫起，民國 86 年內政部推動「福利社區化」實驗計畫，到目前政府所推行照顧服務相關方案，如「加強老人安養服務方案」(91-93)、「建構長期照護體系先導計畫」(89-92)、「照顧服務福利及產業發展方案」(91-96)、「新世紀健康照護計畫」(91-93)、退輔會體系「榮民就養安置發展五年計畫」、原民會「原住民老人及兒童照顧六年實施計劃」與「原住民老人暨身心障礙者居家及送餐服務五年計畫」、農委會「農村試辦養護機構」與「農村日間照顧托老服務試辦計畫生活照護服務」以及勞委會「外籍監護工引進政策」等項，卻發現各項計畫重疊性高，缺乏延續性，未能兼顧不同服務需求者之個別差異，也未將家庭照顧者含括其中，未能建立性別與族群平等、統整與具延續性的制度，因而無法擘畫出台灣社會之照護體系之可行方向。

三、 小結

一般而言，社會照顧體系應是由正式與非正式部門相輔而成；正式部門主要由政府、市場、志願/非營利部門所構成；而非正式部門則是個人、家庭、朋友、社區等（黃源協，2000；謝儒賢，2002）；然而，由於台灣社會福利發展過程中所處的政治角力、經濟型態及社會文化脈絡有其獨有的特殊性，與歐美國家的發展經驗不盡相同（林萬億，2006：37-38；Holliday，2000；Ku，1997：1-15）；長久以來，我國因深受儒家文化薰陶，讓弱勢者的照顧責任通常是以家戶成員為主（Jones，1993），政府並不主動干預與介入；但這一邊面忽略了家庭照顧者的負荷與壓力，另一方面則無法回應社會變遷下的家庭需求（許雅惠，2000），使得家庭關係更形險峻及緊張，實乃我國政策法規與服務提供不足之處。

鑒於社會環境變遷，家庭型態與功能日漸萎縮，皆讓家庭照顧者的照顧壓力日益沉重，而本節對國內外家庭照顧者政策的變遷與現況進行檢視與討論後發現，西方國家對於家庭照顧者論述，已由原有的「義務」逐漸轉化為照顧者的「權益」，若我們進一步對照 1948 年的人權憲章第二十三條的工作權、二十四條的休息與休閒權利、二十五條的健康與福祉權，更可清楚的說明我國家庭照顧者的相關權益仍處於被嚴重剝奪的狀態，對此我國勢必要重新審視、省思家庭照顧者的狀態，健全我國家庭照顧者相關的政策與服務；是故，於此再一次呼籲我國因盡速提出相關的家庭照顧者政策，以維護人民福祉，保障家庭照顧者的權益，同時應盡速提供家庭照顧者相關的支持服務，避免釀成嚴重的家庭與社會問題。

第二節 家庭照顧者使用支持性服務障礙

如前所述，目前國內的長期照顧政策缺乏對家庭照顧者提供具體支持服務的內涵與策略，家庭照顧者長期以來都是被社會所忽視的一群人。政府規劃的福利服務內容，多數是針對「被照顧者」所設計，亦即如65歲以上老人、不同障礙類別的身心障礙者等特定人口群才是政府協助的對象，而家庭內的照顧者則是被視為理所當然的「無私奉獻者」與「無酬無休假的照顧人力」，忘記了這一群人也是需要被照顧、被關懷的。本節包含三個部份，第一部分，探討照顧負荷的概念，從照顧負荷的概念讓我們看見照顧工作對家庭照顧者有不同層面的影響，進一步我們藉由目前累積的研究成果，讓我們瞭解家庭照顧者所面臨的需求會依受照顧者狀態而有所改變；第二部分，從照顧負荷的概念到具體家庭照顧者的現況，由於國內少見有系統並具規模的調查，因此以中華民國家庭照顧者關懷總會在2007年調查家庭照顧者現況的成果報告，拼湊我們對家庭照顧者的基本狀況與處境的樣貌；第三部分，接續上述目前家庭照顧者的現況，我們發現家庭照顧者在使用服務的經驗是兩極化的，因此進一步我們想要了解家庭照顧者使用支持性服務的障礙受到那些因素的影響。最後，我們呼籲國家必須重視家庭照顧者的照顧經驗，才能制訂更具體的家庭照顧政策，而不是讓服務一再推陳出新又面臨使用服務人數少的窘境。

一、 照顧負荷與照顧負荷的內涵

照顧負荷的概念係指照顧者因照顧工作造成身體、心理、社會等多面向影響（宋麗玉，1999；劉春年、李孟智、胡月娟，1998）。「負荷」一詞的概念化和測量首見於Grad與Sainsbury（1963）對測量精神病患對其家庭所造成的影響的研究。Hoenig與Hamilton（1966）則將較具體、可觀察、足以破壞原來照顧者生活之特殊事件加入「負荷」之概念，界定負荷為「所有因病患疾病帶來之問題」（引自劉春年等，1998）。

照顧負荷一詞所指涉的概念，包含與主觀負荷客觀負荷兩大類。主觀負荷則指照顧者因照顧病患在個人主觀意識裡產生的一種負荷感受；客觀負荷是指對於日常生活所包括對於家庭生活如家中財務、家人健康、日常生活作息等有特殊影響者，以及病患問題行為的發生頻率所產生的干擾。

因此，主觀負荷主要關注心理與情緒層面。Neundorfer、McClendon、Smyth、Stuckey、Strauss和Patterson（2001）的研究中發現負荷和憂鬱兼具有正相關性，有研究支持照顧者負荷是影響其憂鬱的重要變項，具憂鬱特質的照顧者較會感覺負荷（引自李淑霞、吳淑瓊，1998）。亦有學者認為照顧者的憂鬱是照顧的最終結果，負荷才是引起照顧者憂鬱的影響因子（邱逸榛、黃舒萱、徐亞瑛，2004）。針對老年失智患者之照顧者的研究亦指出，42%的照顧者有憂鬱傾向（黃斯聖，2008）。長期的照顧責任也給照顧者極大的緊張感（蘇嫻敏，2009），侯淑英（2004）的研究指出精神分裂症患者之主要照顧者的負荷，以緊張感的負荷量最高，其次為病患的依賴造成的負荷。癌末病患之照顧者內心的矛盾、衝突、與罪惡感之負荷量最高，洪淑惠（2008）將此歸類為

照顧者在靈性層面的負荷。

其次，客觀負荷可分為三個層面進行討論，包括：

1. 生理/身體層面

生理或身體上的負荷包含睡眠、食慾、體力、生活作息等改變之程度（吳佳賢，2002）。研究指出，照顧者通常會有的身體負荷包括身體病痛、睡眠不足、體力上無法負荷等問題（劉芳助，1999）。針對失智老人照顧者的研究亦指出照顧者常感覺很疲倦且睡眠受到嚴重的影響，甚至照顧者因照顧而使健康狀況越來越差，或經常生病（湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮基、劉秀枝，1992；徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美，1992）。

2. 社會層面

社會負荷涉及照顧者無法滿足與環境互動的需求，及處於不同年齡層的發展與義務。照顧者會因照顧病患而出現和家人親友相處時間減少、無法處理家中事務、無法從事休閒娛樂、延誤對未來計畫等情況（洪淑惠，2008），研究指出，照顧期間越短，主要照顧者的社會負荷越重，可能因照顧之初，對於時間與空間的束縛不適應，剛脫離原有的學業、工作或人際關係，繼而使原先的活動或計畫受到阻礙（高淑芳、盧華艷、葉淑惠、劉雪娥，1999）。照顧工作對照顧者的個人時間自由影響很大，照顧甫出院且行動不便的老人，照顧者多採取亦步亦趨的方式（林碧珠，2002）。

3. 經濟/財務層面

有研究顯示照顧負荷中，以經濟（或財務）負荷影響較重（王亞妮，1999）。有研究發現，超過二成的照顧者認為個人收支狀況受到老人照顧之影響，照顧者就業狀況、是否因照顧離職、參與照顧的頻率皆會影響照顧者的經濟負擔程度（蕭金菊，1995），特別是女性照顧者會面臨較高的貧窮風險（陳景寧，1996）。吳佳賢（2002）對學前自閉兒童主要照顧者進行研究，了解家庭收入與經濟負荷感受之關聯性，提到家庭月收入在10萬元以上者，所感受到的經濟負荷較低。整體而言，照顧者仍有經濟協助的需求，因孩童常需接受不同形式之治療課程，有些課程費用須自行負擔，即便免費，住家與教室間往返的交通費也是一筆龐大的支出。然而，林碧珠（2002）的研究有不同的看法，顯示家庭經濟與財務上之支出並未構成照顧者的沉重負擔，其研究對象為出院之髖部骨折老人之照顧者，原因在於醫療費用已有健保給付。由這些研究結果看出，經濟負荷對須長期投入照顧工作的照顧者，感到負荷較大，像是照顧慢性病患、需早期療育的孩童及精神病患的家人。但若短期且有外界經濟支持的管道，則對照顧者的負荷相對就會減少。

照顧者的照顧負荷，如前所述已經累積了相當多的研究成果，主觀負荷關注在心理與情緒層面，研究結果多顯示家庭照顧者長期承擔照顧壓力，因此容易有憂鬱、容易緊張的情緒；客觀負荷則分為生理、社會、經濟面的探討，生理方面多數的家庭照顧者有身體病痛、睡眠不足、疲憊，甚至容易生病；社會面，則因為照顧工作而改變既有的生

活方式，例如與家人親友的相處時間變少、脫離原有的學業、工作或人際關係等等；經濟方面，反映出照顧工作無酬性質所面臨的問題，對須長期投入照顧工作的照顧者，感到負荷較大。

二、目前家庭照顧者處境與使用服務之現況

爾來，因為照顧政策長期忽視家庭照顧者的需要，讓家庭悲劇的事件不斷發生。例如，2009年初發生高雄市媳婦因為長期照顧行動不便的婆婆導致身心俱疲承受不了照顧壓力而殺死婆婆，此一事件發生引起當時行政院院長劉兆玄先生允諾加速推動長期照護保險的實施，健全照顧體系（鄭國樑，2009）。然而不幸的是，這些社會事件仍未因受到重視而消滅，2011年4月正當長期照護保險法沸沸揚揚的在立法院審查，台中市一對生病的老夫妻因為不想拖累家人而一同自殺（張瑞楨，2011）。除了惋惜之外，這些社會事件的發生，是否能讓我們對既有的家庭照顧政策有更多的省思與提出更具體的支持性服務呢？為了回答這個問題，我們必須先了解家庭照顧者的處境與實際面臨的難題有那些。

然而回顧目前既有的統計數據與學者的調查研究，均無法提供關於家庭照顧者群體的確切統計數據，原因在於受限家庭照顧者研究的母體難以掌握，或者長期以來家庭照顧者只是依附在被照顧者群體之下的附加調查對象。為此，目前只有2007年衛生署委託中華民國家庭照顧者關懷總會¹的調查報告是以家庭照顧者為調查的主體，雖仍有立意取樣的偏差，但仍是目前現有統計數據中較能全面的描繪家庭照顧者的處境。因此，本節將以中華民國家庭照顧者關懷總會的家庭照顧者現況的成果報告，說明目前家庭照顧者的基本狀況與處境，以下分為基本資料、照顧狀況與資源瞭解與利用情形三大部份敘述。

1. 家庭照顧者基本資料

家庭照顧者狀況調查共計回收 645 份問卷，經篩選排除有問題的問卷，包含基本資料填答不完整或遺漏值過多、填答者年齡在 15 歲以下或 100 歲以上等樣本，最終有效樣本為 634 位。此處依問卷內容呈現填答者基本資料之分布，包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況及心理狀況調查等。

以表 1 來看，在性別分布上，填答者中有七成（70.4%）為女性，近三成（29.6%）為男性。女性擔任家庭照顧者角色的比例，如同其他調查所呈現，相較於整體人口性別比例，仍屬偏高的狀況。其次，不同年齡組的分佈狀況，其中以年齡介於 51~60 歲間的家庭照顧者人數與比例較高，佔 32.9%，其次為 41~50 歲間，佔 25.5%，再其次為 61 歲以上，佔 24.4%，顯示家庭照顧者平均年齡較高的狀況。這部分所呈現的數據，與過

¹ 主辦單位：中華民國家庭照顧者關懷總會；協辦單位：中華民國智障者家長總會、中華民國殘障聯盟、台灣失智症協會、中華民國康復之友聯盟、中華社會福利聯合勸募協會。

去的研究比較，仍是證明了家庭照顧者以老年女性為多數的狀況。而在教育成度方面，此次填答問卷之照顧者教育程度以高中或高職程度為最多，佔 28.1%，其次為大學或學院程度，佔 25.3%，再其次為小學或小學以下，佔 24.8%。與吳淑瓊、林惠生（1999）的研究發現以小學程度居多的照顧者教育程度特質並不一致。判斷可能原因在於教育擴張使民眾的平均教育程度或教育年數持續增加，因此在教育程度的分佈上與十年前的研究有所差異。最後，婚姻狀況方面，婚姻狀況分佈，近七成（69.8%）的受訪者為已婚，其次為未婚者佔 17.1%，離婚與喪偶者合計為 12.6%。

表2-1 家庭照顧者基本資料

(n=634)

		次數 (百分比)	遺漏值
1. 性別	女性	441 (69.6)	8 (1.3)
	男性	185 (29.2)	
2. 年齡	18歲以下	5 (0.8)	7 (1.1)
	19~30歲	37 (5.8)	
	31~40歲	66 (10.4)	
	41~50歲	160 (25.2)	
	51~60歲	206 (32.5)	
	61歲以上	153 (24.1)	
3. 教育程度	國小	153 (24.1)	18 (2.8)
	國中	108 (17)	
	高中	173 (27.3)	
	大學	156 (24.6)	
	研究所以上	26 (4.1)	
	4. 婚姻狀況	未婚	107 (16.9)
已婚		437 (68.9)	
離婚		30 (4.7)	
喪偶		50 (7.9)	
分居		2 (0.3)	

資料來源：整理自中華民國家庭照顧者關懷總會（2007）。

2. 照顧狀況

照顧狀況包含照顧年數、陪伴時間、是否有人協助以及家庭照顧者的心裡狀況與期待。

照顧者照顧家人的平均照顧年數為 9.99 年，依被照顧者身體狀況或疾病類型的不同而有極大的差異，照顧年數的分佈狀況呈現出由最少的不滿 1 年乃至於最長的照顧年數近 52 年。例如在填答被照顧者身體狀況為中風的平均照顧年數為 6.71 年 (N=157)，被照顧者身體狀況為失智症的平均照顧年數為 5.97 年 (N=109)，身體狀況為智能障礙者的平均照顧年數為 20.41 年 (N=133)，身體狀況為精神障礙者的平均照顧年數為 11.71 年 (N=60)，身體狀況為肢體障礙者的平均照顧年數為 7.67 年 (N=179)，身體狀況為植物人的平均照顧年數為 6.65 年 (N=9)，身體狀況為多重障礙的平均照顧年數為 16.62 年 (N=12)，身體狀況為癌症者的平均照顧年數為 3.89 年 (N=11) 等。顯示被照顧者身體或疾病類型呈現出多變的狀況。而此一多元而複雜的被照顧者身體狀況，其實潛藏了照顧者照顧負荷多樣化的可能性，不同的障礙狀況所需的照顧能力有所差異，若面臨被照顧者多重障礙的情境，則照顧者的照顧負荷將同時增加許多，值得注意。

至於平均每天花在陪伴及照顧失能家人的時數，所有受訪者的平均為每天 13.55 小時，遠高於一般工作的每日平均工作時數。其中被照顧者身體狀況為中風、失智症、智能障礙者、精神障礙者、肢體障礙者等類別的照顧者，每天平均照顧時數分別為 14.07、11.72、13.58、12.21、13.83 小時，植物人、多重障礙與癌症的每天平均照顧時數分別為 19.33、15.94、18.01 小時。對家庭照顧者而言，不論障礙類別，仍需負擔一定程度的照顧或陪伴的時間。

長時間的陪伴對照顧者的身心狀況定有影響，在主觀的照顧負荷，表格內我們看到照顧者最近三個月的情緒狀況，照顧者以「睡不好」的填答比例最高，佔所有填答次數的 30.6%，「心情低落」者佔 25.8%，覺得「容易生氣」的則有 20.3%，顯示這三類為照顧者較常出現的情緒反應，這些數據反映對家庭照顧者心理支持的教育訓練或諮商協助是必要的支持性服務，以緩解家庭照顧者的照顧壓力。

在客觀的照顧負荷社會與經濟面向，問及照顧者在照顧家人時最感到沮喪的事情時，表 2 顯示照顧者普遍以「失去自己的生活」比例最高，佔所有填答次數的 28.3%；其次為「事業與照顧難以兼顧」佔 21.5%，再其次為「經濟困難」。當非正式支持系統不足以支持家庭照顧者時，正式的支持系統就具有重要性，在問及希望政府可以提供哪些協助？前三項填答比例是津貼補助 (22.6%)、居家服務 (21.6%) 與社福資訊 (16.0%)，顯示經濟面向的照顧負荷仍是家庭照顧者負荷最重的，對比目前的長照保險規劃過程當中，所有的給付方式原則上採服務給付 (in kind) 為主，與家庭照顧者期待現金給付 (in cash) 類型如照顧者津貼期待有落差。因此未來若是規劃相關的支持性服務或是教育訓練，必需考量此服務對家庭照顧者的經濟負荷影響，如交通費、教育訓練的課程費用。

最後，在填答希望取得哪些協助？數據顯示照顧者最希望的協助就是能有時間好好「放鬆與休息」(31.6%)，其次為「照顧技巧的學習」(20.0%)，再其次為「專業心理諮商服務」、「有人可以訴苦」以及「瞭解照顧品質的好壞」。由此可看出照顧者對於喘息

服務的需求相當高，如何透過系統化制度化的設計來提供廣泛、適當且足夠的喘息服務，顯然是當務之急。但也不能忽視家庭照顧者對「照顧技巧的學習」的需求（20.0%）（此比例佔據第二），顯示提供教育訓練的支持性服務是應當且相當符合家庭照顧者的需要。多數重視家庭照顧者權利的西方國家也相當重視對家庭照顧者的教育訓練（第三節詳細介紹方案內容），因此教育訓練是本研究進一步主要探討的對象。

表2-2 照顧狀況

		次數（單位）
1. 照顧年數	平均	9.99（年）
	中風	6.71
	失智症	5.97
	智能障礙	20.41
	精神障礙者	11.71
	肢體障礙	7.67
	植物人	6.65
	多重障礙	16.62
	癌症	3.89
	2. 陪伴時間	平均
中風		14.07
失智症		11.72
智能障礙者		13.58
精神障礙者		12.21
肢體障礙者		13.83
植物人		19.33
多重障礙		15.94
癌症		18.01
3. 是否有人協助照顧	有	78.4%（百分比）
	沒有	21.5
4. 照顧者最近三個月的情緒狀況	緊張不安	17.3%（百分比）
	容易生氣	20.3
	心情低落	25.8
	覺得不如人	6.0
	睡不好	30.6

5. 照顧家人時最感沮喪的事情	難以兼顧	21.5% (百分比)
	失去生活	28.3
	經濟困難	20.3
	家人不支持	4.7
	沒有朋友	12.1
	社會資源不好使用	13.1
	6. 希望家人可以提供哪些協助？	肯定與支持
定時替代照顧		28.3
經濟協助		19.0
常常關心		29.6
7. 希望政府可以提供什麼協助？	稅賦減免	13.1% (百分比)
	津貼補助	22.6
	單一窗口	11.2
	社福資訊	16.0
	居家服務	21.6
	社區照顧	15.4
	8. 希望取得哪些協助？	休息
有人訴苦		12.4
心理諮商		14.0
照顧品質		12.0
照顧用品		9.9
照顧技巧		20.0

資料來源：整理自中華民國家庭照顧者關懷總會 (2007)。

三、 家庭照顧者對服務資源的了解與利用情形

社會支持一般可區分為正式支持與非正式支持兩大類。前者通常指涉的是透過政府或國家所提供的各項福利服務或照顧支持，包含經濟補助與實務上的協助等。而後者則是泛指各項情感、心理支持或資訊提供，通常來自於親友或街坊鄰居等非正式關係網

絡。因篇幅有限，本節以正式支持服務為主要的討論，表3顯示家庭照顧者對正式服務的資源了解與利用情形。

在對於政府提供長期照顧資源的瞭解的問答，照顧者對於「居家照顧」瞭解最高，其次為「居家喘息」與「日間照顧」，之後才是「定點喘息」服務，完全不知道的比例相當低，主要的原因應該是此次的受訪者均為已經接受社會福利機構協助的會員或個案，因此對於資源的認識應該較高。但是若詢問是否曾經使用過這些資源，受訪者的回答仍以「未曾使用」的較多（36.4%），其次為使用「居家照顧服務」（35.7%），其餘服務的使用狀況都較少，由此可初步得知家庭照顧者在使用服務的經驗上是兩極化的，知道且使用的比例與不知道未使用的比例相當，比較重要的是去瞭解未使用服務是受到那些因素的影響，或是服務使用障礙有那些。

表2-3 家庭照顧者對正式服務的資源了解與利用情形

1. 對於政府提供長期照顧資源的瞭解	居家照顧	33.9%
	居家喘息	21.7
	定點喘息	17.4
	日間照顧	21.3
	不知道	5.8
2. 曾經使用過哪些政府所提供的服務？	居家照顧	35.7%
	居家喘息	9.9%
	定點喘息	4.4%
	日間照顧	13.6%
	沒有使用	36.4%

資料來源：整理自中華民國家庭照顧者關懷總會（2007）。

如上述家庭照顧者關懷總會調查報告顯示，若未來針對教育訓練的設計，應考量照顧對象的異質性與照顧者的實際狀況，像是：全職照顧者或負擔家計照顧者，就得提供不同的訓練課程規劃，提供家庭照顧者合宜的支持性教育訓練課程。同時，解勞性的喘息服務與經濟面向的津貼也是相當重要的，應審慎考量服務提供的方式與家庭照顧者處境。

四、照顧者使用支持性服務的障礙

由上述家庭照顧者的現況調查可得知家庭照顧者在使用服務的經驗上是兩極化的，雖然提供更多的支持性服務，但未使用的人數仍佔一定的比例，提供服務與使用服務落差的窘境值得警惕，因此接續本文以既有文獻研究對話，期能對目前照顧者使用支持性服務的障礙有初步的理解。雖然本研究主要是針對家庭照顧者的教育訓練，但教育訓練仍是支持性服務的一環，因此接續的文獻及討論不侷限在教育訓練的服務，期能對照顧者在使用服務的障礙上能有更全面的視野。

邱啟潤、陳武宗、陳宜品（2005）以高高屏地區與健保局有合約的46家588案，經

訪視完成有效問卷388份，詢問照顧者在獲得實際服務（如居家服務、喘息服務）、獲得設備補助（病床、輔具等）、獲得經濟補助（身帳補助、醫療費用補助等）的經驗，其中在獲得經濟補助中，受訪者認為經費補助手續較感繁複，這對於目前使用正式服務都必須先經過繁複審查與等待時間有關，未來的服務輸送必須考量簡化官僚系統的程序，期能加強服務的可及性（availability）與整合性（intergration）。研究的建議也指出若未來家庭照顧者的社區照顧支持網絡的建構，在政策與實務上應要有效結合正式支持系統，維持現有非正式支持系統，這與上述家庭照顧者關懷總會（2007）的家庭照顧者狀況調查相呼應，多數的家庭照顧者在照顧服務上仍以非正式系統為主，若進一步健全正式系統的支持性服務，勢必能減少家庭照顧者的照顧負荷。

黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀（2007）以北部四家居家服務護理服務對象之主要照顧者為調查樣本，共完訪100人，研究影響北台灣家庭照顧者喘息服務利用的因素，在瞭解服務方面，多數受訪者（65%）完全不知道有喘息服務的訊息；其次，有46%的主要照顧者表示各類服務均不符合他們的需要，需更進一步瞭解是否與家庭型態、居住地區、照顧者年齡、對喘息服務的瞭解與認識是否與符合需求有關。最後，研究結果認為在不使用喘息服務的主要原因有品質問題、義務與情感因素、運輸困難、經濟考量、特殊照顧需求、病人及家人反對等，以下簡述黃秀梨、李逸、徐亞瑛等（2007）對服務改善具體的建議如下：

1. 提升服務品質及服務形象：各縣市政府提供喘息服務時，應對簽約機構家以把關，並且有責任提供家庭照顧者足夠的機構資料，如收費標準、評鑑結果等。
2. 提供符合需求的喘息服務：單一類型的喘息服務無法滿足所有照顧的需要，未來應朝向結合社政及衛政體系的資源，兼顧時間及選擇種類的多樣化。
3. 暢通訊息管道：家庭照顧者需要資訊、教育及支持。
4. 排除運輸障礙：現今服務多認為已現金補助照顧者車馬費就能解決運輸障礙，然而許多家庭不使用服務的原因還可能包括搬運病患的障礙，而非單純交通費用的考量，因此設計適合搬運病患的運輸工具或改善家庭環境，應是鼓勵家庭照顧者使用喘息服務的對策。
5. 減輕經濟負擔：政府目前提供的喘息服務雖有經濟補助，但經濟補助的對象多仍以中低收入戶為多，且補助有限，對於有需求的家戶不論是中低收入戶或是一般戶仍是一種照顧負荷，因此經濟面向的補助也是相當重要的。

時代的改變，照顧已經不再是一個家庭可以獨自負擔的責任，政府應建立一套完整的長期照顧制度，讓每一個家庭能夠以合理的價位，取得普及式的公共照顧服務，才能紓解家庭照顧者的壓力，讓家庭照顧者的處境獲得改善。下節將介紹目前西方國家支持性照顧服務。

第三節 國內外家庭照顧者支持型服務介紹

支持照顧者的理念落實到具體服務措施，主要以三種型式呈現：(1) 對家庭照顧者的直接服務，主要有諮詢轉介、教育訓練及支持性團體；(2) 喘息服務，為一種解勞性服務，暫代照顧者照顧工作，如日間喘息、臨時托顧；(3) 經濟補助，給予照顧者津貼。然而，臺灣目前針對家庭照顧者直接服務的輪廓仍是不清晰的，雖已有眾多機構提供，但這些資料很少被系統性地整理或探究；爰此，家總試著統整近年來於全臺執行的服務方案，並引介部分國外經驗作為參考，指出未來可能的服務方向。

一、 國內服務狀況

國內服務狀況先初步整理我國現有的家庭照顧者服務，主要可歸納為六大類：諮詢服務、專題講座、支持性服務、單次性活動、個案服務、喘息服務等，而其相關之服務內容與待加強之處，詳見下表 2-4：

表 2-4 我國現有方案服務類型整理

服務種類	服務內容	服務內容的缺失
1. 諮詢服務	政府與民間公益團體等專線或 0800 免付費專線諮詢、宣導手冊與海報、網站諮詢等，提供資源管道媒合、情緒支持等服務	「點到為止」的服務模式，缺乏追蹤機制各自運作的諮詢專線，專業度高，卻是高成本的服務宣導不足就無法有效的被運用
2. 專題講座	聘請專業師資開授家庭照顧者相關之課程	1. 辦理重複性高（有的只有初階，缺乏進階課程；有的是斷裂式缺乏完整性） 2. 師資也出現城鄉差距 3. 部分照顧者因為年齡、教育程度、家中替手等因素，影響出席率及吸收成效
3. 支持性團體	1. 屬性可分：照顧者教育性團體、支持性/紓壓性團體、畢業生團體等 2. 依帶領者可分：專業人員、培力後的家屬兩類	1. 因經費及人手問題，每年僅辦一到兩梯為主 2. 照顧者的認知要再教育，像是：認為家人往生了，服務應該也不需要了 3. 團體設計缺乏延伸性 4. 家屬擔任帶領者的認證與品質問題等
4. 單次性活動	戶外聯誼、關懷活動（紓壓為主、關懷技巧與資源應用為輔，另提供喘息服務）、溫馨上/下午茶、家庭照顧者日等	可能會有交通問題、照顧替手問題或喘息服務可否滿足、照顧者及家庭認知問題等
5. 個案服務	照顧技巧指導、經濟補助、關懷陪伴、資源媒合等	資源有限、照顧者及其家庭認知問題等

6. 喘息服務	提供家庭照顧者能暫時放下照顧工作，獲得一段期間暫時休息的機會	資源有限、照顧者及其家庭認知問題等造成使用率偏低
---------	--------------------------------	--------------------------

資料來源：整理自家庭照顧者關懷總會內部資料。

二、國外經驗

國外提供給家庭照顧者之服務多以課程或團體的形式運作，但實施內容上則有許多不同變化，此部分呈現美國與英國近年推行之照顧者服務方案，探討未來我國規劃照顧者服務可參考之借鏡，並深入瞭解何種服務模式最適宜照顧者的需求，最後以荷蘭的阿茲海默咖啡與美國的家連家方案之家屬自助性方案。

1. 美國照顧者服務方案

美國政府為減輕照顧者提供持續性照顧之情緒、身體和財務負擔，在 Older Americans Act 第 371 條訂定 The National Family Caregiver Support Program (NFCSP)，NFCSP 與地方老年福利中心 (AAAs) 和當地服務提供者建立夥伴關係，發展多面向的照顧者服務，此方案宣示家庭與非正式照顧者是擁有權利的服務使用者 (consumer)，且釐清照顧者的人口群體和服務的需要。

下表 5 為近年在美國各州被廣泛推行的服務方案，由服務對象來看，呈現出三種分類，第一是以廣泛的家庭照顧者為對象，這類型方案的主題比較偏向照顧者承擔照顧工作的概說，主題可分為妥善因應照顧工作以及處理照顧者因照顧工作所帶來的影響兩大類，前者如學習擔任照顧工作所需的知識與技巧、瞭解提供照顧時的安全和營養議題等，後者如幫助照顧者學習自我照顧技巧，或者協助降低照顧負荷與壓力；第二是提供給照顧罹患特定疾病或失能者的家庭照顧者，這類型方案的特點在於除一般性的照顧概說外，還特別針對受照顧者狀況傳授額外的知識與技巧；第三類型方案是以受照顧者罹病歷程或生命週期為照顧者作安排，如屆臨照顧工作結束期，協助受照顧者和照顧者整理此段生命經驗，從中找到意義和價值，使生理、心理和靈性方面感到安適。接著從方案執行的形式來看，主要以教育性和支持性團體為主，教育性團體多在處理和照顧工作有關的議題，如一般性照顧、受照顧者安全、受照顧者行為問題的因應等；支持性團體多聚焦在照顧者本身，透過教導自我照顧及舒緩負荷與壓力之技巧，又或藉由團體成員共享經驗讓彼此產生支持，使得照顧者們有能力克服因照顧工作所帶來的不利影響。值得參考的是，近年來開始有將服務輸送到照顧者手上的提供方式，像是到宅教導、電話教導、遠端會議。最後從時程來看，各個服務方案普遍執行時間在六週以內，每週兩個小時。

從資料中，現在的服務方案已不純粹以社會工作人員為執行者，醫師或是職能治療師皆為選項之一，因為長期照顧服務是牽涉到多專業的協同合作，特別是對於受照顧者生理病症和失能狀況的認識，醫療領域人員在這方面顯得要專精許多。是故，要提供優質的照顧者支持性服務，服務提供單位必須廣泛連結長期照顧相關服務領域人員。另

外，資料中也暗示著為了讓成效顯著之方案得以廣泛再製於不同地區，建構一套完善的教育訓練方案（train-the-trainer education program）是必要的。

表 2-5 美國支持家庭照顧者服務方案整理

服務方案名稱	服務對象	主題	服務形式	補充說明
American Red Cross Family Caregiving Program	家庭照顧者	1. 安全議題 2. 一般性照顧議題 3. 營養議題	教育性團體	培訓:提供有意執行方案者教育訓練
Caring for You, Caring for Me: Education and Support for Family and Professional Caregivers	家庭照顧者	1. 學習因應照顧工作 2. 瞭解服務資訊及取得途徑 3. 與他人分享所關注的照顧事項和議題	教育性團體 支持性團體	時程:10 小時,分為五次團體,每次兩小時。 培訓;開辦一天的工作坊給有意願執行此方案者
The Savvy Caregiver Program	家庭照顧者	1. 介紹照顧者角色 2. 學習擔任照顧工作所需的知識、技巧和態度 3. 照顧者自我照顧	教育團體	時程:12 小時,分為六週,每次兩小時。 方案教材:運用照顧訓練手冊、錄影帶、CD 等輔助
Coping with Caregiving. REACH I	家庭照顧者	協助照顧者降低負荷與壓力	教育訓練	
Caregiving Near Life's End: The National Train-the-Trainer Program	家庭照顧者	協助照顧者在承擔照顧工作的末期,找到意義、目的和價值	教育訓練	
Powerful Tools for Caregivers	認知損傷和罹患慢性病老人的家庭照顧者	照顧者自我照顧技巧教導	教育性團體	時程:六週。 培訓:開辦訓練訓練者教育方案 (train-the-trainer education program) 給有意願執行此方案之專業人員。
STAR-C: Managing Difficult Behaviors: A Standardized Intervention to Help Family	阿茲海默症患者的家庭照顧	1. 協助辨識阿茲海默症患者的問題行為,並試圖處理和減少行為發生頻率。 2. 協助舒緩照顧者負荷、壓力與憂鬱感受	到宅教導 電話教導	方案執行者:臨床醫師 方案教材:額外提供 STAR-C 手冊,內有詳盡的教學說明

Caregivers	者			
The Environmental Skill-building Program	失智症患者的家庭照顧者	1. 協助失智症照顧者發展照顧能力，以因應日常照顧工作的挑戰 2. 教導自我照顧技巧 3. 協助舒緩壓力	到宅教導	方案執行者：職能治療師
Caregiver Health Education Program	慢性病失能老人的家庭照顧者	主題多元，可聚焦於某一特定疾病，如失智症	教育性團體遠端會議	
New York University Caregivers Program	阿茲海默症患者的家庭照顧者	1. 協助照顧者減少照顧工作的負面影響 2. 增加照顧者正向支持來源	諮商服務支持團體	
Valley Presbyterian Hospital (VPH) Palliative Care and Bereavement Program	臨終病人和家庭照顧者	1. 探討與疾病和死亡相關的生理、心理和靈性相關議題		

資料來源：取自 FAMILY CAREGIVING ALLIANCE 網站資料

(<http://caregiver.org/caregiver/jsp/home.jsp>)

2. 英國照顧者方案

以英國照顧者協會為例，其對於照顧者服務方案可分為下列類型

(<http://www.carersuk.org/professionals>):

(1). 訓練：

參與訓練課程的對象分為兩類，首先是針對不同的健康、社會照顧、諮商、法律等相關的專業工作者進行訓練課程，由講師講授照顧相關法律、權益、倡導、服務類型等課程，並將課程分為三個級別，結束後頒發認證。第二類是照顧者，提供支持性、壓力管理與照顧技巧的課程。

(2). 諮詢：

針對組織（非營利組織、公司企業）提供相關諮詢，協助組織進行策略性規劃或員工照顧計劃。

(3). 線上論壇：

建構線上論壇，提供照顧者發表空間，上網登錄後可共同討論、分享照顧的心情與問題。

(4). 電台節目：

節目名稱為「照顧者世界」主題為關心世界各國的照顧者狀態與相關議題發展。

(5). 對照顧者雇主的服務：提供照顧者雇主下列服務：

- I. 提供雇主意見與支持，共同營造對於照顧者更有利的照顧環境。
- II. 確保、促進工作者的工作權益與商業利益。
- III. 影響政府和勞動政策，以及實踐支持照顧者的工作權。

前述英、美服務方案雖可作為臺灣建構家庭照顧者支持性服務的借鏡，但其中隱含的限制是這些方案從規劃到執行的過程完全缺乏服務對象的參與，Church (2004) 認為這類支持團體預設了成員的知識和技巧是不足的，因此需要專業人員提供相關知識，專業人員是站在「智者」的地位主導整個團體進行。然而，目前的服務方案普遍以此種形式存在，例如美國在 1998 年通過的全國家庭照顧者支持法案 (National Family Caregiver Support Program) 中規劃為家庭照料者提供五項基本服務，包括：(1) 為照顧者提供資訊關於可利用的服務；(2) 協助照顧者能夠取得的支援服務；(3) 建議照顧者接受訓練；(4) 減輕家庭照顧者的責任；(5) 有限範圍內，由家庭照顧者提供完整服務；這些內容的文字就充分顯示照顧者是被專業人員教育的客體，而非知識生產的主體。Church (2004) 指出照顧者的困境在於他們生產的知識不被肯定，在決策過程中，照顧者被邀請參與討論，但卻被迫使用專家學者的語言表達，導致真實的照顧經驗無法被呈現，生活經驗也因為被視為過度主觀而被排除。台灣的精神障礙者家屬代表林首成 (2004) 就曾具體描述台灣家屬照顧者的聲音，在參與政策與提供服務過程中，因為被質疑缺乏「專業性」而被排除。Aronson (1993) 在一次公共政策公聽會的參與觀察中，也記錄了老人的聲音是如何被政府官員以「請妳用具體的政策建議」的要求加以邊緣化的過程。

所以，較理想的服務方案應該是將團體成員視為主體，專業人員只是在旁提供協助，幫助成員們整理自己的經驗，發展自己的知識和技能；唯有與照顧者建立互為主體的合作關係，才能真正地幫助照顧者 (Church, 2004)。按其意，這類型服務方案較可能以自助團體或同儕團體的形式運作。因為長期處於一對一的照顧情境中，且面對不可知的照顧負荷，常感孤立與絕望。這種經驗往往只有親身經歷過的人可以給予充分的同理，因此運用團體動力，由照顧者協助照顧者走出孤立的社交關係，擴大支持網絡的支持團體是近年來在西方普遍推動的服務模式。

此種擴大支持網絡的支持團體的自助團體的功能之一在於「彼此提供資訊，補足個人知識的缺口」。照顧者的壓力來源之一是對疾病知識的資訊不足與照顧技巧的不瞭

解，因此教育訓練是所有照顧者的基本需求，這往往是與照顧者接觸的第一步。在教育訓練中，照顧者對疾病的本質、成因、及發展階段會有進一步認知，因此減低對未來不確定的焦慮感，進而對自己可能面對的選擇更加清楚。Gubrium & Buckholdt (1982) 在研究家庭照顧者自助團體時，就發現照顧者團體會發展出屬於自己的次文化，尤其是身為照顧者的「時間性」，來幫助不同階段的照顧者預測自己的未來，並及早做因應。源自荷蘭的阿茲海默咖啡服務方案和美國的家連家教育方案 (family-to-family education Program) 正是以此形式為之，或可作為參照。

3. 荷蘭阿茲海默咖啡和英國的記憶咖啡方案

荷蘭的老人心理學家Dr. Bere Missen 基於對失智症患者與照顧家屬的長期關懷，於1997年開始推動”阿茲海默咖啡”的支持模式。阿茲海默咖啡是一個自助團體方案，指的是安排於舒適環境中的定期聚會，核心內涵是以輕鬆自在的方式運作，讓餐與者提供家庭照顧者和患者心理情緒支持與知識、技巧教育，並讓病患及家屬在一個彼此認同和接納的安全環境中，自在的分享情緒感受和意見。一般來說，地點會設定在大家討論後共同決定的公共空間，可能是教堂，也可能是某個街角的咖啡廳。透過這樣的聚會，增加了個別家庭中的患者與照顧者和其他家庭連結的機會，維繫社會支持網絡的期待變得有可能。值得一說的是，此方案雖帶有治療和教育的意涵，但它更強調非正式接觸所帶來的支持感，所以非正式對話也是重要的一環。具體而言，該方案的目標有三項：

- (1) 提供與失智症醫療和心理社會層面相關的資訊、
- (2) 強調公開地討論任何問題、
- (3) 協助失智症患者和照顧者有抒發管道，避免社會孤立。

至今，阿茲海默咖啡已被證實為一項有效的自助團體，因此在荷蘭已從2007年60多個據點到2010年達190個據點，也就是說在每35公里內，就會有一個點提供服務。運作的方式，早期著重在以一個交通便利的地點，讓家屬與患者定期在充滿咖啡香的環境中，以自在的方式交談、諮詢或上課。藉由互動獲得醫療資訊、疾病的照顧技巧、情緒的支持、社會資源的運用與相關訊息的提供等。參加的人中，患者約佔10%，家屬50%以上，其他還有媒體或照顧服務的專業人員。隨著需求的急遽攀升，如何訓練各據點的團體帶領者，成了另一個重要的經驗傳承機制。截至去年為止，已訓練超過200人。這樣的服務模式已在歐洲完成註冊，並為英國、澳洲、比利時、日本等十幾個國家沿用。荷蘭在評估”阿茲海默咖啡”這些年的推展，發現幾項成效：民眾減少對失智症的排斥與負面印象、增進患者和家屬在面對疾病的能力、不再過度依賴藥物的治療、成了募款和政策呼籲的重要平台、以及間接影響了新聞媒體、專業照顧人員、民意代表等對疾病的認識。

英國也有一種”記憶咖啡”支持模式。比較不同的是，他們傾向用系統性的方法來帶領腦力刺激的活動。同時，鼓勵社區中的人加入訓練，成為帶領或協助的志工，凝聚新的支持力量。而且，讓患者、家屬和志工一起規劃活動，參與募款計劃，讓生活更具實質的意義。(巫瑩慧，2011；2007)。

4. 美國家連家方案

家連家教育方案係Burland教授針對精神障礙者家屬所編製的一套家屬照顧者教育課程，自1990年代開始由美國精神障礙者聯盟(National Alliance on Mental Illness, 簡稱NAMI)推展，現在已推展至全國。此教育方案的目的是為教導精障者家庭照顧者認識精神疾病、治療、藥物及復健等訊息，最重要的是讓家屬瞭解如何照顧自己，如何與精障者溝通，及如何爭取自我權益等倡導議題，通常以12周為一個執行時程，由受過訓練的家庭照顧者自願擔任團體領導者，自主設立課程細部內容。具體地說，教育方案通常依循幾個方向設計 (<http://www.nami.org/>):

- (1). 有關精神疾病的最新資訊，如精神分裂症、憂鬱症、躁鬱症、強迫症等。
- (2). 有關精神疾病治療的最新資訊，如藥物使用、治療的副作用等。
- (3). 分享精神疾病近期相關研究實證研究結果，像是如何有效的促進疾病復原。
- (4). 透過成員彼此分享照顧經驗，產生「我們身處在類似過程」的感覺，彼此同理、互相支持。
- (5). 學習對病患的問題解決、傾聽和溝通技巧。
- (6). 學習危機處理策略。
- (7). 針對照顧者本身，協助因應擔憂、壓力，以及負面情緒。
- (8). 告知社區內有那些適當的支持和服務資源。
- (9). 告知有關改善或或展服務的倡導行動相關資訊。

國內康復之友聯盟自2004年開始於康復之友聯盟各縣市會員團體、協會推廣並進行家連家方案至今。此「家連家精神健康教育計畫」為八週期程、每週一次兩小時的方案課程，由曾經上過此課程且經由由既定教育課程訓練後之精障者家屬(種子教師)擔任團體領導者或協同領導者，並視活動情形提供一至三次的個別督導，課程內容分為精神疾病的認識、溝通技巧、精神科用藥認識、危機處理、善待自己、康復的疑惑、權益倡導與學習回顧。希望藉由上述活動內容以達成下列方案目標：

- (1). 推廣社區精神障礙者家庭支持計畫，加強精障者家庭自我照顧技巧、情緒支持，藉以提昇精神障礙者家庭之生活品質。
- (2). 協助精神障礙者家庭自我充權與倡導力量。
- (3). 建構精神障礙者家庭支持網絡，提供溝通管道平台。

魏芳婉(2004)研究該方案的服務產出，顯示該方案效益顯著，由參與家屬表達的主觀負荷指標：減輕憂慮、不悅項目上，皆有顯著差異。且「家連家」家屬教育的參與者(包括導師和學員)皆表示此套課程帶給他們充權威與理念實踐，此正好為過去國內相關精神衛教最缺乏的部分，此部分與Church(2004)所述將團體成員視為主體，才是較理想的服務方案符合，因唯有與照顧者建立互為主體的合作關係，才能真正地幫助照顧者。目前我國以照顧者為主體所規劃之服務方案尚屬萌芽發展，而此類型的服務模式能夠建構完整的知識傳遞模式，且以家屬為主體進行充權，能使家屬面臨新興問題，能夠有效應對，未來可積極朝此規劃方向邁進。

第三章 實施方法及進行步驟

本案採量化研究及質化研究雙軌併行方式，一方面針對有經驗的專家學者進行焦點團體集思廣益，作為資料的收集與分析，再以問卷調查法收集家庭照顧者的實際需求與使用的方式，考量不同面向的供需情況後，建立一套適合國內家庭照顧者的教育訓練課程架構，並了解實際操作面上的困境與因應方法。本次研究主要依據家庭照顧者的普遍性需求提出一般性課程研擬，其次，再依不同障別、階段、接受照顧的模式等提出細項研擬課程建議。

本案除聯繫相關單位進行教材資料的收集外，也針對服務提供人員及家庭照顧者彙整其個人的經驗，並進行分析。研究設計分為下列三種方式，分述如下：

(一)、成立顧問小組

由計畫主持人召集專家學者組成六人工作小組，這六位都是熟悉家庭照顧者議題的專家學者，提供建議，擬定各工作項日期程與監督執行狀況。

表 3-1 顧問小組成員：

王增勇(計畫主持人)	國立政治大學社工所 副教授
陳俊全	國立台北護理學院嬰幼兒保育系 助理教授
陳正芬	文化大學社會福利系 助理教授
李淑婷	高雄市家庭照顧者關懷協會 理事長
郭慈安	中臺科技大學 老人照顧系 主任
簡璽如	中華民國家庭照顧者關懷總會 秘書長

(二)、辦理焦點團體

焦點團體分別邀請當地提供課程訓練的有關單位(身障單位、老人單位)、縣市政府業務承辦代表(社會局處、衛生局處)、學者專家參與(有關參與名單詳見附錄十四)，北區三場共出席 29 位專家學者、中區三場出席 21 位專家學者、南區三場出席 20 位專家學者、東區三場出席 23 位專家學者。

焦點團體樣本的選取，以能夠提供有意義資料的人為主，因此以資深實務工作者為主要邀請對象，各地焦點團體參與名單由政府部門、民間團體推薦，家總經過電話訪談後，說明研究案內容，再詢問出席焦點團體的意願，進行邀請動作。除學者和政府部門外，必須為實際提供家庭照顧者教育訓練課程的機構代表。每區邀請 12-15 名專家學者參與，由了解研究案的顧問小組成員擔任 leader，帶領團體成員進行討論，團體進行的次數每區各進行三場，每場時間 2.5-3 小時，分四區:北、中、南、東分區辦理。每場主題與討論方向如下：

表 3-2 四區焦點團體討論方向

	主題與討論方向
第一場	<p>主題:家庭照顧者教育訓練課程主題規劃方向、進行模式、目前供需情形討論:</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、有關各單位辦理家庭照顧者教育訓練之型態與頻率?補助經費來源? 二、對於家庭照顧者教育訓練課程,單位認為基本及進階課程須包含哪些內容? 三、針對課程辦理過程當中,哪些課程最受照顧者的歡迎?哪些課程的參予率不高? 四、針對課程執行完畢後,有沒有參予者在課程建議上有提供想法或回饋值得與我們分享的經驗?
第二場	<p>主題:有關教育訓練課程辦理過程,機構遇到的限制、需要的配搭措施;承辦教育訓練課程單位須具備哪些條件?</p> <p>討論:</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、機構在辦理教育訓練課程當中遇到的困難與單位處理方式? 二、為了讓家庭照顧者能夠順利出來參予課程,單位認為應該提供哪些配套措施?提供配套措施可能會有困難的地方? 三、如果要推廣家庭照顧者教育訓練活動,承辦單位須具備哪些條件? 四、對於家庭照顧者教育訓練是否有其他建議與想法?
第三場	<p>主題:針對家庭照顧者教育訓練課程規劃提出政策建議</p> <p>討論:</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、有關家庭照顧者需要哪些教育訓練課程,應該由照顧者自行決定?專業人員評估?還是其他合作模式?所考量的服務提供標準為何? 二、現有的課程規劃,缺乏多角度的思惟點,除了以照顧階段、照顧者可投入的照顧時間、受照顧者接受的照顧模式、受照顧者障別及疾病特殊性外,還有哪些思惟點容易忽略?影響照顧者使用服務的關鍵因素? 三、教育訓練課程的提供,服務的對象應鎖定主要照顧者還是其他次要照顧者或支持系統中的其他成員?提供的層次應該注意到哪些原則? 四、教育訓練提供的模式,因受照顧者的障別與疾病特性、家庭功能與支持體系、照顧者的年齡與教育程度/特殊身分、地域性特色等因素,應提供多元模式,政府在規畫長照服務網絡時,應注意哪些細節?像是:人力培植、宣傳、配套措施、針對偏遠地區增加預算或投注哪些心力?

每場焦點團體進行之前,會先提供討論的大綱,讓與會成員能夠先行準備,並透過電話連繫敲定共同可以出席的時間,會議前兩天還會各以 E-MAIL 和電話再次確認。

第一、二次焦點團體的討論,將與會者的經驗與建議先做初步整理與歸納,配搭問卷施測回收結果經過統計,再進行第三次焦點團體,由實際上家庭照顧者的反應,再做整體意見上的調整,結論再作為政府政策制定或服務方案設計的參考。

表 3-3 焦點團體的辦理時間與帶領者名單如下：

辦理時間/焦點團體帶領者/出席數	第一場	第二場	第三場	
北區焦點團體	3/02 陳正芬	3/11 陳正芬	6/7 陳俊全	51 人次
	19	18	14	
中區焦點團體	3/24 郭慈安	3/31 郭慈安	6/7 郭慈安	40 人次
	15	15	10	
南區焦點團體	3/09 李淑婷	3/28 李淑婷	6/3 李淑婷	40 人次
	16	11	13	
東區焦點團體	3/14 陳俊全	3/22 陳俊全	6/2 陳俊全	49 人次
	18	16	15	
合計				180 人次

(三)、建構平臺網絡

本會也借著這次研究案的機會，建構起對話的平台網絡，以家庭照顧者所需的教育訓練課程為主軸，建立三種層次的對話，第一層次是讓不同領域的專業服務人員看到彼此在設計與執行教育訓練的經驗與概念，讓彼此間對教育訓練課程的架構經過交流後產生共識；第二層次是照顧者在使用教育訓練課程的滿足程度和實際使用情形，與當地政府或民間現有服務提供之間的對照，幫助政府檢討設計過程當中的盲點與優勢處；第三層次是比對家庭照顧者需求與服務提供者間的對話，讓彼此間的經驗被呈現，讓服務提供者重新理解照顧者的真實需求與使用上的困境，調整服務提供的面向，激盪出創新型的服務模式。

除此之外，各區網絡也開始互動，包含課程資料的分享、資源共享、活動資訊流通、志工人力經驗管理分享、講師資料庫師資分享等。

(四)、問卷調查

研究者依據文獻資料、實務經驗座談，發展出本研究問卷，本研究的測量工具在信效度部分，採問卷預試方法，先邀集家庭照顧者約三十名進行預測，了解本問卷內容的代表性與合適性，之後再根據預測回收結果，進到顧問小組由專家學者進行問卷專家效度，最後定稿進行全面性問卷施測。問卷設計共九頁，六部分。分別是：

表 3-4 問卷設計項類

照顧情形	43 題(含:照顧負荷量表測驗)
被照顧者基本資料	19 題
對教育訓練課程之需求	32 題
教育訓練課程之形式	15 題
家庭照顧者基本資料	11 題
補充說明	開放式

由台北市、新北市、花蓮縣機構推薦照顧者施測，完成前測 30 份後，經過顧問小組專家修改，成為正式施測的版本(參見附錄十五)。

這次因為時間有限，施測對象又分佈全國，因此找了 30 家單位協助施測。由家總寄出問卷、回郵信封和贈品到各機構，請機構協助交給照顧者來填寫。各區協助家數--北區:8 家、中區:7 家、南區:6 家、東區:9 家。正式施測 1015 份，回收 839 份，回收率 82.66%。其中無效問卷:57 份。有效問卷共計 782 份。

表 3-5 四區問卷回收情形

	寄出	回收	回收率
北區 8 家	223 份	172 份	77.13 %
中區 7 家	179 份	179 份	100.0 %
南區 6 家	291 份	234 份	80.41 %
東區 9 家	322 份	254 份	78.88 %
共計	1015 份	839 份	82.66 %

本會先向機構進行說明，了解本案調查的目的與價值，並予以保密的承諾，主要詢問各地照顧者團體、老人團體、身心障礙團體、病友團體、長照中心及醫療院所等單位，徵求同意施測的家庭照顧者作為問卷施測對象，為提高問卷的回收率，會將回郵郵票貼妥並留下可聯絡的方式，以及宣導品的贈送。

有關研究倫理部分，於事前徵求單位協助，逕行提供問卷施測，研究者在書面問卷說明欄位留下聯絡方式，以便聯繫溝通。研究倫理嚴格遵守以下原則:自願參與、不欺騙、不傷害受測者(告知責任等)、保密原則、研究的社會責任等。

第四章 研究成果

第一節 焦點團體分析結果

由北中南東四區、十二場的焦點團體，收集到許多寶貴的經驗，本節將針對國內辦理家庭照顧者教育訓練型態、課程內容、影響照顧者使用服務的因素、確保家庭照顧者接受教育訓練品質功效、多元配套措施的提供面向提供建議，做為政府規劃長照服務之參考。

一、國內辦理家庭照顧者教育訓練型態

據四區辦理焦點團體經驗顯示，七成以上的身障及老人機構對教育訓練的定義，都還停留在「講座式」授課模式，多數機構受限於經費及配套措施不足影響，每年僅辦理1-2梯次，而比較此模式由90年辦理迄今，人數明顯減少，至民國100年甚至有部分醫院因為逐年參與人數低於10人而停辦。

講座從民國90年一梯50-60人出席，到99年參加的照顧者很少約3-5位。越辦人越少所以到今年就不辦了!推估可能的因素:年輕人都去上班了!還有目前搜尋資料的管道越來越廣，所以不一定是靠著出來上課才能得到資訊和知識!(E1-10)

提供偏遠地區或原鄉地區服務的機構也表示，因為區域交通不便、配套措施少及人口密度低等因素，能就近來參與課程的照顧者少，面對講座式課程執行常受質疑未重視成本效益，且無法滿足標的人口群的真實需求，因而需要開展其他形式之服務型態，以面對現今所遇到的困境。且多數機構發現，目前老老照顧的照顧者對參與「講座式」教育訓練課程沒興趣，即使有出席，從理解到實際操作的效益也不高。

其實在辦理課程上，往往因為沒有人來參加，感覺辦得很挫折!就目前政府的補助只有講師費、雜費、影印費，沒有喘息費用，因此配套措施無法做，照顧者也不會願意用自己本來已不夠的喘息服務。其實，即使有喘息服務費用的補助，我們也擔心沒有足夠的照顧服務人力來支援!(E2-11)

老人學習新事務較困難，若能與生活經驗結合會較容易，如果是上沒接觸過的課程，照顧者擔心的點會很多。(S1-21)

授課模式盡量用多元化的方式，不要總是以上課的方式進行，不是所有的照顧者都有能力在課堂中吸收，不能拿我們的認知去想照顧者聽懂多少。(E3-04)

另外，有同時辦理居家和日照服務的機構反應，使用居家服務的照顧者對參與教育

訓練的意願較高，反倒是接受日間照顧服務的家屬，會對參與教育訓練意願較低。

我們分居家和日照兩大類服務，兩類都會辦教育訓練課程，但居服類的家庭照顧者出席課程的比較踴躍。近三年主要以支持團體(一般進行 2 小時，一小時專業、一小時社工帶家屬分享)方式進行。…日照:去年排疾病的認識，但出席率不高，原因在於家屬已認定委託機構照顧，所以出來參與意願不高。(N1-05)

目前國內辦理課程類型可分為八種型態

1. 講座模式

係以一對多的形式進行，有固定主題，由講者講授專業知識，採取一堂固定時段進行，通常課程進行約 2-3 小時，課程模式包括:講師單向講授、師生雙向互動、學員間分組討論，由講師做結語等形式進行。

十年前這種形式非常受歡迎，但逐年下來，各地參與的人數不斷遞減，許多縣市都因為人數過少而於今年起停辦。通常要靠有獎徵答、餐點、交通接送、額外提供居服員或志工替代照顧的配套措施，才能夠吸引照顧者出來參加活動。一般授課主題以照顧技巧、社會資源為主。目前心智失能類，像是:照顧智障、精障和失智家人的家庭照顧者，在照顧初期，針對這類的知識性課程還是接受一對多的教學模式，以習得照顧技巧。

我們辦理的失智症家屬課程當中，我覺得照顧技巧的課程受歡迎度比舒壓課程要高，我們的照顧者可能覺得幫助自己比較不需要，通常我們的參與者重覆來參加課程的機率很高，有些是鄰居口耳相傳來的。(N1-39)

2. 成長團體/支持團體模式

相對一對多授課的形式，成長團體或支持團體採限額人數、小規模的討論方式進行，一般人數在 8-15 位左右，有課程主軸方向，有的由專家學者來帶領，有的則由資深照顧者經過培訓後來帶領。強調團體成員間的分享與互動、回饋與支持，有的也會搭配 30 分鐘的短講或議題引導。

近三年來越來越多的照顧者反應人數少的團體，強調舒壓的課程，成為照顧者歡迎的形式!像是:藝術治療的課程等舒壓課程，可以讓照顧者彼此間多互動，分享自己的照顧心路歷程，後期越來越強調非以課程教授為主，而改以主題話題討論，讓照顧者暢談共同話題，再由專業人員和其他成員共同提供諮詢、建議。這兩年，部分縣市機構捨棄” (心靈)成長團體” 的名稱，轉以製作手工藝品為主，吸引照顧者出來，透過半小時製作手工藝品的同時，引出話題，再共同討論家庭常見的問題及因應方法。很受照顧者歡迎!

3. 巡迴據點式/固定據點式

巡迴據點式又稱「走動式教室」，由社工配搭以下其中一種專業：特教老師、語言治療師、職能治療師、物理治療師下鄉服務，時間約 2 小時，分三部分，講座 30 分鐘、照顧者互動時間、專業人員評估給建議時間。一次服務 7-12 戶。主要服務對象：身心障礙親子。

固定據點式係指在固定的據點(可兼做提供平時抒發情緒的空間)提供課程與交誼。目前國內像是：天主教康泰醫療教育基金會家屬互助聯誼會每月一次的「溫馨下午茶」，台灣失智症協會每月一次「永遠記得你講座」，都得到照顧者支持。在各地廣設據點，讓照顧者能就近使用到服務，這在偏鄉和原鄉是很重要的建議模式。未來也期許能發展像荷蘭和英國所推的阿茲海默咖啡及記憶咖啡模式，提供照顧者密度很高的社區據點，提供照顧者可以自由討論議題、舒壓休閒的專屬地方。

4. 關懷活動式

這類外出活動搭配主題式課程，最受家庭照顧者歡迎！尤其是可以帶受照顧者一同出來的，參與動機最高！但相對的也要安排志工人力協助，讓照顧者和受照顧者能夠有一段時間是分開安排活動的！也讓照顧者可以透過社教網絡的連結，達教育性、聯誼性、舒壓性功能。通常照顧智障、輕度失智、非 24 小時需要照顧的失能者其家庭照顧者較歡迎此類模式。若能將課程設計成技能闖關活動，也會讓照顧者提高參與的意願。

5. 個別一對一模式

這種模式進行地點可分為兩種：到宅和特定地點，由專業人員提供教育訓練服務，像是：面對面的示範、教學、資訊提供或相關服務，成本高。目前老老照顧、教育程度不高、家庭功能不彰、使用外籍看護工的家庭，透過到宅由專業人員直接指導效果最好！且可以多鼓勵其他次要照顧者能夠共同學習！在東部，年紀在 50-60 歲左右，照顧配偶的主要照顧者最不會使用照顧資源，對教育訓練也比較沒意願。但接受個別一對一的服務意願相對會提高！

對日照個案，因為他們出席狀況不好，所以自今年起，我們決定既然他們不出來，那我們就發展家訪機制，到他們家去訪視。(N1-65)

我們曾經有經驗，有些照顧者請他們出來參加課程提了好幾個月都不出來，因此干脆我們進去！後來知道，女兒之所以不出來，是因為知道媽媽會擔心，是不是女兒不要她！照顧者的顧忌、不放心、擔心、對資源的不熟悉都是原因。還有照顧者告訴我，常常聽上面的講師在講課，心中會升起一個念頭，你上面講的理論，如何能幫我？我心裡想的都是家人，我覺得上課對我的幫助好像比不上 one-by-one 的指導比較實際。(N2-66)

6. 輔助性靜態教材(光碟/手冊等)

目前各團體都有製作宣導單張、資源手冊、或照顧的相關宣導品。部分團體會製作光碟 DVD，透過影音文字來傳遞資訊或知識。可以最直接讓照顧者能閱讀書面資料上的文字介紹!但針對不識字或外國籍人士，就需要配搭說明或翻譯。另外有些家庭並沒有設備能播放 DVD，即使有設備也可能受限於主動性和理解性，建議若是先示範指導再透過 DVD 複習教學，就能讓非一次性就學會的照顧者，能夠溫習。另外，若 DVD 設計以全家皆有用，也能帶動全家一起觀看，像是:針對失智個案所推的大腦體操，透過懷舊老歌搭配律動的光碟教材，就很受歡迎!很多家庭成員還可以共同運動!

7. 網路教學

網路無遠弗屆，也越來越多 45 歲以下的主要照顧者或有職的次要照顧者，會透過網路來學習知識及掌握資訊，就問卷調查顯示有部分的照顧者願意使用網路來學習照顧技巧類課程，以利時間上的安排。且有部分的照顧者也反應，因為有些網站的聯繫訊息功能很強，像是臉書(facebook)可以讓彼此間的近況透過網路傳遞出去，常會無預期收到很多人的關心，因此，雖不出門，也可以透過網路社群得到支持，因而依賴網際網絡的頻率越來越高。

8. 運用大眾傳播工具教化人心

許多人都有看電視、聽廣播的習慣，因為輕鬆，若能運用大眾傳播工具，將部份我們要宣廣的觀念置入，焦點團體成員覺得是很不錯的方式! 像最近中華小腦萎縮症病友協會就和藝人彭恰恰合作拍出電影”帶一片風景走”，影片中就能讓很多人知道家庭照顧者照顧罕病家人的心情與需要支持的地方。東部的機構反應，若將部分課程內容拍成電影或連續劇，照顧者喜歡看電視，且很融入電視劇，第四台播放應該不錯，照顧者會想要看照顧的範例，看其他家庭的照顧者，會從中得到安慰，對照顧者來說有示範及安定人心的作用。其實很多照顧者的家庭看起來 ok，但其實家庭功能並沒有發揮，其他家人不知道照顧的壓力很大，所以宣導很重要，可以讓大家瞭解照顧的辛苦，建議像是大愛台可以製作一齣照顧的電視劇。像公視現在有很多很好的電視劇，就是有計畫的在引導觀眾思維一些觀點。

希望用「支持性課程」取代「教育訓練」字眼

就機構辦理課程的經驗顯示，照顧心智失能類(像是:失智、精障、智障)家人的照顧者，在照顧初期對知識型的課程接受意願高，但對舒壓型的課程接受意願低，但逐年照顧下來，對教育訓練課程興趣缺缺，參與機率下降，反倒對支持團體形式或外出型活動的參與率提高。甚至有些照顧者會反應，不喜歡「成長團體」字眼，因為覺得「成長」係屬治療層次，好像對自己是一種要求或壓力，對「支持」團體的字眼，接受度較高，覺得能被關懷與鼓勵，團體的名稱和承辦人的邀請，會是影響照顧者參與的關鍵。在團體回饋經驗中，建議可以將「教育訓練課程」名稱，更名為「支持性課程」或其他字眼。也有的單位反應，通常字眼改了，照顧者參與的意願大很多!

活動簡章之設計也很重要，鄉下照顧者看到上課、教育訓練等字眼就不會想要參加，看到照顧技巧、紓壓團體也不會想到跟自己有關，而安寧課程在鄉下是不能談的!以照顧技巧來講，能夠親自示範是比較好的，他們喜歡有互動而非只是坐在那裡，課程可以用演戲的方式，增加趣味性。鄉下老人通常11點就吃午餐，除非有趣的內容吸引他們，否則就會趕著回家吃飯，課程要生活化一點，與他們的生活較接近。(S2-08)

就機構辦理課程的經驗顯示，越來越多機構重視包裝，因為照顧者看到文宣品的第一眼印象，會決定要不要來上課，我也贊成課程名稱不要太硬，課程形式與實作性更要多貼緊照顧者的需求。(E3-64)

二、國內目前辦理家庭照顧者教育訓練課程內容

整理國內各機構提供「家庭照顧者」訓練課程內容，如下表，依多數機構建議不考慮照顧階段部分，因為照顧者的需求不同，較無法以階段來做區別，因此下表僅列出目前曾經辦理過的主題與課程內容。

表 4-1-1 【失能類家庭照顧者教育訓練課程】

*下表課程進行方式多以講座式方式進行

主 題	課 程 內 容
疾病認識	疾病成因、症狀、行為問題與處理、就診科別、預後
照顧概論	照顧技巧(翻身、拍背、拍痰、擺位/轉位/移位、復健活動等)、慢性疾病與老化、用藥安全、病患的營養與健康(含:體重控制、咀嚼)、常見疾病與就醫須知、環境安全與輔具運用
照顧管理	家務管理、理財規劃/財務管理、照顧清單運用
資源運用	政府及民間資源介紹、機構參訪(輔具資源中心、日照中心、老人之家、康復之家等)、老人/身障信託、相關法規與家庭照顧者權益認識
人際溝通	老人/身障者溝通技巧、家庭溝通(照顧分工、家庭會議、常見溝通障礙與問題解決)、與外籍看護工的溝通、與專業人員或機構的合作與溝通、陪伴的藝術
照顧專題	中風患者的照護與復健、皮膚護理技巧、口腔清潔與指甲護理、褥瘡照護、三管照護的認識與操作、吞嚥照護、管灌飲食製作、身障者的終身安養、居家環境改善與輔具運用、體適能教學、居家活動安排

身心調適	壓力調適與情緒抒解、健康檢查與疾病徵兆、 照顧者各種角色間自我調適、經絡理療與按摩、 簡易復健(擺脫腰酸背痛)、 藝術治療(繪畫、舞蹈、園藝、音樂、表達性藝術等等)、 芳香治療、影片欣賞與討論、 戶外紓壓 *課程形式多以支持團體或關懷活動方式進行
身後準備	面對死亡的準備、 協助預立遺囑、 安寧療護與臨終關懷、靈性與生命的終極關懷 *除預立遺囑課程外，形式多以支持團體或個別衛教方式進行
照顧者 自我追尋	悲傷調適與自我照顧、 生涯規畫、 職業探索與規畫 *課程形式多以支持團體方式或個別衛教方式進行

100.05.30 家總製表

表 4-1-2 【心智失能類家庭照顧者教育訓練課程】

課程主題分為：

主題	課程方向
對受照顧者的 認識與接納	受照顧者的特質與需求、行為問題與因應、 疾病的認識與健康危機、導致因素、預後與復發、 就醫/就養/就學/就業/兩性問題處理、 現有教育與社會環境的認識、照顧分工(家庭會議)
照顧概論	照顧技巧、用藥安全與藥物副作用、 營養照顧與體重控制、環境安全、自我保護與危機處理、 社區生活適應
照顧專題	失智症/精障患者的照護、消化系統與健康維護、 口腔衛生與醫療、體適能概念介紹
照顧管理	家務管理、照顧清單運用、財務管理
照顧者充權	社會參與和權益倡導、親職教育、 溝通技巧(對內、對外)、照顧迷思、生涯規劃、 時間管理、安老服務倡導、身心調適與紓壓、 悲傷調適與自我照顧、家庭支持服務概念介紹、 家庭聚會技巧、健康休閒促進
社會資源課程	政府及民間資源介紹、本籍/外籍看護工相關資源、法律認識、 財務安全與信託制度

100.05.30 家總製表

三、影響照顧者使用服務的因素探討

現有的課程規劃缺乏多角度的思惟，要多方考量照顧者使用服務的關鍵，否則會使用的就是某一群人，不會使用的還是不會使用。若未來長照保險開辦，應該考量不同的照顧者需求，提供多元形式的服務管道，以普及性、可近性、平價化讓大眾接受的服務為努力的方向。我們整理了大家提出影響照顧者使用服務的關鍵因素，粗分三部分，茲分述如下：

(一)、個別因素：

包括：照顧階段(初期、中期、後期)、照顧者可投入的照顧時間(全職照顧者、兼職照顧者)、受照顧者目前接受的照顧模式(居家或社區、機構式)、受照顧者障別及疾病特殊性、語言習慣、家庭照顧者年齡(老老照顧、兒少照顧者)、教育程度(識字的比例、聽理解的程度、教學的方式)、照顧者個人認知(受照顧迷思影響)等。

以我們來說，家連家課程有一大部分為『知識性』的教育，部分照顧者有閱讀困難(不識字或年紀大的照顧者)，會有無法閱讀教材的問題，因此需考量閱讀困難的照顧者，調整活動進行方式或有社工陪伴身邊，提供協助。(N2-10)

我覺得 65 歲以上的照顧者比較喜歡上舒壓的課程!像是:養生、舒壓、腳底按摩、芳療、八式動禪等。我還發現照顧久了的照顧者比較喜歡分享的課程，不一定要什麼主題，只要他認為我們是同國的，能夠分享的，就很歡迎(N1-41)

之前遇過的照顧者來上課，有些會到工作人員旁邊說要幫忙，其實幫忙的同時，都會一邊描述自己的心情，有個人聽他說說，回去心情就很好！究竟是來上課的功效？還是出來有人聽他講話的功效？(N1-43)

語言問題(需要台語)也讓我們頭痛，因為我們的工作人員台語不好，有時候溝通上會有困難，還有照顧者出來聽課，現在講師都講國語，照顧者聽不懂，也降低想來的意願。(N2-04)

(二)、環境因素：

包括：族群與文化特殊性(原住民、外籍配偶)、家庭支持系統(替手服務等)、家庭經濟能力、所處區域(地形、人口密度、資源分布等)、社會支持系統等。

社會資源很多但是民眾通常都不知道，鄉下老老照顧的情形很多，社區關懷據點是一個很好的出發點，透過社區關懷據點做宣導，未來導入此課程會較容易。(S1-06)

(三)、承辦機構因素:

包括:師資與講題、教材呈現方式、資訊傳遞模式與管道、課程進行模式、宣傳與宣導手法、課程配搭的誘因等因素。

四、確保家庭照顧者接受教育訓練品質功效

(一)、建議發展長照個案管理機制，提供整體式服務而非片段式

四區的機構都反應，長照應該發展出個案管理機制!許多照顧者沒有接受照顧技巧教學習慣，更遑論去覺察內在負荷，還有，照顧者所面臨的問題多元，需要有專業的個案管理員了解問題需求，協助媒合多種資源，否則還是有很多人只能尋求自己的方式處理問題!

照顧者都有自己的想法和做法，這也反應為什麼地下電台和電視台賣藥、賣保健食品會那麼有市場!像是家人腳水腫，但是要去看醫生，要把家人從三樓揹到樓下，再到醫院，對照顧者是困難的，所以只好買現成的，照顧者迫於無奈只好自己來當醫生，想說知道症狀和解決方法，就容易接受媒體的說服。其實，照顧者很容易被人刺傷! (N2-14)

就機構的經驗表示，由已建立信賴關係的專業人員，經過評估後所提出的建議，能成為重要的邀請管道，像是:居服員、社工員、護理人員在服務過程中發覺有照顧技巧需求的家庭照顧者，直接邀請其參加活動，照顧者願意出來的比例較高，後續又有追蹤、討論的機制，對照顧者持續接受的意願也相對提高。

我覺得照顧者不願意出來，若由居服督導邀請，因為關係比較好，照顧者願意出來的意願就會提高。還有，我覺得要去思考哪些課程辦理對照顧者消化接受的情形較好?而不是安排很豐富的課程，但是照顧者聽得霧煞煞。(N1-36)

可以委請民間單位提供協助，或現行政府部門的區域性資源，像是:衛生所的公衛護士或長照中心的照管專員，但強調非以現有服務人力來增加業務量，而是增聘人員來提供此服務，看重的是這三類工作人員是貼近照顧者的。另外，機構也提供實務經驗，一再的邀約對方出來的意願也會提高。

照顧者需要一再被邀請，覺得被邀請到不好意思時就會參加了。(E2-20)

(二)、顧及照顧者身心調適情形為先

在課程規劃中多半將照顧技巧放為重心，將照顧者的身心調適放在後面，但就實務經驗看來，許多照顧者因為一開始沒有做自我照顧或身心調適準備，到後來就會容易陷入照顧迷思當中。

在課程規劃中是否將身心調適放的太後面，因為一開始沒有做身心調適，到後來就會變的不好處理了。(E1-38)

我覺得照顧者對自我照顧課程都會忽略，但往往前面沒有上，會影響後面因應壓力時，無法及時做好準備。(N1-51)

我們會設計輕鬆一些的課程，如休閒類、一日遊等，避免過於嚴肅的課程，難吸引照顧者來上課，以過去服務經驗發現，即使安排吃吃喝喝的課程也能達到照顧者放鬆、互相交流的功能。(N1-16)

你到底有沒有去關心到照顧者？在乎他的感受？像是我們在推大愛手，就是讓照顧者先被做到很舒服，再讓他去學，他學的意願就很高！(N1-58)

(三)、因地制宜提供多元服務模式及示範教學，並允許多次學習

要能因地制宜，才能使照顧者真正接受到服務，尤其在服務提供的形式上，最好可以採一對一教導、到宅式服務、教材的設計也應多元化，考量語言總類，以符合照顧者需求的多元性。

提供技術示範是很重要的，畢竟知道和真的操作是兩件事情，對照顧者講解操作需要有耐心，必須重覆再重覆的說明，建議可以提供 DVD，不只是針對外籍看護工(像是：越、印、菲)也可以針對原住民母語(像是：太魯閣、布農、阿美)進行教學。照顧者上照顧技巧課程不一定一次就可以學會，所以重覆上課應要被允許。

(四)、承辦單位必須兼顧運用資源、品質監測與掌握服務對象特性的能力

承辦單位除了需要具備專業人力、有能力籌措經費、熟悉場地空間且可近性高、掌握當地資源、有提供配套措施的能力是所有機構的共識!另外，有充足的人手(後援部隊)，無論是照服員還是志工人力，這些人都是成就的關鍵，可以激勵照顧者出來。

希望對服務的障別或疾病有相當專業知識，才有能力辦理規劃符合照顧者需求的課程。還有機構要有充足人員（指工作人員及志工），且人員需具備專業知識瞭解病友狀況，才有條件辦理課程。(N1-69)

照顧者的想法和對資源的運用習慣性是關鍵，應該要多元管道的宣導，讓照顧者慢慢能接受不同形式的服務。我發現目前很多團體在辦理課程時，會互通有無，幫忙宣傳，在邀請個案上就比較容易，因為照顧者知道有固定課程資訊，可能一開始還沒準備好，等到有需要又有時間的時候，還是有課可以上!不然，很多時候，照顧者想上課的時候，因為機構開課的時間已經過了，照顧者想上課的念頭又縮回去，始終各單位出席的人數就有限!但聯合傳遞彼此的活動訊息

和課程，又能錯開時間，我覺得這對機構或照顧者都有助益。(N2-05)

還有機構遇到的困境是社工的能力，很多新手社工因為年資淺，專業經驗不足，所以在安排課程上，常常就沿習過去的課程。還有，社工在面對照顧者處在喪偶、悲傷調適等議題上，都很擔心有沒有能力去面對。(N2-19)

除此之外，還要有能力制訂或嚴守門檻，包括：規範講師資格(且要有一定的經驗)、有平台資訊掌握(像是：建立講師資料庫、了解哪些資源能影響照顧者願意使用資源)、有方案撰寫、執行、成效評估、簡報、督導等品質監測能力。

我們原以為心靈支持的課程是照顧者需要的，但後來卻發現不少照顧者害怕分享!有些是還沒準備好，有些是因為過去曾經分享但卻受到傷害的經驗。通常照顧者要 4-5 次後，才能信任團體開始分享，但往往團體都才 6 次，差不多要結束了!我認為家屬需要時間和空間，有時候他們甚至也搞不清楚自己要什麼，所以我們的家屬團體常常做不起來，需要當地的資源一起來幫忙。(N2-23)

另外，對服務對象的特性要能掌握，因此機構必須要有相關承辦經驗、熟悉服務對象、具備跟服務對象溝通的能力等。

因為我們的服務對象很特別，遺傳影響，常常照顧完公公換先生又換兒子，有時候照顧者因為面臨太多的悲傷，如何找到照顧的價值?該提供甚麼服務?真的很難!(N2-22)

有些原住民照服員被家裡期待回去當主要照顧者，當出來參加支持團體的時候，他們會反應強烈的不喜歡，因為他們感到這是極度不自在的情境!很彘扭!覺得團體需要很正經的圍個圈，是特殊營造的環境，在那個情況下，很不習慣去作自我揭露。對支持系統比較傾向運用非支持系統!討厭正式的諮商管道。(E2-56)

專業人員在語言習慣的溝通上要有能力，夠了解在地的需求。是不是了解疾病的特殊性及照顧相關需求。因此專業的團體來承辦是比較合適的! (N2-55)

機構要知道照顧者的需求，邀請的技巧也很重要，他要服你，他才會來!你有專業知能讓他相信你!(N2-59)

能理解照顧者面對的問題與內心的掙扎，進而建立與照顧者的友善關係，鋪一條讓照顧者走出來的路!

一個人患病成爲全家族的問題，病患和父母會給照顧者壓力，中部曾經有照顧者分享，家人要逼失智症者去喝符水，讓照顧者很爲難。(N1-54)

我們也有北部的照顧者打 0800 諮詢專線來，說家人一直要照顧者帶失智者去收驚，還說都是因爲沒去收驚才會這樣!收完了就會好!(N1-55)

照顧者出來上課其實有很大的壓力，有的來自內心，有的來自外界。我曾經聽過照顧者跟我說一段話，我聽到很難過!有一位醫生跟照顧者開玩笑說，你把你爸照顧的營養不良，你自己那麼胖!有的照顧者，會因爲害怕出門受到外人的指指點點而索性不出門!還有的是不放心也走不開，覺得維持現況就好，覺得家人不要退化就好了!(N2-07)

機構與照顧者間的密切互動，有助於雙方信任關係建立，也透過這個管道，將不同照顧者網絡給建構起來。

多數照顧服務員和受照顧者的關係都比家屬要親密(信任感遠遠超過家屬)。(E2-44)

我們辦活動甚至曾經出現過，有的照顧者成爲參與課程的粉絲團，不論課程在哪個地方辦理，他都會跨區域來參加，因爲他信任我們辦理的課程，所以我覺得機構和照顧者間的關係也是主要的影響因素。(N1-52)

我發現照顧者會自然走在一起，他們如果互相留了電話，也會自己邀約出遊或聽課，通常會成爲彼此支持的互助團體，人數不多，但是凝聚力很高。(N1-60)

許多照顧者覺得來參加課程或活動往往最大的收穫是：可以得到其他人及工作人員的關懷與支持!多數的照顧者希望能習得照顧技巧，但也有照顧者是希望能透過參與課程建立新的社交網絡，交到好朋友。(S1-30)

留意不同照顧者的需求，其實，在都市族群較單一，但是在偏遠地區族群差異大，相當複雜!機構必須要能夠掌握。

原住民一般會上山工作(種植、養雞等)，勞力性質的工作居多，再加上飲酒/飲食文化不同，各族群別的觀念也很不同。像是:在蘭嶼的達悟族，以前的觀念是一老人家年紀大了，就是被惡靈附身，會影響家裡面的小孩，所以一旦年齡大了就被期待自行搬走，自生自滅!蘭嶼居家關懷協會張淑蘭公衛護士回到部落讓大家轉換觀念，寫了一本書:選擇生命被看見，也出了一片紀錄片一面對惡靈。這些具備特殊民族性的觀點都要被注意，否則服務立意雖好，但實際上在當地功效就無法發揮!力。(E2-48)

五、多元配套措施的提供

有效的較育訓練支持必須要有多元配套措施提供，才能讓家庭照顧者放心出門受訓。

(一)、喘息與替手服務

多數的家庭照顧者認為因為沒有替手或是值得信賴的替手，是無法出門的最大主因。

家庭照顧者不是不想參加，是沒有人可以幫忙照顧。(E2-14)

以罕病接觸的照顧者來說，照顧者有喘息機會，才有可能走出來，因此需要配搭居家照顧服務解決替手問題，否則參與課程的人會侷限在能『外出』的人，無論課程設計的多好都無法使照顧者受益。對罕病家庭無法使用居家照顧有幾種可能：1.不放心讓居服員照顧—不放心陌生人照顧，無護理背景、無法 care 病人，2.需給付費用，3.病人靠機器維生，居服員也擔心出狀況。(N1-49)

以居家個案為例，照顧者因為要負擔照顧工作，再加上交通不便、又無替手，需要額外居家喘息服務及交通接送服務，若缺乏配套措施很難出來。(N1-65)

就機構提出的經驗，持續使用居家服務的家庭，因為已經了解並習慣此項服務，因此願意接受居家喘息服務出來參加課程的照顧者比例較高，但通常需要機構安排額外的居家喘息時數，不可影響現有已經不足的服務時數。

家庭有沒有使用居家服務資源是個關鍵，如果這個家庭曾經使用過居家服務，因為知道替手資源在哪，也願意去使用，這樣，家庭照顧者願意出來接受服務的可能性也會提高！(M2-14)

我也覺得如果安排原有的居家服務員，照顧者願意放心出來參加活動的機率變大!(N2-29)

簡言之，若機構提供額外的喘息服務時數及人力或志工協助擔任替手，照顧者出來的意願相對提高。

就我認為，照顧者要 OK，社區的多元管道要 OK，搭當地的志工團體，我們在給與志工訓練課程上就要紮實、明確，不要太學術化的判定，其實志工多半都是 50-65 歲的婆婆媽媽居多，她們都是社區內很重要的推手，他們自己也都是照顧老人、照顧小孩的主要照顧者，多運用現有的人力資源，不需要花很多力氣，使用現成的資源不是最好嗎?(E3-53)

若能在課程中同時安排托老服務，對照顧者的參與意願就會提高，照顧者能出來上課、喘息，受照顧者也不用悶在家中，可以一起出來走走，照顧者覺得有意義，就會願

意出來。但有時也會讓機構為難的是，有時候辦戶外活動，照顧者覺得難得出來一趟，反而想跟受照顧者一起行動。

溫馨下午茶，是純家屬的支持團體和訓練課程結合，以聯誼性為主，情感抒發為輔，參與率高…專為失智症家屬與患者定期所舉辦的聯誼活動，都由家屬互助聯誼會資深幹部帶領，內容包括：身心靈放鬆、家屬談心與照顧技巧分享、社會福利資源運用，也提供托老服務。…家屬和失智症患者分開不同地方、安排不同形式課程，患者的部分安排頭腦訓練、社交、生活連結等。(N1-10)

我們發現一個值得反省的點，當身障者要去玩的時候，常常家屬也想跟去玩，但我們會跟他說”不可以，你要參與課程”，但我們明明知道他們也想跟著身障者同樂!(E1-12)

除了居家喘息，社區內也的關懷據點或復健中心也能夠提供喘息功能。

可以來上課的照顧者都是屬於能走出家門的照顧者，其實最需要幫助的反而是無法走出家門的照顧者，甜心的照顧者在居家照顧或喘息服務的使用率極低，主要因素為無法放心讓一個陌生人進入家內，且居服員恐怕也無法『搞定』發病時（病情不穩定）的甜心，因此照顧者難以喘息。如果社區中普設復健中心或關懷據點，讓甜心及其家屬能常常去參加活動，當有需要時可發揮臨托的功能，照顧者才有可能得以喘息，參與課程。(N2-26)

機構常發現提供喘息服務人力需要多培植，供不應求!

我覺得提供喘息服務和補助偏遠地區交通費是關鍵。目前凡參加本會活動之家庭照顧者，若有需要替代人手，本會都將協助連結服務員到府服務，但近期發現服務員人力不足，因此無法滿足想參與活動卻有替代照顧需求之家庭照顧者。(N2-32)

(二)、交通服務

交通服務是很大的關鍵，若辦理的地點無法兼顧可近性與交通便利，就得安排專人接送服務，且位處偏遠的照顧者，即使有交通接送也因為交通時間過長，參與的意願不高!通常也因為人數少而受忽略。如果教育訓練需要跨區域的提供，就要將其交通時間考慮進去，多為其使用上的障礙進行協助。還有，在醫療資源或機構資源不足的地區，提供喘息服務也要把交通時間考慮進去，把喘息的時間拉長，對照顧者來說才會有功效。

須為病友及其家屬考量交通方式及場地便利性（如是否鄰近捷運站、活動時間需能配合叫的到復康巴士）(N1-69)

交通服務是很重要的配套措施，在都市可以提供交通補助，但在偏鄉就得要有交通車的接送，因地制宜。(N2-40)

我們辦理支持團體和照顧技巧課程遇到的困難，在於辦理的地點！在嘉義，多半機構和服務都集中在嘉義縣政府附近，幅員那麼大，但要得到服務，必須前往到某個區域才能取得，交通問題困難，當然對照顧者是不方便的，惡性循環下，就很少辦理照顧者的教育訓練課程。(M2-14)

活動要就近服務對象，而不是要他們來參加，要進去協助他們，照顧者會考慮路程，所以要先觀察社區是否有需求者。另外，有些個案也要搭配家訪車，或是以遊覽車戴老老照顧的個案，出來的可行性較高。(E2-18)

有時候請居服員幫忙載到定點再用遊覽車接送。有一次跟某單位合辦照顧技巧活動，因為沒有交通提供，都沒人參加。(E2-19)

還有一些照顧者受限於交通工具，如外出需搭計程車，費用太高，但我們也缺乏補助計程車費用或現有的交通接送服務的資源不足。(S2-04)

(三)、經濟考量

有關偏遠地區或原鄉地區，因為地理環境、師資有限，或需要配搭的服務較多，因此費用的補助(貼)也應被考慮進來，像是增加專業人員到宅或巡迴的交通補助，或是提供家庭照顧者交通補貼等，才能增加使用服務的誘因。

(四)、誘因提供

全國各地的機構都表示，鼓勵照顧者出來參加活動，一定都要有誘因!有的是資訊、有的是優先參加活動的資格、有的是實體物資、有的是餐點、有的是書面資料。像是:跨中午的課程，受照顧者有志工送餐、或下午四點以後結束課程，照顧者可以帶2個以上便當回去，就不用趕著回去煮飯。

(五)、家庭會議

機構建議服務要從出院準備期間就開始做起，由醫院提供主要照顧者照顧知能、社會資源訊息，形式係由醫院協同家屬召開”家庭會議”，討論家庭分工及認識社會資源及所需要的照顧技巧或家庭照顧者權益議題。長期照顧者對長照人員來說是急性轉慢性，照顧者剛開始並沒有辦法掌握對照顧的意涵與後續的因應策略，如何啟動”家庭會議”需要專業人員協助召開引導，讓家庭接受此一現狀。接下來或許可由社區公衛護士銜接，繼續給予階段性何宜的衛教工作，未來身障者以 ICF 評估的系統，將轉到長照中心去做評估，如何銜接及整合是很重要的思考議題。

家庭會議的目的是要起動家庭能力、共識，而不只是教育訓練。我們期待能夠引導家庭討論此話題，在第一關製造空間、時間，更多問題就要留給後續資原來媒合了。(E3-18)

(六)、落實宣導工作

對宣傳管道部分，如何能讓更多『新』的病友家屬參加協會辦理活動很關鍵，畢竟有效宣傳，讓更多新的照顧者看見活動訊息，才有可能來參與活動。(N2-17)

有一次刊登活動訊息在 XX 日報上，電話詢問的人很多，但刊登要在活動前兩天才有效，時間太久照顧者會忘記。最好的宣傳方式是照顧者去找其他照顧者參加，一個拉一個較有說服力。(M2-16)

宣導非常重要，唯有適當地讓照顧者自己喘息，才能有更好的照護品質！有足夠的休息，才能照顧好家人！幫助照顧者面對自己的需求！

宣導非常重要，即照顧者需休息的觀念，尤其花蓮鄉下的傳統觀念會讓照顧者覺得休息有罪惡感，如果有人支持則可以降低罪惡感，每年都辦理照顧者的活動，讓他們慢慢有照顧者需要休息的觀念。(E1-59)

家庭照顧者身心疲乏，課程要導入也不容易，我媽媽對於其他人照顧也不放心，所以教照顧者適時放手也很重要。(S1-06)

許多照顧者認為有時間去上課，不如在家睡覺！畢竟狀況就是如此了！並不認為接受課程會有甚麼影響！這可能造因於認知！此外，許多課程內容較偏向照顧技巧，有些照顧者反應，覺得是不是自己學了之後，其他家人會把照顧責任丟給他，就不敢來學習。

在花蓮中區有許多 50-70 歲中風的人，他們的照顧者一定都不會出來上課，他們多半是務農人家，早上作農，下午做手工，哪有時間去上課，學照顧技巧這件事情，在他們的認知當中不會被放做重心。只要教育形式不對，他們根本感覺不到對他們的重要性或必要性，因為即使去上課也聽不懂！那不是“雅給(台語)”、不知民間疾苦，他們也無法從家中離開！(E3-30)

爲什麼很多長輩不想接受訓練？因爲他們覺得這不重要！並不是他的希望！他們會覺得幹嘛要復健？幹嘛要上課？反正生病就是生病了！所以前端教育很重要！長照服務教育深耕很重要！(E3-34)

針對心智類的失能者，社區教育是必須要配搭的。像是：老盟 99 年開始針對失智者所推動的守護天使服務計劃，先由專業人員訓練種子講師，再透過這群種子講師再深入社區訓練社區志工和國小學生，認識失智症，再安排社區內的商家加入友善商店的行列。並針對每位上過課程的人贈與一條手環，代表我認識失智症的疾病，我知道如何幫社區內需要幫助的失智症患者。這個計劃引自日本，目前超過百萬人的響應。全民推廣的話就得規定一定要上課，才有機會接觸到專業的部份，像外勞業務，有規定一定要到長照中心核對身分證件，照顧者有接觸到正式管道，才知道原來政府有一些資源及服務提供。

照顧者因為沒有習慣，所以很不想來參加教育訓練或支持團體。就我服務的經驗，很多失智的家庭，通常是到比較嚴重時，才會注意到自己需要照顧技巧等課程。(E2-08)

外展活動，像是：照顧者關懷活動的課程很受到歡迎，尤其是”帶著一起去吧”的文宣，最容易吸引照顧者願意出來的意願，其他包括有便當、有禮物，也比較吸引照顧者出來！有些照顧者來參與課程，目的只在拿贈品(缺乏學習的動機)。照顧者和受照顧者長年的照顧關係，其實都存在著緊張關係，透過外出，可以讓家人一起出來走走，照顧者才能真實的感受到放鬆。(E2-09)

(七)、與民間合作，厚植民間實力

長照服務需求的民眾逐年增加，不可能只單靠政府現有的人力、物力、資源去承擔，也要民間資源一同參與，才能拉起長照服務網絡。像是：家總和新北市衛生局合作，由家總扮演輔導的角色，帶著地方協會--新北市家協，承接政府業務，關懷當地有長照服務需求的家庭照顧者，辦理關懷活動、電話問安、支持團體、諮詢服務等業務，雙方合作下，造福當地民眾。還有，當地的合作也不能只單靠一家機構！各地有很多小型的單位，可以透過比較有經驗的單位，將經驗移植，小型單位因為在地，了解在地需求，也能提供就近服務，若有大型單位提供師資、課程、辦理上的協助，就能扶植更多在地的小型單位去承接相關的業務！

我們應該去思考：誰貼近照顧者？誰能找出這群照顧者？讓更多的夥伴共同加入長照服務網絡的行列！才能成就普及性！有些機構也反應，不要想去新創什麼資源，很耗成本又需要時間，但在地資源經過培植就能發揮功能！

(八)、多元教材研發

建議設計課程時，多設計幾種教材版本提供給不同族群的照顧者是很重要的！在某些區域民眾權利意識較不發達，老人受虐及被忽略的狀況是更為隱藏的，因此可放入教材或課程設計中。

我覺得建立一套屬於家庭照顧者的參考教材是重要的。(N2-70)

課程或教材不能單一化、都市化，我認為，東部的教材應該由在地人自行設計，再回中央請政府做修正、討論，較貼切民眾需求！我在公家看太多線上流通的一些宣導品，一來是語言問題，二來是內容，都不是我們當地人可以接受的。所以，多形式的介入是有其必要性！(E3-53)

(九)、師資培訓管道多元

我覺得師資培訓很重要！無論是針對政府的承辦人員、民間第一線承辦人、學

者、或是照顧者種子老師!要多管道的栽培!因為長照需求很大，越多元的師資培訓，能夠有更多的人力投入不是更好!(N2-68)

在要求講師資格時，要能有因地制宜的考慮(偏遠地區不見得缺乏專業師資，但經常缺乏專業證照，如果要對講師資格有很明確的要求，這會是個問題)。另外，要考量目的性、多元差異中的共同需求、實務提供的可行性。但另一個考量是什麼叫做專業課程，從師資去範定？從課程名稱去範定？還是能不能從成效及對照顧者的幫助去範定？還有，教育訓練的成效評量也很重要。(E3-54)

目前提供教育訓練師資來源，多為專業學者。但多數病友團體反應師資培訓不應只侷限在專業人員，據國內外的實務經驗顯示，培訓照顧者經過一定時數的訓練，能夠成為家屬團體的重要種子老師。機制像是有些照顧者當被照顧者過世，就常被居服機構邀請成為居服員，或是種子講師，因為了解照顧者的處境，在照顧過程中也有很多實務經驗，往往能讓其他照顧者感覺到被同理。

我們也培訓畢業生照顧者成為關懷員，他們出來當志工，幫助其他失智症的照顧者。這很重要!有時候家屬會說，我看書這些技巧我就知道了，幹嘛來上課?家屬志工會跟他們說，你來上，這些跟書本不一樣，通常照顧者會願意來!我覺得家屬的凝聚力和情緒支持很強!(N1-11)

講師皆具備甜心照顧者的身份，參加的照顧者會因為帶領者同為照顧者，對團體更能感到放心、信任，這種效果是專業人員難達到的部份。(N1-33)

家連家的課程就因為強調分享，而不是由專業人員去教導，所以會受到照顧者的歡迎(N1-34)

我覺得應該培訓照顧者擔任種子講師!從種子講師再發展到互助團體。(E2-59)

照顧者比較不喜歡由外人(指專業人員)來帶，覺得有距離!照顧者在團體當中，可以接受彼此的建議，即使是吐槽也沒關係。照顧者覺得能夠好好的休息一下，聊聊生活上的事，彼此支持比起上課更讓他們覺得重要!(N1-41)

還是希望有在地家屬的集結，資深的照顧者也可以成為講師，希望透過教育訓練，會是各個協會團體在做互助組織的一個過程。情緒支持與陪伴的時數不完全是外面的人，可能還要有一個在地紮根的過程。(N3-126)

也有成員提醒，照顧者需經過一定程序，才能取得講師資格。如果從”保險給付”的角度出發，應有其規範性，才可滿足領取保費的資格。但如果只是一般的照顧者，當然有權自由決定所想上的課程。(E3-08)

另外，可以考慮建置輔助性人力的教育系統。針對偏遠地區尤其是要多運用在地的管道，像是：原住民部落對神職人員的尊崇，針對神職人員培訓，未來會是很好的支持人力。

我贊成長照專業人員要多元化，不能只倚靠現有的專業人力而已，就我們的經驗，許多重要的課程，往往我們在上半小時原住民朋友就上不下去了，但我們同樣的主題請神職人員(牧師或神父)，跟他先講課程的內容，再請他們來上，可能是因為居民對神職人員的尊敬，也可能是因為居民上教會習慣聽神職人員的講課，所以竟然兩小時都不會累，也沒有人離開，2個小時聽得很開心!所以我覺得長照的專職人員面向要廣，找當地的重要管道來訓練，效果會很好!(E3-53)

不要放棄教會體系的人力，在部落，八成以上信奉基督教和天主教，神職人員會是很重要的推手，他們除了母語強，也是當地受到尊重的人，他們說一句話會勝過專業人員說的很多話。(E3-53)

其實不只是訓練課程中的講師，希望長照人員的訓練課程，都要安排認識家庭照顧者的課程，因為如果專業人員的觀念是錯誤的會造成服務之阻斷。如果不了解家庭照顧者的狀況，會讓照顧者損失使用資源的機會。服務不應該受到人為因素的影響而導致民眾權益受損。

通譯人員的訓練也很重要，畢竟語言隔閡是很大的問題，出現在外籍看護工，也出現在服務原住民的族群當中。

往往部落裡面可以扮演翻譯角色的人，在部落都扮演重要的位置，所以較難接受訓練，成為長照服務可推動協助的助力。(E2-48)

許多教育訓練課程當中，會使用到專業用語，上課的時候若沒有翻譯，會聽不懂。建議部落的教育訓練課程和社區的教育訓練課程辦理場次要區隔!像是護理人員跟民眾解釋三管護理無菌的觀念就常常很多人聽不懂，但這也常常是導致感染的關鍵因素!(E2-55)

第二節 問卷統計分析結果

為了解家庭照顧者對服務的需求及使用上的困境，經由焦點團體討論所建議的課程架構、課程內容、相關規定等，透過問卷讓家庭照顧者得以反映其需求。問卷發送對象包含本會及各分會，以及各相關社會福利團體如家庭照顧者團體、老人團體、身心障礙團體、病友團體及醫療院所等單位，徵求同意施測的家庭照顧者作為問卷施測對象，或是利用照顧服務員前往家庭提供服務的時間，同時遞交問卷給家庭照顧者填答並回收。

問卷內容區分為六大部份。第一部份是瞭解家庭照顧者提供照顧的情形，包含與受照顧者的關係、照顧時間（年數）、平均每日陪伴時數、平均連續睡眠時數、是否同住、是否使用外籍看護工與看護費用、家庭主要收入金額與來源、平均每月醫療費用、照顧責任與因應方式等，同時設計家庭照顧者情緒量表，瞭解家庭照顧者面對照顧責任時的情緒與感受。

第二部份則是受照顧者的基本資料，包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、居住狀況、接受照顧原因與生活自理能力等。

第三部份則是瞭解家庭照顧者對教育訓練課程的需求，包含是否使用電腦網路、是否參加過教育訓練課程、已參加教育訓練課程類型、未參加課程的原因、醫療照顧知識的認知、社會資源的瞭解等。

第四部份為教育訓練課程執行的形式與內容，包含課程提供模式(到宅或定點等)、課程時間、課程地點、授課形式、可接受教育訓練的相關資源(電腦、網路、廣播、戲劇等)。

第五部份為家庭照顧者基本資料，包含居住縣市、性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、就業狀況、宗教信仰、籍貫、自覺健康狀況、參加保險類型等。

第六部份為開放式問答，提供給照顧者填寫想表達的話語。

為確問卷內容的代表性與合適性，研究者依據文獻資料、座談會及焦點團體實務經驗訪談，發展出本研究問卷，且經由顧問小組專家學者的檢視與討論，並邀請家庭照顧者進行問卷初步測試後才定稿。信度部分，則考量家庭照顧者個人經驗的重要性與唯一性，透過各機構的協助找到目標對象進行正式問卷的施測。有關研究倫理部分，除事前徵求單位同意，募得自願參予者，同時在問卷說明欄位留下聯絡方式，以便受訪者聯繫溝通內容，以確保問卷的可信度。(詳細問卷內容請參考附錄十五)。

家庭照顧者基本資料分析

經篩選出有問題的部份，包含基本資料填答不完整或遺漏欄位過多等樣本，最終有效樣本為 782 份問卷。我們利用 SPSS 統計軟體作為主要的分析工具，並且利用 Microsoft EXCEL 作為整理數據表格的工具。

第一部份為填答者基本資料之統計，包含性別、年齡、居住地、教育程度、婚姻狀況等。以表 4-2-1 來看，在性別分布上，填答者中有近七成五（74.7%）為女性。女性擔任家庭照顧者角色的比例，與其他調查所呈現的結果類似，亦即相較於整體人口性別比例，仍屬偏高的狀況。

表 4-2-1：性別分配

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	男	197	25.2	25.3	25.3
	女	583	74.6	74.7	100.0
	總和	780	99.7	100.0	
遺漏值	999	2	.3		
總和		782	100.0		

表 4-2-2 則顯示不同年齡組的分佈狀況，其中以年齡介於 46~55 歲間的家庭照顧者人數與比例較高，佔 33.1%，其次為 56~65 歲間，佔 24.9%，再其次為 36~45 歲以上，佔 17.1%，顯示家庭照顧者平均年齡較高的狀況。

表 4-2-2：年齡組分佈

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	15 歲以下	1	.1	.1	.1
	16-25 歲	15	1.9	1.9	2.1
	26-35 歲	65	8.3	8.4	10.5
	36-45 歲	132	16.9	17.1	27.7
	46-55 歲	255	32.6	33.1	60.8
	56-65 歲	192	24.6	24.9	85.7
	66-75 歲	64	8.2	8.3	94.0
	76 歲以上	46	5.9	6.0	100.0
總和		770	98.5	100.0	
遺漏值	系統界定的遺漏	12	1.5		
總和		782	100.0		

表 4-2-3 為照顧者居住縣市之分佈，由於此次問卷之發送係以社會福利機構為單位，因此回收問卷之份數與各縣市人口比例並非成等比例之關係。由表 4-2-3 中可知，南部（包含嘉義縣市、雲林縣、台南縣市、高雄市、屏東縣市等）與東部地區（包含宜蘭縣市、花蓮縣市、台東縣市等）為回收問卷份數較多的地區，其次為中部（包含苗栗縣、台中市、彰化縣、南投縣等）與北部地區（包含基隆市、台北市、新北市、桃園縣市、新竹縣市等）。除都會地區外亦包含偏遠地區，整體而言回收之問卷可兼顧各區域的差異。

表 4-2-3：居住縣市分佈

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 北部地區	160	20.5	20.5	20.5
中部地區	168	21.5	21.6	42.1
南部地區	213	27.2	27.3	69.4
東部地區	238	30.4	30.6	100.0
總和	779	99.6	100.0	
遺漏值 系統界定的遺漏	3	.4		
總和	782	100.0		

表 4-2-4 為教育程度分佈狀況，此次填答問卷之照顧者教育程度以高中或高職程度為最多，佔 36.3%，其次為大學或學院程度，佔 26.8%，再其次為小學或小學以下，合計佔 20.8%。

表 4-2-4：教育程度分佈

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 未就學	37	4.7	4.8	4.8
小學	124	15.9	16.0	20.7
國中	100	12.8	12.9	33.6
高中職	282	36.1	36.3	69.9
大學/大專	208	26.6	26.8	96.7
研究所	24	3.1	3.1	99.7
其他	2	.3	.3	100.0
總和	777	99.4	100.0	
遺漏值 999	5	.6		
總和	782	100.0		

表 4-2-5 為婚姻狀況分佈，75.4%的受訪者為已婚，其次為未婚者佔 14.3%，離婚與喪偶者合計為 9.3%。

表 4-2-5：婚姻狀況分佈

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 未婚	112	14.3	14.3	14.3
已婚	589	75.3	75.4	89.8
離婚	48	6.1	6.1	95.9
喪偶	25	3.2	3.2	99.1
同居	4	.5	.5	99.6
分居	2	.3	.3	99.9
其他	1	.1	.1	100.0
總和	781	99.9	100.0	
遺漏值 999	1	.1		
總和	782	100.0		

表 4-2-6 為照顧者的就業狀況，填答「家管」者為最多，佔 33%，其次為填答「全職全薪」者，佔 26.2%。再其次為填答「退休」與「兼職」者較多，分別佔 12.7%與 10.9%。回答「家管」或「退休」者因為照顧家人而選擇離職或退休的比例，約佔有回答者中的 21.5% (n=482)。

表 4-2-6：家庭照顧者的就業狀況

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 全職全薪	204	26.1	26.2	26.2
兼職	85	10.9	10.9	37.1
自營	45	5.8	5.8	42.9
失業	55	7.0	7.1	49.9
謀職中	8	1.0	1.0	51.0
學生	7	.9	.9	51.9
家管	257	32.9	33.0	84.9
退休	99	12.7	12.7	97.6
其他	19	2.4	2.4	100.0
總和	779	99.6	100.0	
遺漏值 999	3	.4		
總和	782	100.0		

表 4-2-7 為家庭照顧者的宗教信仰，36%為佛教、26.1%為道教，其次為無宗教信仰者佔 18.3%，基督教與天主教合計佔 18.7%。

表 4-2-7：家庭照顧者的宗教信仰

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 無	141	18.0	18.3	18.3
佛教	277	35.4	36.0	54.3
道教	201	25.7	26.1	80.4
基督教	118	15.1	15.3	95.7
天主教	26	3.3	3.4	99.1
伊斯蘭教	1	.1	.1	99.2
其他	6	.8	.8	100.0
總和	770	98.5	100.0	
遺漏值 999	12	1.5		
總和	782	100.0		

表 4-2-8 為家庭照顧者的籍貫，64.1%填答「閩南籍」，15.5%填答為「外省籍」，填答為「原住民」與「客家籍」分別為 9.5%與 8.1%，新移民（包含中國、東南亞與其他國籍）約佔 2.4%。

表 4-2-8：家庭照顧者的籍貫

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 外省籍	119	15.2	15.5	15.5
閩南籍	493	63.0	64.1	79.6
客家籍	62	7.9	8.1	87.6
原住民	73	9.3	9.5	97.1
其他本國籍	3	.4	.4	97.5
中國	17	2.2	2.2	99.7
東南亞	1	.1	.1	99.9
其他外國籍	1	.1	.1	100.0
總和	769	98.3	100.0	
遺漏值 999	13	1.7		
總和	782	100.0		

表 4-2-9 為自評健康狀況，回答「普通」的佔 41.6%，回答「好」的佔 25.1%，回答「不好」佔 19.4%。

表 4-2-9：家庭照顧者的自評健康狀況

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 健康狀況很好	86	11.0	11.1	11.1
健康狀況好	195	24.9	25.1	36.2
普通	323	41.3	41.6	77.7
健康狀況不好	151	19.3	19.4	97.2

	健康狀況很不好	22	2.8	2.8	100.0
	總和	777	99.4	100.0	
遺漏值	999	5	.6		
	總和	782	100.0		

照顧情形的瞭解

第二部份為照顧情形的瞭解，表 4-2-10 為照顧者與受照顧者之關係，填答者依本身照顧的狀況填答與受照顧者間之關係，其中填答受照顧者為父母之比例佔 40%，其次回答受照顧者為配偶的比例為 22.5%，再其次為配偶父母佔 15.6%，顯示出受訪的照顧者主要照顧對象依序為父母、配偶與配偶之父母。

表 4-2-10：與受照顧者之關係分析

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 父母	313	40.0	40.0	40.0
配偶父母	122	15.6	15.6	55.6
兄弟姊妹	28	3.6	3.6	59.2
配偶	176	22.5	22.5	81.7
子女	98	12.5	12.5	94.2
其他	45	5.8	5.8	100.0
總和	782	100.0	100.0	

表 4-2-11 為照顧的時間已經多久了，填答「2~5 年間」的佔 26.2%，「5~10 年間」佔 25%，2 年以下合計約佔 26.1%。

表 4-2-11：照顧時間的長短

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 一年以下（含一年）	90	11.5	11.7	11.7
1-2 年	111	14.2	14.4	26.1
2-5 年	202	25.8	26.2	52.3
5-10 年	193	24.7	25.0	77.3
10-15 年	69	8.8	8.9	86.3
15-20 年	49	6.3	6.4	92.6
20 年以上	57	7.3	7.4	100.0
總和	771	98.6	100.0	
遺漏值 999	11	1.4		
總和	782	100.0		

表 4-2-12 為每日陪伴受照顧者的平均時數，填答 16 小時以上者佔 33.60%，其次為 5~8 小時佔 21.41%，4 小時以內者佔 20.60%。

表 4-2-12：每日平均陪伴受照顧者的時數

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	4 小時以內	152	19.44	20.60	20.60
	5~8 小時	158	20.20	21.41	42.01
	9~12 小時	107	13.68	14.50	56.51
	13~16 小時	73	9.34	9.89	66.40
	16 小時以上	248	31.71	33.60	100.00
	總和	738	94.4	100.0	
遺漏值	999	44	5.6		
總和		782	100.0		

表 4-2-13 為家庭照顧者在負擔照顧責任下每天連續睡眠時間的統計，約 3 成（34.8%）可達 6 個小時的連續睡眠時間，29.5% 則未達 6 小時；另外，高達 81.2% 的家庭照顧者與受照顧者同住（n=778），而僅有 171 位僱用看護協助照顧工作。僱用看護之家庭照顧者有 75.4%（n=138）僱用外籍看護工協助照顧工作，每月看護費用平均落在 1 萬至 3 萬元之間的居多，佔 73.3%（n=161）。16.1% 回答在 3 萬元以上，10.6% 回答低於 1 萬元。

表 4-2-13：每日連續睡眠時間

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	0	1	.1	.1	.1
	1	4	.5	.5	.7
	2	10	1.3	1.3	2.0
	3	29	3.7	3.9	5.9
	4	74	9.5	9.8	15.7
	5	104	13.3	13.8	29.5
	6	262	33.5	34.8	64.4
	7	116	14.8	15.4	79.8
	8	142	18.2	18.9	98.7
	9	4	.5	.5	99.2
	10	5	.6	.7	99.9
	12	1	.1	.1	100.0
總和	752	96.2	100.0		
遺漏值	999	30	3.8		
總和		782	100.0		

至於目前照顧的方式，表 4-2-14 顯示有 37.3% 回答除自己外有其他家屬協助，但仍有高達 33.1% 表示只有自己照顧，其餘由家屬輪流照顧或是與家屬及看護輪流照顧的比例合計近 3 成。至於家庭總收入的部份，表 4-2-15 顯示受訪者平均分佈在不同所得層級，但略偏向所得在 3 萬元以下者，佔 51.7% (n=743)。所得在 6 萬元以上的家庭僅約 10%，顯示有照顧需求的家庭普遍經濟狀況均不算良好。若是將主要收入來源做複選題分析，表 4-2-16 顯示與其他來源比較，近 48.1% 來自於薪資，來自政府補助僅佔 21.0%，再其次為退休金 17.5%。

表 4-2-14：目前照顧失能家人的方式

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	僅自己一位家屬照顧	253	32.4	33.1	33.1
	由一位家屬主要照顧，有其他家屬協助	285	36.4	37.3	70.4
	家屬輪流照顧	89	11.4	11.6	82.1
	家屬與看護輪流照顧	125	16.0	16.4	98.4
	其他	12	1.5	1.6	100.0
	總和	764	97.7	100.0	
遺漏值	999	18	2.3		
總和		782	100.0		

表 4-2-15：家中每月總收入

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	10000 元以下	101	12.9	13.6	13.6
	10001-20000 元	146	18.7	19.7	33.2
	20001-30000 元	137	17.5	18.4	51.7
	30001-40000 元	118	15.1	15.9	67.6
	40001-50000 元	85	10.9	11.4	79.0
	50001-60000 元	74	9.5	10.0	89.0
	60000 元以上	82	10.4	11.0	100.0
	總和	743	95.0	100.0	
遺漏值	999	39	5.0		
總和		782	100.0		

表 4-2-16：家中主要收入來源的複選題分析

		反應值		觀察值百分比
		個數	百分比	
收入來源複選	收入來源-薪資	450	48.1%	58.6%
	收入來源-政府補助	197	21.0%	25.7%
	收入來源-民間補助	17	1.8%	2.2%

收入來源-退休金	164	17.5%	21.4%
收入來源-保險金	18	1.9%	2.3%
收入來源-其他	90	9.6%	11.7%
總數	936	100.0%	121.9%

當詢問受訪者關於照顧責任歸屬問題時，高達 75.7% (n=760) 認為政府和家庭都有責任，22.1%認為責任在家庭身上。有 40.5% (n=768) 的受訪者表示有第二位以上的家人需要照顧，主要為子女、父母及配偶。當詢問受訪者對於照顧一事是否有選擇權時，近 68.3%的受訪者回答沒有選擇權，且有近 55.5%回答「這是家庭責任」，回答「自己選擇成為照顧者」的比例僅約 16.1%；另外，近 3 成回答若不接受照顧工作可能受到來自其他親屬的指責，顯示親屬間的相互照顧責任仍是台灣家庭主要的宿命。

表 4-2-17 則是家庭成員中誰來分擔照顧工作的複選分析，表中的數據顯示配偶、手足與子女是分擔照顧工作的主要族群。

表 4-2-17：分擔照顧工作的其他家庭成員

	反應值		觀察值百分比
	個數	百分比	
分攤照顧複選 ^a			
分攤照顧-配偶	232	29.1%	43.5%
分攤照顧-同居人	3	.4%	.6%
分攤照顧-祖父母	2	.3%	.4%
分攤照顧-母	70	8.8%	13.1%
分攤照顧-父	35	4.4%	6.6%
分攤照顧-子女	199	25.0%	37.3%
分攤照顧-手足	222	27.9%	41.7%
分攤照顧-其他家人	19	2.4%	3.6%
分攤照顧-其他	8	1.0%	1.5%
分攤照顧-拒答	7	.9%	1.3%
總數	797	100.0%	149.5%

受照顧者基本資料分析

第三部份為受照顧者的基本資料分析。受照顧者的性別分佈，女性略高於男性，分別為 52%對上 48% (n=767)，表 4-2-18 為受照顧者的年齡分佈狀況，整體而言高齡者居多，其中受照顧者年齡在 76 歲以上者高達 51.2% (n=754)，若加計 55 歲以上的部份，則近 77.7%都可稱為廣義的高齡者，顯示老人族群為主要的被照顧對象。

表 4-2-18：受照顧者年齡分組

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 15 歲以下	19	2.4	2.5	2.5
16-25 歲	34	4.3	4.5	7.0
26-35 歲	38	4.9	5.0	12.1
36-45 歲	26	3.3	3.4	15.5
46-55 歲	50	6.4	6.6	22.1
56-65 歲	86	11.0	11.4	33.6
66-75 歲	115	14.7	15.3	48.8
76 歲以上	386	49.4	51.2	100.0
總和	754	96.4	100.0	
遺漏值 系統界定的遺漏	28	3.6		
總和	782	100.0		

其次，在受照顧者的教育程度部份，不識字或自學（沒有正式學歷）的比例較高，合計約佔 35.9%（n=758），其次為國小程度佔 26.8%。另外在婚姻狀況部份，已婚者比例最高為 52.5%（n=767），其次為喪偶者佔 28.7%，未婚者則為 16.0%。

表 4-2-19：受照顧者教育程度

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不識字	237	30.3	31.3	31.3
自學	35	4.5	4.6	35.9
國小	203	26.0	26.8	62.7
國（初）中	88	11.3	11.6	74.3
高中（職）	124	15.9	16.4	90.6
大學或大專	68	8.7	9.0	99.6
研究所及以上	3	.4	.4	100.0
總和	758	96.9	100.0	
遺漏值 999	24	3.1		
總和	782	100.0		

表 4-2-20：受照顧者的婚姻狀況

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 已婚	403	51.5	52.5	52.5
未婚	123	15.7	16.0	68.6
離婚	12	1.5	1.6	70.1
喪偶	220	28.1	28.7	98.8
同居	5	.6	.7	99.5

	分居	2	.3	.3	99.7
	其他	2	.3	.3	100.0
	總和	767	98.1	100.0	
遺漏值	999	15	1.9		
總和		782	100.0		

表 4-2-21 為受照顧者與家人是否共同居住的狀況，與年齡主要為高齡者的狀況相近，回答「與固定子女同住」的比例最高，佔回答者的 30.1% (n=767)，其次為「與配偶及固定子女同住」，佔 25.0%。

表 4-2-21：受照顧者與家人同住狀況

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	獨居	42	5.4	5.5	5.5
	與父母同住	115	14.7	15.0	20.5
	只與配偶同住	129	16.5	16.8	37.3
	與配偶及固定子女同住	192	24.6	25.0	62.3
	與固定子女同住	231	29.5	30.1	92.4
	輪流與子女同住	22	2.8	2.9	95.3
	與手足同住	14	1.8	1.8	97.1
	其他	22	2.8	2.9	100.0
	總和	767	98.1	100.0	
遺漏值	999	15	1.9		
總和		782	100.0		

表 4-2-22 呈現的數據為受照顧者的身體狀況，此為複選題，回答次數最多的為肢體障礙，佔 22.8%，其次為失智，佔 17.2%，中風佔 17.0%，此三類受照顧者的身體狀況佔總填答次數的比例合計為 57.0%。其餘如精神障礙、智能障礙、多重障礙等亦佔有一定比例，顯示受照顧者身體或疾病類型呈現出多變的狀況。另外，當問及受照顧者是否有管路需要照護時，有近 26.2% (n=781) 回答有管路需要照顧，其中填答「鼻胃管」的有 129 位，「導尿管」76 位，「氣切管」37 位，「其他管路」的有 14 位。至於生活自理能力部份，有近 27.5% (n=767) 屬於沒有生活自理能力需要他人協助。最後，當詢問是否領有身心障礙手冊時，有 72.8% 領有各類身心障礙手冊，並且仍以肢體障礙與多重障礙類別的領證人數較多。

表 4-2-22：受照顧者身體狀況

	反應值		觀察值百分比
	個數	百分比	
被照顧原因複選 ^a 照顧原因-失智	200	17.2%	26.0%

照顧原因-精神障礙	65	5.6%	8.5%
照顧原因-自閉	14	1.2%	1.8%
照顧原因-智能障礙	53	4.5%	6.9%
照顧原因-中風	198	17.0%	25.8%
照顧原因-植物人	27	2.3%	3.5%
照顧原因-肢障	266	22.8%	34.6%
照顧原因-視障	25	2.1%	3.3%
照顧原因-脊髓損傷	42	3.6%	5.5%
照顧原因-多重	109	9.4%	14.2%
照顧原因-重器障	34	2.9%	4.4%
照顧原因-老化	40	3.4%	5.2%
照顧原因-其他	92	7.9%	12.0%
總數	1165	100.0%	151.7%

教育訓練課程需求分析

第四部份為瞭解家庭照顧者對於教育訓練課程的需求分析。其中有 46.3% 的受訪者 (n=769) 會使用電腦與網路，而且僅有 20.7% (n=770) 過去或目前有參加過教育訓練課程。進一步瞭解受訪者不參加教育訓練課程的原因，表 4-2-23 顯示回答「抽不開身、分身乏術」為所有回應次數中最多的，佔 27.6%，其次為「沒聽過」的佔 26.2%，再就是「無力前往」佔 15.0%。顯示多數家庭照顧者基於照顧責任與壓力的牽絆，難以出門或自我封閉的狀況相當明顯，對於各類教育訓練課程的認知不足，以至於影響教育訓練的使用狀況。

表 4-2-23：未參加教育訓練課程的原因分析（複選）

	反應值		觀察值百分比
	個數	百分比	
未參加課程複選 ^a 上課地點太遠	54	5.7%	9.0%
抽不開身	263	27.6%	43.8%
無力前往	143	15.0%	23.8%
沒聽過	250	26.2%	41.6%
外人無法教	35	3.7%	5.8%
不知道用處	66	6.9%	11.0%
無交通費用	29	3.0%	4.8%
不想多花錢	48	5.0%	8.0%
其他	65	6.8%	10.8%
總數	953	100.0%	158.6%

表 4-2-24 則是詢問受訪者曾經參加過的教育訓練課程有哪些？結果顯示「照顧技巧」與「疾病認識」為參加次數較多的類型，其次為「認識資源」、「環境安全」、「身心調適」、「營養照顧」、「溝通技巧」、「用藥安全」等部份。另外，有近 3 成的受訪者(n=750)回答曾接受過其他支持性服務如諮詢或喘息服務，對於教育訓練課程的辦理方式，時間上沒有明顯偏好，從每月多次、每月一次、每季一次等選項，選擇比例相當接近。至於每次辦理的時間，60.4%的受訪者認為以 2 小時內最適宜。

至於甚麼情況下會願意參與教育訓練課程的問題，表 4-2-25 顯示依據填答次數多寡排序依次為「課程主題符合自身需求」、「上課時間剛好有空」、「有替代照顧人力」與「上課地點近」為最受歡迎的選項，顯示對於家庭照顧者而言，所需要的教育訓練安排，必須是符合家庭照顧者與受照顧者狀況的個別化需求的滿足，而不只是定型化講座或課程的辦理而已。家庭照顧者更在乎的是訓練主題是否切合自身需求？時間與地點是否具有可近性？參與課程時是否有提供喘息服務等替代性照顧人力？因此在規劃相關教育訓練服務的提供時，就必須同時考量需求並且做彈性的處理，方能有效提昇教育訓練的基本效益。

表 4-2-24：曾經參加教育訓練課程的類型分析（複選）

	反應值		觀察值百分比
	個數	百分比	
曾參加課程複選 ^a			
疾病認識	100	8.6%	62.5%
照顧技巧	135	11.7%	84.4%
用藥安全	72	6.2%	45.0%
營養照顧	80	6.9%	50.0%
環境安全	86	7.4%	53.8%
家務管理	47	4.1%	29.4%
親職教育	47	4.1%	29.4%
健康促進	46	4.0%	28.8%
理財規劃	28	2.4%	17.5%
認識資源	90	7.8%	56.3%
相關法律	46	4.0%	28.8%
溝通技巧	80	6.9%	50.0%
口腔清潔	69	6.0%	43.1%
三管照護	50	4.3%	31.3%
身心調適	81	7.0%	50.6%
身後準備	26	2.2%	16.3%
悲傷輔導	36	3.1%	22.5%
生涯規劃	25	2.2%	15.6%
職涯探索	13	1.1%	8.1%
其他課程	1	.1%	.6%
總數	1158	100.0%	723.8%

表 4-2-25：在甚麼情況下會參加教育訓練課程？

	反應值		觀察值百分比
	個數	百分比	
參加誘因複選 ^a			
替代照顧	336	18.5%	45.6%
交通協助	146	8.1%	19.8%
地點近	313	17.3%	42.5%
在家上課	109	6.0%	14.8%
符合需求	414	22.8%	56.2%
時間有空	345	19.0%	46.8%
認識新朋友	60	3.3%	8.1%
有人陪伴	59	3.3%	8.0%
其他原因	30	1.7%	4.1%
總數	1812	100.0%	245.9%

至於家庭照顧者對於教育訓練課程的內容與課程主題的需要程度，區分為「醫療照護相關知識」、「家務管理」、「情感支持」與「社會資源服務」等四部份，每一部分羅列幾個小題請受訪者回答需要的程度。在醫療照護相關知識部份，回答「需要」的比例都在7成以上，其中「身體照顧技巧」(83.0%)及「突發狀況處理」(82.5%)則有高達8成的受訪者認為需要。第二部份家務管理則略低，分別只有6成左右的受訪者認為需要。第三部份情感支持則有「溝通技巧」(70.7%)、「身心壓力調適」(69.8%)以及「學習倡導為自己發聲」(65.8%)等三項回答需要的比例較高，其餘三個選項也有近6成回答需要。第四部份社會資源服務則有「認識資源」(76.2%)與「認識法律」(67.7%)等兩項回答需要的比例較高。詳細數據請參考表 26 至表 48 的說明。

表 4-2-26：瞭解疾病狀況的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的				
不清楚是否需要	62	7.9	8.1	8.1
需要	602	77.0	78.6	86.7
不需要	102	13.0	13.3	100.0
總和	766	98.0	100.0	
遺漏值	999	16	2.0	
總和	782	100.0		

表 4-2-27：身體照顧技巧指導的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的				
不清楚是否需要	49	6.3	6.4	6.4
需要	638	81.6	83.0	89.3
不需要	82	10.5	10.7	100.0
總和	769	98.3	100.0	

遺漏值	999	13	1.7		
總和		782	100.0		

表 4-2-28：行為問題與處理指導的需求

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	不清楚是否需要	76	9.7	10.1	10.1
	需要	544	69.6	72.1	82.1
	不需要	135	17.3	17.9	100.0
	總和	755	96.5	100.0	
遺漏值	999	27	3.5		
總和		782	100.0		

表 4-2-29：突發狀況與疾病監測的需求

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	不清楚是否需要	46	5.9	6.0	6.0
	需要	631	80.7	82.5	88.5
	不需要	88	11.3	11.5	100.0
	總和	765	97.8	100.0	
遺漏值	999	17	2.2		
總和		782	100.0		

表 4-2-30：飲食配置與營養衛教指導的需求

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	不清楚是否需要	62	7.9	8.1	8.1
	需要	571	73.0	74.3	82.3
	不需要	136	17.4	17.7	100.0
	總和	769	98.3	100.0	
遺漏值	999	13	1.7		
總和		782	100.0		

表 4-2-31：運動衛教的需求

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	不清楚是否需要	68	8.7	8.8	8.8
	需要	549	70.2	71.4	80.2
	不需要	152	19.4	19.8	100.0
	總和	769	98.3	100.0	

遺漏值 999	13	1.7		
總和	782	100.0		

表 4-2-32：用藥安全的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	51	6.5	6.7	6.7
需要	575	73.5	75.2	81.8
不需要	139	17.8	18.2	100.0
總和	765	97.8	100.0	
遺漏值 999	17	2.2		
總和	782	100.0		

表 4-2-33：醫療器材或輔具運用的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	62	7.9	8.1	8.1
需要	550	70.3	71.9	80.0
不需要	153	19.6	20.0	100.0
總和	765	97.8	100.0	
遺漏值 999	17	2.2		
總和	782	100.0		

表 4-2-34：居家環境安全指導的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	58	7.4	7.6	7.6
需要	539	68.9	70.5	78.1
不需要	167	21.4	21.9	100.0
總和	764	97.7	100.0	
遺漏值 999	18	2.3		
總和	782	100.0		

表 4-2-35：瞭解如何做好家務管理的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	74	9.5	9.7	9.7
需要	452	57.8	59.0	68.7
不需要	240	30.7	31.3	100.0
總和	766	98.0	100.0	
遺漏值 999	16	2.0		

總和	782	100.0		
----	-----	-------	--	--

表 4-2-36：學習做好理財規劃的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	77	9.8	10.1	10.1
需要	453	57.9	59.4	69.6
不需要	232	29.7	30.4	100.0
總和	762	97.4	100.0	
遺漏值 999	20	2.6		
總和	782	100.0		

表 4-2-37：學習有效率應用照顧清單的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	78	10.0	10.2	10.2
需要	499	63.8	65.3	75.5
不需要	187	23.9	24.5	100.0
總和	764	97.7	100.0	
遺漏值 999	18	2.3		
總和	782	100.0		

表 4-2-38：學習溝通技巧的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	64	8.2	8.3	8.3
需要	543	69.4	70.7	79.0
不需要	161	20.6	21.0	100.0
總和	768	98.2	100.0	
遺漏值 999	14	1.8		
總和	782	100.0		

表 4-2-39：學習調適身心壓力的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	79	10.1	10.3	10.3
需要	537	68.7	69.8	80.1
不需要	153	19.6	19.9	100.0
總和	769	98.3	100.0	
遺漏值 999	13	1.7		
總和	782	100.0		

表 4-2-40：學習悲傷調適的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	113	14.5	14.7	14.7
需要	458	58.6	59.6	74.3
不需要	197	25.2	25.7	100.0
總和	768	98.2	100.0	
遺漏值 999	14	1.8		
總和	782	100.0		

表 4-2-41：學習倡導為自己發聲的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	106	13.6	13.8	13.8
需要	506	64.7	65.8	79.6
不需要	157	20.1	20.4	100.0
總和	769	98.3	100.0	
遺漏值 999	13	1.7		
總和	782	100.0		

表 4-2-42：提供支持團體課程的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	131	16.8	17.1	17.1
需要	420	53.7	54.8	71.9
不需要	215	27.5	28.1	100.0
總和	766	98.0	100.0	
遺漏值 999	16	2.0		
總和	782	100.0		

表 4-2-43：家庭照顧者聯誼活動的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	120	15.3	15.6	15.6
需要	432	55.2	56.3	72.0
不需要	215	27.5	28.0	100.0
總和	767	98.1	100.0	
遺漏值 999	15	1.9		
總和	782	100.0		

表 4-2-44：認識社會資源的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	68	8.7	8.8	8.8
需要	586	74.9	76.2	85.0
不需要	115	14.7	15.0	100.0
總和	769	98.3	100.0	
遺漏值 999	13	1.7		
總和	782	100.0		

表 4-2-45：認識法律程序與相關保障的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	91	11.6	11.8	11.8
需要	521	66.6	67.7	79.5
不需要	158	20.2	20.5	100.0
總和	770	98.5	100.0	
遺漏值 999	12	1.5		
總和	782	100.0		

表 4-2-46：認識受照顧者就業服務的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	89	11.4	11.6	11.6
需要	446	57.0	58.1	69.8
不需要	232	29.7	30.2	100.0
總和	767	98.1	100.0	
遺漏值 999	15	1.9		
總和	782	100.0		

表 4-2-47：認識受照顧者就學資源的需求

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 不清楚是否需要	92	11.8	12.0	12.0
需要	433	55.4	56.6	68.6
不需要	240	30.7	31.4	100.0
總和	765	97.8	100.0	
遺漏值 999	17	2.2		
總和	782	100.0		

表 4-2-48：認識受照顧者身後準備的需求

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	不清楚是否需要	106	13.6	13.8	13.8
	需要	433	55.4	56.4	70.2
	不需要	229	29.3	29.8	100.0
	總和	768	98.2	100.0	
遺漏值	999	14	1.8		
總和		782	100.0		

教育訓練課程形式之分析

最後一個部份則是想瞭解家庭照顧者對於未來規劃教育訓練課程時的上課形式、上課時段、上課協助等部份的意見。就上課形式部份，以喜歡或非常喜歡的選項合併計算可以發現，「座談授課」的比例合計為 39.0%，「到府個別授課」的比例合計為 33.6%，「經由網路實況視訊授課」的比例合計為 22.6%，「影音資料函授課程」合計為 39.3%，「透過電話由專業人員一對一諮詢」合計為 48.8%，顯示目前透過電話諮詢為較受歡迎的形式之一，其次為影音函授以及座談授課這兩種形式。電話諮詢之所以有較高的偏好，研判應該與目前社會福利團體提供電話諮詢服務最為普及有關。

另外就自助團體的三種形式（照顧者自行討論、照顧者互選領導者帶領討論、專業人員協助帶領討論）而言，其合併的偏好比例分別為 28.6%、26.0%、35.9%，顯示由專業人員帶領的自助團體討論形式較受歡迎。

至於在上課時段的偏好部份，分為週一至週五的白天時段（28.3%）、週一至週五的晚上時段（20.0%）、假日的白天時段（26.5%）、假日的晚上時段（17.3%），顯示家庭照顧者比較偏好週間或假日的白天，晚上尤其是假日的時段則較少人願意出來上課。最後，在上課協助的部份，合計有近 50.2%認為喘息服務有幫助，34.4%認為交通協助有幫助。詳細數據請參見表 4-2-49 至表 4-2-62 的說明。

表 4-2-49：座談授課形式的偏好

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	28	3.6	3.7	3.7
	喜歡	266	34.0	35.3	39.0
	普通	375	48.0	49.8	88.8
	不喜歡	71	9.1	9.4	98.3
	非常不喜歡	13	1.7	1.7	100.0
	總和	753	96.3	100.0	
遺漏值	999	29	3.7		
總和		782	100.0		

表 4-2-50：到家授課形式的偏好

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	52	6.6	6.9	6.9
	喜歡	200	25.6	26.7	33.6
	普通	291	37.2	38.8	72.4
	不喜歡	171	21.9	22.8	95.2
	非常不喜歡	36	4.6	4.8	100.0
	總和	750	95.9	100.0	
遺漏值	999	32	4.1		
總和		782	100.0		

表 4-2-51：網路授課形式的偏好

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	13	1.7	1.7	1.7
	喜歡	156	19.9	20.9	22.6
	普通	296	37.9	39.6	62.2
	不喜歡	224	28.6	29.9	92.1
	非常不喜歡	59	7.5	7.9	100.0
	總和	748	95.7	100.0	
遺漏值	999	34	4.3		
總和		782	100.0		

表 4-2-52：影音函授課程形式的偏好

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	40	5.1	5.3	5.3
	喜歡	258	33.0	34.0	39.3
	普通	288	36.8	38.0	77.3
	不喜歡	136	17.4	17.9	95.3
	非常不喜歡	36	4.6	4.7	100.0
	總和	758	96.9	100.0	
遺漏值	999	24	3.1		
總和		782	100.0		

表 4-2-53：電話諮詢服務的偏好

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	56	7.2	7.4	7.4
	喜歡	312	39.9	41.4	48.8
	普通	294	37.6	39.0	87.8
	不喜歡	81	10.4	10.7	98.5
	非常不喜歡	11	1.4	1.5	100.0
	總和	754	96.4	100.0	
遺漏值	999	28	3.6		
總和		782	100.0		

表 4-2-54：自助團體-由照顧者自行討論

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	26	3.3	3.5	3.5
	喜歡	189	24.2	25.1	28.6
	普通	366	46.8	48.6	77.2
	不喜歡	153	19.6	20.3	97.5
	非常不喜歡	19	2.4	2.5	100.0
	總和	753	96.3	100.0	
遺漏值	999	29	3.7		
總和		782	100.0		

表 4-2-55：自助團體-由照顧者互選領導者帶領討論

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	28	3.6	3.7	3.7
	喜歡	167	21.4	22.3	26.0
	普通	373	47.7	49.8	75.8
	不喜歡	156	19.9	20.8	96.7
	非常不喜歡	25	3.2	3.3	100.0
	總和	749	95.8	100.0	
遺漏值	999	33	4.2		
總和		782	100.0		

表 4-2-56：自助團體-由專業人員帶領討論

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	35	4.5	4.7	4.7
	喜歡	233	29.8	31.2	35.9

	普通	343	43.9	45.9	81.8
	不喜歡	115	14.7	15.4	97.2
	非常不喜歡	21	2.7	2.8	100.0
	總和	747	95.5	100.0	
遺漏值	999	35	4.5		
總和		782	100.0		

表 4-2-57：週間白天進行課程

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	24	3.1	3.4	3.4
	喜歡	176	22.5	24.9	28.2
	普通	259	33.1	36.6	64.8
	不喜歡	180	23.0	25.4	90.3
	非常不喜歡	69	8.8	9.7	100.0
	總和	708	90.5	100.0	
遺漏值	999	74	9.5		
總和		782	100.0		

表 4-2-58：週間晚上進行課程

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	21	2.7	3.0	3.0
	喜歡	118	15.1	17.0	20.0
	普通	244	31.2	35.1	55.1
	不喜歡	240	30.7	34.5	89.6
	非常不喜歡	72	9.2	10.4	100.0
	總和	695	88.9	100.0	
遺漏值	999	87	11.1		
總和		782	100.0		

表 4-2-59：假日白天進行課程

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	22	2.8	3.1	3.1
	喜歡	165	21.1	23.4	26.6
	普通	291	37.2	41.3	67.9
	不喜歡	180	23.0	25.6	93.5
	非常不喜歡	46	5.9	6.5	100.0
	總和	704	90.0	100.0	

遺漏值	999	78	10.0	
總和		782	100.0	

表 4-2-60：假日晚上進行課程

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	19	2.4	2.8	2.8
	喜歡	100	12.8	14.5	17.2
	普通	239	30.6	34.6	51.9
	不喜歡	255	32.6	37.0	88.8
	非常不喜歡	77	9.8	11.2	100.0
	總和	690	88.2	100.0	
遺漏值	999	92	11.8		
總和		782	100.0		

表 4-2-61：提供交通協助

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	60	7.7	8.0	8.0
	喜歡	209	26.7	28.0	36.1
	普通	217	27.7	29.1	65.1
	不喜歡	230	29.4	30.8	96.0
	非常不喜歡	30	3.8	4.0	100.0
	總和	746	95.4	100.0	
遺漏值	999	36	4.6		
總和		782	100.0		

表 4-2-62：提供喘息服務

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	非常喜歡	127	16.2	16.9	16.9
	喜歡	266	34.0	35.4	52.3
	普通	214	27.4	28.5	80.7
	不喜歡	123	15.7	16.4	97.1
	非常不喜歡	22	2.8	2.9	100.0
	總和	752	96.2	100.0	
遺漏值	999	30	3.8		
總和		782	100.0		

討論與建議

本次調查因時間上略嫌匆促，因此只能在有限時間內先針對目前各社會福利團體所服務的會員或個案進行調查，並呈現出一些關於家庭照顧者現況的初步數據與分析，期待未來能有機會可以針對全台灣的家庭照顧者做更細緻的完整調查。

第五章 研究過程所遭遇之問題與困難

本次研究透過很多人的幫忙才能在短時間完成，但過程中也遇到難題，描述如下：

壹、年長家庭照顧者填寫問卷有困難

有些照顧者係老老照顧，因此年紀都在 55-75 歲之間，常常有整頁漏答的狀況，或是將照顧者和受照顧者基本資料填相同的情形，因而成為無效題或變成無效問卷。還有，經機構反應，在填寫問卷過程照顧者因為閱讀或填答的困難，需要機構協助解釋完成，但我們也發現若由機構人員協助填答，通常會有引導，回應的答案相似性高，因此這部分我們在統計分析上就需要特別做處理。

貳、機構對家庭照顧者教育訓練辦理認知有很大差異

就家總在全國四區作研究的過程發現，不論政府部門或民間團體，對家庭照顧者教育訓練的認知程度有很大的差異！在剛開始聯繫的過程，有七成的機構表示以為教育訓練課程只是單指講座或座談型課程，是透過電話說明和參與焦點團體之後，才了解其多元的樣貌，並表示其實單位早就在發展多元型態，因為若不反應當地的照顧者需求，確實就無法讓服務順利的進入家庭。還有機構連家庭照顧者和有酬的照顧工作者(像是：外籍看護工)間的不同，都常搞混！因此，在討論過程需要一再澄清！據部分機構反應，因為外籍看護工就是家庭的替手資源，他們最直接接觸受照顧者，但他們的訓練卻缺乏，照顧者的訓練應該也讓外籍看護工能夠一起來上(但實際上還有語言的困難)，雖然不在此次議題討論，但也點出機構的想法。

我們也發現，各地單位很需要建置這種平台網絡，來交換彼此的想法，因此，焦點團體進行過程會聽到成員積極想表達對現有長照體制的建議，當然就會影響到團體進行的時間與深度，這點是進行焦點團體過程當中所遇到的難處。

參、研究案整體時間匆促

這次為了要廣收各地照顧者和機構的經驗，因此安排了 12 場焦點團體和發出 1015 份的問卷，時間非常趕，又正值過年及各單位的業務旺季(年初會議、年初新案送案、年初核銷工作、會員大會辦理等時期)，光連繫可以出席焦點團體的時間就拖到 3 月份和 6 月份辦理，回收問卷也花了 2 個多月的時間到 5 月份，整體的時間都很趕，不得不動員更多人力來協助整個研究工作，除了顧問小組的投入外，還多聘用 7 位研究生協助。我們比較擔心，因為時間上有壓力，因此，也無法讓團體的建議能夠完整的表達清楚，這是比較可惜的地方。

第六章 政策建議

壹、家庭照顧者一般性教育訓練架構與執行方式

一、家庭照顧者教育訓練課程執行方式

建議依區域性特色、資源，及照顧者的能力及個別需求，提供多元形式的課程模式，包括：講座型課程、支持團體型課程、據點式課程(巡迴式、定點式)、外展式關懷活動課程、個別一對一(到宅或定點)課程、教材工具、網路教學、大眾傳媒置入性等模式。讓多元模式都存在，但因地制宜，發展出符合當地需求的服務，務求達到普及性、可近性、友善能讓照顧者吸收的學習。

二、對家庭照顧者教育訓練課程的定位

目前多定位在知識層面的學習，將來發展必須兼顧知識性、技能性和情緒支持多方面的功能。滿足家庭照顧者得到身心靈成長的需求。

三、推動基礎課程與選修式進階課程機制

家庭照顧者教育訓練課程規劃以普遍性為原則，可以分為「基礎課程」和「進階課程」兩大類。基礎課程重視概念，進階課程則強調實作性。

基礎課程是提供給所有家庭照顧者參加的課程，以三個主題為主，內容包括：身體或心智失能的照顧技巧(概論性課程)、認識家庭照顧者(自我照顧課程與權益認識等)、對長照保險的認識(認識長照體系、法令、給付方式、資源等)，希望先讓家庭照顧者了解自我權益，了解需要哪些照顧技巧，再加上社會資源之運用，讓照顧的路能夠好好走，建議全國要統一：每個單元2小時，共6小時，建議3個月內上完。

進階課程以選修方式，提供給民眾自行選擇，有組合的彈性。可依家庭照顧者之需求選擇擬參加之課程，進階以「家庭照顧者權益」、「照顧技巧」、「照顧安排」、「家庭溝通」、「照顧專題」、「身心調適」、「身後準備」、「自我追尋」八大主題，再細分為二十三個課程，從家庭照顧者一開始會面對的問題到照顧工作結束，皆能夠透過課程知道如何處理它、面對它、放下它。

上課形式盡量多元，不一定要是集體式的上課模式，也可以透過到宅由專人提供服務，但要注意照顧者的吸收情形，否則容易流於形式，若遇到民眾不知道該如何選擇時，可請長照專員評估或其他專業人員提供建議。

照顧專題部分僅納入普遍的被照顧類型，因為考量需求量與成本問題，因此其他類型未納入此課程規劃，希望仍舊透過公務預算補助各組織辦理。以罕見疾病為例，雖未在照顧專題中特別安排課程，其仍有其他需求，可依需求參加課程。

課程時數規劃共計五十八小時，基礎為六小時，進階為五十二小時，除照顧技巧及支持團體外，原則上每課程皆規劃二小時，支持團體規畫八小時，分四次進行。由於家庭照顧者外出參加活動有其困難度，外出太久也會不放心家中的被照顧者，因此活動每場以二小時為主。

表 6-1 基礎課程

階段	主題	課程名稱	課程目標	課程內容	時數
初階	照顧技巧	疾病認識與失能照顧	提升照顧品質，減輕照顧者身體負擔	1. 照顧身體失能家人常見的問題與技巧概述 2. 照顧心智失能家人常見的問題與技巧概述	2
	家庭照顧者權益	認識家庭照顧者的角色與自我照顧	促進照顧者角色平衡與認知	照顧責任分擔：家務分工與家務有酬的概念 照顧中的性別角色 照顧者各種角色間的自我調適	2
	資源運用	政府及民間資源介紹	增進照顧支持，減輕照顧負擔	1. 認識長照體系服務(居家式服務、社區式服務、機構式服務、家庭照顧者支持性服務) 2. 相關法令 3. 社會福利與資源	2

表 6-2 進階課程

階段	主題	課程名稱	課程目標	課程內容	時數
	家庭照顧者權益	照顧者充權	提升照顧者對自我權益的認知	照顧者的照顧迷失 照顧的正向意義 家庭照顧者宣言 社會參與與權益倡導	2
	照顧技巧	照顧技巧	提升照顧品質，減輕照顧者身體負擔	擺位/轉位/移位技巧(含回覆示教)、翻身技巧(含回覆示教) 餵食技巧	2
				皮膚護理、褥瘡之處理	2

進 階	照顧 技巧			口腔/指甲的照顧 如何為患者洗澡及注意事項			
		用藥 安全	增進用藥知 識，減低用 藥風險	如何正確用藥、 認識藥物副作用 藥物的保存、 如何與醫師溝通用藥問題	2		
		環境安全 與輔具運 用	減輕照顧負 擔及維護被 照顧者居家 安全	輔具運用的重要性、輔具介紹 選用輔具的原則	2		
				如何打造無障礙環境 環境改善方案實例	2		
		對被照顧 者的認識 與接納	使照顧者了 解被照顧者 之身心狀 況，增進對 被照顧者之 接納與包容	需要被照顧者的特質與需求 被照顧者行為問題與因應 疾病的認識與健康危機(導致因素、 預後與復發)	2		
		自我保護 與危機處 理	提升照顧者 在照顧過程 中自我保護 的能力	在照顧過程中可能有的危機狀況 疏忽、虐待、遺棄及家暴之定義 保護服務網絡的認識 認識相關法律	2		
		社區生活 適應		就醫/就養/就學/就業問題之認識與 處理 照顧者在社區生活適應中的角色功 能 社區生活適應的方式	2		
		進 階	照顧 安排	家務 管理	增進工作效 率，減輕照 顧負擔	時間管理：有效運用有限的時間從事 照顧工作及家務 照顧清單運用：讓替代照顧者順利接 手照顧工作	2
				財務 規劃	減輕照顧者 經濟負擔	理財規劃 財務管理 信託制度介紹	2
			家庭 溝通	照顧 分工	減輕主要照 顧者負擔	如何召開家庭會議	2
溝通 技巧	提升照顧者 溝通技巧， 降低挫折與 無力感			老人、身心障礙者的社會心理 如何進行良性溝通 溝通時的注意事項 溝通演練	2		

照顧 專題	中風患者 的照護與 復健	了解如何照 顧中風家人	認識中風、中風患者的照顧 中風患者的復健 預後與禁忌	2
	三管照護 的認識與 操作	了解如何照 顧有管路之 患者	認識鼻胃管、導尿管、氣切管 鼻胃管之居家照顧方法 管灌飲食製作 抽痰技巧 氣切管之居家照顧方法 各類管路滑脫及阻塞的處理	2
	失智症患 者的照顧	增進對失智 症的了解與 照顧能力	認識失智症 失智症常見問題行為及處置方式 失智症照顧原則與技巧	2
身心 調適	經絡 理療	身體肌肉放 鬆	居家按摩紓壓方法 簡易復健(擺脫腰酸背痛)	2
	紓壓 課程	壓力調適與 情緒抒解	藝術治療 芳香治療 戶外紓壓	2
	家庭照顧 者支持團 體	透過連續性 的團體活 動，提供照 顧者紓發壓 力機會並與 其他照顧者 建立關係擴 大生活圈	照顧經驗分享 團體互動交流 (分為四次每次 2 小時)	8
	悲傷 輔導	協助減輕照 顧者對家人 死亡的悲傷	認識悲傷(含悲傷的反應、失落與悲 傷的類別、悲傷的時程等) 對悲傷調適的迷思，如不談、遺忘、 擔心失常等 悲傷調適的歷程與方法 如何自我照顧	2
身後 準備	臨終 關懷	協助照顧者 如何面對及 陪伴臨終之 被照顧者	面對死亡的準備 照顧臨終病患的壓力 照顧臨終病患的調適方式 對臨終患者的陪伴及溝通 協助預立遺囑	2
	安寧 療護	使照顧者了 解安寧療護	認識安寧療護 安寧照顧的重點	2

			的意義		
	自我 追尋	生涯 規畫	協助照顧者 面對未來的 人生	職業探索與規劃 如何擴展生活圈 活出自我	2
時數總計					58

四、家庭照顧者教育訓練或繼續教育辦理時機

一般來說可以分為四個時間：

1. 出院前或甫出院階段：

在出院準備期就是很好的提供時間，可以由專業人員提供個別實務指導，但也因為醫院和家裡的環境不同，因此，以基礎課程及簡易照顧技巧課程為考量。

2. 長照管理中心介入評估階段：

當長照管理專員進到家庭進行評估時，也是很好的時機，了解家庭照顧者的能力及支持系統、個別意願及所需配套措施，再安排提供多元服務。

3. 居服單位或其他社會福利單位媒合進入評估階段：

當接上長照服務或相關社會福利單位時，也是很好訓練介入的時間，由於各個疾病和障別的特殊性，有許多進階課程，就必須由專業機構來提供教育訓練較妥適。

4. 使用外籍看護工服務的階段：

有些家庭因為有 24 小時照顧服務需求，必須請外籍看護工來協助，在這個階段，如何選擇外籍看護工？如何溝通與合作，也是教育訓練介入的好時機。

五、教育訓練課程由誰來評估？決定需求？

建議既然教育訓練課程定位在支持性服務，因此就不應該具備強制性。但因為涉及保險給付，因此，針對每年照顧者可享有的課程時數，可以由專業人員進行評估，建議半年到一年搭配現有的評估機制進行。

貳、如何確保家庭照顧者教育訓練課程之服務品質

一、建議發展長照個案管理評估機制，提供整體式服務

目前的服務受限很多因素影響，導致家庭照顧者無法順利接受服務，因此建議將資源做整合，運用個案管理的機制，以家庭為中心，整體作考量，將家庭照顧者也視作需要幫助的個案，而非輔助者的角色，引進友善的公共資源，讓國家的角色共同介入，減輕照顧者的重擔。

二、發展「因地制宜」、「因人而異」，多元、互動、可參與型態的課程模式

家庭照顧者對課程的參與意願如前(第四章第一節第三點)所描述會受到三大因素影響，若依障別而言，像是：智障的照顧者通常從小照顧到大，因此對壓力紓解及戶外活動較積極參加，反倒是知識性課程參與意願較薄弱；精障和失智的家庭照顧者，則較偏向上社會資源及照顧技巧類課程，對舒壓類型的課程願意參加的照顧者較少；有使用外籍看護工照顧家中失能家人的家庭照顧者，較傾向到宅指導與示範，可以教自己和外籍看護工。因此多元型態的課程提供模式就變得相當重要。

有許多機構建議課程應該更名，很多照顧者聽到”教育訓練”就興趣缺缺，建議應該通稱為”支持性服務方案或課程”！並在各地廣設據點，讓照顧者能就近使用到服務，這在偏鄉和原鄉是很重要的建議。當地長照資源網絡據點若不足、專業人員又有限、課程提供模式選擇單一、又缺乏配套措施、專業人員也缺乏對照顧者的同理觀點情況下，照顧者使用服務的意願相對就不高！

照顧者上照顧技巧課程不一定一次就可以學會，所以重複上課應要被允許。另外，越來越多的家庭使用外籍看護工，照顧者也反應，會使用外籍看護工表示對照顧需求相對比較多！因此希望也能重視外籍看護工的訓練課程。

另外，提供技術示範是很重要的，畢竟知道和真的操作是兩件事情，對照顧者講解操作需要有耐心，必須重覆再重覆的說明，建議可以提供 DVD，不只是針對外籍看護工(越印菲)也可以針對原住民母語(太魯閣、布農、阿美)進行教學。

三、承辦單位必須兼顧運用資源、品質監測與掌握服務對象特性的能力

全國對承辦單位的能力都有很多建議，但也特別強調，要有實務經驗、在地性高、具備專業人力、掌握平台資源、及具備服務品質評核制度等等。

針對教育訓練課程承辦機構，建議應具備相關實務經驗再來承接較為妥適，包括：熟悉服務對象特性與需求(像是：理解照顧者面對的問題與內心掙扎)、曾服務或有合作管道可接觸在地服務對象、掌握當地資源網絡、具備與在地服務對象溝通的能力(像是：慣用語言模式、專業知能：對疾病特殊性與照顧需求的了解、信賴關係建立能力等)、有能力依服務對象需求安排多元形式的課程、有能力提供後續諮詢與服務媒合能力等，一般來說，以專業團體來承辦較合適，像是：身障、老人、照顧者、病友團體等。但部份區域若缺乏在地組織承辦，也可考慮由規模較大的組織協助輔導在地的數個小型組織承接，以提供可近性的服務。部份機構也建議承辦單位最好有兩年以上服務經驗，可優先取得承辦的資格。

針對承接機構專業人力組成及資格上，則提出應該具備專職、專業(以社工、心理、護理等為主)穩定的人力為首要考量。這是擔憂兼職或非專業人員沒有能力即時反應當

地民眾需求，無法提供彈性、多元、有效益、創新的課程安排及延續性的服務，僅能以過去原有或單一形式提供服務，無法真實滿足民眾的需求。另外，專業人力需具備的能力建議包括：方案撰寫與執行、掌握平台資訊(像是：講師資料庫、在地資源盤點、多元宣導管道)、專業知能(對疾病特殊性與當地服務對象需求的了解)、能安排督導資源介入、成效評估、簡報、品質監測能力、志工管理能力等。有的機構反應專業人員的工作年資應該適度的被放入成為可能的指標。

參、提供多元配套措施

除了第四章所提加強喘息服務、交通協助、經濟誘因、召開家庭會議、加強宣導工作、發展多元教材外，在地人力培植是很重要的關鍵，提供課程的師資也期待多元化，亦即提供長照服務的人力，不應侷限在專業人力及現有人力，應該擴增將照顧者、志願服務人力納入培訓範疇，另外也建議，鼓勵家庭照顧者可以參與部分居服員的訓練課程，自行照顧家人的時數也可以列作課程時數，作為未來若家人往生或是有工作需要時(像是：參與家庭托顧方案)，可以抵時數或增加工作籌碼的選擇權。像是：居服員課程有兩階段，有課程及實習，從資源面、人際關係、技能等方面設計，二者底子相同，都有身體照顧及資源部份，再加上不同被照顧者之特殊處理事項，其實部分課程是可以一起上課。

另外，這次在東區辦理焦點團體時，有機構提供給政府思考的問題，如何界定偏鄉？在卑南，雖然定義為偏鄉，但離醫療或社政資源的距離不遠，相較於太麻里，因為區域人口密度高，無法界定是偏鄉，但實際醫療資源所在地卻很遙遠。這樣提供的配套措施就不同，但若單以偏鄉與否作為給付或資源標準的設定，恐怕某些地區在服務的使用上就會比較的困難，這也提供給政府作為未來規劃政策的參考方向。

肆、研究的結束是實驗方案的開始

這次收集到各地寶貴的經驗，建議未來能針對所建議的課程型式和主題，安排實驗性方案，針對建議的內容進行小區域性的試辦，作為推廣的參考依據，再推行到全國，相信會對整體的長期照顧服務推廣有實質效益。

參考書目

中文部分

- 巫瑩慧(2011)。健康世界雜誌，5月號，P:59-60。
- 蘇嫻敏(2009)。主要照顧者的照顧信念與照顧負荷相關研究-以台中市居家服務使用者為例。未出版碩士論文，國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所，南投縣。
- 洪淑惠(2008)。癌末病患主要家屬照顧者照顧負荷影響因素之探討。未出版碩士論文，高雄醫學大學醫學研究所，高雄市。
- 中華民國家庭照顧者關懷總會(2007)。家庭照顧者現況調查報告。台北:行政院衛生署。
- 江亮演、應福國(2005)。美國老人福利政策的新趨勢。社區發展季刊，110，369-378。
- 吳佳賢(2002)。學前自閉症兒童主要照顧者照顧負荷、社會支持與心理健康之相關研究。未出版碩士論文，國立暨南大學社會政策與社會工作學研究，南投縣。
- 林萬億(2006)。社會福利：臺灣經驗的歷史制度分析，台北：五南出版。
- 邱啟潤、陳武宗、陳宜品(2005)。慢性病患病患家庭照顧者支持系統之研究。長期照護雜誌，9(3)，242-262。
- 邱逸榛、黃舒萱、徐亞瑛(2004)。阿滋海默氏症患者照顧者的疲憊、負荷與憂鬱之間的關係。長期照護雜誌，7(4)，338-352。
- 侯淑英(2004)。精神分裂症患者生活品質及主要照顧者負荷之探討。未出版碩士論文，高雄醫學大學行為科學研究所，高雄市。
- 黃斯聖(2008)。老年失智症之照顧者的負荷及憂鬱的相關因素探討。未出版碩士論文，中山醫學大學醫學研究所，台中市。
- 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:前驅性研究。長期照護雜誌，11(1)，51-65。
- 魏芳婉(2004)。家連家精神健康教育之前驅性研究。發表於醫療弱勢與社會工作學術研討會：國立臺北大學國際會議廳
- 林首成(2004)，精障在台灣的過去與未來。2004 亞洲 NGO 論壇，台北市民政局主辦，2004/11/17-20，NGO 會館，台北，台灣。

- 洪志成、廖梅花譯(2004) 焦點團體訪談。嘉義市:濤石文化。
- 謝儒賢 (2002)。在盟約共識下重建福利部門間「理想伙伴關係」之初探：以社會服務民營化政策為例。《社會發展研究學刊》，4：75-104。
- 林碧珠 (2002)。髖部骨折老人出院過渡期照顧者負荷之研究。未出版博士論文，國立台灣師範大學衛生教育研究所，台北市。
- 呂寶靜 (2001)。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。
- 許雅惠 (2000)。家庭政策之兩難-從傳統意識型態出發。《社會政策與社會工作學刊》，4 (1)：237-289。
- 黃源協 (2000)。社區照顧-台灣與英國經驗的檢視。台北：揚智文化事業。
- 高淑芳、盧孳艷、葉淑惠、劉雪娥 (1999)。探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係。《護理研究》，7 (2)，172-181。
- 王亞妮 (1999)。居家護理主要照顧者之負荷。未出版碩士論文，國立臺灣大學護理學研究所，台北市。
- 劉芳助 (1999)。誰來照顧這群「隱形的病人」—被遺忘的女性家庭照顧者。未出版碩士論文，國立台灣大學新聞研究所，台北市。
- 吳淑瓊、林惠生 (1999)。台灣功能障礙老人家庭照護者的全國概況剖析。《中華衛誌》，18 (1)，44-53。
- 宋麗玉 (1999)。精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素。《中華心理衛生學刊》，12 (1)，1-30。
- 李淑霞、吳淑瓊 (1998)。家庭照顧者負荷與憂鬱之影響因素。《護理研究》，6 (1)，57-67。
- 劉春年、李孟智、胡月娟 (1998)。住院中風病人主要照顧者負荷及其相關因素之探討。《公共衛生》，25 (3)，197-209。
- 陳景寧 (1996)。女性照顧者角色之成因、處境及其福利政策分析：以失能老人的家庭照顧為例。未出版碩士論文，國立政治大學社會學研究所，台北市。
- 蕭金菊 (1995)。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探討。未出版碩士論文，東海大學社會工作研究所，台中市。
- 徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美 (1992)。都市型及鄉村型社區中居家殘病老人照顧者之負荷及相關影響因素。《護理雜誌》，39 (3)，99-106。

西文部分

- Whittier, S., Scharlach, A. & Teresa S. Dal Santo (2005). Availability of Caregiver Support Services Implications for Implementation of the National Family Caregiver Support Program, *Journal of Aging & Social Policy*, 17(1), 45-62.
- Church, Kathryn (2004). *Mad People's History: An Outsider's Account of Psychiatric Survivor Activism in English Canada*. Paper present in 2004 Asian NGO Forum. 2004/11/17-20. Taipei, Taiwan.
- Neundorfer, M. M., McClendon, M. J., Smyth, K. A., Stuckey, J. C., Strauss, M. E., & Patterson, M. B. (2001). A longitudinal study of the relationship between levels of depression among persons with Alzheimer's disease and levels of depression among their family caregivers. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 56(5), 301-13.
- Holliday, I. (2000) Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia. *Political Studies*, 48: 706 - 723.
- Ku, Y.-W. (1997) *Welfare Capitalism in Taiwan: State, Economy and Social Policy*. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.
- Aronson, J. (1993). Giving consumers a say in policy development: Influencing policy or just being heard? *Canadian Public Policy*, XIX(4), 367-378.
- Jones, C. (1993). The Pacific challenge—Confucian Welfare states. In C. Jones (Ed.), *New Perspectives on The Welfare State in Europe*. London: Routledge.
- Gubrium, J. F., & Buckholdt, D. R. (1982). Fictive family: Everyday usage, analytic, and human service. *American Anthropologist*, 84, 878-885.
- Hoenig, J., and Hamilton, M. W. (1966). The Schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165-176.
- Grad, J. & Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *Lancet* i, 544-547.

報紙

張瑞楨(2011年4月5日)。因病厭世老夫妻 上吊身亡。自由時報。線上檢索日期：2011年6月8日。網

址：http://twb.zhreader.com/2011/04/blog-post_6133.html

鄭國樑(2009年2月12日)。身心俱疲 媳悶死癱瘓婆婆自首。聯合報。

線上檢索日期：2011年6月8日。網

http://city.udn.com/54543/3270672?tpno=2&cate_no=63075

巫瑩慧(2007年1月19日)。阿茲海默咖啡 失智症的加油站。中國時報。

網路

美國健康與人群服務部(2011)。國家照顧者支持法案。線上檢索日期：2011年5月28日。網址：

http://www.aoa.gov/aoaroot/aoa_programs/hcltc/caregiver/index.aspx

美國照顧者中心(2011)。線上檢索日期：2011年6月2日。網址：

http://caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=368

英國照顧者協會(2011)。線上檢索日期：2011年6月4日。網址：

<http://www.carersuk.org/professionals>

Family Caregiving Alliance(2011)。線上檢索日期：2011年6月5日。網址：

<http://caregiver.org/caregiver/jsp/om.jsp>

National Alliance on Mental Illness(2011)。線上檢索日期：2011年6月5日。網

址：<http://www.nami.org/>

澳洲政府網頁(2011)。線上檢索日期：2011年6月8日。網址

<http://www.fahcsia.gov.au/sa/mentalhealth/overview/Pages/default.aspx>

<http://www.mentalhealth.gov.au/internet/mentalhealth/publishing.nsf/Content/respite-program-1>

<http://www.comlaw.gov.au/Details/C2010A00123/Download>

北區 第一場 焦點團體

時間:100.03.02(三) PM2-5

地點:中華民國家庭照顧者關懷總會 會議室

主持人:陳正芬 教授

紀錄:吳瑋渝

進行流程:

一、衛生署計畫案說明。

二、與會各單位服務介紹。

三、焦點團體討論。討論主軸:課程主題規劃方向、進行模式、目前供需情形。

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流:

一、**有關各單位辦理家庭照顧者教育訓練之型態與頻率?補助經費的來源?**

岳青儀:(N1-01)

若以活動內容進行方式區分,可分為講座和團體活動兩大類。若以主題深入性區分,可分為單次活動和支持團體。我們目前平均一個月辦理10場,經費來源主要以政府委託案方式取得活動經費,總會也會補助我們部分經費,其他還有自籌款項。

簡璽如:(N1-02)

就家總跟各地合作的形式,包括:講座課程類(以照顧技巧為主)、支持性或舒壓性團體、畢業生團體、個案服務、一對一居家護理師到宅指導、靜態資源手冊或照顧手札、光碟DVD等等。

金林:(N1-03)

我們近幾年有提供幾種模式:每個月一次的心家庭聚會、生活重建及家庭支持服務,提供精障及家屬各類支持性、成長性、育樂健康活動(像是:合唱團、紓壓活動--藝術治療/園藝治療、精神疾病衛教講座),這項服務的目標主要放在支持精障者於社區生活和支持家庭。另外還有心生活精神族群充權服務,已推動3年,辦理家屬經驗討論會,幫助他們發聲。我們也會在課程進行時,發現家庭需要,由專人提供服務轉銜,主動提供資源及服務給照顧者或病友。課程後視需求提供社會資源手冊給照顧者,讓照顧者後續還能接軌其他資源(如羅列精障服務單位、聯絡方式、服務內容等)。

林金梅:(N1-04)

訓練課程內容可包括講座及團體形式,建議照顧者的課程形式應該要多元,如辦理照顧者才藝課程、讓照顧者志工到宅探訪照顧者等,都能達成抒壓、分享、知識交流的目的。

謝延仁:(N1-05)

我們分居家和日照兩大類服務,兩類都會辦教育訓練課程,但居服類的家庭照顧者出席課程的比較踴躍。近三年主要以支持團體(一般進行2小時,一小時專業、一小時社工帶家屬分享)方式進行。其中居家:去年主題:失智議題,主要在金山和新莊辦。日照:去年排疾病的認識,但出席率不高,原因在於家屬已認定委託機構照顧,所以出來參與意願不高。目前一年辦一梯,一梯10次,每次15位長輩,我們觀察出席的照顧者八成屬於照顧配偶居多。另外補助經費多由內政部補助(額外提供的居喘費用則自籌)。

李會珍：(N1-06)

我們辦理「永遠記得你」講座(從 97 年開始迄今)和支持團體(每月第三週星期六早上 9-12)，內容包括：照顧技巧、照顧新知、醫藥資訊、懷舊課程等。另外，我們與台大醫院神內科合作辦理家屬必修班，主要參予者為進瑞智學堂前家屬必要上的基礎課程，課程安排 4 堂課(包括：失智症簡介、社會資源、生活、照顧技巧)，每堂課 2 小時，每年三梯次約略在 2、7、10 月。還有瑞智學堂家屬聯誼會活動。

林幸君：(N1-07)

我們的團體會員有 42 個單位，每個單位一年會辦理 3-5 場，約二個月一次，但並不是定期辦理。課程內容很多元，分為基礎必修和進階選修兩類，大項內容包括：親職成長課程、家長修讀特殊教育課程建議課程規劃人員課程、就業服務課程、社區照顧課程、智障者老化與健康維護課程、兩性與婚姻課程、智障者法律權益及成年監護課程、家庭支持課程(分梯次規畫)、健康休閒班課程等。

陳金玲：(N1-08)

在醫院系統所辦理的家屬支持團體，大概可分為兩類：衛教和成長團體。衛教課程包括：照顧技巧指導、相關社會資源介紹，會以單堂講座形式辦理。另外一類成長團體形式，內容主要包括：壓力調適、情緒抒解技巧指導、藝術治療、經驗交流等，一般次數約 4-8 堂課。

林瑞萍：(N1-09)

我們提供的課程有四類，講座、家屬團體、失智症宣導、免費旅遊。我們從 87 年開始就成立失智症家屬照顧訓練班，每年辦理三期，6 人以上才開課，剛開始的課程內容規畫主要以衛教為主，包括：照顧技巧、知能、生活安排與處理、社會資源連結等課程，每場約 15-20 人。到 94 年改名為康泰失智症家屬救生圈團體，一期 3 個月，6 堂課，每堂課 3 小時(每週六 am9-12)，由醫師及相關專業人員帶領，內容包括影片欣賞、壓力紓解運動、照顧技巧與溝通技巧、面對失落、紓壓與情緒管理，服務對象是輕度或中度失智老人家屬。活動中家屬會拋問題，靠著家屬間互拋問題、同理、回饋，雖然常常答案是無解的，但互吐苦水，也被 empower 自己，也幫助其他人，情感支持的功能很高。另外，每周二在新店耕莘醫院和葉醫師合作，推記憶門診，我們的社工會去提供直接服務，醫師在 1 樓看門診，若評估需要，會把病患和家屬轉介到六樓，讓我們直接作衛教合作，一個個案大概服務 15-20 分鐘的時間，這是免費的服務，我們會穿著志工背心，由社工和資深家屬輪流和個案分享。這種常態性的服務，從 94 年迄今都提供服務。我們覺得這給個案的感受是抓到浮木，有人陪伴的感覺。另外，還有辦理康泰失智症家屬互助聯誼會--溫馨下午茶，這個等下請巫姐來說明。

巫瑩慧：(N1-10)

康泰失智症家屬互助聯誼會--溫馨下午茶，是純家屬的支持團體和訓練課程結合，以聯誼性為主，情感抒發為輔，參與率高，時間安排在每月最後一週星期四上午 9:30-11:30，專為失智症家屬與患者定期所舉辦的聯誼活動，都由家屬互助聯誼會資深幹部帶領，內容包括：身心靈放鬆、家屬談心與照顧技巧分享、社會福利資源運用，也提供托老服務(由關懷員與工作人員設計陪伴失智老人活動)等。每場出席 20-30 人，家屬和失智症患者分開不同地方、安排不同形式課程，患者的部分安排頭腦訓練、社交、生活連結(像是：節慶、現實導向、懷舊、腦力激盪課程、計算功能、有獎問答、BINGO

遊戲、看地圖遊台北等)。

林瑞萍：(N1-11)

我們從 90-91 年曾辦過舒壓課程，但中間停了一段時間，99 年 11 月才開始續辦，外出旅遊一年春秋兩季各辦理一次，二分之一到三分之一的家屬希望旅遊的時間要長一點、課程可以短一點，可以放鬆。至於失智症的宣導，則邀請團體合辦，像是：醫院、衛生所、社區發展協會等，或是有時候我們會進入社區，提供每場 80-100 人的宣導服務。另外，我們也培訓畢業生照顧者，目前已經培訓 20 位成為關懷員，這些都是聯誼會的成員，他們出來當志工，幫助其他失智症的照顧者。目前有 3-4 位是穩定長期的志工！我們覺得這很重要！有時候家屬會說，我看書這些技巧我就知道了，幹嘛來上課？家屬志工會跟他們說，你來上，這些跟書本不一樣，通常照顧者會願意來！我覺得家屬的凝聚力和情緒支持很強！有關專題講座我們大概一年辦兩場，每次 2 小時，費用來自自籌和家總的補助都有。

郭雅文：(N1-12)

我們有辦支持團體、照顧技巧課程、和到宅指導三種。

陳萱佳：(N1-13)

康盟在推的家連家課程，是美國 Burland 博士所編輯的一套家屬教育課程，台灣台北大學的魏芳婉博士在與香港趙博士接觸後取得台灣修訂版權，由於本套課程以精障者家屬為主體，因此魏教授也邀集幾位家屬共同參與修編過程，最後成就了台灣「家連家」家屬教育課程的產生。課程自民國 93 年推廣至今。由受過訓練的家屬成員自願擔任團體領導者的課程模式進行，教導學員認識精神疾病、治療、藥物及復健等訊息，最重要的是讓家屬體會如何照顧自己，如何與精障者溝通，及如何爭取自我權益等倡導議題。講師的養成需經過：參與一次完整家連家課程→擔任一次完整課程之觀察員→擔任一次完整課程 co-leader，上述階段皆完成才能擔任講師。採封閉式團體，團體成員 15 人。共計 8 堂課程，每週 1 次，每次進行 2 小時。除此之外，我們還有開法規和參與醫院、復健機構評鑑的課程給照顧者。還有家連家課程之後的家屬支持團體。

涂心寧：(N1-14)有開辦照顧課程、情緒支持團體、一年一次的親子活動。

黃信雄：(N1-15)

我們 90-94 年都有辦，後來由社會支持轉為辦理心靈支持，就把個案的需求和家總結合，讓照顧者可以去上課，我們自己就不辦了。99 年又開始，一年 6 次，包括身心調適等課程，像是：養生、禪修、冥想、靜坐、舒壓、照顧者分享課程等。我們在提供課程會先評估來的照顧者他們需要什麼課程，像是失智的、中風的，也會安排機構參觀。其實很多照顧者都很想出遊，因此我們也會辦外出的課程，讓照顧者可以好好休息。我們會在地方電視台刊登跑馬燈廣告，有些民眾看到，就會來參加。

洪郁翎：(N1-16)

我們會設計輕鬆一些的課程，如休閒類、一日遊等，避免過於嚴肅的課程，難吸引照顧者來上課，以過去服務經驗發現，即使安排吃吃喝喝的課程也能達到照顧者放鬆、互相交流的功能，且安排課程時間不宜過長（如一整天），會有照顧人力安排及照顧者不放心外出太久的問題。

袁慧文：(N1-17)

家總會協助各地家協及友會，針對辦理家庭照顧者相關課程提供協助，像是：講師建議、課程安排、及部分經費上的補助，希望能夠幫助各地機構的專業人員先有正確的認知，在辦理訓練上也比較能夠貼近照顧者的需要。

陳俊全：(N1-18)

我想各單位辦理的形式很豐富，也有比較十年來的變化，我的提醒是隨著社會變遷、家庭型態改變，家中的照顧者也開始有轉變，像是：男性照顧者比例提高、照顧者的年輕化現象、照顧尋求的管道增加等因素，機構要能延伸觸角，創新服務，讓照顧者能夠容易運用多元管道取得資訊且方便得到服務很重要。

二、對於家庭照顧者的教育訓練課程，單位認為基本及進階課程須包含哪些內容？

陳維萍：(N1-19)

我覺得有一堂課很重要！應該放在基本課程！就是"與專業人員的合作與配合"因為我們並不希望照顧者單打獨鬥，因為他並非專業人員，所以能夠與專業人員有良好的合作關係很重要。

岳青儀：(N1-20)

我認為基本的課程包括六類：

1. 認識疾病 2. 照顧技巧 3. 社會資源 4. 營養與用藥安全 5. 照顧管理-家人間之分工 6. 對家庭照顧者身分的認同。進階課程有四類：1. 與家人溝通 2. 身心調適 3. 進階照顧技巧 4. 心理支持

袁慧文：(N1-21)

基本上我覺得家庭照顧者權益；社會資源；照顧技巧應該列做基本課程，其他就可列做進階課程。

李會珍：(N1-22)

我認為基礎像是：社會資源、照顧技巧、認識失智症、居家活動安排。進階包括：與家人溝通、音樂治療、營養、用藥安全。

洪郁翎：(N1-23)

我覺得基礎課程應該包括：居家復健、居家無障礙環境改善調整。進階課程應該包括：疾病認識（並依各自被照顧者的疾病狀況分別上課）。

謝延仁：(N1-24)

我認為的基本課程包括：疾病認識、照顧概論、資源運用、身心調適；其他就都是進階課程。

何佳霖：(N1-25)我認為：

1. 初階—

照顧技巧（翻身、拍背、擺位、口腔清潔）、認識各類疾病、認識照顧相關社會資源

2. 進階—

照顧技巧（管路照護、褥瘡照護、身體按摩、身體清潔、營養課程、用藥安全等）、

法律課程（民法－親屬篇、信託等）、藝術治療（繪畫、舞蹈、園藝、音樂、表達性藝術等等）、機構參訪（輔具資源中心、日間照顧中心、老人之家、康復之家等等）、照顧管理（時間管理、家務管理、財務管理等）、活力舒壓：亦可讓親屬們互動之課程（如編織、歌唱、舞蹈、郊遊）、臨終關懷（面對死亡、預立遺囑）、人際溝通、職業探索等。

林幸君：(N1-26)

基礎課程包括：1. 對資源的認識 2. 對被照顧者狀況的了解
3. 與專業人員的合作與溝通 4. 社會參與及自我照顧。

進階課程包括：1. 被照顧者的生理照顧 2. 家務管理 3. 家人間的溝通

陳金玲：(N1-27)

我覺得基本課程像是：疾病診斷、身障或心智失能者的照顧技巧、資源運用、照顧管理課程。進階課程就很多元了。

郭雅文：(N1-28)

我覺得認識疾病、照顧技巧、社會資源和家庭照顧者權益課程應該是基礎；其他可以放作自由選修的課程。

林瑞萍：(N1-29)

我覺得照顧技巧和情緒支持要併重！課程也要依據受照顧者的失能情況作安排。像是重度的失智症患者需要吞嚥、飲食、居家活動的安排。

巫瑩慧：(N1-30)

我把溫馨下午茶當作是基本課程，救生圈團體當作進階課程，學習更廣，安排舒壓的暖身活動，再進行1.5小時進行主題，接下來安排演練，最後是討論和回饋，有時也會安排影片欣賞。我覺得集中式課程模式比較少讓照顧者演練或實習，所以我們逐年改良放入不同形式。目前國內醫院辦理失智家屬訓練課程，就是融合溫馨下午茶和家屬照顧訓練班的模式。

陳維萍：(N1-31)

失能與心智障礙課程規劃，初階部份建議規劃共同上課之內容，進階再分開。

涂心寧：(N1-32)

我覺得初期的建議同家總提供的單張，但拿掉家務管理部份，還有中期的照顧專題我建議移入初期來辦理。後期也就是進階，我建議針對照顧1-2年以後的照顧者，以辦理工作坊的方式提供課程內容，可以針對照顧技巧的運用心得感想進行分享，並由專人來帶領團體，配合主題，像是：心理調適或舒壓課程。通常，失能程度較輕的家屬比較容易出來接受訓練。

金林：(N1-33)

針對精障家屬的基礎課程，我以家連家課程來說明：這套教材為高度結構化的課程，且有制式教材，用意避免同一課程名稱但因講師不同，內容有極大差異的狀況發生，因此相當適合拿來推廣使用。另外此課程有版權及授權問題，目前教材版權為康盟所有，需經過培訓及授權才能執行此課程，擔任講師。另外，講師皆具備甜心照顧者的身份，家連家的課程除了知識性的瞭解外，家屬之間彼此的支持及分享是相當重要的精神所

在，且參加的照顧者會因為帶領者同為照顧者，對團體更能感到放心、信任，這種效果是專業人員難達到的部份。進階課程像是：治療團體（如舞蹈治療）。

陳萱佳：(N1-34)

我接著說，家連家的課程就因為強調分享，而不是由專業人員去教導，所以會受到照顧者的歡迎，我們現在除了這套教材，也針對推行一段時間的課程做了檢討，開始發展進階課程。

林金梅：(N1-35)

初階課程包括：照顧技巧、瞭解被照顧者心理狀態、如何調適心情照顧被照顧者、安寧療護、照顧者的自我調適。進階課程包括：疾病認識（依各自被照顧者的疾病狀況分別上課）、溝通技巧。

三、針對課程辦理過程當中，哪些課程最受照顧者的歡迎？哪些課程的參予率不高？

涂心寧：(N1-36)

我覺得照顧者不願意出來，若由居服督導邀請，因為關係比較好，照顧者願意出來的意願就會提高。還有，我覺得要去思考哪些課程辦理對照顧者消化接受的情形較好？而不是安排很豐富的課程，但是照顧者聽得霧煞煞。

陳俊全：(N1-37)

我想考慮受照顧者歡迎的課程，和參與率不高的課程，和配套措施有無提供及宣傳的方式與管道，誰來邀請照顧者參與？等因素有很大的關係，需要和想要、能不能要之間有落差，要去區辨。

巫瑩慧：(N1-38)

我以救生圈團體課程來說，這個團體以教育性為主，封閉式團體，還有安排功課回家操練，對照顧者很受用，一班 10-15 人，時間長，功效較好，和國外現行在推的模式比較相近。照顧者們上堂課教的內容，經過在家練習，下堂課來驗收並回饋，照顧者看的到進步也有團體動力。至於 87 年-94 年推的家屬照顧訓練班，因為考量成本和團體動力，所以慢慢被救生圈團體的模式給取代。我認為溫馨下午茶對照顧者的凝聚力和向心力最夠，聯誼和參訪的舒壓效果較顯著，每年溫馨下午茶會安排兩次的戶外旅遊。其實目前的講座課程他欠缺的就是後續的支持功能，所以尤其在偏遠地區，較可行的形式應該就是溫馨下午茶。

林瑞萍：(N1-39)

我們辦理的課程當中，我覺得照顧技巧的課程受歡迎度比舒壓課程要高，我們的照顧者可能覺得幫助自己比較不需要，通常我們的參與者重覆來參加課程的機率很高，有些是鄰居口耳相傳來的。

李會珍：(N1-40)

講師授課是否精彩、是否能吸引照顧者參與是重點！

黃信雄：(N1-41)

我覺得 65 歲以上的照顧者比較喜歡上舒壓的課程！像是：養生、舒壓、腳底按摩、芳療、八式動禪等。我還發現照顧久了的照顧者比較喜歡分享的課程，不一定要什麼主題，只

要他認為我們是同國的，能夠分享的，就很歡迎，照顧者比較不喜歡由外人(指專業人員)來帶，覺得有距離!照顧者在團體當中，可以接受彼此的建議，即使是吐槽也沒關係。照顧者覺得能夠好好的休息一下，聊聊生活上的事，彼此支持比起上課更讓他們覺得重要!

陳俊全: (N1-42)

其實，事後一關關走的是照顧者，照顧者很需要的就是能有人聽他講話!

簡璽如: (N1-43)

我也有同樣的感受!之前遇過的照顧者來上課，有些會到工作人員旁邊說要幫忙，其實幫忙的同時，都會一邊描述自己的心情，有個人聽他說說，回去心情就很好!究竟是來上課的功效?還是出來有人聽他講話的功效?

黃信雄: (N1-44)

有些照顧者認為我已經做了七八年的照顧者了!還要再聽課?其實家人有新症狀，透過專業諮詢了解就好了，不需要去上課!

陳維萍: (N1-45)

我認為共同課程其中一堂需安排照顧者對被照顧者的認識與接納，了解受照顧者的心理狀態。

黃信雄: (N1-46)

還有，有些照顧者因為以往和社區行政人員互動的經驗不好，因此不太容易去信任或去用社區的資源，曾經有照顧者提到，社區中有資源承諾要幫忙，但因為沒有得到期待的資源，因而受傷，這種狀況還蠻常見的，尤其是當地的資源並不健全時，會對資格限制，有很多照顧者就無法得到預期的協助。

岳青儀: (N1-47)

近年來我們辦理舒壓類型的課程蠻受到民眾的歡迎。譬如:經絡按摩課程、戶外旅遊活動，藝文性比較受歡迎。照顧技巧類和法律課程類參與的人比較少，但只要主題吸引他仍舊會出席。

林幸君: (N1-48)

辦理知識型教育訓練，較難吸引家長們參與，而戶外活動紓壓，家長們覺得有需求，但是通常較難申請到經費。還有，地方組織通常有申請到經費才辦理，無法定期辦理。

洪郁翎: (N1-49)

以罕病接觸的照顧者來說，照顧者有喘息機會，才有可能走出來，因此需要配搭居家照顧服務解決替手問題，否則參與課程的人會侷限在能『外出』的人，無論課程設計的多好都無法使照顧者受益。對罕病家庭無法使用居家照顧有幾種可能:1.不放心讓居服員照顧—不放心陌生人照顧，無護理背景、無法 care 病人，2.需給付費用，3.病人靠機器維生，居服員也擔心出狀況。

袁慧文: (N1-50)

我想應該不同的課程是提供給不同階段、不同疾病別、不同需求的家庭照顧者。但整體

來說照顧超過兩年的照顧者對照顧技巧類課程的需求降低，反倒開始對舒壓類的課程需求提高。

陳萱佳：(N1-51)

我發現有城鄉差異，台北應該算是家屬充權狀況最好的，有些縣市可能因為宣傳不夠，參與的人數不多！

何佳霖：(N1-52)

我們辦活動甚至曾經出現過，有的照顧者成為參與課程的粉絲團，不論課程在哪個地方辦理，他都會跨區域來參加，因為他信任我們辦理的課程，所以我覺得機構和照顧者間的關係也是主要的影響因素。

四、 針對課程執行完畢後，有沒有參予者在課程建議上有提供想法或回饋值得與我們分享的經驗？

陳金玲：(N1-53)

我覺得照顧者對自我照顧課程都會忽略，但往往前面沒有上，會影響後面因應壓力時，無法及時做好準備。

林瑞萍：(N1-54)

我認為一個人患病成為全家族的問題，病患和父母會給照顧者壓力，中部曾經有照顧者分享，家人要逼失智症者去喝符水，讓照顧者很為難。

簡璽如：(N1-55)

我們也有北部的照顧者打 0800 諮詢專線來，說家人一直要照顧者帶失智者去收驚，還說都是因為沒去收驚才會這樣！收完了就會好！錯誤的認知！

巫瑩慧：(N1-56)

我覺得溫馨上午茶的經驗不錯，可以和大家分享。我們溫馨上午茶採輪班制，由家屬來帶，也有傳承機制，由一個資深帶一個資淺的照顧者，當然社工全程會在旁邊幫忙，我們很重視照顧者培訓為種子講師的機制，時間每年大概兩次，包括團體領導、團體動力、實際演練，還要實習一年以上到兩年，透過資深家屬和機構專業人員組成的評審小組審核通過，始能成為種子講師，目前已經有十位照顧者成功被培訓出來。

陳俊全：(N1-57)

機構願意訓練家屬轉為種子講師或志工都很不錯，在德國，志工甚至是可以收費的(提供講師費和交通費)，還有運用退休公教人員，借用他們的專長，走專業志工路線，引用多元人力。

黃信雄：(N1-58)

你到底有沒有去關心到照顧者？在乎他的感受？像是我們在推大愛手，就是讓照顧者先被做到很舒服，再讓他去學，他學的意願就很高！

簡璽如：(N1-59)

我曾經聽過照顧者反應，其實他來並不全部因為主題，反而是因為出來可以喘口氣，如

果和工作人員熟稔，還可以把心裡的話說一說，再不然，若遇到熟悉的其他照顧者，也可以發揮這個功能，因此，我們的課程安排，都會留一些時間，可以讓大家熟悉一下。

袁慧文：(N1-60)

我發現照顧者會自然走在一起，他們如果互相留了電話，也會自己邀約出遊或聽課，通常會成為彼此支持的互助團體，人數不多，但是凝聚力很高。

陳萱佳：(N1-61)

下次無法出席，我先分享我的建議：

我覺得辦理照顧者的教育訓練課程，有六點可以討論的地方，第一點：因為整個教材規畫是由康盟規畫，但訓練完的種子導師回到各縣市後，就因為各縣市協會的狀況不同、理念不同，而會出現不同的發展。像是有的縣市是由專業人員在帶家連家課程，而不用照顧者，這與原意差異大，有些因素是家屬能力不夠、機構沒有充分授權、經費等。第二點，各機構的宣廣管道，照顧者資訊取得的容易度。第三點，各縣市機構人力不足或經驗有無傳承，設計的課程及型式是否能讓照顧者感覺有趣？有無活動配搭？推廣的程度就會受影響。第四點，家屬連絡網有沒有建立，我認為要培植自然網絡，由個人到團體社群，充權家屬。第五點，照顧者的喘息與臨托服務有無提供。第六點，承辦單位要具備敏感度、有服務對象群管道、熟悉講師群、資訊流通管道、具備財力等。

李會珍：(N1-62)

我提出一些看法，我們在辦理課程時因為經費不足，因此必須使用免費場地及以工作人員擔任講師，講師人選受到限制。另外，我建議教育訓練的部分，應該固定活動形式，先做暖身操，再帶課程主題，最後一小時帶領家屬團體，並培訓照顧者志工帶領，在活動結束後再由工作人員與志工訪談，瞭解照顧者是否有特殊問題需後續處理者。還有，若有搭配護理師在活動現場，也可以直接回答照顧技巧問題。

金林：(N1-63)

我認為上課對象不要限定於主要照顧者才能上課（且主要照顧者該如何認定）？畢竟家中其他家人都有可能得面對處理甜心的病情或問題，建議是只要是家屬就能上課。

林幸君：(N1-64)

建議辦理知識型教育訓練，可辦小場次，有較多與講師互動的機會，講師也可以針對個別問題進行處理，如果參與者彼此熟悉也會提高出席率及效益。還有，課程講師要對家庭照顧者及地方組織有基本的認識。另外，我建議對未來承辦訓練課程的單位，第一要具備申請經費的能力、第二要對資訊有足夠了解、第三如果單位本身有提供服務再搭配辦理教育訓練，參與人數可提高。

謝延仁：(N1-65)

怎麼樣提供一些支持讓照顧者能夠出來參加課程很重要！以居家個案為例，照顧者因為要負擔照顧工作，再加上交通不便、又無替手，需要額外居家喘息服務及交通接送服務，若缺乏配套措施很難出來。對日照個案，因為他們出席狀況不好，所以自今年起，我們決定既然他們不出來，那我們就發展家訪機制，到他們家去訪視。

林瑞萍：(N1-66)

我發現早發性失智症患者常被忽略，所謂的早發性定義在 65 歲以下得病，大部分的關注點會放在長輩們，但是他們退化很快，病理影響很大，照顧者通常不明白家人的轉變，也沒心理準備想到是失智症，往往心力交瘁，遑論出來運用資源或是上課。

巫瑩慧：(N1-67)

另外我覺得可以參考國外經驗，像是：加拿大，他們很重視文化特性和地緣特性、族群人口密度等，提供服務上就有差異安排。另外，荷蘭的阿茲海默咖啡和英國的記憶咖啡模式，廣設照顧者支持服務據點，像荷蘭從 1998 年起執行了 13 年現在每 35 公里就有一個據點，裡面有的是政府組織，有的是非營利組織在經營，服務據點的密度很高！我覺得城鄉差異很大的部分，應該提供不同的模式！

郭雅文：(N1-68)

照顧者有知的權利與需求！家庭照顧者的教育訓練應該被視為一種支持，而非一種交換條件。當教育訓練成為領受長照給付的資格限制時，恐怕也會落入變成是對照顧者的懲罰、讓照顧工作成為一種義務勞務的負面迷思。

洪郁翎：(N1-69)

下次我無法出席，我先提供我的建議，罕病照顧者會因種種原因造成出門不易，像是：被照顧者臨時生病或病情有變化、無人力替換照顧等。所以我們建議的配套措施有三點：

1. 以基金會服務的對象來說，照顧者常無法自行外出上課或參加活動，較多會帶著被照顧者或其他手足一起過來。因此安排課程時需考量無障礙環境（從案家至上課地點皆須考量無障礙設施），甚至得提供小朋友活動區，有志工照顧小孩讓照顧者可安心上課。
2. 須為病友及其家屬考量交通方式及場地便利性（如是否鄰近捷運站、活動時間需能配合叫的到復康巴士）
3. 有課程時能提供『人力』至案家協助照顧病友，使照顧者得以外出：目前雖有居家照顧服務，但發現當照顧對象是重症患者（如病友身上有管路或使用機器—如呼吸器時），即使有居服員到家服務，照顧者仍無法離開，因擔心居服員無護理相關背景，無法將病人交付給居服員，故也難達成讓照顧者喘息的功能，因此建議是否能依被照顧者狀況，居家照顧服務員能有不同分級，當照顧重症病友時，能有護理專業的居服員提供服務。

另外，對辦理課程單位的建議則是，希望對服務的障別或疾病有相當專業知識，才有能力辦理規劃符合照顧者需求的課程。還有機構要有充足人員（指工作人員及志工），且人員需具備專業知識瞭解病友狀況，才有條件辦理課程。

涂心寧：(N1-70)

我同意不論是專業人員訓練或是照服員的培訓，應該不只是把焦點放在受照顧者身上而已，也要了解照顧者，在服務上才能增加敏感度。

時間的關係，感謝大家提供的寶貴建議，我們下次團體的時間是下周 3/11，相同地點，屆時繼續來討論。

附錄二

北區 第二場 焦點團體

時間:100.03.11(五) PM2-5:00

地點:中華民國家庭照顧者關懷總會 會議室

主持人:陳正芬 教授

紀錄:吳瑋渝

一、衛生署計畫案說明。

二、與會各單位服務介紹。

三、焦點團體討論。討論主軸:有關教育訓練課程辦理過程，機構遇到的限制、需要的配搭措施；承辦教育訓練課程單位須具備哪些條件?

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流:

一、機構在辦理教育訓練課程當中遇到的困難與單位處理方式?

林金梅:(N2-01)

我們遇到的狀況是，瞭解漸凍人的講師不多，講師尋找不易。也由於服務罕見疾病，以流行病學統計病友數全台約 1200 人，因此辦理課程時有參加人數較少的問題。且病友範圍分佈全省，安排教育訓練課程成本較高，像是交通費用。

岳青儀:(N2-02)

我也覺得經費不足的問題是最困擾的!雖然講師費印刷費等容易申請到經費，但家庭照顧者的活動還需要許多誘因吸引照顧者出門，例如活動材料費、贈品、茶點等，較難申請經費。由期舒壓課程中，藝術治療類活動材料費高且新北市幅員廣大，交通成本高等。還有場地上的問題，場地費用高，若是想要免費場地，就會受限於場地的規模與品質。

陳金玲:(N2-03)

照顧者因為年齡、教育程度、家中替手等因素，影響出席率及吸收成效。

謝延仁:(N2-04)

我上次有提到照顧者走不出來參與是最大的困難，所以提供額外居喘，另外，語言問題(需要台語)也讓我們頭痛，因為我們的工作人員台語不好，有時候溝通上會有困難，還有照顧者出來聽課，現在講師都講國語，照顧者聽不懂，也降低想來的意願。

簡璽如:(N2-05)

我覺得照顧者的想法和對資源的運用習慣性是關鍵，應該要多元管道的宣導，讓照顧者慢慢能接受不同形式的服務。我發現目前很多團體在辦理課程時，會互通有無，幫忙宣傳，在邀請個案上就比較容易，因為照顧者知道有固定課程資訊，可能一開始還沒準備好，等到有需要又有時間的時候，還是有課可以上!不然，很多時候，照顧者想上課的時候，因為機構開課的時間已經過了，照顧者想上課的念頭又縮回去，始終各單位出席的人數就有限!但聯合傳遞彼此的活動訊息和課程，又能錯開時間，我覺得這對機構或照顧者都有助益。

何佳霖:(N2-06)

還有參與人數也是。辦理家庭照顧者的活動，除市區人口密度高，上課的地點交通比較便利，出席人數較多外，其他鄉鎮較難有多人參加，常常 3-5 人是很常見的，該辦不辦?

很為難!但外界仍然會以參與人數判斷活動效益，使得有意願在偏鄉辦理活動的想法無法堅持下去。

黃嫻蓉: (N2-07)

照顧者出來上課其實有很大的壓力，有的來自內心，有的來自外界。我曾經聽過照顧者跟我說一段話，我聽到很難過!有一位醫生跟照顧者開玩笑說，你把你吧照顧的營養不良，你自己那麼胖!有的照顧者，會因為害怕出門受到外人的指指點點而索性不出門!還有的是不放心也走不開，覺得維持現況就好，覺得家人不要退化就好了!

林瑞萍: (N2-08)

困境包括錢的來源、種子教師的培訓較難、服務與支持的據點嚴重不夠、缺乏系統化的教材。為什麼說種子教師的培訓較難，家屬的時間、個別能力都是關鍵，像是要訓練口才表達、儀態。

詹琬純: (N2-09)

我想照顧者不願出來的因素很多，我們現在採取的方法是，請居服部門協助，居服督導在每三個月家訪時能夠多些鼓勵，也安排額外的居家服務員提供服務。但現在遇到的困境是，服務員難找，但服務量暴增，要去提供額外的居家服務量實在困難!所以我們目前將居服人力作分類，有的全職，有的兼職，又因工作性質及時間而有薪資上的調整。

金林: (N2-10)

以我們來說，由於家連家課程有一大部分為『知識性』的教育，部分照顧者有閱讀困難（不識字或年紀大的照顧者），會有無法閱讀教材的問題，因此需考量閱讀困難的照顧者，調整活動進行方式（不要每個人輪流念課本，改為自願者念）或有一位社工陪伴身邊，提供協助。

楊曉雲: (N2-11)

我先簡述一下我們辦理照顧者的教育訓練歷史，這要回到10年前，就開始提供座談、戲劇表演、戶外活動。94-95年針對病友和家屬辦理3梯次的長期照護工作坊，每梯2天，來了100人左右，談論的主題包括:營養、復健、和輔具介紹、長照中心介紹、福利資源介紹、芳療舒壓等課程。還有分組座談討論外勞仲介、法規、理財、保險等課程。我們發現參與課程的照顧者越來越少，很多是因為沒有興趣。96年和北榮輔具中心合作介紹，介紹長照服務與輔具資源。97-98沒有辦理。99年辦理照顧者照顧技巧研習6小時，來了20位家屬和病友，多為新面孔，課程內容包括:舒壓、整骨、認識照顧迷思課程、還有理財的課程。我們也辦支持團體10周採封閉式。還有企鵝健康教室，97-99年間辦理，病友居多，照顧者多為陪伴者。99年增加專屬於照顧者的教育訓練課程，100年6-8月新增家屬支持性活動，透過山達基戴尼提課程(這是一套認識情緒的課程，透過四次理論課程，六次聽析練習)，因為我們覺得照顧者長期的照顧歷程，變得負向思考，情緒管理出現問題，所以近兩年我們開始著重在照顧者的課程。回到問題，我覺得機構在辦理課程的困境，不論辦在周間或假日，都有固定的族群，很難兼顧!還有，有些照顧者會認為反正都已經如此，幹嘛還要上課?他們反而比較想聽如何與外勞溝通，或是乾脆外勞來上課就好!

簡璽如: (N2-12)確實有部分照顧者有這樣的心態!我也聽過一些機構有同樣的說法!

林茹嵐：(N2-13)

我們有沒有去思考為什麼照顧者認為他們需要接受教育?如果我們把照顧者教育課程當成一件商品來想，可能就會比較清楚。例如很多業務員在行銷商品時，通常在第一時間會先嘗試的是塑造願景，協助或引導潛在客戶先去思考：他們的夢想是甚麼?而一旦擁有了這樣商品、人生會什麼不同?而部分照顧者可能就是因為沒有辦法想像教育訓練課程對他們的家庭「會否產生不同影響」、或者是「能有多大了不起」的影響，在缺乏必要性與重要性的認知下，單純地因為沒有概念就在第一時間就否定需求。

黃嫵蓉：(N2-14)

其實，照顧者都有自己的想法和做法，這也反應為什麼地下電台和電視台賣藥、賣保健食品會那麼有市場!像是家人腳水腫，但是要去看醫生，要把家人從三樓背到樓下，再到醫院，對照顧者是困難的，所以只好買現成的，照顧者迫於無奈只好自己來當醫生，想說知道症狀和解決方法，就容易接受媒體的說服。其實，照顧者很容易被人刺傷!

林瑞萍：(N2-15)

我認為照顧者間感情好不好影響照顧品質很大!還有來上課，因為知道更多知識對家人衝擊就很大!像是子女會不會被遺傳?對子女的衝擊就很大!

袁慧文：(N2-16)

城鄉差距是很大的問題!都會區的照顧者學習意願高，較不需要過多的外在誘因(如活動贈品)，參與人數就會多；都會區資訊來源多且快速，因此在宣傳上較容易，成本也較低等。

吳姿儀：(N2-17)

對宣傳管道部分，如何能讓更多『新』的病友家屬參加協會辦理活動很關鍵，畢竟有效宣傳，讓更多新的照顧者看見活動訊息，才有可能來參與活動。

黃信雄：(N2-18)

我覺得 face-book 粉絲團的功能可以運用! 訊息彙整和發佈功能強! 雖然，可能我們主要服務的族群不一定會去使用，但也可以讓一些關心這個議題的人，可以透過網路的管道知道訊息，也是對民眾的教育，或許有機會透過民眾傳遞一些訊息給周遭的親友。

楊曉雲：(N2-19)

還有機構遇到的困境是社工的能力，很多新手社工因為年資淺，專業經驗不足，所以在安排課程上，常常就沿習過去的課程。還有，社工在面對照顧者處在喪偶、悲傷調適等議題上，都很擔心有沒有能力去面對。

岳青儀：(N2-20)

還有社工/志工流動率高，有經驗的社工/志工無法傳承，導致新進社工/志工必需花一段時間適應並嘗試摸索與了解。

金林：(N2-21)

設計給照顧者的課程，可能會有甜心來報名，或是照顧者本身也是甜心(雙重身份)，目前協會處理方式為具備雙重身份者可開放報名，但若是甜心則會先告知課程目的，

且活動過程中可能會聽到照顧者分享照顧上的挫折、負面情緒、抱怨甜心等的內容，讓甜心自己考量。

楊曉雲：(N2-22)

我們曾經安排理財課程，邀請照顧者來參加，但照顧者回答，我又沒錢幹嘛學？還有，因為我們的服務對象很特別，遺傳影響，常常照顧完公公換先生又換兒子，有時候照顧者因為面臨太多的悲傷，如何找到照顧的價值？該提供甚麼服務？真的很難！

陳俊佑：(N2-23)

先介紹我們辦理的課程內容包括：家屬訓練班、家屬支持團體兩類。一年全國辦理六梯次，每梯 1 天 8 小時，課程包括：認識失智症(由醫師介紹)、失智老人照顧(由護理師介紹)、營養或生活照顧(由 OT 介紹)、社會資源(由社工介紹)。家屬支持團體一梯六次，10 幾個人參與。我們原以為心靈支持的課程是照顧者需要的，但後來卻發現不少照顧者害怕分享！有些是還沒準備好，有些是因為過去曾經分享但卻受到傷害的經驗。通常照顧者要 4-5 次後，才能信任團體開始分享，但往往團體都才 6 次，差不多要結束了！我認為家屬需要時間和空間，有時候他們甚至也搞不清楚自己要什麼，所以我們的家屬團體常常做不起來，需要當地的資源一起來幫忙。

陳維萍：(N2-24)

我覺得普遍會遇到的問題大概就是經費問題，還有一個問題就是收費與否(像是保證金或付費課程)，若以區域來分，在北部和中部辦理收費的課程會有照顧者來，但南部要照顧者付費來上課就較困難！我覺得是因為參與課程的習慣差異。

二、為了讓家庭照顧者能夠順利出來參予課程，單位認為應該提供哪些配套措施？提供配套措施可能會有困難的地方？

詹琬純：(N2-25)

額外提供居服時數，並盡量由原有的居服員提供服務，還有請居服督導關懷及邀請。

金林：(N2-26)

可以來上課的照顧者都是屬於能走出家門的照顧者，其實最需要幫助的反而是無法走出家門的照顧者，甜心的照顧者在居家照顧或喘息服務的使用率極低，主要因素為無法放心讓一個陌生人進入家內，且居服員恐怕也無法『搞定』發病時(病情不穩定)的甜心，因此照顧者難以喘息。如果社區中普設復健中心或關懷據點，讓甜心及其家屬能常常去參加活動，當有需要時可發揮臨托的功能，照顧者才有可能得以喘息，參與課程。

林茹嵐：(N2-27)

我關注的點在於需求與成本間，是壓力負擔還是輕鬆擁有？當需求被透過感性訴求激發之後，照顧者難免還是會以理性去權衡所需付出的代價是否值得換取可望被滿足的需求。代價可能是我今天為了去上課而需要付出的交通成本、時間成本、經濟成本、加上其他支援或替代人力的成本等。如果教育課程的規劃沒有為照顧者考量到這些成本負擔，就還是無可避免地讓家庭照顧者落入「廉價勞務工作」的犧牲者，當然會間接地影響照顧者參與教育訓練的意願、以及是否會將支持服務的美意反而視為懲罰照顧者的一種結果。因此，如果能夠透過適切的資源協助，例如：可負擔性的社區化托顧協助、個

別化彈性的學習時間配搭、服務到府的教學指導與諮詢服務、溝通無障礙的專業協助等等，或許更有助於促成民眾參與課程的實際行動。

謝延仁：(N2-28)

我們會提供的配套措施包括：交通和額外的居喘服務。另外有一點特別的地方，自今年起，我們不會安排不認識的居服員，會以原本就在提供服務的居服員為主，除非時間無法允許，不然會儘量讓原有的居服員提供服務，因為熟悉，所以照顧者願意出來的意願也提高。但也因為額外居喘的成本(為自籌)長期下來也增加機構不小的負擔!另外，工作人員對長照多元議題專業度受限，有時候在帶團體工作過程，照顧者會問一些專業的問題，因為社工背景對醫療部分較無涉略，常會覺得面對照顧者感到壓力，無法即時回應知識面的問題。

黃信雄：(N2-29)

我也覺得如果安排原有的居家服務員，照顧者願意放心出來參加活動的機率變大!還有長輩和照顧者能夠一起出來，有安排配搭的課程，出來的可能性也提高!我們 98-99 有做問卷調查，發現照顧者間的網絡健全發展，還有機構和照顧者的關係有努力經營，最能讓照顧者持續穩定的出來運用服務。

林金梅：(N2-30)

我們的狀況比較特別，參加課程通常病友和家屬會一同出席，因此需要無障礙環境(包括：無障礙廁所、教室環境無障礙)。須為病友及其家屬考量交通方式及便利性(像是：協助申請復康巴士)。另外，有一點跟大家不同的是，因為病友會帶著維生設備，因此，教室內的電源供應要充足，否則會有問題。

陳金玲：(N2-31)

大致上會需要的配套措施像是：交通資源、照顧替手資源或喘息服務可否滿足。

岳青儀：(N2-32)

我覺得提供喘息服務和補助偏遠地區交通費是關鍵。目前凡參加本會活動之家庭照顧者，若有需要替代人手，本會都將協助連結服務員到府服務，但近期發現服務員人力不足，因此無法滿足想參與活動卻有替代照顧需求之家庭照顧者。

黃嫻蓉：(N2-33)

在新北市有個很不錯的服務，這是從蘇貞昌縣長那時候就有的，就是照顧者接受 90 小時的居服員訓練，可領照顧津貼每月 5000 元，也可同時去工作。

何佳霖：(N2-34)

喘息服務很重要，凡參加新北家協所辦的家庭照顧者教育訓練，只要有替代人力需要者皆可申請並協助尋找居服人力。另外，我們也會鼓勵照顧者與被照顧者一同參與：由於家庭照顧者心繫家人，參與課程時常無法專心，因此本會鼓勵若被照顧者方便外出的話，可與照顧者一同參與活動，同時透過活動增進照顧者與被照顧者之間的互動，活動過程中，社工與志工也會針對這樣的參與者給予較多的協助，如：社工或志工陪伴被照顧者。

楊曉雲：(N2-35)

我覺得抽獎蠻不錯的!搭配節慶邀請照顧者和病友出來，還安排有獎徵答。我們的照顧者多半不放心喘息，所以對喘息服務的接受度不高。另外，交通接送也很重要。

陳俊佑：(N2-36)

我覺得邀請人要和照顧者關係夠，知道照顧者的需要，提供合適的支援服務。要給誘因，告知來參加課程對照顧者和病患有甚麼好處?給理由讓照顧者之到來這趟是值得的，像是上社會資源的課程，就當場協助申請作業。另外，要營造這是安全、友善的團體，主責者是可談、可信任的對象。還有能夠帶長輩過來是關鍵!分場地去安排不同活動!

簡璽如：(N2-37)

我認同前面大家談的多種配套措施，但回過頭來看，每樣配套措施都與費用相扣連，但我們也知道錢的問題很難解決，有沒有辦法發展出社區當中的互助機制?是不是我們可以努力的方向?

吳姿儀：(N2-38)

需要長照專車來接送照顧者。另外在偏遠地區，工作人員尤其要能針對語言不通、不識字、有特殊需求的照顧者，安排一對一、巡迴聚點或相關服務，因人而異，多元化的配套。

林瑞萍：(N2-39)

我分兩類來說明:對救生圈團體來說，照顧替手是絕對要安排的配套措施。對溫馨下午茶來說，交通接送(像是:復康巴士)、教導處理長輩”歡(鬧)”的技巧、關懷員(資深照顧者)的支持與關懷協助都是不可少的配套!

陳俊全：(N2-40)

交通服務是很重要的配套措施，在都市可以提供交通補助，但在偏鄉就得要有交通車的接送，因地制宜。

陳維萍：(N2-41)

我覺得志工服務確實是很重要的配套，除了讓照顧者安心喘息外，也讓受照顧者增加其他社交互動的機會。

三、如果要推廣家庭照顧者教育訓練活動，承辦單位須具備哪些條件?

簡璽如：(N2-42)

我覺得機構人力部份、經費部分、場地空間、單位本身有無提供照顧者服務經驗是關鍵。

陳俊全：(N2-43)

組織體制要健全，像是人力管理、員工教育訓練、人力資源、方案執行能力、實務經驗等。

林瑞萍：(N2-44)

我覺得對疾病本身要了解、有專職的工作者、有能力評估家屬期待(因為很多家屬會需要馬上解決現在的問題)、有好的合作團隊(像是:講師資料庫、資深家屬能提供特殊經驗分享)等。

詹琬純：(N2-45)

我也認為有專業人力很重要，而且要理解照顧者的需求，熟悉講師。

陳俊佑：(N2-46)

要有專業人員、場地、有服務對象、安排替手資源等。

陳維萍：(N2-47)

曾經辦理過教育訓練課程經驗的團體，我覺得至少要兩年以上的經驗，工作人員要穩定，辦活動的經驗要有，也要有服務的案源。

楊曉雲：(N2-48)

我認為人的專業素養很重要!還有要能注意到照顧者的特殊需求，像是我們需要辦理課程的教室一定要是無障礙環境!包括廁所也要無障礙!

陳金玲：(N2-49)

機構應具備專業人力，對承辦業務有經驗，能夠和平台資源有互動，資源掌握力高等。

岳青儀：(N2-50)

我覺得對家庭照顧者議題有足夠敏感度很重要，另外要有社工人員專人辦理，以能夠與照顧者建立關係，活動時並有其他協助人力像是:志工。

何佳霖：(N2-51)

順著青儀所提的，我要強調承辦活動之社工必須對該組織及各項服務，甚至是家庭照顧者相關社會福利等要有相當程度之了解。能夠從活動中發掘有各種需求之家庭照顧者，協助提供相關資訊予照顧者，甚至協助連結相關服務，讓服務得以順利接軌。

金林：(N2-52)

服務過此類疾病病友的單位，才能實際瞭解照顧者需求。建議可以審查制的方式進行，由單位送計畫書，委員審查核定由那個單位得標。另外，長照保險可保留部分經費（如教育訓練經費的15%），讓機構各自送案，或許能補足制式化課程不足的部份。

陳金玲：(N2-53)

機構應具備專業人力，對承辦業務有經驗，能夠和平台資源有互動，資源掌握力高等。

黃嫻蓉：(N2-54)

我認為有服務對象、有服務經驗夠了解照顧者的想法、有專業人力、有資源可以提供很重要!

吳姿儀：(N2-55)

我覺得專業人員在語言習慣的溝通上要有能力，夠了解在地的需求。是不是了解疾病的特殊性及照顧相關需求。因此專業的團體來承辦是比較合適的!

林金梅：(N2-56)

由於一般機構皆有其服務對象，若未來長照保險是以標案形式，由得標機構辦理照顧者

課程，辦理機構對其他服務對象不見得切實瞭解、提供符合需求的課程。是否能設計類似『點數』制度，由民間機構辦理課程，向長照保險申請經費，可設計各機構能申請點數的上限，以便經費控管。

謝延仁：(N2-57)

我也覺得由原有服務單位提供比較好，因為對照顧者的服務關係也會比較好。

袁慧文：(N2-58)

我覺得區域內任何承辦的團體之間要有聯繫機制，可以分享經驗，平台網絡的資源一旦能串連，對照顧者一定有利。

四、對於家庭照顧者教育訓練是否有其他建議與想法？

陳俊佑：(N2-59)

機構要知道照顧者的需求，邀請的技巧也很重要，他要服你，他才會來！你有專業知識讓他相信你！另外，機構也要思考怎樣把其他家屬轉變為資源！

詹琬純：(N2-60)

我覺得安排照顧者的教育訓練課程，不能像安排居服員的教育訓練課程，用同樣的思維方式去安排講師，要著重在照顧者的吸收情形和對課程內容的接受度，對照顧者比較有意義。

楊曉雲：(N2-61)

照顧者不喜歡嚴肅的課程，希望能夠安排互動式的課程，技巧演練可以增加。還有，若能透過校園宣導、影片、明星宣導管道，讓更多人接受與關心，我覺得也很重要！

陳俊佑：(N2-62)

我有同感！像是：舒壓課程的關鍵在於能不能安全的講出來！有沒有人能聽我講？能讓我暢談！團體本身是不是安全的？

岳青儀：(N2-63)

大部分的家庭照顧者不易使用社會資源介入照顧工作，因此若要外出參與活動者就需要有其他親友協助照顧，故活動時間會是影響參與之關鍵。

謝延仁：(N2-64)

我覺得在制度設計層面上有個建議，講師師資建議由居服督導擔任支持團體的團體帶領者，原因是因為專業關係的延續(雙方的工作關係已建立)，可是現在的工作制度，個案量已高達 60 案以上，根本無法培訓工作人員來從事這塊服務發展。

黃嫻蓉：(N2-65)

我對大理街的出租國宅有一些想法，裡面住了很多照顧者，他們之間能不能夠串連？像是 A 照顧者想出去工作，但沒有人可以煮三餐給受照顧者吃，但 B 照顧者每天都會做便當，那是不是可以互相幫忙？這樣照顧者 B 去送餐可以有些收入，又不會多耗力氣，照顧者 A 可以去做臨工增加經濟收入，集合住宅就有這個互助優勢，我覺得讓照顧者間彼此互動加強，可以創造更多的機會。

黃信雄: (N2-66)

我補充,我們曾經有經驗,有些照顧者請他們出來參加課程提了好幾個月都不出來,因此干脆我們進去服務比較快!後來我們知道,女兒之所以不出來,是因為知道媽媽會擔心,是不是女兒不要她!照顧者的顧忌、不放心、擔心、對資源的不熟悉都是原因。還有,因為我的同事有些是照顧者,他們告訴我,常常聽上面的講師在講課,心中會升起一個念頭,你上面講的理論,如何能幫我?我心裡想的都是家人,我覺得上課對我的幫助好像比不上 one-by-one 的指導比較實際。

袁慧文: (N2-67)

有些舒壓活動需要講師人格特質或帶領技巧較明顯,才能帶動團體氣氛,增加團體動力。

陳金玲: (N2-68)

我覺得師資培訓很重要!無論是針對政府的承辦人員、民間第一線承辦人、學者、或是照顧者種子老師!要多管道的栽培!因為長照需求很大,越多元的師資培訓,能夠有更多的人力投入不是更好!

簡璽如: (N2-69)

建立講師資料庫是很多單位和我們反應的!可由目前各單位提供講師名單,包括專業知識、人格特質、活動帶領方式、活動成效等,讓其他執行單位也可以運用,減少尋找師資的時間,或是擔憂活動成效不佳等。

何佳霖: (N2-70)

我覺得建立一套屬於家庭照顧者的參考教材是重要的。目前精障照顧者已有一套家連家家屬訓練課程,由家屬帶領為期八週、16小時的教育訓練課程,同樣的,肢障或失智等其他類別之照顧者也相對有需要,因此建議可以規畫多元版本的教材。

林瑞萍: (N2-71)

我覺得要重視照顧者的互助網絡,若是網絡健全,他們會自然形成支持網絡,不論情緒抒發,或是私下去誰家做客,相邀出去旅遊甚麼的。

林茹嵐: (N2-72)

如果可以應該先嘗試針對不同群眾族群,設計多元適切的宣導方式,先激發民眾對教育課程的需求感、與使用慾望。

林金梅: (N2-73)

訓練課程內容要多元化,能夠兼顧知識面、情感支持面、社交面功能。

金林: (N2-74)

若長照保險開辦,照顧者教育訓練課程是否開放給鄰居來上課?目前協會的作法是採取只要有參與意願即可報名。

陳俊全: (N2-75)

我覺得課程的安排一定要能因人而異、因地制宜,平台網絡間要能資源共享,型態一定要多元,才能滿足不同照顧者的需求。

附錄三

北區 第三場 焦點團體

時間:100.06.07.(二)PM2:00-5:00

地點: 鄭南榕基金會

團體帶領者: 陳俊全 教授

紀錄: 曹寶玉

進行流程:

一、全國與地方資料調查情形報告

二、與會各單位服務介紹

三、焦點團體(針對家庭照顧者教育訓練課程規劃提出政策建議)

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」政策建議進行交流:

一、有關家庭照顧者需要哪些教育訓練課程，應該由照顧者自行決定?專業人員評估?還是其他合作模式?所考量的服務提供標準為何?

陳俊全：(N3-01)

我先說明，目前依衛生署分類，將身體失能與心智失能類區分開來，課程總整理資料麻煩大家看，若有建議這幾天都可以反應。我們整理了全國辦理課程的形式分為八大類，在這十年間，多運用一對多的講座方式提供知識，這種一對多的課程對照顧者的受用度並不高，扣除精障、失智類前期的課程還有很多人參加，其他參加的人數多半逐年遞減。成長團體類型，近三年較前者受歡迎，現在有很多照顧者反應他不要心靈成長，透過怎麼樣包裝願意讓照顧者出來，可以跟受照顧者一起出來多半能提高參與意願。另外，巡迴據點又稱為走動式教室，一個社工搭配一個專業人員，透過短講、互動跟評估，頗受偏遠地區歡迎，透過一次交通接送一次服務十多個人，在社區裡面設據點，跟社區關懷據點作結合，現在滿多人希望可以由這個部分推廣，關懷活動透過外出到定點做活動，作外展服務，達到教育紓壓的形式，如果能讓受照顧者一起出來可能會比較多人。第五種是到宅一對一的形式，在偏鄉和原鄉很受歡迎，老老照顧的形式可能沒法在課堂上得到協助，像是：瑞典由公衛護士提供一年兩次的到宅進行衛教，確保民眾能夠了解自身權益，也能夠掌握資訊。再來是靜態教學DVD和資源手冊，像是：失智在推的大腦體操頗受歡迎，全家可以一起做，比硬式教材受歡迎，但很多偏遠民眾連這些器材都沒有，機構提出，四十歲以下照顧者比較喜歡使用。連續劇或影片也可以做為長期的社區教育，置入性行銷，其他模式他們可能不一定能接受。像小腦萎縮症病友協會目前和藝人拍攝電影：帶一片風景走！就是由一個照顧者的角度看世界，頗受歡迎，公視也有一些不錯影片，政府應往這個方向，更多元。

陳金玲：(N3-02)

不同的民族性有不同需求點，年齡、教育都會影響課程參與意願，東區老老照顧比率很高，很多不想要上課，這個現象也出現在南投、屏東、嘉義，都會型有分教育程度，教育程度高會希望有甚麼課程都辦。

林茹嵐：(N3-03)

我認為家庭照顧者的教育訓練應該被視為一種支持，而非一種交換條件。當教育訓練成為領受長照給付的資格限制時，恐怕也會落入變成是對照顧者的懲罰、讓照顧工作成為一種義務勞務的負面迷思。建議「需求的決定」宜在合作模式下進行，透過專業人員協

助照顧者，就被照顧者的疾病進程、家屬可能會面臨的照顧相關議題、以及相關的照顧權益與資源等認識，做為第一階段的教育課程、搭配討論與諮詢評估，而後才能進入第二階段協助民眾自行決定相關保險的實物或現金給付申請；避免先讓給付形式決定了民眾是否應受教育課程，而是透過教育課程初步協助民眾決定照顧計畫和領取的給付形式、並在照顧計畫與給付(無論實物或現金)開始之後、再進一步做第二階段以後符合個別照顧需求的課程提供。

簡璽如：(N3-04)

大家都把照顧者以全職照顧的方向去思考，但也有很多照顧者是身兼照顧與工作。兼職照顧者也希望課程可以開課在假日或晚上，但如果是六日兩天他們也會不想出來上課，因為他們會希望多陪伴家人，畢竟平常已經為了上班失去了很多相處的機會。還有，七成的人以為教育訓練是講座類型，但外來長照保險給付是不是可以更多元？有關於漢民族跟原住民族還有地區性的差異，像是：東區家屬會提到家人住院就放醫院，北部強調住院要有家人或看護在旁邊。

黃信雄：(N3-05)

家裡年輕的人可能會被賦予上課的任務，但實際照顧的可能是另一個年紀較大的人。

王增勇：(N3-06)

針對這一題，教育訓練評估與流程該如何考慮，需求誰來決定？由照顧者決定還是專業人員決定？需求評估標準是怎樣？這緊扣長照保險給付，家總認為應該由照顧者來決定他的需求，但因為有給付，所以也有人提出部分應該由專業人員來評估。

陳金玲：(N3-07)未來給付模式的部分，這幾種評估方式都可行，給付是什麼？

王增勇：(N3-08)強調有客觀評估的指標與流程，可能是在兩個當中有不一樣的想像。

林金梅：(N3-09)

志願服務有分基礎訓練和特殊訓練，我覺得兩者可並存，兩個管道可以相結合。這些課程都可以列入給付，看要怎麼認定，這兩個都可以涵蓋。

陳俊全：(N3-10)

我們現在是這樣的想法，但照顧者的需求如何被決定？我們現在要給衛生署建議怎麼建構他，目前都是由長照中心評估，照管師出去評估的時候，照顧者教育訓練的評估該怎麼評估？後面的課程該分成哪幾類？從需求到服務輸送的邏輯。

陳俊佑：(N3-11)

金梅姐講的是現實的狀況，現在很散，民眾要不要就看他要不要來，老師現在是說架構好這些課程，也都知道這些人在哪裡，需求在哪裡？

簡璽如：(N3-12)

目前十年長照服務，家庭有需求由長照專員進入家裡做評估，但可能因為受到人為因素，如果照顧者聽到是否要機構評估服務？可能因為不了解這項服務或當下覺得不需要，就說不用！但他會在半年中都不能使用機構喘息，因為他被評估沒有這樣的需求。

前車之鑑，我們希望照顧者所得到的支持性服務課程，要能多尊重照顧者的需求，不受人為因素影響而失去接受幫忙的機會。

林金梅：(N3-13)

現在很多居服員的培訓課程可以挑出來提供給照顧者去上，一些家屬剛開始也上那個課，她上完回來照顧家人就足夠了

王增勇：(N3-14)意思是所有家庭照顧者都應該去上居服員的課程嗎？

林金梅：(N3-15)

不是!不同的需求針對照顧對象會有不同的需求，日本四十個小時，香港八個小時，可以回歸現在的課程看那些是基礎，再去看多少時數。

陳俊全：(N3-16)照顧者可不可以說不要上？誰來決定他要不要上？

林金梅：(N3-17)

看時數來認定或評估員評估，如果不一定是時數來認定，去評估的人他有沒有夠那樣的敏感度看出他的需求？

陳俊佑：(N3-18)

我比較 p r e f e r 由專業人員去評估，照顧者剛開始可能不知道自己要學什麼，可能會流於想像或問我需要什麼。可以連結服務時數的使用，我們萬華有個日照中心，後來有實驗提供服務前，邀請家屬要上課，發現效果不錯!他們可以學到東西。

陳俊全：(N3-19)

意思是由專業人員評估，告知家屬我們可以給你甚麼?再連結服務時數使用。

巫瑩慧：(N3-20)

可能要分不同層次，複議金梅，我們可以用初階與進階的概念，比照志工訓練那種，哪些課程需要納入基礎?哪些在特殊訓練。專業人員也要參與討論，這不是只有高階層在參加會議，決定初階那些課程、進階那些課程，應該要有資深的照顧者，病友團體家屬代表，透過她們的討論，我相信針對照顧者需要哪些課程?才會更精確，才能夠更落實!照顧者依個人需求可能會不準，協會裡有經驗的照顧者可以提供經驗談。現在依失智症訓練時數分太多種，坊間可以先初階，進階要分進階一或進階二都可以，課程分類目前都包括了，現在要決定的是那些放在初階?那些放在進階，將來給付可以向志願服務法那樣，你要上完，但講師可以依據上課者做深淺調度，但必修標題是可以確定的。

王增勇：(N3-21)

剛成為家庭照顧者的人該由專業人員進行評估，評估的過程要由資深的家庭照顧者幫助資淺的照顧者了解他的需求。建立全國通用的準則。

巫瑩慧：(N3-22)

當政府決定課程時，志願服務法是全國的層次，會有焦點團體，會把不同的照顧者與協會納入考量，這樣討論出來的初階、進階課程，才會符合大家需要。是不是由照顧者自

己決定，應該有彈性。初階的部分不要由照顧者決定，進階的話因為不同狀況有不同需求，可以說其中二分之一到三分之一由照顧者自己決定，其他全國統一，但不要超過二分之一。基礎訓練比較夠的時候，訓練過程比較成熟時，家屬會有一個比較成熟的力量要求說需要在什麼樣的課程，是不是說進階的部分比較彈性看幾分之幾，這個要提到最高層次來討論。

陳俊全：(N3-23)初階、進階是按照照顧階段來區分？

巫瑩慧：(N3-24)

按照培訓內容！我個人看法比較不用初期照顧跟中長期照顧，我們是以訓練，就以初級訓練與進階訓練，失智症在初期比較不會有翻身、擺位問題，下一階段再來討論在初級課程裡他的必修，初期他需要的基礎訓練，這麼大的範圍，初期一定要上疾病的認識，初期要用通識性的去含括，行為問題是不是要放基礎訓練？社會資源怎麼使用，這些都可以放在所謂的基礎裡面，這個表比較細，由使用單位自己填充格會比較好，呼應金梅。

岳青儀：(N3-25)

必修是不是要依據照顧的對象，我比較贊成制定課程由專業人員先訂出來，比如說提供表單。一個病人可能有好幾個照顧者，時數是一個病人配給給家屬，或者它可能是全職，他選的課程可能會不一樣，他排的課是不是有自由度，再由專業人員看他們選的內容是不是足夠，評估的專業人員再來確認，有沒有那個彈性。

陳金玲：(N3-26)

如果從保險的概念，申請提供給付，最後照顧者還是握有他要不要去上課的決定，所以不能排除照顧者自己決定的部分。我比較prefer專業人員與照顧者共同討論，每個照顧者面臨的照顧狀況可能都不一樣，即使是基礎課程八個鐘頭，還是可以去決定是不是上這四個課程就好，將來課程可能都會有一些固定的方向或主題，照顧者可能自己蒐集資訊了，有些課他可能不需要，他對進階的課比較有興趣，可能會有這樣的狀況。

林金梅：(N3-27)

誰來決定是一個討論的過程，評估的時候家屬也可以討論需求，是一個討論跟澄清的過程，不是專門由誰決定！是不是可以訂說如果是新的照顧者，你應該在多少時間裡去上那個時數，這是保險給付的項目。

陳俊全：(N3-28)

決定多少時數可能是專業人員決定，但內容的部分，大家建議初階應該有模組化的必修，也可以安排上進階的課程，進階可以有一些彈性的比例，像是1/2-1/3是由照顧者自行決定。

王增勇：(N3-29)

基本上專業人員決定，但要讓照顧者了解並參與決定，時數決定的標準有哪些？新的還是舊的照顧者是一個考量，還有沒有別的考量？

詹琬純：(N3-30)我認為包括：不同的疾病類型、失能程度、困難度。

葉婉俐：(N3-31)

還有教育程度，因為教育程度不同可能會造成學習上的困難。課程內容要有不一樣的上法，區域性像是北部跟東部要不一樣，教材規劃要不同，教法因地制宜，內容深淺要掌握。

陳俊佑：(N3-32)

內容我建議要標準化的東西。最近跟老五老修照顧的課程，不同老師上一樣的課程但內容卻差異很大，如果我們希望照顧者學到的東西不要相異過大，內容跟目標就要都一致。但也要看專業背景啦！

岳青儀：(N3-33)要顧慮家中有兩個以上的照顧者可以同時去上課嗎？

陳俊佑：(N3-34)應該可以一起上，但不要分時數。

陳俊全：(N3-35)大家認為都應該要包含進來對不對？

林金梅：(N3-36)有時間上課的照顧者，應該要開放，想上就能上。

巫瑩慧：(N3-37)

時數認定可能有一個問題--是不是同一個人來上課？原則上還是以同一個人來做時數的認定。政府的時數判定可不可以累計？是用個人來認定？還是用戶來認定，通常用個人來認定比較公平。我們想想，若是六小時的課程，輪三個人來上，它的效用能不能回歸到受照顧者的身上就不知道！

王增勇：(N3-38)

教育訓練不應累計在一戶，應以個別計算。可多個照顧者來上，但時數應該要個別算。但是上課還是上課，其他次要照顧者也可納入訓練，但時數要個別算。

陳俊佑：(N3-39)

有強制性嗎？其他人有時候會影響照顧的模式與意見，order 別人來上可不可以？像我們就有規定先來上課，才可以服務。

陳俊全：(N3-40)

訓練課程應該是支持性的，而不作為給付標準。延伸來談，機構有評估的方法？

葉婉俐：(N3-41)

八次上課之前工作人員會做評估，一張表單填寫簡單的基本資料，家屬填寫疾病類別與想來參加的原因。課程主要是以三個障別(精神分裂、躁鬱症、憂鬱症)為主，原來設定這三個類型的家屬可以來參加，後來就不設限了。

楊曉雲：(N3-42)我們只要是家屬或照顧者就可以來，通常夫妻檔一起來的情況最多。

王增勇：(N3-43)

所以聽起來實務界的經驗是照顧者自己決定要不要來上課。但看來大家建議政策發展方

向卻不同!這值得去討論!

陳金玲: (N3-44)因為目前沒有保險,所以鼓勵多學習是有好處的,目前比較不能篩選。

岳青儀: (N3-45)

我們辦理支持團體,有限制八到十二人,能夠全程參與者優先,還會去訪談了解上課期待有沒有跟機構規劃的方向一致,還有我們會對照顧者先施測,若照顧負荷量表嚴重的優先,還有比較難出來(較不常使用資源的照顧者)優先參加活動。

林金梅: (N3-46)

我們沒法這樣設,因為沒有人可以承諾能全程參加,我們漸凍人的狀況,是可能在過程中,受照顧者就往生了!基本上歡迎能來就來。

巫瑩慧: (N3-47)

康泰的狀況是:溫馨上午茶式開放式的,篩選比較沒那麼嚴格,主要照顧者、親戚朋友、本勞和外勞都可以一起來。另外,救生圈團體就是封閉性的,團體就限定一定要是主要照顧者,因為上的課程比較紮實。

丁巧蕾: (N3-48)

我認為應建立標準課程,滿足共同需求,針對差異化需求用個別化的方式來處理。家屬不一定完全知道他們需要什麼,所以我覺得如果要處理這件事情,工作者和家屬間必須要有技巧的會談,而非以量表式急就章的方式就結束,但是這件事要責付照管專員去做,以現有的服務量是不太可能。

金林: (N3-49)

就現有機制我們常常發現照管專員評估和我們社工進去評估的差異大,家庭有時會出現問題,但僅能處理表現問題,建議未來朝向以個管方式去工作!而家庭照顧者就是我們的個案!而非受照顧者!

洪郁翎: (N3-50)

我聽到一個機構的主管曾跟我分享,他提到現在的方式社工很慘,看的到長輩沒有被好好照顧,但是家庭照顧者也面臨很大壓力,沒有辦法去作好工作,但是社工也沒有多餘的時間以家庭為中心的工作模式去處理。這個問題嚴重,是該去面對解決的!

二、現有的課程規劃,缺乏多角度的思惟點,除了以照顧階段、照顧者可投入的照顧時間、受照顧者接受的照顧模式、受照顧者障別及疾病特殊性外,還有哪些思惟點是容易忽略?影響照顧者使用服務的關鍵因素?

陳俊全: (N3-51)

第二題涉及對訓練課程的想像,有沒有一些思考角度可以讓照顧者比較容易出來?

簡璽如: (N3-52)

影響的關鍵因素像是:城鄉差異、族群意識、當地文化、照顧者年齡因素、教育程度、有沒有替手服務等,都是關鍵,家裡經濟程度也會影響他願不願意出來。

金林：(N3-53)

我認為照顧階段和照顧時間很重要、還有訊息傳播管道的即時性及普遍性是否順暢是關鍵，宣傳也很重要！強調要讓照顧者自由選擇，但要考量時間是白天還是晚上、假日還是平時。

王增勇：(N3-54)

照顧中期、末期可能支持多過知識。我們最想討論的應該集中在障別類型可以分成哪幾類？大家覺得會因為全職、半職有不同內容嗎？應該只是時間，要因為使用機構或社區服務而區分嗎？

巫瑩慧：(N3-55)我認為不需要特別安排！

陳俊全：(N3-56)針對疾病特殊性，討論要哪幾類好了？

陳俊佑：(N3-57)

有沒有不同障別有特殊性，有些障別可以照顧起來可以工作，有些不能工作。

葉婉俐：(N3-58)

照顧精障、失智的家人是不太可能工作，如果照顧失能老人比較有可能工作。我覺得課程可以分為：失能類、心智失能類、混合類。

巫瑩慧：(N3-59)

如果同時具備兩者的，有重複性的就可以替掉。高齡老人憂鬱情況越來越嚴重！

丁巧蕾：(N3-60)照顧者要上哪些課程？上多久？課程的主軸內容？進階的模組？

陳金玲：(N3-61)

老人也有一些疾病，通常不是因為他老，老人要不要獨立出來，老人家可能中風有肢障、聽不到有聽障，可以用疾病診斷來處理，這跟身心障礙的福利又有一些區隔，特殊的身心障礙類別要不要獨立出來？心智比較特別獨立出來ok，其他失能要不要區分出來？我們規劃上，失能類大概多少時數？課程內容就可以有很多，主軸比如說疾病認識，二到三個鐘頭，把基礎大概的時數放在這個地方，還是進階不需要定時數。

王增勇：(N3-62)進階應該是一個一個模組。

陳俊佑：(N3-63)時數其實要看內容，才知道時數在那裏。

詹琬純：(N3-64)

照服員上課包含實習要九十個小時，保險之後應該會再增加。目前針對照顧者也針對課程把這個模組放進去教導，因為照服員用這些標準去照顧者些人，但這些內容是什麼，我覺得課程內容比較重要，切身需要的會很認真聽，而不是失能不失能。要不要結合照顧服務的課程，目前照服員的課程已經一個模組在那邊了，是不是可以藉由內政部的課程看那些符合照顧者的需求，我們再去想所謂的進階！

黃信雄：(N3-65)很多照服員都是由照顧者轉過來的!

陳俊全：(N3-66)從照服員課程規劃基礎課程，我們再規劃進階？

詹琬純：(N3-67)溝通的部分家屬都很不想，可以去想那些真正符合家屬的需求。

林金梅：(N3-68)如果他有需要，只是不重視，還是可以請他來上課。

陳俊佑：(N3-69)家屬應該不用上那麼廣，他只c a r e自己照顧的這個障別的需求。

詹琬純：(N3-70)

照顧的單位可以這麼多期的去辦理課程嗎？我可以在什麼時候告訴家屬可以來參加？

王增勇：(N3-71)先想像需求跟課程，再討論怎麼提供。

巫瑩慧：(N3-72)

照顧服務員訓練當中比較缺乏心智類的照顧課程，照服法跟十年長照這塊一直需要補強，老人這塊視野要再往後拉一點，希望訂下去寬廣面比較夠。從照服員裡面可以篩選共通基礎課程，好處是這些人未來想轉職業第二春，也有一個儲備可以銜接。另外訓練課程可以添加法律課程。

王增勇：(N3-73)

基礎是否也可以模組化？一種針對心智失能，一種針對身體失能，模組化也提供了一些彈性，讓專業人員決定要上的基礎有哪些？看大家覺得模組要怎麼分？

陳俊佑：(N3-74)

因為不同障別注意的點不同，很多照顧者到後來都變病人，自我照顧是否要在基礎的時候給他一樣的，時數不要多！包括社會資源與心理調適，等到他已經那個都來不及。進階時再彈性。

陳金玲：(N3-75)

基礎給一個概念，剛開始一團混亂，在上課中給他一個概念，也要c a r e自己。

陳俊佑：(N3-76)

很多都說你不會！我來！，他不是沒有資源，後來出問題再給支持都來不及了。

林茹嵐：(N3-77)

當需求被透過感性訴求激發之後，民眾難免還是會要以理性去權衡所需付出的代價是否值得換取可望被滿足的需求。代價可能是我今天為了去上課而需要付出的交通成本、時間成本、經濟成本、加上其他支援或替代人力的成本…等。如果教育課程的規劃沒有為照顧者考量到這些成本負擔，就還是無可避免地讓家庭照顧者落入「廉價勞務工作」的犧牲者，當然會間接地影響照顧者參與教育訓練的意願、以及是否會將支持服務的美意反而視為懲罰照顧者的一種結果。因此，如果能夠透過適切的資源協助，例如：可負擔性的社區化托顧協助、個別化彈性的學習時間配搭、服務到府的教學指導與諮詢服務、

溝通無障礙的專業協助等等，或許更有助於促成民眾參與課程的實際行動。

洪郁翎：(N3-78)可以把溝通改成照顧分工。

簡璽如：(N3-79)

其他團體有提到家庭會議的形式，把照顧者找來談資源面，包裝在家庭會議中進行，效果很好。像是：花蓮長照中心用在棄養個案上，他們提出這個可以把社會資源跟自我照顧涵蓋在裡面去做。像是：認識長照保險的給付是什麼？也可以放在基礎課程模組裡。

陳金玲：(N3-80)

可以把正式與非正式資源放進去談，要怎麼申請？有什麼福利？可能要一開始說。

岳青儀：(N3-81)

認識家庭照顧者課程，是給他們一些基礎的概念，很多照顧者說早知道這個概念就不要跳出來了，這是一個概要的課，希望大家都可以去聽。

王增勇：(N3-82)

所以基礎的部分有四塊，身體失能的基礎照顧，心智失能照顧，照顧者自我照顧課程，長照體系與法令、社會資源基礎課程。我們需要討論時數嗎？

丁巧蕾：(N3-83)

一個 r a n g e ，比如上限或下限。要考量民眾的接受程度。

林金梅：(N3-84)

初成為照顧者應在三個月內上完四個課程，算一下應該要十二個小時。

黃信雄：(N3-85)

可以把自我照顧跟法令課程濃縮成三小時的課。並去思考這些課是支持還是強迫？

楊曉雲：(N3-86)

一天也可以上完的。可以安排一天六個鐘頭，或隔兩周，每個狀況不同。

林金梅：(N3-87)

疾病認識一堂，用藥安全其他照顧這些至少六堂課，差不多十二個小時。能不能用固定時間內上完幾個小時就可以認定，只是不知道課有沒有那麼頻繁。

陳俊佑：(N3-88)這樣的優點是上完可能有互動的時間。

詹琬純：(N3-89)看怎麼設計，比如說一小時上課、一小時互動。

陳俊全：(N3-90)

不然時數先放著，先定主題架構，進一步討論進階，大家可以討論基礎跟進階怎麼區分，通常基礎是討論概論，比較沒有實際的操作。

林金梅：(N3-91)

有些翻身、拍背的基礎可能一開始就需要，有些老師實際上就會示範。

金林：(N3-92)

進階分障別強調實作性。學概念不能操作對我來說沒意義！如果隨時上，名稱可不可以不要基礎跟進階！看要不要必修跟選修，選修根據個人需求。

岳青儀：(N3-93)

照服員不會規定要先上基礎在上特殊，可以一起上！

林茹嵐：(N3-94)

影響照顧者使用服務的因素有時候不一定全然取決於課程內容規劃為何，而是需要去塑造讓民眾熱切想要參與課程的情境。我們可以去想「憑甚麼」讓照顧者認為他們需要受教育：如果我們把照顧者教育課程當成一件商品來想，可能就會比較清楚。例如很多業務員在行銷商品時，通常在第一時間會先嘗試的是塑造願景，協助或引導潛在客戶先去思考：他們的夢想是甚麼？而一旦擁有了這樣商品、人生會什麼不同？而很多照顧者可能就是因為沒有辦法想像教育訓練課程對他們的家庭「會否產生不同影響」、或者是「能有多大了不起」的影響，在缺乏必要性與重要性的認知下，單純地因為沒有概念就在第一時間否定需求。因此如果可以，應該先嘗試針對不同群眾族群，設計多元適切的宣導方式，先激發民眾對教育課程的需求感、與使用慾望。

岳青儀：(N3-95)自我照顧類也會有選修，比如音樂治療。

陳俊全：(N3-96)

這樣我們頭就會很小，基礎四門，進階按造障別開展出去。我們只有兩層嗎？

王增勇：(N3-97)基礎、進階不規劃順序，希望有選擇性。

巫瑩慧：(N3-98)

入門課程可參考現有課程和居服課程，列出大項就好！現成的素材可以扣上去，入門不管心智或失能把這些主題都扣上去，照服員課程有需要也可以扣上去，只要有大名目就可以，必修主軸大概有哪些，課程參考內容比方照顧技巧用藥安全就去填那個洞，選修就更廣，這樣兩個的比例大概差不多比較平均。比較不會有頭小身體大。

陳金玲：(N3-99)不知道可不可以增列照顧者若多上課，可以增加給付時數。

陳俊佑：(N3-100)

不用擔心選修太多，因為家屬根本不會來！參與率其實還好。這題頭痛是因為我們再為家庭照顧者做什麼，強迫他去認證，或支持他什麼，需求可能是變動的，到底在幫他什麼，上完初階就可以怎麼樣？切成這樣是因為？期待是藉由課程幫她！

林金梅：(N3-101)如果有配套政策跟給付應該就會有參與動機。

陳金玲：(N3-102)

我們也不用必修跟選修，基礎他可以至少上幾個小時的概念，他可以在裡面選六個小時，進階他選幾個小時。

巫瑩慧：(N3-103)這樣更彈性!出院準備每個階段都可能發生。

陳金玲：(N3-104)

出院準備期這個 t e r m 可以不要用。類別沒法 c o n c e r n 到這麼多。基礎的課程至少要三門或四門課讓他自己選，他就會覺得很有幫助。這是一種，另一種是不分基礎進階，讓他自己搭配，第一年可以選幾個課程，再多的課程可能要自費或什麼的。

陳俊佑：(N3-105)

講 o r d e r 的部分，是有些人真的照顧得不好。給他一個喘息或學習。

林金梅：(N3-106)

要求每年上多少時數？訓練課程純粹是福利？上了時數也可以變成長照人力的話，現在會跟那個有相關嗎？

王增勇：(N3-107)

專業人員評估有需要就可以。我們希望脫鉤，老盟希望綁在一起，考到證照才能現金給付。我們不認為有上限時數，專業人員覺得你適合你要上的課有達到就可以了! 有點像是沙拉，由專業人員來點菜。

陳俊佑：(N3-108)

保險給付就不會強制了，沒人申請就不用給付了。只有在這個時間點可以要求家屬做什麼，很多家屬不願上課。

岳青儀：(N3-109)

可以把所有放到照顧概論，他不知道那是什麼就上，然後時數少一點。最好把如何跟外勞相處放進去。

林金梅：(N3-110)現在不討論外勞？

陳俊全：(N3-111)

外勞不算家庭照顧者，是有酬的照顧工作者，因此不列在我們討論的範圍。

三、教育訓練課程的提供，服務的對象應鎖定主要照顧者還是其他次要照顧者或支持系統中的其他成員?提供的層次應該注意到哪些原則?

陳俊全：(N3-112)這個議題我們剛剛有合併討論到，有其他意見?

林茹嵐：(N3-113)

照顧訓練的提供要鎖定哪些服務對象，要先看照顧者的教育訓練被定位成「社會教育」還是「義務教務」。我個人的擔憂還是一旦當教育課程成為領取給付的義務與條件、家庭照顧就只是一種交換有限報酬的廉價勞務服務，若再加上鎖定強制主要照顧者必須參與，也可能因此被視為對勞務付出者的變相體罰。因此建議未來課程提供應跳脫將照顧

視為家庭內部責任的思維，也不應落入定義主要照顧者/次要照顧者/經濟供應者的分類圈套之中，除擴大家庭成員共同參訓的意願之外，更應該設法將一般社會大眾/社區民眾納入支持系統。

簡璽如：(N3-114)

針對心智類的失能者，社區教育是必須要配搭的!像是:老盟 99 年開始針對失智者所推動的守護天使服務計劃，先由專業人員訓練種子講師，再透過這群種子講師再深入社區訓練社區志工和國小學生，認識失智症，再安排社區內的商家加入友善商店的行列。並針對每位上過課程的人贈與一條紫色的手環，代表我認識失智症的疾病，我知道如何幫社區內需要幫助的失智症患者。這個計劃引自日本，目前超過百萬人的響應。

黃信雄：(N3-115)

照顧概念應該所有家屬都要有這樣的知識!很擔心誰去照顧誰就是主要照顧者!或是誰是主要照顧者誰就應該去上課!尤其身分是媳婦又是護理人員。

金林：(N3-116)

以精障而言，照顧者願不願意出來，牽涉到他們願不願意曝光?有時候當我來到這上課，好像就等於我承認甚麼!才能來使用!但這樣精障的照顧者就不想出來了!所以我覺得其實開的課程廣泛的讓有興趣的人都可以來上!全民都可以來上!另外，若以成本考量，以主要照顧者為主，其他需要經過評估!

四、教育訓練提供的模式，因受照顧者的障別與疾病特性、家庭功能與支持體系、照顧者的年齡與教育程度/特殊身分、地域性特色等因素，應提供多元模式，政府在規畫長照服務網絡時，應注意哪些細節?像是:人力培植(專業/志工…)、宣傳、配套措施、針對偏遠地區增加預算或投注哪些心力?

林茹嵐：(N3-117)

用民眾能夠了解的語言與溝通方式傳達資訊!專業人員當然需要受到民眾尊重，但更應該避免落入專業的傲慢、特別是如果當這個課程成為領取給付必要門檻的條件時，政府更有責任要為民眾把守授課人員本質學能的程度與服務態度的適切。不同社區或族群的照顧者當然會需要不同的語言文字與溝通模式，也最好能夠培植出符合各自需求的專業人才，但這不表示一定必須是當地人或者是同類族群才夠能勝任。因此在照顧課程規畫時，或許可以嘗試參考某些社區大學的做法，讓講師試教後由具備學員身分者去參與聘用的決策，或許可以篩選出符合在地文化或者適合不同族群吸收程度的優秀講師。

楊曉雲：(N3-118)我覺得有一個很重要，就是支持性的成分很重要，不要太僵化。

洪郁翎：(N3-119)針對不同的家屬(教育程度、可被挪出的時間)獲得教育的途徑要多元。

簡璽如：(N3-120)現有人力有沒有配套措施，城鄉差距是不是該投入經費會增加心力?

金林：(N3-121)

我認為政府要有心，去補助都市型模式，待他成熟了再去輔導培植偏遠鄉鎮，把好的模式在偏遠地區建立，要知道老師是可以移動的，只要在費用上多點補助，像是:人事費、差旅費、講師鐘點費，我想這些問題可以解決。

王增勇：(N3-122)

我想調整題目，接下來家庭照顧者的推動訓練，怎麼建議政府去課程建置，不管人力預算偏鄉推動，如何全面性？尤其行之有年的教育訓練如何被包含到現在的體系裏面來？

陳俊佑：(N3-123)

機構式照顧跟居家服務單位來辦理訓練，不同障別也可分別有其專屬課程規劃。建議政府輔導某些資源要長得出來，電話可以聯繫但還是希望當地有資源。當地有的話有問題就可以照民眾就近諮詢。

林金梅：(N3-124)

很多單位自己也在辦居服員的訓練，建議政府盤點每個地區的失能人口數，比較偏遠的地區師資都不夠，周邊那些固定要去認養，政府應該要把這樣的費用擴大，這些講師的交通住宿就算人少可能要編得更多，這樣的資源是不是也要規劃出來？當地要長資源不容易，我們要不計成本的去做。

陳金玲：(N3-125)當地還是有醫療單位。

王增勇：(N3-126)

還是希望有在地家屬的集結，資深的照顧者也可以成為講師，希望透過教育訓練，會是各個協會團體在做互助組織的一個過程。情緒支持與陪伴的時數不完全是外面的人，可能還要有一個在地紮根的過程，提供每個地方去紮根的可能，那是一個必要的長遠過程。

林金梅：(N3-127)在那個過程中還是要有外面的資源來協助。

陳俊佑：(N3-128)中長期來講還是當地的資源長出來比較重要！

丁巧蕾：(N3-129)

政府還是要給預算，有些地方預算很拮据。長照服務網下去就會跨越縣市。

陳金玲：(N3-130)

現在醫療給付裡面偏遠地區的醫療給付反而比較高，未來偏遠地區家庭照顧者的給付是不是可以拉高。

簡璽如：(N3-131)這個會期長服法一讀不會過，可能要請新任立委提案重新開始。

巫瑩慧：(N3-132)

在地社區的部分，有長照管理中心，花東偏遠地區是不是可以更進一步結合社區發展協會，慢慢要藉由團體的力量讓地方自己去凝結。地方不可能針對單獨疾病去訓練，這樣資源不會被浪費，人也沒那麼多，偏遠地區可能不能訴求教育訓練，可能要結合聯誼的特色，偏遠地區需要的訓練型態可能不一樣，由當地政府結合當地力量是最省錢的方法！偏遠地區直接用訓練的觀念進去不容易實行。

王增勇：(N3-133)

第一個把課程規劃出來，教案的研發各個團體可以再去，教材研發要搭配種子師資的培

訓，之前康盟曾經做過這樣的方式作家連家，所以他們可以回到家連家，總會陪伴在地組織訓練跟運作，提供相關協助，這大概是我們可以建議政府做的方式，至少每個縣市可以有在地的組織。

葉婉俐：(N3-134)

培力家屬當領導者與偕同領導者，當地各團體可以培力種子老師，由家屬直接做授課，從九十五到現在，目前有二十五個會員團體，有一半在推這個團體，精障重視同儕支持，家屬對家屬，因為家屬沒有什麼照顧階段。偏遠地區的推動靠家屬的力量，召結第一次之後，家屬可能去跟別的家屬說，不是專業人員來上課上對下的感覺，這個支持也是這個團體可以推下去的原因。

陳俊全：(N3-135)

家連家是一個成熟的例子，看家連家的課程怎麼含括在這個架構裡面。偏遠地區推動，很多都靠著家屬彼此間的支持。

王增勇：(N3-136)

如果規劃出必修、選修，看你覺得那些可以放在裡面，如果大家自己有行之有年的課程，可以放在這個裡面，讓他到時候可以推得出來。

葉婉俐：(N3-137)課程內容我們幾乎都有涵蓋。

簡璽如：(N3-138)

另外，提到配套，大概團體都會提到幾大類：喘息、志工、經濟、便當或贈品，看大家覺得還有沒有別的什麼？

岳青儀：(N3-139)

政府可以協助宣傳，長照中心握有名單，他們就會比較相信這是我的福利。政府給我們五千份名單，自己用志工人力打電話發傳單要費的功夫比較大。

陳俊佑：(N3-140)

最近因為長服法，醫療人員上課非常熱烈，簡直是秒殺的報名速度！出院準備服務，醫院這塊可不可以開？有些醫院有開照服員的課，很快就滿了。

陳金玲：(N3-141)很多醫院有開這樣的課。但如果是家屬會來的就很少。

王增勇：(N3-142)

如果出院的時候家屬不願來上課，為什麼？那個時候應該是最慌亂的時候。

巫瑩慧：(N3-143)她覺得沒那麼多時間。

簡璽如：(N3-144)

有些家屬覺得上了就會變成照顧者，也有人覺得出院就是外勞在照顧，現在學這個幹嘛？

巫瑩慧：(N3-145)

呼籲一下小腦萎縮跟漸凍人居家的職能訓練，在家屬這一塊放進去。OT進去。日本實施多年，他們電視上每天固定有一套十分鐘的訓練，健康的人做一套，坐輪椅的人做一套體操。健康促進的部分對家屬也是很大的幫助，每天如果大量去做也是一個福音，OT進到家庭裡面也是未來可以加進去的。

林金梅：(N3-146)

職能、物理、呼吸治療師都會進到家庭裡，評估病友需要那些復健，或無障礙環境跟生活自理動作。

陳俊佑：(N3-147)

配合第四題，公視也有這個壓力，政府有沒有一些budget去支持電視台，讓他去做這個。

林金梅：(N3-148)

這樣家屬上課更方便!網路或電視就可以，越方便的情形下，恐怕這樣我們開課會招不到生而已(笑)。

陳金玲：(N3-149)這樣只有支持團體的課程才會出來。

王增勇：(N3-150)課程一但穩定了，網路都可以上。

陳金玲：(N3-151)居家治療與居家復健要能包含這些不同專業人員的部分。

簡璽如：(N3-152)

我想問:必修、選修是由一定單位主責，還是由長照管理中心，還是由當地責成機構負責?

陳俊佑：(N3-153)招標，不必限定是誰!

王增勇：(N3-154)各式各樣的上法都可以!八個形式都可以!

詹琬純：(N3-155)家屬問可不可以重複上，上到會為止?

黃信雄：(N3-156)有的家屬上好幾次還是不行!把他當喘息服務了!

林金梅：(N3-157)如果他只是喜歡來聽這個，重複有個上限!

陳俊佑：(N3-158)很難說沒意義，就怕他不上!

葉婉俐：(N3-159)家連家的信念是他至少有學習到一兩樣技巧。

陳俊佑：(N3-160)

他學習到甚麼程度我們很難去測量，但能繼續下去就是很重要的能量!當給付是給機構去開課!

簡璽如：(N3-161)

我也發現有些照顧者出來上課，其實兼具很多面向的功能，有的是知識性學習，有的是情感支持或社交網絡，有的是喘息，有的只是單純找到伴知道有人會去聽他講話。

王增勇：(N3-162)參加人少會賠本!政府一定按照時數去給付。

丁巧蕾：(N3-163)有些訓練大概三到五個人就辦了，有些訓練課程都要求 30 個才補助。

楊曉雲：(N3-164)

這樣偏遠地區不可能! 會造成城鄉更大的差距!還有，若照顧是採輪流照顧，是不是可以跨縣市上課?還是要受照顧者所處的縣市?這樣評估怎麼評估?半年內恐怕已經換了 2 個縣市(居住地)了!

陳俊佑：(N3-165)可以跨吧!全國性保險應該沒有設籍問題。

陳俊全：(N3-166)時數評估最多多少時數?

陳俊佑：(N3-167)我們就怕他不上，不是嗎?

王增勇：(N3-168)

三個月內給你多少時數你去上課，接著再來評估你需不需要上課!現在要求半年評估一次。

巫瑩慧：(N3-169)

三個月很紮實，但政府沒法補助再多，國外都是用一年，德國跟新加坡都是以金額為上限，一個課程補助多少，照顧者一年補助你多少。是要以小時算還是以金額算，情緒支持不能算在教育訓練?還是要算另一塊經費?

岳青儀：(N3-170)不要再區分訓練跟支持，而是看需求。

陳俊佑：(N3-171)從 d e m a n d s i d e 討論，但政府到底有沒有這個經費?

王增勇：(N3-172)先不談經費，教育訓練可能是幫長照省錢。

巫瑩慧：(N3-173)

純粹 t r a i n i n g 的話，國外美國大概十到十八小時，一個梯次，如果半年的話這樣夠的，支持再加上去一次出來兩個小時，至少一個月一次。

陳俊全：(N3-174)

大家的共識，知識類 12-24 小時；情緒支持類 12-48 小時，這樣彈性就是最少可以上十二小時最多合併可達七十二小時。時間的關係，我們也收集到大家的寶貴意見，謝謝大家的參與!

附錄四

中區 第一場 焦點團體

時間:100.03.24(四) PM2:30-5:00

地點: 國立台中護理專科學校(台中市三民路一段 193 號)誠敬樓 2 樓會議室

主持人: 郭慈安 教授

紀錄: 袁慧文

進行流程:

一、衛生署計畫案說明。

二、與會各單位服務介紹。

三、焦點團體討論。討論主軸: 課程主題規劃方向、進行模式、目前供需情形。

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流:

一、有關各單位辦理家庭照顧者教育訓練之型態與頻率?補助經費的來源?

陳淑圓:(M1-01)

本會一年辦理約六場活動,共計 12-13 小時,一場 60-70 人,以失智照顧者為主,也提供機構人員之照顧訓練,照顧者活動通常與醫療院所合作,會輪流在各醫院間舉辦,希望可以就近貼近照顧者,經費大都申請內政部不足部份自籌。課程內容以如何照顧患者、營養搭配、社會資源連結等,也很重視照顧者經驗之分享。會請已結束照顧之照顧者回來分享。

江驊融:(M1-02)

98 年開始有較多相關業務進行,辦理家庭照顧者 fun 心聚樂部,經費由總會補助,內容包括照顧者紓壓、戶外活動、照顧技巧、急救等。

蔡玉萍:(M1-03)

94 年即開始提供照顧者服務,包括照顧失能及失智之照顧者都含括,96 年開始針對照顧失智症家人的照顧者辦理,會辦在七八月份,一期六次,每場三小時,參與對象除照顧者外,也開放給社區中有興趣了解失智症的民眾;每場約 25-35 人次,也有辦理支持團體,就只開放給家屬報名,每梯次 15-20 人,主要為分享經驗。經費來源主要為內政部及聯勸。

郭慈安:(M1-04)

甘霖基金會是較系列性的活動規劃;其他單位是一次性的,參與人數較多的型態。

卓淑惠:(M1-05)

本會辦理的是在 98 年開始與暨南大學結合,辦理十次,每週一次每次三小時,15-20 人參加,包括戶外旅遊、經絡按摩等,還有繪畫治療,五至六人一組一起畫,會呈現出照顧者的經驗與故事,照顧者參加之後會希望單位繼續辦理,因為覺得對他們有幫助。

朱思美:(M1-06)

形式以講座為主,內容以提供新資訊為主,邀請的照顧者大都白天有工作,所以只能辦在晚間或是六日,時間不能太長,紓壓方面的課程較少,也有辦理居服員的課程,邀請

照顧者一起參加，但因為是連續三天的課程，因此照顧者大都無法參加。照顧者講座經費為自籌，活動會贈送照顧者小禮物或物資，會使得參加人數較多。

劉煜洋：(M1-07)

我們有辦理講座課程和關懷活動，內容包括：照顧者的自我照顧課程、照顧技巧、舒壓DIY、癌症的照顧與預防、經絡按摩、口腔清潔、戶外聯誼等課程。每年搭配總會辦理家庭照顧者FUN心俱樂部的活動。

張美淑：(M1-08)

本會對照顧者的著墨較少，主要是做居服，會辦理個案家屬座談會，98年開始一年辦理一次，成效不好，照顧者總是覺得很累不想參加，但是照顧者只要願意出來一次就會知道對他們的幫助，而如何讓他們跨出這第一步很困難。最好可以促成照顧者組成自助團體。在家屬座談會中也會詢問照顧者對居家服務的滿意度。

施郁榛：(M1-09)

本會主要以老人業務為主，居家服務提供的對象很多都是獨居老人，不一定有照顧者，居服員裡面也有很多是照顧者。對居服員有安排紓壓課程，每次六小時。日間照顧服務之案主許多經濟狀況都不錯，也會辦理家屬座談會。本會還有婦女服務，許多是照顧發展遲緩的小孩，也有很多家庭有家暴問題，因此家庭照顧者的親職教育也很重要。女性為了照顧家庭，放棄婚姻，到照顧結束時也過了適婚年齡。本會的老朋友專線也有許多是家庭照顧者打進來，約有二成，詢問社會資源，也有老人打進來分享被照顧的不好的經驗。

簡璽如：(M1-10)

就家總跟各地合作的形式，包括：講座課程類(以照顧技巧為主)、支持性或舒壓性團體、畢業生團體、個案服務、一對一居家護理師到宅指導、靜態資源手冊或照顧手札、光碟DVD等類型。

袁慧文：(M1-11)

補充：家總會協助各地家協及友會，針對辦理家庭照顧者相關課程提供協助，像是：講師建議、課程安排、及部分經費上的補助，希望能夠幫助各地機構的專業人員先有正確的認知，在辦理訓練上也比較能夠貼近照顧者的需要。

張育慈：(M1-12)

辦老人慶生會會邀照顧者參加，但參加比例不高。也會幫照顧者媒合居家服務的時間，讓他們能出來參加活動，但照顧者會要求要在補助時數之外的時間。支持團體主要以壓力情緒紓解為主。

江淑君：(M1-13)

89年開始辦理家庭照顧者活動，主要是安寧、失智、復健等主題。也有辦外籍配偶照顧者訓練班，有提供翻譯，辦照顧者活動會注意環境，要營造輕鬆紓壓的環境，且要常與照顧者溝通，了解他們的需求，在活動中安排。

何年春：(M1-14)

照顧者有很多情緒上的壓力，會用國台語音樂治療，邀請本會照顧者及社區照顧者一同參與，希望讓機構像一個家。

林依瑩：(M1-15)

本會尚未有系統的提供照顧者教育訓練，主要活動對象以居服之案家為主，課程內容偏向紓壓類型，曾想辦理支持團體，但照顧者參加者很少，因為出不來也放不下，這部份是需要去克服的。

施郁榛：(M1-16)我們對照顧者還有提供諮商服務。

陳淑圓：(M1-17)

照顧者參加過初級課程之後才會讓他們參加支持團體，依個人不同需求參與的支持團體。

郭慈安：(M1-18)

我來做個總整理，辦理型式包括：講座、支持團體、諮詢、諮商服務、成長團體。還有剛剛提到辦理活動會希望能達到家庭關係的維持，另外，生涯規劃、悲傷輔導、安寧療護、重新出發走出來等方向都是大家會規劃的。經費來源多半來自內政部和聯勸，也有自籌的部分。

二、對於家庭照顧者的教育訓練課程，單位認為基本及進階課程須包含哪些內容？

郭老師帶大家針對表格內容作討論(略)

郭慈安：(M1-19)

我整理一下剛剛大家的意見：認為初階課程非學一次就 OK，應該具連續性，進階就要分不同類型。另外，有關大家剛剛提供的課程主題與內容、建議時數，我們就請家總整理過後，可以提供給我們。

三、針對課程辦理過程當中，哪些課程最受照顧者的歡迎？哪些課程的參與率不高？

郭慈安：(M1-20)哪些課程參與率較高或較低及其原因？

卓淑惠：(M1-21)講座類型活動參與率不高，主要是因為年齡層及語言問題。

朱思美：(M1-22)

性別會有差異，如上營養餐食，有安排實作，就都是女性來參加，我們的課程都有照顧者提出需求，就在下次辦理，結合活動辦理參與率會較高。還有之前十年長照簡介課程，我們就提供參與者可免除部份負擔的誘因。

張美淑：(M1-23)透過居服員了解照顧者的需求，回報予社工，因此居服員訓練很重要。

袁慧文：(M1-24)

照顧超過兩年的照顧者對照顧技巧類課程的需求降低，反倒開始對紓壓類的課程需求提高。

施郁榛：(M1-25)

體驗學習很重要，讓照顧者體驗老化，照顧者較能了解同理老人處境，較不會有不耐煩等情況產生。

林依瑩：(M1-26)

之前曾與富邦銀行合作在大飯店辦理照顧者活動，照顧者非常喜歡，其間也會搭配課程，但是支持性的課程不能只有一次，要辦理長期性的才能讓活動功能發揮。

簡璽如：(M1-27)

照顧久了的照顧者比較喜歡互動式的課程，課程形式，有短講、有 QA、有小組分享的，老師也很重要，不同需求照顧者會希望以多元形式提供協助。

蔡玉萍：(M1-28)

今年度會做藝術治療，但許多照顧者覺得一年只有六次辦為就沒有其他活動了，照顧者間的關係也會因此斷掉，97年起辦理溫馨下午茶，每週固定舉辦，但會內無適合場地，就有照顧者說道他家裏辦理，自此就輪流到每個照顧者家中辦理，有時後用一人帶一道菜的方式，也有下午茶形式，今天剛好就有一場，是電影欣賞，有高達 25 人報名，在溫馨下午茶中新舊照顧者會彼此交流分享。

趙素絹：(M1-29)

戶外活動參與率高，滿意度也高，照顧技巧與社會資源有需求但是參與率不高。

何年春：(M1-30)

個案家屬很多希望可以學習照顧技巧，我們就會教，年終會辦圍爐，邀請老人跟照顧者參加，都很喜歡參加，從辦 15 桌到 22 桌到現在 26 桌。

張育慈：(M1-31)

每年會辦理春季秋季旅遊，會邀請照顧者與老人一起參加，發現這樣有助於照顧關係的改善。也透過辦理照顧者幫老人洗腳的活動，可以化解兩人間的僵化關係。活動大都會安排在晚上，方便照顧者參加。另外強調人力是很重要的。

江淑君：(M1-32)

提供給照顧者的活動要彈性、活潑化，照顧者來參加活動會提供喘息服務，一年中會有一至二次用遊覽車帶大家出去玩，會在車上安排講師，大家都很喜欢這種模式。

郭慈安：(M1-33)環境場域很重要，以及要從做中學，體驗等活動方式的設計很重要。

四、針對課程執行完畢後，有沒有參予者在課程建議上有提供想法或回饋值得與我們分享的經驗？

張育慈：(M1-34)

本身有做長期照顧服務的單位有較好的條件辦理，但因服務業務很忙，沒有多餘人力可以辦理，所以人力是很重要的。

江淑君：(M1-35)

要避開颱風季節辦理活動，照顧者名單隨時帶在身上，一有狀況就要打電話通知照顧者，交通要方便的場地，公車要可以到，要不就要請志工幫忙載，另也要與節慶錯開。可以請照顧者事先都申請喘息服務的評估，要參加活動時就馬上可以使用喘息服務，否則得一週前申請，且要有床位才行。

趙素絹：(M1-36)

產學合作可以發揮功能，人力部份，資深督導很會規劃活動，各方面人才很多，建議建立人才資料庫，可互相流通。經費：有部分基金會不提供直接服務，而是補助經費，可以向她們申請。

蔡玉萍：(M1-37)

有些照顧者在活動中不會分享很多，反而在車程時在車上與其他照顧者聊天，我們可能可以就開車載照顧者跑遠一點，讓大家在車上聊天分享。

江淑君：(M1-38)

我們每一個專員都可以獨立辦一場活動，專員對照顧者家庭狀況很了解，知道誰可以出來，誰有什麼需求，命中率較高。

郭慈安：(M1-39)

因為時間上的關係，很多人都還來不及分享，接下來我們先邀請大家參與第二場的焦點團體，時間:3/31，繼續請大家提供您們的意見，謝謝大家。

附錄五

中區 第二場 焦點團體

時間：100.03.31(四) PM2-4:30

地點：國立台中護理專科學校 會議室

主持人：郭慈安 教授

紀錄：袁慧文

- 一、衛生署計畫案說明。
- 二、與會各單位服務介紹。
- 三、焦點團體討論。討論主軸：有關教育訓練課程辦理過程，機構遇到的限制、需要的配搭措施；承辦教育訓練課程單位須具備哪些條件？

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流：

- 一、機構在辦理教育訓練課程當中遇到的困難與單位處理方式？
- 二、為了讓家庭照顧者能夠順利出來參予課程，單位認為應該提供哪些配套措施？提供配套措施可能會有困難的地方？
- 三、如果要推廣家庭照顧者教育訓練活動，承辦單位須具備哪些條件？
- 四、對於家庭照顧者教育訓練是否有其他建議與想法？

郭慈安：(M2-01)

歡迎大家再次的參與，提供大家實務上的寶貴意見，我們現在就直接進到討論，我們在辦理教育訓練課程時，遇到了哪些困難？有哪些因應的策略？另外，為了鼓勵家庭照顧者能夠接受課程，機構又安排了哪些配套措施？

詹麗珠：(M2-02)

我認為家庭照顧者教育訓練課程若與長照保險綁在一起，他就算是社會福利，所以照顧者就需要受到訓練，才能拿到保險給付。但目前對照顧者來說執行上有困難！必須要整合大家的服務，並讓照顧者覺得這對他是有意義的。

陳維萍：(M2-03)

我覺得最大的問題是經費，還有剛執行長所說參與課程的習慣、照顧者的認知問題等。

劉煜洋：(M2-04)

我認為不同障別的課程要區分開來，失能、失智、精障、自閉症等，還有照顧時間長短，都會影響到他們出來上課的意願。我覺得到宅陪伴很重要，可以引用志工的人力，效果不錯！提供社交互動，讓照顧者和他的家庭都能與外界保持互動。

陳穎叡：(M2-05)

長照保險中的照顧者教育訓練課程主要應以讓有教育訓練需求的照顧者可以得到滿足，針對覺得不需要教育訓練的照顧者，應以其他管道或方式，提昇他對照顧者權益的了解，與對被照顧者的照顧品質提升重要性的認知。

林依瑩：(M2-06)

我覺得全職的照顧者非常疲憊，應要有照顧人力帶進去。

郭慈安：(M2-07)

次要照顧者也要被訓練。

卓淑惠：(M2-08)

照顧者參加活動不一定會持續參與，需要用電話不斷邀約，透過志工打電話，但志工知識水準較低，會讓照顧者不信任；再者也要考量天氣問題，照顧者大都五六十歲，如果下雨會有安全之顧慮，活動時間之控制也很重要。被照顧者如果功能較好者，會鼓勵照顧者將他帶出來，照顧者表示若帶被照顧者出門，回家後會較好照顧，功能也會比較進步。

蔡玉萍：(M2-09)

之前活動都辦在週六下午，發現參加的都是機構的照顧人員，辦在週間的活動參加的就大都是社區中的照顧者。時間的掌控確實很重要，因為大家時間一到會急著趕回家。活動會請失智照顧協會幫忙宣傳，可以招募到一些成員。

陳淑圓：(M2-10)

許多照顧者（照顧失智）參加活動前都不知道中南部也有辦理活動，會跑到台北參加。每個失智症患者會在不同的醫院看診，所以辦活動要就近於照顧者，她們覺得方便的地方較好，有些患者的家人知道有訓練活動甚至想全家報名參加，我們會請她們輪流參加。

簡璽如：(M2-11)

我覺得照顧者的想法和對資源的運用習慣性是關鍵，應該要多元管道的宣導，讓照顧者慢慢能接受不同形式的服務。就像剛剛大家分享的，團體間在辦理課程時，若能互通有無，幫忙宣傳，在邀請個案上就比較容易，因為照顧者知道有固定課程資訊，可能一開始還沒準備好，等到有需要又有時間的時候，還是有課可以上！聯合傳遞彼此的活動訊息和課程，又能錯開時間，我覺得這對機構或照顧者都有助益。

袁慧文：(M2-12)

辦理課程，常常人數不到十人是很常見的，該辦不辦？我們也不斷在擴大宣導管道，像是：醫院、衛生所貼海報；發文給政府轉知各相關單位；與友會交換刊物刊登廣告、廣告、MAIL 郵寄等方式。

陳穎叡：(M2-13)

我認為宣導的同時，必須在機構本身有個重要的觀念，教育訓練課程不要只著重照顧技巧，也要重視照顧者的心理層面，提供心理支持或辦理支持團體活動。因此誘因很重要！了解照顧者的需求，再提供給他們要的服務。

黎世宏：(M2-14)

在嘉義，外勞使用頻繁，對公共服務和資訊的使用不高，像是失智的長輩，往往都到中重度才發現。我們辦理支持團體和照顧技巧課程遇到的困難，在於辦理的地點！在嘉義，多半機構和服務都集中在嘉義縣政府附近，幅員那麼大，但要得到服務必須集中到一定的區域，交通問題困難，當然對照顧者是不方便的，惡性循環下，嘉義縣很少辦理照顧者的教育訓練課程。還有家屬也沒時間出來，照顧自己的長輩寸步難行！參與意願

也不高，除非進入社區，提供一對一的服務。我也發現家庭有沒有使用居家服務資源是個關鍵，如果這個家庭曾經使用過居家服務，因為知道替手資源在哪，也願意去使用，這樣，家庭照顧者願意出來接受服務的可能性也會提高！還有，就是遇到受照顧者的症狀變得比較嚴重的，照顧者才願意出來認識疾病帶來的連串問題！

郭慈安：(M2-15)

長期辦理活動的單位會發現參加的照顧者都差不多那幾個，如何發掘不同需求的照顧者，及如何招募？

蔡玉萍：(M2-16)

有一次刊登活動訊息在蘋果日報上，電話詢問的人很多，但刊登要在活動前兩天才有效，時間太久照顧者會忘記。最好的宣傳方式是照顧者去找其他照顧者參加，一個拉一個較有說服力。

江驊融：(M2-17)

我們的推廣方式是從服務的對象中去找。

郭慈安：(M2-18)

我們聽到要有橫向連結，居服員及照顧者的宣傳，有這樣的案例？以及其困難之處？

林依瑩：

做居家服務的單位較會把焦點放在案主(被照顧者)，會疏忽照顧者，居家服務都是照政府的制度走，較沒有發揮的空間，光政府規定的工作都做不完，沒有力氣關注照顧者，所以無法系統化的辦理照顧者活動。

郭慈安：(M2-19)

居服單位可以與其他單位連結，不用自己辦活動，這就是橫向連結。

施郁榛：(M2-20)

長照保險實施後是由民間團體提供還是政府提供，我們只知道失智症照顧協會有提供，但其他單位就不知道了。醫院的出院準備服務應該可以接觸到最多的照顧者。婦女照顧者有些沒有意識到自己照顧者的權益。

朱思美：(M2-21)

我們還有一些是隔代教養的未成年照顧者。照顧者活動交通問題的確很重要。關於安置的部份，老人小孩都需要。

郭慈安：(M2-22)

其他國家發展都一樣，一個政策要經過約十年才會較成熟順暢，每個單位要找出自己的定位與專長，大家分工，所以橫向連結很重要。

劉煜洋：(M2-23)

我一直在想評估受照顧者和家庭照顧者後，後續的連結服務該如何取得平台的順暢合作？不然前面評估了需求，從發現問題，到照顧者願意接受問題，到去使用資源，這段過程

也需要人去 PUSH!但目前就是這一段給忽略!至於後續要提供居家服務單位、教育訓練單位、或是其他都 OK，但重點是誰來陪伴家庭照顧者這一段路遇到的問題?

黎世宏：(M2-24)

我覺得照顧服務員可以作為很好的人力，直接給照顧者一些訓練！目前我們遇到一個難題，照顧者使用居服人力後，顧客導向要求高，就是消費者心態！家屬就像監督者一樣，而不是想來學習，我認為居家服務原本是補充性質，長照下來卻變成替代性質，兩者間的落差大，照顧者當然不想學習！

張美淑：(M2-25)

我們一直想要用什麼誘因吸引照顧者參加活動，但這是照顧者的需要還是我們的需要，如果是照顧者的需要，為什麼還要誘因，民間團體會期待提供教育性的課程，照顧者會期待抒壓課程。過去台北縣有讓一般戶領特照津貼，但是要受 90 小時的居服員訓練，照顧者就一定會上。

黎世宏：(M2-26)

我還要提一個問題！目前長照中心我認為都太過度滿足民眾需求，像我們有些家庭，社工進去評估，根本不需要那麼長的服務，有的竟然周一到周日天天都要服務，但居服員也是人，也要休息阿！還有，你說用輪流的，但換人服務同一個家庭，在管理上也是問題阿！全省都在欠假日人力，我們已經擴大提供服務到晚上七點半，周六周日也都在提供服務，但你想，我們的居服員多半都是賣勞力者，他們也很辛苦。我覺得要思考的點很多！實務面！顧客服務面！教育面等。

郭慈安：(M2-27)

到底是誰的需求？遇到哪些問題？如何宣傳、宣導？如何開拓新的需求者？

招募過程需要什麼？我做個總結整理。大家提到：

1. 提供關心，配套措施像是：交通安全、臨時托顧等服務，讓照顧者能永續參與。
2. 招募過程要解決照顧的重要性的需求。
3. 重視可近性，走進他們的生活圈，平時會到的地方，如醫院，在國外甚至就將服務據點設在超級市場，讓照顧者很自然的就使用到這些服務。
4. 促使照顧者察覺身邊其他照顧者，邀約參與活動。

詹麗珠：(M2-28)

照顧者是很多元的，照顧對象亦不同，需求與困難也不同。

陳穎叡：(M2-29)

要讓家庭照顧者意識到自己的權益，才能讓專業評估的需求與照顧者的需求貼近。

簡璽如：(M2-30)

機構人力、經費、場地空間、單位本身有無提供照顧者服務經驗都是機構要考量的關鍵因素。

蔡玉萍：(M2-31)

我們辦課程場地是用自己的場地，會將活動辦在七八月份是因為照顧者較容易出來，或

許是因為暑假期間較可能有替代照顧的家人，一般都是由社工帶活動，主管在旁邊看，傳承很重要，自己過去就先請有經驗的領導者帶支持團體，自己在旁觀察，現在也以這種方式傳承給社工。

陳淑圓：(M2-32)

理監事為很強的講師群，隨時都可以有講師上場，還可將講師費回捐給協會。強調協會是照顧者的第二個家，營造輕鬆溫馨的氣氛，有利於吸收會員及志工。活動的宣導要有很多管道。

卓淑惠：(M2-33)

協會的場地無法一次容納太多人，受空間限制，且有無電梯也是問題。

林依瑩：(M2-34)

照顧技巧找講師很容易，帶團體的領導者很難找，培育帶團體的領導者要規劃，因為未來應很多單位會辦理照顧者活動。場地問題較容易解決。

袁慧文：(M2-35)

負荷人力的考量和人才資料庫的建置都是重要的。

郭慈安：(M2-36)

老人照顧關科系有四千人畢業，這些都是人力的來源之一。

劉煜洋：(M2-37)

我建議：要建立監督品質機制！複評工作應該要委外，否則目前照管中心人力不足，新案一直進來，舊案每半年要評估，有時間去就不錯了！我很擔心都流於形式，所以如何建置當地服務平台的互通有無我覺得相當重要！單一區域多家選擇，都會區可以做到！我希望我們其他縣市，政府可以給我們支持，至少以多元形式提供，讓我們可以有更多的選擇！不然至少現有的服務也不要打折扣！

黎世宏：(M2-38)

我要說，多元的教育訓練提供型態很重要！包括：講座、支持團體、到宅（居服員、專業人員、衛生所公衛護士等）、據點式（包括：教育訓練中心（固定時段，固定辦理）、婦女學苑、社區大學、社區關懷據點等）等。

郭慈安：(M2-39)

謝謝大家的分享，我們還會再安排第三場焦點團體，請大家再給我們一些建議。

中區 第三場 焦點團體

時間:100.06.07.(二) AM9:30-12:00

地點:衛生署台中醫事研習所 如意廳

團體帶領者:郭慈安(中臺科技大學老人照顧系 系主任)

紀錄:袁慧文

進行流程:

一、全國與地方資料調查情形報告

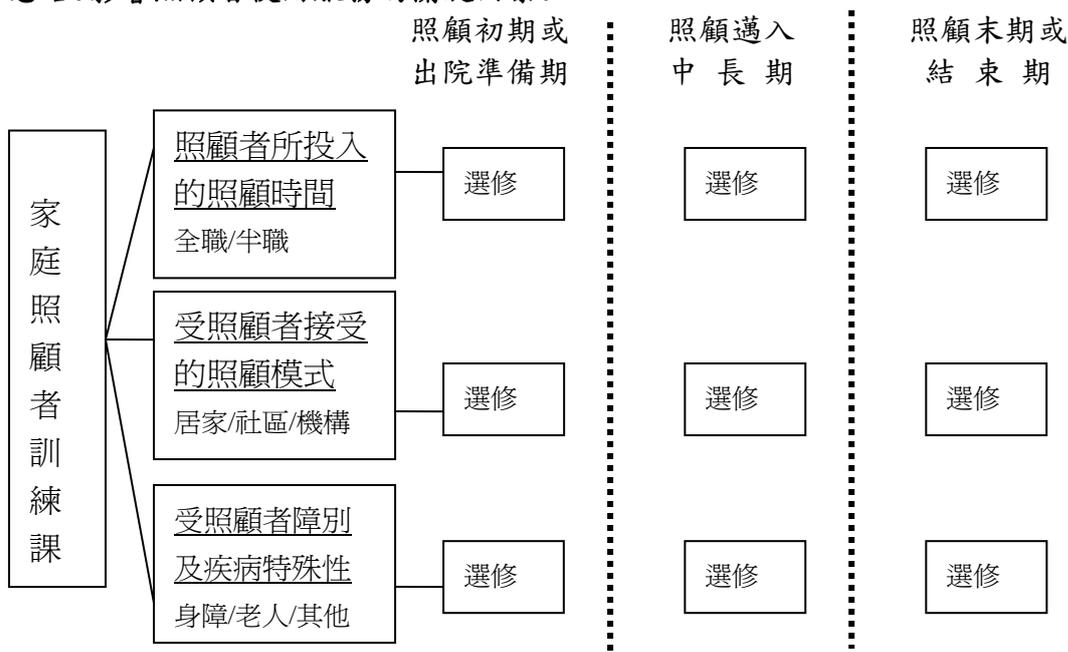
二、與會各單位服務介紹

三、焦點團體(針對家庭照顧者教育訓練課程規劃提出政策建議)

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」政策建議進行交流:

一、有關家庭照顧者需要哪些教育訓練課程，應該由照顧者自行決定?專業人員評估?還是其他合作模式?所考量的服務提供標準為何?

二、現有的課程規劃，缺乏多角度的思惟點，除了以照顧階段、照顧者可投入的照顧時間、受照顧者接受的照顧模式、受照顧者障別及疾病特殊性外，還有哪些思惟點是容易忽略?影響照顧者使用服務的關鍵因素?



三、教育訓練課程的提供，服務的對象應鎖定主要照顧者還是其他次要照顧者或支持系統中的其他成員?提供的層次應該注意到哪些原則?

四、教育訓練提供的模式，因受照顧者的障別與疾病特性、家庭功能與支持體系、照顧者的年齡與教育程度/特殊身分、地域性特色等因素，應提供多元模式，政府在規畫長照服務網絡時，應注意哪些細節?像是:人力培植(專業/志工...)、宣傳、配套措施、針對偏遠地區增加預算或投注哪些心力?

林依瑩：(M3-01)照顧管理會與長照之服務照顧管理混淆，建議可以改為照顧安排。

張美淑：(M3-02)

沒有身體清潔，應加上！因為身體清潔有不同方法與省力的方式，照顧者需要知道。

林依瑩：(M3-03)失能類與心智類分開規劃，但有部份相同課程是否要一起上？

郭慈安：(M3-04)國外有用演劇方式進行教育訓練，可以參考此方式。

陳淑圓：(M3-05)講座並非不受歡迎，失智照顧者會想上，每次辦都六、七十人參加。

詹麗珠：(M3-06)

定點巡迴可以與社區學校做連結，一對一的方式的講授者要有相關知識，也要會實做，靜態教材可當作輔助工具。

郭慈安：(M3-07)一對一的方式要找居服員或專業人士上課。

施郁榛：(M3-08)

訂課程之前要先知道是誰來上課，照顧者不只一位，可能很多個，實務來講女兒最多，所以對象是主要照顧者還是很多人要先釐清？

林文娟：(M3-09)評估是要評估哪一個照顧者？

施郁榛：(M3-10)

教育訓練要分階段性，第一階段講座方式，第二階段用成長團體方式，家庭溝通要用成長團體方式深入，才能解決問題。還需要納入照顧諮商，照顧者也有需求，一對一的方式。

郭慈安：(M3-11)

諮詢要像自殺防治專線一樣，諮詢及諮商要用什麼方式提供？可再思考！今天不討論這個議題。

江淑君：(M3-12)

特照津貼是半年複評一次，由誰來評估？可參考居家護理或居家復健的方式，所以可隔一段時間去看。另外，服務如何提供要看他的迫切需求。

林依瑩：(M3-13)

家庭中有照顧需求發生，會手忙腳亂不知如何因應，課程是基礎一定要上，那不是福利，不能作為門檻條件！可用義務教育的概念去思考，例如設計通論八小時，照顧者可以選擇迫切需求的項目去上。

江淑君：(M3-14)課程可以與觀摩做混搭，嚴肅主題加柔軟主題都要有。

袁慧文：(M3-15)

我也贊成不能拿上課作為門檻限制，如果不處理照顧者無法出來的困境，只是一昧提供看的到吃不到的服務，我想以照顧者的狀態，參與長照保險對民眾來講不是福利，反而是變項的壓力！很多有經濟困難的人，我想他們也不可能來繳交保費了！屆時一個好的立意，一定無法在現實生活中發揮效益！

陳穎叡：(M3-16)

我認為依瑩和慧文提的點很關鍵，若不能面對現況，用多元管道或方式，提供家庭照顧者，去理解他的權利為何？可擁有甚麼支持系統？不只是私領域的，還有國家也必須盡哪些力量？照顧者孤軍奮戰，當然也不必談論照顧有甚麼品質，連自己都無法照顧的好，有多大的機會成為下個病人，未來社會的重擔可想而知。

江淑君：(M3-17)

我覺得次要照顧者也是需要注意的，通常很多主要照顧者的壓力不是來自於照顧本身，而是來自於其他家人的壓力。所以應對次要照顧者提供教育，以支持主要照顧者，問題是如何定義主要照顧者與次要照顧者？有太多的可能性。

郭慈安：(M3-18)

我覺得網路教學可不受時間限制，自由選擇想要上的課程。研究顯示有許多家人的照顧者，其壓力與負荷較一個人獨自照顧的照顧者來的高，日本有將照顧議題納入教育中。

林依瑩：(M3-19)應該將照顧那入國民教育中！

陳淑圓：(M3-20)

同意依瑩的說法，應該對照顧者有普及式的教育，現在照顧者上課的時數就可以設計成納入未來長照保險的時數中，先給課程之認證，可抵之後的時數。否則已經有上過課的照顧者，長照保險實施後還需要上嗎？值得思考。

郭慈安：(M3-21)是否要有基礎課程？

Everyone：(M3-22)要！

陳淑圓：(M3-23)要分兩階段，第一階段基本普及的、與第二階段照顧技巧等。

江驊融：(M3-24)

每個家庭有其生活方式，專業人員覺得好的，照顧者並不一定覺得好，政府要有充分的資訊揭露，才能使民眾意識到她們的需求，才有求知的想法，可由居服員(有信任關係者)去宣導課程。

林文娟：(M3-25)

我們有會員(有居服證照)去提供喘息服務與照顧者，現在僅限於會員，且無薪水，未來可能會擴及其他照顧者，並且會提供薪水。

張美淑：(M3-26)

失智之評估各縣市好像不同，量表設計不同，應取其重來提供服務。

林文娟：(M3-27)

有一種外國企業的作法，使員工年假一部分去做公益，隔年企業會給員工更多年假。建議可在出院準備時期，社工提供教育訓練訊息。

郭慈安：(M3-28)醫院不見得針對每一個有照顧需求的病患提供出院準備服務。

施郁榛：(M3-29)送到機構護理之家，是否家人還是有家庭照顧者？

江淑君：(M3-30)

送到機構有時是暫時性的，可先提供資訊，如離開機構就可以馬上銜接教育課程。

張美淑：(M3-31)

未來長照保險應會與出院準備銜接，應健全出院準備服務之功能，一定要在即將出院時就告訴照顧者福利資訊。

郭慈安：(M3-32)

要重視資訊及福利之公平性。照顧過程非一直線，可能轉回來，回家再住院或是送機構再回家等等。

林依瑩：(M3-33)外勞議題是否要討論？

林文娟：(M3-34)

外勞每半年一次健檢，可藉此機會進行教育訓練，由政府提供喘息服務。

郭慈安：(M3-35)那是非常好的時間點！

林文娟：(M3-36)家庭雇外勞是希望可以照顧好家人，應要讓外勞受訓練。

林依瑩：(M3-37)家總提議由居服單位接外勞之派遣工作。

詹麗珠：(M3-38)光勞基法的部份就會將這個建議卡死，加班費等等問題。

郭慈安：(M3-39):外勞的議題我們今天不談。

詹麗珠：(M3-40)

老盟提守護天使是從小朋友開始每人都能夠成為志工，訓練種子講師至各地與社區做連結，這樣擴展會很快！

郭慈安：(M3-41)日本一年培訓十萬守護天使，為全國性的活動，要如何招募？

詹麗珠：(M3-42)例如：與全聯社等企業或學校合作。

施郁榛：(M3-43)

培訓志工成為半專業成本很高，且其流動率很高，我們的服務方式是很確定，會較容易，

一般要五年以上才能讓志工成為半專業，且專業人員還是需在後面支持，居家服務志工動能最弱，因為與居服員相較，一個有薪一個沒薪！

詹麗珠：(M3-44)

居服員在工作之餘，會在晚上至機構打關懷電話，這究竟算工作還是志工？

施郁榛：(M3-45)

我們居服員有回來當志工的。

林依瑩：(M3-46)

我認為現在的問題不是缺乏服務，而是服務太多元，要如何串聯？目前的服務分立，常導致事情事倍功半。像是：居服員加志工一起進如家庭提供服務，照顧者會分不清楚其區別，要求會有落差！居服去家庭因有自付額，會善用人力，志工去則沒有時間壓力，較能以朋友方式聊天或相處，優質志工也有對照顧者提供支持。

陳穎叡：(M3-47)

我也認同目前是志願服務推廣很夯的時候，善用志工人力，來因應整個長照服務網絡的需求很重要！但是，目前大家都各自作業，我認為有需要平台資源互相流動，當然訓練課程也要重新作規劃。

林依瑩：(M3-48)

將照顧納入義務教育，放入教科書中，照顧可分為兩部分：一是觀念性的(廣泛的)可放入國民公民教育中，實際照顧會碰到的問題，則放在照顧者教育訓練中。

郭慈安：(M3-49)

剛有提到照顧者諮商，其提供方式可討論，照顧者的心理需求有時是突發性的。

施郁榛：：(M3-50)

心理衛生中心有提供心理諮商，但要預約。

林依瑩：(M3-51)

最後想補充，宣傳配套部份缺乏對優質家庭照顧者的鼓勵與想像，照顧者並非犧牲奉獻到底才是最好的，而是全方位都顧及到，均衡的照顧模式，提供或表揚給其他照顧者知道，有一個學習的對象，有時社會輿論(犧牲奉獻的方式才是孝順是好的)無形的壓垮照顧者。所以要做社會教育，讓大家了解家人要如何與照顧者搭配(家庭關係維持好的)。

郭慈安：(M3-52)

感謝大家的意見！我們會整理提供給衛生署作為政策參考。

附錄七

南區 第一場 焦點團體

時間:100.03.09 (三) PM2:00-4:30

地點:高雄家協 3樓會議室

主持人:李淑婷

紀錄:袁慧文

進行流程:

- 一、衛生署計畫案說明。
- 二、與會各單位服務介紹。
- 三、焦點團體討論。討論主軸: 課程主題規劃方向、進行模式、目前供需情形。

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流:

- 一. 有關各單位辦理家庭照顧者教育訓練之型態與頻率?補助經費的來源?
- 二. 對於家庭照顧者的教育訓練課程,單位認為基本及進階課程須包含哪些內容?
- 三. 針對課程辦理過程當中,哪些課程最受照顧者的歡迎?哪些課程的參予率不高?
- 四. 針對課程執行完畢後,有沒有參予者在課程建議上有提供想法或回饋值得與我們分享的經驗?

蔡昭民:(S1-01)

我想先問三個問題

1. 原住民是否會被列入特殊規劃?
2. 家庭照顧者之訓練與居家服務員訓練課程相關連是否可做一連結?
3. 教育訓練是否有時數上的要求?是否有必修選修課程?

李淑婷:(S1-02)

原住民會被納入,家庭照顧者與居家服務員之課程有共同的部份,但二者並不相同,第三個問題則希望大家在今天討論

張素紅:(S1-03)

衛生局常態性的與家協合作辦理支持團體,而家庭照顧者很不容易出來,建議在規劃課程之前也要考量照顧者的狀況,我們通常以專業角度、以有能力規劃的的角度去看相對較沒能力的家庭照顧者,而那是否真的符合照顧者的需求?例如婦女團體倡議婦權運動,但是有很多婦女卻會覺得我就是想要待在家裡照顧小孩;或許照顧者就是願意在家自己照顧。另外,課程規劃原則要符合多元、有彈性及連續三項,家庭照顧者接收訊息的管道不夠全面,他可能只接受到一個活動訊息,偏偏這個課程卻又不是他想參加的。

簡璽如:(S1-04)

這個問題提的好!家總考量目前線上服務的專業人員,有些缺乏對家庭照顧者的認識,在提供服務的過程當中,就容易落入自己的思考點,無法從家庭照顧者的角度去理解我們的想法。去年得到衛生署的支持,於今年納入專業人員訓練課程當中,這是對家庭照顧者友善的第一步!

李淑婷:(S1-05)

需求與政策面通常有距離，如何使二者更接近？家庭照顧者不一定是老人，也可能是年輕人，所以課程內容需要多元化。

林明好：(S1-06)

社會資源很多但是民眾通常都不知道，鄉下老老照顧的情形很多，社區關懷據點是一個很好的出發點，透過社區關懷據點做宣導，未來導入此課程會較容易。還有，課程應分年齡層，對疾病的認識也很重要，家庭照顧者身心疲乏，課程要導入也不容易，我媽媽對於其他人照顧也不放心，所以教照顧者適時放手也很重要。

方麗珍：(S1-07)

課程是否會只有高社經地位者或年輕人參與？如要對老人提供教育訓練，直接到家中提供指導是否會較有效果。

劉婉華：(S1-08)

附件資料的課程看似完整，但上課之後回到家中，如果教育程度較低者可能難以運用在家中照顧，真的會參加課程者能就那群人，低社經地位者較不會想去參加課程，對於其他活動之參與可能也無法認知到自己有需求。

孫宗慧：(S1-09)

長期照顧的照顧者對於參加衛教技巧活動意願低，應針對急性住院期之照顧者、外籍監護工辦理照顧技巧指導，才能回到家可馬上銜接。現行的居家護理服務，有時候審核下來三個月提供二次，根本不夠，第一次去指導，第二次去看照顧技巧運用得如何，兩次間隔太久達不到效果。因為醫院只在乎服務人數，只在乎量，我們只能經過的時候去看一下，但這就沒有給付。

林明好：(S1-10)

居家護理有縮減經費。

張素紅：(S1-11)

政策給付額度減少，但無管路之病患可提供一次衛教指導。

林明好：(S1-12)

屏東縣經費短缺嚴重，民眾難得到足夠的服務。

孫宗慧：(S1-13)

富邦基金會於高樹辦理照顧者活動，有專車接送、有含午餐、有贈品，參加的照顧者就很多。

簡璽如：(S1-14)

我想就家總跟各地合作的形式，做個分享，我們提供的訓練課程形式有很多種，包括：講座課程類(以照顧技巧為主)、支持性或舒壓性團體(連續 4-8 次)、畢業生團體、個案服務、一對一居家護理師到宅指導、靜態資源手冊或照顧手札、光碟 DVD 等等。

楊渝淨：(S1-15)

目前我們大概一年辦理 2~3 梯次的團體課程，一週一次，每一梯約有八次課程；初始辦理團體時，靠康盟協助經費辦理，去年起由本會自行向社會局等政府單位申請辦理。

許鈺玲：(S1-16)

本會有安排過照顧者分享，成功經驗之分享，辦理手足與家庭調適(照顧者自我照顧之課程)參加人數就很少，辦理針對被照顧者之課程人數會較多，照顧者要等到最後快要耗竭時才會意識到自己的需求，因此提供心理諮詢，與大專院校合作由他們帶小孩，讓照顧者休息。且每週二提供一個空間讓照顧者聚會，吃喝聊天都可以，由資深家長三人輪值帶領，進行有主題的談話。

高金盆：(S1-17)

我們舉辦訓練型態有照顧技能、疾病認知、用藥安全、照顧者的疼痛緩解及自我照顧、社會資源介紹、壓力紓壓，每年舉辦 6-8 次，目前經費由家總補助。100 年 6 月起增加談話性質的課程!以舒壓關懷活動為宣傳，邀請照顧者參與手工藝課程學習，型態係以支持團體形式舉辦，每場 10 幾個人，預計辦理 2 次心理師、2 次社工師(具備安寧療護知識背景)，作品 30 分鐘可完成，接下來的時間安排家屬分享及專業人員主題性的議題引導。

劉雲枝：(S1-18)

之前辦過連續八週的經絡理療，照顧者回家就或自己做，遇到問題時就會在下次上課問老師，且自己形成一個團體互相連絡。

孫淑婉：(S1-19)

依照各年度計畫，以 100 年來說，預計辦理至少 6 梯次技巧班、2 梯次團體、9 次飛燕草聯誼活動及 1 次喘息日，也會因各單位提供經費邀請合作，評估執行可能性之後追加活動。

郭靚眉：(S1-20)

有關經費來源我們找了很多資源，包括：公部門補助，如衛生局、社會局、內政部；民間單位如感恩基金會、郭腓利門紀念基金會；與其他單位合辦，如高醫、亞鐳慈善會、犯罪被害人保護協會…等，有時會於活動中募款，或是尋求免費師資。

張素紅：(S1-21)

長照服務法將送立法院，屏東因為中央補助縮水，所以縮減居家護理額度，未來保險實施，家庭照顧者活動給付之評估，並未對配套措施有評估及給付，評估員應不只對被照顧者做評估，還要對家庭作全面的評估，才能了解家庭全面性的需求。還有，老人學習新事務較困難，若能與生活經驗結合會較容易，如果是上沒接觸過的課程，照顧者擔心的點會很多。

李淑婷：(S1-22)

最好是用個管制度，建議將居家護理擴大其角色，居家護理會看到給付這塊，但沒時間去處理個案其他問題，現在各家醫院因為照顧技巧班沒有給付，且考慮到成本效益，所以都不願意辦理，在醫院開班讓照顧者在家人住院中就做好準備，所以將家庭照顧者給付放在居家護理服務中放大其給付。

高金盆：(S1-23)

我建議依團體成員特性區分，如小孩及成人的照護訓練班：

- (1)基本課程：病人照顧技巧，如身體清潔、活動與運動、營養照顧、照顧及社會資源、照顧者的自我照顧（身體及心靈）。
- (2)進階課程：疾病徵兆及處理、居家常見問題的處理、意外事件的處理、壓力的認識及因應方法、紓壓課程。

孫淑婉：(S1-24)

我覺得課程可以分為：

- (1)基本課程：以疾病認知、資源及情緒支持為主。
- (2)進階課程：會比較著重喘息性服務、情緒支持、休閒娛樂和生涯規劃。

郭靚眉：(S1-25)

就我的經驗，家庭照顧者參與意願較高的課程包括：照顧技巧課程；操作性課程，如芳療、經絡理療、催眠、節慶活動；或是休閒性質高，如下午茶、出遊…等。參與意願低的則包括：電影賞析、敘事團體…等。

高金盆：(S1-26)

最受照顧者歡迎的課程為心靈紓壓，尤其是心理治療師帶領的活動；參予率不高的課程為影片欣賞(一來找影片本身有困難，二來因為很多照顧者是歐幾桑、歐巴桑，對外國影片接受度低，對華語較容易引起共鳴。另外也有人表示有些影片已看過，看影片在家看就好，幹嘛還要到外面看?但實際上有些議題需要透過影片來引導，所以當出才採用這種形式!這類型態很快就被取消了!)

楊渝淨：(S1-27)

目前的辦理中還未看出家屬對哪些課程的參與度不高，但因我們服務為精神疾病，故藥物的認識對家屬來說仍是相當受到重視的課程。

邱啟潤：(S1-28)

家庭照顧者不喜歡聽別人講，喜歡自己講，例如上翻身的課程，最好先讓照顧者分享現在是如何翻身，針對不足的部分在由講師教導。所以師資的培訓也很重要。

張素紅：(S1-29)

照顧者通常在需要的時候才急著詢問相關訊息，以日本來講，其民眾都對介護保險很了解，2006年日本有一個資訊公開法，規定任何政策都必須透明公開化，而台灣宣導政策不能只給需要的人，資訊的傳遞要廣泛。

高金盆：(S1-30)

我也同意素紅所說!另外我要分享，許多照顧者覺得來參加課程或活動往往最大的收穫是：可以得到其他人及工作人員的關懷與支持!多數的照顧者希望能習得照顧技巧，但也有照顧者是希望能透過參與課程建立新的社交網絡，交到好朋友。甚至有些住在醫院附近的照顧者之後都會一群相招，一起來上課!另外，辦理課程前提早發新聞稿到地方報，也能召來社區中有需求的照顧者，不一定全由居家護理人員進行邀請，一般來上課的人約5-10人。但也頭痛人數太少，會被質疑成本效益!

袁慧文：(S1-31)

照顧者常反映希望增加辦理的內容和場次。還有就是希望增加操作性課程的時間。當然，有關辦理課程場地的交通與動線一定要便利。

楊渝淨：(S1-32)

有時聽到其他團體分享，也會想到自己團體中有成員有雷同之感受與回應。但我自己的感受是，不一定在團體中有想法或回饋，很多時候是在課程結束後看到或察覺到參與者想法及觀念上的改變，此點在我們現在擔任家屬教育團體中的講師們身上最明顯可以察覺到；但也是要看參與者本身對這樣課程或精神疾病的認知與接納度。

邱啟潤：(S1-33)

有研究生研究發現照顧者之照顧經驗不一定是負向，也有很多是正向的，可以利用這正向照顧經驗分享給其他照顧者。

簡璽如：(S1-34)

大家談了那麼多，我們都知道照顧者的需求很重要，會影響家庭對服務的運用，所以我們建議要將家庭照顧者的評估獨立出來，才能真正的讓照顧者被看到，而非附屬的位置。這部分婦女團體有不同的看法。還有由誰來評估也很重要！敏感度和專業知識是否足夠？

張素紅：(S1-35)

日本照管師需通過考試及走證照制度，照管師就可以進行評估不需要多種專業進入。

邱啟潤：(S1-36)

評估對於提供服務是基礎的、重要的，長照十年已在做，也要照顧管理員來做，只是人力還要再增加，且照管員被賦予要有多專業？照管員目前尚未針對未來需求人力做培訓，僅針對現有人力做在職訓練。

張藝馨：(S1-37)

ICF 即為二階段的評估，但是成本太高，所以是一種很專業的評估，此可回應於長照保險，ICF 實施後，被照顧者已被評估過，長照保險可與 ICF 評估結合思考。以身心障礙領域來講，任何一個個管中心都無法熟悉各個障別，所以希望課程回到各個團體辦理。

方麗珍：(S1-38)

長照保險還不一！49 歲以下者，給付失能與身障不同，所以討論方向應聚焦。

邱啟潤：(S1-39)

高雄市政府正在思考從醫院到家裡如何銜接的問題，是否在醫院就要評估，但是在醫院與在家裡的狀況又不一樣。提到課程的多元化，家庭照顧者中有會上網尋求資訊的，我們就要在網路上提供足夠的資訊，照顧者也有不識字的，就要思考如何提供資訊給這群人，要讓大家知道資源在哪裡，例如身心障礙手冊上可以列上長照電話、諮詢專線等訊息，一有需要就有管道可以問，目前的狀況是需要資源時需花很大的力氣去獲得，教育訓練要考慮個別化需求，要透過多元管道讓照顧者獲取相關知識。

李淑婷：(S1-40)

我也覺得家庭照顧者課程要多元化，對不同年齡、教育程度及背景之照顧者有多元的服務提供。

邱啟潤：(S1-41)

長照保險可以給付到何種程度？是否應區分嚴重性，否則給付不完！

方麗珍：(S1-42)

希望不管公私立機構都有手語翻譯，讓聽障者不管到哪裡都有手語翻譯，不一定要由保險給付。

李淑婷：(S1-43)

時間的關係，感謝大家提供的寶貴建議，我們下次團體的時間是 3/28，相同地點，屆時繼續來討論。

南區 第二場 焦點團體

時間:100.03.28(一) PM2-4:30

地點:高雄家協 3樓會議室

主持人:李淑婷

紀錄:袁慧文

- 一、衛生署計畫案說明。
- 二、與會各單位服務介紹。
- 三、焦點團體討論。討論主軸:有關教育訓練課程辦理過程，機構遇到的限制、需要的配搭措施；承辦教育訓練課程單位須具備哪些條件?

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流:

- 一、機構在辦理教育訓練課程當中遇到的困難與單位處理方式?
- 二、為了讓家庭照顧者能夠順利出來參予課程，單位認為應該提供哪些配套措施?提供配套措施可能會有困難的地方?
- 三、如果要推廣家庭照顧者教育訓練活動，承辦單位須具備哪些條件?
- 四、對於家庭照顧者教育訓練是否有其他建議與想法?

郭靚眉: (S2-01)

辦理過程中遇到的困難是出席人數太少，處理的方式包括:增加宣傳管道、電話提醒。我們也會搭配一些配套措施，像是:提供喘息服務(現場、居家);還有偏遠地區的交通接送。也會有些誘因、獎勵。

孫淑婉: (S2-02)

我觀察照顧者在課程當中，有時候會出現負面的反應，發現之後，會與講師、合作單位溝通，瞭解問題後再向學員澄清。提到配套措施提供可能會有的困難大概就是經費來源、人力不足、個案的意願、現行的政策。

劉婉華: (S2-03)

應有針對配套措施的經費支持，長照保險要有彈性，用輕鬆的方式讓照顧者參加，例如聚餐、紓壓，先吸引照顧者有走出來參加活動的意願。

高金盆: (S2-04)

照顧者因為放不下病人，無法外出活動，我們會提供居家喘息服務。還有一些照顧者受限於交通工具，如外出需搭計程車，費用太高，但我們也缺乏補助計程車費用或現有的交通接送服務的資源不足。

楊渝淨: (S2-05)

我提出三點分享:

- (1) 時間控制不當:因本會的部分家屬教育團體課程會用家屬擔任講師，雖然因此在話題上易引起共鳴，但有時團體的時間會控制不當，致使課程進度拖延;為此本會會在活動後針對講師部分做檢討，對此有部分講師也因累積經驗後已有改進，未來也會針對講師再做會前準備會及會後檢討會的安排。

- (2) 經費之限制：經費不足，針對此點僅能與講師協調、找其他單位申請辦理或由協會自籌。
- (3) 個來來源受限：不知是家屬動力不夠？或是家屬受限於照顧家人無法參與？還有課程訊息的宣傳管道有限，目前本會仍在努力中，例如透過其他友會的訊息宣傳、網路宣傳等模式。

李淑婷：(S2-06)

當被照顧者快出院時，如果許多專業人員，如醫師、護理師、營養師等，都跟照顧者講一大堆照顧事項，照顧者當下很難吸收，但是這卻是較省成本的方式。

簡璽如：(S2-07)

英國有一個諮詢服務，是用一案到底的模式，單一窗口，避免照顧者常常需要對口不同專業的人。

劉雲枝：(S2-08)

活動簡章之設計也很重要，鄉下照顧者看到上課、教育訓練等字眼就不會想要參加，看到照顧技巧、紓壓團體也不會想到跟自己有關，而安寧課程在鄉下是不能談的！以照顧技巧來講，能夠親自示範是比較好的，他們喜歡有互動而非只是坐在那裡，課程可以用演戲的方式，增加趣味性。鄉下老人通常 11 點就吃午餐，除非有趣的內容吸引他們，否則就會趕著回家吃飯，課程要生活化一點，與他們的生活較接近。其他如語言、教具（投影片字太多看不懂），還有針對長輩的教法都很重要，真正的紓壓對許多人來說就是戶外活動，可以安排原來的居服員在假日提供服務，讓照顧者可以外出參加旅遊喘息。

李淑婷：(S2-09)

紓壓活動有三個層面的意思，一是教照顧者自己紓壓，二是讓照顧者學習抒壓並用在被照顧者身上，三是提供抒壓環境給照顧者紓壓。但是教照顧者紓壓，很多是無法在家裡操作的。

郭靚眉：(S2-10)

本會辦理按摩活動之後，照顧者開始注意本會的活動訊息，但是經費是個問題，後來幾次照顧者帶被照顧者來參加，有些照顧者覺得被照顧者接受按摩就好了，自己不需要。

張藝馨：(S2-11)

照顧者參加活動如到中午即須準備便當，也要準備小禮物，許多人是為了便當跟小禮物來的，這會影響參與人數。語言也很重要，是否能將手語翻譯納入，溝通應放在初期，本中心開手語班可開放給照顧者參加，費用部分希望可以納入長保給付。

孫宗慧：(S2-12)

家庭照顧者常會覺得放不下，所以我們活動安排會請人去照顧者家中唱詩歌、唱老歌或祈禱等，這對他們來說才是真的紓壓，辦理活動的話無法針對個別性，大都是居家護理師強找出來，照顧者在這種狀況下勉強出來參加活動，也是都趕著要回去照顧。所以希望到宅的教育訓練也可以納入給付範圍，才能夠真正協助照顧者。

林明好：(S2-13)

鄉下對失智症初期症狀不了解，我自己的媽媽照顧失智的爸爸，她覺得最重要的就是紓壓，現在少子化的社會家庭的照顧負擔很重。

高金盆：(S2-14)

如果要推廣家庭照顧者教育訓練活動，承辦單位應具備的條件有三點可以分享：

- (1)人力：工作人員為護理師，倘若有社工師加入，一起來帶領這個團體，會更佳。工作人員應對家庭照顧者有深入的認識，而且授課的講師應對照顧者的特性有所認識，有從事照顧者支持團體的工作經驗或相關訓練尤佳。
- (2)經費：以往皆由家總補助，今年我們亦有與醫院的社會服務部討論，是否可由社服基金補助家屬支持團體的活動，也獲得迴響，所以若家總無法支持醫院辦理照顧者的教育訓練活動，我們會先擬活動計畫書及編列活動經費，以簽呈的方式呈請高層主管及相關部門主管同意給付此活動的費用。
- (3)場地空間：醫院通常有會議室可以免費使用，但是如果活動是紓壓課程，要讓照顧者有較多接觸、或者舒服的躺臥，在醫院辦理時有較多的限制。

楊渝淨：(S2-15)

此部分我倒覺得較不需有限制，因環境、人力等也都是靠連結資源而產生，各協會在辦理初期也會有問題，但也是靠經驗而改進或克服，除非是特殊的照顧訓練（如需要輔具等之肢體障礙的照顧者課程），否則應不受限場地空間或人力等其他問題。

張藝馨：(S2-16)

我要特別提出聽語障的照顧者需要手語翻譯服務！

劉雲枝：(S2-17)

上課地點也很重要，在鄉下辦活動常需要接送，有些場地環境吵雜，影響因素太多。

郭靚眉：(S2-18)

還有，鄉下之建設較沒有無障礙設施。

林明好：(S2-19)

日本有一種宣傳車，訓練志工演出影片教育照顧者，了解失智症之症狀，藝術治療很容易導入，有許多地方藝術團體申請文建會經費，地方團體較能貼近當地照顧者，並能成為種子講師。

劉婉華：(S2-20)

照顧者充權到培訓照顧者成為助人者或種子講師，在學習的過程中可以提升自我價值，所以充權可以納入課程當中。照顧者常常說不出自己需要什麼，如何倡議需要的服務也很重要。所以要加入照顧者如何倡議自我需求，如何表達並透過何種管道發聲。『處理特殊需求』要納入，可用個案研討的方式，但是訂一個較親民的說詞。

郭靚眉：(S2-21)

照顧者有照顧技巧需求，但無法外出上課，保母體系中有一個空間可以讓家長練習，建議可用此方式，時間上較彈性，隨時有專人可以詢問。

張素紅：(S2-22)

可以開辦照顧者個人保健及運動班等，如體適能、肢體活動。

簡璽如：(S2-23)

拍成 DVD 影片流通方式大家覺得好嗎?實際運用情形?

張素紅：(S2-24)

需有人帶領才有效果，且帶領者要熟悉各動作，依現場參與者之不同有不同帶領方式，如果是老人家動作會比較慢。

劉雲枝：(S2-25)

鄉下有很多人家裡沒有 DVD 播放器，甚至沒有電視，所以影帶不適用。

高金盆：(S2-26)

我覺得因人而異!有些人會去使用 DVC 重複看示範，所以提供教育訓練課程，建議提供衛教手冊和照顧技術的影音光碟，也可在網站上設置可供照顧者查看的照顧技巧的資料(書面資料或影片)。一般會上網站的多為年輕族群較適用。來參加者若是歐巴桑(40-60歲)族群，比較喜歡拿講義資料，越實用性課程、越實務越好，像是刮痧課程、管灌餵食都比較多人會想報名參與。也曾經有人投訴辦的課程太少!但每場報名的人其實真的不多。建議偏鄉可以多使用村里的社區關懷中心作為據點提供服務。

林明好：(S2-27)

有部分活動針對照顧失智症家人的會分為二邊進行，一邊是針對患者，一邊是針對照顧者。如此對照顧者來說上課就是喘息，又可以獲得知識，照顧者就會願意來上課，社區關懷據點有動靜態課程，即可分別提供給照顧者及患者參加。

楊渝淨：(S2-28)

有時聽到其他團體中成員之分享，也容易有其他的建議或共鳴，覺得很不錯。

袁慧文：(S2-29)

為了配合照顧者較方便的時間，活動辦理大多於假日或晚上，是否舒緩了照顧者壓力可由評值問卷呈現，但絕對增加工作人員負擔，大多數的單位都呈現人員不足的困境，要尋求活動經費補助已具有相當難度，在人力部份的支持更少，而補助款的撥發時間和可核銷項目，對機構而言也會造成相當壓力。

簡璽如：(S2-30)

很多單位和我們反應希望提供講師資料庫名單!還有家庭照顧者的參考教材!這個部分我想若政府能夠有心力、人力、經費投入，將整個平台搭建起來，互通資袁，會對各地推動服務有很大的助益!

李淑婷：(S2-31)

時間的關係，感謝大家提供的寶貴建議。

附錄九

南區 第三場 焦點團體

時間：100.06.03.(五) AM9:30-12:00

地點：高雄市家庭照顧者協會（高雄市三民區熱河一街108號）

團體帶領者：李淑婷

紀錄：袁慧文

進行流程：

一、全國與地方資料調查情形報告

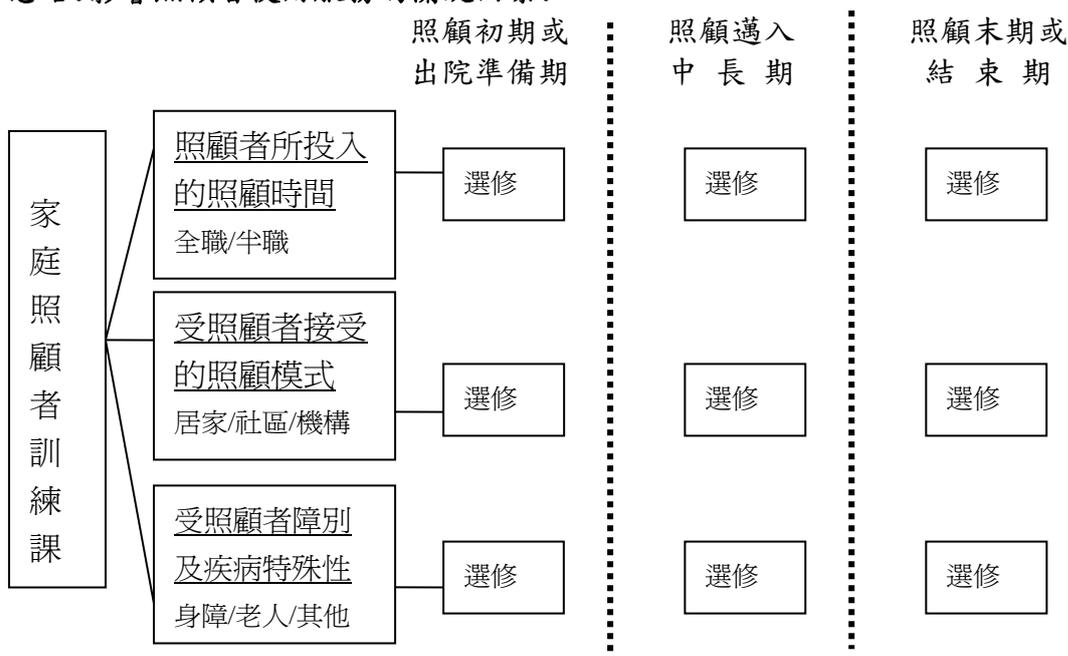
二、與會各單位服務介紹

三、焦點團體(針對家庭照顧者教育訓練課程規劃提出政策建議)

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」政策建議進行交流：

一、有關家庭照顧者需要哪些教育訓練課程，應該由照顧者自行決定？專業人員評估？還是其他合作模式？所考量的服務提供標準為何？

二、現有的課程規劃，缺乏多角度的思惟點，除了以照顧階段、照顧者可投入的照顧時間、受照顧者接受的照顧模式、受照顧者障別及疾病特殊性外，還有哪些思惟點是容易忽略？影響照顧者使用服務的關鍵因素？



三、教育訓練課程的提供，服務的對象應鎖定主要照顧者還是其他次要照顧者或支持系統中的其他成員？提供的層次應該注意到哪些原則？

四、教育訓練提供的模式，因受照顧者的障別與疾病特性、家庭功能與支持體系、照顧者的年齡與教育程度/特殊身分、地域性特色等因素，應提供多元模式，政府在規畫長照服務網絡時，應注意哪些細節？像是：人力培植(專業/志工…)、宣傳、配套措施、針對偏遠地區增加預算或投注哪些心力？

熱遮蘭失智症協會游雪娟理事長：(S3-01)

不同社經地位、有不同的想法,社經地位高者會想上課,低者只想領取補助,因此建議上完課之後要做測試了解她們的了解程度。

靜和醫院燕巢分院附設護理之家成茵茵主任：(S3-02)

家庭照顧者壓力已經很大了,如果要測試的話,她們就會不想參加;所以反對以上課作為長照保險給付的條件;應著眼在如何吸引家庭照顧者出來,否則照顧壓力很大,照顧者不會想出來上課。

奇美醫院高金盆護理長：(S3-03)

家庭照顧者也有照顧不好的,對這樣的家庭提供什麼活動都沒有用,都不會參加!

高醫邱啟潤教授：(S3-04)

英國的制度是在家照顧的話一定要評估,否則家屬可以提告,而評估之後服務計劃如何擬定執行是可以由照管師與家屬討論的。

靜和醫院燕巢分院附設護理之家成茵茵主任：(S3-05)

有些人自覺自己照顧得很好,不需要受任何訓練,但從專業人員的角度看起來會覺得照顧得不好,此時可以不要用制式的講師授課方式進行訓練,可安排家庭照顧者出來做分享,類似家屬團體的方式進行。

高雄市衛生局劉雲枝督導：(S3-06)

照顧的好或不好沒有標準,目前照管師有做照顧品質評估的部份,專業人員不能一昧的給,也要傾聽照顧者的聲音,課程辦理內容對照顧者來說枯燥無聊,老人家會坐不住,以前聽說有辦理說笑話比賽,年紀大的照顧者參加就很踴躍,先吸引他們出來放鬆一下,再製造交流的機會;老老照顧不適合用上課的方式;而原住民對於照顧的想法是只要給三餐吃、有換尿布就算照顧的好了。

靜和醫院燕巢分院附設護理之家成茵茵主任：(S3-07)

可以由評估者勾選家庭照顧者需要上課的時數與項目。

台灣基督長老教會附設身心障礙關懷中心張藝馨主任：(S3-08)

可以在出院前進行評估。

奇美醫院高金盆護理長：(S3-09)

醫院與家庭場域不同,在醫院教的照顧技巧跟在家裏進行的照顧方式不一樣;家庭會議應該適合中長期照顧階段的家庭,因為主要照顧者通常是家中較弱勢的人,要他們來開家庭會議,其他家人也不會聽他的,所以初期應該以身體及生活照顧為主。

高雄市衛生局劉雲枝督導：(S3-10)

長輩輪流住兒女家的話,要如何給付?

旗山醫院郭靚眉照管專員：(S3-11)

由鄰居照顧的話,給付對象為何?

奇美醫院高金盆護理長: (S3-12)

家庭會議最好由照管師協助召開，公正的第三者出面召開比較好；現行出院準備服務的過程中，即會協助召開家庭會議。

靜和醫院燕巢分院附設護理之家成茵茵主任: (S3-13)

鄰里長也可出面協調!我的經驗效果很好。

屏東基督教醫院孫宗慧居家護理師: (S3-14)

我還是特別強調到宅的教育訓練成效!應該要納入給付範圍，才能夠真正協助照顧者。

奇美醫院高金盆護理長: (S3-15)

家庭分工也是照管師之訓練項目之一。

高雄市衛生局劉雲枝督導: (S3-16)

家庭會議須由資深社工來帶，他才有能力可以處理家庭會議的場面。

奇美醫院高金盆護理長: (S3-17)

家庭溝通建議改為溝通技巧。

高雄市衛生局劉雲枝督導: (S3-18)

原住民經常的聚會處是教會，不過若委由教會辦理活動易流於形式。

靜和醫院燕巢分院附設護理之家成茵茵主任: (S3-19)

偏遠鄉鎮會有駐村護士，可以培訓他們進入鄉村，代替可能人力不足的照管師

李淑婷: (S3-20)

政府要扶植當地團體提供給付，偏遠地區之專業人員薪水需有加給，才能吸引至偏遠鄉鎮工作。

奇美醫院高金盆護理長: (S3-21)

疾病中期是健保給付?還是長照保險給付?

李淑婷: (S3-22)

針對在職中的家庭照顧者是否可推動職場辦理教育訓練，企業中如果員工多的話，需要上照顧者教育訓練的人也會較多，可請企業直接在工作地點辦理。

熱遮蘭失智症協會游雪娟理事長: (S3-23)

照管師的薪水應要檢討，需要提高，吸引年輕人投入照顧工作；外勞進來都未接受過訓練，是否要納入考量?

築夢關懷協會楊渝淨社工: (S3-24)

我們有一部分的團體課程是訓練家庭照顧者成為講師，我覺得訓練的課程需要廣設配套，讓更多人了解照顧議題和操作面的技巧，越多人知道，越多人能分攤責任。

高雄家協 孫淑婉居服督導: (S3-25)

我覺得應該集結在地家屬，邀請資深照顧者出來接受培訓，希望透過教育訓練，組織互助團體，形成資訊、陪伴、情感支持流通的網絡。

家總 袁慧文主任: (S3-26)

針對心智類的失能者，社區教育是必須要配搭的!其實，越來越多團體和學校將宣導敬老教育、生命教育課程擺在學生身上，配搭社區內的志工資源，多層次的把觀念輸入，讓家庭成員都能認識照顧迷思!

高雄家協 吳俞恣: (S3-27)

家庭教育中心各縣市好像都有，可連結做照顧者議題，而偏遠地區可依醫療網模式進行應可成功!

高雄市衛生局劉雲枝督導: (S3-28)

辦理家庭照顧者教育訓練活動之氛圍很重要，要有交通接送，要有贈品，要有摸彩等等誘因吸引。

社會局身障科方麗珍股長: (S3-29)

若教育訓練被視為門檻，對象是主要照顧者，還是家中次要照顧者都可接受訓練，如果教育訓練不視為給付門檻，對象又為何?

高雄市衛生局劉雲枝督導: (S3-30)

針對出院準備服務部份有一些想法:

(1)可作初期教育訓練好時機!

(2)要能夠轉介個案到合適的資源

(3)要思考與長照保險之銜接；很多民眾不知道政府與民間的資源服務，而這些校資源的人大部分都是須住院後回家照顧，如果不趁出院準備服務時，告訴他資源訊息或轉介，那他回家後就更難接觸到相關資訊了。

高雄家協 李淑婷理事長: (S3-31)

感謝大家的分享，我們會把大家的建議請家總整理好反應給衛生署。謝謝大家!

附錄十

東區 第一場 焦點團體

時間:100.03.14(一) PM2-4:30

地點:花蓮市身心障礙福利服務中心 5 樓職訓教室(花蓮市順興路 3 號)

主持人:陳俊全 教授

紀錄:吳瑋渝

進行流程:

一、衛生署計畫案說明。

二、與會各單位服務介紹。

三、焦點團體討論。討論主軸: 課程主題規劃方向、進行模式、目前供需情形。

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流:

一、有關各單位辦理家庭照顧者教育訓練之型態與頻率?補助經費的來源?

主持人 陳俊全教授:

談完家庭照顧者支持性服務後,我們將焦點集中放在照顧者的教育訓練課程,請各單位先行描述單位所辦理的教育訓練形態和優缺點,經費補助來源等。

一粒麥子 黃瓊芬主任: (E1-01)

我們有辦理三種類型:

1. 由督導來教授照顧技巧,頻率一個月一次,這種一對一的照顧技巧指導照顧者比較需要。特照津貼一個月要家訪一次,政府補助 500 元,居家照顧則需二個月家訪一次,就會順便針對有需要的照顧者做照顧技巧指導。
2. 辦理講座課程,但要搭配有獎徵答(禮物費用則靠募款方式籌措)、餐點、交通接送、居服員替代照顧的配套措施,才能夠吸引照顧者出來參加活動。
3. 另外還有辦理支持團體。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事: (E1-02)

我們的訓練自 94 年開始,辦理家庭照顧者教育訓練,包括兩種形式:

1. 居服督導(社工背景)介入—每個月一次,訪談案量 60 人,進行:家庭評估、家庭協談服務、家庭需求了解與資源媒合,有需求就直接提供諮詢與服務。
2. 另外還有辦理家屬座談會,頻率每半年一次,每次辦理 1 天,人數約 30-40 人。鼓勵照顧者和被照顧者一同出遊,這些費用都是自籌。內容:包括—旅遊聚餐、聯誼互動、親屬教育(主題:照顧技巧、社會資源運用兩大類)。能夠出來的多半都是有使用照顧服務員並且和照顧服務員關係比較密切、比較好的!一來是照顧服務員會鼓吹家庭出來、但也要搭配志工人力協助!

長照中心 吳婉綺照管師: (E1-03)

一開始照顧者的活動是在北區辦理,一個月一次,原本是希望可以有 60 人參加,到現在在南區辦理,要找 20 人都很難;後來辦小型支持團體,累積這些經驗讓我覺得照顧者的活動應該要廣設在不同的點,有時候專業人員至當地辦理還是找不到人參加,主要是因為當地專業人員有沒有這個觀念,這不是她的業務範圍,就不會花心思處理。在灰姑娘影片中有一個單位有個像茶館的地方,照顧者隨時都可以去找到其他照顧者聊天分享,這樣對照顧者很好。

崇恩 劉素珠主任：(E1-04)

我們辦團體，覺得 3-5 人效果最好，大團體效果差，一小時進行主題，另外半小時輕鬆聊天，再加上提供午餐，覺得效果最好!

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E1-05)

我們的教育訓練形式有三類:講座、到宅(民眾最喜歡的型式)、和戶外的活動，其實我覺得若能在固定的據點(可兼做提供平時抒發情緒的空間)提供課程，照顧者會最能接受。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長：(E1-06)

我們的課程進行方式有:講座、支持團體、到宅、外展活動等。

門諾基金會 黃瑞霞居服督導：(E1-07)

就我的經驗覺得一對一的服務模式效果最好!但是成本也最高!

早療協會 林美瑗秘書長：(E1-08)

我們提供的形式包括:講座、支持團體、個別式指導、個別會談、社區療育據點一對一示範課程。另外，我們台東有個很特別的模式，叫做”走動式教室”，是由社工或到宅輔導員配搭一種專業:特教、ST、OT、PT 下鄉服務，時間約 2 小時，分三部分，專業人員進行講座 30-40 分鐘、照顧者互動 QA 時間、專業人員評估給照顧者建議。一次服務 7-12 戶。主要服務對象:身心障礙親子。這種據點的特色浮動但點狀，很適合在偏鄉進行。我們分區域，每區辦兩個月，一個鄉鎮平均每年去 2 次。這種結合宣導、親職教育、與喘息三合一、多功能的辦理模式，很受當地的照顧者歡迎。我們已經不太用講座，覺得無效!人數每年越辦越少!

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長：(E1-09)

我們辦理親子活動，藉著孩子的教育，來陪伴家長，但我覺得要分類，像是老人、小孩或是依障別區隔，每類家屬的需要都不一樣。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E1-10)

目前有在進行的課程型式包括:講座、團體、座談會(強調實地操作、互動)。講座從民國 90 年一梯 50-60 人出席，到 99 年參加的照顧者很少約 3-5 位。越辦人越少所以到今年就不辦了!推估可能的因素:年輕人都去上班了!還有目前搜尋資料的管道越來越廣，所以不一定是靠著出來上課才能得到資訊和知識!團體參與的人數約 5-6 位。團體進行方式通常採走動式教學，到據點去學習，因為地點近，照顧者願意出來的意願相對會提高!座談會一年辦 2 次，每次 2 小時。主要課程包括:飲食照顧、PEG。

長照中心 張詠蓉督導：(E1-11)

大團體的效果不好，因為太多人而沒機會讓每個人都發言，反而得不到效果，而花蓮地區狹長，對家庭照顧者來說要參加活動也很難，曾辦過五個人的小團體，人數少照顧者較願意分享，主要是針對機構內的照顧者，一個小時的活動，前半小時讓照顧者聊天分享。

花蓮縣智障者家長協會 吳靜怡總幹事：(E1-12)

我們辦理”放手、放心支持團體”，希望家長放手，我們辦理的方式是把家長和孩子分開，身障者在一區參加活動或遊玩，身障者的家屬則進行舒壓或知能課(像是:法律、信託課程等)。但我們發現一個值得反省的點，當身障者要去玩的時候，常常家屬也想跟去玩，但我們會跟他說”不可以，你要參與課程”，但我們明明知道他們也想跟著身障者同樂!

家總 簡璽如秘書長：(E1-13)

就家總跟各地合作的形式，包括:講座課程類(以照顧技巧為主)、支持性或舒壓性團體、畢業生團體、個案服務、一對一居家護理師到宅指導、靜態資源手冊或照顧手札、光碟 DVD 等等。我最近有個經驗，北部某個單位針對失智症患者推出大腦體操 DVD，搭配懷舊音樂與律動，前陣子我把 DVD 送給一個照顧者，她事後開心的打電話來說，這個 DVD 好棒!不只是他家的失智症患者在跳!簡直是全家總動員，照顧者覺得旋律很熟悉，又可以減肥、伸展筋骨，覺得很棒!全家一起跳，覺得感情變好了!原以為受限的模式，加上一些巧思，會有不同的功效!

長照中心 張詠蓉督導：(E1-14)

在花蓮如果推 DVD 教學效果可能不好，因大家的主動性不高，要實際面對面的教導，很多照顧技巧很細緻，很難從影片上學習。

黎明教養院 鍾正榮物理治療師：(E1-15)

我覺得拍攝 DVD 不錯!每個區域差異大，還要拍成花東版，我發現照顧者喜歡看電視，且很融入電視劇，第四台播放應該不錯，照顧者會想要看照顧的範例，看其他家庭的照顧者，會從中得到安慰，對照顧者來說有示範及安定人心的作用。

長照中心 吳婉綺照管師：(E1-16)

網站上就有很多照顧技巧資源，但我覺得有專業人員去部落裡面請當地人做翻譯教導照顧技巧很好，但是白天部落裡多半是老人在家，成效有限。以玉里來說，他們的求知慾不強，但大家很喜歡看電影，因為沒有電影院，之前辦活動就辦過幾次電影欣賞，跟失智症有關的電影，照顧者來的踴躍。

崇恩 劉素珠主任：(E1-17)

長期照顧保險給付要規定一定要上課，日本也是如此，有 40 小時的課一定要上，但是他的點很多，他的出院準備服務也做的很好，讓照顧者有時間學習，出院後 6 個月內會先待在機構做評估，照顧者可在此時間去上課。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E1-18)

香港也規定要上一天八小時的課程，有 40 幾個點可以去上課。

長照中心 張詠蓉督導：(E1-19)

要考量人性，這是對好人有用，對沒有心照顧的人要強制。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E1-20)

強制他去上課他也不一定會照顧，就台灣來講沒有心照顧的就送機構。

長照中心 張詠蓉督導：(E1-21)
在花蓮是沒能力照顧的人會送機構。

黎明教養院 鍾正榮物理治療師：(E1-22)
重點是有些照顧者出不來，辦理單位的在地性很重要，需要去考量地區性的文化、風俗及機構如何去推課程，執行問題較大，只要經費進來是有單位會做，應該提供化整為零的服務。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E1-23)
可由長照中心包課程，再委託各單位找場地。

長照中心 吳婉綺照管師：(E1-24)
長照保險實施後長照中心的角色可能會有變化，需要更多民間進來做，否則會有角色矛盾的問題。我覺得政府和民間的合作很重要！

門諾基金會 邱銀燕主任：(E1-25)
有些照顧者的家庭看起來 ok，但其實功能沒有發揮，其他家人不知道照顧的壓力很大，所以大眾媒體宣導很重要，可以讓大眾瞭解照顧的辛苦，大愛台可以製作一齣照顧的電視劇。

長照中心 吳婉綺照管師：(E1-26)
寫劇本演電視劇是很好的點子，像公視現在有很多很好的電視劇。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E1-27)
照顧者上照顧技巧不一定一次就可以學會，所以重複上課應要被允許。

黎明教養院 鍾正榮 PT：(E1-28)
家庭照顧者事實上對同一種課程上過大概就不想再上，所以重複上課的情形不太多。而且未來也可責請長照中心把關。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E1-29)
照顧者出來都不容易，要重覆上也很難。

崇恩 劉素珠主任：(E1-30)
照顧者要拿全部給付應該要上全部課程。

家總 袁慧文 主任：(E1-31)
但照顧者可能年紀很大，不太可能上完全部課程，如果以此為門檻就拿不到服務，以家總的立場，我們希望所有教育訓練課程都是支持性的服務，不能當作資格，否則很多人受限資格而被排除在外得不到服務！

主持人 陳俊全教授：(E1-32)
總結起來，目前的形式多元發展，大家覺得東區需求被關注到差異性，因此多元形式的課程提供方式，是很重要的！

二、對於家庭照顧者的教育訓練課程，單位認為基本及進階課程須包含哪些內容？

主持人 陳俊全老師：(E1-33)

請大家先看家總準備的資料，我們從上面去提修正。

眾人表達文字及排序上修改建議(略)

早療協會 林美瑗秘書長：(E1-34)

我建議增加簡易照顧醫療課程、營養與咀嚼(飲食調理)、拍痰技巧、如何使用資源(最好以到宅個別式方式提供)。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E1-35)

我們看到有些出院準備的病患家屬，並不想要去學怎樣照顧家人，在醫院有護理人員和看護，出院後有外勞，若狀況嚴重，就直接送安養中心或護理之家，不知道是不是這樣越來越少人來上教育訓練課程。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E1-36)

初期出院會不知道去哪裡找資源，像是輔具不知去哪裡找，也不知如何使用，所以輔具的使用應該放在初期。

慈濟醫院社工室 潘國揚主任：(E1-37)

醫院中通常有兩個團隊，一個就是出院準備的團隊，輔具資源會提供介入，只是介入程度要到哪裡？而通常照顧者都太忙沒時間到醫院來學習照顧技巧或資源，如果照顧者到醫院學習之後再轉給社區公衛護士，就可以銜接的很好。目前在推 ICF 評估，這份評估要轉到長照中心，如何銜接及整合是一個思考的方向。

長照中心 吳婉綺照管師：(E1-38)

許多照顧者住在偏鄉，照顧都是醫院在處理。許多課程內容還是偏向照顧技巧，照顧者會覺得是不是自己學了之後，其他家人會把照顧責任丟給他，這可能是照顧者的疑慮。在課程規劃中是否將身心調適放的太後面，因為一開始沒有做身心調適，到後來就會變的不好處理了。

長照中心 張詠蓉督導：(E1-39)

長期照顧者對護理人員來說是急性轉慢性，他並沒有家庭照顧者的觀念，如何啟動家庭會議需要專業人員協助召開引導，讓家庭接受此一現狀。

家總 袁慧文 主任：(E1-40)

護理人員已納入長期照顧之專業人員，自 100 年起在其在職訓練中安排認識家庭照顧者的課程，因為如果專業人員的觀念是錯誤的會造成服務之阻斷。如果不了解家庭照顧者的狀況，會讓照顧者損失使用資源的機會。服務之使用會有人為因素的影響。

黎明教養院 鍾正榮物理治療師：(E1-41)

出院準備從急性到長照，處於一個尷尬期，現在亞急性的病人還是有其潛力，或許有些不至於跑到長照這塊，如此一來，健保跟長保之資源如何區分，是一個問題。現在討論初期、中期、後期內容還太早，長照中心有努力要在急性到亞急性期提供一些服務，但目前還未有成效。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長: (E1-42)

目前知道的非營利組織較少聚焦針對照顧者需求辦理教育訓練，多半由幫助受照顧者的角度出發，一般可以分為兩類:知識面的部分—建議採取示範技術面為主，不要只是一對多授課模式。另外還有舒壓面部分。目前花蓮居服分為北、中、南三區。北區/南區由門諾基金會承接；中區由一粒麥子承接。針對花蓮有些經驗可以分享:若依年齡進行分類:目前人口年齡層在 70 歲左右的長輩們多半需要照顧配偶或孫子，他們的身體健康多會面臨高血壓及痛風的問題。年齡在 40-60 歲之間的人口群，比例較高扮演照顧者的角色。年齡在 20-40 歲的人口群，為經濟主力，但在花蓮很特別的是，這個年齡層的死亡率比其他年齡層都高，死於工安、車禍意外、自殺的比例最高。

早療協會 林美瑗秘書長: (E1-43)

我認為臨終前的準備最重要!幫助家庭照顧者去面對死的看法，去接受死亡的課題很重要，但常常被忽略，全台都沒有人去辦!這與臨終關懷和安寧療護不同，應該被重視!一般人通常都要等往生者往生三年多後才能開始釋懷，但是，像我自己孩子往生，我因為有正視這個問題，現在心態很快就回歸正軌，但是，我看到更多走不出來的家庭照顧者。

家總 簡璽如秘書長: (E1-44)

我覺得有關靈性與生命的終極關懷議題很重要!現在很缺乏討論，我認為應該找有宗教、生死學、實務背景的人共同研議出課程，發展教材，來幫助家庭照顧者面對這個議題。

主持人 陳俊全老師: (E1-45)

大家提供的建議，我們會再作彙整，感謝大家。

三、針對課程辦理過程當中，哪些課程最受照顧者的歡迎?哪些課程的參予率不高?

門諾基金會 邱燕銀主任: (E1-46)

戶外活動最受歡迎!其次是壓力紓解課程，有關社會資源及照顧技巧較沒人想參加，所以會設計技能闖關活動，讓照顧者提高參與意願。我們也發現如果辦理的單位打的是政府辦的，花蓮民眾參與意願就比較高!

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師: (E1-47)

通常實作技巧的課程最受歡迎!像是:壓瘡照護、口腔衛生。

鳳林鎮衛生所周傳慧護理長: (E1-48)

一般辦理舒壓及如何照顧家人的課程較受到歡迎!但我覺得:如何保護自己不在照顧過程受傷很重要!另外，照顧者很常提出的問題，包括:手足輪流照顧的問題、無人輪替的問題、壓力大又照顧到很疲倦等等。在當地辦理支持團體也受到歡迎。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長: (E1-49)

一般來說，照顧者對身心調適課程、舒壓課程接受度最高，但喘息的問題要解決，目前花蓮南區提供合格的機構喘息只有一家，但是服務並不受照顧者信任。居家喘息則是面臨北南區有、中區沒有的狀態，且照顧服務員人力明顯不足。

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長: (E1-50)

我覺得最受歡迎的課程還是舒壓親子活動，但往往也是最請不到錢的方案。家長需求多，但常受限於贊助者，像是：打太鼓也是舒壓阿，我們親子一起打很快就能宣洩情緒，也達到促進親子關係的目的，不是以挖瘡疤的方式，家長接受度很高！但實際上講座最容易給費用！但最不容易有效果！我覺得形式要多元，每個年齡層、每種障別要的課程形式都不同，意義也不同。

花蓮縣政府社會處 詹惠雯督導：(E1-51)

我會從另一個角度來思考，究竟上的課程，哪一種對照顧者有實質上的幫助？一般來說，家庭照顧者從願意出來聽，到聽懂，到理解，到實際用在家人身上，是很大的關鍵。

長照中心張詠蓉督導：(E1-52)

我們辦活動會讓照顧者覺得輕鬆，紓壓，要懂得包裝，去年的活動辦在松園別館小木屋，讓照顧者享受抒壓非上課，其中搭配經驗、分享照顧技巧等，有吃有拿，還找樂團表演。像是：找物理治療師來談預防下背痛、找郎祖筠談照顧經驗、與當地業者合作，來參與活動就送蜆精等。

四、針對課程執行完畢後，有沒有參予者在課程建議上有提供想法或回饋值得與我們分享的經驗？

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E1-53)

覺得到宅的教育訓練效果最好！若能成立家屬聯誼會，建立社教網絡，能聯繫情感、交換訊息等效果也不錯。

門諾基金會 黃瑞霞居服督導：(E1-54)

在秀林鄉辦活動，照顧者會希望有人可以幫忙照顧，但是有人來照顧時照顧者也不想出門，而會想在家休息。對照顧者來說，一方面想在家裡休息一方面也不放心被照顧者怕顧不好。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E1-55)

我們發現，通常 30-40 歲左右的照顧者比較會出來接受訓練。還有，辦理家庭照顧者活動參加的人很少，通常要靠參與對象是由居服員在服務過程中發覺有照顧技巧需求的家庭照顧者，即邀請其參加活動。

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E1-56)

以前花蓮縣衛生局曾在鳳林地地區針對外籍看護工辦理過 2 天的訓練課程，課程內容都以照顧技巧為主、和如何保護自己的身心健康為主。我們當時擔心語言有限制，特別安排通譯人員，這些通譯人員都是相同國家的人，時薪 300 元，能夠讓外籍看護工比較聽的懂，當時來了十幾位(鳳林鎮使用外籍看護工的比例很高)，但大多數能出門接受訓練的還是有限制。一般出來受訓必須經過聘雇者的同意，通常較育水準較高的雇主，比較願意讓看護工出來上課，此外，照顧的對象也有差，像是受照顧者能同行，一起出門，或是受照顧者非 24 小時照顧需求者，通常雇主也比較有意願，不然去上課的時候，這些受照顧者怎麼辦？我們發現，如果安排志工做替手，陪同受照顧者散步或換尿布，雇主也比較願意配合。另外，我們也發現在當地，年紀在 50-60 歲左右，照顧配偶的主要照顧者最不會使用照顧資源，對教育訓練也比較沒意願。

家總 袁慧文 主任：(E1-57)

我其實感覺現有的社區關懷據點在全國各地都有，具備很好成為未來家庭照顧者支持性服務據點的潛力，大家覺得如何？在荷蘭和英國的模式就是廣設家庭照顧者服務的據點讓許多服務能讓照顧者就近取得，也能在區域內建立支持網絡。

長照中心 吳婉綺照管師：(E1-58)

這是可行的，即便關懷據點沒有能力辦理，其他單位進去辦，他們也很歡迎。照顧者面對自己的心結、無力感，很需要陪伴與支持，而照顧者被照顧好，居服員也會比較輕鬆一點，但如何照顧者好照顧者自身是個問題。關於廣設據點的部分應該是偏遠地區比較有此必要。

長照中心 張詠蓉督導：(E1-59)

宣導非常重要，即照顧者需休息的觀念，尤其花蓮鄉下的傳統觀念會讓照顧者覺得休息有罪惡感，如果有人支持則可以降低罪惡感，每年都辦理照顧者的活動，讓他們慢慢有照顧者需要休息的觀念。

花蓮縣政府社會處 詹惠雯督導(E1-60)

我提出一個問題，有些老人會環島住，就是輪流在不同子女家中居住，那以誰為主要接受教育訓練的人？跨區會提供給付嗎？我們是以受照顧者為主？還是以提供照顧的主要照顧者為主？不同的照顧者課程都可以上？還是有設籍上的限制？另外，照顧者受訓後會發證書嗎？這些議題我覺得也值得我們思考！

家總 簡璽如秘書長：(E1-61)

這些問題相當好！我們大家可以好好再思維！有些問題不是現在就能回應的，邀請大家下周再來深入討論。另外，我想在最後分享拜訪各地的經驗，七成以上的身障及老人機構對教育訓練的定義，都還停留在「講座式」授課模式，多數機構每年僅辦理1-2梯次，而比較此模式由90年辦理迄今，人數大幅銳減，100年甚至有部分醫院因為逐年參與人數低於10人而停辦，提供偏遠地區或原鄉地區服務的機構也表示，因為區域交通不便、配套措施少及人口密度低等因素，能就近來參與課程的照顧者少，面對講座式單一型式課程執行常受質疑未重視成本效益，且無法滿足標的人口群的真實需求，因而需要開展其他形式之服務型態，以面對現今所遇到的困境。我想多元的形式才能滿足不同民眾的需要。

主持人 陳俊全教授：(E1-62)

時間的關係，感謝大家提供的寶貴建議，我們下次團體的時間是下周3/22，相同地點，屆時繼續來討論。

東區 第二場 焦點團體

時間:100.03.22(二) PM2-4:30

地點:花蓮市身心障礙福利服務中心5樓職訓教室(花蓮市順興路3號)

主持人:陳俊全 教授

紀錄:吳瑋渝

- 一、衛生署計畫案說明。
- 二、與會各單位服務介紹。
- 三、焦點團體討論。討論主軸:有關教育訓練課程辦理過程，機構遇到的限制、需要的配搭措施；承辦教育訓練課程單位須具備哪些條件?

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」議題進行意見交流:

一、機構在辦理教育訓練課程當中遇到的困難與單位處理方式?

崇恩 劉素珠主任:(E2-01)

家庭內替手不足的問題一直存在!還有機構工作人員服務量已經過大!

黎明教養院 鍾正榮物理治療師:(E2-02)

我覺得很多環節都沒有接好，所以才會每一關都有問題!應該是出院準備做好，從急性醫院出來後，送亞急性照顧，再送長期照顧。若機制都沒有銜接，照顧者更難去面對。現在也面對許多人不想照顧的原因是因為他們把受照顧者送到機構去或是請外勞，他們覺得不需要自己再學照顧技巧。

花蓮縣府社會處 吳怡蕙社工:(E2-03)

照顧者在醫院很多都不參加照顧技巧課程訓練。

長照中心 吳婉綺照管師:(E2-04)

我們都認為在照顧初期，第一時間作好準備，將焦點放在讓照顧者學習照顧經驗，但是照顧者他們也害怕阿!怕學會就會變成需要終身去照顧!

宜蘭縣社區照顧促進會林文明總幹事:(E2-05)

就拿很多人不習慣接受居家服務為例，剛開始很難適應讓外人進到家中來，但真的接受居服後，也幫助很多家庭的受照顧者和照顧者，現在都在過度期，要繼續努力。我舉個例子:某位縣府社工員他婆婆很早之前就可以申請服務，但一直沒有申請，拖了幾年才開始用這項服務。因為婆婆以前看到外人就哭，但照顧服務員很友善，會逗她笑，也因此避免婆婆得到重度憂鬱症。另外，我覺得不論是政府部門或是民間承辦人員每年流動經驗大，無法傳承是很嚴重的事!(業務量大,申訴多)。安寧這塊很多家屬搞不清楚狀況，希望醫院主動告知安寧療護照顧狀況)，醫療立場較不人性，應該讓所有家屬都要蠻清楚的，了解每個階段發生的事，畢竟最沒有決定權的人通常就是家庭主要照顧者。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師:(E2-06)

目前的狀況是照顧者越來越不願意參加活動!其實居家護理人員可以指導外勞有關照顧的知能，提升照顧品質。

家總 袁慧文主任: (E2-07)

需要的人不來，我想這跟照顧者覺得這個議題對自己的意義、沒自信聽懂有關，還有，有沒有替手，有沒有時間，有沒有習慣和經驗，交通問題等等都是關鍵因素!我認為，由社工或是和個案有較緊密關係的專業人員，提供諮詢，還有反覆的提醒出席，以人情攻勢外加贈品吸引，照顧者出來的意願比較大!其實很多照顧者反應，出來上課，因為人數多，老師也比較沒有辦法由自己的關注點切入，所以較覺沒收穫。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事: (E2-08)

照顧者因為沒有習慣，所以很不想來參加教育訓練或支持團體。就我服務的經驗，很多失智的家庭，通常是到比較嚴重時，才會注意到自己需要照顧技巧等課程。解決問題的方法最後都考慮到是否請外勞?以解決這個問題。有些照顧者比較不會願意自己去學，去解決問題。一般來參加我們活動的通常都是照顧配偶的老人家，但我在個案裡面也觀察到性別的差異:阿公失智就由阿嬤照顧，阿嬤失智就由機構照顧。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長: (E2-09)

一二題是相對應的，我一併提供想法，有些有解決方法，有些我就點出看到的問題。其實最大的問題關鍵就是”照顧者出不來!”我分點描述:

1. 交通問題(照顧者、受照顧者)→提供交通接送
2. 地廣人稀，目標人口群分散→提供交通接送
3. 老老照顧問題嚴重
4. 在原住民部落，即使年輕人(40歲以下)在家，也不會去擔任照顧者，即使住隔壁也不會想去照顧(缺乏照顧的責任心，會認為照顧家人不是自己的事情)。
5. 語言問題(即使有了翻譯或通譯人員，但你並不清楚對方翻譯是否能完全傳達本意?一般來講，翻譯人員年紀在40-50歲、住在部落裡，比較了解當地文化及習慣，比較能確保翻譯的確實性!但也因為專業能力不好所以也受到限制)
6. 其實，有些照顧者是不喜歡上課的!尤其是連續性的課程!畢竟在生活上有許多事情比起照顧家人要來的重要!其實，他們對照顧品質標準有自己的一套想法，照顧負荷對他們來說沒有想像中的重，所以有時候對服務的使用率就會不高!
7. 照顧者往往因為沒有替手，針對課程往往須要能夠一起出來，所以要有配套，讓照顧者能夠安心出來。像是門諾在辦活動，都會讓志工搭專業人員一起。
8. 外展活動，像是:照顧者關懷活動的課程很受到歡迎，尤其是”帶著一起去吧”的文宣，最容易吸引照顧者願意出來的意願，其他包括有便當、有禮物，也比較吸引照顧者出來!有些照顧者來參與課程，目的只在拿贈品(缺乏學習的動機)。照顧者和受照顧者長年的照顧關係，其實都存在著緊張關係，透過外出，可以讓家人一起出來走走，照顧者才能真實的感受到放鬆。

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長: (E2-10)

參與教育訓練課程涉及照顧者吸收及理解的程度，還有照顧者個別認知問題，需要更多的宣導。

花蓮縣智障者家長協會 吳靜怡總幹事: (E2-11)

其實在辦理課程上，往往因為沒有人來參加，感覺辦得很挫折!就目前政府的補助只有講師費、雜費、影印費，沒有喘息費用，因此配套措施無法做，照顧者也不會願意用自

己本來已不夠的喘息服務。其實，即使有喘息服務費用的補助，我們也擔心沒有足夠的照顧服務人力來支援！

早療協會 魏任儀社工：(E2-12)

我認為應該要廣設據點，像是我們在花蓮、台東、南投，都有設社區式療育據點，提供家長喘息、講座、支持團體、治療性團體、家長舒壓課程(像是：親子瑜珈課)、個別式親子教育指導、提供新住民家庭子女課業協助，但是，人力和財源都是關鍵！我們每天早上常態型的開據點，搭配多元就業和教保老師的人力，人和地點都要費用，負擔很重！

二、為了讓家庭照顧者能夠順利出來參予課程，單位認為應該提供哪些配套措施？提供配套措施可能會有困難的地方？

門諾基金會 邱燕銀主任：(E2-13)

其實交通及被照顧者的替手照顧問題都是影響因素，政府角色出來也會影響照顧者參加意願。

花蓮縣智障者家長協會 吳靜怡總幹事：(E2-14)

家庭照顧者不是不想參加，是沒有人可以幫忙照顧。另外，上課的語言也要重視，通譯人員很重要，在部落當中，神職人員能夠提供很好的協助。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E2-15)

家庭照顧者對不熟悉的居服員會不放心。我們的活動參加者主要是看年齡，年輕人比較願意出來參加活動，老人則意願較低。曾經辦理家庭照顧者頒獎活動，較遠的地區的照顧者只有二個人來參加。

花蓮縣府社會處 吳怡蕙社工：(E2-16)

要考量到來參與的人的個別需求，提供不同的配套措施。

崇恩 劉素珠主任：(E2-17)

對我們機構來說照顧較久的人才願意出來，因為較清楚被照顧者會發生什麼事，或是有請外勞照顧的照顧者。

長照中心 張詠蓉照管督導：(E2-18)

長照中心有辦理外配(含陸配)的訓練課程，就必須交通問題，所以我們將點設在社區中，辦理短期支持團體，提供照顧技巧課程也有紓壓活動，活動要就近服務對象，而不是要他們來參加，要進去協助他們，照顧者會考慮路程，所以要先觀察社區是否有需求者。另外，有些個案也要搭配家訪車，或是以遊覽車載老老照顧的個案，出來的可行性較高。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E2-19)

每次邀請照顧者參加活動要提供誘因，有足夠的吸引力就會使家庭照顧者自動找人幫忙照顧，我們辦休閒活動一年一次，還有交通接送，家庭照顧者都很喜歡參加。交通部份就用家訪車，或寫計畫去申請遊覽車。有時候請居服員幫忙載到定點在用遊覽車接送。有一次跟某單位合辦照顧技巧活動，因為沒有交通提供，都沒人參加。

長照中心 吳婉綺照管師：(E2-20)

照顧者需要一再被邀請，覺得被邀請到不好意思時就會參加了。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事 (E2-21)

希望一個鄉可以提供多元服務(日照、居家…)，另外還可以運用社區關懷據點提供阿公阿嬤一起來參加活動(3小時/2周)，也歡迎外勞帶長輩一起來(10-20人 就會有5-6位外勞)給他支持。還有交通服務很重要、另外，被照顧者和照顧者一同出來，但分場地服務也很受歡迎。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E2-22)

培訓志工來擔任替手，當有相關活動時，可以進到家中，幫助簡易的照顧工作。目前台東也有護理人員願意在下班時或退休時擔任志工(2人一組)，去照顧個案。因為當地服務人員人力根本不夠，所以有些護理人員很用心，會去幫忙!

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E2-23)

要照顧者能夠出來上課建議有四個配套：

1. 提供喘息服務
2. 提供志工(替手)協助
3. 提供交通協助
4. 提供誘因(像是：跨中午的課程，受照顧者有志工送餐、或下午四點以後結束課程，照顧者可以帶2個以上便當回去，就不用趕著回去煮飯)。

花蓮縣府社會處 吳怡蕙社工：(E2-24)

曾接到一通電話，照顧者照顧媽媽，兄弟姐妹都不照顧媽媽也不給錢，他自己顧到錢都花完了，這該如何處理呢？

家總 簡璽如秘書長：(E2-25)

此牽涉到家庭溝通、家庭會議如何召開!

主持人 陳俊全老師：(E2-26)

原住民的情形有哪些單位可以分享?

長照中心 張詠蓉照管督導：(E2-27)

以經濟方面來看，原住民相對弱勢，就以秀林鄉為例，居服開始有自付額之後，案量從100降到70。大家對照顧子女願意付費，但對父母就比較沒有意願。

門諾基金會 邱燕銀主任：(E2-28)

對照顧品質要求也是，對照顧子女比較要求，對父母就比較沒有。

長照中心 吳婉綺照管師：(E2-29)

原住民財務狀況很緊，會將錢分配到生活的其他部分。

崇恩長期照顧中心 劉素珠主任：(E2-30)

部落尤其貧窮，很多人是失業的!

花蓮縣府社會處 吳怡蕙社工：(E2-31)

有些照顧者失業在家照顧父母，手足也都不聞問，照顧壓力很大!

主持人 陳俊全老師：(E2-32)

針對部落的經濟需求，也必須考量進去!不然肚子沒辦法溫飽，要談照顧者的課程，我想是困難的!還有沒有其他考量點?

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E2-33)

我自己曾是家庭照顧者，覺得出院準備同時就要上一些資源在哪裡的課程。記得之前為了要查一個資源需要到處打電話，因為自己是護理背景所以家人有狀況還可以自己處理，一般的照顧者在假日時如果碰到家人有狀況，找不到居服員或單位可以問，最好有一個諮詢專線，是整合的諮詢窗口，像是有的照顧者遇到管路被壓到，不知道怎麼辦?還得自費叫救護車送到醫院。

慈濟醫院社工室 潘國揚主任：(E2-34)

護理師及居服員的課程可以開放部份給家庭照顧者上，以及是否分成主要學分及選修學分，修學分就有居服員的認證，後期之課程可列為選修學分，修學分越多就可以有更多的補助或服務，對照顧者來說較有誘因。出院準備服務可以先處理初期課程，學習參與率會較好，由社工去評估，若照顧者有修過學分就可以給付。另外，居服員之課程有兩階段，有課程及實習，與照顧者課程之分期類似，從資源面、人際關係、技能、等方面設計，二者底子相同，都有身體照顧及資源部份，再加上不同被照顧者之特殊處理事項，可以一起上課。東區有其執行困境，心理支持溝通用團體的方式較佳，DVD可以讓照顧者帶回家看，但是還是要搭配實際的教導，資源可用單張，障別不要分太細，還要有很好的24小時諮詢。可考量長照中心設置24小時on call，也可以考慮在醫院急診室設置。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E2-35)

門諾的守護連線可以考慮作24小時諮詢。

慈濟醫院社工室 潘國揚主任：(E2-36)

請政府提供支持擴大守護連線的功能與受益者。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E2-37)

目前也有函授教材的形式，提供光碟，分為初階、進階，只要30元，還可設有獎徵答，所以提供給照顧者的函授教材可分為初階、進階，還有緊急處理事項，讓照顧者在臨時有需要時有資料可以參考。

長照中心 吳婉綺照管師：(E2-38)

教育宣導仍是最重要的部份。要有外人來協助啟動家庭會議!全民推廣的話就得規定一定要上，才有機會接觸到專業的部份，像外勞業務，有規定一定要到長照中心核對身分證件，有接觸照顧者才知道原來政府有一些資源及服務提供。

一粒麥子 黃瓊芬主任：(E2-39)

我們會內的督導是護理人員，在去家訪時隨時可以指導照顧技巧。居服員如果可以直接教導是最好，如果將照顧者顧好對他自己來說也較輕鬆。我們的照顧者當被照顧者過

世，就吸收成為居服員，有三位過去是照顧者，年齡在 30-40 歲，就便成很好的居服員，較了解照顧者的想法。

長照中心 吳婉綺照管師：(E2-40)

種子教育並不是居服員不行，但主要是針對家庭照顧者，一對一是一種模式或是用團體方式都可以。

慈濟醫院社工室 潘國揚主任：(E2-41)

我覺得配套措施可以有三點思考：第一，照顧者來的困境。第二，機構教的困境。第三，執行上的困境。像是：地點、師資、經費、照顧者消化課程的能力等。

三、如果要推廣家庭照顧者教育訓練活動，承辦單位須具備哪些條件？

家總 簡璽如秘書長：(E2-42)

我覺得機構人力部份、經費部分、場地空間、單位本身有無提供照顧者服務經驗是關鍵。

黎明教養院 鍾正榮物理治療師：(E2-43)

要是專業的機構，至少接觸該議題有 3-5 年的時間。或者由該區有經驗的單位，去培植社區中較小的組織，透過擔任顧問，提供資源或是經驗上的傳承。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事 (E2-44)

多數照顧服務員和受照顧者的關係都比家屬要親密(信任感遠遠超過家屬)，我覺得機構要具備跟長輩溝通的能力、有相關承辦經驗。

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E2-45)

我也贊成具有專業人力、熟悉服務對象、足夠的經費、有場地空間且場地可近性高、搭配配套措施很重要。

崇恩長期照顧中心 劉素珠主任：(E2-46)

我覺得初階通識課程可以給間接服務的單位來辦理，但進階的課程因為比較專門，所以應該由專門負責的團體來負責。要有固定的課程！

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E2-47)

我支持人力部份、經費部分、場地空間、單位本身有提供照顧者服務等的關鍵性，另外，後援部隊的充足也很重要！有充足的人手，無論是照服員還是志工人力，這些人都是成就的關鍵，可以激勵照顧者出來。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長：(E2-48)

我提出三點看法：

1. 對原住民部落的特性要能掌握：

原住民一般會上山工作(種植、養雞等)，勞力性質的工作居多，再加上飲酒/飲食文化不同，各族群別的觀念也很不同。像是：在蘭嶼的達悟族，以前的觀念是一老人家年紀大了，就是被惡靈附身，會影響家裡面的小孩，所以一旦年齡大了就被期待自行搬走，自生自滅！蘭嶼居家關懷協會張淑蘭公衛護士回到部落讓大家轉換觀念，寫了一本書：選擇生命被看見，也出了一片紀錄片一面對惡靈。這些具備特殊民族性的觀點都要被注

意，否則服務立意雖好，但實際上在當地功效就無法發揮!另外，語言的問題也要解決，往往部落裡面可以扮演翻譯角色的人，在部落都扮演重要的位置，所以較難接受訓練，成為長照服務可推動協助的助力。

2. 覺得政府應該要厚植民間實力!不只靠單一單位!(像是:花蓮地區很多就只靠門諾一家!其實很不好!)應該去思考:誰貼近照顧者?誰能找出這群照顧者?門諾可以協助支援、扶植在地的小型單位去承接相關的業務!

3. 承辦單位必須要具備品質監測的能力，要有能力制訂或嚴守門檻，包括:規範講師資格(且要有一定的經驗)。有平台資訊掌握(像是:建立講師資料庫、了解哪些資源能影響照顧者願意使用資源)、有方案撰寫、執行、成效評估、簡報、督導等能力。舉個例子來說:有次在某個地方辦教育訓練，發現半個人都沒有，後來才知道，原來當地有戶人家突然往生了!所有的村民都去參加儀式!才沒有人出席!而且，部落通常有廣播，很多次辦活動，都是靠著村里廣播號召大家來!還有教會資源也很不錯!

縣府社會處吳怡蕙社工:(E2-49)
我覺得有經驗和傳承很重要。

長照中心 張詠蓉照管督導:(E2-50)
辦理活動的場地較不重要，會讓辦理單位受限，重點是要有這個觀念的人來辦理，且有經費就可以辦，但也不能隨便一個單位想辦就辦。我覺得聯合式的方式不錯!可以將資源作整合。另外有心、會動用資源、有可下鄉的人力很重要!

早療協會 魏任儀社工:(E2-51)
機構宗旨要穩合，要有直接服務的對象、有能力評估服務對象有哪些需求、安排相對需要的課程內容。我提個方向，未來有收費的可能性嗎?我們有一天會朝向使用者付費的模式?請大家也想想。

慈濟醫院社工室 潘國揚主任:(E2-52)
對課程要有能力評估、規畫能力、了解服務對象的需求、組織對專業人員有完善的教育訓練課程。

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長:(E2-53)
要有能力對照顧者說明清楚，也要能提供誘因，讓照顧者願意走出來。

四、對於家庭照顧者教育訓練是否有其他建議與想法?

宜蘭縣社區照顧促進會林文明總幹事 (E2-54)
我覺得許多鄉鎮衛生所與社會課都不了解長照資源，他們也應該是要教育的對象。

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長:(E2-55)
我有兩點建議:

1. 提供模型/示範教學很重要:
提供技術示範是很重要的，畢竟知道和真的操作是兩件事情，對照顧者講解操作需要耐心，必須重覆再重覆的說明，建議可以提供 DVD，不只是針對外籍看護工(越印菲)也

可以針對原住民母語(太魯閣、布農、阿美)進行教學。

2. 之前在進行通譯人員的訓練，有得到很寶貴的經驗，語言隔閡是很大的問題，出現在外籍看護工，也出現在服務原住民的族群當中。許多教育訓練課程當中，會使用到專業用語，上課的時候若沒有翻譯，會聽部統，也建議部落的教育訓練課程和社區的教育訓練課程辦理場次要區隔!像是光我們跟民眾解釋三管護理無菌的觀念就常常很多人聽不懂，但這也常常是導致感染的關鍵因素!

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長: (E2-56)

我們這邊原住民有個有趣的現象:有些原住民照服員被家裡期待回去當主要照顧者，就像是社工和護理人員一樣，當家人有需要照顧都以這些人為主要照顧者的優先考量人選。當這群人被邀請出來參加支持團體的時候，他們會反應強烈的不喜歡，因為他們感到這是極度不自在的情境!很彆扭!覺得團體需要很正經的圍個圈，式特殊營造的環境，在那個情況下，很不習慣去作自我揭露。對支持系統比較傾向運用非支持系統!討厭正式的諮商管道。

家總 袁慧文主任: (E2-57)

發展因地制宜多元型態的課程提供模式是必要的，尤其要去回應文化及族群認知、生活習慣的差異(原住民、外籍配偶)、所處區域的特性(地廣人稀)。

一粒麥子 黃瓊芬主任: (E2-58)

我覺得還是要解決目前服務人力不足的問題!在日本，老老照顧情形很普遍，他們培訓照顧服務員學程3年，薪水10-17萬日幣，用好的待遇來留住人。他們也引入菲律賓的護理人員，但他們嚴格把關，3年引入3000人參與國考，只考上3人，考上了才錄取。他們以國對國方式，將品質做嚴格的把關。

長照中心 吳婉綺照管師: (E2-59)

我覺得應該培訓照顧者擔任種子講師!從種子講師再發展到互助團體。另外，廣設據點很重要，無論是衛生所或社區發展據點都可以，以茶舖型下午茶方式進行，會讓照顧者因為可近性，又能舒壓，參與意願會提高。

家總 簡璽如秘書長: (E2-60)

我也認同多數病友團體都有反應師資培訓不應只侷限在專業人員，據國內外的實務經驗顯示，培訓照顧者經過一定時數的訓練，能夠成為家屬團體的重要種子老師。像是有些照顧者當被照顧者過世，就常被居服機構邀請成為居服員，或是種子講師，因為了解照顧者的處境，往往能讓其他照顧者感覺到被同理。

主持人 陳俊全教授: (E2-61)

感謝大家提供的寶貴建議，接下來我們會進行問卷的施測，再把經驗作對照，5-6月再邀請大家針對政策面提供建議。

東區 第三場 焦點團體

時間:100.06.02.(四)AM9:30-12:30

地點:花蓮市身心障礙福利服務中心5樓體適能活動室(花蓮市順興路3號)

團體帶領者:陳俊全 教授

紀錄:吳瑋渝

進行流程:

一、全國與地方資料調查情形報告

二、與會各單位服務介紹

三、焦點團體(針對家庭照顧者教育訓練課程規劃提出政策建議)

以下針對家庭照顧者支持性服務當中「家庭照顧者教育訓練課程」政策建議進行交流:

一、有關家庭照顧者需要哪些教育訓練課程，應該由照顧者自行決定?專業人員評估?還是其他合作模式?所考量的服務提供標準為何?

花蓮縣政府社會處 詹惠雯督導:(E3-01)

因為民眾和專業各有想法，所以課程部分應該兩方一起合作，另外因為要有法源依據，才有強制性，因此，未來是否要設門檻，可以再議。我的想法是，若要設門檻也不要一口氣上完，可以幫助民眾慢慢進入狀況，也要考慮到語言、照顧者意願、專業人員部分。多尊重家庭照顧者的想法，最後的決定權應該還是在家屬身上。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長:(E3-02)

對現有教育訓練課程的建議，我想問:對於”教育訓練”的印象仍停留在”上課”，所謂多元的教育訓練想像，能不能有更為明確的圖像?目前的教育訓練內容主要有幾個方向:(1)照顧技巧的教導;(2)福利服務資訊的提供;(3)壓力紓解、情緒支持、紓壓團體。但是，教育訓練的目的是究竟為了誰，是我覺得現有教育訓練可以更多澄清的部分，是為了使受照顧者的照顧品質更好、使照顧者的生活品質更好、使服務提供單位經費可以核銷、使政府單位有政績可以說嘴?教育訓練的成效如果不能被衡量，只是一直辦理多元的教育訓練仍然是沒有意思的。多元服務方案之前，目標要先被確立(但多元目標無妨)，然後這樣的多元才有意義。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事:(E3-03)

我覺得教育訓練尤其是出院準備就要開始，由鄉鎮長照中心，在出院前就提供照顧技巧。現在台灣很多人都申請外勞，照管專員通常接觸個案一年也才兩次，我的意思是，不論照服員、居服督導、社工、照管專員，只要和個案比較熟悉的，了解這個家庭成員的需求，能一起討論。目前很多承辦人員自己內部教育訓練都不足，要能提供個案合宜的建議很困難。其實簡單想想，我舉個例子說明，家屬對失智症狀若不清楚，看到家人的行為問題，會以為對方在搗蛋，因而降低想要照顧家人的意願，遑論去培養甚麼能力。

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長:(E3-04)

我覺得要去思考這些課程是要給誰上?一對一?還是要有多少人才開課?由誰來主辦?我認為給照顧者基礎的課程是有需要的!要設門檻，但整個時間要以一天為限!否則一定會流於形式!就像道安講習一樣!總不希望大家去睡覺吧!希望教育訓練課程可以分為必修和選修兩種!可以設2-3門課程為主要必修的課程:這些課程主題建議包括:認識長照保險(認識保險給付方式)與長照服務資源(相關服務怎麼算?)、家庭照顧者權益(責任與義

務)等,全國要統一!其他的就是選修課程,民眾可以自行選擇。但是授課模式盡量用多元化的方式,不要總是以上課的方式進行,不是所有的照顧者都有能力在課堂中吸收,不能拿我們的認知去想照顧者聽懂多少。若遇到民眾不知道該如何選擇時,可請專業人員協助,長照服務要做的好,一定要額外再新聘人力,現有的人力絕對無法再增加 loading,就像我們都知道公衛護士是最理想提供照顧者教育訓練的人選,但看看目前我們的 load-ing,如果硬要叫我們做,一定會流於形式,大家去看一下簽個名,請問有甚麼效果?所以,要健全服務品質,實施面一定要聘專人來做!

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長: (E3-05)

我覺得由照顧者或專業人員決定都課有優缺點,專業人員應該扮演的角色,就是要落實說明的角色,可以提供家屬 DVD,讓家屬帶回去,不要說來上課的人就倒楣!要號召家庭成員共同的學習!另外,要吸引照顧者來還有一個辦法,就是和自身產生連結,像是輔具的運用並非都是給病患或受照顧者,一般人也可以用阿!他們也不是特別的人阿!我認為要讓家庭成員都知道一般性資源及照顧者的權益,先上基礎課程,或許前半年感覺不適合,因此要有持續性、個別性宣導,需求建議,提供彈性門檻,不是說一次就 OK,要一階段多次分享訊息。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長: (E3-06)

家庭照顧者上的課程內容應由誰決定?我覺得所謂的教育訓練,目標是"紓解家庭照顧者的身心壓力",抑或是"增進家庭照顧者的照顧品質及技術"?如果是前者,當然應該由照顧者自行決定,並視意願參與;但如果是後者,又有保險給付的要求,那就應該由專業人員進行基本的範定。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師: (E3-07)兩者間的合作討論是必要的。

慈濟大學 張淑英老師: (E3-08)

如果從"保險給付"的角度出發,應有其規範性,才可滿足領取保費的資格。但如果只是一般的照顧者,當然有權自由決定所想上的課程。另外,我認為專業人員應該先幫照顧者"同理"失能者,尊重受照顧者的需求及自主性。能夠去了解、認識失能者的心理及情緒狀態,促進雙方互相理解。使照顧者在提供照顧時能更加重視受照顧者的心理層面需求。再談後面的事。

早療協會 林美瑗秘書長: (E3-09)

受照顧者依病情及嚴重度不同,照顧者需要不同的課程,但隨著照顧時間增加,許多長期的照顧者,他們通常已經是專家,不需要來上課。初期較以技術性的課程為主,因為安置的形式不同所需要的課程也不同,像是在家照顧的就需要照顧技巧課程,但是,若受照顧者安置在機構,照顧者就需要人文方面的認知,心態怎麼想,像是至少每月要去看家人,每隔一段時間要帶回家,像是過年三節等。我覺得有些人把照顧責任推給外勞,孝道在式微,強迫子女來聽課,會令某些子女能體會父母。還有,不只是主要照顧者,其他的家人也很需要,不然沒嫁出去的女兒就是"準受害人"。人心容易懈怠,希望能設一些必修課程,以技巧和認知並進,因為這些會影響心態。另外,會談評估很重要,需求評估要落實,希望能透過像是早療個案管理的模式進行服務。課程因人需求而定,否則會讓一些上進的照顧者因為受次數限制被擋掉。

黎明教養院社區外展部 倪頌惠主任: (E3-10)

面對失能或失智家庭，我先問一個問題，我們要使用哪種評估工具?就像是目前花蓮縣發免費的乘車證，立意好，但很少人用，為什麼，因為很多人沒辦法自行到車站阿!家屬目前處在 SHOCK 期，我連自己都無法照顧了，如何能協助家人?穩住自己很重要!遠比去上課重要!應該要著重照管師的功能!我照顧我父親，那時我要一邊上班、下班要去照顧他，才半個月我就崩潰了。我認為這個問題前提是，照顧者認知到哪裡?評估認知到哪個程度?了解怎麼去運用?方式不能只有一種!有些無法離開家裡的就要用到宅提供服務，有些可以離開情境的，或是在家中一談到敏感問題就哭的，就一定要帶離情境。我覺得”家庭會議”應該被當作必修課程，因為不同家人有不同意見，像是照顧者面對帳單來的時候，還要接受家人審問，心裡會很不舒服!有些話家人間不好講的，就可以透過家庭會議，由專業人員從旁協助，凝聚家人共識。

早療協會 林美瑗秘書長: (E3-11)

系統間的配合!可能!不論在醫院或家庭召開都可以!可以由個管員於三天前及早介入。

長照中心 張詠蓉督導: (E3-12)

由照管專員介入的可能性?如何給付?我認為要另拉人力，現有人力已吃緊!在花蓮縣針對複雜個案有召開”家庭會議”還蠻 OK 的!像是一些棄養、支持系統不全的家庭，將”家庭會議”當作第一關。初期失能者，透過專人很自然的介入，這也算是第一堂教育訓練課程，了解照顧分工，資源，扮演的角色，讓事情說明白，如何面對未來等等。執行的人可以放在醫院出院準備社工或照管專員(需被訓練及在合理案量下)。

早療協會 林美瑗秘書長: (E3-13)我覺得可以設立長照協談員，要有證照。

家總 簡璽如秘書長: (E3-14)

許多照顧者沒有接受照顧技巧教學習慣更遑論去覺察內在負荷，所以由已建立信賴關係的專業人員，提出的建議，成為重要的宣傳管道，像是:居服員、社工員、護理人員在服務過程中發覺有照顧技巧需求的家庭照顧者，直接邀請其參加活動，照顧者願意出來的比例較高，後續又有追蹤、討論的機制，對照顧者持續接受的意願也相對提高。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事: (E3-15)

我覺得賦予居服督導功能可以去做家庭評估，他們平均三個月要去關心案家，對案家的掌握度高，很合適!但是因為目前第一層直接服務人員年輕化，缺乏傳承，最好要達到某個程度才能去擔任協調的角色。目前的根本問題還是薪資太少留不住人，即使訓練再多居服員都留不住阿，或許可以運用退休的專業人員來擔任長照家庭協調員。

門諾基金會 邱銀燕主任: (E3-16)

我覺得經驗很重要，目前因為工作人員年輕化，確實在服務上會有不周的地方。應該要規劃由專業背景的人持久去作這件事情。

家總 袁慧文主任: (E3-17)

花蓮衛生局針對精障家庭有另設關懷訪視員，由社工或護理背景擔任，著重在家庭關懷及溝通上，我覺得這類人力，很像大家所談的。另外我也覺得照顧者很需要個管服務協助他走這條路。

黎明教養院社區外展部 倪頌惠主任：(E3-18)

家庭會議的目的是要起動家庭能力、共識，而不只是教育訓練。我們期待能夠引導家庭討論此話題，在第一關製造空間、時間，更多問題就要留給後續資原來媒合了。

花蓮縣智障者家長協會 吳靜怡總幹事：(E3-19)

需求評估很重要!就拿家庭托顧來說，除了要上照服員的課程外，還要拿出服務 1000 小時的時數證明，如果能夠讓時數認證上也包含照顧自己的家人，那我想很多照顧者會有意願去上課，因為未來也可以作為就業的途徑依據。另外，我覺得教育訓練課程的名稱要改!不然好像只是專業課程的感覺!缺乏舒壓性課程!帶有強迫學習的意味!缺乏給照顧者的自主性!

早療協會 林美瑗秘書長：(E3-20)

照顧自己家人和照顧別人家要有差別依據!可和 ICF 綁在一起(針對環境適應可以一起評估)。長照是不是可以提供一本照顧手冊和學習護照?先告訴照顧者技術類、認知、情緒類課程有哪些，照顧者上完課也可以記載自己上過哪些?

門諾基金會 邱銀燕主任：(E3-21)

有時照顧者容易陷在自己的想法，因此我比較贊成照顧者和專家共同決定，我贊成家庭會議，畢竟發生事情都是大衝擊，要告訴全家人這是全家人的事，而不是只關一個人的事!

慈濟醫院社服室 潘國揚主任：(E3-22)

我認為基礎訓練應該由專業人員依階段來考量，畢竟照顧不同障別要特別注意的地方還是要由專業人員提供建議。但心理層面和自我照顧的增強支持，就應該由照顧者自行做決定。

二、現有的課程規劃，缺乏多角度的思惟點，除了以照顧階段、照顧者可投入的照顧時間、受照顧者接受的照顧模式、受照顧者障別及疾病特殊性外，還有哪些思惟點是容易忽略?影響照顧者使用服務的關鍵因素?

慈濟大學 張淑英老師：(E3-23)

在花蓮的照顧者確實存在極大的歧異性(diversity)：年齡的因素(老老照顧)、教育程度(識字的比例、理解的程度、教學的方式)、文化的因素(原住民、外籍配偶)、區域(地廣人稀)，要能因地制宜，才能使照顧者真正接受到服務。

早療協會 林美瑗秘書長：(E3-24)

喘息時數過少，照顧者無法出來上課。要增加額外的喘息服務時數!以照顧者的觀點來說，喘息恐怕比上課有用吧!

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E3-25)

花東地區語言問題一直很大!語言的習慣是很大的障礙!照顧者的水準(像是:教育程度、年齡等等)都有很大的差異!其實，在都市族群較單一，但是在偏遠地區族群差異大，相當複雜!我覺得設計課程時，多設計幾種教材版本提供給不同的照顧者是很重要的!

花蓮縣智障者家長協會 吳靜怡總幹事：(E3-26)我也覺得在東部語言是很重要的問題!

早療協會 林美瑗秘書長：(E3-27)

我覺得要讓照顧者知道照顧是有期限的，要有盼望，就是怕不孝的念頭害了！也因為不知道死後去哪裡，還拼命做 CPR 只是無效醫療，其實課程可以幫照顧者面對問題。

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長：(E3-28)

其實不只是照顧者才要上這種課！像有一本書：像殘忍的慈悲說再見！推薦給大家看！我也建議把身心靈”成長”的字眼改為”充電”！不要太嚴肅、太八股。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事：(E3-29)

期許社工人員有更多的支持，看到照顧者有需求，可以配搭足夠的資源。

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E3-30)

在花蓮中區有許多 50-70 歲中風的人，他們的照顧者一定都不會出來上課，他們多半是務農人家，早上作農，下午做手工，哪有時間去上課，學照顧技巧這件事情，在他們的認知當中不會被放做重心。只要教育形式不對，他們根本感覺不到對他們的重要性或必要性，因為即使去上課也聽不懂！那不是”雅給(台語)”、不知民間疾苦，他們也無法從家中離開！不要用台北看天下，很多地方不是如此！

花蓮縣政府社會處 詹惠雯督導：(E3-31)

我覺得提供上課的據點充足否？執行方式、執行者的個別能力(像是：語言能力)、對照顧者及受照顧者的了解程度都是關鍵影響因素。另外，給付的次數也牽涉到成本。以政府的立場會要考量成效如何評估？我認為教育訓練課程絕非單一課程，需要連續性的！畢竟，照顧者上完課到實際操作是不能劃上等號的！我覺得這個部分可以配合長照中心照管專員每半年的複評相結合！還有一個問題，照管專員的評估會因為能不能接觸到照顧者，而有不同的評判。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長：(E3-32)

在偏遠地區，我覺得「衛生所」是社區中很重要的角色，一方面民眾對其信任度高，一方面人力及專業的配置都較充裕，是否能夠透過衛生所去發掘社區中的相關需要，應是可被討論的。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E3-33)

照顧者的年齡、教育程度、地理因素、替代照顧的提供都是要考慮的因素，尤其在服務提供的形式上，最好可以採一對一教導、到宅式服務，教材的設計也應多元化，以符合照顧者的多元性。

長照中心 張詠蓉督導：(E3-34)

為什麼很多長輩不想接受訓練？因為他們覺得這不重要！並不是他的希望！他們會覺得幹嘛要復健？幹嘛要上課？反正生病就是生病了！所以前端教育很重要！長照服務教育深耕很重要！

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E3-35)

在鳳林地區老人照顧老人的狀況很普遍，最好的知識傳達方式就是送到府，由專人到府提供衛教效果最好！雖然成本高！但卻是必要的！

門諾基金會 邱銀燕主任：(E3-36)

我覺得不希望教育訓練課程出現部分負擔，一定會排擠掉某些人。

慈濟大學 張淑英老師：(E3-37)

花蓮的民眾權利意識較不發達，老人受虐及被忽略的狀況是更為隱藏的，因此也可放入課程設計中。另外，在提供服務時，最好也能提供應誘因(最好是經濟上的誘因)，較能提升服務使用率。“貧窮”也是很重要的因素，貧窮會使給付資格的爭取變成一種較勁。

黎明教養院社區外展部 倪頌惠主任：(E3-38)

以前在台東醫院的經驗，有些照顧者把家人住院，當作是給自己的喘息。在北部的醫院，都要求照顧者或看護要陪伴在旁邊，但在東部照顧者就無法如此要求，有地區上的差異。

慈濟醫院社服室 潘國揚主任：(E3-39)

在花蓮慈濟社服室針對有需要照顧但無照顧者可支持的家庭，代為負擔看護費用，每年的費用約 250 萬，從 98 年到現在都是如此。社工會嚴謹的去評估哪些人服合資格，據我們了解多半是疾病因素(像是：意識不清會自己拔管、精神疾病等)、家中缺乏人手或支持系統較差。回到第二題，我覺得剛剛大家所提，族群與當地文化、語言、照顧者的個別能力、家庭支持系統、當地長照服務網絡都是影響關鍵!

三、教育訓練課程的提供，服務的對象應鎖定主要照顧者還是其他次要照顧者或支持系統中的其他成員?提供的層次應該注意到哪些原則?

早療協會 林美瑗秘書長：(E3-40)

要打破目前單一講座課程模式，重視床邊指導，內化到家庭日常教育中。另外，我覺得據點服務應該要有家的感覺，有個人守著家的感覺，而非療育中心或醫院的感覺。

長照中心 張詠蓉督導：(E3-41)

我覺得社區深耕模式也很重要!我也認同要多元課程模式，講座、個別指導、支持團體、外展活動多元形式都可以配搭。

花蓮縣政府社會處 詹惠雯督導：(E3-42)

我覺得都很重要!尤其是支持系統當中有關敬老教育要從小紮根。

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長：(E3-43)

可與企業合作!像在國外，他們在照顧者與受照顧者經常去的環境，像是：公園，就近提供服務。

家總 簡璽如秘書長：(E3-44)

針對心智類的失能者，社區教育是必須要配搭的!像是：老盟 99 年開始針對失智者所推動的守護天使服務計劃，先由專業人員訓練種子講師，再透過這群種子講師再深入社區訓練社區志工和國小學生，認識失智症，再安排社區內的商家加入友善商店的行列。並針對每位上過課程的人贈與一條紫色的手環，代表我認識失智症的疾病，我知道如何幫社區內需要幫助的失智症患者。這個計劃引自日本，目前超過百萬人的響應。

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E3-45)

其實在我們鄉下，對上課這件事情很沒概念，我認為應該分兩條路，一條針對沒有申請長照服務的人，進行大眾宣導，讓更多的人知道這件事情!另外，針對要來申請的人，就要提供一對一的服務。很大的前提是要考慮到城鄉差異、照顧者的學歷、受教育程度等都要考量進去。

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長：(E3-46)

除了教育訓練照顧者，有時也在想，受照顧者要不要也被訓練一下(除了心智或表達有障礙者除外)?在彼此的互動關係中，雙方其實都是關鍵人物，因此受照顧者也應有更多表達的機會，以及去理解家庭照顧者的機會(也許家庭會議就是不錯的方式)。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E3-47)

對於支持系統中的成員，我認為那是社會教育的部分，與”照顧者”相去較遠。在高齡社會來臨的過程中，我覺得是重要的議題，但不是在目前所討論的主題中所應處理的。

慈濟大學 張淑英老師：(E3-48)

對於社會網絡中的其他成員，只能”鼓勵”並且強化其參與動機，很難”要求”其參加教育訓練。尤其是其參與如果沒有相關的給付時，對服務辦理單位來說，可能也缺乏動機招募這些參與成員。

黎明教養院社區外展部 倪頌惠主任：(E3-49)

在日本長野 60 歲以上的長輩佔總人口的三成，因為公部門很遠，所以委託民間，他們就讓照管專員或個管員進駐超級市場提供服務，有些也在超市設輔具類店面(SHOP)。

四、教育訓練提供的模式，因受照顧者的障別與疾病特性、家庭功能與支持體系、照顧者的年齡與教育程度/特殊身分、地域性特色等因素，應提供多元模式，政府在規畫長照服務網絡時，應注意哪些細節?像是:人力培植(專業/志工…)、宣傳、配套措施、針對偏遠地區增加預算或投注哪些心力?

花蓮縣政府社會處 詹惠雯督導：(E3-50)

我認為宣導工作不可少，民眾因為意識不足，再加上沒有足夠的專業團隊可以有效執行。未來給付項目、額度、方式應該因地制宜，像是交通問題，看是要以公里數、次數還是甚麼要能顧慮到東部的現況，不能一概而論。還有，師資規範也很重要，可以分層，有些課程師資選擇能以照顧者可理解的人選為考量，非現有的規定，以增加彈性，這在東部是格外重要的。

宜蘭縣社區照顧促進會 林文明總幹事：(E3-51)

我覺得考量多元化、個別化、民族性很重要!我們設計很多制度，但也要考量執行層次如何落實，像是基層工作人員工作環境與薪資條件等。

馬偕醫院台東分院 侯素慧護理師：(E3-52)設計互動式課程，讓照顧者能多體驗與實作。

鳳林鎮衛生所 周傳慧護理長：(E3-53)

我贊成長照專業人員要多元化，不能只倚靠現有的專業人力而已，就我們的經驗，許多重要的課程，往往我們在上半小時原住民朋友就上不下去了，但我們同樣的主題請神職人員(牧師或神父)，跟他先講課程的內容，再請他們來上，可能是因為居民對神職人員

的尊敬，也可能是因為居民上教會習慣聽神職人員的講課，所以竟然兩小時都不會累，也沒有人離開，2個小時聽得很開心!所以我覺得長照的專職人員面向要廣，找當地的重要管道來訓練，效果會很好!另外，我覺得還有一類人，就是當地的里幹事應該要進來!他們是有領薪水的公務人員，也最了解鄉里發生的事情!他們可以在社區資源上擔任資訊提供的管道!還有鄉鎮公所都有很充裕的志工阿，他們也可以提供社會資源諮詢的服務，就我認為，照顧者要OK，社區的多元管道要OK，搭當地的志工團體，我們在給與志工訓練課程上就要紮實、明確，不要太學術化的判定，其實志工多半都是50-65歲的婆婆媽媽居多，她們都是社區內很重要的推手，他們自己也都是照顧老人、照顧小孩的主要照顧者，多運用現有的人力資源，不需要花很多力氣，使用現成的資源不是最好嗎?總之，長照保險開辦應該要新聘專人，可結合現有的機制，像是衛生所，提供多項選擇，以適應不同的地方需求。多元化的安排不同類型的長照專業人力，像是目前針對精障家庭我們有推動社區心理關懷訪員(由社工員或護理人員擔任，專職人員)，可以提供到宅深度的訪談和關懷;其他居家專業人員到宅服務，但這些都要設置標準。另外，我也贊成將社區關懷據點納入，成為服務提供的管道之一。還有，我還是重申不要放棄教會體系的人力，在部落，八成以上信奉基督教和天主教，神職人員會是很重要的推手，他們除了母語強，也是當地受到尊重的人，他們說一句話會勝過專業人員說的很多話。另外，課程或教材不能單一化、都市化，我認為，東部的教材應該由在地人自行設計，再回中央請政府做修正、討論，較貼切民眾需求!我在公家看太多線上流通的一些宣導品，一來是語言問題，二來是內容，都不是我們當地人可以接受的。所以，多形式的介入是有其必要性!

門諾基金會南區服務處 蔡宜璇社工組長: (E3-54)

在要求講師資格時，要能有因地制宜的考慮(偏遠地區不見得缺乏專業師資，但經常缺乏專業證照，如果要對講師資格有很明確的要求，這會是個問題)。另外，要考量目的性、多元差異中的共同需求、實務提供的可行性。但另一個考量是什麼叫做專業課程，從師資去範定?從課程名稱去範定?還是能不能從成效及對照顧者的幫助去範定?還有，教育訓練的成效評量也很重要。

慈濟大學 張淑英老師: (E3-55)

可以考慮建置多元輔助性人力的教育系統。包括:鼓勵學校教育體系多建置老人相關學程;讓有經驗的照顧者經過訓練擔任講師，但從”保險給付”的角度出發，仍應有認證機制，才有責信可言。另外，偏遠地區的費用加給也應被考慮，才能建置起服務輸送的體系。如果教育訓練需要跨區域的提供，就要將其交通時間考慮進去，多為其使用上的障礙進行協助。還有，在醫療資源或機構資源不足的地區，提供喘息服務也要把交通時間考慮進去，把喘息的時間拉長，對照顧者來說才會有功效。

早療協會 林美瑗秘書長: (E3-56)

上課地點要考量可近性;另外宣傳要考量能更深植人心的口號，做好社區教育，像是不為別人為自己。

花蓮縣智障者家長協會 吳靜怡總幹事: (E3-57)

高齡化社會要向下紮根，由國小到高中教育建立基礎課程教育，做好校園宣導工作。

門諾基金會 邱燕銀主任：(E3-58)

站在照顧者立場思維，而非政府或專業人員的角度，打破舊有的思考模式。政府應該思考接受多元而非單一的模式，服務才能對照顧者產生幫助，先幫助照顧者，傾聽他的需求。

長照中心 張詠蓉督導：(E3-59)

我很擔心花東地區資源不夠也不均衡的問題，尤其是中南區資源不足、專業人力不足，像現在十年長照服務仍無法進偏鄉。要積極的多投注心力，開發資源，不然腳步會跟不上！

黎明教養院社區外展部 倪頌惠主任：(E3-60)

我有一個問題，目前偏鄉地區存在一個問題，偏鄉的定義是以人口數來定，但是卻沒考量到離資源的遠近問題。就以卑南鄉而言，離醫院很近，十幾分鐘就可以到達，但是算偏鄉。但太麻里離醫院很遠，但因為人口密度高，就不能算偏鄉。在補助等上面就很不公平！

門諾基金會 邱燕銀主任：(E3-61)

我認為目前政府在談社區照顧，我們培養好再進入，其實社區內原本就有 OK 的人，經培養就很快能進入狀況，為什麼不去做？

黎明教養院社區外展部 倪頌惠主任：(E3-62)

社區有潛能，需要發展讓他動起來，如何讓外流的人力回來？當地的年輕人因為找不到穩定的工作而離開，如果能有固定的工作，能夠安身立命，當然就會回來！我覺得應該要製造需求，讓年輕人返鄉服務。社區自行培力，啟動社區本身的功能。

安安慢飛天使家庭關懷協會 李昭儀理事長：(E3-63)

我再次提醒課程名稱不要太硬，只要符合照顧者需求就能讓照顧者來參與，但課程的優先順序也要考量。

家總 袁慧文主任：(E3-64)

就機構辦理課程的經驗顯示，越來越多機構重視包裝，因為照顧者看到文宣品的第一印象，會決定要不要來上課，我也贊成課程名稱不要太硬，課程形式與實作性更要多貼緊照顧者的需求。

黎明教養院社區外展部 倪頌惠主任：(E3-65)

還有強化現有專業人員的能力很重要，現有的照管專員服務的品質不一，有的很用心，服務品質就好，但服務量也是影響用心與否的關鍵，政府在制定相關政策上一定要多面向思維。

慈濟醫院社服室 潘國揚主任：(E3-66)

我同意大家所說的，也要提醒，課程提供要考量到就近性和照顧者能否取得資訊，和交通不便性問題，其實要得到技巧性的課程很快，可以透過到宅方式補足，但深植在照顧者的錯誤認知觀念要去關心，像是男女平權要倡議，不要女人壓榨女人，還有現行很多資源看的到拿不到，也要多方檢討！

--感謝大家的分享!

單位名稱：財團法人台北市立心慈善基金會

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
90年度	3小時	家庭照顧者訓練計畫	照顧者支持	講座	照顧者	失能老人/臥床者		講義/茶點費 300元	6	自籌	
91年度	3小時	家庭照顧者支持團體	照顧者支持	支持性團體	照顧者	失能老人/臥床者		講義/茶點費 300元	6	家總：喘息服務	提供喘息服務
92年度	3小時	家庭照顧者支持團體	照顧者支持	支持性團體	照顧者	失能老人/臥床者		講義/茶點費 300元	6	家總：喘息服務	提供喘息服務
93年度	3小時	『我的葵花寶典』-93年度家庭照顧者支持團體	照顧者支持	支持性團體	照顧者	失能老人/臥床者		講義/茶點費 300元	7	社會局	提供喘息服務
94年度	3小時	『行到水窮時，坐看雲起時』94年家庭照顧者支持團體	照顧者支持	支持性團體	照顧者	失能老人/臥床者		講義/茶點費 300元	8	社會局	提供喘息服務

單位名稱：智障者家長總會及協會

課程職 主題	親職成長 課程	家長修讀 特殊教育 課程	就業服務	社區 照顧	智障者 老化與 健康維 護	兩性與 婚姻	智障者法 律權益及 成年監護 課程建議	家庭支持 *分梯次 規劃	健康休閒 班課程
基礎班	從家長團體 談家長參與 角色的重要 性、認識當 地社會福利 資源等 9 小時	台灣特殊教 育發展與現 況、家長組 織與特殊教 育發展、特 殊教育法初 探等 11 小時	生涯發展、 法規、庇護 性就業、家 長角色等 12 小時	生涯發展 、社區化 支持服務 方案、整 合式服務 系統等 18 小時	智障者老 化與健康 維護、老 化帶來的 改變與需 求等 5 小時	性發展與 兩性互動 需求、兩 性互動等 6 小時	法律對於智 障者相關保 障、成年監 護法律、信 託等 8-11 小時	家長團體的 使命、家庭 支持服務的 概念、家庭 關懷的進行 方式與演練 等 10 小時	身體活動、體 適能與健康 、適應體育設 計要領及演 講等 12 小時
進階班	家庭居家生 活的安排與 管理、夫妻 溝通相處之 道、親子社 區適應體驗 等 11 小時	鑑定安置輔 導、親師合 作專題研討 等 29 小時	就業權益保 障、就業的 社會適應議 題等 13 小時	社區支持 活動設計 與安排、 建立信賴 聯盟等 5 小時	口腔衛生 與醫療、 消化系統 、營養照 顧等 13 小時	兩性交往 的輔導、 婚姻經營 等 5 小時	遭受性侵害 的處理及相 關資源、民/ 刑事案件及 處理方式等 11.5 小時	生涯轉銜、 社區化服 務、家庭訪 視、需求評 估工具與實 務演練等 14 小時	遊戲治療、舞 蹈治療等 12 小時

單位名稱：中華民國康復之友聯盟

課程實施：

- (一) 團體實施地點：請洽本聯盟各縣市會員團體、協會。
- (二) 團體領導者/協同領導者：由上過本課程且經由既定教育課程訓練後之精障者家屬擔任，名為「種子老師」。
- (三) 團體形式：採封閉式團體。
- (四) 團體人數：15 人以內。
- (五) 團體時間：共計 8 堂課程，每週 1 次，每次進行 2 小時。
- (六) 團體規則：由各區辦理團體之協會依照團體標準流程訂定並由參與學員遵守。
- (七) 團體參與人員：精障者主要照顧家屬。
- (八) 課程主題：「家連家精神健康教育計畫」

週次	主題
第一週	精神疾病的認識
第二週	溝通技巧
第三週	精神科用藥認識
第四週	危機處理
第五週	善待自己
第六週	康復的疑惑
第七週	權益倡導
第八週	學習回顧

單位名稱：中華民國家庭照顧者關懷總會

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧對象	講師名單	收費情形	補助經費來源	備註
95年度	2	家庭照顧者懷動	照顧者的需要	講座	家庭照顧者	不限		0	內政部 民進黨 婦女部	
	2		養生保健	講座						
	2		身心放鬆術	講座						
	2		溝通技巧-如何與被照顧者溝通	講座						
	2		如何理財與保障老年生活	講座						
	2		掌握你的情緒	講座						
	2		急救一瞬間-新版 CCPR	講座						
	3		感謝有你-照顧者午茶會	支持分享						
	4		心靈之旅	戶外活動						
	2		心馨相連午宴	支持分享						
	96年度			家庭照顧者懷動			壓力紓解			講座
		法律常識	講座							
		影片欣賞	影片欣賞							
		居家復建與社會資源運用	講座							
		用藥安全	講座							
		如何與家人溝通	講座							
		護理照護	講座							
		情緒管理	講座							
		影片欣賞	影片欣賞							
		芳香療法	舒壓活動							
		居家運動	講座							
		身體保健	講座							
		芳香療法	舒壓活動							
		照顧的難題—如何與家人溝通	講座							
		DIY 穴道按摩	舒壓活動							
		照顧的難題—如何與家人溝通	講座							
		居家運動	講座							
		身體保健	講座							
		生活大補帖	講座							
		家庭照顧者經驗分享與資源運用	講座							

		輔具中心參訪	參訪活動				
		家庭照顧者不可不知的法律	講座				
		讓身體解放—照顧者的壓力紓解	講座				
		照顧的故事—影片賞析與討論	影片欣賞				
		別讓憂鬱症上身—情緒管理	講座				
		照顧的故事—影片賞析與討論	影片欣賞				
		家庭照顧者的自我照顧	講座				
		照顧的難題—如何與家人溝通	講座				
		明年會更好—對未來的期許	支持分享				
		疾病與家人關係-1	講座				
		減壓按摩	舒壓活動				
		影視欣賞~珍貴的誓約(失智症)	影片欣賞				
		疾病與家人關係-2	講座				
		養生照護	講座				
		照顧者身體照顧-1	講座				
		照顧者的心靈照護	講座				
		照顧者身體照顧-2	講座				
		參與 2007 花蓮縣長期照顧博覽會	參訪活動				
		照顧者的法律常識	講座				
		家庭照顧者經驗分享與資源應用	講座				
		家庭照顧者不可不知的法律	講座				
		照顧的故事—影片賞析與討論	影片欣賞				
		家庭照顧者的自我照顧	講座				
		陽光假期—輔具中心參訪	參訪活動				
		照顧的難題—如何與家人溝通	講座				
		讓身體解放—照顧者的壓力紓解	舒壓活動				
		別讓憂鬱症上身—情緒管理	講座				
		照顧的故事—影片賞析與討論	影片欣賞				
		明年會更好—對未來的期許	支持分享				
		認識家庭照顧者的權利與資源運用	講座				
		照顧小技巧(一)	講座				
		照顧者的角色與心情轉變	講座				
		照顧者如何解放自己疲憊的身心	講座				
		照顧的難題—如何與被照顧者溝通	講座				
		照顧的難題—如何與家人溝通	講座				
		照顧小技巧(二)	講座				

			照顧小技巧(三)	講座					
			家庭照顧者不可不知的法律	講座					
			明年會更好一對未來的期許	支持分享					
			家庭照顧者經驗分享與資源運用	講座					
			疥瘡病人的居家照護	講座					
			照顧的故事---影片賞析與討論	影片欣賞					
			讓身體解放---照顧者的壓力紓解	舒壓活動					
			別讓憂鬱症上身---情緒管理	講座					
			家庭照顧者的自我照顧	講座					
			照顧的難題---如何與家人溝通	講座					
			照顧的故事---影片賞析與討論	影片欣賞					
			減輕肌肉酸痛	講座					
			健康飲食	講座					
			增加社會連結與社會支持網絡	講座					
			慢性病常用保健穴道及按摩技巧	舒壓活動					
			學習讓自己更快樂	講座					
			認識老人退化行為與疾病心理	講座					
			壓瘡傷口與腹瀉問題處理	講座					
			有機~有生機	講座					
			身體保健	講座					
			讓身心靈放輕鬆	舒壓活動					
			照顧的難題分享	支持分享					
			影片賞析與討論	影片欣賞					
			經驗分享與資源運用	支持分享					
			參訪本縣生活輔具資源中心	參訪活動					
			家庭照顧者的自我照顧	講座					
			家庭照顧者不可不知的法律常識	講座					
			影片賞析與討論	影片欣賞					
			別讓憂鬱上身	講座					
			對未來的期許	支持分享					
			芳香精油減壓	舒壓活動					
97 年度		家庭 照顧者 關懷 活動	腦血管疾病預防保健、護理照護口腔 保健	講座	家庭 照顧 者	不限		0	內政部
			法律生活、中醫穴道減壓	講座					

			健康蔬果飲食	講座					
			防癌飲食介紹	講座					
		陽光廚房	飲食卡路里	講座					
			簡單做生機料理	講座					
			影片欣賞	影片欣賞					
			營養保健康	講座					
			復健問題大解析	講座					
		健美	舒筋展骨及預防酸痛疲勞之道	講座					
			臥床病患之復健技巧	講座					
			居家自我放鬆技巧	講座					
			慢性病患者的運動須知及運動技巧	講座					
		照顧技巧通	了解照護之困境	講座					
			壓瘡的預防之道	講座					
			鼻胃管及尿管照護之方法	講座					
			老年常見疾病之介紹與照顧	講座					
			居家照顧用藥安全	講座					
			中醫養生保健穴道及按摩技巧	講座					
			紓壓動一動影片欣賞療法動起來	舒壓活動					
			紓壓動一動(二)~音樂療法動起來	舒壓活動					
			養生保健,吃出健康	講座					
			午後電影院~明日的記憶	影片欣賞					
			用藥安全活動	講座					
			認識失智症	講座					
			糖尿病預防與飲食控制	講座					
			腸胃道的照顧與保健	講座					
			照顧者備餐準備(骨骼保健)	講座					
			簡易身體機能檢查	講座					
			骨骼運動簡介	講座					
			吞嚥困難及鼻胃管灌食照顧	講座					
			居家意外暨緊急就醫處理	講座					
			長期臥床壓瘡之預防及處理	講座					
			家庭照顧者經驗分享	支持分享					
			照顧壓力紓解-新生活品質	舒壓活動					
			照顧的故事-影片賞析及討論	影片欣賞					
			照顧者的知識與人際關係	講座					
			掌握個人情緒-情緒管理	講座					

		照顧者的角色與心情轉變	講座									
		居家照顧主社會資源協助	講座									
		家庭照顧者服務面面觀	講座									
		殘障手冊及輔具申請辦法	講座									
		長期照顧十年計劃	講座									
		影片欣賞”長路將盡”	影片欣賞									
		肥胖與代謝症候群	講座									
		停經症候群及保健	講座									
		減輕肩頸及背部疼痛	講座									
		肺炎球菌與流行性感感冒疫苗說明	講座									
		影片欣賞-天使的約定	影片欣賞									
		簡易腰酸背痛復健	講座									
		色香味的迷思	講座									
		照顧者常用社會資源	講座									
		關節鬆動術	講座									
		有關失智症的基本訊息	講座									
		如何照顧失智症患者及尋找共同生活之道	講座									
		退化性失智症相關問題處理原則	講座									
		照顧者的情緒與壓力	講座									
		善待自己	講座									
		照顧者自助法則與社會資源	講座									
98 年度		芳香照護	舒壓活動	家庭 照顧 者	不限	林素鈴芳療師						
		芳香生活藝術-探索氣卦能量的奧義	舒壓活動									
		精油用於消化系統的主要作用	舒壓活動									
		芳香樂活百科	舒壓活動									
		芳香精油照護-星際免疫大戰	舒壓活動									
		芳香精油照護-疾病的隱喻	舒壓活動									
		芳香療法的使用方式及安全守則	舒壓活動									
		芳香生活藝術-探索氣卦能量的奧義	舒壓活動									
		精油膏DIY	舒壓活動									
		芳香樂活百科	舒壓活動									
		芳香精油照護-提昇免疫功能	舒壓活動									
		芳香精油照護-保養呼吸器官	舒壓活動									
	3		照顧者的自我調適				講座			蔡佩珊		
	3		保護腰子有一套				講座			林秀玲		

	3	如何協助患者的關節運動	講座	家庭 照顧 者	精神 疾病	龔宇聲				
	3	病患的飲食與營養	講座			陳明玉				
	3	身心紓壓的另類療法	舒壓活動							
	3	芳香療法與紓壓	舒壓活動							
	0.5	紓解壓力的方法	講座							
	1	精神疾病與醫藥照顧的介紹	講座					林可欣、謝淑芬、陳致潔、謝淑芬、黃嫻娟、陳建良		一年五場
	2	抒解壓力DIY	舒壓活動					詹繡如		
	2	簡易運動與復健技巧	講座					楊瓊芳		
	2	水療紓壓	講座					楊瓊芳		
	2	心靈紓壓	講座					施夙真		
	2	芳香療法	舒壓活動					洪瑩慧		
	2	經絡按摩	舒壓活動					陳玲玲		
	2	如何吃出健康	講座					蔡秀雯		
	2	居家照顧知識與技巧	講座					李惠琳		
	2	慢性病飲食製作	講座					洪家蕙		
	2	如何正確使用輔具	講座					李彥霈		
	2	生活，其實可以很快樂(一)手工香皂DIY	舒壓活動					黃孟娟		
	2	1. 居家用藥安全-認識藥品與健康食品 2. 失能者肺部照護技能	講座				不限	劉光燦 黃祈諾		
	2	長期照顧之社會福利資源-社會經濟資源與輔具資源	講座					陳建勳、魏貝旬		
	2	生活，其實可以很快樂(二)手工藝品製作	舒壓活動					林美俐		
	2	電影賞析「親親壞姐妹」	影片欣賞			林秀珊				
	2	活力過生活-紓壓活動分享	舒壓活動			林富美				
	2	手工藝品製作	舒壓活動			邱敏莉				
	2	居家用藥安全	講座			梁子健				
	2	簡易腰酸背痛復健	講座			陳怡如				
	3	鬆筋小站-眼部及肩頸經絡按摩	講座			李琬慈				
	3	疼惜阮的寶貝(一)居家照顧的好幫手	講座			張福仁				
	2	疼惜阮的寶貝(二)足不出戶的居家照護幫手	講座			劉鳳英				

	3	民間資源的運用與介紹	講座			劉碧玉			
	3	芳香療法與生活DIY	舒壓活動			張禕洳			
	2.5	冬至聖誕饗宴	舒壓活動			王秀吟			
	2	「明日的記憶」失智症影片分享	影片欣賞			廖淑英護理師			
	2	吃出健康—健康飲食	講座			林怡容營養師			
	2	樂活人生1—音樂治療	舒壓活動			李慧雲醫師			
	2	認識社會資源—居家服務	講座			蕭麗珍副主任			
	2	芳香精油療法	舒壓活動			謝月霞護理師			
	2	樂活人生2—音樂治療	舒壓活動			李慧雲醫師			
	2	樂活人生3—音樂治療	舒壓活動			李慧雲醫師			
	2	長期用藥—用藥安全	講座			廖淑英護理師			
	2	讓”音樂”帶我悠遊去-音樂療法	舒壓活動			莊育冠			
	2	如何讓身體放鬆---按摩1.	舒壓活動			徐榮義			
	2	芳香療法體驗	舒壓活動			葉湄圓			
	2	再讓身體放鬆一下---按摩2.	舒壓活動			徐榮義			
	2	大家一起來紓壓---團體引導	舒壓活動			劉思吟			
	2	輕鬆吃身體零負擔-認識代謝症候群	講座			賴沅珍			
	2	還想讓身體再放鬆一下-按摩3.	舒壓活動			徐榮義			
	2	認識自我壓力~照顧者壓力.憂鬱篩檢	舒壓活動			陳穎叡			
	2	壓力紓解(一)~經絡、按摩理療	舒壓活動			陳淑芳療師			
	2	我的煩惱~如何面對壓力及情緒管理	講座			林美珠心理師			
	2	壓力紓解(二)~藝術治療	舒壓活動			陳淑芳療師			
	2	如何求助~社會資源簡介/個別諮詢	講座			潘奕欣專員			
	2	認識照顧新知-口腔清潔/管路護理	講座			龔子茵居服督導			
	2	輕鬆吃身體零負擔-認識代謝症候群	講座			張韶容營養師			
	2	壓力紓解-音樂療法	舒壓活動			張景涵組長			
	3	照顧「照顧者」	講座			秦毛漁老師			
	3	當我們同在一起	講座			鍾正榮老師			
	3	照顧與壓力	講座			萬育維老師			
	3	紓解身體壓力—身體動一動	舒壓活動			張巍鐘 心理師			
	3	照顧資源介紹	講座			蔡宜璇組長			
	3	影片欣賞-明日的記憶	影片欣賞			吳婉綺			
	3	影片欣賞-送行者~禮儀師的樂章	影片欣賞			吳婉綺			
	3	壓力檢測與心理協談資源介紹	講座			施夙真諮商師			
		無障礙空間之設計	講座	家庭	不限	黃柏萇復健師	0	內政	

一年
三梯
次

99 年度		午后約會--回顧過去,勇敢向前~建立 有元氣的生活	支持分享	照顧 者	徐春花護理師	、聯 感 部、 勸 基 恩 金 會	
		長期管灌飲食的另一個選擇	講座		藍惠敏老師		
		居家用藥安全	講座		黃淑珍藥師		
		提昇免疫力—膳食療法	講座		林育芬營養師		
		長期管灌飲食的另一個好方法~經皮 膚內視鏡胃造口	講座		張瑋真護理師		
		居家保健講座	講座		劉宏元治療師		
		生活,其實可以很快樂(一)	講座		黃素津老師		
		居家照護之照顧處理	講座		葉奕良藥師		
		生活,其實可以很快樂(二)	講座		焦俐俐老師		
		社會福利資源	講座		吳慧苓護理師		
		長期居家照護技巧(1)常見輔具資源 及轉位技巧	講座		基隆市輔具資源中心邱 雲峰組長、長庚醫院基 隆分院洪昆良物理治療 師		
		長期居家照護技巧(2)鼻胃管及尿管 照護技巧、吞嚥技巧訓練	講座		長庚醫院基隆分院顏麗 君護理師、廖珮君語言 治療師		
		長期居家照護技巧(3)拍談技巧及居 家用藥安全	講座		長庚醫院基隆分院簡明 儀呼吸治療師、虞有梅 藥師		
		戶外抒壓活動	戶外活動		康泰基金會林瑞萍社工 員		
		音樂與紓壓	舒壓活動		音樂心靈推廣協會梁秀 庭執行長		
		藍色多瑙河—淺談憂鬱症	講座		李慶華、何夢蘭老師、 為恭醫院精神科張敏醫 師		
		藥物介紹與用藥指導	講座		為恭醫院精神科林邦彥 醫師		
	作自己情緒的主人	講座	為恭紀念醫院精神醫療 中心臨床心理室張宏忠 組長				
	精神分裂症介紹與治療	講座	為恭醫院精神科林邦彥 醫師				

		抗精神病藥物	講座		為恭醫院精神科陳致潔 社工		
		如何正確使用輔具	講座		財團法人愚人之友蔡展 儒社工員		
		芳香療法	舒壓活動		菲韻經絡健康養身館呂 麗雪店長		
		認識糖尿病高血壓及照顧之技巧	講座		南基醫院林佳君護理師		
		失能老人口腔清潔	講座		建華牙醫孫慧雲護理師		
		如何提昇照顧之技巧▶期待你我都是 自殺守門員	講座		南投生命線許麗娟主任		
		經絡按摩	講座		南投縣家庭照顧者關懷 協會黃淑女社工員		
		居家長期臥床個案口腔照護	講座		奇美醫院陳筱蓉護理師		
		照顧者母親節關懷活動	支持分享				
		手工藝品製作	舒壓活動		邱敏莉老師		
		照顧者父親節關懷活動	支持分享				
		簡易腰酸背痛復健	講座		奇美醫學中心復健科陳 怡如		
		花藝紓壓—摺花製作	舒壓活動		周敏芳老師		
		芳香精油療法	舒壓活動		屏東基督教醫院林月霞 護理師		
		樂活人生—音樂治療	舒壓活動		屏東基督教醫院家醫科 李慧雲醫師		
		吃的營養灌的健康-自製管灌飲食	講座		屏東基督教醫院蔡美鈺 營養師		
		藝術治療	舒壓活動		陳秋敏老師		
		電影欣賞	影片欣賞		屏東基督教醫院廖淑英 護理師		
		藝術治療-紙黏土製作	舒壓活動		陳秋敏老師		
		找回生命的能量~瑜珈術	舒壓活動		范菊庭老師		

單位名稱：天主教失智老人社會福利基金會

98 年度家屬情緒支持團體

參與對象：本中心之全日養護及日間照顧家屬

辦理場次	辦理日期	辦理主題
第一場	04/11	我怎麼來到這裡
第二場	05/16	親人的病，如何的改變了我的生活
第三場	06/13	我和親人之間過去的歷史
第四場	07/18	照顧歷程內心的結與解
第五場	09/12	我如何面對現在的處境與自我照顧
第六場	10/17	對未來的期待與開展

99 年度家屬團體課程

參與對象：1、本中心之全日養護及日間照顧家屬。

2、針對社區失智長者之家屬，經社工評估其家屬照顧狀態適合參加團體者，由計劃主責社工邀請家屬參與。

3、邀請願意一同相互支持與分享，並且願意固定出席的家屬。

時間		課程主題	課程內容
04 月 03 日 (六)	上午 09:30-11:00	失智症之疾病介紹	1. 失智症病因介紹 2. 失智症病程介紹 3. 失智症用藥介紹
	上午 11:00-12:30	團體討論與分享	1. 成員介紹 2. 討論課程上之延伸問題 3. 照顧分享討論
05 月 08 日 (六)	上午 09:30-11:00	失智症長者之個別照顧技巧	1. BPSD 之介紹與處理方法 2. 日常生活上照顧內容與技巧 3. 與長者之互動與溝通技巧
	上午 11:00-12:30	團體討論與分享	1. 成員介紹 2. 討論課程上之延伸問題 3. 照顧分享討論
06 月 12 日 (六)	上午 09:30-11:00	失智症相關福利資訊認識	1. 各項相關補助 2. 各項福利申請 3. 各類機構說明及介紹
	上午 11:00-12:30	團體討論與分享	1. 成員介紹 2. 討論課程上之延伸問題 3. 照顧分享討論
07 月 10 日 (六)	上午 09:30-11:00	失智長者居家活動訓練及環境規劃	1. 如何營造適宜長者之居民環境 2. 失智長者之居家個別活動

	上午 11:00-12:30	團體討論與分享	1. 成員介紹 2. 討論課程上之延伸問題 3. 照顧分享討論
08月14日 (六)	上午 09:30-11:00	失智症家屬之心理調適	1. 照顧歷程的心理調適 2. 照顧壓力之釋放與紓壓
	上午 11:00-12:30	團體討論與分享	1. 成員介紹 2. 討論課程上之延伸問題 3. 照顧分享討論
09月04日 (六)	上午 09:30-11:00	安寧療護	認識安寧療護
	上午 11:00-12:30	團體討論與分享	1. 成員介紹 2. 討論課程上之延伸問題 3. 照顧分享討論

99年度家屬紓壓團體

參與對象：1、本中心之全日養護及日間照顧家屬。

2、邀請願意一同相互支持與分享，並且願意固定出席的家屬。

時間	課程主題	課程內容
09月11日 (六)	上午 09:30-11:00	失智症之疾病介紹 1. 失智症病因介紹 2. 失智症病程介紹 3. 失智症用藥介紹
	上午 11:00-12:30	團體討論與分享 1. 成員介紹 2. 討論課程上之延伸問題 3. 照顧分享討論

單位名稱：心生活協會

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
99年度	2小時	認識精神疾病	家連家系列課程	前半段為知識性課程，後半段為團體分享形式	照顧者	精神疾病病友		免費	兩梯次/年	社會局補助	
	2小時	溝通技巧									
	2小時	精神科藥物知識									
	2小時	危機處理									
	2小時	善待自己									
	2小時	尋求協助									
	2小時	權益與倡導									
	2小時	總結與評估									
	1.5小時	心家庭聚會-讀書座談會		讀書會	照顧者、病友		金林		12次/年		
		舞蹈治療		團體	照顧者、病友		舞蹈協會講師				
	躁鬱症家屬成長團體-敘事治療		團體	照顧者		郭若蘭					
	認識精神疾病的藥物		講座	照顧者、病友							

	2-3小時	心家庭分享會	照顧者分享經驗，最後目標是出教戰手冊	半封閉團體	照顧者		魏秀晉 護理師		12次/年		
98年度	1.5小時	心家庭聚會讀書會		讀書會	照顧者、病友		金林				
		家連家家屬教育課程		同上	照顧者						
		閱讀精神衛生法		講座	照顧者、病友						
		助眠藥的安全與效果		講座	照顧者、病友						
		舞蹈治療		團體	照顧者、病友						
		心家庭向陽之旅		旅遊	照顧者、病友						
		牙齒的治療與保健		講座	照顧者、病友						
		性的健康教育講座		講座	照顧者、病友						
		機構參訪			照顧者、病友						
		一起練瑜珈		運動	照顧者、病友						

單位名稱：社團法人中華小腦萎縮症病友協會

96年度北區小腦萎縮症病友長期照顧實務工作坊

壹、 時間:96年10月27日(星期六)上午9時至下午17時

貳、 地點:內政部多功能輔具資源整合推廣中心(台北市北投區石牌路2段322號)

參、 對象:北區(含宜蘭以北、苗栗以北)小腦萎縮症病友與家屬,預計60位

肆、 活動流程

時 間	課程主題	主講人	備註
08:30~09:00		報到	
09:00~09:30	開幕	主辦單位代表、貴賓	
09:30~10:30	長期照護資源介紹~以台北市為例	吳雪玉股長(台北市政府衛生局醫護管理處特殊照護股)	
10:30~10:40		休息	
10:40~11:40	運動治痠痛	簡文仁理事長(物理治療師公會全國聯合會)	
11:40~12:00	分享與回饋(一)	中華小腦萎縮症病友協會代表	
12:00~13:30		中餐時間	
13:30~14:30	輔具資源概述: 輔具資源入口網介紹	鄭聿廷組長(內政部多功能輔具資源整合推廣中心活動推廣組)	
14:30~14:40		休息	
14:40~16:30	參訪多功能輔具展示館:	黃秉智組長(內政部多功能輔具資源整合推廣中心諮詢服務組)	預訂分2組同

	輔具實物展示解說與操作	李振鴻組長(內政部多功能輔具資源整合推廣中心網路資訊組)	時進行
16:30~16:40	休息		
16:40~17:00	分享與回饋(二)—輔具使用	黃秉智組長(內政部多功能輔具資源整合推廣中心諮詢服務組) 中華小腦萎縮症病友協會代表	
17:00~	散會		

轉個彎 你也可以飛~小腦萎縮症身心蛻變服務計畫 99 年度家庭照顧者課程【北一場】

1. 服務對象：小腦萎縮症病友與家庭照顧者，預計 45 名
 2. 進行方式：透過各專業領域的講師教授家屬與病友相關照顧知能
 3. 活動地點：台北市立聯合醫院昆明院區
 4. 時程安排：7 月 17~18 日，六、日共兩天
 5. 課程內容：如下表

日期	時間	課程名稱	主講人	時數	
7/17	8:30~9:00	報到	社工組		
	09:00~09:10	致詞	中華小腦萎縮症病友協會 黃玉春 理事長		
	09:10~10:40	情緒の秘密花園~如何走出負面情緒的幽谷	中華民國家庭照顧者關懷總會 呂依真 心理師	90 分鐘	
	10:40~10:50	休息			
	10:50~12:20	生命故事傳輸線~敘說照顧經驗	主持人：黃玉春 理事長 分享者：陳憶瑩、胡木桂、柯信忠	90 分鐘	
	12:20~13:30	午餐			
	13:30~15:00	家有好幫手~外籍看護申請與互動	廣進國際開發股份有限公司 林慧雯 小姐	90 分鐘	
	15:00~15:10	休息			
	15:10~16:40	身心抒壓 DIY~經絡按摩	江嬌娥 整骨整復師	90 分鐘	
	16:40~17:00	分享與回饋			
7/18	8:30~9:00	報到	社工組		

09:00~09:10	引言		
09:10~10:40	照顧的路一起走～認識家庭照顧者（1）	中華民國家庭照顧者關懷總會 簡璽如 秘書長	90 分鐘
10:40~10:50	休息		
10:50~12:20	照顧的路一起走～認識家庭照顧者（2）	中華民國家庭照顧者關懷總會 簡璽如 秘書長	90 分鐘
12:20~13:30	午餐		
13:30~15:00	筋骨動一動～照顧者簡易抒壓伸展運動	國泰醫院復健科 楊筱筑 物理治療師	90 分鐘
15:00~15:10	休息		
15:10~16:40	脫貧與新生～身障與弱勢家庭的財務管理與 規劃與微型保單介紹	富邦人壽 傅珍珍 經理	90 分鐘
16:40~17:00	分享與回饋		

6. 課程內容與大綱

課程名稱	課程內容
情緒の秘密花園～如何走出負面情緒的幽谷	負面情緒的源由、負面情緒的影響、如何看待負面情緒、如何面對親人的離去、抒解負面情緒的方法與管道、哪些資源可以幫忙？
生命故事傳輸線～敘說照顧經驗	連結照顧經驗進行分享與交流
家有好幫手～外籍看護申請與互動	如何申請外籍看護工、如何與外工相處、使用者經驗分享
身心抒壓 DIY～經絡按摩	按摩方法與技巧認識與學習、自我與病人按摩演練
照顧的路一起走～認識家庭照顧者（1）（2）	照顧者角色介紹、相關歷程與調適、照顧工作所遇到的問題、各式狀況處理方式、資源連結與運用、其他相關照顧者
筋骨動一動～照顧者簡易抒壓伸展運動	伸展運動介紹、腰酸背痛復健、如何避免在照顧上的肢體傷害
脫貧與新生～身障與弱勢家庭的財務管理與規劃	資產傳承與保護規劃、未來風險轉嫁與資產增長、面臨 M 型社會，未來應該何去何從、微型保單簡介

單位名稱：社團法人中華民國失智者照顧協會

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
99	2小時	認識失智症	照顧技巧	講座	照顧者 護理人員 社工 志工	失智症	賴德仁 邱百誼 高慧如 廖妙滄	免費	4	內政部	
99	2小時	失智症居家照顧行為及其處理	照顧技巧	講座		失智症	謝玉露	免費	2	內政部	
99	2小時	營養供給概念介紹	照顧技巧	講座		不限	林靖怡	免費	4	內政部	
99	1小時	失智症照顧資源介紹	照顧者支持	講座		不限	秦燕 利坤明	免費	3	內政部	
99	2小時	失智症之懷舊治療	照顧技巧	團體		失智症	吳麗芬 謝玉露	免費	3	內政部	
99	2小時	改善家庭照顧者與患者互動關係	照顧技巧	講座		失智症	郎亞琴	免費	2	內政部	
99	2小時	失智症及照顧者法律問題	照顧者支持	講座		失智症	陳惠伶	免費	1	內政部	
99	2小時	失智症護理與環境佈置	照顧技巧	講座		失智症	高慧如	免費	1	內政部	
99	1小時	長期照顧者的經驗與分享	照顧者支持	團體		失智症	黃阿娥 張麗美 林文娟	免費	3	內政部	

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
99	2小時	失智症相關影片賞析及評估	照顧者支持	團體	照顧者、護理人員、社工、志工	失智症	黃孝鏘	免費	2	內政部	
99	2小時	年長者的藝術治療	照顧技巧	講座		不限	王毓珠		1		
99	2小時	環境佈置與社區照顧	照顧技巧	講座		不限	費廣明		1		
99	1小時	家庭照顧者之心理調適	照顧者支持	講座		不限	陳淑圓		1		
99	3小時	成員彼此介紹及認識	照顧者支持	團體	家庭照顧者	失智症	王毓珠		1		
99	3小時	創意媒材大解密-學習感受自己內在情緒				失智症	王毓珠		1		
	3小時	共同創作一作品，團體動力力量大				失智症	王毓珠		1		
	3小時	檢收成員參與團體的成果				失智症	王毓珠		1		
	3小時	成員彼此介紹及認識				失智症	謝玉露		1		
	3小時	讓成員說明照顧前後所扮演的角色之轉變情形				失智症	謝玉露		1		
99	3小時	讓成員感受到自己的情緒、接納並學習適合自己的紓解方式				失智症	謝玉露		1		
	3小時	檢收成員參與團體的成果				失智症	謝玉露		1		

單位名稱：財團法人台中市私立甘霖社會福利慈善事業基金會

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
99	2小時	認識失智症	照顧技巧	講座	失智照顧者、志工	失智症	陳靖文	免費	1	內政部 聯勸	提供臨托服務
	2小時	失智常見的行為與問題處理及失智症照顧難題	照顧技巧	講座	失智照顧者、志工	失智症	張幸家	免費	1	內政部 聯勸	提供臨托服務
	2小時	照顧者的心理調適及社會資源的運用	照顧技巧	講座	失智照顧者、志工	失智症	章韻均	免費	1	內政部 聯勸	提供臨托服務
	3小時	第一次團體：我可以為他做什麼？	照顧者支持紓壓	支持性團體	失智照顧者	失智症	劉齊珠	免費	1	內政部 聯勸	提供臨托服務
	3小時	第二次團體：我可以為自己做什麼？	照顧者支持紓壓	支持性團體	失智照顧者	失智症	劉齊珠	免費	1	內政部 聯勸	提供臨托服務
	3小時	第三次團體：照顧者的故事分享	照顧者支持紓壓	支持性團體	失智照顧者	失智症	邱依萍	免費	1	內政部 聯勸	提供臨托服務

單位名稱：財團法人南投縣南投仁愛之家

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
98	1小時	國民年金概述	福利宣導	講座	住民家屬	不限	陳善修課長(內政部研習中心)	免費	1	自籌	提供宣導DM及申請資料
	1小時	中秋月餅製作教學	舒壓	工作坊	住民、住民家屬	手部功能可運用之長者	吳美賢	免費	1	自籌	無
	2小時	認識與關心失智老人	照顧者支持	講座	照顧者、住民家屬	失智症	朱思美主任	免費	1	自籌	提供支持性團體訊息
99	1.5小時	十年長期照顧計畫福利措施簡介	福利宣導	講座	住民家屬	不限	吳湘凌社工	免費	1	自籌	提供宣導DM及申請表
	2小時	臨終關懷及安寧緩和醫療意願書介紹	福利宣導	講座	住民家屬	不限	1. 江莉莉(台灣仁本) 2. 本家社工	免費	1	自籌	提供安寧緩和醫療表單
	1.5小時	揪出致病的不良習慣	生活知識	講座	住民、住民家屬	不限	顏妙珍營養師	免費	1	自籌	提供剪報訊息及測驗

單位名稱：高雄市政府衛生局

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者 照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
1	1.5小時	社會福利資源介紹	照顧技巧	講座	照顧者	失能老人/臥床者	劉鴻平	免費	1	莫拉克民間捐款僱員會暨長期照顧整合計畫	提供喘息服務、提供交通接送
2	1.5小時	中高齡者備餐與灌食須知		講座	照顧者		朱麗玲	免費	1		
3	1.5小時	中老年常見疾病與就醫需知		講座	照顧者		朱麗玲	免費	1		
4	1.5小時	安寧療護與臨終關懷		講座	照顧者		葉容菁	免費	1		
5	1.5小時	家庭照顧者之情緒管理與壓力調適		講座	照顧者		劉鴻平	免費	1		
6	1.5小時	臥床患者腹瀉、便秘與皮膚照護		講座	照顧者		葉容菁	免費	1		
7	1.5小時	臥床患者洗頭、洗澡及口腔清潔		講座	照顧者	失能老人	葉容菁	免費	1		
8	1.5小時	臥床患者洗頭、洗澡及口腔清潔回復示教		講座	照顧者		葉容菁	免費	1		
9	1.5小時	居家無障礙空間規劃與輔具運用		講座	照顧者	失能老人/臥床者	施富強	免費	1		
10	1.5小時	輔具操作示範與回復示教		講座	照顧者		施富強	免費	1		
11	1.5小時	行動不便患者關節活動、移位、翻身及擺位方法		講座	照顧者		吳筱雯/ 王佩茹	免費	1		
12	1.5小時	關節活動、移位、翻身及擺位方法回復示教		講座	照顧者			免費	1		

	3 小時		舒壓 工作 坊	工作 坊	照顧 者、受 照顧者	不限	陳敏弘	免費	1	提供喘息 服務、 提供交通 接送
	3 小時		舒壓 工作 坊	工作 坊	照顧 者、受 照顧者	不限	陳敏弘	免費	1	
	3 小時					不限	陳敏弘	免費	1	
	3 小時					不限	陳敏弘	免費	1	
	3 小時					不限	陳敏弘	免費	1	
	3 小時					不限	陳敏弘	免費	1	
	6 小時	催眠	舒壓 團體	支持 性團 體	照顧者	不限	徐仲欣	免費	1	
	6 小時	芳療			照顧者	不限	張禕洳	免費	1	
	6 小時	經絡理療			照顧者	不限	陳鳳英	免費	1	
	3 小時	經絡理療			照顧者	不限	陳鳳英	免費	1	
	3 小時	中醫保健			照顧者	不限	陳鳳英	免費	1	
	3 小時	中醫保健	舒壓 團體	支持 性團 體	照顧者	不限	陳鳳英	免費	1	

單位名稱：財團法人中華民國自閉症基金會

年度	授課 小時	課程名稱	訓練 形式	訓練 對象	照顧 對象	講師名單	收費 情形	辦理場 次/年	補助經 費來源
98 年 度	3	【財團法人中華民國自閉症基金會家長委員會(南區)98年幹部教育訓練】 「同理心」教育訓練課程	幹部教育訓練	照顧者	ASD障 礙類	邱麗娃心理諮商老師	免費	2	聯勸 其他
	3	【98年研習活動】親職教育實務系列 座談會	座談會			李東梅臨床心理師	免費	2	
	12	社會性故事(台南)	研習				酌收講 義費	1	
	3	【星媽俱樂部】-家長如何放鬆與自我 照顧	支持性 團體	照顧者		許鈺玲、高雄長庚李東梅 心理師	免費	2	
	3	【家長分享時間】-「孩子升上國中家 長應有哪些調適與準備」	支持性 團體			林美秀、許鈺玲	免費	1	
	24	親職繪本工作坊	工作坊			邱麗娃諮商師	酌收講 義費	1	
	6	As 青少年職業輔導與生涯發展	座談會	黃雅蘋、張瑋珊、李宜珊		1			
	6	As 青少年心智理論能力之訓練	座談會	劉萌容教授、蔡佳玲老師		1			
	3	As 青少年高科技教戰使用手冊	座談會	陳宇清老師、蘇俊賢心理 老師		1			
	12 小時	方法對了才是應用行為分析課程(初 階課程)	專業研 討會	照顧者、 教師		陳力瑜老師		1	

單位名稱：奇美醫療財團法人附設永康奇美居家護理所

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
96年度	2小時	家庭照顧者經驗分享與資源運用	照顧者支持	支持性團體	照顧者	不限	鄭麗華社工師	免費	1	家總	
	2小時	照顧的故事-影片欣賞			照顧者	不限	許慧芳老師	免費	2	家總	
	2小時	疥瘡病人的居家照護	照顧技巧	講座	照顧者	不限	葉蕙綾醫師	免費	1	家總	
	2小時	讓身體解放-照顧者的壓力紓解	舒壓	支持性團體	照顧者	不限	林芳怡社工師	免費	1	家總	
	2小時	家庭照顧者的自我照顧-肌肉疼痛的減輕	舒壓	工作坊	照顧者	不限	葉玲復健護理師	免費	2	家總	
	2小時	如何與家人溝通	舒壓	支持性團體	照顧者	不限	王慧娟社工師	免費	1	家總	
97年度	2小時	殘障手冊及輔具申請辦法	照顧者支持	講座	照顧者	不限	黃麗娟護理師	免費	1	家總	
	2小時	長照十年計畫介紹		講座	照顧者	不限	李孟如照管專員	免費	1	家總	
	2小時	影片欣賞-天使的約定		支持性團體	照顧者	不限	林敏嵐護理師	免費	1	家總	
	2小時	影片欣賞-長路將盡			照顧者	不限	黃珮婷護理師	免費	1	家總	
	2小時	肥胖代謝症候群	照顧技巧	講座	照顧者	不限	陳明惠護理師	免費	1	家總	
	2小時	停經症候群及保健	照顧者支持	講座	照顧者	不限	張仁鴻醫師	免費	1	家總	
	2小時	減輕肩頸及背部疼痛		工作坊	照顧者	不限	葉玲復健護理師	免費	1	家總	

	2小時	肺炎鏈球菌與流行性感 冒疫苗介紹	照顧 技巧	講座	照顧者	不限	李明昕醫師	免費	1	家總	
--	-----	---------------------	----------	----	-----	----	-------	----	---	----	--

辦理 年度	授課 時間	課程名稱	課程 類型	訓練形 式	訓練對 象	照顧者照 顧對象	講師名單	收費 情形	辦理場 次/年	補助經 費來源	備註
98年 度	2小時	紓壓-手工藝品製作	紓壓	工作坊	照顧者	不限	邱敏莉老 師	免費	1	家總	提供喘息服務
	2小時	認識自我壓力，紓壓DIY	紓壓	支持性 團體	照顧者	不限	呂依真諮 商心理師	免費	1	家總	提供喘息服務
	2小時	居家用藥安全	照顧 技巧	講座	照顧者	不限	梁子健藥 師	免費	1	家總	提供喘息服務
	2小時	簡易腰酸背痛復健	紓壓	工作坊	照顧者	不限	陳怡如物 理治療師	免費	1	家總	提供喘息服務
99年 度	2小時	長期臥床個案口腔照護	照顧 技巧	講座	照顧者	不限	陳筱蓉護 理師	免費	1	家總	提供喘息服務
	2小時	母/父親節關懷活動	紓壓	支持性 團體	照顧者 是母親	不限	魏秀慧護 理師	免費	2	家總	
	2小時	紓壓-手工藝品製作-蝶 古巴特	紓壓	工作坊	照顧者	不限	邱敏莉老 師	免費	1	家總	提供喘息服務

單位名稱：高雄市家庭照顧者關懷協會

辦理年度	授課時間	課程類型	課程名稱	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	場次/年	經費來源	備註
97	1.5	照顧者照顧技巧訓練課程	帶家人看病的藝術	講座	照顧者	失能老人/臥床者	林春玲	免費	2	高雄市政府社會局	
97	1.5		各類慢性疾病病患營養烹調須知與飲食教作	講座	照顧者		林春玲	免費	2		
97	1.5		老人退化行為與疾病心理及照顧者之因應	講座	照顧者		陳慧華	免費	1		
97	1.5		居家無障礙空間規劃	講座	照顧者		楊育昇	免費	2		
97	1.5		照顧相關社會資源介紹	講座	照顧者		張江清 郭靚眉	免費	2		
97	1.5		安寧療護與臨終照顧	講座	照顧者		許禮安	免費	1		
97	1.5		CPR (心肺復甦術) 基本介紹	講座	照顧者		張建雯 楊淑娟	免費	2		
97	1.5		臥床患者洗頭、洗澡及口腔清潔	講座	照顧者		張建雯	免費	1		
97	1.5		臥床患者腹瀉與便秘問題處理	講座	照顧者		張建雯	免費	1		
97	1.5		臥床患者壓瘡照顧	講座	照顧者		張建雯	免費	1		
97	1.5		行動不便患者關節活動、移位、翻身及擺位方法	講座	照顧者		佘良鑑	免費	2		
97	1.5		輔具運用與復健方法介紹	講座	照顧者		佘良鑑	免費	2		
97	1.5		失能、退化者常見法律問題	講座	照顧者		施秉慧	免費	1		
97	1.5		造口照護與皮膚護理	講座	照顧者		楊淑娟	免費	1		
97	1.5		疾病心理與退化行為之因應	講座	照顧者		羅若梅	免費	1		
97	1.5	保健及舒壓講	中老年人飲食及健康維護重點	講座	照顧者 受照顧者	王馨玲	免費	1			

97	1.5	座	更年期的保養-骨質疏鬆症	講座	照顧者 受照顧者	失能老人 /臥床者	邱鈺雯	免費	1	高雄市政府社會局
97	1.5		更年期的保養-心血管疾病	講座			黃洽鑽	免費	1	
97	1.5		更年期的保養-關節退化	講座			陳崇桓	免費	1	
97	1.5		中老年人營養與減重	講座			吳月盈	免費	1	
97	1.5		居家用藥安全	講座			陳啟佑	免費	1	
97	1.5		遠離憂鬱症與失眠困擾	講座			劉碧玉	免費	1	
97	1.5		簡易腰酸背痛復健	講座			陳嘉炘	免費	1	
97	1.5		與家人的溝通技巧及壓力調適	講座			蘇以青	免費	1	
97	1.5		中醫養生之道	講座			吳宏乾	免費	1	
97	1.5		適合中老年人的運動及體適能介紹	講座			陳昭彥	免費	1	
97	9	支持	生涯探索團體	團體			照顧者	不限	徐仲欣	
97	9	支持	畢業照顧者支持及生涯探索團體	團體	照顧者	不限	蘇以青	免費	1	
97	1.5	舒壓	健康與防癌--如何吃得高枕無憂	影片欣賞	照顧者 受照顧者	不限		免費	1	高雄市政府社會局、衛生局
97	1.5	舒壓	色香味的迷思	講座		不限	孫淑婉	免費	1	
97	1.5	技巧	簡易腰酸背痛復健	講座		不限	陳嘉炘	免費	1	
97	1.5	技巧	居家常用急救技巧	講座		不限	楊淑娟	免費	1	
97	1.5	技巧	關節鬆動術	講座		不限	佘良鑑	免費	1	
97	1.5	舒壓	芳療舒壓工作坊	團體		不限	張元貞	免費	1	
98	3	技巧/ 舒壓	失智症篩檢暨照顧者壓力檢測與舒壓活動	講座 健檢 舒壓	照顧者	不限		免費	11	
98	1.5	技巧	帶家人看病的藝術	講座	照顧者	失能老人 /臥床	林春玲	免費	4	

98	1.5	技巧	患者飲食烹調及餵食須知	講座	照顧者	失能老人 /臥床	林春玲	免費	4			
98	1.5	技巧	照顧相關社會資源介紹	講座	照顧者	失能老人 /臥床	張福仁	免費	4			
98	1.5	技巧	安寧療護與臨終關懷	講座	照顧者		錢靜馨 劉鳳英 陳虹錚	免費	4			
98	1.5	技巧	居家無障礙空間規劃	講座	照顧者		楊育昇	免費	1			
98	1.5	技巧	輔具運用與復健	講座	照顧者		楊育昇 佘良鑑	免費	4			
98	1.5	技巧	臥床患者洗頭、洗澡及口腔清潔	講座	照顧者		王瓊玉 王惠珍 張月霞	免費	4			
98	1.5	技巧	臥床患者壓瘡照護	講座	照顧者		王瓊玉 張月霞	免費	3			
98	1.5	技巧	老人退化行為、心理與照顧者因應	講座	照顧者		王秀鳳 柯任桂	免費	4			
98	1.5	技巧	患者關節運動與翻身、擺位	講座	照顧者		佘良鑑 施富強	免費	4			
98	1.5	技巧	臥床患者腹瀉與便秘處理	講座	照顧者		許蓮招 柯任桂	免費	4			
98	1.5	技巧	居家急救技巧	講座	照顧者		王秀鳳 王惠珍 張宜雲	免費	3			
98	1.5	技巧	長期照顧者潔牙技巧	講座	照顧者		楊淑娟	免費	1			
98	1.5	舒壓	失眠與壓力紓解	講座	照顧者		失能老人 /臥床	劉碧玉 江騰迪	免費	3		
98	1.5	技巧	糖尿病足部傷口照護	講座	照顧者		失能老人	王惠珍	免費	1		

						/臥床					
98	1.5	失智 症照 顧技 巧系 列課 程	有關失智症的基本訊息	講座	照顧者	失智者	王惠珍 許蓮招	免費	2	高雄 市政 府衛 生局	
98	1.5		如何照顧失智症患者及尋找共同生活之道	講座	照顧者	失智者		免費	2		
98	1.5		退化性失智症相關問題處理原則	講座	照顧者	失智者		免費	2		
98	1.5		照顧者的情緒與壓力	講座	照顧者	失智者		免費	2		
98	1.5		善待自己	講座	照顧者	失智者		免費	2		
98	1.5		照顧者自助法則與社會資源	講座	照顧者	失智者		免費	2		
98	2	經絡 理療 舒壓 團體	經絡理療基礎理論	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1	高雄 縣政 府衛 生局	
98	2		經絡理療於照顧者之運用	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		推療手法與照顧因應(一)、回復示教	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		推療手法與照顧因應(二)、回復示教	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		推療手法與照顧因應(三)、回復示教	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		推療手法與照顧因應(四)、回復示教	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		推療手法與照顧因應(五)、回復示教	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		總複習、問題解答、整體重點與注意事項	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2	畢業 照顧 者支 持團 體	當我們同在一起	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1	家庭 照顧 者關 懷總 會	
98	2		思念在記憶裡蔓延	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1		
98	2		打開心中的門窗	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1		
98	2		如果，可以再一次	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1		
98	2		原來，我還擁有	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1		
98	2		拼湊不完滿的幸福	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1		
98	2		終於，我可以說再見	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1		
98	2		愛，永遠不會消失	團體	照顧者	不限	陳攻蓉	免費	1		
98	2	芳療	芳香療法與情緒管理	團體	照顧者	不限	張禕洳	免費	1	高雄	

98	2	理療 舒壓 團體	芳香療法與生活應用	團體	照顧者	不限	張禕洳	免費	1	縣政 府衛 生局	
98	2		生活DIY	團體	照顧者	不限	張禕洳	免費	1		
98	2		身心紓解調理(一)	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		身心紓解調理(二)	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		身心紓解調理(三)	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		身心紓解調理(四)	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	2		身心紓解調理(五) 總複習、問題解答、整體重點	團體	照顧者	不限	葉麗錦	免費	1		
98	3	精神 障礙 者家 屬支 持團 體	您所不知道的真相—談何謂精神障礙?	團體	照顧者	精神障 礙者	蔡景宏	免費	1		
98	3		「藥」您更明白—談精神科藥物之基本認識	團體	照顧者		楊尚儒	免費	1		
98	3		關心自己也瞭解別人—談精神障礙者之社會適應	團體	照顧者		鍾秉璵	免費	1		
98	3		當我們同在一起—談如何與精神障礙者相處?	團體	照顧者		陳俊銘	免費	1		
98	3		您知道,您可以擁有更多! 談精神障礙者家庭社會資源運用	團體	照顧者		陳政智	免費	1		
98	3		家家有本難念的經— 如何覺察與改善家庭互動模式?	團體	照顧者		陳怡君	免費	1		
98	3		您累了嗎?—家屬身心調適之道	團體	照顧者		梁秀青	免費	1		
98	3		窗外有藍天—好書分享&珍重再相會	團體	照顧者		李佩凌	免費	1		
98	1.5	舒壓	影片欣賞-黑畫記	影片 欣賞	照顧者	不限		免費	1		
98	3	舒壓	歡喜慶元宵	講座	照顧者	不限		免費	1		
98	1.5	舒壓	鬆筋小站-眼部及肩頸經絡按摩	講座	照顧者	不限	李琬慈	免費	1		
98	1.5	支持	居家照顧的好幫手	講座	照顧者	不限	鄭佩玢	免費	1		
98	1.5	支持	足不出戶的居家照護幫手	講座	照顧者	不限	劉鳳英	免費	1		
98	1.5	舒壓	照顧者壓力與失眠紓解	講座	照顧者	不限	劉碧玉	免費	1		

單位名稱：羅東博愛醫院出院準備服務 93-99 年家庭照顧者支持團體活動總表

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	形式	訓練對象	照顧對象	講師名單	收費情形	場次	經費來源	備註			
93 年度	2 小時	情緒調解及釋壓的自我調適技巧	照顧技巧	支持團體	照顧者 受照顧者 外籍看護工	失能老人 臥床者 失智症	張素雲社工師	免費	2 次 / 年	衛生局長 照中心	交通 接送			
	2 小時	頸背部肌肉壓力紓解技巧					張文欽副主任	免費						
94 年度	2 小時	社會資源介紹	照顧者支持		照顧者 受照顧者		張婉榆社工員	免費						
	2 小時	養生保健之道			照顧者、受照顧者、外籍看護		蕭惠雯營養師	免費						
95 年度	2 小時	快樂捏出花草草--紙黏土	照顧技巧		照顧者 受照顧者		王昱麒老師	免費						
	2 小時	居家病患簡易復健			照顧者、受照顧者、外籍看護		張文欽副主任	免費						
96 年度	2 小時	居家病患管灌營養品調配	照顧者支持				照顧者、受照顧者、外籍看護	蕭惠雯營養師				免費		
	2 小時	居家病患呼吸照護技巧						黃淑芬呼吸治療師				免費		
97 年度	2 小時	居家病患傷口照護						照顧者支持				照顧者、受照顧者、外籍看護	整形外科吳維主任	免費
	2 小時	生活輔助創新用品分享											廖敏華、陳峰利管理師	免費
98 年度	2 小時	認識健康飲食		照顧者支持		照顧者、受照顧者、外籍看護		李雨樹醫師	免費	1 次 / 年				
99 年度	2 小時	芳香紓壓						陳美菁芳療師	免費	1 次 / 年				

單位名稱：花蓮縣政府社會處

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
99年度	2小時	芳香精油療法	抒壓	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	陳淑	免費	1	社會處 衛生局	
	2小時	經絡按摩	抒壓	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	陳淑	免費	1	社會處 衛生局	
	2小時	認識自我壓力，抒壓DIY	抒壓	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	呂碧玉	免費	1	社會處 衛生局	
	2小時	照顧者之社會資源簡介	照顧者支持	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	潘奕欣	免費	1	社會處 衛生局	
	2小時	提升免疫力-膳食療法	照顧技巧	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	洪秋雲	免費	1	社會處 衛生局	
	2小時	簡易腰酸背痛復健	照顧技巧	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	簡世霖	免費	1	社會處 衛生局	
	2小時	居家保健講座	照顧技巧	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	李秀玲	免費	1	社會處 衛生局	
	2小時	如何面對壓力及情緒管理	抒壓	支持團體	陸配家庭照顧者	不限	林秋芬	免費	1	社會處 衛生局	
	1小時	誰需要被照顧，多是誰在照顧	影片	講座	家庭照顧者	不限	簡璽如	免費	1	社會處	
	1小時	不是吃喝就好	照顧者支持	講座	家庭照顧者	不限	簡璽如	免費	1	社會處	

單位名稱：花蓮縣長照中心

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
99年度	2小時	家庭照顧者支持團體	照顧者支持	支持團體	照顧者	不限	邵琚芝社工師 吳月梅心理師	免費	6	社會局 衛生局	無
98年	2小時	家庭照顧者支持團體	照顧者支持	支持團體	照顧者	不限	陳莉莉心理師	免費	6	社會局 衛生局	無
98年	2小時	慢性疾病照護	照顧技巧	講座	照顧者	不限	秦毛漁老師	免費	1	社會局 衛生局	無
98年	2小時	照顧小技巧·健康100分	照顧技巧	講座	照顧者	不限	鍾正榮物理治療師	免費	1	社會局 衛生局	無
98年	2小時	疾病與家人關係	抒壓	講座	照顧者	不限	萬育維老師	免費	1	社會局 衛生局	無
98年	2小時	照顧 照顧者	抒壓	講座	照顧者	不限	張巍鐘心理師	免費	1	社會局 衛生局	無
98年	2小時	照顧資源介紹	照顧技巧	講座	照顧者	不限	蔡宜璇社工師	免費	1	社會局 衛生局	無
98年	2小時	影片欣賞-明日的記憶	抒壓	支持團體	照顧者	不限	照管專員吳婉綺	免費	1	社會局 衛生局	無
98年	2小時	影片欣賞-送行者~禮儀師的樂章	抒壓	支持團體	照顧者	不限	照管專員吳婉綺	免費	1	社會局 衛生局	無
98年	2小時	照顧者抒壓之旅	抒壓	工作坊	照顧者	不限	施夙真心理師	免費	1	社會局 衛生局	無

單位名稱：安安媽媽互助親子坊/宜蘭縣安安慢飛天使家庭關懷協會

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
99年度	3小時	0-2歲幼兒親子按摩	照顧技巧	工作坊	照顧者/家長	0-2歲疑似遲緩幼兒	楊明珊	免 費	2	自 籌	*配套措施： 學童上課時間舉行..
	常態進行	0-3歲居家親子遊戲	照顧技巧			發展遲緩幼童	李昭儀		常態進行		
	3小時	烘焙	照顧者互相支持、陪伴			發展遲緩/身心障礙	張天紅 林晁平		4		
	3小時	讀書會	照顧者互相支持、陪伴				李昭儀		2		
		公益家長心理諮商	照顧者支持	個別			鄭文杏				
	3小時	心瑜珈舒壓	舒壓	支持性團體		藍碧蓮					
	3小時	癲癇與抽搐等	教育分享	講座			陳慧如		3		
100年度	3小時	0-2歲幼兒親子按摩	照顧技巧	團體	照顧者/家長	0-2歲疑似遲緩幼兒	楊明珊	免 費	2	自籌	
	常態進行	0-3歲居家親子遊戲	照顧技巧	個別		發展遲緩幼童	李昭儀		常態進行		
	12小時	肌肉放鬆舒壓	舒壓	支持性團體		發展遲緩/身障		保證金	2		

單位名稱：一粒麥子基金會

辦理年度	授課時間	課程名稱	課程類型	訓練形式	訓練對象	照顧者照顧對象	講師名單	收費情形	辦理場次/年	補助經費來源	備註
98	2	花蓮照顧服務資源認識及申請	照顧者支持	講座	照顧者	不限	潘亦欣	免費	2	社會局	提供交通接送餐點
	3	臥床者沐浴、穿衣、床上洗頭及換尿布技巧	照顧者支持	講座	照顧者	不限	吳夏英	免費	2	本會自籌	提供交通接送
	5	照顧者歲末關懷餐會	照顧者支持、舒壓	其他午餐 逛街	照顧者	不限	黃瓊芬	免費	1	本會自籌	提供交通接送 忘年會餐點、禮券 1000元
99	2	家庭照顧需求與協助	照顧者支持	講座	照顧者	不限	黃瓊芬	免費	2	本會自籌	提供交通接送
99	3	鼻胃管照顧、飲食製作等技巧	照顧者支持	講座	照顧者	不限	吳夏英	免費	2	本會自籌	提供交通接送
	5	照顧者歲末關懷餐會	照顧者支持、舒壓	其他午餐 闖關遊戲	照顧者	不限	黃瓊芬	免費	1	本會自籌	提供交通接送 忘年會餐點、1000元等值闖關禮
100	2	褥瘡傷口照顧	照顧者支持	講座	照顧者	不限	吳夏英	免費	2	本會自籌	提供交通接送
100	2	急症處理：發燒、拉肚子、異物哽塞怎麼辦	照顧者支持	講座	照顧者	不限	吳夏英	免費	2	本會自籌	提供交通接送

附錄 十四 北中南東四區出席人員名冊

北區			
林幸君	中華民國智障者家長總會 主任	陳萱佳	中華民國康復之友聯盟 副秘書長
李會珍	台灣失智症協會 副秘書長	葉婉俐	中華民國康復之友聯盟 社工專員
金 林	心生活協會 總幹事	黃信雄	台北市立心慈善基金會 社工員
吳姿儀	心生活協會 社工員	黃熾蓉	台北市立心慈善基金會居家服務組督導
洪郁翎	罕見疾病基金會	郭雅文	台北市家庭照顧者關懷協會 社工員
岳青儀	新北市家庭照顧者關懷協會 組長	林茹嵐	台北市家庭照顧者關懷協會 社工督導
何佳霖	新北市家庭照顧者關懷協會 專員	涂心寧	新北市身心障礙者福利促進協會總幹事
林瑞萍	天主教康泰醫療教育基金會 社工員	詹琬純	新北市身心障礙者福利促進協會 處長
巫瑩慧	康泰失智症家屬互助聯誼會前會長	陳俊全	國立台北護理學院嬰幼兒保育系 教授
陳金玲	台北市立聯合醫院松德分院社服室主任	楊曉雲	中華小腦威縮症病友協會 社工員
謝延仁	弘道老人福利基金會北部服務處主任	陳俊佑	天主教失智老人社福基金會 主任
陳正芬	文化大學 社會福利學系 助理教授	簡璽如	中華民國家庭照顧者關懷總會 秘書長
王增勇	政治大學社工系 教授	袁慧文	中華民國家庭照顧者關懷總會 主任
丁巧蕾	台北市智障者家長協會 專員	陳維萍	仁濟院安老所 所長
林金梅	運動神經元疾病病友協會 秘書長		
共計 29 人			
中區			
郭慈安	中臺科技大學老人照顧系 系主任	詹麗珠	切膚之愛基金會 執行長
陳穎歡	仁濟院 社服室主任	黎世宏	天主教中華聖母基金會 執行長
江驊融	台中市家庭照顧者關懷協會 社工專員	簡璽如	中華民國家庭照顧者關懷總會 秘書長
張美淑	財團法人老五老基金會 主任	袁慧文	中華民國家庭照顧者關懷總會 主任
張育慈	南投縣基督教青年會 社工督導	陳維萍	仁濟院安老所 所長
蔡玉萍	甘霖基金會 主任	劉煜洋	南投縣家庭照顧者關懷協會 主任督導
陳淑圓	中華民國失智者照顧協會 副秘書長	朱思美	南投仁愛之家 主任
林文娟	中華民國失智者照顧協會 志工隊長	何年春	仁和長期照顧中心 院長
林依瑩	弘道老人福利基金會 執行長	趙素絹	愚人之友基金會 主任
江淑君	台中市長照管理中心 督導	卓淑惠	愚人之友基金會 督導
施郁榛	天主教曉明社會福利基金會 主任		
共計 21 人			

南區			
李淑婷	高雄市家庭照顧者關懷協會 理事長	成茵茵	靜和醫院燕巢分院附設護理之家 主任
邱啟潤	高醫護理系 副教授	游雪娟	台南熱遮蘭協會 理事長
郭靚眉	行政院衛生署旗山醫院 照管專員	張素紅	高雄市政府衛生局 技正
孫淑婉	高雄市家庭照顧者關懷協會 居服督導	吳俞懋	高雄市家庭照顧者關懷協會
劉雲枝	高雄市衛生局 督導	簡璽如	中華民國家庭照顧者關懷總會 秘書長
張藝馨	台灣基督長老教會附設身心障礙關懷中心 主任	袁慧文	中華民國家庭照顧者關懷總會 主任
許鈺玲	自閉症基金會南區家長委員會 會長	方麗珍	社會局身障福利科 股長
劉婉華	心路基金會 社工組長	蔡昭民	社會局老人福利科 科長
林明好	弘道老人福利基金會 主任	孫宗慧	屏東基督教醫院 居家護理師
楊渝淨	社團法人高雄市築夢關懷協會 社工	高金盆	奇美醫院 護理長
共計 20 人			
東區			
陳俊全	國立台北護理學院嬰幼兒保育系 教授	詹惠雯	花蓮縣政府社會處社會福利科社工督導
張詠蓉	花蓮縣長期照顧管理中心照管督導	吳怡蕙	花蓮縣政府社會處社會福利科社工員
吳婉綺	花蓮縣長期照顧管理中心南區中心照管專員	林美瑗	早療協會 秘書長
黃瓊芬	一粒麥子基金會花蓮中心主任	魏任儀	早療協會 資深社工員
劉素珠	崇恩長期照顧中心主任	袁慧文	中華民國家庭照顧者關懷總會 主任
倪頌惠	黎明教養院社區外展部主任	簡璽如	中華民國家庭照顧者關懷總會 秘書長
鍾正榮	黎明教養院復健治療師	林文明	宜蘭縣社區照顧促進會 總幹事
潘國揚	慈濟醫院社服室主任	吳靜怡	花蓮縣智障者家長協會
張淑英	慈濟大學 社會工作系 教授	周傳慧	鳳林鎮衛生所 護理長
侯素慧	馬偕醫院台東分院護理師	李昭儀	安安慢飛天使家庭關懷協會理事長
邱燕銀	門諾基金會主任	黃瑞霞	門諾基金會 居服督導
蔡宜璇	門諾基金會(南區服務處)組長		
共計 23 人			

家庭照顧者教育訓練課程需求調查研究

填寫日期： 100 年____月 ____日

敬愛的家庭照顧者您好：

這份問卷目的在於了解您照顧家人的情況，以便未來提供長照保險施行後，有關家庭照顧者支持型服務上，能規劃出符合您所需求的教育訓練課程。這份研究由行政院衛生署委託**家庭照顧者關懷總會**進行調查，您的寶貴意見將會得到政府的重視，懇請您耐心作答。問卷資料僅做學術分析之用，未來將做為政策發展的參考依據，也請放心有關您的個別資料我們會予以保密！以尊重您的權益！若您對本研究有任何意見或指教，歡迎和我們聯繫。我們的聯絡電話：02-2511-0062#14；電子郵件：luanddy@seed.net.tw；傳真電話：02-2541-5653，聯絡人：簡小姐。衷心感謝您的參與！

敬祝 平安健康 萬事如意

中華民國家庭照顧者關懷總會

王增勇 理事長

壹、照顧情形

首先，感謝您願意分享您的經驗，以下將請教您照顧家人的一些情況：

1. 請您以自己較常照顧的那位失能家人進行作答，若您照顧的家人不只一位，麻煩您在問卷最後一頁簡單說明另一位受照顧者的情形，謝謝！
2. 請在最符合您狀況的中打勾，若勾選「其他」，請您在底線處填寫說明。
3. 除了題目標註「可複選」之外，一般題目請勾選一個答案。
4. 少部分題目需要在底線處填寫答案，麻煩您耐心填寫，避免漏答。

1. 您照顧的失能家人是您的：

父母 配偶的父母 兄弟姊妹 配偶 子女 其他：_____

2. 您照顧失能家人多久了？ 大概_____年

3. 您平均每天花在陪伴及照顧失能家人的時數是_____小時

4. 您每天可以連續睡眠時間大概有_____小時

5. 您是否與失能家人同住？ 是 否

6. 您是否有使用外籍看護工來協助您照顧家人？

有(請續答第7題)，我使用本籍看護工 外籍看護工

沒有(請跳至第8題繼續作答)

7. 每個月的看護費用約多少？

一萬元以下 10,001-30,000 元 30,001 元以上

8. 目前照顧失能家人的方式：

僅您一位家屬照顧 由一位家屬主要照顧，有其他家屬會協助照顧

家屬輪流照顧 家屬與看護輪流照顧

其他：_____

9. 您家中主要的收入來源：(可複選)

薪資 政府補助 民間單位補助 退休金 保險金 其他：_____

10. 您家中每月總收入：

1 萬元以下 10,001-20,000 元 20,001-30,000 元

30,001-40,000 元 40,001-50,000 元

50,001-60,000 元 60,000 元以上

11. 每個月使用在失能家人的醫療費用約多少？

一萬元以下 10,001-30,000 元 30,001 元以上

12. 您認為失能者應該由誰來負責照顧？

主要為政府 主要為家庭 政府和家庭都有責任

13. 此外，在您家裡，您還需要照顧第二個或超過兩個的家庭成員嗎？

否

是，他們跟你的關係？

配偶/前配偶/同居人 祖父母 父母 手足 子女

其他家庭親友 其他成員 拒絕回答/無答案

※照顧的因應方法

14. 您覺得對自己負起照顧責任一事有選擇權嗎？

有 沒有 不知道/未作答

15. 您提供照顧的理由？請選擇最接近的原因。

鰻 自己選擇成為照顧者 您認為這是家庭責任 沒有人可以做這件事

鰻 缺乏家庭照顧服務 其他(請說明 _____)

鰻 未作答/拒絕回答

16. 如果不選擇照顧角色，您是否會感到來自家人(例如：先生、公公、婆婆、
姑嫂)的指責嗎？

鰻 是 不是 不知道/未作答

17. 家人是否會分攤您的照顧工作？

鰻 會 不會(請跳答第 19 題) 不知道/未作答

18. (承上題) 會分擔照顧工作的人包括哪些人？他們是您的誰？(可複選)

鰻 配偶 同居人(包括普通法律關係/性伴侶) 祖父母

父母(母 父) 子女(兒子/女兒/養子女/繼親子女)

手足(先生家的兄弟姊妹/娘家的兄弟姊妹) 其他家族親友

其他(請註明 _____) 拒絕回答/無答案

19. 您自己對負起照顧家人責任的滿意度如何？

鮫 非常滿意 滿意 不滿意 一點都不滿意

20. 照顧責任是否造成您的壓力？

鮫 會 不會 不知道／未作答

21. 您期待能從照顧責任中獲得休息的頻率為何？

鮫 常常 偶而 很少 從不 沒想過

22. 我們想要瞭解您現在照顧失能家人的感覺，請問您會不會因為照顧他，而感到以下的感受，請逐一作答：

	從 未	很 少	有 時	常 常
(01).使您身體疲倦，精疲力竭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(02).使您的身體健康變壞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(03).使您感覺生氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(04).看到他的健康情形變差及衰老，使您感到難過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(05).您覺得您做得不夠多，對不起他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(06).您與親友之間交往受到影響。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(07).您出外旅行受到影響。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(08).您必須時時刻刻注意他。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(09).使您沒有時間做自己想做的事。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10).照顧他的花費很大，使您付不起。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11).因經濟受影響，得省吃儉用，節省開銷。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12).為了照顧他，家人之間的關係惡化。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13).無法兼顧他及其他家人之照顧。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14).其他家人嫌您照顧的不夠好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15).日常生活作息受影響，整個家庭需重新適應。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16).使您覺得自己很重要。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17).使您受到別人的讚賞及尊敬。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18).使您覺得盡了義務，感到心安。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19).因為他的行為讓您覺得不好意思。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20).您覺得沒有能力再長久照顧他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(21).因為照顧他，您覺得很難去安排或計劃您的未來。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22).您平日的生活安排必須全部依照他的需要來決定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

貳、被照顧者基本資料

下列問題主要想了解您所照顧的家人之基本資料，請您以自己較常照顧的那位失能家人進行作答。並在最符合您狀況的□中打勾，若勾選「其他」，請您在底線處填寫說明。

1. 性別：男 女
2. 年齡：_____歲
3. 教育程度：
 - 不識字 自學 國小 國（初）中 高中（職）
 - 大學或大專 研究所及以上
4. 婚姻狀況：
 - 已婚 未婚 離婚 喪偶 同居 分居 其他：_____
5. 居住狀況：（可複選）
 - 獨居 與父母同住 只與配偶同住 與配偶及固定子女同住
 - 與固定子女同住 輪流與子女同住 與手足同住 其他：_____
6. 因為何種原因需要被照顧？（可複選）
 - 失智症 精神障礙 自閉症 智能障礙 中風 植物人
 - 肢體障礙 視障 脊髓損傷 多重障礙 重器障 其他：_____
7. 身上是否有管路需要照顧？
 - 無 氣切管 鼻胃管 導尿管 其他（請說明：_____）
8. 生活自理能力：
 - 1. 完全無能力執行(1)-(10)題(不必分別再填答以下各題)
 若非上述狀況，請逐一回答以下問題：

(1)移位	<input type="checkbox"/> 1 可自行坐起，移至椅子或用輪椅	<input type="checkbox"/> 2 移位時需協助或提醒
	<input type="checkbox"/> 3 可自行坐起，但從床上起來時或轉移身體時需要協助	<input type="checkbox"/> 4 完全依賴
(2)走路	<input type="checkbox"/> 1 使用或不使用輔具可以行走 50 公尺	<input type="checkbox"/> 2 稍微協助，就可以走 50 公尺
	<input type="checkbox"/> 3 不能走	
(3)吃飯	<input type="checkbox"/> 1 在合理時間內，自行或用輔具進食餐盤食物	<input type="checkbox"/> 2 需要一些協助
	<input type="checkbox"/> 3 完全依賴	
(4)上廁所	<input type="checkbox"/> 1 可自行上下馬桶、整理衣褲、沖馬桶或清理便盆	<input type="checkbox"/> 2 協助整理衣物或使用衛生紙；需協助清理便盆
	<input type="checkbox"/> 3 完全依賴	
(5)上下樓梯	<input type="checkbox"/> 1 安全上下樓梯，可用扶手、拐杖	<input type="checkbox"/> 2 需協助或監督
	<input type="checkbox"/> 3 無法上下樓	

(6)穿脫衣物	<input type="checkbox"/> 1 自行穿脫衣褲及鞋襪 <input type="checkbox"/> 3 完全依賴	<input type="checkbox"/> 2 需協助
(7)小便	<input type="checkbox"/> 1 自行使用馬桶，穿脫衣服，不弄髒衣服、自行用衛生紙拭淨，需要時可以用扶手或其他支持物。若用便器則必須會自行使用、傾倒和清理 <input type="checkbox"/> 3 不會自己做	<input type="checkbox"/> 2 需要協助保持姿勢平衡、正理衣物或用衛生紙（會自己便盆，但須別人協助傾倒和清理）
(8)大便	<input type="checkbox"/> 1 能排便不會有失禁 <input type="checkbox"/> 3 失禁需別人處理	<input type="checkbox"/> 2 偶爾失禁
(9)個人修飾	<input type="checkbox"/> 1 可自行洗臉、刷牙、梳頭、刮鬍子修飾	<input type="checkbox"/> 2 需協助
(10)洗澡	<input type="checkbox"/> 1 能自行完成	<input type="checkbox"/> 2 協助下完成

9. 是否領有身心障礙手冊？

否

領有身心障礙手冊：_____

障礙等級：輕度 中度 重度 極重度

參、對教育訓練課程之需求

下列問題主要想了解您需要哪種類型的教育訓練課程內容，請您針對問題在適當的打勾。

1. 您是否會使用電腦網路？ 是 否

2. 您過去是否參與過家庭照顧者教育訓練課程？

否（請續答第3題）

是（請跳至第4題）

3. 未參加過家庭照顧者教育訓練課程的原因？（可複選）

上課地點太遠 要照顧家人，抽不開身 太累了，無力前往

沒有聽說過有教育訓練課程 外人無法教我怎麼照顧自己的家人

聽說過有課程訓練，但不曉得那有什麼用處 缺乏交通工具

出門就要多花錢，我負擔不起 其他：_____

4. 請問您參加過的教育訓練課程有哪些？（可複選）

疾病認識 照顧技巧 用藥安全與副作用 營養照顧與健康

環境安全與輔具運用 家務管理 親職教育 健康休閒促進

理財規劃 認識社會資源 相關法律課程 溝通技巧

口腔清潔 三管照護 身心調適(壓力紓解等) 身後準備

悲傷調適與自我照顧 生涯規劃 職業探索與規劃

其他(請描述: _____)

5. 除了教育訓練課程，您是否曾接受過其他家庭照顧者支持性服務？像是：

諮詢、喘息服務？ 是 否

6. 一般而言，您認為教育訓練課程，最好多久舉辦一次？

每月辦理多次 每月辦理一次 每季辦理一次 每年辦理2次

7. 一般而言，您認為教育訓練課程，一次課程時間最好多長？

每次2小時 每次4小時 每次8小時

8. 什麼情況下，您會參與教育訓練課程？（可複選）

有替代的照顧人力 有交通協助 上課地點近 能在家裡上課

課程主題符合我的需求 上課時間剛好我有空 可以認識新朋友

可以有認識的人陪我去 其他：_____

9. 有關家庭照顧者教育訓練課程內容，請針對課程主題的需要程度，逐題選擇：

※有關醫療照護相關知識			
1. 讓您認識家人生了什麼病，例如疾病診斷、成因、症狀、併發症、就診科別以及預後。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
2. 讓您了解有關身體照顧技巧指導。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
3. 行為問題與處理指導（例如：躁動、混亂、遊走等）	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
4. 突發狀況處理及疾病症狀監測知識	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
5. 有關飲食配置及營養衛教指導	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
6. 有關運動衛教的指導。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
7. 有關用藥安全之指導	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
8. 有關醫療器材或輔具運用的資訊	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
9. 有關居家環境安全指導	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
※有關家務管理相關知識			
10. 讓您了解如何做好家務管理	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
11. 讓您學習做好理財規劃與管理	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
12. 讓您學習如何有效率的運用照顧清單	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
※有關情感支持服務			
13. 教您溝通技巧，例如怎麼跟受照顧者、家人、外籍看護工或專業人員溝通。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
14. 教您如何在照顧過程中調適自己的身心壓力，例如藝術治療、芳香治療。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
15. 協助您了解如何在受照顧者過世後進行自我調適，悲傷調適與自我照顧、生涯規畫、職業探索與規劃。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要

16. 教您將自己所面對的情境與困難，透過自己或團體代為發聲，影響政策或資源提供的發展。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
17. 提供照顧者支持團體課程，帶您認識其他家庭照顧者，你們可以自行約定時間、形式相聚。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
18. 由老師帶領您與其他家庭照顧者進行聯誼活動，大家可以一起談心或出外踏青散心。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
※有關可運用的社會資源服務			
19. 帶您認識可以運用的相關資源，例如本籍／外籍看護工相關資源，政府及民間資源介紹(像是:家事服務、日間照顧、個人助理服務等)。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
20. 讓您認識受照顧者可能接觸的法律程序與相關保障，例如監護法、信託法，以及民刑事案件處理實例。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
21. 讓您認識受照顧者可運用的就業服務，例如生涯發展的認識，身心障礙者就業服務與法規介紹，社會適應議題。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
22. 讓您認識受照顧者可運用的就學資源，認識教育環境。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
23. 和您討論受照顧者的身後準備，例如怎麼面對死亡，如何協助預立遺囑。	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要
24. 其他(請描述_____)	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不清楚是否需要

肆、教育訓練課程之形式

下列問題主要想了解您覺得哪種教育訓練課程的進行方式較適合您，請依您喜歡該上課方式的程度，在適當的打勾。

教育訓練課程進行形式、時段與配套措施	非常不喜歡	不喜歡	普通	喜歡	非常喜歡
※有關上課形式					
1. 採座談授課形式，教室固定在您實際居住縣市，由一個老師對多名學生進行授課。	<input type="checkbox"/>				
2. 老師到您府上進行個別授課討論。	<input type="checkbox"/>				
3. 透過電腦網絡，進行實況視訊課程討論。	<input type="checkbox"/>				
4. 您可在家中，不限時間地點的觀看課程紙本或教學錄影帶/DVD 等影音資料。	<input type="checkbox"/>				
5. 您可在家中，運用電話諮詢，針對所需的專業人員一對一提供服務	<input type="checkbox"/>				
6. 由多位處境和您相近的照顧者組成自助團體，自行蒐集資料籌備討論。	<input type="checkbox"/>				
7. 自助團體組成後，期望由照顧者中自行選擇帶領者，協助帶領討論。	<input type="checkbox"/>				
8. 自助團體組成後，由組織安排固定專業人員協助帶領討論。	<input type="checkbox"/>				
※有關上課時段					
9. 在週間(星期一到五)白天進行課程。	<input type="checkbox"/>				
10. 在週間(星期一到五)晚上六點到九點間進行課程。	<input type="checkbox"/>				
11. 在假日(星期六、日)白天進行課程。	<input type="checkbox"/>				
12. 在假日(星期六、日)晚上六點到九點間進行課程。	<input type="checkbox"/>				
※有關上課所需的協助	非常不需要	不需要	普通	需要	非常需要
13. 在您前往教育訓練課程時，提供您交通上的協助。	<input type="checkbox"/>				
14. 在您前往教育訓練課程時，提供您短期性服務（如短期托老照顧或喘息性照顧）替代的照顧服務，使您不擔心家人沒人照顧。	<input type="checkbox"/>				
15. 其他: _____	<input type="checkbox"/>				

伍、家庭照顧者基本資料

下列問題想要了解您的基本資料，一切資料只做研究使用，絕不外流，請您放心作答。

1. 您居住的縣市為_____
2. 您的年齡：_____歲
3. 您的性別：男 女
4. 您的教育程度：
未就學小學國中高中職大學/大專研究所其他：_____
5. 您的婚姻狀況：
未婚 已婚 離婚 喪偶 同居 分居 其他：_____
6. 您的就業狀況：
全職全薪 兼職 自營 失業 謀職中 學生 家管
退休 其他（請說明：_____）
7. （如果是家管/退休人士）您是為了照顧家人才選擇離職或提早退休嗎？
是 不是 未作答/拒絕回答
8. 您的宗教信仰：
無 佛教 道教 基督教 天主教 伊斯蘭教 其他：_____
9. 您的籍貫為：
外省籍 閩南籍 客家籍 原住民 其他：_____
- 非台灣（中國 東南亞（_____） 歐美日（_____）
其他：_____）
10. 您自覺健康狀況：
健康狀況很好 健康狀況好 普通 健康狀況不好
健康狀況很不好
11. 您目前有參加之保險：（可複選）
無保險 勞保 福保 全民健保 國民年金
農保 公保 商業保險 軍保 其他：_____

陸、補充說明：（可寫下您想說的話，亦可空白）

非常感謝您撥時間提供寶貴意見！
家庭照顧者關懷總會 誠摯感謝您！
若有相關建議都歡迎您來電諮詢：0800-580-097