

國家人權委員會

「照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題」 委託研究案 期末報告

提案單位：國立臺北護理健康大學

計畫主持人：國立臺北護理健康大學長期照護系教授陳正芬

研究助理：楊吉麟、方秀如、林湘娠、董盛錫慧

中華民國 一 一 一 年 十 二 月 八 日

「照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題」委託研究案 期末報告

目錄

壹、 執行摘要(包括研究目的、研究過程、重要發現、主要建議及政策意涵).....	7
貳、 研究背景與目的.....	10
一、研究背景.....	10
二、研究目的.....	13
參、相關研究文獻回顧.....	14
一、檢視非正式與正式照顧體系在長期照顧領域之關係及其轉變.....	14
二、家庭照顧者使用支持服務的選擇及經驗.....	15
四、照顧者殺人相關研究回顧.....	17
肆、研究方法.....	22
一、過去相關研究之回顧.....	22
二、本研究之研究設計.....	22
三、申請國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理會審查並獲通過.....	26
伍、研究執行過程中遭遇之困難及解決策略.....	27
一、監察院本身、人權委員會及研究委託案各自定位議題.....	27
二、規劃分析資料因個人資料保護法限制而無法取得的替代方式.....	28
三、研究團隊人員異動.....	29
陸、研究發現.....	30
一、新聞報導之案例分析.....	30
二、衛生福利部之重大事件之流程與案件類型分析.....	43
三、衛生福利部之重大事件之「案例」比較分析.....	52
四、衛生福利部之重大事件報告與監察院調查報告的「案例」比較分析.....	81
五、長期照顧體系發展概述與現況分析.....	98
六、歐洲國家人權機構網絡出版之長期照顧人權報告，與英國、加拿大及日本的照顧者權益發展比較.....	111
(一)歐洲國家人權機構網絡出版的長期照顧之人權報告.....	111
(二)英國對照顧者權益的推動與發展.....	113
(三)加拿大對照顧者權益的保障與推動.....	121
(四)日本回應照顧悲劇之策略.....	126

(五)英國、加拿大、日本及我國照顧者人權保障發展之比較分析.....	130
柒、結論.....	136
結論一：脆弱照顧者 vs 照顧困難度高的照顧接受者.....	136
結論二：新聞媒體與政府相關部門對此議題未從兩造人權角度切入.....	146
結論三：政府將服務決定權交給照顧接受者與照顧者，但照顧服務選項侷限.....	147
結論四：照顧者的權利依附於照顧接受者評估，家庭照顧者主體性未被看見.....	148
結論五：進行指標性重大事件報告之分析.....	149
捌、建議.....	150
建議一：估算我國家庭照顧產值，確認家庭照顧者貢獻.....	150
建議二：賦予「家庭照顧者」工作權，鼓勵提供「照顧」的家庭成員現身.....	151
建議三：發展照顧者需求獨立評估與提供專屬的喘息服務.....	153
建議四：出版照顧人權案例彙編，打造一段有人權意識的照顧關係.....	154
建議五：提供醫療照顧諮商與家庭照顧安排諮商.....	156
參考文獻.....	158
附件一：第一場焦點團體訪談大綱.....	162
附件二：第二場焦點團體訪談大綱.....	164
附件三：第三場焦點團體訪談大綱.....	165
附件四：深度訪談之討論大綱.....	166
附件五：期中報告審查會議記錄.....	167
附件六：期末報告審查會議記錄.....	172
附件七：各梯次焦點團體資料與深度訪談資料之說明.....	178
附件八：第一梯次之第一場焦點團體會議記錄摘要.....	179
附件九：第一梯次之第二場焦點團體會議記錄摘要.....	182
附件十：第二梯次之焦點團體會議記錄摘要.....	185
附件十一：第三梯次之焦點團體會議記錄摘要.....	188
附件十二：D-1 深度訪談摘要.....	191
附件十三：D-2 深度訪談摘要.....	193
附件十四：D-3 深度訪談摘要.....	197
附件十五：D-4 深度訪談摘要.....	201
附件十六：D-5 深度訪談摘要.....	204
附件十七：D-6 深度訪談摘要.....	207
附件十八：D-7 深度訪談摘要.....	210
附件十九：D-8 深度訪談摘要.....	213
附件二十：D-9 深度訪談摘要.....	216
附件二十一：D-10 深度訪談摘要.....	220

附件二十二：D-11 深度訪談摘要.....224

圖目錄

圖 一:2009~2021 年間照顧悲劇發生趨勢圖.....	10
圖 二:2009~2021 年照顧悲劇中雙死案件數趨勢圖	31
圖 三:照顧悲劇的事件類型分析.....	36
圖 四:各年度具自殺意念或行為新聞報導數與自殺防治資訊提供之趨勢圖.....	41
圖 五:各年度『長期照顧悲劇』新聞報導數與長照資訊提供之趨勢圖	42
圖 六:重大事件案例之資訊分析.....	44
圖 七:長照高負荷家庭照顧者轉介及服務流程.....	109
圖 八:不同體系看待家庭照顧者的視角	119
圖 九:加拿大家庭照顧價值的估計	126
圖 十:21 重大事件個案之照顧者與照顧接受者分析	137
圖 十一:重大事件之風險分析.....	139
圖 十二:21 個案例服務場域變動之分析	144
圖 十三:照顧悲劇的樣態組合.....	146
圖 十四:家庭照顧者身分發展五個階段歷程 資料來源：Montgomery & Kosloski(2012).....	152
圖 十五:不同體系看待家庭照顧者的視角.....	154
圖 十六:高負荷照顧者評估工具的多元角度.....	154

表目錄

表 1:深度訪談資料摘要表.....	24
表 2:焦點團體執行摘要表.....	26
表 3:新聞報導雙亡案件綜合分析.....	33
表 4:新聞雙亡案件樣態.....	37
表 5:殺害被照顧者後，照顧者自殺樣態.....	37
表 6:雙方自殺樣態.....	39
表 7:重大家庭暴力事件研討及策進實施計畫修正之分析表.....	48
表 8:2017~2021 重大事件之案例分析.....	50
表 9:重大事件檢討會議時效分析.....	51
表 10:家庭暴力合併照顧議題案件綜合分析(N=21).....	54
表 11:監察院調查報告與衛生福利部重大事件檢討報告流程之比對分析.....	83
表 12:2018 基隆案之內容分析表.....	89
表 13:2018 基隆案之內容分析表(續).....	90
表 14:2018 基隆案之內容分析表(續).....	91
表 15:2018 基隆案之內容分析表(續).....	93
表 16:2018 基隆案之內容分析表(續).....	94
表 17:2018 基隆案之內容分析表(續).....	95
表 18:自殺防治通報單.....	96
表 19:自殺防治通報單(續).....	97
表 20:長期照顧十年計畫 2.0-長照服務涵蓋率(2022 年統計資料).....	104
表 21:長期照顧對象之高負荷家庭照顧者初篩指標.....	110
表 22:違反長期照顧使用者人權的作法.....	112
表 23:Marczak 分析照顧法實施的改變.....	120
表 24:發現老人受虐的檢查表.....	127
表 25:英國照顧者人權與世界人權宣言之比較.....	133
表 26:加拿大照顧者人權與世界人權宣言之比較.....	133
表 27:我國現有規範與世界人權宣言之比較分析.....	134
表 28:重大事件案例之照顧接受者表意能力之分析.....	145

壹、執行摘要(包括研究目的、研究過程、重要發現、主要建議及政策意涵)

2010 年，罹患帕金森氏症妻子遭 84 歲丈夫拿螺絲起子釘入額頭，王老先生自述「國家害我殺人」，促使社會開始專注照顧悲劇議題(丁牧群、陳家齊, 2011)。中華民國家庭照顧者關懷總會定期觀測 2009 年至 2021 年間的照顧悲劇事件，新聞媒體累積報導 74 起，逐年呈現上升趨勢(如圖一)。初步分析這 74 起照顧悲劇的新聞報導，照顧悲劇分為五種類型，即：照顧者殺害照顧接受者後自殺、照顧者與照顧接受者雙雙自殺，照顧者自殺、照顧接受者殺害照顧者或其他，顯示照顧相關之人權議題亟待關注。

研究目的如下：

1. 爬梳監察院調查案、衛生福利部保護司重大事件檢討報告(以下簡稱重大事件)以及政府統計資料等一系列與長期照顧相關之弒親/自殺事件及其數據，分析其趨勢變化與結構性問題、以及與長期照顧相關政策法規的關聯，比較長照相關法規政策實施前後，對於照顧者及照顧接受者人權的影響，以釐清結構性問題或制度困境所在。

2. 蒐集比較其他高齡(或超高齡)社會國家之照顧悲劇，研究並歸納各國因應改變的制度方向，並融合國際人權規範，對國內相關法規政策(如長期照顧服務法、長照 2.0 計畫等)的推動與執行策略提出建議。

為深入瞭解照顧悲劇、弒親與照顧者自殺事件等議題，瞭解其成因與預防策略，本研究聚焦照顧者已自殺案件，立基於多元研究方法，從環境面與個體面蒐集照顧者死亡之照顧悲劇資料，以其對此類型的案件有更清楚的掌握。研究方法包括；(一)國內外文獻與制度面資料蒐集；(二)照顧悲劇、弒親與照顧者自殺事件案例之比較分析；包括新聞事件分析，以及衛生福利部之「重大家庭暴力事件研討報告」案例分析；(三)11 位家庭暴力防治領域、人權領域、長期照顧服務領域之實務工作者及學者之深度訪談；(四)三梯次，共計四場次的焦點團體，參與人數共計 20 人。

對照本研究分析 21 個案例，顯示「當國家並未給予障礙者足夠支援，使其不能不仰賴照護者」，也就是超過半數的照顧接受者都僅仰賴照顧者，危機就可能發生。立基於在已經國內法化的公約權利上，從照顧者的工作權、健康權、生存權、工作環境權等發現均已受到侵害，應從人權概念預防不幸事件發生，仿效兒童權利公約以追求最佳利益為旨，將照顧者及照顧接受者視為兩個不同主體各有其權利需要維護，從人權

憲章的工作權、休假權、健康權等內容重新定義家庭照顧，將家庭照顧視為工作，且是一種選擇而非義務，並需要政府帶領引導社會大眾以人權視角翻轉照顧權概念，進而更具體要求各部會回應，以改變結構性的照顧問題。

主要結論共有五點；

- (一) 脆弱照顧者 vs 照顧困難度高的照顧接受者之組合，場域改變，以及服務拒絕使用。(1) 脆弱的照顧者：照顧者健康是最值得關注的議題，照顧者本身自承患有精神疾病者共計 11 件，超過半數(52.3%)，分別為憂鬱症 4 件、情緒障礙 2 件、思覺失調症 1 件及疑似精神疾病 4 件；(2) 照顧困難度高的對象：照顧接受者以患失智症比例最高(9 件，42.9%)，其次為患有精神疾病者(6 件，28.5%)，病症包括思覺失調症、自閉症、身心不穩定、強迫症、重度精神疾病等各 1 件；照顧接受本身有自殺意念者為 3 件(14.3%)；因洗腎或糖尿病而頻繁進出醫院共計 2 件(9.5%)。(3) 當事發場域變成「照顧機構」或是「醫院」，或是案發前從照顧機構或醫院返家，目前似乎是尚未被關注的議題。特別是本研究發現多件重大事件發生之前，照顧接受者出現頻繁進出醫院的情況。或是照顧者因睡眠或照顧壓力就醫，顯示照顧者與照顧接受者即使不使用長期照顧服務，但顯然醫療服務是他們唯一會接觸的正式服務，與醫療服務的銜接應是下一階段重點。
- (二) 新聞媒體與政府相關部門對此議題未從兩造人權角度切入。照顧悲劇相關報導涵蓋照顧者殺人後自殺、照顧者自殺、雙方合意自殺、照顧者殺害其他人、照顧接受者殺害照顧者…樣態多元(如圖十三)，但目前僅以「照顧悲劇」概稱之。家庭暴力防治與兒童領域學者立基於過去攜子自殺的案例研究經驗，建議相關單位修正相關名詞，呼籲照顧接受者之獨立生存權不應被剝奪。
- (三) 政府將服務決定權交給照顧接受者與照顧者，但照顧服務選項侷限。「服務建議未被接受」是亟需關注的指標。我國已實施長期照顧 2.0 計畫，但照顧接受者的服務選項侷限於居家與社區式服務，服務費用最昂貴的住宿式服務僅提供每月定額 5,000 元補助，重度失能者的服務選擇仍取決於照顧者付費能力；夜間服務的普及率亦是重點。更關鍵的是，如果「部分補助」即被視為符合權利規範，即使長期照顧服務涵蓋率一再提高，可能導致照顧接受者仍須仰賴照顧者提供的協助為主。再者，CRPD 第 12 條第 2 項，重度且未能與社會互動的身心障礙者之法律能力與知情同意缺乏保障與關注，此次檢視發現案例中超過半數的照顧接受者之意識表達能力不足，照顧者是

其服務主要決策者，而當照顧者拒絕服務時，國家應定期檢視「照顧者」或「照顧接受者」拒絕服務的比例，一方面確認身心障礙者的生存權與社會保障權，另一方面檢視照顧者選擇照顧服務時所遭遇的諸多困難。

- (四) 照顧者的權利依附於照顧接受者評估，家庭照顧者主體性未被看見。參考全世界第一個關注照顧者權利的國家，英國於 2014 年修正通過的，該照顧法案意謂國家為照顧者提供重要的新權利，包括：關注照顧者本身的福祉、依據照顧者的需求進行照顧者需求評估的權利，滿足照顧者符合條件的需求之權利，以及明定地方政府與醫療單位有責任向照顧者提供關於其照顧角色與自身需求相關的訊息與建議，提供照顧者支持服務。比對衛福部〈衛生福利部 109 年度「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」申請獎助作業規定〉與之前 2019 年度的改變，照顧者參與活動之臨時性替代服務被刪除，家庭照顧者僅能使用喘息服務。但使用喘息服務資格係依據照顧接受者的失能等級而定，並非照顧者本身的負荷程度；再者，喘息服務需 16% 自付額，對無薪資所得的全職家庭照顧者，或經濟相對弱勢的照顧者都形成服務使用上的障礙。
- (五) 進行指標性重大事件報告之分析。自第一起家庭照顧者殺人案件發生至今，台灣已經累積近百起事件。監察院與衛生福利部亦已累積為數眾多的重大照顧事件檢討報告。受限於時間、人力與究責等壓力，這些報告提供的資訊相對有限。

主要建議共有五項：

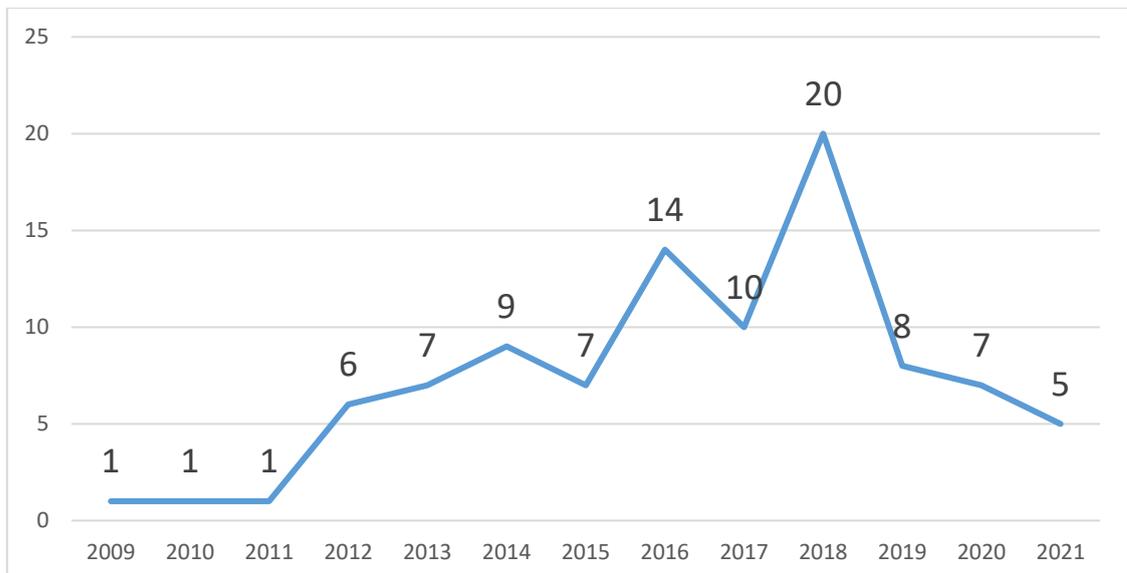
- (一) 建議一：估算我國家庭照顧產值，確認家庭照顧者貢獻
- (二) 建議二：賦予「家庭照顧者」工作權，鼓勵提供「照顧」的家庭成員現身
- (三) 建議三：發展照顧者需求獨立評估與提供專屬的喘息服務
- (四) 建議四：出版照顧人權案例彙編，打造一段有人權意識的照顧關係
- (五) 建議五：提供醫療照顧諮商與家庭照顧安排諮商

貳、研究背景與目的

一、研究背景

2018 年，我國高齡人口比例到達 14%，邁入高齡社會。依據國家發展委員會的推估，2025 年的高齡人口將達 20%，扶老比為 29.4%，不僅進入超高齡社會，亦是全世界老化速度最快的國家之一(Gori, Fernandez, & Witttenberg, 2016)。衛生福利部指出，2015 年全人口中失能人數約有 75.5 萬人，2031 年失能人口將飆升到 120 萬人，其中老人失能率約 15-16%，全人口失能率則將由 3%成長到 5%(衛生福利部, 2021)

2010 年，罹患帕金森氏症妻子遭 84 歲丈夫拿螺絲起子釘入額頭，王老先生自述「國家害我殺人」，促使社會開始專注照顧悲劇議題(丁牧群、陳家齊, 2011)。中華民國家庭照顧者關懷總會定期觀測 2009 年至 2021 年間的照顧悲劇事件，新聞媒體累積報導 74 起，逐年呈現上升趨勢(如圖一)。初步分析這 74 起照顧悲劇的新聞報導，照顧悲劇分為五種類型，即：照顧者殺害照顧接受者後自殺、照顧者與照顧接受者雙雙自殺，照顧者自殺、照顧接受者殺害照顧者或其他，顯示照顧相關之人權議題亟待關注。



資料來源：中華民國家庭照顧者關懷總會，圖示由研究者自行繪製

圖一：2009~2021 年間照顧悲劇發生趨勢圖

媒體報導標題為「擔心將斷炊...殘兒圖殺病父 重判 12 年」,被判 12 年有期徒刑。司法判決書呈現許先生的案例如下。未婚,中度肢障,無業,經濟狀況不佳,經濟主要來源為身心障礙者津貼與哥哥協助。父親因中風與失智症等疾病,長期反覆進出醫院。他獨自照顧生活無法自理的父親十餘年。當時,父再度因病住院,又遇到主管機關重新審核許先生的身心障礙津貼資格,哥哥又表示近期可能有失業風險。許先生當晚與朋友飲用過量酒精後,思及其所面臨的困境,動念與案父共同赴死。夜間在醫院照顧父親時,拿枕頭嘗試悶死父親,因醫護人員制止而停手,醫護人員將父移至他處。但許先生卻因情緒難平,前往父親所在處再次試圖悶死,又被護理人員發現制止並報案。我們看見身心障礙者承擔照顧者角色,主要壓力源除了照顧接受者的疾病與失能之外,本身社會保障的不確定性與哥哥的失業風險都是壓力來源,這些面向相互交織,壓力累積性效應必須被審慎關注(陳正芬, 方秀如, & 王彥雯, 2021)。

媒體報導「觀音老翁命案翻盤 稱夫久病厭世 妻狂砍 14 刀了結」。比對各家媒體報導,陶奶奶本身有多重病症與失智症,與丈夫與子女同住。當丈夫亦患失智症後且有走失紀錄,子女們就不許陶爺爺再騎車載陶奶奶外出。案發前兩年,陶爺爺因中風後反覆入院且生活無法自理後,陶奶奶從「照顧接受者」轉變為「照顧者」,獨自照顧陶爺爺。但陶奶奶因不堪照顧負荷且身心俱疲的狀態下,在子女白日外出工作時,持刀砍殺丈夫 14 刀致死。照顧者與照顧接受者角色互換後的悲劇如何預防,這些照顧關係的複雜性與動態如何可以被國家看見,提供及時且必要的支持。如 Kittay (1999) 以希臘文 *doulia* 的概念,指稱維持照顧提供與接受所需要的服務:「如同我們生存與良好成長需要照顧,我們需要提供其他人(涵蓋從事照顧工作者)條件,允許他們能接受到生存及所需要的照顧。」我們身處相互依賴的社會網絡,實有必要為需要照顧的人和照顧工作連結更寬廣的支持(Liang, 2018)。

又如施奶奶長期照顧需洗腎的先生,自閉症的孫子常返家居住,卻因問題行為遽增而加重施奶奶的照顧負荷。在家中持榔頭敲丈夫頭部致死後,打電話向警方自首。當照顧者殺害照顧接受者後,法官主要依刑法第 271 條第 1 項:「殺人者,處死刑、無期徒刑或十年以上有期徒刑。」量刑依據主要有五:自首、犯罪當事人的精神狀況與年齡、其情可憫,以及被害人家屬的原諒。然而,當法官詢問家屬時,家屬關係的三位一

體，互為家人，又是被害人家屬，也是加害人家屬，除了原諒也難有其他選擇¹，亦是目前修復式司法尚未看見與未解的困境。

立基於聯合國《世界人權宣言》第 3 條，人人有權享有生命、自由與人身安全。然而，近年來陸續發生多起因長期照顧家中身心失能者而導致弑親/自殺事件，顯示國家對於身心障礙者及其照顧者的支持需要進一步論述與強化。《經濟社會文化權利國際公約》第 9 與 12 條規定，各國應保障人人平等享有社會保障與身心健康的權利；另在第 19 號一般性意見中強調，社會保障的權利對於所有人的人類尊嚴的確保極為重要；各國必須盡最大能力採取有效措施，並定期做出必要的修訂，在沒有歧視的情況下充分實現所有人的社會保障的權利。《消除對婦女一切形式歧視公約》（及第 27 號一般性建議）、《身心障礙者權利公約》則分別提醒，應向高齡婦女、障礙者及其家庭照顧者提供具性別及年齡敏感度之適當協助與支持。2002 年《馬德里國際高齡行動計畫》第 101 段及 105 段亦指出，除提供老年人各類照顧和服務外，也應透過各種管道幫助及支持照顧者。

各人權公約關注的對象不同，但生命權應是最基礎的社會保障。立基於我國《憲法》第 15 條明文保障人民之生存權；第 155 條規定，「人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟」。《長期照顧服務法》於 2015 年在立法院三讀通過，照顧接受者與照顧者皆是服務對象；第 9 條定義的長期照顧服務提供方式，不僅涵蓋原有的居家式、社區式與機構住宿式，「家庭照顧者支持服務」亦被列入。第 13 條明確列出各項家庭照顧支持服務。意謂這部法不只應關注照顧接受者，照顧者需求亦應被看見與保障。身心障礙者權利公約前言明確指出，深信家庭是自然與基本之社會團體單元，有權獲得國家與社會的保障，身心障礙者及其家庭成員應獲得必要之保障及協助，使家庭能夠為身心障礙者充分及平等地享有其權利做出貢獻。然而，家庭照顧者為何會選擇殺害照顧接受者或自殺方式，是急需探討的關鍵議題。立基於對照顧悲劇的關注起點，如何讓照顧接受者的生命權不被剝奪，照顧者自己不因照顧負荷終止自己生命，實有研究之必要。身心障礙者權利公約第十條生命權，重申人人享有固有的生命權，並應採取所有必要措施，確保身心障礙者在與其他人平等基礎上

¹ 此為研究者進行科技部計畫「照顧者的求救訊號？照顧悲劇的建制民族誌分析」的法庭觀察筆記。

確實享有生命權。

檢視過去照顧悲劇，照顧者殺害照顧接受者後自殺、照顧者與照顧接受者雙雙自殺，照顧者自殺、照顧接受者殺害照顧者或其他事件，與過去媒體報導「攜子自殺」類似，當照顧接受者沒有表達想死的意願，照顧者擅自決定其生命，乃是剝奪照顧接受者的基本生存權(游秀貞 & 楊曉雯, 2014)。又如陳全信 and 林金定 (2004)以臺灣電子媒體報導資料分析，探討加害智能障礙親人之自殺個案，引用臺灣人權報告提醒，保障身心障礙者之生存權是當前公共政策應重視的課題，主張防治智能障礙者的主要照顧者的自殺行動是防治智能障礙者自殺事件的直接方法。參照之前內政部兒童局委託學者進行的兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究，蒐集國內外導致兒虐致死及攜子自殺的個體與環境風險因素，據以建構防治事件發生之專業合作模式是事前預防的必要策略(劉淑瓊 & 彭淑華, 2008)。綜上，本研究期待透過老老殺害與成年子女殺害失能父母等案件的分析，提供長期照顧及相關政策檢討方向，讓每一次家庭與正式服務體系接觸互動的經驗都是獲得支持，而非挫折與被排除。

二、研究目的

1. 爬梳監察院調查案、衛生福利部保護司重大事件檢討報告(以下簡稱重大事件)以及政府統計資料等一系列與長期照顧相關之弑親/自殺事件及其數據，分析其趨勢變化與結構性問題、以及與長期照顧相關政策法規的關聯，比較長照相關法規政策實施前後，對於照顧者及照顧接受者人權的影響，以釐清結構性問題或制度困境所在。
2. 蒐集比較其他高齡(或超高齡)社會國家之照顧悲劇，研究並歸納各國因應改變的制度方向，並融合國際人權規範，對國內相關法規政策(如長期照顧服務法、長照 2.0 計畫等)的推動與執行策略提出建議。

誠如高涌誠 (2020)所述，人權委員職權不同於監察委員職權，人權會應該與政府、非政府組織 (NGOs) 或民間團體建立合作關係，透過適當機制有效的彌平個人權利與國家責任之間的「保障缺口 (protection gap)」。人權會須在各層面進行人權教育，以促進改變社會錮舊觀念、態度和作為，激發人民的人權意識，另一方面，人權會亦應向國

家之相關單位提出建議，促使各機關積極履行在國際上和國內的人權承諾，降低失能者在非自由意志下被照顧者剝奪生存權利的事件，亦讓照顧者人權可以被看見與保障。

參、相關研究文獻回顧

一、檢視非正式與正式照顧體系在長期照顧領域之關係及其轉變

依據 Kane & Kane(1987)對其長期照顧的定義：指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供長期性的醫療、護理、身體與社會支持的照顧；目的為促進或維持照顧接受者身體功能，提升獨立自主的正常生活能力。然而，照顧接受者的身體狀況隨年齡或疾病改變，非正式與正式照顧體系各自的功能角色亦依失能者需求而改變。

非正式照顧與正式照顧兩者屬性不同，非正式團體的結合係立基於出生、婚姻或友情，故重視愛和責任；正式組織依循科層制運作，強調其成員以技術性知識提供服務，兩者之間有明顯差別(Silverstein & Litwak, 1993)。現有經驗性和理論性的照顧研究資料顯示，照顧提供工作已被二元論方法區隔，在家裡或家庭中私底下執行的無酬工作，稱之為「非正式照顧」，政府或照顧機構執行的有酬工作則以「正式照顧」稱之。

Finch 與 Groves (1983) 將「照顧」定義為一種「愛的勞動」(labour of love)，情感與勞動是照顧概念中不可或缺的元素。「照顧」是一種滿足他人需求的活動，提供照顧是個人、家庭與所屬社區的重要連結 (Barrett, Hale, and Butler, 2013)。照顧研究將照顧關係中的角色區分為照顧者 (caregiver) 以及照顧接受者 (care receiver) 二元角色，「讓照顧接受者生理需求獲得滿足，確保他們的生命得維繫是照顧者最核心的工作內容。有鑑於照顧接受者生理需求的出現是依據生物時間，未分晝夜，照顧者必須因應照顧需求者的生物時間之生理需求而調整自己作息；例如中斷睡眠來察看照顧者狀況。Kittay(1999:51-53)將這種照顧者事先想到照顧接受者的需要，且時間把其可能的需要擺在自己需要之前狀況，稱為「被他人需要穿越的自我」²。這種自我狀態讓照顧者承受極高的精神壓力，顯示照顧是一項既耗時又費神的高密度勞動(洪惠芬 et al., 2012)

² Kittay(1999:51-53) 提出這「被他人需要穿越的自我」(transparent self) 雖是由母職發展此一概念，但她為將此概念侷限在新生兒母親。她強調：只要站在「照顧者位置」，面對極端脆弱的照顧接受者，其都會將自身利益「暫時」擺在照顧接受者的需求之後(洪惠芬, 廖美蓮, & 謝玉玲, 2012)。

陳正芬(2009) 以貫時性資料，從居住安排與社會支持體系分析臺灣失能老人之 ADL 與 IADL 的未滿足需求，發現老人僅有工具性日常生活照顧需求 (IADL) 時，多僅由家庭成員協助。但當老人的照顧需求隨失能程度增加時，非單一家庭照顧者即可滿足失能老人的照顧需求。針對兩老同住，或是有子女同住，但照顧需求仍未能滿足者，適切的社區及居家服務提供必要的支持，維持國家與家庭照顧責任之平衡，乃是我國長期照顧政策規劃時必須面對的主要課題。

二、家庭照顧者使用支持服務的選擇及經驗

依據全球照顧者聯盟組織(International Alliance of Carer Organizations, IACO)(2020) 對照顧者的定義，接受照顧的一方在極大程度上需要依賴照顧者的照顧，每週提供最少 40 個小時或以上的照顧，就符合被稱為「照顧者」的資格。回顧已實施照顧者支持服務的國家相關方案，可歸納為三類：一是服務性支持措施(含喘息照顧服務及心理暨教育性支持方案)；二是就業支持措施；三是經濟性支持(呂寶靜, 2005)。近來之所以將照顧者視為需要的案主，係因照顧對照顧者身體、心理與就業的影響逐漸被關注，有必要透過各項支持服務來降低照顧對照顧者生活的負面作用影響。英國於 1995 年訂定「照顧者(認可和服務)法案」(Cares (Recognition & Services) Act)，美國於 2000 年通過家庭照顧者支持方案(National Family Caregiver Support Program, NFCSP)，越來越多國家為照顧者提供資訊與支持，個人諮詢、支持團體、訓練、居家或機構喘息服務等(Doty, 2010; Hong, Hascche, & Lee, 2011)。

即使國家發展諸多照顧者支持服務，許多照顧者仍因服務障礙因素(例如可及性(availability)、可近性(accessibility)、可負擔性(affordability)與覺察(awareness))而尚未開始使用服務(Jacobs, Xie, Reily, Hughes, & Challis, 2009)。Hong 等人(2011)以美國 2004 年長期照顧調查(National Long-Term Care Survey, NLTC)與附屬的照顧者資料庫(Informal Caregiver Survey, ICS)為分析資料，探討 1,908 對照顧接受者與照顧者在服務使用過程中遭遇的障礙類型。不知道有該項服務(19%)是最常出現的障礙，其次是沒有想過自己需要使用該項服務(10%)，依序為服務的可近性(8%)與可負擔性(7%)等(Hong et al., 2011)。另一方面，照顧者本身對自身使用服務意識的缺乏，以及從未想過尋求服務，固然是照顧者未使用支持服務低原因，然而，解方除了提升照顧者自我

意識以及拓展照顧支持中心之外，各項照顧支持服務的可獲得性、可近性與可負擔性仍是主要影響照顧者服務使用行為的三個關鍵。Arksey and Glendinning (2007)提醒，沒有能力接觸照顧者支持資訊者，特別是網絡資訊(online)，往往是照顧者中相對更弱勢的群族。再者，即使他們知道服務，亦可能因缺乏對照顧支持服務品質的判斷能力或經濟狀況而未選擇使用服務。

參考法界對於醫療責任的相關討論，告知說明義務是一複雜且引發熱烈討論的議題。在產品責任領域，只要違反法律上課予之告知義務，通常即認定需對行為所生之一切損害負責。學者 Joseph King 提出之「機會喪失理論」(Loss-of-a-Chance Doctrine)，主張在醫療過失案件，醫師因過失未診斷發現業已存在之疾病，致該疾病繼續惡化而使患者死亡時，醫師之行為導致既存條件繼續發展、惡化或加速損害發生，原告自得請求存活機會喪失所生之損害；換言之，當醫師因違反或未盡告知義務，而使一真實且重要得機會喪失(例如存活機會下降)並造成最終損害(例如死亡時)，即應予以賠償(黃鳳岐, 2019)。醫療領域實務運作上，對因果關係採取審慎認定，是為避免過份加重醫師責任，形成醫病關係緊張對立。但強調主要目的是為尊重人性尊嚴及多元文化價值，提供病人充分訊息得以自主判斷之機會，進而避免病患喪失「防止最終損害發生」的機會(許曉芬, 2012)。陳聰富 (2002)探討機會喪失之損害賠償時，進一步立基於期待權論述。所謂期待權受害，係因病患斷於享有接受符合醫療水準之醫療具有期待權，如未能接受符合醫療水準之醫療，即為對病患期待權之侵害。但此項期待，是否應賦予權利之性質，而受法律之保護，尚有疑慮。

對應長期照顧服務的發展，尚未如一般產品或醫療服務對於告知說明義務的確認。前述施奶奶長期照顧需洗腎的先生，因疲累而想申請送餐服務等支持協助，但即使本身曾為小學教師，卻不知長期照顧服務之申請程序；辯護律師在法庭上出示施奶奶過去三年在醫院簽署的 45 次醫療同意書，但其訊息卻僅侷限於照顧接受者醫療訊息，未能立基於照顧者需求提供其所需的支持服務訊息。身心障礙者權利公約前言提及，深信家庭是自然與基本的社會團體單元，有權獲得社會與國家之保障，身心障礙者及其家庭成員應獲得必要之保障及協助，促使家庭能夠為身心障礙者充分及平等地享有權利作出貢獻。2002 年《馬德里國際高齡行動計畫》第 101 段及 105 段亦指出，除提供老年人各類照顧和服務外，也應透過各種管道幫助及支持照顧者，具體策略之一就是

透過培訓、訊息、心理、經濟、社會和立法機制支持照顧者。有鑑於社會服務、醫療與照顧服務等訊息的多元、複雜與交織性，究竟誰可以扮演告知說明者，告知說明義務的履行程度應如何界定？立基於生命權的保障，提供身心障礙者/失能者或其照顧者充分訊息得以自主判斷之機會，進而避免個體喪失「防止最終損害發生」的機會，可能是預防照顧者耗竭的可能的社會處方。

回顧國內社會福利相關法規，法定通報義務人都是立基於照顧接受者的需求與利益，未從家庭照顧者的需求提供必要的支持與協助出發。我國立法院已於 2009 年通過「聯合國公民與政治權利公約及經濟社會文化權利國際公約之施行法」，對象包括中華民國各式各樣的基本人權。但「有無人權」及「人權如何實踐」兩個面向如何落實仍是議題。特別是目前各項長期照顧服務的評估對象以照顧接受者為主，且以照顧服務提供為主，對於照顧接受者行使人權公約內容有所差異(李秉宏, 2017)。當照顧接受者的生存權全然仰賴照顧者時，如何即時覺察照顧者的身體與心理負荷，提供照顧者與照顧接受者必要的訊息與服務，應是照顧雙方人權保障落實的第一步(陳正芬 & 方秀如, 2021)。

臺灣雖是亞洲第一個在全國各地普設家庭照顧者支持據點的國家。然而，內政部舉辦的孝行獎，其目的是表揚長期照顧且負荷大的家庭成員，例如 101 年孝行得獎者報導如下：「母親無數次的在鬼門關徘徊，抽痰、拍背、擦拭，隔 4 小時的餵食工作，佔據了她的生活，十幾年來的照料知識比醫護人員更專業，她不敢出門，視線不敢離開母親，那怕一閃失，痰噎到了，母親就走了」，肯定照顧者寸步不離與犧牲自我；然而，衛福部推動的長照 2.0，政府補助額度高達 84%，家庭自付額度為 16%，長照專線 1966 宣傳語：「照顧家人你累了嗎？讓喘息服務幫你減輕壓力。」，鼓勵照顧者申請喘息服務舒緩負荷，但兩個部會的訊息矛盾且衝突。再者，衛福部傳遞的訊息是「喘息是當你有困難時的一種服務」，喘息服務似乎被詮釋為危機導向的策略，是身體或情緒耗竭時在使用的服務，對於照顧者壓力的舒緩成效有待分析(陳正芬 & 方秀如, 2021)。

四、照顧者殺人相關研究回顧

過去，老年殺人犯在美國與英國十分少見，發生率大約佔 1%至 4%，殺人動機的相關研究相對較少。隨著 65 歲以上老年殺人犯的人數的攀升，「灰色謀殺」(gray murder)

現象開始受到關注，Abrams, Andrew, Tardiff, Marzuk, and Sutherland (2007)分析紐約市 1990 年至 1998 年間，11,850 件謀殺案，分析老人（65 歲以上）與非老人（18-64 歲）殺人事件的受害者之性別、種族/族群、致死因素、死亡地點、以及藥物或物質使用。發現老年受害者多為女性、白人，以及在自家遭到傷害，呼籲醫療人員、社會工作者、成人保護服務工作者需對此類犯罪增加年齡敏感度。Abrams 等人提醒，丈夫與兒子是最常見的照顧者謀殺類型，過去多無家暴記錄，呼籲政府相關單位應重視對男性照顧者的支持服務，盡可能降低男性照顧者社會孤立的處境。

看到老年親密伴侶的殺人與自殺（Later life intimate partner homicide-suicide, LPHS）在近二十年在家庭暴力領域快速增加趨勢，但卻又因”自殺感染”（suicide contagion）效應，殺人者犯案後自殺，導致無法回溯調查影響因素，以及現有研究樣本小，侷限部分地區的限制，Salari (2007)採用內容分析法，資料來源為報紙、電視、警方記錄與訃文，分析 1999 年至 2005 年間 60 歲以上 225 起殺人-自殺（murder-suicide）事件。研究結果指出，雖然 225 起案例中，101 起個案健康狀況並無問題，但有 7.5%受害者有失智傾向，34%受害者生病，以及 36%的伴侶雙方都有健康問題；值得關注的事，七個案例的伴侶在事件發生前都曾住院。一位殺害自己妻子的丈夫表示自己陪伴妻子頻繁往返醫院的歷程中筋疲力竭，希望一切都早點結束。再者，家是最常發生事件的地點，顯示家對老年人來說不完全是安全處所，受害者最常被殺害的地方是臥室，這也顯示受害者與犯罪者間親密的關係。該研究指出，當照顧接受者生病或失智時，老年男性照顧者可能相對較無能力回應照顧接受者的需求，但即使不堪負荷，也很少嘗試聯繫護理之家、居家服務、居家護理等正式服務，結果導致因絕望而謀殺與自殺。Salari (2007)建議盡快發展與推動及早發現與預防策略是當務之急。

有鑑於大多數 65 歲殺人案件的發生地點都在家戶內，Bourget, Pierre, and Whitehurst (2010)以加拿大的 Quebec 省，1992 年至 2007 年這 15 年間，65 歲以上，27 件家庭暴力致死案件為研究。結果指出，被害人主要為女性（24 件，89%），年齡介於 12 歲至 82 歲之間，平均年齡 62.4 歲，23 位（85%）受害者與殺人者間為配偶關係。犯案者中，25 位（93%）是男性，年齡介於 65 歲至 81 歲之間，平均年齡 71.2 歲。27 件案例中，12 件（70%）沒有家庭暴力紀錄。查詢殺人者在案發前的身體與心理健康狀況，10 位（90%）殺人者有醫療方面的問題。多數案件（19/27; 70%）顯示照顧者

有殺人-自殺意圖，19位當中的13位（68%）自殺成功，且都是男性，其中一位男性自殺前殺害兩位受害者。該研究指出，男性配偶照顧生病的妻子是高風險因素，配偶照顧者罹患憂鬱症的風險相對較高。該研究呼籲配偶照顧者的是家庭暴力致死案件的高風險因素，提醒醫護人員需要對於老年伴侶相互照顧的狀況更多關注。Bell and McBride (2010)評論 Bourget et al. (2010)等人的研究，認為無家庭暴力記錄，被害人有多疾病問題，出現較多照顧需求，乃是風險因素。(Foley, 1991; Hendin, 1999)提醒，妥善治療或管理有自殺意念老人或癌末病患的疼痛或憂鬱症狀，死意就會降低或消失。老年照顧的自殺預防組織（Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, PROSPECT）建議發展可識別自殺意念者並提供其有效的降低風險支持方案。

近年積極投入照顧者殺人議題的學者們(O'Dwyer, Moyle, Taylor, Creese, & Zimmer-Gembeck, 2016)，先前研究是以照顧失智症，且有自殺意念的照顧者為對象。開啟他們投入照顧者殺人-自殺議題的契機，是來自一張未署名紙條。有位照顧者寫了張紙條給研究團隊：「你問我是否想過自殺？但你為何不問我，有沒有想過要殺害照顧接受者？」這張紙條讓團隊反思，與回顧相關研究，發現老年配偶殺人-自殺案件中，40%行兇者是長期照顧生病或失能照顧者，且其中10%的受害者為失智症患者(Salari, 2007)。他們彙整重大致死的家庭暴力案件，發現幾個重點：(1) 65歲以上犯罪老人家庭暴力致死率者常以自殺告終；(2) 超過70%的老年殺人-自殺者的初始動機是自殺，促使一些研究者開始關注照顧者的殺人意念(Bell & McBride, 2010; Bourget et al., 2010; O'Dwyer, Moyle, & Wyk, 2013)。殺人意念不必然等同殺人行動，但照顧者領域應該開始關注此一議題，保障照顧接受者與照顧者雙方人權。

O'Dwyer, Moyle, Taylor, et al. (2016)等人訪談澳洲21位照顧失智症且曾有殺害照顧接受者意念的照顧者。21名受訪者當中，二名表明曾企圖殺害照顧接受者，四位消極表達自己期望照顧接受者主動死亡的期待，四位自承自己曾在身體上或語言上虐待照顧接受者。值得關注的是，在訪談之前，只有一位照顧者曾經向他人揭露過這些經驗。研究結論呼籲，照顧失智症者出現殺人意念是一個真實且需持續關注的議題。訪談中的兩位女性照顧者表示，殺人動機與照顧過程中身體與心理的耗竭相關，但她們又無法接受罹患失智症的照顧接受者入住住宿式機構。多數照顧者不知道其他人跟他們有類似處境。他們自承殺人或自殺是來自一連串的問題，包括沮喪，缺乏支持，以及那

種照顧者角色永無止境的無助感受，罪惡感有時候來自希望照顧接受者快點死去的意念。一位照顧失智症的照顧者自我揭露吐露：「我不是一定要殺人，但希望她可以生病以及死掉……有時我想我只是希望她能摔下樓梯，我知道。我們才剛度假回來，其他家庭成員也有照顧……但那真的都只有一點點…好吧，如果在這期間發生了可怕的事情，她走了，這真是令人欣慰。」另一方面，亦有受訪的照顧者深深自責且坦承曾有虐待紀錄。研究顯示照顧者的殺人意念是個真實且需要進一步深入關注的議題，殺人意念與安樂死、虐待等議題相互交織。最後，O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck, and Leo (2016) 的研究提醒，表達主動殺人意念與期望照顧接受者死亡者皆為女性照顧者。但這與真正事實並不一致，高齡者犯下的殺人-自殺的案例多為男性，此與 Eliason (2009) 研究發現一致。顯示有必要對不同性別的照顧者提供差異化的支持性服務。再者，有鑑於家戶的隱密性，如何讓照顧者對自我負荷有更多自覺，針對過去無家庭暴力紀錄提供協助，應思考跨單位的網絡合作可行性。

Liabo 與 O'Dwyer 等學者有鑑於現有研究缺乏對家庭照顧者自殺、殺人與自我傷害的研究，認為若無照顧者的參與，可能會欠缺或忽略某些關鍵變項。其研究第一線的照顧者，以匿名方式參與研究，共同發表此一評論報告(Anonymous Members of Peninsula Involvement Group, Liabo, & O'Dwyer, 2019)。該報告的建議主要有三：第一，預防優先：許多照顧者確實曾出現自殺、殺人與自傷意念的經驗，照顧者的心理健康議題顯然需要更多關注。但關注不僅是在照顧旅程開始之前，亦需持續追蹤後續出現自殺、殺人與自傷意念的風險因素；(2) 以社群 (village) 為單位：目前既存研究多以個別照顧者為研究對象，但真正的照顧很少是由單一個人提供。我們需要對事件的直系與其他家庭成員、朋友及鄰居更多瞭解，特別是當中有些人親眼目睹事件的發生，事件的漣漪效應必須被關注。(3) 一個巴掌拍不響：照顧者與照顧接受者相互關連。但現有對照顧者自殺、殺人與自傷意念的研究，都缺乏照顧接受者的詳細資訊。

Cohen (2019) 回顧近年關於照顧者殺人的研究，提醒照顧者殺人事件的剖析需下列四個必要條件來解析：一、照顧者本身自覺與社會上其他人隔離，受困於自己的照顧者角色；二、照顧者本身的心理與健康狀況影響其認知與情緒，加劇自我的社會孤立感；三、照顧者的憂鬱症狀之嚴重性未被發現與治療，致使其他家庭成員、朋友、醫療與長期照顧專業人員未能及時關注；四、照顧者取得槍枝或其他致命工具的可及性較

高時，風險也會提升。如果可針對上述要素進行關注，應有可能降低照顧者負荷與殺人事件的發生。

肆、研究方法

一、過去相關研究之回顧

依據陳正芬 et al. (2021)立基於 2009 年至 2018 年間新聞報導的 74 件照顧悲劇之分析，進入司法資料庫，且搜尋到的 21 件司法資料庫案例，其關係類型如下，成年子女比例最高（8 位，38.1%），依序為配偶（5 位，23.8%）、手足（4 位，19.1%）與父母（3 位，14.3%），其他（1 位，4.7%）。惟司法判決立基於事件發生「當下」，聚焦於對加害人的精神狀況與案件發生情境的討論，檢察官起訴著重於蒐集犯罪證據以利起訴審理，而非聚焦於事發當下的危機評估。照顧者與照顧接受者在案發前的互動與脈絡僅能從律師辯護內容稍加得知，對於長期照顧服務或社會服務等支持服務的申請與使用狀況瞭解有限。

再者，比對新聞資料庫與司法資料庫之間案件的落差，可發現近三分之二的案例是照顧接受者或照顧者皆已死亡案件。殺人者犯案後自殺，導致無法回溯調查影響因素，也不會進入司法資料庫，照顧者死亡的狀況通常減低了相關單位蒐集案件資訊的動機。

據此，要深入瞭解照顧悲劇、弑親與照顧者自殺事件等議題，瞭解其成因與預防策略，亟需下列條件支持：（一）公部門資訊的釋出與彙整；（二）運用多元研究方法：有鑑於單一研究方法取得方式與內容之限制，為拼貼最接近事實的真相，需採取多元資蒐集策略。

二、本研究之研究設計

為深入瞭解照顧悲劇、弑親與照顧者自殺事件等議題，瞭解其成因與預防策略，本研究聚焦照顧者已自殺案件，立基於多元研究方法，從環境面與個體面蒐集照顧者死亡之照顧悲劇資料，以其對此類型的案件有更清楚的掌握，提供委託單位後續提出政策建議或推廣人權教育之基礎。

（一）國內外文獻與制度面資料蒐集

有鑑於現今臺灣在照顧悲劇、弑親與照顧者自殺事件等議題的研究與論述仍相當有限，本研究將多元蒐集其他國家相關學術、實務與政策報告。依據上述文獻回顧，初步將以鄰近國情相近，2006年提出預防老人虐待及照顧者支持法的日本，以及第一個針對照顧者權益立法的英國，瞭解這兩國當初立法脈絡，對照臺灣制度現況與文化社會背景加以轉譯，做為國內法律或政策修訂之參考。

(二) 照顧悲劇、弑親與照顧者自殺事件案例之比較分析

本研究主題挑戰性極高，處於探索階段。即使長期照顧各項服務陸續發展，長期照顧服務的使用與否涉及照顧者與照顧接受者之間的互動、溝通、長照服務的可近性、可及性、可接受性及可負擔性等多重因素。本研究採行的主要研究方法如下：

1. 次級資料分析-新聞事件

本研究資料來自中華民國家庭照顧者關懷總會定期蒐集的新聞資料。中華民國家庭照顧者關懷總會是全國第一個以「家庭照顧者」為對象的社會倡議型非營利組織(陳正芬, 2018)。有鑑於照顧者殺人事件的發生，2009年起以「照顧」、「長照」、「照顧悲劇」、「老人」或「身障」作為關鍵字，定期搜尋『長期照顧悲劇』的相關新聞報導。目前已將2009年至今的案例提供於官網，研究計畫主持人連繫後獲得分析同意。

但實際上透過新聞連結點選進入之後，發現新聞報導刊登一段時間後會下架，完整內容仍需以人工方式檢索方式，逐篇到報導媒體資料庫中下載分析。後續將呈現下載資料的分析結果。

2. 次級資料分析-「重大家庭暴力事件研討報告」

依據研究者初步瞭解，衛生福利部保護服務司於2011年訂頒的「重大家庭暴力事件研討及策進實施計畫」，其目的是「針對成年家庭暴力引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，定義的三項重大家庭暴力事件：(一)符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或傷害致死案件且曾有通報記錄者；(二)社會矚目之家庭暴力新聞事件；(三)個案服務流程或網絡有檢討必要者(衛生福利部保護服務司, 2011)，不僅包括進入司法的案件，即使相對人過世，亦會列入檢討報告。地方政府需在知悉符合上述條件者，在事件發生

後的一個月內由秘書長以上層級，邀集專家學者及網絡成員召開檢討會議，並在開完會後 15 日內將檢討報告提報主管機關衛生福利部。對於重大成人保護事件之分析，應有助於分析案件趨勢變化與及結構性問題，以及與長期照顧政策法規的關連。

但依據上述規定，地方政府必須在事件發生一個月內就提出檢討報告，時間相對緊迫，照顧接受者與照顧者的資料的完整性可能不夠周延，建議藉由此次機會，針對 2017 年之後的事件，選定個案後進行次級資料分析。

本研究主要針對 2017 年後，各縣市提報「重大成人保護事件」資料進行分析，特別針對照顧者已死亡案件，蒐集與閱讀個案檔案，針對資料不夠完整之處，請保護司協助發文給相關單位，分析事發之前，照顧者與照顧接受者：(1)案件發生前，是否曾有家庭暴力通報紀錄？(2)長期照顧服務申請與使用情況；(3)社會福利服務申請狀況；(4)就醫狀況（照顧者的精神狀況鑑定或就醫就藥）³，以及(5)自殺意念等。研究團隊再以前述文獻探討及次級資料所獲的知識與資訊作為分析架構，拼湊與描繪個案案件的整體圖像，再據此擬定焦點團體或深度訪談的主題。

3.深度訪談

本研究共訪談 11 位受訪者，訪談背景、日期與形式如表 1。

表 1:深度訪談資料摘要表

受訪者編號	受訪日期	時間	訪談者背景
D-1	2022.3.12	10:30-12:30	家庭暴力防治體系之地方主管
D-2	2022.5.13	郵件訪談	老人保護領域之學者
D-3	2022.5.16	09:30-11:30	長期照顧相關領域服務組織之主管
D-4	2022.7.6	10:00-12:00	長期照顧相關領域服務組織之主管
D-5	2022.7.8	14:00-16:00	長期照顧相關領域服務組織之主管
D-6	2022.7.12	09:30-11:30	家庭暴力領域之學者
D-7	2022.7.21	14:00-16:00	南部縣市政府之長期照顧體系主管
D-8	2022.7.25	14:30-16:30	醫院醫師/重大案件檢討會議之委員
D-9	2022.7.28	14:00-16:00	兒童保護體系之學者

³ 精神障礙者或曾至精神科就診者擔任照顧者比例值得關注，依據陳正芬等（2021）研究，21 件照顧悲劇司法案件中，9 位有精神疾病（42.9%），其中 5 位記載在案發前有穩定就醫（23.8%），2 位未穩定就醫（9.5%）。另一方面，即使未確診有精神疾病，但判決書提及照顧者具憂鬱傾向有 3 件（14.3%）。

D-10	2022.8.2	10:00-12:00	長期照顧管理中心之主管
D-11	2022.10.19	09:30-11:30	人權領域之學者

4.焦點團體

為瞭解整體社會福利政策與長期照顧政策服務輸送層面對照顧者及照顧接受者的影響，以及針對照顧悲劇、弑親與照顧者自殺事件等議題之改進建議，本研究的焦點團體將採三階段進行：

第一階段擬邀請機構場域曾發生案件，或案發前使用正式服務案例，邀請公部門、直接服務提供單位及個案管理單位等三個關鍵知情者，就案例與服務現況相互激盪討論。例如日本將老老照顧，但未使用長期照顧保險服務者列為高關懷對象，持續訪視照顧接受者與照顧者雙方狀況，直至照顧接受者在不依賴照顧者狀況下，可在長照服務介入狀況下獨立生活，這亦是日本長期照顧保險的理念(Hayashi, 2016)；但在臺灣，成年子女殺害失能父母比例高於老老照顧，如何納入本土經驗與國際比較，據以提出政策修訂或實務運作之具體建議，為本研究之目標。

第二階段，規劃依據前述關鍵知情者之焦點團體的經驗彙整，邀請中央跨單位的焦點團體，例如衛生福利部之長期照護司、保護司與資訊處等單位之間資料共享機制之建立，研議將高危機的照顧接受者與照顧者透過資料治理，當照顧者或照顧接受者狀況變動時，得以視覺化方式對個案管理人員提出示警，討論預警系統之可能性與必要性。

第三階段，有鑑於目前長期照顧服務相關規定，照顧者使用服務的權利附屬於照顧接受者之長期照顧資格認定，尚未針對照顧者單獨立法。依據衛生福利部長期照護司之照顧管理專員運用的長期照顧評估量表，內容除評定服務對象之失能等級，亦包括「主要照顧者負荷」的評估。但主要照顧者常與主要聯絡人相互混淆，定義有待釐清。除照管中心外，長照司委託中華民國家庭照顧者總會辦理的家庭照顧者據點，亦有「初篩」指標，協助各領域的專業人員能快速判斷與轉介有需求的家庭照顧者，同時具有對社會大眾宣導教育之用。家照據點接到求助的家庭照顧者、單位內部或單位外部

轉介後，再運用負荷量表 評估家庭照顧者負荷提供所需的服務(陳景寧, 2019)。如何讓照顧者可以在政策中現身，舒緩照顧者主觀與客觀負荷，如邀請熟悉聯合國核心人權公約的學者專家與民間團體，立基於經濟社會文化權利國際公約、消除對婦女一切形式歧視公約、身心障礙者權利公約等，以及文件（聯合國老年人原則、馬德里國際高齡行動計畫等）、或區域性人權公約（如美洲保障老年人人權公約）等，對國內相關法規政策（如長期照顧服務法、長照 2.0 計畫等）提出建議。

一共三梯次，共計四場焦點團體舉辦時間以及參與者背景請見表 2。

表 2: 焦點團體執行摘要表

焦點團體場次	舉行日期	時間	訪談者人數及背景
F-1-1	2022.7.26	13:30-16:30	機構場域曾發生案件，或案發前使用正式服務案例之相關單位服務人員，共計 3 人
F-1-2	2022.8.4	13:30-16:30	機構場域曾發生案件，或案發前使用正式服務案例之相關單位服務人員，共計 2 ⁴ 人
F-2	2022.8.26	14:00-17:00	衛生福利部相關單位之主管或代表，共計 11 人
F-3	2022.10.21	09:30-12:30	人權領域之專家學者共計 4 人

三、申請國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理會審查並獲通過

本計畫獲委託，簽約完成後就開始進行研究倫理審查相關資料。已於 2022 年 1 月 3 日送件。之所以耗費較多時間準備，係因審查需要文件眾多，包括三次焦點團體提綱與深度訪談大綱。事實上，這些準備其實有助於後續研究規劃，以及本研究團隊與委託單位的溝通。三次焦點團體訪綱與深度訪談大綱請見附件一至四。已於 3 月 2 日獲得核准。

⁴ 原邀請人員為三人，其中一位因突發狀況未能參與。

伍、研究執行過程中遭遇之困難及解決策略

本研究主要遭遇問題有三，目前各項困難之解決策略如下：

一、監察院本身、人權委員會及研究委託案各自定位議題

本計畫送臺大研究行為與社會科學研究倫理會審查過程中，審查委員對於監察院本身、人權委員會及研究委託案三方各自定位問題的提醒主要有二：

1. 本案為監察院國家人權委員會委託研究計畫，研究焦點團體訪談部分的參與者為各縣市公部門、直接服務提供單位、及個案管理單位的知情者，在接到本案相關公文時，是否完全沒有「壓力」且可自由選擇參與或拒絕參與？抑或基於尊重監察院調查權，是必須配合的？需要主持人進一步說明。
2. 若研究過程中發現有相關人員有所疏失，是否會受到監察院的糾舉、並衍生後續懲處？請主持人進一步說明本研究資料處理及研究結果之報告義務與規範。

經與委託單位聯繫與討論，本研究團隊回復如下：

1. 本案為監察院人權會之委託研究計畫，並非監察院行使調查權而為之調查研究。因此，焦點團體訪談之受邀對象可自由選擇參與。
2. 依據本委託案需求書：本委託研究案旨在作為人權會後續提出政策建議或推廣人權教育之研究基礎。
 - i. 國家人權委員會組織法第2條規定人權會之職權包括：依據國際人權標準，針對國內法另作有系統之研究，提供必要及可行之立法或修法建議；監督政府機關推廣人權教育；與各界合作促進人權保障等。
 - ii. 鑒於近十餘年來陸續發生因不堪長期照顧壓力引發手刃至親的悲劇，為釐清長照弒親/自殺事件背後的結構問題，分析長照法規政策實施前後對於照顧者及受照顧者人權的影響，進而借鏡他國經驗、結合國際人權規範，提出政策建言。
3. 具體言之，本案性質屬委託研究，非屬人權會調查案，更非監察權之調查，計畫主持人無法行使彈劾、糾舉及糾正權，人權會委託本案目的亦不會用來進行後續懲處。

4. 再者，關於人權會與監察權調查案之區隔，經與本案委託單位之承辦人員再度確認，補充說明如下：
- i. 國家人權委員會之職權，屬於事先預防性質，與相關機關、民間團體、當事人、利害關係人、專家學者協力合作，透過對話、座談、訪談、訪視等方式，共同探究現況問題與國際人權標準之落差及其原因，尋求共識及解決方法，提出柔性建議，促成我國人權情況之改善，與國際人權規範接軌。如調查結果認為有違反人權情事，則以提出改善政策或修法建議、提出專案報告或年度人權報告、對外公告或納入人權教育議題、納入人權公約獨立評估意見等方式處理。
 - ii. 為明確區隔人權會職權與憲定監察職權之差異，監察院院會已於 110 年 10 月 12 日審議通過「監察法部分條文修正草案」，特設專章（第 5 章之 1），其中第 30 條之 1 修正草案之說明即指出：「按人權委員會辦理第一項各款事件之調查，並於調查程序中採取資料蒐集行為，最終係為提出柔性(soft)之調查建議，與中央及地方政府機關(構)、法人及團體，立於協作關係，共同合作策進，落實憲法對人民權利之維護，促進及保障人權。故人權委員會所為之調查，性質上有別於本法第二章至第五章有關彈劾、糾舉、糾正及調查之監察職權。

二、規劃分析資料因個人資料保護法限制而無法取得的替代方式

誠如本案審查委員在計畫書時的提問，當次級資料之取得出現困難時，研究團隊須提出替代措施。臺大研究行為與社會科學研究倫理會之審查委員亦有同樣擔心。

誠然，依照研究計畫主持人申請衛生福利部保護司與地方政府家防中心之重大事件檢討報告之經驗，要拿到事件相關人員個人資料的確是議題。再者，審查委員亦提醒，本案為監察院委託研究計畫，研究焦點團體訪談部分的參與者為各縣市公部門、直接服務提供單位、及個案管理單位的知情者，在接到本案相關公文時，是否完全沒有「壓力」且可自由選擇參與或拒絕參與？抑或基於尊重監察院調查權，是必須配合的？需要主持人進一步說明。

據此，研究團隊在計畫書審查會議中提出的替代措施，會預定分析整理個案資料，邀請可能有機會接觸這些個案的相關人開會，比如照專、A 個管、身障個管、居服單位或日照中心等等...，把新聞案例、監察院與重大事件報告的檢討與修正，以簡要方式呈

現，再請其照工作經驗，判斷為什麼地方與中央政府各自己已經檢討，相關事件還是會發生的原因？以及案件之後的檢討作為是否有效？或需要哪些策略或資源，才能真正達到預防效果。兩場相關單位的訪談重點有二：(1)了解與納入第一線相關單位人員參與動機與執行困境；(2)將第一線相關人員的困境與建議向上反映，於第二場焦點團體提出，讓跨單位之橫向主管了解第一線相關單位人員參與動機與執行困境。

三、研究團隊人員異動

本研究於簽約完成後即開始進行專任助理之招募。幸運徵得一位曾在身心障礙非營利組織工作，後因照顧老年父母辭職返鄉照顧，對於照顧負荷深有所感的中年照顧者加入團隊。

然而，該位助理即使只是初期開始閱讀相關資料，包括：本研究計畫書、相關書籍⁵⁶與監察院過去調查報告⁷等，該位助理仍因此議題過於沉重，影響其睡眠與身心狀況，於工作一周後提出辭呈；經懇談與慰留後，勉強工作至二月底。

計畫主持人雖已於農曆年前再度徵求工作夥伴，但可能因議題與工作期程關係，遲遲未有人前來應徵。

考量研究進度，因應策略改以聘用二位學生擔任兼任助理方式進行。

此一議題實需心理素質相對強大的夥伴共同參與。

⁵ 任依島(2019)，屋簷下的交會：當社區關懷訪視員走進精神失序者的家。游擊文化出版。

⁶ 張子午(2019)，成為一個新人：我們與精神疾病的距離。衛城出版。

⁷ 共閱讀與整理兩份監察院報告。

陸、研究發現

一、新聞報導之案例分析

依據陳正芬(2019)，陳正芬與方秀如(2021)研究，將照顧者殺害照顧接受者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。本研究參照中華民國家庭照顧者關懷總會⁸⁹每日收集的新聞資訊的照顧悲劇案件數，公布於官網的資訊，發現自 2009 年至 2021 年，2018 年似是照顧悲劇發生數最多的一年，2018 年是高峰，2019 年開始出現下降趨勢，下降原因與長照 2.0 實施的關連性需要進一步分析。

比對 2009 年至 2021 年間，新聞資料庫中，照顧接受者或照顧者皆已死亡案件數(圖二)。殺人者犯案後自殺，導致無法回溯調查影響因素，也不會進入司法資料庫，誠如劉淑瓊 and 彭淑華 (2008)在報告中(45 頁)所述，殺人後自殺的案件通常減低了強力蒐集案件資訊的需要；再者，當照顧者(犯案者)存活時(即使自殺未遂)，皆須進入司法體系，相對較可從法庭與司法體系瞭解與分析照顧當事人的精神狀況與案件發生情境的討論。依據研究團隊初步了解，照顧者死亡案例目前可分析的次級資料應該僅有衛生福利部保護司的「重大成人保護事件」，以及監察院進行若干個案調查報告。

依據新聞資料的初步分析，2017 年 3 件，2018 年 6 件，2019 年 3 件，2021 年 1 件，共計 13 件。但有鑑於新聞資料庫有可能因記者報導角度，以及關鍵字蒐集個案等疏漏，推估實際案件數應多於上述 13 件。

長期照顧服務法於 2015 年三讀通過，2017 年正式實施。長照服務 2.0 於 2017 年實施，初步顯示『長期照顧悲劇』案件報導數隔年未隨長照相關法案或政策實施而快速下降，但 2019 年開始呈現下降趨勢。但目前尚無政府部門官方統計的實際發生數，且報導數與實際發生數之間的關係難以釐清，是本研究一大限制。

⁸ 中華民國家庭照顧者關懷總會(簡稱家總)成立於 1996 年，是全國第一個以「照顧者」為對象的社會倡議型非營利組織(陳正芬, 2018)。

⁹ 家總新聞搜尋方法：(1)時間區間：2009 年至今；(2)關鍵字：照顧、長照、照顧悲劇、老人、身障等，家總第一關鍵字設定為「照顧」；(3)步驟：每天使用 google 搜尋。

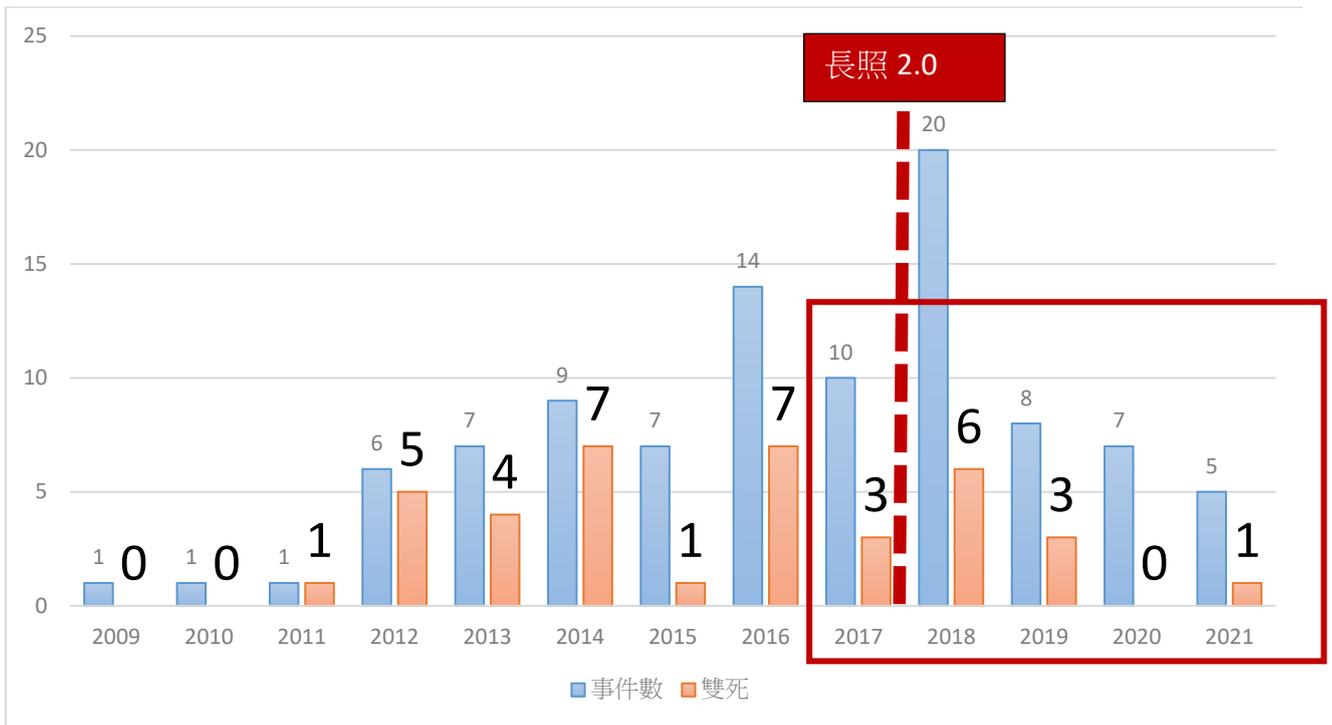


圖 二:2009~2021 年照顧悲劇中雙死案件數趨勢圖

(一)新聞報導案件之綜合分析

統計 2017 年到 2022 年新聞報導案件。照顧者與照顧接受者雙亡案共計 13 件，針對案內照顧者及被照顧者之年齡、性別、關係、婚姻、經濟、健康、案發前徵兆、案件分布地域、使用資源狀況等分析如下(詳見表 3):

年齡與性別方面，照顧者以 65 歲以下男性最多(7 件，53.8%)，其次為 65 歲以上男性(3 件，23.1%)。照顧接受者以 65 歲以上女性最多(6 件，46.1%)，其次為身心障礙者(3 件，23.1%)。檢視雙方關係，近四成為兒子照顧母親，案件數最多(5 件，38.5%)，其次為丈夫照顧妻子(3 件，23.1%)。

照顧者婚姻方面，已婚者居多(6 件，46.1%)，其餘未婚(4 件，30.8%)、離婚(2 件，15.4%)、分居(1 件，7.7%)。照顧者經濟方面，無工作且有經濟壓力居多(6 件，46.1%)，其次為無工作且無經濟壓力者(4 件，30.8%)。照顧者健康方面，近四成的照顧者本身患有疾病(5 件，38.5%)。

案發前是否有徵兆或異狀方面，檢視報導，六成以上無徵兆及異狀(8件，61.5%)，其餘案件為照顧者曾透露照顧壓力大(2件，15.4%)、照顧者及照顧接受者曾透露輕生念頭者各佔2件(15.4%)，以及其中一件是照顧者曾透露經濟壓力大(1件，7.7%)。

案件分布地域方面，以北部地區最多(7件，53.8%)，台北市5件，基隆市及新竹縣各1件；其次為南部地區(4件，30.8%)，高雄市2件、台南市及嘉義縣各1件；中部地區(2件，15.4%)，台中市及苗栗縣各1件。

外部資源連結方面，13件均無鄰里長或社工人員介入，或無長照服務申請紀錄(12件，92.3%)，1件為已通過出院準備銜接長照服務，但照顧者拒絕使用。

表 3:新聞報導雙亡案件綜合分析

變項名稱	案數(%)
1. 照顧者年齡、性別	
(1)65 歲以下男性	7(53.8)
(2)65 歲以上男性	3(23.1)
(3)65 歲以下女性	2(15.4)
(4)65 歲以上女性	1(7.7)
2. 照顧接受者年齡、性別	
(1)65 歲以上女性	6(46.1)
(2)身心障礙者	3(23.1)
(3)65 歲以上男性	2(15.4)
(4)65 歲以下女性	2(15.4)
(5)65 歲以下男性	0(0.0)
3. 照顧者與照顧接受者關係	
(1)兒子照顧母親	5(38.5)
(2)夫照顧妻	3(23.1)
(3)兒子照顧父親	1(7.7)
(4)妻照顧夫	1(7.7)
(5)母親照顧兒子	1(7.7)
(6)母親照顧女兒	1(7.7)
(7)兄照顧妹	1(7.7)
4. 照顧者婚姻狀況	
(1)已婚	6(46.1)
(2)未婚	4(30.8)
(3)離婚	2(15.4)
(4)分居	1(7.7)
5. 照顧者經濟狀況	
(1)無工作有經濟壓力	6(46.1)
(2)無工作無經濟壓力	4(30.8)
(3)有工作無經濟壓力	2(15.4)
(4)有工作有經濟壓力	1(7.7)
6. 照顧者健康狀況	
(1)有疾病	5(38.5)
(2)無疾病	8(61.5)
7. 案發前徵兆或異狀	
(1)案發前無徵兆及異狀	8(61.5)
(2)照顧者曾透露照顧壓力大	2(15.4)
(3)照顧者或照顧接受者曾透露輕生念頭	2(15.4)

(4)照顧者曾透露經濟壓力大	1(7.7)
8. 地域分布	
(1)北部地區	7(53.8) ¹⁰
(2)南部地區	4(30.8) ¹¹
(3)中部地區	2(15.4) ¹²
9. 外部資源(複選)	
(1)無鄰里長或社工介入	13(100)
(2)無長照服務申請	12(92.3)
(3)曾有外籍看護但辭退	2(15.4)
(4)已申請長照服務但拒絕使用	1(7.7)
(5)有其他社會福利補助	1(7.7)
(6)有外籍看護	1(7.7)

¹⁰ 台北市 5 案、基隆市 1 案、新竹縣 1 案

¹¹ 台中市 1 案、苗栗縣 1 案

¹² 高雄市 2 案、台南市 1 案、嘉義縣 1 案

二、新聞雙亡案件樣態

此部份主要是以雙亡案件新聞報導當中就雙亡類型分類(詳見表 4)。再從雙亡類型分類中分析照顧者與被照顧者間彼此照顧關係、所處環境與遭遇困境等。

雙亡類型分類以「殺害照顧接受者後，照顧者自殺」最多(8 件，61.5%)，其次為「雙方自殺」(4 件，30.8%)及「因被照顧者過世，照顧者自殺」(1 件，7.7%)。

就「殺害被照顧者後，照顧者自殺」(N=8)分析發現(詳見表 5)，子女殺害父母後自殺最多(3 件，37.5%)，其次為丈夫殺害妻子後自殺、父母殺害孩子後自殺(各 2 件，25%)以及手足殺害手足後自殺(1 件，7.7%)。

子女殺害父母後自殺方面，照顧者均為 65 歲以下兒子，主要特徵為未婚(或失婚)、獨自照顧無替手、無其他社會責任，其次有失業、經濟壓力及本身有疾病等背景；被照顧者(受害者)則以母親身分居多且伴隨癌末或不良於行。此部份呈現男性照顧者在本身疾病且失業、經濟壓力、無照顧替手、無其他社會責任等多重複雜問題下，仍須擔任照顧重症或行動不便家人的困境。

丈夫殺害妻子後自殺方面，照顧者均為 65 歲以上先生、有子女同住但獨自照顧、本身有疾病、無經濟壓力、夫妻感情融洽；被照顧者則有癌症或行動不便等疾病與失能現象。此部份呈現老老照顧關係為危險因子之一。

父母殺害孩子後自殺方面，照顧者均為 65 歲以下母親、獨自照顧無替手、無長照服務申請紀錄為主要共同現象；被照顧者則均為智能障礙及自閉症患者。此部份分析結果，除照顧者本身疾病、經濟、無照顧替手等共同現象外，母親在照顧身心障礙孩子時所受到的壓力無處尋得支持，以致案發前所透露的壓力訊息漏接(或案發後才在遺書發現困難)。

分析「雙方自殺」(N=4)案件(詳見表 6)，無他殺嫌疑雙方自殺最多(3 件，75%)，其次為雙方約定自殺(1 件，25%)。無他殺嫌疑雙方自殺方面，共同現象為照顧無替手、無長照服務申請、無其他同住家人、被照顧者疾病(癌末、洗腎、慢性病等)；其他特徵包括前述 65 歲以下兒子照顧 65 歲以上母親、老老照顧、照顧者無工作、經濟壓力等。

該類型案例特別之處在於照顧者均無疾病，顯示即便在身體健康狀態下，仍然無法承受照顧壓力及其他綜合性困境。

雙方約定自殺方面，呈現老老照顧關係下，即使在家人同住、有照顧替手、無經濟壓力等相對優勢背景，仍會因為疾病關係影響心理健康而發生憾事。

檢視家庭照顧者與照顧接受者的存活狀況，家庭照顧者殺害照顧接受者後自殺為多數，其次為家庭照顧者與照顧接受者雙雙自殺。換言之，家庭照顧者殺害後自殺、雙雙自殺與家庭照顧者自己自殺案件，比例就超過六成(61.3%)，建議是自殺防治主管機關應積極關注的新興對象。

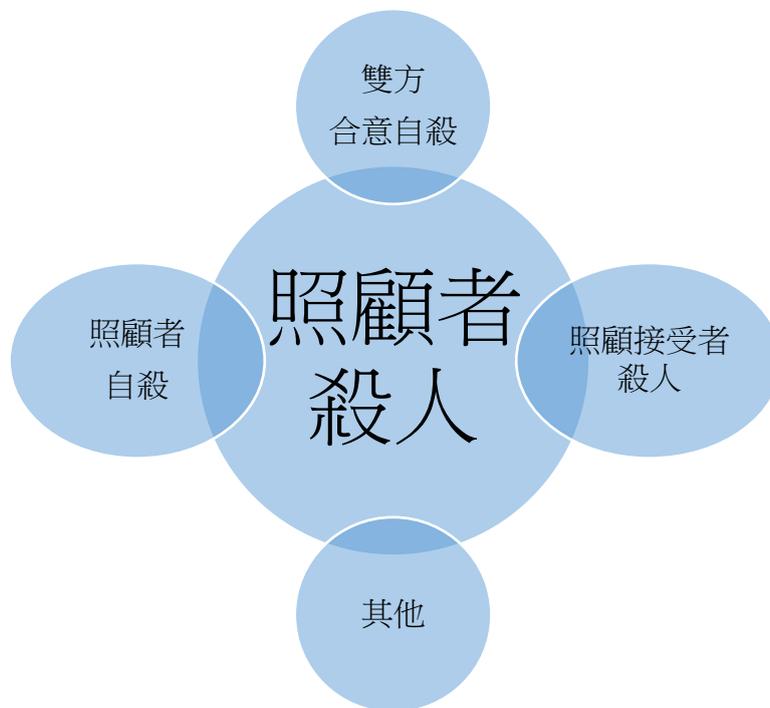


圖 三:照顧悲劇的事件類型分析

表 4:新聞雙亡案件樣態

變項名稱	案數(%)
1. 殺害照顧接受者後，照顧者自殺	8(61.5)
2. 雙方自殺	4(30.8)
3. 因照顧接受者過世，照顧者自殺	1(7.7)

表 5:殺害被照顧者後，照顧者自殺樣態
(N=8)

變項名稱	案數(%)
1. 子女殺害父母後自殺	3(37.5)
2. 夫殺害妻後自殺	2(25)
3. 父母殺害孩子後自殺	2(25)
4. 手足殺害手足後自殺	1(12.5)

子女殺害父母後自殺(複選) N=3

1. 照顧者為 65 歲以下兒子	3(100)
2. 照顧者無其他社會責任	3(100)
3. 照顧者未婚、離婚	3(100)
4. 照顧者獨自照顧無替手	3(100)
5. 被照顧者癌末、不良於行	3(100)
6. 無其他同住家人	3(100)
7. 照顧者無工作經濟壓力大	2(66.7)
8. 照顧者疾病	2(66.7)
9. 被照顧者為母親	2(66.7)
10. 被照顧者為父親	1(33.3)
11. 照顧者有工作但負債經濟壓力大	1(33.3)
12. 有申請長照服務但拒絕使用	1(33.3)

夫殺害妻後自殺(複選) N=2

1. 照顧者為 65 歲以上丈夫	2(100)
2. 照顧者疾病(中風行動不便、腦及術後長期頭痛)	2(100)
3. 照顧者獨自照顧無替手	2(100)
4. 被照顧者疾病(癌症、不良於行)	2(100)
5. 有子女同住，但獨自照顧	2(100)
6. 鄰居、子女婿術夫妻感情融洽，無透露照顧壓力、爭吵及輕生徵兆	2(100)
7. 無經濟壓力	2(100)
8. 無長照服務申請	2(100)

父母殺害孩子後自殺(複選) N=2

1. 照顧者為 65 歲以下母親	2(100)
2. 照顧者獨自照顧無替手	2(100)

3. 被照顧者為身障者(智能障礙、自閉症)	2(100)
4. 無長照服務申請	2(100)
5. 照顧者分居	1(50.0)
6. 照顧者有工作但經濟壓力大	1(50.0)
7. 照顧者為新住民	1(50.0)
8. 照顧者生前曾向先生表達身心俱疲	1(50.0)
9. 照顧者死後遺書表達照顧壓力	1(50.0)
10. 被照顧者平日就讀特教學校	1(50.0)
11. 有同住家人，但獨自照顧	1(50.0)
12. 照顧者疾病	0(0.0)

手足殺害手足後自殺 N=1

1. 照顧者為 65 歲以下男性
 2. 照顧者離婚(約 6 個月)
 3. 照顧者失業(約 2 個月)
 4. 照顧者非獨自照顧(父、母共同照顧)
 5. 有家人同住
 6. 被照顧者為女性
 7. 被照顧者為身障者(腦性麻痺，有智能障礙及軟骨症)
 8. 無長照服務申請
-

表 6: 雙方自殺樣態
(N=4)

變項名稱	案數(%)
1. 無他殺嫌疑雙方自殺	3(75.0)
2. 雙方約定自殺	1(25.0)
無他殺嫌疑自殺(複選) N=3	
1. 照顧者獨自照顧無替手	3(100)
2. 被照顧者疾病(癌末、洗腎、慢性病等)	3(100)
3. 無其他同住家人	3(100)
4. 無長照服務申請	3(100)
5. 被照顧接受者有其他家人固定探訪	2(66.7)
6. 曾經聘請外籍看護	2(66.7)
7. 照顧者為 65 歲以下丈夫、被照顧者為 65 歲以下妻子	1(33.3)
8. 照顧者為 65 歲以下兒子、被照顧者為 65 歲以上母親	1(33.3)
9. 照顧者為 65 歲以上妻子、被照顧者為 65 歲以上丈夫	1(33.3)
10. 照顧者未婚	1(33.3)
11. 照顧者無工作經濟壓力大	1(33.3)
12. 照顧者照顧多人	1(33.3) ¹³
13. 曾經拒絕社會局慰問	1(33.3)
14. 照顧者疾病	0(0.0)
約定自殺 N=1	
1. 照顧者為 65 歲以上兒子	
2. 照顧接受者為 65 歲以上母親	
3. 照顧者、照顧接受者均有疾病(高血壓、心血管疾病)	
4. 照顧者、照顧接受者均有獨立行動能力	
5. 照顧者、被照顧者曾透露想「一起走」	
6. 有家人同住(三代同住)	
7. 有聘請外籍看護	
8. 無經濟壓力	
9. 無長照服務申請	

¹³ 案 11 丈夫照顧癌末妻及 2 名智能障礙子女

檢視新聞媒體置入政府相關服務資訊的狀況。本研究利用斷詞系統¹⁴將各新聞報導進行斷詞後，挑選含自殺相關詞彙的報導，例如自殺、自縊、跳樓、燒碳等，統計各年度含自殺意念或行為的新聞報導數，以及長期照顧的新聞報導數。以圖一與圖二分析新聞媒體於文中或文末實際提供相對應政府相關服務資訊的趨勢(如圖四)。長條圖為該年含長照、自殺意念或行為的總新聞報導數，折線圖中圓圈內數字為該年有提供長照或自殺防治資訊的新聞報導數，縱軸為長照或自殺防治資訊提供的比例，計算方式是由圈內數字除以該年總新聞報導數所獲得。以 2016 年來說明，當年度『長期照顧悲劇』的新聞報導共計 61 篇，但僅有 7 篇檢附長照資訊，換算該年度長照資訊提供比例約 11.5%；而年度報導中包括自殺意念或行為有 47 篇，其中 27 篇檢附自殺防治資訊，換算該年度自殺防治資訊提供比例約 57.4%。

比對圖一與圖二，2012 年至 2021 年間，自殺防治資訊提供比例大致落於 50%左右，且提供相關資訊比例呈現上升趨勢；但長照資訊提供比例都低於 25%，且在 2020 年之後，都沒有新聞媒體在『長期照顧悲劇』的文中或文末提供長照相關資訊(如圖五)。檢視上述各媒體提供的政府服務相關資訊，發現政府各部門在自殺防治的推廣似乎高於長照，另一方面，也可能意謂新聞媒體對長照資訊的識讀有待提升。有鑑於新聞媒體仍視多數民眾日常接觸資訊的管道，若無法在相關新聞報導時提供長照相關資訊，可能讓有類似長照需求且落入困境的民眾無法獲得必要資訊，而產生負面的行為模仿效果。

再者，「殺害照顧接受者後，照顧者自殺」與「雙方自殺」兩者不同之處，在於照顧接受者生存權被剝奪；「雙方自殺」則有彼此同意、默許的決定，意即自我選擇死亡而非被迫受害。檢視新聞雙死 13 案例，其他家人親友對於照顧者與照顧接受者，雙方平日相處模式及照顧關係多以正向肯定看待，以致於案發後均表示驚訝感到無法置信。不論是先殺害再自殺或約定自殺，均顯示在案發前照顧者未透漏任何加害訊息，以及照顧接受者也沒有即將被害的警訊(除其中一案曾表示想一起走訊息)。

然而，相對可惜的是，新聞報導中極少描述照顧接受者的意識能力。對照聯合國各項人權公約，生命權是基本人權。但當照顧接受者全然仰賴照顧者，且又未使用任何

¹⁴ 感謝國立臺灣大學流行病學與預防醫學研究所王彥雯助理教授與研究助理呂欣揚的技術協助。

長期照顧服務狀況下，如何讓有自主能力的照顧接受者具備足以保障自己生存權，顯然是有待探討的議題。對照劉淑瓊 and 彭淑華 (2008)接受當時內政部兒童局委託研究，兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究報告，提及當時財團法人兒童及家庭扶助基金會曾於 2004 年，針對 2,200 位國小學童家長發出兒童照顧問卷調查。該次報告指出將近有八成的家長認為「父母是唯一的照顧者」，顯示父母在兒童「生命權」的觀念有待釐清(郭書宏, 2004)。為確保兒童的生存權，兒少領域的研究者積極倡議需加強父母之兒童保護觀念與做法，在方法上，從懷孕開始，孕婦在產檢時即搭配產婦衛教，新生嬰兒的照顧帶入兒童保護觀念。戶政單位進行嬰兒出生登記時，亦搭配兒童保護宣導單張，同時在預防接種時，或護理師到府協助時，亦持續加強兒童保護做法。但目前長期照顧尚未納入相關照顧接受者之基本生存權之倡議。

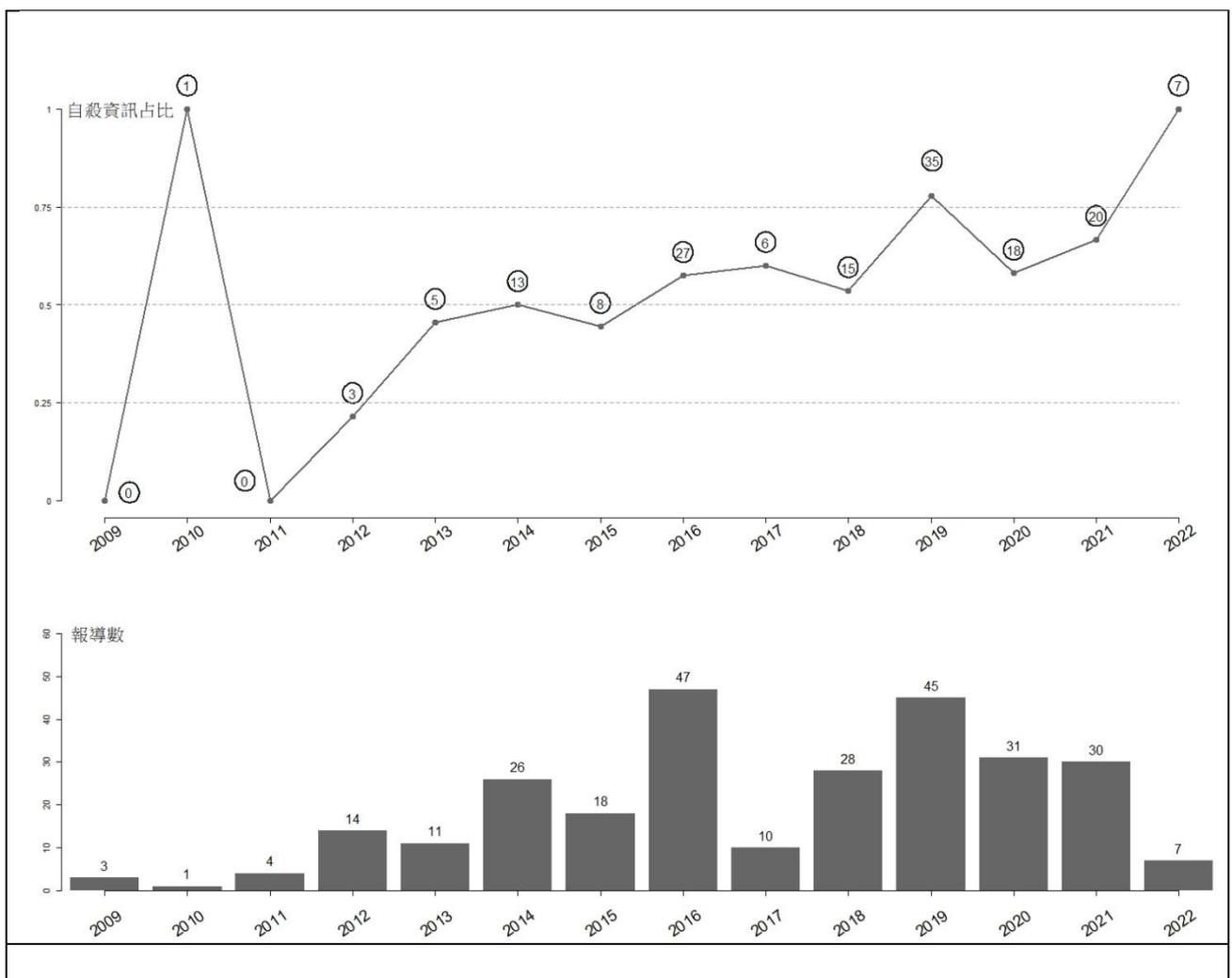
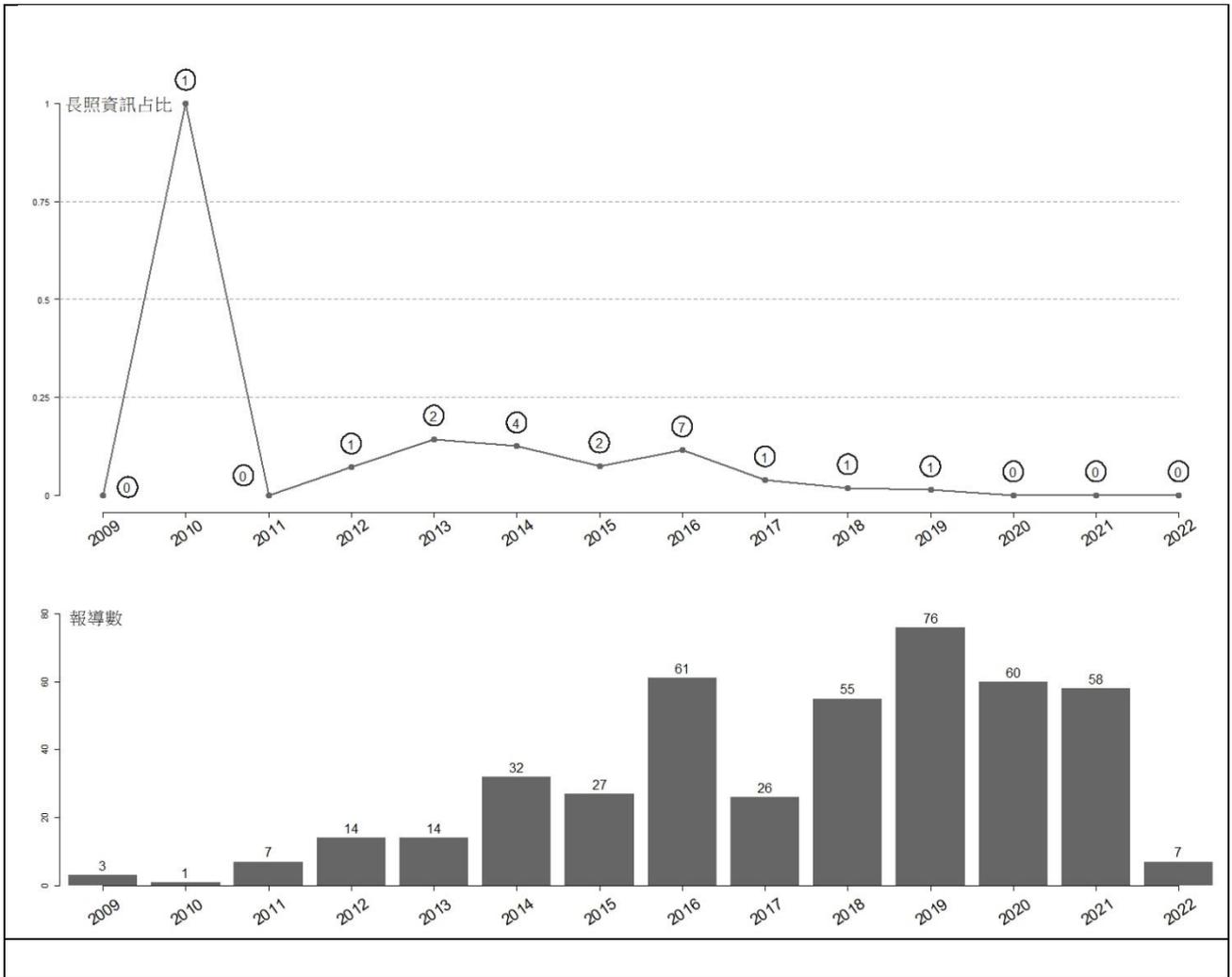


圖 四：各年度具自殺意念或行為新聞報導數與自殺防治資訊提供之趨勢圖



圖五：各年度『長期照顧悲劇』新聞報導數與長照資訊提供之趨勢圖

二、衛生福利部之重大事件之流程與案件類型分析

依據前述新聞資料的初步分析，照顧者與照顧接受者均已死亡案件共計 13 件。但有鑑於新聞資料庫有可能因記者報導角度，以及關鍵字蒐集個案等疏漏，推估實際案件數應多於上述 13 件。

本研究於研究倫理審查通過後與期中審查後，依據新聞初步分析結果，2022 年 5 月 20 日發文衛生福利部保護司，請求提供 2017 年後，各縣市提報「重大成人保護事件」中，照顧者與照顧接受者皆已死亡案件。讓研究團隊可以蒐集與閱讀事件檔案，包括照顧接受者與照顧者兩個面向，進行結構性問題分析；再以前述文獻探討及次級資料所獲的知識與資訊作為分析架構，拼湊與描繪個案案件的整體圖像，一方面針對案件資料中欄位疏漏之處，補充資料，另一方面，據此擬定焦點團體或深度訪談的主題，希望未來可藉此系統化案件資料匯集，建構台灣照顧者風險的個別服務歷程分析與網絡合作模式要件，作為預防策略修正之依據。2022 年 6 月 29 日獲得衛生福利部保護司提供資料。

然而，依據衛生福利部保護司回覆，本研究依據新聞報導檢索的 13 起照顧者與照顧接受者雙死新聞事件，於案發前皆無家暴通報紀錄。但保護司仍協助查詢 2017 年至 2021 年間涉及長期照顧議題之重大事件檢討報告，共計 21 件，經縣市政府授權同意後，提供本研究進行案例比較分析。

檢視「重大家庭暴力及性侵害事件防治策進實施計畫」，當時是由內政部於 2011 年訂頒，目的是「針對性侵害及成年家庭暴力事件，引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，旨在廣泛蒐集資訊以檢視體制面之缺失，據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議，以完善家庭暴力及性侵害事件相關防治措施作為」。實施範圍主要有二：

- 一、有下列情事之一之重大家庭暴力事件：警政署提供之家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或傷害致死案件。
- 二、有下列情事之一之重大性侵害事件：社會矚目之性侵害新聞事件；個案服務流程或網絡合作方式有檢討必要者。

經研究團隊初步洽詢衛生福利部重大事件檢討會議承辦窗口，發現重大事件檢討原則歷經三次變革，主要修正有二(請參見表 7)：

- 一、 初始訂頒的辦法未規範「符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或傷害致死案件」需有「通報紀錄者」，於 2013 年增加通報紀錄規定；但有鑑於老人及身心障

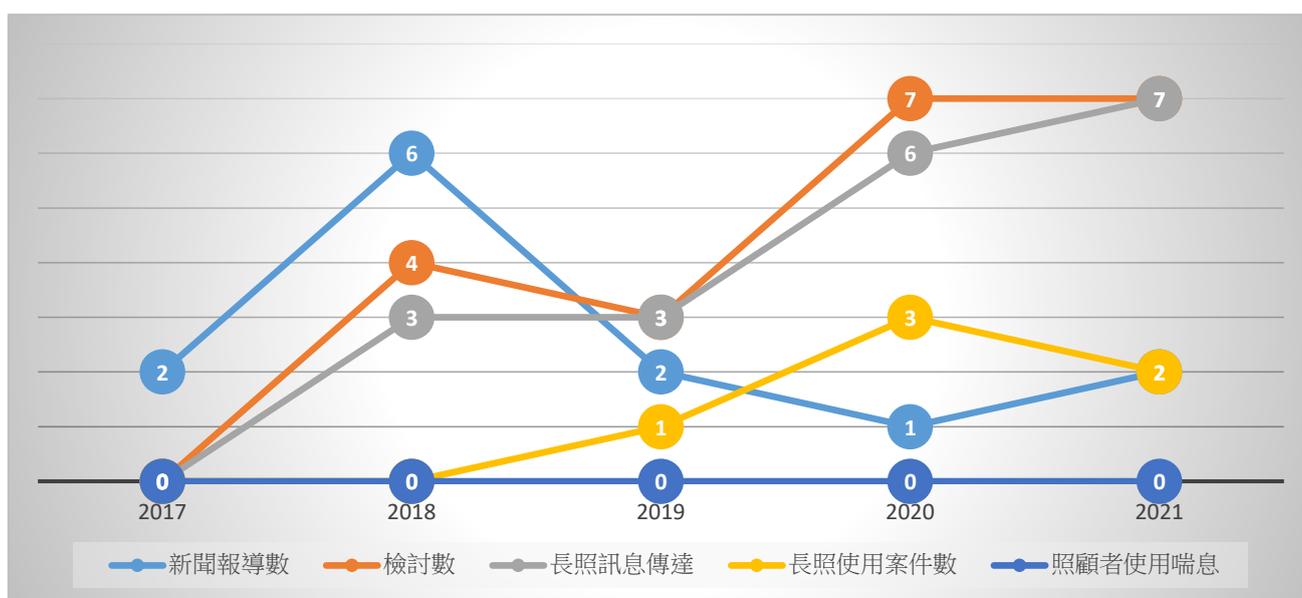
礙照顧悲劇事件驟增，且案發前無家庭暴力通報紀錄案件上升，故於 2020 年又刪除此規定。

二、 2020 年刪除「社會矚目之家庭暴力新聞事件」與「個案服務流程或網絡合作方式有檢討必要者」。

前述三要件調整為「符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或嚴重傷害、致死之成人保護案件」。此調整固然避免各地方政府各自解讀「社會矚目之家庭暴力新聞事件」與「個案服務流程或網絡有檢討必要者」之落差，但對照檢討報告各項欄位，與長期照顧及醫療的橫向資料整合仍待強化，此分析將於後續呈現。

再者，當重大家庭暴力事件研討及策進實施計畫於 2020 年修正後，圖六分析顯示，衛福部檢討案件數確實有增加，2020 年與 2021 年各為七案。比對討報告中的案件初步資訊，當 2017 年長照 2.0 服務實施後，民眾接收長照服務訊息比率明顯上升，但重大案件的長照服務使用率卻仍相對偏低，拒絕服務因素多為經濟問題、不放心照顧品質，以及受疫情影響。

值得關注的是，重大案件的照顧者多不使用喘息服務(如表 8)。提供長照服務的單位亦未持續追蹤、評估照顧者照顧壓力，而照顧者本身及其他家屬也沒有相關認識，顯示相關單位以及照顧者本身對於健康、休閒、工作等人權意識普遍不足。



圖六：重大事件案例之資訊分析

再檢視歷年重大家庭暴力事件研討及策進實施計畫對於檢討案件時間之規定，地方政府應於案發後 1 個月內召開檢討會議，並於會議結束後 15 日內將相關檢討資料呈報中央單位。而中央單位則須依規定每季召開重大事件檢討會議。

有鑑於多數案件事發前並沒有家庭暴力通報成案紀錄，主責的業務單位(衛生福利部保護司)需與家屬建立關係，以及蒐集跨局處(例如長期照顧服務使用資料或身心障礙等資料)，但又多遭遇案發後家屬處理後事，且仍處於悲傷情境中，相關單位介入調查不易，且須彙整跨局處之資料，部分縣市政府在案發後 2 個月至 12 個月不等始召開檢討會情形(如表 9)。建議地方政府召開檢討會時間應予調整延長，給予個案家屬適度時間緩和面臨突發事件情境，以利獲得案情完整調查。

本研究第一梯次焦點團體邀請的對象是機構場域內曾發生案件，或案發前個案使用過的正式服務單位等關鍵知情者，然而，依據受訪者的回饋，他們就是要寫「報告」，但未能釐清案例發生的原因：

其實那是我們居服的一個個案，那孩子本身他是我們的服務、我們居服是去接他下課，然後帶他回家幫他、就是餵食，然後再帶他出去散步一下。然後其實他的同住者就是阿公、阿嬤，然後還有爸爸，媽媽是沒有看到。但是出了事情之後，媽媽就出現了，就開始指責單位說：「都是因為你們服務沒有進來！」然後、但是我們不是唯一單位，我們是他換過好幾個……對，我要講的是說，呃……後來就是說有、有一天，因為我們也是結案之後，我們結案就是……是因為(孩子)放暑假了，那家人就是說：「那不用接送。」所以就沒有有這個服務。我們大概也沒有想太多，因為同仁就想說，那家屬說不用服務，我們就沒去，因為他家裡是阿公、阿嬤跟爸爸。結果後來就、新聞就出來了，就是爸爸就把孩子給給掐死了……就是後來才開始一直有一些追、追問說：「為什麼居服沒有服務啊？」那前單位又……因為我們是、我們是很後面的單位，前、前面換好幾個單位，但是我們沒有想太多，所以剛在講「銜接」……，好像是要從學校把他推到家裡，有些服務員不願意還是什麼的，但我們家是就接了這樣，也沒有想太多。那……後面就好多單位都被檢討說，怎麼會沒有提供(服務)，……大家都有要寫報告就對了。那其實我有點痛心就是說，處理這些事情的過程裡面，我們卻要一直寫報告澄清說：「我們沒有那樣子、我們沒有那樣子！」那我其實去感受到家屬的、那個困境是，他們找不到那個照顧的終點(摘自 F1-1 焦點團體)

(照顧者到機構殺害照顧接受者)那時候我也在想說：「欸我當時怎麼沒有、是不是沒有注意到某個點？」然後可是我又覺得、後來想一想，我覺得應該是在後面，她(照顧者)的壓力加大是因為在後面，她要每天去面對那個，她不想面對的那個個案這樣子....(摘自 F1-2 焦點團體)

其次，如前所述，衛福部重大事件檢討報告中未提及以上案件是否有家暴通報紀錄，也就是 21 個案件在地方政府的重大家庭暴力事件個案檢討報告表，「是否曾納入家暴高危機個案網絡會議進行討論」欄位均紀錄顯示「否」，但在「通報次數」欄位卻有相關通報紀錄。針對案六、案七以及案十九出現通報紀錄，以及核發保護令。經比對家暴處理流程，係因部分通報案件經過高危機評估後，未達高危機標準的關係，建議主管機關可再檢討。

再者，實際檢視案例各年度中央單位召開會議時間點，均在地方政府呈報調查報告後 4 個月至 12 個月始召開會議，建議中央單位檢討會議時間可在地方政府充分完成調查報告後再實施檢討。

特別是透過案例的詳細分析，我們看見主要照顧者或照顧接受者在事發前即使未使用長期照顧服務或其他社政領域的正式服務，都有就醫紀錄；但少見醫療領域的專家學者，健保署或醫事司等單位參與重大事件的調查。另一方面，照顧關係涉及雙方，目前報告的重點聚焦於「被害人(個案)」，「相對人(照顧者)」相對欠缺。

再者，目前負責重大事件報告的主責單位為保護司，非長期照顧業務單位，又面臨人力不足與跨專業的雙重困境，擁有豐富重大事件檢討會議的專家坦言：

你即使 UnKnown 你還是要做檢討報告，可是檢討報告又發現，他根本就不是主責單位，那所以我覺得那個地方的弔詭性就出現(摘述 D-6 訪談資料)。其具體建議

現在已經有點叫做 routine，就是非常的制式化，比方說，醫療呢，衛生衛政來報告，他就會講說，喔，這個他就報告幾個很清楚有沒有自殺通報，然後他是不是精障列管，是不是毒品，然後大概就很固定這幾個，預防注射，這四個講完了就不講了……現在這些網絡單位都是忙的就是人力都不足，所以你叫他寫任何的 Report 他都很痛苦，然後你最好叫我勾勾勾就好了……正統的 Case Review 應該是這個 Case 有涉及到的單位，就是說，曾經跟案家接觸過服務過案家的這些機構，都要提一個 Individual management report(IMR)，不管你能不能來開會，你都要提出這個 Report，而且這個 Report 呢要必需

經過你這個機關的首長蓋章認證，表示這一份資料就是代表我們機構的意見，這是第一點，第二點他們很強調那個相關的單位都要來出席，(摘述 D-6 訪談資料)

參照劉淑瓊 (2021)回顧台灣運作超過十年的地方及中央層級的重大兒虐事件檢討會議，提出「系統除錯?個人究責?」之呼籲，盡量避免在資訊未全面到位，知情不足的情況下進行會議結論並據以訂定後續策進作為。建議可參考其他國家之檢視模式，例如根本原因分析(root cause analysis, RCA)，或以生產、分享及支持運用實證為本知識於實務工作的非營利組織(Social Care Institute for Excellence)發展的審查與教育訓練模式，由一組受過訓練的多專家團隊進行系統與結構性的檢視，發展出有助於解決實務現場困境的知情建議，並確認現有法令制度與服務方案待補強之處(劉淑瓊, 2021)。

表 7: 重大家庭暴力事件研討及策進實施計畫修正之分析表

	內政部「重大家庭暴力及性侵害事件防治策進實施計畫」 100年8月4日台內防字第 1000155011號函修正	重大家庭暴力事件研討及策進 實施計畫 102年11月5日衛部護字第 1021480418號函修正	重大家庭暴力事件研討及策進 實施計畫 109年1月17日衛部護字第 1091460040號函修正
目的	針對性侵害及成年家庭暴力事件，引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，旨在廣泛蒐集資訊以檢視體制面之缺失，據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議，以完善家庭暴力及性侵害事件相關防治措施作為。	針對成年家庭暴力事件引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，旨在廣泛蒐集資訊以檢視體制面之缺失，據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議，以完善家庭暴力事件相關防治措施作為。	針對成年家庭暴力事件引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，旨在廣泛蒐集資訊以檢視體制面之缺失，據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議，以完善家庭暴力事件相關防治措施作為。
實施範圍	<p>一、有下列情事之一之重大家庭暴力事件：警政署提供之家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或傷害致死案件；社會矚目之家庭暴力新聞事件；個案服務流程或網絡合作方式有檢討必要者。</p> <p>二、有下列情事之一之重大性侵害事件：社會矚目之性侵害新聞事件；個案服務流程或網絡合作方式有檢討必要者。</p>	<p>有下列情事之一之重大家庭暴力事件：</p> <p>一、符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或傷害致死案件且曾有通報紀錄者。</p> <p>二、社會矚目之家庭暴力新聞事件。</p> <p>三、個案服務流程或網絡合作方式有檢討必要者（如：曾多次納入家庭暴力高危機個案網絡會議列管之案件、因跨轄轉案致使服務銜接有疏失之案件）。</p>	符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或嚴重傷害、致死之成人保護案件。
實施流程	<p>一、地方政府：</p> <p>(一)於知悉有符合本計畫所範定之個案時，應即要求轄內警政、衛政、教育、勞政等相關網絡單位按本部所訂檢討報告格式（如附件一、二）提報相關服務紀錄及具體檢討建議事項。</p> <p>(二)由秘書長層級以上人員邀集專家學者（本部建議名單如附件三）及網絡成員召開地方檢討會議，並於每年2、4、6、8、10、12月5日前將檢討結果提報本部家庭暴力及性侵害防治委員會，並建立決議事項列管機制。</p> <p>(三)倘有個案非屬典型權控關係之家庭暴力案件，得另行函報本部家庭暴力及性侵害防治委員會免納入檢討會議。</p> <p>二、中央機關：</p> <p>(一)本部警政署應於每年1、3、5、7、9、11月10日前提供符合本計畫所範定之個案名冊送交本部家</p>	<p>一、地方政府</p> <p>(一)於知悉有符合本計畫所範定之個案時，應即要求轄內警政、衛政、教育、勞政等相關網絡單位按本部所訂檢討報告格式（如附件）提報相關服務紀錄及具體檢討建議事項，並副知本部。</p> <p>(二)知悉上開個案後1個月內，由秘書長層級以上人員邀集專家學者及網絡成員召開地方檢討會議，並於會議結束後15日內將檢討案件之通報表、台灣親密關係暴力危險評估表（簡稱TIPVDA表）及檢討結果提報本部保護服務司，並建立決議事項列管機制。</p> <p>二、中央機關</p> <p>(一)請內政部警政署於每年1月、4月、7月及10月之10日前提供符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或傷害致死</p>	<p>一、地方政府</p> <p>(一)於知悉有符合本計畫所範定之個案時，應即要求轄內警政、衛政、教育、勞政等相關網絡單位按衛生福利部所訂檢討報告格式（如附件）提報相關服務紀錄及具體檢討建議事項。</p> <p>(二)知悉上開個案後1個月內，由秘書長層級以上人員邀集專家學者及網絡成員召開地方檢討會議。如秘書長層級以上人員無法出席，應指定府層級長官代理。</p> <p>(三)檢討會議結束後15日內，應將檢討案件之通報表（含台灣親密關係暴力危險評估表）、檢討報告及檢討會議紀錄等，提報衛生福利部，並建立會議決議事項列管機制。</p> <p>二、中央機關</p> <p>(一)內政部警政署於每年1</p>

	<p>庭暴力及性侵害防治委員會，如有漏失個案，即通知地方主管機關補行檢討。</p> <p>(二)本部家庭暴力及性侵害防治委員會：</p> <p>1. 於接獲警政署所送個案名冊後，除併同其他待檢討案件之剪報資料行文該管家庭暴力及性侵害防治中心就漏失個案補行檢討外，並知會行政院衛生署、法務部、本部警政署等中央機關協助促請地方政府網絡單位加強檢討。</p> <p>2. 於每年2、4、6、8、10、12月下旬擇期召開「重大家庭暴力及性侵害事件個案研討會議」，並追蹤列管歷次會議決議事項執行情形。</p>	<p>案件之個案名冊，並送交本部保護服務司。</p> <p>(二)本部保護服務司於接獲內政部警政署所送之個案名冊後，將先行檢視個案是否曾有通報紀錄，以及針對符合本計畫所範定之個案，地方政府是否已納入檢討。如有漏失個案，即通知地方主管機關補行檢討。</p> <p>(三)於每年2月、5月、8月及11月中旬邀集外聘專家學者2-3名召開「重大家庭暴力事件個案研討會議」，並追蹤列管歷次會議決議事項執行情形，中央相關目的事業主管機關應派員出席會議，並針對通案性之缺失研擬改善策略。</p>	<p>月、4月、7月及10月之10日前提供符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或嚴重傷害、致死案件之個案名冊，並送交衛生福利部。</p> <p>(二)衛生福利部於接獲內政部警政署所送之個案名冊後，將先行檢視個案是否曾有通報紀錄，以及針對符合本計畫所範定之個案，地方政府是否已納入檢討。如有漏失個案，即通知地方主管機關補行檢討。</p> <p>(三)衛生福利部每季邀集外聘專家學者2-3名召開重大家庭暴力事件個案研討會議，並追蹤列管歷次會議決議事項執行情形；惟當季如無符合本計畫所範定之個案，得不召開。中央相關各目的事業主管機關應派員出席會議，並針對通案性之缺失研擬改善策略。前開議題如涉及跨網絡單位之重要政策事項且無共識者，得提請上級長官協調，或提報至衛生福利部家庭暴力及性侵害防治推動小組研議。</p>
--	---	--	--

表 8:2017~2021 重大事件之案例分析

	2017	2018	2019	2020	2021
新聞雙死報導	二案	六案	二案	一案	二案
衛福部重大事件檢討		四案	三案	七案	七案
長照服務使用案件數		0	一件	三件	二件
長照服務使用狀況		使用： 四案均未使用 拒絕使用二案 已申請來不及使用一案 不知道一案	使用長照服務一案 拒絕使用一案 已申請來不及使用一案 不知道：無	使用長照服務三案 拒絕使用三案 已申請來不及使用：無 不知道一件	使用長期照顧服務二案 拒絕使用三案 已申請來不及使用二案 不知道：無
長照訊息傳達案件數		三案	三案	六案	七案
使用長照服務樣態		無	一案使用復能服務 (不使用喘息)	一案使用居家服務 二案使用一次性服務 (以上均不使用喘息)	一案使用日照服務 一案使用居家服務 (不使用喘息)
拒絕使用長照服務樣態		一案因不放心而拒絕使用 一案因經濟問題拒絕使用	一案因經濟問題拒絕使用	一案因不放心拒絕使用	二案因疫情影響來不及使用服務

表 9: 重大事件檢討會議時效分析

案例	案發時間	地方政府 檢討會議時間	中央政府 檢討會議時間
1	107. 1. 4	107. 5. 23	108. 2. 25
2	107. 4. 22	107. 4. 27	
3	107. 10. 17	107. 11. 18	108. 5. 27
4	107. 11. 14	107. 12. 13	
5	108. 1. 19	108. 3. 11	
6	108. 6. 16	108. 7. 17	108. 12. 17
7	108. 10. 2	109. 3. 25	109. 7. 22
8	109. 3. 1	109. 5. 21	109. 10. 8
9	109. 4. 14	109. 4. 30	110. 5. 4
10	109. 5. 3	109. 6. 9	
11	109. 7. 18	109. 8. 10	
12	109. 9. 10	109. 10. 22	
13	109. 10. 25	109. 11. 16	110. 12. 2
14	109. 12. 31	110. 1. 22	
15	110. 6. 24	110. 7. 8	
16	110. 7. 7	110. 8. 11	111. 5. 3
17	110. 7. 30	110. 8. 31	
18	110. 8. 10	110. 8. 20	
19	110. 8. 25	110. 10. 4	
20	110. 11. 9	110. 12. 7	
21	110. 2. 2	111. 3. 4	

三、衛生福利部之重大事件之「案例」比較分析

以下是衛福部重大家庭暴力事件之「家庭暴力合併照顧議題」案件，統計自 2018 至 2021 年共計 21 件，針對案內照顧者及照顧接受者之年齡、性別、關係、婚姻、經濟、健康、案發前徵兆、案件分布地域、使用資源狀況等分析如下(詳見表 10):

年齡及性別方面，照顧者以 65 歲以下男性最多(11 件，52.4%)，其次為 65 歲以下女性(4 件，19.0%)。照顧接受者以 65 歲以上女性最多(8 件，38.1%)，其次為 65 歲以上男性及 65 歲以下女性各 5 件(23.8%)。雙方關係方面，以兒子照顧母親最多，(6 件，28.6%)，其次為妻子照顧丈夫(4 件，19.0%)。

照顧者婚姻方面，已婚者為多數(13 件，62.0%)，其餘為未婚(5 件，23.8%)或離婚(3 件，14.3%)；兒子為照顧者的婚姻關係，多為未婚或離婚狀態(5 件)。

照顧者經濟方面，無工作且有經濟壓力者共計 8 件(38.1%)；兒子為照顧者的經濟面，多為失業且有經濟壓力(工作權)。

健康方面，照顧者本身自承患有精神疾病者共計(11 件，52.3%)，分別為憂鬱症 4 件、情緒障礙 2 件、思覺失調症 1 件及疑似精神疾病 4 件。照顧接受者健康方面，以患失智症比例最高(9 件，42.9%)，其次為患有精神疾病者(6 件¹⁵，28.5%)，病症包括思覺失調症、自閉症、身心不穩定、強迫症、重度精神疾病等各 1 件；照顧接受本身有自殺意念者為(3 件，14.3%)；因洗腎或糖尿病而頻繁進出醫院共計(2 件，9.5%)。

21 案均未曾納入家暴高危機個案網絡會議進行討論。案發前是否有徵兆或異狀方面，以無徵兆或異狀最多(7 件，33.3%)，其餘則為照顧者/照顧接受者曾透露有輕生念頭共計(5 件，23.8%)，出現暴力情形但未通報者共計(5 件，23.8%)，照顧者曾透露或家屬察覺照顧壓力大共計(4 件，19.0%)。

案件分布地域方面，以北部地區最多(13 件，61.9%)，其中台北市、新北市、桃園市各 4 件及新竹縣 1 件；其次為南部地區(7 件，33.3%)，高雄市 4 件、台南市 2 件及屏東縣 1 件；中部地區雲林縣 1 件(4.8%)。外部資源連結方面，衛政社工有接觸者

¹⁵ 案 3 照顧者同時照顧自閉症患者及洗腎患者

共計 13 件(61.9%)，衛政社工及社政社工均有接觸合計 5 件(23.8%)，社政社工接觸 2 件(9.5%)，正式服務體系均無接觸者 1 件(4.8%)。

長期照顧服務使用方面，未申請且未使用長照服務者最多，合計 8 件(38.1%) 已申請長照服務，但拒絕來不及使用或僅用一次性服務，如交通接送或輔具服務與無障礙環境改善服務者共計 9 件(42.9%)，有使用居家服務或日間照顧服務類型之長照服務共計 4 件(19.0%)。

表 10: 家庭暴力合併照顧議題案件綜合分析(N=21)

變項名稱	案數(%)
1. 照顧者年齡、性別	
(1) 65 歲以下男性(1、2、4、5、7、9、10、11、15、19、20)	11(52.4)
(2) 65 歲以下女性(6、13、16、17)	4(19.0)
(3) 65 歲以上女性(3、14、21)	3(14.3)
(4) 65 歲以上男性(8、12、18)	3(14.3)
2. 照顧接受者年齡、性別	
(1) 65 歲以上女性(1、5、7、9、12、15、16、20)	8(38.1)
(2) 65 歲以上男性(3、4、14、17、21)	5(23.8)
(3) 65 歲以下女性(2、8、10、11、13)	5(23.8)
(4) 65 歲以下男性(6、18、19)	3(14.3)
3. 照顧者與照顧接受者關係	
(1) 兒子照顧母親(1、5、7、9、10、20)	6(28.6)
(2) 妻照顧夫(3、6、14、21)	4(19.0)
(3) 孫子照顧祖母(11、15)	2(9.5)
(4) 父親照顧兒子(18、19)	2(9.5)
(5) 夫照顧妻(12)	1(4.8)
(6) 父親照顧女兒(8)	1(4.8)
(7) 母親照顧女兒(13)	1(4.8)
(8) 兒子照顧父親(4)	1(4.8)
(9) 女兒照顧父親(17)	1(4.8)
(10) 女兒照顧母親(16)	1(4.8)
(11) 兄照顧妹(2)	1(4.8)
(12) 母親照顧兒子	0(0.0)
4. 照顧者婚姻狀況	
(1) 已婚(1、3、6、7、8、12、13、14、16、17、18、19、21)	13(62.0)
(2) 未婚(2、4、10、11、15、)	5(23.8)
(3) 離婚(5、9、20)	3(14.3)
(4) 分居	0(0.0)
5. 照顧者經濟狀況	
(1) 無工作有經濟壓力(1、2、4、5、9、10、20、21)	8(38.1)
(2) 未知(3、6、13、15、16)	5(23.8)
(3) 有工作無經濟壓力(8、17、18、19)	4(19.0)
(4) 無工作無經濟壓力(11、12、14)	3(14.3)
(5) 有工作有經濟壓力(7)	1(4.8)
6. 照顧者健康狀況	
(1) 有精神疾病(憂鬱症 5、6、8、9, 情緒障礙 4、7, 思覺失調症 15, 疑似 3、13、18、20)	11(52.3)
(2) 未知(1、2、10、11、12、16、17、19、21)	9(42.9)

(3)除精神疾病外其他疾病(14)	1(4.8)
(4)無疾病	0(0.0)
7. 照顧接受者健康狀況(複選)(案3照顧接受者有2位)	
(1)失智症(1、14、16、17, 疑似4、5、6、7、15)	9(42.9)
(2)有精神疾病(2 思覺失調症, 3 自閉症, 11 智能障礙, 13 身心不穩定, 18 強迫症, 19 重度精神疾病)	6(28.6)
(3)有自殺意念(4、13、18)	3(14.2)
(4)頻繁進出醫院(3 洗腎, 4 糖尿病)	2(9.5)
8. 曾納入家暴高危個案討論	
(1)否	21(100)
(2)是	0(0.0)
9. 案發前徵兆或異狀	
(1)案發前無徵兆及異狀(1、2、8、11、12、16、20)	7(33.3)
(2)照顧者或照顧接受者曾透露有輕生念頭(4、5、9、13、18)	5(23.8)
(3)照顧者或照顧接受者曾有暴力情形(6、7、17、19、21)	5(23.8)
(4)照顧者曾透露或家屬察覺照顧壓力大(3、10、14、15)	4(19.0)
10. 地域分布	
(1)北部地區(台北4、新北4、桃園4、新竹1)	13(61.9)
(2)南部地區(高雄4、台南2、屏東1)	7(33.3)
(3)中部地區(雲林1)	1(4.8)
11. 外部資源(複選)	
(1)衛政社工有接觸(2、3、4、5、8、9、12、13、14、15、16、20、21)	13(61.9)
(2)拒絕使用長照服務(3、4、7、8、10、11、16、17、18)	9(42.8)
(3)使用長照服務(6、9、12、14、19、21)	6(28.5)
(4)警政有接觸(1、6、7、17、18、19)	6(28.6)
(5)有其他社會福利補助(1、2、4、5、15、21)	6(28.6)
(6)衛政社工、社政社工均有接觸(6、7、17、18、19)	5(23.8)
(7)已申請長照服務但來不及使用(1、5、15、20)	4(19.0)
(8)不知道長照服務(2、13)	2(9.5)
(9)社政社工有接觸(1、11)	2(9.5)
(10)教育社工、老師有接觸(3、19)	2(9.5)
(11)鄰里長有接觸(9、18)	2(9.5)
(12)各單位完全無接觸(10)	1(4.8)
(13)有外籍看護(12)	1(4.8)

21 案例當中，以家庭照顧者關懷總會發展的「高負荷家庭照顧者」初篩指標(陳景寧, 2019)分析「照顧者」面向樣態，單項高負荷指標出現頻率最高者依序為：男性照顧者(14 件，66.67%)、沒有照顧替手(13 件，61.9%)、照顧者為精神疾病患者或疑似有精神功能障礙者(11 件，52.3%)、照顧者本身是病人或照顧者健康狀態改變 11 件，52.3%)，以下逐項分析。

(一) 男性照顧者最多(14 件，66.67%)

臺灣目前實際擔任家庭主要照顧者的性別以女性為主，但發生照顧者殺人事件的性別卻是以男性為主。回顧國際相關研究，諸多研究一直提醒服務單位對照顧者性別的敏感程度需要提升。例如 Schwartz (2015)研究提醒，雖然即使美國的新興的責任制醫療組織 (Accountable Care Organizations, ACOs) 企圖將家庭照顧者納入照顧計畫當中，但仍因服務體系相關工作人員缺乏照顧者性別意識，而將男性照顧者排除在外，或是預設男性照顧者需要家務協助等性別刻板印象的服務設計區隔，都讓男性照顧者對照顧者支持體缺乏信心。王行(2014, 2015)接受家總委託執行的男性照顧者團體，歷經 11 次封閉性焦點團體的組成形式，其結案報告與研究指出，男性的勞動價值宛如男性尊嚴的指標，在家中照顧並不能換算成市場價格，因此當男性成為主要照顧者後，其他家人反而逐漸疏離，使得承受照顧責任的男性主要照顧者更為孤單。

他反正沒有其他的工作，他就在家裡照顧父母。對，那所以相對的他就比較弱勢，尤其是男性……..男性比較不在傳統裡面不是扮演這樣的一個角色，所以他要照顧，好像自己會覺得比較沒…比較沒有用 (摘述 D-7 訪談資料)

參與第三次焦點團體的專家提醒：

雖然我們已經推了性別教育很多年，而且臺灣有一個很特殊的情況，大概在 2、30 年前，男性照顧者大概只佔一成。然後呢？到現在為止大概男性增加到四成，幾乎快與(女性照顧者)相當了，可是我們的剛好這一代正在處於中生代在做照顧的這一群中生代男性，他們在國中高中時候的學校教育，上軍訓上工藝，女生上護理上家政然後，所以第一個是

他們對社會對他們的期待不一樣了，他們也不具備這樣子的一個準備，他們的準備更少(引述自 F-3 焦點團體)。

我覺得在這裡有包括什麼是好男人?照顧會不會威脅到男人的陽剛氣質?我覺得這個性別的文化的翻轉，照顧者是好男人的這一種文化的翻轉，我覺得也是一樣的重要。那我們現在的性平處在推動的時候，其實呢我自己覺得。還沒有針對這個部分有比較認真，甚至於然後我們現在看到，就是國家同時在表揚孝行獎，然後強化這種照顧是責任，然後所以我覺得那個性別文化翻轉跟推動，我覺得性平處理，也許在這個部分可以再多著力一些(引述 F-3 焦點團體)。

依據衛生福利部 (2022)於 2021 年公告的新版之高負荷家庭照顧者指標，「男性照顧者指標」已被合併進入「過去無照顧經濟者」，操作型定義為過去無照顧經驗且受傳統文化等因素影響，致出現高照顧負荷情形卻不易開口求助者，如男性照顧者」。隨著男性擔任照顧者的比例增加，其使用服務比例與主觀照顧負荷需要進一步關注。

(二) 沒有照顧替手(13 件，61.90%)

照顧是非常密集且耗費體力的工作，但檢視案件，超過六成的主要照顧者獨立承攬照顧責任。例如案 2、案 3、案 5、案 6、案 14；

相對人長期無業在家全職照顧患有精神障礙之案主，雖親友曾表達願意共同照顧案主，然遭相對人婉拒，疑為長期照顧壓力及待評估案兄是否有憂鬱情形而導致不堪負荷，出現殺妹自等行為。(第 2 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2 P4)

案妻長期承擔主照顧壓力，且案主今年開始頻繁進出醫院，加上需協助照顧患有自閉症且情緒不穩的案長孫。而案子女雖表達曾希望引進照顧資源或外傭協助，然案主及妻都不希望外人進入家中，案妻自行照顧即可，加上案子女雖查覺妻疑出現精神症狀，然未立即協助帶案妻就醫，評估雙重照顧壓力及案妻疑因照顧壓力而引起精神症狀為本危險因子。(第 3 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，七-2-2 P5)

案長子自 86 年起患有精神疾病，罹病長達 20 餘年，過去多由案主擔任案長子之主要照顧者，兩人關係緊密。近年因案主身體年邁退化、疑似出現失智症狀，例如抗拒外出與沐浴，又於 108 年年初跌傷，失能狀況更加明顯。同住案么女因外出就業，託付案長子協助照顧近期失能之案主。案長子亦認定自己身為家中長子，應承擔照顧案主之責。但案長子面對案主失禁與失功能照護無相應能力與心理能量，推測案長子內在壓力負荷沉重，雖有求助長照服務，又疑似受媒體報導影響下，不忍失能案主受病痛折磨，興起慈悲殺人，將案主勒斃。(第 5 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-1-3 P9)

因案主年邁且行為具有攻擊性，尤其在 108 年 3 月 開刀後因疑似失智症狀致攻擊行為加劇且脾氣更暴躁，案妻在沒有照顧替手下，需獨力承受照顧案主之壓力。(第 6 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，2. 相對人為險評估-二 P12)

又如案 8 之父母照顧者，不認為照顧接受者所需的個人支持及照顧為基本社會保障權。當原本的主要照顧者(案母)骨折而無法繼續照顧，但案父母仍抗拒服務。即使我國身心障礙者權利保障法所明示；即使家內已有其他親屬，例如案姊提議申請長照服務，但顯然未被接受：

案主平時由案母及案父照顧，且原本三人係睡一和式大通舖房間，以便於案主上下床之移動，近月案母因粉碎性骨折，雙腳不便行走，故睡另一房間且無法分擔案父照顧案主之工作…；案父母認為照顧案主係自家須承擔及負責的…，對於案姐曾提及申請長照或外籍看護等輔助照顧資源，存在著恐無法妥適照顧案主之憂慮及不信任，即使案父母逐漸年邁，在照顧案主上已造成身心之負荷仍無意願嘗試使用輔助照顧資源…(第 8 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-三(一)，P3；六-2(3) P7)。

綜合上述，當主要照顧者無其他替手，而又抗拒正式服務介入時，可能就是風險因素。如何提升高負荷照顧者使用喘息服務的意願，以及評估服務使用後的情況，建議是下一階段政策重點之一。

(三)照顧者為精神疾病患者或疑似有精神功能障礙者(11 件，52.3%)

主要照顧者的心理狀況顯然是亟需關注的重要議題，超過半數的重大事件案例都顯示主要照顧者在案發前已被診斷為精神疾病患者，或因照顧負荷而開始到精神科就醫。例如主要照顧者已開始到身心科就診，主訴為心情低落與失眠議題，經醫師診斷為憂鬱症：

據案姐所述案父於身心科診所就診近 6 年，初步診斷為憂鬱症，但因案父自覺抗憂鬱症之藥物會導致其無力搬動案主，故案父會自行減藥，不讓藥物之副作用影響其對案主的照顧品質；案父長期患有胃病、膽結石、肝腎泌尿等疾病，身心狀況不佳…案姊與案弟曾與案父母討論過申請長期照顧資源和聘請外籍看護一事，但皆遭案父拒絕(第 8 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-10-(四) P2)

又如第 3 案是由老年母親擔任頻繁進出醫院的丈夫與罹患自閉症長孫的主要照顧者，子女雖察覺母親疑似出現精神狀況，但卻未能察覺照顧二位照顧者可能導致的突發性情緒失控：

107 年 10 月 16 日案妻與案長孫在公園散步時，因案長孫向妻表達不願繼續就學，案妻聽聞後突無預警攻擊長孫，案女才驚覺妻似精神有異狀，除先與案妻討論舒緩情緒外，並預計協助案妻預約精神科門診，未料案妻於 107 年 10 月 17 日持鐵鎚重擊案主頭部，警方到場時案主已送醫急救，急救後仍不治身亡；加上案子女雖查覺妻疑出現精神症狀，然未立即協助帶案妻就醫，評估 雙重照顧壓力及案妻疑因照顧壓力而引起精神症狀為本案危險因子。(第 3 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3-二 P1；七-2-2 P5)。

第 6 案，照顧失智症的丈夫，本身罹患重度憂鬱症的妻子，以採用暴力方式回擊丈夫的失智症之暴力行為，家庭暴力防治中心社工進入家戶評估，提供長期照顧資源。但

當服務重點仍以照顧接受者為主時，主要照顧者的精神狀況並未被納為照顧計畫的一環，致使憾事仍然發生：

考量案主夫妻過往多次通報，案妻雖未拒絕社工服務，然態度消極，又案妻罹患重度憂鬱症還需負起照顧案主責任，且無照顧替手致身心狀態易低落，實有長照及家庭照顧資源挹注之需求...案妻疑因長期遭案主貶抑及精神暴力，趁案主入睡，以枕頭悶住案主臉部致其窒息，經機構人員發現、急救後送醫（第 6 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心-二-(三) P9）。

第 13 案是長期照顧精神障礙的女兒。照顧接受者(女兒)曾表達自傷想法，是衛生局定期追蹤訪視的精神疾病患者。即使衛生所已提醒規則服藥與就醫重要性，但主要照顧者認為個案情緒穩定，不用服藥與就醫。而當主要照顧者本身身體出現問題(胃長腫瘤)，開始身形消瘦後，且向家庭成員出現疑似交代後事情事，就醫記錄顯示看診有焦慮及睡眠障礙問題，也就是當有自殺意念的照顧者與照顧接受者同處時，照顧安排卻未隨時調整的憾事。

案弟主訴，兩造身心狀況不穩，又互相照顧，且相對人曾向案家人主訴想死之念頭，疑似相對人照顧上壓力大且本身個性較易焦慮，至其身心疲憊，除了想殺害案主外，也想自我了斷。(第 13 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2-(2) P17)。

第 5 案亦是精神障礙者，在其他手足要求下，且自承是長子需肩負照顧之責：

案長子(相對人)因患有情感性精神疾病，申請且領有中度身心障礙手冊，後由當地衛生所追蹤開案服務，參與過全日型社區復健活動，但因舊後出現攻擊家人行為，曾入住療養院，出院後到地區醫院就因回診，由原衛生所持續進行精神照護持續追蹤。亦因與家庭成員間的問題服用安眠藥企圖自殺，再度入院。之後穩定服藥。因母親(照顧接受者)疑似失智，不喜外出與沐浴……單位評估，同住案么女外出就業，託付案長子協助照顧失能之案主，案長子亦認定自己身為家中長子，應承擔照顧案主之責，但面對案主失禁與照顧無相應能力與心理能量。即使長照評估已積極介入(CMS 第五級)，但長子當晚模仿死囚以橡皮筋自殺手法，仿效新聞事件以電線勒斃母親。(第 5 案重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-10-1-(2)；二-10-4 P2)

第 7 案是類似情況。檢視重大事件紀錄，該案件的「個案」是主要照顧者。對照顧接受者已出現多次施暴紀錄，社工亦已到家訪視，但因家產問題，其他家庭成員仍主張應由「個案」持續擔任主要照顧者，即使法院已核發保護令，但「個案」與照顧接受者仍同住一處。而當個案再度違反保護令，處遇是裁定相對人處遇計畫，經三個月追蹤未再發生暴力事件即予以結案，但結案後一個月後仍發生憾事。

因案子罹患精神疾病在身心狀況不佳下，仍願意擔任主要照顧者…；住院治療診斷 291 酒精性精神病；住院治療診斷:F31.2 雙相情緒障礙，目前有精神病特徵的躁症發作，重度。(第 7 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-10-二-1 P3)。

第 20 案的主要照顧者本身有睡眠障礙，是精神就診病人。面對照顧接受者罹癌，其他家屬雖已協助申請長期照顧服務，但主要照顧者的精神狀況對照顧責任的因應程度，顯然須有獨立評估的必要性：

依家屬提供以及長照中心訪視評估之資訊，評估案次子身心狀況較為脆弱(有睡眠障礙、憂鬱等狀況)，案次子約失業兩年，有睡眠障礙、疑似憂鬱的狀況，定期於醫院精神科就診…近兩個月面臨案主罹患癌症，需進行化療，案次子幾乎每天述說不捨案主病痛，身心精神疲累(第 20 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-1-(二) P9)

第 9 案之主要照顧者亦是罹患重度憂鬱症，當地里長已協助就醫。但即使主要照顧者希望可以卸下主要照顧者的職責，但遭照顧接受者(案母)的反對；甚至虛假通報自己染上新冠肺炎，希望能住院隔離，仍無法改變情況，後續又出現多次自殺等行動，但相關單位介入的重點皆因照顧接受者的主張而未積極處理主要照顧者的議題：

相對人患重度憂鬱症，無業，今年因投資股票失利及自陳照顧被害人壓力，已有兩次疑似自殺行為，雖有就醫，為服藥狀況不穩定，情緒持續低落，被害人關心恐造成其心理負擔，致生反彈。長期照顧服務提供被害人沐浴、陪同復健及散步等服務(第 9 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2 P9)

第 15 案與第 9 案狀況雷同。是年輕的主要照顧者(案孫)，患有思覺失調症，衛生所定期關懷訪視。主要照顧者多次反映夜間淺眠問題，衛生局提供的衛教是請主要照

顧者返診時向醫師反映調整藥物。然而，檢討報告指出，面對家中其他成員常透過電話或 line 要求主要照顧者，年輕的主要照顧者已曾向自己母親透漏「以傷害被害人念頭要脅被害人女兒返家照顧」，但可惜相關介入的精神關懷單位並未關注照顧者與照顧接受者身分並存的可能性與事實。

本案兩造為祖孫關係，被害人年邁行動不便，由相對人照顧其生活起居，查相對人領有本縣第一類身心障礙證明(患有躁鬱症、思覺失調症)，疑似不堪長期照顧被害人，致身心俱疲，故而萌發殺意…(第 15 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3 P1)

又如第 4 案，家中其他成員知道擔任主要照顧者的案三子過去當兵時因精神狀況不穩早退訓，但因事後沒有再到精神科就診的紀錄。當家庭成員因工作不穩定而「自願」擔任主要照顧者，但又主訴其需照顧案主無法工作，企圖自殺，且到急診室求診；但當其他家庭成員因承擔其他家庭照顧責任，無力再回應此一個案需求，

案三子(相對人)無前科、無藥酒癮紀錄，107 年 9 月 3 日有企圖自殺行為，為衛生局自殺列管個案，據案長子所述，案三子服兵役時曾因精神狀況不穩，提早退伍，又表示案三子有反社會人格傾向…案長子及案長女表示案三子常因為不滿老闆要求或工作規定，就憤怒離職，以致出社會以來工作及收入極不穩定，近年更以要照顧案主為由，不願外出工作。案第一任前妻與案其他子女曾多次為案三子介紹較為輕鬆的社區管理員或是社區清潔工作，案三子都拒絕……。

就業服務站的資料顯示，案三子於多次到 OO 區就業服務處求職，經就業服務員協助媒合多項工作，皆不滿意，表達只要當司機開車，之後即再也沒去就業服務站尋求協助(第 4 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2 P10)

綜合上述，第 4 案、第 5 案、第 7 案、第 9 案、第 15 案與第 20 案都是由家中的精神障礙者擔任主要照顧者，檢視其照顧意願，除第五案在其他手足要求下，且自承是長子需肩負照顧之責外，而第 4 案、第 7 案、第 9 案、第 15 案這四位皆為非自願照顧者。

回顧 2007 年修訂的精神衛生法第一條明確指出，「應支持並協助病人於社區生活」的目標；第二條「社區精神復健」定義為「協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社區技巧、日常生活處理能力等復健治療」，

修法的核心概念為「復元」，著重個人功能，而非疾病；這是由於患有嚴重精神疾病者面臨的挑戰是終生任務，有必要採取一種可以與疾病及其症狀的持續經驗並存的康復新觀念(王禎邦 & 歐陽文貞, 2020)。透過這些案例的分析，顯示當精神疾病患者承擔照顧者此一身分時，現有的健康與社會服務體系如何看待或提供支持，乃是下階段的重點之一。

再者，回顧國內外文獻，已有研究提醒，其實多數照顧者出現殺人或自殺行為前，曾用口語或非口語等方式向身旁的人透露有殺人或自殺意念。Liabo 與 O'Dwyer 等學者有鑑於現有研究缺乏對家庭照顧者自殺、殺人與自我傷害的研究，認為若無照顧者的參與，可能會欠缺或忽略某些關鍵變項。其研究邀請照顧者，以匿名方式參與研究，共同發表報告(Anonymous Members of Peninsula Involvement Group et al., 2019)。該報告的建議主要有三：第一，預防優先：許多照顧者確實曾出現自殺、殺人與自傷意念的經驗，照顧者的心理健康議題顯然需要更多關注。但關注不僅是在照顧旅程開始之前，亦需持續追蹤後續出現自殺、殺人與自傷意念的風險因素。

依據本研究分析 21 各種大事件案例，當照顧者本身為精神疾病患者，且出現自傷意念時，照顧計畫顯然須關注其擔任主要照顧者對其身心狀況的影響。但如前述依樣，高負荷照顧者指標中的「照顧者為精神疾病患者或疑似有精神症狀」亦在 2021 年遭到主管機關刪減，與其他指標合併。然而，合併後的指標恐更讓精神疾病照顧者隱形化，相對更難意識到自己因應照顧接受者狀態、自己的身心狀態，以及突發事件多層累積的負面效應。更重要的是，當照顧者進入衛福部的長期照顧服務體系時，照顧者如果要申請使用喘息服務，須依照照顧接受者的失能等級(即二到八級)來核定，照顧者本身的主體性仍被忽視。

(四)照顧者本身是病人，或當照顧者本身健康狀況改變時(合計 11 件，11.5%)

照顧是密集且需體力的一項任務，當主要照顧者本身罹患疾病時，不僅意謂主要照顧者的健康權受到威脅，亦可能影響到照顧接受者的生命權。21 案例中，照顧者健康狀態改變超過四成(9 件，42.9%)。

如第 14 案是主要照顧者，重大事件檢討報告提醒，事件可能與主要照顧者長期照顧，以及本身又有輕微中風相關：

案主有失智症狀和左半側中風現象，造成左半邊癱瘓須包尿布及插胃管，右手力氣不足，因此無法下床，仰賴家人擦澡及灌食營養品，因疾病特質而有情緒躁動狀況，對相對人有攻擊傾向…雖經醫院通報銜接長照服務，核定服務項目為復康巴士、居家服務與喘息服務等，但案家未有使用紀錄。相對人患有糖尿病，因照顧案主導致身體出現小中風，走路會不太穩，但生活尚可自理及準備餐食，案長女表示家屬皆有分擔照顧責任，但相對人多傾向自己照顧，有聽聞相對人因照顧案主而影響到睡眠品質…相對人於凌晨以水果刀刺傷案主始之死亡，後相對人持刀自殺。(第 14 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-10-4 P2)

案 16 狀況亦是因病無法履行照顧責任，又因考量疫情未申請長期照顧服務，致使照顧者本身的健康權與照顧接受者的生存權都因此受到威脅：

相對人發現案主於住所臥室死亡。相對人(主要照顧者)表示案主因病臥病在床生活無法自理，相對人自述身體不適，服用成藥後昏睡，致疏忽已 2 至 3 天未提供案主生活照顧協助…家屬表示知悉長照服務，但顧慮疫情，經家庭成員討論後，希望待疫情緩和再提出申請，(第 16 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2 P14)

又如第 12 案，即使主要照顧者本身已經發燒，但仍不敢好好休息：

主要照顧者(案夫)主述：案發前已數日單獨照顧案主，幾乎無法入睡，當晚因不慎扯掉案主的點滴針頭致案主流血，案夫因此心神不寧，後又聽聞案主持續痛苦地呻吟…；9/2-9/5 由案夫獨自照顧案主，期間案夫皆未服用安眠藥，因此無法入睡…案夫因太過疲倦遂同意外籍看護的提議，返家一段時間，當時案夫發現自己有些發燒，仍不敢服用安眠藥好好休息，僅在客廳小歇約 2 小時，之後案夫因擔心外籍看護仍發燒，遂自行前往醫院換班。(第 12 案，重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-109.9.17-1 P5；四-109.10.05-1 P6)。

誠如參與本研究焦點團體，一位長期擔任身心障礙者個案管理工作者的分享：

我個人覺得就是說，目前在觀察下來，在我們服務歷程中，發生的、就是可能悲劇發生的那個點，第一個可能是照顧的人他發現這沒有止盡，不知道什麼時候結束，那第二個是，我覺得是很有可能地是照顧者的身體狀況是有變化的。第三個是其他的障礙類別可

能還好，但是視覺障礙者很容易在一、二級（笑），得不到照顧資源、得不到長照資源。那沒有長照資源的情況下，其實沒有任何的資源可以長期的在固定時間進家哦！是沒有，目前這個資源是不存在的（摘述自 F-1-1 焦點團體）。

依據世界人權宣言第 24 條，「人人享有休息和休閒的權利，包括工時有合理的限制及定期給薪休假的權利」。然而，台灣始終未將「照顧」視為一項工作，未明訂該項照顧工作合理的工作時間，以長期照顧 2.0 提供給照顧者的支持，僅有 14 天的喘息服務，換言之，一位家庭照顧者兩周以上才能有一天的支持服務；然而，更重要的是，當家庭成員並未認同自己為「照顧者」，也就不會使用長期照顧等服務。

(五)照顧接受者為失智症者(9 件，42.8%)或精神疾病患者(6 件，33.3%)

照顧接受者為失智症或精神疾病患者，對主要照顧者的身體與心理的影響實需詳細評估。邱逸榛 et al. (2010)提醒，非認知症狀會讓失智症患者產生不適感，也是照顧者壓力的主要來源。

第 4 案

居服單位社工評估案主可行動，但因視力關係行走需持單手拐杖或是兩傘輕微支撐，尚有自我照顧能力，另案主疑似有輕微失智(未就醫確認)，案三子亦表示案主偶而會出現尿失禁…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-四-3-(4) P4)

第 5 案

針對案主長照需求，案長子向照專表示案主月初跌傷(右膝蓋，傷口約 0.5-1cm)，且近期出現疑似失智症狀，不喜外出與沐浴。針對案主疑似失智，案長子表示案主已有就醫，且服用相關藥物 2 周左右，後續也已安排相關檢查，欲進一步釐清案主病況。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-四-108 年 1 月 18 日-3 P5)

第 6 案：

因案主年邁且行為具有攻擊性，尤其在 108 年 3 月開刀後因疑似失智症狀致攻擊行為加劇且脾氣更暴躁，案妻在沒有照顧替手下，需獨力承受照顧案主之壓力。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，相對人危險評估-二 P12)

第 7 案

案主 78 歲，疑似失智有躁鬱狀況…；案主已年邁且患有失智症…；案妻表示案母疑似失智，可自理無須人協助…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-10-1-1 P3；四-108 年 5 月 4 日-6 P5；四-屏東衛生局心衛社工-1-(5) P7)

第 14 案

案長女表示案主有失智症狀和左半側中風現象，造成左半邊癱瘓需包尿布及插胃管，右手力氣不足，因此無法下床，仰賴家人擦澡及灌食營養品…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-10-4 P2)

第 15 案

被害人日常生活皆依賴相對人，相對人係因長期照顧疑似失智、行動不便的被害人身心俱疲。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2-(2) P7)

第 17 案：

被害人生活自理能力不佳，同住相對人 1、2 為主要照顧者，相對人 1、2 述被害人因罹患失智症會隨地大小便，故將其限制於客房陽台…；被害人失智症狀改變身心理狀況，導致相對人 1、2 照顧壓力愈增…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3 P9；六-2-(1) P22)

第 2 案：

案主罹患思覺失調及躁鬱症，案主原由案父母照顧，案父母往生後，其即由相對人（案四兄）代為照顧，其現場勘驗案主脖子有勒痕，及一封相對人（案四兄）寫給案兄姊的遺書，研判相對人（案四兄）疑似先將案主掐死後再服老鼠藥、抗憂鬱症藥及抗凝血劑等等…（重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3 P1）

(六)照顧者曾有自殺企圖或意念，或曾有家庭暴力情事(合計 8 件，38%)

依據 Pearline 等人提出的照顧壓力過程模式，照顧接受者的疾病與問題行為，例如難以照顧是照顧者主要壓力來源，檢視照顧接受者的狀況，照顧接受者罹患失智症比例最高(9 件，42.8%)，其次為精神疾病患者(6 件，33.3%)，顯示當照顧接受者本身出現抗拒照顧、暴力攻擊行為，或是出現自殺意念時，其對主要照顧者身心的影響亦須高度關注。摘述部分照顧接受者的狀況如下：

第 6 案：

因案主年邁且行為具有攻擊性，尤其在 108 年 3 月開刀後因疑似失智症狀致攻擊行為加劇且脾氣更暴躁，案妻在沒有照顧替手下，需獨力承受照顧案主之壓力。（重大家庭暴力事件個案檢討報告，相對人危險評估-二 P12）

第 3 案：

案妻與案長孫在公園散步時，因案長孫向案妻表達不願繼續就學，案妻聽聞後突無預警攻擊案長孫，案女才驚覺案妻似精神有異狀，除先與案妻討論舒緩情緒外，並預計協助案妻預約精神科門診，未料案妻於 107 年 10 月 17 日持鐵鎚重擊案主頭部；案妻長期承擔案主照顧壓力，且案主今年開始頻繁進出醫院，加上需協助照顧患有自閉症且情緒不穩的案長孫，出現按長孫抓傷案七雙臂情事。（重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3-二 P1；七-2-2 P5）

第 17 案：

被害人生活自理能力不佳，同住相對人 1、2 為主要照顧者，相對人 1、2 述被害人因罹患失智症會隨地大小便，故將其限制於客房陽台…；被害人

失智症狀改變身心理狀況，導致相對人 1、2 照顧壓力愈增…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3 P9；六-2-(1) P22)

第 19 案：

被害人為自閉併智能障礙者，因情緒不穩，欲攻擊其母，被害人父親(相對人)見狀將被害人帶至二樓房間，以手機充電線勒住被害人脖頸讓其窒息…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3 P1)

再者，詳細檢視第 18 案文本，其主要照顧者為案父，面對照顧接受者多次自殺未遂之狀況，各種學校與醫院體系之自殺防治資源均已介入，但主要關懷對象均為被害者，對家庭照顧體系的評估皆為「案家屬皆可陪伴及照顧，家庭支持度佳，風險降低，訪員告知後續轉為公衛關懷，相對人(案父)可接受」；然而，當家庭照顧者已告知個案管理人員，表示「被害人有嚴重精神疾病，一直想死的意念，相對人希望能將被害人安樂死」，但記錄顯示「訪視人員查詢被害人目前由自殺關懷訪視訪視員服務在案中，轉知訪員密切關注被害人及提供適切之服務」，顯示服務對象仍以「照顧接受者」為主。

雖然相關單位已連結家庭照顧者支持據點服務，但當時相對人已自承精神壓力大，亦已在精神科門診就醫中。面對相對人一再表述：「只是覺得被害人如果活的那麼痛苦，可以讓她安樂死嗎？」但相關團體僅一再告知照顧者，目前台灣法律並無明定安樂死之規定。事實上，案父確實已出現過一次以上的協助自殺行為，面對觸法爭議，相對人回應以諮詢律師，雖有一至七年刑期，但未有犯罪紀錄故應會有緩刑處遇。對照重大事件報告，被害人出現多次自傷行為，「雖躺床但不斷懇求相對人協助解脫…相對人每日不耐其煩，聽從被害人懇求及吵鬧而同意協助解脫」。

誠如本研究訪談的人權學者表示：

那我剛剛有聽到好像國內有一些照顧者，就是說如果我們可以協助自殺的話，那照顧者就不會跟這個人綁在那裡二、三十年，然後兩個人都很不自由，兩個人都痛苦。那 CRPD 委員會對這個事情的看法是他們不認為應該讓長期的身心障礙變成可以，可以被自殺的一個理由，他們認為這些人之所以會被逼上絕境，就是因為他們長期遭受到非常多的

痛苦，所以雖然說最後那一刻他自己看起來像是自願的，我自願要這麼做，但是他其實從他的健康的時候，到他最後走上所謂的自願要去請求協助自殺，這個當中他所承受的痛苦都長期地被忽略，所以他最後其實沒有什麼選擇的餘地了……除了 CRPD 委員會之外，在聯合國還有一個人叫做身心障礙者權利的特別報告員，那這特別報告員曾經做出的一個結論就是說，即便我們在他的身邊沒有人鼓勵他自殺，但是大家都會有意無意地透露出一些資訊，讓他知道說我活著造成別人這麼多痛苦跟不便，那所以我不如去死掉算了，解決大家的問題……其實你已經沒有其他的 option。那所以這個時候你再說是他自己選擇自殺，就真的是制度殺人，我們應該要把這個障礙者視為一個人，而不是他是附著於在他的原生家庭裡面的一個受照顧者。(摘述 D-7 訪談資料)

即使如此，社會安全網之服務體系亦已介入，然而，社工仍詢問案父「案妹擊案母是否可以幫忙分擔照顧？」但相對人表示「與案妹無任何關係，案母亦無法協助，自己是主要照顧者」，顯示國家體系相關人員仍期待由家庭承擔主要照顧責任，致使主要照顧者仍以殺害照顧接受者的方式紓解壓力。

據此，回顧多起重大事件文本資料，照顧接受者本身的負面想法以及承受疾病的痛苦等，一再於家庭照顧者的表述中出現，其對家庭照顧者心理負荷的影響需要更多看見與瞭解。

照顧者為什麼會覺得，算了吧一切都結束。這個的心情看起來是有幾個，一個是說會覺得照顧很累，第二個是覺得說就沒有希望，就其實是這兩件事情，第一個是照顧很累，那照顧很累對於一個 long-term care 的人來講，如果他的狀態是，都沒有變化的，以前也很累那為什麼現在就覺得特別累，這個是會波動的……一個可能被波動的就是，突然變成這個被照顧者跟以前不一樣，那最常見跟以前不一樣的就是他的病變嚴重……對一個照顧者特別是說他照顧的能量比較少的來講，當這個過去長久狀況被改變，而且這個沒有什麼希望的時候，這件事情就會變成心理上會成很大的壓力，那當他很大的壓力的時候很多負面的想法就會開始出來……(摘自 D-8 訪談資料)

除上述照顧接受者面向在「高風險家庭照顧者」初篩指標裡所呈現的實際樣態之外，另發現尚有四項高風險指標如下：

(一) 照顧場域變化(3 件，14.3%)(案 6、10、12)

第 6 案:(居家改變至機構)

案主對案妻有強烈依賴、須隨侍在側，故案妻每日上午 6 時便會到機構陪伴案主。雖機構內有照顧人員協助案主生活起居，但案主要求案妻隨時得在他的旁邊、不得離開。案妻都在案主夜間服用安眠藥、入睡後方能離開、返家休息。機構觀察案主常以貶抑言語辱罵案妻，案妻面對案主的言語暴力多予以容忍；機構評估，因案主對案妻有強烈之依賴，故案主接受機構照顧並無法減輕案妻之照顧壓力…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，108.06.05-七-(二)-2；3 P4；P5)

第 10 案:(機構改變至居家)

被害人為氣切、植物人且家屬經濟困難、無力支付費用此為相對人一方說詞。被害人入住期間，社工協助申請補助經社會局評估並於 109/2/1 審核通過身障住宿型補助…。且亦告知家屬若返家照顧可協助長照 2.0 居家服務，…家屬並未誠心且積極想處理照顧費欠費事宜，而採取消極處理方式，進而導致不履行合約義務而請家屬將被害人帶回自行照顧…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-一-崇恩護理之家-5-(3) P5)

第 12 案:(居家改變至醫院)

相對人長期承擔案主照顧壓力，此次案主入院期間恰逢外籍看護因病無法看顧，導致案夫連日獨自照顧案主，屬高負荷照顧者。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2-2 P7)

(二) 疾病變化(如癌症、疑似失智)(9 件，42.9%)(案 1、4、5、6、8、11、12、17、20)

第 1 案：

另評估個案行走功能退化狀況明顯，遂與案次子討論個案就醫計畫，惟案次子表示先前曾詢問醫生，因個案當初身障鑑定醫院非國軍○○總醫院，現若掛號看診，也無法立即鑑定，社工建議先就醫穩定個案病情；最後一次見到被害人是在 106 年 12 月 29 日晚上 8 至 9 點，個案當時躺在房間床上休息，患有老年失智 2 年沒有就醫，近來身體不便，有時需人扶著才能起床…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-19-(2) P6；四-107.01.04-2 P8)

第 4 案：

居服單位社工評估案主可行動，但因視力關係行走需持單手拐杖或是雨傘輕微支撐，尚有自我照顧能力，另案主疑似有輕微失智(未就醫確認)，案三子亦表示案主偶而會出現尿失禁，社工考量案三子獨力照顧案主以致無法外出工作…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-四-3-(4) P4)

第 5 案：

針對案主長照需求，案長子向照專表示案主月初跌傷(右膝蓋，傷口約 0.5-1cm)，且近期出現疑似失智症狀，不喜外出與沐浴。針對案主疑似失智，案長子表示案主已有就醫，且服用相關藥物 2 周左右，後續也已安排相關檢查，欲進一步釐清案主病況。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-四-3 P5)

第 6 案：

去電案子，表示 5 月下旬案主因體內通流管阻塞等問題住院，因其脾氣暴躁，辱罵狀況加劇，案妻已不堪負荷，案子積極媒合可收容案主的養護機構，安置案主於桃園養護中心，並正在申請看護至養中心照顧案主。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，108.06.04-四 P3)

第 8 案：

即使案父母逐漸年邁，在照顧案主上已造成身心之負荷仍無意願嘗試使用輔助照顧資源，在案發前案主疑似牙痛接連 2 晚在半夜哭鬧呻吟，案父萌生讓案主早日脫離痛苦之念頭，悶死案主結束其生命。（重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2-(3) P7)

第 11 案：

本案疑似相對人(案子及案孫)雖無明顯危險因子，惟因案主為及重度智能障礙者，日常生活無法完全自理、需人協助，案主長期由 14 歲未成年之案孫承擔照顧看護案主之責任，案主疑似癲癇發作倒地，案孫置案主於不顧，未及時協助就醫，而同住之案子多日未見案主，亦未到案主房內關心，顯有嚴重疏忽照顧之情形。（重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-2 P12）

第 12 案：

案主為聲語障及肢之極重度身心礙者，長年臥床、吞嚥困難，平時在家由案夫及外籍看護照顧 109 年 9 月 2 日因尿道炎發燒入院，外籍看護亦因尿道炎發燒經醫師診療後囑咐返家休養，故由案夫單獨於醫院照料案主。（重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3-(一) P1）

第 17 案：

日照中心停課由相對人全責照顧，被害人仍有隨地大小便問題，相對人感覺被害人退化加劇，現都使用尿布，已達重度失智；被害人進行身障鑑定，四肢略顯無力，動作緩慢，據相對人表示被害人平日多臥床，被害人生活已需全面性協助。（重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-110 年 6 月 8 日；四-110 年 7 月 23 日 P17）

第 20 案：

案次子身心狀況較為脆弱（有睡眠障礙、憂鬱等狀況），案次子約失業兩年，有睡眠障礙、疑似憂鬱的狀況定期於馬偕醫院精神科就診近兩個月又面臨案

主罹患癌症，需進行化療次子有多表達不捨、心疼的感受，心情到影響。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-1-(二) P9)

(三) 頻繁進出醫院(2 件，9.5%)(案 3、4)

第 3 案:

案主患有糖尿病、心臟高血壓等疾病，致行走較緩慢，每週需洗腎，由案妻長期照顧。案女表示妻疑因長期照顧主及患有自閉症案長孫，致壓力沉重…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3-一 P1)

第 4 案:

案三子自述，案主罹患糖尿病曾停止治療一年，近期陪同案主頻繁進出醫院多次，案主能配合就醫處遇及醫囑用藥，暫無求職計畫，並表示目前沒有收入，無法負擔，訪員給予傾聽與同理案三子感受，提供情緒支持。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-107.10.23 P7)

(四) 疫情影響(2 件，9.5%)(案 16、17)

第 16 案:

家屬表示知悉長照服務，但顧慮疫情，經家庭成員討論後，希望待疫情緩和再提出申請。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-110 年 7 月 12 日-(四)-P12)

第 17 案:

日照中心停課由相對人全責照顧，被害人仍有隨地大小便問題…；因疫情影響，日間照顧中心自 110 年 5 月 20 日至 7 月 26 日停業，停業前日照中心調查「停托後急迫性居家服務、送餐需求」，相對人回絕。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-110 年 6 月 8 日；四-110 年 5 月 20 日至 110 年 7 月 26 日-(一) P17)

除此之外，主要照顧者的經濟狀況亦待關注，21 個案例中，超過三成案例的就業與經濟狀況面臨風險(共計 7 件，33.3%)。(案 1、4、5、7、9、10、20)

第 1 案：

相對人基本資料，貧困、失業(重大家庭暴力事件個案檢討報告，三-2 P2)

第 4 案：

相對人基本資料，貧困、失業(重大家庭暴力事件個案檢討報告，三-2 P5)

第 5 案：

相對人基本資料，失業；警政：本案衝突因素疑似為案主疾病長期照護問題，加上案長子自身精神、經濟狀況不佳，案長子自稱聽廣播後以延長線殺害案主，惟確切死因尚須解剖釐清。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，三-2 P2；六-1-2 P9)

第 7 案：

相對人基本資料，家庭代工(撥毛豆)；社工詢問之前家屬麻煩社政轉介長照資源又拒絕，案妻表示案家經濟負擔沉重，案母自理功能尚可，案家無能力在另額外支付長照所提供的服務費用…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，三-7 P4；四-屏東衛生局心衛社工-訪視內容-1-(7) P7)

第 9 案：

相對人基本資料，貧困、失業；108/4 自述經濟問題，使得憂鬱及焦慮症狀復發…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，三-2 P2；四-三-1 P2)

第 10 案：

相對人基本資料，失業；相對人與被害人次女長年無業，無經濟收入…面臨被害人安置費用欠費日漸累積加上支付房貸、生活開銷等經濟窘境，讓相對人面臨巨大經濟壓力。被害人育有三子女，平日與相對人(長子)、次女同住，長女於他轄居住工作。(重大家庭暴力事件檢討會議紀錄，參-二 P2)；長女述次女平常足不出戶，幾乎不與任何人互動，不清楚相對人的行為…；相對人曾向親屬求助支付被害人安置費都遭到拒絕，又與親友、社區鄰居鮮少互動，不善表達及求助，在家庭支持系統薄弱、社會疏離下，求助無門…(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-三-二(四) P7；六-2-2 P9)

第 20 案：

相對人基本資料，欠債、失業；據家人稱案主患有高血壓及舌癌，主要照顧者為案次子，其因失業居家照顧案主，因長期經濟壓力及案主病情加重，疑似出現憂鬱症狀，於 10 月份至醫院精神科就診（主訴失眠、憂鬱）。（重大家庭暴力事件個案檢討報告，三-2 P2；四-警政-3 P3）

社會保障權是世界人權宣言中的第 22 條，即每個人，作為社會的一員，有權利享有社會保障，且有權利享有其個人尊嚴及人格的自由發展所必須的經濟、社會和文化方面等各種權利的實現」。黃嵩立 et al. (2014) 接受國家發展委員會委託-「建構我國人權指標及調查之研究」，社會保障權的操作型定義為「目標群體獲適當告知現行社會保障制度下其所能獲得之權利與福利（現金或實物）的比例」，結構指標是提供現金或實物服務選項，照顧接受者也確實獲得現金或實物。然而，檢視長照 2.0 或身心障礙者入住機構相關補助辦法，現金或實物的補助都非全額補助。依據衛生福利部 (2022) 公布的資料，行政院於 2019 年 9 月 12 日核定住宿式服務機構使用者補助方案，補助年度入住 7 類住宿式服務機構累計達 90 天以上，按綜合所得稅稅率級距 0%、5%、12% 採階梯性金額補助，一年最高可領取 6 萬元。然而，台灣住宿式長期照顧費(含護理費、生活照顧費、病房費、伙食費及清潔費等)之月托價格介於二萬至五萬之間，管路照顧費用則是每月一千元至三千元之間(高齡醫學暨健康福祉研究中心, 2022)，政府補助的六萬元約佔實際服務使用價格的五分之一至十分之一之間，顯示照顧接受者使用服務的選項仍主要仰賴家庭經濟狀況。

以案 10 為例，照顧接受者已入住住宿式機構。但因照顧者失業，即使已有社工申請身障住宿型補助，遭到被迫去住宿式服務接回的失業兒子殺害。進一步分析此案，依據衛生福利部訂定之「身心障礙者保護工作指引」，當機構社工發現院民家屬欠繳安置費用，屬私契約部分應先向家屬追討欠費。但此案顯示，承擔照顧責任之失業兒子無力繼續負擔機構之費用，選擇將照顧接受者接回並予以殺害。

本研究訪談的人權學者表示；

怎麼樣去照顧這種瀕臨低收或中低收邊緣的處境困難家庭，我們的政府還…我是覺得審查的太嚴格，我們為了資源不要濫用，就搞得大家都活得很辛苦。所以如果他真的連機構都住不起，那這種政府應立刻要亮紅燈，說這個就是一個高風險家庭，我就要想盡辦法，把我的資源可以，可以納入……我們的政府(作為)是在補貼你，而不是說我

要支持你這個人，可以完全獨立，光是靠這個津貼，就可以生活，我們的政府並沒有打算這麼做啊，他是站在補貼的立場，而不是要支持你自立生活的立場(摘述 D-11 訪談資料)

綜言之，如何從「結構」、「過程」與「結果」三構面確實落實照顧接受者的社會保障權，特別是對照顧涵蓋的範圍與程度有待進一步檢視；而透過重大事件的分析，當照顧接受者的社會保障權未能被充分保障，則其生存權亦會因此遭受威脅。

事實上「服務建議未被接受」是有待關注的指標，此類計有 9 件，42.8%(案 3、4、7、8、10、11、16、17、18)。

第 3 案：

案主患有糖尿病、心臟高血壓等疾病，致行走較緩慢，每週需洗腎，由案妻長期照顧。案女表示妻疑因長期照顧主及患有自閉症案長孫，致壓力沉重，過往案子女都曾希望引入照顧資源或外傭協助案主夫妻，但案主夫妻皆表示不希望外人進入家庭，且自己照顧即可。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，一-3-一 P1)

第 4 案：

10 月 1 日居服單位與案三子約 10 月 4 日至案家訪視，家訪當天，案三子表示工作不穩，無法負擔長照費用，故婉拒。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-四-3-(4) P4)

第 7 案：

社工詢問之前家屬麻煩社政轉介長照資源又拒絕，案妻表示案家經濟負擔沉重，案母自理功能尚可，案家無能力在另額外支付長照所提供的服務費用，希望依案母狀況能否提供不用負擔的資源服務(如送餐服務)。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-屏東衛生局心衛社工-1-(7) P7)

第 8 案：

因考量案父母皆年邁，案姐和案弟曾與案父母討論過申請長照資源和聘請外籍看護一事，但皆遭案父拒絕，案父認為外人無法將案主照顧好，且又多次交代案姐，若案父母往生後要妥適照顧案主，案姐及案弟都允諾照顧事宜。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，二-10-(六) P2)

第 10 案：

被害人入住期間，社工協助申請補助經社會局評估並於 109/2/1 審核通過身障住宿型補助每月 17850 元。且亦告知家屬若返家照顧可協助長照 2.0 居家服務，機構方多次請家屬至機構協商多次未果，顯見家屬並未誠心且積極想處理照顧費欠費事宜，而採取消極處理方式。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-崇恩護理之家-5-(3) P5)

第 11 案：

家庭服務中心社工提供長照資源及本縣(尚未改制為直轄市)身心障礙相關服務相關資訊，但案子表示過去有請人協助照顧，惟有財物失竊之情形，故不願申請居家服務協助，且案子當時表示暫時無送餐之需求。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-桃園市政府社會局-(五) P7)

第 16 案：

家屬表示知悉長照服務，但顧慮疫情，經家庭成員討論後，希望帶亦情緩和再提出申請。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-桃園市政府家庭暴力暨性侵害防治中心-(四)-2 P12)

第 17 案：

因疫情影響，日間照顧中心自 110 年 5 月 20 日至 7 月 26 日停業，停業前日照中心調查「停托後急迫性居家服務、送餐需求」，相對人回絕；停業期間個管及日照中心以電話關心被害人照顧狀況及需求，…寧願自行照顧個案，無使用居家服務意願；日照中心於停業期間持去與家屬互動，詢問案家是否需要居家服務

和送餐，案家表示暫無需求。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，四-110年5月20日至110年7月26日-(一)、(二)、(三) P17、P18)

第 18 案：

本案經自殺關懷訪視員評估後轉介里長、警政及社政，並與前述各單位進行跨專業共訪，提供各項服務資源介入，但因案家對於各項資源提供接受度不高且多次拒訪，故服務輸入成效不佳。(重大家庭暴力事件個案檢討報告，六-3-1 P28)

依據本研究訪談，實際處理過重大事件的地方主管分享服務進入的困境：

因為現在都有出院準備銜接長照，所以有評估到他(照顧接受者)符合資格，所以也知道他照顧的一個壓力或負荷，所以呢也就我們有評估完符資格，那我們是有提供說出院之後要不要有一些喘息？那他…他這個這位先生就說，不用他自己照顧就好…其實他的姊姊也有提到說她這個弟弟照顧得很辛苦，那需不需要她來替手，那這個弟弟呢也認為說不需要，不需要，就是說他已經照顧爸爸多年了…那如果說比較片段式的那種制式化的，我就有給他，他就不要，(服務介入)就…結束了，其實是不容易啦!(摘述 D-10 訪談資料)

長期照顧服務第一線單位主管歸納服務介入的困難如下：

這個是我們其實可能有看到，他可能會發生悲劇，這是個危機的家庭，沒有資源、照顧者很老、個案看起來很難照顧，我們想引薦他資源，但是遇到的障礙，第一個是家屬不信任，他也不願意用資源。我們跟他講啊：「長照很好啊！某些單位很不錯，做長者服務很好，你試試看。」不要用，就是不要用，不知道為什麼。好，那再來是，家屬有時候會覺得沒有人可以比我照顧的更好……。那再來就是說傳統的照顧壓力啦！就是：「媳婦就是要照顧公婆啦！」你、你生了這樣身障者，你就想辦法照顧他，對父母的，有些媽媽會覺得說：「啊我就生到了，就是照顧他。」我們就看她已經不太行，就這麼、年紀這麼大了，我說：「欸，有機構很好，有日照不錯，妳讓他出去，他在家裡也很悶。」這孩子也有人權，因為他是多障者，但家屬就覺得說，啊出去怕被別人欺負啦！寧願讓他在家裡……就是(失智症)長輩其實很多都有黃昏症候群，白天的時候都很正常，可是我們的居服呢？他們、第一個他(居家服務員)不會過夜，他甚至連晚上……、雙北(市)，

我知道雙北，其他縣市我不太清楚，但是我知道雙北也很難找到夜間的人力，那更不用說這個 10 點、11 點、12 點，其實晚上是最讓人家崩潰的(引述自 F1-1 場焦點團體)

第一階段，另一場長期照顧服務提供單位的服務者一直亦服務直言服務時間的限制：

妳知道長照裡面有喘息，可是喘息只有 14 天，對不對？最多 21 天嘛，那原則上他們沒有到那麼重，大概都只有 14 天。那 14 天你要去機構的時候喘息，一般機構不太收，因為你是短期的。好，所以機構的床位當然是收穩定的，對、對、對機構的角度來說是比較有利的。所以收喘息的機率比較少，除非你後續有打算住在他那裡；再來就是，失智症最大的困難點是，他的二十四小時照顧，他的那個晚上，就是很很迫切有那個需求，但是、但是(服務量)很少，對不對？除非小規模。那小規模也是針對你日照的個案，那其他沒有辦法有夜托，我覺得這是一個很大的問題點，因為、因為……白天這些家屬都在上班、在工作，他晚上真的沒有能力照顧這個長輩(引述自 F1-1 場焦點團體)

顯示服務的提供是否為照顧者期待的服務樣態或時間，是長期照顧服務體系面對「服務建議未被接受」必須關注的重要課題。

再者，該位長期照顧體系第一線單位主管亦坦言，照顧者抗拒服務的原因，仍是期待子女：

我們最近也有一案啊！也是老老照顧，然後、這個妻子(主要照顧者)突然發現自己癌末了，然後就跳樓了。妳知道我們在國宅(服務)，裡面的老人…其實他們心裡其實最希望就是子女可以來、回來看他們，尤其是經濟狀況越好的，子女通常會在哪裡？都在國外，或者是事業有成，住在外縣市。那的確我們也因為這樣攔住了很多悲劇發生……我們也攔了很多這種、預防了很多就是失智，我開始發現有徵兆了，趕快聯繫他遠方的家人，你把他帶走也好，帶去、譬如說，你在南部，就把他帶去南部治療，你要派人來照顧他也好，我們盡到我們的職責提醒你了嘛！(引述自 F1-1 場焦點團體)

另一位長期照顧服務第一線單位主管無奈的表示：

我們有個例子，就是長輩是一個失智症的長輩，然後他的太太是一個臥床，所以入機構嘛！花了一段時間。那其實後來才發現他們家的(主要)照顧的(人)其實就是那個在身邊的女兒，她連開口跟妳說：「我需要用喘息。」她都害怕，她不知道怎麼去跟人家開口。所以我們就跟家屬一起，沒有同住的家屬就一起在做、幫他做這個訓練。對，其實那個

過程是非常長的一段時間，那我們的同仁，不管是個管或是居督，其實也跑家裡面很多次，因為一開始是阿伯(照顧接受者)抗拒嘛！然後還有那個、那個女兒，因為那個女兒就是自己也生病，然後也要去機構看那個媽媽，然後又要照顧家裡這個失智的長輩，所以她其實是、照顧負荷是很大的。但是她沒有辦法開口說：「我要用服務。」會變成我們要自己塞給她。可是她又要想說：「我要再想一下。」這樣子，她沒有辦法做決定，(引述自 F1-1 場焦點團體)。

即使服務介入，亦因主管機關對服務該類難以進入家戶的不了解，對服務提供單位並未提供該有的支持：

我們自己也都是有個管的訓練，其實我們常常會跟家屬討論說，你最期待的照顧模式是什麼？我們再去努力、有哪些東西我做得得到、做不到，然後我們再去討論你(照顧者)可以做什麼，跟我可以做什麼，正式資源可以做什麼？但是、呃.....在現在體制上有沒有辦法做這麼 detail 的討論，就現在的這樣子的案量的狀態下，尤其如果是一個、呃，這麼長期的照顧，其實我們知道其實照顧歷程它是會改變的，不管你是一位長輩，還是一位身障者，他就是會有一些轉變。那這個轉變當中的彈性，我們個管師不厭其煩的去幫他做計劃異動，可是我們就不厭其煩地被照專噏說：「為什麼(照顧計畫)又送？為什麼又改了？」然後我就想說，我那麼認真一個月、每個月都去家訪、每個月都去改.....所以他很多需要、需要進來的時候，他的額度就會爆掉，所以我一定要幫他調，我就說，大概這個月著重在什麼，我們把你的腳、醫生那個部分就看好，所以這個月就是要、一直要去看醫生，要去做一些復健或是治療。然後下、下個月再恢復比較常態的、居家的東西。(照顧計畫)就一直要去做調整。只要今天有照顧者，其實跟照顧者的對話其實是很必要的(引述自 F1-1 場焦點團體)。

四、衛生福利部之重大事件報告與監察院調查報告的「案例」比較分析

本研究主要次級資料分析來源為 2017 年後，各縣市提報「重大成人保護事件」資料。參考劉淑瓊 (2021)針對台灣重大兒虐事件檢討機制之探究一文，選取重大事件進行內容分析，參考監察院歷年調查報告案(王幼玲 & 張武修, 2019; 高鳳仙等, 2019)，比較分析不同案件之照顧關係與狀況等資訊，研究團隊再以前述文獻探討及次級資料所獲的知識與資訊作為分析架構，拼湊與描繪個案案件的整體圖像，提出建議。

(一)監察院調查報告與衛生福利部重大事件檢討報告流程之比對分析

表 11 為兩單位檢討流程之比對分析。其差異分析如下：

1. 檢討時效性：

依據前述重大事件召開時間規定，事件發生後一個月內須由地方政府召開檢討會議，且於會後 15 日內將檢討報告提交主管機關。對照監察院的事後調查啟動時間，重大事件的時效性較高。

然而，衛福部調查案雖然較為「及時」，然依規定短時間內完成調查有可能會產生下列疑慮：(1)調查單位可能在時間壓力情況下無法就防治網絡內每位接觸者進行訪談，僅能就相關通報表格內的資訊蒐整研判，因此可能無法落實廣泛收集資訊，進而針對結構面之通報與資源等提出具體建議；(2)案件家屬處於辦理後事及心理創傷期，可能抗拒接觸相關訪談，因此不易獲取完整資訊；(3)之前沒有通報紀錄者，相關人員尚未與案家建立信任關係，資料收集更顯困難。

對照監察院個案調查報告，初步建議衛生福利部可修改該計畫「參、實施流程」之中央機關之(三)「衛生福利部每季邀集外聘專家學者 2-3 名召開重大家庭暴力事件個案研討會議，並追蹤列管歷次會議決議事項執行情形；惟當季如無符合本計畫所範定之個案，得不召開。中央相關各目的事業主管機關應派員參加會議，並針對通案性之缺失研擬改善策略。前開議題如涉及跨網絡單位之重要政策且無共識者，得提請上級長官協調，或提報至衛生福利部家庭暴力及性侵害防治推動小組研議」。為確認中央檢討之改善策略是否可提升第一線人員進行通報與介入之時間與資源，初步建議修正為「個案之缺失研擬改善策略應再回到地方政府相關局處，以匿名方式了解第一線人員之經驗回饋」

本研究分析個案資料後，將針對實施流程各階段之時間點與資料內容提出具體建議。

2. 檢討全面性:

相較於監察案個案式調查報告，過去衛生福利部需進行重大事件檢討個案原則有三：(1) 符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或傷害致死案件且曾有通報記錄者；(2) 社會矚目之家庭暴力新聞事件；(3) 個案服務流程或網絡有檢討必要者（衛生福利部保護服務司, 2011），顯示衛福部重大事件涵蓋個案層面較廣。

經研究團隊初步洽詢衛生福利部重大事件檢討會議承辦窗口，發現重大事件檢討原則歷經三次變革，有鑑於老人及身心障礙照顧悲劇事件驟增，發現案發前無家庭暴力通報紀錄案件，最近一次修正是將「沒有通報紀錄者」納入檢討。換言之，前述三要件調整為「符合家庭暴力防治法所定家庭成員間殺人或嚴重傷害、致死之成人保護案件」。此調整固然避免各地方政府各自解讀「社會矚目之家庭暴力新聞事件」與「個案服務流程或網絡有檢討必要者」之落差，但對照檢討報告各項欄位，與長期照顧及醫療的橫向資料整合仍待強化。

依據目前資訊，本研究團隊比對監察委員主動調查案¹⁶與重大事件調查報告，依據兩個檢討報告時間序列，衛福部保護司重大事件調查報告早於監院調查報告完成，然卻未見監院本份報告有參閱保護司重大事件報告之情事，顯示兩報告各有其發動原因。有鑑於監察權的核心是彈劾公務人員的作為，立基於監督角色，本研究團建議，倘若監察院仍認為有發動事後個案式的調查之必要，報告時間可待主管機關--衛生福利部重大事件檢討報告完成之後，再行展開，一方面可避免中央與地方政府疲於奔命，另一方面可立基於監察權，針對檢討之後仍有疏漏之處再行糾正。

¹⁶ 本案緣自基隆市一名母親因長期照顧自閉症的小六兒子，疑心力交瘁，於 2018 年 1 月 25 日攜兒燒炭自殺。報告 14 頁見到地方政府自述有召開重大兒虐檢討會議，但未見監察院引用。

表 11: 監察院調查報告與衛生福利部重大事件檢討報告流程之比對分析

分析項目	監察院 (以基隆雙亡案為例)	衛福部	備註
屬性	監察院啟動調查案件	主動調查	1. 監察院調查案共分三類: 委託調查、派查、委員自動調查。 2. 衛福部調查案: 依重大家庭暴力事件研討及策進實施計畫規定提出調查。
流程	由監察院啟動調查, 決議後提出調查意見	1. 由下(地方政府)啟動調查, 向上匯報 2. 再由上決議後向下提出檢討改進。	
啟動時機 調查期限	調查案成立次日起: 1. 一般案件 3 個月 2. 重大案件 6 個月 3. 特殊重大案件 1 年	重大事件發生日起 1 個月內, 由地方政府召開檢討會, 於檢討會後 15 日內將檢討報告提報衛福部。	1. 監察院調查案係以調查案件立案時間為基準, 在限期內完成調查報告 2. 衛福部調查案以重大事件發生日期為調查案起算時間。
調查目標	針對政府部門長期忽視自閉症家庭的需要是否有失職之虞。	廣泛蒐集資訊以檢視體制面之缺失, 據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議, 以完善家庭暴力事件相關防治措施作為。	衛福部自基層蒐整相關案情資料, 較能準確反映實情。
調查會議參與人員	第一次: 1. 專家學者諮詢會議。 2. 中央主管機關及地方政府進行諮詢、詢問、履勘、座談、鑑定等 ¹⁷ ; 3. 需求討論會議: 自閉症主要照顧者及家長 第二次: 1. 專家學者諮詢會議。 2. 中央主管機關進行諮詢、詢問、履勘、座談、鑑定等	地方政府: 秘書長層級以上人員邀集專家學者及網絡成員召開地方檢討會議。 包括警政、社政、衛政、教育等單位人員。 中央單位: 衛福部、外聘專家學者 各目的事業主管機關	*監察院與衛福部調查案共同部分: 1. 外部專家學者諮詢。 2. 廣泛邀集相關單位參與檢討會。 3. 依據個案類型, 會再邀請相關業管單位再次與會

資料來源:

1. 監察法 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=A0030199>
2. 監察法施行細則 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=A0030200>
3. 監察院辦理調查案件注意事項 <https://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A080040001000100-1090224>
4. 監察院王幼玲委員、張武修委員調查案 <https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=6345>
5. 衛福部重大家庭暴力事件研討及策進實施計畫

¹⁷ 以 2018 年基隆雙死案為例, 中央主管機關出席單位與人員包括: 衛福部次長、社家署署長、心口司司長、保護司簡任級視察; 教育部之次長、國教署副署長、終身教育司副司長、師資培育及藝術教育司專門委員。地方政府則是基隆市府秘書長。

另一案例則是衛生福利部與監察院均有進行調查，檢視兩份報告呈現之內容，照顧者一人照顧兩位照顧接受者，分別是洗腎且頻繁進出醫院的先生，以及罹患自閉症及情緒不穩定的長孫；然而，因被害人為「洗腎且頻繁進出醫院的先生」，檢視衛生福利部報告重點缺少面向如下：

1. 對於家暴情形及案長孫多次強制送醫均無紀錄。
2. 認定事件因照顧壓力引起但僅陳述事發原委，對於如何引起照顧壓力的脈絡沒有深入調查；照顧者需要照顧 2 人。從記錄中僅能看出照顧者面對的是照顧人數的壓力，看不出照顧過程中生活的困擾及精神的壓力。
3. 沒有完整呈現照顧接受者的困擾行為。
4. 著重案發後對於加害人及家屬的後續處置與輔助

監察院報告重點如下：

1. 呈現照顧接受者對主要照顧者之家暴紀錄、強制送醫紀錄，並糾舉警政未依規定通報。
2. 詳細描述照顧接受者長孫的生活、就學時所表現的困擾行為
3. 對於照顧接受者因為精神疾病所造成的日常生活困擾，涵蓋居住社區鄰里長、學校等面向，均有深入了解紀錄
4. 對照顧接受者因精神疾病所造成的困擾事件均詳細描述，呈現照顧者所面臨的照顧壓力

綜言之，檢視監察院調查報告，相對較無時間壓力，可以充分行使調查權蒐集完整資料，完整爬梳案件脈絡及真實了解案發原因，對於制度面缺失較能提出整體性的改進意見。然而，即使都是**照顧者殺人**案件，但比對高鳳仙等（2019）與王幼玲 and 張武修（2019）兩分報告，可發現著重點亦有差異：

- 基隆母子雙死案監院調查報告著重調查「照顧者」本身罹患精神疾病與自殺意念等因素，對於照顧接受者--國小六年級自閉症兒子沒有太多描述。調查報告趨向檢視地方政府及中央對於照顧者產生照顧壓力時，現有的支持性服務及社會安全機制是否有不足及缺失之處。

提醒衛福部對於自閉症患者應有相關統計數據，並據以提出有效預防悲劇措施及支持此類患者家庭，較有整體性規劃提示。

- 陳姓婦人弑夫案之監院調查報告，有別於衛生福利部報告著重於被害人身體與失能程度之釐清，本調查報告針對照顧者陳姓婦人一人照顧2位病患，其中長孫是引爆案發關鍵，照顧接受者長孫精神疾病的困擾行為加劇造成照顧者陳姓婦人的照顧壓力，疑似產生精神不穩情形因而發生憾事。監院調查報告趨向爬梳照顧接受者如何產生困擾、相關單位如何處置，及檢討後續如何安置照顧接受者。

直接檢視地方政府處置及缺失，對於整體照顧議題改進提示較少，僅於文末少篇幅提醒衛福部、內政部應要有相關對策，減輕照顧家庭壓力。

重新將監察院報告(王幼玲 & 張武修,2019)依據「時間序列」與「相關單位」兩個軸線分析，並以照顧者與照顧接受者雙個案視角，重新分析既有資料，針對資料中呈現的通報機制、跨單位合作與資源配置，以及事後檢討策略進行分析(如表 12~19)。初步分析如下：

【個案層面的分析】

1. 此家戶與公部門一開始的接觸是申請案子的「身心障礙手冊」，主管機關是社會局。

但照顧者出現高負荷卻是透過就醫，醫師發現案母為重度憂鬱症患者，且有自殺疑慮。但醫師未依自殺防治法通報？監察院事後調查報告亦未提及此通報缺失？

當案母從住院轉為出院，二個月回診，醫師、案母及案父認為病情進步之依據？

2. 第二次是教育局在學年度個別教育計畫已發現案母精神狀況不佳，之後兩天進行高風險家庭通報。

社政單位的評估對象是「家庭」，認為案母有穩定就醫與服藥控制，案父可協助，以結案處理。對於案母因母職執行困難卻又抗拒正式資源的評

估?換言之，針對「建議服務使用，但未使用」之照顧者應是關注重點，建議持續關懷個案(案母)，直到風險降低或解除。

3. 地方政府與中央政府對於自殺防治個案通報區分為 A 或 B 等級的一致性。
4. 自殺防治中心訪視未遇後的紀錄與追蹤?訪視未遇本人，以其他家庭成員的訪視替代效果¹⁸?是否第一線人員工作負荷重，故只能盡快完成紀錄?建議應了解第一線人員以訪視其他家屬「替代」原因。
5. 監察院針對 2017 年 9 月 16 日為周末，三總內湖院區未通報自殺防治中心、106.10.20(五)基市府接獲通報高風險家庭未同時通報自殺防治中心、106.11.17(五)基市府心衛中心認定案母服藥自殺屬 B 級案件。以上關鍵時間點均在周五、週六期間，對於自殺防治通報及運作是否有遇例假日值班人員處理機制需再了解。

【系統架接與資訊共享層面】

基隆市召開重大兒虐檢討會議，發現社政、衛政與教育單位均有介入，但都各自工作，無法了解其他網絡對於個案的服務與資源。

針對第一線工作人員橫向溝通整合之困境，需要中央相關單位之支持。

此點已於監察院報告(40 頁)出現，衛福部為加強跨網絡合作，以提供完善服務，衛福部精神照護系統業與自殺防治通報系統、高風險家庭通報系統及保護資訊系統甫於 107 年初完成串聯比對，並註記個案之特殊身分於系統中，可供第一線訪視人員獲知更多關於個案家戶動態，強化資訊共享及預警機制，並得依需要，針對這些合併精神疾病、自殺通報、家暴、兒少保護案件或高風險家庭之個案提高訪視密度。但實際狀況持續關注。

【監察院對身心障礙資源的建議】可能有下列疑慮：

1. 個案檢討報告與衛生福利部重大兒虐報告的比對時間點重疊疑慮。
2. 目標人口數的推估過於龐大

摘自監察院報告中的自閉症人數眾多，13,573 人。但該份報告要處理的目標人口群，應是經過高風險家庭、有通報等篩出來的個案，才是此份報告

¹⁸ 參見監察院其他報告，發現精神障礙訪視有類似問題。

要關心的關鍵人口，而不是針對所有的自閉症患者來討論，此一數字會讓基層人員負擔大，也無法聚焦解決問題。

藉由教育、社政、醫院或自殺防治中心等篩出的個案，應才是關懷人口。報告第 18 頁中，看到衛福部提供 103 年至 107 年 2 月底自閉症入住精神病房之人數及次數，可知 106 年因情緒行為問題入住精神病房之自閉症者有 535 人。再據衛福部中央健保屬補充資料，106 年各縣市健保特約醫事服務機構申報自閉症者住院及門診人數，其中住院人數為 616 人，可推估至少有 616 位自閉症者及其家庭曾面對嚴重情緒行為之困境。

這 616 位自閉症者及其家屬是否已是具體浮現的聚焦對象？急需提供個別服務計畫，協助家庭減輕照顧壓力，預防憾事發生。

3. 又，監察院報告，社家署輔導各地方政府依身權法第 50 條提供個人支持及照顧服務，104 年至 106 年自閉症獲得服務人數，社區式日間照顧分別僅有 93 人、108 人及 121 人；社區式日間作業設施分別僅有 180、226 人及 253 人；家庭托顧分別僅有 14 人、10 人及 16 人。至於依同法第 51 條提供各項家庭支持服務，其中臨時及短期照顧服務，自閉症者之服務人數 104 年至 106 年依序為 52 人、25 人、25 人。對照未區分障別服務人數，臨時及短期照顧服務項目分別為 4929 人、4990 人及 5031 人，自閉症者所獲臨時及短期照顧服務之比列，105 及 106 年平均僅 0.5% (25/4990)，相關個人、家庭支持及照顧服務資源明顯不足。關於自閉症者所獲得臨時及短期照顧服務之比例僅 0.5%，推算該比例以 105 年服務量數字為基準，分母是未區分障別服務人數接受臨時及短期照顧服務項目共 4990 人，分子是自閉症者接受臨時及短期照顧服務項目 25 人，得到的數值為 0.5%。建議分母應以「自閉症者有服務需求者」為對象。
4. 監察院報告提醒衛福部應積極發展嚴重情緒及特殊行為障礙者的支持服務資源。但報告中對於個案出現哪些嚴重情緒或特殊行為，以及案母為何感到焦慮並未敘明，建議資源與服務能量的推估可再研議。

針對審查委員於期中報告指正，監察院報告分為監察委員自動調查、委員會、院會進行派查等類型；且由監察委員自動調查為獨立行使職權，不受任何人干涉。據此，本報告提供建議報告調查時間與內容係供參考，目的皆是希望透過重大或指標性案件

的檢討，周延蒐集「照顧者」與「照顧接受者」相關且必要資訊，做出有助於預防或解決實務困境的政策建議。具體建議請參見本報告第陸章第二點「衛生福利部之重大事件之流程與案件類型分析」(47-48 頁)參考。建議可參考其他國家之檢視模式，例如根本原因分析(root cause analysis, RCA)，或以生產、分享及支持運用實證為本知識於實務工作的非營利組織(Social Care Institute for Excellence)發展的審查與教育訓練模式，由一組受過訓練的多專家團隊進行系統與結構性的檢視，發展出有助於解決實務現場困境的知情建議，並確認現有法令制度與服務方案待補強之處(劉淑瓊, 2021)。

表 12:2018 基隆案之內容分析表

行政單位	教育部門		社政部門		衛政						分析
	基隆市教育局		社會處		心口司		健保署/醫政處				
業務單位	學校特教組				衛生局 心衛中心		醫院精神科 主治醫師		醫院社工室		
對象	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	
2014/11/3			鑑定第一類心智功能重度 (b122) 1.復康巴士 2.搭乘大眾運輸工具必要陪伴 3.休閒文康活動必要陪伴								需要陪伴設定的[陪伴者是誰?]
2017/9/16								案母赴三總內湖院區精神科初診，診斷為重度鬱症復發，有自殺危險性，建議住院，案夫婦不願住院，同意門診治療，並辦理申請身心障礙鑑定等。		社工接受門診醫師轉介協助安排案子機構安置以減輕案母負擔，案父婉拒表示仍可照顧無須機構安置，因而結案。	1. 當精神科醫師診斷案母有自殺危險性，轉介社工師進行自殺危險性評估與線上通報作業，但未見橫向自殺防治中心有相關紀錄
2017/10/5			第二次鑑定:第一類心智功能重度(b117、b122)								2. 案子在第二次身障鑑定上增加了 b117(心智功能)和行動不便者認定，照顧者負荷評估?



表 13:2018 基隆案之內容分析表(續)

行政單位	教育部門		社政部門		衛政						分析
中央					心口司		健保署/醫政處				
地方	基隆市教育局		社會處								
業務單位	學校特教組				衛生局心衛中心		醫院精神科 主治醫師		醫院社工室		
	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	
2017/10/18	案母未在家接個案子放學，隨車老師以電話聯繫不上案母，之後案母傳簡訊表示正在看電影，隨車老師遂將案子帶回學校，由個案父到校接回。	據案子 106 學年度個別教育計畫家庭生活記載，校方在 106 學年度開學後，便知案母精神狀況不佳									該校方的計畫確實執行，且相關人員具敏感度，及時通報高風險家庭，讓服務可盡快介入。
2017/10/20	校方進行高風險家庭通報		社會處接獲校方通報兒童及少年高風險家庭，因案母曾有輕生念頭，併通報自殺防治中心，派與基隆家扶中心進行評估。家扶中心社工訪視評估後，雖認案母健康疑慮，但其穩定就醫和服藥控制，家庭經濟及教養在案父協助下仍可維持正常家庭功能，故高風險服務暫不開案。								<ol style="list-style-type: none"> 1. 查高風險家庭通報單勾選項目已有特別標示「請併通報當地社區心理衛生中心或自殺防治中心」字樣。當基市府初篩人員認為案母有輕生念頭，符合高風險因素，是否依通報單格式通報自殺防治中心？ 2. 社政單位的評估對象是[家庭]，認為案母有穩定就醫與服藥控制，案父可協助 3. 心衛中心對[案母]之評估？ 4. 即使通報但仍無法將真正高風險家庭開案，建議自殺評估表單可依對象與處遇計畫修正

表 14:2018 基隆案之內容分析表(續)

行政單位	教育部門		社政部門		衛政					分析	
中央					心口司		健保署/醫政處				
地方	基隆市教育局		社會處								
業務單位	學校特教組				衛生局心衛中心		醫院精神科 主治醫師		醫院社工室		
對象	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	
2017/10/27			高風險社工安排訪視，並認定 10 月 20 日之通報內容(未在家等小孩)視為偶發事件。								訪視對象?評估依據?
2017/11/15						以藥物方式自殺				基隆三總急診，通報自殺防治中心。 BSRS15 分，有自殺想法 2 分，屬重度情緒困擾，需高度關懷。	1. 依據監察院報告下，衛生局未符合衛福部自殺防治通報系統之規定， 2. 基隆市政府之自殺行為通報及自殺高風險通報個案管理手冊之規定與衛福部之版本不同 3. 基隆市心衛中心訪員依照個案歸屬 B 級個案，在通報後 7 工作日完成初訪並完成初步評估(符合基隆市之自殺防治作業手冊)
2017/11/16						自殺通報系統接獲通報		三總基隆院區急診建議到三總內湖院區精神科就診，案母同意住院，住院期間為 16 及 17 日，之後案夫婦皆不願意住院而辦理出院，後續門診藥物治療。			4. 依照衛福部之自殺通報流程，應於接獲通報後 3 個工作日內初次關懷，但基隆市訪員致電未果，並無達成初次關懷之實。
2017/11/17						認定屬 B 及案件派案至衛生所					5. 地方政府與中央政府對自殺防治個案通報區分為 A 或 B 等級的一致性?

2017/11/23						致電案 母紀錄					6.
------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	----

表 15:2018 基隆案之內容分析表(續)

行政單位	教育部門		社政部門		衛政						分析
中央					心口司		健保署/醫政處				
地方	基隆市教育局		社會處								
業務單位	學校特教組				衛生局心衛中心		醫院精神科 主治醫師		醫院社工室		
對象	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	
2017/12/6								回診三總內湖院區精神科，病情有明顯進步，案夫婦及楊醫師看法一致			
2017/12/18						衛生所家訪，訪視未遇					訪視未遇後的紀錄與追蹤?
2017/12/23								回診三總內湖院區精神科，案母及個案夫認為病情進步，提出 2 個月處方要求。			

表 16:2018 基隆案之內容分析表(續)

行政單位	教育部門		社政部門		衛政					分析		
中央					心口司		健保署/醫政處					
地方	基隆市教育局		社會處									
業務單位	學校特教組				衛生局心衛中心		醫院精神科 主治醫師	醫院社工室				
對象	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母	案子	案母		
2017/12/27				<p>案母申請 1.復康巴士 2.搭乘大眾運輸工具必要陪伴 3.休閒文康活動必要陪伴。</p> <p>個案及家庭補充說明部分，明確記載「案主若精神狀況不穩定時，皆無法整理家務或購買三餐，案家屬需協助」。訪員雖已評估祈符合相關使用標準，卻評估不建議使用，並註記案家屬未表達使用意願，見下方說明。福利與服務建議部分記載：</p> <p>1. 情緒支持項目，需求評估人員建議：達年齡資格、不建議使用，註記；家屬未表達使用意願。</p> <p>2. 臨時及短期照顧項目，需求評估人員建議：達能力分級、不建議使用，註記：家屬未表達使用意願</p>								<ol style="list-style-type: none"> 案母接受身心障礙者福利與服務需求評估報告，已是案母通報自殺一個月後了。案母鑑定為第一類(b122.152)輕度。 基隆市政府查復發現，案母填表中照顧負荷狀況項目，竟同時勾選[家中尚有其 45 歲以上身心障礙 1 位]及[家中無其他身心障礙者]。然基隆市政府查其勾選內容相左，仍認其自行勾選即符合案家所需，顯見該府評估當時未確實反映案家狀況。 訪員向案母提出福利服務建議，其也符合使用標準，最後看似尊重案母的意見；針對此類【抗拒服務使用】個案建議追蹤 當初案母及案子的需求評估作業，由身障科社工員評估後，再經專業團隊審查會議才核發身心障礙證明之認定。為何案子自閉症的 ISP 的服務計畫書，只見單一社工決定，未見督導的專業建議？

表 17:2018 基隆案之內容分析表(續)

行政單位	教育部門		社政部門		衛政						分析	
中央					心口司			健保署/醫政處				
地方	基隆市教育局		社會處									
業務單位	學校特教組				衛生局心衛中心			醫院精神科 主治醫師		醫院社工室		
對象	案子	案母	案子	案母	案子	案母		案子	案母	案子	案母	
2017/12/29						電訪案父，重點如下： 1. 案父表示案母以前是很活潑很多話的人，生病後在基隆三總精神科門診就診，夜眠服用安眠藥物尚可入睡 2. 訪員說明關懷之意，並稱需要協助可與衛生所聯繫，案父表示接受。						1. 為何電訪紀錄之對象是案父？ 2. 未記錄案母不能接電話原因？ 3. 是否因工作人員工作負荷而不能親訪？ 4. 地方政府將此案列為 B 級，1 個月訪視頻率為 1-2 次，相較於 A 級個案每月至少 2 次頻率，相對較少；以致 2017/12/29-2018/1/24 間完全沒有資源介入
2018/1/24						案母攜子燒炭自殺，造成案子與案母雙死						1. 本份資料整理報告係以監察院之調查報告為主 2. 本案攜子自殺屬重大事件，衛福部保護司重大事件調查報告應早於監院調查報告完成，然卻未見監院本份報告有參閱保護司重大事件報告之情事？ 3. 尚未見到主管機關回報此案檢討報告

表 18:自殺防治通報單

若採紙本通報請傳真至 _____ FAX: _____

自殺防治通報單 (*為必填欄位)

通報單更新日期: 2020年06月24日 案件編號: _____

通報單位: _____ 通報人姓名: _____ 通報人電話(1): _____ 通報人電話(2): _____

*自殺類別: 自殺死亡 自殺企圖 自殺意念(需進行第27項「簡式健康量表」評估)

1、*個案姓名: _____	2、*身分證統一編號: _____
3、*性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	4、年齡: _____ (出生: _____年_____月_____日)
5、*電話:(日) _____/(夜) _____	6、手機: _____
7、*自殺日期: 20____年____月____日 (自殺意念者非必填) 自殺日期: <input type="checkbox"/> 凌晨 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上	8、*通報日期: 20____年____月____日
9、*婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 不詳	10、*最高學歷: <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 未接受教育
11、*職業: <input type="checkbox"/> 專業人員(持有證照者: 醫事人員、律師、會計師等) <input type="checkbox"/> 民意代表、主管及經理人員 <input type="checkbox"/> 技術員及助理專業人員 <input type="checkbox"/> 農林漁牧業生產人員 <input type="checkbox"/> 服務及售貨工作人員 <input type="checkbox"/> 事務支援人員 <input type="checkbox"/> 技藝有關工作人員 <input type="checkbox"/> 機械設備操作工及組裝人員 <input type="checkbox"/> 基層技術工及勞力工 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 學生(校名: _____) <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 無業 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 不詳	
12、特殊身分別註記: <input type="checkbox"/> 精神病人 <input type="checkbox"/> 禁煙者 <input type="checkbox"/> 酒癮者 <input type="checkbox"/> 家暴被害人 <input type="checkbox"/> 家暴加害人 <input type="checkbox"/> 性侵害被害人 <input type="checkbox"/> 性侵害加害人 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
13、戶籍住址: _____縣/市 _____鄉/鎮/市/區	
14、*居住住址: _____縣/市 _____鄉/鎮/市/區	
15、*與人同住: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳	
16、聯絡人(1)姓名: _____關係: _____	
17、聯絡人(2)姓名: _____關係: _____	
是否有6歲以下幼兒: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
18、*自殺地點(自殺意念者非必填): <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 租屋處 <input type="checkbox"/> 大橋 <input type="checkbox"/> 山區 <input type="checkbox"/> 河(海) <input type="checkbox"/> 其他	
19、*行為發生時是否有飲酒(自殺意念者非必填): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳	
20、*自殺方式:(複選, 最多三種, 自殺意念者非必填) <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑 <input type="checkbox"/> 以鎗砲、氣槍及爆炸物 <input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量 <input type="checkbox"/> 自焚 <input type="checkbox"/> 除安眠藥鎮靜劑之外藥物 <input type="checkbox"/> 一般農藥(如: 農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等) <input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑(如: 蟑、螂、螞蟻、老鼠藥等) <input type="checkbox"/> 化學物品(如: 漂白水清潔劑、鹽酸等) <input type="checkbox"/> 巴拉刈農藥 <input type="checkbox"/> 割腕 <input type="checkbox"/> 其他部位之切穿工具 <input type="checkbox"/> 上吊、自縊 <input type="checkbox"/> 悶死及窒息(如塑膠袋套頭) <input type="checkbox"/> 燒炭 <input type="checkbox"/> 汽車廢氣 <input type="checkbox"/> 家用瓦斯 <input type="checkbox"/> 氯氣 <input type="checkbox"/> 臥、跳軌(含鐵路、捷運等) <input type="checkbox"/> 撞擊(如: 撞牆、撞車等) <input type="checkbox"/> 溺水(淹死);跳水 <input type="checkbox"/> 其他氣 <input type="checkbox"/> 高處跳下 <input type="checkbox"/> 除了上列方式之外之自殺方式: _____	
21、*自殺原因:(複選, 最多三種) 情感/人際關係 <input type="checkbox"/> 夫妻問題 <input type="checkbox"/> 家庭成員問題 <input type="checkbox"/> 感情因素(如男女朋友) <input type="checkbox"/> 喪親、喪偶 <input type="checkbox"/> 校園學生問題 <input type="checkbox"/> 學校適應問題(如課業壓力、體罰、霸凌等) <input type="checkbox"/> 生涯規劃因素 精神健康/物質濫用 <input type="checkbox"/> 憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病 <input type="checkbox"/> 物質濫用(酒、藥、毒品) <input type="checkbox"/> 追害問題 <input type="checkbox"/> 遭受騷擾 <input type="checkbox"/> 遭受暴力 <input type="checkbox"/> 遭受詐騙 工作/經濟 <input type="checkbox"/> 職場工作壓力 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 債務 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 兵役因素 <input type="checkbox"/> 畏罪自殺、官司問題 <input type="checkbox"/> 其他: 生理疾病 <input type="checkbox"/> 慢性化 <input type="checkbox"/> 病不癒 <input type="checkbox"/> 急性化 <input type="checkbox"/> 得知患 <input type="checkbox"/> 不願說明 <input type="checkbox"/> 個案(家 <input type="checkbox"/> 個案因 <input type="checkbox"/> 不詳	
22、有無其他人一起自殺(自殺意念者非必填): <input type="checkbox"/> 有, 關係: _____ <input type="checkbox"/> 無	
23、*自殺後身體狀況(自殺意念者非必填): <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 垂危 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
24、*目前是否有在精神科就診或進行心理健康諮詢: <input type="checkbox"/> 有, 疾病診斷: _____	
25、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 原因: _____	

建議將 12、特殊身分別註記增列 家庭照顧者 照顧接受者及
[是否有育有 6 歲以下幼兒]修正為[照顧對象]
[是]1. 育有 6 歲以下幼兒 2.照顧身心障礙者 3.照顧失能者
[否]

建議增列
照顧問題
照顧負荷
建議使用服務但未使用
照顧資源問題

表 19:自殺防治通報單(續)

若採紙本通報請傳真至 _____ FAX: _____

自殺防治通報單

(*為必填欄位)

26、*處置情形(自殺意念者非必填):

留置原機構觀察 _____

經由 _____ (單位/人員)

護送前往 _____

送往殯儀館 _____

留觀檢查

個案辦理自動出院 醫師允許出院

通知單位

原個案收治機構 _____

學校單位 _____

警政單位 消防單位 檢察機關

其他單位 _____

親友

其他

其他(補述):

27、簡式健康量表分數：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題感到困擾或苦惱的程度
(自殺意念者必填，自殺企圖非必填，自殺死亡不需填)

	不會	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重
(1) 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
(2) 感覺緊張或不安	0	1	2	3	4
(3) 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
(4) 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
(5) 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★有自殺的想法	0	1	2	3	4

請填寫檢測結果：(1) - (5) 題總分：_____分，★自殺想法：_____分

說明：

1. (1) 至 (5) 題之總分：

(1) 得分 0~5 分：身心適應狀況良好。

(2) 得分 6~9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。

(3) 得分 10~14 分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

(4) 得分 >15 分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2.★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前 5 題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上時，建議至精神科就診。

28、注意事項(含其他相關資訊)：

補述：

五、長期照顧體系發展概述與現況分析

行政院於 2017 年訂定【長期照顧十年計畫 2.0】(簡稱長照 2.0)，服務對象除延續長照十年計畫(長照 1.0)之服務對象，也擴大服務對象，納入 50 歲以上輕度失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者及 65 歲以上衰弱老人等，服務對象由四類擴大為八類。政策目標式向前延伸預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康服務，提升老人生活品質；向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧照顧，減少家庭照顧壓力，服務項目由八項增至 17 項(衛生福利部，2022)。

檢視衛生福利部公開資訊，長照 2.0 給付及支付辦法主要項目有四；照顧及專業服務、交通接送服務、輔具租借、購買及居家無障礙改善，以及喘息服務。服務使用對象的長照等級分布，呈現的資料以「供給量」為主，例如服務提供單位從 199 家成長至 6,852 家，成長 34 倍，投入服務人力從 25,194 人成長至 91,767 人，成長 3.64 倍。服務使用人數從 106,864 人成長到 407,987 人，成長 3.8 倍；長期照顧涵蓋率從 20.3% 到 67.0%，2021 年滿意度已達 93.7% (衛生福利部，2022)。相對較缺乏需求與供給之間的分析。

依據本次 21 個案例分析結果，相關檢討單位皆已表示民眾已知悉長期照顧相關服務，針對民眾拒絕使用服務，以及家庭照顧者不使用喘息服務之現況，本研究係透過第一梯次與第二梯次焦點團體方式，收集第一線服務提供單位，與中央衛生福利部相關單位之資料。

針對拒絕使用服務的家庭，如何在其照顧情境改變時，適時介入，看來是目前相關單位遭遇的困境，參與第二場次的政府單位代表回饋，立基於個人資料保護法，且長期照顧又非屬法定通報業務，是目前難以突破服務介入之困境：

針對個案拒絕，其實拒絕，其實我們就真的要結案了，假如發現他是一個男性照顧者又沒有照顧經驗，然後非常的拘謹，然後可是他拒絕我們服務進去，我們到底可不可以就把他結案，因為我們有可能會被告，因為我們不是一個法定任務的一個單位…至少我們想說至少表示，欸，我是關心你的，然後我就常邀請你來參加活動，把資訊給你，其實我們這樣想過，可是對方就會說，那他，他就說我為什麼把他的資料給了別人，所以這就是我們目前在拒絕服務，我們就沒辦法進去也不敢往後傳的一個原因啦，這是 嗯，不曉得制度上來說，因為我們也是尊重他的權益，而且現在還有個資法(限制) (引述自 F-2 焦點團體)。

我最痛苦的其實是，我們不是一個法定通報的單位，我們要做任何介接我資料給出去，當然公務機關有公務機關交換的一些例外，但是如果他要被散進服務單位，這個個資的擴散是我們非常擔心的一件事情，那我當然系統要做都可以做，但是做的適法性是什麼？我們公家機關真的會比較擔心這個事情(引述自 F-2 焦點團體)。

。

因為我們在(長期照顧)服務跟兒少不一樣，我們(服務對象)就是成人了，那要尊重他們自己的決定？那畢竟這不是一個法定通報的服務。那如果你真的擔心的話，你是不是有窮盡一切的努力去協調、讓他認知到為什麼我們擔心他，幫他建認識這個體系，進入這個體系(引述自 F-2 焦點團體)。

除法定通報義務之外，第一梯次與第二梯次焦點團體的參與者均建議，盡可能讓相關單位相互認識長期照顧服務體系，以及案例，是未來可以努力的方向：

那也謝謝老師，其實有把 21 個案例去對照這一些不同的面向……這些指標，這些高負荷的指標，去幫我們做一些爬梳。其實我看到這個之後……我們過去也許有一些檢討，呃，沒有辦法爬梳那麼清楚的地方。我所看到的問題大概，其實就是從這個照顧者跟所謂的老師講的這個照顧接受者兩邊來看，那當他們兩邊本身，其實如果我們一個健康的人……呃，照顧那個過程當中 當他照顧時間拉長的時候，本身就是一個很辛苦的事情，那再如果加上自己照顧的這個人他本身有一些身體上面的一些狀況，不管是他的疾病或是各方面一些不利的因素，或者是我們講的，在我們社安網裡面講的，就是脆弱因素，加進來的時候，其實我覺得任何一個因素其實都有可能成為那個最後一根稻草。如本研究呈現的照顧動態的過程，不只是我照顧的跟照顧接受者兩個他們其實就是一個動態構造，所以剛也講到情境的改變，其實任何一個改變，其實都可能就是加速，就是突然，突然本來過去好像看起來很穩定，然後突然就，就發生了。那我們專業人員也不可能整天，其實就是整天或者是很密集的一個禮拜有幾天，然後就是每天都看到他的變化，那有時候我們這一次看，跟下一次看，中間其實就隔了幾個禮拜，甚至是一個月，那，那個中間變化的快速呢，其實有時候真的是，真的是很難去 catch 到。我們在做保護的一個經驗，我們看到就是所有的預防，其實越往前做越好，越早預防，就盡量可以避免到最後落到最後一個這樣子的一個結果吧！(引述自 F-2 焦點團體)。

我覺得……因為我們在座都是社工，我們都知道家庭結構這件事很重要。可是因為我看過太多專業寫的照顧計畫，其實每個專業重視的角度都不一樣。護理重視的我們大家知道，生理病症嘛！我今天才訪完一案啊，他已經服務了……五、五乘以半年嘛！大概也

差不多三年了嘛！我從頭看到尾，都沒有看到他去這個家庭結構有任何相關的資料，我今天才去跟他聊：「欸那這個、伯伯以前做什麼的啊？家裡做什麼的啊？家裡彼此關係怎麼樣啊？」所以我覺得、就是我覺得是不是應該依各個專業，稍微會有一點點區隔會好一些。尤其現在加了很多，因為現在 C 碼取消，C 碼就是不出檯面的嘛，對不對？對吧，C 碼沒人在用。所以很多物理治療、呼吸治療，等等這些治療師也會進到個管行列。對，那他們這個角度可能又、看得面向又跟所謂的護理社工又不一樣。對，我覺得可能會依照各個職能的種類，可能課程是不是也要有一些調整，會比較精準一點？但是區長說就是有做一點就是一點，我覺得我很認同這個觀念，只是說、呃，如果要再更細緻一點的話，應該針對每個專業再做一些調整，因為他們可能從來都沒有這個想法過。(引述自 F-1-1 焦點團體)。

針對新版的個管訓練(人員)，或是照專的訓練加入這個東西，就不管大家吸收的狀況，或者是課程講授的狀況，其實至少那個東西(家庭照顧者權益)的概念有被放進來。我都還是覺得.....不管是、工作人員或是家屬就是能夠救一點就是一點(笑)，能夠做一點就是一點。因為勢必就是一定要有，不然等到你再去責怪的時候：「你怎麼沒有敏感度！你怎麼都不知道！」我還真的不知道這個的評估原來還有這個東西(引述自 F-1-1 焦點團體)。

因為我們每一個專業人員受訓的那個背景不同，我們看的面向其實有時候會蠻侷限在我們自己的專長上面，我舉例來講，我們保護社工其實他就會特別關注到暴力那個事件，他會很懂得去怎麼去蒐集各方面的資訊，那但是呢，其實有時候我們看到表面上的原因啦，但是實際上他有更深的原因在後面，是不是我們的受訓過程當中其實是可以讓這一個專業人員他能夠，能夠有這麼，這麼廣的視角或是有這麼廣的敏感度，去察覺到這些事情(引述自 F-2 焦點團體)。

我覺得可以思考把那個身障學生，他在各階段，就是學生他從小到長大，那個轉銜那個概念，其實放進來……除了剛剛舉的例子(21 個重大事件案例的分析報告)之外，包括說我們看到一個例子，這個行為人，他其實有精神疾病，他本來之前是有穩定回診所或是醫院就醫，就是有穩定，但是他從某一個時間點，突然沒有回去回診了，然後沒過多久，他就把媽媽給殺掉了，就是說，那個部分的資訊呢，其實是專業人員之間，特別是醫院是我們漏掉的一塊，比較沒有做一個比較好的銜接……。那剛剛有提到說那個有服務建議但是沒有被接受，如果把轉銜的概念放進來有一個好處是說，因為有時候我們通常就是建議他們，你要去幹麻，可是其實他也不會去……..轉銜(概念)是可以用在這樣子的個案上面(引述自 F-2 焦點團體)。

歸納民眾拒絕服務因素主要有三：(一)相較於家庭暴力或自殺防治等法定通報業務，長期照顧與家庭照顧者支持服務非「法定通報」項目，提升民眾自我使用長期照顧服務知能是政策重點；(二)民眾本身抗拒服務，但究竟是照顧接受者抗拒，或是主要照顧者抗拒，是下一階段工作重點；(三)加強跨單位對家庭照顧者此一新興群體的認識與了解。

再者，主要照顧者與照顧接受者的權利互有衝突時，如何平衡與保障雙方權利，確認長期照顧政策的核心價值與理念，乃是相關單位人員期待可以更多討論的議題；

我有想到是說，我比較好奇的是，提到一個服務建議沒有被接受，我就會想說為什麼，是這個服務的 suggestion 不夠專業?還是這個服務並沒有到位?並沒有去滿足他的需要或需求，……或在我們的一個專業團隊體裡面，怎麼樣去進行跨專業團隊的一個合作，甚至於去做一些資料的介接跟分享，能夠讓這個團隊或是他整個的一個狀況是能更緊密的結合，那我覺得這是一個很重要的。另外一個，其實從政策面的考量上 其實或許我們可以，我有想到我，我有想到就是說，那是不是我們應該要回歸到最早我們的那個長照政策裡面，我們是不是要重新去思考是說 價值是什麼?就是 the value base 以價值為基礎的一個長照政策在哪邊?那我們 maybe 可能以病人的，呃可能是以 嗯，caregiver 的一個觀點來看這個長照政策，那 maybe 也可能是從被照顧者的身分來看這個政策本身，那因為，我覺得這是說涉及到整個長照政策(引述自 F-2 焦點團體)。

我自己在看「時間」因素，其實我覺得它涉及到的面向非常廣……剛好老師有講到兩個，一個是新的照顧者一個是照顧比較久的，就是資深的照顧者，那我覺得新照顧者他面對議題是說，可能突發這個事件，他原有的照顧知能，可能還沒有準備到，所以可能會發生問題。那資深的照顧者他會有一個狀況，其實可能比較顯示說，因為照顧一段時間之後他的資源會減損，不管是他的經濟的資源，他的照顧的替手資源，這些資源都會減損，隨著時間的減損…可是很多長者他的觀念就是會覺得說 欸，「我可以」，「我可以」，所以他後面那個心理狀態的部份，到底有沒有人繼續去 follow 他?如果他沒有其他的家人去 care 到這一件事情的話，可能就會有超過他的負荷的這件事情發生……這個照顧者的生活權跟照顧接受者的生存權到底孰輕孰重這個，我覺得其實有時候很難判斷啦!(摘述自 F-2 焦點團體)。

其實我覺得有一個蠻有趣的議題是，到底「不適合的照顧者」是誰定義，然後不適合的照顧者是要被充能？還是他要被隔離，對，那這個都是不同對象的人權議題啦，對，那當然這個東西都沒有標準答案(摘述自 F-2 焦點團體)。

中央相關單位參與第二場焦點團體的討論，提及「家庭照顧者服務使用指引」制定之可行性與必要性，期待透過長期照顧識能來提升民眾使用長期照顧的意願：

我覺得資源的發展一定是必要的，專業人員的訓練敏感度也是必要的，那這還有一個部分，可能就是那個「照顧識能」這件事情。我們在服務的過程中常常會發現大家「小」過，但大家沒有「老」過，這意思是我們大概會知道小孩的照顧議題是什麼，因為你成長過，可是你不會知道你在照顧長輩的時候他會遇到什麼樣的狀況，那他又不會像是新生兒一樣有個明確的時間點，他出生我就知道他要開始照顧了，但是老人的時候，你會不知道他到什麼樣的一個階段我需要強力的照顧進入。然後再來就是也不會像，像新生兒一樣有媽媽手冊啊，然後有一些照顧父母的照顧手冊一樣，他可以有一個很好的引導，跟很好對新手照顧的一個就是指引，老人的部分，我們就通常都是邊做邊學啦，就是很多時候我們資源進不去，不是因為沒有資源而是因為就是孝，可能卡那個孝道文化，被照顧者也不願意有陌生人進來，或者甚至是照顧者我也覺得有陌生人進到案家，……。大家都會很認同小孩可以送給保姆和托嬰中心，但你不認同你的老人需要有人來家裡，就是你家的長輩需要有人來家裡照顧或是你把他送去日照中心，對，就是我覺得那個照顧識能可能就是真的還需要一些文化的轉變，那可能就是大家如果真的沒有照顧經驗或者是我們看的照顧經驗都是上一代的照顧經驗，都是習慣是自己照顧，那我們現在資源發展的動態下，真的可以去用一些別的資源來照顧這一件事情要讓大家知道 (引述自 F-2 焦點團體)。

而依據本研究訪談兒少領域的學者，不使用服務背後的政策與社會意涵，應是抗拒服務使用的關鍵因素之一：

CRC(兒童權利公約)跟殺子自殺還是有議題差距，因為 CRR 比較是在權利倡議，殺子自殺就比較已經是問題導向，就是 anyway 你不能讓孩子死，所以我覺得那個宣導的方向其實有差異。可是為什麼安置這件事情好像變成一個壞父母的意涵？你家孩子需要被安置嗎？現在很多被安置的都是那個家暴兒虐(類型)，所以你看那些家長都是抗爭的、都

是抗拒，所以他不要，我不要我的孩子去安置，我情願帶他去死。我把孩子綁在我旁邊了，我把我的孩子綁在旁邊了，這叫我恪盡盡職，可是如果這個孩子我給別人，你看我給這些安置機構了，我給別人叫做我也有失職。現在主張說其實有時候真的照顧不了，為愛出養」、「為愛收養」，就是說你給他一個好環境，也是讓他第 2 次生命的機會。當使用長期照顧服務仍是一個負向(概念)，照顧者寧願帶照顧接受者去死。……當民眾沒有辦法理解我們國家的照顧，那他們比較多不了解，不了解就不會做這個選項(摘述 D-9 訪談資料)。

長期倡議照顧者權益的專家直言：

雖然我們花了四年(宣導)，然後都覺得應該很多人都知道，現在大家大概都知道有 1966，可是他跟每一個人產生的關聯性是什麼？其實我覺得是還是很薄弱，好，包括你問他，那 1966 打去以後有什麼，其實大部分的人無法回答這個問題。政府現在的廣告大概只打到知曉度而已，廣告策略並沒有打到他讓他覺得這件事情跟他的有關聯性，而且他會看到牛肉在哪裡，那我覺得那個廣告也是無效的…….因為我們的長照涵蓋率已經提升，可是我們現在涵蓋的深度，是只是把他納進來變成一個列管的名單，還是我們真的有針對其中的高負荷，有風險的怎麼樣發展一些更具敏感度的指標也好，或是可以辯識出這樣的需求者，做比較深度的服務，我覺得這是現在比較大的挑戰 (摘述 D-4 訪談資料)。

就是如果當更多人意識到這是一個人權問題，這是…就像身心障礙者(權利公約)，因為我最近比較大量在閱讀那個身障者的一些，他們的工作推進。就是他們不斷在倡議身障者的人權，所以…當身障者有那個意識，或是家裡到有一天被(培)養出這樣的意識，他會很自然的舉手說我有需要，或是他覺得那個舉手一點都不可恥或是比較有可能(摘述 D-4 訪談資料)。

檢視衛生福利部 (2022)公布的資料(如表 20)，我國長期照顧推估需求人數為 85 萬 5,253 人，目前使用長照 2.0 服務人數為 38 萬人，約佔長期照顧服務需求人數的 45.4%(表 20)；由於行政院於 2019 年 9 月 12 日核定住宿式服務機構使用者補助方案，補助年度入住 7 類住宿式服務機構累計達 90 天以上，按綜合所得稅稅率級距 0%、5%、12%採階梯性金額補助，一年最高可領取 6 萬元。因主管單位的計算方式是將長照給付支付人數與住宿式服務使用人數合併計算，涵蓋率因此由 45.4%提升至 56.6%。

然而，台灣住宿式長期照顧費(含護理費、生活照顧費、病房費、伙食費及清潔費等)之月托價格介於二萬至五萬之間，管路照顧費用則是每月一千元至三千元之間(高齡醫學暨健康福祉研究中心，2022)，政府補助的六萬元約佔實際服務使用價格的五分之一至十分之一之間，顯示照顧接受者使用服務的選項仍主要仰賴家庭經濟狀況。

表 20: 長期照顧十年計畫 2.0-長照服務涵蓋率(2022 年統計資料)

長照服務涵蓋率	
長期照顧推估需求人數(A)	855, 253
長照給付支付服務人數(B)	388, 866
住宿式機構服務使用人數(C)	95, 403
長照 2.0 服務使用人數(D=B+C)	484, 269
長照服務涵蓋率(E=D/A)	56. 6%

資料來源:衛生福利部 (2022)

現有服務類型侷限於社區式與長期照顧服務，是長期照顧領域專家提醒須關注之重點：

如果要講(照顧悲劇)類型，大概是比較能夠看出一個類型趨勢是，集中在重度需求家庭，失能依賴程度很高，然後那個照顧者會被綁的很緊……。那他的問題普遍來講的問題應該是，就是他的選擇性。就是包括以前沒有長照的時候更是，就是他可能只有自己照顧這樣的一條路，所以離職的情況是很多的，然後再來就是比較可能有選擇，就是比較不會有問題當然就是聘顧移工，聘顧移工也一定是巴氏量表要比較重度，所以大概進入移工的那一段的問題，也就比較少一點。還有就是機構就大概如果進入到重度，就大概就是這三個可能性，就是機構、自己照顧不然就是義工，那現在的長照 2.0 其實會只有限於，比較是僅限於居家服務跟日照這個型態，其實是完全沒有辦法幫助得到這樣子的家庭(摘述 D-4 訪談資料)。

即使是居家服務，回應照顧接受者的服務時間看來亦是需要突破的困境：

就是(失智症)長輩其實很多都有黃昏症候群，白天的時候都很正常…。其實晚上是最讓人家崩潰的…。，可是我們的居服呢？第一個他(居家服務員)不會過夜，他甚至連晚上…。、

雙北(市)，我知道雙北，其他縣市我不太清楚，但是我知道雙北也很難找到夜間的人力，那更不用說這個 10 點、11 點、12 點。(引述自 F1-1 場焦點團體)

家庭照顧者使用喘息服務狀況與照顧者支持服務的流程及要件分析

自 2015 年 5 月 15 日於立法院三讀通過《長期照顧服務法》後，服務對象同時涵蓋照顧接受者與家庭照顧者，並於第九條定義長期照顧服務提供方式，「家庭照顧者支持服務」是第四項服務，以及第十三條明列家庭照顧者支持服務所需提供的五項服務。衛生福利部自 2012 年起建置全國性家庭照顧者諮詢專線及全國性照顧者友善互動式平台網站，並於 2016 年起推動「建構家庭照顧者通報機制及支持服務網絡計畫」。因衛生福利部成立長期照顧司（簡稱長照司），家庭照顧者支持服務的主管單位由社家署轉為長照司，並訂頒「家庭照顧者支持服務創新型計畫」，於該年 8 月份開始施行，至 2021 年已在各縣市設置 114 個家照據點(陳景寧，2019)。

依據衛生福利部 (2022)公告的長照服務使用者人口學特性，高達 94%的照顧接受者是有主要照顧者，人數約 367,140 人。但對照長照 2.0 喘息服務之 2021 年的使用狀況，總計使用人數為 121,837 人，僅佔所有主要照顧者的 33%。

目前主要照顧者想用喘息服務，需負擔 16%自付額，對無薪資所得的全職家庭照顧者，或經濟相對弱勢者的影響有實需評估，特別是本次重大事件檢討的 21 案，都是照顧管理專員建議應使用喘息服務，但照顧者不使用喘息服務。如何提供多元、服務可負擔的喘息服務，乃是下一階段政策之重點。

例如本身具備家庭照顧者身分，目前於長期照顧服務領域工作的實務工作者分享：舉例來講，我有一個長輩他失智，那個早發型的，額顛葉型，那妳知道額顛葉是很多狀況。家屬已經快抓狂了，因為他在家裡就是隨地大小便，不穿衣服，所以他太太沒有辦法照顧，然後就送到我們二十四小時的失智專區來照顧……我就是一個、一個問題的在解決問題，那在這個過程當中，就會一直跟他老婆做討論，然後跟她講。然後……當我們的個案越收越多的時候，他還是會遊走、會有一些問題，所以就退案。但我就說這個案例讓我蠻衝擊的，因為我覺得失智專區是失智症長輩的最後一段路，我原來的構想是這樣，結果沒有想到在這個個案的身上我看到了另外一個方向。就是家屬願意把他帶回去，她說：「我以前不知道怎麼照顧他，在這一段時間裡面，我終於學會了要怎麼照顧他」。妳知道長照裡面有喘息，可是喘息只有 14 天，對不對？最多 21 天嘛，那原則上他們沒有到那麼重，大概都只有 14 天，他現在來、送來我專區，可是他喘息的時候是不止，她在這半年到一年的時間，他做了喘息，然後他老婆(照顧者)在她老公住我們專區的時候，她去遊山玩水，她

在那邊做調適，然後一邊也可以學到照顧技巧。所以在這個後面的時候把他接回去照顧，反而是一件很好的事情。」(摘自 F1-2 焦點團體)。

立基於上述分享，我們可以看見重點：(一)長期照顧服務服務與照顧者支持服務難以二分，真的需要在照顧者發出「沒有辦法照顧」時予以承接，提供照顧者所需的支持服務；(二)喘息服務形式與時間需要更加多元的模式，理如此案實際使用服務是超過半年以上，顯示照顧者所需的喘息服務時間須依據照顧者主觀負荷與照顧接受者問題行為進行修正；(三)當家庭成員「選擇」成為照顧者，提供必要知能且即時支持服務的重要性。

如圖七為長照高負荷家庭照顧者轉介及服務流程，明定是「符合長照服務對象之家庭照顧者」。關於照顧者的喘息服務，衛福部依現行長期照顧給付及支付基準規定，訂有居家喘息、社區喘息及住宿機構喘息等項，透過照服員到案家，或安排被照顧者到喘息服務提供單位，讓照顧者獲得喘息的時間與空間，減緩照顧壓力。年給付額度，失能等級 2 到 6 級者為新臺幣(以下同) 32,340 元(約 14 天喘息服務)，7 到 8 級者為 48,510 元(約 21 天)，費用由政府補助，一般戶自付 16%、中低收入戶自付 5%、低收入戶則免。

但以重大事件檢討報告第三案，以及監察院檢討報告(高鳳仙等，2019)，地方主管機關報告呈現：

以本案為例，臺北市政府指出，陳婦丈夫為洗腎個案，尚有生活自理能力，並未達長照失能等級，非屬長照個案，故未有長期照顧資源介入，本案實未具長照喘息服務之資格。

顯示照顧者的主體性及其需求並未看見，目前的照顧需求評估將其附加於照顧接受者的評估之下。有鑑於重大事件之案例皆未使用喘息服務，陳正芬 and 方秀如(2021)分析家庭照顧者支持服務之困境後提醒，即使家照據點的服務對象—家庭照顧者經初篩指標與負荷量表(如表 21)篩選為高負荷家庭照顧者，但他們多仍受限原來的家庭成員身分，例如配偶或成年子女，抗拒長期照顧管理中心或家照據點個管賦予他們新的身分，即「家庭照顧者」；而當他們無法意識與認同此一身分，服務使用的歷程也難以開展。為提升家庭照顧者從家庭成員身分轉換到家庭照顧者的自我認同。建議衛福部可研議喘息服務從長期照顧給付中獨立，改變依照照顧接受者失能程度核定喘息服務天數的既定模式，從家庭照顧者的客觀與主觀照顧負荷核定喘息服務的費用或天數，提供立基於家庭照顧者需求的喘息服務，落實〈長期照顧服務法〉第十三條。

再者，2022 年中央政府訂定長期照顧業務考核指標，增定「長照體系轉介高負荷家庭照顧者至據點比率」分數為 2 分，評分標準為「家照據點接受轉介之高負荷家庭照顧者個案中，由長照體系轉入之佔比」，亦皆顯示照顧者的需求被附屬於照顧接受者的需求評估之下。曾主辦地方主管機關家庭照顧者據點業務，現為老人福利業務承辦主管坦言：

你如果要真的長照開案，我們的照顧者支持團體才能介入，有些人他就拒絕長照啊，對，長照就是需要照顧者去跟他講完之後他才會介入嘛……因為那時候有一個個案，他(主要照顧者)一直覺得說我要放給他(照顧接受者)自然死啊，那就不要給他吃，讓他吃一些會死的東西比較快，那是我們老保(老人保護)先開案……我叫你用(長期照顧)你不會想用啊，可是當他跟你講說「喘息」(服務)，喘息「這時間帶你去」(台)台南什麼文俗村什麼走，之前我們有辦過這樣的活動嘛，那對，然後就讓他有這樣出來走走，他覺得這樣是有效的啊，所以我覺得不可否認家庭照顧者先介入，會比長照服務先做…介入有一點點效果(摘述 D-7 訪談資料)。

曾參與重大事件檢討會議的專家仔細剖析目前長期照顧管理評估量表當中，關於主要照顧者負荷的五題，包括：(一)睡眠受到干擾(例如：需在夜間照顧頻繁起床或遊走的個案)；(二)體力上的負荷(例如：需專注看護或花費體力協助個案移動)；(三)需分配時間其他家人(例如：來自其他家庭人員的要求)；(四)對個案的行為感到困擾(例如：失禁、記憶問題、責怪他人拿取自己的物品)；(五)無法承受照顧壓力(例如：擔心無法好好照顧個案)，這些問題背後可能對照顧接受者的狀況有所預設，例如第一與第五題可能為失智症個案，但主要照顧者的負荷卻是其他面向，專家舉例：

以那個(案例)兒子照顧者來說好了，他又沒有小孩他沒結婚，然後他當時又不工作的話，他中間不曉得怎麼計算的，就是那個量表最後為什麼他沒有跳出「照顧負荷過重」的清單，就顯然是你的那個整個設計是有問題。原作者之前在講說這個指標，是一個直觀性指標，那我就覺得比較…比較有能夠解釋，就是它本來就不應該是做為一種轉介的指標，應該這樣說可是好像又有一點必要性，就是它如果是做為全民教育中的一種直觀性指標是沒有問題的，所以反而是負荷量表是更重要。

最後，案例分析亦發現，精神障礙者或疑似精神障礙者擔任照顧者的情形應被關注。陳正芬 and 方秀如(2022)檢視精神障礙者擔任照顧者的歷程，看見一個走向復原之路的精神障礙者返家後，若未能穩定就業，在家提供「照顧」就成為他們證明自己

有用的一種策略；但若照顧接受者出現相對難以照顧的情況，可能就會導致照顧者巨大的壓力。

但高負荷照顧者指標中的「照顧者為精神疾病患者或疑似有精神症狀」在 2021 年遭到刪減，與其他指標合併。合併後的指標恐讓精神疾病照顧者隱形化，不容易意識到自己因應照顧接受者狀態與自己的身心狀態之改變。

長照高負荷家庭照顧者轉介及服務流程

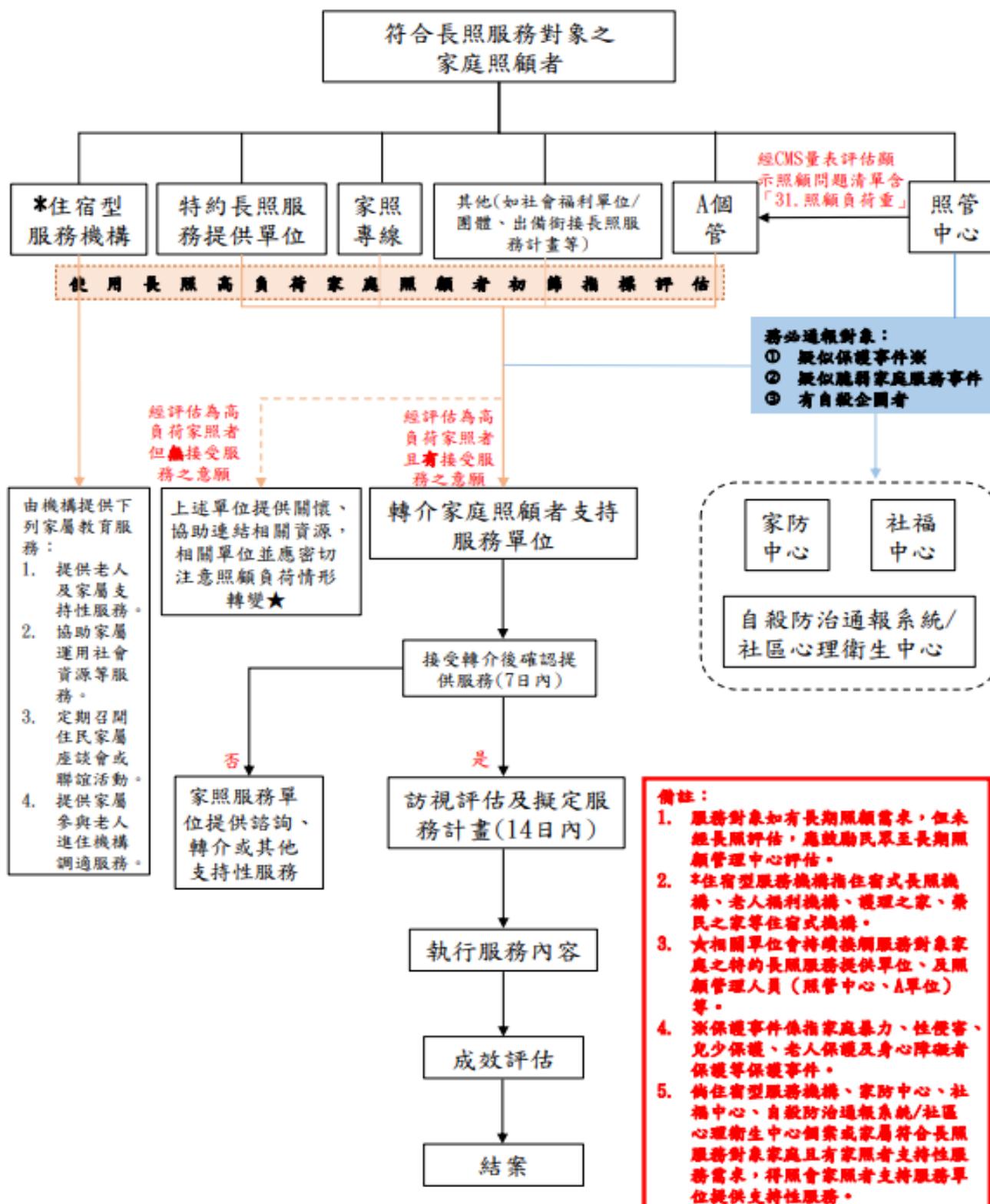


圖 七:長照高負荷家庭照顧者轉介及服務流程

表 21:長期照顧對象之高負荷家庭照顧者初篩指標

編號	指標項目	操作型定義
1	照顧者曾有自殺企圖或自殺意念	1. 照顧者過去曾有自殺企圖、具體之自殺計畫或已準備好自殺工具等行為。 2. 曾在言語間表達有自殺或結束自己與照顧對象生命的想法。
2	曾有家暴情事	照顧者自述是家庭暴力的施暴者或受暴者，或有暴力意念，不論有無列入正式通報紀錄。
3	沒有照顧替手	負擔每周 20 小時以上主要照顧工作，無其他家人、親友等可以協助。
4	需照顧兩人以上	同時須照顧兩位符合長期照顧或身心障礙條件以致生活無法自理的家人。
5	照顧者本身是病人	照顧者持有身心障礙證明、領有重大傷病卡(含癌症)、(曾)罹患骨骼系統疾病致使照顧能力受限者，或經專業人員評估有精神功能異常或障礙者。
6	照顧失智症者	被照顧者已經醫師確診為失智症患者。
7	高齡照顧者	照顧者的年紀大於 65 歲者。
8	申請政府資源但不符資格	已申請政府資源，例如救助身分等，但不符合資格故無法取得相關資源。
9	照顧情境有改變	3 個月內照顧者出現急性醫療需求或處於外籍看護工空窗期等突發性狀況，致照顧負荷增加。
10	過去無照顧經驗者	過去無照顧經驗且受傳統文化等因素影響，致出現高照顧負荷情形卻不易開口求助者，如男性照顧者。
<p>家庭照顧者支持服務據點轉介標準，須符合下列情形之其中一項：</p> <p>一、 符合指標 1、2 任一項及加上 3~10 中任一項</p> <p>二、 符合指標 3~10 中任 3 項</p> <p>三、 其他經專業人員評估有轉介之必要情形</p>		

六、歐洲國家人權機構網絡出版之長期照顧人權報告，與英國、加拿大及日本的照顧者權益發展比較

歐洲國家人權機構網絡(European Network of National Human Rights Institutions, 2017)出版長期照顧之老人人權報告，直指「我們應該擁有相同的權利」("We have the same rights")。

回顧西方國家已實施之照顧者支持政策，其政策類型主要歸納為三類：首先是服務性支持措施（含喘息照顧服務及心理暨教育性支持方案）；其次為就業的支持措施，例如彈性工時與照顧假；第三是經濟性的支持，例如照顧者津貼(OECD, 2011; Pickard, 1999)。近來之所以逐漸將照顧者視為需要的案主之一，一方面是照顧者的權益逐漸受到社會大眾的認同，期望藉由措施和服務之提供以降低照顧對照顧者生活不利的影響。更重要的是，部分國家開始倡議，照顧者之基本人權應比照照顧接受者，同樣應予以重視。以下將回顧之長期照顧人權報告，英國、日本及加拿大三國的照顧者權益之推動與發展。

(一)歐洲國家人權機構網絡出版的長期照顧之人權報告

人權是所有個人有尊嚴地生活所需的客觀最低標準。長期照顧領域中，對老人特別重要的各種權利，包括；

- 生命權
- 免於酷刑、有辱人格或不人道的待遇
- 行動自由，包括受限制的自由
- 自治權
- 言論自由、思想自由
- 尊嚴權
- 隱私權及家庭生活權
- 參與權和社會包容
- 享有可達到最高身心健康標準的權利
- 享有適足生活水準的權利
- 不歧視和平等
- 訴諸司法，包括獲得有效補救的權利

然而，這些權利可能沒有得到充分保護，有長期照顧需求的老年人之人權分散在

各種人權條約中。尊重基本權利是歐洲國家人權機構網絡強調的核心優先事項，其提出的建議包括 (European Network of National Human Rights Institutions, 2017, p.10)：

- 嘗試透過預防措施、復健與使用輔具等策略減少對長期照顧的需求
- 為非正式照顧者提供誘因，以減輕正式照顧服務的壓力
- 同時在居家與住宿式場域提供高效率，具有成本效率的照顧服務
- 確保家庭照顧者的權利

該報告中透過舉例的方式，明確指出哪些做法違反人權，請見表 22。

表 22: 違反長期照顧使用者人權的作法

權利	案例
獲得照顧(Access to Care)	未經允許進入住宿式機構內的房間 Entry to residential LTC without consent
生命權	不安全的環境，例如樓梯太窄或太陡
免於酷刑、不人道或有辱人格的待遇	言語或身體攻擊
選擇權和自主權	長期照顧接受者缺乏參與照顧計畫的可能性
行動自由與約束	提供住民鎮定劑以防止有挑戰性的行為 從外面鎖門 將托盤留在扶手椅上
尊嚴權	將處於脫衣狀態的住民與其他住民同處一室 同時為幾位住民洗澡
隱私權和家庭生活	將臨終的住民與其他居民同在同一房間 將住民的個人照顧計畫釘在他們房門上
參與權	由工作人員，而非住民選擇活動
享有適足生活水準的權利	為了省錢，關掉暖氣 骯髒的設施、通風不良與人滿為患的房間 每日膳食不足
訴諸司法，獲得有效補助的權利	住民不了解投訴程序 投訴處理程序的侷限 投訴處理機制的運作限制

資料來源：European Network of National Human Rights Institutions (2017, p.12)

該報告亦以列舉方式，提供創新或可改善的策略，例如：

- 提供一系列住宿式、居家與社區為基礎的照顧選項
- 提供員工關於安全處理與居民移動的培訓
- 員工培訓應特別著重對失智症患者的認識
- 加強對家庭及家庭照顧者的支持
- 使用地墊或手圈等警報器，當居民離開安全區域時發出警報
- 將每位住民獨特的需求納入其照顧計畫
- 家人訪視時提供具有隱私的房間
- 敲完住民臥室門後等待幾秒再進入
- 建立儀式，例如在臨終居民的門上放置一顆紙星，提醒與確保任何經過的人都記得要保持低聲，以確保臨終住民和在場人員的和平與安寧
- 無障礙格式的投訴信箱，將投訴管道連結到機構外的倡議組織

該報告分析六個國家之住宿式機構內的人權問題，強調人權轉換到住宿式機構環境的實踐過程遇到一些挑戰，關鍵是長期照顧領域的工作人員對人權的認識相對較少，強調國家的長期照顧政策需要文化轉變，以符合人權規範，提供照顧人員必要的人權意識訓練課程。另一方面，該報告亦提及，儘管許多需要長期照顧之老年人的權利透過CRPD獲得解決，但仍存在重大差距，包括長期照顧使用權利，年齡歧視，忽視，侵犯自主權，以及未在臨終關懷應用人權觀點，顯示CRPD沒有充份解決有長期照顧需求的老年人的困境，建議各國應關注長期照顧需求者之人權(European Network of National Human Rights Institutions, 2017)。

上述報告檢視的場域為長期照顧領域的住宿式服務，可提供我國住宿式服務檢視人權適用之參考。其中特別提及對家庭照顧者之支持。以下分述英國與加拿大對照顧者權益的推動與發展現況。

(二)英國對照顧者權益的推動與發展

1.照顧者權益的推動與發展

英國是全世界首創，針對照顧者權益立法的國家。1995年立法通過「照顧者（肯認和服務）法案」（Carers（Recognition & Services）Act）」，提供照顧者評估(carer

assessment)，以及針對照顧接受者的服務計畫不能侵犯照顧者的權益。但當時的照顧者法案尚未明確既定照顧者可獲得政府哪些相關服務。

1998年，英國政府發布「國家照顧者策略」(National Strategy for Carers)，1999年出版「全國照顧者策略」(Caring about Carers: A National Strategy for Carers)，內容明確地表示，家庭照顧者訂立專法的目的在於：「協助家庭照顧者，就是在協助那些他們照顧的被照顧者」，但承認當時的照顧者無法獲得適當服務與支持。同年，英國統計部門(Office for National Statistics)開始針對英國照顧者的照顧經濟價值進行統計，570萬名家庭照顧者在一年高達340億英鎊(Lloyd, 2000)。

2004年通過的「照顧者(平等機會)法案 Carers (Equal Opportunities) Act」，相較於1995年的版本，賦予地方政府有告知照顧者需求評估的責任，以及需要保障兩項權利(1)照顧者工作、學習與休閒的權利；(2)保障照顧住屋、健康與教育的權利。

2014年，英國又通過綜合性的法案「照顧法案 (Care Act)」(2015年生效)，對照1995年與2004年版本的照顧者法案偏向宣示性質的法案，此法案賦予地方政府須為照顧接受者與照顧者雙方提供服務的責任，在法律，照顧者第一次享有與他們所照顧的人同等支持的權利，包括：(1)賦予地方政府提供照顧者支持服務，促進照顧者福祉的職責；(2)強化照顧者選擇支持服務的選項，包括直接支付制度。

依據 Action for Carers Survey 出版的照顧者檢核報告(Carers' Checklist)，強調照顧者需要了解「照顧法案」原因有二：(1)幫助照顧者為其所照顧的對象獲得適當的支持，以及(2)幫助照顧者獲得正確的訊息、建議與支持，這一切都與照顧接受者與照顧者雙方的福祉相關。所謂的福祉(wellbeing)是一廣泛的概念，立法將福祉定義為下列九個面向相關(Action for Carers Surrey, 2012)：

1. 個人尊嚴(包括尊重個人的對待)
2. 身體與心理健康與情緒面向的福祉
3. 預防虐待與疏忽
4. 個人日常生活的掌控(例如避免過度照顧、照顧方式以及照顧過程所需的支持)
5. 工作、教育、培訓或休閒的參與
6. 社會與經濟福祉

7. 家庭與個人關係的維繫
8. 居住環境的適宜性
9. 個人對社會的貢獻

2014 年通過的照顧法案從提供現有服務來滿足人們照顧與支持的需求，轉向關注更特定的需求，期望透過更加個人化的支持來提供所需的服務。對照顧者而言，照顧法案意謂著國家提供重要的**新權利**，包括：

- 關注照顧者福祉的提升
- 地方議會有責任去避免支持需求的減少或延遲，包括照顧者的需求
- 依據照顧者的需求進行照顧者需求評估的**權利**
- 滿足照顧者符合條件的需求之**權利**
- 地方議會有責任向照顧者提供關於其照顧角色與自身需求相關的訊息與建議
- NHS 有責任與地方政府合作提供照顧者支持

所謂的「照顧者評估」(Carer's Assessment)並非是對照顧者提供的照顧進行評估，是一項對於擔任照顧者所需支持的討論，以及提供照顧對其生活所造成的影響，照顧者評估的執行必須是：

- 自願：照顧者有權利進行評估，透過評估來獲得範圍廣泛的照顧者支持服務
- 紀錄：執行單位會提供一份評估的副本，讓照顧者確認評估結果
- 機密：僅用於確定執行單位如何提供服務
- 免費：評估期間，執行單位會解釋照顧者可以免費獲得那些支持，以及那些是需要付費的部分

照顧者評估並非用來判斷(judgement)照顧者提供照顧的好壞，促使其照顧者角色更加穩固

2018-2020 照顧者行動方案 (Carers Action Plan 2018-2020) 強調跨政府部門之間的合作，擬定 64 項具體策略來支持照顧者，特別是近幾年備受關注的年輕照顧者。而為鼓勵照顧者自我認同，英國還推出照顧者護照 (Carer Passport)，讓公部門與利害相關人可以瞭解照顧者的定位，包括醫院、雇主、社區、心理衛生單位與各級學校都推動照

顧者護照此一方案。以醫院場域為例，有鑑於目前健康與社會照顧服務仍大量仰賴照顧者推動照顧者，目的是希望提供照顧者友善的就醫環境，讓醫護人員願意提供照顧者更清楚的醫療資訊，照顧旅程中可以獲得支持(International Alliance of Carer Organizations, 2020)。

但有鑑於英國在照顧定義上與我國長期照顧服務法的定義有所差異，且英國的立法是經驗主義，把過去相關混亂的法律及矛盾做單一化，所以不能直接引用相關法律。須謹慎考量不同國家發展脈絡。但英國對於照顧者需求評估的概念相對具體，可提供我國參考。

2.照顧者人權

英國照顧者倡議組織 n-compass 和英國人權組織於 2012 年共同擬定與出版的[照顧者權利指南](Your Human Rights: A Pocket Guide for Carers)，依據 1998 年人權法¹⁹與 2010 年平等法，希望透過權利指引的出版提升社會大眾對人權與照顧者角色之間的關係，以及保障照顧者與照顧接受者雙方的權利。

依據照顧者人權諮詢組織 2011 年進行的調查，社會多數人對於人權與照顧者所面臨的問題之間的關係，以及人權與照顧接受者之間的關係，大多數人仍然知之甚少；45%的受訪者認為人權對他們的照顧者角色非常重要或重要，但不到 30%的人確信他們知道自己的權利為何，以及不到 15%的人對倡議照顧者權利有信心。[照顧者權利指南]的內容分為四大部分：照顧者的權利、您所照顧對象的權利、使用自己的人權，以及介紹人權法案的基本概念(n-compass & Rights, 2012)。

在第一節明訂照顧者的權利，敘明不應因身為一位照顧者，而致使自己的生命、尊嚴或自尊受到嚴重威脅，列出英國人權法中與照顧者相關權利如下：

[第八條]私人及家庭生活、居家及通訊須被尊重的權利

[第三條]免於不人道與有辱人格的權利

[第十四條與平等法]免於歧視的權利

¹⁹ 英國人權法包括 16 項基本權利，於 2000 年 10 月在英國生效。

[第二條]極端狀況下，生命權的保障

這不僅意味照顧者可以在權利沒有獲得適當尊重情況下採取具體行動，亦規範政府部門有責任確保照顧者相關人權必須獲得尊重、保護與提升。再者，[照顧者權利指南]進一步將各項照顧者權利以列舉及案例說明的方式呈現。

本研究摘錄與我國長期照顧服務體系較為相近的兩個案例。

英國人權法第八條不僅是簡單的保護個人隱私，還涵蓋：(1)能夠維持與他人(包括家人)關係、(2)能夠參與社區生活、(3)能夠接受醫療服務、(4)尊重與保護個人資訊、(5)尊重其身體與心理福祉、(6)尊重其對影響生活事件做出選擇的權利、(7)有能力接觸個人資訊。當政府部門沒有為照顧者提供適當的支持，例如在需要時提供適當地喘息服務或照顧者需求評估，可能因此嚴重的影響照顧者的隱私與家庭生活，並構成對照顧者第八條權利的侵犯。例如當照顧者可能因必須執行照顧任務導致無法獲得醫療服務或醫療狀況中完全康復，也就是因照顧而導致身體與精神上出現負面結果。亦可能因照顧者身分與任務而感到孤獨與孤立，也少有機會參與社交生活，指使寂寞與孤立。也可能因照顧接受者在違反照顧者本身或其本身意願狀況下被送入住宿式機構，致使隱私與家庭生活的喪失。

此條文所舉的案例是 Dora 本身是視障者且罹患失智症，在一次跌倒事件後，有鑑於 Dora 的丈夫 Simon 也受傷的狀況下，社會服務部門決定 Dora 應該入住住宿式機構，但其丈夫 Simon 與其他家庭成員因該機構距離太過遙遠而無法探視。Simon 聯繫照顧者組織，他們協助 Simon 引述人權法案此一法條以及社區照顧相關法律來挑戰當局此一決定，說服社會服務部門允許 Dora 選擇留在家附近的住宿式機構。

值得注意的是，該「照顧者權利指南」亦敘明，第八條是附有條件的權利(‘qualified’ right)，也就是只有基於正當理由才能行使的權利，而非不論動機或損害與否皆可行使的「絕對」(absolute)權利不同，這也意謂該權利有時可能有所限制，但重要的是該權利不能被剝奪或完全忽視，任何限制都應由責任履行單位詳盡說明。

其次，第三條「免於不人道與有辱人格的權利」涵蓋的是當照顧者遭受極度痛苦的情況的因應。相較於第八條，由於第三條是[絕對](absolute)權利，相關單位沒有理由不採取行動。但如果要主張相關單位違反第三條，則痛苦狀況必須很嚴重，且此情況必

須嚴重到足以認定是不人道或有辱人格之情境。

例如該報告引用英國照顧者組織(Carers UK)2006年提出的一個案例。該位照顧者正在等待處置自己嚴重背部問題的一個手術，但等待的同時，仍不得不勉強自己持續為女兒洗澡，即使這可能導致該位照顧者面臨永久性背部損傷的風險。但該位照顧者不得不勉強自己是因為當地政府在一次評估後，中止原來為其女兒服務的兩位照顧服務員的服務，因為持續服務將造成前述兩位照顧服務員健康方面的風險。然而這一切原本都是可以避免的，如果我們可以將淋浴間改裝。但我們已經在改裝的等候名單超過一年了(n-compass & Rights, 2012)。

如前所述，英國於2014年通過照顧者法案，2015年生效。該法明確賦予地方政府有責任為照顧接受者與照顧者提供服務的責任。依據照顧者行動組織(Action for Carers)出版的[照顧者檢核]，內容中特別強調照顧者評估(carer's assessment)並非對照顧者所提供的照顧進行評價，而是讓照顧者有一個分享自我照顧經驗的機會，釐清自己的需求，以及需要獲得那些支持來維持自身的健康與福祉。其次，照顧者評估也希望藉此試圖讓照顧者自我評估是否願意且有能力的繼續提供照顧，這對照顧者來說可能是難以討論的議題，但希望透過照顧者評估的進行可以讓照顧者至少有自我反思的機會(Action for Carers Surrey, 2012)。

依據上述回顧英國照顧者相關法案的進展，照顧者在法律上開始享有與他們所照顧的人同等的支持權利。然而，誠如Marczak et al. (2021)團隊發表的最新研究，英國是全世界第一個為照顧者權益單獨立法的國家，近年為鼓勵照顧者使用支持服務，特別推出照顧者護照(Carer Passport)，讓公部門與利害相關人可以瞭解照顧者的定位與需求，包括醫院、雇主、社區、心理衛生單位與各級學校都推動照顧者護照此一方案。即使如此，該團隊回顧英國發展照顧者法案的歷史與推動狀況，發現長期照顧體系雖已開始關注照顧者，針對照顧者負荷進行獨立需求評估，但仍因各社會體系視角差異導致的體系失能問題，但是各正式服務體系看待照顧者視角有所差異，甚至矛盾時，不僅可能導致照顧者無所適從，亦可能導致現有體系失能。對國家與政府來說，常將家庭照顧者視為是可近性最高且免費的資源，服務介入目標是希望家庭照顧者繼續提供照顧，

盡可能降低照顧者與照顧接受者之間的潛在衝突；長期照顧服務提供單位則常照顧者視為偕同工作者；但照顧者支持服務單位則是將家庭照顧者視為案主，依據其需求提供其專屬的支持，即使這需求與照顧接受者福祉有所衝突。保護體系則是以「接替照顧者」為任務，當照顧者不適任或無能力無意願繼續照顧時，服務提供的目的是增加照顧者的獨立性，讓照顧者與照顧接受者雙方關係獨立（如圖八）。



圖 八:不同體系看待家庭照顧者的視角
資料來源：(Marczak et al., 2021)
(研究者自行繪圖)

依據 Marczak et al. (2021)的研究，2014 年新通過的照顧法案，該研究建議，當中央已經訂定照顧者相關權益保障法規之後，後續的地方政府執行，以及跨單位之間的看待照顧者的視角必須隨之移轉。誠如其研究摘述照顧法實施之後，社會照顧相關意涵需隨之修正，例如當國家不再將照顧者視為「資源」，而是服務對象(案主)，就必須克服處理過去賦予的負面標籤，例如：將[照顧者]問題化、將照顧視為[家庭責任]，正式照顧者兼顧就業與照顧的兩難困境，提升接觸在職照顧者的管道，明確界定在職照顧者，更重要的是，提升在職照顧者就業必要的相關支持服務(參見表 23)。

表 23:Marczak 分析照顧法實施的改變

主要理論視角	主題	次主題	具體編碼
照顧者是案主	照顧法案、地方政策以及接觸照顧者的方式	照顧者的自我認可 (recognition)與認同 (identification)	圍繞照顧者的社會服務賦予的污名
			將[照顧者]問題化
			將照顧視為[家庭責任]
		就業與照顧	與就業相關的支持不被視為必要
			缺乏對在職照顧者的界定
			缺乏接觸在職照顧者的作為
		發展在地支持策略	照顧法案催生在地策略
照顧者是資源	需求管理	減少對健康與社會照顧服務的需求	對需要住宿式服務者的影響
			照顧接受者的再住院
			照顧者本身使用健康/社會照顧
		財務資源	照顧法案沒有編列更多預算
			緊縮照顧者服務
		照顧管理與照顧者意願	照顧者自己希望照顧
			照顧者本身需要服務時的兩難

資料來源:Marczak et al. (2021)

(三)加拿大對照顧者權益的保障與推動

加拿大以自己是一個充分保障個人權利與自由的國家自豪。依據 2015 年出版的加拿大照顧與人權政策摘要，照顧者人權包括：(1)照顧者有權利自由選擇他們將提供多少與什麼類型的照顧；(2)享有公平與自己偏好的情境，包括獲得定期喘息服務，免受健康、失業與貧窮的威脅、(3)擁有其工作、教育、休閒與健康需求評估，且將其納入照顧計畫的權利(Canadian Caregiver Coalition, 2015)。

依據 Alberta 大學與 Manitoba 大學老年研究中心的推估，2018 年，15 歲以上的加拿大人當中，26%是照顧者，約 800 萬人，提供的照顧時數是 57 億小時，年經濟產值是 971 億美金，可換算為 280 萬位全職員工的年產值，推估佔國內生產總額(GDP)的 4.2%，國家衛生保健支出的 32.2%(Fast, Keating, Lero, Eales, & Duncan, 2022)。值得關注的是，10%的在職照顧者因照顧責任而婉拒升遷或尋找新工作的可能性，40%的照顧者轉而屈就要求相對較低的工作。14%的在職照顧者表示他們失去某些員工福利(例如年金或牙科醫療給付等)。以關係而言，34%的父母照顧者與 10%的成年子女照顧者表示照顧使他們無法保住工作，而有 7%年輕照顧者表示，因為照顧責任，他們無法繼續就學。依據推估，與老年長期照顧相關的就業中斷導致照顧者的年收入損失高達 336.8 億美金(Canadian Caregiver Coalition, 2015)。

依據推估，每天超過 800 萬(佔人口 28%)加拿大人為自己的配偶、父母、成年子女、祖父母、其他家庭成員、朋友或鄰居提供照顧。照顧者有可能在自己收入的高峰期間-45-64 歲(44%)提供照顧，也可能在人生的任何階段擔任照顧者。相較其他年齡層，65 歲以上(12%)的照顧者提供更多的照顧時間。女性平均提供的照顧時間也多於男性，但這樣的性別差距正在縮小當中(Canadian Caregiver Coalition, 2015)。

過去常見的迷思是，當有居家照顧服務開始提供後，家庭提供照顧的可行性就會降低，但事實並非如此。如果沒有家庭成員提供無數小時的照顧，這個系統就無法運作，照顧者的照顧服務時數是正式服務體系的三倍以上。照顧類型方面，交通接送是最常出現的支持類型，但也包括餐食準備、家務的清潔與維持、約診的時間與安排、財務管理、在照顧接受者出現自殺意念、悲傷或失落時的情感支持，以及洗澡、餵食或如廁

等個人照顧(Canadian Caregiver Coalition, 2015)。然而，無數的照顧者經歷了影響其健康、家庭與社會生活、就業與財務安全等負面結果。例如 51%家庭照顧者表示他們在社交活動上花費的時間較少，46%的人表示其減少與朋友相處的時間，54%的人花較少的時間放鬆與照顧自己。其次，檢視照顧對工作的影響，15%的在職照顧者減少工作時間，而對於每周照顧時間超過 15 小時的照顧者，這一數字上升到 25%。

依據 Barylak 等人的研究，加拿大居家照顧政策主要的問題如下(Barylak, 2015; Coalition, 2015):

1. 政策中沒有配置給照顧者的資源
2. 居家照顧部門中缺乏照顧者的統計資料，因此無法得知系統中涵蓋的照顧者人數。
3. 沒有為家庭照顧者設計的評估工具
4. 政府資料系統沒有開放
5. 照顧者為照顧所做的協調工作不被視為[工作]
6. 照顧者對照顧有選擇嗎?有鑑於照顧系統中沒有足夠的資源致使照顧者沒有真正的選擇
7. 即使照顧接受者入住機構，你仍無法卸下照顧者的角色

最大的議題是，大多數公共政策的制定都沒有考慮到家庭照顧者的需求，他們的貢獻被忽視，且很大程度被低估(Barylak, 2015); Coalition (2015)強調，需要一個立基於照顧者角色的政策，檢視政策對照顧者的正面與負面影響，政策架構應包括:

1. 政府部門應為家庭照顧者提供權利的簡介
2. 提高政府、管理階層、長期照顧服務提供單位、復健單位、醫院等單位對於家庭照顧者人權的認識
3. 遊說地方政府層級收集並公布關於照顧者的各項數據，包括定期評估家庭照顧者的需求
4. 承認照顧者為[照顧]所做的協調是一項工作，支持他們並與他們一起工作。

5. 在發展新的服務或政策之前，需評估家庭照顧者人權被影響的程度
6. 因預算削減而必須取消或整合服務之前，應諮詢照顧者意見
7. 新的研究應該立基於照顧者權利之觀點
8. 各個工作單位的人力資源部都應該訂定符合在職照顧者基本人權的政策

顯示加拿大政府不僅訂定照顧者人權，亦立基於檢視既有的長期照顧服務服務提供的概況與限制；並據此提出國家應訂定一個立基於照顧者角色的政策，檢視政策對照顧者的正面與負面影響。The Vanier Institution of the Family (2016)報告指出，家庭具有很強的適應能力，家庭照顧者大多數時候會想辦法管理他們多重工作與家庭責任、義務與承諾，但這些多重角色對有工作的照顧者來說可能格外具有挑戰性，如果當受到加拿大人權法保護的在職照顧者發現自己在提供照顧與履行工作義務之間進退兩難，且已經用盡其他合理的選擇來安排照顧，雇主有義務依據人權法，根據家庭狀況提供協助，人權旨在提供一個權利的架構，讓勞動者可以兼顧其工作與照顧者職責。換言之，雇主應制定具有包容性的政策，提供彈性的工作場所與處理流程；雇主可以拒絕提供通融之彈性要求，但前提是他們必須提供證據，證明這樣做會讓組織帶來「過度困難」，包括公司政策、做法、組織章程或物理空間等的確難以處理，「過度困難」沒有嚴格的法律定義，每個案例都必須在特定背景下考慮，但雇主必須提供有關困難的性質與程度的證據。

Johnstone 是一個加拿大具里程碑指標的判例。Johnstone 與丈夫撫養兩個蹣跚學步孩子的同時，她的全職工作狀態是必須輪流且不可預測的輪班型態，由於她的先生也必須出差，因此她申請可以穩定排班的工作時間表，讓她可以兼顧工作與照顧工作。但其工作的單位(Canada Border Service Agency, CBSA)以固定輪班只適用於兼職人員為由婉拒，且聲稱「兒童照顧責任是個人選擇的結果，並不適用此一協議措施」。加拿大人權法庭站在 Johnstone 這一方，裁定她的確受到歧視。2014 年，這一決定在聯邦上訴法院得到維持，之後在加拿大成為普遍被引用的重要案例(The Vanier Institution of the Family, 2016)。值得注意的是，加拿大境內各省仍有差異存在，例如 New Brunswick 省認為家庭狀態(family status)仍非屬保護範疇，Ontario 省僅將親子關係(parent-child relationship)

涵蓋在保障範圍之內，雖然老人照顧亦應列入在列。

The Vanier Institution of the Family (2016)提醒，照顧調整(caregiving accommodation)有助於減少雇主與受雇者雙方的成本。雇主提供照顧協議不僅是為了確保人權得到承認與尊重，還減輕受雇者與雇主可能因照顧而產生的潛在成本，

受雇者方的潛在成本包括：照顧勞動力；就業限制與自費費用。受雇者的照顧勞動力支出成本包括，受雇者花在照顧接受者的時間、代表照顧接受者協調各種服務的時間，以及監督或管理照顧所花費時間。就業限制包括減少工作時間或不得不離職、生產力下降以及因此產生的職業限制或收入減少/放棄。自費費用包括房屋、社區服務、耗材與交通費用等。另一方面，雇主方面的直接成本包括更高的員工流動率、曠職與額外的福利成本(例如醫療保險支出等)，而間接成本則涵蓋減少對員工的投資回報、較差的工作績效。以及對同事、主管及客戶的外溢效果，依據估計，由於無法有效回應工作與照顧相互衝突的需求，加拿大每年因此失去將近於 55 萬 8,000 名全職員工的勞動力(The Vanier Institution of the Family, 2016)。

加拿大人權委員會公布平衡工作與照顧義務指南(A Guide to Balancing Work and Caregiving Obligations)(Canadian Human Rights Commission, 2014)。其中特別定義「家庭」意涵，提醒家庭是一個廣泛且包容的詞彙，包括不住在一起同一個家庭的家庭成員，以及來自血緣或法律的關係，其包括父母與子女(包括收養與寄養子女)之間的關係，以及與配偶、兄弟姊妹、姻親、叔叔與阿姨、姪子與姪女、堂兄弟姊妹，祖父母與孫子女之間的關係，家庭也包括沒有由血緣或法律定義的關係，這可能包括「選定的家庭」(Chosen families)意涵，例如穩固的友誼或社區，這些關係對於原住民、男或女同志，雙性戀或變性者可能特別重要。再者，「照顧」對象不僅涉及年幼的孩童、亦包括失能者，罹患嚴重疾病者，滿足生命即將結束者的照顧需求。

加拿大人權委員會公布的此一報告，明定滿足員工照顧義務的三個步驟：

第一步；公開談論。提供且尋找一個解決方案來平衡員工的照顧需求或工作職責，首先要進行公開且誠實的討論。考量受雇者可會感到壓力、內疚或焦慮，員工也可能擔心自己的家人，雇主應該立基於信任、尊重與理解的態度進行討論。第二步驟是要有創

意且可變通。協議不一定總能帶來理想的解決方案，或是以員工首選的方案為主，且照顧者會因時間而改變所需的調整，但所有相關人員(員工、雇主以及工會等)都應共同努力尋找合理且切實可行的解決方案。第三，隨時因應調整。協議方案確認後，員工與雇主雙方都應保持公開溝通、並在出現任何變化、問題或疑慮時進行討論。

綜言之，隨著加拿大老年人口的攀升以及因此隨之而來的失能率，此一社會人口結構促使加拿大社會大眾認知，幾乎對所有加拿大人而言，在其一生中的某個時刻，擔任照顧者是不可避免的生命課題，且由於照顧的提供並不總是可以預測，且不總是出現在工作時間以外，雇主與受雇者需要以創造性的方式協調工作與照顧，據以確保生產力與士氣。換言之，如果社會各界未能建立這樣的認知，各方都會付出代價；反之，如果可以採用靈活且彈性的方式協調工作與照顧，提供更加開放的溝通與創造性的策略，將可以使加拿大的受雇者、雇主與整體勞動市場均受益(The Vanier Institution of the Family, 2016)。透過加拿大人權委員會公布的「平衡工作與照顧義務指南」，明定家庭意涵、照顧對象的界定，以及勞資之間協商的步驟等，都有助於提升社會大眾對照顧責任公共化之認知。

Clements (2013)提醒，如果一個人將照顧商品化，及計算照顧者為其提供的照顧工作支付的費用，那麼會達到非常龐大的金額。依據加拿大 ALBERTA 大學的高齡政策和實踐研究中心 (Research on Aging Policies and Practices, RAPP) 估計的照顧者經濟價值(如圖九所示)，加拿大每四個人當中，即有一位是照顧者，照顧者每年提供 57 億小時的無償照顧，也因此減少他們自身教育與就業機會，以及與家人和朋友的聯繫，與自身的福祉，換算每年的經濟產值高達 971 億美元；若將這 57 億小時無償工作換算成全職工作，則等於 280 萬全職工作者，顯示家庭照顧者對加拿大社會的貢獻非常龐大，可又換算為佔國內生產總值的 4.2%，國家健康照顧支出的 32.2%，以及國家投入社區與長期照顧預算的三倍以上(University of Alberta & University of Manitoba, 2022)。

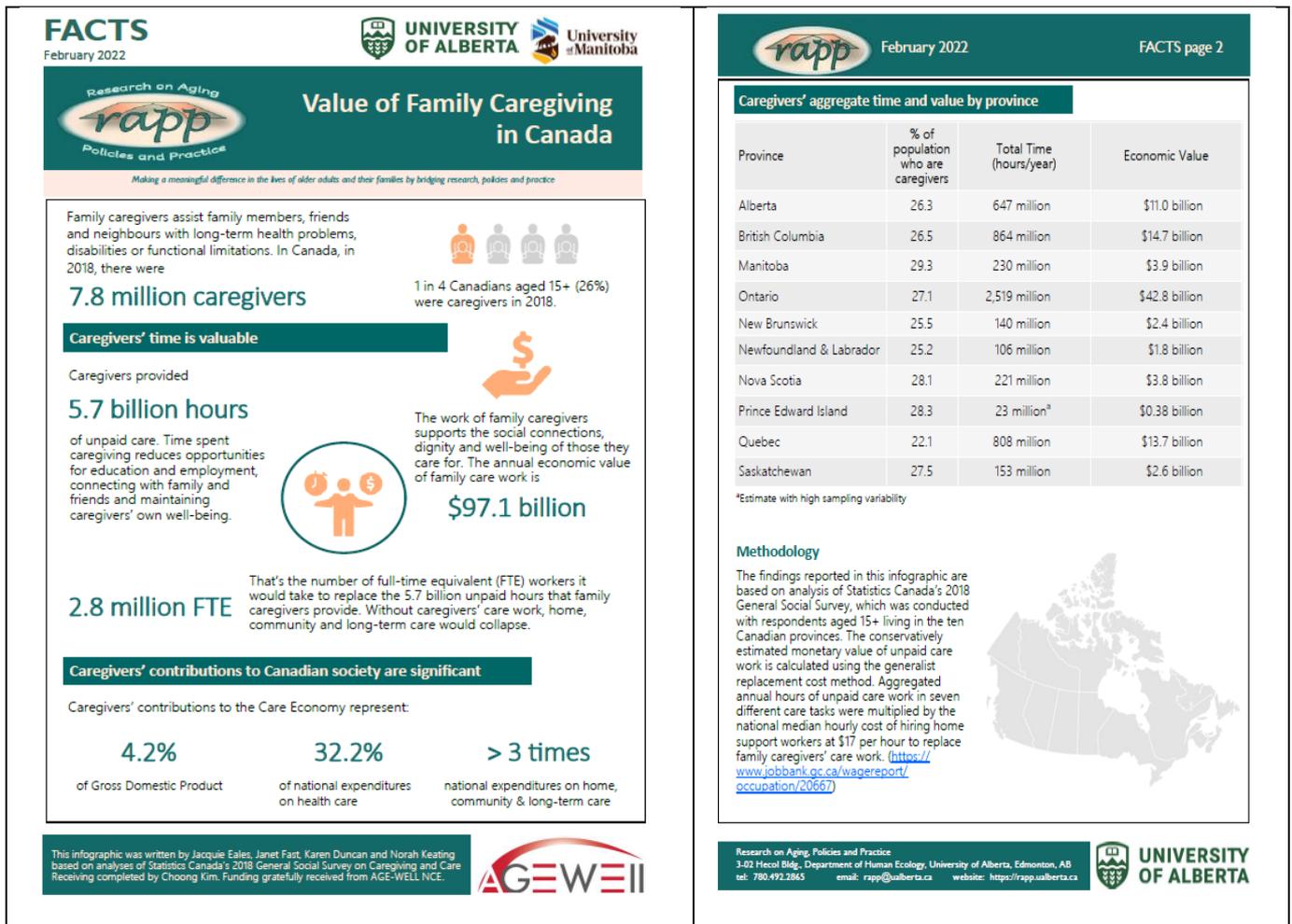


圖 九:加拿大家庭照顧價值的估計

(四)日本回應照顧悲劇之策略

日本近年發生多起照顧者殺害照顧接受者事件(又名介護殺人),研議將潛在照顧者不當行為視為預防老人受暴或忽略的「早期警訊」(Sasaki et al., 2007)。2006年日本訂定預防老人受虐及照顧者支持法案(Act on Elderly Abuse Prevention and Support for Caregivers),是全世界第一個將預防老人受虐單獨立法的國家。值得關注的是,該法將支持照顧者與預防虐待並列,顯示照顧與老人虐待之間的關連需被審慎看待,提出的具體作法為三A策略(Ansizukuri Anzensagasi Approach)意思是採用令人安心的作法與安全的路徑,提升社會工作人員應對能力與照顧者的動機(Kanno & Ai, 2011)。

Hayashi(2016)則從生命週期觀點分析日本老人虐待的趨勢分析,解析老人受虐及照顧者支持法案的具體做法是賦予公民發現老人受虐需通報地方政府的義務,收到公

民通報訊息的地方政府需進行現場訪視。隨著該法案的制定，長期照顧保險(LTCI)單位在社區中成立「多功能社區照顧中心」(Comprehensive Community Care Centers, 4Cs)，其功能為對困難性個案提供預防性照顧與管理，如失智照顧與老人虐待。中心聘雇有公衛護士、社會工作者與照顧管理師，長期照顧保險則提供相關服務、協助照顧者以及減輕照顧負荷。

衛生勞動福利部自 2006 年起定期公告老人受虐報告，報告不僅公布家戶與機構受虐老人情形，亦包括地方政府建立支持體系的努力成果，例如建立早期預警制度、促進醫療與福利服務部門之間的合作，以及相關專業單位彼此之間的支持網絡。此法通過後，亦發展出諸多風險評估指標，這些指標同時涵蓋受虐老人與照顧者兩方，例如表 24 就是提供給當地的居民辨識老人受虐的檢查表。相較於日本，臺灣的老人福利法與身心障礙者權益保障法，則是課以業務相關人員法定通報業務，相對較為狹隘。

表 24:發現老人受虐的檢查表

疑似受虐老人	照顧者
如果老人身上有淤傷或抓痕，即使他們被問到時含含糊糊	訪視照顧者時，如果照顧者拒絕老人會面
如果他們的衣服髒了	如果他們試圖避免關於老人的話題
如果他們的頭髮不乾淨	如果他們看起來因照顧而精疲力盡
如果當他們說話時不敢與人有眼神接觸	如果他們說所照顧的老人壞話
如果他們獨自走來走去很長一段時間	如果他們有時候抱怨照顧者角色
如果他們說照顧者的壞話	如果他們看來沒有人可以談論照顧
如果不是經常在外面可以看到他們	

資料來源：國際人權志願者組織（2010，引自 Hayashi, 2016）

然而，Sasaki et al. (2007) 分析日本的失能老人之照顧者施虐風險因素，亦認為失能老人受虐情況被嚴重低估與隱藏，雖然長期照顧服務專業人員可扮演通報的角色，但更關鍵的是照顧者本人對施暴行為的自我察覺；唯有照顧者本人說出自己在照顧者色上的負荷與超載，相關照顧者支持服務方有介入的可能：長期照顧領域相關專業人

員應提供一個讓照顧者自我評估的工具，藉以避免施虐狀況的隱匿。

依據本研究訪談專研日本老人保護與照顧者支持體系的學者，其分析如下：

日本的老人防虐體系是以市町村為服務的第一線服務單位，因此很重視社區鄰里間的互動、關切及警示等，是以家庭（戶）為範圍的概念；而臺灣的家防體系是基於《家庭暴力防治法》而成立，是針對婦女和兒童為重點；在執行老人保護方面僅是以成人保護的觀點切入（和美國類似）。

據此，台、日這樣的區別在保護網絡的建置上即有差異。日本的優點在於剖析老人家暴的脈絡、強化社區鄰里的關懷、運用在地資源提供支援等…而非將老人抽離出原本熟悉的環境而安置，或是通過通報強化污名、釀成更緊張的對立及衝突等。同時，這與日本人民的民族性、社會文化觀念也有很密切的關係。同時，日本模式的運作缺點也顯而易見，它必須投入更多的時間、人力及相關的社區資源，強化對老人虐待議題的關心，不僅是政府官方的角色要介入，民間社區自治會（類似於社區管委會）的角色也很重要，要多層次、跨領域的人都關切社區中老人的處境，而不僅是將它視為“問題”而急於除之後快地解決它！

台灣的優點在於家暴中心的定位明確，法理上應該對所有產生在家庭內的暴力事件積極介入和處遇，當然也就包括老人保護工作的實施及後續跟追等。可見的缺點是在處理老人家暴與婦女兒童家暴的重點並不相同，也有許多專業上的差異，如：通報部分目前家防體系主要仍是仰賴鄰里長（民政）、醫療院所（衛政）的通報，但對於其他直接照顧老人的「責任通報人」（如：看護、外勞等…）則缺乏相關的定義及宣導。同時，通報後的處理也是將其視為「犯罪」，而不是「需要支援」的「受助者」的觀念，也影響通報的意願並產生通報的黑數問題。安置部分也缺乏考量「以老人為中心」的處遇，故在實務上受虐老人也常拒絕安置（摘述 D-2 訪談資料）。

2007年，一名91歲的男性失智症者趁妻子休息時獨自出門行動，死於平交道事故。JR東海鐵路公司對其家屬提出賠償告訴，一、二審時法官皆判決家屬照護過失，判決死者九十一歲的妻子必須對JR東海鐵路公司支付賠償金。Murayama（2017）回顧此案例，2016年日本最高法院翻轉判決結果案件。Murayama認為該案件不僅涉及身心障礙者權利公約第19條²⁰，亦涉及家庭照顧者對一名失智症患者進入鐵路並死亡所造成的損害承

²⁰ 身心障礙者權利公約第 19 條：本公約締約國體認所有身心障礙者享有於社區中生活之平等權利以及與其他人同等之選擇，並應採取有效及適當之措施，以促進身心障礙者充分享有該等權利以及充分融合及參與社區，包

擔責任。最高法院判決結果免除擔任家庭照顧者的妻子及其直系血親，不同住兒子的責任，提出承擔損害賠償責任者的四個標準：(a) 照顧者的生活、精神和身體狀況；(b) 照顧者參與心智失能者的實際情況；(c) 心智失能者的問題行為的性質和發生率；(d) 保護性看視的實際情況。特別是主張標準 (b) 可能導致家庭放棄家庭照顧責任，照顧接受者被提早送入住宿式機構，並導致長期照顧機構承擔損害賠償責任，進而讓長期照顧機構可能限制此類患者的行動自由並對其進行嚴格監督。此外，此一判決涉及法官對失智症者的人權以及病患實際接受照地方式知之甚少：一審與二審的判決結果只關注家庭照顧者的責任，但卻未追究鐵路公司未能確保公共安全的行為。然而，法院確實提出了其對社會醫療保健的看法，並建議應將家庭考慮在內：如果這些標準得到適當應用，失智症者患者及其家人的人權都將受到保護。

如上所述，與日本相比，英國對家庭照顧者的支持制度要廣泛得多，包括：提供直接照顧者津貼、一次性小額補助金、支持單獨或與照顧接受者一起度假，以及支持照顧者的服務等。雖然在日本使用標準的長期照顧保險 (LTCI) 無法在家中接受全天性照顧，但英國的許多照顧者能夠經常使用這項服務，使他們能夠工作或有更長的休息時間離開照顧責任。許多這些福利在不同的地方政府之間有所不同，就像它們在日本的市政當局和區之間有所不同一樣。和日本一樣，很多照顧者對介護保險沒有清晰的認識，需要一點一點的整理信息，有時會導致延誤、官僚主義溝通不暢、向保險公司和提供者申訴等。很明顯，對於大多數人來說，獲得服務和福利是一個主要的當務之急(Danely, 2017)

括確保：

- (a) 身心障礙者有機會在與其他人平等基礎上選擇居所，選擇於何處、與何人一起生活，不被強迫於特定之居住安排中生活；
- (b) 身心障礙者享有近用各種居家、住所及其他社區支持服務，包括必要之個人協助，以支持於社區生活及融合社區，避免孤立或隔離於社區之外；
- (c) 為大眾提供之社區服務及設施，亦可由身心障礙者平等使用，並回應其需求

(五)英國、加拿大、日本及我國照顧者人權保障發展之比較分析

Clements (2013)提醒，人權此一詞彙/語言是照顧者表達與挑戰其被集體邊緣化最明顯的媒介。人權分析存在三個相對不同的維度。第一個是關懷這一群體實質性人權的命題。其次是涉及國家對照顧者因承擔照顧角色造成不利後果，承擔積極義務的程度，第三是立基於平等的視角看待照顧者的人權。

然而，世界各國對於人權保障範圍與詮釋仍有所差異。以睡眠為例，例如有些國家認為睡眠被迫中斷被認定為適用第三條(酷刑、不人道和有辱人格的待遇)，而有些國家則認為干擾睡眠的活動被認定為適用第八條(私人和家庭生活)。再者，照顧者歸類為一項人權遭受質疑的原因是其涉及二方，也就是照顧接受者的權利。但聯合權利並不少見，例如結婚權、結社權等。即使如此，照顧者所經驗的困境與承擔照顧導致的負面影響很容易被忽視。但這仍不能減少國家應採取補償措施來解決其因承擔照顧責任衍生的不公平和邊緣化的義務。例如國際身心障礙者權利公約及要求各國應提供照顧者充分的培訓、諮詢、經濟援助和支持服務，為身心障礙者及其家庭成員提供支持，得到必要的保護與支持，促使家庭能夠為身心障礙者充分和平等享有權利做出貢獻。兒童權利公約中亦有類似的規範。

換言之，強調照顧者與照顧接受者權利的互惠性，意指當國家因未能提供補償措施而讓照顧接受者獲得有尊嚴的生活，將會導致照顧者遭受無法或難以忍受的困難，這本身可以採用侵犯他們的權利來表達，(例如尊重他們的私人和家庭生活，以及他不受到有辱人格的待遇之權利)。誠如 1970 年代時，身心障礙者爭取權利的適當性遭受質疑一樣，照顧者目前爭取權利亦有類似的質疑，有人認為，作為「照顧者」不是與生俱來的特徵，他們經歷的障礙是他們選擇承擔照顧者時所遭遇的困難。然而，許多照顧者沒有「選擇」的權利，照顧者的選擇很大程度上取決於國家提供的照顧選項，這種情況被稱為「非強制但非自願選擇」，或是「強制利他主義」可能是更好的描述(Clements, 2013)。

誠如黃嵩立 et al. (2014) 「我國人權指標及調查之研究」報告歸納，人權指標建構過程需凝聚幾個核心概念，包括：

1. 人權指標可立基於政府以往收集與分析的指標，但需要修訂使其具備人權意涵。

2. 指標的修訂須可反映弱勢群體被歧視或遭受不公平的待遇，以及呈現參與、透明、課責，以及救濟管道等程序面向的人權訴求。
3. 指標需包括人權侵犯的事件紀錄、社會經濟等行政統計、家戶認知等意見調查，質性資料與量化資料相互補充。
4. 人權指標應與該國的基準搭配使用，設定審查之間應達成的目標。

比較我國與兩個已制定照顧者人權指引的國家相關資料，顯然英國與加拿大對於照顧者人權有所差異，台灣亦應立基於政府現有的資料，監察院調查的事件，此次回顧的重大事件分析等，定期收集家戶對長期照顧服務使用的認知，設定我國照顧者以及照顧接受者的人權指標。

如前所述，英國照顧者人權諮詢組織會透過社會認知的調查，了解英國民眾對於人權與照顧者所面臨的問題之間的關係，以及人權與照顧接受者之間的關係的了解程度，有鑑於多數的照顧者不知自己的權利，以及對倡議照顧者權利有信心，據此發展[照顧者權利指南]。加拿大的照顧者組織及人權委員會乃是透過定期公布加拿大照顧者經濟產值的方式，彰顯照顧者的社會價值，且明列照顧者人權指標。

檢視我國重大事件檢討報告當中，照顧者所面對的困境，第三場焦點團體與會的人權學者歸納如下：

- 照顧者的「工作權」論述：一般認可的工作是職場工作，當依據英國與加拿大等國公布的照顧者人權公約，「在家照顧」也是工作。工作權利的保障與工作報酬的計算都需要討論。換言之，當家庭人員選擇「照顧」作為工作，而國家未將「在家照顧」視為工作，應視為抵觸人權公約的工作權。
- 照顧者的「生存權」論述：如果一位照顧者選擇照顧一個人，他自己沒有工作，他沒有從「照顧」獲得適當的報酬，那維持健康及福利所需的生活水準 (standard living) 就無法獲得滿足。
- 照顧者的「健康權」論述：特別是當照顧者本身是病人，而仍在提供照顧，照顧者本身對健康權的認識?以及相關單位對照顧者健康權的維護是議題。

而針對此次分析案例當中，當照顧接受者本身出現自殺意念，以及照顧者剝奪照顧接受者生存權的議題，另一位本研究訪談的人權學者引用聯合國第十五屆 CRPD 締約國大會 (Conference of States Parties, COSP) 對於「加拿大醫療輔助死亡」爭議，提醒須注意開放非臨終者申請醫療輔助死亡，並同時降低臨終者申請人之申請門檻所引發的問題，摘述案例說明如下：(人權公約施行監督聯盟, 2022)

醫療輔助死亡本源於對當事人生命自主權的尊重。當然，每個人都應該有「自由選擇」的權利。但正如兩位特別報告員及障礙者權利委員會於 2017 CRPD 審查結論性意見 (CRPD/C/CAN/CO/1) 指出，當國家並未給予障礙者足夠支援使其能不仰賴照護者，獨立而有尊嚴的生活，又未提供其他可行的替代方案 (例：社區照護、同儕支持) 時，障礙者對生命的「選擇」可能已不再自由；這點，在 Truchon 案中即可見一斑。該案當事人 Jean Truchon 在機構中多年來受到不人道的待遇，卻又無從離開。在此情況下，他「選擇」轉而尋求醫療輔助死亡。COVID-19 爆發後，他所處的機構切斷他與親友僅存的聯繫，於是 Truchon 「選擇」將原先預定的執行日提前，接受醫療輔助，離開人世。

照顧者與照顧接受者兩個人都很不自由，兩個人都痛苦…。但如果任何人想要自殺，不管他是不是障礙者，社會有沒有保護他的責任？要。那不會因為他是障礙者，我們就完全沒這個責任。所以 CRPD 要求我們的是，不要把障礙者跟其他人不平等的處理。所以挽救生命，如果是社會的責任，那對障礙者跟非障礙者是一樣的。好。那第二個就是說，我們當然反對強制就醫，那我們要想的是那 alternative，就是那其他的方案是什麼？那對於這一位障礙者我們的替代方案，當然就是一方面解決照顧者的問題，二方面去做足夠的諮商，第三個是問說好，那你現在他是長期臥床嗎？他也沒有辦法出去。就說他有沒有可能去過一個有意義的生活？怎麼去協助他過有意義的生活？有沒有，有沒有一絲的可能性？……我們在照顧照顧的接受者，就是在支持照顧的提供者。所以這個兩個應該是一…一同的方向。但是，我們限縮了這個需要照顧的人所需的社會支持，所以使得這個照顧者必須用他一生的青春來，來換這個受照顧者的權利。但是這樣做是社會造成的，不是說並不是因為他們兩個的權利，天生就會有衝突，而是我們的社會造要求這些非正式照顧者只好這麼做，那這個當然就造成權益上面的衝突，因為每一個人人都應該要有能夠參與社會的這個權利，我們要求障礙者都能夠融入社會，然後自立生活。那我們現在會使得連照顧者都沒有使這個權利(摘述 D-11 訪談資料)。

對照本研究分析 21 個案例，顯示「當國家並未給予障礙者足夠支援，使其不能不仰賴照護者」，也就是超過半數的照顧接受者都僅仰賴照顧者，危機就可能發生。立基於在已經國內法化的公約權利上，從照顧者的工作權、健康權、生存權、工作環境權等發現均已受到侵害，應從人權概念預防不幸事件發生，仿效兒童權利公約以追求最佳利益為旨，將照顧者及照顧接受者視為兩個不同主體各有其權利需要維護，從人權憲章的工作權、休假權、健康權等內容重新定義家庭照顧，將家庭照顧視為工作，且是一種選擇而非義務，並需要政府帶領引導社會大眾以人權視角翻轉照顧權概念，進而更具體要求各部會回應，以改變結構性的照顧問題。

表 25: 英國照顧者人權與世界人權宣言之比較

英國之照顧者權利	世界人權宣言
第八條:私人及家庭生活、居家及通訊須被尊重的權利	第十二條:任何人的私生活、家庭、住宿及通訊不得任意干涉，其榮譽及名譽不得加以攻擊。為免於遭受這種干涉或攻擊，人人有權享有法律保障
第三條：免於不人道與有辱人格的權利	第五條:任何人不得遭受酷刑或殘忍或有辱人格的待遇或刑罰
第十四條：免於歧視的權利	第七條:法律之前人人平等，且有權享有法律保障的平等保護，不受任何歧視。人人有權享有平等保護，以免受害於違反本宣言的任何歧視及煽動這種歧視的任何行為
第二條：極端狀況下，生命權的保障	第三條:人人享有生命、自由與人身安全

表 26: 加拿大照顧者人權與世界人權宣言之比較

加拿大照顧者權利	世界人權宣言
照顧者有權利自由選擇他們將提供多少與什麼類型的照顧	-

<p>享有公平與自己偏好的情境，包括獲得定期喘息服務，免受健康、失業與貧窮的威脅</p>	<p>第 23 條:人人都享有工作、自由選擇職業、享受公平、有利的工作條件的權利，以及有權享有免於失業之保障。</p>
<p>擁有其工作、教育、休閒與健康需求評估，且將其納入照顧計畫的權利</p>	<p>第 24 條:人人享有休息與休閒的權利，包括工時有合理限制及定期給薪休假的權利</p> <p>第 25 條:人人有權享有維持本人與家屬的健康及福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住所、醫療和必要的社會服務；且於失業、患病、失能、喪偶、年邁或其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享有保障</p>

表 27:我國現有規範與世界人權宣言之比較分析

世界人權宣言	台灣目前相關規範	備註
<p>第二條:人人皆得享有本宣言所載之一切權利與自由，不分種族、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他主張、民族本源或社會階級、財產、出生或其他身分</p>	<p>長期照顧服務法第一條:長期照顧服務之提供不得因服務對象之性別、性傾向、性別認同、婚姻、年齡、身心障礙、疾病、階級、種族、宗教信仰、國籍與居住地域有差別待遇之歧視行為。</p>	
<p>第三條:人人享有生命、自由與人身安全</p>		<p>英國照顧者人權保障範圍</p>
<p>第五條:任何人不得遭受酷刑或殘忍或有辱人格的待遇或刑罰</p>		<p>英國照顧者人權保障範圍</p>
<p>第七條:法律之前人人平等，且有權享有法律保障的平等保護，不受任何歧視。人人有權享有平等保護，以免受害於違反本宣言的任何歧視及煽動這種歧視的任何行為</p>		<p>英國照顧者人權保障範圍</p>
<p>第十二條:任何人的私生活、家庭、住宿及通訊不得任意干涉，其榮譽及名譽不得加以攻擊。為免於遭受這種干涉或攻擊，人人有權享有法律保障</p>		<p>英國照顧者人權保障範圍</p>

<p>第 23 條:人人都享有工作、自由選擇職業、享受公平、有利的工作條件的權利，以及有權享有免於失業之保障。</p>		<p>加拿大照顧者人權保障範圍</p>
<p>第 24 條:人人享有休息與休閒的權利，包括工時有合理限制及定期給薪休假的權利</p>	<p>長期照顧服務法第 13 條:家庭照顧者支持服務提供之項目如下： 一、有關資訊之提供及轉介。 二、長照知識、技能訓練。 三、喘息服務。 四、情緒支持及團體服務之轉介。 五、其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。 前項支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項，由中央主管機關定之。</p>	<p>加拿大照顧者人權保障範圍</p>
<p>第 25 條:人人有權享有維持本人與家屬的健康及福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住所、醫療和必要的社會服務；且於失業、患病、失能、喪偶、年邁或其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享有保障</p>		<p>加拿大照顧者人權保障範圍</p>

柒、結論

結論一：脆弱照顧者 vs 照顧困難度高的照顧接受者

以 2018 年長期照顧 2.0 實施，以及 2019 年衛福部重大事件報告之檢討案件規定修正為分析時間點，採用中華民國家庭照顧者關懷總會接受當時衛福部社家署委託，發展的高負荷家庭照顧者指標(陳正芬、方秀如，2022)，分別從「照顧者」、「照顧接受者」與「照顧情境」三個面向檢析案件最常見的風險因素發現

- 脆弱的照顧者：照顧者健康是最值得關注的議題，照顧者本身自承患有精神疾病者共計 11 件，超過半數(52.3%)，分別為憂鬱症 4 件、情緒障礙 2 件、思覺失調症 1 件及疑似精神疾病 4 件
- 照顧困難度高的對象：照顧接受者以患失智症比例最高(9 件，42.9%)，其次為患有精神疾病者(6 件²¹，28.5%)，病症包括思覺失調症、自閉症、身心不穩定、強迫症、重度精神疾病等各 1 件；照顧接受本身有自殺意念者為 3 件(14.3%)；因洗腎或糖尿病而頻繁進出醫院共計 2 件(9.5%)。

三個面向的負荷組合請見圖十：

- (一)「男性照顧者」+「照顧失智症者」或「照顧精神疾病患者」組合的件數最多，共計 9 件(42.85%)。
- (二)「男性照顧者」+「沒有照顧替手」+「照顧失智症者」或「照顧精神疾病患者」居次，共計 5 件(23.80%)。
- (三)「男性照顧者」+「照顧者為精神疾病患者或疑似有精神功能障礙者」+「照顧失智症者」或「照顧精神疾病患者」亦是 5 件(23.80%)。(案 4、5、7、15、18)
- (四)「男性照顧者」+「沒有照顧替手」+「照顧者為精神疾病患者或疑似有精神功能障礙者」+「照顧失智症者」或「照顧精神疾病患者」則為 4 件(19.04%)。

²¹ 案 3 照顧者同時照顧自閉症患者及洗腎患者

樣態	原13項指標	案1	案2	案3	案4	案5	案6	案7	案8	案9	案10	案11	案12	案13	案14	案15	案16	案17	案18	案19	案20	案21	統計	比率%	10項指標
照顧者 面向	1. 照顧者有自殺意念				1	1	1			1													4	19.05	照顧者曾有自殺企圖或自殺意念
	2. 照顧者發生家暴情形			1			1	1												1			4	19.05	曾有家暴情事
	3. 沒有照顧替手		1	1	1	1	1		1	1	1			1	1	1	1		1				13	61.90	沒有照顧替手
	4. 需照顧2人以上			1					1														2	9.52	需照顧2人以上
	5. 照顧者本身是病人														1		1						2	9.52	照顧者本身是病人
	6. 照顧者為精神疾病患者或疑似有精神功能障礙者			1	1	1	1	1	1	1				1		1			1		1		11	52.38	
	7. 年紀大的照顧者			1						1				1						1		1	5	23.81	高齡照顧者
	8. 男性照顧者	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1			1				1	1	1	14	66.67	過去無照顧經驗者
	9. 照顧者有急性醫療需求																						0	0.00	照顧情境有改變
照顧接受 者面向	10. 照顧失智症者	1			1	1	1	1							1	1	1	1					9	42.85	照顧失智症者
	11. 照顧精神疾病患者		1	1								1		1					1	1			6	28.57	
照顧情境	12. 申請政府資源不符合資格															1							1	4.76	申請政府資源但不符合資格
	13. 外籍看護工空窗期																						0	0.00	照顧情境有改變
小計		2	3	6	5	5	5	4	5	4	2	2	2	3	3	5	3	1	5	3	2	1			

圖 十:21 重大事件個案之照顧者與照顧接受者分析

分析重大事件之照顧者與照顧接受者的案件特性之轉變，歸納如下：

顯示照顧者本身的性別對於照顧責任與壓力的因應、照顧者本身的精神狀況，且當照顧對象為精神疾病患者或失智症者，又缺乏照顧替手時，風險增加。但如前所述，這些重大案件的照顧者多數拒絕正式服務介入，皆未使用喘息服務。特別需要提醒的是，本研究發現幾個重大變化，包括：

(一) 照顧者本身的健康因素與照顧困難度高之組合：

過去多數的案件發生地點在「家內」，與文獻回顧其他國家的照顧者殺人事件類似，顯示「家」已經不再是安全的環境，也就是說照顧接受者在家裡被殺害的可能性。如果以表意能力來檢視照顧接受者的意識狀態，呈現無表意能力的照顧接受者共 10 件(47.6%)。有表意能力 11 件(52.4%)，詳細比較請見表 28。無表意能力的照顧接受者，其健康狀態大多是重度失智、長期臥床、重度精神障礙等重症，他們的照顧者健康狀態多是未特別標示疾病；反之，有表意能力的照顧接受者雖然身患疾病，但大多可以自理日常生活。但當家戶越孤立，顯然風險就有

升級的可能性。誠如日北社會學家川北稔（2021）探討社會孤立家戶的困境須被關注。

特別是當照顧接受者的社會保障權亦未獲得適當保障狀態，仍由家庭成員，及主要照顧者提供照顧，且當照顧者本身的健康權未被關注，照顧者自身也未覺察心理健康狀態，相對極有可能威脅到照顧接受者的生存權。特別是當家庭照顧者出現自殺意念，或照顧接受者本身有自殺意念或表示處於極端痛苦狀態下，家庭照顧者可能會以剝奪照顧接受者的方式因應之。

陳正芬 and 方秀如（2022）檢視精神障礙者擔任照顧者的歷程，看見一個走向復原之路的精神障礙者返家後，若未能穩定就業，在家提供「照顧」就成為他們證明自己有用的一種策略；但若照顧接受者出現相對難以照顧的情況，可能就會導致照顧者巨大的壓力。

本研究訪談地方負責老人保護業務的主管分享：

其實很多會造成照顧悲歌的部分是因為照顧者本身就是有妄想而失調...才會覺得說你媽媽是不是要殺了你，還是有一個聲音告訴你，「你要殺了你媽媽，你媽媽變成了一個魔鬼」，最常發生就這樣...照顧者他需要什麼服務嘛，他需要衛教資源嘛，因為有些精障者他願意照顧，可是他不知道他媽媽原來失智了，他一直以為媽媽「一直跟我盧小小」（台語）。精障者是可以溝通，可以跟他說你媽媽是因為失智，就像你在病發的時候你也會混亂，類似這樣，或許他們就可以同理他媽媽，對，我覺得或許這樣是有一定的效果(摘述自 D-7 訪談資料)。

如何讓照顧者身分可以與疾病及其症狀的持續經驗並存，乃是目前精神復健領域需要關注的方向。

再者，衛生福利部自 2014 年開始委託家庭照顧者關懷專線承接「家庭照顧者通報機制及支持服務網絡計畫」，設立全國照顧者諮詢專線(0800-507272 諧音：有你真好真好)，發展高負荷照顧者篩選指標，並陸續佈建「家庭照顧者支持服務據點」（簡稱照顧者據點），2021 年共計有 106 個據點(陳景寧，2019)。但高負荷照顧者指標中的「照顧者為精神疾病患者或疑似有精神症狀」在 2021 年遭到刪減，與其他指標合併。合併後的指標恐讓精神疾病照顧者隱形化，不容易意識到自己因應照顧接受者狀態與自己的身心狀態之改變。

更重要的是，當照顧者進入衛福部的長期照顧服務體系時，照顧者如果要申請使用喘息服務，須依照照顧接受者的失能等級（即二到八級）來核定，照顧者本身的主體性仍被忽視(陳正芬 & 方秀如, 2022)。

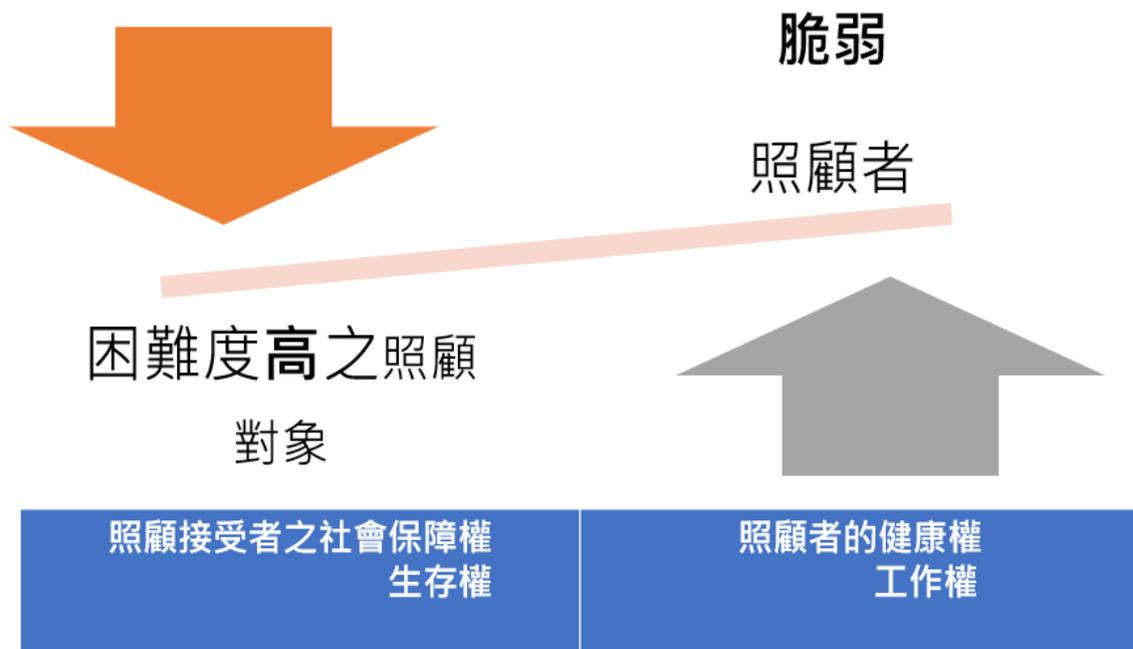


圖 十一:重大事件之風險分析

(二)照顧場域的改變:

其次是當事發場域變成「照顧機構」或是「醫院」，或是案發前從照顧機構或醫院返家，目前似乎是尚未被關注的議題。圖十二以三角形涵蓋的範圍，包括：長期照顧管理中心、自殺防治中心、家庭暴力防治中心、社會安全網之社會福利中心及心衛中心服務的場域仍以「家庭」為主，也就是在住宿式機構與醫院場域之間移動的照顧接受者，未能被目前以居家式及社區式照顧服務的單位承接。

特別是本研究發現多件重大事件發生之前，照顧接受者出現頻繁進出醫院的情況。或是照顧者因睡眠或照顧壓力就醫，顯示照顧者與照顧接受者即使不使用長期照顧服務，但顯然醫療服務是他們唯一會接觸的正式服務；長期分析家庭暴力議題的學者這樣形容醫療體系的重要性：

醫療可能是我們的被害人第一 And 唯一的求助管道，很重要的關鍵就在整個防治網絡，第一個可能都 access 不到這個個案，但是她會去醫院，第二個，醫院是對病人來講，她是最沒有威脅的，對這個被害人來講，是最沒有威脅最 friendly 的地方。(摘述 D-6 訪談資料)。

Cohen (2019)回顧近年關於照顧者殺人的研究，提醒照顧者殺人事件的要件，其中一項提醒是照顧者的憂鬱症狀之嚴重性未被發現與治療，致使其他家庭成員、朋友、醫療與長期照顧專業人員未能及時關注。長期分析殺子自殺議題的專家分享與提醒，照顧者因失眠而就醫是一個很可以運用的攔截點，建議自殺防治的守門員應納入精神科相關領域的醫師：

我們有看到一個非常重要的現象，跟國外的文獻完全呼應，就是精神科看診。我們本來以為華人應該會比較忌諱去看精神科，後來發現沒有。我們跟國外一樣，那個親密關係暴力被害人在醫療利用上面，跟醫療支出，精神科是最高的，哪一科呢？失眠，因為你今天用失眠的理由睡眠不佳睡眠障礙的理由去看精神科天經地義，在現在的時代裡面，不會有人覺得我因為這樣去看精神科很丟臉，他會去看。換言之，精神科其實是一個非常重要的攔截點，如果要講那個長照悲歌的話，一定，就是因為他會那個照顧者會因為睡眠障礙睡不好憂鬱心情低落去看精神科，那這時候其實精神科有一個很好的攔沙壩的功能……我也問過醫療端，他們都覺得可能性不大，他說你想想看，我的病人如果他跟我講這個，第一個是我們本來就受到那個特權溝通的約束，精神科醫師這個約束是很強的，所以我不可能輕易的去告訴別人我的案主要我的病人要自殺，然後可能會帶著孩子去，這個對他們來講是有倫理議題。我們在自殺防治守門人，那醫生是很重要的一環，那那個資料裡面就講說，就告訴精神科醫師，如果你的病人那他在他來就診的時候，有提到他有自殺意念，那你一定要去追問他，那在他想自殺，那孩子他有沒有什麼安排，OK，這個是一定要問的，那目的就是說，從他的回答裡面，去探知他殺子後自殺的可能性，那如果有的話，那他就不管那個 privilege communication 他就要通報了(摘述 D-6 訪談資料)。

針對醫療體系與長期照顧體系的銜接，曾多次參與重大事件檢討會議，本身為醫師的受訪者坦言：

現在出院準備服務最多只在出院前三天已經很了不起了，出院前三天出院準備小組會把居服督導找來交待事情，這已經是很盡責的醫療團隊了，但是出院前三天所有的困難都過了，所有的眼淚都流乾了，出院前三天其實沒有正好在那個最困難的時候。最困難的時候就是當他覺得照顧很窘迫，在醫院裡面的時候就是說對如果在醫院裡面發生這樣的事情的時候，就是他最困難的時候。那所以也就是說醫療系統其實，不習慣制度上也沒有這樣的一個架構，就是說他原來的照顧系統應該有時候是比他家屬更重要，例如三個兒子都不在台北，其實都只有這個居服員在家裡，比如說是兩個獨老在家裡，最常看到這個獨居老人是這個居服員(照顧)，但是我們其實不習慣說，欸把他居服請來問看看到底是怎麼樣就不會這樣，而且是居服員我們會覺得說外人，所以無論是說就是幾十年的醫療上的習慣，或是說法律上、法律上就是指跟家屬講這個事情，或是說這個整個系統上。什麼叫系統上，因為你總要花一些力氣做這個事情，健保也不會付錢然後你就算交待說請他的居服員來，老實說醫院要去哪裡找他的居服員，也是要花一個大力氣才找得到，因為系統沒有建立起來，這邊問不到的時候，就會讓剩下這個照顧者壓力就更大。(摘自 D-8 訪談資料)。

顯示醫院體系與長期照顧體系的銜接需要醫療照顧體系更多的投入。另一方面，針對出院準備服務未能發揮作用的因素，受訪者也提出人力不足的困境：

醫院要投入更大的資源，或是說健保 怎麼樣投資更多的資源在出院準備上。現在出院準備大部分的狀況是這樣，一個醫院就是一個 team，那出院準備就很像是秘書這樣，你叫醫生直接每一天去問所有的病人說你那個 ready 了沒，其實那個成本上或者是說整個運作上，其實並…沒有辦法接的很好，那如果出院準備小組是一個比較龐大的 team，舉醫務社工好了，就是說醫務社工(配置)會看他醫院的規模，設置有多少的醫務社工，那原因就是因為一個人不能背太多案子，背太多案子那個就會很 ruff，就會很接不上。那因為這種事情其實是很精密的事情，就是體貼的事情就是精細的事情… 然後在什麼科去配置，比如說神經內科中風很多的(病人)，就需要配置比較多(人力)，那這種客制化的事情就容易接得起來，就不會有 gap，那就會順! 那如果接不上大家就會覺得，那沒有效啦不要理他，就會就是視它不存在這樣(摘自 D-8 訪談資料)。

針對醫療體系與長期照顧的銜接，以及未能看見照顧者困境的限制，第二場焦點團體的受訪者表示：

醫療機構基本上有就醫需求的才會去，所以它並不是一個 long-term 的一種(服務)。就像妳去醫院，除非他住院，要不然的話，其實一般來講，門診的話，其實他看完診，基本上就走了，假設他是看內科、腸胃科，其實事實上並沒有凸顯他的一個被照顧的需求，maybe 他只是解決他一個身體症狀、生理面的一個、一個需求，所以(照顧)事實上可能當然是不會去被理解的。我覺得是某些科別，像精神科，那失智症的話，可能是神經內科，或者是專門針對那些科別的，那我覺得透過一些知識的傳遞，或是一些相關的教育訓練，我覺得是可去 support，或是也可以去改善這個狀況，又讓大家對於這個議題的敏感度可提升。

檢視重大事件檢討報告，少見醫療體系參與其中。長期參與重大事件檢討會議的專家坦言「因為他們報告形式非常的制式化，醫療等衛政來報告，就報告幾個項目，自殺通報、精障列管、毒品，很固定幾項」，建議未來可邀請醫師與醫療單位共同參與。

(三)長期照顧服務建議未被接受

隨著長期照顧 2.0 的實施，民眾接受長期照顧服務的訊息相對容易。但案件發生當下的服務使用問題主要有三：拒絕使用服務、等待服務連結中，或是服務因疫情中斷。

拒絕使用服務顯然是主要的困境。而這又涉及兩面向，是主要照顧者拒絕？或是照顧接受者拒絕使用服務？針對民眾拒絕服務使用的原因是否與社會保障權的認知相關，應是須深入探討的關鍵議題。本次訪談人權領域的專家直言：

我真的很驚訝聽到「大家不肯去使用服務」，那個我覺得這樣講真的是有一點…怎麼說？推卸責任。意思是說很多人在尋找服務的時候，他之所以所謂的「不肯」，是因為他找不到適合他自己用的服務，所以當然沒辦法用。就是你提供的服務不是他需要的，所以他你不能把這個叫做他不肯服務，而是我們沒有提供到他需要的服務…我的意思是說，照顧者跟被照顧者他們的權利應該是某個程度來講是一體的，也就是我們如果讓被照顧者有國家的利器進去，提升我們的照顧的能量的話，那那個原先的那個非正式的照顧者多半都是他的家人的照顧的負擔當然就會減輕。我

們照顧「照顧接受者」，就是「支持照顧提供者」。所以這個兩個應該是一…一同的方向。所以可能比較極端的例子，就是說在台灣很多的情況，因為我們沒有提供足夠的社會支持，所以會使得照顧者就一輩子的青春都花在這個支持，就照顧這件事情上面。那我當然覺得這個，這個時候會造成兩個人中間權利的衝突，(摘自 D-11 訪談資料)。

特別是照顧者對於長期照顧的看法，以及申請服務的挫敗經驗，是長期服務失智症家屬的專家提醒之處；也就是必須釐清資源介入真正的痛點：

他(照顧者)明明知道自己已經快不行了，可是他其實也不想找任何人來幫他的忙…(對服務)沒有信心吧！就是他不覺得有人可以幫得到他的忙。我覺得像這種人，他一定是在他的經驗當中，他發現，他可能曾經找過幾個(服務)，然後但都是挫敗的…他要去找了一個服務，可是告訴他這個資訊的人，其實並不清楚他的需求，以及服務可以提供給他是什麼，所以他就告訴他這個資訊以後，他去找，其實這個、這個資源本來、真的就根本不符合他，根本用不到的…他說：「找了誰都沒有用啊！我都去問過，都沒有用啊！」…例如使用服務第一他就告訴我說，你要帶你媽媽來抽血，他說，我就是沒辦法啊！」他就是做不到這樣，他做不到的背後有一個 real reason 嘛！通常我都會幫到這件事情我已經幫他啟動一個資源可以幫他的忙了，我就停了… 挫敗經驗累積，照顧又很難照顧，自己的社交生活也沒了，自己健康也沒了，那個就崩潰了。

拒絕服務是照顧者?或是照顧接受者?是未來必須關注的議題。本研究訪談的人權學者引用英國照顧法案，直言兩方的自主與選擇都應被國家保障：

國家不能告訴我們，家庭照顧是不可以的，或家庭照顧是可以，國家沒有這個權利。但是我們確定說每一個人都要自主可以決定他要生活的方式，那麼資源上面，他的需要沒有被滿足，有沒有被妨礙，那就要國家來負擔。我們看看身障公約，其強調兩個重點，「自主」與「獨立」…他不能自主的生活，他的尊嚴是有被影響的可能。所以簡單的概念，事實上就是說，讓每一個人尊重是一個人。英國的照顧法案就很清楚的回答這個問題，立基於 will-bieng 思考，這個討論可以聚焦在一個想法，就是說這個選擇權，是依附在工作權類似概念上的選擇權，當事人的自由可以選擇我要做什麼事情，我們先確定他是一個權利的基礎，第二個這個選擇權它產生所做的行為呢 (引自 F-3 焦點團體)。

為強化單位之間的橫向連結，建議除原照顧者高負荷指標之外，建議另增四項高風險指標：(1) 照顧場域變化、(2)疾病變化(如癌症、疑似失智)、(3)頻繁進出醫院，(4)符合失能等級，但照顧者或照顧接受者拒絕使用服務，提供醫政司、心理司、社家署及長照司等相關單位參考

再者，疫情對照顧者的影響亦應被關注。誠如 Beach, Schulz, Donovan, and Rosland (2021)分析家庭照顧者在疫情期間所遭遇的困境，當平時經常運用的資源，如醫療與長期照顧服務等資源因疫情而中斷時，主要照顧者難以取得醫療處方籤等困境時，面對照顧接受者身體的變化與不確定性產生的擔憂，是主要照顧者的困境之一；而這些主要照顧者面對照顧與工作上的不確定性，因密集且長時間的相處導致家庭衝突頻繁，都導致其情緒與財務上的負荷因此增加；即使政府部門須因控制疫情而暫停服務，但須立基於此次經驗，評估暫停服務對主要照顧者生理與心理造成的風險。

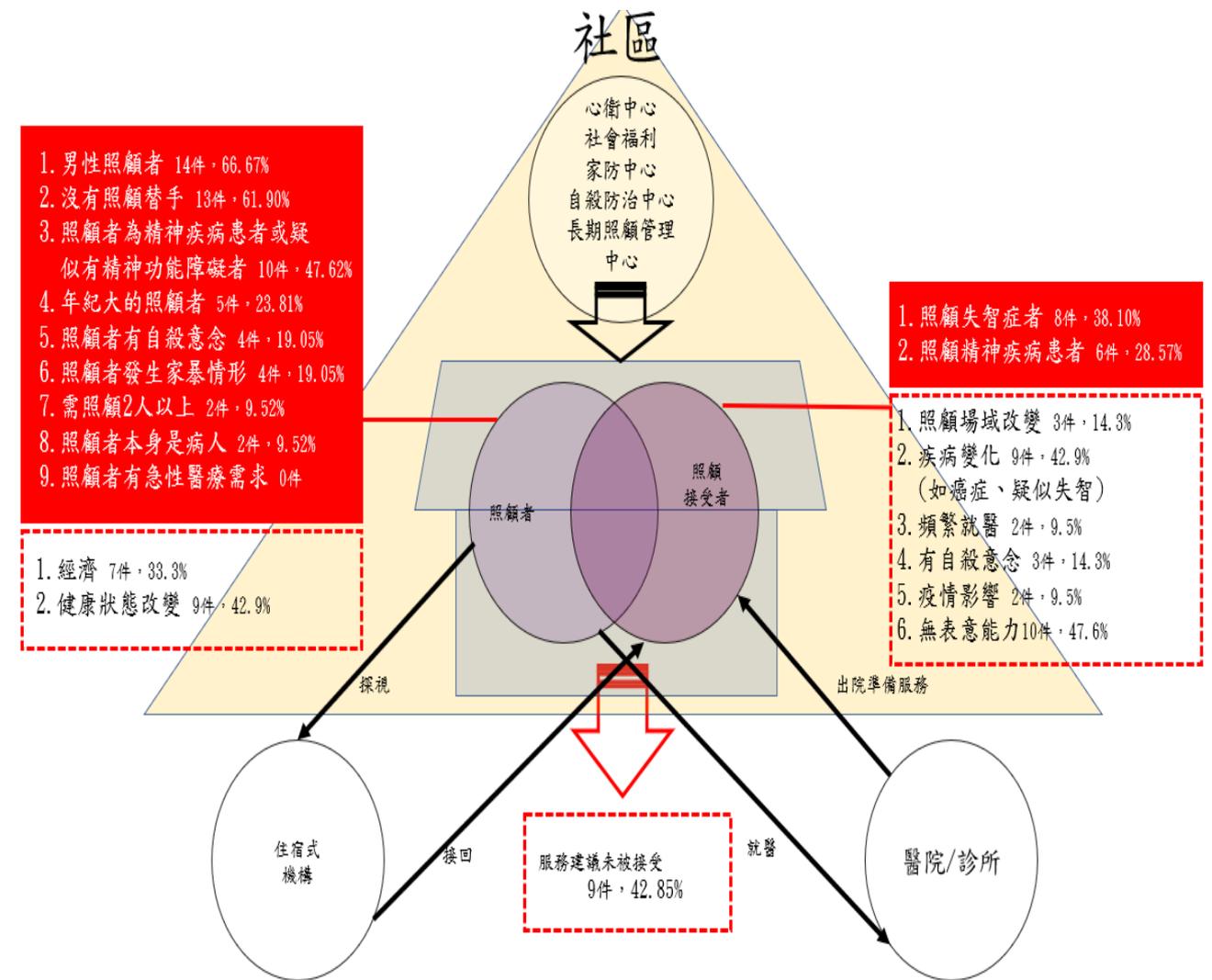


圖 十二:21 個案例服務場域變動之分析

表 28: 重大事件案例之照顧接受者表意能力之分析

案例	照顧接受者健康狀況	表意能力	狀態	照顧者健康
1	重度失智	X		未知
2	精障(重度身心障礙手冊)	X		未知
3	洗腎、糖尿病		頻繁就醫	疑似精神障礙、照顧 2 人
4	糖尿病		頻繁就醫、有自殺意念	疑似精神障礙
5	衰弱、疑似失智		疾病改變(疑似失智、跌傷)	精神疾病
6	失智		疾病改變(入住機構)、有施暴攻擊行為	精神疾病
7	失智		長期承受家暴	精神疾病、酗酒
8	腦麻	X		疑似精神障礙
9	衰弱		可自理，有行為能力	精神疾病
10	植物人	X		未知
11	極重度智能障礙	X		未知
12	極重度身心障礙	X		未知
13	精神疾病		穩定服藥、有自殺意念	疑似精神障礙
14	中風、失智臥床	X		小中風
15	心臟衰竭、行動力不佳		可自理，有行為能力	精神疾病
16	失智症臥床	X		未知
17	重度失智症	X		未知
18	精神疾病、無法行走		有強烈自殺意念	疑似精神障礙
19	自閉症併智能障礙		多次家暴、有攻擊行為	未知
20	癌症		疾病改變	疑似精神障礙
21	中風臥床	X		未知
共 10 案無表意能力		47.6%		

檢視上述照顧事件發生原因，顯與目前長期照顧服務法與 CRPD 連結尚待加強，也就是身心障礙者的生命權需要獲得保障，亦是憲法保障的基本權利。就國家而言，國家的積極義務指的是資源的投入，消極義務指的是防止，而消極義務最需要探討的是通報義務，在國家有保護人權的義務下，當這些通報義務沒有落實也就是國家沒有履行保護人民生命權。兒童保護與成人保護最大區別在於強制安置，由於成人有自主能力、自我意識而無法施予強制安置的措施，制度上對於照顧接受者缺乏了保護的積極性。本研究結果顯示，在家這個小而隱私，難以介入的空間，每一次服務的申請都應該試為國家保障照顧接受者生命權，以及檢視照顧者健康權的重要契機，盡可能提供照顧接受者與照顧者所需的服務。

結論二：新聞媒體與政府相關部門對此議題未從兩造人權角度切入

照顧悲劇相關報導涵蓋照顧者殺人後自殺、照顧者自殺、雙方合意自殺、照顧者殺害其他人、照顧接受者殺害照顧者…樣態多元(如圖十三)，但目前僅以「照顧悲劇」概稱之。



圖 十三:照顧悲劇的樣態組合

家庭暴力防治與兒童領域學者立基於過去攜子自殺的案例研究經驗，建議相關單位修正相關名詞，呼籲照顧接受者之獨立生存權不應被剝奪。

我們兩個就是當然有很多建議，但是其中有一個是我們非常強調的名詞要改變，那最簡單的你先不要講說什麼制度改變，系統改變，那我們那時候覺得最簡單的是你那個不要再叫攜子自殺，那就是要正名要改成殺子自殺或殺子後自殺…。那所以從名詞上去改變一般民眾對於這件事情的建構，我覺得這個事情是還蠻重要的，就大家不會再認為它是一個慈悲的謀殺，那它就不再有正當性，也不是一個父母對子女愛的表示(摘自 D-6 訪談資料)。

我覺得改名詞有一個很重要，就是提醒他們這叫殺人喔！這叫殺人罪，CRC、從我們的權利、我們相關的法律、從民法、父母子女本來他就是應該孩子幼小的時候你要照顧他，可是很重要的是你沒有權力去殺死他，(摘自訪談資料 D-9， 訪談資料)。

分析照顧悲劇是家庭照顧者與照顧接受者的存活狀況，家庭照顧者殺害照顧接受者後自殺為多數，其次為家庭照顧者與照顧接受者雙雙自殺。換言之，家庭照顧者殺害後自殺、雙雙自殺與家庭照顧者自己自殺案件，比例就超過六成(61.3%)，建議是自殺防治主管機關應積極關注的新興對象。

但檢視國家人權行動計畫(2022-2024)中，強化生命權保障對象有二：(一)青少年自殺；(二)高齡及年輕人口交通意外。建議未來可研議將「家庭照顧者自殺」與「照顧接受者自殺 / 被殺」納入統計之列。

結論三：政府將服務決定權交給照顧接受者與照顧者，但照顧服務選項侷限

依據重大家庭暴力事件研討檢討報告，比對報告中的案件初步資訊，當 2017 年長照 2.0 服務實施後，民眾接收長照服務訊息比率明顯上升，但重大案件的長照服務「使用率」相對偏低，拒絕服務因素多為經濟問題、不放心照顧品質，以及受疫情影響。

「服務建議未被接受」是有待關注的指標，此類計有 9 件(42.8%)。再者，重大案件的照顧者多不使用喘息服務。提供長照服務的單位亦未持續追蹤、評估照顧者照顧壓力，而照顧者本身及其他家屬也沒有相關認識，顯示相關單位以及照顧者本身對於健康、休閒、工作等人權意識有待加強。

依據國際人權公約之社會保障權，意指「特定人口被適當告知現行社會保障制度下其所能獲得的權利與福利（現金或實物）的比例」。目前我國雖實施長期照顧 2.0 計畫，但照顧接受者的服務選項侷限於居家與社區式服務，服務費用最昂貴的住宿式服務僅提供每月定額 5,000 元補助，重度失能者的服務選擇仍取決於照顧者付費能力；以案 10 為例，照顧接受者已入住住宿式機構。但因照顧者失業，即使已有社工申請身障住宿型補助，遭到被迫去住宿式服務接回的失業兒子殺害。進一步分析此案，依據衛生福利部訂定之「身心障礙者保護工作指引」，當機構社工發現院民家屬欠繳安置費用，屬私契約部分應先向家屬追討欠費。但此案顯示，承擔照顧責任之失業兒子無力繼續負擔機構之費用，選擇將照顧接受者接回並予以殺害。人權學者建議，不應因照顧使用者的經濟能力而影響社會保障的基本人權。夜間服務的普及率亦是重點。更關鍵的是，如果「部分補助」即被視為符合權利規範，即使長期照顧服務涵蓋率一再提高，但公共照顧服務僅進入家戶數小時的服務模式，導致照顧接受者仍須仰賴照顧者提供的協助

為主。

再者，CRPD 第 12 條第 2 項，重度且未能與社會互動的身心障礙者之法律能力與知情同意缺乏保障與關注，此次檢視發現案例中超過半數的照顧接受者之意識表達能力不足，照顧者是其服務主要決策者，而當照顧者拒絕服務時，國家應定期檢視「照顧者」或「照顧接受者」拒絕服務的比例，一方面確認身心障礙者的生存權與社會保障權，另一方面檢視照顧者選擇照顧服務時所遭遇的諸多困難。

誠如黃嵩立 et al. (2014) 「我國人權指標及調查之研究」報告提出的建議，人權指標可立基於政府以往收集與分析的指標，但需要修訂使其具備人權意涵。現有長期照顧服務的提供與供給顯然需要賦予更加明確的人權概念，從結構、過程與結果三方面定期檢視照顧接受者與照顧者雙方權益保障的進展。

此外，針對目前照顧者與照顧接受者對住宿式服務抗拒的經驗，係與該選項被賦予[單向道]的負面標籤高度相關。誠如本次參與第一梯次第二場焦點團體的實務工作者分享，其過去認為，「我原來的想法是 OO 類型機構是失智症長輩的最後一段路，結果沒有想到在這個個案的身上我看到了另外一個方向。」顯示服務提供單位如果可以看見家庭照顧者在照顧過程中遭遇的困境，共同尋找改變的困境，應有機會降低「服務建議未獲接納」的障礙。

結論四：照顧者的權利依附於照顧接受者評估，家庭照顧者主體性未被看見

參考全世界第一個關注照顧者權利的國家，英國於 2014 年修正通過的，該照顧法案意謂國家為照顧者提供重要的新權利，包括：關注照顧者本身的福祉、依據照顧者的需求進行照顧者需求評估的權利，滿足照顧者符合條件的需求之權利，以及明定地方政府與醫療單位有責任向照顧者提供關於其照顧角色與自身需求相關的訊息與建議，提供照顧者支持服務。

為鼓勵照顧者自我認同，英國推出照顧者護照 (Carer Passport)，讓公部門與利害相關人可以瞭解照顧者的定位，包括醫院、雇主、社區、心理衛生單位與各級學校都推動照顧者護照此一方案。以醫院場域為例，有鑑於目前健康與社會照顧服務仍大量仰賴照顧者推動照顧者，目的是希望提供照顧者友善的就醫環境，讓醫護人員願意提供照顧者更清楚的醫療資訊，照顧旅程中可以獲得支持(International Alliance of Carer Organizations, 2020)。

依據衛福部 112 年度「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」申請獎助作業規定，長照家庭照顧者其照顧對象應符合三項資格之一：(1)符合外籍看護工聘僱資格；(2)

長期照顧服務申請及給付辦法所訂長照需要等級為第 2 至第 8 級者；(3)確診失智症者。即使補充「疑似長期照顧家庭對於長照資源或由非親屬之他人照顧仍有抗拒與排斥，尚無法取得資格確認，但照顧者已有高負荷情形，未能及早介入與提供是類家庭照顧者必要之支持，准予納入個案服務範疇，並可計入個案量，惟為確保資源有效運用，前述服務對象於提供個案服務起三個月內倘未取得相關資格確認，則自第四個月起該名照顧者不得納入個案量之採計」，顯示家庭照顧者的需求係依據照顧接受者的照顧需求等級而定，並非照顧者本身的負荷程度。再者，喘息服務需 16%自付額，對無薪資所得的全職家庭照顧者，或經濟相對弱勢的照顧者都形成服務使用上的障礙。

依據加拿大人權學者對居家式長期照顧政策的提醒，政府在發展新的服務或政策之前，需評估家庭照顧者人權被影響的程度，即使因預算削減而必須取消或整合服務之前，應諮詢照顧者意見。

結論五：進行指標性重大事件報告之分析

自第一起家庭照顧者殺人案件發生至今，台灣已經累積近百起事件。監察院與衛生福利部亦已累積為數眾多的重大照顧事件檢討報告。受限於時間、人力與究責等壓力，這些報告提供的資訊相對有限。

誠如參加多起重大事件檢討報告的專家提醒，每一個單位立基於不同立場，提供的資訊即會有所差異，也會翻轉案例詮釋的觀點，例如地方政府不同局處、新聞媒體、司法體系與醫療等。期中報告之審查委員亦提醒，以證據為基礎的研究，證據蒐集與說明要謹慎，避免過快下結論而提供錯誤政策建議。本次研究主要受限於研究期程與次級資料，未能針對重大事件資料不足部分進行更多資料收集，是重大的研究限制。

建議可參考劉淑瓊 (2021) 針對兒少保護案件之倡議，建議中央主管機關於每年選定若干具指標性，且已完成司法程序之案件，由一組受過訓練的多專業團隊進行適當的資源進行案例分析，提出有助於第一線舒緩照顧者困境，保障照顧接受者生命權的政策與服務建議，並進行知識轉譯與傳播，讓長期照顧的政策與服務提供有機會可以立基於照顧接受者與照顧者雙視角，排除服務輸送障礙的系統因素。

捌、建議

建議一：估算我國家庭照顧產值，確認家庭照顧者貢獻

全球家庭照顧者組織報告(International Alliance of Carer Organizations, 2020)推估，英國 2021 年約有 1,360 萬位照顧者，約占總人口的五分之一，加拿大的照顧者亦推估為總人口的 20.6%，但同一報告推估的台灣家庭照顧者人數僅為總人口的 4.5%，落差極大。分析推估落差之主因，係因英國與加拿大將加拿大對「家庭照顧對象」的定義不侷限長期照顧需求者，涵蓋年幼的孩童、身心障礙者、失能者，罹患嚴重疾病者，以及生命即將結束者等。

再者，明確定義「照顧」是一項「工作」，且依照照顧者人數及其推估所提供的照顧時數之經濟產值，以加拿大為，每年照顧時數高達 57 億小時，年經濟產值是 971 億美金，換算為 280 萬位全職員工的年產值，推估佔國內生產總額(GDP)的 4.2%，國家衛生保健支出的 32.2%。以關係而言，34%的父母照顧者與 10%的成年子女照顧者表示照顧使他們無法保住工作，而有 7%年輕照顧者表示，因為照顧責任，他們無法繼續就學。依據推估，加拿大一年因老年長期照顧相關的就業中斷，導致照顧者的年收入損失高達 336.8 億美金。

然而，我國從未將「照顧」視為工作，也沒有估算照顧者每年為國家創造的經濟價值，多數公共政策的制定都沒有考慮到家庭照顧者的需求，他們的貢獻始終被忽視，致使家庭照顧者自己也低估自己的貢獻，不認為自己提供的「照顧」是工作，致使自己的健康權與工作權等基本人權被剝奪而不自知。

據此，建議政府相關部門，例如國家發展委員會等，應推估我國家庭照顧者的經濟貢獻，不分照顧對象，藉此讓社會大眾、行政相關單位與家庭照顧者都有機會看見家庭照顧者的社會有形且可估算的價值。再者，亦應參考英國與加拿大的推估方式，讓行政相關單位了解，如果沒有家庭成員提供無數小時的照顧，長期照顧體系所需編列的預算遠非國家稅收所能負擔，以加拿大為例，推估照顧者的照顧服務時數是正式服務

體系的三倍以上。然而，無數的照顧者經歷了影響其健康、家庭與社會生活、就業與財務安全等負面結果是國家必須關注的重要議題。

建議參照加拿大與英國的政策架構，包括：

1. 政府部門應為家庭照顧者提供權利的簡介
2. 提高政府、管理階層、長期照顧服務提供單位、復健單位、醫院等單位對於家庭照顧者人權的認識
3. 定期收集並公布關於照顧者的各項數據，包括獨立且定期評估家庭照顧者的需求
4. 承認照顧者為[照顧]所做的協調是一項工作，支持他們並與他們一起工作。
5. 明訂政策中配置給家庭照顧者的資源
6. 在發展新的服務或政策之前，需評估家庭照顧者人權被影響的程度
7. 因預算削減而必須取消或整合服務之前，應諮詢照顧者意見

建議二：賦予「家庭照顧者」工作權，鼓勵提供「照顧」的家庭成員現身

誠如 1970 年代時，身心障礙者爭取權利的適當性遭受質疑一樣，照顧者目前爭取權利亦有類似的質疑，有人認為，作為「照顧者」不是與生俱來的特徵，他們經歷的障礙是他們選擇承擔照顧者時所遭遇的困難。然而，許多照顧者沒有「選擇」的權利，照顧者的選擇很大程度上取決於國家提供的照顧選項，這種情況被稱為「非強制但非自願選擇」，或是「強制利他主義」可能是更好的描述(Clements, 2013)。

許多分析家庭照顧者使用照顧服務的研究均指出，家庭照顧者使用照顧支持服務的比例普遍偏低，關鍵是家庭成員並未將自我認定為「家庭照顧者」。美國退休人員協會(AARP)的調查報告，其在 2001 年對 4037 位成人進行調查，問題分為兩題：第一題先是詢問受訪者是否認為自己是家庭照顧者？第二題是請受訪者描述日常生活中與照顧相關的活動。研究發現樣本中，自我認定為家庭照顧者占 44%，但在第二題有提供照顧協助的人之中，卻有 15%受訪者未將自己認定為照顧者(Eifert, Adams, Dudely, & Perko, 2015)。

Montgomery & Kosloski (2012) 將家庭照顧者的身分發展與適應歷程分為五個階段(如圖十四)，第一個階段是家庭照顧者提供照顧，但「照顧」僅佔原來與照顧接受者關係中的小部分，因此照顧者在此階段很少意識到自己具有家庭照顧者身分；第二階段是當照顧任務的執行超越原有的家庭身分，該研究指出約當「照顧」佔社會關係的 25%時，家庭成員的「家庭照顧者」身分認同開始萌芽；第三階段則是當「照顧」已超

過社會關係的 50%，也就是當照顧任務的執行顯著超越原有的家庭角色範圍，家庭照顧者在此階段會面臨新的身分認同與原有的身分認定之間的兩難與掙扎；第四階段因著照顧接受者的需求增加，家庭照顧者對自己的身分認同不僅穩固，也成為其主要的身分認同；第五階段則是當照顧主要責任移轉到替代式服務單位，例如住宿式機構，家庭照顧者可能持續維持家庭照顧者的身分認同，或轉換回原有的社會角色（引自 Eifert et al., 2015，陳正芬與方秀如，2022）。

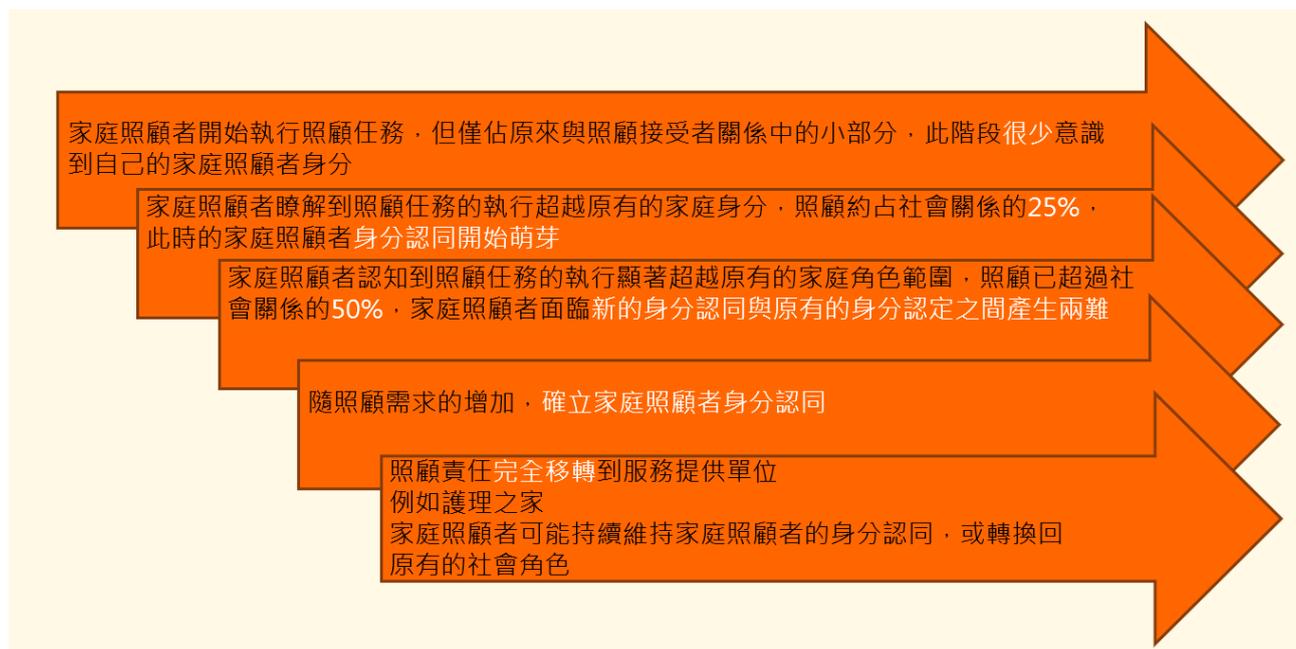


圖 十四：家庭照顧者身分發展五個階段歷程
資料來源：Montgomery & Kosloski(2012)

上述研究皆一再提醒，家庭照顧者的自我身分認定並非一蹴可及，且與服務申請和核定高度相關。誠如種族、宗教、身心障礙或性別的認同歷程，對身分的承認是所有權利運動的必要前提(Montgomery & Kosloski, 2012; 陳正芬 & 方秀如, 2021)。為鼓勵照顧者自我認同，英國推出照顧者護照 (Carer Passport)，一方面讓照顧者自我認同與現身，另一方面讓公部門與利害相關人可以瞭解照顧者的處境，以及因提供照顧所需的協助，包括醫院、雇主、社區、心理衛生單位與各級學校都推動照顧者護照此一方案 (International Alliance of Carer Organizations, 2020)。針對尚未使用喘息服務的照顧者，相關部門可參考 AARP 的二階段問題，以及英國照顧者護照創新方案，鼓勵照顧者看見自我創造的照顧產值，立基於「照顧」工作確認自己的工作權、健康權與休假權。

我國目前長期照顧服務 2.0 以社區式及居家式服務為主，依據衛生福利部之長期照顧統計，高達 94.1%的照顧接受者是有其主要照顧者，但我國尚未針對照顧者的人權保障類屬與範圍，如英國與加拿大般訂定照顧者人權。

當家庭人員選擇「照顧」作為工作，而國家未將「在家照顧」視為工作，應視為抵觸人權公約的工作權。而工作權未被肯定的狀況之下，當照顧者選擇家庭成員，他自己沒有工作，他沒有從「照顧」獲得適當的報酬，不僅維持健康及福利所需的生活水準 (standard living) 就無法獲得滿足，本身亦缺乏購買喘息服務所需的部分負擔之經濟能力。

針對因照顧離開職場，或在家全職照顧者，德國長期照顧保險對照顧者之社會保險進行保費補助，亦提供照顧課程、照顧諮詢服務，一年六週的替代照顧假，以及每月 125 歐元的暫時紓壓(類似台灣的喘息服務)等。家庭照顧者亦可與雇主協商留職停薪六個月之照顧假，或帶職帶薪但每週至少減少 15 小時，最長兩年之家庭照顧假(林谷燕, 2020)。對照台灣由婦女新知基金會、中華民國家庭照顧者關懷總會、台北市產業總工會等團體共同發起的「30 天有薪假+150 天無薪彈性請假」²²之照顧安排假遲遲未獲勞動部回應，顯示我國的照顧者工作權未獲保障。

建議研議因照顧離職轉投國民年金之家庭照顧者之保費補助，以及家庭照顧者兼顧工作與照顧之工作權修法。

建議三：發展照顧者需求獨立評估與提供專屬的喘息服務

目前家庭照顧者的評估是附屬於長期照顧服務接受者之評估之下，依隨照顧接受者的失能等級而定。立基於照顧者與照顧接受者雙方的動態性，對高負荷照顧者所需的支持性服務及評估工具所需的多元角度提出修正建議（如圖十六）。

建議參考英國訂定獨立的照顧者需求評估制度，鼓勵照顧者正視本身的健康照況，以及讓健康服務體系相關人員看見家庭照顧者的「健康權」需要獲得保障。除現有以專業人員為視角的需求評估之外，增加照顧者獨立的評估制度。

依據世界人權宣言第 24 條，「人人享有休息和休閒的權利，包括工時有合理的限制及定期給薪休假的權利」。然而，台灣始終未將「照顧」視為一項工作，未明訂該項照顧工作合理的工作時間，以長期照顧 2.0 提供給照顧者的支持，僅有 14 天的喘

²² <https://www.familycare.org.tw/policy/939>，瀏覽日期 2022/11/9

息服務，且現有的喘息服務部分負擔比例與照顧接受者一致，皆是 16%；喘息服務額度亦是附屬於照顧接受者的失能程度；換言之，一位家庭照顧者兩周以上才能有一天的支持服務；然而，更重要的是，當家庭成員並未認同自己為「照顧者」，也就不會使用長期照顧等服務。

如果國家正視照顧者的經濟貢獻價值，建議照顧者專屬的喘息服務部分負擔應與照顧接受者脫鉤。特別是本次研究發現，當照顧者本身是病人，而仍在提供照顧者超過半數。照顧是密集且需體力的一項任務，當主要照顧者本身罹患疾病時，不僅意謂主要照顧者的健康權受到威脅，亦可能影響到照顧接受者的生命權。21 案例中，照顧者健康狀態改變超過四成(9 件，42.9%)。除一般性喘息服務之外，建議可研議支持照顧者本身健康權的緊急喘息服務，建議可立基於一般勞工年休假七天的原則，提供七天免部分負擔的照顧喘息卷，讓照顧者獲得必要之休息。另一方面，建議參照三倍券與五倍振興券不設限的方式，盡量降低服務提供單位的門檻，鼓勵照顧喘息券的流通與使用。

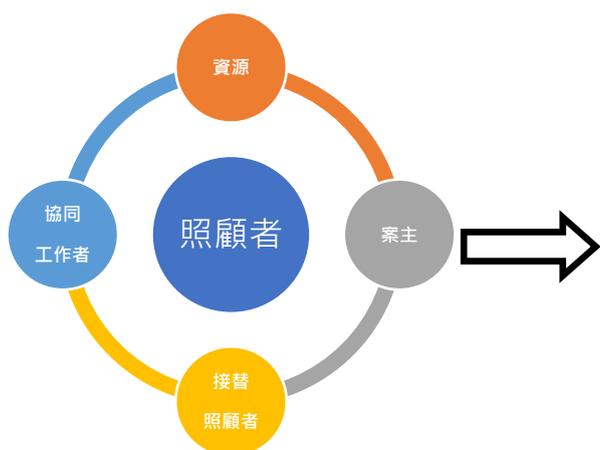


圖 十五:不同體系看待家庭照顧者的視角
資料來源：(Marczak et al., 2021)
(研究者自行繪圖)



圖 十六:高負荷照顧者評估工具的多元角度
資料來源：本研究自行繪製

建議四：出版照顧人權案例彙編，打造一段有人權意識的照顧關係

如前所述，依據英國之照顧者人權諮詢組織於 2011 年進行的調查，社會大眾對於人權與照顧者所面臨的問題之間的關係，以及人權與照顧接受者之間的關係，多數人仍然知之甚少；僅有 45%的受訪者認為人權對他們的照顧者角色非常重要或重要，但不到 30%的人確信他們知道他們的權利為何，以及不到 15%的人對倡議「照顧者」權利有

信心。[照顧者權利指南]的內容分為四大部分：照顧者的權利、您所照顧對象的權利、使用自己的人權，以及介紹人權法案的基本概念(n-compass & Rights, 2012)。

再者，透過本次研究舉辦的焦點團體，長期照顧、身心障礙、社會服務及醫療等相關單位都期待民眾，包括照顧接受者與照顧者對長期照顧的知能可以有所提升。然而，回顧案例，即使家庭照顧者已表示自己無力繼續照顧，期望照顧接受者可以如其所望接受安樂死？但介入的社會安全網之服務體系人員仍詢問案父：「案妹及案母是否可以幫忙分擔照顧？」但相對人表示「與案妹無任何關係，案母亦無法協助，自己是主要照顧者」，顯示國家體系相關人員仍期待由家庭承擔主要照顧責任。

本研究亦發現，即使照顧者已無力繼續照顧，深受精神疾病所苦，照顧接受者仍期待其繼續「照顧」。如本次研究發現，案例九案之主要照顧者罹患重度憂鬱症，當地里長已協助就醫；即使主要照顧者希望可以卸下主要照顧者的職責，但遭照顧接受者(案母)的反對；甚至虛假通報自己染上新冠肺炎，希望能住院隔離，仍無法改變情況，後續又出現多次自殺等行動，但相關單位介入的重點皆因「照顧接受者」的主張而未積極處理主要照顧者的議題。

「照顧接受者」與「照顧者」雙方的「自主」與「獨立」都應被予以尊重，但當初出現衝突時，也就是一般的選擇影響另一方的基本人權時，其選擇的適當性應有討論的空間。然而，台灣社會少見這樣的討論，一位長期在失智症領域工作的實務工作者分享其親身經驗：

我這麼久以來，其實只遇過一個 80 幾歲的奶奶跟我談(照顧安排)。對，她女兒跟我約好說要來跟我討論他媽媽後面照顧的問題，然後奶奶跟著來，…那個奶奶很厲害，她就跟我說：「妳在討論我的問題，我為什麼我不能來？」我就說：「那妳好，那我們就等下一起討論囉！」……。結果那天其實非常的 Perfect。就是當就說：「奶奶妳可能到了(失智)中度的時候，妳可能不太能夠自己照顧自己，女兒想要把妳留在身邊照顧，那妳覺得這樣好嗎？」她說：「千萬不要！一定要把我送到 nursing home。」我說：「為什麼？」她說：「我不想看到我女兒這麼辛苦。」我就問那個女兒，我說：「那妳願意嗎？」她說：「不行！我一定要(把媽媽)留在身邊照顧。」媽媽說：「我今天來的目的，就是要當著 000 的面，妳一定要答應我，一定要把我送進 nursing home。」對，其實我們整個談話的過程非常的好，可是最後她媽媽在中度的時候，她女兒還是沒有把她送去！她就是捨不得(摘述自 D-3 訪談資料)。

我曾經有一次跟家屬討論，(失智症)個案在旁邊，個案發飆、生氣(語氣加重)。然後我就跟他太太說：「我們今天不要討論了。」(笑)對，個案說：「妳們憑什麼說要把我

送到日照中心！妳們憑什麼說要幫我找外勞！我有答應嗎？」對，所以那個家庭變成就是太太後來就是每一次要做任何決定，她就很痛苦、很掙扎。因為當初在討論的時候，她先生就是、幾乎什麼都不要。可是在什麼資源都不要的時候，她其實她是沒有辦法負荷的，她一定要有一些資源幫她，所以她非常痛苦(摘述自 D-3 訪談資料)。

有鑑於目前主要困境是照顧者或照顧接受者拒絕使用服務，仍認為照顧是家務事，對現行長照服務沒有信心。衛生福利部委託中華民國家庭照顧者關懷總會，已舉辦多屆「聰明照顧者」的自我推薦、選拔與表揚活動，建議可彙編成冊，提供給照顧者參閱。另一方面，亦建議將重大事件案例進行修訂，例如英國照顧者倡議組織 n-compass 和英國人權組織共同擬定與出版的[照顧者權利指南](Your Human Rights: A Pocket Guide for Carers)，其中即有諸多案例討論，有助於提升社會大眾、政府相關部門、照顧者及照顧接受者對人權與照顧者角色之間的關係，以及保障照顧者與照顧接受者雙方的權利之了解。

再者，因應目前仍有許多民眾抗拒現有的服務樣態，或未能找到適當的照顧服務，建議主管機關應積極試辦創新實驗性服務方案，以落實長服法發展「多元」服務目標，並擇有成效者擴大規模。

如兒童福利的學者分享，改變服務使用背後的社會意涵，應是下一階段長期照顧服務發展的目標，如過去安置服務被視為父母失職的標籤，「為愛出養」與「為愛收養」則賦予安置服務新的使用框架。針對社會孤立，不使用長期服務的家庭，除現有的 1966 專線服務之外，賦予長期照顧服務新的社會標籤仍有必要。

人權領域的學者亦建議，照顧議題的支持服務應本著尊重獨立個體為基礎，提供需求者需要的服務才能解決其所面臨的困境。藉由相關人權案例分享，可以學習理解人權視角下所制定的規範與遵循標準。

建議五：提供醫療照顧諮商與家庭照顧安排諮商

誠如文獻探討回顧，近年積極投入照顧者殺人議題的學者們，O'Dwyer, Moyle, Taylor, et al. (2016) 等人訪談澳洲 21 位照顧失智症且曾有殺害照顧接受者意念的照顧者。照顧者表示，殺人動機與照顧過程中身體與心理的耗竭相關，但她們又無法接受罹患失智症的照顧接受者入住住宿式機構。多數照顧者不知道其他人跟他們有類似處

境。他們自承殺人或自殺是來自一連串的問題，包括沮喪，缺乏支持，以及那種照顧者角色永無止境的無助感受，罪惡感有時候來自希望照顧接受者快點死去的意念。研究顯示照顧者的殺人意念是個真實且需要進一步深入關注的議題，殺人意念與安樂死、虐待等議題相互交織。本研究回顧多起重大事件文本資料，照顧接受者本身的負面想法以及承受疾病的痛苦等，一再於家庭照顧者的表述中出現，其對家庭照顧者心理負荷的影響需要更多看見與瞭解。

檢視病人自主權利法第一條「為尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧，特制定本法」。相較於緩和醫療，病人自主法的適用擴大為「非末期」的永久植物人狀態、不可逆轉的昏迷、極重度失智及其他重症，決定不再使用為維持生命治療(加工醫療)來延長生命，看重生命品質，同時照顧也能知其天花板，提前做財務以及勞務的整體規劃，民眾接受度相對較高。

然而，安寧緩和醫療條例 2000 年立法通過，病人自主法於 2021 年通過。簽署安寧緩和意願書人數僅有 4%，簽署預立醫療意願書人數約為 0.19%。經過醫療院所的預立醫療照護諮商(advance care planning, ACP)，即指「病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養」。-類似家庭會議形式，特別是讓照顧者與照顧接受者、其他家庭成員有機會依據現有的各項服務開啟對話，關鍵是倡議的是國人跟家人預先開啟生命討論的社會氛圍與習慣。

然而，病人自主法簽署需自費 3,000 元以上。建議病人自主法之照護諮商費用由長照預算或國民健康署編列預算，參考癌症篩檢一樣，補助國人至少一生擁有 1-2 次的由政府提供完成 ACP 與 AD，擴大民眾簽署比例，提升預防性的服務使用理念。另一方面，有鑑於醫療是社會孤立家庭唯一且會使用的正式服務，特別是本研究發現多件重大事件發生之前，照顧接受者出現頻繁進出醫院的情況。或是照顧者因睡眠或照顧壓力就醫，顯示照顧者與照顧接受者即使不使用長期照顧服務，但顯然醫療服務是他們唯一會接觸的正式服務。建議依據醫院規模調整現有出院準備服務的人力編制，納入長期照顧相關科別之轉診之醫療諮詢與照顧安排諮詢，讓台灣民眾感覺最信任、最友，善且最沒有威脅的體系，可以與長期照顧有更緊密的銜接。

參考文獻

- Abrams, R. C., Andrew, C., Tardiff, K., Marzuk, P. M., & Sutherland, K. (2007). "Gray Munder": Characteristics of elderly compared with nonelderly homicide victims in New York City. *American Journal of Public Health, 97*, 1666-1670.
- Action for Carers Surrey. (2012). *Action for Carers: Carers' Checklist*. Retrieved from
- Anonymous Members of Peninsula Involvement Group, Liabo, K., & O'Dwyer, S. (2019). Research Commentary: A Carer's Roadmap for Research, Practice, and Policy on Suicide, Homicide, and Self-harm. *Behavioral Sciences, 9*(48), 1-4.
- Arksey, H., & Glendinning, C. (2007). Choice in the context of informal caregiving. *Health & Social Care in the Community, 15*(165-175).
- Barylak, L. (2015). *Beyond recognition: Caregiving and human rights in Canada: A policy brief*.
- Beach, S. R., Schulz, R., Donovan, H., & Rosland, A.-M. (2021). Family caregiving during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist, 61*(5), 650-660.
- Bell, C. C., & McBride, D. F. (2010). Commentary: Homicide-Suicide in Older Adults-Cultural and Contextual Perspectives. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Laws, 38*, 312-317.
- Bourget, D., Pierre, G., & Whitehurst, L. (2010). Domestic Homicide and Homicide-Suicide: The Older Offerder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Laws, 38*(3), 305-317.
- Canadian Caregiver Coalition. (2015). *Beyond Recognition-Caregiving & Hights in Canada: A Policy Brief*. Retrieved from
- Canadian Human Rights Commission. (2014). *A guide to balancing work and caregiving obligations : collaborative approaches for a supportive and well-performing workplace*. Retrieved from <https://publications.gc.ca/site/eng/9.699391/publication.html>
- Clements, L. (2013). Does your care take suger? Carers and human rights: The parallel struggles of disabled people and carers for equal treatment. *Washington and Lee Journal of Civil Rights and Social Justice, 19*(2).
- Coalition, C. C. (2015). Beyond recognition–Caregiving & human rights in Canada: A policy brief. *Health and Social Services Centre*.
- Cohen, D. (2019). Older adults killed by family caregivers: An emerging research priority *JOI Nursing of Health Care, 10*(3), 1-4. doi:10.19080/JOJNHC.2019.10.555790
- Danely, J. (2017). Carer narratives of fatigue and endurance in Japan and England. *Subjectivity, 10*(4), 411-426.
- Doty, P. (2010). The evolving balance of formal and informal, institutional and non-institutional long-term care for older Americans: a thirty-year perspective. *Public Policy & Aging Report, 20*(1), 3-9.
- Eifert, E. K., Adams, R., Dudely, W., & Perko, M. (2015). Family caregiver identity: A literature review *American Journal of Health Education, 46*(6), 357-367.
- Eliason, S. (2009). Murder-suicide: A review of the recent literature. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Laws, 37*, 371-376.
- European Network of National Human Rights Institutions. (2017). *"We have the same rights"-The Human Rights of Older Persons in Long-Term Care in Europe*. Retrieved from
- Fast, J., Keating, N., Lero, D., Eales, J., & Duncan, K. (2022). The economic costs of care to family/friend caregivers: A synthesis of findings. Retrieved from <https://rapp.ualberta.ca/wp->

- Foley, K. M. (1991). The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *Journal of pain and symptom management*, 6, 289-297.
- Gori, C., Fernandez, J.-L., & Witttenberg, R. (2016). *Long-Term Care Refores in OECD countries*. Chicago: Poicy Press.
- Hayashi, Y. (2016). Elder Abuse and Family Transformation. In F. Kumagai & M. Ishill-Kuntz (Eds.), *Family Violence in Japan: A Life Course Perspective*. New York: Springer.
- Hendin, H. (1999). Suicide assisted suicide, and euthanasia. In D. G. Jackson (Ed.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention* (pp. 540-560). San Francisci: Jossey-Bass Publishers.
- Hong, S.-I., Hascche, L., & Lee, M. J. (2011). Service use barriers differentiating care-givers service use patterns. *Ageing & Society*, 31, 1307-1329.
- International Alliance of Carer Organizations. (2020). *Global State of Care*. Retrieved from <https://internationalcarers.org/>
- Jacobs, S., Xie, C., Reily, S., Hughes, J., & Challis, D. (2009). Modernising social care services for older people: scoping the United Kingdom evidence base. *Ageing & Society*, 29(4), 497-538.
- Kane, R. A., & Kane, L. K. (1987). What is long-tern care? In *Long-term care: principles, programs, and policies*. New York: Springer.
- Kanno, H., & Ai, A. L. (2011). Japanese Approach to Elder Abuse: Implications for Prevention in Emerging Developed Countries. *Indian Journal of Gerontology*, 25(4), 516-531.
- Liang, L.-F. (2018). Migrant care work in Taiwan: applying a feminist ethics of care to the relationships of 'live-in' care. 2(2), 215-233.
- Lloyd, L. (2000). Caring about carers: Only half the picture. *Critical Social Policy*, 20(1), 136-150.
- Marczak, J., Fernandez, J.-L., Manthorpe, J., Brimblecombe, N., Moriarty, J., Knapp, M., & Snell, T. (2021). How have the Care Act 2014 ambitions to support carers translated into local practice? Findings from a process evaluation study of local stakeholders' perceptions of Care Act implementation. *Health & Social Care in the Community*, 00, 1-10. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.13599>
- Murayama, K. (2017). Human rights and dementia: are family caregivers liable for damages? *Innovation in Aging*, 1(Suppl 1), 840.
- n-compass, & Rights, B. I. o. H. (2012). *Your human rights: A pocket guide for carers*. Retrieved from
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Taylor, T., Creese, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). Homicidal ideation in family carers of people with dementia. *Ageing & Mental Health*, 20(11), 1174-1181.
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., & Wyk, S. V. (2013). Suicidal ideation and resilience in family carers of people with dementia. *Ageing and Mental Health*, 17(6), 753-760.
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & Leo, D. D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Ageing & Mental Health*, 20(2), 222-230.
- OECD (Ed.) (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD.
- Pickard, L. (1999). Policy Options for Carers. In *With Respect to Old Age: Long Term Care--Rights and Responsibilities* (pp. 1-72). London: TSO.
- Salari, S. (2007). Patterns of intimate partner homicide suicide in latter life: Strategies for prevention. *Clinical Intervantion in Aging*, 2(3), 441-452.
- Sasaki, M., Arai, Y., Kumamoto, K., Abe, K., Arai, A., & Mizuno, Y. (2007). Factors related to poentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregiver in Japan *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22, 250-227.
- Schwartz, A. J. (2015). Meeting the needs of Male Caregivers by Increasing Access to Accuntable Care Organizations. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(7-8).
- The Vanier Institution of the Family. (2016). *Family Caregiving in Canada: A Fact of Life and a Human*

Right. Retrieved from <https://vanierinstitute.ca/family-caregiving-in-canada-a-fact-of-life-and-a-human-right/>

University of Alberta, & University of Manitoba. (2022). Value of Family Caregiving In Canada. Retrieved from <https://vanierinstitute.ca/rapp-infographic-value-of-family-caregiving-in-canada/>. <https://vanierinstitute.ca/rapp-infographic-value-of-family-caregiving-in-canada/>

人權公約施行監督聯盟. (2022). 我 OK 你先走？非臨終障礙者「選擇」醫療輔助死亡的權利？. Retrieved from <https://covenantwatch.org.tw/2022/08/09/%e6%88%91ok-%e4%bd%a0%e5%85%88%e8%b5%b0%ef%bc%9f%e9%9d%9e%e8%87%a8%e7%b5%82%e9%9a%9c%e7%a4%99%e8%80%85%e3%80%8c%e9%81%b8%e6%93%87%e3%80%8d%e9%86%ab%e7%99%82%e8%bc%94%e5%8a%a9%e6%ad%bb%e4%ba%a1/>

川北稔. (2021). *80/50 兩代相纏的家庭困境*. 臺北市: 遠流.

王幼玲, & 張武修. (2019). 鑑於罹患自閉症者，往往帶給家屬沉重的照護負擔。衛生福利部及各縣市政府提供自閉症家庭多少支持與照顧資源及經費(略). Retrieved from

王行. (2014). 由男性家庭照顧者生命脈絡反思性別認同影響計畫. Retrieved from 臺北市政府社會局 103 年度性別議題研究補助案研究報告:

王行. (2015). 孝子啟示錄：男性家庭長照者的勞動故事. Paper presented at the 2015 年台灣社會福利學會年會暨學術研討會「從社會福利觀點看全球風險、國家治理、與在地照顧」, 台北.

王禎邦, & 歐陽文貞. (2020). 臺灣社區精神復健機構發展近況及興革建議. *中華心理衛生學刊*, 33(4), 315-340.

李秉宏. (2017). 我國為何需要加入「聯合國身心障礙者權利公約」的源由. Retrieved from https://www.enable.org.tw/issue/item_detail/755

林谷燕. (2020). 借鏡德國經驗:談長照給付制度的下一步. *Angle Health Law Review*, 42, 19-33.

邱逸榛, 李怡濃, 徐文俊, 陳獻宗, 李佳琳, & 王鵬智. (2010). 失智症家庭照顧者睡眠障礙及其相關因素. *護理雜誌*, 57(4), 29-39.

洪惠芬, 廖美蓮, & 謝玉玲. (2012). 照顧任務分配的公平性：對臺灣社會照顧體制的初步檢視. *社會發展研究學刊*, 11, 33-70.

高涌誠. (2020). 台灣人給自己的禮物—國家人權委員會. *人權日特刊*.

高鳳仙等. (2019). 民國 107 年 10 月 17 日，74 歲陳姓婦人因不堪長期照顧生病丈夫，在家中持榔頭敲丈夫頭部致死後，打電話向警方自首(略)。Retrieved from 監察院調查報告:

高齡醫學暨健康福祉研究中心. (2022). 住宿式長照機構收費調查分析. Retrieved from <https://ageing.nhri.edu.tw/wp/%E4%BD%8F%E5%AE%BF%E5%BC%8F%E9%95%B7%E7%85%A7%E6%A9%9F%E6%A7%8B%E6%94%B6%E8%B2%BB%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%88%86%E6%9E%90>

許曉芬. (2012). 告知說明義務之重新省思：以法國法上醫療責任之「機會喪失」理論為中心. *東海大學法學研究*, 36(115-152).

郭書宏. (2004). 兒童人權觀念 1/4 家長不及格. *人間福報*. Retrieved from <https://www.merit-times.com/NewsPage.aspx?unid=347935>

陳正芬. (2009). 從居住安排與社會支持體系檢視失能老人之 ADL 與 IADL 的未滿足需求. *中華心理衛生學刊*, 22(1), 69-102.

陳正芬. (2018). 當潛水的照顧者浮現：家總的成立與路線爭議. In 蕭新煌、官有垣、王舒芸 (Ed.), *臺灣社會福利運動與政策效應：2000-2016 年* (pp. 215-232). 高雄市: 巨流.

陳正芬, & 方秀如. (2021). 「無法盡責」的家庭照顧者？-家庭照顧者服務據點的發展與挑戰. *老人學學刊*, 1, 1-42.

陳正芬, & 方秀如. (2022). 是「誰」殺人? 司法資料庫呈現的精神疾病照顧者樣貌. Paper

presented at the 2022 年台灣社會福利學會年會暨國際學術研討會, 嘉義縣:國立中正大學.

- 陳正芬, 方秀如, & 王彥雯. (2021). 照顧殺人悲劇的案件趨勢：司法判決書的分析. Paper presented at the 2021 年台灣社會福利學會年會暨國際學術研討會, 臺北市.
- 陳全信, & 林金定. (2004). 加害智能障礙家人之自殺個案初探：以臺灣電子新聞媒體報導資料分析. *身心障礙研究季刊*, 2(3), 185-192.
- 陳景寧. (2019). 我國家庭照顧者支持網絡系統. *長期照護雜誌*, 23(1), 11-21.
- 陳聰富. (2002). 「存活機會喪失」之損害賠償. *中原財經法學*, 8, 1-55.
- 游秀貞, & 楊曉雯. (2014). 尊重孩子的生存權：「攜子自殺」防治工作大家一起來. *臺灣教育評論月刊*, 4(9), 44-47.
- 黃嵩立, 黃默, 陳俊宏, 黃怡碧, 陳中寧, 鍾汶璇, & 蘇玟瑄. (2014). 建構我國人權指標及調查之研究. Retrieved from
- 黃鳳岐. (2019). 存活機會喪失理論在我國法院實務運用之探討. 高雄大學法律學系碩士論文,
- 劉淑瓊. (2021). 系統除錯?個人咎責?-台灣重大兒虐事件檢討機制之探究. *臺大社會工作學刊*, 44, 1-44.
- 劉淑瓊, & 彭淑華. (2008). 兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究. Retrieved from 內政部兒童局委託研究報告:
- 衛生福利部. (2021). 長照 2.0 執行現況. Retrieved from 蔡壁如立法委員長照 2.0 公聽會:
- 衛生福利部. (2022). 長照十年計畫 2.0. Retrieved from <https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69919-207.html>

附件一：第一場焦點團體訪談大綱

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

本研究是監察院國家人權委員會委託的研究，名稱為「照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題」（案號：B1100804），我是計畫主持人陳正芬。目的是爬梳照顧悲歌的案件，瞭解照顧者與照顧接受者在接受正式資源與非正式資源的情形，期望能有機會傾聽您的經驗與觀察分享，共同梳理您觀察到照顧接受者、照顧者，以及您自己在工作崗位上有哪些結構性問題或制度困境，進而針對國內相關法規政策的推動與執行策略提出建議。

訪談對象：

機構場域內曾發生案件，或案發前個案使用過的正式服務單位等關鍵知情者

辦理時間與地點：未定

訪談大綱：

1. 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？
2. 依據您的工作經驗，認為**協助**該類照顧悲劇最大障礙為何？
3. 據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？
附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？
4. 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境，
5. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

編號	指標項目	操作型定義
1	照顧者曾有自殺企圖或自殺意念	1. 照顧者過去曾有自殺企圖、具體之自殺計畫或已準備好自殺工具等行為。 2. 曾在言語間表達有自殺或結束自己與照顧對象生命的想法。
2	曾有家暴情事	照顧者自述是家庭暴力的施暴者或受暴者，或有暴力意念，不論有無列入正式通報紀錄。
3	沒有照顧替手	負擔每周 20 小時以上主要照顧工作，無其他家人、親友等可以協助。
4	需照顧兩人以上	同時需照顧兩位符合長期照顧或身心障礙條件以致生活無法自理的家人。
5	照顧者本身是病人	照顧者持有身心障礙證明、領有重大傷病卡(含癌症)、(曾)罹患骨骼系統疾病致使照顧能力受限者，或經專業人員評估有精神功能異常或障礙者。
6	照顧失智症者	被照顧者已經醫師確診為失智症患者。
7	高齡照顧者	照顧者的年紀大於 65 歲。
8	申請政府資源但不符資格	已申請政府資源，例如救助身分、長照服務等，但不符合資格故無法取得相關資源。
9	照顧情境有改變	3 個月內照顧者出現急性醫療需求或處於外籍看護工空窗期等突發性狀況，致照顧負荷增加。
10	過去無照顧經驗者	過去無照顧經驗且受傳統文化等因素影響，致出現高照顧負荷情形卻不易開口求助者，如男性照顧者。
<p>家庭照顧者支持服務據點轉介標準，需符合下列情形之其中一項：</p> <p>一. 符合指標 1、2 任一項及加上 3~10 中任一項</p> <p>二. 符合指標 3~10 中任三項</p> <p>三. 其他經專業人員評估有轉介之必要情形</p>		

附件二：第二場焦點團體訪談大綱

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究 【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

本研究是監察院國家人權委員會委託的研究，名稱為「照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題」（案號：B1100804），我是計畫主持人陳正芬。目的是爬梳照顧悲歌的案件，瞭解照顧者與照顧接受者在接受正式資源與非正式資源的情形，期望能有機會傾聽您的經驗與觀察分享，共同梳理您觀察到照顧接受者、照顧者，以及您自己在工作崗位上有哪些結構性問題或制度困境，進而針對國內相關法規政策的推動與執行策略提出建議。

訪談對象：

邀請中央政府部門之人員，如衛生福利部之長期照護司、保護司與資訊處等部門，研議高危機照顧接受者與照顧者的資料共享機制。

辦理時間與地點：未定

訪談前簡報重點：

回顧臺灣這十年發生的照顧悲劇案件與類型，以及本研究初步研究發現。

訪談大綱：

1. 依據您的工作經驗，據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？
 - i. 您所工作的單位是否針對照顧悲劇發展資源或工具？
 - ii. 如果尚未訂定資源或工具，您覺得原因為何？
 - iii. 附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？
2. 對於照顧者未曾進行政府體系的案例，您認為您的單位可以做些什麼？建議其他單位可以做些什麼？目前
3. 目前單位之間合作情況為何？如何強化各網絡之間的合作？
4. 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境，
5. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

附件三：第三場焦點團體訪談大綱

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究 【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

本研究是監察院國家人權委員會委託的研究，名稱為「照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題」(案號：B1100804)，我是計畫主持人陳正芬。目的是爬梳照顧悲歌的案件，瞭解照顧者與照顧接受者在接受正式資源與非正式資源的情形，期望能有機會傾聽您的經驗與觀察分享，共同梳理您觀察到照顧接受者、照顧者，以及您自己在工作崗位上有哪些結構性問題或制度困境，進而針對國內相關法規政策的推動與執行策略提出建議。

訪談對象：

熟悉聯合國核心人權公約的專家學者與民間團體

辦理時間與地點：未定

訪談前簡報重點：

回顧臺灣這十年發生的照顧悲劇案件與類型，以及本研究初步研究發現。

訪談大綱

1. 依據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？
2. 依據您過去推動人權公約相關經驗，立基於預防觀點，您建議可從哪些面向來推動照顧悲劇的預防？

附件四：深度訪談之討論大綱

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究 【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

本研究是監察院國家人權委員會委託的研究，名稱為「照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題」（案號：B1100804），我是計畫主持人陳正芬²³。目的是爬梳照顧悲歌的案件，瞭解照顧者與照顧接受者在接受正式資源與非正式資源的情形，期望能有機會傾聽您的經驗與觀察分享，共同梳理您觀察到照顧接受者、照顧者，以及您自己在工作崗位上有哪些結構性問題或制度困境，進而針對國內相關法規政策的推動與執行策略提出建議。

訪談對象：

機構場域內曾發生案件，或案發前個案使用過的正式服務單位等關鍵知情者

辦理時間與地點：未定

訪談大綱：

1. 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？
2. 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？
3. 據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？
 - i. 附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？
4. 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境，
5. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

²³ 國立臺北護理健康大學長期照護系教授

附件五：期中報告審查會議記錄

國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學辦理 照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題 —期中報告審查會議—

- 壹、時間：111年3月30日(三)，10：00—11：30
- 貳、地點：國家人權委員會會議室
- 參、會議主持人：蘇瑞慧 執行秘書
- 肆、計畫主持人：陳正芬 教授
- 伍、出席人員：審查委員—劉淑瓊 委員、鄧衍森 委員
衛生福利部長期照顧司—楊雅嵐 專門委員、黃家榆 約聘副研究員
衛生福利部保護服務司—張靜倫 專門委員、邱琇琳 專員
國家人權委員會訪查作業組—林仁堅組長、陳怡文約聘專員
- 陸、會議紀錄：方秀如 研究助理
- 柒、主席致詞：略
- 捌、與會專家學者審查建議事項

一、劉淑瓊 委員

- (一)可理解研究倫理的期程壓縮期中報告前的進度，但期中到期末需要加快速度。
- (二)研究設計如何回應標案的期待？困難點在於研究聚焦雙死個案，但這類型個案少，若又以簡報第4頁的四類照顧者狀況皆不同，並再細分身障跟老人，許多部分會是空的，雖不求代表性，但從個案詮釋要拉到政策層級會有難度。
- (三)期中報告第16頁提及次級資料分析，五種資料中，第一種「案件發生前，是否曾有家庭暴力通報紀錄？」串資料庫即可獲得；第二至四種的服務申請、使用與就醫狀況，可能會有難度。社政在介入雙死案件時，可能都是在後端協助喪葬、悲傷輔導，因為他前端曾未與福利、保護系統有連結，縣市提報的重大事件資料量可能不足，形成研究障礙。再者，資料搜集時間短暫，可能連驗屍報告尚未完成，所以我要提醒研究團隊對縣市提供的資料不要抱有太高期待。另外，有進到保護或社福系統，因有咎責壓力，地方提報中央時，資料可能有所遮蔽，所以資料可信度、資訊飽合度皆為挑戰。

我之前研究經驗發現，我們可能在資訊不到位的情況下便開始分析，提出建議，這是很危險的狀況。特別是可能多一筆資訊，我們的判斷可能就有所不同。雖然是人權會的委託案，但非常需要保護司的大力協助。

我不清楚成保的狀況，但兒保目前已修正為一年後才提供重大事件報告，所以可以看到的資料相對豐富。

- (四)期中報告第23頁，我不清楚為什麼要比較衛福部與監察院的資料，兩種資料目的不同，中央重大定調是除錯與學習，監察院則是依法檢視作為或不作為，所以可能要再思考未來如何運用這部分資料。
- (五)焦點團體部分，研究設計有無配對？我做兒保的經驗，焦點團體的團體動力、是否熟識、是否信任，均具重要性。參與者可能沒有您給的壓力，但會有隱形壓力。因為人權會剛開始運作，一定程度的信任、交情才會願意透露。但有些時候可能不願意在大庭廣眾講，尤其是有敬重的人，內心仍會有所顧忌，後來使用深度訪談，甚至不錄音，效果反而良好。

- (六)我進行殺子後自殺委託時參考香港研究。有鑑於雙死資料有限，香港會訪談家屬，但是這會牽涉許多層面。我主要擔心仍是資訊如何取得、使用？又研究設計如何將資料勾在一起？
- (七)是否要放大範圍不設限雙死？例如會有自殺意念的照顧者？
再者，是否能從兩公約、身權法等規範，整理出照顧者應有的基本人權？保障基本人權可能來自個人、家庭、社區、國家政策制度，當我們建立以基本人權後，接續用個案來比對，再看國家制度便能比較出落差。您可以從科技部、家總或其他資料進行分析，而不只聚焦在 16 件案件。又或建議在不影響研究倫理通過的基礎下，收案不限雙死、不要配對，盡可能模糊參與者身分，可以放大範圍有自殺意念的照顧者。
- (八)社工談問題鮮少從人權角度討論，當用人權角度框架時，首先是回應人權會的期待，其次是可拉高層次進行國際論述，是具有力量。

二、鄧衍森 委員

- (一)以證據為基礎的研究，證據蒐集與說明要謹慎，避免過快下結論而提供錯誤政策建議。
- (二)研究目的提及會歸納各國因應政策，但不能離開我國政策規範設計，可參閱《身心障礙者權益保障法》第五章，有提供對照顧者的規範與體例。
另外，研究有整理英國與日本的政策，建議可再參閱加拿大的政策，它有提到家庭照顧者有哪些人權。明確表達作為「照顧者」是一份工作，並非慈善，應具備《經濟社會文化權利國際公約》第七條的工作環境與條件，提供照顧者應有的支持，而此為正常人權的滿足。不應限於家人，往上理解的話，照顧者與照顧接受者為特殊親密關係。
期中報告第 7 頁有錯字，應為「愛的勞動(labour of love)」。
- (三)研究方法部分，證據研究是靜態，但我期待動態的研究，提供人權會釐清制度結構的問題，建議瞭解目前有多少家庭處於風險狀態並進行訪談，瞭解照顧者的需要為何，而我希望您從人權面向做訪談，瞭解當事人什麼面向的人權受侵害，亦可訪問瞭解對人權有一些理解的人對照顧者的「工作」看法。
- (四)建議焦點團體時，建議直接寫「國家人權委員會」即可，國家人權委員會確實是獨立機關，亦可避免相關單位對監察院此一單位的擔憂。
- (五)人權會的研究目的有提及是「長期照顧」，所以對象不限於老人、雙死，之前的案例只是契機，若將證據鎖在上面反而形成障礙。
- (六)內文中，「兇殺」應改為「殺人(homicide)」；「homicide suicide」應改為「homicide-suicide」，翻譯須修正；「預防老年人自殺組織」的翻譯未完整，須修正。
- (七)計畫主持人清楚基本面向，但我在乎研究目的與人權會委託的目的。例如，您剛提到照顧者無法獲得必要協助，期中報告亦有提及陳聰富的期待權，這都是法律上正確論述說這樣一個權利主體，為何無法從制度上獲得協助？因此，我希望您透過此研究將點明這些部分，並非提及照顧者人權被侵害，而是政策需要如何修正而滿足具體人權規範。許多人不清楚自己哪方面的人權受到侵害，抽象的討論，意義不大。

三、衛生福利部長期照顧司—楊雅嵐 專門委員

- (一)從新聞媒體、開案的重大保護案件做資料整理，以個案回歸到體系強化、表單提醒等部分，我們非常贊同。但來源若為個案的資料爬梳時，他可能不只有長照的議題，例如期中報告第 4 頁提到的個案，她的丈夫長期洗腎但尚未提到身心失能 6 個月，所以他並未納入長照個案，但她同時有情緒障礙、早療的孫子會回來，似乎是在那裡出現壓力，也有相互施暴的通報。照顧悲歌可能發生在家庭不同的環節、情境，建

議更細緻瞭解案件背景，進而給體系相關建議，強化橫向連結，尤其表單的修訂也是我們跟保護體系、心衛體系努力的方向。

- (二) 期中報告第 37 頁有提及未來可能透過視覺化提供系統管理，比如說分出風險等級的燈號進而提供建議，這也是我們期待的方向，讓各單位都有共同的警示，加強橫向聯繫。
- (三) 後續若需要提供資料或辦理焦點團體，視老師研究需要可提供協助。

四、衛生福利部保護服務司—張靜倫 專門委員

- (一) 近幾年，照顧與重大家暴案件的關係備受關注，我們也發現重大家暴案件有許多跟照顧議題有關。研究用重大家暴檢討做開端，或許很適合，因為每件案件背後並非個人咎責，我們是在檢討現有制度能否有所改變，檢討後都會發現是多方面問題，所以會觸動彼此間的合作。
- (二) 期中報告第 31 頁提及，研究是要針對新聞列雙亡的 16 件案件做分析，但是重大家暴檢討從 102 年底至 108 年底有通報才會納入檢討範圍，可能這 16 件有檢討報告的僅 1 件。因此，資料的飽和度與來源如何處理，可以須再思考。

五、國家人權委員會—蘇瑞慧 執行秘書

- (一) 期中報告第 23 頁有針對監察院與衛生福利部重大事件檢討報告進行比較，監察院報告的開端可能是監察委員自動調查或由委員會、院會進行派查。由監察委員自動調查為獨立行使職權，不受任何人干涉，包含院長。因五權分立故非往下提出，我們會對行政機關，公務人員則是全國。監察院若有需要可去機關調卷，不能拒絕，而我們有糾正的職權，主要是檢討行政機關有無缺失，或咎責公務人員，我們詢問後提出調查報告。若為公務人員有缺失便針對個人提出彈劾，進入司法或懲戒；若為行政機關便是提出糾正，通過後須限期請行政機關改善。關於監察委員的調查能否等待，調查案件過程會保密，調查報告會公開，即可引用。監察調查是狹隘，但具強大力量，可作為參考資料，因為裡面有解答結構性缺失，但我們需要的是瞭解裡面有什麼非咎責的資訊。

建議修改：備註—屬性 1：改為「監察院啟動調查案件」。

監察院—流程：改為「由監察院啟動調查，決議後提出調查意見」。

監察院—調查會議參與人員：將檢討報告改為「諮詢、詢問、履勘、座談、鑑定」等字詞。

- (二) 國家人權委員會是獨立機關，即使我們有人權調查，也與監察調查不同，兩者間是分立。調查後如何依法處理或救濟，是我們最終目的。因此，研究案關注的是照顧者弒親到底在人權的促進保障與保護部分發生什麼事情，進而提出建議。
- (三) 現在研究是用雙死的 16 案件，並用外部資料檢討機制的問題，但我不知道如何彌補照顧者本身的生存權，或是有無尊重他人(照顧接受者)的生命權，同時我們也關注人權意識的提升。
- (四) 大家會怕監察院是擔心會按圖索驥，可能會得不到研究想要的資料，而他很容易會拒絕參與研究，這是人權問題，也是需要面對的現實困境，須思考能否消弭這部分的擔憂。
- (五) 期中報告第 6 頁，「高湧誠」修改為「高涌誠」；第 21 頁，註腳 6「內政部與警政」重覆，可刪除。

六、計畫主持人回應

- (一) 我會希望人權會聚焦「雙死」是因為若照顧者還在，我們有機會訪談到他，因為他會面對一系列的司法跟入監服刑。

過去 74 起照顧悲劇(新聞資料)中，我想進一步瞭解時，機構人員會說：「人都死了，為什麼要追查？」如鄧老師強調的部分，我在意照顧者為什麼做這個動作？但長期照顧領域關注的是照顧接受者，所以機構會反問我：「我顧得好好的，為什麼還要把人帶走、殺害？」因為他不瞭解作為一個照顧者，即使使用正式資源，他每個月都在燒錢。我們也看到趨勢是，機構讓照顧者帶走，照顧者在家燒炭，但不讓照顧者帶走，照顧者到機構殺害照顧接受者。我們在《長期照顧服務法》第一條明文請立法院重視照顧者與照顧接受者的人權，如果不看見這兩人的人權，悲劇會不斷地發生。然而至今，家庭看護工未納入《勞動基準法》，並不認為具有工作權，更何況是照顧者。

再者，喘息服務都是少編，它其實有結構性問題，在預算編列時，當執行率不佳時就會少編。但喘息服務評估應為照顧者的權益，但現在喘息服務是立基於照顧接受者要先有長期照顧失能評估，才能接受喘息服務，不同於英國與加拿大為獨立的評估。故我多年倡議是我國各法對照顧者的評估，應立基於照顧者的需求，這也涉及地方政府有無看見照顧者的需求，尤其照顧者使用的喘息服務人力是要跟照顧接受者競爭，服務人力會希望接穩定的班，但照顧者需求是突發性，沒有人可接替，故他會選擇延後就醫。這便凸顯鄧老師提及在家中有無薪水的照顧者，他們的身影皆被忽略。

因此，我們希望研究案能針為雙死部分進行研究。

- (二) 因研究倫理的緣故，研究案間資料不能相互使用，但科技部資料發表後，我們會提供人權會參考。
- (三) 由於做研究需要有基礎，因此我們希望藉由人權會讓第一線人員說出他們希望主管如何看待、檢討這件事情，這是第一階段焦點團體跟深度訪談可以討論的部分。我們希望邀請曾經見過、接觸過照顧者、照顧接受者的相關人，大家能一起討論，尤其是專業人員已經建議使用正式服務，但為什麼個案不用？長期照顧的殺人案件大多過去是沒有家暴案例，跟英國類似，他是處於在高度負荷下才會做出這類事情，所以系統系檢討已經出現。去年我的臺北市移工調查案發現已接受長期照顧失能評估，但不使用，可是照顧者已出現身心狀況，憂鬱傾向，卻不被列為高頻率的關懷者。然而，社工裁量權是被剝奪，這類高危個案有沒有可能先依據照顧者的期待提供服務，讓照顧者舒緩負荷，這些是需要立基於有機會見到當事人的第一線人員才能做到。若重大事件檢討會議的參與工作者均未見過個案，如果是形式主義，那會議的意義為何？但有些縣市會立即啟動，針對疏失部分做檢討。我們希望可以回來分析哪些是有通報，筆數可能不多，但可能案件裡面使用正式服務的比例仍然偏低，又或者有些人已申請服務但不使用，而他為何到現在仍不知道長期照顧服務，須分開討論。
- (四) 關於訪談照顧者部分，因為這會涉及變更研究倫理，但我會擔心會影響研究進度。我的科技部研究計畫有訪談照顧者，但要邀約正接受司法審判的當事人進行訪談並不容易。時間點可能須等到當事人沉墊、司法判決定讞，才能進行訪談。因此，現今修復式正義並未針對這一類照顧者提供司法協助，而家總與法扶也在為此議題努力。
- (五) 命名上，「照顧悲劇」偏同情或提醒，我會建議修正為「照顧者殺人」，提醒照顧者剝奪人的性命是不可行的，媒體也應定調清楚。
- (六) 過去 74 起案件，社會孤立是一個議題，當照顧者就定位，就如同上班，希望你不要有任何事情，但也造成兩方社會孤立的狀況是具高度危險性。我們期望能立基於這些案件爬梳中，回應自殺防治、家庭暴力、高風險負荷指標做系統性檢討。
- (七) 原先報告時有被詢問無法取得資料與案例的因應作法，我們有設想使用情境題方式，邀請曾有重大事件的相關人員參與會議，詢問當時面對類似狀況時，工作困境為何？希望單位、地方政府、中央政府提供的資源為何？但設計情境題時，我們需要先對

個案資料進行爬梳。情境模擬題較不會有對號入座的狀況，建立安全的焦點團體，讓這些人能說出除選擇轉職外，還能有什麼是單位可協助的地方？先前有些案件發生後，工作人員選擇離職來面對創傷，所以能找到的人可能不多。當見報時，工作人員會覺得：「好險不是我。」但反過來，如果是你面對這個情境，你會希望有什麼資源與支持讓你克服問題？因此，我們有預想使用情境模擬題來進行，希望不是僅有專家學者的聲音，也能讓第一線工作人員發聲。

附件六：期末報告審查會議記錄

國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學辦理 「照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題」 — 期末報告審查會議紀錄 —

壹、時間：111年11月22日(二)上午10:00~11:30

貳、地點：監察院4樓第2會議室

參、會議主席：陳先成副執行秘書

肆、計畫主持人：陳正芬教授（國立臺北護理健康大學長期照護系）

伍、審查委員：

鄧衍森委員（東吳大學法律系講座教授）

張靜倫委員（衛生福利部保護服務司專門委員）

余依靜委員（衛生福利部長長期照顧司簡任技正）

陸、列席人員：

張榕副研究員（衛生福利部長長期照顧司）

邱秀蘭組長（國家人權委員會研究企劃組）

陳怡文約聘專員（國家人權委員會研究企劃組）

楊吉麟研究助理（國立臺北護理健康大學長期照護系）

方秀如研究助理（國立臺北護理健康大學長期照護系）

柒、會議紀錄：楊吉麟研究助理

捌、主席致詞：略

玖、發言摘要

一、鄧衍森審查委員

(一)提醒程序問題：

本次會議並不是政府機關跟研究者的對話，也不是跟人權會的對話。而是對此研究案所使用的資料有沒有錯誤、誤導，提出修正。至於之後政策上的建議，人權會有人權的高度，可能會給政府機關一些政策上的想法，這是未來

的考量。

(二)本研究案是從新聞事件探究照顧者在照顧過程中被忽略的地方，所看到的重點會有不同，人權會可以從照顧悲劇事件的背景來探討一些法律問題。

(三)整體來說，證據資料的使用可稱完備正確；比較法的論述雖非本研究主題之主要內涵，內容仍可補充；建議內容完整詳實，具有可行性。

(四)肯定研究成果：

1. 建議「研究摘要」應改為國際通用的用語「執行摘要」。這是整篇最值得去關注的部分，報告也很完整、清楚地呈現建議內容。
2. 特別的貢獻是「執行摘要」的五項建議裡，提供了加拿大對於照顧產值的政策思維，未來衛福部在思考政策時可以參考，對於家庭照顧者的支持要多大，可能可以從實證上的經濟面向去思考比較有準確性。從產值裡可以看到照顧者如果失去工作，政府就需要在其他救助方面投入更多資源，照顧者沒了工作後續會引發更多嚴重的事情，從這個面向思考就會達到一定的理解為何要去幫助這些家庭照顧者，幫助家庭照顧者的正當性就會出現。

(五)國外法比較問題：

1. 使用國外法做比較時不能直接引用，它是讓我們有一個概念去啟發思考，例如英國的 *Care Act 2014* 是一個非常複雜的法，跟我們長照法不一樣，不可以直接引用。我們的長照法是符合 OECD 或是歐盟 Long-Term Care 的概念，對身體及精神提供照顧服務。英國在照顧定義上與我們有差異，且英國的立法是經驗主義，把過去相關混亂的法律及矛盾做單一化，所以不能直接引用。
2. 相關國外法在概念上可以學習的是歐盟及加拿大，歐盟組織對會員國相關研究非常深入且具體，這些我們未來可以參考，從他們研究裡可能可以看出我們可以改善或是避免的問題。

(六)長照法必須要跟 CRPD 連結，也就是 OECD 所界定的照顧，因此我認為長照法的立法很好並沒有太大的缺失。但是為什麼會有悲劇發生？研究上可以探究它的意義，例如家庭暴力罪發生的原因條件，是不是因為實證法的不當、不足導致這樣的事件？而被害人應該獲得的保障及保護是什麼？除了長照

法、家庭暴力法、自殺防治法之外，應該還有憲法。在兩公約國內法下，對於生命權憲法怎麼看待？為什麼生命權沒有獲得保障？是國家積極義務、還是消極義務有缺失？國家的積極義務指的是資源的投入，消極義務指的是防止。消極義務最需要探討的是通報義務，在國家有保護人權的義務下，當這些通報義務沒有落實就是國家沒有履行保護人民生命權，而這個消極義務的缺失我們就要去檢討。

(七)照顧者本身是一個權利主體，會有健康、工作上的問題，探討的困難處在於照顧是國家義務需要去補救還是有其他積極義務要履行。雖然民法規定子女對直系血親有扶養義務，是自己要承擔照顧責任或是不論有沒有扶養義務國家都要提供照顧？其實重要的觀點在於照顧者本身的人權議題，是屬於公法上的權利，他是一個權利主體有工作權及健康權的問題。

(八)本報告正確論述照顧者權利被侵害的部分。另外特別提醒英國法不要直接引用，但對於他們在照顧者或照顧接受者的需求評估的概念上可以去做個理解，當成 concept，理解照顧者的需求是什麼？需要(needs)甚麼支持？再次提醒英國的 *Care Act 2014* 第一章第一節條文所講的含意是防範未然，藉由他們的觀念去理解背景。

(九)衛福部或許也可以主動地去了解照顧者與照顧接受者實際的需求是什麼，從這樣的實際了解下就比較可以提供精準的長照服務，才不至於像陳教授所說照顧者依附在照顧接受者的評估之下，每個人因為經濟、環境的不同，不應該獲得相同的支持服務。

(十)第 6 頁：「最大利益」，請改為「最佳利益」。

(十一) 第 26 頁：倫理審查部分寫得很完整非常好，可以提供未來的研究案比照辦理。建議人權會在委託案簽約時應考量倫理審查所需的時間。

(十二) 第 110 頁：「餐」與權，請修正錯別字。

(十三) 第 111 頁：「違反長期照顧使用者人權的作法」翻譯部分，請研究團隊再確認。

二、張靜倫審查委員

- (一)第 45、83 頁：對於重大檢討報告，希望內容分析上可以更細緻、更深入。此部分涉及縣市政府處理重大家暴事件的權責，研究報告內容所談的是照顧者與照顧接受者雙方的議題，而重大家暴案件檢討的則是以被害人及家庭為中心，但對於被害人如果死亡則不再繼續探究，這是目前地方政府在行政運作上的一個限制。
- (二)第 45 頁：提出重大事件檢討報告裡有通報紀錄及保護令申請，但案件卻沒有進入高危機網絡會議。此部分是因為通報案件經過高危機評估後，未達高危機標準的關係，但也確實有發生憾事的案例，這部份我們會再檢討。

三、余依靜審查委員

- (一)期中報告所提的 5 項修正建議，本次都已經修正完畢。其中第 5 項意見提到視覺化的資料分析，如果個案單位接受到就醫自殺通報後，有一些風險等級的資訊，就可以做一些網絡的合作，網絡合作部分希望可以再多論述提供建議參考。
- (二)結論三提到政府把服務決定權交給照顧接受者及照顧者，但是照顧服務的選項侷限，其中特別提到住宿型機構政府每月補助 5,000 元不足，造成照顧者的經濟壓力。此部分的論述需要再加強說明住宿型機構費用與政府補助之間的關聯性，如何導致引起照顧者的經濟壓力。
- (三)需澄清結論四，2019 年之前有提供家庭照顧者臨時性的替代服務，2019 年之後並不是刪除此服務，而是長照第四包錢的喘息服務歸到其他長照服務內容裡，對於家庭照顧者仍然有持續提供照顧者安全看視及陪伴服務以減輕照顧者負荷。

四、陳先成副執行秘書

- (一)第 82 頁：監察院與衛福部重大事件報告比較的部分，需先釐清監察院調查報告與衛福部檢討報告之法源不同。監察院係依據憲法及監察法行使調查權，

衛福部是家庭暴力防治法，本質有所不同。政府機關在權力分立共同設置的概念下，因為調查所使用的法源不一，所以應加強論述衛福部與監察院的調查核心不同。

此外，監察權的核心是彈劾公務人員的作為，並不是針對人權議題，所以在調查論述方向會有所不同。監察院是監督的角色，而人權會則處於暨監督又事前，所以必須採取柔性的權力，否則就會干涉到行政。

(二)第 149 頁：原建議由國家人權委員會推估我國家庭照顧者的經濟貢獻。然根據人權會組織法第 2 條，人權會雖有修法的建議權，但基本上是屬於備位性質，因此希望報告可以論述由哪些政府部門做這些事情。

五、陳怡文約聘專員

(一)有鑑於監察院已多次調查照顧殺人議題，並對政府提出糾正，然此類人權事件仍不斷發生，應該是有存在結構性的困境，希望透過此研究找出事前預防的方法。感謝計畫團隊承接此難度甚高的研究案，也特別感謝衛福部對本案的多方協助，不僅協助提供資料、參與焦點團體、接受訪談，還幫忙審查。

(二)計畫團體深度訪談了 11 名不同領域的專家學者，相當難得。能否一併提供深度訪談之摘要紀錄給人權會？可去識別化處理，以保護受訪者。

(三)European Network of National Human Rights Institutions：

期末報告譯作「歐盟人權組織」，建議修正中譯為「**國家人權機構歐洲網絡**」（簡稱 ENNHRI）。此係區域性的國家人權機構網絡，並非所有 ENNHRI 成員皆屬歐盟會員國。第一次出現可用中譯全稱，後續出現者，可以簡稱 ENNHRI，不宜逕稱歐盟。

(四)身心障礙者公約：請修正為「身心障礙者權利公約」，後續出現者，亦可簡稱 CRPD。

(五)兒童公約：請修正為「兒童權利公約」，後續出現者，亦可簡稱 CRC。

(六)權利、權力：請逐一確認究竟指涉 right 或 power 後，予以修正。

六、計畫主持人回應

- (一)首先特別感謝鄧老師一路的支持與討論，對於非法律專業背景的我提供了很多的建議及學習。對於各委員所提報告內容需要修正之處，後續將會逐一完成修正。
- (二)成人與兒童在照顧議題上最大的不同點在於，成人可以拒絕國家的介入，但拒絕介入家庭界線後卻又發生憾事，要如何處理這樣的議題，研究報告特別以公法的角度點出結構性的問題。
- (三)報告結論所提臨時替代刪除喘息部分，誠如鄧老師所說當照顧者因為照顧而沒有工作時，是無法支付 16%自負額的。OECD 及歐盟對於照顧者權利保障有各種不同做法，包括實物、預算、現金等等，這些選項是否可以納入討論值得參考。
- (四)有關鄧老師所提第 111 頁翻譯修正建議，原文是指已經住進住宿型機構的權利部分，後續會提供原文以為參考。

壹拾、會議結論

- (一)11 份深度訪談資料是很重要的參考資料，希望研究團隊能提供摘要紀錄。
- (二)期末報告審查結果：依審查意見修正後通過。請於 111 年 12 月 15 日以前依審查意見修正期末報告後送人權會。

附件七：各梯次焦點團體資料與深度訪談資料之說明

為保護研究參與者的權益，本研究申請並經國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查通過，計畫編號為 202201ES010。

計畫主持人於訪談或焦點團體前會介紹計畫內容、權益與詢問意願，待其同意並簽署「研究參與者知情同意書」，成為研究參與者後開始進行。另期中審查時，一委員便提及應考量研究參與者可能顧慮參與監察院研究有按圖索驥之情形，拒絕參與而難以取得研究資料，建議研究團隊應思考如何消弭此擔憂。

據此，「研究參與者知情同意書」註明計畫主持人有資料監控之責，於發表研究結果時，將充分保密研究參與者的身分與資料，故不便檢附完整紀錄，以摘述三梯次，四個場次焦點團體會議紀錄，以及 11 次深度訪談資料，以重點摘述的方式，提供於附件八至附件二十二。

附件八：第一梯次之第一場焦點團體會議記錄摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年07月26日(二)，13:30—16:30

受訪地點：中華民國家庭照顧者關懷總會 會議室

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：機構場域內曾發生案件，或案發前個案使用過的正式服務單位等關鍵知情者三人

協助者：楊吉麟 研究助理、方秀如 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如

訪談時間：02:44:28

會議重點摘述

1. 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？

雖然長照服務已實施多年，但是一般民眾對於服務內容的了解還是有限，甚至產生懷疑態度，認為這樣的服務是否真的可以減輕家庭照顧上的壓力，特別是對於失智症及精神疾病患者，即便使用了長照服務，仍會面臨夜晚無照顧替手時的無奈。且收容機構有限的情形下，照顧者仍然要獨自承受照顧壓力，甚至，即便使用了長照服務，仍有當著長照服務人員面前多次表達輕生及殺害的情緒發洩，家庭照顧壓力之大如同壓力鍋般隨時都有爆炸的可能。

然後大女兒每一次看到人，不只、不只一次家人哦！包含後來的居服員、居服督導，她說：「我真的很想殺死我媽媽，然後再跟她一起、一起同歸於盡。」

老老照顧、照顧者本身疾病、家庭關係不睦等亦是容易產生照顧壓力的因素，當照顧者感受照顧是無止盡的事，以及出現健康情形改變情形，都是危險的訊號。

2. 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？

長期照顧服務的介入常面臨家屬排斥服務人員進入家庭、不信任，或受於傳統觀念影響，認為家人理應由家人自己照顧，因此將相關照顧資源拒於門外，對於重度需求的照顧接受者，在有限的服務下無法滿足其照顧上的需求。

我們想引薦他資源，但是遇到的障礙，第一個是家屬不信任，他也不願意用資源。我們跟他講啊：「長照很好啊！某些單位很不錯，做長者服務很好，你試試看。」不要用，就是不要用，不知道為什麼。好，那再來是，家屬有時候會覺得沒有人可以比我照顧的更好

他們覺得服務沒有真正幫到他們。所以我們大家就也很 confuse，一個是大家對服務使用的、嗯.....的、的那個.....不管是在、呃.....對資源的、的瞭解上面，或是運用上面，我相信是不足夠的。

3. 據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？
附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

經由家庭照顧者服務方案可以介入滿足照顧者的需求，減輕照顧者所面臨的照顧壓力；高負荷個案篩選指標在實務工作上可以提升服務過程中各服務單位的警覺意識，對於辨識風險的能力及擴大服務網絡均有幫助。

這個東西、其實我也常跟夥伴講，你說從 106 年長服法開始，你真正開始大家、那個腳步開始齊了，或是開始真的有去做，像新北也是、在這兩、三年嘛，才把這個方案這樣推開。那我覺得大家還是蠻多是沒有概念，所以一開始我們跑去弄照專分站，跟他說我們來宣導啊，其實他們都很歡迎啦！

其實、這東西其實是非常的.....主觀的，本身壓力這件事情，所以有這些指標，其實你至少可以從外在的一些客觀的條件先去做一些評核，那再去切入看到他的、所謂的就是危機的等級。所以我自己會覺得說，其實像這樣的工具，我們自己是很常把他帶出去

所以其實我會覺得其實有這樣有指標是有幫助的，但是就是看我們怎麼去、去推啦！我會比較傾向就是說，還是要樹狀的打開，這樣才有辦法.....呃，天羅地網嗎？（笑）也不是，但是至少那個概念的承接會比較、密度會比較高一點，對，我目前是這樣子在操作。

4. 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

長期照顧服務人力需要重新檢討；照顧接受者疾病變化或失能程度改變時，提供照顧服務單位之間的服务銜接不連貫以及無法適切調整照顧需求計畫等，無法讓照顧接受者受到完整的服務；相關單位資訊系統無法相互分享、照顧者評估方面過於粗略仍以照顧接受者為主，必須經由照顧服務員實際觀察後，循通報制度上報，再經評估後始能轉介家照服務，對於照顧者壓力無法及時提供協助；。

社工到底是要依量來計算這個人的價值，還是依深度的服務來計算這個社工提供的品質？

其實我們都可以看得到一個個管合理的案量是多少，可是今天、這個不合理，長照 2.0 已經一段時間，3、4、4 年了嘛！將近 4 年，可是並沒有獲得一個很明確的改善，那到底是資源不夠，還是怎麼樣不夠？我覺得其實應該、應該是要透過一些方式來決定，而不是說一直壓這個量。

因為我覺得這個整合照顧服務其實是一個很重要的事情，那我們也聽過很多家屬反應說：「窗口那麼多，我們怎麼知道誰是誰？」對，也許、有沒有可能未來我們朝一個、就是可能一個遠期的目標是朝、我們其實應該做的就是整合照顧服務這件事情，每一個人他只要管 50 案，但他從他的人、到他的家、到他的社會資源都能夠清楚的掌握，我覺得這樣才是一個整合照顧的精神，而不是現在打著整合照顧，但其實他只做長照四大包

我是說衛生局的系統應該社會局要一點點的架接，因為我看到的、我完全看不到衛生局，我也不知道他長照等級多少，我只看到、我只看到長照轉介單

我們看到比較還是、被照顧者狀況，因為他是長照的系統，那針對照顧者本身我們頂多就

看到他的量表那一塊東西啦！對於他比較細緻的、的部分，還是會等到他派進來，我們再去服務、訪視，然後再打到照、那個系統、就又是另外一個、又另外一個東西了

5. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

照顧服務員是最接近照顧家庭的服務人員，應給予適切的教育訓練提升風險辨識能力，亦可從「高負荷個案篩選指標」設計更為方便第一線服務人員使用的評估工具，增加篩選的實用性；目前長期照顧服務中的喘息服務時數不符照顧者需求，且有限制經濟身分，應放寬限制條件，滿足照顧者的需要。

那每天進去家裡的人是比較有機會發現說，欸這個阿嬤、譬如說精神越來越萎靡，假設照顧者越來越萎靡，那他如果由這個、你們的定義發展出簡單的問句讓他去勾選，然後他覺得有問題交給個管社工，個管員，現在不一定社工，交給個管員，然後把他列成高照顧負荷個案

我個人的猜測是每天進家的人，一定是比較、比個管員更有機會知道這個家庭有變化。所以如果說、但是你叫他做，你沒有獎勵，他不會做吧？我是猜測是這樣子，所以如果說有很簡單，依據妳們的指標，有一些可以勾選的，可能項目、可能只能一張 A4，因為太多，我相信居服員不會寫，他勾選完之後，他給個管師，個管師看一下，或他的主管可能就會看一下，那我們評估有危機，那可能有像你們比較有經驗的，你們在打去問的時候，你就可以問出更細節的資料，那我們或許就會發現這個高照顧負荷個案了，我猜測。

這是我們新北市有一個高照顧負荷家庭緊急安心喘息專案補助計畫…一個是居家喘息，一個是住宿式喘息，我個人認為會進這個方案，大部分都是需要住宿式喘息，可是他一次是 15 天，最多延長再 15 天，就 30 天，所以就會造成我們很多服務對象、他覺得他有高照顧負荷，可是他覺得只有 30 天也不夠.....；但是今年，就是他、他很尷尬，就是他今年開始限制申請的服務對象，就是你如果不是那個有、有相關的，就譬如說你說你是中低收入或低收入，他不能進這個案子

附件九：第一梯次之第二場焦點團體會議記錄摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年08月04日(四)，13:30-16:30

受訪地點：中華民國家庭照顧者關懷總會 會議室

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：機構場域內曾發生案件，或案發前個案使用過的正式服務單位等關鍵知情者二人

協助者：楊吉麟 研究助理、方秀如 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如

訪談時間：02:28:11

會議摘要

1. 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？

當照顧者具有多重身分既要照顧自己工作、家庭又要照顧其他家人時，他的照顧壓力相對是大的，若加以家庭成員關係不睦或傳統照顧責任束縛情形下，家庭照顧者在交織的壓力下不得不犧牲自己回到家庭擔任照顧者角色，薄弱的家庭支持系統迫使照顧情境瀕臨崩潰邊緣。

通常是單一照顧者或是沒有辦法有其他可以幫忙照顧的、人。那、呃，這樣子的成因通常有以下幾點，第一小點就是家庭支持系統薄弱

我辭掉原本我在香港有一個商業、商業的那個、貿易公司的工作，其實收入也蠻高的，但是為了照顧媽媽，我回來的臺灣，即使我覺得我跟媽媽感情不好，在照顧她的過程，其實我內心會糾結，會覺得這個為什麼是我的責任？但是我也想到就是沒有其他人可以照顧，那應該要進到身為子女的责任跟孝道，所以我只能盡我所能的去照顧媽媽。

所以就是臨床上，就會觀察到這種有責任心的人，通常他可能也會有多重身分，容易有多重身分。譬如說，他本身是、呃，輕壯年人士，他本身就有工作能力，本身又有自己的家庭，但是他本身又覺得媽媽一定要我來照顧，只有我才能照顧媽媽，只有我才能提供給她、就是比較好的協助，我最瞭解她。那這樣子的話，其實他們、呃.....醫療從業人員他們通常也不一定主動求救，或是他默默地承受這一切的壓力，他不一定主動地說出來，其實他已經瀕臨崩潰的邊緣了

2. 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？

封閉的家庭系統難以探究家庭成員間的關係親疏，在無法了解家庭照顧脈絡情形下，要如何介入服務協助減輕照顧者壓力成為難題，即便醫療場域醫療人員看到照顧者困境，仍須透過相當的危機敏感辨識能力，才能有適切的作為協助照顧者減壓。

所以我覺得那個家庭支持度那個部分是很重要的，對，我們自己在這邊、日照這邊能夠狀況比較好的，都是家庭支持度很好的，然後就是配合度高，然後就是長輩的狀況都可以改善很多。可是、可是我覺得會有悲劇的，大部分都是家庭、家庭因素比較多啦，個人覺得。

因為畢竟就是如果在醫院場域，沒有辦法、人力因素，就是工作 loading 因素，沒有辦法觸及到他們、觀察到他們整個家的動力的運作，其實、呃，有點難去再看到另外一位家庭成員之間的、呃.....呃跟他們家庭之間的狀況。

那這種關係不佳的.....照顧者的話，就會變成.....比較.....比較難去處理到他家庭那一塊。因為對於我們醫療工作者來說，你輕易地去觸碰到家庭裡面關係的那一塊傷痛或是逆鱗，都、或許都是挑戰他們的自尊心，挑戰他們家人之間的感情。所以對於某些家庭關係是否應該介入到什麼程度，其實這非常的困難

所以基本上呢，我是透過電話訪問的時候，就是去瞭解照顧者、呃.....我主要會從幾個方面先去評估，例如你最近過得好嗎？你最近睡得好嗎？你最近吃得好嗎？就是、其實這三個問題可以比較初步地去篩選說，他是不是因為、呃，心、過重的身心的負荷導致他、因為通常身心負荷過重會先影響睡眠、影響吃東西、影響他自己的一些狀況。所以通常用這三個問題，可以、呃.....簡單的篩選他們的壓力。

3. 據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？
附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

長期照顧服務依使用者失能程度及服務申請、轉介等不同管道提供相關照顧服務，按不同照顧需求提供不同的照顧資源；透過「高負荷個案篩選指標」可以協助照顧體系的服務人員提高風險意識及照顧壓力辨識能力。

他當然就是先走長照 1966，然後先去評估，評估完了之後，我們才知道他的狀況，他有沒有進到這樣子 2 到 8 級，還是他只是 MCI 而已，最、最前的。對，那如果在最前面的話，Maybe 他根本就不用進到共照，也不用進到什麼、什麼後面的那個、那個服務系統了...、或是他們從醫療體系那邊，要到共照中心，然後從共照、他們共照中心的個案應該多數是他們醫療體系下來的，比較少從外面轉過去的，對。那所以就是他們、反而是他們會轉介個案到下面的其他的 B 的單位裡面去了。對，所以是不太、有點不太、不同路線啦！不同路徑

我覺得這張表還不錯，因為他就是把那個基本的、這個個案的、這個照顧者他所碰到的，他實際的狀況幫他做、做統計出來了，因為他自己看，我覺得每個人的思考都是比較、呃.....籠統一點這樣子，就覺得我壓力很大啊什麼的，可是實際上，就直接這樣子點，你就會很清楚你的壓力到底在哪裡，哪個地方才是那個問題點

4. 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

照顧者對於夜間照顧服務需求迫切，然現行長期照顧服務服務時間及照顧者喘息服務，往往無法滿足照顧者需求；長者因教育程度不一，長照服務宣傳沒有考量是類民眾接受程度，形成長照資訊落差及誤偏，進而降低長照使用率，沒有解決照顧者實際面臨的照顧問題，對於自身所面臨的照顧壓力也無從為自己發聲向外求助。

妳知道長照裡面有喘息，可是喘息只有 14 天，對不對？最多 21 天嘛，那原則上他們沒有到那麼重，大概都只有 14 天。那 14 天你要去機構的時候喘息，一般機構不太收，因為你是短期的。

最大的困難點是，他的二十四小時照顧，他的那個晚上的那個部分，就是很、很迫切有那個需求，但是、但是很少，對不對？除非小規模，那小規模也是針對你日照的個案，那其他的沒有辦法有夜托，我覺得這是一個很大的問題點，因為、因為.....白天這些家屬都在上班、在工作，他晚上真的沒有能力照顧這個、這個長輩。

可能無法表達，可能不會表達，或是他們的程度他們沒有辦法去說出來，他們沒有那個說出來的能力，這是一個非常嚴重的事情。就是.....有些人有能力說出來，他很焦慮，他有能力說出來，他可以主動去找資源，但是有些人是完全、就是連那個說出口的機會都沒有的時候，就會.....就會比較、比較需要擔心。

如果你不會上網，你就找不到這些課程，然後你會找資源的人，你就有很多資源可以用，然後那時候就說，啊！這個途徑就是要照顧這些會用資源的人，所以他的途徑不是要照顧這些低社經的、這個、這一群，這個族群。所以就變成你的通路是必須要分開來的，就是照顧什麼樣的族群，用什麼樣的通路，然後照顧什麼族群用什麼樣的服務模式，其實他是、他是不一樣的。

「長照 2.0 我知道啦！就是我們家那個鄰居那些，有請人來看一下、看一下，我知道啦！這樣啦！」就是他們的資源、呃，就是資訊來源就是身邊的一些人，那身邊的人的、不一定是正常的資訊，所以他們可能也不一定會有正常的輸出資訊的能力，他本身的輸入就有問、就是可能就不是很正確，輸出就沒辦法正確的發聲。對，那他可能一輩子就是、就是單純的賺錢，想要養活自己，那他又怎麼能夠為自己發出聲音？

5. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

不論是照顧者或照顧接受者，醫療是兩者皆會接觸的場域，醫療院所的工作人員應要有風險敏感度訓練，對於就診民眾除疾病診治之外還需要具備照顧壓力型態認識及實施相關照顧知能宣導，透過醫療院所的接觸點，縝密社會安全網。

目前我們醫院是會在比較常、老人家比較多的科別，比如說神經科、精神科跟老人醫學科、家庭醫學科的門診，都會放、呃，共照中心的宣傳單跟名片，然後有跟這些科別的醫師說明說、還有護理長，就是門診的護理長說明說，如果、就是醫師覺得個案可能有疑似失智或是有需要衛教、失智有需要衛教的話，都可以直接給他名片，或是直接給他傳單，然後或是請他直接來辦公室，共照中心的辦公室諮詢。

後續的追蹤跟與醫師的回報，這個就是可能之後我們、我們覺得我們共照中心可以考、考量這個部分。就是如果有回報這個動作的話，可能會讓醫師更有意願去、呃.....提高轉介的意願，或是意識到轉介的重要性。

但是要怎麼提高醫師們的那種敏感度，這個就是.....可能要再訓練，或是讓他們更瞭解這個疾病的型態。

附件十：第二梯次之焦點團體會議記錄摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年08月26日(五)，14:00—17:00

受訪地點：臺北市復華長青多元服務中心4樓教室三

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：中央政府部門之人員，如衛生福利部之長期照護司、保護司與資訊處等部門，研議高危機照顧接受者與照顧者的資料共享機制。

十一人

協助者：楊吉麟 研究助理、方秀如 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 楊吉麟

訪談時間：02:22:00

會議摘要

1. 依據您的工作經驗，據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？

您所工作的單位是否已對照顧悲劇發展資源或工具？

如果尚未訂定資源或工具，您覺得原因為何？

附表是衛福部長照司110年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

長期照顧涉及照顧者與照顧接受者雙方的照顧需求，當照顧資源被拒絕時，其背後所產生的風險是否被照顧服務人員所看見，及照顧動態變化的過程中加速了照顧情境的不穩定性，「高負荷個案篩選指標」即是服務網絡各單位工作夥伴皆需要習得的風險指標，除此外，更應在本身的專業領域之外，延伸學習其他在橫向網絡單位的專業知識，及早建置預防措施，提升照顧相關議題的敏感度。面對社會人口結構改變，當家庭結構變化，家庭資源縮小的情形下，政府介入家庭照顧的強度需要相對增加，兼顧照顧者與照顧接受者雙方的人權。

這些高負荷的指標，去幫我們做一些爬梳，其實我看到這個之後呢，我自己其實也覺得說欸，其實他幫助我們看到了一些不同的，我們過去也許有一些呢，沒有辦法爬梳那麼清楚的地方

我們在做保護的一個經驗，我們看到就是所有的預防，其實越往前做越好，然後呢，越早預防，他其實就，就盡量可以避免到最後落到最後一個這樣子的一個結果吧!

那我想表達是說其實要預防這些事情我覺得其實，因為他涉及到專業人員實在太多了，那這些專業人員呢，其實他需要的也許已經不再是他自己，他自己的那部份的知識而已，他還要更，他還要多；我們專業人員之間其實他的資訊的溝通跟流通是應該是有效的，有效密集而有效的

這個照顧者的生生活權跟照顧接受者的生存權到底孰輕孰重這個，我覺得其實有時候很難判斷啦，那尤其當台灣的社會那個 呃，家，家庭結構越來越小，然後家庭的資源，內部資源越來越少的情況下，那這時候如果家庭系統內沒有照顧替手，那可能政府資源的那個深入家庭的程度就要更深，那，那不然的話，這樣的問題還是會持續發生

2. 對於照顧者未曾進入政府體系的案例，您認為您的單位可以做些什麼？建議其他單位可以做些什麼？

長期照顧服務是藉由各個跨專業領域合作提供照顧服務，然醫療院所雖是照顧者及照顧接受者皆會接觸的場域，但卻也是照顧網絡中缺乏預警意識的一塊，對於此類場域的工作文化翻轉及相關人員對於風險意識的認知，均需要經過訓練適度調整，以強化照顧網絡。

我不管是 caregiver 或者是 anyway，不管，我們去看、看診，其實看完了，就、就回家了，對啊！那除非啦！除非、因為除非妳要對醫事人員，醫療人員，要給他 information

或是就是照顧的知能提供他們，讓他們有 inside 說，欸，是不是他們什麼的樣態，讓他感覺到就是說，欸！他是不是有這種、有這種狀況，要不然其實、其實因為醫療體系基本上它就是解決疾病的一個診治的單位

我覺得透過一些、呃.....知識的傳遞，或是一些.....相關的教育訓練，我覺得是可以、可以去、去 support，或是也可以去改善這個狀況，又讓大家對於這個、這個議題的敏感度增加，那相對也可以提供一些預防的方式，我覺得那是某種程度是可以的

3. 目前單位之間合作情況為何？如何強化各網絡之間的合作？

網絡各單位透過資源共享方式建立共同目標，以家庭為中心全面檢視照顧問題；各單位已相互檢視工具類型並參考運用在實務作業上，惟因跨專業領域單位多元，各自發展不同工具恐無一致標準，亦不利後續教育訓練，未來尚需朝向統一化較為適切。

我覺得資源共享很重要，因為沒有資訊我們其實不知道，可是我覺得資源共享只是第一步，資源共享完，需要那個網絡一起工作的概念...；那所以需要有資源共享是第一步，然後要有共同的目標，共同對這個家庭工作的目標才會可能一起去解決問題

那個脆弱家庭我覺得他應該，我們是以那個以，就是把它發展成以家庭為中心的概念...；就是你從他的家庭經濟、家庭照顧、家庭關係到家庭裡面的、兒少家庭裡面的、成人家庭裡面的老人，通通看一遍

長照司現在出來的這十個負荷指標，我們已經要把它納到我們的這個電訪的時候，就要去了解這個部分...如果照顧的這個議題真得是很重要，那是不是長照司的那個十個指標，是不是就要讓大家是共通進去運用，而不是大家又作自己的，因為我覺得那就沒有一致的標準...然後可是因為 worker 看了問向不能夠理解，所以他就必須要有人來訓練，所以包含誰可以作訓練的那個部分，我覺得他可能要，要統一化才有辦法

4. 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

發展照顧資源提升專業人員敏感度都是必須持續精進的作為，在有限的照顧服務人力下，相關照顧服務常因民眾照顧識能不足或因為傳統文化束縛阻礙了照顧資源進入家庭，普及的教育訓練強化照顧識能及翻轉固有文化約束已是必要措施。

我只是覺得資源的發展一定是必要的，專業人員的訓練敏感度也是必要的，那這還有一個部分，可能就是那個照顧識能這件事情，因為，就是我們在服務的過程中常常會發現大家「小」過但大家沒有「老」過，所以這意思是我們大概會知道小孩的照顧議題是什麼，因為你成長過，可是你不會知道你，你在照顧長輩的時候他會遇到什麼樣的狀況

那可是照顧識能這件事為什麼很重要就是剛剛大家就是有在問，然後老師也有分享，就是很多時候我們資源進不去，不是因為沒有資源而是因為就是孝，可能卡那個孝道文化，被照顧者也不願意有陌生人進來，或者甚至是照顧者我也覺得有陌生人進到案家

台灣的服務人力其實是很不足的，所以 呃，但是，所以我們是在把現在有限的人力是去 呃，提供在真的需要服務的個案，但是這畢竟不能去忽略說，現在其實台灣有很多各個領域都有潛在的個案，就像剛剛提到，不論是 呃，自己不願意出來或者是 呃，他根本就不知道有這樣的資源

那其實針對這些沒有被發掘個案他一定有一些結構性的困境，例如說是文化的因素，剛剛也有各位先進也有提到，是文化因素他不願意出來，因為他不知道怎麼申請或是他不想用這樣子，可是 呃，針對這些結構性的困境我覺得一個比較 呃，可以的作法，是希望還是可以透過不論是同儕、家屬、親友或是身邊的人或者是他能接觸到的對象的教育訓練讓他化，讓這個個案化被動為主動去尋求資源來幫助這樣子

5. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

長期照顧服務施行多年，社區、鄰里長在社會安全網中佔有重要的預防位置，然對於相關服務政策宣導因為城鄉人口疏密、傳播型態及民眾接收程度不一的情形下，影響民眾使用長照資源的意願及主動性，社區、鄰里長的相關風險意識需要強化。

確實長照的宣導已經很多，然後不是還做到學校嗎？就是報在學校學生的聯絡本，可是我們其實之前發生那個就是彰化那個三兄弟，我們就覺得很奇怪就是 欸，怎麼會有些地方，他這個資訊的傳達不是這麼樣的清楚，可是在那個地方其實鄰里都知道他們的狀況，可是他真的沒有通報啊…；都市就會很多都看到告示牌啊，跑馬燈啊，然後電視啊，可是就是有些地方可能宣導做不到，我覺得鄰里這種…；他有事情一定是找村里長，他就要告訴他是不是有什麼服務你不要怕丟臉你可以試試看

其實我覺得社區本來就是依附在裡面，鄰里就應該要依附在社區裡面…；那我覺得鄰里才是 key point 在社區裡面

附件十一：第三梯次之焦點團體會議記錄摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年10月21日(五)，09：30—12：30

受訪地點：監察院四樓的4會議室

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：熟悉聯合國核心人權公約的專家學者與民間團體
四人

協助者：楊吉麟 研究助理、方秀如 研究助理

逐字稿撰打者：楊吉麟

訪談時間：01:45:44

會議摘要

1. 依據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防事件發生？

照顧悲劇的發生不能以個人歸因來檢視，環境中的文化、資源等因素亦是造成悲劇原因之一，結構性框架下所形成的問題如同冰山，往往只看見少數浮出部分，對於隱藏不易察覺之處卻未積極採取預防災害的角度認真看待，家庭照顧在固有的傳統思維下約束了許多照顧者應有的權利，以及現有社會機制的設計沒有提供足夠的選擇性，限制了權利的落實。

包括政府部門對於這種攜子自殺就認為呢，父母親要接受教育，這個都是在指責受害者。我覺得這個論述其實非常的不值得鼓勵，甚至於應該被翻轉，應該要把這個照顧悲劇後面的結構性的因素能夠鋪陳出來，那我自己會建議可以用一種冰山的這種概念來講，就是這樣的事情照顧悲劇，其實已經是冰山凸顯出來，但是那個下面有更多可能像虐待忽略遺棄，然後甚至於那長期的社會孤立或者是貧窮，甚至於是呢，執著於某種的照顧者的認知，然後拒絕服務的進入，那我覺得可以讓這個讓大家看到，其實這個介入不應該只是針對這個冰山上面的這些呢來進行介入，其實從支預防性的、支持性的，到最後這種需要介入的，其實我們會，下面的介入能夠減少上面的這個事情的產生，那我覺得這樣子會比較能夠讓社會大眾來理解

這件事情在我們的文化背景下，呢就是一般家庭可能就會不放心啊，我先不談這個是不是孝道，就是基本上是不放心，那不放心，所以我們就會要家人全陪，要麼就是現在就是變成移工移工。

照顧者這個部分，我覺得就是，大概有個很大的一個關鍵是，在給付面向我們一直，社福體系，或就我們這裡有一個想法，就是說我們有一個，一直以社福體系有個想法，就是給付不重複啦，如果你重複，就是浪費國家資源，那我覺得這個是目前可能會是，讓很多給付都切斷，就是斷了，就你只能選一個，你如果今天選了津貼，你就不能夠。你就不能出去工作，你就必須是中低收入戶，然後你不能出去工作，你出去工作，你還領津貼，你就是不對。你現在有移工，家裡有移工，你的長照就只能用那個專業服務跟那

個，呃，那個交通，那你如果用了用了那個居家服務就是重複，大概，這個邏輯是主導我們整個我覺得社會給付面向上，在臺灣就是一定只能選一個，可是現在的狀況下，其實你是選一個是不夠的

現在政府對於社會機制的設立其實並不清楚，也沒有明確的選擇，就如果像育兒津貼，那現在是透過勞保的機制或者是公保的機制來 cover 雇主的損失，那我們現在要推家庭照顧，如果是用同樣的模式，那就是勞保跟公保必須要能夠開放這個選擇。那來調和這個可能

2. 依據您過去研究、推動人權公約相關經驗，針對照顧悲劇，

(1) 立基於預防觀點，您建議可從哪些面向來推動照顧悲劇的預防？

(2) 照顧悲劇發生在私領域的家庭內，照顧者過去亦無家庭暴力通報事件案件，政府如何預防介入？並確保家庭照顧者平等獲取資訊資源的權利？

(3) 國際上有無司法裁判案例提及照顧者的人權？或是有無提出特殊見解或建議？（例如反思刑法應報及預防再犯目的之適用困境等）

從人權憲章的工作權、休假權、健康權等內容重新定義家庭照顧，將家庭照顧視為工作，且是一種選擇而非義務，並需要政府帶領引導社會大眾以人權視角翻轉照顧權概念，進而更具體要求各部會回應，以改變結構性的照顧問題。在已經國內法化的公約權利上，從照顧者的工作權、生存權、工作環境權等發現均已受到侵害，應從人權概念預防不幸事件發生，仿效兒童權利公約以追求最佳利益為旨，將照顧者及照顧接受者視為兩個不同主體各有其權利需要維護。

我覺得 1948 年的人權憲章裡面，第 23 條的工作權、24 條的休假權、25 條的健康權，如果我們把照顧當成工作，那其實就從這 3 個點來談照顧者他的工作權。他有沒有被迫放棄他要從事的工作而回家？或他從事了家庭照顧之後，他有沒有定期的休假？還有就是他從事照顧者之後，那他的健康權國家有沒有支撐，社會有沒有保障？

到底人權會怎麼樣對臺灣社會大眾引導我們如何理解這個問題？…；社會大眾對於工作要把照顧當成是對社會有貢獻的工作。我覺得這個翻轉必須要呃，反應在各個部會看待照顧者這個事情上面。

政府部門必須要呃，就是說，從這個角度來重新看待照顧，那照顧還有另外一個事情，就是很多的工作者也是照顧者，那這個事情就必須要在勞政還有在雇主的認知上面在文化在在企業管理上面去支持這些呃，照顧的工作者在職的工作者，那我覺得這個是一塊在工作文化上面的翻轉…；家庭照顧不是義務，家庭照顧其實是個選擇。所以我覺得在這個論述上面，應該要提出來照顧權的概念。就是說，每一個人照顧應該是一個選擇，他不應該是一個義務。

已經國內法化的公約上的權利呢，他是有不足的，譬如說我們來看這個，這個照顧者，那第一個他的工作權，剛剛講的在職場上是工作，他在照顧的這個家庭裡面他也是工作，請問他這個工作怎麼獲得確保呢？他的這個報酬怎麼去計算呢？這個是很實際的一個什麼呢，當事人選擇工作權的時候，你的忽略。你完全就是說呢，你在家不算工作，

為什麼在家不算工作呢？…；第二個他自己的生存權，如果你還，他在照顧一個人，他自己沒有工作，他沒有獲得適當的報酬…；國家有義務要保障他的剛剛講的這個生存權，那是第 11 條。那第二個在第二，第 14，呃健康權都知道，他在提供照顧的時候呢，自己已經年紀很大了，他自己的健康權怎麼維護呢？這個都還是非常明顯的什麼，是權利的侵害

把這個人權要把它加進去做為一個論述的因素的時候呢，那你就看到什麼呢，他所有的權利都有一些侵害。然後這種違反呢，都是國家義務的違反

制度上面，他就是 base on human rights 這樣的理解的時候呢，他必須國家有什麼樣的一個一個義務呢，要去要去履行。那這個時候你就可以很容易處理所有的這些不幸事件呢，它可以預防的可能是來自於什麼，它的本身的需要呢，就是被滿足

兒童最佳利益那個概念上的每一個人都 well-being 的話呢，那就是什麼呢，所有人的 well-being 都要顧到。我們就不會有所謂的，呃，這個所謂的這個矛盾的可能性，因為他是同一件事情。

英國 2014 年所倡議的 well-being individual，即強調政府應提供足以滿足個人追求最佳利益的選擇性，讓個人自主決定過上自己想要的生活，在照顧的人權議題上應具焦於此基本原則。

這個討論可以聚焦在一個想法，就是說這個選擇權，是依附在工作權類似概念上的選擇權，當事人的自由可以選擇我要做什麼事情，我們先確定他是一個權利的基礎，第二個這個選擇權它產生所做的行為呢，做所謂一些需要呢，就是剛剛講的，所以政府要去滿足他，也就是英國這個 2014 年，為什麼會這樣會倡議說 will-bieng，就是強調說他所需要你不能造成他的不足或 delete。

國家不能告訴我們，家庭照顧是不可以的，或家庭照顧是可以，或者是怎樣，這國家沒有這個權力，但是我們確定說每一個人都自主可以決定他要生活的方式的時候呢，那麼資源上面，他的需要沒有被滿足，有沒有被妨礙，那都要國家來負擔，

那事實上我們你看看我們這個 CRPD，他強調什麼事？就兩個而已啊，自主、跟獨立。這個就是這是在講什麼，他要能自主啊，所以他如果說自己這樣的一個一個狀態，他不能自主的生活，他的尊嚴是有被影響的可能。所以簡單的概念，事實上就是說，讓每一個人尊重是一個人，那就是這樣子，那所以英國他就很清楚的回答到，這個問題說呢，欸我們就是來用這個 well-being 去去思考

附件十二：D-1 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年03月12日(六)，10：30—12：30

受訪地點：線上

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：家庭暴力防治體系之地方主管 一人

協助者：林湘媛 研究助理

逐字稿撰打者：林湘媛 研究助理

訪談時間：

1. 依據您的工作經驗，您所經歷的重大事件中，曾有幾次家暴案件可歸入照顧悲劇類型？
2. 上述的照顧悲劇中，可否談談至今令您印象深刻的案例？您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？
3. 知悉重大事件發生案後一個月內，將召開重大家暴事件檢討會議，請問著手進行時，將如何蒐集相關資料，避免漏失重大資訊。請問會分別向哪些單位蒐集資訊？對應的窗口的職稱為何？
4. 依據您的工作經驗，認為地方政府協助或檢討該類照顧悲劇最大障礙為何？面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？
5. 依據您所經歷的重大事件中，該類照顧悲劇：
6. 貴單位所執行的哪些建議被中央政府採納？哪些未被中央採納？原因為何？
7. 地方政府橫向之間的溝通部分，哪些問題近年已經改善？哪些問題仍需改善？
8. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

訪談反思：深度訪談第一線工作者有助於釐清現有體制運作下所產生之困境，透過不同領域專業人員經驗分享從中理解組織運作過程的脈絡，匯集不同層次的視角共同尋求精進照顧議題解方，然公務制度限制、各網絡單位溝通等仍會遇到衝突或顧慮而無法呈現真實樣貌，增加研究團隊蒐集資料及分析難度。

訪談摘要：

因為我們是這個身分這個角色(公部門)，所以資料的提供本來就是要透過一些程序……因為匿名辨識度要很低，不能匿名出去辨識度又很高，這樣大家會不敢說。因為地方政府該講的該給的建議，可能在重大家暴裡面都會給建議。

地方政府彙整了各種資料包括教育局、衛生局……，就說之後會上報，到衛福部開全國性的會議，但是這個流程應該都是一致的。具體有關於國家政策該講的都有講了，可是我覺得要像第一線參加焦點團體的同仁更加暢所欲言

因為都是要一些制度面，有些同仁會牽涉到自己組織制度的問題……他們擔心我講這些資料出去之後，後面的反擊是很大，例如說講出去以後長官、衛福部會問你們高雄市怎麼會這麼做呢？是不是有什麼隱匿呢？為什麼沒有在正式報告跟衛福部報告，而向焦點團體的專家學者

透露了這個……機構如果他是私立機構，他是受委託安置的案件，他就會比較不敢講。

你透過衛福部來辦理這個大家都會照辦，如果你透過個人學者當然大家不會辦，透過衛福部幫你轉函請大家鑑派一些同仁那個成功率會很高，基本上大家都會去……如果匿名性夠高，有些同仁敢講的還是會講，比如對國家或對社會政策的應該都可以。

因為通常地方在開重大家暴案件的時候，都是地方政府先開自己局處內部的會議，所以他們會找警察局、衛生局，或是司法體系，通通一起開再匯報成一份完整報告後函報給衛福部，所以如果只是家暴照顧者的話，家防中心這邊的資料訪談應該是都能提供一些，只是如我說今天衛生局有長照體系，他們有長照專員也是分得很細去看，他們可能可以看到照顧悲劇的那一塊吧，因為有些前端是不是沒有通報進來，可是家暴法是規定責任都一定要通報……所以這樣的案件就會落在長照體系那一塊，家防中心接到的都是已經通報進來的，依據家暴法的成員通報進來的這些案件，我們才會開始去訪視、調查跟處遇。

例如我社政說那都是衛政的問題，那時候我就會想說那個長照的督導怎麼會坐在那邊，我就是要講那個問題，如果類似這樣的話那他還敢講嗎？這樣細想一點他好像會不敢講，會覺得不要撕破臉。

附件十三：D-2 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年05月13日(五)

受訪地點：郵件訪談

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：老人保護領域之學者 一人

協助者：方秀如 研究助理 楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：

您好

閱讀您兩篇文章

1. 日本「老人虐待防治暨老人照顧者支援法」之分析：對臺灣老人保護工作的啟示。
2. 無奈的照顧 VS. 潛在的保護？老人社會工作者的兩難。

彙整我們研究團隊問題如下：

1. 您在專法該篇文章提到，日本在 2003 年第一次針對家庭老人虐待進行全國性調查，發現近半數施虐者並無意識到自己有老人虐待行為。但我依據參考文獻搜尋網址，發現資料無法搜尋。不知您可否提供該筆參考資料。

該篇文獻網址目前網頁已經搜尋不到。經查 ILC-JAPAN 原網站通知，ILC-JAPAN 自 2022 年 4 月 1 日起改隸為 Institute for Health Economics and Policy，建議可與 ILC-JAPAN 聯繫看看，嘗試取得日本老人虐待全國性的調查資料。

2. 三 A 策略是積極的老人虐待預防工作，將老人虐待情境中的關係人皆納入服務及支援的範圍。特別是「建立問安互動關係」，強調透過專業、半專業及非專業人員與長輩及其照顧者的關係建立，透過問安等互動，以瞭解老人和其照顧者實際的需求，並達到預防老人虐待的效果。請問：

- i. 不知是否可提供具體作法或案例？以及執行成效？

日本關於三 A 策略的相關理論、培訓、研究及實務上操作的案例和成果很多。通過學界以科研團隊實証此模式的服務成效，建議可參網站 <http://www.edlderabuse-aaa.com/eng/index.html>，也可進一步查找或索取相關資料。

- ii. 在日本的經驗中，老人防虐體系是以市町村為服務的第一線服務單位，而臺灣的家防體系是以縣市為單位。想請問您認為日本與臺灣對服務範圍的設計，在保護網絡的建置上各自有什麼優、缺點？又臺灣有哪些不足之處可借鏡日本服務建置的經驗？

日本的老人防虐體系是以市町村為服務的第一線服務單位，因此很重視社區鄰里間的互動、關切及警示等，是以家庭（戶）為範圍的概念；而臺灣的家防體系是基於《家庭暴力防治法》而成立，是針對婦女和兒童為重點；在執行老人保護方面僅是以成人保護的觀點切入（和美國類似），因此在老人保護方面相較日本為而較為粗放，不夠細緻。

台、日這樣的區別在保護網絡的建置上即有差異。日本的優點在於剖析老人家暴的脈絡、強化社區鄰里的關懷、運用在地資源提供支援等…而非將老人抽離出原本熟悉的環境而安置，或是通過通報強化污名、釀成更緊張的對立及衝突等。同時，這與日本人民的民族性、社會文化觀念也有很密切的關係。同時，日本模式的運作缺點也顯而易見，它必須投入更多的時間、人力及相關的社區資源，強化對老人虐待議題的關心，不僅是政府官方的角色要介入，民間社區自治會（類似於社區管委會）的角色也很重要，要多層次、跨領域的人都關切社區中老人的處境，而不僅是將它視為“問題”而急於除之後快地解決它！

臺灣的優點在於家暴中心的定位明確，法理上應該對所有產生在家庭內的暴力事件積極介入和處遇，當然也就包括老人保護工作的實施及後續跟追等。可見的缺點是在處理老人家暴與婦女兒童家暴的重點並不相同，也有許多專業上的差異，如：通報部分目前家防體系主要仍是仰賴鄰里長（民政）、醫療院所（衛政）的通報，但對於其他直接照顧老人的“責任通報人”（如：看護、外勞等…）則缺乏相關的定義及宣導。同時，通報後的處理也是將其視為“犯罪”，而不是“需要支援”的“受助者”的觀念，也影響通報的意願並產生通報的黑數問題。安置部分也缺乏考量“以老人為中心”的處遇，故在實務上受虐老人也常拒絕安置。

臺灣有哪些不足之處可借鏡日本服務建置的經驗，主要有三點：

- (1) 對老人虐待的重視：參考日本經驗，整合學界及實務界資源，成立老人虐待的研究中心，並整合民間力量推動老人虐待的防治工作，而不僅是現行消極的無視或處罰手段，應有更積極的預防及支持策略。
- (2) 在地資源的整合：強調“社區保護”的觀念，通過鄰里關係、在地資源的共同協力，介入並支持老人虐待的高風險家庭，降低家庭危機與壓力。
- (3) 團隊防治的觀念：老人保護不僅是整合社政、衛政、警政、民政等部門，尚需納入消防、建築、勞動等部門，廣泛推廣老人防虐的觀念，通過高齡友善環境（aged-friendly environment）的建設，降低老人虐待發生的風險。

按照《老福法》的規定，老人虐待者可處以罰鍰及強制家庭教育等規定，然而在實務工作上因為缺乏相關的資源，各縣市政府仍未能落實此項規定。

iii. 日本對於照顧者給予支持，以減輕其負擔進而降低老人虐待風險。但是，家庭系統的封閉性難以探究其中需求，或照顧者拒絕接受支援。有甚麼方式可以改變家庭系統對外部的封閉而保有通透性？（讓外部資源有機會介入家庭系統），日本在這方面有哪些經驗？如何運作？

“家庭系統的封閉性難以探究其中需求，或照顧者拒絕接受支援”是老人防虐工作最根本的問題！也是傳統老人保護工作最大的難題。故此，欲改變家庭系統對外部的封閉而保有通透性必須從內部生態及外部環境兩方面作改變。

- (1) 內部生態：必須通過調查、分析了解家庭中老人虐待的類型、持續時間、虐待樣態、

虐待者與受虐者的互動、情感依附及虐待發生的可能原因等。這些更細緻的資料都必須通過社工人員進行更仔細的家訪及調查才有可能獲悉，同時，應與老虐風險家庭建立合作、信任關係，而不是以處罰手段迫使其更加緊張對立乃至更封閉。

- (2) 外部環境：社區內相關資源的介入很重要，也可提供家庭更多的支援。無論是對受虐者或施虐者，都需要被支援。這也需要防虐觀念的倡導及教育，去除老人虐待的污名化，通過立法、跨領域多層次的團隊的合作，增加老虐家庭與社區外部環境的互動機會，則可降低老虐的風險，並促進家庭系統的改變。

日本在這方面有哪些經驗及運作方式，建議可以直接尋求三 A 網站索取資料及案例分享。

- iv. 日本是否有統計自本法實施以來相關照顧悲劇案件(照顧者殺人或自殺)之變化是增加或減少?

印象中看過相關資料，日本在實施本法後，老虐案例不減反增，但學界認為是法律去污名化奏效的緣故，同時，立法也促使社會大眾對老人防虐更加關注，減少了老人虐待黑數。最後，老虐案例的增減可能也必須放在短期與長期的時間軸上再作分析，才有意義。日本的照顧悲劇案件(照顧者殺人或自殺)相關統計資料建議可以直接尋求三 A 網站索取資料及案例分享。

3. 您在專法該篇文章亦提及，日本高齡者虐待預防學會和日本律師公會 (Japanese Bar Association) 及日本成年人保護法學會 (Japan Adult Guardianship Law Corporate Association, JAGA) 共同進行立法倡議和遊說行動，相當罕見。

台灣的法律扶助基金會確實也關注照顧者殺人議題，不知可否提供相關資料，讓我們可以參考?

JAPEA (Japan Academy for the Prevention of Elder Abuse) 是日本一般社團法人組織，此學會的目的、活動及組織等信息相關資料可見於網站：<https://japea.jp>。此組織集合眾多領域專業人士，包括：保健師、醫師、介護人員、學者、律師等…共同推動日本的高齡者虐待預防工作。

4. 《無奈的照顧 vs. 潛在的保護》一文中，看見照顧過程會有許多專業人員投入其中，而專業人員與個案、專業人員間、專業人員與法制面等倫理議題，是專業人員在實務現場會遇到的考驗。

在老人保護案件中，社工是以「案主最佳利益」為優先，而這裡的案主會是以「照顧接受者(老人)」為主體。就老師的經驗，可能會有哪些情況「照顧接受者」與「照顧者」的權益會相抵觸? 又，社工可以如何同時兼顧「照顧接受者」與「照顧者」的權益?

由於我們目前對老人保護工作的定位及觀念是將「受虐者」與「施虐者」二分化，故「照顧接受者」與「照顧者」的權益也是二分的，常相抵觸的。舉例而言，實務工作中，將老人強迫安置，可能對照顧接受者(老人)」有好處(可解決立即的危機)，但是對照顧者而言，卻是背上不孝、丟面子等罵名，甚至進一步撕裂原本就脆弱的家庭成員間的關係，未必能符合照顧者的權益。也可能因為這個安置的決定，在未來衍生出更多老人後續的照顧問題、回歸家庭等問題。社工要同時兼顧「照顧接受者」與「照顧者」的權益，在老人防虐的思想必須先有所轉變。真正地“以老人為中心”，而不是以“解決老人虐待”這個問題的觀點來出發。對舉例而言，70 幾歲的老媽媽被同住的兒子推倒受傷，

原因是兒子失業心情不佳酗酒，向老媽媽索要金錢未果反被老媽媽唸叨而致生肢體衝突。這個案例中富有大量的脈絡信息，如：身體虐待、精神虐待、財務虐待、失業問題、溝通問題、情緒管理問題、酗酒等…若社工介入處理時，只處理老人虐待的問題，那可能僅會看到身體虐待、財務虐待等“事實”，然而，若能將施虐者也納入考量，則這個家庭（戶）的整體需求才會浮現，可能解決了兒子的失業、酗酒與情緒管理等問題後，老人虐待的問題也自然就迎刃而解，而不僅是只考慮老人“虐待”的問題。

附件十四：D-3 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022 年 05 月 16 日(一)，09：30—11：30

受訪地點：OOO 會館

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：長期照顧相關領域服務組織之主管一人

協助者：方秀如 研究助理

逐字稿撰打者：林湘娠 研究助理 方秀如 研究助理

訪談時間：

1. 本研究將照顧者殺害被照顧者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。檢視 2009 年至 2018 年的新聞報導，共計 75 起照顧悲劇。

(1) 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？

像我們在失智症那邊其實就是一樣，就是這樣的狀況，就是他可能會去找，找人問啦！就是我可以怎麼辦啊？那通常醫生都會說，就回去吃藥啊！不然妳要怎樣？好，那可能再換另外一個醫生，另外一個醫生可能也差不多類似的說法，那他其實只要兩次，他們就已經很挫敗了。好，那可能有人會跟他說：「你去找長照服務。」但你知道剛診斷失智症，找長照服務是沒有的，是零的，他根本不符合那個 CMI（應為 CMS）的分級，根本就是、可能就是一級而已，好，所以他不會拿到服務。他就會覺得說，那新聞上也說長照服務都有，那人家也叫我找長照服務，可是我就申起不到啊！好，然後他可能再打個幾個電話，然後大家也都跟他說：「你去找誰啊、你去找誰！」那妳想想看，這個照顧還會再繼續下去嗎？其實大部分是不會耶！他就會對社會沒有希望，他覺得沒有人可以幫忙他。嗯，應該我遇到蠻多都是這樣子的。

他去找了一個服務，可是告訴他這個資訊的人，其實並不清楚他的需求跟體、服務可以提供給他是什麼，所以他告訴他這個資訊以後，他去找，其實這個、這個資源本來、真的就根本不符合他，根本用不到的；所以他就會覺得很挫敗啊！

對，挫敗經驗累積，照顧又很難照顧，自己的社交生活也沒了，自己健康也沒了，那個就崩潰了，這個其實是照顧一段時間。那我想你有看到我昨天、前天 po 的 FB，那其實是剛被診斷。那在我們這邊呢，很多都是剛被診斷的時候想自殺，而不是在照顧一段時間之後。

所以他覺得他沒有辦法面對後面這件事情，那他就會想說，那我在早期感覺就先自殺算了。

(2) 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？

不是一直跟他說：「你就是要這樣、就是要這樣。」但他就是做不到這樣，他做不到的背後有一個 real reason 嘛！

這個真的是經驗。就像上次有一個個案師他其實自己快要、快要 burn out 了，所以他找我談的時候，我就問他說，其實我的習慣是不會自己一直講很多，我會問你說：「那你到底做了什麼？那你現在怎麼樣？遇到什麼事情？」他講了很多以後，我就跟他說：「其實我覺得你有做太多。」他說：「會嗎？」

我說：「你做太多。」他說：「怎麼會？可是這些人不是都要幫忙嗎？」我說：「對，這些人要幫忙，可是你有沒有發現你其實想要幫很多忙，你卻沒有幫上？」所以這讓這個個案師自己很挫敗。

對，那為什麼會他想要幫很多，沒有幫上，其實就是這不是他的需求嘛！...；我說：「這樣會耗損你的 energy，你的熱情。」對，所以後來我是教他說，在管理個案的時候要做一些分類，不是每一個個案他都要抓在手上不放。

(3)據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？

附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

有些醫生會跟他說：「你打到失智症協會。」他們其實通常不會打。因為他不知道失智症協會能做什麼、能幫他什麼。所以今天如果我們告訴他說：「那你就 pass 到、呃，家照中心。」可是也許聽的人會想說：「那家照中心到底能做什麼？它是包山包海都可以做嗎？」還是其實他做不了什麼，所以那個、呃.....另外一個就是 pass 過去的時候，這個個案也是一個問題。

他就是一直不願意讓衛生局、公部門或是醫院知道他是誰，或是打電話給他，一直不願意，他一直不願意。後來一直我講、講、講到最後他才說：「好，那就叫他打給我。」他還不願意衛生局知道他的名字，他說：「打給某某先生就好。」(笑)我說：「好。」對，那個挫敗有時候對於他們外面會很沒有信心，會很沒有信心。

我覺得有的時候 caregiver 真的不知道怎麼處理，因為他只覺得很煩，他想要關起這個門的時候，其實有時候就是失去、失去一些契機，或者是可能會出什麼問題，可是可能好像留一個、留一個細縫，留一個門，或者一個什麼，讓他萬一怎麼樣的時候，可以有一些事情是可以介入的。

(4)面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

像居服，我就很常跟家屬說：「如果你覺得這居服員還不錯，他剛來，你就跟居服員說，不管今天服務是什麼，你都照樣簽名。」但是你讓居服員可能先花一段時間跟個案建立關係，你再去做洗澡、沐浴什麼、什麼。好，但前期都不要做，可是因為服務上，他就是得做事，你就是幫他簽名。其實我們真的有個個案是這樣成功的，花了一個月的時間。那一個月就是每天陪他唱歌、遛狗，終於有一天幫他洗完澡，後面就可以了。對，可是他如果一開始就幫他洗澡，那絕對就是暴力洗澡啊；我們都這樣做，可是這一塊就是怎麼解決，他會變成一個.....不是那麼合法的一個、一個行為了，對不對？

可是在服務體系裡面就是沒辦法。我今天居服就是來做沐浴嘛！那他不做沐浴，這個就

是很多、很多因素在.....

你看像很多醫院裡面在看失智的、醫師不只一個，所以今天 A 醫師他是這個計畫主持人，他有個個管師，那 B 醫師這個、這個醫師診斷出來的失智症會不會進到這個體系？

這是醫院的氛圍，這沒辦法，大部分是不會的。像臺大就還好，臺大就是他們只要是所有的、呃，只要被診斷失智的醫師就會找、轉給這個個管師，他們是這樣，但有些醫院是真的分得很清楚。你只要不是看這個醫師，不好意思，你診斷失智症，你後面也沒有個管師。那家屬知道嗎？不知道啊！所以他不會去爭取啊！他不會去爭取，他不會曉得...

那原則上這個醫院裡面，所有失智症的診斷出來的個案，都應該都要進到我這邊來；給付上也是這樣，就是在這個計畫，plan 上也是這樣；事實不是，甚至有些醫院它可能、譬如說它是精神科接的，神內就幾乎管、搭不到上、搭不上線，神內接的精神科完全搭不上線，好幾個醫院都是這樣。

出院準備服務它應該要做得更好一點，或者是其實在病房裡面就應該要幫、就是幫、呃，或者是門診診間，病房裡面就是病房工作嘛！會出院、啟動出院準備服務，那就這個部分要跟個案、跟家屬解釋清楚嘛！那如果是在門診，其實就是應該要有一個、比如說有個管師，好，或者是他可以轉介什麼、心理師臨床諮詢，跟他稍微做些說明，其實大概在失智症裡面，這兩塊都是沒有的。

(5)立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

但那個持續的關心怎麼去拿捏，怎麼樣子去給他一個真正的、讓他感受到有支持，不容易，我也不知道有誰可以辦這樣的訓練課程（笑），那我覺得這個對於在做這個服務的人應該是蠻重要的一件事情。

我比較喜歡跟他們討論的個案可能會是他們接過，我再接的個案。那我就會知道說，他們其實在評估上可能漏了什麼東西……我覺得那是訓練敏感度，就是、呃，就像妳剛剛講的，就是很習慣就是在這個短的時間內，把所有他可能需要的資訊通通都給他了，但他們能夠聽懂多少。

我聽過一位專家說法，我覺得蠻有趣的。他說，居家服務的個管應該要分成紅黃綠燈標示，就是紅色是最需要密集的，然後黃色就是一般，然後綠色的就是確定他都是安好，你就頻率不用那麼高。我上次跟那個個管師，我說：「你也許可以把你的個案做這樣的分類，你真的覺得他其實很、很在一個危險邊緣，你需要多一點關心，你就多花一點時間給他。但是對於那種就是你看，就是很 stable，就是每次來看門診，也沒什麼特別的問題，你也覺得他好像看起來很好，沒有什麼問題，也許你就可以把他放在綠的，綠燈那邊，那你頻率就少一點。」他說，他開始這樣做，他覺得他在個案管理上，他順多了。他比較知道說哪一類的個案，他可以多花一點時間，而不是他不把、每天就是、把自己逼死，每個人都要關懷、每個人都要關懷。

2.最後，關於此次專家諮詢，您有什麼想補充的地方呢？或是對於我們研究資料蒐集過程（如訪談或司法資料檢索等）中，有無相關建議或提醒？

其實現在所有的計畫都是這樣啊！就是我只看那個 KPI 嘛！最容易做到，我先去做那個部分嘛！不好做的，可能大家就是.....

我現在不是說這指標不好，我是說這指標其實就是.....；就是一個 scale，可是今天我要套這個、套這個指標來評斷他有沒有需要的時候，就像剛剛秀如講的，其實我們就是如果照 KPI，很、很單純的想法，其實就很容易做。可是如果我們真的就是要把自己腦子放進去的時候，就會覺得很難做了。

附件十五：D-4 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年07月06日(三)，10:00-12:00

受訪地點：OOO會議室

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：長期照顧相關領域服務組織之主管 一人

協助者：方秀如 研究助理、楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：01:43:44

1.本研究者將照顧者殺害被照顧者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。檢視2009年至2018年的新聞報導，共計75起照顧悲劇。

(1) 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？

就是我覺得那個是照顧壓力，當然我知道照顧壓力，可是可、可以分很多種，第一個就是比方說是經濟上的，第二個當然就是資源的支持或協助上。但我、我覺得我也必須老實講，我們從長照先導計畫走到1.0、走到2.0，其實我、我個人還是覺得2.0的幫助，真的是很有限……尤其是未婚的女兒，就是很多那種30幾、40幾沒有結婚的女兒，對，就是在、留在家裡照顧，然後自己又要上班，他都會丟給你一句話說：「阿那他回到家裡還不是我？」就是那個壓力對她來講不會卸除……居家服務員既然都進來了，那你是不是可以喘息，去做你想做的事情？他們也說他們沒辦法，而且已經用、有些是用了很久了，他們都說還是不放心。

我覺得我們現在在失智的預防這一塊，好像有點來不及了。所謂來不及就是，問題其實真的、我們在社區看到的已經頗嚴重了。所謂頗嚴重就是，你用藥也沒有辦法延緩，然後呢？他造成的情緒問題，真的會讓主要照顧者，我覺得今天如果是一個好照顧的，譬如說失能的好了，都比較容易相安無事。可是碰到那種認知障礙的，比方說失智的、心智障礙者的、精神障礙者的，我覺得那個真的對主要照顧者，那個壓力超大的，因為那個就像一個一顆不、不定時炸彈。你說晚上不睡也就算了，有多少主要照顧者可以、連續幾個晚上，他那個幾天不睡還好，那長期的我跟你講，那個人都會垮掉。

(2) 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？

我覺得可能是因為脫離雙北的都會區，他們、他們很多長輩都跟我、他們都很多的那個紀錄都寫疑似失智……他們就說，他們鄉下地方很多就是、就都是這樣，就讓他疑似下去，所以他們其實也不會再去找什麼正式資源，他們就是這樣放著。

他們會覺得那個就醫很麻煩，然後呢？第二個就是，即使連雙北都是，他們都覺得說，還要把長輩帶去醫院，其實長輩根本也不想要去，要用騙的嘛！然後有時候騙又不一定騙得到。對，所以這個就會造成我會覺得在使用正式資源，因為我們的正式資源，一定都要有

資格限定嘛！

(3)據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？

附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

但我覺得居服員，可以發揮一個還不錯的角色啦，我…我看到的啦，對，就是我們後來有一些單位，也請我去跟居服員上一些，就是有…有類似關於溝通的，這樣的一個課程，其實就是讓他們也類似，發揮這樣的角色就是欸當你在做服務的時候，其實他對照顧某些部分，也是一個情緒上的支持。

我反而覺得居服員支持是，對連對身障我都覺得，都看出那個某部分的功能，嗯，只是說現在就是因為卡在它是項目製，就是他做完了他就得，就得走；可是你看 1.0 的時代，我們是比方說兩小時、四小時；對，你都一直待，待在哪裡，對啊。

(4)面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

我自己都覺得有點難解的問題，就是那個照顧壓力，到底是我、我們一直在想辦法，比方說我們有這麼多照顧資源，正式的、非正式的，我們都一直在做，可是為什麼就是……還是沒有辦法很有效的舒緩。

照顧資源是有進來沒有錯，可是對那個主要照顧者來講，他們就會覺得那個壓力其實還是沒有辦法完全卸除，因為不管他是使用、除非啦！你就、就是完全送到機構，可是因為這兩年、這兩、三年因為疫情嘛！很多機構其實是都不收啦！

我還是覺得……除了正式的照顧資源，非正式的那個支持很重要啦……我們我還是蠻期待一件事情就是說，有很多是非正式的支持的網絡。對，其實是可以建立、可以預防的……那其實真的是靠一些非、非正式的支持網絡帶著我們，陪著、應該講說陪伴我們走過去。所以我才說其實在台灣，現在面臨這樣的狀態底下，當然正式的資源那個是、那個是必須要建置啦！可是我的意思是說，能不能有一些非正式的支持網絡

但是拒絕使用的這個部分的確，真的是我輔導的單位，有蠻多真的是很多長輩都申請好了，他就突然跟你說他不想用，他會覺得不好用，你又只來一個小時。那或者是去日照，因為又要送去，又要接回來嘛！他們也覺得很麻煩，家屬就會覺得，那我不如把他放在家裡。

他希望的時間跟他的時數，都沒有辦法配合，蠻多是因為這樣。

(5)立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

比較多還是觀念上的問題；所以我才說我們有很多的、教育的部分，其實也做的不是……不是不夠，所謂不是不夠就是說，我們沒有普遍性的讓大家知道說：「喔！其實你還是有
很多解決的方式。對，那……那當然要不要用是在、是在於他們啦。對，只是說我覺得先不要讓照顧者走到一個絕境，就是：「欸我好像什麼都、都沒了，我最後只能、只能選擇最後一條路。」

我覺得跨單位的…的例行性的會議是必要的，可是現在很多單位都說就很忙啊

或居家服務跟 A 個要聯繫會議甚麼，現在很多縣市政府都不想辦了，，這是…這是非常嚴重的問題。因為他們現在連橫向連結，他們幾乎都不太辦了

當我看到橫向聯繫的這個個研，那已經是後端了，就是已經事情已經發生完畢了，我才看到他們的橫向連繫……但第一個問題就回到說，我們…我們第一線的工作人員，就是那個敏感度夠不夠嘛，夠那第二個就是這種橫向聯繫

重點比較是在於專業人員，就說這…這一群社工們，或是包含居服員，你要怎麼去敏感到說，欸或者是用甚麼樣的溝通模式，對，我覺得這個很重要欸。

就是要有那個敏感度，不然，對，不然永遠就是，就只能停留在事後檢討

我覺得現在是，可能因為普遍社工人力也不足；而且我們好不容易培養了，然後兩年，我們社工，我都覺得現在，根本要三年以上吧，就現在的年輕孩子，兩年我都覺得不夠，對，那個敏感度真的還是不夠，對，可能…可能培養好，他就…他就不見了。

2.最後，關於此次專家諮詢，您有什麼想補充的地方呢?或是對於我們研究資料蒐集過程(如訪談或司法資料檢索等)中，有無相關建議或提醒?

我覺得因為現在政府，你…你要就是，他還是期待你告訴他一個合理的案量啦；對，那你真的就必須要好好檢討一下，你讓他做這麼多事，然後給他這麼高的案量

我們台灣就是因為健保的問題嘛，因為太便宜了啊，對啊，所以大家真的就把它當成一種，我不能講廉價…而且再加上我們的醫療現場，其實你說，醫生…醫生能給一個患者有限時間，不可能嘛，對啊，所以就變成就是只看病啊，只看生理需求，他不會看到心理需求，對，我覺得這個就是很現實的問題啦

我的經驗裡面告訴我就是，很多沒有進正式資源的，里鄰長是很重要，村里幹事是很重要的那個前面的那個人，不然你…你…你…你當選這個，呃…我們講的那個地方父母官的職務，你不是該充分了解，住在這裡的居民的狀態嗎？

我覺得里長，但過去因為在北投的經驗啦，我覺得里長幫很大的忙，很多獨居長輩，其實完全沒有進正式資源啦，可是里長都可以把那些人找出來，然後…然後就是，來通報我

附件十六：D-5 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年07月08日(五)，14:00-16:00

受訪地點：OOO會議室

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：長期照顧相關領域服務組織之主管 一人

協助者：方秀如 研究助理、楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：01:54:26

1.本研究者將照顧者殺害被照顧者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。

(1) 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？

我可能會有兩個層次解決…解釋這個問題，就是說大的一個 overall 比較普遍性的原因是，我認為現在的選擇太少

大概是比較能夠看出一個類型趨勢是，他集中在重度需求家庭，就是那個失能依賴程度很高，然後那個照顧者會被綁的很緊，是沒有辦法比較沒有辦法從那個角色中出來

就大概就是這三個可能性，就是機構、自己照顧不然就是移工，那現在的長照 2.0 其實會只有限於，比較是僅限於居家服務跟日照這個型態，其實是完全沒有辦法幫助得到這樣子的家庭，所以我覺得這是一個最基本、根本的原因

(2) 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？

我覺得社會普遍對於長照資源，是非常不了解的。雖然我們花了這麼，已經四年然後都覺得應該很多人都知道，現在大家大概都知道有 1966，可是他跟每一個人產生的關聯性是什麼？其實我覺得是還是很薄弱，好包括你問他那 1966 打去以後有什麼，其實大部分的人在下來這個問題，所以政府現在的廣告大概只打到知曉度而已……關鍵後面這些資源要運用我也不覺得每一個民眾都要達到厲害的很專業的水準，可是如果你的前面的那個行銷策略，廣告策略並沒有打到他讓他覺得這件事情跟他的有關聯性，而且他會看到牛肉在哪裡，那我覺得那個廣告也是無效的。

我自己在覺得未來處理照顧悲劇事件的，這個專業度上有一個敏感度要訓練……譬如屏東那個案子是已經累積了三十年的照顧，然後他一向就是一個很孤僻的，然後他是因為姪女很要求的情況，否則他是一直拒絕服務進入，那壓垮他最後一根稻草我覺得就絕望感跟孤立……可能未來在我們專業人員的敏感度的提升，還有一個就是服務在看這個照顧者的累積的壓力的時候，還要往前延伸到那個前面的家庭

我覺得一定會遇到越來越多使用資源，因為我們的長照涵蓋率已經在涵蓋，可是我們現在

涵蓋的深度，是只是把他納進來變成一個列管的名單，還是我們真的有針對其中的高負荷，有風險的怎麼樣發展一些更具敏感度的指標也好，或是可以辯識出這樣的需求者，然後做比較深度的服務，我覺得這是現在比較大的挑戰

(3) 據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？

附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

就是你還是要回到每一個人的，所以那個負荷…我覺得風險指標比較沒有辦法防範這件事，但是負荷量表是需要的，就是一個比較有信效度去評估這個照顧者是，此時此刻是不是一個瀕臨崩潰點，那現在有個問題 A 個管那五題無法達成這件事，A 個管五題是是、否然後睡眠什麼什麼，那現在那個看不出深度然後沒有辦法真正測試

所以我自己覺得我對風險指標我現在看起來，尤其是這一陣子，因為大家亂轉就我…我覺得它我已經看不太出來它的價值，那因為那個原作者之前在講說這個指標，是一個直觀性指標，那我就覺得比較…比較有能夠解釋，就是它本來就不應該是做為一種轉介的指標，應該這樣說可是好像又有一點必要性，就是它如果是做為全民教育中的一種直觀性指標是沒有問題的，所以反而是負荷量表是更重要。

所以我跟你講家照據點，我自己看他的功能是三件事，70%放在高負荷個案、20%放在資源發展、10%用在觀念倡導，所以他做的工作不是個案管理工作而已，它要做社區的工作，那為什麼觀念上很重要因為他是一個新興議題。

後來我們在開家照這件事，他有橫面跟縱向有橫向跟縱向，所謂的縱向就是有更多比較是深入處理，比較深層的內在障礙……橫向的意思是說幾乎所有跟家庭照顧者的接觸的人員，都必需具備意識，所以不是只有居家，輔具也有可能哦，輔具有可能無障礙環境的改善也有可能，交通接送，maybe 有可能連計乘車司機都有可能，所以那個是橫向那就要各行各業普及了

我就是將來要發展一種比較特殊的社工，他是可以很快比較快去介入那個，那個跟這個照顧者做架接，那你剛說怎麼挖掘出他過去？一定是他要告訴你啊，那個關係的建立所以他的技術，他的社工的專業是在於關係建立，跟怎麼樣讓照顧者放心的講出，他所有的衝突矛盾然後才還願意把自己交給你之後，去共同商討怎麼樣改變會是有機會的，那這就跟以前只是光資源連連看我覺得蠻不一樣的。

(4) 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

我一直在跟長照司講說，你現在一直想把所有事情放在 A 個管，可是你忽略了幾個很大的問題，第一個是 A 個管所有的人員背景，集中在醫護，雖然社工在裡面也有一些，但是大概一半。那你說醫護人員在校學習的東西本來就不是家庭的觀察，所以他怎麼看懂家庭跟具有敏感度

再來第二個是他的案量 1:120 或 150，你怎麼可能期待他花很多密集的工作然後去傾聽所謂照顧者

再來他們一直在教育他會覺得，他要把整個家庭視為一個服務的整體，可事實上這裡面就是有在講的雙案主，跟他有利益衝突的時候，你想被照顧者想要兒子照顧，兒子想要出去工作，這個衝突是不可能解決的，所以他有這三個先天上的問題，然後他們最新…他們的培訓課程，你仔細看他培訓課程大部分還是集中在被照顧者，失能都的評估跟需求上。從另外一個角度講你不是就是要，要求有更多的付出，除非是這個公共系統可以提供不然你就是一直在要求家屬做一些配合，這…這種介入不可能解決所謂的鬆綁，或是減壓所以你反而帶出去的，帶進去的可能是另外一種壓力

(5)立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

我覺得跨領域的對話是非常有幫助的，那現在看起來就是我剛剛常在講這個三角形，就是說現在看起來就是有長照，社案網跟家照。

我也覺得家照據點的社工沒那麼簡單，是很困難的一個工作，但是他的工作方法真的不是資源面的，因為資源面的問題已經有人在做了，其實你就不用再花太多的力氣做這件事情，大部分都在連結資源，可是比較難就那個內在障礙。所以我們現在就越來越清楚說，家照的最後在解決的是大家處理不了的內在，那可能就需要時間，所以如果需要時間需要深度的工作，用現在長照是這種管理方法是不可能的

2.最後，關於此次專家諮詢，您有什麼想補充的地方呢?或是對於我們研究資料蒐集過程(如訪談或司法資料檢索等)中，有無相關建議或提醒?

所以我現在就在想說接下來的五年，應該要把家庭照顧者工作比較推向人權一點，如果是人權議題，你說修專法什麼就也比較正當性，為什麼他是可以是專法，因為他涉及的就不是只有我的照顧者角色這個層面，而是我的經濟、安全、我的其他的方方面面的權利，可能都會受到影響，不然好像現在長照最大問題是，因為以他的立法精神確實是進入到成為照顧者的，好像比較那個服務是面像這一件事，可是那個不選擇當照顧者的人，他…他怎麼樣他其他的面向怎麼樣被照顧到。

附件十七：D-6 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022 年 07 月 12 日(二)，09：30—11：30

受訪地點：線上

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：家庭暴力領域之學者 一人

協助者：方秀如 研究助理、楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：01:25:15

1.本研究者將照顧者殺害被照顧者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。檢視 2017 年至 2021 年的 13 見照顧者殺害照顧接受者後自殺的新聞報導，共計 13 起照顧悲劇。

(1) 依據初步分析，全部都沒有家庭暴力通報紀錄。依據您對家庭暴力防治體系的了解，您會如何解析這樣的資訊？

建議摘述:家庭裡重要的三元素:關係、經濟、健康，三元素之間互有變動時將對家庭成員產生影響，兒童常不被視為獨立個體因此容易成為父母婚姻關係破裂後的受害者。

在我們這邊倒不盡然叫完全都沒有，對，有時候我覺得可能沒有那麼決然說完全沒有，可是應該說在小朋友的這個部，分其實為什麼會後來會有那個高風險方案？大概就 10 幾年前因為那時候卡債，其實比較明顯的是卡債，就是經濟議題。所以後來為什麼說有高風險？因為就是那個家庭黃金 3 角，一個是關係然後一個是經濟、一個是那個健康嘛，就這 3 個議題，然後只要這 3 個議題有一些變動的話，其實的確就有時候…那個時候打開報紙就是攜子自殺的這種案件就越來越多嘛

就是說我覺得我們的觀念沒有認為孩子是一個叫獨立的個體，你如果覺得他是一個獨立個體的話，你就沒有權利去殺他，所以後來呢就是 90 幾年我們那時候就說千萬不要再說攜子自殺，因為攜子自殺呢好像…就是當這個父母親無力沒有辦法的時候，他自己活不下去的時候，可是他對於孩子還存在著一絲悲情，叫做黃泉路上我帶著你一起走，就是還存著一絲悲情，其實錯了，這是哪門子的悲情！其實是你把孩子殺死掉！所以我們後來就說不要用攜子自殺，要說殺子後自殺，就是其實那是一個殺人罪的一個概念

最近有幾件，然後我就覺得哇，真的好誇張！然後我覺得大概是那種壓力之下，因為壓力之下，然後那個大人自己要走的時候…因為妳看嘛，一個是叫利他，就是說存著一絲悲情攜子自殺，另外一個就是報復……因為特別是在婚姻關係裡頭，如果你是單純經濟，經濟不會報復，經濟就是…啊我活不下去了，我帶你一起走，可是婚姻關係呢最容易就是我報復，我也不要你碰到小孩，所以我們就一起走這樣子，所以同樣嘛，妳看也是我們我們，妳看就是孩子變成是一個工具、報復的工具，所以孩子一樣不是叫權力的主體，所以在這個過程裡面父母…妳看我覺得這個部分是跟那個帶那個老的、老的去死的最大不同，帶老

的最大不同那個就是我照顧不下，然後他也活不下去，所以我們一起走，了解嗎？

(2) 針對兒虐致死及攜子自殺議題，涉及主要照顧者、兒童及介入單位等多方視角，請問：

- i. 當時您認為主要問題為何？提出哪些建議？
- ii. 依據您的觀察，哪些建議確實對於該類事件發揮成效？

建議摘述：倡議修正名詞以及普及生命教育的認識、社會福利使用的認知，有助於民眾以正確的人權視角看待照顧接受者以及便利社會福利資源的介入；專業領域工作者應基於助人的心態在專業領域提供協助，避免造成需求者求助無門現象。

那個帶老的沒有什麼報復，可是這個小的攜子……小的把這個孩子殺了之後，那個報復成份非常重……然後我們的就是法治的那種個別對孩子權力的觀點，尤其台灣還很落後

那我覺得當然妳說減少，當然一個名詞的一個呼籲是一個重點，一個名詞呼籲重點就是強調讓這些爸爸媽媽知道說這是殺人……那個時候我們說不要寫攜子自殺，因為妳知道社會渲染有關，這個社會學習很快，所以當我走不下去，而且攜子自殺……所以後來我覺得改名詞有一個很重要，就是提醒他們這叫殺人喔！這叫殺人罪，你如果跟孩子沒有一起死成功，你就是殺人罪

從我們 10 幾年前我們開始注意到攜子自殺這點議題之後，其實我們社會我們做什麼的？拉回來就是我社政做什麼嘛，我們的預防，然後我覺得所以我們就開始有高風險的方案，它現在叫最佳，所以在這個過程裡面倒……我要說還是有幫助，只是有沒有真的做到，我打問號、我打問號，所以我們的社會福利就是有，可是我們不盡然叫到位，對，所以這陸陸續續的這種婚姻恩怨情仇，不管是婚姻、失業、精神狀態，或是那個什麼關係，還是陸陸續續會發生……那我覺得這幾年當然有進步，因為從高風險，然後再到我們像畢竟……我們現在很多的這種像社會福利中心啦、兒童這種什麼親子館啦，然後少年福利中心、家庭福利中心，然後我們像 NPO 也是越來越多，那我覺得這幾年其實有進步，那只是說社會福利這一種你的進步，就是你要不斷的 update，你也要不斷的一直倡議、倡議嘛，那我覺得這幾年我們都好像一直偏重在兒童權利倡導，那倡導這部分……因為高風險的時候那時候就說殺子後自殺、攜子自殺真的蠻常談的，那我自己如果回顧的話，我覺得這幾年好像真的也比較少談、真的比較少談，然後我覺得這樣的事件又起來了

我覺得這也是提醒我們社政，就是說這種宣導不能停……然後你才能讓這些這個老百姓知道說……當他有困難的時候他要去誰？那當然我們說這個預防在前端，那我覺得其實現在從社會安全網，我們從第 3 道防線、到第 2 道防線、到第 1 道……我都覺得這個可能我們的預防在前端，就是像我們剛剛說的孩子一出生，其實我們社政就要進來、社政衛政就要進來……所以我覺得就是說怎麼要去做預防的？應該是在孩子出生，然後甚至於再更往前，我覺得那就是社會教育，就是說哇我們怎麼讓他知道說每個是獨立的個體？然後我們有哪一些相關的社會福利？然後當我們走不下去的時候我去 call for help，不是自行了斷

那我就發現說這些人他……他不會 call for help，然後我們的福利、我們的這些社政的資源也不會主動進來，然後這些人會覺得這就我的家人，我該照顧，我如果跟人家講說我不能照顧，那個我是不是不孝？對，我覺得他們背負的是叫我叫不孝

當然我們的研究裡頭……妳說這個帶孩子比較多去死是媽媽啦，就是說我報復你嘛，就是大概我們從小的那種……其實妳再拉回去就是我們的情緒教育很差，妳知道嗎？我們的情緒教

育、生命教育很差啦……就是說我們在處理衝突的過程裡面，我們很少那種正向的，因為說不要的比較快，說我愛你很難，所以要報復比較快，我也不要你好過，所以我就覺得我們從小的這種教育很糟，所以他們在處理婚姻關係的過程裡面，妳看孩子就是談判籌碼、報復的工具

我們社工自己助人的部分，你怎麼看到、你怎麼用公私的資源去協助到位？然後你助人的專業跟你的態度我覺得很重要，不要讓他們覺得說我真的是求助無門……我覺得台灣的福利不是沒有，可是它就是…它做得不到位、它做得不到位，所以在經濟的部分是一個困難，然後還有一個是救濟……就是說怎麼樣讓她們對於那種福利的…我拿福利是 ok 的，不是很丟臉……那我覺得對於福利的運用在台灣我覺得也要去污名化，我覺得這點很重要，就是說我們怎麼樣的一個福利國家，那本來就是風險共承擔嘛，那所以慢慢的我也覺得可能在我們的社政的這個政策也要慢慢的修正到這種可能是高稅收、然後風險共承擔……妳看這會攜子自殺的，我覺得他們對於這種福利的那部分我覺得不是…應該說無知陌生、要不然就是排斥，對這幾個蠻重要，無知陌生、要不然就排斥，對他不要

2.最後，關於此次專家諮詢，您有什麼想補充的地方呢？或是對於我們研究資料蒐集過程（如訪談或司法資料檢索等）中，有無相關建議或提醒？

建議摘述：社工人員的訓練及網絡各單位協作的緊密度可以縝密社會安全網發揮社安功能，第一線工作人員應調整為資深者，做為資淺人員跟進學習榜樣，營造良性循環的專業工作環境以長用久留相關社工人員。

妳拉到一個關鍵就是說我們網絡的部分怎麼緊密合作；如果我這個 network 我夠堅強，我就一定雞婆的會去聯絡這個醫生啊，然後我聯繫學校，學校就是說有醫生證明，然後我就聯繫醫生嘛，我就會去跟醫生說其實這個媽媽家的狀況……某一個程度也提醒醫生注意這個媽媽的情況。所以我就覺得我們的網絡其實真的還是不夠緊密，都是各做各的；其實有時候…應該說網絡之間怎麼樣，因為我覺得會涉及到就是 worker 工作積不積極

我覺得誰是個管這個是非常有意思的，然後我們都期待說誰是個管 suppose 就是主…應該是那個叫什麼…政府機關，我們都覺得應該是我們的社會處、社會局的這些 worker 要是個管嘛，可是妳知道有一些這種新進的人他很沒有 sense，他也沒有覺得他需要 call，或是他又很早他要結案，或是他又做得很糟，那我反而會常常開有一些會議是民間單位自己來開，因為假如我的角色也是這樣，有時候我也是帶著那個縣府的社工機構做，因為他們沒概念，你能指望嗎？我也沒辦法，我也只好 call 著大家一起來做，對，所以有些民間單位反而會從這個角度，那我能做什麼我先做，對，那我覺得這是我們現在社政上面那個我們…應該說從專業還有從制度我們…就是說制度面他們應該是主責，可是實務的那個專業的深度他們常常做不了主責，我簡單這麼講。

我覺得我們的服務不夠多元，我們很容易建立對立，我們很容易建立對立的這種情況

妳看做家暴兒虐很多都剛畢業……所以妳們看到他們整天陣亡然後都說找不到人，我覺得是這種制度不好，然後我們都不是那種最資深優良的來做第一線，都是那個剛畢業的，所以就陣亡，然後他滿腔熱血要做這個之後就陣亡，然後就這樣一直惡性循環。我覺得制度要良善才重要，不是砸那個薪水，妳知道人做久了那個意義，他可以說我不要錢，是嗎？那我就不要錢好了，對，所以我就覺得其實我們社政的制度，社工的這個…就是那個穩定性也很重要，因為這種東西都需要專業累積起來。

附件十八：D-7 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年07月21日(四)，14：00—16：00

受訪地點：地方政府社會局

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：南部縣市政府之長期照顧體系主管 一人

協助者：方秀如 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：

1. 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？

訪談摘述：家庭關係不睦、家醜不外揚、家人自己照顧等等複雜且傳統的約束，往往形成了與外界隔離且資源無法介入的困境。

有很多就是為了這個問題，他不養啊！對啊，老師這個就扣在妳跟我講的那一個部分，有些時候照顧悲歌就是這樣啊！他沒分到，他還要照顧（台），對啊，很多都是這樣。

黑數很多是指說很多老人家，在我們南部的老人家，他其實有這個問題，他有覺得被、被、被疏忽照顧或是被受虐照顧，他不能說他兒子不孝順，那是表示他教不好（台）。所以他們不見得會告訴別人是這樣，所以當我們在啟動調查的時候也很困難，他會說是我自己跌倒，還是我自己……（台）就是假設被打好了，他為說沒有啦！那是我自己跌倒的（台）。對啊，是說我自己怎麼樣的，那很有可能就是會在暴力的部分是不開案，對，所以我覺得這個東西就很難講……就這種情形蠻多的啦！諸如此類的，這種、算照顧悲歌嗎？我、我覺得算啦！算弒親嗎？

原則上摔傷跟被打，有時候在模糊定義上，在老人很難講，因為老人其實、有時候像這裡，眼窩這裡，他輕、他大力的去擦、擦臉，這裡可能瘀青，但有時候你有打他，這裡也會瘀青，那有時候在那個判定上會有一點點的模糊上，就會沒辦法去判定……那如果說保護令要申請的話，那當然老人家就不會願意嘛！啊那就保護令申請，我兒子就不能靠近我，啊我兒子就不能照顧我，我就不要……對，他依賴這個照顧者

2. 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？

訪談摘述：兒童保護與成人保護最大區別在於強制安置，由於成人有自主能力、自我意識而無法施予強制安置的措施，制度上對於照顧接受者缺乏了保護的積極性。

兒少只要疏忽照顧，就把他抓去安置機構嘛！可是現在不行啊！而且老人、老人保、呃，不要說老人保護，就保護的部分，你、他就是成年人了，你要把他抓去哪裡，根本不可能。

我不能夠隨便說，我幫你安置在哪，我們叫安置嘛，可是他們叫拘禁嘛！你只要限制他的自由，就叫拘禁啊！所以當我老了，我老人，我覺得他這個危險的地方，我要讓他去住在機構，我一定要得過他的同意嘛！或是聯絡他想聯絡的人嘛！我讓他簽一張嘛！說你同意去哪裡這樣，所以我們很多時候是用委託安置，你老人申請你想要去安置，我帶你去安置，不是像兒少..... 而不是像兒少，是我強行，我不顧爸爸媽媽的反對，我強行帶走。

老人只有叫作免除扶養，就只有小孩他可以說我不要撫養你，會跟停親改判比較像.....只有這個說，那我可以不要去撫養你，對，就是、但是又看停親改判是連監護都、監護權都沒有.....對，他只是沒有、不用去撫養而已，他不用盡那個撫養的義務，可是他的那個、他照顧義務不用付了，可是他該享有的那些繼承，他還是有，兩個是分開的.....所以我現在遇到的難題就這樣，他也、他就說，他把他丟在醫院，啊你醫院就顧他到死啊！我只、我其實當初我只是為了要他的財產.....這個我們真的有點無計可施耶！妳說要等用法律來執行，這個需要一點時間。

3. 據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？

附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

訪談摘述:親屬協調會議有助於家庭成員間達成共識，可順利引進外部資源協助解決家庭照顧議題。

因為我們後來有分組，我這一組不希望這樣做是因為我覺得沒有辦法徹底解決老人家的問題，所以我會希望用的是.....現在中央還在推的是開親屬協調，親屬協調來說怎麼照顧嘛，那我政府幫你出一部分嘛，那最主要你都會說你沒錢啊，這是最好的理由跟藉口，你說你沒錢，我協助你去、但你要照顧。

協助你解決經濟的部分.....就是幫你出錢，然後我出 3 分之 2 好了，你出 3 分之 1 嘛！對，以後財產你又不是跟我社會局分，可是我幫你付這麼多錢，你要好好照顧他。對，就是只能軟硬兼施啦！目前的方法、對於這一種不照顧的是都這樣做

4. 面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

訪談摘述:個資法的保障下，加深社工人員尋找遺棄者的難度，照顧者面臨照顧及經濟困難時應勇於尋求協助，而非以遺棄的方式逃避照顧責任。

當你認為說我們照顧這一個很大的議題的話，你是不是也可以賦予我們公部門權力。那這樣的好處是在於，我還沒走到這一步，我要這樣對你的時候，你就會怕了嘛！

那你怕被重罰之前，你先來跟我好好合作嘛！你要對立或合作，對啊，我、我要的是這樣，我、我公部門沒要跟你對立，但是你要跟我合作啊！那對立合作一定是你案主自決，你自己選的，而不是我公部門逼你的，你好好合作，我可以幫你出錢，你不好好合作，我就用這個方法對待這種有犯罪的人是合理的。

如果有一些真的是、欸.....他本身經濟上就有困難的嘛，所以這就是我為什麼要查調嘛！經濟上就有困難了，我用這個方法對他也當然不 OK 嘛，那無效是我們不會用啊。可是當他真的是一個你有能力養你自己，應該也養你爸爸的時候，你沒有去養的人才會這樣做。

5. 立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

訪談摘述:長期照顧資源的介入需要先以建立信任為基礎，藉由村長、村幹事、鄰里長等行政組織對於轄區民眾的熟識，積極主動發掘需要長照資源的家庭，將支持服務帶入家庭協助解決家庭照顧議題。

如果以老人為例，大部分(個案)來源會來自於村長或村幹事，或是鄰里資源嘛，才會知道他家發生什麼事！啊他如果去、村長去問說：「阿桑，妳為什麼受傷？」她如果不講，其實村長也不太敢亂報，以目前的狀況下，他怎麼可能就會來社會局說，她這個可能是被打，可是老人不承認，不太會，所以很多真的是就是我們真的不知道，啊所以他一打才會就、就、就發生這樣的情形。

一個是因為他不願意對外求助，對，然後就是因為他對認知上面的不同嘛！因為他可能、呃，很多是這樣，他會就覺得說他還要請別人來家裡幫忙，他不願意，所以其實像剛剛中午我跟老師說的，你如果要真的長照開案，我們的照顧者支持團體才能介入，有些人他就拒絕長照啊，對，長照就是需要、照顧者去跟他講完之後他才會介入嘛……然後就讓他有這樣出來走走，他覺得這樣是有效的啊！所以我覺得不可否認家庭照顧者先介入，會比長照服務先做，介入有一點點效果。

就有點是深入陪伴讓他信任……所以我覺得有時候需要一個人深入陪他之後，讓他知道說，長照服務到底在搞什麼？因為現在的失能的老人，他們在過往經驗，在他們是、就是很有思考能力的時候，他們沒有經歷過長照這是什麼？是以後我們老了，我們才知道長照是什麼？我覺得我需要我就會用，可是現在像我爸爸這種老人，或是 50 幾歲的老人他們沒有這種愉快的經驗，他們不知道說用長照是好的啊，所以有一個人陪伴他們是應該的啊！

附件十九：D-8 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弒親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年07月25日(一)，14:30-16:30

受訪地點：二二八公園咖啡館

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：醫院醫師/重大案件檢討會議之委員 一人

協助者：方秀如 研究助理、楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：02:11:22

1. 本研究將照顧者殺害照顧接受者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。初步資料分析後發現，部分照顧接受者在悲劇發生之前有頻繁進出醫院的紀錄。

記得您在某次重大事件檢討會議中指出，長期照顧病人頻繁就醫原因非致命型疾病，而是三炎：支氣管炎、尿道炎與蜂窩性組織炎，但頻繁進出醫院易使照顧者耗竭。您在醫院的觀察與經驗？

研究摘述:家庭照顧者面對照顧接受者病情變化需要頻繁就醫，當改變原有固定照顧模式的時候即會加重照顧者精神、體力的負荷。且如果病情朝向逐漸衰敗需要耗時重複醫治的狀況時，將會加劇照顧者產生毫無止盡的絕望感，因而產生負面想法。

應該是這樣講，就是說照顧者為什麼會覺得，算了吧一切都結束。這個的心情看起來是有幾個，一個是說會覺得照顧很累，第二個是覺得說就沒有希望，就其實是這兩件事情，第一個是照顧很累，那照顧很累對於一個 long-term care 的人來講，如果他的狀態是，都沒有變化的，以前也很累那為什麼現在就覺得特別累，這個是會波動的。所以等於是說好，一個人如果中風然後他意識不清，然後需要鼻胃管但是就在家裡躺者或者是說，中風意識不清但是下午可以推者輪椅出來的，可是你沒有辦法跟他有家庭的生活，那還是需要起居的照顧，那如果這樣數十年如一日，那為什麼以前不這樣殺了他，現在會殺了他？一定是有一些事情被波動。那第一個可能被波動的就是，突然變成這個被照顧者跟以前不一樣，那最常見跟以前不一樣的就是他的病變嚴重，那第二個是說突然他會常常需要去醫院……當你開始要很頻繁的進出醫院的時候，他過去的狀態就會開始被改變，被改變是這樣嘛，人如果會處理被改變這個事件就會過，人如果沒有辦法處理這個改變所帶來的一個影響會卡住，卡住的時候他這個照顧者就會開始去想說：「哦，真麻煩」，因為很麻煩或者是覺得很煩或是覺得很辛苦，無論他嘴巴講什麼其實他就是覺得很辛苦然後沒有辦法負荷

但是如果要去住院十天結果叫天天不應、叫地地不靈，只有他自己要去顧十天的時候，就會想說哇！那怎麼辦？人其實是這樣我觀察是這樣，怎麼辦…怎麼辦是跟這個事件過了會不會有希望是有關係的……所以對於那個住院十天的可忍耐度，其實是不一樣的。我覺得這個很關鍵，就是說比如說心肌梗塞來開冠狀動脈繞道手術，沒開他會死。開你大概也是要顧個十天那個顧的心情不一樣，你會想說今天第一天剩九天，然後看到那個人慢慢好起來……但是如果中風植物人，然後跟你講這次尿道發炎，然後打抗生素發燒高高、低低……然後醫院的人就跟你說，看就是因為裝導尿管，你心理其實會想說那導尿管，我就

算是回到家還是要裝所以呢下次一定會再尿道發炎

跟那個寓言故事一樣推石頭上山石頭滾下來一樣，那十天你就是石頭滾下來再推上去，然後下一次什麼時候來不知道什麼時候來一定會來。那個的時心情跟去照顧那個冠狀動脈繞道手術的十天，忍耐度是不一樣的一定是不一樣的。所以就是說他其實是兩個因素的影響，一個是過去的事情被擾動改變，第二個是說這個改變弄好了，會不會是帶來希望，或者如果不會那個心情上就會不一樣，這…沒有希望，就算再簡單的事情也覺得很煩。你有希望雖然困難但是朝著希望前進，都會覺得說欸就是有個希望。所以我覺得是這個是最根本，就是不要講說照顧人力或什麼，對一個照顧者特別是說他照顧的能量比較少的來講，當這個過去長久狀況被改變，而且這個沒有什麼希望的時候，這件事情就會變成心理上會成很大的壓力，那當他很大的壓力的時候很多負面的想法就會開始出來

2. 醫師告知家屬要有心理準備，部分照顧者卻選擇殺害照顧接受者？就您長期看診的觀察，對照顧者的狀況有什麼想法？

訪談摘述: 醫療與長期照顧的銜接要即時，以降低照顧者面臨突發或頻繁就醫事件的壓力，第一線醫療人員對於本身醫療負擔過重，已無餘力深入了解患者家庭照顧議題與照顧脈絡，喪失了長期照顧資源介入的機會。預立醫療遺囑需要更多的推廣提高普及率，避免醫療資源無效投入及讓照顧者家庭陷於照顧困境。

我覺得就會一種回應的方式，就是好吧!那就結束。他結束當然有比較文明的方法，有的比較野蠻的方法。什麼叫比較文明的方法就是，好像有聽那個許醫師在講說現在需要升壓藥，就是這個病人現在血壓不好，休克因為感染很厲害，敗血性休克需要升壓藥，好像很喘可能要插管，他好像說好病況沒有很好，那這個時候如果有人跟你講說，不然如果到一個地步就不要救就放手。那很好這叫文明的結束……那你想結束這一切的時候就…看或有我剛剛講的那個叫 DNR 的機會，比較文明的方法。但是有的時候沒有那個機會或者是說病況沒有到那個地步，可是又覺得說啊！這實在是很麻煩，照顧起來很費力而且又沒有那個希望的時候，就會有不文明的方式，那不文明的方式就是譬如說弄死這樣，或者是說這個蓋死啊，或者是怎麼樣。

先講醫院端的你會說為什麼醫院不要跟人家講，不要跟社區講或者是好就算跟這個人接受長照，不要跟日照中心講要跟派案督導講，可是醫院的人是心理怎麼樣，他說我實在是很忙我很忙那個忙不是說我很偉大所以我很忙，不是，是真的很忙，是真的很忙，所以因為很忙所以很難把這個狀況講的很清楚……就是現在醫病緊繃的狀態，那個忙的狀態大概是只能交待到這樣

我的意思就是說在醫療第一線的現場，他真的是很忙真的會那個就只能把這個病交待清楚，他是沒有辦法把這個病人面對的照顧上的困難想清楚，不要講交待…想清楚，要怎麼才能想清楚就是你要這把他這個病人面對照顧上的困難想清楚，你要先把這個病人所有的資訊搞清楚，比如說他的照顧的能量有多少，現在是誰在顧原來是誰在顧，那這一些都不是在病歷上寫一個 ADL60 分，你可以講得出來啦，我們病歷上就會想說，或是欸這個病人 total dependen 我們會這樣記錄，但是這一些照顧上的窘迫倒也沒有把這些事情，資料收集好的時候。你是沒有辦法去想的，你沒有想你就很難去考慮要怎麼替他安排

當你力有未逮的時候，你就很難知道說怎麼去跟他家裡的，或者是跟他社區裡的或是跟他

原來的照顧系統的那一個人怎麼樣去交接，或者是怎麼樣討論。那這個就剛剛講的第一線在醫院裡面，醫療上的疾病照顧衍生出來照顧的事情，就沒有辦法再醫療的現場跟原來的照顧系統有連結

長照的系統是這十年才有的事情，那所以這個接頭到底就是，醫院有沒有 sense 到說除了家人以外，還有這樣的接頭要去交接，要去討論這個其實是還沒有這樣的，就是大家還沒有習以為常，第一個是這樣。第二個是說，老實說我們只信任家屬……因為只有家屬會告我，就是說對病情這件事情來講，我們只想跟家屬講，這個是我覺得很久以來台灣醫療的習慣是這樣

其實有你不能說他沒有在做真的有，系統有沒有在轉？有，但是轉不夠快，居家的環境的改善可能要三個月後才會來，可是前三個月就是我最需要去做復健，進門就罵一次政府，再厲害的系統三個月也都罵到倒了，三個月過後弄好了，他說我現在不用做復健了，那我還要幹嘛？就再大罵一遍，可是我們說政府沒有在做事情嗎？有，這一些我們剛講的需要幫忙的系統裡頭其實都有在運轉，但是不夠及時因為那個困難就是你如果真的知道那樣的場景，困難就是 24 小時內是最困難的。

醫院要投入更大的資源，或是說健保 怎麼樣投資更多的資源在出院準備上……我們舉醫務社工好了，就是說醫務社工一個醫院會看他醫院的規模，設置有多少的醫務社工，那原因就是因為一個人不能背太多案子，背太多案子那個就會很 ruff，就會很接不上。那因為這種事情其實是很精密的事情，就是體貼的事情就是精細的事情，精細的事情就是一個人不能背太多事情，你才能客制化所有的事情，就是你要配合說這個醫療的 team 人家的習慣是這樣，外面的 team 是這樣。

那預立醫囑跟 DNR 在醫療措施上的不同，是你可以不用給他點滴這是可允許的，可以不用給他營養的東西，DNR 只是說我在急救的時候就我剛剛講的，插管、洗腎跟給強心藥這個叫做急救的措施你都要給，該給點滴該給營養的每天要 1500 卡你就是要給，或是預立醫囑多了一個可以不要給他輸液點滴啦，可以不要給他營養，那這個其實對於譬如說這個，這個昏迷的病人植物人的病人，或者是說這個重…很有嚴重的失智的病人，他就就有機會不用面臨到就是不用等到剛剛講的那些，急救的措施就有可能可以結束這樣，這個是預立醫囑跟這個 DNR 這個是最大的不同是這樣。當然預立醫囑他需要有一個醫療代理人，要有一個醫療代理人，這個是你事先就要處理好的，或者是說當你還很清楚的時候，你就可以去做這件事情。

但是你要想預立醫囑這件事情是多麼的複雜跟困難，第一個要先約門診第二個要交 3000 塊，第三個那個門診一千人等都要到，意思說那個一千人等就是你家裡的人也都要來，醫院也要準備一大群人，其實是很慎重其事到有一點麻煩，因為他麻煩就不普及……所以當你這個預立醫囑這件事情，如果可以讓那個方便性更方便的時候，就會全台灣大部分的人，比如說台灣的老人即將 20%或 25%，那也許 20、25%的家庭裡面有 7、80%這件事情都做了，那這個時候那你以後去醫院你就自然跟那個醫院講說，我有預立醫囑這個人說他不要這樣，那如果真的要決定的時候，找我或誰電話在這裡那這樣條理就通了……所以就是說預立醫囑開了一個法律所允許的範圍，讓人可以更容易的善終的時候會減少這些無謂照顧跟 loading 的時候，應該讓大部分家裡有老人的家庭，都能夠很方便的去在還沒有到這個時候去想這件事，然後做出決定把該安排的，不是安排財產是安排剛剛講的老人的意願跟代理人，大家先講好電話都講好，那這個時候其實就會降低很多那種不必要的循環。

附件二十：D-9 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022 年 07 月 28 日(四)，14：00—16：00

受訪地點：線上

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：兒童保護體系之學者 一人

協助者：方秀如 研究助理、楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：01:57:23

1.本研究者將照顧者殺害被照顧者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。檢視 2017 年至 2021 年的 13 見照顧者殺害照顧接受者後自殺的新聞報導，共計 13 起照顧悲劇。

(1)依據初步分析，全部都沒有家庭暴力通報紀錄。依據您對家庭暴力防治體系的了解，您會如何解析這樣的資訊？

訪談摘述:重大事件檢討會議常流於形式，部分檢討資料因規避或不全、遮蓋等，對於專業學者協助提供相關制度修正建議幫助有限，各網絡單位亦無法從中獲得經驗教訓。

幾乎沒有通報，那最多那個資料也都在，那簡單講就是我們都是知道了以後，然後就去協助喪葬事宜啦，然後悲傷輔導啦，最多就是這樣，然後幫他引介資源或什麼，所以我覺得這是第一個就是說，我們大概不容易在期待我們可以在重大的這個暴力這種事件裡面，老虐事件裡面去找到什麼。第二個，我要講的就是說，重大兒虐跟重大家暴、重大性侵、重大老人虐待的這個 Review，衛福部的機制都是走一個形式啦，這個我跟他們談了很多次，那也一直 Push 他們希望能夠改，為什麼呢，就是說，妳知道這個資料基本上是從縣市政府檢討嘛對不對，縣市政府開了檢討會之後，往中央送嘛，那我那時候曾經針對那個重大兒虐檢討的那個這個機制做過研究，那有一句很經典的話，就是說，[老師我們不想讓你們知道的你們永遠不會知道]，我覺得這句話真的是很讓人挫折，不過是事實。

今天就算社政手上有一些關於這一個案家的資料，他可能有通報過，社工有進去服務過，即便是如此，因為通常是這樣的 Case 才會進到重大的檢討啦，如果他從來沒有通報過，我不知道老人虐待的情況，就是以我們兒虐的話，那種 Case 不會進來重大，一定是我們我們英文叫已知個案，known cases 就是說他已經跟我們兒保體系有或者是兒童福利體系，或社會福利體系有互動過的，我們才會才會進到重大。那如果我們有服務過的，結果又發生這種事，那你可以想見嘛，對不對，我們的社政一定會我們的防治網絡一定會想辦法 justify 自己的作為，他一定會寫到讓你認為，對啊，你們已經盡力了，那這個事情就發生了很遺憾，然後就過去

不過對於雙死的個案大概就沒辦法，因為他就 Case close，那因為雙死的個案對社政來講，即便他們是服務過的，甚至在案中，對社政來講是最輕鬆的，因為就沒了嘛，對不對，就這一頁就翻過去了

在我們社政這一邊，比方說保護司，那他要 Review，因為第一個我們也覺得我們看不懂嘛，第二個是他的 Review 的那個的組成裡面就沒有醫療的人啊，再來就是每一個重大案件警政、衛政、教育都要提資料來嘛，那這也是我最近一直在跟保護司講，因為他們現在已經有點叫做 routine 就是非常的制式化，比方說，醫療呢，衛生衛政來報告，他就會講說，喔，這個他就報告幾個很清楚有沒有自殺通報，然後他是不是精障列管，是不是毒品，然後大概就很固定這幾個，預防注射，這四個講完了就不講了。

- (2)拜讀您接受兒童局委託的研究報告，研究建議包括主要照顧者、兒童及各單位之建議。依據您的觀察，哪些建議確實對於該類事件發揮成效？

我記得我們那時候就是 2008 做完這個研究以後，我們在做完研究的期末審查會的時候，我們兩個就是當然有很多建議，但是其中有一個是我們非常強調的名詞要改變，那最簡單的你先不要講說什麼制度改變，系統改變，那我們那時候覺得最簡單的是你那個不要再叫攜子自殺，那就是要正名要改成殺子自殺或殺子後自殺。

所以從名詞上去改變一般民眾對於這件事情的建構，我覺得這個事情是還蠻重要的，就大家不會再認為它是一個慈悲的謀殺，那它就不再具有正當性，也不是一個父母對子女愛的表示，那我覺得這件事情是正面的。那小遺憾就是說，我到一直到現在十幾年後的現在，偶爾還是會在那個社政自己的資料裡面，其實包括重大兒虐的檢討裡面還會偶爾看到這樣的用語……那後來等於說這個議題，如果我們不能把它的文化正當性拿掉的話，他會層出不窮

那另外一方面也教小孩子自保，就是如果父母親友曾經說這個(一起自殺)啊什麼的話就要小心。還有一件事情就是行方不明

也就是說今天你把你的這個被照顧者，不管你有多少的委屈，多少的這個等等的那個，那但是他本身就是一個殺人行為；我覺得這件事情，比較沒有被建構起來。

- (3)同一份報告中，您針對兒虐致死成因部分，發現各縣市在檢討與跨專業檢視作法不一，建議應由兒童局主責，是案件性質邀請相關專業體系人員及外部專家學者組成訪視評估小組，透過實地訪視評估。不知該作法植成成效為何?期待您的分享。

我做跟醫師做那個 104 個 Case review 那在策進作為裡面有 98%都提到網絡合作，然後 92%吧，就是提到這個要提高社工的敏感度，我覺得都是爛梗，都是老梗一點用處都沒有，那我就要講說，妳知道我把醫療紀錄拉過來之後，那還好還好他們給我的是那個診所的病歷，那診所的病歷寫的很簡單但是英文都還看得懂，然後呢，他們也給我某醫學中心的護理站的護理紀錄，他不是給我醫生的病歷，他們給我的是護理紀錄，護理紀錄對我反而好，因為都是中文，好，那我又簡單講，就是說那個 Case 我因為有了醫療紀錄，我才發現醫療端本來可以把這個 Case 擋下來，就是我把現在帶一個概念叫攔截點

甚至在美國有個州曾經有一個紀錄是四倍，也就是說孩子真正的死因，其實並不是像他的死亡證明書上面說的，他其實是受虐致死，那我相信在殺子自殺裡面會不會有這種事情呢，不知道，但至少就是說有可能如果這個我們的 Child Death Review 如果沒有做好，或者我們的那個統計縣市政府報到中央的統計數字如果不夠不夠這個 the quality of data 如果不好的話，其實我是有點存疑啦

我做重大兒虐跟殺子自殺的研究，我就有一個非常非常重要的看見，就是這是兩類完全不同的父母，就是在兒童虐待這一塊呢，父母的年齡偏低，施虐者的年齡偏低，而且有一個非常重要，就是他們這兩群人的那個依附關係非常不一樣，所以我們的兒保社工，很容易 miss 掉這個訊息，他們到了家戶裡面去訪視或者是會談的時候，紀錄裡面常常會寫說，依附關係良好，所以所以社工就會覺得這個 Case 很 OK，父母親很愛小孩，然後他們的家庭關係很好，所以沒事，但其實是兒虐沒事，但是這樣的家庭極可能就是說機率上來講，他走到 filicide suicide 的機會是大的。

真的如果你想要從這些殺人後自殺的這一些人身上去找到他有沒有暴力前科，他有沒有這個非親屬對尊親屬的暴力，那你絕對找不到。

- 2.最後，關於此次專家諮詢，您有什麼想補充的地方呢?或是對於我們研究資料蒐集過程(如訪談或司法資料檢索等)中，有無相關建議或提醒?

就是有一些兒保社工就大概大家長期合作，就建立了信任感，因為這中間我幫保護司做那個 SDM 的那個就從國外引進來，那這個因為 SDM 的緣故跟後來跟呂醫師研發那個根本原因分析，因為這兩個原故就跟那個一線兒保社工變得很熟，然後也因為這樣，那我自己本來就在醫改會就搞了二十年，也跟醫療端有一些互動，那因為 2017 年參加司改國是會議，所以又跟法律人有連結，那就妳知道有時候我就會覺得說，老天蠻疼愛台灣的小孩，就是我自己在這十幾年裡面，就有這些這些境遇去認識這些人，然後這些人又對於兒保很有使命感，所以我要講的 Point 就在說，那我怎麼做到，我覺得信任，就是第一個，應該這樣講，我覺得我第一個我自己作為一個 Reviewer 我經歷過那樣的心路歷程之後，我自己脫胎換骨，我知道我不能夠用這個責難或者是咎責的角度去看問題，只要我有一點點這樣的念頭，我就永遠得不到真正的真相

那我現在要分享的是其中的一個，我就發展出一種模式，就是除了我們跟這個除了去讀資料，第一個是 information 就是要這個要能夠 inform 的，因為我們很多時候是 insufficiently information，那我覺得資料一定要到位，那第二個呢，就是我有一個很好的 Team，就是這麼多年合作下來，他們對根本原因分析熟練

那我要講的點就是說，重大的 Review 因為他本來目的就不是要咎責，他是除錯跟學習，那我為了這個我說我不是到 L.A. county 去除了訪談那個 CDR 的那個之外，我也去訪談洛杉磯郡的兒童及家庭服務局裡面的 internal affairs 那他們的 internal affairs 其實就有點像我們的政風，他專門就是做內部調查，就是凡是社工被告或者是有重大兒虐疑似社工有疏忽的都是他們那個單位在調查，那我就去跟他們的 director 談，就問他們說你們的你們怎麼樣來運作這個機制，那他給我一個很好的概念，他說我們這個調查，完全不涉及懲處，他說不過我們的人資當然會關心這個結果，我們的 HR 會關心這個結果，不過就以我們這邊來講，我們有兩個任務，一個就是搞清楚到底發生什麼事，然後當然他們會面對法律訴訟嘛，對不對，案家會告他們，所以他必須要鞏固他的證據，然後要站得住腳，所以那個那個那個 round-table 裡面絕對會有他們的律師在裡頭，那另外一方面就是他們

也要去問怎麼樣可以改善他們現在的可能是 SOP 啦，或者是一些 routine 或者一些評估的基準等等

附件二十一：D-10 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年08月02日(二)，10:00-12:00

受訪地點：線上

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：長期照顧管理中心之主管 一人

協助者：方秀如 研究助理 楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：01:35:01

1 本研究將照顧者殺害被照顧者，或照顧者自殺或非預期性死亡定義為照顧悲劇。

(1) 依據您的工作經驗，您認為照顧悲劇的類型以及發生的成因為何？

訪談摘述:社會傳統思維認為家人應該不假手他人要自己照顧，以致於相關照顧資源無法進入家庭協助照顧者，特別是男性家庭照顧者常因為無工作或婚姻關係，成為家庭裡理所當然地照顧者，往往又因為無相關照顧識能及自我負面價值等因素導致男性照顧者更不願向外尋求協助，照顧壓力無法適時舒緩。

那其實發生這些事情，我們其實政府部門來講，我們也希望說這個資源能夠盡去能夠幫忙到…幫忙到這個家人，那可是這個案子呢，我自己是覺得說，其實我們台灣的傳統裡面，那都會覺得父母，還有包括我們在評估過程中，兄弟姊妹意見也會差異很大，這個要照顧這個不照顧，這個要…要長照服務那個不要，就會認為說家人要自己照顧，對，那再來就是比較，這個舊鐵橋這個案例其實包括那個，其實在照顧家人的大部分都是比較弱勢的，比如說，好，就是說他社經地位比較，就是會在出外工作，那比較弱勢的就會留在家裡照顧家人，這個好像有時候是被無形中被指定，或者是說他反正沒有其他的工作，他就在家裡照顧父母，對，那所以相對的他就比較弱勢，那弱勢呢他可能尤其是男性，他在照顧其實比他，男性比較不在傳統裡面不是扮演這樣的一個角色，所以他要照顧，好像自己會覺得比較沒…比較沒有用，對，就是說比較沒有…沒有…比較沒有，自己比較沒有…沒有工作能力或者是怎麼樣，所以他就留下來照顧，可是這個照顧的過程，家庭的支持，因為照顧者其實本身他沒有發聲的那個什麼能力，或者是說他發聲的…發聲兄弟姊妹不一定要聽他的，那可能兄弟姊妹回來又會指著指點說，你要照顧你要怎麼樣你要怎麼樣，其實這個在我們其他的案例常常發生，就是說照顧者其實大家比較沒有辦法去了解他的一個…一個狀態，所以長期下來呢，他的壓力是非常大，那我們可以看到很多的家照的一些活動，其實男性出來參加的也很少，那女性的比較會尋找什麼？資源，她也會覺得照顧女性是比較理所當然，所以呢男性要照顧，其實他會覺得對他來講是一個…一個壓力，包括自己的經驗或者是同事的經驗裡面，所以我覺得這個是，這個家庭的那個支持，是很重要的在這一塊，就是說這個我們要怎麼樣讓這個照顧者他留在家裡照顧，家庭的支持除了經濟的支持，除另外一個很重要的就是要被怎樣？被鼓勵跟肯定

(2) 依據您的工作經驗，認為協助該類照顧悲劇最大障礙為何？

訪談摘述:家庭照顧常因為家庭內部支持度不足、拒絕使用資源及家庭經濟等綜合性因素堆疊形成憾事，社工人員需從了解家庭關係開始，與個案家庭建立信任感後始能更進一步導入服務資源協助解決照顧問題。

所以呢其實這個這個講家庭的悲歌，其實我…我自己的經驗是說，除了政府的部門資源之外，怎麼樣去建立這個家庭的那個什麼，那個支持啦

其實他們也是從這個過程中是家庭的支持，社會的支持，讓他慢慢去肯定自己說，我這個照顧是有…有意義的有價值的，這樣的話他就會比較容易去，他的壓力就比較容易去…去釋放啦，對，所以那當然這個是個人的因素，還有其實就是剛剛講的經濟的因素

就是要深入去了解他們家庭的情況。就說他們家庭有多少兄弟姊妹，誰是家庭的經濟來源者，是比較能夠發號司令者，就是他說了算。那再來就是說，這一個照顧者他在家裡的…一個角色是什麼。那我這個是應該是要比較深入要花時間，那花時間去了解這個家庭的狀況，那也要多跟這個家庭照顧者，就是這個照顧者去…去取得他的信任哪，譬如說我們怎麼樣讓他取得他的信任，那告訴他說，咦！這個資源是可以怎麼用，就是要花很多的時間去…去跟他建立關係

(3) 據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？

附表是衛福部長照司 110 年公布的「高負荷個案篩選指標」，您覺得對您的工作有幫助嗎？

訪談摘述:建立家庭照顧者的信任感關係到高負荷個案篩選指標的精確性，因此需要先花時間建立信任感後及調整指標提問順序，盡量以勾選的簡易操作方式便於第一線工作人員評估，做為後續轉介依據。

所以現在有這個家照中心，每個縣市都有一個家照中心，有個家照據點，對。那這個家照中心跟據點怎麼樣來…發揮這樣的一個角色……我們有把它放在給照專，去訪視的時候，就去評估，那評估如果是高危險群的話，我們就會轉給家照中心，對。其實我們已經做了

那個評估表，因為前面講的，就是說他是不是有曾經自殺…自殺的意圖。那其實這個短時間，不容易去…去了解，對。你第一次接觸或第二次接觸，你也不容易去…去發現。那再來是老老照顧，或者是說，照顧的領會，或者是照顧失智的等等，其實這個不是很容易。那我倒是覺得說可以就是說，他是，因為我們現在發現是男性照顧者，那如果他是，我們就用勾的，他是男性照顧者，那他已經照顧了幾年，我覺得這個也是很重要的。譬如說他已經照顧了四年五年，甚至更多年，那這個都是我們要去關心的對象。那再來就是知道他這個經濟的來源，是家裡是由誰來…來，他就是這個照顧者在家裡的一個一個角色是什麼。好，那家庭的決定者是誰，對，我覺得是這樣會比較容易去評估，這個是我個人很淺，很…比較淺顯的去看這個問題，就說照專他們第一線去評估的時候，或者是在出備要去評估這件事情的時候，那比較容易去深…就是比較容易去了解這個家庭的狀況。

(4)面對這類案件，您自己在工作崗位上曾面臨哪些結構性問題或制度困境？

訪談摘述:地方政府照顧管理中心專員案量負荷大，服務個案時間有限較無法精確掌握個案家庭照顧脈絡，以及現有醫療端出院準備服務未能與長照服務無縫銜接，形成長照服務資源進入家庭的時間拉長未能即時提供照顧者協助。

因為照專其實我剛剛講的，就是他現在的服務的量，也非常的大。所以要在很細部花時間再去做關心，其實我…自己也覺得說，沒有做到的那麼的到位，所以他只是不定期說，啊。再打個電話說，最近怎麼樣，這個服務要不要用。

因為照顧的是人嘛，那人就是要有安全感嘛……出備個管師評估完之後，我們…我們中心就認定核定計畫，就會幫他做轉介給…給 B 單位。那這 B 單位接到之後，他要跟出備個管師聯繫，他聯繫…聯繫要到醫院去接這個個案回來。第一個為什麼要去接個案，就是說了解他在醫院的情況，要讓家屬認識這個人，要讓家屬認識這個…這個單位，我回家之後是誰要來照顧我，這個是很重要的事情；對，這個已經被改掉了；應該改掉的是說，他回家之後，現在是要由 A 單位去做連結；現在就是由 A 個管，好像要回家吧，回家一個禮拜，再到家裡去評估，在這是 A 個管還要進家裡，去了解他的需要，再去做連結

我回家的時候，你需要一個禮拜去，需要三天，對，你要不要喘息，欸，你要不要哪些服務都講好了，我…我，這個叫做依家屬的需要。所以我們就會有馬上、當天的，也會有三天的，也會有一個禮拜的，也會有他在醫院說要，可是回到家之後，他又說不要，好就說，噢！可能當時他要，回到家他又認為不需要。對，所以就有很多的状况，這個才有辦法符合個案的需要

(5)立基於預防觀點，您對於照顧悲劇的預防有哪些建議？

訪談摘述:男性家庭照顧者相對是較為弱勢的角色，因此需要藉由家照中心的協助予以鼓勵，其他相關照顧網絡工作人員亦應持正面態度給予支持，降低照顧壓力。

家庭照顧者現在到，我所接觸到，大部分都是家庭家裡的弱勢，對。好，就比較沒有工作能力，或者他願意留在家裡，就會被指定，可是就會被說，你就在家裡你就照顧(台語)，讓你照顧。可是家裡，其他人回來又…又你一句我一句，他自己又不能決定什麼，我講什麼你們又不聽，我講了又沒用，你回來又怪我。其實…其實我參加幾場，包括這次聽到的，其實家庭照顧者有這樣的一個難處，欸，就有話無處可說(台)，要去…要去跟別人講，這樣嘖！會…會其實這個家庭這個男性的這個，他本身蠻比較實在，比較老實的人，他老實人(台)，所以有時候他比較也不好去發聲，妳知道嘛，不容易講，你講了也覺得，你講那個也，你就是…你就是應該在家裡照顧的啊。所以…所以我，我覺得是妳可以去分析這些男性，其實他的都是比較弱勢。

其實這個很重要，要怎麼去激勵他，鼓勵他……可是就是你去一定要鼓勵他，鼓勵這個家庭照顧者說，喔！不錯啊，你爸爸現在氣色不錯喔(台)，對。如果說真的發生什麼事情的時候你要說這個不是你的責任，也就…要去鼓勵他，要有一個鼓勵他的一個一個…機制。

這個機制就是透過長…那個家照中心的這個這個人，可以管案之後可以去做。那當然我們的照專這邊，或 A 個管這邊，或者是就是去，或者是 B 單位等等，就是有跟這個個案

接觸，就是要比較正向去看待他啦。如果說家庭他本身就兄弟姊妹支持度好不好，這有時候我們要介入，要花很多時間，對，那如果說周圍的人可以有一些比較鼓勵他的，我覺得這個很重要。

2 最後，關於此次專家諮詢，您有什麼想補充的地方呢?或是對於我們研究資料蒐集過程(如訪談或司法資料檢索等)中，有無相關建議或提醒?

訪談摘述:家庭照顧者有三項特質需要改變，傳統約束、拒絕外部協助、過於節儉。設立家庭照顧者電話專線及相關政策宣導需要時間及人力投入，專業人員需耐心接受照顧者的傾吐給予適當的心理與實質的支持服務解決其所面臨的困境。

這個我剛剛前面有講到我就是說，其實這個就是我們的一個，我們的一個傳…一個傳統，就是說我一個傳統就是說，家人要自己照顧，還有第二個就是說，咦！其實有些長輩是不喜歡外人來的。

對，尤其是身體的照顧，齁！身體的照顧，其實這一塊是台灣的長輩說真的。那第三個是，其實長輩有些是怎樣，很節儉，很節儉，即便是部分負擔不多，16%不多，可是他會認為說，啊！不用，我們就省起來這樣(台)，就是說他也會認為說，不需要，那就家裡代替一下就好了。

其實宣導我其實是很重要，那其實這個也是最…難的部分

我覺得這個慢慢宣導，就是說讓家庭照顧者說，咦！我有需要的時候，我打這個電話。那這個…這個電話是真的可以幫我解決問題，這個是重點。不然講再多時候，有什麼多好的服務，怎樣…就，我不是那麼的有效，就是打進來是有效的，這個是很重要。

我覺得這個專線應該，我覺得應該是好，我自己覺得應該是可以去紓…解他的一些壓力。可是這個要，這個專線可能要非常的很有愛心耐心的那個人。

附件二十二：D-11 深度訪談摘要

監察院國家人權委員會委託國立臺北護理健康大學研究

【照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題】

研究計畫：照顧悲歌與弑親/自殺事件之人權議題

受訪時間：2022年10月19日(三)，09：30—11：30

受訪地點：線上

訪談者：陳正芬 教授

受訪者：人權領域之學者 一人

協助者：方秀如 研究助理、楊吉麟 研究助理

逐字稿撰打者：方秀如 研究助理

訪談時間：01:28:42

1. 依據您所知，目前在相關單位資源網絡中，分別有哪些資源或工具可以預防該類事件發生？

訪談摘述：自殺或協助自殺事件其背後需探討照顧者與照顧接受者所需要的支持服務是否缺乏選擇性，或是支持性不足而無法改善照顧困境，當制度設計上能夠滿足照顧者與照顧接受者的需求時就不易造成悲劇的發生。

那我剛剛有聽到好像國內有一些照顧者，或者是可能也有學者是抱著這樣的立場，就是說如果我們可以協助自殺的話，那照顧者就不會跟這個人綁在那裡二、三十年，然後兩個人都很不自由，兩個人都痛苦。那 CRPD 委員會對這個事情的看法，是他們不認為應該讓長期的身心障礙變成可以，可以被自殺的一個理由，他們認為這些人之所以會被逼上絕境，就是因為他們長期遭受到非常多的痛苦，所以雖然說最後那一刻他自己看起來像是自願的，我自願要這麼做，但是他其實從他健康的時候，到他最後走上所謂的自願要去請求協助自殺，這個當中他所承受的痛苦都長期地被忽略，所以他最後其實沒有什麼選擇的餘地了。

在聯合國還有一個人叫做身心障礙者權利的特別報告員，那這特別報告員曾經做出的一個結論就是說，即便我們在他的身邊沒有人鼓勵他自殺，但是大家都會有意無意地透露出一些資訊，讓他知道說我活著造成別人這麼多痛苦跟不便，那所以我不如去死掉算了，解決大家的問題……他最後你那個階段其實已經沒有雖然表面看起來也是自主的，但是其實你已經沒有其他的 option。那所以這個時候你再說是他自己選擇自殺，就真的是制度殺人，這中間沒有兩樣。

2. 依據您過去研究、推動人權公約相關經驗，針對照顧悲劇，

(1) 立基於預防觀點，您建議可從哪些面向來推動照顧悲劇的預防？

訪談摘述：照顧者與照顧接受者，兩者的權利保障屬於一體，當政府所提供的支持服務與資源分配不足時，兩者之間的權利將會產生衝突。從保障人權角度提供資源給照顧者或是照顧接受者，相對都是在支持另一方的權利。

CRPD 當中有非常多的條文，但是其實這個問題有兩個層次，一個是說條文跟條文之間有沒有優先性的問題。那另外一個是照顧者跟非照顧者…不，照顧者跟被照顧者他們兩個人之間的權益有沒有衝突的時候的問題。那先講第一個部份，就是說 CRPD 有那麼多條文，它中間並沒有優先性，也就是它整體是互相支持不可分割的一…一整套權利，所以並沒有這種優先的這種問題。

照顧者跟被照顧者他們的權利應該是某個程度來講是是一體的，也就是我們如果讓被照顧者有國家的利器進去，提升我們的照顧的能量的話，那那個原先的那個非正式的照顧者多半都是他的家人的的照顧的負擔當然就會減輕。所以我們在照顧照顧者，就是在照顧…怎麼說？我們在照顧照顧的接受者，就是在支持照顧的提供者。所以這個兩個應該是一…一同的方向……在臺灣很多的情況，因為我們沒有提供足夠的社會支持，所以會使得照顧者就一輩子的青春都花在這個支持，就照顧這件事情上面。那我當然覺得這個，這個時候會造成兩個人中間權利的衝突

我們等於是因為限縮了我們對於這個需要照顧的人的社會支持，所以使得這個照顧者必須用他一生的青春來，來換這個受照顧者的權利。但是這樣做是社會造成的，不是說並不是因為他們兩個的權利，天生就會有衝突，而是我們的社會造要求這些非正式照顧者只好這麼做，那這個當然就造成權益上面的衝突，因為每一個人都應該要有能夠參與社會的這個權力，我們要求障礙者都能夠融入社會，然後自立生活。那我們現在會使得連照顧者都沒有使這個權力，對不對？那所以我們應該想的不是說既有資源這麼侷限的情況底下，這兩個人的權力如何去取得優先性，我覺得這樣子會…會問錯了問題。我們要問的是說我們如何加入社會的支持使得他們兩人的權力都可以得到實現。

那所以剛提到說有一些人從本來住在機構裡，後來因為沒辦法負擔，而被迫回到家裡的時候，那其實對於這樣子的經濟弱勢的家庭，政府更應該提高警覺……怎麼樣去照顧這種瀕臨低收入或中低收入邊緣的處境困難家庭，我們的政府還…我是覺得審查的太嚴格，我們為了資源不要濫用，就搞得大家都活得很辛苦。所以如果他真的連機構都住不起，那這種政府應立刻要亮紅燈，說這個就是一個高風險家庭，我就要想盡辦法，把我的資源可以，可以納入。而不是再繼續又說啊不然你來申請，你來申請低收入，那你搞了半天，你還是不會過啊。

(2) 照顧悲劇發生在私領域的家庭內，照顧者過去亦無家庭暴力通報事件案件，政府如何預防介入？並確保家庭照顧者平等獲取資訊資源的權利？

訪談摘述：權利的維護需要法律面的支持，以權利視角看待照顧議題較能設計出滿足照顧者與照顧接受者的服務樣態。

我們在法律上並沒有講的這麼清楚，我們會說這個照顧，這個障礙者他有權利得到照顧，好。那但是我們的政府在理解這些事情的時候，不是不是用權利的角度去想，而是用社會福利的角度去想。所以如果這兩者的差距就是說，我如果是社會福利的話，那當然我就量入為出，對不對？那我能夠做多少，就做多少。但是如果是從權利的角度來看，它就是應該是量出為入。也就是說我們總共需要合起來這麼多時數，我就是要想辦法爭取到那麼多的經費去支持足夠的時數嘛。所以這一點上面我們的那個權利的我們就在講那個人得到照顧的權利，我們講的不夠精確。

比較容易去理解他們思…思考的邏輯是什麼，也就是他不是…也就是我們很害怕那個 CRPD 只是一個規定，它必它固然是規定，但是之所以會這樣規定背後有一定的那個思考的過程。那從這些個人案例的的那個判…他們不叫判決書，他們就是一個決定文，你比較能夠理解他們怎麼樣在想這件事情。

身心障礙者權利特別報告員的一個報告，他這一個就是專門在講我們應該提供什麼樣子的支持服務。那他們提出的第一個觀點就是說，他們很反對用“照顧”這個字，所謂的 care，那其實我們從社會福利或者社工，或者護理的角度，都是在講 caring，怎麼把 caring 做好。但是 CRPD 的觀點是說因為 caring 就已經已經預設了這個照顧者跟被照顧者，所以他們比較希望得到的是 support service，我是一個人，我為了要能夠趨近正常的生活，我需要很多的支持。那如果你用支持的話，那就是這位被支持者，他應該要能夠表達我需要什麼樣的支持，用什麼樣的方式在什麼時間支持我，讓我可以得到一個比較正常的生活。所以這個文件就是在講怎麼樣去提供這些 support service，然後比較比較符合尊重障礙者的這樣一個觀點。