

國立台東大學區域政策與發展研究所
公共事務管理在職專班碩士論文

指導教授：侯松茂先生

失智老人團體家屋照護在署立醫院推動
可行性之研究：以署立台東醫院為例

研究生：周蕙苓 撰

中華民國九十六年六月



國立台東大學
學位論文口試委員審定書

系所別：公共事務管理碩士在職專班

本班 周蕙苓 君

所提之論文 日本失智老人政策在署立醫院推動可行性之研究：以署立台東醫院為例

業經本委員會通過合於 碩士學位論文 條件
 博士學位論文

論文口試委員會：劉明宗
(口試委員會主席)

魏俊華

侯松茂
(指導教授)

論文口試日期：96年06月25日

國立台東大學

附註：一式二份經考試委員會簽後，送交系所辦公室及進修部教務組存查。

博碩士論文電子檔案上網授權書

(提供授權人裝訂於紙本論文書名頁之次頁用)

本授權書所授權之論文為授權人在 國立臺東太學 區域政策與發展研究所
公事班組 95 學年度第二學期取得 碩士學位之論文。

論文題目：失智老人團體家屋照護在署立醫院推動可行性之研究--以署立台東醫院為例

指導教授：侯松茂

茲同意將授權人擁有著作權之上列論文全文(含摘要)，非專屬、無償授權國家圖書館及本人畢業學校圖書館，不限地域、時間與次數，以微縮、光碟或其他各種數位化方式將上列論文重製，並得將數位化之上列論文及論文電子檔以上載網路方式，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、閱覽、下載或列印。

- 讀者基非營利性質之線上檢索、閱覽、下載或列印上列論文，應依著作權法相關規定辦理。

授權人：周蕙苓

簽名： 周蕙苓

中華民國 96 年 07 月 25 日

博碩士論文授權書

本授權書所授權之論文為本人在 國立臺東大學 區域政策與發展研究所
95 學年度第 2 學期取得 碩 士學位之論文。

論文名稱：失智老人團體家屋照護在署立醫院推動可行性之研究-以署立台東為例

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予下列單位：

同意	不同意	單位
V	<input type="checkbox"/>	國家圖書館
V	<input type="checkbox"/>	本人畢業學校圖書館

得不限地域、時間與次數以微縮、光碟或其他各種數位化方式重製後散布
發行或上載網站，藉由網路傳輸，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢
索、閱覽、下載或列印。

本論文為本人向經濟部智慧財產局申請專利(未申請者本條款請不予理會)的附件之
一，申請文號為：_____，請將全文資料延後半年再公開。

公開時程

立即公開	一年後公開	二年後公開	三年後公開
			✓

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發行權為
非專屬性發行權利。依本授權所為之收錄、重製、發行及學術研發
利用均為無償。上述同意與不同意之欄位若未鈎選，本人同意視同
授權。

指導教授姓名：侯松茂 (親筆簽名)

研究生簽名：周蕙苓 (親筆正楷)

學 號：3094018 (務必填寫)

日 期：中華民國 96 年 7 月 日

1. 本授權書(得自 <http://www.lib.nttu.edu.tw/theses/> 下載)請以黑筆撰寫並影印裝訂於書名頁之次頁。
2. 依據 91 學年度第一學期一次教務會議決議:研究生畢業論文「至少需授權學校圖書館數位化, 並至遲於三年後上載網路供各界使用及校內瀏覽。」

授權書版本:2005/06/09

誌謝辭

在論文即將完成的這一刻，內心充滿著無限的喜悅與感恩。

在兩年來的求學與研究過程中，感謝指導教授侯松茂老師所給予的指導，無論在研究方法及論文撰寫方面，均予我莫大的啟示，僅此致上最誠摯的謝意。

其次感謝劉明宗教授與魏俊華教授在計畫審查與論文口試中對論文的細心審閱與建議，使我獲益良多，亦使本論文更臻完善與充實。

感謝郭友渝院長、陳以仁秘書、徐禎蓮、劉淑惠、謝汝豔護理長、陳玲如、邱禎慧、徐敏、高斐斐、王華娟、福樂多蔡錦墩委員等好朋友，對訪談大綱內容惠賜卓見及參與本研究義不容辭的協助；感謝黃壁輝先生、謝國守先生，在研究事務上諸多的協助，讓本研究得以順利完成。

最後，要感謝長期以來，一直在背後默默支持我的家人，感謝我婆婆邱鳳蓮女士及先生張建中在我研究進修期間的支持與包容，他們無怨無悔的付出與關懷、包容，讓我無後顧之憂。僅將自己衷心的感謝和此論文獻給所有關心我的師長、家人及朋友。

周蕙苓 謹誌於

國立台東大學區域政策與發展研究所

中華民國九十六年六月

摘要

本研究旨在探討日本失智老人政策在署立醫院推動可行性之研究：以署立台東醫院為例，從國內外失智照護政策及失智症「團體家屋」文獻與醫院醫護人員及失智家屬的瞭解中，探討小規模多機能「團體家屋」，運用於失智照護政策推展，並且期望從整體設計論文之研究過程，達到下列各項研究目的以「台東縣失智老人照護現況」、「國內外失智老人照護政策」、「署立台東醫院醫護人員及失智家屬對失智老人中心設立之看法」、「署立台東醫院醫護人員及失智家屬對失智老人中心設立之建議」等構面為訪談重點，研究採質性訪談，訪談對象以行政院衛生署台東醫院醫護人員及失智症家屬為主要訪談對象計10名。

研究結果探討如次：失智症行為有退化、易怒、行為混亂、記憶喪失、走失、恍惚、自言自語、夜晚四處走動、有攻擊無法溝通，台東縣未設立專門收治失智症特別的失智中心，護理之家照護現況都採失能與失智混合式照護模式，與一般失能老人在一起會被排斥，另外家屬照顧失智老人現況與壓力有家庭中女性大多負責老年失智最主要生活照顧者，主要照顧者負荷與壓力增加是心力交瘁、緊張、沮喪、憂鬱等負面情緒，但是家屬都表示沒有要放棄失智老人，親人之間的感情成為支撐照顧者繼續照顧的唯一動力，而且台東失智症家屬對社會福利並不了解，多種照顧服務均沒聽過，對失智症的認識及資訊不足，署立台東醫院即將成立日本小規模多機能失智症中心「團體家屋」照護方式，其涵蓋社區、居家方式的外展服務模式，讓失智症老人能夠得到有尊嚴的活，醫護人員及家屬均採正面的看法，對失智症老人相當有幫助。

關鍵字：失智症、署立醫院、團體家屋

Abstract

This research is intended to investigate the feasibility of policy for Senile Dementia in Japan for Hospitals of Department of Health, Executive Yuan, ROC. According to domestic and foreign references of policy for Senile Dementia care and the understanding from medical staff and patient's family, 「Group Home」 may work in Taitung Hospital. The research is programmed for 「Present care for Senile Dementia in Taitung County」, 「Domestic and foreign policy of care for Senile Dementia」, 「Point of view and suggestion from medical staff of Taitung Hospital and patient's family for Senile Dementia center set-up」. Under qualitative interview, 10 objects were sampled from medical staff and patient's family. The investigations of Senile Dementia behaviors are followed as: Degeneration, Irritability, Behavior disorder, Loss of memory, To be lost, In a trance, Talk to oneself, Wandering in the night, Attack behavior, and Unable to communicate. There is no special facility for dementia patient in Taitung County now. Most Nursing Home adopts mix-typed nursing mode for Disable and Dementia Elders. But Dementia Elders are usually rejected by Disable Elders. Housewives are most responsible for caring Dementia Elders in house-living. The burden and pressure induces fatigue, nervous, depression and low moods. But not a family wants to abandon Dementia Elders. Love between family is the only motive for taking care of Demetia Elders continuously.

Most family of Dementia Elders are lack of information of social welfare and knowledge of Senile Dementia. Then Taitung Hospital will set up a Demetia Center with Japanese type small-sized multi-function 「Group Home」 caring mode. It will provide community and house-living extensive service for Semile Elders who will live with dignity. The positiveness from medical staff and family, is very helpful to Senile Elders.

Keywords: Senile Dementia, Group Home, Hospital of Department of Health, Executive Yuan

目次

第一章 緒論	01
第一節 研究問題背景與動機.....	01
第二節 研究目的與待答問題.....	08
第三節 名詞解釋.....	09
第四節 研究範圍與限制.....	10
第二章 文獻探討	11
第一節 老年失智症之意涵.....	11
第二節 日本介護保險的概述.....	17
第三節 我國長期照護政策發展及相關研究.....	26
第三章 研究設計	34
第一節 研究架構.....	34
第二節 研究對象.....	35
第三節 研究方法.....	37
第四節 訪談工具.....	39
第五節 信度與效度.....	41
第六節 研究流程.....	42
第七節 資料處理與分析.....	44
第四章 研究結果與討論	46
第一節 台東縣失智老人現況.....	48
第二節 國內外失智症照護政策.....	57
第三節 署立台東醫院醫護人員對成立失智中心看法與建議.....	63
第四節 失智症家屬對署立台東醫院成立失智中心看法與建議.....	72

第五章 結論與建議	77
第一節 結論.....	77
第二節 建議.....	81
參考文獻	
中文部分.....	85
外文部分.....	87
附錄	
附件一：失智症老人家屬訪談大綱.....	89
附件二：醫護人員訪談大綱.....	90
附件三：署立台東醫院失智中心申請計畫書.....	91



表 次

表1-1	全世界失智人口統計表	01
表1-2	日本全國人口未來人口推算概要表	02
表1-3	日本未來需支援須照護失智症老人數推估表	03
表1-4	各國長期照護政策比較表	04
表2-1	介護保險演進概況表	17
表2-2	介護保險制度下組織型態別服務推供領域表	19
表2-3	國內外失智症相關研究匯整表	31
表 3-1	受訪背景一覽表（失智相關醫護人員）	36
表 3-2	受訪背景一覽表（失智症家屬）	36
表3-3	專家學者名單	39
表 4-1	研究訪談主要範疇匯整表	46



圖 次

圖 2-1	申請介護服務流程圖	21
圖 2-2	日本東京都入居團體家屋效果變化調查	24
圖-3-1	研究架構圖	34
圖3-2	研究流程圖	43



第一章 緒論

第一節 研究問題背景與動機

壹、研究問題背景

一個國家65歲以上的人口佔全國總人口超過7%以上時，謂之「老年國」，失智症患者人數會隨著人口老化而增加，2005年5月國際阿茲海默症協會(ADI)，呼籲各國政府失智症的盛行以及它對公共衛生系統所造成的威脅，因為失智症是所有慢性疾病中令人喪失功能最嚴重的疾病之一，失智症尚無法治好，但仍可以採取許多方式，來提升失智症患者以及家庭照顧者的生活品質。

2004年世界各國失智人口約1800萬人，美國450萬失智症人口、臨近的日本170萬、台灣10萬人（見表1-1），失智人數以年齡持續老化結果比例會再增加，預估2030年全球失智人口將至3400萬人患有失智症，失智症病患愈來愈多，它對國家社會經濟家庭的衝擊，是不容忽視的。

表 1-1 全世界失智人口統計

國名	2004 失智人口	2030 年預估失智人口
美國	450 萬	770 萬
英國	77 萬	120 萬
日本	170 萬	310 萬
澳洲	17 萬	32.5 萬
印度	350 萬	700 萬
台灣	10 萬	27 萬（2013 年）
全球	1800 萬	3400 萬

資料來源：邱銘章、湯麗玉，失智照護指南，2006，頁 20。

日本國立社會保障人口研究所2002年發表『日本全國未來人口推算概要』，其推算統計出的總人口數如表1-2，到平成18年（2006年），達到總人口數最高峰。推估2010年時失智症老人數將增加至208萬人，至2050年3586萬人佔老年人口35.7%。

表1-2日本全國人口未來人口推算概要表

（總人口）	（老年人口）
平成13年（2001年）----1億2,701萬人	平成13年（2001年）2,248萬人佔全人口的17.7%
平成15年（2003年）----1億2,762萬人	平成15年（2003年）2,431萬人佔全人口的19.0%
平成17年（2005年）----1億2,768萬人	平成17年（2005年）2,513萬人佔全人口的19.7%
平成30年（2018年）----1億2,508萬人	平成30年（2018年）3,417萬人佔全人口的27.4%
平成55年（2043年）----1億671萬人	平成55年（2043年）3,647萬人佔全人口的34.2%
平成62年（2050年）----1億59萬人	平成62年（2050年）3,586萬人佔全人口的35.7%

資料來源：蔡錦墩，95年度與日本交流辦理護理機構新型小規模照護認知症對應型共同生活照護實務研討會，2006，頁2。

在日本2004年失智人數170萬人、需支援、需照護老人，每2人中有1人是日常生活中有時候需要支援或照護的失智症老人（失智症老人自立程度Ⅱ以上）；每4人中有1人是日常生活中需要一定程度以上照護的失智症老人（失智症老人自立程度Ⅲ以上）。需支援、需照護的居家老人當中，每3人中有1人是日常生活中有時候需要支援或照護的失智症老人；每8人中有1人是日常生活中需要一定程度以上照護的失智症老人（如表1-3），因此日本政府於新黃金計畫中，針對失智老人提出五點對策：1、失智症知識推廣、啓發，設置提供失智症資訊及諮詢系統；2、失智症的預防、早期發現、早期治療；3、充實失智症老人之治療與照護；4、推動失智症相關治療法之研究；5、失智症老人權利維護；認定失智症照護是醫療與社會福利機構共同的責任。

表1-3日本未來需支援、需照護失智症老人數推估表

單位：萬人

年份	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
失智症老人自立程 度II以上(輕度)	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
失智症老人自立程 度III以上(中度 *參考)	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

資料來源：李光廷，失智症老人照護模式與日本機構照護革命，台灣社會福利學刊，第五期，2003，頁126。

在日本因實施介護保險，因而發展出以團體家屋(group home)失智照護理念，建構失智老人照顧環境，其對減緩失智者問題行為的發生和照顧者身心壓力之負荷，與增加失智者生活之多樣性和機構如家庭般之生活氣氛，具有正面之幫助，東京都廳於2005年對東京市民作民意調查發現，72%市民對失智症表示關心但是對為何造成失智症原因及疾病病症卻不了解，而完全不關心失智症者的市民佔25%（東京Group Home白書，東京都相關認知症對策，2007，3），因此東京都推展失智症對策方面是失智症照護生活環境盡量接近原來日常生活，並且將生活單元與介護單位採一致照護模式，讓失智症生活空間大家共用，並採用一人一個房間，讓入住者保有個人隱私、個性、身心狀況，與以前生活習慣一樣又和其他入住者保持距離感及社會化關係（東京Group Home白書，認知症新的照護方向及介護保險制度改正，2007，8）。

日本長期照護政策除了老人福利法、老人保健法、介護保險法、身心障礙者福利法等，還有高齡者對策基本法、障害者基本法、少子化對策基本法來整合各法之間的缺口。我國則一直未有明確的政策與法令，仍認為失智症患者的照護屬於個人及家庭的責任，失智症大多住在家中，由親友照顧，家庭照顧者常負擔過多的壓力與負荷，甚至出現疲潰現象，因此就以下各國長期照護政策面加以探討與比較（如表1-4），其中以日本高齡化人口最多又鄰近我國，因此作為我國推動長期照護的同時，能夠參考日本經驗與政策，發展一個「在地老化」及「本土性」的失智照護政策。

表1-4各國長期照護政策比較表

項目	瑞典	荷蘭	美國	日本
長期 照護 發展	<p>1960：強調機構是照護，增加護理之家及老人院。</p> <p>1970：老年人口越來越多，機構式花費昂貴，居家護理盛行。</p> <p>1980：制定社會服務法、健康及醫療照護法：醫療專業服務送到家。</p> <p>1980年中期全國總共有286各地方自治開設Group Home。</p>	<p>1941：宣告疾病保險基金政令，分為強制性社會健康保險、自願性社會健康保險、私人健康保險。</p> <p>1966：疾病保險基金法。</p> <p>1968特殊醫療費用保險（AWBZ），荷蘭居民即受雇者一律參加。</p> <p>2004年公務人員健康保險法，其所得8%，僱主分擔6.75%、受雇者1.25%</p>	<p>1930-40：年金、救濟金的發放與私營老人院發展：大型護理之家發展。</p> <p>1950：修訂「社會安全法」。但平衡公私機構發展策略並未成功。</p> <p>1965：Medicare和Medicaid保險使老人長期照護邁入新紀元、私人長期照護保險興起。</p> <p>1980：成本控嚴格審核護之家進進標準。</p> <p>1996年通過的「健康保</p>	<p>1960-80：老人福利法：重視健康服務的發展，機構式照護成長，居家式不受重視。</p> <p>1980-90：老人健康與醫療服法。補助老人健康照護機構設立。老人照庇住宅方案。</p> <p>1990：老人健康與福利服務十年黃金計畫、修訂老人福利法。</p> <p>1990：之後加速發展：24小時的居家照、改善護理</p>

表1-4各國長期照護政策比較表（續）

<p>各國 長期 照護 發展</p>	<p>1990：醫院長期住 院、大型護理之家 大量下降。90%老 人住在社區住宅 中由地方協助。 1992：引進Group Home國庫補助每 一棟單位50萬瑞 幣。 1997：改為國庫及 使用者收費方式 以增加服務品質 及減少國庫負擔。 2006：平衡Group Home的設置時所 需的費用，設置計 畫縮小中。</p>	<p>2006：新健康照護制度 改革，分成三部份：1. 特殊醫療費用保險（全 民強制社會保險）2.健 康保險（含醫療保險及 全民強制社會保險）3. 健康照顧津貼。 2004年立法推動 Social Support Act由法 律接管照護項目，在健 康照護上兼具公法與 私法。</p>	<p>險攜帶性和責任法案」(The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)，將長期照護保費視 為醫療支出抵，符合資格之 失能者其保險給付不視為 所得課稅。 2000：柯林頓總統簽署「長 期照護安全法」(The Long-Term Care Security Act of 2000)提供包括百萬人的 聯邦職員、眷屬和聯邦退休 人員的長期照護保險； 2001：通過「長期照護和退 休安全法」(Long Term Care and Retirement Security Act of 2001，Johnson-Thurman Bill) 提供失能者階段性的 保費及給付的賦稅減免。 2003：通過「長期照護及退 休安全法案」</p>	<p>之家品質、送餐服務、社區 復健、庇護住宅等等。 2000：高齡者介護保險實施， 營運主體以地方公共團體 （縣市町村）及社會福祉法 人、醫療法人為主，訂定五 年計劃稱為「新黃金計劃」。 2006：檢討「新黃金計劃」並 充實介護保險與高齡者保健 福利措施方向，提出「黃金 計劃21」。</p>
--------------------------------	---	---	--	---

表1-4各國長期照護政策比較表（續）

<p>政策 目標</p>	<p>地方自治體居民需求，主要目標「就地老化」減少額外的護理之家發展庇護居住的選擇。</p>	<p>歐陸國家歷史最優久的長期照護保險；各項長期照護法規由地方政府社區照護單一窗口辦理，以社區式照護減輕AWBZ的財務負擔，對障礙者、精神病人、心理病人、老人提供服務、以增進其自我照顧，社會參與、自立生活能力。</p>	<p>減少機構利用，降低長期照護費用與減少濫用。鼓勵購買私人長期照護保險，減輕政府財政負擔；針對個人購買長期照護保險稅賦減低，使所有人均有機會受益，提高購買長期照護保險的意願，年輕時預購保費較低，未來由長期照護保險來給付，可節省未來政府醫療救助的支出。</p>	<p>以老人「預防照護」的領域很重視，居家/社區及機構照護的結合明定主要的社區照護項目，以提供老人健康及福利的服務。</p>
------------------	--	---	--	--

資料來源：1、周世珍，荷蘭健康照護法制新趨勢，長期照護雜誌，2006，第十卷第2期，頁136-151

2、李怡蓁，影響老人接受居家照護服務之直接與間接因素，台北醫學院公共衛生研究所碩士論文，2000，頁12。

綜合以上各國長期照護政策，瑞典於1960年代政策是加強機構式照護並增建護理之家，並於1990年將90%老人住在社區住宅中照護，1992年引進團體家屋Group Home由國庫補助每一棟50萬瑞幣，期目標是就地老化減少護理之家；至於荷蘭是歐陸國家歷史最優久的長期照護保險國家，各項長期照護法規由地方政府社區照護單一窗口辦理，以社區式照護減輕AWBZ的財務負擔，長照目標是對障礙者、精神病人、心理病人、老人提供服務、以增進其自我照顧，社會參與、自立生活能力。

美國於2000年柯林頓總統簽署「長期照護安全法」提供百萬人的長期照護保險，2001年通過長期照護和退休安全法以提供失能者階段性保費及給付的賦稅減免，其政策目標為減少機構利用、降低長期照護費用與減少濫用，鼓勵購買私人長期照護保險，保險稅負減低使所有人均有機會受益，年輕時預購保費較低、未來由長期照護保險來支付，可節省未來政府醫療救助支出，日本於1990年訂定十年黃金計畫，2000年訂定新黃金計畫、高齡者介護保險實施，以縣市町村及社會福祉法人、醫療法人為營運主體，2006年充實介護保險與高齡者保健福利措施提出新黃金計畫

21，政策目標是以預防照護將居家及社區機構照護結合、明定社區照護項目，以提供老人健康及福利的服務。

如何因應高齡人口的快速成長所產生的長期安養與照顧問題，各國均已訂定目標並成為各國政府政策指標之一，而且多朝「就地老化」、「社區照護」為目標，其中以日本老年人口17.1%為最高，鄰近我國並且位於亞洲，而我國則一直未有明確的政策與法令，老人的需求多元，亟需仰賴衛生、社福體系與其他公、私部門相關專業領域機構的合作，才能提供較完整的老人長期照護服務，因此我國推動長期照護的同時，希望能夠參考日本經驗與政策，發展一個「在地老化」及「本土性」的長期照護政策。

貳、研究動機

歐美國家長期照護理念均以「社區化」、「在地化」為主要訴求，已是成為高齡化社會的共同指導策略，日本厚生勞動省2004年4月1日，將失智症老人的照護及生活支援等列為2005年介護保險制度改革的焦點議題，小規模多機能的團體家屋group home較能穩定老人情緒、減緩失智程度惡化效果；家屬亦因老人入居失智老人之家時容易探視，親情得以維護而抱持肯定。

臺東縣面積共3515平方公里，共有16各鄉鎮（包含蘭嶼、綠島）。從台東是到最北的長濱鄉市90公里，最南的達仁鄉也有85公里，根據內政部統計2006年台東縣95年老人人口數佔29370人，佔全縣總人口11.5%，是台閩地區老年人口佔第七位；其中獨居老人佔老人總人口8.5%，有長期照護需求之老人為2611人，老年失智人口約300人（台閩地區長期照護資源名冊，2006）。然而全台東縣卻只有四家護理之家，而沒有立失智照護中心，可見台東縣長期照護及安養護機構是非常缺乏，因此署立台東醫院於95年爭取成立台東失智照護中心，為結合社區資源，失能者與社區融入互動關係，提倡健康認知及健康行為，提升社區整體的健康生活品質，以符合在地化精神。

研究者為署立台東醫院醫護人員，承辦行政院衛生署長期照護處失智老人中心計畫，即將成立台東第一家參考日本模式「生活單元照護模式」Group Home的失智老人中心，因此研究者以本土性研究角度，以署立台東醫院為例，調查台東縣失智症照護現況及照護政策護與瞭解署立台東醫院相關醫護人員及失智家屬對失智老人中心設立之策略的建議；另一方面，

就外國成功的照護模式團體照護，探討在署立台東醫院的適用性，並提出建議。

第二節 研究目的與待答問題

壹、研究目的

依前述研究動機，企圖從國內外失智照護政策、群體生活單元文獻、醫院相關醫護人員及失智家屬的瞭解中，探討群體生活照顧單元理念，運用於失智照護政策推展，並且期望從整體設計論文之研究過程，達到下列各項研究目的：

- 一、瞭解台東縣失智老人照護現況。
- 二、探討國內外失智老人照護政策。
- 三、瞭解署立台東醫院相關醫護人員及失智家屬對失智老人中心設立之策略的建議。
- 四、根據研究結果提出建議，以提供社政機關、衛生主管機關、相關機構政策參考。

貳、待答問題

根據前述的研究目的，本研究主要探討的問題如下：

- 一、瞭解台東縣失智老人照護現況為何？
- 二、瞭解國內外失智老人照護政策為何？
- 三、探討署立台東醫院醫護人員對引進失智老人團體家屋（社區化、在地化）看法為何？
- 四、探討署立台東醫院相關醫護人員對引進失智老人團體家屋（社區化、在地化）建議為何？
- 五、探討署立台東醫院失智症家屬對失智中心團體家屋設立看法為何？
- 六、瞭解署立台東醫院失智症家屬對失智中心團體家屋設立建議為何？

第三節 名詞釋義

爲使意義明確，避免混淆，茲將本研究使用之重要名詞，界定如下：

一、失智症 (Dementia)

失智症（英Dementia、德Demenz）是一種因腦部傷害或疾病造成的進行性認知能力退化，將會影響記憶、注意力、語言能力、解題能力，嚴重時會無法分辨人事時地物。失智症是個不特定的概括名詞，舊稱癡呆症，1991年改爲「失智」，日本則於2002年將老人癡呆症改爲「認知症」；最常見的失智症種類是老人失智症(即阿茲海默氏症)，其典型之起始症狀爲記憶障礙，病人會遺忘剛剛發生的事(短期記憶差)，而較久以前的記憶(長期記憶) 則相對不受影響，失智症之症狀包括人格或行爲改變。通常最早的顯著跡象是譫妄，但在最後，很多成失智症的個案在住院時出現過激烈的混淆症狀。

二、群體生活照顧單元團體家屋 (Group Home)

將大型機構細分成數個小單位之空間，每單元內設有共同之起居小廳，並以數間個室圍繞，且尊重失智老人個人之意願及需求，提供家庭般之陪伴照顧，使其生活正常化。可兼顧個人之生活空間及生活同伴，使機構式之照顧，亦可達到居家照顧之目標(尹聖道，2005)。

三、日本介護保險制度

日本「介護保險」是針對高齡化的社會而產生的制度，是社會保險的一環，於2000年開始實施。「介護保險制度」以社會保險方式營運，在保險事故給付與利用者負擔（包括保險費及利用費）的明確關係下，容易展現制度的透明性與公平性。

四、長期照護

長期照護之定義爲：提供缺乏自我照顧能力的健康、個人與社會照顧的服務，通常是持續一段長時間。而Weissert則認爲長期照護是對罹患慢性疾病的身心障礙者，提供診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。這些服務可經由不同的機構或非機構設施獲得。長期照護不僅具有連續性照護的概念，亦是跨越醫療與社會服務領域的照護。一般用以鑑定功能失常與評估長期

照護需求及其需求類型之依據指標為：日常生活活動能力（activity of daily living，ADLs）包含吃飯、上下床、穿衣服、上廁所、洗澡等；以及工具性日常生活活動（instrumental activity of daily living，IADLs），包含煮飯、洗衣、作輕鬆家事、購物、理財、外出活動、打電話、遵醫囑服藥等，與認知功能（cognition）程度指記憶、定向、抽象、判斷、計算及語言能力。至少一項以上的ADLs或IADLs功能不全者，即為長期照護的對象（引自阮玉梅，1999）。

第四節 研究範圍與限制

壹、研究範圍

一、研究地區

本研究地區為行政院衛生署台東醫院小規模多機能團體家屋失智中心。

二、研究對象

- （一）失智症照護相關醫師及護理人員。
- （二）台東縣失智症患者家屬。

三、研究內容

本研究針對行政院衛生署台東醫院即將成立小規模多機能「團體家屋」失智中心，參考國內外文獻與相關醫護人員及家屬做質性訪談，分析結果，以提供政策制定者參考。

貳、研究限制

一、研究對象

本研究僅就行政院衛生署台東醫院照顧失智症醫護人員及失智症家屬的部分加以研究。

二、研究內容

本研究訪談部分，在醫護人員方面只選取六位受訪者進行訪談，失智症患者家屬將訪談四位。

第二章 文獻探討

第一節 老年失智症意涵

本節將說明失智症病程發展、生態系統理論及失智症家屬照顧壓力作說明，並且以生態系統角度來討論家屬照顧失智症壓力。

壹、老年失智症的定義

在台灣，失智症早期稱為「癡呆症」到 80 年代才改為今名，其病因是大腦皮質受損所引起的長期認知功能症狀，通常以 65 歲以上的老人最常見（約佔 2-5%），但並非只有 65 歲以上的人才會得此疾病。失智症主要症狀有近期記憶差（Amnesia，長期或遠期記憶力在疾病早期仍屬正常）、操作能力退化（apraxia）、認識能力變差（agnosia）及失語現象（aphasia），余謝昭（2004）研究臨床症狀上，病人在不知不覺中智能慢慢減退，不斷的惡化，最後幾乎所有的精神功能都有嚴重的障礙或完全破壞，是一種神經系統的退化性疾病。多數之失智症為腦部不可治療之退化性疾病所造成，特別是阿茲海默病（Alzheimer's disease）。根據美國精神醫學學會精神醫學診斷手冊第四版 DSM-IV-TR（2000 年出版）的定義，失智症患者應該具備下列診斷標準：記憶的喪失（無法學習新的資訊並回憶之前學習過的資訊）、認知混亂狀況中的其中之一：失語症（aphasia）、語言障礙、失用症（apraxia）；無法完成神經運動學上的動作雖然神經運動功能是正常的；失認症（agnosia）指無法認定或界定物體，雖然感覺功能是正常的；執行功能的混亂：如計畫、組織、排序、摘要。

綜合以上所述老人失智症即阿茲海默氏症，其典型之起始症狀為記憶障礙，病人會遺忘剛剛發生的事(短期記憶差)，而較久以前的記憶(長期記憶) 則相對不受影響，失智症之症狀包括人格或行為改變。通常最早的顯著跡象是譫妄，但在最後很多成失智症的個案在住院時出現過激烈的混淆症狀。

貳、失智症的類型

依據美國精神醫學學會精神醫學診斷手冊第四版 DSM - IV-TR (2000 年出版) 的定義，失智症種類可分為三類：退化性、血管性、或其他原因起失智症。

一、退化性失智症：大部份患者都是屬於這類型，其中又以下列三者最常見：

- (一) 阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)：1906 年由德國 Alois Alzheimer 醫師發現，因此以其命名，是最常見的失智症。阿茲海默型失智症的特性為兩種以上認知功能障礙，主要以記憶功能為主，並無意識障礙、屬進行性退化並具不可逆性；其腦部神經細胞受到破壞，往生後腦解剖可發現異常老年斑及神經纖維糾結，美國前總統雷根即罹患此症。
- (二) 額顳葉型失智症 (Frontotemporal lobe degeneration)：其腦部障礙以侵犯額葉及顳葉為主，特性為早期即出現人格變化，無法調整行為，以致有不適切之行為反應及活動；或早期就出現語言障礙，如表達困難、命名困難等，此二者皆有進行性退化現象。
- (三) 路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies)：特性為除認知功能障礙外，重複地無法解釋的跌倒、時好時壞起伏變化大、對抗精神藥物十分敏感、鮮明的視或聽幻覺、每次發作持續數月至數月。

二、血管性失智症 (Vascular Dementia)：為腦血管疾病所引起的失智症，特性是認知功能突然惡化、有起伏現象、呈階梯狀退化，在東方人發生比例甚高。臨床特徵：情緒及人格變化、尿失禁、假延髓性麻痺吞嚥困難、構音困難、情緒失禁、步履障礙(失足跌倒)。

三、其他原因失智症：其他原因引起之失智症，如腦瘤、腦炎、AIDS、外傷、酒癮、正常腦壓水腦、Vit.B12 缺乏、甲狀腺功能低下等。

綜合以上阿茲海默症是造成老年失智症的最主要原因，多國罹患之比例皆超過五成以上，以 65 歲為分界線，主要以記憶衰退、認知退化、產生幻覺、妄想等精神異常現象，一直嚴重到長期臥床，一般而言阿茲海默症在病發到死亡平均 8-10 年，但病程發展因人而異。

參、失智症疾病分期

余謝昭（2004）認為失智症主要症狀有近期記憶差，長期或遠期記憶例在即併的早期可能仍屬正常，操作能力退化，老年失智症分三期症狀如下：

- 一、第一期（初期）：大約 2-4 年期間，症狀有記憶力輕度喪失，近事記憶局部障礙，判斷力減低，對時間定向力障礙，自我照顧能力部份缺損，且複雜性日常生活功能開始出現障礙，須在監督下生活。記憶力及度喪失，僅剩殘缺片段記憶、語言能力瓦解、僅剩咕嚕聲，判斷力喪失、對人、時、地之定向力完全喪失，大小便失禁，自我照顧能力喪失，須完全依賴他人。
- 二、第二期（中期）：大約 2-8 年期間，記憶力中度喪失，無法辨認好朋友與親戚，近事記憶困難，判斷力障礙，對人、時、地之定向力喪失、錯覺、幻覺，自我照顧能力缺損，且有明顯複雜性日常生活功能障礙，忘記如何完成日常事務，如穿衣服或刷牙，須部分依賴他人養護。
- 三、第三期（末期）：大約 1-3 年期間，記憶力重度喪失，近事記憶能力全失，判斷力喪失，對人、時、地之定向力喪失，對親人認知出現障礙，大小便失禁，自我照顧能力喪失，長期臥床須完全依賴他人養護。

阿茲海默症 (Alzheimer's Disease) 是 1906 年由德國 Alois Alzheimer 醫師發現，是一種慢性持續性的、不可恢復的退化性腦病，病程可達十年或更久，病人會慢慢失去記憶或喪失日常生活照顧能力，又人稱為一場「延長的葬禮」白名奇（2000），發生原因不明且無治療方法。

劉秀枝（2001）研究提出阿茲海默型失智症的症狀包括：記憶力減退、空間結構異常、抽象思考能力退化、計算能力衰退等，中期長出現的障礙包括：語言理解能力下降、社會判斷力減弱及規劃動作能力的下降，後期病人任之功能更嚴重退化至「忘了我是誰」，認不出鏡子中反映出的自己，也無法辨識親人、親友「相見不相識」，語言表達力退步，喪失生活自理能力，甚至行動困難、大小便失禁、長期臥床，約有半數伴隨精神病症，妄想症、幻覺、暴力、憂鬱、焦慮、語言表達力退步、遊走、易怒錯誤想法。

白明奇（2004）亦指出病人逐漸產生認知功能退化，簡單的事也做不好，連自我照顧功能也喪失，到後來往往需要部份或全職照顧者幫忙，當病人來到醫院就診時，為數不少都已經達到相當嚴重程度。

徐亞瑛（2000）認為照顧失智症是一件具有挑戰、長期奮戰的工作，於一項失智症病人調查中，有 80—90% 的失智症患者自我能力缺損或有問題，80% 曾有懷疑、幻覺、情緒激動等精神上的症狀；50% 曾有攻擊行為、遊走、甚至走丟情形。

綜合以上學者研究，失智症是一種神經系統的退化性疾病，多數之失智症為腦部不可治療之退化性疾病所造成，特別是阿茲海默病（Alzheimer's disease）是一種慢性持續性的且無治療方法，症狀包括：記憶力減退、空間結構異常、抽象思考能力退化、計算能力衰退等，中期長出現的障礙包括：語言理解能力下降、社會判斷力減弱及規劃動作能力的下降，後期病人任之功能更嚴重退化至「忘了我是誰」，病人來到醫院就診時為數不少都已經達到相當嚴重程度，照顧失智症是一件具有挑戰、長期奮戰的工作。

肆、失智症之照顧

一、失智症照顧理論

根據生物學觀點，生態學是指有機體與環境間關係，以探討個別或一群有機體和環境關係。而「人類生態學理論」乃強調生物有機體與社會兩者環境互動關係，人們可以生存或追求好的生活品質，乃是擁有自然資源和適應環境方法，也包括認知、價值觀、決策、影響人們的適應和資源使用，以滿足需求和達到目標。（林淑錦、白明奇，2006）

Bronfenbrenner（1979）的生態理論描述社會環境如何對個人產生影響，將環境依人空間與社會距離，分成一層套一層的數種系統，個體被置於最中層，而環繞他的是一層層愈來愈大體系，從內到外分別為小系統、中間系統、外系統與大系統，其概念如下：

小系統是指對個體經驗有直接影響的系統，例如病患主要照顧者的朋友、家庭等。中間系統是各微系統之間互動關係，當兩個系統價值觀產生衝突時，通常會造成個體適應問題，例如主要照顧者與病人的互動關係構成中間系統；外系統是個體周遭的情境所組成，個體雖然沒有經歷到，但此系統卻會間接影響個體適應，例如當主要照顧者的兄弟姐妹因工作壓力，無法參與照顧，兄

弟姊妹工作對主要照顧者而言就是外系統。大系統是指背後隱含這社會或個人的意識形態系統，個體沒有直接體驗也沒受影響。系統之間的關係是相對性，而不是絕對的，例如社會對失智症認知。

劉秀枝（1997）提出家庭生態觀點中，其論點包括家庭是動態而非靜態的實體，家庭的變遷來自生態系統中美一層級間交互影響，例如家人生病、家中成員負擔增加，角色及行為模式改變家庭中成員所體驗到經驗會隨家庭人際網路關係變化而改變，如果家庭出現一個失智症患者，家人要迎接醫療需求同時失智症造成腦部病變認知退化，其功能退化與情緒改變長困擾照顧者，而且可活上十年以上，最後完全需要家人照顧，造成家屬很大負擔是利害的慢性隱形殺手。

綜合以上學者提出，人們可以生存或追求好的生活品質，乃是擁有自然資源和適應環境方法，也包括認知、價值觀、決策、影響人們的適應和資源使用，以滿足需求和達到目標，生活基本模式不斷變化人們亦是不斷適應環境，在這系統關係中存著許多相互影響、彼此牽連，因此失智症家屬再照顧失智症病患時家庭生態會因此而改變。

二、失智症病患家屬的照顧壓力

以社會支持的角度看照顧工作，照顧方式亦包含服務性支持、物質性支持和感情性支持。劉景寬（1998）指出關於失智症照顧工作，除了醫療費用對社會是一項沉重負擔外，在家庭成員方面所承擔心理壓力與體力勞累更是難以估計。

失智症家屬有生理、心理、社會、經濟等層面問題。生理問題如睡眠不足、腸胃不適、體重改變、無法改善的頭痛以及疲倦；情緒問題如無助、無法出門生氣、照顧病人受挫而沮喪以及憂鬱；社會問題如社交機會減少、娛樂活動減少、社會疏離等；經濟負荷如對照顧工作造成影響，有時需辭去工作或請假，失智症對家庭影響相當大。（史曉寧、黃愛娟，1996）

失智症病患病程長達十年在如此長時間照顧者陷入持續性哀傷過程，一點一點地失去親愛的家人，故有人稱「進行中的喪禮」（湯麗玉、葉柄強、陳良娟、謝碧容，2000）。失智症患者由於其疾病之特殊性，因此給家庭帶來不同層面的壓力與衝擊，甚至影響到照顧者的生理、心理健康、家庭關係、經濟、工作及社會層面等（Almberg, Jansson, Grafstrom, & Winbland, 1988）。其影響層面如下：

- (一) 生理層面：因照顧失智症患者需付出及大心力與勞力，阿滋海默氏症病人的協助，從早期發病時之金錢管理，到晚期基本個人衛生協助，照顧者身體健康方面會受影響。
- (二) 心理層面：在家屬方面有焦慮、憂鬱、生氣、缺乏耐心，甚至對被照顧者產生憤恨感（Brown，1990；Chou et al.，1999）配偶得知伴侶得了失智症，內心感到悲傷不捨，覺得伴侶將永遠離開他（Castle，2001）。
- (三) 家庭方面影響：如家庭出現一位失智症患者，將使原本家庭成員的關係發生改變，有時因此產生家庭衝突，家人對失智症認知有所差異，主要照顧者也覺得其他家庭成員也應該有所付出、對尋求的協助的意見不一等，這些都是家庭內產生重大衝突原因之一（Anesbensen，Pearlin，Mullan，Zarit & Whitlatch，1995）。經濟層面對家庭經濟也造成很大影響，包括疾病帶來醫療費用，這種慢性病家庭支出比一般非失智症家庭支出還高（林敬程，2000）。
- (四) 社會層面的影響：如失智症患者家屬在社交生活減少、無法追求嗜好、從社會網路隔離、無法滿足個人及人際需求等（Chou et al.,1999）。

綜合以上學者研究可知：失智症對家庭會造成衝擊，退化後行為愈來愈惡化，會出現遊走、定向感與認知障礙、自我照顧功能喪失、疑心、幻想、大小便失禁等類似精神科疾病，完全依賴他人，因此家屬將面臨生理、心理、經濟、家庭、社會關係等多重壓力，甚至崩潰；而失智症家屬的負荷與困難，也需要政府規劃與實務上支持。因此，社區發展模式可以提供失智症家屬專業與非專業的技巧，得到緩解負荷的機會。

第二節 日本介護保險的概述

壹、日本介護保險政策

一、日本介護保險演進概況

日本於2000年起實施介護保險制度，使老人有尊嚴的享受健保、醫療、福利的綜合照護服務，但他不是一朝而成的先進制度。老人福利法流程，源於1874年為扶助弱勢老人，訂定「恤救規則」，但因過於嚴格，實際受惠人數少，民間慈善團體因此負起救濟之責，於1932年公佈「救護法」，此法較具備扶助功能。以下就日本介護保險的年代及相關法規與當時社會背景加以說明（如表2-1）：

表2-1介護保險演進概況表

年代	相關法規	社會背景說明
1874	訂定「恤救規則」	戰後1947年平均壽命，男性50.06歲，女性53.96歲，法規制定源於扶助弱勢老人，因規定嚴格，實際受惠人數少。
1963	訂定老人福利法	人口由鄉村流入都市，形成小家庭制度，國民壽命延長，高齡者增加，老人福利有所依據。
1973	低收入高齡者醫療費用免費	因老人醫療費用急增，政府備受指責而制定，日本老年人口65歲以上佔全國總人口率為7.11%
1982	訂定老人保健法	
1986	增加老人保健設施	
1989	開始規劃制定「高齡者保健福祉推進十年戰略」即所謂「黃金計畫」	面對老化人口急速增加的高齡化社會，日本政府在90年代開始實施至1999年之十年計畫一稱為黃金計畫（Gold plan）。希望在2000年4月介護保險制度導前，透過黃金計畫將所需要的準備完成。

表2-1介護保險演進概況表（續）

1990	修訂實施「福祉關係八法」	各自治體制定執行「保健福祉計畫」的責任，對實施在宅、機構服務的推進，由鄉鎮市一元化的負責，則有法的依據。
1991	老人訪問看護制度的創設	
1994	規劃「新黃金計畫」	對黃金計畫重新檢討，學者對21世紀新的理想高齡者照護制度開始檢討，並作成報告，1995年平均壽命；男性76.38歲，女性82.85歲。
1997	「新黃金計畫」12月9日國會審議通過，於12月17日公布	因低估高齡者人口及服務需求，日本政府在1999年底另訂新的五年計畫，稱「新黃金計畫」
2000	4月1日「新黃金計畫」實施	使家庭支援者（home helper）從預估17萬增加至1.5倍，使在宅老人照護服務更充實。
2006	「黃金計畫21」於8月開始正式實施	日本政府有鑑於2025年需接受照護人口達520萬，發表『今後五年期間高齡者保健福利措施之方向』，取代『新黃金計畫』稱為黃金計畫21。

資料來源：研究者整理

二、日本實施「介護保險」原因

日本實施介護保險已久，但原因不外乎：（1）解決國民年老以後不安（長期照護）問題，為擴充福利，開拓新財源；（2）新財源採租稅或社會保險方式籌措；（3）照護服務在市場化的機制下，透過利用者與提供主體的契約行為，期待提供多樣、充實、持續及綜合性照護等服務改革；（4）將「醫療」與「照護」的保險給付分開，以作為落實「社會保障制度結構改革」。（參閱表2-2）。

表2-2介護保險制度下組織型態別服務提供領域表

組織型態	居家照護服務	機構照護服務	擬定長期照護計畫表
社會福利法人（公設民營）	○	○	○
公益法人（民間非營利）	○	×	○
醫療法人等（民間非營利）	○	○	○
民間企業（民間營利）	○	×	○
農協、NPO等（民間非營利）	○	×	○
地方自治公共團體（公營）	○	○	○

資料來源：李光廷，日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗，台灣社會福利學刊，2003，第三期，頁147。

貳、日本介護保險制度內容

一、為何需要介護保險

由於日本高齡化急速進行，需要照護的高齡者人數亦隨之急增。又介護期間長期化，或受照護者的高齡化，又由於小家庭的盛行，就衍生需要照護高齡者的職責，全都落入家庭負責的困難狀況。在這樣的狀況淵源，對急速增加的介護費用，透過全體國民的公平負擔，同時能解決有關不安的問題，又能自由的選擇、保健、醫療、福祉等綜合服務，以達到在自己附近社區，安心生活的目標，所以需要「介護保險制度」。

二、日本介護保險制度的特色

- (一) 「介護」是誰都必須面臨的問題，然其所需費用，由保險金給予安定的確保，在面臨須要護的時候，就得到保障，適切的利用服務。
- (二) 保險金的用途，採用社會保險方式，只限用在介護費用上，就是明確的 劃定，接受保險服務的照護費，由保險金負擔的相對關係。
- (三) 利用者，可自由選擇自己所希望的服務事項。
- (四) 把有關照護的保健、醫療、福祉的服務，以綜合的一體的提供在家獨立生活的支援服務。
- (五) 誘導多樣的民間事業者參與，圖謀確保個人照護及增加服務供給量。
- (六) 導入競爭原理，提供高效率的優質服務。
- (七) 照護經理人與利用者商談能順應其需求，由辦理各種手續的支援，能使利用者順利的容易的利用服務。

三、介護保險制度的結構

- (一) 保險者（實施主體）為鄉鎮市公所。
- (二) 被保險者，凡年滿四十歲者須加入保險。
- (三) 被保險者，必須依核定的保險費繳納。
- (四) 需要照護狀態的情形，由公所認定後，可以利用照護保險的服務。
- (五) 如利用在家服務的情形，必須由照護經理人作成照護計畫書辦理。
- (六) 利用照護服務的時候，必須自行負擔 10% 的費用。
- (七) 不符合照護服務條件的人，不能利用照護保險服務。

四、加入介護保險的資格

凡年滿四十歲者，必須加入介護保險，並劃分從四十歲起至六十四歲為第二被保險者，而年滿六十五歲以上者為第一被保險者。

(一) 要介護 (要支援) 的認定：凡是要利用介護服務，必須經下列手續認定



圖2-1申請介護服務流程圖

資料來源：研究者整理

(二) 保險費用的計算

被保險人區分為二，亦即：65 歲以上老人，稱為第 1 號被保險人；40-64 歲的中高齡者，稱為第 2 號被保險人。居住於日本 1 年以上，而且加入健康保險的 40-64 歲外國人原則上亦得加入。介護保險的保險人由各市區町村擔任，2002 年 6 月厚生勞動省統計，全國有 2,816 個保險人，其任務有負責管理保險收入（保險費、統籌分配款）及支出（給付費、審查費）、提供需照護程度、

給付額度等情報，並將統計資料（包括預測值）向管轄的都道府縣報告以及監督各相關機關。原則上，各市區町村獨立成為保險人，但對於轄區較小且受財政、環境限制的市區町村，可聯合其他轄區共同營運。（李光廷，2003）。

介護保險財源結構：介護保險財源的50%來自保險費收入，其中17%由第1號被保險人負擔，第2號被保險人負擔33%；其餘的50%由國庫負擔，被保險人須終身繳費，即使老人由家屬或自費請人照護而一次都不利用保險給付者亦不例外，惟對低收入者得以減低負擔而由政府補助，第1號被保險人的保險費原則上由年金中扣繳，此稱為特別徵收，全國年金受給者大約 8 成由年金特別徵收；年金給付不足以負擔保險費者，個別向市區町村繳納，通常與國民健康保險費一同繳納，此稱為普通徵收。

2000 年度當初的估算，全國需要 4.3 兆日圓的長期照護經費，換算成全體被保險者平均負擔，每人每月約 2,500 日圓。然實際徵收後，發現此估算稍嫌不足。保險費額按照每戶所得分 5 等級徵收，低收入戶的負擔得以減輕，2002 年度全日本 65 歲以上老人平均每人每月保險費基準額為 2,911 日圓。

綜合以上日本介護保險制度，可窺探該制度的設計精神不外乎為老人設想，當身體不適，需要照顧時不必為龐大介護費用而操心，因設計內涵包含了由全體國民公平負擔的機制，解決不安問題，讓老人隨心所欲得到應有的照顧以「頤養天年」之樂，實現「老有所安，終保尊嚴快樂園地」；反觀我國在長期照護政策推展，對低收入戶老人照顧周到，但尚未普及到全國人民，在人口逐漸高齡化的同時，對小家庭支出的成本是很龐大的，因此沒有介護保險制度的我國，是否能推展國家政策，設立署立台東醫院失智中心；雖有硬體的補助，卻沒有社會福利的軟體介入補助，一般小家庭是否能長期自費住在高成本的失智中心是有待探討的，而且是重大考驗。

參、日本單元照顧模式（unit care）理念概述

丹麥、瑞典發展的團體照顧理念，是以「尊嚴」為照顧重點，並否定大規模機構集體、輸送帶式之照顧模式而誕生。團體照顧理念期望照顧者以共同生活之方式，陪伴失智住民一起生活，使機構不再祇是接受治療與限制活動的地方。在此理論之影響下，發展出以小規模生活單元為照

顧單元之團體家屋，而日本的單元照顧模式亦是受到團體家屋之帶動與啓發推展出來的。翁福居、林財源（2004）

始於歐洲國家瑞典，再導入日本，並於 1997（平成九年）年度起失智症高齡者的團體家屋之營運費用、1998（平成十年）年度尾起之機構設立（維修）費用皆被歸在日本國庫補助費用之預算內。而日本在 2000（平成十二年）年開始辦理介護保險，團體家屋也被包括在給付對象當中。日本雖晚了瑞典 15 年，但當局相當重視失智高齡者的照護政策，所以以民家來進行改造或是醫院內設置的團體家屋在日本現在的設置數目，也正以十分驚人的速度在成長著，2005 年底已約 7000 所。

一、團體家屋特徵

其特徵為自立支援，人數約為 5 到 9 人，大家穿著平時的衣服，在就像家的氣氛中，過自在的生活，去掉機構的感覺，並在入居者所能夠負擔的範圍內，自己來處理一些生活雜事（餐具擺設、折衣等等）。團體家屋雖然並不是住慣的自家，卻具有家庭氣氛及自我的時間，並由專業的照護人員從旁協助照護。是要以守護者的角色，來進行協助並且依照每個人的生活步調過生活。而從這樣的生活照護方式可以抑制退化，且伴隨症狀也會從生活中得到改善。

家屬也能從中與高齡者保持良好的關係，讓彼此能夠重新認識彼此，關係不再緊張，讓失智高齡者能夠安心的生活，讓生活再延續，讓團體家屋成為他們的「另一個家」，日本團體家屋對應型共同生活家庭之模式，以健康、活躍、快樂的生活，提供保有自我尊嚴的生活，讓個人的生活能力發揮到最大極限。以維持其所習慣的生活型態，以生活即復健為目標的照顧導向，緩和認知障礙並存問題的行為，協助高齡者本身的自立。讓失智症高齡者過「一般人普通的生活」成為可能的事，也帶給家屬喘息的機會。

日本東京都 2003 年「日本東京都入居團體家屋效果變化調查」，調查對象為日本東京都失智老人之家 58 所，回收率 67.2%〔39 所〕，發現半數以上失智老人之家反映的明顯效果，如老人表情變的更豐富、生活步調變得規律、會話情況變多、健康情況變佳。而且入居長者的生活變化，原來不准碰瓦斯爐，現在可以自己燒飯作菜表現出自己想過的生活步調，白天經常走動、每天熟識的人或物可以辨識，老人與家屬間關係改善停止服藥，展現出個人個性等變化（如圖 2-2）。

日本東京都入居Group home效果變化調查



半數以上失智老人之家反映的明顯效果

老人表情變的更豐富
生活步調變得規律
會話情況變多
健康情況變佳

入居長者的生活變化

原來不准碰瓦斯爐，現在可以自己燒飯作菜
表現出自己想過的生活步調
白天經常走動，每天熟識的人或物可以辨識
老人與家屬間關係改善
停止服藥，展現出個人個性

圖 2-2 日本東京都入居團體家屋效果變化調查

註：調查對象：日本東京都失智老人之家 58 所，回收率 67.2% (39 所)

資料來源：東京都社會福祉協議會〔2003 年 4 月〕《東京 Group Home 白書》頁 35-36

二、團體家屋的基本照顧方針

(一) 自立支援、歡喜與成就感的生活

養成獨立之照顧，透過一起生活，可以觀察到入居者的日常生活，及失智症的許多潛在身心能力。例如進食、上廁所、換衣服、對事物的理解力等。並可在替當事人表示開心及鼓勵的同時，可以藉由全體工作人員之力，導引他們走向獨立之路。即使透過工作人員之手而學會獨立，也可以讓當事人感到開心及找到自信。蔡錦墩（2006）

(二) 職員的任用

團體家屋雖是少人數的集合體，但每位進住者所走過的人生、價值觀及生活方式也都不同。因此員工的職種也不只設限在護理、照護或者福祉相關的職種，像心理、保育、營養、料理關係、家庭主婦或其他領域的人員，尤其是具有人生經驗的各領域的人。

(三) 相處模式

- 1、讓生活延續：維持所習慣的生活型態，尊重入居者的決定是很重要的，但也並非是一味滿足其需求，而是協助失智高齡者將容易陷入混亂的情況減到最低。
- 2、入居者的作息時間：每個人以前的作息不同，不要勉強入居者要過著如軍隊般的群體生活，這樣子的要求，反而會使入居者困擾。
- 3、詢問時問題要明確：具體而明確的來提出問題。比如不要問他們今天想吃什麼，而是問入居者今天想吃飯還是吃麵?減低他們的困擾。
- 4、生活即復健：平常在家庭中會做的事，例如做菜、打掃、洗衣服、園藝或進行宗教儀式等，藉由鼓勵或引導等團體的力量，讓入居者自己運動身體、動腦，但也不是一成不變的家事，而是由符合他們個性的行為，幫忙找回原來生活中的快樂與期待，便可以引出復健之效果。找回「普通」的生活。

綜合以上日本厚勞省於2006年起制度化實行社區中分散設置「小規模、多功能、有家庭氣氛的照護服務據點」措施，該據點具備日間照護、緊急托顧、短期托顧、長期居住等多重功能，提供24小時365日的照護服務，就像7-11便利商店全年服務不打烊一樣，最重要的是失智老人之家及托老所等融入社區當中，成為居民生活不可分割的一部分，是「社區照護」的真實意義。失智老人之家的照護重點，在於照護者與利用者之間建立熟識的人際關係，藉此產生互動與信任。Group home是連結高齡者與社區最好的一個媒介。在地點方面，位於社區，與一般民眾生活並不脫節，是屬於「開放式的生活」，家屬與朋友能夠隨時去探望，進住者也希望每天都能外出，實際體會社區生活，因此Group home也就是「家」，而這個「家」對失智症高齡者而言是能夠安心生活的住處，也是全天24小時有專業照護人員的機構。

第三節我國長期照護政策發展及相關研究

壹、老人長期照護服務的意義與類型

林麗嬋（2006）提出長期照護服務，是對先天或後天失能者提供一段時間的服務，提供的服務包括醫療照護個人照顧和社會性服務等一系列照護措施，服務時間是長期的。

陳惠姿（2000）提出長期照護，係針對長期照護者提供綜合性與連續性之服務，其服務內容：預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性與社會性之服務；其服務對象不僅包括病患本身，更應考量照顧者的需求。長期照護，依照失能者所保有的功能，以合理的價格在適當的場所，在適當的服務者，在適當的時段，提供恰如所需之服務；其目的是為保有尊嚴，能自主享有優質生活。

「老人福利法」將服務模式區分為「居家」及「機構」，「身心障礙保護法」將服務模式區分為「社區」、「居家」、「機構」三大類；有鑒於台灣長期照護特質中，家人扮演重要角色（吳肖琪、林麗嬋、吳義勇，1999），因此發展並強化社區是支持照護措施以支持家庭照護者，在東方社會很重要。

貳、老人長期照護服務的體系概況

林麗嬋（2006）提出台灣地區長期照護服務的監督和管理，主要是透過「社會福利體系」（簡稱社政體系）與「醫療服務體系」（簡稱醫政或衛政體系）兩大行政體系主管，行政院國軍官兵退除役輔導委員會所屬的榮民之家「榮民體系」，及勞委會、農委會、原委會，非體制內有家人或親友自行照顧，與未立案安養及養護機構。由於前述之三大體系所屬的主管單位與其提供的服務項目都不盡相同，在此針對三大體系作說明如下：

一、社會福利體系

社會福利體系主要法源依據為「老人福利法」及「身心障礙者保護法」。所屬主管單位在中央為內政部社會司；在直轄市為直轄市政府社會局；縣（市）為縣（市）政府社會科（課）。主要長期照護服務措施有：

（一）居家式照護：主要為在宅服務，針對居家低收入或生活無法自理，乏人照顧的老人，提供

生活照顧、支持服務、居家看護和簡易護理服務。

(二) 機構式照顧：依據 1997 年修訂的「老人福利法」，機構式照顧有長期照顧機構、養護機構與安養機構。

(三) 包括日間托老、營養餐食、送餐服務、短期或臨時照顧、老人公寓等。

二、醫療服務體系

醫療服務體系主要法源依據為「醫療法」及「護理人員法」。所屬主管單位在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府衛生局；縣（市）為縣（市）政府衛生局。主要的服務措施有：

(一) 居家式照顧：居家護理，側重在技術性護理服務與醫療服務的提供。經營的型態有護理人員獨力開設之居家護理所、醫院附設、護理之家附設、基金會附設及衛生所附設等經營方式。

(二) 機構式照顧：護理之家，照顧對象為罹患慢性病需要長期照顧或出院後需要繼續護理之老人，其服務項目有醫療服務、護理服務、復健服務等，經營模式有護理人員獨力開設、醫院附設與基金會附設等。

(三) 社區式照顧：日間照顧，除提供醫療、復健、護理等，更重要的是與家屬分擔照顧工作，讓家屬能自在放心從事經濟等其他活動。

三、榮民體制

榮譽國民之家：直屬於行政院國軍退除役官兵輔導委員會，設立目的是為了安置因戰事（公）受傷成殘或因體能傷殘，無工作能力，或年老無固定收入、生活無著的退除役官兵，使其晚年能獲得妥善照顧，並頤養天年。服務對象，凡現役官兵因戰（公）傷病成殘除役或榮民體能傷殘失去工作能力，或年滿六十一足歲未支領軍公教月退休俸（金）無固定收入、無積蓄、無恆產、生活無著者，均為安置對象。

參、我國長期照顧之相關政策

我國老人長期照顧資源發展在 1995-2004 年間，2004 年 2 月 13 日行政院所修正核定的社會福利政策綱領及明定推動社會福利政策，訂定原則及包含「落實在地服務」各項服務以在地化、社區化、人性化，切合被服務者需求為原則。社會福利綱領含六大項，分別是社會保險及津貼、社會救助、福利服務、

就業安全、社會住宅與社區營造、健康及醫療照護等。在社會服務部分指出：國民因年齡、性別、身心狀態等社會人口特質而有健康、照顧、保護、就業、社會參與、發展，政府應結合家庭及民間力量，提供適當服務，以促進身心發展（曾中明，2006）。

2004 年成立長期照顧規劃小組，以完整照顧體系為目標，參酌並吸取德、日、英、荷等先進國家經驗，預計於 2006 年底，提出推動長期照護計畫之依據。由於歐美國家照護理念以社區化及在地化為主，希望能在熟悉環境中生活，以避免大量護理機構發展；我國先導計畫以社區化優先，並以在地老化提供策略，長期照護工作重點歸結有五點：

- 一、社區照護理念法制化，內政部已完成修訂「老人福利法」及「身心障礙者保護法」修正草案，其中經濟安全部分增列經濟安全津貼，並增訂照顧服務原則，身心障礙者及老人照顧服務以全人照顧、在地老化、社區化服務及多元連續服務規劃辦理原則，以充實居家式照護措施為內涵，以滿足多元化選擇。並強化家庭式照護家庭支持，明定縣市政府應自行或結合民間資源，提供被照顧者妥適生活。
- 二、建立服務輸送體系之可近性，成立各地區長期照護中心，對偏遠地區已巡迴關懷車深入社區。
- 三、照顧機構資源能平衡發展，身心障礙機構低於需求之鄉鎮有 184 個，佔總鄉鎮市的 50%，對於慢性精神病、植物人、失智症等特殊機構十分缺乏。
- 四、加強社區照顧多元化，引導發展社區化、小型化發展，如辦理營養餐飲服務及日間照顧服務。
- 五、增加照顧服務預算，2006 年分別匡列 1.76 億推展社區照護據點，另編列 5.85 億辦理居家服務、餐飲服務，針對身心障礙者、社區照顧方案，編列 7.49 億，以支持居家及社區式長期照護體系。

肆、我國長期照護政策及歷史沿革

我國長期照護發展過程（張濰濱，2005），分為以下五期：混沌期（1985 年以前）、萌芽期（1986-1993）、制度建構期（1994-1997）、發展期（1998-2001）、產業化時期（2002 年以後），每一個時期均有其重要意義，今說明如下：

一、渾沌期

1980 年 1 月 26 日，「老人福利法」正式公布實施，第四條名列四類老人福利機構，包括：扶養機構、療養機構、休養機構、服務機構，4 月 29 日，「老人福利法施行細則」公布實施。

二、萌芽期

1987年8月，行政院衛生署以實驗計畫方式委託台北市護理師護土工會，推展以社區為基礎獨立型態的「居家護理服務」，護理人員至家中提供技術性護理。內政部開始撥款補助縣市政府及老人扶養機構辦理老人日間照顧服務，並免費照顧低收入者；1988年，高雄、台中護理師護土工會先後以實驗計畫方式，參與居家護理工作之推展。1989年10月1日，中央信託局同意以實驗計畫方式，開始試辦居家護理納入公務人員保險之試辦計畫，將居家護理納入公保給付範圍，使居家護理的支付標準有了參考依據。1990年1月15日，行政院衛生署建立「全國醫療網第二期計畫」續定「中老年病防治第二期五年計畫」，在特殊醫療服務項目下，特別指出「加強復健醫療及長期照護服務」。

三、發展期

1991年2月25日，行政院衛生署於耕莘醫院輔導成立國內第一所「護理之家」，為醫療機構開辦護理之家；5月17日頒布「護理人員法」因應連續性醫療照護之需求，並發揮護理人員之執業功能，得設立護理機構，授予護理人員開業權，行政院衛生署配合國家六年建設，修改醫療網第二期計畫為六年計畫，在特殊醫療服務項目下，列有「加強復健醫療及長期照護服務」；1992年4月29日，「護理人員法施行細則」公佈，第六條規定護理機構以「居家護理」、「護理之家」及「產後護理機構」為限。1993年8月27日，公布「護理機構設置標準」等相關法令，使「居家護理」、「護理之家」及「日間照護」等提供長期照護服務之護理機構具有法源依據，可以依法申請開業，8月27日，「中華民國長期照護專業協會」成立，群力推廣長期照護之理念與實務，建樹甚多。

四、建立期

1995年1月，修正「行政院衛生署醫療發展基金申請作業要點」，將醫院附設護理之家納入獎勵之對象；3月1日全面實施全民健康保險，將「居家護理要點」列入給付範圍。1996年台灣省寧園療養院設立於新竹縣湖口鄉，為全國第一所專收失智症患者之照護機構。1997年6月，「老人福利法」公布，「老人」年齡由70歲降為65歲，將老人福利機構修正為長期照護機構、養護機構、安養機構、文康機構及服務機構等五類，8月行政院衛生署發表「衛生白皮書—跨世紀衛生

建設」，提出長期照護發展重點，以居家及社區是照護服務為主（70%），機構式照護服務為輔。12月1日台北市政府在信義衛生所成立台灣首座「台北市長期照護管理示範中心」，進行資源整合，提供長期照護單一窗口服務。

1998年5月4、5日，行政院衛生署委託中華民國長期照護專業協會辦理「八十七年度長期照護觀摩會」，並針對長期照護的現況與政策、公立醫院附設護理之家的現況與多元化多功能長期照護服務三主題做討論，1999年3月，行政院成立老人福利推動委員會，並組成工作小組研訂「建構台灣長期照護體系十年計畫」；7月15日「台東縣長期照護管理示範中心」成立。2000年3月8日，行政衛生署成立「長期照護諮詢委員會」，規劃及研議長期照護相關政策，10月，行政院衛生署研訂「新世紀健康照護計畫」，將長期照護列為重點工作，2002年4月2日至6日，行政院衛生署舉辦「日本介護保險制度施行現況及未來展望研討會」，請日本規劃「日本介護保險」之學者專家與會報告，2002年行政院擬訂2008國家社區健康發展方案（92-97）。2003年至2004年行政院成立社會福利委員會長期照護制度規劃小組、行政院衛生署委託協會進行全國護理之家全面訪查、行政院衛生署委託協會進行全國居家護理全面訪查。

綜合以上，長期照護乃為一連續性、綜合性之照護，除護理服務外，尚包含醫療照護、個人照護、生活照護與社會支持。老人及身心障礙者之需求，除包括經濟保障、生活照顧、住宅、教育、就業、醫療社會參與，更重要的是主管機關合作，才能提供全方位、全人照顧。目前，我國農委會設「農村社區生活支援中心」，原住民委員會補助「原住民家庭及婦女服務中心」及衛政、社政系統設置之「長期照顧管理中心」，各自分散，無法發揮政府整體服務效果。中央應扮演均衡區域間資源分配角色，以落實區域間資源分配的均衡，透過社工及專業人員評估、轉介體系、讓福利資源運用更加健全。

伍、國內外失智症照護及相關研究

台灣尚未有失智症老人使用日本單元照護理念的機構的相關研究，由於失智老人生活背景及經驗，勢必有文化上的差異，國外相關研究與做法亦非全然適用；因此，本研究即以本土性研究之角度出發，並參考國內外相關研究。

表2-3國內外失智症照護相關研究彙整表

研究者	研究名稱	內容摘要
李怡真 (2000)	影響老人接受居家照護服務之直接間接因素	社區中老人對於居家照護得接受度及其影響因素其採用Andersen所提出醫療利用模式，發現家庭照護人力愈少，對兩代間看法愈密切，知道居家照護者、自覺身體健康狀況愈差及認知健康者愈好，對居家照護接受度愈高。
于漱 吳淑瓊 楊桂鳳 (2003)	失智症患者的長期照護服務模式	此文章將有關失智症患者可能利用到長期照護模式一一加以介紹，包含家庭照護、社區式照護、與機構式照護，期望政府、服務提供者、專業人員能體認建構多元化服務模式及加強各種服務模式間的連結是使失智症患者及家屬得到持續性照護法則，提升失智患者及家屬長期照護品質。
林彥良 (2003)	台灣失智老人照顧設施之個案比較研究-寧園安養院、喜樂養護中心與台中醫院失智專業照護護理之家	此研究的主要研究方法為「文獻回顧」以及「個案研究」，且選定三個失智老人照護設施個案。研究發現：交通、便利、環境優雅、多元化專業的醫療服務、「如家」照護單位、社區性照護系統等，為良好失智老人照護環境設施之重要要素。此外，在設計失智老人照護設施空間時，遊走迴路、安全的庭園、大廳與多功能活動空間、居住房間、護理站等，也必須加以重視，並慎重考量其特殊性。如此，才能創造出真正符於失智老人需求之照護設施。
李光廷 (2003)	日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗	日本將長期照護服務定位為社會福利事業，過去一直以社會福利法人為提供主體。隨著高齡化的進展，長期照護服務的需求日益擴大，該福利法人所能提供的服務量早已不敷使用，以致形成不需住院的老人佔用醫療資源的「社會性入院」弊端。日本政府因此導入介護保險及福利事業民營化，俾便藉營利事業的加入，促進長期照護市場的供需平衡，進而紓解醫療保險財政赤字，因此，福利事業民營化的效率備受矚目。

表2-3：國內外失智症照護相關研究彙整表（續）

翁福居 林源財 (2004)	失智概念認知調查 與老人團體照顧模 式之探討	此研究是以42位有照護失智老人經驗者為研究對象，進行結構式問卷調查，研究結果顯示出，有近三成之受訪者對失智症認知不足。對於失智者保有尊嚴之照顧模式，平均認同度.6%，但如需由私人負擔個人化之營運費用，則表現出推行不急之態度，且目前國內照護機制責任模糊亟待釐定。
張祐瑞 (2004)	照顧環境對失智症 問題行為改善之影 響研究—以失智症 照護示範中心為例	以國內失智症示範性照護中心為對象，採用問題行為量表評量方法及觀察訪談方法探討環境對失智症問題行為改善影響之相關性。研究中針對9名失智症個案及其照護人員進行進住照護環境後三個月、六個月及九個月之三階段問題行為評量。研究結果發現問題行為顯著受到環境設計因素的影響，且證實良好的環境設計對失智症問題行為之改善確實有其效益。
劉錦鐘 (2005)	以單元照顧理念建 構高齡者日間照顧 環境—以台北市某 老人服務中心附設 日間照顧為例	此研究之內容分為兩個階段性，第一階段釐清高齡者照顧理念以及「單元照顧」環境的建構，然後針對台北市三家況、照顧模式、高齡者活動類型等硬、軟體的調查與分析；第二階段則經由理論探討與調查分析資料彙整後，擬定設計條件與設計準則，並選定A機構老人服務中心附設之操作，做為理論和實務之間的支持與驗證，最後針對改造後之使用現況情形進行調查與分析，以初步瞭解空間改造後的使用情形與優缺點。
尹聖道 (2005)	探討失智老人群體 生活照顧單元理念 之居住場所設計	此研究針對台北地區三家失智老人專門照顧機構之現況調查，主要從照顧環境、行為模式、設計操作方面，對台灣實施「單元照護」理念具體作法，以實務設計操作過程，提出相關研究結果。

表2-3：國內外失智症照護相關研究彙整表（續）

外山義 (2006)	失智高齡者照護	此書探討日本為何如此需要團體屋（Group Home）從2000年4月日本開始實施介護保險，其基本理念是「支援高齡者在宅生活，並使其繼續能習慣於在宅生活」目的是使高齡者能夠儘可能過自立（自律）的生活。此書介紹日本及瑞典Group Home現況，且含有相關法令。
陳昱名 (2004)	社會福利資源與需求的落差：以老年失智症患者家庭照顧者之照顧負荷、需求與困難為例	研究目的1.了解老年失智患者主要照顧者生理、心理、社會及家庭方面之負荷情況2.探討影響老年失智患者主要照顧者生理、心理、社會及家庭方面之負荷相關因素3. 探討老年失智患者主要照顧之需求與群求社會資源協助之情況4. 探討老年失智患者主要照顧之需求與相關福利政策制定與施行之落差。
鍾秉正 (2006)	德國長期照護法制之經驗	介紹德國長期照護相關法制，該國社會保險制度中「照護保險」，由來、內容以及實施現況，文中詳細引介德國有關照護機構與照護人力相關規範，以提供主管機關與實務參考之用。
村岡裕 (2006)	小單元照護Unit Care照護服務的理念與實踐	介紹日本社會福祉現況，日本介護保險由來及制度面，1989年黃金計畫實施、1990年老人福祉法等8法改正、1999年新黃金計畫實施、2006年實施黃金計畫21，目前重整日本老人設施及經營未來方向。

資料來源：研究者整理

綜合上述國內外失智症相關研究顯示：我國愈來愈多研究是針對失智症與家屬的探討，失智症患者可能利用到長期照護模式和國外失智症政策，可作為我國推動長期照護與失智症相關研究時之參考；建構多元化服務模式及加強各種服務模式間的連結，是使失智症患者及家屬得到持續性照護法則；提升我國長期照護品質，目前老人安養及養護機構大多將失智老人和其他失能老年人混合居住，有些機構無法照顧失智老年人，或於照顧上遇到困難時而拒收失智老人，理由大多為設施設備不符合照顧上的需要，美國以鼓勵民眾購買私人長期照護保險的方式，或可提供我國在規劃長期照護制度時另一思考方向。

第三章 研究設計

本章針對研究設計與實施的內容和程序進行說明，首先提出研究架構，依序說明研究對象、研究方法、研究工具、實施程序、資料處理與分析及研究倫理等項目。

第一節 研究架構

本研究將首先探討國內外失智症照護政策，其次探討署立台東醫院引進「群體生活照顧單元」日本團體家屋模式、失智症照護相關醫護人員及家屬對於「群體生活照顧單元」團體家屋的認知，最後綜合研究所得，提出團體家屋引進國內的結論與建議。

本研究的研究架構圖如圖 3-1 所示：



圖 3-1 研究架構圖

第二節 研究對象

本研究的目的是在於深入了解失智症老人照護政策，其次是探討署立台東醫院引進日本失智照護經驗及可行性。本研究將依據研究需要，採「立意取樣」的方式選取研究對象。Patton 認為，質性研究的抽樣重點是：「樣本一般都很小，甚至只有一個個案，但需要有深度的『立意』抽樣」，因此，質性研究的抽樣，必須要能提供「深度」和「多元實狀社會的廣度」資料為標準，而非量化研究中，以能代表人口並推論到人口母群體的樣本為抽樣原則（胡幼慧，1996）

壹、深度訪談對象

- 一、失智症照護醫護人員：以照護過失智者之醫護人員，選取六位接受訪談，以了解對失智症照護相關建議。
- 二、失智者家屬：以失智症照護家屬，選取四位接受訪談，以瞭解家屬對失智照護的建議。

貳、訪談對象的篩選條件

- 一、失智症照護醫護人員：採「立意取樣」方法，於署立台東醫院醫護人員，篩選出曾經照護失智症的醫護人員擔任訪談對象接受訪談。
- 二、失智症家屬：在署立台東醫院護理之家失智症家屬中選取訪談對象。

參、受訪對象背景資料

受訪對象背景資料整理如表 3-1 及表 3-2：

表 3-1 受訪對象背景資料一覽表（失智相關醫護人員）

化名	性別	教育背景	服務科別	擔任職務	服務年資	備註
小燕	女	大學	護理之家	護理師	3 年	
小禎	女	大學	護理之家	護理師	6 年	
小玲	女	大學	護理之家	護理長	12 年	
小珍	女	大學	護理之家	護理長	22 年	
小美	女	大學	護理之家	護理長	13 年	
小敏	女	大專	護理之家	護理師	3 年	

資料來源：研究者整理

表 3-2 受訪對象背景資料一覽表（失智症家屬）

化名	性別	教育背景	職業	備註
林小成	男	研究所	公務員	
謝小花	女	大學	教	
陳大敏	男	大學	公	
林真真	女	大學	商	

資料來源：研究者整理

第三節研究方法

本研究旨在探究本研究針對行政院衛生署台東醫院即將成立「群體生活照顧單元」失智老人中心，參考國內外文獻與相關醫護人員及家屬做質性研究，分析結果，以提供政策制定者參考。運用深度訪談的技巧，來瞭解研究對象對研究問題的詮釋與界定。基於上述理由，本研究採取質性研究方法，過程中不斷參酌相關文獻資料，在資料的蒐集上，則是以深度訪談為主。

壹、資料蒐集的方法

一、文獻分析

研究者先行閱讀國內外有關失智照護之相關文獻，瞭解失智症照護相關知識及經驗，並參酌國內外之研究論文、書籍以及相關媒體報導等，藉以多方面蒐集失智症照護的相關資料。

二、深度訪談

訪談是研究者尋訪被研究者並且與其進行交談的一種活動。由於質性研究涉及到人的理念、意義建構和語言表達，因此，訪談便成為質性研究中一個十分有用的蒐集資料方法（陳向明，2002）。與調查分析不同，質性訪談是訪談者與被訪談者間的互動；在訪談過程中，訪談者擁有概括性的調查計畫，但是，並非意指必須以特定話語或特定次序來問特定問題。同時，與調查訪談者相同，質性訪談者也必須全然理解所提問的問題。因為這將使訪談得以流暢、自然的進行。Patton 提出質性訪談的方式有三種，分別為「非正式的會話訪談」、「一般性訪談導引法」、「標準化開放式訪談」：

- （一）非正式的會話訪談：此種訪談方式完全取決於互動的自然流程中問題的自然性顯現，一般而言，訪談的發生係為一持續參與觀察實地工作的部份。在非正式會話訪談期間，被訪談的人可能不知道他們正在被訪談。
- （二）一般性訪談導引法：包括一組提綱挈領的論題，論題不必依照任何特定的次序，訪談引導只單純作為訪談期間的基本清單，以確信所有關聯的主題均已包括其中。訪談者必須在真實的訪談情境中因應特定的受訪者，調整問題。

(三) 標準化開放式訪談：包括一組經過小心謹慎、字斟句酌和組織的問題，意圖讓每位受訪者歷經相同的程序，並以同樣字組的相同問題詢問每一位受訪者。此法可降低訪談產生偏差的可能性，但也相對的降低受訪者的彈性和自發性。

Miller 與 Crabtree (1992) 指出訪談法可分為：

- 1、非結構式訪談：以日常生活閒聊的方式，或與知情人士、專家訪談方式取得內情。
- 2、半結構式訪談：以「訪談大綱」來進行訪談，對象可以是個人或團體，個人訪談所謂「深入訪談法」，而團體訪談及即為「焦點團體法」。深入方式是對特定議題進行深入探問。
- 3、結構式訪談：有累積分類、排序法等進一步澄清認知或決策活動的研究技術。

因此綜上，訪談的方式，雖有多種型式可以運用，本研究除文獻的蒐集與分析整理外，並綜合相關議題結合若干方案的可行性，採取「一般性訪談導引法」、「半結構式訪談」。在訪談的過程中，運用先行設計好之訪談大綱，針對議題與受訪者面對面以談天的方式進行「深度訪談」，對特定議題深入探究。

訪談大綱是以失智症照護政策相關文獻為主要的理論依據，並就本研究所欲了解的部分與指導教授討論，並經有照護失智症有經驗醫護人員等專家意見修訂後，形成初稿，再根據實施的情況進行修正，形成正式的訪談大綱（如附錄一、二）。

第四節 訪談工具

壹、訪談大綱

為蒐集本研究所需之訪談資料，研究者事先將需要瞭解的內容及訪談重點，整理出訪談大綱初稿，經與指導教授討論及參酌部分專家（如表3-3）意見後修改訪談內容，並形成正式訪談大綱（如附錄一、二）。

表3-3訪談大綱問卷專家學者名單

編號	姓名	身份	現服務單位與職稱	專長背景
1	侯松茂	學者	國立台東大學教授	教 育
2	劉明宗	學者	國立屏東教育大學教授	教 育
3	魏俊華	學者	國立台東大學教授	教 育
4	蔡錦墩	專家	行政院長期照護處委員	日本社會福祉
5	郭友渝	專家	署立台東醫院院長	醫 療
6	黃志暉	專家	署立台東醫院副院長	醫 療
7	徐禎蓮	專家	署立台東醫院護理督導	護 理
8	謝汝豔	專家	署立台東醫院護理長	護 理

貳、文件資料

一、訪談的工具

（一）研究者

在質的研究方法中，研究者即是工具，且質的資料之信度與效度，相當大程度取決於研究者的方法論、技巧敏感度與誠實，訪談期間所取得的訊息，絕大部分取決於訪談者。訪談者在訪談過程中，是否具備親合力、同理心、反應的能力、敏銳的觀察力及傾聽的耐心與中立客觀的態度等，都是影響訪談成果的關鍵因素。

研究者本身就是一個研究工具，研究過程中，必須進入研究對象情境，在訪談過程中，研究者應期許本身扮演好一個良好的溝通者，闡述研究的目的，說明訪談進行的方式、訪談錄音，並保證保護受訪談者的隱私及做好相關保密措施，以期讓受訪者能在整個訪談的過程中感到安全、舒服，而能暢所欲言。在訪談過程中，研究者應盡量做到中立客觀，做好一個觀察者的角色，避免在訪談過程中加入無謂的價值判斷，以期能深入紮實的取得研究所需的資料。

(二) 訪談大綱

本研究所設計的訪談方式為半結構式訪談，在進行正式訪談前，研究者先搜羅閱讀相關文獻、資料，並針對研究主題與訪談對象進行初步開放式訪談，並將問題環繞本研究主題。

(三) 訪談備忘及錄音設備

在前往訪談前，應先備妥錄音機與以錄音，並應檢查錄音設備是否有足夠的錄音空間及電池是否正常，以避免錄音中斷。在進行正式訪談前，應詢問受訪者是否願意接受錄音，經受訪者同意後再進行錄音。在訪談過程中，研究者應專心傾聽，並在訪談大綱上，將受訪者提及重要的詞語、關鍵字及重大發現即時紀錄下來，以作為訪談中深入發問時的提示，並可在資料整理分析階段，能提供有意義的訊息。

二、實施訪談步驟

茲將本研究實施訪談的步驟陳述如下：

- (一) 前往訪談前，先行閱讀訪談方法的相關資料，並就訪談主題有關的文獻資料詳細閱讀，以事先熟悉訪談技巧及訪談資料。
- (二) 擬具訪談題綱稿，依據研究動機與目的，將論文研究架構中的各項概念轉化成訪談的提綱稿。
- (三) 在前往訪談前，先將訪談大綱分送給受訪者，使受訪者能先行瞭解訪談主題，使其能在訪談時充分表達。
- (四) 透過電話、電子郵件等工具，聯繫受訪者就訪談時間、地點加以確認。
- (五) 在訪談開始前，先行取得受訪者同意，使用訪談工具紀錄訪談內容，同時並應表達訪談內容僅供學術研究用途，並遵守研究倫理。
- (六) 在訪談時，適時請教受訪者對於題綱的看法，以檢視訪談資料是否能夠達到研究目的所需，以適時修正。
- (七) 在訪談過程中，依據訪談大綱與實際情況提出問題，並保持中立立場進行，將受訪者提及重要的詞語、關鍵字及重大發現即時紀錄下來，以作為訪談中深入發問時的提示，並以錄音工具錄音。
- (八) 訪談完成後，製作訪談紀錄並整理訪談內容。

第五節 信度與效度

質性訪談是研究者與受訪者互動的過程，這個過程不是將在訪談之前已經存在的客觀事實挖掘出來，而是不斷在互動過程中創造新的意義或感受。在社會科學的領域中，幾乎沒有一位質性研究者不會被問到信度與效度的問題。信度是指測量程序的可重複性；效度則是獲得正確答案的程度。質性研究最常被質疑的是其研究結果的信度與效度。控制質性研究的信度與效度的方法有確實性、可轉換性及可靠性等方法（胡幼慧，1996）。茲分述如下

壹、確實性(Credibility)

就是內在效度，指研究者真正觀察到的希望觀察的。有五個技巧可以增加資料的真實性：

- 一、增加資料確實性的機率，方法包括研究情境的控制、資料一致性的確定、資料來源多元化。
- 二、研究同儕的參與討論。
- 三、相異個案資料的蒐集。
- 四、資料蒐集上有足夠的輔助工具。
- 五、資料的再驗證。

進行訪談時，研究者對於受訪者須以尊重、同理心、認真誠懇的態度與受訪者互動、傾聽，以得到受訪者的完全的信任，使之願意真實、毫不保留的陳述表達本身的經驗與感受。訪談過程中，應誠懇徵求受訪者同意予以錄音，於訪談結束後，務求在訪問當日即反覆聽取，並以逐字稿方式詳實記載訪問內容，以期能留下最真實的原始資料，如遇有不確定之處，應盡速以面談、電話或電子郵件方式，再次與受訪者確認，以免資料失真。

貳、可轉換性(Transferability)

即外在效度，指受訪者的經驗、感受、陳述能被有效地轉換成文字陳述。在研究過程中詳實記載，研究者除了忠實紀錄訪談情境與內容，並力求逐字稿能完整重現訪談過程，進而將訪談紀錄分類編號，並對受訪者相關背景加以描述，讓讀者能清晰閱讀，以幫助讀者能自行判斷研究結果與自身情境脈絡的適用性。

參、可靠性(dependability)

即內在信度，乃指個人經驗的重要性與唯一性，因此，如何取得可靠的資料，乃研究過程中運用資料蒐集策略的重點。研究者必須將整個研究過程與決策加以說明，以供判斷資料的可

靠性。在研究過程中如有任何的疑問產生，研究者都會與受訪者確認，並輔以文獻資料加以比對，以確保資料的正確性。在訪談過程中專注傾聽受訪者表達，對於受訪者言語中的疑點立即作成紀錄，運用談話過程中適當時機，即時加以釐清，以確實掌握資料的可靠性。同時在每次訪談後，反思在訪談過程的優、缺點，並予檢討改進，讓下一次的訪談能更臻完善。

肆、可確認性(Confirmability)

又稱為研究的客觀性 (objectivity)，指的是要能公開而客觀的呈現資料分析與觀察結果，及提供所有的正反訊息與處理過程，盡可能減低偏見的影響，亦即研究者對研究資料應持「中立性」與「客觀性」。

第六節 研究流程

壹、研究流程

本研究經參考相關文獻後，建立研究架構，並開始進行研究，其實施程序如圖3-2所示，並簡述如下：

一、準備階段

- (一) 形成研究主題
- (二) 蒐集相關文獻資料
- (三) 確定研究架構及方法
- (四) 確定研究對象
- (五) 擬訂訪談大綱

二、實施階段

- (一) 聯繫訪談對象
- (二) 正式實施訪談
- (三) 蒐集文件資料

三、資料分析階段

- (一) 整理訪談資料及文件分析



(二) 訪談資料綜合歸納。

四、完成階段

(一) 撰寫結果與討論

(二) 撰寫結論與建議

(三) 研究論文完稿

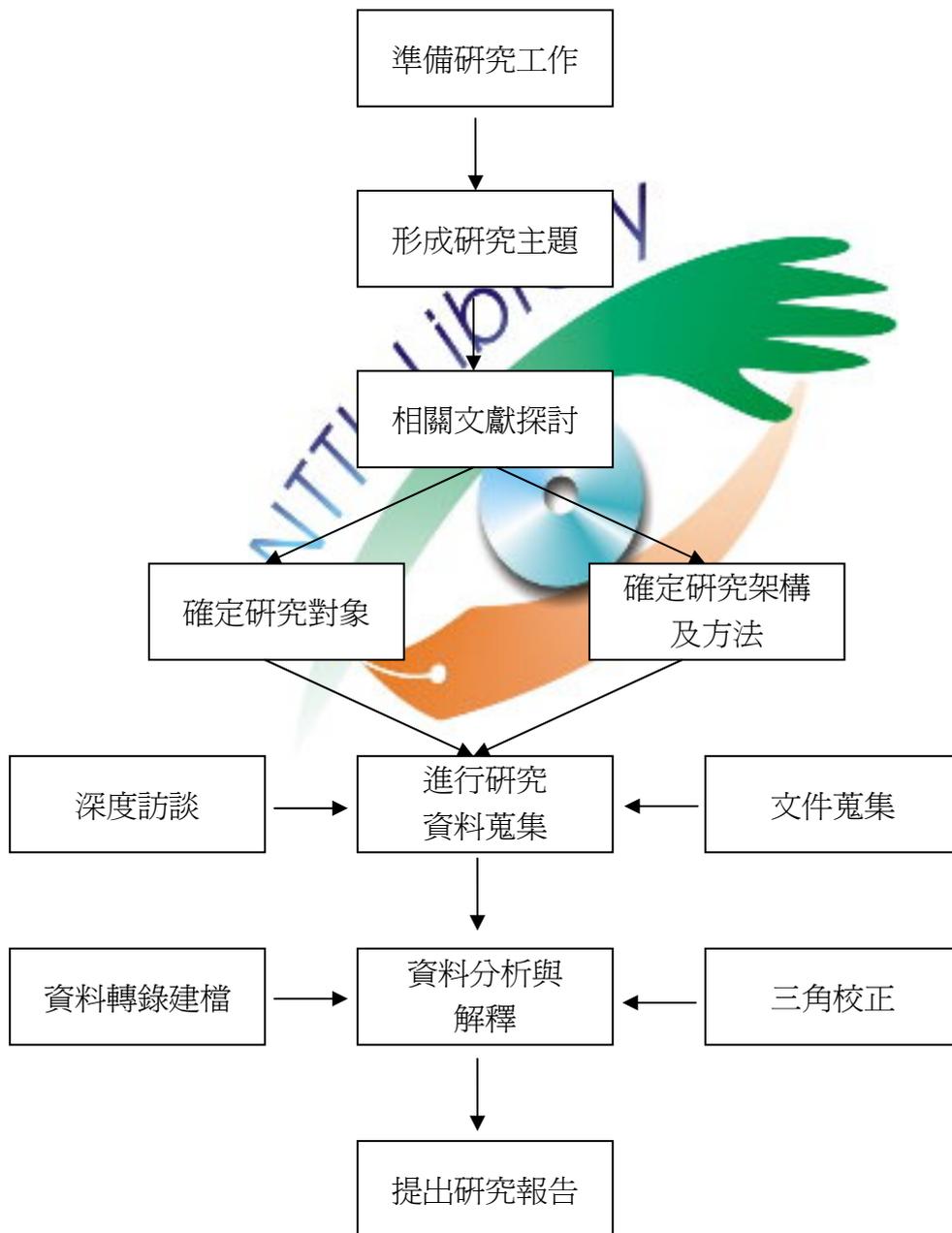


圖3-2 研究流程圖

第七節 資料處理與分析

研究者與符合篩選條件的研究對象進行深度訪談及相關文件蒐集，並將所蒐集資料做如下的整理及分析。

壹、資料處理

一、轉譯訪談資料

在訪談中，將訪談者的資料及蒐集的錄音帶轉譯成文字，形成訪談逐字紀錄。訪談逐字紀錄註明日期及受訪者、訪談地點、訪談內容等。一面進行訪談，一面進行資料校正工作，核對訪談對象所提供資料是否一致。經過仔細整理後，再進行編碼及分類整理。

二、訪談紀錄代號說明

為方便呈現資料，研究者將訪談對象加以編號。訪談資料引用在論文時，該資料以標楷體呈現，並加註代號，以完整說明訪談資料的來源及日期。

貳、資料分析

本研究採用邱兆偉（1996）所建議之五項分析資料的策略來進行資料分析。

一、縮減與組織資料

以研究者預設的概念架構、研究問題，對蒐集到資料進行篩選與摘要。在不斷地解讀資料的過程中，將資料簡化、轉化為具有意義的類型，並對類型間進行初步的編輯。

二、逐漸形成範疇主題類型

將上述初步形成的分類架構，依「聚斂」原則找出哪些事物可以安排在一起以形成同一類型，然後就所形成的類型或主題之間進行互相比較與比對，以達到同一範疇中具「內部同質性」（internal homogeneity），而不同範疇中具有「外部異質性」（external heterogeneity）；依此逐步形成新的類型系統，以便進一步以其他資料探索此類型資料的合宜性。

三、考驗資料

此階段的資料分析，是利用三角測量法，從不同的資料來源、不同的角度來進行資料考驗。

四、尋求變通的解釋

研究者在此階段所形成的範疇、主題、模式都不輕率地做定案，研究者再試圖從各種角度以各種可能的解釋來詮釋資料，進而修訂原有的類型系統，或是以反面的資料來修正已有的解釋，這種尋求反面或變通的解釋方式，使得本研究對原案資料所作的詮釋更具正確性。

五、撰寫報告

最後階段，研究者綜合這些資料的詮釋結果撰寫成研究報告。



第四章 研究結果與討論

本章主要目的在呈現本研究獲得的結果。研究者針對署立台東醫院醫護人員及失智症家屬進行質性研究深入訪談。本研究進行資料分析步驟，乃是透過反覆閱讀每位受訪者的逐字稿內容，在獲得整體性的瞭解後，謄寫內容，形成有意義的字句後，將其字句萃取出意涵，對十位受訪者中具有相同概念之言詞特性予以歸類為一個主題或概念，並以適當言詞予以敘述，再加入相關文獻的對照及研究者個人的思考所得，進一步做分析與討論，根據研究問題將其歸納如下列，全章共分為四節：第一節瞭解台東縣失智老人照護現況，第二節探討國內外失智老人照護政策，第三節瞭解署立台東醫院相關醫護人員及失智家屬對失智老人中心設立之策略的建議，第四節根據研究結果提出建議，以提供社政及衛生主管單位、相關機構政策參考。本研究訪談主要範疇如表4-1：表4-1研究訪談主要範疇彙整表

主題 (theme)	範疇 (category)	代碼 (code)
台東縣失智老人現況	目前台東縣老人失智老人照護現況 一、受訪者對失智老人行為認知 二、署立台東醫院護理之家失智老人照護現況 三、護理之家收費現況及預估失智中心收費比較 四、家屬照顧失智老人現況與壓力 五、尋求社會資源	研究者整理 A-1、B-2、C-3、D-2、E-2、F-2、G-1、G-6、 H-1、I-3、I-4、J-4 A-2、A-7、B-1、B-2、C-2、D-2、E-2、F-2、 H-4 A-8、B-8、C-8、D-8、E-8、F-8、G-8、G-13 A-5、A-7、C-3、E-2、G-2、G-5、G-6、 H-2、H-4、I-2、I-5、J-5 G-7、H-8、I-8、J-7

表4-1研究訪談主要範疇彙整表（續）

國內外失智照護政策	<p>國內失智老人照護政策</p> <p>一、醫護人員對我國失智政策的瞭解程度</p> <p>二、醫護人員認為署立台東醫院辦理失智中心的優勢</p>	<p>研究者整理</p> <p>A-2、C-2、D-2、E-2</p> <p>A-10、B-7、B-9、B-11</p>
	<p>國外失智老人照護政策</p> <p>一、署立台東醫院醫護人員對日本介護保險制度政策的了解程度</p> <p>二、署立台東醫院醫護人員認為「小規模、多機能」的國外照護模式對失智老人的幫助</p>	<p>A-12、B-12、C-12、D-12、E-12、F-12</p> <p>A-11、B-11、C-11、D-11、F-11</p>
署立台東醫院醫護人員對成立失智中心看法與建議	<p>署立台東醫院醫護人員對失智中心團體家屋社區化看法</p> <p>一、署立台東醫院醫護人員對團體家屋照護理念的看法</p> <p>二、署立台東醫院醫護人員是否會參與團體家屋照護團隊</p>	<p>B-11、C-3、C-4、D-4、E-3、F-3、F-7、I-11</p> <p>A-4、B-4、C-4、D-4、E-4、F-4</p>
	<p>署立台東醫院醫護人員對失智中心照護人員與設備建議</p> <p>一、照護失智人員應具備條件</p> <p>二、失智照護環境設備建議</p>	<p>A-4、A-5、A-6、B-6、C-5、E-4、E-6、F-4、F-5、F-6</p> <p>A-7、B-5、D-5、F-5、F-7</p>
失智症家屬對署立台東醫院成立失智中心看法與建議	<p>一、失智症家屬對失智老人生活更有尊嚴的看法</p> <p>二、失智症家屬對署立台東醫院成立失智中心團體家屋的看法</p> <p>三、署立台東醫院成立失智症中心家屬是否將失智長輩送入該機構</p>	<p>G-10、H-10、I-10、J-10</p> <p>G-9、G-12、I-11、I-12、J-11</p> <p>G-12、G-13、H-9、H-10、I-12、J-12</p>

資料來源：研究者整理

第一節 台東縣失智老人照護現況

壹、目前台東縣失智老人照護現況

失智症老人是思考力、記憶力及推理能力嚴重損失，影響到病患的日常功能而最終導致死亡，李宗派(2003)。一般人對失智症事情出現反覆、囉唆的行為或語無倫次，稱他為「老翻癩」，針對台東失智老人訪談家屬及醫護人員，對失智症的行為及目前台東縣沒有失智專門機構情形，分述如下：

一、受訪者對失智老人行為的認知

「失智老人會遊走、記憶力喪失，會有攻擊性的一些行為出現，無法跟他溝通。」

(訪 A-2)

「失智症一些問題行為，比如說遊走、妄想，問題行為出來的時候可能會有暴力，遊走的話會走丟。」(訪 B-1)

「像走失啦，他的健忘一些問題也比較多。」(訪 C-2)

「失智的老人，他的生活上及自我照顧的能力上面有很大的差異性，沒有辦法做好完整的自我生活上的自理的部份，包括洗澡啦吃飯等等。」(訪 D-2)

「患者若有些激躁行為時，會讓家人無法休息，可能要有一個人 24 小時守著他。」

(訪 E-2)

「失智老人他會有退縮的行為啦...。」(訪 F-2)

「馬上會忘記...在晚上常常他沒有辦法睡覺，在白天睡覺，有時候會有一兩天的時間他完全不睡覺，所以照顧的人，很難適應。」(訪 G-1)

「嚴重到要把他綁在床上，讓他吃藥、讓他先讓他盡量睡，可是他也不睡。」(訪 G-6)

「他完全不會吵，他乖乖睡覺，睡到天亮。那時候也有一種症兆，變成恍惚，然後

走路不穩定，有時候坐的像木雞一樣、目瞪口呆一樣，坐在那邊，他自己自言自語。」(訪 H-1)

「一整天的異常沉默加上眼神空洞，讓家人無法跟他對談，但卻沒有人發現異狀。一直到他突然在牆角尿尿、晚上會起來到處走動，我們才趕緊送他就醫。」(訪 I-3)

「半夜他會起來遊走，如果門是鎖起來的，他會很用力的搖，甚至會生氣、憤怒。」(訪 I-4)

「整天說要睡覺，又說睡不著，整天走來走去，會打人…。」(訪 J-4)

受訪者 ABCDEFGHI 等九位表示失智症行為包含：退化、易怒、行為混亂、記憶喪失、走失、恍惚、自言自語、夜晚四處走動、或呆若木雞、有時會有攻擊有時無法溝通，若與一般失能老人在一起會被排斥，言語無法溝通等行為，余謝昭（2004）研究談及失智症是大腦皮質受損所引起長期認知功能症狀，會合併出現精神病症，其行為會出現多疑、易怒、攻擊行為、認知功能退化、如廁、刷牙、清潔沐浴等自我照顧能力退化，造成家屬困擾，有相似之處。

二、署立台東醫院護理之家照護失智老人現況

署立台東醫院護理之家 92 床，平常佔床率為 98% 以上，失智症家屬多為自己在家無法照顧之下才送至署立醫院護理之家，由於護理之家是失智老人與失能老人混合式照護，人力配置上沒能力去個別照顧失智老人，因此，像軍事化的生活，造成失智老人自我照顧能力快速退化。

「現在目前台灣他失智跟一般老人照顧是很少有機構會分出來的，他是在一起照顧的，失智的一些行為你如果他跟一般老人在一起，一般老人會排斥他。」(訪 A-2)

「台東這個地區來講，失智的部分目前並沒有這樣子的機構。」(訪 A-7)

「如果一般機構知道這個病人有老人痴呆，幾乎就是不敢收，因為以目前的人力配置他沒有能力去照顧這樣的失智老人。」(訪 B-1)

「失智老人要陪伴他的時間比一般老人更長、更細心，所以說它照顧跟一般老人的照

顧有很大的不同。」(訪 B-2)

「他的活動性高，這樣子。對我們來講在人力上和各方面都、都必需特別注意的問題，所以覺得這個失智的老人其實和一般的失能的老人是有很大的不一樣，照顧上面。」

(訪 C-2)

「失智的程度，可能對他的生活上及自我照顧的能力上面有很大的差異性，沒有辦法做好完整的自我生活上的自理的部份，包括洗澡啦吃飯等等。」(訪 D-2)

「一般老人以內外科疾病或急性醫療較多，當疾病痊癒後可以回到自己的生活，照顧自己，運動、跳土風舞等。失智老人的照護，對家屬來說是長期抗戰。」(訪 E-2)

「失智老人的照顧跟一般的老人不一樣，因為失智老人的照顧他認知上跟語言上很多的關係他有不同。」(訪 F-2)

「像我們護理之家的老人，很容易就退化，因為我們都幫他做好好的，為什麼幫他做好好，是因為我們要統一那個時間做事情，好像軍隊、部隊一樣，我現在七點要吃飯，大家都要出來。」(訪 H-4)

受訪者 ABCDEFH 表示，照護失智症老人行為與一般失能老人不一樣，照護也與失能老人照護有很大不同，目前台東縣並無未設立專門收治失智症特別的失智中心，全縣於衛生局立案之護理之家計有五家，署立台東醫院位於台東市計 92 床之護理之家，佔床率為 98% 以上，收治對象為失能及失智老人，由於失智老人的照顧認知與語言上和失能老人不同，失智老人要陪伴他的時間比一般老人比更長、更細心，它照顧跟一般老人的照顧有很大的不同，比如環境安全、身體照護部份、照護人力配置，環境是要用一個安全又有溫馨的環境最重要，所以失智老人的照護的病房，環境上要有安全上的防護，照顧的理念也跟一般失能老人及老人疾病又不一樣，因此護理之家的老人，很容易就退化，什麼事都幫他做好好的，因為要統一那個時間做事情，好像軍隊、部隊一樣，于漱、吳淑瓊、楊桂鳳（2003）提出失智症住進護理之家，與失能者安置同一機構中，無法滿足失智症需求，為保護非失智症患者，護理之家內應設置特殊專區，與本研究訪談結果相似。

三、護理之家收費現況及預估失智中心收費之比較

以署立台東醫院護理之家收費現況為自費政府並無任何補助費用，收費標準一般收費 25000 元，插有三管病患：導尿管、鼻胃管、氣切管病患收費 28000 元，其中以失能老人為收置對象為主，但仍然有 6—7 人是失智老人收置護理之家中，由於失智症老人照護人力成本較高，(以署立屏東醫院失智中心收費為 30000 元起)，依台東縣經濟水準而言，收費的多寡每個人都有不同的意見。

「台灣對失智機構他是自費的部分，他並沒有保險的給付來協助，台東這個地區家屬他自己都不見得養的活自己，他怎麼會把老人送到這裡來，基本的一些收費來提供我們中心營運來下去，兩萬八到三萬應該是合理的。」(訪 A-8)

「因為要失智老人還是要有一些人力上的陪伴，一個月至少要三萬三千七百。差不多要到四萬，若加上育樂部分，一年大概是四十八萬；但台東的人都很窮，當然不能接受這個價錢，因為政府對這一塊有沒有支持，因此沒有經濟上的補助。」(訪 B-8)

「目前的護理之家 25000 元，就是兄弟姐妹大家湊出來的，光照顧一個老人、都是兄弟姐妹大家每個月這樣湊出來的，甚至還有欠錢，如果失智中心在三萬左右還可以。」(訪 C-8)

「如果到失智中心三萬塊，我想家屬不會接受，他們對這個疾病的認知也很少，所以他們對於這樣的老人的存在，他可以安排到這樣的機構，這個好事情他們可能沒有那個想法。所以他們寧願說常常來看父母親，我也不願意放到失智老人中心去，然後又可以省五千塊、或者一萬不等的價錢。」(訪 D-8)

「25000 元—30000 元，若退休金加儲蓄，應該不會造成其他家屬負擔。」(訪 E-8)

「因為我們人力投入比較多，因為他照顧的更多，因為他又是高品質的照顧方式，其實我們想說建議院方，可能收費兩萬八到三萬塊左右，家屬也能負擔得起。」(訪 F-8)

「像我們在台東，我們不會把人送到其他縣市，就是在台東找一間比較好的，依我的

情形，不要說兩萬五，到三萬五我還是會送來。」(訪 G-8)

「就算是一個月兩萬五付出，也不是全部的人、可能有一半以上都沒有辦法支付這樣的情形，一般低收入所得是一萬八的話，應該不足的部份應該政府補貼才對。」(訪 G-13)

受訪者 ABCDEFG 七位表示：失智症老人照護與失能老人照護有很大不同，目前台東縣無收治失智專門中心，護理之家以自費收置照護失能老人為主，政府並無任何補助費用，收費價錢約 25000 元至 28000 元，若署立台東醫院成立失智症中心，照護失智成本較失能者高，醫護人員認為收費 28000 元至 48000 元是合理價錢，並希望政府能補助經費。由於失智病患情況越來越難照顧，大多發病後約 2-3 年，家屬心力交瘁，無法再照顧情形下才送至署立台東醫院護理之家照護，因此成本花費並非是家屬選擇服務機構的唯一考量，于漱、吳淑瓊、楊桂鳳（2003）研究中提出當即並嚴重度愈高則所需照護愈多，成本與花費並非決定家屬選擇服務的模式，尚須考量其他家屬態度、疾病嚴重程度與依賴性，家屬的滿意度方面等因素，與訪談者看法相似，訪談失智症家屬表示目前居住護理之家的費用是大家湊出來，希望能將費用降至 18000 元其他不足部份則由政府補助，因此醫護人員預估失智症中心收費較家屬預估的價錢高約 10000 元—20000 元。

四、家屬照顧失智老人現況與壓力

署立台東醫院失智症老人原先是在家由家屬照顧，平均照顧失智老人約 2—3 年，由於失智症老人情緒及問題行為，主要照顧者的壓力及負荷越來越大，體力與精神承受不了，因此送進護理之家或安養中心，卻擔心被其他家屬指責不孝，而且有被安養中心拒收或常常被要求帶回家的情形。

「家族還沒有這樣的失智中心的時候，他的照顧是二十四小時的，家族都照顧到胃出血、高血壓，失智老人沒問題，結果家屬一個個都病倒了。」(訪 A-5)

「把老人送到失智中心，就是不孝；家屬的親戚會認為這小孩子不是不孝順，其實他

是因為孝順所以才把他送到這裡來。」(訪 A-7)

「他都不認識任何人，他也不要包尿布，已退化，開始會吵會鬧，我們家屬會去跟機構的、去了解情況，他就是失智了，他也不認識人，但是他就是活活的一個人，那我們對他來講，我們是親人，我們還是會很寶貝他，不會放棄他。」(訪 C-3)

「失智症無法痊癒，只能減慢退化的程度，這對家屬來說是一項沉重的負擔。」(訪 E-2)

「關於照顧的人力，大部份男性我們大概都要上班，那有的女性的眷屬我的弟妹，或是我自己的妹妹，那他們輪流來照護。照護最主要就是因為有失智，所以特別要注意他不能夠隨便外出，不曉得如何回來，他會破壞一些東西，日常生活盡量避他免有自我傷害或者是破壞其它事情的一個情形。一個人照顧八個小時，一個人照顧一個禮拜，然後再輪給其他人照顧，一個人然後持續二十四小時，剛開始的時候是沒有那麼嚴重，但是到最後為什麼送到護理之家去是因為他晚上、不睡覺了，不睡覺大概沒有辦法照護，晚上起來他就是不睡覺、東看一看，東摸摸，好像跟他平常喔，在做生意的時候他會去看看他的錢放在哪裡，有沒有收好啦，晚上起來他還是會很盡責的再看看啊，生意門關了沒有所以這些工作跟一般做生意的工作都有點類似。」(訪 G-2)

「因為他不睡覺可以，別人不睡覺沒有辦法。後來我們曾經讓他吃晚上的時候吃安眠藥，可是他也是不睡，二十四小時都不睡，還是他是日夜顛倒了，可以兩天不睡這樣，吃安眠藥也無效，他也不睡，後來我們嚴重到要把他綁在那個床上，讓他吃藥、讓他先讓他盡量睡，可是他也不睡，所以最後我們就到護理之家來，他會亂跑，亂跑會亂搬東西。」(訪 G-6)

「自己在照顧的時候，我常常會聽到他們、他們當然工作上都會有所分配啦，或是做什麼工作譬如對方做事情的一個滿意度喔，都會有所互相批評。」(訪 G-5)

「我大姐、二姐跟我輪流會去照顧，他是說不想吃飯，他不想洗澡，他完全不會洗，我們幫他家屬洗，我大姐、二姐還有我幫忙洗。他會動，他會動會用，然後我們配合他那樣。那他會洗過澡或是吃過飯他就忘記了，他會忘記，他說我早上才洗而已，

為什麼還要在洗，所以他有一些妄想就對了。」(訪 H-2)

「大家有糾紛，因為常見的就是說壓力很大，因為大家都住這邊。一些錢到時候兄弟要去平分，就要大家分攤那個錢，所以是錢的壓力，弟弟跟弟媳婦在講一些怨言，說大家把媽媽都放在家裡面讓一個人照顧，他很難過壓力很大，他自己沒有辦法一個人顧媽媽。」(訪 H-4)

「假日回家幫忙照顧，但也僅只陪伴角色居多，有時協助餵飯、引導爸爸走到廁所等輕鬆但需要時間的工作，因為爸爸體型較胖，像洗澡之類的工作大多由媽媽及哥哥處理。我就是替代性的照顧人力，不是主要照顧人力，假日時我要常回去幫忙媽媽，但也只是讓媽媽暫時有喘息的時間，不用盯著爸爸，但照顧責任都還是在媽媽身上。」(訪 I-2)

「當時我們全家其實對這種病是不了解的，不太能體諒爸爸的情況，所以媽媽會常罵他，當時我也會被媽媽影響，所以覺得爸爸是故意找麻煩、想引起家人注意關心。」(訪 I-5)

「情緒反應很大有時會打人，只有家屬互相鼓勵保持冷靜，在身旁陪伴，心想每一天是他人生最後一次，用這樣心情陪他走完最後一程。」(訪 J-5)

受訪者 ACEGHIJ 七位表示：家庭中，女性是負責老年失智最主要生活照顧者，男性都要上班及負擔家中經濟，因此照顧失智老人工作大多落在女性家屬身上，由於老年失智患病過程中，隨著時間累計產生生活能力日漸退化與行為問題：如半夜不睡、被害妄想、混亂、孤獨、寂莫、大小便失禁、偷跑及走失、遺失東西、攻擊行為、破壞家具、自我傷害等。主要照顧者負荷與壓力增加，造成心力交瘁、緊張、沮喪、憂鬱等負面情緒，但是家屬都表示沒有要放棄失智老人，認為失智老人很可憐，失智症也不是他自己要的，因此還是很關心失智老人，希望他能獲得好的照顧，送到護理之家照顧，經濟不好也是家庭不和的導火線，有壓力面對的是他的親屬，認為把失智老人送到護理之家，就是不孝，怕其他家屬說他不孝，因此對他來講照護的品質很重要，因為親人要住在此，還是會很寶貝他的父母親。陳昱名（2004）研究中指出傳統文化男主外女主內觀念，家中女性被視為免費且有義務照顧角色，照顧者隨時注意緊張、無時無刻看顧，長時間下來

非常疲累，不論身、心、社會各層面，都是沉重負擔，親人之間的感情成爲支撐照顧者繼續照顧的唯一動力，與本研究訪談結果相似。

五、尋求社會資源

台東縣並無成立失智症專門機構也無失智症病友會或相關失智症協會的組織，因此失智症家屬大多對於失智症疾病普遍不了解，居住鄉下的家屬更是資訊不足，只能因爲病情惡化送醫後，經護理人員轉介社工，家屬才真正瞭解與利用社會資源。

「我們也不會說去尋求一些低所得或是其他的一些協助，醫療上的協助，我也沒有去問過，但是依我們基本上的一個認知，我會認為說，大概失智也是一種老化的一個過程，然後人到了如果超過八十歲以上，慢慢失智，是一個很正常、你也沒有辦法去避免，大概要醫療也是很難，我們會這樣認為。我岳母也失智，那我的媽媽也是失智。他們這樣我認為這個是很正常，基本上我認為如果到那種之後，也應該要這樣，不這樣就很奇怪，所以我是覺得理所當然。」(訪 G-7)

「這個沒有找過幫忙，媽媽發病反正就交給醫院了，我不知道去哪裡問？到醫院護士有講一點點，可是已經住院就住了，不知道也沒有辦什麼就直接來你們這裡住。」(訪 H-8)

「因為我們住東河，是很鄉下的地方，根本不知道這些訊息。」(訪 I-8)

「不知道有病友會或社會福利團體，也沒參觀過台灣的失智老人機構。」(訪 J-7)

訪談受訪者 GHIJ 四位家屬，發現台東縣失智症家屬對社會福利並不了解，失智者福利包括：身心障礙福利、老年福利、重大傷病卡、防走失手鍊、警政單位有按捺指紋識別系統，家屬往往不知道自己符合哪些社會福利申請標準，大多是透過親友及部分醫療人員片段的說明與資訊，大多對失智症的概念都沒有，甚至連問都不知道要問誰，訪談中發現家屬甚至對社會資源，多種照顧服務均沒聽過，因此失智症家屬只好單打獨鬥的照顧失智患者，因此這是社會福利的盲點。

陳昱名（2004）研究中指出：台灣社會福利概念尚未普及，認知片段，民眾不知自己符合哪些申請標準，大多靠親友互通，許多照顧者不知道要問，更不知道找專業社服人員或諮詢單位，與本研究有相似之處。

貳、綜合討論

研究者將受訪的十位署立台東醫院醫護人員及失智症家屬，針對失智症老人行為及台東縣失智照護現況，家屬如何尋求社會資源、家屬照顧失智老人現況與壓力、失智中心收費及家庭經濟負擔方面等方面，發現由於台東縣民對失智症的認識及資訊不足，失智症家屬只好單打獨鬥的照顧失智患者，是社會福利的盲點。

大多數的失智症老人是因為身體不適轉送醫院，才發現有失智症狀，而且醫護人員是最常發現問題時候的第一位詢問對象；如果遇到醫療體系資訊不足，或醫護人員不積極被動時，社會福利團體的資訊更加無法讓失智症家屬能夠得到資訊；又由於地處偏遠的台東縣，與其他較大城市相比台東縣市財源並不充裕，往往會影響家屬使用機構正式服務。

全台灣失智症相關服務不普及，台東縣只有目前即將設立的署立台東醫院失智症中心 20 床，一般民眾也普遍不了解失智症是什麼疾病，以為自行照顧即可，造成家屬比失智症患者更憂慮，甚至想自殺的情形，而且大多數家屬選擇送護理之家大團體的生活方式，讓老人退化更嚴重，或招到機構拒收的情形，但選擇到機構服務的家庭因為沒有任何保險分擔，也因為經費負擔太大，造成家庭失和。

第二節國內外失智症照護政策

壹、國內失智老人照護政策

我國失智症患者的人數及長期照護需求的增加，失智症老人可以利用的照護模式，包含家庭照護、社區照護（包括成人日間照護中心、居家護理、喘息服務與新興照護模式—如照顧住宅、團體家屋、成人寄養照護家庭）與機構式照護（包括護理之家、特殊照護單位），政府目的是希望提供服務者、專業人員能體認建構多元化服務及加強各種服務模式，共同為失智症患者及家屬的長期照護品質盡力。

台灣失智症使用到的福利包括：身心障礙福利（領有手冊者可享所得稅、牌照稅稅額減免、社會保險自付保費補助、托育養護費用補助、核發身心障礙者專用停車位識別證、搭乘國內公共交通工具半價或全免優待、輔助器具補助、中低收入醫療補助、中低收入生活補助等）、老年福利（中低收入戶老人生活津貼、敬老福利津貼、中低收入老人重病住院看護補助、改善老人住宅設施設備補助、老年農民福利津貼、榮民院外就養金）、重大傷病卡（持重大傷病卡就醫者，可免除全民健保部分負擔的費用）、防走失手鍊（以防失智症患者走失，愛心手鍊上有個案編號，及可提供24小時救援專線號碼0800-099995，走失者被發現就近帶至警局，就可幫失智者找到回家的路）、警政單位有按奈指紋識別系統（警政署提供指紋按奈服務，可以讓走失患者找到回家的路）。

依據老人福利法第二章福利機構第十八條為：協助因身心受損，致日常生活功能需他人協助之老人，得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：（一）居家護理；（二）居家照顧；（三）家務服務；（四）友善訪視；（五）電話問安；（六）餐飲服務；（七）居家環境改善；（八）其他相關之居家服務。前項居家服務之實施辦法，由地方政府定之。

一、醫護人員對我國失智症政策瞭解程度

署立臺東醫院護理人員對失智症病患家屬的需求及國家目前的失智症政策部是很清楚但是台東縣失智症患者的人數及長期照護需求的增加，失智症老人可以利用的照護模式，包含家庭照護、社區照護（包括成人日間照護中心、居家護理、喘息服務與新興照護模式—如照顧住宅、團

體家屋、成人寄養照護家庭)與機構式照護(包括護理之家、特殊照護單位)等相關問題比較清楚,至於社會福利部分則由社會服務室尋求資源。

「如何辦理社會福利項目,我也不清楚,會介紹家屬去問社會局。」(訪 A-2)

「不知道如何回答,請家屬找社會局。」(訪 C-2)

「不知道要辦什麼社會福利項目,我也不清楚,怕講錯會介紹去問社會局。」(訪 D-2)

「大概知道要辦重大傷病卡、殘障手冊、其他不知道,要問社服室吧。」(訪 E-2)

研究者發現醫護人員是家屬第一詢問有關長照政策及失智症相關社會福利的對象,但是發現署立台東醫院的醫護人員對家屬詢問有關社會福利部分並不是很了解,大多轉介至社工說明或介紹到縣政府社會局找專人協助,至於台東縣有關居家護理、喘息服務、護理之家簡介則由護理人員說明相關事項。

二、醫護人員認為署立台東醫院設置失智症中心的優勢

署立台東醫院於2005年獲得衛生署長期照護處補助,積極成立台東縣唯一的失智照護中心20床,引進日本最人性化的失智症老人照護模式—團體家屋,建置失智照護中心——「懷月山莊」,提供中、輕度失智者有尊嚴、可安心居住的環境,希望藉由親情的維繫,延緩他們退化的程度,積極推廣使民眾認識失智症之外,並整合台東縣長期照護資源,建立台東健康照護網。

「現在像我們護理之家的老人,很容易就退化,因為我們都幫他做好好的,為什麼幫他做好好,是因為我們要統一那個時間做事情,好像軍隊、部隊一樣,我現在七點要吃飯,大家都要出來,可是到失智那一區,這個病人才是為主啊,這個長輩才是為主。你幾點起來,我就是生活照顧面,就像…」真的很好,所以這個是比較有尊嚴的老年生活。」(訪 A-10)

「因為目前台東沒有專門收失智老人的中心,有時候家屬真的是照顧已經崩潰了喔,

所以他們有時候只能往精神科慢性病房送，只要有失智症的病人幾乎都被那個機構排除在外..我們是位於市區中心，家屬要來看也是很方便，老人不會像被放棄的感覺，再來我們有一個優勢護理之家成立在先，所以就是說一些輕中度的老人可以放在失智中心，一直到他重度的時候再把他轉到護理之家，整個療程整個照顧都是完整的，其實這是一個非常好的一個模式。」(訪 B-7)

「我參觀過一些聲稱是失智照護機構，但內部的配置卻和一般養護機構一模一樣，譬如四人房、沒有足夠的活動空間等。我實際有看到的專業的失智照護機構是署立屏東醫院，它是 2005 年新成立的機構，相較其他單位是比較人性化的照顧。」(訪 B-9)

「在護理之家工作那麼久了，其實都有感情了，感覺那裡好像我第三個家。其實變成說，一起生活啦，就變成跟那些長者一起生活，那生活就是照顧啊，然後生活就是照顧嘛，就是復健嘛，所以說小規模多機能，如果說可以讓他...一起撿菜(閩南語)啊，一起敷臉啊，一起生活啊，那對老人家來說應該是很好的啦，所以我非常非常贊成小規模多機能。」(訪 B-11)

訪談者表示目前台東縣沒有專門收置失智的機構，多數是在護理之家採混合式照護，失智症老人很容易退化，署立台東醫院於 95 年起申請成立失智症中心「團體家屋」照護方式，以健康、活躍、快樂的生活，提供保有自我尊嚴的生活，讓個人的生活能力發揮到最大極限，以維持其所習慣的生活型態，以生活即復健為目標的照顧導向，緩和認知障礙並存問題的行為，協助高齡者本身的自立，讓失智症高齡者「過一般人普通的生活」成為可能的事，也帶給家屬喘息的機會，因本院位居台東市中心，希望涵蓋社區、居家方式的外展服務模式，讓失智症老人能夠得到有尊嚴的生活。

貳、國外失智老人照護政策

瑞典首創團體家屋於1970年，日本則於1990年引進；於2004年達3200所，以因應失智症老人照護的主要形態，實施單元照護的老人機構主要以「特別養護老人院」及「老人保健機構」為主；亦包括老人福利機構中養護老人院、醫療機構、療養型病床群等也包括在內，「特別養護老人院」

的設置是65歲以上，身體或精神上明顯障礙而需要接受長期照護且無法在家中照顧的老人（癱瘓或失智症），2004年日本公共介護保險制度實施，「特別養護老人院」以稅金與保險費危及財政基礎，整合老人照護的醫療、保健與福利的制度，並將「行政決策制」改為「契約制」由家屬或老人與機構訂定契約。

一、署立台東醫院醫護人員對日本介護保險制度政策瞭解程度

日本實施「介護保險」，是基於解除國民老後最大的不安（長期照護問題），必須擴充福利；為擴充福利，必須開拓新財源；新財源可採租稅或社會保險方式籌措。社會保險制度的給付與負擔關係明確，容易說服民眾。長期照護服務過去由政府主導而民眾順從，非但資訊不對稱，且服務量供不應求；照護服務在市場化的機制下，透過利用者與提供主體的契約行為，期待提供多樣、充實、持續及綜合性照護等服務改革；將「醫療服務」與「照護服務」的保險給付分開，以作為落實「社會保障制度結構改革」的第一步。

「我們台灣也引進以這樣的方式來收費，可以分成兩階段來收。因為40歲以上來收，其實我覺得還是都太晚了；如果說能夠以20歲以上就收，20歲到40歲跟收40歲到60歲收的錢是可以、是不一樣的。」（訪A-12）

「有聽過日本介護保險，我們老化人口比日本慢十年吧，十年後就像日本這個樣子，那如果說我們介護保險不趕快、腳步不快一點去規畫那個以後高齡者的照顧的話，其實以後老人家是不是就很可憐呢？原則說我們國家應該要趕快的、規劃我們的長期照顧這一個保險，不一定是介護保險，就是說長期照護安養這一方面的保險這樣子。」（訪B-12）

「你提早保險，將來不用說在老了以後還靠兒女，造成這種更多的負擔壓力，所以這種可以減少一些一代一代的這種壓力的問題。」（訪C-12）

「我國實施介護保險的話，我覺得被接受是有可能，但是凡事起頭難嘛。」（訪D-12）

「介護保險是可行的，使用者付費是理所當然，政府可依疾病依賴嚴重程度及家中經濟狀況做配套措施，對中間家庭是很大的幫助，每個人都會老，現在子女也生的少，

更別想他們以後會養父母親，中年以後參加政府介護保險，為自己老年準備，就不會有棄養老人。」(訪 E-12)

「日本介護保險很適合我們，因為它也是亞洲國家，跟我們台灣很相像，我是覺得說應該可以做、應該做、也需要做、必須做。我是覺得介護保險可行，一定要做、必須做因為每一個人都會老，因為健保現在長期照護這一塊根本沒有保險，只有急性的部分，慢性病的時候你根本沒有一個保障。」(訪 F-12)

研究者發現：署立台東醫院醫護人員對「日本介護保險」制度都有概念，一致表示我國應及早規劃與類似日本介護保險的制度，原因大多是我國已步入少子化及高齡化社會，自己準備老年後的保險金，但希望分成兩階段收費；第一階段為20—40歲、第二階段為40—60歲，收取的保費要不一樣。

二、署立台東醫院醫護人員認為「小規模、多機能」的國外照護模式對失智老人的幫助

將機構空間以族群方式區劃成數個小規模照護單位，其目的主要是期望能以人性化機構環境尺度，以避免形成集中營式的照顧環境，由於照顧單位規模小，可以縮短照護人員移動的距離，減輕負擔及增加住民與照護者之間互動機會，以利依據個別需求，安排設備及照護計畫，以6-10人為一個生活照護單元為最佳。

「我覺得小規模多機能這個照顧方式以現今來講，如果台灣可以做的起來的話，其實是對老人是一個福氣。」(訪 A-11)

「覺得幫忙很大耶，我自己深深認為說，其實像在護理之家工作那麼久了，其實都有感情了，感覺那裡好像我第三個家。」(訪 B-11)

「他心理上比較能夠安定下來，他才會慢慢快樂起來，在這個環境裡面這樣生活。」(訪 C-11)

「像小規模多機能他就類似像是一個家一樣，對，他隨機而變嘛，隨著老人家的喜好

來做更動或者是他喜歡做什麼不是順著做，當然就是陪著他。那我覺得這有絕對的幫助啦。」(訪 D-11)

「希望用小規模多機能的來照顧失智的長者。小規模多機能的團體，讓老人家喔是生活上主體啦，是我們工作人員要去配合他的。」(訪 F-11)

研究者於訪談ABCDF中發現：署立台東醫院醫護人員曾經參加研習因此對日本介護保險內容大多具有概念，由於日本位於亞洲國家與台灣地緣相近而且老年人口快速成長，出生率下降，因此也希望我國能夠仿照日本推出長期照護保險，對於國外成功的失智症「小規模多機能」的照護特性署立台東醫院醫護人員，曾經受訓或積極參加相關研討會以提升對失智症的認識，另一方面也開始教導失智症家屬有關失智的照顧知識及推廣，署立台東醫院即將設立團體家屋的訊息，受訪者家屬是從醫護人員給予資料中認識日本「小規模多機能」的照護概念，醫護人員對服務內容在小規模生活場地，5-9人為單元共同居住型態，團體家屋職員負責提供三餐、清洗服務、一起生活，讓失智症老人整天有家庭式的在安穩氣氛中生活，以期能讓失智老人症狀維持穩定，而有助於減輕照護的成本負擔，特色是：房間個別化、生活環境家庭化；照顧服務個別化，以營造一個像原來的家庭一樣快樂生活均採正面的看法，對失智症老人相當有幫助。

莊秀美(2004)提出失智老人照護，背景是希望透過人性化空間設計及活動安排，職員質量配合提供老人需求的服務，除保有自己空間也設置交流空間，集體性的活動方式應該不是收容性場所，而是生活性場所，我國機構硬體與軟體可以參考日本團體家屋照護，此論點與訪談結果相似。

參、綜合討論

針對國內外失智症老人照護政策，訪談署立台東醫院醫護人員及失智症家屬發現，台灣大多屬混合式照護已漸漸推廣小規模多機能團體家屋的照護方式，大家不僅認為參考日本模式很合乎人性，也是對失智症老人老年生活有尊嚴。署立台東醫院於95年起申請成立失智症中心團體家屋照護方式，希望涵蓋社區、居家方式的外展服務模式，讓失智症老人能夠得到有尊嚴的生活。但是我國尚未推出類似介護保險的長期照護保險制度，即使是一個好的照護模式，沒有政府補助之下，家屬基於經濟壓力，態度仍會有所保留。

第三節 署立台東醫院醫護人員對成立

失智中心看法與建議

壹、署立台東醫院醫護人員對失智中心團體家屋社區化看法

一、署立醫院醫護人員對團體家屋照護理念的看法

丹麥、瑞典發展的團體家屋理念，是以「尊嚴」為照顧失智老人為重點，並否定大規模機構集體式照護模式而誕生的，因此日本將此模式引進。「尊嚴」具有其特徵：認同每一個人的差異、照顧失智老人是了解他的需求並尊重他、對身心機能退化或面臨死亡的老人不放棄給予應有的尊嚴隨時陪伴在身旁，在此理念之下發展出團體家屋的模式。

「國外也是很成功，覺得引來我們這邊應該是也會很成功。」(訪 B-11)

「失智的那個專門照護中心，會比較溫馨，他的人性化會更高一點，然後在家屬的立場來講，也會更放心這樣子..失智的那個專門照護中心會比較溫馨，他的人性化會更高一點，然後在家屬的立場來講，也會更放心這樣子。因為原本就是一般來講，就是家屬沒有辦法照顧或者沒有這個能力照顧的話，或者真的沒有心力照顧的話會送到這種地方來。那家屬能夠送進來表示他也有這個心要照顧，我們可以做的更好的話，不但是對家屬，就是失智老人本身的品質上來講，才是真正的照顧。」(訪 c-3)

「現在日本有比較新的一些，對於老年人比較適合的一些什麼芳香療法啊、音樂療法，身體機能活動、身心機能活動，我們醫院也都有請外面的、甚至我們出去上課，在這方面都需要更進一步的...因為他真的是有他特殊的一種方式，而且有些器材我們看起來是這樣做，在老年人來，他的程度上還有意義上都是不同的喔。」(訪 C-4)

「我想大部份的老人到最後還是會想回家，那再創造另外一個家，像小規模多機能他

就類似像是一個家一樣，他隨機而變嘛，隨著老人家的喜好來做更動或者是他喜歡做什麼就、就…也不是順著做，當然就是陪著他。那我覺得這有絕對的幫助啦。」

(訪 D-4)

「主要以個人為單位，依居住者的生活來生活，而且有自我的空間，保有隱私權，可以把自己的家具，棉被，個人用具等帶入機構。出門不再是醫院的長走廊，而是客廳。可以與其他居住者一起聊天、製作餐飲。」(訪 E-3)

「我們社區裡面有這種機構，就地照顧就地老化更方便，社區應該能接受醫院的宣導，應該是更不會去排斥。」(訪 F-7)

「我們醫院引進失智老人照護，這個方向是對的。」(訪 F-3)

「頂多大概 5 到 9 個人就是一個小組，5 到 9 個人一個小組的多功能照顧，就是有住民住進來之後，那我們的工作人員就是陪伴他，就是給他一個安全、信任、然後有自主，他可以自主、自主性的生活，配合他的生活習慣，然後我們在旁邊協助他、陪伴他，跟他一起過生活，讓他在這邊很有尊嚴，需要這一方面的失智症的照顧啦，所以我們也有準備成立失智照顧中心多讓失智症長者有更多的福祉去得到照顧、更好的照顧環境。」(訪 F-3)

「小規模、多機能的照顧方式可以減少失智老人的不安，進而有幫助減輕或減緩他的問題行為，工作人員也比較能掌握每位失智老人的習性，比較能提供彈性、人性化的照顧，家屬在這樣環境也會比較覺得自在，比較會想停留久一點，跟自己的親人多聊一點。」(訪 I-11)

訪談BCDEFI六位發現，署立台東醫院醫護人員對引進國外成功的團體家屋照護模式，服務台東縣失智老人是台東縣的一個新創舉，不僅把照護失智老人的觀念引進台東縣，更是一種醫療與社區結合的產業，大概5-9個人就是一個小組，工作人員就是陪伴他，就是給他一個安全、信任、然後有自主，像家一樣的生活，配合他的生活習慣，在旁邊協助他、陪伴他，跟他一起過生活，讓失智老人的退化減緩過一個有尊嚴的老年生活，外山義(2004)提出失智症異常行為或混亂等症狀，可以在小規模具有家庭氣氛的生活環境中來緩和症狀，團體家屋的照護方式，讓每個人保持尊嚴，改善

失智生活，其論點與訪談結果相似。

二、署立醫院醫護人員是否會參與團體家屋照護團隊

團體家屋照護，是指和住家一樣居住環境，居家生活的日常生活下接受照護服務，亦就是建構失智老人個人尊嚴，使機構能兼具家庭般的溫馨氣氛與多樣化的生活，其強調是安排個人房為主、維持個人隱私並降低傳染病相互感染，而且獨立個人室也能減少留在寢室的時間，提高公共空間使用率促進住民之間的接觸與互動，紓解失智老人之精神壓力，減少徘徊遊走的行為。團體家屋是將大規模機構分化成數個「小家庭」，照護人員要有如照護自己家人一般的愛心與耐心，尊嚴的照護，除了真心、親情，最重要的是力行，讓被照護者感受溫暖，感覺活著有意義，署立台東醫院醫護人員表示：如成立團體家屋，是否會參與此醫療團隊與原因如下：

「我會加入，因為我認為我的父母也已經到了七、八十歲的年齡，我覺得老人家、老了都有一些、有一些或多或少失智的問題，我覺得這個是對我來講是一個考驗，我也是一直很想去接觸這個東西。」(訪 A-4)

「現在比較好，讓他們感覺比較快樂只有懷舊，我覺得照顧失智症老人應該是最主要是態度，照顧人員他本身生命的歷程可能要成熟一點，對生命比較有一點熱誠的。」(訪 B-4)

「我覺得責任很大，因為它包括的領域有一點精神科方面的，老實說我這方面放書放很久了，本身會比較怕，我覺得說如果我要先摸一下，我才敢實際去做。」(訪 C-4)

「署立台東醫院即將開失智老人中心，我相信我有能力、有那個特質可以參與這個失智老人這個部份，這部份我已經有做出小小部份的成果，路很辛苦但是一定要走下去，因為我們才剛開始。」(訪 D-4)

「我會加入失智團隊。因為我喜歡和老人聊天，逗老人開心，照顧他們很像照顧自己的 Vu Vu【排灣語：阿公阿媽的意思】。」(訪 E-4)

「我對長期照護有經驗，就是說很有興趣啦，那也會加入這個團隊，我們知道了要成立失智照顧中心之後，因為以前在護理之家失智老人有入住，但是我們照顧的我們

覺得不夠專業，硬體跟軟體部分我們覺得不夠，現在要成立失智照顧中心，工作人員都很投入的去參與。」(訪 F-4)

訪談ABCDEF六位結果發現：若署立台東醫院成立失智中心，有五位醫護人員會積極參與失智醫療團隊，原因為大多數醫護人員得知院方即將成立失智中心即主動參加失智症相關研習會，並且因為五位醫護人員均擔任護理之家醫護人員平均3年年資，對老人照護有經驗與興趣，一位醫護人員服務護理之家一年半經驗，因為自認經驗不足，而且失智症與精神科有相關，自己很久沒有接觸這一科，因此表示自己無法勝任這項業務，但表示如果要調進失智中心工作，要接受該疾病相關的訓練，才敢照護失智症老人。

貳、署立台東醫院醫護人員對失智中心照護人員與設備建議

目前台灣失智症老人照護機構環境設計，已有多位學者依據失智症之照護需求理念提出相關原則，如失智中心地處交通生活便利、人際交流考量以5-9人最佳、室內燈光材質家具應合乎居家氣氛、機構內環境簡單明確、護理站不宜過大、路徑可提供觀賞景物及休憩座椅、失智症使用走到應考量輪椅寬度2.4公尺以上、移動路徑應避免反光與防滑，儘量採自然光；房內可放置住民熟悉的物品、建立警急呼叫系統、設立交誼廳舉辦各式活動、餐廳方便輪椅使用並採固定位置、可利用戶外結合職能治療或寵物治療區、設有公共浴室以方便照顧中度以上住民、房內安裝淋浴設備以方便輕度者自行沐浴、設置集中管理污物室並有嚴格廢棄物處理程序。

失智症照護理念是照護人員理念意識的改革，以往護理之家住民活動是配合工作人員勤務作息時間，追求高效率自行訂定作息及活動時間表，以團體活動照表操課，任何活動要在既定時間完成，沒有住民個別性需求，「團體家屋」照護方式則將「輸送帶式照護」改成「以住民為中心」照護方式(外山義等2000)，因此觀念落實是成功關鍵，照護人員必須要有積極意識、秉持快樂心情與塑造家庭感覺維持與住民和家屬溝通良好。

一、照護失智人員應具備條件

照護失智症使用團體家屋會成功的主要因素是工作人員意識改革，採用單元照護建物（硬體）及照護方法（軟體），把好的硬體及好的軟體謹記在心的是工作人員，工作人員的意識如果不是正向的，單元照護就絕對不會成功，最重要的是以關懷病患為主軸，提供老人快樂生活為目標，自發性的與家屬共同參與照護工作，像生活在社區中。

「進入這一個團隊要做各種訓練，我覺得是很重要的。他應該要去，首先他要對失智的一些身、身心靈的變化是什麼，都是需要訓練的，最重要的，在這個失智中心做事，你如何去讓失智的老人他的退化會退化的速度會更慢，你應該要有這樣的概念，我們怎麼日常生活裡面怎麼做一些訓練，然後讓這些老人他的退化會更慢更慢，這我覺得這是當務之急啊。」（訪 A-4）

「人力的部分可能就需要固定，盡量盡量的固定，讓他可以感覺他是一個家人，他可以看到這個人就認識他，他也會聽得懂他安排他做的事情，而且一些志工也可以盡量安排一些志工來幫，失智的老人做一些活動。」（訪 A-5）

「我覺得這種照顧失智老人的護理人員或者是照顧者，他最重要他一定要有耐心、要有愛心，我不認為這是空談，所以你要耐心可以一而再、再而三，不厭其煩的好好的照顧他，失能的老人其實他也怕兇，你如果兇他，他就像小孩子一樣他會有恐懼感，所以你一定要有這樣的耐心說，我的認知上這個老人是有失智的，我就是要有我用我的愛心用我的耐心去讓他不害怕，讓他感覺這是他的家，他才對他的病程是會有幫助的，他不會一直、一直一直退化下去，因為他感覺到家的溫暖，他可能退化的情況會更慢。所以我覺得他的特質裡面，在愛心耐心是我覺得是比較重要的。」（訪 A-6）

「最主要應該是那個工作人員對生命要有一定的熱情啦。」（訪 B-6）

「人員上喔，基本上的要求是要很有耐心，而且有些就是屬於那種婆婆媽媽型的那一種，（你是覺得就是比較雞婆型的那一種，那一種人最適合，因為他才會真正有熱誠

會關心，不然就是變成一種公式化。」(訪 C-5)

「喜歡和老人聊天，逗老人開心，照顧他們很像照顧自己的 Vu Vu【排灣語：阿公阿媽的意思】失智症照護人員，基本要有長期照護的概念，對於失智症病因、症狀、行為、激躁行為要有基本認識。除了藥物，最主要失智症照護是要藉著「活動」減緩退化的程度，尤其是「輔療性活動」，如團體治療、音樂療法、認知及感官訓練、現實導向、懷舊療法等。照護人員應有設計活動、及帶領活動的技巧。」(訪 E-4)

「要喜歡老人、不怕髒、要超有耐心且會哄老人的人，不是哄小孩喔，因為他們不是小孩，要尊重他們是長者。照護者要會引導技巧，而且要了解失智者的意思，幫助他們可以了解自己的好夥伴。」(訪 E-6)

「我們在職訓練，讓全院的人員都一起都可以參與，然後大家都了解失智長者的照顧是這一個團隊，不只是我們護理人員跟醫師部分，是職能治療師、物理治療師、營養師、藥劑師，精神科醫師，還有一些社工師、志工，通通都要進來、我們團隊通通都要進來，才會把失智的長者照顧的更好、更完善。」(訪 F-4)

「工作人員都要受過訓的，都要對失智照顧都要很熟悉，盡量我們照顧的人員都固定，不要說調來調去，跟其他單位的。」(訪 F-5)

「所以說，我覺得我們照顧失智長者的工作人員，真的是他要有耐心，然後要誠實，因為我們老人家有時候他說我真的不想吃，或者是他吃過了他又忘記了，那我們的工作人員都要關心然後要有誠實說，這個長者還沒有吃過，他什麼東西還沒有用過，都要幫他啦，我是覺得說觀察力要夠啦，最重要的是真的要有愛心和耐心啦。」(訪 F-6)

訪談ABCEF發現：醫護人員認為照護失智症老人一定要有愛心、要喜歡老人、不怕髒、要超有耐心，要有長期照護的概念，對於失智症病因、症狀、行為、激躁行為要有基本認識。除了藥物，最主要失智症照護是要藉著「活動」減緩退化的程度，人力的部分可能就需要固定，並且失智長者的照顧是一個團隊護理人員、醫師、職能治療師、物理治療師、營養師、藥劑師，精神科醫師，社工、志工，才會把失智的長者照顧的更好、更完善。尹聖道（2005）研究提出：失智症照護是全人、

全家、全程、全隊的照護工作，與訪談結果有相似之處。

二、失智照護環境設備方面建議

失智症中心團體家屋陳政雄（2004）研究提出，有關失智照護機構建築設計基本原則如下：

（一）失智中心地處交通生活便利（二）人際交流考量以5-9人最佳（三）室內燈光材質家具應合乎居家氣氛（四）機構內環境簡單明確（五）護理站不宜過大（六）路徑可提供觀賞景物及休憩座椅（七）失智症使用走到應考量輪椅寬度2.4公尺以上，移動路徑應避免反光與防滑，儘量採自然光（八）最好採個人房；輕中度不要超過2人以上為宜，房內可放置住民熟悉的物品（九）建立緊急呼叫系統（十）設立交誼廳舉辦各式活動；餐廳方便輪椅使用並採固定位置（十一）可利用戶外結合職能治療或寵物治療區（十二）設有公共浴室以方便照顧中度以上住民（十三）房內安裝淋浴設備以方便輕度者自行沐浴（十四）設置集中管理污物室並有嚴格廢棄物處理程序，署立台東醫院成立團體家屋，醫護人員對失智中心的環境設備方面建議如下：

「失智中心環境，譬如說你的標示物應該要大，而且要清楚，應該要有一個很清楚的指示，可以在門口可以造一個像馬桶的一些形狀的東西，一些照片擺在這邊，他就知道我要來這邊吃飯，以他的一些習慣的一些飲食，也可以從家裡帶來，都是可以幫助他日常生活的一些訓練的部分，安全防護上面，已經像小孩子一樣了，他忘記該怎麼注意什麼了，一些危險的物品可能我們在東西裡面我們就要特別的把他上鎖，比如說藥物的部分，他可能看了紅紅綠綠的很漂亮當著是糖果，他可能抓起來一把就吃了，所以這個可能就是安全部分，這個東西可能就是要去注意到。遊走病人他也有可能一下子沒注意到他就跑掉了，可能我們一定識別的方法幫他做好。在生活照顧裡可能我們因為要特別的幫他做一些安排，一些生活機能的部分，要喚醒他延後他的一些機能退化或者是失智的部分，增加他、延緩後面的部分，我們可能也要設計讓他一些活動可以讓他參與，喚醒他的一些記憶。」（訪 A-7）

「家屬把老人送到失智中心，其實他有壓力的，他面對的是他的親屬，他認為說你怎

麼把這個老人送到失智中心，就是不孝；如果這個失智中心是很具標準的，很具一個規模，給人家感覺，我不是把你丟在這裡，我只是讓你們的長輩到一個更適合他生活的地方，家屬的親戚會認為這小孩子不是不孝順，其實他是因為孝順所以才把他送到這裡來。」(訪 A-7)

「一般的話，是希望說硬體看起來像自己家中不要像機構也不要像醫院，最好也有木頭地板可能也可以擺一些榻榻米，然後還是一些沙發，你可以容許老人家他想睡沙發的時候就睡沙發，說不定他走一走累了想要躺在地板上的榻榻米睡覺，你也讓他睡這樣子，就像在自己的家中這樣子。」(訪 B-5)

「理想中的失智老人照顧機構他應該是鄉下有一片地，然後前後院都可以種菜啊、養雞養鴨之類的啦。因為目前環境的變遷然後還有因為公家醫院的限制，所以就是沒辦法達成到那個比較理想的樣子。」(訪 B-5)

「我會以自己的感受來做出發點，假使我老了，我希望是什麼環境下生活，那現在署立台東醫院的失智老人中心算是所有機構裡面，已經算蠻完整的一個。」(訪 D-5)

「失智照顧方式比較特別，所以我們環境上面就是門禁會給他們管制，就是空間、環境會管制，我們整個大環境管制之後，小的環境就不管制，他腦開發的那種觀念用圖像、用圖像來讓老人記得這邊就是廁所，像馬桶我們用圖像來代表。」(訪 F-5)

「我們的鏡子不會放很多，失智的老人他只記得他以前的長相，最近的長相他比較會不記得喔，所以說我們盡量有鏡子的部分會給它收起來。」(訪 F-5)

「我們社區裡面有這種機構，若家裡面有失智老人或親戚朋友就地照顧就地老化更方便，我是覺得說我們社區應該能接受，我們醫院的宣導，應該是更不會去排斥。」

(訪 F-7)

訪談ABDF四位發現：醫護人員建議照護環境，希望看起來像自己家中不要像機構也不要像醫院，標示物應該要大，而且要清楚，應該要有一個很清楚的指示，也依照失智症老人生活習性，幫他做一些安排，一些生活機能的部分，要喚醒他延後他的一些機能退化或者是失智的部分；要設計讓他一些活動可以讓他參與，喚醒他的一些記憶；境設備建議社區裡面有這種機構，就地照

顧就地老化更方便；環境上門禁管制、空間、環境會管制，遊走病人容易走失，識別的方法（例如手鍊、名牌）幫他做好。在生活照顧裡要特別的幫他做一些安排，生活機能的部分，要喚醒並延後他的機能退化或者是失智的部分，設計讓他一些活動可以讓他參與，透過懷舊療法、音樂療法等喚醒他的一些記憶，生活照顧一切都以尊重失智老人之意願為出發點，並盡量讓其有日常生活能力。尹聖道（2005）研究提出：失智症照護以居家氣氛，利用過去時代生活熟悉之家具樣式及擺飾，喚起他的記憶，生活照顧一切都以尊重失智老人之意願為出發點，並盡量讓其保持日常生活能力，其研究結果與本研究有相似之處。

參、綜合討論

透過訪談發現：由於署立台東醫院及將設立團體家屋失智老人中心與社區結合，表示工作人員都要受過訓，失智長者的照顧是這一個團隊不只是我們護理人員跟醫師部分，是職能治療師、物理治療師、營養師、藥劑師，精神科醫師，社工師、志工，才會把失智的長者照顧的更好、更完善要對失智照護要很熟悉，盡量我們照顧的人員都固定，人力的部分可能就需要排班固定，讓失智老人可以感覺他是一個家人，可以看到這個人就認識他，他也會聽的懂他安排他做的事情，盡量安排一些志工來幫忙，失智的老人做一些活動，人員基本上的要求是要很有耐心，尊重他們是長者。照護者要會引導技巧，因為他才會真正有熱誠會關心，不然就是變成一種公式化的照護工作。至於環境設備建議社區裡面有這種機構，若家裡面有失智老人或親戚朋友就地照顧就地老化更方便，環境上門禁管制、空間、環境會管制，硬體看起來像自己家中不要像機構也不要像醫院，標示物應該要大，而且要清楚，遊走病人容易走失，識別的方法（例如手鍊、名牌）幫他做好。在生活照顧裡要特別的幫他做一些安排，生活機能的部分，要喚醒並延後他的一些機能退化或者是失智的部分，設計讓他一些活動可以讓他參與，透過懷舊療法、音樂療法等喚醒他的一些記憶。

第四節失智症家屬對署立台東醫院成立失智中心

看法與建議

2005年日本介護保險制度改革焦點議題是有關失智症老人的照護模式，發現小規模的「團體嘉屋」較能穩定老人情緒、減緩失智程度惡化效果；家屬亦因老人入居失智老人之家時容易探視，親情得以維護而抱持肯定。日本稱此小規模、注重家庭氣氛的照護模式為「第三類型照護模式」，因為失智老人之家不純粹是機構，也不純粹是住家，介護保險法中規定由居家照護體系給付。家屬對署立台東醫院即將引進日本模式的失智症照護方法及其效果的看法如下：

壹、失智症家屬對失智老人生活更有尊嚴的看法

聯合國老人綱領關於尊嚴的提示：「老人應在尊嚴和安全感中生活，自由發展身心。不分年齡、性別、種族、失智與否都能被公平看待。」所以失智老人的尊嚴不能漠視。由於失智症治療在醫療部份上無法突破，「團體家屋」的特點為尊重個別的獨特性為出發點，建立人與人之間的情感，所謂“尊嚴”，即不管老人如何退化或面臨死亡，隨侍身旁這是「尊嚴」重要目標之一是非常有價值的。過去很多照護，對於這一點並不注重認為對效果無指望的老人來說是無價值，所以老人也因此成為無價值老人，失智老人在無從照護的情形下成為被放棄的一群人。

「我只想讓他們盡量能夠要舒服，比較輕鬆的過。他們也希望有一個很尊嚴的生活，他是沒辦法自我掌控，他沒有辦法控制，提到的那個尊嚴的生活、老年生活，其實真的是在也是在引進失智中心裡面的一個、很重要的一個核心…比較有尊嚴的老年生活，當然我們台灣推會比較晚，這個理念下面大家都會想說，我也希望我以後自己住對，剛剛提到，如果像這樣的方式，對失智老人幫忙很多。」(訪 G-10)

「我們當然是想過啦，我只想讓他們盡量能夠要舒服，比較輕鬆的過，因為尊嚴，當然他們能夠的話，他們也希望有一個很尊嚴的生活。」(訪 H-10)

「我爸爸患病初期，我們都不知道如何因應情況下，對彼此的折磨其實是很殘忍的，

他其實還有屬於自己的思想、喜好和情緒，但卻一概被忽略及扭曲，其實到後來家屬也會很不忍心，也許妥善的照顧，可以讓這些人活的更開心，也可以退化的更慢一些。」(訪 I-10)

「是！也希望讓失智的長輩，過得更有尊嚴的老年生活。」(訪 J-10)

訪談失智症家屬四位得知：家屬對於日本團體家屋照護模式與成效抱持肯定的態度，對於署立台東醫院引進日本模式「團體家屋」重要目標以尊重失智老人的「尊嚴」為主，家屬希望雖然失智症老人有許多行為異常及退化的情形下，如果能得到妥善的照顧，讓失智老人活的更開心。

貳、失智症家屬對署立台東醫院成立失智老人「團體家屋」的看法

團體家屋對失智症家屬而言是一項新的失智症照護觀念，透過署立台東醫院醫護人員的介紹，家屬了解團體家屋建構的照護模式，家屬對台東醫院成立失智症中心的看法如下：

「我沒有考慮到外縣市，跟一般私人的機構，我們會覺得署東醫院本身也有醫師，所以如果有狀況的時候，他能夠就近的醫療。署東醫院也是一個政府的單位，比較有一定的制度政府方面會支持，所以我們會覺得對於政府的單位會比較有、有信心。」
(訪 G-9)

「小規模、多機能的照顧方式可以減少失智老人的不安，進而有幫助減輕或減緩他的問題行為，工作人員也比較能掌握每位失智老人的習性，比較能提供彈性、人性化的照顧，家屬在這樣環境也會比較覺得自在，比較會想停留久一點，跟自己的親人多聊一點。」(訪 I-11)

「同意給我媽住失智中心，當然應該有這樣一個想法，會比現在做的還要好，當然不是一下子可以做的非常理想，但是有在進步喔，就一個值得去做的一個事情。」(訪 G-12)

「失智在現在才比較廣為人知，在我爸爸患病初期，我們都不知道如何因應情況下，

對彼此的折磨其實是很殘忍的，他其實還有屬於自己的思想、喜好和情緒，但卻一概被忽略及扭曲，其實到後來家屬也會很不忍心，也許妥善的照顧，可以讓這些人活的更開心，也可以退化的更慢一些。」(訪 I-10)

「署立台東醫院引進日本模式機構照護失智症，絕對會同意將爸爸送去。」(訪 I-12)

「不知道是什麼，沒聽說！」(訪 J-11)

訪談失智症家屬得知家屬對署立台東醫院將成立失智症中心抱持贊成的態度，三位家屬認為署立台東醫院的優勢為因地處於台東市區，交通方便而且家屬探視方便，由於署立台東醫院擁有醫護團隊當失智症患者需要醫療時也能夠就近得到照顧，另外署立台東醫院是隸屬政府單位失智症家屬表示對政府的機構較有制度也較有信心，有一位家屬沒聽說過這種機構，不知道是否對失智老人有好處。

叁、署立台東醫院成立失智症中心家屬是否將失智長輩送入該機構

失智者的異常行為或易造成混亂等症狀，是可以在小規模且具有家庭氣氛的生活環境中來緩和其症狀的，Group home 的照護方式是「自我生活方式」的實現，視他們之前過著什麼樣的生活及個性特質，幫他們一步步恢復自信，讓每個人保持尊嚴，加以醫學及專業診斷的協助，對改善失智者生活的品質來說，應是合適的照護方式，所以署立台東醫院失智症中心希望以照護經驗及經營的基礎，融入 Group home 的失智照護方式，期望提供失智者及其家屬一個安心的環境，家屬對署立台東醫院成立失智中心成立後是否將失智長輩送入失智中心的意願如下：

「同意(住失智中心)當然應該有這樣一個想法，會比現在做的(護理之家)還要好，當然不是一下子可以做的非常理想，但是有在進步喔，就一個值得去做的一個事情。」

(訪 G-12)

「像我們在台東，我們不會把人送到其他縣市，就是在台東找一間比較好的，希望就是在地的就對了，今天不要說兩萬五，到三萬五我還是會送來。」(訪 G-13)

「在家屬的立場已經覺得不錯啦，在家生活跟這邊比較，住的方面很舒適然後吃的方

面也都很好，醫院如果有病痛的時候很方便。」(訪 H-9)

「國家出可以的話，政府補助二十到二十五，兩萬五我們出一部份，然後政府出五千或一萬塊，我們也會想辦法一定會順應。因為使用者付費嘛，始終是要付費。」(訪 H-10)

「家屬的角度當然希望越便宜越好，可是我知道費用跟人力成本其實是相對等的關係，人力成本直接就是影響照護品質的最大關鍵。人性化服務絕對是最能滿足需求的服務。」(訪 I-12)

「會，但也要考慮經濟問題。」(訪 J-12)

訪談家屬四位發現：如果署立台東醫院成立失智症中心，家屬表示會將失智症長輩送進該失智中心，並表示台東成立失智中心是一個進步的現象，但是因為家庭經濟問題家屬希望如果能夠有政府補助20-25%，也有家屬表示不會把家中失智症長輩送至外縣市。署立台東醫院是隸屬政府單位失智症家屬表示對政府的機構較有制度也較有信心，署立台東醫院若收費35000元，也會送至署立台東醫院失智中心。

肆、綜合討論

透過訪談過程研究者發現：台東民眾不會把失智症老人送到其他縣市機構，希望就是在台東能找一間比較好的在地的失智症中心，署立台東醫院即將設立團體家屋失智老人中心與社區結合，讓失智症老人過比較有尊嚴的老年生活，我們台灣推會比較晚，這個理念下面大家都會想說，家屬也希望以後自己也住，如果像這樣的方式，對失智老人幫忙很多把失智的長者照顧的更好、更完善，家屬的角度當然希望越便宜越好，可是知道費用跟人力成本其實是相對等的關係，人力成本直接就是影響照護品質的最大關鍵。人性化服務絕對是最能滿足需求的服務，經費部份希望國家補助，政府補助百分比二十到二十五，兩萬五由家屬出一部份，然後政府出五千或一萬塊，自付一部份，因為使用者付費。署立台東醫院是一個政府的單位，會有比較有一定的制度，政府方面會支持。所以我們會覺得對於政府設立的失智中心，政府的單位目前會比較有、有信心。

丹麥、瑞典發展的「團體家屋」理念是以「尊嚴」為照顧失智老人為重點，並否定大規模機構集體式照護模式而誕生的，因此日本將此模式引進。「尊嚴」具有其特徵：認同每一個人的差異、照護失智老人是了解他的需求並尊重他、對身心機能退化或面臨死亡的老人，不放棄給予應有的尊嚴，隨時陪伴在身旁，在此理念之下，發展出團體家屋的模式。



第五章 結論與建議

本研究旨在探討署立台東醫院引進國外失智症老人照護團體家屋相關醫護人員及家屬的看法與建議，為達成研究目的，首先經由文獻探討，針對目前署立醫院現況及國外照護方式相關理論加以探討與分析，以作為研究的理論基礎。本研究採質化取向，以署立台東醫院醫護人員及失智症家屬為研究對象，共計訪談十位，透過深度訪談及文件分析，了解署立醫院醫護人員及家屬對失智症中心的認識與看法。

本研究在總結研究的討論結果，進一步作成結論並提出建議，以作為署立台東醫院引進之參考。本章共分二節，第一節為結論，第二節為依據研究結果提出相關建議。



第一節 結論

此節針對本研究署立台東醫院引進國外失智症老人照護團體家屋相關醫護人員及家屬的看法發現與討論結果，做成以下結論：

壹、失智症老人行為認知

- (一) 失智症老人生活及自我照顧能力有很大差異，沒有辦法作完整的自我生活自理。
- (二) 問題行為包含：遊走、妄想、退化、易怒、行為混亂、記憶喪失、走失、恍惚、自言自語、夜晚四處走動、或呆若木雞、晚上不睡覺有攻擊行為，與失能老人在一起會被排斥。

貳、署立台東醫院預估失智中心收費

- (一) 署立台東醫院照護失智症老人照護人力成本較高，以署立屏東醫院失智中心收費為例 30000 元起，署立台東醫護人員認為 28000 元至 48000 元之間是合理價錢，並希望政府能補助經費。

參、失智症家屬照顧失智老人現況與壓力

- (一) 台東失智症家屬照顧失智老人工作大多落在女性家屬身上，平均照顧失智老人約 2—3 年。
- (二) 送進護理之家或安養中心，心中卻擔心其他家屬指責不孝，而且有被安養中心拒收或常常被要求帶回家的情形。
- (三) 家屬都表示沒有要放棄失智老人，認為失智老人很可憐，希望他能獲得好的照顧，送到護理之家照顧。
- (四) 經濟不好是家庭不和的導火線，認為把失智老人送到護理之家，就是不孝，怕其他家屬說他不孝。

肆、失智症家屬尋求社會資源方面

- (一) 台東失智症家屬對社會福利並不了解，家屬不知道自己符合哪些社會福利申請標準。
- (二) 大多是透過親友及部分醫療人員片段的說明與資訊，對社會資源多種照顧服務均沒聽過，失智症家屬只好單打獨鬥的照顧失智患者，因此這是社會福利的盲點。

伍、署立台東醫院醫護人員對我國失智症政策瞭解程度

- (一) 醫護人員是家屬第一詢問有關長照政策及失智症相關社會福利的對象。
- (二) 署立台東醫院的醫護人員對家屬詢問有關社會福利部分並不是很了解，大多轉介至社工說明或介紹到縣政府社會局找專人協助。
- (三) 台東縣有關居家護理、喘息服務、護理之家簡介則由護理人員說明相關事項。

陸、署立台東醫院醫護人員認為署立台東醫院設置失智症中心的優勢

- (一) 署立台東醫院於2005年獲得衛生署的補助積極成立台東縣唯一的失智照護中心20床，引進日本最人性的化失智症老人照護模式—團體家屋，整合台東縣長期照護資源，建立台東健康照護網。
- (二) 協助高齡者本身的自立，讓失智症高齡者過一般人普通的生活，也帶給家屬喘息的機會，因署立台東醫院位居台東市中心，希望涵蓋社區、居家方式的外展服務模式，讓

失智症老人能夠得到有尊嚴的生活。

柒、署立台東醫院醫護人員對日本介護保險制度瞭解程度

- (一) 署立台東醫院醫護人員對「日本介護保險」制度都有概念，一致表示我國應及早規劃與類似日本介護保險的制度，以保障老年生活。
- (二) 自己準備老年後的保險金，但希望分成兩階段收費；第一階段為20—40歲、第二階段為40—60歲，各年齡收取的保費要不一樣。

捌、署立台東醫院醫護人員認為「小規模、多機能」的國外照護模式對失智老人的幫助

- (一) 署立台東醫院醫護人員也希望我國能夠仿照日本推出長期照護保險，對於國外成功的失智症「小規模多機能」的照護曾經受訓或積極參加相關研討會以提升對失智症的認識。
- (二) 另一方面教導失智症家屬有關失智的照顧知識及推廣，署立台東醫院即將設立「團體家屋」的訊息
- (三) 家屬是從醫護人員給予資料中認識日本「小規模多機能」的照護概念，照顧服務個別化，以營造一個像原來的家庭一樣快樂生活均採正面的看法，對失智症老人相當有幫助。

玖、署立台東醫院醫護人員對失智中心團體家屋社區化看法

- (一) 署立台東醫院醫護人員對引進國外成功的團體家屋的模式，服務台東縣失智老人是台東縣的一個新創舉，不僅把照護失智老人的觀念引進台東縣，更是一種醫療與社區結合的產業。
- (二) 署立台東醫院成立失智中心有五位醫護人員會積極參與失智醫療團隊，原因為大多數醫護人員對老人照護有經驗與興趣，表示如果要調進失智中心工作，要接受該疾病相關的訓練。

拾、署立台東醫院醫護人員對失智中心照護人員與設備建議

- (一) 醫護人員認為照護失智症老人一定要有愛心、要喜歡老人、有長期照護的概念，對於失智症病因、症狀、行為、激躁行為要有基本認識。

- (二) 一個團隊照護失智症老人其成員包含：護理人員、醫師、職能治療師、物理治療師、營養師、藥劑師，精神科醫師，社工、志工，才會把失智的長者照顧的更好、更完善，失智症照護是全人、全家、全程、全隊的照護工作。
- (三) 醫護人員建議照護環境看起來像自己家中，標示物要大而且清楚指示，失智症老人生活習性，安排一些生活機能的部分，要喚醒他延後他的一些機能退化或者是失智的部分。
- (三) 設計一些活動讓失智症老人參與，喚醒一些記憶，社區裡設立失智機構，就地照顧就地老化。
- (四) 環境上門禁管制、空間、環境會管制，遊走病人容易走失，識別的方法（例如手鍊、名牌）安排生活機能運動，喚醒並延後機能退化及失智的部分。
- (五) 透過懷舊療法、音樂療法等喚醒他的一些記憶，生活照顧一切都以尊重失智老人之意願為出發點，並盡量讓其有日常生活能力。

拾壹、失智症家屬對署立台東醫院成立失智中心看法

- (一) 尊重失智老人「尊嚴」為目標的體家屋照護模式，及署立台東醫院引進日本模式團體家屋，家屬照護模式與成效抱持肯定的態度。
- (二) 家屬認為署立台東醫院的優勢為因地處於台東市區，交通方便而且家屬探視方便，署立台東醫院是隸屬政府單位失智症家屬認為較有制度也較有信心。
- (三) 如果署立台東醫院成立失智症中心家屬表示會將失智症長輩送進該失智中心，並表示台東成立失智中心是一個進步的現象。
- (四) 收費部份有家屬希望如果能夠由政府補助20-25%，家屬表示不會把家中失智症長輩送至外縣市照護。

第二節建議

此節針對本研究發現與結論，提出對署立台東醫院失智症中心實務上的建議，以提供衛生主管機關及後續研究者參考。

壹、對醫政主管機關之建議

一、政策方面

(一) 增設失智相關照護機構

政府應及早規劃與鼓勵民間機構於各地廣設失智相關照護機構，尤其像台東地區社會資源較西部地區不足，如增設日間照護、失智中心「團體家屋」、安養機構等，並且與社區資源結合，落實在地老化（Aging place）的精神，讓失智症老人能夠得到較佳照護也不必離鄉背井到外地失智中心。

(二) 加強宣導失智相關資訊及有效運用社會福利資源

失智症無法治好，但失智人口於2005年已達14萬人，對社會及家庭的衝擊很大，早期發現失智症早期治療，建議政府失智症相關資訊及民眾對失智衛生教育應加強宣導，使民眾也能注意身邊的親人早期求醫治療，並使用正式社會福利資源。

(三) 政府政策及早規劃失智症因應對策

- 1、失智症照護體系醫師的養成。
- 2、辦理基層醫師失智症研習會。
- 3、辦理失智症機構單位負責人研討會，與政府政策理念達到一致性。
- 4、政府與民間共同成立失智症政策推動委員會，以落實失智症政策執行。
- 5、針對各項失智症照護機構，給予獎勵與補助，並成立監督單位以加強機構服務品質。

(四) 規劃「長期照護」保險制度

規劃長期照護保險及照護津貼，日本失智症有介護保險制度給付，政府應及早規畫國人即將面臨高齡化社會，是否推出長期照護保險，與臨近日本介護保險相似，以因應國人老年生活，

增加相關服務使用率，讓家屬得到充足喘息空間。

(五) 編列失智症相關醫療及社會照護預算，並建立服務品質指標，辦理評鑑事項。

(六) 培育多元化專業人才，將長期照護課程納入養成教育課程，各專業人才導入長期照護體系。

二、法令方面

(一) 我國老年人口尚未邁入7%門檻於1992年即引進外籍看護工照護老人，目前老人一半以上由17萬外籍看護工照護，品質不佳發生不少社會問題，因此希望比照日本「長期照護管理中心」強化評估功能及地方政府監督考核各類機構與居家照護的功能，讓老年生活得以保障。

(二) 失智症老人權利維護；失智症照護是醫療與社會福利機構共同責任，我國一直未有明確政策與法令，影響整個家庭與社會，因此整合社政與衛政不重複資源浪費，也能一條鞭政策執行。

(三) 加強新服務模式機構的規範、環境標準、工作人員/病患比例、照護品質、成果平直與成本效益則由地方政府將法令更新，以配合時勢。

(四) 以小規模、多機能之單一服務窗口，結合社政及衛政資源，以提供民眾多元化服務。

貳、對署立醫院之建議

一、加強各署立醫院醫護人員主動協助並解決失智症家屬與患者之照護問題與相關社會福利資源諮詢，加強署立醫院醫護人員失智症照護在職教育。

二、建立照護通報系統，將通報、評估、資源分配、紀錄、保險申請等各項資訊建立通報系統，能加以追蹤失智症病患照護情形。

三、建立署立醫院失智症照護指引手冊、訓練課程及教材；建立資料庫。

四、結合各專業團體失智症照護團隊及社區，署立醫院成立失智症門診中心，及成立失智症日間照護中心以建立有效的轉介、諮詢模式。

五、鼓勵民間公益團體成立病友團體，研究者發現台東地區尚未成立失智症病友團體，家屬在照顧失智老人時生理、心理、社會所承受各方壓力，需要有家屬、朋友及相關病友團體關懷與支持，因此建議相關社會公益組織應多成立相關病友會、座談會，透過彼此分享互動，及專業人員參與，讓家屬得到感情支持與照顧知識。

六、培訓有關失智症相關優良醫護人員、社工、復健人員、營養師，建立失智症照護人員人力庫。

參、對署立醫院醫護人員之建議

- 一、加強醫護人員主動協助並解決病患照顧問題與相關諮詢，研究發現醫護人員大多是第一線協助者，因此建議臨床醫護人員應主動了解失智症患者行為問題出現頻率與照顧者在家與失智症老人應對技巧、照顧方法、及預防措施，降低患者行為問題出現及日常生活功能低落造成照顧家屬困擾與負荷。
- 二、定期舉辦失智症相關衛生教育講座，利用衛生教育傳播提高民眾對失智症的認識，培養積極正向態度，預防失智症。
- 三、設立「失智症門診」確立正確診斷治療，醫護人員提供失智症相關衛教讓失智症患者可獲得適當治療與諮詢，加強失智症家屬照顧技巧與適當藥物的服用，有效運用社會資源。
- 四、支持各地失智症協會或相關團體在社區、學校和工作場所推展有關失智症宣導計畫。

肆、對未來研究的建議

一、研究內容方面

本研究旨在探討日本失智老人政策在署立醫院推動可行性—以台東醫院為例。研究僅就署立台東醫院醫護人員及失智症家屬做研究，對於「台東縣失智老人照護現況」「國內外失智症政策」「醫護人員對署立台東醫院引進團體家屋看法」「失智症家屬對署立台東醫院引進團體家屋看法」等情形加以探討，但是本研究結束時署立台東醫院已向衛生局申請設立，但「團體家屋」照護理念運是否適用於其他全國署立醫院，這是本研究無法周詳的地方，也是將來值得進一步加以探究之處。

二、研究對象方面

本研究的對象以署立台東醫院醫護人員及失智症家屬為主，因限於時間及經費的因素，只訪談六位醫護人員及四位失智症家屬，而失智症相關醫護人員遍及全國署立醫院。因此建議，未來研究可擴大研究對象，探討台灣地區各署立醫院醫護相關人員及失智症家屬，將使研究

對象更具全面性。

三、研究工具方面

本研究所使用的研究工具係以訪談大綱為主，文件蒐集為輔，以質性研究方法研究，透過受訪者的訪談資料及文件進行資料分析，雖經專家學者提供眾多寶貴意見，然而只針對研究者的研究需求而編製。因此，建議未來研究可採用量化研究，使受訪人數擴大至全國，讓研究範圍更寬更廣，另外也建議在資料蒐集上加入觀察、錄影等方式，讓資料來源更加充實。



參考文獻

壹、中文部分

- 于漱、吳淑瓊、楊桂鳳（2003）。失智症患者的長期照護模式，**長期照護雜誌**，第七期，第三卷，251-264。
- 尹聖道（2005）。從大台北地區三家失智老人專門照顧機構之現況調查探討失智老人群體生活照顧單元理念之居住場所設計。中原大學碩士學位論文。未出版，桃園縣。
- 阮玉梅（1999）。**長期照護**，第一、二、六章。台北：國立空中大學。
- 台閩地區長期照護資源名冊（2006）。**長期照護協會**編印，1-3。
- 白明奇（2000）。延長的再會。**應用心理研究**，8，1-3。
- 白明奇（2004）。失智症的早期症狀。**熱蘭遮失智症協會成立大會特刊**，2。
- 史曉寧、黃愛娟（1996）。家庭並重老年患者之主要照顧者壓力源和其家庭功能因素之探討。**榮總護理**，13（2），138-146。
- 李光廷（2003）。日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗，**台灣社會福利學刊**，第3期，156-157。
- 李光廷（2004）。失智症老人照護模式與日本機構照護革命，**台灣社會福利學刊**，第5期，124-127。
- 李怡蓁（2000）。**影響老人接受居家照護服務之直接與間接因素**。台北醫學院公共衛生研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 余謝昭（2004）。老人精神照護團隊教育手冊。**行政院衛生署嘉南療養院**編印，13-15
- 邱銘章、湯麗玉（2006）。失智照護指南，台北：原水文化。
- 吳肖琪、林麗嬋、吳義勇（1999）。論台灣長期照護特質與西方之差異。**長期照護雜誌**，3（2），1-8
- 林敬程（2000）。失智老人家庭照顧者之附和與支持性服務需求之探討。高雄醫學大學碩士論文，未出版，高雄。
- 林彥良（2003）。**台灣失智老人照顧設施之個案比較研究**。東海大學建築學系研究所碩士論

文，未出版，台中縣。。

林麗嬋（2006）。長期照護昨日、今日、明日。**長期照護實務研習會**，1-6。

林淑錦、白明奇（2006）。失智症病患主要照顧者的壓力—以家庭生態觀點論之。**長期照護雜誌**，第10卷第4期，412-421。

周世珍（2006）。荷蘭健康照護法制新趨勢。**長期照護雜誌**，第10卷第2期，136-152。

周月清（1998）。**身心障礙者福利與家庭社會工作-理論、實務與研究**。台北：五南。

胡幼慧(1996)：質性研究的分析與寫成。載於胡幼慧主編，**質性研究：理論、方法及本土女性研究之實例**。臺北市：巨流圖書公司。

施麗紅（2003）。**台灣地區老人安養及養護機構照顧失智老人現況調查研**。東海大學社會工作學系研究所碩士論文，未出版，台中縣。

徐亞瑛（2000）。支持團體對失智症家屬之助益。**應用心理研究**，8，33-35。

翁福居、林財源（2004）。失智概念認知調查與老人團體照護模式之探討，**身心障礙研究期刊**，第2卷第1期，56-66。

湯麗玉、葉炳強、陳良娟、謝碧容（2000）失智症家屬支持團體成效初探。**應用心理研究**，7，171-190。

陳向明（2002）。**教師如何作質的研究**，台北市：洪葉文化。

陳君山（2002）。德國照護保險制度之簡介，**長期照護雜誌**，第5卷第2期，7-15。

陳昱名（2004）。社會福利資源與需求的落差：以老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷、需求與困難為例。台北醫學大學醫學研究所碩士論文，未出版，台北市。

張祐瑞（2004）。**照顧環境對失智症問題行為改善之影響研究—以失智症照護示範中心為例**。雲林科技大學空間設計系碩士論文。未出版，雲林縣。

張濰濱（2005a）。淺談日本介護保險。**日本長期照護機構參訪學習手冊**，40-46。

張濰濱（2005b）。台灣長期照護歷史沿革。**日本長期照護機構參訪學習手冊**，61-67。

莫藜藜（2005）。**團體工作應用於失智老人問題行為治療之初探研究**。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文，未出版，台北市。

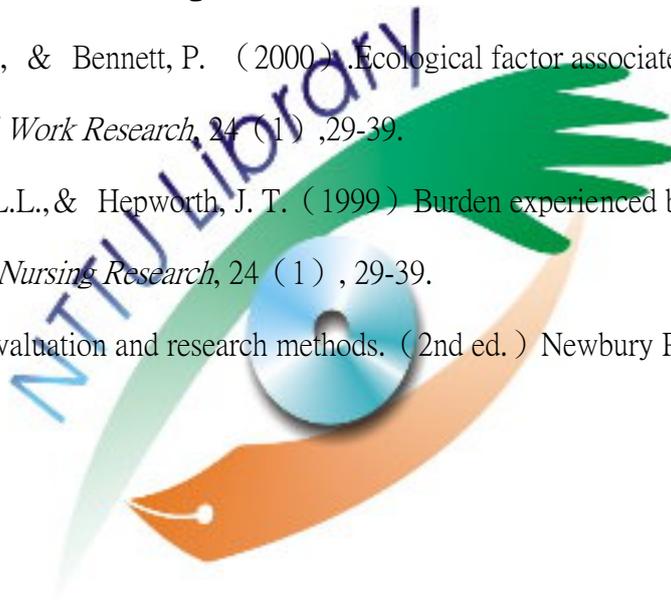
蔡錦墩（2005）。日本介護保險制度對福祉設施的影響與檢討，**福樂多醫療事業季刊**，第10期，1-6。

- 蔡錦墩（2006）。日本福祉現況。行政院衛生署95年度與日本交流辦理護理機構新型小規模照護失智症對應型共同生活照護實務研討會資料，1-11。
- 曾中明（2006）。台灣老人與身心障礙者長期照顧之現狀與規劃。長期照護雜誌，第10卷第2期，93-100。
- 劉秀枝（1997）。失智症與其他退化性神經系統疾病。載於吳進安編著，基礎神經學。台北：國立編譯館。
- 劉秀枝（2001）。當父母變老：關心失智症、中風及其他神經疾病。台北：天下。
- 劉立凡（2002）。英國老年照護計畫淺談，長期照護雜誌，第6卷第1期，1-10。
- 鍾秉正（2006）。德國長期照護法制之經驗。長期照護雜誌，第10卷第2期，119-135。

貳、外文部分

- 武原光志（2003）。「全室個室・ユニットケア」の『小規模生活対応型特別養護老人ホーム』，日本リハビリテーション病院協会宅老所。
- 厚生省，厚生白書。日本：厚生問題研究所。（2007年）
- 東京都，『東京 group home 白書』。東京（2007年）
- 外山義編著（2004）。『東京 group home 白書』 『グループホーム読本』 ミネルヴァ書房。
- 『宅老所・グループホーム白書』（2004）。東京：CLC出版。
- 村岡裕（2006）。小單元照護Unit Care照護服務的理念與實踐。行政院衛生署95年度與日本交流辦理護理機構新型小規模照護失智症對應型共同生活照護實務研討會資料 17-29。
- 水野陽子（2006）。失智症對應型共同生活照護的理念與實踐。行政院衛生署95年度與日本交流辦理護理機構新型小規模照護失智症對應型共同生活照護實務研討會資料，30-39。
- 黑田研二、清水彌生、佐瀨美惠子（2006）。高齡者福祉概說，東京：明石書店。
- 望月幸代（2006）。介護保險徹底活用法—新制度應對，東京：高橋書局。

- Almberg, B., Jansson, W., & Grafstorm, M. (1988) .Difference between and within genders in caregiving strain: a comparison between caregiving of demented and non-caregivings of non-demented elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 849-858
- Anesbensen, C.S., Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Zarit, S.H., & Whitlatch, C. J. (1995) .*Profiles in Caregiving. The Unexpected Career* California : Academic
- Bronfenbrenner, U (1979) .The ecology of human development cambridge, MA : Harvard University Press
- Castle, E (2001) . A couples journey with Alzheimer disease : The many faces of *intimacy. Generations*, summer.
- Brown, P.L (1990) The burden of caring for a husband with Alzheimer disease. *Home Health Nurse*, 9, 33-38.
- Corcoran, J., Franklin, C., & Bennett, P. (2000) .Ecological factor associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*, 24 (1) , 29-39.
- Chou, K.R., LaMontagne, L.L., & Hepworth, J. T. (1999) Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nursing Research*, 24 (1) , 29-39.
- Patton, M.Q. Qualitative evaluation and research methods. (2nd ed.) Newbury Park : Sage, 1990.



附錄一、失智老人家屬訪談大綱

- 1、你到目前已經照顧失智長者多長時間，平時照顧工作的內容與時間？
- 2、是否有替代性的照顧人力？如何分配照顧責任？幫忙項目為何？
- 3、您如何發現長者罹患失智症的過程？
- 4、失智長者患病過程所出現的主要情緒及行爲問題？
- 5、失智長者主要情緒及行爲問題對照顧者所造成的負荷與壓力為何？
- 6、您是否考慮過放棄照顧？主要原因是什麼？沒有放棄的主要原因為何？
- 7、您是否曾經尋求社會福利團體（如：病友會）的協助？
是：如何取得資訊？主要協助項目為何？是否滿足需求？
否：困難何在？
- 8、您是否有用正式服務系統（政府單位、非營利組織）的使用情況、與困難？
- 9、您曾經在台灣地區參觀失智老人機構？其設備、人員是否足夠？哪部份需加強？
- 10、您是否聽過日本的「團體家屋」，讓失智長者過有尊嚴的老年生活？
- 11、您認為「團體家屋」的照顧方式對失智老人的照護有幫助？
- 12、台東醫院有引進「團體家屋」日本模式機構能照護失智症，您會同意將他送去此機構嗎？
- 13、您認為收置的機構要收費多少錢才合理？或應提供何種服務才能滿足家屬需求？
- 14、如果國家政策有補助經費，你認為佔全額經費百分比多少才合理？
- 15、我國失智照護政策，仿照日本「介護保險」收入，您認為可行嗎？為什麼？
- 16、除了上述問題您還有何意見？

附錄二、醫護人員訪談大綱

- 1、您是否有在失智老人機構服務的經驗？多長時間？
- 2、失智老人的行為表徵為何？照護與一般失能老人有何不同？失智症老人社會福利為何？
- 3、您對失智老人「團體家屋」是否有概念？若有資訊由何得來？
- 4、台東醫院引進失智老人「團體家屋」照護您是否加入團隊？您認為加入之前應受何種訓練？
- 5、您的心目中對失智老人照護機構的環境及設備應為何？
- 6、您認為具備何種特質的人才能照顧失智老人？
- 7、您認為台東醫院設置失智老人照護機構會被社區接受？
- 8、您認為失智中心收費多少錢才合理？為什麼？
- 9、如果國家政策有補助經費，您認為佔全額經費百分比多少才合理？
- 10、您認為一名工作人員照顧失智老人5至9人的方式是否適當？
- 11、您認為「團體家屋」的照顧方式對失智老人的照護有幫助？
- 12、如果我國失智政策，仿照日本「介護保險」收入，您認為可行嗎？為什麼？
- 13、除了上述問題您還有何意見？

附錄三、署立台東醫院失智中心申請計畫書

行政院衛生署台東醫院擴充失智照護中心

壹、失智中心名稱：懷月山莊

貳、擴充目的

台灣老年人口佔總人口的 8% 以上，台灣失智人口是高齡人口的 2-4%，台東縣 65 歲以上人口至九十四年底止，人口數計 291, 13 人，佔全縣人口比例約 12.18%（內政部，2006）。

由於失智症好發於老年人，且隨著年齡層愈高，其盛行率也愈高，多數失智症患者隱藏於社區或自身、家屬並不知道患有此症。目前失智症照顧工作仍由家屬負擔，長期照顧下來，家屬容易身心俱疲，家庭衝突與爭執不斷，其所造成家庭及社會問題也越來越嚴重，2004 年 6 月《社區發展季刊》106 期，東吳大學社會工作學系莊秀美教授的專文「長期照護的新趨勢——日本的「小團體單位照護」指出，「團體家屋」為針對痴呆症老人的小規模收容機構，是目前日本失智症老人照護的主要機構型態，機構規模以容納 5~9 人為事業單位。強調失智症老人的生活正常化，為減輕老人失智症狀，採小規模共同生活場域及空間的照護方式，營造「如家」的軟硬體設計，讓老人猶如住在家中一般，藉由失智症家屬成員的參與，可控制並減輕失智症老人的症狀以達到治療、支援效果。

2005 年，本院獲得衛生署的補助，引進日本最人性的失智症老人照護模式——「團體家屋（Group Home）對應型共同生活家庭模式」，建置失智照護中心——「懷月山莊」，提供中、輕度失智者有尊嚴、可安心居住的環境，希望藉由親情的維繫，延緩他們退化的程度。

「團體家屋對應型共同生活家庭模式」，是以健康、活躍、快樂的生活，提供保有自我尊嚴的生活，讓個人的生活能力發揮到最大極限。以維持其所習慣的生活型態，以生活即復健為目標的照顧導向，緩和認知障礙並存問題的行為，協助高齡者本身的自立。讓失智症高齡者「過一般人普通的生活」成為可能的事，也帶給家屬喘息的機會。

本院除積極推廣使民眾認識失智症之外，亦積極成立台東縣唯一的失智照護中心，以整合台東縣長期照護資源，建立台東健康照護網。

參、住民分析：

一、服務對象：

- (1) 失智老人（以輕、中度為主）
- (2) 失智病患（以輕、中度為主）

二、服務項目：

（一）個案記錄

個案各項記錄有助於機構了解及追蹤長輩之需要，以適時提供生活照護服務、個案研究；並協助機構評估照護及治療成果，以維持或提升照護服務品質。

（二）護理及生活照顧服務

1. 健康感受健康管理：維護、增進住民自我照顧能力，利用日常生活功能增加評估及學習能力評估。
2. 營養代謝：營養狀態監測、全身皮膚監測。
3. 排泄：功能維持、泌尿疾病偵測、身體清潔無臭味。
4. 活動運動：執行最大程度的自我照顧、安排合宜住民參與活動。
5. 認知感受：避免限制其社會參與選擇、疼痛得以緩解。
6. 睡眠：睡眠品質監測，建立正常睡眠型態。
7. 角色關係：能維持個人有意義角色、能與他人進行有意義活動。
8. 價值信念：保有對自己的認同、鼓勵對自己作生命正向的敘述。
9. 自我感受：尊重住民、自己做決定；增進個人對人生活控力。
10. 壓力調適與耐受：改善住民不恰當適應行為、維護增進住民自我照顧能力及獨立能力
11. 性與生殖形態：提供住民討論或表達對性的態度及需求之諮商或衛教。
12. 住民自我照顧的監測與促進。
13. 提昇體能活動。
14. 休閒、娛樂安排。
15. 注意維護正確身體功能位置，維持關節可動性。

（三）醫療服務：

協助就醫：個案病況變化時，由工作人員協助掛號及就診，臨時緊急狀況送急診室處理。

（四）餐飲服務：

- (1) 專業營養師提供新入住住民及原有住營養訪視、篩檢及評估以了解住營養狀況。
- (2) 針對住民進行營養篩選及評估，包括體位測量等定期追蹤並紀錄。
- (3) 專業營養師提供營養諮商。
- (4) 提供營養教育訓練。
- (5) 供餐滿意度調查。

(五) 健康促進與復健訓練與改善

(一) 健康促進

1. 評估住民入住時間長短學習形態及偏好等，提供個別或團體衛教、健康活動。
2. 預防疾病發生：定期評估住民健康狀況（健康檢查、流感預防注射）
3. 給予疾病及照顧的健康指導、健康促進生活衛生教育。
4. 每日下床時間表訂定、給予主動或被動運動安排，增強肺部功能。
5. 適當輔具之協助。

(二) 復健訓練、輔導性活動與改善

1. 討論式的團體活動：
 - (1) 主題式的討論：如時事新聞、朋友、嗜好興趣、季節、汽車、小孩、年老及對其他事務的感想。
 - (2) 健康講座：介紹各種老年人及身心障礙者的疾病、醫學常識、引導規則服藥、營養認知、注意環境安全、預防意外災害。
 - (3) 生活講座：食、衣、住、行、育、樂之相關話題；談論旅遊(使其記憶中過去曾旅遊過的地點)。
2. 懷舊活動：

一些懷舊照片、舊圖片、一段懷舊歌曲、或一些富有不同感覺的懷舊物件，都會勾起住民從前的生活點滴，引發他們心底裡的迴響，促進表達及人際互動。
3. 認知活動、感覺刺激活動：
 - (1) 物質的刺激：視覺、嗅覺、聽覺、觸覺、味覺。
 - (2) 知覺的探索：「嗅一嗅」、「袋中寶」、「梳洗打扮」分辨物體、形狀、圖形、手拼圖、劃時鐘等，視覺動作之組織能力等。
 - (3) 感覺手工藝：結合感覺刺激的手工藝成品，如雜誌拼圖、指畫、紙貼畫等。
4. 音樂治療活動：

音樂是需複雜的的語言，即可達到心靈的溝通，且可以感情的流露與彼此交流，並可以紓解緊張的情緒，聽一首熟悉的音樂，令人愉悅與放鬆，亦可隨著節奏擺動，並作某些活動背景，如運動、遊戲、討論、藝文活動等。

 - (1) 音樂欣賞：配合電視影象，達到多重刺激感受。
 - (2) 聆聽老歌：緬懷鄉愁或憶起往日時光。
 - (3) 音樂遊戲：隨著音樂節奏打拍子敲打樂器，由自己主控隨著音樂而做出富有韻律的節

奏，如擊鼓、敲木魚、木琴、三角鐵、手搖鈴、沙鈴、電子琴的單指和弦音，均可得到自我的滿足。

5. 運動與體能活動：

(1) 一般體能運動：如球類運動、「身心活化運動」散步、緩和體操。

(2) 特殊運動治療：

a. 維持關節活動度-被動關節運動。

b. 維持肌力-適度使用沙包或其他物品做舉手運動。

c. 活動能力練習-教導住民翻身、坐起、站起、穿衣、沐浴、上下樓梯、如廁等日常生活功能。

(3) 趣味遊戲：著色遊戲、踢球、競走比賽、丟沙包、套圈圈、麻將大賽等。

(4) 社交活動：舉行室友聯誼活動，參與社區各種活動，宗教活動等。

(5) 其他：如園藝、植物認養、上街採買等。

肆、設置規模：

(一) 護理之家組織圖（如附件）

(二) 設立床數：20 床

(三) 人員配置：

人力配置



職 稱	失智症專區 (20 床)
護理負責人	1 人
失智照護組長	1 人
護理人員	3 人
照顧服務員	7 人
社工人員	兼任 1 人
營養師	兼任 1 人
廚師	兼任 1 人
物理治療師	兼任 1 人
職能治療師	兼任 1 人
藥劑師	兼任 1 人
醫師	兼任 8 人(神經內科 1 人、精神科 1 人、復健科 1 人、內科 2 人、家醫科 1 人、泌尿科 1 人、皮膚科 1 人)
合約醫院	行政院衛生署台東醫院
行政人員	兼任 1 人
清潔人員	1 人

伍、硬體工程：

陸、開業日期：96 年 2 月

柒：財務計畫：

捌：預期效益：

- 1、提供社區慢性病患及家屬一個 24 小時有品質的醫療服務。
- 2、維護失智老人的尊嚴及自立為目標，提昇老人生活品質並依高齡化社會之實際需求，朝家庭化、社區化、多元化發展。
- 3、透過長期照護業務宣傳期能增加民眾對署立台東醫院失智護理之家之認識及增加使用率。