

失智症社區照顧服務

鄧世雄

快速高齡化之臺灣

臺灣地區人口結構呈現快速老化趨勢。依據 93 年 2 月內政部統計處估測 92 年國人零歲平均餘命顯示，臺閩地區男性已達 73.35 歲，女性更達 79.05 歲。而截至 92 年底 65 歲以上的老年人口佔總人口的比率已攀升至 9.24%，另依據行政院經建會 91 年的中推估（註 1），65 歲以上老年人比例，至 100 年將增為 10.4%，之後快速上升至 140 年達 29.8%（共約 652 萬人），其中 75 歲以上的老老人口將由 91 年的 76 萬人，升至 100 年的 108 萬人及 140 年的 343 萬人。人口結構也將由青壯之燈籠型態，逐漸進入高齡之倒金鐘型態及轉變成穩定之長柱型態，人口年齡中位數將由 91 年的 33.0 歲升至 100 年的 37.2 歲及 140 年的接近 50 歲。另推計 65 歲以上人口的扶養比也將從 91 年的 12.7 升至 100 年 14.4 及 140 年的 52.0，亦即每 10 位 15~64 歲工作人口便需扶養 5.2 位 65 歲以上的老人。

家庭結構改變，照護功能減弱

根據主計處 2003 年戶口及住宅普查顯示，臺灣平均每戶人口數由民國 79 年的 4 人降為 3.2 人，家戶結構中有四成為核心

家戶，僅一成為三代同堂之家戶，獨居老人約有三十萬人，佔老年人口 16%。另婦女就業率也由 79 年的 35.6% 升到 89 年的 48.4%，雙薪家庭日漸增加。同時，89 年內政部統計處調查報告指出，臺灣地區老人與子女同住比例逐漸下降由民國 75 年之 70.24% 降為 89 年之 67.79%，而獨居老人比例，則逐漸上升。雖然目前大部分老人照顧責任仍由家庭獨立負擔，然而卻可預見未來老人長期照護需要，卻愈來愈難以透過家庭成員予以滿足。類似家庭照顧能力減弱之困境，同時亦發生於亞洲鄰近高齡化國家，如日本、韓國與香港與中國大陸等地區。（註 2.3.4.5.6.7）

老年人中的老年弱勢 ——失智症長者

失智症是指因腦部病變而造成的疾病，病程慢性進展，臨床症狀的表現是以記憶力減退為主的認知功能障礙，常因記憶力衰退甚至到失憶，其他如不辨方向而迷路，語言無法適當表達、理解與判斷能力明顯出現障礙，致嚴重影響日常生活、社交生活及工作之正常進行。此外，隨著病程進展，失智患者亦常伴隨出現妄想、幻覺、錯認、睡眠障礙、重複動作、遊走

和攻擊行為等異常精神行為障礙。到末期時因腦部神經損壞以致肌肉僵硬而無法行走、吞嚥困難和大小便失控等嚴重神經學症狀。失智症的病因頗為複雜，可能涵蓋遺傳、環境因素、營養、血液循環或感染等因素，其中原因仍未明的阿茲海默症約佔失智症之 50%~60%，血管性失智症則約佔 30~40%。而這近九成之兩大類失智症，目前仍無法治癒，但早期發現輕度的失智症，特別是阿茲海默症，可透過增加乙醯膽的藥物，讓大部分的患者達到減緩病程退化速度及病情的些微改善進度，同時也可透過一些治療精神症狀的藥物及非藥物的活動治療，達到異常精神行為等症狀與認知功能的控制或改善的效果，然而一般的病程仍約為 8~10 年以內，最後多因併發感染而死亡。

失智症是一個全球性的問題，據國際失智症協會於 2001 年宣佈全球共約有 1800 多萬失智症患者，並推測於 25 年內將隨著老年人口劇增而增加到 3400 萬人（註 8）。依國內外資料顯示佔約九成的阿茲海默症和血管性失智症絕大部分都發生在老年人身上，依據臺灣流行病的統計資料，失智症約佔 65 歲以上老年人口的 2~4%，約有 4 萬~8 萬患者，稍低於歐美日的 5~10%，發生率則為 65 歲以上老人每千人約有 13 人會變成失智老人。另臺灣失智長者二年的死亡率約為 60%~70%，遠高於歐美的 20%~40%，這是否與臺灣對失智症患者的照護品質有關，尚需作進一步探討分析。（註 9.10.11.12）

失智症長者除了因為「老」而被排擠外，還可能因為記憶力之喪失和行為的怪異而被雙重排斥為既無用又令人厭煩的老

怪物。但是他們的生命卻不能被任意終結，仍需給予有尊嚴的被愛與照顧。大部分失智症的家庭照顧者也因全心投入照顧工作而導致沒有多餘的空閒時間或沒有足夠的金錢來享受生活，而被迫與社會隔絕，甚至身心俱疲、家庭破碎，然而，這種情況是不該發生的。

傳統「孝道」思想對於老年長者照顧的影響

過去，傳統的儒家孝道思想與養兒防老的觀念深植於華人社會當中，照顧年邁的父母親一直是子女們應盡的本分，無庸置疑的，傳統社會中家庭內的照顧工作是完全由家人來承擔與提供的。然而，隨著社會的變遷及照顧產業的發展，孝道的價值雖然仍在華人社區中展現，但其對人之行為的影響卻有逐漸式微的趨勢。然而，亞洲華人地區及日本和韓國大部分老人理想的居住模式仍以與子女同住或隔鄰居住。至於子女的想法，仍大都認為有扶養照顧父母的責任與義務（註 2.3.4.5.6.7）。內政部八十九年老人生活狀況調查發現臺灣老人最理想的的養老居住方式為：與子女同住或隔鄰居住者佔 69.68%為最高，其次為與配偶同住者佔 13.29%，認為居住於老人福利機構者僅有 5.20%，獨居者佔 6.27%，換言之，老人仍認為居家是最理想的養老居住方式。至於深受中華文化影響的韓國，據 2002 年調查指出韓國人有 70.7%覺得老父母應由家族來照顧，18.2%覺得應由家族和政府及社會共同照顧，而覺得應完全脫離家族由政府及社會來照顧的只佔 1.3%，由此可知，大部分的韓國人

民仍覺得老人應由家庭來照顧，但 2000 年韓國之人口住宅總調查結果，卻只有 49.0% 的老人與子女一同居住（註 13）。另外，根據日本 AJJ 的研究有 64.0% 的失智者是在家中由家人提供照顧的，而其中有 28.9% 是由媳婦照顧、26.75% 是由女兒照顧、16.5% 是由太太照顧（註 14）。另根據徐慧娟等（註 15）研究指出已選擇機構式照護的臺灣家庭照顧者表示，若當初提供家庭支持方案的話，有 28.5% 的照顧者願意選擇居家照護替代機構照護。因此，為了落實社區式照顧的理念，傳統孝道觀念的重提與宣揚是一個重要的關鍵，尤其是為因應人口結構的老化及家庭照顧功能的減弱，家庭與社區的照顧力量應予以適當的整合，希望老人盡量居住於自己熟悉之環境中，減少不必要之機構安置。從家庭結構改變等事實面反應，雖然兒女照顧長者之責任不宜過分被強調，但臺灣社區長期照顧政策仍應建置於傳統孝道觀念與家庭價值上。

失智症的社區照顧服務

在地終老（Aging in place）之老人社區式照護模式已是世界各先進國家所倡導之老人長期照顧理念，居家式與社區式照顧服務可被視為最適當的照顧模式，因為它既可滿足多數老人想要在自己熟識的社區中繼續享受較具人性化、有尊嚴與追求較高品質的生活，同時也更能有效結合社區資源，達到費用控制與節省成本的效益。根據內政部 2003 年老人福利與政策中指出，所謂「社區照顧」是指動員並整合社區內的人力、物力、財力等資源，針對社區中不同對象的不同需求提供各項福利

服務，使其能在所熟悉的環境中就近取得資源獲得協助以滿足其需求。由於失智症長者（特別是仍保有相當活動能力者）因認知功能之障礙及常伴有不同程度之精神異常行為症狀，至針對失智症之照顧模式，不論是機構式或社區式均有其特殊性，有異於其他一般失能老人的照顧。失智症長者的照顧服務需要更多的專業人員投入，除了社工師及護理師之外，老人精神科醫師、臨床心裡師、職能治療師及物理治療師等也是必需投入的專業人員；此外，適當的環境空間、設施及設備也需要特別的規劃與設計。因此，許多先進國家均將失智老人的照顧單獨發展其專業的社區照顧服務，讓失智症長者的照顧工作能以長者和家庭為中心，提供有人性尊嚴、生活與健康兼顧的完善服務，同時也積極提供家庭主要照顧者身心健康的支持與保障。

有關失智長者照顧費用方面，大部分研究指出社區照顧服務的費用都較機構照護的費用來得低。依據 Van Der Roer N 等的研究（註 16）指出，失智症患者居住在機構所需的費用，比居住在家中的費用高出許多，研究發現住在家裡的費用每年平均約 10,810 荷幣至 12,771 荷幣，而住在老人院的年平均費用約為 48,180 荷幣，至於入住非專業性的護理之家與專業性的失智症護理之家，其年平均費用則分別為 98,915 荷幣及 102,930 荷幣。如果將非正式的照顧納入，居住在家中的費用會提高，但還是比住在機構中便宜。在美國也有研究（註 17）顯示每延緩一位 65 歲以上老人入住護理之家一個月的時間，每年就可省下 600 億美元的正式照顧費用。因

此，儘量利用各項居家式及社區式的照顧服務，以達到預防或延緩家庭將失智長者送進機構固然是大家所追求的目標，但是由於失智長者的家庭主要照顧者所能承受照顧壓力的限度，以及無法在家裡妥善處理失智長者之異常精神行為的困難，卻是決定是否該考慮讓長者進住專業性養護機構之兩個主要參考因素。事實上，絕大部分失智長者被送進機構照顧也都是因為這些因素。在美國，約有 90% 的失智長者在死亡前會入住至機構（註 18），另一針對美國八個地區的失智長者入住護理之家的情況研究指出，其第一、第二及第三年的入住率分別為 22%、40% 及 52%（註 19）。

國外失智者社區照顧服務

國外有些社會福利國家因為普及式的社會福利服務推展，使得需求者及照顧者在服務使用上減輕不少負擔，而在失智者社區照顧服務的推展上，已通過立法保障需求者獲得照顧評估及安排照顧服務的權利，需求者有權利透過單一窗口獲得社區照顧評估，經專業的照顧管理者擬定適合需求者的照顧計畫，並在獲得照顧服務後有檢討及隨時做修改的權利，照顧者也享有被評估的權利。

像是在國家健康服務體系（NHS）及 1990 年的社區照顧法案中，英國地方政府的社會服務部門有責任對需要照顧服務的需求者做評估，使其能夠繼續居住在家裡，對失智者來說是不需要等到診斷確定就能獲得社區照顧的評估的。其中失智長者的社區照顧評估包括與需求者及其照顧者會談、評估需求者的健康及功能、考量其目前居住安排並安排照顧服務。另外，

在英國新的老人單一評估過程，即所謂評估的「單一窗口」，即將被引進及實施，這是指若人們需要社區照顧、健康照護及其他服務時只需透過一個窗口就能完成，而付費使用社區照顧服務在英國是民眾可合理可負擔得起的，任何一個個案不能因付不起費用而被迫停止繼續使用該項服務。

在蘇格蘭，失智者依 1990 年的國家健康及社區照顧法案及 1972 年的慢性罹病及失能者法案也享有許多獲得服務的權利，包括：1. 他們有權利儘可能在支持及需求服務的提供下留在家中。2. 當他們無法留在家中時，他們應該獲得接近家人及朋友的養護中心或護理之家服務提供。3. 他們有權利獲得針對他們需求所做的「社區照顧評估」。4. 失智者及其照顧者應充分參與評估，並有機會表達他們的需求。5. 需定期審視失智者的情況，因為失智症及其家屬的需求隨時在變。6. 照顧經理有責任檢視計畫與資料，擬定照顧計畫。蘇格蘭針對失智者提供了包括居家服務協助、居家輔具及設施設備、送餐服務、社會機構（像是日間照顧服務）、交通接送服務及通訊服務等，也有針對失智症照顧者提供依法享有照顧評估服務的權利（註 21）。

愛爾蘭為了服務失智症照顧者也有針對失智者提供包括 23 個失智老人日間照顧中心、失智症居家照顧全國服務網絡、免付費失智症國家協助專線等社區服務，減輕失智症照顧者為了照顧失智者而感覺被孤立及負擔壓力大的情況發生（註 22）。

日本衛生、勞工、福利部（MHLW）在 1982 年後開始了幾項社會服務，包括失智症家屬諮商會談服務、診斷及評估服

務、日間照顧服務、短期機構喘息住宿服務，並於 1990 年代發展社區式的失智症照顧家庭（Group home），Group home 是一種專為失智者設計類似家庭氣氛的小型及單人的房間，讓失智長者依照自己的作息過生活，最多服務 10 個失智長者（註 14）。2000 年日本開始實施「介護保險」，每位失智症患者均可利用保險，使用由照顧經理所擬定之照顧計畫，社區式照顧服務包括居家服務、日間照顧、短期機構住宿、失智症 Group home 及補助住宅設施及修繕等。另外，近來失智者駕車的問題讓失智症患者的家屬非常擔心與頭痛，約有 30% 的失智者因為找不到方向、超速、反應慢而發生意外事故，為此 2002 年新的道路運輸法明文規定禁止失智者駕車的行為，約 79% 的民眾贊成這項法規（註 23）。因此日本除針對失智者提供社區式照顧服務之外，也透過法規試圖維護失智者的安全與減輕失智者家屬的照顧壓力。

臺灣失智者社區照顧服務

我國臺灣地區自 1980 年代中葉完成人口轉型，人口自此開始加速老化，於民國 82 年底 65 歲以上老年人口已突破 7%，正式成為世界衛生組織所稱的高齡化社會。隨著政府加速腳步規劃推動老人長期照護計畫，民間機構團體亦積極配合投入，雖然機構式長期照護資源在 90 年代已逐漸成長，目前已將達 4 萬床，約可容納 30% 的長期照護需求者（註 24），達到政府原來既定的需求目標。然而，社區式或居家式照顧資源卻仍嚴重缺乏，同時分歧的行政體系，迄今仍無法整合統籌發展有效的照顧體系，攸關長期照護能否順利成功

推展的長期照護財務制度的制訂更是困難重重。因此，於民國 89 年行政院核定「建構長期照護體系先導計畫」（2000/11～2003/09），並由衛生署與內政部委託國立臺灣大學執行。該計畫採用「在地老化」（Aging in place）為未來體系建構之總目標，及研議有效社區式長期照護體系建構的策略，並以社區化、在地化、與多元化理念發展九類社區照顧模式，包含照顧住宅、失智症日間照護中心、家庭托顧、居家復健、居家護理、居家服務、喘息服務、緊急救援通報和居家無障礙環境改善等（註 25）。民國 92 年 9 月吳淑瓊等提出初步成果報告指出，實驗社區民眾對各項服務方案之接受率普遍不到五成，究其原因為(1)在民眾心目中服務補助不如金錢補助，因而無法快速接受服務；(2)民眾對多元社區照顧十分陌生，沒有自己選擇服務的能力，因此應由照顧經理代為計畫選擇，並應持續加強社區服務概念；(3)由服務接受度已逐漸提昇可知，民眾的學習能力很強，但要達到民眾自我選擇多元服務，則需更長的教育時間；(4)民眾才開始熟悉社區服務，相信還未達到優先使用的程度，必須更長的介入，才能評估此項任務的成效（註 25）。

然而，就整體而言，本計畫各項體系建構策略均大體可行，各界所期盼的社區照顧體系，在臺灣也是可行的，讓我們對邁向「在地老化」的目標更具信心。而民國 91 年衛生署於全國社會福利會議議程五「如何建構完整之照顧服務體系」之分組報告中，提出「居家社區照護為主，機構照護為輔」的「就地老化」理念。應在「服務整合」之前提下，提供居家式及社

區化的服務，由專業人力協助家庭照護；並由機構式服務為輔，來滿足家庭與社區的需求，並參考「建構長期照護體系先導計畫」之執行成果「發展多元化社區照顧服務體系，充實社區照顧資源」將是未來主要因應對策之一。

由此可見，臺灣十多年來推動老人居家社區長期照護工作徒具理想，但其成效卻欠佳，至於失智長者之社區照護策略，政府更是遲於三年前核定的「建構長期照護體系先導計畫」中方才把「失智症日間照護中心」列入新型服務模式之一，於臺北縣三峽鎮和嘉義市分別委託民間各開辦一所，但開幕至今一年多，始終面臨案源開發之困境，其探討有照護需要而未使用之原因主要包括個案不符實驗社區收案標準、家屬不瞭解日間照護中心對個案的照顧與治療效果、家屬認為老人輕度失智症狀不致於造成照顧上太大的負擔、家中有照顧人力以及居家服務及喘息服務減輕照顧者負荷之替代效應，而使得願意付費接受服務的比率偏低（註 25）。雖然如此，由於社區中之失智長者確有使用日間照護服務之需要，近三年多來，民間公益團體（天主教失智老人社會福利基金會）與醫院（署立草屯療養院、高雄天主教聖功醫院）亦先後於臺北市、臺中縣、和高雄市成立失智症日間照護中心，其中天主教失智老人社會福利基金會附設之日間照護中心，其病床使用率已達九成，成效良好。臺北市社會局也於 92 年底開始推出實驗方案，補助失智長者使用臺北市現有使用率偏低之多所老人日間照顧中心。至於失智長者之居家照顧、居家護理或居家無障

礙設施設備改善等服務方案，很可惜迄今卻仍未考慮失智長者照顧之特異性而制訂推動策略。另外，與失智長者社區照顧相關之服務，如失智症家屬支持團體、失智症家屬照顧技巧訓練班、失智症電話諮詢專線、失智長者走失緊急救援系統之建立以及失智症教育宣導等，顯然仍未普遍成立和推動。但近年來，在各級政府支持下，透過民間公益團體也已陸續展開各項服務。

結 語

隨著臺灣迅速高齡化之趨勢，盛行於老年人口及老老人口的失智症長者人數亦因此急速增加，居家社區式的照護在國外各先進國家已被證實為對失智症最有效益和最符合人性尊嚴的照顧模式。雖然在臺灣才剛起步不久，許多困難有待解決，但仍深信政府如能儘速完成社政與衛政之整合工作，早日建立妥善的長期照護體系與政策，提供醫療照護與長期照護銜接的連續性服務，制訂能永續執行的合理可行長期照護財務制度，加速擬定相關專業人才之教育培訓計畫，加強宣導失智症之預防、治療與照顧之知識，並繼續倡導教育我國傳統儒家「孝道」之思想，民間與政府必能共同攜手打造臺灣成為「失智長者的天堂」，讓失智長者與其家屬活得更有尊嚴、充滿喜樂、平安與希望。

（本文作者為天主教失智老人社會福利基金會執行長暨天主教耕莘醫院永和分院院長）

📖 註釋：

- 註 1：行政院經濟建設委員會（2002）。中華民國臺灣地區民國 91 年至 140 年人口推計。
- 註 2：周永新（2002），孝道於華人社區的實踐及對長期照護政策的影響。第一屆世界華人地區長期照護會議程序及論文撮要。
- 註 3：Chee, Yeon Kyung & Sue E. Levkoff (2001). Culture and dementia: Accounts by family caregivers and health professional for dementia-affected elders in South Korea. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16: 111-125.
- 註 4：Chow, N (1999). Aging in China. *Journal of Sociology and Social Welfare*, XXVI(1): 25-50.
- 註 5：Chow, N (2001). The practice of filial piety among the Chinese in Hong Kong. In I. Chi, N.L. Chappell, and J. Lubben (Eds.). *Elderly Chinese in Pacific rim countries: Social support and integration*, pp. 125-135. Hong Kong: Hong Kong University Press.
- 註 6：Joseph, A.E. & D.R. Phillips (1999). Aging in rural China: Impacts of increasing diversity in family and community resources. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14: 153-168.
- 註 7：Li, H. & Martin B. Tracy (1999). Family support, financial needs, and health care needs of rural elderly in China: A field study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14: 357-371.
- 註 8：Nori Graham (2001). World Health Day Statement-Stop exclusion. Dare to care. Alzheimer's Disease International.
- 註 9：劉景寬（1994），南臺灣地區社區中老年人癡呆症之流行病學調查。國科會研究計畫。
- 註 10：Liu, C.K.; Lai, C.L.; Tai, C.T.; Lin, R.T.; Yen, Y.Y.; Hong, S.L. (1998). Incidence and Subtypes of dementia in southern Taiwan: Impact of socio-demographic factors. *Neurology*, 50(6), 1572-9.
- 註 11：Liu, C.K.; Lin, R.T.; Chen, Y.F.; Tai, C.T.; Yen, Y.Y.; Hong, S.L. (1996). Prevalence of dementia in and urban area in Taiwan. *Journal of the Formosa Medical Association*, 95(10), 762-8.
- 註 12：Liu, H.C.; Liu, K.N.; Teng, E.L.; Wang, S.J.; Fuh, J.L. (1995). Prevalence and subtypes of dementia in Taiwan: A community survey of 5297 individuals. *Journal American Geriatrics Society*, 43(2), 144-9.

- 註 13：鄭花玉（2004），韓國的居家老人之家族照顧狀況。2020 年亞洲之長期照顧與福利產業國際學術研討會會議手冊。
- 註 14：Miyake yoshio（2000）.Dementia care in Japan. <http://www2f.biglobe.ne.jp>
- 註 15：徐慧娟、吳淑瓊（1998），提供社區式家庭支持方案能否減少機構式長期照護服務之使用意願？中華衛誌 17：4。
- 註 16：Van Der Roer N, Goes ES, Blom M, Busschbach JJ（2000）. Models of costs of care for dementia: community-dwelling vs. institutionalization. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 31:55-61.
- 註 17：Bulter, R.(1995). Strategies to delay dysfunction in later life. In J. C. Dall, P. Herrling, W. Meier-Ruge, H. Staufenbiel, eds. *Adaptations in Aging*. London: Academic Press, 289-297.
- 註 18：Smith G.E., Kokmen E., O'Brien P.C. (2000). Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 519-525.
- 註 19：Yaffe K., Fox P., Newcomer R., Sands L., Lindquist K., Dane K., Covinsky K.E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *The Journal of the American Medical Association*, 287(16), 2090-2097.
- 註 20：Community care assessment. Alzheimer's Society. Jan, 2004.
- 註 21：Community care- a guide for carers of people with dementia: Alzheimer Scotland. <http://www.alzscot.org/info/commcare.html>.
- 註 22：The Alzheimer Society of Ireland，<http://www.alzheimer.ie>.
- 註 23：Kochi Branch (2002). Family members have trouble in stopping the patient from driving. <http://www2f.biglobe.ne.jp>.
- 註 24：吳淑瓊、陳正芬（2000），長期照護資源的過去、現在與未來。社區發展季刊 92：19～31。
- 註 25：吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭（2003）。建構長期照護體系先導計畫執行現況與檢討報告。推動照護革命——建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會。