

以失智症照顧測繪探討 日間照顧中心照顧品質之研究—— 以臺北市某日間照顧中心為例

尤品雅

壹、前言

根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）的統計，全球約有 5 千萬人患有失智症，相關費用高達 818 億美元，且失智症現在為七大死因（WHO, 2018a）。推估 2030 年全球將有 8 千 2 百萬人罹患失智症，2050 年攀升至 1 億 5 千 2 百萬的失智者（WHO, 2018b）。各國相繼提出失智症相關的政策，以因應日益增加的失智者與照顧需求。臺灣衛生福利部於 2016 年提出「長期照顧服務十年計畫 2.0（106-115 年）」，並於 2017 年頒布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0（2018-2025 年）」，希冀能建立以社區為基礎之照顧型社區（caring community），提升具長期照顧需求者（care receiver）與照顧者（caregiver）之生活品質，使失智者與照顧者能獲得所需的照護與支持，有尊嚴、受尊重、能自主及平等地發揮他們

的潛能（衛生福利部，2016；衛生福利部，2017）。

本研究針對社區中提供照顧與支持服務的日間照顧中心為研究核心，並運用失智症照顧測繪（Dementia Care Mapping, DCM）作為評估工具，觀察與記錄日照中心內的失智者，分析失智者的行為與情緒，探討日照中心的照顧品質。

貳、研究目的與方法

一、研究目的

本研究基於臺北市為臺灣人口密度最高、高齡人口最高之行政區（根據行政院主計處統計，截至 2017 年 12 月臺北市高齡人口比例為 16.37%）且基礎設施相較之下較為完善，並順應未來日間照顧中心發展之趨勢，選定臺北市某間以單元式照顧模式照顧之日間照顧中心進行研究。研究目的如下：

1. 運用 DCM 歸納日間照顧中心的高齡失智者之行爲，並探討目前臺北市日間照顧中心之照顧品質。

2. 提供日間照顧中心工作人員（包括社工、照顧服務員…等）及相關研究者，運用 DCM 評估日照中心對失智者照顧品質之方法與建議。

二、研究方法

本研究採用文獻回顧法和失智症照顧測繪（DCM）進行研究，選定臺北市一間以單元式照顧模式之日間照顧中心為調查單位，觀測中心內高齡失智者的行為與情緒。

1. 文獻回顧法

彙整國內外相關文獻，包括日間照顧中心之定義與服務內容、失智症的特性、DCM 相關研究…等，以助於研究之設計、調查與分析。

2. 失智症照顧測繪（Dementia Care Mapping, DCM）

源於英國 Tom Kitwood 教授帶領的布拉福德老年失智症集團，此評估工具設計為針對失智者的行為觀察，連續觀察與測繪（mapping）6 小時，每 5 分鐘記錄一次行為類別代碼（Behavioral Category Codes, BCCs）和情緒值（Mood and Engagement Value, ME Value），一次記錄 5-8 位失智者。觀察記錄者應具有以人為本照顧理念（Person-centered Care, PCC）之基礎，本研究之記錄者皆為從事失智症相關研究之碩士生，以確保調查資料之有效性。

參、文獻回顧

一、日間照顧中心

根據美國成人日間照顧協會（National Adult Day Service Association, NADSA）之定義，日間照顧中心是針對高齡者、失智者或行動不便者，在白天提供個人化治療、社交和健康的專業照顧。臺灣老人福利法第 16 條：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理。直轄市、縣（市）主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」日間照顧服務可由社區式或機構式照顧單位提供，其服務內容依據老人福利服務提供者資格要件及服務準則第 55 條及第 111 條之說明，包含生活照顧、生活自立訓練、健康促進、文康休閒活動、提供或連結交通服務、家屬教育及諮詢服務、護理服務、復健服務以及備餐服務。

二、失智者

失智症為一種綜合症，影響記憶、思維、方向、理解、計算、學習能力、語言和判斷，其中認知功能的惡化程度超出了正常預期衰老的程度（WHO, 2018b）。失智症的種類可分為阿茲海默症、血管型失智症、路易氏體失智症和額葉失智症（含皮克氏病），以阿茲海默症及血管型失智症患者為大宗（約 90%）（Alzheimer's Disease International,

2016)。大部分的失智者會出現失智症合併精神行為症狀 (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)，主要可分為情緒 (Affection and mood)、行為 (Behavior)、認知 (Cognition) 和驅力 (Drive) (歐陽文貞等譯, 2013)。

三、失智症照顧測繪

失智症照顧測繪 (DCM) 於 1990 年代英國布拉福德老年失智症集團 (The Bradford Dementia Group at the University of Bradford, UK) 所建立，透過此工具以檢核失智者在照顧設施的生活品質 (註 1) (龔玉齡等譯, 2015)。DCM 由 23 個行為類別代碼 (BCCs) 和 6 個情緒和參與值 (ME Value) 組成，研究者每 5 分鐘記錄一次失智者行為所對應的代碼 (BCCs) 和 ME 值 (詳見表 1 和表 2)，連續觀測 6 小時，設計為 1 位研究員觀察 5-8 位失智者。

Lee&Lee (2014) 運用 DCM 探討小規模失智症單元和傳統失智症單元機構的差異，其調查結果發現 2 間機構的住民，花在代碼 A (與他人口頭或其他互動)、代碼 B (被動的社會參與)、代碼 F (飲食) 和代碼 N (睡覺、打盹) 約 3/4。而代碼 C (脫離、孤立的) 呈顯著差異，小規模型的機構僅出現 1%，傳統型為 13.6%，此外，小規模型機構的住民出現代碼 K (獨立行走、站立或用輪椅行動) 和代碼 L (休閒娛樂) 比例較高，表示小規模型的機構有較多的活動參與

及娛樂活動。ME 值的平均分數小規模型高於傳統型機構 (小規模型 1.17 分；傳統型 0.87 分)，且以正面情緒 (ME 值 $\geq +1$) 和負面情緒 (ME 值 ≤ -1) 的比例分析，小規模型之結果為 95% 和 5%，傳統型為 79% 和 21%，顯示小規模型機構能提供更多正向情緒。Crook, Adams, Shorten & Langdon (2016) 探討個人的生命故事書和尋找盒 (rummage box) 是否能增加福祉，以 DCM 作為評估工具調查 5 位失智者。研究顯示，生命故事書和尋找盒能提升福祉，但兩者之間無太大差異。

現今逐漸發展出不同版本的 DCM，Dementia Care Mapping-Supported Living (DCM-SL) 共有 24 個 BCCs (多代碼 M, Medication)，日本發展出 DCM-J，但根據失智症護理研究與培訓大府中心 (認知症介護研究・研修大府センター, 2004) 監修第 7 版日本語版所示，DCM-J 的 BCCs 為 24 項，但內容與 DCM 的 BCCs 不盡相同。鈴木等 (2008) 調查 130 位高齡失智者，建立施測者間信度 (inter-rater reliability) 和再測信度 (test-retest reliability)，並針對 DCM-J 中的 WIB (ME 值) 與日本高齡失智者生活品質量表 (QOL-D) 比較，建生效標關聯效度 (criterion-related validity)。研究證實 DCM-J 的可靠性和有效性，WIB (ME 值) 具良好的施測者間信度、再測信度和效標關聯效度。

本研究綜合上述文獻與研究者在日間照顧中心擔任志工之經驗，採用原版

表 1 行為類別代碼 (BCCs) 分類表

主動性之行為	被動性之行為	中性之行為
A: Articulation 與他人口頭或其他互動(無明顯陪伴活動)。	B: Borderline 被動的社會參與(觀看)。	T: Timalation 直接感官參與。
D: Doing for self 自理。	C: Cool 脫離,孤立的。	W: Withstanding 重複持續性的自我刺激。
E: Expressive 從事表達或創造性活動。	N: Nod Land Of 睡覺、打盹。	X: Excretion (X-cretion) 與排泄相關的。
F: Food 飲食。	P: Physical 接受實用、物理或個人照顧。	Y: Yourself 可觀察到的其他互動。
G: Going back 懷舊與生活回顧。	U: Unresponded to 溝通而不接收回應。	Z: Zero option 適合沒有現有類別的行為。
I: Intellectual 優先使用智力能力。		
J: Joints 運動。		
K: Kum and Go 獨立行走、站立或用輪椅行動。		
L: Leisure 休閒娛樂。		
O: Objects 陳列附屬或相關的無生命物體。		
R: Religion 參與宗教活動。		
S: Sexual expression 性表現。		
V: Vocational 從事工作或類似工作的活動。		

資料來源：整理自 McCarthy Psychology Services (2012)；認知症介護研究・研修大府センター (2004)

表 2 情緒和參與值 (ME Value) 評分標準表

情緒和參與值 (ME Value)	評分
非常高興、輕快的。非常正面的心情。非常專心、高度參與。	+5
滿足、快樂、放鬆的。相當正面的心情。集中但分散注意力。適度參與。	+3
中性、沒有明顯正面積極的或消極的心情。對周遭警戒和注意。簡短或間歇性的參與。	+1
些微負面情緒跡象。沉悶(孤立)且不接觸。	-1
相當負面情緒跡象。	-3
非常憂傷。非常負面情緒跡象。	-5

資料來源：整理自 Crossland, J. (2010)

之 DCM 進行調查，並參考日本 DCM-J 之 BCCs 分類方式，將行為類別代碼分為主動性之行為、被動性之行為和中性之行為，以利於分析高齡失智者的行為差異。

肆、研究結果

本研究於 2017 年 10 月 16 日、18 日、19 日、25 日、26 日、27 日和 31 日進行調查，其中 2017 年 10 月 31 日（第二次

觀測）為同一時段調查整間日間照顧中心之高齡失智者，其他則以照顧單元為單位調查，共計觀測 43 位高齡失智者，每位皆觀測 2 次，每次記錄 6 小時（10:00-16:00），故每人共觀察 12 小時。該日間照顧中心共有 6 個照顧單元，服務對象包括健康高齡者、失能者和失智者，服務人數可達 60 人（失智者為 47 位）。觀察對象由日間照顧中心的社工協助篩選，由於每個照顧單元人數不一，考量研究者一次

表 3 某日間照顧中心 BCCs 統計表

	第一次觀測	第二次觀測	平均
BCCs- 主動性	A 5.50%	<u>A 6.56%</u>	A 6.03%
	D 3.77%	<u>D 4.16%</u>	D 3.96%
	E 1.09%	E 0.64%	E 0.86%
	<u>F 8.28%</u>	F 6.90%	F 7.59%
	<u>G 0.10%</u>		G 0.05%
	I 1.53%	I 3.75%	I 2.64%
	<u>J 14.35%</u>	J 12.31%	<u>J 13.33%</u>
	<u>K 7.43%</u>	K 6.32%	K 6.87%
	<u>L 10.99%</u>	L 10.68%	L 10.84%
	<u>O 0.10%</u>		O 0.05%
	V 1.76%	<u>V 2.13%</u>	V 1.95%
合計	54.88%	53.45%	54.17%
BCCs- 被動性	B 10.04%	<u>B 14.23%</u>	B 12.14%
	<u>C 9.06%</u>	C 7.57%	C 8.31%
	<u>N 20.90% (2.20%)</u>	<u>N 21.10% (1.79%)</u>	<u>N 21.00% (2.00%)</u>
	P 0.75%	<u>P 1.25%</u>	P 1.00%
合計	40.74%	44.15%	42.45%
BCCs- 中性	<u>T 1.80%</u>	T 0.95%	T 1.37%
		<u>W 0.07%</u>	W 0.03%
	<u>X 3.73%</u>	X 3.65%	<u>X 3.8%</u>
	Y 0.03%	<u>Y 0.07%</u>	Y 0.05%
合計	5.56%	4.73%	5.15%

備註：N（不包含午休）

資料來源：本研究整理

表 4 某日間照顧中心 ME 值統計表

	第一次觀測	第二次觀測	平均
ME 值 - 正面情緒	+5 0.85%		+5 0.42%
	+3 6.30%	+3 6.09%	+3 6.23%
	+1 89.08%	+1 92.73%	+1 90.91%
合計	96.30%	98.82%	97.56%
ME 值 - 負面情緒	-1 3.39%	-1 1.15%	-1 2.27%
	-3 0.24%	-3 0.03%	-3 0.14%
	-5 0.07%		-5 0.03%
合計	3.70%	1.18%	2.44%

資料來源：本研究整理

可記錄的量，因此失智者人數較多之照顧單元，調查對象以出席率較高為優先（例如：照顧單元有 12 位高齡失智者，挑選 8 位出席率較高者為調查對象）。

失智者主要依據日間照顧中心安排的活動從事相關行為，上午到日間照顧中心先量血壓，高齡者陸續到達日照中心便開始朝會，接著依序為上午課程、午餐、散步、午休、下午課程和點心，之後由交通車或家屬接回家。每個活動之間都有 10 分鐘到 30 分鐘不等的換場時間，對高齡者而言為自由活動的時間。

每個照顧單元都會約有 2 到 3 位高齡失智者，會在活動結束時幫忙收拾物品（代碼 V），並在用餐前後協助移動桌椅、擺放餐具、收拾餐具和擦桌子。日間照顧中心的高齡者用完餐都會自己丟廚餘和收拾餐具，較早用完餐者可能會放置在餐車上，其他高齡者用完餐則會到簡易廚房倒廚餘與放置餐具。B8 活

動參與度較低，通常上午活動還在進行，B8 就會開始擺放大家的餐具準備稍後的午餐。即使活動參與度低，但從 B8 的動作可以發現其做事是有邏輯性的，在 10 月 16 的調查中，該高齡失智者先從置物櫃拿出衛生紙，將其摺好後放回置物櫃，接著拿碗、筷和湯匙到餐桌，再從置物櫃拿出摺好的衛生紙，將餐具放到衛生紙上。

2017 年 10 月 25 日記錄到午休時間高齡失智者 D7 先到通往辦公室的門看，再到側門看看，接著再回到辦公室的門看，試圖離開日間照顧中心，此時同樣不午休且有徘徊遊走症狀的高齡失智者 B5 跟到 D7 旁。A3 等照顧服務員備好餐的自由活動期間，常常在書報區閱讀書籍，而 A7 會在公共區域的沙發坐著。日間照顧中心有台震動機，震動機四周擺放 4 張座椅，許多高齡失智者（女性居多）會坐著將腳放在震動機上邊運動邊聊天。高齡失智者 B5、B6、B7 和 B8 會坐在

照顧單元附近的書報區坐著，其中 B7 和 B8 為具黃昏症候群的高齡失智者，在下午課程結束後（約 15:00）會做在書報區看著側門，等待家屬到來離開日照中心，甚至會在即將離開時約 15:50）坐到側門門口。F1 偶爾會拿出娃娃散步，但不一定在自由活動期間，10 月 27 日調查到在上午活動期間不參與照顧單元內的活動，抱著娃娃到公共活動區散步。下午活動結束後等家屬或交通車送回家的期間，高齡失智者可能會打麻將、玩疊疊樂、玩撲克牌、拼拼圖、畫畫、聊天（代碼 L）、玩數獨（代碼 I）、使用復健器材、使用震動機（代碼 J）…等，或者會被照顧員安排練習寫字或算數（代碼 I）。

10 月 16 日的活動中有一部分為懷舊內容（代碼 G），記錄到高齡失智者 B5 參與活動摺舊款式的衣服。代碼 P（接受實用、物理或個人照顧）主要為早上照顧服務員幫高齡失智者量血壓，其他則為幫高齡失智者穿外套或協助吃藥。在 10 月 16 日的調查記錄到代碼 Y（可觀察到的其他互動），為高齡失智者 B1 對著空氣自言自語，在 10 月 31 日的調查則觀察到 B6 照鏡子和 D7 對魚缸自言自語。

ME 值大部分為中性的 +1，正面情緒（+1、+3 和 +5）代表當時所進行的活動是愉快的，其中又以代碼 A 最相關（大部分 +3 和 +5 是出現在聊天聊得很開心）。10 月 18 日高齡失智者 C4 午休期間身體不舒服不斷咳嗽，高齡失智者 C6 則為頭痛，因此記錄到 -1 的情緒值。10 月 25 日的調查記錄到高齡失智者 B5 和

高齡失智者 F1 起爭執，甚至在 B5 被照顧員帶開時，生氣的罵 F1 是「瘋婆子（臺語）」。10 月 26 日高齡失智者 E1 在等午餐期間等到不耐煩，先是轉動碗把玩，接著拍桌子，被記錄到 -1 和 -3 的 ME 值。10 月 31 日高齡失智者 B2 因對做復健運動不耐煩，而記錄到 -1 和 -3 的數值。

伍、討論與分析

本研究彙整兩次調查的結果，整體而言此日間照顧中心照顧品質佳（主動性之行為多於被動性之行為），主動性之行為平均占 54.17%，被動性之行為平均占 42.45%，中性之行為則平均占 5.15%。以下針對失智者行為、觀測方式、活動類型和 DCM 貢獻性分別討論與分析。

一、失智者行為

失智者的行為和該行為發生的地點，會影響 BCCs 的結果。B7 和 B8 為黃昏症候群的高齡失智者，因等待回家期間會長時間坐在能看到側門的位子，所以提高了代碼 C（脫離，孤立的）的出現率。高齡失智者 B2 喜愛收集衛生紙，常常會躲到廁所收集並藏在身上，導致代碼 X（與排泄相關的）的出現率增加。而 F1 為具有收藏行為的高齡失智者，其收藏的物品為餐具，為了能拿到餐具，F1 會在用餐後主動到廚房幫忙洗碗，趁大家午休不注意時，偷拿餐具藏置於自己的置物櫃，故調查數據中代碼 V 會增加許多。Lee & Lee（2014）的研究指出，失智者

花在代碼 A（與他人口頭或其他互動）、代碼 B（被動的社會參與）、代碼 F（飲食）和代碼 N（睡覺、打盹）約 3/4，本研究調查之結果失智者花在代碼 A、代碼 B、代碼 F 和代碼 N 共計 46.76%，並非文獻中所述占 3/4。

二、觀測方式

第一次觀測為分 6 次調查各個照顧單元，第二次觀測為 5 位調查員同時觀測整個日間照顧中心，意即第一次觀測與第二次觀測的差異為是否在同一時間調查。雖然第二次的觀測能避免失智者因受到天氣、身體狀況、活動內容…等因素造成數據分析的影響，但日間照顧中心同時有 5 位記錄者在中心內，比起第一次觀測僅有一位記錄者的情況，對失智者的參與活動的干擾較大。因此可發現第二次觀測的 BCCs 結果，在主動性之行為出現率較低，被動性之行為出現率較高，而且明顯增加的被動性之行為為代碼 B（被動的社會參與）。在 ME 值的部分發現第一次觀測的結果，有出現極端的情緒反應（+5 和 -5），本研究推測可能因為第二次調查的調查人員人數較多而產生影響。

三、活動類型

由於第一次觀測為分次進行，每次調查日間照顧中心所安排的活動不同，所以第一次觀測的 BCCs 類型較多元。較不容易觀察到的代碼 G（懷舊與生活回顧）和代碼 O（陳列附屬或相關的無生命物

體），為進行懷舊活動所記錄到的，活動中讓高齡失智者回顧傳統的物品，並配合照顧服務員的活動設計，請高齡失智者排列懷舊物品。

四、DCM 的貢獻

在 10 月 26 日的調查中，E2 午休期間如廁後找不到自己的照顧單元，一直往前走，該照顧單元的照顧服務員及時發現，馬上將其帶回所屬的照顧單元午休。由此可見，失智者即使只是在日間照顧中心，是有工作人員控管的有限室內空間，仍可能會迷失方向，此反映出良好的指標系統，以及能幫助失智者辨認周遭的設計二者相當重要。高齡失智者 B2 會到廁所收集衛生紙，以及高齡失智者 F1 會趁人不注意將餐具藏於自己的置物櫃，反映日間照顧中心應提供讓高齡失智者認為具有隱私性的空間以執行「藏」物品的行為，但事實上是具安全性能讓照顧服務員掌握失智者動向的空間。

陸、結論與建議

本研究於 2017 年 10 月 16 日、18 日、19 日、25 日、26 日和 27 日依照照顧單元進行第一次觀測，並於 2017 年 10 月 31 日由 5 位調查員一起進行第二次觀測，調查結果與建議如下：

1. 本研究調查之日間照顧中心照顧品質佳，主動性之行為平均占 54.17%，被動性之行為平均占 42.45%，中性之行為則平均占 5.15%。

2. 失智者的行為與行為發生地點，會影響 BCCs 之結果。

3. 透過 DCM 觀察與記錄，可迅速、有系統且有效了解失智者的行為模式，由於每 5 分鐘便要記錄一次，能觀察到許多細微的部分，包括生活習慣、與他人互動的情形…等，對於社交能力較弱的失智者，DCM 能幫助日照中心的工作人員理解失智者的行為與需求，進而給予適宜的照顧服務。

4. 建議操作 DCM 的觀察者應對於 BCCs 非常熟悉，並且對失智者有一定程度的了解，避免在記錄過程中無法順利 5 分鐘記錄一次數據（例如：記錄太慢、找不到失智者…等）。在調查前，團隊應定義清楚失智者的行為要歸類為哪一個代碼，

以利於檢核照顧品質與研究分析，例如：打麻將和玩撲克牌為代碼 L（休閒娛樂），而玩數獨則歸類為代碼 I（優先使用智力能力）；失智者一邊運動一邊聊天，記錄為代碼 J（運動）和代碼 A（與他人口頭或其他互動）（故本研究之 BCCs 結果總和大於 100%）。

5. 建議運用 DCM 觀測的數據建立一整合資料庫，以助於照顧品質的分析與評估，甚至進一步發展出臺灣版的 DCM。

（本文作者為國立臺北科技大學建築系暨建築與都市設計研究所碩士）

關鍵詞：失智症照顧測繪 DCM、日間照顧中心、照顧品質

📖 註釋

註 1：意即 DCM 此評估工具之適用範圍為照顧失智者的照顧設施，故台灣之相關設施包括：安養機構、養護機構、長期照顧機構、護理之家、榮民之家、團體家屋、日間照顧中心…等。

📖 參考文獻

中華民國老人福利推動聯盟（2013）。日間照顧服務作業參考手冊。臺北市：衛生福利部社會及家庭署。

行政院主計總處（2017）。現住人口數按年齡分。引用於 2017 年 01 月 18 日，取自 <http://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=15408&CtNode=3623&mp=4>。

歐陽文貞等譯（2013）。失智症合併精神行為症狀病人的最佳治療及照護實務。台中市：台灣老年精神醫學會。

衛生福利部（2016）。長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）。臺北市：衛生福利部。

衛生福利部（2017）。失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0（2018-2025 年）。台北市：衛生福利部。

龔玉齡等譯（2015）。環境高齡學：提供老人優質生活處所（原作者 Graham D. Rowles & Miriam Bernard）。臺北市：華騰文化。

- 鈴木 みずえ, 水野 裕, Brooker D., 住垣 千恵子, 坂本 涼子, 内田 敦子, ……金森 雅夫 (2008), Quality of life 評価手法としての日本語版認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping : DCM) の検討 : Well-being and Ill-being Value (WIB 値) に関する信頼性・妥当性。日本老年医学会雑誌, 45 (1), 68-76。
- 認知症介護研究・研修大府センター監修 (2004). Evaluating Dementia Care The DCM Method その人を中心としたケアをめざして～パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング第7版日本語版初版. から著者作成. p.22. (引自鈴木 みずえ, 水野 裕, Brooker D., 住垣 千恵子, 坂本 涼子, 内田 敦子, …金森 雅夫 (2008). Quality of life 評価手法としての日本語版認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping : DCM) の検討 : Well-being and Ill-being Value (WIB 値) に関する信頼性・妥当性. 日本老年医学会雑誌, 45 (1), 68-76.)
- Alzheimer's Disease International (2016). About dementia. Retrieved June 11, 2016 from <http://www.alz.co.uk/about-dementia>.
- Crook, N., Adams, M., Shorten, N. & Langdon, P. E. (2016). Does the Well-Being of Individuals with Down Syndrome and Dementia Improve When Using Life Story Books and Rummage Boxes? A Randomized Single Case Series Experiment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29 (1), 1-10. doi: 10.1111/jar.12151
- Crossland, J. (2010). Dementia Care Mapping and SOFI Safeguarding Person Centred Care. Retrieved December 07, 2016 from <https://shareweb.kent.gov.uk/Documents/adult-Social-Services/adult-protection/Kent%20and%20Medway%20Inaugural%20Conference%202010/Safeguarding%20presentation%20March%202010.pdf>.
- Lee, S., Chaudhury H. & Lee, S. (2014). Effect of Physical Environment on the Behaviors of Residents with Dementia: A Comparison between a Small-Group Unit and a Traditional Care Unit. *Journal of Civil Engineering and Architecture*, 11 (8), 1353-1363.
- McCarthy Psychology Services (2012). New community care staff development tool: DCM-SL. Retrieved December 07, 2016 from <https://www.fightdementia.org.au/sites/default/files/1530-McCarthy.pdf>.
- National Adult Day Service Association (2016). About Adult Day Services About Day. Retrieved June 12, 2016 from <http://www.nadsa.org/learn-more/about-adult-day-services/>.
- WHO (2018a). Dementia: a public health priority. Retrieved September 11, 2018 from http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/.
- WHO (2018b). Dementia. Retrieved September 11, 2018 from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.