

對應失智症老人之照護服務： 以日本型團體家屋為例

莊秀美

一、前言

失智症 (Dementia) 俗稱癡呆症，又分為阿爾滋海默氏症、血管性癡呆症、混合性癡呆症、酒精性癡呆症、巴金森病症等許多種類，必須經由專業醫療人員的判斷才能斷定。失智症好發於老年階段，而且隨著年齡之增長，得病率越高，八十五歲以上的老年人口甚至高達三十%的發病率。根據國外的統計資料推估，老人失智症的盛行率約在四~八%之間。國內的推估較為保守，約在二~三%之間，依國內學者的推估，臺灣地區約有三萬至五萬名失智症老人。失智症老人常隨著年齡之增加，心智及認知功能皆持續且廣泛地衰退。目前治療失智症的藥物「愛憶欣」(Aricept) 雖已上市，但僅止於控制病症，尚無法完全治癒。

失智症症狀會隨著病症之加重，患者甚至喪失日常生活能

力，嚴重者還會出現類似精神病症狀之行爲，一旦至此就成爲家屬短期之內揮不去的夢魘。而關於照護上的問題，由於失智症的不可恢復性，常令家屬失去照護的耐性及信心。電影「女人四十一」描繪失智症家屬的辛酸無奈與社會福利資源的缺乏；小說「黃落」道出失智症老人的照護問題所延伸出來的家庭衝突，兩者都是寫實失智症老人特質及其照護問題的力作。不過，如何找出舒緩失智症症狀與解決失智症的照護問題，則是醫療與社會福利體系不可推卸的責任。在藥物尚未能完全治癒失智症之當下，爲失智症老人設計溫馨的居住環境及照護方式，不但是尊重失智症老人的人權，更可減去許多因照護而產生的家庭衝突。

筆者於二〇〇〇年四月訪問日本的老人福利機構，有感於日本發展失智症老人照護服務不遺餘力，近年來亦有長足的進步。茲介紹日本因應失智症老人的照護服務之發展，文中並以日本九州福岡市境內的團體家屋爲例，分別爲居民互助型與複合機構型的團體家屋，說明主要的日本型團體家屋之現況，以爲我建構對

應失智症老人照護服務之參考。(註一)

二、失智症的特性及照護

失智症症狀一般是階段性地惡化，各種症狀出現在生活上、情緒上及身體健康各方面。失智症患者早期常會發生隱瞞性記憶喪失，讓人誤以為是單純的老化現象而延誤了治療時機。再者，早期的症狀尚包括失眠、言語反應變差、恐懼和缺乏安全感、對旁人易怒及侮辱、抱怨及無理要求、不恰當的性行為、注意力集中困難、失去對人物、時間和地點的認知等；失智症進一步惡化之後，將會逐漸進入精神錯亂狀態，可能會產生疑心、恍惚、幻想等類似精神病之症狀，也可能發生遊走，是最讓家屬傷腦筋的症狀；失智症進入末期階段，症狀包括視聽力不良、行走失去平衡、大小便失禁等，生理功能已明顯降低，並會惡化至需要完全仰賴他人的照護狀態為止。(註二)

根據日本厚生省的調查，九成的需照護老人與家屬同住，其主要照護者中八十五·九%為女性，包括配偶、子女及媳婦。(註三) 國內的調查也發現，有六十九·三%的失智症老人是安置於家中由家屬負責照護，其中配偶、子女及媳婦扮演主要的照護者角色。(註四) 由此可見，不管日本或國內，大部分的家屬(特別是女性)仍然承擔老人照護的責任。

家屬照護者在長期照護的過程中，經常面臨生理、心理、經濟、家庭、社會關係等多重壓力甚至瀕臨崩潰。日本的研究結果

(一九九四)指出，三分之一的需照護老人之照顧者會轉移情緒至患者身上，並憎惡老人的存在；高達二分之一的照顧者會對患者施虐。(註五) 這樣的結果，不得不令人關注照顧者的壓力及需照護老人的安危問題。家屬照顧者必須面對患者逐漸喪失認知、生活功能及類似精神病症狀的行為方式，以至末期階段的高度照護需求狀態，對失智症家屬而言，如何照護失智症老人更是莫大的考驗。

一九九四年日本「失智症老人照護狀況調查」就指出，老人失智症所衍生的問題不少，如下所述：(1)醫學上的診斷及說明不足，能提供家屬的建言不多；(2)居家照護支援服務系統的不健全；(3)相關資訊、受理窗口及照護協調上的問題；(4)機構服務(醫療機構、老人保健機構、特別養護老人院)(註六)的限制；(5)家庭、社會必須超越的問題。(註七) 由於對於失智症的不解及失智症症狀之多變，失智症老人的照護難度相當高。由於失智症人口的急速增加，如何找到因應失智症的照護方式，已經成為當前各國老人福利政策的緊急課題之一。

三、對應失智症之照護服務： 團體家屋

外在照護失智症老人方面發展較早，近年來為失智症老人營造「家」的環境成為照護失智症老人的基本原則。失智症老人的心智衰退是漸進式的，遠記憶可被召喚，因此必須儘量保持這

些剩餘的能力，讓失智症老人在其可辨識的生活空間，過正常化的生活。家是每個人長久期間適應而來的熟悉環境，最能持續支持失智症者之正常化生活。爲了符合以上的要求，「居家照護」及「日間托老照護」是針對失智症患者較爲理想的照顧方式。

(註八)

然而，日間托老照護與居家照護並無法解決部分老人的需求，如：無親屬家人者、家人無法照顧者、或不願家人照顧者等。就此而言，入所型機構照護對部分老人而言，仍是適當的因應及安置方式。不過，收容型機構照護也有難題，由於失智症老人屬於不同族群及社會階層，「家」的經驗有所差異乃在所難免，要能滿足住進照護機構的失智症老人之共同「家」的感覺，失智症患者最好來自同一區域、屬於同一族群或同等社會階層。因此，唯有小規模的「機構」才能達到這些要求，事實上最好營造一種「非機構」式的意象。

團體家屋 (Group Home) 具備以上支持性生活方式 (Assisted Living) 之優點，可改善輕、中度失智症者的症狀，降低或延緩老人住進護理機構，並已獲得實證支持，是一相當適合失智症老人的照護機構。(註九) 團體家屋一般集合五、十位失智症老人住在一個家庭或公寓內，由多位照護人員提供日常生活照顧、必要性照護及治療等，讓老人就如生活在家裏一般。

團體家屋原來是社會福利機構的一種，早期應用在兒童養護服務上相當知名，一九八五年瑞典創始運用於失智症老人照顧上，而成爲目前失智症老人照護的主要方式。團體家屋強調「如

家」的軟、硬體設計，讓老人猶如住在家中一般。其特色不僅是小規模的共同居住之空間而已，藉由失智症家屬成員之參與，可控制並減輕失智症老人的症狀。目前，對於失智症老人等重度需照護者之照護方式，團體家屋已成爲世界性趨勢。

團體家屋的基本理念在於營造一個可以放鬆、喜樂、有伴的生活空間。不管失智症症狀的程度如何，讓失智症老人在住慣的環境中，看著熟悉的面孔，並發揮自己僅存的生活能力。雖然是團體共住一室，但儘量營造一個類似家庭生活的環境空間。因此，團體家屋的要件有：住慣的地方，熟悉的人際關係、家庭環境、自我能力的發揮，因應個人化的照護、個人空間的保留等。團體家屋的照護方式不但強調「如家」的感覺，其基本設定爲少數老人在專屬人員的照顧之下，過團體生活的方式。

團體家屋被預設爲社區型老人照護機構，其服務對象來自社區，包括失智症老人在內，其家人與親屬也在鄰近，機構的員工來源也是社區的居民，如此可讓團體家屋營造的「如家」氣氛擴展到整個社區，可說是照護機構社區化的具體實現。當前團體家屋的設置有多種型態，或單獨設置、或併設、或爲特別養護老人院的附屬機構等並無一定，基本上只要能達到設置的理念，設置的型態並不是那麼重要。在較大型的機構中，或許可分隔爲若干個「家」，各家容納不同屬性的老人，比較容易掌握失智症老人的作息，也讓老人產生歸屬感，安心地居住。(註十)

四、日本團體家屋的發展

(一) 失智症老人照護服務

日本的人口老化率持續攀升，截至一九九九年為止，老年人口佔總人口之比率已達到十七%。隨著人口的高齡化，失智症老人人口也隨之增加。根據厚生省（一九九七年）的推估，西元二〇〇〇年失智症老人人口為一百四十萬人，二〇二五年將達到二百七十萬人，成長率高達二倍之多。（註十二）另一方面，由於家庭的照護功能漸次衰微，失智症老人的照護問題已成爲日本老人福利政策的重要課題。

日本針對失智症老人的福利服務類型，主要是居家福利服務、機構養護服務及醫療型收容機構等。居家福利服務包括日間托老照護、短期照護、夜間照顧及居家照顧等；機構養護服務包括老人醫院、老人保健機構及特別養護老人院等；醫療型收容機構有精神病醫院等。（註十二）除此之外，社區生活型的團體家屋正在加緊增設之中。

(二) 團體家屋的制度化過程

日本的養護機構早期就曾設置爲團體家屋的型態（當時稱之爲家庭宿舍）。在身心障礙者福利領域方面，自立援助、就業援助等措施機構中也設有團體家屋、生活寮等。在老人福利領域方面，類似團體家屋的小規模共同住宅之照護方式大約在一九七五

年即已開始，東京中野區的「老人公寓」、北海道的「福利寮」（居家照護員同住的小規模共同住宅）、廣島縣的偏遠地區之小規模養老院都是。現制的團體家屋，最早爲民間設置的「紬之家」（一九八六年），原爲一未立案的福利機構，其服務對象並不限於老人，也收容一般的身心障礙者。（註十三）

團體家屋對應的日文全文爲「痴呆對應型老人共同生活援助事業」，直至成爲老人福利的制度之一爲止，經過一連串的修訂。一九八九年日本的老人福利服務政策有了前所未有的大改革，「黃金計畫」就是主要的政策，主要在建構老人照護系統之基礎，達成目標值的最終年度爲一九九九年。「黃金計畫」實施五年後，於一九九四年重新檢討修訂而提出「新黃金計畫」，目標實施年度同。（註十四）「新黃金計畫」中就明確指出實施綜合性失智症老人對策。主要有(1)失智症知識之推廣、啓發，設置提供失智症資訊及諮詢系統；(2)失智症之預防、早期發現、早期治療；(3)充實失智症老人之治療、照護；(4)推動失智症相關治療法之研究；(5)失智症老人之權利維護等。（註十五）

配合「新黃金計畫」的實施，老人照護機構之整合勢在必行。一九九六年結合居家照護支援中心、短期療養（Short Stay）與日間托老照護中心（Day Service Center）設置「居家服務複合機構」。另外則有超乎公費施策範圍，目前尚在實驗階段的「契約型特別養護老人院」。並設置針對失智症老人的團體家屋（Group Home）。

一九九六年十二月，民間團體向厚生省提出「團體家屋相關

請願書」，提出小規模的共同生活場域（團體家屋）對失智症老人的生活正常化爲必要的訴求。一九九四年在「高齡者關係三審議會合同委員會」提出的「失智症老人對策相關檢討會報告書」中，團體家屋成爲政策性議題，並於一九九七年成爲老人福利政策之措施。

若依時間順序來看，日本團體家屋的發展過程如下：（註十六）

1. 一九九二年，於日間托老照護服務政策中增設「E型日間托老照護中心」（註十七），爲針對失智症老人的日間照顧服務（當時設定利用人數爲平均每天八人以上）。

2. 一九九二年，保健事業第三次計畫中建構老人居家照護制度，失智症老人的居家照護服務再次獲得認可。

3. 一九九四年，「新黃金計畫」中，充實以居家爲主的照護服務，建議實施小規模的共同生活場域（團體家屋），或社區內小規模的日間托老照護服務，建構老人福利服務的基礎。原先厚生省對於失智症老人的照護並非立基於物理療法訓練的觀點，團體家屋之提出，建構能在社區中安心生活的服務新型態。

4. 一九九七年，通過長期照護保險法，「失智症老人團體家屋」成爲居家照護的合法服務型態，列爲長期照護保險給付服務（居家服務）的項目之一（長期照護保險法第七條第十五項）。（註十八）

5. 一九九九年十一月，厚生省爲了防止惡質業者偷工，確立團體家屋的設置條件、規模大小等規制。

6. 二〇〇〇年一月，厚生省決議對於民家改造之團體家屋，補助第一年的設備費五百萬日幣，主要在支援經營民家改造型的團體家屋之市民團體。

（三）團體家屋的實施要項

現行日本的團體家屋之設置基準，立地條件等在「痴呆對應型老人共同生活援助事業實施要項」中法律皆有規定（一九九九年）（註十九），茲整理其主要內容如下：

1. 機構的實施及經營主體

· 以市町村爲提供服務的實施主體。

· 市町村應考量區域的特性，除了要決定失智症患者的條件、服務內容及費用負擔之外，可委託經營特別養護老人院等之合法的社會福利法人、醫療法人經營團體家屋。

2. 機構的設置要件

· 機構規模以容納五～九人爲事業單位。

· 團體家屋之家屋以實施及經營主體之所有或租借之建物爲原則。

· 日常生活基本設備（盥洗間、浴室、廁所等）之設置，必須是生活援助員適當指導，失智症患者能自行使用的設計。

· 失智症患者的房間以個人房間爲原則，以確保個人的隱私空間。

· 必須要設置大廳、餐廳等失智症患者可相互交流的場所，作爲該團體家屋的專用設施。

· 必須確保保健衛生及安全。

3. 機構的經營

· 團體家屋的餐飲，原則上儘量朝失智症患者及機構職員共同調理的方向努力。

· 充分把握失智症患者的行為特性，設置安全考量的的措施。

· 對於通院的日間托老照護服務之失智症患者，也必須考量其個別的身心狀況，施予適切的照護服務。

4. 機構的職員設置

· 爲了能因應失智症老人的特性，施予適當的照顧，團體家屋的職員人數與老人人數之比例以三比一爲基準。

· 每天都必須由一位以上具備失智症處遇專業知識的職員值勤。

· 夜間值勤職員至少一人以上。

· 適當實施處遇失智症老人技巧的職員研修課程。

5. 主要服務內容

· 提供失智症老人住居及餐飲。

· 適當指導失智症老人金錢、健康等生活管理，並能因應緊急狀況。

· 對失智症老人，給予飲食、淋浴及排泄等援助。

· 活用團體家屋的特性，制訂個別援助計畫，援助失智症老人安心過日常生活。

6. 費用負擔

· 每個月的費用負擔與住進其他法定福利機構之費用相同，

使用者必須負擔服務費用的一成。根據長期照護保險法（二〇〇

〇年四月一日正式實施）之規定，將需照護程度分爲五級，採差異給付的方式。依需照護之程度，在宅服務之保險給付從十七萬日幣到三十五萬日幣不等，個人則需負擔一・七萬日幣到三・五萬日幣不等。

· 由市町村負責計定機構營運之房租、餐飲費、水電費及其他費用等，由使用者負擔。

7. 相關推廣活動

· 成立宅老所、團體家屋之全國網絡連結，極力推動適合失智症老人照護之「E型日間托老照護中心」及「團體家屋」。並制定相關規定確保服務之品質。

根據統計，包括E型日間托老照護中心等內，目前全日本團體家屋已超過一、三〇〇所，其中半數以上是由居民團體與個人所經營。現行日本制度上的團體家屋之設置規模爲三位工作人員，年度經費在一、七〇〇萬日幣程度。然而，全國社會福利協議會於一九九五、一九九六年度實施「失智症老人團體家屋查研究事業」，一九九七年度實施「失智症老人居住的團體家屋營運相關調查研究事業」。並於「失智症老人團體家屋的理想型態之相關調查研究事業報告書」中提出團體家屋之規模應爲職員一人對二位老人。團體家屋的人力整備、照護品質上仍有爭議。

五、日本型團體家屋之實例

以下，以日本福岡市境內的「由里愛宅老所」(音譯)(註二十)與「大手門」為例，說明日本型團體家屋的營運實況，由里愛宅老所為福岡市內首先成立，為典型的居民互助型團體家屋；大手門由社會福利行政當局策劃，於二〇〇〇年三月底甫成立，為複合機構型團體家屋。在走向社區化社會福利模型的發展之下，基於福利財務的精簡及多樣化的社區居民需求，如大手門之類的複合式老人福利機構，不但照護的範圍含括較廣，並能實現福利機構社區化的理念，是日本社會行政當局積極投入的機構建置。(註二十一)

(一)居民互助型：由里愛宅老所(註二十二)

由里愛宅老所位於福岡中央區，為社會福利法人「福岡光福利會」經營的團體家屋。由里愛宅老所的交通便利，從福岡市中心搭地鐵，僅三個站就到了。由里愛宅老所的成立，可是有一段感人的故事。原本在特別養護老人院工作的三位女性，曾遇到一位九十二歲患了輕微失智症的阿婆，在與她相處的過程中，於是想到設置迷你型的老人院，營造一個即使退化也可過普通生活的空間，讓失智症老人可以過「平常化」並「充滿笑聲」的生活。

三位女性有了共識之後，首先獲得社區中某寺廟管理者的贊同，在寺廟中的休息室(約榻榻米四疊半)開始他們的構想。後來，利用跳蚤市場及義賣襯衫，募集設置由里愛宅老所的資金，於是租借民家老宅加以修建，於一九九二年開始運作由里愛宅老所。一九九六年應家屬、志工等之期待，於福岡市南區成立第二宅老所。

由里愛宅老所是對應失智症老人的團體家屋，其服務內容包括收容(團體家屋)、短期療養(Short Stay)、日間托老照護服務(Day Services)、用餐、淋浴、接送等。團體家屋方面，工作人員

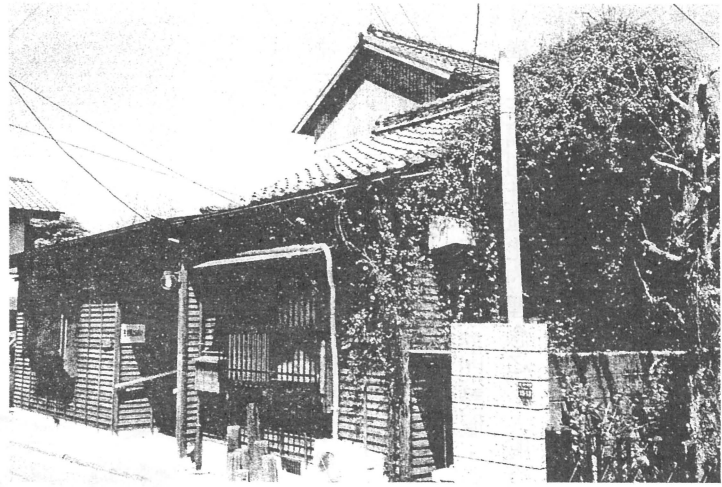
與老人二十四小時共同生活，為小規模共同住宅之照護機構，從中可感受到「家」的氣氛。屋內經常談笑聲不斷，絕非一般想像的灰暗空氣。



◎由民家老宅加以修建而成的由里愛宅老所

目前有七名失智症老人住進團體家屋，利用短期療養者大約維持在一、二名，利用日間托老照護者約有八、十名。工作人員則共有十一名，其中五名為兼職，另有志工也加入照護的陣容。照顧老人的過程中，沒有一個人發出怨言。合法化之後，也並未接受任何行政上的指導。無任何日常生活的課程，讓老人在令人懷念的氣氛中，輕鬆地喝茶聊天。收費方面，每月七〇、〇〇〇、〇〇〇日幣，短期療養一天三、〇〇〇日幣，日間托老照護服務一天四〇〇日幣。

由里愛宅老所並非依制度的規約設置，依現任所長的說法，也從未有過依制度所定來經營由里愛宅老所之想法，對於工作人員的要求，資格條件比不上慈善胸懷



◎ 從外表看不出是老人照護機構的由里愛宅老所

老所最初以日間托老照護服務開始，之後有些老人需要於晚上住宿，不得不設置房間，於是從一人、二人到目前的七人，結果就成了制度上所稱的團體家屋了。

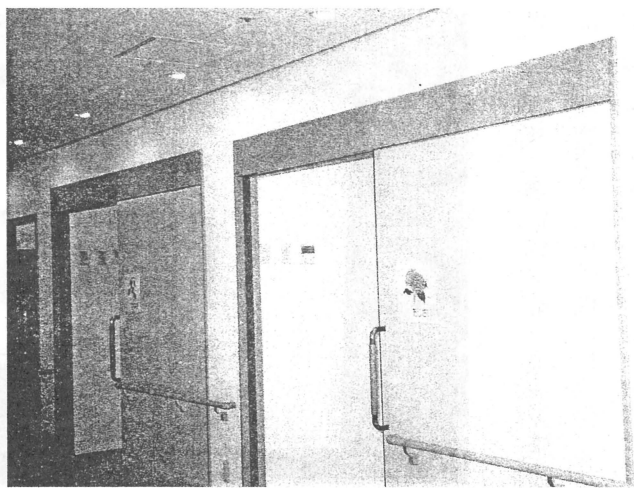
或許由里愛宅老所的團體家屋方式很難提供老人到最終期的照護，但

是由里愛宅老所的主張則是：「人們應該在住慣的地方與看慣的臉的圍繞中生活，迎接人生終期的來臨乃是最自然不過的事。一般的生活，一般地死去。由里愛宅老所就是這樣的場所。」

(二) 複合機構型：大手門

「大手門」的所在地由福岡市政府提供，機構之硬體建設與經

營則屬社會福利法人櫻花會所有，是一全新的複合型老人照護服務機構。「大手門」地理位置位於福岡市中央區，距市中心僅五分鐘的車程，此區為福岡市內的高級住宅區域之一，設置地點頗令人注目。

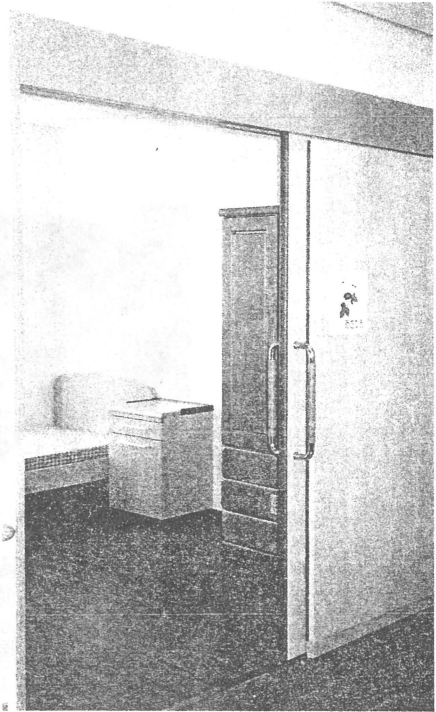


◎ 「大手門」團體家屋的新型設備

「大手門」的設計採最新的複合式老人照護機構方式，六樓的空間設計如下：一樓設置管理部門及社區交流中心。社區交流中心作為社區居民

的交流據點及福利相關情報之發信中心，並定期於交流

大廳展示各種繪畫、書法、相片作品，提供社區居民之溝通交流場域。未來更將進一步舉辦照護及健康講座等；二樓設置日間照顧中心（三十名）（註二十三）；三、四樓設置特別養護老人院（七〇名，其中短期療養二〇名）；五樓設置護理之家（Care House，三〇名）；六樓設置團體家屋（九名，單人房）。



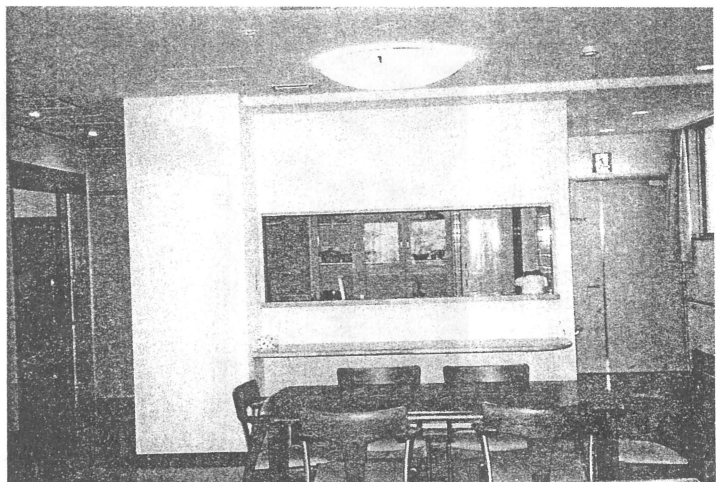
◎「大手門」團體家屋之設計
為單人房，以確保個人的隱私空間

「大手門」團體家屋提供失智症老人需求的照護，並訓練老人們自立生活。院內提供餐食，但一週一次的食物調理演習，在於訓練失智症老人自立的生活技巧。「大手門」團體家屋的收費，按長期照護保險給付辦理。配合二〇〇〇年四月一日開始實施的長期照護保險之實施，需照護者必須部分負擔照護費用的一成。

「大手門」是社會行政部門設置，對應都市化的老人福利複合機構。在福利社區化的理念之下，服務機構的複合型態成為未來設置老人養護機構的趨勢。

六、結語

失智症是一種逐步面對死亡的病症，通常患者發病後的平均壽命大約七、一〇年，對患者而言，需要受尊重的走完這最後路



◎「大手門」團體家屋的廚房，供失智症老人與工作人員一起調理食物

能力。再者，團體家屋結合機構設施發展日間托老照護服務，加深與社區的交流，推動機構社會化、社區化。不但充分運用社會福利資源，也較符合社會福利機構的設置理念，是實現福利機構社區化的具體措施。

不過，以下幾點必須加以注意：

(一) 團體家屋的實施必須得到社區居民的共識與支持，因此必須加強失智症相關之社會教育。

程；對於家屬而言，除了擔負沉重的照護工作之外，還必須忍受病人不久人世的煎熬。團體家屋營造類似家庭照護的環境，提供保護失智症老人的空間，並透過日常活動之設計，適當刺激失智症老人，重視失智症老人的自主性，以增進失智症老人的生活

(二)畢竟「家」的氣氛國內外有所差距，因此必須考量我國文化，習慣與族群多樣化的特質，才能設計適合國內各族群的團體家屋。

(三)團體家屋的設置有多樣型態，然而並無那一種型態比較好的問題，選擇權操之在老人與家屬，選擇的要件在於適合老人的需求。

(四)團體家屋的持續不容經費短缺，如何建構福利預算的穩定供給體系，以社會福利的方式，或以社會保險的方式，必須全盤性考量國內的財政狀況。

總之，日本型團體家屋的發展及設置安排，可提供我國未來建構失智症照護服務的參考。

(本文作者現任東吳大學社會工作學系助理教授)

◎註釋：

註一：文中未註明參考書處為筆者訪談所得。

註二：葉炳強，一九九一；邱浩彰，一九九五。

註三：厚生省，一九九六，頁一一九。

註四：吳淑瓊、張明正，一九九七；任麗華，一九九八。

註五：李孟芬，一九九三；厚生省，一九九六，頁一一七—一二三。

註六：特別養護老人院相當於國內的老人療養院。以下為便於說明，仍以日文原名稱之。

註七：西村美智子，二〇〇〇，頁六三—六五。

註八：關華山，一九九九。

註九：小笠原祐次等，一九九七，頁一二八；關華山，一九九九。

註十：關華山，一九九九。

註十一：厚生白書，一九九七，頁一一七。

註十二：西村美智子，二〇〇〇，頁六六—六八。

註十三：小笠原祐次等，一九九七，頁一二八；西村美智子，二〇〇〇。

註十四：日本老人福利政策之發展請參考拙著「日本老人福利政策新趨勢：高齡社會的挑戰」。

註十五：社會福利小六法，一九九六，頁二〇六。

註十六：西村美智子，二〇〇〇，頁六三—六五。

註十七：日本的日間托老／照護 (Day Service/day Care) 服務乃是以巴士接送老人至日間托老／照護中心，提供淋浴、餐飲、健康檢查、日常活動訓練等服務。日本的日間托老／照護中心共分爲以下五型，A型爲重度護理型 (標準利用人數十五人／一天)；B型爲標準型 (利用人數同上)；C型爲輕照護型 (利用人數同上)；D型爲小規模型 (標準利用人數八人／一天)；E型爲對應失智症老人之通院型 (利用人數同D型)。(厚生白書，一九九八，頁四四六)

註十八：其他關於日本長期照護保險制度之規定，請參照拙著「高齡社會的老人長期照護對策：以日本的公共介護保

險法爲例」。

註十九：西村美智子，二〇〇〇，頁一八〇—一八二。

註二十：日文原文爲「よりあい宅老所」。

註二十一：日本老人福利機構之相關資料請參考筆者之研討會報告「日本的老人機構照護：現況與未來」。

註二十二：下村惠美子，一九九九。

註二十三：括號內爲容納人數。

◎參考文獻：

李孟芬 民八十二 臺灣老人的非正式社會支持與生活滿意度之關係研究 臺灣地區老人健康與生活研究論文集 第一輯 臺灣省

家庭計畫研究所 五〇一—五〇二十五

吳淑瓊 張明正主編 民八十六 臺灣老人健康照護之現況分析

臺灣省家庭計畫研究所編印

任麗華 民八十七 老人癡呆症患者照顧模式與措施之探討 臺灣地

區老人服務輸送體系及網絡的建立學術研討會

邱浩彰 民八十四 失智症(痴呆)的認識與頭腦的保健 臺北 正中書局

莊秀美 民八十八 日本老人福利政策新趨勢：高齡社會的挑戰 東

吳社會工作學報 五 頁四十一至七十 臺北 東吳大學社會工作學系；民八十八 日本的老人機構照護：現況與未來 關懷

全國老人終身教育與獨居照護研討會報告 頁三十八至五〇

內政部指導 東海大學社會工作系 中華民國退役將官社會服

務總會主辦；民八十九 高齡社會的老人長期照對策：以日本的公共介護保險法爲例 東吳社會工作學報 六 臺北 東吳大學社會工作學系；癡呆症患者屬手冊 遠流出版社

葉炳強 民八十七 失智症的照顧 天主教財團法人失智老人基金會會訊 創刊號

關華山 民八十八 失智症機構照護的硬體規劃及環境設計原則載於迎接千禧年跨世紀失智症照顧國際研習會手冊 頁

十六至十七 財團法人天主教失智症老人社會福利基金會等主辦

岡本祐三 二〇〇〇年介護保險の教室—「自立」と「支元合い」の新秩序 日本 PRR 研究所

小笠原祐次ほか編集 一九九七年 高齡者福祉 日本 有斐閣

厚生省 一九九八年 厚生白書 日本(財)厚生問題研究所

下村惠美子 一九九九年 今こそ重度の痴呆のケアを—宅老所から 三好春樹編著 介護保險がやっきた—ケア現場の見方

と使い方頁一五三至一九〇 日本 雲母書房

西村美智代 二〇〇〇年 グループホームは老いをつつむの縁側

—ほても普通に生きられる 日本 近代出版
ミネルヴァ書房編集部編 一九九六年 社會福祉小六法 日本ミネルヴァ書房