

# 政策規劃與需求的落差

## ——失智老人與家屬分析

萬育維  
王春雅

「我必須想，為什麼我有思想？我想了又想，還是想不通

為什麼那仁慈如父的神，讓我的丈夫患上老年痴呆症？

為什麼神把我丈夫的

思想，做人的驕傲，活著的尊嚴都拿走了？

為什麼神奪去了我丈夫為人的樂趣

又為什麼留下這麼一個可憐，行動蹣跚，動作滑稽的人？

當然不是為了我，為了考驗我的信心

如果是考驗我的話，那完全達不到考驗的目的

因為丈夫患病這件事

留給我無限的痛苦及滿心的責難」（轉摘自鄭兆沅，一九九七）

## 壹、前言

「老年失智症」在最進十幾年內才被診斷出來，卻在短短數年間，在世界各國之老年人口中造成五～八%的盛行率，已成為老年人口最重要的疾病之一（楊佩琪，一九九〇）。由世界各國統計看

來，七〇歲以上罹患失智症的盛行率佔該年齡層之二·一%，七〇～七四歲增至三·三%，到八〇歲以上人口已有二〇%以上有失智症，幾乎是以每五年增加一倍的速度在惡化中。而臺灣地區近年來也開始重視本土的流行病學，陸續有較具規模的調查研究，其結果顯示臺灣地區失智人口約略在二～三%之間（林信男，一九八八；林憲，一九八七；葉炳強，一九九一；劉景寬，一九九三；邱浩彰，一九九五；劉秀枝，一九九七），若以此盛行率來推算，臺灣約有三萬至四萬五千名失智症患者，而絕大多數的失智症患者住在社區，由家人或鄰居照顧。（楊佩琪，一九九〇；湯麗玉，一九九二；張景瑞，一九九三）

一般而言，失智症是不可恢復且會逐步惡化的，更糟的是，到目前為止尚無可治療失智症的藥物，病患於發病後的平均餘年約為七～八年，更甚者延長到十五年左右（Barclay, 1985），如此漫長病程帶給照顧者相當大的負擔，甚至影響到照顧者的身體、情緒、

經濟、社交生活等各層面（楊佩琪，一九九〇；湯麗玉，一九九二）。有研究顯示，將年輕的精神病患、老年的身體疾病患者、與老人癡呆症患者的照顧者壓力相比較，以後者的家人承受壓力最大（張景瑞，一九九二），另曾有學者指出，沒有疾病像失智症一樣，帶給照顧者如此沉重的負荷（Zarit, 1985）。

然而，「失智症」的議題，目前並未普及地受到專業人員及政府的關切，依據研究者文獻搜尋的結果，國內對於失智症研究，最多的是在生理、病理等醫學上相關的研究報告；就連攸關失智症盛行率、發生率等可以用來掌握失智標的人口的全國性流行病學研究都闕如，台灣現有的流行病學研究，都屬於小型的、區域性的（林信男，一九八八；葉炳強，一九九二）。若論及對「失智症照顧」相關的研究報告就更為稀少，且只將焦點放在家屬、照顧者的壓力、負荷的感受及資源的需求方面（楊佩琪，一九九〇；湯麗玉，一九九二）。這些研究多半將照顧者壓力、負荷當作一個依變項，進行一連串的量化研究，然而對於老年失智症患者家屬在接觸資源、尋求協助過程中的困境以及未來政策的方向較少提出建議，因此，本研究的重點即在探討以下問題：政府或社會資源給予照顧者什麼樣協助？家屬在尋求資源時的困境為何？面對家屬需求與政策規劃的落差之際，未來的老人福利政策應有何修正？

## 貳、相關文獻檢視

### 一、失智老人的照顧意涵

「照顧」(care) 包括「情感 (affection) 與活動 (activity) 兩個層面，及關懷 (care about)、服務 (service)、及照料 (care for) 三種意義。此外，照顧一詞也包括 "caring about" 與 "caring for" 兩個特質，前者指的是照顧者基於對被照顧者的關心與情感而提供的照顧、後者指的是照顧中的勞務與活動的層面，所考量的是滿足接受者的物質需求以達其福祉（洪湘婷，一九九八）。在 Finch 和 Groves (1983) 便提出照顧是一種愛的勞務 (A Labor of Love)，指的即是照顧工作包括「情感」與「活動」的雙重意涵。

呂寶靜、陳景寧（一九九七）就指出「照顧」除了包含關心和愛的情緒外，也包括了一組的任務或一系列的活動；照顧者對被照顧者除了提供身體上、物質上、精神上的照料，而且也包含照顧者與被照顧者彼此之間情感上的連結。更深一層來說，「照顧」的意義不僅是注意、看守，當照顧一個無助的人時，它包含了「連續性」及「責任性」，是一種給予和接受的關係與過程，而活動或服務的提供是過程的核心（吳味鄉，一九九三；蕭金菊，一九九五）。若以「社會支持」的角度來看老人的照顧工作，則照顧方式亦包含三大種類：1. 服務性支持項：包括短暫的病痛照顧、長期疾病的陪伴照顧、提供交通、維持住家的整潔等。2. 物質性支持：含主要開

銷的金錢支持、物質採買、及致送喜愛之食物、點心。3. 情感性支持：閒聊慰藉、資訊的提供、出外旅遊的陪伴及整體性的支持均包含在其中。

而Matthews和Rosner(1988)則依據子女提供父母協助的頻率將照顧的形式分成(1)經常性協助(routine help)、(2)支持性協助(backup help)、(3)有限性的協助(circumscribed help)、(4)偶發性的協助(sporadic)、以及(5)游離性的協助(dissociation)五類(引自Walker等, 一九九五)。除了協助的頻率外, 成年子女在照顧老年父母時所扮演的角色也不全然是一個直接提供者, 他(她)可能是一個照顧協調者或是付費購買者。而Keith(1995)則是將家庭照顧的模式依家人參與方式分成下列四個行為層次一單獨(sole)、主要(primary)、次級(secondary)和潛在(potential)照顧者。若根據照顧者的人數又可分成主要照顧者模式(primary)、夥伴模式(partnership)和團隊模式(team)三者, 其中, 主要照顧者模式是指由一個人負起全部或大部分的照顧工作, 夥伴模式則是指由兩個人提供對等的照顧工作, 其所強調的是權力與責任的平等, 而團隊模式則是指由三人以上一起負起照顧之責, 但並不特別強調照顧責任與工作的劃分。

老人照顧的提供來源大致可分為正式組織提供(如: 安養院所、政府機構等)及非正式組織(如: 家庭成員等)所提供之服務, 然目前有關臺灣老人生活的研究(吳味鄉, 一九九三; 林松齡, 一九

九三; 胡幼慧, 一九九四)一再指出, 家庭在滿足我國老人上述需求上一直扮演重要的角色, 意即老人主要支持來源是家庭成員, 主要照顧方式亦是以在家庭為主, 而家人中又以配偶和子女所扮演的角色最為重要, 一旦配偶本身健康亦開始惡化或去世時, 子女的角色相形下便更為重要, 例如根據我國老人生活調查報告便指出成年子女在提供我國老人的健康照顧、居住安養與經濟支出等方面都佔了極為重要的角色, 也就是說對老年父母而言, 上述照顧內容的提供與需求滿足的來源是以成年子女為主。

劉景寬(一九九八)指出, 關於失智症老人的照顧工作, 除了醫療照顧費用, 對社會是一項沈重的負擔外, 尤其家庭成員所承擔的精神壓力與體力勞累更是難以估計。由於失智症患者會在不同時期有不同的問題行為及生活上的問題, 如睡眠紊亂、重複問題、記憶力大大減退、易有妄想、迷路、沒有能力處理日常起居生活等等, 因此, 大部分受訪家庭都需要花特別多的時間去照顧個案, 甚至有時因照顧方法不得要領, 而心力交瘁, 影響工作及個人健康。

而且照顧工作經常帶給照顧者壓力與負荷。邱惠慈(一九九三)指出, 照顧失能老人對照顧者而言, 會產生身體、情緒、社會功能及財務上的負荷; 在身體負荷方面, 因為照顧是長期且消耗體力的工作, 如果失能老人生活自理能力越差、依賴程度越高, 則照顧者的身體負荷大; 在情緒負荷方面, 會因為照顧老人而覺得痛苦、感到心力交瘁、及生氣的情緒反應; 社會功能負荷則是外出旅行、

與親友交往皆會受影響，並需要隨時注意老人；在財務負荷方面是家庭收入受影響、照顧的費用花費大而造成負擔。此外，李孟芬（一九九三）整理出失智老人照顧者的負擔，主要有「心理、情感與精神負擔」：包括沮喪、不安、自信心不足、無奈、難過與悲傷。「照顧上的負擔」：主要有大小便的處理、睡眠不足、及家庭成員間的衝突。「居住安排的困擾」則是隨病患病情的變化，照顧者必須隨時考慮不同的居住安排。「醫療」也是照顧者頭痛的問題之一，包括錯誤的診斷及精神症狀、中後期的併發症問題。長期照顧下來，龐大的醫療費用及生活照顧花費會導致「財務危機」。隨著失智患者被宣告禁治產，許多「法律問題」也會衍生。

歸納上述的研究結果，可發現老人的照護對照顧者而言所產生的影響是多層面的。

而全職家庭照顧工作，對照顧者生涯的影響非常重大，不但降低照顧者（尤其是女性）經濟獨立的機會，更進一步深化勞動市場對照顧者的歧視，甚至是和職業性別階層化的現象。家庭內的照顧工作是無酬的，而且會影響阻礙照顧者參與有酬的勞動市場，造成照顧者在經濟上的依賴與貧窮，間接地導致其在社會安全制度中不利的地位。在勞動性支持方案：如住宿照顧服務、日間照顧服務、以及居家照顧服務等，都可以幫助家庭照顧者減輕照顧的重擔。然而我國目前替代家庭照顧者的照顧服務明顯不足（吳淑瓊，一九九五），而且從實際情形來看，多年來我國的替代性照顧服務增加速

度非常緩慢，目前我國約有兩千五百多家的老人安養中心，其中合法立案的不到二十分之一（曹愛蘭，一九九八）

目前我國家庭照顧者所面臨的困境是：傳統文化與政府將照顧工作「道德化」、「私化」、「女性化」的現象普遍；其次因為照顧者無酬地照顧，而造成照顧者（尤其是女性）經濟依賴與貧窮，間接影響社會安全地位的低落；再者老人安療養立案機構嚴重不足，未立案機構照顧品質堪慮，又勞動性家庭支持服務體系的缺失、老人的社區照顧網絡的缺乏，老人照顧的重擔仍在家庭。此外，政府的醫療福利在老人照顧中，將安養機構的醫事健保給付排除在外，導致家庭照顧者面臨的除了是身體、心理的沉重壓力外，還得面對照顧、支持、職業選擇、經濟等多重的福利困境。

## 二、影響照顧能力的相關因素

### （一）子女本身的差異

已有相當多的實證指出，子女本身的社會人口特性，如：性別、年齡、自覺健康狀況、籍貫、社經地位、角色、兄弟姊妹數、婚姻等……因素會影響到對老年父母的奉養照顧行為（葉光輝，一九九二；章英華，一九九四；萬育維，一九九五；徐震、萬育維，一九九五；姚美華，一九九五；簡雅芬，一九九七；洪湘婷，一九九八）。除了性別、年齡及自覺健康狀況的差異外會影響到照顧者的身體負荷外；就社經地位——以教育程度及經濟狀況來看，則有一些不同的結果：子女教育程度愈高，則提供的照顧愈少；子女經濟能力

愈強，提供的照顧則愈多，這就是提供的照顧而言，但如探討子女的社經地位與父母之親密程度或接觸頻繁度的話，教育程度高及經濟能力強的子女與父母之親密程度及接觸頻繁度皆比教育程度低及經濟能力差的子女要來得弱。造成此一差異的原因可能是由於經濟能力佳者，其購買服務的能力也較強，可以找到其它的替代者來照顧其父母，但卻不代表其與父母之親密程度或接觸頻繁度會較高，二者之間是不可混為一談的。

另外，子女之工作型態對於其提供父母協助之影響可由Brody的研究中發現。在Brody(1987)的二篇有關婦女工作與否對於照顧母親之影響的研究中指出，無工作與有工作之婦女，在照顧母親上並無不同，僅在照顧的內容上有所差別，有工作的婦女在提供個人照顧及炊事上較無工作者來得少。若再將之細分為：有工作但在掙扎衝突的角色中、一直持續在工作、以前曾有工作現在已辭掉、以及從來沒有工作過的四類婦女，可進一步的發現，目前離職的婦女所提供的照顧是最多的，而一直持續在工作的婦女所提供的照顧則最少；處於角色衝突中的婦女則是接受最多外在的協助，並且容易感到被牽絆以及失落了某些東西。可見工作對於婦女在照顧母親仍有所影響。

至於子女的「性別」、「兄弟姐妹數」及「婚姻」對提供父母照顧上並無顯著的影響，「性別」僅在子女未婚時較有區別性，即未婚的女兒較時常去探視父母；「兄弟姐妹數」的多寡雖然會影響

子女的奉養能力，但是就父母親而言，整體的照顧並不會因為子女數的增加而有所改變。

## (二) 老年父母本身的差異

上述是就子女的基本狀況，如性別、就業，以及家庭關係的本質來探討。以下要從老年人的一些人口社會學變項加以分析，分別就性別、年齡、健康情形、經濟狀況來討論。

在Hazel Gureshik & Alan Walker的研究中，以老人的性別和年齡來看，男性老人與子女的接觸略高於女性，但如論及家庭互動範圍層面的深淺，則女性是較男性來得廣且深的；另外，年齡越大的老年人與其子女的互動也會越多。

對於健康情形較差的父母，子女探視的次數也會較多，但是如果同時有兩個以上的老年父母（岳父母或公婆）重病需要照顧的話，在分身乏術的情況下，探視的次數可能會減少了，例如嫁出去的女兒必須照顧自己的婆婆，而無法照顧自己的父母。此外，父母親的社會地位對於老年人與子女之間的互動也會有所影響，在上述的研究指出中等階級的老年人與子女之間的互動次數較勞工階級的老年人少，而且所採之互動方式大多是非直接的，如打電話、寫信，而比較少彼此探視，值得注意的一點是社會地位的變動所造成的不同結果，即當父母與子女皆為勞工階級時彼此之互動是最高的。當父母為勞工階級，子女為中等階級時，則產生兩種極端的互動反應：七二%的受訪者是每星期與子女聯絡一次，但有二九%的受訪者與

子女每天聯絡一次。

以經濟情況而言，根據多位學者所做台灣地區老人經濟生活費用來源分析中發現：經濟來源中由子女負擔的比例佔第一位，從民國六十八年到民國七十八年間大致在五〇%~六五%之間，又依據七十九年中華民國「老人狀況調查報告」顯示台灣地區老年人口最近三個月生活費用之主要來源中，有五八·三七%是由子女供應；一五·二九%由本人或配偶的積蓄（包括變賣財物）；一一·八七%由本人退休及保險給付；八·二三%是本人工作收入；社會救助佔一·二三%。由上可知，子女的供應仍是老年人生活費用最主要的來源，但子女的供應比例隨著老人的教育程度不同而有異，高教育程度者退休保險或給付是最主要的來源，而低教育程度者無保險給付，只好由子女供應（黃介良、吳明儒，一九九二）。

### (三)子女與父母之間互動

在Wolfson & Glass (1993) 的文章中指出，一般而言子女們大多數都有強烈的孝道義務感來照顧父母，而子女在提供父母照顧上也可以分辨出那些是「應該做」(should do) 那些是「可以做」(could do) 的選擇，原則上而言他們皆認為兩者優先順序如下：情感的支持、物質上的支持、經濟上的援助。子女們覺得較能提供情感上的支持，可能是因為它比物質上以及經濟上的援助更容易且較低的花費，另外他們也覺得經濟上的協助應是政府的責任或是家庭僅在能力許可的範圍之下來提供協助。

壓力與角色衝突則是影響家庭成員提供照護工作意願之另一項影響因子 (Brody, 1987; Gottlieb, 1983)；一般而言，照護者之知覺 (perceptions)、判斷 (judgement)、價值觀 (values)、照護能力 (ability) 以及對照護者角色之態度 (attitude)，都可能成爲家庭中衝突與壓力之來源，而對提供家庭照護之意願產生影響 (Lubkin, 1986; Zarit, Todd & Zarit, 1986；簡雅芬，一九九七)。此外，Finely (1988) 以及 Scharlach (1985) 的研究中也指出，當這種孝道義務無法履行時，子女會有角色衝突或是孝道焦慮 (filial anxiety)，也就是規範性期望和實際提供能力和意願上的差距出現時，孝養態度會受到「角色衝突」的影響。角色衝突程度愈高，子女會覺得孝養父母的困難也愈大。在 Strawbridge & Wallhagen 的研究中更將角色衝突的概念延伸到家庭衝突，並指出子女和父母之間過去關係的品質，是影響到子女提供照顧意願的主要因素 (萬育維，一九九五)。

還有許多結構性的因素影響到子女提供照顧的能力，例如離年老父母居住的交通位置的遠近，一般而言，距離年老父母居住的位置越遠，則子女所提供的照顧較少；居住的距離越近，則提供的照顧較多。但是，距離與照顧之多寡之間的關係並非呈一定的比例，根據 Devitt (1988) 等人的研究指出，只有在「一對等距離 (equal distance)」之下，距離和子女提供給老年父母之照顧之間的關係才呈「正比，一旦超越此一「距離門檻」(a distance threshold)，則兩者之間即無正相關。社會變遷與都市化程度亦會影響到家庭結構、

教育程度與婦女就業率，間接地影響到照顧人力的分佈，進而影響到老人照顧的問題（季瑋珠，一九八九）。

此外，兒女是否奉養父母的決定因素除兒女的能力外，還包括父母的需要以及兩代親密關係的變數，以及父母是否留財產給子女亦是重要的因素（羅紀瓊，一九八八）。我國老人之經濟來源，雖來自子女為主，但比例卻呈逐年遞減，日常生活費用之比率由七十五年之六五·八一％降為五八·三七％；在醫療費用方面則減幅更劇，由七十五年之六八·九七％降為五九·四一％、此或由於父母本身之經濟情況改善與社會保險之推行，或因子女反哺觀念之淡薄等所致，這些因素都有待進一步驗證。

綜合而言，子女或老年父母的社會人口特徵是影響子女履行奉養父母行為的因素之一，雙方的性別、年齡、健康狀況、社經地位、角色責任與衝突、婚姻、外在資源等均會影響到照顧與奉養行為。除此之外，兩者之間的互動、情感的連結、親密關係、資源權力的互惠交換、角色衝突、孝道價值觀的規範與整體社會結構、社會變遷均會影響到子女提供家庭照顧與奉養的意願。

#### (四)資源使用的可及和可近性

依據「康泰醫療教育基金會」之老年痴呆服務組所整合出來的「失智老人社會資源網」，目前國內對於失智症照護的相關機構共分為醫療保健、老人保護、殘障照顧、經濟協助、養護機構、居家生活照顧及福利服務等七大類。研究者遂依據此網絡所陳列之機構，進行聯繫的工作，聯繫單位與結果如下：

相關機構聯繫結果表

| 單位            | 提供直接服務與否 | 結果                                                                                                            |
|---------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 中華民國長期照護專業協會  | 否        | 只針對醫療專業人員進行在職或進階訓練                                                                                            |
| 中華民國家庭照顧者關懷總會 | 否        | 未專門針對失智個案或家庭進行服務，如有失智個案，直接轉介紹「康泰醫療教育基金會」                                                                      |
| 中華民國老人福利推動聯盟  | 否        | 未專門針對失智個案或家庭進行服務，僅提供走失手鍊                                                                                      |
| 康泰醫療教育基金會     | 有        | ▲成立老年痴呆服務組：設立專線提供電話諮詢服務、編列並發行癡呆症相關書籍或文宣品、成立相關資訊資料庫，整合並開發社會福利醫療資源、舉辦「電聲座談研討會」與「照顧者錦囊系列講座」<br>▲八十六年度服務總人次：一六五人次 |
| 呂旭立基金會        | 否        | 據說以前會進行失智症家屬成長團體，現只進行一般社會大眾之成長團體                                                                              |
| 大台北居家護理       | 否        | 符合居家護理資格者才進行服務，之前曾因研究計畫主動出擊訪視案家，現因計畫終止而停止此項服務                                                                 |
| 立心慈善基金會       | 有        | 提供居家服務、但僅限於中低收入戶                                                                                              |
| 紅十字會          | 有        | 提供居家服務                                                                                                        |
| 紅心字會          | 有        | 提供居家服務                                                                                                        |
| 榮總神經內科        | 有        | ▲提供刊物與電話諮詢                                                                                                    |
| 雷根病友服務        | 有        | ▲服務總人數數十人                                                                                                     |
| 萬芳醫院精神科       | 有        | 門診、醫療、日間照護                                                                                                    |
| 台北市政府社會局      | 否        | 無特別為失智病患或家屬的專屬服務                                                                                              |
| 數家安養中心        | 看情形      | 礙於人力，如果會自己走動的、太吵、會鬧的就不收                                                                                       |

摒除掉醫療保健、老人保護、殘障照顧、經濟協助這些間接、有資格限定的資源層面。失智老人在有限的社會資源網裡，一般的養護機構部分，拒收躁動、行動自如的失智老人。福利服務層面：除了走失手鍊外，沒有任何協助。在居家生活照顧層面：「居家護理」、「護理之家」的照顧對象主要是以失能老人為主；「日間照顧」（托老）則普遍要求沒有問題行為老人才是其收案對象；「申請外傭」、及「居家服務照顧」方面則需透過稀少、特定的申請管道，部分亦有資格限定；至於「私人看護」則需要昂貴的花費。在照護者關懷及照顧技巧方面：只有「康泰醫療教育基金會」、及「台北榮民總醫院神經內科」成立的「雷根病友服務」，會提供電話諮詢、刊物及教育資源。是所有機構中，唯二針對失智症家屬提供的機構，但即使有協助，也是緩不濟急。

聯繫後的結果發現，這個資源網看似完整，實則缺失、漏洞百出。即便是在號稱社會福利資源最為豐富的台北市，家中如果有失智老人，可用的資源仍是非常稀少。所以除了需要改變原本的行動研究策略外，不禁感慨我們的社會提供給失智老人的福利是：福利名目多、實質服務少。服務項目多、資格限定更多。只挑好做的（如健康老人）、只服務某些特定老人族群，卻往往忽略了有特殊需求的老人。

### 叁、研究方法

訪談個案來源的收集大致分兩階段：第一階段由「居家服務機構」出發，訪視結果發現，居家服務個案有相當程度的同質性，呈現「資訊飽和」的現象；基於質性研究重視動態過程之特質，以「避免重複」和「捕捉進展」為原則（胡幼慧，一九九六）。研究者為尋求不同性質的訊息，也將「醫療機構」納入，作為第二階段個案收集來源。茲將個案收集流程敘述整理如下：

#### 一、居家服務機構

目前台北市有四個機構提供此項服務，分別為「松年常春服務中心」、「中華民國紅十字會」、「中華民國紅十字會」及「立心慈善基金會」。研究者與「紅十字會」、「紅心字會」及「立心慈善基金會」聯繫。其中「立心慈善基金會」是針對中低收入戶進行居家服務，然而該單位目前有的失智症個案全是獨居老人，大部分沒有家屬，所以未將該單位的個案列入訪視對象。

其餘兩家機構，研究者以傳真、電話聯繫及當面拜訪的方式，分別由「紅十字會」取得個案十五名、「紅心字會」個案一名，全部將之列為訪視對象進行家庭訪視。

#### 二、醫療機構

對於老年失智症的醫療，由於台灣並無老人專科，大部分的診斷與治療依症狀分屬在「神經內科」與「精神科」。選定「台北榮民總醫院神經內科」、「萬芳醫院精神科」兩家屬性不同、科別不同的醫療機構作為資料蒐集的場所。

在與「榮民總醫院」聯繫過後，得知現階段已有另一名研究生正進行相關的研究，為避免對個案的過分叨擾，故放棄榮總的個案。在「萬芳醫院精神科」的部分，經接洽精神科主任後，獲得大力的支持，提供了數名個案，最後研究者依據立意取樣的原則，取得個案兩名。

訪談由八十七年三月中，至五月結束，總計訪問十五位受訪者，地點均在受訪者家中，訪談方式視情況以一對一、或一對多的方式進行，家訪以一次完成，資料不足的部分，研究者以電話訪視的方式補齊。每次家訪的時間約兩小時至五小時不等，電話訪談約二十至九十分鐘。

在訪談過程中，對於角色的維持，研究者有兩個秉持的原則：一為蒐集資料時要客觀、中立、具研究敏感度。另一為建立關係時要溫暖與同理。所以研究者有以下的角色：

1. 居家服務員督導者：用於有使用居家服務的家庭，因為受託於居家服務機構，代為訪視家庭，以瞭解該機構的服務員之服務現況，並做為家庭與機構間的溝通橋樑。因為有此身分，讓研究者在進入家庭時，很容易取得信任。

2. 研究者：出現於資料蒐集的階段，研究者必須具有分析的能力、豐富的專業及一般知識、理論上的敏感性，並要體認到客觀的重要性，在研究中盡量保持平衡、誠實。所以研究者盡量持中立的態度，對於他們的反應不會表示贊同或不贊同，即不會以他們向我訴說的內容來批評他們，但卻會傳達讓受訪者瞭解，他們的經驗、

態度和感受都是重要的。

3. 諮詢者、資源轉介者：研究者具護理與社工背景，能適時提供家屬在照護問題方面的解答、與行為處置的方法，也會提供現有的社會資源（如康泰、雷根、相關社會福利）訊息給家屬。部份家屬因為工作關係不方便之處，研究者甚至會代為聯繫各社會資源或養護機構。

4. 學習者：是站在受訪者的角度去瞭解，其如何看待事件及所建構的意義。

5. 最後一種是情感性的角色，姑且將之稱為「垃圾桶」：通常用於暖身及處理受訪者情緒時出現。受訪過程中，研究者發現受訪者常苦於平時無傾吐的對象，會有許多的情緒欲抒發，所以此時，研究者以同理心的心境傾聽，此部分的角色是迅速建立信任關係的重要契機。

訪談結束後，研究者也會適時給予回饋，同時，請受訪者針對研究者所問之問題，尚嫌有不足或是遺漏之處，給予建議。

## 肆、失智老人家屬尋求資源協助的

### 障礙分析

成年子女照護失智老人，除了由私領域的家庭先承擔起照護責任之外，在照護的過程中或多或少都需要正式照顧體系來協助，本研究所指的社會資源泛指正式照顧系統中的家庭照顧支持服務：包括相關資訊、醫療體系、安養院、專門機構、日托服務、居家服務、

外傭制度、及社會福利等相關資源。然而，社會福利資源對有失智老人的家庭而言是否具可近性與可用性？根據訪談結果發現，家屬在使用的過程中充滿障礙，茲將家屬最常面臨的障礙與期待列舉如下：

## 一、資訊取得的障礙

「資訊」在此部分指的是，對疾病的認識，及相關協助資源訊息的取得。

若由資訊類別來看，「醫療資訊」比「相關協助資源」較容易取得，大部分的家屬都會求助於醫療機構。若以資訊來源而言，所有的家屬均一致表示相關資訊取得不易，多數是透過「私人管道」取得訊息，其中最大的介紹來源是「親戚友人」，如果連親戚友人都幫不上忙，只能自求多福，電話簿、網路、書局是資訊來源。

家屬乍接觸失智症時許多的「不曉得、不知道」，可見失智症照護的相關資訊在台灣是如此缺乏，不僅家屬對這種疾病感到陌生，連該看哪一科都不清楚。

當家屬有照護需求時，不一定能順利地取得相關資訊，因為經常會面臨以下的障礙：

### (一) 相關資訊不普及

連找個地方問都沒得問！

「這種失智老人相關的協助資源相當少，很少、很少，我上網找了老半天，居然都找不到，我就想說，怎麼那麼可憐？連找個地

方問都沒得問！」（個案一）

我並不知道有這樣的資源，所以我無從去著手

「這些知識不是這麼普及，我覺得很訝異，是不是我沒有去關心，或是我很自閉都封鎖？就像是你說的，自己在照顧自己打理，因為我並不知道有這樣的資源，所以我無從去著手。如果說這些資源能夠廣泛讓大家都知道，我想每個人都會去攝取，甚至就是說回饋：如果能夠知道這麼多的資源，為什麼不去運用？但是我不知道，這是很訝異的地方」（個案二）

自己本身是醫護人員，在醫院工作，對於失智症的病程發展及疾病未來的可能情況仍是一知半解，她（個案三）的說詞是：「隔科如隔山」，對於失智症照護相關的資訊則又瞭解得更少：

這種資訊好像蠻少的，至少我們沒有感受到，宣傳不夠吧！

「（問：知不知道有失智症相關的照護機構）有嗎？這種資訊好像蠻少的，至少我們沒有感受到，我覺得真的不需要的時候不會去注意，等到需要的時候已經來不及去找，還有他們一些可能沒有去做宣傳，宣傳不夠吧。」（個案三）

連醫護人員自己都不能正確預知失智父母的未來病況及可用資源，更何況是一般的民眾。

### (二) 資訊氾濫無所依循

然而，即使有能力尋求資源，但面臨五花八門、缺乏管理的機構廣告，家屬往往眼花撩亂，深怕到處是陷阱：

廣告都可以隨便亂做，我也不知道自己找到的到底是對還是不對

「就算現在要找菲傭好了，到網路看一看，一看有五〇〇家，到底是哪一家我也不知道，要獲得一些比較可靠資訊，而且現在大廣告都可以隨便亂做，我也不知道自己找到的到底是對還是不對」（個案四）

電話簿、網路、平面媒體的外傭、看護工廣告多到讓人眼花撩亂，然而家屬質疑的是，廣告內容的可信度，資訊很多並不一定代表可用資源很多，有品質保證的機構何處尋？

### （三）因為照顧而沒有時間去探聽

更糟的情況是，家屬本身因為照顧工作的繁重與忙碌，根本也沒有許多的精力跟時間尋找資源，受訪個案中有一位，一家五口，三人殘障，只有依賴兩人工作養家兼照顧，生活中只有上班、照顧，（腦傷女兒託付給娘家）兩頭跑：

我們忙成這樣：，連電視都沒空看，更不用說去看報紙了。

「像我們忙成這樣，我們如果要看電視，也很少有時間看，連電視都沒空看，更不用說去看報紙了，找那個（安養院）也是要有時間的。」（個案四）

個案四夫婦表示，找好的安養機構是需要花費時間去參觀、比較，然而繁重的照顧工作，讓他們無法有充分的時間找尋，整個受訪過程中，只能聽他們夫妻倆不斷地搖頭、嘆息。

## 二、醫療體系的使用障礙

### （一）被動的醫療服務體系

個案二覺得失智症是慢性病，公共衛生護士應該列入訪視、衛教，可是：

「我沒有看到一些醫護人員能夠訪視一些需要照顧的人，好像很少，但是他們說有這樣的機構。」

### （二）重技術、輕照顧

「醫師就有跟我解釋：但他解釋是說腦萎縮，他很客氣，其實也沒有說是老人癡呆症：因為醫生跟我們講腦萎縮，一開始我們也不知道腦萎縮是什麼意思，因為醫師的專業知識我們一般人不懂啦！醫師說腦萎縮，我們覺得腦萎縮就腦萎縮，跟我們沒有什麼關係呀，沒有想到是老人痴呆的某種症狀」（個案五）

醫生他通常只關心醫療的部分、或治病

「今天是一個腦科手術，腦科手術假設這個人開死了就算了，可是如果開活了，事實上，這些家屬，面對的結果也許不太一樣，要讓我們瞭解我們要面對的是什麼，因為我們不知道。」（個案五）

「像開刀，他告訴我們說成功，事實上也是成功啦，以他來講是成功的，對我們來講又面臨一大堆問題，如果我們認為成功，我們就沒事呀，但是我們面臨了一大堆問題，理論上成功應該不會面對這樣的事情，這就是認知的差距。」

家屬在面對醫療機構只重醫療，輕衛教與照顧的部分頗有微詞，個案五說：「因為我們花了很多時間、很多精力，最後才瞭解這些事情、所有過程，如果你一開始就能瞭解，就可以省我們很多功夫，很多情緒上互相的衝突也會消失掉。」因為醫院後續衛教與出院計畫做得不夠完善，讓他們經歷了無謂的家庭衝突，這讓人不禁質疑，我們的出院計畫及慢性病病人的管理有沒有確實執行？

### 三、安養機構的使用障礙

受訪家庭中，每一家都會考慮將失智父母送往安養院照顧，但是其中一位是二十四小時接受機構的照顧、另外一位找了住家附近的安養院白天代為照顧，其他的失智老人大多待在家中，因為家屬都有不得已的苦衷。前者家屬表示現在我是將我的時間一半以上放在老人家身上，我只有八個小時去賺一些錢，賺到一些可以支付的費用，我願意走這條路，我也是有我自己不得已的苦衷，你有沒有想我的才華，我這樣唸書的程度，我不是只有那樣子而已，所以我又覺得可惜，但也很無奈，我覺得這樣子我都還能應付，一直到最近婆婆比較，但是我還是不願意把她們送到老人院，因為目前沒有一個養老院可以讓我信賴，為什麼家屬會有這樣的心態？即使再辛苦還是不忍心將失智老人送進安養院？台灣的安養機構到底出了什麼問題，對於失智老人而言，他們可用的情況又是如何？

#### (一) 安養院拒收失智老人

以個案五為例，目前住的這一家安養院只答應暫時收容，如果

狀況不好，還是要請家屬帶回。因為她的這種躁動情況，使得在找安置場所倍感艱辛，家屬跟安養院交涉，還要不斷地「拜託」，真的很為難：

像這種老人，人家機構一聽到都怕了

「像我大嫂的姊姊的婆婆，常常被人家退貨回來，因為那個跟我媽媽一樣的啦，……之前我到松山永濟路看過一家安養院，像我媽這一種的，人家還不願意收呢！他們寧願收那一種癱瘓的，不會走的，就餵東西、換尿布就好了，像這種老人，人家機構一聽到都怕了。」（個案五）

「那這一家，他們說是可以讓她試看看，他們這一家也怕她叫，因為是在社區裡面嘛，也怕鄰居講話，如果鄰居因此而抗議，他們就不能夠在這邊開了，其實他們也不大願意收，老闆說如果躁動得很厲害，照顧的人不願意的話，就不收了，同樣都是在出錢……我們就拜託他先試試看好了，真的不行還是得自己帶回去。」（個案五）

同樣的問題也出現在公立安養機構：

老人院只收健康老人

「老人院只收健康老人，你要生病的老人怎麼辦？」

「現在公立的養老院只住健康老人，不健康老人反而不知道要到哪裡去耶？」

自由市場的「消費者至上」法則，在失智老人家庭顯然不受用，有的家屬即使有錢，還是得「拜託」業者收容失智的父母，這種有

錢無處花的窘境，到底問題是出在哪裡？

像這種失智老人沒有癱瘓、能走、能動，但危險問題多，需要人家二十四小時盯著她，安養院一方面沒有這樣的人力、另一方面也是違法營業，擔心收容這樣的老人，大聲叫喊會吵到鄰居，遭人抗議，所以採取拒收的策略。家屬真的不知道該何去何從？

## (二) 費用上的壓力

有錢的家屬可能會面臨拒收的困境，但對於經濟能力較差的家屬，在尋求安養院的過程中，還會面臨經濟上的障礙，對於收入不高、又沒有低收入戶政府補助資格的家庭而言，安養院每個月兩萬三至五六萬不等的居住費用是一筆龐大的負擔，個案五就很慶幸還好兄弟姊妹多：

「創世也才有十二床，針對低收入戶，如果像平常家庭，一個月也要三萬元，現在因為我們兄弟多，如果有人子女很少的話，那怎麼辦？雖然是三萬，負擔也是蠻重的。」

身為獨子、養子的子女就沒有那麼幸運，因為沒有兄弟姊妹分擔壓力，所以覺得經濟是一個問題。

「公立的比較便宜，可是我們沒有資格，也進不去，私立、自費的，我們實在負擔不起，那樣一個月兩三萬也不便宜呀！……立案的安養院政府不是有補助嗎？他們說要有什麼資格（指的是中低收入戶），我想請教你，我們家有三個殘障的家庭算什麼？」（個案四）

## (三) 品質不佳

除了拒收失智老人、費用負擔的問題外，因為台灣多的是違法未立案的安養院，其中機構的服務品質最令人詬病，當中服務人力不足是一個問題：

「我們那天去看的安養院，好像一個班，一個人照顧二、三十個老人。」

「我覺得很嚴重的就是人手不足，我覺得這樣子人手不足的感覺，不覺得他們很專業。反正都不會讓人家很放心，他們都說有醫生，有專業的護士，可是我看到的好像都是一般的家庭主婦。」

機構所聘用的看護工很少是專業人員，家屬多數表示看到的泰半是家庭主婦、或者是外勞，這樣的服務人力讓她們擔心。此外，家屬對於安養院的空間設計及其中環境也頗多微詞：

「我們覺得好像品質差一點，感覺上好像動物園呀、或者是關監牢一樣的，都小小的，如果近一點的（在社區中的），就是很小很擠，那遠的地方：可能就不方便。」

「我覺得一打開門就是那種味道。不是尿片的味道就是藥水的味道，每個老人家的臉上好像都是同樣的表情。……然後她們都侷限在一個空間，沒有一個能夠坐在樹下休息，曬曬太陽，好像她們是躲在一個黑暗的角落，而不是很光明、不像國外那種綠地，然後老人跟老人的談話，不管她們不能夠自主，她們臉上的表情（呆滯）跟這樣臉上的表情完全不一樣。」

即使是已立案的機構家屬也是不滿意：

「我覺得像是「XX」，它雖然已經是政府立案，但是裡面實在：（苦笑）也沒什麼設施，好像大家住大通舖一樣的感覺，空間很擁擠，木板隔間，是開放式的，隔一半。感覺上就覺得蠻吵的，都用木板隔，隔一間四張床，四張床（強調），所以空間感覺就很小，可能我們是晚上去吧，所以老人家都在睡覺，燈光很暗，反正感覺不是很好，然後後面是請菲傭……。」

空間很擠、尿騷味、光線不足，是家屬在看過安養院後的普遍反應，甚至以「動物園」、「監牢」的名稱來形容，對於這樣的品質，家屬因而不放心將老人託付給安養院照顧。

#### （四）老人沒有尊嚴

最令家屬傷心的是，安養院對老人的非人性化態度

「看了真的不忍心啊，就是剛好吃飯的時候，他就一個一個推著，就這樣排著嘛，將報紙用夾子夾著（示範：夾在脖子上），『吃飯』，『咚』、『咚』、『咚』，有的就吃得：（滿臉），很多都讓他：（流下來），我一點都不騙你，有的就是躺在床上，灌那個……有的私人的就是一進去都是尿騷味，那種地方像我們普通打電話去，他都說得很好聽，你普通只能問他多少錢，等我真正去看，都不能看。」

「有的根本就躺在那裡，頭歪眼斜的，在那裡大小便都沒有辦法，很慘，看起來就是很難過就對了，而可以自己吃飯的，他就是給你這樣子（一整排）：，我們自己去看了好多家，看了以後會覺得很難過，都是尿袋嘛，……那個看起來悽悽慘慘的……。」

集中營式的照顧方式，非人性化的對待，老人待在那樣的安養院中，只能以「悽悽慘慘」來形容，這樣的環境、這樣的態度，都讓家屬捨不得將失智父母送去安養院。家屬因為不滿意安養院的環境，不得不負起照顧老人的責任，然而，成年家屬本身也有許多生活上的壓力，這種雙重的煎熬，常讓家屬感到力不從心，也有許多的無奈：「無奈……我的親人如果請你來幫我照顧，我一定要相當的放心，但大部分的時候我都很失望，又不得不自己照顧，但未必我自己照顧就會多好。」

#### 四、專門機構

當研究者提到新竹有「寧園」、及未來「康泰」將在萬華成立的失智老人專門照護機構時，大部分家屬的反應皆是覺得太遠、太少，緩不濟急、不符合需求，受訪者就很清楚的表達：

「如果說真的有这样的一个機構，但是像她這個樣子，我們也不忍心把她送去，在新竹，太遠了，我是覺得說社區型的可能更實在一點，因為這樣我一下班就可以把她帶回來，那我也會很放心，因為我每天都有看到她，她每天也都有看到我，這樣比較好，你說像這樣的機構，台北市未來只有一個，那我開車要塞很久，只看了兩秒，又要再塞回來，好像似乎有點緩不濟急，我是覺得發展社區型的，讓她不要離開她的生活圈太遠，對她們來說可能會比較好一點。」

可見專門的照護機構雖然可以保證照護品質，但是顯然不符合

家屬的需求，家屬希望的是社區型態的安養機構。

## 五、日托服務的障礙

除了其中一個案是送安養院日托之外，其他的家屬都對於現有的日托服務表示負面的評價：

### (一)人力不足而拒收

家屬對於日托的反應，第一是會提到因為失智的疾病，不符合日托的收案條件。

人家只有兩個工作人員，而且都只收容正常的，會走的

「後來也找日間托老的那種，發現他們只有兩個工作人員，而且他要收比較正常的，……那一些都是到處亂逛，我婆婆會亂走亂逛，他們那邊又沒有人管，天呀！我就很害怕她去會走走……後來我發現也不能去廣慈，因為人家只有兩個工作人員，而且都只收容正常的，都會走的。」

「我爸他退化得太快了，變成都不能走、不能自己知道要吃，才兩個禮拜，陳醫師說這樣也不能去日托了。」

### (二)定點少、時間難配合

「日托的點太少，妳說台北市有幾個點？很少對不對？」

「我不知道有日托這種服務，感覺上好像只有幼兒才會有，老人的我不知道。」

「政府都說有，但在哪裡，我怎麼都不知道？」

日托中心的定點太少、宣傳資訊不普及，家人都不曉得台灣有

日間托老的服務，另外老人日托中心的服務只限正常上下班的時間也與家屬的實際需求不符：

「我要一大早就出門送她去，下午她們四點就要回來了，我還在上班，這樣時間沒有辦法配合嘛，如果下大雨呢，接送也是一個大問題。」

時間上不方便，與家屬工作時間無法配合，再加上很多是因應政府政策執行，將原本的建築物改建成日托中心，但是原有的設計不一定適合老人使用，像是上述的情況，或者像是某家醫院的日托，將老人與精神病患規畫同為收案對象，這樣的方式讓輕度失智的老年人反彈：

「我知道那家醫院很新、設備都很好，工作人員的服務態度也很好，因為新成立的嘛，以前我在馬偕都還沒有這種病房，我覺得還可以，也會帶她去看，可是她看了以後知道那邊有精神病人，她自己很排斥，她不願意呀！」

## 六、居家看護員的使用障礙

居家看護服務的障礙，家屬一致表示是費用的問題，每一個個案家屬都表示居家看護很貴，幾乎請不起：

「以前請二十四小時看護呀，後來也是我覺得不太妥當，第一個錢是赤字嘛，……還有就是二十四小時也比較貴，二十四小時的錢：六萬多，我們那個時候一天好像兩千一，後來一千八；長期就變大概一千八、一千七左右，那是算天的。」

因爲昂貴，所以家屬即使有需求也得放棄。另外，居家看護員對於接案也有選擇權，居家看護員不喜歡照顧失智老人：「完全請人的話，人家根本都不要，人家一聽到是要照顧癡呆老人的，人家都不要來。」（個案六）

所以，居家看護除了費用昂貴之外，能不能請到服務員來照顧失智老人還是一個問題。

## 七、僱請外傭的障礙

### （一）拒絕服務

同樣的，外傭也不喜歡照顧失智老人：

「聽我朋友說，他家有一個失智老人，也請了一個菲傭，照顧到最後，連菲傭都不做了，菲傭她寧願洗洗刷刷、照顧小孩、做家事什麼的，她就是不願意照顧這種老人，你看連菲傭都不照顧了，更何況是像我們這樣，我們不大有可能來照顧呀！」

### （二）溝通上的障礙

拒絕服務是一回事，根據訪談結果發現，請外傭最主要的障礙是溝通的問題：

「因爲照顧我媽媽不是很簡單的事情，她雖然坐在那邊不講話，不過你一個外國人，講話不通的話，影響她的病情愈嚴重，她會一直在抗拒，你怎麼找一個這樣的來照顧我，她會這樣子，她不講話，不過她會一直……對呀！她有感覺呀！」

「菲傭……主要的困難是溝通啦，因爲言語到底是不怎麼太通，

你這個（指看護）講一句話就好了，那個（菲傭）可能搞得聽不懂意思，也會生氣。」

### （三）擔心老人的安全

除此之外，家屬還有其他的顧慮，家屬一致的擔心是——失智老人的安全問題，自從報章披露外傭殺死失智老人的事情後，家屬的印象都相當的深刻，這也是家屬找外傭的一大隱憂。

「菲律賓的有的比較差，來我們這邊常常發生事情，妳看報紙就知道。所以說，我們後來也是不考慮，我們就是擔心有這種（虐待老人）情形。」

「因爲老人家有病不好照顧，我們也是怕他們（菲傭）有些不耐煩或其他問題出現……因爲我們也都不在家，白天就只讓老人家跟她（指菲傭）在家，也會擔心有她（菲傭）的朋友來找她……，因爲我們都不在，所以會很擔心。」

其他：對於康泰、雷根病友服務，這些專責諮詢機構，家屬都表示沒有聽過，所以無從使用起。

## 八、資格限定上的障礙

訪談中有兩位家屬原本會考慮的是，可以將家屬送往公立安頤養機構，可是公立的機構限制多，僅限健康老人或是中低收入戶：

你真的沒有能力，他才會補助你，他看你還有能力，你就要一直付，付到你沒有能力

「我們今天公立的也進不去。因爲我有去公立，她說妳要沒有

房子、沒有兒子，才可以。或是要低收入戶才可以，像我們這樣勤儉，也好不容易累積一點點，結果就是條件不合（苦笑），我們也不能罵也不能埋怨。那社會補助本來就是要你沒有能力，他才不會補助你，他看你還有能力，你就要一直付，付到你沒有能力。因為那個資料事實擺在眼前，妳也不能告訴他說我們就是收入少，不能講，那他說妳這樣就夠了，是夠了，所以我們是可以撐幾年沒錯。這個制度是非得把我們拖垮了，政府才要補助。」

「中低收入戶的標準可能達不到，我覺得，基本上我們是雙薪家庭啦。用二個人的收入除以總人口。那也達不到，我們家是人口簡單，只是殘障的比較多而已（無奈地自我嘲諷）。我之前有看過未達到最低標準一·五倍或二·五倍者，可是他（政府）好像定得也滿高、滿嚴苛的。記得我們之前有算過，好像達不到。除非你們其中一個不工作。可是這樣划不來，因為我們貸款會有問題，而且我們還有小的，不只有老人。」

「我們沒辦法達到那個標準，政府都有好多規定，例如你有存款的話就不能領年金，有房地產也不能領，她老人家還有一點積蓄嘛，所以說我們都是花自己的錢，：什麼都要靠自己。」

綜合上述受訪者的看法，本研究發現，失智老人在運用社會資源的過程中，相關機構的「拒收」、「拒絕服務」是家屬最大的障礙，此外相關資訊的缺乏，顯示我國對失智症這個族群的忽視，因為資訊不足嚴重延誤疾病正確認知、及早治療及適當處置的時機，讓家屬常常求助無門，此外，應正視費用及收案資格對家屬所造成

照護上的障礙。

## 伍、結論與建議

針對這些障礙與影響，研究者認為應該創造一個有利家庭照顧的環境才是解決之道，據此我們提出五個方向的建議：

### 一、對政策原則的建議

(一)重視失智老人的社會權：失智老人也應享有社會權，有被國家照顧的權利，政府應透過各種措施來及小化老人對家庭的依賴。

(二)解除家庭全責照顧失智老人的窠臼：照顧失智老人的責任分擔應該加入國家的角色，國家應積極擬定失智老人照顧的行動方案，制訂失智症照顧的標準，廣為宣導與教育，成立專門的組織，設立專款，讓失智症照護有專門的定位。

(三)制訂以家庭為中心的失智老人照顧方案，創造有利家庭照顧的環境：重視家庭照顧者的福祉，秉持「有健康的照顧者，才會有好的失智老人照顧品質」之思維，積極創造照顧者之社會福利，推動各項家庭照顧支持方案。

(四)強化平等的兩性教育，解除「照顧工作」是女性天職的迷思。去除女性就業的障礙，解除現存兩性間同工不同酬的兩性不平等現象，以提昇女性的社經地位、家庭地位。

### 二、對政策執行策略的建議

(一)修改外勞相關法令，外勞雇用限定於重大工程，規範家庭禁

用外勞，以創造國內居家服務人員（包括傭人）的工作機會、提昇失智老人照顧品質、降低外勞虐待老人的危機。

(二) 放寬中低收入戶資格限定標準，老人福利服務應去除資格限定，放寬補助資格，讓每一位老人都能享有老人福利。

(三) 改善現有的健保制度：將神經內科的用藥亦納入健保給付，避免醫療體制同等治病、不同給付的不合理現象。並將老人在安養機構中的醫療費用納入健保的給付

(四) 去除家庭因為照顧老人導致的經濟障礙，採取彈性的稅制，稅制的減免依據老人的年齡、疾病嚴重程度分級或減免，以誘發子女照顧失智老人之意願。

(五) 儘速完成國民年金的規畫與執行。提供老人安養、家庭照顧者津貼，以減輕照顧者在家庭中的經濟依賴，提昇在家庭中的地位。

(六) 獎勵各社區普遍設立「社區居家服務支援中心」，培訓志願服務人力，提供失智老人家庭長期或短期的居家服務。

(七) 各地方政府提供失智老人家庭勞務性支援方案，如辦理喘息服務、臨時或短期照顧等。

(八) 政府應徹底清查所有公私立安養機構，檢討與制訂社區小型安養、養護機構之設置標準，積極輔導合法立案，並進行品質評估，以鼓勵代替罰則，對於合格機構提供營運獎勵基金，讓安養機構間產生良性的競爭，達到良幣驅逐劣幣的目的。

### 三、實務工作面的建議

(一) 失智老人在哪裡？這個問題在台灣還沒有得到解答，如果真要進行相關服務，尚需找出標的族群，才能進行服務。除了進行全國性的流行病學普查外，從醫院、安療養機構、居家服務機構出發也是一個方法，此外還可結合社區人力，如村里幹事、社會工作人員、衛生人員、警察、郵差、送報員、志工及民間慈善、宗教團體等協尋出隱藏在社區中的個案。

(二) 建立失智老人福利服務國際網路資訊站，提供家屬需要瞭解的資訊。

(三) 加強宣導失智症的認識：透過電視、廣播、書報雜誌等媒體，宣導失智症的症狀及照護知識，以達到及早發現及早治療的目的、減少家屬在「未知」情況中的恐懼。

(四) 設置失智症「單一窗口」服務，配合醫院或是相關單位之運作，主動掌握失智症相關資訊及資源，並進行適當的轉介與服務，以落實失智老人安養、照顧、福利服務等各項措施。

(五) 組織學校社團、志願服務組織、各區老人活動中心、成立照顧人力銀行，加入失智老人家庭志願服務行列。

(六) 建立失智老人資料庫，定期電話訪視，評估家庭需求，給予情緒支持、照護問題的指導，並進行相關資源的轉介。

(七) 成立家庭照顧者團體：利用晚上或假日期間，辦理照顧方法訓練與講習；組織支持團體，讓照顧者彼此相互鼓勵與支持。

### 四、對照護機構的建議

(一)推動地方各級醫院、安療養機構成立失智老人日托中心，以協助解決雙薪家庭失智老人照護的問題。

(二)放寬現有機構、日托中心的收案標準，日托服務的定點，以減輕失智家庭的照護障礙，此外政府應以獎勵方式，輔助機構增設專門人員，專責照顧失智老人，增加機構收容意願。

(三)各地方政府應興建失智症專責照護機構，開放給一般民眾，收容在家庭中難以照顧的病患。

(四)辦理專業團體或是相關機構服務人員的在職訓練，教導認識及照護失智老人的方法，培訓失智老人照顧的專業人才，提倡失智與失能分開照護的概念。

(五)居家服務機構應加強失智症照護的課程，積極管理居家服務員的品質，杜絕拒絕服務失智老人的現象。

(六)失智老人照護是一個具有潛力的市場，應鼓勵機構負責人員長遠眼光，訓練專門人員並放寬收容標準。

## 五、對醫療體制的建議

(一)現在的老年失智症治療分散在精神科、神經內外科，兩者診斷與用藥不同，各司其所，然而老人多病痛，常合併全身性的退化疾病，需要的是整合性的醫療方式，所以醫療體制應儘速成立老人專科，培訓老人專科醫師，或是整合家醫科、內科及精神科業務，以強化醫院對失智老人的照護服務。

(二)摒除只重醫療技術、輕照顧的醫療觀念：在醫學教育的養成

過程中加入對人性的關懷、發展全人化的醫療思維。

(三)帶不出去是失智老人就醫問題的一大障礙，應鼓勵地方診所或是衛生所醫師提供到宅醫療服務。

(四)確實執行慢性病人的出院計畫：台灣地區的失智症血管性病因佔第一位，因此神經內外科及相關科別應有所警覺，加強疾病衛生教育、提供家屬對於疾病後續併發症及相關可能會面臨問題的認識，進行資訊的介紹及資源的轉介。醫療機構可以與長期照顧機構簽約相互支援，以改善醫療照顧品質。

(本文作者：萬育維現任慈濟醫學暨人文社會學院社會工作研究所所長；王春雅為陽明大學衛生福利研究所研究助理)

### 參考文獻：

1. 天主教康泰醫療教育基金會 老人失智症電影座談研討會 台北 康泰醫療基金會 一九九七
2. 王玉女 失能老人家庭尋找平衡點的照顧過程及相關因素探討 長庚醫學暨工程學院護理學研究所碩士論文 一九九七
3. 王興耀 老瘋癲是那裏出了問題——失智症的精神病症 南台灣失智症病友會成立大會 高雄醫學院行為科學研究所 一九九八
4. 林憲 當家裏有位癡呆老人時 健康世界 一二〇期 一九八五 頁八一—一
5. 林信男、林憲 老人精神醫學 台北 聯經 一九八七
6. 林信男 老年癡呆症 中華精神醫學 二卷一期 一九八八 頁一一二

7. 林松齡 老人社會支持來源與老人社會需求 兼論四個社會支持模式 社會安全問題之探討 國立中正大學社會福利研究所 一九九三 頁二六五—二八九
8. 行政院主計處 中華民國台灣地區老人狀況調查報告 一九九六
9. 呂寶靜、陳景寧 女性家屬照顧者的處境與福利建構 女性、國家、照顧工作 台北 女書文化 一九九七 頁五七—九二
10. 呂寶靜 從家庭照顧老人的處境談福利政策之建構 誰來照顧老人研討會論文集 台北 台灣大學社會學系 一九九八
11. 李孟芬 老人癡呆疾病家庭照顧者的負擔與調適 健康教育 七十二期 一九九三 頁二〇—二五
12. 邱啓潤、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、劉蘭英 居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素探討 護理雜誌 三五卷一期 一九八八 頁六九—八三
13. 邱惠慈 社區失能老人非正式照顧者的特性與負荷 國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文 一九九三
14. 邱浩彰 失智症的認識與頭腦保健 台北 正中書局 初版 一九九五
15. 邱麗蓮 老人的健康照護 誰來照顧老人研討會論文集 台灣大學社會學系 一九九八
16. 吳聖良、胡杏佳、姚克明 台灣地區居家照護老人主要照顧者負荷情況及其需求之調查研究 公共衛生 十八卷三期 一九九一 頁二二七—二四七
17. 吳聖良、林豐雄、張瑛、姚克明 台灣省社區殘障老人主要照顧者之壓力與需求之調查研究 公共衛生 十九卷二期 一九九二 頁一六六—一七七
18. 吳味鄉 台灣地區老人照顧與社會網絡關係之研究 國立中正大學社會福利研究所 一九九三
19. 季璋珠 都市化程度、家庭結構與家庭健康照顧之研究 台灣大學公共衛生研究所博士論文 一九八九
20. 胡幼慧、王孝仙、郭淑珍 家人照護失能老人的困境 一項質化與量化整合的研究 公共衛生 二十二卷二期 一九九五 頁九一—一二二
21. 胡幼慧 三代同堂 迷思與陷阱 台北 巨流 一九九五
22. 胡幼慧、周雅容 婆婆媽媽經 台北 鼎言傳播 一九九六
23. 胡幼慧 「解讀台灣長期照護體系的神話：家與國的性別剖析與另類思考」 女性、國家、照顧工作 台北 女書文化 一九九七 頁一六一—一八四
24. 姚美華 機構自費安養老人代間關係之探討 國立中正大學社會福利研究所碩士論文 一九九五
25. 秦燕 住院老年病患主要照顧者的壓力與需求之研究 中華醫務社會工作學刊 五期 一九九四 頁一—二七
26. 徐亞瑛、張媚 都市及鄉村社區居家殘病中老人家庭照顧者之照顧工作及照顧工作感受之探討 護理雜誌 三十九卷四期 一九九二 頁五七—六三

27. 徐亞瑛、張媚、楊玉玫、黃久美 都市型及鄉村型社區中居家殘病老人照顧者之負荷及相關影響因素 護理雜誌 三十九卷三期 一九九二 頁九九一—一〇六
28. 徐震、萬育維 爭議年代中老人對家庭認知與需求之探究—兼論家庭政策之規劃 國科會委託計畫 一九九五
29. 洪湘婷 期待與現實之間—成年子女照顧老年父母的角色探究 國立台灣大學社會學研究所碩士論文 一九九八
30. 莫藜藜 老年癡呆病患照顧者的支持性團體 社區發展季刊 六十二期 一九九三 頁八三—八八
31. 章英華 變遷社會中的家戶組成與奉養態度—台灣例子 國立台灣大學社會學刊 二十三期 一九九四 頁一—三四
32. 曹愛蘭 多元選擇—家庭照顧者最需要的福利 照顧者季刊 創刊號 一九九八 頁七—十五
33. 張景瑞 老年痴呆症患者的照顧：一個精神科醫師的觀點 健康教育 七十二期 一九九三 頁二九—三四
34. 陳金玲 失智老人照顧體系中社會工作專業的角色 中華醫務社會工作學刊 一九九五 五期 頁七〇—七九
35. 湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝 癡呆症老人照顧者的負荷及其影響因素探討 護理雜誌 三十九卷三期 一九九二 頁八九—九七
36. 萬育維 兩代之間的研究議題與反省 兼論相關政策的配合措施 一九九五老人學學術研究年鑑 高雄 吳麥文教基金會 一九九二
37. 葉光輝 孝道認知的類型、發展及其相關因素 台大心理學研究所博士論文 一九九二
38. 葉炳強 癡呆症的流行病學 台灣醫界 三十八卷二期 一九九三 頁一六
39. 葉炳強 台灣地區的老年期癡呆人口有多少 健康教育 七十二期 一九九三 頁一〇—一五
40. 葉炳強等 痴呆症的認識與照顧 台北 健康世界雜誌社 一九九三
41. 葉炳強 老年失智症關懷系列電影座談緣起 康泰會訊 十月號 一九九七 頁一—
42. 葉至誠 蛻變的社會—社會變遷的理論與現況 台北 洪葉 一九九七
43. 溫秀珠 家庭中婦女照顧者角色形成因素與照顧過程之探討—以失能老人之照顧為例 國立台灣大學社會學研究所碩士論文 一九九六
44. 楊珮琪 老年癡呆症病患家屬之壓力與需求探討 東海大學社會工作研究所碩士論文 一九九〇
45. 楊珮琪譯 影響老年癡呆症之主要照顧者照顧意願之因素探討 社區發展季刊 五十五期 一九九一 頁八二—八九
46. 楊珮琪 老年癡呆症病患家屬之壓力與需求探討 當代社會工作學刊 創刊號 一九九一 頁一四七—一七二

47. 楊培珊譯 癡呆症病患家屬手冊 台北 遠流 一九九六
48. 詹浚煌 老人的家庭互動關係之相關因素探討——以退休公務人員為例 國立中正大學社會福利研究所碩士論文 一九九六
49. 趙碧華、朱美珍 研究方法 台北 雙葉 一九九五
50. 劉雪娥 影響照顧親人評價之因素的探討 護理雜誌 三十九卷 四期 一九九二 頁六五—七五
51. 劉景寬 阿爾茲海默氏病與血管性癡呆症 台灣醫界 三十八卷 二期 一九九三 頁二二三
52. 劉梅君 建構「性別敏感」的公民權：從女性照顧工作本質之探討出發 女性、國家、照顧工作 台北 女書文化 一九九七 頁一八五—二二六
53. 劉秀枝 失智症之現代治療學 雷根病友資訊 十月號 一九九七 七 頁五—六
54. 劉景寬 阿爾茲海默氏症——退化型老年失智症 台北 衛采製藥股份有限公司 一九九八
55. 簡雅芬 子女照顧失能父母之意願及其影響因子 台大公衛所碩士論文 一九九四
56. 鄭兆沅 落日餘輝——面對老年癡呆症 台北 光啓出版社 初版 一九九七
57. 蕭金菊 家屬長期照顧慢性病人對支持性服務需求之探究 東海大學社會工作研究所碩士論文 一九九三
58. 謝高橋、陳信木 邁向二十一世紀社會福利之規畫與整合——老人福利需求初步評估報告 台北 內政部社會司 一九九四
59. 藍春琪 臺灣地區老年生活支持——交換理論的適用性初探 社區發展季刊 六十四期 一九九三 頁九—一九
60. 羅家德 澄清對量化研究的一些誤解 台灣社會學舍 二十三卷 一九九七
61. 嚴毋過、彭梅蘭、陳寶輝 台北市未立案養護機構現況調查報告 衛生行政學刊 十三卷四期 一九九三 頁二五—四六
1. Adams, B. N. (1968) *Kinship in an Urban Setting*. Chicago: Markham.
2. Barclay LL, Zemcov A, Blass JP, Sansone J. (1985) *Survival in Alzheimer's disease and vascular dementias*. *Neurology*, 35, p835-839.
3. Brody, E.M. & Klevan, M.H. & Johnsen, P.T., et.al. (1987) *Work status and parent care: A comparison of four groups of women*. *The Gerontologist*, 27 (2), p201-208.
4. Bulmer, M. (1987) *The Social Basis of Community Care*, London: Allen & Unwin.
5. Cicirelli, V.G. (1983) *Adult children's attachment and helping behavior to elderly parents: A path Model*. *Journal of Marriage and the family*, 45, p815-825.
9. Dwyer, J.W. & Coward, R.T. (1992) *Gender, Family and Long-term care of the elderly*, in J.W. Dwyer and R.T. Coward

- (ed.), *Gender, Families and elder care*. California, Thousand Oaks: Sage.
- ~Finch, Janet and Dulcie Groves (1983) *In A Labor of Love: Women, Finch, Janet and Dulcie Groves Work, and Caring*, eds. London, Boston, Melbourne and Henley: Routledge and Kegan Paul.
- ∞Finley, N.J. & Roberts, M.d. & Banahan, B.F. (1988) *Motivators and inhibitors of attitudes of filial obligation toward aging parents*. *The Gerontologist*, 28 (1), p73-78.
- Horowitz, A. & Shindelman, L.W. (1983) *Reciprocity and Affection: Past Influences on Current Caregiving*. *Journal of Gerontological*, 25, p5-10.
- ≡McCulloch, B.J. (1990) *The relationship of intergenerational reciprocity of aid to the morale of older parents: equity and exchange theory comparisons*. *Journal of Gerontology*, 45 (4), p150-155.
- ≡Neuman, Lawrence. W. (1997) *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn and Bacon.
- ≡Qureshi, Hazel and Alan Walker (1989) *The Caring Relationship: Elderly People and Their Families*. London: Macmillan.
- ≡Speare, A. & Avery, R. (1993) *Who helps whom in older parent-child families*. *Journal of Gerontology*, 48 (2), p64-73.
- ≡Sussman, M.B. (1965) *Relationship of Adult Children with Their Parents in the United State*. In Shanan, E. & Stried, G. (ds) *Social Structure and the Family: Generational Relations*.
- ≡Timothy H. Brubaker (1983) *Dependent, Elders, Family Stress, and Abuse in Family Relationships in Later Life*. California: Sage.
- ≡Wolfson, c. & Handfield-Jones, R. & Glass, K.C. & McClaran, J. & Keyserlingk, E. (1993) *Adult children's perceptions of their responsibility to provide care for dependent elderly parents*. *The Gerontologist*, 33 (3), p260-266.
- ≡Zarit, S. H., Orr, N. K. Zarit, J. M. (1985) *The hidden victims of Alzheimer's Disease*. New York: NY University Press.
- ≡Zarit, S.H. & Todd, P.A. & Zarit, J. (1986) *Subjective burden of husbands and Wives as caregivers: A longitudinal study*. *The Gerontologist*, 26, p260-266.