

# 後疫情下機構式晚期失智者安寧照護倫理議題初探

王潔媛、楊秀珍

## 壹、前言

臺灣2020年1月21日出現第一例境外移入確診個案，1月28日出現第一例境內傳染個案（衛生福利部疾病管制署，2020），受到疫情衝擊雖未似外國嚴峻，但對現有各項社會福利的推展及服務模式造成的改變卻是首見。尤其是提供二十四小時集體性的全時照顧的住宿型機構，在有限的工作人力及空間下，更擔心一旦出現確診個案，機構面臨之衝擊程度遠高於其他類型之服務單位。因此，針對嚴重特殊傳染性肺炎，中央流行疫情指揮中心提出〈機構住宿式長照機構因應COVID-19（武漢肺炎）感染管制措施指引〉（衛生福利部，2020），適用機構包括一般護理之家、精神護理之家、產後護理之家、榮譽國民之家、身心障礙福利機構、老人福利機構、兒童及少年安置及教養機構、托嬰中心、長照服務機構、早期療育機構、

精神復健機構、矯正機關等單位。

其中，對於提供失智照顧的住宿型機構在防疫過程，究竟面臨何種獨特挑戰與倫理議題亦應獲得重視。防疫過程需多方配合，不單僅是因失智症疾病之特性，尚因入住的失智者病程多為中、重度者，無論在日常生活安排或是疾病照護皆須仰賴照顧者給予協助，顯示出失智照顧多元需求之複雜性。隨著本土疫情升溫，機構欲落實各項防疫工作除需持續監控外，如何讓失智住民及眾多家屬、機構志工、外部人員能在共識下，面對及適應新的照顧流程與互動模式更是關鍵，方能在共識下遵守各項防疫規範。然而，在臨床照顧上要能落實所有的防疫規範對於機構住民、家屬及工作團隊三方來說並不容易，仍需克服照顧環境動線改變、住民與家屬多方溝通模式的調整，即使結合數位溝通仍面臨諸多挑戰。

針對疫情，衛生福利部長期照顧司

（2020）要求各類型住宿型機構提出《應變整備作戰計畫》，應變團隊組織架構與權責，確認任務分工及緊急聯繫窗口，事先擬定相關因應措施及執行方案，預先完成整備。現階段已執行的有「暫停服務時之地方主管機關通報及服務對象轉介單位聯絡機制與緊急支援措施相關事項、成立應變團隊進行整備階段（現階段）及應變階段（機構發生確定病例時）措施」。其中，應變計畫之措施包括「工作人員管理與人力調度」、「機構住民安置與健康管理」、「服務調整與活動管理」、「環境清消」及「訪客管理」等，並對機構工作人員之個人防護裝備以能完善應變計畫，讓機構除例行的照顧工作外，實需機構投入更多的人力、物力、財力等資源，方能回應各項防疫要求。

本文旨在探討住宿型機構在疫情期間，提供失智照顧所面臨的改變及引發的倫理議題，並摘述住宿型機構在失智照顧目前因應COVID-19相關措施之醫療照顧、家屬探視及感染控制之策略，以觀測不同照顧情境下因疫情所受到影響的程度，以做為機構執行照顧檢討修正之依據。目的在於探討長照機構在非預期的COVID-19病毒流行之際，檢視機構在提供晚期失智照顧對於住民及家屬兩者的權利被影響的程度，以能減少因疫情對晚期失智者所帶來的差異化及因此導致的脆弱風險，以利即時動態之修正，進而能發展

出適用疫情下的服務模式。

## 貳、現有規定及執行措施

回顧我國發生首例確診個案後，對於住宿型機構住民提出防疫規範包含一、若有呼吸道症狀戴口罩；二、若發燒送急診確定；三、若有外出請假或新入住個案，需確認TOCC（旅遊史Travel history、職業別Occupaton、群聚史Contact history、群聚Cluster）；四、就診時必戴口罩，回機構必坐個人輪椅；五、減少到醫院的針灸及復健門診等防疫規範。

當COVID-19疫情更為嚴峻的時期，回顧我國防疫期間第一間護理之家發生群聚感染之際，機構因應疫情指揮中心指引及規範，自109年3月起規範機構，用餐時保持1公尺距離、禁止請假外出、規則藥物由員工代領、增加機構內復健門診次數、具感染風險者住隔離室、規劃一區給疑似感染者（檢測陰性）專人照顧、暫時不收新入住個案、若機構有確診個案時，先行調查住民的安置動向。同時，工作人員進出機構皆需穿著隔離衣，並進行分艙分流管控，機構更需加強例行性消毒維護作業，上述皆為機構提供日常照顧必須落實之防疫規範，對於空間場地寬闊的大型機構，在人力未能增加的狀況下更增加感控的難度。

同時，在遵守疫情規範過程中，機

構亦面臨在集體式照顧中如何能兼顧失智住民與家屬自決權之倫理挑戰，克服因禁止訪客、家屬探視而減少人際互動對失智住民所造成的疏離與擔憂。機構面對時而緩和及滾動式的防疫政策，在後疫情時代亦須回應工作方法改變。然而，在感染管制措施指引中明訂：「咳嗽或打噴嚏時應以衛生紙掩住口鼻，並將使用後的衛生紙直接丟入垃圾桶內，若使用手帕或衣袖代替遮住口鼻，其手帕、衣物應經常更換清洗。」失智者面對諸多的呼吸道衛生與咳嗽禮節，在臨床執行上又有何限制與差異性？根據台灣失智症協會（2020）提出失智症防疫照護參考手冊，說明失智者在防疫相關規範之遵守可能會面臨的挑戰，包含：

- 一、失智者不易瞭解疫情資訊與宣導內容。
- 二、失智者較難記得或配合防疫措施，如居家隔離、戴口罩、勤洗手等。
- 三、失智者較難正確陳述旅遊史、接觸史及群聚情形。
- 四、失智者較難主動或正確表達身體不適症狀，如發燒、呼吸困難、倦怠、頭痛、肌肉痠痛等症狀，而可能透過躁動或異常行為反應表現出來。
- 五、失智者的自我情緒調適能力下降，可能因周遭環境壓力變大，或對疫情資訊錯誤理解，而有過度焦慮緊張的反應。
- 六、失智者可能忘記自己正在居家隔離而

出門走逛，不小心違反防疫規定。

- 七、失智者若被隔離，可能因對環境、人員不熟悉，加上身體的不適，更易焦慮、恐慌；另外，重複言語或行為、遊走、妄想、躁動等行為精神症狀也可能加劇，甚至出現急性精神混亂的狀況。
- 八、防疫期間日常活動及刺激減少，可能導致生活規律混亂、日夜顛倒、情緒不穩定，而加速失智者功能退化。
- 九、獨居失智者除了無法正確配合防疫措施，也可能難以獲得防疫資源如口罩、消毒用品或配備等。

綜上可知，依失智症嚴重程度及認知功能不同，失智者的防疫問題及對防疫措施的配合及所需的協助程度也有差異，造成專業人員的照顧困擾也不同（台灣失智症協會，2020）。機構限制訪客在疫情期間，符合感控原則雖有其必要，然對於病程已發展至中、重度以上的失智住民，因日常活動及刺激減少對其生活品質的影響甚鉅，其中即因失智者的自我情緒調適能力下降。面對疫情的衝擊，社工人員在執行照顧過程面臨「最小傷害」倫理原則之挑戰，除須勉力持續在疫情期間提供穩定的照顧外，尚須回應防疫期間志工暫停各項服務，導致活動量能與社會互動受限的困境，如何能在落實標準防護措施的規範與失智權益維護兩者間維持平衡，仍需藉由機構團隊在家屬、照顧人員、志

工等眾多角色間的持續溝通，回應失智者不易具體表達內心情緒的限制，除了透過數位科技聯繫家屬之外，減少疫情對失智住民權益及工作團隊的衝擊，更是此波 COVID-19 疫情感控規範以外不應被疏忽的關鍵議題。

### 參、住宿型機構失智者之安寧照顧：以寧園安養院為例

寧園安養院是衛生福利部委託台灣省天主教會新竹教區承辦的公辦民營之全日型住宿型機構，成立於1996年4月。主管機關為衛生福利部社會及家庭署，管理單位為財團法人台灣省天主教會新竹教區，服務對象則是來自全省各縣市政府轉介經過確診的失智症者、臥床及慢性精神疾病等無法定傳染疾病之身心障礙者，機構專收失智症、精障中度以上之住民，立案床數為250床，截至110年2月止共有225位住民。其中，失智症照護服務、重度臥床照護，由職能治療師規劃輔療活動，如認知、感官、現實導向、體能、懷舊、感官、園藝等多元內容，社工人員負責規劃社區融合活動，連結社區各資源團體及志工，善用順應及個別化之溝通技巧來轉移失智者之情緒與行為問題。尤其是晚期失智住民及家屬在疫情衝擊下，如何回應失智者邁入生命末期的各項照顧決策，此雙重挑戰更是考驗機構工作團隊的回應能力。

王培寧、林克能、劉秀枝等（2012）指出，臺灣的健保局已於2009年把阿茲海默症納入安寧療護的範圍，但對於安寧照護中所規定的「病程末期」，在時間點上還是很難拿捏。由此可知，家屬面對已邁入晚期失智的照顧需求多是未知的經驗，當照顧資訊之整合性不足，家屬欲進行相關的醫療與照顧的決策並非易事，可知影響家屬面對晚期失智者的安寧階段如何做出適當決策的影響因素相當多元，此互動過程更是家屬與機構團隊之間高度決策衝突的關鍵（Hickman, Daly, Douglas, & Clochesy, 2010; Jeon, Kim, & Lee, 2018; Lamahewa et al., 2018）。可知機構提供晚期失智者照顧的過程中，家屬相當仰賴機構專業團隊提供病程相關資訊，如何納入照顧計畫的討論，更攸關機構失智照顧之成效。

說明在住宿型機構提供失智照顧，如何在專業助人關係下落實溝通、鼓勵案主參與和自決的原則，都是落實「知後同意」倫理原則的必要元素。可知隨失智者病程的發展，照顧相關決策家屬扮演相當關鍵之角色，工作團隊有意識的將家屬納入照顧團隊之中，亦為執行照顧計畫的倫理考量。機構藉由主動提供照顧資訊，可透過持續溝通建立機制，減少因疫情的隔離，減緩家屬落入因無法探視導致資訊受限、決策錯誤的焦慮，方能提升對晚期失智者的照顧品質。黃秀梨、翁麗雀、張媚



(2011) 指出，隨高齡社會中失智者比例漸增，面對認知能力退化、自我表達受限的不可逆，在社會照顧及生理照顧上的需求會更高，高齡者如何能獲得適切保護，在服務中保有彈性，維持其自主性更攸關失智老人的自尊與心理健康。

依身心障礙者權益保障法新制證明 (ICF) 中，將失智症歸納在「第一類：神經系統構造及精神、心智功能」。據衛福部 (2020) 公告的身心障礙人數統計指出，在2020年9月我國領有身心障礙者共有1,198,358人。經鑑定為失智症且領有身心障礙證明者有65,168人，為所有障礙類別中增加幅度最高，多達五倍之多。檢視相關的安寧照護研究多以癌症病人為主，較少為針對住宿型機構晚期失智者之安寧照護議題探討。此與其他疾病會直接對生命安全造成衝擊特質不同，晚期失智症的安寧照護關注的是長期照護的醫療與生活品質，在住宿型機構關注日常生活的照護細節，尤其是失智者的心靈需求，維持晚期失智者在人生的最後階段生活品質，此為高齡社會失智照顧無法迴避的關鍵議題。

Kellehear, Heaven, and Gao (1990) 指出，多數老人皆面對沉重身心靈負擔，身處「社會剝奪性」(Social Deprivation Live) 的生死環境中，老人瀕死處境的「自主性」及「協助」需要成為老人福祉之倫理議題。復因失智症病情複雜，面

對行為問題和精神症狀及病程變化，在照顧上難以認定末期介入時機，加上重度病人無法表達需求，其自主性不但造成倫理問題，也增加評估需求的難度 (黃莉雯、蔡佩真，2017)。可知機構團隊要落實緩和照顧的個人照顧，目標乃在極小化身體、情緒及精神的痛苦，極大化舒適與安適 (Van der Steen et al., 2014) 之需要。同時，因失智症如同慢性病，以複雜方式相互作用，在執行重要任務及活動和照護需求均造成困難 (Ferri, Sousa, Albanese, Ribeiro, & Honyashiki, 2009: 9)，照顧內涵上要採取積極介入或是個別化之因應，家屬的決策在此階段具關鍵性的影響力。

黃秀梨 (2019) 指出，在失智症者照顧過程中，家屬的參與角色極為重要，尤其當失智症者隨著病程進入中、重度，成為入住機構的高危險群，末期之失智患者若入住機構，一年內之死亡率高達64% (Mitchell, Kiely, & Hamel, 2004)。爰此，在防疫期間家屬面對探視規範的改變，對於晚期失智者的照顧模式，因應疫情必須進行調整對失智住民與家屬帶來影響為何？引發家屬的負面情緒又要如何回應？機構在兼顧防疫政策與調整照顧模式帶來的衝擊，不單僅是考量失智者疾病特性，如何能具體回應失智者較難了解防疫措施所帶來制度面的改變及影響，以致難以配合或常忘記防疫事項，可能成為防疫破口的情境的限制，應獲社會重視。復因

長照機構首次面對疫情的衝擊，在調整各服務流程忙碌之際雖期待能減少非預期的影響及對照顧品質的影響。然疫情期間機構面臨多項倫理挑戰，逐一探討如下。

## 肆、機構晚期失智者與家屬之支持性服務

Nazarko (2009) 指出緩和照護的概念涵蓋多元面向：(一) 整體、主動及個別性的病人照顧：不僅緩解疼痛及症狀，也要緩解生理、情緒、社會、精神及關係等方面痛苦；(二) 支持家庭：將病人與家屬視為同一照護單位，協助家屬與病人調節衝突與修復關係；(三) 跨專業的團隊；(四) 有效的溝通：病人、家屬及專業人員間對於疾病進展及預立照護計畫能進行開放性及治療性的對話。因此，家屬面對失智症此長期不可逆的疾病特性，並不容易具體了解照顧會面臨的問題與需求之內涵。加上在失智症末期階段，家屬扮演失智症者代理人的角色，如何落實尊重生命自主權與醫療決策權，此過程涉及失智住民與眾多家屬間在進行照護決策的壓力，面臨失智者逐步退化過程，家屬多會面臨不知該如何與無法溝通的失智症者互動、面對失智症者瀕死的壓力及生活調適等挑戰等諸多困境(黃秀梨，2019)。

在末期失智症者的安寧緩和療護中，吳彬源、黃信彰(2011)指出末期的失智

者常發生肺炎和發燒以及進食困難等併發症，這些併發症常伴隨高的半年死亡率，而期間病患更有許多令人痛苦不適的症狀(distressing symptoms)，同時也常接受到難以忍受的侵入性醫療處置。可知在住宿型機構式內的失智住民預立醫療諮商之必要性，過程中需協助失智者及家屬能充分瞭解疾病相關內容、可能的併發症、治療，鼓勵病人表達之後想選擇的醫療照護方式與生活型態(Mitchell et al., 2009)。可知在照顧的倫理決策方面，社工人員需真誠尊重機構住民的決定，將決定權真正交還給住民，並教育住民有權為自己做決定。

我國雖已經在2015年12月三讀通過《病人自主權利法》，希望賦予具備完全行為能力的成年人，可經專業醫療團隊的充份諮詢後，書面立下拒絕維生治療與其後接受緩和照護的指示，當其進入特定醫療臨床情境時，便得以接受緩和醫療的身心照護，尊嚴離世。雖衛生福利部並提出五種預立醫療指示表單，分別為：「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「不施行心肺復甦術(do not resuscitate, DNR)同意書」、「不施行維生醫療同意書」、「醫療委任代理人委任書」和「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」。但家屬在資訊取得與理解仍有個別差異及其限制，欲落實知情、選擇、決定與同意並不容易。如在《病人自主權

利法》中亦指出可終止、撤除或不施行上述醫療處置，所應符合的五種臨床條件：

（一）末期病人、（二）不可逆轉之昏迷、（三）永久植物人、（四）極重度失智、（五）其他疾病痛苦難以承受、無法治癒且無其他合適之醫療解決方法之疾病。然而，在住宿型機構，家屬身為失智住民的代言者與決策者，面對失智住民身心之衰退及共病症複雜性，家屬的照顧決策易受到多元因素影響。

然而，在住宿型機構內善終服務的推展有限之影響因素多元，如機構負責人無善終觀念、不重視靈性照顧；專業人員的人力與能力不足，缺乏安寧療護團隊支援；住民在機構過世會造成困擾；有人死在機構，其他住民感受差，溝通善終觀念不容易；長輩對自己的人生大事做不了主及政策宣導不足等（張靜慧，2015；黃莉雯、蔡佩真，2017），可知在機構欲落實安寧照護，須納入服務提供者及使用者兩者互動之多元因素。晚期失智症是指臨床失智評估量表CDR 5分（Clinical Dementia Rating, CDR）5分以上失智者，寧園安養院截至2021年2月底之失智住民共有156人，其中晚期失智人數106人，已簽立「不施行心肺復甦術」DNR（Do not resuscitation）及預立遺囑的失智住民人數共有120位（含預立遺囑），簽署率為62%，分析其他未簽署失智住民係因單身及家屬關係疏離者共有19人。

從上述數據可知，隨著失智者入住機構時間愈長，其失智病程也多退化至重度。因此，寧園安養院的工作團隊針對晚期失智者服務對象隨著年長或疾病而逐漸退化，對照顧人員的依賴程度也逐步增加，此時專業團隊將依據服務對象的需求及功能程度，擬定支持或照顧策略，維持其日常生活正常功能，必要時提供醫療服務以維護其健康安全，機構為能符合個別多樣性與集體之平衡性，安排多元性的復健活動，延緩失智者退化更是機構提供失智照顧非藥物治療的核心。

寧園安養院安排工作人員參與安寧相關訓練，透過每年的職前及在職教育以能增加團隊在照顧上之共識。在靈性照顧之人力安排機構配置一位專職靈性關懷師及三位修女，每月針對工作團隊人員進行靈性關懷與溝通。同時，機構內部亦持續培力不同職別專業人員共四名參與靈性關懷員培力，納入安寧照護服務計畫推展。面對此波疫情造成衝擊，機構社工針對晚期失智者之家屬進行訪談，以能了解期待與困境，結果發現疫情對家屬的衝擊未必少於機構之失智住民，因互動頻率的減少，讓晚期失智者的家屬陷入見不到最後一面的擔憂。以失智重度的85歲奶奶為例，入住機構已有五年時間，兒子每2-3週會定期訪視母親，未曾間斷。社工詢問在疫情影響限制探視時間後，對於家屬的身心狀態有那些改變？晚期失智者的兒子

即表示：

平常都會定期到機構探視媽媽，對服務狀態很瞭解，和媽媽的相處比較活在當下，姊姊因工作關係居住國外，會有些想念媽媽。尤其去年有一段時間，媽媽身體狀況有些不穩定，很擔心無法與媽媽見到最後一面，還好有社工協助，幫助我姊姊將她預錄的話重複播放給媽媽聽，讓她牽掛的心比較安心。

另一位女性69歲的重度失智住民，入住機構已有六年時間，主要照顧者是配偶，先生表示太太一輩子為家庭付出，不希望她承受身體病痛之苦，每週都會到機構訪視及陪伴太太，雖然她目前已無法認出最愛的家人，先生仍將到機構探訪視為目前的生活重心，透過持續的陪伴，珍惜兩人相處的有限時光。然而，受到疫情衝擊，限制訪視連帶的改變家屬生活重心：

雖然知道疫情期間不能探視是對住民好的，但不能像以前定期到機構探視，我發現自己變得生活沒有重心，也會有些失眠、憂鬱。還好現在疫情緩解，雖然還是要預約，但很珍惜來探視太太的時間，看到我太太的笑容變比較多，感到很欣慰。

面對疫情期間之探視改變，家屬期待機構協助提供何種協助，對機構專業人員提供的家庭支持服務模式，是否覺得有助益？晚期失智者的家屬表示：

感謝在限制探視期間，社工會幫忙提供視訊服務，社工和護理人員和我line或

電話溝通，保持說明太太的生活近況，讓我很放心。沒有什麼需要加強的，只希望疫情好轉、太太身體健康。

76歲失智重度的奶奶入住機構已有六年的時間，主要照顧者是女兒，每週固定遠從臺北到新竹探視母親。面對疫情衝擊，至今仍無法適應，只能不斷的透過自我調適來因應：

因我每週都會固定前來探視媽媽，當機構需因防疫需要限制探視及返家，我不習慣，也很想念媽媽，好想帶回家自己照顧。但是我一個人沒辦法照顧，我只好調整自己，還好有社工和工作人員和我保持溝通，讓我比較放心。

社工會幫忙line我媽媽的生活近照和視訊，讓我可以保持關心，護理人員和現場的工作人員對我媽媽也很好，讓我比較不會那麼擔心了！

從以上家屬之回應可知失智者的家屬在疫情期間受到的影響並不亞於失智住民，寧園安養院之社工團隊透過「視訊服務、電話、通訊軟體通話」等多元方式，較以往更為頻繁的傳送住民在機構內的活動剪影、影片及活動等訊息提供給住民家屬，以能維持與家屬間雙向的互動性。除此，更鼓勵住民家屬群能製作及傳送自己錄製的影片、語音，再由社工人員播放給失智住民觀看，黃莉雯、蔡佩真（2017）指出失智症者進展至末期，將因腦部廣泛性萎縮或失常導致全身性功能退化與失



調，終致死亡。然而，此過程時間長達四年甚至更久，較常人所理解的末期還要長很多年（Birch and Draper, 2008）。

爰此，社工人員有目的性的維繫失智者與家屬雙向互動更有其必要，勉力消弭面對疫情而被迫改變探訪時間，減少因不信任、不安全感所產生的負面情緒。同時，面對晚期失智住民生命邁入最後階段，機構照顧目標以維護失智者的舒適及尊嚴為重點，並降低晚期失智症者的疼痛、維持身心之舒適，透過安靜的環境及適當之營養攝取等支持性照護維持生活品質。如何讓家屬了解照顧計畫內容，在入住之初即會說明有關安寧照護及DNR等相關資訊，並介紹機構提供臨終關懷的服務內涵及協助家屬陪伴住民共同面對生命末期。

## 伍、後疫情時代下之機構式失智照顧之倫理議題

機構照顧之失智住民多為中、重度者，入住時間超過十年者，晚期的失智者若入住機構，一年內之死亡率高達64%（Mitchell et al., 2004），機構提供照顧過程中常面臨是否應給予急救，對於拒食失智症者是否應給予鼻胃管食？何時應接受安寧療護等醫療？倫理議題決策皆涉及失智症者接受治療之介入程度，多數失智住民邁入晚期失智之階段，無論是病情告

知或是醫療照護選擇，多只能仰賴家屬決策。機構團隊與失智者家屬的互動結果不只對失智住民生活品質造成影響，然此過程之互動皆涉及倫理決策。檢視自主原則之落實，是指尊重一個有自主能力者所作的自主性選擇，此意涵包括資訊真實、知情同意及保密（歐陽文貞，2019）。在倫理中的「知後同意」亦涉及個案是否「有能力了解」、「有能力做決定」、「是自主的」及專業人員是否提供「充分而所需的資訊」等要素（Kemp, 1999）。

面對疫情帶來的限制，保護失智住民的方法所造成的損害，不得與欲達成目的相異。依據Loewenberg and Dolgoff（1996）所提出之倫理判斷的原則依序為原則如下。（一）保護生命原則，（二）差別平等原則（三）自主自由原則（四）最小傷害原則（五）生活品質原則（六）隱私保密原則，（七）真誠原則。以下說明社工人員保障失智者權益之策略：

### 一、單身或家庭關係疏離之失智者：落實需求原則

寧園安養院住民主要由各縣市政府轉介無家屬或家庭關係疏離之失智者比例高，提供失智照護過程無人可討論。如何落實失智者的「生命權和保護生命的義務、健康權和獲得照顧的權利、行動自由」，更是機構落實直接照顧工作之外，面對失智病程持續衰退，團隊仍應持續努

力去除對失智住民不利之外在因素，創造安全與穩定之失智照顧環境，說明策略如下：

- (一) 失智者為單身無家屬：評估表達意見能力，入住機構後即徵詢其對於醫療決策及身後事之相關決策方向，若為無法表達者，則透過專業團隊共同協助評估與協助。
- (二) 晚期失智照護相關醫療決策協助及安寧照護協助，機構申請合約醫院的居家安寧服務，經評估符合條件後，與醫院之醫師及相關專業人員召開照護團隊會議，針對個案之照護需求進行討論，並進行安寧照護服務規劃，以作為相關專業人員服務規劃與執行。
- (三) 晚期失智者身後事相關資源的預先準備與協助：由機構社工事先瞭解身後事之相關行政程序，並依據個案之身分別，如榮民或低收入戶等身分，提早進行規劃與準備，以利社工人員預先連結社會資源，完成身後事之相關協助。
- (四) 安寧照顧照顧納入失智者的宗教信仰需求，連結多元宗教支持臨終關懷，並協助與禮儀公司討論失智者所期待舉辦之喪葬型式。
- (五) 安寧照顧亦涵蓋失智者的圓夢計畫，尤其是獨老或家庭關係疏離之失智者，在臨終前有期望所見之人

或是必須要去的地方等未盡之事，皆會由社工人員協助了解期待後，連結資源盡力回應個別化需求。

- (六) 單身失智者的親屬或義子義女因長期失聯，需社工協尋以能在道別前訪視失智長者。
- (七) 協助與機構其他住民道愛、道別、道謝，長住機構之失智者已是大家庭成員，面對身旁室友即將離別，社工會在臨終前整理住民生前事蹟、播放共同生活的照片與影片，透過唱聖歌、表達祝福的話，讓即將離開的長輩在臨終前能與機構內其他住民做好道別，並於告別式播放影片，供機構所有成員皆能陪伴最終一程，共同緬懷。

## 二、疫情期間「保護生命」與「最小傷害」之間的兩難

失智者因疾病特性影響，常成為社會中被忽略為沒有聲音的一群人，在疾病之影響下除不易主張自己的權益外，面對不同的利害關係人之期待，欲落實「個別化需求」，機構的直接照護人員需具備足夠的技能，可以辨識失智者照護的需求，減少因家屬或機構之錯誤決策，犧牲失智者生活品質之困境。李光廷（2019）指出執行失智症照顧工作之原則涵蓋下列特性，包含（一）不隨便改變環境，因失智者因認知能力降低，對環境改變往往適應

困難，若一再變化環境，容易混亂不安而影響睡眠，精神和行為症狀亦可能加重惡化。（二）不改變生活習慣：即使入住機構，亦應於照護計畫中導入維持和過去生活相近的生活習慣，以減少生活步調混亂造成的壓力。（三）不改變人際關係：失智症者慣於讓面孔熟悉的人照顧，尤其是第一線的直接照顧者換班次或離職時，可能因熟識面孔不見了，導致情緒不穩定或產生行為改變及精神障礙。說明失智症此疾病特性，極易受到環境及人際互動之干擾影響病情之穩定性。

疫情期間家屬在無法進入機構探訪的前提下，失智住民雖想返家探視，考量疫情嚴峻仍須預防「無症狀感染者及應隔離未通報、隔離中擅離居住地」等風險的發生，必須落實限制訪視及互動之頻率的規範。綜上可知，住宿型機構社工人員面臨之倫理兩難困境包含：

### （一）照顧工作「代理原則」之運用

當失智者無法完整表達意思時，應尊重案主之監護人、法定代理人、委託人之意思。究竟機構的失智住民還有多少獨立性與自主性？又應由誰來評估與決定較適宜之照顧模式？都是機構經常面臨的挑戰決策之兩難：服務決策應以「失智個案」或「家屬意見」為中心？決策之依據為何都是需逐步釐清的重點。如疫情期間，在視訊過程中亦有失智者會用手抓取手機中

的影像，家屬想要互動，失智者卻誤以為是真人而感到憤怒，說明運用科技通訊模式無法適用於每位失智者。

### （二）個案權益維護

工作團隊能否回應與減少環境和疾病因素對失智症者生活之阻礙。如在後疫情時代，各項社會參與活動更加仰賴數位科技之介入，然檢視現有的高齡世代，仍有多數缺乏相關知識和技能，如何減少高齡者使用數位科技的障礙，仍需要公私協力共同促進。

### （三）落實失智個案「優先考量」倫理之限制

機構的通訊的設施設備數量皆有限，如何在有限人力下儘快回應家屬期待之互動，造成社工在執行上頗大負荷。有限的工作時間下，如何回應之優先順序更是挑戰。

從「人在情境中」之觀點檢視家庭成員間應有的互動行為、彼此關係之權利義務，皆會影響個人行為之表現（王潔媛、楊秀珍，2016），對失智長者更是如此。面對疫情衝擊，要維持及延緩失智者退化目標，機構須能滿足其在生理、社交、認知、疾病層面的多元需求，相當仰賴機構內部跨專業團隊的分工與整合，尤其是如何減緩因疫情的諸多規範之限制對失智者與家屬間互動模式的改變，及後續適應間

題，社工以發展多元管道來維繫互動及溝通品質，減少隔離與孤立，更成為疫情期間照顧計畫的核心，以能落實「最小傷害」的原則。

### 三、「防疫規範」與「最小傷害原則」之兩難，衝擊晚期失智者的安寧與善終

防疫規範考量禁止家屬探訪的規範，對於在醫院臨終辭世的晚期失智住民，因為限縮探視時間，即使機構長期推動安寧照護，但疫情期間有臨終失智者，遠在北部的子女雖想見最後一面，卻因已超過探視時間，而不能如願見至親的最後一面。即使至今疫情已稍有緩和，家屬仍表達無法隨身在側送完最後一程，已成為她人生中無法彌補的最大遺憾。胡月娟（2005）進一步指出，在機構內應避免讓住民接受非必要的醫療措施，但在基本的照顧、清潔、協助進食、飲水及排泄等基本需求滿足，將影響住民之舒適程度與關懷照護。對於晚期失智者更是如此。

機構式照顧涵蓋個人健康與生活照顧，社工人員必須與家屬共同工作，並以尋求案主最佳利益的維護為最優先考量，然面對「防疫規範」與「臨終住民與家屬」之最後要求，究竟是否能有選擇或保有彈性的空間？此亦相當考驗機構團隊的智慧。Loewenberg and Dolgoff（1996）提出最小傷害原則，機構團隊如何能在疫

情期間給予行政面及照顧面提供適宜協助，以能回應晚期失智者面對善終階段的需求。機構社工及護理長考量晚期失智住民在安寧需求，與家屬約定需穿戴隔離衣、口罩、防護頭套等全副防疫裝備後，將住民送往機構大禮堂與家屬團聚，但探視時間結束後，家屬仍無法持續陪伴在臨終的失智住民身邊，為避免遺憾，機構社工與護理長院牧人員仍盡力傳遞家屬的孝心，讓失智住民能在臨終之際，由機構同仁為住民祈福及陪伴，工作團隊人員盡力回應家屬的期待，並將整個過程錄製影片後傳送給家屬，以能安慰生者，彌補其遺憾。

### 陸、結論

疫情不僅增加機構團隊的工作負荷，也改變失智者與家屬的互動關係，這些因素也反映出每位失智者在家庭資源的差距和系統性的社會不公正，其相互作用更增加了老年人的脆弱性（Carole, 2020）。機構面對機構失智住民及眾多家屬間的意見，如何建立共識亦涉及家庭內主要照顧者、次要照顧者、簽約人等不同角色關係的家庭動力與互動，調解倫理衝突（ethical conflict），成為機構照顧過程常見之挑戰。說明在疫情衝擊下機構專業人員是否能保有「專業裁量權」，能依照失智住民在病程與需求的特殊性，回應個別



化之彈性，亦為失智照顧需反思之重要議題。寧園安養院以多元管道持續增進溝通成效，克服因疫情限制導致時空所帶來的距離，減少失智者接受緩和照護之障礙因素。然專業團隊並非完人，面對家屬緊張的情緒、激烈言詞及政府滾動式的防疫規範，當未能即時回應住民家屬期待，面對此疏漏或無法滿足雙方期待之困境，照顧

團隊之情緒耗竭在後疫情時代更應被重視，方能減少人員流動，落實照顧品質。

（本文作者：王潔媛為天主教輔仁大學社會工作學系助理教授；楊秀珍為衛生福利部社會及家庭署寧園安養院副院長）

**關鍵詞：**COVID-19、長期照護機構、安寧照護、晚期失智症

## 參考文獻

- 王潔媛、楊秀珍（2017）。〈機構式失智老人遺棄個案權益與家庭衝突之處遇〉，《左右為難的專業抉擇社會工作倫理案例彙編》，4，1-26。
- 王培寧、林克能、劉秀枝（2012）。〈輕度認知障礙之診斷與治療：台北榮總經驗〉，《應用心理研究》，55（7），15-35。
- 台灣失智症協會（2020）。《失智症防疫照護參考手冊》。檢索自[https://drive.google.com/file/d/1JiTYYMyqgJLwNlyji1DETXQC\\_3efh3JI/view](https://drive.google.com/file/d/1JiTYYMyqgJLwNlyji1DETXQC_3efh3JI/view)。2021/2/2作者讀取。
- 李光廷等編著（2019）。〈失智症照護模式與基本照護〉，《失智症照護（第二版）》。臺北：華都。
- 胡月娟（2005）。〈長期照護機構住民的倫理議題〉，《長期照護雜誌》，9（4），325-330。
- 黃秀梨、翁麗雀、張媚（2011）。〈失智症者之緩和照護〉，《護理雜誌》，58（1），91-96。
- 黃秀梨等編著（2019）。〈失智症緩和照護〉，《失智症照護（第二版）》。臺北：華都。
- 黃莉雯、蔡佩真（2017）。〈失智症患者生命末期照顧模式之初探〉，《安寧療護雜誌》，22（1），27-43。
- 吳彬源、黃信彰（2011）。〈末期失智症患者的安寧緩和療護〉，《臨床醫學》，68（3），164-167。
- 陳銘漢、周春珍、許貴英、顏永豐、楊雅婷、黃秀梨（2017）。〈長期照護機構提供緩和照護之護理經驗——讓在地善終成為可行的事實〉，《護理雜誌》，648（2），130-135。
- 張靜慧（2015）。〈在老人照顧機構善終，為什麼那麼難？〉，《康健雜誌》，204，158-65。
- 歐陽文貞等編著（2019）。〈失智症照護模式與基本照護〉，《失智症照護（第二版）》。臺北：華都。
- 衛生福利部長期間照顧司（2020）。〈衛生福利機構（住宿型）因應嚴重特殊傳染性肺炎

- (COVID-19)之應變整備作戰計畫建議(109-03-23)〉。檢索自 <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4733-52326-201.html>。2021/1/2作者讀取。
- 衛生福利部(2020b)。《「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」計畫書》。檢索自<https://1966.gov.tw/LTC/lp-4935-201.html>。2021/1/2作者讀取。
- 衛生福利部統計處(2020)。〈身心障礙者人數(109-09-30)〉。檢索自<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2976-113.html>。2021/1/2作者讀取。
- 衛生福利部疾病管制署(2020)。Coronavirus Disease 2019。檢索自<https://www.cdc.gov.tw/>。2021/3/2作者讀取。
- Birch, D., & Draper, J. (2008). A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1144-1163.
- Carole, C. (2020). Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6-7), 611-624.
- Ferri, C. P., Sousa, R., Albanese, E., Ribeiro, W. S., & Honyashiki, M. (2009). What is dementia? In Prince M. and Jackson, J. (Eds.), *World Alzheimer Report 2009* (pp.1-22). London: Alzheimer's Disease International.
- Hickman, R. L., Daly, B., Douglas, S., & Clochesy, J. (2010). Informational coping style and depressive symptoms in family decision makers. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 410-420.
- Jeon, B. M., Kim, S. H., & Lee, S. J. (2018). Decisional conflict in end-of-life cancer treatment among family surrogates: A cross-sectional survey. *Nursing & Health Sciences*, 20(4), 472-478.
- Kemp C. (1999). *Terminal Illness a Guide to Nursing Care* (2nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kellehear, A., Heaven, P., & Gao, J. (1990). Community attitudes toward near-death experiences: A Chinese study. *Journal of Near-Death Studies*, 8, 163-173.
- Lamahewa, K., Mathew, R., Iliffe, S., Wilcock, J., Manthorpe, J., Sampson, E. L., & Davies, N. (2018). A qualitative study exploring the difficulties influencing decision making at the end of life for people with dementia. *Health Expectations*, 21(1), 118-127.
- Loewenberg, F., & Dolgoff, R. (1996). *Ethical decisions for social work practice*(5th ed.). Itasca, NY: FE Peacock.
- Mitchell, S. L., Kiely, D. K., & Hamel, M. B. (2004). Dying with advanced dementia in the nursing home. *Archives of Internal Medicine*, 164(3), 321-326.
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L., & Hamel, M. B. (2009). The Clinical Course of Advanced Dementia. *The New England Journal of Medicine*, 361, 1529-1538.

- Nazarko, L. (2009). A time to live and a time to die: Palliative care in dementia. *Nursing & Residential Care, 11*(8), 399-402.
- Reamer, F. G. (1995). Malpractice claims against social workers: First facts. *Social Work, 40*(5), 595-601.
- Van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. M. P. M., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., & Volicer, L. (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine, 28*(3), 197-209.