



壹、前言

截至 101 年 9 月底，臺灣 65 歲以上老人人口達 2,572,634 人，占總人口數 11.04%。由於人口老化，失智症人口亦逐年增加，至今約有 18 萬人，留在社區中照顧約為 12 萬人左右（內政部，2012）。失智症病程有一定的發展，發病後餘年約有七到八年，有些甚至可以延長到十五年左右（Barclay, 1985），失智症者隨著病程發展，產生不同的身體、心靈及社會的變化。根據徐亞瑛等（1992）研究發現 55%個案具有問題行為，其中包括躁動（42%）、言語攻擊（41%）、不理人（39%）。國外的研究亦發現 93%的個案有躁動行為（Cohen - Mansfield et al., 1989），失智症者在輕度病程之際，尚擁有自我照顧能力，仍可以留在社區及家庭照顧，但進入中重度之後，無論上身體的退化及行為上都產生的極大的轉變，常帶給照顧者嚴重的困擾及負擔，有些照顧者會選擇結束雙方的生命，令人不勝唏噓，因此失智症者在產生精神問題行為及安全顧慮之際，機構式服務應

是一個提供妥善照顧與紓解家屬壓力的選擇。但居家照顧何時介入、如何介入，又何時該到機構接受照顧、機構如何保證服務品質等等，在國內尚未有明確規範與指引。

貳、失智症照顧服務

綜觀國內外的文獻，失智症照顧是整合性的工作，因為病程發展，必須提供各種不同服務模式，才能滿足個案需要，根據 Moise, Schwarzingler, & Um. (2004) 提出了對於失智症者的照顧連續體的過程，如圖 1。其階段分為診斷、早期、中期、後期、生命結束期，照顧上也分為健康照顧到社會照顧，其橢圓形代表著主要提供的服務，另外，在照顧的安置上，逐漸的從家中（at home）到機構（in institution），在照顧的連續體中，各階段所提供的服務有重疊的部分，是無法清楚區分的。因此，在失智症的照顧服務模式，應考量失智個案與家庭照顧者的需求與資源，來介入不同的照顧服務模式。

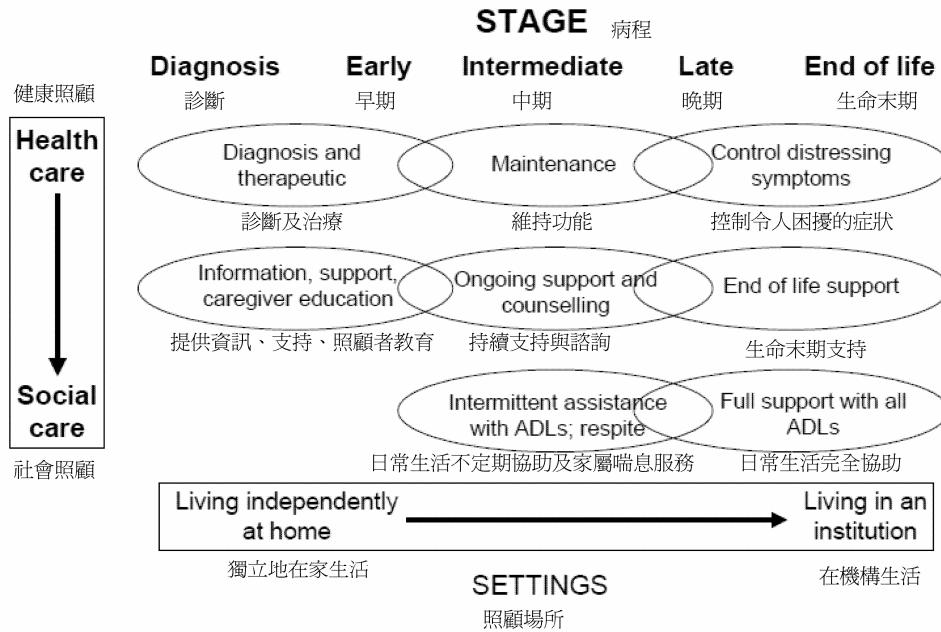


圖 1 失智病患的照顧連續體的過程

(引自 Moïse, P., Schwarzing, M., & Um, M., 2004, p.10)

各國的失智症服務模式重點包括重視社區及居家服務的提供，考量個案及其家屬在尋求及接受服務上之地點及時間便利性，設立單一服務窗口（英國、澳洲）或個案/照顧管理（日本、美國）等（見表 1）。當中日本自 1994 年推行新黃金計畫，訂定由照顧管理負責擬定照顧計畫，協調個案及專業之間的溝通，並推動社區式照顧及照顧服務據點的設立。韓國則於 2008 年初開始推動失智症服務的提供，以社區服務為主軸，並結合新科技如視訊系統操作等服務。澳洲、英國及美國之服務都重視居家及社會支持的提供，以協助失智症個案繼續居住於家中，而愛爾蘭及蘇格蘭亦提供居家輔具及設施的補助、居家生活照顧等服務，以增加失智症個案在家中的功能及減輕照顧者之照顧負擔。

表 1 各國失智症照顧服務

國家 (模式開辦年份)	照顧服務
日本 (1994 新黃金計畫)	<ul style="list-style-type: none"> • 照顧管理 • 社區式 (居家、日間、短期機構、團體家屋、補助住宅設施及修繕) • 照護服務據點 (日間照護、緊急托顧、短期托顧、長期居住)
韓國 (2008 年初)	<ul style="list-style-type: none"> • 居家服務、電話諮詢、養護中心 • 視訊系統 (教育、諮商)
澳洲 (1990s)	<ul style="list-style-type: none"> • 居家及社區支持服務 • 失智旅館 (輕至中度依賴：個人照護與社會支持)

國家 (模式開辦 年份)	照顧服務
美國 (1990s)	<ul style="list-style-type: none"> 以家庭及社區為基礎 居家環境介入 (Home environment skill-building program) 個案管理
英國 (1990s)	<ul style="list-style-type: none"> 目標：繼續居住在家中 單一窗口服務
愛爾蘭 (1999s) 蘇格蘭 (1990s)	<ul style="list-style-type: none"> 居家輔具及設施 送餐、交通接送、通訊 社會機構 (e.g.日間)

(資料來源：黃惠玲、徐亞瑛、黃秀梨、陳獻宗，2008)

我國近年針對失智症之服務提供內涵及成效的研究中，從家屬及照顧者介入之重點及成效探討中確立了提供家屬照顧訓練及支持之重要性；亦以探索性的研究方式建構失智症照顧機構之品質指標，而對於社區失智症服務模式之發展，提供的服務內涵以個管師之評估轉介及資料介紹為主，除了以分組實驗的方式試驗成效外，也就研究過程及經驗製作成衛教單張手冊以及建立健檢、資源申請等流程，可作為接續相關研究之參考(見表2)。

表 2 近五年臺灣失智症服務研究

計畫目的	方法	結果	建議
瞭解照顧者負荷與需求 (94年度) 執行：臺中榮總-鄭秀容	量表(基本資料/負荷/照顧需求) 回歸分析	[負荷重要因子]重度失智/ 照顧時數/家屬教育； [需求]喘息/照顧技巧	加強照顧者需求評估及 教育(包括外勞)
家屬支持介入模式實驗 (94年度) 執行：康泰醫療教育基金會-葉炳強等	兩組單盲 (實驗組：照顧 訓練及支持團體 /控制組：一般門 診)	[改善]負荷、疾病認識、 問題行為耐受度/記憶、認 知； [不顯著]心理壓力、生活 品質/日常生活功能	於醫院門診進行家屬招 募及衛教
失智症機構品質指標研究 (94年度) 執行：臺灣失智症協會-陳 榮基等	焦點團體/訪談/ 問卷	[指標項目範疇]照護成果/ 環境/安全/隱私/生活安排/ 自主性感官理解/整體照 顧及轉介	規劃失智症專區評鑑指 標/工作人員在職訓練
社區失智症照護模式(95 年) 執行：張媚	兩組(實驗組： 個案管理/照顧 指導/居家訪視/ 社區資源轉介)	[改善]負荷、社區資源資 訊；[不顯著]生活品質/ 問題行為、生活品質	跨專業團隊合作/加強 衛教單張及手冊之宣導 功能/篩檢結合健檢/簡 化資源申請流程

參、整合照顧模式

國內失智症照顧資源雖有多元服務型態，如機構式的專責或專區照顧，社區式的日間照顧、團體家屋、輕度失智輔療活動，居家式的居家服務等，但缺乏依據失智症病程的整體規劃服務模式。英國衛生部設計的服務模式其面向包括引導的原則、疾病本身、罹患疾病的人及其照顧者與家屬、照顧服務的目標及結構、照顧服務的效益〈Department of Health, 2009〉，依此面向，失智症照顧服務模式的元素應為：

- 一、引導原則：以個案為中心，尊重失智症者為一獨立的個體，傾聽及了解個案本身及其照顧者與家屬的觀點。
- 二、失智症：為影響記憶、認知、健康及行為的長期狀況，是由個案及其家屬所經驗的。
- 三、失智症個案：伴隨生命故事、家屬、社區及社會網絡的個案，當疾病進展過程，個案需要協助與支持。
- 四、照顧服務：提供主動的社區與基本照顧服務，參與及回應個案的失智症歷程，且這些服務是相互協調、合作的。
- 五、效益：個案與失智症共存的很好、預防潛在的危機及獲得善終的照顧。

而以失智症個案為中心的照顧理念，下述六個面向是重要的，分別是（1）尊重人的價值；（2）以人為中心的服務；（3）致力增進個案的自主、獨立及參與；（4）全人的服務；（5）提供促進功能及有意義之環境；

（6）重視與家屬的合作（Alzheimer's Australia, 2003）。且相關研究顯示，應用系統性的接觸服務模式及輸送，才能得到比較好的照顧成效〈Vickrey, B. G. et al, 2006〉。

天主教失智老人基金會在「失智症患者與其家屬之整合型長期照顧服務模式研究」中提出失智症照顧模式，如圖 2〈鄧世雄，2011〉。研究發現模式介入能有效維持社區個案之認知與日常生活功能及提升生活品質，並能顯著增加家屬的照顧技巧及社區資源的獲得；此外，機構個案在模式介入後日常生活功能得以改善，並有機會提升生活品質，而模式亦能作為機構加強團隊溝通，落實個別化照護的指引。研究過程中亦體現對失智症個案及照顧者之服務，需從社區篩檢開始規劃，增加民眾及醫護人員對失智症症狀、治療、照護資源等之認識，且於後續之診斷評估、服務提供等階段中落實每個環節間之連接轉介。

此服務模式建議分級照顧，失智症輕中度階段直接受居家與社區照顧，中重度階段宜採機構照顧。居家與社區照顧包括主要服務—醫療門診、日常生活照顧、問題行為處理指導、職能綜合訓練〈生活功能、認知記憶、感官治療等〉、居家環境安排或改造建議、照顧者訓練與支持活動，及選擇性服務—日間照顧、喘息服務、輔具…等。機構服務則主張個別化的 24 小時照顧計畫，包括會診、問題行為處理、跨專業會議、團體活動及個別活動與生活安排。

財團法人天主教失智老人社會福利基金會 失智症患者與其家屬之整合型長期照顧服務模式研究

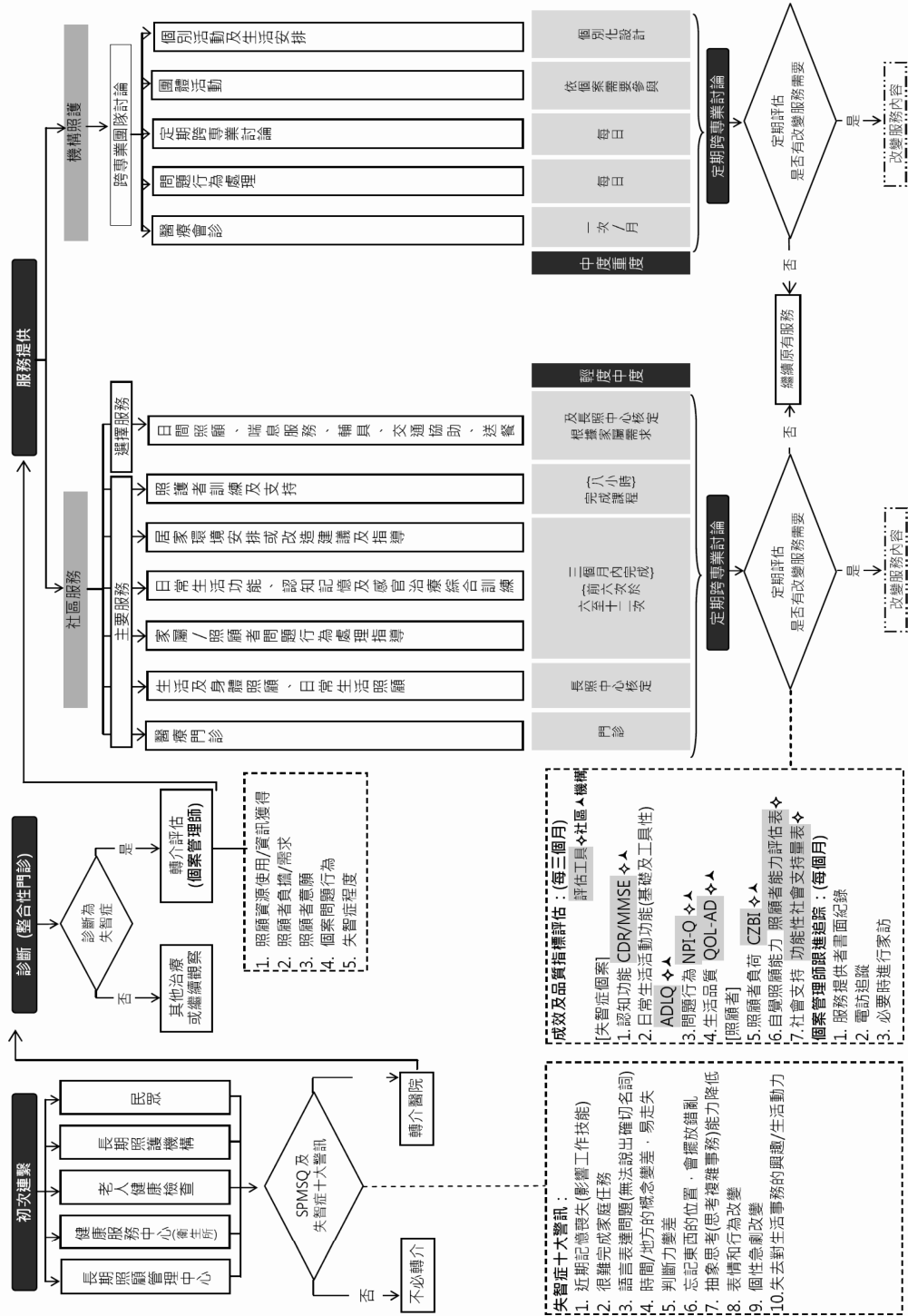


圖 2 失智症照顧模式 (鄧世雄, 2011)

其核心之服務團隊及個案管理機制分述如下：

一、團隊成員角色

(一) 醫療護理

社區失智症個案及其家屬主要從門診診斷及後續的定期到醫院回診獲得所需的醫療服務，醫師及護理人員在門診中提供予個案及家屬最近之治療資料，並進行藥物及生理心理狀況的衛教。此外，個案及家屬在確診為失智症後，對社區資源即有需求，故在醫院端需建立急性醫療與長期照顧服務的連接窗口如個案管理師，能與前線醫療人員緊密配合，以提供轉介及照顧規劃服務。

於機構中的醫療服務主要是由精神科及神經內科醫師針對住民的失智病症、用藥作整體的檢視，以提供住民適切的治療及醫療相關衛教。而護理服務則須正確掌握住民的疾病史、生活史及日常生活作息等情報，並將之運用在擬定個別照顧計畫，以協助滿足住民之日常生活需求、處理住民之精神問題行為、確保住民日常生活安全、營造安心且溫馨的居住環境氛圍及建立住民間和諧關係等。

(二) 照顧服務

在社區中之照顧服務主要由居家服務員提供，其服務內容包括日常生活照顧及身體照顧。而接受適當訓練對失智症有正確認識之居家服務員也能協助家屬進行活動安排，並提供個案社交互動的刺激。

機構之照顧服務員協助維護、執行住民

個人衛生及儀容之整理、執行護理人員擬定之照顧計畫、及執行活動治療的運作，而在執行個別化生活及活動安排中，機構照顧人員與職能治療師及物理師治療之緊密配合為關鍵之一，故對照顧服務員充份的培訓及充能（empowerment），使其能完整執行、記錄及反映執行所排定的復健業務之狀況及意見。

(三) 社會工作服務

為落實共同照護（Share Care）及在地老化（Aging in place）的長期照護政策與理念，並提供全人照顧，全家照顧的服務模式，社工人員的參與甚為重要。社區中的失智家庭經常是孤立無援的，社工人員便可藉由個案管理技術，協助連結各專業資源進入支援家庭；並且幫助失智家庭進入社會網絡，社工人員以支持及教育的技術，運作以社區及社會支持網絡為主之病友團體、家屬團體，及志工團體，除了讓失智家庭走出來之外，同時具有教育社會大眾了解失智症之功能，許多失智家庭因為接觸相關團體之後，更能投入失智照顧工作，降低心理負擔，願意做嘗試與改變，尋獲更多適合的照顧資源。

機構中的社工人員對於失智症的照顧可以藉由多專業團隊的整合，提供個案及家屬一個更廣泛的照顧策略，以提升個案及家屬的照顧品質，並使多專業間的照顧更為一致。

(四) 職能治療服務

職能治療以促進個案生活健康與安適為目的，針對失智症個案與家屬，職能治療運用居家環境營造技巧，用改變活動進行方

式、提升環境的支持，協助個案發揮功能，促進生活參與（Gitlin & Corcoran, 2005；毛慧芬，2011）。

社區職能治療主要服務容包含以下四點：

1. 建立同理心的照顧概念。由於個案因認知能力退化而生活造成影響，家屬容易誤解個案的表現，而家屬是環境中最重要的社會因子，幫助家屬同理個案並重新看待其表現，有效提升社會環境的支持性。
2. 協助個案參與提供正向經驗的活動，以及重建生活規律。個案的生活規律和參與度也會因為疾病的關係而崩解退化，因此治療師藉由評估個案的能力，列出適當的活動清單以及規律，讓個案得以積極參與生活。
3. 提升環境對個案的支持性。加強環境物理因子的顯著性以及穩定性，提供可預測性避免模稜兩可，降低個案錯誤判斷的情形。
4. 幫助案家尋求與運用資源。家屬照顧個案的負荷量高，連結相關資源使案家得以運用，家屬可以放鬆。

機構職能治療主要服務內容如下四點：

1. 釐清影響個案表現的原因。機構對個案來說不是以往熟悉的生活環境，加上個人好惡、家屬之間的相處、疾病病程的影響等因素，都可能影響個案參與表現，治療師得釐清個案的狀況，以提供給機構人員適當的照顧指引。
2. 建立一致的溝通與照顧方式。由於個

案認知功能退化，若機構人員處理不一致容易造成個案混亂，因此治療師和機構人員共同協助找出適合個案的溝通及照顧方式。

3. 提供合適的個別及團體活動清單。經由治療師評估個案，提供適合的活動以及從事方式，使個案維持功能並充分參與在機構的生活。
4. 建議個別化輔具以及環境改造。雖然機構是所有個案共同生活的環境，但個案的個別需求仍有所差異，因此治療師能建議個別化的輔具及環境改造，使個案在機構仍可從事想做的活動。

(五) 物理治療服務

物理治療是以基於科學原理，利用各種物理方法來評估及治療。個案可能長期有步態問題或是移動困難，或因長期臥床或合併其他疾病而造成的功能障礙，都需要物理治療的協助。

物理治療主要服務內容，如下：

1. 各項物理治療評估操作，如：關節活動度測量、肌力評估。
2. 各項物理治療技術執行，如：正確擺位、正常步態表現等。
3. 依據個案之個別狀況，設計合適的物理治療治療計畫。

(六) 其他專業人員服務

1. 藥師、營養師、心理諮詢師：失智個案的身心狀況，由於老化的影響，可能也合併不同的疾病，導致出現重複

用藥、營養缺失、焦慮或憂鬱的狀況，需要用藥、營養、心理三方面諮詢的協助，因此轉介此三類專業資源也是必須的。

2. 牧靈關懷員：宗教人員能藉由到個案家中，或是定期、常駐在機構中，提供失智個案與家庭信仰的寄託，滿足靈性需求。
3. 外籍勞工在社區家庭或一般老人照顧機構是不可或缺之重要人力，他們與臺灣文化不盡相同，在照顧失智個案上也會容易出現誤會與認知落差。現行外籍勞工對於失智症狀的認識並不深，照顧工作可能憑著自身經驗摸索，加上語言隔閡，較難消化各專業的建議並落實執行，因此建議外籍勞工協助的家庭與機構，仍需積極了解此部分實際執行的情況，而外籍勞工也需要提升其照顧失智個案的技巧，本身的心理負擔亦需要被同理、協助宣洩，連結外籍仲介的資源，定期宣導照顧概念、甚至鼓勵參與支持團體，才能確保較好品質的照顧。

二、跨專業團隊溝通模式：個案管理平臺的建立

在照顧失智個案最重要的在於統合各專業意見並傳遞給照顧人員，使個別化的照顧計畫能確實執行。建立個案管理平臺是跨專業團體溝通的基礎，專業團隊間擬定共同的目標與照顧計畫。此外由於失智個案的獨特性高，照顧者需要一個窗口，能夠對於個案的狀況有一定的認識與了解，能即時提供個

別化的建議協助照顧者處理照顧困難，或是提供相關諮詢，因此個案管理平臺不只是跨專業內部溝通的平臺，同時也是跨專業對外向失智家庭溝通的平臺（黃源協、陳伶珠、童伊迪，2004；胡月娟，2008）。此平臺由個案管理師負責，主要工作包括：

(一) 書面資料紀錄

以個案為焦點，收集個案簡史、興趣等基本資料，定期統合個案服務計畫內容，以及紀錄執行情形，藉此凸顯個案的獨特性與個別之處，並成為各專業討論的重要依據。

(二) 連結照顧者需求

個案管理師是案家與專業之間的溝通橋樑，個案管理師須主動跟案家聯繫，強化關懷和溝通的管道，反應個案需求與家屬照顧情形給各專業，以便立即連結資源給案家。而也因個案管理師是最了解個案接受服務的狀況，同時將此回報給各專業，使得各專業能判斷並協調彼此意見，來隨時調整照顧計畫。

(三) 定期舉辦個案討論會

個案管理師必須在滿足個案的照顧需求之前提下，整合各專業人員之評估意見，協調後訂定個案照顧計畫，再將之具體落實，以提升個案的照顧品質。定期的個案討論會最能創造一個全面性、完整的團隊溝通機會，透過面對面的方式來統一照顧目標與策略，並藉由各專業相互合作來發現彼此的特色，以多樣性的觀點來處理個案的需求，提供綜合性、持續性的服務。

(四) 彈性整合各專業建議

除了定期個案討論會之外，爲了增加照顧計畫的彈性，隨時整合各專業的建議也是因應個案需求的方式之一。故除了定期的個案討論會議，個案管理師與各專業也需要隨時溝通，能把握個案需求及服務調整的時效性。

在機構方面，也需仰賴團隊間的溝通以提升服務的成效，定期的個案討論會以達成團隊之溝通是必須的，此外亦可藉由書面紀錄（如：照會單、交班單、個別活動及生活安排溝通板等）的設置及確切填寫，並把握每天交班及特別聚集時間作即時的溝通，有助於統合各專業之照顧計畫，具體列成實務上可運用的照顧方式，使照顧服務員得以實行，並同時提供途徑讓照顧計畫執行人員能回饋反映實務上的困難，據之討論調整。如此可增加團隊合作的彈性，以符合住民之個別化及病情轉變之需求。

肆、檢討與建議

目前失智症照顧資源分屬於社會福利及衛生醫療兩大體系，衛生醫療體系主要爲疾病診斷、護理之家設置失智照護專區，而社會福利體系資源相對豐富，社區服務有「家庭照顧者支持中心諮詢專線」、「失智症社會支持中心」、「失蹤老人協尋中心」、146個單位提供居家服務〈約服務 3500 人〉、11個縣市 16 個失智症日間照顧中心〈約服務 795 人〉、4 個團體家屋〈約服務 50 人〉、15 縣市提供輕度失智症輔療活動，共設置 33 所；機構服務有 6 縣市 8 家老人福利機構專責或

失智專區〈內政部，2012〉。不過整體而言，相較於失智人口，國內失智照顧資源仍然明顯不足。各縣市長期照顧管理中心是個案評估、計畫擬定及服務轉介的唯一窗口，照管專員扮演個案管理師的角色，但是現在各縣市照管專員的服務個案量及對失智症的認識而言，恐怕無法隨著個案的病程變化提供適切的評估與服務資源，而各綜合醫院雖然可以診斷失智症，卻不一定設置個案管理人員，對案家的協助非常有限。

因此，失智老人基金會從「認識他、找到他、關懷他、照顧他」，建議：

- 一、應用適當的認知初篩工具並訓練篩檢工作人員，於老人服務中心、社區關懷據點、基層診所等地點，或於老人健康檢查業務，以加強發現疑似或尚在早期失智階段的個案；鼓勵並補助各綜合醫院成立失智症中心，加強失智症診斷的能力，設置個案管理師，直接與長期照顧管理中心連接，以確保前端服務之銜接。
- 二、照顧資源明顯不足，造成部分個案及照顧者需求無法滿足，雖然內政部近期已修訂失智症機構的設置標準，仍需放寬獎助對象及補助項目或額度，鼓勵民間團體積極參與，發展各類資源，如可提升社區關懷據點功能，補助辦理活動輔療，供輕度認知功能缺損或失智症者使用；參考國外照顧住宅及老人住宅之整合模式，將老人住宅延伸爲照顧住宅，提供輕度認知功能缺損或失智症或失能者照顧服務；委託有經驗的照顧單位設置「照顧諮詢專線」，提供困擾的家庭照顧者及時的照顧指導；增加機構與居

家服務員失智症照顧實習時數與日常生活活動安排技巧，提升其照顧的能力等。

三、各縣市長期照顧管理中心為個案及家屬需求評估和資源核定的窗口，故宜加強照顧管理專員對失智症病程之認識，提升個案與家庭之評估能力，以提供最合適的照顧服務計畫，如調整居家職能服務的次數與頻率。

四、不論社區照顧服務或機構照顧服務，均可建立失智症個案管理的照顧團隊工作模式，整合各專業人力的工作方式，強化服務輸送團隊實務工作的相關紀錄，定期召開會議，深化跨專業互動、連結、與分享，以落實失智症照顧的全程化概念。

五、研擬失智症照顧服務的相關專業人員訓練的標準化課程，以提升服務的專業性，也可確保失智症照顧服務的品質。標準化之培訓課程可委託有經驗的民間團體辦理，兼顧相關訓練的一致性和普及性。

六、全國可分為數個失智症照顧網絡，每個網絡可涵括若干縣市，委託網絡中有經驗的失智照顧單位負責整合篩檢、診斷、照顧、諮商、教育訓練及資源開發等工作。

（本文作者為天主教失智老人基金會副執行長）

關鍵詞：失智症、整合照顧、服務模式

📖 參考文獻

內政部，2012年11月8日「研商建構失智症照顧服務體系會議」資料。

毛慧芬〈2011〉。失智症的非藥物治療。於鄧世雄、陳麗華總策劃，失智症整合照護。臺北：華騰。

胡月娟〈2008〉。長期照顧的專業團隊。於胡月娟總校閱，長期照顧。臺北：新文京。

徐亞瑛（1992）。癡呆症病人問題行為種類、盛行率及發生可能原因。健康世界，197，頁17-22。

黃惠玲、徐亞瑛、黃秀梨、陳獻宗（2008）。失智症照顧服務之可行模式。研考雙月刊，32（6），22-33。

黃源協、陳伶珠、童伊迪〈2004〉。個案管理與照顧管理。臺北：雙葉。

陳榮基、林麗輝、邱銘章、湯麗玉（2005）。發展失智症照護機構品質評估指標。行政院衛生署委託研究。

葉炳強、劉珣瑛、邱銘章、陳達夫〈2005〉。失智症居家照顧病人家屬支持的介入模式研究。行政院國家科學委員會委託研究。

張媚。（2006）。建構以社區為基礎的失智症照護模式。行政院衛生署委託研究。

鄧世雄〈2011〉。失智症患者與其家屬之整合型長期照顧服務模式研究。行政院衛生署委託研究。

鄭秀容〈2005〉。居家失智老人家屬照顧者之照顧負荷與照顧需求之探討。行政院國軍退除役官兵輔導委員會委託研究。

Alzheimer's Australia (2003). Quality Dementia Care. Position Paper No. 2, 1-6.

Barclay, L. L., Zemcov, A., Blass, J. P., & Sansone, J. Chaudhary (1985). Survival in Alzheimer's disease and vascular dementias. *Neurology*, 35, 834-840.

Cohen - Mansfield, J.(1989). Agitation in the elderly . In N. Billing , & P. Rabins (Eds.), *Advances in psychosomatic medicine : Geriatric psychiatry* (pp.101-113). Switzerland: S. Karger.

Department of Health.(2009). *Transforming Models of Care for People Living with Dementia*. 2012年12月5日

取自 <http://www.dementiapartnerships.org.uk/commissioning/models-of-care/>

Gitlin, L.N. & Corcoran, M. A. (2005). *Occupational Therapy and Dementia Care*. MD: The American Occupational Association.

Moïse, P., Schwarzingler, M., & Um, M. (2004). *Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis*, OECD Health Working Papers, 13.

Vickrey, B. G. et al. (2006). The Effect of A Disease Management Intervention on Quality and Outcomes in Dementia Care: A Randomised Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*. 145, 713-726.