

主題論文

台灣失智照護模式的演進

郭卜瑄¹、黃儀婷¹、簡鈺珊¹

一、前言

台灣老年人口日益增加，據內政部統計，2009 年二月底，65 歲以上老年人口有 10.47%（內政部社會司，2009）。隨著人口的老化以及高齡化，失智症病人也隨之增加，研究顯示，台灣失智症的盛行率，佔 65 歲老年人口約 2-4%，發生率為 65 歲以上老年人口每年每千人約有 13 人（劉、戴、林、賴，2000），2009 年失智人口約 48251-96501 人。失智症類型以阿茲海默氏病在社區佔最多，約達半數，其次為血管型失智症（20-25%）與混合型失智症（5-10%），症狀主要是以認知功能障礙為主，其特徵是失去短期記憶力、認知能力和日常功能，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀（劉等，2000；巫、湯、陳、邱，2007），失智症合併精神行為症狀約佔 12-70%，因此多被視為精神疾病，是家屬照護病患的負荷來源（黃，2006）。

失智症的盛行率逐年升高，不僅增加老人的死亡率及家屬的負荷，更付出了大量的社會成本。由於整個疾病歷程不同的病程變化，出現不同的症狀及行為問題，包括躁動、幻覺、遊走、日夜顛倒、行為退化、判斷能力及記憶力退化等，因此，失智症跟一般慢性疾病的照護不同（陳，2002），常使照顧者雖在照顧工作上疲於奔命卻仍然備受挫折，也因此影響家屬照顧者的身心健康，甚而罹患憂鬱症（黃、徐、黃、陳，2008）。目前台灣失智症的照護，尚未建立可依循之照護模式，家屬在照顧過程中往往須經歷錯誤嘗試及摸索的階段（黃等，2008），為了分擔照顧者的壓力及提供失智症患者適切的照護，陸續出現不同的照護模式。

二、失智照護的歷史沿革

1. 台灣的失智老人照護沿革

清朝時，台灣完全沒有精神醫療的記載，只有類似養濟院的私立機構，專門收容無家可歸的病患，並無給予治療（鄭，1982）。日治時期，1917 年台灣醫學教育推手堀內次雄聘請

¹ 國立成功大學老年學研究所碩士班學生。

日教授中村讓授課，從此開啟了台灣醫界對精神疾病的知識領域（鄭，1982；陳，1997）。1934年台灣成立官方精神病院－養神院（光復後改為省立錫口療養院，現為省立桃園療養院），從事收容與治療工作。同時，台大醫院也成立了神經精神科（陳，1997）。台灣光復初期，因屆第二次世界大戰結束，台灣精神醫學的發展處於停滯狀態，一般民眾及醫院工作人員對於精神疾病患者仍存著根深蒂固的偏見，醫院內的患者處境苦不堪言。然而在此時期（1947年），台灣精神醫療之父林宗義博士由日本歸國，致力於臨床治療與教學工作，引進世界精神醫學的新潮流，包括動力精神醫學、心理治療。

直到此時期失智症照護仍未從精神醫療中獨立出來，亦未受到重視（鄭，1982）。1970到1980年，許多無家可歸者、智障者、失智老人及疑似精神異常遊民一併被收容至遊民收容所治療養護，然而在1980年前，精神疾患的收容仍被歸類於社會救助的一部分；1980年開始由衛生署主導，將精神疾病的預防列為國家醫療政策的重點（陳，1997）。1991年開始，失智照護主要為混合型照護，將失智與失能病人安置於同一機構中，給予相同的照護方式（蔡，2009）。但混合式照護因下列缺點而予人負面印象：(1) 不是以個人而是以團體為對象；(2) 個人空間狹小，像醫院而不像生活場所；(3) 一房多床，沒有個人隱私及個人生活行動表；(4) 照護方式及服務內容大都配合工作人員的勤務作息時間，或因夜間人手不足及追求高效率的管理，經常訂定統一的作息時間，造成老人的個人需求經常受到壓抑（失智症老人照顧專區試辦計畫，2007）。且失智長者的問題行為如遊走或攻擊行為，可能會對處在同一生活空間的失能長者造成困擾，需要將失智由失能的族群中獨立出來（陳，2002）。

2000年，我國為因應人口老化，老年人口日益增加所衍生之長期照顧問題，內政部與衛生署於2000-2003年共同規劃辦理「建構長期照護體系先導計畫」，以在地老化的概念，發展社區化、在地化、多元化的社區照顧模式（吳等，2003）。此時，長照機構設置失智症照護專區，包含日間照護(day care)、日間托老(day service)、單元照護(unit care)，失智個案漸獲得適切照護（蔡，2009）。2001年時，「失智症日間照護中心」併入「建構長期照護體系先導計畫」新型服務模式之一，依承辦單位分為三種：(1)民間團體：分別於臺北縣三峽鎮和嘉義市各開辦一所，但開幕一年後，因面臨案源開發之困境而倒閉。探討其原因包括個案不符實驗社區收案標準、家屬不瞭解日間照護中心對個案的照顧與治療效果、家屬認為老人輕度失智症狀，不致於造成照顧上太大的負擔、家中有照顧人力以及居家服務及喘息服務減輕照顧者負荷之替代效應，而使得願意付費接受服務的比率偏低；(2)公益團體：天主教失智老人社會福利基金會首先於台北市設立日間照護中心，使用率達九成，成效良好；

(3)醫療院所附設日間照護中心：署立草屯療養院與高雄天主教聖功醫院先後於台中縣與高雄市成立失智症日間照護中心（鄧，2004）。失智症照護專區第二種模式為日間托老，其常被結合於日間照護，提供居家失智照護者喘息服務。失智症照護專區第三種模式則為單元照護，其為失智症專區轉變為團體家屋的過渡名稱，即為團體家屋的前身（靜枝老師說參考研討會）。

行政院自 2007 年 7 月 1 日至 2009 年 12 月 31 日，實施團體家屋試辦計畫，服務對象為經醫師診斷中度以上失智(CDR2 分以上)為原則，且具行動能力、須被照顧之失智老人；照顧人員配置需有管理人員 1 人、護理或社工人員 1 人，可兼任管理人員，照顧服務員不得為外籍看護工，一名照顧服務員可照顧 3 名老人，可特約其他專業人員；服務內容包含提供失智老人居住及餐飲服務，適當引導、輔助失智老人生活參與和管理；並因應緊急狀況，提供失智老人進食、沐浴及如廁等日常生活協助，制定個別照顧計畫、幫助失智老人安心地過正常生活（失智症老人團體家屋試辦計畫，2007）。

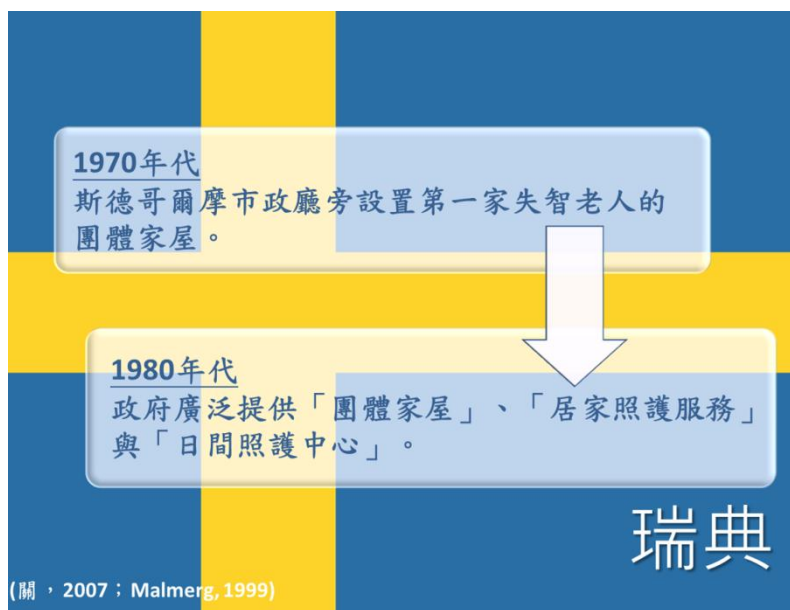
團體家屋是較新的照顧模式，此模式強調失智症患者的照護應符合照護與居住環境兩方面；基本理念是希望能盡量保留個案的基本生活能力及發揮個案剩餘能力。署立屏東醫院於 2005 年獲衛生署補助，引進「團體家屋(group home)對應型共同生活家庭模式」，提供輕、中度失智者使用（于、吳、楊，2003；黃等，2008）。在團體家屋裡，護理人員的角色為管理與監督者，且團體家屋可延緩失智症患者惡化的程度，因此護理人員有較充裕時間評估住民健康狀況，並進而將病人轉介至後續醫療照顧；護理人員也可藉由發現住民的行為線索，製造機會給予失智症患者發揮其所剩能力。

2. 團體家屋的起源－瑞典

1918 年，瑞典政府頒布新的貧窮法案，規定地方政府有義務設置「老人院 (old-age home)」，分成不同類的機構提供不同種類需求的國民。由於瑞典未受二戰波及，國家各方面皆穩定發展，因此於 1957 年廢除貧窮法，改立「社會福利法」。當時已出現有可供身心障礙之年輕人及老人獨立生活之住屋，至 1960 年代正式出現「服務住宅(service flats, service housing)」與「家務協助(home help)」，並蓬勃發展（引自關，2007）。

1970 年代，由於家務協助的需求量大減，且服務住宅也不足應付新的需求，如失智老人的照護（引自關，2007）。因此，瑞典的老人照護機構開始改變照護的型態，在斯德哥爾摩市政當局外出現第一家失智老人的團體家屋。其中心概念為落實社會化照護(social caring)，營造似家的懷舊環境，盡可能給予病人自主、自立的生活，減緩病程的進展，也讓老人尊嚴生活。此時的團體家屋照護對象為輕度與中度的失智老人，重度的失智老人由於需要醫療上的協助較多，因此仍傾向於居住在護理之家(Malmberg, 1999)。

1980 年代，瑞典政府為了貫徹「在地老化」的社區照護政策，以往為中央政府為主提供的「護理之家」轉由地方政府設立經營，同時「團體家屋」、「居家照護服務」與「日間照護中心」也被政府廣泛提供。1992 年瑞典中央政府的照護部門進行 ÄDEL 改革計畫，投入大量資金獎勵興築「特殊需求住宅」，包含護理之家、老人院、服務住宅及專為失智老人與精神病患設立的團體家屋，並將照顧國民的責任由中央政府移轉到地方政府，將病患由中央的醫院緊急照護中，移轉至地方政府的老年照護部門負責，並立法令地方政府有義務提供特殊需求住宅，致使機構在 1992 年後數量大幅增加。至 1996 年，獎勵補助金已建造 1.05 萬個老年失智患者的住宿單元（關，2007）。



3. 團體家屋的發揚—日本

日本針對失智老人的福利服務類型，主要是居家福利服務，包括日間托老照護、短期照護、夜間照護、居家照護；機構養護服務，包括老人醫院、老人保健機構、特別養護老人院；醫療型收容機構則有精神病醫院等，除此之外，社區生活型的團體家屋也正蓬勃發展（莊，2000）。

現今日本團體家屋的法定名稱為「癡呆對應型共同生活照護事業」，其法制化過程並非一蹴可幾，中間歷經多次的協商修訂。1973年後日本即已開始設置類似「團體家屋」的小規模共同住宅之照護機構（莊，2000）。在1980年代，日本社區出現「托老所」，意即將老人託付給我們，也就是「在地老化」。但於1990年引進「團體家屋」照護模式後，托老所以尊嚴為特徵改變照護模式，因此改名為「宅老所」，意即照護長者讓他感受如同在家生活，也就是「在宅老化」之意，在日本漢字中，「托」與「宅」同是「タク」音（翁、林，2004）。

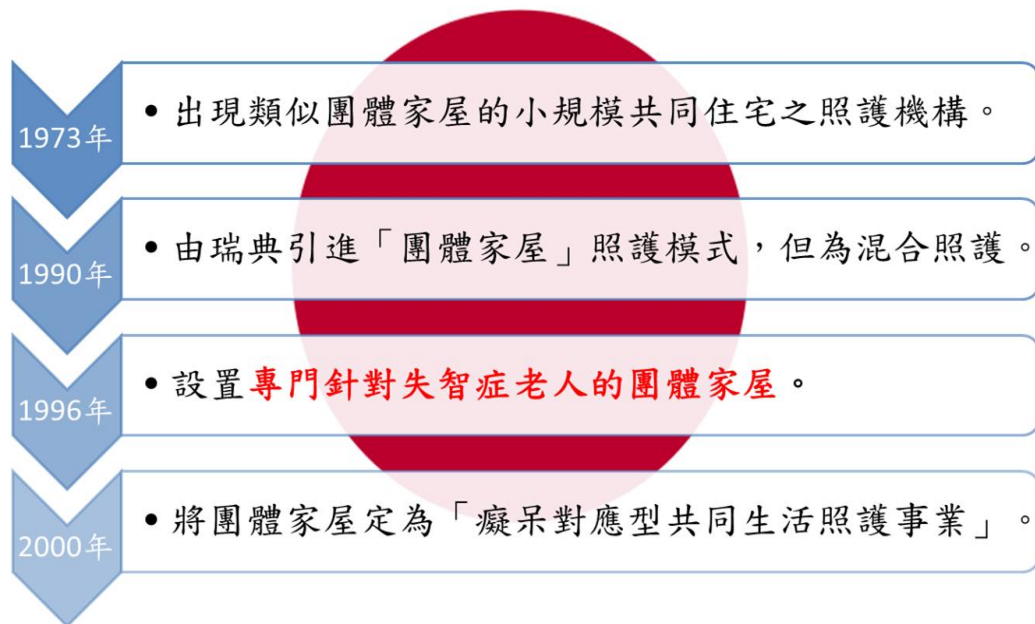
1989年，日本的老人福利服務政策實行「高齡者保健福利推動十年戰略（以下稱黃金計畫）」，此為一建構老人照護基礎系統的十年計畫，計劃至1999年止的十年之間，建構老人照護基礎系統。1992年於日間托老照護服務政策中增設「E型日間托老照護中心」，為針對失智症老人的日間照顧服務，當時設定利用人數為平均每天8人以上。1994年，日本重新檢討「黃金計畫」，並修訂提出「新黃金計畫」，新黃金計畫中整合性失智老人對策。主要有(1)失智知識之推廣與教育，設置失智症資訊及諮詢系統；(2)失智症之預防、早期發現及早期治療；(3)充實失智症老人之治療、照護；(4)鼓勵失智症相關治療法之研究；(5)推動失智症老人的全力維護（莊，2000；莊，2008）。

為充實以居家為主的照護服務，日本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，且在「高齡者關係三審議會合委員會」提出的「失智症老人對策相關檢討會報告書」中，團體家屋成為政策性議題（莊，2000）。隨後，「團體家屋（group home）」不但成為照顧失智症老人的主要照顧服務機構型態，也助長了針對一般失能老人的長期照顧的新模式—「單位照顧」（unit care）之誕生與發展（莊，2008）。1995年起，由團體家屋（Group Home）延伸而來的小單元照護（Unit Care）理念被引進「福祉施設」（同台灣之養護機構）中，使原本以團體生活做規劃的福祉施設轉變成小單元照護，提供失智老人適合自己生活模式的照護方式。在以「家」的感覺模式下所建造的環境，讓失智老人在熟悉的環境中，發揮日常生活的自主能力（黃、劉、許，2007；莊，2005）。

1996年日本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」，另外並設置針對失智症老人的團體家屋，並於12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）對失智老人生活正常化的必要性之訴求。1997年，通過「長期照護保險法」、「公共介護保險法」，依據長期照護保險法第七條第15項，失智症老人團體家屋成為居家照護的合法服務型態，為長期照護保險給付服務的項目之一（莊，2000）。

1999年11月，日本厚生省為了防止惡質業者偷工，確立團體家屋的設置條件、規模大小等規則。21世紀初，配合「介護保險制度」的實施，厚生勞動省將「單位型特別養護老人院」納入「介護保險制度」給付的範圍。首先，於2000年增加對單位照顧型的「特別養護老人院」之公費補助，推動大型機構內設置「單位照顧」專區（莊，2008）。一月決議對於民家改造之團體家屋，補助第一年的設備500萬日幣，主要在支援經營民家改造型的團體家屋之市民團體；4月，「公共介護保險制度」開始實施，訂定失智症老人團體家屋為「癡呆對應型共同生活照護事業」，為「公共介護保險法」指定的長期照護服務設施之一，也是日本社會福利法中規定的第二類社會福利機構（莊，2005）。其次，於2002年納入獨立新建的「單位型特別養護老人院」，成為法定「老人福利機構」，日本的照顧服務機構正式進入「生活模型」的時代（莊，2008）。

日本



(莊，2000；莊，2008；翁、林，2004)

四、失智老人團體家屋的 SWOT 分析

以下將以 SWOT 的方式分析團體家屋目前在台灣執行的現況(李，2007；黃等，2007；翁、林，2004)：

1. 優勢(Strength)

- (一) 以尊嚴為照護準則，顧及人性、人道精神。
- (二) 職員受過特別訓練，能夠重視每位老人的個別性與特異性，以達生活自由。
- (三) 職員與老人一同生活，如同家屬，營造家庭的溫馨，舒解壓力與症狀。
- (四) 增進老人主動參與人際互動，從而提升老人自我照顧、社會參與及自我實現的能力。
- (五) 適度降低護理照護工作人員的人力成本。

2. 劣勢(Weakness)

- (一) 規模小，基於成本利益考量，醫護人員或其他設備／設施無法齊全，難以提供多元服務。
- (二) 團體家屋品質較一般機構高，費用也相對增加(費用約三至四萬/月)，不易普及，難使

全國失智老人受惠。

(三) 台灣的照護保險尚在擬定相關措施，國家要籌措財源補助小單元、高品質照護，需完善的長期計畫。

3.機會(Opportunity)

(一) 符合國家去機構化及鼓勵民間參與公共事務等政策。

(二) 規模小，類似一個家庭，置於社區任何地方都不會妨礙居住環境，區位受限小，設立容易。

(三) 增進退休人士或二度就業婦女的就業機會。

(四) 可兼辦安養服務，以因應高社經地位退休老人之需求，彌補福利型態之不足。

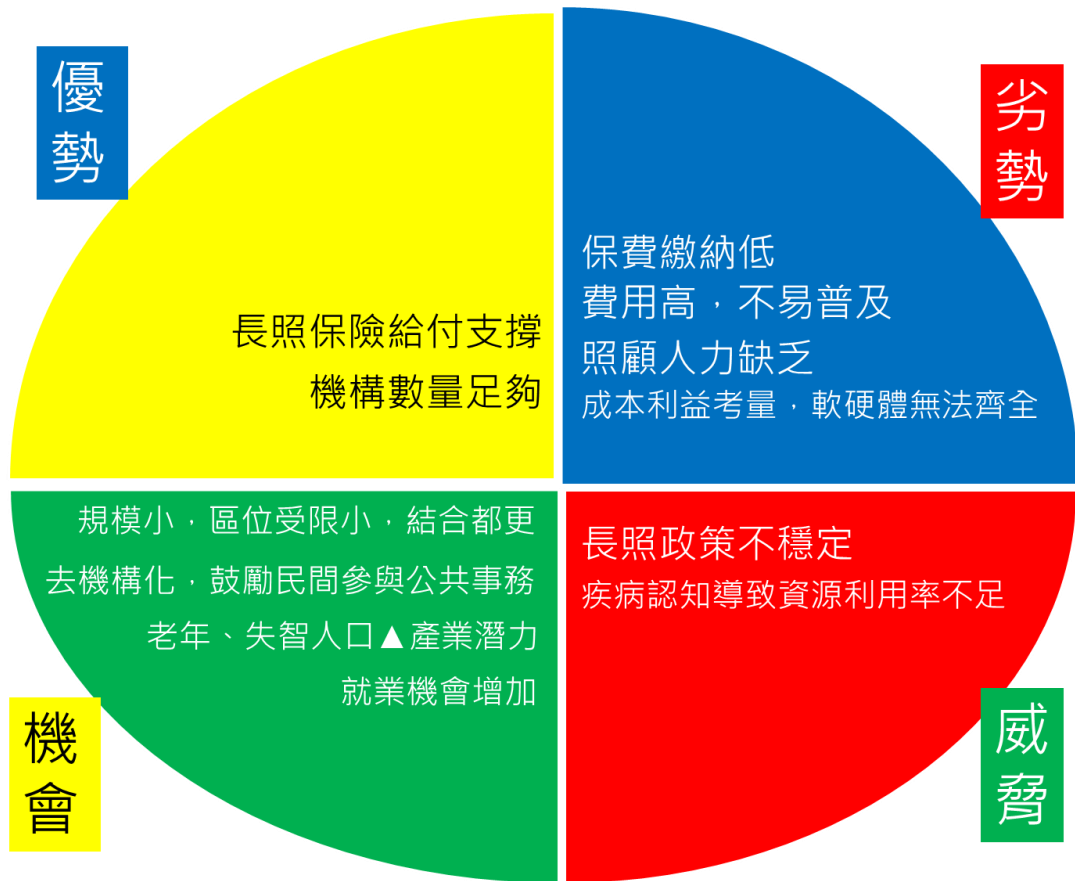
(五) 照護失智老人為政府施政一重大目標，經先進國家實施成功的模式，必然受到政府的重視。

4.威脅(Threat)

(一) 規模小容易設立固然是優勢，但日後若像日本一樣蓬勃發展，則競爭勢必難免，若釀成惡性循環，事業體不能生存，便可能會產生異類，是未來推行必須顧慮的隱憂。

(二) 台灣現況：在照顧服務有很多限制和問題，包括機構不被老人所接受、福利政策未被政府重視、稅收無法增加等。所以目前空屋率仍高，浪費社會資源。

五、台灣失智症照護模式 SWOT 分析



七、參考文獻

- 于漱、吳淑瓊、楊桂鳳(2003)·失智症患者的長期照護服務模式·*長期照護雜誌*, 7(3), 251-264。
- 自由時報電子新聞網(2004)·《雷根辭世》特別報導·2009年4月10日取自
<http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/jun/7/today-file8.htm>。
- 行政院(2007)·失智症老人團體家屋試辦計畫·台內社字第0960093068號。
- 行政院(2007)·老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫·台內社字第09607135691號。
- 李珊倪(2007)·探討失能高齡者對照顧住宅之需求·未發表的碩士論文,桃園縣:中原大學建築所。
- 陳永興(1997)·*台灣醫療發展史*·台北:月旦。
- 陳明珍(2002)·*養護機構老人之生活適應過程研究*·南投縣:國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所。
- 莊秀美(2000)·對應失智症老人之照護服務:以日本型團體家屋為例·*社區發展季刊*, 90, 292-302。
- 莊秀美(2008)·「單位照顧」(unit care)模式的環境建構與實踐理念之探討·*臺大社會工作學刊*, 16, 87-127。
- 莊秀美(2008)·*長期照顧機構服務變遷發展之研究:單位照顧、團體家屋的實踐理念及前瞻趨勢之分析*·台北:松慧。
- 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。
- 葉宏明、林秀碧、吳重慶、黃秀雲、顏裕庭(2000)·台灣居家照護的軌跡初探·*秀傳醫學雜誌*, 2(3), 111-115。
- 翁福居、林財源(2004)·失智概念認知調查與老人團體照顧模式之探討·*身心障礙研究*, 2(1), 56-67。
- 關華山(2007)·瑞典失智團體家屋的發展歷程與型態分析·*東海學報*, 47, 31-50。
- 劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮(2000)·台灣失智症的流行病學·*應用心理研究*, 7, 157-169。
- 鄧世雄(2004)·失智症社區照顧服務·*社區發展季刊*, 106, 237-242。
- Malmberg, Bo. (1999). Swedish group homes for people with dementia. *Generations*, 82-84.