

南華大學企業管理學系非營利事業管理碩士班碩士論文

A THESIS FOR THE DEGREE OF MASTER BUSINESS ADMINISTRATION

MASTER PROGRAM IN NONPROFIT ORGANIZATION MANAGEMENT

DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION

NANHUA UNIVERSITY

失智症專區單元照顧模式之研究

A STUDY OF UNIT CARE MODEL FOR ELDER PEOPLE WITH DEMENTIA

指導教授：涂瑞德博士

ADVISOR: RUEY-DER TWU Ph.D.

研究生：黃純好

GRADUATE STUDENT: CHUN-HAO HUANG

中 華 民 國 1 0 5 年 6 月

南 華 大 學

企業管理學系非營利事業管理碩士班

碩 士 學 位 論 文

失智症專區單元照顧模式之研究

研究生：黃純好

經考試合格特此證明

口試委員：鄭文輝
黃宗奇

涂瑞德

指導教授：涂瑞德

系主任：褚麗娟

口試日期：中華民國 105 年 06 月 23 日

準碩士推薦函

本校企業管理學系非營利事業管理碩士班研究生黃純好君在本系修業二年，已經完成本系碩士班規定之修業課程及論文研究之訓練。

1、在修業課程方面：黃純好君已修滿42學分，其中必修科目：

非營利事業管理專題、非營利組織文獻選讀、研究方法、_____

等科目，成績及格(請查閱碩士班歷年成績)。

2、在論文研究方面：黃純好君在學期間已完成下列論文：

(1)碩士論文：失智症專區單元照顧模式之研究

(2)學術期刊：

本人認為黃純好君已完成南華大學企業管理學系非營利事業管理碩士班之碩士養成教育，符合訓練水準，並具備本校碩士學位考試之申請資格，特向碩士資格審查小組推薦其初稿，名稱：失智症專區單元照顧模式之研究，以參加碩士論文口試。

指導教授：涂瑞德 簽章

中華民國105年 5 月19 日

謝 誌

完成這篇論文是我學習過程中相當寶貴的經驗，儘管論文寫作的過程充滿艱辛，尤其護理工作繁忙，有時思緒無法連續，然後一直寫一直改，無法跨進新段落，讓時間拖長，但仍秉持「努力堅持，就一定會有結果」。如今，在頭髮變得稀疏，在上帝信心加持下，終於完成這篇論文。本篇論文能完成，首先要感謝的是我的論文指導老師涂瑞德教授，老師的專長在管理卻涉獵廣泛，總能提供給我正確的建議及思考方向，教導態度積極認真，不但讓我在學識上獲得成長，面對人生及處事應有的觀念及態度，更是值得我學習的典範，老師，我記得要多讀書。

對於擔任口試評審委員的袁淑芳教授及鄭文輝教授，感謝您們對本研究提出的指教與意見，讓我有機會學習從不同之觀點，省思論文操作的各個面向，使此篇論文能更加完備。

提供研究調查的二家機構主管及工作人員，感謝您們於本研究過程中，所給予的支援與協助，感謝蔡芳文執行長及許淑美護理長，是您們讓此本論文能如此豐富。還有研究所的同窗好友們，詩貽、琇瑛、森鑫、美蓉等，謝謝有你們的支持。最後，感謝我生命中最重要的家人，尤其我先生對我百般體諒，在我不太會開車時，還專車接送，因為有您們的陪伴、支持與鼓勵，讓我終於完成學業，真的很謝謝你。

黃純好謹誌

南華大學企業管理學系非營利事業管理碩士班

中華民國 105 年 6 月

南華大學企業管理學系非營利事業管理碩士班
104 學年度第 2 學期碩士論文摘要

論文題目：失智症專區單元照顧模式之研究

研究生：黃純好

指導教授：涂瑞德 博士

論文摘要內容：

據內政部統計處顯示，至 2015 年 6 月底止，從我國歷年人口結構觀察，高齡者（65 歲以上）比率逐年上升，臺灣地區 65 歲以上老年人口為 286 萬 8,163 人占 12.22%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標。由於失智症老人存留遠期記憶，讓失智症老人在熟悉的生活空間最能支持其正常化生活，營造出類似家庭的環境成為照護失智老人的基本原則。失智症照護的發展已趨向於以個案為中心的生活單元概念，採取小規模像「家」氣氛的生活單元是理想的失智症照護特性，讓入住者可以享有家庭式和日常性的生活模式，因此服務提供已由團體為對象改變為以個人為對象。本研究目的在於（一）目前台灣失智症專區單元照顧模式環境與實施理念在台灣發展之近況。（二）探討由日本引進失智症照護專區單元照顧模式對失智症者造成之影響。研究成果：1.長照及養護中心設置失智症專區有其需求性。2.失智症專區之專業照護人力仍需持續的培養。3.失智症專區單元照顧有較多之財務支出。4.單元照模式最能支援失智症者其生活自立。5.失智症單元照顧模式應更朝向社區化、小型化。

關鍵詞：單元照顧、失智症老人、長期照護

Title of Thesis: A Study of Unit Care Model for Elder People with Dementia
Department: Master Program in Nonprofit Organization Management,
Department of Business Administration, Nanhua University

Graduate Date: June 2016

Degree Conferred: M.B.A.

Name of Student: Chun—Hao Huang

Advisor: Ruey—Der Twu Ph.D.

Abstract

According to the Interior Ministry and Statistics Department show that since 2015, only the end of June, from my observation over the years the population structure, the elderly (over 65 years) ratio increased year by year, Taiwan's population aged 65 and over accounted for 2.86 million 8,163 12.22%, reached aging society, the United Nations target set by the World Health organization. Because elderly dementia long—term memory retention, so familiar in the elderly with dementia living space can best support the normalization of their lives, to create a family—like environment as the basic principles of care for Alzheimer's sufferers. Development of dementia care units have tended to life the concept of the center in case of taking small scale like "home" atmosphere of life dementia care unit is the ideal features to stay can enjoy family life and routine mode, so the service provided by the group as an object is changed to an individual object. The present study aims to (1) the current status of the Taiwan Area dementia care unit mode environment and implementation of the concept of development in Taiwan. (2) To investigate the introduction by the Japanese prefecture of dementia care unit for dementia care patterns caused by the impact. Research results: 1. long—term care and dementia care centers set up its demand of the zone have. 2. Dementia care professional area of human culture still ongoing. 3. dementia

care units in the area who must have more manpower and facilities of the financial expenditure. 4. dementia elderly, according to unit model can support their independent life. 5. Taiwan's investment in long – term care unit dementia care model should be more strengthen the development community.

Keywords: Unit Care, Dementia and the Elderly, Long – term Care



目錄

中文摘要.....	i
英文摘要.....	ii
目錄.....	iv
表目錄.....	viii
圖目錄.....	ix
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機.....	5
1.3 研究目的與問題.....	8
1.4 研究流程.....	9
第二章 文獻探討.....	11
2.1 國外失智症專區單元照顧模式.....	11
2.1.1 歐洲失智症專區單元照顧模式起源與發展.....	11
2.1.2 歐洲失智症小規模家樣型（單元照顧）照護單位特性....	14
2.1.3 日本單元照顧模式起源與發展.....	16
2.1.4 小規模多功能社區照護據點（托老所）與逆向日間照護	25
2.1.5 單元照顧的推動現況分析—以日本為例.....	27
2.2 台灣失智症專區單元照顧模式發展.....	30
2.2.1 台灣長期照顧機構發展.....	30
2.2.2 老人福利法規及失智症機構設置要點.....	34
2.2.3 失智症專區單元照顧試辦計畫.....	37
2.2.4 推動長期照護保險開辦.....	42
2.3 單元照顧模式對失智症者的影響.....	47

2.3.1 失智症症狀.....	47
2.3.2 單元照顧環境對失智症者影響	49
第三章 研究方法	57
3.1 抽樣方法	57
3.2 訪談對象.....	58
3.3 資料蒐集與分析.....	59
3.3.1 文獻分析法.....	59
3.3.2 參與觀察法.....	60
3.3.3 深度訪談法.....	60
3.3.4 資料分析.....	61
3.4 信度與效度檢定.....	64
3.5 研究倫理.....	65
3.5.1 徵詢同意.....	65
3.5.2 保護隱私.....	65
第四章 研究資料分析	66
4.1 研究個案背景介紹	66
4.1.1 S 安養中心附設之失智症老人單元照顧專區	66
4.1.2 P 長照中心附設之失智症老人單元照顧專區	71
4.2 台灣失智症專區單元照顧模式發展.....	77
4.2.1 長期照顧機構成立失智專區管理面向	77
4.2.2 失智專區的人力招募與訓練	79
4.2.3 失智專區的資金運作.....	81
4.2.4 失智專區的高齡照護.....	82
4.3 失智症專區單元照顧模式未來挑戰.....	93

4.3.1	失智症專區單元照顧經營層面	93
4.3.2	失智症專區未來人力招募與訓練	97
4.3.3	單元照顧專區未來財務面的改革	101
4.3.4	失智專區高齡照護的精進.....	102
4.4	討論	106
4.4.1	單元照顧環境需求.....	107
4.4.2	人力召募課題.....	108
4.4.3	失智症照顧專區成立條件分析	112
4.4.4	失智症照護精進.....	115
第五章	結論與建議	118
5.1	研究結論	118
5.1.1	長照及養護中心設置失智症專區單元照顧有其需求性 ..	118
5.1.2	失智症專區單元照顧之專業照護人力仍需持續的培養 ..	118
5.1.3	失智症專區單元照顧有較多之財務支出	119
5.1.4	單元照顧模式最能支援失智症者其生活自立	120
5.1.5	失智症專區單元照顧模式應更朝向社區化、小型化	120
5.2	研究建議.....	121
5.2.1	對政府部門的建議.....	121
5.2.2	對機構的建議.....	123
5.3	研究限制	125
5.3.1	研究限制.....	126
5.3.2	後續研究建議.....	126
	參考文獻.....	128
一、	中文部分	128

二、英文部分	133
三、網路部分	136
附錄	138
附錄一 失智症專區物理環境及社會環境評估表	138
附錄二 訪談同意書	141
附錄三 訪談大綱（主任或院長）	142
附錄四 訪談大綱（護理長、社工師、護理師、照顧服務員）	143
附錄五 老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫	144

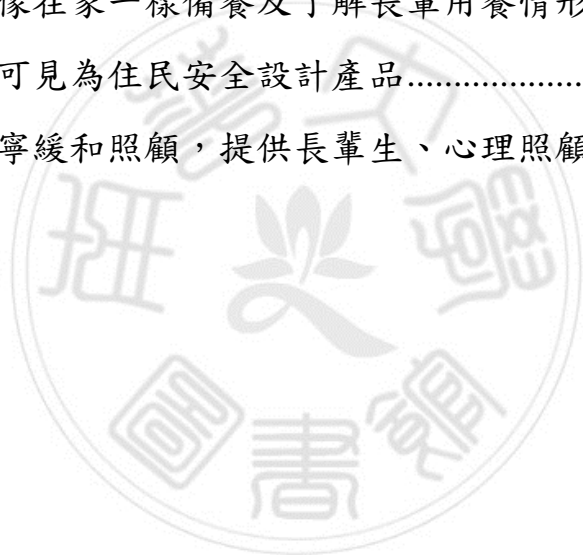


表目錄

表 1.1	2014 年全球失智症人口統計資料.....	2
表 1.2	機構式照護床位使用情形.....	6
表 2.1	歐洲福利國之小型家樣式失智症照護單位特色.....	12
表 2.1	歐洲福利國之小型家樣式失智症照護單位特色 (續)	13
表 2.2	長照服務法對機構之影響.....	43
表 2.3	各國長照保險服務對象.....	45
表 2.4	台灣長照保險納保對象.....	45
表 2.5	保險費用來源.....	46
表 3.1	研究個案之基本資料.....	58
表 3.2	訪談對象基本資料.....	58
表 3.2	訪談對象基本資料 (續)	59
表 3.3	訪談筆記.....	61
表 4.1	S 安養中心服務內容.....	69
表 4.2	S 安養中心入住收費標準.....	70
表 4.3	P 長照中心服務內容.....	74
表 4.4	P 長照中心入住對象收費標準	75
表 4.5	機構附設單元照顧資源統計.....	108
表 4.6	社區設置單元照顧資源統計.....	108
表 4.7	內政部補助款項及一個單元實際支出項目	114
表 4.8	各類型機構人力照護比.....	114

圖目錄

圖 1.1	65 歲以上人口占總人口比率.....	1
圖 1.2	65 歲以上每五年失智症盛行率.....	3
圖 1.3	研究流程圖.....	10
圖 4.1	似家的環境佈置.....	85
圖 4.2	貼心的設備，長輩累了就可休息.....	87
圖 4.3	療癒花園亦設計遊走迴路.....	88
圖 4.4	懷舊情境佈置.....	89
圖 4.5	讓長輩可像在家一樣備餐及了解長輩用餐情形.....	90
圖 4.6	機構處處可見為住民安全設計產品.....	95
圖 4.7	靈性及安寧緩和照顧，提供長輩生、心理照顧.....	105



第一章 緒論

本章共分為四節，第一節是研究背景；第二節是研究動機；第三節是研究目的與問題；第四節是研究流程。

1.1 研究背景

據內政部統計處顯示，自2015年12月底止，高齡者（65歲以上）比率逐年上升，臺灣地區65歲以上老年人口為二百九十三萬八千五百人，占總人口之12.51%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標。據估計，到2026年，老年人佔總人口比率將達20%（圖1.1），即每五位人口中，就有一位是六十五歲以上的老人，其中輕微認知障礙者（MCI）有約五十六萬人，佔18.58%；失智症者有二十三萬七千人，佔8.09%（其中包括極輕度失智症九萬六千人，佔3.27%，輕度以上失智症有十四萬人，佔4.82%）。隨著人口的老化以及高齡化，失智症老人比率將逐年增加。

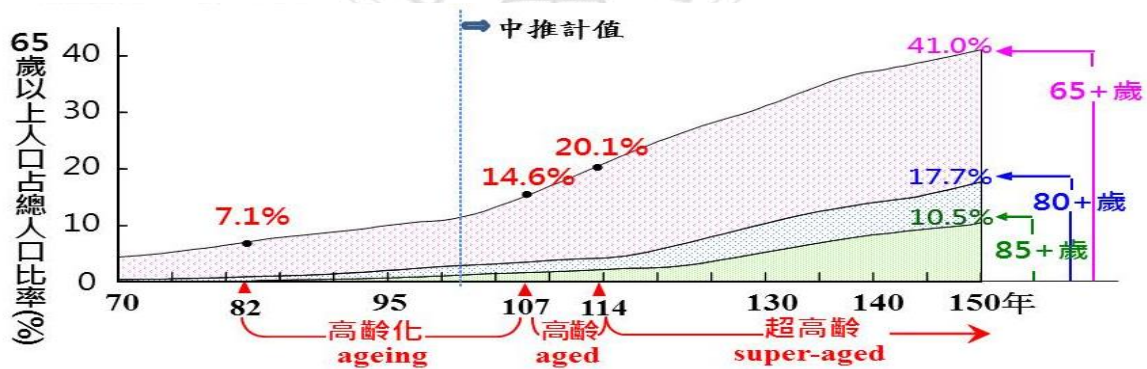


圖 1.1 65 歲以上人口占總人口比率 (%)

資料來源：人口與人力推估中華民國中推計報告 103-150 年（民 103），國發會。

臺灣失智症協會依據國家發展委員會於2014年8月公告之「中華民國人口推計（102年至149年）」之全國總人口成長低推計資料，再加上失智

症五年盛行率推估，民國120年失智人口逾四十七萬人，屆時每一百名台灣人有超過二名失智症者；民國130年失智人口逾六十八萬人，每一百名台灣人有超過三名失智症者；民國140年失智人口逾八十六萬人，每一百名台灣人有超過四名失智症者；民國149年失智人口逾九十萬人，每一百名台灣人有超過五名失智症者。在未來的46年中台灣失智人口數以平均每天增加四十人的速度在成長，因此，政府及民間都應該重視這樣的問題。

國際失智症協會2013年全球失智症報告資料顯示，2010年全球約一億一百萬人為無法生活自理的高齡者，2050年人數增加2.7倍達二億七千七百萬，其中半數是失智症者；且據世界衛生組織（WHO）統計，2012年全球失智症人口逾三千五百萬人，每年增加七百七十萬人，即每四秒增加一名失智症者（表1.1），且失智症人口將在2030年倍增。

表1.1 2014年全球失智症人口統計資料

項目	2014年	2005年
每秒產生個案數	4秒	7秒
每年新增個案數	770萬	460萬
全球失智人口	4440萬	3450萬

資料來源：世界阿茲海默症報告2014年（民 103），國際失智症協會。

台灣衛生主管機關為了解我國高齡化社會造成失智症人口增加的情況，特別委託台灣失智症協會，進行由民國100年至101年底的全國失智症盛行率調查（圖1.2），調查結果發現我國65歲以上者輕度以上失智症患者盛行率為4.97%（劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮，民 89）；與世界衛生組織2012年發表之統計顯示，東亞地區60歲以上老年人口失智症盛行率為4.98%相近；陳政雄（民 93）亦指出台灣地區失智症老人盛行率

約在1.9~4.4%之間；如以平均值3.2—3.5%，以此推估全國65歲以上老年人罹患失智症者，共近13萬人。相較於歐美國家低，陳惠姿、李孟芬（民89）則認為可能是我國人口結構較年輕，亦可能我國身心障礙鑑定標準的評估方式及民眾的認知等因素有關，導致有偏低的可能性。隨著台灣高齡化，預期失智症老人會隨著人口老化而越來越多，其衍生的照顧問題已成為高齡化國家在醫療衛生與社會福利體系亟需面對的挑戰。

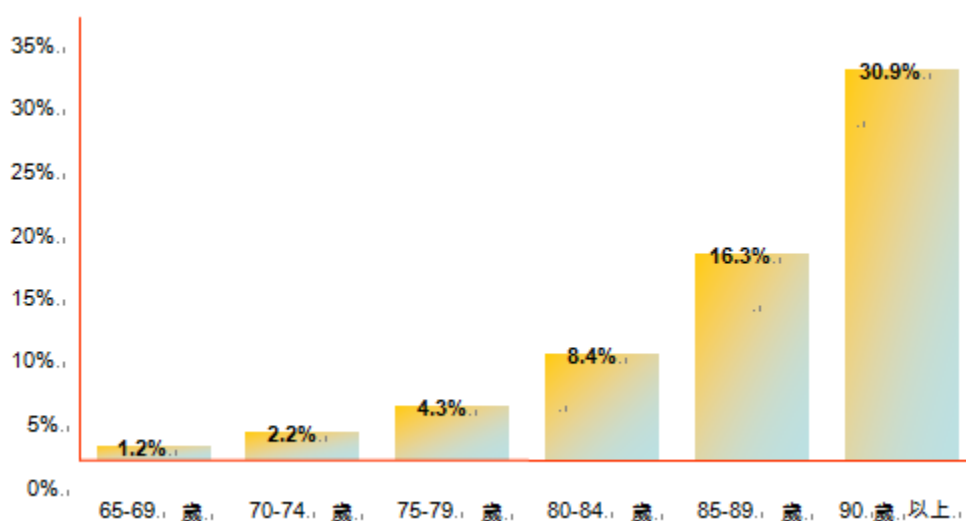


圖 1.2 65 歲以上每五年失智症盛行率

資料來源：「民國 100 年至 101 年失智症盛行率調查」研究報告（民 102），衛生福利部。

「失智」本身並不是一種疾病，它是一群專門奪取人們高次大腦機能（Higher Cortical Functions）的慢性病態（白明奇，民98）。失智症是指個案的心智功能退化達六個月以上，同時認知功能（包括意識狀態、注意力、記憶力、執行能力、判斷力與解決問題能力、情緒等）出現廣泛且漸進性的功能下降，造成失語（Aphasia）、失認（Agnosia）、失用（Apraxia）、迷路、執行功能異常、問題行為及精神症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia，簡稱BPSD¹）等狀況。上述狀況逐漸影響到個案的社交、工作，且嚴重的影響自己的日常生活（陳若曦，

¹ 大多數的阿茲海默症和其它類型的腦退化症病者，在疾病進程的某一階段會出現思維和行為的問題。

民 93)。最後連日常生活及簡單的例行活動都需要旁人的督促或協助；且年齡愈長者情況愈惡化，一直在呈階梯式進行的退化的疾病（楊詠仁，民98）。是一種任何治療都不能根治也不能停止，因此，失智症是一種極需專業性的照顧服務。

很多家屬在長期照顧過程中會面臨經濟問題、家屬間照護方式意見不一問題、社會隔絕等生、心理的多重壓力（莊秀美，民 97），且有部分家屬誤以為老人家是為了折磨人，才會做出如此異常行為，造成照顧者失去信心及耐心，由於失智症者在熟悉環境中症狀不易被發現，因而家屬極容易忽略了這些症狀的重要性，延誤了治療時機；及至出現問題行為及精神症狀（BPSD）時，常讓家人需要投注更多心力去應付。失智症者平均存活時間長達 8—10 年甚至 15 年呈慢性型態；照護時間需拉長等生活照顧上的問題，故家庭是擔負著照顧老人的重要角色，且通常多以女兒或媳婦在家照顧居多。台灣近幾年家庭結構已大幅改變，女性進入職場機會增多，雙薪家庭普遍，家庭照顧人力出現缺乏現象很明顯，所以老人照顧老人情況普遍。在失智症的照顧知識不足下，當失智症者有遊走、迷路、妄想等行為或精神症狀出現時，照顧者更顯無力。常常形成主要照顧者的壓力負荷，照顧上顯得困難而束手無策，最後只好轉向 24 小時全天候長期照顧機構收容。

長照照護機構是提供老人 24 小時全天候的生活照顧服務，是一種封閉式的環境，凡因老化所造成身體功能障礙、日常生活需協助、家庭照顧資源缺乏，且無法以社區或居家方式照顧的老人，均為機構式照護的主要服務對象；機構負責一切飲食起居，為失能的老人提供高密度的服務內容，老年人居住在機構中每日生活作息以機構安排流程為主，活動也採集體式。這類型機構有安養中心、養護中心、長期照護機構、護理

之家等（陳政智，民 96）。但失智症者因其疾病的特殊性，在機構易產生倫理上的不合理對待，如約束、房間共用、隱私權被忽視、沒尊嚴等問題，故將單位照顧的概念運用在失智症照顧上，讓入住機構的失智症者都可以像生活在家中一樣，是目前政府積極發展的新趨勢。

行政院於94年核定「照顧服務福利及產業發展方案第二期計畫」明定「研議開發新型服務模式，以提升照顧服務品質」。衛生福利部即於95年通過「大溫暖社會福利套案」旗鑑計畫—建構長期照顧體系十年計畫，利用現有財團法人老人福利機構尚有35%的空床率，規劃參考日本「生活單位型機構照顧（Unit Care）」模式之理念及作法，於96年開辦「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」，將其空間增設失智症老人照護專區採單元照顧模式。

「失智症老人照顧專區單元照顧模式」乃是以個別照護為目標的嶄新照護支援與環境提供，利用機構內的部分空房，修改成起居室與餐廳等，間隔為獨立性的空間，營造似家的生活環境，並設置專職照顧服務員陪伴失智症老人一起做家事、用餐、外出、散步等，基本的照顧理念就是「共同生活、普通的家庭生活」；以使用者本位理念，由過去的輸送帶流程作業式照護轉換為共同生活式照護的照護型態。為了讓失智症者與工作人員保持親近關係，細心營造機構的生活空間及生活氣氛，追求「關係的變化」及「照護的變化」（武田和典、池田昌弘，民 91，張秀美，民 93）。

1.2 研究動機

行政院衛生署在民國93年委託台灣失智症協會調查「台灣失智症機構照顧需求之調查—長期照護機構失智症患者之盛行率研究」結果發

現，安養機構內收容罹患失智症盛行率為26.8%、養護機構為61.8%、護理之家更高達64.5%。這些機構是以集體按表操課的照顧服務模式，對於晚上有遊走行為的個案會給予鎮靜安眠劑，或者怕走失或跌倒，會給予保護性約束。這些不適當的對待，再再都造成失智症者在長期照護機構內易失控而情緒起伏，或精神症狀出現，反而有退化速度加快的情形；且因失智症者是屬於腦部退化，四肢功能良好，所以失智症者在一般以失能照顧為主的長照機構內，屢屢會因照護人力比的限制，無法適時陪伴而出現將鄰床管路拔除、無法在固定時間帶如廁而隨地大小便等行為，造成照護人員疲於奔命。面對這些困難的照顧工作，讓失智症者留在一般機構繼續照顧，對於未受失智症照護訓練的機構工作者也是很大的照顧負荷。

目前全台財團法人老人福利機構尚有35%的空床率，為因應失智症人口逐年增加，照顧之迫切需求，2006年，內政部依「大溫暖社會福利套案」中的旗艦計劃「建構長期照顧體系十年計畫」中明示輔導老人福利機構利用空床空間改造為失智症老人照顧專區的政策方向，擬訂「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」。以補助大型老人福利機構的設施設備新建費或整修費及人事服務費方式，參考日本「生活單位型機構照顧」模式之理念及作法，來協助老人福利機構利用空床空間增設失智症老人照顧專區，以協助減輕家屬的照顧負擔，又可以提升失智症者的照顧品質。

表1.2 機構式照護床位使用情形

103.12 老人人數	老人進住機 構需求數	安養護機構		護理之家		榮民之家		可提供 總床數	供需 差異
		家數	床數	家數	床數	家數	床數		
2,808,690 11.99%	71,341	1,063	59,280	485	35,334	16	8,200	102,814	31,473

資料來源：蔡芳文（民 102），多層連續性的長期照顧服務體系經驗分享。

其計畫目標為：

1. 協助老人福利機構利用現有閒置床位空間轉型設置失智症老人照顧專區，以落實失智照顧政策。
2. 以小規模、多機能的服務模式，滿足失智症老人的多元服務需求。
3. 建立失智症專區照顧可行性模式，提供失智症老人優質的照顧服務，減輕家庭照顧負擔。
4. 委託民間團體辦理失智症照顧相關專業訓練課程，增加行政管理人員及照顧人員對失智症之認知及失智症照顧原則、方法與技巧，提升照顧品質。

「老人福利機構失智症老人照顧專區單元照顧模式」是一個新的照顧理念，強調以「老人」為主體（Subjectivity）、鼓勵支援生活自立，維持個人的尊嚴，使其保有原來的生活樣貌；在熟悉的環境中，由固定的工作人員陪伴照顧，過著似家人一樣的生活。讓失智症者可以安心、舒適及有品質、有尊嚴的照顧服務。

目前台灣已有少數幾家配合失智症專區單元照顧模式設置，以因應失智照顧服務需求的增加，其環境特色為：1.房間個人化；2.生活環境家庭化；3.照護服務個別化（李光廷，民 93）。讓失智症者維持有尊嚴的生活，是日本失智症者照顧王牌。台灣可借鏡日本成功經驗，提供資源以鼓勵有意願者投入，將單元照顧模式的概念運用在失智症者的照護上，為失智症老人設計溫馨的居住環境、活動空間及適合的照顧模式，以提供失智症老人優質的照顧服務，亦減輕家庭照顧者負擔。

此試辦計劃自2007年開辦，國內財團法人老人福利機構及榮家體系對於政府計畫的設置失智單元照顧專區有高度的興趣，然而相關細節討論並不充分，以致參與計畫的機構對於單元照顧的概念認識有限。國內

雖然取經自日本，而且迅速複製，但是如果沒有釐清單元照顧服務模式環境條件與理念，那麼要實踐單元照顧服務，提供失智症者優質的照顧恐怕仍有困難，如何本土化以適用於台灣的照顧環境值得政府部門的多加琢磨。

本研究選定的兩個樣本，是參與2007年試辦計劃之財團法人機構，接受政府在硬體、軟體及人事服務費補助，屬新建型，硬體符合內政部（現為衛生福利部社會及家庭署）最新規範之單人房、及公共空間（包括簡易廚房、客廳、交誼廳）、遊走步道等設備完善，工作人力比依規定，在照顧及服務上可提供隨時的陪伴。其中之一目前單元照顧專區都是滿床，甚至出現排隊待床狀態。該機構表示長輩入住後笑容變多，家屬滿意度也很高。因此，如何讓家屬不會再有「好的機構，排不進去，壞的機構不敢進去」的疑慮、不會再有送長輩到機構是否等於遺棄的揪心及如何讓失智症者得到適切的機構照護，都將是機構及政府應該努力的方向。

1.3 研究目的與問題

台灣失智症老人增加速率也緊追日本，甚至將在2050年超越日本，且以倍數的速率在成長，依據衛生福利部（民 104）「台灣地區老人福利機構資源分布」資料顯示，台灣專門照顧失智症機構只有四十一家（約1203床），雖有7家規劃預定設置，約可提供239床，仍遠遠不符需求。所以如何規劃完善的、足夠的失智症機構照顧，是政府當前施政具有急迫性的課題。

所以本研究目的主要想探討：

1.目前台灣失智症照顧專區單元照顧模式環境與實施理念在台灣發展之近況。

2.探討由日本引進失智症照護專區單元照顧模式對失智症者造成之影響。

基於上述緣由，故本研究希望探討台灣失智症專區單元照顧模式發展至今在營運模式及照護支援方式是否能像日本發展成符合受照顧者需要，成為值得持續推廣的照顧模式；且希望能提出具體的建議，作為相關實務工作及政策制定之參考。

故本研究關心之問題如下：

1. 探討失智症專區單元照顧模式服務現況為何？
2. 探討失智症專區單元照顧的營運模式與內容為何？
3. 探討失智症專區單元照顧的未來發展方向為何？

1.4 研究流程

本研究以文獻和半結構性開放式問題指引為研究方法，本研究首先確立研究動機，再選定符合的研究主題，藉由資料蒐集與文獻回顧的過程確立研究架構，接下來確認訪談對象後，擬定訪談初稿並確認訪談方向，最後再透過資料整理後結果分析，最後並針對此研究提出結果與建議。本研究流程圖如圖1.3所示：



圖 1.3 研究流程圖

第二章 文獻探討

至目前為止，搜尋國內有關「失智症專區單元照顧模式」的研究有多位專家學者提出失智症照護環境建構的重要性；亦有學者對於日本「失智症專區單元照顧模式」提出研究報告。而國內卻很少有以質性研究探討失智症專區單元照顧模式在台灣的推展面向；無法了解目前在台灣失智症專區以單元照顧模式應用對受照顧者的影響。本研究依據文獻探討，提出失智症專區以單元照顧模式概念，做為進行研究的基礎，以了解失智症專區採單元照顧模式的發展歷程，並探討機構實施單元照顧模式的服務效能，及對受照顧者的影響。故本章擬就本研究所涉及國內外單元照顧模式發展過程，加以彙整並探討其相關的文獻。故在本章節的內容順序為：第一節國外失智症專區單元照顧模式、第二節失智症專區單元照顧模式的發展、第三節失智症專區單元照顧對失智症者的影響。

2.1 國外失智症專區單元照顧模式

歐洲國家長久以來，即以社會福利國著稱，在高齡化來臨時，歐洲是最早發展失智症者設置小規模的專業照護單元的國家，1968年開始發展的小規模家樣式失智症照護環境（郭姵伶、曾淑芬、陳惠芳、顏童文、李宗潔，民 101）。設置地點隨著各國觀念與需求不同而有所變化，有些國家規定以附設在大型護理之家的單元，也有些國家則以獨立型態的照顧專區為主，而也有些國家並無嚴格規定。

2.1.1 歐洲失智症專區單元照顧模式起源與發展

世界前25個人口老化最嚴重的國家大部分都在歐洲（王卓聖，民 102），使歐洲在高齡化發展的趨勢與壓力下，面臨著照護資源問題，紛

紛發展能有助於高齡者，尤其是因高齡導致高發生率的失智症者的居住與生活環境。其概念起源於1968年法國的「生活營」（Cantou）模式，是當時第一個以小型家庭式照護型態實踐老人失智症理念的典範（Ritchie & Led’esert, 1992）。瑞典的「團體生活屋」，「Carema Careu」以一般的二層樓社區公寓，設計二個小單元照護概念（湯麗玉，民 101），荷蘭的「社區小單元生活屋」（Small-Scale Living Model）和英國的「多莫斯設計理念家屋」（Domuses）（Lindesay, Briggs, Lawes, Macdonald & Herzberg, 1991；Verbeek, Rossum, Zwakhaleh & Kempen, 2009）；（郭姍伶等人，民 101）（見表2.1）。

表2.1 歐洲福利國之小型家樣式失智症照護單位特色

單位名稱	代表國家	設置區/格局配置	收住人數/規模	住民特性	“家”的特色	照護理念與特色
生活營（Cantou）	法國	獨立設於社區中大型廚房與客廳，與個人臥室相鄰	12—15人	失智症老人	1.有住民自己的家具擺設 2.住民主要活動為日常性事務 3.住民參與家務活動 4.有固定的日常活動	1.非醫療模式的社區照護 2.建立家庭化的正常生活
照顧之家（Care Housing）	蘇格蘭	設於療養機構或庇護性住宅的一區	8—12人	1.輕度到中度失智症個案 2.無行為問題或輕度問題個案	住民參與日常活動	1.提供有彈性的生活環境以調適個人的生活需求 2.極大化個人的功能獨立自主性
多莫斯設計理念家屋（Domus Philosophy）	英國	1.設於特定照護機構內，有單獨出口的特別照護區 2.有私人的臥室 3.衛浴設備與客廳共用	9—12人	1.需特殊照護的失智症個案 2.老人精神病個案	住民主動參與家庭活動	1.營造“家庭化生活”（Home for Life）為原則 2.心理與情緒的照護為主，生理照護為輔 3.強調維持功能獨立與自主性
團體生活屋（Group Living）	瑞典	1.設於一般的公寓或大型安養機構的一部分 2.私人臥室中有獨立的衛浴設備 3.廚房、餐廳與洗衣間共用	5—9人	輕度到中度的失智症個案	1.住民可擺放自家的家具與顏色偏好選擇 2.住民參與日常的家事活動（如家務事、外出採買、清潔等）	1.從小團體的生活互動中充實生活與提升照護的效益 2.提供社區失智症的中繼照護服務 3.工作人員分工：照顧助理（91%）、護理師（4%）、其他（6%）

表2.1 歐洲福利國之小型家樣式失智症照護單位特色（續）

團體住所 (Residential Groups)	德國	附設於大型護理之家的小規模照護單位	6-15人	1.中度到極重度失智個案 2.依不同失智症程度分開照護	1.參照一般家庭的結構設計 2.住民參與日常活動	1.鼓勵住民參與日常活動 2.提供住民功能訓練的環境 3.以人為本的照護 4.照顧工作由護理師與照護助理分工完成，無職務上的區分
小型生活屋 (Small-Scale Living)	荷蘭、比利時	1.社區型獨立或附設機構型 2.廚房與客廳共用，有私人臥室	6-8人	中度到極重度失智個案	1.住民參與日常活動 2.住民熟悉的家具擺飾	1.強調生活正常化 2.工作人員為照顧助理（79%）、看護（11%）、護理師（10%）

資料來源：郭嫻伶、曾淑芬、陳惠芳、顏童文、李宗潔，（民 101）。小規模家樣式失智症特別照護單位之環境特色—以歐洲國家經驗為例。

在這些照顧模式中，以瑞典的「團體生活屋」與荷蘭的「小型生活屋」兩者是目前被公認的失智症專業照護專區，主要是因這兩個國家的政府，在政策與國家財務已經通過相關長照保險法令支持並鼓勵小型家樣式失智症照護設施的設置與發展（Annerstedt, Sanada & Gustafson, 1996; Verbeek, Rossum, Zwakhaleh & Kempen, 2009）。英國現在是小規模單元照顧發展階段（Macdonald, Philpot & Briggs, 2004），所以目前的照護服務仍集中在「多功能性護理之家」（Multipurpose Nursing Home）中，以提供長期護理、短期居住與喘息照顧（Macdonald, et al., 2004）。

而由瑞典提出的團體生活屋本來就是社會福利機構，早期運用在兒童養護服務上，強調小規模、家庭氣氛的照護模式，在1985年於首次運用在失智症老人照護上。強調社會模式比醫療模式重要；1992年瑞典政府經費補助，設立失智者「團體生活屋」，包括「特殊需求住宅」（關華山，民 96）。現因有較大的財務營運壓力，又漸漸改為附設在大型安養護機構，以因應失智症個案病程惡化造成依賴度增加的照護需求，這也滿足住民不需要因為失智程度增加而轉換居住環境的困擾。

2009年荷蘭發展了新形態的老年失智照護機構，衛斯普（Weesp）的「霍格威（Hogewey）失智村」。佔地4900坪，收容了152位重度失智症患者，分成23戶，收容的都是重度的失智症患者，全職或兼職的工作人員加起來有超過300位，平均2（工作人員）：1（住民）照顧。裡面分成7個單元區，有25個社團（林佳誼，民 103），住民可依自己的興趣去學習，是個功能完整的社區。住民可從事各種日常活動，過著跟失智之前一樣的生活，在減少藥物，有足夠的活動，心情愉快下，幫助失智症老人有尊嚴的度過人生的最後時光。活動範圍限於村裡4公頃土地內。工作人員、志工、美髮師、櫃台人員都受過特殊訓練，知道如何對待失智症患者。且工作人員24小時陪伴！

2.1.2 歐洲失智症小規模家樣型（單元照顧）照護單位特性

歐洲將小型家樣式的環境設計應用於失智症患者，來解決失智症患者生活調適問題。藉由似家一樣的環境設計，來減少入住失智症患者離家的被剝奪感（徐藍科，民 103），並可降低因陌生環境造成的緊張與激動的行為反應，並符合個人化與自主需求。

1.小規模家樣型環境設計

（1）硬體環境

研究發現失智症患者變換居住環境，有90%會產生嚴重的躁動行為或情緒干擾問題，這將造成失智症患者極大的痛苦且伴隨著功能損失，將增加死亡的風險，這也為照護者帶來照護上的壓力（徐藍科，民 103）。更隨著歐洲各國失智症的盛行率愈來愈高而受到高度關注，老人失智症照護需創造合適有益於老人的認知功能與定向力的生活環境，且能延緩活動力與身心功能衰退，一個單元最多15人，共同生活在一個團體或單位（Zeisel, Hyde & Levkoff, 1994），居家設備如廚房、餐廳、客廳和洗

衣間 (Rabig, Thomas, Kane, Cutler & Mcalilly, 2006 ; Annerstedt, 1994) , 住民有自己的房間及衛浴設備。能夠在不同程度上維持自己原有的生活方式, 是以「一生的家」為設置的理念, 所以住民是能夠終身住在那裏 (Lindesay, et al., 1991) , 這是小型家樣式照護單位與傳統療養型機構最不同的環境元素。研究也顯示歐洲國家有些是規定照護區附設在大型護理之家的單位 (如瑞典、德國) , 有些則是獨立型態的照護專區為主 (荷蘭) , 另外也有些國家並無嚴格規定, 可以附設於機構或獨立型態設置, 他們可以是坐落在社區裡, 也可以是大型安養機構的一個單位 (徐藍科, 民 103) 。

(2) 社會化情境

硬體配置為使單位能有「家」的感覺, 而家庭經營的概念與氣氛營造, 鼓勵老人要分工合作, 儘可能參與家務, 如烹飪和大量的私人接觸, 所以廚房是他們很重要的聚會中心, 使他們能因此受到激勵、尊重和支援, 也開始了以人為中心的照護, 住民可依照自己的意願計畫日常生活的活動, 維持個人的「自主性」和「選擇性」 (Cherry, Carpenter, Waters, Hawkins, McGrew, Satterwhite, Stepien, Ruppelt & Herring, 2010) 。

(3) 家庭氣氛營造

照護單元的家樣感覺, 是由硬體環境與社會化情境的相互配合, 加上照護人員像家人一樣和住民生活在一起, 提供個別化的服務, 是營造家庭氣氛的重要元素, 醫生、社工、營養師、職能治療師和照護的工作人員納入照顧團隊中, 成員都需要具備高度的社交和溝通技巧, 以維持照護單位的社交網路, 並加強培訓, 協助工作人員讓住民熟悉或愉快的家庭氛圍 (Lindesay, et al., 1991) , 引進科技產品協助照護人員增加工作

的效率與滿意度（Van Hoof & Kort, 2006），讓工作人員有更多時間可用於像家人一樣的陪伴住民。

2.小規模家樣型經營管理

營運成本是「小規模家樣式照護單位」設置的另一考量要素，（Svensson, Edebalk & Persson,1996）調查，當每個單元住民人數增加，且該照護單位是附設在其他療養機構時，其小規模照護的單位成本相對較傳統機構要低；在英國的相關研究卻顯示Domuses的平均照護成本比傳統的照護療養機構更高（Beecham, Cambridge, Hallam & Knapp, 1993），當住民的失智狀況惡化所需依賴照護的程度增加時，小規模照護單位的照護成本是相對上升的，因為所需的照護人力比例也相對較高，顯示小規模的失智症照護單位的財務經營壓力較高。

在失智症照護區的設置隨著觀念與需求不同而有所變化，雖然獨立設置的照護單位可免於受到機構硬體設計規範的控管，且住民仍與社區連結繼續在熟悉的環境中生活，但也會有較大的財務營運壓力，因此，有些國家的小規模型單位逐漸朝向附設型模式發展。荷蘭是屬於社區型的照顧模式，顯見歐洲各國對失智症照護環境規劃不管機構附設或在社區，已朝向家庭式小單元化模式發展的趨勢；另文獻中也看出機構附設單元照顧，在住民嚴重度增加後連續性照顧處遇的重要，不會因嚴重度增加，需要轉介其他機構的困擾（曾淑芬，民 99）。

2.1.3 日本單元照顧模式起源與發展

根據日本厚生勞動省（簡稱厚生省）於2015年2月報告中指出今年失智症人口達300萬人，推估至2025年，65歲以上的人口，10人之中就會有1人罹患失智症，成長率約2倍，且家庭已無法負荷照顧工作。介護保險實施後發現，失智症老人數顯著增加，且年齡愈長者情況愈惡化。為此，

專門負責規劃介護保險改革與老人照護願景的「老人照護研究會」於2003年公佈2015年中長期照護計畫中提示未來長期照護最大的課題是「失智症老人照護問題」。日本對於失智症老人長期照護的發展不遺餘力，1963年時，日本通過了「老人福利法」，其中，設置安老收容機構成為老人福利的重要措施之一。1966年，即發表「養護老人院及特別養護老人院之設備及管理規則」，其規範「特別養護老人院」的設置，主要提供65歲以上，身體上或精神上有明顯障礙而需要接受長期照護且無法在家中獲得妥善照護的老人（特別是以癱瘓老人與失智症老人為主）的收容照護服務。依據日本「老人福利法」（1994年修訂）的規定，老人福利機構分為十三種，至此老人福利機構的發展愈趨多樣，但是卻未著重在品質提昇上（李光廷，民 93）。

1989年公布「高齡者保健福利推動十年戰略」（又稱「黃金計畫」）（厚生白皮書，民 83；莊秀美，民 93）大規模擴充在宅福利服務、老人保健機構及日間照顧中心（Day Care Center）、養護院所（Care House）等。

2000年，日本開始實施「公共介護保險制度」，「特別養護老人院」在制度面有了大幅度的變動。「公共介護保險制度」實施之後，讓「新型特別養護老人院」制度化，成為日本長期照護機構新的發展主軸。但其實最早的「單元照顧」的概念發展的來源，是早在1950年代時，兒童福利機構及身心障礙者福利機構就將機構的房舍區分成多個小團體，以每個小團體作為一單位，工作人員服務的人數少，能營造家庭式的氣氛進行照顧，稱為「小家制」。實施「單元照顧」的老人機構主要以「特別養護老人院」及「老人保健機構」為主。亦包括老人福利機構中的養護老人院、及醫療機構、療養型病床群等（莊秀美，民 93）。

1.機構照護革命－導入小單元照顧

日本國民健康保險中央會報告中指出，機構照護的給付費用將近是居家照護給付費用的10倍。為福利服務使用公平考量（1）安撫機構照護報酬調整後所減少的收入。（2）平息機構入居者年金受給者重複享有住屋部份的優惠給付。（3）老人養護機構因五大缺點而予人負面印象：（a）個人生活空間小，像醫院而不像生活場所；（b）一房多床，沒有個人隱私及個人的生活行動表；（c）照護方式及服務內容大都以照護職員的方便為考量，甚至於用繃帶等約束受照顧者，不太在乎其感受，因此機構所規劃的環境空間是「照護單位」而不是「生活單位」；（d）例行公式完成後，照護者無暇主動觀察受照顧者並與之交談，夜間勤務者人手少時，情況更是如此；（e）即使在介護保險制度下，仍然出現有照護計畫（Care Plan）不切合受照顧者需要、服務輸送非完全站在受照顧者本位利益而著想等（李光廷，民 102），始於2000年開始日本幾所中大型養護機構嘗試導入將多人床共居的房間改建成單獨房間，並將機構環境劃分成若干「10人左右的生活單位」，各單位營造像家庭一樣的格局及氣氛，以作為失智症老人的照護區域，此稱為「生活單元型機構照護」，簡稱小單位照顧模式。

厚勞省自2002年起，補助準備全數建造成個人房並導入小單位照護模式的「新型特養」業者，預計以5年作為機構整備期，2006年全面實施「新型特養」的利用者其住房費、水電瓦斯費等住宿費用自行負擔。個人房的加價許可促使許多4人房格局的舊型老人特養之家群起仿效，趁此契機將4人房改造成個人房間，2003年4月起，改建成個人房並導入小單位照護模式的老人特養之家開始加收住房費用，但未硬性規定全面改建，一部分多人房仍可繼續保留。

2.小單元照顧意義

所謂小單元照顧模式，就是老人的生活單位與照護單位結合成一體的照護模式。其照護內容亦隨個人的需求而改變，落實個別照護，確保機構住民的人權。日本年輕人大都習慣於小家庭生活，小家庭大都擁有自己單獨房間，因此，未來一房多床的機構環境對往後的新老人恐怕難以適應。

「小單元照顧」乃是以家庭式的個別照護為目標的嶄新照護支援與環境提供。將機構由過去的流程作業式照護轉換為共同生活式照護的型態。是從過去以工作人員為主的作業式照護「效率優先的照護」轉換為與老人共同生活的照護「重視社區的照護」的新照護型態（莊秀美，民97）。為了讓老人與工作人員保持家人關係，細心營造機構的生活空間及生活氣氛，追求「關係的變化」及「照護的變化」其出發點基於「重視機構功能」、「重整生活環境」理念，讓住在機構內老人也可過一般老人過的日常生活。所以實施小單位照護模式的意義如下：

- (1) 確保個人隱私，改善生活環境。
- (2) 個人房與個人房間設立共同交流空間，便於和其他入居者建立良好人際關係。
- (3) 入居者與其他入居者間、照護職員間互動增加，精神壓力可獲紓解，甚至減少失智症者的徘徊行為。
- (4) 家屬探視方便，加深親情關係，不再擔憂打擾鄰床室友等。
- (5) 減少流行性感冒等流行病的互相感染。

3.導入小單位照護模式的執行步驟

- (1) 環境改裝：機構導入小單位照護模式分為「新建型」及「改建型」兩大類，「新建型」為單人房及單位照顧的配套設計；能有嶄新

的整體設計，較能達到硬體設備需求。改建型是舊有機構改建，符合設置標準實施單位照顧的型態。非全部都是單人房，是以原來硬體設備進行改建，首先必須將空間規畫成4種不同空間，且功能不同，房間設計成單人房（若是夫婦則不必分開），其餘空間規劃為（a）準個人空間：客廳、休閒娛樂廳；（b）準公共空間：餐廳、大廳；（c）公共空間：咖啡廳、展示館（與社區交流用）。2002年個人房制度化實施後，過去「8人」、「5人以上」等多床位房間各減少1成以上，2002年時老人特別養護老人之家已有個人房間3萬9,868個，比2001年時各增加了10.3%（莊秀美，民 97）。就整體的照顧系統建置，要完全捨棄舊有的機構重新建造，成本上是不可能的，因此，利用既有的機構空間改建的「改建型」是持續推廣很重要的策略。

- (2) 照護工作人員配置：依據機構照護設置基準，住民人數與照護職員基本配置為3：1，大型機構的職務分配皆以集體式例行工作而配置。為能了解住民個人身心需要而提供個別服務，於是細分為單位小組（Unit），各小組配置的照護職員固定。除共同活動外，入居者會接觸同一組照護職員，如此更容易掌握個案的需要並傾聽其心聲。各單位小組的照護職員中另配置一位小組長，來負責指示及輔導照護職員，並且在萬一有不當照護行為時給予糾正。此小組長必須與主任、單位小組間、部署間保持良好溝通。機構照護勤務白天、夜間都有人值勤。照護職員固定後，各單位小組為因應24小時勤務，機構業者因此將人員配置基準調整為2：1。
- (3) 提升照護職員觀念及素質：避免小單位照護模式的小組分配流於形式，單位小組的照護職員必須建立由集體照護改為個別管理、

共同生活的新觀念。

- (4) 規劃休閒娛樂的共同空間：共同空間的設計在於促進入居者間以及入居者與照護職員間的溝通及交流之用，重點在工作人員一同參與。
- (5) 固定配置共同活動空間的職員：協助建立熟悉的人際關係，增加被照護者與照護者間的信任感，配置於共同空間的照護者必須固定維持一段時間以便讓大家認識，減少入居者的不安。
- (6) 擴大志工組織：和失智老人之家一樣，機構內老人亦希望與外界溝通，因此多與社區內志工團體保持連繫，由志工帶領入居者參與社區活動，避免入居者封閉於狹小環境而退化。

4.單元照顧主要目標

所以為了改善「特別養護老人院」過去四人房的居住環境，實現重視老人尊嚴的照顧，積極推動設立配套單人房、單位照顧之「居住福利型的照顧機構，主要目標有二：

- (1) 介護保險制度就是提供高品質服務，以支援個人的自立的日常生活，作為「生活場域」的「特別養護老人院」必須改善過去的集體處遇型照顧，提昇為尊重個人自立的照顧方式。
- (2) 推動設立的特別養護老人院，以配套單人房、單位照顧為原則。
「新型特別養護老人院」的基本條件如下：全室為單人房，可以帶進個人的傢俱及用品等，地板面積原則上約13.2m²，（包含收納櫃、洗臉設備，但廁所除外）。數間單人房為一小單元，分別作為一生活單位，以10人使其在家庭的氣氛中接受照護，即提供優良品質的照顧服務，改善過去四人房安排的特別養護老人院對居住環境，目的在於從過去的「團體處遇型」照顧，轉換到實現

尊重個人自立的照顧，建構「居住福利型」的照顧機構。

5. 單元照顧實踐的基本要件

基本要件至少有三，包括「環境建構」、「陪伴照顧」及「溝通研討」（池田昌弘，民 91；泉田照雄，民 91；莊秀美，民 97）。以下敘述之：

(1) 環境建構：環境建構原則有三：房間安排個別化、室內擺設家庭化及空間設計層次化（莊秀美，民 97）。

a. 小單元照顧是以「家」的感覺模式所建造的環境，讓老人生活在接近於自己原來的家庭的居住環境，讓老人發揮維持日常生活中的生活能力和自主能力。

b. 空間層次化：環境建構部份，有「改建型」將空間由傳統四人房、六人房及八人房轉成小單元照顧形態；另一為「新建型」，機構全為單人房照顧的設計，每一單元約10至12人，在國內目前養護機構的照顧環境多為傳統照護型態居多，其空間配置多為缺乏隱私之混居型，漸漸受到垢病，並開始重視老人居住環境的自主與尊嚴，且有多位專家學者致力於本土化的小單元照顧環境建構。茲將相關資料統整如下：

(a) 張秀美（民 97）指出，小單元照顧環境中的一個單元代表一個生活單元，每一生活單元以5~9人為規劃，在「家」的氣氛中照顧老人，而照顧者與被照顧者的人力比為 1：3；在小單元的空間規劃，共分為個人空間（個人房）、準個人空間（小客廳可聊天）、準公共空間（住民可利用空間，如復健室和視聽室等）和公共空間（可讓開放予社區居民共同使用之空間，促進住民與社區居民的互動）。Unit Care 此新型態

的照顧目的除了確保了個人的隱密性之外，更可增進住民間的互動、減少住民生活上的壓力和防止傳染病等。

(b) 李光廷（民 93）將高齡者照顧環境營造成個人化房間、家庭化的生活環境和照顧的個別化；並將多人房改為單人房，以「約10人的生活單位」劃分環境，並營造成家的氣氛。

(c) 曾思瑜（民 97）「小單元照護」是人性化、居家化、家庭化、生活尺度的實踐與理想，必需結合工作人員的意識、服務態度、理念等軟體工程（Software），與生活環境即建築物設備等硬體工程（Hardware）方面的改善。

(d) 陳政雄等（民 93）指出小單元照顧的照顧模式是由輸送帶的流程照顧改變成以住民為中心的照顧模式：依住民屬性，提供多元化的分區分群照顧模式。

①過去流程式的團體照顧轉為以老人為中心的生活照顧。

②照顧者並非只是照顧服務員，而是生活陪伴者的關係。

③照顧單元就是生活單元。

由以上文獻資料得知，小單元照顧的環境建構在國外因經費問題要符合標準並非一蹴可及，即使日本實施多年，最初也由改建開始，至近年才因政府的補助有新建的小單元環境機構；反觀國內，因補助新建之機構有之，因願意改建者卻仍躊躇不前。本研究樣本機構皆是新建型多層級照護機構。

(2) 陪伴照顧

機構式照顧一直以來著重於「團體式」、「流程式」、「效率式」照顧。在人力有限下，為了在時間內完成工作，住民的個別照顧需求被忽略了。而小單元照顧模式，在建構具「家」般氣氛的空間規劃下，

人力比3：1之下，照顧人員很自然會轉換成陪伴式，也是配合住民生活作息的照顧模式，照顧人員應有多樣、專業的照顧技巧，引導住民保有自我照顧能力、有自信的以剩餘的能力接受照顧；照顧人員可以藉由住民的生命故事中，更了解住民的個性、身心狀況、生活習慣、生活歷程等，期能給予使用者本位及同理心的照顧。

(3) 溝通研討

「環境建構」及「陪伴照顧」的維持及落實主要關鍵是「溝通研討」（莊秀美，民 97）。因為閉門造車效益低，且溝通過程需經驗累積，故在「環境建構」及「陪伴照顧」過程中「溝通研討」更是不可少，楊培珊（民 99）認為，專業的照顧人員除了將家屬及其被照顧者視為生活照顧的主體外，更需要體認到照顧者與被照顧者在生活上是「伙伴關係」，而非上下的被照顧者及施予者之關係。

在小單元內照顧人員是以照顧少數人的小規模服務，所以照顧人員必需對小單元照顧理念充分了解，在實際參與照顧工作中隨時溝通、分享照顧經驗，以免落入工作沒有人指導的情形。也為了防止工作上的照顧意見紛歧，除了管理者必需充分理解單位照顧的理念之外，亦要經常與工作人員溝通，提供工作人員在職進修的機會（莊秀美，民 93）。在日本一些實施小單元照顧的機構裏，照顧管理者一天可能花上四個小時以上在機構內走動式觀察，聽住民的建議。機構的管理者若只在辦公室而不在院內走動的話，要實施小單元照顧是有困難的；小單元照顧若缺少指導者，猶似失去舵手的船一樣（莊秀美，民 97）。所以機構照顧人員應隨時分享照顧經驗、互相溝通，有疑問最好現場馬上提出，以利日後改善照顧措施。

2.1.4 小規模多功能社區照護據點（托老所）與逆向日間照護

日本厚勞省於2006年起制度化實行社區中分散設置「小規模、多功能、有家庭氣氛的照顧服務據點」措施，該據點具備日間照顧、緊急托顧、短期托育、長期居住等多重功能，而且提供24小時365天的照護服務，而此是強調社區式照護設施應該要融入社區，成為社區居民不可缺的一部分，這才是社區照護的意義所在（李光廷，民 102）。失智老人之家、小單位照護模式興起之後，逆向日間照護應運而生。所謂的日間照護，是指居家老人白天到日間照護中心接受供餐、入浴等生活照護，以維持並提升老人的身心機能，使之不至於退化，且可消除老人的孤獨寂寞感；而逆向日間照護是相反的帶領機構內老人走出封閉環境。日本最早摸索試用逆向日間照護模式者是1997年長野縣真田町的老人特養之家（李光廷，民 93），其做法包括：

1. 白天到社區中民家改造的托老所或小規模多功能社區照護據點接受日間生活照護，照護內容完全隨個人步調而調整，使重新享受「家庭氣氛」的自由時間。
2. 在住宅區中租借一民家，每次帶領3—4人機構住民出訪該民家，並且和照護職員一同做飯、洗碗、洗衣甚至於種菜等，度過幾小時和住在家裡一樣的自立生活。逆向日間照護之所以會引起其他機構的迴響，主要因為其理念與「2015年老人的照護」政策中「將機構功能擴散到社區」的方針不謀而合。政府將此列為失智症老人標準照護模式的一環。逆向日間照護模式導入的時機和失智老人之家、托老所等引起話題的時機幾乎同一時期，可見得介護保險之前，便已有人權思想敏感度高的照護服務業者對機構照護的集團管理方式以及機構內老人被社區隔離的缺點持不同看法，而且以行動落實改進。

機構功能延伸融入於社區的前奏曲是小單位照護模式。根據「2015年老人照護」所提示的做法，機構改建成小單位照護模式的同時，便規劃一組照護職員前往機構的衛星照護據點地點由租借「社區附近民家」或「公民館」—民眾活動中心所改裝，白天輪流讓一組機構內老人前來行逆向日間照護，此衛星型設施其實是機構的一部分。該據點所需的照護設備、人力、物力等由機構調度支援，該據點的設施資源並且開放給居家老人分享利用。實施社區行逆向日間照護的機構報告顯示，老人的表情變得比在機構時柔和而喜悅；平時缺乏食慾的老人在民宅中則食慾正常，情緒穩定，對夜晚的睡眠大有幫助。上述可知逆向日間照護亦能發揮和失智老人之家一樣的效果，因此社區內設置有分散設置的小規模多功能照護據點，「24小時365日」的居家照護問題便可獲得解決，對居家老人而言更是一大福音。各機構若能在社區內各地點多多設立此規模小多功能衛星據點，如此不但可降低成本，而且可擴大功能，嘉惠居家老人。將機構功能作更大的發揮。

此跟台灣十年長照計畫的在地老化的觀點不謀而合，所謂在地老化的概念是來自於去機構化的反思及檢討，強化居家功能，讓失智症者可延緩入住機構時間，亦期待機構在經營模式及服務的提供上能夠有所修正及改變，這和實施單位照顧的理念是一樣的，所謂在地老化的目標並不著重於照顧的場域，而是重視服務內涵和方法，建立如家的環境，尊重老人，開放機構資源與社區分享，同時也期待機構的角色不只是老人的庇護所，而是有計畫及理念協助老人自立自主及成功邁向晚年的場所。

從替代性服務轉為成長性服務（施教裕，民 86）。這才是在地老化及機構服務結合的最終的目標。而在地老化之老人社區式照護模式已是世界各先進國家所倡導之老人長期照顧理念，居家式與社區式照顧服務

可被視為最適當的照顧模式，因為它既可滿足多數老人想要在自己熟識的社區中繼續享受較具人性化、有尊嚴與追求較高品質的生活，同時也更能有效結合社區資源，達到費用控制與節省成本的效益（鄧世雄，民 93）。政府近年來以公益彩券盈餘，致力推動居家及社區照顧已頗見成效。

2.1.5 單元照顧的推動現況分析—以日本為例

由以上論述大致可以了解日本小單元照顧模式之發展是由第一線的照顧人員經過許多次摸索修正後運用在失智症老人照顧的服務模式，從 2000 年實施至今，成就日本小單元照顧值得我們參考，由此亦可了解台灣發展過程有些困境，整理如下（李光廷，民 102；賴添福，民 99；莊秀美，民 97）：

1. 人力資源課題

小單元照護規範照顧服務員人力比 1：3，但礙於待遇低、工作時間長，社經地位低等因素，無法吸引年輕人投入，以中高齡婦女為主。政府為提升照顧服務人力水準，雖有二十多所大專院校設立老人照顧或管理相關科系，卻因定位問題，所以投入者相當少（賴添福，民 99）。設立標準又規定不能聘任外籍看護工，人力不足壓力下，要維護照顧品質確實不容易。日本至今未使用外籍看護工，且年輕人力投入意願高，培育過程對於專業照護、溝通技巧、工作價值提昇增加留任意願，值得我們學習研究。

2. 財務課題

國內失智症機構照顧服務需求已日益迫切，對於小單元照顧模式，皆顯示對失智症者延緩退化有幫助，可是老人福利法 2007 年修正，新機構設立須依新設立標準，原機構如各項設施標準未符合者，須於五年內

改善完成。是舊機構受限於原設立時之較寬鬆條件，所以即使有五年緩衝期仍有許多小型機構休業，因為必須投入相當大的成本才能改善。而「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」補助改建費用、人事服務費用、補助對象只限「財團法人老人福利機構及附設老人福利機構之財團法人」利用現有空間轉型設置；故小型機構參與意願不高，且台灣又以小型機構居多，在各項營運成本如硬體更新、薪資調整等又顯著增加下，都產生了莫大之財務壓力，在惡性循環下也影響了照顧品質（賴添福，民 99）。日本訂定「公共介護保險制度」，只要符合資格者皆可設立，所以如雨後春筍增設大量社區型及機構改造的小單元照顧機構，如何讓補助合理化，考驗著政府智慧。

3.多層級多功能機構設立課題

機構不是只有滿足居住的需求，機構功能必需多樣化，朝向社區型態和功能來規畫，提供喘息服務、居家照顧、日間照顧等社區型服務。亦可讓社區老人享受機構的設施及專業的保健服務等。莊秀美（民 97）針對失智重度個案，需要醫療專業照護及因應的技術，小單元照顧的設備就有所限制，無法從事醫療專業行為和安寧緩和照顧服務。而目前日本也積極發展多層級照顧的場域，就是兼具醫療照顧、安寧照顧與失智症照顧的地方，這是目前台灣最缺的區塊，住民嚴重後就需轉介，造成住民及家屬很大的困擾。

4.人性化服務課題

機構照顧服務在於保護住民免於恐懼，保障住民的五大需求。可以有個尊嚴舒適的晚年，所以機構應提供保障安全的緊急救護系統、無障礙環境，多層級的照顧環境，發展非正式的社會人際網絡，靈性服務，陪伴照顧，不再按表操課、流程式的對待。

5.生活自立化

單元機構照顧是強調發揮住民的殘存能力，故尊重老人對個人本身現在及未來人生、生活、生命的自主規畫，尊重老人的意志和選擇，不能強迫推銷制式的服務。

6.環境安全化

英國「年老與老化」醫學雜誌報導，40%—60%的失智症者每年曾跌倒一次，發生率為非失智者兩倍。所造成的傷害也較嚴重，71%的失智老人在髖骨骨折6個月後死亡，此死亡率為非失智者骨折死亡率的3倍以上。可見機構環境對失智症者重要性，無論是個人或公共空間都要是無障礙設計。以利老人行動方便和安全。失智症者常因藥物或疾病變化導至自我照顧能力差，隨時可能發生意外事件。故須提供緊急救援設備，在緊急狀況發生時，可以迅速協助救治。

綜合文獻資料發現，歐洲及日本在因應失智症者照顧上，皆以社會保險（長照保險）來提供，（1）補助機構（社區及機構附設）設立單元式照顧或居家照顧；（2）評估個人依賴需求程度，補助個人；讓失智症者有選擇機會，也讓服務提供者注意品質的改善。且不論歐洲或日本都認為小單元照顧模式對於營造家的氛圍，人性化的對待。對失智症者的生理及心理，及發揮其殘存能力皆有幫助。不管在社區或機構，都將有助於失智症者在身心靈處於穩定狀態。而台灣將日本的機構照顧模式王牌，單元照顧模式引進實施，是屬於新興的照顧服務模式。由上可知日本老人福利品質及意識革新的「單元照顧」乃是受到歐洲的社會福利及「宅老所」的影響加以創造而來的。而台灣又受日本影響，多數學習日本的照顧模式，尤其是多機能機構照顧應能更符合台灣人民需求。本研究二個研究樣本都與日本經營模式相近，是新建型，屬於機構內設置小

單元模式，相信他山之石可以攻錯，學其精髓，可以讓台灣失智症機構照護更精進。

2.2 台灣失智症專區單元照顧模式發展

隨著失智症人口持續增加，失智症的病程又漫長，尤其精神與行為症狀在不同的期程都可能出現，成為照顧者很大的負荷，導至將失智症者送至機構照顧，政府鼓勵並積極規劃推動老人長期照護計畫，民間機構團體亦配合投入，為提供優質照顧，不斷發展新的照顧模式（郭卜瑄、黃儀婷、簡玉珊，民 101）。

2.2.1 台灣長期照顧機構發展

隨著民眾對長期照護機構需求逐日增加，也造就了各種不同功能機構之迅速成長。回顧台灣長期照顧機構發展模式，綜合學者理論將之區分幾個階段（許佩蓉、張俊喜、林靜宜、林壽惠、李世代，民 95，王潔媛，民 102）：

- 1.機會利潤時代：在 1997 年以前設立的老人福利機構須以財團法人之非營利機構型態成立。未立案小型機構（49 床以下）大量且普遍存在各地方提供服務，此時期需求大且又無任何罰則，因未立案無法有效管理，也因而衍生相當多的問題。
- 2.管理利潤時代：在 1997 年老人福利法修法年，將小型機構正式納入管理，依法 49 床以下機構也須申請立案許可，並在三不條件下：「不接受政府補助、不接受外界捐款、不享受稅捐優惠」，就不需成立財團法人組織。此一時期大量合法的小型機構設立（林萬億，民 101），再加上政府大量補助軟硬體設施設備費，鼓勵財團法人機構申請設立，此時合法機構大量設立，競爭者多，再加上法令及管理部門各項

要求增加，也增添了相當多的成本，在此時唯有提升管理技巧才能獲得合理的利潤。

3.經營利潤時代：2007 年內政部將老人福利機構設置標準條件及門檻提升後，也增列了各項罰則，不但提升了老人照顧品質及保障，同時也增加了機構經營成本，因設立門檻不高進入障礙少，再加上政府、民間資源少，且一般家庭經濟能力不如以前，不管財團法人、小型機構或護理之家，完全進入以競爭為中心的經營利潤時代，此時只有加強各項管理技能及正確的經營策略，才能勝出永續經營。

至此長期照護機構發展並未細分照顧類別，且失智症並未普遍為人所熟知，故失智症照護與失能者安置於同一機構，稱為混合型照護。直至2007年老人福利法第34條第1項規定主管機關應依老人需要自行或結合民間資源辦理設立老人福利機構，分三類有長期照顧機構、安養機構、其他老人福利機構等；機構設置標準第2條又規定將長期照顧機構分為長期照護型、養護型、失智照顧型等3種；另依護理人員法設立之護理之家及照顧榮民族群為主的榮民之家，也提供相當多的照顧資源。

隨著政府積極規劃推動老人長期照護計畫，民間機構團體亦積極配合投入，因此，2000年，我國為因應人口老化，老年人口日益增加所衍生之照顧問題，內政部與衛生署有鑑於世界各國長期照護體系追求「在地老化」之國際趨勢，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（Aging in Place）的概念，發展社區化、在地化、多元化的社區照顧模式（郭卜瑄、黃儀婷、簡玉珊，民 101），研議發展九類社區照顧模式，包含照顧住宅、失智症日間照護中心、家庭托顧、居家復健、居家護理、居家服務、喘息服務、緊急救援通報及居家無障礙環境改善等。在此方案中才開始考量到失智症者之照護服務

策略。

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，依承辦單位分為三類：

- 1.民間團體：分別於臺北縣三峽鎮和嘉義市各開辦一所，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（鄧世雄，民 93）。

然為了長期照顧需求人數的快速增加，行政院於2007年4月核定「我國長期照顧十年計畫」，規劃於10年內挹注新台幣817.36億元經費，以建構一個符合多元化、社區化、普及化、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度。

長期照顧十年計畫採「引進民間資源參與長期照顧服務」之策略來實施，就是透過民營化策略中的購買服務方式鼓勵民間參與，且透過補助方式鼓勵相關資源建置，加強民間對相關照顧服務之參與，以發揮擴展服務提供單位的數量，及多元化服務模式之功能。透過政府提供社區服務營運所需的財源協助，藉此引進民間資源建構多元且完整的社區照顧網絡。長期照護機構也開始在機構內設置失智症照護專區，包含日間照護（Day Care）、日間托老（Day Service）、單元照顧（Unit Care）等，

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。失智症照護專區單元照顧模式，基本理念是希望能盡量保留失智症者的基本生活能力及發揮個案剩餘能力。並提供失智症相關的服務及成立長期照顧管理中心統一窗口收案及評估。失智症者漸漸獲得適切照護（蔡芳文，民 98）。

其長期照顧十年計畫中長程規劃重點，如下：

1. 推展失智症者照顧服務。
2. 研議長期照顧與健保制度之銜接。
3. 研擬長期照顧法及評估辦理長期照顧保險制度之可行性。
4. 研議與身心障礙者政策整合之問題。
5. 結合照顧與住宅，研議多元化的居住服務。
6. 形塑友善失能者的居住與生活環境，建立互助關懷的社區。
7. 檢討近程實施的結果，並加以修正。

從上述計畫重點可了解政府已經開始大量投入失智症照顧問題，不管是從政策上或是經費來源上，整合多元服務，鼓勵民間失智長者照顧相關之服務，如失智症家屬支持團體、失智症家屬照顧技巧訓練、失智症電話諮詢、失智長者走失緊急救援系統之建立以及失智症教育宣導等，並且將服務連結到社區中，可與先前社區照顧的觀點做結合。

隨著政策及方案的陸續推動，除了推出「長期照顧十年計畫」之外，同年推出為期三年的「失智症老人照顧專區試辦計畫」，亦提升老人福利機構設立標準，更在2009年老人福利法再修法將失智症者納入照顧族群，可看到政府對於失智症照顧的發展方向拼圖，主要目標著重於人性化及跨專業的服務，這兩者皆是未來發展高齡者及失智症者照顧的主要

方針，以下將針對老人福利法、老人福利機構設立標準及失智症照顧專區試辦計畫詳細說明。

2.2.2 老人福利法規及失智症機構設置要點

根據聯合國1991年通過「聯合國老人綱領」提出的五項原則，並配合國情，我國老人福利政策應符合以下十項原則：

1. 尊嚴自主：將老化視為人人必經的生命歷程，老人宜有尊嚴、獨立自主生活。
2. 基本權益：老人有權參與自身相關的社會事務，並有選擇接受服務種類及模式的權利。
3. 在地老化：照顧需求多元且個案複雜，但於自己熟悉的環境中老化，將會獲得較佳效果。
4. 去機構化：「去機構化」並非要排除機構照顧，而是要強調機構照顧的社區化。
5. 社區網絡：鼓勵老人居住在自己熟悉的社區，即可方便取得所需的各種服務。
6. 全人服務：結合衛生、醫療與社政的資源，以老人導向，提供連續性的服務。
7. 老人保護：建構最弱勢老人的保護網絡，作為保障老人人權的最後一道防線。
8. 多元分工：中央及地方分權、公私部門相互結合、採取多元服務的網絡系統。
9. 家庭核心：國家必須對家庭照顧者提供支持，加強家庭照顧老人意願及能力。
10. 社會責任：建構人人共享、不分年齡的社會，以「生命週期」看待老

化，而非將老人區隔成一個特殊族群，甚或視其為一個消耗社會資源的族群，深化世代間的衝突及矛盾，也就是說，政策規劃的焦點是「所有人」，藉以強調世代的獨立與相互扶持。

在老人福利法第三章服務措施，第十六條規定：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理。直轄市、縣（市）主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」第十七條規定：「為協助失能之居家老人得到所需之連續性照顧，直轄市、縣（市）主管機關應自行或結合民間資源提供下列居家式服務：醫護服務、復健服務、身體照顧、家務服務、關懷訪視服務、電話問安服務、餐飲服務、緊急救援服務、住家環境改善服務、其他相關之居家式服務。」第十八條規定：「為提高家庭照顧老人之意願及能力，提升老人在社區生活之自主性，直轄市、縣（市）主管機關應自行或結合民間資源提供下列社區式服務：保健服務、醫護服務、復健服務、輔具服務、心理諮商服務、日間照顧服務、餐飲服務、家庭托顧服務、教育服務、法律服務、交通服務、退休準備服務、休閒服務、資訊提供及轉介服務、其他相關之社區式服務。」第十九條規定「為滿足居住機構之老人多元需求，主管機關應輔導老人福利機構依老人需求提供下列機構式服務：住宿服務、醫護服務、復健服務、生活照顧服務、膳食服務、緊急送醫服務、社交活動服務、家屬教育服務、日間照顧服務、其他相關之機構式服務。規定中強調機構式服務應結合家庭及社區服務為原則，並得辦理支援居家或社區式服務。」這些都是在老人照顧服務方面、權益維護方面及其應提供之服務項目明確規範，由此可以看出政府對於機構採連續性及多元性的照顧服務是十分重視的。在老人福利機構設立標準修正條文第二條規定，失智照顧型：

以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。而在失智照顧型機構設立標準第三節：第二十一條規定：「失智照顧型機構樓地板面積，按收容老人人數計算，平均每人應有十六點五平方公尺以上。」第二十二條規定：「失智照顧型機構應採單元照顧模式，每一單元服務人數以六人至十二人為原則。」第二十三條規定：「失智照顧型機構設施除符合第四條基本設施規定外，並應符合下列規定：

1.寢室

(1) 樓地板面積，平均每人應七平方公尺以上，每一寢室以服務一人為原則。

(2) 每一寢室應設簡易衛生設備。

(3) 每間寢室之出入口必須與走廊、客廳相通，與其他寢室明確區隔，不得僅以屏風、窗簾等隔開。

2.護理站：應具有準備室、工作臺、治療車、護理紀錄櫃、藥品與醫療器材存放櫃及急救配備。

3.每一單元日常生活基本設施除寢室外，並應設客廳、餐廳、簡易廚房、衛浴設備（盥洗間、浴室及廁所等）及其他必要之設施。

4.日常活動場所：應設交誼休閒活動所需之空間及設備。

5.其他設施：應設污物處理室、洗衣間等空間及設備。前項機構得視業務需要，設物理治療室、職能治療室、社會服務室、宗教聚會所、安寧照護室或緊急觀察室、配膳、廢棄物焚化等所需空間及設備。

6.第二十四條規定：「失智照顧型機構除院長（主任）外，應依規定配置工作人員：

(1) 護理人員：應隨時保持至少有一人值班；每照顧二十人應置一人；

未滿二十人者，以二十人計。

- (2) 社會工作人員：照顧未滿一百人者，至少置一人；一百人以上者，每一百人應增置一人。但四十九人以下者，以專任或特約方式辦理，採特約方式辦理者，每週至少應提供二天以上之服務。
- (3) 照顧服務員：日間每照顧三人應置一人；未滿三人者，以三人計；夜間每照顧十五人應置一人；未滿十五人者，以十五人計。夜間設置人力得與護理人員合併計算。照顧服務員得以僱用兼職人員為之。但兼職人員不得超過三分之一，且兼職之照顧服務員每週至少應提供十六小時以上服務時間。專任或兼任人員應固定，且不得聘僱外籍看護工。」

第一項機構得視業務需要，置行政人員、專任或特約醫師、物理治療人員、職能治療人員、營養師或其他工作人員。由以上修正後設立標準來看，主管機關已經將失智症照顧機構的照顧環境設備、照顧人力比訂定完善，祈能提昇服務品質。

2.2.3 失智症專區單元照顧試辦計畫

2007年為因應失智症人口浪潮沖擊，照顧之迫切需求，且財團法人老人福利機構尚有35%的空床率，鑑於輔導機構轉型具有多層級照顧功能一直是長期照護的工作重點，在專家學者參訪日本失智症機構照護後，擬參考日本團體家屋」(Group Home)及「生活單位型機構照顧」模式之理念及作法，協助老人福利機構利用現有空間增設失智症老人照顧專區，減輕家屬照顧負擔，提升失智症照顧品質。內政部提出失智症老人照顧專區試辦計畫，並且計畫自2007年1月起至2009年12月，試辦為期3年，由內政部主辦，直轄市、縣(市)政府協辦。

1. 計畫目標：

- (1) 協助老人福利機構利用現有空間轉型設置失智症老人照顧專區，以落實失智照顧政策。
- (2) 以小規模、多機能的服務模式，滿足失智症老人的多元服務需求。
- (3) 建立失智專區照顧可行性模式，提供失智症老人優質的照顧服務，減輕家庭照顧負擔。

2.承辦單位：財團法人老人福利機構；附設老人福利機構之財團法人。

3.實施策略及方法：

- (1) 輔導現行已營運之老人福利機構利用現有閒置床位空間規劃設置失智症照顧專區，並得申請內政部補助修繕、設施設備及服務費等費用。
- (2) 委託民間團體辦理失智症照顧相關專業訓練課程，增加行政管理人員及照顧人員對失智症之認知及失智症照顧原則、方法與技巧，提升照護品質。
- (3) 內政部應邀集專家學者、團體及相關單位組成「審查評估小組」，以協助審定申請補助計畫，並就本試辦計畫整體辦理方式、執行成效、服務成本、補助標準等，進行檢討評估，供作未來廣續推展辦理之參據。

4.計畫內容，有以下幾項是對於其辦理的服務對象及內容加以規定。

- (1) 服務對象：經CDR評估中度以上（CDR2分以上）、具行動能力、須被照顧且能與少數人共同生活之失智症老人為原則。有關評估指標由審查評估小組另訂之。
- (2) 服務規模
 - a.服務人數：每一單元服務人數以6—12人為原則。
 - b.設置數量：每一機構最多設3個單元。

(3) 服務類型：以提供24小時照顧為原則。

5. 設施設備

(1) 基本設施

每一照顧單元基本設施應設置寢室、客廳、餐廳、簡易廚房、衛浴設備（盥洗間、浴室及廁所等）及其他必要之日常生活設施。

(2) 寢室

a. 每間以服務一人為原則。

b. 每間寢室之樓地板面積，不包括衛生設備空間，每人應7平方公尺以上。

c. 每間寢室的出入口必須與走廊、客廳相通，與其他寢室明確區隔，不得以屏風、窗簾等隔開。

d. 應設簡易衛生設備。

(3) 公共空間：每一專區必須設置客廳、餐廳等公共設施，提供失智症老人活動治療及相互交流之場所，且必須確保衛生及安全。

(4) 建築物之設計、構造與設備，應符合建築法及其相關法令規定；消防安全設備、防火管理與防焰物品，亦應符合消防法及其相關法令規定。

6. 人員配置

(1) 照顧管理員：每一專區應置1人，並得由社工人員、護理人員或其他相關醫護人員專任。

(2) 護理人員：每一專區日間至少應置1人，夜間及深夜時段得由機構其他護理人員支援之。

- (3) 照顧服務員：照顧服務員人數與老人人數之比例以1：3為基準，並得以僱用兼職人員，惟兼職人員不得超過三分之一；專任或兼任人員須固定且不得進用外籍監護工。

7.服務內容：

- (1) 提供失智症老人居住及餐飲服務。
- (2) 適當引導、輔助失智症老人生活參與及管理，並能因應緊急狀況。
- (3) 提供失智症老人進食、淋浴及如廁等日常生活援助。
- (4) 制定個別照顧計畫，幫助失智症老人安心地過正常的生活。
- (5) 機構應有特約醫療機構或緊急外送單位，且鄰近機構為佳。

由上述計畫緣由可以發現台灣目前的失智症照顧實施現況，大量的吸取了日本照顧模式，理念運用的部份是大同小異，但為因應台灣特有文化及生活方式等，服務內容和空間的設置略有調整，這部分在試辦計畫後會有成效上的討論空間。畢竟將國外的經驗引進台灣，能夠對於台灣的現狀有所幫助，但若能在不改變基本理念之情況下，將台灣照顧機構的願景、宗旨或照顧經驗納入試辦計畫的制定過程中，應該對於台灣發展失智症照顧模式會有更大的幫助。從整體政策看來，已可看出失智症照顧的急迫性，2015年國際失智症協會對全球各國提出六大建議，我國失智症照顧也朝此建議發展失智症相關照顧策略：

1.各國應制訂失智症政策，並強調以社區為主的照顧模式，具體執行下列事項：

- (1) 提昇對失智症的認識。
- (2) 打造失智症友善社區，消除失智症的負面標籤。
- (3) 提倡降低失智症風險與早期診斷措施。

- (4) 幫助失智者家屬更容易取得資訊與支持性服務。
- (5) 幫助失智者使用得到公平的社區及住宿型長期照顧服務，提高失智者住院時的照護標準。
- (6) 承諾採取以人為本的照護模式，降低使用藥物及身體的約束藉由訓練提升職場對失智症的認識。
- (7) 利用科技輔具幫助失智者的居家生活，同時擴大偏鄉地區服務涵蓋率。
- (8) 讓民眾理解失智症者有權利享受尊嚴且符合個人意願的高品質照護。

- 2.呼籲強化基層醫療服務，作為醫療體系因應失智症挑戰的重要關鍵。
- 3.呼籲世界衛生組織應將降低失智症風險明定為優先議題並規劃相關行動，並訂定目標與指標。
- 4.呼籲大幅增加研究經費，另外也要更平均分配各研究的經費，包含預防、治療、照護與治癒研究。同時為中低收入國家設計特定的工作流程，在這些國家的夥伴參與下發展提昇失智症認知的計畫並改善醫療體系的處理能力。
- 5.支持由世界衛生組織連結協調的全球失智症觀察站，以支持和監督政策發展、監督失智症的盛行規模、評估預防的機會以及執行和影響，監控可用的治療與照護資源之進展和資源的全球覆蓋率。
- 6.建議各國都要發展國家失智症計畫或策略，作為政府各部門的行動指標，各國也要定期監督計畫的結果並適時更新。

由上述可知，國際失智症協會對各國的一些建議，告知失智症將成為未來不可輕忽的一項疾病，而其所帶來的影響，將從個人、家庭到社區，只有家庭及民間的投入，是無法達到預防、治療及長期照顧服務，

需要有政府的協助，並建立友善社區的服務網絡，將以人為本的照顧模式及專業納入長期照顧機構的範疇。

2.2.4 推動長期照護保險開辦

在家庭結構改變下，照顧失能、失智的家庭負擔，有40%人口感到經濟負擔，在勞動人口負擔日益加重下，社會案件層出不窮。政府應加以重視。且歐洲、日本等國家已因應高齡化，開辦長期照護保險多年，在減輕照顧者及被照顧者負擔上成效卓著。

1.人口快速老化

根據世界衛生組織的統計，世界人口結構正迅速的老化，加上生育率每年下降，而生物科技發達造成人類壽命延長，這是近年來各國普遍面臨的嚴重問題。日本早在1973年就邁入高齡化社會的行列，老年人口比率高達19.6%（莊秀美，民 93）；而瑞典在2000年時老年人口即達150萬人，占17.4%（關華山，民 96）；另據內政部資料得知德國也在2008年時老年人口占19.8%。這些國家都已即將進入超高齡國家（Super-aged Society）行列（呂以榮，民 97）；臺灣地區也因醫療科技的進步、生活水準的提高、戰後嬰兒潮人口及少子化等因素影響下（楊詠仁，民 98），自1993年老年人口達7%正式邁入高齡化社會的行列。至2012年底止，台灣65歲以上老人共258.2萬，占總人口11.08%，老化速度更遠超過其他國家。

由老化所帶來失能人口至104年已達75.5萬人，推估國人一生中需長照的時間約7.3年。在家庭結構改變下，照顧失能、失智的家庭負擔，有40%人口感到經濟負擔，在勞動人口負擔日益加重下，社會案件層出不窮。

2.長期照護服務法

自民國91年起台灣長照專業協會推動長照服務法，於104年6月3日通過，將於106年實施。長照服務法共7章66條，以整合長照機構及人員並促進品質，以提供周全之服務網絡。並另設長照服務發展基金，用於服務資源及人力較不足地方之建置。其目標為：

- (1) 加速資源整備，提升失能者服務使用率。
- (2) 強化各類人才培育，提升整體服務能量與品質。
- (3) 強化長照服務輸送效率、效能及品質。

由此可知因應老人長照需求，長照服務法期提供照顧品質亦重視服務量能的提升，其執行策略如下：

- (1) 推動長照服務網計畫，均衡發展居家、社區及機構服務資源。
- (2) 逐步擴大服務對象。
- (3) 強化長照服務管理之整合機制及品質提升。
- (4) 長照資訊系統之強化、建置及整合。
- (5) 長照人力培訓規劃與訓用落差之調整。
- (6) 適度發展產業參與長照服務。
- (7) 長照保險之規劃。

長照保險內涵旨在建立人員訓練、認證與繼續教育制度；規範機構設置標準、許可登記程序與辦法，查核及評鑑，其內容與機構之影響（見表2.2）：

表2.2 長照服務法對機構之影響

對象	通過前	通過後	配套
人員管理	照顧服務員無 強制登錄	1.所有長照人員需訓練、認證、登錄 2.服務法執行兩年內完成轉銜。	規畫發展網路通訊課程，4年內完成培訓。
住宿型機構	只能由財團法人 或私人設置	長照財團或社團法人設立。 五年內改制或換發	可選擇改制或重新申請 許可輔導轉型。

資料來源: 長照服務法 (民 104), 衛生福利部護理及健康照護司。

3.長照保險

長照保險以結合社會整體的力量，採社會保險方式，全民納保，風險分攤，發揮自助互助精神，減輕失能者之家庭照顧負荷及經濟負擔。提供可負擔得起、好品質的可靠服務，達成在地老化，且與長照服務法、健保、社會福利、衛福體系無縫接軌；為長照保險法之重要目標。

推動「長照服務法」及「長照保險」期望提升照護品質，維護與促進失能者獨立自主生活（李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉，民 102）。

台灣可以參考歐洲及日本長照保險都已實施多年，依失能程度給付，老人都可有好的生活品質。

(1) 服務對象

身心持續失能已達或預期6個月以上，依評估其日常生活需由他人照顧之需求，所提供的生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務，皆可申請長照服務。

(2) 給付類別

a.照顧者現金給付。

b.實質服務：護理服務、喘息服務、復建服務、輔具服務、交通接送。

c.機構式服務：重度失能者或特殊中度失能者，但不給付膳食費、住宿費。

(3) 納保對象

納保對象，各國規範略有差異，以全民納保為主如荷蘭、德國、韓國等，以40歲以上為納保對象如日本（見表2.3）。而台灣選擇「全民強制納保」（見表2.4）其優點採與健保一致，有較高的可行性、公

平性，分擔風險能力較高。

表 2.3 各國長照保險服務對象

保險對象	
全民	年滿 40 歲以上國民
荷蘭 (1967)	日本 (2000)
德國 (1995)	第一號被保險人：65 歲以上
韓國 (2007)	第二號被保險人：40—64 歲且加入醫療保險者

資料來源：邱瑜瑩 (民 100)，長期照護與保險規劃。100.05.17 南投研習中心上課講義。

表 2.4 台灣長照保險納保對象

	納保對象	優點	缺點	涵蓋人口數
方案一	全體國民	1.符合社會公平正義 2.符合世代互助精神 3.保費負擔低	年輕世代納保意願較低	2,312 萬 100%
方案二	40 歲以上國民	納保意願較高	1.不符世代互助精神 2.保費負擔比方案一高 3.40 歲以下有長照需要者，照顧服務負荷重。	1,040 萬 45%

資料來源：李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組 (民 102)，台灣長期照護保險之規劃與展望。

(4) 長照保險目標為 (李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉，民 102)：

- a. 建構高齡化社會之長期照護保險制度。
- b. 藉社會保險自助互助精神，分擔長期照護財務風險。
- c. 帶動長照服務資源發展，提高可近性。
- d. 提供適切服務，維護與促進失能者獨立自主生活。

(5) 長照保險財源籌措來源 (如表 2.5):

表2.5 保險費用來源

方式	社會保險 (稅收與保險費)	稅收制
優點	1.保費隨薪資/所得自動成長，專款專用，財務充足性與穩定性較高。 2.由全民共同分擔費用，權利、義務對等，公平性未必低於稅收。 3.透過社會參與及公共監督，制度易隨民眾需要微調。	1.統由稅收課徵，行政成本較低。 2.不收繳保險費，推行較無阻力。 3.一般稅收之稅基較薪資稅為廣。
缺點	1.若非隨健保徵收保費，行政成本較高，民眾繳費意願較低。 2.保費負擔公平性之爭議(如同全民健保)	1.預算編列需與其它政事競用資源。 2.財源穩定性及充足性易受政府稅收影響。若需大幅加稅，政治可行性較低。 3.約有30%的家戶不需繳稅。

資料來源：李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組 (民 102)，
台灣長期照護保險之規劃與展望

(6) 對機構經營影響

台灣未來人口老化快速，即將進入高齡社會，未來對長照需求將逐年增加，且有74.52%失能者願意使用長照服務；但長照資源不足，主要照顧者中40%有經濟負荷，25%有壓力負荷，亟需政府積極推動長照保險，以帶動服務資源成長(李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組，民 102)，減輕需照顧者家庭經濟負擔，且民眾支持長照保險者超過七成，推動長照保險應為符合民眾高度期待之政策。長照保險若能順利開辦，既可減輕家庭經濟負擔、使人民安心養老、照顧者也可安心工作、提升生產力。

長期照護機構更可以在長期照護保險開辦後多面向發展，包括a.全日住宿型機構照護；b.社區式照護：日夜間照顧；c.居家式照護：如居家服務、居家護理及居家復健；d.照顧者支持服務：喘息服務，照顧者訓練與支持服務、關懷訪視；e.其他服務：輔具服務、居家無障礙空間修繕，

交通接送，其他經政府公告之服務。機構服務觸角延伸至社區，提升長照服務可近性外，也提供產業轉型下中年失業者新的工作機會，解決部分缺工問題，讓社會更安定祥和，因此政府的投資將具有高度的社會效益，值得積極投資。

2.3 單元照顧模式對失智症者的影響

單元照顧模式特色為單人房的硬體環境設備，寬廣的客廳、簡易廚房、交誼廳、遊走花園等。失智症者在單元照顧內可保有隱私且可與家屬共處，又有公共空間與其他人交流。軟體環境上工作人員陪伴照顧態度的服務信念，都將照顧與生活中復建自然融入，尊重失智症者生活經驗，注重個別化照顧，讓失智症者得到安適有尊嚴的生活，亦降低行為精神症狀的發生。

2.3.1 失智症症狀

「失智症」是一種症候群，是因為腦部產生病變，大腦認知功能自原來正常的水準退化的一種狀態，使得原本自己覺得理所當然的生活能力，變得執行困難，因為有許多原因或疾病都可以導致失智，進而造成大腦功能退化、影響日常生活或工作。失智症造成原因分成四大類（白明奇，民 98）：

- 1.阿茲海默型失智症：患者比例最高，是腦部海馬迴萎縮的進行而造成。
- 2.血管型失智症：因腦部的血管產生病變（主要為腦梗塞或出血）而造成。
- 3.額顳葉型失智症：是腦部額葉到顳葉之間產生萎縮而造成，有「刻板行為」的症狀。

4.路易氏體型失智症：在腦幹深處或大腦皮質沉積有路易氏體，患者會有明顯的視幻覺，併發使動作遲緩的帕金森氏症，跌倒的風險高。

而失智症原因引起的症狀，有因腦部病變造成的核心症狀及因為身體生理狀況或環境影響所產生的周邊症狀。

1.核心症狀（水野裕，民 103）

- (1) 記憶障礙：近期記憶變得容易忘記，比較難回想事情。
- (2) 語言障礙：言語變得比較不容易說出口，沒辦法使用適當的言語。
- (3) 認知功能障礙：對於時間、地點、人物，依序慢慢忘記。
- (4) 抽象思考障礙：沒辦法做判斷、沒指令連日常動作都無法完成。

2.周邊症狀（水野裕，民 103）

- (1) 會突然在半夜發生騷鬧。
- (2) 會說要去某個地方，然後就在那裡走來走去。
- (3) 一離開視線就會想要走出去。
- (4) 會說錢包或者衣服被偷了。
- (5) 情緒燥動無法冷靜下來。
- (6) 被冷落就會發脾氣。
- (7) 會為了一件他在意的事，大聲張揚揮手打人。
- (8) 會過度的注意自己身體情形。
- (9) 討厭洗澡及更換衣服。
- (10) 會把放在眼前的所有東西都吃掉，又說沒吃飯。
- (11) 會將食物以外的東西放進嘴裡吃，如肥皂。
- (12) 會妄想，不存在的東西卻說有看到。如看鏡子說有人。
- (13) 日落症候群，夜眠差。
- (14) 呈現憂鬱或燥動狀態。

川口Miki (民 96) 指出，環境變化會讓失智症者有很大壓力，比較容易產生周邊症狀，所以機構營造其所習慣的家的感覺或地區繼續生活（如家具、建築物及態度氣氛）是必要的。

2.3.2 單元照顧環境對失智症者影響

近年來我國有關失智症者的機構照護議題，已經從早期單純追求「供應量的增加」，轉換到「住民生活品質的提昇」。各機構也針對需求、規模、區域等，提供不同的服務內容，尤其是失智症照護專區它是專為照顧失智症者特別設置，其照顧環境標準當然有別於一般照顧機構（吳樺珊、林麗嬋，民 98），關於失智症者受環境影響，重要文獻整理如下：

1. 物理環境對失智症者影響相關文獻

(1) 國外文獻

a. Zeisel (2000) 指出，當出口被良好的偽裝且有無聲電子鎖，住民憂鬱程度顯著低於在門口有警報的機構住民，試圖逃跑的機率少，憂鬱程度降低等。

b. Zeisel, Silverstein, Hyde, Levkoff, Lawton, and Holmes (2003) 結合提供具趣味性、有意義性的定向物件、色彩、變化、圖畫、景觀及建立懷舊情境，可以將遊走轉變為散步，亦可降低攻擊行為 (Aggressive Behaviors)。

c. Zeisel, et. al. (2003) 指出居住在失智症照護專區的住民有像家一樣氣氛的環境，相較居住於一般機構式環境的住民較沒有侵略及躁動行為。

d. Zeisel, et. al. (2003) 當公共空間的變化性越多時，會降低住民社會化退縮的程度。

(2) 國內文獻

- a.曾思瑜（民 98）指出整體機構環境是決定住民異常行為的重要因素。
- b.吳華姍、林麗嬋（民 98）認為如果環境不符合失智症者需求，將使得失智症者記憶及精神行為問題發生頻率升高。
- c.Bricker and Kerstetter（2000）認為地方依附是一種情感的歸屬，是使用者感覺到自己與地點的結合程度（曹勝雄，孫君儀，民 98）；也是個體對於特殊地點的歸屬感，是使用者感覺到自己與地點的結合程度。
- d.李光廷（民 93）失智症者入住機構是一個巨大的環境改變，是一個衝擊，「失智症者很可能因周圍的人對應不適當而引起不安或失望，因此出現心理及精神行為障礙」。
- e.黃祐瑞（民 93）研究發現問題行為顯著受到環境設計因素影響。
- f.石佳蓉（民 98）指出長者於戶外庭園空間，不但可調節生理節律，增加維生素，還可以改善失智症者情緒及遊走行為，協助緩和機構室內空間擁擠，所造成的行為衝突。
- g.黃耀榮（民 89）則提出失智症住民在機構中如有比較多的隱私及個人化的空間，焦慮感及侵略行為會減輕。

2.社會環境對失智症者影響相關文獻

- (1) 黃千盈、徐文俊、李佳琳、邱逸榛（民 100）身體活動可以減少失智症者憂鬱及精神行為問題。
- (2) 日本照顧管理之父佐藤信人先生（民 99），照顧工作，除了良好的制度、經費外，人可能是其中最大的變數（陳穎叡，民 99）。
- (3) 蔡芳文（民 102）機構式照護成功的關鍵因素，在於機構提供的服務是否符合被照顧者需求。

- (4) 芳香療法對嚴重失智症者之躁動行為是一安全有效的輔助療法，可顯著減少社交退縮，且願意參與活動（白玉玲、李小璐、藺寶珍，民 98）。
- (5) 研究證實，音樂療法可改善失智症者的異常行為與憂鬱狀況（董曉萍、陳桂敏，民 96）。
- (6) 湯姆.蓋蒂（Tom Kitwood）指出對於機構中不該對失智症者做的事情總稱為「惡性心理學」，包括欺騙、威嚇、貼標籤、催促、排擠、嘲弄等都會深深傷害失智症者的心理感受，這也代表照護環境可能損害失智症者的健康（加滕伸司，民 103）

透過ICF的架構來看，亦可看出一個人的活動參與並不是只受病情影響，環境及人的因素也會影響功能表現。所以在老人生涯中給予有尊嚴的最後舞台，有安全無虞的一個家，是機構的使命也是責任。

3. 失智症單元照顧模式環境建構

由於政府補助及獎勵各類型高齡者照護機構的設置，針對各類型高齡者照護機構制定了設置標準及建築、消防法規等最低限度的要求，在老人福利法第13條規定：「主管機關對老人福利機構應予輔導、監督及評鑑」（甘士照，民 95），依內政部規範在物理（硬體）環境設備基本尚稱完備，但在失智症照護社會（軟體）環境只規範人力配置，至今也仍未發展出整體性的物理環境及社會環境營造的評估基準（吳樺珊、林麗嬋，民 98），而近年來國內學者逐漸關心支持性照護環境之相關議題（黃耀榮，民 93；曾思瑜，民 98），開始提出一些有關機構物理（硬體）環境建議，但仍欠缺建構較人性化高齡失智症者社會（軟體）照護環境的概念。

反觀日本，自2002年起日本照護及環境研究協會，以下垣光、兒玉桂子教授等，組成跨領域的研究團隊，發展出有關失智症者照護環境的評估工具「對認知症高齡者的環境支援指針（簡稱PEAP）」，提供日本失智症高齡者的支持環境建構方向（曾思瑜，民 98），PEAP的目標在建構失智症者照顧單元的特殊環境，強調整體生活環境是居家化溫馨、安全、自立支援情境的氛圍；1994年Zeisel, Hyde, and Levkoff也提出8個環境—行為模式（Environmental—Behavioral Model, E—B Model）的概念及16項可評估的項目，用以描述及評估小單元照護環境對住民及照顧者的影響（吳樺珊、林麗嬋，民 98）。共有八個評估環境構面，分述如下：

1. 出口控制（Exit Control）

出口控制有「直接控制（Immediacy of Control）指用上鎖、警報、監視」是對出入口做即時的控制，及「不突出（Unobtrusiveness）」（Zeiseletal, 1994），視覺隱藏的特色使住民無法察覺外出的途徑。

2. 遊走路徑（Wandering Paths）

Zeisel, J., et. Al., (1994) 指出主要包含「持續性目標（Continuous Destinations）」及「路線尋找（Wayfinding）」（吳樺珊、林麗嬋，民 98）。遊走路徑空間規劃可採迴路、無盡頭、無叉口之設計，提供住民治療性步行及支持住民有路線感，路中設置休息處，定向景觀，懷舊情境等，讓住民可以當成有意義的散步（Zeisel, 2000）。

3. 戶外自由度（Outdoor Freedom）

Zeisel, Hyde, and Levkoff, (1994) 指出特殊照護單位應該有安全的戶外空間，支持住民有效通往戶外的物理環境設計，且包含「便利性（Availability）」及「支持性（Supportiveness）」（吳樺珊、林麗嬋，民 98）。療癒性花園是住民與大自然接觸的殿堂，可在目標視線內放置

會讓其產生好奇心之事務，住民有重覆遊走行為，可採用標示或貼紙來指示方向，並適時提供休息之處。且可以不受限制地前往，免除造成住民焦慮和危及安全（白玉玲、李小璐、蘭寶珍，民 98）。

4.住所特色（Residential Character）

黃耀榮（民 89）提出「生活簇群」理念，主要包含「大小（Size）」及「熟悉度（Familiarity）」（Zeisel, et al. 1994），多數住民對於家的印象，有家人一起生活簇群，像家的房間、家俱及裝飾，每日規律生活的例行性活動。

5.公共空間結構（Common Space Structure）

主要包含「數量（Quantity）」及「變化性（Variability）」（Zeisel, et al. 1994），幾個分開的，多用途，有使用目的活動區域，如：餐廳、看電視房間、活動房間及治療性廚房等，會使住民願意主動參加活動、家屬滿意度提高，以及增加住民—工作人員間的互動（Zeisel, et al. 1994）。

6.個人空間（Individual Space）

機構內擁有個人的房間，主要包含「隱私（Privacy）」及「個人化（Personalization）」，住民可帶個人物品、家具，可依自己喜好裝飾房間（Zeisel, et al. 2003）。

7.自主性支持（Autonomy Support）

Zeisel, et al. (1994) 特殊照護單位的環境設計中，設計能讓住民盡量發揮其殘存能力，主要包含「安全（Safe）」及「輔助的（Prosthetic）」（吳樺珊、林麗嬋，民 98）工作人員的隨時陪伴、環境設計、電子設備使用等，一可防住民跌倒，二可支持住民在安全環境下自主完成穿衣、如廁、進食等日常活動執行，以維持其殘存能力的最佳狀態，住民將會

因有成就感，而感尊榮 (Zeisel, et al. 1994)。環境越安全，如：防止跌倒的地面及環境中的物理支持，住民就可安心行走 (Zeisel, 2000)。

8. 知覺感覺 (Sensory Comprehension)

特殊照護環境感覺的注入，要以住民的過去經驗及生活在特殊照護單位的背景為基礎，主要包含「噪音管理 (Noise Management)」及「對住民的意義 (Meaningfulness)」，音樂、炫光、說話音量、適量時能夠減少住民躁動、異常行為及工作人員壓力、支持住民的認知能力，以及增加住民從事有意義的獨立活動 (Zeisel, et al. 1994)。太高時則容易引發失智症者之睡眠異常及躁動行為 (Sloane, Mitchell, Calkins & Zimmerman, 2000)。在失智症照護專區中，應營造環境中適量有意義的音樂、香味、視野刺激。

再從社會環境面向來看，Morgan and Stewart (1997) 分析失智症照護環境與行為的關係時，指出物理環境及社會環境都與住民的需求息息相關 (吳樺珊、林麗嬋，民 98)，相較於物理環境來說，社會環境對住民的生活品質及日常活動功能的影響更大，所以社會環境的營造，對於失智住民對環境需求的滿足影響更甚。故於多位學者研究結果整理出和失智住民需求的社會環境特色：

1. 適當的刺激與有意義的活動 (Optimal Stimulation and Meaningful Activity)

失智住民需要參與感及自我價值感，照顧者可以根據失智者的興趣、能力、需求、文化及生活背景來計畫活動，以發揮住民特性及維持日常生活事務處理能力 (Taft, Fazio, Seman & Stansell, 1997)。活動可減少坐立不安及造成住民間的衝突，亦可使住民維持放鬆及愉悅感

2. 人際間的接觸 (Human Contact)

Taft, et al. (1997) 住民、家屬、工作人員有良好人際關係的接觸，是失智症照顧的基本要素。工作人員與住民透過語言及身體上的接觸時，可以維持與住民觸覺、視覺刺激，是一種正向刺激 (Morgan & Stewart, 1997)。滿足住民被認同、接受、被愛、被尊重及視為一個體的需要，增加住民信任感，與其發展出友好關係。

3.安全與監督 (Safety and Supervision)

失智症者有迷路及遊走行為問題，工作人員常花大量時間及精力去監督住民在哪裡，監督可以預防住民間的衝突，工作人員隨時可以協助住民溝通，轉移其注意力，避免衝突擴大 (Morgan & Stewart, 1997)。以確保住民身體安全。

4.個人化的照顧 (Individual Care)

個人化照顧的概念是指每一個住民有其獨特的需求 (Unique Needs)，每一個個體均有其不同的背景、性格及喜好，越瞭解每一個別的住民，越能提供符合個體的需求 (Morgan & Stewart, 1997)。Zingmark, Sandman and Norberg (2001) 及 Taft, et al. (1997) 指出促進失智症者個別化服務樣貌應包含四個部分：(1) 重視住民的價值及被尊重的權利，(2) 接受住民的個人風格及生活習慣，(3) 分享每日生活以建立信任感，(4) 熟悉每位住民過去的習慣及生活背景，並將之安排帶入的照顧脈絡中。(5) 照顧者與住民相互瞭解 (Striving for Mutual Understanding)，(6) 強調住民使用其剩餘能力的重要性，促進住民有控制及力量感

5.具彈性 (Flexibility)

彈性 (Flexibility) 的原則在失智症照顧常規工作中非常重要，所有的工作人員應考量到照顧的對象是身體及情緒狀態極不穩定的個案，因此，工作人員經常因匆忙照顧，對住民帶來負向的結果 (Morgan & Stewart,

1997)。故需要有彈性的工作人員能即時對躁動或混亂的住民提供照顧措施。

由上文獻了解，欲發展失智症照顧的支持性環境，需先瞭解及滿足失智症者的需要，小單元照顧的物理及社會環境影響失智症者生活品質高低，周邊症狀也會因為適合的環境及照護來抑制其所表現出來的症狀，故本研究將此八個構面及可評估項目於參與觀察訪談中，評估兩機構之環境對住民的影響（附錄一）。



第三章 研究方法

本研究為探討失智症照護專區單元照顧模式的概念及台灣發展現況，因此以現象學為此研究的典範，注意整體環境、情境性、關聯性。因此以質性研究方法之深度訪談、參與觀察及文獻分析來蒐集資料，以了解照顧團隊中各個角色的照顧經驗，做為探討失智症專區單元照顧模式發展至今的成效。以質性研究為其主要有兩個原因，第一，因為其單元照顧模式在台灣是一個新型的失智症照顧模式，在國內沒有太多的研究，大多資料都是從日本或是歐洲國家的經驗，因此屬於一個探索型的研究；第二從單元照顧概念的起源和應用，經多方專家學者至各國參訪學習再套用至國內。2007年推出「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」即是引進試辦，是經專家學者整體規劃配合高齡失智者的需求。具有特殊性及實踐性問題，因此無法單獨切割開來觀察及探討，因此在整個訪談過程中透過照顧專業團隊中個人的經驗及觀感了解加以描述、解釋現象，及研究者個人觀察資料，進行分類及分析。

本章共分為四節，第一節是抽樣方法；第二節是訪談對象；第三節是資料蒐集與分析；第四節是信度效度檢定。

3.1 抽樣方法

本研究主要採用典型個案的抽樣策略，以單一及具有代表性的個案進行深入及豐富的資料蒐集，屬於立意抽樣的一種。本研究為實務的研究，為探究以台灣目前實施的老人失智症照護專區單元照顧模式發展狀況，因此選擇已申請內政部「失智症老人照顧專區試辦計畫」補助，且已開始營運的失智症照顧機構為設定的研究場域，分別為新北市財團法

人S安養中心的失智症單元照顧專區、嘉義市P老人長期照顧中心的失智症單元照顧專區。

表3.1 研究個案之基本資料

機構名稱	地理位置	實施時間	申請單位數	住民人數
財團法人S安養中心	新北市三芝區	2009	66床	66
P老人長期照顧中心	嘉義市	2011	18床	12

資料來源：本研究整理

3.2 訪談對象

以辦理「失智症照護模式單元照顧專區試辦計畫」的二個失智症專區為研究場域，針對失智症專區單元照護的主任及護理長、社會工作師及護理師、照顧服務員等進行深度訪談。二個單位訪談的工作人員，分為主管、專業人員及照顧服務員；主管包括主任、護理長；專業人員包括社工師、護理師，半專業人員照顧服務員等。因此訪談對象中專業人員及主管共5名，照顧服務員為2名；共訪談7名工作人員；以性別來說，工作團隊投入照護工作仍以女性居多6：1，顯示還是傳統觀念，女性照顧為主。以年齡別十歲為區隔，其中30—40歲有3名（43%），41—50歲有2名（28.5%）；51—60歲2名（28.5%）。從年齡來看，顯示年輕者已有投入長期照顧的跡象。

表3.2 訪談對象基本資料

編號	工作職稱	性別	年齡	服務年資	訪談日期
S01	專業人員護理長	女	58	8	101.09.12
S02	專業人員社工組長	男	40	8	101.09.12
S03	照顧服務員	女	51	12	101.09.08

表3.2 訪談對象基本資料（續）

P01	專業人員主任	女	41	1年	101.08.31
P02	專業人員副護理長	女	34	4年	101.08.31
P03	專業人員社工	女	30	兩個月	101.08.31
P04	照顧服務員	女	45	2年	101.08.31

註：Suang-Lien (S) 代表雙連安養中心，Pau-Kang (p) 代表保康長照中心。

3.3 資料蒐集與分析

對研究者來說，判斷研究場域資料的需要性及重要性是一大挑戰及考驗，特別是質性研究，蒐集資料的方法很多，為了提高資料的精確性跟嚴謹性，多元的資料蒐集方法是必要的（胡幼慧，民 85）。本研究中，研究者將採用下列三種方式進行蒐集資料。

3.3.1 文獻分析法

研究者希望加以研究的社會現象，不論書籍、統計資料、工作日誌、圖片、記錄影片、次級資料等，要有一定可信度。藉此可了解所進行的研究與過去研究的相關性（林淑馨，民 99）。本研究在文獻部分分成二個階段進行，第一個階段主要為整理及回顧目前國內、外單元照顧相關文獻，透過歸納單元照顧模式發展之演變，試圖去呈現出國內在引進、籌備及營運單元照顧的過程，從二家建立實際照顧模式的場域，要蒐集單元照顧照護過程發展，及營運過程中相關的紀錄及資料。第二階段是將蒐集到國內的資料和國外在單元照顧模式之文獻作對照及比較，以完整的了解單元照顧發展過程的脈絡及優缺點。

3.3.2 參與觀察法

觀察是蒐集外界訊息最直接的方法，是透過感官，直接知覺事物的過程，可以蒐集到無法直接取得的資料（林淑馨，民 99）。本研究採實地觀察，運用參與觀察法深入失智症者生活場域，對實際所發生的現象進行觀察，作為蒐集資料的方式，同時與以文獻分析法與個別訪談法所獲得之資料，進行對照與提供證據。採取觀察者是參與者的角色來著手進行資料蒐集，先表明身分，並在事前與單位負責人聯絡了解失智症者作息後可以有明確的立場做觀察記錄，對於長者及工作者來說也比較尊重，不會讓失智症者有不安的感覺，當然在建立關係及取得信任的過程上是需要時間及技巧，當進入研究場域時有護理人員陪同，增加長者信任感，以利觀察。參與觀察法對質性研究來說是很重要蒐集資料的方式，除了可以進行多方資料的驗證，並且可以蒐集到非正式的資料，像是日常語言及非語言的訊息，有機會的話可針對特殊個案作觀察。

研究者研究場域一南一北，因時間故，在兩個機構各做2次的觀察，首先，要了解他們每天的生活時間，觀察的重點主要為：每天失智症者一天的活動項目、照顧服務員的工作安排、照顧服務員與長輩的互動情形、團隊角色，還有單元照顧理念（軟體）的運用及環境（硬體）的改造，對於照顧上是否有幫助。

3.3.3 深度訪談法

研究者透過與研究場域有關之工作人員進行言語交談，以瞭解其觀點及深層的看法，來收集第一手資料。本研究針對南、北兩機構附設單元照顧專區中的主任或護理長、照顧服務員、社會工作師及護理師進行個別深度訪談，首先會先選定訪談對象，和單位負責人連繫，詢問其接受的意願，確定訪談時間與地點。並說明研究內容及目的，並先將同意

書及訪談大綱寄給機構參考，使參與者了解相關的資訊及參與者權益，並簽署個別訪談同意書（詳見附錄二、三、四）。

訪談過程主要以相對開放的訪談情境引導進行，又稱半結構性訪談，訪談當天先準備好主要的訪談大綱，以訪談大綱做為訪談指引方針，且依對象及訪談的過程有斟酌增加一些不同的問題，以獲取多方面資料。並依實際訪談狀況及工作經驗做彈性的調整。主要的訪談主軸為實施失智症照護單元照顧模式的過程及變化，對於機構的工作者或是住民的影響，其目的在於佐證一些無法利用觀察法得知的資料，例如：照顧方式的改變、單元照顧模式遇到的困境等。同時藉由訪問單元照顧專區負責人或主任了解有關單元照顧籌備及營運的相關資料；訪問照顧服務員平日對失智症老人進行照護時，對他們所做的細微觀察與了解和互動關係，瞭解照顧服務員、社工師及護理師在照護上對單元照顧模式提出自己的觀察與想法。訪談時間以一個到一個半小時為限，採一對一訪談法，並在取得受談者同意後使用錄音筆全程錄音，研究者也同時以相機輔助對學習場域的觀察紀錄，做為內容的補充，無論錄音或拍照都以不影響受訪者及長輩的情緒、時間為原則，訪談內容並轉譯為逐字稿，作為分析的依據。並且隨時做訪談筆記。訪談筆記格式如下：

表3.3 訪談筆記

訪談代碼	受訪者	訪談日期	註記
S01	許○○	101.09.12	

資料來源：本研究整理

3.3.4 資料分析

本研究採質性研究，以訪談及參與觀察法蒐集資料，資料蒐集後重要的活動是分析資料，為了解失智症專區在管理及實務上運作。

資料分析是將資料內容意義化，尋找重要概念、主題或觀點，看起來好像是兩個分開進行的步驟，但實際操作上是相互交錯、有重疊性，或者是同時進行整理與分析（陳向明，民 91）。因此，本研究資料的收集與分析是同時進行的，即所謂「理解的螺旋」，指整理資料和分析資料是一個整體，互相之間來回循環透過蒐集資料，分析資料，界定研究問題，進入研究情境等關係循環，來確認是否仍須進一步尋找更新資料。本研究以最基本的樣版式分析法為分析策略，運用分析大綱，並不斷來回修正，之後再分析發現的主題模式及相互關係作為詮釋的基礎（潘淑滿，民 97；林淑馨，民 99）。資料分析的具體步驟如下：

- 1.全部訪談結束詳讀資料，進行資料分析，以逐字稿為文本，再謄寫文本：本研究以受訪者訪談錄音來謄寫逐字稿；開始將各受訪者予以編碼稱呼，再將資料分類，依訪談時的錄音檔，按錄音資料及訪談時研究者之紀錄來謄寫逐字稿。
- 2.閱讀原始資料：通常是以文本（Text Data）內容呈現，諸如訪談、觀察、田野筆記等，本研究以逐字稿為主。在登錄時應盡量使用受訪者本身語言，以代表其對自身有意義的本土概念（林淑馨，民 99）研究者以「放空」的態度、尋找特殊意義和生命，並逐句逐段檢視受訪者的談話內容，在同一類問題不同受訪者反應中，依照資料選擇的三個原則，相關性、同質性和一致性（林淑馨，民 99），逐句找出關鍵字（Keyword）、共同的主題（Theme）與類型，並將其記錄在文本旁。
- 3.編碼及分類：編碼是一種標識，與某個情境有關的對象上，將每筆資料作分類或編入類別，詳盡、明確的將文本的資料中找出關鍵字及相關主題，使用歸納法將每一類資料裡某些項目發生的次數頻率整合；重新分類，以便在不同類別資料中進行比較、從而協助發展理論及概念，（林

淑馨，民 99) 將編碼分為三級，一級編碼，又稱開放性登錄是以開放心態將所有資料所呈現狀態進行登錄，對資料內容進行逐字逐句的登錄，再不斷縮小範圍，直到號碼飽和。二級編碼，又稱關聯式登錄，是發現和建立概念類屬間的各種關聯，並區分出主要類屬與核心類屬。三級編碼，又稱為核心登錄是指在已發現的概念類屬中經過系統分析後選擇一個核心類屬，將分析集中到那些與該核心類屬有關的號碼上面。即在文本中尋找主題（主要內容），摘要寫在備忘錄上，且給予命名，初步確定有意義的單位，即編碼。再將相似的意義單位加以歸類，而形成類屬。

4. 建立歸檔系統：全部資料編碼完，再次閱讀原始逐字稿，利用電腦剪貼和複製，將各單位和受訪者所說的話抓取至各類屬，就是情境分析，陳向明（民 91）指出「情境分析」的長處，可以符合當事人的意義建構方式，也尊重他們的說話習慣。透過直接再現當事人的聲音，說故事可以讓他們感到自己更加有利，為自己置身於其中的社會情境提供自己的角度，因此會引用受訪者的話來陳述，之後，再次檢視是否有遺漏而沒有被歸類的意義單位。然後比較各類屬的關係，其屬於因果關係，或包含關係，或只是暫時性關係。此時各類屬依其特性形成數個次類屬，再發展成概念性或理論性議題，形成資料的共同特性。

5. 尋找出訪談單元照顧發展過程的照顧團隊跨專業合作概念，針對訪談的問題及閱讀文本歸類出的概念找出各個逐字稿中的相關跨專業合作概念及資料的共同特性，加以探討並定義，再和其他文獻資料作比較，歸納出台灣單元照顧模式的發展。

3.4 信度與效度檢定

信度是指資料的真實可信程度，用於量化研究，效度是指資料是否準確有效說明研究者所要研究的問題，所以信度和效度僅是探討各種研究方法在蒐集與分析資料時所存在的問題（林淑馨，民 99）。在失智症長者照顧的研究場域中，因長者的照顧屬於較隱私、細膩及生活化的工作，過程中較多照顧者、受照顧者及管理者的主觀感受，故需要用客觀的角度了解，只使用訪談法，蒐集到的可能會有所遺落或有失全面性的了解，因此需要多方的蒐集資料及驗證，可以幫助研究更具可信度及真實性。而在研究上，信度是指研究測量程度的可重複性及一致性，效度是研究獲得想要研究問題正確答案的程度；Lincoln and Guba（1985）也曾對質性研究的信度與效度提出見解，認為信度是可重複性（Replication），效度是指可靠性（Dependability）、穩定性（Stability）、一致性（Consistency）、可預測性（Predictability）與正確性（Accuracy）（簡春安、鄒平儀，民 94）。

因此，本研究將採以三角檢驗法來檢定信效度：首先，採不同資料蒐集方法，和訪談不同對象，蒐集不同資料來源，如期刊文字、官方統計資料等，同一時間將所得資料交叉互相檢驗印證研究發現（林佩璇，民 89；林淑馨，民 99），文獻分析、參與觀察及訪談法。使用參與觀察法對於照顧工作環境進行實地的了解，並且配合文獻資料的蒐集，三角檢定國外經驗及國內實際運用狀況，可以增加本研究的信效度。再者，在同一方法中檢驗不同資料來源的一致性、不同時間、人物、觀點之比較，因此本研究在資料收集的方法上會對不同的工作者（主任、社工、護理、照服員）進行個別訪談，以此方式可以加以印證資料的真實性。

再使用多個分析者審查研究發現去檢視資料，使用多重觀點和理論去詮釋資料，根據文獻及不同的研究觀點去檢視並做研究的詮釋。

3.5 研究倫理

本研究謹守研究倫理，對於研究受訪者及學習場域採取的處理原則包括徵詢同意、保護隱私與相互尊重。

3.5.1 徵詢同意

每次進行訪談或觀察學習場域之前，均先與負責人聯繫，徵詢並取得同意後前往。訪談開始前首先向研究受訪者說明清楚訪談目的、訪談大綱，並強調當事人可辨識之資料，都不會發表在研究結果中。受訪者可隨時提出過程中的疑問或選擇退出。待徵得受訪者同意並簽署同意書後才開始進行訪談。對於參與觀察學習場域，也會事先徵得主任或護理長同意後始進行。

3.5.2 保護隱私

凡有涉及研究受訪者個人或學習場域的可辨識資料都徵得同意後使用，受訪者身分以英文字母代號顯示，且依受訪者受訪順序編號。

第四章 研究資料分析

本研究分三個小節說明，包括：研究個案背景介紹、台灣失智症專區單元照顧模式發展及失智症專區單元照顧模式未來挑戰；即過去、現在及未來縱向與橫向的觀察研究及分析，並分述如下。

4.1 研究個案背景介紹

本研究的研究個案分別為財團法人雙連安養中心（本文簡稱S）辦理的失智症老人單元照顧專區、財團法人嘉義市私立保康社會福利慈善事業基金會附設嘉義市私立保康老人長期照顧中心（長期照護型）（本文簡稱P）。其位於南北不同的地理位置，擁有不同的環境特色，亦受當地人文背景、社經狀況影響，造就二個單位的獨特性及區域性，以下為二個單位的現況描述：

4.1.1 S 安養中心附設之失智症老人單元照顧專區

S 安養中心於民國 84 年 7 月 15 日獲得同意籌設 432 床綜合型機構。是第一個有系統性規劃的老人照顧機構，從安養、養護至長期照顧、失智症照顧、安寧療護等的提供，再擴展至社區照顧、居家照顧，提供優良服務品質的機構式、社區式照顧典範。

1.服務理念及規模：

新北市私立「S安養中心」於民國84年7月15日獲得同意籌設432床綜合型機構。基地面積佔地約4公頃，採分三期興建方式辦理，2000年開始營運，第一期照顧服務老人人數為182人，2003年第二期開始照顧服務老人人數為184人，2009年第三期照顧服務老人人數為66人，照顧服務老人人數合計為432床（安養212人、養護154人、失智症者66人）。S安養中

心成立以來，本著耶穌基督為門徒洗腳的精神及謙卑的態度，努力使長者得到有尊嚴的且身心靈並重的全面性照顧，以延續長者昔日社區生活中的機能為目標。

失智專區共有七個單元，有三個單元每一單元有十位住民，有四個單元每一單元有九位住民，其住民的安排則採取日本目前盛行之3-3-2原則。即是3位「有困擾行為之住民」+3「病情穩定，可交談互動之住民」+2「行為遲緩較保守之住民」。提供小單元及24小時的照顧服務，將照顧及生活復健自然地融入，尊重他們的生活經驗，著重個別化的照顧需求，若有暴力、自殘傾向則轉住一樓。設立宗旨為：透過單元照顧之環境，穩定住民之失智程度，不致惡化，並減少住民待在臥室的時間，能走出房間與其他住民互動，並參與活動，形成一個新的生活型態，讓生活更為穩定，甚至能改善人際關係，減少問題行為（例如：罵髒話、語言障礙改善、自我用餐時間增加、睡眠品質的改善）。

S安養中心是第一個有系統性規劃的老人照顧機構，從安養、養護至長期照顧、失智症照顧、安寧療護等的提供，再擴展至社區照顧、居家照顧，除了提供24小時全天候優良品質服務（表4.1），另一個更重要的使命是要栽培更多年輕人來參與長者照護工作，所以與許多大專院校老人服務學系、管理學系、老人照顧學系等建立產學合作制度，讓學生實習及服務，培養長照人力。更利用政府補助方案，與廠商製造技術，及雙連的工作團隊結合，引進相關資源，研發更符合長者需求的產品，且將研發成品編輯成冊，提供其他機構使用；也與政府單位一起進行科技專案的發展；這是S安養中心與其他機構最大的不同。其服務受到支持及肯定，老人福利機構年年評鑑皆優等，不僅要照顧經濟及健康狀況良好的族群，更要持續不斷的照顧經濟弱勢及身心障礙族群，也會將適切的服

務提供給社區有需要的民眾。以呼應政府長期照顧政策精神，讓更多社區的個人或家庭都能享受到雙連「多層級、連續性、多元化、多功能及提供社區照顧關懷據點服務等業務」的感動服務，期待能將「以長者為尊，以服務為榮」的理念與經驗能持續傳遞下去。

2.地理位置及環境介紹

「S安養中心」座落於幽靜的三芝區，面臨北海岸的淺水灣，背倚大屯山，美景天成，環境清幽。占地將近一萬二千坪的園區面積，保留了大部分的綠地，種植搭配季節變化的花草樹木，是一處如桃花仙境的地方。整個園區由平坦安全的步道串連環繞，形成一個讓長者能自在安全活動，景觀舒適宜人的生活空間。其室內的公共空間規畫，設置有特約門診間、復建室、健身房、電腦圖書室、學習教室。諮詢櫃檯、提款機、福利社，美容院、咖啡廳、交誼廳，景觀餐廳、禮拜堂、表演廳等設施。還引進中心周邊社區水果車、洗衣店、計程車等服務，滿足長者需求。

長者住房區，規畫有安養單人房、雙人房，養護房，失智症照顧專區（表4.2），失智症照顧專區在2010年啟用，是台灣第一個規劃以單元照顧模式來照顧失智症長輩的老人福利機構。每一個單元住著8—9名失智症長者，在約有80—90坪面積的生活空間。以促進人際關係的客廳為中心，連接著居家感的餐廳及開放式簡易廚房。整體空間營造出大家庭的溫馨氣氛，更兼顧長者個人隱私及獨立性需求。每個單元內的長者皆由固定工作人員，以個別化、生活化的陪伴方式服務，讓長者更有安全感，情緒更穩定。

目前失智症專區分設於三個樓層，共設7個單元，以單人房規畫；有三個單元是一個單元10名，四個單元是一個單元9名；有公共空間包括廚房、餐廳、客廳、單人房與雙人房，獨立衛浴設備，共提供66名失智症

老人入住，目前床位已額滿，有200多名待床者。且在失智症單元每樓層外皆設置有治療性花園及聯誼休閒活動區，讓失智症長者可以安全且自由的在戶外花園散步、曬太陽、及進行園藝活動，讓長者的生活作息可以更自在悠閒。增加長者間互動，每個長者臉上掛著笑容，這是在機構很難看到的場景。

3.服務提供

(1) 服務對象：

- a.年滿六十歲
- b.以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象
- c.無法定傳染病者

(2) 服務內容：

表4.1 S安養中心服務內容

專業團隊服務:24小時全天候全年無休的照護			
照 顧 服 務	<ul style="list-style-type: none"> (1) 食：營養師依長者需求評估提供飲食設計，並提供長者特殊餐具之選擇。 (2) 衣：中心提供高溫殺菌洗滌服務。 (3) 住：每個人具有隱私與尊嚴的專屬套房，長者也可依慣用物品攜帶至私人房間內。單元皆有安全防護之設備。 (4) 每天三班制的生活照顧服務人員，任何時間都有全職的專業人員陪伴照顧。 (5) 多樣活動設計與服務（失智症長者復健）。 (6) 常規護理照顧，藥物管理，制定個別照護計畫、社工服務。 	社 工 服 務	<ul style="list-style-type: none"> (1) 個別化服務計畫 (2) 團體輔療活動 (3) 家屬諮詢服務 (4) 福利補助諮詢 (5) 長者社交活動 (6) 志工招募受理 (7) 社區資源連結 (8) 配合時令節慶辦理聯誼活動

資料來源：本研究整理

(3) 收費標準：

表4.2 S安養中心入住收費標準

照顧類別	生活費保證金	急重病儲備保證金	養護費
安養照顧服務	1.每人新臺幣0~200,000元。 2.持有政府發給之中低收入戶證明者，收取新台幣 0~50,000元。 3.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	1.每人新臺幣0~50,000元。 2.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	每月基本生活費：19,000元+個人用品費、特殊照顧費及醫療費用。
養護照顧服務	1.每人新臺幣0~200,000元。 2.持有政府發給之中低收入戶證明者，收取新台幣 0~50,000元。 3.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	1.每人新臺幣0~50,000元。 2.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	每月基本生活費：29,500元+個人用品費、特殊照顧費及醫療費用。
長期照顧服務	1.每人新臺幣0~200,000元。 2.持有政府發給之中低收入戶證明者，收取新台幣 0~50,000元。 3.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	1.每人新臺幣0~50,000元。 2.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	每月基本生活費：29,500元+個人用品費、特殊照顧費及醫療費用。
失智症照顧服務	1.每人新臺幣0~200,000元。 2.持有政府發給之中低收入戶證明者，收取新台幣 0~50,000元。 3.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	1.每人新臺幣0~50,000元。 2.持有政府發給之低收入戶證明者免繳。	每月基本生活費：34,000+個人用品費、特殊照顧費及醫療費用。

資料來源：本研究整理

4.1.2 P 長照中心附設之失智症老人單元照顧專區

P 長照中心，於民國 100 年 2 月成立，提供優質的全人關懷與醫療照護為宗旨，成立多層級長期照護機構，以歐日針對失智症照顧推動的「單元照顧」模式，為長者預備「生活即復建的環境」，且以袖手式、參與式、動機式照顧，讓失智症者可以執行的就不取代，以延續其原本的生活方式。

1. 服務理念及規模

依據內政部戶政司統計至95年底嘉義縣市65歲以上之老年人口佔所有嘉義縣市人口13%（約有109,752人），失能老人約8,780人（依據莊坤洋2008年研究發現台灣地區老年失能盛行率約為8%推估），但嘉義縣市之長期照護機構僅有長期照護機構約有53家，約2083床（內政部老人福利司，民 97），因此嘉義縣市之長期照護機構無法滿足嘉義地區老年失能人口之需求，因愛而生的嘉義基督教醫院，五十年來用愛守護雲嘉南，用心傾聽到長者的聲音，並付諸行動，嘉義基督教醫院及社會大眾捐助於95年成立保康基金會，而基金會本著耶穌基督愛人如己的心，提供優質的全人關懷與醫療照護為宗旨，成立多層級長期照護機構，本中心於民國98年10月開工，民國99年6月主體工程可完工，於民國100年2月完成「P長期照護中心」；總床數196床，長期照護區131床，養護區47床（有規劃收容插2管者，於2樓養護A區26床），失智症專區18床，及隔離房2床。失智症專區設置兩個單元，分別為6床及12床，兩區各自形成「小單元」，P長照中心之老人失智症專區以歐日針對失智症照顧推動的「單元照顧」模式，為長者預備的「生活環境」。單元照顧理念是指透過為失智症規劃的精緻空間及服務，使長者得以在類似居家的環境中與照顧者以及小單元中的成員們共同生活，所有活動皆在此完成，如同在自己家

一樣，出房門就看到客廳、中島廚房，看到自己家人在這穿梭，設計宜行環境，增加安全、安心、舒適感，減少認知障礙，相互扶持，讓長者更願意行動，使家屬所託付的長者心理得到尊重，生活得到良好的照料，讓家人得以安心，照顧工作者更能專注呵護每個長者。更強調持續性照顧，長者如退化到失能即可以轉到長期照護區，在一樣環境，一樣的團隊，讓失智症者能夠得到完善照顧，而保康失智專區單元照顧四大特色如下：

- (1) 小單元的照顧模式
- (2) 整合性的照護：整合醫療、護理、心理、衛教、復健、社工及職能治療之跨領域醫療團隊，24小時呵護長者（表4.3）。
- (3) 中島廚房的生活型態：小單元中的長者，可一同協助簡單的排盤、料理及用餐，增進共同生活自然互動。
- (4) 專屬療癒花園：特別為失智症長者規劃的療癒花園，鼓勵長者參與園藝，讓長者在親自投入園藝植栽的過程中，得到復健的效果。且國內外研皆發現，園藝可鼓勵失智長者參與活動，降低無意義活動狀況，接觸植物的同時，也能放鬆心情、舒緩壓力、放鬆肌肉，增加生活適應。

P長照中心之失智專區除了硬體規劃，軟體更為重視，軟硬體結合最終目的減緩退化；故所提供照顧模式為袖手式照顧²、參予式照顧³、動機式復建⁴，讓長者自主參與行動，長者能力可以執行的就不取代，工作人員會隨時在旁觀察必要時協助，把原本在家中的角色功能在機構持續發

²袖手式照顧是指協助長輩自行完成日常生活自理能力，而非工作人員直接照顧，以維持生活功能、保存自我價值及維護自我形象。

³參與式照顧是指鼓勵長輩能參與社交活動，並協助照顧其他長輩，融入團體與他人互動，滿足自我實現的需求。

⁴動機式復健照護是指以活潑的生活經驗及友善環境引發長輩復健動機，產生快樂與成就的經驗，達到復健效果。所強調的是復健就是生活的一部分。

揮。當長者有精神行為出現時，照護團隊會導入課題分析，了解其背後所要傳達問題，團隊進行討論將其可能導致行為提出，包括疾病問題、情緒問題、身體不適、物理刺激、人際互動、居住環境及物品、期望能力不如期待及生活史經驗等八項來評估分析，也會與家屬溝通，解決長者問題，滿足並延續原本生活方式，一切以長者為中心的模式照顧。

長者如果慢慢退化到重度併失能就轉至長期照護區，同時也與家屬討論之後照護計畫，導入安寧緩和醫療照護，提升長者生活品質及尊嚴。保康長期照護中心提供從「安養」至「長期照護」不間斷的多層級照護體系，致力使「在地老化、延緩醫療」的理念能逐步落實；是陪伴失智症長者人生最後一程，是能夠協助身心俱疲家屬，結合社區力量，配合社區醫療網絡模式，提供長者身心靈社會兼俱的失智症照護專區，保康長照中心最終信念以『銀髮樂齡、活躍保康』為目標，希望長輩住在這裡像住在家裡一樣自在、快樂，展露笑顏！

2.地點區位及環境介紹

中心位於嘉義市遠東段，基地面積為17187平方公尺（約5199坪），建築物分為地下一層、地上四層、RF屋突層；總樓地板面積為8856.72平方公尺（約2679.16坪）；每名老人平均使用面積為44.73平方公尺。中島廚房設置於1樓失智A.B區及2樓養護區，共3座。讓住民有像家一樣的感覺，共同參與。P長照中心鄰近嘉義基督教醫院、私立宏仁女中、嘉義基督教醫院接駁車除假日外，一天有三班往返至車站，火車可於嘉北站下，交通便利，家屬探訪互動很方便。整體環境規劃以安全考量為前提，並重視情境的設計、治療性（輔療性）花園；另擺設與長輩昔日生活中熟悉事務相連結的物品、圖畫，且不著痕跡的將現實導向、認知訓練、感官刺激等功能融入其中。更落實『個案的個別化照顧計畫』等。

3.服務提供

(1) 服務對象 (表4.4)

- a.年滿65歲以上或自費60歲以上，體檢後無精神疾病與法定傳染病之長者。
- b.養護服務：以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人。
- c.長期照護服務：罹患長期慢性病，且須依賴服務之老人。
- d.失智服務：以神經科、精神科等專科醫生診斷為失智症中度以上、具行動能力，且須受照顧之老人。

(2) 服務內容

表4.3 P長照中心服務內容

專業服務	服務內容
護理服務	專業護理人員24小時服務，照顧住民生活及身心狀況並提供專業護理服務及健康諮詢。
醫療服務	嘉義基督教醫院家醫科及其專科醫師定期巡診。所有入住住民均會有醫師進行評估。
生活照顧	由認證合格之照顧服務員提供24小時日常生活照顧。並透過照護活動加強長輩對人、事、地、物的定向感，並增加與他人互動的機會，減少對現實的脫節。
營養照護	營養師評估住民飲食及營養狀態，並由營養師及廚師設計飲食，每星期提供1次快樂餐之選擇，並定期舉行膳食委員會滿足長輩需求。設置HACCP認證專業廚房，為長輩食品安全把關。
復建服務	專業復健師針對住民個別性設計具運動性之復健計畫。
社工服務	定期舉行家屬聯誼活動及家屬座談會。志工訓練管理
定期舉行活動	結合長輩有興趣的主題懷舊活動，回憶起年輕時光、打仗經歷等話題設計懷舊主題，刺激長輩的認知功能及心理健康，延緩老化。更有長輩靈性關懷與支持團體，安排志工陪伴與之同樂。

資料來源：本研究整理

(3) 收費標準

表4.4 P長照中心入住對象收費標準

費用類別	費用項目	費用標準
基本照護費	長期照顧費	四人房：27000/月 1300/天
		四人房（落地窗）：29000/月 1400/天
		雙人房：32000/月 1600/天
		單人房：42000/月 1800/天
	失智照顧	單人房：35000/月 1750/天
特殊處置費	鼻胃管留置	1000元/月
	導尿管留置	1000元/月
	氣切管留置	2000元/月
	腸造瘻	1000元/月
伙食費	一般者	不加收費用
	管灌者:加收	1500元/月
	特殊配方者	另計
保證金：一個月基本照護費		
備註：入住時與第一個月照護費一起繳交完成		

資料來源：本研究整理

生、老、病、死是人生必經之生命歷程，生命的起點由不得我們自行決定，生命的終點也在上帝的手中，然而過程卻是可由我們個人的自由意志來決定想如何走或往哪裡走。

在一般的長期照顧機構，一間寢室可能是二人、四人、或六人共用，工作人員進行個人的照護工作，一般很少注意到隱私權需將布簾拉上。所有生活作息，包括下床、梳洗、吃飯、洗澡、睡覺等日常活動，都在

固定的時間進行，缺乏自主性選擇。一切以機構的規定及工作人員方便為主，照顧焦點並非「一個老人的生活」，而是「一群老人的生活」。且必須面臨照護問題，集體照護方式無法只服務少數人，加上照護人員對失智症的認識不足，會認為失智症者故意找麻煩而產生誤解，甚者有吵架、衝突，所以更排斥失智症者，結果造成失智症者情緒更燥動，無法讓失智症者以自己想要的生活模式過生活，以致影響照顧品質。

S安養中心與P長期照顧中心，屬於一在北部一在南部的多層級照顧附設失智症單元照顧機構。共同特色為單人房的硬體環境設備乾淨、舒適、整潔，寬廣的客廳、簡易廚房、交誼廳、遊走花園等。失智症者保有隱私且可與家屬共處，又有公共空間與其他人交流。軟體環境上跨領域工作人員擁有的專業服務技能及合一的工作態度，加上令人感動的陪伴服務信念，都強調將照顧與生活中復建自然融入，尊重失智症長者生活經驗，注重個別化照顧。

由於S安養中心，地處於三芝偏遠地區，基於照顧服務於西元2000年開幕啟用後，同時興辦社區老人大學（松年大學）及社區照顧關懷據點，之後陸續開辦居家服務、日間照顧等。以實現多層級連續性照護及在地老化之老年照顧發展方向。

S安養中心與P長期照顧中心背景與教會淵源深，愛是其照顧核心價值；採以「人」為中心的服務模式，以價值為導向，兩家照顧理念皆抱持「有產值不一定有價值，有價值不一定能算出產值」。「行銷不是從市場開始，是從服務開始」。「在別人的需要上，看見自己的責任」。

S安養中心至今已邁入第16年，P長期照顧中心至今也已邁入第5年，即使收費高達50000元（雙連），一樣入住率百分之百，預約等待進住者眾。保康失智症專區6人床部分因照顧服務員人力關係，無法開床外，長

期照顧及養護床入住率亦百分之百，可預知長期照顧服務品質是永續經營的不二法門。

4.2 台灣失智症專區單元照顧模式發展

一個失智症照顧機構的成立，事前的準備，包括建築設計、建造，資金到位，工作人員的聘用、訓練等諸多考量；營運後服務對象資源，工作人員管理、住民服務品質維護、資金運用等都是機構經營成功與否重要因素。研究者今即針對兩家已在營運的失智症單元照顧機構之狀況，將之分為管理、人力、財務、照護四部分分析，以了解失智症者單元照顧模式之成立營運過程。

4.2.1 長期照顧機構成立失智專區管理面向

長期照顧機構的角色、功能、經營利基與一般企業不同，有其機構不同類型特色，因此機構管理運作模式，以有效的達成機構使命，協助政府政策推動，提升照護品質為主；所以機構管理上要以法令規範為依歸，在財務管理、人力資源、品質維護上達到平衡狀態，機構才能永續經營。

1. 失智症專區單元照顧成立緣起

台灣照護機構起步若以24小時的照護，常以護理之家為主軸，但在長期經營裡發現部份失能程度達不到護理之家的可以改為長期照顧或養護機構來承擔，可以不必在護理之家。因此保康長照中心及雙連安養中心因有需求而設置。在面對愈來愈多失智症確診的案例及照護的特別需求，失智症專區也孕育而生。很多工作人力都是從護理之家轉任，各種人才及服務專區的規劃，也都從摸索中前進。

我們之前是護理之家，護理之家沒有失智專區，那時候大眾對於失智的認識也還不是那麼純熟，之前的名字都還叫做癡呆。我們在走廊放一個小沙發，找一些古老的扇子，阿嬤就會坐在那裏搵風，只要有人從樓梯口上來，阿嬤就會招手說：來坐阿～那一次家屬來看到那種情形，就說她在家裡就是這樣子，他們家門口就有廣場，有藤椅在那裏，黃昏的時候坐在那裏，看到人來就叫人來坐，覺得說這樣跟她以前在家很像，她覺得媽媽從之前躺著進來，到現在這樣進步很多，也謝謝我們的照顧。
(P01-1)

我們從九十八年開始籌畫的時候，我就已經過來了，建造的時候，我們也參與一些意見，比如說單元類的設置，或房間的設置，或者是配膳區都有參與一些意見，所以我們在成立之前，在房子建構上還有裝潢上我們就有參與了，而且是預備能力之一阿！(S03-6)

2.失智症專區初營運

長照中心失智症專區起步時在台灣相關知識仍不普及，所以被運用的機率就較小、建築需大量參考國外的訊息，從中融入台灣的習性，及有多層級的概念及作為，並有所創新，才能在經營上取得一席之地。

宣傳是用網路，或是家屬介紹，辦大型的宣導活動 (P01-9)

有規劃是多層級的，從健康老人到失能，甚至是到安寧 (P01-3)

這裡的建築規劃是參考國外的理念還有設計方式。請一些國內相關學者提供意見。建築物建的差不多的時候，我才有比較多的參與。(S02-1)

我覺得我們硬體跟軟體是沒話說，所以這也是造成我們在入住率上面提高一個指標，然後我們對失智長者的照顧品質，我覺得以我們兩年多的經歷來說，我們應該算品質很好的一個機構！(S03-40)

3.工作人員磨合期

長照中心失智症照護專區要有特色，工作人員面臨到很多的挑戰。運用焦點團體討論最關鍵因素，定期固定的檢討與改進，照顧上有共識，對失智症者照顧技巧更一致。

開始時意見較多，焦點團體，照顧面的規劃—社工介入、營養師、復健師人力上面的規劃。(S02-9)

我們失智區固定的會議是兩個月一次的月固定會議！(S03-14)

個案研討，失智區三個月一次！(S03-16)

4.2.2 失智專區的人力招募與訓練

失智症在台發展仍是新的藍海事業，很多單位及機構的嘗試進入，工作人力的招募及訓練也是重要的一環。因此本研究特別再針對人力資源管理的面向進行簡略的探討，以期更多的人力投入失智症專區時，可以有經驗上的參考，作為持續精進的方向。

1.失智症專區工作人員注入新血

失智症專區及照護人力在開辦之初，有很多的未知，也令很多護理師及照顧服務員感到害怕，少有主動願意從事的工作人力。機構有長照區及失智專區，沒有特別為失智症做人力招募；在人力的招募上是依進來的人格特質、興趣來挑選，因為不是每個人都適合照顧失智症長輩，需要有更多的信心，這樣彼此才不會挫折，且可以互相提攜。

當初失智專區護理長，是由主管挑選的，就是上級主管挑選，然後在這當中護理長必須去外面受很多的訓練，包括失智症學會、老盟，我們是很幸運的是老盟開始受訓我們可以跟著上，社會脈動腳步，學習的照顧理論。(S01-9)

我們當初會問大家，因為雙連本身很多照服員，那就有問大家，誰要到信心樓，就是「未來的失智專區」，有人有意願先主動報名，實際上都是被點名，被點名的比較多，被點名坦白講會選個性特質。(S01-9)

機構有長照區及失智專區，所以沒有特別為失智症做人力招募，進來的依特質、興趣，因為不是每個人都適合照顧失智的長輩，這樣彼此才不會挫折。後來發覺需要再教育的部分，老盟跟聖若瑟合作辦研習會，上兩天課、實習兩天。(P01-4)

我才選擇進來這裡機構服務，工作內容，那對於失智專區失智症的長輩跟照護我還有待加強。(P03-17)

一開始會到專區去，有照顧服務員訓練，38小時的失智症照服訓練，到專區一定要有上這樣的課程。(S02-6)

2. 工作人員對於失智症仍不熟悉，照顧不易

工作人員特別提到「重要是我們不要看輕自己」，原因是失智症專區是充滿很多挑戰的，各種研習課程、工作坊及教育訓練都不可少。這些學習，讓全台各地很多對失智症照護有需求的工作人力，可以共同聚集，透過討論及知識的精進來面對中重度失智老人的照護。

先上一些委外的失智課程，職前訓練就會針對失智的症狀、行為，及我們處理的方法。對我們工作人員來說，我們比較期待分享。期待別人分享前輩的工作經驗，可以教導我們。(P04-3)

剛開始在護專的時候，二下有一個失智的課程，既然我有上過失智的課程，那就做失智相關的工作，實際上從事對這塊會比較清楚。做了之後覺得蠻有興趣的，想說就繼續做下去。(P04-22)

就是在機構職前訓練，但就是上一些教育課程，就可以給我們一些知識，提升自己。重要是我們不要看輕自己。(P04-26)

3.資深工作人員以自己經驗傳承

作中學一直是長照中心裡失智症專區的工作人員在作的事，不像一般的工作可以有很多經驗上的傳承，減少很多的失敗。也有工作人員，運用同理心的原理，作角色扮演，目的都是希望能更了解服務的失智老人，使服務可以符合需求。

有利用中午的時間處理一些特殊事情，中午長輩休息的時間才比較有空閒，大家坐下來稍微分享、討論一下(S02-6)

每次抓個主題出來上課，那我需要角色扮演，我喜歡用角色扮演，丟幾個主題出去，讓同事們出來演戲，有的當長者，有的當照顧者，那他自己去想，這樣對還是不對(S01-7)

長輩多少量成員來到多少這樣子，所以我們的在職教育一面走一面學，做中學！(S01-12)

4.2.3 失智專區的資金運作

失智症專區的使用客群，雖因著國人對失智症的認識而有市場性及逐漸增加的客群量；但因著照顧的人力比多於一般的長照區，所以就財務上來看，薪資一直是機構最大的成本，也就造就了很多人的不敢嘗試。因此本研究也針對失智症專區的資金運作進行訪談及分析，讓更多的經營管理者可以有參著指標對此服務有更多的瞭解及認識。

1.失智症專區照顧服務員人力比1：3，人事費用支出高

一般長期照顧中心及養護中心的經營都會有盈餘，就四人房而言，每月兩萬伍仟元的照護費用，雖是一般的價錢；但對經營者來說，在財務上如果有七成以上的滿床，都會有盈餘，不需要對財務有太多的

擔憂。但失智症專區的單元照護模式的人力比比長照區更多，實務上有再更多的人力需求。因此就單位成本來看，一直都是不符合成本的狀況，兩長照中心都有由機構其它服務來覆蓋其財務的情況。

扣掉折舊，在損益上都是赤字，董事會、基金會也一直在討論這件事。目前費用都是家屬自費，但如果往上調，家屬負擔會增加。所以我們還在考慮，不會貿然執行。(P01-14)

開始是大眾的捐款，內政部有補助設備費，現在就是家屬每個月的收費，目前還是虧損的狀態，所以還是機構長照的部分在做貼補，cover 失智症專區。(P01-5)

2.失智症專區規範單人房間設置，建築成本高

再細部分析，失智症專區的財務面。每間房要單人房、需要各別的用餐區，廚房、療育花園，其所佔長照中心整體的空間廣且多，但可服務的人數卻低，收入無法平衡。很多時間，因著失智症照護上經驗的不足，會需要更多的人力，原本就吃緊的財務，會因此更每下愈況。

單人房設計，整個硬體成本比一般機構高很多，又要專區，又限床數，困難就是組織上會虧錢，做不好可能會拖垮機構。床數不夠就沒有經濟效益。可是佔地大，人力比也要一比三，收入不多，怕收支不成比例。(P01-7)

目前有補助人事費用，但是全年請，而錢還沒下來，機構要先做cover。未來希望在人事支援這部分，應該再多一點。(P01-15)

還擔心六十六床，我在想我們雙連花了上億的成本建構這麼棒的照顧區，有硬體沒生意也不行。(S01-37)

4.2.4 失智專區的高齡照護

失智症者照顧，準備工作是必需的，病程進展、背景、嗜好、其他

疾病等愈了解，愈能幫助團隊在照顧上有一致的方向，可協助失智症者適應機構生活，參與活動。

1.完整評估以收集可靠資料

漸進式的協助長輩，清楚的問詳細的資料，讓團隊事先就知道，這個長輩的整個背景，那這個個案的疾病病程，現在是在什麼階段？他有哪些行為？那他進來之後我們要做些什麼？要怎麼樣的協助？這些都是在照護失智症老人時，要清楚的問詳細的資料。

我們在入住評估的時候，所以是透過社工還有護理人員、護理長這樣子的一個評估，然後才收案，然後收案之後才會透過營養師來做一些飲食上營養上評估，還要透過復健師來做他的復健方面的建議，所以應該是很棒的一個連結！（S03-7）

我想這是漸進式的協助長輩還有我們在收入住的時候，就要清楚的問的詳細的資料，讓團隊事先的知道，這個長輩的整個背景，那這個個案的疾病病程，現在是在什麼階段，他有哪些行為，那他進來之後我們要做些什麼，要怎麼樣的協助他，我會讓團隊先有這樣insign，進來之後，大家就對長輩不陌生（S01-29）

他就有些退縮，後來我們就用另外一個方法，他的功能性非常好，就要清楚的問的詳細的資料，讓團隊事先的知道，這個長輩的整個背景，那這個個案的疾病病程，現在是在什麼階段，他有哪些行為，那他進來之後我們要做些什麼，要怎麼樣的協助他，然後後來我們就發現到說，要給他回饋就告訴他，護理長每個禮拜都會給你薪水，他就非常的高興，混亂的長輩，他也願意主動的去參與治療性花園的澆花整理（S01-39）

2.新入住老人的關懷輔導

老人在離開其原來習慣的居住地，都會需要時間的適應，更何況是有認知困難的失智症老人。照顧上專屬他自己個人的獨特風格的一種照顧方式、在心智及情緒上的關懷、有關懷跟個案輔導的元素在裡面，這些都是在這幾年照護人力對失智症照顧上特別用心及費力的部份。

像洗澡這個問題，一開始有長輩來都不洗澡的，跟他磨了半年，現在洗澡OK了。現在洗澡會自己進去，不用再推拖拉。另一個阿嬤，她是都關在房間，現在也會到外面，會跟大家看電視、聊天。反而是住進來就不想離開。(P01-10)

那未來這一塊一定是那種有發展的潛力，或者是照顧上專屬他自己個人的獨特風格的一種照顧方式！(P03-3)

我們社工比較著重於對於老人就是失智長輩的一個心智上或者是那種因為情緒上的關懷或這是一些對他們紓壓的方式這樣子！(P03-7)

心情起伏會比較大，所以比較容易需要去對於他們的關懷比較多，關懷跟個案輔導的東西在裡面。(P03-14)

例如說今天一個工作人員被打，我就按照這樓層叫大家來開會，可能是社工組長，可能護理長，照服組長，那主任有空的話，主任也參與，那這我們會較多這種機動性的討論，那大家會成一致性說未來這個長輩們有這樣情形，我們怎麼做。(S01-8)

3.營造似家的環境

在失智症專區照護的特色，採小單元（大家庭）的模式，營造的是家的感覺，所以期待長輩帶他熟悉的東西來放在其房間內，有安撫的作用，因為每位宗教不同，照護人員也都可以接受給予尊重。

我們期待長輩帶他熟悉的東西來放，有安撫的作用，因為宗教不同，我們都可以接受。(P04-19)

我們在他們入住的時候也都跟家屬溝通，希望他們把他最喜歡的相片、他的被子、他的棉被、或者是說他喜歡的衣服，盡量能夠在第一時間內把他們，就是說在入住的時候，配合我們的布置，第一個時間拿那些他最喜歡的布置這樣！（S03-44）

因為實際上這就是一個家庭元素，不管是硬體跟軟體都要成為一個家嘛！我想家重要，不是說硬體放置什麼叫做家，軟體，你跟人互動有沒有讓長輩覺得這就我家人，我想這就是最重要的概念。（S01-13）



圖 4.1 似家的環境佈置

資料來源:機構提供

4.似家人的陪伴照顧

在失智症專區高齡照護經常都需要更謹慎，且有更多的相互討論。討論、交班周知、再討論、訊息的傳達，一直都是單元照顧裡失智症照護的基本功。失智症老人到失智症專區來，很多都已達中重度以上的失智，所以無法自行居家照護。在兩失智症專區，依據訪談都可以發現照顧人力對人的尊重及看重；也會用更多的時間陪伴及了解入住的老人，讓入住的老人在單元照顧的失智症專區裡都可以像在家一樣。

我們每個禮拜三，都會做失智專區的會議跟討論個案照護的部分，依照這樣的照護計畫下去執行。(P01-10)

我們通常如果有長輩的問題，當天有上班的工作人員一起討論。討論完之後再請她們各自交班。如果有需要再討論。如果有確切的做法，那就交班下去。在各自交班的時候，在把這樣的訊息傳遞下去。這個方式比較常用。(S02-15)

講的其實就是對人的一種尊重、看重，這樣的概念其實所有長輩都適用。(S02-21)

家屬會把長輩送到失智專區，很大部分是因為家裡無法照顧，所以才送過來。有些覺得長輩需要更多的刺激，可以延緩退化。雖然在家裡，可以照顧，但給予得比較有限。所以希望到這裡。專區也算幫了很多家屬的忙，他們也都蠻感激的。(S02-2)

我們的工作人員跟長輩其實還不錯，因為有蠻多時間陪伴他們。(S02-4)

人力比是不一樣的阿！然後照顧品質一定是不一樣，失智區是採單元式的照顧，而且是比較像家的感覺，所以一定是照顧不一樣。(S01-19)

5.以人為中心的照顧

照顧失智症老人，照護人員提到，其實是包含最信任的照顧最重要，且一致性的照顧模式是非常重要的。另外，因失智症老人常可以行動，也有相關程度的活動力，所以在照護時，要照長輩的意思，不是依照護理人員的意思，這對護理人員來說也很重要，而且實際上大家都是非常辛苦的

照顧其實是包含最信任的照顧最重要，甲乙丙3個照服員洗澡的模式不一致，長輩就無所適從，那對一個失智長輩他會不安，一致性的照顧模式是非常重要的。(S01-6)

像這個長輩入住的時候，是非常辛苦的，會有些行為，大便偷抹什麼的，隨地尿，大便偷抹阿，大便放在抽屜裡面，放在窗台邊，放在哪裡哪裡，你要去找，那個異味從哪裡來，實際上是大家非常的辛苦，每次找到這個異味的來源，包括窗簾拆下來洗。(S01-10)

長輩知道你尊重了，因為她需要休息，你已經尊重她，就馬上會有一些東西出來，失智歸失智，但是他們是很清楚的，所以我們會這樣的一個給團隊這樣的概念，告訴他們，照她意思不是照你意思，這很重要！(S01-15)



圖 4.2 貼心的設備，長輩累了就可休息

資料來源:機構提供

6.療癒式花園－園藝治療

另外是特別為失智症老人設計的「單元式療癒花園」，因著現在的老人常還會有對農作及植栽的記憶，所以園藝輔療或是園藝治療，也都是單元照護模式裡失智症照護採用的方法。

步道空間大一點，布置不要很死板，可以給一些擺設、裝飾路上花草圖案，或是弄懷舊的風格，走到哪裡都有新鮮的東西可以看。不單單是走。(P04-38)

我們這邊的特色就是單元式或者是療癒花園或者是那種那些比較以針對失智區開發的一些特質性的一些小團體或者是活動，然後就是讓長輩阿，不會失去原有的功能，然後也不會再無聊的狀態度過每一天這樣子！(P03-27)

因為其實照顧的方式都一樣，那就是要看他個人的目標跟發展的期望，那他們長輩還會拿被子出去曬！當成自己的家裡感覺，大太陽阿，曬一下棉被阿，還是出去走走吹吹風這樣子！(P03-30)



圖 4.3 療癒花園亦設計遊走迴路

資料來源:機構提供

7. 認知懷舊環境刺激

讓失智症專區的老人有年節、節日及年月感受，更需要有同理心、也比較需要關懷、讓高齡者有生活存在的價值。

活動帶領，我們通常都是大團體，我們都是會綜合團體，針對現實導向跟他們說這月有什麼節日，然後就是做大型的節慶，每月份壽星也會幫他們安排慶生活動。(P03-15)



圖 4.4 懷舊情境佈置

資料來源:機構提供

8. 失智症的營養照護

失智症者因為疾病的關係，不是不知道要吃，就是吃飽還是覺得沒吃，所以營養的照護，長輩吃的量，或是進食的情況，照護人員都會跟營養師回報；有什麼偏好，有糖尿病或是其他疾病，營養師也會特別跟家屬、工作人員進行衛教

營養師就會比較辛苦。長輩吃的量，或是進食的情況，我們都會跟營養師回報。然後每個月都會量體重。營養師會從體重去判斷長輩進食的情況，再加上照護人員的告知，瞭解長輩的進食情形。有什麼偏好，

有糖尿病或是其他疾病，營養師也會特別跟家屬、工作人員進行衛教。
(P04-11)

家屬告訴我們說，他過去是靠成品罐裝的營養品當正餐在喝，但是這長輩進來一個禮拜之內，我們已經幫他從罐裝食品變成主餐，就是我們營養午餐，雙連的主餐，然後把罐裝變成副餐，以前他是一個防護心很強的，他跟自己說被下毒什麼的，所以不敢，所以你給他的東西都要在他面前打開，現在是可以在他面前協助他打開。(P01-31)



圖 4.5 讓長輩可像在家一樣備餐及了解長輩用餐情形

資料來源:機構提供

9. 單人獨立空間很自在

單元型照護可以有各別獨立的空間，讓老人可以不必限制及約束遊走的老人，自由的像在家一樣的走動。照護人力也不需要擔心其走失。且對長輩了解越多，他現在想要做什麼，能做什麼，之前的興趣是什麼，可能都需要去嘗試，讓她可以自由的像在家作自己感興趣的事，例如其中一個失智老人愛編織。

在失智區沒有約束，長輩可以走來走去，我們會盡量引導他到房間去。失智專區其實比較簡單一點。比較容易辨識，在引導過程，比較大的機會會走對。(S02-4)

那我們失智區是絕對不約束，絕對不會限制他的行動，然後在引導他在黃昏症候群，或者是他在徘徊的時候，會透過我們人力的陪伴，聽他一些情愫的動作，多了解他！(S03-25)

那養護區的人力照護比是1:8，比如說有一個長輩，他行為能力還不錯，但他已經失智到重度的狀況。所以他常常走錯房間，到別人房間拿東西，會對別人造成困擾，晚上要睡覺的時候，需要約束。沒有約束的話，我們人力無法負荷。(S02-3)

10.定期修正照顧計畫

在單元型照護模式裡，照護團隊可透過我們照顧服務員的持續性討論，護理人員研究來下的護理計畫，及每天看失智症老人每天的行為改變，然後再不斷的調整其護理計畫跟目標才能讓失智症老人在長照或養護機構內可以安穩、舒適的生活

我覺得這是一個大挑戰，因為他每個人的表現的異常行為都不一樣，然後你需要的模式不是你書本上念到的就可以用在他們的身上，要透過我們照服的一個研究，護理人員的研究來下的護理計畫，我們還要每天看他的行為改變，然後來做他的護理計畫跟目標，所以我覺得這個層面是很有挑戰性的，所以才說我很喜歡！(S03-23)

透過我們失智區的照顧模式之後，我們甚至於後來可以引導他如廁，就是說看他在抓褲子，或者是說他在拉褲頭的時候，就覺得他是不是要去尿尿，然後他是不是要大便，甚至於後我們就有抓到他的模式是

說大概兩個多小時會小便一次，就不用讓他到處隨便這樣子亂小便了！
(S03-24)

機構建構完善的空間規劃對於照顧品質有正面的影響，但單元照顧更重視照顧內涵，轉變一般長照機構給人印象，長者不再每天的生活都照單規定的，在固定時間進行固定的事，每天生活就像被放置於生產線上的輸送帶進行著一天的生活，過著以任務完成為中心的文化。

失智症者入住機構是一個巨大的生活改變，是一個衝擊，如何解除焦慮刻不容緩，工作人員應有足夠的敏感度去察覺老人的需要，這得有賴於訓練有素的工作人員；現老人服務再也不是只要長者「吃的飽、不出事」就好；更強調陪伴照顧，失智症者每天的活動及需求是動態的。工作人員在每一個生活單元內，必須藉由現場走動及直接互動才能提供即時需求。所以除了提供生活照護外，更重要的是像家人一樣，與長輩一起生活。在生活單元就像一個大家庭，是個獨立自由的個體，隨著季節的遷移變化和節慶假日的來臨，長輩和工作人員共同動腦筋思考決定食衣住行育樂等相關事宜，一起策劃三餐要吃什麼？要做什麼活動？慶生會、外出購物、參觀蘭花展、旅行等凡是在普通「家」裡可以做的事，在「生活單元」內都可以進行。

研究個案單元照顧模式理念，是由6-12人的長者和工作人員1:3比組成的一個「大家庭」，突破以往照顧者和被照顧者的關係，形成夥伴關係；落實「以人為中心」的照顧理念。機構照顧文化的改變是為了達到個人化照顧所需要的改變，每個長者都是一個個體，是獨特的，是有許多故事經歷的，是以配合長者的生活所提供的照顧，也是同理長者的心情，提供所需要的服務。

4.3 失智症專區單元照顧模式未來挑戰

失智症專區設置床數與失智症者增加的比率不成正比，因此探討單元照顧模式在各個面向上的困境，以尋求解決之道。

4.3.1 失智症專區單元照顧經營層面

在消費者意識高漲情況下，單一化的服務內容，將無法滿足因社會持續進步，自主性提高的多元選擇，故服務內容的多元化、人性化，開創新的服務模式，讓機構可以永續經營，都考驗者機構經營者的智慧。

1. 人力資源管理

(1) 鼓勵年輕人投入照顧工作

機構工作人員有南北不均的現象，目前人力仍以中高齡較多或二度就業為主力，北部年輕人較願投入，且熱愛這工作，南部仍以中高齡為主，應該鼓勵更多年輕人投入。

我還沒有上過相關課程之前，我會這樣想。因為放眼望去，都是職業婦女或是二度就業，學歷不高、有一定年紀的人在做這個工作。早期我會覺得不是那麼優，但我接觸課程之後，我們的改善空間還很大，自我肯定是很重要的。(P04-25)

年齡層可能年輕化，這樣體力、反應都會比較好，年輕的話學習的意願比較高、價值觀也不一樣。中高齡者就比較不想接受新知識。(P04-28)

然後在學校的方面，老師給我們一些訊息，其實失智症這種狀況是很普遍的，只是說早期對症狀不是那麼瞭解，這種專區是很少的。政府慢慢的重視這一塊，對我們工作人員來說是一種挑戰。畢竟和長照是不一樣的。(P04-1)

(2) 專業人力不可取代性

機構社工師、護理師及照顧服務員皆屬法定之專業人員，其人力充足與否影響了服務品質，屬於不可取代性工作。照顧服務員是機構人力資源中比例佔最高的專業人力，且機構一直有成本考量，不預備好人力，等長輩入住才找人，所以機構一直有護理、照顧服務員人力不足的現象。

初期為了降低成本要盡量讓長輩進來。那時候一邊讓長輩進來，一邊找工作人員，但工作人員也不好找，工作人員不夠的時候，雖然有空房，但長輩沒辦法入住，要有工作人員進來，才能讓長輩入住。

(S02-9)

人員異動比較高的就護士、社工、行政，很多人不是在地人，會有家庭因素。再來就是這些人對於工作、職務上的期待不一樣。這樣的工作是不是他們要的。(S02-31)

2. 機構品質提昇

(1) 住民安全維護

住民遊走是一種漫無目的，重覆性的移動；是沒有固定方向，漫無目標的四處尋找，盲目的搜索行為，持續的非常忙錄與不安；會讓住民暴露於危險中，跌倒是最常見的，梗塞、走失、燒燙傷等。

我們空間蠻大的，我不能說沒有，但每個長輩的狀況不一樣。長輩的意外都是發生在一瞬間。(P04-17)

這裡有遊走園區，但是遊走空間有限步道是單一方向，走久了會膩。長輩想要走別的方向，被阻止的時候，他們情緒就上來了。(P04-37)

那花園花草可以讓人心情愉快或放鬆心情的一個地方，那對於失智長輩來講，有一個庭院讓他們走動，不至於走出去迷失方向，這也是還滿重要的，至少他們知道這個花園是屬於他們的，出去走一圈回來還知道怎麼走！（P03-29）



圖 4.6 機構處處可見為住民安全設計產品

資料來源:機構提供

(2) 工作人員安全維護

失智症的問題行為普遍存在於失智症者日常表現中，在需求未被滿足下極易引起的騷動行為，如暴力攻擊行為、晚間吵鬧、錯覺、幻覺等，第一線工作人員易成為攻擊目標。

今天一個工作人員被打，但是我就按照這樓層叫大家來開會，可能是社工組長，可能護理長，照服組長，那主任有空的話，主任也參與，那我們會在這當中，把這個主題丟出來，然後當事者說，那你今天在照顧當中，你今天發生這件事情，你告訴我，從頭到尾，我要聽她個人講的，一五一十的告訴我，之後我們再想剛剛有沒有哪裡有問

題，還是我們真的沒有即時掌握長輩的行為問題，讓我們工作團隊受傷，那怎麼樣預防工作受傷的問題。(S01-8)

3.機構經營管理

(1) 發展多元創新照顧模式

社會多元化老人需求也因社會進步、觀念開放及自主性提高而越多元，機構隨著政策改變做適度的調整，提供更多元的服務模式及規模。

大家都往高品質去，最後一定會有機構會被淘汰。有一部分是住得起，但負擔得起的人也不是很多，最後一定會有人被淘汰。第二個問題是：那些住不起的人怎麼辦？今天做這個單元照顧是一個嘗試，可能還有一些方式，哪些方式是一般人負擔得起？(S02-37)

主管要去思考該怎麼做，第一個是要經營得下去，虧本的事沒有人會做，第二個是要讓一般人都住得起。(S02-38)

因為當初他們有請設計師來我們失智症前輩專家進來探討的，那所以當初是我知道當初專區要成立之前，中心也花了很多人力跟時間跟金錢去外國參訪，包括日本北歐，參訪很多個國家，所以失智區本身她是為了失智照顧區而建設的硬體。(S01-19)

(2) 機構與社區聯結

長輩來自於社區，期待在地老化，就像生活在家一樣，把長輩由機構帶至社區，利用社區資源，與社區長輩一起生活。

社區化很重要。長輩住社區裡面，不一定要住在一起，但家人間的聯繫要是存在的。(S02-46)

服務要多元，就是針對長輩的需要去提供服務，有些人是住在家裡，有些人去日照，家屬的觀念要好，社區要友善，又有機構的部分。

我覺得是要有很多不同的選擇。有些機構是24小時的照顧。這種最好是設置在社區裡面，用團體家屋、日間照顧、居家服務，再把志工進來做協助。整個社區如果概念很清楚，那照顧上就不會有太大的問題。(S02-44)

(3) 持續研究精進

機構鼓勵研究創新，將實證照護效益提升，將努力成果資源共享。

要怎麼樣要讓團隊有願意服侍的心，我覺得這是要努力的部分，希望大家把照顧品質做得更好，我想我們還有空間。(S01-55)

那我們怎麼樣有研究的方向，讓大家更認識在失智症照顧領域當中，兩個團隊彼此的資源分享，我也與我的主管談到這一塊，這樣我們也可以從人家前輩那邊去學，學習應該怎麼做，也讓別人看得到我們這麼做。(S01-57)

4.3.2 失智症專區未來人力招募與訓練

失智症專區人力不足，是機構一直存在問題，也困擾著主管，薪資福利、工作量、距離等都是可能原因，當然政策可能是更大原因。

1. 工作人員招募問題

(1) 護理人力招募

長期照顧機構，醫師是固定巡診，非機構內固定聘用人員，所以護理人員兼顧了評估與照護，在機構益顯重要，護理人員短缺，雖然基於照顧住民，願意無怨無悔付出，久必疲乏。

護理人力是比較不足的，謝謝兩位同伴，他們也都很願意花很多時間，就是大家同心在這樣的不足人力當中互相的協助幫忙，是年齡的成熟度夠，大家都40歲以上的年齡層，穩定度也比較高，那我想這是比較好的一個部分！(S01-43)

我們護理人力目前缺了五六位，整個雙連裡面，那我想這不是雙連問題啦，整個護士荒的問題！（S01-24）

我想應該是我們比較偏遠啦，所以造成人力比較難！（S01-25）

（2）失智症照顧服務員人力招募

政府為提升基層照顧服務員人力水準，鼓勵二十多所大專院校設立老人照顧或管理相關科系，但因國人觀念上皆認為照顧服務員屬於低層工作，故因定位問題無法滿足其需求，所以畢業後投入者相當少。

那其實後來有離開的幾乎都是比較年輕的，他們離開，那這個就是你人際的生活規劃，我們就尊重。（S01-9）

我覺得是學校要改，教育沒有讓學生認為，我即使當照服員都是很光榮的事情，學校的教育會鼓勵，把遠景講得很好，可以去考證照，講說是比較高級的工作。但很少鼓勵說畢業後要去做照服員。（S04-27）

什麼叫專業？事情、問題還沒有發生之前，就先發覺，處理得很好。什麼叫服務業？事情發生了之後再去處理。所以這是兩種不同的特質。我覺得這個棒！專業人員跟服務人員不同在這裡。我期望照服員可以自我提升是很重要的。（S04-24）

2. 照顧服務員專業不足

（1）知識與技巧專業不足

失能長輩與失智症長輩照顧方式有很大的不同，有些照顧服務員直接調任，或新進照顧服務員，未受完失智症照顧課程及實習訓練，照顧知識及技巧，自認有很大的挑戰。

剛開始也不知道失智是什麼情形。還沒有接觸課程之前，對失智長輩不了解。（S02-20）

期望更多、更新的照顧方法、知識，我知道有一些新的照顧方法，能有新的課程進來，能有多一點資訊。(P04-31)

長照和失智區來講，失智區有很多可以學習的，可以自我挑戰的工作比較多，知識上也提高很多。(P04-23)

(2) 人格特質

失智症是一個特殊的疾病，長輩腦部緩慢退化，動作、語言、功能各部分都產生變化，需要耐心、愛心、同理心的慢慢引導，以增加信任感。

第一個他要有耐心的特質，而且要細心，而且要有更多的敏銳度，很重要他要有一個很願意服侍的心，我覺得最重要，如果他沒有那個熱忱，光有技術大概也不行。(S01-10)

特質是要喜歡長輩，喜歡長輩才不會覺得單純只是工作。一開始找對長輩有興趣的，再來有耐心，因為失智症長輩很多事情是需要你去瞭解，行為看起來是異常，但他背後可能有一些原因，要去了解，找到解決方法(S02-10)

照服員本身他已經沒有耐心的時候，他就沒辦法再投入照服員的工作，所以我覺得耐心是很重要的，而且在信仰上也是需要的，例如說他是基督徒的話，他們的一些接受力和包容力更有愛心的，所以我覺得特質還是有不一樣的地方！(S03-29)

3.職前教育訓練問題

完善的教育訓練在於規劃、帶領及考核之新進人員職前訓練，依專業人員資格及訓練辦法，做不同的規劃，機構年度計劃之內、外部訓練課程，甚至到績優機構參訪，以提昇人力素質。

照服員在訓練上，讓自己變的專業。國內的照服員，在國人的感覺上都是比較低層的工作。日本也有老人專業學校，那都是年輕人，他們政府對這塊很重視，願意每年花那麼多經費在這部分。(P04-24)

在還沒有過去之前，我們在養護區的時候就是需要先去上課，失智區的一些課程，透過三十八小時的訓練，還有單位的實習，照服員也是有做心理準備，然後才到失智區上班，所以我們是本來就是籌畫好照服員部分，要先過來人力的一個上課跟職前訓練。(S03-3)

4.工作人員獎勵留任問題

工作人員是機構的最大資產，同時也是機構最大的成本，如何提升其價值，使其願意留任，將是經營者最大的課題，機構應考量除了金錢之外的獎勵措施。

特休是一定每年都要休完，那他當月的休假如果累積到年底還是沒辦法休完的話，我們會在十二月份的時候，就會讓他們先折現，或者是有的人他覺得我不休，不拿這個錢，我要把這個假累積到明年，他要去玩都可以！(S03-46)

新進的護理人員是三萬五，照服員的部分是兩萬八，那如果你是大學畢業的老人系畢業的，直接跳三萬，同樣三個月過後，不管你是哪個角色就是升3000-7000不等的薪資，每個年度的調薪加給什麼的，就是看主管，三節獎金，治裝費+旅遊一領就有20500元！假比照公家機關，滿一年就有特休。(S01-48)

我們有考核獎金阿，例如說，九十分以上就有考核獎金兩萬，九十到八十五分一萬五，然後以此類推到第五等級第六等級的時候，他的獎金是七仟五！(S03-32)

三節獎金，都是固定給一仟八！(S03-34)

你今天對於這個工作，金錢不是第一位，你覺得你有進去，我有機會去服侍這些長輩我也會從這當中的學習，那我覺得薪水就不是擺第一位，那我也滿快樂的。(S01-52)

4.3.3 單元照顧專區未來財務面的改革

失智症專區單元照顧設置法規規定，需設置單人房、公共交誼空間、簡易廚房，且限制設置單元數量，對於一般機構沒有成本效益。

1. 機構產業化

機構一直以來，皆定位以慈善為宗旨，完全以品質為導向，並無成本概念，但面對即將產業化的到來，考量提升照顧品質的同時，更需考量整體成本，勢必惟有在品質維持下，降低成本，也就是提升機構價值才有競爭力。

這樣的成本值得去投資，因為希望說把長輩能夠照顧好，把品質能夠照顧有一個很水準的。(S01-23)

中心在這方面沒有嚴格的要求，怎麼樣來控制成本，但是他說該用的就是要用，但是我想我們要幫忙當管家嘛。(S01-34)

2. 新建築法規上路

96年之後內政部對於長期照護機構建築法規有新制定，尤其失智症專區訂定每一照顧單元基本設施應設置寢室、客廳、餐廳、簡易廚房、衛浴設備（盥洗間、浴室及廁所等）及其他必要之日常生活設施。可見其成本負擔高。

費用成本蠻高的，整個營運成本比較高是一個問題。這些成本也沒有辦法負擔人力和硬體的部分。(S02-34)

現在用法規的方式來算還是不夠，要提供比較好的服務品質，這樣的服務狀況其實我覺得還不夠。那不能說多收錢再多聘人，可能有些人負擔不起。(S02-36)

3.人事成本佔機構比重高

機構成本結構中，人事成本約佔總成本 40%—60%，但各項人力皆以法定專業人力編制配比，很難有彈性空間。又人力比1：3，比起長期照護其他類型人力比1：5或1：8皆高出許多，成本負擔更大。

我們招的人力比較足，有三十八位，輪三班，所以我們有時候會有交叉班，都會有交叉的兩個鐘頭，這樣子照顧上比較不會有斷線，因為不是大家都跑光光了，這是在人力運用的部分，做這樣的一個安排。(S01-21)

4.3.4 失智專區高齡照護的精進

1.有安全感的家

對於新入住長輩，環境、人物不熟悉，又擔心家人遺棄，所以陪伴給予安全感很重要

剛開始都有一些狀況和問題，因為對長輩不熟悉，長輩對我們更陌生。長輩連家屬都不認得，更何況是我們這些陌生人，要一段時間才能熟悉，剛開始長輩都還想要回家，往外跑。磨合期大概要三個月～半年。(P04-15)

家的概念不是物理環境，而是關係、連結性，像我們這邊就有一些家屬，他們就一直來一直來，讓長輩不會感覺被拋棄。(S02-46)

如果是半圓形的，這樣比較沒有死角。類似以前的三合院？對，各區三床。可以圍起來像一個家，中間像客廳或簡易廚房。(P01-18)

2.家屬熱烈參與感

增進家屬參與度、配合度，長輩被送到機構會覺得被遺棄，因為沒有安全感，情緒控制不易。

家屬他們很努力，我們希望家屬常來探望長輩，讓長輩不要感覺自己被丟掉。慢慢打破送長輩到機構就是不孝的想法。希望可以讓家屬天天來看長輩，安撫長輩的情緒，幫助工作人員瞭解文化背景。(P04-12)

但就是蠻累的。從淡水來回就要二個小時了。台北市的話，還沒看到長輩，來回就要三個小時了。(S02-45)

再來就是長輩的評估，是需要參加團體活動還是要個別性的、跟家屬的互動。目前還沒做得很好的家屬的服務部分，將來想要成立一個家屬的團體。(S02-18)

大部分的人是不想要照顧，家屬都沒有動機了。如果觀念正確，願意照顧長輩，其實都能讓長輩在家裡面。(S02-43)

還有一個家屬願不願意被變動，我覺得家屬要被尊重。(S01-3)

長輩的疾病有在變化的話，護理人員會和家屬溝通，是否有需要轉長照。(P04-18)

3.跨專業團隊服務

單打獨鬥已不合目前複雜的長期照顧領域，住民的需求不只一個部分，合作提供各項協助，是各機構強調的重點，跨專業團隊服務，各項專業人員都能善盡職責，互相配合;需要工作人員改變思惟，凝聚共識，一致信念不分彼此，堅持做對的事。

團隊照顧模式當中，去發現到長輩的需求或行為，有些徵兆，大家就趕快去做，而且團隊不會說，現在是我照顧區我就注意，我不是我就不注意，大家都注意到說在樓層裡面一個團隊彼此合作。(S01-11)

復健師他沒有駐點在這邊，我們是請嘉基的過來！他們是固定禮拜二跟禮拜四過來！（P03-39）

如果護理人員在忙的話也可以及時叫護理長出來協調這樣或者是緊急處理這樣子！（P03-35）

剛開始長輩都不適應。但是工作人員的壓力更大。（P04-15）

有些是因為精神憂鬱導致失智，跟純粹失智的照顧方式又不一樣。目前遇到的狀況是精神方面的問題，他的照顧會比較有挑戰性。（P04-32）

4.個別化服務

了解長輩特性，尊重其生活習慣，透過運用空間功能，個別依其喜好興趣參與，自行安排自己一天的生活活動，使照顧服務符合需求。

會有小團體。盡量朝這個方向去做，其實個別性的東西，我們還可以繼續加油。當我們了解他們更多，個別性的東西可以做到更符合他們的需要和想要。（S02-48）

他入住進來，就是傳統觀念等死的意思，那你如果小單元式的去照顧他的話，至少他們有一個單元的小家庭一樣，然後繼續發展他自己獨特的特色這樣子！（P03-4）

對長輩了解越多，他現在想要做什麼，能做什麼，之前的興趣是什麼，可能都需要去嘗試，嘗試的過程中才知道長輩可能對這個有興趣。現在就有編織課程，很多外省長輩傳統都會打毛線，就把他們找來，有一個時間讓它們認真打毛線，現在就有些有興趣，平常自己也會一直打。（S02-47）

5.靈性關懷服務

很多人都在花時間延長病人生命，卻有極少數人陪在長輩身旁走完人生最後一程，很多人從未想到死亡，當他們不會處理分離和失落時，靈性關懷才是陪伴家屬走出哀傷，心情恢復的良藥。

要知道他們想法，就是有點同理心的狀態去面對他們，那特質哦！因為我覺得他可能比較需要關懷。(P03-18)

那長輩已經離開將近一個月，甚至告別式去了十個人，那就覺得我很感動，雖然說我當天沒有去，但是是希望我們大家輪流去他的家做遺族的關懷，大家輪流去他家安慰他的家人。(S01-10)



圖 4.7 靈性及安寧緩和照顧，提供長輩生、心理照顧

資料來源:機構提供

兩個機構各有自己特有的歷史、理念、步調、需求、挑戰、文化、與責任；「使命感」是造成機構經營差異最主要因素，機構經營者有強烈的使命感，無論資源充足與否，基本上機構經營都是成功的。機構成立後完全不必花錢打廣告行銷，靠著服務與口碑，進住率便達到100%，機構年年評鑑優等是最佳宣傳，至今排隊等著入住者眾。機構執行長表示：給長輩需求的服務最重要。

機構一般支出項目最多屬於機構的專業人力薪資，佔總成本約40—60%，且專業人力的聘用對機構的影響重大，人力資源是機構最大的無形資產，也是機構服務品質的重要關鍵。但與一般產業不同的是其專業人力必須符合專業系所及訓練時數足夠方可勝任，這也是人力資源管理最大的挑戰，長期以來機構人力聘請不易及流動頻繁之困境，在整體品質提昇上一直受限。

服務品質關係機構聲譽，失智症的照顧工作因服務對象特殊之影響，使得照顧工作具有負擔性、複雜性及多元性，需透過跨專業團隊良好縝密的分工與合作才能有效運作，工作人員更需透過完整訓練，培養共識，透過有系統的方法，漸進式的學習正確的應對方法與技巧。才能提供長者或家屬滿意的服務，機構的品質指標除了滿意度調查外，最重要也是工作人員壓力倍增的是三年一次的老人福利機構評鑑，評鑑成績是成為家屬在尋求機構入住時的參考。

機構的危機意外事件常令人措手不及，且一發生意外事件，常導致長者身心靈受損、工作人員壓力增加、家屬抱怨、機構成本可能增加，又必需要短時間內立即反應處理與善後。如果處理不當將造成莫大的損失與傷害，甚至上媒體版面，所以在管理層面上不可不慎。

4.4 討論

本研究的目的是在了解失智症者在單元照顧模式中的受照護情形做探討，根據研究目的及研究結果，針對單元照顧模式在台灣推展遇到的困境提出以下四點討論，包括單元照顧環境需求、人力招募課題、失智症照顧專區成立條件分析、失智症照顧精進等課題。

4.4.1 單元照顧環境需求

傳統型老人照顧機構都是一房多床，多人共用，照顧人力 1:8；住民幾乎完全依賴機構。缺乏個人自主選擇、工作人員講求效率管理的照顧往往導致住民功能退化，失能老人欲下床上廁所，因為覺得麻煩就包尿布，或者吃飯太慢就直接餵食等，P 機構主任訪談時表示在未設置失智專區時的照顧經驗。在未設置失智專區時，失智症者在傍晚之後症狀就顯現，當時住民住八人房，其他人常被騷擾，尤其是遊走行為，工作人員無法一直照顧她，機構有住民裝置氣切管路，失智症者無法理解，會將氣切拔除等無法照顧狀況。

而在失智症照護專區是專為失智症者設計，以似家的思維，S 機構強調家的感覺，所以是在室外就換室內拖鞋，就像真的回到家的感覺，在環境設施方面是針對失智症者的特殊需求設置，所以長輩在裡面可以神情自在的自由走動，門禁採用刷卡式，安全無障礙設施、舒適的環境、規劃遊走花園的路徑、提供失智症者互動的空間、允許攜帶自己喜歡的傢俱裝飾自己的居住空間、設置懷舊器具及物品，P 機構即規劃將懷舊空間的另一角落當作曬衣場，就像在自家庭院一樣，建立住民熟悉而健康的情境。提供單人房間，尊重失智症者隱私性及提供家屬可探視陪伴之場所等，符合失智者之需求。且照護人力比 1:3 外還有營養師、復健師、社工師等，可以隨時似家人陪伴住民，尊重每個住民都是一個個體，是獨特的、有許多故事經歷的，也都強調生活即復健，復健即是生活一部分。住民也會在床頭放置家人照片及自己喜愛物品或自己做的作品，以營造家的氣氛。S 機構護理長訪談時表示，家屬將住民從養護區轉至失智症照護專區內，覺得雖然花比較多錢但讓住民入住很值得，因為住民得到有品質有尊嚴的照顧，且情緒行為越來越少，吃飯也變正常，睡眠品

質也變好，不需要靠安眠藥。

所以針對失智症者，適合的硬體環境設計，及工作人員的照顧態度，對失智症者問題行為之改善確實有其效益。但研究者發現失智症照顧專區對失智症者很有助益，可是根據統計資料至 104 年止全國機構附設失智症照顧床位只有 1203 床（表 4.5），社區的團體家屋單元照顧只有 83 床（表 4.6），遠遠的落後於失智症者的增加速度，政府應該朝對失智症者有助益的方向持續獎勵之。

表4.5 機構附設單元照顧資源統計

地區	失智床位數	服務使用量
台北市	64	57
新北市	176	165
桃園縣	77	76
新竹縣	310	218
彰化縣	70	56
嘉義市	18	12
台南市	60	47
高雄市	136	112
屏東縣	184	105
花蓮縣	12	11
台東縣	60	43
金門縣	36	0
全國	1203	902

資料來源：本研究整理

表4.6 社區設置單元照顧資源統計

地區	家數	可服務床數	使用率	使用服務量
台北市	1	17	100%	17
台中市	2	34	41%	14
南投縣	1	9	67%	6
雲林縣	1	7	29%	2
嘉義市	1	16	94%	15
全國	6	83	65%	54

4.4.2 人力招募課題

失智症專區人力招募其條件、資格要有照顧失智症者訓練完成，需 24 小時輪班，若對於失智症症狀不了解，處理行為精神問題亦會有挫折。

1. 照顧人力資格限制

機構在招募人力時，會考量到需要人力的條件及資格，招募時關於

該職務之資格，及其所需具備的知識與技能等規定，皆會以學歷、經歷、證照取得或受訓狀況等作為相關指標。從研究發現失智症專區單元照顧人力須具備以下資格條件，除了須要有一般照顧服務員證照外，還需要失智症專業訓練 38 小時加實習。且需要 (1) 可以配合輪班，且工作時間為 8—12 小時；(2) 對照顧失智症者有愛心、耐心；(3) 會帶活動及失智症者的個別生活陪伴。因此，這些規定可能造成某些人力的不適任。如 (1) 有家庭負擔，需要照顧小孩的照服員；(2) 因為上班時間長或需輪班而無法配合者；(3) 無法接受要帶活動、或覺失智症者難照顧；(4) 離家遠，交通不便等。從這些面向看來，專區要招募人力確實不容易，尤其是在照顧失智症者，許多照顧服務員都對失智症照顧不了解，對應不適當，可能反而導致許多問題行為產生，因此在篩選或培養照顧人力上，除了失智症照顧技巧及知能外，更需要特別強調服務態度。

2. 照顧服務員招募不易

台灣的機構照顧服務明文規定，照顧服務員工作事項包括生活起居、進食、如廁處理、身體清潔照顧等。且需在護理人員指導下執行住民照顧之輔助服務。且服務範圍不可涉及醫療和護理行為。照顧服務員屬於半專業人力，即所謂照顧人力，因此並沒有具備專業技能或知識，只要對照顧長症者有興趣皆可從事服務工作。38小時的失智症照顧訓練亦可於工作中完成，但研究發現單元照顧的照顧人力有長期明顯的短缺現象，甚至造成無法開床窘境。目前S機構以三班為主，工作人員固定在該單元，使長輩在認知上不會產生混亂不安。平時有實習學生實習，因失智症長輩特性，未有志工安排；P機構採二班搭三班的彈性人力配置。照顧人力一直是兩個機構都面臨的問題，照顧服務員招募不易，且要有愛心、喜歡照顧失智症者的人選更不好找。從研究結果發現，至2009年

底止，共培訓61228名照顧服務員，其中於老人福利機構服務者僅9903人，足見多數服務員照顧受訓完未投入勞動市場，及照顧人力流失嚴重，其因素有住民或家屬對照顧服務員不合理要求，或對其態度不尊重，或工作內容之侷限性，日復一日重覆工作性質，人員長期發展受限與成就感低等皆影響留任意願。

據教育部統計資料顯示，101學年度有1262名長照科系畢業生，卻只有38.2%從事長照相關工作，61.8%轉進其他職別，分析原因包括職場條件不佳、社會觀感不佳、來自家人壓力等，可以發現，另一培養管道同樣無法留任人才。

另一方面，目前台灣的照顧服務員除了醫院的照服員較不缺外，居家服務員或照顧服務員的流動率都很高，其原因可能是因為兼職故薪資較少，另外工作地點為案家的生活領域，在不同案家中來回服務，日曬雨淋較為辛苦。而單元照顧內照顧服務員為全職且薪水穩定，上班還供餐，地點及工作項目固定，理應比居家服務更有意願投入，但為什麼目前兩家機構還是如此人力短缺呢？是因為單元照顧的薪資及福利條件不好？輪調工作壓力大？還是因為目前照顧服務員粥多僧少？目前無法確定，但 P 機構照顧服務員訪談時表示，她們在專科老人照顧科上課時，老師教導她們畢業後的工作選項有居家督導或小型機構負責人，都不會教她們畢業後是從事照顧服務員工作。想必這也是造成人力不足的重要因素。

3.缺乏完善的培訓制度

(1) 職前訓練

在人力資源管理上，照顧服務員之任用、培訓、獎勵和留任是重要的議題。但目前照顧人力不足，著重教育及人力的培訓是最佳的選擇，

也要保有原有照顧人力不要流失。從研究中發現，照顧服務員人力是單元照顧中最不可或缺的角色，因為需要提供 24 小時的照顧，所以照顧人力是不能流失的，因此教育與訓練是必須的，在職前訓練部分，照顧服務員皆經過照顧服務員 90 小時訓練，北部機構包含失智症照顧特別訓練完成，南部機構以資深人員帶領及工作中受訓為主。故照顧服務員接受職前訓練方式及資訊不一致，部分照顧服務員之前曾照顧過失智症者，但對於失智症單元照顧理念、實務操作及失智症的照顧智能與技巧，還是缺乏全面性的了解。在養護機構或醫院照顧資深的照顧服務員，轉換職場對失智症的照顧仍不清楚。另外，在人力缺乏下，資深帶領部分，實習最多也是三天到一個星期後，就開始從事正式照顧工作，而新進人員實習的方式是跟著資深的照顧服務員做整天的觀察及學習，而資深的照顧服務員帶領的方式也都依自己的方式去指導新進的照顧服務員，如此照顧服務員照顧品質就會參差不齊或是照顧理念了解不深。照顧技巧的訓練大都是工作中學習，也就是說邊做邊學。這樣的方式是否可以讓照顧服務員學到照顧失智症者的技巧及智能，有待商榷。另外，較無照顧失智症者經驗的照顧服務員在剛開始接觸時較難應對，會用照顧失能者的方式照顧失智症者，所以會有挫折感，感覺自己照顧技巧不足。以上幾點可以發現，在人力短缺下，在職前訓練的部分的確比較急就章，且無法統一照顧前的訓練，沒有一致性，可能是因為想趕快補齊人手不足的部分。

(2) 在職訓練

機構專區設置以 2—3 個單元為主，所以失智症照顧訓練以外訓部分為主，照顧服務員是 24 小時輪班，要同時讓照顧服務員接受外部在職訓練有其困難性，即使在 P 機構單元人數較多，可自辦訓練，也因為輪班需

要輪流去參加訓練。但因照顧服務員不足，很少有人可以用上班時間外派去參加在職訓練，另若要要求利用自己休假的時間去更不可能。且許多機構辦理訓練都是星期一至五的上班時間或是連續的課程，時間上要與工作時間的搭配也很有難度。現在機構利用的方式，以輪流派照顧服務員去參加，回來之後，利用每個月或每週開會時間來分享。

4.4.3 失智症照顧專區成立條件分析

失智症專區設置條件，規定由大型社會福利機構或財團法人附設，目前二個研究個案，相較於小型機構三不（不接受政府補助、不接受外界捐款、不享受稅捐優惠）有其優勢存在，當初在申請階段的時候也有不少的機構參與，但實際執行建造的單位卻很少數，目前這二家都有收案營運，其中一家 7 個單元已滿床，另一家二個單元，一個單元住滿，另一單元因人力不足至今未開床。這二個機構有二個比較有利的條件：

(1) 財源的部份，二個機構所屬的基金會或財團法人資金運用較充足，可以互相支援，因此，在成立時所需要的花費，都由機構先行支付，包括單元房間及公共空間的設置、充實設施設備費、人事費用等，S 機構護理長訪談時表示，當初 66 床的建造成本就要上億元，而以上費用內政部均有補助（表 4.7），但皆是完成中或後再核銷，且手續繁複，因此補助經費是經過一段時間才會撥款。在失智症專區試辦計畫（見附錄五）中規定修繕費用每平方公尺最高補助新臺幣 4,500 元，每床最高補助 16.5 平方公尺，等於以一個照顧單元照顧 12 人補助約 90 萬元左右。而充實設施設備費，補助公共空間生活起居必要之設備，每位老人最高補助新臺幣 2 萬元，每個照顧單位補助 24 萬元。在人事服務費補助上，照顧管理員每人每月補助 11000 元，而大專醫護相關科系護理人員每人每月補助 11000 元（主任、護理長不補助），高中職畢業護理人員及照顧服務員

每人每月補助 7000 元，國中以下之照顧服務員每人每月補助 5000 元。以 P 機構單元為例，從內政部補助與實際支出來看，實際上自付款仍要有基本修繕費用及設施設備費約為 448 萬元左右，人事費用以照顧服務員為主，日間 1:3，夜間 1:15 就沒有辦法減少每月大約需支出 15.5 萬元左右(表 4.8)，伙食費每月約 6.48 萬元左右，入住費用以 35,000 計算，基本收入每月只有 42 萬元扣除每月人事費用及伙食費所剩無幾，還需準備辦理活動費用，或者是否有生活困難家屬無法支付費用形成呆帳，都考驗著經營者的智慧，政府雖有補助但都全年一次領，無法有效平衡收支，建造成本高，及人事費用每月透支都將是機構經營上的風險，且由表可發現，設置單元數愈多，虧損可能愈大。但二所機構都是與教會淵源深，有其使命，所以 S 機構採多層級，且多角化經營居家服務、送餐服務、復康巴士等，P 機構亦採多層級經營以平衡收支。(2) 資源多，以大型機構來說內部及外部資源較多元，而其機構本身就有建立一定的社會資源及社區網絡可以運用，以 P 機構為例，由於照護品質良好，聲名遠播與其產學合作學校有 32 家，一起在 P 機構打造結合科技與人性智慧的生活環境，研發智慧產品、照護輔助用品、智慧行動護理車等。年輕人是住民的良藥，帶領住民透過有聲相簿記憶盒訓練住民手眼協調遊戲，更創新 e 化平台造福工作人員與住民。南部資源運用上較薄弱，應該可以學習北部機構，以開放的態度，利用學生的智慧，相信可以發展的更好。

由上可知機構要經營成功，除了要有充足資金，政府的支持補助，也是不可或缺，長照保險的開辦，也是機構減少呆帳的解套機會。另外資源的運用，在人力短缺下，可以讓工作人員有喘息的機會，對機構來說，也是一大助益。

表4.7 內政部補助款項及一個單元實際支出項目（以下單位為新台幣）

項目	實際支出（以其中一單元為例）	內政部補助	自付款
修繕費	430 萬元	修繕費用每平方公尺最高補助新臺幣 4,500 元，每床最高補助 16.5 平方公尺，以一個照顧單元照顧 12 人補助約 90 萬元左右	430 萬元－90 萬元=340 萬元
設施設備	132 萬元	每位老人最高補助新臺幣 2 萬元，每個照顧單位補助 24 萬元	132 萬元－24 萬元=108 萬元
人事服務費	以每月計算 社工及護理：’ 3.5 萬元 x2 位=7 萬元 照顧服務員： 3.1 萬元 x4 位=12.4 萬元	管理人員一個照顧單元以補助 1 人，護理人員或社工人員每一照顧單元只補助一人 1.1 萬元。 照顧服務員，每人補助 7 千元共 4 人。 每月共補助 3.9 萬元	以每月計算： 社工及護理： 3.5 萬 x2 位=7 萬元 照顧服務員： 3.1 萬元 x4 位 =12.4 萬元 每月 7 萬元+12.4 萬元－3.9 萬元=15.5 萬元
伙食費	依當月計算 若每餐以 60 元計算 12 人 x3 餐 x30 天 x60=6.48 萬元		6.48 萬元
總計	587.88 萬元	119 萬元	469.98 萬元

資料來源：1.老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫（民 103），內政部社家署。
2.本研究整理及估算。

表4.8 各類型機構人力照護比

類別	安養	長期照護型	養護型	失智照顧型
護理人力比	專任 隨時保持1人值班	專任 1：15隨時保持 1人值班	專任 1：20隨時保持 1人值班	專任 1：20隨時保持 1人值班
社工人力比	1：80 小型專任或特約	1：100 專任或特約	1：100 專任或特約	1：100 專任或特約
照服員人力比	日間1：15 夜間1：35	日間1：5 夜間1：15	日間1：8 夜間1：25	日間1：3 夜間1：15

資料來源：長照人力現況與規劃（民 101），衛生福利部。

4.4.4 失智症照護精進

台灣推小規模多機能社區照護據點，是機構形態可以 24 小時照顧，但設置於社區，失智症者可以來諮詢、日間照顧、夜間住宿，是住民熟悉的環境，家屬探視亦方便。日本的逆向日間照顧，亦有此用意，讓失智症者可以日間在社區，發揮自己殘存功能，延緩退化。也是機構可以將觸角伸至社區多元化經營。

1. 跨專業團隊支援生活自立

單打獨鬥已不適合用於照顧症狀複雜的失智症者，其照顧需求不只一個部分，在S機構營養師會從體重了解失智症者的進食狀況，而P機構復健師每週二、四也會至機構，協助維持住民的功能，延緩退化。社工師會觀察了解住民特性、嗜好、專長、生活習慣等，這需要照顧團隊一起去發現，解讀失智症者的動作與表情，住民的行為背後所代表的意義，並隨時予以協助，引出潛在能力，提供支持失智症者自行完成某事。也可引導失智症者也可為周圍的人做些事；以增加成就感，引發動機。研究者發現失智症者仍然存在許多功能：

- (1) 失智症者仍有許多過去熟悉的技巧，稱作程序記憶，包括騎腳踏車、打毛線、彈鋼琴或是游泳。
- (2) 幽默感常也是失智症者還能發揮的功能。
- (3) 失智症者對於情緒仍是具有感應的。
- (4) 失智症者雖然忘記你是誰，但熟悉的互動仍是存在的。
- (5) 失智症者大部分四肢功能是正常的。
- (6) 失智症者對於音樂仍是很有反應的，所以音樂常是輕、中度失智症的治療工具。

由上可了解失智症者雖然對於時時刻刻在發生的事件無法更新，所

以最近發生的事情或經驗、自己所說過的話，都沒辦法記得；但對陳年往事卻如數家珍。所以機構照顧服務應從原本只看到失智症者的「不能」，轉換到失智症者目前能發揮的「能」；從處理問題轉換到減少失智症者遇到的障礙著手；從「治癒」轉換成「照顧」的概念。所以只要透過活動或輔具，或環境改造，提供適當的生活支援，不催促，會做的事盡量讓他自己做，只從旁協助會發現失智症者還是可以把事情做得很好。但研究者發現，工作人員不知是否因人力短缺，沒有時間，很多事都直接協助處理，住民就只能看電視。同時也發現二家皆屬於多層級照顧，工作人員是否直接調任，長輩的日常活動可以自主決定參與否，但大部分活動帶領還是採團體式，所以活動仍都是按表操課，工作團隊如果能針對失智症者適當評估，提供個別化支援，相信失智症者自信的笑容將可一直持續。

2.機構單元照顧社區化

機構的失智症照護是一組工作人員與住民一起在單元內進行所有活動，營造家的感覺。但這樣並不足夠，S機構社工師在訪談時提到，應該要思考，失智症者從輕度至重度，樣貌都不一樣，機構的多元發展，亦應是針對失智症者的需要去提供服務。日本現極力推行逆向日間照顧，台灣推小規模多機能社區照護據點與社工師看法不謀而合。不論要將住民白天帶至社區，或機構將單元照顧設立在社區之中，甚至日間照顧，都可讓失智症者可以在社區熟悉地方仍保有人際互動。讓失智症者先走出機構，像是去附近教會，或是公園、超商等，讓住民像在家一樣可以到戶外與社會互動。且與社區關係有聯結，讓社區更了解失智症的樣貌。研究者認為社區化的第一重點是教育民眾，讓民眾了解失智症，不會排

斥失智症者，政府要開始讓民眾有這樣的想法，創造友善社區，逐步開始進行社區化發展的可能性。



第五章 結論與建議

本章共分為三節，第一節為研究結論，第二節根據研究結論對單元照顧模式於失智症老人照護提出建議，第三節說明研究限制和提供未來尚可進行的研究方向。

5.1 研究結論

本研究以台灣南北有提供失智症單元照顧之長照中心為主要的研究對象，並訪談其照護人員，旨在探討失智症運用在單元照顧之可行性評估。茲將研究結論分述如下：

5.1.1 長照及養護中心設置失智症專區單元照顧有其需求性

以本研究對象之S機構為例，該機構失智症專區設有66床位，候床人數多。在床位沒有增加，又因台灣失智人口加速增加結果，附設失智症專區單元照顧模式在台灣發展顯現牛步化。機構附設失智症專區單元照顧模式在台灣發展現況，由安養照顧起步至養護再至長照中心的營運，在當中將老人的照護依其知能程度及狀況作區隔，已使照護品質有很大步的提升。再將失智症特設專區，更是在失智症為普遍大眾了解後，尊重其失智症者的表徵。也顯著了其重要性。

5.1.2 失智症專區單元照顧之專業照護人力仍需持續的培養

以本研究對象之P機構為例，失智症專區單元照顧設有兩單元共18床位，其中一單元的6床，自設置以來呈現閒置現象，主要原因乃照顧服務員之嚴重缺乏。

機構制度成敗的關鍵因素是人力能否成功開發，現今台灣長期照顧機構最缺的就是人力，沒有人力就沒有服務。依2014年衛福部長照資源盤點結果，各類長照服務人力都有不小缺口，其中照顧服務員缺額30912人，缺口最大。

幾個可能原因是，(1) 照顧服務員對照顧服務工作的期待不符；尤其是老人照顧科畢業學生，覺得照顧服務員是低階的工作；(2) 受訓完領取證照後實際投入職場的照顧服務員比例很少；(3) 照顧服務員無法配合失智症照顧的工作條件。失智症照顧服務員的條件有別於一般的機構，許多因為家庭因素或個人因素無法配合工作時間及輪班方式，因此較難留住照顧服務員。

護理人力、營養師、復建師、社工師等專業人力對於工作地點、薪資、福利、家庭照顧有諸多考量，且失智症照護有別於其他失能照顧技巧需求學習，且很多執行上的未知待釐清，因此人員的持續培訓，服務人力的不斷精進等，都是在訪談中多次被提及。

5.1.3 失智症專區單元照顧有較多之財務支出

機構要能生存與發展最基本的核心便是要有資金，以提供機構運作，財團法人老人福利機構，可享有各類補助，如設施設備新建或維修、工作人員薪資、租金、教育訓練、活動辦理等補助可申請。

機構每月主要支出比例最高即為人事成本，占機構支出金額1/2左右，其他支出包括伙食、醫療、水電、瓦斯、用物維修等。

機構支出最高的是人事成本，若因節流要降低人事成本，相對也會影響服務品質。機構在照顧品質不打折下，加強開源，如服務差異化、多元化、創造機構附加價值（孝親房、開放社區居民用餐）等提升服務

滿意度，降低入住長輩流動率，吸引更多人使用服務，對增加機構收入皆有幫助。

5.1.4 單元照顧模式最能支援失智症者其生活自立

單元照顧環境設計，是為了能夠發揮失智症老人的殘存功能，以生活即復建的服務理念，讓失智症者可以生活自理，工作人員只要在旁陪伴，隨時提供必要協助即可。

單元照顧模式照顧人員因為與失智症者像家人一樣，了解長輩個性、嗜好、存在的功能等，可以激發其自理照顧或協助服務其他

所謂失智症者生活自立支援（日本介護保險的基本精神）精神，即是機構照顧服務應從原本只看到失智症者的「不能」，轉換到失智症者目前能發揮的「能」；從處理問題轉換到減少失智症者遇到的障礙著手；從「治癒」轉換成「照顧」的概念。所以只要透過活動或輔具，提供適當的生活支援，不催促，會做的事盡量讓他自己做，只從旁協助，失智症者也可以很安適的生活著。所以失智症者不單是要被照顧，更重要的是按長者的能力，協助他們過獨立自理的生活，可以發揮自己的能力，服務自己，也服務別人。

5.1.5 失智症專區單元照顧模式應更朝向社區化、小型化

2007年內政部提出「失智症團體家屋試辦計畫」同年內政部亦提出「失智症照顧專區試辦計畫」，失智症照顧專區目前皆以機構附設為主；團體家屋則以非機構式為主，在社區建構以單元照顧模式，24小時的收容服務，服務對象主要來自於社區的失智症老人。研究資料顯示社區式單元照顧目前只提供了83床失智症者照顧床位，遠不及失智症者需求人數。

在歐洲、日本因長照保險推行，在地老化之社區式老人照護模式已倡導多年，因為它既可滿足多數老人想要在自己熟識的社區中繼續享受較具人性化、有尊嚴與追求較高品質的生活，同時也更能有效結合社區資源，達成在地老化的最終目標。

日本單元照護模式已非常普及，在社區內有專門技術人員可以在家設置相關服務模式就近提供照護。長者可以不必搬到不熟悉的地方居住，家屬也在交通上有所便利，可以常常去關心長輩。政府也朝在地化社區化大力推動，對機構來說也是助力。

5.2 研究建議

本研究分析的結果顯示，單元照顧模式對於失智症者確實有實質意義，以下進一步闡述本研究的結論，並提出相關建議：

5.2.1 對政府部門的建議

失智症照顧，要人力，缺人力，要床位，沒床位，目前極有需求的產業，大家興趣卻無法提升，不管機構或社區照顧據點皆呈現發展停滯，政府應該積極修正方向，致力於失智症照顧推展。

1.更積極補助並推展失智症專區單元照顧社區化

研究結果發現歐洲、日本發展單元照顧模式，是以機構附設，及與在地老化概念社區式設置併行，且政府利用長期照護保險費用，大量補助很多設置於社區的小型機構，直接改建成單元照顧模式，鼓勵社區化、在地化。台灣老人福利法於2007年1月3日修法，其第3條規定新機構設立或機構變更、擴充、遷移、復業、負責人變更，皆須依新設立標準，且應符合建築法、消防法、土地使用管制規定、飲用水品質標準及其他相關法規之規定。原舊建築機構如各項設施標準未符合者，須於五年內改

善完成，雖然有五年緩衝期仍無法達至標準，造成很多小型機構歇業。且台灣目前只補助財團法人機構及大型老人福利機構改置單元照顧專區；社區化的團體家屋單元照顧發展相對不普及甚至停滯，政府應加快腳步，鼓勵小型機構轉型，準備未來失智症人潮湧入需求。

2.持續推動大型機構設置失智專區單元照顧模式

研究發現兩機構內設置失智症專區單元照顧，給予失智症者合適的居住環境和溫馨的照顧，提供跨專業的照顧服務，促進失智症者自主功能提昇，表達能力增加，人際互動改善；定時引導如廁，睡眠品質、情緒相對穩定，長輩笑容、信任感增加。品質好的照顧機構目前失智專區待床者眾，顯示目前床位不敷需求，應持續推動機構利用空床設置單元照顧專區，以平衡照護市場供需。

3.更加強投入失智者生活輔具之創意研究

雙連安養中心產官學合作，建立一個「銀髮智慧生活便利站」，由機構作為服務整合平台，整合機構內部各部門服務，及機構外部銀髮產品與銀髮諮詢服務，提供各類型服務的連結，專業知識和經驗造就了智慧化產品，不僅住民安全更有保障，相對也讓工作人員在工作上更迅速便利，商品化更加惠其他單位、住民；期待政府正視此努力成果，提供經費讓更多學術單位參與，研發創新為未來更多老人及機構謀求更安全舒適的照顧環境。

4.落實學校教育培訓專才並獎勵畢業生實際投入者

經建會預估2025年，台灣每五人將有一位是老人！老人其實是以生理照顧為主，舉凡生活中的食衣住行，長者都有被服務的需要，凸顯出老年照顧的人力需求比想像中還要大。

目前國內各大學也開始培育相關人才，老人照護相關學系，已確定是未來新的熱門學系。使得許多大學及碩士學位班開始朝此學系開課。其畢業門檻，為需考取行政院勞動部的照顧服務員單一級證照，但不少家長聽到孩子讀完大學四年，卻要去當照顧服務員，都以為是要去做「把屎把尿」的看護工而反對。老人服務科系的老師也回應家長說，畢業後的出路不只侷限照顧服務員，還可從事老人社工、老人生活輔導人員、老人活動企劃人員、居家照顧服務督導、甚至是老人福利機構管理者等。這樣的錯誤觀念結果，導致本科系畢業生嚮往管理職，輕看照服員的身分而不願投入此行業，造成人力嚴重不足。

故此，呼籲政府部門除了獎勵學校培訓專業人才外，更進一步獎勵願意投入照服員實務之本科畢業生。否則，教育觀念不修正，專業人力不投入，培養再多老福科畢業生都只是一種浪費。

5.2.2 對機構的建議

機構是照顧失智症者的地方，沒人力就沒服務，薪資福利是最基本條件，但對於人力培訓留任，服務態度更需加強，不能因人力短缺，使住民的生活、安全出現瑕疵。機構經營上亦可多元的發展，讓機構發展成符合失智症者需求的安全堡壘。

1. 繼續堅持失智症專區單元照顧模式之設立初衷

研究結果發現，老人在環境改變後的生活適應較慢，失智症老人更是緩慢，難以適應及有認知上的錯亂造成情緒及行為上的脫序。因此長期對單元照顧模式的照顧理念堅持有其必要性，不能因財務及人力而有所改變，要有長期的堅持才能真正的看到成效。

目前有部分長輩認為來機構就是要被服務的，因此不願參與家務工作，及因人力不足，有些意義良好之日常安排活動流於形式，或工作人

員覺得時間不夠用，就自己代勞了，所以長輩以在客廳看電視為日常活動之一。

2.持續失智症照護人力之培力及激勵措施的執行

研究結果發現，失智症照護在目前仍在未成熟狀況；因此持續的培力，確有其必要性。且因其常有失敗及受挫的高風險，所以福利制度及激勵措施，如合理的薪資福利制度，兼具鼓勵性和適當的獎懲，公平的昇遷制度，唯才適用，是機構留住人力的必要措施。鼓勵照護人力在服務上持續的精進。這是老人、家屬、機構及照護個人，四方的多贏。

工作人員的身心靈健康，關係者工作情緒起伏，及老人的對待。給予關懷諮商、健康促進、機構文化的認同、培養不同嗜好，讓工作人員有心靈成長機會。

3.設立多層級照顧之必要性

服務使用者在機構被照顧，當身心遇到功能退化時，不論是本人或是家人，均期待機構不論是硬體與軟體規劃均能符合提供一個連續性、多元性、多功能性的照顧服務，以滿足被照顧者需求，而非是必須將被照顧者安排（轉介）到其他的機構被照顧。

4.維護住民及員工安全之重要責任

住民入住機構，有安心的需求、尊重的需求、客訴處理的需求、安全的需求、自我實現的需求等，Unit Care的照顧模式提供給長輩溫馨的生活照顧之同時，亦可能產生的危機有整體的危機、服務的危機、財物的危機。機構危機的發生除了天災以外，通常是過去的缺失或管理忽視長久累積的必然結果，如環境不適當、人力不足、長輩藥物問題、設備操作不當及長輩或工作人員情緒問題等都易造成危機事件。而危機事件一發生又容易讓長輩或工作人員在事件中受傷，常見的有死亡、跌倒、

誤食、噎食、刀燙傷、走失等。失智症者病程發展產生不同的行為問題，生理及心理的變化有個別差異性，工作人員對於長輩的異常情緒、環境空間、光線、地板濕滑、危險物品使用、設備的操作都要隨時保持警覺，避免意外的發生。

5.落實鼓勵住民生活自立之目標

「自立生活」是意指失智症者和一般人一樣日常生活中有選擇及可以自主，所以單元照顧模式服務講求個別性，獨特性、差異性，強調在機構裡工作人員應該適切的評估需求，規劃適合的服務，將可運用的資源做有效的利用，給予支持與機會，不要因為覺得失智了的框架限制就以為什麼都做不到。過度保護，不容許老人自己打理生活的一切，或服務人員的時間與受服務者的多寡、或人力安排等都影響機構內老人自立自主，目前單元照顧內住民生理清潔、伙食、活動的安排仍以一起行動為常態，且成制式化，相信必有改善空間。

6.積極多角化經營以因應長照保險之變化

目前長照十年計畫有八大項，在社區的照顧服務中包含：日間照顧、居家服務、家庭托顧、輔具購買租借及居家無障礙環境改善、服務老人營養餐飲服務、復康巴士交通接送服務、喘息服務、居家護理、社區及居家復健等，都是機構在因應長照保險可以向外多角化經營的選項。

5.3 研究限制

本研究旨在探討失智症專區單元性照護之模式的可行性評估，然而在樣本、資料、研究變項與研究方法等方面有所限制，本節首先說明研究限制，次而針對研究限制，提出未來尚可進行的研究方向以供參考。茲說明如下：

5.3.1 研究限制

由於工作關係，讓論文完成時間延長，故因時空背景，有些資料可能與當時收集時已有變動，造成研究成果受限。

1.樣本之限制

本研究樣本蒐集時間為2012至2015年，未做更長時期趨勢之研究，且因地理環境限制，長輩作息的配合等因素，無法全面了解故研究結果之推論有其限制。

2.次級資料之限制

本研究依據失智症專區的照護人力作訪談，其中有2位年資較淺，無法有更多的服務經驗回覆，亦使研究受限。

3.研究方法之限制

本研究採質性研究裡訪談及觀察法來進行，訪談時間為101年，因時空背景、人員可能更替，資料的更新上受限，使研究結果受限。

5.3.2 後續研究建議

研究者於105年4月再次造訪P機構，以確保資料的正確性，發現當時訪談者四名有二人離職，一名轉職，包括高階主管，所以做更長期之研究有其必要性。

1.增加和選取研究樣本

本研究樣本蒐集時間為2012至2015年，受限於樣本數，研究結果的推論有其限制，未來的研究可以做更長時期趨勢之研究；並選取以依失智症單元照顧模式所進行的計畫，刪除非失智型照護之單元照顧模式，使研究推論更具可靠性。

2.增加研究變項

影響失智症照護之家屬，如外籍看護工，亦未在本次的訪談對象內，因此可以在日後的研究增加其家屬，對其他受照顧者是否有互動、生理及心理改變上作相關性影響。

3.運用多種研究方法

本研究以訪談法進行質性的研究，在研究內容的深度上有其限制，若能輔以量性生理或心理量表的測量，採質量並重的研究，一來可納入之相關因素增多，二來研究結論可以較客觀，使研究結果更具意義。

4.建立因果模式

本研究以機構提供照模式的角度來看照護成效評估，對於高齡者來說可以有相對性的訪談。在受限於失智症老人的病理因素之外，可用交叉比對的方式來探尋其回覆之正確性。

5.結合不同照護層面之研究

本研究純粹由失智症單元照顧專區來作題目之設訂及此服務區之照護人力為主要訪談對象，可以再增加在長照、養護或護理之家裡失智症照護人力的多層面訪談或研究來探尋可能的機會及服務的精進。

參考文獻

一、中文部分

1. 川口 Miki (民 96) , 失智症的人與其生活之創造 , 九十六年度失智症老人照顧研討會 , 高雄縣。
2. 水野裕 , (民 103) , 實踐以人為中心的全人健康照護—如何協助失智症患者 , 台北:日商健思國際股份公司台灣分公司。
3. 王卓聖 (民 102) , OECD 國家之長期照顧改革策略借鑑及啟示 , 社區發展季刊 , 第一四一期 , 45—60 頁。
4. 王潔媛 (民 102) , 長期照顧機構服務品質與發展趨勢之探討 , 社區發展季刊 , 第一四一期 , 173—186 頁。
5. 加藤伸司 (民 103) , 了解失智症患者 , 台北:日商健思國際股份有限公司台灣分公司。
6. 甘士照 (民 95) , 以 Rasch 評量模式探討老人福利機構評鑑指標與制度之研究 , 南華大學非營利事業管理研究所碩士論文 , 未出版 , 嘉義縣。
7. 白玉玲、李小璐、蘭寶珍 (民 98) , 遊走行為的照護 , 長期照護雜誌 , 第十三卷第二期 , 221—229 頁。
8. 白明奇 (民 98) , 失智症船歌 , 台北:健康文化事業有限公司。
9. 石佳蓉 (民 98) , 體能活動與失智老人庭園空間設計 , 長期照護雜誌 , 第十三卷第三期 , 377—388 頁。
10. 吳樺姍、林麗嬋 (民 98) , 營造失智症照護專區之物理與社會環境 , 長期照護雜誌 , 第十三卷第二期 , 211—219 頁。
11. 呂以榮 (民 97) , 德國模式之團體家屋—簡介德國失智長者之合租公寓 , 台灣老人保健學刊 , 第四卷第二期 , 124—138 頁。

12. 李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉（民 102），台灣長期照護保險之規劃與展望，社區發展季刊，第一四一期，26—44 頁。
13. 李光廷（民 93）。失智症老人照顧模式與日本機構革命，台灣社會福利學刊，第 5 期，頁 119—172。
14. 李光廷（民 102），日本失智症老人團體家屋多功能變身計畫及啟示，社區發展季刊，第一四一期，354—371 頁。
15. 林佳誼（民 103），海外取經荷蘭篇—全球第一座失智村，遠見雜誌，第 338 期。
16. 林淑馨（民 99），質性研究理論與實務，台北：巨流圖書有限公司。
17. 林萬億（民 101），台灣的社會福利—歷史與制度分析，台中：五南圖書出版公司。
18. 施教裕（民 86），福利社區化的理念與實務探討，社區發展季刊，第七十七期，41—49 頁。
19. 胡幼慧（民 85），質性研究理論、方法及本土女性研究實例，台北：巨流。
20. 徐藍科（民 103），103 年荷比法地區老人安養社福機構及社區觀摩考察報告，桃園。
21. 曹勝雄，孫君儀（民 98），建構地方依附因果關係模式，地理學報，第五十五期，43—63 頁。
22. 莊秀美（民 93），長期照護的新趨勢—日本的小團體單位照護，社區發展季刊，第一〇六期，345—357 頁。
23. 莊秀美（民 97），長期照顧機構服務變遷發展之研究，台北：松慧有限公司。
24. 莊秀美（民 97），單位照顧模式的環境建構與實踐理念之探討，台大

- 社工學刊，第十六期，87—128 頁。
25. 許佩蓉、張俊喜、林靜宜、林壽惠、李世代（民 95），機構式長期照護綜論，台灣老年醫學雜誌，第一卷第四期，198—215 頁。
 26. 郭卜瑄、黃儀婷、簡鈺珊（民 101），台灣失智照護模式的演進，台灣老年學論壇，第十六期，1—10 頁。
 27. 郭姍伶、曾淑芬、陳惠芳、顏童文，李宗潔（民 101），小規模家樣型失智症特別照護單位之環境特色—以歐洲國家經驗為例，嘉南學報，第三十八期，647—658 頁。
 28. 陳向明（民 91），社會科學質的研究，台北：五南。
 29. 陳政智（民 96），失能長者照顧機構型態與選擇，高醫醫訊月刊，第二十六卷第十一期，18 頁。
 30. 陳政雄（民 93），失智老人居住環境的建構專題報告，台灣失智老人照護現況與發展研討會（2004年9月7日），台北市。
 31. 陳若曦譯（民 93），阿茲海默氏症，台北：財團法人天主教失智老人社會福利基金會。
 32. 陳惠姿、李孟芬（民 89），台灣失智者的照護現況與展望，應用心理研究，第七期，191—199 頁。
 33. 陳穎叡（民 99），人才是長期照顧服務的關鍵—2010日本參訪有感，銀髮世紀，第四十六期。
 34. 麥穆倫、格瑞理（民 98），實用圖解失智症照護指引（初版）（楊詠仁譯），台北：合記。
 35. 曾怡萍（民 99），失智症團體家屋本土化之研究—跨專業團隊照顧，東吳大學社會工作學系碩士論文，未出版，台北市。

36. 曾思瑜 (民 97) 小單元照護理念與機構空間改善實踐案例，社區發展季刊，第一二一期，131—146頁。
37. 曾思瑜 (民 98)，美日兩國有關高齡者照護環境評估量表之比較分析 建築學報，第六十九期，191—210頁。
38. 曾淑芬 (民 99)，建立失智症照護機構之環境評估架構，產學合作計畫之部分研究資料，高雄縣。
39. 湯麗玉 (民 101)，瑞典失智症照護，台灣失智症協會會訊，第三十一期，3—8頁。
40. 黃千盈、徐文俊、李佳琳、邱逸榛 (民 100)，身體活動介入措施於失智症患者之應用文來回顧，長期照護雜誌，第十五卷，第二期，157—167 頁。
41. 黃祐瑞 (民 93)，照護環境設計對失智症問題行為改善之影響研究—以失智症照護示範中心為例，雲林科技大學空間設計系碩士論文，未出版，雲林縣。
42. 黃耀榮 (民 89)，失智者照護機構建築計劃及設計指引之研究，行政院衛生署八十九年度業務發展計劃。
43. 黃耀榮 (民 93)，失智症照護空間之現況問題與建構趨勢，長期照護雜誌，第七卷第四期，352—354 頁。
44. 楊培珊 (民 99)，新照顧、心照顧：社區與居家服務中個人化服務模式的實踐，2010 兩岸社會福利學術研討會專題報告 (2010.06.25—29)，台北。
45. 董曉萍、陳桂敏 (民 96)，音樂療法於改善機構失智老人認知、行為問題及憂鬱之成效探討，實證護理，第三卷，第四期，309—318 頁。
46. 劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮 (民 89)，台灣失智症的流行病

- 學，應用心理研究，第七期，157—169 頁。
47. 蔡芳文（民 102），多層級連續性的長期照顧服務體系經驗分享，社區發展季刊，第一四一期，223—229 頁
48. 鄧世雄（民 93），失智症社區照顧服務，社區發展季刊，第一〇六期，237—244 頁。
49. 賴添福（民 99），機構經營管理及產業化內容，2010 兩岸社會福利學術研討會專題報告（2010.06.25—29），台北。
50. 簡春安、鄒平儀（民 94），社會工作研究法，台北：巨流出版社。
51. 關華山（民 96），瑞典失智症團體家屋的發展歷程與型態分析，東海學報，第四十七卷，31—50 頁。



二、英文部分

1. Annerstedt, L. Sanada, J. & Gustafson, L.(1996), A Dynamic Long-term Care System for the Demented Elderly, International Psychogeriatrics, Vol. 8, pp.561-574.
2. Annerstedt, L. (1994), An Attempt to Determine the Impact of Group Living Care in Comparison to Traditional Long-term Care on Demented Elderly Patients, Aging, Vol. 6, pp.372-380.
3. Beecham, J., Cambridge, P., Hallam, A. & Knapp, M. (1993), The Costs of Domus Care, International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 8, pp.827-831.
4. Cherry B., Carpenter K., Waters C., Hawkins W.W., McGrew P., Satterwhite L.J., Stepien J., Ruppelt W. & Herring K. (2010): Social Compatibility as a Consideration in Caring for Nursing Home Residents with Dementia, American Journal of Alzheimer's Disease & Others Dementias, Vol. 23, No. 5, pp.430-438
5. Lindsay, J., Briggs, K., Lawes, M., Macdonald, A. & Herzberg, J. (1991). The Domus Philosophy: a Comparative Evaluation of a New Approach to Residential Care for the Demented Elderly, International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 6, pp.727-736.
6. Macdonald, A., Philpot, M. & Briggs, C. (2004), An Attempt to Determine the Benefits of a “Home-for-life” Principle in Residential Care for People with Dementia and Behavioural Problems: a Comparative Cohort Study, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, Vol. 18, pp.6-14.
7. Morgan, D. G., & Stewart, N. J. (1997), Theimportance of the Social Environment in Dementia Care, Western Journal of Nursing Research, vol.19, No.6, pp.740-761.

8. Rabig, J., Thomas, W., Kane, R. A., Cutler, L. J. & Mcalilly, S. (2006), Radical Redesign of Nursing Homes: Applying the Green House Concept in Tupelo, Mississippi. Gerontologist, Vol. 46, pp.533-539.
9. Ritchie, K & Led´esert, B. (1992), The Families of the Institutionalized Dementing Elderly: a Preliminary Study of Stress in a French Caregiver Population, International Journal of Geriatric Psychiatry, vol.7, pp.5-14.
10. Sloane, P. D., Mitchell, C. M., Calkins, M., & Zimmerman, S. I. (2000), Light and Noise Levels in Alzheimer’s Disease Special Care Units, Research and Practice in Alzheimer’s Disease, Vol.4, pp.241-249.
11. Svensson,M., Edebalk, P. G. & Persson, U. (1996), Group living for Elderly Patients with Dementia: a Cost Analysis, Health Policy, Vol.38, pp.83-100.
12. Taft, L. B., Fazio, S., Seman, D. & Stansell, J. (1997), A Psychosocial Model of Dementia Care: Theoretical and Empirical Support, Archives of Psychiatric Nursing, vol.11,No.1,pp.13-20.
13. Van Hoof, J., Kort H. S. M. (2006), Healthy Livingenvironments for Older Adults with Dementia. Published in Proceedings of the 8th International Conference Healthy Buildings, 4-8 juni, Lissabon, Portugal, Vol. III, pp.89-93.
14. Verbeek,H. V,Rossum, E. Zwakhalen S. M. G. & Kempen G. I. J. M(2009), Small, Homelike Care Environments for Older People with Dementia: A Literature Review, International Psychogeriatrics,Vol.21, No.2, pp.252-264.
15. Zeisel, J., Silverstein, N. M.,Hyde J., Levkoff, S, Lawton, M. P. & Holmes, W. (2003), Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units, The Gerontologist, Vol.43, pp.697-711.
16. Zeisel, J., Hyde, J., & Levkoff, S. (1994), Bestpractices:An

Environment-behavior Model for Alzheimer Special Care Units, American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, Vol.9, pp.4-21.

17. Zeisel, J. (2000), Environmental Design Effectson Alzheimer Symptoms in Long Term Careresidences, World Hospitals and Health Services, Vol.36, No.3, pp.27-38.
18. Zingmark, K., Sandman, P. O., & Norberg, A. (2001), Promoting a Good Life Among People with Alzheimer's Disease, Journal of Advanced Nursing, Vol.38, No.1, pp.50-58.



三、網路部分

1. 102—149 台灣地區失智症人口推計報告（民 101），社團法人台灣失智症協會，擷取日期：民 104 年 11 月 10 日，取自：
http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html。
2. 2015 年國際失智症報告（民 104），社團法人台灣失智症協會，擷取日期：民 105 年 1 月 5 日，取自：
http://www.tada2002.org.tw/tada_event_detail.aspx?pk=484。
3. 人口與人力推估中華民國中推計報告 103—150 年（民 103），國發會，擷取日期：民 105 年 1 月 5 日，取自：
http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。
4. 台灣失智症盛行率調查研究報告（民 102），衛生福利部，擷取日期：民 105 年 1 月 10 日，取自：<http://www.mohw.gov.tw/news/391228494>。
5. 失智症專區失智症資源統計（民 103），內政部社家署，擷取日期：民 104 年 2 月 10 日，取自：
<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=353&pid=698>。
6. 民國 100 年至 101 年失智症盛行率調查研究報告（民 102），衛生福利部。擷取日期：民 102 年 7 月 2 日，取自：
<http://www.mohw.gov.tw/news/391228494>。
7. 全國法規資料庫老人福利機構設立標準（民 101），內政部社家署，擷取日期：民 102 年 5 月 13 日，取自：
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=D0050039>。
8. 全國法規資料庫老人福利法（民 103），法務部全球資訊網，擷取日期：民 104 年 11 月 5 日，取自：
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?pcode=D0050037>。

9. 老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫（民 96），內政部社家署，擷取日期：民 100 年 3 月 23 日，取自：<http://www.moi.gov.tw/dsa/>。
10. 社會保險司網站長照保險制度規劃（民 103），衛生福利部，擷取日期：民 105 年 4 月 1 日，取自：
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOSI/DM1_P.aspx?f_list_no=213&fod_list_no=873&doc_no=44943。
11. 長期照顧服務法（民 104），衛生福利部護理及健康照護司，擷取日期：民 105 年 4 月 2 日，取自：
<http://www.mohw.gov.tw/news/531249334>。
12. 長照政策專區長期照顧十年計畫（民 101），內政部社家署，擷取日期：民 102 年 7 月 1 日，取自：
http://www.mohw.gov.tw/cht/LTC/DM1_P.aspx?f_list_no=899&fod_list_no=0&doc_no=50959。
13. 國際失智症協會全球失智症人口統計，世界阿茲海默症報告 2014 年資料（民 103），國際失智症協會，擷取日期：民 104 年 10 月 22 日，取自：<http://oversea.huanqiu.com/economy/2014-06/4011598.html>。
14. 尊嚴走向生命終點－荷蘭打造失智村（民 102），文茜世界周報，擷取日期：民 104 年 10 月 22 日，取自：<https://youtu.be/ql8WMUfB7oc>。

附錄

附錄一 失智症專區物理環境及社會環境評估表

項目	編號	評估細則
A 安全 環境	A-1	機構環境應以分組、分群之方式規劃，各組形成生活機能完善之照顧單元。
	A-2	依生活照顧單元將整體空間分化為公共、半公共、半私密、私密等多個層級。
	A-3	生活空間應塑造成懷舊場景及家庭氣氛之佈置。
	A-4	於徘徊動線旁安排生活重心、多樣之生活據點及歇腳的地方，形成逛街意象
	A-5	設置配合團體治療課程和體能及復健訓練之空間及設備。
	A-6	開放空間的設置能有較好之可及性（含視覺），以刺激交誼活動發生之機會。
	A-7	設置家屬之活動空間，如會客室、討論室及休息室…等
	A-8	戶外庭園之路徑設計，需明確提示遊走的方向性（如不同之庭園擺飾物…等）。
	A-9	戶外庭園需多設休憩、交誼及安靜的角落空間。
	A-10	利用圖片、相片或特別飾物、場景，增加住民定向辨識與記憶。
B 生活 照顧 單元	B-1	生活照顧單元依失智程度做簇群分類外，還需考量入居者之個人特質。
	B-2	配合各生活照顧單元不同之特性提供看護、家事、用餐及休閒之服務設施。
	B-3	各生活照顧單元需提供適量之傢俱、設備及儲藏空間。
	B-4	居住房間盡量安排個室，兩人以上之房間床位需有遮蔽之設計。
	B-5	居住房間可依個人之需求及喜好加以佈置。
	B-6	多人房可提供該寢室住民相互交流之空間。
	B-7	每一生活照顧單元最少需配有一公共廁所，或房間採套房之設計，且考慮無障礙之要求。
C 安全	C-1	移動路徑除考慮安全及無障礙之外，應具有動線單純且可清晰辨識之特性。
	C-2	室內空間需有明亮之自然採光，避免陰暗之走廊及角落空間。
	C-3	門窗出入口之管制可配合特殊設計操作較複雜之門把或開關。

管制	C-4	需注意避免攀爬、翻牆等危險行為之安全與管制。
	C-5	各生活空間需選擇耐用、防火、易清理維護且有隔音效果之建材。
	C-6	浴室空間採多區段設計，並設置保溫設備，以避免血管性病變之產生。
	C-7	戶外庭園植物之栽種，需選用無毒性且食用後安全無慮之種類。
	C-8	具有干擾及攻擊行為之長輩，生活空間應加以區隔。
	C-9	各生活照顧單元需有完善之監護及緊急呼叫系統。
照顧理念	D-1	促進工作人員與家屬互動與經驗分享。
	D-2	為擴大長輩之日常生活空間，可適時安排外出購物或散步。
	D-3	入居者生活之安排需建立一個確定之生活常規，且維持日常生活事物之正常化。
	D-4	鼓勵家屬探望長輩，並儘可能參與平日之生活照顧。
	D-5	照顧機構應具有完整之醫療服務網絡機制及轉介體系。
	D-6	提供日間照顧服務之功能，以提升機構服務與社區之關連性
	D-7	照顧人員於平日之生活儘可能保持幽默感。
	D-8	對於容易造成排斥之活動（如洗澡），儘可能提供愉快經驗。
尊嚴維持	E-1	照護人員應扮演長輩們家庭成員般平等角色，不再是管理與被管理者之階級定位。
	E-2	有多樣化之活動安排，長輩們亦可依自我之意願自由選擇。
	E-3	考量適時給與隱私和自主性，使長輩們可自由選擇獨處或和他人共同活動。
	E-4	維持及培養長輩良性嗜好、興趣和工作能力，並尊重個人意願提供長輩所需。
	E-5	儘量維持讓長輩生活自理之能力，照顧者只是扮演從旁協助及引導之角色。
	E-6	儘量讓長輩在安全之考量下，能多給予自由行動與感官刺激。
	E-7	照顧人員應避免失智者間不必要的比較及維持長輩應有之尊嚴。
	E-8	儘可能鼓勵輕度失智者間互助行為之發生及自行操作日常簡易事物。
	E-9	機構內之公共開放空間，可適時舉辦長輩們的作品義賣活動
F人	F-1	照顧者與被照顧者之人力配比最好小於 1/3，以維持良好之照顧品質。
	F-2	除床數之人力比外，亦將各生活照顧單元之實際需求，做為人力分配之考量依據。

力 分 配	F-3	縮短照顧人員之移動距離，以減少體能之消耗及增加照顧之方便性。
	F-4	利用社會資源如志工或實習生，以減輕照顧人員之工作負擔。
	F-5	照顧人力需隨侍在旁並維持良好溝通，使其能就近且即時的回應長輩需求。
	F-6	安排固定的工作人員照顧長輩，增加熟悉感和良性互動機會。
	F-7	提供照顧人員教育訓練及心理諮商，以充實專業能力及心理建設。
	F-8	隨時檢討照顧人力配置上之適切性，並具有依實際狀況調整的彈性。



附錄二 訪談同意書

敬愛的_____，您好：

感恩您首肯參與本研究，在您分享寶貴的經驗之前，請仔細閱讀以下的內容，同時在正式接受訪談前，您可以詢問任何相關的問題。

研究者目前是南華大學非營利事業管理學系碩士班研究生，論文研究主題為「失智症失智專區照護模式發展歷程之研究—以二個社會福利機構為例」。近年來，失智症者有逐年增加的趨勢，可是專門照顧失智長輩的機構卻可數。政府也積極推動團體家屋及失智專區的設置，以滿足需求，可是成果似也不符預期。本研究目的在探討台灣目前失智症照護專區的成立背景、營運現況與面臨的困境，希望可以提供相關之管理實務與政策建議。

本研究程序擬進行一至二次的訪談，每次訪談時間預計進行60—90分鐘，為方便日後資料的分析和整理，訪談過程將進行全程錄音；而訪談地點的選擇則尊重您的意願，期待在安靜不受干擾的環境中進行。

在您接受訪談的過程中，您可以重新檢視並反思您的經驗對您個人的深刻意義，當然您可能冒有一些風險，如揭露您個人內心深處所不願觸碰的事件。因此，在訪談的過程中，若您有覺得不妥之處，您可以提出不想回答、想要中止或退出訪談的要求。而論文的撰寫需要引用這些資料時，研究者都會將您的基本資料（姓名、住址、電話）保密，而您的姓名也會被匿名處理。研究者不勝感激，也再次誠懇的邀請您參與本研究的訪談。

敬祝

身體健康 萬事如意

南華大學非營利事業管理學系碩士班

指導教授：涂瑞德 博士

研究生：黃純好

敬上

茲同意參與此研究，並享有以上提及之權益保護

受訪者簽名：_____ 日期：_____

研究者簽名：_____ 日期：_____

附錄三 訪談大綱（主任或院長）

一、失智專區的成立背景

- (1) 成立失智專區的原因與想法為何？
- (2) 成立失智專區的地點選擇及考量因素？
- (3) 失智專區如何進行的照顧人力的招募及訓練？
- (4) 失智專區的經費籌措的主要來源為何？
- (5) 失智專區成立的過程中主要遭遇到哪些困難？

二、失智專區的營運現況

- (1) 個案的來源為何？如何做宣傳及推廣？如何與當地社區合作？
- (2) 照顧團隊人力的運作如何安排及互相合作？譬如：組織的制度、人員在職訓練、內部會議及溝通的模式等？
- (3) 長輩對於失智專區的照顧模式的適應如何？

三、失智專區的挑戰與未來發展

- (1) 失智專區目前在營運上，主要面臨的挑戰為何？
- (2) 失智專區未來的發展方向或目標為何？

附錄四 訪談大綱（護理長、社工師、護理師、照顧服務員）

一、失智專區的成立背景

- (1) 你對於機構成立失智專區的看法為何？
- (2) 失智專區的照顧人力的職前訓練內容為何？
- (3) 你如何參與或協助失智專區的設立？

二、失智專區的營運現況

- (1) 照顧團隊人力的運作如何安排及互相合作？譬如：組織的制度、人員在職訓練、內部會議及溝通的模式等？
- (2) 長輩對於失智專區的照顧模式的適應如何？
- (3) 你目前主要負責的工作內容為何？
- (4) 你為何選擇在失智專區服務？
- (5) 你覺得在失智專區工作所需要的特質與技能為何？
- (6) 你覺得自己在失智專區工作後，有哪些觀念或行為的改變？
- (7) 你對於失智專區的工作設計（如輪班或休假）有何看法？
- (8) 你對於失智專區工作人員的薪資結構（固定薪資、津貼或績效獎金）有何看法？

三、失智專區的挑戰與未來發展

- (1) 失智專區目前在營運上，主要面臨的挑戰為何？
- (2) 失智專區未來的發展方向或目標為何？

附錄五 老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫

中華民國 96 年 3 月 1 日內授中社字第 09607135691 號函頒

中華民國 97 年 9 月 26 日內授中社字第 0970714008 號函修正第陸點、第捌點

壹、依據：

- 一、行政院 94 年 2 月 4 日院臺內字第 0940002132 號函核定「照顧服務福利及產業發展方案第二期計畫」發展策略 2、充實多元化照顧服務支持體系，全面提升照顧服務品質。工作項目 2.3.3「研議開發新型服務模式，評估民眾對其需求程度，輔導民間逐步發展。」
- 二、行政院 95 年 9 月 20 日第 3007 次會議通過「大溫暖社會福利套案」第 5 章旗艦計畫—建構長期照顧體系十年計畫、第 3 節計畫重點 4.利用現有福利機構空間增設失智症老人照護專區。

貳、緣由：

根據台灣失智症協會 93 年度接受行政院衛生署委託辦理台灣地區社區及長期照護機構失智症盛行率調查資料顯示，台灣地區 65 歲以上人口失智症之盛行率在社區方面平均約為 4.48%，在機構方面，安養機構為 24.54%、養護機構為 61.17%、護理之家為 65.70%，此盛行率若以 95 年 10 月底止，台灣地區 65 歲以上老年人口 227 萬 2,239 人來估算，則社區中約有 10 萬 1,796 位失智老人。若以上述機構床位數估計，則安養床位約有 1,279 人、養護床位約有 1 萬 6,705 人、長期照護床位約有 1,063 人罹患失智症，合計約有 1 萬 9,047 人。調查資料亦顯示過去 13 年來，每年增加 3,700 人，未來 20 年，每年將增加 5,800 人，亦即 20 年後失智老人人數將增加一倍，由於失智人口的急速增加，因

應失智症的照顧模式也已經成為許多先進國家老人福利政策的重要課題之一。

鑑於輔導機構轉型具有多層級照顧功能一直是本部工作重點，另目前財團法人老人福利機構尚有 35%的空床率，為因應失智症人口逐年增加，照顧之迫切需求，本計畫擬參考日本「團體家屋」(group home) 及「生活單位型機構照顧 (unit care)」模式之理念及作法，協助老人福利機構利用現有空間增設失智症老人照顧專區，減輕家屬照顧負擔，提升失智症照顧品質。

參、計畫目標：

- 一、協助老人福利機構利用現有空間轉型設置失智症老人照顧專區，以落實失智照顧政策。
- 二、以小規模、多機能的服務模式，滿足失智症老人的多元服務需求。
- 三、建立失智專區照顧可行性模式，提供失智症老人優質的照顧服務，減輕家庭照顧負擔。

肆、執行單位：

- 一、主辦單位：內政部
- 二、協辦單位：直轄市、縣（市）政府
- 三、承辦單位：
 - （一）財團法人老人福利機構。
 - （二）附設老人福利機構之財團法人。

伍、實施策略與方法：

- 一、輔導現行已營運之老人福利機構利用現有閒置床位空間規劃設置失智症照顧專區，並得申請內政部補助修繕、設施設備及服務費等費用。
- 二、委託民間團體辦理失智症照顧相關專業訓練課程，增加行政管理人員及照顧人員對失智症之認知及失智症照顧原則、方法與技巧，提升照護品質。
- 三、內政部應邀集專家學者、團體及相關單位組成「審查評估小組」，以協助審定申請補助計畫，並就本試辦計畫整體辦理方式、執行成效、服務成本、補助標準等，進行檢討評估，供作未來廣續推展辦理之參據。

陸、實施期程及進度：

本計畫自 96 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日止，試辦為期 3 年。辦理時間及進度規劃如下—

- 一、96 年 1 月至 2 月：函知各縣市政府並於本（社會）司網站公告試辦計畫及邀集相關機構團體及專家學者研議辦理失智症照顧相關專業訓練課程。
- 二、96 年 3 月：聘請專家學者組成審查評估小組。
- 三、受理申請時間
 - （一）96 年 4 月：第 1 次受理承辦單位提送申請計畫。
 - （二）96 年 9 月：第 2 次受理承辦單位提送申請計畫。
 - （三）97 年 4 月：第 3 次受理承辦單位提送申請計畫。
 - （四）97 年 10 月：第 4 次受理承辦單位提送申請計畫。
 - （五）98 年 2 月：第 5 次受理承辦單位提送申請計畫。

(六) 98 年 6 月：第 6 次受理承辦單位提送申請計畫。

(七) 98 年 10 月：第 7 次受理承辦單位提送申請計畫。

四、申請計畫審核作業

(一) 96 年 5 月至 6 月：第 1 次審定各單位提送之計畫，核定補助經費。

(二) 96 年 10 月至 11 月：第 2 次審定各單位提送之計畫，核定補助經費。

(三) 97 年 5 月至 6 月：第 3 次審定各單位提送之計畫，核定補助經費。

(四) 97 年 11 月至 12 月：第 4 次審定各單位提送之計畫，核定補助經費。

(五) 98 年 3 月至 4 月：第 5 次審定各單位提送之計畫，核定補助經費。

(六) 98 年 7 月至 8 月：第 6 次審定各單位提送之計畫，核定補助經費。

(七) 98 年 11 月：第 7 次審定各單位提送之計畫，核定補助經費。

五、計畫執行

(一) 96 年 7 月至 98 年 12 月：第 1 次審核通過單位籌備開辦並提供服務。

(二) 97 年 1 月至 98 年 12 月：第 2 次審核通過單位籌備開辦並提供服務。

(三) 97 年 7 月至 98 年 12 月：第 3 次審核通過單位籌備開辦並提供服務。

(四) 97 年 11 月至 98 年 12 月：第 4 次審核通過單位籌備開辦並提供服務。

(五) 98 年 3 月至 98 年 12 月：第 5 次審核通過單位籌備開辦並提供服務。

(六) 98 年 7 月至 98 年 12 月：第 6 次審核通過單位籌備開辦並提供服務。

(七) 98 年 11 月至 98 年 12 月：第 7 次審核通過單位籌備開辦並提供服務。

六、計畫檢討：每年檢討 1 次，執行成果應於次年 2 月底送內政部彙總。

柒、計畫內容：

老人福利機構申請補助經費設置失智症老人照顧專區應符合下列規定，本計畫未規定者適用老人福利機構設立標準之規定：

一、服務對象：

經 CDR 評估中度以上 (CDR2 分以上)、具行動能力、須被照顧且能與少數人共同生活之失智症老人為原則。有關評估指標由審查評估小組另訂之。

二、服務規模：

(一) 服務人數：每一單元服務人數以 6—12 人為原則。

(二) 設置數量：每一機構最多設 3 個單元

三、設施設備：

- (一) 基本設施：每一單元日常生活基本設施應設寢室、客廳、餐廳、簡易廚房、衛浴設備（盥洗間、浴室及廁所等）及其他必要的設施。
- (二) 寢室：
- 1.每間以服務一人為原則。
 - 2.每間寢室之樓地板面積，不包括衛生設備空間，每人應有 7 平方公尺以上。
 - 3.每間寢室的出入口必須與走廊、客廳相通，與其他寢室明確區隔，不得以屏風、窗簾等隔開。
 - 4.應設簡易衛生設備。
- (三) 公共空間：每一專區必須設置客廳、餐廳等公共設施，提供失智症老人活動治療及相互交流之場所，且必須確保衛生及安全。
- (四) 建築物之設計、構造與設備應符合建築法及其有關法令規定，消防安全設備、防火管理與防焰物品應符合消防法及其有關法令規定。

四、人員配置

- (一) 照顧管理員：每一專區應置 1 人，並得由社工人員、護理人員或其他相關醫護人員專任。
- (二) 護理人員：每一專區日間至少應置 1 人，夜間及深夜時段得由機構其他護理人員支援之。
- (三) 照顧服務員：照顧服務員人數與老人人數之比例以 1：3 為基準，並得以僱用兼職人員，惟兼職人員不得超過三分之一；專任或兼任人員須固定且不得進用外籍監護工。

五、服務內容：

- (一) 提供失智症老人居住及餐飲服務。
- (二) 適當引導、輔助失智症老人生活參與及管理，並能因應緊急狀況。
- (三) 提供失智症老人進食、淋浴及如廁等日常生活援助。
- (四) 制定個別照顧計畫，幫助失智症老人安心地過正常的生活。
- (五) 機構應有特約醫療機構或緊急外送單位，且鄰近機構為佳。

捌、補助對象、補助原則、補助項目及其他相關規定：

一、補助對象：

- (一) 財團法人老人福利機構。
- (二) 附設老人福利機構之財團法人。

二、補助原則：

- (一) 以興設完竣並營運滿 3 年者為限。
- (二) 每一單元最高補助 12 人，每機構最高補助 3 個單元。
- (三) 修繕費及充實設施設備費補助不受本部補助經費申請補助項目及基準「修繕費最多每 5 年補助 1 次」、「充實設施設備費補助以興設完竣並營運滿 5 年者為限」規定之限制。
- (四) 服務費補助：
 1. 照顧管理員：以補助一人計。
 2. 護理人員：以每位護理人員服務 20 老人計。
 3. 照顧服務員：以每位服務人員服務 3 位老人計。兼職之照顧服務員每週至少應提供 16 小時以上服務時間，已接受本部補助之各類工作人員不得擔任兼職照顧服務人員。

4.申請補助月數每年最高得為 12 個月，接受補助人員當月服務日數滿 15 日以上，服務費發給 1 個月，未滿 15 日者，發給二分之一。

三、補助項目及基準：

(一) 修繕費：每平方公尺最高補助新臺幣 4,500 元，每床最高補助 16.5 平方公尺。

(二) 充實設施設備費：補助公共空間生活起居必要之設備，每位老人最高補助新臺幣 2 萬元，最多補助 3 個單元(即 36 人)。

(三) 服務費：

1.照顧管理員：國內大專社會工作、心理輔導、醫護等相關科系畢業者，每人每月補助新臺幣 1 萬 1,000 元。(由機構現有社工人員、護理人員或其他相關醫護人員擔任者不得重複申請服務費補助)

2.護理人員：國內大專醫護等相關科系畢業者(主任、院長及護理長不予補助)，每人每月補助新臺幣 1 萬 1,000 元。

3.高中(職)畢業之護理人員及照顧服務員，每人每月補助新臺幣 7,000 元，領有護理師證照者加給新台幣 1,000 元。

4.國中畢業以下之照顧服務員，每人每月補助新臺幣 5,000 元。

5.兼職之照顧服務員，高中(職)畢業者每人每月補助新臺幣 3,500 元；國中畢業以下者每人每月補助新臺幣 2,500 元。

6.申請補助時，應附機構辦理勞工保險、全民健康保險或提撥勞退準備金相關證明文件、現住老人名冊、直接服務人員薪資冊並載明學歷、科系及接受照顧服務員相關訓練證明文件。

四、申請程序及其他相關規定

- (一) 配置於失智照顧專區之專責工作人員於開辦前皆須修習失智症相關訓練研習課程並有證明者。
- (二) 為利於審查，申請單位應於 96 年 4 月、96 年 9 月、97 年 4 月、97 年 10 月、98 年 2 月、98 年 6 月、98 年 10 月底前提出申請。
- (三) 申請單位應備文件：
 1. 申請表（格式如本部補助作業要點附件二）。
 2. 申請計畫內容應包括：
 - (1) 需求評估。
 - (2) 設置地點及位置圖、空間改善計畫、規劃建築物平面圖、修繕進度及完工日期（含開辦日期）。
 - (3) 營運計畫（含經營管理目標、服務對象人數、收費標準、服務內容、自我評估指標與方法、永續經營績效分析等）。
 - (4) 組織與人力配置（包括組織結構圖、人力配置、資格要件、職務內容及其他）。
 - (5) 經費概算及來源（含預計購置設備項目、單價、數量及規格之經費概算明細表，空間修繕工程以平方公尺成本單價為計算基礎）。
- (四) 申請補助相關程序及本計畫未規定事項適用本部補助作業要點及補助經費申請補助項目及基準規定。

玖、預期效益：

- 一、每年原則設置 20 個失智症老人照顧專區，提供失智症老人優質的照顧服務，減輕家庭照顧負擔。

二、建立失智專區照顧模式，提供政府相關部門推動失智症老人照顧政策參考。

拾、經費來源：

由內政部社會福利服務—老人福利服務相關經費項下支應。

拾壹、附則：

- 一、本試辦計畫奉核定後實施，如有未盡事宜，得隨時補充修訂之，並於實施一年後檢討評估。
- 二、本試辦計畫結束後，經檢討評估確實可行，正式納入內政部推展社會福利服務補助經費申請補助項目及基準。

