

照顧者支持 Caregiver Support

國立臺灣大學社會工作學系 楊培珊 教授

天主教失智老人基金會 陳俊佑 社工主任

(本文節錄自《失智症整合照護》第三版)

失智症照顧者之負荷

許多研究指出，失智症照顧是相當龐大的負擔，甚至花費比其他常見疾病如心臟病、癌症都還要高。主要的原因有二，其一是因失智症在漫長的病程中逐漸退化，需要的照顧也越來越多，由需要一些提醒、到需要看顧、生活照料、到最後漸漸失能、到需要24小時的護理照顧，花費也就越多。其二是因為失智症需要的是生活照顧多於治療，而目前臺灣有健保可以給付疾病的醫療、用藥、手術、住院等，但生活照顧費用則健保並不給付；所以失智症照顧的費用對大多數一般家庭而言，都是由自己和家人負擔，只有低收入戶的照顧費用可獲得政府較多補助。

再試以照顧所花時間來論，Carvalho與Neri (2018)以文獻檢閱方法來分析失智症照顧所花費的時間，結果發現，配偶、與失智症患者同住、低收入、和對失智症照顧比較沒有知識和經驗的照顧者，花費的照顧時間較多；就患者本身特徵而言，患者年紀較大、有精神行為症狀、有其他疾病，失智的程度較重，則照顧者也會花費較多的時間。就實際照顧內容來論，Wimo、Winblad與Jonsson (2005)論文整理27份相關文獻發現，

失智症患者家屬平均每天花1.6個小時照顧患者的日常生活活動項目（即所謂ADL，包括穿衣、吃飯、洗澡、如廁等），加上協助工具性日常生活活動項目（即所謂IADL，包括備餐、購物、洗衣、財務管理等），則需花費3.7個小時，若再加上監護看顧的時間，則需每天花7.4個小時照顧。如此高時數、日復一日的照顧對照顧者而言，無疑是一項嚴峻的考驗。

無論是研究報告或是實務觀察，都一再指出家庭成員是失智症患者最重要的長期照顧提供者，我國民法更規範「直系血親互負撫養之義務」，亦即家庭成員有無法推卸之責任與義務提供照顧。根據家庭照顧者關懷總會 (2021)，目前臺灣有約76萬名失能、失智及身心障礙者，約兩成使用政府長照資源，近三成聘僱外籍看護工、等於有一半以上的需照顧者完全仰賴家庭照顧。即使當在家照顧已經過於困難而患者不得不進入機構照顧之後，家庭照顧者仍然無法卸除照顧的責任，只是將親自照顧轉換為探視和協助照顧，以及支付機構照顧的費用。不乏有家庭成員每天探視住在機構的失智症長輩，甚至停留相當長的時間。

家庭照顧者的照顧工作是出於對家人的愛，沒有薪水、沒有假期，照顧者用他們的青春和健康，換取家人生命的完整與延續，因此「照顧」彷彿是一個「生命交換」的歷程。Finch與Groves (1983)最先提出照顧是一種愛的勞務(A Labour of Love)的概念，提醒大家這樣沒有薪水、沒有假期、長期的照顧事實上是一種吃力的工作，照顧者所執行的工作相當辛苦，不應以「愛」為口號而認為一切都是理所當然的。在「失智症照顧」的議題範疇中，照顧者與被照顧者同在一條船上，他們身而為人的權利同樣都需要獲得尊重，他們的需要同樣值得關注。照顧者若沒有受到好的支持，在長期的照顧負荷之後，恐有風險陷入生理、心理的疾病狀態，或是社會孤立隔絕，最終成為另一位病人或被照顧者。

本章作者（楊培珊）譯「有品質的照顧：失智症病患家屬照護手冊」（2015）（原著英文名稱為「一天36小時」）描寫照顧失智家屬是一天36小時仍然不足的日子，若沒有政策性、社區性的支援與協助，是無法長久維繫的。本章作者1997年在美國哥倫比亞大學社工學院的博士論文（Yang, 1997）就建議應將家庭照顧者視為重要的人力資源，提供教育訓練、支持、及各種協同照顧服務，讓照顧的路能安穩地走下去，社會國家也同時獲益。近年，世界各國失智症患者及照顧者，更積極提倡失智者及照顧者的人權，大聲疾呼其基本生存與生活應被看見，並獲得政策法律、經濟與社會支持。

本章首先介紹失智症照顧者是誰、照顧負荷的內涵以及照顧者的壓力反應，接著將介紹照顧者支持服務的內涵，最後將簡單說明政策面的協助。期待讀者能由理解照顧者的照顧經驗著手，進而發展同理心，成為照顧者的伙伴，陪伴並協助照顧者一路走下去。

與國外相比，臺灣的家庭照顧者最特別的一點是與被照顧的老人同住的比例非常高（占91.68%），同住影響所及是照顧時間非常長，平均每日照顧時數超過11小時！年紀越大的照顧者、或是配偶照顧者，平均照顧時數也更長（衛福部，2018）。特別是失智症患者因症狀複雜多元，甚至需要24小時的看視(monitor)，所以照顧時數也是相當可觀。

另外值得注意的是，Hooyman與Kayak(2008)就已提醒有越來越多的年輕人加入照顧者行列，她們可能是老人的孫子女、曾孫子女或朋友、鄰居。由於少子女化的影響，老年人口所擁有的平均子女數正逐漸減少。當老人的子女不足夠承擔照顧責任時，較年輕的孫子女甚至曾孫子女就可能需要擔任二線的照顧支援者。而前述指出臺灣目前估算也有11,310名45~64歲的年輕失智症患者，他們的子女多半仍相當年輕，甚至尚未成年。

隨著照顧者群體特性的轉變，對於照顧者支持性服務而言，也必須要更能滿足不同照顧者的需求，以避免有「非典型」的失智症照顧者遭到服務隔離或遺漏，例如：協助年輕世代承擔照顧的責任、帶領男性照顧

者支持團體或令男性照顧者樂於加入的混和性別團體、支持老年照顧者提供照顧及自我照顧、或是新住民照顧者等，都將是未來照顧者支持性服務的重要任務。近年來社會工作專業領域特別強調「多元文化觀點」，提醒工作人員面對不同人口屬性的服務對象時能敏銳感知其個別背景、想法與價值觀，進而以符合其背景與文化的方式來服務之。面對不同屬性的照顧者，專業工作人員應虛心聆聽與學習，充分瞭解照顧者的立場，願意與每位照顧者「穿同樣的鞋子，走同樣的路」，而非以一成不變的方式服務所有照顧者，如此才能真正在照顧的路上成為彼此的好伙伴、好資源。

● 照顧者的壓力與負荷

失智症照顧是非常長期且非常辛苦的工作，失智症照顧工作所需時間約為一般工作時間的0.95~2.57倍（周麗芳等，2000），而且照顧歷程中可能出現非常多狀況，造成照顧者的壓力與負荷。Montgomery、Gonyea和Hooyman (1985)將照顧者的負荷分為客觀負荷與主觀負荷：

- 1.客觀負荷：指每天照顧的任務要求所帶來的體力負擔、照顧者與被照顧者行為方面互動的要求、被照顧者的症狀與問題、家庭角色的改變、以及照顧帶來的經濟/工作/健康/心理/法律等挑戰。
- 2.主觀負荷：指照顧者對照顧歷程與經驗的態度與感受，如產生悲傷、憤怒、罪惡感、擔憂、壓力、孤獨等感受。類似的客觀負荷在不同照顧者身上可能產生類似或完全不

同的主觀感受。

文獻指出由於失智症照顧非常辛苦，失智症照顧者比其他類型的照顧者更容易出現照顧負荷(Arai et al., 2002)，照顧者相關文獻普遍將照顧負荷分為以下四大類(George & Gwyther, 1986; Lawton et al., 1991; Mui & Morrow-Howell, 1993)：

(一) 體力和生理方面的負荷

- 長期疲倦
- 出現健康問題，如腸胃病、頭痛、腰痠背痛、高血壓、體重問題
- 睡眠障礙，如失眠或淺眠
- 免疫系統功能下降，容易生病
- 出現嚴重疾病甚至死亡

(二) 心理與情緒方面的負荷

- 悲傷、失落與無助
- 挫折、憤怒、否認
- 罪惡感、被過度依賴或被綁住的感覺
- 焦慮、憂鬱、孤寂感、無助
- 對性交失去興趣或性交障礙
- 自我價值感低落
- 嚴重者可能出現照顧疏失或自我照顧疏失
- 甚至自殺

(三) 經濟方面的負荷

- 照顧的直接花費
- 照顧設備或輔具的費用
- 家屋重新裝修的費用
- 交通往返的費用
- 因照顧而損失的工作收入，如請假、減薪、績效不佳

- 提早退休

(四) 社會性的負荷

- 減少或沒有屬於自己的時間
- 減少或沒有與朋友聚會的時間
- 因失智症家屬行為所造成的尷尬難堪
- 家庭關係緊張，如婚姻關係、親子關係
- 家庭角色反轉
- 休閒活動減少
- 社交孤立

台北榮總劉秀枝(2001)對76位(34位男性、42位女性)阿茲海默症患者的照顧者問卷調查研究顯示，三分之一的照顧者有憂鬱的傾向，且以個案配偶和媳婦的憂鬱量表分數較高。衛福部(2018)調查發現65歲以上的家庭照顧者有34.68%自覺健康不太好或非常不好，45~64歲者有17.27%，甚至更年輕的45歲以下的照顧者也有6.52%。超過四成照顧者有身體不舒服的情形，例如筋骨痠痛、失眠、高血壓、憂鬱等。

Hirono等人(1998)的研究指出，照顧者負荷(burden)是導致負面照顧結果之重要指標，而被照顧者的日常活動功能及神經、精神方面的損傷則是增加照顧者負荷的重要因子，Nagatomo等人(1999)的研究結果則顯示，照顧者負荷與照顧者的健康狀況、患者的問題行為及認知功能損傷有相關性。國內文獻中，劉秀枝(2001)指出照顧者所承受的心理負擔受許多因素影響，其中最重要的包括照顧者教育程度較低、患者有破壞性的行為，以及照顧者的年齡較大等。馬先芝(2003)則

指出照顧者負荷是一個動態的過程，會隨患者病情的變化以及家人對病情的期待而有所變動。林敬程(2000)的研究中發現失智症患者照顧者之負荷感受屬輕度至中等程度，當失智症嚴重程度越重、日常活動功能越差、問題行為與激動情緒出現頻率越高、因照顧老人而離職的照顧者、自覺家庭經濟狀況較差的照顧者、照顧時數愈多、獨自照顧老人之照顧者，其所感受的負荷愈重；此外失智症患者之照顧者的壓力源也會間接影響其健康狀況，當家屬對個案的記憶、行為問題和日常功能方面，受困擾程度愈高則家屬整體健康愈差。

此外失智症患者的家屬在照顧過程中，往往經歷不同的時期：從一開始面對狀況，做許多的調整、適應，到被現實教化，體認到自己需要的協助及支持，因此照顧者在不同的時期往往有不同的需要(車慧蓮，2002)。

照顧者的心理支持與壓力紓解

有鑒於社會一般大眾對於失智症缺乏足夠的瞭解，常因此造成失智症照顧者額外的困擾，例如失智症長者外表看來可能很正常，好像不需要什麼照顧，因此外人可能誤會是照顧者愛抱怨，也有失智症長者到處訴苦說家人不給他飯吃、在他吃的東西裡下毒、或偷他的錢，讓鄰居跑來責罵老人的子女不孝等，令人啼笑皆非的情況層出不窮。社會服務組織應運而生，宣傳失智症相關資訊、推動失智症社區篩檢、倡導失智症患者

權益、成立失智症家屬團體、辦理照顧者訓練，以及提供各類型失智症照顧服務，來服務社會與失智症患者及家屬。

● 失智症相關組織

國際失智症協會於1984年9月21日（後訂為國際失智症日）成立。臺灣失智症相關組織首推財團法人天主教康泰醫療教育基金會，該會成立於1983年，早期服務焦點為醫療健康講座、糖尿病童服務、乳癌防治與病友團體、癌症末期病患服務（後稱安寧療護），隨著臺灣人口老化，康泰基金會也注意到失智症病患的增加以及照顧的需求，遂於1997年成立老年癡呆服務組（後更名為失智老人服務組），是臺灣第一個提供失智症患者及家屬諮詢服務的機構。隔年1998年9月21日，天主教失智老人基金會成立，該基金會由天主教台北總教區、天主教耕莘醫院、聖母聖心傳教修女會共同發起成立，秉持著基督博愛的精神及全人、全程、全家、全隊的「四全」照顧理念，投入臺灣失智症服務，並籌建臺灣第一家失智症專門照顧機構—聖若瑟失智老人養護中心。

2002年中華民國失智者照顧協會與臺灣失智症協會(Taiwan Alzheimer's Disease Association, TADA)陸續成立，結合專家學者、社會賢達、以及失智症患者與家屬共同協助因應與調適失智症對社會及個人所造成的衝擊。另外，臺灣臨床失智症學會(Taiwan Dementia Society)亦於2006年成立，該會宗旨是結合各醫療專業領域的專家共同推動失

智症醫療、研究及照護工作，提升臺灣失智症之醫療水準。2000年以降，各縣市也陸續成立失智症患者及家屬服務組織，例如大台南熱蘭遮失智症協會於2004年成立、桃園縣失智症關懷中心（後改為桃園市失智症關懷協會）於2009年成立等。這些國際和國內失智症相關組織的成立，對於提升國家與社會民眾對於失智症的重視與瞭解、支持失智症相關醫療與研究之發展，以及提供照顧者服務，有不可磨滅的影響與貢獻。因此，本章在討論照顧者支持服務時，首先介紹的就是相關組織，希望未來在這些組織的領頭之下，臺灣失智症病患及照顧者的權益與生活品質能獲得持續性的發展與促進。

● 記憶門診

英國倫敦大學早在1983年就設立實驗性記憶門診(memory clinic)（梁繼權，2000）。我國自1998年，台北榮總一般神經內科及台大醫學院附設醫院神經內科開始提供醫護加上社工或心理「多專業團隊介入」的失智症門診治療服務；天主教耕莘醫院暨永和分院則是在天主教失智老人社會福利基金會協助下，於1999年5月國內首創「記憶門診」之名，並於2000年增聘專職神經心理師，負責神經智能方面的評估。由醫師、護理師、社工師、心理師聯合提供門診服務。針對病人和家屬不同層面的需求，提供醫師門診診療與失智症衛教服務，包括：(1)提供社會資源；(2)提供訓練課程轉介；(3)關懷與陪伴

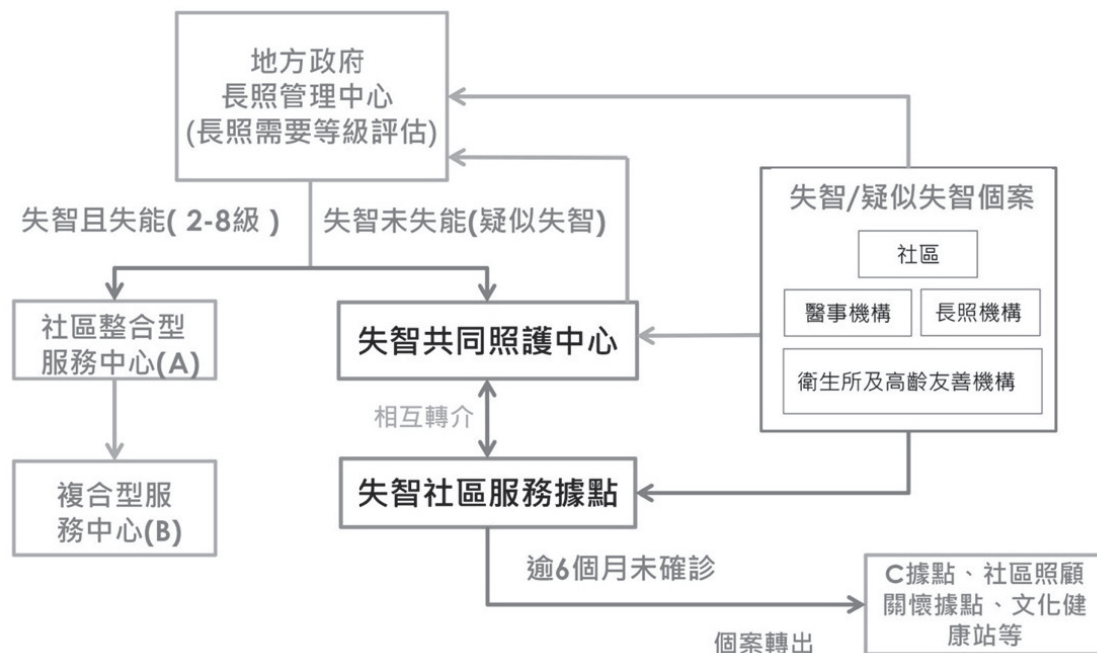


圖9-1 失智症照護架構示意圖
(引自衛生福利部111年度「失智照護服務計畫」申請作業須知)

失智患者（葉炳強，2008）。臺灣各縣市目前都有失智症特別門診，有需要的民眾可至醫院的老人醫學科、神經內科、或精神科就醫，也可至有這些科別的診所與熟識的醫師討論，或與各縣市的「失智共同照護中心」（簡稱失智共照中心）（截至2022年9月26日共115家）聯繫，由個案管理師協助就醫或提供失智症個案管理服務，陪伴照顧者於失智者不同階段，提供所需長期照顧與醫療照護服務之諮詢、協調、轉介與追蹤服務使用情形。

記憶門診對於失智症主要照顧者是否有幫忙？Logiudice等人(1999)的隨機控制實驗證明就醫後患者的清醒程度、行為與社交方面有進步。Coen等人(1999)的前後比較研究

則發現記憶門診可以增加照顧者的失智症知識。甄瑞興、賈淑麗、楊志賢(2000)針對記憶門診31位家屬的研究中，72%的家屬覺得滿意，其中以對家屬的幫助最讓家屬滿意，其次是對病人的幫忙及門診預約看診安排。

● 心理健康諮詢

「我不想照顧了啦！其他家人都不管，都丟給我！我真想去死一死算啦！……」這是在失智諮詢專線(Hot line)接聽照顧者來電常聽到的對白。往往照顧者從一開始的氣憤難平，在講了30分鐘的情緒抒發之後，語氣才漸趨緩和。掛斷電話，繼續提起精神，再次面對照顧的對象與繁複的工作。

照顧失智症個案的辛苦，跟沒有經歷過的人講，很難獲得同理及支持。所以各

國的失智症服務團體，都建議設立失智諮詢電話。我國最早是天主教失智老人基金會於1998年成立時便設立的24小時諮詢專線02-23320992（因應服務需求實際情況，現已改為白天上班時間接受服務），以提供失智症相關醫療暨福利資訊與失智症個案與照顧者心理支持及照顧技巧之諮詢服務，採電話、面談、信件方式提供諮詢服務。衛生福利部委託臺灣失智症協會也提供0800-474580全國失智關懷專線，提供家屬諮詢和心理支持。另外，中華民國家庭照顧者關懷總會自2000年起開辦《家庭照顧者關懷諮詢專線》。同時於2015年，設置新的0800-507272照顧者通報諮詢專線，單一窗口之專線，提供家庭照顧者社會福利相關諮詢服務，除了線上提供諮詢服務外，也協助社會資源連結與轉介。

● 支持團體（家屬聯誼會）及照顧技巧訓練課程

支持團體可以提供照顧者因應技巧，同時幫助照顧者對自己未來生活計畫得更好。根據Wilson (1982)對支持性團體的定義：支持性團體是增強個人的因應機轉、教導新知以及提供分享和接納的創造性環境下，使個人情緒得以宣洩的一種團體。團體的時間長短可從6到10週，或更長，聚會時間可每週一次或間隔更久。一個成功的支持團體必須包括有關疾病和治療的教育性資料及情緒性的支持和瞭解（莫藜藜譯，1993）。方案的實施是透過團體參與者（包括醫療團隊、患者及家屬等）共同參與，團體透過：(1)提供

機會讓病人及家屬去討論與治療有關之反應及情緒；(2)提供有關疾病的一般資訊；(3)提供醫療照顧的技巧等功能。其中如何提供病患持續性的照護技巧不僅包括如何照護病患的責任，同時亦包含了對社區資源的掌握及其運用。團體的成員會在過程中產生對這個組織的向心力以及彼此互助的承諾。

Johnson與Richardson(1982)的報告中指出由家屬組織的支持性團體具有以下的功能：(1)幫助家屬有機會澄清疾病與治療相關的問題；(2)共同面對他們的憂慮與負擔；(3)增加對病患的接受度；(4)增進家屬照顧病患的技巧；(5)增加家屬瞭解病患；(6)幫助家屬配合病患的正常發展及健康需求；(7)對遺傳疾病患者的家庭增加接受度和減少罪惡感；(8)降低家庭的孤獨感和無助感；(9)認識自己與其他家屬的長處與資源；(10)更能公開與建設性地處理與疾病相關的多重家庭壓力。

支持團體對那些不滿意自己的照顧者角色及沒有工作的照顧者具有顯著效果，在支持團體中，照顧者往往可以經歷到四種型式的支持，包括：資訊的獲得、處理情境的忠告、精神上與情緒性的支持，而這些支持可以提供照顧者在面對所處情境時，有更適當的觀點，也可以幫助照顧者找到更恰當的方式來因應所面對的問題及情緒狀況（徐亞瑛、楊清姿、葉炳強，1996）。

在李娟娟(2004)的研究中發現整個支持團體中，照顧者所關心的主題與對象包括：患者的改變、失智症疾病認知、照顧者所承受的衝擊與自我成長。明顯的治療因素包括

Yalom(1985)所提的：普遍性、希望的灌注、知識訊息傳授、利他性、情緒宣洩、團體凝聚力和發展社交技巧。當漸進瞭解失智症照顧將是一漫長過程時，照顧者有了要「長期抗戰」之心理準備，要及早做好「經濟」的規劃、要適當將照顧責任分攤出去，並善用社會資源。

天主教康泰醫療教育基金會於1997年成立老年癡呆服務組（後更名為失智老人服務組），1998年成立失智症家屬聯誼會，陪伴失智症患者家屬，一路走來始終如一，提供失智症相關訊息、照顧者訓練、「救生圈團體」、研討會等活動，尤其是許多資深志工，如歷屆聯誼會會長、副會長，都努力經營聯誼會成為自主運作的團體，嘉惠廣大照顧者家屬。其中，巫瑩慧女士曾擔任多年的志工，後擔任聯誼會副會長、會長，現任臺灣失智症協會理事，多年來積極服務，並致力於報章雜誌發表失智症照顧相關文章，對於失智症宣導及家屬服務做出了十分卓越之貢獻。

巫瑩慧女士(2007)曾於中國時報撰文介紹荷蘭阿茲海默症協會首創設置的阿茲海默咖啡館(Alzheimer's Caf)，就是設立一個讓家屬、照顧者和患者能輕輕鬆鬆地來喝杯咖啡、聊聊心事、討論交換訊息、互相支持的地方，其實也就是一種另類的家屬支持方案。中華民國家庭照顧者關懷總會於2016年引進推動「照顧者咖啡館」的服務模式，讓照顧者有專屬的空間可以獲得各種情報與支持，獲得舒壓。

Tanzi與Parson (2002)引用心理學家瑞亞的解釋：在正常情況下，我們每天的現實生活大多是靠著大腦的記憶與學習；當阿茲海默失智症帶走一個人的記憶力和學習能力後，生活就只能憑著他所看到的、感覺到的事物，以及他的情緒經驗來辨識他所認知的現實。因此，保持個案的正向情緒，可說是照顧者最大的挑戰（莊雅婷、范嘉榕譯，2002）。

失智症是一條漫長的退化歷程。早期失智症的個案仍保有相當多的認知能力以及自尊心，如何讓個案繼續發揮仍存有的能力及正常生活是重要的。隨著病程的進展，照顧者需要特別的照顧技巧來對應個案因為精神與行為問題所造成的種種困難。而當疾病發展到重度甚至末期，臨終照顧及死亡也是必然會臨到的，所以需要提早準備好。個案在不同疾病階段所需要的照顧不同，照顧者可透過「照顧技巧訓練」的課程或團體，讓自己有更好的配備來執行照顧的任務。類似課程也會納入社會資源與長照服務的最新資訊，讓照顧者在需要的時候都能獲得支援。

我國自2009年9月1日起，「安寧緩和醫療條例」將失智症重症末期患者納入服務對象範圍。2016年1月6日進一步通過並公布亞洲第一部的「病人自主權利法」，並於三年後(2019)施行。意願人具有選擇與決定權以及透過預立醫療決定書(Advanced Care Plan, ACP)保障五款臨床條件善終。國人應對自己想要或不想要的治療及延命醫療措施事先理解、思考並做出決定，未來當我們需要照顧

時，照顧我們的專業團隊或家人，才能有所依循，而不需要背負極大的壓力來替我們決定，或承擔決定後無謂的遺憾與自責。目前各家醫院、失智症及長期照顧非營利組織，各縣市政府衛生局與社會局，都有針對「病人自主權利法」的諮詢管道，有需要的民眾可以多多利用。本章作者（楊培珊）2020～2022年，進行之「臺大社會責任計畫—安寧終老」，也積極推動以社區為基礎的行動，以培力社區志工，開設社區生命教育課程等方式，宣導民眾及早探索自己的生命價值觀，並多多瞭解現代醫療的各種治療選擇。

● 失智社區服務據點

朝以一鄉鎮至少一處失智據點為原則辦理，以提供失智服務對象照護及家庭照顧者支持之需求服務項目為主，服務活動須參酌成員文化及背景等相關需求、因地制宜規劃與安排，服務項目包含：

1. 認知促進、緩和失智課程。
2. 照顧者支持團體。
3. 照顧者照顧訓練課程。
4. 共餐活動。
5. 安全看視。
6. 轉介疑似個案至共照中心，協助於收案後半年內確診。

（一）居家服務

臺灣在1990年代就開始提供居家服務，在「長期照顧十年計畫」及「長照2.0」的推動之下，發展日漸普及化。居家照顧指由家人或雇用的看護在老人或失能、失智者的家中提供照顧。居家照顧讓受照顧者不需離開

自己熟悉的家就可獲得照顧，家人也方便提供協助。居家照顧服務是由各縣市政府委託之居家服務單位聘僱訓練合格照顧服務員，依各縣市長照2.0的「長期照顧管理中心」（簡稱照管中心）評估服務需求等級後，根據政府規定的補助額度，擬定照顧問題清單，明列服務內容與頻率、時數，由居家服務單位派員到府提供服務。

（二）日間照顧

日間照顧中心也是「長照2.0」的重點服務，政府設定的目標是：「一國中日照」，希望達成可及性高、使用便利的日照服務。日照中心是以小團體的方式，提供同輩團體支持和互動，並可極大化其功能。對家庭照顧者而言，可解除24小時在家照顧的負擔，並補充家屬所缺乏的專業護理照顧，讓老人繼續住在家裡，避免過早機構安置（呂寶靜，1997）。在長照服務的光譜中，日間照顧服務主要提供輕、中度失能、失智老人，以全日托、半日托或臨托方式使用，往返於自己的家庭和日間照顧中心，以維持並促進其生活自立、消除社會孤立感、延緩功能退化，促進身心健康。目前由各縣市政府結合民間資源提供個案照顧管理、生活照顧服務、復健運動及健康促進活動、餐飲服務、諮詢服務及家屬服務等（衛福部，2018）。根據程少筱(2005)的實證研究發現：日照中心提供個案之服務（家屬觀點）包括醫療服務、護理服務與生活照顧、身體功能維持、心理情緒的支持（繼續擁有家庭生活、維持自我價值感、情感表達）及

社會互動（人際互動、社會參與），醫院附設的日間照顧中心更可以有較多的醫療服務與提供技術性護理服務，但社會活動內容的豐富性則可能較低。此外可使家屬在白天時段專心工作沒有牽掛，減少照顧者因照顧而離職，增加家屬白天時間安排的彈性，但在家屬團體與照顧課程的提供方面，家屬的參與度就較低；家屬對於未來服務的期待，均期待日照中心本身的服務時間能更有彈性，並非僅於白天開放，而在夜間或假日亦能開放。

（三）喘息服務

專門針對照顧者的「喘息服務」，依「長照2.0」現行規定，失能、失智老人的照顧者，可按照照管專員評定的失能等級及服務額度，申請以項目計費、或以半日（3小時）、一日計費（6小時）的費用請照顧服務員到家裡來，或把老人暫時送到24小時機構去，使照顧者獲得休息的機會（衛福部，2018）。以往家屬常表示雖然將長輩安置到24小時的照顧機構，家屬比較能獲得充分的休息，或是到外地工作或旅遊幾天。但長者移地照顧也帶來很多前後適應的困擾，令家屬很猶豫是否該使用機構喘息。加拿大魁北克省的家庭照顧者也有很類似的經驗，所以提出了一個創新方案，Baluchon Alzheimer（暫譯為失智老人保母）服務，是為社區失智症個案及家屬所辦理的失智者家屬喘息服務，不需要將失智症的個案帶離熟悉的家；使用失智老人保母服務的家庭照顧

者可針對平日失智症個案在家中照顧的情境與提供服務的保母進行充分的討論及持續獲得團隊的支持，這一項新的家庭照顧服務，可讓照顧者暫時喘息幾天而無須將失智症個案重新安置，同時也針對失智症個案在家照顧的認知、功能及照顧情境等進行評估與建議策略，使照顧者日後也能參酌（Gendron & Adam, 2005；天主教失智老人基金會，2010）。晚近臺灣長照也有延伸提供「小規模多機能」服務，針對日照、居家服務或臨托服務長輩有需要夜間留宿照顧者來提供服務，是一種對家庭照顧者而言更有彈性的服務。

（四）機構服務

依據我國2015年通過、2017年實行的「長照服務法」所定之針對失智症患者所提供的機構住宿式服務類，主要可分為設有失智專區的長照機構、失智症團體家屋、一般護理之家和一般養護機構。通常MCI或輕度失智者仍有相當多剩餘的功能，可以留在原本的家庭和社區居住生活；而輕、中度且有行動能力的失智者，可選擇團體家屋；但中度以上，且需受照顧之老人則可能需要24小時的住宿機構式照顧。近年來為失智症老人營造「家」的環境成為機構式照顧服務的基本原則。據莊秀美教授等人資料，日本為發展失智症老人的照顧服務模式，經摸索試行的結果，發現小規模的團體家屋(group home)的實施確實可改善輕、中度失智症者的症狀，較能穩定老人情緒，降低或延緩老人住

進護理機構的需求，是相當適合失智症老人的照顧機構型態。具體而言，日本的團體家屋是針對能夠參與共同生活的失智症高齡者的照顧服務機構。設立宗旨乃是提供罹患失智症之需照顧者（因失智症呈現嚴重的精神失常者及行為異常者除外）沐浴、如廁、飲食等照顧及其他日常生活所需的照顧及身體功能訓練，通常是讓幾位失智症老人住在一個一般的家庭或公寓內，由多位照護人員提供其日常生活照顧，必要性照顧及訓練等，藉由小規模的共同居住空間，營造一種「非機構」式的意象，讓老人就如生活在家裡一樣，配合失智症家屬成員的參與，以有效控制失智症老人的症狀。但因團體家屋模式使用者較少，平均每位使用者的成本較高，因此目前在台灣仍然不是非常普及。

亦有24小時住宿型機構參考「團體家

屋」及「生活單位型機構照顧」(unit care)模式之理念及作法，協助長照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。結合民間單位或長照機構規劃辦理，並結合民間單位辦理相關專業訓練課程、實務觀摩、座談及研討會等，提升工作人員專業知能。在收容失智症老人機構方面，目前長照機構提供失智專門照顧的單位日漸增加，如歷史最久的台北市私立聖若瑟失智老人養護中心、衛福部寧園安養院係專屬失智養護機構外，衛福部北區、中區、南區老人之家及彰化老人養護中心、臺灣省私立健順養護中心、高雄市私立方舟養護之家亦設有專區照顧失智老人；部分醫院、機構、護理之家、榮民之家亦設有失智專區及床位，但服務供給量與日漸增加的需求量相較，顯然不足，有待積極擴充。



聖若瑟失智老人養護中心的照服員小涵與母親璧英阿姨