

出國報告（出國類別：進修）

日本失智症長期照護訓練

服務機關：國立陽明大學附設醫院

姓名 職稱：張丞洵 督導長

派赴國家：日本

出國期間：104.5.10~104.5.23

報告日期：104.7.6

摘要

全球失智症人口快速增加，世界衛生組織於民國101年4月發佈以每年增加770萬人的速度成長，也就是每4秒鐘就有一名新罹病者。失智人口數每20年成長一倍，2050年將超過1億1540萬人。臺灣失智症協會依據經建會2012年至2060年臺灣人口推計數報告之全國總人口成長低推計資料，再加上失智症五歲盛行率推估。民國120年失智人口逾47萬人，屆時每100位臺灣人有超過2位失智者；民國130年失智人口逾69萬人，每100位臺灣人有超過3位失智者；民國140年失智人口逾85萬人，每100位臺灣人有超過4位失智者；民國149年失智人口逾89萬人，每100位臺灣人有超過5位失智者。在未來的47年中臺灣失智人口數以平均每天增加38.1人的速度在成長，政府及民間都應及早準備。

本次進修旨在借鏡日本失智症長期照護與失智症照護相關經驗，本次研習活動共計10天，前往日本The National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG) 進修，並就臺灣長期照護現況與失智症照護經驗進行分享及交流，期望能藉由此次至日本The National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG)進行失智症長期照護訓練，了解日本失智症病程的整體規劃服務模式，提供日後失智症照護模式與規劃之參考。

目次

壹、 目的	3
貳、 行程	4
參、 內容說明	5
一、日本在宅醫療與居家護理	5
二、日本的認知症政策方向與照護模式	
(一) 日本的認知症政策方向	12
(二) 日本失智症連續性整合照護模式	14
(三) 日本國立長壽醫療研究中心的認知症中心	14
1. 記憶門診	14
2. 失智症照護病房	14
3. 日本國立長壽醫療研究中心失智症支援小組運作	18
肆、 心得與建議	20

壹、目的

由於醫療科技延長壽命，少子女化與家庭型態改變，使得人口高齡化不只是臺灣，也是全球關注的議題。隨著壽命延長，失智症的盛行率也增加。失智症病程漫長，行為與精神症狀常出現在不同病程的失智症，造成家庭照顧者的照顧負荷，導致家屬將失智長者送至機構照護。為提供優質的照護，依據病程需要發展各種照護服務方案相當重要。本院103年起承接衛生福利部長照樂智社區服務計畫，針對極早期及輕度失智症長輩提供社區式失智症照護，失智症照顧是整合性的工作，因個案病程發展，必須提供各種不同服務模式，才能滿足個案需要。為提昇長期照護失智症領域之發展，期望能藉由此次至日本The National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG)進行失智症長期照護訓練，了解日本失智症病程的整體規劃服務模式，見習重點日本老年醫療照護體制、居家照護方式及失智症連續性整合照護模式、居家訪視等學習整合性醫療照護網絡。

貳、行程

Long-term care study plan inform schedule

Short term study duration: about two weeks at National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG) at May 11, 2015-May 22, 2015

Date	Item
1st day	Airplane to Japan then take train to NCGG
1 day	Privatization policies and changing inter-sectoral relationships : The long-term care insurance system in Japan
1 day	Prevention Dementia and frailty, and how to found elderly people demands.
1 day	The continuity and integration of Dementia care system
1 day	The new trend of Dementia care and how to screening Dementia cases in community.
1 day	Dementia psychosocial specific between different age-related changes and different diseases.
1 day	Innovation of Dementia Home Care & Rehabilitation Exhibition.
1 day	Out-patient service for Elderly 、 Geriatric health services facility 、 Memory Clinic & CGA could be provide integration care networks.
1 day	The discharge planning services of ageing population and resources of community connection
1 day	Quality control of Out-patient service for Elderly and home visit to enhancing the long-term care service qualities.



圖一. The National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG)

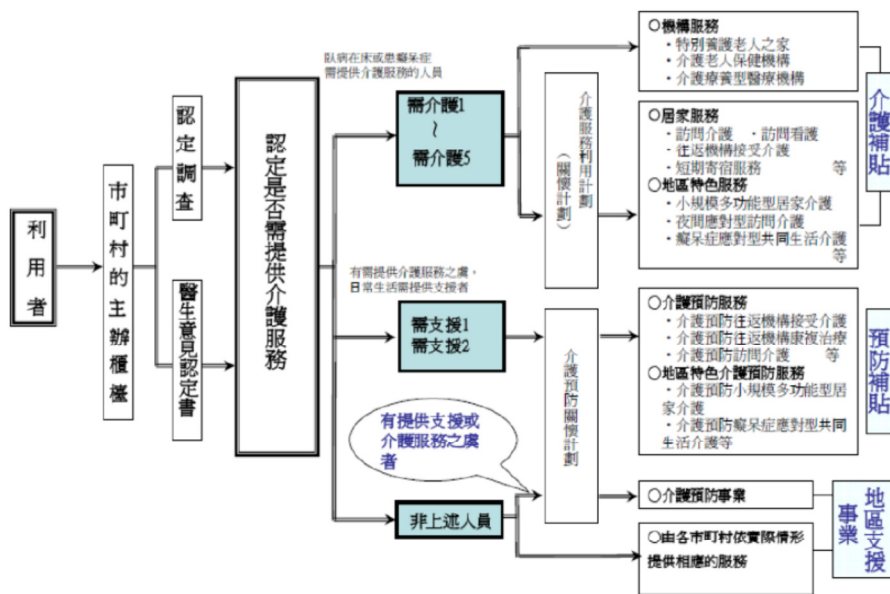
參、內容說明

一、日本在宅醫療與居家護理

日本有三大社會保險，包含年金保險、健康保險（醫療保險）及長照保險（介護保險），其中日本在介護保險的發展進程上，由於日本老年人口比例一直都是走在已開發國家平均值以上，對老人長期照護迫切需要的敏銳度就來得更早些，從1990年開始推動的五年一期的老人保健福利推動10年戰略（黃金計畫），再接著推動同為五年一期的新黃金計畫，開始為介護保險的各項基礎服務做準備，即使在1997年就通過介護保險法完成法規建置，但也是中間再經過三年的準備期，才於2000年4月1日正式施行介護保險，2000年介護保險制度旨在減輕家屬照護上的負擔，並由社會共同支持照護，降低老年生活之不安與風險，使老人都能老有所終，據此日本長期照護政策目標訂定如下：

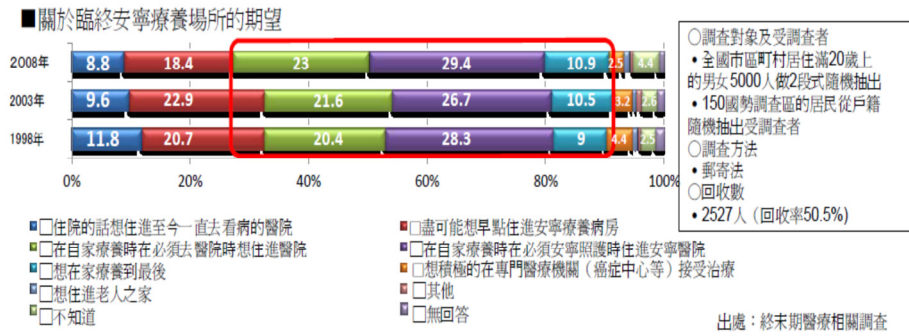
- (一) 考量未來社會將呈現高齡化，必須促進介護保險制度之建立以提供對長期照護有需求者的支持。
- (二) 建立明確的保險制度，讓民眾瞭解給付分擔的關係。
- (三) 修正健康、醫療及社會福利三分立情形，發展綜合性服務供民眾選擇。
- (四) 將長期照護從健康照護保險中區分出來，以減少機構化為第一步驟。

日本介護保險專為高齡者提供照顧服務，40歲以上的日本人都被視為被保險人，且有義務繳交保費，當被保險人使用服務時必須負擔總金額的10%。另有利用高額制度，若負擔到一定程度，依家庭收入狀況限定最高支付的額度。日本長者可選擇接受長照機構提供的照顧服務、在自家或是日照服務中心，另外也提供住宅修繕、福祉輔具的租借與販售。



圖二. 日本介護保險服務流程

人口高齡化來臨，日本醫療體制被迫進行改革，此為近年來「居家醫療」逐漸受重視之主因；2010年日本老年人口比例為23.1%，躍身世界第一高齡國家，今後高齡化情形將更趨嚴重。依「臨終場所意願之轉換」統計：1950年代，自宅臨終者占80%以上、醫院者約10%強；1976年後，情況漸漸轉變，2011年統計：醫院者78.5%，自宅者12.5%。當時人工呼吸器等醫療設備尚未普及，必須至醫院者方能使用，能夠親身體會於自宅自然身故人數相當稀少；現今多數醫院提供臨終照護，預估自宅臨終者數將增加1.5倍，2030年人數將達47萬人。根據「臨終療養意願場所意願」統計：約六成受訪者傾向於自宅渡過臨終療養期，但憂心將「增加家庭支出」及「緊急狀況能否獲得適當治療」等不安。2011年10月調查：醫院及診所提供居家醫療照護病患數已達11萬700人，其中定期訪視醫療病患約6萬7200人。為能夠提供更安定無虞的居家醫療服務及建構完備的制度為前提，推動有能力接納急救病患之醫院及相關職業團體等進行合作及分工是必要的。



圖三．日本國民在宅醫療的需求

(一) 日本居家醫療的變遷：

1998 年修訂居家醫療診斷收費標準增設「24 小時臥床老人居家綜合診斷收費標準」、2006 年及 2008 年分別調整「居家醫療支援診所」及「居家醫療支援醫院」之診斷收費。2012 年厚生勞動省提出「在宅醫療・介護安心 2012」政策後，為整備日本全國各地居家醫療實施據點（在宅療連携點事業）方面，提撥 23 億日元、培育居家醫療人才方面投入 1 億 900 萬日元。加強醫療介護合作、充實居家醫療為目的，2012 年再度修訂診斷收費標準增加 1500 億日元經費；將重點伸入地區性照護體制，增設 24 小時定期巡迴・機動型訪視介護看護等。



圖四．日本推動在宅醫療相關制度的變遷

(二) 日本在宅醫療運作模式

- 對象及來源：在宅的對象為往返醫院有困難者，包含高齡衰弱或失智症高齡者、癌症末期、神經退化疾病者、早發性重度障礙或嚴重外傷而臥

床的病人。

2. 在宅醫療的個案來源透過門診部、社區轉介及醫院轉介等三個管道。
3. 服務項目：在宅醫療提供的服務項目包含：安寧療護、在宅氧氣療法、尿管照護、管灌療法、處方藥品、靜脈注射、中心靜脈營養、氣管切開術後及人工呼吸器照護。
4. 給付來源：日本社會保障制度主要可分為兩部分：稅收及社會保險制度，所有福利系統皆由厚生勞動省管轄。

醫療保險系統提供的在宅醫療，大部分由醫師執行，其中牙醫師治療佔絕大多數，護理服務也佔有相當的比例，藥劑師提供藥品服務，另外物理、職能及語言治療亦能藉此保險系統提供一部分的服務。

5. 在宅醫療職類與給付體系

表一 日本在宅醫療職類與給付體系

在宅醫療職類	專業行爲	給付體系
醫師	在宅醫療	健康保險爲主
護理師	居家護理	介護保險或健康保險
牙醫	牙醫治療	介護保險或健康保險
藥劑師	處方藥物管理	主要是介護保險
物理/職能/語言治療	復健	主要是介護保險
照顧服務員	身體照顧與家務	介護保險或身心障礙
個案管理師	個案管理	介護保險

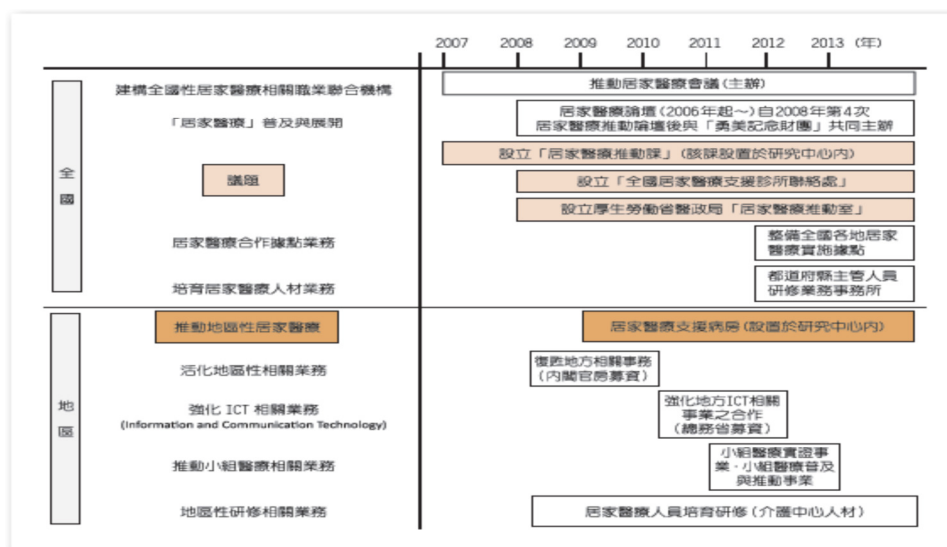
6. 各項制度之給付財源與內容

表二 日本在宅醫療各項制度之給付財源與內容

制度	財源	給付內容
健康保險(所有年齡)	社會保險	醫師訪視/牙醫訪視/護理服務/部分物理、職能和語言治療/藥劑師服務
介護保險(40歲以上)	社會保險	護理師訪視/物理/職能和語言治療/藥劑師訪視/照服員提供的服務/到宅沐浴/日照服務
身心障礙者福利(所有年齡)	稅	照服員提供的照顧服務/到宅沐浴/專爲年輕人提供的日照服務(年齡低於40歲)
緊急救援(所有年齡)	稅	救護車緊急運送、緊急醫療支援和急救服務

(三) 日本國立長壽醫療研究中心之推動居家醫療架構

日本國立長壽醫療研究中心（2013年3月前原名：國立長壽醫療中心）為配合政府制定推動居家醫療政策，2007年共邀國內居家醫療相關團體、研究會及學會等共組「居家醫療推動會議」廣納建言，推動居家醫療主要業務內容大綱(如圖五)。



圖五. 日本國立長壽醫療研究中心居家醫療主要業務內容

日本國立長壽醫療研究中心推動居家醫療設立「作業部門」專司「居家醫療推動會議」活動，進行全國性居家醫療調查及人才培育政策等之探討；2008年成立「全國居家醫療支援診所聯絡處」主辦全國各地區居家醫療專題演講；2009年4月為達成無縫醫療目標，於日本國立長壽醫療研究中心內設立「居家醫療支援病房」，積極開辦地區性各種活動帶動氛圍，期盼提高病患出院率及自家看診率。在參訪中發現與醫院良好的互動是推動居家醫療最重要的。

1. 日本在宅醫療服務特色

日本在宅醫療服務是指由醫生和其他醫療相關專家，至患者的自家或接近自家的場所進行醫療行為(如圖六~七)。日本在宅醫療服務對象為往返醫院有困難者：

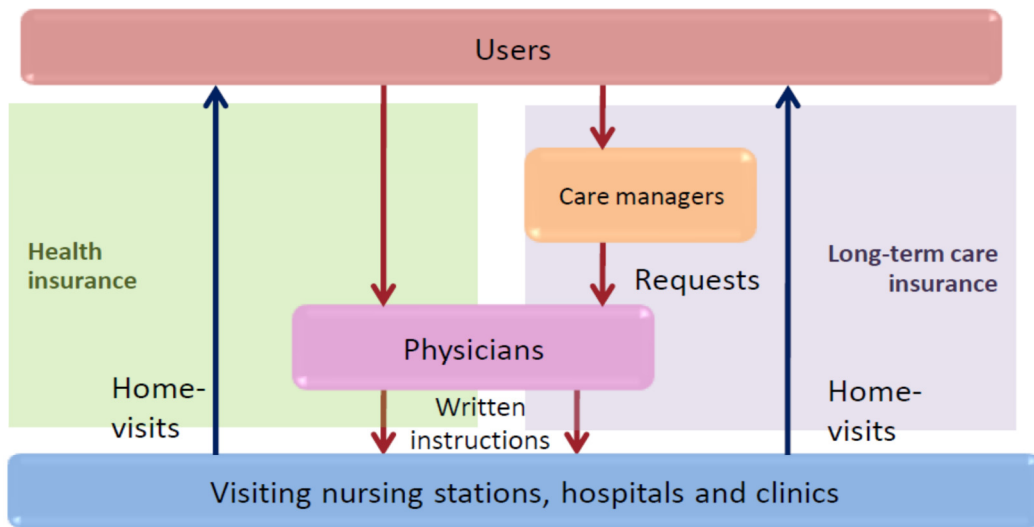
- (1) 高齡衰弱或失智症高齡者
- (2) 末期癌症、神經退化疾病患者
- (3) 早發性重度障礙或嚴重外傷而臥床的病人

此制度的基礎在全球，由醫生定期或頻繁訪視的醫療服務非常稀少，因為服務由醫生執行的花費較高。在日本由於醫療健康保險能夠支應充足的給付讓醫生提供居家照護病人定期和緊急的訪視。護理類型：

- ①夜間對應型家訪護理:家庭助理定期於夜間巡視利用者的家庭或根據利用者之要求，進行家訪，提供護理和照顧生活起居。
- ②定期巡迴、隨時對應型家訪護理:家庭助理和護士，定期於巡視利用者的家庭或根據利用者之要求，進行家訪，提供護理和療養上的照顧。但是，需要支援的人不能利用此項服務。
- ③居家提供入浴護理:以無法在自家浴室入浴者為對象，將浴缸搬入利用者之家中，提供入浴服務。
- ④居家護理:由護理師等人進行家訪，遵從主治醫師指示，進行療養照顧和輔助治療。



圖六. 日本在宅醫療與各職類的合作



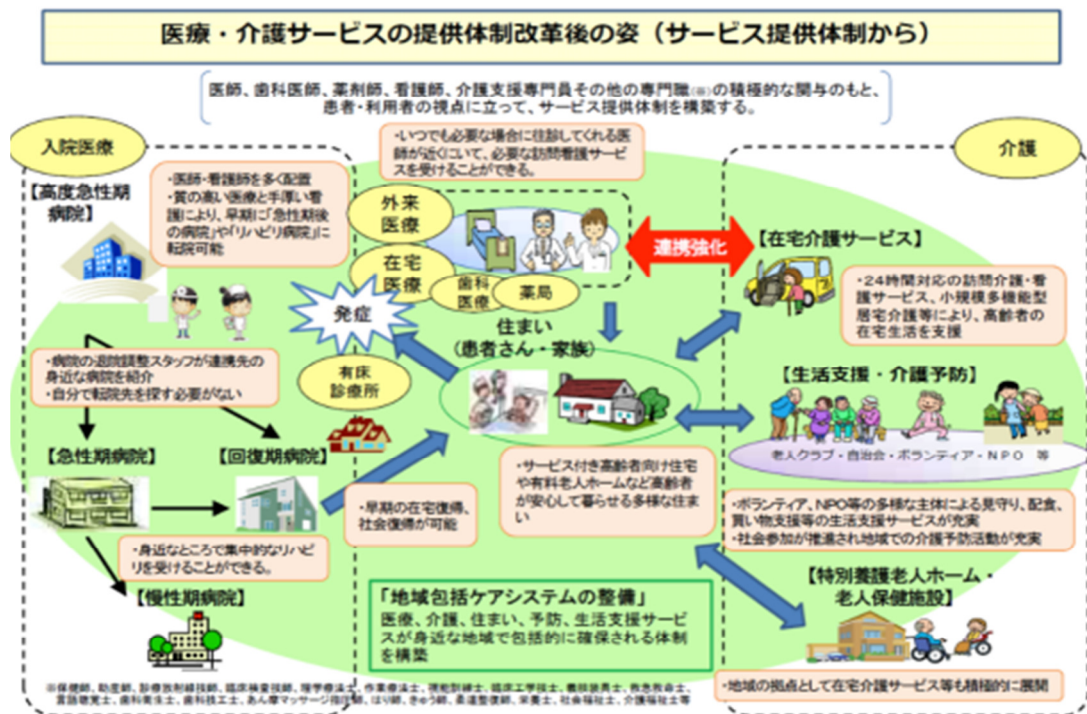
圖七. 日本在宅醫療與居家護理支援聯繫模式

為落實「在宅醫療·介護安心2012」政策，日本全國性「居家醫療合作據點業務」已陸續展開，2012年據點達105處。合作據點主要業務內容：設置全國性居家醫療相關職業聯合機構據點、建構相關職業之互動支援制度，以期達成醫療與介護之密切合作、持續開辦地區性居家醫療活動。以市區町村為單位設置據點，對窒礙難行之處進行調解、推動地區行政單位、醫師會、診所·醫院、訪視照護站及介護機關等之合作，即由「點」推廣至「面」。根據介護保險法修訂後建構之「地區性綜合照護系統」成效超乎預期，2013年後將持續以縣為單位編列「地域醫療再生臨時特別基金」，以市區町村為單位設立據點已達500餘處，居家醫療據點雛型儼然形成。

(四) 醫療與長照介護合作

地域綜合照護研究會2008年度老人保健健康增進業務報告書將30分鐘內可到達區域稱為理想的地域性綜合照護系統範圍，是以中等學校學區劃分為基礎。將

“地區性綜合照護系統”定義為：「提供符合基本需求住宅外，適時提供醫療、介護及完善福祉服務，以確保擁有安全·安心·健康居住環境之體制。」為落實地區性綜合照護系統，現階段地區性綜合支援中心僅負責介護方面業務，今後如何推動實質之醫療·介護合作將是最重要課題(如圖八)。



圖八.日本醫療與長照介護合作的體制

二、日本的認知症政策方向與照護模式

(一) 日本的認知症政策方向

日本的認知症老年人人數的調查以九州大學從 1961 年在福岡縣久山城鎮持續以居民的健康檢查資料等為基礎，研究小組算出各年齡層的認知症的疾病率，由於高齡化的來臨認知症老年人人數上升，2025 年認知症老年人數由 675 萬人至 2060 年達到 850 萬人，在 10 數年驟增 1.6 倍，認知症比率攀升至老年人約 5 人中有 1 人罹病。研究小組預估罹患認知症的比率也隨著年齡提高，日本今後失智症之政策方向大綱：

1. 標準化的照顧流程

早期診斷、早期對應：失智患者若能透過較為正確的評估，早期診斷及預防，不僅能透過藥物及日照活動減緩失智程度，讓這些長者及早接受社區照顧或選擇在宅照顧，除了落實在地老化，對於老年生活也有更多元的方式可以選擇，落實尊嚴的生活。

2. 早期發現早期給予生活支援，加強醫師正確診斷早期失智症及結合照顧管

理師之評估與照顧計畫擬定，並連結診療所之服務。加強醫師失智症相關專業知能：醫師早期且正確的診斷，對於失智長者的照護有著相當大的幫助，雖然臺灣的醫師分科細微，但是可針對身心科、家醫科、社區醫療群醫師或有興趣的醫生做更專業訓練，以利充實醫生知能，早期診斷、早期介入、以利正確用藥及治療。

3. 建構社區醫療支援之連續性。

促進多職種間結合與合作：失智長輩的照護工作，需要不同專業的協調與合作，如何增進跨專業的合作與協調也是臺灣須努力的方向，

4. 建構社區之支援機構、家庭及醫療窗口。

建構社區整體照顧體制：由地方政府主導，依據社區不同的特性及自主性，建構社區互助的照顧體制，希望即使是重度的長者也能選擇在自己熟悉的社區生活到人生最後的階段，過有尊嚴的生活，所以如何將醫療及服務帶入社區，並提供可近性的在宅醫療、居家服務、日間照顧或居住環境，是臺灣辦理長照保險前應先努力建構的體制，如何開拓並善用社區關懷據點，是建構社區整體照顧體制可深思的方向及重點。

5. 強化社區日常生活及家庭之支持。

日本為強化社區日常生活及家庭之支持廣為訓練失智症支援者：針對自治會、民生委員、家族會、防災、防犯組織及企業、銀行、消防、警察、宅配業、公共交通機關等人員加強訓練失智症的正確知識與知能，使其在社區中或職場上對有失智症的人或其家屬提供協助，並運用 google map 製作失智症資源地圖及資訊網絡，資源的點密集以利提供支援，臺灣近年也推動失智症守護天使，可與日本交流，並建構資源地圖供家屬參考。

6. 強化早發性失智症之對應政策。

日本針對早發性失智症家族提供篩檢與家族支持團體減輕家屬的照顧負荷、都道府縣設立單一窗口提供相關資源諮詢、經驗交流的場所、申請居家服務、

早發性失智症日照中心等協助。

7. 培訓醫療及介護支援中心之人員，以提高水準。

從日本認知症政策，可看到日本政策建構在自助、互助、共助及公助的架構上，除了運用各種方式使個人能力提升外，亦希望社區能發揮功能，讓照顧不僅在地化而且致力透過政策推展及介護保險制度，促進醫療及介護服務充分的連結，提供長輩專業服務與尊嚴的生活品質。

(二) 日本失智症連續性整合照護模式

1. 日本國立長壽醫療研究中心的認知症中心

(1) 記憶門診

失智症包括阿茲海默症等疾病，是本世紀全球公共衛生所面臨的最大挑戰。目前全世界有超過3千5百萬人患失智症，預估患者人數在2030年會倍增，而在2050年將增加到目前的三倍，達到1億1千5百萬。日本國立長壽醫療研究中心失智症中心記憶門診設立於2010年九月，採預約制，提供民眾每週十診次的記憶門診服務，每日各診次提供十六位預約名額，可由醫師進行預約或由其他醫療院所轉介進行診斷與治療，日本國立長壽醫療研究中心的認知症中心是愛知縣唯一的失智症中心，認知症中心的醫護團隊共有6位高齡科醫師、8位神經內科醫師、3位精神科醫師、1位神經外科醫師、3位心理師、1位語言治療師及經認知症訓練合格知護理師1名，共同提供認知症的照護。記憶門診初診個案及家屬至門診報到後，須先進行過去醫療史、身體檢查評估（認知功能檢查、ADL、IADL、BPSD、照顧者負荷評估、運用社會資源評估等），及神經學檢查如：MRI, SPECT, PET-CT (FDG, Amyloid imaging), NIRS、步態平衡及mini-mental test (MMSE)，所有檢查評估的時間約需60分鐘，醫師將會依據檢驗檢查結果向個案及家屬說明治療與照護的計畫（如圖十、十一）。

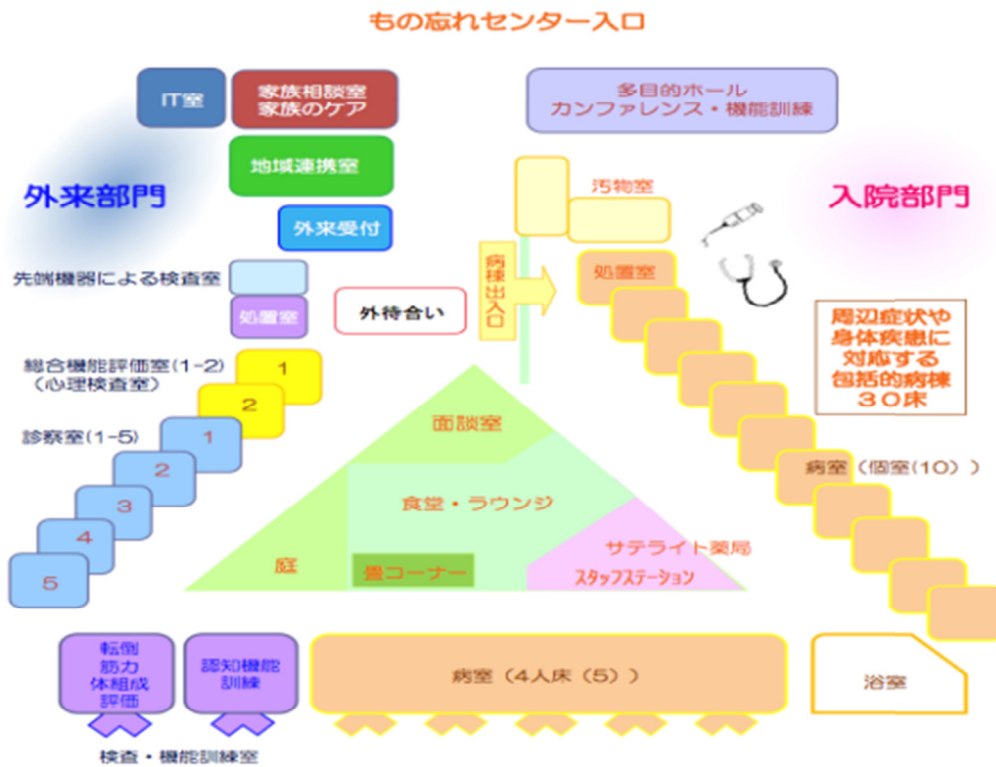
(2) 失智症照護病房

失智症中心中設置失智症照護病房共計三十床(如圖九)，人力配置32名護

理師，病房每位護理師照護比1:4，失智症照護病房收治中重度失智症並有精神行為問題（BPSD）之個案、失智症個案有急性住院需求（如手術或血糖控制差等問題）或因急性疾病治療引發精神行為問題（BPSD）之個案。失智症照護病房於個案入住時先進行老人周全性評估與長者步態與平衡狀況，考量失智症長者容易發生跌倒與遊走狀況，除非個案無法行走或平衡狀況差，病房中不會特別限制病人下床活動，避免因限制病人下床活動或約束病人而產生廢用症候群，病房地板特別設置具緩衝效用之地板，並設置防跌褲減少跌倒產生的傷害，個案床邊設置跌倒報知器，當個案獨自下床時跌倒報知器會傳送訊息至護理站及護理師 P H S 手機，讓護理師立即收到緊急訊息前往協助個案。針對遊走問題，失智症照護病房針對評估個案有遊走問題的病人，於病人的鞋底貼上小片感應器，若個案離開病房大門感應器會將訊息傳送至護理站與護理師 P H S 手機，並提供衛星定位服務。

失智症照護病房之治療除藥物外，於每週一、三、四安排音樂治療團體、藝術治療團體與認知治療團體，病房中佈置有懷舊區與日本老歌與童謠等，針對特定年節假日更會安排符合年節之活動讓病人能參與，失智症照護病房的護理師訓練特別加強失智症精神行為問題（BPSD）之評估與照護、及失智症長者溝通技巧訓練，了解失智症個案背景與過去經歷，將更能理解病人精神行為問題（BPSD）背後可能發生的原因，透過適當的溝通技巧與情緒安撫將能降低精神行為問題（BPSD）發生頻率與暴力行為，失智症照護病房在治療過程中藉由舒適安全的治療環境、情緒支持、適當對應與溝通技巧與非藥物治療減緩失智症個案住院焦慮感與失智症精神行為問題（BPSD），病人情況好轉後可轉回一般病房、地域支援病房或回到家中。NCGG在病人出院前由出院準備連攜護理師協助聯繫團隊與照顧管理師，病人與家屬可以在回家前先申請長期照護相關資源，照顧管理師先至病房進行個案評估與照護計劃訂定，甚至聯繫日後照顧的日照中心人員、家庭醫師一起參與出院準備會議，

讓長者與家屬可以更安心的準備出院，透過醫療、照護及社區保健間之協力與串連等，提供整合性的高齡者照護（如圖十一）。

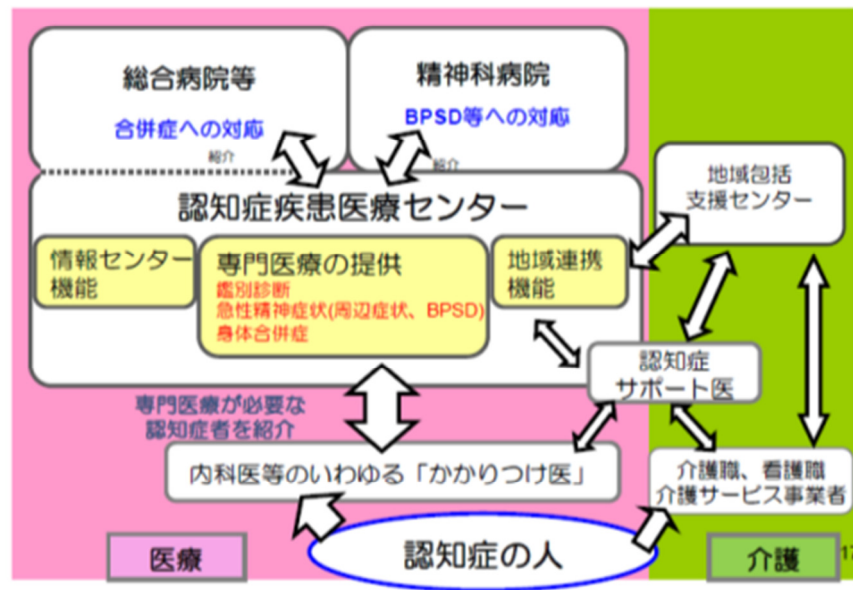


圖九 日本國立長壽醫療研究中心的認知症中心



圖十 日本國立長壽醫療研究中心的記憶門診初診個案流程

認知症疾患医療センターの機能と連携



圖十一 日本國立長壽醫療研究中心的認知症病患醫療機能與聯繫



圖十二. 日本國立長壽醫療研究中心記憶門診硬體環境

2. 日本國立長壽醫療研究中心失智症支援小組運作

失智症是一種目前尚無法治癒的退化性疾病。其中的記憶喪失、認知障礙、溝通困難與情緒改變等症狀會隨著時間惡化。對於失智症患者而言，通常在早期就會有照顧上的需求並且與日俱增，從工具性日常生活活動包括做家務、財務與社交等活動，到個人照顧(基本日常生活活動：包括沐浴、穿衣、如廁與進食等)等的協助，甚至到經常都需要看護與監督。

(1) 失智症在疾病進程中所產生的衝擊

失智症患者在疾病早期就需要他人照護，隨著疾病的進展，由於認知、功能和行為逐漸退化，使患者對照顧者的依賴逐漸增加。A、失智症早期，患者會變得較健忘，有定向感、做決定和執行家務的困難，照顧者需要時常給予情緒支持，提醒患者事情和工作，以及協助執行較複雜的事務(例如財務管理與購物)。B、失智症中期，上述症狀會變得更嚴重，更難與人溝通，協助個人照護的需要甚至擴展到個人衛生，就算有家人或看護的協助，要獨居仍是一大挑戰。會有行為改變(包括四處遊蕩、躁動或攻擊性行為)的發生，需要照顧者更多的監督和照護。C、失智症末期失智患者會不清楚時間與地點，也無法認出親人、朋友或熟悉的事物，在沒有幫助下無法進食，活動受到限制，甚至要臥床。對於照顧、支持與監督的需要差不多趨於穩定，需要給予完全的身體照護。上述經驗會讓患者感到十分痛苦，也讓關愛他們的人感到難過。然而，只要有恰當的長期照護計畫，失智患者仍然可以在疾病過程中保有良好的生活品質。每一個家庭對照護與支持的需要都不相同，需要設法讓失智症照護更以人為中心，照護內容更有彈性與個人化。早期診斷可讓失智患者藉由預立照護意向或囑咐來決定將來想要接受的照護方式，但系統與服務必須要做得盡可能簡單、無縫、透明與方便。

家庭在做決定時必須得到協助與支持以取得資訊與做決定，個案管理師在這方面扮演重要的角色。個案管理師可以在整個照護過程中提供連續性的服務、及倡導患者的權益，特別是他們可以和被支持者建立信任的關係。個案管理師同時

可以協助照護資源的整合，讓個案能更有效的使用服務。然而證據顯示，如果要讓個案管理師作有效與有效率的協調，社會與健康的長期照護系統本身需要有更佳的整合、統一的设计、委託、管理與照護方式。在失智症歷程的每個階段中，政府與其他重要的相關人士應該確保患者的自主與選擇權。例如：患者、家屬與朋友應該能夠獲得相關資訊，以及對各種治療、照護與支持的選擇。個案管理師可以在整個照護過程中整合各種照護、提供連續性的服務、建議及倡導患者的權益。

(2) 失智症支援小組運作 (Dementia Support Team ; DST)

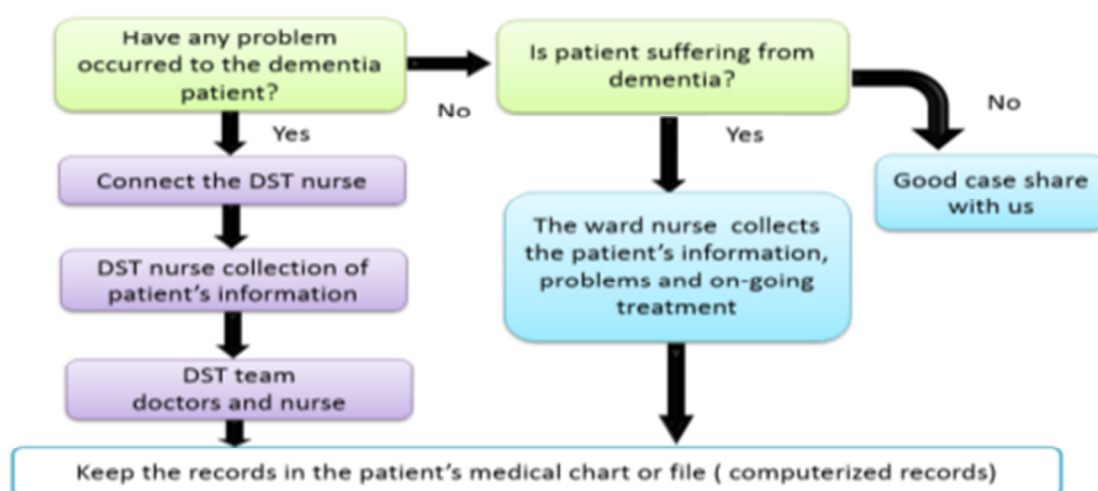
日本國立長壽醫療研究中心失智症支援小組於 2009 年成立運作至今，設立目的為解決病人與家屬的問題，提供照護資源的轉介與提升失智症照護品質。失智症支援小組團隊包含一位失智症認證護理師、二位醫師（神經內科與精神科醫師）、一位社工師及護理教育護理師，每週三上午到各病房提供失智症相關照護諮詢，失智症支援小組專業團隊在各病房中與病房主護或團隊討論困難個案的討論，針對病人精神行為問題（BPSD）、暴力行為與遊走等問題，協助各病房中照護困難的失智症個案的生理評估與需求評估、探索問題行為背後的原因、了解失智症高齡者的特性照護技巧，醫療與生活照顧重點與資源轉介，並將困難個案的諮詢討論記錄於病人的電子病歷中，除了提供線上臨床失智症困難個案相關照護諮詢，提升失智症急性住院照護品質，更能展現跨團隊的照護合作（圖十三）。

失智症支援小組常見困難個案的問題如：拒絕治療（自行拔除靜脈注射、自拔管路）、夜間無法入睡、白天嗜睡、遊走與跌倒問題、大聲哭鬧、拒絕進食等問題行為，針對困難個案每週進行討論，每週追蹤問題行為的處理情形為期四週，若問題提早解決即可經討論後結案，失智症支援小組問題與評估記錄表。

表三 失智症支援小組問題與評估記錄表

Case1	Assessment and management plans			
Problems	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Problems 1				
Problems 2				
Problems 3				

Dementia Support Team (DST)



圖十三 失智症支援小組 (DST) 運作

肆、心得與建議

一、心得：

近年來長期照護著重於推展長者於居住熟悉地終老，居家醫療、生活支援服務將成爲今後推動「地區性綜合照護系統」的主要目標，主要概念源自「在地老化」(Aging in Place)。日本面對全球史無前例的超高齡社會來臨，如何提供全國高齡者優質的生活及無障礙的世代溝通環境將是今後追求的目

標。長期照護需要醫療照護與生活照顧的合作，方能讓長者能夠居住於熟悉地終老。

這次的參訪看到日本人對長輩照顧的用心及尊重，尤其是以病人為中心的理念，在照護過程中更可發現跨專業團隊的照護，日本人做事的細節從小處著眼，當然也可以看到巧思及理念，不論是記憶門診、失智症病房、急性病房、地域支援病房、出院準備服務的聯繫服務及居宅介護，在病人病程的各階段中都能為病人及早規劃與聯繫相關醫療照護、長照資源等，協助病人與家屬能夠安心返家休養，像家的日照中心與團體家屋，更讓長輩感覺像在自己習慣的社區中生活，特別是情境的布置及空間的配置相當溫馨，不管是小規模多機能的居宅介護或家屋，都有家的味道、很貼心，幾乎所有的空間都回歸給老人使用，讓人相當感動。硬體的設施容易複製與學習，但如何整合跨團隊的力量，並將對人的關懷與尊重體現到實際生活中並加以貫徹，是臺灣未來應該積極努力與學習之處。

二、建議：

- (一) 國內健保署於 104 年調整居家護理與醫療訪視的給付點數，更鼓勵地區醫院與基層醫療院所加入居家醫療合作共同擔任地區性醫療、介護合作之重要推手，朝向以居家或社區為導向的失智症照護，推展失智症居家護理與在宅醫療，可整合本院現有之居家護理、精神科居家護理與安寧居家療護，提供個案連續性的失智症居家照護。
- (二) 本院自 103 年承接衛生福利部長期照護偏遠及資源不足計畫，與衛生福利部長期照護失智症社區關懷計畫，計畫皆設置有個案管理師，建議未來相關個案的照護討論與出院準備服務，可嘗試連結醫療照護與本院延伸之社區照護，透過各種服務的聯結及社區資源來滿足長者多元選擇的需求。
- (三) 失智症長者隨著疾病的進展，由於認知、功能、和行為逐漸退化，使個

案對照顧者的依賴逐漸增加，健忘甚至失去定向感，甚至有行為改變(包括遊走、躁動或攻擊性行為) 的發生，只要有恰當的長期照護計畫，失智症個案仍然可以在疾病過程中保有良好的生活品質。未來建議可針對本院失智症確診個案建立個案管理平台，定期評估個案狀況與個案需求，依據個案狀況轉介相關照護團隊與長期照護資源。

任何政策的研擬、推動及修訂，都需要長遠的制度規劃與理念的落實，從日本失智症的政策內容，可看出日本的福利制度除了偏向福利多元體制外，更希望藉由個人的增能及親友、社區的互助來提供協助，不僅降低介護保險的負擔並達到社會保險共助的體制，使資源能集中並有效運用在弱勢族群身上，也能透過社區照顧、在地老化的體制建構來照顧大多數失智症的長者們，從政府角色的介入、社區保健體系及公立機構的合作，民間機構確實的落實與配合，才能朝向以社區為導向的長期照護體制的建置。