

出國報告（出國類別：參訪）

## 日本九州熊本大學失智症照護模式及長照機構觀摩學習

服務機關：國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院

姓名職稱：許碩恩醫師、王愛玲督導、賴珊如護理長、

孫子傑醫師

派赴國家：日本

出國期間：107/11/3-107/11/11、2018/11/18~2018/11/22

報告日期：2018/12/30

## 摘要

本次參訪地點為位於日本九州的熊本大學附設醫院，主要是針對日本失智症照護模式及長照機構觀摩學習，期間該院神經精神科提供失智症相關的病房、門診診療、職能治療及專業人員對失智症的完整評估的學習，認識日本的長照保險制度，也帶往熊本大學建構的失智症照護模組—「熊本模式」內的地域據點醫院進行參訪，了解此模式如何在失智症防治上作有效連結及成功運作，同時亦參訪不同形式的機構式及社區式照護場所，藉由此次的觀摩學習，可作為未來發展台灣在地化照護模組發展，本院附設長照機構照護品質改善，及發展長照 2.0 相關計畫社區據點運作模式之參考。

# 目次

壹、	目的.....	1
一、	緣起.....	1
二、	主題.....	1
三、	計畫目標.....	2
四、	預期效益.....	2
貳、	過程.....	2
參、	心得.....	14
肆、	建議事項.....	16

# 壹、目的

## 一、緣起

隨著科技進步及醫藥產業蓬勃發展，使得全球高齡化人口不斷增加，許多國家皆邁入高齡化社會，特別是台灣，依據內政部人口資料統計估算，2018 年 3 月台灣 65 歲以上人口數達 3,313,224 人占總人口數 14.05%，正式邁入高齡化社會，步入高齡化社會後隨之而來就是因老化產生疾病所衍生失能照護問題，如：長期臥床、感染、跌倒甚至睡眠混亂等問題，經常困擾著照顧者，而這些需長期照護的疾病令人最為困擾及耗費大量照護時間精力的莫過於失智症，根據台灣失智協會統計(2016)全世界目前已有 2243 萬名失智症患者，且增加速度不斷提高中，每年增加 460 萬名患者，預計 2020 年可達到 4230 萬名失智者患者；此外，衛福部 (2011)委託台灣失智症協會進行失智症盛行率調查，依調查結果進行推估台灣 65 歲以上老年人每 15 人就有 1 人患有失智症，而 80 歲以上老年人失智症盛行率達 30%以上，而居住於長期照護機構失智症患者盛行率約 4.5-65.7%，其中護理之家個案盛行率高達 65.7%，顯示失智症已成高齡者常見疾病之一，因高齡化社會影響使得失智症罹病患者增加及持續照護問題讓許多國家都感到憂心，我國衛福部自 2017 年起長照 2.0 針對失智症早期發現到社區照護發展一系列計畫，期望透過深入社區，早期發現，早期照護，讓失智症個案及其照顧者因疾病進展所受到衝擊及影響降到最低。日本在 2000 年成為亞洲第一個發展長期照護保險國家，歷經 10 多年的實施已發展出獨特模式，在這樣保險制度下，由最初九州熊本大學池田學教授及同仁的設計與鼓吹，加上熊本縣政府的全力支持，Kumamoto Model (熊本模式)成為全日本很有名的失智症照護模式。成大斗六分院自承接國軍斗六醫院以來致力於發展長期照護，從原有的護理之家、居家護理外，近年來更配合國家政策承接多項長照 2.0 計畫，如失智照護據點、失智日照中心，從醫院及護理機構走入社區，在知悉熊本大學擁有完整失智照護模式，遂經醫院推薦前往日本熊本大學附設醫院進行參訪學習。

## 二、主題

日本九州熊本大學失智症照護模式及長照機構觀摩學習

### 三、計畫目標

- (一) 認識日本長期照護體系
- (二) 認識熊本大學失智症照護模式—熊本模式
- (三) 實際探訪了解不同形式的機構式及社區式照護場所的照護模式

### 四、預期效益

- (一) 了解日本失智症照護模式，作為發展在地化照護模組發展參考
- (二) 了解日本機構式及社區式長照模式，作為改善機構照護品質及發展長照  
2.0 相關計畫社區據點運作模式參考

## 貳、過程

### 一、參訪行程

由於日方無法安排一次四人的參訪行程，於是分成兩梯次辦理，兩梯次行程大致相同，實際共四日行程，僅最後一日不同，簡易行程說明如下：

Date	Time	Activity/Topic	Location/Note
Nov. 4 Sun.		Arrive at Kumamoto station HOTEL check in	
Nov. 5 Mon.	8:50 9:00 13:00 14:00 15:00	Medical office at 8:50 Conference & Round (Psychiatry ward) Lunch with Dr. Hashimoto & Dr. Jouno Occupational Therapy Program (Psychiatry ward) Orientation	
Nov. 6 Tue.	8:50 9:00- 17:00  18:30-	Medical office at 8:50 Outpatient clinics for dementia (Specialty outpatient clinic for cognitive disorders, Higher Brain Dysfunction -Neuropsychological tests, interview, etc)  Dementia conference (Clinical conference of cognitive disorder group)	Outpatient department (4 <sup>th</sup> floor)  Central Examination Building (conference room, 2 <sup>nd</sup> floor)
Nov. 7 Wed.	7:30	Medical office at 7:30 The visit to facilities for long-term Care insurance with Dr. Imai	Kumamoto-Shinryou Hospital
Nov. 8 Thu.		Free	
Nov. 9 Fri.	8:00  13:00 13:30- 19:30-	Medical office at 8:00 Tour of Day Service facilities Meron  Kumamoto University  The visit to Dementia-related call center and dementia café with Dr.Hidaka  Farewell party	  Suidocho in Downtown

Date	Time	Activity/Topic	Location/Note
Nov.18 Sun.		Arrive at Kumamoto station HOTEL check in	
Nov.19 Mon.	8:50 9:00- 13:00 14:00 15:00 19:30	Medical office at 8:50 Conference & Round (Psychiatry ward) Lunch with Dr.Takebayashi, Dr.Hashimoto&Dr.jon o Occupational Therapy Program Orientation Welcome Party	
Nov.20 Tue.	8:50 9:00- 17:00  18:30-	Medical office at 8:50 Specialty outpatient clinic for cognitive disorders, Higher Brain Dysfunction -Neuropsychological tests, interview, etc.  Clinical conference of cognitive disorder group	Outpatient department (4 <sup>th</sup> floor)  Central Examination Building (conference room, 2 <sup>nd</sup> floor)
Nov.21 Wed.	7:30	Medical office at 8:00 The visit to facilities for long-term care insurance with Dr.Imai	Kumamoto-Shinryou Hospital
Nov.22 Thu.	7:30	Medical office at 8:00 The visit to facilities for long-term care insurance with Dr.Hashimoto	Kumamoto-Heisei Hospital

## 二、參訪人員

第一梯次(11/4~11/9)：許碩恩醫師、王愛玲督導、賴珊如護理長

第二梯次(11/18~11/22)：孫子傑醫師

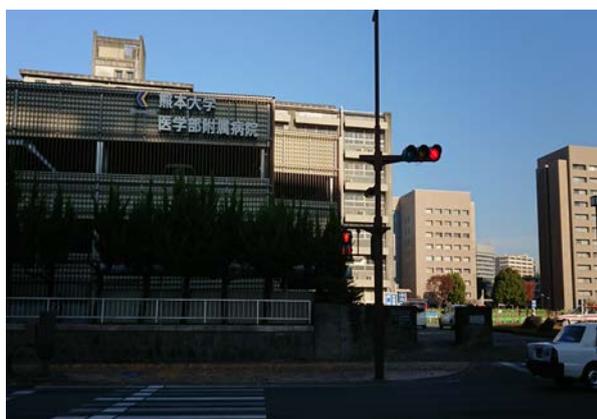
## 三、參訪過程

### (一)到達目的地(11/4、11/18)

每梯參訪成員需自行安排住宿及班機，從台灣飛抵福岡機場，需再轉搭新幹線或巴士前往熊本，於晚間到達目的地，入住飯店。

### (二)第一日共同行程(11/5、11/19)

一大早前往熊本大學附設醫院報到。與成大醫院相同，其醫院大門與校區隔著一條馬路相望，不同於台灣醫學中心的是台灣醫院在門診還沒開始前，就已經充滿等待掛號及就診民眾，整個大廳人聲鼎沸。日本的醫療環境與台灣略有不同，大學醫院主要任務皆含研究、教學、但在看診部分，日本病人皆採預約制度，因此門診大廳顯得安靜許多，除了掛號櫃台裡工作人員外，也有 2-3 個工作人員於大廳中引導及協助民眾掛號及批價相關事項，跟台灣門診大廳是由志工協助引導大不相同。受日報到處是位於基礎研究大樓 13 樓的神經精神科。



●熊本大學醫學部附設醫院正門口



●熊本大學醫學部附設醫院後景，最左邊建築物為報到處所在的基礎研究大樓

神經精神科貼心替我們準備一間休息室，兩梯次參訪負責接待我們的醫師皆是佐久田醫師，簡單寒暄幾句話後，就被帶往病房區討論室，參與神經精神科的週一晨會，由住院醫師報告上週病房區新入院病人狀況。日本醫療與台灣最大不同地方就是全日文，所有的病歷及藥物都是

使用日文書寫，因此在晨會期間就開始了日文聽力大考驗，負責接待的佐久田醫師會盡責地為我們做初步英文翻譯，會議中教授及主治醫師會針對住院醫師提出病人狀況進行討論，特別在影像學 MRI(磁振造影檢查)部份討論很多，晨會中團隊會針對個案藥物使用劑量及未來照護方向進行討論。

新病人討論會結束後隨即進行病房查房，熊本大學精神科病房與其他內外科病房並沒有太大不同，採開放式病房，與台灣精神科封閉式空間大不相同，我們對於精神科病人有很大刻板印象，因症狀影響經常有服裝儀容不佳、眼神呆滯等症狀，但熊本大學病房內病人與我們印象中大大不同，經過佐久田醫師解釋因大學醫院許多病人住院原因多為確立診斷，特別是熊本大學在失智症有專門研究照護團隊，因此病人住院天數較短，除了症狀較嚴重者，而日本精神科是包含神經內科及精神科領域，因此許多病人在台灣屬於神經內科領域，如癲癇、腦炎等個案。精神科較混亂病人在病房另一區塊，採門禁控管進出需要鑰匙，這些需要隔離個案都採獨立個人病室，獨立病室地板較軟，因此病人有精神症狀時不易受傷；另外也有木質地板病房，房內沒有病床，病人可席地而睡，降低因環境造成病人受傷機率。台灣經常會將嚴重精神症狀病人採約束照護，在這個病房內看不到，因獨立病室給病人足夠活動空間，受症狀影響病人不會有攻擊或干擾他人機會，自然而然也不需要約束，佐久田醫師表示因法令規定開立約束醫囑醫師需特殊執照認證，所以約束病人並不常見。查房期間發現病房內布置都採活動儲物櫃，病床雖是電動病床，但床欄是手動移除，床欄間空隙較小，當遇到夜間容易自行下床或高危險性跌倒個案，可利用環境調整如床靠牆、活動櫃等擋住個案活動路線，並配合離床監視系統使用如地墊或床墊式使用，降低個案跌倒機會；再者因病房為開放空間，容易走失個案，故會在病人手腕配戴感應器，當他離開病房時，除門口警示聲外，同步也會傳輸到護理師身上的工作 PHS 手機。在護理站裡沒有叫人鈴設備，而是傳呼到護理人員配戴的工作手機，這樣的配置讓護理人員免除工作中為了回應叫人鈴而疲於奔命，也不會因離護理站太遠沒有聽到叫人鈴聲音；病房護理師工作時都兩人一組，11/5 當日病房病人僅有 20 位病人，約有 8 位護理師上班，這樣的護病比著實令人稱羨；病房區因每日下午 2-3 點為病人職能

治療時間，所以這個時段護理長會與護理師進行單位會議，討論目前病房內病人照護問題及計畫，在台灣因醫療環境不同，病房佔床率高，加上護理師照顧病人數較多，護理人員較少有機會可以針對病人照護問題進行討論。

中午於休息室與神經精神科的主任、資深教授及兩位主治醫師們一同餐敘，享用美味的日式便當，並針對台日醫療文化的不同進行交流。



● 休息室樣貌，原為主任辦公室。左方為負責接待的佐久田醫師。



● 與病房護理長合照，代表院方並贈送台灣名物鳳梨酥



● 中午餐敘時，代表院方贈送禮物給主任竹林實教授



● 中午餐敘時，代表院方贈送禮物給橋本衛副教授

下午的行程是參觀該病房的職能治療時間。日本稱職能治療師為「作業療法士」，職能治療主要負責精神科病房病人，根據季節及時令來排定課程，課程包含：音樂療法、認訓練、繪畫等。在台灣，音樂治療屬於較少人涉獵的領域，但在這個區域設有獨立音樂治療室，設備包含樂器還有錄音設備，讓病人可以透過音樂得到放鬆、改善症狀。當天職能治療內容是繪畫活動，病人可自行選擇今天想要繪畫內容，畫作完成之後可以帶回病房作為佈置。或許是文化影響，這裡病人繪圖能力與我們認知不一樣，著色能力較為細膩且完整。

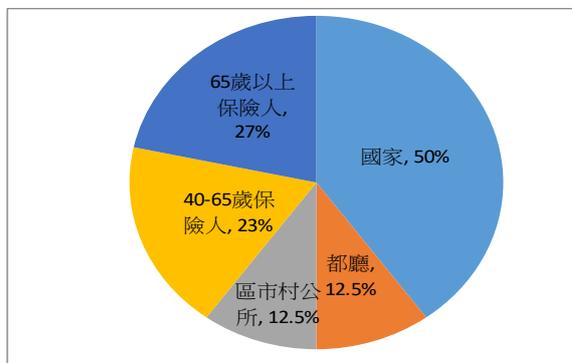


● 獨立的音樂治療室



● 職能治療繪畫活動成果

職能治療活動結束後由熊本大學附設醫院精神神經科社工為我們介紹日本長照保險，該名社工也是熊本縣基幹型失智症患者治療中心負責社工。介紹內容指出日本長照保險始於 2000 年 4 月，被保險人分為 2 類：65 歲以上及 40-65 歲的人，當有需要長照服務時，65 歲以上可由本人或家屬直接向區市公所申請，40-65 歲有參加醫療保險的人符合特殊診斷就可以申請服務。申請服務後，會有專員進行家訪，調查結果會跟主治醫師意見書進行分析，作第一次評定，第一次評定結果與主治醫師意見書，共同送到護理認定審查會進行判斷，完成第二次判定，區市公所依二次判定結果進行等級劃分，並通知申請者；長照服務等級共 7 級：需要護理 1-5 級、需要支援 1-2 級，申請人依據照護計畫與提供服務單位簽立合約接受服務，申請人須自付 10 或 20% 的部份負擔，而自 2018 年起所得較高的人須負擔至 30%；長照保險財源組成如下圖，每一個長照服務個案每三個月重新評估一次狀況，根據評估結果選擇需要服務內容，而服務內容相當多元且可彈性運用。

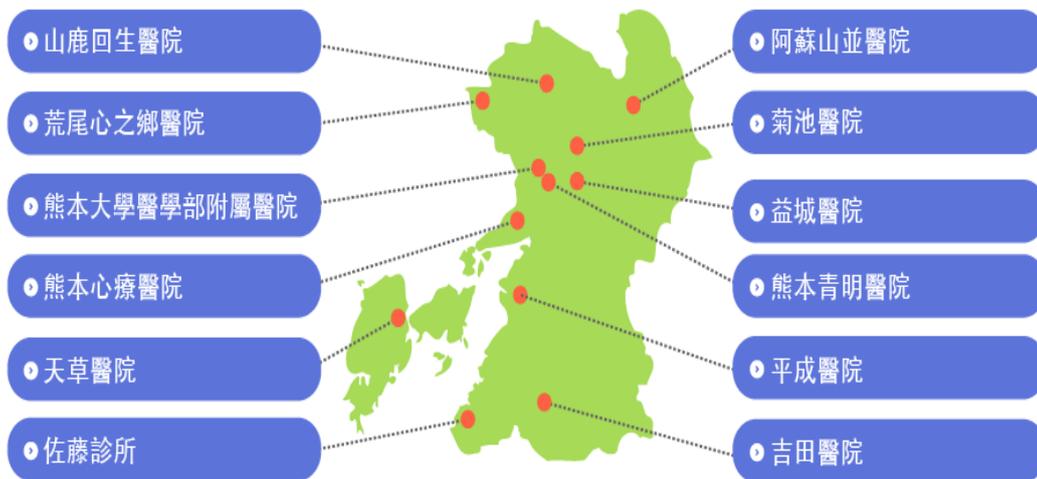


● 長照財源組成示意圖



● 11/19 致贈感謝禮給辛苦講解的本掘伸社工

「熊本模式」是熊本大學建構提供熊本縣失智症照護模組，分為基幹型及地域據點型，基幹型主要為熊本大學附設醫院提供失智症診斷、研究及地域據點機構教學資源，當有疑似失智症或是輕度認知障礙個案發現時，熊本大學附設醫院確認診斷類型，建立失智症個案資料庫；之後就交給地域據點型機構進行後續醫療照護、服務轉介、長照服務；地域據點型共有 12 家醫療院所如附圖，熊本縣境內各區都有一家機構負責照護，各機構內專責社工進行個案及照顧者處理及各家機構間橫向聯結；熊本大學附設醫院定期提供在職教育及教學機會給地域型機構，每一家地域型機構有義務將熊本大學醫院提供的教學案例繼續教學給熊本模式中其他連結機構，每年度會有 2 次進行大型個案討論會，由地域型機構輪流提供個案，其他機構進行回饋，並將資料集結成冊以利後續查詢。熊本模式中除了個案本身外，照顧者是照護中重要一環，針對照顧者定期提供評估及諮詢服務，這部份是台灣較缺乏一項，因熊本模式成功使得民眾對疾病認知度上升，進而影響身邊親友，因此許多輕度認知障礙個案被診斷出來，透過多重照護計畫及社區協助延緩轉變成失智症的病程。



● 地域據點型醫院

(三) 第二日共同行程(11/6、11/20)

本日是門診觀摩日。這裡的門診並不是只有醫師看診，每一個失智症個案及主要照顧者都在初診及診斷 1 年、3 年後甚至更久持續定期做

評估，評估內容並不是只是單純的 MMSE(簡易智能測驗)或是 GDS(老人憂鬱量表)，而是一整個系列關於失智症相關評估量表，而主要照顧者除評估個案狀況外還加上照顧者壓力評估，透過系統性評估全面檢視個案及主要照顧者，提供個別性照護計畫，這些定期追蹤資料也會納為熊本大學失智症照護中心資料庫中，作為未來教學研究使用。在熊本大學附設醫院門診區有著一塊小白板，上面記載著神經精神科所有診間、醫療團隊人員名字及當日門診名單及回診目的，如定期回診、定期評估等，當病人完成門診報到時，精神科社工會依序安排團隊人員進行個案及主要照顧者評估，而評估人員中非常特別的是有熊本縣因地震所特別聘請心理師及熊本縣失智共照中心護理師，顯示並非僅有醫院內人員才可參與失智症評估團隊，而是透過橫向聯結將社區人員帶入醫院，形成強大失智症照護網絡。門診上下午除了跟醫師門診外，還會參與了失智症初診及主要照顧者評估，熊本大學附設醫院失智症評估表格是標準化問卷，每一個施測者接受過一致度標準化訓練，提出問題速度及口吻都是清楚且緩慢，讓受測者可以清楚理解問題，且施測問題多樣法，完整且具體評估個案狀況；主要照顧者評估內容為：個案日常生活狀況、問題行為及照顧者負擔等，照顧者評估大多是護理師或是社工，評估過程中可針對家屬狀況或疑問做衛教，讓照顧者得到很大的安心。

- 門診評估針對病人的基本檢查表(白本)
- 門診評估針對家屬的基本檢查表(黃本)

完成一整天的跟診，簡單用完晚餐，緊接著參加晚間 18:30 舉行的認知症個案討論會，主持人是資深的橋本衛副教授，與會者不只是醫師，還有各專業人員。醫師會上台報告今日診治的病患病史，教授、其他醫師，及各專業人員會給予診療上的相關意見，這次的會議沒有禮拜一晨會來的嚴肅，大家可以邊吃東西邊討論，此會大約 20:00 結束，之後還

有影像討論會，就沒有讓我們繼續參與，結束本日從早到晚的不停歇的忙碌行程。

#### (四)第三日共同行程(11/7、11/21)

本日由今井醫師和日向愛美社工帶領參觀位於熊本宇土市的心療醫院。心療醫院是一間擁有 310 床的精神專科醫院，除基本精神科照護外，有專門收治失智症個案病房，醫院周邊設有失智症小規模多機能照護、失智團體家屋……等，在心療醫院周圍這些不同型態的長照設施，依據個案狀況不同提供照護，當個案需要醫療協助，而醫院讓醫療變得更可近性，專業照顧者與醫療端獲得連結，可以為個案創造良好福祉。

首先參觀的是失智症病房，病房中收治大多是中重度失智症個案，該病房約有 50 床，白天照護人力護理師約有 2-3 位，4-5 位照服員，整體照護人力明顯大於台灣，因失智症症狀影響許多個案有遊走、干擾等混亂行為，但在這個病房內看不到任何約束，她們利用環境如椅子、沙發甚至桌子將個案活動區域侷限，降低跌倒及走失危險性，也不會因約束而降低個案日常生活能力。



- 病房環境，照服員正在執行照護。
- 利用環境阻隔降，而非以約束的方式降低失智病患跌倒及走失危險性。

小規模多機能服務中心鄰近心療醫院，具有日間照護、喘息住宿、居家服務 3 項長照服務，失智症個案可以隨意選擇每日需要的服務，在機構方由同一組照護人員持續提供服務，可以給予個案親切及安全感。服務中心個案來自附近的村町，主要服務個案於長照保險中介於支援 1-2 級和介護 1-2 級，較少嚴重度高需長時間照護個案。參觀過程中提到服務中心 365 天 24 小時不間斷提供服務，因此工作人員實際工作時間是非

常長且辛苦的，我想這方面是與台灣目前狀況相同的。



- 於小規模多機能服務中心的合照，左起為日向愛美社工、今井醫師、孫子傑醫師、中心負責人



- 小規模多機能服務中心內部環境

接著參觀有日照中心，日本日照中心提供照護服務大致與台灣相同，較大不同處除了照護人力外，是日照中心提供沐浴訓練教導個案自立。洗澡間內佈置並非簡單的蓮蓬頭、沐浴椅而已，而是提供像日式澡堂一樣的空間，讓個案能夠輕鬆享受洗澡時光，從這小小地方可以體會到其尊重文化及個人價值觀的日式美學。



- 日照中心內部環境，長者正在進行活動



- 個別化多選擇的沐浴設備

醫院對面是由院長夫人擔任負責人的護理之家，一走進護理之家感覺就像進入溫泉飯店，整體環境設計用色高雅，完全不像長照機構，內部共有 3 層樓，採單元式照護分別為 10、10、19 床，每一單元中間不是護理站而是廚房，就如同家裡一般，每間房間僅收住一名個案，給予足夠隱私權及個人生活空間，在機構內設有美髮區，定期有美髮師進駐，讓住民可以依自己意願整理髮型，還有家屬休息室，則是提供臨終個案家屬使用，讓家屬陪伴個案走完人生最後一段路。



● 外觀似飯店的護理之家



● 優雅乾淨的單人房間



● 家屬休息室



● 美髮區



● 高檔的按摩浴缸



● 簡易復健設施

午餐過後前往宇土市社區中參觀長照設施。首先參觀的是位在購物中心旁的日間服務中心-主要提供運動服務，分為早上及下午時段，每時段各 2 小時，可參加此項計畫多屬於輕度失能長輩，或 40-65 歲具有相關疾病診斷，如中風、心臟病等。中心所提供運動內容豐富：如墊上運動、平衡訓練、肌力訓練，依據長輩個人狀況擬定多元化運動計畫，維持長輩肢體活動力，降低肌少症狀發生，最終目的是讓運動融入生活，透過不斷運動加強肌力訓練，維持長輩基本生活功能。



- 日間服務中心人員進行單位簡介



- 訓練長輩肌力關節活動度的遊戲

#### (五)第一梯次第四日行程(11/9)

本日參觀位於熊本市「美濃」長照服務集團，旗下共有日間服務中心、失智症日間服務、護理之家、居家服務、運動服務中心等，提供長輩多元化服務，在這家日間服務中心中有專任的物理治療師，提供個案運動復健計畫，內部設有多種運動器材，個案可依個人能力使用運動器材，這家公司最特別的是有「美濃幣」集點，運動器材或參與運動計畫可得點數，累積點數可換取咖啡、活動卷或是工作人員陪伴外出購物等有創意集點活動。最令人印象深刻可以集點兌換，工作人員至家中協助整理家務或除草活動，一方面增加個案活動動機，也可解決長輩因體力不佳無法整理家務之困擾。機構二樓是護理之家，一樣採小規模的單元照護，以該樓層廚房及客廳為中心，周圍為個案房間，整體格局為居家式，個案生活起居圍繞這個中心，依個案本身能力提供日常生活訓練，讓個案可以早日生活自理返回社區。接著參觀位於購物中心旁的運動服務中心，這個運動中心每天早晚各提供 2 小時運動時間，定期幫個案測量身體組成分析，擬定運動計畫，這裡的運動器材結合資訊設施，讓個案一邊運動，一邊進行腦力活動，讓訓練結果加倍，此外紅繩運動是這家中心特色之一，利用從天花板懸吊下來的紅繩，由專業運動教練設計多種運動，提供個案跌倒預防、肌力訓練、腦力活化等多項運動，同時也結合「美濃幣」集點，規劃多種集點回饋，從送咖啡到陪同購物等多種活動增加個案運動動機。

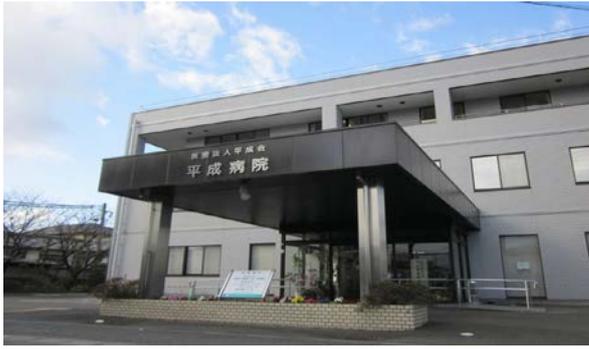


- 日間服務中心豐富的活動介紹

- 富有特色的紅繩運動

#### (六)第二梯次第四日行程(11/22)

本日搭乘橋本衛副教授的私家車一同前往位於南部八代市的平成醫院參訪，距離熊本大學附設醫院約有 1.5 小時的車程。教授每周一次支援此醫院的失智症門診，距今十多年了無間斷。上午主要是跟教授門診，雖是教授門診，但是並無跟診人員在旁服務，而是每看完一個病人，教授自己將醫囑拿至隔壁治療室的人員，請其協助後續處理，病歷自然是手寫病歷，顯見資訊系統並不發達。教授門診病患大多是老病人，且年齡都在 80 歲以上，相當高齡，新病患則會花 30 分至 1 小時的時間仔細的問診評估。用完午膳，下午教授則繼續看診，但並未要求繼續跟診，而是請一位西田准看護師帶領我們參觀醫院。平成醫院為 1952 年建立，目前有 174 床，包括內科療養 13 床、介護療養 20 床、精神科一般 41 床、精神療養 52 床，及認知症治療 42 床，並非都是收治精神病患，也有內科病人，因此有精神科、診療內科、內科、放射線科等專科。醫院腹地不小，有新舊棟建築彼此相連，內部像迷宮一樣。參觀印象比較深刻的是，在其舊醫療大樓有一處改建成大型場館，可以提供精神病患活動的空間，近日還將舉行免費音樂會提供員工、家屬、病患一同參與。在等待教授下診的期間，還有空檔，西田准看護師再帶往參觀一家名叫「八代草」的地域密著型特別養護老人之家，其機構內外環境優雅清潔，全棟都是木質地板，收住需要長期或短期住宿接受照護的老人。最後西田還順道帶往參觀當地特別的民俗祭典「八代妙見祭」的前日遊行，算是參訪時間運氣不錯，據說支援多年的橋本教授都不曾看過。此祭典可說是九州的三大祭典之一，在 1960 年(昭和 35 年)被熊本縣指定為無形民俗文化財產。



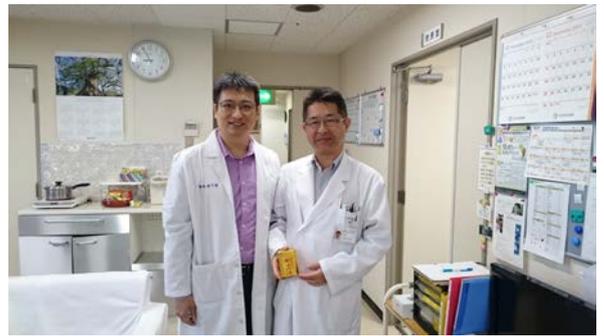
● 平成醫院新棟



● 平成醫院舊棟



● 醫院內部空間改建的大型場館，近日將舉辦音樂會



● 與平成醫院本田莊介院長合照



● 「八代草」地域密著型特別養護老人之家內部環境



● 九州的三大祭典之一：「八代妙見祭」

## 參、心得

此次很難得在分院楊院長的支持下，有這個機會至熊本大學醫院學習失智症照護及長照機構觀摩，在台灣長照機構對個案照護觀念仍處在醫療為主，較少生活照護部份，加上台灣人傳統觀念及健保制度影響之下，現行長照圍繞著醫療服務，以延長生命為主，但對於加強長輩對疾病認知、做好失能退化保健甚至罹病時如何讓自己失能程度降到最低，較少著墨。因此當長輩面臨失能那一刻往往無法面對，而家屬也不知道如何面對這樣的困境，往往就是尋求機構照護或是外傭

直接照顧，而忽略瞭解個案需求，提供個案所需照護發揮殘餘最佳能力，而使得失能者更失能，進而增加照護成本。台灣自去年開始實施長照 2.0，也有取材日本長照模式，增加許多社區照護及失智照護部份，期望可以讓長輩留在社區。此次參訪活動中，感受到熊本大學附設醫院對於失智症照護的努力，不管是在社區、醫療機構甚至長照設施中，失智症不是一個被羞於提起話題，在台灣如果發現長輩有記憶力減退相關症狀時，希望可以至醫院做進一步篩檢時，經常是被拒絕的，表示國人對於失智症認知度低，在參觀熊本大學附設醫院及其他長照機構時發現日本對於失智症早期症狀認知程度較高，很多個案是在 MCI(輕度認知障礙)階段就由家人或是自己發現展開追蹤治療，降低病程變化速度，也能使得個案不會輕易脫離原有工作甚至生活圈，達到治療目的。此外熊本照護模式著重不僅僅只是個案本身，主要照顧者也是重要的一環，對於照顧者支持系統不單單給予支持團體等，更透過系統化評估量表了解個案狀況與照顧者壓力、負荷狀況，依評估結果提供相關訊息及資源，主動出擊觀念也強化熊本照護模式成功要素之一；而熊本照護模式中間橫向聯結方面也是我們學習的目標，醫療及照護機構間透過各種會議進行個案討論及在職教育，其他機構的工作人員破除門戶之見，在熊本大學附設醫院門診時段共同評估個案及主要照顧者，這是台灣現行制度下較難看到。

此次走訪日本長照機構發現在長照保險推行後，日本將長照服務著重於社區照護，讓長輩留在熟悉環境，透過日間服務多元化服務進行長輩機能強化活動，而照顧層面重視以人為本，充分融合日本文化特色及民族性。在台灣因照護人力缺乏及種種因素下，照顧個案經常是快速「幫個案完成所有事」，幫個案穿鞋、穿衣甚至餵食，讓失能者更加失能，近年來台灣開始推行自立支援照護，就是希望增發揮失能個案最大現存能力，積極訓練熟個案進步，增進個案自信度。

在參觀日本長照機構中發現每一家機構都設有澡間，而澡間中包含泡澡的浴缸、跟一般澡堂設計相同的洗澡區，讓個案雖然在機構中卻與家中一樣，獲得相同的洗澡照護，這與台灣大不相同，在台灣長照機構環境配置經常以照顧者為出發點，讓工作人員方便工作為主，而忽略個案自主性及需求；日本長照機構強調單元式照護，每一個照護區塊個案不大於 10 人，環境佈置溫馨如同家裡一般，與台灣大堆頭式照護大不相同，單元式照護可依個案需求提供個別性照護，但這樣的照顧服務在台灣較少見到，因日本認為照護服務是一種專業，任何的照護都要費用，但台灣健保制度下民眾認為醫療，甚至照護是隨手可得的，對於金錢花

費就相對保守，所謂「羊毛出在羊身上」就是這樣的概念；這幾年政府積極推廣長照 2.0，但民眾對於長照 2.0 認知度依然很低，如何向日本一樣推展長照服務，且讓需求者都知道長照服務在哪裡，是未來長照發展重要課題。

## 肆、建議事項

- 一、發展失智症照顧者評估模式：目前台灣因健保制度，在失智症照護對照顧者方面較為薄弱，且缺乏完整評估方法，但目前已有良好的評估量表，應建立照顧者照護壓力評估模式，擬定照護計畫達到全人、全家照護。
- 二、日本會依照需求提供不同的照顧服務，例如：日間照護、短期入所療養照護、小規模多機能居家照護、失智症團體家屋等，而台灣較少能有選擇性，無法因人而異提供多元的服務內容，未來可以借鏡如何改變照顧服務的模式。
- 三、提升機構照護品質：
  - (一)發展機構失智住民活動：目前長照機構多沒有固定活動時間，也沒有針對失智個案活動內容，往後可發展機構固定活動表及鼓勵活動參與措施，透過固定活動內容及時間延緩失智及失能長輩身體機能退化。
  - (二)適度提升照護人力比：雖然台灣訂有相關法規，但絕大部分都是符合最低人力比要求，人多自然好辦事，在強大的人力負荷下自然難以提升照護品質，未來若醫院、機構財政許可的情況下，應適度提高照護人力比。
  - (三)沐浴環境的改善：參觀日本長照機構，可以感覺到其非常重視沐浴環境，都會提供個別化及多形式的沐浴設備，甚至是高價位的按摩浴缸，滿足不同的需求者，當然這會與收費有關，不過台灣的長照機構，沐浴環境確實有待改進。
- 四、鼓勵長照服務人員出國觀摩：藉由觀摩學習可以增進知識及累積經驗，未來在執業上才能激發起在長期照護的新思維。