

失智概念認知調查與老人團體照護模式之探討

翁福居^{1*} 林財源²

¹社團法人中華常春協會創會長

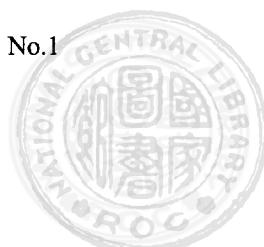
²日英老人養護中心主任

*通訊地址：高雄縣大社鄉中里村鹽埕巷 30-9 號；E-mail：ykkhouse@ms21.hinet.net

摘要

隨著經濟發展，人口逐漸高齡化，導致失智或不能自立老人增多，照顧需求倍感殷切。政府對失智老人照護方面，尚無妥適的對策，而被輿論指為：照護無人性，生活依然在黯淡無尊嚴中，虛度無意義日子，而不能回歸從前的生活。據行政院主計處 2000 年統計輕、中、重度失能老人共有 20 萬餘人之多。失智症在目前的醫療領域是無法痊癒，且會持病三至二十年，大多數是漸進且致命的，家族為了照顧親人，感受莫大的壓力，精神常瀕臨崩潰，其嚴重性更甚於癌症。研究目的：調查具有照護經驗的成人及老人對於失智症概念及新型照護模式的認知程度；另一方面就外國成功的照護模式「團體照護」(Group home) 探討在台灣的適用性，並提出建議。研究方法：藉由訪員面對面解說進行結構式問卷調查，以有照護失智老人經驗者為主要研究對象，共 42 位，年齡介於 26-90 歲，研究期間為民國 92 年 7 月至 10 月。研究結果：受訪者對於「團體照護模式益於失智老人」以尊嚴為照護重點之論點平均認同率為 89.6%，其中以中高學歷組認同率最高，而「團體照護」(Group care) 在台灣目前的適用性及相關意見可歸納為下列：(一) 尚有近三成的受訪者對失智症認知不足，受訪者對於老人失智症的原因及會出現問題行為並不甚了解，或是不相信失智症會不定時發作、無法痊癒，(二) 尊嚴照護模式理念贊成，推行則不急，(三) 目前國內照護機制及責任模糊，亟待釐定。

關鍵字：失智老人，團體照護，尊嚴



前言

失智症是智能(思考力、記憶力及推理能力)嚴重損失以致影響到病患的日常功能而最終導致死亡(李宗派, 2003)。從前有一種智力較低，愚笨不太懂事的人，本地話叫做「憨呆」，屬於青少年人，到了老年，有些人對一些事情出現反覆、囉唆的行為或語無倫次，我們稱他為「老翻癲」，這是失智症早前的症狀稱呼。老年人的智能隨歲月的增長逐漸下降，是一般人都能理解，因此，在生活方面有些許行為上的變化，都會認為是老化象徵，不足為怪。到了20世紀末，症狀增多，如暴力行為、無法判斷是非、不定時的發作、徘徊迷失等等...，罹患率逐漸升高，左鄰右舍紛紛傳來照顧失智患者訴苦之聲。本世紀老人失智問題，恐怕比癌症更可怕、困擾，難以處理。

一、老年期精神疾病

日本長谷川和夫(1967)將精神疾病大別為二類：(1) 腦器質性，發生原因为神經細胞隨老化而變性萎縮，惡化後就出現痴呆症狀。而痴呆症狀又因其致因而分為：老年痴呆（阿滋海默症）—大多發生在70歲以後，女性多於男性。忘記十分鐘前發生的事；才用完早餐又叫鬧要吃早餐；上街會迷路；會忘記妻兒名字；穿錯他人衣服不自覺；夜間大鬧；容易發生意識障礙而產生譫妄、幻覺、興奮、妄想等精神分裂症狀。以上各點，除預防外傷及身體疾病之併發

外，尚無妥切的治療方法。另一種為腦血管障礙性痴呆—因腦出血、腦梗塞而起，會頭痛、目眩、抽筋、失語。(2)機能性，發生原因與腦的老化無直接關係，係長期積存壓力、環境變化或身體病症所誘發。其症狀為憂鬱(最常見)，其他尚有幻覺症、神經症及失眠、疲勞感、鬱悶、無氣力、無興趣、罪惡感、自殺念頭等，在老年期多出現頭痛、頭暈、肩痛、食慾不振、手足麻痺等身體症狀較多。

為了提高失智老人的照護效果，丹麥、瑞典發展“與痴呆患者相處方法”(篠崎理人, 2002)稱為“團體照護”(Group care)，此模式是以尊嚴為照護重點，它是因為否定大規模機構之集團式、業務中心式的照護模式而誕生，先驅者視為痴呆老人照護王牌，頗受注目。它的論點為照護痴呆老人，不是治療或作指導，而是採取患者與照顧者共同生活的照護模式。受此理論影響，大規模機構紛紛調整照護單元為生活單元式。小規模化，利於實踐尊嚴照護。

二、團體照護(Group care)

團體照護(Group care)的特徵：為(1)天下沒有相同的人，每個人都有其個別性特異性，所以這個照護模式由尊重每一人的感情為出發點。(2)對老人作修正、補強、治療等事並非目的，重要的是建立人與人之間如何連心這一種主觀性觀念。換個角度說，“尊嚴”是要了解老



年人的主要入口，同時也是出口。(3)所謂“尊嚴”，即不管老人如何退化或面臨死亡，隨侍身旁，這是“尊嚴”重要目標之一是非常有價值的。可是，過去很多照護，對於這一點均無反應，或認為對效果無指望的老人來說是無價值，所以，老人也因此成為無價值老人。痴呆老人在無從照護的情形下，被白白放置在床上。

目前在醫療方面尚無法突破情況下，如何在照護方面下功夫，以舒緩症狀是極為重要的實務工作。本研究課題針對心理及環境因素方面進行探討，特參考瑞典及日本之“Group home”尊嚴照護模式，探討台灣現行法令制度以及在文化、傳統觀念、需求的現況，是否適合推行。

Group home 的歷史

Group home 是採共同生活模式，來照護痴呆老人的場所。收容少數（10人以下）需要照護的

痴呆老人，在類似家庭的環境中與職員共同生活，協助患者恢復自立生活為目的。Group home 由瑞典首創，始於1970年。後迅速發展，到了1980年已普及全國，歐美各國也紛紛導入。日本則在1990年引進，同樣急速增加，到2002年已設1,500所(2000年登錄1,279所)。預計2004年將達3,200所。此驚人的發展速度，證明Group home的實用性及市場優勢。

1980年瑞典Group home 普及，同時

日本也在社區出現「託老所」，演變成“在地老化”，但在1990年引進 Group home 模式後，託老所學它的特徵“尊嚴”改變照護模式，而改名為「宅老所」。原來是把老人託付給我們，現在我們要照護他讓他感受如同在家生活，即“在宅老化”。日本的漢字發音很妙，「託」與「宅」是同音，同是“タク”。

Group home 的本質

提倡者之一的瑞典バルブロ-醫生說：「Group home」的重點不在於建築物，最重要的是照護的新思維，以及經過特別訓練的職員與患者一起生活。」其重點是「讓痴呆老人感受如同在家生活，提供適合個人生活條件之服務」。「如果內外環境整備完善，再以尊嚴相處，則重度癡呆症，同樣照護得好」。「重視各人的生活方式，而有共同生活的心態，這一點我有很大共感」。

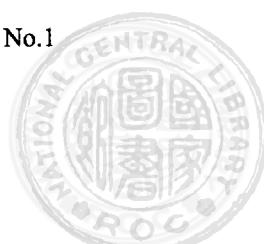
職員的意識變革：

1.已往視痴呆老人是麻煩的人，而當作病人拼命去治療，但在新思維中是把他們當作生活者，他們雖然持病，但很努力想要繼續維持生活，所以教育職員要以生活者來相處。

2.醫院原來是治療場所，非日常場所，但要變成生活場所，日常場所。從前的觀看照護改為關懷照護。

居室的變革：

- 1.廢除大規模機構之集團管理。
- 2.以10人以下為一個生活單元，將原來



規模分化，改為小單元。

三、團體照護模式—尊嚴—在台灣的適用性

(一)台灣社會對老人的尊嚴理念如何：

- 1.聯合國老人綱領關於尊嚴的提示：「老人應在尊嚴和安全感中生活，自由發展身心。不分年齡、性別、種族、失智與否，都能被公平看待。」所以失智老人的尊嚴不能漠視。
- 2.吾國老人福利法(86年6月18日修訂)
第一條：為宏揚敬老美德，維護老人健康…特制定本法。雖未特別述及尊嚴問題，但老年人的健康維護得好，最能讓老人感受到尊嚴。這一點證明老人尊嚴理念頗受國人重視。
- 3.吾國古訓、社會習俗，在在都表現尊敬老人、頌揚老人的事跡。如敬老尊賢、二十四孝教育故事、家有一老如有一寶、老當益壯、模範老人、古代朝廷官銜有“老賢”等等，在我們的社會裡，尊敬老年人的理念，誠為固有的文化。如何讓老年人感受尊嚴，連小孩都懂。至於“輪伙頭”，於每月初一，兄弟用簍筐挑著父母親遷到另一位兄弟家交班輪養的共同責任制，是何等溫馨有尊嚴，到現在這個習俗仍是主流，只是簍筐多了四個輪子而已，有一天誰被抬上簍筐去輪伙頭，一定覺得很有尊嚴！

(二)尊嚴也有例外：

一個人有充分的自主權，即表示受尊重，而感到有尊嚴。然而一個老人病患想要自殺時，醫護人員恆依專業哲理

扮演專制角色去制止或遊說他改變念頭，這是社會及專業上的道德規範，理同自由不得侵犯他人或影響社會才行。所以失智老人問題行為的處理，通常會傷到尊嚴，如同開刀病患被綁在手術台上，事非得已，此屬例外。

(三)工業化以後，家庭結構起了變化，少子核心家庭，取代了農業社會大家庭結構，二個恰恰好也逐漸退色，演變成獨子，時勢所趨，“輪伙頭”終將成為歷史。老人照護社會化，而步上安養機構之路，或許無奈，但本地話說：「相看相樣」，習以為常，不會有太大的阻力。隨著社會的變遷，老人感受五味雜陳，其中有較進步正面的個案，就是不忍兒女上班之餘還要照顧老人，致時間、精神、體力透支，而且害怕「病人還在病床上，照護的家屬卻先走了」，因此，毅然接受新挑戰，進住養護機構，想要舒解兒女的壓力，這是老年人的自覺。當母(父)親看到兒女的精神負擔減輕，自己的壓力也消失了。此現象，在照護失智老人的實務經驗中被發現，並被認為可以舒解失智症狀，是一項很重要的發現。

(四)政府對老人政策之改進，誘導照護模式轉型：

安養照護模式去機構化、在地老化的主張，顯然是計劃導入外國實施成功的策略，這與照護失智老人的“Group home”模式完全吻合。老人福利措施來自法規，法規源自政策，政策既定，制定



法規不難。目前老人福利法之修訂，已進行相當一段時間，就是欠東風，屆時老年人想在原來生活的地方，有尊嚴的老化，因有政策作為後盾，已指日可待。

四、“Group home”與我國法規及老人經濟能力

(一) 法規方面：老人福利機構設立標準第六條：關於私立小型老人福利機構，收容老人人數規定為五人以上、未滿五十人。Group home 收容人數為6~12人，符合小型老人福利機構設立規定，現在已有法源，可據以設立。

(二) 經濟能力方面：Group home 這種小型的照護設施，類似家庭副業，只要經過訓練，健康老人也可經營。主要工作是關照老人日常生活，屬於單純的服務工作，無需太多設備，投資輕微，創業不難。至於收費問題，因服務品質提高，收費增加是必然現象，但是，新設 Group home 已社區化，照顧者與被照顧者雙方，可能是舊識或是近鄰，基於，鄉親情誼，或者是本地話的“放伴”習俗，發揮守望相助精神，伸出援手，應不會有經濟問題發生，縱有少數特殊個案，真有困難，求助慈善機構，必能克服。

五、團體照護（Group home）模式之策略分析

假若要在台灣地區實行團體照護模式，將會面臨哪些既有或潛藏的優勢及危

機，本研究運用管理學範疇中的 S.W.O.T (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) (優點、缺點、機會、威脅) 分析，從上述四個面向剖析利用團體照護模式照顧失智老人於台灣將可能會有那些衝擊（表一），根據這樣的分析列表，我們將會得到一個清晰的概念，也較容易明白團體照護之應用在台灣具體化的困難，了解困難癥結及優勢機會，在實行上可以保持優勢，乘機（機會）發揮並根據缺點及威脅擬定方針，使此模式在實行上更為順利，造福失智老人。

六、痴呆老人居家照護與機構照護之共同問題

老人的人格被否定，受到不適切的處遇，是最為悲慘的。老人居家或進住機構好？至今無定論，原因是“在宅”或“在機構”兩者是矛盾的。以往老人在住慣的自宅生活是最好的觀念，為金科玉律，何以又說住在 Group home 比較好？其實兩者各有千秋，但也同樣會發生二個難以突破的共同問題，即“不安”與“憤怒”。居家照護--不同世代同住，有不同的價值觀，在忙碌的現代社會，以年輕世代為家庭生活為中心，是必然趨勢。年青人因老人不能修正原來生活方式而覺得生活被擾亂而起衝突，長期累積這些不安與憤怒，引發問題行為。機構照護--住慣的家是平靜、舒適的環境，突然要轉居陌生的機構，會感到很不習慣，不但失去熟人的互動，行動受限，極感不自在，有千百個不願意，憤怒連



連...，這種突然的環境變化，讓老人不安，精神混亂，都會引發痴呆症狀。

表一、Group home S.W.O.T(優點、缺點、機會、威脅)

優 點	缺 點
1. 業者以尊嚴為照護準則，人性、人道問題無慮。 2. 職員受過特別訓練能夠重視每個老人的個別性與特異性達到生活自由。 3. 職員與老人生活在一起。視同家屬，心連心，有家庭之溫馨，壓力解消，症狀舒緩。 4. home 在老家近鄰是咖啡未冷的距離，早晚相聚方便。	1. 規模小，基於成本效益考量，醫護人員或其他設備/設施無法齊全，難以提供多元服務。 2. Group home 品質比一般機構為高，費用也相對增加，不易普及，不能嘉惠全體失智老人，渴望政府特例補助。
機 會	威 脅
1. 符合去機構化及鼓勵民間參與公共事務等政策，必獲政府多方面的助力。 2. 規模小，類似一個家庭，置於社區任何地方都不會妨礙居住環境，區位受限少，設立容易。 3. 增進退休人士或二度就業之婦女的就業機會，進而提高國家生產力。 4. 可兼辦安養服務，以因應高社經地位退休老人之需求，彌補福利型態之不足。 5. 照護失智老人，為政府施政一大目標，經先進國家實施成功的模式，必然受到政府的重視。	1. 規模小容易設立固然是優勢但時下流行一句話：「台灣無三日好光景」引進後，果真像日本蓬勃發展，則競爭勢所難免，如釀成惡性循環，事業體不能生存，且原來優質的DNA突變而生出畸型怪兒，這是在台灣推行唯一的顧慮。

七、試辦 Group home 的時機

時機到否，關係一件事業之起步、發展至大。瑞典是 Group home 的始祖，他們的國家約於 1890 年（已有 7.68% 老人）邁入高齡化社會，經過 80 年，於 1970 年創設 Group home；日本則在 1970 年進入高齡化社會，而於 1990 年導入 Group home，期間經過 20 年。發明、發現、創造，均需一段很長時間的研究試驗，才

能驗證其正確性，這是先知先覺者之宿命。後知後覺者僅是實行家，什麼時候實行，只需客觀條件適當，何時起步，端賴掌權者之智慧去判斷。

台灣邁入高齡化社會才 10 年，現在推行 Group home，與歐、日相較，有過早之感覺，但上面問卷調查顯示，受訪者之大部份表示亟待推行，論客觀條件，已到可以試辦路口，如何上路，由



有意創新的業者自行求新求變。如退休護理人員要創業，則是晚年生活最佳安排。

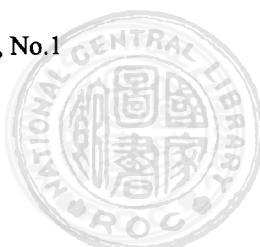
八、「久長病不孝子」與尊嚴照護的省思

在農業社會，工商、醫術不發達，人的平均壽命只有 50 歲的時代，人大多死於急症，極少罹患慢性病而拖延生命，那時候即有「久長病不孝子」的說法。如今經濟發展，醫術、醫藥突飛猛進，除非意外死亡，屬於急症死亡的老人大大減少，一般人的壽命延長了二、三十年，但長壽未必都健康，仰賴醫藥、人力照護而拖病的老人急速增加。這個後遺症，消耗龐大的經濟發展成果，而且也降低了子女奉養、侍候父母的盡孝能力，因為父母罹患慢性病者愈來愈多，白天工作本已疲憊，回家後還有父母待你照護，短期間還可，拖久了又何以堪？於是久長病出不孝子，在坊間隨時都可聽到，早已不是新聞，大家也認為是自然趨勢，不覺得是恥辱。尊嚴的照護，除了真心、親情，最重要的是力行，讓被照護者感受溫暖，活著有意義。可是心有餘而力不足，是目前社會普遍現象。在本研究問卷調查中，有機會接觸更多有關照護方面不易揭露事態，雖為間接獲知，但仍然值得沈思。如：(一) 家族交代護理之家，十天之後就把插管抽掉，(二) 有問題行為的老人，以安眠藥控制其行動，(三) 為了省得麻煩，把失智老人關進小房間，甚至綁起來，(四)

建議將頭腦清醒但極度衰弱、呼吸困難的 88 歲父親轉送護理之家照護，換來其大女兒的埋怨，說：「害我一個禮拜不眠不休，血壓卻升高了。」他們先將父親由護理之家送醫診察，隨即轉送大醫院抽除肺部積水，繼而作全面檢查。老先生膝下無兒子，但女兒、女婿均為高知識份子，外孫兒、女都是醫生，何以疏忽任其衰弱，未作適當處置，人權、人道為何物？難道親情也有時限？類似消極性虐待個案，亟待社會更多的探討，及早掘發，轉介照護。

研究材料與方法

本研究考慮失智者智力限制，喪失思考能力，無法作為問卷調查對象，所以以立意選樣方式選擇有照護老人、失智老人經驗者或一般成年人為本研究對象，人數共 42 人，年齡分布在 26~90 歲之間，男性與女性分別為 23 人及 19 人受訪者均不記名，面訪地點分別在台中、彰化、高雄縣、高雄市等地進行。以自擬結構式問卷調查受訪者，問卷內容包含基本資料、對失智概念的認知情形以及受訪對象認為「團體照護 (Group care)」模式在台灣的適用性為何，為求受訪者充分了解問卷字詞相關意涵及團體照護，本研究採面對面訪查方式進行問卷資料之收集，調查期間為民國 92 年 7 月至 9 月。因本研究問卷變項較少，故在資料統計上主要以手記方式，並以描述性統計表達為主。



另一方面本研究以「教育程度」及「職業」作為操作型變因共分四類，第一類受訪者是「大專以上及日據時代的高中、高職畢業者」，第二類為「高中、高職以下」，第三類為「軍公教自由業」，第四類為「農工商自營業」，以此了解受訪對象學歷及職業類別的不同，其對於失智概念及照護看法是否有差異。失智概念及照護看法是以「認同率」為指標，認同率的計算方式為各類別之（同意人數/全部同意人數） $\times 100\%$ （如表二）。

研究結果

本研究對象共 42 人，男性占 54.8%，女性為 45.2%；年齡分布為 26~90 歲，其中 65 歲以上共計 15 人，65 歲以上的受訪者目前皆為退休狀態，在職業上則調查他們退休前的職業為準，故在職業上以「農工商自營業」為 33 人(78.6%)為最多，另外「軍公教自由業」有 9 人(21.4%)；在教育程度方面；「大專以上及日據時代的高中、高職畢業者」為 22 人(52.4%)，「高中、高職以下」者有 20 人(47.6%)。

在失智症認知及對照護看法之認同方面（表二），以教育程度高低及職業別分成四類來看，第一類為受訪者是「大專以上及日據時代的高中、高職畢業者」，第二類為「高中、高職以下」，第三類為「軍公教自由業」，第四類為「農

工商自營業」，分別計算對失智概念及照護看法之認同率；整體而言受訪者對於失智概念及照護看法之認同率為 89.6%，而教育程度較高其認同感也較低教育程度者高，而軍公教自由業對失智概念及照護看法的認同率也高於農工商自營業。

分別討論受訪對象對於失智概念的認知程度（表二中 1-5 項），發現整體認同率為 88.3%，其中對「照顧老人是國家責任」同意率達 88.1%，「尊嚴照護模式的需求」同意率為 76.2%；在對老人照護看法方面，發現整體認同率為 91.7%。另外本研究所調查之 8 個項目中，表示不同意的前三個項目如下：.老人失智症無法痊癒，且伴隨到死 (28.6%)、有尊嚴的照護模式亟待推行 (19%)、老人的照護，國家應負責 (11.9%)。綜合以上統計結果發現 (1) 尚有近三成的受訪對象失智症認知不足，受訪者對於老人失智症的原因及會出現問題行為並不甚了解，或是不相信失智症會不定時發作、無法痊癒等，(2) 大部分受訪者贊成尊嚴照護模式之理念，但在推行方面部分受訪者則表示不急，(3) 受訪者大多認為老人的照護機制及責任模糊，亟待釐定。



表二、認同率調查***

訪 詢 項 目	表示同意***				
	第一類	第二類	第三類	第四類	
	22人	20人	9人	33人	
關於失智概念	1.老人失智症無法痊癒，且伴隨到死，可說是絕症，您的看法如何？	16人	12人	6人	24人
	2.嚴重失智症會出現問題行為，讓家人比患者更感痛苦，壓力很大。	21人	17人	8人	30人
	3.基於人道、人權主張，維護失智者尊嚴與一般人無二致。	22人	20人	9人	32人
	4.老人問題社會化，是全球趨勢，老人的照護，國家應負責。	22人	15人	9人	28人
	5.問題行為令人恐懼，束手無策，是無可抗拒的悲哀，支持者應容忍。	20人	20人	9人	31人
對於照護的看法	6.醫療僅是控制惡化，有尊嚴的照護才是起色關鍵。	22人	20人	9人	33人
	7.照護者成為生活伙伴，建立如家庭關係，心理溫暖，症狀舒緩。	22人	20人	9人	32人
	8.有尊嚴的照護模式亟待推行，下一個失智者，又會是誰？	19人	13人	6人	26人
同意總計		164人次 (A)	137人次 (B)	65人次 (C)	236人次 (D)
各類人數全部同意時之人次，例： $(A') = \text{第一類人數} \times 8$ 項		176人次 (A')	160人次 (B')	72人次 (C')	264人次 (D')
認同率%***		93.2	85.6	90.3	89.4
整體認同率%		89.6			

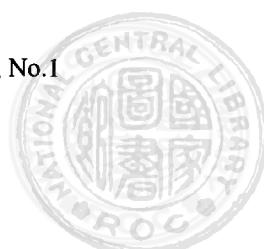
*各類別之認同率： $(A)/(A') \times 100\%$ **全體之認同率： $(A+B+C+D) / (A'+B'+C'+D') \times 100\%$

***第一類受訪者是「大專以上及日據時代的高中、高職畢業者」，第二類為「高中、高職以下」，第三類為「軍公教自由業」，第四類為「農工商自營業」

討論及結論

家有痴呆老人，在傳統的觀念，視為家醜，不能外揚，當問題發生或有困難時，也不願意向外求援，在無有效對策之下，將老人綁起來，關在小房間或投以鎮定劑予以抑制，很不人道。頗多個案隱藏不漏，媒體拜訪不得其門而入，難於檯面化，因此，不受社會重視，

老人得不到保障。本研究發現受訪者對於強調尊嚴式照護的「團體照護」模式理念非常贊同，但一部份人仍認為在推行上可放慢腳步，其原因在於有尊嚴的團體照護“Group Care”一改過去大機構之統一照護模式，為個別化的家庭共同生活新模式，其服務、管理費，直覺上費用較高，如果不是公費制度，私人很



難承擔，這是不急於推行的主因。另一方面對於照顧失智老人的責任該由誰來承擔，過去傳統的父老子養已不符現代逐漸高齡化的社會，照護老人的工作，已經成為心有餘力不足的狀態，將來家家都要面臨這個難題，家族對此無須自責，應將問題拋出社會謀求支援。失智老人的症狀特殊，其照護異於一般人，有賴國家從教育、財源方面著力，建立完善制度。

綜合專家意見，失智症是以記憶力極端障礙為主體，加上判斷力障礙而引起生活障礙或人際關係障礙之意。由於生活已不像從前那麼順利處理而與週遭生活者的步調和生活感覺不一致，引起磨擦，彼此在緊張狀態中產生壓力，這是人際關係的障礙。處在弱者立場的老人，對外界感到不安，被責備時，不知為何被罵，但是因為依然感覺人的尊嚴，所以發怒，這個不安與憤怒升高之後，老人會停止對週遭之反應，而徘徊，作出被疑為故意，讓人困擾的異常行為，遭人歧視，甚至遺棄。

今日經濟、社會發展的成果，全是他們年經時血汗的結晶，他們是社會功勞者，值得敬重的人，其人格依然存在。不幸失智後，其照護必須建立在有尊嚴的基礎上。因此，重視人道、人權的歐洲國家發展出"Group care"，有尊嚴的照護模式，推行頗為成功，日本仿效，發展迅速。

本研究發現一般人對於老人失智症

狀不了解，關於 Group care，台灣亦少見，更感陌生。訪談中對於這二點，順便對受訪者進行機會教育。關於「團體照護模式益於失智老人」論點，全體同意率 89.6%，超出意料，顯示國人在人權、人道觀念上不亞於歐美，讓吾國推動「在地老化」政策，更有信心。

久長病不孝子，已成為公開秘密。這個演變誠非子女之過，而是工商社會發展後遺症，後進國家都將面臨，華人為甚。原因當推國家未能及時採取對策所致。寄望各界多為關心，多作探討，釐清國家的責任與家族該分擔任務，盡早改進，才能舒緩失智症，減輕家族壓力。

建議

本研究論點為有尊嚴的照護，可以防止或改善老人失智症狀，因限於時間，僅根據外國文獻而做看法的調查，尚無法證實在台灣的文化背景，能否收到預期效果，這一點，仍需長期的實務經驗，才能論定。今後希望相關機構或研究單位，針對有實務背景人員或失智老人家屬為對象作更具深度之訪談調查。

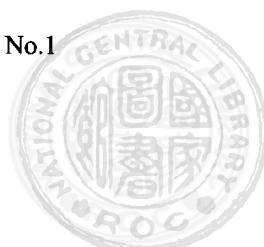
參考文獻

- 內政部（86/6/18 公布）老人福利法
- 內政部（1999）老人安養護機構立案
指南，第二版 內政部出版
- 李宗派（2000, 2003）現代社會工作，



合記圖書出版社

李宗派等 (2002), 社區關懷與老人保健論文集, 實踐大學民生學院發行
關銳煊、謝瀛華、陳肇始 (1997), 老人醫療及護理實務, 桂冠圖書公司,
柴田博、吉瀨敏、渡邊章 (1994), 長壽社會の住まソ日本東洋經濟新報社
塚本哲 (1991) 老後問題事典, 日本株式會社ドヤス出版
老年期精神疾病 (長谷川和夫)
癡呆症の人とのコミュニケーション
「バリデーション」
「日本 Group home(團體之家)簡介」
資料來源：日本 2002 年宅老所 Group home 白皮書 筒井書房



The Cognition of Dementia and the Group-Home Caring Model

Fu-Chu Weng^{1*}, Ts'ai-Yuan Lin²

¹President, Taiwan Ever-Youth Association, Kaohsiung, Taiwan.

²Directer, Jih-Ying Senior Care Changhua, Taiwan.

*Correspondence: No.30-9, Yen-Chieng Lane, Da-Shi Township, Kaohsiung, Taiwan 815,
E-mail : ykkhouse@ms21.hinet.net

Abstract

Today, whole world face severe circumstance of long-term care. It is a challenge and a future focus to government to support good quality of care for elders with dementia. The purposes of this study were to investigate the recognition of the elders to, to evaluate the appropriate-ness of the service model of Group Home adapted in Taiwan. The present study recruited 42 subjects who had caregiving experiences for elders with dementia. A structural questionnaire was conducted by face to face interviewed in this study. Results from this study demonstrated that most respondents (89.6%) agreed with the service model of Group Home, particular in people with high level of educational degree. There were nearly thirty percent of respondents lacking of adequate knowledge of dementia, while they were also not familiar with the current long term care system. The present study highlights many important issues that the future long term care polities should be oriented in Taiwan..

Key words: Dementia, Group Home, Respect

