

出國報告（出國類別：參訪）

日本熊本大學失智症中心醫療照護參訪報告

服務機關：臺南市政府衛生局

姓名職稱：韓佩軒 科長

卿盛瑛 股長

派赴國家：日本

出國期間：100年2月27日至3月3日

報告日期：100年5月16日

目錄

壹、摘要.....	3
貳、參訪目的.....	4
參、參訪內容.....	5
肆、參訪結語.....	20

壹、摘要

台灣社區失智症盛行率：65～69 歲為 1.2%、70～74 歲為 2.2%、75～79 歲為 4.3%、80～84 歲為 8.4%、85～89 歲為 16.3%、90 歲以上為 30.9%。民國 98 年 12 月底，台灣 65 歲以上老人人口為 2,457,648 人，佔總人口的 10.63%，依失智症社區盛行率計算，社區中約有約近 12 萬失智老人(118,606 人)位失智老人，佔老人人口的 **4.8%**。加上長照機構之 3 萬多名失智老人，65 歲以下推估 2 萬多失智人口，台灣總失智人口超過 17 萬人。

因應老年口增加及失智症所衍生之老人長期醫療及照護問題，成大失智症中心規劃至日本參訪熊本大學失智症長期醫療照護之運作、研究與發展，並邀請本局參加。本局為增進對失智症醫療照護業務規劃能更周全，與成大失智症中心人員共同前往日本參訪，吸取國外經驗，期許能建立完善之失智症長期醫療照護機制，提昇本市失智症長期醫療照護之服務品質及監督管理制度之建立。

本次參訪目的為：

- 一、吸取國外經驗，做為提高本市失智症長期醫療照護服務之品質與水準之參考。
- 二、與國際長期醫療照護城市接軌，形成交流之平台。

學習與建議

- 一、建立政府機構與醫療機構合作交流平台。
- 二、增進民眾對失智症之認識並尋求醫療協助。
- 三、提升長期照護機構之照護品質

貳、參訪目的

國際失智症協會(ADI) 2010年9月21日發表「2010全球失智症報告-失智症對全球經濟的衝擊」報告中指出，估計世界總人口0.5%罹患失智症，2010年有3560萬人罹患失智症，2030年則增加到6500萬人，2050年增加到1億1540萬人。

2010年全球失智症的醫療照護成本，總估計約在6040億美元左右。總成本來自非正式照顧(由家人或其他人提供無酬的照顧)、社會照顧直接費用(由社區照護專業人員以及養護機構提供)及醫療直接費用(治療失智症及其他問題之初級與次級照護)。失智症的相關費用在全世界都呈現大幅的上升，初步估計至2030年成本就會上升85%。目前迫切需要開發具有成本效益的醫療方案和社會照顧，以滿足人民和失智症患者及其照顧者在整個疾病過程中的需要，並發展有實證基礎的預防策略。

依據失智症流行病學研究學者 Jorm 所發展以曲線估計所做的成長評估模式，再利用台灣四個不同地區調查所得的盛行率平均值，經迴歸分析計算得出台灣社區失智症盛行率：65~69 歲為 1.2%、70~74 歲為 2.2%、75~79 歲為 4.3%、80~84 歲為 8.4%、85~89 歲為 16.3%、90 歲以上為 30.9%。民國 98 年 12 月底，台灣 65 歲以上老人人口為 2,457,648 人，佔總人口的 10.63%，依失智症社區盛行率計算，社區中約有約近 12 萬失智老人(118,606 人)位失智老人，佔老人人口的 **4.8%**。加上長照機構之 3 萬多名失智老人，並加上 65 歲以下推估失智人口 2 萬多人，台灣總失智人口超過 17 萬人。

日本有1億2仟6佰萬之人口，其中老年人口高達2仟7佰萬之眾，佔有全人口之兩成以上。日本為當今舉世知名之「老人國」，其人口老化速度，其國民之平均壽命，以及老人所佔之人口比例與老年人口中偏高比例之高齡者，高居世界第一。

因應老年口增加及失智症所衍生之老人長期醫療及照護問題，成大失智症中心規劃至日本參訪熊本大學失智症長期醫療照護之運作、研究與發展，並邀請本局參加。本局為增進對失智症醫療照護業務規劃能更周全，與成大失智症中心人員共同前往日本參訪，吸取國外經驗，期許能建立完善之失智症長期醫療照護機制，提昇本市失智症長期醫療照護之服務品質及監督管理制度之建立。

本次參訪目的為：

- 一、吸取國外經驗，做為提高本市失智症長期醫療照護服務之品質與水準之參考。
- 二、與國際長期醫療照護城市接軌，形成交流之平台。

參、參訪內容

一、參訪行程

日期	
2/27 (星期日)	起程
2/28 (星期一)	熊本大學醫學院附設醫院
3/1 (星期二)	參訪社會扶植法人機構
3/2 (星期三)	參訪天壽園；Hotaru、sesaragi group home
3/3 (星期四)	回程

二、參訪人員

臺南市政府衛生局 韓佩軒科長

臺南市政府衛生局 卿盛瑛股長

成大失智症中心白明奇主任

成大護理部 邱淑貞副主任

成大護理部 張嘉蘋督導

成大失智症中心 宋碧姍醫師

成大失智症中心 孫苑庭醫師

成大失智症中心 楊美鳳個管師

成大失智症中心 王靜枝兼任護理師

成大失智症中心 張玲慧兼任職能治療師

成大失智症中心 張文芸兼任護理長

成大老年所 陳柏宗助理教授

熱蘭遮失智症協會 游雪娟理事長

三、參訪過程

(一) 2月28日 (第一天) 參訪熊本大學醫學院附設醫院

1、日本及熊本縣失智症流行病學概況

(1) 日本現況：目前失智症病人仍持續增加，於2010 年大約占總人數之

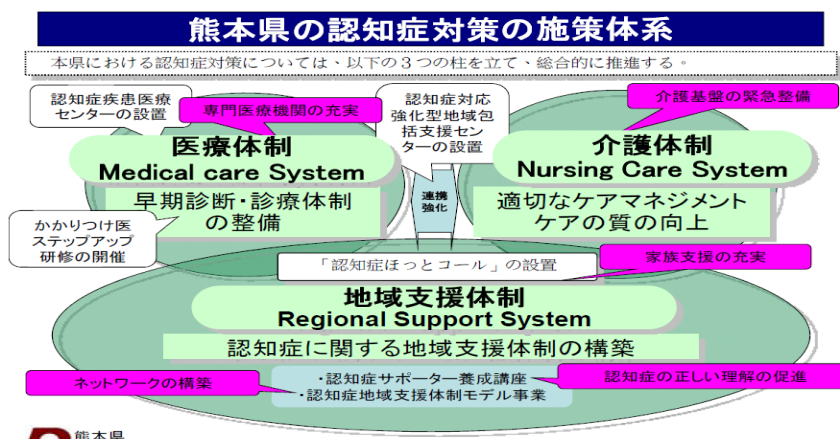
8%，根據估計，於2030 年即將超過總人口之10%，初估超過85 歲以上人口，每四人就有一人罹患失智症，目前預估超過兩百萬老人可能患有失智症狀。但如同台灣現況，大多數失智老人及其家屬並未求診，因為在日本，超過半數人認為失智症狀是正常老化的一部分，特別是在鄉下地方。另外，絕大多數基層醫師對於失智症診斷及照顧，都欠缺相關經驗及訓練。

(2) 熊本縣現況：熊本縣目前人口約181 萬人，老年人口占25.7%(全國老年

人口總比率為22.7%)，於日本全國47 縣排名第18 名。平均壽命男性為78.22，女性為86.54 歲。其中，認定需要看護或照護的老年人口，於65~74歲年齡層為4.2%，於75 歲以上老人為30.2%。由於老年人口眾多，所以，在熊本地區，縣政府當局極為重視失智症所造成之社會問題，因此，特別與熊本大學神經精神科池田教授合作，創立熊本模式，以建立良好完整的失智症照護網絡。

2、熊本模式 (Kumamoto Model)

熊本模式之建立始於2008 年四月，由蒲島知事於縣政府內成立長壽社會局，推動地區內失智症整合照護模式。其主要架構分為三個體系(如圖一): 分別為醫療院所體系、照護機構 體系、地區支援體系。以下逐一介紹。

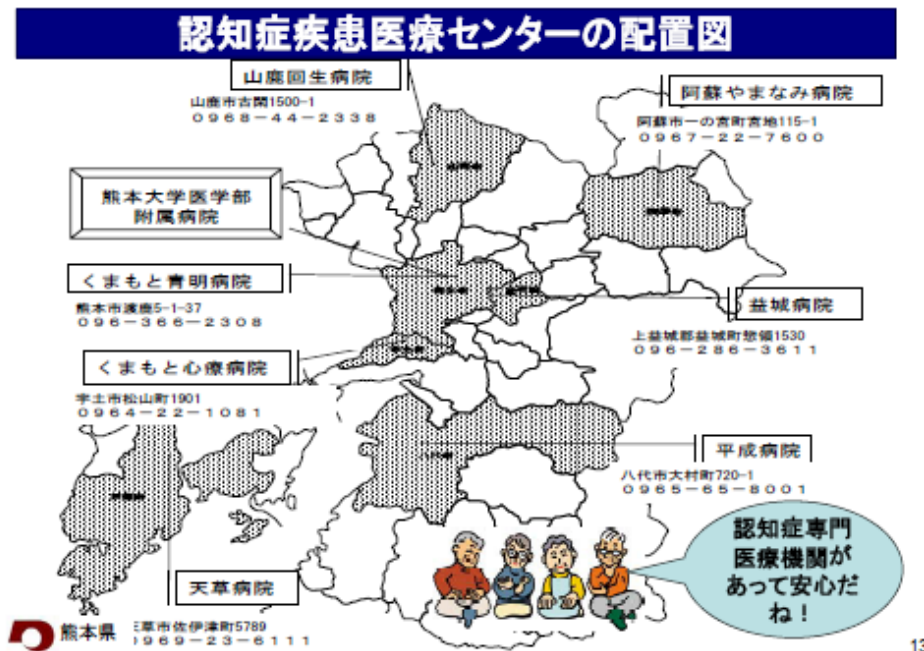


(1) 醫療院所體系: 含大學醫院與地區醫院。

① 大學醫院: 即為熊本大學, 其主要任務為

- A. 推動早期診斷
- B. 推廣基層醫師對失智症之認識並訓練專業之失智症照護醫師
- C. 提供其他地區醫院在失智症照護部分之專業諮詢與轉介

② 地區醫院: 目前在熊本縣共有八個醫療院所包含在此熊本模式內(如圖二), 其任務如下:



13

圖二

- A. 提供基層醫師在失智症照護部分之專業諮詢
- B. 失智症之神經行為症狀的診斷與介入治療
- C. 處理失智症病患之一般醫療問題
- D. 整合基層醫師與照護人員對失智症病患之照護網絡

③ 地區醫療院所進入熊本模式必須符合以下條件:

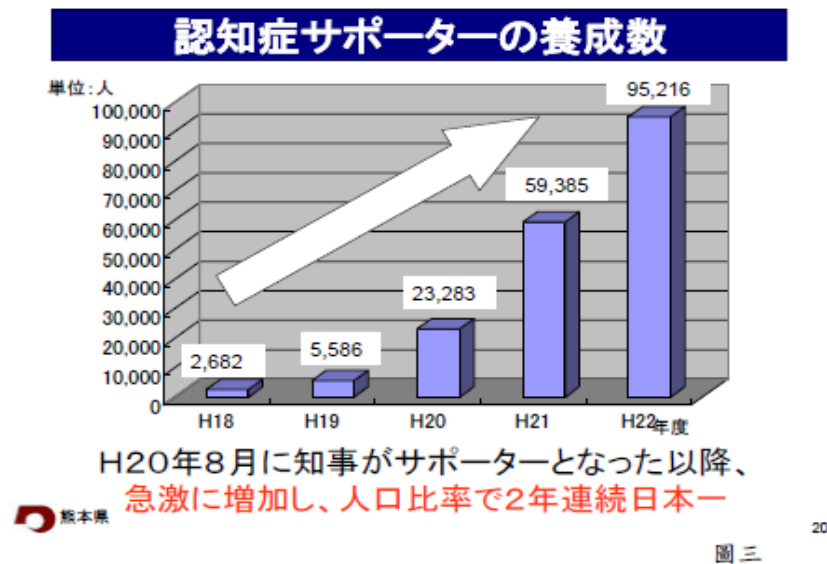
- A. 可以執行腦部電腦斷層檢查
- B. 至少有一位專業失智症照護醫師, 醫師必須具有5年臨床經驗、3年失智症照護經驗並獲得失智症協會認證(熊本模式裡的認證醫師有80%為精神科)

醫師、20%為神經科醫師)

(2) 照護機構體系：目前在熊本模式內的照護機構共有七家，接受醫療院所之轉介。
其詳細運作方式與內容將於3/1 行程中介紹。

(3) 地區支援體系:

- ①舉行社會教育講座
- ②設置失智症諮詢專線
- ③志工之養成與管理：自2008 年實行熊本模式以來，志工人數有大幅成長，詳見圖三。



20

圖三

(4) 運作模式：政府管理(熊本縣長壽社會局):

- ①個案管理: 包括轉介、問題個案之居家訪視。
- ②推動三大體系之合作。
- ③協助民間團體之成立與志工管理。
- ④獎勵失智症諮詢專線之成立(含專線人員之薪資補助)。

(5) 三大體系之合作方式:

- ①診斷及轉介：不同層級之醫療院所或基層醫師若有對失智症及其相關症狀有困難診斷或照護之狀況(如同時合併失智症、精神行為症

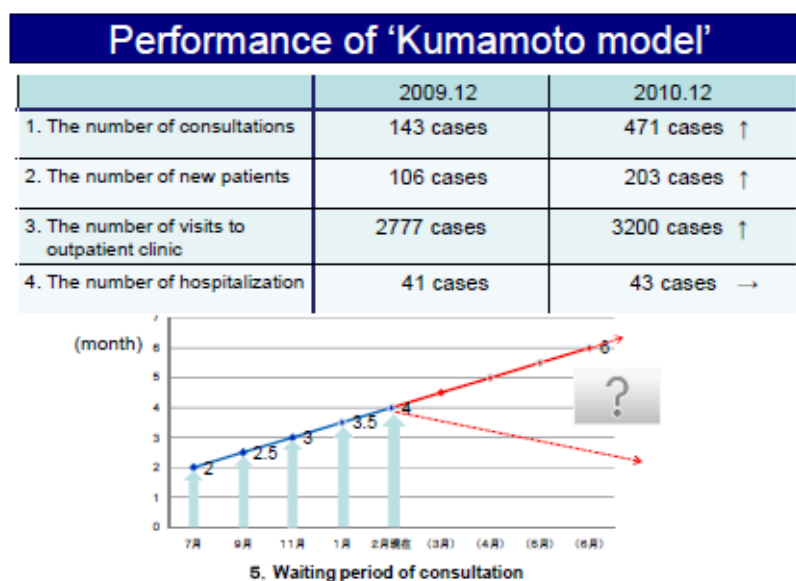
狀及其他醫療相關症狀)，皆可藉由各體系間之互相合作，以達到最佳之病人診斷及照護。

②教育訓練：由熊本大學附設醫院負責八所地區醫院人員之訓練，由地區醫院負責一般基層醫師及相關照護人員之訓練。

③檢討與監督機制：每月及固定時間由熊本大學及八所地區醫院輪流舉辦相關病例討論及失智症相關法律及倫理問題檢討，每次會議進行四小時。

(6) 目前仍需改進之缺點：

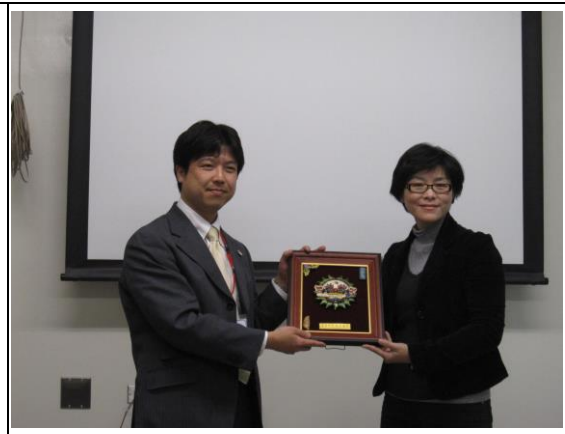
在熊本模式中，失智症病患一旦確定診斷，組織就能依照每個人的疾病嚴重程度與家庭背景決定最適合的醫療方式及照護體系。自開始實施熊本模式後，透過政府當局和相關配合之醫院的大力推動及推展失智症教育訓練，基層醫師及民眾對於失智症之認知大幅提升，所以需要及等待醫療諮詢的民眾與病患也迅速增加。根據統計，2009 年12 月與2010 年12 月的諮詢病患人數有將近四倍的成長，所以醫療院所的負荷倍增(由於是諮詢醫師)，也造成民眾或病患等待諮詢時間延長，目前若要透過醫療諮詢而進入熊本模式的照顧體系往往需要等待3 至4 個月。當局正檢討改善中，目前希望透過增加專業醫師的人數，來紓解此現象。詳情見圖四。



圖四



本局韓佩軒科長贈送禮物予熊本大學池田教授



本局韓佩軒科長贈送禮物予熊本長壽社會局局長



全體人員合影留念



本局人員與熊本長壽社會局人員合影



成大醫院白明奇主任報告



熱蘭遮失智症協會游雪娟理事長贈送禮物予熊本大學池田教授

(二) 3月1日 (第二天) 參訪社會扶植法人養護機構及運作模式

1、整體機構事業體簡介

此機構源自明治 28 年由英國二位女傳教士因癲瘋病之盛行而創立熊本回春病院，1940 年太平洋戰爭爆發，因為英、日對立的關係，此院即停止運作，病人移到國立癩病中心，昭和26 年，至二次世界大戰結束1948 年機構通過設置認可，轉為Riddle-Wright 紀念養老院，目前該機構提供13 項照顧服務類型，包括：

- (1) 特殊照護福祉機構。
- (2) 小規模多功能老年福祉機構
- (3) 短期入住生活照顧
- (4) 地域密集型照護老人福祉設施
- (5) 日間照護服務所
- (6) 失智專屬日間照護服務所
- (7) 居家照護指導 (專業人員至家中提供身心機能、日常生活自立提升的訓練)
- (8) 居家服務 (居家服務員至家中提供居家服務)
- (9) 熊本市北1 地域整合支援中心
- (10) 日間照顧
- (11) 失智症團體家屋
- (12) 小規模多機能居家照護
- (13) 自費老人公寓

2、參訪的服務類型簡介

(1) 小規模多機能老年福祉機構、短期入住生活照顧

設置於該棟大樓 1 樓，總共分為4 個照顧單元(unit)，每個單元配置相當的照顧人員，老人與同一單元的工作人員共同生活，每個單元有10 人，皆為單人房，每間房有獨立之廁所及洗手設備，總共可提供長期入住30 人、短期入住10人。每個單元皆有一個共同的活動空間，提供電視、冰箱、沙發、餐桌椅，營造成一溫馨的起居室，讓住民彼此交流，此處住民較為身體方面功能獨立只需一些生活輔助照顧，門禁24 小時皆無管制，家屬可隨時探視陪伴。

每單元的工作人員分為2班，配置如下：白班護理人員1 人及照顧服務員3人、夜班護理人員1 人及照顧服務員1人。

(2) 特殊照護福祉機構

設置於該棟大樓 2-3 樓，2 樓提供長期入住30 人，3 樓提供長期入住2人多為公費安養，總共可提供50 人入住。每間房間皆為單人房，屬於較傳統之養護機構。每層樓有一個共同的活動空間，提供電視、冰箱、沙發、餐桌椅等設備。

在衛浴設備方面，行動不便的入住者，房間內備有便盆椅，方便住民如廁，浴室男女分開設置，空間寬敞且有選擇性，可依喜好選擇淋浴或泡澡，十分人性化。泡澡池分時段使用，6 點之前由工作人員協助行動不便者沐浴，6 點之後由行動可自理者自由使用。工作人員分為 2 班，每班計有護理人員1 人及照顧服務員7-8 人協助照顧住民。

(3) 小規模多機能型居家照護

設置於距離社會福祉法人約 10 分鐘路程之另一棟一層樓之建築物，服務類型包括日間照護及短期入住，會隨著老人的需要做改變，其中短期入住最多10天，共有10 床，日間照護15 人，共可服務25 位老人。室內完全以居家的方式布置，讓老人在一個較熟悉的環境中生活，雖然空間很小但設備齊全，有一個大的公共空間，讓老人在一起活動或吃飯，公共空間設有2個無障礙廁所，方便行動不便老人使用，且便於工作人員隨時注意老人之安全。另外區隔出兩個和式空間，白天是一個起居室，到了晚上就成了老人的睡覺空間，空間能夠有效的完全使用。中間有一小庭院，提供老人戶外休憩及獨立的空間，並且為了維持老人原本的生活習慣，讓老人自由選擇要傳統和式的睡眠空間或是需要床鋪的設備，每個房間皆為單人房，提供老人足夠之隱私。人員工作人員共有 13 人，分為2 班，白班護理人員1 名及照顧服務員5-6名、夜班有1 人留守，由所有工作人員互相輪值。

(4) 熊本市北 1 地域整合支援中心

為讓高齡者繼續留在已經習慣的地域中維持尊嚴的生活，此為主管機關設置的機構，目前熊本市共有29個地域整合支援中心，可服務6000人。

中心設置主任1 名，人員包括社工、護士及個案管理師各一名。其主要的功能：

A、綜合構通諮詢面談或專線支援：不單以照護為主，諸如保健、醫療、福祉

相關等支援都可以。

B、高齡者的權利擁護：利用防止虐待、早期發現、成年人監護人制度（成年後見人制度）。

C、整合、持續性的的照顧管理（care management）支援：活用多樣的社會資源。

D、預防性照顧管理(management)：預防與照顧計畫表的製作。

申請步驟

- a.申請-市町村為照護保險之負責窗口：申請手續乃是本人、家人、指定居宅介護支援事業所、介護保險設施、地域整合支援中心等申請。
- b.調查員的訪問：依據基本調查與特記事項（調查員認為特別重要之事項）調查利用者的身心狀態。
- c.一次判定：依據調查表及醫生的意見書之判定。
- d.二次判定（介護認定審查會）：基於一次判定、特記事項、主治醫生的意見，考慮時間與狀態等的維持改善之可能性之判定。
- e.認定：認定為要介護1~5；要支援1~2；特定高齡者與自立者。

要介護狀態之區分	心 身 狀 態	可利用之服務
要支援 1	在要介護狀態尚輕微者，但要改善生活機能可能性極高者	預防給付
要支援 2		
要介護 1	依據介護保險規定的服務內容，給予需要生活機能的維持、改善的人。	介護給付
要介護 2		
要介護 3		
要介護 4		
要介護 5		

3、參訪心得

(1) 令人印象深刻的照顧環境

進入機構第一個印象，十分令人驚艷，每個房間採光充足，也無一般安養機構的異味，加上原木的裝潢與色調，親切的工作人員及老人臉上的笑容，令人感動。走道十分寬敞，每個角落都用心布置，不管是走廊、廁所或馬桶，都有設置扶手，加上每個房間都有緊急鈴，都站在老人的角度去設想，是我們未來應該努力的方向。

(2) 「單元照護」(unit care)的發展

單元式照顧(unit care)的定義：在離住屋近的居住環境下，實施與在家相近的生活的照顧。所以，提供單元式照顧乃是希冀依入居者的個別能力，維持其自己的生活模式及生活習慣，可以繼續自主地生活，僅因應入居者的不同狀況而提供入居者的日常生活支援。

利用機構內的部分房間，另外裝修獨立的起居室與餐廳等，營造一個擬似家庭生活的環境空間，提供專任的照護工作人員與機構內心情浮躁、日常生活充滿不安情緒的失智症老人一起生活，陪他們做家事、共餐、逛街等，營造「共同的生活、普通的家庭生活」。帶來的影響包括:家庭的氣氛與生活(小規模)、與社區社會的日常性關係的維持及在宅老化的服務提供(多功能服務)等。另外，職員的配置標準亦有大幅改善，提昇為老人服務的品質。

(3) 單人房的方向發展

入住者可帶著自己的家具、日常生活用品、小東西進住，及利用畫、照片來裝飾，形成個人的領域，有助於老人延續熟悉環境幫助情緒穩定。

其意義如下：

- A.確保個人隱私，改善生活環境。
- B.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。
- C.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。
- D.家屬探視方便，加深親情關係，不再擔憂打擾鄰床室友等。
- E.減少流行性感冒等流行病的互相感染。

(4) 人性化的空間與照顧

重視營造像家庭一樣的格局及氣氛，以作為失智症老人的照護重點，是指「和住家一樣的居住環境，和居家生活一樣的日常生活下接受照護服務」，也就是老人的生活單位與照護單位結合成一體的照護模式。在參觀的照顧機構中皆無護理站的設置，工作人員依老人的興趣安排日常活動，隨時陪在老人們的身邊，不再像過去一律安排團體活動，其實小單位照護模式並非僅將多人房的建築物改為個人房而已，其照護內容亦隨個人的需求而彈性改變，落實個別照顧，確保機構入居者的人權。

一般大型機構的勤務分配通常以集體式例行工作而配置，參觀的照護機構能根據入居者個人身心需要而提供個別服務，工作執行範圍細分為單位小組（unit），如此更容易掌握個案的需要並傾聽其心聲。這樣由集體照護改為個別管理、共同生活的觀念，重點在工作人員一同參與，提供更人性化的照顧。

(5) 便利的地域整合支援中心

廣設地域整合支援中心，利用生活圈的概念設置照顧服務的單一窗口，使需要的民眾很方便的就能找到適合自己的照顧服務，另外也看到有長期照顧保險的好處，住進機構的老人依著個人需要照顧的等級大部分都能接受保險的給付，個人只需負擔部分費用與餐食住宿費用。未來在台南也應該視各地區的狀況，利用各式的公家機關廣設單一窗口，提供在地的服務。



本局韓佩軒科長贈送禮物予社會扶植法人
養護機構



溫馨的活動空間



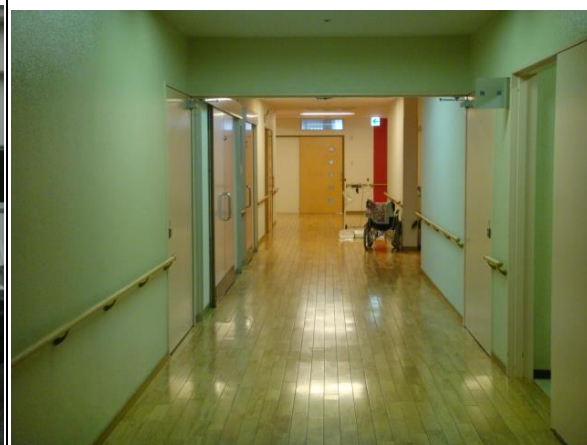
無障礙廁所十分寬敞



人性化及寬敞的浴室（可泡澡亦可淋浴）



接送老人之服務專車



走廊十分寬敞，且有扶手

(三) 3月2日 (第三天) 參訪天壽園、彩虹之家、民宅改建型團體家屋-甲佐町

1、參訪天壽園

天壽園於1990年成立，為一綜合關懷支持中心，事業包括養老院、日間照護中心、居家照護（包或提供定期居家或居家喘息照護），住宅看護支援事業所（提供有關長期照護資源的評估與諮詢）、care house(夫婦安養中心)、group home（專為失智老人設立的團體家屋）、認知症諮詢中心(call center for dementia)等機構。天壽園自2000年起，與熊本縣社會局、認知症協會、和熊本大學合作，提供系列的失智介護的看護訓練或在職進修等相關課程，目前已有三千人以上參與研習活動。

日間復健中心，由現場的復健設備與提供個案的治療來看，日間復健中心以提供物理性治療為主，例如按摩、行動訓練、電療等。據工作人員所述，該復健中心，除了提供天壽園的住民復健服務外，也提供有需要的社區民眾復健服務。

2、彩虹之家

為針對失智老人所設立的團體家屋。彩虹之家目前有九名住民，工作人員有三人。住民所需費用每月為13萬日幣，日本介護保險給付4萬，住民自付9萬。在參訪過程，對工作人員努力營造「家」的氣氛印象深刻，例如每個個人房間都充滿著個人色彩，有許多私人物品，團體家屋日間復健中心行政中心。例如櫥櫃上有許多可以帶來許多回憶的相片，房間裡也有許多充滿歷史的家具，例如曾為嫁妝的櫥櫃與家族相片。來到客廳時，正見到工作人員與多位失智老人同坐，做懷舊治療，另有一工作人員，在一旁陪著一老人打毛線。老人悠然自得、安心自在的神情，是天壽園工作人員的人本關懷的最佳見證。

天壽園的運作有幾項值得注意的地方，

第一：認知症諮詢中心(call center)的業務中，所接的諮詢電話，以詢問如何處理失智症的行為問題策略為最大宗，佔所有電話的26%，次為醫療問題19%。此數據與失智中心的工作人員所觀察到照護者的需要類似，因此失智照護諮詢門診的成立，可以某種程度的滿足此需要。

第二：天壽園的147名工作人員裡，介護員有80人之多，次為社工人員，

18人，其次為護理人員，14人。由此比例可見，天壽園所提供的服務以直接生活照護，連結社會資源，維持一個「家」的環境為主，醫療照護為次。

3、民宅改建型團體家屋-甲佐町

位於如詩如畫幽靜鄉下的二個小規範多機能團體家庭式照護資源中心由一位富在地老化及非藥物補充療法知能的護理人員所開設，不但如此，他將自己的心血與理念訴諸於文章發表上，另人讚嘆不已。

甲佐町多機能照顧資源中心又稱為團體家屋(Group home)式的模式，建築物為民宅經政府補助及建築師精心設計而修改成的，家的溫馨感覺很自然地呈現，這個機構體在熊本縣是很獨特又前進的，更令人不可置信的是在地培育年輕人投入照顧行列，且每天大家都在學習如何照顧自己的老人家。在這裏我們意外聊解到日本的Group home 有70%專為失智老人，另30%為一般有需求的老人而設，這二家正好各代表此兩種型態。

(1) 第一家是失智症專屬 Group home，收容輕至中度患者，所有看護都需依政府規定接受失智照護訓練取得資格，照顧人力比為1:3 或更高。這裡也提供25名日間老人照顧或短暫留住，很特別的是這個機構製作了該地域的簡單地圖，該失智老人有方向感，地域內的非醫療資源山、水、河、神社、寺院、理髮和美容室、店、動物、田地、稻田、庭園全部都是可用資源。最特別的是其照顧環境，在內在環境上可見到處處有照顧者跟在老者旁邊噓寒問暖，更有專屬家屬會客室供家人探訪，失智老人會坐在一小桌子唱日本民謠、一起玩排圖，會有小朋友來看老人，老人與老人會挨坐一起烤暖爐，看得出是我們所不知道的另一個世界的知心好友，他們不因失智而停止互動。這裡的非藥物補充療法，如綉編、動物療法、園藝療法、釣魚活動、田園採果散步、揉茶、摘茶葉。在外在環境則充分展現與社區的密切互動，敦親睦鄰的精神，讓民眾可隨時來此中心尋求照顧諮詢和日間照顧，也使得機構老人有自由使用社區廣大的田野與地域內的社會資源。

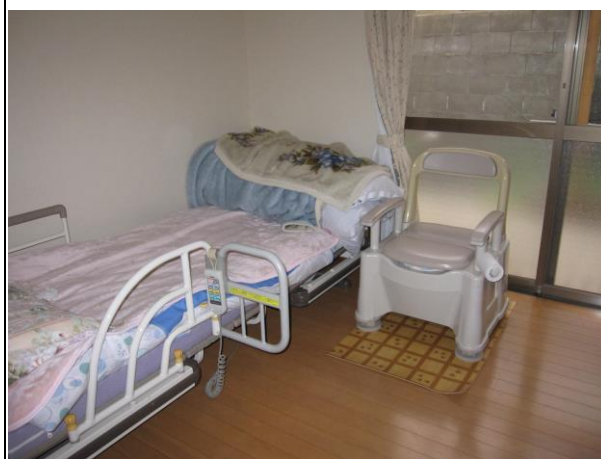
(2) 第二家 Group home 除與第一家相仿外，最特別的是還給這一小群長者上"鄉土語"，是一種另類的懷舊哪！另有一特別之處，為提供Terminal 患者在家的臨終照顧，例如一進去就看到一位86 歲已住在這裡9 年的老人，在此處接受非積極支持療法，有許多住民與照顧人員正在陪伴她走完人生最後一程，一個熟悉的地方，一個記憶中的家，一個有人陪伴的餘生，深深地刻劃在他們漸漸退化的腦中。山澗湧出生命之泉，取之於社區，用之於社區，供應居民為此地的特色；在醫療部份更是如此。這種在地老化精神正是我們全民也應有的概念，

特別是醫療人員更需認知。



彩虹之家外觀，有明顯的紅色屋頂，讓失智症老人能認得自己的住所

日間復健中心，十分寬敞及設計人性化



個人臥室，都是原木地板，十分舒適而且貼近日本民情

溫馨的設計
Group home住民姓名及寢室位置



天壽園

民宅改建型團體家屋

肆、參訪結語

一、醫療觀點：

(一) 流行病學

台灣社會所面臨的人口高齡化趨勢與日本社會十分接近，當局須作好準備迎接高齡社會之到來。日本政府完善的福利與保險系統，使得大多數老人都能健康快樂地度過晚年生涯，這是我們需要多加學習效仿之處。然而台灣的社福與保險制度與日本仍有所不同，必須要再適合國情和健保制度的情況下，建立自己的模式。

(二) 落實轉診制度

日本有完善之轉診制度，大學醫院只接受基層診所或地區醫院之轉診，可避免資源浪費及輕症病患對重症病患的排擠效應，同時又可落實家庭醫師的制度。但這種政策問題，在台灣幾乎不可能實現。

(三) 跨團隊全人照顧

不論是從大學醫院到老人團體家屋，熊本模式都貫徹了全人、跨團隊的照顧理念。不同團隊的合作與貢獻，促進了對失智病患的復健。該團隊專業的照顧，讓病患可以在不像醫院的居家環境持續接受治療並同時去標籤化，使得病患能盡量趨近一般正常老人的生活模式，徹底落實Humanity。

(四) 整合資源，統籌運用

熊本大學醫院徹底實現大學醫院對社會健康促進的社會責任。由於他們的遠見，使得高齡化社會不再是個令人恐懼的議題。在熊本模式中，老人得以受到完善的照顧，並能在最適合他們的最後的家安享晚年。

二、政府資源：

本次日本會議暨參訪過程中，與當地失智醫療照護專家暨政府官員、同行的跨團隊成員間之雙向報告與討論交流中，明確定位執行過程時之運作模式等重要因素，是醫療介入長期與老年照護成功之鑰，除了上述演講與討論外，大會亦安排醫院與長期照護雙軌跡同步之旅，實際走訪單位，讓與會者有機會瞭解當地的醫療環境與實務。整體來說，日本長期照護基本的物質生活品質平均稍高於台灣，其中，印象深刻的是每每機構除了人性化溫馨照護與個別性活動設計外，皆有寵物療法介入，老人隨時與牠們互動，營造生活樂趣及心靈慰藉的需求，相當用心。但在整體照護品質維護與評鑑制度，不盡然全面進步於台灣，但是，人本關懷元

素在醫護的軟硬體相當落實，值得學習與借鏡，我們應該思考如何根據病人的文化背景，提供更適切的醫護，而非堅持既有組織架構與系統過程常規，在不傷害原則之下，協助找到供需二方平衡的醫護模式，是雙贏良方。

三、效益評估：

(一) 內部效益

藉由國外照護機構的參訪及與日本政府機構的交流討論，讓日後在失智症照護政策的擬定上能有多元化的方針及思考，更具有國際觀；另初次與成大失智症中心人員共同參訪日本失智症相關醫療及照護，開啟政府機關與醫療機構合作交流的模式，由彼此不同的角度及立場去交流討論，為未來合作的方式奠定基礎，實屬可貴。

(二) 外部效益

- 1、本市目前共計 50 家護理之家，衛生局每年將對該機構進行督導考核 1 次，每 3 年則由衛生署進行 1 次評鑑，此參訪觀摩到日本多元的照護品質及內容，將在每年的督導考核中，輔導機構落實執行，以加強機構的照護品質。
- 2、日本政府在社會福利的推展上，除了須在財政上的支援外，更重要的是教育國民的意識型態及價值觀，讓對從事社會福利事業之人員提昇社會地位，引導年輕一代的新血有意加入社會福利服務的行列。此次參訪後，亦將失智症的宣導列入社區宣導計畫中，喚起國人早期預防的意識，以及加強國人對失智症的重視，趕快加入對抗失智症及協助對失智症者的照顧工作，儘早提供醫療及社會支援的服務。

四、建議與學習：

(一) 建立政府機構與醫療機構合作交流平台

賴市長政見「溫暖大台南-運用社區力量提供老人照護服務」，雖然市府財政困難、資源有限，但本市醫療資源充沛，有二大醫學中心引領本市的醫療專業，以及其他七家區域醫院提供市民醫療服務，此次參訪除交流學習及促進情誼之外，也期許醫療院所除了看診之外，能與市長政見結合，對失智症患者提供更廣泛的醫療服務。

(二) 增進民眾對失智症之認識並尋求醫療協助。

目前台灣失智症患者已經超過17萬人，絕大多數之個案隱藏在社區中未被發現與治療，目前尚無藥物能完成全治療或阻止失智症惡化，但卻可早期

發現、早期治療，延緩退化速度，因此預防失智已刻不容緩。希望藉由失智症宣導活動，提昇民眾對失智症之認識，並喚起國人早期預防的意識，以及加強國人對失智症的重視，趕快加入對抗失智症及協助對失智症者的照顧工作，儘早提供醫療及社會支援的服務。

（三）提升長期照護機構之照護品質

日本的介護保險，將被照護者等級分成：要支援 1~2 及要介護 1~5，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、地域緊密結合型特定設施入住者生活看護..等等，反觀我國的長期照護機構，仍承襲醫院病房室的設計，非常機構化及制式化，無法因人而異提供多元的服務內容，對老人來說，不論失能的等級為何，皆提供相同的空間和服務內容，照護品質並不十分恰當。

未來每年對機構進行督導考核時，將會針對機構的照護品質做考核，以督促機構提供更人性化的照顧及多元化的服務。