

△ 創新高齡友善與 △ 長期照護發展 △ 學術研討會

2022

【研討會手冊】

A組

創新研究成果發表類(口頭報告)

B組

創新研究計畫成果發表類(海報展)

C組

創新實習成果發表類(海報展)

時間/ 111年3月12日

地點/ 馬偕醫學院第二教研大樓
四樓遠距暨示範教學中心

主辦單位/

馬偕醫學院長期照護研究所
社團法人台灣老人保健學會



智慧長照，你我創新 ● 長久幸福，照亮未來

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會

中華民國 111 年 3 月

目 錄(Contents)

一、馬偕醫學院校長致歡迎詞 -----	1
二、主辦單位致歡迎詞 -----	2
三、研討會議程 -----	3
四、防疫宣導 -----	4
五、發表介紹 -----	5
A 組：創新研究成果發表類(口頭報告) -----	5
(1)步行介入對輕度認知功能障礙者認知功能之影響:系統性回顧及統合分析	6
林嘉琪、鄭方瑜	
Effects of Walking Intervention on Cognitive Functions in Individuals with Mild Cognitive Impairment : A Systematic Review and Meta-Analysis	
Jia-Chi Lin, Fang-Yu Cheng	
(2)使用居家復能服務之成效-以台北為例 -----	50
任大偉、張元玫	
Effectiveness of Home-based Reablement : Taipei City	
Da-Wei Ren, Yuanmay Chang	
(3)印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗 -----	67
楊巧如、葉明莉	
The Lived Experience of Caring Older Adults with Dementia by Indonesian Domestic Helpers	
Chiao-Ju Yang, Min-Li Yeh	
(4)居家安寧主要照顧者的靈性需求及其相關因素 -----	88
吳宜庭、葉淑惠	
The Spiritual Needs and the Related Factors Among the Primary Caregivers with Hospice Home Care	
Yi-Ting Wu, Shu-Hui Yeh	
(5)多元照顧中心經營模式之可行性與推動策略 -----	120
林中虎、申永順、葉淑惠	
Feasibility and Promotion Strategies of Business Models of Multiple Functional Care Centers	
Chung-Hu Lin , Yung-Shuen Shen, Shu-Hui Yeh	
(6)台灣社區不同慢性病高齡者在功能性體適能、認知功能、憂鬱狀態與生活品質之差異 -----	154
邱亦涵、楊崑德、黃國欽、林芷羽、葉淑惠	
Functional Fitness, Cognitive Function and Life Satisfaction among the Community-Dwelling	

Elders with Different Chronic Diseases in Taiwan

Chiu Yi-Han , Yang Kuender D, Huang Kuo-Chin , Lin Jr-Yu , Yeh Shu-Hui

- (7)就醫提問單對癌症末期病人的資訊需求、有用性、滿意度及焦慮之成效：
統合分析 ----- 177

李怡慧、葉淑惠

Effects of the Question Prompt List on Information Needs, Usefulness, Satisfaction, and
Anxiety among the Terminal Cancer Patients: Meta-Analysis

Yi-Hui Lee, Shu-Hui Yeh

B 組：創新研究計畫成果發表類(海報展示) ----- 198

- (1)評估北歐式健走杖運動訓練對衰弱老年人身體活動功能的影響 ----- 198

余秋月、林金定

The effects of Nordic Walking Training on the Functional Mobility of the Frail Elderly

Chiu-Yueh Yu , Jin-Ding Lin

- (2)臺北市住宿式長期照顧機構收托費用之研究： 區域、規模、屬性與醫療
資源相關性分析 ----- 200

林淑芬、林金定

A Study on Care Cost of Residential LTC Facilities in Taipei City: Analyses of its Relations
with Geographical Area, Size, Ownership and Medical Resource

Sue-Feng Lin , Jin-Ding Lin

- (3)長期照顧機構工作人員經歷 COVID-19 疫情工作調適之研究 ----- 202

張佳齡、林金定

An Exploratory Study on Work of the Employee who Experienced COVID-19 Pandemic in a
Long-term Care Institution

Chia-Ling Chang , Jin-Ding Lin

- (4)高中生參與親老社團提升與長者代間互動成效評估：以長照機構人員與輔
導教師觀點分析 ----- 204

張瑋珊、林金定

Effectiveness of Pro-elderly Club on Increasing Intergenerational Interactions of High School
Students : Perspectives of Caregivers and School Teachers

Wei-Shan Chang , Jin-Ding Lin

- (5)老人福利機構工作人員嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）健康識能與個
案照顧意願之相關性研究 ----- 206

余家榮、林金定

Health Literacy about Covid-19 and Its Associations with Willing to Care among Employees in
Senior Citizens' Welfare Institutions

Jia-Rong Yu , Jin-Ding Lin

- (6)運用復元理論於初發腦中風病人接受醫院急性後期醫療整合照顧之歷程研究----- 208
黃冠儒、林金定
The Experience of the Post-acute Care for First-onset Stroke Patients based on the Recovery Model
Kuan-Ju Huang , Jin-Ding Lin
- (7)芳香療法合併運動對機構老人膝關節疼痛之成效 ----- 210
汪佳瑩、鄭方瑜
The Effect of Aromatherapy Combined with Exercise on Knee Pain of the Elderly in Institutions
Chai-Ying Wang , Fang-Yu Cheng
- (8)長照機構照護人員在 COVID-19 疫情期間的職場疲勞及憂鬱風險研究- 212
沈樺飛、林金定
The Study on Occupational Burnout and Depression Risk of Caregivers Working in Long-term Care Facilities during the COVID-19 Pandemic
Hua-Fei Shen , Jin-Ding Lin
- (9)新冠肺炎疫情對社區獨居老人健康生活型態的衝擊與調適之研究----- 214
吳虹儀、林金定
An Exploratory Study of the Impact and Adjustment to the COVID-19 Epidemic on the Healthy Lifestyle of the Older People Living Alone in the Community
Hung-Yi Wu , Jin-Ding Lin
- (10) 影響思覺失調症患者社會功能與復元之相關因素-以康復之家與社區家園為例 ----- 216
王惠綾、張元玫
Factors associated with Social Function and Recovery in Patients with Schizophrenia :
Examples of Half-way Houses and Supportive Houses
Huiling Wang , Yuanmay Chang
- (11) 照顧者居間運動介入對護理之家中風患者功能性表現之成效－以照顧服務員的角度出發 ----- 218
楊博恩、鄭方瑜
Effects of Caregiver-mediated Exercise on Functional Performance in Individuals with Stroke in Nursing Home from the Perspective of Nursing Assistants
Po-En Yang , Fang-Yu Cheng
- (12) 不同形式的雙重任務對有跌倒經驗的老年人雙重任務步態的影響----- 220
黃智裕、鄭方瑜
Effect of Different Dual Tasks on Dual Task Gait in Elderly with Fall Experience
Zhi-Yu Huang , Fang-Yu Cheng
- (13) 認知休閒活動對輕度認知障礙長者認知功能及憂鬱狀況之成效----- 222
盧宥蓁、鄭方瑜
Effect of Cognitive Leisure Activity on Cognitive Function and Depression in Older Adults

with Mild Cognitive Impairment
You-Zhen Lu , Fang-Yu Cheng

- (14) 身心障礙學童照顧者對長照 2.0 陪同就醫與陪同外出服務需求與困境之研究 ----- 224
黃淑菁、林金定
A Study on the Needs and Difficulties to Use the Accompanying Medical and Out-of-home Services within Long-term Care 2.0 among School-age Disabled Persons
Shu-Ching Huang, Jin-Ding Lin
- (15) 智能障礙者失智狀況對機構照顧者負荷之影響 ----- 226
蔡孟淳、鄭方瑜
The Impact Of Dementia Status On Caregiving Burden Of Institutional Caregivers of People With Intellectual Disabilities
Meng-Chuen Tsai , Fang-Yu Cheng
- (16) 居家失智個案應用綠色照護的歷程探討 ----- 228
黃郁丰、黃耀榮
A Progressive Study on the Application of Green Care for Demented Case Dwelling at Home
Yu-Feng Huang, Yao-Rong Hwang
- (17) 認知活化方案對高齡認知障礙者的認知功能之成效 ----- 230
吳書慧、葉明莉
The Effect of Cognitive Activation Program on Improving Cognitive Function among Older Adults with Cognitive Impairment
Shu-Hui Wu , Min-Li Yeh
- C 組：創新實習成果發表類(海報展示) ----- 232**
- (1) 長照～好厝邊 服務最優先 ----- 232
黃俊彥
- (2) 居家式服務類長期照顧服務機構實習 ----- 234
曹姿琴
- (3) 長照 2.0 的靈魂人物 ----- 236
徐瑋伶
- (4) 攜手向前、長照更完善 ----- 238
余茜閔
- (5) 創造雙贏的長期照顧管理專員 ----- 240
蔡櫻茹
- (6) 您的辛苦我們知道，長照 2.0 整合照護需求 ----- 242
林佳蓁
- (7) 長照整合服務守門員－長期照顧管理中心 ----- 244
侯屹霞
- (8) 台北市照管中心執行現況－談長期照顧 2.0 之 R. I. S. K ----- 246
張楚芳

(9)長期照護團隊穩健發展因素之探討 -----	248
陳紫瑜	
(10) 照顧服務員工作情緒及其對工作結果之影響 -----	250
林靜儀	
(11) 團隊合作~盡心盡力為了您 -----	252
林素蘭	
(12) 服務到你家-社區整體照顧體系 -----	254
李霞	
(13) 新北市私立聯順居家式服務類長期照顧服務機構-樹林辦公室 -----	256
黃郁芬	
(14) 長照專業協助：提供資訊與服務 -----	258
陳語柔	
(15) 由照顧管理專員家訪經驗看長期照顧—以台北市文山區為例 -----	260
黃郁丰	
(16) 雙北長照運作模式異同之我見 -----	262
黃靜芳	
(17) 「長輩開心・晚輩放心」秋霖園老人多元照顧中心 -----	264
蘇郁玲	
(18) 台北市照管中心實習見聞筆記與心得 -----	266
謝懷陞	
(19) 我見長照學術與實務相呼應之實習心得 -----	268
劉美齡	

一、馬偕醫學院校長致歡迎詞



馬偕醫學院李居仁 校長

首先，歡迎參加馬偕醫學院長期照護研究所與社團法人台灣老人保健學會共同主辦「2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會」。

本校長期照護研究所旨在培養長期照護各領域之專業人員，使之具有從事長期照護相關之理論與實務專業能力。期望未來畢業生成為長照專業之領導者、機構經營與管理者、照護專業人員、服務諮商與協調者、個案管理者及政策參與者及學術研究者等。透過今年度的學術研討會，具體呈現碩士班研究生在「創新研究成果發表」、「創新研究計畫成果發表」、「創新實習成果發表」三類的學習成果，並增進觀摩學習。

馬偕醫學院以延續馬偕精神和培養兼具愛心與服務熱忱之專業人員、同時提升醫學人文教育及增進學習效能、均衡醫療資源並照顧弱勢族群、擴展國際觀與協助醫療外交為日後推動教學業務之圭臬。期許與會的研究者也能秉持著馬偕博士精神「寧願燒盡，不願鏽壞」之精神延續傳承，為民眾的健康福祉努力。

二、主辦單位致歡迎詞



馬偕醫學院長期照護研究所
林金定 教授兼所長



社團法人台灣老人保健學會
朱偉仁理事長

隨著社會人口老化及少子化，失能人口增加，長期照護受到普遍的重視。如何滿足民眾長期照護服務的需求乃是社會重要的議題，而培育優質的長期照護專業人才是提供高品質服務的基礎。透過舉辦學術研討會，兼具理論與實務的交流，以提升長期照護專業人員的知能。

今年度馬偕醫學院長期照護研究所與社團法人台灣老人保健學會首度共同主辦「2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會」，規劃三大類別：「創新研究成果發表類」、「創新研究計畫成果發表類」、「創新實習成果發表類」，主要以碩士論文的學術成果、碩士論文計畫、跨領域長期照護專業實習三大主軸為基礎，展現碩士班研究生創新的研究思維，融合理論與實務的發展，期許建構以實證為導向的創新長期照護學習，以培育具有宏觀視野的專業人才，投入長期照護產業服務。

三、研討會議程

時間	議程			
	內容	發表人	主持人	評審委員
8:50~9:00	B 組報到			
9:00~10:30	B 組【創新研究計畫成果發表類】	海報發表者	葉明莉副教授	葉淑惠教授 張元玫副教授 鄭方瑜副教授
10:30~10:40	C 組報到			
10:40~11:40	C 組【創新實習成果發表類】	海報發表者	鄭方瑜副教授	葉淑惠教授 林桑伊教授 葉明莉副教授
11:50~12:00	B 組、C 組頒獎		林金定教授	
12:00~12:50	午餐休息			
12:50~13:00	A 組報到			
13:00~13:10	【開幕式、致詞】 A 組【創新研究成果發表類】論文口頭報告		林金定教授	
13:10~13:40	論文(1)步行介入對輕度認知功能障礙者認知功能之影響：系統性回顧及統合分析	林嘉琪	葉淑惠教授	葉明莉副教授 張元玫副教授 鄭方瑜副教授
13:40~14:10	論文(2)使用居家復能服務之成效-以台北為例	任大偉	葉淑惠教授	
14:10~14:40	論文(3)印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗	楊巧如	葉淑惠教授	
14:40~14:50	中場休息			
14:50~15:20	論文(4)居家安寧主要照顧者的靈性需求及其相關因素	吳宜庭	林桑伊教授	葉明莉副教授 張元玫副教授 鄭方瑜副教授
15:20~15:50	論文(5)多元照顧中心經營模式之可行性與推動策略	林中虎	林桑伊教授	
15:50~16:20	論文(6)台灣社區不同慢性病高齡者在功能性體適能、認知功能、憂鬱狀態與生活品質之差異	邱亦涵	林桑伊教授	
16:20~16:50	論文(7)就醫提問單對癌症末期病人的資訊需求、有用性、滿意度及焦慮之成效：統合分析	李怡慧	林桑伊教授	
16:50~17:20	中場休息(A 組成績計算)			
17:20~	【閉幕式、頒獎】		林金定教授	

四、防疫宣導

2020.02.20 製圖

關鍵防疫時刻 共同守護校園健康

勤洗手

減少觸摸眼口鼻
保持手部乾淨

吃東西前、上廁所後、玩遊戲後，
出入醫療院所及公共場所前後，
咳嗽打噴嚏後，都應確實肥皂洗手，
並減少觸摸眼口鼻。

衛生禮節

注意呼吸道衛生
並遵守咳嗽禮節

打噴嚏、咳嗽需掩住口、鼻，
擤鼻涕及咳嗽後要洗手，保持良好衛生習慣。

主動告知

身體不適應主動告知
儘速就醫並在家休息

到校前 應確認身體健康狀況，有發燒、咳嗽
或非過敏性流鼻水等呼吸道症狀及身
體不適者，應主動告知學校，儘速就
醫並在家休息。

到校後 出現症狀，將由學校協助安置同學，
並聯繫家長。

*上述狀況請假不影響出缺勤

個人衛生習慣主動做起 保護自己也守護他人

創新研究成果發表類 A組：

步行介入對輕度認知功能障礙者認知功能之影響:系統性回顧及統合分析

林嘉琪¹, 鄭方瑜^{1*}

¹馬偕醫學院長期照護研究所

*通訊地址：新北市三芝區中正路三段 46 號

E-mail: fycheng@mmc.edu.tw

背景及目的：我國人口老化快速，輕度認知功能障礙人口亦隨之增加，雖然輕度認知功能障礙不足以影響到日常生活功能，但會造成認知下降、姿勢穩定性降低和緩慢的步行速度，先前研究表示若輕度認知功能障礙者定期接受常規運動，能改善認知及步行速度，步行是一項低技術的運動，且被證實可以改善一般老年人的認知，然而，目前尚未有統合分析或系統性回顧研究探討步行對輕度認知功能障礙者認知功能的成效，故本研究旨為採用系統性回顧和統合分析方式來探討步行介入對於輕度認知功能障礙者認知功能的改善成效。方法：本研究採用系統性回顧及統合分析，於八個電子資料庫進行檢索，納入 2008 年至 2021 年的隨機控制試驗。納入的文章使用皮卓量表及第二版偏差風險評估工具分析及 Review Manager 5.4 軟體進行統合分析。評估的面向包含認知功能和運動耐力。結果：本研究納入 12 篇文獻進行系統性回顧和統合分析，文章品質介於良好到優良間，統合分析結果顯示，輕度認知功能障礙者經過步行介入後於認知功能皆無改善效果，而在六分鐘步行測試（Mean Difference [MD] = 29.25, 95% Confidence Interval [CI]: 14.11 ~ 44.39, $p=0.0002$ ），有顯著的改善效果。結論：本研究融合 12 篇隨機控制試驗文獻統合分析結果顯示步行介入對於輕度認知功能障礙者認知無顯著性的改善效果。

關鍵字：步行、輕度認知功能障礙、認知功能

步行介入對輕度認知功能障礙者認知功能之影響:系統性回顧及統合分析 Effects of Walking Intervention on Cognitive Functions in Individuals With Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis

林嘉琪、鄭方瑜

Jia-Chi Lin, Fang-Yu Cheng

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

摘要 ABSTRACT

背景及目的：我國人口老化快速，輕度認知功能障礙人口亦隨之增加，雖然輕度認知功能障礙不足以影響到日常生活功能，但會造成認知下降、姿勢穩定性降低及緩慢的步行速度，先前研究表示若輕度認知功能障礙者定期接受常規運動，能改善認知及步行速度，步行是一項低技術的運動，且被證實可以改善一般老年人的認知，然而，目前尚未有統合分析或系統性回顧研究探討步行對輕度認知功能障礙者認知功能的成效，故本研究旨在採用系統性回顧和統合分析方式來探討步行介入對於輕度認知功能障礙者認知功能的改善成效。**方法：**本研究採用系統性回顧及統合分析，於八個電子資料庫進行檢索，納入2008年至2021年的隨機控制試驗。納入的文章使用皮里亞及第二版偏倚風險評估工具分析之Review Manager 5.4軟體進行統合分析。評估的面向包含認知功能和運動耐力。結果：本研究納入12篇文獻進行系統性回顧和統合分析，文章品質介於良好到優良間，統合分析結果顯示，輕度認知功能障礙者經過步行介入後其認知功能無顯著改善效果，而在六分鐘步行測試 (Mean Difference [MD] = 29.25, 95% Confidence Interval [CI]: 14.11 - 44.39, $p=0.0002$)，有顯著的改善效果。結論：本研究整合12篇隨機控制試驗文獻統合分析結果顯示步行介入對於輕度認知功能障礙者認知功能無顯著性的改善效果。

研究背景 BACKGROUND

依據內政部統計處民國109年5月之統計資料顯示，台灣65歲以上高齡人口達3,685,306人(內政部, 2020)，我國於2018年3月底達到總人口數的14.05%，轉為「高齡社會」，推估將於2026年老年人口比率超過20%，開始進入「超高齡社會」(國家發展委員會, 2018)。

近年來我國人口快速老化，失智症人口亦隨之增加，依據台灣失智症協會調查資料顯示，民國108年12月底台灣失智症人口數已達28萬人，民國100年衛生福利部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果顯示65歲以上老人中，其輕度認知功能障礙(Mild Cognitive Impairment, MCI)有654,971人，占總人口數的18.16%；失智症有280,783人，占總人口數的7.78%，也就是說65歲以上的老人每12人即有1位失智者，而80歲以上的老人則每5人即有1位失智者(台灣失智症協會, 2020)，每3秒可診斷出一個新的失智症，估計目前全球有超過 5500 萬人患有失智症，預計到2030年和2050年，這一數字將分別增至7800萬和1.39億。失智症的全球成本預計到2030年也將從1.3萬億美元增加至2.8萬億美元(Alzheimer Disease International, 2021)。

輕度認知功能障礙是介於正常衰老認知和失智之間的臨床情況，且其認知障礙程度較其同年齡的認知衰退高，但不足以嚴重影響到日常功能(Petersen et al., 2001; Sanford, 2017)。輕度認知功能障礙衰退的認知領域包含學習及記憶、社交功能、語言、視覺空間功能、複雜注意力或執行功能均可能受到影響(Sachdev et al., 2014)，且研究指出輕度認知功能障礙者與健康者相比，其一般和快速步行的速度均顯著較慢(Knapstad et al., 2019)，輕度認知功能障礙者認知及步行速度皆有影響，如果輕度認知功能障礙發展為失智症則會造成更大的損傷，因此如何預防並降低失智症的患病率及成本是一個重要的議題。

先前研究證實若輕度認知功能障礙者能定期接受常規運動，能改善認知及步行速度，Song和Yu學者於2019年對60歲以上的老年人進行中等強度有氧運動介入，此研究有實驗組60人及對照組60人，實驗組共進行16週、每週3次、每次60分鐘的中等強度有氧運動，對照組為健康教育，研究結果顯示實驗組的受試者在蒙特利爾認知評估(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)的表現有顯著提高(Song & Yu, 2019)，Lee等學者於2019年對60歲以上的老年人進行中等強度有氧運動介入，此研究有實驗組33人及對照組32人，實驗組共進行8週、每週1次、每次60至80分鐘的多任務運動(伸展運動、肌肉強化、平衡運動、有氧運動、雙重任務和多任務運動)，研究結果顯示實驗組的受試者在5公尺步行速度的表現有顯著提高(Lee et al., 2019)。

改善輕度認知功能障礙者認知及步行的介入方式有很多，包括：傳統物理治療、有氧運動、阻力訓練、平衡運動、八段錦運動、多模式運動(Bae et al., 2019; Tao et al., 2020; Hagovská & Olekszyová, 2016; Lee et al., 2019; Song & Yu, 2019; Tao et al., 2019; Yoon et al., 2018)，先前研究都有一定的療效，但運動過程當中常受到環境或器材等條件的影響而造成運動中斷，讓好不容易養成的規律運動因外在因素而功敗垂成。步行是一種有氣運動，看似是一項低技術的運動，不需要太多注意，然而，實際上步行是一項複雜的任務，需要在各種相互作用的神經元素系統之間進行微妙的平衡(Snijders et al., 2007)，在一定時間內持續執行「步行」不僅平衡能得到提升，亦會與認知功能有相關性，研究顯示，步行運動簡單易執行，加上低成本的優點，因此在研究上被廣泛使用，然而其步行對輕度認知功能障礙者之認知效果目前尚未有統一的定論。

綜合過去研究顯示，步行對於一般老年人、有跌倒風險者、中風老年人都有正向效果，且為安全的介入方式(Karttunen et al., 2015; Ogawa et al., 2020; Okamoto et al., 2019)，目前尚未有統合分析或系統性回顧研究探討步行對輕度認知功能障礙者認知功能的影響，因此本研究旨在採用系統性回顧和統合分析方式來探討步行介入對於輕度認知功能障礙者認知功能的改善效果。

研究方法 METHODS

本研究採用系統性回顧及統合分析，以PICOS建立中文與英文關鍵字，詳見PICOS模式，如表1，於八個電子資料庫 (MEDLINE、PubMed、SPORTDiscus、Cochrane Library、CINAHL、Web of Science、Airit Library 華藝線上圖書館 (CEPS 臺灣網) 和臺灣博碩士論文知識加值系統) 進行檢索，納入2008年至2021年的以中文或英文發表之隨機控制試驗文獻，納入對象為輕度認知功能障礙者，介入以步行或快走運動，排除系統性文獻回顧、非實驗性文獻重複發表文章與。納入的文章使用皮里亞及第二版偏倚風險評估工具分析之Review Manager 5.4軟體進行統合分析。評估的面向包含認知功能(蒙特利爾認知評估、阿茲海默症評估量表一認知、路徑指測驗 B 部分、A 部分、費利斯卡普蘭執行功能系統、戈德曼色測驗、雷布克測驗、語言學習測驗與加州語言學習測驗第二版)和運動耐力(六分鐘步行測試)。本研究統合分析根據系統性文獻回顧和統合分析 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, PRISMA) 聲明內容撰寫，並在PROSPERO註冊 (註冊號: CRD42021283753)。

表 1. PICOS 模式

項目	內容
病人 (Patient)	輕度認知功能障礙者
介入 (Intervention)	行走或快走
對照 (Comparison)	低強度活動或維持日常生活
結果 (Outcome)	認知評估
研究類型 (Study Type)	隨機控制試驗

研究結果 RESULTS

本研究共搜尋八個電子資料庫，文獻檢索過程詳見PRISMA 資料檢索流程圖，如圖1，其研究品質PEDro量表平均分為6.58分(文獻品質為良好)，分數範圍在5至10分，第二版偏倚風險評估工具評估文章品質屬中等以上，詳見偏倚風險評估結果及納入研究之偏倚風險百分比，如圖2與圖3，本結果顯示步行介入對於輕度認知功能障礙者認知功能無顯著性的改善效果，故僅呈現一項整體認知方面之蒙特利爾認知評估，如圖4，另外在運動耐力方面之六分鐘步行測試有顯著的改善效果，如圖5。

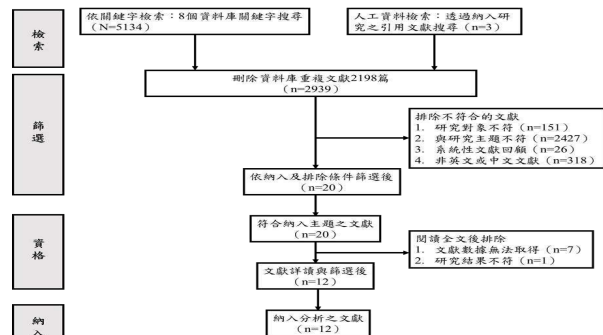


圖 1. PRISMA 資料檢索流程圖

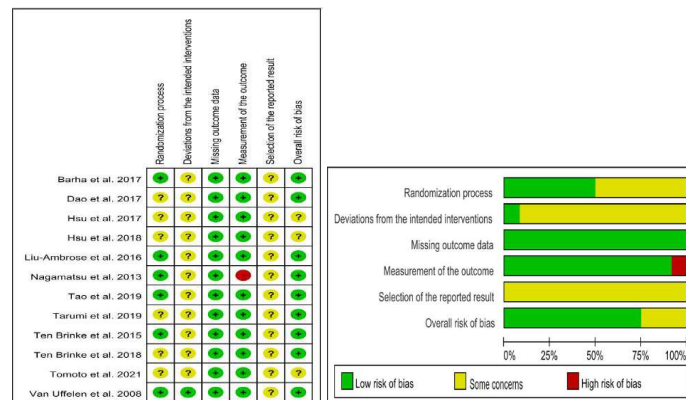


圖 2. 偏倚風險評估結果

圖 3. 納入研究之偏倚風險百分比

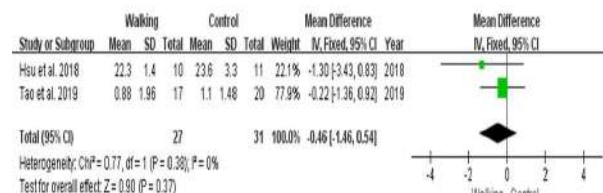


圖 4. 步行介入對輕度認知功能障礙者蒙特利爾認知評估 (MoCA) 之分析結果森林圖

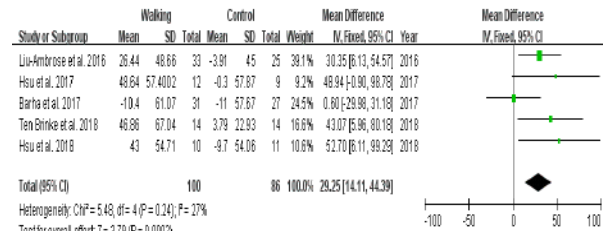


圖 5. 步行介入對輕度認知功能障礙者六分鐘步行測試 (6MWT) 之分析結果森林圖

結論 CONCLUSION

我們根據統合分析的結果發現步行運動對於輕度認知功能障礙者之認知功能可能無顯著成效，但對運動耐力之六分鐘步行測試有顯著提升，考慮到步行運動的頻率、強度及時間的差異，以及納入研究的文獻數量與本數的限制，因此僅能初步解釋研究結果，需要使用更嚴格設計的運動方案進行更大規模的試驗，已得出更具體和準確的結論。

步行介入對輕度認知功能障礙者認知功能之影響：系統性回顧及統合分析

Effects of Walking Intervention on Cognitive Functions in Individuals With Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis

發表人：林嘉琪

指導教授：鄭方瑜 副教授



馬偕醫學院

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會

現職與主要學經歷

- 馬偕醫學院長期照護研究所 碩士

成果發表記錄

- 林嘉琪（2020）．新冠肺炎對長期照護機構之影響．臺灣老人保健學刊，16（1&2），48-59．



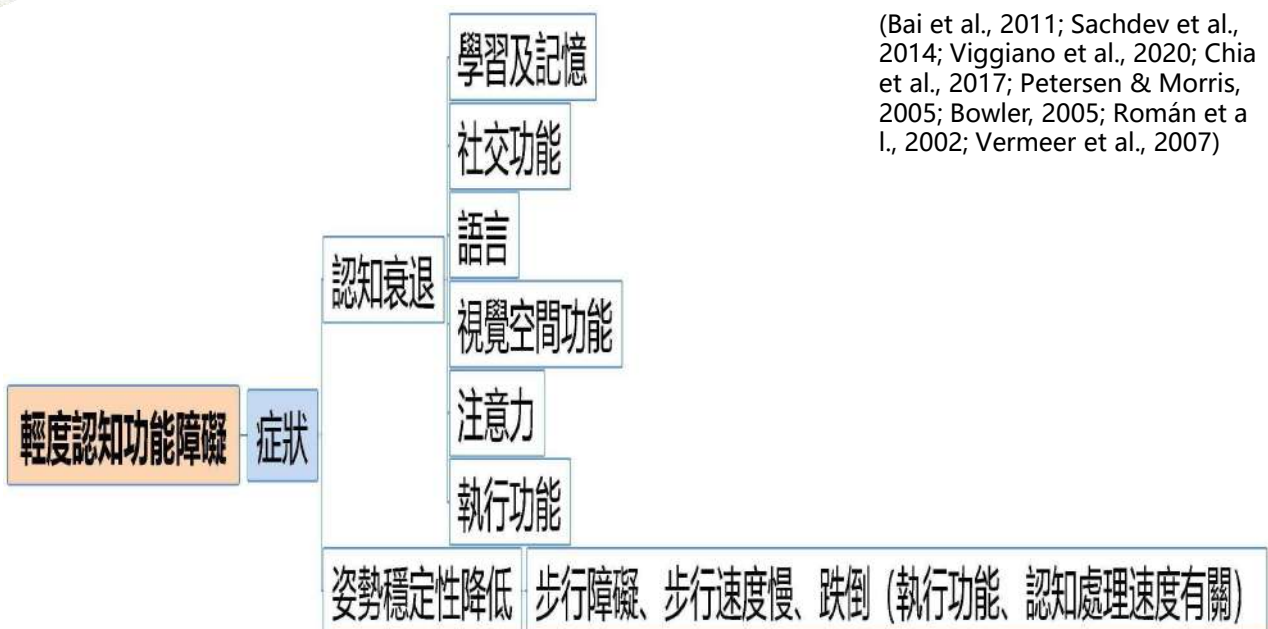
馬偕醫學院

高齡社會與輕度認知功能障礙

- 台灣65歲以上高齡人口於2018年3月底達到總人口數的**14.05%**，轉為「**高齡社會**」，推估將於2026年老年人口比率超過20%，開始進入「**超高齡社會**」(國家發展委員會，2018)。
- 近年來我國人口**快速老化**，**失智症人口亦隨之增加**，民國100年失智症流行病學調查結果顯示**65歲以上老人中**，其**輕度認知功能障礙**有654,971人，占總人口數的**18.16%** (台灣失智症協會，2020)。

3

輕度認知功能障礙



4

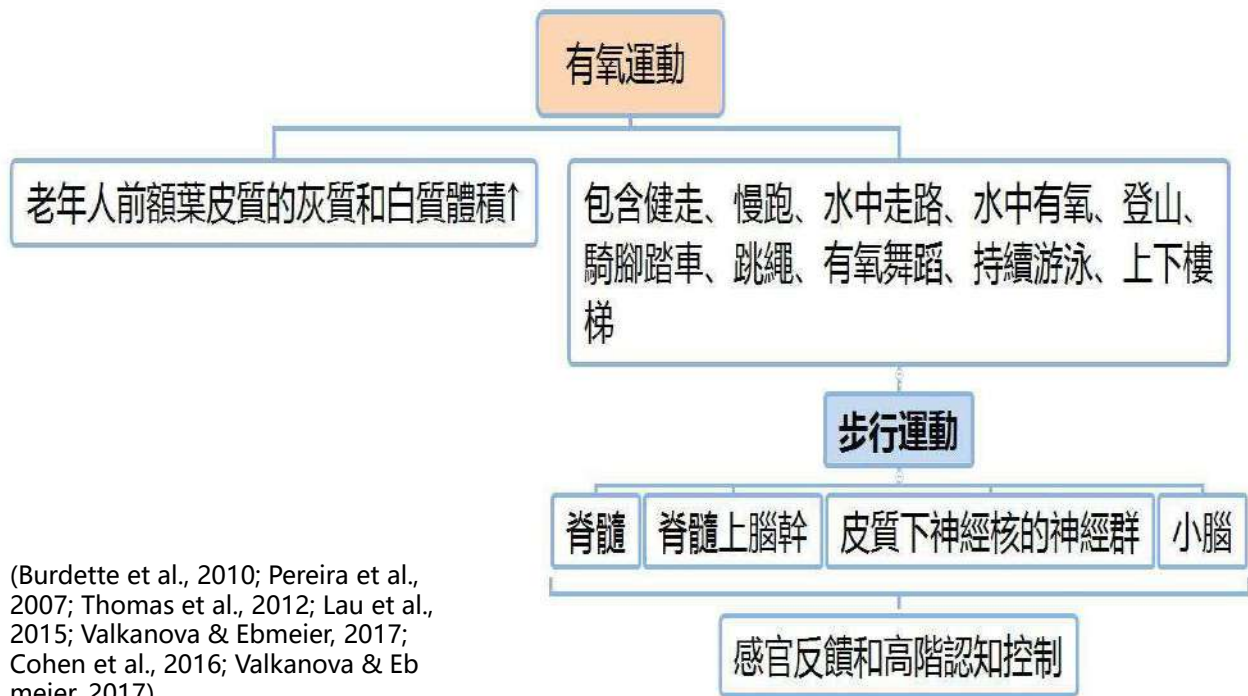
運動對輕度認知障礙者認知的成效

年代/作者	族群/樣本數	運動介入	顯著成效
2019年 Song和Yu學者	實驗組：60人 對照組：60人	進行16週 每週3次，每次60分鐘 實驗組：中等強度有氧踏步運動 對照組：健康教育計劃	蒙特利爾認知評估↑
2018年 Shimada等學者	實驗組154人 對照組154人	進行40週 每週1次，每次90分鐘 實驗組：聯合活動（有氧運動、肌肉力量訓練、姿勢平衡訓練和雙重任務訓練） 對照組：參加健康促進課程	簡易心智量表↑ 魏氏記憶量表第二版↑
2017年 Sungkarat等學者	實驗組：33人 對照組：33人	進行3週學習太極拳和12週在家練習 每週3次，50分鐘/次 實驗組：太極拳（十式太極） 對照組：維持其日常生活	記憶延遲回憶↑ 路徑描繪測驗↑
2019年 Langoni等學者	實驗組：26人 控制組：26人	進行6個月 每週至少執行3.5小時，每次45分鐘 實驗組：阻力訓練和有氧訓練（步行） 對照組：不開始任何類型的身體或認知活動	簡易心智量表↑

運動對輕度認知障礙者認知的成效

- 由上述可知不管針對輕度認知功能障礙進行有氧踏步運動、太極拳、多模式的運動、阻力訓練加有氧訓練都能改善輕度認知功能障礙者的認知功能。

步行運動



7

步行運動對輕度認知功能障礙者認知之成效

年代/作者	族群/樣本數	運動介入	顯著成效
2008年 Van Uffelen等學者	實驗組：71人 對照組：67人	進行1年 每週2次，每次1小時 實驗組：步行介入 對照組：低強度非有氧運動（放鬆、日常生活活動、平衡、靈活性和姿勢練習）	雷伊聽覺-語言學習測驗（無顯著增加） 數字符號替換測驗（無顯著增加）
2017年 Barha等學者	實驗組：31人 對照組：21人 （皮質下缺血性血管性認知障礙者）	進行6個月 每週3次，每次60分鐘 實驗組：戶外步行 對照組：常規護理加和健康飲食衛教	女性路徑描繪測驗有顯著下降↓ 蒙特利爾認知評估（無顯著改善） 阿茲海默症評估量表 - 認知（無顯著改善） 路徑描繪測驗（無顯著改善） 史楚普叫色測驗（無顯著改善）
2013年 Nagamatsu等學者	實驗組：24人 對照組：25人	進行6個月 每週2次，60分鐘/次 實驗組：步行運動 對照組：伸展運動、關節活動運動、平衡運動、放鬆技巧	雷伊聽覺-語言學習測驗（無顯著改善）

8

步行運動對輕度認知功能障礙者認知之成效

年代/作者	族群/樣本數	運動介入	顯著成效
2017年 Dao等學者	實驗組：11人 對照組：11人 (皮質下缺血性血管性認知障礙者)	進行6個月 每週3次，每次1小時 實驗組：戶外步行 對照組：常規護理加教育	阿茲海默症評估量表 - 認知 (無顯著增加) 路徑描繪測驗 (無顯著增加) 史楚普叫色測驗 (無顯著增加) 數字符號替換測驗 (無顯著增加)
2019年 Tao等學者	實驗組：17人 對照組：20人	進行24週 每週3次，每次60分鐘 實驗組：快走+健康教育 (每8週一次) 對照組：維持其日常生活+健康教育 (每8週一次)	蒙特利爾認知評估 (無顯著增加)
2015年 Ten Brinke等學者	實驗組：10人 對照組：11人 女性	進行6個月 每週2次，60分鐘/次 實驗組：步行運動 對照組：拉伸練習、運動範圍練習、功能平衡練習和放鬆技巧	雷伊聽覺-語言學習測驗 (無顯著改善)

9

步行運動對輕度認知功能障礙者認知之成效

年代/作者	族群/樣本數	運動介入	顯著成效
2019年 Tarumi等學者	實驗組：19人 控制組：26人 遺忘型輕度認知功能障礙者	進行12個月 每週3至5次，每次25至40分鐘 實驗組：步行 對照組：上下肢伸展	戴利斯-卡普蘭執行功能系統測試中的「字母流暢度分數」有顯著增加↑ 戴利斯-卡普蘭執行功能系統中的「顏色文字抑制和「類別流暢分數」 (無顯著改善) 加州語言學習測試第二版總分雖有提高但未達顯著差異 (無顯著改善)
2021年 Tomoto等學者	實驗組：19人 控制組：18人 遺忘型輕度認知功能障礙者	進行12個月 每週3至5次，每次25至40分鐘 實驗組：快走 對照組：上下肢伸展	戴利斯-卡普蘭執行功能系統測試中的「路徑描繪測驗」、「顏色文字抑制」和「類別流暢分數」雖有提高，但未達顯著差異 (無顯著改善) 加州語言學習測試第二版中「長延遲自由回憶」雖有提高，但未達顯著差異 (無顯著改善)
2018年 Hsu等學者	實驗組：10人 對照組：11人 皮質下缺血性血	進行6個月 實驗組：步行運動 (每週3次60分鐘/次) 對照組：常規照護及健康飲	蒙特利爾認知評估 (無顯著改善)

10

步行運動對輕度認知功能障礙者認知之成效

年代/作者	族群/樣本數	運動介入	顯著成效
2019年 Tarumi等 學者	實驗組：19人 控制組：26人 遺忘型輕度認知 功能障礙者	進行12個月 每週3至5次，每次25 至40分鐘 實驗組：步行 對照組：上下肢伸展	戴利斯-卡普蘭執行功能系統測試中的「字母 流暢度分數」有顯著增加↑ 戴利斯-卡普蘭執行功能系統中的「顏色文字 抑制和「類別流暢分數」（無顯著改善） 加州語言學習測試第二版總分雖有提高，但 未達顯著差異（無顯著改善）
2021年 Tomoto等 學者	實驗組：19人 控制組：18人 遺忘型輕度認知 功能障礙者	進行12個月 每週3至5次，每次25 至40分鐘 實驗組：快走 對照組：上下肢伸展	戴利斯-卡普蘭執行功能系統測試中的 「路徑描繪測驗」、「顏色文字抑制」和 「類別流暢分數」雖有提高，但未達顯著差 異（無顯著改善） 加州語言學習測試第二版中「長延遲自由回 憶」雖有提高，但未達顯著差異（無顯著改 善）
2018年 Hsu等學 者	實驗組：10人 對照組：11人 皮質下缺血性血 管性認知障礙者	進行6個月 實驗組：步行運動（每 週3次，60分鐘/次） 對照組：常規照護及健 康飲食教育（每月1次）	蒙特利爾認知評估（無顯著改善）

11

步行運動對輕度認知功能障礙者認知之成效

年代/作者	研究方法	運動介入	顯著成效
2016年 Zheng等學者	系統性回顧 及統合分析	有氧運動	蒙特利爾認知評估↑ 簡易心智量表↑ 立即回憶（Immediately Recall）↑ 延遲回憶（Delayed Recall）↑ 阿茲海默症評估量表 - 認知（無顯著改善） 注意力評估（無顯著改善） 路徑描繪測驗（無顯著改善）
2017年 Camisuli等 學者	系統性回顧	有氧運動	簡易心智量表有增加但未達顯著差異（無顯著改善） 史楚普叫色測驗（無顯著改善） 路徑描繪測驗（無顯著改善）
2021年 Yong 等學者	系統性回顧	有氧運動	蒙特利爾認知評估↑ 簡易心智量表↑

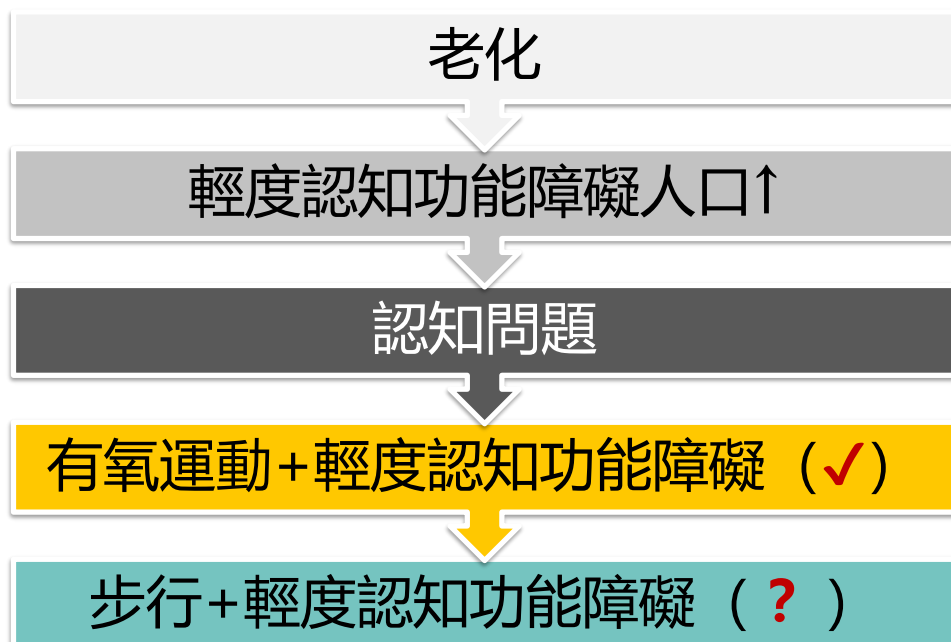
12

步行運動對輕度認知功能障礙者認知之成效

- 步行運動對老年人來說也是一種有氧運動，也是老年人常做的有氧運動，方便、不需特別器具及不受場地限制的一種有氧運動，但目前研究對於輕度認知障礙長者的認知功能成效有蠻多篇的，但是效果是不一的。
- 由上述可知有氧運動及包含在內的步行運動對輕度認知障礙長者的認知功能成效是有爭議的。

13

總結



14

研究目的

- 採用系統性回顧和統合分析方式來探討步行介入對於輕度認知功能障礙者認知功能的改善效果。

文獻搜尋策略 與篩選過程

確立研究問題

表 1. PICOS模式

項目	內容
病人 (Patient)	輕度認知功能障礙者
介入 (Intervention)	行走或快走
對照 (Comparision)	低強度活動或維持日常生活
結果 (Outcome)	認知評估
研究類型 (Study Type)	隨機控制試驗

17

納入及排除條件

納入條件：

- 研究類型：採隨機控制試驗。
- 研究對象：輕度認知功能障礙者（由神經科醫師診斷、以Petersen Criteria診斷、以及簡易心智量表得分 $\geq 24/30$ 和蒙特利爾認知評估得分 $< 26/30$ ）。
- 介入措施：以步行或快走的運動。
- 研究納入年代：2021年9月16日前發表之文獻。
- 文章發表語言：中文或英文。

排除條件：

- 系統性文獻回顧。
- 非實驗性文獻。
- **重複發表文章**，則以研究資料呈現最完整為主。

18

結果測量變項-主要評估項目 (認知)

整體認知	執行功能	語言學習	處理速度
<ul style="list-style-type: none"> • 蒙特利爾認知評估 (MoCA) ↑ • 阿茲海默症評估量表 - 認知 (ADAS-Cog) ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • 路徑描繪測驗 (TMT B-A) ↓ • 戴利斯-卡普蘭執行功能系統 (D-KEFS) ↑ • 史楚普叫色測驗 (Stroop Test) ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • 雷伊聽覺-語言學習測驗 (RAVLT) ↑ • 加州語言學習測試第二版 (CVLT-II) ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> • 數字符號替換測驗 (DSST) ↑

箭頭↑或↓：表示認知功能越好

19

評估工具-次要評估項目

運動耐力

- 六分鐘步行測試 (6MWT) ↑

箭頭↑或↓：表示認知功能越好

20

研究資料搜尋

- 本研究分別以**中文資料庫及英文資料庫**進行檢索，英文資料庫包含MEDLINE、PubMed、SPORTDiscus、Cochrane Library、CINAHL、Web of Science (WOS)；而中文資料庫包含Airiti Library華藝線上圖書館 (CEPS思博網) 和臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 本研究針對搜尋到全文文章後，若其參考文獻有被遺漏或沒有搜尋到，則以**人工查詢**方式補足，並對文獻中的相關參考文獻做進一步的搜尋。

21

研究資料搜尋

表 2. 醫學標題表 詞組 (MeSH Terms)

中文關鍵字	英文關鍵字、同義字	MeSH Terms
輕度認知功能障礙者	Mild Cognitive Impairment Mild Neurocognitive Disorders	Cognitive Dysfunction
行走	Walking Walking Exercise	Walking Exercise
快走	Brisk Walking	Walking

22

研究品質評估 人員

23

研究品質評估人員

- 本研究將所有資料庫檢索的文獻經由兩位評讀者獨立篩選，有任何分歧將通過第三位評讀者進行文獻評讀，由第三位評讀者決定文章的品質得分。
- 本研究採用皮卓量表（Physiotherapy Evidence Database, PEDro Scale）進行研究品質評估，而為了降低各種偏差的風險，增加第二版偏差風險評估工具（Version 2 of the Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials, RoB 2），作為文獻研究品質評選標準。

24

資料處理與分析方法

25

資料處理與分析方法

- 本研究使用Review Manager 5.4 套裝軟體進行數據統合分析，統計上的顯著差異訂定為 p 值 ≤ 0.05 。
- $I^2 > 50\%$ 的異質測試表示為中等至高異質性，因此，使用隨機效應模式（Random-Effect Model）。
- 異質性 $I^2 \leq 50\%$ 表示為極少至中等異質性，使用固定效應模式（Fix-Effect Model）。

26

研究設計與註冊

27

研究設計與註冊

- 本研究統合分析依據系統性文獻回顧和統合分析 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, **PRISMA**) 聲明內容書寫。
- 在PROSPERO註冊 (註冊號: CRD42021283753) 。

28

研究結果

29

搜尋結果與研究 篩選流程

30

PRISMA 資料檢索流程圖

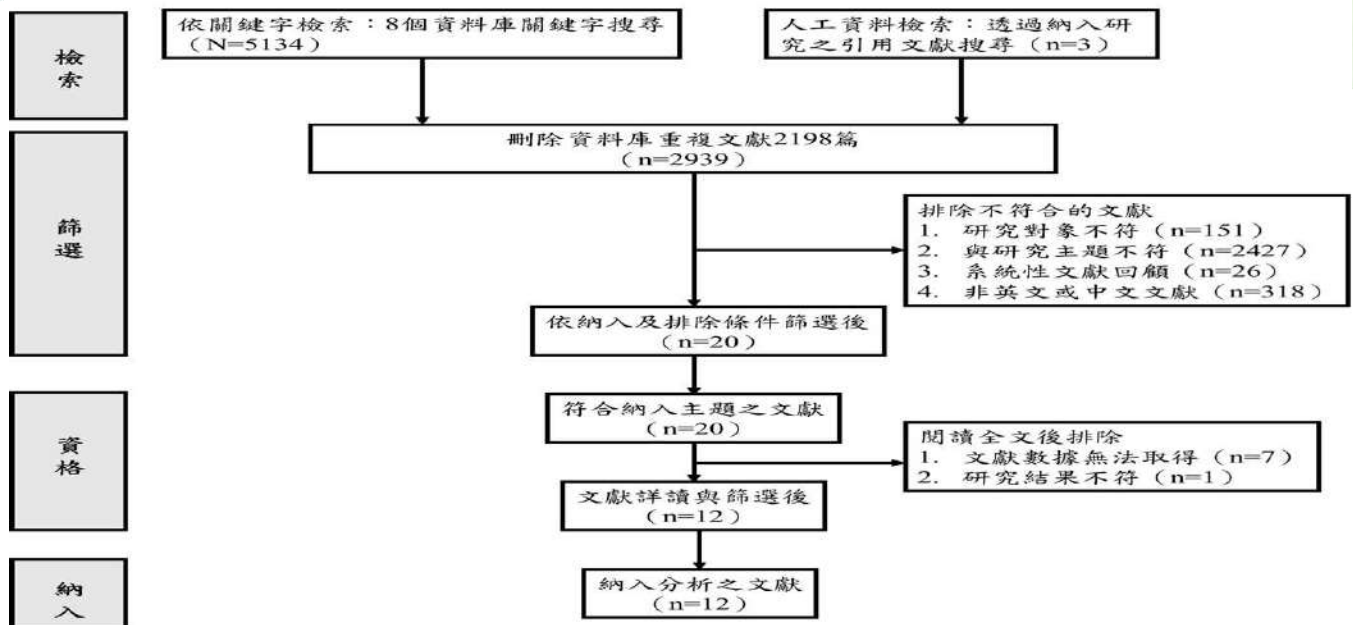


圖 1. PRISMA 資料檢索流程圖

31

分析納入文獻

32

分析納入文獻

- 本研究納入12篇隨機控制試驗。
- 文獻年份為2008年至2021年間發表。
- 共486位輕度認知功能障礙者（271人為步行介入組和258人為控制組採低強度活動或維持日常生活）。
- 研究地點加拿大佔8篇、美國佔2篇、荷蘭及中國各佔1篇。

33

分析納入文獻

- 每篇文章的樣本數介於21到138人。
- 平均年齡介於55歲至80歲。
- 實驗組的介入為步行，而對照組的介入內容包含低強度活動或維持日常生活。
- 研究中納入之文獻大部分介入頻率為每次25至60分鐘，每週2至5次，總介入時間為6個月至1年。

34

研究品質結果

35

偏差風險

	Randomization process	Deviations from the intended interventions	Missing outcome data	Measurement of the outcome	Selection of the reported result	Overall risk of bias
Barha et al. 2017	+	?	+	+	?	+
Dao et al. 2017	?	?	+	+	?	+
Hsu et al. 2017	?	?	+	+	?	?
Hsu et al. 2018	?	?	+	+	?	?
Liu-Ambrose et al. 2016	+	?	+	+	?	+
Nagamatsu et al. 2013	+	?	+	+	?	+
Tao et al. 2019	+	?	+	+	?	+
Tarumi et al. 2019	?	?	+	+	?	+
Ten Brinke et al. 2015	+	?	+	+	?	+
Ten Brinke et al. 2018	?	?	+	+	?	+
Tomoto et al. 2021	?	?	+	+	?	?
Van Uffelen et al. 2008	+	+	+	+	?	+

圖 2. 偏差風險評估結果

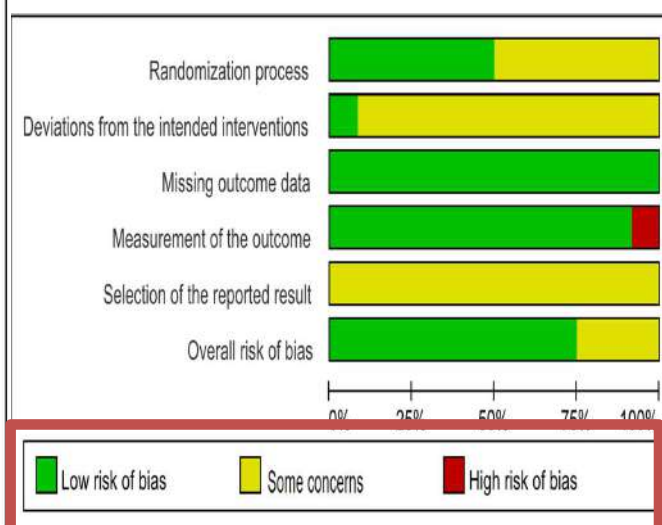


圖 3. 納入研究之偏差風險百分比

36

表 4. 研究納入品質之皮卓量表評分

Study	Eligibility Criteria Were Specified	Random Allocation	Concealed Allocation	Groups Similar at Baseline	Participant Blinding	Therapist Blinding	Assessor Blinding	<15% Dropouts	Intention to-Treat Analysis	Between- Group Difference Reported	Point Estimate And Variability Reported	Total
(Van Uffelen et al., 2008)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
(Barha et al., 2017)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	N	Y	Y	6
(Nagamatsu et al., 2013)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	8
(Dao et al., 2017)	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	N	Y	6
(Tao et al., 2019)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	N	Y	Y	6
(Ten Brinke et al., 2015)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	Y	Y	Y	7
(Tarumi et al., 2019)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	N	Y	Y	Y	6
(Tomoto, Tarumi, et al., 2021)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	N	N	Y	Y	5
(Hsu et al., 2018)	Y	Y	Y	N	N	N	Y	N	N	Y	Y	5
(Liu-Ambrose et al., 2016)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	Y	Y	Y	7
(Hsu et al., 2017)	Y	Y	Y	N	N	N	Y	N	Y	Y	Y	6
(Ten Brinke et al., 2018)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	Y	Y	Y	7

37

步行介入之認知
成效

38

步行介入之認知成效

- ❑ 漏斗圖 (Funnel plot) 用來評估統合分析所選取的文獻是否有出版偏差的問題，但納入文獻較少時，漏斗圖呈現的分布不易判讀出是否有出版誤差(黃、葉，2011)。
- ❑ 在本研究中因納入各研究變項之文獻皆小於十篇，故本研究未呈現漏斗圖。

39

整體認知

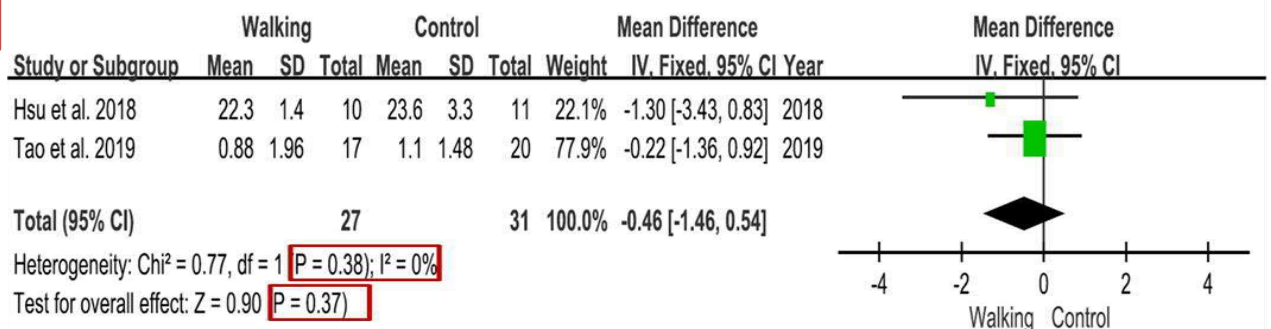


圖 4. 步行介入對輕度認知功能障礙者蒙特利爾認知評估 (MoCA) 之分析結果森林圖

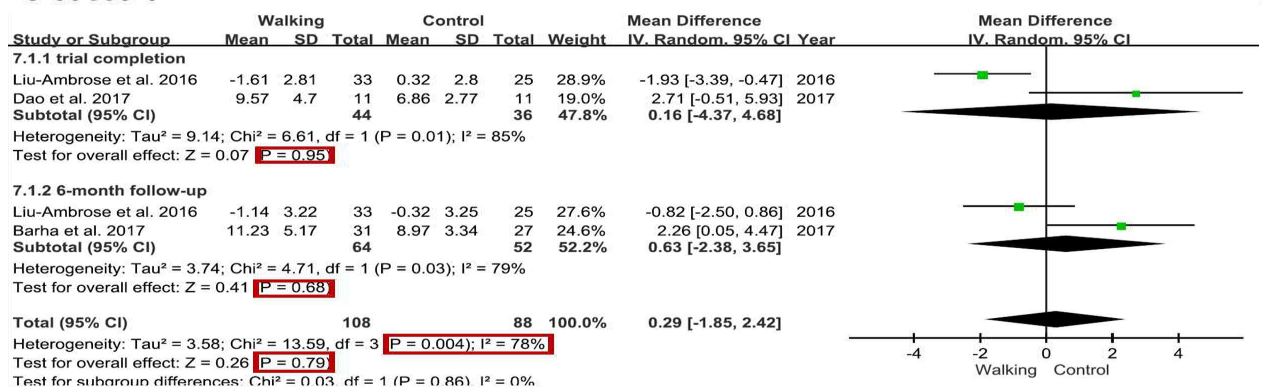


圖 5. 步行介入對輕度認知功能障礙者阿茲海默症評估量表 - 認知 (ADAS-Cog) 之分析結果森林圖

40

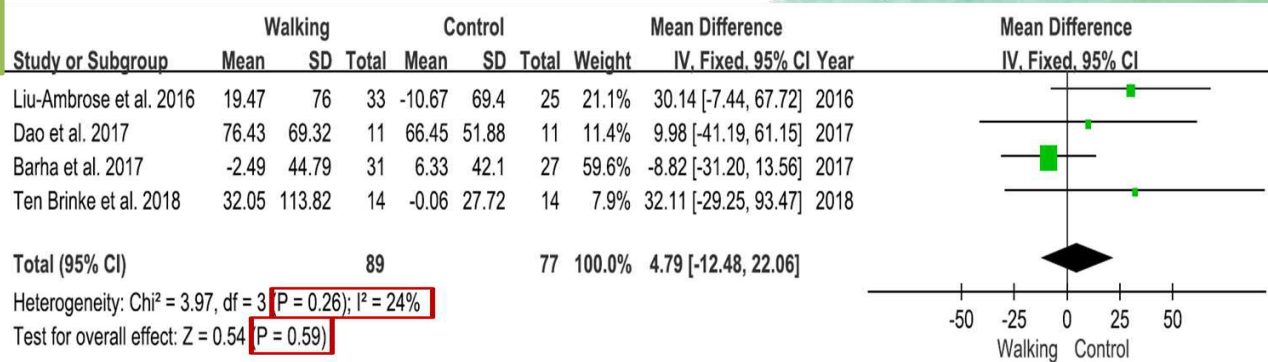


圖 6. 步行介入對輕度認知功能障礙者路徑描繪測驗 B 部分- A 部分 (TMT B-A) 之分析結果森林圖

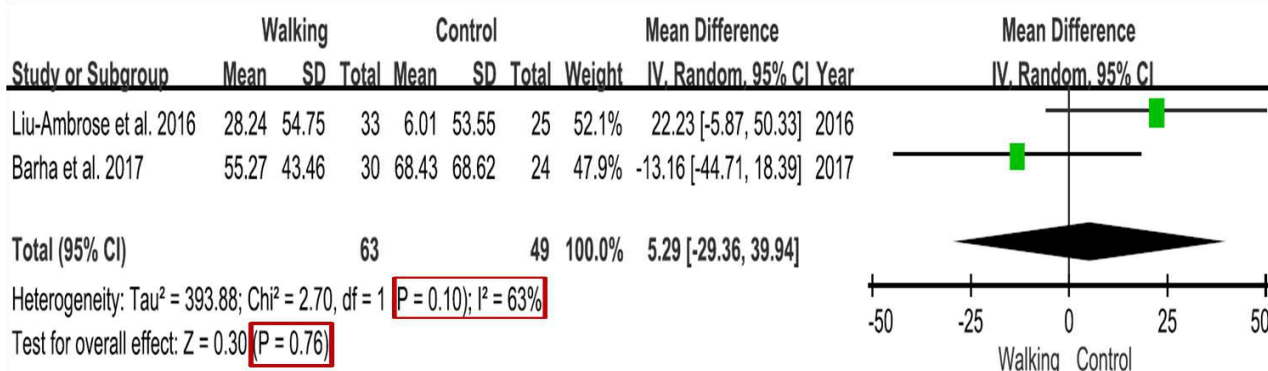


圖 7. (6個月追蹤) 步行介入對輕度認知功能障礙者路徑描繪測驗 B 部分- A 部分 (TMT B-A) 之分析結果森林圖

41

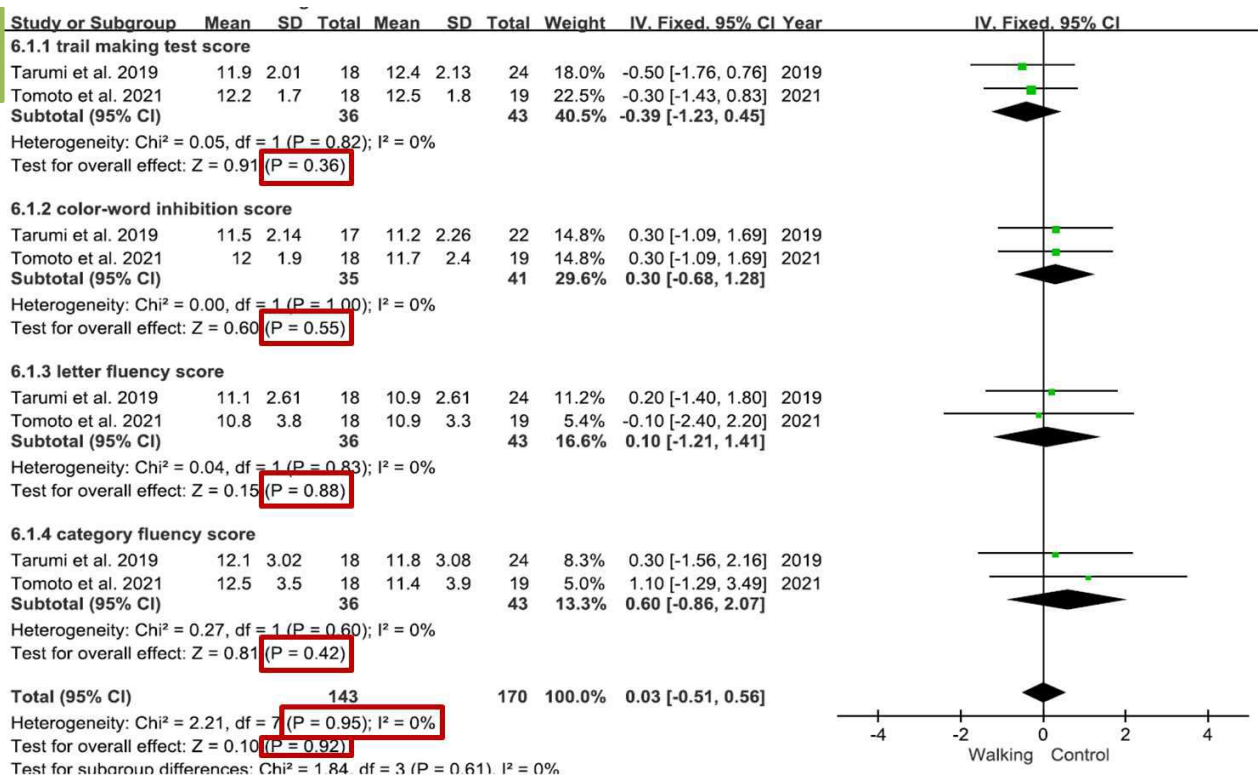


圖 8. 步行介入對輕度認知功能障礙者戴利斯-卡普蘭執行功能系統 (D-KEFS) 之分析結果森林圖

42

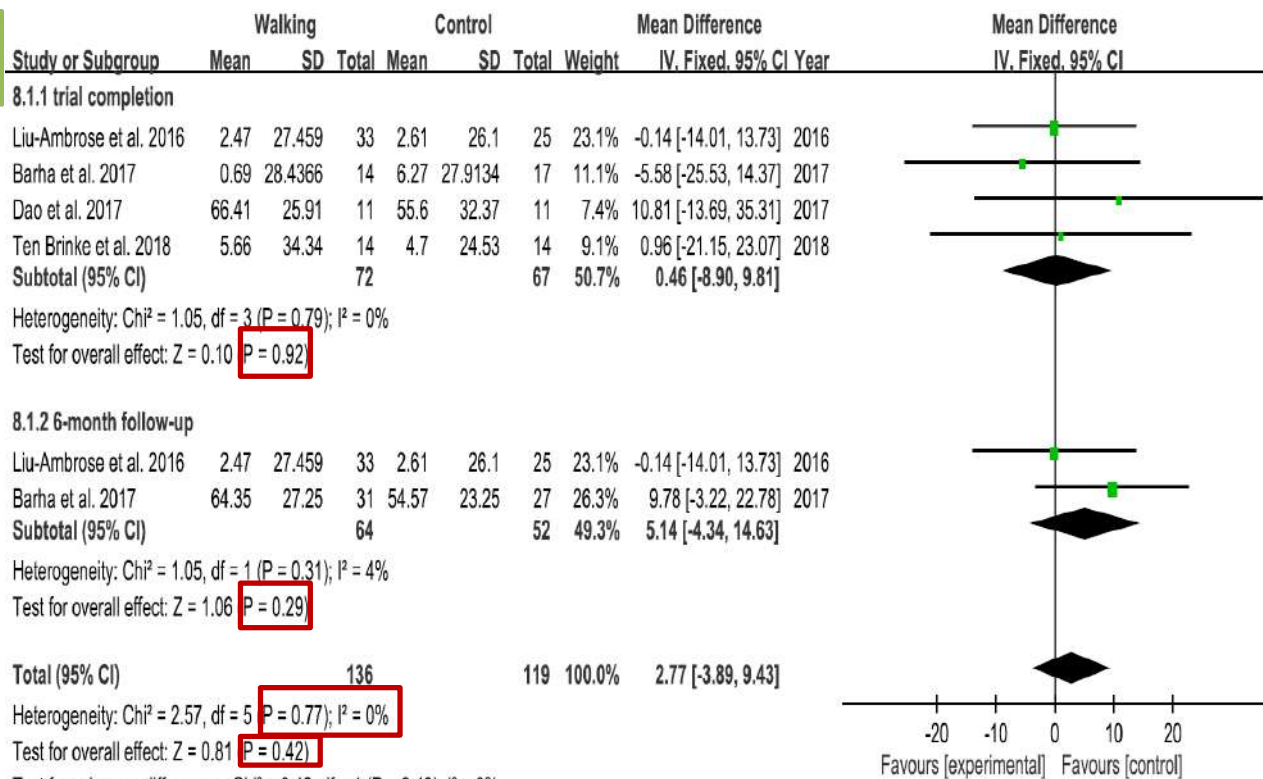


圖 9. 步行介入對輕度認知功能障礙者史楚普叫色測驗 (Stroop Test) 之成效之分析結果森林圖

43

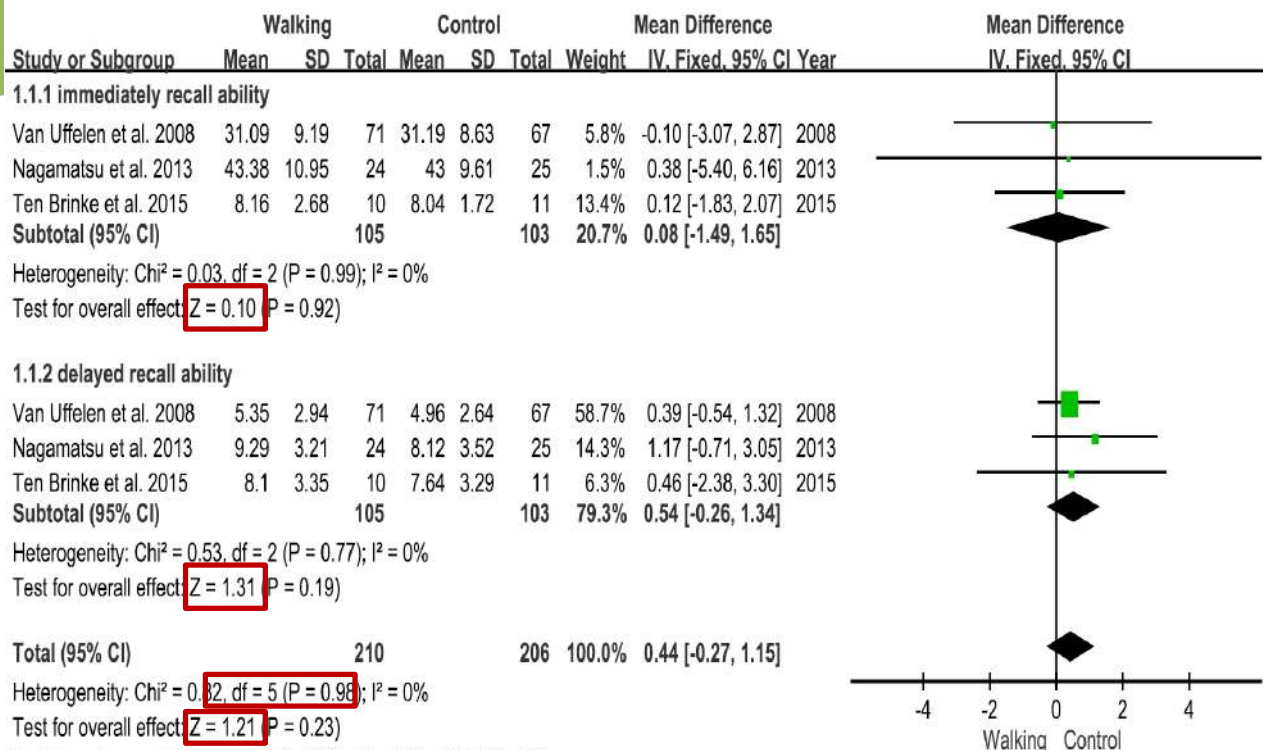


圖 10. 步行介入對輕度認知功能障礙者雷伊聽覺-語言學習測驗 (RAVLT) 之分析結果森林圖

44

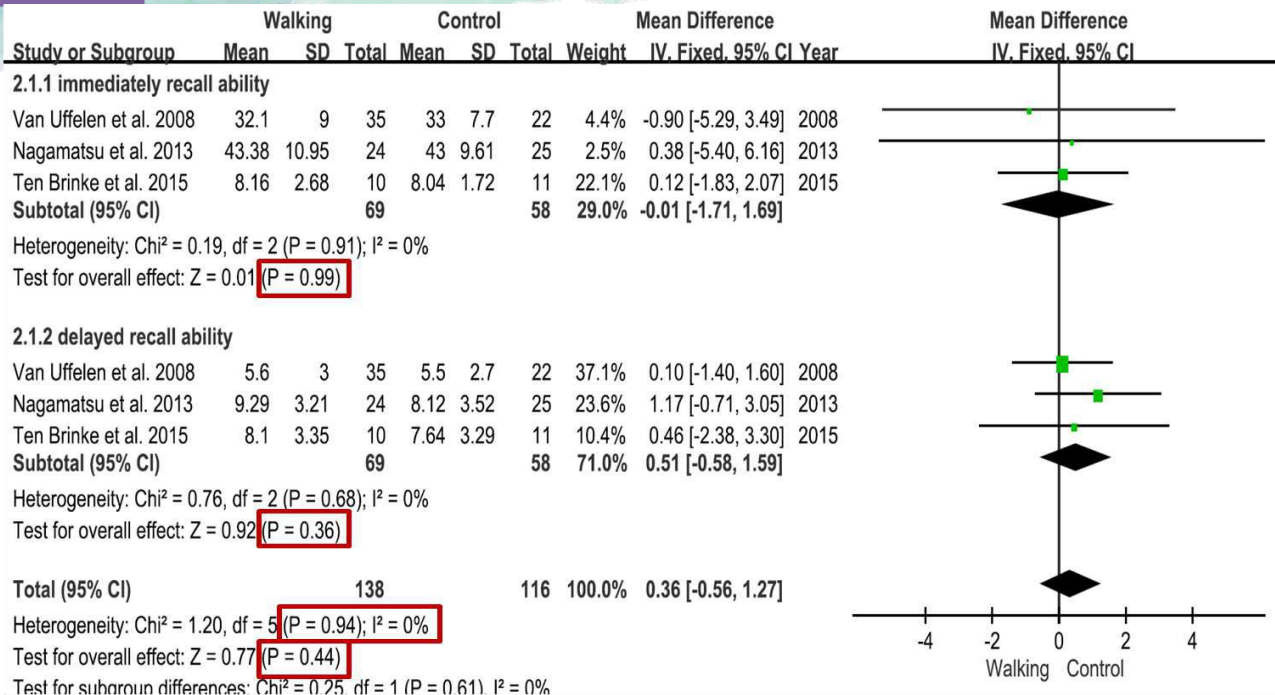


圖 11. 步行介入對女性輕度認知功能障礙者雷伊聽覺-語言學習測驗 (RAVLT) 之分析結果森林圖

45

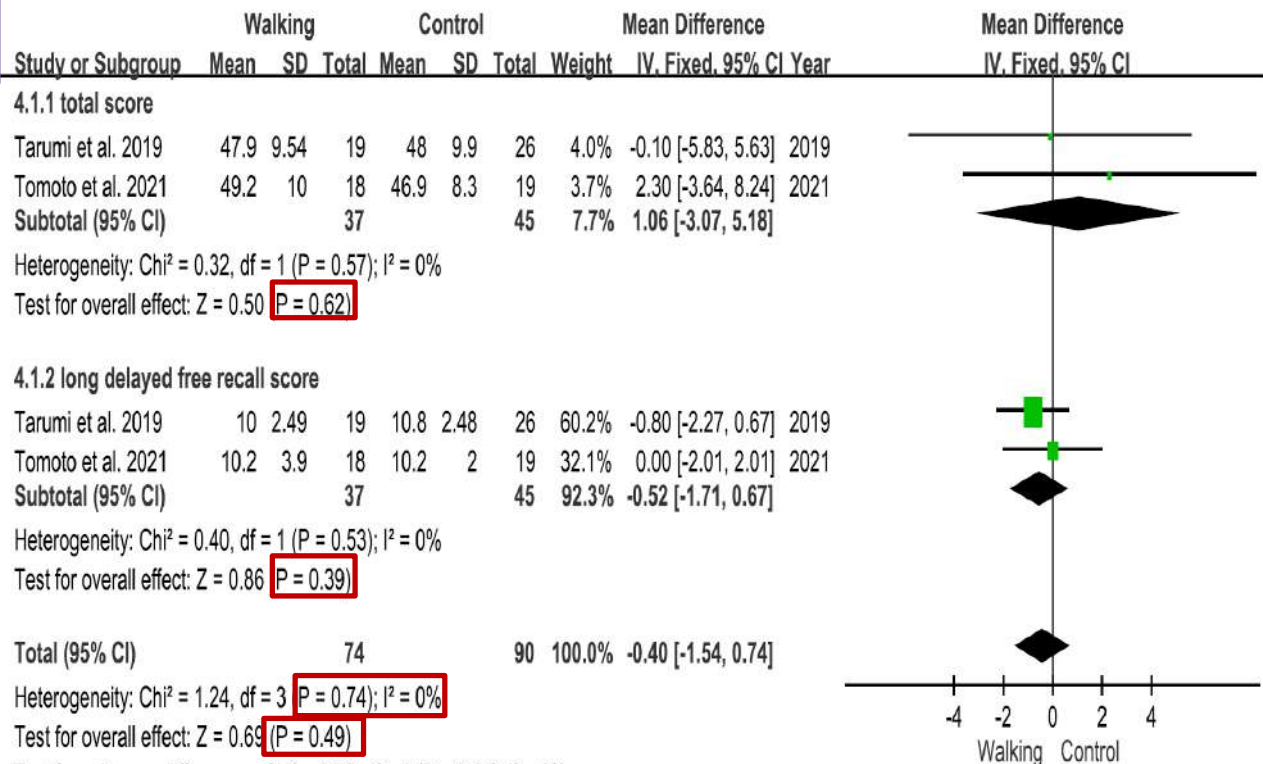


圖 12. 步行介入對輕度認知功能障礙者加州語言學習測試第二版 (CVLT-II) 之分析結果森林圖

46

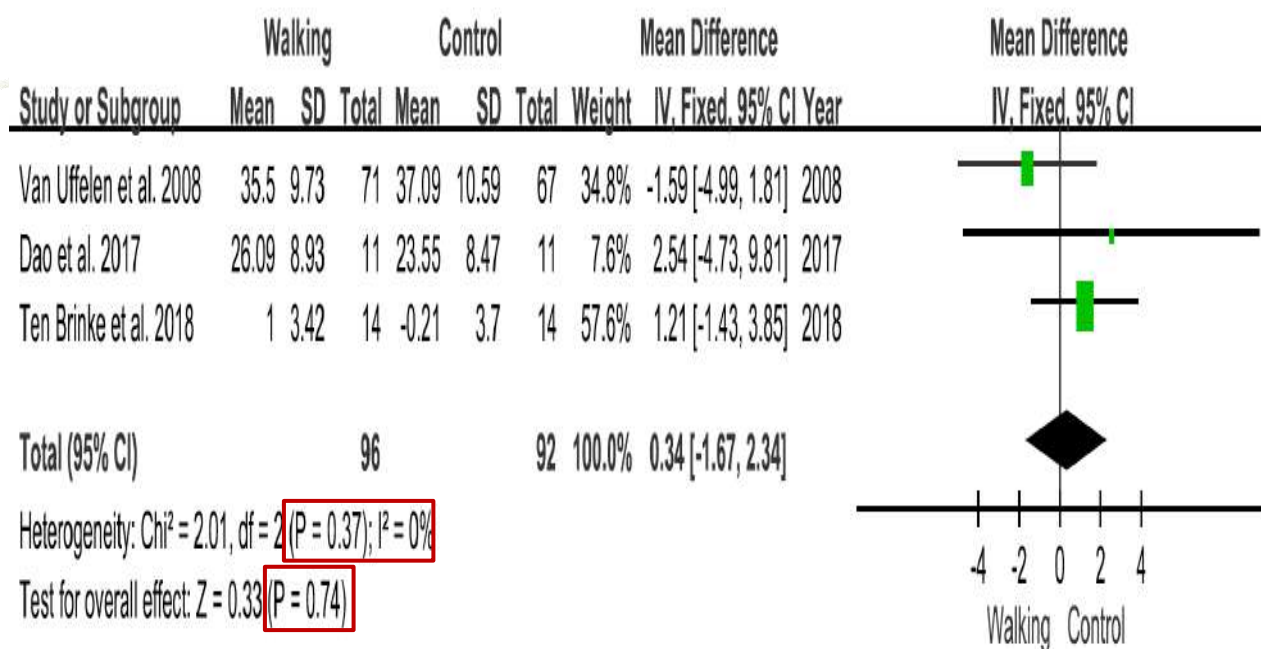


圖 13. 步行介入對輕度認知功能障礙者數字符號替換測驗 (DSST) 之成效之分析結果森林圖

**步行介入對運動
耐力之成效**

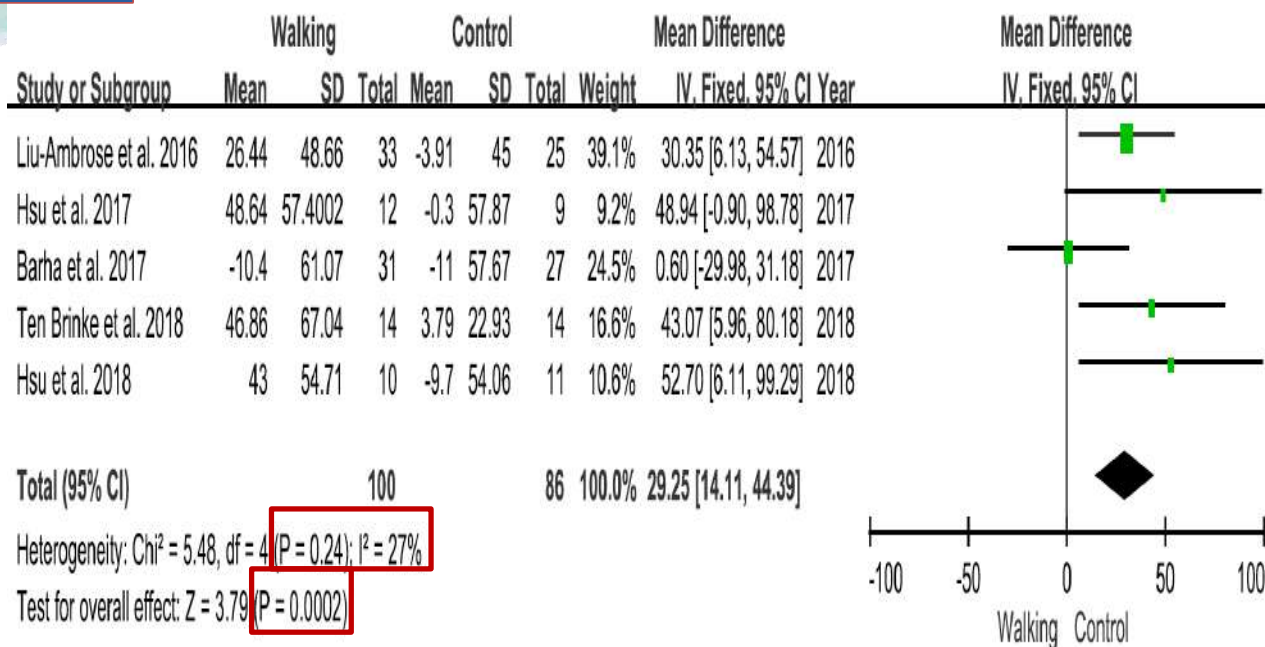


圖 14. 步行介入對輕度認知功能障礙者六分鐘步行測試 (6MWT) 之分析結果森林圖

49

討論與結論

50

討論

51

討論

- 本研究之統合分析結果顯示，步行介入對輕度認知功能障礙者認知功能功能並未有顯著的改善效果，只有對運動耐力的六分鐘步行測試有達顯著改善效果。

52

一、步行介入對輕度認知功能障礙者 整體認知之成效

53

一、步行介入對輕度認知功能障礙者整 體認知之成效

- 根據本研究的統合分析，在整體認知方面包含蒙特利爾認知評估與阿茲海默症評估量表 - 認知。
- **蒙特利爾認知評估** ⇒ 2篇 (Hsu et al., 2018; Tao et al., 2019) 無顯著差異。
 - Hsu等學者：步行 VS. 常規照護及衛教。
 - Tao等學者：步行+健康教育 VS. 維持其日常生活+健康教育。
- **阿茲海默症評估量表 - 認知** ⇒ 3篇 (Barha et al., 2017; Dao et al., 2017; Liu Ambrose et al., 2016) 無顯著差異。
 - Liu-Ambrose等學者、Dao等學者和Barha等學者：步行組 VS. 常規照護及衛教。

54

一、步行介入對輕度認知功能障礙者整體認知之成效

- Erickson等學者在2011年針對老年人，為期6個月的漸進式步行結果顯示增加了海馬體積，並且海馬體積的增加與血清腦源性神經營養因子水平的同時增加相關(Erickson et al., 2011)。
- Best等學者調整核磁共振造影（MRI）測量的風險因素（血壓、身體質量指數、慢性疾病以及健康行為）時，觀察到步行坡度與灰質和白質擴散率變化之間的關聯在一定程度上減弱(Best et al., 2017)。

一、步行介入對輕度認知功能障礙者整體認知之成效

- Liu 等學者在2021年針對輕度認知功能障礙者進行步行介入，其研究結果顯示蒙特利爾認知評估無顯著改善，與本研究相同，但其前扣帶皮層、腹側被蓋區和藍斑核透過核磁共振造影有增加(Liu et al., 2021)。
- Khanthong等學者在2021年針對輕度認知功能障礙的老年人進行傳統泰國運動（類似瑜伽和太極拳），其研究結果顯示蒙特利爾認知評估有顯著增加(Khanthong et al., 2021)，與本研究結果不一致。

一、步行介入對輕度認知功能障礙者整體認知之成效

- Mavros 等學者在2017年針對輕度認知功能障礙者進行高強度漸進式阻力訓練介入，其研究結果顯示阿茲海默症評估量表 - 認知有顯著降低(Mavros et al., 2017)，與本研究結果不一致。

一、步行介入對輕度認知功能障礙者整體認知之成效

- 由此可知步行運動雖然對蒙特利爾認知評估和阿茲海默症評估量表 - 認知沒有顯著改善，但使用核磁共振造影所檢測的海馬體積、前扣帶皮層、腹側被蓋區和藍斑核區域的血流是有顯著增加，因此推測步行運動可能對於蒙特利爾認知評估和阿茲海默症評估量表 - 認知的改善是微小的，難以評估出來，只能依靠儀器去精密判斷大腦是否有細微的改變。

二、步行介入對輕度認知功能障礙者執行功能之成效

59

二、步行介入對輕度認知功能障礙者執行功能之成效

- 根據本研究的統合分析，在執行功能方面包含路徑描繪測驗、戴利斯-卡普蘭執行功能系統與史楚普叫色測驗。
- 路徑描繪測驗 ⇨ 4篇 (Dao et al., 2017; Liu Ambrose et al., 2016; Ten Brinke et al., 2018; Barha et al., 2017) , 僅一篇有顯著差異，其餘皆無顯著差異。
 - Dao等學者、Liu-Ambrose等學者和Barha等學者：步行 VS. 常規照護及衛教。
 - Ten Brinke等學者：步行 VS.低強度非有氧運動。

60

二、步行介入對輕度認知功能障礙者執行功能之成效

- **戴利斯-卡普蘭執行功能系統** ⇒ 2篇(Tarumi et al., 2019; Tomoto, et al.), 一篇有顯著差異, 另一篇無顯著差異。
 - Tarumi 等學者和Tomoto等學者: 步行 VS. 上下肢伸展。
- **史楚普叫色測驗** ⇒ 4篇 (Barha et al., 2017; Dao et al., 2017; Liu-Ambrose et al., 2016; Ten Brinke et al., 2018) 皆無顯著差異。
 - Barha等學者、Dao等學者、Liu-Ambrose等學者和 Ten Brinke等學者: 步行 VS. 常規照護及衛教。

61

二、步行介入對輕度認知功能障礙者執行功能之成效

- Yang等學者在2021年針對社區65歲以上老年人進行正念步行運動 (Yang et al., 2021)測量路徑描繪測驗結果, 其研究結果顯示無顯著改善, 與本研究相符。
- Khanthong等學者在2021年針對輕度認知功能障礙的老年人進行傳統泰國運動 (類似瑜伽和太極拳), 其研究結果顯示路徑描繪測驗有顯著減少(Khanthong et al., 2021), 與本研究結果不一致。

62

二、步行介入對輕度認知功能障礙者執行功能之成效

- Chen等學者於2020年針對老年人進行不同強度的運動對執行功能的統合分析，結果發現運動處方的不同對執行功能的改善也有差別，研究結果表明，頻率是影響執行功能成效的重要因素，與低頻率（每周1至2次）運動相比，中等頻率（每周3至4次）運動的益處更大(Chen et al., 2020)。
- Colcombe和Kramer學者統合分析研究表明，老年人運動訓練介入對改善認知的執行功能來說是較為常見的(Colcombe & Kramer, 2003)。

二、步行介入對輕度認知功能障礙者執行功能之成效

- 步行介入雖然對認知較無改善，但步行可降低中央動脈硬化並增加大腦血流量(Tomoto, Liu, et al., 2021)。
- 研究指出針對輕度認知障礙老年人進行中等強度多模式訓練（有氧、力量、平衡和靈活性），每週2次，有助於執行功能顯著改善(De Oliveira Silva et al., 2019)。
- 根據上述結果推測執行功能可能會因為頻率、強度、時間和種類的不同而影響其改善程度。

三、步行介入對輕度認知功能障礙者 語言學習之成效

65

三、步行介入對輕度認知功能障礙者語 言學習之成效

- 根據本研究的統合分析，在語言學習方面包含雷伊聽覺-語言學習測驗與加州語言學習測試第二版。
- 雷伊聽覺-語言學習測驗 ⇨ 3篇 (Nagamatsu et al., 2013; Ten Brinke et al., 2015; Van Uffelen et al., 2008) , 皆無顯著差異。
 - Nagamatsu等學者、Ten Brinke等學者和 Van Uffelen等學者：步行組 VS. 低強度非有氧運動。
- 加州語言學習測試第二版 ⇨ 2篇 (Tarumi et al.,2019; Tomoto et al., 2021) , 皆無顯著差異。
 - Tarumi等學者和Tomoto等學者：步行 VS. 上下肢伸展。

66

三、步行介入對輕度認知功能障礙者語言學習之成效

- Callow 等學者在2021年針對輕度認知障礙者進行中等強度跑步機步行介入，其雷伊聽覺-語言學習測驗有組內有顯著增加，與本研究結果不同(Callow et al., 2021)。
- Won 等學者針對輕度認知障礙者進行中等強度跑步機步行介入，其雷伊聽覺-語言學習測驗有組內有顯著增加(Won et al., 2021)，也與本研究不同。

67

三、步行介入對輕度認知功能障礙者語言學習之成效

- Thomas 等學者在2020年針對輕度認知功能障礙者進行中強度到高強度步行介入，其加州語言學習測試組內有顯著增加，與本研究結果不同，且其前扣帶皮層大腦血流量也有顯著增加(Thomas et al., 2020)。
- 由上述推測可能為運動強度控制不同，導致在語言學習方面的進步與其他文獻研究結果不同，於跑步機上步行可有效控制和增加步行強度，但一般步行的可能在強度控制上無法完全掌握，導致於研究結果不同。

68

四、步行介入對輕度認知功能障礙者處理速度之成效

69

四、步行介入對輕度認知功能障礙者處理速度之成效

- 根據本研究的統合分析，在處理速度方面為數字符號替換測驗。
- 數字符號替換測驗 ⇨ 3篇(Dao et al., 2017; Ten Brinke et al., 2018; Van Uffelen et al., 2008)，皆無顯著差異。
 - Van Uffelen等學者和Ten Brinke等學者：步行 VS. 低強度非有氧運動。
 - Dao等學者：步行 VS. 常規照護及衛教。

70

四、步行介入對輕度認知功能障礙者處理速度之成效

- Jeong等學者在2021年針對輕度認知功能障礙者進行多模式運動介入（有氧運動、體育活動促進和行為矯正，以及認知和多任務運動），其**數字符號替換測驗**有顯著增加(Jeong et al., 2021)，與本研究結果不同。
- 由上述推測為**步行運動**雖然是有氧運動，但有可能為**單一模式**，而進行**多模式運動**介入，可改善**數字符號替換測驗**。

71

五、步行介入對輕度認知功能障礙者運動耐力之成效

72

五、步行介入對輕度認知功能障礙者運動耐力之成效

- 根據本研究的統合分析，在運動耐力方面為六分鐘步行測試。
- 六分鐘步行測試 ⇨ 5篇 (Barha et al., 2017; Hsu et al., 2017; Hsu et al., 2018; Liu-Ambrose et al., 2016; Ten Brinke et al., 2018) , 僅一篇無顯著差異，其餘皆有顯著差異。
- Liu-Ambrose等學者、Hsu等學者、Hsu 等學者、Barha等學者、常規照護及衛教。
- Ten Brinke等學者：步行 VS. 低強度非有氧運動。

五、步行介入對輕度認知功能障礙者運動耐力之成效

- Tortosa-Martínez在2013年針對輕度認知功能障礙者進行有氧運動介入（力量、平衡和柔軟度運動）其六分鐘步行測試有顯著增加(Tortosa-Martínez et al., 2013) , 與本研究結果相同。
- 推測無論是單一的步行運動或是多模式的有氧運動對輕度認知功能障礙之六分鐘步行測試都有改善的效果。

研究限制與建議

75

一、研究限制

76

一、研究限制

- 本研究納入的文獻數量偏少，樣本數不多。
- 納入各研究變項之文獻皆小於十篇，故本研究未呈現漏斗圖。
- 無法針對不同型態的輕度認知功能障礙（例如遺忘型和血管型）和不同形式（一般步行和快走）的步行運動進行分層分析。

77

一、研究限制

- 此外納入之文獻較多來自同一研究團隊，故可能造成偏差風險。
- 在第二版偏差風險評估工具中有二個部分多為有偏差風險疑慮，包含不同研究組別的介入措施偏離原計畫介入措施的偏差及研究結果選擇性的偏差，其原因為評估者無法得知原作者最原始的研究設計，不確定其實驗流程和介入方式與研究計畫是否一致，故造成有偏差風險疑慮。

78

二、建議

79

二、建議

- 本研究在步行運動對認知功能方面皆無顯著差異，可能因步行運動為單一模式且強度較低的有氧運動，故無法明顯評估出認知功能的變化，因此可將步行運動加入一些其他模式的運動，變成多模式運動或是增加其運動強度，推測能較為改善認知功能。
- 未來期望能夠有更多的相關研究探討步行對輕度認知功能障礙於不同面向的療效，以提供臨床人員應用之參考。

80

結論

81

結論

- 我們根據統合分析的結果發現步行運動對於輕度認知功能障礙者之認知功能可能較沒有顯著成效，但對運動耐力之六分鐘步行測試有顯著提升，考慮到步行運動的頻率、強度和時間的差異，以及納入研究的文獻數量與樣本數的限制，因此僅能推測解釋研究結果，需要使用更嚴格設計的運動方案進行更大規模的試驗，已得出更具體和準確的結論。

82



**Thank you for your
attention**



83

使用居家復能服務之成效-以台北市為例

任大偉¹，張元玫²

¹ 馬偕醫學院長期照護研究所

² 馬偕醫學院長期照護研究所

E-mail:davidren188@gmail.com

背景與動機:台灣已邁入高齡社會，長照十年計畫 2.0 的社區整體照顧服務，經由照顧管理的評估機制，將服務輸送給符合資格的長者接受復能照護服務，而本研究欲深入了解復能服務的效果為何。

目的:居家復能服務個案之接受服務前後之日常生活功能成效。

研究方法:研究樣本採立意取樣(purposeful sampling)之方式，以居住在台北市地區之 65 歲（含）以上失能老人，並經照顧管理評定為失能等級符合接受復能服務之個案，來自資料庫為衛生福利部照顧管理資訊平台，107 年 1 月至 108 年 1 月臺北市長期照顧管理中心之訪視新案，並且接受復能服務一年。本研究使用次級資料庫進行回溯式研究設計（retrospective study），依「照顧管理評估量表」之社會人口學、日常生活功能評估等進行資料分析。並以 SPSS 軟體 26.0 版進行統計分析。

研究結果:本研究之個案共計 2357 人，平均年齡為 82.2 歲，女性佔 60.5%，婚姻狀態有高達 45.8% 為已婚，並有 80.9% 為與家人同住。而經過復能後三次評估，在 CMS 等級第三級以及第四級於 ADL 總分呈現退步趨勢，但在第五級、第七級、第八級於總分上則有進步，第六級則持續維持原有之身體功能，可發現復能訓練之介入六個月內能有實際上之成效。在全體總分來看，第一次後測以及第二次的後測皆退步，但在 ADL 分項來看，個人修飾、穿脫衣服、移位、走路及上下樓梯有進步，而吃飯、洗澡、大便控制、小便控制、上廁所等分項則呈現退步。
研究結論:日常生活功能在 3 至 6 個月的居家復能後有明顯的進步，尤其在穿衣，大小便，入廁，移位有統計上意義，在多功能及複雜性日常生活共功能，上下樓梯，洗澡可能需要更多的時間，值得進一步追蹤與探討。

關鍵字：日常生活功能評估、居家復能

Effectiveness of Home-based Reablement: Taipei City 使用居家復能服務之成效-以台北市為例

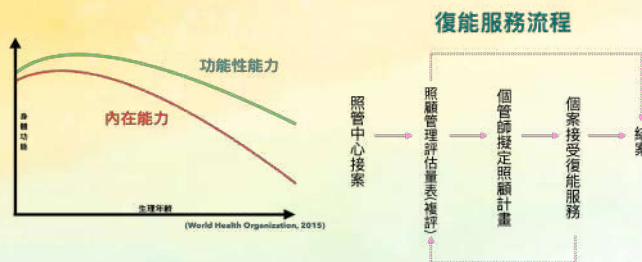
Dawei Ren、Yuanmay Chang, Ph.D.

任大偉、張元政

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究目的

長期2.0遠望社區照顧服務，經由照顧管理的評估機制，將服務輸送給有需求的長者，提供更完善的社區照顧服務，同樣也使符合資格的長者能接受復能服務，唯目前復能服務尚未普及，且服務人力有限，有鑑於未來老年人口與失能人口的急速增加，因應「在地老化」的長期照顧理念推廣，居家復能的需求量勢必大增。然而目前推廣復能至今，尚未有研究針對居家復能使用之相關議題做深入的分析。我國目前使用復能服務個案的基本屬性、特性、復能後於日常生活活動的成效，及影響使用復能服務的相關因素，本研究將以台北市的服務個案為例，探討使用居家復能服務的成效。



研究方法

研究樣本採立意取樣(purposeful sampling)之方式，以居住在台北市地區之65歲(含)以上失能老人，並經照顧管理評定為失能等級符合接受復能服務之個案，研究對象共2357人做為研究樣本，來自資料庫為衛生福利部照顧管理資訊平台，107年1月至108年1月台北市長期照顧管理中心之訪視新案，並接受復能服務一年。本研究使用次級資料庫進行回溯式研究設計(retrospective study)，依「照顧管理評估量表」之社會人口學、日常生活功能評估進行資料分析，並以SPSS軟體26.0版進行統計分析。

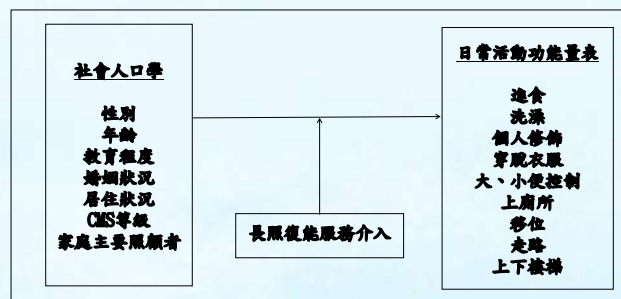


圖 1. 研究架構圖

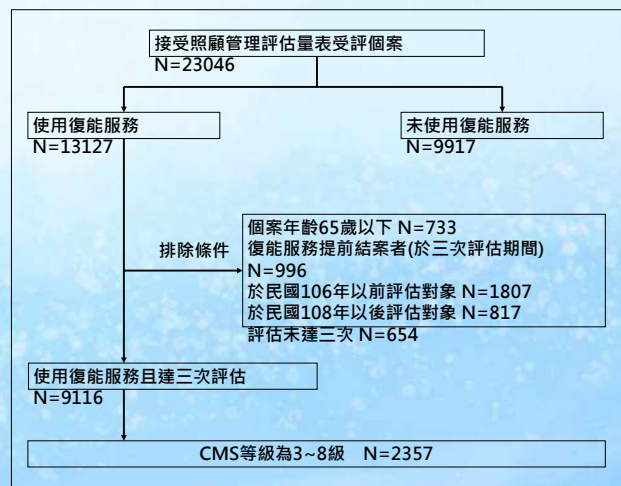
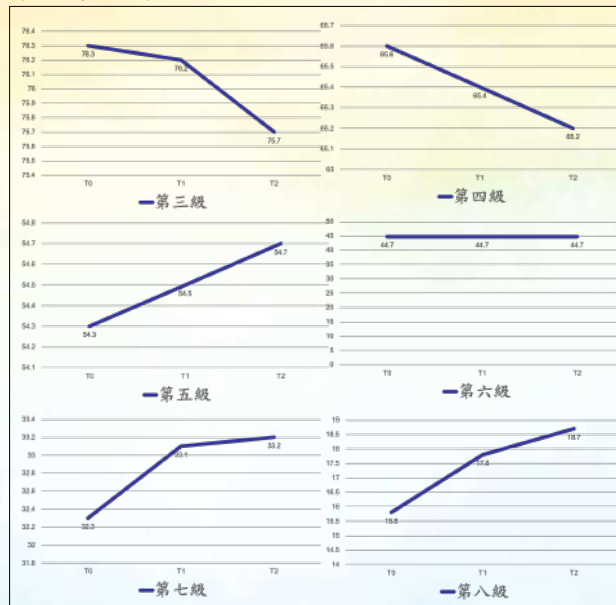


圖 2. 研究流程圖

研究結果

1. 在研究中發現到，在CMS等級第三級以及第四級於ADL總分呈現進步趨勢，但在第五級、第七級、第八級於總分上則有退步，第六級則持續維持原有之身體功能，可發現復能訓練之介入六個月內能有實際上之成效。

表 1. CMS等級於三次評估之總分變化



2. 在全體總分來看，第一次後測以及第二次的後測皆退步，但在ADL分項來看，個人修飾、穿脫衣服、移位、走路及上下樓梯有進步，而吃飯、洗澡、大便控制、小便控制、上廁所等分項則呈現退步。
3. 在復能服務指引書中提及復能服務應以3個月或12次為期，個案的介入，即有可能在日常生活功能上看到成效，而在本研究，80歲以上之樣本數佔了70%。在ADL總分上曾有所進步或維持現有能力，未來更值得持續觀察更多個案之訓練成效，以確立台灣復能訓練對於失能老人之成效。

表 2. 個案接受復能前後在日常生活功能評估之GEE分析

變項	B	SE	p
截距項	14.006	4.678	0.003
時間			
第一次後測T1	-9.771	2.326	0.043
第二次後測T2	-10.057	2.383	0.002
復能總分×吃飯	-1.714	3.289	0.602
復能總分×洗澡	-3.314	3.370	0.325
復能總分×個人修飾	0.875	4.673	0.213
復能總分×穿脫衣服	2.086	2.312	0.045
復能總分×大便控制	-1.231	0.932	0.037
復能總分×小便控制	-0.098	0.884	0.048
復能總分×上廁所	-0.145	1.283	0.002
復能總分×移位	1.498	2.073	0.034
復能總分×走路	2.108	1.339	0.049
復能總分×上下樓梯	0.583	0.210	0.057

結論

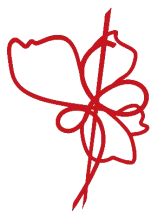
日常生活功能在3至6個月的居家復能後有明顯的進步，尤其在穿衣、大小便、入廁、移位有統計上意義，在多功能及複雜性日常生活功能，上下樓梯、洗澡可能需要更多的時間，值得進一步追蹤與探討。

使用居家復能服務之成效-以台北市為例

Effectiveness of Home-based Reablement: Taipei City

發表人：任大偉

指導教授：張元玫

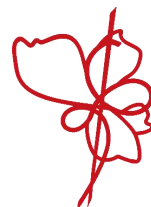


馬偕醫學院

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會

現職與主要學經歷

- 馬偕醫學院長期照護研究所 碩士
- 社團法人台灣長期照護專業學會 專員



馬偕醫學院

第一章 緒論



研究動機

- 長者無在居家環境得到妥善照顧，但對於日常生活的自理能力卻大幅下降。
- 長者隨者年齡增長，時有情緒或異常之行為發生，造成照顧者的困擾。
- 照顧者習慣親自為長者服務，而不是從旁協助，造成長者自理、或是接受復能的訓練嚴重不足。



復能 Reablement



個案為中心



目標為導向



密集性



4

研究目的

- 了解居家復能服務個案之基本屬性、特性。
- 影響居家復能個案於日常生活功能、情緒與行為成效之相關因素

研究問題

- 居家復能服務個案之基本屬性、特性。
- 影響居家復能個案於日常生活功能、情緒與行為之成效相關因素為何



5

第二章 文獻探討



6

人口老化

- 2018 年 65 歲以上的老年已佔人口的 14%，正式邁入高齡社會。
(衛生福利部國民健康署, 2018)
- 2025 年，65 歲以上人口占全體比例將高達20%，正式邁入超高齡社會。(衛生福利部國民健康署, 2018)

老化失能

- 失能會造成日常生活功能的退化(簡文仁 & 何偉強, 2018)
- 2021 年，老年人在ADLs任一分項出現問題的預估人數達58.5萬。(衛生福利部國民健康署, 2018)
- 年紀增長，健康狀況、營養攝取、生活習慣、運動以及遺傳因素(李宜玲 et al., 2015)



7

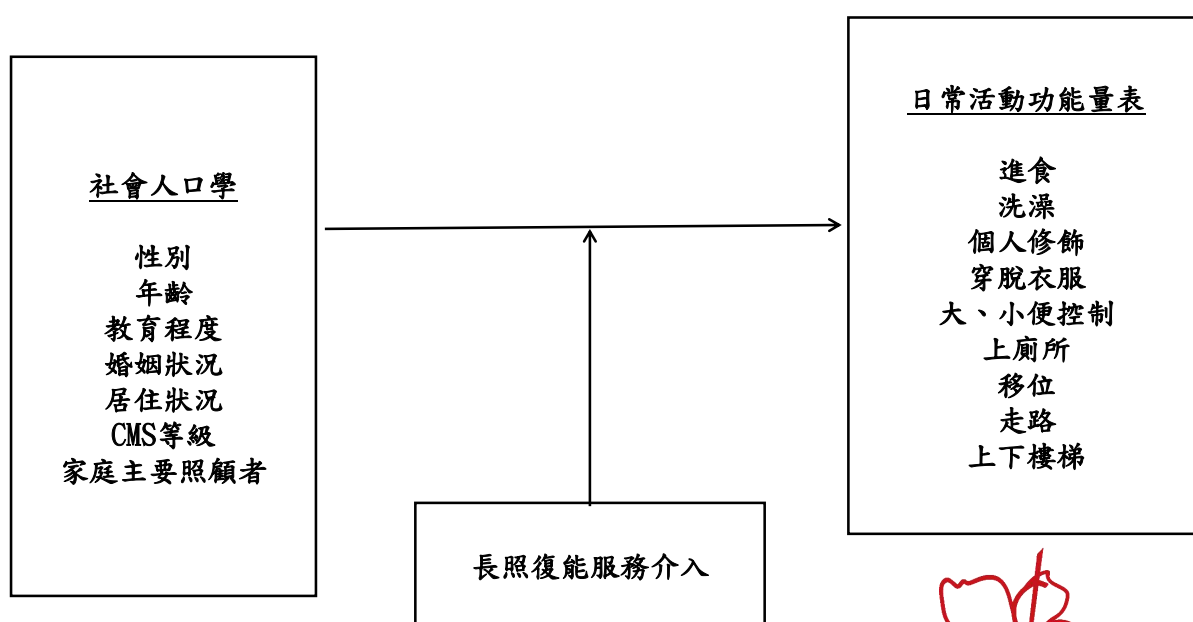
復能成效

- 美國7735位經過六週的復能訓練，在日常生活功能總分進步達16%。(Talley et al., 2015)
- 澳洲針對80位失智症長者進行復能訓練，在六週後於總分上有進步，但之後退步。(Burton et al., 2013)
- 美國1382位個案進行八週復能訓練，過後持續追蹤，總分持續進步，12週後下降。(Tinetti et al., 2002)
- 26位中風急性後期個案在12週復能訓練過後，在ADL上有進步，並在18週複評退步。(Han et al., 2020)



8

研究架構



9

第三章 研究方法

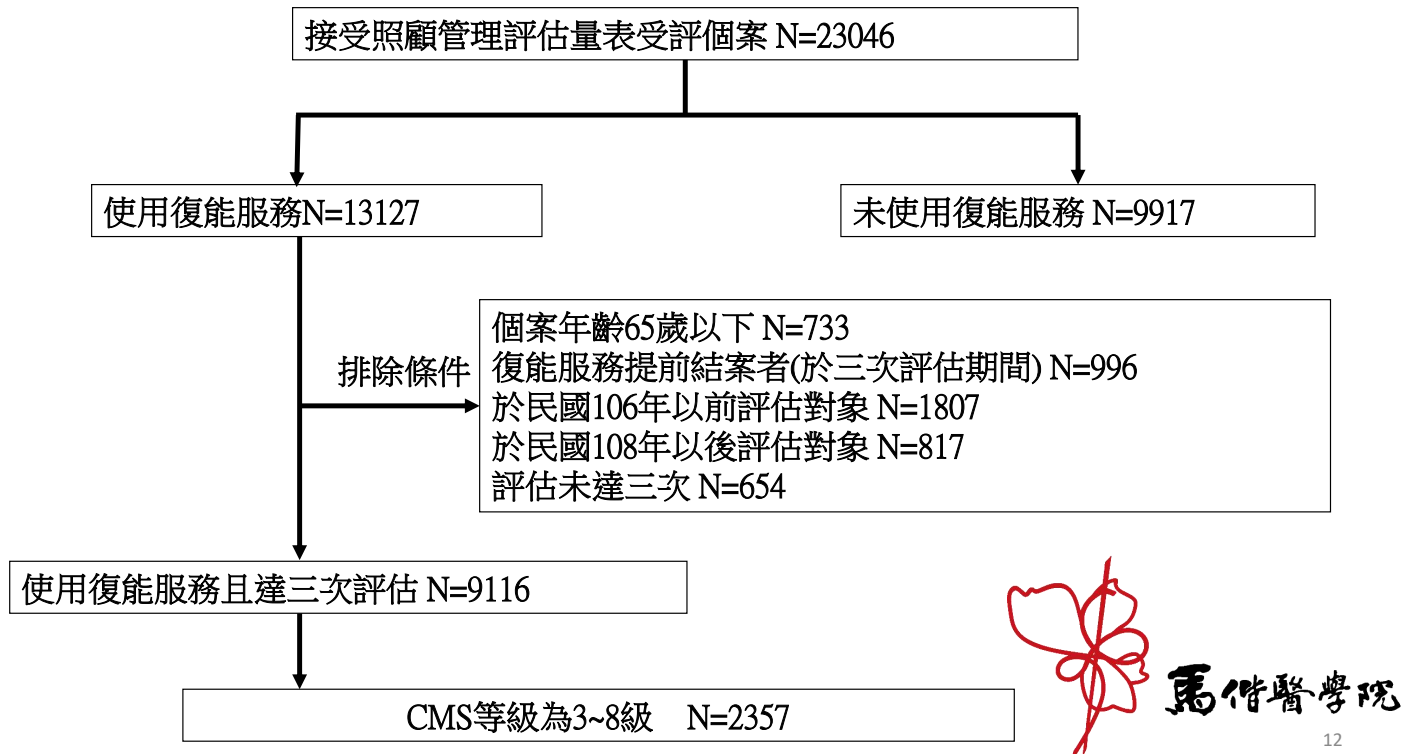


研究方法

- 研究資料庫：衛生福利部照顧管理資訊平台
- 研究對象：65歲以上申請復能服務者，有三次評估紀錄，排除中途退出、死亡，個案數共2357人



研究流程



資料處理與分析方法

- 本研究所收集之資料庫使用SPSS 26.0統計套裝軟體進行資料庫統計分析
- 顯著差異p值定為<0.05
- 取得衛生福利部長期照顧司同意
- 馬偕紀念醫院人體試驗委員會通過，IRB字號：21MMHIS338e



第四章 研究結果



14

個案基本資料暨日常生活功能量表總分之單因子變異數分析

	次數分配表	百分比	平均值±標準差	顯著性
性別				* <0.01
女	1427		60.5	
男	930		39.5	
年齡 (82.2±8.2)				* <0.01
65-69歲	217		9.2	
70-74歲	258		10.9	
75-79歲	358		15.2	
80-84歲	551		23.4	
85-89歲	465		19.7	
90-94歲	385		16.3	
95-99歲	103		4.4	
100歲以上	20		0.8	
婚姻狀況				* <0.01
離婚/分居/喪偶/未婚	1278		54.2	
同居/已婚	1079		45.8	
居住狀況				* 0.05
獨居	417		17.7	
與家人或其他人同住	1907		80.9	
其他	33		1.4	



15

個案基本資料暨日常生活功能量表總分之單因子變異數分析

	次數分配表	百分比	平均值±標準差	顯著性
教育程度				* <0.01
不識字	431	18.3	55.4±20.0	
國小	734	31.1	55.4±20.9	
國中	295	12.5	53.2±20.5	
高中(職)	372	15.8	55.0±21.3	
大專以上	506	21.5	55.4±21.1	
其他	19	0.8	51.9±24.0	
CMS等級				* <0.01
第三級	502	21.3	76.3±5.6	
第四級	647	27.5	65.6±10.2	
第五級	461	19.6	54.6±10.7	
第六級	243	10.3	44.9±11.5	
第七級	288	12.2	32.3±12.5	
第八級	216	9.2	15.8±6.9	

* $p<0.05$



16

個案照顧型態統計

	次數分配表	百分比	平均值±標準差	顯著性
有家庭照顧者	2094	88.8	53.8±21.3	<0.01
無家庭照顧者	255	11.2	65.5±11.8	
照顧者身分				<0.01
配偶	613	26.0	52.4±21.3	
兄弟	9	0.4	62.0±18.7	
姊妹	19	0.8	58.2±17.4	
兒子	514	21.8	54.7±21.9	
媳婦	145	6.2	51.7±21.5	
女兒	653	27.7	55.3±20.6	
女婿	3	0.1	53.3±37.8	
孫子	23	1.0	57.1±19.4	
孫女	15	0.6	49.4±24.2	
孫媳婦	2	0.1	67.5±10.6	
母親	5	0.2	50.8±19.3	
岳父母	1	0.1	60.0±0.0	
看護-本國籍	5	0.2	32.5±35.2	
看護-外國籍	20	0.8	44.0±25.2	
其他	67	2.7	52.4±22.1	
照顧型態				<0.01
配偶	613	26.0	52.4±21.3	
一代家庭	28	1.2	59.5±17.6	
二代家庭	1321	56.0	54.7±21.6	
三代家庭	40	1.7	54.5±21.4	
照顧服務員(本國及外國)	25	1.1	42.0±26.5	
其他	67	2.8	52.4±22.1	



17

CMS對應介入復能訓練ADL評估總分分布

	初評T0	三個月T1	六個月T2	T2-T1 平均差異	T3-T2 平均差異
	平均數±標準差				
全體	54.9±20.9	55.1±20.8	55.1±20.9	0.2±5.1	-0.2±4.03
第三級	76.3±5.6	76.2±5.86	75.7±6.69	-0.8±2.3	-0.4±3.8
第四級	65.6±10.2	65.4±10.6	65.2±11.2	-0.1±3.9	-0.1±4.1
第五級	54.3±10.8	54.5±11.5	54.7±11.9	0.2±5.4	0.1±3.35
第六級	44.7±11.5	44.7±12.0	44.7±12.3	0.1±3.4	-0.1±2.4
第七級	32.3±12.4	33.1±13.6	33.2±13.8	0.8±6.2	0.1±4.5
第八級	15.8±6.8	17.8±11.7	18.7±13.0	1.9±10.0	0.8±5.7



18

CMS對應介入復能訓練於ADL評估紛向總分差值分布

		吃飯		洗澡		個人修飾		穿脫衣服	
		分數	p	分數	p	分數	p	分數	p
第三級	T1-T0	-0.1±0.4	0.075	0.1±0.3	0.076	-0.1±0.4	0.063	0.1±0.4	0.056
	T2-T1	-0.0±0.8	0.056	-0.1±0.4	0.078	-0.1±0.5	0.143	-0.1±0.5	0.231
	T2-T0	-0.1±0.9	0.051	-0.1±0.7	0.065	-0.1±0.7	0.075	-0.1±0.7	0.063
第四級	T1-T0	0.1±0.7	0.069	-0.1±0.4	0.058	0.0±0.5	0.123	0.1±0.6	0.077
	T2-T1	0.1±0.9	0.097	0.2±0.5	0.078	0.1±0.8	0.117	0.0±0.8	0.126
	T2-T0	0.1±1.1	0.044	0.1±0.6	0.064	0.1±1.0	0.050	0.1±1.0	0.119
第五級	T1-T0	-0.1±0.9	0.052	0.1±0.3	0.081	0.0±0.7	0.118	0.1±0.8	0.069
	T2-T1	0.0±0.6	0.091	0.1±0.3	0.093	-0.1±0.5	0.076	0.0±0.6	0.097
	T2-T0	-0.1±1.1	0.037	0.1±0.3	0.084	0.1±0.9	0.122	0.0±1.0	0.089
第六級	T1-T0	0.1±0.7	0.071	0.1±0.3	0.056	0.1±0.5	0.111	0.1±0.6	0.052
	T2-T1	0.0±0.6	0.067	0.0±0.0	0.059	-0.0±0.3	0.120	-0.1±0.5	0.081
	T2-T0	0.1±0.9	0.043	0.1±0.4	0.063	0.1±0.6	0.133	0.1±0.8	0.041
第七級	T1-T0	0.1±0.9	0.080	0.1±0.1	0.092	0.1±0.7	0.070	0.1±1.1	0.078
	T2-T1	-0.0±0.7	0.062	0.0±0.0	0.061	0.0±0.4	0.138	-0.1±0.8	0.067
	T2-T0	-0.1±1.2	0.074	0.0±0.0	0.098	0.1±0.8	0.063	0.1±1.4	0.069
第八級	T1-T0	0.2±1.4	0.096	0.0±0.0	0.095	0.1±0.5	0.071	0.1±1.3	0.058
	T2-T1	0.1±0.9	0.055	0.0±0.1	0.076	0.0±0.7	0.187	0.0±0.9	0.057
	T2-T0	0.3±1.7	0.045	0.1±0.5	0.083	0.1±0.9	0.107	0.1±1.6	0.037



19

影響復能介入成效相關因素分析

		β	T	顯著性	影響排序
性別	女	0.061	1.934	0.023	1
	男	-0.040	-0.040	0.053	2
年齡	(82.2±8.2)				
	65~69歲	0.025	1.206	0.228	3
	70~74歲	-0.001	-0.040	0.968	8
	75~79歲	0.023	1.115	0.265	6
	80~84歲	0.028	1.368	0.171	2
	85~89歲	0.005	0.236	0.813	7
	90~94歲	-0.060	-2.899	0.004	1
	95~99歲	-0.023	-1.137	0.256	5
	100歲以上	-0.024	-1.163	0.245	4
婚姻狀況	離婚/分居/喪偶/未婚	0.097	6.269	*<0.001	1
	同居/已婚	-0.081	-5.399	*<0.001	2
居住狀況	獨居	0.236	11.803	0.001	1
	與家人或其他人同住	-0.224	-11.158	0.001	2
	其他	-0.032	-1.155	0.120	3



20

影響復能介入成效相關因素分析

		β	T	顯著性	影響排序
教育程度	不識字	0.004	0.210	0.834	6
	國小	0.014	0.700	0.484	3
	國中	-0.027	-1.333	0.183	1
	高中(職)	-0.003	-0.157	0.876	5
	大專以上	0.011	0.525	0.600	4
	其他	-0.027	-1.324	0.186	2
CMS等級	第三級	0.507	28.513	0.001	2
	第四級	0.300	15.243	0.001	4
	第五級	-0.006	-0.307	0.759	6
	第六級	-0.163	-8.014	0.001	5
	第七級	-0.391	-20.640	0.001	3
	第八級	-0.562	-33.013	0.001	1
照顧型態	配偶	-0.075	-3.671	0.001	1
	一代家庭	0.035	1.693	0.091	3
	二代家庭	-0.030	-1.449	0.147	4
	三代家庭	-0.006	-0.271	0.787	6
	照服員(本國及外國)	-0.061	-2.977	0.003	2
	其他	-0.023	-1.125	0.261	5



21

個案接受復能前後在日常生活功能評估之GEE分析

變項	B	SE	p
截距項	14.006	4.678	0.003
時間			
第一次後測T1	-9.771	2.326	0.043
第二次後測T2	-10.057	2.383	0.002
復能總分×吃飯	-1.714	3.289	0.602
復能總分×洗澡	-3.314	3.370	0.325
復能總分×個人修飾	0.875	4.673	0.213
復能總分×穿脫衣服	2.086	2.312	0.045
復能總分×大便控制	-1.231	0.932	0.037
復能總分×小便控制	-0.098	0.884	0.048
復能總分×上廁所	-0.145	1.283	0.002
復能總分×移位	1.498	2.073	0.034
復能總分×走路	2.108	1.339	0.049
復能總分×上下樓梯	0.583	0.210	0.057
控制變項	0.212	3.092	0.067
男性（對照組=女性）	0.525	1.900	0.782
年齡	0.038	0.091	0.672
獨居	1.988	2.174	0.360
大專（學）（對照組=高中（職）以下）	0.180	2.063	0.931
離婚/分居/喪偶/未婚（對照組=同居/已婚）	-0.874	2.521	0.729
CMS3-5（對照組= CMS6-8）	1.988	2.174	0.360
外籍照顧（對照組=家人照顧）	0.180	2.063	0.931



22

第五章 研究討論



23

個案基本資料

- 女性佔58.7%，女性自覺健康程度變差的比率(36.2%)較男性(30.0%)，較可能尋求幫助。(衛生福利部國民健康署, 2018)
- 平均年齡達到83.7歲，台灣80歲以上失能的比例達到老年人的41.5%(衛生福利部國民健康署, 2018)，80歲以上失智的盛行率更達到13.03%(社團法人台灣失智症協會, 2020)
- 在婚姻狀態中，喪偶(45.6%)及已婚(43.7%)的佔比最多，對比65歲以上的老人，喪偶(16.2%)、已婚(71.4%)(衛生福利部, 2018a)。
- 在居住狀況中，與家人或其他人同住(82.4%)佔比最多、其次為獨居(13.9%)，對比65歲以上的老人，與家人或其他人同住(89.9%)佔比最多、其次為獨居(10.1%)。(衛生福利部, 2018a)



24

日常生活功能量表

- 「洗澡」在需要協助下完成者，人數佔了87.6%為最多，其次為「個人修飾」63.4%，澳洲復能研究調查為「洗澡」89.7%，「個人修飾」61.9%。(Lewin et al.,)
- 個案於超過75歲在日常生活活動的表現會大幅衰退的情況下(Jokstad et al., 2019)，老年人因為年紀所造成退化很難由復能訓練達到效果。



25

第六章 結論與建議



26

結論

- 在研究中發現到，在CMS等級第三級以及第四級於ADL總分呈現退步趨勢，但在第五級、第七級、第八級於總分上則有進步，第六級則持續維持原有之身體功能，可發現復能訓練之介入六個月內能有實際上之成效。
- 在全體總分來看，第一次後測以及第二次的後測皆退步，但在ADL分項來看，個人修飾、穿脫衣服、移位、走路及上下樓梯有進步，而吃飯、洗澡、大便控制、小便控制、上廁所等分項則呈現退步。



27

建議

- 在復能照顧指引當中提及復能服務應以3個月或12次短期、密集的介入，即有可能在日常生活功能上看到成效，而在本研究中，80歲以上之樣本數佔了70%。在ADL總分上皆有所進步或維持現有功能，未來更值得持續觀察更多個案之訓練成效，以確立台灣復能訓練對於失能老人之成效。
- 日常生活功能在3至6個月的居家復能後有明顯的進步，尤其在穿衣，大小便，入廁，移位有統計上意義，在多功能及複雜性日常生活共功能，上下樓梯，洗澡可能需要更多的時間，值得進一步追蹤與探討。



28

參考文獻

- 石孟哲, 陳淑英, 高宗妙, & 陳美如. (2017). 社區復健治療對老人自覺身體活動的影響. 北市醫學雜誌, 14(3), 324-332.
- 石慧玲. (2014). 吞嚥困難居家個案之營養照護經驗 [Nutrition Care Experience of a Dysphagia Home Patient]. 長期照護雜誌, 18(3), 291-298. <https://doi.org/10.6317/ltc.18.291>
- 行政院主計總處. (2013). 人口及住宅普查.
- 何沅錡. (2012). 老年症候群與失能之相關性探討. 長榮大學醫務管理學研究所學位論文(2012年), 1-76.
- 社團法人台灣失智症協會. (2020). 台灣失智症人口推估. <http://www.tada2002.org.tw/About/Isn'tDementia>
- 國家發展委員會. (2013). 全球人口老化之現況與趨勢.
- 莊育冠, & 林佩芬. (2006). 沐浴失能老人之沐浴服務模式的發展. 長期照護雜誌, 10(3), 279-295.
- 陳昱合, 張素嫻, 方妙君, & 蔡美利. (2009). 運用運動訓練維持失智老人如廁功能之探討. 護理暨健康照護研究, 5(4), 265-272.
- 陳寬政, 李美玲, & 王德睦. (1993). 臺灣人口轉型後的人口政策與社會政策. 中國人口學會人口的發展研討會論文.
- 黃正平. (2006). 失智症之行為精神症狀 [Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia]. 臺灣精神醫學, 20(1), 3-18. <https://doi.org/10.29478/tjp.200603.0002>
- 黃得恩, 王怡婷, 賴澤璋, 蔡明吟, & 姜欣如. (2017). 上肢律動活動與下肢運動訓練於失智老人身心功能之影響-以失智症團體家屋為例. 物理治療, 42(4), 348-349.
- 廖秀慧. (2006). 失能且獨居老人之概況描述與性別比較: 人口學特性, 健康特質, 社會支持, 醫療服務使用與居家環境. 臺北醫學大學公共衛生學系暨研究所學位論文(2006年), 1-110.
- 劉嘉年. (1996). 臺灣失能老人居家照護服務之探討. 空大生活科學學報, 2, 287-303.
- 衛生福利部. (2016). 長期照顧十年計畫 2.0 (核訂本).
- 衛生福利部. (2018a). 老人狀況調查報告.
- 衛生福利部. (2018b). 長照復能服務操作指引.
- 衛生福利部國民健康署. (2018). 成果報告—民國104年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=242&pid=1282>



29

印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗

楊巧如¹，葉明莉²

¹ 馬偕醫學院 長期照護研究所

² 馬偕醫學院 長期照護研究所

E-mail:210744011@live.mmc.edu.tw

衛福部統計資料顯示，失智症家庭使用外籍家庭看護比例相當高，外籍家庭看護以照顧者角色在跨文化情境中工作、生活，預期會產生繁重的照顧負荷及身心壓力。過去研究對外籍家庭看護對失智長者之照顧經驗的瞭解很少，加上照顧經驗對其而言是工作更是每天的生活和時間的累積，若要瞭解其感受、想法和情境脈絡，採用質性研究現象學做為探究方法最能還原現象本身。本研究旨在探討印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗，在社區中以立意取樣及滾雪球方法訪談九位印尼籍家庭看護，了解照顧經驗中的想法和感受。

研究發現家庭看護照顧失智長者生活經驗中，呈現「衝擊」和「調節」。她們感受到身心不安的衝擊，有來自「不安定日常」與「非預期情境」；不安定日常指生活中經常性面對失智症狀、精神行為問題感到困擾，且身心受傷。非預期情境有居住環境變動、生活條件改變、突發走失事件、與過去經驗不同，使其感到疲累、壓力和挫折。面對衝擊則運用調節的反應使身心維持平靜，包括「理解」和「緩衝」；理解是在彼此立場中找到有意義的解釋並在權衡間達到妥協和解，使身心恢復平衡。緩衝是運用各種技巧、方法和資源面對挑戰，維持身心平衡。

外籍家庭看護運用多種調節反應來面對生活中的衝擊，使每天生活維持在可接受的平衡點。研究結果提供了對外籍家庭看護照顧失智長者生活經驗中，所面對的各種衝擊和調節反應的理解。

關鍵字：外籍家庭看護、失智症、生活經驗

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(A組)

The Lived Experience of Caring Older Adults With Dementia by Indonesian Domestic Helpers

印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗

Chiao-Ju Yang, Min-Li Yeh

楊巧如、葉明莉

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景BACKGROUND

台灣失智症協會推估台灣於109年底失智人口有30萬人；失智症防治照護政策綱要行動方案2.0資料顯示，失智症有使用長期服務者僅有一半比例，使用長期服務中，以使用外籍看護30.7%為最高。台灣有越來越多家庭面臨失智照顧的問題，而外籍看護者雖不普遍為最常見的照顧模式，但對於失智照顧者的相關研究，主要以家庭照顧者為最多，僅有極少數研究是以外籍看護者的視角做為探討。

失智照顧會帶來生活許多挑戰，包括失落、憂鬱、孤獨、焦慮和疲憊，照顧者提供照顧外還需要平衡其他責任或自身健康，較無法感受到生活安穩(Living Well)。研究者根據照顧文獻將影響照顧者生活品質因素分為：一、失智者因素：失智的類型(Wu et al., 2018)、健康、缺乏知識感和未滿足的醫療需求(Farina et al., 2017)，失智者精神行為症狀和認知功能(Lin et al., 2012)。二、照顧者因素：照顧能力、正向照顧、照顧壓力、角色衝突(Quinn et al., 2019)、身體健康和睡眠、憂鬱、生活滿意度、照顧滿意、滿足感及回報、對未來健康的擔憂、照顧時間、個人獨立性、自我效能和應對技巧(Farina et al., 2017)。三、其他因素：與失智者同住、照顧者的社會資源、社交網絡(Farina et al., 2017)、雇外僑家庭看護(Lin et al., 2012)。僱用外僑看護可能是改善失智家庭照顧者生活品質的有效解決方案，因為外僑家庭看護的時常支持，使得家庭照顧者更好地因應情緒和身體壓力，並管理自己的需求(Basnyat & Chang, 2017)，有助減輕家庭照顧者的照顧負擔(Lin et al., 2012)。但Ha等人的研究發現，有照顧失智者比沒有照顧失智者的外僑家庭看護照顧員負擔高。

Tam等人2018年的研究顯示外僑家庭看護平均32歲，已結成單身，大多有孩子，教育程度多為中學，沒有正規的職業培訓。在教育程度不高及缺乏職業訓練的狀況下，外僑家庭看護對失智的相關知識中，有些正確(AYalon, 2009)，然而對失智的了解程度與其工作滿意度有關(Ha et al., 2018)。Bai等人發現香港的外僑家庭看護照顧失智者的工作滿意度不是由人口學特徵決定，而是適應狀況，如：流利的語言、居住時間較長及生活條件。新加坡的研究也發現，語言溝通不良及與失智長者共用房間時，照顧員負擔較大(Ha et al., 2018)。因此，外僑看護與家庭照顧者仍有差異，且因時空文化的差異角色，相對處於弱勢。

新加坡的質性研究發現，外僑家庭看護與屋主、家庭成員和長者的關係，會出現「以外僑看護為中心」和「團隊等向」兩種家庭照顧模式，即屋主將照顧責任集中在外僑看護身上或以團隊合作分散照顧責任，進而形成不同照顧壓力和照顧品質(Ha et al., 2018)。在台灣的家庭照顧模式及帶來的影響為何仍待釐清。

自我效能是一種信念，即人們有能力在特定情況下取得成功並動員完成一項任務所需的資源(Bandura, 1982)。研究發現，外僑家庭看護的自我效能與工作滿意度有關(Bai et al., 2013)。自我效能的提升可能來自屋主的支持、對失智症的理解和社交網絡(Tam et al., 2018)。自我效能是許多內外因素交織而成，是推動變化的內在動力，故值得再深入去探究箇中的情境脈絡。

照顧的應對策略方面，外僑家庭看護需要足夠的社交自由和休息，但實際生活中卻難以獲得滿足(Tam et al., 2018)。不可避免會經歷照顧挑戰，也可能發展出照顧優勢，若能以愛心、同情心和耐心照顧，就會有更好的照顧適應，並從中發展出有效的行為技巧。因此鼓勵非正式覺察法來照顧(Ayalon, 2009)。因此，照顧的應對策略有社交互動和休息的需要，以及情感帶來的正向照顧能力和行為技巧。表面上似乎沒有關係，但屋主給予足夠休息及社交空間，會外僑家庭看護有穩定的情緒和良好的身心狀態，因而形成正向情感並發展出適當的照顧技巧，提供有效的照顧。

無論從質性或量性研究看來，照顧失智的外僑家庭看護面臨比家庭照顧者更複雜的挑戰。歸納研究發現，外僑家庭看護的疾病認知、適應狀況、與照顧家庭的關係、自我效能及應對策略，有其獨特卻又有交互影響的作用。另外，許多研究收集對象的國籍不同，照顧經驗感受可能有所不同。因此仍有許多未知值得探索，需要由當事者來解開。對外僑家庭看護而言照顧失智者的工作就是每天的生活經驗，是時間不斷地累積，因此研究者想深入了解其照顧失智長者經驗中的想法和感受及情境脈絡，採用質性研究方法能真正還原外僑家庭看護照顧失智者的生活經驗之現象本質。

研究方法METHODS

本研究採立意取樣及滾雪球方法，通過失智據點及關係網訪談9位照顧失智長者的印尼籍家庭看護，以面對面進行半結構性正式訪談。

壹、研究取向

外僑家庭看護照顧失智長者的生活經驗，具有時空文化及疾病多元且複雜的現象，加上照顧經驗對其而言是工作更是每天的生活，也是時間的累積，若要了解當中的感受、想法和情境脈絡。採用質性研究「現象學」做為探究最能還原現象本質。

貳、研究對象

- 納入條件：(1) 20歲以上印尼籍家庭看護。(2) 24小時照顧65歲以上失智者連續達6個月以上。(3) 能以國台語溝通者。
- 排除條件：(1) 24小時照顧65歲以上失智者未連續達6個月以上。(2) 照顧對象為年輕型失智者。(3) 沒有個人自由的時間(至少30分鐘)能專注接受訪談者。

參、研究工具

- 研究者背景經歷：研究者具護理師經驗，及心理學學理和輔導輔導師訓練。實務上，擔任過職業輔導師、關係諮詢師及養老中心護理師。並於質性研究進修課程中，訪談了三位外僑家庭看護，作為前期研究，透過課程訓練、訪談經驗、內容分析與指導教授進行循環交叉討論，使訪談技巧及訪談大綱更臻成熟。
- 訪談大綱：採「半結構的訪談指引」，了解外僑家庭看護照顧失智長者生活經驗中，對工作內容、疾病認知、優勢與挑戰、人際關係的想法與感受，及照顧歷程中的改變和改變所帶來的意義。
- 印尼字卡：為了避免外僑家庭看護無法清楚了解有關情感方面或較深層的探討，且幫助他們能更多暢所欲言，因此預先將相關詞彙做成國語字卡作為輔助。

肆、資料分析

根據Colaizzi現象學分析步驟，將所有研究參與者的照顧經驗敘述內容進行資料分析。(一)仔細並反覆閱讀訪談資料內容，對研究參與者的描述經驗有整體性的理解。(二)摘錄與研究問題直接相關有含義的敘述。(三)歸納所有含義的敘述，並進行明確有含義的編碼。(四)整理含義編碼後的觀點，尋找共同的概念或特性，形成主題、主題群、範疇。(五)將主題群聯繫到研究對象進行評量的敘述。(六)評量這些構成現象的本質性結論。

伍、品質檢視

質性研究的研究參與者多元複雜，強調研究者與研究參與者的密切關係，需要不同的指標評估信賴度，包括可信性、遷移性、可靠性、可驗證性。(紐文英, 2016)

研究結果RESULTS

壹、人物背景

研究參與者基本資料如表1，共9名女性，年齡約27-49歲。居住地區以新北居多，桃園市有3名；收案來源長照據點7名、社區2名；僅與長者同住有5名，與長者和屋主同住的有4名；教育程度為國小至大學；已婚4名，離婚2名，未婚和喪偶各1名；子女數為1-2人；來台次數為1-2次；本次來台時間1-6年；曾照顧過失智者只有1名，其餘為照顧中照者和喪偶老人，1名曾擔任醫院看護，2名無照顧經驗。從研究參與者的背景，居住條件、教育程度、婚姻家庭、來台的時間等，都可看出其背景的多源性。

表1 研究參與者基本資料表

編號	年齡	地區	職業	居住	教育	婚姻	子女	來台時間	來台次數	本次來台	曾照顧失智者
A	34	新北	據點	僅長者	高中	已婚	1	6年	2	3年多	有
B	27	新北	據點	僅長者	高中	已婚	2	1年半	1	1年	無(中風)
C	39	新北	社區	含屋主	國中	離婚	2	6年多	1	6年多	無
D	38	新北	據點	含屋主	國小	離婚	1	9年多	2	3年多	無(衰弱)
E	47	桃園	據點	僅長者	高中	喪偶	2	7年多	2	4年	無(醫院病人)
F	37	桃園	據點	含屋主	國中	已婚	1	6年半	1	6年半	無
G	38	新北	據點	含屋主	高中	未婚	0	8年	2	5年	無(衰弱)
H	49	新北	社區	僅長者	大學	已婚	2	7年多	2	約6年	無(衰弱)
I	31	桃園	據點	含屋主	國中	已婚	1	6年多	2	約5年	無(中風)

貳、衝擊與調節

外僑家庭看護在照顧失智長者經驗之想法與感受，經過訪談逐字稿內容進行資料分析所得結果，歸納出衝擊與調節二大主題，如圖1 研究結果概念圖。在外僑家庭看護的照顧經驗中，對其而言，工作就是生活，生活就是工作，是一種時時都在工作角色的生活狀態中，在照顧失智長者的生活中，常會出現令外僑家庭看護身心感到不安的狀況，此為「衝擊」，為使身心回復平靜的反應，則為「調節」。

「衝擊」來自於不穩定日常和非預期情境，不穩定日常是指外僑家庭看護在生活中經常面對失智長者症狀、精神行為問題和攻擊行為，而面對困難且身心受到傷害。非預期情境包含居住條件、同住人員的變動、生活工作改變，長者突發走失的事件以及與過去經驗不同，都會使其感到疲累、壓力和挫折。

而對衝擊則運用「調節」的反應使身心維持平靜，包括「理解」和「緩衝」。理解是在彼此立場中找到有意義的解釋進而包容接納失智者精神行為問題，並在現實經濟壓力和各種條件權衡之間達到妥協和解，使身心恢復平靜。緩衝是運用各種應變方法和照顧技巧安撫及引導長者，並尋求各種資源的支持和認同來面對挑戰，維持身心平衡。

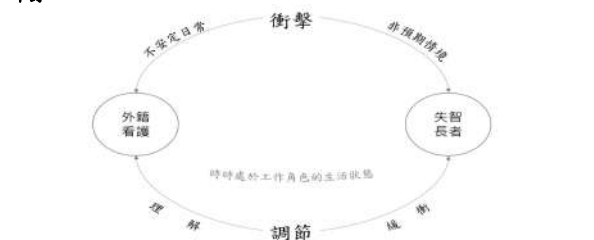


圖1 研究結果概念圖

討論DISCUSSION

從研究參與者背景及研究結果的衝擊和調節中，提出以下幾點作為討論：

- 照顧經驗雖重要，但屋主的態度和支持，能使經驗不足的個案面臨挑戰時願意繼續工作，即使經驗豐富的個案，感到做不到屋主的要求而面臨想放棄工作，因此屋主的支持對於外僑家庭看護而言具有相當的重要性。
- 失智症狀及精神行為問題帶來身心的衝擊外，環境的變動(屋主同住、轉換屋主、工作要求、疫情)會影響原本的家庭照顧模式，經驗以外的事件也會帶來新挑戰。
- 角色衝突對於外僑家庭看護而言，有不同的解釋，照顧角色是自己選擇的並可轉換工作，會以理解和緩衝的各種方式來處理和面對衝擊帶來的角色束縛感受，使身心恢復平靜，而薪資報酬則是願意繼續工作的主因。
- 應對策略方面，除了應變方法和照顧技巧外，更發現理解是調節各種衝擊的重要策略，也不僅是對失智症知識的了解，而是涵蓋更深层內心的想法和轉變歷程，在彼此立場中找到有意義的解釋並在權衡間達到妥協和解。
- 社交資源方面，主要尋求屋主協助外，偶爾求助中介，而失智長者的關心掛念和經營的包容協助都會使外僑家庭看護感受到支持。
- 面對失智屋主意見相左或難以拒絕的工作要求時，少數個案能主動與屋主溝通協商以達到彼此間的平衡。
- 自我效能感來自內外各種條件累積形成的信心，但有一個重要環節出現衝擊時，都可能會影響自我效能感，因而產生放棄工作的想法。
- 家庭照顧模式多屬團隊合作家庭照顧。但其中有一位研究參與者，是以外僑家庭看護為中心，照顧壓力集中於她，但卻因有自由的空間和時間，加上鄰舍的關心和參加失智據點，使其更主動向屋主表示想繼續工作。因此，良好的生活條件和社會資源能作為照顧壓力的調節。

綜合以上討論，外僑家庭看護照顧失智長者的生活經驗，有著複雜多元的影響因素，需要個別化，考量各種環境因素，並且從外僑家庭看護視角深入探究，才能更加貼近其真正感受及需要。

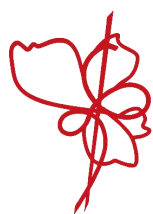


印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗

The Lived Experience of caring older adults with dementia by Indonesian domestic helpers

發表人：楊巧如

指導教授：葉明莉 副教授

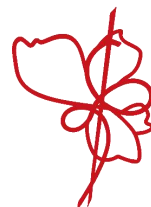


馬偕醫學院

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會

現職與主要學經歷

- 輔仁大學人體研究倫理委員會 委員
- 馬偕醫學院長期照護研究所 碩士
- 東吳大學心理系 學士
- 中台醫專護理科 副學士



馬偕醫學院

目錄

緒論

文獻探討

研究方法

研究結果

結論與建議

—— 印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗

緒論

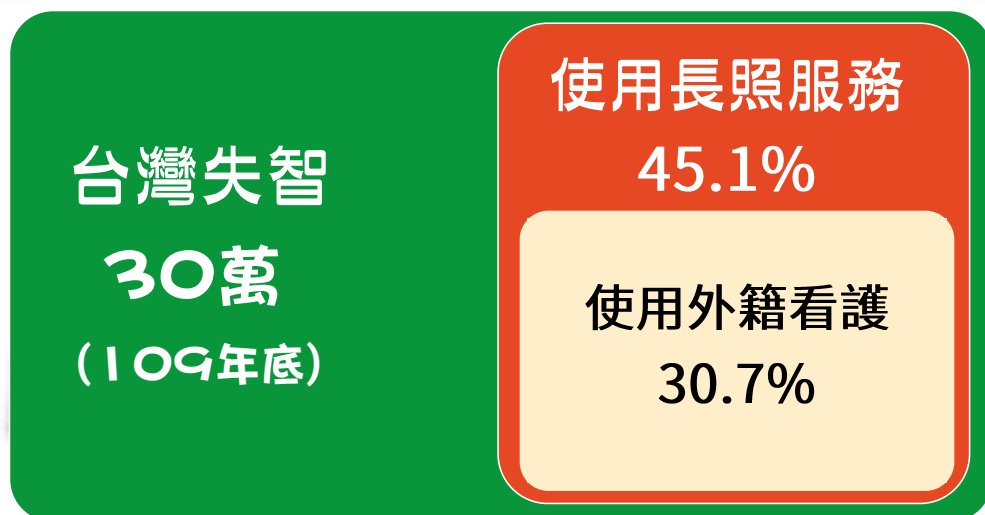
研究背景與動機

過去研究

研究目的

研究問題

研究背景與動機



過去研究

□被忽略的一群 → □失智照顧者的生活品質 → 外籍家庭看護

- 失智照顧研究：家庭照顧者為主，外籍家庭看護很少。
- 照顧者協助計畫，以家庭看護為主，針對外籍家庭看護設計的內容很有限。(Tam et al., 2018)
- PubMed或CEPS，檢索「失智&外籍看護」，極少數研究以外籍看護的視角作為探討。

過去研究

□被忽略的一群

□失智照顧者
的生活品質

外籍家庭看護

失智者的家庭照顧者會經歷較差的生活品質 (Linda et al., 2019)

影響因素：(Wu et al., 2018; Farina et al., 2017; Lin et al., 2012; Quinn et al., 2019; Farina et al., 2017; Linda et al., 2019)。

- 失智者因素(失智類型、疾病持續時間、精神行為症狀、情緒)
- 照顧者因素(個人特質、健康、情緒、照顧時間)
- 其他因素(生活情況、社會資源、雇用外籍看護)

過去研究

□被忽略的一群

□失智照顧者
的生活品質

外籍家庭看護

- 照顧負荷：國籍、共用房間及語言溝通、有照顧失智者 (Ha et al., 2018)。
- 工作滿意度：失智了解程度、居住時間、生活條件、自我效能與失智者的破壞行為 (Ha et al., 2018; Bai et al., 2013)。
- 失智症相關知識有些不正確 (Ayalon, 2009)。
- 與雇主、長者的關係，會形成不同照顧壓力和照顧的品質 (Ha et al., 2018)。
- 會經歷挑戰和優勢，若有愛心、同情心耐心照顧，照顧適應更好，發展出成功行為技巧，鼓勵採直覺法來照顧 (Ayalon, 2009)。

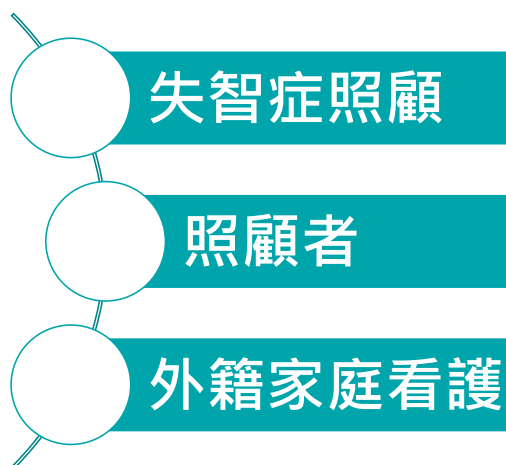
研究目的

- 探討外籍家庭看護照顧失智長者經驗中之想法與感受。

研究問題

1. 外籍家庭看護照顧失智長者中的想法與感受為何？
2. 外籍家庭看護從照顧經驗中覺知的意義為何？

文獻探討



文獻探討

□失智症介紹

□失智症照顧

外籍家庭看護相關
政策與研究

- 阿茲海默氏症，認知能力退化，合併情緒改變、精神行為問題，日常生活自理能力逐漸喪失，病程 8~12 年^(吳怡慧、林明憲，2017)。
- 不同失智症類型的家庭照顧者其生活品質、生活滿意度和幸福感有所不同，阿茲海默病優於其他類型 ^(Wu et al., 2018)。
- 2011 年衛福部統計，台灣 93.8% 失智者住在家中。
- 精神行為症狀會影響 90% 的失智者^(Cerejeira et al., 2012)且精神行為症狀和情緒會影響照顧者負荷^(Lin et al., 2012)

文獻探討

□失智症介紹

□失智症照顧

外籍家庭看護相關
政策與研究

- 多數失智長者由家人照顧，照護技能、體力及精神上都是挑戰(陳惠姿、李孟芬，2000)。
- 失智者的健康和缺乏病識感與照顧者的生活品質有關(Farina et al., 2017)。
- 家庭照顧者的個人特質，照顧能力、正向照顧、照顧壓力和角色束縛 role captivity 會影響生活滿意度和幸福感(Quinn et al., 2019)。
- 為了在家照顧，而聘僱外籍家庭看護減少照顧壓力和身體疲累，有效安排個人社交及工作時間(Basnyat & Chang, 2017)減輕家庭照顧者的照顧負荷(Lin et al., 2012)。

文獻探討

□失智症介紹

□失智症照顧

外籍家庭看護相關
政策與研究

台灣 現況

勞動部2021年統計，全台外籍家庭看護約21萬人，印尼17萬人
訓練課程：各縣市提供免費或付費到宅訓練及集中訓練。

現有 研究

•失智者的外籍家庭看護，女性，30-40歲，已婚，有孩子，中學畢，離家工作是因寄錢回家(Bai et al., 2013; Ha et al., 2018; Tam et al., 2018)。

照顧負荷的因素：國籍、照顧失智者、共用房間、溝通障礙(Ha et al., 2018)。

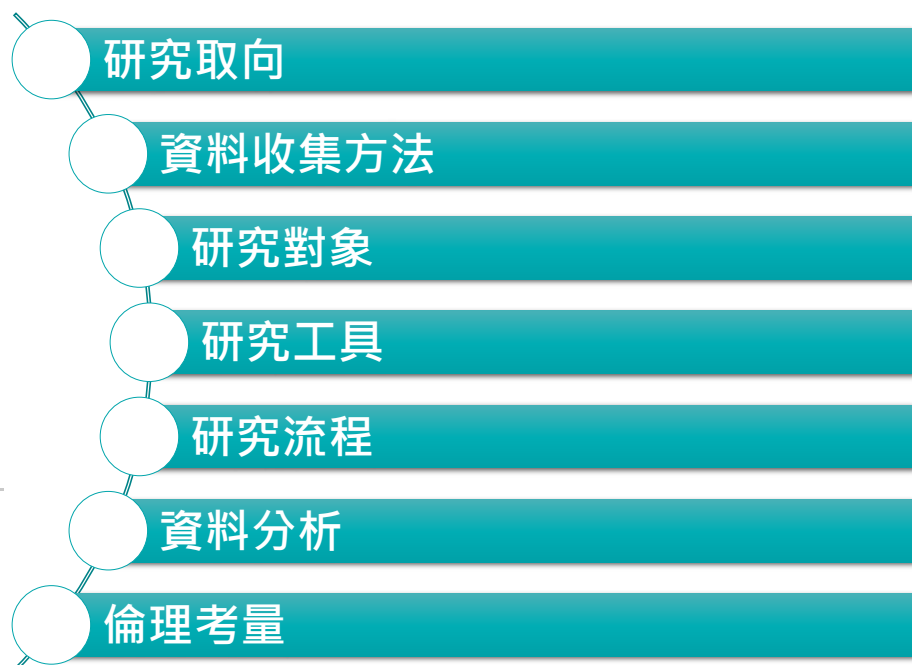
工作前僅簡單的語言課程，照顧知識技能缺乏完整訓練(Ayalon, 2009)。

失智破壞行為少滿意度高(Bai et al., 2013)，認知障礙是挑戰(Soini & Valimäki, 2002)。

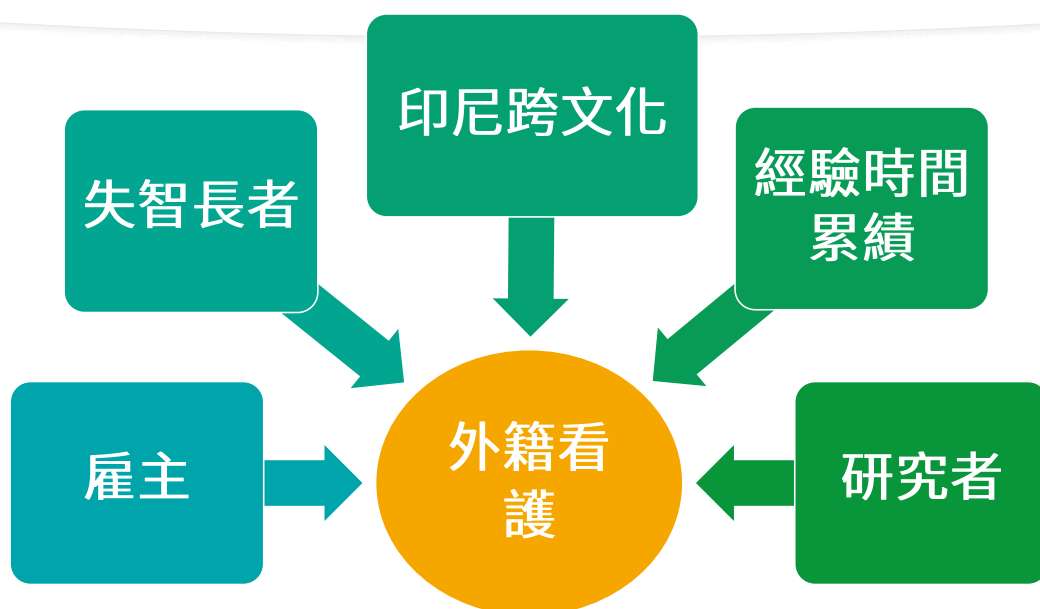
- 以外籍家庭看護為中心，承受壓力，有不良影響。團隊的家庭動態，分擔責任，減輕壓力和增加被照顧者幸福感 (Tam et al., 2018)
- 缺乏訓練又24小時照顧，語言文化差異=>想法和做法顯為重要 (Ayalon, 2009) °
- 照顧失智的外籍看護，照顧負荷來自對失智照顧的想法 (Ha et al., 2018) °
- 對失智症的知識了解與工作滿意度有關 (Tam et al., 2018) °
- 適應狀況，居住較久、語言流利、滿意的生活環境、自我效能高者=>滿意度較高 (Bai et al., 2013 ; Tam et al., 2018)

印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗

研究方法



研究取向-現象學



資料收集方法

面對面個別進行1~2次半結構深度訪談

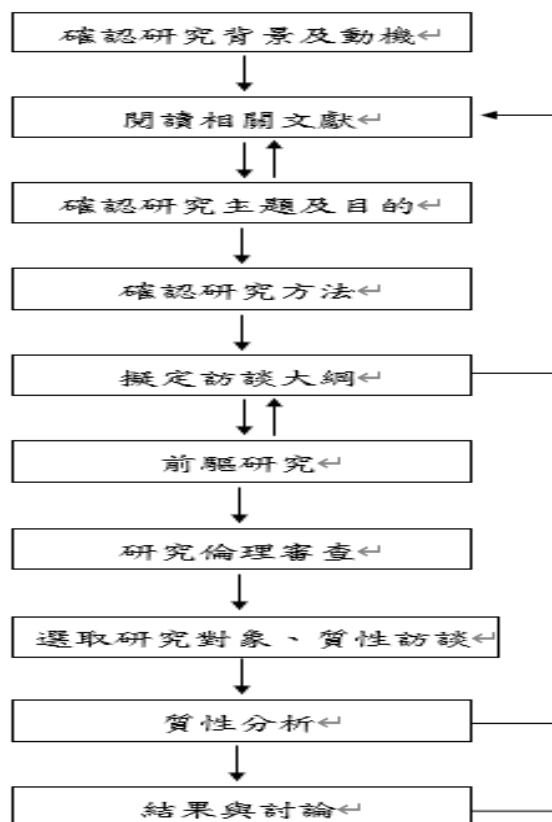
研究對象

- 立意取樣、滾雪球法，9名來自據點及社區。
- 納入條件：
 - (1) 20歲以上印尼籍家庭看護。
 - (2) 24小時照顧65歲以上失智者連續達6個月以上。
 - (3) 能以國台語溝通者
- 排除條件：
 - (1) 24小時照顧65歲以上失智者未達6個月以上。
 - (2) 照顧對象為年輕型失智者。
 - (3) 沒有個人自由的時間(至少30分鐘)能專注接受訪談者。

研究工具

- 研究者背景：護理科、心理
- 研究者經歷：護理師、職業輔導評量員、關懷據點志工
- 訪談大綱：半結構的訪談指引
- 印尼字卡：翻譯字卡

研究流程



資料分析 (Colaizzi, 1978)

- 仔細閱讀訪談資料，有整體性的理解。
- 摘錄有意義的敘述。
- 歸納意義敘述，進行明確有意義的編碼。
- 彙整編碼後的觀點，尋找共同的概念，形成主題。
- 將主題聯繫到研究對象進行詳盡的敘述。
- 詳盡陳述構成該現象的本質性結構。

資料分析-品質指標 鈕文英，

1. 可驗證性(confirmability)：(1)請研究參與者確認訪談資料 (2)研究者自我覺察 (3)指導教授審核資料分析結果。
2. 可靠性(dependability)：錄音反覆確認、反思、訪談經驗。
3. 可信度(credibility)：同儕簡報、三角驗證、資料分析依現象學標準步驟。
4. 可轉移性(transferability)：真實完整記錄。

倫理考量

- 2021.5.13馬偕紀念醫院人體研究倫理審查委員會審查通過。
- 同意書以中文和印尼文表示。
- 同意書帶回審閱。

研究結果與討論

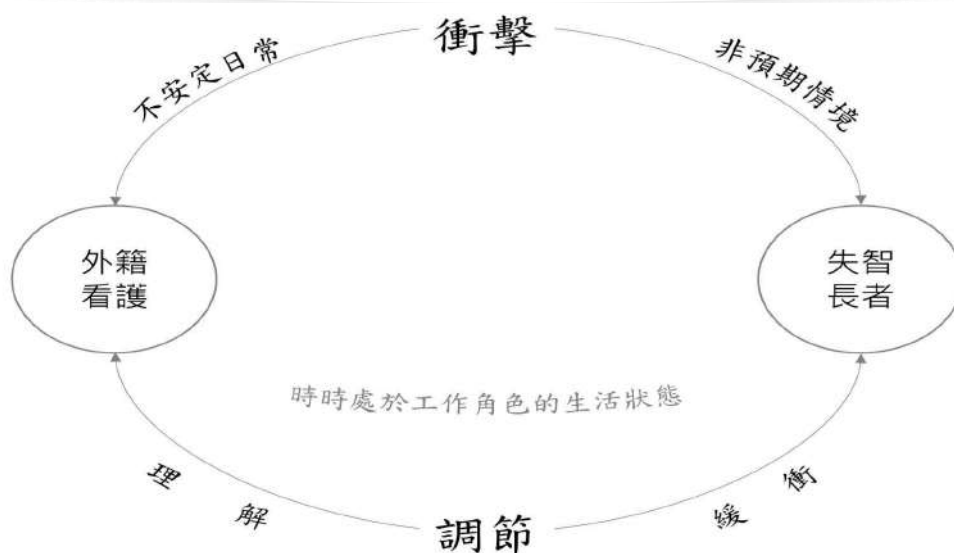
研究結果

討論

研究結果-人物背景

編號	年齡	地區	收案來源	居住狀況	教育	婚姻	子女	來台時間	來台次數	本次來台	曾照顧失智者
A	34	新北	據點	僅長者	高中	已婚	1	6年	2	3年多	有
B	27	新北	據點	僅長者	高中	已婚	2	1年半	1	1年	無(中風)
C	39	新北	社區	含雇主	國中	離婚	2	6年多	1	6年多	無
D	38	新北	據點	含雇主	國小	離婚	1	9年多	2	3年多	無(衰弱)
E	47	桃園	據點	僅長者	高中	喪偶	2	7年多	2	4年	無(醫院病人)
F	37	桃園	據點	含雇主	國中	已婚	1	6年半	1	6年半	無
G	38	新北	據點	含雇主	高中	未婚	0	8年	2	5年	無(衰弱)
H	49	新北	社區	僅長者	大學	已婚	2	7年多	2	約6年	無(衰弱)
I	31	桃園	據點	含雇主	國中	已婚	1	6年多	2	約5年	無(中風)

研究結果-衝擊與折衷



衝擊

不安定日常：不平靜的日常生活

- 口忘、重口性對口、口動、失禁，每天或反口發生的口口口口引起的困口口奈及身心疲口。
- 口口角色口法口免口承口長者口口行口口口情口和行口攻口。

非預期情境：意料之外的狀況

- 外在口境的改口，生活口口口而困口。
- 與自身口口不同造成的挫折口。
- 長者走失的突發狀況，而口張害怕疲口。

調節

理解：在彼此立場中找到有意義的解釋

- 了解彼此立場與需求，接納包容長者症狀。
- 自我內在思考、妥協與需求後，能融入工作身心適宜。

緩衝：運用各種方法面對處理各種挑戰

- 從過程中發展出的方法和因應策略。
- 從他人而來的重視同和幫助，得到被支持。
- 雇主的求待辦不到時，主動表達需求和想法去協商改善。

討論

研究對象

(康月綾、李麗日，2010)

- N=10，25~31歲，年資2~6年，來台1~3次
- 本次來台1M~2Y7M

研究結果

- N=9，27~49歲，年資1~9年，來台1~2次
- 本次來台1~6年。

討論

生活條件

- 照顧失智者照顧負荷較高 (Ha et al., 2018)，與失智者缺乏病識感 (Farina et al., 2017) 和精神行為症狀和情緒 (Lin et al., 2012) 有關。

- 衝擊：重複的無奈和必要的承受。
- 想法感受(緊張害怕、無奈感)、承受身心傷害、雇主干擾、大環境動及經外的衝擊。

角色束縛

- 家庭者困在角色中的，生活度和幸福 (Quinn, 2019)
- 自我選擇，面對衝擊採調節處理角色束縛，否則換工作

討論

理解

- 工作滿意度與其對失智症的知識有關 (Tam et al., 2018)
- 不僅了解失智症知識，其內心想法脈絡，即理解過程

緩衝

- 在經驗中會直覺發展出創造性照顧技巧=>直覺創造 (Ayalon, 2009)
- 本研究有不爭論、言語安慰、肢體安撫、分散注意力、等待再重複、鎖門、身體觸摸，與失智症的家庭照顧者和照服員處理行為問題的方法一致 (Richter et al., 1995)
- 積極認知刺激和運動刺激 長期在據點

討論

獲得支持

- 新加坡研究，會尋求雇主 親友 專業人士支持 (Heng et al., 2019)
- 台灣主要找雇主，仲介較少 康月綾、李麗日，
- 本研究相同，另外，還有長者關心掛心配合及鄰舍包容協助。

溝通協商

- 與雇主意見相左和難以拒絕現象 康月綾、李麗日，2010)
- 本研究亦有此現象，但進一步會與雇主溝通協商。

家庭動態

- 以外籍家庭看護為中心的家庭動態，壓力很大會有不良影響 (Tam et al.,
- 多數如此，個案E特例。=>需個別化考量

印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗

結論與建議

結論

建議

限制

結論

- 外籍家庭看護會採用多種調節反應來面對生活中或非預期事件所引發身心不安的衝擊，使每天的生活維持在能以接受的平衡點中，以繼續失智症照顧工作。

建議

- 更多研究者投入外籍家庭看護相關研究，了解不同國籍及外出受限制的族群。
- 失智者走失的預防知識需多宣導或研發相關門禁或定位產品，未來可考慮納入長照輔具補助中。
- 提供聘僱前雇主教育宣導，給予外籍家庭看護適當支持。
- 據點的照顧訓練課程及帶領支持團體更加落實。
- 利用社交媒體，設置線上支持團體群組滿足即時及多元需求。

限制

- 收案地點僅在北台灣。
- 非母語溝通，請語言能力佳的外籍看護協助當場翻譯。
- 收案對象多數來自據點。



謝謝聆聽 敬請賜教

印尼籍家庭看護照顧失智長者的生活經驗

居家安寧主要照顧者的靈性需求及其相關因素

The Spiritual Needs and the Related Factors Among the Primary Caregivers With Hospice Home Care

吳宜庭¹ 葉淑惠^{2*}

¹ 馬偕醫學院長期照護研究所碩士畢業

² 馬偕醫學院長期照護研究所教授

E-mail: yehshuhui@mmc.edu.tw

安寧緩和療護以「全人」提供生理、心理、社會持續穩固照護，更強調了解靈性需求的重要性；而安寧緩和療護從住院及共照等策略趨勢的催生下，漸漸普及化、在地化，進而走入社區居家；其中家庭主要照顧者等同隱形病人備受矚目。國內研究較少實證討論接受安寧緩和療護者之主要照顧者靈性需求的內容及程度，筆者以「天、人、物、我」的靈性本質理論，依據羅瑞玉（2009）老人靈性需求量表、Hsiao 等（2013）靈性健康短式量表及研究者臨床經驗，針對居家安寧主要照顧者共 116 位，採橫斷式研究問卷調查，研究發現居家安寧病人之年齡、教育程度以及宗教信仰，與主要照顧者之性別、婚姻、教育程度、宗教信仰、參與宗教活動的頻率以及自覺經濟狀況達顯著差異。在居家安寧主要照顧者的靈性需求之預測因子上，本研究發現倘若居家安寧主要照顧者隨著病人的年齡越低與其教育程度越高，以及主要照顧者自身宗教信仰為基督教或天主教，和自覺經濟狀況相當充裕且有餘的條件下，其靈性需求越高。本研究發展之靈性需求量表的信效度，未來可用於探討居家安寧主要照顧者靈性需求的預測因子，例如身、心與社會變項，研究結果可提供為居家安寧療護產、官、學者推展靈性照護之參考。

關鍵字：居家安寧、主要照顧者、靈性需求、靈性需求量表

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(A組)

居家安寧主要照顧者的靈性需求及其相關因素

The Spiritual Needs and the Related Factors Among the Primary Caregivers With Hospice Home Care

吳宜庭、葉淑惠

Yi-Ting Wu, Shu-Hui Yeh

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景

安寧緩和護理從居家、住院、共照等趨勢的影響下，漸漸普及化、在地化進而走入居家，照護對象從癌症末期病人、不接受呼吸器處理之末期運動神經元病人，擴及八大非癌症末期病人。安寧緩和護理以「全人」提供生理、心理、社會持續穩固照護，更應強調了解靈性需求的重要性。國內安寧護理服務量統計，醫療機構（包含居家護理所）數量以及服務項目，數據呈現逐年成長。安寧緩和護理從居家、醫院住院及共照的推展趨勢，逐漸普及化、在地化，更走入社區，未來病人在社區中居家安寧護理的需求必然增加。安寧護理的對象也包含主要照顧者，其靈性也受到文化、宗教和個人價值觀與信念等因素的影響，靈性的探索是安寧緩和護理中重要的一環，因為人類具有串聯思慮的獨特能力，超越了生物學和疾病的局限性，安寧緩和護理走入社區居家，持續生理、心理、社會穩固照護，更應強調了解靈性需求的重要性，主要照顧者等同隱形病人備受「目」病人面臨死亡，照顧者面對至親即將離世，種種的焦慮、恐懼或不安，可協助他們從生命回顧靈性的追求，尋找生命的意義，得到內心平安。

研究目的

- 一、探討居家安寧病人主要照顧者之靈性需求與重要性排序。
- 二、探討居家安寧病人主要照顧者之靈性需求及其相關因素。
- 三、探討居家安寧病人之主要照顧者靈性需求之預測因子。

研究架構



研究方法

本研究採橫斷式研究設計及方便取樣，參考羅瑞玉（2009）老人靈性需求量表、Hsiao等人（2013）靈性健康短式量表以及研究者臨床經驗，發展及驗證成結構式問卷，針對台灣北、中部地區獨立型居家護理所之服務的居家安寧主要照顧者，符合收案條件的居家安寧主要照顧者進行招募及研究說明，有意願參加並簽署馬偕紀念醫院人體試驗委員會通過的「人體試驗委員會同意書」（IRB 編號：20MMHIS360e）者，進行居家安寧主要照顧者靈性需求調查，實際收案 116 人。運用SPSS 28.0中文版統計軟體進行資料分析。

參考文獻

- 吳孟穎、馮容莊、黃美齡、何璇、孫文榮、黃勝堅（2019）。建構完善的台北市居家安寧照護模式。《北市醫學雜誌》，16，134-144。DOI: 10.6200/TCMJ.201910.SP_16.0014
- 羅瑞玉2009。老人靈性需求初探—以屏東地區為例。論文發表於屏東教育大學[南臺灣社會發展]學術研討會論文集，屏東市。
- Hsiao, Y. C., Chiang, Y. C., Lee, H. C., & Han, C. Y. (2013). Psychometric testing of the properties of the spiritual health scale short form. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2981-2990. DOI: 10.1111/jocn.12410.
- Taylor, E. J., Petersen, C., Oyedele, O., & Haase, J. (2015). Spirituality and spiritual care of adolescents and young adults with cancer. *In Seminars in Oncology Nursing*, 31, 227-241. DOI: 10.1016/j.soncn.2015.06.002
- Rafati, F., Mashayekhi, F., & Dastary, N. (2020). Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*, 59(6):3084-3096. DOI: 10.1007/s10943-019-00939-y
- World Health Organization. (2018). Palliative care. Retrieved from <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

研究結果

- 居家安寧病人平均年齡為76±15.04歲，以小學畢業者佔多數為31.0%，佛教徒佔最多37.1%。主要照顧者平均年齡為53±12.73歲，多數為大學畢業佔33.6%，信仰佛教最多佔43%，參與宗教活動的頻率以每年數次為主，且自覺經濟狀況多數為大致夠用狀況，佔52.6%。
- 女性主要照顧者的靈性需求大於男性，已婚者多於未婚者；主要照顧者為基督徒或天主教徒時，其靈性需求大於無宗教信仰或佛、道教之信仰者；學歷越高，尤其在碩士畢業及以上者靈性需求越高。主要照顧者期望的靈性關懷與陪伴管道，以「宗教團體」為最多數（佔57.8%）。主要照顧者對於靈性需求的想法，談及最多為「人與他人」的構面有19人（63.3%）。
- 居家安寧主要照顧者靈性需求之預測因子為居家安寧病人的年齡及教育程度，可顯著預測主要照顧者靈性需求10.2%變異量，亦即居家安寧病人越年輕及教育程度越高時，主要照顧者的靈性需求越高；另外主要照顧者為基督徒或天主教徒和自覺經濟狀況充裕，其靈性需求越高，可顯著預測其靈性需求11.4%變異量。

居家安寧病人基本屬性對主要照顧者靈性需求之預測因子 (N=116)

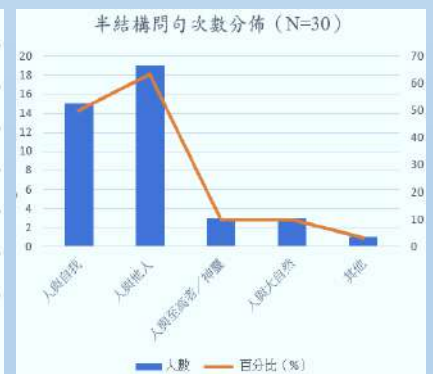
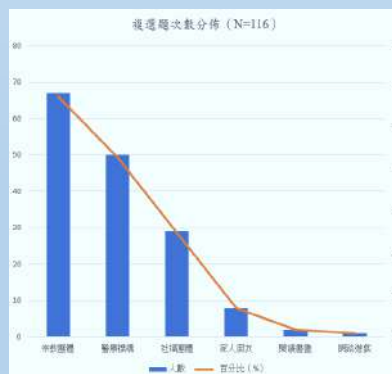
預測變項	靈性需求						
	R ²	Adj. R ²	B	SE B	β	t	p
年齡	.059	.051	-.103	.038	-.24**	-2.68	.01
教育程度	.060	.051	.113	0.42	.24**	2.69	.01
主要宗教信仰	.009	.000	0.67	0.66	.10	1.02	.31

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

居家安寧主要照顧者基本屬性對其靈性需求之預測因子 (N=116)

預測變項	靈性需求						
	R ²	Adj. R ²	B	SE B	β	t	p
性別	.011	.002	.136	.122	.10	1.116	.27
婚姻	.000	-.009	-.014	.097	-.01	-.143	.89
教育程度	.020	.011	.074	.048	.14	1.524	.13
主要宗教信仰	.069	.061	.173	.059	.26**	2.908	<.05
參與宗教活動的頻率	.001	-.008	-.016	.046	-.03	-.352	.73
自覺經濟狀況	.061	.053	.196	.072	.25**	2.722	.01

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

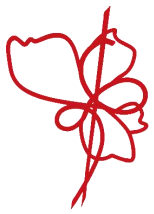


居家安寧主要照顧者的靈性需求及其相關因素

The Spiritual Needs and the Related Factors Among the Primary Caregivers
With Hospice Home Care

發表人：吳宜庭

指導教授：葉淑惠



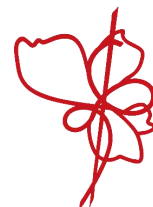
馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

1

現職與主要學經歷

- 馬偕醫學院長期照護研究所 碩士畢業
- 怡德綜合長期照顧機構 督導長
- 豐榮醫院 A單位個案管理師
- 鈺沁居家護理所 負責人兼任護理長



馬偕醫學院

2



目錄



一、研究背景與動機



二、研究方法



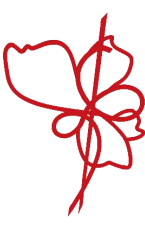
三、研究結果



四、研究討論




五、研究限制與建議




馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會



第一章

研究背景與動機



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

研究背景與動機



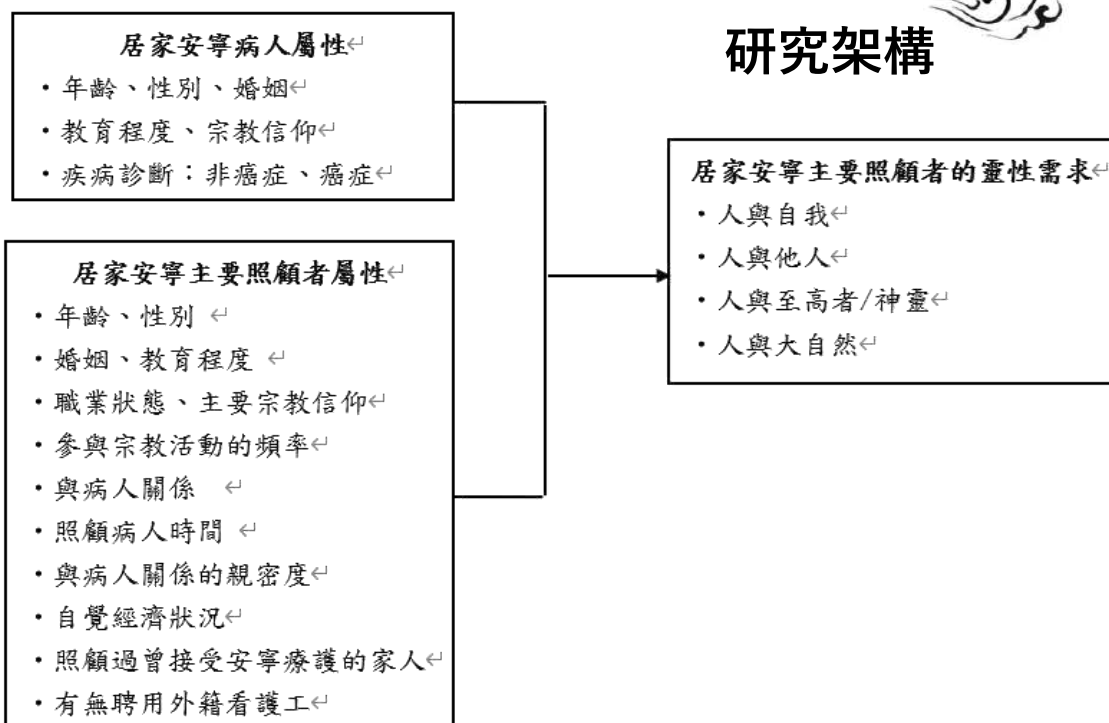
- 一 國內安寧療護服務量逐年成長
- 二 非癌死亡數是癌症一倍以上
- 三 安寧緩和社區與在地化的推動
- 四 主要照顧者也是安寧療護的對象
- 五 探索靈性，提升靈性與生活品質

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

5

研究架構



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

6



第二章

研究方法



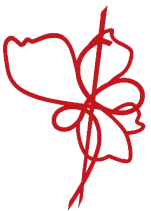
馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

研究設計



- 本研究為描述性及相關性研究設計。
- 採橫斷式調查研究法，為方便取樣。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

研究工具



- 以「天、人、物、我」的靈性本質理論為研究架構。
- 參考 Hsiao等（2013）靈性健康短式量表、
（總量表 Cronbach's α : 0.93）
羅瑞玉（2009）老人靈性需求量表
（總量表 Cronbach's α : 0.96）
以及研究者臨床經驗，擬定結構式問卷。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

9

研究工具



- 本研究問卷分為：

結構式問卷，計分方式採Likert 5點量表，共24題；
半結構式問卷二題，總計26題。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

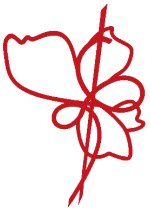
10

研究對象與場所



●收案條件：

- (一) 於居家提供實際照顧安寧病人之主要照顧者、
- (二) 能明瞭病人末期診斷與實際病情、
- (三) 年滿二十歲、
- (四) 意識清楚，無嚴重精神障礙診斷、
- (五) 如為不識字者，需能以國、台語溝通、
- (六) 同意接受問卷調查，配合參與研究。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

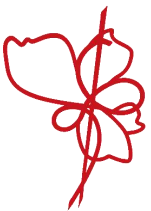
11

研究對象與場所



●排除收案條件：

- (一) 安寧病人居住在住宿型機構、
- (二) 外籍看護工。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

12

信度檢測



總量表的內在一致性信度 **Cronbach's α 值：0.951**

信度分析表

構面	問卷題數	α 係數
人與自我	第 1-6、10-12、18 題	0.909
人與他人	第 7-9 題	0.820
人與至高者／神靈	第 13-17 題	0.964
人與大自然	第 19-24 題	0.913
總量表	1-24 題	0.951

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

13

信度檢測



經五位專家檢測的內容效度值
(Content validity index, **CVI**) 為 **0.98**

內容效度

以探索性因素分析，因素間有相關
($\chi^2 = 2387.55$, $df = 276$, $p < .001$)
Kaiser-Meyer-Olkin (**KMO**) 值為.9
量表之四個因素可解釋 **65.86%** 的變異量

建構效度

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

14

統計方法

推論性統計方法

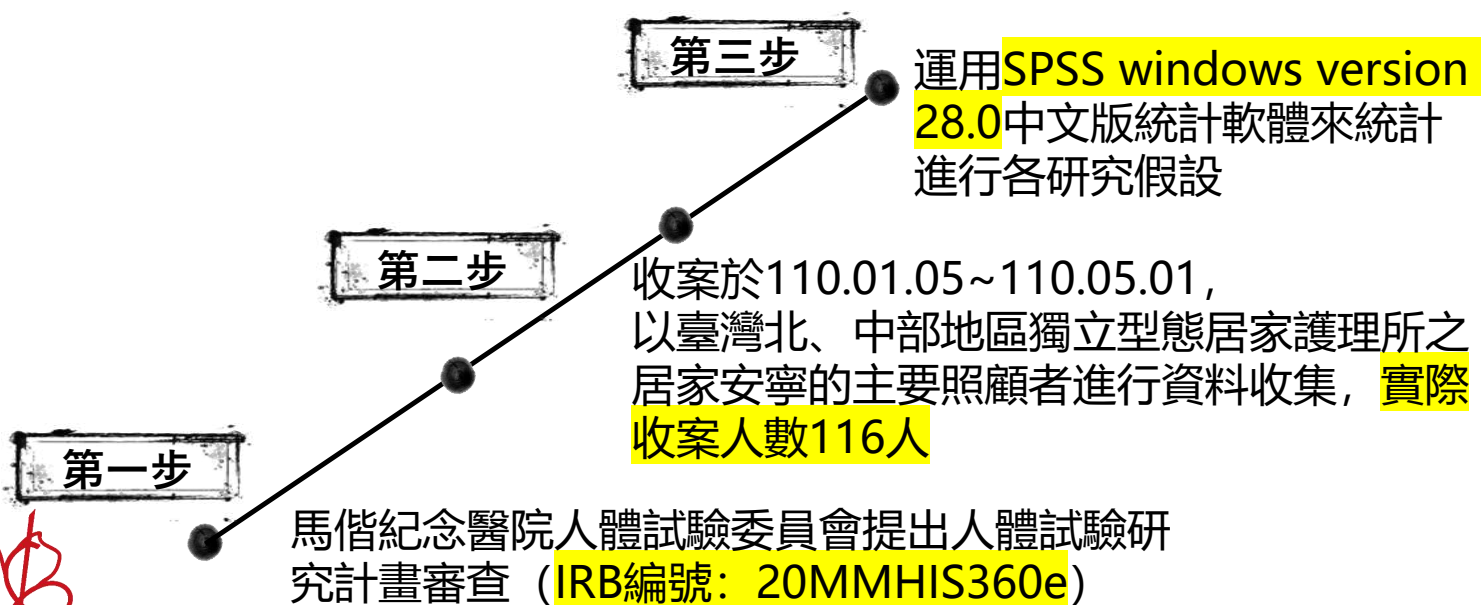
研究假設	統計分析方法
1. 居家安寧主要照顧者的靈性需求有顯著地相關因素。	獨立樣本t檢定法 單因子變異數分析 皮爾森積差相關法
2. 居家安寧主要照顧者的靈性需求可由相關因子預測。	複迴歸分析

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

15

研究過程



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

16

第三章

研究結果

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

居家安寧病人基本資料分析- 1/2

居家安寧病人之基本屬性 (N=116)

變項	人數 (n)	百分比 (%)	平均值±標準差	最小值	最大值
年齡 (歲)			75.53±15.04	29.1	101.2
40 歲及以下	2	1.7			
41~50 歲	6	5.2			
51~60 歲	12	10.3			
61~70 歲	22	19.0			
71~80 歲	24	20.7			
81~90 歲	34	29.3			
91 歲及以上	16	13.8			
性別					
男	58	50			
女	58	50			
婚姻					
未婚	6	5.2			
已婚	65	56.0			
離婚	10	8.6			
喪偶	35	30.2			
教育程度					
不識字	23	19.8			
小學	36	31.0			
國中	17	14.7			
高中職	23	19.8			
專科及以上	17	14.7			
主要宗教信仰					
無	21	18.1			
佛教	43	37.1			
道教	41	35.3			
基督教、天主教	11	9.5			

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

居家安寧病人基本資料分析-2/2

變項	人數 (n)	百分比 (%)	平均值±標準差	最小值	最大值
主要診斷					
1. 非癌症診斷	88	75.9			
①老年期及初老期 器質性精神病態 (即失智症)	22	25.0			
②其他大腦變質	23	26.1			
③心臟衰竭	9	10.2			
④慢性氣道阻塞及 未歸類者	10	11.4			
⑤肺部其他疾病	8	9.1			
⑥慢性肝病及肝硬化	4	4.5			
⑦慢性腎衰竭及腎衰 竭，未明示者	5	5.7			
⑧末期運動神經元患 者	7	8.0			
2. 癌症診斷	28	24.1			
①呼吸系統	9	32.1			
②心血管/循環系統	1	3.6			
③消化系統	14	50.0			
④泌尿系統	1	3.6			
⑤生殖/乳房系統	3	10.7			

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

19

居家安寧主要照顧者基本資料分析-1/3

居家安寧主要照顧者之基本屬性 (N=116)

變項	人數 (n)	百分比 (%)	平均值±標準差	最小值	最大值
年齡(歲)					
20歲及以下	2	1.7	52.67±12.73	20.3	79.7
21~30歲	5	4.3			
31~40歲	10	8.6			
41~50歲	30	25.9			
51~60歲	37	31.9			
61~70歲	22	19.0			
71~80歲	10	8.6			
性別					
男	41	35.3			
女	75	64.7			
婚姻					
未婚	28	24.1			
已婚	72	62.1			
離婚、喪偶	16	13.8			
教育程度					
不識字、小學	6	5.2			
國中	6	5.2			
高中職	37	31.9			
專科	24	20.7			
大學	39	33.6			
研究所及以上	4	3.4			
職業狀態					
無業	29	25.0			
兼職	15	12.9			
全職	53	45.7			
退休	19	16.4			

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

20

居家安寧主要照顧者 基本資料分析-2/3

變項	人數 (n)	百分比 (%)	平均值±標準差	最小值	最大值
主要宗教信仰					
無	24	20.7			
佛教	50	43.0			
道教、天帝教	31	26.7			
基督教、天主教	8	6.9			
伊斯蘭教	3	2.6			
參與宗教活動的頻率					
未曾參與	33	28.4			
每天	13	11.2			
每月數次	22	19.0			
每年數次	48	41.4			
與病人關係					
配偶	18	15.5			
直系血親 (子女、父母)	65	56.0			
姻親(媳婦、 女婿、兄嫂)	16	13.8			
兄弟姊妹	8	6.9			
侄子、侄女	6	5.2			
好友	3	2.6			



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

21

居家安寧主要照顧者 基本資料分析-3/3

變項	人數 (n)	百分比 (%)	平均值±標準差	最小值	最大值
照顧病人時間(月)					
一年及以下	22	19.0	59.74±69.01	1	438
1~5 年	59	50.8			
6~10 年	24	20.7			
11~15 年	5	4.3			
16~20 年	3	2.6			
21 年及以上	3	2.6			
與病人關係親密度					
緊密	92	79.3			
普通	24	20.7			
自覺經濟狀況					
非常不夠用	19	16.4			
有點不夠用	33	28.4			
大致夠用	61	52.6			
相當充裕且有餘	3	2.6			
之前曾照顧安寧家人					
無	100	86.2			
有	16	13.8			
聘用外籍看護工					
無	58	50			
有	58	50			



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

22

居家安寧主要照顧者的靈性需求之現況-1/2

依據問卷訪談所收集資料，以描述性統計分析，居家安寧主要照顧者的靈性需求量表各層面與各題目之平均數、標準差。



居家安寧主要照顧者的靈性需求之平均數及標準差統計表 (N=116)

題項	題目	平均數	標準差	排序
靈性需求	總量表平均強度 (總分介於 24-120 分)	3.85	0.63	
1.人與自我	次量表平均強度 (總分介於 10-50 分)	3.89	0.65	②
	1.我能思考、追尋人生的意義與目標。	3.82	0.84	
	2.我經常用積極樂觀的態度去面對生活中的挫折。	3.91	0.94	
	3.當遭遇挫折時，我能坦然面對，心境平和、不害怕、不恐懼。	3.91	0.92	
	4.當遭遇挫折時，我相信自己有自我療傷的能力，走出困境。	3.97	0.88	B
	5.我可以從挫折中體驗到自己的能力。	3.96	0.81	C
	6.我相信即使遇到挫折困難時，人生仍是美好的。	3.91	0.89	
	10.我能不求回報的幫助他人解決問題。	4.02	0.88	A
	11.我能寬恕他人的疏失所造成之傷害。	3.77	0.78	
	12.我有能力對社會做更多貢獻。	3.67	0.84	
	18.我了解生死的問題與知識，能面對死亡帶來的威脅與恐懼。	3.93	0.78	
2.人與他人	次量表平均強度 (總分介於 3-15 分)	4.10	0.75	①
	7.我有可信任、能談心的家人(朋友)。	4.11	0.92	B
	8.我能自在與家人(朋友)和諧相處。	4.26	0.79	A
	9.我能欣喜地分享他人或自己的成就。	3.93	0.90	C

居家安寧主要照顧者的靈性需求之現況-2/2



題項	題目	平均數	標準差	排序
3.人與至高者／神靈	次量表平均強度 (總分介於 5-25 分)	3.76	0.97	③
	13.我相信宗教或信仰可以帶給我生命積極力量。	3.78	1.08	C
	14.我總是相信宗教或信仰可以幫助自己渡過難關。	3.59	1.04	
	15.我希望得到神的庇祐(例如：上帝、老天爺、神明、佛祖、菩薩等)。	3.91	1.01	A
	16.我相信在遇到困難時有神的保佑，使我心安(例如：上帝、老天爺、神明、佛祖、菩薩等)。	3.82	1.02	B
	17.宗教活動常帶給我很大的幫助、心靈寄託(例如：禱告、求神問卜、拜拜...等)。	3.67	1.03	
4.人與大自然	次量表平均強度 (總分介於 6-30 分)	3.74	0.77	④
	19.我在大自然之下，能感受生命的美好。	4.03	0.81	B
	20.當我接近大自然時，身心靈能感到舒暢。	4.14	0.80	A
	21.我能感受自己的存在，與大自然之間的關係。	3.68	0.86	
	22.我在栽植(或接近)花草樹木時，能體悟到生命的奧妙。	3.67	1.00	
	23.我能感受大海山林間，蘊含的生命力。	3.74	0.93	C
	24.我有參與接近大自然相關的社區活動。	3.20	1.12	

註：分數代表 1.非常不重要，5.非常重要，得分越高，表示越重要。

影響居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求 之差異與相關分析-1/ 7



- 根據問卷之居家安寧病人之人口變項共有七項，

以皮爾森積差相關分析法（Pearson's Correlation）
將居家安寧病人之年齡做相關性分析；

以獨立樣本t檢定（Independent Sample t test）
進行性別與靈性需求之差異性；

其餘各變項則以單因子變異數（one-way ANOVA）分析，
若F值達顯著水準，則以費雪LSD法（Fisher Least
Significant Difference）事後檢定比較各組間的差異

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

25

影響居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求 之差異與相關分析- 2 / 7



- 經統計分析結果顯示

居家安寧病人之年齡、教育程度與宗教信仰達顯著
差異與相關性，分別如下：

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

26

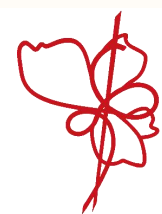
影響居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求之差異與相關分析- 3 / 7



居家安寧病人的年齡與照顧者靈性需求之相關性 (N=116)

變項		人與自我	人與他人	人與至高者／神靈	人與大自然	靈性需求總量表
病人年齡	Pearson's (r)	-.21*	-.11	-.23*	-.21*	-.24**
	顯著性 (p)	.03	.25	.01	.02	.01

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

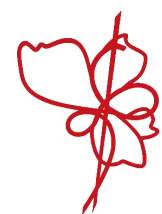
27

影響居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求之差異與相關分析- 1 / 7



居家安寧病人的教育程度對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	病人教育程度	人數	平均值	標準差	F	p	Fisher's LSD 法之事後比較
人與自我	1.不識字	23	3.69	0.74	1.59	.18	
	2.小學	36	3.91	0.60			
	3.國中	17	3.72	0.72			
	4.高中職	23	4.01	0.56			
	5.專科及以上	17	4.10	0.49			
人與他人	1.不識字	23	3.87	1.09	0.77	.55	
	2.小學	36	4.19	0.54			
	3.國中	17	4.06	0.78			
	4.高中職	23	4.17	0.63			
	5.專科及以上	17	4.18	0.70			



馬偕醫

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

28

影響居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求之差異與相關分析- 5 / 7



人與至高者 ／神靈	1.不識字	23	3.42	1.20	2.51	.046	5>1、3
	2.小學	36	3.81	0.99			
	3.國中	17	3.39	0.71			
	4.高中職	23	3.97	0.88			
	5.專科及以上	17	4.18	0.77			
人與大自然	1.不識字	23	3.49	1.02	2.35	.06	
	2.小學	36	3.63	0.77			
	3.國中	17	3.65	0.70			
	4.高中職	23	4.00	0.62			
	5.專科及以上	17	4.07	0.48			
靈性需求總表	1.不識字	23	3.61	0.85	2.51	.046	4>1
	2.小學	36	3.85	0.55			5>1、3
	3.國中	17	3.67	0.60			
	4.高中職	23	4.02	0.52			
	5.專科及以上	17	4.12	0.45			

馬傑

「2022」

註：F 值乃以單因子變異數分析法。

29

影響居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求之差異與相關分析- 6 / 7



居家安寧病人的宗教信仰對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	病人主要宗教信仰	人數	平均值	標準差	F	p	Fisher's LSD 法之事後比較
人與自我	1.無	21	4.00	0.62	2.62	.05	
	2.佛教	43	3.86	0.50			
	3.道教	41	3.75	0.75			
	4.基督教、天主教	11	4.31	0.52			
人與他人	1.無	21	4.29	0.69	2.63	.05	
	2.佛教	43	4.02	0.73			
	3.道教	41	3.97	0.80			
	4.基督教、天主教	11	4.58	0.54			

2022 創刊同慶及首屆學術研討會

30

影響居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求之差異與相關分析- 7 / 7



人與至高者 ／神靈	1.無	21	3.52	1.11	4.14	.01	4>3、2、1
	2.佛教	43	3.65	0.87			
	3.道教	41	3.74	1.00			
	4.基督教、天主教	11	4.67	0.48			
人與大自然	1.無	21	3.82	0.67	2.38	.07	
	2.佛教	43	3.76	0.70			
	3.道教	41	3.56	0.87			
	4.基督教、天主教	11	4.23	0.69			
靈性需求 總量表	1.無	21	3.89	0.63	3.64	.02	4>1、2、3
	2.佛教	43	3.81	0.49			
	3.道教	41	3.73	0.73			
	4.基督教、天主教	11	4.40	0.46			

註：F值乃以單因子變異數分析法。

31

影響居家安寧主要照顧者靈性需求之差異與相關分析-1/ 1 1



- 根據問卷之居家安寧主要照顧者之人口變項共有13項，

以皮爾森積差相關分析法（Pearson's Correlation）將居家安寧主要照顧者之年齡與照顧病人時間做相關性分析；

以獨立樣本t檢定（Independent Sample t test）進行性別、之前是否曾照顧過接受安寧緩和療護的家人，以及是否聘用外籍看護工共三種人口變項與靈性需求之相關性；

其餘變項則以單因子變異數（one-way ANOVA）分析，若F值達顯著水準，則以費雪LSD法（Fisher Least Significant Difference）事後檢定比較各組間的差異

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

32



影響居家安寧主要照顧者靈性需求 之差異與相關分析- 2 / 1 1

●經統計分析結果顯示

居家安寧主要照顧者之**性別**、**婚姻**、**教育程度**與**宗教信仰**、**參與宗教活動的頻率**以及**自覺經濟狀況**達顯著差異與相關性，分別如下：

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

33



影響居家安寧主要照顧者靈性需求 之差異與相關分析- 3 / 1 1

主要照顧者的性別對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	照顧者性別	人數	平均值	標準差	t	p
人與自我	男性	41	3.85	0.63	-0.48	.634
	女性	75	3.91	0.64		
人與他人	男性	41	4.02	0.85	-0.90	.372
	女性	75	4.15	0.69		
人與至高者／神靈	男性	41	3.51	1.12	-2.01*	.047
	女性	75	3.89	0.87		
人與大自然	男性	41	3.70	0.75	-0.45	.656
	女性	75	3.77	0.79		
靈性需求總量表	男性	41	3.76	0.68	-1.12	.267
	女性	75	3.90	0.60		

註：t 值乃以獨立樣本 t 檢定，雙尾。

34

主要照顧者的婚姻對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	照顧者婚姻	人數	平均值	標準差	F	p	Fisher's LSD 法之 事後比較
人與自我	1.未婚	28	3.93	0.67	0.53	.59	
	2.已婚	72	3.90	0.64			
	3.離婚、喪偶	16	3.74	0.55			
人與他人	1.未婚	28	4.02	1.01	0.56	.57	
	2.已婚	72	4.16	0.64			
	3.離婚、喪偶	16	3.98	0.71			
人與至高者 ／神靈	1.未婚	28	3.41	1.19	3.41	.04	2>1
	2.已婚	72	3.93	0.79			
	3.離婚、喪偶	16	3.55	1.16			
人與大自然	1.未婚	28	3.71	0.91	0.51	.60	
	2.已婚	72	3.79	0.77			
	3.離婚、喪偶	16	3.58	0.53			
靈性需求總表	1.未婚	28	3.78	0.75	1.06	.35	
	2.已婚	72	3.91	0.59			
	3.離婚、喪偶	16	3.69	0.55			

註：F 值乃以單因子變異數分析法

35

影響居家安寧主要

照顧者靈性需求

之差異與相關分析-

4 / 1 1

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照

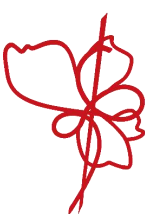
影響居家安寧主要照顧者靈性需求 之差異與相關分析- 5 / 1 1

主要照顧者的教育程度對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	照顧者教育程度	人數	平均值	標準差	F	p	Fisher's LSD 法事後 比較
人與自我	1.不識字、小學	6	3.18	0.67	4.67	<.001	2、3、4、5、6>1
	2.國中	6	4.33	0.45			
	3.高中職	37	3.80	0.66			
	4.專科	24	3.90	0.52	1.29	.27	2、6>3 6>4、5
	5.大學及以上	39	3.90	0.59			
	6.研究所及以上	4	4.85	0.13			
人與他人	1.不識字、小學	6	3.67	0.42	1.29	.27	2、6>3 6>4、5
	2.國中	6	4.28	0.93			
	3.高中職	37	4.08	0.77			
	4.專科	24	4.04	0.81	1.29	.27	2、6>3 6>4、5
	5.大學及以上	39	4.12	0.70			
	6.研究所及以上	4	4.83	0.33			

36

影響居家安寧主要照顧者靈性需求之差異與相關分析- 6 / 1 1



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善」

人與至高者 ／神靈	1.不識字、小學	6	4.27	0.88	2.18	.06	
	2.國中	6	4.53	0.72			
	3.高中職	37	3.67	1.01			
	4.專科	24	3.58	1.00			
	5.大學及以上	39	3.66	0.92			
	6.研究所及以上	4	4.65	0.41			
人與大自然	1.不識字、小學	6	3.14	1.02	2.77	.02	2、5>1
	2.國中	6	4.08	0.29			
	3.高中職	37	3.64	0.79			6>1、3、4、5
	4.專科	24	3.68	0.84			
	5.大學及以上	39	3.82	0.66			
	6.研究所及以上	4	4.75	0.22			
總靈性需求 總表表	1.不識字、小學	6	3.46	0.68	3.31	.01	2、6>1
	2.國中	6	4.31	0.40			2、6>3
	3.高中職	37	3.77	0.65			6>4、5
	4.專科	24	3.80	0.58			
	5.大學及以上	39	3.86	0.60			
	6.研究所及以上	4	4.78	0.02			

註：F 值乃以單因子變異數分析法

37

影響居家安寧主要照顧者靈性需求之差異與相關分析- 7 / 1 1



主要照顧者的宗教信仰對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	照顧者宗教信仰	人數	平均值	標準差	F	p	Fisher's LSD 法 之事後比較
人與自我	1.無	24	3.95	0.60	3.17	.02	4>1、2、3
	2.佛教	50	3.79	0.61			
	3.道教、天帝教	31	3.80	0.68			
	4.基督教、天主教	8	4.56	0.39			
	5.伊斯蘭教	3	4.20	0.36			
人與他人	1.無	24	4.00	0.92	2.50	.05	4>1、2、3
	2.佛教	50	4.03	0.74			
	3.道教、天帝教	31	4.08	0.62			
	4.基督教、天主教	8	4.88	0.35			
	5.伊斯蘭教	3	4.22	0.51			

38

影響居家安寧主要照顧者靈性需求 之差異與相關分析- 8 / 1 1



人與至高者 ／神靈	1.無	24	3.08	1.16	7.82	<.001	2、3、4、5>1
	2.佛教	50	3.84	0.82			4、5>2
	3.道教、天帝教	31	3.77	0.82			4、5>3
	4.基督教、天主教	8	4.75	0.37			
	5.伊斯蘭教	3	5.00	0.00			
人與大自然	1.無	24	3.77	0.82	1.94	.11	
	2.佛教	50	3.62	0.76			
	3.道教、天帝教	31	3.72	0.78			
	4.基督教、天主教	8	4.35	0.48			
	5.伊斯蘭教	3	4.22	0.54			
靈性需求 總量表	1.無	24	3.73	0.68	4.07	<.001	4>1、2、3
	2.佛教	50	3.79	0.57			
	3.道教、天帝教	31	3.81	0.64			
	4.基督教、天主教	8	4.59	0.28			
	5.伊斯蘭教	3	4.38	0.33			

註：F 值乃以單因子變異數分析法

39

影響居家安寧主要 照顧者靈性需求 之差異與相關分析 - 9 / 1 1

主要照顧者參與宗教活動的頻率對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	照顧者參與宗教活動的頻率	人數	平均值	標準差	F	P	Fisher's LSD 法之 事後比較
人與自我	1.未曾參與	33	4.00	0.55	0.95	.42	
	2.每天	13	3.75	0.85			
	3.每月數次	23	3.98	0.76			
	4.每年數次	48	3.80	0.57			
人與他人	1.未曾參與	33	4.03	0.91	0.38	.77	
	2.每天	13	4.13	0.75			
	3.每月數次	23	4.24	0.78			
	4.每年數次	48	4.08	0.61			
人與至高者 ／神靈	1.未曾參與	33	3.41	1.17	5.03	<.001	2、3>1
	2.每天	13	4.17	0.87			3>4
	3.每月數次	23	4.28	0.77			
	4.每年數次	48	3.64	0.81			
人與 大自然	1.未曾參與	33	3.78	0.82	0.36	.78	
	2.每天	13	3.91	0.78			
	3.每月數次	23	3.75	0.95			
	4.每年數次	48	3.67	0.66			
靈性需求 總分	1.未曾參與	33	3.82	0.68	0.86	.46	
	2.每天	13	3.93	0.72			
	3.每月數次	23	4.02	0.73			
	4.每年數次	48	3.77	0.51			

註：F 值乃以單因子變異數分析法

40

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護」

影響居家安寧主要照顧者靈性需求 之差異與相關分析- 1 0 / 1 1



主要照顧者自覺經濟狀況對靈性需求之差異性 (N=116)

檢定變項	照顧者 自覺經濟狀況	人數	平均值	標準差	F	p	Fisher's LSD 法之 事後比較
人與自我	1.非常不夠用	19	3.73	0.69	4.01	.01	4>1
	2.有點不夠用	33	3.71	0.60			3、4>2
	3.大致夠用	61	3.99	0.60			4>3
	4.相當充裕且有餘	3	4.77	0.06			
人與他人	1.非常不夠用	19	3.67	0.95	4.50	.01	3、4>1
	2.有點不夠用	33	4.05	0.64			4>2
	3.大致夠用	61	4.22	0.69			
	4.相當充裕且有餘	3	5.00	0.00			

41

影響居家安寧主要照顧者靈性需求 之差異與相關分析- 1 1 / 1 1



人與至高者 ／神靈	1.非常不夠用	19	3.58	1.14	1.16	.33	
	2.有點不夠用	33	3.82	0.90			
	3.大致夠用	61	3.73	0.97			
	4.相當充裕且有餘	3	4.67	0.58			
人與 大自然	1.非常不夠用	19	3.54	1.00	2.45	.07	
	2.有點不夠用	33	3.54	0.83			
	3.大致夠用	61	3.89	0.64			
	4.相當充裕且有餘	3	4.28	0.25			
靈性需求 總量表	1.非常不夠用	19	3.64	0.78	3.29	.02	4>1、2
	2.有點不夠用	33	3.73	0.56			
	3.大致夠用	61	3.94	0.59			
	4.相當充裕且有餘	3	4.65	0.21			

註：F 值乃以單因子變異數分析。

42

居家安寧主要照顧者的靈性需求之預測分析- 1 /3

- 根據研究分析結果達顯著差異與顯著相關之自變項，包含：

一、居家安寧病人之「年齡」、「教育程度」與「主要宗教信仰」；

二、居家安寧主要照顧者之「性別」、「婚姻」、「教育程度」、「主要宗教信仰」、「參與宗教活動的頻率」與「自覺經濟狀況」，

將達顯著自變項之類別變項轉換為虛擬變項 (Dummy Variable)，再與靈性需求量表採用迴歸分析方式進行預測：

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

43

居家安寧主要照顧者的靈性需求之預測分析-2/3

- 居家安寧病人與居家安寧主要照顧者各變項之簡單線性迴歸分析：

(一) 居家安寧病人基本屬性對照顧者靈性需求之預測

居家安寧病人基本屬性對主要照顧者靈性需求之預測因子 (N=116)

預測變項	靈性需求						
	R^2	Adj. R^2	B	SE B	β	t	p
年齡	.059	.051	-.103	.038	-.24**	-2.68	.01
教育程度	.060	.051	-.113	0.42	.24**	2.69	.01
主要宗教信仰	.009	.000	0.67	0.66	.10	1.02	.31

*p<.05；**p<.01；***p<.001

可預測之靈性需求有10.2%的變異數

44

居家安寧主要照顧者的靈性需求之預測分析-3/3



(二) 居家安寧主要照顧者基本屬性對照顧者靈性需求之預測

居家安寧主要照顧者基本屬性對其靈性需求之預測因子 (N=116)

預測變項	靈性需求						
	R ²	Adj. R ²	B	SE B	β	t	p
性別	.011	.002	.136	.122	.10	1.116	.27
婚姻	.000	-.009	-.014	.097	-.01	-.143	.89
教育程度	.020	.011	.074	.048	.14	1.524	.13
主要宗教信仰	.069	.061	.173	.059	.26**	2.908	<.05
參與宗教活動的頻率	.001	-.008	-.016	.046	-.03	-.352	.73
自覺經濟狀況	.061	.053	.196	.072	.25**	2.722	.01

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

可預測之靈性需求有11.4%的變異數

45

半結構式問卷之分析- 1 / 2



- 第25題目：當我需要靈性關懷或陪伴時，希望從哪些管道獲得（可複選）：宗教團體、醫療機構、社福團體或其他（請註明）。

複選題次數分佈 (N=116)

選項（複選）	人數	百分比（%）
宗教團體	67	57.8
醫療機構	50	43.1
社福團體	29	25.0
家人朋友	8	6.9
閱讀書畫	2	1.7
網路遊戲	1	0.9

半結構式問卷之分析-2/2

- 第26題目：針對您的靈性需求，想說的建議與想法為：（請敘述）。問卷收回共116份，有30位受試者填寫問答題。
- 依照歸類法將受試者之填答分成五大類別：人與自我、人與他人、人與至高者／神靈、人與大自然以及其他。

問答題次數分佈 (N=30)

類別（複選）	人數	百分比（%）
人與自我	15	50.0
人與他人	19	63.3
人與至高者／神靈	3	10.0
人與大自然	3	10.0
其他	1	3.3

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

47

第四章 研究討論

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

48

研究討論

居家安寧病人基本屬性

居家安寧病人之年
齡為81歲以上居多，
平均年齡為76歲
(± 15.04)

(陳儀倩等，2020；
O'Callaghan et al., 2020)

教育程度偏低以小學
佔31.0%為最多數

宗教信仰以佛教佔
37.1%為最多，
其次為道教佔35.3%。

非癌診斷為其他大腦變質佔
26.1% (中風) 居多，其次老
年期及初老期器質性精神病態
(即失智症) 佔25.0%

癌症診斷為消化系統
佔50.0%為最多。

(陳儀倩等，2020；
Bovero et al., 2016)

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

49

研究討論

居家安寧主要照顧者基本屬性

主要照顧者年齡約
51~60歲佔多數，
平均年齡為53歲
(± 12.73)
(Selman et al., 2018)

照顧者以女性為主，
婚姻狀態多數為已婚，
大學學歷佔33.6%最多
職業狀態為全職居多

宗教信仰以佛教佔
43.0%為最多。

(游等，2019；Rafati et al., 2019；O'Callaghan et al., 2020；Sun et al., 2016)

照顧病人時間以1~5年為
多數佔50.8%；
與病人關係親密度為緊密
狀態佔79.3%；
自覺經濟狀況呈現大致夠
用為多數佔52.6%。

大部分照顧者未曾照顧過接受
安寧療護的生病家人佔86.2%；
是否聘用外籍看護工各佔50%

(陳儀倩等，2020；釋宗惇等，2004；
游等，2019；Rafati et al., 2019)

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

50

研究討論

居家安寧主要照顧者的靈性需求之現況分析

「人與自我」得分最高為：

我能不求回報的幫助他人解決問題

(游等, 2019 ; Pepin & Hébert, 2020 ; Rocha et al., 2018)

「人與他人」構面，得分最高為：

我能自在與家人（朋友）和諧相處

(Gibbs et al., 2020 ; Lalani et al., 2019 ; Selman et al., 2018)

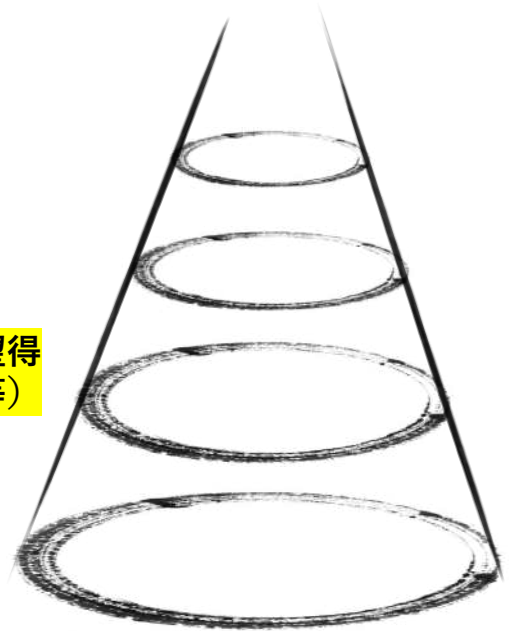
「人與至高者／神靈」構面，得分最高為：我希望得到神的庇祐（例如：上帝、老天爺、神明、菩薩等）

(Selman et al., 2018)

「人與大自然」構面，得分最高為：

當我接近大自然時，身心靈能感到舒暢

(Jones et al., 2018 ; Lalani et al., 2019)



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

51

研究討論

居家安寧病人基本屬性與靈性需求之差異與相關性

「年齡」

呈負相關，顯示主要照顧者對於居家安寧病人年齡越低，針對以上之靈性需求越高。

「教育程度」

經事後比較發現居家安寧病人之專科以上學歷者優於不識字與國中學歷者，顯示主要照顧者對於居家安寧病人的教育程度越高，靈性需求越高。

「宗教信仰」

經事後比較發現居家安寧病人為基督徒或天主教徒的靈性需求高於無宗教信仰或佛、道教之信仰者。

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

52

研究討論



居家安寧**主要照顧者**基本屬性與靈性需求之差異與相關性-1/2

「性別」

女性照顧者靈性需求大於男性照顧者。

「婚姻狀態」

經事後比較發現，

已婚的照顧者對此靈性需求大於未婚的照顧者。

(游等, 2019 ; O' Callaghan et al., 2020 ; Sun et al., 2016)

「教育程度」

照顧者的**學歷越高**對此靈性需求越高，
尤其學歷在**碩士及以上**者(Spurlock, 2005)。

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

53

研究討論



居家安寧**主要照顧者**基本屬性與靈性需求之差異與相關性-2/2

「宗教信仰」

主要照顧者為**基督徒或天主教徒**的靈性需求高於無宗教信仰者或佛、道教（包含天帝教）之宗教信仰者。

「參與宗教活動的頻率」

每月數次者的靈性需求亦高於未曾參與任何宗教活動者以及每年數次者。

(Taylor, 2003 ; Jones et al., 2018)

「自覺經濟狀況」

主要照顧者自覺**經濟狀況相當充裕且有餘**的靈性需求皆高於非常不夠用與有點不夠用之照顧者

Spurlock(2005)則指出，照顧者的經濟收入越高，照顧負擔越低，靈性幸福感越高。游等（2019）指出照顧者會因照顧病人而影響收入，加上醫療支出多，造成較大經濟壓力，以致靈性困擾增加。

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

54

研究討論 半結構式問卷

以「宗教團體」有67人（57.8%）為最多數。

(Gibbs et al., 2020)

照顧者希望的
靈性關懷與陪伴管道

談及與靈性需求之「人與他人」構面有19人
（63.3%）為最多數。

Gibbs et al., 2020 ; Jones et al., 2018 ; Rocha et al., 2018)

照顧者
對於靈性需求的想法

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

55

研究討論

居家安寧主要照顧者的靈性需求之預測因子-1/2

居家安寧病人的年齡及教育程度

可顯著預測主要照顧者靈性需求10.2%變異量。

亦即居家安寧病人越年輕及教育程度越高時，主要照顧者的靈性需求越高。

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

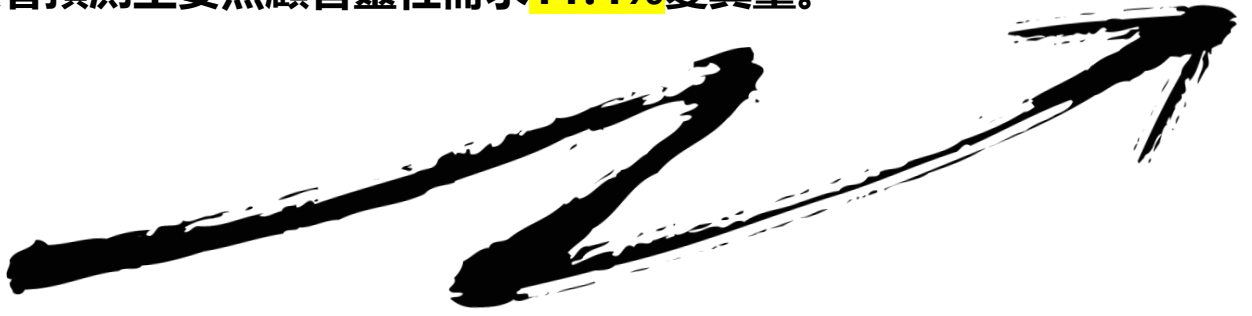
56



居家安寧主要照顧者的靈性需求之預測因子-2/2

主要照顧者為**基督徒或天主教徒**和**自覺經濟狀充裕**的情況下，
其靈性需求越高。

可顯著預測主要照顧者靈性需求**11.4%**變異量。



馬偕醫學院

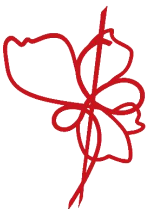
「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

57



第五章

研究限制



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會



58

研究限制



- ① 獨立型態居家護理所之居家安寧病人照顧的收案數偏低，非癌病人數偏多。

- ② 部份訪談時遇到困擾，建議未來在問卷調查訪問前，故宜與主要照顧者事前聯繫確定當日訪問的合宜性，避免無謂的干擾。

- ③ 本研究採用橫斷性研究，乃收集當下填寫問卷資料，無法連續性的收集相關資料，未來可採用質性研究方式，以達到量性與質性研究多元的收集資料。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

59

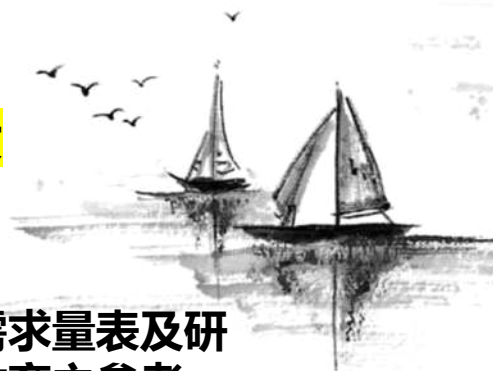
研究建議



- ① 靈性關懷與照護運用在長照領域。

- ② 配合靈性教育認識靈性，依據國人文化的特性，發展更適合本土文化的靈性照護模式。

- ③ 發展具信效度之靈性需求量表，此靈性需求量表及研究結果提供產、官、學者擬定靈性相關教育之參考。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

60

多元照顧中心經營模式之可行性與推動策略

林中虎^{1*}、申永順²、葉淑惠³

¹馬偕醫學院長期照護研究所研究生

²馬偕醫學院長期照護研究所副教授

³馬偕醫學院長期照護研究所教授

隨著人口老化衍生出醫療和長照問題日益嚴重，多元照顧中心為發展中之社區照顧模式，其成效與方向有待深入探討。本研究目的為探討多元照顧中心在長照 2.0 政策之定位與功能、經營模式現況及面對困境之因應策略，調查潛在服務項目與最適營運模式，可行性及推動策略。研究對象為現有 40 家多元照顧中心業者，採取混合型研究，包括量性問卷調查法，採用 SAS 與 Martilla 及 James(1977)重要性-表現分析法(IPA)進行統計分析；次以質性訪談內容分析法。應用 Osterwalder 及 Pigneur (2010)九大關鍵要素分析其經營現狀，歸納經營特質及屬性，研提最適營運模式之建議。

研究結果顯示多元照顧中心在長照 2.0 政策之定位與功能乃以人為本的照顧主軸；未來潛在服務項目轉向支持性與健康性的生活照顧為目標。其中關鍵瓶頸：單日照供需落差極大，小規模三合一多元服務不易落實；專業經管人力及知能有限，自費服務收入不足，業務推廣不易；單日照擴展為小規模經營本質有所差異，須先明確定位與功能，方能有效發展營運及永續經營策略。

本研究建議：明確機構營運定位，採用訓用合一選才制度；評估人力或個案需求，培訓專業經管能力，以瞭解經營綜合面向；發展多元化與多功能的照護特色，運用智慧照護技術與資通訊系統，以減輕工作負荷與提升效率。

關鍵字：多元照顧中心、經營模式、可行性、推動策略

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(A組)

Feasibility and Promotion Strategies of Business Models of Multiple Functional Care Centers

多元照顧中心經營模式可行性與推動策略

Chung-Hu Lin*, Yung-Shuen Shen, Shu-Hui Yeh

林中虎*、申永順、葉淑惠

馬偕醫學院長期照護研究所

(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景

隨著人口老化衍生的慢性病和長期照護問題日益嚴重，國內長期照護相關法制與體系正積極建置中。多元照顧中心為發展中之社區照顧服務模式，服務項目之範疇營運模式與推動策略等相關議題，隨著國內整體長照政策與示範專業之推展與經驗累積，有待深入探討。因此，本研究目的為探討多元照顧中心在長照政策2.0之定位與功能、經營模式現狀及經營困境之因應策略，研析潛在服務發展項目及最適營運模式。

研究方法

本研究採取混合型研究設計，首先以橫斷性研究法，採取便利抽樣法，招募國內多元照顧中心之40家業者為研究對象；以結構性問卷進行調查，再使用SAS統計軟體和Martilla及James(1977)重要性-表現分析法(IPA)進行資料分析。並以質性研究法，採用半結構式訪談大綱進行訪談，將訪談資料進行內容分析，並檢驗信度。

研究結果

依據IPA分析顯示第一象限受訪中心可行性與社區居民需求度具有高度趨勢，代表未來潛在服務發展項目需求(如圖1)；應以支持性服務為首要發展項目(如表1)。另訪談內容印證先前學者主張有關日間照顧的定位與功能定義，因而確認多元照顧中心之定位與功能。繼而採取Osterwalder及Pigneur (2010)經營模式九大關鍵要素架構，深入了解現狀並歸納經營特質及屬性(如表2)。亦考量因地制宜建構最適營運模式；隨後探討所面臨的困境與瓶頸，並由主事者闡述其因應策略；本研究以現有多元照顧中心營運作業模式為基礎，評估多元照顧中心的事業可行性分析及推動策略，以利實際營運作業與策略規劃。研究發現由單一日照擴展為日照、居家服務及夜宿(小規模多機能)三合一多元服務經營本質有所差異，其服務範圍、工作負擔、照顧技能、交通行程、時間及經營成本皆有所不同；多元照顧中心以日照給付收入為主，自費項目需要事先報備，服務項目越多，營運成本越高易造成虧損，以致無法提供多元化服務功能；因此，大多數業者仍然維持原有日照服務模式。

研究結論

由於大多數業者依舊保持原有日照服務作業模式，受限於多數中心單位的受訪者尚未接受行銷推廣培訓，導致中心的宣導不足，運用資訊說明不易，致使開拓個案受限，經常依靠中心或A個管轉介個案。本研究建議機構專業主事者須接受經營管理專業能力之培訓，以瞭解經營綜合面向，明確營運定位，配置合理資源與相對服務模式，因地制宜確認服務範圍與功能項目，設定損益平衡點，預估最佳獲益程度，計算投資報酬率，決定最適營運模式，可採取多角化經營，降低營運風險，以水平或垂直整合或異業聯盟策略，或以連鎖經營模式，降低整體營運成本，發揮經營綜效，確保達成經營目標。

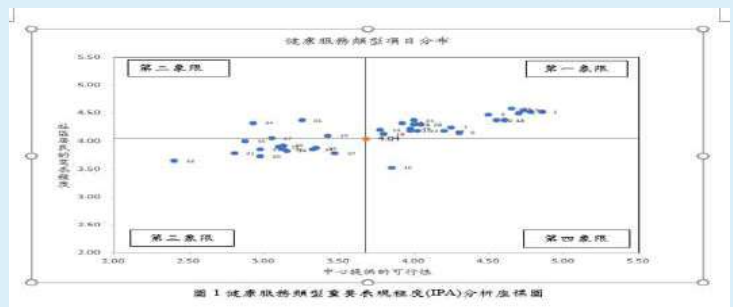


圖1 健康服務類型重要表現程度(IPA)分析座標圖

表 1 (IPA) 定位屬性之分析			
區域	定位屬性	服務項目類型	合計
(第一象限)	生活性	生活照顧服務、交通接送服務、身體照顧服務	5
	健康性	生活自立訓練服務、健康促進服務、護理服務	6
	可行性與需求程度皆高	復健服務、健康管理服務、預防保健服務、家屬教育及諮詢服務、臨時住宿(喘息服務)	7
	支持性	需求化服務、陪伴就醫服務、陪伴購物服務、居家陪伴服務、義照諮詢服務	3
(第二象限)	社會性	文康休閒活動服務、營養服務(老人參與準備)、社區團體服務	3
	生活性	家務服務	1
(第三象限)	支持性	緊急救援服務、居家無障礙設計服務、輔具購買租借服務	3
	健康性	醫療巡迴服務、社區辦事服務、特殊營養食品服務、遠端健康服務	4
	可行性與需求程度皆低	健康服務保險服務、心理諮詢服務、安寧服務、居家保全服務、法律諮詢服務	5
(第四象限)	社會性	無障礙接送服務、長青苑教育服務、經營人力資源服務	3
	支持性	專業志工服務	1

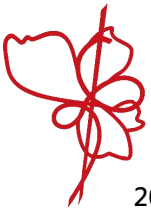
表2 社區多元照顧中心經營模式架構				
關鍵伙伴 Key Partner	關鍵活動 Key Activity	價值主張 Value Proposition	顧客關係 Customer Relation	顧客區隔 Customer Segment
服務中心、A個管、預防、醫療體系、西藥基金會、長期照顧服務、中區基金會、共同照顧中心、社區關懷據點、C單位(老年長照站)	創新服務活動、全方位解決方案、平台網路推廣、健康照顧、關鍵資源	降專業服務團隊、物業與護理團隊、個別化服務計畫、整體性護理特色、附加價值、互惠效益	個人協助、專業個人協助、專業個人協助、社區團體、通路、社區系統、公家機構、社區組織、學校單位、傳統行銷、社群媒體	65歲以上身心障礙者、55-64歲勞力人口、50歲以上智障、失能、亞健康、身心障礙者及其他障礙
成本結構 Cost Structure		收入來源 Revenue Stream		
人事薪資、勞健保、房租水電、折舊及系統設備維修、硬體設備建置、教育訓練培訓及進路行銷推廣		長期給付費用、政府專業補助、自費項目收入		

多元照顧中心經營模式之可行性與推動策略

Feasibility and Promotion Strategies of Business Models of Multiple Functional Care Centers

發表人：林中虎

指導教授：申永順、葉淑惠



馬偕醫學院

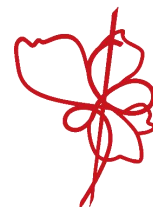
2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會

現職與主要學經歷

- 淡江大學管理學院 管理學碩士
- 澳洲新南威爾斯大學商學院 行銷碩士
- 馬偕醫學院長期照護研究所 理學碩士
- 以馬內利生機事業有限公司 新事業投資規劃 副總

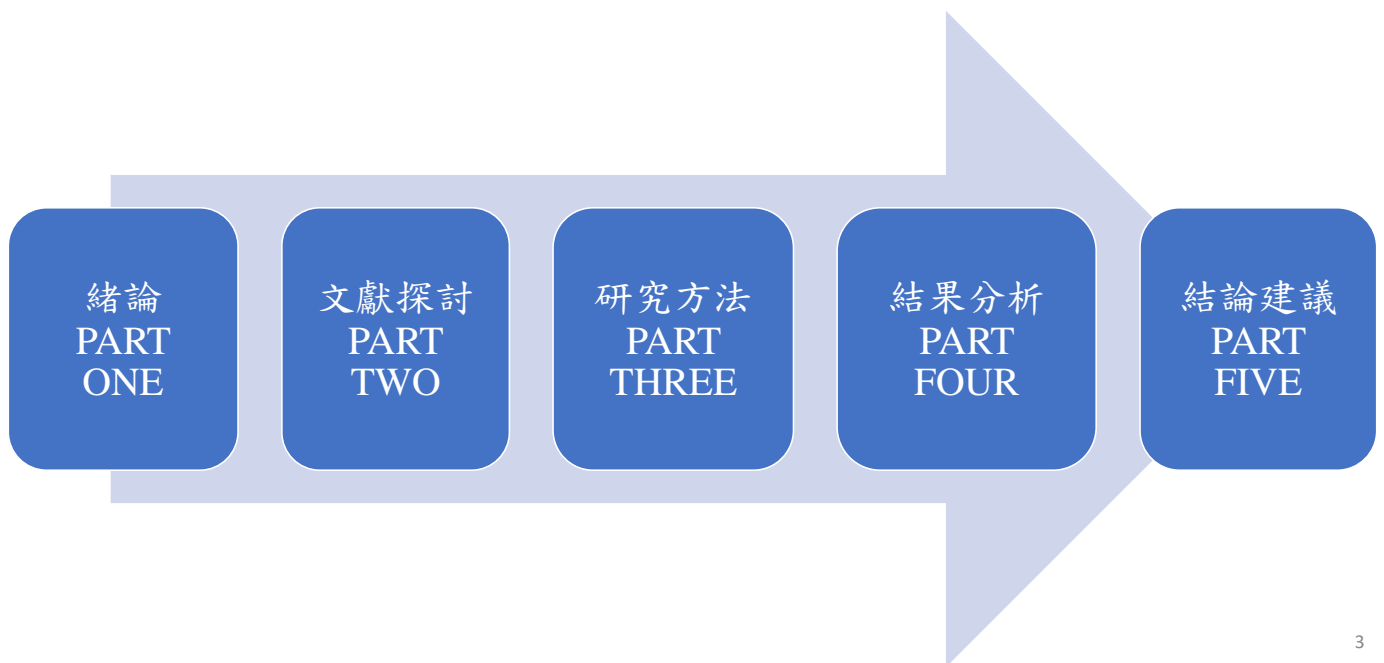
成果發表記錄

- 2021年-台灣老人急重症醫學會 第六屆第三次會員大會暨國際學術研討會(第一作者):
討論式海報論文發表第二名(社區多元照顧中心經營模式之可行性與推動策略)



馬偕醫學院

簡報大綱 (Outline)



3



PART ONE 緒論

4

前言

- 醫療維護和長期照護問題
- 維護生活品質與人性尊嚴
- 照護服務功能的供給與需求
- 選擇最合適的社區健康照護模式

5

研究背景

少子高齡
化議題

人口結構
快速老化

家庭照顧
負荷沉重

長照政策
推廣不易



6



研究動機

需要新的實務及研究資訊

促進社區長者的生活品質

7

研究目的

多元照顧中心

1.長照2.0政策之定位與功能

2.經營模式現況及經營困境之因應策略

3.潛在服務發展項目及最適營運模式

4.可行性分析與推動策略規劃

6



PART TWO

文獻探討

9

社區照顧 定義

- 英國(1989)社區照顧白皮書定義為提供合適的介入和協助，以使人們能夠獲得最大的自主權並控制其生活。(Britain,1989；引自黃源協，2005)
- 內政部(1996)定義為正式和非正式社會資源的結合，使需要服務的人能夠在社區和家庭環境中得到照顧，過著有尊嚴和正常的生活(邱汝娜，陳素春，黃亞玲，2004)。

10

日間照顧定義

2009年美國國際成人日間服務協會(NADSA)網站定義：

- 基於社區中成年人提供專業且富有同情心的協助方法。
- 為有照顧需求的成年人，提供社會和部分醫療服務。
- 提供看護者喘息服務，使其照顧責任舒緩。
- 每週開放五天，某些方案在晚上或週末有服務(引自李琪，2011)。

11

日間照顧中心 定位與功能

定位：使長者盡可能在社區中維持既有生活功能與健康照護，預防與延緩失能狀況，減少住進機構照護時程。

功能：提供長者維護自有的人性尊嚴與自主的老年，及舒緩家屬照顧者的壓力。(陳政智、張江清，2007)

12

多元照顧中心發展脈絡

- 104年長照法將小規模多機能明定社區式服務中，在法源上取得服務依據，並更名為**多元照顧中心**以示區別(陳柏宗，2016)

日本的社區型照顧模式：

- 「小規模」服務人數在25人以下；「多機能」是由同一組工作人員來提供日照、住宿與介護等多項服務；不做居家護理和租借器材等服務(林玉萍，2011)。
- 「小規模多機能型居家照顧」意旨在住家或機構，提供沐浴、入廁、餐飲及復健等相關生活照顧服務(呂慧芬，2008)。

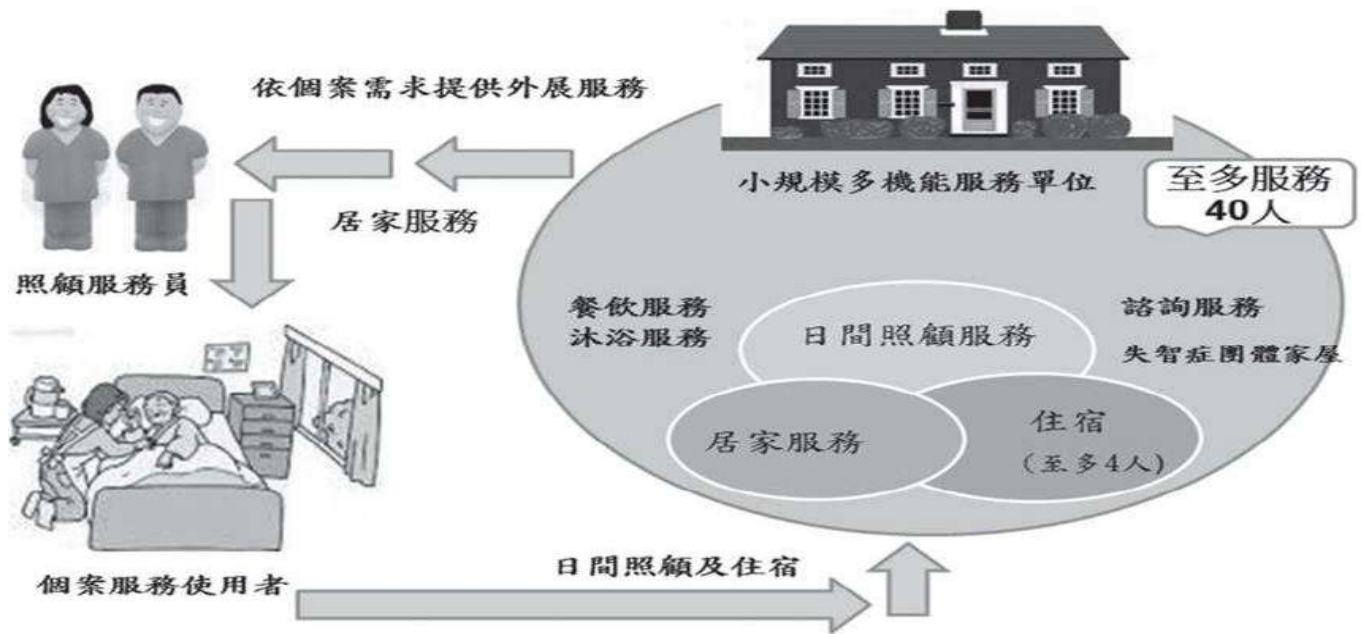
13

多元照顧中心服務特色

- 提供**24小時365天**的生活支持照顧。
- 根據老人的條件和需求，**自由選擇照護方式和地點**。
- 服務模式以**老人需求為導向**。(許綺玲，2015；全國小規模多機能型居家介護事業者聯絡會，2016)

14

多元照顧中心服務模型



資料來源：簡慧娟(2015)。社區整體照顧-多元照顧中心(小規模多機能)服務。長庚科技學刊，23，15-22。

15

日間照顧中心經營模式探討

- **醫療模式**：醫院護理之家附設日照；**社會模式**：公辦公、民營老人日托。(邱馨誼、王潔媛、曾淑芬，2001)
- 可與醫院、護理之家、養護中心等聯合營運，降低營運成本(陳政智、張江清，2007)。
- **社福機構、醫院附設、養護機構三種老人日照經營模式**(蔡碩倉、謝雅萍、蘇慶昌，2008)
- **社區型長照機構連鎖經營模式，套用7-11連鎖經營理念。**(王梓赫2019)

16

日間照顧中心可行性

可行性分析	內涵與說明	學者年份
地理位置	接近醫院或社區，以利就醫或方便收案。	劉昱宏、華慧敏(2016)
人力資源	護理、社工、照服員、職能及物理治療師等	陳政智、張江清(2007)
財務面	人事、事務、業務、其他等費用。 (固定成本與變動成本)	賴添福(2019)
法規面	老人福利法、長照法、長照機構設立標準。	衛生福利部 (2015、2017、2019)
經營模式	社會型與醫療型兼具，取決老人失能程度。	陳政智、張江清(2007)
經營策略	使命與動機、人力與財力、地理位置、空間特性及行銷策略等。	劉昱宏、華慧敏(2016)

17

日間照顧中心推動策略

推動策略規劃	內涵與說明	學者年份
環境面	車程30分鐘以內的生活圈活動範圍。	曾妙慧、呂慧芬(2013)
政策面	拋棄公辦公營經營型態或放寬非營利組織的經營限制回歸市場機制，確立「在地老化」、「社區式服務」政策主軸。	吳鴻麟(2017)
服務面	「夜間訪視居家照顧、失智老人日照與團體家屋、小規模多功能型居家照護、社區型特定養護機構及養護老人福利機構住民生活照顧」六項。	望月幸代(2012)
資源面	土地資源、資金財務、人力資源。	吳鴻麟(2017)
營運面	全天候安養連鎖、區域居家健康管理、社區居家日照日間安養事業。	經濟部工業局(2010)
產業面	「健康管理、樂活休閒、生活照護」。 波特Porter(1980)五力模式分析、Ansoff(1965)SOWT分析、Smith(1956)STP行銷策略及McCarthy (1960) 4Ps行銷組合等策略。	

18

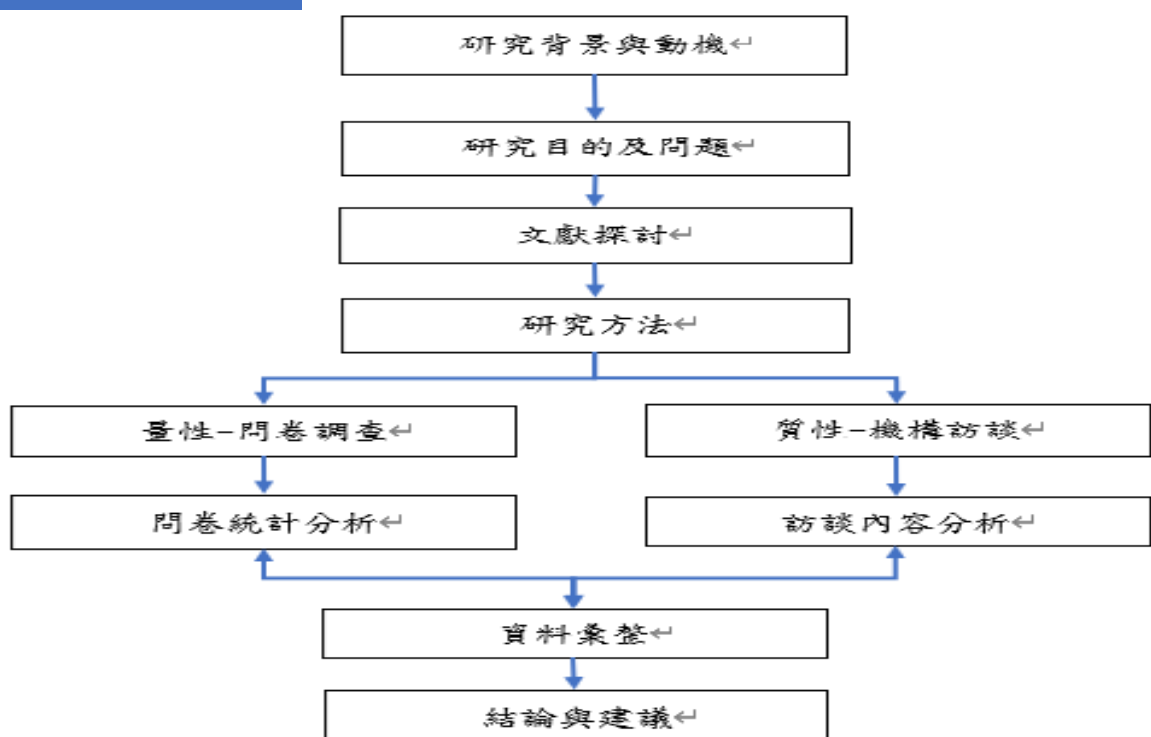


PART THREE

研究方法

19

研究流程



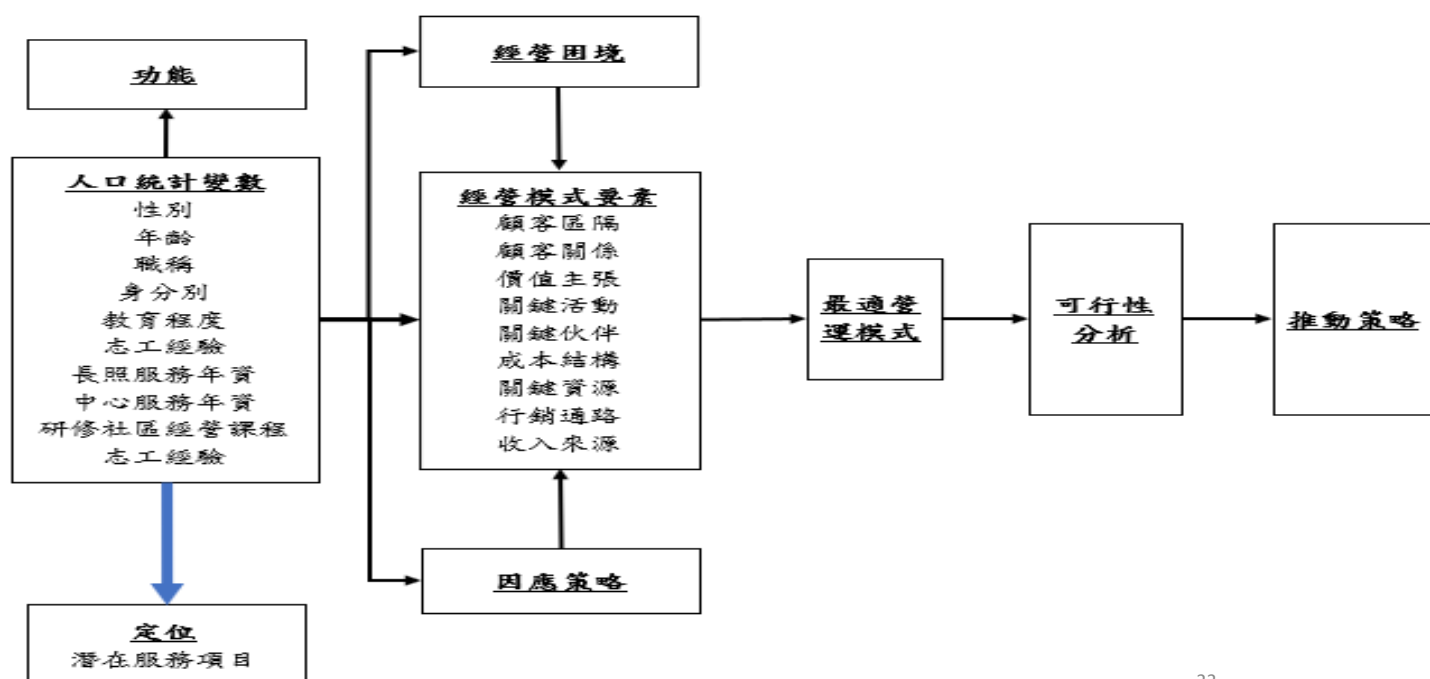
20



研究對象

本研究主要參考熟年誌(2019)小規模多機能機構一覽表為主，已登錄在衛福部服務立案單位57家名單為研究對象範圍。

研究架構





研究工具

混合型研究設計

1. 量性研究法，以結構性無記名問卷調查進行蒐集資料；
2. 質性研究法，採用訪談法，以半結構訪談大綱，進行訪談內容分析；
3. 實施信效度分析，確保研究品質。

量性研究

採用 Martilla & James(1977)重要性-表現分析法(Importance-Performance Analysis, IPA)與SAS統計軟體調查對於中心提供服務可行性及社區居民需求度進行資料分析與檢定。

- 次數分配：將受訪者及受訪中心基本資料作概括性描述。
- 次數分析：計算受訪經營主管對照護服務項目的可行性及需求程度之平均值。
- 配對t檢定：驗證經營主管對照護服務項目可行性與需求程度有否顯著差異。
- 重要表現程度座標圖(IPA分析)：分析中心潛在服務項目對於未來營運發展方向及營運定位。

健康服務類型		中心提供的可行性				社區居民的需求程度				
		非常可行	可行	沒意見	不可行	非常不可行	非常有需求	有需求	沒意見	沒有需求
		5	4	3	2	1	5	4	3	2
現有照顧服務項目	1.生活照顧服務									
	2.生活自立訓練服務									
	3.健康促進服務									
	4.文康休閒活動服務									
	5.交通接送服務									
	6.備餐服務(老人參與準備)									
	7.護理服務									
	8.復健服務									
	9.家屬教育及諮詢服務									
	10.家務服務									
	11.身體照顧服務									
	12.臨時住宿(喘息服務)									
	13.沐浴服務									
	14.居家餐飲服務									
	15.其他社區照顧服務 請列出_____									
健康服務類型		中心提供的可行性				社區居民的需求程度				
		非常可行	可行	沒意見	不可行	非常不可行	非常有需求	有需求	沒意見	沒有需求
		5	4	3	2	1	5	4	3	2
未來可能發展照顧服務項目	1.醫療巡迴服務									
	2.社區藥事服務									
	3.緊急救援服務									
	4.特殊營養食品服務									
	5.客製化需求服務									
	6.健康照護保險服務									
	7.陪伴就醫服務									
	8.陪伴購物服務									
	9.居家陪伴服務									
	10.心理諮詢服務									
	11.長照諮詢服務									
	12.無障礙旅遊接送服務									
	13.健康管理服務									
	14.社區體適能服務									
	15.預防保健服務									
	16.專案志工服務									
	17.安寧照護服務									
	18.居家保全服務									
	19.遠距照護服務									
	20.居家無障礙設計服務									
	21.輔具購買、租借服務									
	22.長青學苑教育服務									
	23.銀髮人力資源服務								25	
	24.法律諮詢服務									

量性問卷內容 現有及未來服務項目

質性訪談

半結構訪談大綱：

就您的觀點而言，多元照顧中心在長期照護政策2.0之功能為何？

請問 貴中心目前的經營模式為何？如何推動？

請問 貴中心目前經營的主要困境或期待突破的瓶頸為何？

請問 貴中心對於目前經營困境的因應策略為何？

信效度分析

- **效度分析 (Validity analysis)：**使用內容效度指標 **CVI(Content Validity Index)**進行問卷評量與修正，評分標準為內容適切性及敘述正確性評量，評分等級採四分法，其指數為**0.94**。
- **信度分析(Reliability Analysis)：**使用SAS統計信度檢定：項目分析(item analysis)求出每題鑑別指數及Cronbach's α 內部一致性之信度檢定，其係數為**0.936**。

27

研究倫理

- 本計畫經馬偕醫院人體試驗委員會(IRB)編號20MMHIS031e審核通過在案，進行訪問機構及對象之招募。
- 由研究者親自向研究對象說明研究主題、目的與方法，在受試者知情並充分了解後，請其填妥同意書後，再進行無記名問卷填寫及深度訪談。
- 所有個案及機構名稱皆以代號表示且無法辨識，並保證其所提供之資料僅供學術研究發表使用，並加以保密；如研究過程中不願意繼續進行，亦尊重其意願而終止研究進行，並確保研究對象之隱私權。

28



PART FOUR

結果分析

29

受訪者基本資料分析

全體受訪者性別以男性(25%)、女性(75%)，顯示以「女性」為主

所有受訪者身分別以「受雇者」(100%)為主

過半受訪者皆以「主任」職務從事營運管理

平均年齡**42歲**，大多集中在「31-40歲」，計15人(37.5%)之族群

長照服務平均年資**10.54年**，主要以0~5年者有13人(32.5%)最大族群

中心服務平均年資**5.68年**，主要以0~5年者有26人(65%)為最大族群

教育程度以「大學/專科」**29人(72.5%)**為主、而研究所及以上**11人(27.5%)**居次

進修社區經營課程有18人(45%)完全沒有進修，平均時數為**21.7小時**，以「10-20小時」者有13人(32.5%)為最多

志工經驗平均時數有11人(27.5%)完全沒有志工經驗，平均時數為**78.78小時**，以「1-20小時」者有8人(20%)為最多

受訪中心基本資料分析1

有18家(45%)成立多集中於「1~5」年，次為14家成立6~10年

有28家(70%)單位皆為基金會，另有12家(30%)單位皆為協會

職務人數方面，全部皆有聘僱照服員220人(37.61%)為最多、次為志工為199人(34.02%)

照護總人數主要收案年齡以76歲及以上者，多達941人(68.58%)為最大族群

高達1321(96.28%)個案幾乎全依賴政府補助為主

高達39家(97.50%)收案對象幾乎全為失能失智混合型

依賴程度，輕度僅有26家(占65%)，中度有38家(占95%)，高度23家(占57.5%)，完全有2家(占5%)。顯示依賴程度主要為中度，

總樓地板面積以58-100坪與103-150.14坪兩種型態為主，各有13家(32.5%)，合計26家(65%)

設置樓層數以1樓為主，計19家(47.50)，次為2樓有13家(32.50%)，合計32家(80%)

31

受訪中心基本資料分析2

衛福部評鑑次數有22家(55%)受訪中心接受的從1~4次不等者，但有高達18家(45%)未曾接受評鑑，其中以接受2次者居多

衛政評鑑次數有17家(42.50%)從1~4次不等者，但有23家(57.50%)未曾接受評鑑，其中以1次為主有12家(30%)

社政評鑑次數有29家(72.50%)從1~13次不等者，但有11家(27.50%)未曾接受評鑑，其中為1-2次者，各有10家(25%)，合計20家(50%)

32

照護服務項目可行性及需求程度差異之平均值與顯著差異分析表-1

項目	可行性M±SD	需求度M±SD	M差異	p
生活照顧服務	4.85 ±0.36	4.53 ±0.55	0.32	<.0001
生活自立訓練服務	4.55 ±0.55	4.38 ±0.59	0.18	0.13
健康促進服務	4.73 ±0.45	4.55 ±0.55	0.18	0.03
文康休閒活動服務	4.78 ±0.42	4.53 ±0.55	0.25	<.0001
交通接送服務	4.70 ±0.46	4.50 ±0.68	0.20	0.07
備餐服務(老人參與準備)	4.30 ±0.76	4.15 ±0.89	0.15	0.28
護理服務	4.25 ±0.90	4.25 ±0.67	0.00	1.00
復健服務	4.00 ±0.91	4.30 ±0.61	-0.30	0.08
家屬教育及諮詢服務	4.50 ±0.60	4.48 ±0.55	0.03	0.83
家務服務	3.43 ±1.15	4.10 ±0.81	-0.68	<.0001
身體照顧服務	4.60 ±0.50	4.38 ±0.63	0.23	0.04
臨時住宿(喘息服務)	4.20 ±0.94	4.18 ±0.71	0.03	0.88
沐浴服務	4.60 ±0.63	4.38 ±0.54	0.23	0.03
居家餐飲服務	3.78 ±1.07	4.20 ±0.65	-0.43	0.04
巡迴服務	3.10 ±1.03	3.90 ±0.67	-0.80	<.0001
社區藥事服務	2.88 ±1.09	4.00 ±0.64	-1.13	<.0001
緊急救援服務	3.05 ±1.15	4.05 ±0.75	-1.00	<.0001
特殊營養食品服務	3.15 ±1.25	3.83 ±0.68	-0.68	<.0001
客製化需求服務	3.80 ±0.85	4.13 ±0.76	-0.33	0.06
健康照護保險服務	2.98 ±1.12	3.73 ±0.82	-0.75	0.00

p值<0.05，該選項在可行性及需求度具有顯著差異性

33

照護服務項目可行性及需求程度差異之平均值與顯著差異分析表-2

項目	可行性M±SD	需求度M±SD	M差異	p
陪伴就醫服務	4.00 ±1.04	4.38 ±0.54	-0.38	0.05
陪伴購物服務	4.03 ±1.00	4.18 ±0.68	-0.15	0.35
居家陪伴服務	3.93 ±1.10	4.33 ±0.57	-0.40	0.04
心理諮商服務	3.33 ±1.14	3.85 ±0.74	-0.53	0.01
長照諮詢服務	4.65 ±0.62	4.58 ±0.55	0.08	0.47
無障礙旅遊接送服務	3.13 ±1.28	3.93 ±0.76	-0.80	<.0001
健康管理服務	3.98 ±0.83	4.18 ±0.68	-0.20	0.21
社區體適能服務	4.05 ±0.81	4.30 ±0.56	-0.25	0.12
預防保健服務	3.98 ±0.83	4.23 ±0.62	-0.25	0.04
專案志工服務	3.85 ±0.98	3.53 ±0.85	0.33	0.04
安寧照護服務	2.80 ±1.18	3.78 ±0.92	-0.98	<.0001
居家保全服務	2.40 ±0.96	3.65 ±0.70	-1.25	<.0001
遠距照護服務	2.98 ±1.14	3.85 ±0.74	-0.88	<.0001
居家無障礙設計服務	2.93 ±1.25	4.33 ±0.62	-1.40	<.0001
輔具購買租借服務	3.25 ±1.33	4.38 ±0.59	-1.13	<.0001
長青學苑教育服務	3.35 ±1.23	3.88 ±0.88	-0.53	0.01
銀髮人力資源服務	3.48 ±1.20	3.78 ±0.89	-0.30	0.08
法律諮詢服務	3.13 ±1.07	3.85 ±0.80	-0.73	<.0001

p值<0.05，該選項在可行性及需求度具有顯著差異性

34

重要表現程度座標圖(IPA分析)

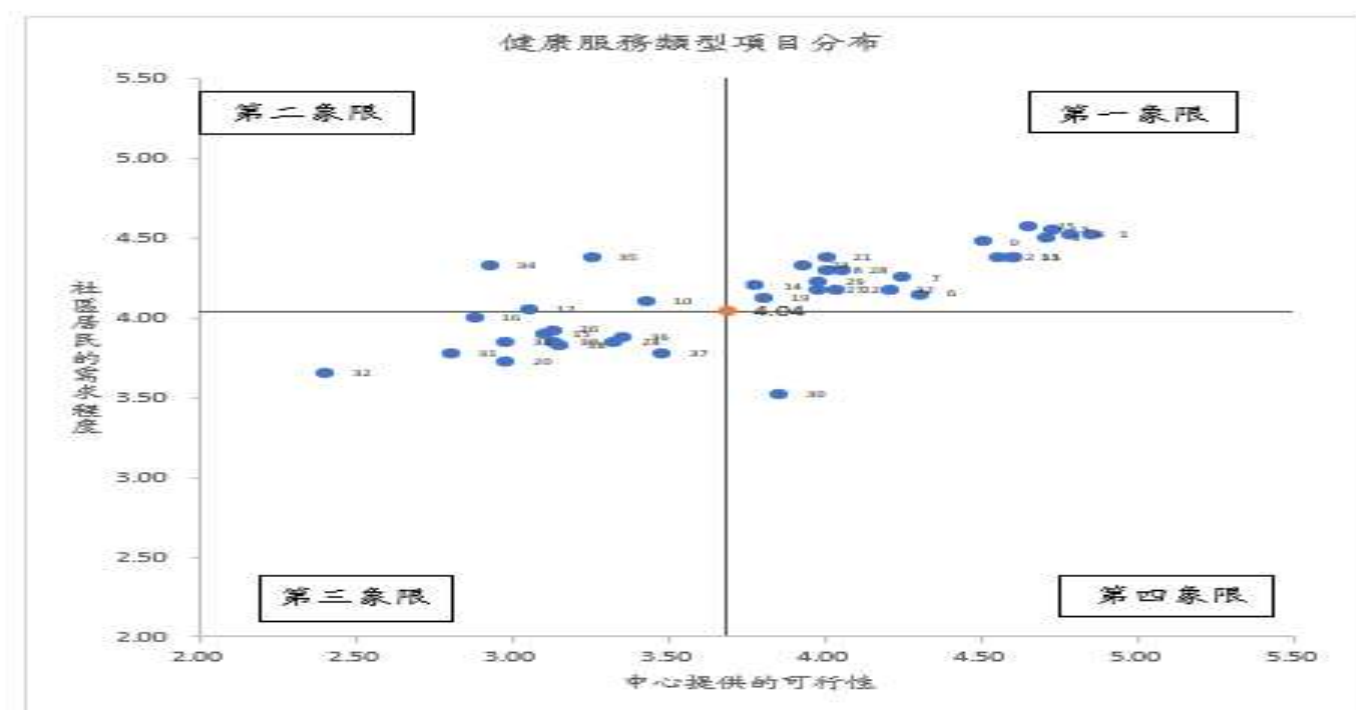


圖 4-1 健康服務類型重要表現程度(IPA)分析座標圖

35

多元照顧中心潛在服務發展項目(第一象限)

定位屬性	服務類型功能項目	合計
支持性	家屬教育及諮詢服務、臨時住宿(喘息服務)、客製化需求服務、陪伴就醫服務、陪伴購物服務、居家陪伴服務、長照諮詢服務	7
健康性	生活自立訓練服務、健康促進服務、護理服務、復健服務、健康管理服務、預防保健服務	6
生活性	生活照顧服務、交通接送服務、身體照顧服務、沐浴服務、居家餐飲服務	5
社會性	文康休閒活動服務、備餐服務(老人參與準備)、社區體適能服務	3

36

多元照顧中心在長照政策2.0之定位小結

1. 「第一象限」之健康服務類型項目分布圖，顯示出受訪中心提供的可行性與社區居民的需求程度都具有高度趨勢。受訪中心應以「支持性」作為首要營運定位、次以「健康性」為輔。
2. 設定多元照顧中心定位，以利市場區隔，確認長照產業競爭態勢分析，以確保機構發展利基。機構的營運定位牽涉到目標個案對象的篩選，每個人身體老化進展由「健康、亞健康、衰弱、失能與失智、重病末期及臨終」等人生各階段；機構營運方向以及所提供的服務功能項目，皆因各階段服務對象而有所不同。

37

多元照顧中心 定位之定義

使長者盡可能於社區中維持既有的生活功能與健康照護，預防與延緩失能失智的狀況，以減少入住機構照護時程；並持續維護原有人際社交關係，降低疏離孤獨感，以維護生活品質，直至生命終點。

38

多元照顧中心在長照2.0政策之功能

歸納統整受訪者意見：

- **機構服務功能**：涵蓋日間照顧、居家服務、臨時住宿服務(喘息服務)、餐飲服務、沐浴服務、交通接送及長照相關服務。(A18)(A23)(A39) …
- **專業服務功能**：提供護理、社工、物理治療師及照服員專業性服務、另外也供應廚師餐飲及司機交通接送一般性服務。(A16)(A18)(A19)(A33) …

39

多元照顧中心在長照2.0政策之功能

歸納統整受訪者意見：

- **失能長輩功能**：維持既有的生活技能，達到**減緩退化的功能**，延緩進住養護機構時程；透過活動設計增加人際互動，提升自主的老年，找回人性的尊嚴和生活的價值。(A4)(A6)(A7)(A11)(A15) …
- **失智長輩功能**：失智症照顧模式就是連續性照顧功能，在熟悉的場域由同一群人照顧同一群長輩，增進彼此的信任感，藉由團體認知活動的訓練，強化人際互動性社交功能，運用懷舊或音樂療法，維持長輩原有的認知能力，以延緩退化的速度。(A18)(A28)(A31)(A40) …
- **家屬支持功能**：提供家庭照顧者支持與喘息服務功能，以**減輕或分散照顧的壓力**，提供家屬照顧的資源與技巧，以解決照顧上的問題與負擔，同時維持經濟收入以**改善家庭生活品質**。(A03)(A12)(A16) …

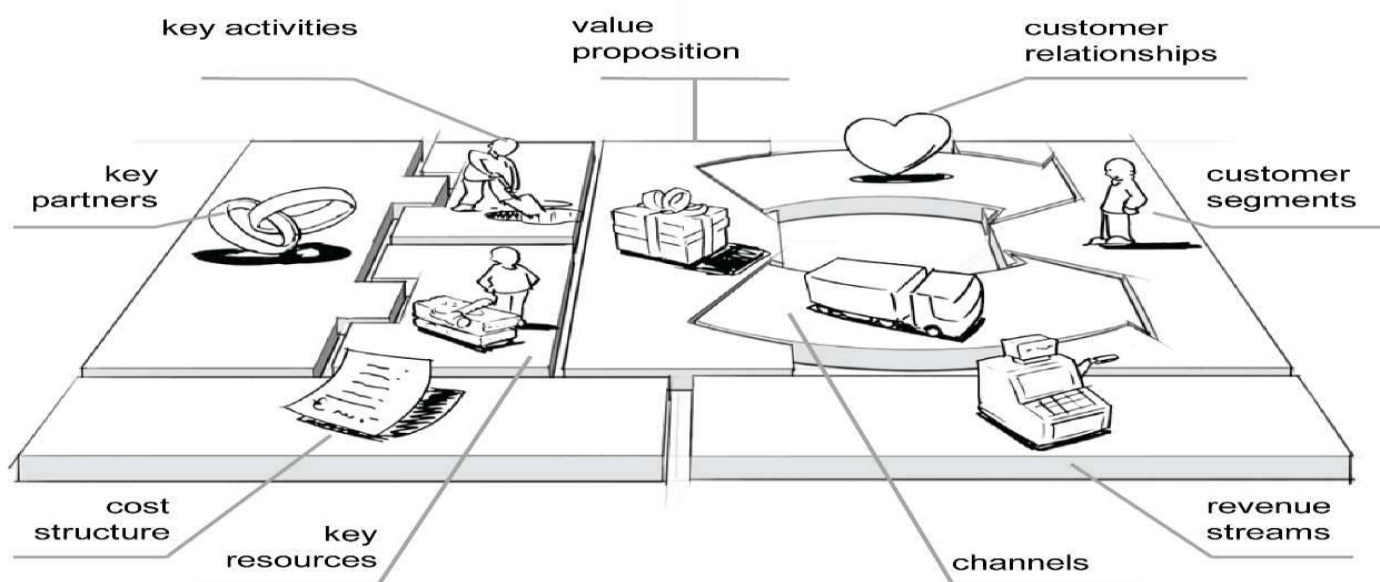
40

多元照顧中心 功能之定義

- 提供長輩一個活動空間或交流的場所，維持社交活動，促進人際互動，增進社會化參與，增強社交性，降低孤寂感，重建價值感與滿足感，延緩失能或失智現象，增進認知能力，維護既有的人性尊嚴與自主的老年；
- 提供家庭照顧者支持與喘息服務功能，減輕照顧壓力，提供照顧資源與技巧，解決照顧問題與負擔，維持家庭經濟收入以改善生活品質，讓在宅長輩可以安心在家終老，落實社區照顧及在地老化的理念。

41

多元照顧中心經營模式理論應用



經營模式九大關鍵要素分析
資料來源：Osterwalder & Pigneur (2010)

42

多元照顧中心經營模式現狀

關鍵伙伴 Key Partner 照管中心、A個管 預防、醫療體系 垂直整合策略 長期照顧服務 水平整合策略 共同照護中心 社區關懷據點 C單位(巷弄長照站)	關鍵活動 Key Activity 創新服務活動 全方位解決方案 平台與網路推廣健康 照護	價值主張 Value Proposition 跨專業服務團隊 初衰理念與態度 個別化服務特質 整體性環境特色 附加價值 直接效益	顧客關係 Customer Relation 個人協助 專屬個人協助 社群媒體	顧客區隔 Customer Segment 65歲↑老人 身心障礙者 55-64 歲原住民 50 歲↑失智者 健康、亞健康 衰弱、失能失智 身心障礙者 及其他障礙
成本結構 Cost Structure 人事薪資、勞健保險、房租水電、 折舊及系統設備維修 硬體設備建置、教育訓練培訓及 通路行銷推廣		收入來源 Revenue Stream 長照給付費用、政府專案補助、自費項目收入		

43

多元照顧中心 經營困境 與瓶頸

空間環境	法令規章
行銷推廣	專業能力
人事管理	服務推展
費用事宜	教育訓練
個案長輩	家屬事項

44

議題	中心目前經營困境及期待突破的瓶頸-1
空間環境	<ul style="list-style-type: none"> ● 公辦空間改建有限制；無障礙環境不完善； ● 土地或建築物取得不易，造成購買或租賃成本偏高。
法令規章	<ul style="list-style-type: none"> ● 受限建築消防相關法規；加班或假日值勤是否適用勞基法84條之1。
行銷推廣	<ul style="list-style-type: none"> ● 居家服務業務惡性競爭； ● 社區宣導不力民眾不解日照用途，刻板印象以為日照等同機構； ● 日照中心與C單位或社區關懷據點，時有競合關係磨擦； ● 未能發展日照中心的特色。
專業能力	<ul style="list-style-type: none"> ● 專業人才資源匱乏，人員流動性大； ● 醫療體系評鑑制度驗收標準高標，容易流於形式作業。
人事管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 人力招募嚴重不足，不易找到合適的員工；轉型小規模服務不易，照服員與居服員薪資不對等； ● 招募特性為適才適性，以有專長為佳且配合度高，人事穩定為人才留用與培訓。

45

議題	中心目前經營困境及期待突破的瓶頸-2
服務推展	<ul style="list-style-type: none"> ● 小規模服務成效不好因素，包括城鄉差距、觀念問題、輪班制度及人力層面，服務資訊落差； ● C單位與文化健康站皆免費服務，產生競合關係。
費用事宜	<ul style="list-style-type: none"> ● 長照2.0支付模式改變，部分負擔變高；交通接送超額需自費負擔，16%自付額負擔很重； ● 個案使用喘息服務均計算同一給付額度。
教育訓練	<ul style="list-style-type: none"> ● 培育人才訓練，員工生涯規劃，培養第二專長，強化在職訓練認同服務理念，情緒支持與心理壓力。
個案長輩家屬事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 個案不適請假多、長照給付收入銳減，營運受影響。 ● 家屬難溝通與配合度不積極。

46

多元照顧中心因應策略



47

方案	經營困境之因應策略
空間環境	● 挑選已有建築物主體結構，或者自行依理念去規劃重蓋。
法令規章	● 政府調整多元化管理制度，挹注資源與財務，擴大服務量能。
行銷推廣	● 人員傳統拜訪，透過電訪或家訪關心個案狀況。 ● 推動老人特色餐廳，開設社區照顧咖啡館，訴求復能的特色。 ● 運用募款或專案補貼緩衝成本；使用GOOGLE表單回饋評分，建立知名度。
專業能力	● 用公費培養第二專長，如預防延緩指導員。
人事管理	● 合理薪資結構，薪資外加三節獎金，使用激勵獎金模式提升每小時的服務收益； ● 建立友善工作氛圍，開拓升遷途徑，擴大發展範圍， ● 增聘合理人力，運用團隊合作模式，全員參與或支援工作； ● 領導統御，人際溝通技巧、激勵整體士氣、促進團隊合作。
服務推展	● 臨時住宿推展，強化夜間保全協助。 ● 藉用園藝輔助療法，長輩免費體驗夜宿，運用團隊集思廣益增加收案機會。
費用事宜	● 增加免費附加服務，如慢性處方簽，健康檢查報告及藥品。
教育訓練	● 透過教育訓練對機構的認識與服務概念的養成，個別化了解員工需求。 ● 通過在職訓練或個案研討提升設計想法跟意識；制定SOP標準作業流程。
個案長輩 家屬事項	● 舉辦家屬座談會保持聯繫，透過節慶時間邀請家屬參與聯誼活動。

48

多元照顧中心 可行性分析

地理位置

人力資源

財務面

法規面

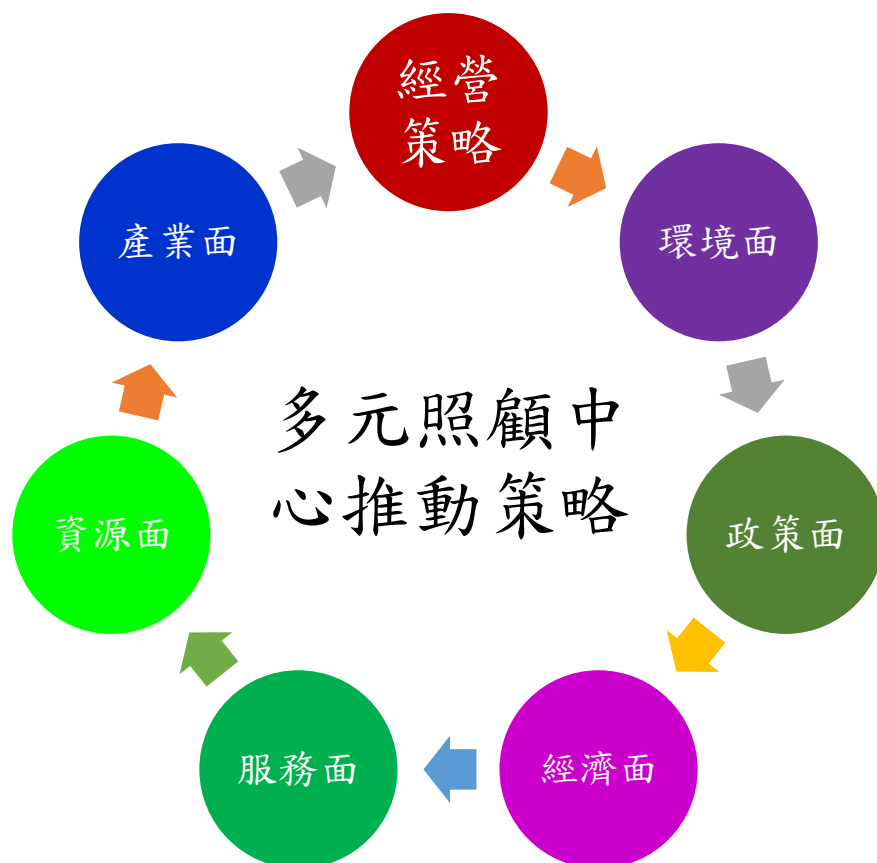
營運面

經營模式

49

面向	多元照顧中心可行性分析
地理位置	● 接近醫院與社區，首選一樓。
人力資源	● 專職與兼職人力配置，招募管道如人脈引薦、網站媒體履歷、實習人才及自行培訓等，考量專業度及經驗。
財務面	<ul style="list-style-type: none"> ● 固定成本：人事、保險、管銷及其他費用； ● 變動成本：業務、交通費用； ● 評估營運績效：損益表、資產負債表、現金流量表。
法規面	● 長期照顧服務法等、土地使用分區、建築法、消防安全、無障礙設施、室內裝修及勞基法。
營運面	<ul style="list-style-type: none"> ● 全天候安心連鎖、社區居家健康管理、日照及多元化照護服務模式。 ● 超商連鎖服務體系，24小時全天候照護服務，提供遠距照護與訪視員巡迴探訪，採用一站式服務模式(All in one)，促進醫材與輔具和租賃業的發展，推動健康照護產業。
經營模式	<ul style="list-style-type: none"> ● 小規模三合一服務套餐組合模式，整合都會地區長照與醫療服務，偏鄉衛生所包裹式多功能整合照護服務； ● 設定收入下限，損益兩平衡，預估收入上限，回推資源配置合理化，促使經濟效益最大化； ● 評估利基及競爭優勢，跨領域與多角化經營；開發自費市場品項。

50



51

方案	多元照顧中心之推動策略
環境面	<ul style="list-style-type: none"> ● 大約30分鐘車程社區生活圈。
政策面	<ul style="list-style-type: none"> ● 單一窗口簡化行政作業。 ● 回歸自由市場競爭機制。 ● 籌設健康照護產業專區。
經濟面	<ul style="list-style-type: none"> ● 戰後嬰兒潮世代高階照護的需求。
服務面	<ul style="list-style-type: none"> ● 發展單元照顧特色的多功能綜合型照顧機構。
資源面	<ul style="list-style-type: none"> ● 土地資源：推動閒置土地資產活化，發展連續性照護退休社區(CCRC)或都市更新，鼓勵興建多元照護機構。 ● 財務資源：公有土地設定地上權方式釋出，或發行不動產受益憑證；實施全民長照保險。 ● 人力資源：自行培育在地照顧人才，運用在地社區正式與非正式資源來共同照顧。
產業面	<ul style="list-style-type: none"> ● 開放營利事業投資經營。整合長照與醫療資源運用。
經營策略	<ul style="list-style-type: none"> ● Porter(1980)五力模式分析。Ansoff (1965) SOWT分析。 ● Smith(1956) STP行銷策略。McCarthy(1960)4Ps行銷組合策略。

52

五力模式分析

多元照顧中心	競爭態勢分析
產業競爭者威脅	● 規模經濟、產業成長性、客戶忠誠度、企業品牌識別、現有競爭者數量、競爭服務差異化、競爭者多元化服務。
顧客議價能力	● 交通便利、環境氛圍、經濟自主性、服務品質差異、資訊充足透明 顧客轉移成本、給付價格敏感性、機構位置可近性。
供應商議價能力	● 餐飲、藥品、營養品、醫療機構、醫療器(耗)材、人力資源供應。
潛在進入者威脅	● 資本需求、技術障礙、服務差異化、品牌忠誠度、政策與法律、掌握行銷通路、服務轉換成本。
替代品威脅	● 日照中心、居家照護、遠距照護、長照機構、護理之家、團體家屋 科技照護、自行聘雇外籍看護、失智據點、養護機構、巷弄長照站 文化健康站、社區關懷據點。

53

多元照顧中心SWOT模式分析

優勢(Strength)	劣勢(Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> ● 品牌知名度 ● 規模經濟 ● 專業經驗 ● 客製化服務 	<ul style="list-style-type: none"> ● 欠缺醫療體系資源 ● 缺乏創新研發能力 ● 行銷能力薄弱 ● 人力與財務資源不足
機會(Opportunities)	威脅(Threat)
<ul style="list-style-type: none"> ● 人口老化趨勢 ● 戰後嬰兒潮觀念改變 ● 網路世代資訊透明 ● 使用者付費觀念形成 	<ul style="list-style-type: none"> ● 異業介入佈局 ● 同業跨業整合 ● 長照政策改變 ● 長照保險暫緩

54

STP行銷策略分析

- 1) **市場區隔(Segmentation)**：主要包括65歲以上老人、失能或失智、衰弱的個案長者，其次為身心障礙及原住民等。
- 2) **目標市場(Targeting)**：長照需要等級2級(含)以上，且符合下列情形之一，包括65歲以上老人、領有身心障礙證明(手冊)者、55-64 歲原住民、50 歲以上失智症者。
- 3) **營運定位(Positioning)**：篩選長照分級給付個案，設定照顧服務功能需求，確認機構營運服務，提供多元化服務模式。

55

4P行銷組合分析

- 1) **產品或服務(Product or Service)**：提供失能失智長者長照服務。
- 2) **價格(Price)**：長照需要等級2~8級不同級數給付金額。
- 3) **通路(Place)**：直接通路，如人員推廣、社區系統、公家機構、社團組織與學校單位、傳統行銷管道及間接通路網路行銷。
- 4) **促銷(Promotion)**：廣告、公共關係、個人銷售和銷售促進等。

56

研究限制

- 參考熟年誌(2019)小規模多機能已立案57家機構，邀請其中**40**家參與本研究，樣本數量有限，研究結果可能無法推論到整個台灣地區。
- 研究主題偏向事業經營而無法全面性表述該中心經營架構。
- 個人因素或對該中心經營細節保留，部分內容忽略回答，可能影響研究資料收集的豐富性。

57



PART FIVE 結論建議

58

研究結論1

1. 在長照2.0政策之定位與功能為**以人為本**的照顧主軸；
2. 未來潛在服務項目轉向**支持性與健康性**的生活照顧為目標。
3. **最適營運模式**：盤點社區資源與照護需求的差異性，選擇可行組織型態，**因地制宜**以建構最適營運模式，促使營運績效最大化。
4. 單日照服務**供需落差極大**。
5. 小規模**三合一多元服務**名不符實。
6. 部份受訪者**尚未參加行銷與業務推廣**培訓；收入靠長照給付，自費需事先報備。

59

研究結論2

7. 單日照擴展為小規模服務經營本質有所差異，其服務範圍、工作負擔、照顧技能、交通行程、時間及經營成本皆不同。
8. 多數業者保持觀望，可能與經營心態、空間取得困難、人員適應不良、夜間人力不足、家屬需求低、夜宿成本高及欠缺使用者付費觀念有關，導致績效不彰轉型不易。
9. 可行性分析，從**地理位置、人力資源、財務面、法規面、營運面、經營模式**等六面向進行，尋找最佳平衡點來達到目的。
10. 推動策略規劃，從**環境、政策、經濟、服務、資源、產業、經營策略**等七大方向著手，建構多元化的健康照護產業運作模式。

60

對研究參與者與其單位的建議

1. 機構營運定位需明確，採用專案訓用合一選才制度，運用Maslow(1943)需要理論評估人力或個案需求，並培訓專業經營管理能力，以瞭解經營綜合面向。
2. 應用Mitchell及Coles(2003) 5W1H經營模式內涵，提出打造可行、可獲利的營運模式和合作機制。
3. 多元照顧中心經營規劃步驟，因地制宜評估機構建構機制，設定損益平衡點，決定營運方針與最適規模。
4. 預估最佳獲益度，計算投資報酬率，採取多角化經營，降低營運風險，以水平或垂直整合或異業聯盟策略，以連鎖經營模式降低整體營運成本，發揮機構經營綜效。
5. 發展多元化與多功能的照護特色，運用智慧照護技術與資通訊系統，減輕工作負荷與提升效率。

61

對學術機構及政府主管單位的建議

1. 設立多元照顧中心示範區以提供產學合作交流場所；加速推動長照保險制度，確保完善的穩健財源；
2. 打破單一長照給付模式，長照給付與自費照護並存；整合衛政與社政體系，結合醫療服務、社會福祉和健康照護，以滿足各種不同照護需求；
3. 放寬建管、消防法規限制，引導民間資金參與BOT經營長照，促進長照與民間交流；整合都會長照與醫療跨專業多功能照護服務偏鄉衛生所包裹式多功能整合照護服務；
4. 籌設健康照護產業專區，從健康管理、醫療護理、金融保險、資訊保全、老年安養、長期照護、安寧療護與生命服務等，提供一站式(All in One)到位服務，連結各階段照護資源，以實現在地安老的理念。

62

多元照顧中心經營規劃步驟

- 1) 深入了解社區實際的照護需求；
- 2) 評估當地的照護特性與市場規模空間；
- 3) 調查社區人口數分布及65歲以上長者與失能失智狀況；
- 4) 整理社區照護資源供需分布情況、限制及遭遇問題並規劃未來照護需求；
- 5) 依據健康程度不同長輩，確認社區健康照護或長照需求優先項目或種類；
- 6) 設定多元照顧中心營運定位，發展在地社區照護服務特色；
- 7) 盤點社區正式與非正式資源，運用當地人脈關係連結資源彙整；
- 8) 提出多元照顧中心營運計劃書，會同相關專家學者與實際經營者共同參與評估可行性驗證，以確保機構整體經營成效。
- 9) 提出基本財務報表，包括損益表、資產負債表、現金流量表預估，以利機構營運效益最大化；

63

未來研究建議

- 聚焦社區照顧層面，其範圍仍屬於長照產業，目標對象鎖定亞健康、失能、失智族群為主。
- 長照仍屬政策管制行業，允許營利事業單位投資與經營長照事業，並鼓勵參與興建長照機構擴大經營範圍。
- 醫療模式轉向預防保健模式，長照資源納入全健康族群照護，其照護市場有無限可能商機，端賴於機構主事者之態度與高度。
- 健康照護與長照產業之差異性與未來發展影響層面，涉及每個人的健康福祉，值得深入探討。

64

台灣社區不同慢性病高齡者在功能性體適能、認知功能與生活滿意度之

差異

Chiu Yi-Han^{1,2}, Yan Kuender D³, Huan Kuo-Chin^{2,4}, Lin Jr-Yu², Yeh Shu-Hui^{2*}

1 Department of Microbiology, Soochow University

2 Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College

3 Mackay Children's Hospital and Institute of Biomedical Sciences, Mackay Medical College

4 Holistic Education Center, Mackay Medical College

摘要

隨著高齡人口的快速增加，高齡者常見的慢性病如：高血壓、糖尿病及失智症之罹患人口亦隨之增加。這些慢性病的罹患除了對台灣社會經濟的衝擊，對高齡者個人心理生理狀態亦產生影響，例如體組成、體適能、認知功能及生活品質等。然而，目前僅有少數研究比較罹患各類型慢性疾病之高齡者其體適能及其心理生理表現之差異。本研究比較各種慢性疾病長者其體適能及心理生理表現之差異，以期提供不同慢性病長者健康促進的最佳策略。本研究招募 159 長者，年齡介於 62 歲到 103 歲。所有參與者需填寫個案基本資料，提供其病史、人口學資料，接受身高、體重、血壓等人體基本數據之量測。參與者亦需完成高齡者體適能測量、老人憂鬱量表、簡易智能狀態測驗及生活品質量表的填寫。本研究初步結果顯示，159 位完成之社區長者中，54 位為無任何慢性疾病的健康對照組、69 位為高血壓組、25 位為失智症組，11 位為糖尿病組。不同慢性病長者，其年齡、男女比例、教育程度、身高、收縮壓、身體質量指數、血液中尿酸及血總膽固醇等人體基本數據並無顯著差異。失智症組之體適能明顯低於其他各組 ($p < .05$)，但無氧耐力檢測值無組別差異 ($p > .05$)。高血壓組和糖尿病組則在下肢肌耐力顯著低於健康組之長者 ($p < .05$)。失智症組之簡易智能狀態測驗亦明顯低於其它各組，而憂鬱指數則高於其它各組 ($p < .05$)。在生活品質上，四組並無統計上之顯著差異 ($p > .05$)，但以健康長者對生活品質為最佳，糖尿病組生活品質則最低。多元迴歸分析結果則顯示於高血壓組之生活品質與上肢柔軟度有顯著正相關 ($p < .05$)，而健康組之生活品質則與其握力有顯著正相關 ($p < .05$)。結論：本研究發現失智組相較於其他慢性病組長者，其各項體適能嚴重衰退，而憂鬱狀態亦明顯較高。本研究不但進一步增加對台灣社區不同慢性病高齡者在功能性體適能、認知功能、憂鬱狀態與生活品質差異之了解，亦建議針對失智高齡長者其體能活動及健康促進的策略應不同於其他慢性病長者。

關鍵詞：台灣社區、高齡者、慢性病、功能性體適能、認知功能、憂鬱狀態、生活品質

Functional fitness, cognitive function and life satisfaction among the community-dwelling elders with different chronic diseases in Taiwan

Chiu Yi-Han^{1,2}, Yang Kuender D³, Huang Kuo-Chin^{2,4}, Lin Jr-Yu², Yeh Shu-Hui^{2*}

¹ Department of Microbiology, SooChow University

² Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College

³ Mackay Children's Hospital and Institute of Biomedical Sciences, Mackay Medical College

⁴ Holistic Education Center, Mackay Medical College

Abstract

Introduction: With the rapid increase in the aging population, the prevalence of hypertension, diabetes mellitus and dementia continues to rise, resulting in a high socioeconomic burden in Taiwan. These diseases potentially affect body composition, physical fitness and cognitive function, and life satisfaction. **Aim:** There was no study to compare the physical fitness performance in older adults with different chronic diseases. Our study will best suggest different controlling strategy to improve health situation for older adults with different chronic diseases. **Methods:** A total of 159 participants, 62 years to 103 years, volunteered to participate in the research. All participants self-reported their medical history, demographic information and anthropometric data. A medical history of chronic disease was self-reported by the participants or their caregivers. Cognitive status was measured using a 10-item Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). Depressive symptoms were assessed using the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15). And Qualities-of-life (QoL) analyses of elder participants were evaluated by QoL questionnaire. **Results:** Among the 159 community-dwelling elders who completed the study, 54 were in the health comparison group, 69 were in the hypertension group, 25 were in the dementia group, and 11 were in the diabetes group. No significant differences were observed in age, male/female ratio, education level, height, BMI, SBP, blood uric acid, and total blood cholesterol in four groups. There were generally lower physical fitness and SPMSQ performance, but higher depressive scores in dementia elders as compared with the three other groups. There was no statistical difference among four groups in QoL-AD scores, but higher values of QoL-AD evaluation were observed in health elders.

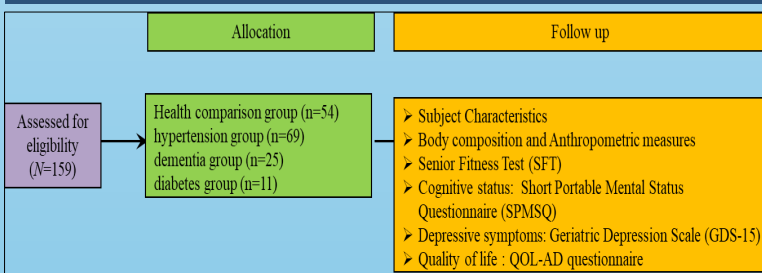
Key Words: community-dwelling elders, functional fitness, cognitive function, life satisfaction

Study Aim

To understand the difference in below four items among four elderly groups with different chronic disease.

1. Senior Fitness Test parameters
2. Depressive status
3. Cognitive function
4. Life satisfaction

Methods



Results

Table 1 Basic descriptive parameters

	Health (N=54)	Hypertension (N=69)	Dementia (N=25)	Diabetes (N=11)	F or χ^2 Value	P Value
Age (years)	74.69±8.57	76.00±9.26	83.64±10.01	73.92±10.78	6.04	0.001 a, b, c
Gender (No. %)					$\chi^2=4.01$	0.26
Male	21/54 (38.89%)	17/69 (24.6%)	7/25 (28%)	5/11 (45.5%)		
Female	33/54 (61.11%)	52/69 (75.4%)	18/25 (72%)	6/11 (54.5%)		
Education (No. %)					$\chi^2=13.19$	0.90
No formal education	19/54 (35.19%)	24/69 (34.78%)	7/25 (28.00%)	2/11 (18.18%)		
Elementary school	18/54 (33.33%)	21/69 (30.43%)	9/25 (36.00%)	6/11 (54.55%)		
High school	14/54 (25.93%)	20/69 (28.99%)	9/25 (36.00%)	3/11 (27.27%)		
University and above	3 (5.56%)	4/69 (5.80%)	0/25 (0.00%)	0/11 (0.00%)		
Height (cm)	156.21±8.83	153.99±9.06	152.95±9.10	158.00±6.09	1.35	0.259
Male	163.25±6.77	165.09±7.85	159.60±7.16	160.80±7.16	0.85	0.477
Female	151.81±6.94	150.51±6.18	150.73±7.47	155.20±3.56	0.93	0.429
Weight (kg)	57.19±11.45	63.72±12.73	53.13±9.74	62.55±8.75	6.15	0.001 b, c, d
BMI (kg/m ²)	23.55±3.39	26.86±4.05	22.21±2.76	25.79±2.63	12.91	0.000 b, c, d
Body Fat (%)	29.25±6.90	34.57±6.29	27.44±8.85	29.54±7.36	8.80	0.000 b, c, d
SBP (mmHg)	135.47±20.01	138.77±25.15	136.08±21.95	139.55±13.50	0.29	0.833
DBP (mmHg)	81.61±18.90	78.64±11.97	73.32±12.57	76.82±6.49	1.938	0.126 a
Blood sugar (mg/dL)	133.79±46.63	137.29±36.01	126.82±44.90	222.20±49.56	7.29	0.000 c, e, f
Uric Acid (mg/dL)	6.51±1.61	7.20±1.94	6.43±1.79	6.11±1.66	2.16	0.096
Total Cholesterol (mg/dL)	217.86±63.07	220.81±67.29	230.00±51.46	192.30±76.48	0.84	0.475

Table 2 Difference in the Senior Fitness Test parameters among four elderly groups with different chronic disease

	Health	Hypertension	Dementia	Diabetes	F Value	P Value
Arm Curl (no. of stands)	21.15±6.33	18.33±5.65	12.48±6.63	19.17±7.13	7.77	0.000 a, b, c
Grip Strength (kg)	20.41±8.24	19.68±6.39	13.15±7.50	18.60±5.59	5.10	0.003 a, b
Back Scratch (cm +/-)	-5.93±9.51	-17.73±12.92	-19.72±18.71	-11.50±7.44	5.23	0.002 a, d
Chair Sit-and-Reach (cm +/-)	2.19±5.97	-3.97±10.79	-10.77±16.91	-4.19±12.32	5.20	0.002 e
8-Foot Up-and-Go (seconds)	7.79±3.48	9.88±4.76	24.63±19.38	10.07±5.72	12.68	0.000 a, b, c
30-Second Chair Stand (no. of stands)	16.88±5.21	15.08±6.42	7.79±6.73	15.50±7.03	8.63	0.000 a, b, c
2-Minute Step Test (no. of steps)	89.00±35.58	81.58±37.16	67.76±39.86	72.33±34.12	0.94	0.428
Single Leg Stance (seconds)	19.46±10.76	11.91±11.73	7.80±7.31	9.67±10.41	4.41	0.006 e

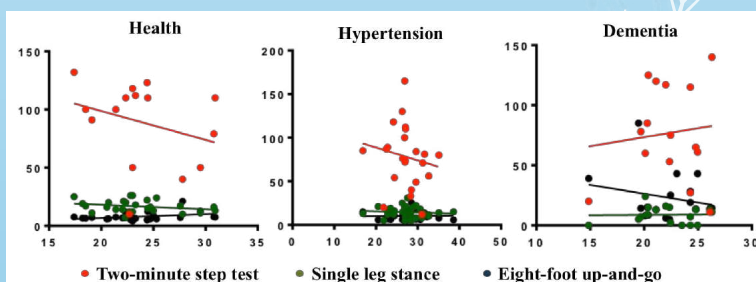


Figure 1 Correlation between BMI and physical fitness components

Table 3 Correlation between BMI and physical fitness components in health older adults and older adults with hypertension or dementia

BMI	Single leg stance		Two-minute step test		Eight-foot up-and-go	
	R ²	p value	R ²	p value	R ²	p value
Health	0.071	0.19	0.087	0.29	0.126	0.08
Hypertension	0.010	0.57	0.027	0.45	0.001	0.87
Dementia	0.000	0.93	0.012	0.69	0.045	0.41

Table 4 Difference in SPMSQ, GDS-15 and QoL Questionnaire parameters among four elderly groups with different chronic disease

	Health	Hypertension	Dementia	Diabetes	F Value	P Value
Depression score	3.69±2.72	4.53±2.94	7.23±2.41	5.62±3.85	7.87	0.000 a, b
SPMSQ	0.23±0.63	0.32±0.53	4.00±3.58	0.82±1.25	29.11	0.000 a, b, c
QoL	38.18±8.53	34.24±8.17	34.10±6.46	32.33±4.04	0.95	0.424

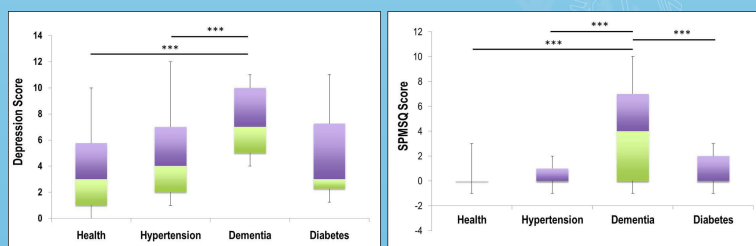


Figure 2 GDS-15 and SPMSQ of each chronic disease group was evaluated. Values are presented as box plots because the data are non-normally distributed.

Conclusion

There are no significant differences were observed in age, male/female ratio, educational level, height, BMI, SBP, blood uric acid, and total blood cholesterol in four groups. There was generally lower physical fitness in dementia older adults as compared with the three other groups, mainly upper and lower extremity muscle strength and agility/dynamic balance, while no statistical difference among four groups in aerobic endurance test. For participants in hypertension and DM group, the lower body strength was significantly lower than health group. There were also generally lower SPMSQ scores, but higher depressive status of participants in dementia group as compared with the three other groups. There was no statistical difference among four groups in QoL-AD scores, but higher values of QoL-AD evaluation were observed in health older adults, while lower values were observed in DM older adults. Moreover, multivariate linear regression showed that better grip strength was positively associated with general quality of life in health group, whereas the back scratch score was negatively associated with total score of quality of life among older adults with hypertension.

Our study strongly suggests that the strategies of physical activity and health promotion in the older adults with dementia should be different from other ones. Finally, the research findings contribute to a better understanding of the impact of different physical fitness components on cognition, depressive status and QoL among community-dwelling older adults with different chronic diseases in Taiwan.

台灣社區不同慢性病高齡者在功能性體 適能、認知功能與生活滿意度之差異

Functional fitness, cognitive function and life satisfaction
among the community-dwelling elders with different chronic
diseases in Taiwan

發表人：邱亦涵

指導教授：葉淑惠



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

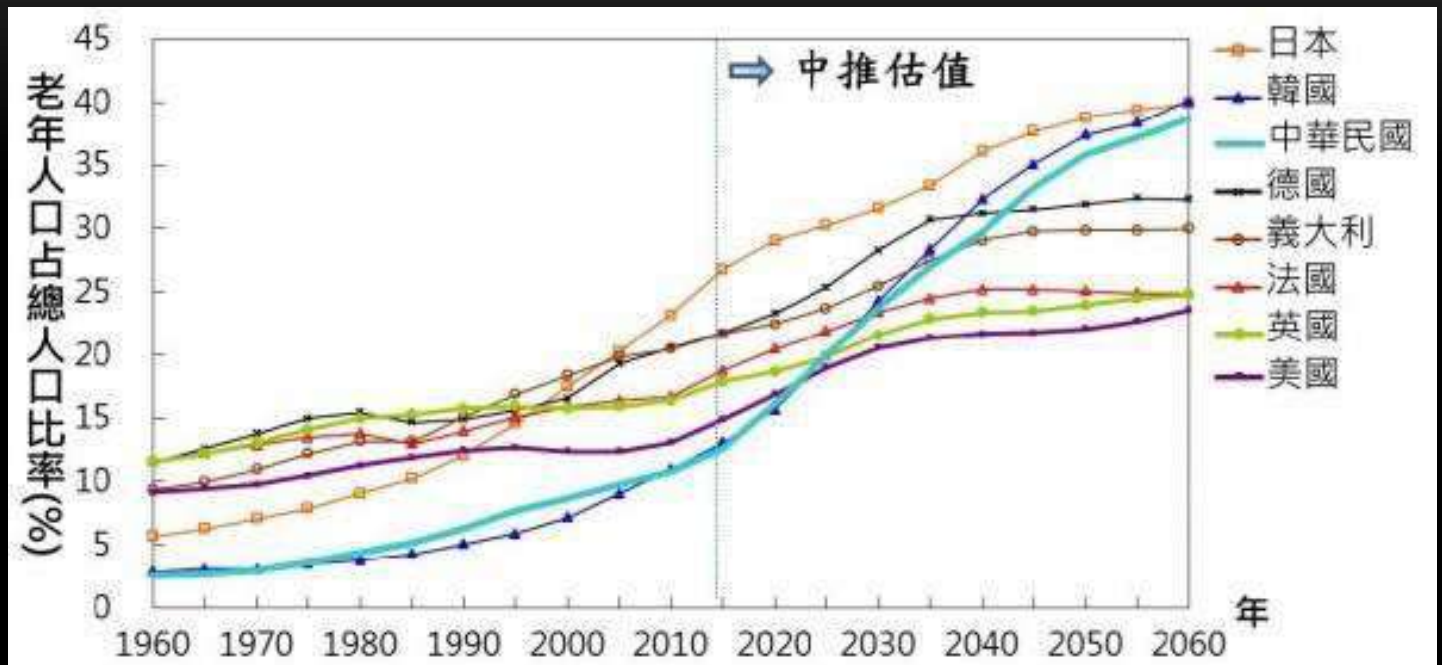
現職與主要學經歷

- 馬偕醫學院長期照護研究所 碩士
- 東吳大學微生物學系 助理教授



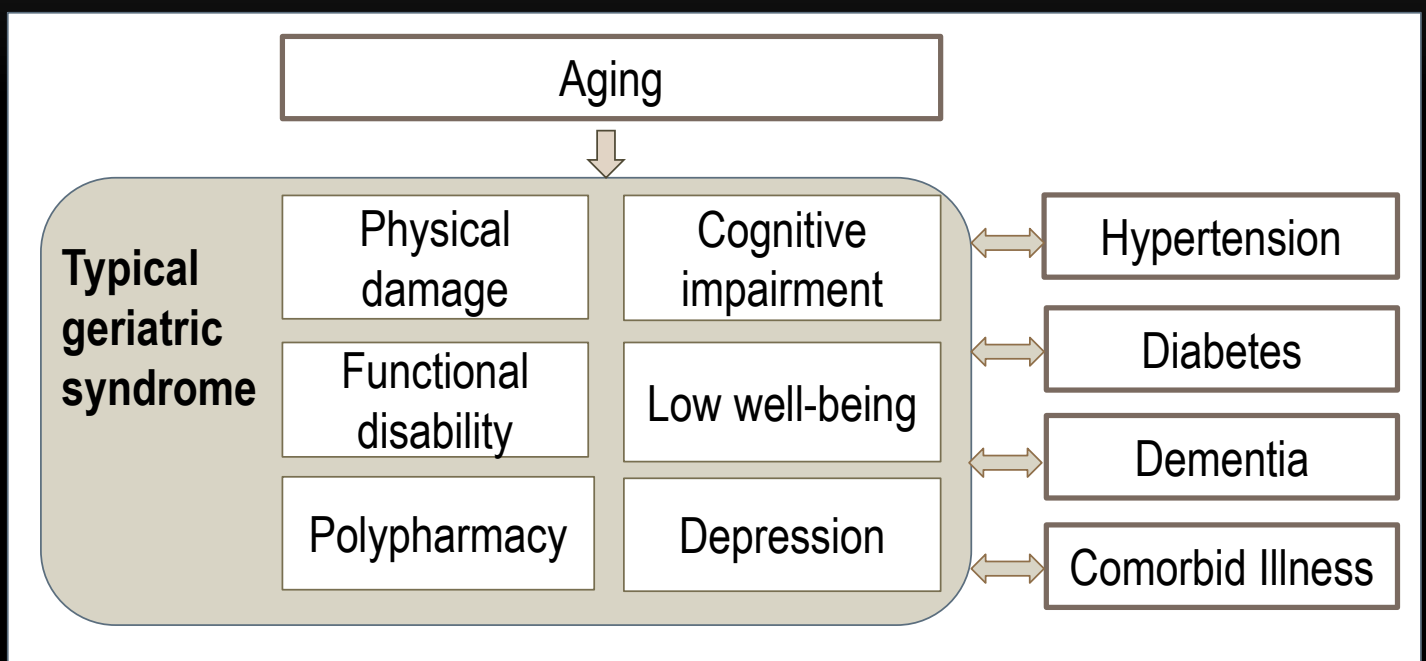
馬偕醫學院

Study motivation I



Chronic illness continues to rise, resulting in a high socioeconomic burden in Taiwan.

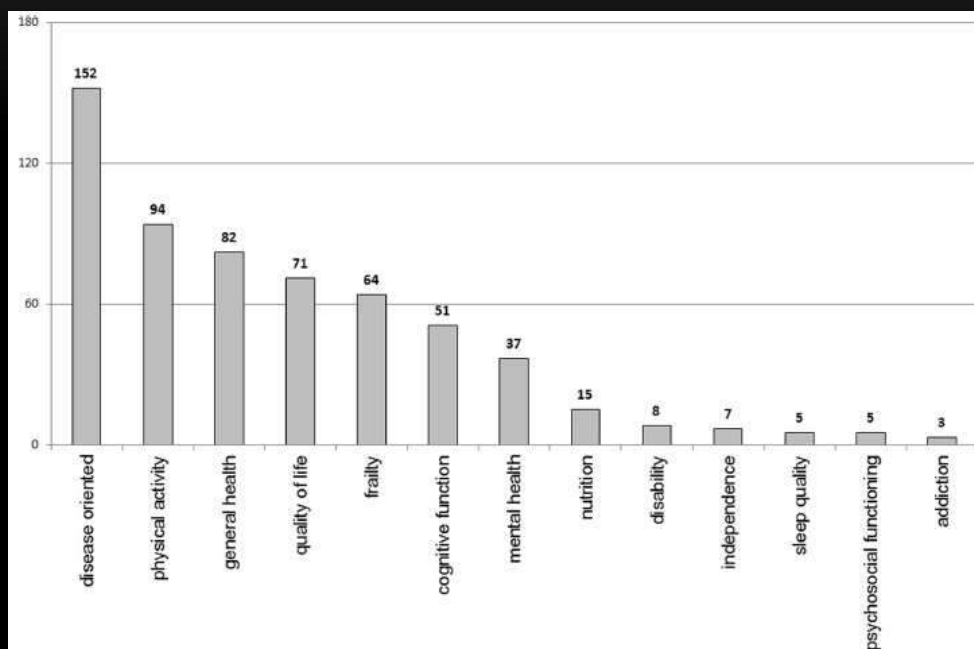
The influences of aging and chronic illness in geriatric syndrome



Some Issues In Elderly Health Promotion

- Prevention of disease
- Prevention of frailty
- Prevention of injuries
- Prevention of psychosocial problems

Specific Targets Of Health promotion Interventions: 2000-2015 Systematic Reviews



Duplaga et al., (2016). BMC Health Services Research

Physical fitness in elderly with chronic disease

Increasing physical fitness affects independent living (Pereira et al., 2016)	Increasing walking, agility, and aerobic endurance improves physical independence; while low protects physical independence.
Increasing physical activity improve chronic health problems (Goldspink, 2005)	Community-based educational tool help prevent or delay cardiovascular disease, obesity, arthritis and the frailty associated with old age.
Diminished physical fitness affects quality of life (QoL) (Ruiz-Montero et al., 2015)	Serbian women were found to have better levels of physical fitness and quality of life than Spanish women. Endurance fitness has 73% of explained variance with age, body mass index and fat mass.
Self-management and Yoga for older adults with chronic stroke (Portz et al., 2018)	Participants with chronic stroke expressed positive changes in endurance, strength, gait speed, flexibility, and balance by incorporating yoga.
The relationship between sports project, physical health and cardiovascular function in the city elderly. (Chen et al., 2018)	Fitness walking, Tai Chi, fitness running can effectively improve the obese elderly obesity levels and reduce the risk of cardiovascular disease

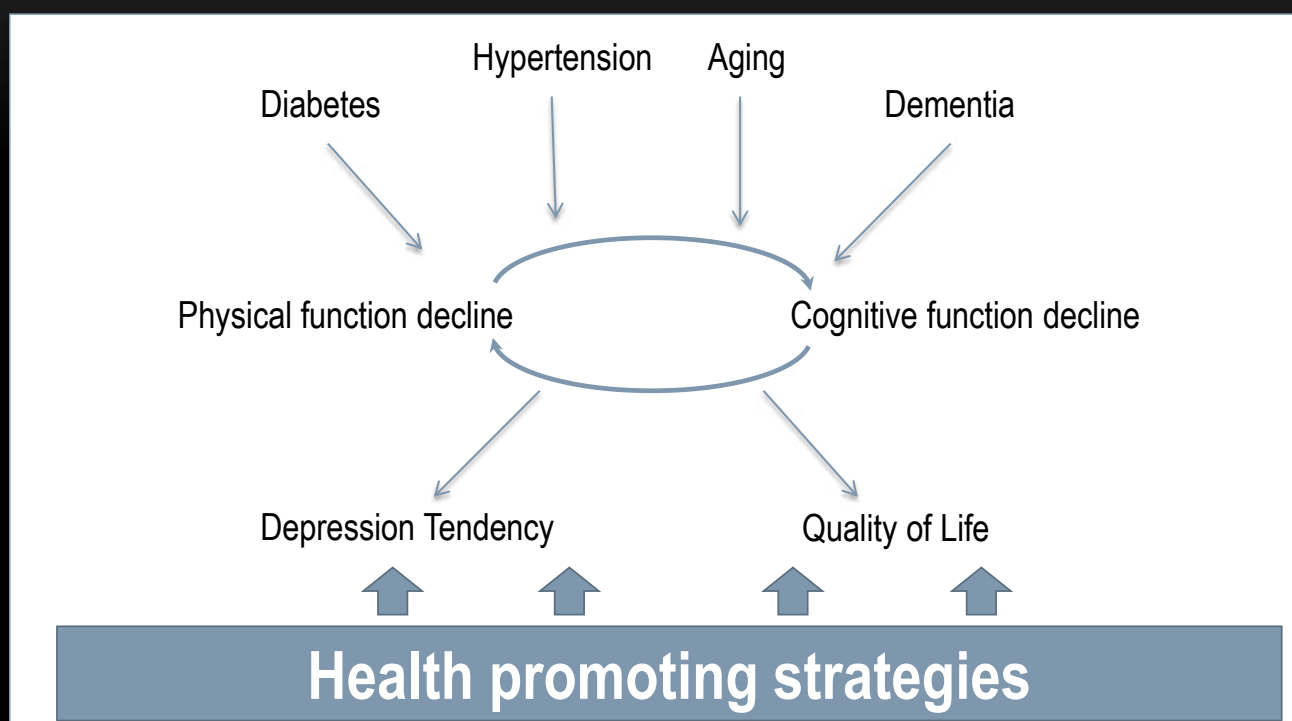
Cognitive function in elderly with chronic disease

BP related risk for dementia (Skoog et al. (1996))	Higher BP at age 70 was a risk factor for dementia at age 79–85 y
Mental status evaluation with MMSE in elderly with diabetes and hypertension (Hassing et al. (2004))	Diabetes related to cognition decline, not hypertension, but greatest decline among persons with comorbid diabetes and hypertension.
MMSE and measures of executive functioning in nondemented and demented elderly (Hajjar et al. (2005))	Nondemented and demented status at baseline-antihypertensive medications were associated with lower rate of decrement over time for MMSE and measures of executive functioning.
Cognitive dysfunction in type 1 and type 2 diabetes (McCrimmon et al. (2012))	The rapid rise in obesity and type 2 diabetes in all age groups might result in a substantial increase in prevalence of diabetes-related cognitive dysfunction
Brain Atrophy in Type 2 Diabetes (Moran et al. (2013))	Cortical atrophy in T2DM resembles patterns seen in preclinical Alzheimer disease.

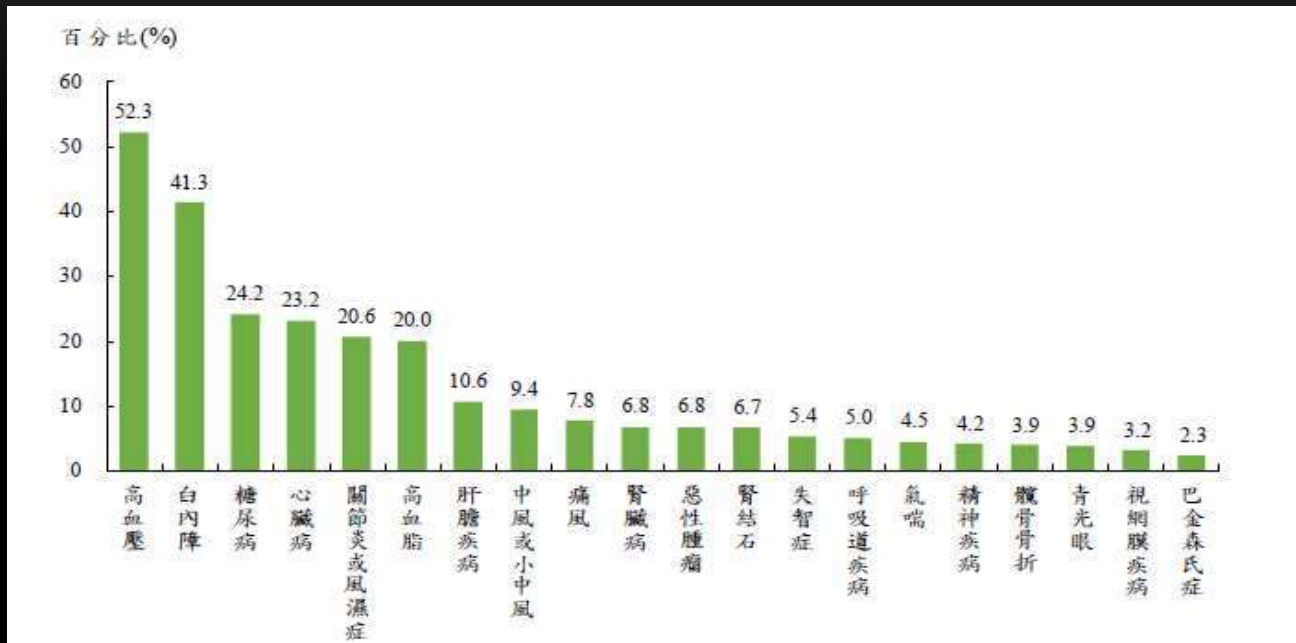
Some issues have to be clarified

1. Senescence is a life stage with many physical and mental challenges and yet it remains unclear how these challenge influence each other in older people, particularly for those with chronic illness.
2. The lack of clear conceptualization in physical and mental challenges for elderly impedes both further research and health care.
3. There are few data describing disability, health status, cognitive status and life satisfaction for elders with chronic illness. The disablement process involves physical and mental status.
4. Through our research, evidence is accumulating that physical fitness status of older adults with chronic illness may be a further concept enables a more precise and conceptual understanding for cognitive decline, experiences of living and risk of depression.

Conceptual model linking chronic disease with decline in physical function and cognition



Common elderly chronic conditions in Taiwan



Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. (2015).
Taiwan Longitudinal Study on Aging Survey Report

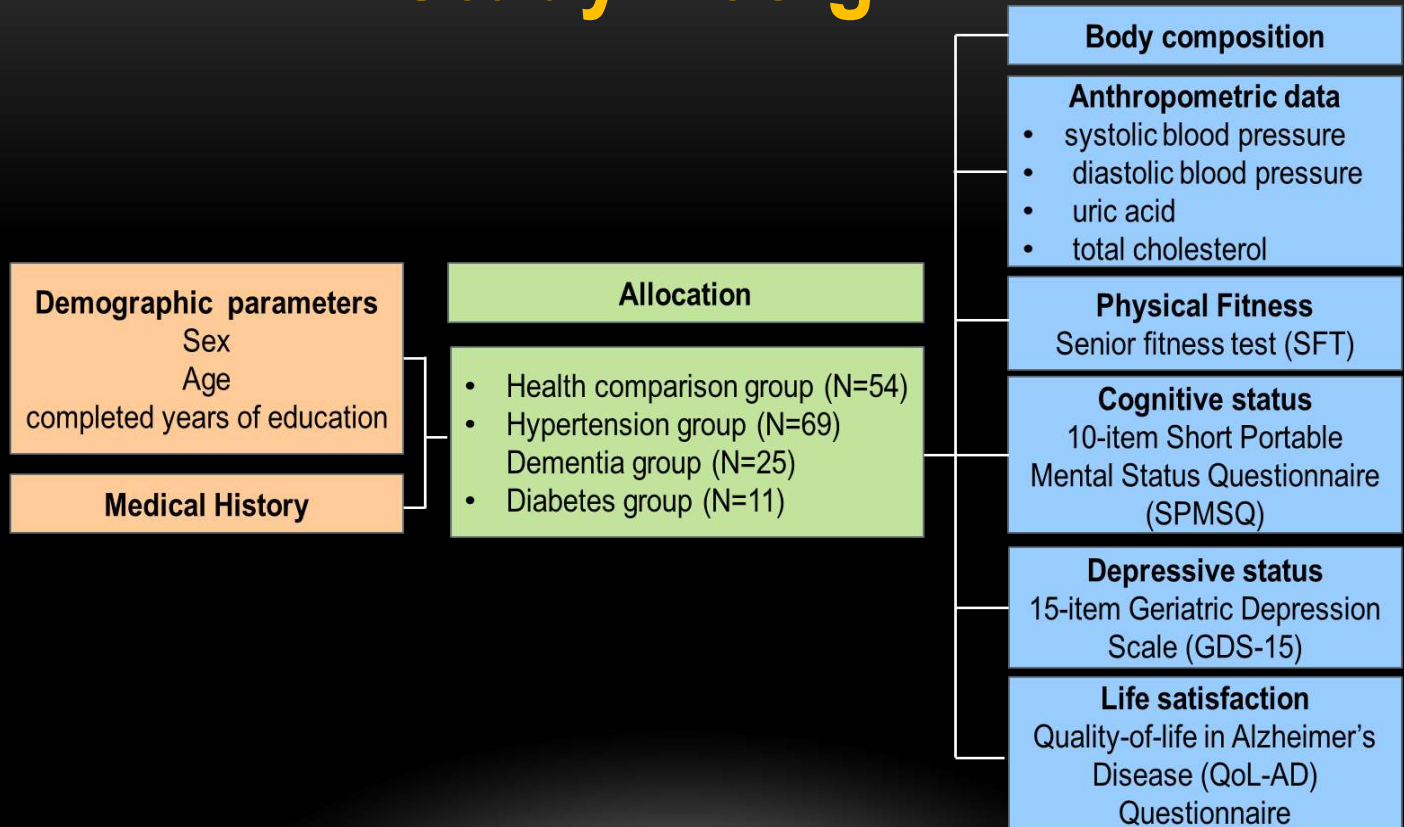
表 2.3 50 歲以上中老年人「自述曾經醫師診斷罹患慢性病項目數之百分比」，按性別、年齡統計

		受訪樣本數	加權樣本數	自述曾經醫師診斷罹患慢性病項目數(%)				
				0項	1項	2項	3項	4項
總計		5,304	5,304.0	27.8	25.5	17.9	13.0	6.9
性別								
	男性	2,581	2,510.5	26.1	25.6	18.2	14.2	6.5
	女性	2,723	2,793.5	29.3	25.4	17.6	11.8	7.3
年齡層								
	50-54歲	993	1,173.8	43.2	28.8	13.5	9.1	3.1
	55-59歲	1,121	1,179.9	38.1	29.7	15.7	8.6	3.9
	60-64歲	1,001	1,031.0	27.9	24.9	20.2	14.1	5.9
	65-74歲	1,194	1,092.0	16.4	24.6	20.7	16.3	10.1
	75歲以上	995	827.3	6.2	17.1	20.6	18.9	13.7
性別*年齡層								
男性								
	50-54歲	487	566.4	36.5	27.7	14.0	14.0	4.3
	55-59歲	571	576.2	34.2	27.9	16.2	11.6	4.8
	60-64歲	483	480.0	28.3	22.3	19.6	14.7	5.5
	65-74歲	562	506.5	17.4	27.6	21.5	14.6	8.6
	75歲以上	478	381.4	7.1	20.5	21.3	17.6	10.8
女性								
	50-54歲	506	607.4	49.5	29.7	12.9	4.5	1.9
	55-59歲	550	603.7	41.7	31.3	15.3	5.8	3.0
	60-64歲	518	551.0	27.6	27.1	20.8	13.6	6.4
	65-74歲	632	585.6	15.5	22.0	20.0	17.8	11.3
	75歲以上	517	445.9	5.5	14.1	20.0	19.9	16.2
65歲以上合計		2,189	1,919.3	12.0	21.3	20.7	17.4	11.6
65歲以上男性		1,040	887.9	13.0	24.5	21.4	15.9	9.6
65歲以上女性		1,149	1,031.4	11.2	18.6	20.0	18.7	13.4

66.7%

Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. (2015).
Taiwan Longitudinal Study on Aging Survey Report

Study Design



Results & Discussions

- *Demographic and anthropometric characteristics of the study population*
- *Physical fitness performance for health, hypertension, dementia and diabetes older adults*
- *Depressive and cognitive test results for health, hypertension, dementia and diabetes older adults*
- *Physical fitness in community-dwelling older adults with dementia: association with BMI, SPMSQ and quality of life*

	Health (N=54)	Hypertension (N=69)	Dementia (N=25)	Diabetes (N=11)	F or χ^2 Value	P Value
Age (years)	74.69±8.57	76.00±9.26	83.64±10.01	73.92±10.78	6.04	0.001 a, b, c
Gender (No, %)					$\chi^2=4.01$	0.26
Male	21/54 (38.89%)	17/69 (24.6%)	7/25 (28%)	5/11 (45.5%)		
Female	33/54 (61.11%)	52/69 (75.4%)	18/25 (72%)	6/11 (54.5%)		
Education (No, %)					$\chi^2=13.19$	0.90
No formal education	19/54 (35.19%)	24/69 (34.78%)	7/25 (28.00%)	2/11 (18.18%)		
Elementary school	18/54 (33.33%)	21/69 (30.43%)	9/25 (36.00%)	6/11 (54.55%)		
High school	14/54 (25.93%)	20/69 (28.99%)	9/25 (36.00%)	3/11 (27.27%)		
University and above	3 (5.56%)	4/69 (5.80%)	0/25 (0.00%)	0/11 (0.00%)		
Height (cm)	156.21±8.83	153.99±9.06	152.95±9.10	158.00±6.09	1.35	0.259
Male	163.25±6.77	165.09±7.85	159.60±7.16	160.80±7.16	0.85	0.477
Female	151.81±6.94	150.51±6.18	150.73±7.47	155.20±3.56	0.93	0.429
Weight (kg)	57.19±11.45	63.72±12.73	53.13±9.74	62.55±8.75	6.15	0.001 b, c, d
BMI (kg/m ²)	23.55±3.39	26.86±4.05	22.21±2.76	25.79±2.63	12.91	0.000 b, c, d
Body Fat (%)	29.25±6.90	34.57±6.29	27.44±8.85	29.54±7.36	8.80	0.000 b, d, e
SBP (mmHg)	135.47±20.01	138.77±25.15	136.08±21.95	139.55±13.50	0.29	0.833
DBP (mmHg)	81.61±18.90	78.64±11.97	73.32±12.57	76.82±6.49	1.938	0.126 a
Blood sugar (mg/dL)	133.79±46.63	137.29±36.01	126.82±44.90	222.20±49.56	7.29	0.000 c, e, f
Uric Acid (mg/dL)	6.51±1.61	7.20±1.94	6.43±1.79	6.11±1.66	2.16	0.096
Total Cholesterol (mg/dL)	217.86±63.07	220.81±67.29	230.00±51.46	192.30±76.48	0.84	0.475

Physical Fitness Performance for Health, Hypertension, Dementia and Diabetes Older Adults

	Health	Hypertension	Dementia	Diabetes	F Value	P Value
Arm Curl (no. of stands)	21.15±6.33	18.33±5.65	12.48±6.63	19.17±7.13	7.77	0.000 a, b, c
Grip Strength (kg)	20.41±8.24	19.68±6.39	13.15±7.50	18.60±5.59	5.10	0.003 a, b
Back Scratch (cm +/-)	-5.93±9.51	-17.73±12.92	-19.72±18.71	-11.50±7.44	5.23	0.002 a, d
Chair Sit-and-Reach (cm +/-)	2.19±5.97	-3.97±10.79	-10.77±16.91	-4.19±12.32	5.20	0.002 e
8-Foot Up-and-Go (seconds)	7.79±3.48	9.88±4.76	24.63±19.38	10.07±5.72	12.68	0.000 a, b, c
30-Second Chair Stand (no. of stands)	16.88±5.21	15.08±6.42	7.79±6.73	15.50±7.03	8.63	0.000 a, b, c
2-Minute Step Test (no. of steps)	89.00±35.58	81.58±37.16	67.76±39.86	72.33±34.12	0.94	0.428
Single Leg Stance (seconds)	19.46±10.76	11.91±11.73	7.80±7.31	9.67±10.41	4.41	0.006 e

BMJ Open Relationships between functional fitness and cognitive impairment in Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study

Mei Yang,^{1,2} Yan Guo,³ Jie Gong,³ Mengyao Deng,^{1,2} Niannian Yang,³ Yaqiong Yan³



2022/3/8

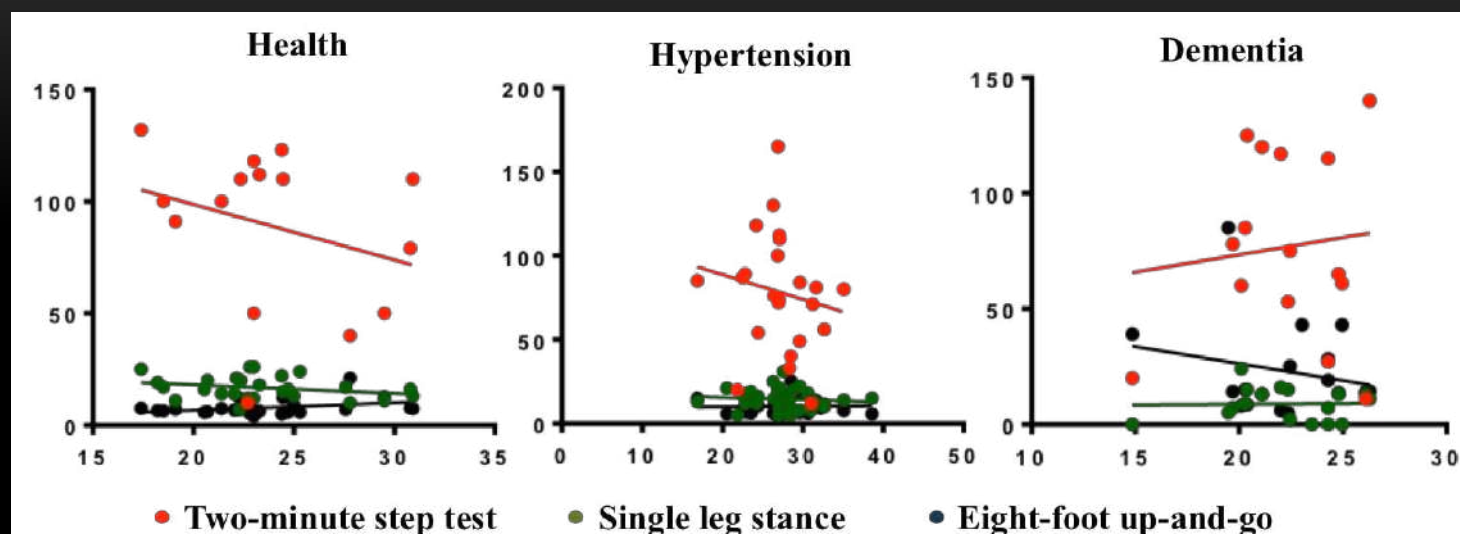
16

Table 1 Characteristics of the community-dwelling older adults with and without CI

	CI (n=674)	Non-CI (n=1422)	P values
Sociodemographic characteristics			
Age (years)	74.40±5.73	71.79±4.63	<0.0001
Female, n (%)	457 (67.80)	608 (42.76)	<0.0001
Education >9 years, n (%)	60 (8.90)	368 (27.18)	<0.0001
Height (cm)	156.30±7.83	161.70±8.01	<0.0001
Weight (kg)	58.93±10.51	64.53±10.68	<0.0001
BMI (kg/m ²)	24.07±3.64	24.66±3.59	<0.001
Waist circumference (cm)	86.63±10.04	88.20±9.75	<0.001
Falls within 1 year, n (%)	99 (14.69)	138 (9.73)	<0.01
Chronic disease			
Diabetes (yes), n (%)	90 (13.35)	199 (13.99)	0.69
Hypertension (yes), n (%)	383 (56.99)	762 (53.62)	0.15
Hyperlipidaemia (yes), n (%)	50 (7.42)	164 (11.53)	<0.01
Coronary artery disease (yes), n (%)	93 (13.80)	181 (12.73)	0.50
Health behaviours			
Smoking (yes), n (%)	88 (13.06)	289 (20.32)	<0.0001
Regular exercise (yes), n (%)	396 (56.03)	1115 (80.04)	<0.0001
PASE	112.93±67.60	144.78±67.72	<0.0001
Functional status			
ADL disability (yes), n (%)	76 (11.31)	73 (5.76)	<0.0001
IADL disability (yes), n (%)	448 (66.47)	294 (20.70)	<0.0001
Functional fitness			
30s chair stand (n)	11.69±5.46	14.42±6.02	<0.0001
Chair sit-and-reach (cm)	-5.80±9.93	-2.97±8.43	<0.0001
30s arm curl (n)	13.66±6.93	18.59±9.39	<0.0001
2 min step (n)	64.03±37.10	82.37±37.53	<0.0001
Back scratch (cm)	-15.61±12.29	-11.81±12.24	<0.0001
8 foot up-and-go (s)	10.37±4.58	8.61±4.10	<0.0001

ADL, activities of daily living; BMI, body mass index; CI, cognitive impairment; IADL, instrumental activities of daily living; PASE, Physical Activity Scale for the Elderly.

Correlation between BMI and physical fitness components



BMI	Single leg stance		Two-minute step test		Eight-foot up-and-go	
	R ²	p value	R ²	p value	R ²	p value
Health	0.071	0.19	0.087	0.29	0.126	0.08
Hypertension	0.010	0.57	0.027	0.45	0.001	0.87
Dementia	0.000	0.93	0.012	0.69	0.045	0.41

Physical Fitness Performance for Health, Hypertension, Dementia and Diabetes Older Adults

	Health	Hypertension	Dementia	Diabetes	F Value	P Value
Arm Curl (no. of stands)	21.15±6.33	18.33±5.65	12.48±6.63	19.17±7.13	7.77	0.000 a, b, c
Grip Strength (kg)	20.41±8.24	19.68±6.39	13.15±7.50	18.60±5.59	5.10	0.003 a, b
Back Scratch (cm +/-)	-5.93±9.51	-17.73±12.92	-19.72±18.71	-11.50±7.44	5.23	0.002 a, d
Chair Sit-and-Reach (cm +/-)	2.19±5.97	-3.97±10.79	-10.77±16.91	-4.19±12.32	5.20	0.002 e
8-Foot Up-and-Go (seconds)	7.79±3.48	9.88±4.76	24.63±19.38	10.07±5.72	12.68	0.000 a, b, c
30-Second Chair Stand (no. of stands)	16.88±5.21	15.08±6.42	7.79±6.73	15.50±7.03	8.63	0.000 a, b, c
2-Minute Step Test (no. of steps)	89.00±35.58	81.58±37.16	67.76±39.86	72.33±34.12	0.94	0.428
Single Leg Stance (seconds)	19.46±10.76	11.91±11.73	7.80±7.31	9.67±10.41	4.41	0.006 e

Physical Fitness Performance for Health, Hypertension, Dementia and Diabetes Older Adults

	Health	Hypertension	Dementia	Diabetes	F Value	P Value
Arm Curl (no. of stands)	21.15±6.33	18.33±5.65	12.48±6.63	19.17±7.13	7.77	0.000 ^{a, b, c}
Grip Strength (kg)	20.41±8.24	19.68±6.39	13.15±7.50	18.60±5.59	5.10	0.003 ^{a, b}
Back Scratch (cm +/-)	-5.93±9.51	-17.73±12.92	-19.72±18.71	-11.50±7.44	5.23	0.002 ^{a, d}
Chair Sit-and-Reach (cm +/-)	2.19±5.97	-3.97±10.79	-10.77±16.91	-4.19±12.32	5.20	0.002 ^e
8-Foot Up-and-Go (seconds)	7.79±3.48	9.88±4.76	24.63±19.38	10.07±5.72	12.68	0.000 ^{a, b, c}
30-Second Chair Stand (no. of stands)	16.88±5.21	15.08±6.42	7.79±6.73	15.50±7.03	8.63	0.000 ^{a, b, c}
2-Minute Step Test (no. of steps)	89.00±35.58	81.58±37.16	67.76±39.86	72.33±34.12	0.94	0.428
Single Leg Stance (seconds)	19.46±10.76	11.91±11.73	7.80±7.31	9.67±10.41	4.41	0.006 ^e

Physical fitness and Hypertension

- Physical activity and fitness for the prevention of hypertension (Bakker et al., 2018).
- Exercise training improves physical fitness in patients with pulmonary arterial hypertension: a systematic review and meta-analysis of controlled trials (Buys et al., 2015).
- Management of hypertension in the elderly and frail elderly (Ferri et al., 2017).
- Interactive effects of physical fitness and body mass index on the risk of hypertension (Crump et al., 2016)
 - Low aerobic capacity/muscular strength, and high BMI was associated with a subsequent increased risk of hypertension

BMJ Open Relationships between functional fitness and cognitive impairment in Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study

Mei Yang,^{1,2} Yan Guo,³ Jie Gong,³ Mengyao Deng,^{1,2} Niannian Yang,³ Yaqiong Yan³



2022/3/8

22

Table 1 Characteristics of the community-dwelling older adults with and without CI

	CI (n=674)	Non-CI (n=1422)	P values
Sociodemographic characteristics			
Age (years)	74.40±5.73	71.79±4.63	<0.0001
Female, n (%)	457 (67.80)	608 (42.76)	<0.0001
Education >9 years, n (%)	60 (8.90)	368 (27.18)	<0.0001
Height (cm)	156.30±7.83	161.70±8.01	<0.0001
Weight (kg)	58.93±10.51	64.53±10.68	<0.0001
BMI (kg/m ²)	24.07±3.64	24.66±3.59	<0.001
Waist circumference (cm)	86.63±10.04	88.20±9.75	<0.001
Falls within 1 year, n (%)	99 (14.69)	138 (9.73)	<0.01
Chronic disease			
Diabetes (yes), n (%)	90 (13.35)	199 (13.99)	0.69
Hypertension (yes), n (%)	383 (56.99)	762 (53.62)	0.15
Hyperlipidaemia (yes), n (%)	50 (7.42)	164 (11.53)	<0.01
Coronary artery disease (yes), n (%)	93 (13.80)	181 (12.73)	0.50
Health behaviours			
Smoking (yes), n (%)	88 (13.06)	289 (20.32)	<0.0001
Regular exercise (yes), n (%)	396 (56.03)	1115 (80.04)	<0.0001
PASE	112.93±67.60	144.78±67.72	<0.0001
Functional status			
ADL disability (yes), n (%)	76 (11.31)	73 (5.76)	<0.0001
IADL disability (yes), n (%)	448 (66.47)	294 (20.70)	<0.0001
Functional fitness			
30s chair stand (n)	11.69±5.46	14.42±6.02	<0.0001
Chair sit-and-reach (cm)	-5.80±9.93	-2.97±8.43	<0.0001
30s arm curl (n)	13.66±6.93	18.59±9.39	<0.0001
2 min step (n)	64.03±37.10	82.37±37.53	<0.0001
Back scratch (cm)	-15.61±12.29	-11.81±12.24	<0.0001
8 foot up-and-go (s)	10.37±4.58	8.61±4.10	<0.0001

ADL, activities of daily living; BMI, body mass index; CI, cognitive impairment; IADL, instrumental activities of daily living; PASE, Physical Activity Scale for the Elderly.

Poor trunk flexibility is associated with arterial stiffening

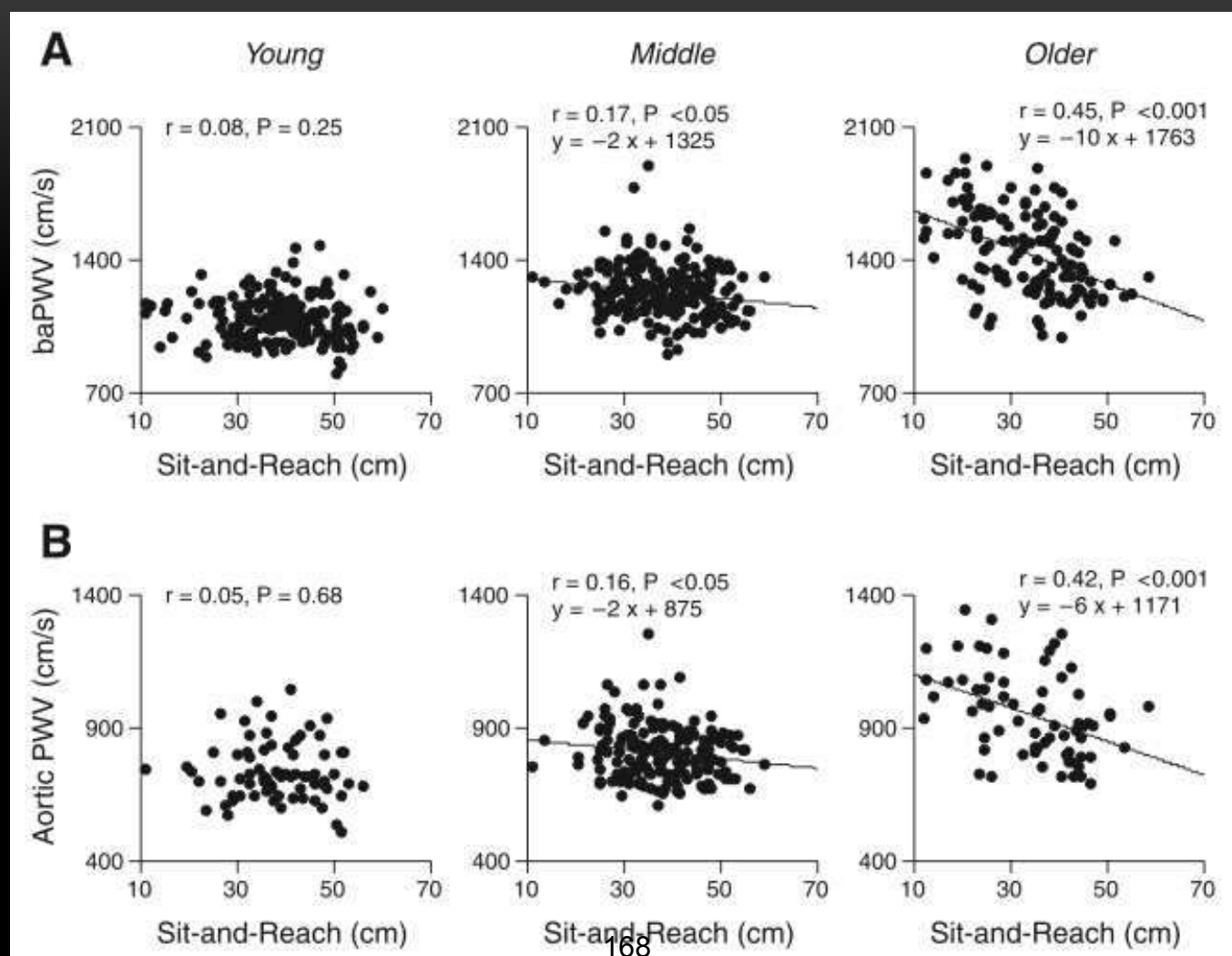
Kenta Yamamoto,^{1,2,3} Hiroshi Kawano,² Yuko Gando,² Motoyuki Iemitsu,⁵ Haruka Murakami,¹ Kiyoshi Sanada,^{2,4} Michiya Tanimoto,¹ Yumi Ohmori,¹ Mitsuru Higuchi,¹ Izumi Tabata,¹ and Motohiko Miyachi¹

¹Health Promotion and Exercise Program, National Institute of Health and Nutrition, Tokyo, and ²Waseda University, Saitama, Japan; ³University of North Texas Health Science Centre, Fort Worth, Texas; and ⁴Ritsumeikan University, Siga, and ⁵International Pacific University, Okayama, Japan

Submitted 16 January 2009; accepted in final form 3 August 2009

2022/3/8

24



Physical Fitness Performance for Health, Hypertension, Dementia and Diabetes Older Adults

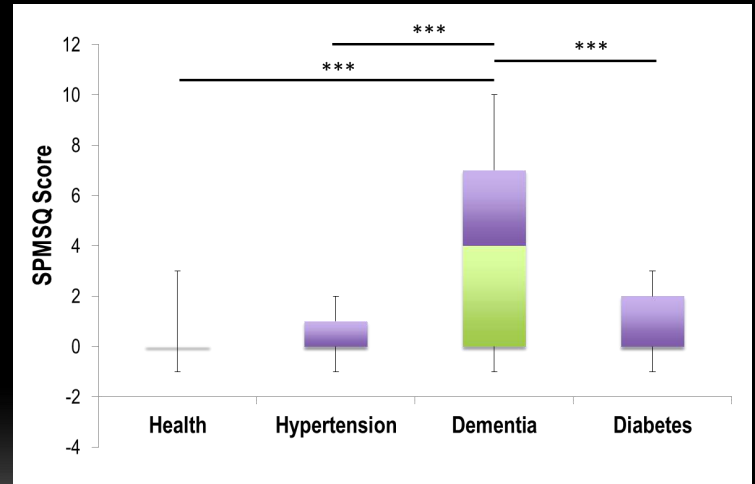
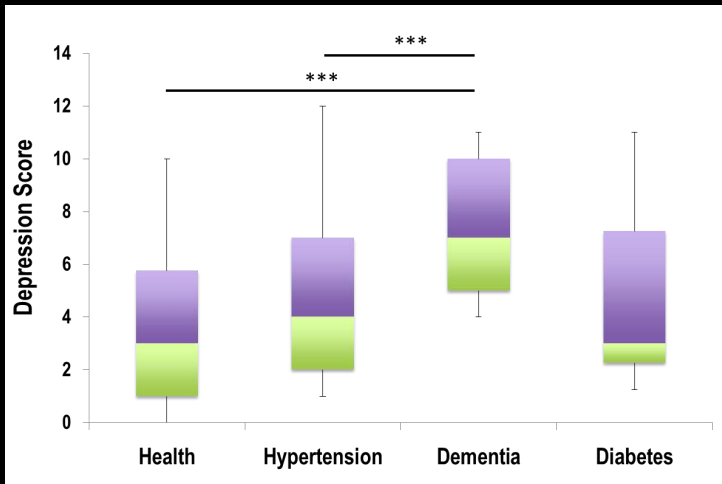
	Health	Hypertension	Dementia	Diabetes	F Value	P Value
Arm Curl (no. of stands)	21.15±6.33	18.33±5.65	12.48±6.63	19.17±7.13	7.77	0.000 a, b, c
Grip Strength (kg)	20.41±8.24	19.68±6.39	13.15±7.50	18.60±5.59	5.10	0.003 a, b
Back Scratch (cm +/-)	-5.93±9.51	-17.73±12.92	-19.72±18.71	-11.50±7.44	5.23	0.002 a, d
Chair Sit-and-Reach (cm +/-)	2.19±5.97	-3.97±10.79	-10.77±16.91	-4.19±12.32	5.20	0.002 e
8-Foot Up-and-Go (seconds)	7.79±3.48	9.88±4.76	24.63±19.38	10.07±5.72	12.68	0.000 a, b, c
30-Second Chair Stand (no. of stands)	16.88±5.21	15.08±6.42	7.79±6.73	15.50±7.03	8.63	0.000 a, b, c
2-Minute Step Test (no. of steps)	89.00±35.58	81.58±37.16	67.76±39.86	72.33±34.12	0.94	0.428
Single Leg Stance (seconds)	19.46±10.76	11.91±11.73	7.80±7.31	9.67±10.41	4.41	0.006 e

Discussion 1

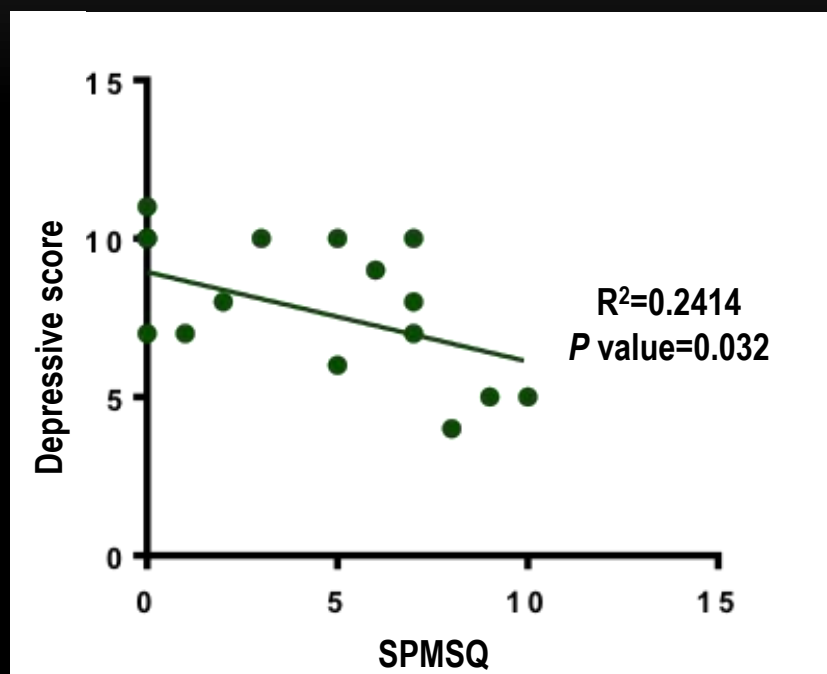
- There was a generally lower physical fitness performance in dementia elders as compared with the three other groups.
- Increased BMI would improve agility/dynamic balance and aerobic endurance in elderly with dementia.
- Using elastic band training to improve agility/dynamic balance; and more walking to improve aerobic endurance .
- The lower body flexibility and postural steadiness activities should be involved in the health promotion strategy for elderly with hypertension and diabetes .
- Stretching exercise, such as yoga, can improve the lower body flexibility and postural steadiness activities.

Depressive and Cognitive Test for Health, Hypertension, Dementia and Diabetes Older Adults

	Health	Hypertension	Dementia	Diabetes	F Value	P Value
Depression score	3.69±2.72	4.53±2.94	7.23±2.41	5.62±3.85	7.87	0.000 a, b
SPMSQ	0.23±0.63	0.32±0.53	4.00±3.58	0.82±1.25	29.11	0.000 a, b, c
QoL	38.18±8.53	34.24±8.17	34.10±6.46	32.33±4.04	0.95	0.424



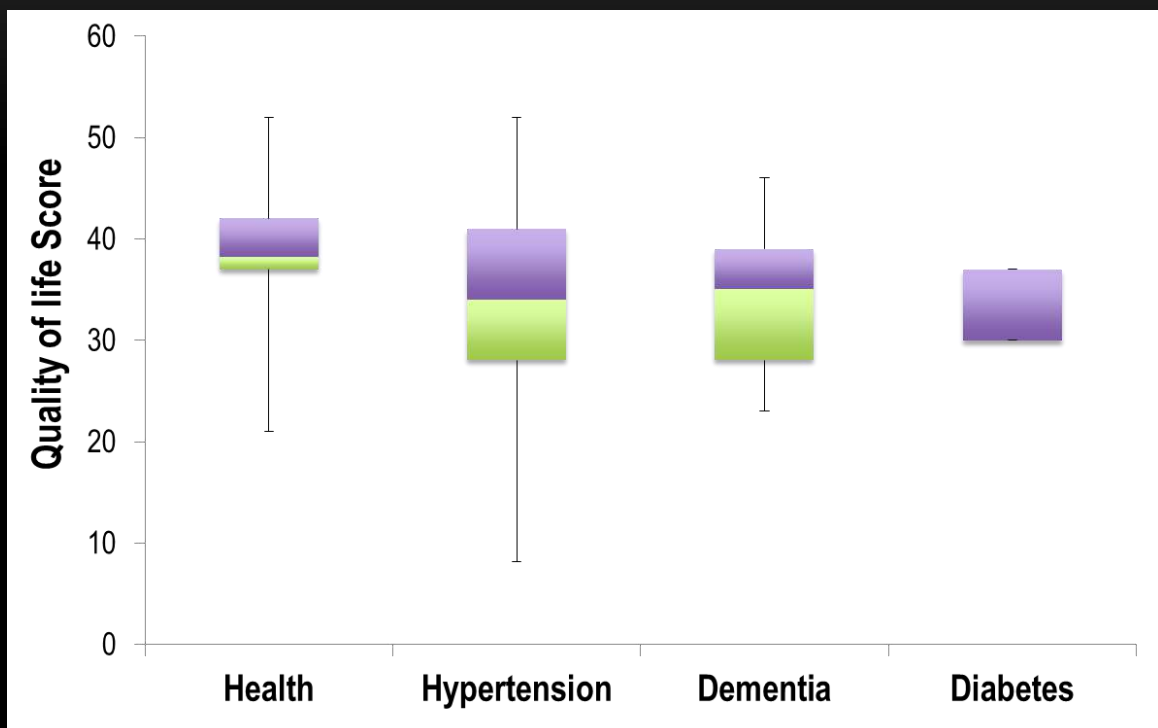
Correlation between SPMSQ and depressive score in elderly with dementia



Correlation between SPMSQ and depressive score

- Developmental patterns of cognitive function and associated factors among the elderly in Taiwan (Chen & Chang, 2016).
- Depressive symptoms as a predictor of cognitive decline: MacArthur Studies of Successful Aging (Chodosh et al., 2007).
- Depressive symptomatology and Incident cognitive decline in an elderly community sample (Bassuk et al., 1998).

Depressive and Cognitive Test for Health, Hypertension, Dementia and Diabetes Older Adults





Physical fitness in institutionalized older adults with dementia: association with cognition, functional capacity and quality of life

A. Sampaio¹ · I. Marques-Aleixo^{1,2} · A. Seabra¹ · J. Mota¹ · E. Marques³ · J. Carvalho¹

Received: 30 August 2019 / Accepted: 11 December 2019 / Published online: 11 January 2020
 © The Author(s) 2020

Abstract

This cross-sectional study investigated the association of physical fitness with cognitive function, functional capacity and quality of life among institutionalized older adults with dementia. One hundred and two older adults aged 78.0 ± 8.4 years, predominantly female (67.6%), with neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease (AD) (49.2%), vascular dementia (14.7%), Parkinson's disease (2%), dementia with Lewy bodies (2%) or unspecified dementia (32.1%) participated in the present study. Regression analyses were used to examine associations between physical fitness components (Senior Fitness Test) and cognitive function (Mini-Mental State Examination), functional capacity (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living) and Quality of Life (QoL)-Alzheimer's Disease scale. Univariate regression indicates that strength, flexibility, agility/dynamic balance and aerobic endurance are relevant for cognitive function, physical capacity and perceived QoL in institutionalized older people with dementia. After multiple regression analyses, adjusted for body mass index (BMI), results showed that aerobic endurance had a significant positive association with Total Katz Index. For both, caregiver perception of QoL-AD and global QoL-AD, BMI remained significantly and positively associated. Agility–dynamic balance presented a significant negative relation with global QoL-AD. Overall, our findings suggest that better physical fitness is important for cognition and autonomous functional capacity and that it has positive repercussions on the QoL in institutionalized older adults with dementia. Consequently, exercise-based therapeutic strategies aiming to improve physical fitness should be implemented.

Keywords Alzheimer's disease · Physical fitness · ADL · Ageing · Institutionalization

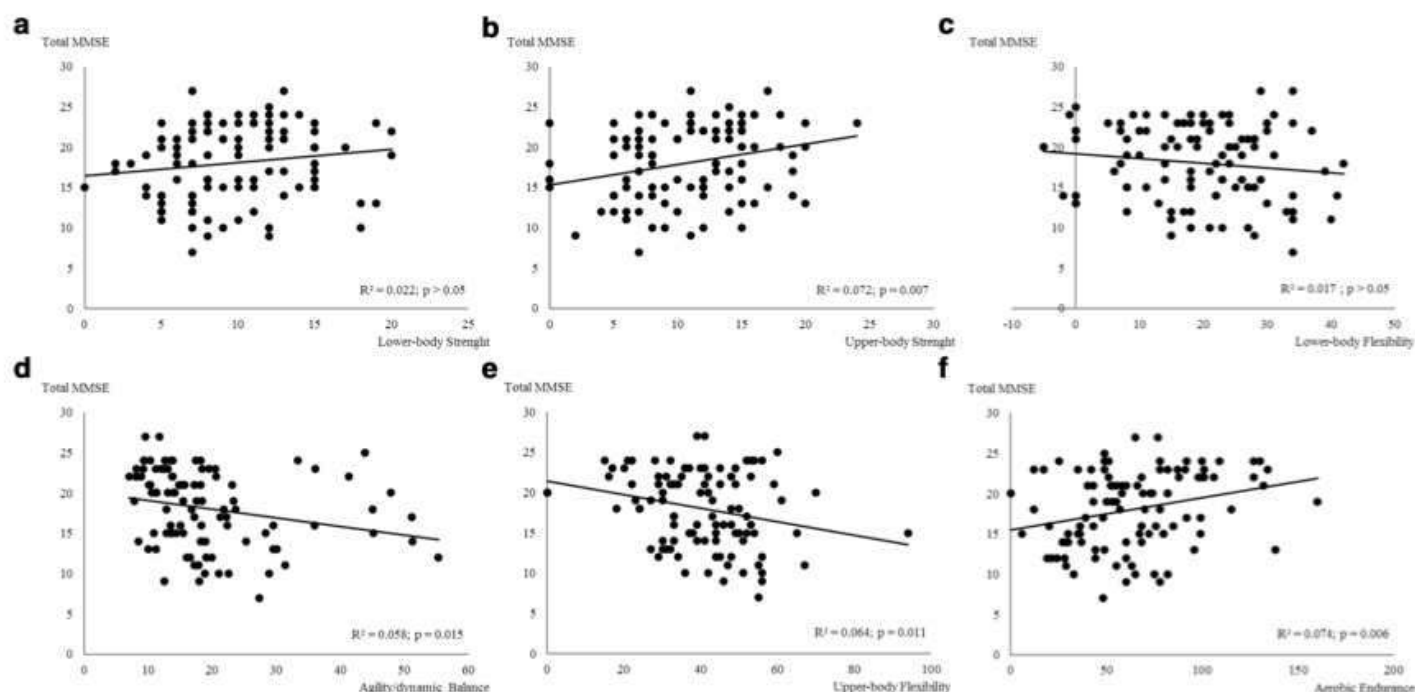


Fig. 1 Regression relationships between Total MMSE score (points) and physical fitness components

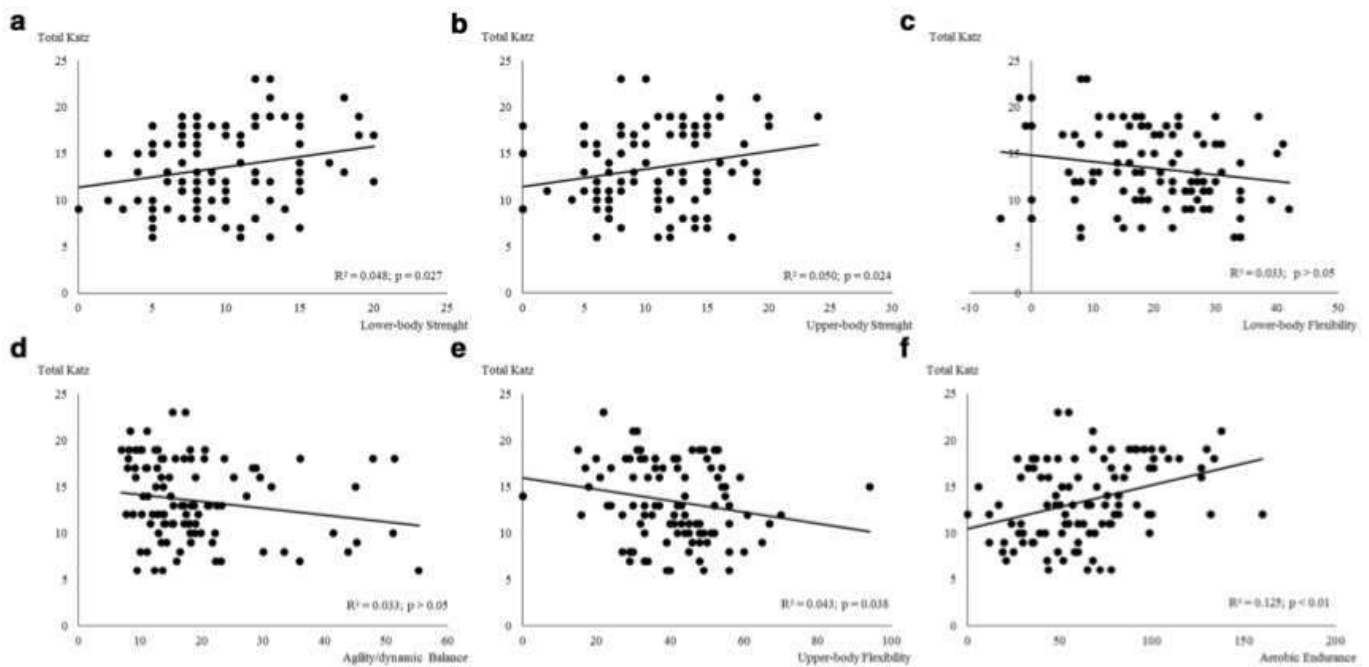


Fig. 2 Regression relationships between functional capacity (total Katz, points) and physical fitness components

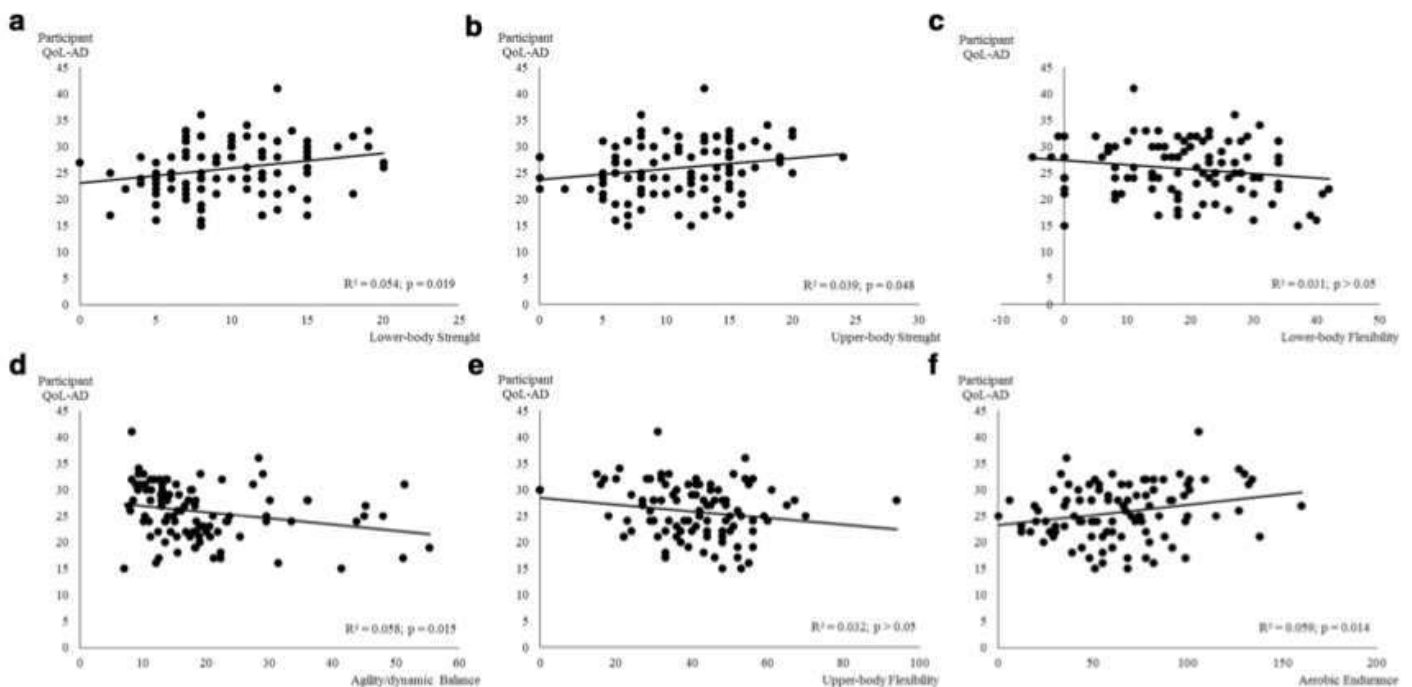
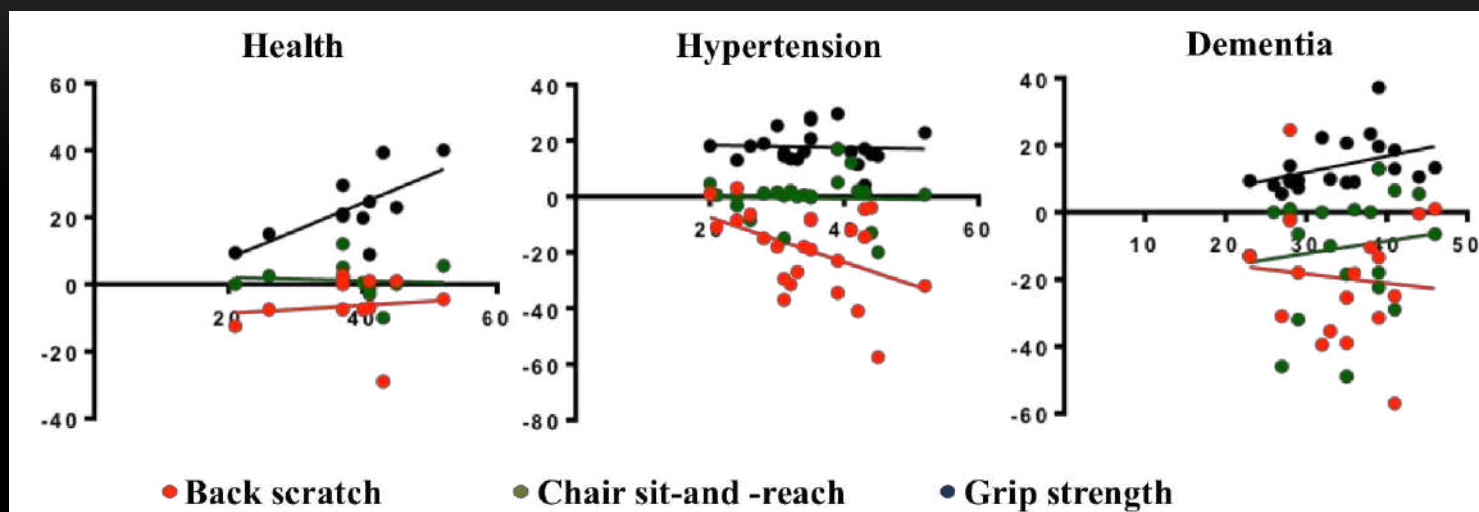


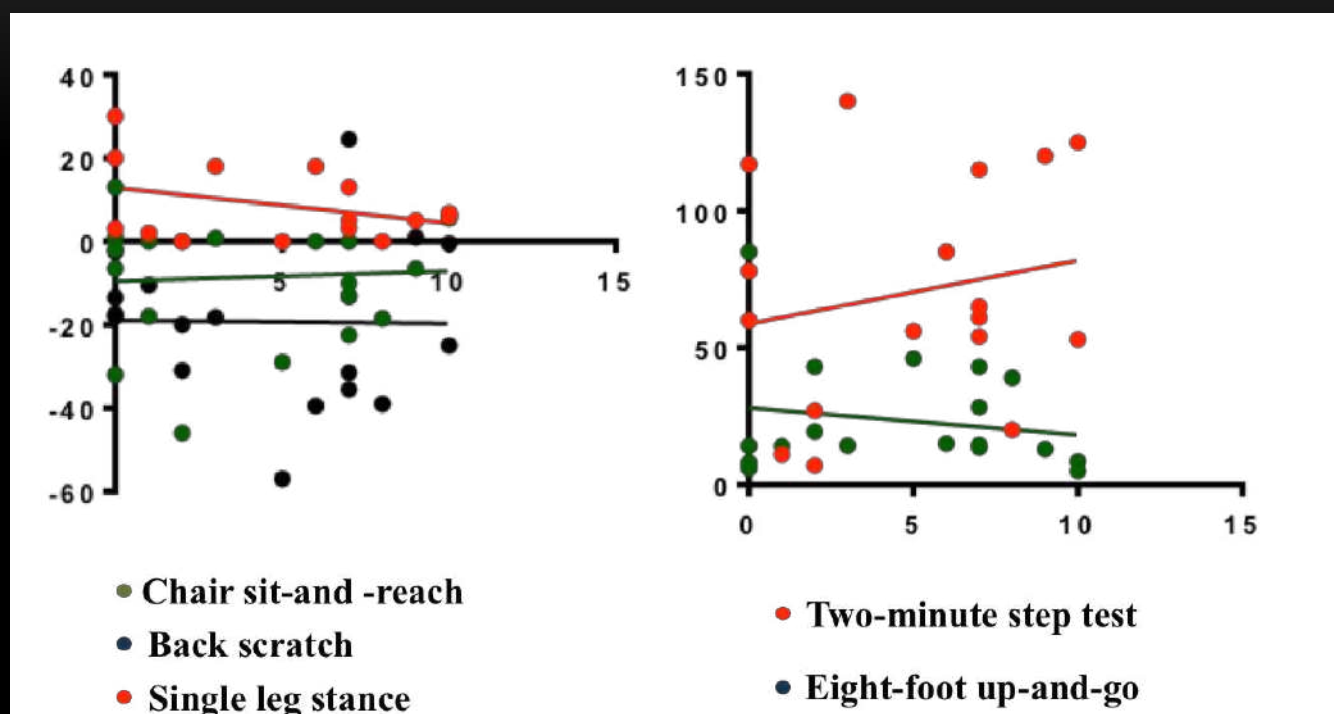
Fig. 3 Regression relationships between quality of life perceived by the participant (participant QoL-AD, points) and physical fitness components

Correlation between QoL and physical fitness components

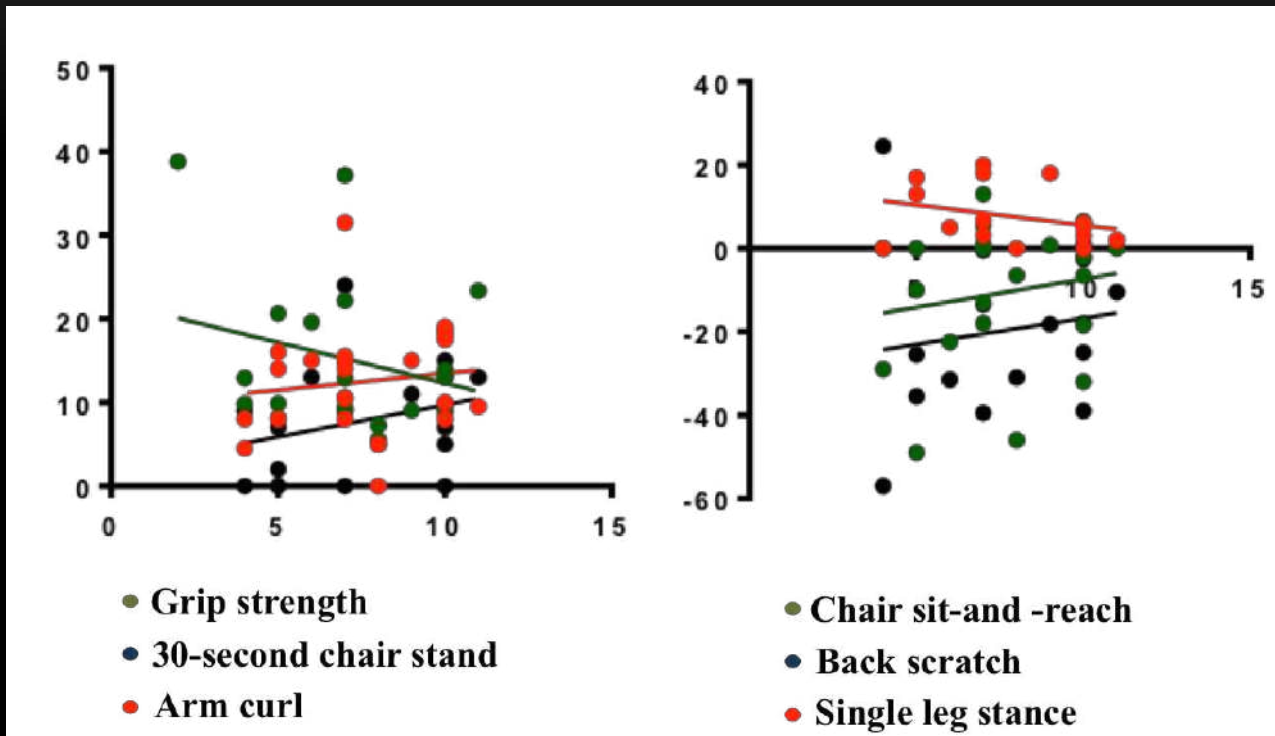


QoL	Chair sit-and-reach		Back scratch		Grip strength	
	R ²	p value	R ²	p value	R ²	p value
Health group	0.006	0.82	0.013	0.74	0.465	0.02
Hypertension	0.001	0.90	0.201	0.03	0.002	0.81
Dementia	0.020	0.54	0.001	0.72	0.177	0.06

Regression relationships between SPMSQ and physical fitness components in the elder with dementia



Regression relationships between depressive score and physical fitness components in the elder with dementia



Discussion 2

- Better flexibility is positively correlated with QoL in elderly with hypertension.
- Grip strength is positively correlated with QoL in health elderly.
- Older adults that have a better grip strength also have more opportunities for everyday activities management (such as opening jars, carrying grocery bags, pushing the doors and turning the doorknob), and less activity restriction and decrease the frequency with which an individual leaves his or her home affecting functional, psychological, and social health, which could be important for contributing to a better quality of life and life satisfactions.

Conclusion

- The elders with dementia showed the most serious physical fitness and depression declined.
- The strategies of physical activity and health promotion in the elderly with dementia should be different from other elders.
- Our findings contribute to a better understanding of the impact of different physical fitness components on cognition, depressive status and QoL among community-dwelling elders with different chronic diseases in Taiwan.

The End

Thank You For Your Attention!

就醫提問單對癌症末期病人的資訊需求、有用性、滿意度及焦慮之成效：統合分析

李怡慧¹，葉淑惠²

¹ 馬偕醫學院 長期照護研究所 學生

² 馬偕醫學院 長期照護研究所 教授

E-mail:lindayihui@gmail.com

臨床常見癌症末期病人與照顧者或醫療團隊溝通不良導致的困擾及焦慮，引發對於治療的不確定感及產生恐懼等，影響治療的進行及善終的目標。國際研究結果指出醫病共享決策（shared decision making, SDM）的就醫提問單 question prompt list (QPL)應用過程可改善醫病溝通模式；然而國內外的風俗民情不同，目前國內臨床尚未普及使用就醫提問單，實際是否適合國內癌末病人及家屬溝通使用，迫切需要實證的支持。因此，本研究探討應用醫病共享決策的就醫提問單過程能否改善醫病溝通模式，以系統性文獻回顧研究方法、Cochrane Risk of Bias Tool 2 誤差風險工具作為文獻品質評估之工具，依據關鍵字分別搜尋中英文資料庫，英文資料庫包含 Pubmed、Cochrane library、Embase、Ebscohost 及 Medline；中文資料庫為華藝線上圖書館，共六個資料庫。並採用 RevMen5.4 套裝軟體（北歐 Cochrane 中心 2020 年 9 月發布的最新版本）進行數據分析。透過本篇研究結果發現就醫提問單的使用顯著的增加諮詢時間、發問題數、資訊需求及有用性；但對使用就醫提問單的滿意度及焦慮未顯著的改變。建議未來能有更多針對癌症末期病人及家屬(尤其主要照顧者)之隨機試驗研究，對使用就醫提問單之不同資訊需求、主題章節的深入探討，依照不同文化特色進而發展本土腫瘤科病人、癌症末期病人之就醫提問單，並亦針對使用後之心理成效指標進行探討，以提供更有力之研究證據作為實務推展之依據。建議未來可將本研究結果納入醫療人員及學生在職教育內容之參考，推廣醫病共享決策模式，讓病人積極參與決策，有助於提升治療性關係，提升民眾健康識能為重要基石，透過就醫提問單的了解及使用，促進病人「賦權」，落實「以病人為中心」過程，達到共享決策的願景。

關鍵字：癌症末期病人、就醫提問單、資訊需求、有用性、滿意度、焦慮。

Effects of the Question Prompt List on Information Needs, Usefulness, Satisfaction, and Anxiety among the Terminal Cancer Patients: Meta-Analysis

就醫提問單對癌症末期病人的資訊需求、有用性、滿意度及焦慮之成效：統合分析

李怡慧、葉淑惠

Yi-Hui Lee, Shu-Hui Yeh

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

摘要 ABSTRACT

臨床常見癌症末期病人與照顧者或醫療團隊溝通不良導致的困擾及焦慮，引發對於治療的不確定感及產生恐懼等，影響治療的進行及最終的目標。國際研究結果指出醫病共享決策 (shared decision making, SDM) 的就醫提問單 (question prompt list, QPL) 應用可改善醫病溝通模式；然而國內外的風俗民情不同，目前國內臨床尚未普及使用就醫提問單，實際是否適合國內癌症末期病人及家屬溝通使用，迫切需要實證的支持。因此，本研究探討應用醫病共享決策的就醫提問單過程能否改善醫病溝通模式，以系統性文獻回顧研究方式，Cochrane Risk of Bias Tool 2 評估風險工具作為文獻品質評估之工具，依據關鍵字分別搜尋中英文資料庫，英文資料庫為 PubMed、Cochrane library、Embase、EBSCOhost 及 Medline；中文資料庫為華藝線上圖書館、共六個資料庫。並採用 RevMen 5.4 套裝軟體 (北歐 Cochrane 中心 2020 年 9 月發布的最新版本) 進行數據分析。透過本項研究結果發現就醫提問單的使用顯著地增加諮詢時間、發問題數、資訊需求及有用性；但對使用就醫提問單的滿意度及焦慮未顯著地改變。建議未來能有更多針對癌症末期病人及家屬 (尤其主要照顧者) 之隨機試驗研究，對使用就醫提問單之不同資訊需求、主題章節的深入探討，依照不同文化特色進而發展本土化就醫提問單、癌症末期病人之就醫提問單，並針對使用後之心理成效指標進行探討，以提供更有力之研究證據作為實務推廣之依據。建議未來可將本研究結果納入醫藥人員及學生在職教育內容之參考，推廣醫病共享決策模式，讓病人積極參與決策，有助於提升治療性關係，提升民眾健康意識為重要基石，透過就醫提問單的了解及使用，促進病人「賦權」，落實「以病人為中心」過程，達到共享決策的願景。

研究背景 BACKGROUND

根據衛生福利部國人死因統計民國 108 年十大死因首位為癌症 (癌症)，而且癌症長年位居十大死因第一位；108 年因癌症死亡人數達五萬多人，平均每十分二十七秒就有一人因癌症死亡，比 107 年的癌症時鐘快轉 12 秒。高、胡、邱 (2012) 研究指出隨著病情的進展，多數病人仍不了解面對末期癌症的相關決策。當末期病人面對自己身體的日漸虛弱，常會有生氣、傷心、焦慮、哭泣及憂鬱等負面心理反應，加上家庭社會支持網絡的改變或不足，導致對人生缺乏意義及價值感，形成整體性的痛苦，雖然病人對病情進展有知的權利，許多研究也指出病人希望知道病情，但研究發現有近一半的癌症病人「完全不瞭解」或「部分瞭解」其末期病情，且對自己的疾病有強烈的不確定感，而此不確定感也會造成病人的焦慮與憂鬱。臨床常見現狀為家屬擔心病人知道真相後，承受不了或喪失求生意志，有時家屬也將自己的恐懼投射到病人身上，導致家屬不願病人知道病情，甚至在緊急狀況下否決已簽署的不施行心肺復甦術 (Do not resuscitation, DNR) 同意書，不但造成醫護人員在照護病人的過程中不斷產生矛盾、衝突及承受相當大的壓力，也讓其不易或不知如何去面對處理末期病情告知的倫理問題，「病情告知」仍然是我國癌症末期照護醫療人員及家屬最困擾的倫理議題之一。

統計上較佳的治療方式，可能不適用於病人的生活方式、居住環境或工作型態，甚至不符合其宗教文化背景價值觀。而醫師也可能因為醫療條件條件與工作環境的要求，而不自觉地主觀，卻不符合病人最佳利益考量的治療方式 (陳如雲, 2017)。透過 SDM 的運用，Charles 等人 (1997) 年的一篇文章提到 SDM 的操作型定義，強調 SDM 過程應讓醫療人員與病人有密切的互動，關鍵特色包含：至少要有醫師和病人兩方參與；彼此應互相交換分享訊息，包含醫師提出的各種治療資訊，以及病人提出的個人喜好與價值觀；彼此共同建立治療選擇排序的共識，並且一起決定要執行的治療項目。SDM 很難在常規臨床中實行，常見的原因是缺乏時間、資源、醫師專業知識以及對某些病人及臨床情況的適應性。Shirk 等人 (2017) 文獻亦指出病人和醫生都經常對諮詢時間不足作為 SDM 的障礙。以病人為導向的決策輔助工具已被使用作為克服這些障礙的一種潛在有效策略。

SDM 中以更廣泛的語言與病人溝通，使病人特質、決策狀態及臨床進展，彈性調整溝通重點，優化及擴充之工具為就醫提問單，可強化 SDM 進行，拉近醫病距離，Brandes 等人 (2015) 研究指出大多數 QPL 組成有關病人疾病和治療的工具性問題。Bensing 及 Verhaak (2004) 認為病人可能有兩種資訊需求：認知 (工具) 資訊需求，病人希望了解他們所發生的事情，並且他們的病情；情感信息需求，病人希望被提供理解並表達他們的擔憂和關注。就醫提問單的目的是透過結構化問題清單，鼓勵病人就醫時向醫療人員提出問題，以獲得切身相關且更清楚的健康或醫療知識。研究顯示，就醫提問單能使病人將注意力從疾病轉移到治療，使病人關心的問題層次縮小且更為聚焦，有助於提升病人自我意識、解決病人的疑慮、強化醫病溝通，並促進病人主動參與醫療決策的動機。

表一、QPL 及 SDM 比較 (蘇永秀等人, 2020)

QPL	SDM
<ul style="list-style-type: none"> 著重於促進病人參與及醫病溝通聚焦。 臨床使用時機是在病人就診開始時，在醫療過程中屬較前端的位置。 QPL 的病人問題清單通常比 SDM 的醫病共享決策輔助工具簡易許多。QPL 可由病人主動取用，也可由醫療人員啟動。 	<ul style="list-style-type: none"> 包含共享資訊、醫療決策共識及支持病人價值與喜好等更複雜的過程。 是當進一步面臨醫療決策時使用。 較常由醫療人員啟動。

美國臨床腫瘤學會在指引病人臨床溝通及早期緩和與照護包含建議在無法治療的疾病中討論病情及預後、早期經濟治療目的，其成效指標包括：

- (一) 資訊需求：Wang 等人 (2018) 研究結果顯示癌症末期病人最常表示三個未滿足的需求領域為心理、身體、健康照護服務及資訊。
- (二) 有用性：Yuki Shirai 等人 (2012) 的研究中指出於先前的研究顯示，醫師認為 QPL 似乎增強了其有用性，協助病人發問平均有 16 比，幫助病人了解治療計畫之有用性、未來照護使用率。有用性中透過 QPL 介入後在諮詢時間及發問題數影響皆為重要之指標，進行深入研究。
- (三) 滿意度
- (四) 焦慮、焦慮及憂鬱：在疼痛及其他嚴重症狀的病人中很常見，當他們在疾病的末期階段 (Smith et al., 2003)。Duijn 等人 (2021) 研究確定了癌症末期病人廣泛的焦慮來源，大多數人都提到擔心惡化及對於未來的擔憂。

在臨床的工作環境中可能時常會遇到醫師與病人/家屬會談時表達無疑問，卻在問候後產生更多疑問的情形，亦或者病人/家屬時常會問卻不知如何開口，令人引發思考該如何協助病人/家屬在急迫、未知而引進焦慮、恐懼影響治療效果之情況，提供協助與醫療人員溝通之工具及協助引導溝通之方式，促進溝通順暢病人能了解治療目的，及需要時進一步被輔導至四道人生「道歉、道謝、道愛、道別」的協助溝通之工具是在臨床迫切需要的。

研究方法 METHODS

本研究以系統性文獻回顧法及統合分析 Meta-analysis 研究法來探討就醫提問單對癌症末期病人的資訊需求、有用性、焦慮及滿意度之成效。本研究的臨床問題為：「運用 question prompt list (QPL) 對癌症末期病人進行 SDM 之影響為何？」轉化成可回答的問題：「末期癌症病人藉由使用 question prompt list (QPL) 對於 SDM 進行之資訊需求、有用性、滿意度、焦慮」的成效為何？依上述條件擬出 PICO 問題。

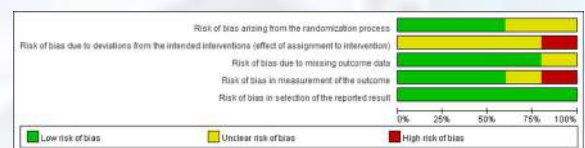
表二、PICO 模式

P	末期癌症病人
I	使用共享決策 (SDM) 中就醫提問單 (question prompt list, QPL)
C	一般諮詢 (未使用 QPL)
O	資訊需求、有用性 (包含諮詢時間、發問題數)、滿意度、焦慮

研究結果與建議 RESULT SUGGESTIONS

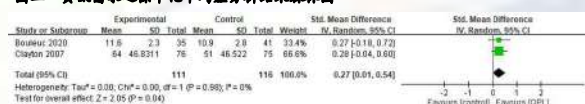
經系統性檢索英文資料庫 PubMed 進入 20 篇、Cochrane 進入 107 篇、EMBASE 進入 45 篇、EBSCOhost 進入 42 篇、MEDLINE (Ovid) 進入 169 篇，共 383 篇英文文獻；中文資料庫中華醫學會圖書館進入 201 篇，中英文電子資料庫文獻共有 584 篇，刪除重複的 68 篇文獻後，最後共有 516 篇文獻。接著以標題、摘要、依納入及排除條件進行第一階段篩選後，有 13 篇文章符合主題之文獻，詳細閱讀全文後，排除非隨機對照試驗、非完整資料，最後共納入 5 篇研究，皆為隨機對照試驗研究。納入之隨機分派試驗文獻使用考科藍偏見風險評估工具 The Cochrane risk of bias version 2 (RoB 2) 進行文獻品質評估，偏見風險圖 (ROB graph) 結果如下圖一。

圖一、偏見風險圖 (ROB graph)

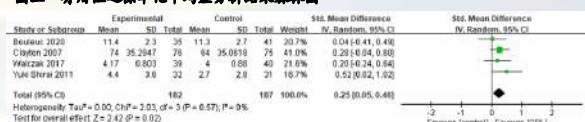


結果依據各文獻提供完整之平均值及標準差數據進行分析，有用性及焦慮數據使用相同尺碼僅有一篇文獻提供，而納入文獻之諮詢時間、發問題數、資訊需求及滿意度數據提供完整之數據，因此納入分析與整合，若非使用相同尺碼之文獻，資訊需求、有用性及焦慮使用標準化平均差 (standardized mean difference, SMD) 進行統合分析。研究結果顯示癌症末期病人使用就醫提問單顯著地增加資訊需求 (圖二)、有用性 (圖三)、諮詢時間 (圖四) 及發問題數 (圖五)；統計上未顯著地改變其滿意度及焦慮。

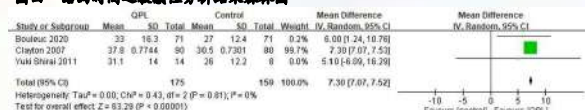
圖二、資訊需求之標準化平均差分析結果森林圖



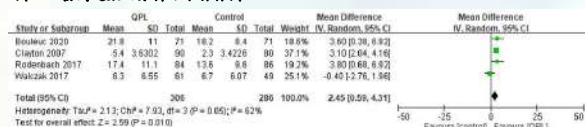
圖三、有用性之標準化平均差分析結果森林圖



圖四、諮詢時間之敏感分析結果森林圖



圖五、發問題數之分析結果森林圖



在台灣現今臨床環境中缺乏實證支持醫療團隊及病人、照顧者間廣泛使用的系統性溝通工具，未來若能將就醫提問單各章節主題依各使用時機簡化、重點化，在初診時即提供此輔助工具，鼓勵在家中國際，單獨或與家人共同選擇最好的議題，能增加諮詢流暢度，克服時間壓力之困難。建議未來可增設外部溝通指導者，指導病人及照顧者去澄清需求及關注點，增進諮詢時間與諮詢技巧的增加病人賦能。並且本研究可知醫療團隊支持重要性，可增加病人使用就醫提問單之意願及提升滿意度，進而考慮改善醫療等心理成效指標。

期待未來能有更多針對癌症末期病人亦或家屬 (尤其主要照顧者) 之隨機對照試驗研究，將來對就醫提問單使用之不同資訊需求、主題章節深入探討成效，依照不同文化特色進而發展台灣癌症末期病人、癌症末期病人之就醫提問單。

加進 QPL 的使用的納入為醫療人員在職教育之內容，推廣醫病共享決策模式，讓病人積極參與溝通，有助於提升治療性關係，更進一步，提升民眾健康意識為重要基石，透過就醫提問單的應用，為病人「賦權」，落實「以病人為中心」過程，達到醫療團隊、病人及家屬共享決策的願景。

就醫提問單對癌症末期病人的資訊需求、有用性、滿意度及焦慮之成效：統合分析

Effects of the Question Prompt List on Information Needs, Usefulness, Satisfaction, and Anxiety among the Terminal Cancer Patients: Meta-Analysis

發表人：李怡慧

指導教授：葉淑惠

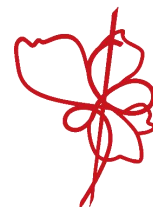


馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

現職與主要學經歷

- 長庚學校財團法人長庚科技大學 學士
- 馬偕醫學院長期照護研究所 碩士
- 國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院 護理師



馬偕醫學院

目錄

中文摘要

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

第二節 研究問題及假設

第二章 文獻查證

第一節 共享決策(shared decision making)

第二節 Question prompt list (QPL)說明及應用

第三節 Question prompt list (QPL)的使用對末期癌症病人的成效

第三章 研究方法

第一節 研究設計

第二節 文獻搜尋策略與篩選過程



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

目錄

第四章 研究結果

第一節 文獻搜尋結果

第二節 系統性文獻回顧結果

第三節 研究品質評析(誤差風險評估)

第四節 研究結果整合

第五章 討論

第一節 就醫提問單對癌症末期病人之資訊需求成效

第二節 就醫提問單對癌症末期病人之有用性成效

第三節 就醫提問單對癌症末期病人之諮詢時間、發問題數之成效

第四節 就醫提問單對癌症末期病人之滿意度成效

第五節 就醫提問單對癌症末期病人之焦慮成效

第六章 研究限制

第七章 結論與建議

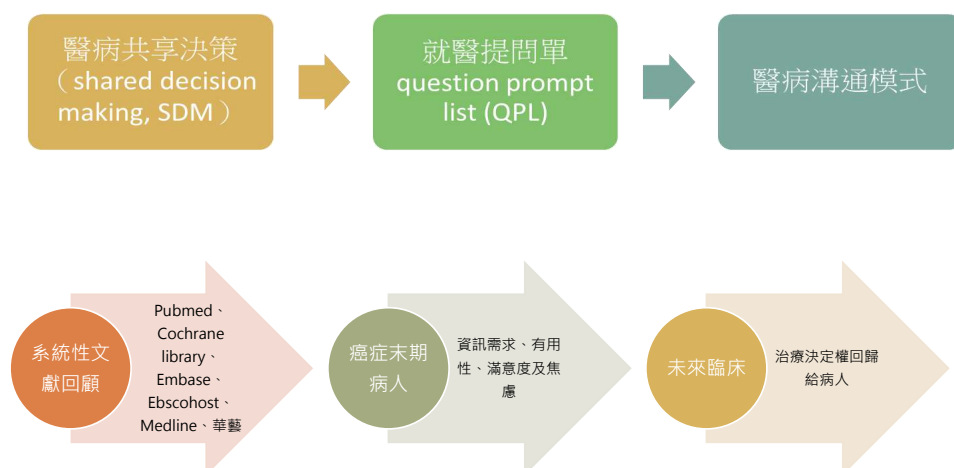


馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

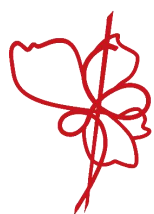
摘要

臨床常見癌症末期病人與家屬/照顧者、醫療團隊溝通不良導致的困擾及焦慮、引發對於治療的未知，產生恐懼等，影響治療的進行及善終的目標。



關鍵字: 就醫提問單、資訊需求、有用性、滿意度、共享決策、癌症末期病人、焦慮。

第一章 緒論



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

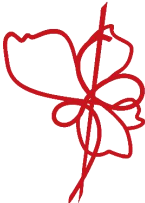
第一節 研究動機與目的

目前臨床少有實際使用促進癌末病人溝通的工具協助醫護人員及時有效的與病人及家屬會談；因此，希冀經由本研究探討相關協助照護決策工具，並匯集實證資料做為臨床的參考。



1	癌症	50,161人	6	事故傷害	6,767人
2	心臟疾病	20,457人	7	高血壓性疾病	6,706人
3	肺炎	13,736人	8	慢性下呼吸道疾病	5,657人
4	腦血管疾病	11,821人	9	腎炎、腎病症候群及腎病變	5,096人
5	糖尿病	10,311人	10	慢性肝病及肝硬化	3,964人

資料來源:衛生福利部



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第一節 研究動機與目的

- 統計上較佳的治療方式，可能不適用於病人的生活方式、居住環境或工作型態，甚至不符合其宗教文化背景的價值觀。醫師也可能因為醫療給付條件與工作機構的要求，不自覺施行了較主觀，卻不符合病人最佳利益考量的治療方式。（陳如意，2017）
- 透過SDM中QPL運用，針對改善醫病溝通模式進而對病人、照顧者之影響是本篇研究探討之主題。

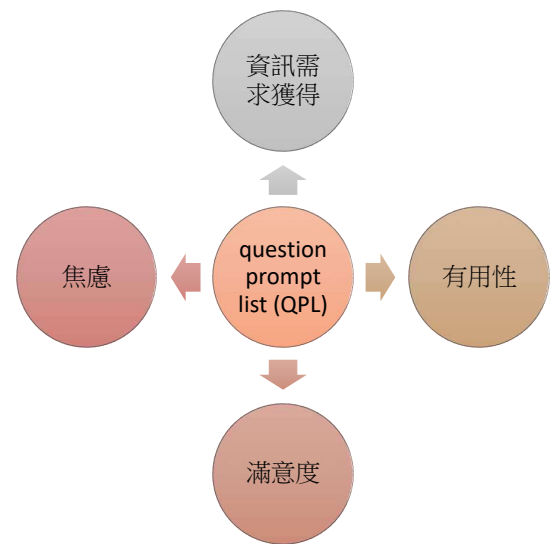


馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第二節 研究問題及假設

- 問題:用question prompt list (QPL)對末期癌症病人進行SDM資訊需求、有用性、滿意度及焦慮之成效為何?
- 假設:希望藉由運用就醫提問單促進末期癌症病人相較一般未使用QPL之末期癌症病人更容易進行SDM，提升資訊需求、有用性、滿意度並改善焦慮。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第二章 文獻查證

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第一節 共享決策(shared decision making)

善終

一位使人舒心的護理師

知道身體狀況會發生甚麼

有一位聆聽者

信任醫師

與醫師可以討論恐懼

知道自己的醫生是很自然談論死亡和瀕死

準備好死亡

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第一節 共享決策(shared decision making)

醫病共享決策 (shared decision making, 縮寫SDM) 於1982年美國「以病人為中心照護的共同福祉計畫」提出，以促進醫病相互尊重與溝通。共享決策 (SDM) 是旨在通過知識共享來達到高質量治療決策的過程。

知情 同意 差異

溝通目的不同

大多有兩個以上的選項

必須探索病人的偏好和價值觀

依實證數據表明選項的優缺點

有可參考的執执行程序

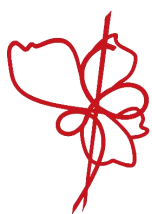
馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第二節 Question prompt list (QPL)說明及應用

Brandes等人(2015)研究指出大多數QPL組成有關病人疾病和治療的工具性問題。Bensing及Verhaak(2004)認為病人可能有兩種資訊需求：

1. 認知（工具）資訊需求，病人希望了解所發生的事情及自身疾病。
2. 情感信息需求：希望被理解並表達擔憂和關注。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第二節 Question prompt list (QPL)說明及應用

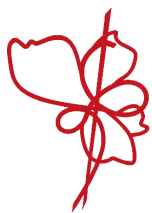
第一步: 說明會議的原因和目標、概述要討論的內容、重點過程事項、提供問題回答。

第二步-了解病人及其照顧者、討論病人和照顧者的癌症歷程、討論癌症對生命的影響、討論治療目標、期望和關注點。

第三步-介紹就醫提問單:給參與者QPL、解釋QPL的目的和使用方法、重點預後和臨終照護計劃內容。

第四步:探討QPL及健康照護溝通-詳細討論QPL內容細節、探索使用QPL的問題、關注點和障礙。

第五步:總結並提出下一次諮詢的問題-提供回答問題並協助病人計劃下一次諮詢。



Adam Walczak等人(2014)

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第二節 Question prompt list (QPL)說明及應用

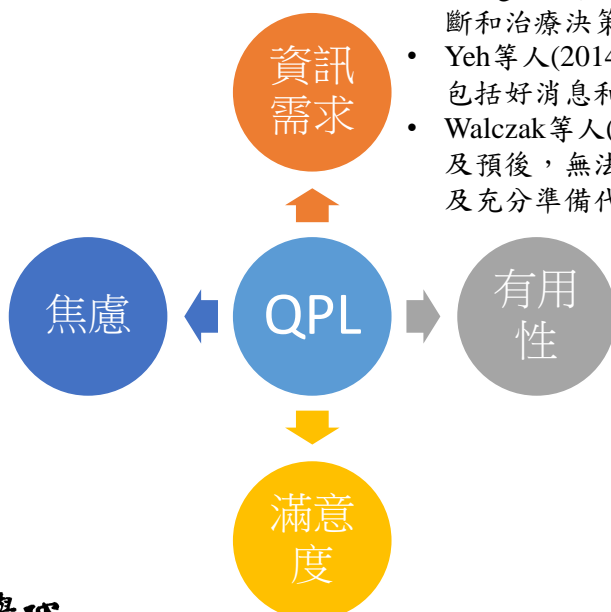
Brandes等人(2014) 荷蘭	Bouleuc等人(2020) 法國	Yuki Shirai等人(2011) 日本	Rodenbach等人(2017) 美國
我的癌症及未來期望、我的治療選擇、緩和照護、做出決定、我的生活方式、對我的支持(資源)、支持我的家人、確保我的願望得到兌現及、您的家人和/或照顧者可能想問的其他問題。	支持照護和緩和照護團隊、症狀、抗癌治療、症狀管理、生活方式和生活品質、期望和預後、尋求支持、健康照護品質、照顧者支持、生命末期議題以及其他問題。	診斷、疾病情況、症狀、檢查、治療、生活、家庭、心理議題、預後、其他議題各層面。	目前癌症現況、癌症治療、症狀管理、期望/預後、生活方式、支持、計畫、臨終關懷和生命末期、照顧者問題、關注點、生命末期照顧偏好及未在QPL中包含的常見問題(例如:檢查結果、財務/保險等)。

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第三節 QPL的使用對末期癌症病人的成效

- Zhao等人(2017)>在研究中發現24.93%的晚期癌症病人出現焦慮情緒，並且營養狀況異常的病人更容易出現焦慮情緒。
- Duijn等人(2021)>癌症末期病人廣泛的焦慮來源，大多數人都提到擔心惡化及對於未知的焦慮。



- Wang等人(2018)>悲傷、憤怒、沮喪和遺憾源於「關於診斷和治療決策一些未解決的問題」。
- Yeh等人(2014)>希望獲得關於醫療照護盡可能多的細節，包括好消息和壞消息。
- Walczak等人(2014)>照顧者通常未收到關於病人疾病狀態及預後，無法從醫師或與病人生命末期偏好足夠資訊討論及充分準備代理決策。

- 有用性中透過QPL介入後在諮詢時間及發問題數影響皆為重要之指標，進行深入研究。

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第三章 研究方法



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會


第一節 研究設計

- 本研究以系統性文獻回顧法及統合分析Meta-analysis研究法來探討就醫提問單對癌症末期病人的資訊需求、有用性、焦慮及滿意度之成效。
- 本研究的臨床問題為：「運用question prompt list (QPL)對末期癌病人進行SDM之影響為何？」轉化成可回答的問題：「末期癌病人藉由使用question prompt list (QPL)對於SDM進行之資訊需求、有用性、滿意度、焦慮」的成效為何？

P	末期癌症病人
I	使用共享決策(SDM)中就醫提問單(question prompt list, QPL)
C	一般諮詢(未使用QPL)
O	資訊需求 有用性(包含諮詢時間、發問題數) 滿意度 焦慮

第二節 文獻搜尋策略與篩選過程

納入及排除條件	文獻選取標準與篩選步驟
<ul style="list-style-type: none">研究類型: 隨機分派試驗研究。研究對象: 末期癌症病人。研究介入措施: question prompt list (QPL)。研究成效: 資訊需求、有用性、滿意度、焦慮。語言: 中文及英文。搜尋年限: 本研究搜尋由資料庫(databases)的起點至2021年12月31前發表於電子資料庫之文獻。排除條件:<ol style="list-style-type: none">1.) 非隨機分派試驗之研究。2.) 非末期癌症病人。3.) 非以中英文發表之文獻。	<ul style="list-style-type: none">符合研究主題與目的: 就醫提問單question prompt list (QPL)對癌症末期病人的資訊需求、有用性、焦慮及滿意度之成效。符合研究設計要求: 選擇隨機對照試驗研究。提供足夠變項資訊(實驗數據)、實驗/控制組樣本數、平均值標準差。中、英文全文。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第四章 研究結果



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第一節 文獻搜尋結果

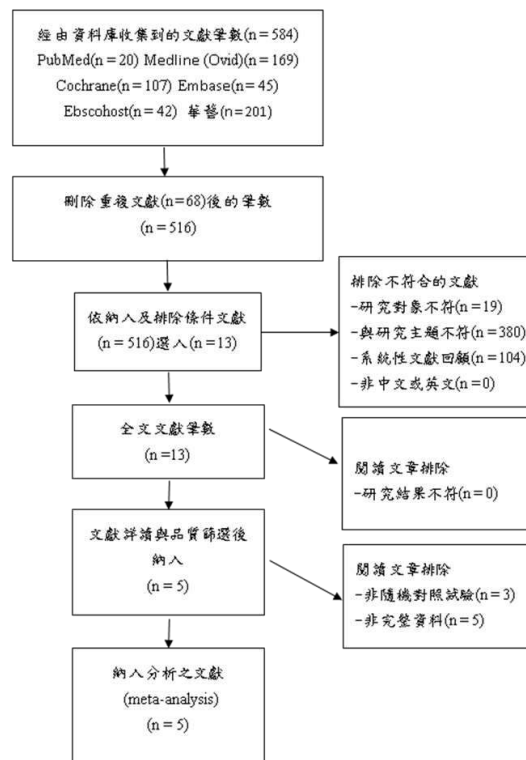


確認階段

篩選階段

合格階段

納入階段



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第二節 系統性文獻回顧結果

研究文章屬性五篇研究共包含659位晚期癌症病人，樣本數範圍為63到174人，研究對象為晚期癌症病人，兩篇強調為晚期或轉移性非血液癌症[17, 54]。

就醫提問單為依各國文化調整內容之法國QPL、澳洲QPL、日本QPS及美國QPL，介入時機分別為諮詢前一個月、諮詢前20-30分鐘、諮詢前一週及初診斷參與第一次諮詢前。

研究國家分布為法國一篇[17]、澳洲二篇[31, 67]、日本一篇[56]、美國一篇[54]。

研究設計五篇皆為隨機對照試驗，五篇研究皆採兩組設計，其中四篇實驗組介入措施為給予就醫提問單，對照組措施皆為僅一般諮詢[17, 31, 54, 67]；另一篇實驗組措施給予就醫提問單和醫院介紹表，對照組僅收到醫院介紹表[56]。

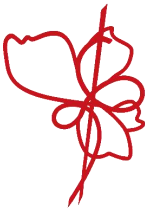
在測量指標部分，有四篇提到諮詢時間[17, 31, 56, 67]，四篇提到發問題數[17, 31, 54, 67]，兩篇提到資訊需求分別使用European Organization for Research and Treatment of Cancer IN-PATSAT32及Cassileth Information Styles Questionnaire[17, 31]評估，四篇提到有用性分別使用Cassileth Information Styles Questionnaire、European Organization for Research and Treatment of Cancer IN-PATSAT32、Perceived Efficacy in Patient Physician Interactions scale (PEPPI)、Usefulness of the material [31, 17, 67, 56] 評估，兩篇提及滿意度分別使用Likert scales及Satisfaction with the consultation[31, 56]評估，兩篇提及焦慮分別使用Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)及Spielberger State Anxiety Inventory[17, 31]評估。

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第二節 系統性文獻回顧結果

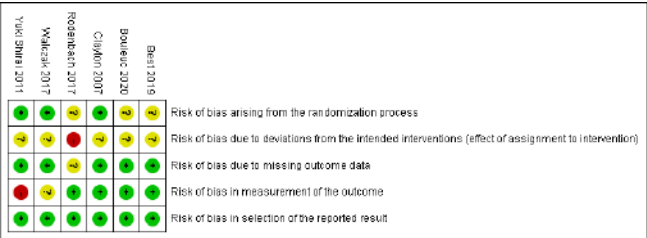
諮詢時間	三篇結果為未達統計顯著差異[17，56，67]；另一篇為實驗組較對照組長[31]。
發問題數	結果四篇皆為實驗組發問題數較對照組多，並且四篇皆提到關於預後及生命末期議題發問題數之增加[17，31，54，67]。
資訊需求	結果一篇未達統計顯著意義[17]；另一篇總體指標在資訊需求達成沒有顯著差異，但是實驗組病人較少關於未來未滿足資訊[31]。
有用性	結果三篇認為對於諮詢提問是有用的[31，67，56]；另一篇在有用性結果未達顯著差異[17]。
滿意度	結果在兩篇實驗組及對照組兩組皆高，在統計上未達顯著差異[31，56]。
焦慮	研究結果兩篇皆未觀察到統計上顯著差異[17，31]。



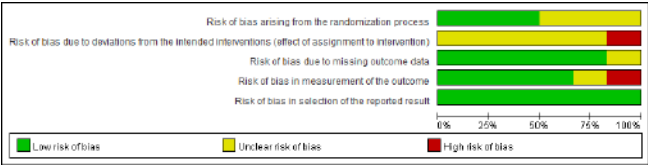
源華學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第三節 研究品質評析(誤差風險評估)

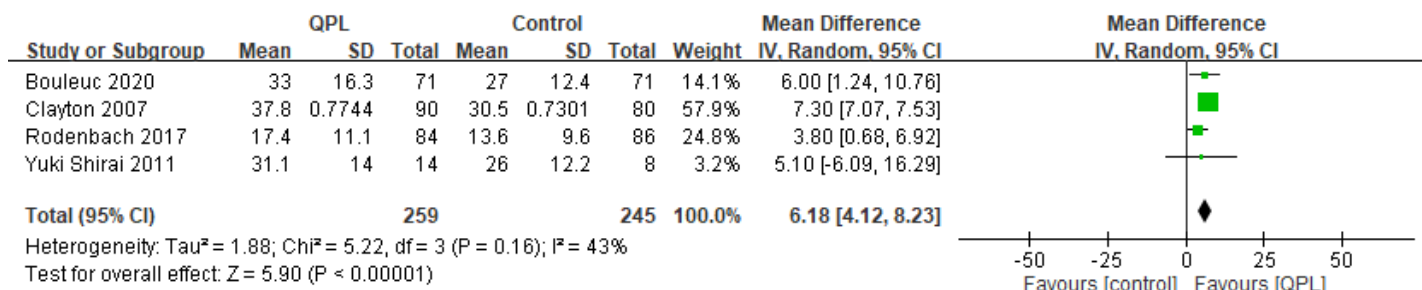


ROB summary



ROB graph

第四節 研究結果整合-諮詢時長

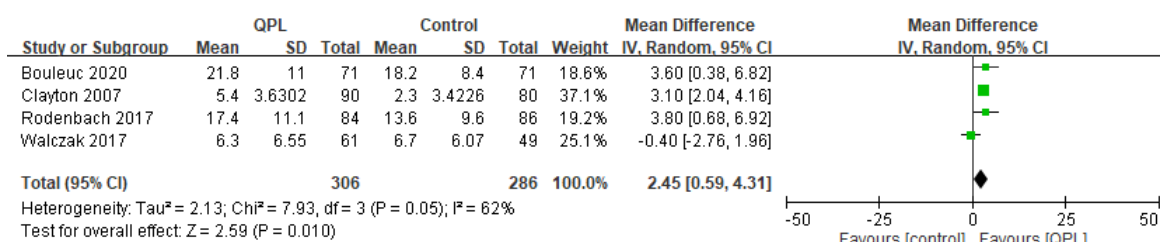


諮詢時長之敏感性分析結果森林圖

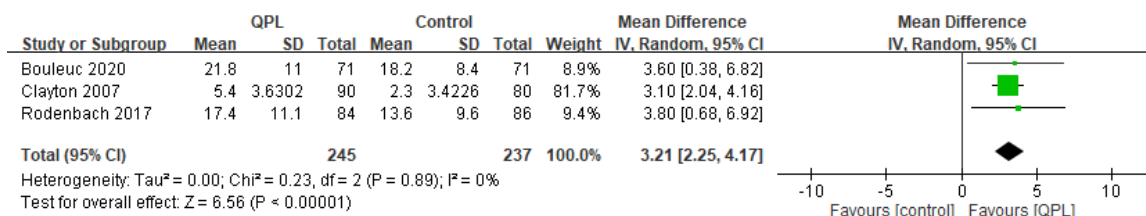
馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第四節 研究結果整合-發問題數



發問題數之分析結果森林圖

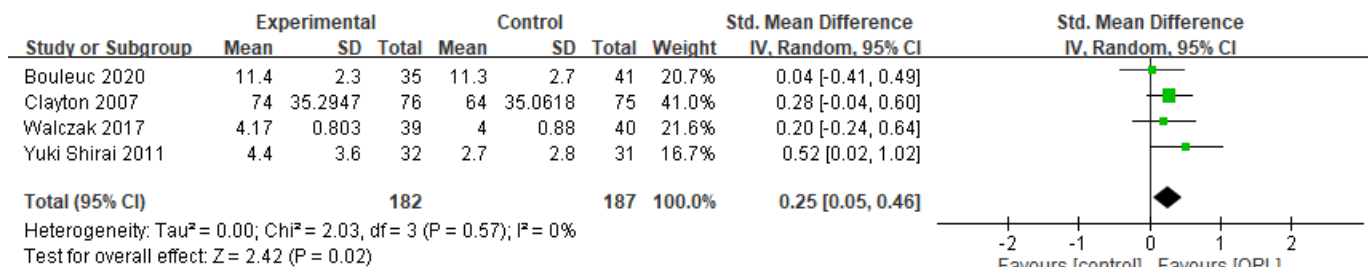


發問題數之敏感性分析結果森林圖

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第四節 研究結果整合-有用性

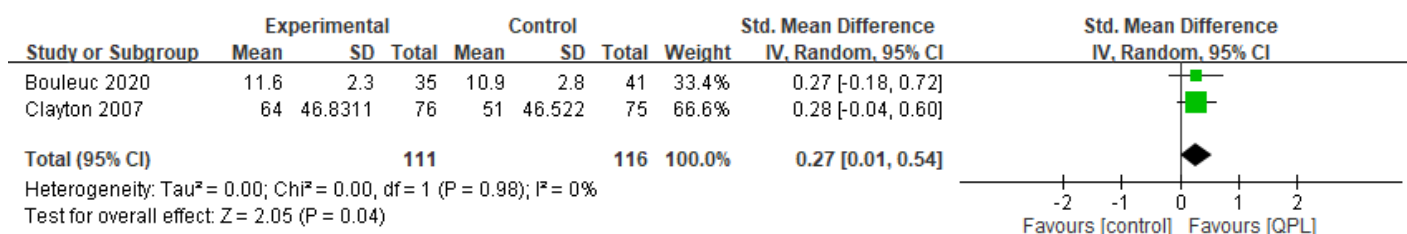


有用性之SMD分析結果森林圖

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第四節 研究結果整合-

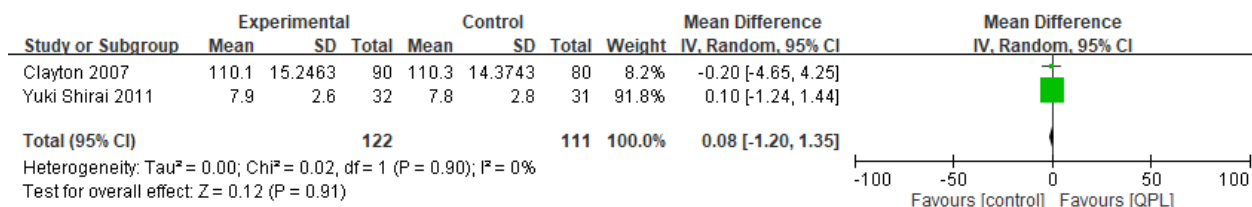


資訊需求之SMD分析結果森林圖

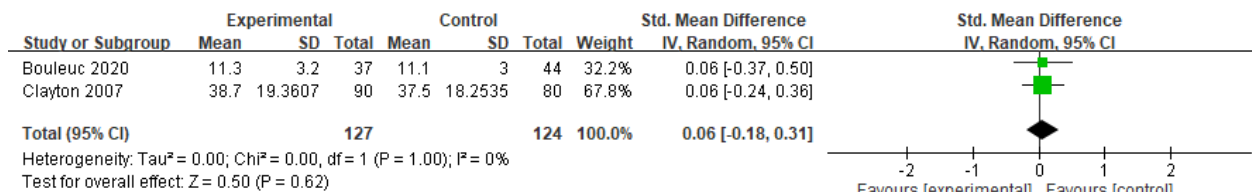
馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第四節 研究結果整合-滿意度&焦慮



滿意度之分析結果森林圖



焦慮之SMD分析結果森林圖

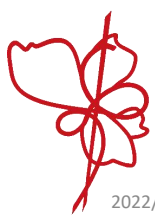
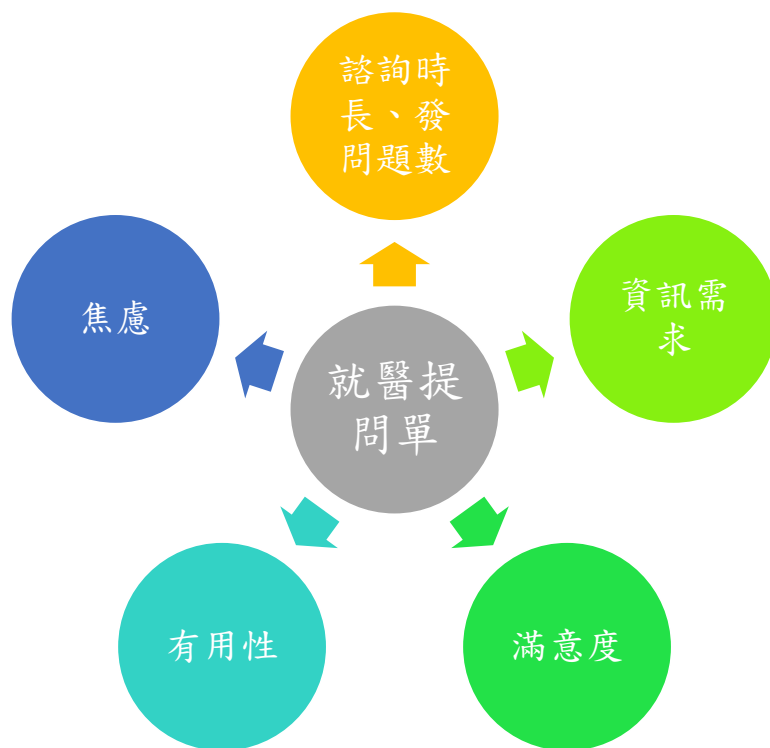
馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

第五章 討論

馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會



馬偕醫學院

2022/3/6「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

31

第一節 就醫提問單對癌症末期病人之諮詢時長、發問題數成效

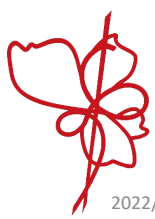
1. 在諮詢時長分析結果較一般諮詢組長。
2. 透過本研究發現在發問題數之研究結果>就醫提問單介入後顯著較一般諮詢組較提升。
3. Walczak(2017)中藉由經過訓練之護理人員協助溝通計畫進行>感受到自我效能提升，並改善諮詢滿意度。

Clayton(2007)的研究>並不擔心諮詢時間延長，因為更重要的議題在QPL的回應中解決。

後續諮詢的時間也可能縮短

發問題數提升

增加病患之賦權，主動提出疑問之能力



馬偕醫學院

2022/3/6「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

32

第二節 就醫提問單對癌症末期病人之資訊需求成效

- 在資訊需求之研究結果中初步分析發現透過就醫提問單介入並未顯著提升資訊需求之獲得，進一步進行標準化平均差分析，合併分析結果發現就醫提問單可以提升癌症末期病患之資訊需求。

- Derry(2019)研究中提及：
臨床醫師可較少與陷入困境的患者分享預後資訊
+ 患者反過來可能會因為害怕答案而猶豫詢問他們的預後(心理障礙可能會限制患者充分了解自己的預後和接受高質量的臨終關懷照護的機會)



準確了解他們的疾病和治療選擇有關



Wang(2018) 提出患者最常見未滿足需求

33

第三節 就醫提問單對癌症末期病人之有用性成效

- 在有用性部分收納四篇文獻進行標準化平均差分析結果為透過就醫提問單介入，合併效果顯示介入組得分顯著高於對照組，故可提高諮詢的有效性。

Miller
(2018)

- 簡單(無論教育程度)
- 平價

Hyatt(2018)

- 支持並協助記憶
- 理解醫療資訊

馬偕醫學院

2022/3/6「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

34

第四節 就醫提問單對癌症末期病人之滿意度成效

- 在滿意度部分僅兩篇文獻提供完整數據，經本研究結果顯示結果就醫提問單並未顯著提升諮詢滿意度。
- 影響的原因：詳見右圖。

就醫提問單之介入時機

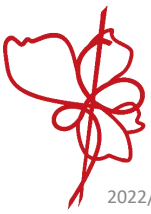
- Clayton(2007)接受到就醫提問單之時機僅諮詢前20-30分鐘，無法完全熟悉此輔助工具之使用方式

醫療團隊支持度

- Clayton(2007)研究中介入組醫師並非完全支持(支持:n=44；未支持:n=15)>醫療團隊支持可致病患發問增加1.6或5.8倍

Shirai白井(2012)兩組滿意度皆高

- 並未對諮詢進行錄音，因此無法詳細分析諮詢，沒有證據表明患者的回憶是準確的，故亦可能影響研究結果。



馬偕醫學院

2022/3/6「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

35

第五節 就醫提問單對癌症末期病人之焦慮成效

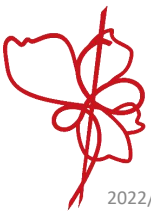
- 焦慮僅一篇文獻提供完整之數據，且未達顯著差異。二篇文獻因量表不同進行標準化平均差分析，分析結果為亦未能顯著降低焦慮程度。

就醫提問單之介入時機有關

- Clayton(2007)介入組及對照組焦慮程度皆有微幅下降，但並未達顯著差異(介入三週)

追蹤時間長短

- Keinki(2021)指出有微弱的跡象表明介入會增加諮詢前後短暫的焦慮，但是後續追蹤期間之焦慮可能會降低。



馬偕醫學院

2022/3/6「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

36

第六章 研究限制

因隨機分派研究之數量較少，無法收集更多文獻品質高之研究。

- 不夠充分代表性及相關性推及至台灣所有使用狀況，或較難使用有限數據，證明研究內容的顯著相關性，尤其在心理指標之部分。

時間限制不足以囊括搜尋更多具代表性之文獻、研究進行對象以癌症末期病人為主，囊括所有癌症末期病人，並未依據不同癌症種類進行劃分。

- 故研究結果較無法推針對單一類型的癌症病人之應用。

有些研究，就醫提問單在介入過程中，醫療人員參與在其中，研究設計無法完全以雙盲方式進行，因收案對象為癌症末期病人，因病情因素極有可能在研究過程中流失或死亡，增加收案之困難度。



馬偕醫學院

2022/3/6「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

37

第七章 結論與建議

透過本篇研究結果可見就醫提問單的使用可增加諮詢的時間、發問的題數、資訊需求及有用性；但對於滿意度及焦慮未顯著的改變。

1. 期待未來能有更多在癌症末期病人亦或家屬(主要照顧者)之RCT研究，針對就醫提問單使用之不同資訊需求、主題章節深入探討。
2. 依照不同文化特色進而可發展台灣腫瘤科病人、癌症末期病人之就醫提問單
3. 可針對使用後之心理指標進行成效探討，以提供更有力之研究證據作為推展之依據
4. 並且可加強納入為醫療人員教育訓練之內容，推廣醫病共享決策模式，讓病人積極參與，有助於提升治療性關係

提升民眾健康識能為重要基石，透過就醫提問單的了解及使用，為病患「賦權」，落實「以病人為中心」過程，達到共享決策的願景。



馬偕醫學院

「2022創新高齡友善與長期照護發展」學術研討會

創新研究計畫成果發表類

B組：

評估北歐式健走杖運動訓練對衰弱老年人身體活動功能的影響

余秋月，林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

臺灣地區人口已呈現高齡化與高齡的分布，衰弱人口也隨之增加。衰弱普遍發生在身體活動水準不足且長時間久坐不動的老年人身上，久坐和過度輪椅依賴的普遍情形是由於害怕跌倒而過度保護。在長照 2.0 核定本內指出；老年衰弱是失能(disability)的風險因子，對衰弱老人及早以運動介入，則可逆轉衰弱、肌少症與憂鬱，預防或延緩失能的發生。衰弱長者必須有訓練站立與行走的方案以避免其衰弱快速進展。根據文獻指出；由雪地國家發展而來的北歐式健走訓練因其具有雙杖支撐特性，能為下肢不良於行的族群利用而進行站立行走的運動，在臺灣有北歐式健走杖團體依照美國運動委員會(American Council on Exercise ACE)之整合性體適能訓練模式(Integrated Fitness Training IFT model)，為衰弱老人設計站立與行走的北歐式健走運動模組，稱為”不倒翁健走杖運動”。以站立和行走為基礎的運動訓練對獨立自理能力很重要，但在臺灣的長期照護機構中因為擔心跌倒事故並不普遍，故此次研究將以此介入，作為未來衰弱老人與機構中衰弱老人運動方案之參考。本研究目的為評估北歐式健走杖訓練介入提升衰弱長者平衡功能、身體肌力與走路速度。研究方法為一個非盲隨機對照實驗((None-blind randomize controlled trial)，受試者為三芝區雙連安養中心居住於安養區六十五(含)歲以上；臨床衰弱量表(CFS)落在 5-6 級的長者，將有意願參加研究者以隨機方式抽出 40 人，再以抽籤方式分為實驗組與對照組；每組 20 人，皆施以國健署防跌倒妙招手冊衛教，實驗組再以不倒翁健走杖運動介入十二週，每週二次，每次九十分鐘。統計分析以二因子混和變異數(Two-way mixed ANOVA)分析，檢驗實驗組與對照組在 SPPB、功能性前伸與握力等成效指標於介入前後改變量有無差異。數值由平均值、標準差和 95%信賴區間呈現。所有測試採用的顯著性水平為 $\alpha = 0.05$ 。數據處理使用 Microsoft Office Excel 與 SPSS 20.0 軟體為統計分析工具。預期結果:能夠測得長輩身體活動功能的各項指標分析成效，且受試長輩樂於選擇以北歐健走方式持續運動。

關鍵字：北歐式健走、老化、衰弱、肌少症、運動模組、復能

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

評估北歐式健走杖運動訓練對衰弱老年人身體活動功能的影響 The effects of Nordic walking training on the functional mobility of the frail elderly

余秋月 (Chiu-Yueh Yu)、林金定 (Jin-Ding Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景: 臺灣地區人口已呈現高齡化與高齡的分布，衰弱人口也隨之增加。衰弱普遍發生在身體活動水平不足且長時間久坐不動的老年人身上，久坐和過度輪椅依賴的普遍情形是由於害怕跌倒而過度保護。在長照2.0核定本內指出：老年衰弱是失能(disability)的風險因子，對衰弱老人及早以運動介入，則可逆轉衰弱、肌少症與憂鬱，預防或延緩失能的發生。衰弱長者必須有訓練站立與行走的方案以避免其衰弱快速進展。根據文獻指出：由當地國家發展而來的北歐式健走訓練，因其具有雙杖支撐特性，能為下肢不良於行的族群利用而進行站立行走的運動，在臺灣有北歐式健走杖團體依照美國運動委員會(American Council on Exercise ACE)之整合性體適能訓練模式(Integrated Fitness Training IFT model)，為衰弱老人設計站立與行走的北歐式健走運動模組，稱為“不倒翁健走杖運動”。以站立和行走為基礎的運動訓練對獨立自理能力很重要，但在臺灣的長期照護機構中，因為擔心跌倒事故並不普遍，故此研究將以此介入，作為未來衰弱老人與機構中衰弱老人運動方案之參考。

研究目的: 研究目的為評估北歐式健走杖訓練介入提升衰弱長者平衡功能、身體肌力與走路速度。

研究方法: 此實驗為一個非盲隨機對照實驗(Non-blind randomized controlled trial)表(一)、圖(一)，受試者為三芝區雙連安養中心居住於安養區六十五(含)歲以上；臨床衰弱量表(CFS)落在5-6級的長者(圖二)，將有意願參加研究者以隨機方式抽出40人分，再以抽籤方式分為實驗組以及對照組；每組20人，實施以國健署防跌妙招手冊衛教(圖三)，實驗組再以不倒翁健走杖運動(圖四)、(圖五)介入十二週，每週二次，每次九十分鐘。統計分析以二因子混和變異數(Two-way mixed ANOVA)分析，檢驗實驗組與對照組在SPPB、功能性前伸、三公尺計時起走與握力等成效指標於介入前後改變量有無差異。數值由平均值、標準差和95%信賴區間呈現。所有測試採用的顯著性水平為 $\alpha = 0.05$ 。數據處理使用Microsoft Office Excel與SPSS 20.0軟體為統計分析工具。

預期結果: 測得長輩身體活動功能的各項指標分析成效，且受試長輩樂於選擇以北歐健走方式持續運動。

關鍵字: 北歐式健走、老化、衰弱、肌少症、運動模組、復能

研究倫理: 此試驗為介入性研究，申請人體試驗審查單位為馬偕紀念醫院人體研究倫理審查委員會，於2021年7月28日通過試驗案編號為 21MHIS098e，研究期間為2021年7月28日至2023年7月28日。

表(一)研究設計

	前測	介入	後測
實驗組	Y1	X1+ X2	Y3
對照組	Y2	X1	Y4

X1: 國健署防跌妙招衛教 X2:健走杖運動介入

Y1:實驗組前測

Y2:對照組前測

Y3:實驗組後測

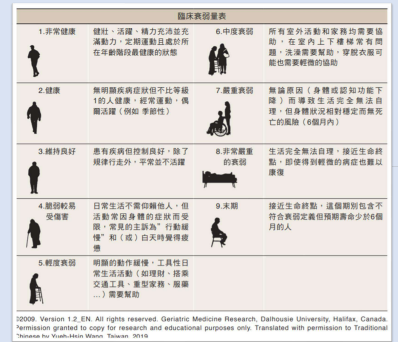
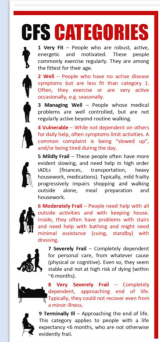
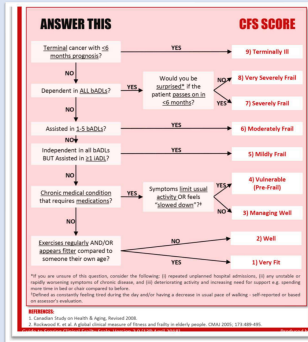
Y4:對照組後測

CFS 5-6分級之老人
性別
年齡
身高、體重、BMI
疾病與用藥史
運動情況

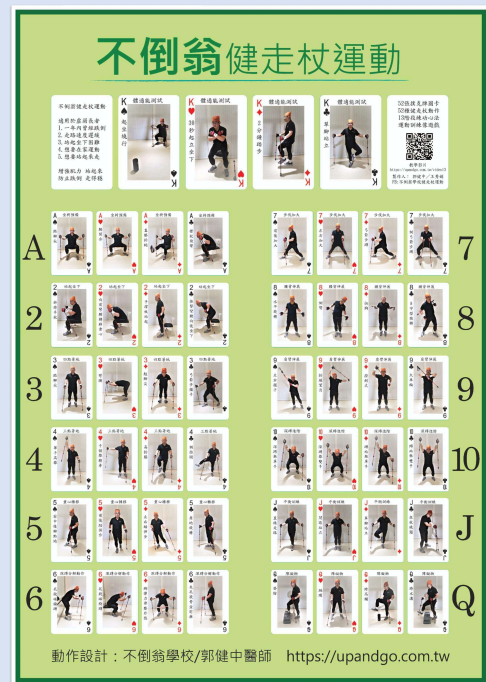
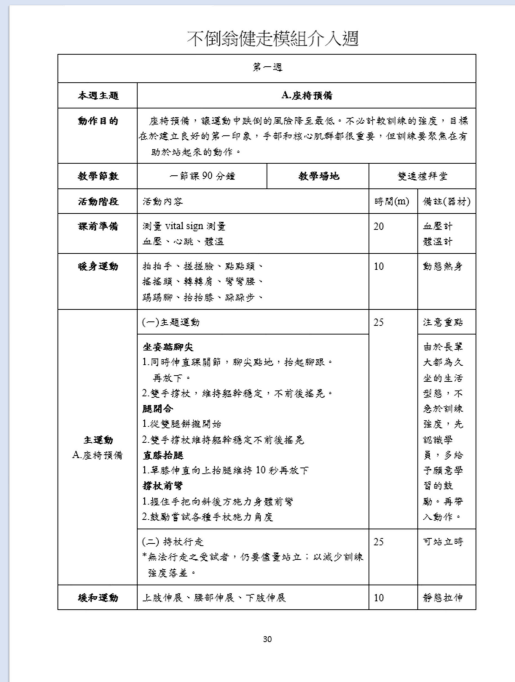
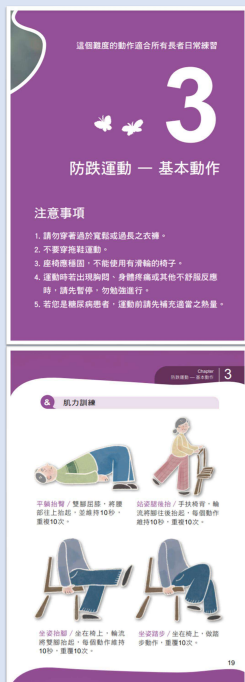
身體活動功能
SPPB分數
三公尺計時起走時間
功能性身取測試
握力值
老人CFS之分級

(一)國健署防跌妙招衛教
(二)北歐式健走杖訓練12週
2次/週 90分鐘/次

圖(一) 研究架構



圖(二) 以ADL、IADL量表分數轉換 Clinical Frailty Scale (CFS)分級。(a)收集母群體之ADL、IADL，利用指引中條件路徑決定臨床衰弱指數分級，1.若被評估者癌症生命小於六個月，CFS則為9分，2.被評估者所有BADL(ADL)都為依賴，則CFS為7或8分，其中被評估者六個月內出乎意料會死CFS為8分，若不意外則為8分，3.被評估者ADL有1項到5項需要協助，則CFS為6分，4.被評估者所有ADL可獨立完成，但IADL有1項需要協助則CFS為5分，5.被評估者有需藥物治療的慢性病，則CFS為4或3分，其中被評估者平時有活動限制或動作緩慢則CFS為4分，反之CFS為3分，6.被評估者有規律運動；而且或者呈現與同年齡相比更好體適能者，CFS為1分，反之CFS為2分。(b)分級結果呈現九級。(c)經授權翻譯此九級分別為：1.非常健康2.健康3.維持良好4.脆弱較易受傷害5.輕度衰弱6.中度衰弱7.嚴重衰弱8.非常嚴重的衰弱9.末期。



圖(三) 防跌妙招運動介入動作介紹與(國健署，2021年)

圖(四) 北歐式不倒翁運動介入動作介紹與教案

圖(五) 北歐式不倒翁運動介入動作介紹(已獲授權使用)

臺北市住宿式長期照顧機構收托費用之研究： 區域、規模、屬性與醫療資源相關性分析

林淑芬，林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

臺灣住宿式機構起源甚早，但事關民眾迫切需要之機構收托費用相關調查研究卻不多。因此本研究以臺北市住宿式長照機構為對象，調查機構的收費內容，從區域、規模、屬性和醫療資源來探討其與收托費用之相關性，作為相關單位決策之參考。本研究採次級資料分析，以 2021 年 6 月 30 日止臺北市共 117 家向衛生福利部登記立案的老人福利機構及護理之家為研究對象，透過公開網站資訊和其他輔助方式檢視其收托費用，取得收費資訊。另一方面以長照之人文和地理資料進行彙整，運用描述性分析、推論性分析與多變量分析進行差異比較及檢定。研究結果：自 2021 年 10 月 6 日至 11 月 20 日止取得 113 家長照機構收費資料，平均收托費用 35,814 元，各分區最高和最低之差距 4,176 元，且各區不同房型收托費用差距大。以中位數 35,000 元將收托費用分為高低收托費用群兩組進行統計相關分析：機構規模、屬性及類型對收托費用確有影響，收托費用與醫療資源等其他因素之相關性則不顯著。探究其原因：臺北市為一共同生活圈，人口密集，區域、醫療資源、經濟型態、人口結構等各行政區同質性高難以具體劃分，彼此相互依存之緣故。

關鍵字:住宿式長期照顧機構、收托費用、城鄉差異、都市化、機構屬性

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (B組)

臺北市住宿式長期照顧機構收托費用之研究： 區域、規模、屬性與醫療資源相關性分析

A Study on Care Cost of Residential LTC Facilities in Taipei City: Analyses of its Relations with Geographical Area, Size, Ownership and Medical Resource

林淑芬(Sue-Feng Lin)、林金定(Jin-Ding Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景 Background

人口老化是全球性的問題。臺灣自1993年步入高齡化社會(65歲以上老年人口超過總人口7%，推估2025年即將邁入超高齡社會(65歲以上老年人口超過總人口20%)。當個人年老身體衰弱需要他人照顧時，中外研究文獻均建議應以身體依賴程度之高低選擇適合的照護類型(Park et al., 2021; Kuo et al., 2010)。有鑑於長照支出將成為未來個人、家庭甚至一國之負擔，有必要及早進行長照財務之規劃。臺灣住宿式長照機構起源甚早，隨著人口老化，個人倚賴機構照顧的機會增多，其收托費用遂成為民眾關注之焦點。

過往探討機構收托費用之研究不多，因此本研究以臺北市住宿式長期照顧機構的收托費用為研究主軸，進行區域、規模、屬性以及醫療資源四個構念與收托費用之相關因素分析。試圖描繪住宿式長期照顧機構收托費用呈現的態樣，以作為相關單位政策規劃之參考。

圖1. 住宿式長期照顧機構收托費用的影響因子



研究目的 Purposes

整理本研究之具體目的如下：

1. 調查臺北市住宿式長期照顧機構(包括長期照護、看護、失智照顧、安養及護理之家共五大類)之收托費用(包括入住房型、伙食費、保證金、自付費用)現況。
2. 探討區域因素(行政區)與住宿式長期照顧機構收托費用之相關性。
3. 探討機構規模(機構家數、床位數)與住宿式長期照顧機構收托費用之相關性。
4. 探討機構屬性(財團、私有或公辦民營)與住宿式長期照顧機構收托費用之相關性。
5. 探討機構轄區內醫療資源與住宿式長期照顧機構收托費用之相關性。
6. 探討區域、規模、屬性與醫療資源等因子與住宿式長期照顧機構收托費用之相關性。

研究方法 Material & Method

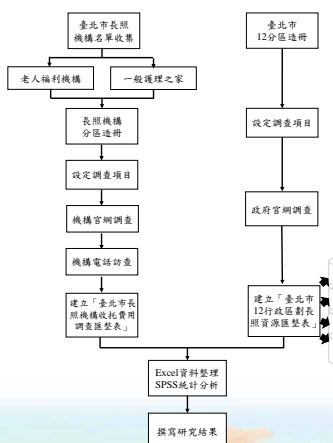
研究設計與架構

本研究採次級資料分析，搜集衛生福利部社會及家庭署登記立案之臺北市老人福利機構，以及護理及健康照護司登記立案之一般護理之家所有住宿式長期照顧機構名單；並針對臺北市各區長照相關之人文及地理資料進行收集。本研究之研究架構如圖2所示，分析住宿式長期照顧機構收托費用與區域、規模、屬性與醫療資源等構面之相關性。

圖2. 研究架構



圖3. 臺北市長期照顧機構資料收集流程圖



研究對象

以臺北市2021年6月30日止衛生福利部社會及家庭署登記立案之臺北市老人福利機構(包括長期照顧型機構、看護型機構、失智照顧型機構、安養機構四類)以及護理及健康照護司登記立案之一般護理之家共117家6,565張床位為研究對象。

資料收集步驟與調查過程

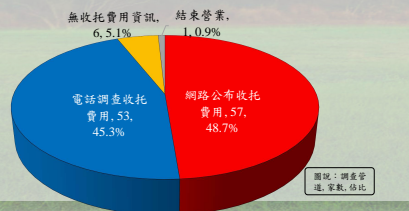
先進行臺北市長期照顧機構名單收集、分區進冊，再依設定之項目至各機構網路取得公開之收費資訊，登記在「臺北市住宿式長期照顧機構收托費用調查區整表」中。再全部以電話訪查所有機構，製成「臺北市長期照顧機構收托費用調查區整表」。另一方面將臺北市12分區進冊後依設定之項目建立「臺北市12分區長期照顧機構收托費用調查區整表」。將兩類資料以Excel 365進行整理和SPSS 20.0進行統計分析，最後撰寫研究結果(如圖3)。

研究結果 Results

網路調查及電話訪談結果

本研究於2021年10月6日至2021年11月20日進行臺北市住宿式長期照顧機構收托費用調查。最後取得113家長期照顧機構6,093床(包括社政單位主管之老人福利機構94家、4,885張床位，以及衛政單位主管之一般護理之家19家、1,208張床位)之收托費用。

圖4. 收托費用調查(網路及電話調查分析)



研究結果(續) Results (Continued)

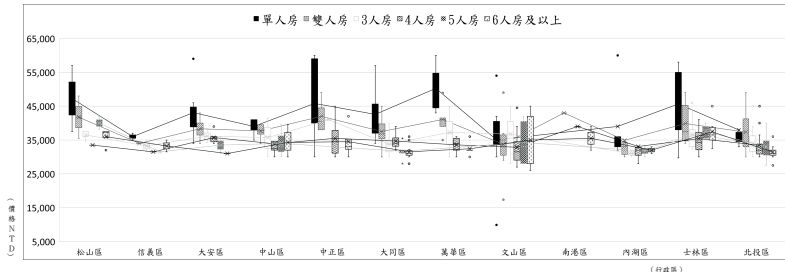
臺北市住宿式長期照顧機構收托費用分析

- ◆機構收費主要依不同房型(單人房型、雙人房型、3人房型、4人房型、5人房型、6人房型及以上)訂價。
- ◆各機構依使用空間設置不同房型，各行政區不同房型收托費用之差距呈現如圖5。
- ◆各機構不同房型之收托費用取平均數，全區機構平均收托費用35,814元、中位數35,000元、標準差5,963元。
- ◆大安區平均收托費用38,259元最高、信義區34,083元最低(如表1)。

表1. 臺北市12分區平均收托費用比較表

行政區	機構家數	平均收托費用(NTD)	排名
大安區	6	38,259	1
松山區	6	38,125	2
士林區	14	38,112	3
中正區	6	37,875	4
萬華區	8	37,575	5
南港區	2	36,167	6
中山區	9	34,778	7
北投區	24	34,770	8
內湖區	7	34,621	9
文山區	16	34,492	10
大同區	13	34,232	11
信義區	2	34,083	12
全區平均收托費用：		35,814	

圖5. 臺北市12分區住宿式長期照顧機構收托費用不同房型比較圖



區域、規模、屬性、類型與醫療資源分析收托費用(表2-表8)

長照機構收托費用中位數35,000元，將113家機構分為高收托費用群和低收托費用群兩組，進行收托費用和各研究構面的統計分析。

表2. 區域(3分區)與收托費用高低分組之單變項分析(N=113)				
收托費用高低分組	≤35,000元 n (%)	>35,000元 n (%)	χ ²	p值
3分區機構收托費用			6.13	.047
北四區 (中山、大同、士林、北投)	37 (61.7%)	23 (38.3%)		
西四區 (松山、大安、中正、萬華)	9 (34.6%)	17 (65.4%)		
南四區 (信義、文山、南港、內湖)	17 (63.0%)	10 (37.0%)		

表3. 機構屬性與收托費用高低分組之單變項分析(N=113)				
收托費用高低分組	≤35,000元 n (%)	>35,000元 n (%)	χ ²	p值
機構屬性			20.70	.000
公立機構	3 (75.0%)	1 (25.0%)		
財團法人機構	1 (14.3%)	6 (85.7%)		
私營機構	59 (64.1%)	33 (35.9%)		
醫院附設機構	0 (0.0%)	10 (100.0%)		

表4. 機構規模與收托費用高低分組之單變項分析(N=113)				
收托費用高低分組	≤35,000元 n (%)	>35,000元 n (%)	χ ²	p值
機構規模			7.15	.008
<50床	59 (60.8%)	38 (39.2%)		
≥50床	4 (25.0%)	12 (75.0%)		

表5. 機構類型與收托費用高低分組之單變項分析(N=113)				
收托費用高低分組	≤35,000元 n (%)	>35,000元 n (%)	χ ²	p值
機構類型			28.78	.000
老人福利之家	63 (67.0%)	31 (33.0%)		
護理之家	0 (0.0%)	19 (100.0%)		

表6. 機構收托費用與其他因素之相關性分析(N=113)				
平均收托費用	109年可支配所得(NTD)	全國人口	65歲以上人口	分區面積
-	.019			
全區人口	.027	.594**		
65歲以上人口	.096	.579**	.917**	
分區面積	-.007	.000	.640**	.551**

*在顯著水準為0.01時(雙尾)，相關顯著。

表7. 臺北市各區醫療資源分析				
行政區	床位數	醫療人力	每床數：醫療人力	醫療人力
松山區	234	1,957	1: 8.4	
信義區	57	1,809	1: 31.7	
大安區	241	3,946	1: 16.4	
中山區	317	2,103	1: 6.6	
中正區	396	4,797	1: 12.1	
大同區	534	590	1: 1.1	
萬華區	610	632	1: 1.0	
文山區	1,281	1,729	1: 1.3	
南港區	69	580	1: 8.4	
內湖區	307	3,677	1: 12.0	
士林區	1,033	2,459	1: 2.4	
北投區	914	8,388	1: 9.2	
總計	6,093	32,667		

表8. 機構收托費用與各構面之單變項分析(N=113)				
變項名稱	n	Mean±S.D.	統計值	p值
規模			-4.162(t)	.000
<50床	97	34,928±4,487		
≥50床	16	41,184±10,041		
屬性			30.805(F)	.000
(1)公營(公立機構、公設民營)	4	27,933±9,931		
(2)財團法人(財團法人、財團法人附設護理之家)	7	42,214±5,564		
(3)私營(私立、獨立型護理之家)	92	34,511±4,107		
(4)醫院附設(醫院附設附設護理之家)	10	46,472±3,927		
類型			-8.493(t)	.000
老人福利機構	94	34,309±4,642		
護理之家	19	44,987±4,796		

註1. (1)~(4)進行區域、規模、屬性、類型、109年可支配所得高低分組、全國人口數高低分組、65歲以上老年人口數高低分組、資源3區域醫院附設高低分組、資源2區域醫院附設高低分組、資源3區域醫院附設高低分組之比較。區域及屬性兩構面以one-way ANOVA進行後檢定比較。

2. 分析結果沒有顯著、屬性、類型三構面有顯著差異。

研究結論 Conclusions

臺北市各區的收托費用各不相同，收托費用最高(大安區)和最低(信義區)之分區差距為4,176元，各區不同房型收托費用差距大；機構規模、屬性及類型對收托費用的確有影響；收托費用與醫療資源、可支配收入(109年)、分區人口數、65歲以上老年人口數以及分區面積等因素之相關性並不顯著。探究其原因：臺北市為一共同生活圈，人口密集、區域、醫療資源、經濟型態、人口結構等各行行政區間同質性高難以具體劃分，彼此相互依存之緣故。

長期照顧機構工作人員經歷 COVID-19 疫情工作調適之研究

張佳齡，林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

COVID-19 疫情與工作相關的傳播是傳染病關鍵因素，主因是輕度或無症狀的人繼續工作，工作期間將疾病傳播給他人，受感染的工作者將病毒傳播給家庭及社區，長照機構工作人員和住民密切接觸，機構發生確診，照顧人員在照護工作無法調適，是有潛在性離職，機構面臨人力短缺危機，因此機構人員的工作調適是重要的。目的：瞭解長照機構工作人員經歷 COVID-19 疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理的轉變情形；探討長照機構工作人員經歷 COVID-19 疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理之留任相關性。方法：質性研究，以便利取樣選擇北市某家長照機構為研究場域，研究對象為 2021 年任職長照機構發生確診期間，護理師及台籍照服員經歷 COVID-19 疫情的在職員工共 16 位，研究工具為訪談大綱，預計五位專家效度審查及人體試驗委員會核准後訪談，採用 Colaizzi 描述現象學方法的步驟進行資料分析。預期結果：深入了解長期照顧機構工作人員對 COVID-19 疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理轉變的看法；分析長期照顧機構工作人員對 COVID-19 疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理之間相互關係；瞭解長期照顧機構工作人員對 COVID-19 疫情對其工作認同、歸屬感及自我管理之留任對機構的重要性。

關鍵字：長期照顧、長期照顧機構、工作人員、COVID-19、工作調適

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情工作調適之研究 An Exploratory Study on Work of the Employee who Experienced COVID-19 pandemic in a Long-term Care Institution

張佳齡(Chia-Ling Chang)、林金定(Jin-Ding Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

摘要 Abstract

COVID-19疫情與工作相關的傳播是傳染病關鍵因素，主因是輕度或無症狀的人繼續工作，工作期間將疾病傳播給他人，受感染的工作者將病毒傳播給家庭及社區，長期機構工作人員和住民密切接觸，機構發生確診，照顧人員在照護工作無法調適，是有潛在性離職，機構面臨人力短缺危機，因此機構人員的工作調適是重要的。

本研究採質性研究，以便利取樣選擇台北市某家長照機構為研究場域，研究對象2021年任職長照機構發生確診期間，護理師及台籍照顧員經歷COVID-19疫情的在職員工共16位，研究工具為訪談大綱，預計三位專家效度審查及人體試驗委員會核准後訪談，採用Colaizzi 描述現象學方法的步驟進行資料分析。

研究背景 Background

回顧2019年12月在武漢發生新冠肺炎病毒確診後，接著在三個月襲捲附近鄰國甚至擴及到美國，造成全球COVID-19的大流行，是一場影響全球生活的災難，擾亂日常生活以及社會和經濟發展(Lindert et al., 2021)，醫療體系癱瘓，甚至國外發生機構群聚，2020年國內一家长期照顧機構發生確診案例(林茹慧等，2020)，隔年5月國內直轄市社區感染(周春君，2021；柯雨瑞等，2021)，台灣採三級警戒(疾病管制署，2021)，隨後陸續多家長期照顧機構發生確診案例(衛生福利部長照專區，2021)，國內依據中央流行疫情指揮中心報導截至2021年6月21日共有85家長照與護理相關機構有COVID-19確診事件，共計339名病例，分別為86名工作人員及253名非工作人員，如住民等，另有157名員工隔離中(管中維，2021)。長期照顧機構主要乃收置以65歲以上併有多重慢性病及失能的長者為主，相對身體免疫比較弱，機構爆發確診案例後，照顧相關的員工被迫隔離，不論是員工是否被隔離，皆會產生不安與焦慮，除了直接對員工之生命安全造成巨大威脅，對日後的工作也有深遠影響，因此本研究乃探討長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情，對其工作調適情形之研究。

研究目的 Purposes

- 瞭解長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理的轉變情。
- 探討長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理之相關性。
- 探討長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理之留存相關性。

文獻探討 Literature Review

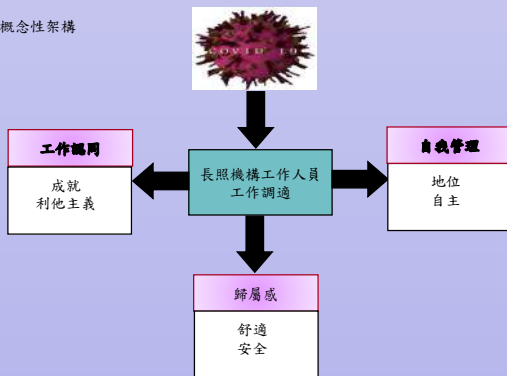
明尼蘇達工作調適理論(TWA)闡述工作者與環境(工作環境和工作組織)相互作用(Dawis, 2005)。此理論使用重要性量表，根據明尼蘇達重要性問卷Minnesota Importance Questionnaire(MIQ; Gay et al., 1971)，發展20項職業需求定義及六大項職業價值觀。

以這次研究是探討機構護理人員經歷COVID-19工作調適來看，Hershenson理論以家庭為主軸擴散至學校及社會，也結合生涯發展(黃士珊，2011)，屬於職業生涯，不適合適用此次研究，而明尼蘇達工作調適理論主要是個體職業需求與價值觀是否對工作環境能達到個人滿意，也就是當疫情來臨，機構護理人員需求與價值觀是否對疫情改變工作環境影響個人對工作的滿意情形，所以以明尼蘇達理論符合此次研究加以探討。

研究方法 Method

採質性研究方法的現象學探討，依據明尼蘇達工作調適理論及明尼蘇達重要性問卷(MIQ)的20項職業需求及6大項職業價值觀(Gay et al., 1971; Lofquist & Dawis, 1978; Rounds et al., 1981)，將COVID-19視為一個事件，當長期照顧機構護理師及照顧服務員經歷COVID-19期間，護理師與照顧服務員工作調適狀況，分為三個相關因素，工作認同、歸屬感及自我管理，工作認同代表MIQ的成就及利他主義，歸屬感代表舒適及安全，自我管理代表地位及自主，以這三個因素建立概念性架構(圖1)，並以半結構化訪談大綱探討此研究。

圖1. 概念性架構



研究對象及工具：以便利取樣方式，在北部某家長照機構為研究場域，全院護理師19位，台、外籍照顧服務員共40位，預計訪談2021年任職長期照顧機構發生確診期間，護理師及照顧服務員經歷COVID-19疫情的在職員工，各8位護理師及照顧服務員，共16位照護工作人員，研究對象的基本資料包括職稱、學歷、年齡、性別、機構工作年資，訪談大綱(表1)和訪談同意書說明與訪談同意書，錄音工具，訪談紀錄表。

研究步驟：研究者在研究之前，訪談大綱請三位專家進行專家效度，確認無誤後，再送臺北馬偕紀念醫院人體實驗委員會審查試驗取得標準，通過後再個別詢問機構工作人員，並解釋本研究的目的後，詢問研究對象是否同意參加，研究對象口頭答應後，再簽訂人體實驗委員會送審之受試者同意書，一對一方式，進行深度訪談，紀錄受訪者經歷COVID-19疫情工作調適，訪談時間約一小時，全程錄音訪談，原始呈現研究參與者的看法，圖2。

圖2. 研究步驟

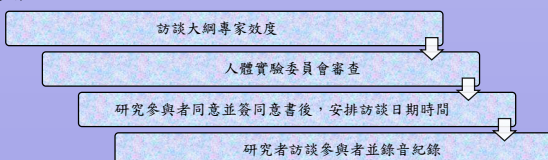
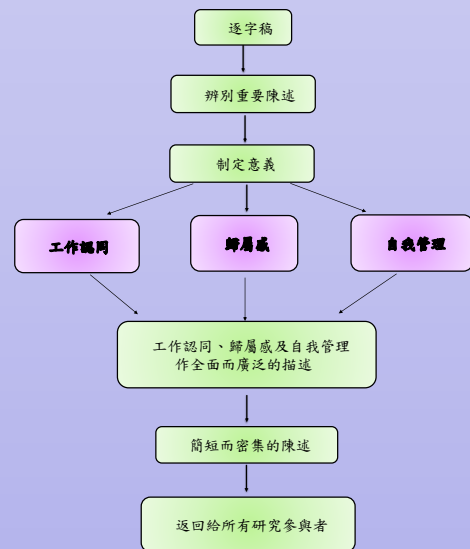


表1. 訪談大綱

第一部分：個人基本資料。		
題次	受訪者基本資料	
1	性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
2	年齡：	____歲(請說足歲)
3	教育程度：	<input type="checkbox"/> (1) 國小以下 <input type="checkbox"/> (2) 國中 <input type="checkbox"/> (3) 高中(職) <input type="checkbox"/> (4) 大專(學)以上
4	職稱：	_____
5	機構工作年資：	_____年
第二部分：評估長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情前後對工作認同的看法。		
職業價值觀	題次	訪談題目
成就	1	請你談談平日的工作狀況，以及在機構工作最大的成就感為何？
	2	機構發生確診病例，對您的工作，疫情前後發生什麼變化？
利他主義	3	機構發生確診病例，就你的觀察，對機構住民/工作人員產生甚麼影響？
	4	機構發生確診病例，同事對您個人而言有何助益？你對同事主要提供哪些協助？
第三部分：評估長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情前後對歸屬感的看法。		
職業價值觀	題次	訪談題目
舒適	1	機構發生確診病例之前，對你而言，這份工作是否提供足夠的安全保障？主要理由為何？
	2	機構發生確診病例之前，對於機構各種防疫計畫，對你的安全保障為何？
安全	3	機構發生確診病例期間，您繼續在機構工作的原因是什麼？
	4	疫情之後，您繼續在機構工作的原因是什麼？
第四部分：評估長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情前後對自我管理的看法。		
職業價值觀	題次	訪談題目
地位	1	經歷過機構確診事件，自己是否更有信心迎接未來的工作挑戰？
	2	經歷過機構確診事件，對您目前的工作有甚麼期待與轉變？
自主	3	經歷過機構確診事件，有甚麼新想法可以幫助同事/住民？
	4	整體而言，您經歷過機構確診事件，對你個人主要的影響為何？您對未來自己的生涯規劃為何？

資料分析：使用Colaizzi的現象學方法分析長期照顧機構工作人員經歷COVID-19疫情工作調適，透過Colaizzi現象學方法將訪談敘述回饋給研究參與者，更能貼切當下工作人員經歷的過程，以建立在工作調適理論及明尼蘇達重要性問卷(MIQ)的架構下所發展的分析方法，圖3。

圖3. 引用Colaizzi 描述現象學方法的步驟 (Morrow et al., 2015)，結合概念性架構的資料分析步驟



預期成果 Expect Results

- 深入了解長期照顧機構工作人員對COVID-19疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理轉變的看法。
- 分析長期照顧機構工作人員對COVID-19疫情對其工作認同感、歸屬感及自我管理之間相互關係。
- 瞭解長期照顧機構工作人員對COVID-19疫情對其工作認同、歸屬感及自我管理之留存對機構的重要性。



高中生參與親老社團提升與長者代間互動成效評估：以長照機構人員

與輔導教師觀點分析

張瑋珊, 林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

我國於 2021 年臺灣六十五歲以上老年人口占總人口比超過 16%，已達到世界衛生組織定義的「高齡社會」。隨著老年人口高齡化增加，2021 年 12 月，我國老年人口 65 歲以上約有 393.9 萬人，佔總人口 16.85%(內政部主計處，2021)。人口受到少子化的影響，以少子女化為例，我國人口出生率逐年降低，2021 年至 12 月新生兒人口數為 1 萬 4,127 人，自 2016 年起，台灣每年出生人口總數逐年下降(內政部，2021)。目的：本研究主要以長照機構人員和輔導教師為受訪對象，主要評估分析高中生參與親老社團獲得的課程知識，是否會影響對長者的態度及互動意願，課程規劃與設計是否合適，透過受訪者的分析及觀點探討因應策略或是需要增修內容，以落實代間互動的成效。方法：採質性研究，以至善老人安養護中心及學校內輔導教師為訪談個案，研究對象為(一)長照機構內的工作人員、(二)參與課程活動負責的輔導教師、(三)招募工作經驗滿兩年以上者。研究工具為受訪者個人基本資料、訪談同意書、訪談大綱。預期結果：透過長照機構人員與輔導教師的觀點分析，評估高中生(1)經由衛教課程，能夠增加老化知識，瞭解長者老化發展之變化，(2)經由模擬體驗老化課程，能瞭解長者身、心之變化，讓兩代之間從無話可說或是陌生狀態轉變為包容、體諒、同理心，並且(3)經由桌上遊戲活動介入，讓兩代間突破互動關係，讓遊戲帶動雙方之間的氛圍。

關鍵字:代間互動、社會認知理論、KAP 理論、刻板印象

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (B組) 高中生參與親老社團提升與長者代間互動成效評估： 以長照機構人員與輔導教師觀點分析

Effectiveness of Pro-elderly Club on Increasing Intergenerational Interactions of High School Students : Perspectives of Caregivers and School Teachers

張琇珊 (Wei-Shan Chang)、林金定 (Jin-Ding Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所 (Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景 Background

我國於2021年臺灣六十五歲以上老年人口占總人口比超過16%，已達到世界衛生組織定義的「高齡社會」。隨著老年人口高齡化增加，2021年12月，我國老年人口65歲以上約有393.9萬人，佔總人口16.85%(內政部主計處，2021)。人口受到少子化的影響，以少子女化為例，我國人口出生率逐年降低，2021年至12月新生兒人口數為1萬4,127人，自2016年起，台灣每年出生人口總數逐年下降(內政部，2021)。

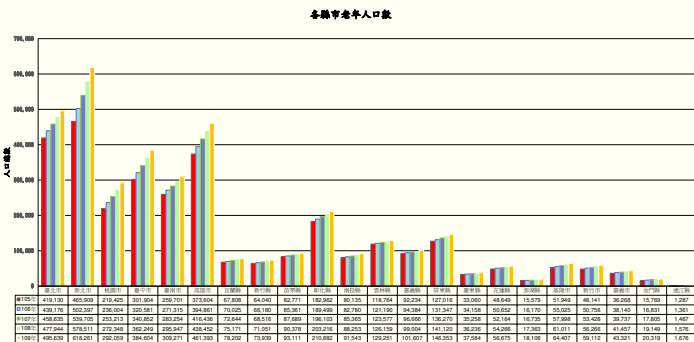


圖1. 2021年12月各縣市65歲以上人口總數

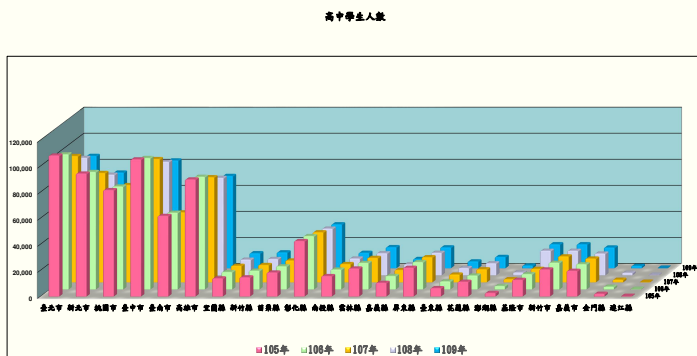


圖2. 2021年12月各縣市65歲以上人口總數

隨著國人平均餘命增長，養兒防老觀念改變，人口老化指數不斷攀升，衍生出長者照顧問題及心理層面問題，許多長者拒絕甚至排斥人生最後一路被親屬送至安養院或護理之家等機構居住(黃若盈等，2017)，老一輩的觀念是要在地老化到離去，但是年老後會因為退化性疾病、認知或性格改變，造成親屬照顧不易，因為照顧者多半沒有良好的支持系統支援(鄭欣榮、郭慈安，2017)。近年來我國家庭型態結構變遷，且隨著高齡化與少子化的趨勢，家庭成員越來越少，傳統大家庭不再，甚至有越來越多獨居者，這些改變易受到外在社會價值觀及型態的改變，使得家人間互動減少，或是關係不再緊密，因而易造成對老年人歧視或是刻板印象的偏見。現在許多家庭都面臨著隔代教養，年輕人忙著工作、生活，很少有時間能與家中長輩互動，當孩子出社會離家後，長者面臨空巢期，心中滿是孤單和寂寞感，因此自我身心調適很重要(陳美純、沈容涵，2020)(葉怡寧、郭乃文、何曉婷，2021)(張志杰、王銘雄，2019)。

兩代間想要溝通及交流，但因為缺乏溝通和瞭解，長者想與青少年相處互動時，長者時常用自己表達開心的方式跟青少年溝通互動，因老年人過往經歷豐富而自尊感高，給人既定印象有「我走過的路比你多，吃過的鹽比你多」，容易造成溝通隔閡，但青少年缺乏對應的知識與經驗，他們無法正確解讀這些行為背後善意，對長者不尊敬或是無法言聽計從，進而造成衝突，會讓長者受挫折、封閉、沮喪、而導致孤獨感(許皓宜、丁導民、鄭明宇，2018)。

因此，本研究期望利用高中親老社團導入並進行安排團體衛教及模擬體驗，最後再藉由桌遊遊戲互動，提升改善代間互動問題。親老社團的目的是要讓青少年與長者彼此在互動過程當中感受到生命是有意義的，並且讓青少年在學習的過程中增加老化知識及增加與長者的互動意願，透過本研究知識擴展加以瞭解，同時可以觀察青少年對長者的態度及老化知識是否有提升改善，以及青少年對於長者是否有提升互動意願及改善代間互動行為。

研究目的 Purposes

1. 評估高中生參與親老社團對老化知識與態度。
2. 評估高中生參與親老社團對與長者互動意願轉變情形。
3. 評估高中生參與親老社團對與長者代間互動行為之影響。

研究方法 Materials & Methods

研究計畫與架構

1. 老化知識衛教課程
2. 老化模擬體驗
3. 桌遊遊戲

圖3. 研究架構

- 評估高中生參與親老社團對老化知識與態度情形
- 評估高中生參與親老社團對與長者互動意願轉變情形
- 評估高中生參與親老社團對與長者代間互動行為之影響

老化知識衛教課程

1. 何謂老化
2. 老化生、心理改變
3. 長照資源
4. 案例分享

老化模擬體驗

1. 蒙眼鏡配戴
2. 沙袋增重
3. 耳塞
4. 輔具介紹及使用

桌遊遊戲

1. 企鵝破冰
2. 拉密
3. 象棋
4. 實果



研究對象

長照機構及學校內輔導教師母群體各5位，共10人。

- (一) 長照機構內的工作人員。
- (二) 參與課程活動負責的輔導教師。
- (三) 招募工作經驗滿兩年以上者。

圖4. 老化模擬體驗裝備
圖片參考/天下雜誌

資料收集步驟與分析

本研究採與受訪者面對面對一深入訪談，親老社團依學校學年度課程共為18週，訪談時間為兩次，分別為課程學習開始前為第一次及課程學習結束後為第二次，為瞭解高中生學習老化知識及模擬體驗後是否有提升老化認知及包容長者並且願意主動互動，每次大約40至50分鐘，訪談地點為會議室或適當的場合，經由文獻回顧後，資料收集是透過研究者與受訪者訪談而來，將訪談時的錄音檔利用WORD文書處理撰寫成逐字稿再進行資料分析，並將訪談內容進行整理及歸納及編碼。

資料分析是質性研究最重要的一環，是一種選擇、歸納、比較、綜合即詮釋的過程(王文科、王智弘，2010)。內容分析(content analysis)是一個分析質性資料的過程，透過有序可循的步驟，將語言形式的會談內容或其他形式的文字紀錄，做客觀有系統的描繪(梁淑媛等，2012)。

資料收集

訪談

歸納

預期結果 Results

- (一)由長照機構人員與輔導教師觀點分析，評估高中生經由衛教課程，更能瞭解長者身心發展。
- (二)由長照機構人員與輔導教師觀點分析，評估高中生經由模擬體驗課程，更能瞭解長者身體活動之變化。
- (三)由長照機構人員與輔導教師觀點分析，評估高中生經由桌上遊戲活動，對於長者更有同理心。

老人福利機構工作人員嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19） 健康識能與個案照顧意願之相關性研究

余家榮，林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

國外許多研究探討醫護人員 COVID-19 健康識能與防治的知識、態度與行為做調查，結果顯示良好健康識能是促進正向行為的重要因素(Nguyen et al, 2020)。目前國內未有老人福利機構工作人員 COVID-19 健康識能與個案照顧意願進行探討，故本研究想瞭解老人福利機構工作人員 COVID-19 健康識能及個案照顧意願之相關性，以建立老人福利機構工作人員對於新興傳染病的應變機制。目的：瞭解老人福利機構工作人員個人背景、COVID-19 健康識能與個案照顧意願之相關性，探討及分析工作人員 COVID-19 健康識能與個案照顧意願因子，以促進其正向個案照顧意願。方法：橫斷性研究，以立意取樣北、中、南、東老人福利機構各區 1 至 3 間為研究場域，研究對象年資超過 3 個月之機構工作者共 385 位(排除外國國籍工作人員)。研究工具為結構式問卷，經人體試驗委員會核准後，與機構進行接洽獲同意後，請工作人員自填問卷，以 SPSS 進行資料統計分析。以描述性統計描述人口學特質；推論性統計以變異數分析（ANOVA）、t 檢定、線性迴歸進行分析。預期結果：瞭解老人福利機構工作人員個人背景、COVID-19 健康識能與個案照顧意願之相關性及獲得老人福利機構工作人員 COVID-19 健康識能與個案照顧意願重要因子。

關鍵字:嚴重特殊傳染性肺炎、健康識能、個案照顧意願、老人福利機構

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

老人福利機構工作人員嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 健康識能與個案照顧意願之相關性研究

Health literacy about Covid-19 and its associations with willing to care among employees in senior citizens' welfare institutions

余家榮(Jia-Rong Yu)、林金定(Jin-Ding Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

1 摘要 Abstract

國外有許多研究探討醫護人員對COVID-19健康識能與防治的知識、態度與行為做調查，結果顯示良好健康識能是促進正向行為的重要因素(Nguyen et al., 2020)。目前國內尚未有針對老人福利機構工作人員COVID-19健康識能與個案照顧意願進行探討，故本研究想瞭解老人福利機構工作人員COVID-19健康識能與個案照顧意願之相關性，以建立老人福利機構對於新興傳染病的應變機制。

本研究為橫斷性研究，以立意取樣北、中、南、東老人福利機構為研究場域，各區招募1至3間，針對在老人福利機構工作時間超過3個月以上者及有意願參與本研究之機構工作者共385位為研究對象(排除外國籍工作人員)。研究工具為結構式問卷，內容為機構工作人員基本資料、COVID-19健康識能及個案照顧意願評量表。問卷收集方式為研究人員與北、中、南、東各老人福利機構進行口頭招募，經同意後，再由研究人員親自攜帶問卷前往，並經充分告知其權益後，請工作人員自填問卷，回收後以SPSS統計軟體進行資料分析。以描述性統計描述老人福利機構工作人員人口學特質；推論性統計以變異數分析(ANOVA)、t檢定、線性迴歸等進行分析。

2 研究背景 Background

2019年12月在中國武漢被發現冠狀病毒疾病(coronavirus, COVID-19)，2020年1月30日世界衛生組織(World Health Organization, WHO)召開緊急會議並宣布這個新興的冠狀病毒在全球爆發。這個影響全球的急性感染性病毒與突發性公共衛生事件，並公布此為一公共衛生緊急事件，直至現今全世界感染確診與死亡人數仍持續攀升中。台灣於2020年1月20日成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」，衛生福利部疾病管制署為降低新型冠狀病毒在機構內傳播的風險，訂定指引內機構相關應變措施，而瞭解老人福利機構工作人員對重大傳染病健康識能及個案照顧意願之情形，就能預先規劃照顧人力及擬定人力照顧策略等，以維護照顧能量，裨益老人福利機構照顧工作。

COVID-19疫情變化快速、且為高風險事件，老人福利機構工作人員COVID-19健康識能若無法跟上快速變動的疫情訊息，最終受影響的將不僅是個人層級，而是全台灣的機構防疫管理成效，故瞭解老人福利機構工作人員COVID-19健康識能及個案照顧意願之情形，實為當前重要之課題。

3 文獻探討 Literature Review

COVID-19健康識能

健康識能一詞源自於英文的Health Literacy，世界衛生組織在健康促進辭典(Health Promotion Glossary)中定義：「健康識能是一種認知和社會技巧，是個人為了促進和維持健康，進而在做健康相關決策時，所具備獲取、理解、表達，及使用健康相關資訊的動機和能力」；三段式的疾病預防(Leavell&Clark, 1965)，含初級預防、次級預防與三級預防，並提出五層級的預防措施分別為：健康促進、特殊保護、早期診斷與適當治療、限制殘障與復健。本研究參考國內外既有的健康識能量表(李季緯等，2016)，將健康識能概念導入COVID-19三級五段防治政策。

COVID-19個案照顧意願

狹義之照顧是照顧者履行照顧之職務；意願包括喜歡接近、禮讓與幫助、陪伴與來往、生活照顧、專業照護等(陳秀娟，2006)。而依據個人動機、價值觀、對於個案認知及對個案形成之心理意向，表現對於個案是否提供服務。包括：個人動機、自我承諾、反應他人期望、公民責任與社會關懷、社會認可與報償、個人成長與增進人際關係等(謝廣全、楊國德，2009)，歸納前述為個人因素與工作誘因。本研究欲找出老人福利機構工作人員COVID-19健康識能與個案照顧意願之重要因素，以提供老人福利機構未來在照顧COVID-19個案時，擬定適切照顧服務相關措施之參考。

4 研究目的 Purposes

- 一、瞭解老人福利機構工作人員COVID-19健康識能與個案照顧意願之情形。
- 二、探討老人福利機構工作人員個人背景、COVID-19健康識能與個案照顧意願之相關性。
- 三、分析老人福利機構工作人員COVID-19健康識能與個案照顧意願之相關因素。

表1. 健康識能之意義

單位/作者	定義
衛生福利部國民健康署	指個人獲得、處理以及瞭解基本健康訊息，並以此進行健康決策的能力
WHC(1998)	一種認知和社會技能，用以決定其動機和能力，以運用、理解和使用資訊，促進和維持良好的健康的方式
American Medical Association's (1999)	對於健康訊息有基本閱讀及瞭解數據的能力
EU(2007)	健康識能指達到一般識能及必備的知識、動機與能力，以獲得、了解、評判及應用健康資訊，以便在健康照護、疾病預防及健康促進相關的日常生活中做判斷與決策，以維持或改善生命歷程中的生活品質
Nutbeam(2000)	決定個人獲得、理解及使用資訊以促進及維持健康的能力
Institute of Medicine (2004)	個人對健康資訊及醫療服務之獲得、處理及理解，並運用這些資訊及服務，作出適當健康決策的能力

表2. COVID-19健康識能量表內容

題號	COVID-19健康識能量表內容	題號	COVID-19健康識能量表內容
1	我能獲得有關預防COVID-19感染之訊息	12	我能理解COVID-19患者的支持性療法(例如：呼吸器、氧氣治療的使用)
2	我能獲得有關COVID-19防疫管理指引之訊息	13	我能理解COVID-19防疫管理下之新生產運動(例如：落實勤洗手、維持社交距離等)
3	我能獲得有關COVID-19各種症狀的資訊	14	我能判斷媒體報導關於COVID-19預防措施的訊息是否可信
4	我能獲得有關COVID-19的醫療院所之COVID-19檢驗	15	我能正確的使用避免感染COVID-19的各項防護裝備
5	我能獲得有關COVID-19患者的支持性療法的訊息(例如：呼吸器、氧氣治療的使用)	16	我能判斷那些是有效的預防COVID-19感染措施
6	我能獲得有關COVID-19的醫療院所之COVID-19檢驗	17	我能自行向醫療院所預約COVID-19檢驗
7	我能獲得有關COVID-19防疫管理下之新生產運動的訊息(例如：落實勤洗手、維持社交距離等)	18	我能自行使用COVID-19檢驗試劑
8	我能理解媒體報導關於COVID-19防疫管理下之新生產運動的訊息	19	我能落實COVID-19防疫管理下之新生產運動(例如：落實勤洗手、維持社交距離等)
9	我能理解媒體報導關於COVID-19防疫管理下之新生產運動的訊息	20	我能判斷自健康護理、居家隔離或居家檢疫之差異
10	我能理解COVID-19的各種症狀	21	我能判斷自健康護理、居家隔離或居家檢疫之差異

5 研究方法 Method

研究對象

以立意取樣進行，不記名填寫方式，並根據衛生福利部統計資料，截至2021年6月，共有1,078家老人福利機構(長期照護型、養護型、失智照顧型與安養機構等)，其主要照顧人力為21,944人(衛生福利部統計處，2020)，包括院長(主任)、護理人員、社會工作人員、本國籍照顧服務員、服務相關之專業人員或其他人員，以這些人力為研究母群(排除外國籍工作人員)，共385位。

研究工具

以結構式問卷作為測量工具，依據研究目的、架構與相關文獻進行設計，主要問卷內容包括(1)基本資料；(2) COVID-19健康識能；(3) COVID-19個案照顧意願等三大部分。

資料收集方法與步驟

本研究計畫將送馬偕紀念醫院人體研究倫理審查委員會審查，通過後進行調查研究。研究人員與北、中、南、東各區老人福利機構進行口頭招募，各區招募1至3間機構共385位，工作時間超過3個月以上者及有意願之工作人員(排除外國籍工作人員)，經機構同意後，再由研究人員親自攜帶問卷前往，經充分告知其權益後，請工作人員自填問卷，每份約10分鐘完成，並交由研究人員回收。

統計分析

描述性統計：以頻率、百分比、平均值、最大值、最小值、標準差等統計值呈現老人福利機構工作人員的人口學特質。

推論性統計：依資料屬性以t檢定(t-test)、變異數分析(ANOVA)以及迴歸分析(regression)等統計方法進行分析。

圖1. 研究架構圖

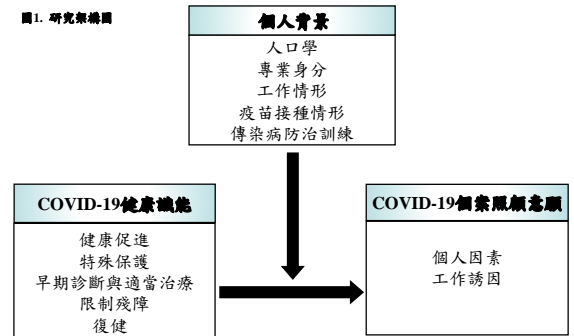


圖2. 資料收集方法與步驟

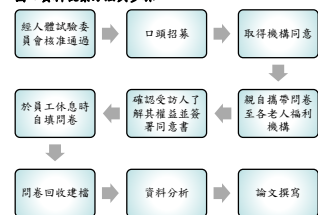


表3. COVID-19個案照顧意願量表內容

題號	COVID-19個案照顧意願量表內容	題號	COVID-19個案照顧意願量表內容
1	若將來您於機構工作時分配去照顧COVID-19疑似或確診個案，您的意願為：	3	若不同意，主要理由是下列哪些(可複選) (請續答第4題)：
1-1	願意(請答第2題)	3-1	照顧疑似或確診個案非機構責任
1-2	不願意(跳答第3題)	3-2	非自身專業能照顧
1-3	沒有意見(跳答第4題)	3-3	不願冒自身可能感染之風險
2	若願意，主要理由是下列哪些(可複選)：	3-4	機構無適當照顧設備與人力
2-1	身為專業人員的責任感	3-5	無適當自身防護設備
2-2	個人學習成長的機會	4	若提供下列條件您是否願意照顧COVID-19疑似或確診個案？
2-3	盡個人的工作本分	4-1	機構提供補助制度(如設立公備診相關補助)：1. 願意 2. 沒有意見 3. 不願意
2-4	曾照顧過COVID-19個案相關經驗	4-2	機構提供獎勵制度(如設立防疫獎金、照顧獎金)：1. 願意(每月增加一千元) 2. 沒有意見 3. 不願意
2-5	曾接受過COVID-19個案照顧相關訓練或課程	4-3	機構提供充足防護設備：1. 願意 2. 沒有意見 3. 不願意
		4-4	機構減少部分工時：1. 願意(每月減少____小時) 2. 沒有意見 3. 不願意
		4-5	機構提供心理健康支持方案：1. 願意 2. 沒有意見 3. 不願意

6 預期成果 Expect Results

- 一、瞭解老人福利機構工作人員個人背景、COVID-19健康識能與個案照顧意願之相關性。
- 二、獲得老人福利機構工作人員COVID-19健康識能與個案照顧意願之相關因素。



運用復元理論於出發腦中風病人接受醫院急性後期醫療整合照顧之

歷程研究

黃冠儒，林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

近年來由於生活型態及飲食習慣的改變，第一次腦中風發生率有上升的趨勢。世界衛生組織報告指出腦中風是全球導致失能的主要原因，並因為失能情形而失去工作，造成家庭破裂及成為社會上的負擔，使初發腦中風病人飽受生理及心理上的折磨，而復元理論將目標放置在自己能完成的事情，與疾病共存，重點聚焦在如何在既定條件下活出尊嚴，而不是移除疾病問題，另外，我國衛福部在 2014 年開始實施腦中風急性後期整合照顧計畫，在治療黃金期內給予高積極度之整合性照護，減少後續再住院醫療費用並大幅減輕家庭及社會照顧之負擔。目的：瞭解初發腦中風病人中風後接受急性後期醫療整合照顧，於康復過程中所遭受的困境，並運用復元理論架構設計訪談大綱，透過初發腦中風病人之經驗及觀點對於復元過程探討因應策略。方法：採用質性研究法，以立意取向台北市某社區醫院復健科病房進行收案，研究對象 1. 年滿 20 歲 2. 意識清楚 3. 受訪者經由神經內科專科醫師診斷為腦中風 4. 受訪者中風次數為第一次發生腦中風 5. 可使用國語或台語表達陳述個人經驗感受 6. 接受急性後期整合照護計畫(Post-Acute Care，簡稱 PAC) 7. 受訪者經說明本研究計畫後同意此研究計畫。研究工具為受訪者個人基本資料、訪談同意書、訪談大綱。本研究計畫通過馬偕人體試驗委員會核准編號：「21MMHIS380e」，將與機構進行接洽獲同意後，與受訪者進行深入訪談後再行資料分析。預期結果：1. 可瞭解各階段初發腦中風病人所面臨之困難；2. 可檢視各復元要素之達成。

關鍵字:復元理論、急性後期醫療整合照顧、腦中風概念、復健歷程



2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (B組)

運用復元理論於初發腦中風病人接受醫院急性後期醫療整合照顧之歷程研究

The experience of the post-acute care for first-onset stroke patients based on the Recovery Model

黃冠儒(Kuan-Ju Huang)、林金定(Jin-Ding Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景

腦血管意外又稱做腦中風，是全球造成死亡的主要原因之一，近年來由於生活型態及飲食習慣的改變且慢性病患者增加，第一次腦中風發生率有上升的趨勢。根據衛生福利部109年的統計資料顯示，過去一年在臺灣有43萬人發生腦中風，並且腦中風造成11,821人死亡，此為我國十大死因排名第五位，其餘腦中風患者留下了不同程度的失能情形（衛生福利部，2021）。（世界衛生組織，WHO）報告指出腦中風是全球導致日常活動功能失能的主要原因，並且因體能的失能情形而造成工作、家庭破裂及社會上的負擔（World Health Organisation, 2021）。腦中風會依據種類不同，病位的部位與範圍，造成不同嚴重程度的神經性受損，導致各種失能情形，常見症狀包括：肢體無力、吞嚥困難、失語症及失智等症狀，需依賴他人協助日常生活需求（鄭建興，2017）。

初發腦中風病人，因為對疾病的認知不足，而對自己突如其來的失能情形，疾病所造成的身體日常功能限制，對未來失去信心而產生無望感（陳妙等，2016）。過去文獻報告指出腦中風病人半數以上的復健期待都可以被達成，這些復健期待有賴於病人本身對疾病的認知來矯正（Groeneveld, 2019）。對疾病的認知，過去有學者提出「復元」是指病人對疾病的自我管理，將目標放在自己能完成的事情，發揮潛在能力，而不受疾病所限制並且重建有意義的生活，其重點是病人在既定條件下活出尊嚴，而不是消除疾病問題（宋麗玉，2013）。因此引發學者探討此研究動機。過去許多腦中風相關研究主要是探討復健後身體功能恢復之成效，對於病人復元過程心理層面上的康復之研究甚少，故本研究主要在瞭解初發腦中風病人接受急性後期醫療整合康復過程中的困境與因應策略。

研究目的

- 一、瞭解初發腦中風病人中風後接受急性後期醫療整合康復過程中的困境。
- 二、運用復元理論於初發腦中風病人康復過程中適用的困境，找出可行之因應策略。

文獻探討

一、腦中風概念

腦中風病人生理機轉，腦中風主要是因為供給腦部的血液突然中斷，使得腦部突然缺乏氧氣導致腦細胞受損而產生各種神經性症狀，腦中風類型可分為「缺血性」及「出血性」二種類型：（一）缺血性腦中風（transient ischemic attack）是指腦血管硬化阻塞造成使得血管供應腦部細胞缺乏血液導致缺血造成腦細胞缺氧所致，此佔所有腦中風的85%（二）出血性腦中風（hemorrhagic stroke）主要是因為血壓控制不良所導致腦血管破裂出血，當血液滲透到腦部而發生腦部組織壞死，此佔所有腦中風的15%。



圖1.腦中風種類

二、急性後期醫療整合

過去有許多國內外研究指出腦中風病人接受急性後期醫療整合照顧，可降低死亡率，並且顯著改善與健康相關生活品質（韓德生等2015；Buntin, 2010），然而近年來許多國家逐漸發展出急性後期醫療整合照顧計畫（Post-Acute Care, PAC），做為急性醫療與之後的長期照護間形成橋樑，以達成急性後期醫療整合醫療無縫銜接的照顧目標，這些顯現出急性後期醫療整合照顧之重要性（林麗輝，2010），此外我國衛福部在2014年開始實施腦中風急性後期醫療整合照顧計畫，依照病人失能程度之個別性，在治療黃金期間內立即給予高強度及高頻率之整合性照護，減少後續再住院醫療費用、大幅減輕家屬及社會照顧之負擔（衛生福利部，2014）。

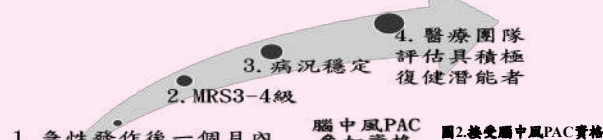


圖2.接受腦中風PAC資格

三、復元理論

「復元理論」起源的概念於1980年代由美國復元人士Patricia E. Deegan提倡，她是一名患有精神分裂症心理學博士，透過自身與患者共處的經驗提倡「復元」概念，指恢復不在於完全去除疾病症狀，也不是要恢復原來患病前的狀態，而是一個重新自我接納和發現的過程，是一種態度和信念之昇華，在面對生活各種困難和挑戰中實踐，並重新尋回自身尊嚴，即使生病仍能活出生命意義（Deegan, 1988）。而復元的概念意旨康復過程中個人生命力的再現，帶來正面的結果，不只衡量病人是否已恢復原來患病前的狀態，復元更著重的是個人的經歷與成長，強調病人對疾病的認知，使增進自主權及建立其昇華新生活型態（黃冠儒，2018）。The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)組織在2012年定義「復元」概念包括十個元素：自主自覺、個人化、充權、個人發展、起伏中成長、重視個人優勢、朋輩支援、尊重、個人責任及希望。



圖3.復元理論之十元素

研究架構圖

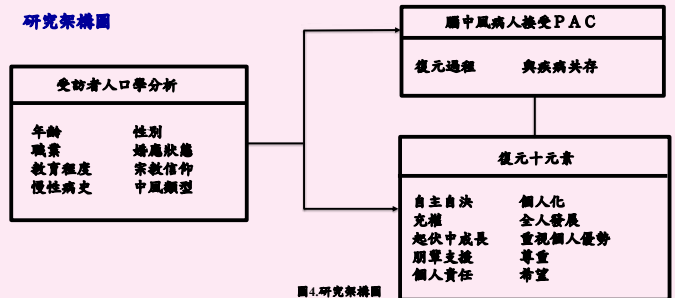


圖4.研究架構圖

研究方法

本研究主要瞭解初發腦中風病人接受急性後期醫療整合照顧復元過程中所遭遇的困境之經驗感受，並運用復元理論之概念透過訪談分析找出因應策略。因考量每位受訪者因背景不同，失能程度不同，且都擁有著個別性的經驗脈絡，這些並非僅從問卷可以執行測量與解釋，而是必須瞭解受訪者所親身經歷的情境脈絡中，因此採用質性研究法。質性研究法是將人類社會的生活經驗，主要強調受訪者的生活經驗脈絡來獲得資訊，在自然情境下，藉由訪談過程中瞭解受訪者經驗脈絡（紐文英，2021）。對腦中風病人接受PAC經驗的瞭解，質性訪談是一種有目的性的對話，研究者與受訪者，主要著重於受訪者個人經驗感受，採用面對面一對一的深入訪談再採用半結構式的訪談架構進行。半結構式深入訪談，可操作引導式訪談，利用較寬廣的訪談設計，研究者可以藉由與受訪者的對話深入，跳脫研究者本身主觀的想法，更真實的理解受訪者所陳述的真實經驗（林金定等，2005）。

研究工具

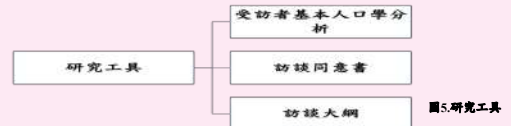


圖5.研究工具

訪談大綱



研究對象

本研究以立意取樣，研究對象選取方式為台北市某地區醫院復健科病房進行收案，預計招募6位達到本研究之代表性，招募選取符合的受訪者接受訪談，收案條件為：1.初發型腦中風患者；2.接受急性後期醫療整合照顧計畫（Post-Acute Care，簡稱PAC）；3.意識清楚；4.可使用國語或台語表達個人經驗感受；5.受訪者經說明本研究計畫後同意此研究計畫。

資料分析

本研究資料是透過研究者與受訪者訪談後所收集而來，主要是以半結構式的訪談設計來進行資料收集，並藉由訪談時的錄音檔與訪談的逐字稿進行資料分析，運用編版式分析方法，在復元理論概念十元素架構下將訪談資料內容進行整理歸納的分析。本研究資料分析整理流程如下：

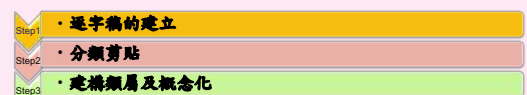


圖6.研究資料分析

預期結果

- 一、可瞭解各階段初發腦中風病人接受急性後期醫療整合照顧過程中所面臨之困境。
- 二、可檢視各復元元素之達成，以找出不足，為後續修改及調整之基礎。



芳香療法合併運動對機構老人膝關節疼痛之成效

汪佳瑩¹，鄭方瑜^{1*}

¹馬偕醫學院長期照護研究所
E-mail:510944009@live.mmc.edu.tw

摘 要

背景：慢性疼痛影響個人身心健康，更擴及社會和國家經濟。退化性關節炎是老人慢性疼痛的常見病因，70 歲以上的老人有 70% 以上罹患退化性關節炎。先前研究指出運動可改善退化性關節炎的症狀，然而關節炎的疼痛症狀會影響運動的效能和降低運動的意願，而芳香療法是一項可減緩身體的疼痛的介入方式，故本研究的目的為探討芳香療法合併運動對老人膝關節疼痛之成效。

方法：本研究為隨機控制實驗設計，採方便取樣，以北部老人福利機構為研究場域，以 VAS 評估其膝關節疼痛達 4 分的住民為研究對象。受試者納入研究後將隨機分配至芳療合併運動組或是運動組，兩組皆接受每周兩次，每次 60 分鐘，為期 8 周的膝部退化性關節炎復康運動，惟芳療合併運動組額外於每天早晚塗抹關節油。評估的時間點為介入前、介入後 4 周以及介入後 8 周，評估的面向包含膝關節疼痛、身體功能、生活品質以及憂鬱的成效。

預期結果：本研究預期芳香療法合併運動對膝關節疼痛的效益能較單一運動療法有效，並證實合併運動對老人身體功能和生活品質的效益。

關鍵詞：膝關節疼痛、關節炎、老人、芳香療法、運動

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (B組)

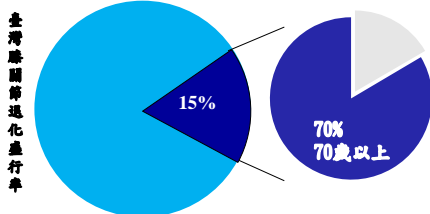
芳香療法合併運動對機構老人膝關節疼痛之成效

The effect of aromatherapy combined with exercise on knee pain of the elderly in institutions

汪佳榮(Chai -Ying Wang)、鄭方瑜(Fang-Yu Cheng)

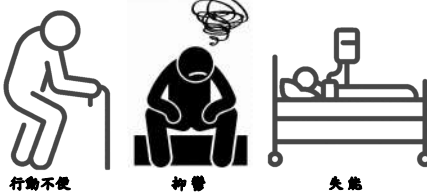
馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

背景



據衛生福利部統計，國人膝關節退化的盛行率約15%，有350萬人飽受關節疼痛之苦，58歲以上長者，每5人中就有1人有關節退化問題；70歲以上的老年人更有超過70%罹患退化性關節炎，其中女性患者多於男性。

退化性關節炎對身心、社會的影響



2020年
臺灣健保住院醫療費用
第11名-關節炎

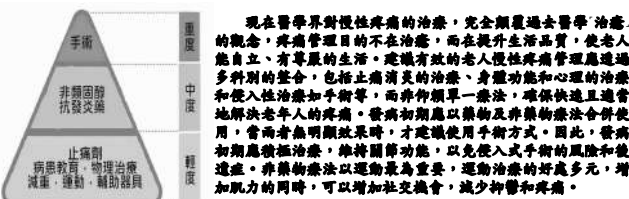
2020年臺灣健保醫療費用
前20大疾病
第19名-關節炎

國家財政負擔

退化性關節炎的多元治療

治療關節炎重點：

!! 緩解疼痛和其他症狀 !! 改善關節功能 !! 阻止疾病惡化 !! 維持生活品質



臺灣老人實際身體活動量偏低，影響持續參與運動意願的原因

運動知識 運動障礙 社會支持

依據衛福部民國106年國民健康調查調查結果發現，65歲以上老人的身體活動量高達60.1%不符合WHO建議標準之150分鐘。影響老人運動的因素很多且研究結果不一，可能因素有身體功能、自覺健康情況、擔心跌倒、社交能力、家庭支持、運動環境、運動知識等，而老人持續參與運動的意願與習慣，會受在運動知識、運動障礙和社會支持等三構面影響，其中疼痛會影響姿勢維持，也可能是運動障礙之一，進而影響老人的運動意願。

芳香療法的臨床應用

關節腫脹
抑鬱
肌肉疼痛

使用芳香療法緩解慢性疼痛的研究不多，且多研究是使用一款單方精油或2-3種單方精油調製成的複方精油作介入，可能是研究對芳香療法的專業度不足，因此造成療效效果不一，長時間地頻繁使用會有效果遞減的可能。

研究目的

想瞭解芳香療法合併運動對老人膝關節疼痛之成效，芳香可舒緩疼痛感，降低老人運動時的疼痛感，進而增加老人運動信心、效能和肌力，並增加其日常活動能力、減少憂鬱情形，以促進健康和活躍老化，並有助於未來老人膝關節疼痛管理之參考。

- 一、探討芳香療法合併運動對老人膝關節疼痛感和活動能力之成效。
- 二、探討老人膝關節疼痛狀況與其活動能力、生活品質和憂鬱之相關性。

研究方法

本研究為隨機控制實驗設計，採方便取樣，以北師老人福利機構為研究場域，以VAS評估其膝關節疼痛達4分的住民為研究對象。受試者納入研究後將隨機分配至芳香療法合併運動組或是運動組，兩組皆接受每周兩次，每次60分鐘，為期8周的膝部退化性關節炎復健運動，惟芳香療法合併運動組額外於每天早晚塗抹關節油。評估的時間點為介入前、介入後4周以及介入後8周，評估的面向包含膝關節疼痛、身體功能、生活品質以及憂鬱的成效。

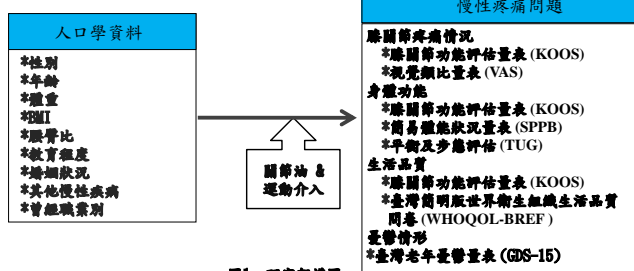
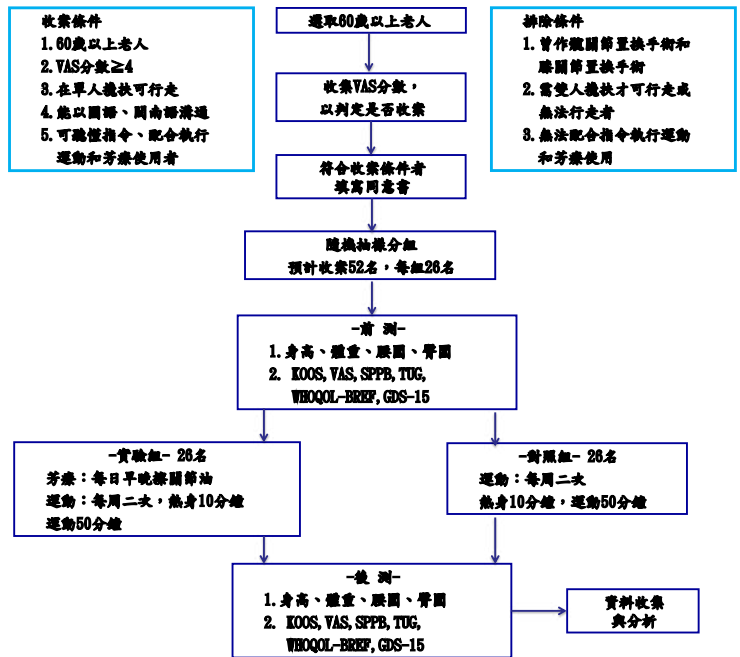


圖1. 研究架構圖



關節油



(藥廠公司提供)

全成份：

- 荷荷巴油 (Simmondsia chinensis seed oil)
- 葡萄籽油 (Vitis vinifera seed oil)
- 遠東海欖油 (Calophyllum inophyllum seed oil) →消炎、鎮痛
- 接骨木精油 (Sambucus nigra seed oil) →鎮痛
- 羅漢松精油 (Lavandula hybrida oil) →鎮痛、放鬆肌肉
- 綠花白千層精油 (Melaleuca viridiflora oil)
- 胡椒薄荷精油 (Mentha piperita oil) →鎮痛、增進循環
- 百里香精油 (Thymus vulgaris oil)
- 德國洋甘菊精油 (Chamomilla recutita flower oil)
- 維他命E (Tocopherol)
- 保加利亞大馬士革玫瑰精油 (Rosa damascena extract)

美國骨科醫學會2017年膝部退化性關節炎復健計劃



長照機構照護人員在 COVID-19 疫情期間的職場疲勞及憂鬱風險研究

沈樺飛、林金定

馬偕醫學院長期照護研究所

摘要

背景：COVID-19 (Coronavirus Disease，簡稱 COVID-19)於 2020 年爆發大流行壓狀況下，老人長照機構工作的照護者處於高感染場域，據美國阿茲海默症協會 (Alzheimer's Association)引用聯邦疾病防治中心統計，2020 年疫情期間，阿茲海默症及其他失智患者之死亡率比過去 5 年平均提高了 16% (Alzheimer's Association, 2021)。照顧人員在疫情爆發期間，因工作壓力狀況所導致之身心健康疲勞與憂鬱，影響照顧工作頗為顯著。**目的：**為研究 COVID-19 疫情期間，長照機構照護者職業疲勞與憂鬱之風險狀況，以為未來機構管理與制度改善之參考。**方法：**研究採橫斷性研究法，透過新北市及台北市老人福利及長照機構，依據地理區域分布，以方便取樣方式，抽樣至少 365 名機構照護者，爰以結構式問卷為測量工具，透過網路媒體平台進行採樣及資料統計蒐集，運用 ANOVA、t-Test 及邏輯式迴歸方法評估 COVID-19 的疲勞與憂鬱的相關因素。**預期結果：**透過問卷資料及數據蒐集分析之實證研究，了解 COVID-19 流行期間，長照照護人員之職業疲勞與憂鬱，盼能提供長照機構及相關主管機關做為未來照護工作及防疫緊急危難處置之研究參酌。**結論：**評估分析數據後，因應疫情變化，如何協助照護人員克服職業疲勞與憂鬱產生之風險，並找相對影響因子予以解決，為此研究發展標的課題。

關鍵詞：COVID-19，新冠肺炎，長期護理機構，身心壓力，職業疲勞，憂鬱，感染控制

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會_B組 長照機構照護人員在COVID-19疫情期間的職場疲勞及憂鬱風險研究

The Study on Occupational Burnout and Depression Risk of Caregivers Working in Long-term Care Facilities during the COVID-19 Pandemic

沈祥飛、林金定

Hua-Fei Shen, Jin-Ding Lin

馬偕醫學院長期照護研究所 Mackay Medical College Institute of Long-Term Care

摘要 Abstract

背景：COVID-19 (Coronavirus Disease, 簡稱 COVID-19)於2020年爆發大流行壓狀下，老人長期照護機構的照護者處於高感染場域。據美國阿茲海默症協會 (Alzheimer's Association)引用聯邦疾病防治中心統計，2020年疫情期間，阿茲海默症及其他失智患者之死亡率比過去5年平均提高了16% (Alzheimer's Association, 2021)。照護人員在疫情爆發期間，因工作壓力狀況所導致之身心健康疲勞與憂鬱，影響照顧工作顯為顯著。**目的：**為研究COVID-19疫情期間，長照機構照護者職業疲勞與憂鬱之風險狀況，以為未來機構管理與制度改善之參考。**方法：**研究採橫斷性研究法，透過新北市及台北市老人福利及長照機構，依據地理區域分布，以方便取樣方式，抽樣至少365名機構照護者，爰以結構式問卷為測量工具，透過網路媒體平台進行採樣及資料統計蒐集，運用ANOVA、t-Test及邏輯迴歸方法評估COVID-19的疲勞與憂鬱的相關因素。**預期結果：**透過問卷資料及數據蒐集分析之實證研究，了解COVID-19流行期間，長照機構人員之職業疲勞與憂鬱，盼能提供長照機構及相關主管機關做為未來照護工作及防疫緊急危難處置之研究參酌。**結論：**評估分析數據後，因應疫情變化，如何協助照護人員克服職業疲勞與憂鬱產生之風險，並找相對影響因子予以解決，為此研究發展標的課題。

圖 1. 疫情概況說明
(最後更新時間：2022/1/27 14:21資料來源：Johns Hopkins CSSE、疾管署)



研究背景及動機 Background & Motivation

自從嚴重特殊傳染性肺炎 (Coronavirus Disease, 簡稱 COVID-19) 爆發以來，不分國內外老人長期照護機構，無不枕戈待旦，緊張莫名。尤其2019~2021期間對突如其來的高死亡率消息，照護者因感控知識訊息不足，感控隔離措施暨裝備缺乏，提升其工作疲勞及憂鬱，因而甚至造成嚴重離職潮(Abbasi, 2020)。

譚德基 (Tedros Adhanom Ghebreyesus) 指出，2年來全球共有約3億5000萬例確診病例，逾550萬人死亡；自2021年12月份首次辨別Omicron變異株以來，全球已向世衛組織 (WHO) 回報逾8000萬病例，平均每3秒就有100起病例，每12秒就有1人因染疫死亡。

美國約翰霍普金斯大學 (Johns Hopkins University) 網站追蹤數據顯示，截至2022年1月份為止，全球至少560萬2190人因染COVID-19 (2019冠狀病毒疾病) 病逝，至少3億5385萬7125人確診。據相關研究指出，雖然青壯年染疫者比例持續提升，但根據指揮中心資料，截至2021年7月20日止，60歲以上重症比為38.8%，較整體重症比19.7%高出近一倍，尚未出現下降的轉捩點，故相關機構之照護人員，在疫情期間因工作壓力狀況所導致之工作疲勞與憂鬱，影響其身心健康及照顧工作狀況顯為顯著。

直至2021年7月，連續3個月之封城結果，造成經濟停滯情形，令社會國家之無形病毒延燒更勝於疫情本身 (行政院，2021年7月2日)。照護人員之流失及離職潮，凸顯了流行病期間，疲勞與憂鬱研究之重要程度，企盼研究結果，能提供未來作為長照機構，降低照護人員心理疲勞與憂鬱和負擔、減低人員流失壓狀之參酌，並進而提升照護人員之工作福祉。

圖 2. COVID-19 疫情全球統計說明
(資料來源：維基百科、時間：2022/1/27)



研究方法 Methods

- 研究設計：**本研究採橫斷式研究，使用便利抽樣不計名電子問卷填寫方式，於2022.01.07經馬偕醫院人體試驗研究倫理委員會IRB通過申請，運用網路SurveyCake及多媒體智能手機APP平台，進行相關電子問卷調查並蒐集實證數據。**研究架構：**如下圖3所示。
- 研究樣本：**依據資料來源：行政院統計處110-06-30所更新公佈之長期照顧安養機構工作人員統計資料，選擇北區長期照顧與老人福利機構(含台北市、新北市及直轄單位) 共計母體樣本數6,932人，以Cochran's Formula運算法得悉，母體大小：6,932、誤差範圍：5%、抽樣信心水準：95%，預計發放1,217問卷，至少取得365份有效問卷量。
- 研究工具：**本研究問卷利用現有哥哈根量表CBI，及PHQ-9憂鬱自我評估量表，完成相關電子問卷，進行資料蒐集及相關評估檢驗，業已完成並通過5位專家效度與信度檢測，問卷名稱「長照機構照護人員在COVID-19疫情期間的職場疲勞及憂鬱風險研究問卷」。
- 收集方式：**人體試驗研究倫理IRB申請暨問卷驗證通過後，透過雙北市314個老福機構，相關受試之照護人員及相關專業人員同意下，以隨機不記名方式，利用SurveyCake、Survey Monkey電子問卷、透過LINE、IG、FB、自媒體平台等，發放電子問卷填寫問卷包括居家服務、社區機構、住宿型、護理、失智、安養、含精神護理之家、康復之家等314家機構，並鎖定上述機構服務之照服人員、護理人員、社工、院長(主任)、相關專業人員等對象，完成問卷及資料蒐集。
- 資料分析：**應用SPSS系統之迴歸統計方法，預計完成問卷分類後，透過ANOVA、t-Test迴歸方法執行數據分析。利用迴歸統計方法檢定自變數(X) 是否對預測因變數(Y) 提供了有用的資訊，或自變數(X) 與因變數(Y) 之間 是否存在顯著的線性關係。進而盼能透過迴歸模式之研究方法，完成(1)描述資料 (2) 估計參數 (3) 預測與估計因變數之值 (4) 控制因變數之評估。經由統計分析並參酌現行相關文獻研究報告，以及樣本數據集資料，進行結果分析及評估，期能發現職業疲勞與憂鬱要因，以期未來尋求改善對策。

圖 3. 研究架構圖

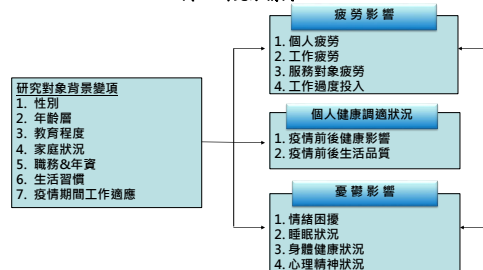


圖 4. 電子問卷知情同意取得流程



預期結果 Expected Results

在照護上日益困難，工作之壓狀在COVID-19疫情期間，更因防疫工作及染疫風險增加，而提高了工作的相對焦慮與壓狀。檢視疫情期間長照服務之狀況，照護人員無論是在職場、個人及個案家庭和國家社會之支持資源，或期待之壓狀下，均面臨諸多挑戰，因應疫情轉變為日常化，盼能透過此研究達成下述的預期結果。

- 分析並量化工作疲勞及憂鬱之風險值及差異值，瞭解長照機構人員身心倦怠、焦慮、壓狀甚至憂鬱之疲勞與憂鬱程度。
- 發現其相對抗衡因子，藉以緩和疫情並降低照護人員之工作疲勞及憂鬱風險。
- 未來的長照機構產業，如何面對疫情已經成為日常之狀況，權衡價值認知即實質回饋之條件下，盼提相關預測結果相關主管機關及機構管理階層，及早預防並降低長照服人員人員狀況流失及離職潮。

新冠肺炎疫情對社區獨居老人健康生活型態的衝擊與調適之研究

吳虹儀，林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

台灣預計在 2026 年進入超高齡社會（老年人口佔總人口 20%以上），加上撫養比不斷上升，很多家庭沒有多餘的心力照顧長輩，只能讓老人獨自生活，形成嚴重的獨居老人問題。新冠肺炎疫情來臨衝擊脆弱的老年群體，世界衛生組織將新冠疫情定性為全球大流行病。回顧過去一年，260 餘萬人死於新冠肺炎，疫情至今仍未平息，對老年群體的衝擊尤其強烈。隨著疫情嚴重加劇，確診案例及死亡人數持續上升，導致人們不敢踏出家門，層層壓力改變了人們的生活習慣。獨居老人最大的隱憂隨著年紀增長、社交活動減少、自理能力退化，疫情期間為求健康持續活動是很重要的環節。其目的探討新冠肺炎疫情對社區獨居老人健康生活型態的衝擊與調適之情形。本研究方法採質性訪談以立意取樣方式訪談居住在新北市淡水區 10-15 位獨居老人，研究者使用自擬訪談大綱依據研究目的選取能夠為研究問題提供豐富資訊的人、時間、地點、事物等蒐集深入而多元的資料並詳盡的回答研究問題。研究工具：研究參與者個人基本資料、訪談大綱與訪談同意書、錄音筆能協助研究者即時記錄研究參與者的重要語詞、關鍵字、重要發現並將訪談內容記錄完備。同時在每次訪談後立即依據訪談紀錄進行反思，以利資料分析整理階段更完整、更有意義之訊息。

關鍵字：獨居老人、嚴重特殊傳染性肺炎、健康生活型態、健康行為

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (B組) 新冠肺炎疫情對社區獨居老人健康生活型態的衝擊與調適之研究 An Exploratory Study of the Impact and Adjustment to the COVID-19 Epidemic on the Healthy Lifestyle of the Older People Living Alone in the Community

吳虹儀(Hung-Yi Wu)、林金定(Jin-Ding Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景



2019年新冠肺炎疫情肆虐全球，嚴重衝擊人們原有的健康生活型態。根據內政部不動產資訊平台公布2021年第二季全戶都為65歲以上老人的住宅數，已達62.7萬宅，其中僅一名老人獨居的宅數為47.7萬宅，全國獨居老人宅數占老人宅數高達76%如圖1所示。

2018年美國老年病學會發布了一份關於健康老化的白皮書，重點分析老年人健康老化的核心領域包括健康促進、傷害預防、慢性病管理、認知功能、身體健康、精神健康和社會健康，疫情期間人們意識到 COVID-19 對健康促進的潛在影響。獨居老人最大的隱憂隨著年紀增長、社交活動減少、自理能力退化，為求健康的身心持續活動是很重要的環節。

圖1 六都老人居住宅數十年變化

台灣房屋集團趨勢中心

縣市	2011.02 總老人居住宅 數	2011.02 獨居老人 宅數	2011.02 獨居老人 宅比例	2021.02 總老人居住宅 數	2021.02 獨居老人 宅數	2021.02 獨居老人 宅比例	2011 vs 2021 獨居老人宅 增加百分比
全國	330,368	226,933	68.69%	627,167	477,066	76.07%	7.38%
台北市	48,226	35,926	74.73%	91,836	70,451	76.71%	2.92%
新北市	51,234	38,115	74.25%	110,327	84,888	76.84%	4.59%
桃園市	19,814	13,648	68.88%	45,450	35,320	77.64%	7.16%
台中市	26,451	17,755	67.12%	54,611	40,467	74.10%	6.98%
台南市	30,388	19,782	65.15%	69,944	37,377	53.44%	9.33%
高雄市	41,208	28,696	69.64%	80,537	61,285	76.10%	6.46%

資料來源：內政部不動產資訊平台

製表：台灣房屋集團趨勢中心

獨居老人的定義

- 一、年滿65歲以上(原住民55歲以上)獨自(含夫妻兩老同住)居住在新北市，無共同生活者，但若長者與親屬關係疏離者，不在此限。
- 二、居住型態屬社區住宅空間，非居住於機構內或老人公寓。
- 三、雖有同住者，但同住家屬無照顧能力或1週內有連續3天(含3天)不在者；同住人無法上照顧義務、照顧契約關係者。
- 四、經評估需列冊關懷之獨居老人。

研究目的

本研究具體目的如下：

- 一、探討新冠肺炎疫情對獨居老人健康生活型態的衝擊。
- 二、探討新冠肺炎疫情下獨居老人對健康生活型態的調適情形。

研究方法

研究對象

本研究依衛生福利部統計冊需關懷獨居老人為研究對象，並以立意取樣透過淡水區各里長協助聯繫居住在社區的獨居老人，預計訪問10-15位社區獨居老人。

研究方法的選擇與研究工具

- 一、自然的研究場域、描述性資料、歷程的關注、歸納性和研究者透過參與者的觀點，來了解不同的人如何建構他們的生命意義。
- 二、研究參與者個人基本資料。
- 三、訪談大綱與訪談同意書。
- 四、訪談備忘錄、錄音筆。

研究資料處理與分析

- 一、資料分析是質性研究最重要的一環，是一種選擇、歸納、比較、綜合即詮釋的過程。
- 二、將訪談之錄音檔轉寫成逐字稿。
- 三、研究者重複仔細閱讀逐字稿，熟悉其內容並標出重要敘述句，進行分段與編碼歸納訪談概念。



健康生活型態

健康與生活型態息息相關，老年人健康的生活方式有利於身體活動、心理障礙、認知和社會功能，直至年老(Marjolein et al., 2018)。健康的生活型態，例如不吸煙、適當身體活動、均衡健康飲食，可以降低罹患心血管疾病和癌症的風險(Larsson et al., 2017)。

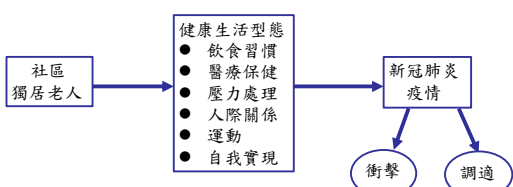
健康生活型態構面包括飲食習慣、醫療保健以及壓力處理(林宗賢、劉佳雯, 2007)。其相關六個因素分別為自我實現、健康責任、壓力處理、發展人際支持、營養、運動。國外相關研究指出，健康生活方式包含運動、營養、預防、壓力管理與社會關係。

健康生活型態的衝擊與調適

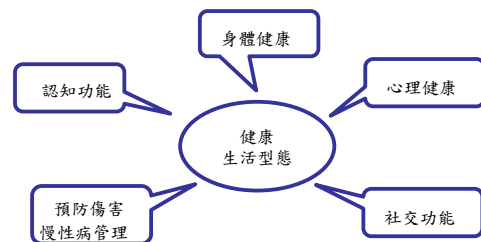
美國密西根大學研究顯示，獨居的老人中，高達6成因為缺乏人陪伴而感到寂寞。英國更指出，缺少人際互動容易導致獨居者有憂鬱和焦慮等心理狀況，也增加心臟病和免疫系統疾病的機率。為了因應新冠疫情肺炎所帶來環境的改變，對老人生理、心理、社會互動三方面均會產生重大衝擊。

研究人員具體有效的傾聽、了解獨居老人的調適問題，以協助老人能順利適應新生活，進而提升生活品質(李孝陵等, 2004)。

圖2、研究架構圖



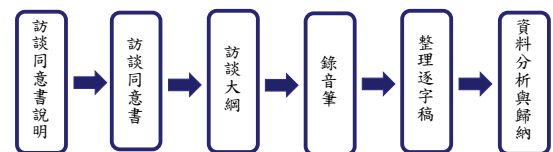
健康生活型態構面圖



初步訪談大綱

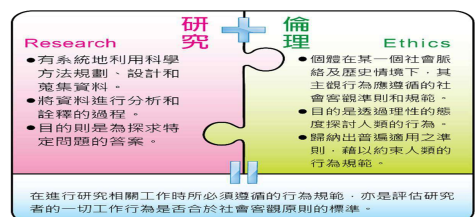
研究者製作一份訪談大綱，透過一對一的深度訪談，詳實紀錄受訪者對新冠肺炎疫情之健康生活型態的衝擊與調適。訪談時間的一小時，過程將全程錄音，以利忠實記錄研究參與者的看法。

- 一、請您談談促進身體健康的方法有哪些？
- 二、您認為那些生活習慣容易造成身體不健康？
- 三、您是否透過健康促進來減少意外傷害的發生？
- 四、您是否定期安排身體健康檢查並紀錄各項指標來管理身體的變化與控制？
- 五、請您談談如果自己或周遭人員確診或被通知隔離，您如何面對與調適？
- 六、請問您的身體功能例如視聽、聽覺、嗅覺、味覺、記憶力、學習專注力、如果出現健康問題，您如何調適？
- 七、疫情期間是否造成您經濟上的壓力，如何調適？



研究倫理

- 一、研究倫理本研究謹守研究倫理，對於受訪者採取包含徵求同意、尊重隱私並保密互重及不傷害等原則進行。
- 二、本研究在進行之前，即告知受訪者有關本研究的主要目的、對象，以作到充分告知下的同意。



研究結果

- 一、深入了解獨居老人如何承受身處在新冠肺炎疫情所帶來的衝擊。
- 二、分析獨居老人如何調適疫情健康新生活型態。

預期困難

- 一、疫情是否趨緩有諸多不確定性，可能造成受訪者不願意花太多時間接受訪談。
- 二、受訪者為獨居老人，訪談中可能因為處境影響情緒而無法繼續互動。



影響慢性思覺失調症患者社會功能與復元之相關因素-以康復之家與

社區家園為例

王惠綾^{1,2}, 張元玫^{1*}

¹ 馬偕醫學院長期照護研究所

² 衛生福利部八里療養院

E-mail:wanghl0507@gmail.com

背景與動機:

思覺失調症的發生對於個人、家庭和社會各層面都會造成莫大的影響。在個人部分，思覺失調症會造成認知功能障礙，進而影響其社會適應技巧和社會功能，增加復元過程的困難度。

目的:

本研究以社區精神復健的個案為對象，探討社會功能與其復元的相關性。

研究方法:

資料蒐集方式為量化問卷調查，樣本採立意取樣，選取北、南、東台灣精神專科醫院與社區家園、康復之家住民為施測對象。研究工具包括病人的基本資料及疾病史等變項；施測工具是：社區精神病患社會功能量表與復元階段量表。本研究使用 SPSS 23 版統計軟體進行資料分析，初步規劃將以描述性統計、獨立樣本 t 檢定、皮爾森積差相關、簡單線性回歸與路徑分析等方式對各變項進行分析。

關鍵字：思覺失調症、精神復健、社會功能、復元、社區居住

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

Factors associated with Social Function and Recovery in Patients with Schizophrenia : Examples of Half-way Houses and Supportive Houses

影響思覺失調症患者社會功能與復元之相關因素-以康復之家與社區家園為例

Huiling Wang, Yuanmay Chang

王惠綾, 張元政

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

Abstract

The occurrence of schizophrenia will have a great impact on all levels of the individual, family and society. In the personal part, mental illness usually causes cognitive dysfunction in patients with schizophrenia, which in turn affects their social adaptation skills and social functions, and increases the difficulty of the recovery process.

The purpose of this study is to examine the relationships between social function and recovery state in Patients with Schizophrenia living in supportive facilities in Taiwan.

This cross-sectional study will utilize convenience sampling. The data will be collected by the quantitative questionnaire survey. Participants will be community-dwelling patients with schizophrenia who lived in halfway homes or supportive homes from North, Central, South and Eastern Taiwan. The community social function scale and recovery stage scale for people with mental disorders will be used. This study also included the patient's basic data and disease history and other variables. This study will use SPSS 23 version of statistical software for data analysis. The preliminary planning will analyze the variables by descriptive statistics, independent sample t test, Pearson product difference correlation, simple linear regression, and path analysis to describe the sample profile.

研究背景Background.

思覺失調症schizophrenia

思覺失調症是一種慢性和嚴重的精神障礙，思覺失調在全球盛行率約1%，精神分裂症的特徵是思維、感知、情緒、語言、自我意識和行為的扭曲。常見的經歷包括幻覺（聽到聲音或看到不存在的事物）和妄想（因著、與現實不符的錯誤信念）。思覺失調症與個體認知障礙、行為功能的思考障礙有關(Zou et al., 2014)。

依據中華民國衛生福利部統計資料顯示，2020年12月台灣總人口數為23,561,236人，全台灣身心障礙總人口數為1,197,939，其中慢性精神病患者(含思覺失調症、情感性精神病、妄想狀態及慢性器質性精神病等)共131,624人，占全國總人口數之0.56%及身心障礙總人口數之10.99%。台灣於2020年公布前一年健保醫療費用排行榜，其中思覺失調症、類思覺失調症及妄想症患總健保費為115.09億元，名列2019年健保最花錢疾病第9名。

思覺失調症患者的照護模式與照護資源Care models and care resources for people with schizophrenia

精神照護模式與流程，在社區中無論是社區民單、社政單位、警政單位、醫療機構或公衛中心轉接發現有民眾需要精神照護，可以由醫療轉介中心，進入醫院門診或急診由醫師、護理師等專業人員進行評估，評估後若症狀較為嚴重，可以進入急性住院院，待治療後病情較為穩定，可轉入復健病房；治療後症狀穩定的病患可以選擇入住康復之家進行復健訓練；也可以居住在家，選擇由醫師護理師定期到府巡視的居家治療，或是由天到社區復健中心或日間醫院進行復健訓練，晚上回家。居住在康復之家的居民經過良好復健訓練，恢復獨立生活功能與有穩定收入來源，可以選擇轉居居住方案，如居住在社區家園、在外租屋或返家居住。

精神疾病照護資源共分為醫院治療、社區照護與居家生活等三大類，醫院有急性病房與慢性病房；社區照護有分為日間病房、日間型與夜間型精神照護機構、生活重建機構與精神長期機構；居家生活有門診、居家治療、社區關懷巡視、295品質促進計畫、緊急處置、社區居住協會所轄特設、其中社區居住包含居住於社區家園、獨立租屋以及與家人同住等方式

精神疾病患者的社區居住模式Community living model for people with mental illness

在美國身心障礙者支持性住房計劃(第811條)是一項聯邦計劃，致力於為極低收入或無收入的身心障礙者(如慢性精神疾病)開發和補貼租賃住房。該計劃與類似計劃的最大區別在於，它專門為身心障礙者提供住房，並確保所有住房都能獲得適當的支持服務，如個案管理和就業援助。(Cheng & Yen, 2021)。在美國精神疾病聯盟的介紹中，住房選擇範圍從完全獨立的生活到全天候護理。選擇適合個案需求的住房類型，以康復為首要目標，類型如下(The National Alliance on Mental Illness, 2021)：

一、監督的團體住房(Supervised Group Housing)：與目前康復之家的設置要求相同。這種類型的住房為其居民提供了最多的支持。訓練有素的工作人員全天候在場，在藥物、日常生活技能、膳食、支付賬單、交通和治療管理等方面提供護理和幫助。

二、部分監督的團體住房(Partially Supervised Group Housing)

為居民提供了一些支持，但工作人員不是一天24小時都在那裡。居民可以獨處幾個小時，並在需要時呼叫幫助。選擇住在這些團體住宅中的人可以獨立或半獨立地完成日常生活任務，幫助做飯和打掃衛生，甚至可以參與或參加日間活動。

三、支持性住房(Supportive Housing)：類似目前社區家園。

支持性住房提供的幫助非常有限。這些房屋的居民幾乎獨立生活，工作人員很少出所。但是，如果確實出現問題，他們確實有可以協助的人員和可用的資源。

四、出租房屋(Rental Housing)

這種類型的住房適合完全獨立的人。租金可以由個人全額支付或由第三方補貼，例如政府或非營利機構。選擇這種住房的人可以滿足他們所有的基本需求，例如做飯、清潔、支付賬單和管理他們的藥物。

五、獨立住房(Home Ownership)

房主能夠完全獨立地生活並管理他們的日常生活責任以及照顧和維護房屋的责任。他們必須能夠比租房者在一個地方停留更長時間，並應該參與社區活動。房主通常是有穩定收入的，可以處理他們的賬單，並且可以為他們的房子維持稅收和保險。

另外還有其他文獻指出精神病患在長期服務還有寄宿家庭(board-and-care homes)；房主付費為一個或多個人提供食物和住宿)和中途宿舍(halfway houses)；或輔導康復之家，即旨在作為住院病人住院和更獨立生活之間的臨時住所的集體之家(Farkas & Coe, 2019)。

支持性居住類型對精神疾病患者的影響The impact of supportive housing types on patients with mental illness

對於有嚴重心理疾病的病人，專業人員的投入及支持性的居住類型是維持健康的重要因素。澳洲一項研究指出，有嚴重精神病患的生活質量與居住、客觀獨立感之間的關係，研究指出得到專業人士幫助的居住類型有利於更高的生活質量，從而提升自主性(Welch & Cleak, 2018)。使用支持性住房可以使居民的精神症狀減少，並有與缺乏動機相關的積極行為與心理情緒變化。(Padmakar et al., 2020)。

思覺失調症患者的社會功能與復元Social functioning and recovery in patients with schizophrenia

一項在歐洲六個國家的研究發現，超過80%的思覺失調症的病患在社會功能方面存在一些持續性問題，儘管並非所有問題都很嚴重，其中最為明顯的即為人際互動以及生活能力的退化。而社會功能的障礙通常包含技巧的退化與動機減弱，這兩個部份問題必需透過復健活動以減少社會功能障礙。(Wiersma et al., 2000)。以60位美國參與社區精神復健(community-run mental health service)的障礙者為研究對象，使用問卷調查服務參與、社會功能與社會心理因素的相關性，研究結果顯示，以消費者為主導的社區精神復健的使用者其社會功能表現優於參與傳統精神復健服務的使用者，此外，社會功能與自我效能、希望與正向因應策略有顯著相關性，社會功能愈好其自我效能、希望與正向因應策略的程度愈佳(Yanos et al., 2001)。有關精神復元的文獻回顧中指出病患的人口基本資料方面包括性別、年齡、族群、教育程度和就業等因素，以及精神疾病史包括精神疾病診斷、發病年齡、居住復健機構時間與精神復元有相關(Hoffmann & Kupper, 2002; Jenkins & Carpenter-Song, 2005)。

最近的研究和大量較早的數據表明，許多思覺失調症患者將能復元，更多人將恢復良好的社會功能。職業復健已被證明在經濟和勞動力市場不同的國家中是有成效的，越來越多的研究支持職業復健是恢復過程的重要組成部分的概念(Jana et al., 2014)。復元模式的關鍵原則——對思覺失調症康復的樂觀態度、就業機會的重要性以及在康復過程中賦予用戶/消費者權力的價值(Warner, 2009)。另外嘗試減少精神疾病的內在污名應該會促進康復過程。目前國內已廣泛運用復元概念於精神復元之服務，強調精神康復者為一個有優勢、有生活目標的「人」，突破過去「症狀消除、不需服藥，才復元」的傳統觀點，協助其超越疾病、邁向有意義人生的復元目標。研究發現社會功能愈好，其復元結果越好(黃麗輝 et al., 2018)。台灣研究顯示精神病人的社會功能表現愈好，其主觀精神復元程度愈佳，其精神症狀程度愈高。社會功能與五項主觀精神復元次角度一目標與成功取向、信心與希望、求助意願、自助以及不受症狀影響等逆轉者相關。稱為「改變」可以從專業人員觀點和態度的改變開始，直接影響障礙者以協助其復元，另一方面專業人員和障礙者也可以透過社會倡導等方式促使精神復健體系的變遷(劉素芬, 2011)。

小結summary

為落實台灣障礙者社會參與及權益保障的目標，社區精神復健的模式也使社會經濟的變遷、人口老齡化和少子化而轉變，本研究欲進一步了解慢性思覺失調症患者的社會功能與復元的不同對回歸社區的影響。本研究以康復之家與社區家園的服務使用者探討影響慢性思覺失調症患者社會功能與復元的相關因素。

研究方法Methods.

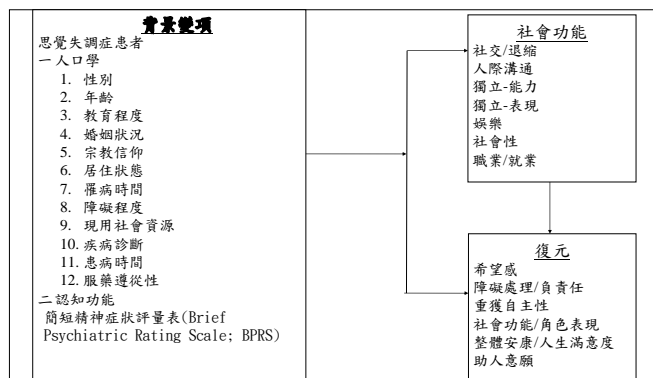
一、研究設計：本研究採橫斷調查法，採結構式自填量表問卷，將人口學資料、社會功能與復元狀況等變項施測結果，就變項間相關、中介與調節等關係進行研究。

二、招募對象：對象來源與場所：通過在住宿型精神復健機構與社區家園的公告板上張貼海報來招募參與者，招募人數為200人。

三、收集條件為：

- 1.符合ICD 10診斷為F20-29
- 2.能願意接受研究者進行訪談者
- 3.居住於精神復健機構或社區中的住民(包含住宿型精神復健機構與社區家園)
- 4.離最近一次住院(包括急性或慢性病房)，至少滿三個月以上者並排除罹患重大生理疾病(如癌症)或癲癇個案。
- 5.收案期間自2021年12月1日至2022年5月20日止。
- 五、通過衛生福利部人豆寮醫院人體試驗委員會之審查，基於保護研究對象之權益，收集前，先向研究者內受訪者解釋說明後，經受訪者同意，並取得受訪者簽妥之本研究同意書。

本研究採用問卷調查進行資料蒐集，目的在於進一步了解思覺失調症患者的社會功能與復元的不同對回歸社區的影響，並運用SPSS 23版進行分析比較，從本研究之目的與依據先前文獻查證所得之資訊，擬出本研究之概念架構圖1：



預期成果 expected results

- 一、分析影響思覺失調症患者社會功能與復元之相關因素。
- 二、以居住在康復之家與社區家園的精神康復者的社會功能與復元狀況的不同，分析相關影響因素。
- 三、期望研究成果提供精神病患社區復健政策制定參考。



照顧者居間運動介入對護理之家中風患者功能性表現之 成效-以照顧服務員的角度出發

楊博恩¹，鄭方瑜¹

¹ 馬偕醫學院長期照護研究所

摘要：

腦中風是一種造成全世界主要死亡及失能的原因之一，腦中風的倖存者會留下不同程度的神經功能障礙，導致身體日常生活功能低下，常態性的生活功能倚賴，這不僅造成個案與照顧者沈重的負擔外，也嚴重影響個案與家庭的生活品質。研究顯示於中風後3個月內之黃金時期積極參予照顧者居間介入的運動訓練，可提升個案在身體活動及日常生活功能上的成效，然沒有文獻探討以護理之家照顧服務員為主的照顧者居間訓練對腦中風患者之影響，因此本研究的目的為探討照顧服務員居間運動介入對護理之家腦中風患者身體活動、日常生活功能和生活品質之成效。

研究方法：

本研究採取單組前後測設計(one-group pretest-posttest design)，將自北市某護理之家招募34位腦中風個案，進行二個月的運動訓練，一週訓練五天，每天四小時以護理之家照顧服務員帶領的照顧者居間運動訓練，並於介入後的第一個月和第二個月進行身體活動、日常生活功能和生活品質評估。

預期結果：

由護理之家照顧服務員執行的照顧者居間運動介入可提升腦中風患者的身體活動、日常生活功能和生活品質。

關鍵字：中風、照顧者、居間運動、功能性表現

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

Effects of caregiver-mediated exercise on functional performance in individuals with stroke in nursing home-from the perspective of nursing assistants

照顧者居間運動介入對護理之家中風患者功能性表現之成效-以照顧服務員的角度出發

Po-En Yang, Fang-Yu Cheng

楊博恩、鄭方瑜

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景 BACKGROUND

腦中風是一種造成全世界主要死亡及失能的原因之一，腦中風的倖存者會留下不同程度的神經功能障礙，導致身體日常生活功能低下，常態性的生活功能障礙，這不僅造成個案與照顧者沉重的負擔外，也嚴重影響個案與家庭的生活品質。

研究顯示於中風後3個月內之黃金時期積極參與照顧者居間介入的運動訓練，可提升個案在身體活動及日常生活功能上的成效，然沒數有文探討以護理之家照顧服務員為主的照顧者居間訓練對腦中風患者之影響，因此本研究的目的為探討照顧服務員居間運動介入對護理之家腦中風患者身體活動、日常生活功能和生活品質之成效。

研究方法 METHODS

本研究採取單組前後測設計(one-group pretest-posttest design)，將自北市某護理之家招募34位腦中風個案，進行二個月的運動訓練，一週訓練五天，每天四小時以護理之家照顧服務員帶領的照顧者居間運動訓練，並於介入後的第一個月和第二個月進行身體活動、日常生活功能和生活品質評估，研究流程詳見(圖1)。

本研究採立意取樣(purposive sampling)，選擇於台北市某護理之家之腦中風個案。

收案條件

1. 經醫師診斷確認為腦血管出血或阻塞造成腦血管病變患者。
2. 急性發作後大於一個月。
3. 腦中風後導致早期肢體麻痺，動作或感覺缺損。
4. 醫療狀況穩定。
5. 功能狀況具有中度至重度功能障礙(Modified Rankin Scale, 3-4)。

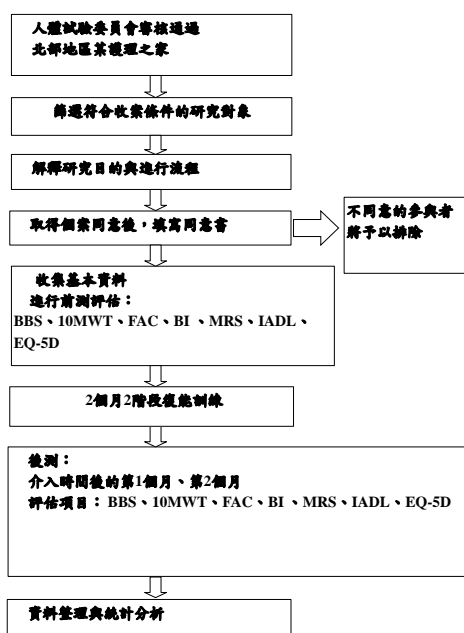


圖1、研究流程圖

運動訓練設計 EXERCISE DESIGN

本研究使用的運動訓練設計為經由物理治療師指導護理之家的照顧服務員如何進行運動訓練之後，由照顧服務員執行照顧者居間運動訓練計劃，每位個案一週訓練五天，每天四小時共入週，運動訓練內容包含身體活動功能、肌力、核心、平衡訓練以及日常生活功能等訓練。

本訓練計畫分為二階段進行，第一階段(1-4週)以改善身體活動功能為目標，重點指標為改善關節活動度、增強肌肉力量與平衡能力。第二階段(5-8週)以改善日常生活功能為目標，重點指標為訓練個案生活自理的能力，例如：進食、移位、如廁、行走、穿脫衣物、上下樓梯等。(詳見圖2)。

運動階段	運動重點	介入措施	照顧者的角色
第一階段 (第1-4週) 目標:改善身體活動功能	1. 改善關節活動度 2. 增強肌肉力量 (下肢、核心) 3. 平衡訓練	1. 被動關節活動 2. 下肢訓練 3. 核心訓練 4. 平衡	1. 學習被動關節活動技術。 2. 學習帶領個案從事肌力訓練。 3. 保護運動過程安全，預防跌倒並注意生命徵象。
第二階段 (第5-8週) 目標:改善日常生活功能	1. 進食 2. 移位 3. 如廁 4. 行走 5. 穿脫衣物 6. 上下樓梯	以任務導向方式在日常生活進行訓練每周2-3次 1. 進食:練習用湯匙挖起和成塊食物 2. 移位:練習從輪椅移動到不同的位置(床、椅子) 3. 如廁:練習穿脫褲訓練，便後清潔技巧 4. 行走:練習使用輔具或無輔具下行走10-50公尺 5. 穿脫衣物:練習分辨衣服正反面，面對鏡子穿脫衣物 6. 上下樓梯先使用木箱練習上下台階，再以實際樓梯練習。 7. 除第2階段訓練以外，持續進行第1階段之訓練	1. 協助者在監督下以口頭提醒、示範，提供回饋。 2. 注意過程之安全，預防跌倒並隨時注意生命徵象。

圖2、二階段運動訓練

本研究以SPSS 26.0版(SPSS for Window, version 26.0)統計軟體將收集之資料編碼後以描述性統計方式分析本研究結果。

以描述性統計將基本資料中的類別變性，如性別、中風類型、中風偏癱側、慣用側以人數百分比呈現；連續變相資料，如年齡、身高、體重，則以平均值、標準差進行分析。

推論性統計，以單因子變異數分析(One-way ANOVA)和配對t檢定(paired sample t test)；比較受測者於介入措施前後是否有顯著性差異。

預期成果 EXPECTED RESULTS

本研究預期由護理之家照顧服務員執行為期8周的照顧者居間運動介入訓練後，可提升腦中風患者的身體活動、日常生活功能和生活品質。

不同形式的雙重任務對有跌倒經驗的老年人雙重任務步態的影響

黃智裕、鄭方瑜

馬偕醫學院長期照護研究所

研究背景與研究目的：

跌倒(Fall)是台灣老年人事故死亡的第二名，而跌倒後可能導致骨折、住院、失能和死亡，因此跌倒對於老年人而言，是一個會影響日常生活和健康的危害。老年人和年輕人相比，於執行雙重任務(Dual Task)時較容易有步態不穩定的情形，進而造成跌倒的發生，因此了解雙重任務對長者的影響才能發展合適的復健和預防措施。日常生活中常見的雙重任務包含視覺(Visual)、認知(Cognitive)和動作(Motor)等形式，而這三種形式的雙重任務皆會影響老年人的步態表現，然而目前較少文獻探討有無跌倒經驗的老年人在不同雙重任務情況下的步態表現有何差異，故本研究的目的為探討日常生活中不同形式的雙重任務（視覺、認知和活動）對有跌倒經驗老年人雙重任務步態表現的影響。

研究方法：

本研究為橫斷性研究，預計從台灣北部社區招募 102 位的老年人，包含有跌倒經驗的老年人 51 名跟沒有跌倒經驗的老年人 51 名，評估的項目包含有認知功能、功能性活動能力和雙重任務（視覺、認知、活動）步態表現，接著使用雙因子重複量數變異數分析以及事後檢定檢定組內和組間的差異。

預期結果：

- 1.有跌倒經驗的老年人其雙重任務步態的表現較無跌倒經驗的老年人差。
- 2.視覺雙重任務對有跌倒經驗老年人的雙重任務步態影響較視覺和活動雙重任務的影響大。

關鍵字：雙重任務、認知雙重任務、視覺雙重任務、動作雙重任務

Effect of different dual tasks on dual task gait in elderly with fall experience 不同形式的雙重任務對有跌倒經驗的老年人雙重任務步態的影響

Zhi-Yu Huang, Fang-Yu Cheng

黃育裕 鄭方瑜

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

摘要 Abstract

跌倒(Fall)是台灣老年人事故死亡的第二名，而跌倒後可能導致骨折、住院、失能和死亡，因此跌倒對於老年人而言，是一個會影響日常生活和健康的危害。老年人和年輕人相比，於執行雙重任務(Dual Task)時較容易有步態不穩定的情形，進而造成跌倒的發生，因此了解雙重任務對長者的影響才能發展合適的復健和預防措施。日常生活中常見的雙重任務包含視覺(Visual)、認知(Cognitive)和動作(Motor)等形式，而這些形式的雙重任務皆會影響老年人的步態表現，然而目前較少文獻探討有無跌倒經驗的老年人在不同雙重任務情況下的步態表現有何差異，故本研究的目的為探討日常生活中不同形式的雙重任務（視覺、認知和活動）對有跌倒經驗老年人雙重任務步態表現的影響。

研究背景 Background

依據內政部統計處在民國110年1月底的統計資料顯示，台灣超過65歲的長者人口比率已達到16.2%（行政院主計總處，2021），由此可知台灣已經進入高齡社會，而國人的平均壽命於民國106年為80.4歲，男性為77.3歲和女性為83.7歲，整體而言平均壽命由北向南遞減，而西部的平均壽命較東部高（內政部統計處，2018）。台灣各地方雖有些許差異，但整體而言國人的平均壽命有逐漸往上提升的趨勢，而整體人口的老化帶來的老年相關問題也逐一浮現。依據民國107年衛生福利部統計的資料顯示，導致台灣65歲以上老年人死亡的原因中，跌倒是事故傷害死亡原因的第二名（衛生福利部，2018），民國106年國民健康訪問調查裡顯示，3280位65歲以上的長者中，自我表示一年內曾有跌倒過的人有495位，約佔15.5%，代表每6位長者中就有1位長者在過去一年內有跌倒的經驗，而在這495位發生跌倒的長者中，因跌倒受傷而需要就醫的人有264位（53.3%），而因跌倒受傷的長者中，只有兩成會注意家裡的環境安全，其他約有六成的長者並沒有採取任何防止跌倒的措施；進一步分析這些長者跌倒的地點，以室內而言，排第一位的是臥室，大概佔了35.6%，排第二位的是客廳，大概佔了30.8%，第三位則為浴室，大概佔了17%；而以室外來看，排第一位的是街道、路上或路邊，大概佔了62.9%，排第二位的是公園、運動場或溜冰場，大概佔了10.4%，第三位則為菜園或是農地，大概佔了9.4%，另外這項報告亦統計了因跌倒而受傷的原因，排第一位的是因滑倒或是絆倒而受傷的，約佔了43.2%，排第二位的是因失去平衡或是頭昏而受傷的，約佔了37.1%，排第三位的是因撞到物件或人而受傷的，大概佔了11.7%，一般而言，長者會因為跌倒而受傷的原因可能為身體功能（視力、聽力、肌力、平衡感）的下降、生病、適用藥物而產生的副作用或合併多種藥物一起使用所導致的（衛生福利部，2018）。

老年人跌倒不僅會帶來身體的傷害，也會造成住院或甚至導致死亡的發生，而不斷地增加的醫療費用也為家庭和社會帶來龐大的負擔，根據統計65歲以上的美國老年人每一次跌倒所花費的醫療保健平均直接成本（可由醫療服務項目直接控制或負責的成本，包含耗材、護理人員薪水、醫師薪水等）大概就佔了3611美元；在英國，每年因跌倒所花費的平均間接成本（無法直接確認歸屬至成本標的成本，包含行政成本、教學、會計等）高達4萬美元，這顯示老年人的跌倒問題是一項重大的議題，因此建立多方面、全面的跌倒預防策略是重要的全球健康問題（S. Lee, Oh, Hong, & health, 2018）。

雙重任務(Dual Task)的定義為同時進行兩個任務的處理，通常會以動作做為首要的任務(Primary Task)，並同時執行另一個次要的任務(Secondary Task)，次要任務可以是動作、視覺或是認知等，常見的狀況如邊走路邊講電話，或是邊走路邊端盤子等（Qu, 2014），在上述情況中，走路為首要任務，而講電話和端盤子為次要任務，當人們在執行雙重任務時，會因注意力被分散至次要的任務（講電話/端盤子），導致主要任務（行走）或是兩項任務都受到影響，進而使得表現下降，之前的研究顯示老年人在執行雙重任務（算術和語言流利度）時，其步態的變化包括步數和步行時間的增加，主要因為同時執行兩種任務會造成注意力分配問題，導致步態不穩定的情形發生（Olivier Beauchet, Dubost, Aminian, Gonthier, & Kressig, 2005），而這種對步態表現產生負面影響的情況甚至會造成跌倒的發生（Ehsani et al., 2019），因此了解雙重任務對長者的影響才能發展合適的措施以預防跌倒的發生（Liu, Yang, Tsai, & Wang, 2017）。

由上述文獻可知，目前研究發現執行雙重任務會對長者的步態產生影響，然而較少研究探討有跌倒經驗的老年人在不同雙重任務情況下的步態表現和沒有跌倒過的老年人相比有何差異，故本研究的目的為探討日常生活中不同形式的雙重任務（視覺、認知和活動）對有跌倒經驗老年人雙重任務步態表現的影響。

預期成果 Expected Results

1. 有跌倒經驗的老年人其雙重任務步態的表現較無跌倒經驗的老年人差。
2. 視覺雙重任務對有跌倒經驗老年人的雙重任務步態影響較視覺和活動雙重任務的影響大。

研究方法 Methods

一、實驗流程

本研究的研究對象將收入符合收案條件且有意願配合的老年人。納入本研究後，會收集個案的姓名、年齡、婚姻狀況、職業、教育程度、健康狀況（含疾病史、跌倒史、用藥狀況、視力及聽力健康）、個人運動習慣與頻率等基本資料，接著進行評估，評估項目包含有認知功能、功能性活動能力、雙重任務（視覺、認知、活動）步態表現等，本研究會依受試者一年前有無跌倒經驗為依據，將之分成有跌倒經驗和沒有跌倒經驗兩個組別，最後比較兩組間的差異性。

二、研究對象

本研究預計收案人數為102位社區老年人，包含有跌倒經驗的51位，沒有跌倒經驗的51位（效果值設為0.5，α值為0.05，統計檢力值為0.7，獨立樣本t檢定）。受試者的納入和排除條件如下：

納入條件

1. 60歲以上老年人。
2. 小學畢業者：MMSE認知評估量表在24分（含）以上；小學未畢業者：MMSE認知評估量表在16分（含）以上。
1. 不靠輔具能獨自行走1分鐘以上。

排除條件

1. 經醫師診斷為失智症。
2. 神經、肌肉、骨骼有重大受傷或疾病者。
3. 視力異常。
4. 聽力異常。
5. 服用精神類藥物者。

三、評估工具

本研究將進行認知功能、功能性活動能力和雙重任務步態評估，詳細項目如下。

1. 認知功能評估

本研究使用台灣版簡易智能量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)和蒙特利爾認知評估(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)台灣中文版作為整體認知功能評估。簡易智能量表由Folstein等學者再1975年提出，共11個題，分別針對時間和地點的定向感、注意力與計算能力、立即記憶和短期記憶、語言能力（包含命名、複誦、理解和造句）、視覺空間能力等認知功能做為評估項目（Folstein, Folstein, & McHugh, 1975），台灣版簡易智能量表再測信度為0.86，施測所需時間大約5分鐘，最高得分30分，若得分少於27分則表示有輕度認知障礙（敏感度88%、特異性70%），少於24分則表示為失智症患者（敏感度84%、特異性86%）（陳佳微，2013）；蒙特利爾認知評估台灣中文版為一快速篩檢輕度認知障礙的量表（再測信度0.82）（陳佳微，2013），測試的項目有總共有九個領域的認知功能，包括專注力和集中心力、執行功能能力、記憶力、語言能力、視覺空間建構、抽象概念能力、計算能力與定向感，所需時間大約10分鐘，總分30分，只要24分或以上即為正常，24分以下即為輕度認知障礙（敏感性92%、特異性78%）（Tsai et al., 2012），英文版本26分以上才算正常，少於26分即為輕度認知障礙（Nasreddine et al., 2005），此量表的內部一至性高，再測信度為0.75（Park & Yim, 2016）。

2. 功能性活動能力

本研究使用計時起走測試(Timed up and go test)和伯格氏量表(Borg balance test)評估受試者的功能性活動能力。計時起走測試會先請受試者在椅子上坐穩，等施測者指示計時間開始後，受試者才可以從椅子上站起，向前走三公尺後繞過障礙物，折返回椅子上坐穩。試驗結果為記錄受試者的完成時間，計時起走測試的完成時間若超過12.47秒代表有跌倒的風險，再測信為0.965（Alexandre, Meira, Rico, & Mizuta, 2012）（陳惠卿，2013）。伯格氏平衡量表是由Katherine Berg等學者在1989年提出（Berg, Wood-Dauphine, Williams, & Gayton, 1989），此量表可評估靜態和動態平衡，共有14題有關平衡的相關任務，分別為評估站立和坐著時的動態和靜態平衡，每題共有4分，滿分為56分，滿分表示沒有跌倒風險，若小於45分表示有極大可能會跌倒（Steffen, Hacker, & Mollinger, 2002），測試時間大概需要15-20分鐘。Cronbach's alpha係數為0.93（Berg et al., 1989）。

3. 雙重任務步態表現

本研究使用四種行走狀況評估受試者的步態表現，分別為單一任務行走(Single task walking)、邊走邊執行動作的雙重任務(Motor dual task walking)、邊走執行視覺的雙重任務(Visual dual task walking)和邊走邊執行認知的雙重任務(Cognitive dual task walking)，在執行測試的過程中，施測者皆會注意受試者的行走安全，避免受試者發生意外，受試者在測試過程中會配戴可攜式步態分析儀（GaitUp, Physiolog 5, Switzerland）於鞋子後方以記錄受試者的步態表現，記錄的步態表現參數有步行速度、步態頻率、步態長度、跨步時間、完成時間以及時間和空間的對稱性參數，此步態分析儀為使用慣性感測器(Inertial Measurement Unit, IMU)擷取步態動作時的三維加速度和角速度的變化，並藉由數學運算得到步態參數，四個測試狀況的行走速度取決於受試者的自選速度，每次於10公尺的步道上來回走1分鐘，取其多個直線步態週期的平均，每個狀況的正式測試前會讓受試者練習一次，四個狀況共七個測試的測試順序採隨機的方式。在單一任務行走的狀況下，受試者以自選速度行走，不需執行次要的任務；邊走邊執行動作的雙重任務為要求受試者在自選速度行走的過程中，分別執行扣扣子和端著一個裝滿水水杯托盤的次要任務；邊走邊執行視覺的雙重任務為要求受試者在自選速度行走的過程中，分別執行跨越障礙物和邊看著手機裡撥放影片的必要任務；邊走邊執行認知的雙重任務為要求受試者在自選速度行走的過程中，分別執行數字減數和回答施測者問題（如：假如今天晚上要煮紅燒魚，你需要買甚麼材料）的必要任務，直到完成行走為止。



認知休閒活動對輕度認知障礙長者認知功能及憂鬱狀況之成效

盧宥蓁, 鄭方瑜,

馬偕醫學院長期照護研究所

背景

近年來,臺灣已進入老年社會,到 2020 年,65 歲以上人口的比例已達到 16.07%。此外,失智症的人數正在新增。如何預防、延緩失智、增強認知功能是一個重要的課題。輕度認知障礙是介於正常衰老和失智之間的一種過渡狀態。其常見臨床表現包括認知功能惡化和憂鬱。由於對患有輕度認知障礙的老年人缺乏足夠的預防計畫,失智症的風險可能會新增。認知休閒活動可以促進老年人的認知功能,改善其憂鬱情緒。然而,現時的大多數研究都在探索單一認知休閒活動對失智症患者或健康老年人的影響。現時還沒有研究調查兩種認知休閒活動聯合應用對輕度認知障礙受試者的影響。因此,本研究旨在探討兩種認知休閒活動聯合應用對老年輕度認知障礙患者認知和憂鬱的影響。

方法

這項研究將在台灣北部招募 40 名符合條件的輕度認知障礙社區居住老人。根據受試者的意願,將受試者分為認知休閒活動組(N=20)或對照組(N=20)。認知休閒活動組的參與者將每週兩次,每次 60 分鐘,共 24 節認知休閒活動,包括 12 節藝術活動和 12 節身體活動。而對照組中的受試者將不會接受任何介入來維持他們的日常活動。主要結果包括認知功能和憂鬱症。所有測量將在基線、培訓後和 1 個月的隨訪中進行評估

預期成效

我們預計 24 次認知休閒活動計畫可以改善輕度認知障礙老年人的認知功能和憂鬱症,大多數將在培訓後至少持續一個月有明顯改善。

關鍵字:輕度認知障礙、認知休閒活動、認知功能、憂鬱

Effect of cognitive leisure activity on cognitive function and depression in older adults with mild cognitive impairment

You-Zhen Lu, Fang-Yu Cheng

Institute of Long-term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

Background

Recently, Taiwan has entered an elderly society, and the proportion of people over 65 years old has reached 16.07% in 2020. Besides, the population of dementia is increasing. How to prevent, delay dementia and enhance cognitive function is an important issue. Mild cognitive impairment (MCI) is a transitional status between normal aging and dementia. Its common clinical manifestations include cognitive deterioration and depression. The risk of dementia may be increased due to insufficient prevention program in elderly with MCI. Cognitive leisure activities (CLA) can promote cognitive function and improve depression in elderly population. However, most of the current studies were exploring the effect of single CLA in patients with dementia or in healthy older adults. There is no study investigating the effect of combined two types of CLA in MCI subjects. Therefore, the purpose of this study is to explore the effect of combined two types of CLA on cognition and depression in elderly with MCI.

Methods

This study will enroll 40 eligible community-dwelling elderly with MCI in northern Taiwan. The subjects will be divided into a CLA group (N=20) or a control group (N=20) based on their willing. The participants in the CLA group will receive twice a week for 60 minutes each session, a total of 24 sessions CLA, including 12 sessions of art activity and 12 sessions of physical activity. While the subjects in the control group will not receive any intervention to maintain their daily activity. The primary outcomes include cognitive function and depression. All measurements will be assessed at baseline, after training, and at 1-month follow-up.

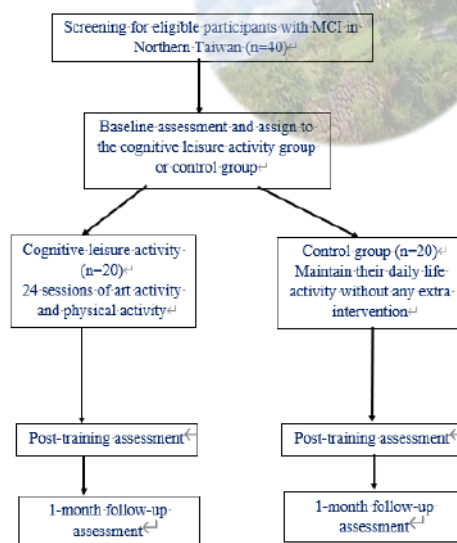


Figure 1 Flow chart of this study

Group	Cognitive leisure activity group	Control group
Time		
10 min	Warm up	Control group: Maintain their daily life activity without any extra intervention.
40 min	Singular Week: Art Activity Biweekly: Physical Activity	
10 min	Singular Week: Experience sharing Biweekly: Cool-down Exercise	

Table 1 Activity design of cognitive leisure activity group and control group

Expected results

We expect that a 24-session cognitive leisure activity program can improve cognitive functions, and depression in elderly with MCI. Most of the improvements will be sustained for at least one month after training.

身心障礙學童照顧者對長照2.0陪同就醫與陪同外出服務需求與困境 之研究

黃淑菁, 林金定*

馬偕醫學院長期照護研究所

*E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

政府推動長照 2.0 政策，提出「家有身障兒，長照 2.0 陪伴您」，希望長照 2.0 能提供身心障礙學童協助，降低家庭照顧者的壓力。根據衛生福利部統計處 110 年 8 月 31 日的資料，身心障礙人數已有一百一十九萬九千六百八十一人，其中學齡期人數有一萬九千零七十九人，也代表著有一萬九千個身心障礙學童的家庭照顧者在照顧這一群特殊需求的學生。但過去的文獻資料卻很少有身心障礙學童陪同就醫與陪同外出的利用狀況的研究，本研究的目的是探討身心障礙學童之家庭照顧者對長照 2.0 陪同就醫與陪同外出服務的認知情形、使用意願、使用現況與遭遇困境及期許與建議，來了解長照 2.0 的陪同就醫與陪同外出服務對身心障礙學童家庭照顧者來說能否給予適切的協助。研究對象為訪談時有正式學籍之身心障礙學童之家庭照顧者且訪談時被照顧者持有有效身心障礙證明，預定訪談 10~15 位。研究採取質性訪談的方式，使用半結構式訪談，受訪者在訪談過程受到較少限制時，往往會採取較開放的態度來反思自己的經驗。並將訪談結果用內容分析法進行分析。政府有這麼好的政策可以給身心障礙學童協助，預期結果可以了解身心障礙學童的需求及照顧者的困難且身心障礙學童及其照顧者在了解後開始使用長照 2.0 陪同就醫與陪同外出服務。

關鍵字：長照 2.0、身心障礙照顧者、家庭照顧者、陪同就醫、陪同外出

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (B組)

身心障礙學童照顧者對長照2.0陪同就醫與陪同外出服務需求與困境之研究

A Study on the Needs and Difficulties to Use the Accompanying Medical and Out-of-home Services within Long-term Care 2.0 among School-age Disabled Persons

黃淑菁、林金定

Shu-Ching Huang, Jin-Ding Lin

馬偕醫學院長期照護研究所
Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

研究背景 Background

根據衛生福利部統計處110年8月31日的資料，身心障礙人數已有一百一十九萬九千六百八十一人(衛生福利部，2021)。其中年齡層在學齡期的人數有一萬九千零七十九人，也代表著有一萬九千個身心障礙學童的家庭照顧者在照顧這一群特殊需求的學生。

研究之重要性

- 一、了解身心障礙學童照顧者對長照2.0陪同就醫及陪同外出服務的認識及期待與建議
- 二、能否對身心障礙學童照顧者有切合實際的幫助

陪同就醫與陪同外出可提供身心障礙學童照顧者下列協助

身心障礙學童學校上下學、到醫院上復健療育課程都需要接送，但家庭照顧者有時會有時間調配不過來的時候，這時可以申請長照2.0的陪同外出服務(衛生福利部，2016)，照顧服務員可以協助家庭照顧者去做接送的工作，這樣也不會沒有接送的人力而耽誤身心障礙學童的就學跟黃金療育期。

有些身心障礙學童需要固定的運動來穩定情緒或增進體能，有些身心障礙學童有些固著行為需要被滿足，有些身心障礙學童有購物需要陪伴的需求，家庭照顧者並不一定有足夠的體力跟時間來因應跟滿足，這時也可申請長照2.0的照顧服務員的陪同外出服務來協助家庭照顧者來陪伴或協助家庭照顧者一起陪伴身心障礙學童。

家庭照顧者有時想要參與一些成長團體或是支持團體時，也可申請照顧服務員陪同外出，這時家長可以參與活動，身心障礙學童又有人可以在旁陪伴照顧，這樣照顧者可以參與、可以學習成長又可得到支持的機會。

就醫的流程繁複，一般門診就醫的流程是掛號後等待門診號碼，護士依次序叫號，醫師看診後開立處方或檢查單，檢查後再回診間，結束後再到批價處批價繳費，再到藥局依序領藥，整個就醫時間冗長(王祖琪等人，2004)，身心障礙學童就醫的時候，有時無法靜坐候診，或是長時間等待，家庭照顧者一個人帶著身心障礙學童就醫時，有時會有需要協助的需要，看視身心障礙學童的人身安全，照顧者可能要上個洗手間，跟醫師討論一下身心障礙學童的狀況，這時長照2.0陪同就醫服務對照顧者是有很大的幫助的。

協助身心障礙學童就學的接送，長照2.0的陪同外出服務可以協助，以家庭照顧者來說如果家中還有其他要照顧的失能者就是更大的壓力，能夠不用量身心障礙學童的接送能減少很大的負擔。家庭照顧者在帶著身心障礙學童外出時，在沒有協助的時候壓力跟焦慮常常會造成身體健康亮起紅燈，但如果有長照2.0陪同外出服務的介入，提供的協助可以減少照顧者的壓力及焦慮。

研究問題 Problem

探討身心障礙學童對長照2.0陪同就醫與陪同外出服務之需求為何?及其使用現況與遭遇困境為何?

研究目的 Purposes

本研究的目的是在探討身心障礙學童之家庭照顧者以下面向：

1. 長照2.0陪同就醫與陪同外出服務之認知情形
2. 長照2.0陪同就醫與陪同外出服務之使用意願
3. 長照2.0陪同就醫與陪同外出服務之使用現況與遭遇困境。
4. 長照2.0陪同就醫與陪同外出服務之期待與建議

研究方法 Methods

本研究目的在於探討身心障礙學童對長照2.0陪同就醫與陪同外出服務之需求與困境情形的概況，認知情形、使用意願及使用現況與遭遇困境與家庭照顧者對理想的長照2.0陪同就醫與陪同外出服務的期待與建議。長照2.0提供失能者很多的協助，也讓照顧者得到協助，但是對身心障礙學童家庭的照顧者在陪同就醫與陪同外出服務時如何呢?藉由質性研究的方式來了解並研提出因應的方式。

圖一 研究概念架構圖

個案特質與需求

- 個案特質
- 家庭狀況
- 需求類型

利用經驗

- 利用情形
- 利用困境
- 未來期待

長照2.0
陪同就醫及外出服務
制度與現況

研究對象 Subjects

研究對象為身心障礙學童之家庭照顧者，因為學齡期的身心障礙者無法清楚表達自己，所以由照顧者來代為回應所有的研究問題，期待了解學齡期的身心障礙者的困難及家庭照顧者對長照2.0陪同就醫與陪同外出服務的認知與期待，本研究預定訪談10~15位照顧者。

選擇條件如下：

- 一、訪談時有正式學籍之身心障礙者之家庭照顧者、
- 二、訪談時被照顧者持有有效身心障礙證明。

陪同就醫與陪同外出 Accompanying Medical and Out-of-home

陪同就醫內容包括：協助掛號(含預約)、長照需要者準備、陪同就診、聽取及轉知醫囑與注意事項，陪同長照需要者就醫為主，陪同時間自案家出門起算1.5小時。超過1.5小時，得依實際陪同就醫時數使用陪同外出服務(衛生福利部，2020)。

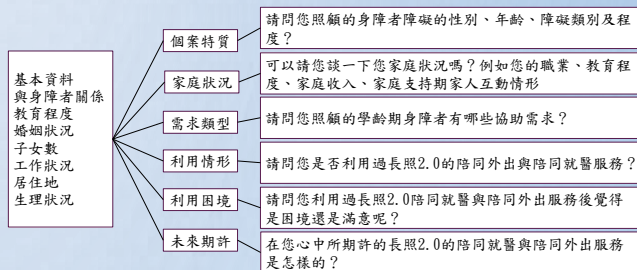
陪同外出內容包括：購物、社交活動、辦理事務、參與宗教活動、用餐、散步、上下學、定期式復健或洗腎、運動等。外出工具之安排、陪同外出，及注意安全，以每30分鐘為1給(支)單位(衛生福利部，2020)。

圖二 訪談架構

訪談對象

訪談面向

訪談問題



訪談大綱 Interview Outline

- 一、瞭解身心障礙學童的特質
➢ 請問您照顧的身心障礙者的性別、年齡、障礙類別及障礙程度?
- 二、瞭解學齡期身心障礙者的家庭狀況
➢ 可以請您談一下您家庭狀況嗎?例如您的職業、教育程度、家中成員、家庭收入及家人互動的情形
- 三、瞭解身心障礙學童的需求有哪些類型
➢ 請問您照顧的身心障礙學童有哪些協助需求?
- 四、長照2.0服務利用情形
➢ 請問您有沒有聽過長照2.0的服務?有聽過哪些服務呢?
➢ 請問您有沒有使用過長照2.0的服務?有的話使用過哪些服務呢?
- 五、長照2.0陪同就醫與陪同外出服務利用情形
➢ 長照2.0有陪同就醫與陪同外出服務不知您是否瞭解服務內容?如果不明瞭我可否為您介紹一下，在您瞭解後您是否會想要利用?
➢ 如果有長照2.0陪同就醫與陪同外出的服務後，您有沒有利用過這個服務?如果有可以談談您的利用經驗嗎?
- 六、長照2.0陪同就醫與陪同外出服務利用困境(擇一詢問)
➢ 如果有使用過，利用之後覺得是滿意還是困境，對於現有的長照2.0的陪同就醫與陪同外出服務是否符合您的設想達到身障者的需求?
➢ 如果沒有使用過，可以談談為何不利用這個長照2.0陪同就醫與陪同外出服務呢?
- 七、身心障礙學童照顧者對長照2.0陪同外出與陪同就醫服務的未來期待與建議
➢ 請問在您心中所期待的長照2.0的陪同就醫與陪同外出服務是怎樣的?

資料分析 Data Analysis

研究者所蒐集各種資料是為了呈現事實的真相，依循訪談大綱來提出研究問題，來蒐集資料。並在記錄整理後，使用內容分析法進行分析。內容分析法是一種分析資料的過程，透過循序漸進的步驟，將語言文字或談話內容作有系統並客觀的描述，透過演繹或歸納的方式來進行資料分析，透過分析讓資料可以有效並嚴謹的呈現。研究者根據主題及目的先做譯碼冊，根據譯碼冊的編碼將訪談內容的字或句分門別類地加以分類歸納，再計算出現頻率進行歸納分析。

預期結果與困難 Expected Results

預期結果：
可以了解身心障礙學童的需求及照顧者的困難。
身心障礙學童及其照顧者在了解後開始使用長照2.0陪同就醫與陪同外出服務。

預期困難：
有使用長照2.0陪同就醫與陪同外出服務的受訪者招募不易。

智能障礙者失智狀況對機構照顧者負荷之影響

蔡孟淳，鄭方瑜*

馬偕醫學院長期照護研究所

*Email: fycheng@mmc.edu.tw

背景

智能障礙者罹患失智症後的常見症狀包含日常生活功能衰退及認知功能下降，這些生理和心理的機能改變和退化，都可能加深照顧者照顧負荷，然而目前並沒有研究針對這個方面進行探討，故本研究之目的為探討中高齡智能障礙者若有失智症狀對於照顧者的負荷是否有影響；同時分析中高齡智能障礙者的失智程度和相關症狀與照顧者負荷間的相關性和其影響因素，以做為未來衛教和政策制定之參考。

方法

本研究採橫斷式調查，以全台機構安置 18,230 位 45 歲以上之智能障礙者為母群體，預計寄出 2800 多份結構式問卷，回收 420 有效問卷進行分析。由於智能障礙者本身可能有認知障礙，故由其主要照顧者來填答問卷。問卷的組成包含智能障礙者基本屬性、智能障礙者的失智情況（智能障礙者失智症篩檢量表）、照顧者的基本屬性以及照顧者的負荷（哥本哈根疲勞量表）。預計使用獨立樣本 T 檢定探討兩組的照顧者壓力平均數是否有顯著的差異；再者使用皮爾森積差相關分析和多元迴歸分析檢驗其關係強度和影響因素。

關鍵字：智能障礙者、照顧者負荷、失智、哥本哈根疲勞量表、智能障礙者失智症篩檢量表

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

智能障礙者失智狀況對機構照顧者負荷之影響

The Impact Of Dementia Status On Caregiving Burden Of Institutional Caregivers Of People With Intellectual Disabilities

蔡孟淳 (Meng-Chuen Tsai)、鄭方瑜 (Fang-Yu Cheng)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

研究背景

根據內政部人口資料網(2020)中顯示,台灣人口快速老化,統計2006年65歲老人佔全國人口的10%,到2018年老年人口上升至14%,預估2025年由高齡社會進入到超高齡社會(林嘉鈴,2021)。

隨著老年人口的增加,失智的人口也不斷攀升,依據台灣失智症協會調查資料顯示,2019年台灣失智症人口數已逾28萬人,失智症的進展變化,造成日常生活活動的功能下降,對照顧者產生極大負擔,亦增加照護成本。

隨著國內人口結構老化衍伸的問題浮現,智能障礙者提前老化的問題亦不容忽略;根據衛生福利部2021年統計,全台45歲以上的智能障礙者佔整體26.5%,有逐年攀升跡象。

智能障礙者罹患失智症後的常見症狀包含日常生活功能衰退及認知功能下降,這些生理和心理的機能改變和退化,都可能加深照顧者照顧負荷,然而目前並沒有研究針對這個方面進行探討。

研究目的

本研究目的為:

➢探討中高齡智能障礙者有無失智症狀對於照顧者壓力影響之情形。

➢分析中高齡智能障礙者的失智程度和相關症狀與照顧者壓力間的相關性和其影響因素。

文獻回顧和探討

一. 智能障礙的定義與診斷

造成智能障礙的原因可分為先天性基因異常與後天大腦受損,美國智能障礙學會(American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD),2013年定義為,智力功能與適應行為兩方面的顯著限制障礙;此障礙通常發生在18歲之前(鈕文英,2010)。

台灣比照世界衛生組織發展國際功能、失能和健康分類(International Classifications of Functioning, Disability and Health, ICF),在2007年通過「身心障礙者權益保障法」中,將智能障礙定義為:「成長過程中,心智發展停滯或不完全發展,導致認知、能力與社會適應有關之智能技巧的障礙」。

智能障礙等級區分為四種,輕度為在特殊教育下可部份自理生活,及從事半技術性或簡單技術性工作;中度為他人監護指導下僅可部份自理簡單生活,於他人庇護下可從事非技術性的工作,但無獨立自謀生活能力;重度為心智年齡三歲以上未滿六歲且無法獨立自我照顧,亦無自謀生活能力,須賴人長期養護;極重度為心智年齡未滿三歲且無法獨立自我照顧,亦無自謀生活能力,須賴人長期養護;若採魏氏兒童或成人智力測驗分數分級,分數55-69分為輕度、40-54分為中度、25-39分為重度及24分以下為極重度。智商鑑定若採用比西智力量表時,智力範圍極重度為19以下,重度為20至35,中度為36至51,輕度為52至67。若無法施測智力測驗時,可參考其他發展適應行為量表評估或臨床綜合評量,以評估其等級。(內政部,2021)。

二. 智能障礙發生失智的比例

根據(The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)診斷準則,認知障礙症(major neurocognitive disorder)的診斷為:一項或多項認知範疇,包括複雜注意力、執行功能、學習和記憶、語言、知覺、動作、或社交認知的認知力表現顯著降低,認知缺損干擾日常生活活動獨立進行,認知缺損非只出現於譫妄情境,認知缺損無法以另一精神疾病解釋(失智症診療手冊,2017),而失智症亦屬於一種認知障礙症。

智能障礙者隨著年紀增長,逐漸老化,可能出現認知功能下降與失智症的產生。Plassman等人指出,美國70歲及以上的人群中,失智症的總流行率估計為13.9%(約340萬人),隨著年齡的增長,罹患率也明顯增加,從71-79歲人群的5.0%到90歲及以上人群的37.4%(Plassman et al., 2007);Cooper(1997)等學者在英國調查134名智能障礙者罹患失智症的比例(其中有5名為唐氏症),結果顯示65歲以上罹患失智症比例是15.6%,75-84歲的比例為23.5%(Sharon J et al., 2013);Strydom等學者(2009)在英國調查222名非唐氏症之智能障礙者罹患失智症的比例,結果發現60-64歲及以上罹患率為13.1%,65歲以上為18.3%;Visseret等學者(1997)在荷蘭收集849位非唐氏症之智能障礙者罹患失智症的比例,結果顯示50-59歲間罹患失智症的比例為1.7%,60歲以上有5.9%;Zigman等學者(2004)調查在美國126名非唐氏症之智能障礙者罹患失智症的比例,結果顯示65歲以上罹患失智症的比例為4.2%,75歲以上為5.6%。另外有幾篇文獻為探討唐氏症之智能障礙者罹患失智症的比例,結果發現成年唐氏症患者罹患失智症的比例比一般正常人高,其發生的年齡平均在50歲左右(Sharon J et al., 2013);Coppus等學者(2006)針對506唐氏症患者進行調查,結果顯示49歲以下罹患失智症的比例為8.9%,50-54歲的比例為17.7%,55-59歲的人比例為32.1%,69歲以上為25.6%(Sharon J et al., 2013)。

三. 智能障礙失智檢測篩檢量表

智能障礙者失智篩檢量表(Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities, DSQIID)。此篩檢問卷由英國的Deb Hare等學者制定(Deb Hare, Prior & Bhaumik, 2007),專為唐氏症者所設計的,但也可使用在一般的智能障礙者,填寫問卷的對象為智能障礙者的主要照顧者,主要依據智能障礙者成年後的最佳表現、失智症行為或症狀的出現以及比較最佳表現和現在表現的差異以分析此個案是否可能罹患失智症。問卷是由三個題組所組成,第一部分是調查個案最好能力的程度,包含表達能力及進食、穿衣與盥洗是否需要他人的協助,屬於不計分的題組,第二部分共有43題,內容包含了失智症者可能產生的行為或症狀,例如記憶及認知功能退化、漸漸失去生活功能、行為改變、生理及心理症狀產生、睡眠障礙與表達能力障礙等失智症狀;第三部分共10題,內容包含與自己過往行為比較,此量表的第二與第三部分才有計分,因此總分是53分,其評估優點無受限於場地,時間只需10-15分鐘,且所使用的切點具有一致性,不會因為受試者障礙程度的不同而改變。

四. 照顧者的負荷及其相關因素

照顧者負荷定義是指:家庭或機構照顧者,因提供身心障礙家屬或個案照顧上的協助,在生理、心理、情緒、經濟、和社交等層面,感受到壓力或不適,可分為主觀和客觀的兩個面向,客觀的負荷包括身體健康、家庭生活、社交生活和經濟的改變,而主觀負荷則為心理精神上的緊張或(strain)。(陳育嫻, 2021),這些情緒或感受如果沒有加以緩解或處理,可能導致身心不適狀況。

本研究的研究對象為身心障礙機構的照顧者,故使用「哥本哈根疲勞量表」(Copenhagen Burnout Inventory, CBI),此量表為丹麥學者共同開發,屬公共財,由葉婉榆等學者(2008)共同所譯中文版,屬於收集正式照顧者照顧負荷相關量表

研究方法

研究架構

智能障礙者的基本屬性

年齡、慢性病、教育程度、智能障礙等級

智能障礙者的失智情況

失智狀況(DSQIID)

照顧者的基本屬性

性別、年齡、年資、教育程度

照顧者的壓力

哥本哈根疲勞量表

研究對象

一. 母群體

一般人口法定老年年齡為65歲,智能障礙則預估在45歲即為老年,35歲則開始出現老化、退化行為(內政部,2021),本研究採全台安置45歲以上智能障礙之機構為母群體,本研究母群體人數為18,230人。

二. 樣本與抽樣方式

本研究樣本計算方式為:抽樣誤差值為±5%,在95%信賴區間之下,使用網路G power樣本計算公式;多元迴歸係數分析,顯著水準=0.05,效果值f²=0.15,統計檢定力=0.8,參考文獻回收率15%,故本研究預計寄2800多份問卷,回收420份有效問卷。

三. 納入和排除條件

本研究資料的研究對象為智能障礙者的主要照顧者,主要照顧者的定義是提供身體照顧時數最長的照顧者;納入條件為照顧時間至少一年,;研究對象須意識清楚,且能以國語或台語溝通,經研究者說明研究目的及進行方法與步驟後願意參與本研究,並親簽或蓋章同意書者。

智能障礙的基本屬性人口學特質

- 1) 年齡:本研究將以健保卡之出生年月日進行換算。
- 2) 教育程度:分為不識字、國小、初中、高中以上,四種教育程度。
- 3) 其他慢性疾病:分為心臟病、高血壓、糖尿病、中風、高膽固醇。
- 4) 智能障礙等級:依照身心障礙者權益保障法分為:輕度、中度、重度、極重度,四級。

照顧者基本屬性

➢性別:分別為男、女。

➢年齡:本研究將以健保卡之出生年月日進行換算。

➢教育程度:分為不識字、國小、初中、高中以上,四種教育程度。

➢年資:分為1年以下、1-3年、3-5年、5-8年、8年以上;5種年資。

資料處理與分析

透過SPSS 26.0版本套裝軟體進行統計分析。本研究的第一個目的為探討中高齡智能障礙者若有失智症狀對於照顧者的負荷是否有影響,故使用獨立樣本T檢定探討兩組的照顧者壓力平均數是否有顯著的差異;第二個目的為分析中高齡智能障礙者的失智程度和相關症狀與照顧者壓力間的相關性和其影響因素,故使用皮爾森積差相關分析和多元迴歸分析檢驗其關係強度和影響因素。



居家失智個案應用綠色照護的歷程探討

黃郁丰¹，黃耀榮²

¹ 馬偕醫學院長期照護研究所研究生

² 馬偕醫學院長期照護研究所教授

E-mail:joyhuang56@gmail.com

台灣 93.8%的失智個案居住家中，應用綠色照護之創新方式以提升失智個案與照顧者生活品質，已成為關注焦點。本研究透過居家庭園進行失智個案綠照護歷程探討，希望提供居家照顧參考應用。經由綠色照護意涵、綠色照護發展與應用、應用綠色照護對認知與行為精神症狀影響等文獻回顧，本研究針對有農藝活動嗜好（含飼養家禽）且住家有戶外庭園之輕度失智個案為對象。

研究內容將探究居家綠色照護之計畫原則、場地尋找、場地配置、材料購買、照顧者和失智者之溝通、如何安排活動、失智者功能變化觀察、操作面臨之障礙。研究方法採質性研究之紮根理論、半結構式訪談，活動行為現象觀察。預期成果為瞭解綠色照護之操作相關因素，並實證居家綠色照護對失智者的影響，檢討輔助療法之可能性。

關鍵字:失智症、居家照顧、綠色照護、歷程

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

居家失智個案應用綠色照護的歷程探討

A Progressive Study on the Application of Green Care for Demented Case Dwelling at Home

黃郁丰、黃耀榮

Yu-Feng Huang, Yao-Rong Hwang

馬偕醫學院長期照護研究所

Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

研究背景 BACKGROUND

失智症是全球的挑戰，全球疾病負擔(GBD)預測2019年至2050年台灣失智人口將成長131% (Nichols et al., 2022)；其中，極輕度與輕度佔74% (吳怡慧&林明憲, 2017)，93.8%的失智個案居住在居家中降低照護成本(許瑞祈 et al., 2021)，失智者與照護者的照護相關議題成為關注焦點。

應用環境與活動相關因素的創新照護方式如綠色照護各類輔助治療活動，可改善失智者認知與行為精神症狀，提升居家失智個案與照護者生活品質。台灣缺乏居家失智個案綠色照護的相關研究，為此本研究將探究居家綠色照護之計畫原則、場地尋找、場地配置、材料購買、照顧者和失智者之溝通、如何安排活動、失智者功能變化觀察、操作面臨之障礙等失智個案綠色照護歷程，以提供未來居家照顧對象參考應用。

文獻回顧 LITERATURE REVIEW

一、綠色照護的意義

綠色照護興起於北歐，歐盟「科技研究委員會(COST)」應用與大自然元素互動而以構成的環境為介面的輔助療法 (Bratman et al., 2019; Soga et al., 2017)，綠色照護的兩大運用方式分別為「體驗大自然環境」和「與自然元素互動」。前者有靜態 (例如運用感官欣賞自然環境)，與動態 (例如林間漫步)；後者則可分為與生物互動以及形塑自然 (Berget et al., 2010)，使人的感官主動或被動激活 (Pedinolla et al., 2019) 增加生活滿意度、幸福、降低負面情緒(Cox et al., 2017; Shanahan et al., 2019)。

二、綠色照護的發展與應用

綠色照護農場側重參與者的剩餘能力最上限，設計納入日常生活的活動，使之以農場工作者身份達到健促、社交功能、社區意識和身份認同 (Ellingsen-Dalskau et al., 2020)；例如荷蘭綠色農場結合園藝、動物照顧、家務和其他日常生活，讓參與者有更多體能與戶外活動、正向情緒、身體機能改善和貢獻感 (de Boer et al., 2017; Ibsen et al., 2018)。**園藝治療**以接近植物或園藝的活動達到身心靈健康 (Charles, 2008)，可在室內或室外進行感官刺激、精細動作訓練與體能增強。**療癒花園**則配合參與者不同需求在良好設計的自然景觀中與環境互動產生幸福、減緩身心負面狀態 (Haubenhofer et al., 2010)。**生態治療**強調重建人與自然生態互動以增進健康 (Berget et al., 2010)，即使透過窗戶欣賞綠意或鳥鳴亦有可提升生活滿意度、恢復注意力、減輕壓力等健康促進效果 (Chiang & Weng, 2021)。**綠色運動訓練**係置身開闊鄉野園林的自然環境中運動，可見對自尊、情緒和緊張情緒改善的效益 (Haubenhofer et al., 2010)。**荒野或冒險治療**則是短時間內高密度和強度以任何冒險的技術與工具生成為目標的治療方式 (陳宗德 & 陳惠美, 2021)。

三、失智者應用綠色照護對認知與行為精神症狀 (BPSD) 的影響

失智症的非藥物治療被推崇優先於藥物治療 (許庭裕 & 黃仲禹, 2020)，阿茲海默症治療的關鍵環境之一即為療癒庭園，提供安全的治療性活動空間改善患者感官功能、現實感以提升生活品質 (Marcus & Barnes, 2008)。研究文獻認為戶外庭園綠色照護之輔導效益，曝曬陽光喚醒體內生物時鐘 (Zeisel, 2007)，促進其對生活周遭環境之現實感 (黃耀榮, 2009)，尤其改善注意力和時間定向最為明顯，也有助於記憶訓練、空間認知、降低憂鬱、焦慮、攻擊性/憤怒行為 (Liao et al., 2018)；此外，處於其中20分鐘即顯示情緒改善 (White et al., 2017)，亦增加幸福感 (Rokstad et al., 2021)。透過種植蔬果或飼養家禽等有意義活動可增加獨立、自尊、自信有助形成自我感受 (Cook et al., 2013) 並促進體能活動 (Fleiner et al., 2015)；與動物接觸改善情緒和減少躁躁 (Barrett et al., 2019)。

室內空間和虛擬自然元素之綠色照護，在條件受限時具有良好設計的綠色照護情境亦有補償性功能，其影響包括放鬆、改善睡眠、增加食慾和減少藥物量 (Evans et al., 2019)，降低負面情緒 (Brown et al., 2013; Evans et al., 2019)。

四、居家綠色照護操作之相關因素

1. 計畫原則與場地尋找

綠色照護成功的關鍵是以個人為中心。考量當事人狀態、照顧者對綠色照護的理解與專業協助、適切的设计佈局 (Evans et al., 2019)，場域熟悉、重視喜好和剩餘能力為起點 (de Bruin et al., 2017)，依自然元素、戶外、熟悉有意義活動組合及反覆操作為前提 (Carter, 2014)。

場地尋找應提供當事人可近、享有控制與隱私權、身體活動及運動、接近大自然場地 (Marcus & Barnes, 2008)，激發行動並獨立作業機制、休憩與安全、照顧者從室內可見當事人 (Chalfont, 2013; Uwajeh et al., 2019) 等。

2. 場地配置與材料購買

場地不在於大小，而在支持性與療癒性情境設計 (Marcus & Barnes, 2008)，環境設計元素越多元效果越發明顯，如飼養動物更可豐富幸福感 (Bourdon & Belmin, 2021)。場地配置依家戶而有所差異，讓使用者在最大限度的安全措施下保持獨立活動性 (Kwack et al., 2005)，並有助於失智者的認知地圖元素設計 (Zeisel, 2005; Marcus & Barnes, 2008)；形成迴路無岔口的路徑以利遊走和運動 (黃耀榮, 2009)。

材料購買注意降低傷害風險因素如有毒有刺植物 (Söderback et al., 2004)；應具有永久性和可移動性陳設物，並提供象徵性 (如時間與記憶) 的反饋線索 (Marcus & Barnes, 2008; 黃耀榮, 2009)，場地屬於小空間時以盆栽立體擺列為佳 (Yamazaki, 2019)。工作材料應購買符合脆弱族群園藝活動人體工程之作業工具 (Söderback et al., 2004)、適用高度的種植結構床、移動式容器 (Kwack et al., 2005)、四季可收成蔬菜苗 (張曉慈, 2012)、溫室家禽 (Chalfont, 2013; Cook et al., 2013) 等。

3. 照顧者和失智者之溝通與如何安排活動

溝通以3R原則簡易短詞、緩而安全保證、轉移焦點以及避免衝突為原則 (吳怡慧&林明憲, 2017)，覺察照顧者自己的身心狀態和習慣溝通模式、去除環境中干擾因子、評估失智者當下身心狀態、不驚嚇不催促 (黃心蔓, 2019)，專注其剩餘能力和長處，維持好朋友的關係、尊重讚賞、避免對質與教訓、指責糾正、幼稚化、負面表達 (潘麗玉, 2018)。

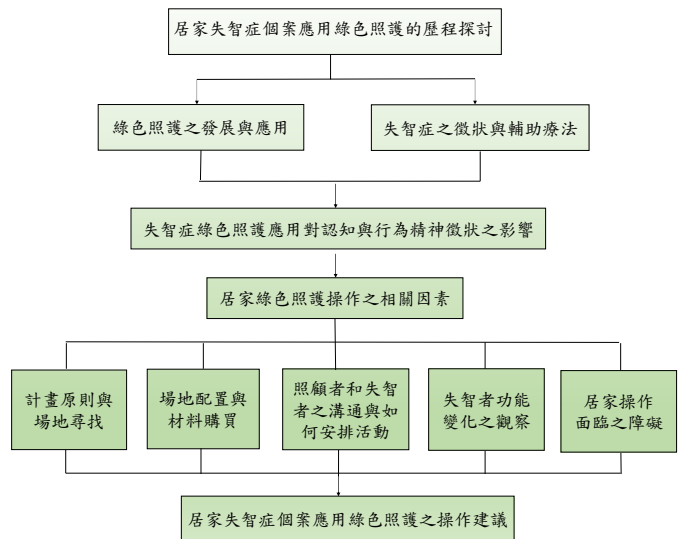
活動安排從失智者觀點和感覺出發 (許庭裕 & 黃仲禹, 2020)，應取決當事人體能、失智狀態與個人喜好以降低挫敗感，配合家庭狀況而提供個別性活動計畫 (Kwack et al., 2005)，操作物品和參與活動需簡單化 (柯宏勳, 2018)。療癒庭園的失智綠色照護活動可安排分為組織性活動 (例如茶會) 和自發性活動 (例如散步)，活動操作可包括：任何與園藝相關活動 (Söderback et al., 2004)、熟悉的日常活動、徘徊與散步、休憩與賞景 (章錦瑜, 2001; Marcus & Barnes, 2008) 以及適切的體適能和娛樂活動 (陳秀惠 et al., 2018)，並在每天固定的時間進行為宜 (高潔純&林麗輝, 2005b)。

4. 失智者功能變化之觀察

失智者功能變化漸進而細微，照顧者觀察時需聚焦於小目標的工作耐受狀態、結合現實導向、感官知覺刺激、補救記憶和認知的重組能力 (Söderback et al., 2004; Gatz, 2000)。對於活動過程和目標之評估進行分析和追蹤，以隨時調整活動並提供給醫療團隊參考 (高潔純&林麗輝, 2005b)。除庭園活動外，可評估認知、日常生活功能、問題行為與生活品質方面變化 (吳怡慧&林明憲, 2017)，以提供照護計畫改善。

5. 居家綠色照護操作面臨之障礙

需考慮失智者行動不便而限制進入活動區域、使用工具或技術的困難造成沮喪、感官知覺障礙與行為問題無法控制 (Kwack et al., 2005; 黃耀榮 et al., 2019)。環境過於紊亂、缺乏規律與熟悉感、冗長複雜程序步驟等導致失智症狀影響操作活動和能力 (高潔純&林麗輝, 2005b)。場地部分面可提供閒置空間有限、農藝材料需投入經費、作物管理維護 (臺北市政府, 2015) 等。



研究方法 METHODS

一、範圍與對象

本研究範圍為台灣北部地區失智者居家照顧之案家，研究對象針對有農藝活動嗜好 (含飼養家禽) 且住家有戶外庭園之輕度失智個案為研究樣本。

二、方法

為瞭解居家綠色照護歷程之多層面意義且持續變化的複雜特性，本計畫採**質性研究方法**。以**紮根理論**經由一系列資料收集 (達資料飽和度為原則)、分析、比較的循環歸納為基礎理論；以**現象學方法**由多次實地觀察記錄研究對象的活動行為現象以輔助解釋受訪者主觀的表述；以**半結構式訪談方法**依訪談綱要 (計畫原則、場地尋找、場地配置、材料購買、照顧者和失智者之溝通、如何安排活動、失智者功能變化之觀察、居家綠色照護操作面臨之障礙...等) 採開放引導而保持彈性調整，深度訪談取得失智個案與照顧者的認知與內在想法，並文字、繪圖描述現象資訊。

三、資料整理編碼系統

依據訪談錄音資料、訪談過程筆記摘錄之談話重點，綜合轉錄為逐字稿，彙整紀錄進行原始資料編碼。編碼系統將形成「個案代碼—訪談大綱代碼—訪談主題代碼—內容分類代碼—頁次或段落號碼流水號」。在大綱與主題之內容論述及歸納、比較後提出綜合性結論。

預期成果 EXPECTED RESULTS

- 一、探討居家失智個案進行綠色照護的過程，瞭解其操作相關因素。
- 二、實踐居家綠色照護對失智者的影響，以檢討其成為輔助療法之可能性。

認知活化方案對高齡認知障礙者的認知功能之成效

吳書慧^{1*},葉明莉²

¹ 馬偕醫學院長期照護所
E-mail:alicewu13214@gmail.com

研究背景與研究目的：隨著人口急劇高齡化，失智症族群亦正快速成長，造成許多對個人、家庭成員和醫療保健系統的健康照護負擔。失智症是一不可逆的疾病，患者的認知能力會隨著病程的進展而逐漸退化，影響其往後的語意表達、日常生活的自理能力和生活品質。認知刺激療法(CST)為英國發展的一套計劃，是具有成本效益的介入措施，對輕度至中度失智症患者的認知功能和生活質量都有好處，因此英國國家健康與照顧卓越研究院（NICE-SCIE）建議所有輕、中度失智症患者皆應接受 CST。本研究目的為探討認知活化方案改善高齡認知障礙者的認知功能之成效，首先參考國外實證研究發展之 CST，進而應用於我國之認知障礙者，希望藉由研究結果提供臨床上使用。

研究方法：本研究採準實驗研究設計(quasi-experimental design)的非隨機實驗控制組前後測設計(non-randomized control-group pretest-posttest design)，將自神經內科門診招募認知障礙個案 32 名實驗組及 32 名對照組，並對實驗組進行為期十四週，一週兩次的認知活化方案。實驗組與對照組皆須接受前測，分別於介入七、十四週後接受認知功能評估及語意流暢度的後測，並以獨立樣本 t 檢定之統計分析比較兩組介入後認知障礙個案在認知功能及語意流暢度的表現；及以成對樣本 t 檢定之統計分析比較認知活化方案介入前後，實驗組的認知能力是否有顯著差異。研究預期認知障礙個案在接受七週及十四週的認知活化方案介入後，其認知功能、語意流暢度將有顯著提升，進而改善其生活品質，提供為未來居家一認知障礙個案執行認知刺激介入的參考依據。

關鍵字:失智症、認知刺激治療、認知功能、語意流暢度

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(B組)

The effect of cognitive activation program on improving cognitive function among older adults with cognitive impairment

認知活化方案對高齡認知障礙者的認知功能之成效

Wu, Shu-Hui, Min-Li Yeh
吳書慧、葉明莉

馬偕醫學院長期照護研究所

Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

摘要

研究背景與研究目的：隨著人口急劇高齡化，失智症族群亦正快速成長，造成許多對個人、家庭成員與醫療保健系統的健康照護負擔。失智症是一不可逆的疾病，患者的認知能力會隨著病程的進展而逐漸退化，影響其往後的語意表達、日常生活的自理能力和生活品質。認知刺激療法(CST)為英國發展的一套計劃，是具有成本效益的介入措施，對輕度至中度失智症患者的認知功能和生活品質都有好處，因此英國國家健康與照顧卓越研究院(NICE-SCIE)建議所有輕、中度失智症患者皆應接受CST。本研究目的為探討認知活化方案改善高齡認知障礙者的認知功能之成效，首先參考國外實證研究發展之CST，進而應用於我國之認知障礙者，希望藉由研究結果提供臨床上使用。

研究方法：本研究採準實驗研究設計(quasi-experimental design)的非隨機實驗控制組前後測設計(non-randomized control-group pretest-posttest design)，將自神經內科門診招募認知障礙個案30名實驗組及30名對照組，並對實驗組進行為期十四週、一週兩次的認知活化方案。實驗組與對照組皆須接受前測，分別於介入七、十四週後接受認知功能評估及語意流暢度的後測，並以獨立樣本 t 檢定之統計分析比較兩組介入後認知障礙個案在認知功能及語意流暢度的表現；及以成對樣本 t 檢定之統計分析比較認知活化方案介入前後，實驗組的認知能力是否有顯著差異。研究預期認知障礙個案在接受七週及十四週的認知活化方案介入後，其認知功能、語意流暢度將有顯著提升，進而改善其生活品質，提供為未來居家一對一認知障礙個案執行認知刺激介入的參考依據。

研究背景

根據國家發展委員會於2020年8月的人口推估資料指出，台灣65歲以上人口占總人口比率已於2018年達到14%，轉為高齡社會，並推估將於2025年達到20%，邁入超高齡社會。在人口急劇高齡化的影響之下社會對長期照顧的需求也逐漸提升，對於台灣整體健康照護負擔愈加沉重。

然而除了人口老化的議題值得關注之外，失智症族群亦正快速成長。根據國際失智症協會《2019全球失智症報告》，2019年估計全球有超過5千萬名失智症患者，到2050年預計將成長至1億5千2百萬名，每三秒就有一人成為失智症患者。台灣失智症協會以民國109年12月底人口統計資料估算，65歲以上老人共3,787,315人，其中輕微認知障礙有684,108人，佔18.06%；失智症有291,961人，佔7.71%，也就是說65歲以上的老人每12人即有1位失智者，而隨著年紀的增加失智症的盛行率也逐漸增長，80歲以上的老人則每5人就有1位失智者。由上述人口老化與失智症相關的人口學統計數據表示，失智症患者正飛快增加。

失智症是一種漸進式的疾病，患者的認知能力會隨著病程的進展而逐漸退化，包含記憶力、語言、執行能力和社交功能等，合併情緒改變、行為精神症狀 (behavioral and psychological symptoms of dementia, 簡稱BPSD)，通常出現功能性退化，其病程長達8~12年，亦有專家學者針對失智症患者的語言表現進行探討，其研究指出「語意表現的缺失」是失智症早期階段就會出現的現象，故失智症患者的往後十多年認知功能、語意表達、日常生活的自理能力和生活品質會逐漸受影響。此外，在此病程進展過程中，家庭主要照顧者常比病人遭遇更多的困難與壓力，尤其是病患的BPSD，加上逐步退化的認知功能，使得照顧失智症患者變成一項沒有進步希望的消極性全職工作，長期下來，主要照顧者也逐漸成為病患背後的隱形病人，使家屬提早送病者到照顧機構，增加長期照護費用的負擔。

因應快速增加的失智人口與照護問題，世界衛生組織(WHO)於2017年的世界衛生大會上通過「2017-2025年全球失智症行動計畫」，呼籲各國政府積極提出具體國家失智症政策，改變各界對於失智症的恐懼及消極作為，讓社會對於失智更加理解且友善包容；為延緩及減輕失智症對社會及家庭的衝擊，同年年底我國衛生福利部正式公告「失智症防治照護政策綱領2.0」，訂出「2025年達成失智友善台灣」的目標，促進高齡於社區認知優化，並在長照2.0失智照護政策上提升失智症長照服務能量、擴大失智照護資源佈建、強化社區個案服務管理機制、建立失智專業人才培訓制度、推動失智友善社區。

失智症是不可逆的退化性腦部疾病，及早發現失智症的徵兆，是早期介入與管理的重要關鍵。藥物治療可立即改善個案症狀，而現行常見的非藥物治療還包含音樂治療、運動治療、懷舊治療、認知導向治療等則被公認為失智護理中重要的一環，可延緩失智症的認知功能衰退及改善其情緒、行為精神症狀。英國的國家健康與照顧卓越研究院於2006年所提出的失智症護理指引中指出，患者在認知刺激治療(cognitive stimulation therapy, CST)的介入下，能有效維持認知能力，建議所有輕、中度失智症患者皆應接受CST，且英國政府已於2007年將CST作為目前唯一建議非藥物介入改善認知功能之指引方針；2011年的國際失智症報告亦指出，CST的效用已有相當多的實證支持，在國際上已被公認為一種能夠有效維持或改善失智症患者認知功能的介入方法。CST已發展出標準化的操作手冊，作為執行CST的指引，有利於不同國家或文化的操作人員參考使用。

先前的研究已有多國使用CST在團體與個別治療上，然台灣的研究僅將其運用在團體上，尚未發展可以運用於個人的主題式認知刺激，故本研究將以CST作為介入方法的基礎，建構一套具有台灣特色的認知活化方案，依認知障礙者的狀況進行個別的引導，若此研究成功相信認知障礙者能夠從中受惠，延緩失智症的發生或延緩失智症的症狀惡化，進而改善其生活品質。

研究方法

本研究設計分為兩階段進行，第一階段先以認知刺激原理來發展在地化的認知活化方案之內容及手冊，第二階段再採準實驗研究設計(quasi-experimental design)的非隨機實驗控制組前後測設計(non-randomized control-group pretest-posttest design)，並將於神經內科門診招募，由研究者向有意願接受研究之個案個別進行簡易心智測驗(MMSE)，將符合收案條件者以立意取樣分為實驗組及對照組。實驗組接受由研究者帶領於居家日間時段進行的為期十四週、一週兩次，的認知活化方案，其中十四個主題活動將重複進行兩次，而對照組不實施認知活化方案。實驗組與對照組皆須接受前測，並於七週後接受第一次後測，十四週後接受第二次後測。

	前測(T0)		後測 I(T1)		後測 II(T2)	
	介入	介入	介入	介入	完成	完成
	執行前	措施	7 週後	措施	14 週後	
實驗組	O1	X	O2	X	O3	
對照組	O4		O5		O6	

O1、O4：實驗組及對照組之前測結果；
X：每周 2 次參加認知活化方案 35 分鐘；
O2、O5：實驗組及對照組介入 7 週後的後測結果；
O3、O6：實驗組及對照組介入 14 週後的後測結果。

表1 研究設計

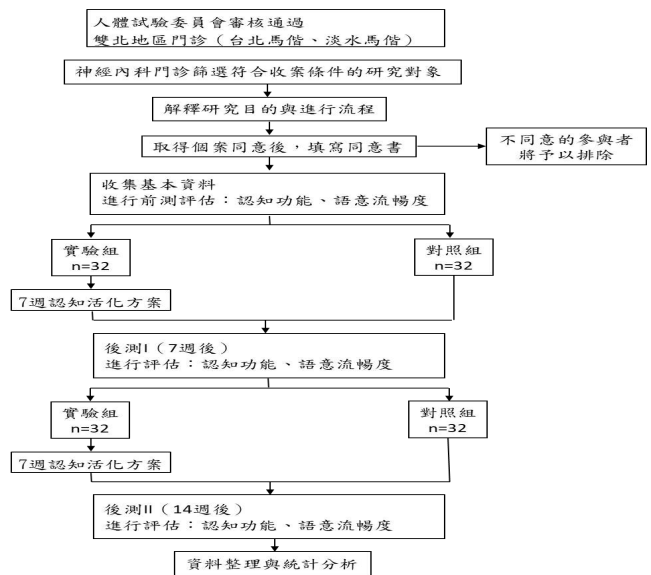


圖1 研究流程圖

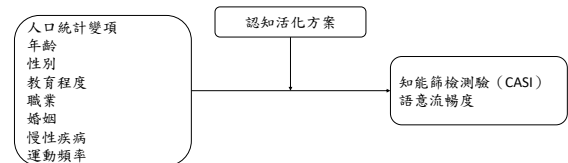


圖2 研究架構圖

本研究以認知活化方案作為自變項，另以認知功能與語意流暢度為依變項，探討14週的認知刺激對個案認知功能之正向影響(架構圖詳見圖2)。

本研究採立意取樣(purposive sample)，樣本為雙北地區神經內科門診的長者，從中選取符合研究條件，包含並同意為研究對象之認知障礙者。研究對象篩選條件如下：

- 一、收案條件：
 - (一) 年齡65歲(含)以上。
 - (二) 能以國語、台語交談者。
 - (三) 簡易心智量表(MMSE)分數16~24分。
 - (四) 配戴個人眼鏡後，基本生活視力正常。
 - (五) 攜帶助聽器後可以正常音量交談。
 - (六) 上肢活動自如，或僅需少部份協助。
- 二、排除條件：
 - (一) 簡易心智量表(MMSE)分數大於24分及小於16分。
 - (二) 被診斷為有精神病史者(如思覺失調症、憂鬱症等)。
 - (三) 視、聽力障礙者。
 - (四) 言語溝通障礙者。

本研究以立意取樣方式於雙北地區神經內科門診進行取樣，樣本數是以G*Power統計軟體估計，以t-test分析計算樣本數，在 α 為0.08、效果值(effective size)為0.5、power為0.80計算下，所需樣本數為52位(實驗組n=26；對照組n=26)，但考量可能有樣本數流失的問題，因此增加20%的研究樣本數後，預計收案之總樣本數為64位。

本研究採問卷調查法，使用之工具採結構式問卷，包含：基本資料、簡式智能評估(Mini-Mental State Examination, MMSE)、知能篩檢測驗(Cognitive ability screening instrument, CASI)、語意流暢度測試。

本研究「認知活化方案」乃參考英國倫敦大學所發展之認知刺激療法(Cognitive Stimulation Therapy)香港版導師手冊內容，並統合國內外相關研究後擬定而成，為適合台灣特色的一對一使用之活動，並依據施行方法設計三本手冊，分別是給指導者(指導者手冊)、個案(憶起來上課)以及家屬(陪你憶起)所使用。「指導者手冊」是提供給指導者作為實施認知活化方案的參考；「憶起來上課」是用來讓個案自評參與課程的感受及自我改變；「陪你憶起」的功能是為從家庭照顧者之角色觀察個案在參與課程後的生活變化。

在為期七週的認知活化方案內容中，包含生活史、體能活動、童年往事、聲音、食物、水果、節慶活動、人物/景物、創意、物件分類、定向感、金錢運用、數字遊戲、思維卡等，目的在於刺激受試者的記憶力、定向感、語言能力、執行能力等。執行認知活化方案時每兩週實施兩次，每次35分鐘，一個主題的課程，藉由帶領者引導個案進行認知功能的活化。

預期成果與威脅

本研究預期認知障礙個案在接受七週及十四週的認知活化方案介入後，其認知功能、語意流暢度將有顯著提升，進而改善其生活品質，提供為未來居家一對一認知障礙個案執行認知刺激介入的參考依據。

本研究預期可能遭遇的威脅有三個層面，第一為統計測量樣本數不足，原因可能為個案的拒以及中途流失，包含個案不希望外人進入自己家中，或是個案生病、住院等不可預測因素而必須中止介入，因此本研究將延長收案時間來增加收案人數避免樣本數不足；第二為研究者本身的安全性，因研究地點為個案家中，需考量往返的交通及居家環境安全，因此收案前將先確認風險及可接受程度，若為不可接受之程度須尋找陪同人員一同前往；第三為疫情嚴峻，因此將以完成疫苗施打之個案及家中有電腦或平板等設備進行遠端介入之個案優先收案。

創新實習成果發表類

C組：

長照～好厝邊 服務最優先

黃俊彥

馬偕醫學院長期照護研究所

E-mail: 511044001@mmc.edu.tw

高齡化社會已成為國際趨勢，隨著國民平均壽命的增長，依據國家發展委員會推估台灣老年人口比率將於 2026 年超過 20%，進入「超高齡社會」，可想而知未來長照機構的需求將越來越大，藉由實習過程，實務參與台北市照顧管理中心運作，對於長照 2.0 現況及未來發展將有更一深的了解。

實習過程主要目標：瞭解照顧管理專員角色功能及服務內容，包括個案需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬訂、連結服務、監督成效與結案。瞭解實務上長期照護跨專業整合模式，如法律問題、 社工協助、醫療諮詢、居家醫生等，以提供案家適當資訊。正確完整評估個案健康狀況及問題，及執行家庭環境評估。綜整實習過程見解，歸納以下發現：1.內湖區照管專員人力不足，將影響服務品質、2.照管專員穩定性不佳流動率大、3.照管專員家訪交通工具以機車為主，行車安全需小心、4.民眾對於長照服務資訊仍不清楚。

建議：單位進行人力資源盤點與調整，提出最佳化人力結構，透過年度人事預算的編列與爭取照專員人力，以提供所需民眾更好的服務品質。

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組) 長照~好厝邊 服務最優先

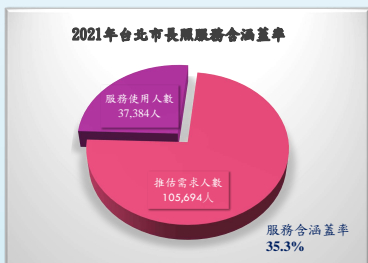
黃俊彥(Jun-yan Huang)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College,
New Taipei City, Taiwan)

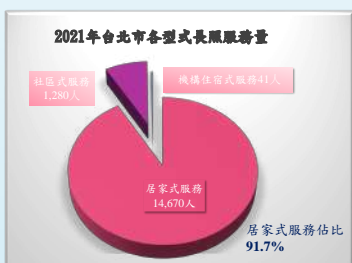
前言

隨著國民平均壽命的增長，依據國家發展委員會推估台灣老年人口比率將於2026年超過20%，進入「超高齡社會」，可想而知未來長期照護的需求將越來越大，藉由實習過程，實際參與照管中心實務運作，對於長照2.0現況及未來發展將有更深的了解。

實習地點：台北市長期照顧管理中心
實習期間：110年1月24日至2月10日



資料來源：修正自衛生福利部長照專區



資料來源：修正自衛生福利部長照專區

台北市長期照顧管理中心單位簡介

- 服務宗旨：
- (1)因應國內高齡人口來臨，建構醫療衛生與社會福利體系之服務網絡。
 - (2)長照服務資源單一窗口設立，以提供個案連續性、完整性的照顧，建構全市長期照顧服務系統



圖1. 實習場所

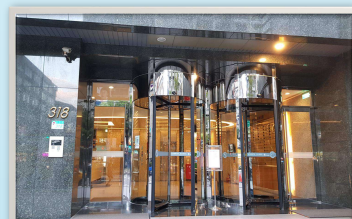


圖2. 實習場所一樓入口

實習見聞

督導前說明與勉勵：目前單位五位照管專員背景都不盡相同，分別為護理、營養、社工、物理治療與職能治療，特地安排我分別與五位照管專員進行家訪，因為背景不同對於個案的看法也會有所區別。

實務家訪技巧：帶著關心去家訪，用心評估最準確、案家感受好溫馨。

照管專員最佳形容詞：街！街！街！「熱誠」與「行動」。九天實習個案訪共同點簡述如下：

- **主要照顧者壓力大：**主要照顧者，長時間下來都說自己身心疲憊，如果可以「喘息」一下該有多好，那怕只有短短一小時。第一位訪視個案，讓我印象最為深刻。(藍太太紅著眼眶說，照顧自己的老公已經快10年了，10年來半夜時常沒睡好，也不敢離開家，怕先生睡時需要幫忙)，得知長照2.0有「喘息服務」直說政府有這種服務真好，讓自己可以有喘息的機會。
- **居家無障礙環境改善：**多數家訪個案，居家環境從客廳、房間、浴廁...等，對被照顧者而言家中處處是障礙，或許是台北市，家中空間狹小，雖然政府有提供輔具服務(輪椅)，亦有提供居家無障礙修改服務，但主要照顧者均表示，再行考慮無障礙環境修改的必要性。
- **就醫交通溝通：**大部分案家有交通需求，但只要聽到就醫者需自行下樓，喜悅的眼神立刻收藏了起來(我們二老住在一起兒女們需要上班，雖然可租用輔具協助老伴下樓就醫，但下樓過程仍是一大問題，舊公寓樓梯狹窄呀!)，最後總是會無耐反問照管專員，交通接洽司機先生真的不能協助下樓呀？(55178自費叫車服務，司機都能幫忙下樓呢...唉！)
- **四包繳納方式不了解：**案家對長照四大服務金額，總會問上一句(金額能否多幾付一些?)，只能看著照管專員為案家仔細說明核算方式。
- **雙老家庭的來臨：**第三天個案為一位92歲老奶奶，主要照顧者為72歲的女兒(為了照顧好媽媽，自己本身早就沒有工作，自己也老了，也不曉得未來會如何)。
- **其他：**最後一天實習很訝異，身處高級住宅，爺爺、奶奶，現場測試ADL、IADL，結果雖有些障礙，生活功能是可以自理，女兒美國台灣二地跑，女婿在台灣住附近平時也會就近照顧雙老，言談中得知家境優渥(但仍申請長照服務)。政府長照預算不穩定主要來自親捐，是否應考慮增列排富條款，讓有限的資源用在真正需要的家庭。

個案家訪三部曲：現況訪談、環境評估、核定服務與補助



實習目標

瞭解照管專員角色功能及服務內容

自我評估：實務上明白照管管理專員，經由家訪完成個案需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬訂、連結服務、監督成效與結果。

瞭解實務上長期照護時專業整合模式

自我評估：實習過程中了解，為了讓案家能有最適合的其他資源服務，可依案家實際需求(如法律問題、社工協助、醫療諮詢、居家醫生等)，提供案家適當資訊。

正確完整評估個案健康狀況及問題，執行家庭環境評估。

自我評估：初步學習了解實務上個案營養、精神狀態、老人憂鬱如何進行有效評估；過程中亦能得知如何進行家庭環境評估。



圖3.13966執勤處外觀

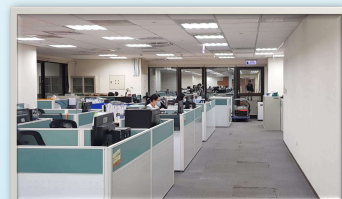
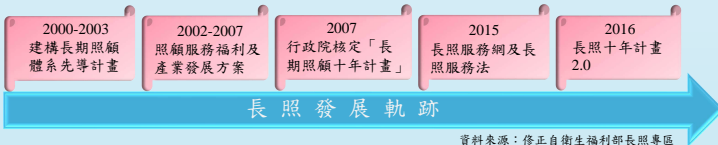


圖4.照管專員辦公室現況



實習機構(台北照管中心)SWOT分析

優勢
strength

- 交通設施完善，方便民眾洽公
- 首善之都獲取資源容易(人力、設備)
- 有效整合社區照護服務資源

劣勢
weakness

- 照管專員仍有增員空間，避免需求延宕
- 照管專員家訪交通工具以機車為主，行車安全需小心

機會
opportunity

- 長照需求日益增大，單位編列預算，增加照管專員人力
- 政府推動長照2.0，讓民眾了解長照服務(曾有1968專線)

威脅
threat

- 工作人員穩定性不足，流動性大
- 民眾對於長照服務資訊仍不清楚

學習心得與反思

台北市長照管理中心實習九天過程，了解照管專員實務工作情形，每天進行初訪個案，每半年復評個案，亦需到個案家實地訪查。照管專員在長照管理中心主要扮演角色為照顧體系與失能失智者間的橋樑，工作內容包括：評估、照顧計畫擬定、協調、服務品質的監督、資源連結。此外，照管專員還需提供不同資源的連結，包含社會福利需求、醫療資源需求等連結。

自我期許 成為一位精確的照管專員

1. 時間安排與分配，有完善計畫及效率以推進事工。
2. 對各項資源連結需非常了解，才能提供個案完整的服務。
3. 家訪時間、地點與個案確認，到家後可從容進行環境及整體性評估。
4. 依據個案需求提供適切的照顧目標及照顧計畫。
5. 與個案的充分溝通：進行「個案評估」是無困難的，最大困難的部分為「個案協調」；常常因計畫擬定後，得需個案同意後才開始提供服務，但個案往往與照管專員認知不盡相同，照管專員所核定的時數與個案想要的也盡不同，導致彼此間期待有所落差，如何服讓個案接受將是照管專員的專業所在。

對實習機構的建議

實習過程，發現照管專員工作個案量很大，對於一位照管專員而言，很難去呈現出良好的服務品質，依規定每位照專的合理個案量為200人，但目前(內湖區)照管專員的個案量都超過(300人)，導致工作負荷量過大，建議改善方式為由單位進行人力資源的盤點與調整，提出最佳化的人力資源結構，透過年度人事預算編列爭取照管專員人力，以提供民眾更好的服務品質。

敬天愛人 謙忍卓決



馬偕醫學院

MMC110 長期照護實習-碩士在職專班

居家式服務類長期照顧服務機構實習

曹姿琰

馬偕醫學院長期照護研究所在職碩班

摘要

實習期間和個案管理到案家訪視，包含訪視家中無障礙設施，再依據個案的需求給予建議及協助申請，個案與個案間的安排，單位擬訂計畫回覆媒合個案所需之服務。到案家訪視針對個案的 ADL、IADL、溝通能力、特殊及複雜特殊需求、認知功能及情緒及行為型態、居家環境和家庭支持及社會支持依照 CMS 等級與案家共同擬定最合宜之服務需求，適時調整派案單位並給予協調，如此可持續提供有需求之個案完整的長照服務，給予案家喘息的空間減少照顧壓力，以達長期照顧設立之初衷。

實習時間可以與個案管理一起訪視因實習單位包含了長期照護服務所有範圍，可以使個案有完整的服務。

實習單位引進以鄰里社區為範圍，最能發揮效率。以個案為中心的「洋蔥模型」，亦即核心為個案，由內而外分別是「客戶自主管理」進展至「非正式網絡」延伸成「Buurtzorg 團隊」最終為「正式團隊」。再分派到的單位可以是一個範本，展現了高度自治、自行團隊合作、各團隊，夥伴之間也都很年輕有向心力的一的團隊，很適合一個這樣概念的發展照護模式，在地照顧，在地老化。，照顧者與個案及案家是也是一個團隊的概念，實習場所連接 A、B、C 的概念也符合整個長期照顧 2.0 的鄰里照顧模式，對於這次的實習感到非常愉悅且充實。

Tsao Tzu-Chin 曹姿霖
馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical
College, New Taipei City, Taiwan)

於2015年11月整合2008年開始推動的「長期照顧十年計畫」，以及2013年推動的「長期照顧服務網計畫」為「長期照顧服務量能提升計畫」，作為未來普及化長期照顧服務體系永續發展的依據，以達成下列策略目標：(1)普及、均衡長期照顧資源，(2)逐步消除服務對象，(3)強化長期照護及品質提升，(4)強化及完善長期資訊系統，(5)充實長期人力資源，(6)強化外荷看護工之功能、品質，(7)產業適度參與長期照顧，(8)擴充長期保險保障。發現長期居家服務對象數方面，至2015年底2010年成長7.2%，社區式服務2010年成長78%，機構住宿式服務的家數及每萬失能人口的床數分別較2010年成長2.5%及2.4%。其中以居家式、社區式長期服務：至2014年，包括居家護理服務及居家照顧服務的家數共906家(較2010年成長7.2%)，而日間照顧中心及社區式服務則有238家(較2010年成長78%)。故政府於推動長期服務網計畫，均對護理中心、社區及機構服務資源：針對長期服務不足及分布不均的問題，推動長期服務網計畫，規劃各區資源發展及配置的目標及政策，進行分區的長期資源盤點；另檢討現行法規限制，落實長期服務在地化，規劃於2016年在388鄉鎮場至少設立一間服務據點，推動多中心照顧中心(小規模多機能)創新服務方案。而此次實習之遊步堂-台灣康復有限公司也有相同理念進而發展迅速發展。



實期間和個案管理到案訪視，在旁觀察服導和個案的互動及同話，個案管理要在時限內完成對個案的評估，包含訪視家中無障礙設施，再依據個案的需求給予建議及協助申請，個案和個案間的安排，要懂得時間上的規劃及應用，結束案訪視後，再選單位擬訂計畫回國給服導將計畫提交給當時時限內接合個案所需之服務(B單位)。

以下為外出家訪所需時間，個案管理職電訪索家，詢問索家是否知悉訪問時間及再次分析，則索家約視活絡門戶開啟估估無妨騰出的空間，這出訪時間是否符合安全，再進行分析估估過程中，針對個案的ADD、IADL、溝通能力、特殊及複雜特殊需求、認知功能及情緒及行為型態、居家環境及家庭支持及社會支持，主要照顧者自述進行上述評估，並根據分析輸出CMS等個案與家庭共同擬定最符合之服務需求，並針對計畫給予照中專人員計畫訂計畫可據各服務單位提供最符合之個別化服務計畫，後續每月進行訪視及半年度訪視以掌握服務品質及監測，若是個案與服務單位有服務上的落差，當訪視時察察家仍並給予協助，以此可掌握提供有需求之個案完整的長照服務，給予索家鳴謝的空間減少照顧壓力，故是個案服務設立之初衷。

訪視現況：個案為CNS級訪視時個案於廚房休息，觀察步履緩慢精神活動力尚可，與案大同住但為老照顧。案長女為主要照顧者，每日下樓接洽會通家親視，其餘子女不定期探視，案大兄弟呈現胃痛腸胃不適及膀胱，目前已戒除毒品及化學治療，110。10個子女常陪同散步時發現個案有頭痛無力，陪同散步發現血紅素下降，進行輸血出院後返家。目前仍有虛弱情形，目前由案大協助調理三餐，但因為個案年高血虛及腎臟虛弱，須注意鈣、磷等離子攝取，漸待可以給個案有完整營養，故有專餐及專屬廁所及吸塵器需助。

照顧問題:1.營養知識缺乏。2.營養問題/家務問題。3.照顧負荷過重
照顧目標:1.提供專業營養指導服務,透過居家餐食指導,提供案家營養知識。2.提供居服員協助營養、家務協助,提升個案生活品質。3.提供喘息服務,減輕家屬照顧負擔。

藉由SWOT分析，評估新北市中和區推動長照之競爭力，中和區人口數為411,214人，共有93個里、2,998個鄰，台灣居延中和區服務人力為1位照專、3位智專，中和區辦公室結合A、B、C符合長照社區整體照顧模式的發展，是遠近區內具有服務量能之單位做為區域內的領頭羊，經由服務整合與串聯，開發在地近便的各項長照資源。



在短暫的9天實習時間內要完成許多事情，其實一個很大的挑戰，尤其全世界正在經歷一個共同的考驗-疫情流動的考驗，這個不確定因素使得許多原定要訪視的案網整為泡影，也會造成原本排定訪視的流動，會有落差，故可以與個案管理一起訪視的機會顯得更為珍貴難得。原本台灣層層實習其實本意還，因為整個包含有長期跟隨服務所有範圍，可以使個案有完整的脈絡，中區跟隨是長期跟隨性且觀察力很高，整體跟隨的是互助合作而心力盡量都有發展性的跟隨。

台灣層級引進Boltzmann模型的就是以鄰里區為主的層級模式，因為以鄰里區為範圍，最能發揮效率。以個案為中心的「社區模型」，若即指以個案，由內而外分為「客戶自主管理」進展至「非正式網絡」延伸成「Boltzmann模型」最終為「正式圖網」。再分派給的單位可以是一個條線，展現了高度自治、自行圖網發展、各圖網、事件之間也都很有向心力的一面，很適合一個條線圖網的發展層級模式，包含所有工作人員居住地及工作地點附近，很名副其實的在地生活，在地圖網，在地老幼。服務是有感應，顧客與作業企業家也是一個圖網的組合，中區和港道無誤是一個很難得的場域。透過A、B、C的概念也符合整個長期規劃2.0的鄰里層級模式，對於這個的實質需求非常值得去思考。



長照 2.0 的靈魂人物

徐瑋伶

馬偕醫學院長期照護研究所碩士在職專班

摘要

作者實習於台北市長期照顧管理中心(簡稱照管中心)，分為 12 個行政區，作者被安排在有 36 個里的萬華區，從實習的過程中，學習到的項目如下：(1)照管中心的服務宗旨及服務對象，(2)照管中心的人員組成，(3)照顧管理專員(簡稱照專)的工作內容及重要性，一位稱職的照專需要具備良好的職前訓練、溝通能力及計畫統籌能力，(4)盤點轄區內的正式及非正式資源，於個案評估失能等級後，針對照顧問題給予合適的資源介入。

照管中心的服務從民眾有長照的需求撥打 1966 的電話開始，就開始一系列的評估及說明，釐清個案的福利身分別，也是一件很重要的事情，因為長照的使用補助分成了一般戶、中低收和低收入戶，知道個案的身分別才可說明清楚服務使用需要的收費；照專與 A 個管的溝通聯繫也是很重要的。在實習中的所見所聞，對於身為失智症個管師的作者本身也學習到了不少知識，長照是需要許多職系共同去參與完成的事務，這趟實習增進了作者的長照知識及對自己職場工作的反思。

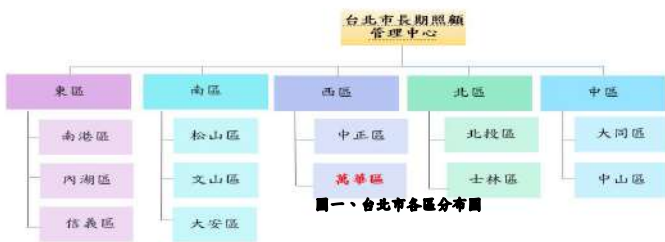
長照2.0的靈魂人物

徐瑋伶(Wei-Ling Hsu)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)



◆機構介紹



【服務宗旨】

- 一、因應長壽社會的來臨，建構醫療衛生與社會福利體系之服務網絡。
- 二、設立本市各類長期照護服務資源之單一窗口，以提供個案連續性、完整性的照顧，進而建構全市長期照護服務系統。

【服務內容】

- 一、諮詢服務：設有專線電話，由照顧管理專員解答長期照顧相關問題，如衛生醫療、社會福利、生活輔助器材租借等資源。
- 二、個案訪視：派照顧管理專員至個案住所評估實際需求。
- 三、各項服務項目：依個案需求安排適當的服務
 1. 復健服務
 2. 長期照護給付
 3. 居家失能保案家庭醫師照護方案
 4. 日間照顧服務
 5. 居家服務
 6. 長期照顧機構服務
 7. 喘息服務及專業服務
 8. 失能者生活輔助器具及居家無障礙環境改善補助
 9. 失能者營養餐飲服務
 10. 長期照顧交通接送服務
 11. 家庭托顧服務

【服務對象】

- 長期服務收案條件
- 一、中央給付對象
 1. 居住地為台北市
 2. 長照CMS等級2級以上，且符合以下情形
 - (1) 65歲以上老人
 - (2) 領有身心障礙證明(手冊)者
 - (3) 55-64歲原住民
 - (4) 50歲以上失智者：領有失智症診斷證明或CDR \geq 1分
 - 二、本市補助對象
 1. 居住地為台北市
 2. 長照CMS等級2級以上，未符合中央專業服務、喘息服務以及輔助器具之請領資格。



圖二、台北市萬華區行政區域圖

萬華區共有38里，8,852平方公里，110年12月統計，男性總人數86387人，女性90250人，二位服務督導，照顧管理專員目前共有9人，1人放育嬰假，人力核定服務是15人，以各區里民人數去分配服務專員負責區域，帶我的學姊負責和平里、富民里、綠堤里、和德里、華江里，因為人力短缺，學姊們的案量很大。

◆實習前後自我的成長

實習使我了解到從1986的民衆電話時，就要開始過濾及評估民衆的需求，即要說明長照的服務是短暫的時間，喘急的時間最多一天也只有10小時，而且一切的長照服務，都需要照專員去家中評估個案的失能等級後才能安排服務。

確認個案的服務身分別也是一項很重要的事情，因為不同的身分別給付的金額不同。

這趟實習對身為失智督導的我學到了許多，在面對個案及家屬的需求溝通即找合適的資源去協助個案，及了解了長照服務中許多專業，照專督導說，有興趣也可轉職當照專，提供了一份職場工作選擇。

看了照專和A督導的工作型態，我深感敬佩期待自己能有他們一樣的邏輯思考能力，規劃統籌能力及處理異常事件的能力。

了解服務區域的非正式及正式資源也是很重要的事情，和里長也需要打好關係，這些都讓我重新反思對自己工作的規劃。

◆所見所聞：

不到八路服務中心的辦公室，就有許多專員在辦公室了，當我們五路要離開時，專員們還是在電腦前努力的打著計劃書，一週要開會一次，討論個案的計畫是否合適及衛生局的給付項目是否有變動等事宜。

有許多專員會把案帶回家作，或是留下到很晚把案帶回家才回家，真是辛苦了。

實際家訪看到了貧富差距，看到了個案的居家環境，也了解到個案想要的協助，政府及一般民衆對有些長照服務總有些誤解，如：覺得65歲以上獨居長者就可使用送餐服務，實際上要有失能2級才有機會可以使用，不然照專就要自行督個案找送餐單位。

專員們不是在擬真的擬定照顧服務計畫書，就是在安排訪案的等等事宜，這只是常規案，要是忽然有個案有異常事件或是被投訴案件，專員們又要處理異常事件通報及後續的事宜。



圖三、照顧管理專員的工作內容



圖四、萬華區的SWOT分析

◆實習心得：

實習前對長期照顧管理中心(簡稱照管中心)的成立及業務很模糊，但懂不懂，實習的第一天，照管中心的人員帶我們環境介紹，結束後帶我的學姊已出門家訪，我被分派到萬華區，督導先給我台北市長期照顧管理中心的工作手冊，透過手冊內容及在家的開始，讓我對照管中心的業務又更多一層的了解。

實習9天，從民衆打1968開始到訪，了解了初步開始使用長照服務的過程，我希望在A督導安排服務後，也可實際到個案家看個案使用長照服務的情形。

在這每位照專都早來，晚走，事前的準備工作也要到位，要了解服務還要了解地理位子，事前的工作是很瑣碎的，每日的訪案計畫書是在隔天早上9點前完成，要是有意外事件或是特殊個案要處理一天工作8小時真的不夠用呀！每個照專都是以個案為中心，去針對個案的需求與照顧相關問題，提供適切服務資源，以期改善個案所面臨的問題，我覺得照專是長照體系下的靈魂人物，需要承受的是長官、個案及民衆的壓力，有時還需要支援或協助民衆的業務。

在家訪的過程中，讓我印象最深刻的是，一個14歲有強迫及焦慮的男孩，無身心障礙手冊，對於外面的世界充滿了恐懼，無法自行離開家中，生活在堆滿雜物的租屋，照顧者是爸爸，家中無熱水，個案從小開始使用平板，離不開網路的世界，三餐都是爸爸準備，爸爸在當保全，上班12小時，父母離異，爸爸是中低收入戶，照顧壓力大，尋求長照這邊的進修及居家服務，評估下來是CMS:4級，因為非老非病所以需要照專督導，就要督個案找B單位去協助，所以我的想法是專員真的是包山包海啊！

◆給照管中心的建議

讓實習生們先看看台北市的長期照顧管理中心的工作手冊是很有幫助的，讓實習生們了解，照專的工作內容，跟著去家訪時就能比較進入狀況，新案要在兩日內回電的家訪時間，我建議是希望時間能多一些，當天接案隔天就是第二天了，照專人員人力不夠，讓學姊們的案量很多，壓力也滿大了，希望時間能彈性些，也希望照專擬定完照專計畫後，可以給我們實習生，看看並學習，感謝照管中心的督導及學姊們的照顧。

~ 攜手向前 長照更完善 ~

余茜閔

馬偕醫學院長期照護研究所

摘要

我國整體人口結構快速高齡化成長，使得長期照顧（簡稱長照）需求人數也迅速增加，為了發展更完善的長照制度，積極推動長照業務，隨著人口老化及照顧服務需求多元化，為因應失能、失智人口增加所衍生之長照需求，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續性服務，藉由到長期照顧管理中心實務實習可更清楚長照服務現今推動的內容、了解長照需求的民眾及家庭照顧者的負荷，長期照顧是目前我國很重要的推動政策之一，且需要更積極的去執行，隨時修正、調整，讓長照服務內容更能貼近個案的需求。

關鍵字:長期照顧、家庭照顧者、長照需求

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

~ 攜手向前 長照更完善 ~

余詩閔 YU CIAN HONG

馬偕醫學院長期照護研究所 Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

長期管理中心簡介：

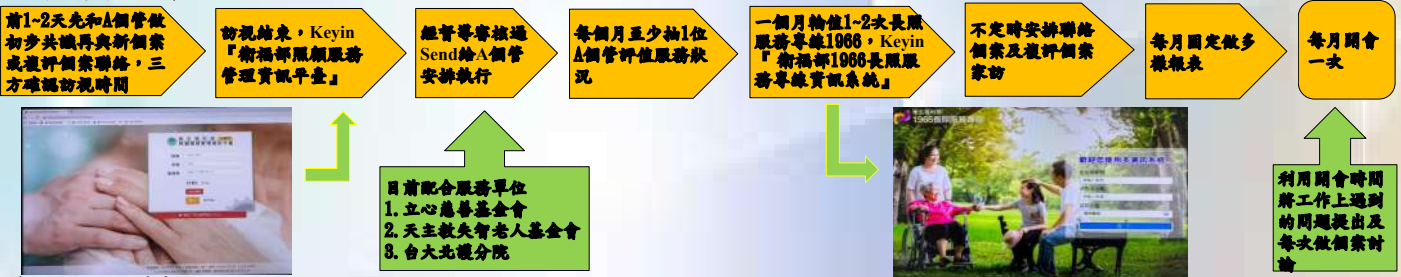
【服務宗旨】

- 一、因應長壽社會的來臨，建構醫療衛生與社會福利體系之服務網絡
- 二、設立本市各類長期照顧服務資源之第一窗口，以提供個案連續性、完整性的照顧，進而建構全市長期照顧服務系統

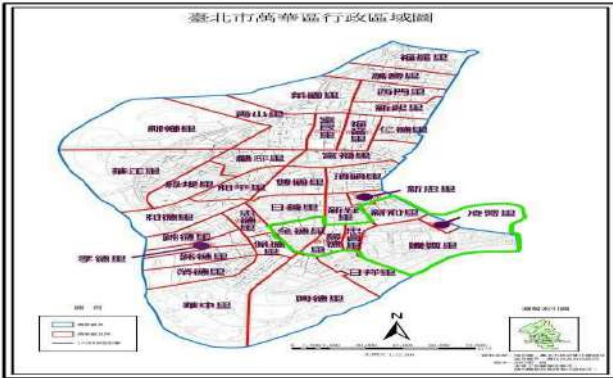
【服務內容】

- 一、諮詢服務：設有專線電話，由照顧管理專員解答長期照顧相關問題，如衛生醫療、社會福利、生活輔助器材租借等資源
- 二、個案訪視：派照顧管理專員至個案住所評估實際需求
- 三、各項服務項目：依個案需求安排適當的服務
 1. 復健服務
 2. 長期護理給付
 3. 居家失能個案家庭醫師照護方案
 4. 日間照顧服務
 5. 居家服務
 6. 長期照顧換機服務
 7. 喘息服務及專業服務
 8. 失能者生活輔助器具及居家無障礙環境改善補助
 9. 失能者營養餐飲服務
 10. 長期照顧交通接送服務
 11. 家庭托顧服務

照顧管理專員一天日常：



實習服務地段：基華區



共訪視14案，評估狀況如下：

項目	個案年齡			婚姻狀況			教育程度							主要照顧者								
	35 ↓ 64歲	65 ↓ 80歲	81 ↓ 100歲	未婚	已婚	離婚	喪偶	不識字	識字	國小	國中	高中 / 職	無	兒子		女兒		前妻/配偶		母親		申請 外籍看護
性別														55歲 以下	55歲 以上	55歲 以下	55歲 以上	55歲 以下	55歲 以上	55歲 以下	55歲 以上	
男	1	0	3	0	3	1	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1	0	3	0	0	1
女	1	2	7	1	2	1	6	1	1	6	0	2	2	2	2	1	0	0	0	0	1	4
合計	2	2	10	1	5	1	6	1	1	6	2	4	2	2	4	1	1	0	3	0	1	5

項目	身份別/身障別			疾病史										CMS等級							
	一般戶	中低收入戶	低收入戶	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第7類	第8類	第9類	第10類	第1級	第2級	第3級	第4級	第5級	第6級	第7級	第8級
性別				中度	極重度	中度	極重度	中度	極重度	中度	極重度	中度	極重度								
男	3	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	2
女	8	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	3	2	2	1	1
合計	11	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	3

項目	申請長照需求											居家服務				居家喘息		醫師居家訪視		居家復健	
	交通接送服務	沐浴持	便盆椅	輪椅/座墊	居家用照顧床	氣墊床	單手四腳助行器	租賃電動代步車	居家無障礙設施	居家服務	居家喘息	居家服務	居家喘息	醫師居家訪視	居家復健	居家服務	居家喘息	醫師居家訪視	居家復健	居家服務	居家喘息
男	3	1	1	0	0	1	0	1	1	3	3	3	3	0	1	3	3	0	1	3	3
女	6	1	1	1/1	1	0	1	0	0	3	3	3	3	1	0	3	3	1	0	3	3
合計	9	2	2	2	1	1	1	1	1	6	6	6	6	1	1	6	6	1	1	6	6

創造雙贏的長期照顧管理專員

蔡櫻茹, 指導教授 張元玫

馬偕醫學院 長期照護研究所
E-mail: 511044006@live.mmc.edu.tw

實習單位：台北市政府衛生局長期照顧管理中心

區域：台北市中正區，設督導一位、照顧管理專員七位，每人分工 200～300 名個案。是北市服務個案人力在規畫內的區域。

實習時間：2022 年 1 月 21 日起至 2 月 23 日，當中九天。

跟訪案家：10 位，大多與個案管理師會同到場，家門口以個案昨日發燒拒訪者一位。

主責帶領照顧管理專員：兩位，負責區域一人五個里別為主。

中正區部分區域為軍公教人士長居之地，有人文匯粹之處、也有彎曲小徑或都市計劃改建社區，都市風貌豐富多元。看見照顧專員像是偵探般細膩尋找個案真正現況，也有在現場轉移注意順利完成訪案的。

雖然照專可約 A 單位個案管理師一起到訪，但仍有行程延誤等狀況需單獨訪視，案家衛生或疾病程度影響，導致人身或衛生疾病等風險升高。

照顧管理專員在 40～60 分鐘的訪視中，需要找出最佳服務方案，創造政府和案家的雙贏，雖然會遇到想要使用很多服務的，但也會遇到案家因為不想花部分負擔費用、不想讓陌生人進家門等等原因不使用服務。就實習期間跟訪的觀察，最後的決定權還是在案家，特別是意識清楚、接受服務的案主身上。

實習期間進一步了解長期照顧服務的運作模式及照顧管理專員的訪視細則，專員們的示範帶領及對提問用心解說，照管中心、區域督導及照專們的接納及照顧，讓我能跨進長照現場一窺究竟，體會和收獲甚多。

關鍵字：長期照顧服務、長期照顧管理專員

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

創造雙贏的長期照顧管理專員

蔡櫻茹(Ying-Ju Tsai)

馬偕醫學院長期照護研究所 (Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

實習歷程

實習單位：台北市政府衛生局長照服務管理處
區域：台北市中正區，設督導一位、照顧管理專員七位，每人分工200~300個個案。是北市服務個案人力在規畫內的區域。
實習時間：2022年1月21日起至2月23日，當中九天。
跟訪案家：10位，大多與個案管理師會同到場，家門口以個案昨日發覺拒訪者一位。
主責帶領照顧管理專員：兩位，負責區域一人五個里別為主。

照顧管理專員工作流程：

台北市衛生局長期照護科及社會局老人福利科擬定年度計畫，簽訂年度服務合約後。照管中心各區服務站工作人員及照顧管理專員即開始啟動服務流程。



中正區分布圖



照顧管理專員 長照服務啟動的評定者

案家撥打1966
社會局或里長通報



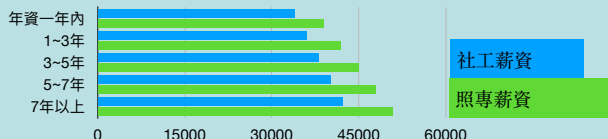
藏在細節裡的照專『撇步』

項目	細節
多方確認	媽媽真的自己走路過去找朋友嗎？
自我調適	就當作是做善事吧！
技巧	我們比賽誰記得比較多～
求證	你想拿計算機來算喔？好啊！（失智個案）
身份辨識	我是那個拿平板電腦的～
風險意識	今天要離門口近一點！
舒壓	今天又是喝手搖飲的日子！
開發資源	這裡有一個協會，來看一下！
態度	很高興為您服務～
轉移注意	我們今天先說媽媽的情況喔！

照專 VS 社工薪資及年資對照圖

資料參考來源：

- 衛生福利部「長照服務發展基金109年度一般性獎勵計畫經費申請獎勵項目及基準」中，縣（市）政府照顧管理人員進用薪級。
- 知名人力銀行社會工作人員/督導大學平均薪資統計。



照顧管理專員職業特質及能力整理表

個人實習期間觀察所得，僅供參考。

	1	2	3	4	5
耐心					V
細膩					V
專業能力					V
語言能力				V	
邏輯能力				V	
分辨能力				V	
應變能力				V	
挫折耐受力					V
獨立執行力					V
職場配合度				V	
薪水穩定度				V	
職涯發展			V		
訪視安全度			V		
服裝活動度					V
交通多元性					V
社會貢獻度					V

個人實習見聞及心得

中正區部分區域為軍公教人士長居之地，有人文區粹之處、也有彎曲小徑或都市計劃改建社區，都市風貌豐富多元；所拜訪的初評、複評案家分佈之處有牯嶺公園、客家文化園區、紀州庵、同安街、廈門街、羅斯福路巷內……分享二件在訪視評估中，印象深刻的例子，看見照專像是偵探般細膩尋找個案真正現況，還有在現場轉移注意順利完成訪案的。

案例二：精障家屬與個案長輩

家屬：有警察來，很危險！
長輩：那已經是以前的事了！
（家屬有疼痛肢體反應。）
學姐：很擔心喔～你有不舒服嗎？
家屬：（碎念中）……就是……
學姐：真的不舒服，要去看醫生喔！
（個案長輩看向前來訪大家。）
學姐：那你們現在出門都是怎麼出去？
長輩：他會陪我去啦！
買菜、看醫生！
學姐：那門口那個階梯方便進出嗎？

案例一：失智個案複訪

照專：奶奶，你說你都去公園那邊上課～
啊你多久去一次？
奶奶：我都去那邊，對！
照專：那怎麼去？
奶奶：走路去。
照專：這樣喔！
奶奶：（停頓了一下）嗯，坐公車去。
學姐：那你可以自己打電話給女兒嗎？
（奶奶拿起電話撥號，撥了自家電話號碼。）
奶奶：撥不通……我要上廁所！

雖然照專可約A單位個案管理師一起到訪，但仍有行程延誤等狀況單獨訪視情況，案家衛生或疾病程度，導致人身或衛生疾病等風險升高。
照顧管理專員在40~60分鐘的訪視中，需要找出最佳服務方案，創造政府和案家的雙贏，雖然會遇到想要使用很多服務的，但也會遇到案家因為不想花部分負擔費用、不想讓陌生人進家門等原因不使用服務的。就實習期間跟訪的觀察，最後的決定權還是在案家，特別是意識清楚、接受服務的案主身上。

實習期間進一步了解長期照顧服務的運作模式及照顧管理專員的訪視細則，專員們的示範帶領及對提問用心解說，照管中心、區域督導及照專們的接納及照顧，讓我能跨進長照現場一窺究竟，體會和收穫甚多。



您的辛苦我們知道，長照 2.0 整合照護需求

林佳蓁

馬偕醫學院長照所 碩士在職專班

摘要

我國近年來人口快速老化，長期照顧需求人口數劇增，這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，也需要廣泛的長期照顧服務。臺北市老年人口比率於 110 年 7 月已達 19.50%。老年人口占率高於全國平均，為提供市民提供完善且連續性之長期照顧服務，自 109 年 12 月整合資源，設立臺北市長期照顧管理中心，劃分為北、中、南、東、西區五大區，作者此次實習為中正區，轄區內設有 1 位督導和 8 位照專，中正區劃分為 31 個里，每位照專案負責案量為 250 至 300 案之間，作為受理民眾需求評估、連結及輸送長期照顧服務之單一窗口。

作者於臺北市照管中心進行為期 9 天實習，設立實習目標為將課堂中所學之專業知識與實務結合，積極拓展自我專業實務面向的知識與見識，進行自我反思，從實習時所見所聞所聞，運用個案評估量表進行長照個案失能等級初(複)評，依照案主需求從長照四大服務:照顧及專業服務、交通接送服務、輔具及居家無障礙改善服務、喘息服務，進行個案評估和訂定個案服務計畫；從實習過程中看見長照在社會上的必需性和多樣性，藉此挖掘可以深入了解和加強的部分。

您的辛苦我們知道，長照2.0整合照護需求

林佳蓀 (Chia-Chen Lin)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

【前言】

我國近年來人口快速老化，長期照護需求人口數劇增，老人人口的快速成長所造成的慢性病與功能障礙的盛行率呈現急遽上升趨勢，這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，也需要廣泛的長期照護服務。臺北市老年人口比率逐年快速上升，110年7月已達19.50%。老年人口占率高於全國平均，位居六都第一，在顯現出臺北市在高齡照護上的迫切需求，以朝向健康促進、延緩失能，為市民提供完善且連續性之長期照護服務。自109年12月為整合本市資源，設立臺北市長期照護管理中心（以下簡稱照管中心），將十二個行政區，劃分為北區（士林、北投）、中區（大同、中山）、南區（松山、文山、大安）、東區（南港、內湖）、西區（中正、萬華）等五大區域，本文實習單位為中正區，轄區內設有1位督導和3位照導，中正區劃分為31個里，每位照導分配負責3至6個里不等，平均每位照導需負責案量為250至300之間，工作需視各區人力狀況做調整，作為受理民眾需求評估、連結及轉送長期照護服務之第一窗口。

【臺北市照管中心負責業務】

- 一、諮詢服務：設有專線電話（1966專線），由照管管理專員解答長期照護相關問題。
- 二、個案訪視：派照管管理專員至個案住所評估實際需求。
- 三、各項服務項目：依個案需求安排適當的服務。



圖1. 北市長期照管中心服務項目。

【實習預期目標】

一、了解臺北市照管中心及長照專員的工作內容：

從訪視個案後的前置作業(了解個案基本資料、收案原因、申請需求等，家訪當日視路線和搭乘交通工具的安排)，要在既定時間內完成評估工作，內容包含：評估個案ADL、IADL、認知功能、情緒狀況、主要照顧者生活品質及壓力、評估居家無障礙設施、外出就醫和復健的交通工具搭乘等，在專案的評估後提出適切的照顧相關建議；從訪視個案後面對個案的溝通技巧、時間管理、及對於環境的觀察力、觀察個案問題的敏銳度等面向。

二、見習臺北市照導與A督導的共訪模式和長照1966專線：

見習照管中心(照導)、A單位(A督導)兩個單位，家訪時的串連運作模式，由長照體系不同層級政策和資源進貢；臺北市的照導有別於其他縣市，於一個月內需抽檢長照1966專線，照導親上第一線為民眾解答長照的疑難雜症。照導的工作內容繁雜多變，需要面對許多臨時突發狀況

三、專業知識與實務結合，進行自我反思：

將課堂中習得的專業知識與實務結合積極拓展自我專業實務面向的知識與見識，在反思的同時了解自我專業能力的不足之處，做為日後增進學習的動力和目標設定，成為往後研究方向的探索和基石。

(實習期間：111年01月24日到111年02月10日。)



圖2. 長照四大服務項目。

【實習見聞】

寬敞的辦公室一早就充斥著鍵盤聲，有的和同事討論著昨天家訪個案問題，有的轄區主管利用晨會和同仁進行新的宣導事項等，如果不是大門口掛著臺北市長期照護管理中心，我會以為這裡是一般的商業辦公室，每個人都坐在自己的位置上埋頭苦幹，忙著為當下手邊業務，耳邊還可以聽到此起彼落的電話聲響起「喂！臺北市照管中心您好，很高興為您服務…」，這個工作和我想像中照導的印象不太一樣。

案例分享

學姐外出家訪時，讓我記憶深刻是一位個案A患有家族遺傳性的小腦萎縮症，家中四兄妹都患有小腦萎縮症，差別在於彼此的疾病進展不同，為不同行政區的個案，記得初訪時，約8坪大小的案家裏設置電動床、特製輪椅和抽痰設備後顯得狹小，日常照護都仰賴外僱看護照顧，個案與外界溝通皆用點字版上注音符號一個一個點才能讀成一句話，身上的三管和肢體的失能，往過醫院院所需仰賴長照交通車協助，外僱看護休息的時候，喘息服務就必須接手進行個案的後續照護工作。

長照裡的觀念

面對我國老人人口的快速成長所造成的慢性病與功能障礙的人數增加，照導需要長期服務的人們，成為社會新的型態和社會問題，涉及範圍甚廣，唯有跨領域的人才和資源投入，才能讓長照對力的接合力更持久。為期9天實習，在學姊們身上看到不同背景的服務，在面對個案時展現出不同專業的特質和面向，即使下班後需要留下完成時效性的評估計畫，但依舊站在崗位上為長照工作貢獻一份心力，感謝這些無名英雄，讓我們在長照政策和服務推動更貼近個案需求。

【SWOT分析】



圖表3. 台北市長期照管中心SWOT分析。

【機構建議】

- 一、可以讓實習生閱讀臺北市長期照護管理中心工作手冊，裡面的工作職責、工作流程相關工作指引等，寫得十分詳細，閱讀過後實習生可以在後續家訪中很快進入工作狀況。
- 二、臺北市長期照護管理中心照導需負責1966專線的輪值，如果可能的話希望實習生有機會都可以見習到1966專線，知道民眾常來電諮詢的問題有哪些？撥打1966專線後，照管中心是如何派案或轉案等。
- 三、照導平日工作較為繁瑣，當天訪視個案的計畫需在前一天上午9點前上傳，如果有空餘時間，希望可以能夠讓實習生初步了解照管中心線上系統的評估結果和計畫擬定。

【實習心得】

從教室的學習走進實務

為期9天的實習，跟隨照導腳步走入案家，「用眼睛觀察」，案家中的無障礙空間和輔具使用狀況，有沒有不符合個案現階段使用或是有更貼切的需求的輔具建議。「用耳朵多聽」，學習照導如何與個案和案家溝通，將評估如填工作口語化內容呈現，採引導式回答，挖掘問題後面的導因，讓個案不會覺得自己在被考試一般回答，在自在的狀態下表達，完成的評估也能更真實呈現個案當下狀況。「用心感受」吸取他人經驗，學習處事態度，專業形象的展現等，將實習中所見所聞內化成自身的學習和成長。「適度的傾聽和同理」，家訪時個案有時候講一講就紅了眼眶和流淚，這時候適度的傾聽和同理是很重要的，這會讓個案或是家屬覺得被自己是被重視的。

把握每一刻學習的機會

透過這次的實習，除了對照導的工作更為了解外，也增進自身對於個案評估和給付等級的熟練，回到辦公室後利用時間進行當天家訪個案狀況整理，對於評估和等級及後續照顧計畫的練習，遇到有疑問的部分先行標註，利用家訪的交通往返時間把握機會向學姊請教，隨著熟練度增加則到案家後可以跟上學姊評估的腳步。

我們在課堂聽到的A單位、B單位、C據點等，這些都是書面上的評估和計畫，實地的家訪，讓我們有機會從個案口中聽到平日多加C據點(失智據點)上課狀況，看著案主關心的講述C據點可以做那些活動，可以唱歌、打麻將、還有跳舞等，我由此看到長照更多不同的角度和面向，趁此讓自己思考，未來如果踏入長照領域，那個地方是可以深入了解和加強的。

長照整合服務守門員-長期照顧管理中心

侯屹霞，葉明莉

馬偕醫學院長期照護研究所
E-mail:511044008@live.mmc.edu.tw

身為長照交通接送業者的我，興奮重拾學生身分來到長照所修課，從只知長照其一點、課堂理論教學逐漸擴充到線，透過 9 天臺北市長照管理中心實習，來到第一現場串接長照面，真正檢視所學習的長照 2.0 政策與給付如何落實社區在地化，成為「看的到、用的到、找的到」的好厝邊實務服務。跟著照專學姊訪視不同照顧需求的個案，有唐氏症寶寶家長身心照顧負荷過重、精障獨老藥物過量、經商女強人海外中風回台治療、酒癮戒斷症反覆住院、認不得人的臥床爺爺、截肢又乳癌奶奶…，每個家庭都有各自故事，引領盼望著長照服務介入能讓家庭日常運作 reset 重新啟動。

而串起長照服務輸送的靈魂人物正是「照顧管理專員」，看似公務體系的行政人員，擔負很重要的評估個案失能等級工作及轉介 A 級單位做整合性資源盤點，啟動長照服務輸送的「守門員」。

1. 本人加入中山區業務實習期間，觀察到臺北市派案原則為『開放民眾優先選擇行政區內之 A 級單位』，民眾對醫療體系的個管師及品牌知名度有一定程度的信任，以致中山區民眾首選的 A 級單位為『馬偕紀念醫院』，身為馬偕一份子的我也於有榮焉。
2. 臺北市照管專員需輪值 1966 接聽民眾進線申請長照及答覆各類疑難問題，透過市民專線提供民眾快速、方便地取得長照服務，又是照專親自服務，縮減資訊傳達不良，讓守門人照專更清楚知道民意的訴求為何！

前台中市副市長林依瑩說過，「要翻轉照顧現況，先要翻轉照顧提供者的思維」，長期照護不再是自家人關起門來單打獨鬥，而是多方的社政、衛政資源整合介入服務，屬於全人照護極深極廣範圍，所有的服務在整合平台上進行串連，才是提供長照家庭優質的照護品質。感謝學校安排此次實習機會，讓我對未來高齡化社會能盡己一份心力，日後對我辦公室同仁宣導長照政令服務時，更有感受地將所學運用在職場上。

關鍵字：長照管理中心、照顧管理專員、照顧者、資源整合

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組) 長照整合服務守門員-長期照顧管理中心

侯屹震 I-Hsia Hou

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

實習目標/ Goal

身為長期照護服務者的我，與耆老到長照所修課，從只知長照其一的點，逐漸擴充到線，透過實習來到操作現場中接長照，期待9天服務中心實習檢視所學與實務。

- (一)長照2.0如何落實社區在地化，真正「看的到、用的到、找得到」的長照服務。
- (二)強化課堂所學專業知識，將理論落實成為第一線的長照專業服務現場。
- (三)學習長照評估量表在分別個案中，所評估分數指標與程度差異之觀察。

長照服務守門員/ Protector

長期照護（英語：Long-Term Care，簡稱LTC），是一種協助因慢性疾病或身心障礙而長期無法自理的病患，滿足各式各類醫療與非醫療需求之服務（出自：維基百科之論述）。

各年齡層都可能有長照的需求，但大多是老年人，也因此長照議題經常和高齡化社會的議題一起討論。隨著老年人口激增，為許多家庭帶來無法負擔的壓力，已經成為不容忽視的社會問題。政府2017年推出長照2.0政策，協助各地方政府運作長期照顧管理中心，提供諮詢、評估、轉介、及個案管理第一窗口服務，而「照顧管理專員」正是串起長照服務鏈的關鍵人物（圖1）。



實習見聞/ Internship

臺北市長期照顧管理中心規劃「五區服務站」，建構醫療衛生體系及社會福利體系之長期照顧服務網絡，做為臺北市各類長期照顧服務資源之第一窗口。

(一)本人加入中山區業務實習期間，觀察到臺北市業務原則為「開放民眾優先選擇行政區內之A級單位」（圖2），由A單位業務量之數據得知，民眾對醫療體系的信賴度及品牌知名度有一定程度的信任，以致中山區民眾首選的A單位為「馬偕紀念醫院」（圖3）。身為馬偕一份子的我也於有榮焉。



(二)臺北市照顧管理專員輪值1966接聽民眾專線中請長照及客置各類服務問題，本人9天實習遇到2次身臨服務現場對民眾諮詢，歸納以下2點為民眾對長照服務的迷思：

專業服務≠醫院健

專業服務訓練	醫院健訓練
將活動融入生活作息中，經由個案、家屬或照顧者每日的執行，來達成個案能執行對其自己覺得最重要的日常生活活動。	治療預防疾病對功能所造成之限制，以身體功能訓練為優先：認知、動作、感覺功能復原的訓練。

家屬服務≠大掃除

家屬服務	大掃除
僅提供個案本人所需服務，屬於「協助」，而不是「取代原本的照顧者」。	全屋全家的廚房抽油煙機、浴室、窗台軌道清洗除油...等家事清潔。

中山區長照資源SWOT分析/ SWOT analysis

根據內政部資料顯示，臺北市65歲以上人口比率在103年11月已達聯合國所定義「高齡社會」標準之14.04%，在110年12月底65歲以上人口比率為19.97%（圖4），距離「超高齡社會」已是指日可待。其中中山區更早在110年9月邁入「超高齡社會」門檻占率20.77%，臺北市衛生局成立全國首創的「社區創齡志願隊」，超前部署關懷疫情高壓環境下的高齡者心理健康。而對死亡率已高過出生率（圖5），也更加加速超高齡社會的來臨。本人針對對照管中心之中山區資源服務，延伸社區營造健康老化以因應「超高齡化」打造友善社區，作了以下SWOT分析：

Strength 優勢	Weakness 弱點
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 服務中心位於中山區，交通便捷，訪案通暢時間短。 ✓ 中山區有兩大醫療體系A級單位，助益佳，民眾信賴程度高。 ✓ 首創成立「社區創齡志願隊」，善用高齡、民智、民力。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 編制13服務，目前僅有8位，加1督導，在案量282案/1人，人力吃緊。 ✓ 北市排案系統原則，照單只負責行政督導，個案諮詢服務需轉介傳開。 ✓ 多元人力投入長照服務之進度，不及人口老化速度。
Opportunities 機會	Threats 威脅
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 與A單位接洽諮詢，加速申請流程及避免有延誤，服務進度快速。 ✓ 北市推動石碇整合服務計畫，主動發掘社區內長照需求。 ✓ 結合在地文化與藝術等單位及資源，走出來享受創齡、健康、活力、動力。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 無電梯公寓多，甚至連大樓一樓皆有2-5階梯，無障礙設施少，出行不易。 ✓ 高社經地位之失能高齡者，無法接受服務進入，更不遑戶籍信託。 ✓ 雙老戶多，子女散居外地或國外，以外僑照顧居多。

▲中山區長照SWOT分析圖

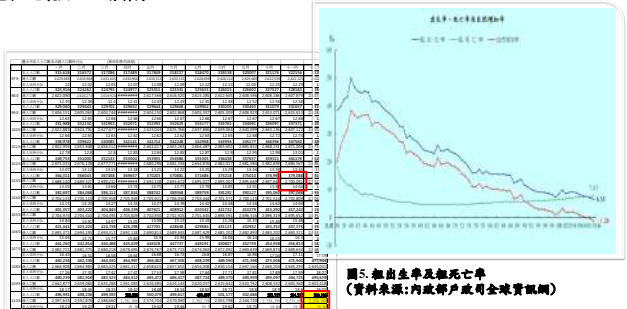


圖4：臺北市老人人口數及占總人口數百分比（資料來源：內政部）

實習心得及反思/ Reflection and conclusion

「服務」，為實習期間最興奮的事，跟著服務專員到訪視不同需求的家庭，透過專業及熟練的情境對談，操作著平板電腦填寫的評估量表，選擇合適服務處理個案家庭成員不同意見和主張，若沒有集一身精幹功力，怎能上戰場為民眾評估失能等級和啟動服務介入呢！隨著政府快馬加鞭落實長照2.0政策，讓照顧者和被照顧者有感地改變進而重拾正常生活，以減少家庭負擔過度產生照顧倦怠。以下分享2案例，為本人見習中將有感受的視：

✓ 成功個案1：蔡媽媽，患有糖尿病高血壓，三溫暖時因中國水療師輕微失誤，導致發覺在院，出院後轉介長照服務介入（營養師專業服務、照顧服務、輔具），初評：護理失能2級。

✓ 憂心個案2：劉伯伯，酒癮個案，因戒斷症狀嚴重產生不聽人言攻擊行為而反覆住院，胡言亂語、日夜不分、作息紊亂，走路搖搖晃晃怕跌倒以致整天躺床，申請長照期間流離轉居四處。

✓ 心得：前台北市副市長侯友宜說過，「要轉解照顧現況，先要轉解照顧提供者的思維」，醫療和長照毫無銜接與並重，劉伯伯上述問題為酒癮，也尋求過醫院戒酒治療，因戒斷症狀痛苦而無所適從；反觀蔡媽媽配合營養師建議飲食及運動控制糖尿病，定期門診修復發覺傷口，一年內身體狀況回復神速。

✓ 反思：長照服務不能單打獨鬥需要多方的整合服務，由於進入長照體系接受照顧的個案多半為高齡者，且是多重疾病出現併發症患者，因此是一群兼具多重疾病與身心失能的個案，這些具有多重複雜照顧需求的個案是最需要整合服務的對象，除了醫療服務之外，更需要照顧服務，惟所有的服務在整合平台上進行串接，才能提供長照家庭優質的照顧品質。

✓ 回饋：感謝學校安排此次實習機會，也謝謝中山區苑瑪煩督導、田晏瑜服務專員給予糾正指教，讓我對未來高齡化社會能盡一份心力，日後對我辦公室同仁宣導長照政策服務時，更有感受地將所學運用在現場上。



▲評估結果通知單



▲照顧管理評估量表

台北市照管中心執行現況--談長期照顧2.0之R.I.S.K.

張楚芳¹葉淑惠²

¹ 馬偕學校財團法人馬偕醫學院 長期照護研究所碩士在職專班研究生

² 馬偕學校財團法人馬偕醫學院 長期照護研究所教授

E-mail: 511044009@live.mmc.com.tw

有別於醫護人員較為熟悉的疾病臨床分期與病程風險(Risk)以及階段性處方藥物使用，國內長期照顧 2.0 計畫的評估與執行，則是由各縣市政府所轄照管中心之照管專員依循個案現階段之日常生活因疾病或事故所致退化失能狀況與家庭主要照顧之資源來評級。台北市照管中心並與該轄區 A 單位的個案管理師共同訪視，共同研擬與提供後續各階段積極復能、照護專業介入與居家生活輔助處理等需求。本篇實習心得報告以 R(Responsibility): 中央與地方政府之長照政策責任、I(Interactionism): 長照個案及其家庭與照管專員訪視和評估之雙向互動性、S(Sustainability): 照管中心監督與 ABC 單位專業服務之持續性、K(Knitting): 長期照顧服務之多元項目與社區資源網絡，淺談本期見習觀察與延伸思考之我見。

正如法國作家 Romain Rolland 所言:「世上只有一種英雄主義，就是在你認清生活真相之後，依然熱愛生活。」，謹以此報告向台北市照管中心指導我們的專員們，以及所有我們見習訪視的長者及其家庭致敬與共勉。

關鍵字: 台北市照管中心、長照 2.0

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組) 台北市照管中心執行現況--談長期照顧2.0之R. I. S. K.

張楚芳Chu-Fang Chang

馬偕醫學院長期照護研究所 Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College,
New Taipei City, Taiwan

實習單位:台北市長期照顧管理中心 中山區
前言

有別於醫護人員較為熟悉的疾病臨床分期與病程風險(Risk)以及階段性處方藥物使用,國內長期照顧2.0計畫的評估與執行,則是由各縣市政府所轄照管中心之照管專員依循個案現階段之日常生活因疾病或事故所致退化失能狀況與家庭主要照顧之資源來評級。台北市照管中心並與該轄區A單位的個案管理師共同訪視,共同研擬與提供後續各階段積極復能、照護專業介入與居家生活輔助處理等需求。本篇實習心得報告以R(Responsibility):中央與地方政府之長照政策責任、I(Interactionism):長照個案及其家庭與照管專員訪視和評估之雙向互動性、S(Sustainability):照管中心監督與ABC單位專業服務之持續性、K(Knitting):長期照顧服務之多元項目與社區資源網絡,淺談見習觀察與延伸思考之我見。法國作家Romain Rolland所言:「世上只有一種英雄主義,就是在你獨清生活真相之後,依然熱愛生活。」,謹以此報告向台北市照管中心指導我們的專員們,以及所有我們見習訪視的長者及其家庭致敬與共勉。



圖 1. 台北市長期照顧管理中心

R (Responsibility): 中央與地方政府之長照政策責任

鑑於國內人口快速老化,造成的慢性病與功能障礙的盛行率急遽上升,長期照顧需求劇增,中央與地方必須共同擔負起長期照顧之時代責任,在縱向(政府與民眾)和橫向(各局處部門與公私立長照資源)建構起高齡化社會福利之基柱。台北市長期照顧管理中心,正是臺北市政府整合社政、衛政資源以作為受理民眾需求評估、連結及輸送長期照顧服務之單一窗口。任務與職掌如表1。

長期照顧管理中心組織任務	長期照顧管理中心職掌
1. 培育轄區長照人力與能力。 2. 有效開發社區長期照顧服務與設施。 3. 與民間長期照顧服務提供者形成有效率的夥伴網絡。 4. 落實照顧管理機制。 5. 確保長期照顧服務資源分配之效率與效益。	1. 提升長照2.0服務涵蓋率。 2. 發展長照服務資源網絡。 3. 規劃照管分站之設置,以提升照管服務之可近性。 4. 監測及維護照管人員服務品質。 5. 調解民眾陳情案件。 6. 負責推動長照業務。 7. 辦理中央主管機關交辦事項。

表1:參考臺北市111年度長照2.0整合型計畫

為普及長照2.0服務所有民眾,分為12個行政區,照專督導14人,照管專員92人。110年7月長照服務補助人數涵蓋率為29.04%。【計算公式為本市110年1-7月已接受長照服務之補助人數共31,895人(含使用長照給付及支付基準服務人數26,513人+住宿機構5,382人)/長照服務總需要人數(含使用長照給付):109,832人=29.04%。而截至110年8月底,臺北市使用長照服務個案共22,117人。110年台北市各區使用長照服務個案特性分析如下表2:

性別	年齡	身障個案	身分別	服務項目
▲男性:41% ▲女性:59%	▲80-89歲:38.1% ▲70-79歲:24.5%	▲50歲以上持有身障證明之個案共1萬310人,佔總長照服務總個案數之54.2% ▲49歲以下持有身障證明之個案共761人,佔長照服務總個案數之4.0%	▲一般戶:85.1% ▲社會救助法低收入戶(未達1倍):8.2% ▲長照低收身分(未達1.5倍):4.4% ▲長照中低收身分(1.5~2.5倍):2.3%	▲照顧服務:52.8%(使用比例較高為居家服務:48.7%,及日間照顧:5.0%) ▲專業服務:11.0%(使用比例最高為復能照護:68.9%)

表2:資料來源為「衛生福利部照顧服務管理資訊平臺」多維度線上分析

照管專員成了公部門整體長照政策中的關鍵職務,期許專員能統合個案之醫療、護理、復健、心理、營養、職能、社會服務等跨領域的服務需求及執行照顧。於是臺北市照管中心聘任在長照與醫療相關領域中的專才,鞏固其團隊運作之優質性。與鄰近亞洲國家相比,照管專員制度類似日本在2000年介護保險實施後所設之「專門職」,其正式名稱為「介護支援專門員」。

臺北市政府長期照顧委員會建立決策核心小組,研議重要長照議題。長期照顧委員會下設「長照服務組」、「失智網絡組」、「研發創新組」、「人力資源開發組」、「輔助科技與資訊整合組」、「設施、環境資源建置組」、「協調、審議與權益保障組」。雖說業務跨社政局、衛生局、民政局、警察局、教育局、消防局、交通局、產發局...,然而在本次實習的過程中也觀察目前的長照個案管理尚未正式全面鏈結跨部門之機關合作:里長並無實際接受長照服務在案者之名冊,警察局或社區派出所也無確診失智長者之高風險走失名冊、獨居長者之居家消防安全警報制度,以及照管專員們屢次提出家訪可能曝露於傳染性感染、疥瘡、COVID-19 肺炎)之不特定高風險環境,與疾管局、健保局也無個案資訊連結。目前衛生福利部在「精神病人長期照顧示範計畫」之執行,由長照中心照管專員、照顧服務員、個案管理員等人力資源,連結精神醫療體系資源,建立跨科室與跨部門合作機制,發展更符合其需求之服務模式。部分照管專員也表示對於是否有暴力攻擊傾向或特殊病史之風險個案,期時也有雙向保護之訪視原則,同時保障個案與照管專員之相關權益。

誠然,國家長照政策需面臨的持續挑戰有「疾病型態慢性化」、「身心健康障礙化」、「照護內容複雜化」、「照顧時間長期化」,積極研擬改革與提升品質實為刻不容緩!



圖2:台北市中山區劍潭里社區關懷據點

I(Interactionism):長照個案及其家庭與照管專員訪視和評估之雙向互動性

台北市照管中心在107年時因應長照制度轉換,照專到宅評估個案長照需求等級後,需由A單位家訪擬定照顧計畫,為精簡個案申請流程及增進雙方對案況熟悉度,故推行其專有的運作機制和執行方式:照專與A單位個案管理師共同訪視,並訂定聯絡流程、單一窗口(每家A單位對應1位照專)與聯絡line群組。110年個案來源分析:個案主動求助、老服中心、社福中心、出院準備及健康服務中心等多元申請管道,其中以主動求助最高(63.82%),次之出院準備轉介(24.30%)。台北市與中山區之110年長照使用人數統計如表3:

人數與案量(截至110年8月)	110年45-64歲人口	110年65歲以上人口	110年外籍看護人數	110年使用長照2.0在案量	110年人力配置	110年平均個案分派量	110年A單位在案量	111年長期照顧服務目標人口預估
台北市全區	765,036	499,697	38,474	22,117	督導14照專92	241	20,104	105,888
中山區	67,816	45,018	3,667	2,049	督導1照專8	293	台北馬偕:791 聯醫林森:477 健順泰護:420	9,373

本次實習跟訪初評6戶及複評8戶。因疫情,照專與A個案師訪視全程戴著口罩,但絲毫不影響訪視展現的親和關懷與專業評估。照專抵達案家住區樓下,就拿出手尺仔細量測出入動線之階梯和間距(如圖3);與個案和主要照顧者訪談過程,以內建照顧量表之平板電腦評估,同時以長照專業和急心理理建立互動。照管專員展現工作紀律與長照服務團隊效益是以人為中心,觀點取替(Perspective taking)、情感共鳴(emotional resonance)、認知同理(Cognitive empathy)、同情同理(Compassionate empathy)。照管專員與個案師受訪時,表示為求訪視效率,多以機車代步,並因北部多雨,甚至必備一雙乾淨的襪子,避免淋雨後弄濕案家的住宅。並台北市照管中心培訓專員們在一小時內完成訪視,其訪視必要裝備如圖4:



圖3:照專訪視丈量環境



圖4:照專訪視基本裝備

S (Sustainability): 照管中心監督與ABC單位專業服務之持續性

臺北市配置7線「1966長照專線」,於109年2月14日正式使用,由全國照管專員輪值接聽,110年截至7月底,總進線諮詢量為36,526通。本次見習照管專員接聽1966專線的過程,共計12個小時。長照2.0政策訴求能讓民眾「找得到、看得到、用得到、付得起」:1966專線實為長照服務可及性與持續性之關鍵樞紐。在處理民眾致電的過程,照管專員可以整合不同狀況的個案與其訴求,進而檢視與督察長照服務之環節,是否需加強之處。貼近民眾第一線問題後,策動ABC單位與資源,提升長照服務質與量的適切性與周全性。表5:長照1966專線見習紀錄彙整

1966專線致電者	民眾訴求	紀錄心得與建議
1. 中高齡與高齡長者 2. 家庭主要照顧者 3. 同住家屬 4. 非同住親屬 5. 對於長照2.0執行細則有疑問之民眾	1. 長照2.0之服務對象與資格,及其申請流程。 2. 長照2.0服務之項目與收費,及補助事宜。 3. 輔具與交通接送之諮詢與預約。 4. 詢問醫師到宅醫療。 5. 詢問社區送餐服務。 6. 詢問到宅施打疫苗。 7. 出院準備服務之申請。 8. 銜接外藉看護之服務。 9. 詢問自己專屬的照專或A單位個案師之聯繫方式。 10. 已結案之長照個案,申請再開案。	1. 平均一通電話需7分鐘的時間說明與紀錄,照專均在線上給予致電者具體可轉介與連結之處理方式。 2. 疫情時期,部分民眾混淆1922與1966兩專線。且申請到宅施打第三劑疫苗之規定,相關局處單位認知與做法不同,為本季之最大困難。 3. 部分高齡長者已知道自行撥打1966專線求助,實為振奮! 4. 已接受長照2.0服務之案家,由於年齡或服務說明不完整,需再透過1966專線聯繫照專與A單位個案師,建議可設計簡便以便保局所發行之兒童健康手冊或孕婦手冊之長照個案服務手冊,將相關資訊均以合適長者閱讀之字體詳載,以利個案和民眾掌握聯絡資訊。

K (Knitting):長期照顧服務之多元項目與社區資源網絡

在照管專員訪視的必要裝備中,有一份必要攜帶的資料夾,厚厚的資料夾中,整理了大部分案家需要轉介連結的資源(如圖5:照專訪視基本裝備)。其中包括:長照2.0專業服務說明、臺北市長期照顧需要評估結果通知單、居家失能個案家庭醫師照顧方案、輔具申請書、申請外藉看護到宅評估服務、臺北市家庭照顧者支持中心、如何轉借失智社區服務據點、衛福部住宿式服務機構使用者補助方案各縣市服務窗口、臺北市所轄醫院長照窗口一覽表、臺北市長照出院準備友善醫院認證名單一覽表、臺北市社區整合型服務中心通訊錄與衛福部照管平台名稱、失能老人營養餐飲服務送餐單位通訊錄、臺北市老人日間照顧中心聯絡資訊及收托時間一覽表、臺北市政府衛生局長照2.0喘息服務單位一覽表。

我們期許這些現在進行式與未來式的服務資源,都能在產官學的連結下,繼續合力編織(Knitting)成一張專屬臺灣社會的長期照顧安全網,積極與社區整合型服務中心建立良好夥伴關係,並建構完善溝通平台及訓練模式,以掌握服務品質。鼓勵各鄰里、服務單位參與長照方案,將關懷據點升級、擴大共餐據點、社區復健據點、家庭照顧者支持服務據點、失智共照中心及失智社區服務據點等資源布建。這不僅是為了共同迎接高齡化社會的挑戰,更是攜手所有的民眾學習互敬互助的共生共榮之域。



圖5:照管專員訪視基本裝備



長期照護團隊穩健發展因素之探討

陳紫瑜¹，張元政^{1,2}

¹ 馬偕醫學院長期照護研究所碩專生

² 馬偕醫學院長期照護研究所副教授

E-mail: twkunst@gmail.com

失能人口與日俱增，且失能者的照護需求常因個人疾病變化、老化或經濟資源等問題，造成失能程度加劇，或因為一時急症導致衰弱卻未達失能等級，故需仰賴照專的即時評估及專業服務的即時提供，才能達成照護連續性的目標。

長照的評估流程之初始規劃係由縣市之照管中心照顧服務專員評估失能等級，再轉介 A 單位個案管理師，擬定照顧服務計畫。但是在實務上各縣市的長照需求評估流程各有差異，部分縣市由照管中心照顧服務專員訪視評估後，才能核定失能等級，再由 A 單位個管師訪視後擬定照顧計畫(新北市)，或照顧服務專員與 A 單位個管師共訪(台北市)。

在如此專業又充滿挑戰的工作中，如何能在評估過程中取得案家與評估結果的平衡，取決於專業知識的培養與團隊領導者的智慧，指導學姊曾說評估是一種主觀意識的過程，如何能在主觀的意識中將專業及客觀與主觀取得平衡，除了自身的經歷，必須也要藉由團隊夥伴經驗的累積與傳承，透過團隊夥伴之間的分享與幫助來達到評估的準確性，在此次的實習中我看見士林區團隊之間的互助合作，令人感動及值得效法與學習。

關鍵字：照顧管理中心、照顧管理專員

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

長期照護團隊穩健發展因素之探討

陳紫瑜

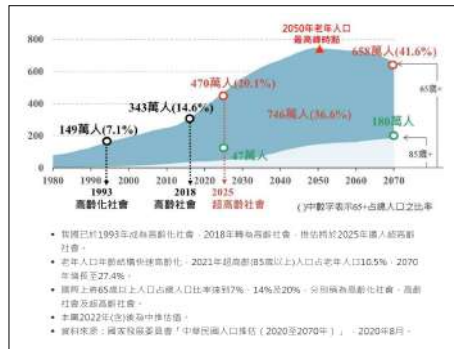
Tzu-Yu, Chen

馬偕醫學院長期照護研究所

Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

實習目標

長照2.0在政府藉由醫療單位、電視媒體、海報宣傳、親友口耳相傳、網際網路...等不同管道之宣導之下，越來越多人知道有關長期照護的資訊及內容，台灣在2018年成為高齡社會，並即將於2025年邁入超高齡社會的台灣，加上台灣少子化，高齡化趨勢難以逆轉，截至110年11月全台灣長期使用人數為37萬6千多人且每年逐步成長，面對如此龐大的照顧需求，專業團隊的觀察與產出是必然且需要的，期待能在此實習過程中了解與探討團隊的穩健發展對長期照護的影響。



實習機構及單位簡介

實習單位：台北市長期照顧管理中心
實習分區：士林區
實習時間：111年1月4日~111年1月14日
單位督導：鄧寶菁 督導
指導專員：蔡雅吉 導師



士林區總人口數：268608人

65歲以上老年人口數：56381

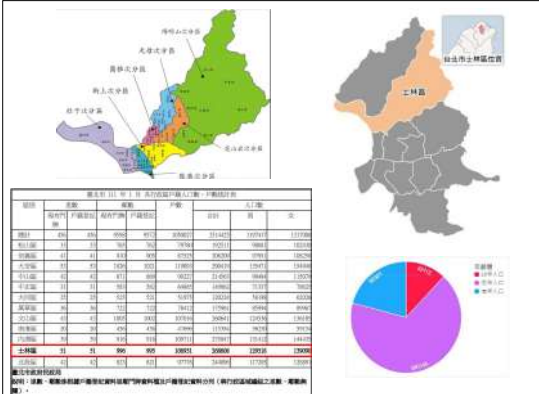
士林區居住人口數僅次於大安區，是台北市第二大人口密集區

65歲以上老年人口數佔總人口數的五分之一

目前申請長期服務人數：2236人

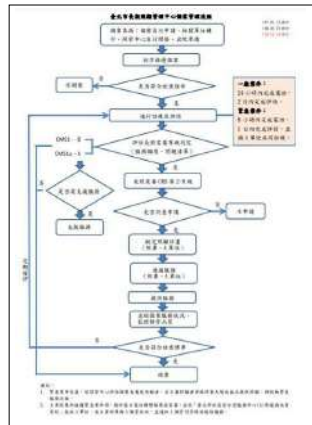
目前服務人數：8人

目前服務每人數量：280~310人



實習內容

為期9天的實習，與專員共訪15案，1966電話接聽，參與了專員與A個案師初視後後的個案分析與服務介入需求討論，初視會中與個案初視時的問題釐清、瞭解服務內容、擬定的失能等級，以及初視後的計畫撰寫，服務整個流程必須達成服務時效性，見證了單位督導平日對專員的訓練帶領，專員對業務職掌的熟練度、判斷力、與A個案督導及案家之間的協調能力、服務資源銜接的適切性...等，深覺專員的專業養成和團隊默契不是一天能夠達成，需經過日積月累的經驗累積而養成，人才培育著實不易，更需珍惜培育的人才。



圖四、台北市長期照顧管理中心服務作業流程圖(資料來源：台北市政府衛生局)

圖五、台北市長期照顧需要評估結果通知單(資料來源：北市服管中心)



雙北長照中心生態差異

差異	台北市	新北市
地域性	腹地小人口密度高	腹地大人口密度差距大
案家特性	權力導向，申訴案件高	情感導向，以和為貴
專員數量	依區域性/280-310/人	依區域性/450-550/人
防範交通工具	多以公車、捷運、Uber、電動機車	多以機車為主
訪視方式	照專及A個案聯合訪視	照專及A個案獨立訪視
派案方式	案家可自選	照專派案
評估結果通知	當天評估完畢給予案家台北市長期照顧需要評估結果通知單	當天評估完畢，需經公文系統發文至案家(14日內發文)
照專流動率	高	高

實習感想

在北市服管中心士林區九天以來的實習，給我最大的感觸，是一個優質的長照人員養成，不光只是平日的初視評估、參與許多教育訓練，更重要的是團隊間的合作及團隊領導者在分內給予專員們的專業指導以及與團隊夥伴之間的信任及友善的關係，如此可促成良性的正循環關係，提高團隊士氣及向心力，相對在工作的效率與積極度上也會有良好的發展，同時更增加了專業人才經培訓後穩定於工作崗位的情緒，降低了離職率，有誰不想在和諧、信任、互助的團隊中持續邁進及發展呢？因此，在實習的過程中，看見督導的以身作則，指導的學端在初視的過程中專業有邏輯方向的評估過程，與案家討論個案的長期需求，結合A單位個案師的資源銜接，完成個案的長期服務計畫，以及評估過程中面臨多樣性的複雜問題，透過在團隊中的分享，照專門相互的給予經驗建議和幫助，讓人感受到團隊中存在的溫度，這在長期照顧的團隊中是需要建立和不可或缺的，很榮幸能在士林區實習，在了解長期照顧服務各項服務內容和過程中，也能觀察團隊之間的互信、互動、互助、交流...等的重要性，如此方可建構長期照顧專業人才堅固的搖籃。

SWOT：對於在單位實習過程中所見聞的團隊分析



照顧服務員工作情緒及其對工作結果之影響

作者:林靜儀

任職單位:天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院附設日照中心

就讀學校:馬偕醫學院長期照護研究所

摘要

「情緒勞務」(emotional labor)係指在工作執行的過程中，與服務對象具有高度的互動，並基於組織、服務對象及自己本身的利益，必須管理與控制自己的情緒，以呈現出合宜的情緒表達方式(林尚平，2000)

長期照護機構如雨後春筍般快速增加，對照顧服務員需求越大，在長期機構任職長達24年，照顧服務員的情緒對其照顧品質有著極大的影響，藉由實習中探討照顧服務員正負向情緒個人工作行為的影響效果。經過實習結果發現：個人情緒波動會影響其每日正向情緒狀態，而照顧服務員正負向情緒特質會影響其工作表現。長期來說，若照顧服務員正向情緒特質較高，對工作滿意度、工作績效來說比較佳，對照顧服務員情緒耗竭程度較低；若照顧服務員負向情緒特質較高，對情緒耗竭程度較高，對於工作滿意低。實習接觸較多外籍照顧服務員，因為離鄉背井、身處異鄉，所以年資較少的外籍照顧服務員負向情緒比較偏高，除此之外，實習中亦發現，照顧服務員為達成工作使命，可能隱藏自己真正的性格，如同載著多個面具，扮演多重角色，長期壓抑真正自我，而造成兩相矛盾的心理負擔，對工作及身心健康都會有不良的影響。

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

林靜儀(LIN CHING YI)
馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

■實習學習單位簡介

寶興護理之家坐落於山明水秀的新店區寶興路39, 41號2-5樓, 共78張床, 於民國104年7月18日通過新北市衛生局核可, 正式對外營運, 秉持溫馨、專業、熱誠、關懷、安全的理念, 彙集護理照護服務, 提供住民身、心、靈平安, 享受樂活人生, 使住民安心, 家屬放心, 迎嚮住民第二個溫馨的家。



■服務理念

給予人性化與專業化的照護, 讓每位住民有溫馨的「家」居住環境, 重視住民個別化的需求, 以住民為中心、以服務為導向, 提供適當的醫療照護、心靈關懷及復健、營養、生活等多元化的服務。

■寶興護理之家 巷弄長照站



■實習目標:

1. 照顧服務員情緒及工作壓力有哪些?
2. 如何適當的舒緩
3. 工作同仁及主管情緒勞動有哪些?
4. 照顧服務員如何因應各種來自住民、住民家屬之各項要求情緒勞動
5. 照顧服務員面臨困境與應對方案

■實習成果

1. 了解服務員工作壓力的實際現況
 - a. 外籍服務員離鄉背井, 思念家鄉、小孩。
 - b. 外籍服務員剛來台灣言語不熟, 聽不懂台語。
 - c. 長輩有暴力傾向, 有時候突然來一舉。
 - d. 長輩意外事件-跌倒
 - e. 因為新冠肺炎無法回家, 也無法外出
 - f. 家中有事, 無法返回(外籍服務員)
 - g. 新冠肺炎傳染力強大, 擔心自己會被傳染
 - h. 新冠肺炎增加工作, 定時消毒
 - i. 同儕排擠, 處處被排擠(外籍服務員)
 - j. 照顧許久的長輩離世, 捨不得會偷偷流淚

2. 探究服務員之情緒抒壓管道

- a. 打電話視訊家人
 - b. 外出遊玩、買東西、旅遊
 - c. 聽音樂、看書、追劇
 - d. 學習中文
3. 探究工作同仁及主管, 如何解決情緒勞動
- a. 淺層動作(surface acting), 在面部表情和肢體語言上演繹出要求的情緒, 比如微笑和禮貌。但是並不是從心底去感受和表達。
 - b. 深層動作(deep acting), 自主調整內心的感受, 通過努力練習來完成組織的要求

4. 如何因應各種來自住民、住民家屬之各項要求情緒勞動

- a. 同理心 是站在對方立場思考的一種方式。
- b. 從認知上改變觀念和感受

5. 照顧服務員面臨困境與應對方案

- a. 捷飾, 就算遭遇不公平對待和工作上的難題都要假裝自己很平常、很高興。也就是淺層動作的情緒勞動管理策略
- b. 是從認知上改變觀念和感受, 和自己對話, 說服自己。也就是深層動作的情緒勞動策略。

■自我成長

感謝機構楊主任給我機會, 讓我發揮所長, 幫耕莘專科學生上照服員技術課



■與長輩及同學分享「失智症照護」



■與服務員訪談



■實習心得:

首先感謝寶興護理之家願意在疫情期間, 仍然願意讓我來實習, 楊加雲主任不辭辛勞帶領我學習, 還有寶興護理之家的服務員, 為了我的實習提供不少意見, 雖然很忙也很努力回答我的問題, 讓在這9天實習的我收穫滿滿。

團隊合作~~盡心盡力為了您

林素蘭

台北市私立安家居家長期照護機構 照服員

摘要

跨領域長期照顧實習乃藉由在台北市長照中心的實習，了解長照中心提供的資源與應用，能於實習中習得專業素養，增進與團隊合作及溝通能力，並能與國家長期照顧政策結合，做為未來研究之方向。實習地點在台北市的大同區，是臺北市最早發展的區域且面積最小的區，亦為雙北地區面積最小的行政區，人口密度高居全國第七，老人人口結構已邁向高齡社區。此次實習共訪視 13 位個案，發現主要照顧者大多為女性照顧者；而照顧者的壓力之大，也讓照專在評估時特別重視。實習時跟著照專學姊一起探訪案家，從訪談中照專學姊直接掌握評估的問題，並於訪談交流中逐步完成評估及計劃，讓案家不會覺得有壓力，等到結果出來了，如果 A 個管也在現場，她們就一起幫個案整理出個案需要的服務，由照專直接告訴案家評估出來的等級，可以申請哪些服務，再視案家需要的服務有哪些，由他們量身打造般為案家規劃長照服務。此實習將課堂學習與台北市的個案連結照顧，並深入了解照顧者的需求，以及能夠了解台北市的資源，可作為未來研究的方向及資源，深深感謝所有協助本次實習的專家們、個案、家屬、同學及老師們。

關鍵字：長照中心、照顧專員、團隊合作、溝通能力

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

團隊合作~~盡心盡力為了您

林素蘭(LIN SU-LAN)

馬偕醫學院長期照護研究所 (INSTITUTE OF LONG-TERM CARE, MACKAY MEDICAL COLLEGE,
NEW TAIPEI CITY, TAIWAN)

實習目的

藉由在首善之區的台北市長期照顧管理中心的實習，期望瞭解北市長照中心的工作內容、流程與運作模式，拓展學生在專業實務方面的知識與見識，並透過實習了解自己在實務操作上的不足，利用就學期間奠定基礎知識與能力，並期望能自實習中習得專業素養，亦能增進團隊合作與溝通能力，並能與國家長期照顧政策結合，做為未來研究之方向。

實習機構簡介

台北市長期照顧管理中心依據台北市長期照顧需求人口、土地面積、人口密度及服務之可能性，分為東、西、南、北、中五區分館，以提供執行相關長照服務之需求服務，評估及服務連結，並瞭解及掌握相關服務資源，以確保及提升相關服務品質，有長照服務需求者可向長期照顧管理中心提出申請，服務專員受理民眾之申請、協助資格審查及到宅進行訪視及評估，經長期照顧管理中心評估後若有符合失能資格，即可獲得相關長照服務，而經評估非長照服務需求者，則協助連結或轉介其他社會資源。台北市長期照顧管理中心編制員工 150 人，現有員工 90 人。(台北市衛生局)

實習機構使命

台北市定期進行長期照顧需求調查，積極整合資源，促進長照服務網絡，使得健康、亚健康、失智、衰弱、失能者至臨終皆有完整的照顧規劃，依台北市政府民政局統計截至110年12月底，台北市總人口數289萬5704人，65歲以上人口50萬4106人。老年人口比率逐年快速上升已達18.18%。

故因應衛生福利部推動的長期照顧十年計劃2.0政策，將長照服務往前預防及往後延伸，促進健康、亚健康、失能、臨終都有完整的照顧規劃，提供16項長期照顧服務，建立各類照顧模式，持續修繕居家醫療服務、社區預防性照顧服務，各界長照地、預防及延緩失能、家庭照顧者支持服務、失智症照顧服務、社區護理照顧服務體系等資源，另為提升長照服務量，建立出院準備計畫，提升出院後轉銜長照服務，以延緩失能者及家庭需求為核心之長照服務體系，積極整合相關資源，持續增加並累積台北市長照服務之寶貴量，以確保未來民眾可得到品質優良之長照服務。(台北市衛生局)

台北市1986



台北市長期照顧管理中心



實習內容

本次九天實習的區域在大同區，大同區長照個案數約有1860位，照專六位，每人需負責的228位個案。

區域介紹

大同區位於台北市西側，與新北市三重區隔淡水河相望，是台北市最早發展的區域，全區面積為5.6815平方公里，是台北市面積最小的區，亦為雙北地區面積最小的行政區；區內人口密度每平方公里約有2.17萬人，在全國所有縣級市區中，人口密度高居全國第七。而就110年戶政資料顯示，65歲以上人口數佔大同區總人口17.7%，大同區人口結構已是高齡社區。

實習筆記

實習首日是跟個案家屬詢問地打Covid-19第三劑的意願，因為個案都是臥床者，需醫師到宅打疫苗，家屬大多數都同意。

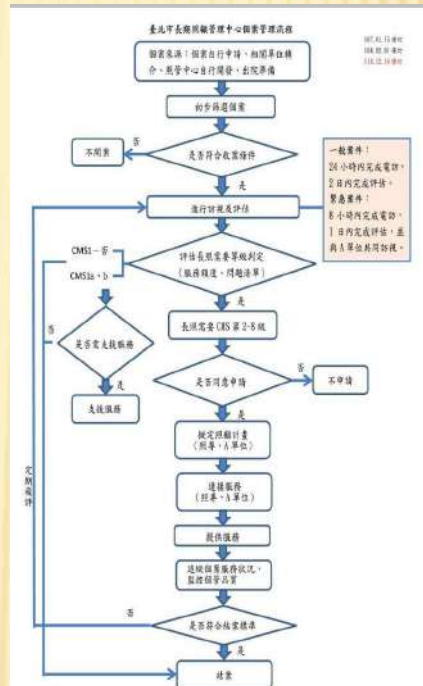
第八天上午則跟著學姐到1986住家，學姐一進去就開始幫我介紹她們是如何從接電話開始幫個案登記資料、並查出負責的區域及照專，馬上轉接電話給負責的照專。如果不是北市負責，則是幫忙轉到負責的縣市照專中心並詳細交代個案資料。

其他時間便加緊腳步隨著照專學姐一起訪視及評估個案，此次實習共訪視13位個案，初評4位，複評9位。其中讓我印象最深刻的是，我發覺照顧者以女性居多，除了媳婦、老婆以外，女兒就有五位。其中有一位主要照顧者，她是個案的小女兒，去年因疫情無法工作因而在家休息，結果發現媽媽的身體有狀況，送醫後發現媽媽中風失智並嚴重憂鬱，個案因為需洗胃，需有人在生活照顧，於是小女兒便全責照顧媽媽，大女兒則會每天打電話來關心媽媽狀況，協助購買家中生活用品，或購買藥物。

個案本週因在家臥床，住院五天，因住院時曾說尿管、尿管，醫院不得不使用的尿管，個案為此生氣，動手打人，女兒也被打過！所以出院後家屬使用「喘息服務」讓個案去換換住宿，目前已回家，回家後已很少打人。因個案晚上睡覺時會起來1-2次，造成照顧者的龐大的壓力！譬如：個案會懷疑有人偷她的錢，半夜起來數錢，數完再睡...有時還會把沒有用的排泄物挖出來，弄到床底下。加上個案因無法站立，只能坐在輪椅上，吃飯時照顧者會讓她靠近桌子讓她自己慢慢吃，但因為手會抖，常常會掉得滿地，但為了延緩個案退化，仍須由個案自主進食，照顧者只能吃殘留食物。

此次照專專員訪視，評估結果為第五級，因A個管也一起訪視，於是詢問照顧者需求，規劃服務內容，希望減輕照顧者負擔，另因發現主要照顧者壓力很大，她們便提供照顧者喘息服務資訊給照顧者，希望能對她有所幫助。

台北市長期照顧管理中心個案管理流程



實習心得

這次到長照中心實習的經驗，和我在二專、二技實習的經驗完全不一樣，當時是居服，及協助活動等類實習。這次實習時跟著照專學姐一起探訪個案，從訪視中照專學姐直接把我評估的問題放在訪視中，讓個案不會覺得有壓力，等到訪視完一結束，地方去超市買一點，再去看環境，有問題再問一下家屬或個案，她就說出來了，如果A個管也在現場，他們就會一起幫個案整理出需要的服務，由A個管直接告訴個案評估出來的等級，可以申請哪些服務，再跟個案需要的服務有那些，畫打進給個案規劃，如：出於安全問題的考量，有時家屬覺得不需要申請輔具，洗澡椅...，但是她們還是會管口裏心的勸說家屬多聽考慮，多有家屬就在他們的說明下，答應考慮一下，也有直接應允者，接著就與個案家屬並說明幫他們規劃的內容，如果不清楚就再講一遍。

每次到家屬在結束時都很高興的謝謝照專學姐和A個管，讓我覺得好像自己也活充了！這次的實習讓我看到了台北市長照中心在為長照個案評估所做的服務，照專即專業，又熱心的為每一個自己評估的個案安排最好的服務！他們在完成訪視評估後，回到辦公室後便立即開始整理出當日訪視的資料，下班前交給督導審核，督導再往上報，7天內服務就要進入個案，簡直是跟時間在賽跑！聽說她們休假期時也要時時接收工作訊息並留心進度，如果有需要，也必須要在筆記事情處理好。可見她們的壓力有多大，更可知這是一份專業素養與愛心皆不可或缺的神聖工作！

實習目標達成

我覺得這次的實習讓我看到了照專專員的專業，及照專專員與A個管之間的默契與團隊合作，他們從訪視中評估、用平板電腦評估個案及訪視個案或家屬從電腦顯示的等級，再依照等級列出個案可以用的長照資源，並為個案找出最適合的方案。盡心盡力為了個案的需求及同理照顧者的照顧壓力所呈現出來的關心及專業態度，都讓我留下深刻的印象，同時達成學習台北市長期照顧的架構及推動策略。期待日後我也能成為長照專業人才，並為社會貢獻一己之力！



『2022 創新高齡友善與長期照護發展』學術研討會（C 組）

摘要

李霞

馬偕醫學院長期照護研究所在職碩士生

隨著社會變遷與醫療衛生的進步，生育率與死亡率雙雙出現下降的趨勢，整體人口結構快速取向老齡化，使得長照照顧需求人數也同步增加。根據長照服務法，整合國內 70 多萬失能家庭的各類長照資源，使資源更全面服務更有品質，失能者更能得到適當的照護。

目的是藉由本次實習參與個案服務管理評估實務操作，在資深照管師學姐帶領下做實地個案訪視，了解長照服務案子的整個評估管理流程與照顧資源。在照管中心了解長照 2.0 政策內容與實務運用，及照管中心與社區整體照顧服務體系（長照 A、B、C）之組織架構、服務流程及關係運作流程，認識整體長照服務體系內容、現況、服務品質、資源。並對實習單位提出分析與建議（SWTO 分析與心得）。

通過自我評量，了解自己所得到收穫與不足之處，期許未來自己可以結合學校所學理論、長照實務經驗、實習技巧、及進一步增強長照服務知識，能為社會盡一份服務責任！

關鍵字：長照 2.0、社區整體照顧模式、照管中心、個案管理、實習

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (C組)

服務到你家-社區整體照顧體系

李霞

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

實習單位：臺北市長期照顧管理中心-北投區

實習時間：2021年12月3、4日-2022年1月24、25、26、27、28日-2月7、8日

實習目的：

隨著社會變遷與醫療進步，生育率與死亡率雙重出現下降的趨勢，整體人口結構快速趨向老齡化，使得長期照顧需求人數也同步增加。根據長照服務法，整合國內70多萬失能家庭的各類長照資源，使資源更充分服務更有品質，失能者更能得到適當的照顧。藉由實習參與實務運作，了解長照2.0政策服務內容、與實務運用，服務中心與社區整體照顧體系(長照A、B、C)之組織架構、服務流程及關係運作流程。透過實地訪談了解長照服務案子的整個管理流程與照顧資源，認識整體長照服務體系內容、現況、服務品質、未來發展與限制。



圖1 實習現場



圖2 訪視現場

自我評量：

通過實習，進一步了解台北市老齡化人口結構，了解長照2.0政策內容與實務運作，可以個案管理初步評估與提出初步照顧計劃。但是照顧問題清單還是需要查詢對照，還沒有接觸需要複雜照顧需求個案，及高風險個案評估分級處置及追蹤管理流程。還未能綜合性分析個案問題與服務，擬定服務計劃目前只能以需求需求期待計劃為主。完整多元性計劃還有待繼續努力學習。

個案訪視評估及照顧計劃：

項目	內容
一、個案分類	有自閉症、非列哥爾、家庭成員照顧能力不足。
二、個案基本資料	朱0姐、87歲、大學、國語、獨居(非列哥爾)案主列哥爾、未婚、一般戶、主要疾病有心臟病、高血壓、視網膜色素病變。
三、個案來源於申請服務動機	1986自助求助，個案患有心臟病及高血壓，於102年檢查出罹患色素性視網膜炎，遂其疾病有畏光、夜盲、色盲、視力右眼無法測出、左眼0.3，視力微弱，領有第二類身心障礙手冊。希望申請居家服務陪伴其外出購物等事宜。
四、個案評估之主要照顧者基本資料	個案位於老舊公寓四樓，在地生活二十多年，家中物品擺位固定，未影響在家活動。惟因視力障礙，而且外出上下樓梯受限。個案拒絕社區服務老人列哥爾，也不希望每天接電話問候。
五、個案評估之溝通能力	意識狀態清醒、視力重度障礙、聽力適當、表達能力良好、理解能力良好。
六、個案評估之短期記憶評估	重複三個詞，第一次可以講出三個詞，第二次則只能講出二個詞，另外一個詞需要提醒協助。
七、個案評估之日常生活功能量表(ADLs)	吃飯、洗澡、個人修飾、穿脫衣物可自完成，無大小便失禁，可自上下廁所，可自自行維持坐平衡、可獨立走50公尺以上，安全上下樓梯，可用扶手、拐杖。
八、個案評估之工具性日常生活功能量表(IADLs)	能獨立使用電話，包括查電話簿及撥號碼；購物需要有人陪；能把買好的飯菜加熱；能做簡單的家事；洗衣需要部分協助，如曬乾衣服；有人陪同可以乘大眾運輸工具；可自自行購物；可處理日常的購買，但需要有人協助銀行往來及大宗買賣。
九、個案評估之特殊複雜照顧需求	目前無特殊照顧需求
十、個案評估之居家環境與社會參與	個案位於老舊公寓四樓，在地生活二十多年，家中物品擺位固定，未影響在家活動。惟因視力障礙，而且外出上下樓梯受限。個案拒絕社區服務老人列哥爾，也不希望每天接電話問候。
十一、個案評估之情緒及行為形態	訪視當日未有情緒行為，目前因視力障礙與他人較為防備，自覺很難交到信任的人，仍不過過視力漸失明生活，有許多生活困難之處及孤獨感。
十二、個案評估等級與補助額度(每月)	評估CNS第2級，給付額度10020元，補助8417元(84%)，個人負擔1603(16%)元。輔具：給付4萬/3年，需負擔之項目補助比例為70%，個人負擔比例為30%。
十三、個案評估之照顧問題清單	跌倒風險、購物或外出問題、上下樓梯問題、安全疑慮、走路問題、社會參與需要協助。
十四、個案評估之照顧問題與需求期待	照顧問題上協助代購餐食及日常用品、陪伴外出、安全疑慮、提供營養餐食。 案主述：人每天活動也比較好，但也不希望有人一直看著她，期待外出陪伴能增加3-4小時，且自己食量較大，外出採買自己想吃的東西也比較習慣。
十五、服務照顧目標	短期：協助案主可使用的服務項目、流程、使用範圍及收費方式。 中期：照顧服務穩定進入案家，維持案主日常生活所需照顧協助。 長期：鼓勵案主主動使用社區、社區資源，以減輕案主之憂慮情緒。穩定照顧模式，案主可主動向服務、個案提出服務調整。
十七、擬定服務計劃與服務追蹤	尊重案主生活模式自主與意願：維護案主外出安全，提供店家經營與品質，案主可自主選擇欲購買之物；維護案主外出就醫安全；疫情期間與雨天或案主身體不適時的彈性服務項目(BA16 BA20)。服務追蹤穩定外出、恢復外出頻率(需拍攝自在家)。
十八、問題與困境	案主行動能力尚可，訪視過程感覺案主身心狀態尚屬焦慮感上升，但案主無意願其他外部資源介入，難以提升案主生活動力，看是否有其他介入方式或技巧？

實習內容：了解臺北市服務中心簡介及工作內容、長照2.0政策內容與運作

1、臺北市長期照顧管理中心作為本市各類長照服務資源之第一窗口，以提供個案諮詢性、完整性的服務，透過建構全市長照服務系統。依據臺北市長期照顧需求人口、土地面積、人口密度及服務之可近性，分東、西、南、北、中五區分設，以便執行相關長照服務之需求評估、評估及服務轉介，並了解及掌握相關服務資源，以維護及提升相關長照服務品質，有長照服務需求者向長期照顧管理中心提出申請，服務人員即受理民眾之申請、協助資格審查及到宅進行初評評估，經長期照顧管理中心評估後若符合失能資格，即可獲得相關長照服務；而經評估非長照服務需求者，則協助連結或轉介其他時候資源。及有長照需要民眾，可撥打1986，一通電話，長照服務到你家。

2、長照各項照顧服務對象及原則。

3、長照服務申請流程、等級評估及服務流程、複評時換與規範、暫停服務流程、結案指標及流程。

4、各項服務之服務對象及補助基準

- (1) 長期照顧(照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務、喘息服務)
- (2) 小規模多機能服務
- (3) 失能者營養餐飲服務
- (4) 老人收容安置補助
- (5) 出院準備與接長照服務
- (6) 失智症照顧服務
- (7) 社區預防性服務
- (8) 預防失能或延緩失能服務
- (9) 居家醫療
- (10) 居家失能個案家庭醫師照護方案
- (11) 臺北市家庭照顧者支持性中心
- (12) 社區整體照顧服務模式

5、長期照顧服務個案評估工具

- (1) 臺北市長期照顧管理中心個案服務初訪表/轉介單
- (2) 臺北市長期照顧需要評估結果通知單
- (3) 照顧管理評估量表
- (4) 操作型定義
- (5) 照顧計劃書
- (6) 長照服務評估作業資訊化暨行動資訊

6、作業流程

- (1) 臺北市長期照顧管理中心時局處分流程
- (2) 臺北市長期照顧管理中心視察個案處理流程
- (3) 臺北市居家式長照服務特色情形個案派案原則
- (4) 臺北市長期照顧管理中心轉介/回診個案處理規範
- (5) 臺北市長期照顧管理中心高風險個案轉介指南
- (6) 臺北市長期照顧個案服務過程具管事件通報規範
- (7) 臺北市長照2.0專業服務給案/延案處理機制作業規範
- (8) 臺北市長期照顧管理中心服務資源轉介及追蹤機制
- (9) 臺北市長期照顧管理中心服務資源轉介及追蹤機制
- (10) 臺北市其他長期照顧資源

實習單位SWOT分析建議：

優勢 (Strengths)	劣勢 (Weaknesses)	機會 (Opportunities)	威脅 (Threats)
1、政府單位有行政協調整合政府與民間照顧體系能力。社區整體照顧單位服務品質與效能多並不齊，管理不易。 2、服務與個案同時的視察減少案主與家屬被問及問接評估問題的困擾，及保障個人安全。 3、台北市醫療資源相對充沛，有利長照服務。 4、台北市1986專線諮詢服務全國之冠。 5、台北市為首善之都，社區較為集中，服務與交通也較為方便。	1、長照需求量大，服務人力吃緊。 2、政府所委託民間的單位服務品質與效能多並不齊，管理不易。 3、台北市政府不重視老人社區教育宣講，應於次問接評估問題的困擾，及保障個人安全。 4、訪視評估時間短了些，服務與個案同時的視察減少案主與家屬被問及問接評估問題的困擾，及保障個人安全。 5、台北市1986專線諮詢服務全國之冠。 6、台北市為首善之都，社區較為集中，服務與交通也較為方便。	1、居家服務需求增加，服務就業機會增加。 2、老齡化社會快速成長，照顧體系未來還有很大發展機會。 3、科技創新運用思維，發展智慧化照顧服務系統管理，彌補人力缺口，還可以讓長輩有專屬的老年與便利。 4、可以培育更多的長照各類人才。	1、1986專線專業不能委託民間服務，導致專業人員工作量大且人力吃緊。 2、照顧服務者最大是外僱戶，因為疫情關係，很多看護移工進不來，照顧人力非常吃緊。 3、老舊社區多，友善空間改善有限。

實習心得與反思：

在臺北市服務中心進行8天、每天8小時共72小時的實地實習，我分配在北投區，我的幸運是督導分配一個有十年經驗的督導帶我訪視，督導也有數次找我交流對現行長照政策的看法。面對社會快速老齡化，又有很多長照需求的家庭選擇在家老化而不進入機構安養，居家長照服務能協助家庭部分壓力，但面對長照市場服務人力的緊缺，預防與延緩老化就來的更緊要性。我實習的本區域長照服務需求意願特別高，一些長輩申請日中心服務需要登記排隊，所以未來建議可以增加社區照顧體系的密度，讓長輩在熟悉的社區里，以健康、活躍、有尊嚴的形態老化，是未來實現社區家庭老化的創新服務任務。

在服務學訪視個案指導過程中，碰到案子形態有新開案、複評、出領等，服務這個職務與功能非常重要，除了專業背景及充實國家守門員外，更重要的是透過服務評估所提供的長照服務能夠符合家庭的期待。通過實習所見識(含在SWOT分析里)，及在服務學指導下，學到了不同類型的評估等級技巧，回顧當時進修個案管理這門課所學到的技巧、觀察度及照顧計劃，剛好用在實習上，雖然時間短但通過實務操作，在長照知識及評估技能有很大進步。只是長照規定初評只有1小時複評半小時，所以長照專業服務態度要很積極，只是在提供家屬資源且有多元長照服務實況選擇上還不夠，服務使用者及家屬需求綜合，目前僅限長照2.0項目，缺乏具體體檢其他多元長照服務。

通過自我評量，了解自己所得到收穫與不足之處，期待未來自己可以結合學校所學理論、長照實務經驗、實習技巧、及進一步增強長照服務知識，能為社會盡一份服務責任！

最後感謝馬偕醫學院長期照護研究所及臺北市長期照顧中心，給我實習機會增進長照實務知識！感謝學校老師、督導及學姐的用心指導！感謝同學們的互相協助！

新北市私立聯順居家式服務類長期照顧服務機構-樹林辦公室

黃郁芬

馬偕醫學院長期照護研究所

摘要

2022 年 01 月 18 日至 2022 年 02 月 21 日至聯順居家式服務類長期照顧服務機構-樹林辦公室實習，2010 年聯順居家護理所成立。2019 年長照專業深耕長照市場，陸續在台北市大安區、新北市、板橋、土城、新莊、樹林、中和成立居家式服務類長期照顧服務機構深耕新北各社區。因著實習目標學習長照 A 單位之個管師實務案件的操作模式與管理。針對個案的需求及評估，後續派案給 B 單位提供後續照護服務，定期追蹤管理及品質照護，給予民眾便捷的服務和單一窗口的服務。實習 9 天學到了很多，坐而言不如起而行、讀萬卷書不如行萬里路是必要的。在短時間和家屬及個案達到共識，給予合適之照護計畫。長照服務在每個區域，深入社區民眾服務，長照 2.0 確確實實的照顧到身心障礙家庭、失能者的家庭，讓家屬能減輕照顧的負擔及壓力，適度的喘息空間。無論在板橋辦公室或樹林辦公室，同事之間的支持系統非常足夠，上班的氛圍融洽，同事之間會討論彼此遇到的狀況及適時的給予建議。聯順單位設有專門負責的教育訓練專員，長照各系統雖步調不同，教育訓練顯重要，才能讓人員不斷在各方增長。

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

新北市私立聯順居家式服務類長期照顧服務機構-樹林辦公室

黃郁芬

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

實習單位簡介

2010年聯順居家護理所成立，服務板橋及其他新北市之需要護理專業之服務，2015年、2018年榮獲新北市護理機構評鑑卓越獎；2018年投入長照並與國際接軌，2018年3月和新北市府成立特約A單位—社區整合型服務中心；同年7月成立台灣居護股份有限公司。於2018年，由三位創辦人(汪秋華、張宏庫、高燕彬)與荷蘭博拉克亞洲代表人Stephan共同成立，並於同年取得荷蘭博拉克之授權與護理技術轉移。「台灣居護」不僅承襲博拉克以鄰里照顧為基礎、服務對象(個案)為中心的洋蔥模式，更整合資訊系統、時專業授權自治團隊與融合在地文化的照顧模式，獨創一套專為亞洲華人的照顧模式。2019年長照專業深耕長照市場，陸續在台北市大安區、新北市、板橋、土城、新莊、樹林、中和成立居家式服務類長期照顧服務機構深耕新北各社區，服務需要被長期照顧的個案，配合長照2.0政策，實踐鄰里照顧。



圖1. 新北市聯順居家護理所-板橋

實習目標

- (1) 長照A單位之組織架構與行政管理。
- (2) 長照A單位實務案件的操作模式與管理。
- (3) 學習實務案件所涵蓋的專業知識。
- (4) 瞭解長照A單位所面臨的問題與解決方式。
- (5) 瞭解長照A單位與服務中心、B單位、C單位之間的聯繫。

實習情形

實習期間和A單位個案師到案訪視，個案師要在時限內完成對個案的評估，包含訪視家中設施，再依據個案的需求給予建議及協助申請，個案與個案間的安排，要懂得時間上的規劃及應用，結束案訪視後，再返回單位派案給B單位。

針對個案的ADL、IADL、溝通能力、特殊及家屬和個案需求、認知功能及情緒及行為型態、居家環境和家庭支持及社會支持、主要照顧者負擔進行上述評估，後續派案給B單位提供後續照顧服務，定期追蹤管理及品質管理，若是個案與派案單位有服務上的疑義，需即時調整派案單位並給予協調，如此才算得上是完整的長照服務，給予民眾便捷服務和單一窗口的服務。

家訪個案：個案為67歲女性，一般戶，未持有身障證明，CMS：第四級。個案病史變態：高血壓、骨質定期在板橋亞東醫院巡診，由家人叫計程車協助巡診，近一個月內雙下肢乏力，有跌倒的情形。個案意識清楚，視力、聽力、表達部分皆正常，因有憂鬱症10年有服用藥物，睡眠情形不穩定，因家人要工作，又擔心個案跌倒風險，期望家人不在時有居服員陪伴。

評估照顧問題有1.洗澡問題2.跌倒風險3.安全疑慮4.外出問題5.照顧負擔過重。

照顧目標1.使用居家服務協助沐浴及清潔2.使用居家服務協助飲食及陪伴，降低一個人在家跌倒的風險3.善用交通協助就醫便利性，減輕外出安全疑慮4.使用喘息服務。

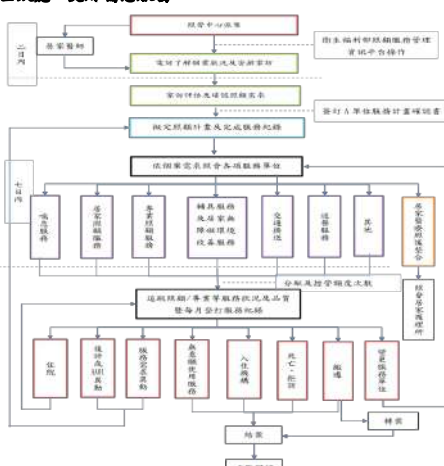


圖2. 台灣居護個案流程圖

SWOT分析

藉由SWOT分析，評估新北市樹林區推動長照之競爭力，樹林區人口數為181,903人，共有42個里、1039個鄰，聯順居護用鄰里照顧、在宅終老的理念深入樹林地區，樹林區如何展現自身的地理優勢，有效率的連結照顧資源，協助需要服務之家庭，提供服務達到多面向的平衡。

- 在地資源：
 - 地區醫院：樹林仁愛醫院
 - 區域醫院：樂生療養院、板橋亞東醫院
 - 長照服務：8家A單位55家B單位
 - 有樹林社區中心、新北輔具中心
 - 非正式資源有華山基金會樹林天使站、華山基金會、多家基金會
 - ▶資深A個案師及居服督導多位
 - ▶新的辦公空間寬廣
 - ▶因居護專業服務接續長照服務，深耕在地文化、鄰里照顧
 - 鄰近許多學校，因此有較多輕年志工來源。
- 近台65線，交通只有樹林火車站及公車
- 樹林屬工業區，砂石車及貨車多
- 服務範圍廣泛，樹林本區之外還有鄰近三峽及新莊地區
- 有許多老舊住宅，居住環境內較無友善措施，提供居家服務時會有許多困難。



- 樹林區屬於高齡化社會
- 因有居護專業服務接續長照服務，會個案介紹個案
- 子女大都需外出工作，因此對於長照2.0的服務需求非常大。
- 周邊有多家A單位及B單位競爭長照服務市場
- 樹林有許多老社區及小巷子，影響交通接洽助能的建置難度

圖3. SWOT分析心得

長照2.0政策剛跑後本身未實際參與過，課堂上聽老師說聽同學分享，實習9天終於看到了也學到了很多，坐而言不如起而行，讀萬卷書不如行萬里路是必要的。在短時間和家屬及個案達到共識，給予合適之照顧計畫。公私部門共同合作正式與非正式資源，緊密連結著提供民眾服務及照顧計畫，不論個案從醫院要轉出至機構或是出院返家，長照服務在每個區域，深入社區民眾服務，長照2.0確確實實的照顧到身心障礙家庭、失能者的家庭，讓家屬能減輕照顧的負擔及壓力，適度的喘息空間。

無論在板橋辦公室或樹林辦公室，同事之間的支持系統非常足夠，上班的氛圍融洽，同事之間會討論彼此遇到的狀況及適時的給予建議，居服員也會互辦公室說明遇到的困境，尋求居督及A個案師的協助及建議，共同討論出合適之個案的照顧計畫。

此外，聯順單位設有專門負責的教育訓練專員，各辦公室的問題提出，透過專員的問卷發展出各辦公室所需之專業訓練，提升專業照顧；在心理建設部分也有相關課程，讓人員有宣洩之管道，長照系統跳步不同，教育訓練顯重要，才能讓人員不斷在各方增長。



圖4. 聯順居家式服務類長期照顧服務機構

聯順居家式服務類長期照顧服務機構設於新北板橋，兼具長照A、B、C單位身分的經營，屬於社區據點，實踐鄰里照顧、在宅終老之照顧理念，且館內有健身房、有物理及職能治療師駐點服務，並且設有館內咖啡館，讓長輩「喝咖啡、顧身體」，定期安排繪畫、音樂、瑜珈課程讓長輩自由參加。



MMC 110-黃郁芬
長期照護實習-研究所在職專班

長照專業協助：提供資訊與服務

陳語柔 (Yu-Jou Chen)

馬偕醫學院長照所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan) 碩士班

摘要

臺灣於 2018 年轉為高齡社會，推估我國將於 2025 年邁入超高齡社會。長照十年計畫 2.0 推行已要邁入第六個年頭，近年來長照服務使用人數和新申請服務人數均有穩定增加，使得長者、失能者與家人的生活品質得到改善。

作者實習的區域為文山區，位於臺北市最南端，涵蓋景美、木柵、興隆、萬芳、二格山，大眾交通工具除捷運新店線、文湖線以外，出門多以公車為主。周遭環境幽靜，生活機能充足。同時也是臺北市行政區中面積第四大，人口第四多，老年人口近 18%，為行政區中老年人口較多的區域。因以前眷村密集，榮民與軍公教退休人員等居住者多，因此長者人數多。

對於有長照服務需求者或是對於長照 2.0 能提供的協助不熟悉者，可以如何更清楚介紹豐富可使用的資源呢？作者實習目標為更認識長照服務的推動、驗證課堂上所學的專業知識及順利介紹長照資源，提供給需要服務的人做參考。在照管中心實習九天的內容有了解照管中心在長照服務裡扮演的角色，觀摩訪評中專員評估過程與服務規劃，和於 1966 長照專線服務員作業時旁聽，詢問應對技巧和轉介服務、介紹說明的重點。從實習經驗中整理出說明重點，盼望可讓更多需要的人能認識到長照服務。

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

長照專業協助：提供資訊與服務

陳語柔 (Yu-jou Chen)

馬偕醫學院長期照護研究所 (Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

實習單位簡介 — 臺北市長期照顧管理中心

【服務宗旨】	一、因應高齡化社會的來臨，本市為有長期照顧服務需求者所建構醫療衛生與社會福利體系之服務網絡		
	二、設立本市各類長期照顧服務資源之單一窗口，以提供個案連續性、完整性的照顧，進而建構全市長期照顧服務系統		
【服務內容】	一、諮詢服務—設有長照服務專線電話1966，由照顧管理專員解答長期照顧相關問題，如：衛生醫療、社會福利、生活輔助器材租借等資源		
	二、個案訪視—派照顧管理專員至個案住所評估實際需求		
	三、各項服務項目—依個案需求，安排適當的服務：	1. 復能服務	2. 長期照護給付
	4. 日間照顧服務	5. 居家服務	6. 長期照顧機構服務
	8. 失能者生活輔助器具及居家無障礙環境改善補助	9. 失能者營養餐飲服務	10. 長期照顧交通接送服務
			11. 家庭托顧服務
			3. 居家失能保案 家庭醫師照護方案



圖1 服務中心入口與實習夥伴合影



圖2 1966專線服務中心

實習目標和內容

臺灣於2018年轉為高齡社會，2021年超高齡(85歲以上)人口占老年人口10.5%，推估我國將於2025年邁入超高齡社會。長照十年計畫2.0推行已邁入第六個年頭，面對人口老化的速度與失能情況，政府積極推動長照服務、政策及補助，近年來長照服務使用人數和新申請服務人數均有穩定增加，使得長者、失能者與家人的生活品質得到改善。

對於有長照服務需求者或是對於長照2.0能提供的協助不熟悉者，我們可以怎麼樣更清楚介紹豐富可使用的資源呢？我的實習目標主要為更認識長照服務的推動、驗證課堂上所學的專業知識及順利介紹長照資源，提供給需要服務的人做參考。

在照管中心實習九天的內容主要分為：

- 一、照管中心運作 — 向照顧管理專員的前輩們請教，了解照管中心在長照服務裡扮演的角色
- 二、個案居家訪視 — 與照顧專員和個案管理師前往個案家中，觀察專員評估過程與服務規劃
- 三、1966長照專線 — 於服務員作業時旁聽，詢問應對技巧與轉介服務、介紹說明重點



圖3 申請長照服務流程

怎麼尋求協助？

- 親自聯絡居家附近的照管中心，預約到府評估，討論並擬定照顧計畫，使用服務滿足需求。
- 將從醫院出院時，可申請出院前評估，在出院後迅速銜接所需服務和輔具。
- 撥打1966長照專線，「一」通電話，「就」近服務，「留」下資訊，「流」利服務，讓照管專員協助民眾轉介服務，解決疑問與給予建議。
- 追蹤服務使用情況，可依個案進步或退化情形做調整。
- 一個管師每月電話訪問一次，與照管專員一年訪問再評量一次。若結案，即結束使用服務。

一通電話 長照到您家

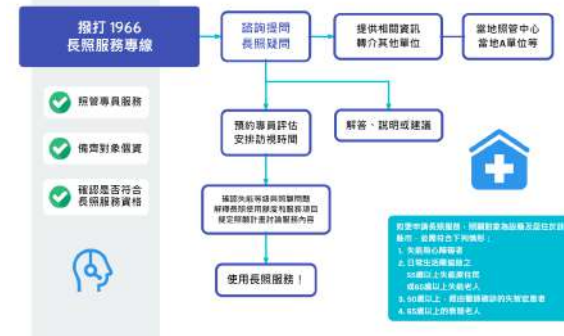


圖4 長照服務專線1966

近期專線旁聽之諮詢內容

旁聽期間逢中國新年連假期，故來線諮詢內容有：

- 到宅施打疫苗
- 出院返家準備
- 安排訪視評估
- 特殊情況複評
- 長照服務說明
- 轉介媒合單位

其中也有因諮詢對象不符合長照服務對象條件或是非設籍於本市，所以協助轉介給合適單位或是給予建議。

圖5 長照2.0 四包錢

長照2.0 四包錢 服務項目與補助原則



個案居家訪視之觀察心得

我的指導專員負責文山區，家訪有遇到的個案居家環境、身體狀況、所遇困境皆讓我有所反思。

文山區有九位照專，督導安排每天有一位照專前軍帶領，非常感謝他們熱心的指導及經驗分享。

文山區位於臺北市最南端，涵蓋景美、木柵、興隆、萬芳、二格山，大眾交通工具除捷運新線、文湖線以外，出門多以公車為主。周遭環境幽靜，生活機能充足。文山區為臺北市行政區中面積第四大，人口也第四多，老年人口近18%，為行政區中老年人口較多的區域。本區原眷村密集，榮民與軍公教退休人員等居住者多，因此長者人數多。

文山區合作的社區整合型服務中心(A單位)有：

- ◆ 臺北市立萬芳醫院
- ◆ 財團法人私立廣恩老人養護中心
- ◆ 財團法人臺北市私立恆安老人長期照顧中心

訪視多趟，感覺若移動條件不受限、經濟條件允許的話，文山區是高齡宜居，適合三代家庭居住的行政區。

實習心得

於照管中心實習的九日中，可以實際旁聽到課堂中所學的個案訪視，並跟隨照專前輩們，在旁學習觀察，是非常難得的機會。評估過程中，有的長輩已無法如以前無協助的狀態下進行日常生活活動，或拒絕家屬和他人介入執意單獨照顧自己而出意外。雖以專業建議，擬定照顧計畫，想說服長輩或是主照者使用服務，不見得會馬上接受。要怎麼給予建議、計畫討論，皆依賴照專與個案的專業知識和往例經驗，真的是非常不容易的工作。往後於長照服務業界中，怎麼培養專業人才，提高服務品質和量能，服務更多有需要的人，是需要克服的議題。

圖6 長照照管中心與服務SWOT分析



馬偕醫學院
MMC110 - 陳語柔
長期照護實習-碩士班

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)
由照顧管理員家訪經驗看長期照顧—以台北市文山區為例

黃郁丰

Yu-Feng Huang

馬偕醫學院長期照護研究所研究生

Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College,
New Taipei City, Taiwan

E-mail:joyhuang56@gmail.com

台灣面臨高齡社會，各縣市政府長期照護科針對失能失智家庭提供長照 2.0 的服務，長期照顧管理中心因應而生。顧管理專員服務民眾並確保其獲得適切的支援，為長照體制現象場的重要反饋。本發表以參與文山區照專家訪經驗，進行學習成效自我檢視及長照 2.0 服務的反思。

實習目標設定為了解照專工作、家訪程序與內容以及觀察案家使用長照服務現況。針對目標的學習成效與自我評值，反思對照專角色認定、提高服務涵蓋率、普及高齡友善資訊、優化評估工具、更多元合作對象以及實踐服務可及性等對長期照護服務的心得與建議。

2022 創新高齡友善與長期照護發展學術研討會 (C組)

由照顧管理專員家訪經驗看長期照顧—以台北市文山區為例

黃郁丰

Yu-Feng Huang

馬偕醫學院長期照護研究所

Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan



一、前言

台灣面臨高齡社會，各縣市政府長期照護針對失能失智家庭提供長照2.0的服務，長期照顧管理中心因應而生，積極推動各項預防及照顧措施。第一線照顧管理專員（以下簡稱照專）運用資源與創新多元的服務，確保民眾獲得更適切的支持，為長照體制現場的重要反饋。本實習成果發表以參與文山區照專家訪經驗，進行學習成效自我檢視及長照2.0服務的反思。

二、實習單位介：臺北市長期照顧管理中心

- (一) 實習單位：台北市長期照顧管理中心
- (二) 實習行政區：台北市文山區
- (三) 指導督導：許維涵督導，實習帶領專員有江欣璇等9位

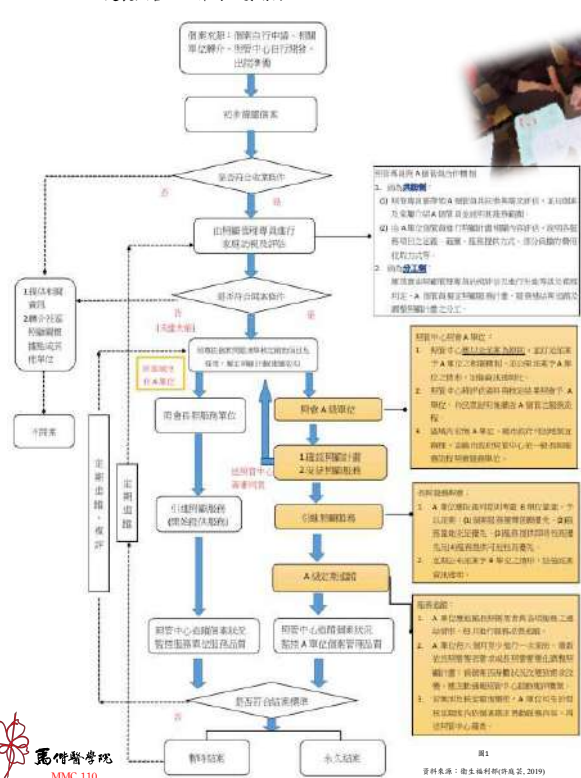
三、實習目標與學習內容：

- (一) 實習期間：2022年1月3日至2月10日，共計9日。
- (二) 實習目標：了解照專工作內容、學習家訪作業程序與內容及觀察案家使用長照服務狀況。



四、長期照顧管理中心服務內容及流程

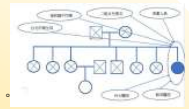
- (一) 照專工作內容：
照專服務管理中心最主要業務是社區照專服務，評估失能家庭與設計照顧服務計畫並協助取得長照服務。
- 1. 社區長期照顧管理服務流程與內容（見圖1）
- 2. 照專人員角色與工作內容：
(1) 掌握並熟悉在地衛政、社政、民間等各類社區正式及非正式服務資源。
(2) 了解長照2.0各項服務提供單位之優缺點、限制。
(3) 利用社區服務網絡主動提供服務或創意不同服務模式之宣導。
(4) 處理民眾陳情案件並辦理中央主管機關交辦事項。
- 3. 照專專業技術養成
(1) 先備能力：
各類長照相關養成，包括社工師、護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師、公衛等與相關照顧經驗。
(2) 在職學習：
新人在職訓練與個別訓練者帶領；在職後每週督導、政令布達及團體討論；共同訓練為長照專業課程（共三級）。
- 4. 照專對長照的觀點
(1) 熟悉社政與衛政資源，更能提供適切服務。
(2) 政令因應社會現象，滾動式修正為常態。
(3) 長期照專工作人力仍然不足，導致現職工作者工作量大。長照為後端服務，須強化前端的失能預防工作。
(4) 長照資源為社會共有，使用須秉持公平正義原則，不可濫占或浪費。
(5) 陪伴案家共同經歷家庭週期，並因應個別差異協助解決問題，產生成就、共榮，是長照管理工作的主要動力。



五、家訪個案與初評、複評

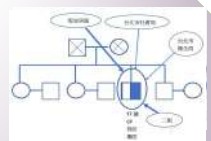
個案A—未失能者初評

- (一) 個案資料：
1. 基本資料：80歲，獨居，高血脂用藥。
2. 需求主訴：甲狀腺瘤手術出院，需陪伴就醫和購物。
(二) 初評工作：
1. 會同個案師家訪，確認需求、評估失能程度及生活環境與資源。
2. 說明評估結果、服務計畫並連結社會資源。
(三) 評估結果：
CMS 1 沒有服務計畫。待確認是否後續治療再重新申請開案服務。
(四) 工作技巧：
未達失能的個案更要謹慎確認其生活能力，以及對長照資源使用的認知，協助連結其他社會福利資源，並保證有需求時可再度尋求協助。



個案B—身心障礙者複評

- (一) 個案資料：
1. 基本資料：57歲，獨居，腦性麻痺。
2. 需求主訴：下肢麻痺，需居家服務。
(二) 複評工作：
1. 會同個案師家訪，確認長照服務使用現況、評估失能程度及生活環境與資源是否改變。
2. 說明評估結果、簽訂同意並與個案師共同協商照顧計畫。
(三) 評估結果：
CMS 3，維持每週5日居家照顧服務與交通接送。
(四) 工作技巧：
個案雖為CP，仍有工作能力。除長照服務外，給予心理支持及正向鼓勵職能發展與社會參與。



個案C—夫妻個案複評

- (一) 個案資料：
1. 基本資料：案夫95歲高血壓、糖尿病、腎功能不足；案妻90歲失智、高血壓、中風。
2. 需求主訴：夫妻均失能，有外籍看護，需喘息與交通服務。
(二) 複評工作：
1. 會同個案師進行一般複評，佐以配合外籍看護工之外的失能服務需求。
2. 說明評估結果、簽訂同意與個案師共同協商照顧計畫。
(三) 評估結果：
案夫CMS 5，案妻CMS 6，開通喘息、交通接送與無障礙。
(四) 工作技巧：
夫妻兩人均為個案時，可同時訪案。雖主要照顧者表示只需單項服務，但考量案家潛在需求，因此開通其他服務項目，並連結案家中心供主要照顧者備用。



六、學習成效與自我評估

學習項目	自我評估
長期照顧管理中心服務內容及流程	達成。研讀照專中心工作手冊並參與1966專線及7日家訪工作。每日記錄工作日記，提交督導並討論問題。
照專人員的角色與工作內容	達成。每實習工作日後均與帶領照專討論當日工作內容並解決疑問。
照專人員對長照服務的觀點	達成。每實習工作日後均與帶領照專討論並訪談其觀點。
了解家訪個案與初評、複評工作程序與內容	達成。每次家訪後均與帶領照專討論當日評估工作內容並解決疑問。
觀察個案特性、案家狀況及長照服務使用情形	部分達成。每次一小時直接接觸個案與案家，只能以片面觀察或從訪談得到資訊推斷其特性、環境、家庭狀況與服務使用情形，以及經驗判斷。

七、實習心得與反思

(一) 學習心得與反思

- 1. 照管中心是多項長照資源的交集處，集合醫療專業與社會福利的社區照管窗口。在照專多元角色中，最主要似乎為長照資源的守門員。
- 2. 個案工作與照護品質有微妙的相關。例如，連休前後案量與專線電話量上升等趨勢；個案量越大，工作者分配給每個案家的時間勢必壓縮。
- 3. 對長照服務不熟悉的案家，專有名詞不容易理解。「照專」、「A個管」、「社工」、「(身心障)手冊」、「衛教」等簡稱，術語非一般民眾生活接觸的用詞。
- 4. 長照對象條件與狀態差異性大，服務方式迥異。精神相關患者雖有部分生活能力，卻可能無法獨立生活而成為長照對象，評估工具與項目是否適切需考量。
- 5. 服務亦需考量個人生命價值，提供更多元支持系統可創造豐富老後生活。
- 6. 少許機構提供夜間服務，但是可及性低。勞務法或健康檢查等，可能緊急狀況時成為障礙。

(二) 對機構建議

- 1. 照專專員角色認定
照專背景多為社工及護理，聚焦與切入點不一。融合專業，增加心理支持能力，將可在專業助人角色上發揮服務真諦。
- 2. 提高服務涵蓋率同時減輕照專工作量
除醫院外，設計與社政同步發掘失能家庭的機制，使服務涵蓋率提高。協助社區居民建立互助支持系統，健全巷弄服務降低服務死角。
- 3. 普及高齡友善資訊
長照福利與政策常有滾動修正，其資訊多止於服務相關人員或警務服務人員，高齡者與照顧者對自身福利相關資訊、權利義務陌生或不足。多角化主動教育民眾相關訊息，亦可減低照專工作量。
- 4. 優化評估工具
因應社會變遷，服務需求人口複雜且重疊性高。目前服務入門門檻為失能，需納入更多元評估工具。同時，探討評估題項間的是否互斥與邏輯性，使更符合評估目標。
- 5. 合作對象多元化
配合如高齡健康經理和高齡生活規劃師等多元長照專業合作設計服務輸送，更加關注高齡、身心障者心理需求。
- 6. 實踐服務可及性
請命推動夜間照護服務、週末或居家緊急服務等難以實踐之服務項目法令或人力難辦。

雙北長照運作模式異同之我見

黃靜芳¹，張元玫^{1,2*}

¹ 馬偕醫學院長期照護研究所研究生

² 馬偕醫學院長期照護研究所副教授

E-mail: twkunst@gmail.com

身為新北市 A 單位個案師，藉由學校規劃台北市照管中心實習的機會，近距離接觸照管中心的運作模式，進而從更多面向去看長照運作在台北市及新北市的異同處。原則上雙北照管中心在服務作業的流程大致相同，惟在運作模式因區域大小及人口數的不同而有部份差異，本文僅就實習所見略述其不同之處。

台北市不同於新北市依行政區分設照管中心，台北市有 12 個行政區，因區域小、人口集中，設立一長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）統籌全區內的長照業務，中心位於中山區，為台北市的中心點，以利各區的業務運作。雙北業務運作的相異處，如接聽 1966 長照專線申請案的人員不同，台北市由專業照專輪流值班接聽，新北市則由外包話務員接聽；台北市 A 單位由案家選擇，有別於新北市由照專依輪派原則指派；家訪模式沒有強制規定，台北市以照專及個管師聯合家訪為主，新北市則大多各自家訪；其他如長照公文核定作業、預約交通車模式及輔具核銷等，也都有不同的作業方式。

九天的實習所見其實無法深入，僅能聽看照專日常工作。所幸學校個案管理課程的奠基，再透過實際去看、去聽、去找資料的實習過程，多觸角的學習，期待自己能建構出長照領域的專業架構，有更多元的視角去扮演好個管的角色。

關鍵字:照顧管理中心、照顧管理專員、A 單位個管師

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

雙北長照運作模式異同之我見

黃靜芳

Ching-Fang, Huang

馬偕醫學院長期照護研究所

Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

實習目標

有人說，推動長照2.0的兩個靈魂人物——照管專員（照專）及個案管理師（個管師）。

身為個管的我，藉由學校規劃台北市照管中心實習的機會，近距離接觸台北市照管中心的運作模式，瞭解台北市所提供的相關長照資源，進而從更多面向去看長照運作在台北市及新北市的異同處。其次，學校個案管理課程的基礎，透過實際去看、去聽、去摸、去做的實習過程，多角度的學習，期待自己能建構出長照領域的專業素養，讓自己有更多元的視野去扮演好個管的角色。

實習單位及狀況簡介

實習單位：臺北市長期照管中心。

實習區域：台北市信義區（1位督導+8位照管專員）

111.1月信義區人口總數 206,209（資料來源：台北市信義區戶政事務所）

● 帶領督導：李幸敏督導

● 帶領照專：黃曉涵專員



圖1 台北市信義區行政區分佈圖

參考資料：臺北市信義區公所網站
1999臺北市區界說（臺北市政府民政局編印 88年7月1日）

台北市12行政區

- A單位督導量
- 台北醫學大學附設醫院 1081 案
- 中華民國紅十字會 757 案
- (資料來源：110.11 台北市衛生局)

喘息服務（含全區）

- 住宿式 64家
- 社區式 9家
- 居家式 77家
- C+巷弄長照站 12家

特約交通接送服務 14家

特約輔具服務 1家

台北市南區輔具中心

非正式資源

- 經濟層面：41家
- 照顧層面：51家
- 家事服務層面：14家
- 心理衛生層面：23家
- 環境安全層面：19家
- 醫療層面：16家
- 人身安全層面：7家
- 物資補助層面：26家
- 輔具層面：23家
- 交通層面：10家
- 身心障礙專區：32家

社區整合型服務中心

特約A單位 2家

台北醫學大學附設醫院

中華民國紅十字會

特約照服服務（含全區）

居家服務 75 家

老人日間照顧 1家

身障日間照顧 1家

家庭托顧 0 家

小規模多機能 1 家

特約專業服務 73家

居家護理所、物理治療所

職能治療所、心理諮商所

餐飲服務

● 失能營養餐飲服務 3家

● 共餐服務

(110年計有467處定點共餐據點)

居家醫療 9家

台北市信義區特約長照資源網絡

圖2 台北市信義區長照資源網絡
(資料來源：台北市政府衛生局開辦長照服務特約專區/資源手冊)



圖3 臺北市長期照管中心個案管理流程 (110.12.14 ●●)

實習見聞

實習期間：2022年01月18日~2022年2月18日，自選9天。

實習內容：照管中心是因應長照2.0政策而生，負責長照政策之執行及推廣。實習9天，中心安排實習生跟隨導師，聽著「1966長照專線」及個案初評或複評「家訪」等長照服務重要的工作。

1966長照專線



接聽專線人員由中心照專輪值，每天案件數不一，由6位照專+1位行政人員，分上午及下午兩個時段接聽申請案件。

● 優點：由專業照專初步篩選符合長照資格之個案，再轉介各區專責照專進行後續家訪評估作業，較能精準掌握篩選符合長照需求資格。

● 110年申請長照需求以喘息、輔具及交通接送最多

訪視與評估



臺北市長期照管需要評估結果通知單

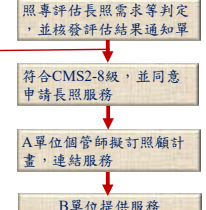


表1 雙北長照運作模式異同之比較

內容	台北市	新北市
照管中心	因區域小、人口集中，照管中心統籌全區內的長照業務，中心位於中山區，為台北市的中心點。	因幅員廣大，人口分散，以行政區分設照管中心。依新北市衛生局的規範，各自進行長照業務的推廣及服務。
1966專線接聽	照專輪值班接聽專線	有外包的話務員負責接聽專線
派A單位	主要由案家選擇區域內A單位提供個案轄區A級單位資訊，以利民眾選擇。	由照專依規定輪派A單位
家訪模式	照專及A個管聯合訪視，大多以此模式進行家訪。	聯合訪視或各自家訪均可，大部份照專及A個管採各自家訪模式
長照等級核定作業流程	照專家訪核定等級後，將「臺北市長期照顧需要評估結果通知單」一式兩聯，請個案或案家屬簽名。第一聯正(白)中心自存，第二聯(藍)個案收執，長照服務即完成核定，正式提供服務。	照專家訪核定等級後，請個案或案家屬在平板上簽名，還另需傳打公文郵寄個案，長照服務即完成核定，正式提供服務。
預約交通車	● 台北市共14家交通公司 ● 民眾可藉由平台自行查詢剩餘額度	● 新北市由照專或A個管派案 ● 每月交通額度由單一車隊接管
輔具核銷	● 由案家自行填單申請補助 ● 線上提出輔具預約評估、輔具申請，得以進行特約廠商代價墊付，即由特約廠商代墊補助款，申請人購買輔具得僅付自付額。 (資料來源：台北市政府社會局)	六個月內持「新北市政府輔具補助核定結果通知書」購買輔具，付款時直接扣除補助金額，補助款由廠商向市政府請領 (資料來源：新北市輔具資源中心)
服務項目	B碼服務/交通/輔具→社會局	由新北市衛生局核定
主管機關	G碼/CA碼→衛生局	

實習心得及反思

—長照服務串起人與人溫暖的連結—

本次實習共聽著「1966長照專線」2次；跟隨家訪5次，其餘實習日則在中心閱讀相關資料及手冊，並觀看每天照專的工作內容，包括運用專業技能，不斷接聽及重複解說長照相關問題及服務，還要具有處理和瞭解個案各種情緒的方法和技巧。照專的工作需要具有強大的心育及耐心，去面對不同事件的發生及妥善處理的能力。

台灣即將步入超高齡社會，老化及失能人口不斷上升，也意味著需要政府照顧的長輩愈來愈多，身為長照政策執行與推廣的第一線人員，其辛苦也不言而喻了，除了感謝還是感謝，謝謝整個長照團隊照顧我們年老的家人和需要受照顧的弱勢族群。

自我評估—SWOT分析

藉由SWOT分析，評估自己身為A單位個管師之內部優勢與弱點及外部機會與威脅



「長輩開心・晚輩放心」秋霖園老人多元照顧中心

蘇郁玲(YU-LING SU)

馬偕醫學院長期照護研究所

(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

秋霖園位於新竹地區，為民國 87 年 1 月成立之老人日間照顧服務，104 年 9 月轉型為小規模多機能的多元照顧中心，以既有日間照顧中心為主，增加沐浴、居家服務及短期夜間住宿服務，讓長者可以在熟悉的社區中獲得更多所需的服務，提供更多元的照顧服務。

機構內設計有不同風格的家庭式照顧環境、多元化運動健身器材，更特別的有 232 坪大空中花園與健康步道，讓長者可以在舒適安全的活動空間走動。而機構也導入智慧照護系統，利用科技的方便性，讓數據自動上傳系統及服務日誌資訊化，查詢資料更快速、方便。

在 110 年 5 月全國面臨嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情影響下，秋霖園也面臨成立以來第一次的停業，也因為停業期間關心長者身心狀況而發現規律的作息及多元的活動課程，對長者是重要且有益處的。

日間照顧服務看似單純、例行性又多重複，實際上是每位長者每一天的表現都不一樣，工作人員必須隨時接招長者的出招，面對人力招募不易、經費有限的挑戰，秋霖園仍能充滿笑聲和歡樂聲，團隊也努力在疫情限制和活動多樣化中取得平衡，適時調整活動內容，並隨著長者身體狀況和興趣規劃合適的活動，這真的是很感人的傻瓜精神，一群樂於服務的小傻瓜，傳達服務與愛。

關鍵字：日間照顧服務、老人多元照顧中心、小規模多機能

2022創新高齡友善與長期照護發展學術研討會(C組)

「長輩開心・晚輩放心」秋霖園老人多元照顧中心

蘇郁玲(YU-LING SU)

馬偕醫學院長期照護研究所(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

機構簡介

1967年，來自美國的杜華神父因應當時新竹地區民眾的需要而開辦了社會服務中心，最初是以志願服務的工作方法，服務的核心信念與精神為「人之所是遠勝於人之所有」及「哪裡有需要，就往哪裡去」，至今已轉型成為一個結合社會工作、長期照顧以及社會教育的社區型專業服務機構。

秋霖園為民國87年1月成立之老人日間照顧服務，104年9月轉型為小規模多機能的多元照顧中心，以既有日間照顧中心為主，讓失能失智長者維持並促進其生活自立、消除社會孤立感、延緩功能退化並增加沐浴、居家服務及短期夜間住宿服務，讓長者可以在熟悉的社區中獲得更多所需的服務，提供更多元的照顧服務，協助長者獲得更妥適及安全之照顧，同時家屬亦有喘息機會。



圖1.財團法人天主教耶穌會新竹社會服務中心附設私立秋霖園社區長照機構

機構環境

有三種不同風格(現代、日式、古早味)的親切溫馨感家庭式照顧環境、全區無障礙環境空間、多元化運動健身器材，更特別的是在喧鬧市區中，還能有232坪大空中花園與健康步道，讓長者可以在舒適安全的活動空間走動。



圖2.機構環境

機構導入智慧照護系統

機構導入智慧照護系統，利用科技的方便性，生命徵象數據能測量後自動上傳系統、服務日誌資訊化，不需再花人力抄寫，查詢資料更快速、方便，正確性也大幅提升。最重要的是能即時撰寫服務紀錄，隨時可以查詢長者資料及照顧計畫，藉以提升照顧品質、增加個別活動、陪伴聊天、散步等個別化照顧的時間。



圖3.機構智慧照護系統架構

機構實習心得

感謝機構對實習生的歡迎及團隊人員的指導，由中心執行長分享機構設立的緣由、願景、使命及核心價值；機構代理主任介紹組織架構、營運運作方式及團隊人員工作職責；護理師說明個案的疾病史、生活型態等；社工師帶領參與長者課程活動設計方式並分享機構在110年5月因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情影響下，面臨成立以來第一次的停業，長者無法來中心，除了家屬的照護負擔增加，也發現長者退化得很快，深感規律的作息及多元的活動課程，對長者是重要且有益處的，在大家的幫助下，讓我在疫情影響下還能順利完成實習並達成目標。

日間照顧服務看似單純、例行性又多重複，實際上是每位長者每一天的表現都不一樣，工作人員必須隨時接招長者的出招，面對人力招募不易、經費有限的挑戰，秋霖園仍能充滿笑聲和歡樂聲，團隊也努力在疫情限制和活動多樣化中取得平衡，適時調整活動內容，並隨著長者身體狀況和興趣規劃合適的活動，這真的是很感人的傻瓜精神，一群樂於服務的小傻瓜，傳達服務與愛。

對機構的建議

在實習期間，發現機構的活動大多都是上肢訓練運動較多，例如：油畫創作手工藝、室內槌球運動、樂樂棒球、彈力帶肌力樂活班等，藉由此實習機會，也和社工師及居服員督導分享介紹方塊踏步運動，共同討論評估執行之可行性，建議可收集每位長者的習性跟能力，進而修改合適的活動目標、內容及需協助範圍，增加下肢肌力及訓練平衡力，進而預防跌倒、延緩衰弱及增加生活品質。

圖5.機構活動照片



圖4.機構智慧照護系統平台、生命測量儀器



台北市照管中心實習見聞筆記與心得

謝懷陞¹ 張元玫²

馬偕醫學院長期照護研究所

(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City,
Taiwan)

馬偕醫學院 長期照護研究所¹ 碩士班研究生² 指導教授

摘要

實習地點：台北市長期照顧管理中心

實習時間：1/27、1/28、2/7~2/11、2/14~2/15。

實習目標及內容：

照顧管理專員：了解照顧管理專員工作內容、成為照顧管理專員的資格、途徑、學習照顧管理專員的優秀特質

長照服務內容：了解學習開案、拜訪、結案過程、1966 熱線工作內容、民眾如何申請長照服務、申請資格、照顧管理評估量表的操作、追蹤案主的後續需求、長照給付、支付內容

海報內容

1. 實習機構簡介：臺北市長期照顧管理中心 、【SWOT 分析】
2. 實習計劃目標：【自我期許實習中獲得】
3. 實習過程所得及工作內容筆記與介紹與心得
4. 實習機構的建議與個人實習反思

實習反思

實習中發現自己有些許的不足，果然實踐是對所學最好的驗證，除了該有的專業外，發現到要對於工作要更加的細心，案訪時要察言觀色、識時務、審時度勢被案訪者的神情，了解觀察案主隱藏、未被發掘的真正需求，這些特殊能力是除了專業、耐心、愛心、責任心之外，要依靠實踐獲得累積的特殊能力。

希望未來的我也能夠在長照的路上為社會添磚加瓦，實現增加自我價值。

關鍵字：長照、實習、心得、實習心得、照管中心

2022 創新高齡友善與長期照護發展 學術研討會 (C組)

台北市照管中心實習見聞筆記與心得

謝懷陞(Hsieh, Huai-Sheng)

馬偕醫學院長期照護研究所

(Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan)

實習機構簡介：臺北市長期照顧管理中心

【服務宗旨】

- 一、因應長壽社會的來臨，建構醫療衛生與社會福利體系之服務網絡。
- 二、設立本市各類長期照顧服務資源之單一窗口，以提供個案連續性、完整性的照顧，進而建構全市長期照顧服務系統。

【服務內容】

- 一、諮詢服務：設有專線電話，由照顧管理專員解答長期照顧相關問題，如衛生醫療、社會福利、生活輔助器材租借等資源。
- 二、個案訪視：派照顧管理專員至個案住所評估實際需求。
- 三、各項服務項目：依個案需求安排適當的服務。
 1. 復能服務
 2. 長期照護給付
 3. 居家失能保案家庭醫師照護方案
 4. 日間照顧服務
 5. 居家服務
 6. 長期照顧機構服務
 7. 喘息服務及專業服務
 8. 失能者生活輔助器具及居家無障礙環境改善補助
 9. 失能者營養餐飲服務
 10. 長期照顧交通接送服務
 11. 家庭托顧服務

【SWOT分析】



實習計劃目標：

【自我期許實習中獲得】

- ☑了解照顧管理專員的工作內容
- ☑了解成為照顧管理專員的資格、途徑
- ☑了解學習照顧管理專員的優秀特質
- ☑了解1966熱線工作內容
- ☑了解民眾如何申請長照服務
- ☑了解長照服務內容
- ☑了解長照服務的申請資格
- ☑了解中心開案、拜訪、結案過程
- ☑了解照顧管理評估量表的填寫
- ☑了解如何追蹤案主的後續需求
- ☑了解長照給付、支付內容

實習過程所得及工作內容筆記與介紹與心得

【了解照顧管理專員工作內容之筆記】

1、提升長照2.0服務涵蓋率(或長照2.0服務使用率)：

- (1)主動發現及掌握轄區內失能、失智等長照服務對象及家庭照顧者的長照需求。
(針對有申請外藉看護的家庭致電詢問並推廣1966長照服務、或與里長推廣)
- (2)銜接出院準備服務。(有參與出院準備銜接長照服務計畫，有和照管中心合作的醫院轉介有需求的民眾)
- (3)受理民眾諮詢與服務申請。(民眾撥打1966)
- (4)評估需求及照顧問題。(由照專、個案到府評估)
- (5)核定計畫。(到府評估後協助個案核定計畫)
- (6)提供照顧問題介入措施、連結或轉介服務資源。(例如依個案需求轉介ABC單位)
- (7)確認、監測個案被服務情形。(定期電話追蹤以及拜訪複評)

2、經營長照服務資源網絡：(ABC單位)

- (1)掌握並熟悉在地衛政、社政、民間等各類社區正式及非正式服務資源。
- (2)了解長照2.0各項服務提供單位之優缺點、限制。
- (3)利用社區服務網絡主動提供服務或創意不同服務模式之宣導。

3、處理民眾陳情案件。(民眾1966專線)

4、辦理中央主管機關交辦事項。

【了解1966工作內容之筆記與心得】

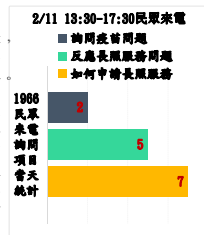
工作內容：了解民眾來電需求、進行解惑、解答申請長照的大小事，中心人員將幫助民眾了解是否符合申請資格；只要符合資格，中心將派照顧管理專員到家進行評估，依需求提供量身定做的長照服務。

在2/11實習1966時，許多民眾對長照服務都不了解，也是因為家人生病需要照顧，或者照顧者不堪重負，才開始尋找資訊，所以當民眾了解到1966這個管道後，我們會接到許多諮詢的問題，例如最多的就是：我不知道我家裡長輩能不能申請長照服務？長輩要怎麼去哪裡打？這時候1966就是記錄來電人和需要長照服務的長輩的基本資料和需求，根據居住地區分發給該區域的照專回電，並安排照專及個案到府上評估，確認符合資格後給予照顧計畫。

【了解民眾如何申請長照服務之筆記】

實習的這幾天了解到一般民眾大多是這樣申請長照服務的：

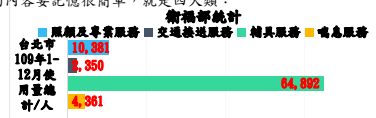
- 1、透過1966申請/醫院出院準備服務。2、照專及個案到府評估。3、討論需要的長照需求以及擬定照顧計畫。4、取得長照服務以及後續持續追蹤。



【了解長照服務內容之筆記】

實習過程中了解到長照服務的內容要記憶很簡單，就是四大類：

- 1、照顧及專業服務
- 2、交通接送服務
- 3、輔具服務
- 4、喘息服務



【了解長照服務申請資格之筆記】

實習過程中發現，許多民眾來電都不知道誰有長照服務的申請資格，其實只要有符合以下其中任一條件的就可以使用長照服務：(據衛福部統計：台北市109年1-12月長照2.0服務使用人數為37,384人)

失能身心障礙者	55歲以上失能原住民	50歲以上失智症患者	日常生活需要他人協助的獨居老人或衰弱老人	65歲以上失能老人
A	B	C	D	E

【了解開案、拜訪、結案流程之筆記】

實習的過程中，跟隨學姐到府拜訪，了解到大致流程大約是這樣：

- 1、個案民眾透過1966自主申請長照服務/或合作醫院轉介。
- 2、打電話與案主或家人預約案訪時間，照專、個案到府初評。
- 3、照專記錄資料、個案建立計畫。(依照評估量表)
- 4、照專及個案依照案主的需求及評估狀況核定服務。
- 5、品質衡量及指標追蹤。(會詢問案家給長照服務者的評分1-5分)
- 6、追蹤後續建議結案標準。(照專個案定期打電話關懷詢問)

【訪案、複評心得、以及如何後續追蹤之筆記】

年齡	CMS	疾病史	照顧計畫
第一奶奶 77	8	失智、吸入性肺炎	居家護理、喘息、交通
第二爺爺 80	7	心臟病、心臟衰竭、胃出血	晨間康、輪椅、沐浴、浴室扶手
第三奶奶 76	4	關節痛、高血壓、洗滌、髒髒、散步、洗澡、洗澡	洗澡、代購、就醫、散步、外出、交通
第四爺爺 87	4	肺氣腫、高血壓	洗澡、代購、就醫、散步、外出、交通

和照專一起去案家訪視複評的過程中，得知如果案家有需要繼續使用長照服務的話，照專會先打電話詢問是否還需要長照服務，用的習慣嗎？好不好？個案有常關心嗎？給1-5評分會給幾分？若要繼續使用長照服務，每一年中心都會派照專和個案到府上複評一次，訪案過程學習到，照專的幹練專業，條理清晰，準確有效率的完成照顧評估量表，且談話用詞尊重禮貌親切，是值得學習的專業及特質。

【學習到的長照給付、支付內容之筆記】

實習中了解到，長照給付內容主要為四大類，有照顧專業服務、輔具補助、交通接送、喘息服務，依據評估核定的等級，給予合適的給付。(詳細算法民眾也可以谷歌長照四包錢進行試算)(據衛福部統計：台北市110年11月長照給付及支付費用申報通過金額為164,294(千元))。

例如上面的個案一的CMS等級為8，長照給付以及支付內容為：

照顧專業服務：10854元/月 輔具：40000元/3年
交通接送：1680元/月 喘息服務：48510元/年

實習機構的建議與個人實習反思

實習過程中發現，照專的抗壓性要高，照專的壓力大多是來源於工作以及家屬上，與績效的完成率以及上級的是否支持，這些都是照專流動率高的壓力之一。建議若要更好的挽留住人才，除了上級的正向支持下級外，若能有更好的福利帶來正向支持，相信會加強人才的留住。

實習中發現自己有些許的不足，果然實踐是對所學最好的驗證，除了該有的專業外，發現到要對於工作要更加的細心，案訪時要察言觀色、識時務、審時度勢被訪者的神情，了解觀察案主隱藏、未被發掘的真正需求，這些特殊能力是除了專業、耐心、愛心、責任心之外，要依靠實踐獲得累積的特殊能力。

希望未來的我也能夠在長照的路上為社會添磚加瓦，實現增加自我價值。

我見長照學術與實務相呼應之實習心得

劉美齡

馬偕醫學院長期照護研究所研究生

摘要

有機會到台北長期照顧管理中心為期九天的實習，分配至松山區，經由督導的說明解釋，清楚了解長照政策 1.0 與 2.0 之間的進化之處，經由督導說明也認識到衛生福利部從 109 年成立「精神病人長期照顧示範計畫」，提供精障病患增加賦能的機會，美中不足則是承辦此項業務的部門不屬於此次實習單位，因而無法進一步看到成效，期待返回職場有機會落實轉介，讓病人返回社區復健有多一個選項。長照政策呼應個案需求，需要滾動式調整，因此照專對於政策的公告修改，必須保持高度警覺性，比對實習目標項目，因為實習時間有限以及疫情影響，沒有機會去看到 B、C 單位的運作模式，這個項目也是自評未達到滿分的部分。此次實習自己對於長照政策如何運作有更進一步的了解，也學習到照專這份工作中需具備對地理位置要有方向感，實地家訪才不會迷路，還需具備專業能力以及耐心傾聽的態度。另外海報中可以看到圖片：爬梯機，也是此次自己在實習經驗中，看到行動不便的長者可以運用的輔具。

2022創新高齡友善與長期照護發展 學術研討會(C組) 我見長照學術與實務相呼應之實習心得

劉美齡 (LIU MEI-LING)

馬偕醫學院長期照護研究所 (INSTITUTE OF LONG-TERM CARE, MACKAY MEDICAL COLLEGE, NEW TAIPEI CITY, TAIWAN)



●自我目標評估

實習地點: 台北市長期照護管理中心(松山區)

實習時間: 111.1/6-1/7, 1/12, 1/14, 1/19, 1/21, 1/26, 1/28, 2/8 共計九天

實習目標	實習內容	自我評估
1. 拓展學生在專業實務方面之知識與見識, 使得學生在學習專業知識時更具未來之展望。	輪值1966接聽電話專線, 觀察到照專耐心聆聽, 澄清、解釋說明流程規範, 並將個案狀況及基本資料, 登打至電腦作業平台轉介責任區督導。 有趣發現: (身分證遺失1996專線, 疫苗問題1922疾管局, 紓困專線1955)	能做到課業上所學習到應用於實務面, 輪值1966專線也學習到耐心傾聽, 專業的回答覆問題。 10分/(0-10分)
2. 提升學校在專業實務習作之處, 並落實本校長期照顧教育之精神。	督導提供說明實施、長照政策1.0與2.0的差異與實務之間變化。	經由實習的過程, 更具體了解到長照政策2.0, 服務項目增加, 由8項增加17項, 向前延伸至預防階段、向後延伸至安寧服務, 也學習到服務資源之間的連結。 10分/(0-10分)
3. 建立學生認識與進入專業界的管道, 並認識未來就業市場的環境。	透過督導說明自己的工作領域精神科, 與長照政策間如何相輔相成? 因而知道衛生福利部109年度開始推動「精神病人長期照顧示範計畫」。	了解長照2.0增加身心障礙患者以及50歲失智症患者, 長照服務提供的預防延緩的方針, 因此增加了精神病人長期照顧服務計畫但這項計畫由精神科承接辦理, 不屬於長照中心因此無法具體看到成果。 9分/(0-10分)
4. 熟悉照管中心與A、B、C據點單位之組織架構、作業流程及功能。瞭解各級專業人員之角色定位與職責分工。	照專安排家訪時也會與A單位的個管師相約結伴同行, 先是由照專進行失能等級的評估, 接續由A個管依個案等級, 說明可以獲得的服務包含哪些項目及費用如何計費?	時間有限的情況下加上疫情, 因此此次實習中就沒有機會看到B、C據點運作流程。 8分/(0-10分)
5. 參與實務運作, 瞭解被照顧者與主要照顧者的實際情況及需求。	跟著照專學長姐們家訪, 看到實務上的困難面, 有很高比例的失智個案在社區中, 卻無法走出社區就醫, 或是至據點參加活動延緩失智, 反而是學習到照專學姊的工作經驗, 可以先從滿足家屬的需求達到彼此間的信任, 在進一步安排個案就醫。	憑藉自身所具備的工作經驗及專業, 因此跟著照專至案家評估, 可以是精熟不會畏懼或覺得困難的, 依著照專的專業面不同(有護理師、社工師、職能復健師)因此也可以學習到不同角度與個案互動的模式。 10分/(0-10分)

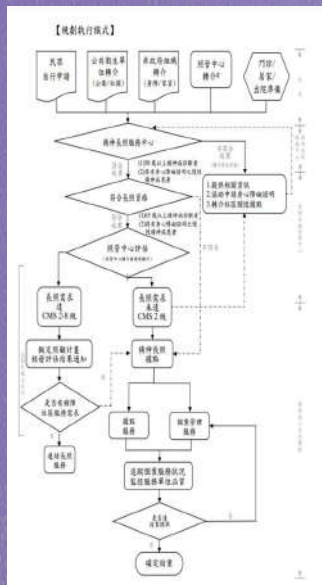
實習見聞

從這次實習過程中, 我看到了長照2.0服務對象涵括49歲以下失能之身心障礙者, 故「精神病人」亦在服務對象範圍, 衛生福利部在民國109啟動「精神病人長期照顧示範計畫」預計試辦三年。本計畫109年補助7縣市辦理, 結合精神醫療網分區及現有長期照顧服務據點設置服務中心及據點辦理, 並進行人員培訓, 以逐步建構精神病人之長照服務模式, 增加服務人員對於提供精神病患之照顧知能, 以提升服務品質, 110年期能持續擴展服務縣市, 發展服務模式, 並使現有長照服務據點及人員增加照顧慢性精神病患知能, 並使精神病患之長照業務融入於現有長期照顧體系, 對於未來推動符合失能精神病患者長照需求至為重要。

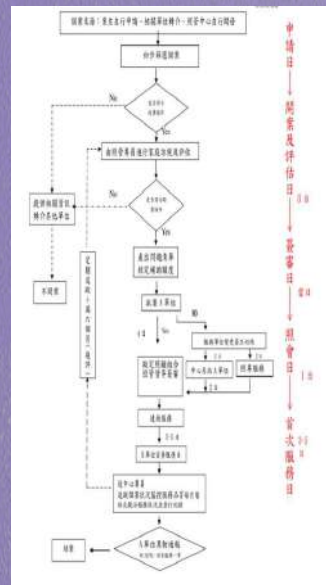
從我的思維觀點來看這項計畫與成立失智共照中心個管模式較為雷同, 長照2.0計畫核心觀念在於建立以社區為基礎的長照體系, 提供優質平價且普及服務, 建構「找得到、看得到、用得到」的長照資源, 包含推動社區整體照顧模式, 設置長照旗艦店、長照專賣店與長照柑仔店ABC三級社區照顧模式, 將失智症納入照顧範圍, 規畫每縣市至少有一個失智共同照護中心。這樣的模式是期待將個案從家中帶至社區, 藉由參與活動達到延緩或預防疾病惡化。

比較收案對象差異

長照2.0	精神病人長期照顧示範計畫
收案條件 主要是指日常生活功能受損而需要由他人提供照顧服務者包含: 一、65歲以上失能老人。 二、55歲以上之失能原住民。 三、50歲以上失智症患者。 四、失能之身心障礙者。 五、僅工具性日常生活活動需協助且獨居之老人。 六、僅工具性日常生活活動需協助之衰弱老人。	以慢性精神病人*為主要對象 排除住院、精神科日間留院及於精神復健機構(日間型及住宿型)、精神護理之家接受服務之具備復健潛能者, 並具備以下條件之一者: (1)領有舊制慢性精神病或新制第1類-神經系統構造及精神、心智功能障礙之個案(診斷別為思覺失調症 ICD9:295及ICD10:F20、F25, 雙極性精神障礙、憂鬱症 ICD9:296及ICD10:F30、F31、F32、F33等;), 身心障礙等級達「中度」以上者優先。 (2)50歲以上:經醫師診斷, 且目前(6個月內)仍存在的疾病項目包含精神科(思覺失調症、雙極性精神障礙、憂鬱症等)之個案。



比較流程圖



學習心得與反思

一、來到長期照護研究所就讀, 有機會透過更多的角度面向來看長照這個議題, 課堂上選修了高齡友善環境規劃這門課, 了解長照2.0希望長者們可以有更多的機會去適應在地老化, 看到長者所面臨到居住環境老舊, 缺乏電梯設備導致長者行動有所限制, 真正到長照中心跟著照專家訪, 身歷其境感受到老舊公寓, 樓梯間的階梯面必須側身才可以讓腳底板採平樓梯面, 設身處地去想, 這樣的空間結構真的也會讓長輩減少外出活動的動力(見圖一), 另外一個新發現也就是爬梯機, 當長者有行動外出的困難, 也是可以申請爬梯機輔助下樓外出(見圖二)。
二、實地家訪發現到有許多長者是有失智的問題, 卻無法帶出社區就醫, 更不可能參加據點活動, 尋求長照協助則是因為身體其他功能問題失能需要協助, 才有機會讓長照服務入案家評估, 也發現到照專學長姊運用過往的經驗以及專業度, 取得家屬的信任提供家屬所需, 再進一步安排讓失智長輩就醫。
三、隨著科技的進步, 也發現到照專們到案家評估, 可以透過平板介面的點選, 連結到後端作業平台, 點選完成個案的失能等級1-7級符合哪一級?也可以計算出, 接著則由A單位的個管師依照長者的失能等級, 解釋說明可以獲得的支援協助有哪些?
四、此次實習有機會了解到「精神病人長期照顧示範計畫」, 這個方案可以讓自己回到醫院端臨床職場, 協助將有需求的病患轉介至據點賦能延緩疾病惡化。
五、數十年工作經驗的照專則是提到, 如何與個案及家屬溝通更是一門學問, 良好的溝通可以是雙贏的局面, 當彼此間的期待不一致, 則有可能造成誤會糾紛, 因此學會溝通讓事情用最完善的方式解決也是重要的一環。

圖一



圖二





長久幸福，照亮未來

//



馬偕醫學院長期照護研究所

地址：25245 新北市三芝區中正路三段46號

電話：02-2636-0303 #1801

網址：<https://ltc.mmc.edu.tw/index.asp>

