

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

- ▶ 失智症日間照顧服務使用狀況與其評估－以嘉義聖馬爾定與三鶯地區健順失智症日間照顧中心為例

Use and Evaluation of Day Care Services by Older People with Dementia-Two Empirical Experience

doi:10.30074/FJMH.200509\_18(3).0003

中華心理衛生學刊, 18(3), 2005

Formosa Journal of Mental Health, 18(3), 2005

作者/Author：謝美娥(Mei-O Hsieh)

頁數/Page：39-69

出版日期/Publication Date：2005/09

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200509\\_18\(3\).0003](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200509_18(3).0003)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



# 失智症日間照顧服務使用狀況與其評估— 以嘉義聖馬爾定與三鶯地區健順失智症日 間照顧中心為例

謝美娥

行政院建構長期照護先導計畫將失智症日照中心列為實驗社區試辦與發展的九種服務措施項目。本研究配合先導計劃對失智症日照中心進行使用了解與評估。採用Donabedian評估照顧品質之途徑—結構、過程與結果評估。由於結果評估中功能變遷操作之不易，本研究以使用者滿意度取代之。同時本研究亦檢視服務提供者的提供經驗，所面對的困難和解決策略。研究採問卷調查法、訪談法、焦點座談法與次級資料分析法的方式進行。研究工具為參考國內外文獻並自行設計之半結構式問卷，另輔以開放性訪談。問卷係根據契約書規定和理想上之服務面向與細項分別設計，訪談則以開放性為原則，廣泛探討服務使用者與不使用者之原因。

嘉義失智症日照中心是由在地聖馬爾定醫院所附設，一則容易接觸到案主群，一則採醫院模式照顧，重視患者的照顧、復健和健康評估。三鶯日照中心則是由外來機構健順養護中心新辦。由於缺乏與醫院看診的直接連結，個案均由實驗社區照顧經理轉介而來，採用社會模式的照顧，較強調社會性的活動，老人較無機構化的約束。除了模式不同外，在使用日照服務上花費的金額及使用原因略有不同，可能與使用者的社經地位高低有關。

---

謝美娥：國立政治大學社會學系教授

陳品貝：(本研究之研究助理)，國立台北護理學院護理系畢業，現任慈濟醫院護理師。

註：本研究係內政部新型設施評估研究部分改寫。

收稿：2004年03月05日；接受：2004年12月20日



從本研究中可知，硬體設施和服務過程與服務內容上大都能符合要求，兩地使用者均對日照服務抱持高度的評價，使用的原因方面，以接受日照服務可以直接減輕家屬的照顧負擔為最主要。

兩地未使用日照服務的原因均包括：「不符合實驗社區失智日照中心服務巴氏量表 70 分的收案標準」、「案家缺乏動機帶個案進行失智鑑定」、「家庭有照顧人力」、「覺得日照服務是機構式的標籤化」、「民眾對日照服務陌生，懷疑日照服務的功能」、「覺得收費費用太高」等共同原因。

「案源不足」是兩地服務提供共同的問題，也均透過「加強案量開發」與「定期與相關單位(社會局、實驗社區)舉辦聯繫會報」等解決策略以克服困難。

最後，本研究比較兩個中心的使用者、使用原因、未使用者原因後，並提出實務上的建議。

關鍵詞：老人、失智症、日間照顧中心、評估、使用

## 一、前言

隨著年齡層的提高以及人口老化速率的加快，失智症人口已經成為目前臺灣地區社會服務的重要課題。根據內政部的統計資料顯示，六十五歲及以上的人口比率由1991年的6.53%到2002年的9.02%(內政部，2004)，經建會推估在2051年老人人口更將會佔總人口數29.8%(經建會，2004)。一般而言，國外患失智症(以阿茲海默氏症居多)之機率为5-10%，八十歲以後可高達25%，九十歲以上則更增加到50%(陳麗美，2004)。在臺灣老年人口中約有2-4%患有輕到重度不等的失智症，約4-7萬人(財團法人天主教康泰醫療教育基金會，2004)。

截至目前，失智症致病的原因仍無法清楚證實，也沒有真正可以治癒的藥物及方法。由於患者出現了明顯的記憶力衰退、智力喪失、思考障礙、社交及情緒功能障礙以及異常的行為，有時候甚至產生人格上的改變(Medline Plus，2004)，在外表上看似無病，卻是需要家庭照顧者投入相當多的心力。對於失智症患者，機構常常是被列為優先考量的照顧類型，例如1996年台灣於新竹縣湖口鄉成立第一家失智

症照護機構-「寧園療養院」(長期照護專業人員協會, 2000)。社區照顧則是晚近被鼓勵的照顧模式, 其主要區分為居家照顧和日間照顧。早期居家照顧較為蓬勃, 日間照顧是最近十年推出的新式服務, 以台北市為例, 日間照顧服務於 1999年由政府介入公設民營後, 方開始積極推行(台北市社會局, 2003), 失智症的日間照顧則更是最近才相繼推出的服務類型。

失智症的日間照顧可以針對患者進行認知、復建訓練和照顧者技巧訓練等, 由於服務尚不普遍, 2000年建構長期照護體系先導計劃將之列為九種新型服務設施中之一種, 選擇台北縣三鶯地區和嘉義市為兩個重點社區, 於兩實驗社區中分別推動各項新型服務和設施, 透過補助而興辦(吳淑瓊等, 2001)。

本研究以兩社區分別推動的日間照顧中心為對象, 檢視方案推動的效果並比較其使用狀況, 期對未來失智症日照中心之推廣提供實務上之建議。

具體言之, 本研究的目的為:

1. 評估失智症日間照顧中心結構面是否達到實驗社區所要求之標準?
2. 評估服務過程, 是否符合失智症日間照顧中心所要求服務程序和內容?
3. 實施成效評估並檢視失智症日間照顧中心服務目標是否達成。
4. 瞭解家屬使用失智症日間照顧中心的理由、表達需求卻未使用者的理由, 以作為推動失智症日間照顧中心考量之因素。
5. 深入瞭解服務提供者與家屬對失智症日間照顧中心之意見, 以作為未來改進之建議。

## 二、文獻探討

### (一)日間照顧的功能與模式

成人日間照顧(Adult Day Care = ADC)包括失智症日間照顧, 是喘息服務的一種, 可提供失智症的家庭照顧者所需的暫時性休息, 使照顧者保持身體和心理上的健康, 讓他們有能力持續在家中照顧失智症的患者。ADC是一種具結構性、以社區



為基礎的方案，此保護性的設施以提供低於 24 小時照顧的多種健康、社會、和相關支持性服務為主。在長期照護服務的連續性光譜中，被認為是一個重要的組成要素 (Lawton, Brody, & Saperstein, 1991)。對於照顧者和患者來說，均有好處。對患者言，ADC 方案可以預防失智症者在日常生活中受到傷害，可提供愉悅的活動、增進友誼，對患者是有意義的，並能協助他們日常生活的活動。特別可以得到刺激、社會化( 社交)、安全感、身體健康、自尊、和歡樂。對照顧者也有好處，照顧者情緒壓力會較低，和被照顧者間的關係緊張程度也較低，情緒更可放鬆 (Haselkus, 1992)。而比較使用者和非使用者的差異，未使用 ADC 的照顧者會採用工作取向的觀點，認為 ADC 的使用能讓他們有足夠的時間進行多種的活動，包括可以去工作、賺錢、處理外務、及照顧家裡其他人等。而使用 ADC 的照顧者會較以情緒和生理健康取向來看 ADC 的好處，特別是可得到自由、身體的放鬆、暫時無須擔心、及得到休息時間等 (Beisecker & Wright, 1996)。另外，研究更指出使用失智症日照中心等社區服務可以延緩患者進住機構 (Collins, King, & Kokinakis, 1994 ; Toseland & McCallion, 1999 ; Monahan, 1993 )。

失智症日照中心通常可以分為兩種模式：醫療模式及社會模式。兩種模式各有其本身的設理念和功能。社會模式傾向提供娛樂、創造性的活動。醫療模式較著重在照顧計畫、復健及個人照顧服務，而社會模式會變更設備環境讓個案覺得環境較有美學、較有家的氣氛，強調社會性及再創造性的互動會降低老人的行為問題，家庭照顧者也覺得社會模式的工作人員和個案的互動較有品質；另一方面來說，醫療型模式較會和醫療設施，例如醫院、護理之家聯盟，可以延緩醫院及護理之家安置的時間，強調健康的維持 (Leitch, Zarit, Townsend, & Greene, 2001)，兩種模式各有其優點。國內蘇建華(2001)整理文獻歸納三類的日照中心：醫療類型中心、社會類型日照中心、及綜合類型中心。前兩類與國外分類相似。

## (二)日間照顧服務使用因素探討

最早提出服務使用模式的學者為 Andersen 與 Newman (1973) 關於健康服務使用的行為模式，其主要認為傾向因素 (predisposing)、促使因素 (enabling)、和照顧需



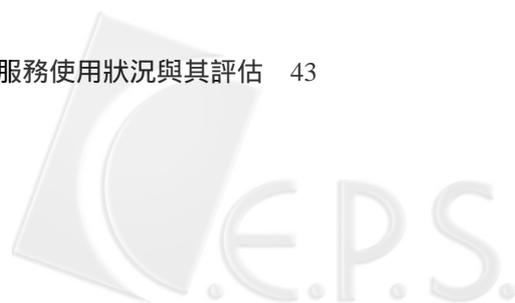
求的因素( needs-for-care )是影響服務使用的要素。

過去一般討論健康服務使用係以急性疾病為主，最近則有轉向居家和社區式等長期照護的趨勢(Johnson & Wolinsky, 1996)。Andersen 與 Newman的模式後來也運用在老人健康照護與服務使用的領域( Wolinsky, 1990 )。

傾向因素包括失能或疾病發生前的社會人口特質、健康信念。促使因素指促使或妨礙服務使用的社會與經濟資源，包括家庭的資源、社區資源。照顧需求的因素則指尋求服務有關的疾病或失能的狀況，包括主觀對自己疾病的知覺、症狀診斷及客觀由臨床上的實際評估結果( 呂寶靜，1999)。實證研究方面，Ward(1977)發現年齡、性別、種族、教育、健康信念與先前已建立的服務使用模式都會影響老人的使用；而Nelson(1993)也指出家庭收入、社會支持與其他資源也會影響使用與否。Burnette與 Mui(1995)根據Andersen等人之模式進行檢視影響西裔老人服務使用的變項，發現照顧需求的因素( needs-for-care )是預測居家照顧服務(如送餐服務、居家服務、與訪問護士)使用最強的因素，而促使因素( enabling )則是預測社區服務(如老人中心、交通服務、或電話問安等)使用最強的變項。另外，Collins，King，與 Kokinakis(1994)以及Toseland與McCallion(1999)指出負擔得起、是否合格、可近性、及服務的品質也是影響家庭使用社區性服務的因素。

關於日照服務使用方面，前述 Beisecker與Wright(1996)研究乃訪問比較104位(含52位使用者和52位非使用者)照顧者對ADC的看法，其年齡範圍為27-88歲，平均64歲。研究發現：使用服務的照顧者年齡顯著地低於非使用者、女性的照顧者顯著地多於男性、照顧者主要是配偶，其餘是成年子女、使用者比非使用者接受過良好的教育，平均接受14年教育、家戶年所得低於一萬美金者及多於五萬美金者多、照顧者和患者多是白人(94%)。由以上研究看出照顧者年齡層低、教育程度較高、與外界較有接觸(能得知相關資訊)、女性、認知日照中心對他們的功能和對患者的好處等均可能增加對日照中心的使用。

Zarit，Stephens，Townsend與Greene(1998)也發現使用3個月就可以窺見Adult Day Care(ADC)的好處。使用ADC三個月或更久，比起未使用者，有較低的壓力及緊張。日照服務比喘息服務時間更長，其效果應更顯著。國外研究，Monahan



(1993)訪談26位使用喘息服務日間照顧的照顧者，發現他們使用日照喘息服務的原因有：(1)84.6%認為對個案是有效益的；(2)80.3%認為會提高個案的社會互動；(3)76.9%照顧者認為自己有需要放輕鬆；(4)50%照顧者認為有較多的時間工作；(5)50%的照顧者認為可以避免使用護理之家。而當照顧者被詢問最重要的使用原因時，大部分的受訪者回答：「照顧者需要休息、放輕鬆」。

不過，雖然日照中心有許多明顯的利益，仍有一些照顧者不會去使用。Beisecker與Wright(1996)研究指出照顧者認為設施與交通缺乏便利性、花費太高、病患不高興、照顧者讓失智症個案接受服務產生罪惡感、工作人員工作技巧不足、不關心、工作人員/個案比率太低、活動內容缺乏運動性或其他刺激性的活動、多種病患混合、缺乏針對特殊失智症個案的方案、以及機構不夠乾淨、空間不適當、氣氛不佳、環境不夠安全、器具的不適當或不足等皆被認為是使用ADC的障礙。

Gwyther(1994)研究指出家屬不想讓失智老人離開家和陌生人在一起，又擔心失智老人會變得不安及激動是阻礙家屬使用日間喘息服務的原因。種種對日照服務功能的質疑，表現在家屬不使用日照服務的原因上。

### (三)評估照護(品質)的途徑

有關方案評估的方法與種類陳述非常多，Kettner，Moroney與Martin(1990)提出四種方法，分成效力評估、成果評估、整體表現適切性評估和成本效率與成本效果評估(高迪理譯，1999)。Posavac與Carey(2003)在Program evaluation一書中把評估分為四類：需求評估、過程評估、結果評估和效率評估。另也提及教育學上常使用的分類是形成性評估與總結性評估兩大類。健康照護評估的途徑則通常是依據Donabedian的三種指標，分別是結構(Structure)、過程(Process)和結果(Outcome)(謝美娥，1993)。

結構指標是指服務提供者相對穩定的特徵，使用的器材與資源的特徵，以及工作處所的組織和物理條件等。常見的結構指標有：設施、裝備的描述、人員的資格與經驗、人事安排的模式(謝美娥，1993)。

在失智症患者照顧中，環境與行為有很重要的關係。早期，Lawton(1981)的突

顯理論( prominent theory )認為對認知有問題的患者，應在環境上作較多的調整以利行為的適應。又像較低壓力閾理論( the lower stress threshold theory )，則認為失智患者對環境吵雜忍受度越來越低( Hall & Buckwalter, 1987 )。總之，當失智症趨於嚴重時，患者對環境的適應力會降低，所以在照顧這些患者時，必須把環境做改變，以利照顧。大部分文獻探討的處遇策略均包括對物理環境及社會環境要做適度的操縱，以滿足這些患者的特別需求。Morgan與Stewart( 1999 )以質化研究發現物理環境方面，家屬與照顧工作人員均認為設施的安全性、似家的感覺、模擬懷舊的設備、佈置是否有注重現實導向的原則( cues )以及鼓勵隱私和社會互動的空間設計( options for privacy and social interaction )是重要的。

在社會環境重要性方面，Morgan與Stewart( 1997 )以質化研究訪談失智症的照顧人員與家屬，詢問在失智症照顧中認為的重要的社會環境因素，結果包括五個重要主題：是否提供足夠刺激與有意義的活動、是否提供與人的接觸、是否提供安全與監督、是否提供個別化照顧、環境設施是否符合患者個別化需求以及彈性與機動化處理問題行為。

另外，Grant ( 1996 )曾發展護理單位評估量表( The Nursing Unit Rating Scale = NURs )以評估失智症照顧單位的環境狀況，其設計的環境面向有六個，分別為：隔離性( separation )、穩定性( stability )、減少刺激環境的程度( stimulation )、減少環境複雜的程度( complexity )、控制與容忍( control/tolerance )及持續性( continuity )。Sloane與Mathew( 1990 )也曾採用治療性環境篩選量表( the Therapeutic Environment Screening Scale = TESS )評估失智症單位。12個項目反應五個原則：潛在性吵雜刺激的排除、情緒與自我的形象的加強、安全性的增進、私人與社會性活動的適應以及通往出口門的提供。Sloane與Mathew( 1990 )採用的指標因為是可以直接觀察的，所以和前述物理環境相似；Grant( 1996 )指標必須訪談護理人員，和前述社會環境相似。

過程指標是指( 醫療 )服務提供者與病人之間所發生的活動，包括技術和人際關係的過程，常見的例子有診斷和治療的程序( 謝美娥，1993 )，例如：護理專業能力、提供照顧的態度( 楊嘉玲，1998 )。失智症日間照顧中心的服務建議應提供護理



服務、生活照顧服務、交通接送服務或協助申請交通補助費、社會心理諮詢服務、日常生活活動安排及復健性治療活動、行為問題處理、針對家庭照顧者提供情緒支持、教育及關懷、醫療服務和協助個案申請照顧服務費(吳淑瓊等, 2001)。

結果指標是指由於健康照護提供者的處遇, 病人或住民的健康狀況有所改變, 改變可能發生於生理的、心理的或社會的功能等方面(Shaughnessy & Kramer, 1995; 謝美娥, 1993)。然而也有研究指出, 使用喘息服務, 病人功能並無顯著改變(Monahan, 1993), 因此在失智症日照中心, 若以健康狀況之改善或恢復作為結果的考量, 顯然不很適當。即使在一般老人日照中心, 其結果也多不顯著(Baumgarten, et al. 2002, Cohen-Mansfield & Werner, 1998), 故使用滿意度常被用來作為結果指標。

### 三、研究方法與過程

本研究採問卷調查法、訪談法、焦點座談法與次級資料分析法的方式進行。問卷分為兩種, 針對照顧者的滿意度問項係根據服務契約書上規定以及文獻探討理論上之服務項目、各項訓練治療、環境設施以及老人身體狀況改變等設計; 針對中心督導者之問卷則依據設施結構和服務過程細項予以設計。另訪談設施督導的綱要包括服務時所遭遇的問題及解決策略。照顧經理的訪問係使用焦點團體法, 討論綱要包括: 在接觸個案過程中, 如何擬訂失智日照中心的服務計畫? 協助個案擬定服務計畫後, 民眾卻沒有接受服務的原因? 接受的情況是基於什麼原因? 以及照顧經理在向民眾及服務提供者轉介日照中心服務模式時的經驗和遇到的困難。

由於失智症患者認知與情緒的障礙, 無法自由表達, 照顧者常常是服務使用的代言人, 本研究即訪問家庭照顧者, 以檢視使用、不使用的因素以及使用後的滿意度。簡述研究過程如下:

(一) 面對面訪談法: 針對設施督導進行訪談。瞭解其服務提供的流程, 及其所遭遇的問題及解決策略。採取開放性原則, 訪談一小時半至兩小時。

(二) 問卷調查法: 主要分為兩種, (1) 針對使用失智日間照顧中心之照顧者瞭解其



評價(滿意度)。本來欲使用親自訪談，但由於家庭照顧者多以忙碌拒絕，只好改用問卷調查，資料不足處，再使用電話詢問補充。(2)請設施督導回答有關結構和服務內容的問項。

(三)焦點座談法：針對照顧經理進行焦點座談，瞭解篩選實驗社區失智症日間照顧中心服務需求民眾的程序、擬定失智症日間照顧中心服務計劃的人數和內容、及有服務需求卻未使用失智日間照顧中心服務的原因。實驗社區堅決反對對未使用服務者進行訪談，本研究只好對照顧經理再進行個別訪談。

(四)電話訪問法：對使用服務之家屬進行使用原因之了解。

實驗社區除了前測自行篩選的失能個案外，尚包括個案主動來電、其他單位通報、社區發現等管道。最後，嘉義市照顧經理共訪問 1648位失能長者，其中初步擬定失智日間照顧服務計畫者 19人，女性8位，男性 11位。60-69歲有3位，70-79歲有5位，80-89歲有10位，90歲以上有1位。失智程度(經醫師診斷)，以2位輕度失智，3位中度，13位需要再鑑定。三鶯實驗社區 1333位失能長者中，擬定失智症服務計畫人數共計25人。其中女性 10位，男性 15位。60-69歲有5位，70-79歲有10位，80-89歲有10位。失智程度中，7位中度失智，3位重度，其他未診斷。未診斷個案乃指案家不一定認為個案有失智現象，不願帶個案就醫。實際上接受服務者必須(1)個案或其直系家屬或主要照顧者同意且有意願配合協助接受日間照護。(2)依身心障礙者保護法之鑑定標準，經精神科或神經科醫師評定為輕、中度之失智患者(CDR = 1或2分)，並具有行動能力者。(3)日常生活活動能力在巴氏日常生活功能量表(Barthel's Index)評分為70分以上者。(4)無法定傳染病者(吳淑瓊等，2001)。

## 四、研究結果

本研究從結構(人力配置、設施)、過程(服務實質內容)、結果(服務滿意度)對日照進行評估；另依電話訪問服務使用者家屬以及與照顧經理詢問不使用者之原因，內容分析並整理如下：



## (一)嘉義實驗社區聖馬爾定失智日間照顧中心

嘉義市實驗社區失智日間照顧中心服務模式由嘉義聖馬爾定醫院附設護理之家承接服務，日照中心位於護理之家一樓樓層，中心於 91年10月6日開幕，11月1日正式提供服務。截至 91年12月31日止，總共服務 6人，其中 5人確定是失智診斷，1位非失智個案(為聖馬爾定醫院未承接先導計畫失智日照服務前日照中心的個案)。失智的 5位個案均為醫院自行開發。個案年齡上，70-79歲有 3位，80-89歲有 2位，平均年齡 80歲。社福身份上，5位都是一般身份。教育程度上，1位不識字，2位小學，1位國中，1位高中。所有個案戶籍地均在嘉義市。2位個案請外傭未享有實驗社區補助，3位享有實驗社區補助。ADL分數上，均屬輕度失能。每位個案均為月託。2位個案僅與配偶同住，3位與兒子媳婦同住。

照顧者除一位為配偶 65歲、國小外、四位為子女和媳婦(38-61歲)，均高中以上。在自覺經濟狀況上，4位家屬表示收支正好平衡，1位表示不夠用。整體言照顧者社經地位在中等以上。

在照顧者身體健康上，3位照顧者覺得自己的健康不太好，2位覺得普通。比起同年齡的人，3位照顧者覺得自己的健康是較差的。和一年前健康比較，有 2位覺得健康變差。在照顧影響上，2位照顧者表示因為照顧失智長輩而影響健康。4位照顧者表示因為照顧失智長輩而影響社交活動。可見照顧對社交的影響比對健康的影響似乎來得大些。

有關收費部分 4位照顧者表示勉強可以接受這樣的照顧費用，1位表示能夠接受。

透過訪談日間照顧中心提供者工作人員(督導、護士)，整理日照中心服務內容如下：

### 1. 人力編制及職務

聖馬爾定失智日間照顧中心配置除護理人員和病患服務員各一名為專職人員外，護理長、醫師、營養師、社工員、廚師、職能治療師、物理治療師、藥劑師、牧靈人員、司機等皆為兼任。在人力編制及職務分配上，兼任人員除了行政管理的

護理長(1/5)、廚師(1/5)及司機(1/2)有確定的人力支援比例外，其餘皆為兼任，沒有確定人力比例。從整個人力配置和服務內容上看，中心較傾向於醫療模式的日照中心，運用許多醫療設施上的資源，提供失智症患者的照顧、復健和健康評估。由於參與之長者為數不多，照顧人力比例上相當足夠。

## 2. 硬體設施與過程評估

硬體設施評估另有長照小組多次造訪評估，因此多數項目多符合既定要求。本研究將評估分成：環境設施與安全維護、經營與管理、健康與個人照顧服務狀況、權益保障等四部分。分別於91年8月9日及12月19日與服務提供單位進行逐項評估，發現迴廊不符標準外，其餘皆符合評估標準，而服務提供者也提出下列的說明澄清：

- (1)環境設施上：日照中心的遊走步道應是設計為無盡頭的迂迴步道，希望提供給老人漫走的空間，而在嘉義日照中心是在戶外花園中的走道盡頭放置露天桌椅，讓老人遊走到步道盡頭時能知道須要回轉，雖然讓老人有遊走的空間，但並不是無盡頭的走道設計。
- (2)活動帶領及其他服務：活動由護士輔以護佐擔任；因個案人數不多，職能治療活動尚未舉辦，若個案有物理治療的需要，可直接到總院復健科接受服務。
- (3)在社會心理諮詢服務上，由護理之家的社工員統籌支援並運作志工的招募、訓練及維持，另外社工員一週帶領一次音樂治療活動。
- (4)在家屬支持性團體上，嘉義日照中心自11月1日至12月6日舉辦過為期5週的家屬支持性團體，除了日照中心的家屬之外也開放給社區民眾一起參加。在家屬反應評價相當高的情況下，負責家屬支持性團體的護士也表示會持續舉辦家屬支持性團體。

## 3. 家屬服務滿意度

研究者請服務提供單位將日間照顧中心使用者滿意度問卷交由家屬填寫後收回，並配合進行家屬電話訪問，總計收回 5份問卷。



調查結果如下：

(1) 工作人員的服務：

3位家屬滿意醫療服務，2位未使用過。4位滿意護理服務，1位覺得還可以改善。4位滿意社工人員提供的服務，1位表示未使用過。4位滿意生活照顧服務，1位覺得還可以改善。5位對交通接送服務均感到滿意。4位滿意日常生活活動安排及復健服務，之中有1位並表示還不太瞭解活動項目的安排，1位覺得還可以改善。4位滿意工作人員對問題行為的處理，1位覺得還可以改善。4位中心對照顧者提供的情緒支持、教育及關懷服務，1位覺得還可以改善。

(2) 對各項服務的態度：

家屬均滿意環境的安全性。五位家屬均滿意的項目有：環境上的隱私性、環境對老人是有支持性以及設施能夠維持失智者的身體功能、安全性的看護或照顧、照顧有個別性，工作人員機動性的處理問題行為，並覺得日照中心的服務能夠提升失智者的生活品質及尊嚴。其他如：4位覺得空間有家庭化的設計。3位滿意環境內的懷舊設備。4位滿意環境有現實導向的原則。4位滿意環境提供給親朋好友聯繫互動的設施。3位覺得活動安排有意義且足夠。3位滿意機構定期安排院外團體的交流。4位覺得日照的服務能夠提供家屬諮詢、訓練及照護上的支持。

(3) 服務滿意度開放式問題：

整理開放式問題，得到三個建議：增加日照中心開放時間(ADC-1 & ADC-4)、增加戶外式活動(ADC-1)以及提供活動節目表以便讓他們知道日照的作息，俾安排探訪的時間安排(ADC-5)。

整體來講，個案多滿意日照中心人員提供的服務。對活動與照顧也感到滿意，特別是日照中心提供的安全照顧，讓照顧者能夠不要提心吊膽，真正卸下重擔。

#### 4. 使用失智日照服務的決定

嘉義地區失智症家屬表示因為老人有失智症的症狀，輕則容易走失，重則有問題行為(例如人時地紊亂、隨地大小便、被害妄想、情緒不穩、睡眠障礙行為)，家

屬深怕個案走失，生活上凡事得配合失智個案的需求，造成自己長期處於高度壓力狀態下，也讓自己產生困擾，故決定使用日照服務。Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit和Whitlatch(1995)就表示，失智老人問題行為的多寡影響著照顧者對壓力的評價及安適感。因此嘉義日照中心的家屬多是考量日照中心環境安全、有人看顧、不需時時刻刻掛念個案走失，暫時遠離個案的困擾行為，獲得暫時的喘息，以減輕照顧者的負擔。

內容分析訪談資料如下：(1)日照中心有安全、保護性的環境，減輕走失的負擔(ADC-1, ADC-2)；(2)減輕照顧者負擔：問題行為常困擾家屬的生活作息。若能讓個案在白天使用日照中心，家屬暫時遠離壓力源，減輕家屬在照顧上的負擔(ADC-4, ADC-5)；(3)代替白天上班無暇照顧之人力：讓照顧者安心的上班(ADC-3)；4.覺得外傭及24小時的機構服務不適合失智老人：由於外傭語言不通；而照顧者又不忍心讓失智老人到24小時的機構式服務，這樣的考量也讓家屬他們願意選擇使用日間照顧服務。(ADC-1, ADC-2, ADC-3)

由家屬使用日照的決定來看，家屬其實是願意照顧長輩的，但是老人的一些症狀，例如健忘、走失、問題行為都深深困擾著照顧者的生活作息。本研究和Monahan(1993)研究結果相似，Monahan研究照顧者使用喘息服務的好處，發現照顧者除了可以放鬆自己，更騰出時間做其他的事情。日照服務比喘息服務時間更長，其效果應更顯著。也與Zarit, Stephens, Townsend與Greene(1998)之研究發現相同，使用服務的照顧者其壓力和緊張均降低。整體而言，決定者最大的考量就是日照服務適合對失智老人照顧的方式，可以減輕照顧者照顧上的負擔。

##### 5. 有日間照顧需求而未使用服務的原因

日間照顧中心個案的來源，分為實驗社區轉介及服務提供單位自行開發兩方面。嘉義實驗社區照顧經理擬定的日間照顧中心服務計畫計19位，均未使用服務(其中兩位因92年1月才開始使用日照服務，故研究者來不及收集訪談資料)，而服務提供者也曾有接觸個案參訪日照中心的經驗，因兩方面都有接觸個案的經驗，知道關於未使用服務的原因，故訪談雙方來探討阻礙日照服務使用的因素。



- (1)不符合實驗社區收案標準：因先導計畫書內容明訂失智日照中心收案資格為ADL70分，低於ADL70分的個案，因失能嚴重度較高，也就不符合實驗計畫收案的條件，無法使用服務(CM-I、CM-G、ADC worker)。與Toseland與McCallion(1999)發現23%的照顧者因為「失能者功能損傷太多」而沒有使用day care program結論相同。
- (2)案家缺乏動機帶個案進行失智鑑定：個案輕微的症狀不至於影響家屬的日常生活時，家屬對於確立診斷並沒有急迫性需求(CM-H、CM-G)。
- (3)家庭有照顧人力：家庭是最先擔任照顧的單位，如果家裡有多的人能夠繼續擔任照顧的工作，自然不會考慮求助外在正式照顧資源(ADC worker)。
- (4)覺得日照服務是機構式的標籤化：一般民眾在不瞭解的情況下，誤以為日照服務是類似機構式照顧，將老人聚集在一起，拋棄照顧責任的地方，而加以排斥及不願嘗試(CM-G)。
- (5)民眾對日照服務陌生，懷疑日照服務的效能：輕度失智症狀通常和老年退化的表現相似，而退化是正常過程，為什麼要去日照中心接受訓練？而且家中和日照中心不同的環境會不會又讓失智個案更加的紊亂？種種擔心阻卻了服務之使用(CM-G)。
- (6)外籍監護工的排擠效應：外籍看護工不僅可以照顧失智者，還可以順便多看視另一個老人，平常又可以協助家事。比起只有白天就要12,500元的日照服務，一個月18,000元24小時外傭的費用是很便宜的，就不會花大錢讓老人去使用只有白天的日照(CM-F、CM-I)。
- (7)覺得收費太高：當家屬經濟能力有限時也會阻礙失智日間喘息服務的使用。參觀服務單位時，家屬會考慮費用的多寡，若超出預期中使用服務的預算，家屬就不使用服務(ADC worker)。
- (8)缺乏交通接送：實驗計畫是以嘉義市為主，90年7月1日前設籍嘉義市才能享有補助及交通車的接送，當鄰近嘉義市的居民也想使用日照服務或個案非月託的個案時，就得自行安排交通來到日照中心，往返交通時間上的不便，就容易讓家屬對日照使用打退堂鼓(ADC worker)。



本研究與 Beisecker 與 Wright(1996)的發現相同的是，使用 ADC的好處包括對照顧者的好處尚包括提供喘息、身體健康的保護、和情緒的放鬆，而(1)缺乏便利性(設施地點與交通方便性)；(2)花費(費用太高)；(3)病患方面：身體健康、功能程度；(4)照顧者的知識和感覺等是阻礙使用 ADC 因素。本研究也與 Gwyther (1994)研究發現相同，一般民眾對失智症認識不足，擔心長者與陌生人接觸會變得更不安或躁動，也是阻礙使用的因素。

在既有的照顧體系中，家庭通常是最早擔任照顧的單位，當個案有健忘、退化的症狀需要照顧時，自然由家人提供照顧。如果行為不過份影響生活作息時，家屬通常不覺得有鑑定診斷的需要。已經確定失智個案的老人，照顧者若能聘請外傭，一來照顧失智老人，二來還可以照顧失智老人的配偶，準備三餐，也是取得照顧來源的途徑之一。社區中，家庭及外傭的照顧資源本來就存在著，當新的服務模式推出時，民眾除了觀望接受日照服務的益處，若還得花一筆錢才能取得照顧資源時，常習慣以原來的照顧模式來因應照顧負擔。實驗社區中，規定日間照顧中心服務的個案需要ADL70分才能收案、90年7月1日設籍在嘉義市才享有交通及費用的補助資格，形成ADL分數介於60-70分或是中度失能者均無法使用日間照顧的服務，並減少嘉義市以外的個案使用服務的誘因，構成實驗社區有許多被認為有需要卻未使用失智日間照顧服務的因素。

## 6. 服務提供單位的經驗與遇到的困難及解決策略

### (1)服務提供單位的經驗與遇到的困難

- A. 案源不足：日照中心開辦2個月，一直維持6個個案的服務量，讓服務單位感受到對案源開發上的吃力感(worker1, worker2)。
- B. 活動帶領的經驗不足：日照中心的工作人員原本是服務於樓上護理之家內外科的照護工作，尚無失智老人照顧的相關經驗，因此，日照服務提供開辦以來，工作人員也需要嘗試和以往不同的領域及照顧方式(worker2)。

### (2)解決策略

- A. 擴充案源：服務單位表示，開發案源的確是目前最需要努力進行的。包括



由照顧經理轉介個案，讓日照護士到個案家中介紹日照服務的優點，強調醫院文宣上對失智日照服務的說明。另外，日照中心自己內部也成立一個改善計畫，預定拜訪社區村里長，宣導服務，加強個案的開發( worker1, worker2)。

- B. 積極參加失智專業人員的訓練：工作人員表示開辦日照服務前，曾經到精神科的日間留院訓練一個星期；之後並曾參加各2次的嘉南療養院及該院主辦的失智照顧在職課程。透過參加課程增加工作人員的專業度( worker2)。

## (二)三鶯實驗社區健順失智日間照顧中心評估

三鶯實驗社區失智日間照顧中心由健順養護中心附設失智日間照顧中心承接服務，位於一棟交通便捷大樓之二樓。91年1月後，裝修成極具復古懷舊特色的空間。自91年11月1日正式開始提供服務，截至91年12月31日止，總共服務5人，5位個案均為實驗社區照顧經理開發轉介至日照中心。有4位男性；70-79歲者居多，平均年齡77歲。社福身份上，有2位榮民，1位低收入戶。居住狀況上，4位與家人同住，1位獨居。老人在教育程度上偏低。所有個案戶籍地均在三鶯地區，享有實驗社區補助。ADL分數上，均屬輕度失能。照顧受訪者身份中，包括3位兒子，1位女兒，1位養媳婦。照顧者年齡31-53歲、教育程度2位高中以上、全家月收入中間偏低。在自覺經濟狀況上，3位家屬表示收支正好平衡，2位家屬表示不夠用。與嘉義失智日照中心比起來，照顧者比較年輕、教育程度稍低且收入較低。可能是三鶯地區屬鄉村地域，與嘉義比起來是有一些城鄉上的差異。

在照顧者身體健康上，3位照顧者覺得自己的健康不太好。比起同年齡的人，1位照顧者覺得自己的健康較差，3位覺得差不多，1位覺得較好。和一年前健康比較，有2位覺得健康變差，3位覺得差不多。在照顧影響上，3位照顧者表示因為照顧失智長輩而影響健康，2位覺得沒有影響。4位照顧者表示因為照顧失智長輩而影響社交活動，1位表示沒有影響。同樣的，照顧對社交的影響比對健康的影響來得大。對服務費用態度上，2位家屬表示只能使用政府補助的額度，無法再額外付費。2位表示能夠接受這樣的照顧費用。1位覺得勉強接受。



## 1. 人力編制及職務

健順失智日間照顧中心除主任 1/2人力、護理人員、服務人員、和社工員各一名專職外，物理治療師、會計均由健順養護中心支援。照顧人力非常足夠。

從人力配置上看，雖然有許多兼任的醫務人員，但以專職社工員的大手筆，以及復古色彩的設施和活動，此中心較傾向社會模式的日照中心，較有家的氣氛，強調社會性及再創造性的活動，老人在中心較可以隨心所欲，較無機構化的約束。

## 2. 硬體設施與過程評估

評估方面，使用的指標與嘉義聖馬爾定日照中心一樣，研究者於 91年12月21日與服務提供單位進行硬體評估，發現除牆壁建材和無盡頭的設計不符標準外，其餘皆符合評估標準，而服務提供者也提出下列的說明澄清：

- (1)在整體環境及設備上，因日照中心的場地是租賃的大樓，無法更改牆壁建材，因此牆壁建材無法符合低傳音、吸音材質的規定。而走道盡頭是窗戶，並非是無盡頭的設計，日照中心也改以大型魚缸遮掩。
- (2)在社會心理諮詢活動上，常以一對一的方式與家屬進行座談，社工員表示目前一位家屬因在照顧與個案互動上有困難，因此服務單位曾經和家屬舉辦過家屬會談，將個案在日照中心的照顧內容，及家屬對失智個案照顧需注意的事項，進行雙方意見溝通，並且也預計對每一個家屬進行這樣的會談。另外在志工招募及訓練上，也是在計畫籌備中。
- (3)在家屬照顧者支持性教育上，日照中心計畫爭取舉辦家屬照顧教育的活動經費，預計是一個月一次，若沒有經費的補助，日照中心則會改以其他方式來舉辦家屬照顧者互助團體，例如與恩主公醫院合作，或是工作人員對家屬一對一的方式進行。
- (4)在醫療服務提供上，依個案家屬提供的就診資料並觀察個案接受服務時健康狀況的變化而提供照顧，另有特約醫生、兼任職能治療師和物理治療師。

## 3. 家屬服務滿意度

健順日照中心運作 2 個月後，研究者透過服務提供單位，讓家屬填寫使用者滿意度問卷，並回收，總計共回收 5 份家屬服務滿意度問卷。

家屬服務滿意度調查結果如下：

(1) 工作人員的服務：

四位家屬滿意醫療服務，一位未使用過。全部家屬對護理服務、社工人員提供的服務、生活照顧服務、交通接送服務、日常生活活動安排及復健服務、工作人員對問題行為的處理、中心對照顧者提供的情緒支持、教育及關懷服務均感到滿意。

(2) 對各項服務的態度：

在活動安排有意義且相當足夠，及院外團體與個案的活動交流上，一位家屬覺得還可以改善。在照顧有個別性及工作人員彈性及機動化處理問題行為上，1 位家屬覺得還可以改善。其餘對各項服務的態度上，五位家屬均感到均感到滿意。整體而言，家屬對服務的態度是肯定的。

#### 4. 使用失智日照服務的決定

目前五位個案均是實驗社區照顧經理家訪後，連結服務提供單位。因長照小組的考量，研究者無法訪談服務使用家屬入住的決定，而改以書面問卷方式讓家屬填寫服務決定及滿意度。

在服務使用上，家屬表示老人家在日照中心可以交到朋友(ADC1)、家屬心理壓力也較不會那麼大(ADC1&2&4)、白天上班，日照中心有飲食供應，也有人陪同，上班較安心、較能抒解心理壓力(ADC3&5)、自己舒緩情緒，調養身體，比較不會和老人摩擦(ADC4)。總計兩位家屬是因為自己白天要上班，讓失智者到日照中心可以減輕自己心理上的負擔，較可以放心工作。Zarit與Paris(1999)表示年輕的世代因為需要工作，而白天的喘息服務能夠提供的照顧正好可以減輕他們的負擔，又可以兼顧將老人晚上接回家及照顧到小孩子。另外三位家屬表示失智者到日照中心去後，自己心理壓力較不會那麼大(擔心個案一個人在家、與個案發生衝突)，調查結果也顯示日照服務確實有達到減輕照顧負擔和壓力的預期效果。

## 5. 有日間照顧需求而未使用服務的原因

日間照顧中心個案的來源，分為實驗社區轉介及服務提供單位自行開發兩方面，三鶯實驗社區照顧經理擬定的日間照顧服務計畫者 25 位。研究者於 91 年 11 月 21 日訪談一位照顧經理及實驗社區中心主任，初步瞭解照顧經理對於三鶯社區有失智日照需求卻未使用日照服務民眾的看法後，另於 12 月 9 日訪談 4 位擬定失智日照計畫但未使用服務民眾的照顧經理，以了解未使用日照服務的因素。另外，照顧經理在服務過程中並會轉介服務提供者至案家說明日照服務模式，因此服務提供者在民眾有需求卻未使用日照服務的原因上也會有部分的瞭解。研究者在訪談雙方後，整理以下未使用服務的原因：

- (1) 個案不符合實驗社區日間照顧服務收案條件：個案失能程度(巴氏量表, ADL 分數)不符合日間照顧收案的標準(ADL70分), 無法使用日照服務。(CM-D-10、CM-D-11、CM-B-17)
- (2) 家屬不覺得有確立失智診斷的需要：當個案的症狀並未造成家屬照顧上明顯的負擔, 確立診斷也對照顧負擔沒有實質上的幫助時, 家屬覺得確認失智症對家屬的意義不大, 自然不會帶個案去確立診斷(CM-A-6、CM-A-1、CM-A-8)。
- (3) 家中有照顧人力：家庭內照顧的人力充足, 周圍住家的親屬偶爾也提供一些照顧協助, 民眾也就不需要日間照顧, 在自己家裡照顧失智老人就可以了(CM-A-1、CM-A-4、CM-A-8、CM-B-18、CM-B-20、CM-C-13、CM-C14)。
- (4) 覺得日照服務是機構式服務的標籤化：當服務單位向家屬介紹日照服務時, 家屬除了感到陌生外, 更會懷疑日照服務是養老院機構式的服務, 而覺得讓老人使用日照服務會讓自己背負不孝的污名(worker 2)。
- (5) 家屬不覺得日照服務對自己或老人會有效益：接受日照服務並無法「治癒」老化的症狀, 家屬也不覺得有使用服務的需要(CM-A-23、CM-B-18、worker1、worker2)。
- (6) 沒有付費的能力：除了實驗社區補助金額之外, 家屬也衡量自付額的負擔與經濟能力及實際上照顧負擔之間的平衡。對於經濟較拮据的家庭來說, 因為老人並非一定得使用日間照顧服務, 若有家庭內的照顧, 自然可減少一筆日



照費用(CM-B-18、CM-A-1、CM-C-15)。

(7)沒有付費的意願：付費購買福利的觀念本來在台灣就剛起步，能夠購買服務，除了經濟能力之外，觀念也是服務購買的關鍵。在鄉村地區，付費的觀念特別薄弱(CM-B-21、CM-B-17、worker2)。

(8)使用居家服務及喘息服務減輕照顧者負荷的替代效應：失智日間照顧服務的理念也是希望減輕照顧者的負擔，而在實驗社區中，雖然失智症輕、中度患者每月最高補助40個小時，但另外也規劃失能者每年享有80個小時居家喘息服務或10天使用機構喘息的免費服務，已經減少了家屬的負擔，也減少了對日間照顧的使用(CM-A-22)。

如同嘉義地區所遭遇到日照案源不足的情境，三鶯地區在未使用日照服務的原因上，從不符合ADL70分資格、家人不會帶個案確立失智診斷、家庭體系內即可提供照顧、對日照中心如同機構的標籤印象、家屬不覺得日照服務對案家有效益、其他服務模式的取代效應、沒有經濟能力、沒有付費意願等因素，和嘉義地區未使用日照服務的發現相同，也說明了這些是往後服務單位在開發案源上需要克服的部份。唯一與嘉義地區不一樣的未使用原因是三鶯地區因使用居家服務排擠日照使用；嘉義地區則因使用外勞而排擠日照。也可能是因為兩地家庭收入不同，前者鄉村地區，收入較低，後者都會地區，收入相對較高。

## 6. 服務提供單位的經驗與遇到的困難及解決策略

### (1)服務提供單位的經驗與遇到的困難

A. 案源不足：(a)失能評估過重：在服務單位經營深坑建順失智專區的經驗中，失智程度的評定會隨著其他外在的因素而改變，三鶯地區，諸如醫生短時間的看診、家屬要求、個案服務藥物的影響，都加重了個案失能的評定，影響日照收案條件(worker1)；(b)社區通報人員覺得計畫是屬於殘補式服務，通報的個案較偏向社會救助：服務單位在接觸轉介的個案時，發現個案的社經階層皆較屬於社會救助的一群，因而懷疑社區村里長是否並不清楚先導計畫的實施精神(worker1)；(c)社區民眾有需求卻不接受日間

照顧服務：民眾對日間照顧功能陌生、懷疑失智長輩接受日照服務的效益、交通接送影響家屬作息、沒有付費的能力、沒有付費的意願形成三鶯有需求者未使用日間照顧服務的原因。（見上述三鶯民眾未使用日間照顧的原因）

- B. 業務範圍未釐清：如何與民眾建立關係，摸索、定義日間照顧服務的業務範圍和可提供的功能，也是服務單位需面對的( worker1 )。
- C. 花費時間定位與照顧經理及社會局三方之關係：在與實驗社區協調日照中心模式、補助收費及辦理失智日照宣導活動經費上，凸顯出在實驗計畫中社會局與實驗社區結構面職責、權限的定位不清楚，以致產生服務提供單位花費相當長的時間在摸索釐清誰是日照中心運作的對口單位( worker1 )。
- D. 主管單位與服務提供者雙方對立案標準不一致的認定：主管單位對日照服務立案程序缺乏經驗法則下，若立案規定又有異議的空間時，常造成與服務提供者對日間照顧中心立案解釋的不一致。例如日照中心適用小型安養機構立案標準，標準中即規定中心需有一位主任，但並未明確規定兼任或專任的方式。而欄杆標準、逃生門的規定也讓服務單位有訂法從寬、行政部門執法從嚴，造成服務單位與行政部份對立案標準認知不一的衝突( worker1 )。

## (2) 解決策略

- A. 加強案源開發：( a )進行宣傳、讓民眾認識：日間照顧中心對民眾本是一個陌生的服務模式，因此服務單位首當其衝的就是如何讓民眾認識日照中心，包括夾報宣導、拜訪村里長、舉辦活動等都是宣導日照中心的方法( worker1 )；( b )對當地醫療管道、社區伸出服務觸角：因健順是實驗社區外來的服務單位，三鶯地區民眾對健順並不熟悉，在推廣日照服務上，中心也需要積極和社區產生互動，建立關係( worker1 )；( c )家訪時宣導日照服務：家訪時攜帶日照活動資料增加日照服務的說服力；邀請家屬參觀硬體設施，以增加日照服務的可信性( worker1 )；並( d )提案要求修訂日照服務收案標準：包括修改收案標準為 ADL60分，此部份也已獲得主管單位的認可( worker1 )。



B. 定期與相關單位( 社會局、實驗社區 )舉辦聯繫會報：在實驗社區中，監督服務單位的主管單位是縣市政府，而由實驗社區照顧經理轉介個案，實驗社區推動小組負責支援服務技術層面的知能，因此在三方面如何維持互通的訊息管道，並且在三方面中取得共識，提供服務才能更加順利( worker1 )。

## 五、結論與建議

### (一)兩個日照中心差異之比較

失智日間照顧服務在兩地的實驗社區均有提供服務，且均運作 2個月，以下總結比較兩地設施與服務上的不同。

#### 1. 服務使用者上的不同

至12月31止，使用嘉義日照中心服務 5位失智個案，1人非失智個案( 實驗計畫開始之前的日託個案 )，總共服務 6人，失智個案為 5人。健順日照中心服務過 5人，1人目前已停止服務使用，總共是 4人。因兩地服務開始僅 2個月，營運上尚不穩定，因此研究者僅針對失智個案使用日照服務上做比較的分析( 如表一 )：

#### 2. 在個案使用服務方式比較上

嘉義5位個案均是採月託的方式，其中 2位個案因家裡另請外傭，無法申請實驗社區補助，需自付全額 12500元/月；其他 3位個案每月自付額均在每月 7000-8000元之間。三鶯地區，3位使用月託服務( 其中1位已停止使用 )，另外 2位則是採日託。月託個案每月自付額部份約在 5000-7000元之間。日託案家因無法支付自付額 1656元的部份，只能使用實驗社區補助的金額部份 24個半天，約每個月 12天到日照接受服務。

在使用日照服務上個案花費的金額，以嘉義地區日照個案的花費是較多的，有可能是因為在嘉義地區使用者的社經地位都相對的高，經濟能力也較充足，可以支付一筆自付額的部份，讓個案到日照中心以減輕照顧者的負擔。



表一：兩地日間照顧中心使用者比較

日照中心		嘉義—聖馬爾定日照中心					三鶯—建順日照中心					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
比較項目	個案編號											
1.個案來源	實驗社區轉介						√	√	√	√	√	
	服務單位自行開發	√	√	√	√	√						
2.社福身份	一般	√		√	√	√	√		√			
	榮民		√					√				√
	低收									√		
3.家中另請外傭協助照顧失智老人		√		√								
4.使用日照服務方式	月託	√	√	√	√	√			√	√	√	
	日託(24個半天)						√	√				
5.服務收費(元)/月	實驗社區補助	0	5040	0	5040	4320	7544	7544	7544	9200	7544	
	個案自付	12500	7460	11999	7460	8180	1656	1656	7456	5800	7456	

研究者自行整理

### 3. 人力、設施特質上

由於接受服務之長者不多，人力配置上當時均無問題。又，兩設施均由既有建築物改建，在迴廊走道要求上均無法滿足失智長者需求，但兩中心均已改良，盡量遮蓋盡頭。在環境氣氛上，嘉義日照為醫療模式服務，提供較多失智症患者的照顧、復健和健康評估；三鶯日照為社會模式服務，較有家的氣氛，強調社會性的活動，老人在中心較可以隨心所欲，較無機構化的約束。

### 4. 關於使用日照服務因素方面

在嘉義實驗社區，日照中心使用者表示因為考量到「日照環境可以減輕照顧者對老人走失的負擔」、「減輕照顧者負擔」、「代替白天上班無暇照顧的人力」、「覺得外傭及24小時的機構服務不適合失智老人」等因素而使用日照服務；在三鶯實驗社區，2位月託的照顧者表示因為自己白天要上班，讓失智者到日照中心可以減輕自



己心理上的負擔，較可以放心工作。3位日託的照顧者則表示失智長輩到日照中心後自己心理壓力較不會那麼大。因此，兩地日照中心使用者均是以「減輕照顧負擔」為主，與研究中表示「照顧者需要休息、放輕鬆」是家屬使用失智日照中心的主要原因(Monahan, 1993)一致，其次是代替照顧者白天的照顧，使照顧者可以安心的上班。另外發現較低收入者使用原因傾向工作取向，較高收入者傾向於情緒和生理健康取向，惟個案不多，值得進一步研究。

#### 5. 個案開發來源不一樣

三鶯日照中心的個案均由照顧經理開發；而嘉義日照中心的個案均由服務單位自行開發，再轉介至實驗社區審核補助的資格。由個案來源方式來看，嘉義日照中心是由醫院型態所承接的日照服務，推廣服務的管道較獨立型態的日照中心來的多外，也容易接觸到有需求的個案，醫院的日照服務提供上的確有醫院的優勢。

#### 6. 在設施、過程與結果評估方面

均達到原來實驗社區的要求，服務內容與程序也能符合既定設計，使用者對兩中心之服務均普遍滿意。

#### 7. 兩地實驗社區未使用服務的因素大致相同

兩地實驗社區未使用服務的因素大致相同，除了相同的原因外，嘉義民眾表示「外籍監護工」，三鶯民眾表示「居家服務及喘息服務」是代替日照服務的照顧模式，兩種代替方式，再加上嘉義日照中心使用者的付費是較三鶯日照中心的使用者支出較多的數字看來，似乎可突顯出嘉義社區民眾，屬都會地區，其經濟能力較三鶯社區，屬鄉鎮地區是來得較高。嘉義實驗社區另外也發現「缺乏交通接送」是未使用日照服務的原因，說明了嘉義日照服務的宣導已擴及到非嘉義市的地區，因此民眾缺乏日照交通車的接送資格，而三鶯地區服務的宣導因未擴及到實驗社區三峽、鶯歌之外的區域，自然就不會出現沒有交通接送的原因。另外，三鶯鄉村地區，未工作人口較多，照顧人力也相對較不缺乏。



## 8. 在服務提供困難及解決策略上

案源不足是兩個日照服務單位都提到的困難，兩地的服務單位也都提出解決案源不足的方式。另外，嘉義日照中心服務提供單位工作人員表示自己帶領的技巧需要再訓練，並積極參加有關失智照顧的訓練課程。而三鶯地區，因為日照中心是外來的財團法人所設立，非三鶯當地的單位，服務單位的硬體位於一棟住宅大樓其中一整層，三鶯民眾對於這樣的服務模式既新鮮也不清楚，既然日照中心不是醫院，為什麼日照服務的工作人員還要問個案藥物及睡眠的情況？在運作服務過程中，三鶯日照中心花了許多時間與實驗社區及主管單位縣政府社會局在立案標準、補助費用的溝通及澄清，日照中心建議未來三方聯繫會報的舉行可以增加三方共識，增加效率。

## 9. 在成本運作上

目前兩個日照中心的營運損益皆呈現虧損的狀況，而以健順日照中心虧損較大。健順日照中心因是外來單位，每月固定大樓租金即需要 77,000 元的開銷，外加人力運作難以母機構支援的型態，因此加重機構上成本的支出；嘉義日照中心因為是護理之家內部所附設，硬體租金成本較低，再者嘉義日照也可充分發揮工作人力的支援，盡量降低人事成本，兩地比較起來也透露出獨立型態的日間照顧服務成本的確較容易偏高。但因營運時間只有 2 個月，尚無法計算穩定運作的實際成本，而為計算新型服務運作的效率，服務單位是有必要更加精算日照營運收支的變化。

## (二) 針對兩地日照中心的建議

由於實驗社區有經費的補助，加上有完整的專業技巧協助系統，使用者對服務均很滿意。唯有收案量一直無法擴大，究其原因與失能分數之要求和部分付費有關。本研究建議如下：

### 1. 降低 ADL 的失能分數

目前服務單位均遇到案源不足的問題，其中嘉義日照工作人員就表示收案標準

ADL70分的確太高，有個案因無法達到ADL70分的標準而未能使用日照服務。研究者查閱台北市政府日間照顧收案資格，以「輕、中度失能，至少能坐輪椅或使用助行器」為收案條件；而當初先導計畫計畫書中日照收案資格 ADL70分是希望日照中心能盡量多加強訓練性活動，但研究者訪談發現照顧者的使用決定均是因為日照服務能減輕照顧者的負擔而使用日照服務，並非期待日照中心能帶訓練性的活動為主因。因此研究者建議日照服務可調整收案資格，降低 ADL的失能分數，讓更多有需求的民眾有機會使用日照服務。

## 2. 確立設置標準與行政監督

依照老人福利機構設置標準第五條規定，日間照顧設施之工作人員，依其所屬機構業務性質，準用小型福利機構之規定設置。且第三章小型福利機構第二十三及二十六條中規定小型養護或小型安養機構應置主任一人，綜理機構業務。而在健順日照中心立案的經驗中，因法規對日間照顧中心主任的規定上，並無明確要求兼任或專任，容易讓服務單位及主管機關各自依自己的經驗法則詮釋立案標準，造成服務單位與主管單位對立案不同的準則，建議該釐清此部份法規的範圍。實驗社區兩地日照中心目前的收費因為有縣市政府的補助，並沒有加上硬體設施設備的攤提，倘若沒有政府的補助費用，則每月每位個案月約需多支付 1,500元(謝美娥，2002)。建議其他縣市政府若要開辦日間照顧服務，須衡量政府的財力負擔，補助日照服務的開辦費用，當縣市政府確實能補助服務提供單位開辦經費時，也應要求服務單位接受評估，以確實達到行政監督的責任。

## 3. 建立民眾使用服務收費的觀念

未來失智症老人只會越來越多，人口變化會引發日照服務的需求，應及早建立民眾使用者付費的觀念。

### (三) 研究限制

由於實驗社區係由長期照護實驗計畫成立並督導，許多資料之取得須經其同



意，該小組為了未來訪談之需要，不希望評估時過分騷擾民眾，以致影響其後續資料之蒐集。故本研究未蒐集「未使用服務者」之看法，乃間接由照顧經理轉述，再者，由於未蒐集基本資料，故無法與使用者比較人口特質上之差異。

以滿意度作為結果之評估，純屬技術上之考量，理想上應以病患之功能變遷為指標，在失智症領域更可以用 CDR 或 MMSE 分數為依據。惟失智長者功能之變遷，有時候來自老化本身，與照顧品質不一定有必然關係。未來研究若時間長度許可，應考慮追蹤臨床變化。

本研究配合長期照護實驗計畫，僅對實驗社區中日照進行評估，由於接受服務的人數一直無法拓展(實驗當時)，改使用訪談法，故結果無法推論至一般失智症日照中心，惟因為為個案分析，在實務上仍極有參考價值。

## 參考文獻

- 內政部(2004)。 台閩地區現住人口數年齡分配 。2004/11/10瀏覽。 <<http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>>
- 台北市政府社會局(2004)。 台北市老人福利 。2004/11/09瀏覽。 <<http://www.dosw.tcg.gov.tw>>
- 呂寶靜(1999)。 老人使用日間照護的決定過程—誰的需求？誰的決定 。《台大社會工作學刊》，1：181-229。
- 吳淑瓊等(2001)。 建構長期照護體系先導計畫第一年計畫 。內政部委託計畫。
- 長期照護專業人員協會(2000)。 長期照護歷史軌跡 。2004/09/30瀏覽。 <<http://www.ltcpa.org.tw/history/history.htm>>
- 財團法人天主教康泰醫療教育基金會(2004)。 失智老人服務組認識篇 。2004/11/18瀏覽。 <http://www.kungtai.org.tw/aboutdeme.php>。
- 陳美惠(2002)。 建構長期照護體系先導計畫嘉義市實驗社區失智症日間照護服務建議書 。內部資料。
- 陳麗美(2004)。 認識失智症 《振興醫學中心全球資訊網》。2004/11/30瀏覽。 <<http://>>



www.chgh.org.tw>

黃禎祥(2001)。 建構長期照護體系先導計畫三鶯實驗社區務失智症日間照護服務建議書。

經建會(2004)。 中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計。2004/11/10瀏覽。http://www.cepd.gov.tw/indexset/indexcontent.jsp?topno=1&linkid=8。

楊嘉玲(1998)。 護理之家機構照護品質指標：以老年住民、家屬、護理人員的觀點探討。長庚大學護理學研究所碩士論文。

謝美娥(1993)。《老人長期照護的相關論題》。台北：桂冠。

謝美娥(2002)。 新型服務設施之評估。內政部社會司。

蘇健華(2000)。 台灣日間託老照顧模式之展望。《e-soc journal》第四期，南華大學社會學研究所。

Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization the U.S. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). Profiles in caregiving: The unexpected career. New York: Academic Press.

Baumgarten, M., Lebel, P., Laprise, H., Leclerc, C., & Quinn, C. (2002). Adult day care for the frail elderly: Outcomes, satisfaction, and cost. *Journal of Aging and Health*, 14(2), 237-259.

Beisecker, A. E. & Wright, L. J. (1996). Family caregiver perceptions of benefits and barriers to the use of adult day care for individuals with Alzheimer's disease. *Research on Aging*, 18(4), 430-451.

Burnette, D., & Mui, A. C. (1995). In home and community-based service utilization by three groups of elderly Hispanics: A national perspective. *Social Work Research*, 19(4), 197-206.

Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998). Longitudinal changes in behavioral problems in old age: A study in an adult day care population. *The Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 53A(1), M65-M71.



- Collins, C., King, S., & Kokinakis, C. (1994). Community service issues before nursing home placement of persons with dementia. *Western Journal of Nursing Research*, 16(1), 40-56.
- Grant, L. A. (1996). Assessing environments in Alzheimer special care units. *Research on Aging*, 18(3), 275-291.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's Disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 399-406.
- Haselkus, B. R. (1992). The meaning of activity: Day care for persons With Alzheimer's Disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(3), 199-206.
- Gwyther, L. P. (1994). Service delivery and utilization: research directions and clinical implications. In E. Light, G. Niederehe, & B. D. Lebowitz (eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patient: Research and interventions*. (pp. 293-300). New York: Springer.
- Johnson, R. J., & Wolinsky, F. D. (1996). Uses of community-based long-term care services by older adults. *Journal of Aging & Health*, 8(4), 512-537.
- Lawton, M. (1981). Sensory deprivation and the effect of environment on management of the patient with senile dementia. In N. Miller, & G. Cohen (Eds.), *Clinical aspects of Alzheimer's disease and senile dementia* (Aging, Vol. 15, pp.227-251). New York: Raven.
- Lawton, P. M., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. (1991). Respite for caregivers of Alzheimer patients: *Research and practice*. New York: Springer.
- Leitch, S. A., Zarit, S. H., Townsend, A., & Greene, R. (2001). Medical and social adult day service programs: A comparison of characteristics, dementia clients, and their family caregivers. *Research on Aging*, 23(4), 473-98
- Medline Plus (2004). Dementia, Page last updated: 22 September 2004. Retrived Dec. 17, 2004 from <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dementia.html>>
- Monahan, D. J. (1993). Utilization of dementia-specific respite day care for clients and their caregivers in a social model program. *Journal of Gerontological Social Work*, 20(3/4), 57-



60.

- Morgan, D. G., & Stewart, N. J. (1997). The importance of the social environment in dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 6, 740-761.
- Morgan, D. G., & Stewart, N. J. (1999). The physical environment of special care units: Needs of residents with dementia from the perspective of staff and family caregivers. *Qualitative Health Research*, 9(1), 105-118.
- Nelson, M. A. (1993). Race, gender, and the effect of social supports on the use of health services by elderly individuals. *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 227-246.
- Posavac, E. J., & Carey, R. G. (2003). Program evaluation: Methods and case studies. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall,
- Shaughnessy, P. W., & Kramer, A. M. (1995). Quality of care in teaching nursing homes: Findings and implications. *Health Care Financing Review*, 16(4), 55-87.
- Sloane, P. D., & Mathew, L. J. (1990). Therapeutic Environment Screening Scale. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 5, 22-26.
- Toseland, R. W., McCallion, P. (1999). Use of health and human and human services by community-residing people with dementia. *Social Work*, 44(6), 535-548.
- Wolinsky, F. D. (1990). *Health and health behavior among elderly American: An age-stratification perspective*. New York: Springer.
- Zarit, S. H., & Paris, M. A. (1999). Patterns of adult day service use by family caregivers: A comparison of brief versus sustained use. *Family Relations*, 48(4), 355-361.
- Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A., & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *The Journals of Gerontology*, 53B(5), S267-S277.



# Use and Evaluation of Day Care Services by Older People with Dementia-Two Empirical Experience

MEI-O HSIEH

This study examined the use and evaluation of the day care centers (DCCs) in two Taiwanese communities. DCCs were given prominence in a recent initiative: The Pilot Program of Long Term Care of the Executive Yuan set [Aging in place] as the primary goal and planned to construct the system strategically in three years. DCCs were prioritized for Dementia patients as among other nine newly developed facilities or service programs for the disabled elderly in two experimental communities.

The study used Donabedian's approach to measure the quality of care in terms of structure, process, and outcome. Subjective evaluation of user satisfaction was the methodological component of the study. In the evaluation of two DCCs, current primary caregivers were surveyed by using semi-structured questionnaire, including service content cited in the contract and in the literature. Providers were also interviewed about their experiences and difficulties in providing day care services as well as the resolution of difficulties. Focus groups of community care managers and secondary data from two DCCs were also utilized. In addition, factors of whether or not services were used were also explored.

Two Centers with different organizational models were used as study sites. Chiayi Day Care Center was affiliated with a hospital and adopted the medical adult day care model. This model focused on patients' care, rehabilitation and health evaluation. San-Ying Day Care Center, not affiliated with a hospital, adopted the social adult day care model, and prioritized a variety of social activities. There were important differences between the two centers in the flow of patient referrals, the underlying rationale for providing services and the overall costs of providing service. At least one explanation of the differences may be related to different levels of socio-economic status of the two communities.

Highlights of important findings were:

- (a) Reasons for using DCCs included lowering burden of caregivers, substituting for care during daytime;
- (b) Reasons for not using DCCs when needed were: Barthel's index score being below 70, families being resistant taking the elderly to do dementia evaluation, having family members to care, feeling DCCs as one kind of institutionalization, having doubt with DCCs' caring capability, and feeling the expenses being too high;
- (c) When caregivers used Day care centers, almost all of them were satisfied with the center and services provided quantitatively, except some opinions where we used open questions.

The policy implications from these results were discussed.

**Key words:** older people, dementia, day care services, use, evaluation

---

\*\*The author is the professor of Department of Sociology at National Chengchi University.

Peanbea Chen is the research assistant of this study.

This abstract was edited by Professor Edward Cohen, Director of Center for Social Services Research, UC-Berkeley.

