檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　函

機關地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段488號
傳　　真：(02)85907072
聯絡人及電話：劉敏玲(02)85906666轉7142
電子郵件信箱：md1573@mohw.gov.tw

(704)台南市北區勝利路138號成大醫院神經部

受文者：台灣臨床失智症學會理事長白理事長明奇

發文日期：中華民國105年12月14日
發文字號：衛部照字第1051564767號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議紀錄1份(1051564767-1.docx)

主旨：檢送105年11月14日研商「失智症照顧服務資源網絡發展」會議」紀錄1份(如附件)，請查照。

正本：台灣大學健康政策與管理研究所吳教授淑瓊、社團法人臺灣失智症協會湯秘書長麗玉、長庚大學護理系徐教授亞瑛、台灣大學職能治療學系毛教授慧芬、屏基醫療財團法人屏東基督教醫院賈副院長佩芳、臺北榮民總醫院一般神經科王醫師培寧、台灣臨床失智症學會理事長白理事長明奇、花蓮黎明教養院社區服務部倪主任頌惠、林口長庚紀念醫院神經內科徐主任文俊、中華民國老人福利推動聯盟吳主任淑惠、基督教士林靈糧堂簡主任月娥、社團法人臺灣老年精神醫學會賴理事長德仁、衛生福利部社會及家庭署

部長林奏延

繕校人員：李靜怡

研商「失智症照顧服務資源網絡發展」會議紀錄

時間：105 年 11 月 14 日(星期一) 上午 11 時整

地點：本部 206 會議室

主席：蔡次長森田、呂次長寶靜　　紀錄：劉敏玲

出席人員：

台灣大學健康政策與管理研究所	吳教授淑瓊
社團法人臺灣失智症協會	湯秘書長麗玉
長庚大學護理系	徐教授亞瑛
台灣大學職能治療學系	毛教授慧芬
屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	賈副院長佩芳
臺北榮民總醫院神經醫學中心一般神經科	王醫師培寧
林口長庚紀念醫院神經內科	徐主任文俊
台灣臨床失智症學會	白理事長明奇
花蓮黎明教養院社區服務部	倪主任頌惠
中華民國老人福利推動聯盟	吳秘書長淑惠
基督教士林靈糧堂	簡主任月娥
衛生福利部部長室	張獎助學者文瓊
護理及健康照護司	蔡司長淑鳳
	顏專門委員忠漢
	崔科長道華
	劉技正敏玲
社會及家庭署	陳副組長美蕙
	楊科長雅嵐

壹、 報告事項：如議程內容

貳、 討論事項：

案由一、失智症機構住宿式服務資源佈建目標，是否維持長照服務網所訂－「每大區(縣市)應設置失智入住機構式專區或專責服務單位」;或增列次指標－「每大區機構失智服務床位每萬失智人口需設置多少床數」，提請討論。

與會代表意見摘要如下：

一、社團法人臺灣失智症協會湯秘書長麗玉：

(一) 有關失智症機構住宿式服務資源需求，依據100年-102年進行全國性失智流行病學調查之服務使用比率，並以105年老年失智症人口推估，中度失智者對機構式服務需求約2千多人，重度失智者約4千多人，中重度失智者對住宿需求約6,500多人。然重度失智者因行動較不方便，通常入住至一般失能養護機構，而失智症專區設計為行動自如長者使用，輕度失智者若難以照顧也有入住服務需求。

(二) 依失智症關懷專線諮詢服務量統計，每月約有15位民眾諮詢機構式服務需求，以北部及中部最多，且該區域失智症機構式資源亦有不足情形。又影響失智者對機構服務需求因素多重，當社會支持資源豐富，且建置失智友善社區，則民眾對機構式需求減少；目前世界各國對於失智症照護趨勢仍以社區照護為主要，故建置機構式服務，亦應併同發展社區照護服務資源。

二、台灣臨床失智症學會白理事長明奇：

(一) 有關失智者對機構住宿式服務需求，應考量其失智專區或機構之屬性內涵為何；另次指標「每大區每萬失智人口需設置多少床數」，目前國內外未有明確文獻佐證資料，而北歐國家對失智失能照護均以去機構化為主，且會議資料呈現資源不足及床數並無法明確顯示供需比，故對失智者機構住宿需求應再多加考量。

(二) 有入住需求之失智者，通常個案有相當嚴重精神神經症狀，此種個案在門診中約占 1/5，常造成家屬極大照顧負擔，故成大醫院成立照顧諮詢門診提供家屬相關照顧功能技巧；在日本其重症失智者則採短暫入住機構治療後再回歸社區，而我國因急性病床運用因素考量，醫院不太可能提供床位照顧，但對失智者精神神經症狀照顧，其技巧相當重要，對家屬或照顧人員訓練及內容亦顯重要。

三、 長庚大學護理系徐教授亞瑛：

最近曾針對失智友善社區之失智長者及家屬進行服務需求研究，調查結果顯示有些失智症中、重度個案或有行為問題者，仍有機構失智專區照護需求，故指標仍應設定；可是當社區服務資源多元化建置完整，民眾對機構服務需求亦有消長情形。

四、 林口長庚紀念醫院神經內科徐主任文俊：

失智者對於機構住宿服務不一定需要失智專區，但應先定義哪些失智症患者需要入住失智專區；對於失智者機構照

護需求，應以社區日間照顧服務為主，目前民眾使用日間照顧服務比率偏低，建議應將日間照顧與社區服務結合，並與機構式服務區隔；且可調查社區有多少失智老人需要機構住宿服務，瞭解資源供需是否平衡。

五、臺北榮民總醫院神經醫學中心一般精神科王主治醫師培寧：

因失智症部分個案有其特殊情況，仍有失智專區服務需求，重度失智病人行為模式較嚴重或是照顧模式尚未建立時，可暫住機構式的失智專區，穩定後再回歸社區與家庭。對機構住宿式服務資源建置之指標仍需建立；但建議每社區各有機構，因病人是流動的。

六、台灣大學健康政策與管理研究所吳教授淑瓊：

(一) 失智症照顧服務資源網絡發展中之機構式服務資源，確有其角色功能，建議仍應維持長照服務網所訂「每大區(縣市)應設置失智入住機構式專區或專責服務單位」之目標。

(二) 另研議服務資源網絡發展，政策目標以居家式及社區式服務為主，機構式服務為輔，應先就居家與社區服務資源發展架構建置後，再檢視機構式服務資源是否足夠及應如何建置；且於發展失智居家照顧服務與人力資源，應對於照顧對象、失智症知能訓練時間予以釐清，並對社區日照運作發展界定清楚，再討論機構式服務應如何發展及檢視資源是否不足。

七、台灣大學職能治療學系毛教授慧芬：

有關失智症照顧資源發展，建議應強化居家及社區服務能量，目前居家照顧服務員接受失智症知能訓練者人數不多，且長照服務-社區復健、居家護理等人員亦應強化失智症照護訓練，透過強化社區照護能量，將可減少機構服務需求。目前坊間有機構式服務單位，除了提供入住服務外，亦提供日照服務、家庭照顧者訓練及社區宣導等多元化服務，此種服務模式將機構與社區服務結合，建議應鼓勵發展。

八、屏基醫療財團法人屏東基督教醫院賈副院長佩芳：

對於失智症社區照顧服務模式發展，像歐洲地區其日間照顧服務對象有八成為失智症個案，照顧目的主要在促進失智長者社會參與、生活自立能力之維持，以協助個案回到家中可以持續自立生活，因此，爰機構式服務應朝向多層級服務發展，且每一地區應鼓勵建立此服務模式。

九、中華民國老人福利推動聯盟吳秘書長淑惠：

(一) 失智症防治照護政策綱領對於失智症照顧資源發展均有完整規劃；長照服務網亦已訂定機構式服務發展目標，惟對於目前各類型機構服務之設置標準亦應整合一致，且明確訂定失智專區收案標準，以利資源發展。

(二) 目前長照醫事專業人員教育訓練，雖含有失智症知能，但應再強化增加高齡議題之內容。又如日本推動橘色計畫內容，對失智症醫療照護與生活支持已建立服務模式，可作為我國對失智症資源網絡發展之參考。

(三) 另民眾對於失智症認知，應再積極加強推廣。

決議：

一、針對機構失智服務床位每萬失智人口需設置多少床數之次指標，考量無相關文獻與國際佐證資料可供參酌，故長照服務資源先以發展社區和居家服務資源為主。

二、維持長照服務網區域之規劃目標，每大區(縣市)應設置失智機構住宿式專區或專責服務單位；針對目前無機構式服務之縣市，應列為優先發展目標。

三、對於失智居家服務之資源配置及失智症個案管理人員配置及教育訓練等議題，請再召開會議研議。

案由二、失智症社區照顧服務資源佈建之監測指標，是否維持長照服務網所訂—「社區式失智日間照顧服務：每二個鄰近次區應有社區式失智日間照顧包含失智日照中心、失智日間病房等」；或是「每鄉鎮市區至少設置四種失智症社區服務(日間照顧中心、社區服務據點、瑞智學堂/瑞智互助家庭、團體家屋)之任一種」，提請討論。

與會代表意見摘要如下：

一、社團法人臺灣失智症協會湯秘書長麗玉：

(一) 衛福部設置日間照顧發展快速，其使用情形應持續追蹤調查。住宿式機構與團體家屋雖服務類型相似，但可提供家屬依需求提供不同服務之選擇，且為提倡機構走入社區，希望未來團體家屋的成立家數能夠更

多。另近年來國外的機構住宿式服務，也打破圍牆與社區融合，提供生活化服務已蔚為趨勢；所以團體家屋照顧模式應鼓勵設置，但對機構住宿式服務亦應鼓勵設置，並應朝向社區化服務模式營運。

(二) 日間照顧中心、社區服務據點、瑞智學堂/瑞智互助家庭、團體家屋等資源，若以個案角度思考屬連續性服務，然個案使用服務具流動性，故應如何使各項服務能無縫接軌，則須藉由失智症個案管理師之協調與指導，以促使個案能有效利用當地資源，使用最適合的服務延緩退化，並節省國家成本與減少未來養護中心的使用量。建議針對失智症個管師角色與定位召開會議進行研討。

(三) 瑞智學堂的名稱有註冊，但非只有協會能設置，只須符合一定品質與規格均可分享運用。

二、台灣大學健康政策與管理研究所吳教授淑瓊：

團體家屋具有住宿型服務，對失智症照顧資源，於盤點計算機構式服務，建議可將團體家屋歸入併計，將床位分類以瞭解整體失智症住宿式照顧資源。

三、基督教士林靈糧堂簡主任月娥：

(一) 團體家屋雖為住宿服務，其照顧概念主要為生活，替代失智長者原來之家庭，延伸至社區的家，並強化與

社區互動，且考量照顧人數(6-9 人)及設置標準，故整體照顧模式不適合歸入機構住宿式服務一環。

(二) 個案管理師於失智症照顧服務體系，確實可協助個案運用所需要照顧資源，及提供家庭照顧者連續與友善照顧概念。至於個管服務數量，若為專責人員，以居家個管為例，個管人員與個案之比例為 1：60。

四、台灣臨床失智症學會白理事長明奇：

個案管理師制度確實重要且需要建立，但對於個管服務數量需給予界定明確，且起始點為何亦須清楚認定，對於收案時間由醫院還是社區各有其優缺點，未來應需研議討論。

五、花蓮黎明教養院社區服務部倪主任頌惠：

(一) 社區式服務如日照中心、團體家屋、瑞智學堂及互助家庭服務，目前均個別獨立運作，需藉由個案管理機制，以提供失智長者於不同時間使用所需服務，提供整合相互連結運用，故應整合社區式服務。

(二) 花蓮黎明教養院原規劃設置日間照顧服務，並開闢如農場概念照顧服務，但因日照設置受限於用地及使用分區，以致無法設置。又如台東地區沒有失智專區，因考量經營成本與民眾經濟負擔，業者較無意願設置，以致台東地區失能失智長者混合照顧，對照顧工作人員相當辛苦。

(三) 日間照顧中心、社區服務據點、瑞智學堂/瑞智互助家庭、團體家屋等四模式屬連續性服務，將因服務對象及其個案失智程度，提供連續性照顧，故四種模式皆須並存設置與發展。

(四) 目前花蓮一名個管師約負責20個失智個案，以今年收案量36位病人，平均1.5個社工人力執行個管工作。設置個管師之功能在於如團體家屋、家庭托顧中有部分老人的身體功能較好，能以漸進式方式參與社區活動，故能使不同失能程度的患者，可立即接受適合的服務，而尚能留在社區的患者，亦不須送入機構。

六、林口長庚紀念醫院神經內科徐主任文俊：

(一) 過去資源不足地區其醫院可以設置日間照顧中心，但醫院土地使用為F類高於社福機構H類，故建議未來醫院設置日間照顧中心可以不須進行土地變更或申請人異動等程序；未來醫療服務及長照服務相互結合，並搭配相關支付制度方式提供，以及消防、避難設施等併行規範或建置，將有助於長照服務資源發展。

(二) 案由二建議因日間照顧中心、社區服務據點、瑞智學堂/瑞智互助家庭、團體家屋，不具互斥性且可共同存在與互補，故應於每一地區皆有此四種服務，提供民眾依其需求可相互流動使用。

(三) 未來推動失智個案管理機制，其服務量可參考癌症個管師服務量為 200 位，且一開始推動時其服務量可先由癌症個管師服務量 1/2 至 1/3 的人數進行思考。個管師與照管人員功能不同，照管師以提供服務角度切入提供照顧服務資源分配；而個管師為以個案為中心，在連結資源上，個管師相對重要，但社區服務與醫院個管師結合，可促使服務資源緊密連結，使資源使用與花費達成極大效益，至於應如何配置須再作研議。

七、中華民國老人福利推動聯盟吳秘書長淑惠：

(一) 個案管理師對於照顧與管理之間結合非常重要，但以現在失智長者個案服務量，其個管師人力恐有不足情形，其養成訓練亦須規劃與研議。

(二) 對於失智症社區服務之四種模式(日間照顧中心、社區服務據點、瑞智學堂/瑞智互助家庭、團體家屋)，其中日照中心與團體家屋之設置標準、服務規格均有明確訂定，然為建立服務提供具一定品質與資源發展，其他如瑞智學堂與瑞智互助家庭，其設置規格與標準亦應清楚訂定。

決議：

一、長照服務網之 63 個次區，均應設有一處失智症日間照顧中心及失智症社區服務據點。

二、對於目前失智症社區服務如日間照顧中心、社區服務據點、瑞智學堂/瑞智互助家庭及團體家屋等四類，為連續性服務與非互斥服務，故每一地區皆應有此四種服務提供。

三、為提供具一定品質之失智症社區式服務，對於各類型失智症服務，應建立服務內容與規格，俾利服務資源發展與執行依循。

案由三、長照 2.0 將「50 歲以上失智症者」納入服務對象，其應如何進入服務體系，是否以「經診斷評估為失智症 CDR≧0.5 者」即補助提供服務；或是「經運用評估工具篩檢為疑似失智症者，即可補助提供服務」及其評估工具為何，提請討論。

與會代表意見摘要如下：

一、臺北榮民總醫院神經醫學中心一般精神科王主治醫師培寧：

(一) 衛福部於 105 年 8 月 12 日召開失智症評估討論會議初步共識為社區基層做初篩，但因擔心初篩後人數過多，故由基層醫師用 BHT (Brain Health Test) 做第二層篩檢，最後第三層由受過失智症訓練專科醫師診斷確診。

(二) 為使疑似失智症者能儘快經專科醫師診斷，且考量神經內科或精神科醫師服務能量，台灣臨床失智症學會已規劃其他科別專科醫師經過失智症課程訓練的認證

課程，可以協助初步診斷；但個案確診仍需經電腦斷層掃描檢查。

(三) 使用 SPMSQ 篩檢個案通常於輕度失智到中度者才會顯示異常，此與早期診斷早期治療宗旨不符；而 MMSE 執行者須經過專業訓練才能執行，且個案到醫院就診亦會執行，倘醫院與社區評估結果有差異，可能影響醫病關係。 IADLs 評估設計係以失能為主，執行上須將失能與失智個案分開評估，且評估失智個案時須仔細評估個案不能執行之項目是否為認知障礙因素造成；故以上 3 種評估工具仍各有其受限因素存在，並無法完全取代。

二、社團法人臺灣失智症協會湯秘書長麗玉：

有關說明第四點：IADLs 七項(財務處理、洗衣、交通、家務、準備食物、購物、打電話)，經評估有四項（含）以上需協助或無法完全獨立者，建議即可安排長照服務並轉介記憶門診協助於 6 個月內確診，確診後才能持續使用失智症長照服務。另對 IADLs 七項有四項異常，即能使用失智症長照服務之切點，目前協會內部仍在討論中。

三、台灣大學職能治療學系毛教授慧芬：

(一) 依據衛福部 100 年至 102 年委託台灣失智症協會進行全國性失智症流行學研究調查資料(約 1 萬多個案)進行分析，探究 IADLs 是否可作為失智症第一層初篩有關疑似失智症個案。(報告內容如附件)

(二) 此研究亦有將 IADLs 與相關篩檢工具如 MMSE、AD-8 等進行比較，並與確診案例做分析。研究資料中含社區 1 萬 3 千多名老人、健康長輩 7 千多人、輕度認知功能障礙(MCI)2 千多人、失智症 9 百多人。目前長照服務評估普遍是用 Lawton IADLs 量表(8 項)，故先用 Lawton IADLs 跑 ROC curve，且重新定位 0-8 分，0 分為不能完全獨立，8 分為可完全獨立；且經迴歸統計後，發現切點在 4.5 時(分數 5.6.7.8 為未失智，分數 0.1.2.3.4 為失智)，ROC curve 達到 97%，預測達 97%，敏感度(sensitivity)跟特異度(specficity)亦為 95%。又將 IADLs、MMSE 與 AD-8 做比較，IADLs 成果比較好，不會因干擾因子而有變動。結果顯示敏感度由高到低分別為：IADLs(97%)、AD-8(96%)、MMSE(94%)。而 MMSE 的篩檢結果會因教育程度、性別而預測有所改變，在此研究中遺漏值也較多，AD-8 和 IADLs 則無此問題。而 IADLs 預測能力又較 AD-8 好(97%>96%)，對於第一時間拿不到診斷的民眾而言，IADLs 可作為篩檢工具。

四、林口長庚紀念醫院神經內科徐主任文俊：

(一) 因為失智症為腦部疾病，由神經內科、精神科診斷確診較適當。但因失智症從診斷到確診時程長，且用藥亦須事先審查，影響醫師對於失智症醫療照護投入誘因；若基層醫療院所執行失智症篩檢可能須由健保之給付機制誘因，才能促使基層醫師投入失智症篩檢業

務推動。另因 MMSE 篩檢於記憶門診中會執行，故不需由社區基層執行。

(二) 偏遠地區醫療資源與人力普遍不足，可透過如醫師巡迴診療等替代方案配套因應，且相關醫學會如神經科醫學會、臨床失智症學會、精神科醫學會亦將支持配合。

五、長庚大學護理系徐教授亞瑛：

偏遠地區因醫療缺乏，疑似失智症進入長照服務後六個月內確診的規定可否有些彈性，因確診還需斷層掃描，六個月內完成確診執行困難，對偏遠地區民眾之失智症就醫確診時間期程可再討論。

六、台灣臨床失智症學會白理事長明奇：

為使失智症個案診療服務均能於六個月以內看診一次，台灣臨床失智症學會以此目標努力，但因失智症確診過程冗長複雜，若將診斷評估 CDR 0.5 即納入長照 2.0 服務體系，偽陽性患者將會增加，可能未必符合長照 2.0 規劃服務精神，故仍需採用高敏感度篩檢方式較為恰當，例如由開業醫師配合第一層的篩檢，記憶門診做第二層篩檢。

七、台灣大學健康政策與管理研究所吳教授淑瓊：現行已有失智症的篩檢工具如 SPMSQ 量表，並獲得國際上醫學實證與失智相關，而 IADLs 發展目的並不是為了測失智症，失智後個案可能有失能情形，此時當可以使用。故建議應使用具國際

認可與醫學實證之評估工具較妥適。

決議：

一、長照 2.0 針對「50 歲以上失智症者」，可提供補助之長照服務，如照顧服務、失智症安全看視，認知促進學堂、日間照顧中心、失智症社區服務據點、團體家屋及機構失智專區等，資格條件為經醫療院所(神經內科或精神科醫師)診斷為失智症，並載明 CDR 評估結果及分數者，即可申請長照服務。

二、對失智症評估篩檢工具，究以台灣臨床失智症學會發展之腦力健檢測驗(Brain Health Test 評估量表)；台灣失智症協會建議之工具性日常活動能力量表；或是 SPMSQ 等，請綜整考量相關專業意見後再議。

三、有關疑似失智症個案經一般醫學科別(例如家庭醫學科、老年醫學科)等基層醫師，運用簡易失智症評估工具，例如台灣臨床失智症學會發展之腦力健檢測驗(Brain Health Test 評估量表)篩檢為疑似個案者，則可先提供預防及緩和失智之認知促進服務。該疑似個案應接受神經內科或精神科醫師之失智症診斷，且須於 6 個月內至少有一次診斷紀錄，俾利後續使用長照服務。惟考量偏遠地區醫療資源分布，疑似者就診時限規範可另作考量。

參、 臨時動議: 無

肆、散會：下午 2 時整