

# 高齡失智者友善社區環境設計準則

內政部建築研究所委託研究報告

中華民國 105 年 12 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

(科技部 GRB 編號)

PG10502-0026

# 高齡失智者友善社區環境設計準則

受委託者：國立臺北科技大學  
研究主持人：蔡淑瑩  
協同主持人：李美慧  
研究助理：尤品雅、陳宜煒、歐政煌  
研究期程：中華民國 105 年 01 月至 105 年 12 月  
研究經費：新臺幣九十萬元

## 內政部建築研究所委託研究報告

中華民國 105 年 12 月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

## 目次

表次 .....	III
圖次 .....	VII
摘要 .....	XI
第一章 緒論.....	19
第一節 研究緣起與目的.....	19
第二節 研究方法與流程.....	20
第二章 文獻分析 .....	25
第一節 名詞解釋.....	25
第二節 國內外高齡失智症相關政策.....	27
第三節 國外失智友善社區規劃原則 .....	33
第三章 案例調查 .....	47
第一節 問卷分析.....	47
第二節 GPS 路徑調查分析 .....	80
第四章 工作坊及專家座談 .....	85
第一節 設計工作坊 .....	85
第二節 專家座談.....	93
第五章 高齡失智者友善社區環境設計準則 .....	101

<b>第一節</b>	<b>一般設計原則 .....</b>	<b>101</b>
<b>第二節</b>	<b>社區環境.....</b>	<b>102</b>
<b>第六章</b>	<b>結論與建議 .....</b>	<b>119</b>
<b>第一節</b>	<b>結論 .....</b>	<b>119</b>
<b>第二節</b>	<b>建議.....</b>	<b>121</b>
附錄一、	評選審查意見及廠商回應一覽表 .....	123
附錄二、	期中審查會議記錄及回應表 .....	125
附錄三、	期末審查會議記錄及回應表 .....	129
附錄四、	日本新橙色計畫 .....	133
附錄五、	英國失智友善社區特點查核表.....	137
附錄六、	高齡失智者友善社區環境設計問卷 .....	139
附錄七、	專家深入訪談逐字稿 .....	143
附錄八、	里長深入訪談逐字稿 .....	167
附錄九、	專家座談會簽到表 .....	173
附錄十、	專家座談會逐字稿 .....	175
參考書目	.....	201

## 表次

表 2-1 WHO 已開發國家因應失智症照顧政策與行動 .....	27
表 2-2 各國生活圈設施比較表 .....	42
表 2-3 各國失智友善社區規劃原則比較表.....	43
表 2-4 高齡失智者社區環境評估指標比較表 .....	46
表 3-1 個案基本資料表 .....	49
表 3-2 受訪者性別項目表.....	50
表 3-3 受訪者年齡項目表.....	51
表 3-4 受訪者教育程度項目表 .....	51
表 3-5 受訪者病程表 .....	52
表 3-6 受訪者發病時間表.....	52
表 3-7 受訪者退休前的職業表 .....	53
表 3-8 受訪者與照顧者關係表 .....	53
表 3-9 受訪者出門的頻率表 .....	54
表 3-10 受訪者最長與誰外出表 .....	54
表 3-11 受訪者居住區域有無社區表 .....	55
表 3-12 受訪者居住地的類型表 .....	55
表 3-13 受訪者居住的時間表 .....	56
表 3-14 受訪者目前的病徵表(複選) .....	56

表 3-15 受訪者出門的時段表(複選) .....	57
表 3-16 受訪者可否自行回家社區環境中找到回家的路表.	57
表 3-17 受訪者對於社區環境的滿意程度表 .....	57
表 3-18 受訪者感到滿意的原因表 .....	58
表 3-19 受訪者感到不滿意的原因表(複選) .....	58
表 3-20 受訪者對於社區環境的滿意程度表 .....	59
表 3-21 受訪者對我國政府推動的政策了解表(複選) .....	60
表 3-22 受訪者實際使用過服務表(複選) .....	61
表 3-23 受訪者沒有使用的原因表(複選) .....	61
表 3-24 受訪者政府應該提供哪些資源表(複選) .....	62
表 3-25 受訪者覺得我國推動政策困難點在何處表(複選) ..	63
表 3-26 受訪者出門的原因為何表(複選) .....	64
表 3-27 受訪者生活最重要的場所設施(複選) .....	65
表 3-28 受訪者最常去的場所設施表(複選) .....	66
表 3-29 受訪者社區環境認為何者最需要改善表(複選) .....	67
表 3-30 受訪者對社區辨識性-1 滿意程度 .....	68
表 3-31 受訪者對社區辨識性-2 滿意程度 .....	68
表 3-32 受訪者對社區辨識性-3 滿意程度 .....	69
表 3-33 受訪者對社區辨識性-4 滿意程度 .....	69

表 3-34 受訪者對社區安全性-1 滿意程度 .....	70
表 3-35 受訪者對社區安全性-2 滿意程度 .....	70
表 3-36 受訪者對社區安全性-3 滿意程度 .....	71
表 3-37 受訪者對社區安全性-4 滿意程度 .....	71
表 3-38 受訪者對社區安全性-5 滿意程度 .....	72
表 3-39 受訪者對社區社會支持性-1 滿意程度 .....	72
表 3-40 受訪者對社區社會支持性-2 滿意程度 .....	73
表 3-41 受訪者對社區舒適性-1 滿意程度 .....	73
表 3-42 受訪者對社區舒適性-2 滿意程度 .....	74
表 3-43 受訪者對社區舒適性-3 滿意程度 .....	74
表 3-44 受訪者對社區舒適性-4 滿意程度 .....	75
表 3-45 受訪者對社區熟悉性-1 滿意程度 .....	75
表 3-46 受訪者對社區熟悉性-2 滿意程度 .....	76
表 3-47 受訪者對社區熟悉性-3 滿意程度 .....	76
表 3-48 受訪者對社區可及性-1 滿意程度 .....	77
表 3-49 受訪者對社區可及性-2 滿意程度 .....	77
表 3-50 受訪者對社區可及性-3 滿意程度 .....	78
表 3-51 受訪者對社區可及性-4 滿意程度 .....	78
表 3-52 GPS 信義某中心之案例 .....	80

表 3-53 GPS 生活半徑之案例 .....	81
表 3-54 GPS 信義某中心瑞智學堂之案例 .....	82
表 3-55 失智長者所經過之場所設施 .....	83
表 4-1 參與者基本資料表 .....	86
表 4-2 模型組合介紹 .....	87
表 4-3 設計工作坊活動過程 .....	89
表 4-4 高齡失智者社區環境 500 公尺內所需的活動場域 ..	90
表 4-5 高齡失智者社區環境 800 公尺內所需的活動場域 ..	90
表 4-6 高齡失智者社區環境 1000 公尺內所需的活動場域.	91
表 4-7 高齡失智者社區環境 1500 公尺內所需的活動場域.	91
表 4-8 專家基本資料表 .....	93
表 4-9 專家座談會專家基本資料表 .....	95

## 圖次

圖 1-1 研究流程圖 .....	23
圖 2-1 日本改革後提供醫療、照顧服務的體制樣貌 .....	31
圖 2-2 台灣長期照護服務型態架構 .....	32
圖 2-3 美國失智友善社區規劃原則圖 .....	34
圖 2-4 英國失智友善社區規劃原則圖 .....	37
圖 2-5 日本日常生活圈網絡照顧系統架構 .....	39
圖 2-6 日本關於社區區域系統的構築 .....	40
圖 2-7 日本千葉縣船橋市的輕度女性高齡失智者 .....	41
圖 2-8 日本千葉縣船橋市高齡失智個案社區概況 .....	41
圖 3-1 信義某社區 1500 公尺區域範圍 .....	47
圖 3-2 革新公園 .....	48
圖 3-3 雅祥公園 .....	48
圖 3-4 雅祥公園 .....	48
圖 3-5 通化夜市 .....	48
圖 3-6 興雅診所 .....	48
圖 3-7 興雅里辦公室 .....	48
圖 3-8 雅祥里社區發展協會 .....	48
圖 3-9 福德宮 .....	48

圖 3-10 信義某中心 .....	48
圖 4-1 高齡失智者 1500 公尺活生活場域工作坊彙整圖 ....	92
圖 5-1 a.清楚之指標系統.....	103
圖 5-2 b.道路標誌.....	103
圖 5-3 c.可見道路盡頭.....	103
圖 5-4 d.街道具特色.....	103
圖 5-5 a.街道具主次層級.....	104
圖 5-6 b.寬敞順暢之人行道.....	104
圖 5-7 c.自行車與人行道分離 .....	104
圖 5-8 e.防滑無反光鋪面.....	105
圖 5-9 f.無複雜配色或花紋之鋪面.....	105
圖 5-10 g.轉角處視覺穿透少遮蔽物.....	105
圖 5-11 h.照明充足.....	105
圖 5-12 i.道路有充足人行穿越秒數.....	105
圖 5-13 a.友善商店 .....	106
圖 5-14 b.失智症宣導.....	106
圖 5-15 a.座椅 .....	106
圖 5-16 b.環境元素不複雜.....	106
圖 5-17 c.具行道樹遮蔭之街道.....	107

圖 5-18 d.黑色鋪面(應避免).....	107
圖 5-19 d.均勻之鋪面.....	107
圖 5-20 a.國父紀念館.....	107
圖 5-21 b.連接公園之步道.....	107
圖 5-22 a.日照中心具第二個家之空間氛圍.....	109
圖 5-23 b.商店風格明顯.....	109
圖 5-24 c.標誌性機能場所(宮廟).....	109
圖 5-25 a.診所.....	110
圖 5-26 b.交通便利之市場.....	110
圖 5-27 a.關懷據點.....	111
圖 5-28 c.咖啡廳提供高齡失智症諮詢服務.....	111
圖 5-29 e.博物館.....	111
圖 5-30 a.歷史建築四四南村.....	111
圖 5-31 b.傳統商店街.....	111
圖 5-32 a.蟲鳴鳥叫.....	114
圖 5-33 b.各色植栽.....	114
圖 5-34 a.植栽與花台(抵石子)增加觸覺刺激.....	115
圖 5-35 b.友善商店.....	115
圖 5-36 a.捷運站.....	115

圖 5-37 a. 宗教場域.....	116
圖 5-38 b. 高齡失智者與學童互動 .....	116
圖 5-39 c. 社區農場 .....	116
圖 5-40 a. 公共廁所.....	116
圖 5-41 b. 公車候車亭 .....	116
圖 5-42 a. 公共藝術.....	117
圖 5-43 b. 公園環形動線 .....	117
圖 6-1 高齡失智者友善社區居住環境服務圈 .....	120
圖 6-2 信義某社區高齡失智者友善社區居住環境服務圈	121

## 摘要

關鍵詞：高齡失智者、友善社區、公共空間、環境設計

### 一、緣起

根據台灣失智症協會調查資料顯示，我國 2015 年 65 歲以上患有失智症長者約為 24.4 萬人，到民國 145 年(2056 年)時，國內的失智人口數將會超過 72 萬人，大約平均每 10 個高齡者中就有 1 人患有失智症。但高齡失智者照顧環境標準有別於一般的高齡友善社區，如果能夠提早針對此課題，因應未來高齡失智者照顧問題，可提供於既有社區環境中，讓高齡失智者得以繼續使用社區設施並持續參與社會活動，能減緩失智者病況，並可讓失智者與照顧者有最友善的使用空間。

高齡失智者照顧環境標準有別於一般的高齡友善社區，高齡失智者友善社區環境設計準則之訂定理念，為考慮高齡失智者所需之社區安全與便利空間，及國內高齡者生活習慣和環境條件…等特性，面對高齡失智者照顧問題時，可提供於既有社區環境中，讓高齡失智者得以繼續使用其社區設施以及公共空間，並可持續參與社會活動，如此將能減緩失智者病況，並讓失智者與照顧者有友善的社區環境。

### 二、研究方法與過程

本研究計畫考慮失智高齡者所需之社區安全與便利空間及國內高齡者生活習慣和環境條件等特性，並參考國內外相關文獻及設計手冊與指南等，訂出高齡失智者社區環境設計準則，本計畫採用文獻回顧法、觀察法、深入訪談法、設計工作坊、問卷法和 GPS 記錄法。

### 三、重要發現

- 1.高齡失智友善社區環境評估分為六大指標，包括辨識性、安全性、可及性、社會支持性、舒適性和熟悉性。
- 2.依據問卷調查結果，高達 71%之高齡失智者無法自行回家，對高齡失智者而言重要的場域前三名依序為日間照顧中心、公園綠地和市集。
- 3.根據設計工作坊之結果，距自宅半徑 500 公尺(約步行 15 分鐘)的範圍內，應有夜市(20%)、宮廟(16%)、公園(16%)和市場(16%)。
- 4.建議高齡失智友善社區居住環境服務圈，距自宅半徑 100 公尺為必要公共服務設施，須有公車站、街角公園、便利商店、市場…等，500 公尺範圍內，則應有公園、日間照顧中心、咖啡店、宗教場域…等，而 500 公尺外需有醫院、捷運站和火車站。
- 5.高齡失智友善社區環境準則可分為「街道布局」、「建築型態」和「環境

線索」共三大要項，可以讓高齡失智者在熟悉友善社區環境中，受到尊重，達到安心與安全的生活。

#### 四、主要建議事項

綜合問卷、GPS 路徑調查和設計工作坊的結果，從分析中得知失智長者對於社區環境中場所設施有一定的需求，但仍缺乏許多適合失智症患者活動之場所空間，故未來台灣社區環境在道路系統、指標系統、交通網絡、鋪面、環境辨識性(包含地標和五感刺激)、失智友善商店、歷史場域、宗教空間…等方面，除了通用設計的考量，應在色彩和材質上有更細膩的處理，從高齡失智者的角度規劃設計，另外，機能場域之友善設施應考量到，失智症之相關病程，如：輕度失智者可能因體能較好，能夠自行行走，因此我們必須藉由社區環境的友善營造，達到輕度失智者病程之延緩。此外，在我國政策面上，我國應思考如何提升民眾對於失智症相關資訊及政策公開透明化…等皆是重要之議題。本研究也提出下列具體可行的建議事項：

##### 建議一

可編製成「高齡失智者友善社區環境設計手冊」，供環境規劃者、建築師、社區總體營造、社區發展協會、照顧者…等改善社區環境時參考：立即可行建議。

主辦機關：衛生福利部。

協辦機關：內政部建築研究所、中華民國全國建築師公會。

本研究觀察高齡失智者於社區環境之行為特性，歸納整理所需之環境需求，建議可編製「高齡失智者友善社區環境設計手冊」，讓環境規劃者、建築師、社區總體營造、社區發展協會、照顧者…等人員，改善社區環境時可做參考。

##### 建議二

未來針對療癒性環境用於高齡社會之評估進行研究：立即可行建議。

主辦機關：內政部建築研究所。

協辦機關：衛生福利部。

本研究針對高齡失智者之居住環境服務圈，提出社區中應有公園、美術館、博物館、圖書館、友善商店…等設施，可提供適合高齡失智者的展覽或活動，增加失智者與大眾交流的機會，並藉此增加一般民眾對失智症的認識，進而成為失智友善之社會。未來可針對療癒性環境進行研究。

##### 建議三

未來針對閒置空間活化為高齡者日間照顧據點進行研究：立即可行建議。

主辦機關：內政部建築研究所。

協辦機關：衛生福利部。

本研究成果可作為後續研究之參考，並參考國內外相關文獻與設計指標或手

冊，針對閒置空間活化為高齡者日間照顧據點進行研究，提供更加多元的照顧選擇，進一步達到高齡者安全且安心的生活環境目標。



## ABSTRACT

Keywords: seniors with dementia, friendly community, public space, environmental design

### 1. Background

According to the data, now a day the population of seniors with dementia is nearly to 230.000 in Taiwan. When 2056 the population of seniors with dementia will growth to 720.000, and there is one seniors with dementia in every 10 seniors. In addition, the age friendly environments for dementia is different form the aged friendly community. In the future when we facing the problem with care for the seniors with dementia, we should provide more friendly facilities and services in the community. Therefore, the seniors with dementia could use the facilities and join the community activities that can slow the disease of dementia.

The standard of care environment for senior of dementia are different as regular aged friendly community, and dementia friendly environment community are considering about the safe and convince space for senior with dementia, also the dementia friendly environment community considers about the living habits and environmental conditions of seniors in Taiwan. Provide the community space with facilities, public space, and activities that for senior with dementia, can reduce the sickness of dementia, also can make the senior with dementia and their caregivers has the better community environments.

### 2. Research methods and process

This research considers about the safety and convince in the community for the seniors with dementia, also considers about the lifestyle and environmental conditions in Taiwan, and references relevant literatures. This research result could create a design principle about the aged friendly environments for the seniors with dementia, which can be used as a renovation reference for ordinary people, and construction industry. This research using the Literature review, observation, in-depth interviews, design workshops, questionnaires and GPS recording.

### 3. Key Findings

- a. Dementia friendly community's environmental assessment tools are including identification, security, accessibility, social support, comfort and familiarity.
- b. According to the result of questionnaires there are 71% of senior of dementia can't go home alone. The most Important fields are daycare center, park, and

- market.
- c. According to the result of workshops, 500 meters away from home radius should have night market(20%), temple(16%), park(16%) and market(16%).
  - d. Friendly community living environment service circle for senior with dementia should have the bus stop, convenience stores and markets in radius of 100 meters away from home, should have park, day care center, coffee shops, and religious fields in radius of 500 meters away from home, and out of 500 meters should have hospital, MRT station and train station.
  - e. There are three main elements of Dementia friendly environments community such as "street layout", "architectural style" and "environmental clues", can make the senior with dementia feels safe and secure in the familiar and friendly community.

#### 4. Suggestions

According to the result of questionnaires, workshops and GPS records, the senior of dementia needs the locale facilities in community environment, but the activities space for the dementia are still not enough. Therefore, in the future should have the Universal design, and consider about the user angle senior of dementia to use the color and materials on the road systems, indicator systems, transport networks, pavement, environmental identification (including landmarks and five senses), dementia-friendly stores, historical sites, religious spaces. Besides that, the friendly facilities of the functional space should consider about the stage of dementia, such as senior with mild stage of dementia might have the better physical function, that can walk alone, so creating friendly environments could make the disease stay at the same stage. Also, on the national policy have to consider promote the knowledge of the dementia et al., this research also list the specific Possible recommendations.

#### **Suggestions 1**

To create a design guide book of “friendly communities for senior with dementia” that can have used as a renovation for Environmental planners, architects, community general builders, community development associations, caregivers: immediately viable recommendations

Organizer: Ministry of Health and Welfare.

Co-Organizer: Architecture and Building Research Institute, MOI, Union international des architects.

This research study the behavioral characteristics of seniors with dementia, and analysis their needs in the environment. Using the research to create a design guide book of “friendly communities for senior with dementia” that can have used as a

renovation for Environmental planners, architects, community general builders, community development associations, caregivers.

### **Suggestions 2**

In the future can using the healing environment to analysis the aged society: immediately viable recommendations.

Organizer: Architecture and Building Research Institute, MOI.

Co-Organizer: Ministry of Health and Welfare.

This research study the residential service circle of senior with dementia, and suggestion should have the park, art galleries, museums, libraries, and friendly shops et al., in the community., and have the activities for senior with dementia, to create a chance of communications for dementia and people, and improve the knowledge of dementia for the general public. Therefore, to create dementia friendly society. In the future can using the healing environment to analysis the aged society.

### **Suggestions 3**

In the future using the Idle space to change into day care center for senior: immediately viable recommendations.

Organizer: Architecture and Building Research Institute, MOI.

Co-Organizer: Ministry of Health and Welfare.

This research result can use as the reference in the follow up study, and reference to relevant literatures or design principles. using the Idle space to change into day care center for senior research, and provide the multiple care selection. In the end, create the safe and secure living environment for the senior.



## 第一章 緒論

### 第一節 研究緣起與目的

#### 壹、研究緣起

國際失智症協會(Alzheimer's Disease International, ADI)於 2015 年 8 月，發佈全球失智症報告，推估當年將有 990 萬新增失智症案例，平均每 3 秒就有一人罹患失智症。2015 年全球失智症人口為 4680 萬人，到了 2050 年人數將高達 1 億 3150 萬人。反觀我國 2015 年總人口數約為 2335 萬人，而失智的人口約 24.4 萬，大約占總人口比率之 1.04%。台灣失智症協會邱銘章理事長(2015)表示，台灣失智人口快速增加，當前首要任務是建立民眾的正確認知，從年輕就開始努力降低失智症風險，強化基層醫療失智症診療知能，讓失智者得以早期診斷治療；去除社區對於失智症污名化及負面標籤，建立失智症友善社會。

隨著人口高齡化，全球越來越重視老年人口相關疾病的議題(例如：糖尿病、高血壓、心臟病、聽視力問題、衰弱、憂鬱、認知功能問題、失禁、壓瘡……)，失智症即為其中之一。近年世界各國極力推廣「在地老化」與「友善社區」的概念，比利時在 2011 年 6 月主辦世界衛生組織(WHO)的會議時，就已結合歐洲失智症聯盟起草 2020 年健康宣言，其中一項就是推動失智症友善城市(巫瑩慧，2012)；國際失智症協會在 2015 年 4 月於澳大利亞的年會中，提到致力於提高對失智症的認識，並營造失智友善社區。

失智症患者之症狀有知覺受損、行動遲緩、耐力減低、方向感錯亂、短暫記憶喪失、顏色辨別上較有困難、對於交通號誌感到困惑…等問題，例如：短暫忘記號誌燈顏色、秒數太短導致沒有足夠時間給予失智症患者判斷時間，以及街道過於繁華或是車道速度過快，皆會造成失智症患者在「方向決策」時感到困惑，因此需了解失智症患者在戶外空間的環境品質，並且分析失智症患者困難之處，加以改造社區環境。

高齡失智者照顧環境標準有別於一般的高齡友善社區，高齡失智者友善社區環境設計準則之訂定理念，為考慮高齡失智者所需之社區安全與便利空間，及國內高齡者生活習慣和環境條件…等特性，面對高齡失智者照顧問題時，可提供於既有社區環境中，讓高齡失智者得以繼續使用其社區設施以及公共空間，並可持續參與社會活動，如此將能減緩失智者病況，並讓失智者與照顧者有友善的社區環境。

## 貳、研究目的

由於人口高齡化與少子化的趨勢，失智症患者比例也隨增長，在地老化是現在高齡福祉的最高原則，因此高齡友善社區的需求因此增長，但有關高齡者失智者社區環境的改善計畫至今仍相當缺乏，高齡失智者行為能力與一般民眾有所不同，例如：失智症患者行動遲緩、顏色分辨障礙、聽覺受損、分向感較差…等，因此必須提出具體之高齡失智症社區規劃設計準則，以因應高齡社會發展需求，並且落實提供在地老化之友善社區。

本研究目的如下：

1. 跨領域探討高齡失智者在社區行為特性與一般人差異。
2. 透過建築、醫(護)及社政等專家學者座談與討論會議，歸納高齡失智者在社區活動之障礙問題及心理或生理之空間需求。
3. 針對失智症照顧者及其被照顧者社區環境進行改善，提供社區之設計準則建議。

## 第二節 研究方法與流程

### 壹、研究方法

本研究計畫考慮失智高齡者所需之社區安全與便利空間及國內高齡者生活習慣和環境條件等特性，並參考國內外相關文獻及設計手冊與指南等，訂出高齡失智者社區環境設計準則，本計畫採用文獻回顧法、觀察法、深入訪談法、設計工作坊、問卷法和 GPS 記錄法，詳細操作方式如下：

1. 文獻回顧法：蒐集彙整相關文獻，了解失智症相關病況、可能產生之心理和行為特性，以及認識社區環境應提供的基礎設施、物理環境如何改善、需提供之支持服務…等，並以此為基礎整理社區環境評估項目，進一步設計問卷檢核現有社區環境。
2. 觀察法：研究團隊自 2015 年 11 月至 2016 年 08 月共為期 9 個月，到信義某中心以擔任義工方式，實際陪同高齡失智者參與活動，觀察中心 18 位高齡失智者於社區中活動所遭遇之困難，做為未來改善建議之參考。
3. 深入訪談法：透過與專家學者、高齡失智者、照顧者及家屬進行深入訪談，並舉行專家座談會以了解專家學者、照顧者與家屬的需求和想法，以利提出高齡失智者友善社區環境設計準則。
4. 設計工作坊：邀請日間照顧中心的高齡失智者實際參與設計工作訪，以步行距離和時間分為距自宅 500 公尺、800 公尺、1000 公尺及 1500 公尺四區，讓高齡失智者實際操作模型，表達其對社區環境的需求和願景。彙整高齡失智

者所排放之社區概念模型，統計分析做為未來台灣高齡失智友善社區環境模型之基礎。

- 5.問卷法：依據文獻回顧、深入訪談與觀察法，歸納整理高齡失智者於社區環境中應具備的資源，以建立問卷內容，調查年滿 65 歲之高齡失智者，加入在居家生活/未到機構活動的高齡失智者，共完成 31 份問卷，經由統計分析現有社區環境的問題或障礙點。
- 6.GPS 記錄法：以 GPS 記錄高齡失智者外出路徑，總共完成 13 份 GPS 路徑調查。

## 貳、 研究範圍與對象

台北市是全台人口密度最高的城市，同時也是北台灣高齡人口最多的都市(65 歲以上人口佔 14.76%)，人口高齡化的衝擊將會最大。因此本研究：

### 1. 研究對象

以信義區到日間照顧中心及周圍社區高齡失智者，為失智非失能且具行動能力之個案為研究對象。

### 2. 地理研究範圍

以台北市作為研究範圍，而其中信義區為最新的行政區，因信義計畫區的開發，而成為現今大台北地區基礎建設最為完善之區域，同時台北市政府、台北市議會、台北世界貿易中心皆於信義區內，是台北市的中心商務區(CBD)，但對於失智者所需之社區環境尚未完整考量，故選定台北市信義區調查。

台灣的都市紋理與社區發展，與西方國家有相當大的差異，本計畫以失智照顧機構作為社區中心，依據明治大學理工學部建築學科的園田真理子教授的日常生活圈網絡照顧系統模型，交通方式以半徑 1500 公尺為研究範圍，探討社區環境如何成為高齡失智友善社區。

## 參、 研究限制及解決途徑

### 1.時間限制

失智症具有知覺受損、行動遲緩、耐力減低、方向感錯亂、短暫記憶喪失、顏色辨別上較有困難、交通號誌感到困惑…等問題，所以研究團隊需到日照中心與高齡失智者長時間相處，以建立信任感，故於進場 4 個月後才進行問卷調查及 GPS 路徑調查。

## 2. 溝通限制

訪談與問卷填答方面，失智者可能時序錯亂或語言表達能力降低，因此由研究人員說明題目及選項，協助受訪者理解，部分調查內容須由高齡失智者之家屬/照顧者完成。

## 3. 個案限制

日照中心中部分失智者為機構配合之專車接送，家屬接送者也多為汽車或機車代步，致使 GPS 路徑調查結果以步行活動於社區中之個案較少。除此之外失智者假日鮮少出門，不易取得假日期間之 GPS 路徑調查樣本。故本研究透過專家、顧問、志工和里長協助收集個案，調查有意願配合研究之高齡失智者個案。

# 肆、 研究步驟

本研究定位為技術推廣，將以研究結果的實用性與可行性，提供台灣高齡失智者空間感知與設計準則。其研究步驟如下：

1. 依據研究動機與目的，擬定研究目標與內涵。
2. 相關文獻檔案研究，涵蓋：高齡失智者照顧相關的研究文獻資料，以及國內外高齡友善社區的政策與規劃設計理念。
3. 確定研究範圍與架構。
4. 了解高齡失智者所需之生活空間課題，執行現有高齡失智者照顧單位調查訪談工作，舉辦焦點團體。
5. 台灣高齡失智者友善社區環境設計準則問題分析，將初步研究成果向委託單位作期中報告、修正。
6. 研擬台灣高齡失智者友善社區環境設計準則改善目標與策略。
7. 確定台灣高齡失智者友善社區環境設計準則設計方案。
8. 擬定台灣高齡失智者友善社區環境設計準則改善規劃設計圖說，舉辦專家諮詢會議。
9. 研究成果期末報告與修正。
10. 完成研究報告。

## 伍、 研究流程

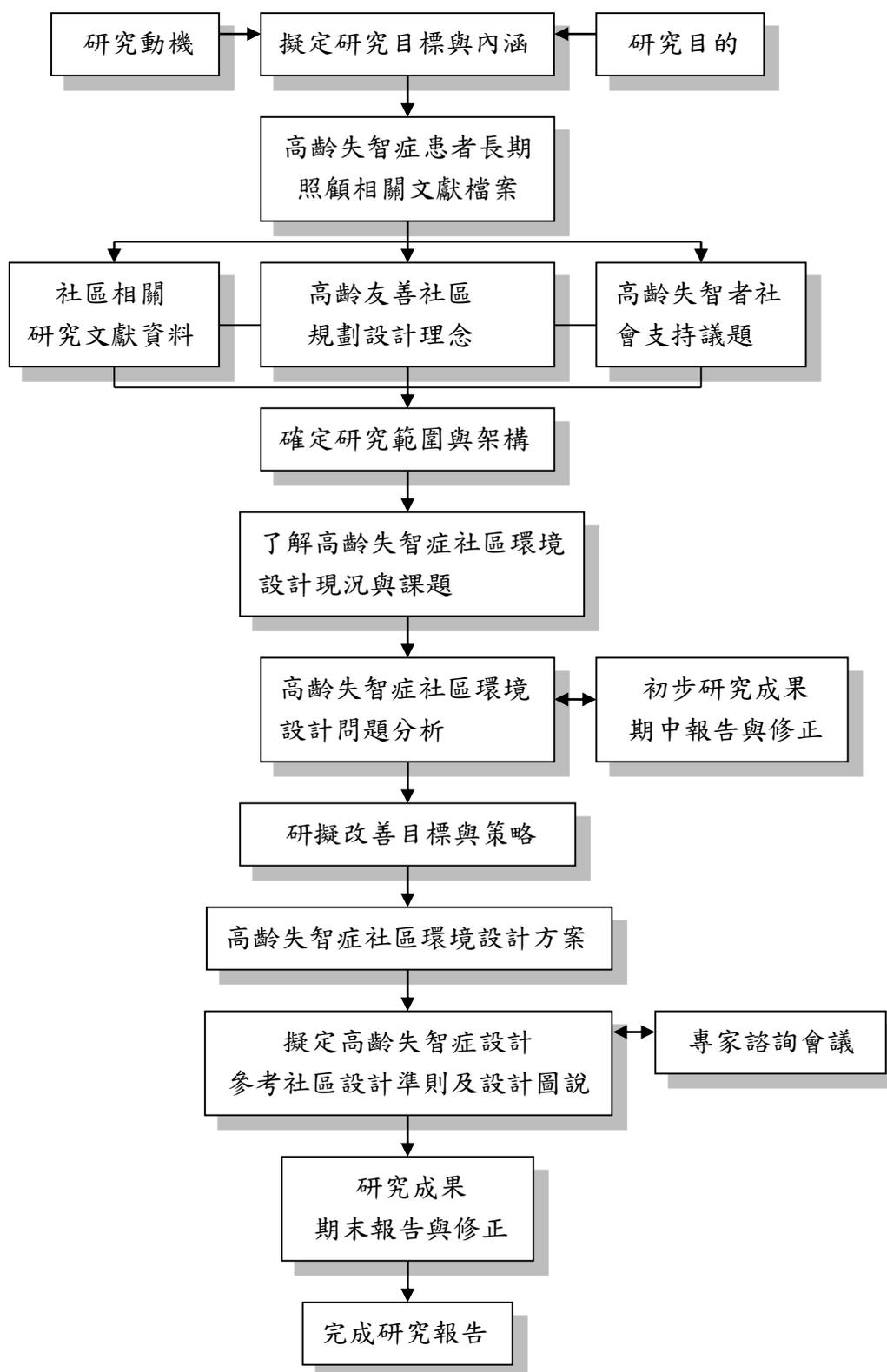


圖 1-1 研究流程圖



## 第二章 文獻分析

### 第一節 名詞解釋

#### 壹、 高齡失智者

依據世界衛生組織(WHO)之定義，超過 65 歲以上之人為高齡者，而我國老人福利法第 2 條定義，老人指年滿 65 歲以上之人。失智症(Dementia)不是單一項疾病，而是一群症狀的組合(症候群)，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力(邱銘章、湯麗玉，2009)。

失智症的核心症狀是指因大腦細胞受到破壞而直接引發，由於受到核心症狀的影響，導致失智症者無法正確辨識事實。核心症狀包括記憶障礙、定向力障礙、理解和判斷力障礙以及執行力障礙。而周邊症狀則讓失智者無法適應正常的生活，失智者之精神行為症狀(Behavior and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)，其中精神症狀包括妄想、錯認和幻覺，行為障礙則有攻擊行為、睡眠障礙、迷路、重覆現象、徘徊遊走、貪食行為、病態收集和不適當性行為。

#### 貳、 失智友善社區

依據澳洲維多利亞公司阿茲海默症與相關疾病協會的定義，失智友善社區是指人們與失智者一起生活，並支持生活在高品質、有意義、有目的和價值的地方(Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of Victoria Inc., 網站資料引自 2016.06.03)。而英國阿茲海默症協會則表示，失智友善社區是個方案(programme)，它促成整個英國建立失智友善社區。從政府和衛生局到地方商店和理髮店的每一個人，都具有部分責任確保失智者感到被理解、重視和能對社區有所貢獻(Alzheimer's Society, 網站資料引自 2016.06.03)。

英國 AESOP 財團是一個建議當地衛生和社會照顧系統改革的組織。他們一直密切與失智者合作，定義出失智友善社區能夠(Local Government Association and Innovations in Dementia, 2012)：

- 在他們的地區/社區/城市找到他們的方式和感到安全。
- 到達他們會使用的地方設施(例如：銀行、商店、咖啡店、電影院、郵局以及健康和社會照顧服務)。
- 保持其社交網絡以使他們感覺仍屬於社區。

綜合上述提出本研究之高齡友善社區的定義如下：讓高齡失智者在熟悉友善社區環境中，受到尊重、安心與安全的生活，以社區支援的角度分為兩個面向，1.社區中提供足夠的設施給予高齡者使用，2.社區提供足夠的居家服務支援，使高齡失智者感受到歸屬感和能對社區有所貢獻。

## 第二節 國內外高齡失智症相關政策

### 壹、理念緣起

國外失智症的人口，經濟和負擔分析迫使各國政府發展與改善失智症的照護，尤其強調早期診斷、提供社區的支持；於 2012 年，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)整理了近年來已開發國家的政策與計畫，提出各國的行動方針，進一步的改善高齡福祉友善社區，並且確切落實在地老化。

表 2-1 WHO 已開發國家因應失智症照顧政策與行動

國家	計畫名稱	期程	行動方針
澳洲	The Dementia Initiative: Making Dementia a National Health Priority	2005 ~2013	1. 社區照顧套組 2. 老年照顧者訓練 3. 失智症行為問題處理建議服務 4. 提供支持與訊息給病人與家人 5. 贊助研究(法) 6. 社區支持經費
法國	French Alzheimer's Disease Plan	2008 ~2012	1. 增加對照顧者的支持 2. 強化照顧團隊整合 3. 病人與家人能有居家支持的選擇 4. 改善就診與照顧管道的獲得 5. 改善安養機構照顧品質 6. 好的照顧技巧與訓練 7. 投入學術研究 8. 流行病學資料的監測與追蹤 9. 提供與大眾相關訊息 10. 提供倫理考量與人道對待 11. 失智症為歐洲優先議題
日本	Emergency Project for Improvement of Medical Care and Quality of Life for People with Dementia	2008 ~2011	1. 探討目前的處境 2. 加速研究與發展 3. 早期診斷與提供足夠的醫療照顧 4. 各地的照顧與支持 5. 年輕型失智症的注意
荷蘭	Caring for People with Dementia	2008 ~2011	1. 創造符合個案需求與期待的照顧選擇 2. 照顧者能夠有足夠的指引與支持 3. 照顧品質指標的評估 4. 確保持續性的照顧

丹麥	National Dementia Action Plan	2011 ~2015	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 早期診斷</li> <li>2. 提升診斷品質</li> <li>3. 改善跨領域溝通</li> <li>4. 提供病人與照顧者的照顧</li> <li>5. 提高對疾病的了解，尤其是更好的</li> <li>6. 照顧計畫與培養未來的照顧者</li> </ol>
北愛爾蘭	Improving Dementia Services in Northern Ireland	2011 ~2015	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 降低發病機會或延緩發病時間</li> <li>2. 提高大眾意識</li> <li>3. 早期發現、早期診斷</li> <li>4. 病人與家屬的支持</li> <li>5. 制定法律</li> </ol>

(資料來源：整理自 World Health Organization & Alzheimer's Disease International, 2012；失智症照護，2015)

## 貳、美國高齡失智症相關政策

美國老人全包式照顧計畫(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)為一在美國發展 30 多年的居家及社區整合性長期照護模式，提供一切必要的預防、初級、急性和長期護理服務，讓老年人能繼續生活在社區。

該照顧模式起源於加州舊金山市的廣東裔社區，由於華人文化及觀念上較不能接受將長者送到護理之家接受照顧，因此發展出社區日托及醫療照護的結合機制。1973 年開始於中國城設立非營利組織「安樂老人健康服務」(On Lok Senior Health Services)，仿照英國的日間醫院程序，提供長者妥善的全方位照顧。剛開始只在舊金山一帶提供社區內的長者所需要的社區日托服務，並包含醫療、復健、營養、交通接送、臨托喘息照顧、日常生活服務等。之後，這個方案被其他地區的長期照護或醫療服務機構學習模仿，開辦類似的服務計畫，逐漸擴大至全美，並以 PACE 為名成立全國性的專業協會(National PACE Association)(行政院衛生署中央健康保險局，網站資料引自 2015.12.28)。

PACE 協會服務內容包括成人日間保健中心的初級照護與治療、醫學專家的專業治療、門診服務、24 小時隨傳隨到的初級保健醫生服務、家庭健康和家庭保健服務、住院服務、交通運輸服務、提供處方和過度的非處方藥、家庭/照料者支持服務以及提供康復和耐用醫療設備。

55 歲以上且居住在 PACE 服務區，並通過國家認證需要養老院照顧等級，便

具有參與 PACE 計畫的資格。目前 PACE 計畫的受照顧者平均年齡 80 歲、75% 為女性、具有 7.9 項醫療症狀(多為慢性疾病,例如:糖尿病、失智症、冠狀動脈疾病、腦血管疾病……)、3 項日常活動限制,其中 49% 為失智症患者。儘管這些受照顧者需要較高要求的護理條件,約 90% 的受照顧者仍可繼續居住其社區,7% 居住於養老院中。

老人全包式照顧計畫營運模式與成功因素,可歸納成以下幾點,分別為提供有效有需求的服務、積極的市場因素,包括對慢性病的重視以及可負擔醫療法案(Affordable Care Act, ACA)成立、各州的強力支持、完善的付款機制,配合相關醫療補助計畫、持續的組織能力和規範以及充足的資本。(National PACE Association, 網站資料引自 2015.12.28)

## 參、 英國高齡失智症相關政策

根據 2012 年阿茲海默症國際報告(Alzheimer's Disease International report of 2012)英國約有 81 萬人患有失智症,人數正穩步上升,大約占全英國的人口 1.3%,並有 67 萬護理人員照護失智症病患。在 2003 年時,英國全年需花費 7740 萬英鎊(約 37 餘億元台幣)在醫療心理以及精神問題的疾病上,而在 2009 年時已經增長到 1 億 500 萬英鎊(約 50 餘億元台幣),並占國內生產總值(GDP) 5.3%。而估計在 2026 年,相關疾病花費將會佔國內生產總值 10.1%(Rahman, 2014)。目前英國失智症患者當中約有 1/3 生活在安養機構,其餘的則是生活在社區當中。阿爾茨海默症協會認為,若要擁有完善的失智症照顧,現在就需要宣導並訂定相關的社會支持服務與提供完善的護理政策。

在 1948 年之前,醫療保健不是每個人都買得起的奢侈品。直至 1977 年國家衛生服務法案要求國家衛生服務機構和地方當局確保和推動英國的健康與福利,應提供之服務包括:醫院住宿、醫療、牙科、護理和急救服務及其他服務,為診斷和治療疾病的服務。他也給地方政府提供一些服務,包括日間中心和家庭的幫助和洗衣服務——這是地方政府的能力與責任。其後在國家健康服務和社區照顧法 1990 年內容包括推動社區照顧。各地方政府逐一制定並公布一項計畫,在他們的地區提供社區服務,並不斷改善其社會服務的範圍。社區護理 1996 年法令:如果當地社會工作部門有此方案,人們可以申請護理照顧的服務費用。

在 2012 年時英國建立高齡失智友善社區報告,目標是讓 York 城市成為更適合失智者以及照顧者使用的社區。其中設計包括:(1)地點,如何讓物理環境、建築、社區、交通可以給予失智者支持。(2)人,如何讓照顧者、家人、朋友、鄰居、

健康和社會專業諮詢者、更甚至是整個社區的人給予失智者支持。(3)資源，對於失智者特殊的需求、社區中的服務及設施是否適當可以滿足他們，失智者是否可以在社區中得到他們的資源。(4)網絡，社區中是否有可以滿足失智者社交、合作，這可以提供給失智者最好的幫助(Cramton, Dean & Eley, 2012)。同年英國國家衛生署針對失智者環境歸納出設計重點項目，其中包括公共空間、前院、後院、室內空間…等設計建議(Rahman, 2014)。

## 肆、日本高齡失智症相關政策

日本政府為了改善高齡失智症有更好的生活環境，日本厚生勞動省於 2015 年 1 月 27 日，以公開會議形式推進高齡失智症之政策，為促進全面策略發展，提出了「新橙色計畫」的失智症措施。作為一種新的策略，並取代目前所採取的高齡失智症推動的五年計畫的「橙色計畫」，是由 12 個相關政府部門跨領域的措施所進行。

日本政府預計十年後的 2025 年，推估失智症人口將增加到 700 萬人。四個高齡者中就會有一位老人可能患得失智症的預測說法。新橙色計畫的主要目標為「讓高齡失智者被尊重，在社區之範圍內，盡可能建立失智長者於熟悉的環境之中，設定良好的環境，且能夠持續生活的社會實現」，其內容如下(日本衛生署，網站資料引自 2016.06.03，新橙色計畫增加之項目，以下以**新增**標示)：

### 1.關於失智症的理解深度進行宣導、啟發之推進

### 2.針對失智症的及時醫療護理與照顧之提供

### 3.強化早發性失智症的措施

### 4.失智症的照顧支援

(1)減輕醫護者(介護)照顧失智者的負擔。

(2)醫護者(介護)的家庭支援。

(3)醫護者(介護)的工作以及醫護兩方兼重。

### 5.新增推動執行涵括高齡者的失智者的友善區域

(1)生活的支援(軟體)

(2)生活便利環境(硬體)的整頓

(3)就業與社會參與支援

(4)確保安全

### 6.新增高齡失智者的預防、診斷、治療、復健、照顧等研發成果以及普及化之推進

●推動全國展開高品質效能的研究。

●建構容易登錄失智者研究的機制。

- 推動開發以及普及支援機器人的技術或 ICT 技術的活用機器等。
- 開發預防失智症的大量資料庫之取用方案。

### 7. 重視失智者和親屬的觀點

- 新增** 建立與實施以失智者的角度讓社會理解的運動。
- 新增** 掌握初期階段的失智者生活支援。
- 新增** 失智症的策略之企劃、立案或評估，需藉由失智者與失智症的家庭的參與規劃。

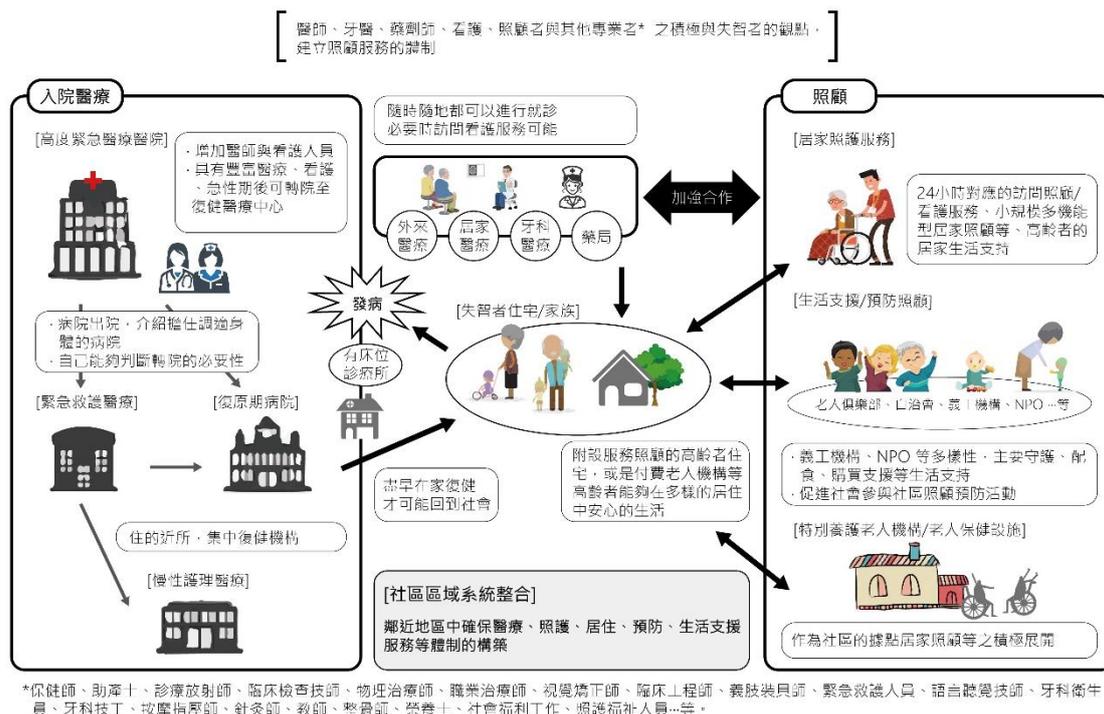


圖 2-1 日本改革後提供醫療、照顧服務的體制樣貌  
(資料來源：整理自園田真理子，2015)

## 伍、 國內高齡失智者相關政策

2007 年至今我國行政院提出「長期照護十年計畫」，失智症經過評估後判定失智程度，選擇居家照護、社區照護、日間照顧、喘息服務…等等類型照護，計畫提供老人多元連續服務、在地老化、全人照顧的願景。

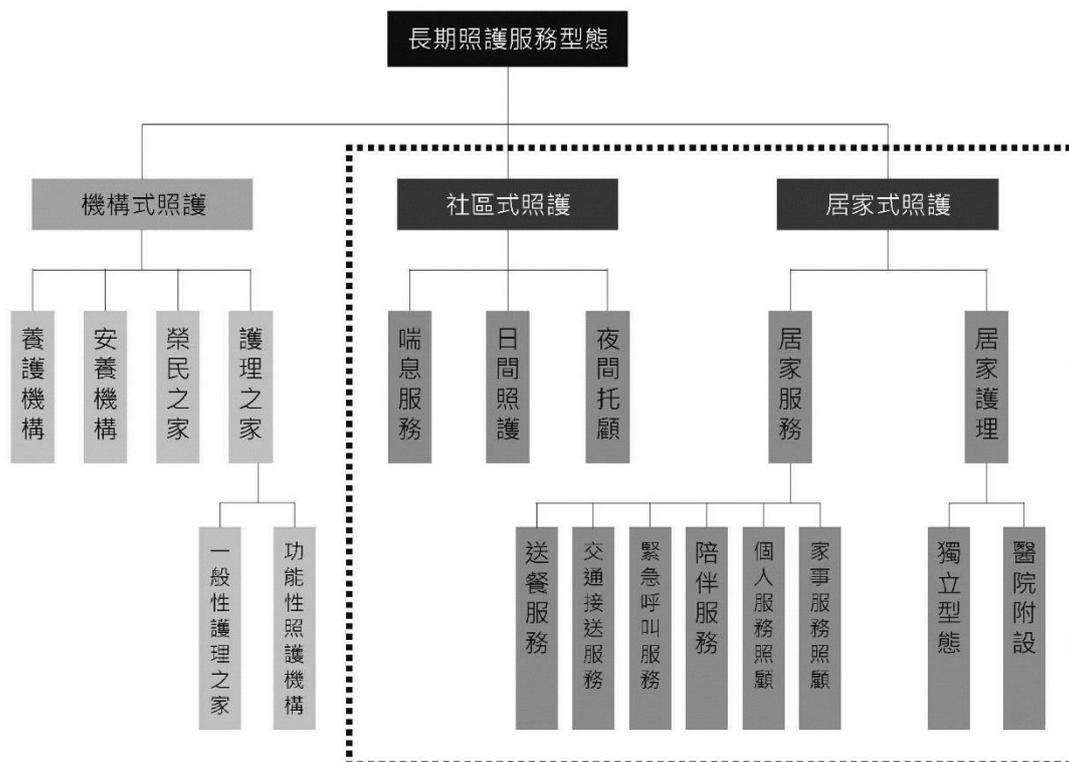


圖 2-2 台灣長期照護服務型態架構

(資料來源：行政院-台灣長期照護服務資源型態，2007)

根據 2007 年內政部台灣長期照護十年計畫推估，我國在機構式的量已經達到飽和，但是在有關日間照顧及日間照護等社區式居家支援服務中心的設置在現況則是相當缺乏。我國參考已開發國家有關失智症的延緩及照護，於 2013 年推動「失智症防治照護政策及照護」，綱領包含了「提升民眾對失智症防治及照護的認知」、「完善社區照護網絡」、「強化基層防治及醫療照護服務」、「發展人力資源，強化服務知能」、「強化跨部門合作與資源整合」、「鼓勵失智症相關研究與國際合作」、「保障權益」等七項，其「完善社區照護網絡」上面政府推動，社區據點主動提供照護資訊及打造友善社區、配戴愛心手環註記病患狀況及聯絡方式。政府推動相關失智症照護社區，分為「失智失能混合服務」與「失智專責服務」，並且與民間機構設立許多關懷點……等服務；民間社團台灣失智症協會，積極籌辦「瑞智互助家庭」，以「家」的理念打造友善的失智症居住環境。

### 第三節 國外失智友善社區規劃原則

#### 壹、美國高齡失智友善社區規劃原則

依據美國失智友善組織(Dementia Friendly America)中，明尼蘇達州的 ACT on Alzheimer's 提出成為一個明智的、安全的並尊重的失智友善社區，應具備提高對阿茲海默症的認識及態度、提升其生活品質、支持照顧者與家庭、包括不同的社區以及促進有意義的參與社區生活。其失智友善社區概念各地方支持應提供之服務內容如下(Dementia Friendly America, 網站資料引自 2016 年 06 月 07 日)：

- 1.住宅—獨立生活和有意義的參與：包括在家中的安全，簡單的居家環境改善能幫助解決失智者的行為問題。有意義的活動接觸包含記憶咖啡的活動、阿茲海默症咖啡廳(11 個咖啡館參與調查全國各地的阿茲海默症相關意見)、時間倒流培訓(創作故事)、故事團(Memory Loss Initiative 建立一個資料庫記錄記憶喪失者的生活和故事)、小型失智博物館(研究了解失智症早期到中期對健康的影響，並建立因應策略)……等。
- 2.市政府—緊急預防準備與救援：政府單位應準備防災工具包(在高齡失智者處於緊急狀態時提供明智的決策)、創建失智友好公共空間、急救員培訓計畫以及提供相關資訊……。
- 3.市政府—方便、人性化的交通與環境：應由醫生評估建議失智者停止駕駛，並提供相關交通運輸系統。公共空間方面，採取以人為本的政策推動失智友善之設計，建立查核表核對失智友好的戶外環境，塑造對失智者而言易於理解的物理環境。
- 4.超市—失智友善企業顧客與員工支持：失智友善企業有教導如何幫助高齡失智者的員工手冊，並且員工訓練中有失智症相關課程。
- 5.診所—早期診斷與優質照顧/病人與照顧者支持：診所應有初級保健醫療評估認知障礙的高齡者、以人為本的關懷失智者、醫療保健年度健康考試…等，提供良好失智友好的護理資源。
- 6.長期照顧中心—專業記憶力減退支持與服務：除了失智症專業護理，機構有完整的培訓及管理，並關心員工的狀況。此外，提供失智友好的環境和資源，包括設計失智護理空間、失智開發人員設計支援(審查各種資源)、開放式學習的活動安排…等。
- 7.專業服務—失智自覺和響應客戶服務：其內容包含高級護理計畫、法律和金融層面，幫助並保障失智者權益。
- 8.教堂—歡迎和支持的精神環境：透過信仰教堂包容失智者，且促進失智者與社區間的連結與互動。



圖 2-3 美國失智友善社區規劃原則圖

(資料來源：整理自 <http://actonalz.org/community-resources>)

根據美國 Wisconsin's Healthy Brain Initiative Project(2015)，城市規劃者或建築師試圖創造些新的或改造現有結構時，保持高齡友善與失智友善設計是很重要的。一個失智友善社區，包括具明顯機能的地方和建築，隨時間為小規模的變化或擴建，且建築特色與街道家具的設計是長者熟悉或易於理解的。環境中包括在視覺端點具潛在定位線索(尤其在岔路)，例如：路口和彎道入口，地方或建築為清晰可見且明顯的，使得易於到達。失智友善社區設計應確保都市、歷史建築和市民建築，具有獨特的結構和活動場所。在這些社區中，具有各種歡迎(到訪)的開放空間，包括廣場、公園和遊樂場、多樣風格且色彩與材料具變化的特色建築，以及各種美學和實用的功能(例如：樹和街道家具)。

而市長、里長或社區主委是重要的領導者，包括倡導推行失智友善社區。他/她支持增加地方公共服務的機會使環境成為失智友善。這些服務包括公園、公共交通運輸、老人中心、博物館、社區花園和公共活動。市長也可以協助宣傳並創造社區意識(Wisconsin's Healthy Brain Initiative, 2015)。

針對失智友善社區環境中公共牌誌的呈現方式、街道與人行道的規劃、公園

的設施、公共交通系統、圖書館、老人中心、博物館、社區花園和學校與中學教育，從硬體基礎設施到加強民眾對失智症的認識，皆有相關論述，其內容如下 (Wisconsin's Healthy Brain Initiative, 2015)：

- 1.公共牌誌：對失智者而言，很難在公共區域辨識方向。在失智友善的環境中，在岔路設置牌誌，牌誌上應精簡放置必要的資訊，具有大的圖示和寫實的符號，且與背景為對比的顏色以便於閱讀，深色字配淺色背景為佳。方向指示牌應在單一立柱上，設置在重要地方和建築物的指標應為垂直貼於牆上，且牌誌為無眩光及無反射的表面。
- 2.街道與人行道：迷失在熟悉的環境是阿茲海默症和失智症常見的症狀。失智友善的街道和人行道設計，可以減緩對當下位置和前往其目的地的困惑情形。在失智友善社區中，具有層次分明的街道類型，例如：主要道路、次要道路、巷道和通道。街廓形式應是具有不規則的網格系統，且是短而窄小的街道，並於開放空間的周圍有建築物圍繞。在失智友善設計中，街道良好串聯微彎的街道口使視覺連續。三岔路口或丁字路比十字路口常見。
- 3.公園：包括步行道路系統，清楚標示易於理解的方向指標，是創造失智友善公園的第一步。提供多個地點的地圖，確保步道平順且無障礙，以及提供許多可坐著休息的空間，都是落實失智友善概念的方式。涼亭、廁所和運動場應有明確界線和指標，以便於辨識和定位。
- 4.公共交通：公共交通運輸對沒有開車的成人而言是很關鍵的，讓他們可外出完成必要的日常活動。對失智者來說，導航(navigate)公共運輸是非常具有挑戰的。營運者和司機需要特別注意失智者，以及察覺可能需要幫助的人。微小的幫助就能造成不同的結果——迷路或安全抵達其目的地。失智者可能需要協助確認他們在正確的旅行路線，也可能有失智者忘記他們旅行的目的地或目的，因而需要協助。
- 5.圖書館：圖書館是許多社區核心的一部分，且可以提供支持失智友善社區的倡導。圖書館提供會議空間、公眾教育場地以及與更大社區溝通的管道。它是舉辦公眾意識活動、記憶咖啡和其他活動的地點，特別是針對失智者和其照顧者，這有助於招募志工和使相關單位加入倡導。
- 6.老人中心：老人中心是提供社區訊息和安排針對老人活動的場所。它很自然的是發展失智友善社區的一員，可提供會議空間和素材、領導委員會以及分享倡導資訊。
- 7.博物館：已經建立特別的計畫幫助博物館在針對參觀者失智友善規劃的發展。這些計畫提供藝術欣賞的機會，和透過失智者到博物館參觀使其社會化(增加與大眾的參與)。
- 8.社區花園：社區花園成為友善應確保其可及性，以及讓失智者有機會對花園做出貢獻。失智者具維護花園的能力，並可帶來相關經驗和眼光。舉辦失智友善社區活動可展示社區花園的效益。
- 9.學校與中學教育：在國中和高中健課中提供失智症教育，可幫助學童理解當家

庭成員有失智者時如何與其建立有意義和愛的關係，並可改善學童與失智者的生活品質。

## 貳、 英國高齡失智者友善社區規劃原則

英國阿茲海默症協會(Alzheimer's Society)提出「建立失智友善社區」(Building dementia-friendly communities: A priority for everyone, 2013)報告中指出，在整個英國威爾斯(Wales)和北愛爾蘭(Northern Ireland)接近 50 萬人患有失智症生活在社區中，其中有 1/3 獨自生活。對許多人來說，讓失智者生活更好和擁有良好生活品質仍然是個遙遠的夢想。但改變正在進行，在各個社區我們開始看到微小且實際改善的變化。

為了讓失智友好社區得以成功，任何考量和決定必須切中失智者和其照顧者的看法與意見。這份報告提供從失智者觀點的失智友善社區的實證。它探討人們面對其社區的障礙，他們如何在當地執行和取得這樣做的支持。

英國阿茲海默症協會致力於推動失智友善社區，設計問卷調查，有超過 500 位失智者回覆，內容包括失智者和其照顧者的訪談。它還包括由超過 2200 位英國成人透過 YouGov 進行的民意調查結果。最後提出 10 個重點讓社區成為失智友善，其內容如下(Alzheimer's Society, 2013)：

- 1.讓失智者參與：讓失智者可以在社區中滿足他們的需求，且聆聽照顧者的意見，每個社區都有不同的人群，必須理解他們的人口變化的需求、其中包括他們的地理區域。
- 2.改變對失智症的刻板印象並增加認識與理解：增加社區中老年癡呆症的認識和理解。
- 3.行動不便能參與的社區活動：提供有組織性的活動、且符合失智者的需求，並有足夠的服務娛樂活動，具有包容性可以適合失智者使用。
- 4.認同失智者的貢獻：確保失智者也可以知道他們在社區貢獻上是有的，讓他們感受到民眾對他們的肯定與包容。
- 5.確保早期診斷：確保早期與後期的診斷治療以及社區支持，包括一些社會保健服務等。
- 6.實質支持使失智者能參與社區生活：提供一個友善的服務包括實際支持，確保失智者可以從事社區生活。獲得情感支持。
- 7.以社區為基礎的解決方案：支持失智者的護理設置。可以讓失智者保持居住在原本的房屋中，並保持獨立性、且住宅是具有包容性，跟高度照護性質的。
- 8.一致且可靠的交通選項：讓失智者可以安心搭乘大眾交通運輸工具，並尊重他

們的需求。

9. 易於定位導航的環境：確保環境是適合失智長方便理解的。

10. 尊重和推廣企業服務：讓失智者可以認識所有的商店並了解其服務內容。所有工作人員可以理解失智症的特性，可以識別他們的症狀以維持他們的服務。

## 失智友善社區



圖 2-4 英國失智友善社區規劃原則圖

(資料來源：整理自

[http://www.actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia\\_friendly\\_communities\\_full\\_report.pdf](http://www.actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia_friendly_communities_full_report.pdf))

英國在 2011 年由 Department of Health 召開第一次專家會議，並由專家跟失智者和照顧者提供意見，找出社區中什麼是對失智者有益的，討論出未來可改善空間，最後提出 5 個面向討論高齡失智友善社區：

- 1.物理環境(physical environment)
- 2.當地設施(local facilities)
- 3.支持服務(support service)
- 4.社交網路(social network)
- 5.在地社群(local groups)

另外，失智者提出的建議包括(Rahman, 2014)：

- 1.增加人們對失智症的了解跟提高意識(社會支持與心理認同)。
- 2.有更多當地的社團是可以提供給失智者跟他們的照護者參與的(社會支持貢獻)。
- 3.提供更多的訊息，以及更多當地服務以及設施的訪問資訊(資訊系統)。
- 4.讓當地的設施環境可以讓更多失智者使用(可及性)。

## 參、日本高齡失智友善社區架構與個案

### 一、日本高齡失智友善社區架構

依據明治大學理工學部建築學科的園田真理子教授整理自 2010 年衛生署(日本厚生労働省老健局)的資料，生活圈網絡照顧系統以中學校區等級為單位，容納約 2 萬人，其中高齡人口佔 25%，由 2 個小學校區等級區域構成，每個區域內包括高齡住宅、小規模多機能據點、失智者團體家屋、失智症日間照顧中心等(如圖 6 所示)。此失智友善社區概念模型，可作為未來社區環境規劃設計之重要參考內容。

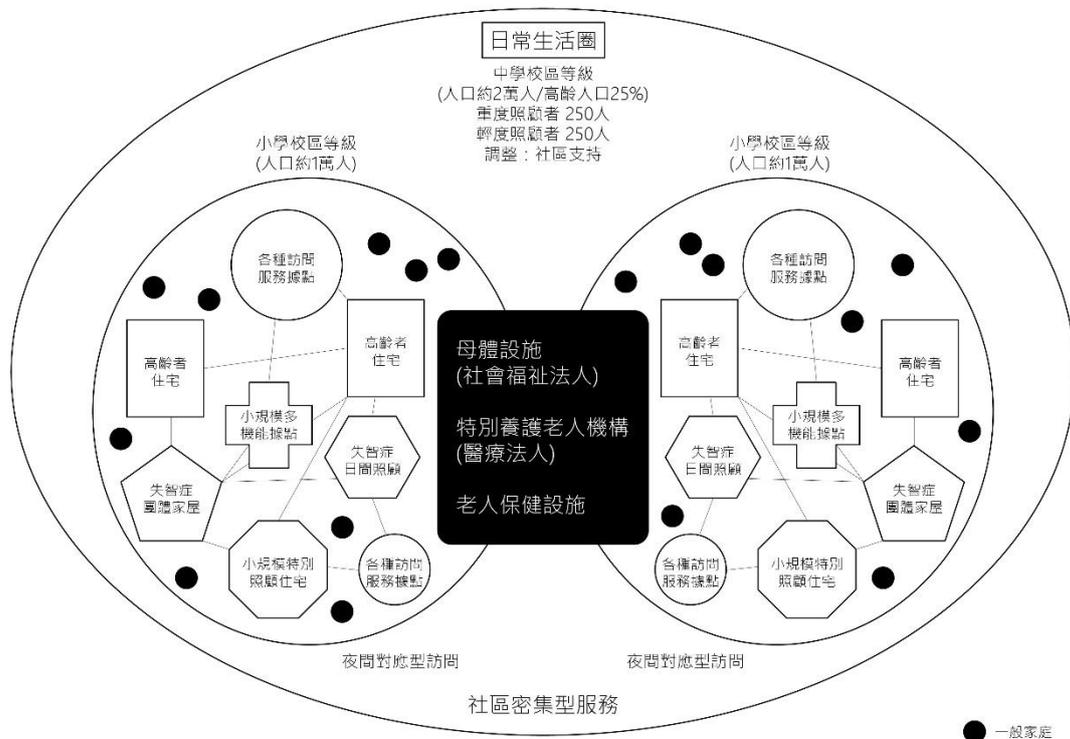


圖 2-5 日本日常生活圈網絡照顧系統架構  
(資料來源：整理自園田真理子，2010)

由於機構照顧無法完全的提供給目前的社會高齡者人口，未來更凸顯出高齡失智者在區域內生活的支持以及社區區域的系統構築的重要性。以高齡者世代為 75 歲以上，2025 年為目標，重度的且需要照護之狀態，在自宅且住習慣的區域能夠自己持續生活到最終，藉由醫療、照護、預防、居住、生活支援等整體，提供且實現地域上的支援系統構築。

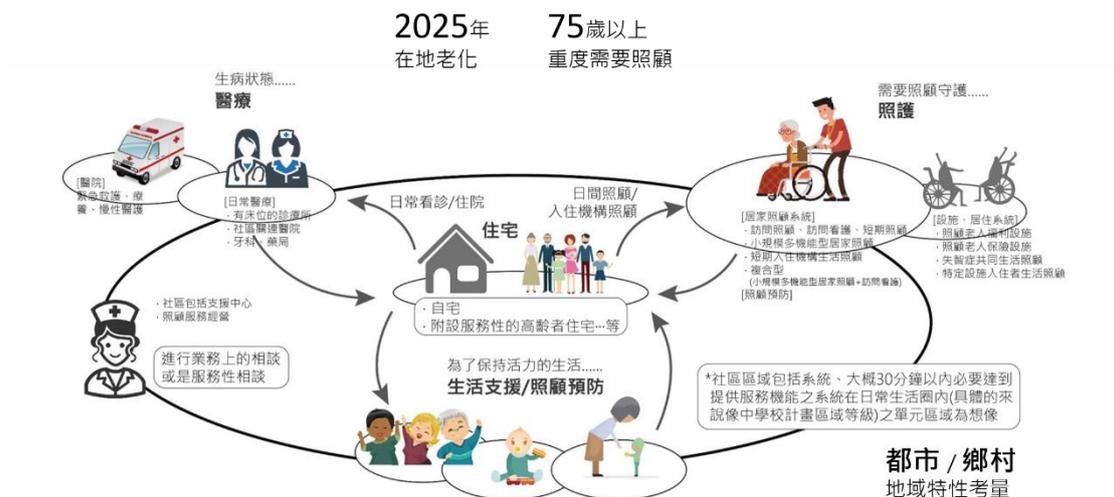


圖 2-6 日本關於社區區域系統的構築  
(資料來源：整理自園田真理子，2015)

## 二、日本千葉縣船橋市高齡失智個案

千葉縣近 50 年內老年人口高達 80%，成長最多且老化速率最快；其中船橋市老年人口數為千葉縣中排名第二，約有 14.5 萬餘人(截至 2016 年 4 月)，但是地理位置靠近東京市，較位於市中央核心之都市(中核市)，所以本研究選擇調查船橋市之高齡失智個案。

關於日本船橋市社區照顧支援服務，長期到宅訪問之架構包括到宅「照顧」訪問以及到宅「照護」訪問兩部分，說明如下：

### 1.到宅「照顧」訪問(「介護」協助日常照顧)

身體保健：協助換衣、協助沐浴、協助如廁、協助陪伴到醫療…等。

生活支援：烹飪、衛生打掃、購物…等。

### 2.到宅「照護」訪問(「看護」協助醫療相關護理)

照護項目：病理觀察、醫療設備管理、傳達病患症狀給主治醫生參考…等。

本研究團隊於 2015-2016 年實地調查日本千葉縣船橋市的女性輕度高齡失智者，84 歲，發病 4 年，已長期獨居約 35 年，生活在自己熟悉的環境中，符合在地老化的概念，其生活週期為每週一、三和五白天到日間照顧中心參與活動，晚上為家屬照顧；星期二由居家照顧員到家中陪伴失智者；星期四由照顧者陪伴患者採購物品；週末則輪流由二女兒和大女兒陪伴失智者。此個案自宅到日間照顧中心(私營單位)距離約為 1.2 公里，以汽車往返，路程約 10 分鐘。其社區周邊具有南部地域包括支援中心、船橋市南部在宅介護支援中心、日照中心、小規模

多機能機構和團體家屋等支援單位，本研究團隊因日本文化特性，泡湯為生活中相當重要的部分，具有社交成分之活動據點，故特別標註錢湯(澡堂)位置。可見透過完善的社區照顧支援服務，能讓高齡失智者維持其獨立的生活，並達到在地老化。



圖 2-7 日本千葉縣船橋市的輕度女性高齡失智者  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 2-8 日本千葉縣船橋市高齡失智個案社區概況  
(資料來源：本研究繪製)

## 肆、 小結

本研究整理香港、英國和日本關於高齡者生活圈之文獻，綜合各國文獻適合高齡失智者之居住環境服務圈範圍，步行半徑應為距自宅 500 公尺，交通半徑為 1500 公尺，離住家 500 公尺內應有公園、診所、藥房、銀行、郵局、便利商店和超市。

表 2-2 各國生活圈設施比較表

文獻	中心點/起始點 (對象)	生活半徑 距離	設施
Burton& Mitchell(2009) , Inclusive urban design: Streets for life (英國)	老人住宅 (高齡失智者)	500 公尺 (必要公共 服務設施)	公車站、保健醫療門診、銀行、郵局、 食品店、醫療中心。
		800 公尺 (次級服務 設施)	公車站、休閒設施、圖書館、保健醫療 門診、社區公共設施、開放空間、教堂。
竹原義工,小池志保 子(2009), これから の居住スタイル, エ イジング・イン・ プレイス 超高齡社 会の居住デザイン (日本)	獨棟住宅/集合 住宅/高齡者住 宅/老人之家/ 團體家屋 (高齡者)	100 公尺	朋友的家、郵局、醫院/診所、超市、喫 茶店、理髮院/美容院。
		500 公尺	小孩的家、圖書館、美術館/博物館、老 人中心、小規模多機能、日間照顧中心、 老人看護保險設施、墓園、學校、神社 /寺院、公園。
園田真理子(2015) , 國土交通省検討會 (日本)	自宅 (高齡失智者)	服務 30 分 鐘內可到 達	<b>醫療</b> 1. 日常醫療: 有床位的診療所、社區關聯 醫院、牙科、藥局。 2. 醫院: 緊急救護、療養、慢性醫護。
			<b>照顧</b> 1. 居家照顧系統: 訪問照顧、訪問看護、 短期照顧、小規模多機能型居家照 顧、短期入住機構生活照顧、複合型 (小規模多機能型居家照顧與訪問 看護)。 2. 照顧預防 3. 設施與居住系統: 照顧老人福利設施 (日間照顧中心、團體家屋)、照顧老 人保險設施、失智症共同生活照顧、 特定設施入住者生活照顧。
			<b>生活支援/照顧預防</b>

(資料來源: 本研究整理)

美國、英國和日本在失智友善社區要項中，對失智症皆以早期發現早期治療為基礎，並提供適宜的照顧及護理，美國和英國更強調對失智者的社會支持，內容包括失智友善企業、教堂提高精神支持、增加大眾對失智症的認識和理解、讓失智者認識其貢獻以及透過社區使失智者能保有獨立性。

美國和英國將失智友善社區以獨立議題方式探討，而日本則由高齡者角度出發，再細分出以高齡失智者為對象設立相關政策與設施。日本不同於美國和英國特別強調民眾的社會支持，但設施與服務卻非常詳細且多元，在食衣住行各方面皆有完善的資源，讓高齡失智者甚至能獨自居住於自宅，達到在地老化的目標。

表 2-3 各國失智友善社區規劃原則比較表

國家		美國	英國	日本
單位		美國失智友善組織 (Dementia Friendly America)	英國阿茲海默症協會 (Alzheimer's Society)	園田真理子教授(明治大學理工學部建築學科)
失智友善社區面向	醫療	診所：早期診斷與優質照顧/病人與照顧者支持  市政府：緊急預防準備與救援	確保早期診斷、個性化及常態綜合護理	高度緊急醫療醫院、緊急救護醫療、復原期病院和慢性護理醫療
	照顧	長照中心：記憶力減退服務與支持	營造滿足失智者需求與照顧者意見的社區  義工協助失智者參與社區生活	特別養護老人機構、老人保健設施、小規模多機能據點和失智者團體家屋
	交通	市政府：方便人性化的交通與環境	適當合宜的交通運輸  易於定位導航的物理環境	鼓勵搭乘大眾交通運輸工具
	失智友善商店	超市：失智友善企業顧客與員工支持	響應服務失智者的企業	友善商店宣導
	自主環境	住宅：獨立生活和有意義的參與	通過提供以社區為基礎的解決方案保持獨立性	中規模高機能社會保障的高齡失智日常生活圈(中學校區等級)
	自身貢獻		讓失智者認識其貢獻	
	資訊	專業服務：失智自覺和響應客戶服務(金融保險規劃諮詢)	改變對失智症的認知及理解	國小宣導教育具引導輔助資格之教育訓練(橘色手環)
	精神支持	教堂：歡迎和支持的精神環境	確保活動包括失智者	宗教信仰

(資料來源：本研究整理)

依據英國學者 Mitchell, Burton & Raman (2004)提出的內容，將對高齡失智者友善之社區環境分為街道布局、建築型態、標誌和環境線索，本研究將標誌併入環境線索中，共三大要點。街道布局是失智症長者重要的指南之一，該指

南應為簡單、清楚的布局，同時需搭配有良好的視覺通路，如：良好的視覺通路與無死角或是急彎的道路。建築型態是由於都市的更新與改變，皆是建築樣貌改變的原因之一，但對於失智症長者新穎的建築樣貌往往造成難以理解的狀況，造成高齡失智症者無法在社區中找到回家的路，因此建築型態應減少複雜的設計、新與舊應混合、加強建築的自我特色。如：建築屋頂輪廓、瓦片、煙囪、窗戶樣貌…等，皆是使失智症長者在社區環境中找到回家的路的元素。至於環境線索，因為環境中的標誌與指標是提供失智症長輩最直接的導航線索，所以環境中應提供有利於失智症長輩在社區中活動得有利線索與刺激，例如標誌能清楚的表達並給予指引的道路、在社區環境中給予自然的提示音，使失智症長者能在環境中自然得到刺激，減緩病程。詳細說明請見第五章之內容。

英國學者 Burton & Mitchell(2009)分析英國失智高齡者的退化過程與環境使用關係探討中，失智者隨著記憶力、認知與身體機能的退化，所需之環境特性也應針對其失智者進行改善，並提出包容性城市設計之議題(Inclusive Design)。除了可以減少失智者空間障礙，並可以維持自理生活能力、提高失智者生活品質進而達到減少照顧者負擔、減少社會成本與醫療負擔。其中列出六大戶外環境設計原則，包括熟悉性、易讀性、獨特性、可達性、舒適性、安全性。其目標為滿足讓所有使用者可以使用、理解並享受的社區街道。

- 1.熟悉性：社區環境、街道、建築等辨識度是透長期關係所建立的。
- 2.易讀性：幫助高齡者定位、確定路線、標誌清晰有明確可見的特徵等。
- 3.獨特性：不同形式、元素、材料的形式反映出地區特色與建築功能。
- 4.可達性：街道與公共服務設施的連接性。
- 5.舒適性：人們可以順暢到達目的地，並以享受戶外與公眾服務設施。
- 6.安全性：人們使用外部環境時不必擔心會絆倒或遭到襲擊。

Anderson, Fraley & Green (2007)分析英國高齡失智者社區機構環境設計，並提出個別機構之優點，主要包含之設計性質如下：

- 1.辨識性：指引性的環境，包含指標等
- 2.環境刺激性：社區提供視覺辨識性與觸覺感知
- 3.社會支持：失智者可與社區環境活動，包括商店、遊樂空間
- 4.獨特性：建築具有獨特性包含門廊、入口等
- 5.安全性：包含材料以及符合高齡失智者高度的設計。

美國學者 Marcus & Franci(1997)分析美國高齡者住宅，並提出設計高齡化之議題，其中包含提出重視對於失智症患者所需採取之措施，主要包含社會聯繫、私密性、個人空間、安全、社區流動性、安全性、舒適性、環境刺激、獨特性。

其後英國學者 Rahman(2014) 整理英國高齡失智相關之議題，包含政策與設

計手法等層面，並提出針對不同空間的失智症環境設計要點，其中所含之議題包含辨識性、安全性、環境刺激性、可及性、舒適性、熟悉性與獨特性。

Rowles & Bernard (2013) 強調環境設計應讓環境具備職能治療的目標與機制，讓失智高齡者的照顧環境成為支持性環境，其主要目的是讓環境設計應具備治療性環境功能(Environmental therapy)，並提出八項專門針對失智者照護環境的治療項目，包括安全保障、支持功能、最大限度提高認知與方向、社會接觸、隱私性、環境刺激、自我控制、自我連續性。而後被日本 PEAP 及 TESS 使用為評定環境特徵品質，其內容與美國學者 Tersi, Holmes & Ory (2000) 所提出失智者所需之生活設施評估八大項目類似。

1. 安全保障：生理安全與心理安全之維護
2. 支持功能：支持身體機能不要退化
3. 最大限度提高認知與方向：有時間及方向的辨識線索
4. 社會接觸：促進社交機會
5. 隱私性：維護隱私、尊嚴透過視覺和聽覺提高環境特性
6. 環境刺激：適當環境刺激與感官體驗
7. 自我控制：提升自主化與選擇權
8. 自我連續性：維持過去信念及偏好

PEAP 為日本兒玉教授(2010)所提出，其特性在於不只是提出環境上的評估構面，還針對機構內之生活機能與營運理念等進行規範比較，主要設定目標是著重塑造，對於高齡失智者友善之特別環境，並強調對於建構失智長輩之環境需達到，像在生活在家中的感覺，而非一般既定印象中的冰冷機構。其中包含了 8 個評估構面，34 個評估項目，145 個評估內容所組成。

彙整上述文獻，本研究因獨特性與辨識性雷同，故併入辨識性中。原辨識性著重於物理環境的辨識度，環境刺激性則強調透過五感刺激而作為辨識之依據，加上考量台灣的社區環境，故將環境刺激性亦併入辨識性中。本研究提出失智友善環境評估要項分為六大指標，包括辨識性、安全性、可及性、社會支持性、舒適性和熟悉性。

表 2-4 高齡失智者社區環境評估指標比較表

		辨識性 / 易讀性	安全性 / 隱私性	環境 刺激性	可 及 性	舒 適 性	孰 悉 性	獨 特 性	社 會 支 持	自 主 性	能 力 最 大 化	自 我 連 續 性
環 境 設 計	Burton& Mitchell(2009) , Inclusive urban design: Streets for life (英國)	✓	✓		✓	✓	✓	✓				
	Anderson, Fraley& Green (2007) , Design for Aging Post-Occupancy Evaluations (英國)			✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Marcus& Francis (1997) , People places: Design guidelines for urban open space (美國)		✓	✓		✓		✓	✓			
	Rahman (2014) , Living well with dementia: The importance of the person and the environment for wellbeing (英國)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
	Rowles& Bernard (2013) , Environmental Gerontology Making Meaningful Places in old age (英國)	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓
	兒玉桂子、古賀譽章、沼田恭子、下恒光(2010) , PEAP (日本)	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓
合計		<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

(資料來源：本研究整理)

## 第三章 案例調查

### 第一節 問卷分析

#### 壹、台北市信義某社區簡介

本研究依據明治大學理工學部建築學科的園田真理子教授的日常生活圈網絡照顧系統模型，以半徑 1500 公尺界定社區範圍進行研究。又因台灣社區環境與西方國家有相當大的差異，並無明確社區範圍的劃分，故選擇位處信義區的某機構為中心，劃設出信義社區。

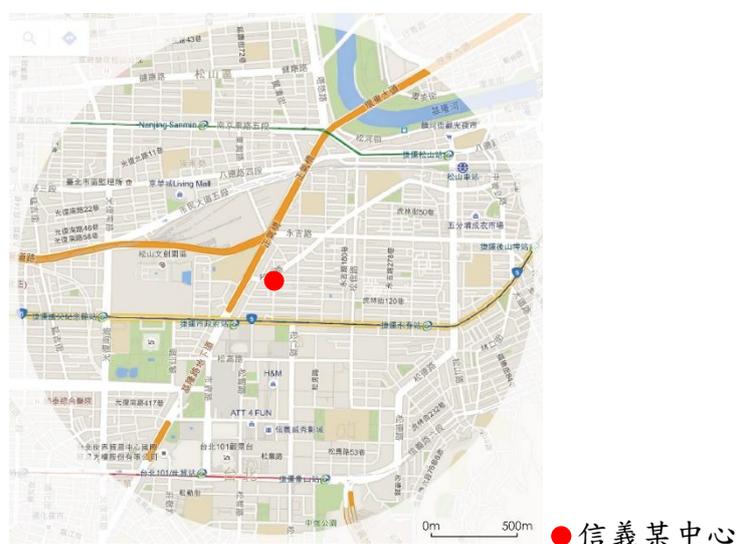


圖 3-1 信義某社區 1500 公尺區域範圍  
(資料來源：本研究繪製)

在 1500 公尺為半徑的範圍裡，包含了一小段基隆河、一部分象山及信義區的防災公園——松德公園，社區南部為信義計畫區。信義社區內，共有 8 所國小、2 所國中、6 所高中職與 1 所社區大學，其中，國父紀念館、松山文創園區(前身為松山菸廠)、台北機廠和松山車站為具歷史意涵的空間，對長期居住於此的居民具有特殊意義。

信義計畫區在許多街廓畫定指定留設公共開放空間，串聯形成連續綠帶，設施包括百貨公司、餐廳、電影院…等休閒娛樂場所，其中 101 大樓為重要地標，對於失智者而言，更是提供方向感的重要線索。此外，社區東側有虎林街黃昏市場，社區東北部鄰近基隆河的地區為饒河夜市。

信義社區共有 5 處關懷據點，包含社區範圍中心的信義某中心(此關懷據點

為功能型核備據點)，提供關懷訪視、電話問安、餐飲服務、老人共餐、健康促進活動…等服務。信義某中心屬於公辦民營，機構內有一位志工、一位護理師和三位照服員，共五位受過專業訓練成員，可照顧 20 位失智者(目前中心內服務 18 位高齡失智者)。跟台北市其他行政區相比，信義區具有相對完善先進的基礎設施，因此透過本研究改善後，可作為示範點供未來其他地區參考。



圖 3-2 革新公園  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-3 雅祥公園  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-4 雅祥公園  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-5 通化夜市  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-6 興雅診所  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-7 興雅里辦公室  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-8 雅祥里社區發展協會  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-9 福德宮  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 3-10 信義某中心  
(資料來源：本研究拍攝)

## 貳、個案基本資料

目前的個案主要以信義某中心為主，另外輔以臺北市未使用日間照顧中心的長者為研究個案。信義某中心所服務的老人主要以 65 歲以上高齡失智者為主，星期一到星期五皆有失智症相關活動課程，例如：職能治療、球類活動、大腦體操、寵物治療、趣味活動…等，以減緩失智症長者病徵。

本研究 S01-S07 及 S15-S35 共計 25 份之問卷受訪對象為家屬；S08-S13 共計 6 份問卷受訪對象為失智症長者。

表 3-1 個案基本資料表

受訪代碼	性別	年齡	受訪對象		案例來源	訪問方式
			家屬	長者		
S01	女	85 歲以上	●		日照中心	發放問卷
S03	女	85 歲以上	●		日照中心	發放問卷
S04	女	85 歲以上	●		日照中心	發放問卷
S05	男	85 歲以上	●		日照中心	發放問卷
S06	男	85 歲以上	●		日照中心	發放問卷
S07	女	75-84 歲	●		日照中心	發放問卷
S08	女	85 歲以上		●	日照中心	面談訪問
S09	女	65-74 歲		●	日照中心	面談訪問
S10	男	85 歲以上		●	日照中心	面談訪問
S11	女	75-84 歲		●	日照中心	面談訪問
S12	女	85 歲以上		●	日照中心	面談訪問
S13	男	85 歲以上		●	日照中心	面談訪問
S15	女	85 歲以上	●		瑞智學堂	面談訪問
S16	女	85 歲以上	●		瑞智學堂	面談訪問
S18	女	85 歲以上	●		瑞智學堂	面談訪問
S19	女	75-84 歲	●		瑞智學堂	面談訪問
S20	女	85 歲以上	●		瑞智學堂	面談訪問
S21	女	75-84 歲	●		瑞智學堂	面談訪問
S22	女	65-74 歲	●		瑞智學堂	面談訪問
S23	女	85 歲以上	●		瑞智學堂	面談訪問
S24	女	85 歲以上	●		瑞智學堂	面談訪問
S25	女	65-74 歲	●		瑞智學堂	面談訪問
S26	女	85 歲以上	●		瑞智學堂	面談訪問
S27	男	75-84 歲	●		親友介紹	面談訪問

S29	男	85 歲以上	●		親友介紹	面談訪問
S30	男	75-84 歲	●		親友介紹	面談訪問
S31	女	75-84 歲	●		親友介紹	面談訪問
S32	女	75-84 歲	●		親友介紹	面談訪問
S33	男	85 歲以上	●		親友介紹	面談訪問
S34	女	75-84 歲	●		親友介紹	面談訪問
S35	女	85 歲以上	●		親友介紹	面談訪問

(資料來源：本研究整理)

## 參、問卷分析

本研究就受訪者基本資料之調查，包含性別、年齡、教育程度、病程、發病時間、退休前的職業、與照顧者的關係、出門頻率、最常與誰外出、居住地區、居住類型、居住時間、目前病徵、出門的時段、可否自行回家社區環境中找到回家的路、對於社區環境的滿意程度、感到滿意的原因、感到不滿意的原因、對於社區環境的滿意程度等項目之研究分析如下：

### 一、基本資料分析

#### (一)性別

本研究分為兩種類別調查，受訪者以女性 23 人，佔全部樣本數 74.2%；男性 8 人，佔全部樣本數 25.8%，女性比例高於男性 48.5%。

表 3-2 受訪者性別項目表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
性別	女	23	74.2%	1
	男	8	25.8%	2

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

#### (二)年齡

本研究分為四種類別調查，其中 65-74 歲共 3 位，佔總樣本數 9.7%；75-84 歲共 9 位，佔總樣本數 29%；85 歲以上共 19 人，佔總樣本數 61.3%。

表 3-3 受訪者年齡項目表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
年齡	65-74 歲	3	9.7%	3
	75-84 歲	9	29%	2
	85 歲以上	19	61.3%	1

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (三)教育程度

本研究問卷分為六種類別調查，其中受訪者沒有受過教育的共 2 位，佔總樣本數 6.5%；國小共 12 位，佔總樣本數 38.7%；國中 6 位，佔總樣本數 19.4%；高中職共 7 位，佔總樣本數 22.6%；大專院校共 4 位，佔總樣本數 12.9%。

表 3-4 受訪者教育程度項目表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
教育程度	無	2	6.5%	4
	國小	12	38.7%	1
	國中	6	19.4%	3
	高中職	7	22.6%	2
	大專院校	4	12.9%	5
	研究所以上	0	0%	6

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (四)病程

本研究問卷分為三種類別調查，其中輕度失智共 11 位，佔總樣本數 35.5%；中度失智共 14 位，佔總樣本數 45.2%；重度失智共 6 位，佔總樣本數 19.4%。

表 3-5 受訪者病程表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
病程	輕度	11	35.5%	2
	中度	14	45.2%	1
	重度	6	19.4%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (五)發病時間

本研究分為四種類別調查，其中發病時間為不到一年共 1 位，佔總樣本數 3.2%；一到五年共 15 位，佔總樣本數 48.4%；六到十年共 12 位，佔總樣本數 38.7%；十年以上共 3 位，佔總樣本數 9.7%。

表 3-6 受訪者發病時間表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
發病已有幾年	不到一年	1	3.2%	4
	一到五年	15	48.4%	1
	六到十年	12	38.7%	2
	十年以上	3	9.7%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (六)退休前的職業

本研究分為九種類別調查，其中為軍、公、教共 10 位，佔總樣本數 32.3%；農、林、漁、牧、礦共 2 位，佔總樣本數 6.5%；工共 1 位，佔總樣本數 3.2%；商共 2 位，佔總樣本數 6.5%；服務業共 2 位，佔總樣本數 6.5%；自由業共 1 位，佔總樣本數 3.2%；家管共 11 位，佔總樣本數 35.5%；無(含退休者)共 2 位，佔總樣本數 6.5%。

表 3-7 受訪者退休前的職業表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者退休前的職業為何	軍、公、教	10	32.3%	2
	農、林、漁、牧、礦	2	6.5%	3
	工	1	3.2%	7
	商	2	6.5%	3
	服務業	2	6.5%	3
	自由業	1	3.2%	7
	家管	11	35.5%	1
	無(含退休者)	2	6.5%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

#### (七)與照顧者的關係

本研究分為四種類別調查，其中與失智長者關係為配偶為 3 位，佔總樣本數 9.7%；子女共 27 位，佔總樣本數 87.1%；其他共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-8 受訪者與照顧者關係表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者與照顧者關係為	配偶	3	9.7%	2
	子女	27	87.1%	1
	照顧者	0	0%	4
	其他	1	3.2%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

#### (八)出門的頻率

本研究分為六種類別調查，其中失智長者一天出門數次以上共 3 位，佔總樣本數 9.7%；每天一次共 18 位，佔總樣本數 58.1%；兩三天一次共 4 位，佔總樣本數 12.9%；每週一次共 1 位，佔總樣本數 3.2%；每月一次共 2 位，佔總樣本數 6.5%；其他共 3 位，佔總樣本數 9.7%。

表 3-9 受訪者出門的頻率表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者出門的頻率	一天數次以上	3	9.7%	3
	每天一次	18	58.1%	1
	兩三天一次	4	12.9%	2
	每週一次	1	3.2%	6
	每月一次	2	6.5%	3
	其他	3	9.7%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (九)最長與誰外出

本研究分為六種類別調查，其中失智長者最長與配偶外出為 4 位，佔總樣本數 12.9%；子女共 23 位，佔總樣本數 74.2%；外傭共 3 位，佔總樣本數 9.7%；其他共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-10 受訪者最長與誰外出表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者最常與誰外出	獨自外出	0	0%	5
	配偶	4	12.9%	2
	子女	23	74.2%	1
	鄰居	0	0%	5
	外傭	3	9.7%	3
	其他	1	3.2%	4

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十)居住區域有無社區

本研究分為兩種類別調查，其中失智長者居住區域有社區共 10 位，佔總樣本數 32.3%；居住區域無社區共 19 位，佔總樣本數 61.3%；不清楚共 2 位，佔總樣本數 6.5%。

表 3-11 受訪者居住區域有無社區表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者居住 區域有無社區	有社區	10	32.3%	2
	無社區	19	61.3%	1
	不清楚	2	6.5%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十一)居住地的類型

本研究分為六種類別調查，其中居住電梯大廈共 12 位，佔總樣本數 38.7%；透天共 1 位，佔總樣本數 3.2%；樓梯公寓共 15 位，佔總樣本數 48.4%；國宅共 2 位，佔總樣本數 6.5%；其他(1.2 樓販厝)共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-12 受訪者居住地的類型表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者居住 地的類型	電梯大廈	12	38.7%	2
	透天	1	3.2%	4
	樓梯公寓	15	48.4%	1
	國宅	2	6.5%	3
	其他(1.2 樓販厝)	1	3.2%	4

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十二)居住的時間

本研究分為六種類別調查，其中居住一到十年共 7 位，佔總樣本數 22.6%；十一到二十年共 7 位，佔總樣本數 22.6%；二十到三十年共 5 位，佔總樣本數 16.1%；三十到四十年共 8 位，佔總樣本數 25.8%；四十年以上共 4 位，佔總樣本數 12.9%。

表 3-13 受訪者居住的時間表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者居住的時間	一年內	0	0%	6
	一到十年	7	22.6%	2
	十一到二十年	7	22.6%	2
	二十到三十年	5	16.1%	4
	三十到四十年	8	25.8%	1
	四十年以上	4	12.9%	4

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十三)目前的病徵

本研究分為八種類別調查，其中出現無方向感共 15 位，佔總樣本數 25.9%；出現焦躁不安共 10 位，佔總樣本數 17.2%；出現幻覺妄想共 7 位，佔總樣本數 12.1%；出現行動不便共 9 位，佔總樣本數 15.5%；出現徘徊遊走共 2 位，佔總樣本數 3.4%；出現失禁共 9 位，佔總樣本數 15.5%；出現日夜顛倒共 1 位，佔總樣本數 1.7%；其他共 5 位，佔總樣本數 8.6%。

表 3-14 受訪者目前的病徵表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者目前的病徵(複選)	無方向感	15	25.9%	1
	焦躁不安	10	17.2%	2
	幻覺妄想	7	12.1%	5
	行動不便	9	15.5%	3
	徘徊遊走	2	3.4%	7
	失禁	9	15.5%	3
	日夜顛倒	1	1.7%	8
	其他	5	8.6%	6

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十四)出門的時間

本研究分為五種類別調查，其中出門時間為清晨(00:00-06:00)共 1 位，佔總樣本數 1.9%；上午(06:00-12:00)共 26 位，佔總樣本數 50%；中午(12:00-13:00)共 8 位，佔總樣本數 15.4%；下午(13:00-18:00)共 17 位，佔總樣本數 32.7%。

表 3-15 受訪者出門的時段表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者的出門的時段(複選)	清晨(00:00-06:00)	1	1.9%	4
	上午(06:00-12:00)	26	50%	1
	中午(12:00-13:00)	8	15.4%	3
	下午(13:00-18:00)	17	32.7%	2
	晚上(18:00-00:00)	0	0%	4

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

#### (十五)可否自行為家社區環境中找到回家的路

本研究分為兩種類別調查，其中可以自行找到回家的路共 9 位，佔總樣本數 29%；不可以共 22 位，佔總樣本數 71%。

表 3-16 受訪者可否自行回家社區環境中找到回家的路表

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者可否自行回家社區環境中找到回家的路	可以	9	29%	2
	不可以	22	71%	1

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

#### (十六)對於社區環境的滿意程度

本研究分為五種類別調查，其中認為非常滿意為 2 位，佔總樣本數 6.3%；滿意共 14 位，佔總樣本數 43.8%；尚可共 12 位，佔總樣本數 37.5%；不滿意共 3 位，佔總樣本數 9.4%，並無受訪者表示非常不同意。

表 3-17 受訪者對於社區環境的滿意程度表

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
失智長者對於社區環境的滿意程度	非常滿意	2	6.3%	10	4
	滿意	14	43.8%	56	1
	尚可	12	37.5%	36	2
	不滿意	3	9.4%	6	3
	非常不滿意	0	0%	0	5
合計				108	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十七)感到滿意的原因

本研究分為六種類別調查，其中認為社區活動多樣性共 4 位，佔總樣本數 8.3%；充足的公共設施共 9 位，佔總樣本數 18.8%；住家環境優良共 5 位，佔總樣本數 10.4%；居家環境安全共 16 位，佔總樣本數 33.3%；生活設施舒適共 6 位，佔總樣本數 12.5%；其他共 8 位，佔總樣本數 16.7%。

表 3-18 受訪者感到滿意的原因表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者感到滿意的原因為何	社區活動多樣性	4	8.3%	6
	充足的公共設施	9	18.8%	2
	住家環境優良	5	10.4%	5
	居家環境安全	16	33.3%	1
	生活設施舒適	6	12.5%	4
	其他	8	16.7%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十八)感到不滿意的原因

本研究分為五種類別調查，其中感到不滿意原因為老舊公寓沒有電梯共 12 位，佔總樣本數 25%；社區無適合失智長者的活動共 16 位，佔總樣本數 33.3%；社區無友善商店共 6 位，佔總樣本數 12.5%；社區照顧機構不足共 5 位，佔總樣本數 10.4%；其他共 9 位，佔總樣本數 18.8%。

表 3-19 受訪者感到不滿意的原因表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者感到不滿意的原因為何？	老舊公寓沒有電梯輔助	12	25%	2
	社區無適合失智長者的活動	16	33.3%	1
	社區無友善商店	6	12.5%	4
	社區照顧機構不足(日間照顧、喘息服務)	5	10.4%	5
	其他	9	18.8%	3

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(十九)對於社區環境的滿意程度**

本研究探討受訪者對於目前居住之區域，是否達到高齡友善社區，其中非常不滿意共 1 位，佔總樣本數 3.2%；不滿意共 8 位，佔總樣本數 25.8%；尚可共 18 位，佔總樣本數 58.1%；同意共 4 位，佔總樣本數 12.9%。

表 3-20 受訪者對於社區環境的滿意程度表

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
您對目前居住之區域，是否達到高齡友善社區	非常不滿意	1	3.2%	1	4
	不滿意	8	25.8%	16	2
	尚可	18	58.1%	54	1
	滿意	4	12.9%	16	3
	非常滿意	0	0%	0	5
合計				87	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

## 二、政府目前推動的政策認知(複選)

本研究就受訪者對於政府目前推動的政策認知，包含我國政府推動的政策有哪些、實際使用過哪些服務、使用的原因為、政府應該提供哪些資源、覺得我國推動政策困難點在何處等項目之研究分析如下：

### (一)失智長者對於我國政府推動的政策認知

本研究分為七種類別調查，其中失智長者使用過居家服務共 8 位，佔總樣本數 19.5%；送餐服務共 5 位，佔總樣本數 12.2%；社區及居家復健共 4 位，佔總樣本數 9.8%；喘息服務共 6 位，佔總樣本數 14.6%；交通接送服務共 8 位，佔總樣本數 19.5%；照顧服務共 10 位，佔總樣本數 24.4%。

表 3-21 受訪者對我國政府推動的政策了解表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
您是否了解我國政府推動的政策有哪些？	居家服務(協助沐浴.更衣.進食.陪同散步…等)	20	18%	2
	送餐服務	17	15.3%	4
	社區及居家復健	13	11.7%	6
	喘息服務	19	17.1%	3
	交通接送服務	17	15.3%	4
	照顧服務(日間照顧.機構照顧等)	23	20.7%	1
	其他	2	1.8%	7

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (二)失智長者實際使用過的服務

本研究分為七種類別調查，其中失智長者使用過居家服務共 3 位，佔總樣本數 6.4%；送餐服務共 2 位，佔總樣本數 4.3%；喘息服務共 3 位，佔總樣本數 6.4%；交通接送服務共 8 位，佔總樣本數 17%；照顧服務共 20 位，佔總樣本數 42.6%；其他共 11 位，佔總樣本數 23.4%。

表 3-22 受訪者實際使用過服務表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
您實際使用過哪些服務？	居家服務(協助沐浴.更衣.進食.陪同散步…等)	3	6.4%	4
	送餐服務	2	4.3%	6
	社區及居家復健	0	0%	7
	喘息服務	3	6.4%	4
	交通接送服務	8	17%	3
	照顧服務(日間照顧.機構照顧等)	20	42.6%	1
	其他	11	23.4%	2

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (三)失智長者沒有使用的原因

本研究分為五種類別調查，其中失智長者不清楚政府友推動這些政策共 6 位，佔總樣本數 15.8%；政府補助太少共 3 位，佔總樣本數 7.9%；不清楚從哪得知這些資訊共 5 位，佔總樣本數 13.2%；暫時不需要共 20 位，佔總樣本數 52.6%；其他共 4 位，佔總樣本數 10.5%。

表 3-23 受訪者沒有使用的原因表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
沒有使用的原因為？	不清楚政府有推動這些政策	6	15.8%	2
	政府補助太少	3	7.9%	5
	不清楚從哪得知這些資訊	5	13.2%	2
	暫時不需要	20	52.6%	1
	其他	4	10.5%	4

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (四)失智長者認為政府應該提供哪些資源

本研究分為五種類別調查，其中失智長者認為應提供專業評估失智長者適合的機構共 19 位，佔總樣本數 26.8%；臨時日照中心或社區照顧支援中心之提供共 23 位，佔總樣本數 32.4%；提供醫療體系 24H 緊急服務方式共 10 位，佔總樣本數 14.1%；社區提供失智者相關資訊共 15 位，佔總樣本數 21.1%；其他共 4 位，佔總樣本數 5.6%。

表 3-24 受訪者政府應該提供哪些資源表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
您認為政府應該提供哪些資源？	專業評估失智長者適合的機構(長期照顧機構.團體家屋...等)	19	26.8%	2
	臨時日照中心或社區照顧支援中心之提供	23	32.4%	1
	提供醫療體系 24H 緊急服務方式	10	14.1%	4
	社區提供失智者相關資訊	15	21.1%	3
	其他	4	5.6%	5

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

#### (五)失智長者覺得我國推動政策困難點為

本研究共有五位失智長者提出我國推動政策困難點在 1.政策搖擺不定，政策不透明，照服人員不足。2.立法緩慢，經費來源困難。3.生育率下降，少子化。4.醫護人員缺少與流失。5.社會自覺意識不足。

表 3-25 受訪者覺得我國推動政策困難點在何處表(複選)

<p>您覺得我國推動政策困難點在何處？</p>	<p><b>1.經費</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 立法緩慢 經費來源困難(S-05)。</li> <li>● 財力不足、共識不夠(S-26)。</li> <li>● 沒有經費補助(S-28)。</li> <li>● 經費是最大問題(S-29)。</li> <li>● 經費不足(S-31) (S-32)。</li> </ul> <p><b>2.政府政策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 政策搖擺不定 政策不透明 照服人員不足 (S-07)。</li> <li>● 推動進度仍然不夠快(S-16)。</li> <li>● 社會福利基礎建設不足(S-19)。</li> <li>● 各部會各取為政，無法整合(S-21)。</li> <li>● 主體規劃不明確；知道政府要做，做什麼？怎麼做？資訊不公開(S-27)。</li> <li>● 集中力量做重點得事(S-30)。</li> <li>● 應與產業結合，提供社區工作(S-33)。</li> </ul> <p><b>3.民眾認知</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 雙向認知、溝通面，接受及信任面是主要阻礙政策推動原因(S-18)。</li> <li>● 民眾對於失智症的認知(S-23)。</li> <li>● 資訊家屬不清楚 (S-32)。</li> </ul>
-------------------------	---

(資料來源：本研究整理)

依本研究問卷整理得知受訪者對於我國長期照顧相關政策有一定的了解，但對於我國的政策仍有許多不認同之處，例如政策搖擺不定、政策不夠透明、立法速度緩慢及經費來源困難等等，皆反映出我國政策在長期照顧的一大絆腳石，其中受訪者認為我國臨時日間照顧等喘息空間極為重要，也突顯出我國照服人員人數明顯不足等問題；失智症的病徵有別於一般老人，因此對於長期照顧政策及照服人員的訓練都應提高標準，對於失智症患者才有一定的協助。

### 三、複選題分析

#### (一)失智長者出門的原因

本研究分為九種類別調查，其中失智長者出門購物買菜共 8 位，佔總樣本數 10.5%；上街走路共 12 位，佔總樣本數 15.8%；到日照中心共 17 位，佔總樣本數 22.4%；跟人聊天共 6 位，佔總樣本數 7.9%；參與活動共 8 位，佔總樣本數 10.5%；參與宗教類行為共 6 位，佔總樣本數 7.9%；逛街共 2 位，佔總樣本數 2.6%；就醫共 14 位，佔總樣本數 18.4%；其他共 3 位，佔總樣本數 3.9%。

表 3-26 受訪者出門的原因為何表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者出門的原因為何	買菜購物	8	10.5%	4
	上街走路	12	15.8%	3
	日照中心	17	22.4%	1
	跟人聊天	6	7.9%	6
	參與活動	8	10.5%	4
	參與宗教類行為	6	7.9%	6
	逛街	2	2.6%	9
	就醫	14	18.4%	2
	其他	3	3.9%	8

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

## (二)失智長者生活最重要的場所設施

本研究分為九種類別調查，其中失智長者認為公園綠地為最重要的場所設施共 18 位，佔總樣本數 30%；廣場共 2 位，佔總樣本數 3.3%；社區活動中心共 4 位，佔總樣本數 6.7%；市集共 6 位，佔總樣本數 10%；日照中心共 21 位，佔總樣本數 35%；商場共 2 位，佔總樣本數 3.3%；街道共 4 位，佔總樣本數 6.7%；其他共 3 位，佔總樣本數 5%。

表 3-27 受訪者生活最重要的場所設施(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者生活最重要的場所設施	學校	0	0%	9
	公園綠地	18	30%	2
	廣場	2	3.3%	7
	社區活動中心	4	6.7%	4
	市集	6	10%	3
	日照中心	21	35%	1
	商場	2	3.3%	7
	街道	4	6.7%	4
	其他	3	5%	6

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

## (三)失智長者最常去的場所設施

本研究分為十六種類別調查，其中失智長者最常去的場所設施為日照中心共 20 位，佔總樣本數 19.8%；公園綠地共 21 位，佔總樣本數 20.8%；廣場共 4 位，佔總樣本數 4%；社區活動中心共 3 位，佔總樣本數 3%；市場共 10 位，佔總樣本數 9.9%；診所或醫院共 18 位，佔總樣本數 17.8%；社區關懷據點共 2 位，佔總樣本數 2%；老人服務中心共 5 位，佔總樣本數 5%；村里辦公室共 3 位，佔總樣本數 3%；教堂共 1 位，佔總樣本數 1%；宮廟共 9 位，佔總樣本數 8.9%；學校共 1 位，佔總樣本數 1%；其他共 4 位，佔總樣本數 4%。

表 3-28 受訪者最常去的場所設施表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者最常去的場所設施 (排名 1-5)	日照中心	20	19.8%	2
	公園綠地	21	20.8%	1
	廣場	4	4%	7
	社區活動中心	3	3%	9
	市場	10	9.9%	4
	衛生所	0	0%	14
	診所或醫院	18	17.8%	3
	社區關懷據點	2	2%	11
	老人大學	0	0%	14
	老人服務中心	5	5%	6
	村里辦公室	3	3%	9
	教堂	1	1%	12
	宮廟	9	8.9%	5
	學校	1	1%	12
	圖書館	0	0%	14
其他	4	4%	7	

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(四)失智長者在社區環境使用上認為最重需要改善之處**

本研究分為十二種類別調查，其中失智長者在社區環境使用上認為距離太遠共 5 位，佔總樣本數 6.4%；交通不便共 6 位，佔總樣本數 7.7%；治安不好共 1 位，佔總樣本數 1.3%；服務活動太少共 13 位，佔總樣本數 16.7%；設備太少共 8 位，佔總樣本數 8%；行動不安全共 8 位，佔總樣本數 10.3%；使用人數太多共 4 位，佔總樣本數 5.1%；空間大小共 1 位，佔總樣本數 1.3%；沒適合失智者的活動共 21 位，佔總樣本數 26.9%；環境衛生共 4 位，佔總樣本數 5.1%；其他共 7 位，佔總樣本數 9%。

表 3-29 受訪者社區環境認為何者最需要改善表(複選)

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者社區環境使用上認為何者最需要改善	距離太遠	5	6.4%	7
	交通不便	6	7.7%	6
	治安不好	1	1.3%	10
	服務活動太少	13	16.7%	2
	設備太少	8	10.3%	3
	行動不安全	8	10.3%	3
	使用人數太多	4	5.1%	8
	參與活動的人不好相處	0	0%	12
	空間太小	1	1.3%	10
	沒適合失智者的活動	21	26.9%	1
	環境衛生	4	5.1%	8
	其他	7	9%	5

備註：有效樣本數 N=31；n 為受訪者選的次數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

#### 四、社區現況環境分析

##### (一)辨識性之認知 -1

本研究探討受訪者對於社區中具有簡易明瞭、清晰、顏色分明且無眩光的指標系統，其中非常不同意共 5 位，佔總樣本數 15.6%；不同意共 9 位，佔總樣本數 28.1%；尚可共 10 位，佔總樣本數 31.3%；同意共 6 位，佔總樣本數 18.8%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.1%。

表 3-30 受訪者對社區辨識性-1 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
具有簡易明瞭、清晰、顏色分明且無眩光的指標系統（如公共廁所人形標誌、避難區域指引等）	非常不同意	5	15.6%	5	4
	不同意	9	28.1%	18	2
	尚可	10	31.3%	30	1
	同意	6	18.8%	24	3
	非常同意	1	3.1%	5	5
合計				82	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

##### (二)辨識性之認知 -2

本研究探討受訪者對於社區中岔路或道路端點設置標誌或地標可助於辨識，其中非常不同意共 2 位，佔總樣本數 6.5%；不同意共 8 位，佔總樣本數 25.8%；尚可共 14 位，佔總樣本數 45.2%；同意共 7 位，佔總樣本數 22.6%；並無受訪者表示非常同意。

表 3-31 受訪者對社區辨識性-2 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
岔路或道路端點設置標誌或地標可助於辨識（超商、郵局…等）	非常不同意	2	6.5%	2	4
	不同意	8	25.8%	16	2
	尚可	14	45.2%	42	1
	同意	7	22.6%	14	3
	非常同意	0	0%	0	5
合計				88	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(三)辨識性之認知 -3**

本研究探討受訪者對於社區中失智長者可以感受到自然聲音及音樂提示，其中非常不同意共 5 位，佔總樣本數 16.1%；不同意共 16 位，佔總樣本數 51.6%；尚可共 2 位，佔總樣本數 6.5%；同意共 7 位，佔總樣本數 22.6%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%；。

表 3-32 受訪者對社區辨識性-3 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
失智長者可以感受到自然聲音及音樂提示。如學校鐘聲等	非常不同意	5	16.1%	5	4
	不同意	16	51.6%	32	1
	尚可	2	6.5%	6	3
	同意	7	22.6%	14	2
	非常同意	1	3.2%	5	4
合計				76	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(四)辨識性之認知 -4**

本研究探討受訪者對於社區中失智長者可以感受到自然聲音及音樂提示，其中非常不同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%；不同意共 8 位，佔總樣本數 45.2%；尚可共 5 位，佔總樣本數 16.1%；同意共 11 位，佔總樣本數 35.5%；並無受訪者表示非常同意。

表 3-33 受訪者對社區辨識性-4 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
環境中具有提供失智者知覺上的刺激（如聽覺：兒童嬉笑聲、人們交談聲；嗅覺：香味、夜市主菜味道……等等	非常不同意	1	3.2%	1	4
	不同意	8	45.2%	16	2
	尚可	5	16.1%	15	3
	同意	11	35.5%	44	1
	非常同意	0	0%	0	5
合計				88	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(五) 安全性之認知 -1**

本研究探討受訪者對於社區中具有足夠的照明設備，其中非常不同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%；不同意共 4 位，佔總樣本數 12.5%；尚可共 12 位，佔總樣本數 37.5%；同意共 13 位，佔總樣本數 40.6%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 7.1%。

表 3-34 受訪者對社區安全性-1 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
具有足夠的照明設備	非常不同意	1	3.2%	1	4
	不同意	4	12.5%	8	3
	尚可	12	37.5%	42	2
	同意	13	40.6	42	1
	非常同意	1	7.1%	5	4
合計				102	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(六) 安全性之認知 -2**

本研究探討受訪者對於社區中轉角處減少遮蔽物，其中非常不同意共 3 位，佔總樣本數 9.7%；不同意共 8 位，佔總樣本數 25.8%；尚可共 12 位，佔總樣本數 38.7%；同意共 7 位，佔總樣本數 22.6%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-35 受訪者對社區安全性-2 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
轉角處減少遮蔽物	非常不同意	3	9.7%	3	4
	不同意	8	25.8%	16	2
	尚可	12	38.7%	36	1
	同意	7	22.6%	28	3
	非常同意	1	3.2%	5	5
合計				88	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(七)安全性之認知 -3**

## 1. 失智長者在外時感到不安(使用設施與治安)

本研究探討受訪者對於社區中智長者在外時不會感到不安，其中非常不同意共 4 位，佔總樣本數 12.9%；不同意共 13 位，佔總樣本數 41.9%；尚可共 9 位，佔總樣本數 29%；同意共 6 位，佔總樣本數 19.4%；非常同意共 2 位，佔總樣本數 6.5%。

3.確保社區環境中的鋪面無讓高齡失智具有幻覺之配色與圖案（鋪面顏色太深、具有花紋。

表 3-36 受訪者對社區安全性-3 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
失智長者在外時不會感到不安(使用設施與治安)	非常不同意	4	12.9%	4	4
	不同意	13	41.9%	26	1
	尚可	9	29%	27	2
	同意	6	19.4%	24	2
	非常同意	2	6.5%	10	5
合計				82	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(八)安全性之認知 -4**

本研究探討受訪者對於社區中確保社區環境中的鋪面無讓高齡失智具有幻覺之配色與圖案，其中非常不同意共 4 位，佔總樣本數 12.9%；不同意共 13 位，佔總樣本數 41.9%；尚可共 9 位，佔總樣本數 29%；同意共 4 位，佔總樣本數 12.5%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.1%。

表 3-37 受訪者對社區安全性-4 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
確保社區環境中的鋪面無讓高齡失智具有幻覺之配色與圖案（鋪面顏色太深、具有花紋	非常不同意	4	12.9%	4	3
	不同意	13	41.9%	26	1
	尚可	9	29%	27	2
	同意	4	12.5%	16	3
	非常同意	1	3.1%	5	5
合計				78	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(九)安全性之認知 -5**

本研究探討受訪者對於社區中確保社區環境中人行道鋪面為平整、防滑、無反光的材質，且具有顏色反差的邊界，其中非常不同意共 4 位，佔總樣本數 12.9%；不同意共 13 位，佔總樣本數 41.9%；尚可共 7 位，佔總樣本數 22.6%；同意共 6 位，佔總樣本數 19.4%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-38 受訪者對社區安全性-5 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
人行道鋪面為平整、防滑、無反光的材質，且具有顏色反差的邊界	非常不同意	4	12.9%	4	4
	不同意	13	41.9%	26	1
	尚可	7	22.6%	21	2
	同意	6	19.4%	24	3
	非常同意	1	3.2%	5	5
合計				80	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(十)社會支持性之認知 -1**

本研究探討受訪者對於社區中具有高齡失智友善商店或具有可讓高齡失智者自行去採買物品的商店，其中非常不同意共 6 位，佔總樣本數 19.4%；不同意共 12 位，佔總樣本數 38.7%；尚可共 5 位，佔總樣本數 16.1%；同意共 7 位，佔總樣本數 22.6%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-39 受訪者對社區社會支持性-1 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
具有高齡失智友善商店/具有可讓高齡失智者自行去採買物品的商店	非常不同意	6	19.4%	6	3
	不同意	12	38.7%	24	1
	尚可	5	16.1%	15	4
	同意	7	22.6%	28	2
	非常同意	1	3.2%	5	5
合計				78	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(十一)社會支持性之認知 -2**

本研究探討受訪者對於社區中提供宗教場域的情感寄託，其中非常不同意共 2 位，佔總樣本數 6.5%；不同意共 9 位，佔總樣本數 28%；尚可共 10 位，佔總樣本數 32.3%；同意共 8 位，佔總樣本數 25.8%；非常同意共 2 位，佔總樣本數 6.5%。

表 3-40 受訪者對社區社會支持性-2 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
提供宗教場域的情感寄託（例如宮廟、教堂活動等）	非常不同意	2	6.5%	2	4
	不同意	9	28%	18	2
	尚可	10	32.3%	30	1
	同意	8	25.8%	32	3
	非常同意	2	6.5%	10	4
合計				92	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(十二)舒適性之認知 -1**

本研究探討受訪者對於社區中設有足夠的座椅可讓高齡失智者進行休憩，其中非常不同意共 9 位，佔總樣本數 29%；不同意共 9 位，佔總樣本數 29%；尚可共 6 位，佔總樣本數 19.4%；同意共 6 位，佔總樣本數 19.4%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-41 受訪者對社區舒適性-1 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
設有足夠的座椅可讓高齡失智者進行休憩（每 100 公尺設置一個座椅）	非常不同意	9	29%	9	1
	不同意	9	29%	18	1
	尚可	6	19.4%	18	3
	同意	6	19.4%	24	3
	非常同意	1	3.2%	5	5
合計				74	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十三)舒適性之認知 -2

本研究探討受訪者對於社區中設有足夠的座椅可讓高齡失智者進行休憩，其中非常不同意共 4 位，佔總樣本數 12.9%；不同意共 7 位，佔總樣本數 22.6%；尚可共 11 位，佔總樣本數 35.5%；同意共 8 位，佔總樣本數 25.8%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-42 受訪者對社區舒適性-2 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
環境整齊（沒有過多標誌、廣告牌和燈箱）	非常不同意	4	12.9%	4	4
	不同意	7	22.6%	14	3
	尚可	11	35.5%	33	1
	同意	8	25.8%	32	2
	非常同意	1	3.2%	5	5
合計				88	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十四)舒適性之認知 -3

本研究探討受訪者對於社區中具有舒適的公車候車室，並配有座椅，其中非常不同意共 4 位，佔總樣本數 12.9%；不同意共 10 位，佔總樣本數 32.3%；尚可共 11 位，佔總樣本數 35.5%；同意共 5 位，佔總樣本數 16.1%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-43 受訪者對社區舒適性-3 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
具有舒適的公車候車空間，並配有座椅	非常不同意	4	12.9%	4	4
	不同意	10	32.3%	20	2
	尚可	11	35.5%	33	1
	同意	5	16.1%	20	3
	非常同意	1	3.2%	5	5
合計				82	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(十五)舒適性之認知 -4**

本研究探討受訪者對於社區中公共廁所數量滿意度為，其中非常不同意共 11 位，佔總樣本數 35.5%；不同意共 12 位，佔總樣本數 38.7%；尚可共 5 位，佔總樣本數 16.1%；同意共 3 位，佔總樣本數 9.7%；並無受訪者表示非常同意。

表 3-44 受訪者對社區舒適性-4 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
失智長者對社區中公共廁所數量滿意度為	非常不同意	11	35.5%	11	2
	不同意	12	38.7%	24	1
	尚可	5	16.1%	15	3
	同意	3	9.7%	12	4
	非常同意	0	0%	0	5
合計				62	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(十六)熟悉性之認知 -1**

本研究探討受訪者對於社區中具有熟悉性街道，其中非常不同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%；不同意共 10 位，佔總樣本數 32.3%；尚可共 12 位，佔總樣本數 38.7%；同意共 6 位，佔總樣本數 19.4%；非常同意共 2 位，佔總樣本數 6.5%。

表 3-45 受訪者對社區熟悉性-1 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
具有熟悉性街道（觸及患者深刻記憶點）	非常不同意	1	3.2%	1	5
	不同意	10	32.3%	20	2
	尚可	12	38.7%	36	1
	同意	6	19.4%	24	3
	非常同意	2	6.5%	10	4
合計				91	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十七)熟悉性之認知 -2

本研究探討受訪者對於社區中建築特色對失智長輩是具有熟悉性或易於理解的，其中非常不同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%；不同意共 12 位，佔總樣本數 38.7%；尚可共 9 位，佔總樣本數 29%；同意共 8 位，佔總樣本數 25.8%；非常同意共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-46 受訪者對社區熟悉性-2 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
建築特色對失智長輩是具有熟悉性或易於理解的	非常不同意	1	3.2%	1	4
	不同意	12	38.7%	24	1
	尚可	9	29%	27	2
	同意	8	25.8%	32	3
	非常同意	1	3.2%	5	4
合計				89	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (十八)熟悉性之認知 -3

本研究探討受訪者對於社區中具有失智長者熟悉或理解的設施，其中非常不同意共 3 位，佔總樣本數 9.7%；不同意共 15 位，佔總樣本數 48.4%；尚可共 10 位，佔總樣本數 32.3%；同意共 3 位，佔總樣本數 9.7%；並無受訪者表示非常同意。

表 3-47 受訪者對社區熟悉性-3 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
具有失智長者熟悉/理解的設施(如懷舊電話亭)	非常不同意	3	9.7%	3	3
	不同意	15	48.4%	30	1
	尚可	10	32.3%	30	2
	同意	3	9.7%	9	3
	非常同意	0	0%	0	5
合計				72	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(十九)可及性之認知 -1**

本研究探討受訪者對於社區中服務單位和機能場所距離住宅 15 分鐘步行 500 公尺內距離，其中非常不同意共 2 位，佔總樣本數 16.1%；不同意共 10 位，佔總樣本數 32.3%；尚可共 7 位，佔總樣本數 22.6%；同意共 3 位，佔總樣本數 9.7%；非常同意共 6 位，佔總樣本數 19.4%。

表 3-48 受訪者對社區可及性-1 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
服務單位和機能場所距離住宅 15 分鐘步行 500 公尺內距離	非常不同意	2	16.1%	2	5
	不同意	10	32.3%	20	1
	尚可	7	22.6%	21	2
	同意	3	9.7%	12	4
	非常同意	6	19.4%	30	3
合計				88	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

**(二十)可及性之認知 -2**

本研究探討受訪者對於社區中公共建築及場所入口顯而易見且易於使用，其中非常不同意共 5 位，佔總樣本數 16.1%；不同意共 9 位，佔總樣本數 29%；尚可共 11 位，佔總樣本數 35.5%；同意共 4 位，佔總樣本數 12.9%；非常同意共 2 位，佔總樣本數 6.5%。

表 3-49 受訪者對社區可及性-2 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
公共建築及場所入口顯而易見且易於使用	非常不同意	5	16.1%	5	3
	不同意	9	29%	18	2
	尚可	11	35.5%	33	1
	同意	4	12.9%	16	4
	非常同意	2	6.5%	10	5
合計				82	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (二十一)可及性之認知 -3

本研究探討受訪者對於社區中失智長者可透過大眾運輸工具協助順利到達目的地，其中非常不同意共 5 位，佔總樣本數 16.1%；不同意共 8 位，佔總樣本數 25.8%；尚可共 7 位，佔總樣本數 22.6%；同意共 9 位，佔總樣本數 29%；非常同意共 2 位，佔總樣本數 6.5%。

表 3-50 受訪者對社區可及性-3 滿意程度

項目	類別	總樣本		得分	排序
		n	%		
失智長者可透過大眾運輸工具協助順利到達目的地	非常不同意	5	16.1%	5	4
	不同意	8	25.8%	16	2
	尚可	7	22.6%	21	3
	同意	9	29%	36	1
	非常同意	2	6.5%	10	5
合計				88	

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

### (二十二)可及性之認知 -4

本研究探討受訪者對於社區中失智長者從住家到達最常使用的空間設施距離為，其中表示 10 分鐘以內共 9 位，佔總樣本數 29%；10-20 分鐘以內共 16 位，佔總樣本數 51.6%；20-30 分鐘共 3 位，佔總樣本數 9.7%；30-40 分鐘以內共 2 位，佔總樣本數 6.5%；40 分鐘以上共 1 位，佔總樣本數 3.2%。

表 3-51 受訪者對社區可及性-4 滿意程度

項目	類別	總樣本		排序
		n	%	
失智長者從住家到達最常使用的空間設施距離為？（走路時間）	10 分鐘以內	9	29%	2
	10-20 分鐘	16	51.6%	1
	20-30 分鐘	3	9.7%	3
	30-40 分鐘	2	6.5%	4
	40 分鐘以上	1	3.2%	5

備註：有效樣本數 N=31；n 為人數；%為有效百分比

(資料來源：本研究整理)

依本研究問卷整理反映出目前社區仍有許多不同意之處，例如：具有簡單明瞭、清晰、顏色分明且無眩光的指標系統，總樣本數裡僅有 21.9%表示同意；岔路或道路端點設置標誌或地標可助於辨識，總樣本數裡僅有 22.6%表示

同意；失智長者可以感受到自然聲音及音樂提示，總樣本數裡僅有 25.8%表示同意；環境中具有提供失智者知覺上的刺激，總樣本數裡僅有 35.5%表示同意；具有足夠的照明設備，總樣本數裡僅有 47.7%表示同意；轉角處減少遮蔽物，總樣本數裡僅有 25.8%表示同意；失智長者在外出時不會感到不安，總樣本數裡僅有 25.9%表示同意；確保社區環境中的鋪面無讓高齡失智具有幻覺之配色與圖案，總樣本數裡僅有 15.6%表示同意；人行道鋪面為平整、防滑、無反光的材質，且具有顏色反差的邊界，總樣本數裡僅有 22.6%表示同意；具有高齡失智友善商店或具有可讓高齡失智者自行去採買物品的商店，總樣本數裡僅有 25.8%表示同意；提供宗教場域的情感寄託，總樣本數裡僅有 32.3%表示同意；設有足夠的座椅可讓高齡失智者進行休憩，總樣本數裡僅有 22.6%表示同意；環境整齊，總樣本數裡僅有 29%表示同意；具有舒適的公車候車室，並配有座椅，總樣本數裡僅有 19.3%表示同意；失智長者對社區中公共廁所數量滿意度為，總樣本數裡僅有 9.7%表示同意；具有熟悉性街道，總樣本數裡僅有 25.9%表示同意；建築特色對失智長輩是具有熟悉性或易於理解的，總樣本數裡僅有 29%表示同意；具有失智長者熟悉或理解的設施，總樣本數裡僅有 9.7%表示同意；服務單位和機能場所距離住宅 15 分鐘步行 500 公尺內距離，總樣本數裡僅有 29.1%表示同意；公共建築及場所入口顯而易見且易於使用，總樣本數裡僅有 19.4%表示同意；失智長者可透過大眾運輸工具協助順利到達目的地，總樣本數裡僅有 35.5%表示同意。

故本研究應探討我國社區環境中不友善之處，並且針對失智症建立高齡失智友善社區，提高友善之標準，得以使在地高齡者繼續生活於熟悉之環境，故我國應擬定高齡失智友善社區之指標，例如：如何提高相關指標與岔路之辨識性、如何提高社區環境之安全性、如何提供自然聲音與氣味達道失智長者五感之環境刺激性、如何提高商店之友善及情感寄託場域之社會支持性、如何提供街道或建築物相關特色之熟悉性、如何提供友善之大眾交通運輸之工具達到可及性等等；以上皆是本研究所需面臨之重要課題。

## 第二節 GPS 路徑調查分析

本研究共調查 13 位高齡失智者，其中 5 位為到信義某中心之個案，8 位為瑞智學堂之個案。在信義某社區，以信義老人福利機構為中心，研究團隊以跟隨失智症長者回家之生活路徑進行 GPS 的路徑調查，含輕度失智長者為一位、中度失智者為兩位、重度失智者為兩位，合計調查五位。跟隨方式含步行及以汽機車方式：以步行方式跟隨失智症長者回家之生活路徑為一位中度失智症長輩；以機車方式跟隨家屬使用重型機車接送為一位重度失智長者；以搭乘交通車至老人服務機構的失智者總共有三位，一位輕度失智者和兩位中度失智者。步行跟隨距離為 160 公尺，使用重型機車車程距離為 1600 公尺，從住家到老人服務機構的失智者總共車程為 3000 公尺和 3200 公尺及 6700 公尺。

表 3-52 GPS 信義某中心之案例

編號	病程	交通方式	跟隨方式	距離	跟隨時間	停留公共設施點	公共設施次數	總停留次數
A01	輕度	汽車	開車跟隨	3000m	12 分鐘	日照中心	1	0
A02	中度	汽車	開車跟隨	3200m	13 分鐘	日照中心	1	0
A03	中度	汽車	開車跟隨	6700m	27 分鐘	日照中心	1	0
B01	重度	機車	騎車跟隨	1600m	7 分鐘	日照中心	1	0
C01	中度	步行	步行跟隨	160m	2 分鐘	公園、日照中心	1	2

(資料來源：本研究整理)

表 3-53 GPS 生活半徑之案例

案例(一)：編號 A03(車行)	案例(二)：編號 C01(步行)
	
<p>編號 A03 之案例為男性，年齡為 88 歲中度失智症之老老人，其中病徵障礙為無方向感、焦躁不安、行動不便、失禁等等問題。以每日早上八點搭乘交通車至老人福利機構，下午四點搭乘交通車返為住處，照顧者為子女，因子女下班較晚，所以會自行行走至附近餐館用餐，居住至此區域時間為二十年以上，故所以對於目前居住環境相當熟悉，在訪談過程中提出障礙點分別為車流量較大人行紅綠燈時分短暫及人行道鋪面磁磚常有破損不友善現象。</p>	<p>編號 C01 之案例為女性，年齡為 83 歲中度失智症之中老人，其中病徵障礙為焦躁不安，徘徊遊走、幻覺妄想等等問題。以每日早上八點由子女陪伴至老人福利機構，下午五點半子女陪伴返回住處。路途中與家屬訪談過程中，家屬對於本研究團隊研究相關失智症之問題非常贊成，並提出了我國對於針對失智症相關法案較無配套措施及友善社區大部分皆針對一般老人為主，但失智症長者病徵有別於一般老人，故所以家屬無法放心讓失智症長者在社區中自行行走，因此對於失智症長者依賴家屬，也對家屬是一大負擔；所以我國要落實在地老化還有一大段路要走，在此反映出本研究研究之議題的重要性。</p>

(資料來源：本研究整理)

陪伴過程中，家屬反應失智症長輩的使用困難之處，歸納出以下三點：

1. 臺灣對於失智症相關法案與政策，並無良好的配套措施，例如：喘息空間不足、無適合失智症長者的活動與空間、臺灣針對失智症訓練的照服員不足等等。
2. 環境設施中，雖然我國雖有規劃自行車與人行步道，但並沒有有效區隔行人與汽機車，所以行人常與車輛並行，險象環生。
3. 老舊公寓沒有電梯設備，對於失智症長輩是非常不友善的。

另外家屬反應，失智症長者搭乘大眾交通運輸工具常有焦躁不安、幻覺妄想

等症狀，以上為家屬使失智症長者搭乘交通車主要目的。故本研究加入搭乘交通車的失智者做為分析。

本研究調查 8 位參與瑞智學堂之個案，包含 4 位自立步行期、3 位扶助步行期以及 1 位不能步行期，平均外出活動 21.4 分鐘步行 776.9 公尺，生活半徑為 225.25 公尺。

表 3-54 GPS 信義某中心瑞智學堂之案例



G-04 個案有乘坐公車，因本研究以步行環境為主，故表格統計將不計入討論。

失智症患者案例統計

編號	陪伴時間	陪伴距離	每分鐘平均	生活半徑	家離某中心 距離	健康狀況
G-01	24 min	526 m	21.9 m/min	160 m	140 m	自立步行期
G-02	102 min	2370 m	23.2 m/min	500 m	1060 m	扶助步行期
G-03	5 min	103 m	20.6 m/min	65 m	1070 m	扶助步行期
G-05	15 min	416 m	27.7 m/min	179 m	2960 m	自立步行期
G-06	10 min	357 m	35.7 m/min	100 m	1984 m	不能步行期
G-07	4 min	2220 m	49.3 m/min	580 m	3340 m	自立步行期
H-01	17 min	426 m	25.0 m/min	158 m	1510 m	自立步行期
H-02	6 min	60 m	10 m/min	60 m	2870 m	扶助步行期
平均	22.9 min	809.75 m	26.7 m/min	225.25 m	1866.75 m	

(資料來源：本研究整理)

表 3-55 失智長者所經過之場所設施

	公園 綠地	廣場	市場	診所 醫院	日照 中心	社區 關懷 據點	老人 服務 中心	學校	社區 活動 中心	老人 大學	里辦 公室	宗教 場域	其他
G01													
G02													捷運站
G03													
G04													
G05													
G06													
G07													
H01													修理鬧鐘
H02													
小計	3	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	2

(資料來源：本研究整理)

本研究以 GPS 路徑跟隨法，主要將探討不同的個案最真實的日常生活，因此以「陪伴時間」、「陪伴距離」、「每分鐘平均」、「生活半徑」、「家離某中心距離」、「健康狀況」進而分析，統整後平均陪伴時間為 21.4 分鐘；平均陪伴距離為 776.9 公尺；平均每分鐘行走為 26.7 公尺；平均生活半徑為 225.25 公尺；平均家距離某中心之距離為 1866.75 公尺；健康狀況部分，八個個案當中有四位失智症長者為自立步行期、有四位失智症長者為扶助步行期、有一位失智症長者為不能步行期。另外本研究將了解失智症長者生活步行當中所經過之場所設施，第一為公園綠地共佔八位案例中三位；次之為廣場、市場、診所醫院共佔八位案例中各兩位；最後為日照中心、社區關懷據點、老人服務中心共佔八位案例中各一位；則八個案例中有一位失智症長者會到捷運站尋找廁所、另外一位失智症長者會到附近鬧鐘行修理鬧鐘。



## 第四章 工作坊及專家座談

### 第一節 設計工作坊

#### 壹、工作坊內容

本研究探討高齡失智者對生活環境的期望與所需要的公共設施，以不同服務半徑探討其需求，並落實在地老化及成功老化之政策，本研究團隊及協同社工於西元 2016 年 4 月 23 日以失智症長者以家為中心，進行高齡失智者社區環境調查。由於大部分的失智症長者以往課程中屬於較被動型，往往需要社工人員點名上台參與活動，因此本研究團隊對於每一位上臺的失智症長者必須加以解釋工作坊內容，加上社工的協助解釋與鼓勵，才能引起失智症長者對於工作坊的關注與興趣。本研究團隊先以交談方式了解失智症長者對於自家環境的了解與基本需求，並從交談中點名發言較有熱忱的失智症長者中上台進行參與式遊戲工作坊。過程中，本研究團隊耐心地向失智症長者講解參與式遊戲工作坊內容，依照現居社區環境中引導失智症長者對於自我映像中社區環境中的了解，從旁有本研究團隊與社工的協助，使工作坊得以順利進行。

#### 一、參與者

本研究在台北市信義某中心日常課程中安排了參與式遊戲工作坊，由研究團隊共 5 位及社工 5 位引導 18 位失智症長者參與遊戲工作坊。

#### 二、參與者居住概況

參與者皆已居住其社區環境至少十年以上，因此對於目前居住社區環境中的需求有一定的期望，故本研究藉由遊戲工作坊的方式試圖從遊戲工作坊中了解失智長者對於社區環境中從小到大需要的公共空間。

表 4-1 參與者基本資料表

操作式參與之失智者				
工作坊代碼	年齡	病程	性別	主述問題
A01	61 歲	中度	女	情緒障礙
A02	83 歲	中度	女	自我信心不足、重聽、徘徊遊走、不善於表達。
A03	83 歲	輕度	女	自我信心不足。
A04	85 歲	輕度	女	重複記憶中事情。
A05	88 歲	輕度	男	重複記憶中事情、徘徊遊走。
A06	84 歲	輕度	女	自我信心不足、不善於表達。
A07	90 歲	輕度	女	重複記憶中事情。
A08	86 歲	重度	女	不善於表達，重聽。
A09	79 歲	重度+失能	女	無法自主敘述自我想法。
討論式參與之失智者				
工作坊代號	年齡	病程	性別	主述問題
A10	90 歲	重度	女	無法自主敘述自我想法、行動不便。
A11	82 歲	輕度	女	重複記憶中事情。
A12	71 歲	輕度	女	自我信心不足。
A13	65 歲	輕度	女	容易慌張。
A14	83 歲	中度	男	反應較慢、情緒障礙、行動緩慢。
A15	67 歲	輕度	男	情緒障礙、對活動興趣較低。
A16	89 歲	中度	男	情緒障礙、行動不便。
A17	90 歲	重度	女	無法自主敘述自我想法、行動不便。
A18	86 歲	重度	女	情緒障礙、不善於表達。

(資料來源：本研究整理)

## 貳、活動說明及設計

參與式遊戲工作坊時間長達約五十分鐘，本研究團隊考量失智症長者對於活動參與興趣不高，故本研究團隊使用樂高積木營造出十一種不同社區空間機能場所，並有歷史場域、商業場域、娛樂場域、交通運輸工具、宗教場域、生活必需六種多樣性性質之場所。

以家為中心劃設四種不同大小的服務半徑，分別代表居住社區步行 15 分鐘、25 分鐘、30 分鐘、45-50 分鐘之步行可以抵達範圍。

表 4-2 模型組合介紹

模型組合介紹	
	
模型介紹	性質
歷史場域	國父紀念館
商業場域	百貨公司
娛樂場域	活動中心
	中學
	夜市
	公園
交通運輸	捷運站
	火車站
宗教場域	教堂
	宮廟
生活必需	市場
	商店
	醫院

(資料來源：本研究整理)

## 參、活動步驟

本研究團隊統一說明本研究之目的，失智症長者心目中他(她)們心目中所需要的社區中公共設施及機構設施及公共設施。遊戲工作坊進行的一開始，失智長者對於活動內容無法馬上理解，所以並無自願上臺的失智長者；但經過本研究團隊及社工的鼓勵及社工邀請，失智長者逐一上台操作遊戲工作坊，本研究團隊主動指引失智症長者對於目前居住環境的了解與基本需求，並講解每一個樂高積木代表每一個不同的點，一邊討論並一邊鼓勵上臺操作遊戲工作坊，其中上臺參與遊戲工作坊的長者對於自己社區環境中反映出不同層面上的需求；另外，未上台的長者也有同等發表意見的機會，並讓失智症長者懂得聆聽台下長者的意見，從中讓長者思考及增加失智症長者同儕之間的互動。從設計工作坊遊戲中，本研究團隊與社工培養與失智症長者的情誼與循序漸進的方式使失智症長者完成心目中所需要的基本社區空間的藍圖。

## 肆、活動過程

社區環境與居家環境之設計考慮的層面是不同的，社區是屬於所有民眾共同享有的，因此本研究團隊邀請所有失智長者共同參加遊戲工作坊，讓失智長者可以互相討論加以認識彼此之間的社區環境的差異性，所以本研究擬訂出六種場域藉由立體化的樂高模型盡有可能的引導失智長者的參與興趣。

表 4-3 設計工作坊活動過程

	
<p>本研究團隊向社工人員講解工作坊操作過程</p>	<p>本研究團隊向失智症長者介紹工作坊課程之目的</p>
	
<p>本研究團隊向失智症長者介紹模型的意涵</p>	<p>本研究團隊指引失智症長者操作工作坊</p>
	
<p>臺下的失智症長者分享自己的社區環境樣貌</p>	<p>失智症長者最後完成之作品</p>
	
<p>本研究團隊給予失智症長者讚賞</p>	<p>本研究團隊與指導老師工作坊事後評估</p>

(資料來源：本研究整理)

## 伍、統計結果

表 4-4 高齡失智者社區環境 500 公尺內所需的活動場域

工作坊代碼	夜市	宮廟	公園	市場	商店	中學	國父紀念館	活動中心	火車站	醫院	百貨公司	捷運站	教堂
A01				■	■								
A02		■				■							
A03			■			■			■				
A04	■		■										
A05							■	■					
A06	■		■	■									
A07	■	■											
A08	■	■		■	■								
A09	■	■		■						■			
統計	5	4	4	4	2	2	1	1	1	1	0	0	0

(資料來源：本研究整理)

表 4-5 高齡失智者社區環境 800 公尺內所需的活動場域

工作坊代碼	百貨公司	商店	捷運站	公園	國父紀念館	火車站	醫院	中學	宮廟	活動中心	夜市	市場	教堂
A01	■			■				■					
A02						■							
A03					■						■		
A04	■		■							■			
A05		■					■						
A06	■		■						■				
A07		■	■										
A08				■									
A09		■			■	■							
統計	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0

(資料來源：本研究整理)

表 4-6 高齡失智者社區環境 1000 公尺內所需的活動場域

工作坊代碼	國父紀念館	夜市	醫院	活動中心	火車站	市場	中學	宮廟	捷運站	公園	教堂	商店	百貨公司
A01													
A02													
A03													
A04													
A05													
A06													
A07													
A08													
A09													
統計	3	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0

(資料來源：本研究整理)

表 4-7 高齡失智者社區環境 1500 公尺內所需的活動場域

工作坊代碼	百貨公司	教堂	公園	國父紀念館	夜市	市場	捷運站	火車站	醫院	活動中心	商店	宮廟	中學
A01													
A02													
A03													
A04													
A05													
A06													
A07													
A08													
A09													
統計	3	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0

(資料來源：本研究整理)

## 陸、小結

根據信義某社區中從參於活動失智症長者訪談過程中得知每一位失智症長者對於自我社區環境所反映出所需要的所需要設施略有不同；因此本研究設計遊戲工作坊能清楚反映出，每一位失智長者中自我社區環境中所需要的公共設施。總結本研究以失智長者住家為中心，設定半徑 500 公尺、800 公尺、1000 公尺、1500 公尺四個單元做為遊戲工作坊的基礎，從參與活動後之分析出高齡失智者，於 500 公尺內最需要的公共設施為夜市(20%)、宮廟(16%)、公園(16%)、市場(16%)等場域，800 公尺內所需要的公共設施為百貨公司(18.8%)、捷運站(18.8%)、商店(18.8%)、國父紀念館(12.5%)、火車站(12.5%)等場域，1000 公尺內所需要的公共設施為醫院(40%)、活動中心(40%)、中學(20)等場域，1500 公尺內所需要的公共設施為教堂(100%)等場域。

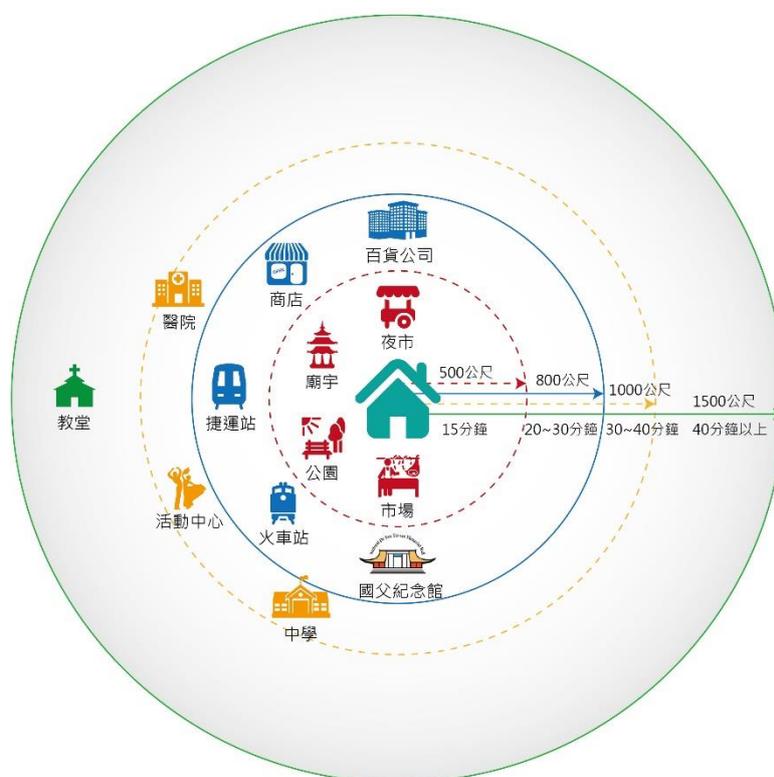


圖 4-1 高齡失智者 1500 公尺活生活場域工作坊彙整圖  
(資料來源：本研究繪製)

## 第二節 專家座談

### 壹、專家深入訪談

#### 一、專家基本資料

本研究團隊，擬定問卷前，先與專家深入訪談，聽取專家建議修正本研究團隊之問卷，作為問卷擬定的效度，三位了解失智症之專家分別為許雅青主任、黃文珊組長和沈明德職能治療師，其相關基本資料與訪談時間如下。

表 4-8 專家基本資料表

姓名	服務單位	職稱	訪談時間
許雅青	臺北市私立萬芳老人長期照顧中心	主任	105/3/15
黃文珊	信義老人服務中心	組長	105/3/16
沈明德	國泰綜合醫院汐止分院	職能治療師	105/3/21

(資料來源：本研究整理)

#### 二、訪談要點及回應

##### 1. 與家屬/長輩相處的過程中，發現家屬/長輩遇到最大的困難為何？

政府目前對於失智症相關宣導還是稍顯不足，因此家屬對長輩的退化所造成的行為能極為不適應，導致失智症患者與家屬有衝突的狀況。

- 沈明德(職能治療師)表示：家屬對長輩的退化無法適應導致衝突。
- 許雅青(主任)表示：主要為照顧跟如何找到能協助他的們資源。
- 黃文珊(組長)表示：失智長者常有反覆的行為與遺忘東西及照顧人力的不足。

##### 2. 目前政府提供的資源是否能解決家屬/長輩的困難？

政府雖然有推動日間照顧、推動小規模多機能，但在照顧員有相關失智症的訓練課程訓練仍稍顯不足，因此無法針對失智症患者提供適合的活動刺激。

- 沈明德(職能治療師)表示：目前政府提供的樂齡活動、日照中心還停留在治標不治本的狀態，應該針對失智症患者提供適合的活動刺激。
- 許雅青(主任)表示：政府的訓練著重於失能照顧，失智症與失能有一定的差別。
- 黃文珊(組長)表示：雖然政府有提供日間照顧與推動小規模多機能，長輩再轉換機構照顧的時候，政府尚無配套的銜接系統。

##### 3. 政府還需要提供哪些資源可解決家屬/長輩的困難？

目前政府政策仍著重在機構上的照顧，但仍有部分家屬希望失智症患者在家照顧，因此專家建議政府能提供到家評估，不僅能將失智症患者列為需要照顧的長輩，也可以建立家屬正面的觀念，減少與失智症患者上

的衝突。

- 沈明德(職能治療師)表示：針對居家失智症患者的社區服務，專業評估到家評估，可以列入各管，由專業人士提供適合的活動。
- 許雅青(主任)表示：政府對於金錢補助應有更明確的條例。
- 黃文珊(組長)表示：目前政府提供的機構，空間上及人力上的不足。

#### 4.目前社區中有哪些資源對於家屬及長輩是重要的？

在社區中雖有建立無障礙設施，但仍有許多地方對於失智症患者是不夠友善的，因此需要重新探討無障礙設施的友善程度，並且改善社區中熟悉的場育不友善之處，促進鄰里之間的友誼、提供友善商店的網絡，能讓安心地失智症在社區中活動，達到在地老化。

- 沈明德(職能治療師)表示：提供熟悉的場地，建立鄰里與友誼之間連結的加強。
- 許雅青(主任)表示：社區中無障礙設施不足，例如：騎樓的高低差。
- 黃文珊(組長)表示：需要建立友善商店的社區互助網絡。

#### 5.您認為在社區中提供哪些空間改善，對於長輩是有幫助的(少子化關係，改善想學閒置教室提供園藝治療、音樂治療等)？

在社區中仍有許多閒置空間可以提供給失智症患者做為活動使用，並且在閒置空間的規定上應適當的放寬，例如：租約過短導致民間單位不願意進駐等等。在閒置的國有土地應開放給民間單位設置，並提出閒置空間的友善設施的改善。

- 沈明德(職能治療師)表示：里民活動中心、學校…等等的公有土地閒置空間的改善。例如：材質(玻璃)與動線及交通接送的改善。
- 許雅青(主任)表示：校園閒置空間租約限制過短，校園安全等問題。
- 黃文珊(組長)表示：國有財產土地，提供開放給民間單位做設置。

### 三、小結

開放式問題中，三位專家針對台灣高齡失智者的議題給予專業意見，其中專家與罹患失智症之長者與家屬相處過程中均能發現，失智症並無明顯之徵兆，在前期家屬無法理解失智症長者一些問題行為，因此往往錯失減緩失智症病程的良好時機。因此，政府應加強宣導失智症相關之重要議題，提升民眾對於失智症的認識，並有效建立失智症適合的活動與提升護理人員對於失智症的專業課程訓練。另外，應重新檢討我國社區環境中的友善程度，例如：鋪面的設計、無障礙設施與閒置空間能放寬法令之標準，使閒置空間能夠更有效的運用。

## 貳、專家座談會

### 一、專家基本資料

本研究團隊於 2016 年 08 月 30 日舉辦專家座談會，邀請 13 位產官學之專家，進行開放式討論及填寫問卷，並依據其專業提供設計準則修改建議，其相關基本資料如下。

表 4-9 專家座談會專家基本資料表

編號	姓名	服務單位	職稱
01	林嘉慧	林嘉慧建築師事務所	建築師
02	盧俊廷	盧俊廷建築師事務所	建築師
03	許雅青	前信義老人服務中心附設日間照顧中心	主任
04	周金蘭	財團法人臺北市私立恆安老人長期照顧中心(長期照護型)	居家服務員
05	謝志忠	宜記夢想之家	部長
06	陳俊佑	天主教失智老人基金會	主任
07	劉慕恩	臺北榮民總醫院精神部	醫生
08	徐文俊	桃園長庚紀念醫院失智症中心	主任
09	劉建良	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區神經內科	主任
10	張志源	內政部建築研究所	研究員
11	陳紫晴	臺北市政府衛生局醫護管理處特殊照護股	股長
12	謝佩芳	臺北市政府社會局	職員
13	陳政雄	中原大學建築學系	教授

註：陳紫晴股長當天因公無法出席，另擇日填寫問卷與訪談。

(資料來源：本研究整理)

### 二、開放式討論

#### 1. 研究對象

##### (1) 失智非失能

「其實失智症的個案在他的社區裡頭會格格不入，是因為他的認知功能的問題喔，而不一定是他的這個肢體的失能。……失智非失能是最困難的地方，如果失智已經失能的，其實是用失能來討論就好了。」(徐文俊主任)

「就是要把對象搞清楚，就是要把友善搞清楚，這個時候兩個交集出來的，你的答案才是正確的，要不然你的指標出來，我看誰都可以用啊，結果誰都可以用。」(陳政雄老師)

「照這個計畫來看，高齡是大於 65 歲，然後失智者應該是 CDR 大於 1 分，因為如果是 0.5 就不叫失智。」(劉建良主任)

「這是 MCI 的定義，他可以獨立生活，所以對於他沒辦法獨立生活需要特別的日間照顧的，這個是失智者的需要，那這比較急迫，所以現階段我覺得 MCI 是可以考慮，但是要以滿足失智者為優先。」(徐文俊主任)

## 2. 高齡失智友善社區基本要素

### (1) 人事物

「我是覺得要從人事物，三件來講，這個才是一個完整的社區，所以今天既然是在講這個社區，我想應該不是單單只是在建築上頭。……在社區裡面最好就是有一個諮詢者，可以提供讓這個家屬跟病人他們有什麼需要的，失智症的個案需要的時候可以提供他們這些不同的資源，這個可以從很多的角度，從衛生所或者是衛生局社會局，或者是這個 NPO 來做，這個都可以。……第三個就是物啦，物的建築的部分……最主要是要有人陪他去，那這些建築這些設施他要能夠接受失智者在裡頭。」(徐文俊主任)

### (2) 增加認知訓練

「那所以其實是有兩個部分，一個是可能要刺激他增加他的認知訓練，那第二個部分可能是要怎麼樣降低他做這些辨識的認知需求，那這兩個部分我覺得是並行的，就是一方面又要有刺激一方面又要降低他的需求，所以在設計上可能要容易辨識，可是他又可以帶給他一些過去的回憶跟刺激。」(劉建良主任)

「那在社區裡面的服務裡面，其實很重要就是他能夠吸引長輩出來。」(陳俊佑主任)

## 3. 日間照顧設施與服務

「大的困難就是日間照顧的問題，因為我們現在少子化，而且即使是配偶要照顧，因為病人的夜間行為其實是蠻多問題的，所以我們其實比較強調的是日間照顧的問題，日間照顧就是除了剛剛講的日間照顧中心以外，白天要有人去陪伴他，因為白天如果活動多的話，晚上他就會好睡。」(徐文俊主任)

「那雖然我們做的都是硬體，但是會讓我覺得最有困難的，還是在這個整體社會的認知……現在的年輕人，大家都知道，就是說他這個經濟的負擔很大，然後工作的壓力也很大。」(盧俊廷建築師)

## 4. 目前政府資源

### (1) 加強宣傳推廣

「長照十年計畫裡面有的一些項目，可是他們實際使用上在銜接上是有困難的，就是可能我們很多很單向的東西，那他如果真的要逐一使用，或者是整合運用上其實還是有一定的難度存在……我覺得其實很難說

有滿足到啦，對，但是……又或者換個角度來說，其實我覺得某個程度，你如果全部都靠政府去提供資源的話，我覺得那絕對不可能滿足的啦。」(謝佩芳小姐)

「就我目前知道其實家屬還是不太清楚知道怎麼跟失智症長輩相處跟溝通，甚至在照顧上，那當然在服務起來在地方的這樣的一個宣導來講，其實有一定的功效。」(許雅青主任)

## 5. 政府應加強之服務

### (1) 三大基本服務

「總共有三項，一個是安全陪伴一個是日間照顧一個是諮詢者。」(徐文俊主任)

### (2) 友善交流

「其實少子化的關係也很多的閒置的教室跟學校的一些部分喔，其實台北市一直還沒辦法釋放出來，雖然有這樣的規劃，可是他釋放的條件非常非常的嚴苛，那嚴苛，除了嚴苛之外，另外一個是非常地不友善，因為他把長輩或者是學童其實都整個分開。」(許雅青主任)

### (3) 園藝治療

「如果學校或者是一些……可以開放出來的話，其實針對在園藝治療上面來講……我個人還覺得不錯啦，雖然現在目前柯 P 一直在推那個……城市農園，可是城市農園現在都在頂樓，有時候頂樓老人家一到樓上，那個頂樓那個樓梯，其實就有點困難了。」(許雅青主任)

## 6. 加強對失智症的認識

「其實還有很多民眾還是對失智症非常地不了解，甚至對他們甚至有一些的誤解，所以如果要達到這樣的一個友善的社區的環境的話，以人來講，其實還有很大的空間的進步，甚至根本也不會去思考環境到底對失智症重不重要喔。」(許雅青主任)

## 7. 配合失智程度及因地制宜的範圍

「要看他的失智程度……他如果 CDR=0.5~1，他其實活動範圍無限大，他可以去哪裡就去哪裡。……在都會區跟在鄉村區是不一樣的，那如果說通通排除掉這個問題，到底是 200 公尺比較好，還是 500 公尺比較好，我不知道，我覺得好像沒什麼差別。」(徐文俊主任)

「我在想這個指標的重點應該是建立一些原則性的東西，讓一些商家他可以依著這個原則，去做一些操作，那應該比較減少一些……就是太硬性的東西，因為假如他講得非常地硬性的話，他的設計上可能就會你寫 100 他就設計 100，你寫 200 他就設計 200，可是我想他應該還不到建築法規這樣子的等級，應該是一個推廣性質的東西，我希望的是把這些原

則列進去之後，有心的人他可以照著我們的設計的原則去一點一點做一些創意，那之後的話如果還有更好的想法，或是更可以符合一些法規，那再訂法規上。」(劉建良主任)

「這個政府的認定他是失智症到怎麼樣的程度，那用這程度，依照這程度，再來分配他必須要去，比如說將來有失智症中心或 group home，或者居家在家裡都可以，用這種方式，來可能比較……距離。」(謝志忠部長)

## 8. 高齡失智友善社區設施

### (1) 支援設施

「比較接近的是一般的高齡的長輩在使用的友善社區的空間範圍吧，因為我覺得有些資源，也許對於有失智症的長輩來說，他不一定是有多麼多可以使用的部分。」(謝佩芳小姐)

### (2) 友善商店

「他有幾點可能會需要的，就是說，可能我們現在在做這個失智症協會，在做這個瑞智友善商家，這個很重要。」(徐文俊主任)

### (3) 宗教設施

「要有那些宗教的設施，其實這是重要的，因為……其實對於長輩來講，除了去……有些長輩他就是比較不去日照，他就是喜歡在社區裡，如果有些宗教的設施是可以讓他去，然後甚至有一些那個活動的空間…等的，那我覺得這個部分可能他不只是在單一層面，有些部分可能是要去架構起來，那這樣子未來跟那個長照 2.0 的做結合之後，我覺得他比較有可行性。」(陳俊佑主任)

### (4) 生活路徑

「最大的概念就是如果從食衣住行育樂的這些方面來看的話，場所是一個重要的事情，那這個場所的話，其實我會建議從點線面來看喔，點線面的話我們可以從這個特定的生活據點……那路徑的話，其實我不太認為是可以自由行走的一個路徑喔……應該提供給他一個特定的一個生活路徑。」(林嘉慧建築師)

## 9. 安全性

### (1) 環境與街道布局

「我覺得安全性呢應該是蠻可以著墨的地方，就是資源有限的話，所以我們怎麼樣去設計一個建築，或者是一個這個環境，或街道的布局應該要以失智症老人的安全性當作一個要點喔。」(劉慕恩醫生)

「第一個就是說，病人他有沒有走失啦，或者說病人他會不會因為有什麼吃藥物以後呢，比方說他有 BPSD，症狀呢……症狀會不會有安全性的問題，那他停藥之後呢，會不會有藥物的副作用，我想大概就是這三大

項可以討論。」(劉慕恩醫生)

「我覺得安全的那個部分其實真的是一個最重要的思考。」(陳俊佑主任)

## (2)設計者的基本準則

「那當然最重要的，安全性的事情，其實我覺得那個是每個設計者的基本準則啦，基本動作啦喔，那這有相關的法令去做規範，也是好的事情。」

(林嘉慧建築師)

## 三、小結

從專家之經驗與了解，目前最缺乏的是對失智症的認識，透過宣導與教育讓大眾能接納高齡失智者，在硬體方面，高齡失智友善社區應針對輕度失智非失能之使用者，根據不同環境特性，例如：城鄉差異，而訂定適宜的社區範圍，並在社區內設置符合失智者活動的設施，尤其是日間照顧的相關設施，有安全友善的日間照顧活動，有助於克服最困難的夜間照顧問題。社區中應設置失智者專屬之生活路徑，以達到安全之基本要求、有意義的活動與有效的環境刺激。

本研究提出之設計準則經專家座談會由 13 位專家評估，5 票以上認為不該保留之設計準則即刪除，並採用專家所建議之設計準則，遭刪除之內容分述如下：

### (一)街道布局

#### 2.安全性

街道以丁字形路為佳，可減少交岔口行車造成高齡者通行時的不安全感(6 票)。

#### 3.可及性

服務單位和機能場所距離住宅 10 分鐘步行 200 公尺內可抵達之距離(5 票)。

### (二)建築型態

#### 1.辨識性

特色建築物是顯而易見的(5 票)。

#### 6.熟悉性

新建築的色彩、窗戶樣式、屋頂設計應確保多樣性突顯建築特色(6 票)。

### (三)環境線索

#### 1.辨識性

環境中具有提供失智者知覺上的刺激。如聽覺：兒童嬉笑聲、人們交談聲；嗅覺：夜市煮菜味道等(5 票)。

詳細內容將說明於第五章。



## 第五章 高齡失智者友善社區環境設計準則

### 第一節 一般設計原則

#### 壹、適用範圍

本研究設計準則適用於高齡失智者。高齡失智長者對於社區中環境的條件，相較於一般高齡者，需要更細膩的去營造；因此制定新社區更應提高標準，從過去的高齡友善社區為基礎，結合社區中相關資源，並與社區民眾有所互動，使高齡失智者在社區中達到安全、舒適；因此本研究提出高齡失智友善社區相關準則規範。

#### 貳、名詞解釋

##### 一、高齡失智者

超過 65 歲以上且臨床失智評估量表  $CDR \geq 1$  (Clinical Dementia Rating) 之人，稱之為高齡失智者。

##### 二、失智友善社區

定義為讓高齡失智者在熟悉友善社區環境中，受到尊重、安心與安全的生活，以社區支援的角度分為兩個面向，1. 社區中提供足夠的設施給予高齡者使用，2. 社區提供足夠的居家服務支援，使高齡失智者感受到歸屬感和能對社區有所貢獻。

#### 參、整體設計要點

高齡失智友善社區主要目的為鼓勵失智症長者保留日常生活自理能力，並在社區中提供易於辨識、安全、舒適、熟悉之環境，於社區中接受正向刺激，減緩失智症狀之病程。除了在社區中之硬體改善以外，社區中也必須提供軟體面上的輔助，將更加落實高齡失智者在社區中在地老化。

##### 一、辨識性

讓高齡失智者能夠自行定位找尋其方向。

## 二、安全性

提供一個安全的社區環境與相關設備家具，讓高齡失智者可以在自尊、安全、安心、友善的社區環境中生活。

## 三、可及性

高齡失智者可以順利抵達各個空間，將生活空間簡單化，以最簡單不複雜的方式在社區環境中生活。

## 四、社會支持性

提供生理及心理上的支持，包括高齡失智者可以在社區中得到民眾的認同，以達在地老化。

## 五、舒適性

高齡失智者在社區中空間尺度與環境品質皆符合失智者之需求，能順利到達目的地並享受其設施。

## 六、熟悉性

高齡失智者可以無礙的使用各個生活設施，確保所使用之設施是使用者熟悉且安全方便的操作。

## 第二節 社區環境

準則內容分為「街道布局」、「建築型態」和「環境線索」共三大要項，再進一步分述辨識性、安全性、可及性、社會支持性、舒適性和熟悉性應注重之內容，期望能讓高齡失智者在熟悉友善社區環境中，受到尊重、安心與安全的生活。

### 壹、街道布局

#### 一、一般原則

街道應有主次之分，高低差與寬敞的步行空間影響著社區安全性，人行道與自行車道應分離，具有足夠的座椅可讓高齡者休憩，社區環境整齊且無太多標誌與廣告牌，以利高齡失智者辨識環境，複雜的空間元素則容易使失智者對空間產生困惑，甚至影響方向感，深色或有複雜花紋的鋪面容易使失智者產生視幻覺，透過對於高齡失智者熟悉的地標或清楚之指標，能幫助高

齡失智者在社區中活動，關懷據點與友善商店則能讓失智者更融入社區中生活。

## 二、環境設計準則

### 1.辨識性

#### 施行策略

- 具有簡易明瞭、清晰、顏色分明且無眩光的指標系統（如：公共廁所人形標誌等）。
- 岔路或道路端點設置標誌或地標可助於辨識。
- 街道深度避免看不到盡頭。
- 街道應有不同社區中的自我特色。

#### [立意說明]

- 能有效幫助高齡失智者辨認其的方位。
- 能有效幫助高齡失智者明確自己的位置與確定自己的路線。
- 幫助高齡失智者掌握社區環境，避免無目的性的遊走。
- 避免因過於雷同的街道產生混淆甚至迷失方向。



圖 5-1 a.清楚之指標系統  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-2 b.道路標誌  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-3 c.可見道路盡頭  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-4 d.街道具特色  
(資料來源：本研究拍攝)

## 2. 安全性

### 施行策略

- a. 街道應採用主到次的層級，以確保行走安全。
- b. 人行道必須要寬敞並無燈箱、機車等障礙物。
- c. 自行車道與人行道必須分離。
- d. 交叉入口應有適當的提示聲。
- e. 人行道鋪面為平整、防滑、無反光的材質，且具有顏色反差的邊界。
- f. 社區環境中的鋪面無讓高齡失智具有幻覺之配色與圖案（如具有花紋及圖騰等）。
- g. 轉角處應減少遮蔽物。
- h. 社區中應具有足夠的照明設備。
- i. 街道尺度過大的時，應提供足夠的綠燈秒數，使失智高齡者安心行走。

### [立意說明]

- a. 有助於高齡失智者選擇安全的路徑。
- b. 避免摔倒不便於步行。
- c. 避免擔心摔倒造成高齡失智者恐慌。
- d. 增加社區中活動之安全性與高齡失智者外出之安全感。
- e. 避免摔倒或產生視幻覺而導致不敢穿越。
- f. 避免產生視幻覺錯認為黑洞或水池而導致不敢穿越。
- g. 增加視覺穿透性以了解社區環境，增加安全感。
- h. 避免摔倒之情形。
- i. 避免擔心來不急穿越馬路而有摔倒之情形。



圖 5-5 a. 街道具主次層級  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-6 b. 寬敞順暢之人行道  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-7 c. 自行車與人行道  
分離  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-8 e.防滑無反光鋪面  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-9 f.無複雜配色或花紋之鋪面  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-10 g.轉角處視覺穿透少遮蔽物  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-11 h.照明充足  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-12 i.道路有充足人行穿越秒數  
(資料來源：本研究拍攝)

### 3.可及性

#### 施行策略

- a.依目前長照 2.0 政策，在 1 個中學學區的範圍，約 30 分鐘的路程，可結合現有限資源下，達到想要的目標。

#### [立意說明]

- a.可提供高齡失智者醫療、照顧、支援等需求之設施。

### 4.社會支持性

#### 施行策略

- a.社區環境中提供友善商店，可讓失智長者自行去採買物品。
- b.倡導民眾對失智症之認識與接納，尤其是社區關懷據點的建構。
- c.針對社區失智長者有特殊需求，應告知申請管道，於能力許可下，協助增設。

#### [立意說明]

- a.增加高齡失智者自理能力，以減緩病情惡化。
- b.幫助高齡失智者與社區的互動，提升活動力與生理支持，以達到在地老化。
- c.幫助高齡失智者在在地老化。



圖 5-13 a.友善商店

(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-14 b.失智症宣導

(資料來源：本研究拍攝)

## 5.舒適性

### 施行策略

- 社區環境中應設置足夠的座椅可讓高齡失智者進行休憩（每 100 公尺設置一個座椅）。
- 環境應整齊，無太多標誌與廣告牌。
- 街道應提供行道樹遮蔭。
- 街道鋪面形式避免黑色，失智者會以為是黑洞不敢行走。

### [立意說明]

- 因應高齡失智者步行狀況，提供適宜之休息停留空間。
- 簡單易懂的環境，有助於高齡失智者辨識環境，避免產生困惑或不安全感。
- 提高步行空間的品質，增加社區活動之機會。
- 避免產生視幻覺，甚至產生不安的感覺。



圖 5-15 a.座椅

(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-16 b.環境元素不複雜

(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-17 c.具行道樹遮蔭之街道  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-18 d.黑色鋪面(應避免)  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-19 d.均勻之鋪面  
(資料來源：本研究拍攝)

## 6. 熟悉性

### 施行策略

- a. 社區環境中應建立熟悉與易於理解之設施。
- b. 社區應以步道連接公園、宮廟、日照中心等公共設施，形成熟悉步道。

### [立意說明]

- a. 避免產生困惑甚至迷失方向。
- b. 有助於讓高齡失智者腦中建立清晰的地區全貌。

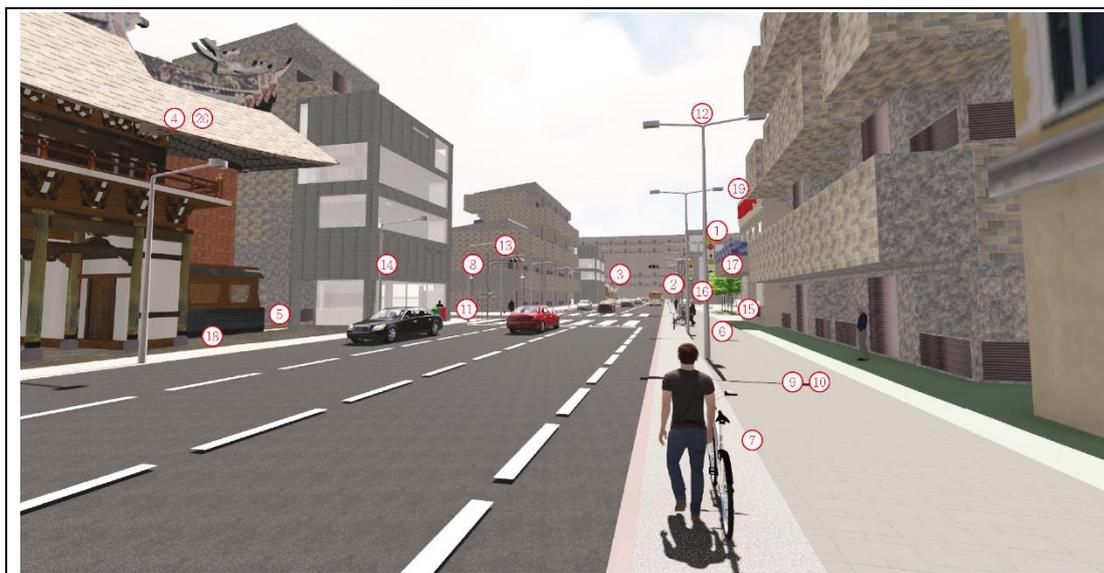


圖 5-20 a.國父紀念館  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-21 b.連接公園之步道  
(資料來源：本研究拍攝)

### 三、街道布局模擬圖及注意事項



1. 具有簡易明瞭、清晰、顏色分明且無眩光的指標系統（如公共廁所人形標誌等）。
2. 岔路或道路端點設置標誌或地標可助於辨識。
3. 街道深度避免看不到盡頭。
4. 街道應有不同社區中的自我特色。
5. 街道應採用主到次的層級，以確保行走安全。
6. 人行道必須要寬敞並無燈箱、機車等障礙物。
7. 自行車道與人行道必須分離。
8. 交叉入口應有適當的提示聲。
9. 人行道鋪面為平整、防滑、無反光的材質，且具有顏色反差的邊界。
10. 社區環境中的鋪面無讓高齡失智具有幻覺之配色與圖案（如具有花紋及圖騰等）。
11. 轉角處應減少遮蔽物。
12. 社區中應具有足夠的照明設備。
13. 街道尺度過大的時，應提供足夠的綠燈秒數，使失智高齡者安心行走。
14. 社區環境中提供友善商店，可讓失智長者自行去採買物品。
15. 社區環境中應設置足夠的座椅可讓高齡失智者進行休憩（每 100 公尺設置一個座椅）。
16. 環境應整齊，無太多標誌與廣告牌。
17. 街道應提供行道樹遮蔭。
18. 街道鋪面形式避免黑色，失智者會以為是黑洞不敢行走。
19. 社區環境中應建立熟悉與易於理解之設施。
20. 社區應以步道連接成公園、廟宇、日照中心等公共設施，形成熟悉步道。

## 貳、建築型態

### 一、一般原則

建築型態將分為建築形式和建築界面兩部分，在建築形式中，商店特色風格明確且照明充足，建築物立面及色彩應使高齡失智者容易了解其用途，有助於失智者辨識環境。除了建築外觀應明確，也應該考量失智者記憶方面的問題，增加歷史場域(例如：國父紀念館、中正紀念堂…等)的可及性，並提供日間照顧中心、小規模多機能、老人住宅…等福利設施，甚至圖書館、美術館或博物館具有適合失智者的活動，幫助高齡失智者與一般大眾接觸，進一步達到在地老化。至於建築界面部分，出入口平順減少高低差，應避免車道噪音，進入室內盡可能使用軟材質，避免門口有聚光燈。

### 二、環境設計準則

#### 1. 辨識性

##### 施行策略

- 日照中心造型溫馨能表達第二個家的意象，以減少高齡者排斥性。
- 商店建築應是風格明顯，表達其用途。
- 社區內應設置標誌性、具有特色的機能場所。
- 新建的建築物型態創新與傳統建築應調和。

##### [立意說明]

- 熟悉的風格能增加高齡失智者對環境的辨識。
- 對高齡失智者而言能理解的建築，有助於判斷公共空間和私人空間。
- 地標有助於明確高齡失智者自己的位置與確定自己的路線。
- 熟悉的風格能增加高齡失智者對環境的辨識。



圖 5-22 a.日照中心具第二個家之空間氛圍  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-23 b.商店風格明顯  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-24 c.標誌性機能場所(宮廟)  
(資料來源：本研究拍攝)

#### 2. 安全性

##### 施行策略

- 商店照明應足夠，建議照度應達 2000-3000(Lux)。
- 人行道照明應採用類自然光之照度 100-300(Lux)。

**[立意說明]**

- a.商店照明足夠，能提供適宜之購物環境。
- b.降低摔倒之情形，可減緩情緒躁動的症狀。

**3.可及性**

**施行策略**

- a.步行可及(約離自宅 500 公尺)之生活範圍設有診所、健康服務中心或簡易醫療站。
- b.日照中心及關懷據點與市場等建築場所，應讓高齡失智者容易抵達。

**[立意說明]**

- a.提供日常護理之資源。
- b.滿足高齡失智者日常生活活動所需。



圖 5-25 a.診所  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-26 b.交通便利之市場  
(資料來源：本研究拍攝)

**4.社會支持性**

**施行策略**

- a.社區環境中提供關懷據點。
- b.建立高齡失智相關諮詢站/中心，提供失智症症狀、支援設施(包括：日間照顧中心、小規模多機能…等)、老人住宅…等資訊及協助。
- c.設置失智咖啡廳/茶館等空間，提供給家屬及高齡者交流空間。
- d.商店為友善商店可提供滯留迷路之失智症長者，且通知家屬。
- e.運用區域聯盟概念建立友善單位支持，可善用博物館、美術館…等空間。

**[立意說明]**

- a.提供高齡失智者與其照顧者活動的空間。
- b.幫助照顧者照顧高齡失智者。
- c.幫助高齡失智者在地老化，並增加社區凝聚力。
- d.幫助高齡失智者在地老化，並提高其在社區活動的安全性。
- e.幫助高齡失智者與民眾交流的機會。



圖 5-27 a.關懷據點  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-28 c.咖啡廳提供高  
齡失智症諮詢服務  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-29 e.博物館  
(資料來源：本研究拍攝)

## 5.舒適性

### 施行策略

a.建築物內部應通風採光良好，且達到無障礙環境之考量。

### [立意說明]

a.建立對高齡失智者便於使用之空間環境。

## 6.熟悉性

### 施行策略

a.社區環境中應建立具有熟悉性的建築，如：歷史建築。

b.傳統商店街提供高齡者記憶的延續。

### [立意說明]

a.避免高齡失智者對環境感到困惑，甚至迷路。

b.有助於融入社區環境。



圖 5-30 a.歷史建築四四  
南村  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-31 b.傳統商店街  
(資料來源：本研究拍攝)

### 三、建築形態模擬圖及注意事項-1 建築形式



- 1.日照中心造型溫馨能表達第二個家的意象，以減少高齡者排斥性。
- 2.商店建築應是風格明顯，表達其用途。
- 3.社區內應設置標誌性、具有特色的機能場所。
- 4.新建的建築物型態創新與傳統建築應調和。
- 5.商店照明應足夠，建議照度應達 2000-3000(Lux)。
- 6.人行道照明應採用類自然光之照度 100-300(Lux)。
- 7.步行可及(約離自宅 500 公尺)之生活範圍設有診所、健康服務中心或簡易醫療站。
- 8.日照中心及關懷據點與市場等建築場所，應讓高齡失智者容易抵達。
- 9.社區環境中提供關懷據點。
- 10.建立高齡失智相關諮詢站/中心，提供失智症症狀、支援設施(包括：日間照顧中心、小規模多機能…等)、老人住宅…等資訊及協助。
- 11.設置失智咖啡廳/茶館等空間，提供給家屬及高齡者交流空間。
- 12.商店為友善商店可提供滯留迷路之失智症長者，且通知家屬。
- 13.建築物內部應通風採光良好，且達到無障礙環境之考量。
- 14.社區環境中應建立具有熟悉性的建築。如歷史建築。
- 15.傳統商店街提供高齡者記憶的延續。

#### 四、建築形態模擬圖及注意事項-2 建築界面



1. 避免建築牆面有強烈複雜的圖案。
2. 藝術品應為有意義的，避免過於抽象。
3. 減少屋內眩光，應使用窗簾。
4. 確保門窗明顯及避免電動門關門太快。
5. 地板應減少接縫的，並多使用止滑材質。
6. 避免門有聚光燈。
7. 避免車道噪音，進入室內，因此入口盡可能使用軟材質。
8. 社區內應有新舊混合的建築佈局。
9. 花園裡的樹葉避免阻擋光線進入屋內，保持屋內明亮。
10. 應種植自我社區特色植物，突顯社區的獨特性。
11. 進入屋內的入口應容易辨識，且無遮蔽物的。
12. 出入口地面平順，避免高差。

## 參、環境線索

### 一、一般原則

社區環境中應有自然聲音、植物具香味與豐富色彩，可提供高齡失智者環境刺激，有助於延緩失智症病況。社區中應規劃專屬於高齡失智者的環狀生活路徑，配合相關福利設施與失智者常使用的活動場域，因應徘徊遊走與認知功能較差的症狀，使其在社區活動安全且具有意義。

### 二、環境設計準則

#### 1. 辨識性

##### 施行策略

- a. 失智長者可以感受到自然聲音及音樂提示。如：學校鐘聲等。
- b. 行道樹綠地種植有香味、色彩等植物，可加強高齡者環境認知。

##### [立意說明]

- a. 聲音為一種環境特徵，能有效幫助高齡失智者辨識環境。
- b. 五感的刺激能幫助高齡失智者辨認環境，並減緩失智症之症狀。



圖 5-32 a. 蟲鳴鳥叫

(資料來源：

<http://iseco.idv.tw/yphuang/upload/album/103/c41c5123b1b290a6f9bfa21c556bca64.jpg>)



圖 5-33 b. 各色植栽

(資料來源：本研究拍攝)

#### 2. 安全性

##### 施行策略

- a. 提供適合公園觸覺刺激之安全設施。
- b. 由社區中心、友善商店等形成安全(防禦空間)通報區，避免高齡失智者走失(結合 3C 系統)。

##### [立意說明]

- a. 減少無助感，促使高齡失智者不會過度自閉。
- b. 減少無助感，並讓家屬放心高齡失智者於社區中活動。



圖 5-34 a.植栽與花台(抵石子)增加觸覺刺激  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-35 b.友善商店  
(資料來源：本研究拍攝)

### 3.可及性

#### 施行策略

- a.失智長者可以透過大眾運輸工具協助順利到達目的地。

#### [立意說明]

- a.滿足高齡失智者日常生活活動所需。



圖 5-36 a.捷運站  
(資料來源：本研究拍攝)

### 4.社會支持性

#### 施行策略

- a.提供情感寄託之宗教場域。
- b.社區環境中提供適合高齡失智者活動。如：與學童互動。
- c.社區農場種植傳統蔬菜可勾起高齡者記憶(如：地瓜葉、絲瓜)。

#### [立意說明]

- a.減緩高齡失智者憂鬱、焦躁不安…等情形。
- b.增加高齡失智者與他人活動的機會，減緩憂鬱的情形。
- c.增加高齡失智者因具貢獻而產生成就感，減緩病情。



圖 5-37 a.宗教場域  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-38 b.高齡失智者與  
學童互動  
(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-39 c.社區農場  
(資料來源：本研究拍攝)

## 5.舒適性

### 施行策略

- a.社區環境中提供足夠公共廁所之數量。
- b.社區環境中應有舒適的公車等候室。

### [立意說明]

- a.對高齡失智者而言，最舒適最方便的公共設施是位於地面層的公共廁所。
- b.因應高齡失智者之身體狀況，提供具舒適座椅的等候空間。



圖 5-40 a.公共廁所  
(資料來源：  
<http://pwd.gov.taipei/ct.asp?xItem=54727447&ctNode=23060&mp=106001>)



圖 5-41 b.公車候車亭  
(資料來源：本研究拍攝)

## 6.熟悉性

### 施行策略

- a.社區環境中應建立建築物特色與易於理解的標誌(如：公共藝術…等)。
- b.公園規劃環形動線應可讓高齡者回到進入點。

### [立意說明]

- a.幫助高齡失智者辨認環境。
- b.幫助高齡失智者辨認環境，找到其方向。



圖 5-42 a.公共藝術

(資料來源：本研究拍攝)



圖 5-43 b.公園環形動線

(資料來源：本研究拍攝)

### 三、環境線索模擬圖及注意事項



- 1.失智長者可以感受到自然聲音及音樂提示。如學校鐘聲等。
- 2.行道樹綠地種植有香味、色彩等植物，可加強高齡者環境認知。
- 3.提供適合公園觸覺刺激之安全設施。
- 4.由社區中心、友善商店等形成安全(防禦空間)通報區，避免高齡失智者走失(結合 3C 系統)。
- 5.失智長者可以透過大眾運輸工具協助順利到達目的地。
- 6.提供情感寄託之宗教場域。
- 7.社區環境中提供適合高齡失智者活動。如與學童互動。
- 8.社區農場種植傳統蔬菜可勾起高齡者記憶(如地瓜葉、絲瓜)。
- 9.社區環境中提供足夠公共廁所之數量。
- 10.社區環境中應有舒適的公車等候室。
- 11.社區環境中應建立建築物特色與易於理解的標誌(如公共藝術等)。
- 12.公園規劃環形動線應可讓高齡者回到進入點。

## 肆、特殊行為注意事項

### 一、視幻覺之行為障礙者

鏡子或水面反射、深色色彩、複雜花紋或反光材質，容易使高齡失智者產生視幻覺，因此要避免在社區環境使用摻有玻璃之類的鋪面，多種顏色或材質的設計，也應避免產生複雜的排列方式。

### 二、徘徊遊走之行為障礙者

患有徘徊遊走之使用者，大多數具有走出家門但無法回家的問題，因此應在社區環境中有可供辨識方向的地標，並設置多個有意義的停留點，以改善遊走之情形，並增加高齡失智者在社區中活動之安全性。可結合失智友善商店，當失智者迷路時能通報家屬，形成社區防禦網絡。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

為了達到在地老化提供高齡失智友善社區，可以讓高齡失智者在熟悉友善社區環境中，受到尊重，達到安心與安全的生活，本研究分為兩個面向，以社區支援的角度，1.社區中提供足夠與適合的設施給予高齡者使用 2.社區提供足夠的服務支援，使高齡失智者感受到歸屬感和能對社區有所貢獻；因此本研究提出，結論如下：

#### 一、高齡失智友善社區環境評估六大指標

本研究彙整各國文獻，篩選適合台灣失智友善社區之內容，將失智友善環境評估要項分為六大指標，包括辨識性、安全性、可及性、社會支持性、舒適性和熟悉性。

#### 二、受訪者對社區環境的使用現況與建議

依本研究問卷分析 31 位受訪者得知其對於社區環境的使用狀況如下：

- 1.雖然受者者對於目前居住社區環境中有一定的得熟悉度，但卻有七成以上(71%)之受訪者無法在社區環境中找得到回家的路。
- 2.受訪者之出門原因前三名為到日照中心(22.4%)、就醫(18.4%)、上街走路(15.8%)。
- 3.受訪者認為最重要之場域設施前三名為日照中心(35%)、公園綠地(30%)、市集(10%)。
- 4.最常去的前五名場所設施為公園綠地(20.8%)、日照中心(19.8%)、診所(17.8%)或醫院(17.8%)、市場(9.9%)、宮廟(8.9%)。
- 5.受訪者社區環境使用上認為最需要改善之前三名為，沒適合失智者的活動(26.9%)、服務活動太少(16.7%)、設備太少(10.3%)或行動不安全(10.3%)等。
- 6.受訪者當中對於我國政府推動的政策認知，受訪者皆有一定程度的了解，也曾經使用過部分服務，其中沒有使用過之原因皆為不清楚政府有推動這些政策、不清楚從哪得知這些資訊等。

#### 三、GPS 路徑調查

在 13 位受訪者的 GPS 路徑調查中，反映出台灣對於失智症相關法規與政策，並無良好的配套措施，缺乏喘息空間、少有適合失智者的活動和空間以及針對失智症的照顧訓練不足；在物理環境方面，步行空間雖然人與自行車分道，但仍無法有效區隔人車…等，使受訪者在社區環境中感到相當不友善且無安全感。

#### 四、設計工作坊社區的服務半徑建議

在 18 位參與設計工作坊中，高齡失智者認為距自宅 500 公尺範圍(高齡失智者步行約 15 分鐘)內，最需要的活動場域依次為夜市(20%)、宮廟(16%)、公園(16%)和市場(16%)；離自宅 800 公尺範圍(高齡失智者步行約 20-30 分鐘)內，最需要的活動場域依次為百貨公司(15%)、商店(15%)、捷運站(15%)、火車站(10%)、國父紀念館(10%)；離自宅 1000 公尺範圍(高齡失智者步行約 30-40 分鐘)內，最需要的活動場域依次為醫院(14.3%)、活動中心(14.3%)、中學(7.1%)；離自宅 1500 公尺範圍(高齡失智者步行約 40 分鐘)內，最需要的活動場域則為教堂(15.4%)。

本研究依據文獻、問卷、GPS 路徑調查和設計工作坊之結果，歸納整理並提出符合台灣之高齡失智友善社區設計準則，未來將提供社區環境規劃之專家參考，使我國社區環境友善度提高，建議 100 公尺為必要公共服務設施，範圍內需要郵局、理髮院/美容院、夜市、市場、便利商店、公車站和街角公園，朋友的家也在此範圍為佳，500 公尺的生活圈範圍則應有日間照顧中心、小規模多機能、老人中心、美術館/博物館、圖書館、咖啡店、公園、宗教場域(宮廟/教堂)、學校、老人看護保險設施以及子女的家，500 公尺外需有醫院/診所、捷運站和火車站，請參見下圖(圖 6-1)，期望為能提供高齡失智者在社區環境中安心、安全的生活，落實在地老化之議題。

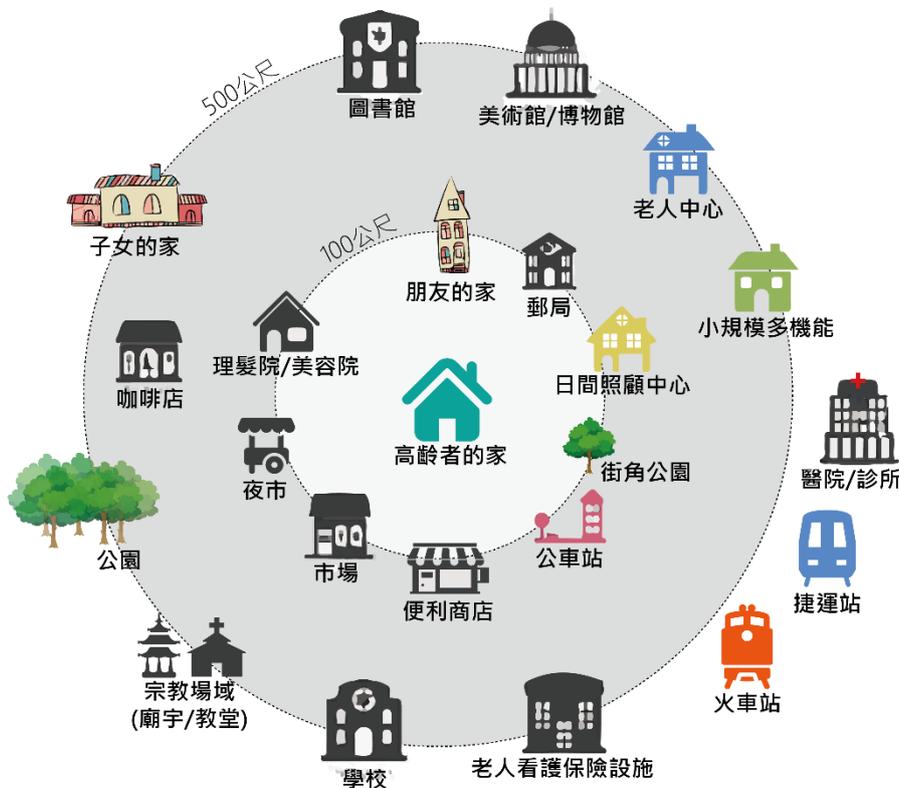


圖 6-1 高齡失智者友善社區居住環境服務圈  
(資料來源：本研究繪製)

本研究將上述之概念落實於信義區某社區，建議自高齡者的家半徑 100 公尺居住環境服務圈，應提供理髮院、咖啡店、朋友的家、市場、街角公園、便利商店、公車站和服務據點(里辦公室)，而 500 公尺之半徑範圍內，有學校、圖書館、公園、超市、老人中心、日間照顧中心、服務據點(里辦公室)、公園、診所、宗教場域(宮廟)、便利商店、捷運站、公車站、咖啡店、小孩的家、郵局、歷史場域和展覽館。未來若有新設社區，可參考本研究之建議，依據對應的土地使用分區，提供相關設施。

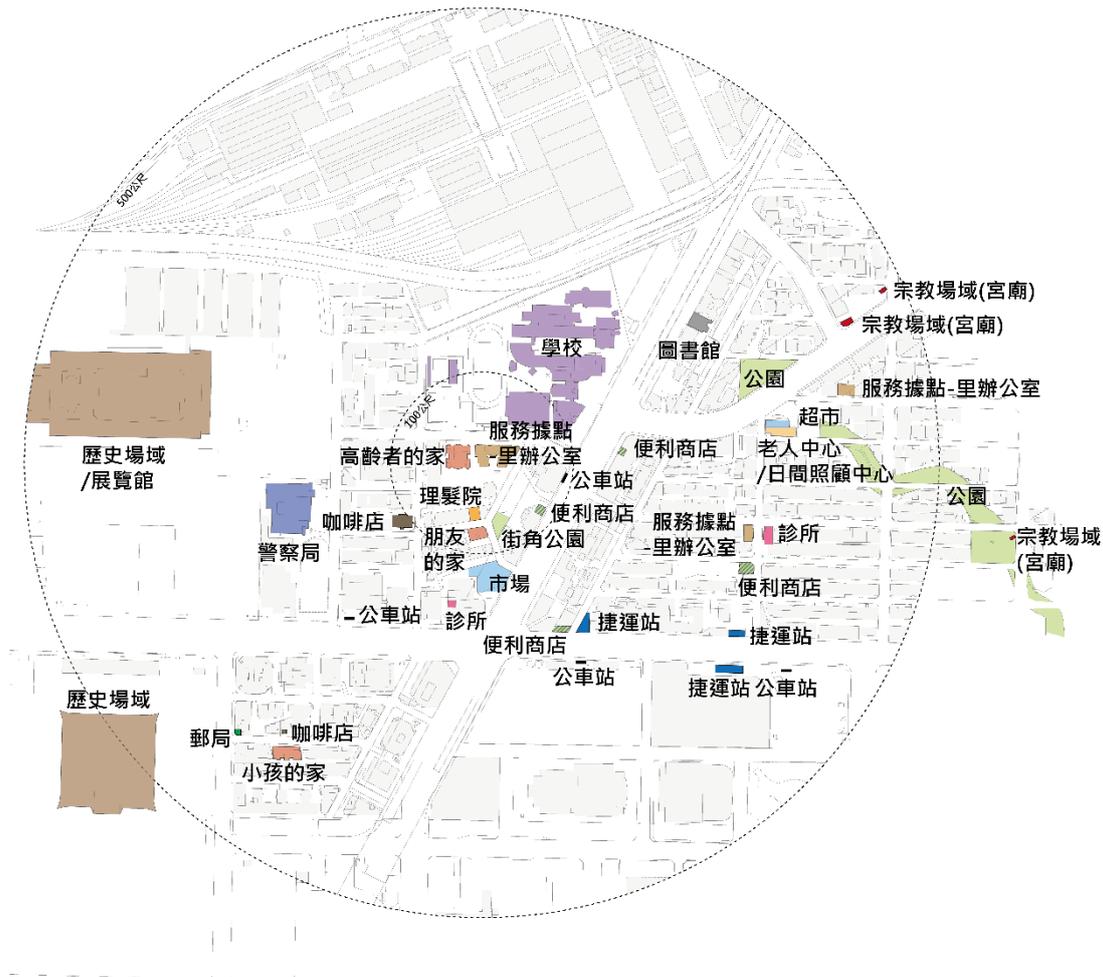


圖 6-2 信義某社區高齡失智者友善社區居住環境服務圈  
(資料來源：本研究繪製)

## 第二節 建議

綜合問卷、GPS 路徑調查和設計工作坊的結果，從分析中得知失智長者對於社區環境中場所設施有一定的需求，但仍缺乏許多適合失智症患者活動之場所空

間，故未來台灣社區環境在道路系統、指標系統、交通網絡、鋪面、環境辨識性(包含地標和五感刺激)、失智友善商店、歷史場域、宗教空間…等方面，除了通用設計的考量，應在色彩和材質上有更細膩的處理，從高齡失智者的角度規劃設計，另外，機能場域之友善設施應考量到，失智症之相關病程，如：輕度失智者可能因體能較好，能夠自行行走，因此我們必須藉由社區環境的友善營造，達到輕度失智者病程之延緩。此外，在我國政策面上，我國應思考如何提升民眾對於失智症相關資訊及政策公開透明化…等皆是重要之議題。本研究也提出下列具體可行的建議事項：

### 建議一

可編製成「高齡失智者友善社區環境設計手冊」，供環境規劃者、建築師、社區總體營造、社區發展協會、照顧者…等改善社區環境時參考：立即可行建議。

主辦機關：衛生福利部。

協辦機關：內政部建築研究所、中華民國全國建築師公會。

本研究觀察高齡失智者於社區環境之行為特性，歸納整理所需之環境需求，建議可編製「高齡失智者友善社區環境設計手冊」，讓環境規劃者、建築師、社區總體營造、社區發展協會、照顧者…等人員，改善社區環境時可做參考。

### 建議二

未來針對療癒性環境用於高齡社會之評估進行研究：立即可行建議。

主辦機關：內政部建築研究所。

協辦機關：衛生福利部。

本研究針對高齡失智者之居住環境服務圈，提出社區中應有公園、美術館、博物館、圖書館、友善商店…等設施，可提供適合高齡失智者的展覽或活動，增加失智者與大眾交流的機會，並藉此增加一般民眾對失智症的認識，進而成為失智友善之社會。未來可針對療癒性環境進行研究。

### 建議三

未來針對閒置空間活化為高齡者日間照顧據點進行研究：立即可行建議。

主辦機關：內政部建築研究所。

協辦機關：衛生福利部。

本研究成果可作為後續研究之參考，並參考國內外相關文獻與設計指標或手冊，針對閒置空間活化為高齡者日間照顧據點進行研究，提供更加多元的照顧選擇，進一步達到高齡者安全且安心的生活環境目標。

## 附錄一、評選審查意見及廠商回應一覽表

內政部建築研究所 105 年度

「高齡失智者友善社區環境設計準則」委託研究計畫案審

### 查意見及廠商回應一覽表

項次	審查委員意見	廠商回應
1	具有國外各國失智病之蒐集完整。	感謝委員的肯定。
2	研究方法是 1. 文獻回顧 2. 調查訪談 3. 焦點團體 4. 專家諮詢 5. 研究會議，但預算內未表達。	針對預算的部分已在報告書內文中第 27 頁編列焦點團體及專家會議座談費用、文獻資料蒐集業務費及其他顧問費。
3	團隊人中具研究對象之經歷及專家聘助。	為使友善社區環境設計準則得以應用於台灣的社區環境，聘請專家諮詢相關內容。
4	期程中，期中及期末報告未明確標示。	將按實際簽約日修正期中及期末報告之期程。
5	研究步驟尚可。	未來將確實依照此研究流程執行。
6	友善社區環境設計準則 6 大指標，惟所提出設計圖說尚未明。	友善社區環境歸納出 7 大指標，未來研究計畫將透過調查訪談、焦點團體及專家諮詢提出友善社區環境概念圖，以供社區環境改善或設計之參考。
7	訪談調查的作法未具體描述，如：未提樣本數量、如何找到具代表性的樣本。	感謝委員的建議，未來針對所提之樣本數量及代表性，將於研究對象時做完整之說明，將補充較為弱勢的對象。
8	未提融入研究群體獲得一手正確訊息的做法。	研究人員以擔任義工方式，建立跟高齡失智者信任關係，進而了解其對社區環境之需求。
9	本研究之產出為提出友善社區環境設計準則，則需針對高齡失智者探討其空間需求，及針對一般社區之現況問題進行調查，以了	感謝委員的建議，未來本案在探討社區環境時，將會把一般社區環境一併列為考量，針對社區所會碰到的障礙點或是特殊性環境

	解那些戶外環境問題需要改善。	進行改善。
10	研究對象選取一公一私，且基礎設施相對完善，是否能驗證本友善社區環境設計準則所面臨問題？請予以補充說明。另外針對社區環境特殊性的問題，請一併考量。	將來將透過里長、職能治療師及社工等單位協助尋找弱勢高齡失智族群接受訪問。
11	高齡失智者友善社區環境是我國現階段必須預為因應及研究之重要課題，能否舉例說明失智者對空間認知的狀況與照顧者之空間規劃建議。	感謝委員的建議，本研究未來將會把委員建議納入考量，經過專家諮詢及進場觀察後，將會列舉出失智者與照護者對空間認知的特性。
12	本研究課題亦涉及社區環境如以一小型基地(約 100 戶以內)，其外部環境有哪些項目可能是需要的，能否舉例說明。	並且考量外部環境所需要考量的項目，進行實際社區環境進行改造。

## 附錄二、期中審查會議記錄及回應表

日期：105 年 7 月 5 日(星期二) 下午 2 時 0 分

地點：內政部建築研究所

出席人員	審查意見	執行單位回應
王委員武烈	<ol style="list-style-type: none"> <li>為何會導致失智症？能否緩延惡化？環境改善可以避免導致症狀嗎？是否可以提示（頭部跌倒退化失智之預防）？</li> <li>本研究對於高齡失智者之友善社區環境方向值得國內重視。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>請參見期中報告書第 21-35 頁，謝謝王委員所提供的意見。</li> </ol>
陳委員政雄	<ol style="list-style-type: none"> <li>題目為針對高齡失智者，應包括 ADL 和失智程度。環境設計是指物理環境還是社會環境？設計準則是否改為指南較妥當？</li> <li>失智症狀有分為核心症狀、周邊症狀、BPSD 和身體(行動能力)，因此建議對象分類應有失智症分類和 MCI。</li> <li>日本新橙色計畫(SPSD→BPSD)。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>本研究依據內政部建築研究所原投標題目進行研究，未來將針對物理環境探討。</li> <li>本研究已於第 19 頁說明高齡失智者之症狀，未來將加以分類說明，並將問卷第 14 題依據分類分析。</li> <li>將補充說明日本橙色計畫中的相關內容。</li> </ol>
陳委員柏宗	<ol style="list-style-type: none"> <li>建議釐清高齡失智者友善社區的定義。</li> <li>建議研究所得六大指標如何延伸至問卷應予以釐清，問卷本身的效度應予交代。</li> <li>建議詳加釐清研究問卷選取對象範圍緣由，為何選取 CBD 而非住宅區，或 CBD 之特色為何，為何對失智症患者有意義(即社區的定義及代表性)？</li> <li>第四章所作之研究就應先釐清社區內容，如患者生活範圍內無相關設施，則其成果需特別交代。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>本研究已對「高齡失智者」與「失智友善社區」二詞解釋，請參閱第 19 頁。</li> <li>本問卷依據第 35-37 頁中所彙整之相關文獻，將環境評估要項分為六大指標，並以英國失智友善社區特點查核表(詳見附錄三第 89-90 頁)為基礎設計問卷。已先請許雅青主任、黃文珊組長和沈明德職能治療師三位專家，進行初步問卷填寫並修改部分題項。</li> <li>本研究已於「研究範圍與對象」章節中說明，詳見第</li> </ol>

出席人員	審查意見	執行單位回應
		<p>15 頁。</p> <p>4. 未來將以期中簡報中第 43 頁之個案分析圖呈現調查分析結果，包括高齡失智者生活範圍之相關設施概況。</p>
柯委員賢城	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 社區應有能夠提供早期發現及時治療，對於失智症相關資訊、專業諮詢、診斷及評估的服務據點，該據點應是地方較為低層的單位，以利政府與民間資源的整合補助及立法，可納入研究。</li> <li>2. 社區環境應從居家、醫療、休憩、購物、建築、交通到大環境的便利與安全進行設計，現階段可先針對失智者及照顧者之基本需求做研究。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 目前本研究對象信義某中心即是關懷據點(功能型核備據點)，也兼具提供失智症相關資訊與專業諮詢之服務，有助於早期發現早期治療。</li> <li>2. 將針對委員意見進行提出高齡失智者友善社區之社區規劃與設計基本準則。</li> </ol>
李委員淑貞	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本研究之重要國內參考資料，應是目前在研究期中報告 P26-P31 的美國、英國、日本資料，建議本研究重要發展之社區環境設計準則相關連，也就是若本研究之社區環境準則以物理環境為主，則此三國之文獻資料分析要有更多物理環境友善社區規則為例。</li> <li>2. 建議明確說明本研究所歸納整理之高齡失智症者在社區之間行為與一般人之差異。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 將補充美國、英國以及日本實質環境資料。</li> <li>2. 問卷中已調查，未來將補充說明高齡失智者行為與一般人之差異。</li> </ol>
劉委員玉山	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 日本厚生勞動省過去五年的橙色計畫，以此推動的新橙色計畫，頗值參考。建議研究團隊多蒐集此次資料，加以介紹。</li> <li>2. 友善社區的空間大小，即如</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本研究於期中報告書第 23-24 頁中輔以圖片說明，並於附錄二列出新橙色計畫之內容，請參閱第 85-86 頁。</li> <li>2. 日間照顧中心為友善社區中相當重要的一環，除了基本</li> </ol>

出席人員	審查意見	執行單位回應
	何與長照中心相結合。	照顧也提供社會支持。
內政部營建署	1. 目前很多硬體跟軟體都已建立，問題在很多人都不知道。	1. 未來本成果將建議由衛生福利部加強推廣。
中華民國身心障礙聯盟	1. 為什麼選擇信義區？目前看起來為都會型的設計準則。	1. 因為台北市信義區基礎設施較為完善，但目前尚有許多社區對於高齡失智者而言是不友善的，因此高齡失智者往往被困在家中，故本研究以信義區為研究範圍。
臺灣建築學會	1. 目前設計工作坊調查 18 位高齡失智者，是否有更科學的方式得到調查成果。 2. 問卷若將失智者與照顧者分開，研究更具價值。	1. 本研究將結合 GPS 以實際調查方式，進行行為調查。 2. 未來將進行問卷分析。
王組長順治	1. 社區範圍 1500 公尺似乎太廣。	1. 因高齡失智者隨著老化與病況逐漸惡化，影響其外出的行為能力，許多高齡失智者會以大眾運輸工具代步，或由照顧者以機車或汽車接送，本研究依據園田真理子教授的 1500 公尺範圍進行初步環境檢視，未來將以 500 公尺做深入探討。



## 附錄三、期末審查會議記錄及回應表

日期：105 年 10 月 18 日(星期二) 下午 2 時 0 分

地點：內政部建築研究所

出席人員	審查意見	執行單位回應
劉委員玉山	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究報告，建議送內政部，地方政府參考整理。</li> <li>2. p.112「圖 6-1 高齡失智友善社區生活圈」建議「生活圈」改為「服務圈」或刪「生活圈」三個字。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 謝謝委員的肯定與建議。</li> <li>2. 將改為「居住環境服務圈」。</li> </ol>
王建築師文楷	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 肯定以案例分析形成研究成果的貢獻性。</li> <li>2. 第六張「結論」，〈112 頁〉，最需要的活動場域則為教堂(15.4%)，再依〈129 頁〉社區環境問題調查第 11 項為宗教場域(例如：廟宇、教堂)，故此結論調查之「教堂」在那項調查結果。〈128 頁〉為 12「教會」、13「宮廟」。</li> <li>3. 〈112 頁〉第四項服務半徑分 500m、800m、1000m、1500m。</li> <li>4. 但結論段「建議」之必要公共服務設施，則出現以 200m、500m，但(圖 6-1)又無 200m 之標示，建議予以更完整的架構及更具邏輯完整性描述。</li> <li>5. 依〈38 頁〉表 2-2「各國生活圈設比較表」英國 500 公尺之必要共同服務設施有「醫療中心」日本 100 公尺內有「醫院/診所」，30 分鐘內有「日常醫療」、「醫院」但在〈112 頁〉結論段，「醫院/診所」在 500 公尺外；是否</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 謝謝委員的肯定。</li> <li>2. 期末報告書問卷部分使用「宮廟」和「教會」，而設計工作坊則用「廟宇」和「教堂」，因此造成混淆，將統一為「宮廟」與「教堂」二詞。</li> <li>3. 本研究設計工作坊將服務半徑分為 500 公尺、800 公尺、1000 公尺和 1500 公尺，綜合文獻、問卷、GPS 路徑調查及專家座談會，而提出 100 公尺和 500 公尺為半徑之住環境生活圈建議。</li> <li>4. 透過專家座談會之討論，並考量使用者為高齡失智者，以及台灣的社區環境，提出 100 公尺的生活半徑，未來將於結論中加以補充說明。</li> <li>5. 本研究除了參考各國文獻，依據設計工作坊之結果，醫院在離自宅 800-1000 公尺之範圍，因此結論提出建議醫院設置在 500 公尺外之範圍。</li> </ol>

出席人員	審查意見	執行單位回應
陳教授政雄	<p>與研究過程符合？</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究設計完整，成果值得肯定。</li> <li>2. 高齡失智者分類宜更詳細，如以認知障礙對社會與之程度，可對照社區環境設計之細部相配合。</li> <li>3. 建議準則以 3D 表現甚佳。可與對象分類配合，說明不同對象的不同環境設計需要。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 謝謝委員的肯定。</li> <li>2. 本研究以失智非失能且具行動能力之個案為研究對象。</li> <li>3. 遵照辦理。</li> </ol>
李教授淑貞	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究成果豐富，彙整分析條理清晰，尤其在第五章的準則之一般原則(第一節)以及社區環境(第二節)相當完整，可供參考。</li> <li>2. 建議 p. 96 得整體設計要點之第四項的「社會支持性」增加提供失智症的生理支持(提升活動力)。</li> <li>3. 建議 p. 97-p. 108 得環境設計六大原則之內容說明變為「施行策略」或「行動策略」建議可做為次標題。</li> <li>4. p. 111 再結論的 GPS 路徑調查應加註僅 13 人的調查。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 謝謝委員的肯定。</li> <li>2. 將依據委員之意見補充提升活動…等生理支持的相關內容。</li> <li>3. 謹遵辦理。</li> <li>4. 將補充說明相關內容，以助於閱讀者評估參考。</li> </ol>
衛生福利部 社會及家庭 署何科員文 儀	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 無。</li> </ol>	
臺灣建築學 會趙秘書長 夢琳	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 無。</li> </ol>	
張助理研究 員志源	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 雖根據原田真理子教授 1500 公尺範圍，但從國內建築規模思考，如 95 頁文字太長，部分解釋放備註。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 將精簡文字說明，並補充更大建築範圍至友善社區環境設計準則。</li> <li>2. 將補充具體相關建議，以利</li> </ol>

出席人員	審查意見	執行單位回應
	<p>建議增加大面積建築範圍內友善社區環境設計準則。</p> <p>2. 因結論建議有公共設施之需求，如日照中心、市集、診所，都市計畫土地使用分區經營事業問題建議可有相關建議，以利於市政府考量設置友善社區示範時可參考。</p> <p>3. 參考文獻建議依中英文分類。</p> <p>4. 第五章第一、二節說明(1)建議放準則外說明(2)名詞解釋建議精簡(3)部分準則分點寫(如 97 頁一般原則)(4)準則的撰寫方式及標號建議參考其他政府資料準則的寫法來撰寫。</p>	<p>政府單位參考。</p> <p>3. 將依據內政部建築研究所之規定編列。</p> <p>4. 將依照委員意見並參考其他政府資料修正。</p>
王組長順治	1. 無。	
陳副所長瑞鈴	1. 無。	



## 附錄四、日本新橙色計畫

### 1.關於失智症的理解深度進行宣導、啟發之推進

- (1)讓社會深度理解失智者的視點與實施。
  - 新增**讓社會深度理解失智者，並展開全國的活動\_\_\_\_失智症本身的語言與積極的姿態傳達。
- (2)失智者支援的養成與活動。
  - 除了養成失智症的支援之外，維持活動的任意性。
  - 新增**受到失智症支援的養成講座，應設有復習也兼具學習的機會，進階的講座、區域或職場的實際取得情況之運用。
- (3)針對學校教育等推動失智症的理解，且包含高齡者。
  - 學校教育等推動失智症的理解，且包含高齡者。
  - 在小、中學開辦失智者支援的養成講座。
  - 大學的學生義務性參與失智高齡者等相關組成以及推動。

### 2.針對失智症的及時醫療護理與照顧之提供

- 針對失智症的變化對應，醫療、醫護(介護)等，有機的關聯，無斷續的適時適切的提供症狀的預防、症狀初期、急增惡況時、中期、人生最終階段。
- 以早期診斷、早期對應為軸心，針對妄想、憂鬱、徘徊遊走等行動與心理症狀、BPSD 或顯現的身體合併症等，醫療機關、醫護(介護)設施等之固定對應，以及最主要的合適場所，適切的被持續性的服務提供組織。

- (1)本身主要的醫療、照顧等的貫徹。
- (2)預防發症的推廣。
- (3)早期診斷、早期對應的體制整頓。
  - 加強醫生對於失智症的對應，失智症醫生的養成等。
  - 新增**加強牙醫、藥劑師的對應。
  - 失智症醫療中心等整頓。
  - 失智症初期集中支援組織的設置。
- (4)行動、心理狀態 SPSP 或身體合併症等適切的對應
  - 醫療機關、醫護(介護)設施等之固定對應，以及最主要的合適場所，適切的被持續性的服務提供組織。
  - 行動與心理症狀、BPSD 的適切對應。
  - 身體合併症等對策，一般醫院的醫療從業者的失智症提升。
  - 新增**提升照顧職員對應失智者。
- (5)推動失智者復建。
  - 醫護(介護)服務基礎的升級

- 充實照顧失智症的實踐者\_實踐領導\_指導者的訓練。
  - 新增**目標實施照顧失智症的新成員，著重在照顧的訓練基礎。
- (6)人生最終階段的支持醫療照顧的整頓。
- (7)醫療與照顧等的有機的整頓推進。
- 積極的活用應用失智症照顧的支援系統條件，適切的提供服務流程。
  - 推動醫療與醫護(介護)之間的關係者之情報共有。**新增**推動整頓醫療、醫護(介護)的經營情報，並成為案例之系統工具。可作為會議中關係到失智者區域照顧的資源共有、發掘、整頓等。
  - 積極運用失智症區域支援推動者與分配，以及失智者生活支援的進修。
  - 推動及整頓區域支援中心與失智患者的醫療中心。

---

### 3.強化早發性失智症的措施

---

- 年輕的失智者與家庭的支援手冊分配
- 設定縣市的諮詢窗口以及支援關係者的網路。
- 支援並規畫年輕失智者之空間位置，以及工作、社會參與等。

---

### 4.失智症的照顧支援

---

- (1)減輕醫護者(介護)照顧失智者的負擔。
- (2)醫護者(介護)的家庭支援。
- (3)醫護者(介護)的工作以及醫護兩方兼重。

---

### 5.**新增**推動執行涵括高齡者的失智者的友善區域

---

- (1)生活的支援(軟體)
  - 執行家事、食物、購物困難者的宅配之支援提供。
  - 推動高齡者沙龍(理髮院)等設置。
  - 開發以及支援高齡者方便利用的商品。
  - 新醫護(介護)的食品(微笑食品)讓高齡者簡單的運用之環境整頓。
- (2)生活便利環境(硬體)的整頓
  - 確保高齡者住生活的多樣化。
  - 促進高齡者的生活支援設施，與集合住宅等共同設立。
  - 推廣無障礙化。
  - 高齡者不駕駛的情況下的移動方式，如充實公共交通。
- (3)就業與社會參與支援
  - 促進就業、區域活動、義工活動等社會參與。
  - 年輕的失智者的事業處之僱用的困難點，以及就業繼續支援(障害福利服務)

## (4)確保安全

- 確保獨居高齡者的安全，或早期發現以及保護，曾有過行蹤不明者之整頓。
- 確保高齡者在步行、駕駛狀況的評估及交通安全之對應。
- 防止消費者受騙。
- 促進成年監護(特別是公民的監護人)法律的運用。
- 防止高齡者的虐待。

---

## 6. 新增高齡失智者的預防、診斷、治療、復健、照顧等研發成果以及普及化之推進

---

- 推動全國展開高品質效能的研究。
- 建構容易登錄失智者研究的機制。
- 推動開發以及普及支援機器人的技術或 ICT 技術的活用機器等。
- 開發預防失智症的大量資料庫之取用方案。

---

## 7. 重視失智者和親屬的觀點

---

- 新增建立與實施以失智者的角度讓社會理解的運動。
- 新增掌握初期階段的失智者生活支援。
- 新增失智症的策略之企劃、立案或評估，需藉由失智者與失智症的家庭的參與規畫。<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 厚生労働省(2015)。認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」について。引用於 2016.年 06 月 01 日，取自 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>。



## 附錄五、英國失智友善社區特點查核表

### 熟悉的環境(A familiar environment)

- 地方或建築是長期矗立於該處僅有小規模變化或增加。
- 地方和建築物的功能是顯而易見的。
- 建築特色和街道家具對老年人是熟悉或易於理解的設計。

### 清晰的環境(A legible environment)

- 不同層級的街道，如主要道路、人行道、小巷和通道。
- 小街廓坐落於不規則的網格基於一個適應周邊的街廓模式。
- 街道短且窄。
- 街道良好串聯微彎的街道口使視覺連續。
- 三岔路口或丁字路比十字路口常見。
- 潛在線索位在視覺端點，特別是在決策點，例如岔路或轉彎處。
- 一地或建築物的入口是清楚可見且明顯的。
- 標誌是最小的、提供簡單且基本資訊在決策點。
- 標誌有大的圖案與對比於背景為色彩清晰的符號，最好是深色字刻在淺色背景。
- 只有一個方向指示牌在立柱上。
- 標誌位在重要的地方以及垂直建築物牆面上。
- 標誌無強光照明且非反光表面。

### 獨特的環境(A distinctive environment)

- 都市與建築物造型是多樣的。
- 有各式各樣的地標，包括歷史和公民建築、獨特的結構和活動場所。
- 有各種歡迎的開放空間，包括廣場、公園和遊樂場。
- 建築特色有多種風格、顏色和材料。
- 有多樣具美感的以及具實用功能的事物，如樹木和街道家具。

### 可及的環境(An accessible environment)

- 混和土地使用。
- 服務和設施距離住宅 5-10 分鐘步行距離。
- 人行道是寬且平坦的。
- 人行道路口和公共廁所是在地平面上(易於使用被看見)。
- 不可避免的高程差其坡度不可超過 1/20。
- 一地或建築的入口是顯而易見且易於使用的。
- 大門具有把手且不超過 2 公斤的壓力開啟。

### 舒適的環境(A comfortable environment)

- 戶外環境是歡迎且無威脅的。
- 都市地區為小的，明確定義廁所、座椅、遮蔽物和照明的開放空間。
- 有安靜的道路可作為替代方案以遠離人群/交通。
- 有些步道是綠廊道或人行專用道，以在繁忙的交通中獲得保護。
- 設置聲音屏障(例如植栽和籬笆)以降低背景噪音。
- 街道雜亂，例如過多的標誌、廣告牌和燈箱。
- 電話亭被圍住(enclosed)。
- 公車站被圍住(enclosed)並設有座椅。
- 座位是粗壯的扶手與靠背且使用不易傳導溫度的材料。

### 安全的環境(A safe environment)

- 人行道寬闊並有良好的維護及清潔。
- 自行車道與人行道分離。
- 在人行道路口為老年人提供適當音調與時機的提示音。
- 鋪面是平坦無反光，色彩與質感與牆壁形成對比。
- 鋪面平坦、平整且防滑。
- 樹靠近人行道，為小葉子在地面潮濕時不會黏在路面。
- 空間和建築是面向避免造成陰影或明亮刺眼地區。
- 路燈照明對視覺障礙人士而言是充足的。
- 明確標示高差且光線充足，防滑無炫光表面的扶手。<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Burton, E., Mitchell, L. & Raman, S. (2004). Neighbourhoods for Life: Designing dementiafriendly outdoor environments. Oxford: Oxford Institute for Sustainable Development. Retrieved January 26, 2016 from [http://www.idgo.ac.uk/about\\_idgo/docs/NfL-FL.pdf](http://www.idgo.ac.uk/about_idgo/docs/NfL-FL.pdf).

## 附錄六、高齡失智者友善社區環境設計問卷

受訪者您好：

我是台北科技大學建都所學生，本問卷主要有助於我研究高齡失智友善社區上面的初步了解。希望藉由您的問卷，能提倡高齡失智友善社區，並能在我國在高齡失智患者照護方面更加重視，落實失智症患者在地老化。本資料僅提供學術初步研究應用，絕對不會公開，請您放心填寫。感謝您撥空填答！

祝您 萬事順心 闔家平安

國立臺北科技大學 建築與都市研究所 研究生 陳宜煒.尤品雅敬上 (02.2771-2171#2984)

### 一、基本資料

1. 失智長者性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性
2. 失智長者年齡	<input type="checkbox"/> 1. 65-74 歲 <input type="checkbox"/> 2. 75-84 歲 <input type="checkbox"/> 3. 85 歲以上
3. 失智長者教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2. 國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.大專院校 <input type="checkbox"/> 5.研究所以上
4. 失智長者目前的病程為	<input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3.重度
5. 失智長者發病已有幾年	<input type="checkbox"/> 1.不到一年 <input type="checkbox"/> 2. 一到五年 <input type="checkbox"/> 3.六到十年 <input type="checkbox"/> 4.十年以上
6. 失智長者退休前的職業為何	<input type="checkbox"/> 1. 軍、公、教 <input type="checkbox"/> 2.農、林、漁、牧、礦 <input type="checkbox"/> 3.工 <input type="checkbox"/> 4.商 <input type="checkbox"/> 5.服務業 <input type="checkbox"/> 6.自由業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無(含退休者)
7. 失智長者與照顧者關係為	<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2. 子女 <input type="checkbox"/> 3.照顧者 <input type="checkbox"/> 4.其他：_____
8. 失智長者出門的頻率為	<input type="checkbox"/> 1.一天數次以上 <input type="checkbox"/> 2. 每天一次 <input type="checkbox"/> 3.兩三天一次 <input type="checkbox"/> 4.每週一次 <input type="checkbox"/> 5.每月一次 <input type="checkbox"/> 6.其他
9. 失智長者最常與誰外出	<input type="checkbox"/> 1.獨自外出 <input type="checkbox"/> 2. 配偶 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.鄰居 <input type="checkbox"/> 5.外傭 <input type="checkbox"/> 6.其他
10. 失智長者居住社區的名稱為	<input type="checkbox"/> 1._____區 <input type="checkbox"/> 2. 無社區 <input type="checkbox"/> 3.不清楚
11. 失智長者居住地的類型為	<input type="checkbox"/> 1.電梯大廈 <input type="checkbox"/> 2.透天 <input type="checkbox"/> 3.樓梯公寓 <input type="checkbox"/> 4.國宅 <input type="checkbox"/> 5.其他：_____
12. 失智長者居住的時間為	<input type="checkbox"/> 1.一年內 <input type="checkbox"/> 2. 一到十年 <input type="checkbox"/> 3.十一到二十年 <input type="checkbox"/> 4.二十到三十年 <input type="checkbox"/> 5.三十到四十年 <input type="checkbox"/> 6.四十年以上
13. 失智長者目前的病徵為	<input type="checkbox"/> 1.無方向感 <input type="checkbox"/> 2. 焦躁不安 <input type="checkbox"/> 3.幻覺妄想 <input type="checkbox"/> 4.行動不便 <input type="checkbox"/> 5.徘徊遊走 <input type="checkbox"/> 6.失禁 <input type="checkbox"/> 7.日夜顛倒 <input type="checkbox"/> 8 其他：_____
14. 失智長者的出門的時段為何	<input type="checkbox"/> 清晨(00:00-06:00) <input type="checkbox"/> 上午(06:00-12:00) <input type="checkbox"/> 中午(12:00-13:00) <input type="checkbox"/> 下午(13:00-18:00) <input type="checkbox"/> 晚上(18:00-00:00)
15. 失智長者可以在可否自行回家 社區環境中找到回家的路	<input type="checkbox"/> 1.可以 <input type="checkbox"/> 2.不可以
16. 您對於社區環境的滿意程度為何	<input type="checkbox"/> 1.非常滿意 <input type="checkbox"/> 2. 滿意 <input type="checkbox"/> 3.尚可 <input type="checkbox"/> 4.不滿意 <input type="checkbox"/> 5.非常不滿意
17. 承第 17 題，您感到滿意的原因為何	<input type="checkbox"/> 1.社區活動多樣性 <input type="checkbox"/> 2.充足的公共設施 <input type="checkbox"/> 3.住家環境優良 <input type="checkbox"/> 4.居家環境安全 <input type="checkbox"/> 5.生活設施舒適 <input type="checkbox"/> 6.其他：_____

18. 承第 17 題，您感到不滿意的原因為何	<input type="checkbox"/> 1.老舊公寓沒有電梯輔助 <input type="checkbox"/> 2.社區無適合失智長者的活動 <input type="checkbox"/> 3.社區無友善商店 <input type="checkbox"/> 4.社區照顧機構不足(日間照顧.喘息服務) <input type="checkbox"/> 5.其他：_____
19. 您目前居住之區域，是否達到高齡友善社區？	<input type="checkbox"/> 1.非常滿意 <input type="checkbox"/> 2. 滿意 <input type="checkbox"/> 3.尚可 <input type="checkbox"/> 4.不滿意 <input type="checkbox"/> 5.非常不滿意
<b>二、政府目前推動的政策認知 (複選)</b>	
1. 您是否了解我國政府推動的政策有哪些？	<input type="checkbox"/> 1.居家服務(協助沐浴.更衣.進食.陪同散步...等) <input type="checkbox"/> 2.送餐服務 <input type="checkbox"/> 3.社區及居家復健 <input type="checkbox"/> 4.喘息服務 <input type="checkbox"/> 5.交通接送服務 <input type="checkbox"/> 6.照顧服務(日間照顧.機構照顧等) <input type="checkbox"/> 7.其他：_____
2. 您實際使用過哪些服務？	<input type="checkbox"/> 1.居家服務(協助沐浴.更衣.進食.陪同散步...等) <input type="checkbox"/> 2.送餐服務 <input type="checkbox"/> 3.社區及居家復健 <input type="checkbox"/> 4.喘息服務 <input type="checkbox"/> 5.交通接送服務 <input type="checkbox"/> 6.照顧服務(日間照顧.機構照顧等) <input type="checkbox"/> 7.其他：_____
3. 沒有使用的原因為何？	<input type="checkbox"/> 1.不清楚政府有推動這些政策 <input type="checkbox"/> 2.政府補助太少 <input type="checkbox"/> 3.不清楚從哪得知這些資訊 <input type="checkbox"/> 4. 暫時不需要 <input type="checkbox"/> 5.其他：_____
4. 您認為政府應該提供哪些資源	<input type="checkbox"/> 1.專業評估失智長者適合的機構(長期照顧機構.團體家屋...等) <input type="checkbox"/> 2.臨時日照中心或社區照顧支援中心之提供 <input type="checkbox"/> 3.提供醫療體系 24H 緊急服務方式 <input type="checkbox"/> 4.社區提供失智者相關資訊 <input type="checkbox"/> 5.其他：_____
5. 您覺得我國推動政策困難點在何處？	
<b>三、複選題</b>	
1. 您認為失智長者出門的可能原因為何(可複選)	<input type="checkbox"/> 1.買菜購物 <input type="checkbox"/> 2. 上街走路 <input type="checkbox"/> 3.日照中心 <input type="checkbox"/> 4.跟人聊天 <input type="checkbox"/> 5.參與活動 <input type="checkbox"/> 6.參與宗教類行為 <input type="checkbox"/> 7.逛街 <input type="checkbox"/> 8.就醫 <input type="checkbox"/> 9.其他
2. 您認為失智長者生活最重要的場所設施?(最常使用)	<input type="checkbox"/> 1.學校 <input type="checkbox"/> 2.公園綠地 <input type="checkbox"/> 3.廣場 <input type="checkbox"/> 4.社區活動中心 <input type="checkbox"/> 5.市集 <input type="checkbox"/> 6.日照中心 <input type="checkbox"/> 7.商場 <input type="checkbox"/> 8.街道 <input type="checkbox"/> 9.其他
3. 您認為失智長者最常去的場所設施 (排名 1-5)	<input type="checkbox"/> 1.日照中心 <input type="checkbox"/> 2. 公園綠地 <input type="checkbox"/> 3.廣場 <input type="checkbox"/> 4.社區活動中心 <input type="checkbox"/> 5.市場 <input type="checkbox"/> 6.衛生所 <input type="checkbox"/> 7.診所或醫院 <input type="checkbox"/> 8.社區關懷據點 <input type="checkbox"/> 9.老人大學 <input type="checkbox"/> 10.老人服務中心 <input type="checkbox"/> 11.村里辦公室 <input type="checkbox"/> 12.教堂 <input type="checkbox"/> 13.宮廟 <input type="checkbox"/> 14.學校 <input type="checkbox"/> 15.圖書館 <input type="checkbox"/> 16.其他
4. 您認為失智長者社區環境使用上認為何者最需要改善	<input type="checkbox"/> 1.距離太遠 <input type="checkbox"/> 2.交通不便 <input type="checkbox"/> 3.治安不好 <input type="checkbox"/> 4.服務活動太少 <input type="checkbox"/> 5.設備太少 <input type="checkbox"/> 6.行動不安全 <input type="checkbox"/> 7.使用人數太多 <input type="checkbox"/> 8.參與活動的人不好相處 <input type="checkbox"/> 9.空間太小 <input type="checkbox"/> 10.沒適合失智者的活動 <input type="checkbox"/> 11.環境衛生 <input type="checkbox"/> 12.其他

## 社區環境現況問題:

		非常不同意	不同意	尚可	同意	非常同意
辨識性	1. 具有簡易明瞭、清晰、顏色分明且無眩光的指標系統（如公共廁所人形標誌、避難區域指引等）					
	2. 岔路或道路端點設置標誌或地標可助於辨識（超商、郵局…等）					
	3. 失智長者可以感受到自然聲音及音樂提示。如學校鐘聲等					
	4. 環境中具有提供失智者知覺上的刺激（如聽覺：兒童嬉笑聲、人們交談聲；嗅覺：香味、夜市煮菜味道……等等）					
安全性	5. 具有足夠的照明設備					
	6. 轉角處減少遮蔽物					
	7. 失智長者在外出時不會感到不安(使用設施與治安)					
	8. 確保社區環境中的鋪面無讓高齡失智具有幻覺之配色與圖案（鋪面顏色太深、具有花紋及圖騰等）					
	9. 人行道鋪面為平整、防滑、無反光的材質，且具有顏色反差的邊界					
社會支持性	10. 具有高齡失智友善商店/具有可讓高齡失智者自行去採買物品的商店					
	11. 提供宗教場域的情感寄託（例如宮廟、教堂活動等）					
舒適性	12. 設有足夠的座椅可讓高齡失智者進行休憩（每 100 公尺設置一個座椅）					
	13. 環境整齊（沒有過多標誌、廣告牌和燈箱）					
	14. 具有舒適的公車候車空間，並配有座椅					
	15. 失智長者對社區中公共廁所數量滿意度為					
熟悉性	16. 具有熟悉性街道（觸及患者深刻記憶點）					
	17. 建築特色對失智長輩是具有熟悉性或易於理解的					
	18. 具有失智長者熟悉/理解的設施(如懷舊電話亭)					
可	19. 服務單位和機能場所距離住宅 15 分鐘步					

及	行 500 公尺內距離					
性	20. 公共建築及場所入口顯而易見且易於使用					
	21. 失智長者可透過大眾運輸工具協助順利到達目的地					
	22. 失智長者從住家到達最常使用的空間設施距離為？（走路時間）	10 分鐘以內	10-20 分鐘	20-30 分鐘	30-40 分鐘	40 分鐘以上

## 附錄七、專家深入訪談逐字稿

### 一、專家深入訪談——許雅青主任

訪談對象：許雅青 臺北市私立萬芳老人長期照顧中心主任

訪談時間：2016年03月15日

訪談地點：臺北市私立萬芳老人長期照顧中心

**研究助理**：與家屬/長輩相處的過程中,發現家屬/長輩遇到最大的困難為何？

**許雅青主任**：主要是在照顧，還有一塊是他們(政府)怎麼去協助他們(家屬)去找到他們的支援，這資源目前失智症來說是比較不足的，因為這家屬最會去確定他照顧上面的問題，還有照顧歷程上比較會去碰到的部分，所以我們之前再透過家屬團體或是有一些失智症的講座都會去提到這一塊，當然會去把失智症的歷程去告訴他們，可是每一個家屬面對長輩失智症的變動的時候，他還是會不知道該怎麼處理，因為每一位長輩的在失智上所會產生的問題，或是他可能的行為問題都會不太一樣，可是這樣的過程裡面每一位家屬在比如說他們透過我們的家屬團裡面可能會去聽到，不同的家屬在面對失智症程度的差別的時候可能碰到的問題的時候他們會有一些心理上面的準備。

有一些的家屬會提早做一些準備包含從輕度轉到中度變成重度的時候，有一些家屬會很迅速的去把一些資源先確定或是了解的很清楚，那有一些家屬可能會有，但實際上他可能要適應長輩的變動的時候可能還是來不及的，那在這過程的時候可能會有很驚慌的部份，尤其是在工作跟照顧長輩的過程裡面，或者是他在面對從可能真的長輩沒辦法在日照中心的時候，要如何因應長輩後續的照顧過程，包含是不是要自己照顧，或者是到一些 24 小時的機構，可是這些機構也不見得那麼的好找，因為目前不管是到府或是整個台灣的建構來講，這是一個部份，那其他會考慮到環境的部份其實是少的，而且我們聽到家屬給我們的一些環境部份會比較少，所以提到說原來以前我們日照中心在環境的調整的時候，其實有一些不一樣的差別，可是這一些差別有沒有辦法透過一些方式讓家屬知道說，我如果未來在照顧長輩在家裡面的時候我的環境有沒有可能要做某一部份的調整，當然在失智症的环境盡可能少變動就少變動，但有一些設計跟規劃必須讓長輩或是家屬原來有一些空間的規劃或者是燈關等等設施的調整，像燈光就不能太暗，因為太暗可能會就會造成長輩一些跌倒的狀況，所以這些可能都是家屬面對失智症長輩來說都會面對的問題，對於環境家屬比較不會那麼在意，會在意的可能是當長輩失能的時候，社區環境需要添加什麼樣

子的輔具，跟一些基本環境些微的調整，也是我們自己在這個領域這麼久也沒有針對這一塊做一些處理，那只是說我們有一些像失智症照顧協會訓練的課程裡面去帶到，但這一塊是可以去加強的部份。

**研究助理：**目前政府提供的資源是否能解決家屬/長輩的困難？

**許雅青主任：**如果是居家來說，其實目前台灣的居家照顧服務人員，他的訓練已失能訓練為主，雖然目前訓練課程裡面會帶到失智症的照顧，但是您如果把他照顧的課程翻開來看你會發現，目前台灣仍以失能的照顧為主，但是失智症與失能照顧是不太一樣的，雖然失智症會伴隨失能的狀況，可是照顧模式是不太一樣的，所以我們有一些家屬在之前會使用日照中心跟居家同使用，可是同時使用居家的經驗都不是很好，那不好的狀況都不是很好，不好的狀況是在於協助居家的照服員的訓練不是在於失智症，那你會說為什麼日照中心的照服員能照顧失智症患者，很多的照服員都是進了日照中心重新學習照顧失智症患者的一些課程還有包含每天的照顧課程還有不斷的在職訓練，去調整他照顧的模式，但是居家的照服員大部分都是照顧失能長輩，所以他要去調整面對失智症長輩的那一塊其實有困難點，那日照以目前台灣有很多的日照中心 99%都已經收到失智症患者，所以在照顧上沒有多大的困難，困難點就是在於人員的夠不到，雖然現在台灣有一百多家的日照中心，可是其實對於台灣的失智症人口來講，他的資源還是不夠的，那機構呢(養護機構、大型機構)，對失智症來說他原本的就是在照顧失能長輩，包含今天您所看到的環境，就像您們問我們失智症能不能進到這個環境，就像我回答您的，因為我們這邊的環境是六人房，如果面對的輕中度，或者是剛從中度轉重的要收的困難度有點高，除非他伴隨著失能的狀態比較嚴重的那機構就敢收，可是如果他失能的程度不高，他的失智程度比較多的時候很多機構其實是不敢收，除非他們是專責的失智症案子機構，以大台北地區來說有聖若瑟、健順、雙連、士林的團體家屋、至善。相對而言他對家屬來說沒辦法解決家屬的困難點，另外一個部份，他的照顧費用相對的比一般的養護機構還要來的高，所以對有一些的家屬會是一個很大的經濟壓力。

**研究助理：**政府還需要提供哪些資源可解決家屬/長輩的困難？

**許雅青主任：**一個部分是建構資源的部分，一個部分是錢的部分就會遷到政府在長照的領域，福利會使用到什麼樣子的制度，當然長照保險是這幾年在討論的部分，要走的是跟上德國日本那樣子的模式或是方式在用長照保險，那新的政府其實談的是稅收，所以長照保險這幾年或是短期內應該不會被談到，那長照保險有長照保險的好處，那稅收制現在目前新的政府

還沒上來，現在目前是用稅收制，那稅收制的部分可能會比較財源來源的部分可能會是一個問題，因為長照保險的預算會是非常龐大，如果單純用稅收制的部分，你的來源可能會是比較不穩定，這是我個人的看法，當然現在目前新的政府認為它其實是可以克服的包含透過遺產稅、好像還有贈與稅部分，去把那一塊來補足它的稅收問題，可是那個預算還是有差，因為長照保險的錢如果收起來其實是高於稅收制的錢，目前他們算出來是這樣。那台灣有沒有辦法這麼短期內資源還沒有辦法推長照保險這也是需要去考量，可是當初日本在做的時候其實也是政府在財政最困難的時候去做長照保險，因為很多國包含德國也是，都是在財政最困難的時候在推長照保險，因為它不需要再用社會保險來處理這一塊長照保險的議題，因為政府的稅收其實是已經沒有辦法去處理到，現再是這樣，那現在新的政府稅收制，所以我們就看看未來稅收制有沒有，它雖然現在長照十年的預算有增加了好幾倍，可是他到底可不可以去把這樣的一個這幾年來的銀髮族快速的增加這樣的狀況，克服預算跟財務的部分，我覺得那真的要看一下他們專家跟資庫的處理了。

**研究助理：**目前社區中有哪些資源對於家屬及長輩是重要的？

**許雅青主任：**比如說我從家裡面到一般地方的公共空間，就是不管是到公園還是什麼，有一塊比較最要克服的部分是在無障礙空間的部分，那無障礙的部分台北已經相對好，那其他的縣市的部分相對有待要做一些處理，因為尤其是在騎樓，高高低低對一般的失智症或是失能的長輩其實它是非常不友善的，那包含有沒有人做過輪椅這樣被推著走，我有過，那時後懷孕的時候逼不得已要坐輪椅，然後就發現其實，有一些的設計他為了防滑，可是那防滑的過程裡面它輪椅輩這樣推著走，其實那個顛坡其實是不舒服的，那如果不管是對老人家或是一般有需要用一些輔助的部分或者是家屬讓長輩覺得有一些友善的話，它會讓友一些需要的部分有一點卻步，因為我只要出去那在整個推輪椅的過程就是不舒服，這是一個部分。另外一個部分是無障礙廁所，可是台北已經很好，大台北都還好，重點是出了大台北你就會知道說，尤其，比如說你要推著說，我有一些失能或要想要帶他們出門要去稍為遊玩的時候，其實包含以前我們在日照的時候，我們要出去之前，工作人員可能都要了解到有沒有無障礙廁所，因為沒有無障礙廁所的時候工作人員其實就要思考，我去那個地方我怎麼讓長輩上廁所，所以回過頭來，家屬也會面臨到這個問題，包含可能餐廳，包含現在目前有一些飯店其實都會有，有一些比較更..你只要去看中南部就會少了那一塊少了那一個部分，餐廳也是那個無障礙廁所，然後應該還有一塊我個人覺得每個人對那樣的失能的長輩或者是有在做使用輔具的長輩其實那個友善程度還不夠，我覺得那樣的觀念需要去調整，所以會讓有一些失智或

失能的長輩，其實或有一些家屬認為我只要帶出去，其實不管是環境或者是有一些人的不友善的時候他就會讓他卻步。

**研究助理：**您認為在社區中提供哪些空間改善，對於長輩是有幫助的(少子化關係，改善想學閒置教室提供園藝治療、音樂治療等)？

**許雅青主任：**我們先講學校的空間，學校的空間其實十幾年前，應該很多在我們社福界都已經在想要推這一塊，也想要進行，可是一直沒有太大的成效，目前沒有太大的成效，包含我們講的首善之區的台北，學校的可能目前這幾年有一些認為說 OK 我開放，可是其實他在法律或者是在提供給你的部分都已經在限制你，好我講一個實際的狀況是，我前年有參加台北市的就是學校的空間要釋放出來，可是那釋放的部分，當然那個租金其實大家都不用考慮到，因為那個租金本來我使用的時候因為釋放出來我就要給付租金，可是那裏面有一個部分是在於說，我映像沒記錯他最多只能租三年，這個空間我只能租三年，可是這三年來講不管是一個社會福利機構，或有心想要利用在一個學校釋放出來的空間裡面來講我這三年進來這個地方，我沒多久可能面臨的事我可能要遷移，那遷移的時候我有辦法再找個一個這樣子的空間嗎？所以，他的辦法是不是本來就很有意願讓民間單位或者是社會福利單位要使用一個學校的空間來使用，我覺得是必須要去推動政府去調整，因為那個是變成是學校的不管是行政或者是老師的部分有沒有辦法去遇合，因為有很多的考量點是安全的問題，跟尤其是跟國小、國中那邊擔心的問題都是在這，那我覺得那一塊怎麼去，因為我們目前看到很多學校的閒置空間都是這一棟跟這一棟其實這裡有一層或者是這裡有幾間空間閒置的，可是他沒辦法如果你擔心安全問題有可能狀況是你馬就是整棟閒置起來，集中的閒置起來，你才有辦法去釋放也可以去避免學校擔心的問題，那我覺得有些的單心問題是在於這一群兩個不同類型的人從來很少友接觸過，因為不了解所以產生了很多的刻板映像，那我講一個實力例子是，這一兩年衛福部曾經在整個台灣所有的醫院要讓他出來做所為的長樂中心也就是講我們從醫院跨出來到社區做失智症的服務，那屏東有一個醫院他已經有跟學校一個國小取得一個長期合作的一個空間可以在那邊辦類似我們講的樂智學堂或者是其實他們不是叫樂智學堂，他們叫長樂中心因為那是衛福部補助的錢，那他們有設計一個跟學生互動的模式，那我覺得這樣的一個概念其實是很好的，尤其是在南部是有看到，大台北市沒看到的，那這一塊怎麼去延伸怎麼去用學校的閒置空間我覺得可以在推廣，因為他其實在他幾乎在那一個地方我看到的是在那幾個主要的空間其實是沒有我講的就是說我沒有很多的，他跟學生其實是分開，我覺得那也是其實因為在中南部他們要克服的那一塊我本來是認為有點困難，沒想到他們反而比都會型的地方去克服到這個部分，就是他們幾乎那一層

他們在一樓，所以那一層幾乎沒有學生，可是他們跟那個學校其他的學生其實還是有一些親近，可是後來因為推了兩年，後來學校的也很積極在促進長輩跟學生的互動，那包含學校他們會譬如校長去結合資源去在他們的樹下在去做一個那的石頭，可以讓他們去比如說長輩可以到那邊休憩，那未來有沒有辦法讓學生跟他們互動，因為你只要有互動其實彼此之間刻版映相就會不見，我覺得南部已經有開始我覺得是一個部分。

那另外你剛才提到說到底還有沒有其他的閒置空間可以利用，其實還有一些我們講的居民活動中心或……？

**蔡淑瑩研究主持人：**警察局。

**許雅青主任：**警察局現在有空閒的嗎？

**蔡淑瑩研究主持人：**柯P不是一直要把他們廢掉嗎？

**許雅青主任：**中南部還有一些會有，可是我不知道有一些中南部的地方很好玩的地方是，我上次去到澎湖或者是去南部的時候他們海邊會有一小棟一小棟，看起來是涼亭，但又不是，可是老人家就在那邊搓麻將、打麻將，那如果去金門他們還有會在有些我們講的古蹟裡面打四色牌，我覺得是很好，那好的部分有沒有可能讓如果我們今天要做一個失智的部分的話，我怎們要讓有一些的資源可以進到這裡裡面去，那現在是有一些資源可能政府也在推，想要找一些資源進到社區，就跟衛福部一樣他是在推這樣的部分，目前去年是23個醫院吧，走到社區裡面去，那他可能結合包含那個問湯秘書長最清楚，因為他們是在輔導，那我當初是有這一兩年跟著他們去做輔導委員，所以就去看，包含他們會結合的關懷據點，然後會者是我剛才講的學校，然後包含有一些地方是用教堂。

**蔡淑瑩研究主持人：**那把他設計成或改良成一個微型日托嗎？還是只是去做運動做體操的，是改善成什麼樣子？

**許雅青主任：**他們有一些做的比較很好的時候，他們可以一個禮拜本來一個禮拜兩天或是兩個半天，可是可以又拉長，那兩個半天只有兩到三個小時，目前是這樣子，那未來以政府的考量當然未來有沒有辦法，因為他是計畫是三年的計畫，那這三年的計畫政府沒有預算的時候，醫院有沒有辦法資源再進來，那當然有一些醫院現在目前可能當初在想說考量到政府有這筆預算，可是他沒有的時候，如果他在社區裡面推的起來其實對醫院來講他是另外一個所謂的社區部，而且他也是讓未來失智症這一塊某一些

**蔡淑瑩研究主持人**：可能是據點？

**許雅青主任**：那是叫上計嗎？

**蔡淑瑩研究主持人**：上計？他可能還賺不了錢。

**許雅青主任**：他賺不了解，可是可能對他在社區裡面的形象什麼的其實是不錯的，那花蓮我覺得做的還不錯，反而如果你問他們是怎麼做到，我們那時候就覺得說怎麼中南部做的比北部好，花蓮屏東，而且屏東有一家是護理之家在做。

**蔡淑瑩研究主持人**：所以他們就是我們剛剛說的比如說一個禮拜兩三天，失智老人在那一邊聊聊天？

**許雅青主任**：對，可是他們有帶一些活動，他們有帶一些認知的某一些的活動，那我們那時候有鼓勵他們說你有能力的時候，有沒有辦法不透過政府，有沒有辦法再去擴其他的點，因為你要去擴其他的點，未來很多醫院是想要透過這一塊做日照連接。

**蔡淑瑩研究主持人**：醫院去做呀！

**許雅青主任**：嗯！我們目前有考慮到做日照。

**蔡淑瑩研究主持人**：高齡失智友善社區，您覺得需要做哪些？我們本來這兩天做了樂高模形（例如：派出所、醫院），讓老人家去擺，也是環境治療的一種，讓他去擺設，那你剛剛有回答了，有一些出去無障礙環境，那您就針對高齡失智友善社區的觀點，您覺得目前台北市有做到嗎？還是說台灣有沒有做到？

**許雅青主任**：我映像中友善城市好像有八個方針是不是？有八大項。

**研究助理**：可是那個是 WHO 的交通運輸那些，老師說得那些是 WHO 的嗎？

**許雅青主任**：對，我講得也是 WHO 得那一個，是八大項沒錯吧？

**研究助理**：可是那是要針對失智。

許雅青主任：恩，失智是另外一個部分，還有另外的嗎？

研究助理：就是其它文獻上有提到的。

蔡淑瑩研究主持人及研究助理：辨識性、安全性、可及性、熟悉性，還有社會支持、環境刺激...等。

許雅青主任：如果用失智症那個概念的話，可是如果用 WHO 那幾大項，或許有幾項其實是可以的。對，是有做到的。

蔡淑瑩研究主持人：另外的就是說，剛剛講得那個七大的有個叫社會支持，社會支持我們學生跟我們老師討論好久，學生認知的社會支持比較偏向於高齡失智者有朋友、他有社團可以參加；我們兩位老師想得是那一套，比如說，在家裡面，他(失智症長輩)的小孩要出國了，24 小時可以臨時安置的單位或者是日本還做到...等。

李美慧協同主持人：就是可能有特別服務的專員會到家裡，做比如說一般的可能是生活的，就很簡單的生活方式這樣子，然後如果有需要外出的話，她(日本照顧專員)還是會陪伴。

許雅青主任：日本是做到您隨時需要她就會陪伴嗎？

李美慧協同主持人：對。

蔡淑瑩研究主持人：他(失智症患者)可以送去一個地方去，比如說醫院或者是說像是你們這裡(長期照護中心)那他可以出國兩三天，他可以臨時。

李美慧協同主持人：臨時資源的一個中心這樣子。

許雅青主任：您講得是不是短暫居住型的，然後在台灣的部份我們叫做小規模多機能，簡稱小規模。

李美慧協同主持人：那還有另一個就是說，失智的就近是不是有一些可以直接白天，有點像托兒所，然後可以託顧給他們(日間照顧機構)，然後之後再接回來。那還有一個部分就是說，像社區裡面可能是有一些，像兒童所，不一定是只提供給老人的一個中心，可是那一些兒童所的部分，大部

分是可以提供給老人過去那一邊然後講故事給小孩聽，就是跟兒童有做一些互動。

**蔡淑瑩研究主持人**：還有李老師在日本有一個朋友，一位日本媽媽八十幾歲了，而且有輕度的失智症，一個人住，然後他大概一個禮拜有三天會去老人中心。

**李美慧協同主持人**：等於說他（日本阿嬤）一、三、五是委託日照中心，然後二、四、六，就是他們家裡自己來照顧。

**蔡淑瑩研究主持人**：就是說利用一些社會的力量，讓這個老人家可以待在家裡面，所以現在我們要問得是，你們所謂的社會觀點、社會支持指得是哪一種？

**許雅青主任**：應該都有耶！

**蔡淑瑩研究主持人**：都包括是不是？

**許雅青主任**：對，因為他如果只是單純那一個部分（自李），其實沒辦法完全可以去支持這一個失智的長輩可以留在社區。

**李美慧協同主持人**：另外還有一個部分就是說，他們當初在找這些機構的時候，其實他們會委託一個所謂的失智的，有一點是像在區公所裡面的一個失智症機構，然後他們是說如果我有這一些問題，失智老人的這一些問題要怎麼樣子的去規劃，等於說有一個專門的規劃師來比如說他如果是這樣子的話，白天可以怎麼樣，比如說他們去配合每一個家庭的所需，然後去做支援。

**許雅青主任**：臺灣很多目前應該是透過所謂的長照中心的照管專員去做評估跟規劃，可是他還沒有完全走針對失智症這一塊去做這樣的一個部分，所以如果透過長照中心的照管專員去做的時候，很多的失智症應該都會往日間照顧送，幾乎都是這樣，不然就是他也可能沒有支援的時候，他也沒轍，因為你支援指要滿的時候，他們用不成其實很多的失智症長輩都會留在家裡面，剛才李老師有提到一個部分在臺灣，因為其實臺灣這幾年其實跟日本取經的其實是非常的平凡，然後方向有往日本的方向在走，那您剛才講的資源性的中心的部分在臺灣，在臺灣變成小規模多機能在進行，那臺北是應該就我知道的應該有三到四家的日照中心有在做。

**李美慧協同主持人**：可是三家只有台北市在試辦嗎？

**許雅青主任**：對，可是現在台灣全部都在試辦這個部分，那這個部分其實對有一些日間照顧，像我們之前我在信義的時候我做的一個部分是，他要求一個長輩最多只有三天，我只有開放三天，那一個長輩一個禮拜也不能超過三天一直住在機構，因為他不來就會變成像一個機構性質的，因為他本來的概念本來就不是要你長期住在這裡，所以他會有一個這樣子的一個限定，那這樣的限定對某一個機構來講他其實是一個人力成本上面的一個支出，因為他的成本支出上面比較高，他不是一個普通的照顧，可能還要有一個專業人員都要進去。

**李美慧協同主持人**：其實基本上臺灣都有這一些的東西。

**許雅青主任**：對，只是他現在在試辦。

**李美慧協同主持人**：目前還不普遍。

**許雅青主任**：這是一個，那另外一個部分是，像我們當初我有考量的點是在於，不只人力成本的考量，還有一部分是在於環境的考量點，到底他的設備到底構不夠讓我去做夜間突發的狀況的因應的部分。

**李美慧協同主持人**：還有一個緊急的部分，比如說 24 小時有可能是半夜或是怎麼樣，那在台灣有這樣子的一個對策嗎？那在日本的話，他會是有一個比如說，他們中心裡面有一些是開放的 24 小時，或者是夜間他會過來緊急幫你接送到需要的地方，例如說醫院，或者是說晚上他沒有辦法照顧，需要比較輕微的支援或者是簡單的支援，他們有辦法社區裡面，他們有這樣的一個中心去做這件事情。

**許雅青主任**：因為像如果日照來講做小規模多機能的話業間的突發狀況只有叫救護車，這很容易達成可是有一塊，工作人員因應的方式他本來的所有的訓練人員主要都是在白天，所以現在台北做得這三家其實都有養護機構的經驗，就是目前日間照顧有在做小規模多機能的他自己本身的母機構都有養護的經驗，就是有 24 小時的經驗，像我之前待得那個部分就沒有 24 小時，所以他的方式比較保守，就要考慮到你到底可不可以做一塊，因為我如果要兼那一塊小規模多機能的時候，我後面就要承擔這一個的責任，但是工作人員到那一個狀況的時候其實比較...所以目前我沒記錯的話內湖或是西湖他們自己有團體家屋，還有另外一個好像是南港，他自己的母機構本來就是養護起來的部分。

**蔡淑瑩研究主持人**：那士林那個不是喔？

**許雅青主任**：士林是可是那個在內湖做不是在士林做。

**李美慧協同主持人**：那聖若瑟呢？

**許雅青主任**：詳細還是要查一下，因為我記得只有這三家都有養護型的經驗，所以這一塊比較沒有太大的困難點。那老師講得那一塊就是說，臨時的，我不知道有沒有在台灣發展成功的，因為他有一個家庭托顧。

**蔡淑瑩研究主持人**：是把他寄到另外一個家庭去嗎？

**許雅青主任**：他其實就是一種家庭多嬰得意思概念，他照顧得最多只能四位長輩，那目前我聽說中南部發展的不錯，可是在大台北發展的不怎麼好。那我自己歸咎一個原因是因為你如果純粹的收失能的長輩，有一些的家庭不見得會把這樣的失能長輩送到家庭托顧去，可能直接到機構或是請外勞來處理，大台北其實它發展的並不是那麼得好，那如果今天家庭托顧要處理的話有沒有可能是他可以去接一些失智的長輩，我覺得如果家庭托顧是1：4，就是一位照顧員對四位長輩，他們的壓力其實非常大，所以我個人覺得最好的規模是兩位照顧員對八個長輩，因為這樣照顧員才能稍微休息一下，相對的長輩的空間也會來的比較大，那這一塊是我自己覺得是可以試試看的方向，因為其實在都會型找日照的場地是不是有一點困難的時候，這或許是可以再思維去發展一個資源，那臺北目前好像是伊甸在輔導這樣子託顧的部分，那我不知道今年是不是還是他們，因為那是政府的方案直接在承接。

**蔡淑瑩研究主持人**：這個我有聽加拿大的朋友在跟我們講說，就是假設三個老人是不是有一個地方那政府就會配一個服務人員。

**許雅青主任**：但是他是有點像日間照顧的概念，就是白天去，但晚上晚上回去。

**蔡淑瑩研究主持人**：所以他不是住？

**許雅青主任**：他不是住，他有點像台灣的家庭托嬰的概念，那就是一個保母照顧四個長輩，可是如果你是失能的長輩，你場地不可能在一樓，因為成本太高了，但是如果沒電梯來說，對一個失能的長輩是困難的。

## 二、專家深入訪談——黃文珊組長

訪談對象：黃文珊 信義老人服務中心組長

訪談時間：2016年03月16日

訪談地點：信義老人服務中心

**研究助理**：與家屬/長輩相處的過程中，發現家屬/長輩遇到最大的困難為何？

**黃文珊組長**：這是兩個問題嗎？一個是家屬在照顧上遇到的困難，一個是失智長輩在生活上的困難嗎？

**研究助理**：對。

**黃文珊組長**：在家屬照顧上遇到的困難，比較常聽到的是他們反應的是長輩會有一些反覆的形為，反覆的部分，然後讓他們不勝起擾，他們的問題行為一直反覆，讓後一直講同樣的一句話，或是問同樣的問題，那家屬會覺得很煩，然後最近有提到一個問題是忘記東西，忘記東西該不該去提醒長輩，因為他們會覺得這個（提醒長輩）會不會打擊到他們的挫折還是什麼的，還有一個是家屬在照顧人力上面的問題，那有一些是有手足的，那手足之間可能照顧分配不均，那沒手足的他可能沒有其他的照顧資源，那他就是單獨一個人也會遇到一些照顧上面的問題；然後在長輩上面遇到的問題，長輩他有分不同的程度，我們現在目前遇到長輩上的問題應該是飲食控制，他們會不自主的一直想吃東西，吃了又再吃，然後忘記自己吃過，然後一直討著要吃東西，可是他（失智長輩）年紀大了，吃的這件事情會引想到他整個身體的上的負擔，那他下肢記憶的問題以及他有沒有辦法去承受他的體重、血糖等等的部分，那這些是我們要去控制他又要去飲食及緩和他們的情緒上面其實我們遇到兩難，我們到底要他身體健康為持好，還是要讓他情緒穩定讓我們好照顧，這是兩難的部分，長輩我覺得他們遇到的問題大概是在這邊。

**研究助理**：目前政府提供的資源是否能解決家屬/長輩的困難？

**黃文珊組長**：之前政府在我們局裡面是有請我們中心找幾位家屬，然後就是說去聽一些座談會，就有點像這樣的專家會議，然後去深入了解他們家屬的需求，對，所以政府有在重是這樣子（失智症照顧上）的問題，那目前長照計畫裡面，其實也都是針對家屬跟長輩的這個部分然後去提供一些政策，那現在最大推的主要就是小規模多機能，那這個部分也是，主要

應該是要解決的夜間或是喘息的那一塊。那我們的確在實務工作上面我們家屬他們在使用我們日照跟可能要到機構中間這個過程的轉型的時候，他們遇到的照顧人力不足的這一塊，可能在等我們這邊（日照中心）沒辦法照顧了，他們可能要轉機構去或者是要聘請24小時的看護的時候中間這個磨合期。因為我們這邊要結案的時候在我們照顧人力一定負荷是最大的，那他們（家屬）要再找機構有沒有辦法順利銜接上，而且還有一個就是說長輩有沒有辦法去適應一個新的照顧體系，所以政府才會希望說是不是有小規模多機能，有一條龍的，也就是說同一個單位來承接所有的業務，因為長輩可以夠熟悉這些服務的人群，然後也增加社區可以做在地老化的時間點，所以我覺得政府其實有在做，只是說現在可能還在推。

**研究助理：**政府還需要提供哪些資源可解決家屬/長輩的困難？

**黃文珊組長：**政府政策部分的話，因為目前我們會遇到的問題可能是空間的不足以及就是說人力比例上面的不足，因為他要求我們你如果要做夜間的部分的話，你要1:3，那又要我原本的照顧人力，那是必會影響到我們工時的問題，那我又要增加我額外的人力進來，那其實這是人力上的不足，本身照服員就不好找，所以這是人力以及空間上面的限制，那如果我們要做這一塊的話，可能在空間上面，就只有這一點空間那我們怎麼去做。

**研究助理：**目前社區中有哪些資源對於家屬及長輩是重要的？

**黃文珊組長：**什麼樣子的支援呀？

**研究助理：**比如說我們剛剛有稍為談到的公園，或者是教堂，有沒有長輩是一定要去教堂或者是廟，或是學校，長輩們可能要去散步等等。

**黃文珊組長：**我覺得您提到的這幾個點，其實就是長輩最基本的東西，生活上會遇到的問題，可是我會從可能是資源端，可能是我們這樣子的關懷據點的這個部分，然後去擴展可能是友善商店，類似像這樣子，因為有一些長輩可能還沒被診斷出來，可是在再問題行為的時候，可能如果說周遭的商店可能都已經知道這樣子的疾病要怎麼樣子的去因應其實他們（友善商店）就是一個互助網，我覺得這可能是對家屬或是長輩是需要的，因為像我們也有長輩這樣子的案子就是說長輩會去店裡面去拿一些東西，那家屬知道會先去店裡面先打個招呼，那這個店如果是個友善商店的話，那他（店家）就會知道說，OK我知道長輩在這裡，那他什麼時候走就會稍微記一下，長輩拿了什麼樣子的東西我跟家屬講一下，我覺得這個是很重要的。因為週遭其實公園那些大概都有。

**研究助理**：您認為在社區中提供哪些空間改善，對於長輩是有幫助的(少子化關係，改善想學閒置教室提供園藝治療、音樂治療等)？

**黃文珊組長**：需要一些里長去爭取，把那些閒置空間變成是友善空間讓社區居民去運用的，我覺得這個部分是OK，因為學校的話畢竟可能會牽扯到安全管理上面的問題，之前好像也有學校要開放這個，可是他們（學校）會考量到學生安全，由其是上次那個女童事件（新聞案件），那我覺得是不是有一些國有土地，讓民間單位去做一些空間上面的一個設置。

**蔡淑瑩研究主持人**：您覺得我們目前是否是一個高齡失智社區，因為就是說，但如果您是一個高齡失智友善社區，您就是會是一個高齡友善社區，您如果是一個高齡友善社區，那對一般而言就會是一個高齡友善社區，我們覺得高齡失智友善社區會是最嚴格的，那以您的角度來看，目前台北市算不算？那您認為國內外是不是有哪一個高齡失智友善社區。

**黃文珊組長**：以台北市跟其他縣市來比的話，我覺得台北市是比較好一點的了，尤其是在無障礙方面，我覺得應該算是比較好，但是，以台北市以外的區域可能還沒有那麼的好。因為日本應該是做的還不錯，因為大家都引進一些觀念、想法。

**蔡淑瑩研究主持人**：其實嘉義是第一個推動高齡友善都市，我跟我學生講說，我去看嘉義市大概會弄得很慘，那個其樓地大概都是佔滿，你要走騎樓都不通，馬路上也高高低低的，那嘉義市可能還算是一個有待加強的。那我們要問的是，美慧老師是說日本在評估失智症單位，當失智者來了，然後他們（單位）會評估說算哪一種程度，然後你需要哪一些資源來補助你，那我們台灣目前有沒有像這樣子的一個單位來評估，那一般的失智老人知不知道（這樣子的政策）。

**黃文珊組長**：針對失智症上面的評估嗎？還是說針對長照的？

**李美慧協同主持人**：就是說，老人的話醫生會診斷他（長輩）是輕、中、重（度），然後他會根據說，你的輕中重比如說在區公所那邊，然後你需要社區的資源，那這時候就會有一個專門的機構或是說有一個詢問的諮詢的地方，然後讓他們知道說，如果是失智老人輕度的話，他可以去得到什麼樣子的資源。

**黃文珊組長**：現在的話，就是比較像長照中心在做，可是他在評估失智症

還是在醫院，去醫院評估失智鑑定的部分，那他資源的運用的話，主要還是屬於長照的範圍，那有聽說因為他們（政府）想推小規模多機能，所以他們（政府）想放到日照來做這一塊，日照跟長照中心來做結合，想要讓日照的專業能力來做這一塊，針對兩位老師說得失智的部分，長照那邊可能還包含失能，那他可能是針對失智症的部分。

**李美慧協同主持人：**現在在台灣沒有所謂的那個福利機構嗎？

**黃文珊組長：**台灣在失智的話，他們有失智症協會跟失智症老人基金會，他們其實都可以去問，但是他們不是公家的單位，是一個民間單位，那如果說要像是老人中心的角色，那老人中心可能包括所有長輩，不是限定只有失智，就是在地老人所有的問題，我們去提供一個資源的諮詢，所以是老人中心，因為老人中心在十二個行政區都有。

**蔡淑瑩研究主持人：**所以您們算是公部門嗎？

**黃文珊組長：**公辦民營，可是還是受社會局的委託，那我們的服務項目的確也有福利諮詢這一塊，那他們現在也要推就是，他們竹科現在也要推失智症的資源網絡，所以這一方面的諮詢我們本來一直就有在做，那只是說把諮詢的曝光率在拉高，讓大家更知道，就像老師們，讓他們知道說如果我失智症的話要去找誰，除了找一般的民間單位還是說找老人中心，希望去拉高這個顯見度。

**蔡淑瑩研究主持人：**其實剛剛您有提到說友善商店很重要，另外一個是日托的中心，可是現在的行政區才一個。

**黃文珊組長：**目前幾乎都一個而已。

**蔡淑瑩研究主持人：**那我們看到日本案例是，除了一個以外他（日本）會有很多個，很多那一種比較小型的，用廢棄空間再利用等等，剛才您說的國有財產的，那未來我們可能透過都更，現在都更了其實可以要求他有一些公共設施，那我們把需要這種需求的，不是像以前提供圖書館，兒童遊戲場等等，因為高齡化了，可能就會要求他們（政府）提供這樣的微型的日托七八個人的微型日托中心，您覺得這樣子可以嗎？

**黃文珊組長：**社會局已經再推了，他們現在稱之「類日托」，不是日托的非正式就叫做類日托，那他可能就不是針對失智的長輩，就是說您只要是亞健康，他亞健康的定義其實是社工人員去評估，輕度的失能就可以進來，

那也有點像是想要在社區做一些小的點，那可能大概是四五個人，那讓據點去承接辦一些文康休閒的或者是專門讓白天可以將長輩託顧在此，那晚上再將長輩帶回家，他們現在政府在推了。

**蔡淑瑩研究主持人：**那有已經落成的案例了嗎？

**黃文珊組長：**落成的現在目前好像不多耶，像我們信義區目前還沒有，那我們也在輔導據點要做，因為其實大家現在要做其實也怕怕的，因為你空間就是一個很大的問題。

**蔡淑瑩研究主持人：**一般大概都是用社區中心去改變。

**黃文珊組長：**因為一般長輩的空間跟失智長輩的空間又不一樣，那他會佔用到一般長輩的使用空間，這是目前的障礙點，那政府目前的確是有想要做，他也督促我們要去推廣這個部分

三、專家深入訪談——沈明德職能治療師

訪談對象：沈明德 國泰綜合醫院汐止分院職能治療師

訪談時間：2016年03月21日

訪談地點：國泰綜合醫院汐止分院

**研究助理**：您可以方便告訴我們例如說輕度的長輩他們比較常去哪些地方的嗎？

**沈明德職能治療師**：輕度的就還好比如像說公園、廣場，這個他們就我覺得他們去的頻率比較高。可是中度的話可能是要比如說可能要家屬陪同，像我覺得輕度的去日照中心的比例其實沒有很高，那只是現在比較多一點點而已，那通常會送到日照中心他已經出現困難，然後上街就比較像某些的項目。那其實輕度他有時候比較容易遇到的問題是，所以比如說比較遠距離的交通工具的使用或者是外出可能有的時候比較容易迷路。那如果跟家屬出去的話其實基本上我覺得如果你們是就不管他不是獨立的、他不是獨立外出的那就還ok。不是獨自外出是家人帶出去的話我覺得這些地方其實對他們來講基本上算滿重要的。所以學校有兩個...那學校是指什麼學校？

**研究助理**：可能是小學，我們現在著重於小學。

**沈明德職能治療師**：是附近的小學還是？還是樂齡活動的場所？

**研究助理**：應該是附近中小學他們有時候會去那邊運動。

**沈明德職能治療師**：所以都沒有把醫院拉進來。

**沈明德職能治療師**：下面就有了。

**研究助理**：第三題（日照中心、日托中心、社區公園綠地）。

**沈明德職能治療師**：排名是要用寫的是不是？

**研究助理**：就寫一二三四五這樣。

**沈明德職能治療師**：我寫的不一定準耶，我不是家屬。

研究助理：沒關係。

沈明德職能治療師：這也是複選題對不對

研究助理：後面是要問說現在社區環境的現況的一些問題，我們問家屬同意不同意。

沈明德職能治療師：嗯嗯，現況對不對。

研究助理：恩對現況。

沈明德職能治療師：滿意度哦？應該是！

研究助理：非常不滿意！

沈明德職能治療師：感覺上沒那麼好。

沈明德職能治療師：任何社區嗎對不對。

研究助理：恩。

沈明德職能治療師：服務單位及經營方式，好像沒有，目前沒有看到。

沈明德職能治療師：我覺得在 10 分鐘以內。

研究助理：目前你有聽到家屬有抱怨過社區環境有哪一些他們比較常出現的。

沈明德職能治療師：其實你看光去公園散步因為他們的鋪磚就是奇奇怪怪（研究助理：花花綠綠凹凸不平）就摔得很慘也很多，就是因為他們早上有時候會帶他們走路、帶他們去散步，奇怪他們第二天怎麼摔得比今天腫。

研究助理：公園鋪面不平整。

沈明德職能治療師：對阿，這就是滿大的...因為沒有統一的。而且其實像很多的標示我覺得都不夠清楚（研究助理：友善）對阿而且又沒有提醒的作用。像有些入口紅綠燈可能就好幾個，所以不敢讓他們自己出去就是因

為他可能已經沒有辦法去辨識或是沒有提醒他就是可能就闖，之前就有好幾個就是因為這樣就被撞到，不見得是駕駛的問題，是可能他忽然就衝出去。像他們常常說我要去比如說公園之類，其實我覺得很多都從家裡出來就是一個問題，比如說他有很多的高低階落差，走出來的時候，然後而且他們的門牌也很難辨識，然後買東西的時候也蠻讓店員困擾，雖然現在有在推友善商店，可是感覺起來就是可能還是必須要有人真的特別去經營去推，才有那個概念他們才會運用。而且其實大部分，我是看到大部分家屬其實都滿保護患者的就是其實他有能力去買可是他也不會讓他去買。我覺得是很多問題不只是（研究助理：怕危險）對對對！

研究助理：接下來要問一些有關社區。

研究助理：比較像是開方式的問題。

研究助理：與家屬/長輩相處的過程中，發現家屬/長輩遇到最大的困難為何？

沈明德職能治療師：家屬跟長輩相處遇到的困難是不是？（研究助理：恩）其實我覺得像有幾個點是因為家屬跟長輩他們其實畢竟是最親密的，而且他們本來就是有一個輩分，所以其實家屬有很多錯誤觀念，他對長輩就停留在過去的印象，那還有一個態度也是比較不一樣，所以他們沒有發現他的疾病過程的退化，所以他還是用一些以前的方式對長輩，所以常常發現他們之間會有很多的衝突，我覺得這也是滿常看到的。甚至我還有碰過就是說有些家屬覺得這個長輩有時候好像沒有在聽，可是又有時候好像記性很好，然後就覺得他是裝的，所以有時候其實家屬對長輩整個疾病的過程是滿大的問題。再來就是說其實他們在要求長輩去做一些比如生活功能的執行或是什麼的時候，他們有時候也會用錯一些方法，所以常常有一些反效果，他可能就不願意配合，或者是說他可能乾脆幫長輩做到好，所以反而他自己在照顧上很困難。當然還有一些就是說他們對於因為我們知道失智症會有一些幻覺的問題，有一些 vpsd 的問題，我覺得他們在處理這個問題的時候也都比較沒有那個經驗跟技巧去處理。那當然我覺得還有一些就是說外出或是在生活功能操作上，因為他們擔心他們會有些（研究助理：受傷或什麼的）對對對，所以就把他弄得好好的，反而讓他的功能會退得更多。所以你會發現就是反而長輩沒有家屬以後，家屬沒在身邊他會更緊張，反而是讓長輩的獨立性會越來越低，所以我覺得我自己的感覺是他們在相處過程中，有時候怎麼樣去調整那個角色是滿大的困難。

研究助理：目前政府提供的資源是否能解決家屬/長輩的困難？

**沈明德職能治療師**：其實我覺得只有解決到部分，他可能有提供日照或是社區關懷據點或是樂齡團體樂銀團體那種活動，那可是我覺得他只是治標而已，就是說只有一個地方讓他去活動，那當然我覺得目前日照效果是稍微好一點，那其他像這種團體其實效果並沒有達到非常好的原因是因為他只是讓他們一兩個禮拜去參加一次活動，可是實際上一兩個禮拜參加一次活動對長輩的進步其實是有限的，並沒辦法達到他很大的改變，反而應該是針對整個的比如說不管是硬體或軟體比如說家屬的教育或者是說我們提供的一些服務，比如說我們是不是確認診斷是失智症，那其實我們就應該是主動的解說，而不是把家屬跟長輩丟在社區裡，那通常你會發現其實輕度的或是一開始輕度的他們都會把他留在家裡面，他不見得會把他帶出來參加這些活動或社區活動，或許我們可以到家裡面去，其實可以提供更完整的服務，因為你到家以後才會知道真的生活狀況。所以我們很久以前有某某老師他們有用一個計劃就是做一個居家失智症的介入，那他們用的就是比如說看他的準備度，家屬的準備度有沒有準備好來去照顧這個長者，因為我覺得這個還滿重要的，如果家屬沒有那個觀念，他就覺得他是躲在家裡最好，那通常會出來就是他們已經受不了了，那可是你會發現照顧者這時候他的身心狀況可能已經到臨界點了，就是因為已經受不了了才會送出來，這時候要處理的時候，通常狀況都會比較麻煩，他可能就是症狀很嚴重就一定要去住院吃藥，吃藥吃到恍神，可是這時候也很容易跌倒。所以其實我覺得失智症之所以難搞的地方其實他跟一般的失能比較不一樣的地方是說他的問題是滿綜合複雜性，所以會比較難搞。所以我覺得政府現在的...沒辦法解決的他們的困難啦，而且滿特別的是其實就是失智症特別的特性是每個人都不一樣，所以每個人他有時候你的團體活動不見得可以完全處理到所有人，就像我們在帶一些團體活動，你不見得可以處理到每個人的（**研究助理**：長輩的需求），我們只能透過一些大致上的訓練，讓他可以比如說心情比較好、讓他注意力比較集中，讓他可以練習跟同儕相處，但我覺得效果還是有一點點有限。當然但我覺得在日照其實因為同儕的關係所以他們的改變是算多的，像我們在日照中心發現他在診所評的MSD可能只有17分，到日照以後過了三個月，跳到23分，從中度變到輕度，然後到了一個水平又過了一段時間又往下，所以日照他提供一個的刺激是算還不錯的。可是當然還是要看日照的照顧品質，如果你只是給他吃的、只給他走一走、然後給他很簡單的活動，就是沒有針對他的生活去做一些特殊訓練，我覺得效果還是不大。

**研究助理**：那你剛剛提到之前毛老師有推的那個東西，後來是為什麼沒有推嗎？

**沈明德職能治療師**：他只是一個研究計畫而已，可以上網去找，可以上什麼國務院去找找看。毛慧芬，台大 OT 老師，我那個時候是幫他做機構研究的，其他人是做居家，他們就做一個準備度的東西，意思就是說家屬有沒有準備好知道這個長者的狀況，然後可以接受比如像我們去居家，我們給他建議他們有沒有辦法接受有沒有辦法配合，那他們有沒有辦法去真的很觀察出這個長輩一些生活的問題跟症狀，然後透過我們溝通，可以在生活上給他一些支持（**研究助理**：讓他們能夠自己生活），對對對甚至環境可以做一些安排，可以減少一些病程，我覺得這就是需要。所以政府還是要提供那些（**研究助理**：就你剛剛提的那些）對對對，就是針對居家失智症患者的支持的服務或是其實要更多，包含就是說比如說我們確認他有失智症然後可以有個主動關懷，關懷完可以做一個各關，關懷完後我們覺得在環境上需要做調整或是在生活功能上需要做些協助，那我們就由專業人員去提供這樣的服務，甚至說社區以里為單位可以有一些比如說里民活動中心他們可以規劃出一個讓他們比較可以去的地方，不見得只是社區關懷據點，我覺得可以再做一些調整。

**研究助理**：所以目前台灣做到居家照護。

**沈明德職能治療師**：他從十年長照計畫去執行，可是他沒有分說你是失智還是...他都全部去執行。那可是我覺得問題是各管不見得是對失智症了解，再來就是說他也不了解家屬應該要準備到怎麼要的程度，再來就是治療師不見得每個都有受過失智症的訓練、training 不夠，像我們這邊是身心和機能，所以每個治療師他可能專長領域不太一樣，可是他們就是復健的東西我們都會，可是失智症其實任何病人很多，他可能有 physical 就是生理的問題，可是他可能又合併了精神狀況的問題，他要做的其實滿多的是生活功能的訓練，所以我覺得可能會有些落差，我們自己也覺得對於失智症應該要在更加謹慎在做失智症的治療師應該要經過訓練，才有辦法了解，當然不用訓練到很多的時數，可是你一定要有個了解甚至要有接觸，接觸他的生活，因為在醫院碰到的是比較亂的，像我們樓上有個急性病 24 小時，他們就是針對他的精神症狀行為很嚴重的個案，會在這邊調養，因為他會用一些抗進的藥調養，像我們在這邊都是很短，他可能就是會打人，可能會發憤圖強大便會抹阿或吃阿...很多，你問家屬他們在照顧他們生活有時後就是這樣，比如說他們去上廁所，上完廁所打開，哇！整個都是大便或是他已經在玩大便在吃大便，對於些中度就會這樣，輕度的就比較不會。像我還發現有些長輩會有收集癖，看到東西就撿回家，所以很多藏東西放很多，所以我覺得他們在 vpsd 的處理其實對家屬也常常有很大的困擾。

**研究助理**：這應該不是失智症了吧，應該是本身精神已經錯亂了。

**沈明德職能治療師**：都會，精神錯亂的也會，失智症演變成...有些失智症比較嚴重的時候他退化到一個程度的時候也會出現類似像這樣的狀況，就像他會有些認知困難（**研究助理**：收集）對阿收集，甚至還會有視幻覺，像上次我們有個在日照他是輕度我們都認為他很好，忽然跟我們說日本計畫就寫了很多字說我得了什麼獎，叫我們去哪裡哪裡哪裡，就看著這個直接這樣跟你講，視幻覺，視幻覺很嚴重他會一直說我要出去領獎然後一直要跑出去，輕度失智，後來我覺得他的症狀滿奇怪就跟他講說我建議你要回去（**研究助理**：觀察去看到底）回診去 follow，結果發現他可能小中風，小中風傷的位置剛好會影響視幻覺，所以他視幻覺整個這樣跑出來，後來那個個案就沒有再來了，因為他可能後來狀況整個退化。有時候你會在日照看到很多人很特別，比如說他中午的時候就跟你講說我要回家，吵著要回家、我要回台南，硬要回台南，就是要回台南，然後就說我女兒要在門口等我，所以有一些去分類失智症的類型他有一些像他就很容易會有這種（**研究助理**：視幻覺狀況的發生）對～像這種其實也是我們最害怕最難處理的，尤其是早發型的真的是（**研究助理**：講不通）而且退的很快。我最近接失智症協會的早發團體，都 50 幾歲，還有 40 幾歲就發病的，就很恐怖。我們上次去帶的寵物治療，寵物治療那隻狗醫師的媽媽說：「怎麼這麼年輕跟我差不多」，我說對阿你才知道，現在都年輕化，那種也都滿奇怪的。我覺得不同的類型或是他發病的狀況不同其實像我們常看到那種八九十歲那種阿茲海默症，他們其實在照顧的方式是比較可以醫治，可是對早發型的照顧的方式，你把早發的跟一般老年失智放在一起就放不起來了，因為早發的身強體壯、精力旺盛，跟老年人就有些不太一樣。當然我還是覺得說政府要做的東西還滿多的，比如說包含硬體或是主動介入的資源或是主動提供一些解決的方法或是去關懷慰問，而不是...我覺得照管中心發現這樣的狀況他應該再獨立出來再分給比如說失智的關懷，因為像心障就有阿，其實像我們這種精神障礙的他就有另外一個社區關懷員，專門去他家訪視，我覺得失智也應該要，當然這都要訓練，我自己的想法是這樣。

**研究助理**：目前社區中有哪些資源對於家屬及長輩是重要的？

**沈明德職能治療師**：社區裡面我覺得友善的環境是滿重要的，比如說標示我覺得是重要的，還有鄰里之間的連結，比如說鄰居之間的（**研究助理**：互相）對，不見得要告訴他他是失智，可是可以用一些其他方式讓他們去了解，因為現在好像 DSN5 也不叫失智症改叫認知症，有嗎（**研究助理**：日本那邊的）對，所以現在我們診斷的時候也可能改成認知症，就像精神

分裂已經改成思覺失調症一樣，我不知道現在改了沒，不過我們還是都叫失智症。我覺得可能里長或鄰長也滿重要的，甚至有些他們可以去熟悉的場地，也不用很多，比如像你們剛剛看到的廣場或是某一個公園，這附近的人到這個公園、長者到這個公園其實指標都很清楚，也不用多也不用少，他就一個很清楚的地方大家可以在這邊做活動，這邊的一些活動跟安全設備其實是符合他們的，他們可以任意時間來。就像失智協會有個互助家庭一樣，你 OK 就可以來這邊活動，你在這邊活動也是可以放心的因為這附近的人都知道可以幫忙照顧這種狀況，我覺得這就滿重要的。我覺得如果是宗教的話可能要比如說廟阿一些地方場合都好，我覺得他可以比較當是輔助的資源，因為如果他太主要的資源的話，有時候你就知道有些宗教就是（**研究助理**：力量的時候滿可怕的）對...而且有時候他會希望就是說我就是...因為他的目的比較不單純，所以我覺得像這種地方他可以做輔助的活動，比如說他可以每天固定安排幾個志工，這些志工是固定的時間在這個區域裡面去幫忙，到最後可能就認識這邊這個社區裡面所有的失智長者，失智長者對他也是熟悉的，所以這樣對失智長者比如說我們剛剛講到比較容易緊張或焦慮那種狀況，或許會下降滿多的。我覺得可以培養很多 65 歲左右退休的長者，我們訓練他就像天使銀行人力銀行那種，訓練他在固定的社區，現在很多都是去社區關懷據點，可是社區關懷據點他畢竟不是在每個人都可以到地方，他可能只是在某一個社區的這個地方，可是我們說的是像在公園或是廣場的地方，我覺得在這個地方比較可以去幫助他們，甚至活動中心我也覺得都 OK。所以現在衛福部會推長照樂智，我覺得他有好有壞，他的缺點也是有點像半樂齡這樣課程開完就沒事了，可是其實他的點最好的應該是每天都可以開放，每天都有人在那邊可以去幫助失智者，可以做他喜歡做的活動，不見得要很專業可是就是（**研究助理**：有活動讓他們去參加）對，會有一個地方、一個安全的環境，讓他可以在這邊活動，我覺得是不錯的。因為我們後來發現有些地方的長者會固定時間去，他每天早上起來...他可能雖然失智，可是鄉下就很特別就是他到這個點剛好是一條路通到底，跟台北不一樣，我覺得在台北要做那種社區環境改變比較困難，車多、廣告多、什麼都多，鄉下比較容易，他每天出門就騎腳踏車，就直接直直走，走到那邊就看到很大的牌子他就知道他就下來，他雖然 MSD 分數不高，可是他生活功能反而是比較好的，因為他的環境指標都很簡單，你就會覺得有很多不一樣的地方。

**研究助理**：您認為在社區中提供哪些空間改善，對於長輩是有幫助的？(少子化關係，改善想學閒置教室提供園藝治療、音樂治療等)。

**沈明德職能治療師**：當然我覺得最常可以判斷就是里民活動中心，每個社區都已經有的。當然學校也是可以考慮的，只是學校要考慮的地方就是說

他的進出動線、可以提供的設施設備，像屏東前進國小有改成樂齡，他光改廁所跟階梯就花了一堆錢，雖然現在學校有在推無障礙，但其實你會發現他並沒有那麼有善，因為學校到教室有很多個入口，他不是每個入口都是無障礙坡道，他可能都要走好幾個階梯才能上去，他的每間廁所可能都沒有無障礙廁所，他的無障礙廁所可能在某幾間，所以我覺得是可以改善可是要搭配。還有就是說進去的一些光線，像學校採光一定要很好、光線一定要很好，可是有時候玻璃會有一些反射，對他來講不見得是好的東西，所以這可能也要做一些設計跟處理。我覺得學校跟里民中心其實是最容易的，那當然比如說...可是像以北市來講他的健康服務中心我覺得距離又太遠，因為一去也才一個，所以不太容易。社區關懷據點其實就要看每個社區，或許一個鄰可以有一個地方是像比如說有一些他空間的...鄰里比較難啦，如果是公家的或許可以找找看，因為除了學校以外，我覺得有一些像老舊的台鐵宿舍那種我覺得應該也可以做一些調整，做一些比較方便的，而且我覺得應該交通接送也是很大的問題，黑阿失智症阿~因為你看日照的大部分車都沒有那個...都是走上去居多，所以我們在日照評估的時候，如果他不能自己上車的話，他就不接送。所以可是你想想看，能走上車他一定是用拐杖嘛，用助行器就要人家推，因為大部分上高頂車都會有一兩個階，其實他們要上車也不容易，可是你全部改無障礙車的話，他容量又沒那麼多，所以我覺得交通接送也是未來可以去規劃設計的地方。

**研究助理**：我們還有個問題想請問你，就是因為我們做這個案子可能需要訪問一些長輩跟對象，那不知道你有什麼地方覺得比較適合我們去做，我們都會很保護長輩就是說我們做研究可能都會請家屬填訪談同意書，跟他們講說我們做這份問卷其實只是想要一個學術研究，不會把他拿來做其他有的沒的，請他們放心。填的問卷就是你剛剛填得這份問卷，不知道你有沒有推薦我們的或是…？

**沈明德職能治療師**：我最近去日照幫你們問一下（**研究助理**：好，謝謝），因為有一些日照可能去的時候，家屬可能會送長輩去，或者某些時間你可以跟他們約。常去士林、西湖，都要台北市的嗎？。

**研究助理**：新北市也...有沒有比較...因為我們之前做案子的時候我們就被盯說（**沈明德職能治療師**：都城市的）就是他說比較沒有像發展這麼好，但也是大台北地區就可能是像（**沈明德職能治療師**：基隆可以嗎）。

**研究助理**：有一點點遠...我們內政部主要...我們的計劃書裡面主要都填大台北地區。

**沈明德職能治療師**：林口呢？

**研究助理**：林口可以阿他是新北市。

**沈明德職能治療師**：三重也可以，那我幫你們問問看？

**研究助理**：好，謝謝！

**沈明德職能治療師**：因為我跑的就是士林日照、北投日照，然後基隆日照、西湖日照、內湖日照，其他都是給其他人接，其他人包含有龍山、板橋，蘆洲剛開幕沒什麼可以寫，三重還有一間、景美，那幾間都比較新，還有一個林口。

**研究助理**：因為我們之前都被講說我們都以發展比較好的，就想說以大台北地區比如說假設啦我不太清楚，像金山阿或是萬華可能某個部分資源比較沒那麼豐富的地方，可能我們也是要去看一下，因為我們之前是提民生社區，就是瑞智互助家庭跟信義老人中心的部分，委員他們的意見是說這兩個都算是社區資源很豐富，資源都還不錯。

**沈明德職能治療師**：而且信義區他們還有都市整個城市營造，所以他們還有路跟燈光的處理，我上次去參加他們的規劃好大，衛生局什麼什麼的都一起來，包含路面整修，他們就把他放在社區。

**研究助理**：是在信義區的哪一區啊。

**沈明德職能治療師**：就整個信義區，信義區他們有個城市什麼比賽，就是以信義區為單位，然後請國外的委員來看去評比，他們整體營造我也忘記什麼...因為後來我覺得跟我實在是八竿子打不著，也不是說..我顧的部分就很少，我顧的部分是獨居老人的一些...我去幫他們看一些無障礙的東西，所以我顧的東西很少。不過我發現他們開始有在注意這個東西，可是我覺得那個觀念還是不夠強。

**研究助理**：可能政府推廣或是在告訴他們這些資源上面比較薄弱。

## 附錄八、里長深入訪談逐字稿

訪談對象：台北市信義區敦厚里里長 方聰杰

訪談時間：2016年08月02日 12:00

訪談地點：台北市信義區敦厚里里辦公室

**研究助理**：里長，這張是給您，然後跟您講我們大概在做什麼東西，那這個是契約書，然後這個部分是想要先徵詢里長意見，說我們可不可以做錄音供學術使用。

**方聰杰里長**：嗯，應該是沒有關係，但是我想我沒有……我都不太清楚老人家的一些狀況，或是回答得不好，還是說……因為我怕答得不好，就不好。**研究助理**：沒關係啦。那個我們因為是……)因為有些東西我不是很清楚。

**研究助理**：沒關係啦。那個我們因為是……)因為有些東西我不是很清楚。

**研究助理**：那我們過程中，就是等一下訪談的一些問題，方不方便我們錄音

**方聰杰里長**：錄音喔，當然可以問啊。

**研究助理**：那可以麻煩您簽一下嗎？

**方聰杰里長**：蛤，要簽喔？那就不要錄音就好，就不用簽。

**研究助理**：那沒關係我們不強迫。

**研究助理**：我們是……因為我們現在……我們做的是跟高齡失智者有關所以就是滿65歲以上的失智者，然後我們要做社區環境的改善，那我們在這之前，可能會做一些資料收集，那里長這邊的話，會希望就是從里長這裡了解裡面社區的狀況，所以想問說，就是目前，里長有沒有服務過高齡失智者的一些案例？

**方聰杰里長**：失智者是有，現在都……都很少，失智者很少，失智者人數都很少。

**研究助理**：所以目前是知道數量嗎？還是……

**方聰杰里長**：不知道數量。我們怎麼會知道失智者有幾個？家裡他們都自己照顧得很好，不會通報過來。

**研究助理**：那有跟失智長者或家屬一些相處過程中，有發現他們一些生活上或行為上的困難嗎？

**方聰杰里長**：失智者，最怕走失，最怕走失。我們常在路上，找到一些失智長者不知道回家的路，因為我們以前有過走出去不曉得怎麼回來。那我們就叫警察巡邏車載到派出所。

**研究助理**：了解，那不知道里長對於目前政府提供的服務了不了解，或是有沒有了解說在解決失智者這些長輩或家屬上面的困難？

**方聰杰里長**：喔，不知道。

**研究助理**：所以不清楚。

**方聰杰里長**：不清楚。

**研究助理**：所以也不太清楚說政府還可以再做什麼服務？

**方聰杰里長**：恩，我不太清楚。

**研究助理**：那有沒有在幫助這些走失失智者或家屬這些過程裡面……

**方聰杰里長**：裡面找不到什麼失智者，很少發生什麼失智者啊，所以問我我也不知道，因為真的失智者家裡都照顧得很好，所以真的碰不到，他也不會跟我們講，因為我們這邊社區，我們這個里還不錯啦，就他們的家庭，我們這邊的家庭都還不錯，就是小康或是說家裡的環境，大家都蠻孝順的，所以照顧，他們自己……自己，其實他們家裡面自己照顧失智者，照顧得很完善，子女照顧得都很完善，所以你說失智者，所以我沒辦法給你答覆失智者。

**研究助理**：好，沒關係。那……

**方聰杰里長**：我們這裡每個家庭都很好。

**研究助理**：那空間，就是社區裡面的環境、道路啊，這些高齡者或失智者有沒有一些需要加強，或希望政府可以做環境上的改善？

**方聰杰里長**：這裡真的是還不錯啦。

**研究助理**：那對於提供什麼關懷據點這些的送餐服務啊，或是到居家裡面的醫療服務或是訪視……

**方聰杰里長**：其實我們這邊健康中心都做得很好，我們信義健康中心，(**研究助理**：信義的衛生所?)他現在改成健康中心，信義區的衛生所，信義區的衛生所，現在改成信義區健康中心，現在不叫做衛生所，台北市沒有衛生所。(**研究助理**：他是服務整個信義區?)信義區。所有的……是只有長者，那他們針對老人長者不定期的，有時候會去量血壓，然後三高，有時候他們在這邊聯絡我們一些這邊的一些長者，來這邊做三高的檢測，然後有時候是他們去到家裡去，所以在這一點他們健康中心做得不錯。

**研究助理**：他是服務整個信義區?)信義區。所有的……是只有長者，那他們針對老人長者不定期的，有時候會去量血壓，然後三高，有時候他們在這邊聯絡我們一些這邊的一些長者，來這邊做三高的檢測，然後有時候是他們去到家裡去，所以在這一點他們健康中心做得不錯。

**研究助理**：那有沒有除了健康中心以外，有沒有希望……

**方聰杰里長**：我們旁邊有一個信義老人中心啊！

**研究助理**：喔，我們有去當志工。

**方聰杰里長**：喔，對啊！我們就是……我們的都幾乎到那邊去了啦！

**研究助理**：那你們的活動很多地點都是在信義老人中心？

**方聰杰里長**：對！我都丟到那邊去啊！對啊！對啊！對啊！所以那邊有很多我的里民，然後滿 60 歲就可以去了，一年才 600，現在不知道漲多少，然後我們的里民都會到那邊走走，所以我們的里都很好。

**研究助理**：那有沒有目前到那邊參加活動的狀況，有沒有一些困難？

**方聰杰里長**：沒有沒有，老人中心還不錯。

**研究助理**：目前推動得都還蠻順利。

**方聰杰里長**：都很順利。

**研究助理**：好，那有另外一個部份是我們在做這個案子是社區為主，那想要詢問一下說，我們一直找資料，不太確定說，有沒有一個明確的社區的名稱，叫某某社區，因為我們現在找到的資料都是什麼里什麼里。

**方聰杰里長**：因為我們這邊沒有社區發展協會，有些里有社區發展協會。**(研究助理**：所以敦厚里現在是沒有社區?)沒有社區。沒有社區發展協會。**(研究助理**：所以像現在看到一棟一棟……)都是他們公寓大廈管理委員會，大廈管理委員會，大樓管理委員會。**(研究助理**：所以沒有一個社區的?)我們這裡沒有，我們敦厚里沒有。我們這邊有一個好處，就是老人中心在旁邊，然後日托也在這邊，然後松山老人服務中心現在也在做，所以像送餐給長者這個也沒有，如果有，我們都會我們也會公告，幫忙轉知說需要送餐，那以前有送過一兩個，現在……我們……

**研究助理**：所以松山區的服務也是會幫忙宣傳？

**方聰杰里長**：我們是信義區老人中心。

**研究助理**：那剛剛里長提到……

**方聰杰里長**：我有一個好處，是我這邊剛好離老人中心很近，剛好隔壁，然後我們對長者的照顧都會丟給他，有什麼問題就給他，裡面還有社工人員，所以我請社工人員，所以遇到什麼急難救助，都轉介，很快。我這邊剛好在……所以利用旁邊的資源，很快。那敦厚里的長者有一個好處，說我們是舊社區，那一些兒子啊孫子啊都很不錯，他經濟上面都還不錯，而且像那個中正區，我看那個報紙，那個那個低收有什麼幾百戶，這哪有這麼多戶啊，這真的不一樣的地方，南機場那邊不一樣，每個里的環境都不一樣。所以你會遇到說，你去問這個里，他跟你講完全不一樣，因為有些里有公園，有些里有學校，有些里有變電箱，有些里有焚化爐，有些里什麼都沒有，那有些里是兩三千個人，每個里的環境都完全不一樣，有些高樓大廈，有些是舊社區，舊市場，所以問了每個里長會不一樣。因為每個里，像我跟你答覆說，我們這邊失智的幾乎家人都會照顧，所以原則上不會送到這邊來，因為他們照顧得很好。因為我知道我們這邊，我住在這邊 50 年，那這邊的一些家庭，那我覺得我們敦厚里有一個好處啦，就是大家夫妻啦、子女啦，他們都原則上都相處得還不錯，就是三代同堂、四代同堂感情都非常好，所以他們照顧得好就不用丟到我這邊來。當然也會遇到啦，他們照顧得好就不用我去關心。

**研究助理**：因為離信義老人中心也很近。

**方聰杰里長**：很近。像日托或什麼，像那個媽媽得癌症，也是去日托啊！去報名，生意很好，名額有限。

**研究助理**：所以連一般的老人中心也是有候補的狀況？

**方聰杰里長**：有喔，日托有，要排隊，因為它環境就是我這麼大，我只能招收幾個，太多人人也照顧不到，又沒辦法容納那麼多人，老人照顧。

**研究助理**：日托在排隊我知道，那一般那個老人中心也是嗎？

**方聰杰里長**：嗯，是很滿，但是我還沒有聽說限制說不能去，所以滿 60 歲就可以進去報名。那個流動性很大，像很多長者有空會去那邊看報紙，打個乒乓，或是看報紙，沒事就去那邊，我常常遇到，他們說這個地方很好。那我也鼓勵一些者者，失去老婆的一些長者，多去那邊交交朋友。

(里民經過，方聰杰里長：你好你好！坐啊！)

方聰杰里長：那我都鼓勵一些老人家，就是他沒有伴侶的，都鼓勵他去那邊交朋友，至少我們敦厚里有這個好處，有的里他們離老人中心那麼遠，他們必須要自己去創造一個里民長者活動的場所，或是說讓他們來這邊下下棋啊，可以常常來這邊運動什麼的，但這種地方真的很少很少很少，因為 456 里能夠達到共餐或送餐的很少，每個里狀況不一樣。

研究助理：那目前敦厚里這邊送餐狀況。

方聰杰里長：送餐目前，我所知道的應該目前沒有，之前有啦，之前有時候會較北醫送，北醫有在送餐服務，那目前沒有。

研究助理：送到敦厚里這邊？

方聰杰里長：對啊，你跟他講只要登入就可以送。那目前老人中心有要決定要送餐，所以他拿 DM 給我，我要公布，要公告。我都會張貼在公告欄，然後有需要送餐的長者，那我們老人中心有聯絡電話，所以老人中心有什麼訊息我們這邊都會公告。

研究助理：非常謝謝里長。

方聰杰里長：我們這個里真的有這個好處，真的讓我不用擔心長者。輪椅借一下，有些只要用個一個禮拜，要借什麼東西有需要他們照顧，他們就會過來。

研究助理：資源很豐富。

方聰杰里長：隔壁里有這個好處。那對失智，其實我知道失智高齡失智越來越多，再過十年二十年，十五年之後，失智長者越來越多，這是當然這是準備要準備十五年之後，是不是很可憐，台灣很可憐，要照顧這麼多長者，長者一堆怎麼辦，所以政府看報章雜誌也知道在規劃，這個很重要，長照很重要。

研究助理：對，我們是接內政部建築研究所的案子。

方聰杰里長：所以目前高齡失智長者在敦厚里裡面，應該是都還不是……我們目前都還沒有遇到什麼特殊狀況，獨居長者也有一二十個，但是我們都會叫里幹事啊健康中心一些社會局定期的訪視，所以這個我們控制得很好，怕他病死在家。然後再來就是失智的，失智長者我們這邊幾乎他那個家人都照顧非常好，目前為止，目前為止，那我們常遇到失智是說，比較容易發生說，很多失智長者他會流浪街頭，他不曉得回家的路，目前我們敦厚里還好，再過幾年就不知道了，目前還好。

研究助理：那目前走失的狀況就是因為警察接著處理。

方聰杰里長：因為我們沒有辦法去了解，不能搜身或是說有沒有資料，我們只能請警察來，警察就會看他的身上有沒有帶什麼聯絡的電話資料，在聯絡他家人。如果沒有，他就把他送到派出所留案子，然後照顧他，然後看看有沒有人來認領，迷途的長者。這個措施很好，我們其實很多里都這樣做。

研究助理：了解，那我們就是希望里長幫忙協助的問題就是這些。

**方聰杰里長**：所以我要跟你回答我不知道要回答什麼，失智我這邊要找真的找不到，因為都照顧得很好。我們敦厚里有一個好處說，那個家庭都是模範夫妻，大部分都是，都照顧得很好，敦厚里別的我不知道，我們都會通報，有些弱勢團體，像一些沒有謀生能力的，或是一些殘障人士啊，或是什麼重大疾病，我們就很關心這一塊弱勢，那失智長者目前家人都照顧得很好，服務起來沒有什麼狀況。

**研究助理**：了解。

**方聰杰里長**：再過幾年就不知道。目前是還不錯。信義老人中心在四樓，我們這邊真的是得天獨厚。我都是轉介，轉介，當然中心跟他們講，他們就過來，社工過來安置協助，如果不夠就叫慈濟再過來協助，所以我們這邊做得還不錯，其實資源很多啦，社會資源很不錯。就是第一個我們的，老人中心都不要提，我們社工人員真的很不錯，有時候我們申請一些急難補助啊，大間的廟或社會科社會局。

**研究助理**：剛剛說那是什麼廟？

**方聰杰里長**：廟，我覺得廟裡面慈善做最好的是慈惠堂，啊說錯了是慈祐宮，他一年兩億多的收入，當然會做得很完善，慈善是說急難救助金，生活急難，或生命急難救助金或生活的急難救助金，他們做得非常好，他們慈善組做得很好，你知道我們去申請，他會來訪視，他金額蠻高的，是我看到所有廟裡面，慈祐宮做得最好。

**研究助理**：他是會自己到長者的家？

**方聰杰里長**：你要先送……長者，不只長者，平常像單親的啦，或是說主要經濟者，年輕人受到重大傷害，沒辦法維持這個家庭，他們……我們告訴他們申請過去，或是醫師診斷證明書過去，他們會來訪視，然後他們就開一筆錢，至少給他度過這幾個月的生活費，不只是醫藥費這些支出。還有我們的社會局社會科，我覺得都做得很好。但是是短暫的、臨時的，臨時給他度過這個期間，因為都甘苦人(台語)，有時候醫藥費沒辦法付出這麼多，這些他們都幫忙，其實醫院裡面都有社工人員都會幫忙，但他們住院過後，有時候還會再繼續，錢不夠，我們就幫他找，找社會科，或是找那個慈祐宮啦，慈祐宮時福利最好的，然後慈惠堂啦，還有奉天宮啦，還有我們興雅福德宮，都不錯。宮廟最少都有三千五千，不無小補。三千五千一萬六千都不錯，加起來有幾萬塊，不過要看里長有沒有幫他們申請，有些里長就沒有幫他們申請，關係的問題。但沒有幾間，因為不可能每個人都發生這種事情，所以一年也是個位數。啊慈濟也是不錯，有時候發生什麼是會通報給慈濟，慈濟他們就會去關心，有些弱勢團體，單身啦獨居老人啦，或是一些弱勢團體，像社會局的人員幫忙打掃房子，或是幫忙整理啦，都還不錯。我們要轉介給這些相關單位來幫忙一些弱勢團體，或者獨居。那別的里我不知道，我們這個里還算很不錯，別人或許有的長者比較多，有些里的長著比較多，因為老榮民，有的里一堆老榮民都娶大陸妹，哇那個就比較複雜，啊有些有眷村的，那高齡者就會比較多，每個里的環境不一

樣。

**研究助理**：敦厚里是比較平均。

**方聰杰里長**：對，我們還不錯，我們敦厚里還不錯，我們算生活機能生活環境家庭的那個經濟都算……大部分都是小康，不是很好但至少都是有房子的，然後收入都很穩定，然後他們照顧自己的家庭都照顧得很好。

**研究助理**：那我們問題問得差不多。

**方聰杰里長**：不好意思啦，抱歉啦，跟你說這麼多，因為我看到的就是真的失智的長者，真的是幾乎看不到，因為他們都會照顧，因為有時候欸，長者都不見了，家人都陪著他推輪椅，八九十歲高齡長者，都是有外勞外傭陪著，不然就是老婆陪著老公陪著，兒子女兒陪著，都照顧得很好啊。所以我們目前這邊看不到需要多關照這些失智，收不不是很多也不是很少，但至少都可以維持家計，敦厚里大部分，當然也有甘苦人(台語)，但是甘苦人(台語)他們都是租房子的，少數啦。抱歉啦，(研究助理：不會，不會。)沒有給你們很多……至少我會利用資源，老人中心我跟它配合得很好，然後社工人員跟他配合得很好，遇到問題我就轉介給他們，那弱勢團體就轉介到社工。馬上就轉介，然後再配合健康中心，再配合慈濟，再配合里幹事區公所，所以第一時間我們做得還蠻不錯的，那別的里我就知道了，因為我自己比較跟一些大廟關係都很好，所以我都轉介過去，我會幫他們申請，那一般里長像我這樣的可能比較少，比較會利用資源，利用本身能幫就幫，但是我們不會浮報。上次有一個里長，就報一個給慈祐宮，慈祐宮給他們六萬塊，結果去訪視，那個是吸毒犯，不是甘苦人(台語)，厚慈祐宮氣死了，那這樣就給他們記黑名單。我們不好意思講哪個里，但他們都會跟我們講，有的里亂報，所以有些里長會亂報，但是這種少數。像我們不會去亂報，像區公所也是一樣，有些我們看那些家庭都不錯，經濟也不錯，還來說要申請急難救助金，我就申請，我也會跟科長講，跟他講他真的不甘苦人(台語)，你拿兩千塊意思意思，因為我們錢留給真正需要的人，給他兩千塊給他打發掉，他一定要申請，那有些真的是需要的，像社會科長最高到六千，到一萬兩萬就到區長，那我們跟里幹事都會講他真的很辛苦，我會去拜託區長，說區長可不可以多給我們的額度，我們還真的訪查得很清楚，我們該給他多少給他多少，不會浮報，還可以啦。但高齡失智長者，現在一直在推行長照，報章雜誌政府也是希望說要弄這筆錢，大概十五年後長者太多太多了，台灣很可憐。你們這個議題真的很重要。

**研究助理**：因應未來的狀況

**方聰杰里長**：謝謝啦，我真的沒有提供給你們很多。

**研究助理**：沒關係，謝謝里長。

**方聰杰里長**：老人中心他也準備要送 DM 給我，送餐服務。

**研究助理**：那我們之後再了解一下狀況。謝謝里長。

## 附錄九、專家座談會簽到表

2016 高齡失智者友善社區環境設計準則 專家座談會 簽到單		
會議時間：民國 105 年 08 月 30 日(星期二) 09:30-13:00		
會議內容：內政部建築研究所委託研究案-高齡失智者友善社區環境設計準則專家座談會。		
會議地點：國立臺北科技大學 設計館 251 室		
參加人員		簽到
編號	單位	姓名
01	國立台北科技大學 建築與都市設計研究所	蔡淑瑩 計畫主持人
02	建築師	林嘉慧
03	建築師	盧俊廷
04	前信義老人服務中心附設日間 照顧中心主任	許雅青
05	居家服務員	周金蘭
06	宜記夢想之家部長	謝志忠
07	天主教失智老人基金會主任	陳俊佑
08	臺北榮民總醫院精神部醫生	劉慕恩
09	桃園長庚紀念醫院失智症中 心主任	徐文俊
10	臺北市立聯合醫院和平婦幼 院區神經內科主任	劉建良
11	內政部建築研究所研究員	張志源
12	臺北市政府衛生局醫護管理 處特殊照護股股長	陳紫晴
13	臺北市政府社會局	謝佩芳
14	中原大學建築學系教授	陳政雄
15	國立台北科技大學 建築與都市設計研究所	工作人員 陳宜輝 尤嘉輝 李曼萍 歐政煌



## 附錄十、專家座談會逐字稿

訪談時間：2016年08月30日 星期二 09:30~12:00

訪談地點：國立臺北科技大學設計館 251 室

與會專家：林嘉慧建築師、盧俊廷建築師、許雅青主任、周金蘭居家服務員、謝志忠部長、陳俊佑主任、劉慕恩醫生、徐文俊主任、劉建良主任、張志源研究員、謝佩芳小姐、陳政雄教授

**蔡淑瑩主持人**：以上這個這個 11 題，當然是今天最重要，希望大家能夠腦力激盪，大家給點建議。我來說明一下，我們自己團隊在討論，到底這個服務半徑，到底是 500 還是 100 還是 200，我大概給各位一個觀念喔，就我們現在台北市的捷運站，兩個站之間的站體大概是 500 公尺，那就是說大概走路 10 分鐘，一般人正常人走路 10 分鐘可以到達的 500 公尺的範圍就設一個站，喔，那 500 公尺的範圍裡面，那時我們發現到，一般老人家走路比較慢，比正常人要慢了，所以一般老人走 500 公尺，就更小了喔，大概……更少一點，差不多 400 公尺，那失智老人我們去看現場，結果說他們走路走小碎步，走得更慢，喔，所以大概 200 公尺左右喔。從 GPS 調查裡面，大概 200 公尺是一個是他們最重要的最常走的一個生活圈。那裡面我們就發現說，是不是要有些這種瀉地公園啦，然後甚至有一些它可以休憩的，可以有這種微型日托的，這種白天去那邊的第二個家，這種微型日托的，目前台北市還沒做到的這種東西，那我們希望說未來是透過一些都市設計手法…等，這些空間把他找出來。那我們也想就各位的經驗，就是說到底是 100 還是 200 公尺會是最重要的一個生活圈，那這個這個第 9 題喔，第 9 題方面的這個事情喔，所以我想就針對這 11 題，我們就……是不是就開放喔，那個……主任那邊可以開始。

**徐文俊主任**：我先澄清幾個問題喔，就是說，其實也是會跟我們討論的內容會有相關。第一個喔，很重要的就是這個高齡失智的意思是什麼？喔，那因為高齡者不一定失智啦，老實說我們高齡者可以分成健康跟失智還有失能喔，可以分成這三個部分，所以你所謂的高齡的這個友善社區，是要涵蓋哪一些範圍，喔。那第二個，就是失智，失智症的這個年紀其實不一定是高齡，我們常常發現說，其實失智症的個案在他的社區裡頭會格格不入，是因為他的認知功能的問題喔，而不一定是他的這個肢體的失能，所以譬如說是不是剛剛那個老師提的這個是不是走路……有時候很多的失智老人，其實他走路是沒有……都非常好的，而且有時候他還健步如飛啦，所以他如果，你轉個頭喔，可能 5 分鐘她就走丟了。所以我想，這個……這個議題我們必須還是要澄清清楚喔，澄清清楚其實還有另外一個目的是說，我們常常會落到一個一個……before 就是說認為就是高齡友善社區，所以他應該已經被滿足是不是友善社區了，所以高齡失

智友善社區，我很擔心的是，他會不會變成是一個高齡友善社區的設計，因為她其實是可以包括大概在 80% 嘛，因為反正失智症年紀七八十歲都很大，那他都可以，他確實有他的需要，但是如果我們特別有這個失智兩個字的時候，其實應該要去討論，這些失智者在這個高齡友善社區的時候，他還需要什麼，所以我想這是一個，一個必須要被凸顯出來，如果我們今天要討論這個題目的話，我希望說這個高齡友善社區跟失智友善社區，是應該要做區別的。那當然覺得很好，如果我們社區都是高齡失智友善，那對失智老人家其實幫助是很大的，但是我們要特別去指出來，我們很怕的喔，因為……很怕在我們失智症協會，我們很擔心的就是說，我只要設計高齡的事情就好了，那就可以符合了，但是實際上這些人，這些個案呢在社區裡頭，他其實他還是有他很需要的地方沒有被滿足，因為他只有考慮高齡沒有考慮這個失智，認知功能的問題，所以這個是我可能要先請老師先澄清，今天是要討論哪一點，是高齡的裡面的失智呢，還是說高齡裡面有包括失智？所以……因為你後面的，其中有些是高齡的題目，有些題目又是失智的題目，喔，所以 mix 在一起其實不太好討論，因為 mix 在一起結果可能會回到剛剛說的就是變成在討論高齡。

**蔡淑瑩主持人：**非常感謝徐主任喔，其實就是大於 65 歲的失智者，是交集的，因為我們這次就是，因為高齡友善社區那個，他們大概已經有別的研究蠻多的，所以我們主要是針對高齡失智者，他所需要的社區環境。

**徐文俊主任：**那所以我期待喔，我們這個題目是要排除失能，因為高齡失能的問題是比較大一點喔，那我不知道大家的意見，大家可以討論那喔，但是……我們要特別強調失智，因為失智非失能是最困難的地方，如果失智已經失能的，其實是用失能來討論就好了，所以我們欠缺的是只有失智沒有失能的喔，那我們欠缺的在高齡友善當中，我們就是欠缺了這個小於 65 歲的嘛，所以老師剛剛有說我們不討論 65 歲以下的，那就是 65 歲以上的這樣子。

**陳政雄老師：**我延續那個……徐醫師的那個一件喔，我覺得這個論文，整個聽下來，其實最重要的是對象的澄清啦，那失智兩個字，不是只有一種，而且差異非常大，事實上……從整個……譬如說從 MCI 開始到輕度到中度到重度，各個的需要都不太一樣，而且基本上失智的這個定義啊，你要去澄清就是說，第一個為什麼會失智，因為他生病因為他這個腦細胞萎縮…等，所以產生的結果呢他可能有一個核心的症狀，譬如說記憶的障礙啦，或者是辨識的障礙啦，或者是這個……到最後這個……這些核心的症狀，完了以後你可能還要討論他有沒有周邊症狀。比如說我們的傷風，我們會鼻塞會流鼻涕，那他到底有沒有發燒，假如發燒，那我們就列入感冒啦。所以他有核心症狀，有他的這個周邊症狀，這個周邊症狀完了以後，你還可以考慮他……他的四周的環境是怎麼樣，內在的影響外在的影響，都會產生很多 BPSD，就是精神行為的那個症狀，所以

這個 BPSD 討論下來的話，範圍非常大，接下來才是他的身心的狀況，也就是說他的 ADL，甚至於他的 IADL，甚至於他的這個 QOL，比如說他可以從 A 點到 B 點沒有錯，到底幾百公尺，兩百五百一公里，都是可以考慮的，那這個 ADL 比如說他可以從 A 點到 B 點，他到達了 B 點以後，他有沒有 IADL，他的生活能不能自立，他自己要買一個蘋果，他會不會去買到咖啡，接下來可能就是說他買到蘋果了，這個蘋果到底是能不能吃，是爛得呢還是青蘋果，這個 QOL 就出來了。所以我覺得一個……失智這兩個字啊，失智者啊，他的這個差異性非常大，而且真正來講呢，你一定要把這個對象呢弄清楚以後，我們到底要重視的是 MCI 呢，還是重視的是輕度的，還是排除中度的，排除重度的，這可能都要討論。

第二個問題就是說，友善這個問題，友善基本上，假如以友善的城市友善的環境去看那個指標啊，其實他那個八大面向，裡面有分成兩大類，一個是物理，物理性的，比如說 open space 跟那個 building，我們台灣好像叫做博愛，然後接下來可能是 transportation 這個交通，我們好像……翻成什麼……一個是無礙一個是暢行，還有一個 housing 我們好像翻成安居吧，反正就是八大面向裡面，有三個是物理現象，有五個是社會性的現象，社會性的環境，那這樣的話你才能達到一個友善的一個環境，這個之間呢可能會有交集啊，就是說你什麼樣的類……類型的失智症，什麼樣的程度，他對某一項的友善度的需要性可能不太一樣，那這個你才會有依變數才有自變數，這個時候你去求他的相關跟差異性，那曉得說，哪一種失智症的人呢，他對哪一種友善是必要的，是不必要的，那不必要你就不必去談，因此呢你大概從這個統計的這個量化呢，你才能達到一個準則，指標。嗯……WHO 在 2007 年八大面向出來以後，真的來講操作上，35 個都市去操作的結果，他發現有個問題，就是沒辦法監測。所以他在 2015 年啊去年，又發布了三個指標了，公平性啦什麼那些，來引導怎麼樣去進入友善環境的這樣一個議題。所以我是覺得我們這個案啊，範圍蠻大的，又是失智症者又是友善社區，這兩個的交集你要把他弄清楚。事實上呢，到最後我們會發現呢，初期的失智症者呢，他只要一個舒適的居住環境就夠了，他的範圍就是在居家，你居家做好，OK。到了中期以後呢，這個症狀一大堆的時候，你必須要非常有效的照顧環境，這個時候不是只有在居家，也許在宅醫療啦，也許這個社區的關懷啦，等等啦，這些都要進來，那這個呢，有了這個設施以後，他才會覺得他住在這邊非常 stable 非常友善。到了末期以後，大概你什麼都不必做，你給他一個非常溫馨的環境就好，讓他身體乾淨，讓他可以可以這個不必一天到晚髒兮兮的，一天到晚這個燈光不足啦，或者空氣不好啦，讓他發脾氣啦…等，所以真正來講，跟著他的期程，跟著他不同，我們要提供的環境有很多種。那我再報告一下好啦，也許這個各位也都很清楚，2012 年我們失智症協會有一個調查，這個調查的結果呢很嚇人，就是說我們台灣居然有 30% 的老人哪，已經是有認知障礙症，30% 有認知障礙，那裡面呢 20% 是 MCI，百分

之 19 點幾啦，20%是 MCI 的，這一群人你不給他一個友善的環境，大概每一年有 15%會進入到 Dementia，所以你算算看喔，大概十年以後就會有一半進入到 Dementia，那 Dementia 裡面呢，輕度的大概佔 3%，中重的大概 5%，那個輕度的其實才是我們要重視的，你給他什麼環境讓他不要惡化，其實失智各位都曉得嘛，沒辦法治啊，你只能緩和他的症狀，只能能延長他的那個，讓他跟他的生命線平行，那就 OK 了。假如他的程度跟他的生命線不平行，那你就很難照顧他，除了說身體照顧以外，其實最重要的就是生活的服務啊，食衣住行育樂。所以我提的點就是說，這個研究案呢，其實期初我也看過，就是要把對象搞清楚，就是要把友善搞清楚，這個時候兩個交集出來的，你的答案才是正確的，要不然你的指標出來，我看誰都可以用啊，結果誰都可以用，這是我的看法啦，謝謝。

**蔡淑瑩主持人：**那我們現在依序這樣大家是一輪講喔，那就下一位是……社會局的。

**社會局謝佩芳小姐：**不好意思，我想請教就是有關第九題有一個什麼需要看護高齡者，跟不需要看護高齡者，不好意思，因為……還是回歸到前面老師提到的部分，那就想了解一下說，那在定義上這個需要看護高齡者跟不需要看護高齡者是指哪類的長輩呢？

**蔡淑瑩主持人：**我們研究目前發現是說有些高齡者是輕度的，那大概還可以行動自理，還可以自己走來走去的，那到後來需要看護的，反正都要陪伴的，都要有人，中重度的要有人陪伴的，可是他還是會出門。**(社會局謝佩芳小姐：**所以是指失智種類?)對對對，所以都是失智的。**(社會局謝佩芳小姐：**所以都是 CDR 大於 0 的?)對，都是，我們需要……比較需要人家照顧的，那他的活動半徑就減少了，那他在 100 公尺的範圍內。沒關係，你可以提出不同的看法，其實這個就是專家座談會最重要的目的。就是說，因為我們我們……憑我們的調查還有文獻整理的，那反而是回歸到專家，以你們的經驗，你認為應該是怎麼樣的才合理，來跟我們溝通。那這邊有 11 題，那社會局這邊扮演蠻重要的角色喔，就是說市政府這邊在推動友善社區了，那可能認為一個友善社區的要素，甚至於第 2 題，有一些困難的地方，應該是可以從社會局的角度給我們一些建議。

**社會局謝佩芳小姐：**應該是說，從我的立場來看，會覺得說對於家屬跟就是照顧失智者的部分來說，那其實他們還是會說，現有的資源，雖然我們……比如說我們長照十年計畫裡面有的一些項目，可是他們實際使用上在銜接上是有困難的，就是可能我們很多很單向的東西，那他如果真的要逐一使用，或者是整合運用上其實還是有一定的難度存在，所以你要說政府目前提供的資源是否能

解決，這第3題來說好了，是否能解決家屬或高齡失智者的困難，我覺得其實很難說有滿足到啦，對，但是……又或者換個角度來說，其實我覺得某個程度，你如果全部都靠政府去提供資源的話，我覺得那絕對不可能滿足的啦。然後如果是第8題的部分，所以我想跟老師釐清一個部分，如果是照剛剛那個概念看過來，其實你的第8題的內容那個圖，比較接近的是一般的高齡的長輩在使用的友善社區的空間範圍吧，因為我覺得有些資源，也許對於有失智症的長輩來說，他不一定是有多麼多可以使用的部分。

**蔡淑瑩主持人：**這個其實是一個蠻有趣的題目喔，就像第8題來講，我們研究美國的文獻的時候，發現美國對於失智高齡者，他反而很強調用美術館，讓他們參與美術館活動，或是讓他們參與圖書館活動，可是在台灣的話，大概所有失智完，大概通通從這些公共設施撤退了，所以這也是我們一直蠻想研究，就是說對於各位可能是第一線在跟失智高齡者接觸的這個面向上，因為我們甚至看到加拿大有利用美術館，讓失智者去那邊用餐，來讓那些高齡者跟正常的有一些互動的機會，那這個是在我們目前在台灣都沒看到的現象。所以我們也是想就……當然我們就回到剛剛的題目，是否高齡失智者一定適合一般老人家。

**徐文俊主任：**我上禮拜就去十三行館，因最近他們博物館辦一個專家會議啊，所以其實已經開始了，上個禮拜六的台灣失智症協會的年會，十三行館博物館他們就有來報告，他們所辦的活動，所以其實陸陸續續有在開始啦，我想只要大家對失智症的需要跟認知，要多一點的這個認識。我已經準備好了，只是說大家先講好了，我怕我講太多。**(蔡淑瑩主持人：可以先講。)**可能要個一二十分鐘，那……嗯……，那我想第1題喔，高齡者的……這個失智友善社區的有素有哪些，其實我是覺得要從人事物，三件來講，這個才是一個完整的社區，所以今天既然是在講這個社區，我想應該不是單單只是在建築上頭，那人的話，譬如社區裡面的人，其實要對失智症認識，這個是社區友善……失智友善社區最基本的一個條件。那……有認識以後要有接納，所以我想在這個……除了讓他們知道我們也要喚醒這個關懷，人跟人的關懷。第三個就是說要知道如何為失智者提供服務，這服務指的是非正式的服務，非正式就是我可以幫助他什麼，譬如說他在路口徘徊的時候，我們是不是應該要去協助他，那要問他是不是找不到路，還是該不該過馬路他不知道這是紅燈綠燈，所以說簡單這個事情，從社區裡面的人，從社區裡面的這個警衛還是警察啦，這些其實他們都會需要，其實像警察他們如果在路上走動，他們常常在路上碰到失智老人，所以一個失智友善社區這個人的要素，是非常的重要，所以社區裡頭的 leader 一定要有這個概念，然後把這個事情推到讓每一個人能夠了解。那相對於人的部分就是說如果我們，當然可以的話，讓社區裡面知道哪些個案他是失智症，這有些涉及到隱私的問題，但是這就是會有所謂的封閉社區跟開放社區的差別，所以後面有提到這個範圍的問題，等一下我會提喔。如果封閉的社區，他應該

會讓我們認識這個人，那社區小到說我們的這個大樓那種大廈型的社區，那這是一個社區，還是一個里叫做一個社區，那像剛剛老師有提到這個捷運站的範圍算是一個社區，但是如果台北市……整個台北市可能都是一個社區，因為他只要一上車到處都可以去，他上了捷運，但是如果是在鄉下的話，他的社區可能就是在他所居住的這個範圍。所以這個是，要對這個……可能也要釐清的，要用個案的方式去釐清，然後來說明這個需要，那這個將來在報告的時候可能會舉幾個例子，那這樣才有一個涵蓋，其實我想這個很難用一個通則來決定。

第二個就是……人事物嘛，第二個事，事我所提的是這個服務的部分，那服務的部分就是說，我們要為這些失智者提供哪些服務是在社區裡面所需要的，所以這個會到第 4 項去啦，那服務的部分第四項，就是我們現在在倡議的，是安全陪伴，安全陪伴就是我講的喔是失智而沒有失能的，我想失能以後就……就是失能的這個，當然他在照顧失智者的……有失智的失能者的照顧者，他必須除了失能的了解以外，他也要對失智有所了解。那我現在講的是安全陪伴這種我們常常忽略掉的，我們其實家屬很需要的是，是一個白天可以讓他去的一個地方，那第一個比較簡單的是安全陪伴，那安全陪伴就是說，他要去看醫生啦，要去……我們說白天要多一點活動，比如說博物館啦，誰要陪他去，家屬要請假陪他去，還是要誰陪他去，所以我們現在倡議的是要有一個安全陪伴，那安全陪伴可以從長照的資源來，可以從這個……公益的組織來，那這個就跟喘息服務有點類似，但是是不一樣的。喘息服務是為了要讓家屬喘息，但是安全陪伴是真的是要讓可以有能力的陪老人家去做他喜歡做的事，那我們在失智症的喘息服務常常失敗，是因為這個喘息服務的照顧者，他是失智症的老人家根本不熟悉，他不讓他陪伴啊，所以我想這個是安全陪伴很重要的一個要素，這個講起來就還蠻多的。

那第二個就是說要有日間照顧的這個設施，那尤其是失智症的日間照顧的設施，因為這個……後面也有提到，日間照顧設施其實都會有，這個就剛剛我有稍微提到，老人的日間照顧跟失智者的日間照顧是不一樣的，我們常常會發現在日間照顧裡面有一群老人家，兩三個老人家他在角落沒辦法參與，是因為他根本沒辦法參與這種活動，是因為他的認知功能可能有問題，他有他特別的需求。所以……如果要特別講這個高齡失智者的這個環境的，其實要有一個特別為失智症所設計的日間照顧服務，他可以混在一般的老人的日間照顧，或者是老人中心裡頭，都是 OK 的，但是就必須要特別去看看哪些老人家的認知功能問題是需要幫助他的。那另外一個就是，服務就是說，在社區裡面最好就是有一個諮詢者，可以提供讓這個家屬跟病人他們有什麼需要的，失智症的個案需要的時候可以提供他們這些不同的資源，這個可以從很多的角度，從衛生所或者是衛生局社會局，或者是這個 NPO 來做，這個都可以。但是在英國，剛剛有提到這個英國，就是 Dementia Friendly Community 他其中有一句話，就是每一

個 Dementia 的 family 都有一個 concern，那這個是我們要提的喔，才是一個完整的社區，友善的社區。

那建築的部份的話，第三個就是物啦，物的建築的部分，其實建築的部分就是……就是可能我剛剛說的，我們要去區辨這個是一個完整的……是怎麼樣的一個社區，我想在都會區跟在鄉村是不一樣的，那在都會區我想就很簡單啦，但是我們就是要……都會區的東西很多啦，不是說很簡單，就是說他的 material 很多，最主要是要有人陪他去，那這些建築這些設施他要能夠接受失智者裡頭。譬如說我們現在在推這個失智友善教堂，在教堂裡頭失智者跟小朋友一樣他會到處跑來跑去，他在博物館裡可能一樣會有聲音，那我們博物館的這個招待人員，是不是知道他是失智，他可能會發出一些怪聲音，他要不要接受他，如果他有這個這些比較奇怪的行為的時候，要怎麼樣讓他去跟其他人群去做一點區隔，這個裡頭是……是要能夠有這樣的區隔喔。那在這個如果是鄉村性的這個裡頭，其實你應該要有一個老人中心，要有一個老人可以去的地方，那可以家屬白天可以帶他過去，或是老人家可以自己走過去，那這個老人中心就可以有很多的……我想有比我還專家的喔，我對建築不是那麼的了解，好，那大概是這樣子。

那第二點就是說，在最大的困難就是日間照顧的問題，因為我們現在少子化，而且即使是配偶要照顧，因為病人的夜間行為其實是蠻多問題的，所以我們其實比較強調的是日間照顧的問題，日間照顧就是除了剛剛講的日間照顧中心以外，白天要有人去陪伴他，因為白天如果活動多的話，晚上他就會好睡，所以家屬他的能力，他的身心狀態也會變，那這個是回答第二個。

第三問題就是，當然現在是不足，剛剛提了很多現在都還沒有做的。那第四點我剛剛有提過了，總共有三項，一個是安全陪伴一個是日間照顧一個是諮詢者。第五項的話，就是說……那個第五項是指這個……嗯……這個我沒有回答，對不起。

那第七項喔，第七項是這個應該要哪些，其實喔要看他的失智程度，所以剛剛陳老師有提到，其實他如果 CDR=0.5~1，他其實活動範圍無限大，他可以去哪裡就去哪裡，我們甚至最近在講這個駕駛執照的問題，我們都捨不得把他的執照吊銷，因為他如果說他的 CDR=1 的病人，就把他吊銷執照，其實在鄉村是有困難的，因為他騎著摩托車，很多地方都可以去，我們要的是他騎車的安全跟你我體認的問題，所以我想這個要按照他失智的程度去分。那另外一個就是社區的大小，因為在都會區跟在鄉村區是不一樣的，那如果說通通排除掉這個問題，到底是 200 公尺比較好，還是 500 公尺比較好，我不知道，我覺得好像沒什麼差別。這個可能大家可以討論看看。

那第九項就是這個封閉社區跟開放社區，我剛剛有提到喔，那……開放社區喔，他有幾點可能會需要的，就是說，可能我們現在在做這個失智症協會，在做這個瑞智友善商家，這個很重要，就是說在……尤其像我們 7-11 跟全家，我們現在其實已經跟全家有連結一些了，seven 還好像還沒有……seven 太大家了，我們不好連結，但是這些……就像我們這個小學生，小學生不是 seven 有那個什麼叫做安全什麼……那個那樣子的，應該要有把這個開放社區要把這個要素要放進去，大家其實對於失智者人人有責，就是……有責的原因，因為我們將來自己都會變成這樣子的個案，其實比例是很高的，機會是大概還蠻大的，所以我們現在就應該要……要把這個……做好。那所以我還是沒有去回答 100 跟 200 公尺的事情，我想大家如果有什麼這個看法可以提出來，希望我等一下還可以聽得到。

那第 11 項喔，日間照顧中心要包括哪些的事情，我想他的設施其實其實因地制宜，我們常常在講說要懷舊，就要怎麼樣子，我們後來發現說其實這不是那麼的重要，不是不重要而是真的很難去規範，因為每個地方真的是不一樣，而且你即使是住進來的住民，他這個……他有不同的背景，他可能真的是老榮民，從這個大陸過來的，他可能是客家過來的，他可能是……怎麼樣，他教育程度也不同他可能需要的東西是不一樣的。所以我想一個，我們就不同這個……在地化，這個當然是可以做，但是從這個以外，我們第一個強調喔，這個日照中心要有一個多樣性，所以我們不希望日照就是一個很大的空間，然後就大家一起活動，失智症的日照，是必須要安排個人的……以個人的活動為範圍，兩三個人一組，而不是群體的這個活動，所以他要有一個很多樣性的角落，能夠讓……其實有點像蒙特梭利，有不同的地方可以讓他去，如果需要那他可以聚在一起。第二個就是說要有戶外的空間，那這個是……這可能在都會區會很困難，但是在比較鄉村的地方，我覺得這應該要列入這個必要的條件，我們很擔心就是說一個老人中心的二樓就變成日照中心，那這樣的話其實老人家白天都在那邊其實沒有地方可以去，所以應該，應該要有一個戶外的一個空間，包括他可以在那邊活動曬太陽跟園藝喔，喝茶都可以，所以這個是我自己的意見啦。第三個就是要有家的感覺，我們就剛剛說的這個……一個活動的……但是他白天的家，所以日照中心是他白天的家，讓他有家的感覺，而不是一個非常……就是剛剛說的多樣性，反過來說就是不能太雜亂，所以要有一個角落，是他自己的家的那種感覺。第四項就是說，這個個案……這個照顧者的訓練，要特別要對失智症有所訓練，所以他不管，這題目裡面有提到這個活動設計，所以所謂的訓練，其實凡事都可行，但是他就是要照顧到失智者的不同的需要，因為……他不能說這個反正失智者他很多老人家很多不能做他就幫他做了，所以這個是一個問題，所以我們要引導這個老人家讓他可以去活動，諸如此類的，所以照顧者必須要有這個訓練。

那 MCI 第 10 題，MCI 是不是要納入這個規劃裡頭，我想這個是見仁見智啦，因為，剛剛陳老師也有提到，但是 MCI 有 58 萬人，那失智症我們才 23 萬人而已，所以……是不是要把這個 MCI 規劃進去，可以再考慮，但是我覺得失智者的需要比較急迫，比較急迫。那 MCI 他其實是一個可以可以正常在社區裡面自己獨立生活的，這個才叫 MCI，這是 MCI 的定義，他可以獨立生活，所以對於他沒辦法獨立生活需要特別的日間照顧的，這個是失智者的需要，那這比較急迫，所以現階段我覺得 MCI 是……是可以考慮，但是要以滿足失智者為優先。

**劉建良主任**：我其實想要從那個……就是這個計畫案他的重點上做高齡失智者友善社區環境設計準則，那我自己的想法是高齡，就是如果照這個計畫來看，高齡是大於 65 歲，然後失智者應該是 CDR 大於 1 分，因為如果是 0.5 就不叫失智，那友善大概可能定義還蠻多的，大多是說可不可以讓一個人在社區可以很安全的生活，其實我覺得在這計畫裡面的這個整體設計要點這個參，我覺得他就講得很好，他講是主要是提供這些可以辨識、安全、舒適、熟悉的環境然後可以減緩他的功能的下降，而且可以讓他在社區在地老化，所以我覺得這個定義已經是在講這個友善社區是蠻重要。那社區一定提到……我覺得社區一定是講非機構的照顧，因為我們知道的話，機構其實……講機構環境設施型的還有更多的條件，那我們這個重點是要講社區的話，應該是比較少談到機構，那最主要是環境設計這一個我有點不太清楚，就是說我們的環境設計是要設計硬體還是設計軟體？因為其實我們在這個給我們的問題裡面，其實有一部分是講軟體，我覺得軟體就是跟人的這一塊的活動的設計，這個我們看不到一個硬體設施的東西，那另外也有蠻大的一個部分，是在講這個硬體，譬如說這邊提到六大準則的話，就是表 A1 這六大準則辨識性、安全性、可及性、舒適性、熟悉性講得我覺得都比較偏硬體這一塊，那可是社會支持性就蠻多是在談這個活動跟軟體這一塊，那我覺得他如果放在最後這張表，就是講這個街道布局、建築型態還有環境線索，那裡面我覺得如果硬體跟軟體和在一起，我會覺得在……在這個討論上好像有點……會有點落……其實是蠻多的，就是如果講到軟體整個服務的性質的話，其實就非常的多元，而且其實就像老師剛剛提到的，像現在的博物館，參加博物館現在有在倡導一些高齡還有失智的一些活動，從國外的一些美術館，一些相關的博物館，他們其實也有在這些軟體上面做一些提供，所以我在想說是不是有可能把這個比較偏軟體的部分跟硬體的部份，在討論的時候，可能可以稍微切開。也許可以再多一個項目，就是因為街道布局、建築型態跟環境線索看起來都是硬體，所以還有第四個項目是單純來討論軟體這一塊。那我會想到還有另外幾個重點是，其實我們平常用環境做協助，那其實針對失智大家會討論就是兩個，一個是減緩他的退化，另外一個考量的可能是怎麼樣的環境來協助他在這個環境裡面，嗯……可以比較比較讓他容易辨識，而且他的……因為他腦部的認知功能是下降的，那下降之後他其實

一部分我們希望刺激他，讓他好像維持現狀，那另外一塊我們是希望是，盡量用些比較簡單清楚的標示來讓他在這環境裡面比較安心，要不然失智長輩其實到這個一個環境比較複雜、標示比較錯亂的，他進去就會開始有點焦慮焦躁，可能就出現精神行為問題，就會在環境裡面出現。那所以其實是有兩個部分，一個是可能要刺激他增加他的認知訓練，那第二個部分可能是要怎麼樣降低他做這些辨識的認知需求，那這兩個部分我覺得是並行的，就是一方面又要有刺激一方面又要降低他的需求，所以在設計上可能要容易辨識，可是他又可以帶給他一些過去的回憶跟刺激。那另外還有一個是安全性的問題，安全性的問題其實無關乎高齡或是無關乎失智，他們都需要，只是差別在於高齡者他可能沒有認知功能障礙的問題，所以他不會看到兩個材質不一樣的東西他就覺得是高低差不一樣而跌倒，可是失智的病人他可能在這個辨識是他有這個視差，或是在腦部在計算這些……我們講說這些空間上面的一些變化的時候，他會有錯誤的變化，例如看到反光的時候就以為是水，就不敢踩，這些在一般失能老人是不會碰到的，那這些我想在……您在規範這些建築相關的東西，應該都有考慮到。那只是說在失智這塊，是不是除了高齡之外，那在失智這一塊是不是後面我們可以再……再多討論一些針對失智的增加的這個部分，看有哪些部分也許可以提出來做一些討論跟想法。

我大概就兩個部分，一個就是說我希望把這個支持性這一塊，可以另外再拉出一個獨立的，那第二個就是說我希望在討論的時候，可能可以增加一些，剛剛因為有提到一些刺激性，刺激性就是增加做認知做確認，另外一個是降低他認知需求這一塊，是不是也可以再特別標示出來，來在讓後面的人也許在看到這個準則，在進行的時候，這些分類上可以讓他們有一個……基礎的原則性，比較……就是說，我在想這個指標的重點應該是建立一些原則性的東西，讓一些商家他可以依著這個原則，去做一些操作，那應該比較減少一些……就是太硬性的東西，因為假如他講得非常地硬性的話，他的設計上可能就會你寫 100 他就設計 100，你寫 200 他就設計 200，可是我想他應該還不到建築法規這樣子的等級，應該是一個推廣性質的東西，我希望的是把這些原則列進去之後，有心的人他可以照著我們的設計的原則去一點一點做一些創意，那之後的話如果還有更好的想法，或是更可以符合一些法規，那再訂法規上，我的想法是這樣。

**蔡淑瑩主持人：**好，謝謝。劉醫師。

**劉慕恩醫生：**我本身是精神科醫師喔，我大概這個議題呢，就是比較以安全性的考量為主，因為我看到有六大的這個項目嘛，依照剛剛的這個計畫書的一個部分，有六大這個指標，那第二項就是安全性，那我覺得安全性呢應該是蠻可以著墨的地方，就是資源有限的話，所以我們怎麼樣去設計一個建築，或者是一個這個環境，或街道的布局應該要以失智症老人的安全性當作一個要點喔。

我舉個例子，就是說我們在精神科病例也是一樣，早期精神科的病人都抓起來關，關到死，然後後來呢，到比較科技，大家人類慢慢文明之後呢，就覺得太沒有人性了，所以呢……就社區化，所以精神科病人就不抓去關了，待在家裡面，那他可以在家裡面……兄弟姐妹啊，父母親可以養這個精神科病人，所以這個邏輯應該是我覺得 Dementia 應該也是……可以蓋括在裡面。那……那麼……如果把病人從機構放回家的話，那當然就是安全性第一，所以其他就不重要，還是要先把安全性的部分，就比方說這個病人……所以我覺得我們的這個重點應該是要放在第二大題，這個裡面有 14 項，我覺得可以討論啦。那……那比較重要，第一個就是說，病人他有沒有走失啦，或者說病人他會不會因為有什麼吃藥物以後呢，比方說他有 BPSD，症狀呢……症狀會不會有安全性的問題，那他停藥之後呢，會不會有藥物的副作用，我想大概就是這三大項可以討論，那如果能夠解決這三大項呢，那我覺得這個計畫就蠻成功的。

**陳俊佑主任**：主持人各位老師大家好，那個……今天是來學習的，因為對於環境的部分我們一直都覺得有專家在，不過真的就是從我們自己陪伴長輩也好，陪伴家屬也好，這十幾年的經驗裡面發現，其實 even 到現在還是很多失智老人是被關在家裡啦，因為……他要不要出來就是一個部分，我覺得其實……我今天很高興說這個研究，不過他其實聽起來是比較是在都市信義區去思考這部分，那我自己因為我們常年……我自己也是萬華老人服務中心主任，其實我們也看到，其實長輩……失智的話，我想整個建構友善社區各個方面都是希望說，他能夠在這個社區裡面很愉快的生活，而不是說被家人就是限制在家裡面的環境裡面，跟外面是隔絕，甚至他可能是獨居的長輩，他也不是說變成社區的麻煩，必須要考量被強迫就是說住到機構裡面去，他能夠安心的去社區裡面這樣子，所以在社區裡面，其實硬體的部分，我比較不去談這個部分，因為這裡有很多建築的專家。可是我覺得在服務層面的部分，其實是……是蠻重要的，因為剛剛主持人也提到，微型日照這個部分的概念，是能夠在社區裡面去建構，甚至像阿茲海默咖啡館，這樣子的一個一些社區化的經驗，甚至配合未來長照計畫 2.0，以日照為主再去有 ABC 級的部分的一個建構，我覺得那個還是要回到一個很重要的部分，就是民眾，人這件事情上面，對這個議題的了解跟認識的部分，然後他才能夠說知道這個長輩這樣的問題，他能夠去包容去接受。那在社區裡面的服務裡面，其實很重要就是他要能夠吸引長輩出來，不然他其實出來外面只是他覺得他在家裡面無聊，或者說他有聽到一些聲音的指示…等的，那我覺得剛剛其實老師們也都有提到，比方說現在有些努力在執行，只是我覺得現在就是……在社區裡面的服務看起來不只是這些商店的一個部分，其實老人家也不會只有去博物館，他也會喜歡……像我們的長輩喜歡去……比方說去動物園啦，去那個……士林官邸啊，我都覺得有些部分是不是像如果很……剛剛講得很理想就是，在他的行動區域裡面就有這麼多的支援的形式是存在，可是我自己一直把自己放在信義區這樣一個空間裡面去思考的時

候，其實失智老人的那個環境跟……幾十年前信義區不是現在這個樣子，所以他其實對他來講就是一個非常陌生的，可是怎麼陌生的狀況裡面他能夠在這個社區裡面生活，那我覺得不只是民眾，我剛剛講到那個部分以外，那我覺得很重要的部分是說，如果能夠去……去有一些……剛剛……我後來有看一下後面的那些指標，有關於顏色啊各方面來講，其實都是好的，只是說現階段而言，怎麼去讓他去落實，然後這指標設計出來有他的可能性，好像不是就是一個研究結束就放在那邊，我會比較這樣想，就是說這東西他可不可以變成是一個模式，然後就有些執行的可能性這樣子的部分以外，我覺得安全的那個部分其實真的是一個最重要的思考。所以我也覺得說，如果從這個問題這樣看起來的話，其實……很多的專業的部分的投入，其實可能是在目前這個不管是社會局在指導或者在努力，這個其實都要再思考，怎麼讓據點，我們現在覺得社區裡面，其實有很多的社區照顧據點，那這個力量怎麼去發展出來，然後因為社區據點有一些民眾他就是有熱心的，這些人為一個主要的主架構的時候，可能那個整個會影響很大，因為我覺得我自己在社區裡面，我也看到其實現在社區有些發展協會，他們會去做一些綠美化…等，這樣的一些努力，但這些環境的努力是不是這些人，有時候是同一群，有時候是有點不同啦，因為在社區裡面有時候是有一些政治的因素，比方社區發展協會可能是里長，然後村里幹事弄的據點，他們可能就類似……沒有那麼的合，可是如果當他是合的時候，其實我覺得硬體也好軟體也好，這一群人的部分對於局裡是一個期待，他們可以多一些努力，讓這個部分長出來，那才有辦法去談說失智長輩出來以後有人關心、有人注意…等的，那我覺得這個部分是可以一步一步去建構。那是不是那麼理想性的有這樣的一個……出來，然後那個模式裡面，因為其實剛剛講說一段距離裡面要有那些宗教的設施，其實這是重要的，因為……其實對於長輩來講，除了去……有些長輩他就是比較不去日照，他就是喜歡在社區裡，如果有些宗教的設施是可以讓他去，然後甚至有一些那個活動的空間…等的，那我覺得這個部分可能他不只是在單一層面，有些部分可能要去架構起來，那這樣子未來跟那個長照 2.0 的做結合之後，我覺得他比較有可行性，我覺得這個也是希望主持人這邊可以思考的部分，謝謝。

**蔡淑瑩主持人：**謝謝。

**謝志忠部長：**那各位前輩大家好，那其實在日本喔，他並有像說失智喔特別把他規劃在這個高齡者社區裡面，他是屬於比較綜合式的，對，所以他們有分……比如說，他們有要支援 1-2，要介護 1-5，需要被照顧需要被支援，所以我認為台灣現在最重要是先加強這個教育訓練比較重要，所以也就是說，被照顧者就是要照顧他們，那照顧他們要受過所謂的……日本有這種失智叫做借助治療，叫做借助治療，日本呢相關福利中。那剛剛講說要支援 1-2 就是說，有可能變成需要照顧的狀態，那日常生活他必須被協助的人，比較輕微的叫需要

支援，去支援 1-2，那需要照顧 1-2 他們到需要介護 1-5，就是他臥床喔臥病在床，或者失智症，必須請人來照顧，那如果在這個要介護 1-5，那就必須要一個所謂照顧的服務計畫，那需支援的 1-2，一號二號就是照顧預防計畫，也就是說，如何將配合這個機能訓練，跟健康管理，將這個為失智或為健康的這個……還沒……可能會進入比較嚴重的狀態，把他全部變成……成為居家的模擬，因為日本目前現在喔，有三千萬個 65 歲以上的人，是全……全球最高的，21%左右，5 個裡面有 1 個是老人，那三千萬那麼多人的情況之下，要照顧人根本不夠，像在日本二十幾年來他們根本就沒有人，現在他們也再自己另外拿進來，所以我們台灣將來這個大概再五年十年之後，這個問題一定也會遇到。譬如說 2025 年，那在 2025 年也是 5 個 1 個的話，所以最重要的是將失智……他是輕微失智症的情況之下，讓他重回這個居家。那日本的建築方面是說，勞働部(相當於台灣衛生福利部)如果要做這所謂 group home 的話，他們規定是說，是 8~9 位，一個 group home 是 8~9 位，那房間大概要 7.43 平方米以上，就是大概 3 坪左右，那公用的設施，洗手間、浴室、廚房、客廳，因為失智者他不可能說房間裡面一定不能有廚房也不能有……有這個浴室，一定是用公用方面這樣來做的，那製造有一個所謂的家庭的氣氛。那其他這個失智在日本還有幾個面向，就是說，比如說那走路會徘徊，或記憶會障礙，抽象能力判斷力的障礙，還有妄想，幻覺、錯覺、憂鬱、暴力，這個他不想被受到照顧，想回家，不想吃東西，或失能，向著他意思…等。所以這麼多情況之下，我要講說認定，如何認定，這個政府的認定他是失智症到怎麼樣的程度，那用這程度，依照這程度，再來分配他必須要去，比如說將來有失智症中心或 group home，或者居家在家裡都可以，用這種方式，來可能比較……距離，這是我個人的一個建議，謝謝。

**周金蘭居家服務員：**大家好，我是居家服務員，今天看到這麼多的專家在這邊，參加這個座談會我覺得我非常的榮幸，我目前現在是在恆安做第一線的居家服務員，我做這個工作其實已經做了大概有八年多，第一個工作是在紅十字會做了四年，第二個工作是在我們的永和失智老人基金會，做了三年一個月，那去年就轉換到萬華區恆安機構。那我是覺得說，失智老人其實他們都是非常的可愛，那對家屬來講他們其實都是很大的包袱，可是對我們居家服務員來講呢，我是覺得說失智老人其實他們是非常可愛的，而且是很天真，有的也是很活潑，那有一些老人呢，他會跟家人的互動是有很多的障礙，所以需要透過我們一些居家服務員來引導他，讓失智老人不覺得他是失智，或者我們就是引導他，他的興趣，投其所好，他要下棋我們就陪他下棋，其實他是很開心的，不是這麼的沉悶的一群老人。然後我們的政府呢，現在一直在推動我們的長照，我是覺得是非常的用心的，也給我們一些居家服務員呢有一份很好的工作，讓我們覺得也是每天過得蠻開心的。嗯……我想其他……其實失智者不一定是老人，現在的失智者是越來越有年輕化的狀況，就跟中風的一些個案一樣，很多

年紀到三十幾歲，就非常多的中風個案，那失智的人也是一樣，可能是因為現在食安的問題比較嚴重，所以大家都吃得……有的神經方面可能是……我是覺得說，或許是有受到影響，所以現在失智的人也是越來越多，那失智的人呢，年齡層也有五十幾歲就完全失智的也很多，是因為我們做這個區塊就已經……就會……接觸這個工作就會知道說，其實很多的弱勢團體，不僅是失智，還有很多腦性麻痺的，很多很特殊的個案，我想走入居家這個是我們長期……政府也是一種長期抗戰的一個工作，簡單報告到這裡，謝謝大家加入我們居家團隊。然後有那麼多的建築師呢，可能也會給我們一些很好的一些，就是……讓他們有一些安全的環境，有一些就是……家屬沒有辦法達到他們的那種機構，也可以到我們的日照，日照其實他們的設施都是……現在都做得非常的完善，也可以鼓勵家屬，有一些那個長輩呢也可以到日托中心，其實也可以很好的照顧，那如果是那個長輩不願意到日托的話，就只能走到讓服務員走到居家去服務，讓他們得到更好的照顧，我想居家服務員的用心照顧應該不會比家屬來得差，這個就是我們居家服務員站在前線呢，就是要引導家屬，要跟他們協調，還有就是跟他們就是要有磨合期，不管是對長輩也好，對家屬也是很重要的一環，謝謝，我今天簡短講到這裡，不耽誤大家的時間。

**許雅青主任**：那個……早午安，我是許雅青，那……我其實上面有一些專家，其實大致上對這樣的一個……提出來的討論問題做了一些討論，那我針對我一些部份做一些淺顯的……自己個人的一個看法喔，因為其實第4跟第6的應該其實是有點雷同的喔，我就一起說明這樣子，因為其實失智症長輩要在社區裡面能夠在地老化，除了……其實跟前面的所謂高齡失智友善的社區其實有很大的關聯喔，那當然裡面其實很多之前我們其實……如果以社工的領域來講，很多都會討論到人的問題，那當然今天的主要的題目應該是……主要的議題會放在環境，那也當然這將近二十年的工作經驗來講，也讓我後來發現，其實環境對失智症長輩其實有很大的一些……影響喔，那從原本的失智症中心的一個環境的上面的設計跟規劃來講，其實都有很大的影響，那把這樣的從日間照顧延伸到社區裡面的話，其實……在今天所提到的六大指標的部分喔，裡面有一些項目，是不是未來可以當作我們可以在失智症長輩做一些很簡單，或者是很容易辨識，或避免一些視幻覺的一個狀況，或是幻聽的狀況，可以減少的時候，也可以讓他們可以更容易走到社區來。那另外一個部分是，到底政府還有人們可以給予這樣的一個失智長輩什麼樣的一個……這樣的一個社區環境，其實除了民眾還有對大家對失智症的了解，其實就我們目前來講，其實包含我們自己在台北市做那麼多年的推廣，其實還有很多民眾還是對失智症非常地不了解，甚至對他們甚至有一些的誤解，所以如果要達到這樣的一個友善的社區的環境的話，以人來講，其實還有很大的空間的進步，甚至根本也不會去思考環境到底對失智症重不重要喔。那另外一個部分是，如果說我們從，除了失智症協會，他們現在推的友善商店之外，那另外一個部分對於我們自己，可能政府

在推廣的社區的或社會福利的一個……一些社會關懷據點，或者台北市，我們今天如果撇開外縣市，以台北市來講的話，包含老人據點的時候，這些的在據點活動的一些老人家，我講老人家或者是一些志工伙伴們來講，到底對這樣的失智症認識了多少？我覺得這個部分，其實可以讓我們為了……如果未來可以讓失智症能夠在成功的在地老化的時候，很大的一個除了環境之外，那當然還有對失智症的一些認識。

另外一個部分是針對物的部分喔，其實……其實少子化的關係也很多的閒置的教室跟學校的一些部分喔，其實台北市一直還沒辦法釋放出來，雖然有這樣的規劃，可是他釋放的條件非常非常的嚴苛，那嚴苛，除了嚴苛之外，另外一個是非常地不友善，因為他把長輩或者是學童其實都整個分開，就是他的動線其實都分開，那當然如果以站在學校的立場，是認為說這樣是顧及到學童的安全，可是當學童離開了學校，他還是跟很多的不同的族群跟年齡層一起在生活，難道就不安全嗎？因為我覺得那個教育的觀念其實是不太一樣的喔，那很多的……是在……因為你不認識這樣的族群，或者是不認識這樣的年齡層的人，你少接觸就很容易就產生所謂的誤解，或者是刻板印象，或者是我們講的我們就直接貼標籤在上面，那可是如果你……其實你常接觸的時候，其實你就會覺得，啊不是跟一般老人家一樣，只是他有時候講話認知上有點不太一樣而已喔，因為我覺得，那如果學校或者是一些……可以開放出來的話，其實針對在園藝治療上面來講，你如果講環境，不要講其他的音樂的時候，做園藝治療，學校那樣的環境，其實對失智症長輩來講，其實是……還……我個人還覺得不錯啦，雖然現在目前柯P一直在推那個……城市農園，可是城市農園現在都在頂樓，有時候頂樓老人家一到樓上，那個頂樓那個樓梯，其實就有點困難了，喔，就有點困難。

那另外一個部分是……針對那個第8的那個生活圈喔，我……也很難回答，因為其實真的失智症有在輕度中度，那輕度中度來講他的……行動能力其實非常好的時候，其實這樣的一個生活圈對他來講，其實還是……還是覺得範圍太小了喔，那當然……我們先撇開失能的，就是失智症又失能的長輩，因為其實這……這就會很多樣性，那純粹失智的長輩來講，輕度跟重度來講，對這樣500公尺來講，他們其實是非常……還不太夠能夠滿足他們的一個空間，但是針對提到的那個六大指標有一些的概念，包含可能比如說，鋪設的顏色啊，或者是整個那個辨識度來講，其實我覺得對長輩來講其實是重要的。

那最後面提的部分，就日照中心的一個設備喔，環境的部分喔，其實很多年，之前很多的研究都在於安全性之家，有家的感覺喔，那還有當然失智症很多的狀況是在於會有一些BPSD的行為出現的時候，一個……很……不算大的一個安靜室的空間，其實對失智症長輩來講，就我們目前看到的狀況其實還不錯，

他可以在長輩有一些狀況的時候，他的行為出現的時候，離開其他的長輩的話，其實他有一些的……可以讓他整個情緒 down 下來，也比較不會去干擾到其他的長輩的一些其他的行為。那……當然那個活動設計就會牽涉到，照顧長輩的工作人員上面，對失智症的認識還有一個訓練來講，那目前我知道就是，照顧服務人員其實在接受訓練來講，還是以失能的照顧為主，那失智有一部分，那所以但是……這一部分一般很多在日間照顧中心的工作人員，都必須要重頭，除非他之前有這樣的經驗，不然其實他又要重頭開始被……訓練這樣子。那服務的範圍，一般……現在啊，如果未來台北市如果可以更多的話，那他的範圍以社區型是最好，可是如果台北市其實以他空間可以找到的狀況，其實非常少的時候，以目前我們知道的老人，日照中心可能差不多鄰近的，差不多三個行政區為主，會跨三個行政區，大部分，大部分會跨三個行政區，就是主要還是以他當地的行政區為主，可是有一些老人家會跨其他兩個，就是鄰近某個區這樣子的範圍。

那……至於政府可以提供怎麼樣的方式可以解決家屬跟失智症的長輩的一些困難喔，所以，有一些是家屬還是……不太……就我目前知道其實家屬還是不太清楚知道怎麼跟失智症長輩相處跟溝通，甚至在照顧上，那當然在服務起來在地方的這樣的一個宣導來講，其實有一定的功效，但是他的速度還是遠不過於，因為戰後嬰兒潮一直在，那個速度還是沒辦法，甚至有一些包含失智症基金會失智症協會，他們在一直在推的部分，除了照顧的技巧之外，照顧上的溝通，可是有一些家屬是認為說，你只要有辦法幫我稍微照顧一下長輩，我可以不用去做這樣，還是有這樣的部分，當然也有一部分的家屬其實對照顧長輩跟溝通來講，他們會花很多的心力去了解，到底要怎麼去克服這樣的一個問題。所以我覺得，如果家屬自己都不清楚怎樣照顧自己的長輩的時候，你很難說要把這樣的概念推到社區裡面去，因為自己都不了解了，社區的人，你期待社區可以給你什麼樣的一個部分，因為我覺得這是一個相對性的部分，那這個是我個人的淺見這樣子，謝謝。

**蔡淑瑩主持人：**我最後好不好，因為我要總結。

**林嘉慧建築師：**各位先進早安喔，其實做一個建築師啊，我們一直是在這個……這樣子的一個設計類型裡面，其實是在一個學習的路上，雖然說我們已經經歷過，雖然就我個人而言已經經歷過了好幾個這個日照中心的設計，可是其實我是覺得說，這是一個蠻活躍的知識系統，然後一直一直就是……有賴於各位先進前輩的一個補充，讓我們設計可以更完整。我之所以這麼說，是因為我認為，我們一直覺得說，建築師的角色其實是一個很被動的角色，然後其實就針對建築師而言，失智者其實也是一個非常模糊的模糊的角色，傳統建築，傳統一般的建築師其實對於失智者或是高齡者來看的話，覺得是一個特別的這

個類型，所以這個模糊的角色一直沒有被……一個知識系統所明確的定義，或是說告訴設計規劃者，這個需求者，他到底這是一個什麼樣的一個模樣喔，所以其實我蠻……就是……蠻感謝各位在這個會議的……討論會的先前，就是先就今天的討論跟對這個角色，有做一個概略性的一個方向的說明。

那就設計本身而言喔，我就在這邊提出一些我的分享喔，主要是我其實是針對幾個過往的這個一個設計經驗，我們認為其實是，在需求上喔，應該是要非常，是盡量提供一個明確的一個計畫或是一個企劃方向，其實是非常重要的，然後在安全性與識別性其實他會變成是一個設計的主軸，他是，他完全沒有辦法……沒有辦法去這個逃避，然後在安全性跟識別性上面，其實我看這個問卷三裡面，其實已經有做了這個相當多的一個原則性的一個……一個內容的一個提供喔，我覺得這是 OK 的。然後可是在針對設計上來說喔，雖然我們有這個原則上的一個建議喔，可是設計上來說其實他是很難被特定的規範的，那如果說要透過這個特定的來規範的話，我會建議應該就這個生活模式喔，就是說這個高齡失智者的生活模式，是不是可以來做一個整理喔，那這樣的話，才會比較有效的提供設計者來做一個對應機能的一個界定，這樣的話，其實會輔助更多就是……嗯……想要做這一塊的這個設計者來做一個……有機會來做一個進行喔。那另外一個是說，我們其實是要透過設計來輔助這個生活的一個完整，就是高齡失智者生活的一個完整，那我們也覺得說有相當多的面向可以談，最大的概念就是如果從食衣住行育樂的這些方面來看的話，場所是一個重要的事情，那這個場所的話，其實我會建議從點線面來看喔，點線面的話我們可以從這個特定的生活據點，他其實是可大可小的，比如說有這個社區服務的空間，或是說在這個戶外的生活場所，這其實都是特定的點的一個概念。那路徑的話，其實我不太認為是可以自由行走的一個路徑喔，我們大概需要去特地的規劃出一些道路，以及生活的路徑，但是這些道路，其實我們全部地圖上面所看到的這些道路，以及這些都市裡面的空間的這些道路，其實不同等於這個高齡失智的生活路徑，我認為其實如果說，我們把高齡失智者，就是放回到這個社區裡面來生活的话，其實我們作為規劃者，應該提供給他一個特定的一個生活路徑，然後在在這個特定的這個時間的一個使用的開始，透過服務員的協助，或是透過家人的協助，可以讓他們了解以及習慣這個這個生活的路徑，到底是一個什麼樣的一個狀況，讓他可以完全適應，自己在已經是一個高齡失智者的身體狀況之下，其實可以去適應這個環境。

那這一些這個……環境設計的內容，其實他不僅止於是一個建築的設計，他其實是一個外部空間的設計，也是一個景觀的設計，也是一個共同場所的空間的設計喔，那……以台灣來看，簡單的作法的話，其實因為台灣這個執行預算都太低了，我們……我在前兩個禮拜參加這個台北市建築師公會的一個一個課程嘛喔，他們提到其實在日本喔，就是說……做這個……老人照顧空間的單一的

單一坪數的這一個預算費用其實是 28 萬新台幣，那我們是覺得說，其實跟台灣比較起來，真的是差別太多了，那建築內的這個差異這麼大，更不要談說是這個建築外的，大家更為忽略的這個景觀設計的這個部分。那如果說以一個比較簡單的做法的話，我是覺得說，是不是可以用這個視覺上面的一些個技巧來做，我想這可能比要細一點，可能跟之後的這個操作上來說是會比較簡單啦，我們是不是有一些背景色的一個設定，然後有一個主題色的一些設定，然後透過這些背景色跟主題色的設定跟社區的關聯性，我們可以做一些基本的研究，那因為是透過色彩的東西，來做一些方向性，以及這一些識別性的這些空間的計畫方式，其實他……他其實也是相當容易操作的喔。那透過這樣的方式，把空間的特性給做出來，那其實是比較快的方式，然後，然後如果說透過這些設計的方式，如果說有更多的預算，更多的創意的這些的做法的話，其實是更加歡迎的喔，然後如果說，這些空間的意識，其實已經形成的時候，那我們其實就不必太擔心說，他整個是……在社區裡面活動，識別性的一個一個不足的問題。那當然最重要的，安全性的事情，其實我覺得那個是每個設計者的基本準則啦，基本動作啦喔，那這有相關的法令去做規範，也是好的事情，可是在設計者的這個一個操作上面，他其實是完全不能不能被忽略的，那這一點我就不是太……不在這邊就是做太多的討論喔。

那……有關這個長照的這個公共資源的狀況啊，其實我們在這個幾個輔導的過程中，也是看到這個訓練的不足，那其實沒有人啦，沒有人，其實空間也沒有……那個……存在的相對性的一個必要啦，所以其實這個人的問題，其實是最大的關鍵。那輔助……這些失智者的生活完整，其實照服的動作也是相當的這個重要的，所以我在這邊其實會……還是就是……鼓勵各位先進，可以繼續帶領我們，就是在照服的軟體這一塊喔，可以做得更好，然後讓所有的這些規劃的事情，可以軟體先行然後硬體跟隨，謝謝。

**盧俊廷建築師：**各位先進大家好，剛才其實很多……這個先進有提到，就是說現在這個研究的內容比較偏硬體，大概老師也有提到說友善環境啦，其實物理性的指標 3 項，社會性的指標 5 項，那其實我身為一個建築師，我做的……我參與了很多的這個日間照顧中心的案子，那雖然我們做的都是硬體，但是會讓我覺得最有困難的，還是在這個整體社會的認知，還是在這個認知上的問題，我覺得這是從整個台灣共通的生活角度出發，因為現在的年輕人，大家都知道，就是說他這個經濟的負擔很大，然後工作的壓力也很大，然後通常都是雙薪家庭，那他光是照顧一個小孩，現在很多都是單身沒有小孩，光是照顧一個小孩就很累了，他要考慮這個他的生活費用，然後就會想說他每天上學會不會遲到，我今天下班來不及接他，就已經焦頭爛額，然後他可能兩個小孩三個小孩，然後……那……但是我們這個台灣人喔，還是很有這個孝順的考量，那有時候覺得說，不忍心對自己的父母總是要盡到照顧的責任，然後就很為難，你

要照顧他，我生活其他沒辦法應付，然後你不照顧他又非常地過意不去，所以現在有這個日照啊，然後還有這個喘息啊，小規模多機能，我想這個對於……這都是好的。然後還有……還有一些另一半的壓力啊，或者是照顧……長者的時候心理上的挫折，像我想大家可能都知道，因為失智症的長者看他嚴重程度，看他的那個症狀程度啦，他有些他只記得他年輕的時候的事情，或者是，其實大家心裡會，比如說他會，比如說像以前我奶奶，他可能他有好幾個孩子，他會只認得誰，其實大家心裡，比如說他只認得她女兒不認識她的媳婦，其實這很多微妙的心理的問題，我想這會使大家心理的壓力很大，那我想這其實是非常多家庭共通的問題，可是我想因為大家在接觸這一塊非常清楚，但是一般的民眾他完全都不知道這一塊，他根本搞不好連失智是什麼，他都完全都不清楚，那然後他有什麼管道，有沒有諮詢的方式都完全不知道，所以我認為這是一個最大的問題。

那如果，我認為要從這個宣導和這個推廣開始，讓大家知道說高齡者、失智、失能這些有什麼不同，然後我們有什麼資源可以照顧他。像我現在做這個大安老人日照中心，大部分的民眾他根本不知道什麼叫做日照，我們有時候就很簡單的講，就是說其實就像老人家的幼兒園嘛，那我們小孩子就白天送他去，然後傍晚接他回來，那老人家也是啊，這樣你就可以很安心，就是說你不用，有人會幫你協助照顧他，然後你也不用說都是放著你的父母不管，我覺得這……然後他們晚上回來可以享受這天倫之樂，我覺得這是一個非常好的措施，而且非常得進化，但是大家都不知道。然後甚至是說我們上次舉辦這個居民說明會，他們就是覺得他是一個負面設施，會覺得說大安區嘛，這個是黃金地點，就是說這個會不會造成一個嫌惡設施，到時候到處是輪椅啊，第一個到處都是輪椅真的是問題嘛，他們不知道什麼是失智，輪椅跟失智這是兩回事，那就算是輪椅又怎麼樣，就是大家沒有這個心態，所以會很困難。那如果大家這個宣導啊或者大家心態都有調整，他就像幼兒園一樣，這麼普遍這麼多，然後大家都可以接受，我覺得一切都會變得簡單，包括所有的問題都會，我們附近的環境附近的什麼，因為大家對孩子們都是比較友善的嘛，就覺得說這個地方要照顧孩子，要有安全的設施要有什麼，可是對長者，好像……好像就不知道這一塊，所以我認為推廣，推廣是很重要的，還有這個量，如果日照，當然不只是日照照顧長者們，或者健康長者的去處老人服務中心…等，他的普遍其實就像孩子們的地方，幼兒園啦…等的地方一樣普遍，然後大家認為就是說，就是一個讓我們生活達到平衡，然後這個可以達到老人家可以在地老化的共通的共識，我覺得這個是非常重要的，而且大家會互相幫助，就好像我們看到別的小朋友有什麼困難我們可能幫他一下，以後我們大家看到老人家有什麼困難，我們也會去幫助他，然後那這個就會變成共通性的認知。那我會覺得這個會是最好，因為現在我真的覺得，現在的問題就是大家對這個的知識太模糊了喔，那如果政府單位，可能我覺得市政府層級還不夠，還要更高的單位，電視上看得

到有宣導，其實民眾學得很快，但是我一直覺得最大的點會是在這邊，謝謝。

**蔡淑瑩主持人：**謝謝，那我們我們的最重要的宣導單位，就是我們的內政部建築研究所，張志源張先生，那他是這個計畫跟我們聯絡的窗口，那他本身也是建築師，也是都市計畫方面的專家，那我想請您報告。

**張志源研究員：**感謝各位先進還有計畫主持人，就是幫我們建研所做這個很有意義以及非常重要的研究，那從蔡老師去年做高齡失智者的居家的研究，其實我們其實內部都有自己在做完之後自己在……那我們這邊其實在來之前，其實內部有稍微討論過，我們希望說，做出這個環境的設計準則，他最重要的目的，其實就像林老師跟吳老師所提的，他能夠最實質的提供建築師或是環境的改造者，他要去進行一個的新建的環境，或是對既有環境改造的時候，那那個環境他有一些高齡失智者的時候，他必須要怎麼樣去處理，去做一些設計，所以這個研究他可能會提供給相關的公會或是相關的學會，讓那些建築師能夠看到每次的這個東西，去思考日後要做像這樣的環境的案子時候，要去怎麼做。所以我們會希望說，就是他界定的範圍，因為我剛剛很仔細的看了一下，這個問卷的題目，他界定的範圍比較像是一個小型的社區，就是說有都市的一些一些街道的這樣的空間，那我們建研所其實也希望說，老師可以從一個一宗基地，比較大的，一宗比較大的基地，然後大的基地裡面有幾棟的建築物，然後有他的內部開放空間，那高齡失智者，他在這個這個環境裡面，他可以怎麼去……去有一個好的空間的品質，去符合他的空間品質，那他的設計準則應該是怎麼樣的。我們建研所也會希望老師可以朝這個部分去寫出來這樣子，這樣子會比較適合，就是說比較小區域的一個操作，讓建築師他可以操作，那如果說會比較大的區域的時候，他可能會涉及到一些都市設計的一些問題這樣子。

那另外一個部分，其實是我自己一直在想的，就是說因為我最近其實一直在研究國外的無障礙的訪問，那我會有一個問題，譬如說日本人他其實……日本他其實在 2007 的那個時候，他的無障礙法規，其實他的規定的內容裡面，其實高齡者的那個重要性，就我們一般所認知的行動不便者之外，他把高齡者也放進去了，那還有一些……一些我們一般認知的，例如說一些住宅社區的規範，他的那個開放空間的一些，比較針對於一般人的那種基礎的設計，那我們會希望說，在這個研究裡面，可以對於這幾個部分有一個很明顯的界定，就是說這個高齡失智的社區，究竟跟他純粹針對行動不便者，或以及一般老人，或是他純粹針對一般的人，的那個社區的環境的設計的準則，有什麼樣的差異性，然後把這部分能夠很清楚的在研究的結論裡面，把他……有一些釐清。那那些釐清呢，其實就會在設計準則的一個區隔上面，有一個很清楚的界定，那這樣也方便說，日後在做空間環境的改造的時候，一般建築師的那個思維，他可能還是一般的環境改造的那種思維，那當看到這個研究報告的時候，他能夠抽取出一

些跟他過去不一樣的思維，然後增加有趣的地方，那這是我們所希望的，最後還是謝謝各位專家和老師的協助，謝謝。

**蔡淑瑩主持人**：我想非常感謝大家第一輪對我們的一些建議，其實真的張志源剛剛代表就是我們設計界的聲音，我們真的不知道這些高齡者他的一些特性，他的心理特性他的行為特性，我也是在做這個研究才會知道說，原來我們常常鋪的，外面的鋪面那種格子狀的鋪面，黑白黑白的那種像下圍棋的，那種鋪面對失智老人，他會認為那是一個洞，他不敢走過去了。那甚至有很多玻璃，他會反光，所以他就會害怕，所以很多玻璃面是要……鏡子玻璃是要避免使用的，我講很坦白話我們建築界真的不知道，是真的在做這個研究以後，慢慢才知道說對高齡失智者他真的一些特殊性。所以也是很感謝各位，從精神科醫生方面，給我們很多這些寶貴的意見，那我想初步我們會彙整大家的意見以後，再做一個修正，那我們大概還有三十分鐘時間，有沒有第二回合要發言的？

**林嘉慧建築師**：我想說針對那個原則性的這個提供，做一點補充，因為看起來就是說在問卷三的這個後面，有三個大項嘛，就是有街道布局、建築型態、環境線索喔，然後下面有這個六大指標的一個一個建議原則，那這個都是文字性的，我比較希望是說，如果身為設計者，我們希望可以看到更多的這個案例啦，好的案例，然後也可以併入到這裡面來看的，甚至於是一個比較簡單的圖說，來讓設計者了解，了解就是說這些執行上到底要怎麼做的一個原則。那其實我也很擔心這些圖說，就是他會變成是唯一的規範，那個東西我覺得其實他應該不是一個限制，那這個就有賴主辦單位這邊來做這個部分的這個撰寫跟提供。我覺得這是重要的，因為其實我們做設計的看文字，有時候那個認知上那個差距是蠻大的，那而且其實這提供的架構也蠻大的，可是如果說提供一些適當的案例，來作為設計的認知的一個擴充，或是說補充這個這些常識，我覺得是非常必要的，所以在這邊提供這樣的一個建議，謝謝。

**劉建良主任**：我是想說，就是有關這些準則，應該……如果可以的話，我是覺得就是可以分成，就是通則性跟相對比較細節的個人化之類的，因為我覺得其實，大家應該都有感覺到，失智症的病人他其實不是一種樣態，可是有一些共通的部分，是幾乎……尤其現在是講高齡失智者，他在有些高齡他在感官退化的這一塊，他是所有高齡者都一併出現比較常見，那可是有一些他可能是比較個別性的比較細節的部份，那這些我覺得在這個分析上面，應該是可以再做一點區別。那另外就是，我是覺得可能還是需要再多加一點設計的那個意義，就是為什麼要這樣設計的原理，就前面加一些描述之後，後面才開始列入這些項目，因為如果這些沒有描述的話，就會變得很像是我們就依照這些條件去符合而已，可是實際上他為什麼他要達到辨識性，為什麼要達到安全性，他是有一些可以有一百字或兩百字的描述，來描述這個項目在這個老人照顧上，或是在

這個失智照顧上有什麼重要性。譬如說辨識性可能就是像我剛剛說的，就是他可能是降低他的認知需求的那個……那個需要，所以比較好辨識性的標示的話，基本上他就是失智的病人他也看得懂，我們一般的人也看得懂，就是他的知識需求或是認知功能需求就是相對比較低。那安全性主要是考量到這樣子的長者，他可能會有一些……產生一些危險，那這些危險要在設計上面可能有一些需要符合的一些原理跟原則，然後之後才有這些細項，可能要有一個描述性的東西來說明，這樣可以幫助就是完全沒有這方面概念的人，在了解這個項目的時候，不會有一些……就是稍微有點先幫他做一點名詞解釋，或是一些說明的內涵，那這樣子的描述可以包含下面的這些項目這樣子，那是我覺得這一塊，可能就是做這些東西的那個意義性，就可以再更加的被凸顯。

那另外的話，我覺得有些幾個項目，可能在這個環境上面不見得是會列到，譬如說失智病人可能在做這些環境設計的時候，可能有個很重要的需求評估，可能需要去進行，但這些可能不是在裡面提到說，提到說哪一個項目應該怎麼做，因為其實一個環境他需要廟還是需要寺，教堂還是需要市場，其實跟他的生活背景有關係，譬如說他是在市場裡面殺雞的或是賣菜的，他可能需要市場的比例就高過於廟，他以前家裡就是開這種廟跟寺的，他很喜歡走寺廟，他可能對寺廟他的需求就會比較高。所以這些比較個別性的東西，可能要在原則上面就是說，我們在做這些設計的時候，應該需要做這些個別性的需求的評估調查，那這些需求的評估調查裡面，可能包含哪一些要讓……然後再來就是要讓設計師或是在規劃這些空間的人，他可以藉由這個簡單的一個問卷，針對個人背景的調查，他在設計的時候就可以依這個去進行，而不是寫說他一定要有廟一定要有教堂一定要有什麼，因為這些東西都是跟過去個人的生活經驗有關係，那所以我會覺得像這些比較比較可以協助，就是讓完全沒有這些概念的一些像是……就是比較沒有在設計這些失智跟高齡相關概念的人，可以很快地就可以應用，那可以達到可能……那設計出來的東西就可以符合 80% 的這樣的人員的需求，那我覺得可能或是準則上面比較可以帶來幫助，因為其實一個很重要的就是，怎麼樣讓這些準則最後可以變成可以實行，就像剛剛講的，這些準則要怎樣每一條都可以，最後真的列出來也可以讓人家去應用，我覺得應用這件事情，可能是蠻重要的，而不是做出來之後大家都覺得運作上還是有一些困難不容易實行。

**蔡淑瑩主持人：**還有沒有其他建議？

**陳政雄老師：**我剛剛聽到這個志源講的這要求，我覺得是這個研究的重點，因為事實上我剛開始也講過，就是說我們各種不同的這個類型，他的需要是不一樣，所以他的準則，那條線哪，可能高低也都不太相同，比如說我們都很了解關懷據點、日間照顧、團體家屋、機構，為什麼要分那麼多的這個服務的不同

的那個，因為這些服務照顧的人的對象不一樣，所以我們的個案計畫都不同，你把那個 CDR2.0 的丟到日照，那你慘了，那你把那個 1.5 的或者 1 的放到團體家屋，他就……所以有一個很重要的觀點，就是說你要服務什麼樣的人，你必須完成他的需求，所以不同的類型會不同的需求，你給他滿足了這才是友善。所以我還是要回到原先我講的那個重點，就是說你可能……你的準則呢，至少你要分成輕中重，我是很希望把 MCI 給加進去，因為事實上我們台灣現在的問題喔，目前我們 106 年有 25 萬 2 千個這個失智，真的是進入到 dementia，MCI 不同，但是呢 MCI 有多少，有五六十萬人，這些人十年之內會進入到 dementia，假如你不照顧他，不給他好的環境，他就是很自然就進來了，這個時候到了 2060 年，就是 88 萬的失智長者，所以這個照顧的那個社會成本啦這些，我們在硬體這一部分，也要負一點責任，我們的環境是不是能盡量做到說這些人都不要進來，這個才是我們研究這個题目的這個……重要的任務。剛剛志源講的非常好，這個研究報告出來，建築師就要拿去當準則當範本，好啦，今天我日照也是照這個嗎？我團體家屋也是照這個嗎？我到機構的失智症中心這個照顧專區也照這個準則嗎？可能都不太一樣喔，所以假如你給他說，好，假如 CDR 是 1 或是 1.5 的，我給你一個很舒適的這個生活環境，OK，他的準則是怎樣怎樣怎樣，他可以跑到很遠，可以不只是 500 公尺，可以到 1 公里，是不是可以坐社區巴士到很遠的地方去。到了這個中期的時候，他已經到了 CDR 是 2.0 或是 2.5，這個時候你要給他很有效的這個照顧環境，那你的社區裡面可能就要有這個團體家屋進來，因為 24 小時都要有人照顧，你可能要有這個在宅醫療出來，你要在居家照顧的時候，我醫生可以到你那邊去…等，這些都是社區的設施啊，所以這些服務設施，跟著他的需要，他的程度提供不同的設計，到了你重度的時候，已經幾乎臥床了，ADL 可能已經降到已經最低了，這個時候你還給他什麼圖書館啦什麼音樂廳啦，這個都沒有用。所以我想還是那個非常重要的，就是說你要把對象的程度分清楚以後，你才能定這個準則，給他一個滿足以後，這才是友善的一個社區環境，謝謝。

**劉慕恩醫生**：各位先進好，大家午安，那我先自我介紹一下，剛剛大家剛剛都有介紹，那我是劉慕恩，那我本身在台北榮總的老年精神科服務，那我在這個北榮訓練完之後呢，我因為公費的關係，就到這個屏東龍泉榮民醫院，下鄉，我待了大概五年的時間，那龍泉醫院呢當時我們就要去支援這個榮家(榮民之家)，就是屬於這個長照機構，那我就在這個榮家裡面他就有失智園區，就專門在照顧這個 dementia 比較嚴重的長輩，一般要 CDR2 分以上的，大於等於 2 喔，就是中重度的個案。那麼……在這個榮家服務完之後，我就回到高雄榮民總醫院的精神部，那個時候的服務呢，是以成年的老年為主，然後三年前回到北榮的精神部，擔任主治醫師。

那麼我想要問的，請教的問題，就是說這個我們這個計畫，是做 guideline 對不

對？我看他是手冊嘛，指導手冊，那一般在我們醫學領域裡面要做 guideline 的話，比方說我要做這個有效，這個沒效，可能要有有一些 a recount base，就是說，不是我說，抗憂鬱症呢吃百憂解吃一顆有效，他可能要找個什麼東西做一下，病人，比方說 20 個 control，20 個病人做完之後說喔一顆有效，兩顆就沒事，大概這樣子。所以說，你剛剛講說，我要做這個 guideline，是不是這個街道布局，比方講說喔，翻到最後一頁這個比方說，關於街道布局，是不是改造前改造後，然後呢有改造前跟改造後之後呢，我們必須這些做完之後，我們才有 outcome 是什麼，比方說就是 dementia，那你要對病人病情的這個 outcome 是什麼就要做一些評估，確定是有效，那這樣就可以放到 guideline，而不是說今天這樣我想一個 guideline 就把他放進去。然後當然這個 guideline 是國內外已經都有一些 a recount base，應該是有啦，我想你們才會選進去，那在台灣比方說信義區，或剛剛教授講的，像在都會區的 guideline 又會跟鄉村區的 guideline 又不一樣了…等，城鄉的差距…等，所以你可以分一下。

那第三個我還是要呼應喔，我覺得可以把精神科病人的這個的概念放進來這個 dementia 裡面，因為 dementia 我是外行啦，但我們精神科的話呢，我們就有分，比方說急性病房、慢性病房，那急性病房出來之後，如果說他症狀沒有穩定，我們就讓他到慢性病房，慢性病房之後呢病人症狀穩定了，他這個叫功能的恢復了，我們就有日間照顧中心，也就是日照中心…等，日間病房…等，就白天到醫院裡面做復健晚上回家，那之後我有社區康復之家康家、日托，我可以到比方社區裡面的機構，我在醫院裡面做復健，我白天到康復之家去做，他一樣晚上就回家，白天到社區裡面的機構，比方做麵包啊、幫人家洗車啊、幫人家打掃啊，喔這些。那慢慢的呢就有叫做中途之家，就是說呢，他變成說他附在這邊，白天去外面工作，我提供的 facility 是住在這裡，我的目的是管理晚上的人居住，那他是一個 home system 的，那這個營運呢可以開到玉里榮民醫院的精神科，他是一個我們精神的專科醫院，他後來把整個玉里鎮整個吃下來，這個本來的玉里榮民醫院他是以醫院做 base，結果病人被關在裡面關到死，這個就是說，我們叫做，我們精神醫學界叫做說全台灣的最後一道防線，就是說呢一個個案呢，先榮總台大看，看完之後可能就到比方說桃園長庚看，看完之後可能就到屏東龍泉看，看完之後就到玉里榮民醫院了，全台灣的最後一道防線。那但是呢，把病人關在裡面哇關了幾千床啊，完了這會關不下去了，就監獄人滿為患了，也關不下去了，那怎麼辦呢，就開始做疏導，就把這些病人疏導到社區裡面去，不然關不了這麼多人，那社區反彈就很大，因為安全性問題，所以在玉里榮民醫院他就先解決精神病人的安全問題，告訴居民說，這些病人在你家附近幫你打掃、幫你洗車、幫你種稻…等，他是安全的，所以說這個居民的教育，就放進去了，那麼居民可以接受這些病人之後呢，那就開始……康家就設立，社區裡面設康家，請居民呢，那他們就跟這些居民做簽約，比方說我的照服員去帶我的病人去幫你種稻、幫你養雞、幫你幹嘛，然

後呢我們會幫你監控，社區的人員他也會有成就感，那接下來……就因為花東嘛，就慈濟的**大本營**啊，所以他就跟宗教的力量做結合，所以很多慈濟的志工，也就進來幫助這些精神病患去融入社區，那就是精神病人在地老化，所以我覺得我們是可以用這個概念做 dementia 的一些的 home system。

**蔡淑瑩主持人**：謝謝，其實這個是蠻重要的一個……我們所謂的失智者的，失智者不再是一個被照顧者的觀念了，最後我們想提出來的就是說，失智者其實他本身是一個生產者，他其實他是有他個人的價值，他還是可以有生產力的，我們會把這個觀念，那剛剛醫生有提到，其實就是陳老師在推的 CCRC 嘛，連續式照顧的觀念，可以讓他不同的階段有不同的照顧方式，那我們會再盡量的把他放進來，那不知各位還有沒有要發言的？沒有的話喔，還有半個小時的時間，那就麻煩各位把這三份問卷幫我們填寫一下，勾選一下，尤其是最後一份喔，那當然我們今天……我們未來會呼應大家的建議喔，把他再做修正喔，但是今天只少這初步這三份問卷的……用半小時時間，幫我們協助填寫一下。



## 參考書目

### 一、中文參考書目

1. 台灣失智症協會(2015)。【新聞稿】2015 年全球失智症報告-全球每3秒新增一名失智症患者，三年後失智症照護成本將破一兆美元!。引用於 2015 年 08 月 25 日，取自  
[http://www.tada2002.org.tw/tada\\_event\\_detail.aspx?pk=484](http://www.tada2002.org.tw/tada_event_detail.aspx?pk=484)
2. 台灣失智症協會(2015)。認識失智症。引用於 2015 年 08 月 25 日，取自 [http://www.tada2002.org.tw/tada\\_know\\_02.html](http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html)。
3. 台北市信義區公所(2010)。歷史沿革。引用於 2016 年 06 月 07 日，取自  
<http://xydo.gov.taipei/ct.asp?xItem=21764&CtNode=3508&mp=124091>。
4. 行政院衛生署中央健康保險局(2015)。借鏡美國老人全包式照護計畫。引用於 2015 年 12 月 28 日，取自  
<http://www.nhi.gov.tw/epaper/ItemDetail.aspx?DataID=4095&lsWebData=0&ItemTypeID=5&PapersID=365&PicID=>。
5. 行政院衛生福利部(2013)。我國長期照顧十年計畫-101 年至 104 年中程計畫。引用於 2015 年 12 月 28 日，取自  
<http://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/27/704779/de38a0eb-6a1a-46b4-acaf-d5ad76eb0235.pdf>。
6. 巫瑩慧(2012)。失智症患者發聲 建構友善社區環境。健康世界(317)，23-25。
7. 呂寶靜(2004)。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南圖書出版公司。
8. 郭恩慈(2006)。從老當益壯到大器晚成。香港理工大學設計學院用者為本設計實驗室。pp.60-63。
9. 湯麗玉、邱銘章(2009)。失智症照護指南。原水文化。
10. 傅中玲，陳正生，歐陽文貞，林克能，李光廷，宋惠娟，柯宏勳，郭月霞，王靜枝，簡淑媛，陳柏宗，李梅英，黃秀梨，譚蓉瑩(2015)。失智症照護。台北：華杏出版機構。
11. 曾思瑜(2009)。在地老化社區連結型福祉日本案例的介紹。銀髮族樂活空間之設計與規劃研討會(pp.22-29)。新北市：華夏技術學院。
12. 衛生福利部(2013)。長期照護服務網計畫。13-26。

### 二、日文參考書目

1. 小池昭啓(2009)。エイジング・イン・プレイス超高齡社会の居住デザイン。学芸出版社。pp131-133。
2. 日本認知症障礙(2015)。認知症の基礎知識。引用於 2015 年 04 月 23

- 日，取自 <http://en-count.com/archives/ninchi42>。
3. 児玉桂子，古賀譽章，沼田恭子，下垣光(2010)。PEAP にもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル。日本：中央法規出版。
  4. 長谷川洋(2015)。高齢者等の住宅バリアフリー改修の計画手法に関する研究。引用於 2016 年 10 月 05 日，取自 <http://www.nilim.go.jp/lab/bcg/siryoutnn/tnn0825.htm>。
  5. 厚生労働省(2015)。認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)について。引用於 2016 年 06 月 01 日，取自 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>。
  6. 船橋市(2016)。町丁別・年齢3区分別(15歳未満・15～64歳・65歳以上)・男女別人口。引用於 2016 年 06 月 06 日，取自 [http://www.city.funabashi.lg.jp/shisei/toukei/003/p004065\\_d/fil/H2804nenrei3group.pdf](http://www.city.funabashi.lg.jp/shisei/toukei/003/p004065_d/fil/H2804nenrei3group.pdf)。
  7. 船橋市(2015)。船橋市の人口 62 万人到達。引用於 2016 年 06 月 06 日，取自 <http://www.city.funabashi.lg.jp/shisei/toukei/003/p020222.html>。
  8. 園田真理子(2015)。住生活基本計画(全国計画)の見直しにあたっての論点(2016年～2025年)「高齢者等の安心・健康な暮らしの実現」のために住生活基本計画で検討すべきこと。引用於 2016 年 06 月 07 日，取自 <http://www.mlit.go.jp/common/001099816.pdf>。
  9. 園田真理子(2010)。国土厚生労働省ふるさととの会・支援付き住宅推進会議シンポジウム 2010「安心して地域の中で暮らし続けるために—住宅・居住分野からの提案」。引用於 2016 年 06 月 07 日，取自 <http://www.hurusatonokai.jp/PDF/report201103.pdf>。

### 三、英文参考書目

1. Anderson, J. W., Fraley, I. L. & Green, M. (2007). *Design for Aging Post-Occupancy Evaluations*. New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc.
2. Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. Retrieved Dec 08, 2015 from <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
3. Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of Victoria Inc.(2016). *Dementia-Friendly Communities*. Retrieved June 03, 2016 from <https://vic.fightdementia.org.au/about-us/campaigns/dementia-friendly-communities>.

4. Alzheimer's Society(2013). *Dementia Friendly Communities*. Retrieved June 03, 2016 from <https://www.alzheimers.org.uk/dementiafriendlycommunities>.
5. Alzheimer's Disease International(2012). *Global Information*. Retrieved December 28, 2015 from <https://www.alz.co.uk/global-information>.
6. Alzheimer's Society(2013). *Building dementia-friendly communities: A priority for everyone*. Retrieved June 07, 2016 from [http://www.actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia\\_friendly\\_communities\\_full\\_report.pdf](http://www.actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia_friendly_communities_full_report.pdf).
7. Burton, E. & Mitchell, L. (2009). *Inclusive Urban Design: Streets for Life*. England: Elsevier.
8. Burton, E., Mitchell, L. & Raman, S. (2004). *Neighbourhoods for Life: Designing dementiafriendly outdoor environments*. Oxford: Oxford Institute for Sustainable Development. Retrieved January 26, 2016 from [http://www.idgo.ac.uk/about\\_idgo/docs/NfL-FL.pdf](http://www.idgo.ac.uk/about_idgo/docs/NfL-FL.pdf).
9. Dementia Friendly America(2016). *Community Resources*. Retrieved June 07, 2016 from <http://actonalz.org/community-resources>.
10. Marcus, C. C. & Francis, C. (1997). *People places: design guidelines for urban open space*. New York, U.S.A: Van Nostrand Reinhold
11. Mitchell, L., Burton, E. & Raman, S. (2004). Dementia-friendly Cities: Designing Intelligible Neighbourhoods for Life. *Journal of Urban Design*, 9(1), 89-101, DOI: 10.1080/1357480042000187721.
12. National PACE Association(2015). *Is PACE for you?*. Retrieved December 28, 2015 from <http://www.npaonline.org/>.
13. Raman, S. (2014). *Living well with dementia. The importance of the person and the environment for wellbeing*. United States London: Radcliffe publishing.
14. Rowles, G. D. & Bernard, M. (2013). *Environmental Gerontology-Making Meaningful Places in Old Age*. New York, USA: Springer.
15. World Health Organization(2012). *Dementia*. Retrieved December 28, 2015 from [http://search.who.int/search?q=dementia&ie=utf8&site=who&client=\\_en\\_r&proxystylesheet=\\_en\\_r&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8&getfields=doctype](http://search.who.int/search?q=dementia&ie=utf8&site=who&client=_en_r&proxystylesheet=_en_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype).
16. Wisconsin's Healthy Brain Initiative(2015). Wisconsin's Healthy Brain Initiative Project. Retrieved June 07, 2016 from <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p01000-dfc.pdf>.

**高齡失智者友善社區環境設計準則**

出版機關：內政部建築研究所

電話：(02) 89127890

地址：新北市新店區北新路3段200號13樓

網址：<http://www.abri.gov.tw>

編者：**蔡淑瑩、李美慧、尤品雅、陳宜煒、歐政煌**

出版年月：105年12月

版次：第1版

ISBN：978-986-05-0670-9（平裝）