

失智社區服務據點強化認知環境研究

內政部建築研究所自行研究報告

PR11010-0026

失智社區服務據點強化認知環境研究

研究主持人：靳燕玲

內政部建築研究所自行研究報告

中華民國 110 年 12 月

ARCHITECTURE AND BUILDING RESEARCH INSTITUTE
MINISTRY OF THE INTERIOR
RESEARCH PROJECT REPORT

**Research on the Reinforcement of the
Cognitive Environment for Senior
Dementia Community Service Centers**

BY
CHIN YENG LING

Dec , 2021

謝 誌

本研究屬跨部會之建築與社會福祉研究，因應我國高齡社會及受民眾關注之失智者照顧問題，從建築設計觀點，提出強化環境認知之建議。研究成果協助衛生福利部失智症防治照護政策綱領 2.0 七大策略之 2. 提升大眾對失智症之認識及友善態度。

我國 65 歲以上老年人口失智盛行率約 7.8%，110 年失智症人口約 31 萬。至 110 年 10 月止失智社區服務據點已設置 498 處並服務 12,068 長輩。人口老化伴隨失智人口上升，長輩身心照護需求日增，家屬照顧起來更為辛勞，藉由建築環境設計強化失智者認知是重要方式之一。

本研究符合本部無障礙環境施政方針，除參考日本及歐美先進國家失智相關國際組織之經驗。感謝研究期間參與討論之衛生福利部社會及家庭署、長期照顧司，新北市衛生局及台灣失智症協會等，以及新北市失智社區服務據點之經營單位協助，以獲取實際執行層面之寶貴意見。

本研究成果送請衛生福利部及各縣市政府，提供直轄市、縣(市)政府於輔導設立或經營據點時參用，及提供建築或室內設計相關專業者參考；期增進民眾對於社區失智高齡者的接納與瞭解，落實我國「高齡社會白皮書」營造高齡者自主自立生活的社區環境之因應高齡趨勢策略作為。

綜上，謹此致謝。

目次

第一章 緒論.....	01
第一節 研究緣起與目的.....	01
第二節 研究範圍與內容.....	16
第三節 文獻回顧	28
第四節 用語定義說明	36
第五節 研究方法及流程.....	42
第二章 高齡者失智社區服務據點空間需求.....	47
第一節 失智者的行為特徵.....	47
第二節 高齡失智者的居住與社區生活.....	55
第三節 高齡者失智社區服務據點空間需求.....	60
第四節 影響失智者環境認知相關因素.....	66
第三章 國際友善失智環境設計趨勢.....	73
第一節 日本友善失智環境理念.....	73
第二節 支持失智症照護環境指南(澳洲).....	84
第三節 其他國際支持失智者的環境設計原則.....	94
第四章 高齡者失智社區服務據點強化認知環境設計及檢核... ..	103
第一節 強化高齡者認知的環境設計.....	103
第二節 強化高齡者認知的環境檢核表.....	118

第五章 結論與建議.....	127
第一節 研究結論	129
第二節 研究建議	130
附錄一、期初簡報會議紀錄及回應	135
附錄二、期中簡報會議紀錄及回應	141
附錄三、期末簡報會議紀錄及回應	151
附錄四、訪談紀錄.....	163
參考書目	169

表次

表 1-1-1 五歲分年齡層失智症盛行率	4
表 1-1-2 失智照顧相關機構費用估算	8
表 1-2-1 失智症者認知功能與症狀表現	23
表 1-3-1 國內失智症照護政策及環境設計相關文獻	28
表 2-1-1 失智症患者不同期別的認知行為障礙	52
表 2-2-1 高齡者身心機能、居住選擇與社區生活	56
表 2-3-1 失智社區服務據點空間項目及使用需求分析	63
表 3-1-1 PEAP 日本版 3 評估構面及評估項目	74
表 4-2-1 強化高齡者認知環境檢核表	118

圖次

圖 1-1-1 失智人口推估	5
圖 1-1-2 高齡者安居敬老環境科技計畫架構	9
圖 1-1-3 重要科技關聯圖例	10
圖 1-2-1 失智照護歷程	17
圖 1-2-2 失智社區照護服務空間架構	21
圖 1-2-3 失智症分期	22
圖 1-2-4 研究範圍	26
圖 1-3-1 高齡失智症照顧面向	35
圖 1-5-1 研究流程圖	45
圖 2-1-1 失智症核心症狀及行動心理症狀	49
圖 2-1-2 失智症狀導致生活上的困難	50
圖 2-3-1 失智社區服務據點活動課表	62
圖 2-3-2 失智社區服務據點空間需求分析	65
圖 2-4-1 考量失智症高齡患者的設施環境	66
圖 2-4-2 失智照護之建築環境規劃設計面向	68
圖 3-1-1 針對老年失智症者的環境支援指南	74
圖 3-1-2 支援定向感的環境 1	76
圖 3-1-3 支援定向感的環境 2	77
圖 3-1-4 輔助生活機能的自理的環境 1	77
圖 3-1-5 輔助生活機能的自理的環境 2	78

圖 3-1-6 環境中的刺激物與調整 1	79
圖 3-1-7 環境中的刺激物與調整 2	79
圖 3-1-8 考慮到安全與安心感的環境 1	80
圖 3-1-9 考慮到安全與安心感的環境 2	80
圖 3-1-10 考慮到安全與安心感的環境 3	80
圖 3-1-11 支援自我選擇的環境	81
圖 3-1-12 確保隱私的環境 1	82
圖 3-1-13 確保隱私的環境 2	83
圖 3-1-14 增進接觸的環境	83
圖 3-2-1 環境中的顏色與對比	85
圖 3-2-2 有助於失智症患者的效色彩和圖案 1	86
圖 3-2-3 有助於失智症患者的效色彩和圖案 2	86
圖 3-2-4 有助於失智症患者的效色彩和圖案 3	87
圖 3-2-5 有助於失智症患者的效色彩和圖案 4	87
圖 3-2-6 有助於失智症患者的效色彩和圖案 5	88
圖 3-2-7 有助於失智症患者的效色彩和圖案 6	88
圖 3-2-8 有助於失智症患者的效色彩和圖案 7	89
圖 3-2-9 有助於失智症患者的效色彩和圖案 8	90
圖 3-2-10 有助於失智症患者的效色彩和圖案 9	90
圖 3-2-11 有助於失智症患者的效色彩和圖案 10	90
圖 3-2-12 有助於失智症患者的效色彩和圖案 11	91
圖 3-2-13 有助於失智症患者的效色彩和圖案 12	92
圖 3-3-1 友善失智的環境設計課題	97
圖 3-3-2 空間規劃與佈局	98

圖 3-3-3 出入口	99
圖 3-3-4 室內隔間	99
圖 3-3-5 樓梯 1	100
圖 3-3-6 接待區	101
圖 4-1-1 失智社區服務據點空間區分	103
圖 4-1-2 環境設計建議範例說明	105
圖 4-1-3 出入口	106
圖 4-1-4 接待空間	107
圖 4-1-5 備餐區	109
圖 4-1-6 用餐區	111
圖 4-1-7 照顧服務員及家屬陪伴支援空間	113
圖 4-1-8 男生盥洗室	115
圖 4-1-9 女生盥洗室	116

摘 要

關鍵詞：失智、高齡者、無障礙

本案係依據本所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫 110-113」之第 1 年目標放在高齡者居家空間及先進國家高齡住居照顧相關法令、社會住宅公共活動空間課題，擬從高齡居家環境照顧、失智社區照護服務空間、社會住宅高齡者公共活動空間、高齡身心障礙者與照顧者住居法令、高齡視障者居家移動行為空間改善研究進行分析。整合本部動之高齡居住政策方向，以及跨部會之衛生福利部推動之長照 2.0，實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎的照顧型社區，提升具長期照顧需求者與照顧者的生活品質。

台灣失智症協會以民國 109 年 12 月底內政部人口統計資料及失智症盛行率推估，台灣於民國 109 年 12 月底 65 歲以上失智人口有 291,961 人。未來的 50 年，台灣失智人口數以平均每天增加近 30 人，約每 48 分鐘增加 1 位失智者的速度成長。失智者也許無任何肢體障礙或不便，但其智能損壞程度會愈來愈嚴重，可能影響其日常生活的獨立性。在這方面，世界主要先進國家的高齡照護政策均以「在地老化」(Aging in place)為最高指導原則，認為老人應在其熟悉的生活環境中

自然老化，以維護其生活品質的自主、自尊及隱私。為此，當務之急應為建立「社區整體照顧模式」，作為我國推動高齡者失智照顧的核心理念，以及強化「預防及篩檢」措施，期能發揮早期診斷、即時治療的功能；引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

又依據衛生福利部 109 年度「失智照護服務計畫」目標之設置「失智社區服務據點」，係辦理認知促進、緩和失智；照顧者照顧訓練及照顧者支持團體等，普及失智社區照顧服務。其服務對象為疑似失智症者尚未確診者、經診斷並載明臨床失智症評量表(CDR)值 ≥ 0.5 分之極輕、輕度或中、重度失智症者，及經長期照顧管理中心及共照中心轉介之個案。因此，本研究範圍擬先聚焦於前述極輕、輕度或中、重度之失智長者在失智社區服務據點所需之照護空間為研究範圍，整合醫療、社福及環境三面向多管齊下之失智症照護理念。探討如何讓失智者留在原來熟悉的家裡或社區生活，延緩失智病程進展，降低照顧成本。提供認知促進、安全看視、家屬照顧訓練、家屬支持團體及共餐等。

本計畫擬從建築設計之觀點，考量高齡失智者身心狀況及需求，針對社區服務據點之強化認知環境進行探討，並研提空間設計建議。其次，歸納所需之設施設備內容，釐清目前亟需且以環境改善可提升照護效益的項目，檢視與建築相關政策、法令與制度之關聯；並參考衛生福利部相關政策，

研擬在不同空間類型之照護目標下，如何以建築環境規劃手法提升失智照護環境品質，協助機構或民眾照護時需要何種建築環境建置之指引協助，其原則及策略研究規劃。

一、研究內容

- (一)回顧國內外高齡者失智照護機構空間設計指引或措施內容。
- (二)現況調查與評析：分析我國高齡失智症照護政策，社區服務據點之照護目標、照護方式所需空間及設施項目，研提從環境層面支持照護行為之方針。
- (三)探討所需空間品質，包括使用配置、用途、面積、設備、設施、規劃設計等注意事項。
- (四)蒐集國外高齡失智照護環境設計參考案例，分析比較與我國情差異並研提研究課題，作為後續研究編製適合我國社區服務據點空間規劃手冊之參考。
- (五)研提「失智社區服務據點」之強化認知環境設計建議及空間檢核表，供相關專業人員應用參考。
- (六)研究成果擬提供衛生福利部長期照顧司參考，並建議納入「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」，及供台灣失智症協會「瑞智友善社區指引手冊」參考。

二、研究方法與過程

- (一)現況分析：進行資料蒐集彙整，歸納失智者照護流程，並比較各類型照護空間及所需設施之差異。

- (二) 進行實地調查作業，進行案例蒐集。因受限於研究人力及經費，擬擇訂北部地區失智社區服務據點進行實地參訪，瞭解空間使用狀況，並採訪談或召開座談會方式了解相關單位之觀點，嘗試找出現況問題癥結。
- (三) 國內外文獻回顧與評析。蒐集國外相關研究及政策，從世界思潮變遷、政策理念、及支援措施體系等各方面，評析有無可供我國借鏡之處。
- (四) 邀集產政學研各界研商，分析高齡失智社區服務據點設施改善方法及規劃設計之建議內容。
- (五) 蒐集國外高齡失智照護環境設計參考案例，分析比較與我國情差異，研提研究課題及解決策略。
- (六) 結論與建議，研提「失智社區服務據點」之強化認知環境設計建議及空間檢核表，供相關專業人員應用參考。

三、重要發現及結論

本研究重要發現及結論如下：

- (一) 服務據點空間規劃應符合單元或小區域原則，以營造「家」的氣氛，儘量採生活化的照顧，照顧服務員就是生活陪伴者。也要確保個人隱私，人性化的空間設計，提供社交機會及活動安排，並兼顧職員質量的配置調整，讓長者獲得尊嚴及受重視之感。
- (二) 環境設計應營造認同感：應有其熟悉的環境佈置，避免失智長者面對新的環境導致不安或困惑，懷舊情境的建構有助於失智老人透過遠期記憶，理解自身所處目前之

年代，穩定其情緒，但不宜過度戲劇化，也要考慮採取符合大部分長者背景的布置方式。

- (三) 空間安排應提供適度感官刺激，並避免使用易生視覺誤導之建材：室內引入適當的陽光、柔和的日照，避免採用對短波不敏感(紫色、藍色、綠色等冷色系統)，易導致辨識力困難，多採用對長波對比色(黃色、橘色、紅色等暖色系統)增強辨識力，牆面、地板、家具選擇看得清楚的鮮明、對比顏色，以增進空間認知。避免複雜花色或質感導致混亂及亢奮，加強居住的隔音，提供懷古的音響、小鳥叫聲，芳香氣味等可以增進甦醒、提神，鎮定心情。

四、主要建議事項

立即可行建議

建議一

研提「失智社區服務據點」之強化認知環境設計建議及空間檢核表，屬參考及鼓勵性質，擬提供直轄市、縣(市)政府於輔導設立或經營前揭據點時參用，及提供建築或室內設計相關專業者參考。並建議得視需要於衛生福利部「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」之補充內容參考：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

**協辦機關：衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部長期
照顧司、直轄市、縣(市)政府)**

本計畫研究範圍係依據衛生福利部「110年度失智照護服務計畫申請作業須知」及「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」所列之「失智社區服務據點」，並非廣泛指涉提供失智者之專業長照服務提供單位，或依長期照顧服務法及相關法規辦理之長期照顧服務機構。本研究研提之強化環境認知空間設計建議及檢核表，屬參考及鼓勵性質，擬提供直轄市、縣(市)政府於輔導設立或經營前揭據點時參用，及提供建築或室內設計相關專業者參考。

本研究係依據前揭衛生福利部「110年度失智照護服務計畫申請作業須知」及「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」所列失智社區服務據點服務內容，歸納涵蓋最廣之空間分類，並非失智社區服務據點之齊一類型。例如某些失智社區服務據點係依附於某些長期照顧服務相關機構，亦有社區發展會或宗教團體籌設之類型等。因失智社區據點空間樣態多元，建請實務運用時因地制宜擷取適用之項目以為參考。

綜上，本研究以建築環境手法強化環境認知，提供可行策略及作法，屬參考性質。將失智社區服務據點空間區分為出入口、接待空間、照顧員辦公區、陪伴家屬休息區、活動空間、備餐及共餐空間、廁所盥洗室。再依據空間屬性，依

空間的開放性及功能概分為四區域：(1)鄰近外部環境的出入口及接待空間，(2)主要活動包含備餐及共餐空間，(3)照顧服務員及家屬在旁提供支援或觀察的空間，以及較為隱密的(4)符合失智長輩使用需求的廁所盥洗室。

並參考國際阿茲海默症協會ADI (Alzheimer's Disease International)及支持失智症環境資訊中心(The Dementia Enabling Environment Virtual Information Centre)、西澳洲阿茲海默症護理專家組織(Alzheimer's WA the dementia care experts)研提之支持失智者的環境設計原則，包括1. 不著痕跡地降低環境風險、2. 符合人體尺度的環境、3. 讓人們看到彼此、4. 減少無益的刺激、5. 優化有益的刺激、6. 支持移動和參與、7. 創造一個熟悉的空間、8. 提供獨處或與他人相處的機會、9. 提供與社區的鏈接、10. 回應生活方式的願景。

其次，依據前述原則，針對前述空間研提擬檢核之內容，對每個項目逐一進行檢查，以避免遺漏要點，列出表現或成果的測量向度，並且提供簡單記錄「是」或「否」作為判斷的資料表，並就符合程度予以配分，最後核算總分。提供業者進行設置地點、條件與空間規劃之具體參考。研究成果擬提供衛生福利部長期照顧司參考，及建議納入衛生福利部「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」，作為相關主管機關評核失智社區服務據點考評指標，及供台灣失智症協會「瑞智友善社區指引手冊」參考。

中長期建議

建議二

研究成果撰擬失智者社區服務據點宣導素材，提供衛生福利部友善失智社區資源整合中心相關網頁參考運用，宣導增進民眾對於社區中失智高齡者的接納與瞭解。並擬於後續規劃研編失智友善空間設計原則參考手冊，提供民眾參考。

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：衛生福利部、直轄市、縣(市)政府

高齡者在老化過程中面臨的不僅是實質的肢體不便，心智層面的老化導致生活的障礙更不宜忽略，尤其近年來「高齡者失智」現象漸獲各界關注與討論。失智症，其英文 Dementia 一字來自拉丁語（de- 意指「遠離」 + mens 意指「心智」）；是一種因腦部傷害或疾病所導致的漸進性認知功能退化，且此退化的幅度遠高於正常老化的進展。特別會影響到記憶、注意力、語言、解題能力。嚴重時會無法分辨人事時地物。意指心智能力的喪失或損壞，失智症患者是清醒的，甚至並無任何肢體障礙或不便，但其智能損壞程度會愈來愈嚴重，可能影響其日常生活的獨立性。

同時，隨著各國普遍落實在宅老化政策的趨勢，我國衛生福利部2017年新版「長照2.0」計畫已將失智症患者的照護列為最優先的項目。在全台灣每個縣市，結合醫療專業與社

區照護資源，提供家屬更多支持服務。讓失智者及家庭照顧者能於診斷後獲得相關資訊、自主選擇所需服務，並可就近獲得服務資源，提供以社區為基礎的失智照護資源，廣設「失智社區服務據點」的措施下，宜增進社區民眾對於失智者行為特性之認識，避免不必要的排斥或懼怕心理。

因此，未來擬依據本研究成果為初稿，進一步撰擬失智者社區服務據點相關宣導素材，提供衛生福利部友善失智社區資源整合中心相關網頁參考運用。並依據期末報告審查委員建議，擬於後續規劃研編失智友善空間設計原則參考手冊，提供民眾參考。以增進民眾對於社區中失智高齡者的接納與瞭解，並鼓勵社區民眾共同參與，為打造失智安全社區環境盡一臂之力。

ABSTRACT

Keywords: Dementia , Barrier-free environment , the Aged Society

The project intends to consider the physical and mental status and demands of seniors with dementia from the perspective of building design, and to carry out exploration focusing on the reinforcement of the cognitive environment of the community service centers, and discuss and propose recommendations for the spatial design. Additionally, determine the type of facilities and equipment required, prioritize items that are required and those which may generate improvements in caring efficacy through environmental improvement, and examine the connectivity with policies, laws, regulations, and systems related to buildings. Furthermore, the research refers to relevant policies of the Ministry of Health and Welfare to discuss and propose how to improve the quality of the dementia care environment through a buildings environment planning under the caring objectives of different types of spaces, and, finally, provide instructions and assistance required to institutions or citizens to improve the building environment.

Major items of recommendations include

Recommendation immediately available

Recommendation 1

Discuss and propose design recommendations for the reinforcement of a cognitive environment and space checklist

for the “dementia community service center,” which is in the nature of reference and encouragement. Such recommendations are intended to be provided to municipal, county (city) governments for reference when providing consultation for establishing or operating the abovementioned centers, and provided to professional companies related to building or interior design for reference. In addition, it is recommended to refer to the supplementary content of the “Guide Manual for the Joint Care Center and Community Service Center of Dementia”: Recommendations immediately available

Organizer: Architecture and Building Research Institute, Ministry of the Interior

Co-organizer: Social and Family Affairs Administration, MOHW; Department of Long-Term Care, MOHW; municipal, county (city) governments

Mid-to-long-term recommendations

Recommendation 2

In the future, we will prepare promotional elements for the Community Service Center of Dementia communities according to the research results, and provide them to the resource integration center responsible for dementia communities referrals to be used on relevant webpages, and communicate with citizens to enable them to accept and gain understanding of seniors with dementia within the communities.

Organizer: Architecture and Building Research Institute,
Ministry of the Interior

Co-organizer: Ministry of Health and Welfare, county and city
governments

第一章 緒論

第一節 研究緣起與目的

一、緣起

本案係依據本所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫110-113」之第1年目標放在高齡者居家空間及先進國家高齡住居照顧相關法令、社會住宅公共活動空間課題，擬從高齡居家環境照顧、失智社區照護服務空間、社會住宅高齡者公共活動空間、高齡身心障礙者與照顧者住居法令、高齡視障者居家移動行為空間改善研究進行分析。整合本部動之高齡居住政策方向，以及跨部會之衛生福利部推動之長照2.0，實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎的照顧型社區，提升具長期照顧需求者與照顧者的生活品質。

尤其，臺灣邁入高齡化社會後，挑戰將接踵而至，然而因為長者議題牽涉層面廣泛，非單一部會所能掌握，所以建立跨領域及跨平台的合作機制實屬必要。再者，在地老化的世界趨勢，也促使臺灣應改變現行政策方向，從輔助長者的照護角色，調整至強化長者自我照護能力。因為老化不必然代表自我照護能力的喪失，而可以在熟悉社群網絡中產生另一種生活模式的轉變。所以完整的政策，除了照護網外，更應該強化長者自主照護能力，讓老化不再是衰敗的過程，而是一種生命能量的累積。

然而，高齡者在老化過程中面臨的不僅是實質的肢體不便，心智層面的老化導致生活的障礙更不宜忽略，尤其近年來「高齡者失智」現象漸獲各界關注與討論。失智症，其英文Dementia一字來自拉丁

語 (de- 意指「遠離」 + mens 意指「心智」)；是一種因腦部傷害或疾病所導致的漸進性認知功能退化，且此退化的幅度遠高於正常老化的進展。特別會影響到記憶、注意力、語言、解題能力。嚴重時會無法分辨人事時地物。失智症可分為可逆或不可逆，視疾病成因而異，只有不到 10%的失智症是可逆的。意指心智能力的喪失或損壞，失智症患者是清醒的，甚至並無任何肢體障礙或不便，但其智能損壞程度會愈來愈嚴重，可能影響其日常生活的獨立性。

衛生福利部(2021)失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0，根據國際失智症協會(Alzheimer's Disease International, ADI)《2019 全球失智症報告》，2019 年估計全球有超過 5 千萬名失智者，到 2050 年預計將成長至 1 億 5 千 2 百萬人，每三秒就有一人罹患失智症。近年來我國人口老化快速，65 歲以上老人於 2018 年 3 月已達 14%，進入「高齡社會」，至 2025 年即進入世界衛生組織(World Health Organization, WHO)所定義老年人口占 20%的「超高齡社會」。在這方面，世界主要先進國家的高齡照護政策均以「在地老化」(Aging in place)為最高指導原則，認為老人應在其熟悉的生活環境中自然老化，以維護其生活品質的自主、自尊及隱私。為此，當務之急應為建立「社區整體照顧模式」，作為我國推動高齡者失智照顧的核心理念，以及強化「預防及篩檢」措施，期能發揮早期診斷、即時治療的功能；引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

二、研究重要性及迫切性

(一)失智症人口的增加

以下說明本研究之重要性及迫切性。行政院主計總處 109 年 5 月 7 日公布國情統計通報 (第 084 號)，108 年底我國領有身心障礙證明(手冊)之失智症者呈逐年增加趨勢，108 年底為 6.2 萬人，較 107

年底增 0.6 萬人(或增 11.0%)。按性別觀察，108 年底女性失智症者 4 萬人(占 64.3%)，較男性高出 1.8 萬人，平均每 3 名失智症者中約有 2 名為女性。按年齡別觀察，108 年底失智症者以 65 歲以上 5.6 萬人(占 91.5%)居多；按性別及年齡別交叉觀察，108 年底 65 歲以上失智症者以女性占 66.8%較多，65 歲以下反以男性占 62.0%較多。按障礙等級別觀察，108 年底失智症者以中度以下級別占 69.7%較多，重度以上占 30.3%，108 年底女性失智症者重度以上占 32.2%，較男性(27.0%)為高。

以下摘述自失智症協會網頁資料(<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>)。衛生福利部(民國 100 年)委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查¹，以及內政部民國 109 年 12 月底人口統計資料估算：台灣 65 歲以上老人共 3,787,315 人，其中輕微認知障礙(MCI)有 684,108 人，佔 18.06%；失智症有 291,961 人，佔 7.71% (包括極輕度失智症²118,934 人，佔 3.14%，輕度以上失智症有 173,027 人，佔 4.57%)。也就是說 65 歲以上的老人約每 12 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則約每 5 人即有 1 位失智者。

依此流行病學調查之結果顯示，年紀愈大盛行率愈高，且有每五歲盛行率倍增之趨勢。如表 1-1-1 所示，每 5 歲之失智症盛行率分別為：65~69 歲 3.40%、70~74 歲 3.46%、75~79 歲 7.19%、80~84 歲 13.03%、85~89 歲 21.92%、90 歲以上 36.88%。

¹本次全國調查以電腦隨機抽樣全台 65 歲以上人口資料，從民國 100 年至 101 年底，以專門訓練之訪員進行家戶訪視，於徵得同意後，以結構式問卷進行調查。結果共訪查 28,600 戶，完成 10432 份調查，完訪率 29.15%。

²極輕度失智症的診斷採用 2011 年美國老化研究所與失智症協會 NIA-AA 最新的診斷指引，著重及早診斷出已經罹患失智症的極輕度失智症患者，以及早治療及進行介入措施，期能減緩其惡化，並降低整體社會照護之成本。

表 1-1-1、五歲分年齡層失智症盛行率

年齡	失智症者
65-<69	3.4
70-<74	3.46
75-<79	7.19
80-<84	13.03
85-<89	21.92
>=90	36.88

資料來源：台灣失智症協會(2021)，本研究彙整

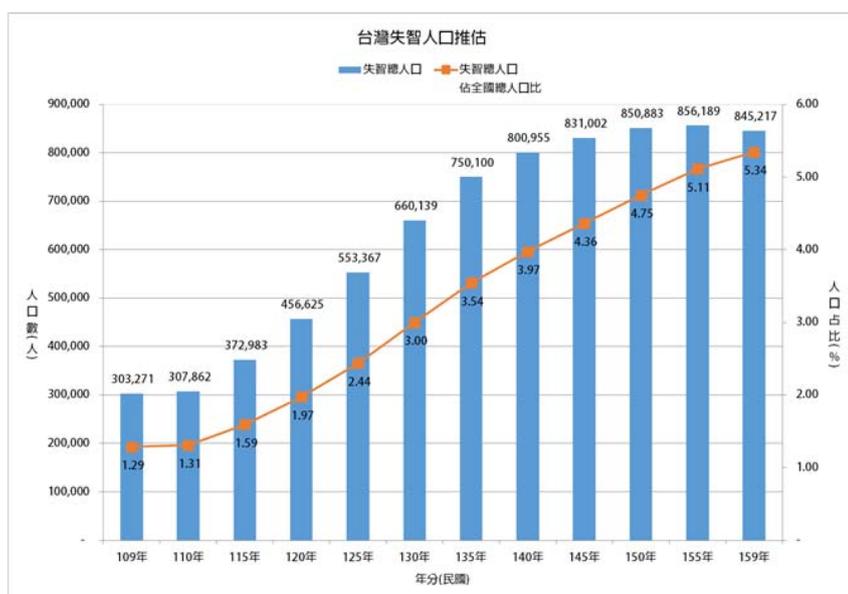
以民國 109 年 12 月底內政部人口統計資料，以及上述五歲分年齡層失智症盛行率計算，台灣於民國 109 年 12 月底 65 歲以上失智人口有 291,961 人。45-64 歲失智症盛行率依據挪威於 2019 年研究為千分之 1.6，估算台灣 45-64 歲失智症人口有 11,310 人，加上 65 歲以上失智人口，推估民國 109 年 12 月底台灣失智人口共 303,271 人，佔全國總人口 1.29%，亦即在台灣約每 77 人中即有 1 人是失智者。推估至 110 年失智人口約 31 萬人³。

(二)台灣失智症人口上升速度

台灣失智症協會依據國家發展委員會於民國 109 年 8 月公告之「中華民國人口推估（2020 至 2070 年）」之全國總人口成長中推計資料，再加上失智症五歲盛行率推估，如圖 1-1-1 所示，民國 120 年失智人口近 46 萬人，屆時每 100 位台灣人有 2 位失智者；民國 130 年失智人口逾 66 萬人，每 100 位台灣人有 3 位失智者；民國 140 年

³依據 110 年 11 月 30 日衛生福利部委託社團法人台灣失智症協會舉辦「全國失智症行動成果發表會」，衛生福利部長期照護司「失智照護政策與成果」發表資料。

失智人口逾 80 萬人，每 100 位台灣人有近 4 位失智者；民國 150 年失智人口逾 85 萬人，每 100 位台灣人有近 5 位失智者；民國 159 年失智人口逾 84 萬人，每 100 位台灣人有 5 位失智者。換言之，未來的 50 年，台灣失智人口數以平均每天增加近 30 人(註 1)；約每 48 分鐘(註 2)增加 1 位失智者的速度成長。



註 1：(845,217 人 - 303,271 人) / 50 年 / 365 天 = 29.70 人 / 天

註 2：(24 小時 * 60 分鐘) / 29.70 人 = 48.49 分鐘 / 人

圖 1-1-1、失智人口推估

資料來源：台灣失智症協會

(三)失智症照顧衍生的社會成本及經濟支出

依據 2017-2025 年世界衛生組織全球失智症行動計畫摘要(衛福部長照專區網頁資料 <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4020-42469-201.html>)，失智症導致政府、社區、家庭及個人的經濟負擔，生產力亦蒙受損失。2015 年，全球失智症照護成本估計約為 8,180 億美元，相當於 1.1% 的全球國內生產毛額 (GDP)，約從在中、低收入國家失智症照護成本佔了國內 GDP 的 0.2%，到高收入國家的 1.4%。預計到 2030 年時，全球失智症患者的照護成本將增加至 2 兆美元，如此龐大的負擔將危及全球社

會經濟發展，醫療、社會服務，以及特別是長期照護體系的負擔。醫療及社會照護成本高昂，加上收入減少、甚至頓失生計，使失智症患者及其家庭面臨嚴重的財務衝擊。在高收入國家，失智症相關成本是由非專業的家庭照護 (45%)及社會服務(40%)共同分擔；反之，在中、低收入國家，社會服務成本 (15%) 的比重與非專業家庭照護比較相形失色。由於預料未來失智症新增病例多數集中於中、低收入國家，這將更擴大國家及族群之間的不平等。

事實上，民眾普遍擔憂得到失智症，害怕自己一旦失智，會拖垮自己或家人的生活。從實際案例可知，由於失智症狀因不同病程階段而異，起初多半由家人承擔照顧的責任。以下摘述(2021-02-02 15:36 瑞智基金會)報導之案例情形。一位照顧失智症婆婆的受訪者指出「失智症病人會妄想、情緒起伏比較激動，所以她在剛失智的時後，常常就會陷入苦毒的負面思考中，也常常把脾氣都發在媳婦身上。」全職照顧者不僅無法外出工作，心理上也承受巨大壓力，雖然某些異常行為這是由於失智長輩心中焦慮所致，照顧者長期應付失智長輩層出不窮的狀況，常感疲於奔命。「婆婆在失智後總說自己憋不住尿，出門時會隔幾分鐘就喊著要上廁所。」為了照顧晨昏顛倒的失智長輩，她的體力消耗殆盡，「失智者時間認知錯亂的問題，常常白天嗜睡，到晚上反而睡不著鬧著要出門。」歷經十數年心力交瘁的照顧，終究，這位照顧者也病倒了。「失智症照顧不可能只由一人長期單打獨鬥的撐下去，如果從頭到尾都是一位照顧者要做完所有的事，那久而久之，照顧者一定會受不了而倒下的。」

此外，失智症狀導致的行為脫序，也可能影響他人，破壞社會秩序，例如常見的出門迷路。據報載（台灣好報／廖承恩／雲林 2021.05.13）某派出所巡佐及警員執行深夜巡邏勤務時獲報，位於斗六市某路段有一位老翁在路上搖搖晃晃的行走，看起來十分危險需要幫助，故報警請求警方協助，警方獲報後立即前往，到場關心了

解後發現老翁因為年邁且患有失智症，忘了回家的路，才會在路上徘徊。由於老翁無法交代身分資料及其住家位置，警方只好使用M-POLICE 人臉辨識系統功能亦查無資料，只好先將老翁帶回派出所，提供茶水讓其稍做休息，隨後警方詢問出姓名後、查出年籍資料及住家地址，隨即請巡邏同仁護送老翁安全返回其住家，家屬才發現老翁獨自一人外出。

以及(2021-05-14 09:22 聯合報 / 記者白錫鏗 / 台中即時報導)，家住潭子區的 72 歲楊姓婦人，本月 11 日凌晨背著小背包及洋傘出門，不知不覺從潭子步行至 11 公里外的東區，老婦自稱家住潭子區，員警更發現老婦住處距離此地車程至少需要 20 分鐘，詢問她為何會走到這裡，老婦說：「沒有啊～我就隨便走，不知道走到哪？」原來老婦平常喜歡就到處走動，當日清晨 4 點天還沒亮，就背著自己的小背包及一把陽傘出門，歷經 5 個小時走到了人生地不熟的東區。楊婦打算返家時，卻不知道何處才是回家的方向。員警瞭解後，先將老婦帶返所休息並通知家屬前來，老婦見要坐警車，遲遲不敢上車，員警見狀，靈機一動向老婦說：「坐車免錢啦！」老婦聽到「免錢」才放心地坐上巡邏車。員警積極協助先以警車載楊婦至派出所，通知家屬帶回，但楊婦的兒子因工作關晚間才能趕至派出所帶回母親，警主動載楊婦返家。

總之，照顧失智長者不僅勞心費力，還可能連照顧者自己都病倒，那麼，當在家中照顧已力不從心，失智長輩能安置到何處？失智的照護支出，應該準備多少費用？

台灣失智症協會副祕書長李會珍指出，失智照顧實際費用約為每月 5 萬~6 萬元，而 50 歲以下的人會認為每月失智照護費用在 5 萬元以下，可能是忽略了無法繼續工作或中斷職業帶來的經濟損失，因此對數字預估的太過樂觀；而 50 歲以上族群可能因為有開始關心相關議題或真實有接觸失智照護，預估的金額較接近實際情況（陳佩儀

2019-08-01)。本研究彙整失智照顧相關機構之收費狀況如下表，以機構送到機構照顧為主，並不包含家人協同照顧部分。

表 1-1-2、失智照顧相關機構費用估算

名稱	內容	費用(新臺幣)	備註
養護型機構	提供生活無法自理長者生活照顧服務，可收住需鼻胃管或導尿管護理服務照顧需求之長者。	依單人房到四人房月費約30,000~35,000。	
長期照護型機構	適合有長期醫療服務需求的長者，可收住需鼻胃管、導尿管、氣切管護理服務照顧需求長者。	依單人房到四人房月費約40,000~50,000。	
一般護理之家	適合有長期醫療服務需求的長者或是需要出院後護理服務的患者，提供所需的護理照護。	依單人房到四人房月費約35,000~50,000。	
精神護理之家	針對精神病症狀穩定且呈現慢性化，需生活照顧之精神病人，提供所需的護理照護服務。	依症狀等級不同而有異，月費約20,000~26,000，有時可能需要另加保證金。	
失智症老人團體家屋(註1)	提供失智症者小規模、生活環境家庭化、照顧服務個別化之全時照顧，工作人員以及照顧服務人員皆有受過失智症照顧相關專業訓練，提供服務滿足失智症老人之多元照顧需求。	依失智程度而異，收費約34,000~42,000。	

資料來源：2019-01-17 19:08 原水文化 聯合報健康事業部

註 1：依衛生福利部期末簡報會議建議團體家屋服務對象為具行動力但須被照顧之中度失智者症。

綜上所述，每一位無法由家人自行照顧的失智者所需耗費的支出約在每月 2 萬元至 5 萬元之譜，尚不包含生活雜費。若依失智症協會

(<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>)依衛生福利部(民國 100 年)委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部民國 109 年 12 月底人口統計資料估算，台灣 65 歲以上老人中輕度以上失智症有 173,027 人，若以一年支出 60 萬元估計，換算一年所約在 1,038 億元左右。

綜上所述，本研究具重要性及價值，人口老化伴隨失智人口上升，面臨的情緒及照護需求更為嚴峻，家屬照顧起來更為辛勞，藉由建築環境設計強化失智者認知是重要手段之一。

三、研究背景

本研究計畫係依據本所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫 110-113」之 110 年度綱要計畫之重要技術關聯圖，「安居敬老環境規劃」項下研提之課題。

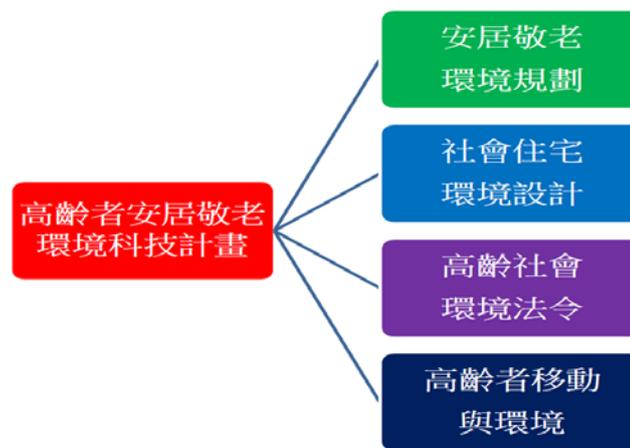


圖 1-1-2、高齡者安居敬老環境科技計畫架構
資料來源：內政部建築研究所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫(1/4)」

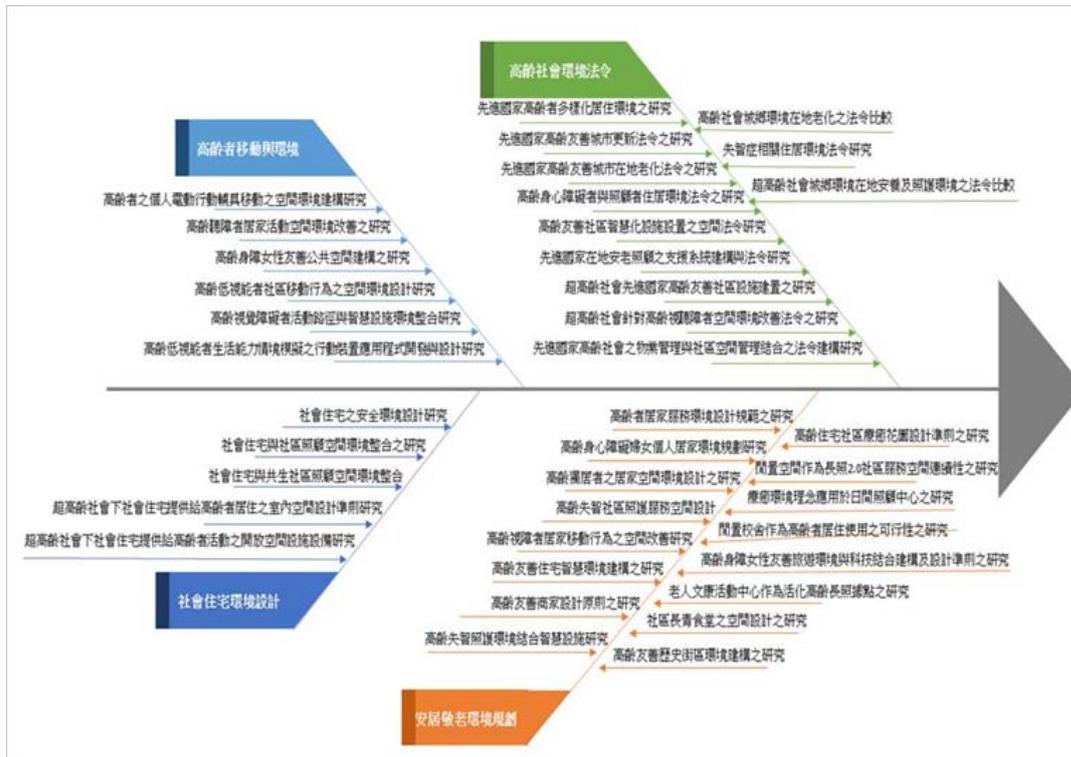


圖 1-1-3、重要科技關聯圖例

資料來源：內政部建築研究所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫(1/4)」

本案係依據本所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫 110-113」之研究架構「安居敬老環境規劃」。其中，核心的理念及政策方向，如何形成本計畫之研究背景，說明如下：

臺灣已邁入高齡社會，預估民國 115 年（2026）將邁入超高齡社會，高齡長輩這些身心功能逐漸退化，例如行動比一般成人緩慢、視力模糊、重聽等，但身體機能損害程度不若一般肢體及視聽障者嚴重，所以空間上的使用需求並不相同，二者之間存在程度之差異。高齡者居家與社區環境，須能隨身心條件階段性的差異或退化，提供良好對應設計考量，延長高齡者自立生活，受人照護時，也能在空間上提供各項軟硬體照護服務及療癒環境，讓高齡者能夠安居。

永續性機能的住宅模式(跨世代住宅)，讓居住者可隨著不同的生活階段「在地老化」，不需要面臨居住環境的變遷或改造。相較於一般住宅「環境及服務之提供固定，居住者不斷移動」之特徵，由於高齡者在生理機能衰退後，逐漸陷入無法自我照護的狀況，而住宅也無因應的軟硬體，必須視需要照護的程度而遷移至不同的照護機構中，亦即「居住者不動，環境及服務不斷增加提供」，住宅能隨身心條件階段性的差異或退化提供良好對應設計考量，延長高齡者自立生活，受照護時也能提供各項軟硬體照護服務，讓臨終照護時期也能在家中渡過，提升長者之生命尊嚴。其次，讓高齡者在社區中安適的生活也很重要，故社區中需要包括開放性診所及友善共生的社區的環境，連結長照創新的模式，參考日本高齡社會政策提倡「公助、共助、互助、自助」的概念，從社區的需求出發，從長照 2.0 的思維中延伸，包括居家服務、行動送餐、青銀共學、在宅醫療等，如何與空間環境的塑造緊密結合，同時營造安寧友善關懷社區。

其次，為建構完整的高齡者長期照顧服務網絡與在地生活環境架構，研究方向涵蓋失智社區照護服務空間、高齡者居家服務環境設計規範、高齡身心障礙婦女個人居家環境規劃、高齡獨居者之居家空間環境設計研究、高齡友善住宅智慧環境建構、高齡友善商家設計原則、高齡住宅社區療癒花園設計準則、閒置空間作為長照 2.0 社區服務空間網絡連續性、療癒環境理念應用於日間照顧中心、閒置校舍作為高齡者居住使用之可行性、高齡友善旅遊環境設施建構設計準則、老人文康活動中心作為活化高齡長照據點、社區長青食堂之空間設計、高齡友善歷史街區環境建構等研究。

綜上所述，本研究計畫係依循「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫 110-113」之研究架構「安居敬老環境規劃」，針對失智社區照護服務相關空間研提研究內容。

四、相關政策與本研究之關聯

依據 2017-2025 世界衛生組織全球失智症行動計畫摘要(衛福部長照專區網頁資料 <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4020-42469-201.html>)，全球行動計畫草案的願景在於打造一個能預防失智症的社會，並確保患者及其照顧者有良好的生活，獲得發揮患者潛能所必須的，有尊嚴、受尊重、能自主及具平等的照護與支持。全球行動計畫草案對失智症所採取的公共衛生因應策略，目標在於改善失智症患者、照顧者及家屬之生活品質，降低失智症對患者、照顧者、家屬、社區和國家所帶來的衝擊。其次，全球行動計畫包含七個行動領域，其中與環境向度有關者，摘述說明如下：

- (一)行動領域二、「增進大眾對失智症之認識及友善態度」：失智症友善社會必須具備包容性與便利性的社區環境，並於社區環境中能提供所有人最佳的醫療服務、社會參與機會以及社會保障，以確保失智症患者、照顧者及家屬之生活品質與尊嚴。各失智症友善的倡議運動包括以下共同的關鍵層面：維護失智症患者之權益，避免失智症蒙受污名，鼓勵失智症患者之社會參與，為患者之照顧者及家庭提供協助。「失智症友善社會」的概念與「高齡友善社會」密切相關，兩種倡議皆應考量事實上獨居老人的數量很龐大，且有時會相當孤立。其立論根據：提昇公眾意識，增進失智症之社會接受度及認識，建立對失智症友善之社會環境，可讓失智症患者參與社區活動；並由其社會參與的增加，充分體現失智症患者的自主。因此，建議應支持改善現今社會和居住環境，包括提供福利設施、商品與服務等，以打造具包容性、對高齡及失智者友善的社會，提升對失智症患者之尊重與接受，以滿足患者及照顧者需求，讓他們能夠參與、融入社會活動，並保障其安全。
- (二)行動領域四、「失智症之診斷、治療、照護與支持」：輔助失智症

患者，讓他們有能力在社區中生活，且獲得符合其意願及選擇之照護。為確保失智症患者能夠維持一定程度的功能，能符合其基本權利、基本自由和人格尊嚴，失智症患者需要有全面整合、以人為本、容易取得且可負擔的醫療與社會照護服務，包括長期照護。長期照護涵蓋了各方面活動，上述的介入措施需仰賴訓練有素與勝任的醫療照護人員。在失智症患者發病至生命末期的連續過程中，不同照護者、多重照護部門和不同層級的照護體系、以及受薪與無薪照顧者之間的積極配合，都是至關重要。失智症患者的生活環境，從失智症患者的住家、社區、生活輔助設施、護理之家、到醫院和安寧病房，均須提供整合性、具實證基礎，且以人為本的照護服務。失智症患者複雜的照護需求，常是醫療人員和服務提供者在照護技巧和能力的挑戰。可能由醫療、社會、安寧照護服務，或其他失智症友善環境所提供。安寧照護是失智症患者從確診、臨終、到家屬及照顧者哀慟這連續性照護的核心要素。安寧照護為失智症患者和照顧者提供生理、社會心理與心靈方面的支持，包括協助預立醫療自主計畫 (Advance Care Planning)。

其次，本計畫扣合衛生福利部(2021)「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」，配合 WHO 之期程，2.0 版執行期間由 2018 年到 2025 年，且明確承諾 2020 及 2025 年的全國目標，期待能營造一個失智友善的台灣。期待透過中央各部會、地方政府，以及民間失智症相關組織的共同合作與努力，能真正落實失智友善台灣的願景：打造一個能預防及延緩失智症的友善社會，並確保失智者及其照顧者的生活品質，使其獲得所需的照護與支持，有尊嚴、受尊重、能自主及平等地發揮他們的潛能。

同時，面臨失智症對於失智者、照顧者、家屬、社區及國家所帶來的衝擊，打造預防及延緩失智症的友善社會，與確保失智者及其照

顧者的生活品質，設定為失智症防治照護政策綱領 2.0 的願景。同時，「長照 2.0 失智照護政策」以提升失智症長照服務能量、擴大失智照護資源佈建、強化社區個案服務管理機制、建立失智專業人才培訓制度，及推動失智友善社區等為主。執行策略與空間環境建置相關者包括：

- (一) 普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式：1.廣設「失智社區服務據點」：提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等，普及失智社區照顧服務；截至 2021 年 10 月已布建失智社區服務據點 498 處⁴。2.創新設置「失智共同照護中心」：協助未確診失智個案儘速完成確診；協助照顧者於個案不同失智程度照護需求及支持協助，提供引導、相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，營造友善社區環境等。截至 2021 年 10 月已年設置 103 處。
- (二) 強化失智症者照顧能量：1.鼓勵縣市政府廣結民間服務提供單位布建日間照顧中心、團體家屋等社區照顧資源。截至 2021 年 10 月已設 29 處純日間照顧中心，688 處混合型日間照顧中心(含小規模多機能服務)、18 家團體家屋。目前本部積極盤點本部及國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫療、長照等機構空間，鼓勵設置失智型日間照顧中心。2.增設機構式失智專區：為因應失智症老人住宿式機構服務照顧需求，鼓勵老人福利機構、護理之家、醫療機構及榮譽國民之家參與失智症住宿式機構照顧服務資源之建置，同時提升有需求失智症老人之使用率，補助入住機構專區之失智症中度以上且具行動能力老人特別處遇費每人每月 3,000 元，減輕家屬負擔。預計至 2020 年 9 月底共 57 處、2,185

⁴ 同註 3。

床。

- (三) 推動失智友善社區：1.2020 年持續補助 22 個縣市政府結合社區資源推動失智症預防推廣及失智友善社區計畫，辦理全國性宣導活動，預計招募友善天使 12 萬名、失智友善組織 7,000 家，逐步營造對失智症及其家庭都能友善的支持性社會。另完成一般民眾、餐廳、公車、銀行、醫療院所、計程車司機、社區保全及緊急救護員等類共 12 種場域之衛教素材等。2.持續辦理營造失智友善社區相關之溝通宣導：持續透過社群媒體 (臉書、官方 line... 等)、平面媒體進行宣傳，並於實體展覽場域發放文宣單張，以打造失智友善安全安心的社區環境。

為達成失智症防治照護政策綱領 2.0 的願景，研擬行動方案。失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 三大目標為：(一)及時診斷、適切治療和照護、降低罹患失智症風險。(二)失智者、照顧者及家屬可獲得需要的服務與支持，維持尊嚴及良好生活品質。(三)降低失智症為失智者、照顧者、家屬、社區及國家所帶來的衝擊。研訂策略、成果目標及行動方案包括：策略 2.「提升大眾對失智症之認識及友善態度」之行動方案 2.2「提升全國人民的失智友善態度」之工作項目 2.2-2c「結合失智社區服務據點，建構失智友善社區。」以及策略 4.「健全失智症診斷、治療、照護網絡」之行動方案 4.2「發展及強化社區型照護體系與流程」之工作項目 4.2-2a「布建失智型與混合型日間照顧服務/團體家屋/小規模多機能服務」。

第二節 研究範圍與對象

一、失智照顧空間類型

失智症長者從發現、診療、照護至終老，需要使用的空間類型包括住宅、社區、含團體家屋、長期照護機構、安養機構、醫院護理之家等。如圖 1-2-1 所示，我們身邊的失智長者，有些被安置於一般長照機構，其餘的長者可能安置在安養機構或醫療院所，有些僅能在家中自行照顧。失智症患者的照顧有別於一般失能老人的照顧，最主要的照護目標是維持其日常的生活功能，維持老人的健康及尊嚴，以得到優質的生活品質。在居住環境的規劃方面，宜提供熟悉及支持性的環境以維持其獨立功能及增加適應性；注意安全甚至量身訂作以降低照顧壓力及防止意外的發生；給予適度刺激以增加其活動度及生活參與度。目前多數患者留在社區由家屬照顧，部份則送往機構委托照顧。居家照顧者多數家屬並未接受正規的診療及照顧指導，而失智症特有的問題，如記憶障礙、行為問題、精神症狀，以及無法自理生活照顧等，確實帶給照顧者相當大的壓力與負擔。委托機構照顧者，則常因缺乏個別性安排及充裕的照顧人力，使失智長者的照護品質難以提升。特別是中度的失智者常因對機構環境適應不良，混亂行為亦較為嚴重，機構端的收容意願亦不高，成為家中照顧者的重擔。因此，依據社團法人台灣失智症協會(2013)之調查及非正式統計，輕中重度的失智長者約有 96%在家中照顧，重度失智者約 88%在家中照顧。

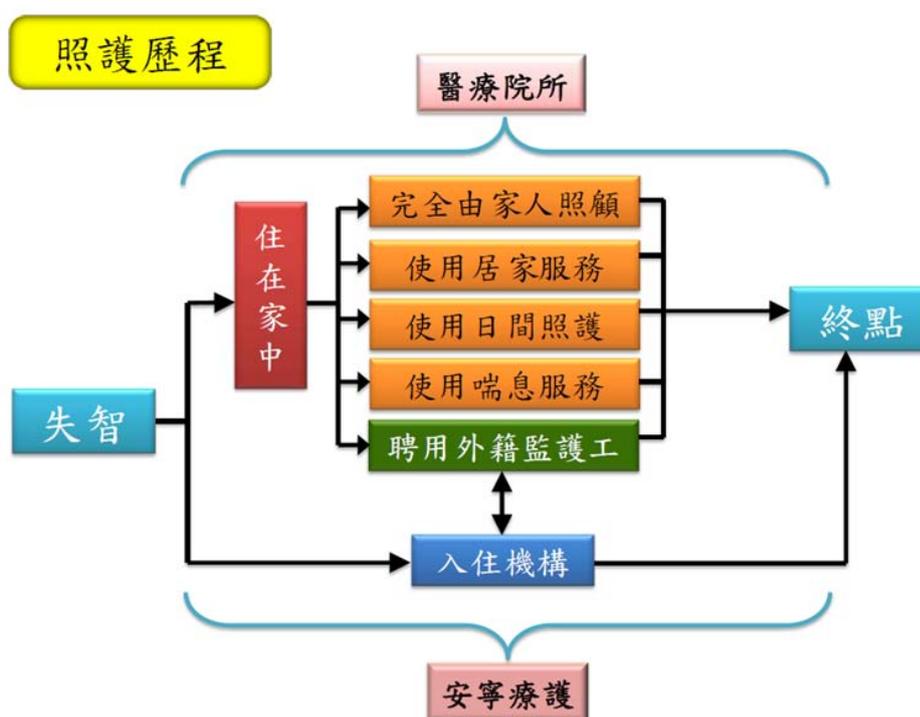


圖 1-2-1、失智照護歷程

資料來源：社團法人台灣失智症協會(2013)

目前在社區老化的趨勢之下，高齡失智者可選擇失智症日間照顧中心、小規模多機能、團體家屋、瑞智學堂等，考量讓患者及家屬都能有好的生活品質，推動建置 24 小時全天候的失智症專區⁵，這也是福利機構在失智者照護上，扮演不可或缺的角色之重要原因。

綜上所述，衛生福利部為因應失智症老人照顧需求急速增加，積極建構多元連續之失智症老人照顧體系，擴大失智症照顧資源，並建立失智症家庭照顧者支持系統。積極宣導建立以下四類失智照顧空間：

(一)老人福利機構設置失智症專區

⁵目前國內最大的失智照護網絡為行政院退輔會所屬安養機構，總共提供 597 個失智照顧病床，讓失智症榮民在接近住家的居住環境中，接受和居家生活一般的日常生活照顧服務。自 96 年 10 月 18 日起，全面推展安養機構資源共享工作，開辦「日間照顧」、「臨托服務」，並設置「社區關懷據點」。

依據老人福利機構設立標準（民國 101 年 12 月 03 日修正通過）第 2 條，老人福利機構分為長期照顧機構、安養機構及其他老人福利機構 3 類。其中長期照顧機構包括（一）長期照護型：以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。（二）養護型：以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人為照顧對象。（三）失智照顧型：以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。依據衛生福利部（2017，<https://www.mohw.gov.tw/cp-3558-37601-1.html>）106 年 6 月 3 日修正長期照顧服務機構設立標準，失智症照顧機構不同一般老人福利機構空間配置，係採單元式的照顧模式，每一單元最多以 16 人為原則，每個單元都有客廳、廚房、寢室等像家一樣的生活環境。在人力配置上也採較高比例，每 3 位失智症長者配置 1 名照顧服務員，另外還有職能治療師、營養師等，提供全人、全方位的日常生活照顧服務，維持失智長者獨立、自主而尊嚴的生活。

（二）失智症老人日間照顧中心

依據老人福利服務提供者資格要件及服務準則第六節社區式日間照顧服務規定，日間照顧服務提供單位包括醫療機構、護理機構、醫療法人、老人福利機構、身心障礙福利機構、公益社團法人、財團法人、社會福利團體、社區發展協會、照顧服務勞動合作社、社會工作師事務所等，針對失智、失能及混合型老人日間照顧服務。

其次，尚有衛生福利部社會及家庭署公益彩券回饋金辦理「瑞智學堂推廣計畫—社區輕度失智健康促進服務方案」，與社團法人台灣失智症協會於全台推廣「瑞智學堂」及家屬支持團體，輔導各地有意願之單位順利接受培訓課程，以提供社區中失智患者及其家屬所需服務，促進失智患者發揮最大功能、減輕家屬照顧負荷，及提昇其生活品質。

(三)失智症老人團體家屋

另依據衛生福利部社會及家庭署 103 年度推展社會福利補助經費申請補助項目及基準（中華民國 102 年 12 月 31 日部授家字第 1020851690 號函頒）十二、失智症老人團體家屋之補助對象，包括財團法人老人福利機構、附設老人福利機構之財團法人、立案之社會團體，其章程明定辦理社會福利服務事項者、其他財團法人捐助章程中明定辦理社會福利服務事項，且經主管機關同意者，可依相關規定申請補助成立失智症老人團體家屋。

(四)失智症居家服務

將專業照顧送到家中，由領有證書的專業照顧服務員提供服務，提昇老人的生活品質，減輕家屬照顧的壓力，讓長輩可以在熟悉的居家環境中生活，落實在宅老化的目標。包括身體照顧服務：協助沐浴、更衣、進食、服藥、翻身、拍背、肢體關節活動、上下床、陪同散步、運動、協助使用日常生活輔助器具等。及家務及日常生活照顧服務：換洗衣物、家務與文書服務、友善訪視、餐飲服務、陪同或代購物品、陪同就醫或聯絡醫療機構等。

二、研究範圍

然而，失智症老人的照顧問題是居家照顧的難題及家屬揮不去的夢魘。家屬照顧者在長期照顧的過程中，經常面臨經濟困窘、家庭失和、社會關係隔絕等生、心理上的多重壓力，而失去照顧的信心及耐性，甚者精神瀕臨崩潰，亦常導致失智症患者的照顧者將個人情緒轉移至患者身上而憎惡老人的存在，恐有對患者施虐之虞（莊秀美，2009，p.181）。因此，透過社區服務的強化，對於提升失智照顧品質、減輕家屬沉重負擔有極大助益。

綜合前述，建立「社區整體照顧模式」是我國推動高齡者失智照顧亟須迫切推動之策略，其核心理念為強化「預防及篩檢」措施，期

能發揮早期診斷、即時治療的功能。我國長照十年計畫 2.0—建立我國社區整體照顧模式，佈建綿密照顧網的架構下，衛生福利部 2017 年新版「長照 2.0」計畫已將失智症患者的照護列為最優先的項目。在全台灣每個縣市，結合醫療專業與社區照護資源，提供家屬更多支持服務。失智症照護服務之宗旨，即是以疑似失智或失智症個案為中心，提供個案管理服務，並讓失智者及家庭照顧者能於診斷後獲得相關資訊、自主選擇所需服務，並可就近獲得服務資源，提供以社區為基礎的失智照護資源，陪伴失智照顧者在照顧失智患者不同階段的照顧需求；引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

依據衛生福利部 109 年度「失智照護服務計畫」目標：(一)設置「失智社區服務據點」，辦理認知促進、緩和失智；照顧者照顧訓練及照顧者支持團體等，普及失智社區照顧服務。(二)建構「失智共同照護中心」，提供個案管理服務，辦理人才培育及公共識能教育、輔導失智社區據點。(三)逐年提高收案服務確診個案數之比例，以聚焦服務失智個案及照顧者。(四)自 110 年起，個案以於同一失智社區服務據點接受服務為原則。

在此架構下，如圖 1-2-2 所示，本研究計畫範圍聚焦於「失智社區服務據點」。

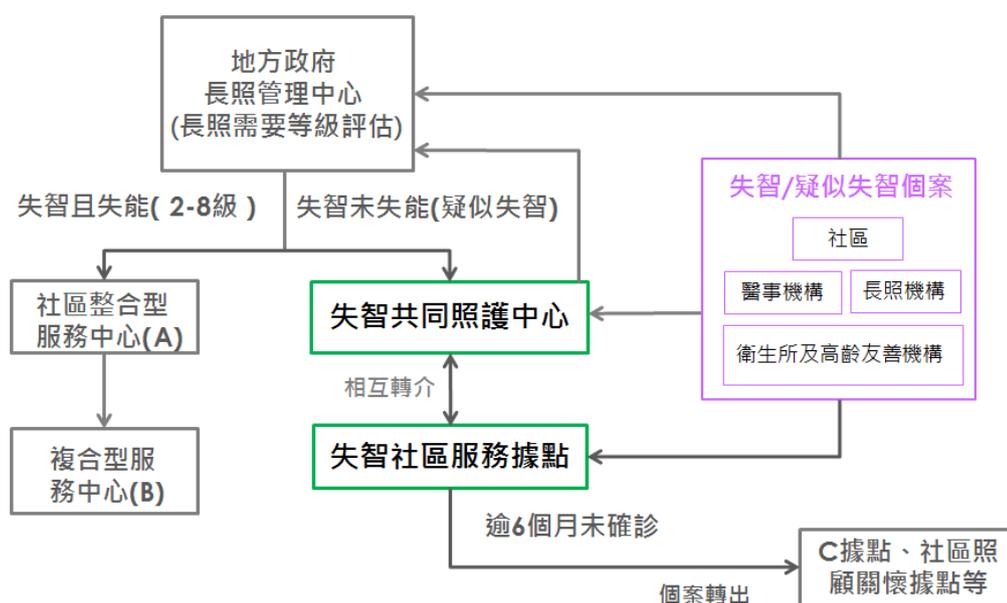


圖 1-2-2、失智社區照護服務空間架構

資料來源：衛生福利部(2021)110 年度「失智照護服務計畫」
申請作業須知

失智社區服務據點之服務對象為疑似失智症者：1.經相關評估工具（如 MMSE、AD8 或 SPMSQ 等）評估為疑似失智症惟尚未確診者。2.經診斷並載明臨床失智症評量表(CDR)值 ≥ 0.5 分之極輕、輕度或中、重度失智症者。3.經長期照顧管理中心及共照中心轉介之個案。但服務對象來源不可為住宿式機構之個案。其次，社區服務據點之服務內容包括 1.提供失智症個案照護及家庭照顧者支持之需求服務項目為主，如：「認知促進、緩和失智」、「安全看視」、「照顧者支持團體(輔導諮商)」、「照顧者照顧課程」，2.應至少包含下列核心必要之服務項目：①「認知促進、緩和失智」以及②「照顧者支持團體(輔導諮商)」或「照顧者照顧課程」(家屬課程得擇一)。4.「認知促進、緩

和失智」：①於據點服務期間，應每週辦理，並固定時段②課程總數不得少於「照顧者支持團體(輔導諮商)」及「照顧者照顧課程」之合計。5.任一服務時段(上或下午)不得單一辦理安全看視，必須併辦認知促進課程或照顧者課程。6.提供全日服務之據點，於中午用餐時間須辦理共餐活動。7.轉介疑似個案至共照中心，協助於收案後半年內確診。安全看視設置之目的為據點在提供課程服務時，如有部分失智個案無法參與，有專人看顧其安全，以預防危及自身安全或他人安全等意外事件發生。每週服務時間：至少服務 2 全日、4 半日或 1 全日加 2 半日。

三、研究對象

李羚榕(2016)指出，依照失智症的病程退化程度，亦可分為輕度知能障礙、初期（輕度）、中期（中度）、晚期（重度）。輕度知能障礙（Mild Cognitive Impairment）為正常老化到失智症開始出現徵兆之間的過渡區域。MCI 在臨床上每年約有 10%-15% 會發展為失智症。



圖 1-2-3、失智症分期

資料來源：李羚榕(2016) <https://www.ilong-termcare.com/Article/Detail/29>

表 1-2-1、失智症者認知功能與症狀表現

認知面向	症狀與表現
記憶	早期的失智症病人會有持續性惡化的記憶喪失，病人常遺忘重大且近期發生的事件，甚至無法經由提示再回想起整件事件。
語言	某些失智症的病人早期症狀的表現是以語言功能障礙為主，病人的日常溝通能力減弱、減少語言的表達、常無法說出物品的正確名稱而以代名詞取代之，或病人的理解能力下降卻被誤以為重聽。
視空間	在視覺症狀上，病人對熟知的人可能無法辨識面孔或認不得物品。在空間方面，病人可能認不得周圍的環境或常有迷路的狀況。
推理與判斷	病人在日常生活中無法解決突發的小狀況、無法了解生活中的潛在危險、無法處理複雜的事情，或在決定事情上顯得猶豫不決。
個性或行為	病人的個性改變，失去主動性、生活上變得較退縮、出現重複性的行為或不恰當的社會行為。

資料來源：衛生福利部(2017) 失智症診療手冊

另一方面，如表 1-2-1，衛生福利部(2017)失智症診療手冊指出，失智症的診斷上必需在記憶、推理判斷，視覺空間、語言和個性行為這 5 個面向上至少有兩項有功能減退且影響到日常生活或工作能力。失智症的疾病早期是以認知功能障礙為主，而相關的認知功能症狀包含五大面向。

然而，早期診斷出造成認知功能障礙衰弱的原因及症狀，能避免後續的惡性循環。因此老年人的持續性健康照護過程中，每一階段透過需求評估、擬定照護服務、調查及協調社區資源，以完成在地老化的政策目標，對於認知功能障礙衰弱老年人，「以衰弱症為導向的失智老年人三段五級預防」，在高齡友善健康照護機構和高齡友善健康城市的環境建構中，分述如下：(一)初級預防策略：社區老年人健康促進，對象是健康老年人。透過健康促進、慢性病控制、生活型態、預防注射來預防前期衰弱的發生。(二)二級預防策略：老年人健檢，篩檢出認知功能障礙衰弱之高危險群。醫療院所提供門診老年人周全

老年醫學評估與照護，透過老年人健康檢查的實施，以找出潛在可能發生認知功能障礙衰弱症的高危險群。針對 80 歲以上門診病人進行周全性老年醫學評估，預防老年病症候群發生。(三)三級預防策略：醫療院所提供住院老年人周全性評估與照護，對象是認知功能障礙衰弱高危險群。在住院時進行周全性老年醫學評估，減少住院併發症及醫源性問題之發生，以期能健康返回社區。(四)四級預防策略：醫療院所提供中期照護、社區復健，對象是有認知功能障礙的衰弱老年人。提供急性後期照護，透過評估後以積極的復健協助病人重返社區，避免成為失能老年人。(五)五級預防策略：居家照護、長期照護、安寧緩和照護，對象是失能、失智症及末期老年人。

由此可知，「預防」在失智症照顧方面扮演重要角色。依據台灣失智症協會接受衛生署委託調查推估，以及內政部民國 109 年 12 月底人口統計資料估算：台灣 65 歲以上老人共 3,787,315 人，其中輕微認知障礙(MCI)有 684,108 人，佔 18.06%；失智症有 291,961 人，佔 7.71%（包括極輕度失智症⁶118,934 人，佔 3.14%，輕度以上失智症有 173,027 人，佔 4.57%）。其中，輕度知能障礙（Mild Cognitive Impairment）為正常老化到失智症開始出現徵兆之間的過渡區域。MCI 在臨床上每年約有 10%-15%會發展為失智症，若能及早預防，早期診斷出造成認知功能障礙衰弱的原因，找出認知功能障礙衰弱的早期症狀，得以避免後續的惡化。不僅如此，依據衛生福利部 100 年至 102 年委託台灣失智症協會進行全國性失智症流行病學研究報告，發現全台九成以上失智者居住於家中，失智程度以極輕度及輕度者約七成四為多數。失智症照顧是整合性的工作，因為病程發展，必須提供各種

⁶極輕度失智症的診斷採用 2011 年美國老化研究所與失智症協會 NIA-AA 最新的診斷指引，著重及早診斷出已經罹患失智症的極輕度失智症患者，以及早治療及進行介入措施，期能減緩其惡化，並降低整體社會照護之成本。

不同服務模式，才能滿足個案需要；並應考量失智個案與家庭照顧者的需求與資源，提供介入不同的照顧服務模式；為使失智症個案盡可能留在家裡或社區中生活，需提供早期介入服務，以期延緩失智病程的進展，提升生活品質及降低照顧成本。

三、研究內容

一般而言，國際間對於失智症照護多採醫療、社福及環境三面向多管齊下之政策理念。本研究針對極輕、輕度或中、重度之失智長者在失智社區服務據點所需之照護空間為研究範圍，探討如何讓失智者留在原來熟悉的家裡或社區生活，延緩失智病程進展，降低照顧成本。提供認知促進、安全看視、家屬照顧訓練、家屬支持團體及共餐等。本計畫擬從建築設計之觀點，考量高齡失智者身心狀況及需求，針對社區服務據點之強化認知環境進行探討，並研提空間設計建議。其次，歸納所需之設施設備內容，釐清目前亟需且以環境改善可提升照護效益的項目，檢視與建築相關政策、法令與制度之關聯；並參考衛生福利部相關政策，研擬在不同空間類型之照護目標下，如何以建築環境規劃手法提升失智照護環境品質，協助機構或民眾照護時需要何種建築環境建置之指引協助，其原則及策略研究規劃。

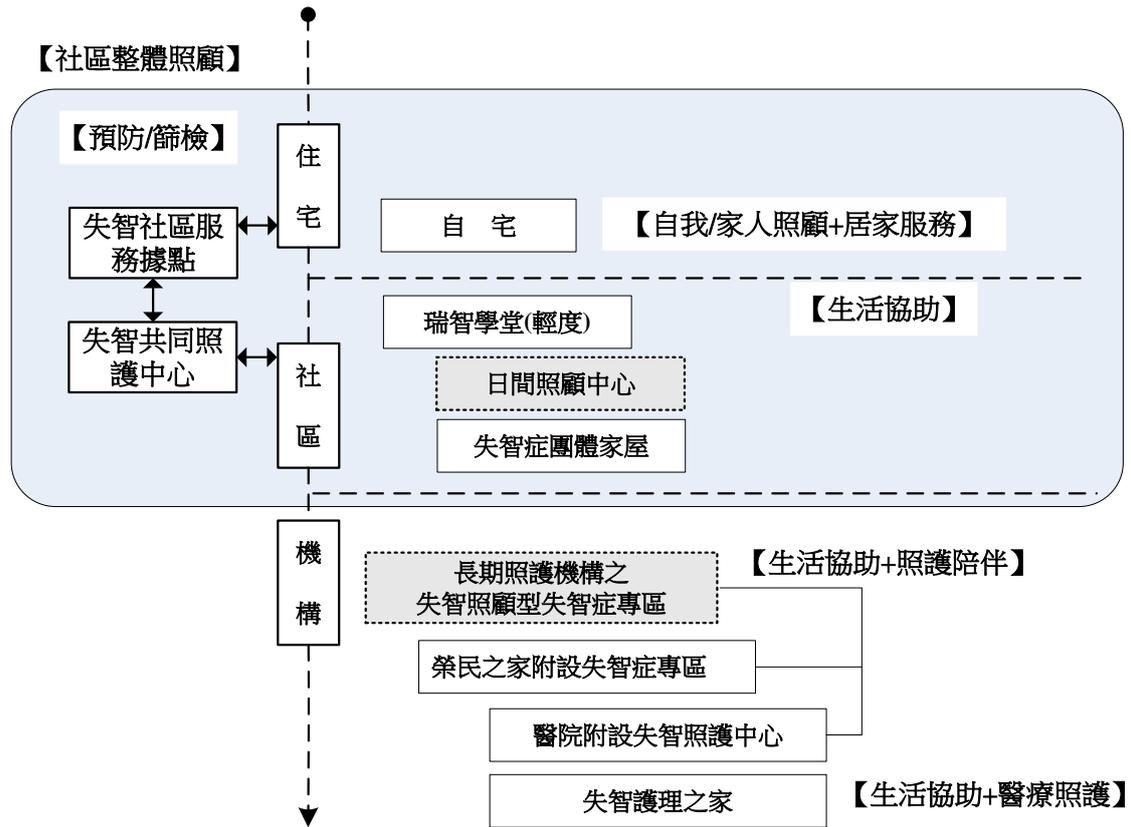


圖1-2-4、研究範圍

資料來源：參考曾思瑜(2011) p. 50-54，本研究整理。

研究內容概述如下：

1. 回顧國內外高齡者失智照護環境設計指引或措施內容。
2. 現況調查與評析：分析我國高齡失智症照護政策，社區服務據點之照護目標、照護方式所需空間及設施項目，研提從環境層面支持照護行為之方針。
3. 探討所需空間品質，包括使用配置、用途、面積、設備、設施、規劃設計等注意事項。
4. 蒐集國外高齡失智照護環境設計參考案例，分析比較與我國情差異並研提研究課題，作為後續研究編製適合我國社區服務據點空間規劃手冊之參考。
5. 研提「失智社區服務據點」之強化認知環境設計建議及空間檢核

表，供相關專業人員應用參考。

6. 研究成果擬提供衛生福利部長期照顧司參考，建議納入「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」，及供台灣失智症協會「瑞智友善社區指引手冊」參考。

第三節 文獻回顧

本節參考國內現有研究報告及相關統計資料，探討與本研究之關聯及應加以補足之處，釐清本研究之目的與重要性，以及應探討之內容與範圍。

一、國內相關研究文獻

在國內文獻方面，如表 1-3-1 所示，失智症照顧相關研究不論在高齡者行為、醫療照護、社會福利、建築空間等領域，都是極受到廣泛關切的課題，尤其環境空間設計是整合社會醫療及福祉資源的基礎，更為重要。

尤其，從建築研究之領域來看，高齡失智問題日趨普遍，長期照顧機構之失智照顧設置需求日增，若能實際分析我國高齡失智症照護之流程，對照失智長者病程發展之行為特性及不同空間類型之照護目標，歸納所需的設施設備項目，並進行實地調查與案例蒐集，提出具體的建築規劃設計計畫及基準，對於協助社福照顧服務政策應有重要貢獻。

表1-3-1、國內失智症照護政策及環境設計相關文獻

名稱	作者	年份	目的	可供參考重點
日本失智症照顧咖啡館	曾思瑜	2018	(1) 探討日本失智症咖啡服務的設置主體、營運模式和種類。(2) 確認日本失智症咖啡服務的功能與定位：釐清社區對失智症高齡者及家屬	2015年1月日本厚生労働省公布了「促進失智症措施總合戰略—以實踐對失智症高齡者等體貼的社區營造為方向（簡稱新橘色計畫，新オレンジプラン）也就是橘色計畫。強調失智症患者的早期發現，早期導入適切的醫療和照護服務，能持續在住習慣的社區繼續生活，有關失智症照護政策方向強調從「機構照護」轉換到「居家照護」。日本「失智症照顧咖啡館服務」的營運與特徵營運方法非常多樣化，失智症咖啡服務的設置主體非常多樣化，可分為社會福祉法人、社會福祉協議會、失智症的人及家屬協

			的支援服務內容等。(3)了解提供失智症咖啡服務的環境條件：地點、規模大小及設備等硬體環境層面的考量。	會、團體家屋和小規模多機能的社區密切連結型機構、一般個人或NPO、照護關連企業或地域身心障礙者機構和福祉作業所等。營運主體非常多元，以地域總合支援中心佔33.9%，其次是志工團體佔22.7%，包括支援高齡者的團體及失智症支援團體等，其中由單一法人營運佔整體的80.6%。舉辦的場所日間服務中心及日間照護佔14.7%，其次是社區中心佔13.3%。其中約半數53.4%是活用照護・醫療關係的建築物，在地區的餐廳或咖啡館實施的僅佔6%。
長期照護的新趨勢 日本的「小團體單位照護」	莊秀美	2004	以單位照護為例說明近年來長期發展趨勢，探討內容包括「單位照護」的意義、發展過程、實施狀況等。	老人福利服務社區化提供模式已成為各國老人福利的發展趨勢，社區照顧興起的背景主要來自對收容式機構的非正常化及非人道對待等缺失之詬病。其實，透過人性化的空間設計及活動安排、職員質量的配置調整及個人隱私之重視及改良等營運，機構照顧也可以提供符合老人需求的服務。再者，如果進一步能夠連結整合收容性機構與社區照顧兩大體系，讓機構成為社區照顧服務提供的據點，成就機構社會化/社區化的理念，則機構照顧與社區照顧化整為一，將使福利服務的輸送更具人性化。
行政院國軍退除役官兵輔導委員會考察香港安養機構報告	朱嘉義	2001	考察香港安養機構以為治療功能之設計配合醫護訓練法，使患者能逐漸適應現時生活，重返社會或家庭。	包括隱蔽門、感觀牆、滋味軒、現實定向資訊板、懷舊里、活動室、視聽間、綠茵角、花園蔬果區、小型鳥園。失智房舍門禁、房門設計採活頁式、門把以平桿下壓式取代圓頭旋轉式、房門門板中間為透明壓克力以方便服務人員可由門外直接觀看患者起居生活、餐桌以3字型設計，使用者具安全感、室內均以塑膠內襯海棉包覆牆壁，並置有特置沙發及音響設備，紗窗以半開方式並具遮陽功能，以免刺激患者情緒。及治療室、感官治療室等。
如何營造失智症老人生活環境	陳政雄	2009	失智症照顧環境之要件及設計概念	創造小尺度的生活單元，取代大尺度的機構照顧；少一點限制，多一點交流，創造更多接觸與共享的空間；允許在共用空間或臥室裡，擺設自己的傢俱與物品，像家的感覺。失智老人的生活場所不是收容的地方；優質失智症照顧環境就像住在自己家裡，不會是輸送帶方式的集體照顧。既有的設施，必須制定軟體、硬體的轉型計畫。
96年度赴	陳素春等	2007	透過此參	一、日本介護保險制度之簡介(背

<p>日考察失智症老人照顧及老人住宅推展情形計畫</p>			<p>訪行程，學習日本於單元式照顧、團體家屋、老人住宅之理念及作法，以提供未來台灣推動之參考。</p>	<p>景、2006年改正後的介護保險、申請步驟、介護狀態的區分、介護保險的服務內容)，二、失智症老人團體家屋 (group home) (日本團體家屋的發展與理念、失智症老人團體家屋之設立基準、失智症老人團體家屋之照護服務，三、單元式照顧 (unit care)，四、老人住宅，五、介護療養型醫療設施和介護老人保健設施(介護療養型醫療設施之概要、介護老人保健設施之概要)</p>
<p>失智老人遊走行為與徘徊空間元素建構之探討</p>	<p>陳盈珊</p>	<p>2007</p>	<p>環境設計基於職能治療之精神，被認為失智老人照顧上扮演著正面的角色，因此環境設計如何有益於失智老人之遊走行為，目前國際上關注的重點。</p>	<p>透過應用心理學、老人學、建築學、環境行為學等領域之文獻，回顧探討失智老人遊走行為、尋路認知及徘徊空間建構之相關理論，及遴選具有不同類型徘徊空間之照護機構個案，進行徘徊空間特性與失智老人遊走行為現象探討。研究方法以個案分析、地理時間軌跡分析、田野調查、問卷調查及統計分析等操作方法，進行徘徊空間個案分析，觀察記錄失智老人遊走路徑軌跡與活動特徵，並採面談訪問、結構式問卷，進行照護人員意見調查。研究成果將為國內提供徘徊空間之規劃設計概念與可應用之環境設計元素，協助我國建立失智老人情境治療之相關機構參考。</p>
<p>日本長期照顧機構參訪報告</p>	<p>黃美娜</p>	<p>2006</p>	<p>參訪日本的長期照顧機構及老人相關福利設施，汲取其社區照顧模式之經驗。</p>	<p>日本非常強調照顧模式應先自助，而後家庭照顧，再社區照顧，最後才是公助(社會照顧)，social care 是最後的選擇。強調小規模式的在地化家庭照顧，讓長者有尊嚴及受重視是最好的規劃；目前日本已不允許再增加大型之機構式照顧。而針對失智症照護，應該要去了解長者的世界，去適應他們，不能照我們想的方式去勉強填塞東西給他們。因此，對失智症患者的照顧，有家的感覺是最重要的考量點，照護空間及照顧模式著重家庭溫馨感的營造，房舍外觀如同一般民家，採單人房設計規劃，工作人員與失智長者共同生活為目標。</p>
<p>環境設計的介入措施與情境治療</p>	<p>黃耀榮</p>	<p>2009</p>	<p>如何讓失智老人照顧環境成為支持性的環境</p>	<p>探討如何讓環境空間具備職能治療的目標與機制，內容包括支持性的環境與情境治療、環境設計應營造住民之認同感、環境設計對住民遊走行為之因應、環境設計可提供住</p>

				民適度之感官刺激、環境設計應避免造成住民產生幻覺行為。
Wandering	Coltharp, Richie, & Kaas	1996	探討失智症患者之遊走行為並提出照顧方式建議	處理遊走的原則 (Coltharp, Richie, & Kaas, 1996) 1. 轉移注意力並提供規則的運動。 2. 使個人對遊走產生厭惡並對個案的良好表現給予正向再加強。 3. 同儕彼此鼓勵。 4. 藉由建立自我信心的活動增加個案的自尊。 5. 對於病房單位經常給予定向感的刺激。 6. 使用簡單的標誌給予視覺指示。 7. 經常注意個案給予滿足生理需求。 8. 小心使用藥物。 為遊走個案安排環境的建議 (Coltharp, Richie, & Kaas, 1996) 1. 使用看得到的障礙物。 2. 使用電子監測設備。 3. 視覺指示-如：在牆上掛圖片。 4. 使用熟悉的物品。 5. 減少環境噪音。 6. 用低頻、持續且有規律的噪音 (white noise)。

資料來源：本研究彙整

莊秀美(2004)指出，儘管多數國家皆朝向以團體家屋照顧之趨勢，卻非表示機構式照顧的缺點無法解決。其實，透過人性化的空間設計及活動安排、職員質量的配置調整及個人隱私之重視及改良等營運，機構照顧也可以提供符合老人需求的服務。如果進一步能夠連結整合收容性機構與社區照顧兩大體系，讓機構成為社區照顧服務提供的據點，成就機構社會化或社區化的理念，則機構照顧與社區照顧化整為一，將使福利服務的輸送更具人性化。

陳政雄(2009)提出失智症照顧環境之要件及設計概念，歸納失智者的感覺與環境適應，失智者的環境改善原則包括：確保安全與安定、提供有意義的休閒活動、強化環境的認知力與方向感、提供適當的環境刺激與挑戰機會、發揮自律與自制能力、因應症狀與老化的改

變、持續以前舒適與親切的事物、保護必要的隱私、鼓勵社交機會、提供家族團圓機會等。

陳盈珊(2007)認為，台灣地區已有11萬以上失智老年人口，而失智症個案之問題行為的處理已成為照顧者最嚴重的負擔，其中遊走行為的現象更是許多家屬無法將失智老人留在家中居家照護的重要原因之一。過去研究認為對於非認知功能有障礙的患者，在可掌控的環境中提供運動及刺激的機制將是有益的，而且可減少照護者的負擔。回顧探討失智老人遊走行為、尋路認知及徘徊空間建構之相關理論，及遴選具有不同類型徘徊空間之照護機構個案，進行徘徊空間特性與失智老人遊走行為現象探討。

黃耀榮(2009)指出，除醫療、護理照顧、職能治療之外，「環境設計」扮演重要角色，可發揮「情境治療」之功能。包括強化感覺與環境適應、環境設計營造認同感、因應失智者遊走行為、環境設計避免產生幻覺等。

朱嘉義(2001)考察香港安養機構，病房治療功能之設計著眼在配合醫護及職能訓練作法，使患者能逐漸適應現時生活，重返社會或家庭。例如香港地區失智養護機構均設有感觀牆、現實定向資訊板、懷舊里、活動室、視聽間、綠茵角等，以刺激患者視覺和觸覺及聽覺，進而減緩症狀繼續惡化；各類型單位因受地理環境限制，大都位於高樓層內，老人進出不便，活動空間狹小，但其發展出小而美之家庭佈置，堪為借鏡學習。同時，除提供診治護理治療外，均極重視職業及物理治療，設有物理治療室（置各種復健器材）、職業治療室（置有現實定向訓練、視、聽、嗅、觸覺等感官訓練記憶訓練等）由專業人員對每位老人評估後，依個別需要實施各項治療活動。

有關日本經驗，依據陳素春(2007)的參訪心得，日本為因應失智症長者日益增加，提供失智症長者妥善照顧，除團體家屋、單元照顧外，也提供失智症長者日間照顧及小規模多機能型居宅介護，其中小

規模多機能型居宅介護服務包括居家服務、日間照顧、喘息服務等。另外對於家有遊走老人之家庭提供支持服務，或提供GPS租借服務，對於失禁長者提供寢具乾燥、洗滌服務。設立地域包括支援中心，執行業務包括有關高齡者介護與服務諮詢、擬定介護預防計畫、介護預防事業管理、防止虐待老人事件發生、照顧管理者的支援與網絡支援聯繫等。

其次，黃美娜(2006)指出，日本非常強調照顧模式應先自助，而後家庭照顧，再社區照顧，最後才是公助（社會照顧），social care是最後的選擇。強調小規模式的在地化家庭照顧，讓長者有尊嚴及受重視是最好的規劃，針對失智症照護，應該要去了解長者的世界，從參訪日托中心、失智老人group home及特別老人養護院等地可發現，最適合長輩們居住終老的所在，其實不見得是美觀新穎，設備高級的住所，反而設備雖然普通，但它著重營造家庭的溫馨感，以及處處用心的擺設與照護。工作人員通常會在吃飯的時候，將坐輪椅的老人移位至一般的座椅上，和一般老人一樣用餐，去除其因身體功能障礙所導致的差異化，令人感受到體貼與用心。

前述文獻對於高齡失智症之行為特性及居住需求分析，可作為本研究訂定研究範圍及歸納問題癥結之參考。

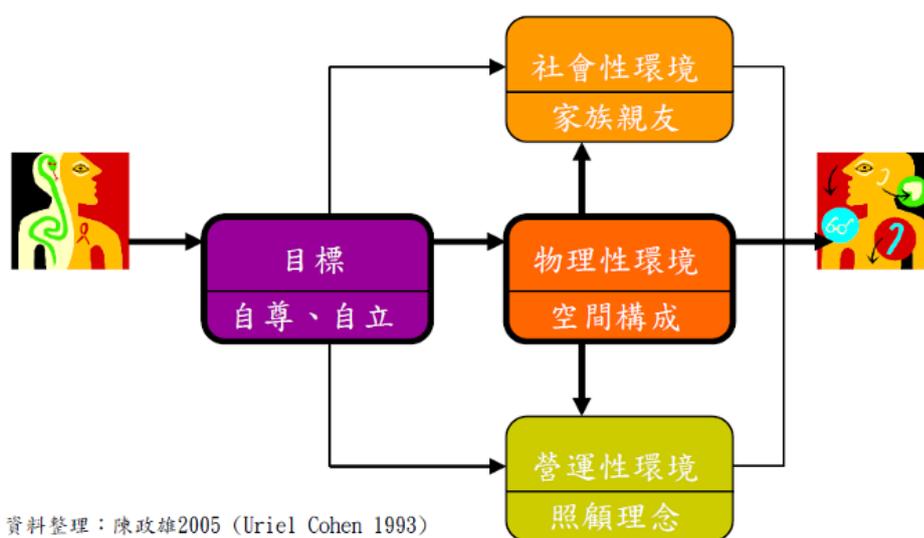
三、小結

綜上所述，完整之高齡失智症生活環境範圍涵蓋住家、社區、機構建築物、交通運具、大眾運輸設施等，由於失智症患者並非肢體障礙，從外表無法觀察得知，而是屬於心智的退化疾病，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。換言之，如圖1-3-1

所示，必須由社會性環境(家人親友陪伴)、物理性環境(支持性的生活空間)、以及營運性環境(福利機構的照顧系統)等層面相輔相成，促進長者達到自尊、自立的活目標。

經由前述文獻回顧，可初步了解高齡失智症照護環境之關切重點如下：

- (一) 空間規劃應符合單元式照顧原則，以營造「家」的氣氛：依據老人屬性(失智程度、城鄉背景等)規劃照顧單元，照顧單元就是生活單元，照顧服務員就是生活陪伴者。應確保個人隱私，人性化的空間設計，提供社交機會及活動安排，並兼顧職員質量的配置調整，讓長者獲得尊嚴及受重視之感。
- (二) 環境設計應營造住民之認同感：應有其熟悉的環境佈置，避免失智長者面對新的環境導致不安或困惑，懷舊情境的建構有助於失智老人透過遠期記憶，理解自身所處目前之年代，穩定其情緒。
- (三) 因應遊走行為規劃安全的徘徊空間：失智老人常出現沒有目標、沒有目的地且又不知身在何處的遊走行為，應考量給予遊走患者一個安全、合宜的環境，提供鍛鍊或復健的機會，要比約束遊走患者來的有效益。徘徊空間應符合無岔口、無端點、形成迴路的原則，採取小中庭式、大迴廊式、室內徘徊、戶外徘徊等設計，確保在某一區域內的活動安全，避免走失或誤入其他危險空間。



1-3-1、高齡失智症照顧面向

資料來源：參考陳政雄(2005)

- (四) 空間安排應提供適度感官刺激，並避免使用易生視覺誤導之建材：室內引入適當的陽光、柔和的日照，避免採用對短波不敏感(紫色、藍色、綠色等冷色系統)，易導致辨識力困難，多採用對長波對比色(黃色、橘色、紅色等暖色系統)增強辨識力，牆面、地板、家具選擇看得清楚的鮮明、對比顏色，以增進空間認知。避免複雜花色或質感導致混亂及亢奮，加強居住的隔音，提供懷古的音響、小鳥叫聲等，芳香可以增進甦醒、提神，鎮定心情、減低攻擊性。

第四節 用語定義說明

本研究之用語定義分別敘述如下：

1. 在地老化 (Aging in Place)：是世界各國對老化的新趨勢，未來的社區照護模式與趨勢。在地老化 (aging-in-place) 的概念1960年代始於丹麥、瑞典等國，指的是用在地的資源照顧老人，讓老人在自己熟悉的地方自然老化。由於「在地老化」理念對長期照護範疇及發展趨勢造成以下改變：(1)逐漸從「機構式照護」修正調整成住家並加強「居家、社區式照護」。(2)和社區既有語言、思維、飲食、文化、生活型態、素材等相結合，發展多元化的「在地服務」。(3)重視社區既有資源的連結，建構社區照顧支援網路。(4)科技化住宅、遠距醫療、老人公寓或照顧住宅興起。
2. 失智症⁷ (Dementia)：失智症是用來描述一種漸進式功能退化症狀的名詞。當醫師診斷病患罹患失智症時，這表示病患可能出現了明顯的記憶力衰退、智力喪失、思考障礙、社交及情緒功能障礙以及出現異常的行為等症狀。通常我們會發現病患先出現的症狀是——病患會經常遺忘最近發生的事情，以及有困難去處理日常生活作息、及過去熟悉的工作。對病患本身可能會出現的有個性改變、行為改變、失去判斷力、說話時找不到合適的字眼來表達、思考障礙或是對於一些指示無法遵從等。失智症有很多不同的類型，最常見的是退化性失智症，其中最常見的是阿茲海默氏症 (Alzheimer's Disease)，另外還有路易氏失智症 (Dementia with Lewy Bodies) 及額顳葉失智症 (Frontotemporal Dementia)。阿茲海默氏症是一種大腦漸進式退化 (neurodegeneration) 的疾病，它侵襲大腦

⁷ 資料來源：財團法人天主教失智老人社會福利基金會
<http://www.cfad.org.tw/attantion.php>

中對於思考、記憶及語言的部份。這種疾病的發生是漸進式的，同時病患的病情也是慢慢的變壞。

3. 臨床失智量表CDR (Clinical Dementia Rating Scale)⁸：華盛頓大學的Hughes et al., 1982; L. Berg. 1988 Moris, 1997所研發。從病患本人及其家屬、照顧者獲取資料來評估病患的六大精神功能：記憶力、定向力、判斷力、決解問題的能力、社區事務的參與、居家活動與嗜好及自我照顧的能力等。每一區0分即正常，0.5分為疑似痴呆，1分為輕度，2分為中度，3分為重度，4分為極重度，5分為末期痴呆。使用此量表來評估樣本之記憶力、定向感、判斷力及解決事情之能力、社區事務之參與、居家生活及嗜好等，以瞭解失智程度『質』的嚴重度。
4. 輕度知能減退MCI (Mild Cognitive Impairment)⁹：一種持續性的記憶受損，跟相同教育程度與年齡相仿的人比較有記憶力的減退現象，但語言及注意力尚未受影響。65歲以上的老年人約占10%盛行率。Mayo Clinic之 Petersen等人所設計的MCI診斷標準被廣泛運用。長期的追蹤研究顯示，MCI病患每年約有10%至15%轉變成失智症，遠超過正常對照組的1%到2%，因此MCI可視為退化失智症的過渡期、或是其危險因素。MCI介於正常老年人及失智者之間的一種重要臨床癥候，患有此症的老年人被家人及親友們注意到其記憶力、注意力、語言及精神運動功能會有輕度障礙，其一般之日常生活活動功能良好，但很複雜之功能卻減損，而尚未達到失智症之診斷標準。MCI患者每年約有10~15%會轉變成阿茲海默氏症，而正常對照組每年只有1~2%演變成阿茲海默氏症。
5. 失智症之精神行為症狀(BPSD)：國際老年精神醫學會(International Psychogeriatric Association, IPA)用來描述任

⁸資料來源：卓良珍(2014)。

⁹資料來源：卓良珍(2014)。

何一種失智症患者所出現的心理反應、精神症狀及行為問題。包括干擾性的行為如重複性無目的的動作；重複開關門窗、遊走、穿脫衣服、一再問同一個問題、藏東西、激動暴力的行為、謾罵、摔物品、打人等。情緒障礙例如憂鬱症、焦慮不安、表情呆僵，哭泣、災難性情緒反應等。精神病症狀包含視幻覺、聽幻覺、嗅幻覺、體幻覺；妄想方面有被害妄想、被偷妄想、忌妒妄想、虛無妄想等。以及睡眠週期混亂，幻覺、妄想等。

6. 高齡者（老人）：依據我國老人福利法第2條，係指年滿65歲以上之人¹⁰；此外美國社會保障局裁定達65歲者，有權享受社會老人救濟利益；世界衛生組織以年滿65歲為人的老化的開始，並定義年齡滿65歲人口，佔總人口7%以上者，為老人社會。前述以年齡為指標，除在行政制度上考量的意義外，在老化過程中並沒有一致性。本研究係採年滿65歲以上者為高齡者之定義。
7. 失智社區服務據點：主要提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等，普及失智社區照顧服務。服務疑似失智者、臨床失智症評量表(CDR)值 ≥ 0.5 分之極輕、輕 4 度或中、重度失智症者。提供失智症個案照護及家庭照顧者支持之需求服務項目為主，(1)「認知促進、緩和失智」及(2)「家屬支持團體(輔導諮商)」或「家屬照顧課程」。
8. 失智共同照護中心：協助疑似失智個案之就醫確診及個案管理，陪伴照顧者於失智不同階段獲得其所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢、服務、協調、轉介與追蹤；協助照顧者於失智個案急性症狀之諮詢與安排轉介。此外，共照中心所形成社區失智共照平台，將建立醫事與長照資源之合作，協助輔導失智社區服務據點的佈置

¹⁰ 我國原住民以 55 歲為法定之老人。

與量能提升；辦理失智識能公共教育、營造失智友善社區環境及失智照護公共溝通等。

9. 機構式照顧：依據許佩蓉(2006)等人的分析，「機構」之原意為「提供特殊目的而設置之建築」空間，可進一步延伸出『照護機構』之定義，即『提供特殊個人、生活、健康及安全照顧維護之地點、場所或設施，其照護（顧）內容可包括住宿服務、醫療、護理、心理諮商、交通接送及社會性服務等』。故機構式照顧為一特定之地點、場所或設施，受照顧者（即住民）生活於其中，且須有居住過夜之事實或情況。是以，機構式照顧是指需要長期照護的病患居住在機構中，由機構提供全天候的綜合性服務，服務內容可以包括：住宿服務、護理醫療照護、個人照顧、交通接送服務、心理諮商服務、物理治療和職業治療等。機構式照顧能為需要密集照護者提供完整而且高密度專業照護的型態，可以減輕病患家屬在精神和體力上的負擔。凡是病情嚴重、依賴度高、沒有家庭照護資源、沒有社區資源的病患，都是機構照護的主要對象。
10. 機構失智症專區¹¹：屬機構式照顧的一種，目前失智症機構式照顧可分為三種模式：混合型（失智加失能）、專區型（失智症專區）、專責型。由於照顧中、重度失智症患者常會造成家屬相當大的壓力，如果加上家中照顧人力不足、家屬健康狀況欠佳，而無法提供失智症患者完善的照護時，為了讓患者及家屬都能有較佳的生活品質時，可考量24小時的全天候照顧機構。機構式的照護除了有專業的護理人員協助身體評估、護理服務；照顧服務員提供日常生活協助；另外還有社工師、職能治療師等提供相關的福利資源與復健服務。
11. 團體家屋（group home）：「團體家屋」為北歐與日本盛行的新

¹¹ 同註 5

型態照顧模式，於1985年創始於瑞典，日本於1995年開始試辦，1997年建立制度化，稱為「失智對應型老人共同生長長期照護專欄活援助事業」。團體家屋是提供少數失智老人共同生活的場所，有個室及共用空間的小規模家庭化環境，可以是新建或改建的整棟獨立住宅、集合住宅的一部分，或附設於老人之家、醫院內。揮別大型機構式的照顧型態，家屋強調照顧社區化，在環境與氣氛的營造上，也走向居家、溫馨、人性及小型化，採廿四小時照顧，要讓失智老人時時刻刻就像回到「家」一樣，達到安心居住、緩和失智症狀徵候、滿足家族親情、減輕照顧負擔、減少長期住院、降低建造費用等六大功能。

12. 社區失智症日間照護(顧)中心¹²(day care)：收容輕中度失能或失智症患者且無法定傳染病者，白天由機構的專業人員提供照顧活動，傍晚接回家仍能與家人共處，長輩比較不會覺得被遺棄，而是去參加活動或上課的感覺。失智日間照顧機構，除了基本的生活照顧服務、護理服務外，更提供適合失智長輩的多元化的活動，例如：懷舊團體、感官刺激、認知訓練、社交活動等，透過規律的作息安排與活動參與，可維持失智長輩較佳功能，舒緩問題行為，並增進失智長輩及家屬的生活品質。

13. 日本對認知症高齡者的環境支援指針(PEAP¹³)：兒玉桂子日本版

¹² 資料來源：台灣失智症協會社會支持中心

(http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/support_resources06.html)網頁資訊。

¹³ Professional Environmental Assessment Protocol(簡稱PEAP)，依據曾思瑜(2009b)歸納指出，PEAP 量表強調高齡者照護機構現場田野評估，近年有關高齡者居住設施環境範疇的評估量表，有1989年兒玉參照MEAP量表中PAF和POLIF的概念，所開發的「建築環境及設施環境服務檢核表」、國立醫療·醫院管理研究所設施計畫研究部的「機構環境評估檢核表——特別養護老人院篇」，及2000年日本照護及環境研究協會「日本版3 PEAP」等三種評估量表。

PEAP3的理想設定目標是著重在建構失智特別照護單元的療癒環境，強調整體生活環境並非機構制式化的氛圍，而是家庭化、居家化溫馨情境的實踐，故具體建構出八項環境治療目標，仔細定義每項治療目標並提供相關評估問題及判斷基準，類似操作手冊或指針的形式，以提供失智症照護業者或工作人員參考並評估其機構環境。

14. 建築環境：針對建築物之屬性及其品質水準做描述，係指運用空間規劃及設計手法及設施設備，使建築物空間足以支持高齡失智者可自立生活起居。

第五節 研究方法及流程

一、研究架構與方法

(一) 相關文獻回顧

回顧衛福部失智照護政策，國內外相關文獻及建築相關法令，檢視失智社區服務據點如何提供照護者（機構或民眾）充足資源，因應照護者需求歸納可從環境面向加以強化之措施。

(二) 現況分析

1. 蒐集資料，分析我國高齡失智症照護之流程、人力配置及組成，對照失智長者病程發展之行為特性及不同空間類型之照護目標，歸納所需的空間。
2. 檢視現行失智社區服務據點設置規定，了解其空間需求，尺寸、配置數量或設計原則。

(三) 國外高齡失智照護空間規劃原則蒐集與分析

針對高齡失智照護空間之物理環境規劃原則、空間及設施設計原則，本研究蒐集美国家庭安全檢查表(Home Safety Checklist)，英國失智症友善環境檢核表(Dementia Friendly Environment Checklist)，澳洲支持失智者環境原則(Dementia Enabling Environment Principles)，以及澳洲 Dementia Enabling Environments Project¹⁴失智症照護中心之規劃設計指南，包括色彩

¹⁴ 該網頁（網址：<http://www.enablingenvironments.com.au/>）公佈對失智症者有利之環境設計原則包括色彩計畫、材料和表面、照明、定向與尋路、聲音控制等項目，並針對居家、照護中心及戶外花園三種空間

計畫、材料和表面、照明、定向與尋路、聲音控制等項目，並參考其針對失智症照顧中心研擬對失智症者有利之環境設計原則，依不同空間，並以圖文標示設計安排之手法及注意事項，可作為未來研擬相關原則之參考。

(四) 焦點團體及專家座談

彙總前述內容，綜合研析國內外相關文獻及案例後，研擬彙整高齡失智照顧居住單元設施改善方法及規劃設計之建議，並採焦點團體及專家訪談法，經由期中簡報及期末簡報會議，邀集社福團體、產業界、學術研究、政府部門等相關團體共同研商，廣泛蒐集相關建議，藉以檢視研究建議之可行性，進行修正以形成共識，期能提升技術與實務上之應用價值。

二、研究步驟及流程

(一) 研究限制

本(110)年度研究期程受限於因應新冠肺炎(COVID-19)疫情警戒期間，失智社區服務據點暫停開放等措施，本研究暫排除參訪失智社區服務據點之運作模式及空間規劃現況，僅先依據衛生福利部(2021)110年度「失智照護服務計畫」申請作業須知，設置失智社區服務據點相關條件彙整所列之服務內容，擬定空間需求。並以文獻回顧為主，蒐集分析國外失智症照護空間設計相關案例，惟國外照護中心有提供住宿服務，與我國普遍僅提供日間照顧方式不同，另生活空間類型及安排反映當地慣有之生活方式，亦與我國國情稍有差異，實有必要於後續研究。擬俟疫情緩解後配合政策措施，擬就失智社區服務據點進行實地觀察，或訪

類型，提供空間規劃設計之資訊新知、參考資源、討論團體等，以圖文方式說明重要關鑑設計原則，供大眾參考。

問據點管理者有關輕、中、重度失智症照護方法，及照顧陪同家屬之需求，瞭解高齡失智者對空間之感知狀況，以期編製符合本土化設計原則，提供參考。

(二) 預期研究成果

預期本研究成果包括：

1. 評析國內外高齡失智者照護政策，探討高齡失智照顧服務模式與現況，釐清高齡失智者在不同階段、照護目標及生活空間所需之建築環境設施設備需求，作為營造失智症者居住環境之基礎。
2. 以建築空間環境為範疇，探討如何以建築環境規劃提升高齡失智社區服務據點照護品質之策略，並提出相關建議。
3. 蒐集國外案例，從物理環境規劃、空間及設施設計原則等方面，研提高齡失智社區服務據點生活單元之建築規劃設計改善參考建議。
4. 分析探討符合我國國情之特殊性，及可能的後續研究內容，供本所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫 110-113」規劃辦理下年度研究課題之參考。

(三) 研究步驟

研究步驟概述如下：

1. 現況分析，進行資料蒐集彙整，歸納失智者照護流程，並比較各類型照護空間及所需設施之差異。
2. 進行失智照顧相關案例蒐集。因受限於研究人力及經費，參訪「雙連社會福利慈善事業基金會新莊社會福利中心之失智社區服務據點」、「新北市土城區永寧社區發展協會之失智社區服務據點」，初步瞭解現況使用需求。其次，又為增進對於失智環境空間設計之認識，再參訪「財團法人臺灣基督長老教會雙連教會附設新北市私立雙連安養中心」以及「衛生福利部北區老人之家」

- 進行實地參訪，擷取空間使用案例。
3. 國內外文獻回顧與評析。蒐集國外相關研究及政策，從世界思潮變遷、政策理念、及支援措施體系等各方面，評析有無可供我國借鏡之處。
 4. 邀集產政學研各界研商，分析高齡失智社區服務據點設施改善方法及規劃設計之建議內容。
 5. 蒐集國外高齡失智照護環境設計參考案例，分析比較與我國情差異，研提研究課題及解決策略。
 6. 結論與建議，研提「失智社區服務據點」之強化認知環境設計建議及空間檢核表，供相關專業人員應用參考。

(四) 研究流程

綜上所述，本研究流程如圖1-5-1所示：

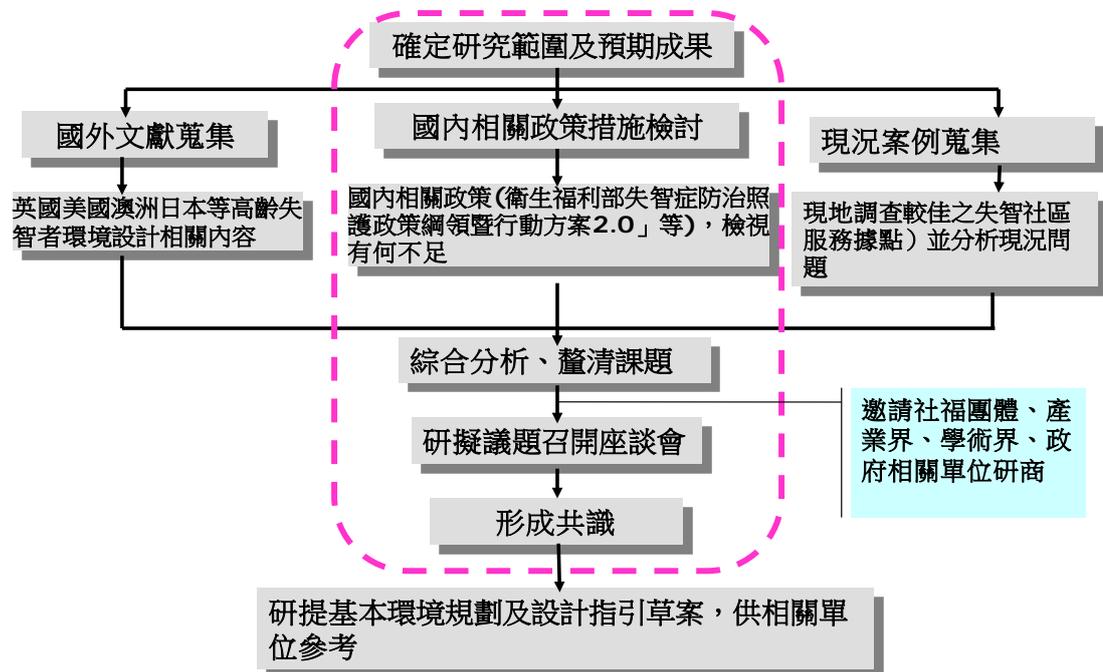


圖1-5-1、研究流程圖

資料來源：本研究研擬

第二章 高齡失智者照護機構環境設計

第一節 失智者的行為特徵

一、失智症的類型

有關失智症的類型及成因，依據台灣失智症協會網頁提供之資料，(http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html#03) 在失智症的分類上，大致分為兩類：退化性、血管性，但患者有時會存在兩種或以上的病因，最常見的則是阿茲海默症與血管性失智症並存（又稱為混合型）。簡述如下：

（一）退化性失智症

1. 阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)：

早期病徵最明顯的為記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，為兩種以上認知功能障礙，屬進行性退化並具不可逆性；為神經退化性疾病，其腦部神經細胞受到破壞，醫生透過電腦斷層及核磁共振判斷，主要是因為阿茲海默症初期以侵犯海馬迴為主，往生後腦解剖可發現異常老年斑及神經纖維糾結，臨床病程約8-10年。

2. 額顳葉型失智症 (Frontotemporal lobe degeneration)：

腦部障礙以侵犯額葉及顳葉為主，特性為早期即出現人格變化和行為控制力的喪失，常常會有不合常理的行為舉動，或是早期就出現語言障礙。例如表達困難、命名困難等漸進性退化現象。平均好發年齡五十歲以後。

3. 路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies)：

為第2常見的退化性失智症，特性為除認知功能障礙外，在早期就可能伴隨著身體僵硬、手抖、走路不穩、重複地無法解釋的跌倒

現象。此外則會有比較明顯的精神症狀，例如：鮮明的視或聽幻覺、情緒不穩或疑心妄想等症狀發生，平均好發年齡70歲以後。

4. 其他還有像是亨廷頓氏症（Huntington's Disease）等等所造成的失智症。

（二）血管性失智症

是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，是造成失智症的第二大原因。一般有中風後血管性失智症、小血管性失智症。中風之病人若存活下來，約有5%的病人會有失智症狀，追蹤其五年，得失智症的機會約25%。其特性是認知功能突然惡化、有起伏現象、呈階梯狀退化，早期常出現動作緩慢、反應遲緩、步態不穩與精神症狀。常見臨床特徵包括：(1)情緒及人格變化（憂鬱症）(2)尿失禁(3)假延髓性麻痺(吞嚥困難、構音困難、情緒失禁)(4)步履障礙(失足跌倒)等。

（三）其他因素導致之失智症

有些失智症是由特定原因所造成，經過治療之後可能有機會可以恢復，這類型失智症的病因有：(1)營養失調：如缺乏維他命B12、葉酸等營養素。(2)顱內病灶：如常壓性水腦症、腦部腫瘤、腦部創傷等。(3)新陳代謝異常：如甲狀腺功能低下、電解質不平衡等。(4)中樞神經系統感染：如梅毒、愛滋病等。(5)中毒：因藥物、酗酒等。

二、失智者的精神行為症狀

BPSD不是一個診斷的名稱，而是描述失智症一個重要的臨床層面，它可在失智症病程中任何時間發生。兒玉桂子(2013)歸納失智者的核心症狀，如圖2-1-1所示，包括「記憶障礙」，例如無法學習新事物以及想不起剛剛發生的事，「定向力障礙」例如無法正確的區別不同時間、場所和人物，「判斷力低落」例如無法及時或正確的決定該如何做。

失智症患者除了前述核心症狀以外，還會有「不安或焦躁」如容易煩躁情緒無法冷靜，「抑鬱」如情緒低落做任何事都提不起勁，「妄想」以為有東西被偷走或有人要害他，者，「幻覺」或錯認，例如看到實際上並不存在的事物，認為不存在的人在房子裡，錯認電視上的事件是真實，錯認鏡中的自己的影像是別人等。「抗拒照護」不喜歡洗澡或換衣服，「進食活動異常」記不清楚自己吃過飯了沒，看到食物就想吃，明明剛剛吃過飯卻說自己沒有吃等，「攻擊性的言語或肢體暴力」如高聲咆哮，對人動手施暴，「徘徊」如毫無目的四處遊走想要離開室內。諸如此類的周邊症狀，過去這些行為被稱為「問題行為」，現在，這些行為被認為是基本症狀對患者身體／心理／社會等面相造成的影響所引起的現象，稱之為「精神行為症狀：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia(BPSD)」。

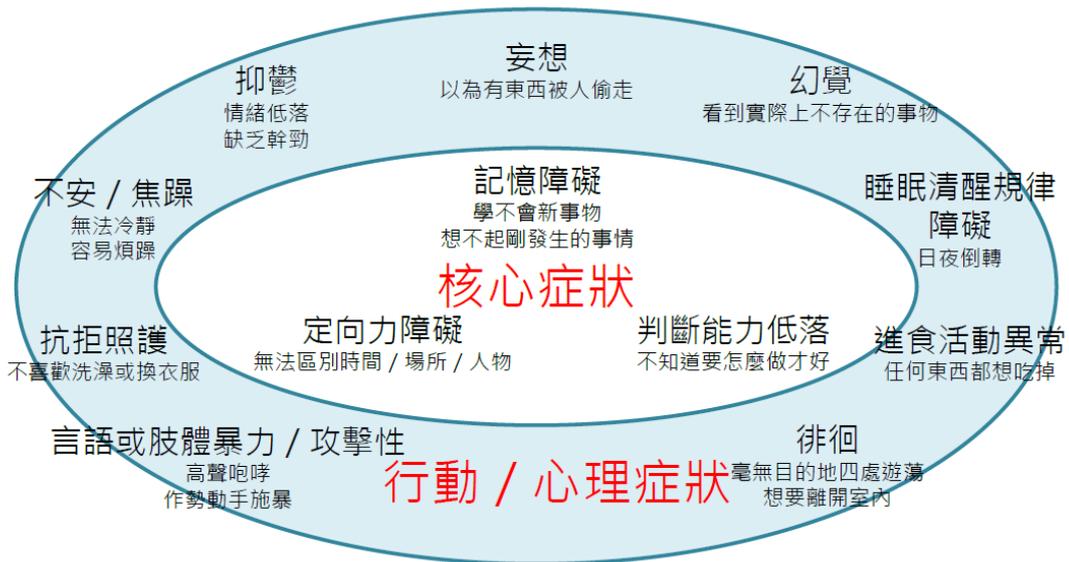


圖2-1-1、失智症核心症狀及行動心理症狀

資料來源：兒玉桂子(2013)日本社會事業大學+照護と環境研究会，中日工程研討會。

黃正平(2006)另歸納失智症典型的精神行為「重複行為」。在臨

床研究中重覆現象在失智症早期就已經出現，剛開始只出現重覆言語，也許是好幾天會問相同的問題，有時偶爾會重覆說過的話，到失智中期重覆的頻率增加，往往前一分鐘已經告訴或回答患者，但轉個身又問相同的問題，特別是要出門到某一地方去；或某人要到家中來，如事先幾天前告知病患，則這種重覆言語會使得家人煩不勝煩。重覆行為大約從失智中期出現較多，如重覆買相同的東西；重覆要求吃飯；重覆做一些無目的行為如重覆翻箱倒櫃，搬來搬去等。其次是「日落症候群」(Sundowning or Sundown syndrome)：此症狀為在下午到黃昏，大約從下午3點到晚上11點出現的精神混亂及激躁行，例如忽然要求回到自己的家、吵著要找某一位家人等。

因此，如圖所示，失智症者由於核心症狀或行動心理症狀而使日常生活中發生困難。前述精神行為症狀影響失智長輩日常生活，依病程的發展，日常生活事務處理日漸困難，且因為每一位失智者腦中受損的部位及程度不盡相同，可能會出現不同障礙，自我照顧能力將逐步退化。失智症患者也因大腦傷害，溝通能力會越來越差，表達能力下降，情緒不容易控制，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。

失智症的症狀與生活上的問題



圖2-1-2、失智症狀導致生活上的困難

資料來源：(兒玉桂子2013)日本社會事業大學+照護と環境研究会，中日工程研討會。

精神行為症狀的照顧往往是家屬最難受的。例如當長輩生病時，有些照顧者二話不說擔下照顧的責任，然而失智長輩記憶力越來越不好，常忘記東西放在哪裡，找不到時就認為是照顧者偷的，而其他家人聽到長輩的指控，也紛紛指責照顧者的不是。雖然知道這是疾病的一部分，但被最愛的親人認為是小偷、心裡充滿難受與委屈，再加上家人們的指控、使照顧者更加孤單與無力。

馬偕紀念醫院精神醫學部諮商心理師顏亭如指出，照顧者承受外在與內在的壓力，包含社會文化的價值觀、家人關係議題、疾病無法預期、承受失智症家人生命的責任等。在國外研究發現，因承受長期照顧壓力，失智症照顧者的憂鬱症發病率為40~50%，其中20~25%有重度憂鬱症。照顧壓力常藉由生理反應呈現，例如頭痛、失眠、憂鬱、情緒易怒、自殺念頭等，透過身體健康警報傳達心理危機消息。照顧歷程的心情是充滿矛盾與複雜感受，夾雜著焦慮、憂鬱、憤怒、愧疚、孤單、失落等情緒，經常交替的浮現。因此，長照2.0的失智症照護對象，不單強調失智症病人的資源、著重照顧者的需求與照顧。在照顧系統中，照顧者往往是隱形、被忽略的病人。

三、失智者的認知障礙

「認知功能」或稱「智能」(Cognitive function)是人類大腦皮質神經細胞成熟發展後，所擁有與外界環境適度互動，賴以生存發展的一項高度演化功能。常見的包括記憶、語言、辨物、操作及計畫執行等功能。任一項功能因某些原因發生問題或消失，就是所謂的「輕度認知障礙」(Mild Cognitive Impairment, MCI)；若進一步發展到兩種以上的認知功能損傷，且到達足以影響正常生活、工作或社交活

動的程度，就是臨床上所稱的「失智症」(Dementia)。

輕度認知障礙是從正常老化到失智症開始出現徵兆之間，存在著一個過渡區域，換言之，失智症是一個進行性退化的疾病，從輕度時期的輕微症狀，逐漸進入中度、重度、末期症狀，疾病退化的時間不一定，有個別差異。瞭解疾病的病程與症狀，可以幫助患者、家屬預做準備，以因應疾病帶來的生活變化。失智症的病程，可分為輕度知能障礙、輕度（初期）、中度（中期）、重度（晚期）。因此，失智症病程的發展可能會有的行為症狀如表2-1-1：

表2-1-1、失智症患者不同期別的認知行為障礙

	初期	中期	晚期
項目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
遺忘	1. 常忘了東西放在哪裡。 2. 時常在找東西。 3. 忘記跟別人之間的約會。 4. 忘記別人跟他講過的事情。 5. 比較不能記住最近發生的事情。 6. 弄不清楚現在是幾年幾月幾日。	1. 忘記已發生過的事情，例如：是否吃過飯、洗過澡。 2. 重複問同樣的問題。 3. 對於辨認人物、認識環境和區分時間等更加困難。 4. 遠期和近期的記憶減退，日趨嚴重。	1. 忘記身旁熟悉的人、事、物，甚至包括一些長期記憶。 2. 記憶嚴重喪失，不記得生命中重要的事情。 3. 可能連自己是誰都不知道。
誤認	只有在光線照明不佳陰雨、夜間才容易發生誤認現象。	1. 時空錯亂，分不清早晨與黃昏與季節。 2. 誤以為自己的家人或配偶是別人偽裝的，因而想趕走照顧他的配偶或家人。 3. 以為目前所處的環境並非自己的家，常會吵著『我要回家』。	1. 現實感消失，例如把電視裡播放的戲劇誤認為真，甚至會去攻擊電視機。 2. 看到鏡子、反光物、窗戶中自己的倒影，會誤以為是別人，與之對話。
情緒轉變	情緒起伏比以前大，例如：會因遍尋不著想要的東西而生氣。	同左，部分可能會有激動的行為，胡思亂想，突然發怒、大哭大叫等。	1. 可能會因無法表達或聽不懂意思而生氣。 2. 情緒表達困難。
個性	1. 變得猶豫不決，對事情難以決定。 2. 變得多疑、猜忌。	同左，但因對事情和語言的理解力、情緒控制力薄弱更容易發脾氣、受到挫折。常與家人或照護者衝	變為更為依賴，認知、記憶功能持續退化，個性表達不明顯。

	<ol style="list-style-type: none"> 變得膽小、內向。 變得孤僻、暴躁、愛發脾氣。 	突。	
言語表達	<ol style="list-style-type: none"> 言語表達出現困難，講話不如以前流暢。 想不起來要講什麼或想不起來物件物體的名稱。 	<ol style="list-style-type: none"> 說話字句變少，內容貧乏。 言語表達不連貫，缺乏邏輯性。 慢慢失去閱讀及語言能力。 	<ol style="list-style-type: none"> 幾乎不說話或只重複某句固定的話。 語言能力下降，說話無法理解或不相關，無法與他人應對。
迷路	<ol style="list-style-type: none"> 在不常去的地方在會迷路。 搭乘大眾運輸工具會下錯站。 	<ol style="list-style-type: none"> 在住家附近或熟悉的地區也會走失。 搞不清楚方向，無法自己出門搭車，容易迷路。 	幾乎已無法自行外出。
妄想	<ol style="list-style-type: none"> 懷疑配偶不忠。 憂心會被家屬遺棄。 被迫害妄想，認為鄰居會傷害他或偷他東西。 	同左，除頻度較高外，更容易因妄想引發繼發性的語言與肢體暴力。	無法表達/無此反應
視幻覺	看到房間裡有人，可能是熟識者、已死的家人。有時會看到昆蟲、蛇等令人感到不愉快的東西。	看到房間裡有人，可能是熟識者、已死的人或小孩。有時會看到昆蟲、蛇等令人感到不愉快的東西。可引起繼發性妄想。	無法表達/無此反應
漫遊或躁動	<ol style="list-style-type: none"> 坐立不安，不停走動。 想要離開家裡到外面去。 	同左，但嚴重度較高。受阻時容易發生衝突。	肢體功能減退，容易跌到發生意外。
不恰行為	<ol style="list-style-type: none"> 重複動作，例如不斷地把東西收進櫃子又拿出來等。 同樣問題重複問很多遍。 	<ol style="list-style-type: none"> 亂藏東西，把一些沒用的東西，甚至垃圾藏起來，或者把脫鞋放進棉被裡等。 可能因為妄想的內容或照護者不適當的回應，而被激怒，產生言語恐嚇，甚至暴力行為。 缺乏判斷力和理解力，在公共場所出現不適當的舉動。 	完全依賴他人照顧，無不恰當行為之反應。
睡眠障礙	日夜顛倒，夜間起來遊走或從事其他活動	日夜顛倒，可能整夜不睡，白天嗜睡。	日間節奏紊亂，白天睡眠次數時間更長。經常打盹，睡眠能力與清醒能力退步。
行動能力降低	<ol style="list-style-type: none"> 變得不愛出門。 對之前從事的活動顯得興趣缺缺。 	無法順利出門到達目的地，甚至在家中開始找不到廁所、自己的臥室。	<ol style="list-style-type: none"> 行走困難。 需藉助輪椅行，甚至臥床不起。 無法坐立、站立。

飲食問題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 吃過了之後還表示要再吃東西。 2. 飲食方面可能需要別人協助。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 無法備餐，需他人協助。 2. 飲食不正常：重複要食情形較嚴重。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 無法自己進食。 2. 拒絕飲食。 3. 可能會有吞嚥困難。
生活障礙	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對於複雜的生活功能發生障礙，例如錢財管理、出錯、烹調能力下降等。 2. 對器物的使用能力下降。例如時常打錯電話等。 3. 判斷力和工作能力逐漸減退。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 很難獨自完成煮飯、清潔、購物等。 2. 失去使用日常用具的能力，例如洗衣機、冷氣機、遙控器等。 	完全無法獨立生活，失去自我照顧能力。
穿衣及個人衛生問題	在選擇衣服上顯得猶豫不決。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個人清潔衛生處理解變差，如上廁所、洗澡等需要他人協助。 2. 無法適當的穿衣或處理衣物，例如天氣很冷時只穿了一件短袖、髒衣服穿當乾淨衣服穿等。 3. 可能會開始偶有失禁的情形。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 大小便失禁。 2. 穿衣無法自理。

資料來源：邱銘章、湯麗玉(2011)，原水文化

第二節 高齡失智者的居住與社區生活

高齡者究竟要選擇自宅、社區或機構，需先將高齡者生理狀況以及對應之住宅樣態進行分類，高齡者可視其身心健康情況的變化來選擇或對應至合適的住所。如表○所示，陳政雄(2006)歸納，國內高齡者生活照顧環境，可區分為住宅與機構兩類，配合老人晚年老化時期的分類，可區分為一般住宅、服務住宅、照顧住宅與終身住宅；機構方面則以提供給老人24小時服務與照顧的機構為主，依老人老化的分期，可區分為安養機構、養護機構與長期照顧機構、護理之家等；另近年來由於社區照顧的蓬勃發展，已可再增加社區類，主要係搭配住宅內老人的生活需求，使其獲得必要的生活照顧，如日間照顧中心與家庭托顧，或是為了失智症老人提供近似住宅環境且具有24小時服務與照顧的團體家屋等。

一、一般高齡者

高齡者依身心狀況可區分為健康期、障礙期與臥床期等三種時期的變化：第一為健康期的老人，基本上老人在此時期可以完全自理生活與使用一般住宅的設施，卻不致於感到不便或無法使用，在此階段住宅提供服務的重點在於如何配合老人的生活作息與興趣，來增加生活的樂趣，豐富生活的內涵。第二為障礙期的老人，在此時期的老人在自己生理上往往由於病痛、意外傷害或虛弱等因素而逐漸失能或失智，而逐漸產生自立生活的障礙；在障礙期初期，老人在行動上往往有所不便但生活仍然可以自理的階段時，必需要提供能協助老人進行自我健康管理與獲得一般生活及家事等支援性質的相關服務之服務住宅來加以對應；當在障礙期後期時，當老人不僅行動有所不便且生活亦逐漸開始無法自理時，則必需以提供照顧為主的照顧住宅來加以

對應。

表 2-2-1、高齡者身心機能、居住選擇與社區生活

一般高齡者	身心狀況	健康期	障礙期		臥床期	
	移動程度	可以跑跳走	需要拐杖輪椅等輔具		幾乎臥床	
失智高齡者	病程分類	輕度以下(MCI)或輕度(CDR1)	中度(CDR2)	重度(CDR3)	--->	
	認知障礙	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難	幾乎完全依賴他人照顧	--->	
	行動能力	佳	可、漸慢	漸吃力、困難	--->	
	生活能力	可以自理 ---> 需要別人照顧				
	照顧重點	心理社會照護 <-----> 身體照護				
高齡者居住與社區生活	住宅	一般住宅	服務住宅	照顧住宅	(轉介到機構、醫院)	
		老人住宅				
	終身住宅(在宅老化、在宅臨終)					
	社區生活	失智社區服務據點	日間照顧中心 (含失智)			
		失智共同照護中心 瑞智學堂(失智)	團體家屋 (註:為失智但無臥床者)			
社區關懷照顧據點						
機構	安養	養護	長期照顧	醫院		
			1. 失智日間照顧 2. 失智照顧型			
	老人之家	養護之家	護理之家	安寧病房		
			護理之家 附設日間照護(失智)			

(資料來源：本研究彙整，參考自陳政雄，2006，老人住宅整體規劃理念，台灣老年醫學雜誌，1(3))

註：依衛生福利部期末簡報建議，應為失智但無臥床者

第三為臥床期，當老人逐漸在一日內大部分的時間需要臥床，且開始需要有較多醫療照護的介入時，除非原有老人居住的住宅本身是以終身住宅的概念來進行設計或改造，否則老人往往被迫於環境的限制，必需離開原有住宅轉介到如長期照顧機構或護理之家等機構內去接受24小時的照顧與協助(陳政雄, 2006)。

二、失智高齡者

失智症患者病症現象以認知功能障礙為主，失智症患者的認知障礙及行為特徵，「認知功能」或稱「智能」(Cognitive function) 是人類大腦皮質神經細胞成熟發展後，所擁有與外界環境適度互動，賴以生存發展的一項高度演化功能。常見的包括記憶、語言、辨物、操作及計畫執行等功能。任一項功能因某些原因發生問題或消失，就是所謂的「輕度認知障礙」(Mild Cognitive Impairment, MCI)；若進一步發展到兩種以上的認知功能損傷，且到達足以影響正常生活、工作或社交活動的程度，就是臨床上所稱的「失智症」(Dementia)。

輕度認知障礙是從正常老化到失智症開始出現徵兆之間，存在著一個過渡區域，換言之，失智症是一個進行性退化的疾病，從輕度時期的輕微症狀，逐漸進入中度、重度、末期症狀，疾病退化的時間不一定，有個別差異。瞭解疾病的病程與症狀，可以幫助患者、家屬預做準備，以因應疾病帶來的生活變化。失智症的病程，可分為輕度知能障礙、輕度（初期）、中度（中期）、重度（晚期）。

失智症並非侷限單純生理照顧問題，必須運用社會心理層面的手法作為輔助。由於患者在認知方面的缺損，導致記憶力衰退，學習困難、處理複雜任務有困難、合理化能力降低，無法以合理方法對問題作反應，如地板濕了，不會處理，且對社會規範顯示出不關心、忽視；空間能力和導向失調，例如認路、家中物品擺設之熟悉表現困難，會

迷失不知回家的方向或路；語言表達困頓：選用文字表達其意念或與人對話顯得日增困難；以及行為失序，例如消極、易怒、多疑，對於看到或聽到的，做錯誤的詮釋。因此，照護策略須兼顧身、心需求。

然而，如表2-2-1所示，失智高齡者亦可能認知功能衰退但其身體功能尚佳，一般高齡者亦可能至臨終皆無失智之症狀，當然，有為數不少的長者是二者兼有之。因此，考量隨著人口老化，失智人口明顯增加，依據國際阿茲海默症協會(ADI)的報告，2005年亞太地區的失智症患者人口數為1370萬人，至2050年將增加到6,460萬人。推估2012年台灣失智人口已逾19萬人(台灣失智症協會,2012)，且失智症患者人數會隨著人口老化而增加，致失智症患者人數呈持續快速增加之趨勢，而其他因素包括城市化、家庭結構改變、獨居老人增加等，則會加劇失智症對社會和經濟影響。

廣義的老人居住環境的設計，任何擬提供給老人居住的住宅，在自宅或機構居住單元內外環境的無障礙設施設計是最基本的考量之外，特別是在新建住宅的規劃設計上，應要能考量未來進住者持續老化後產生失智症狀的可能。其次，高齡者失智者的社區生活更需關注。依衛生福利部(2021)於2011年失智症調查結果顯示，失智者入住機構的比率占6.2%，93.8%住在家中，絕大部分的失智者都住在家中，在照顧人力方面，半數以上完全由家人照顧，3成聘請外籍看護，使用居家服務或聘用本籍看護僅剩1成左右。

因此，長照十年計畫2.0將50歲以上失智者納入服務對象，長照2.0失智照護政策以提升失智症長照服務能量、擴大失智照護資源佈建、強化社區個案服務管理機制、建立失智專業人才培訓制度，及推動失智友善社區等為主。執行策略包括：(一)普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式：1. 廣設「失智社區服務據點」：提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等，普及失智社區照顧服務。以及2. 創新設

置「失智共同照護中心」：協助未確診失智個案儘速完成確診；協助照顧者於個案不同失智程度照護需求及支持協助，提供引導、相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，營造友善社區環境等。在環境規劃方面，除了基本無障礙設施環境的提供外，應一併導入對於強化認知功能或減緩認知功能衰退的環境設計要素，包括健康、安全、安心、提供適度感官刺激、因應特殊行為、強化自我認知、促進學習的環境。上述政策及措施之目標，為讓失智者及家庭照顧者能於診斷後獲得足夠資訊、自主選擇所需服務，並盡可能地留在原來熟悉的社區中生活，提升照護水準並提供照顧家庭資源與支持。

第三節 高齡者失智社區服務據點空間需求

從失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 策略 2. 「提升大眾對失智症之認識及友善態度」之行動方案 2.2 「提升全國人民的失智友善態度」之工作項目 2.2-2c 「結合失智社區服務據點，建構失智友善社區。」的架構之下，可以得知「高齡者失智社區服務據點」可說是推動社區失智照顧的重要樞紐。其位於社區之內，提供民眾近距離服務，民眾一旦發現失智症狀，得以及早就醫並且強化認知活動，達到延緩失智症狀的目標。

依據衛生福利部(2021)110 年度「失智照護服務計畫」申請作業須知，設置失智社區服務據點相關條件彙整摘述如下：

一、服務對象：非屬老人福利機構、全日型身心障礙福利機構、護理之家或住宿式服務類長期照顧服務機構之個案，經相關評估工具（如 MMSE、AD8 或 SPMSQ 等）評估為疑似失智症，惟尚未確診者，以及確診失智症。

二、服務項目與提供原則：以提供失智服務對象照護及家庭照顧者支持之需求服務項目為主，服務活動須參酌成員文化及背景等相關需求、因地制宜規劃與安排，服務項目包含：

- (一) 認知促進、緩和失智。
 - (二) 照顧者支持團體。
 - (三) 照顧者照顧訓練課程。
 - (四) 共餐活動。
 - (五) 安全看視。
- 三、其他

(一) 失智據點之服務項目至少應包含認知促進、緩和失智及照顧者支持團體(可與照顧者照顧課程擇一辦理)等核心必要之服務項

- 目，必要時得提供安全看視。
- (二)安全看視服務之目的為失智據點在提供課程服務時，如有部分失智服務對象無法參與，有專人看顧其安全，以預防危及自身安全或他人安全等意外事件發生。
- (三)共餐活動時，如為結合餐飲業辦理者，該餐飲業之從業人員、作業場所、設施衛生管理及其品質保證制度，均應符合食品良好衛生規範準則。
- (四)為加強失智服務對象之服務，服務項目屬認知促進及緩和失智，於失智據點服務期間，應每週辦理，並固定時段，課程設計應符合服務對象多元需求，規劃辦理不同課程，且開設課程總數不得少於「照顧者支持團體」及「照顧者照顧課程」之合計。
- (五)除本計畫另有規定外，每週開設服務至少合計達2全日加1半日，開設時段應有固定服務時間，任一服務時段(指上午或下午半天，每一午別為1時段，每一午別至少3小時)均必須辦理認知促進課程或照顧者課程，不得單一辦理安全看視。
- (六)提供全日服務之失智據點，鼓勵於中午用餐時間辦理共餐活動，以促進失智個案之社會參與交流。
- (七)辦理失智服務據點之場地，應注意下列事項：
1. 整體空間具長者活動辨識物品之安全性、顯色性、以及提供活動充足照明；視需要提供行動不便者所需環境或設施；廁所出入動線避免狹窄；另需注意廚房或個案活動區域存放物品之妥適性，以確保個案安全。
 2. 為避免發生交互感染，應採取必要之感染管控措施，避免將失智據點設置於機構(如、醫療院所、老人福利機構、護理之家、長期照顧機構等)內。
 3. 為考量民眾使用服務之可近性並避免資源重複配置，本案計畫失

智據點設置地點以不與其他政府長期照顧相關補助方案同位址為原則。但於同址不同時段辦理或同址同時段但有獨立空間可明顯區隔者，不在此限。另不同補助方案之相同補助或服務項目以不得重複支領為原則。

四、失智社區服務據點活動課表蒐集

慈安社區發展協會
樂智社區服務據點

服務對象：1. 社區中疑似或確診失智者
2. 據點個案之家屬或照顧者

服務時間：星期二、星期四 08:00-17:00

據點位置：宜蘭市宜興路二段170號 (宜興橋下)

諮詢電話：03-9321888轉1011 陳小姐

課程免費 歡迎諮詢

參加活動，延緩失智長輩退化速度！

時間	星期二	星期四
08:00-09:30	樂活運動	頭腦體操
09:30-11:30	認知課程	藝術創作
11:30-13:00	共餐	共餐
13:00-17:00	懷舊活動	益智桌遊

課程內容依實際狀況為主

宜蘭仁愛醫療財團法人宜蘭仁愛醫院
經費來自社區服務據點補助

竹南失智社區服務據點
108年活動課程簡章

每日上午9:30~11:30

星期一：太鼓音樂
星期二：懷舊團體
星期三：體適能課程
星期四：動手動腦玩創意
星期五：動手動腦玩創意 / 預防與延緩失能(智)模組

主辦單位：苗栗縣家族照顧協會
上課地點：竹南鎮永貞路2段81號
詳情請洽：037-633860、0907-723860

衛生福利部、苗栗縣政府、廣善
經費來自社區服務據點補助

圖 2-3-1、失智社區服務據點活動課表

資料來源：宜蘭仁愛醫院、為恭紀念醫院(網頁資料)，本研究整理

從圖 2-3-1 所示，失智社區服務據點活動表可知，服務據點結合了位於各地方的醫院、當地居民組成的照顧協會、以及政府部門補助等資源(依規定避免將失智據點設置於機構內)，為失智長者及照顧家人提供支持。對於社區失智長輩者來說，提供一個與社會互動、參與的空間，藉由多元化的課程，延緩失智症長者的退化，另一方面提供家屬照護知識與技巧，以及心理諮詢，減輕照顧者的壓力。讓失智友

善與照護從社區開始紮根，落實在地化的照護服務。

其次，本研究參考衛生福利部 109 年度「失智照護服務計畫」申請作業須知內容，歸納空間項目及使用者需求如下表。

表 2-3-1、失智社區服務據點空間項目及使用者需求分析

項 目	說 明	空間使用者
服務對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 疑似失智症者：經相關評估工具評估為疑似失智症，惟尚未確診者。 2. 經診斷並載明臨床失智症評量表(CDR)值≥ 0.5分之極輕、輕度或中、重度失智症者。 3. 經長期照顧管理中心及共照中心轉介之個案。 	涵蓋極輕、輕度或中、重度失智症者。
服務項目	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於據點服務期間，應每週辦理，並固定時段。 2. 課程總數不得少於「照顧者支持團體(輔導諮商)」及「照顧者照顧課程」之合計。 	失智者 專業人員、照顧服務員、志工
	<ol style="list-style-type: none"> 2. 安全看視 <p>任一服務時段(上或下午)不得單一辦理安全看視，必須併辦認知促進課程或照顧者課程。安全看視設置之目的為據點在提供課程服務時，如有部分失智個案無法參與，有專人看顧其安全，以預防危及自身安全或他人安全等意外事件發生。</p>	失智者+照顧家屬 照顧服務員、志工
	<ol style="list-style-type: none"> 3. 照顧者支持團體(輔導諮商) <p>例如</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認識失智者心理社會反應。 2. 家屬心理社會反應及調適。 3. 家屬照顧壓力之辨識。 4. 透過情感性支持、工具性支持、資訊性支持降低家屬照顧壓力。 	照顧家屬 專業人員、志工

		5. 與家屬建立夥伴共事關係的理念與方法。	
	4. 照顧者照顧課程	例如 1. 照顧原則(人/環境/活動)。 2. 精神行為問題的因應。 3. 日常生活照顧。	照顧家屬 專業人員、照顧服務員、志工
	5. 共餐	提供全日服務之據點，於中午用餐時間須辦理共餐活動。	失智者(照顧家屬)、 志工
服務時段	每週服務時間	至少服務 2 全日、4 半日或 1 全日加 2 半日	
	每一服務時段之平均服務人數	至少須達到：A 方案 3-5 人、B 方案 6-10 人、C 方案至少須 11 人。	

資料來源：衛生福利部(2019)「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」，本研究整理。

其次，依據本研究參訪之失智社區服務據點現況，大致可分為【類型 1】由當地社區發展協會或宗教團體成立之據點，例如依附於地方宮廟或與社區關懷據點複合使用。此類據點除了主要活動空間，其他出入口、廁所等可能採共用方式，且無獨立之照顧員辦公區、陪伴家屬休息區等，且空間設計非完全針對高齡失智長輩規劃。【類型 2】附設於日間照顧等機構設立，有專屬據點空間，其他出入口、廁所等附屬空間與機構共用，已考量高齡長輩使用需求，惟須針對失智者行為特徵再做調整。至於空間機能方面，各據點的服務項目、方式及時段亦不相同。

為此，本研究採涵蓋範圍較廣的空間類型。將失智社區服務據點空間區分為出入口、接待空間、照顧員辦公區、陪伴家屬休息區、活動空間、備餐及共餐空間、廁所盥洗室，並提出環境設計建議。

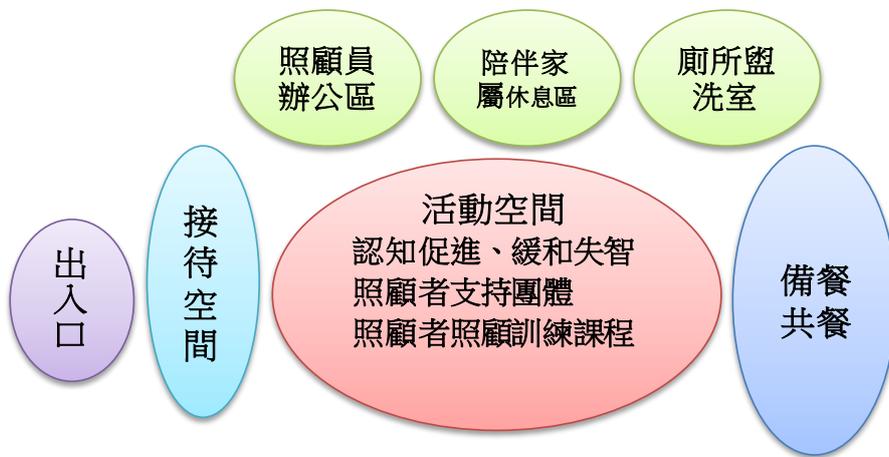


圖 2-3-2、失智社區服務據點空間需求分析

資料來源：本研究研擬

第四節 影響失智者環境認知相關因素

一、結合社會、物理及營運的空間向度

失智症並非侷限單純生理照顧問題，必須運用社會心理層面的手法作為輔助。由於患者在認知方面的缺損，導致記憶力衰退，學習困難、處理複雜任務有困難、合理化能力降低，無法以合理方法對問題作反應，如地板濕了，不會處理，且對社會規範顯示出不關心、忽視；空間能力和導向失調，例如認路、家中物品擺設之熟悉表現困難，會迷失不知回家的方向或路；語言表達困頓：選用文字表達其意念或與人對話顯得日增困難；以及行為失序，例如消極、易怒、多疑，對於看到或聽到的，做錯誤的詮釋。因此，照護策略須兼顧身、心需求。

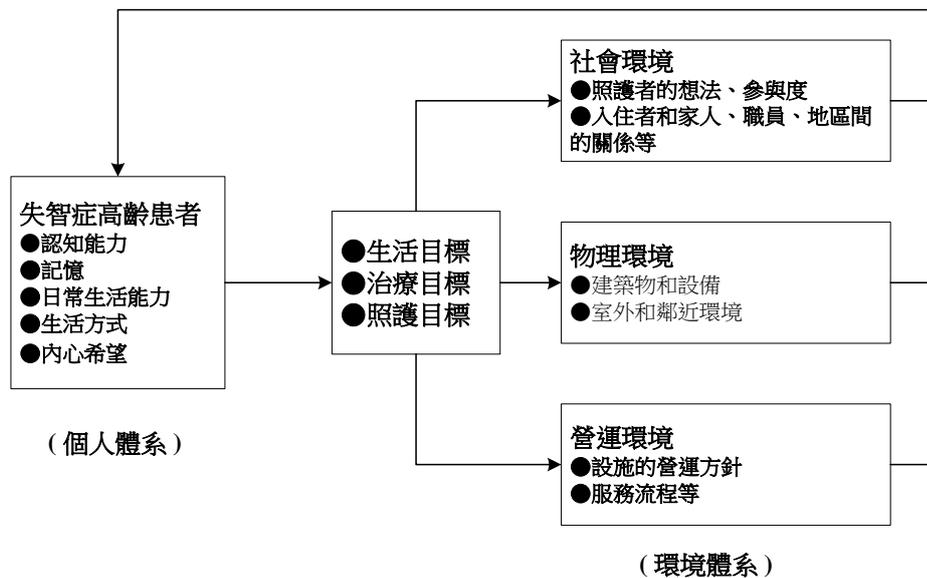


圖2-4-1、考量失智症高齡患者的設施環境

資料來源：兒玉桂子等(2009)，第 14 頁

如圖 2-4-1 所示，依據兒玉桂子等(2009)指出，考量失智症高齡患者的設施環境，必須從個人體系的向度著眼，擴展到環境體系為其策略方向，因此空間的組織原則須能支持社會環境、物理環境及營運

環境的需求。換言之，失智照護機構的空間規劃，要能促進照護者與居住者、家人、職員及所在社區之間的社會互動；建築物和設施設備、室內外及鄰里等物理環境，能具有恢復居住者身理機能及心理機能的效果，至於機構的營運方針及服務流程，必須是有利於前述二者的推動，並強化其效果。

其次，以下依據內政部（衛生福利部）老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫摘述如下。由於失智症老人的心智衰退是漸進式的，因此失智症的照顧計畫必須依據病人的疾病狀態、身體功能及認知功能等加以分級分類，但是目前機構式照顧服務因下列缺點而予人負面印象，包括（一）不是以個人而是以團體為對象；（二）個人空間狹小，像醫院而不像生活場所；（三）一房多床，沒有個人隱私及個人生活行動表；（四）照護方式及服務內容大都配合工作人員的勤務作息時間，或因夜間人手不足及追求高效率的管理，經常訂定統一的作息時間，造成老人的個人需求經常受到壓抑。

二、具支持性的建築環境

其次，在建築空間設計層面，由於失智症者並非等同於肢體障礙，毋須設置供行動不便者使用之設施設備，然而高齡者的身心機能已逐漸老化，居住空間達到基本的無障礙水準是必要的。圖○歸納出建築環境規劃設計的關注面向包括安全、和安心兩方面。在此架構下，衍生規劃設計的基本原則，包括健康、安全、安心、提供適度感官刺激、因應特殊行為、強化自我認知和促進學習的環境，說明如下：

（一）健康的環境

強化失智者的感覺與環境適應，可從運用陽光、照明、視力、色彩、音響、嗅覺等方面著手。

1. 環境設計應提供接受日照的機會，以感覺季節的變化、協助大腦調整生理時鐘、建立規律的生活節奏，減輕睡眠障礙及憂鬱情緒。

2. 室內適度引進自然的陽光，使用布簾與百葉窗，控制太陽光，避免直射。
3. 若要運用人工光線，應採用高照度的間接照明，照度宜平均，避免產生陰暗面或影子。
4. 由於長者視力功能逐漸退化，對長波對比色辨識力較強，空間色彩宜盡量採用黃色、橘色、紅色等暖色系統；對短波不敏感導致辨識力困難，宜避免紫色、藍色、綠色等冷色系統。
5. 色彩計畫可以改善照明計畫的不足，牆面、地板、家具宜採用看得清楚的鮮明、對比顏色，強化失智者對空間的認知。
6. 居住環境避開噪音，居住空間規劃採動靜分離，相對的房間避免面對面開門，加強門窗、地板的隔音效果，使用吸音材料，減少殘音干擾。

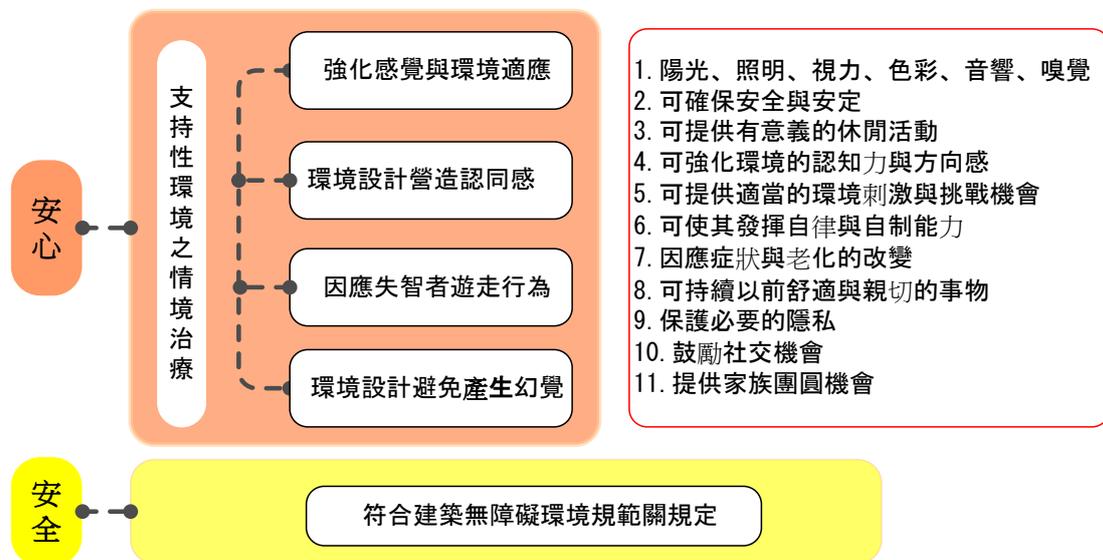


圖2-4-2、失智照護之建築環境規劃設計面向

資料來源：本研究彙整。

(二) 安全的環境

1. 避免使用全透明的玻璃門或落地窗，避免失智長者誤闖或撞傷，應以圖案貼紙或字樣標示。
2. 家具必須穩固，有銳角處以防護條包覆，走道宜淨空，避免使用

局部的小塊地毯；桌上勿放易碎或易倒的物品如花瓶、桌燈等；電線或延長線應予以固定，避免絆倒，未使用的電源插座以安全插頭蓋住。

3. 臥室盡量安排在地面層，若安排在高樓層，應注意窗戶及陽台的安全防護，例如窗戶加上鎖鏈控制開啟範圍，避免失足跌落。
4. 床位單側宜靠牆壁，並設置穩固的扶手以利長者起身，從床位到廁所門口動線應設置小夜燈等夜間照明。
5. 浴室應乾溼分離以保持乾燥，避免滑倒。浴缸內貼紙滑條，淋浴間鋪設防滑磁磚；浴缸和馬桶旁設扶手，方便長者起身，扶手顏色應和牆壁成對比，容易辨認；使用冷、熱水合一的水龍頭，熱水應有定溫設置以避免燙傷。
6. 房間、浴室門口應順平避免設置門檻，浴室門口設截水溝加速排水。
7. 樓梯踏階不宜過高，應有防滑條，兩側加設扶手，並有適度的照明。
8. 開放式廚房內應確實將具危險物品收妥，尖銳的菜刀、剪刀放在可上鎖的櫥櫃中，清潔劑也要收妥；滾燙的飲水及食物放在安全的地方，避免燙傷；冰箱及擺放食物的櫥櫃也要上鎖，避免長者食用過多食物；並限制長者單獨操作電器用品的機會。

(三) 安心的環境

1. 在交誼、休閒、用餐、活動、走道等公共空間塑造懷舊的情境佈置，可以協助失智長者建構過去所處年代的遠期記憶，進而對目前所處之環境產生認同與熟悉感，有助於安定身心及情緒穩定。
2. 塑造「家」的意象的居家空間安排，不僅避免傳統機構式的孤立感覺，要從「像家」進一步成為長者「真正的家」，居室內允許攜帶或擺放原住家中慣用的物品，踏出房間門就是如同一般家庭

的客廳、餐廳等，此外，居住人數如同一個家庭組成的口數，可協助失智長者建立家庭生活的感覺。

3. 失智症患者可能因為對環境不熟悉，產生混亂不安感甚至引起幻覺，例如快閃的動作影像、人的出入走動、燈光變化、過於複雜的裝飾材料等，因此，燈光或照明宜平均穩定，避免投射陰影或產生影子，亦不宜使用會反光的材質，或令人眼花撩亂的裝飾圖樣。
4. 公共空間或走道應有適宜的燈光安排，塑造溫馨、安全、柔和的情境，避免過度對比、刺激的照明或炫光。

(四) 提供適度感官刺激的環境

1. 在牆面上設計有趣的圖案，布置有趣的空間角落，擺放不同紋理材料的藝術品，可以吸引失智長者近前觀看、觸摸，激發好奇心。
2. 溫馴的寵物可以提供視覺、聽覺及觸覺的刺激，例如戶外庭院中養小兔子、貓、狗，會唱歌或講話的鳥兒掛在廊道的鳥籠裡，水族箱裡色彩繽紛的魚兒成群悠遊著，請失智長者協助餵食、照顧，觀察何時動物家族多了新成員等，都可以增添生活的樂趣。
3. 庭院開闢菜園區，種植季節性或可結果的蔬果，讓失智長者有機會親手種植，並隨著時序變化，觀察植物生長的節奏，增添生活趣味。
4. 打造「可產生氣味」的環境，例如設置療癒花園，種植有氣味的花木，讓氣味直接刺激腦部的感情與記憶，以芳香增進甦醒、提神，鎮定心情、減低攻擊性、提升身體防禦機能。但要注意避免種植具毒性的物種。

(五) 因應特殊行為的環境

失智症者的遊走行為是一種沒有目的、目標的行走，可能是想要

尋找安全熟悉的地方的自然反應，然而相關研究指出¹，安全的遊走具有復建的功能，因此，不需要限制其遊走，反而要提供一個有意義的徘徊空間，降低失智症患者的不安與焦慮，積極的提供適當的引導。規劃原則如下：

1. 對於所居住的房間給予定向感的標示或刺激，協助長者輕易找到自己的住所。
2. 路徑安排應形成迴路，無岔口及端點，可設計成小中庭、大迴廊等形式。
3. 減少環境中引起不安的躁音，但可適度運用低頻、持續且有規律的躁音(white noise)。
4. 路徑中如果必須有岔口或通往他處的門，採適度的掩飾或偽裝設計，讓失智者無法察覺，以避免不安。
5. 戶外庭院使用圍牆或籬笆綠化設計，適度區隔機構與外部社區，避免長者看到戶外的世界而有想要出去的衝動。
6. 主要出入口可加裝開門警示器，門被打開就會發出聲響，但不需採用高分貝的警鈴以避免驚嚇長者。
7. 視需要使用電子監測設備防止走失。

(六) 強化自我認知的環境

1. 對於所居住的房間給予定向感的標示或刺激，沿著動線使用簡單的標誌給予視覺指示，例如在牆上掛圖片，使用看得到的障礙物、熟悉的物品等。
2. 住家(房間)門口應容易辨識，可貼上名牌或居住者喜愛的裝飾、圖畫、植栽等。

(七) 促進學習的環境

空間規劃應安排多處角落的聚集、停留空間，增進居住者的交流

¹ Coltharp, Richie, & Kaas(1996)、黃耀榮(2009)。

及互動機會。

1. 在公共空間設置多處休閒座椅區，放置書報架、閱讀桌椅、鋼琴等，引導長者剪報、下棋、練書法等活動，刺激長者多動腦。
2. 鼓勵親手作的機會，例如設置大型餐桌，用餐時可以自行打菜，一群人面對面聊天，或可作為製作手工藝品的場所。

第三章 國際友善失智環境設計趨勢

第一節 日本友善失智環境理念

適宜的居住環境規劃及空間設計，對於高齡失智者維持或減輕病情是有助益的。近年我國推動補助及獎勵各類型高齡者照護機構的設置，已經從早期單純追求「供應量的增加」，轉換到「住民生活品質的提昇」。行政院衛生署及衛生福利部為了有效能管理並監督高齡者照護機構的品質，從 90 年度起要求縣市政府進行各類機構訪查，內政部並制訂老人福利機構評鑑機構評估基準，但前述實施的機構訪視及評鑑制度中對「環境及空間設備」構面較少著墨，僅針對各類型高齡者照護機構設置標準及建築或消防法規等基本要求，但多著重在量(面積)的規定，忽略了質(設計或安排)的層面，導致相關機構即使經過多次修繕，似乎未能建構出符合住民及工作人員需求的空間品質。

其次，國內學術界也逐漸關心支持性照護環境相關議題，累積有關機構環境探討之案例，曾思瑜(2009)探討日本學者發展出有關高齡者照護環境的評估工具「對認知症高齡者的環境支援指針(簡稱 PEAP)」，源自 2002 年日本照護及環境研究協會以日本社會事業大學下垣光、兒玉桂子教授等為首，由建築學、心理學、社會福祉學等範疇的學者組成跨領域的研究團隊推動，提供日本建構失智症高齡者的環境支援時具體的參考方向，其精神是定位在以環境治療的觀點，參酌日本文化、照護及建築與空間構造的實情，將定位調整成提供「現場照護工作人員進行環境規劃設計時的參考方針」，以採用讓現場照護工作人員熟悉且簡潔易懂的文字，並配合明確具體的文字說明，以評估機構中實質從事失智症高齡者照護的工作人員為對象進行調查，再依據其調查結果修正成「PEAP 日本版 3」，是對入住到養護

中心、護理之家或小規模群居住宅（group home）等機構的失智症高齡者，提供廣義的環境支援的指針。

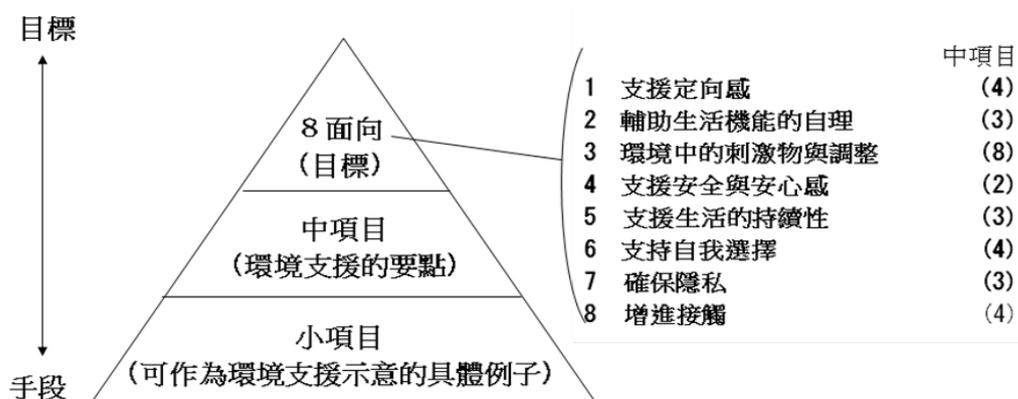


圖3-1-1、針對老年失智症者的環境支援指南

PEAP日本版3的面向結構與項目

資料來源：兒玉桂子（2013）

如圖3-1-1所示，PEAP評估目標共分8個次元，包括：支援定向感、輔助生活機能的自理、環境中的刺激物與調整、支援安全與安心感、支援生活的持續性、支持自我選擇、確保隱私、增進接觸。

表3-1-1、PEAP日本版3評估構面及評估項目

評估構面	PEAP 日本版3
1. 支援定向感	1. 環境中資訊及情報的活用
	2. 對時間、空間認知的支援
	3. 容易辨識的空間和所在場所
	4. 視野的確保
2. 輔助生活機能的自理	1. 對提昇住民自我照顧的支援
	2. 能獨立自主進食用餐的支援
	3. 調理、清潔洗滌、購物等活動的支援
3A. 環境中的刺激物與調整	1. 對妨礙生活噪音的調整
	2. 提供適當的視覺刺激
	3. 對於令人不愉快臭味的調整

	4. 改變地板材質可能造成危險的考量
3B. 環境中的刺激物與調整	1. 提供有意義良質的聲音
	2. 從視覺刺激中對環境適應的支援
	3. 藉由香味引起感性的機制
	4. 提供柔軟的素材
4. 考慮到安全與安心感	1. 方便守護住民
	2. 確保安全的日常生活
5. 支援生活的持續性	1. 熟悉的行動樣式和生活型態持續的支援
	2. 住民個人特質的表現
	3. 營造居家溫馨的環境
6. 支援自我選擇	1. 可自由選擇想停留的空間及所在場所
	2. 柔軟彈性地因應住民的行動及選擇
	3. 準備各種椅子和生活小用品
	4. 寢室空間的選擇具彈性
7. 確保隱私	1. 有關私密性的機構方針
	2. 確保寢室空間中的私密性
	3. 讓空間具多元選擇性以確保私密性
8. 增進接觸	1. 提供能誘發交流和互動的空間
	2. 促進交流互動的傢俱和配置
	3. 提供能引發交流互動的生活小道具
	4. 社會生活的支援

資料來源：兒玉桂子 (2013)，本研究整理

如表3-1-1所示，PEAP的8項目標轉化為由8個評估構面總計31個評估項目所構成，可大分為兩部分，其中1~4主要是有關硬體建築物環境設備的評估構面，5~8則是有關照護及機構營運理念和方針的評估構面，提供現場照護工作人員進行環境規劃設計時的參考方針。

以下係依據日本社会事業大学兒玉桂子教授教授於 102 年 11 月 27 日第 30 屆中日工程技術研討會「高齡者居住環境評價與計畫」講題中之資料，摘述如下。

1. 支援定向感：支援空間、時間、讓人一目了然在該處是做什麼事的環境。

1-1 善用環境中的資訊	1-2 支援對時間、空間的認知
	
「門簾」是洗澡的訊息	設法傳達生活的節奏

圖 3-1-2、支援定向感的環境 1

資料來源：兒玉桂子 (2013)

1-3 空間或住處是否容易辨認	1-4 確保視野
	

紅色的把手以及門的顏色	看得到自己活動的區域、及照顧人員
-------------	------------------

圖 3-1-3、支援定向感的環境 2

資料來源：兒玉桂子 (2013)

2. 輔助生活機能的自理：支持日常生活的動作或日常生活的自立，進一步支援能持續的環境

2-1 為提高自立性	2-2 讓失智者能自己吃飯
	
即使坐輪椅也能輕易地靠近，鏡子也容易照到。	使用一般家庭用的餐具，營造能引起食慾的氣氛。

圖 3-1-4、輔助生活機能的自理的環境 1

資料來源：兒玉桂子 (2013)

2-3 輔助做飯、洗衣、購物等活動



瓦斯爐安裝在靠牆壁側，考慮到用火安全，可參與做飯。

在手可以伸到的地方晾衣服。

圖 3-1-5、輔助生活機能的自理的環境 2

資料來源：兒玉桂子 (2013)

3. 環境中的刺激物與調整：提供居住者可以適應或感受良好的環境刺激。此外，應將環境的刺激調整到不引起混亂或壓力。

a. 刺激物

3a-1 提供有意義、不吵雜的聲音



聽到做飯的聲音就知道是吃飯時間

3a-2 用視覺的刺激適應環境



柔和的照明或裝潢

圖 3-1-6、環境中的刺激物與調整 1

資料來源：兒玉桂子 (2013)

<p>3a-3 香味可以激發感性</p>	<p>3a-4 提供柔軟材質的東西</p>
	
<p>在陽台放置盆花，臥病在床的人也可以因花香而心情愉悅。</p>	<p>在設施起居室的東西也採用和自家一樣的柔軟材質。</p>

圖3-1-7、環境中的刺激物與調整2

資料來源：兒玉桂子 (2013)

4. 考慮到安全與安心感：創造安全威脅最小、因此失智症者或照護者可以最安心的環境。

<p>4-1 是不是可以很容易地看到看護的入住者</p>	<p>4-2 確保安全的日常生活</p>
	
<p>人數少的生活單位較容易看護，對高齡者來說，可以看到職員也較為安心。</p>	<p>沐浴椅或防滑的地板材質</p>

圖 3-1-8、考慮到安全與安心感的環境 1

資料來源：兎玉桂子 (2013)

5. 支援生活的持續性：可以持續給予熟悉的環境以及生活方式之環境支援。

5-1 支援熟悉親近的行動及生活方式	5-2 表現那個人的特質
	
用書桌的布置或電影明星的照片表現自己的喜好	凝聚了 104 歲人生的起居室

圖 3-1-9、考慮到安全與安心感的環境 2

資料來源：兎玉桂子 (2013)

5-3 營造家庭的環境	5-4 與地方區域的連結
	
不選擇設施用的家具、而是使用家庭用的家具。	感受地方區域的生活，融入當地的習慣或行事。

圖 3-1-10、考慮到安全與安心感的環境 3

資料來源：兎玉桂子 (2013)

6. 支援自我選擇：讓患有失智症的人也可以有自我選擇的環境支援。

6-1 對入住者的彈性應對	6-2 空間或住處的選擇
	
<p>每一單位都設置浴室，可以讓沐浴方面的對策更有彈性。</p>	<p>有各式各樣的住處可以選擇</p>

圖 3-1-11、支援自我選擇的環境

資料來源：兒玉桂子 (2013)

7. 確保隱私：回應失智症者的需求，可以獨處、或選擇與他人交流的環境支援。

7-1 與隱私相關的設施方針	7-2 確保居住房間內的隱私
	
<p>個別房間門的關閉與否，尊重入住者的希望。</p>	<p>利用隔板，在視線上雖然可以保護隱私，但卻無法做到聲音或氣味方面的隱私。</p>

圖 3-1-12、確保隱私的環境 1

資料來源：兪玉桂子 (2013)

7-3 為確保隱私的空間選擇	
	

確保有小群體可以一起生活的住處也是隱私	確保有單人的住處
---------------------	----------

圖 3-1-13、確保隱私的環境 2

資料來源：兒玉桂子 (2013)

8. 增進接觸：能促使失智症者和社會的接觸及相互交流的環境支援。

8-1 提供能引導出接觸的空間	8-2 能引導出接觸的家具及其擺設
	
確保可以輕鬆駐留的場所	讓人想坐下的桌椅擺設

圖 3-1-14、增進接觸的環境

資料來源：兒玉桂子 (2013)

第二節 支持失智症照護環境指南(澳洲)

失智症患者本就對於生活空間認知產生障礙，另一方面，隨著年齡的增長，視力及視覺逐漸產生不同程度之老化，例如閱讀時需要較多之照明，對反光無法忍受，對相近之顏色無法區辨，對於光線突然之變化，需要較長之適應時間或無法適應，尤其如有視野逐漸變窄，對於深度知覺之不敏感等，一般空間之規劃設計若忽略此特殊性，將造成高齡失智者生活行動之障礙重重。因此，設計者如何透過空間組織、聲音、材質、光線變化及指標指引等強化高齡者對環境之認知，塑造符合高齡失智者需求之環境設計，是十分重要的一環。

以下各節之資料來源，係參考設於澳洲之支持失智症照護環境資訊中心(the Dementia Enabling Environment Virtual Information Centre)，有關Dementia Enabling Environments Project¹有關失智症照護中心之規劃設計指南撰擬，茲概分成色彩計畫、材料和表面、照明、定向與尋路、聲音控制等項目；本研究擷取色彩計畫乙項說明如下。

¹ 該網頁（網址：<http://www.enablingenvironments.com.au/>）針對居家、照護中心及戶外花園三種空間類型，提供空間規劃設計之資訊新知、參考資源、討論團體等，並以圖文方式說明重要關鑑設計原則，供大眾參考。

一、色彩計畫

1. 顏色與對比

適宜失智症者的環境中，顏色的重要性

為塑造對失智症者有利的環境，顏色與顏色對比能發揮重要功能，當顏色被正確使用於環境中時，它能使失智症患者感覺更為清晰，若環境中的顏色選擇不當，將使失智症患者感覺混亂而導致激動和困擾。因此，為失智症患者進行環境設計時，顏色計畫須慎重考慮。



圖 3-2-1、環境中的顏色與對比

資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

2. 有助於失智症患者的有效色彩和圖案

對失智症有利的環境中，顏色的重要性

圖案可能會因為主題的大尺寸或醒目的顏色對比而變得突出，影響失智者的判讀。

細微圖案以低對比度來呈現則較為妥當。



圖 3-2-2、有助於失智症患者的效色彩和圖案 1
資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

避免任何可能被誤以為實體對象的過於突出、或顯眼的樣式

失智症患者可能會將圖案和主題視為真實的物象。例如，帶有白色斑點之黑色背景圖案地毯可能會分散患者的注意力。他們可能會認為該斑點是某種物體而嘗試在地毯上將之「撿」起來。應避免突出而醒目的圖案，包括因其中突顯的主題明顯地與背景顏色成對比，而具有大主題或小圖案的設計。



圖 3-2-3、有助於失智症患者的效色彩和圖案 2
資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

避免任何可能被視為水平改變的突出、顯眼樣式

對於患有老年失智症者而言，色調和曲折的改變可能被視為地面高度的改變。地板上的高對比色（就像棋盤圖案）很可能被認為是地板樓層的變化或地面上的「洞口」（holes）。

同樣的，垂直表面上的明顯顏色對比很可能被認為是深度的變化，所以應盡量避免高對比度的斑點，條紋和方格圖案的地板，尤其可能被誤以為階梯或者是地面的「洞」體。



圖 3-2-4、有助於失智症患者的效色彩和圖案 3
資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

避免任何可能被視為運動的突出大膽圖案

必須避免包括條紋和鋸齒形線的大膽圖案，因為它們可能會被視為是移動的物體。

具突出顆粒的木質地板也可能會分散失智症患者的注意力。



圖 3-2-5、有助於失智症患者的效色彩和圖案 4
資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

色彩感知度

人類對顏色的感知係取決於物件的顏色和光線。

顏料的顏色屬「減法」(subtractive)性質，因為當混合在一起，它們會構成一個接近黑色的顏色，這是一種「不存在的顏色」(absence of color)。色輪顯示了三種基色(紅，黃，藍)和輔色(橙，紫，綠)。這些顏色可以會因三維空間、色度、色值和色度之不同而異。

因此，在談到顏色之間的對比度時，它包括了：

- 色度對比 (Contrast of hue):例如紅色和黃色之間的對比;
- 明暗對比 (Contrast of light and dark):當不同色調 (tint) 和色澤 (shade)彼此相鄰時的亮度和暗度對比，其中包括例如暗紅色和粉紅色的反差，這屬於相同的色度 (hue)的不同色值 (value);



圖 3-2-6、有助於失智症患者的效色彩和圖案 5
資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)



圖 3-2-7、有助於失智症患者的效色彩和圖案 6
資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

- 冷暖對比 (Contrast of cold and warm):指的是不同「溫度」的顏色彼此被相鄰放置一起時。例如，紅色代表「溫暖」而藍色代表「冷酷」。

光也是我們對顏色感知的重要組成部分。我們感知顏色的方式是對環

境中物象／表面的顏料 (pigment color)和光的顏色所反映出環境中物象／表面的組合。

老齡眼

- 隨著年齡的增長，人們的視力和色覺發生了很多變化。眼睛晶狀體鏡的增稠和泛黃改變了顏色被感知的方式。因此老年人的經驗如下列情況：
- 對比度知覺能力的降低從而導致難以察覺環境中的細微變化，例如地毯和台階之間的區分。
- 察覺顏色飽和度或鮮豔度（即色度）能力的減少。例如紅色開始看起來像粉紅色
- 區分藍色的能力下降

例如，下圖左為一般視力正常者所見之景象，下圖右為高齡視力功能退化者所見之景象。因此，空間的色彩計畫必須避免前述長者視覺功能退化導致的危險。



圖3-2-8、有助於失智症患者的效色彩和圖案7

資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

突顯重要的視覺元素

突顯的顏色對比可被用來強調對象和添加清晰度到環境中。

例如：

- 餐桌擺置的顏色必須與桌布／餐桌成對比。
- 椅子的顏色應與地板成對比。
- 水槽和廁所顏色必須與衛生間的牆面／地面成對比。



圖 3-2-9、有助於失智症患者的效色彩和圖案 8

資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

適度減少不必要的視覺檢查 (visual access)

降低對比的手法可被用於將某些對象或元素進行視覺的消退效果，以融入周圍的環境中。

例如，出口門可以透過使用壁紙或塗料以搭配門周圍的牆壁，使之變得不明顯。

細微且低色彩對比的圖案可用於地板或牆壁。



圖 3-2-10、有助於失智症患者的效色彩和圖案 9

資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

以色彩對比來定義環境

利用鮮明的色彩對比來幫助定義環境的主要位置。地板、踢腳板和牆壁應該彼此清楚地呈現對比，以使牆壁與地板之間的接線可容易地被區別。

在牆上掛上明顯的物件例如壁掛或掛毯，也有助於對地板和牆壁的區分。



圖 3-2-11、有助於失智症患者的效色彩和圖案 10

資料來源：[Dementia Enabling Environments Project\(2021\)](#)

地板接口及門檻的顏色處理

要使用連接到牆上的踢腳板，這將使失智症患者難以區分樓層端和牆壁的分界。

確保房間內門檻與地板的顏色對比不要過於鮮明，否則它可能被視為地平面水平高度的變化，也可能被誤認為是陰影。

在一般情況下，確保所有房間或區域地板彼此被均勻著色，使它們看起來是連續的。即使在地板上使用不同的材料，也應確保其顏色相同僅呈輕微的對比，以便讓它們被設為在一個連續的水平面上。



圖 3-2-12、有助於失智症患者的效色彩和圖案 11
資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

顏色產生的心理關聯

儘管目前已有許多有關人心理反應與顏色的學術研究，其結果卻不盡相同。人們普遍認為，色彩取決於個人，文化和主觀等諸因素；然而，有一些潛在的一致性已被注意到。

藍色

- 藍色普遍的讓人感到平靜和寧靜果。
- 此色建議使用於寧靜室和臥室。
- 冷色系可讓房間顯得更大些。

綠色

- 此色與生長和生活的感覺相關。
- 它能降低中樞神經系統的活動，並讓人們感到平靜。
- 它被認為是最寧靜的顏色。
- 與其他冷色系一樣，它可讓房間顯得更大些。

紫色

- 它似乎對情緒或神經系統無持續影響，可能是因為它係由色彩光譜兩端的紅色和藍色組合而成之故。

紅色

- 它能加強腦波活動，並能刺激生產腎上腺素到血液中，因此推薦將它使用於高活動性區域或需要刺激的公共空間
- 此色會讓房間顯得較小些。由於它也會讓人感到溫度的增加，因此可被用於較涼爽的房间。

橙色

- 它是一種相對較新的色彩，僅在第十或第十一世紀出現於歐洲語言
- 作為一個暖色系，它具有類似於紅色的屬性。它屬於地球基色 (earth-base color) 之一，並和綠色一樣，通常會產生與自然和自然環境的感覺關聯。



圖 3-2-13、有助於失智症患者的效色彩和圖案 12

資料來源：Dementia Enabling Environments Project(2021)

第三節 其他國際支持失智者的環境設計原則

一、ADI (Alzheimer's Disease International)國際阿茲海默症協會等支持失智者的環境設計原則

本研究參考總部設於英國的國際阿茲海默症協會ADI (Alzheimer's Disease International)及支持失智症環境資訊中心(The Dementia Enabling Environment Virtual Information Centre)、設於西澳洲的阿茲海默症護理專家組織(Alzheimer's WA the dementia care experts)研提之支持失智者的環境設計原則。前述ADI組織是全球多個阿茲海默症協會的傘狀組織，每個成員都支持自己國家的失智症患者及其家人，其願景是為全世界的失智症患者及其家人改善生活品質。Alzheimer's WA the dementia care experts則是設在西澳洲的失智症有關的公益團體組織，宗旨為提供以人為本的整體支持和教育資源，以幫助失智症患者及其照顧者、家人、朋友等。

原則1. 不著痕跡地降低環境風險(UNOBTRUSIVELY REDUCE RISKS)

失智症患者需要一個安全、可靠且易於走動的內部和外部環境，才能最大限度地發揮他們的能力。然而，過於明顯的安全特徵和障礙可能會導致其沮喪、痛苦和憤怒的情緒，因此需要有技巧地採取不顯眼的設計，降低其在環境中可能的潛在風險。

原則2. 符合人體尺度的環境 (PROVIDE A HUMAN SCALE)

建築物的空間尺度會影響失智症患者的感受和行為。空間尺度的經驗由三個因素決定；人可以遇到的人數多寡，建築物的空間大小，以及單個組件的大小，例如門、房間和走廊。一個人不應該被周圍環境的大小嚇倒，也不應該面對太多的互動和選擇。相反，尺度應該幫助人們感到可以駕馭或控制這個空間。

原則3. 讓人們看到彼此(ALLOW PEOPLE TO SEE AND BE SEEN)

提供易於理解的環境將有助於最大程度地減少混淆。對於失智症患者來說，能夠識別他們在哪裡、從哪裡來以及如果他們朝著某個方向前進會發現什麼，這一點尤為重要。當他們可以看到重要的地方，例如休息室、餐廳、臥室、廚房和戶外區域時，他們就更有能力做出選擇並找到他們想去的地方。據說提供這些機會的建築物具有良好的視覺通透性。良好的視覺可及性為參與者提供了機會，並使失智症患者有信心探索他們的環境。

原則4. 減少無益的刺激(REDUCE UNHELPFUL STIMULATION)

由於失智症患者減低了過濾環境刺激的能力，只能關注某些重要的事情，因此患有失智症的人可能會因長時間暴露於大量刺激而感到痛苦。環境的設計應盡量減少無益的刺激因素。包括考慮全方位的感官，例如過多的視覺刺激與過多的聽覺刺激等，都會造成壓力。

原則5. 優化有益的刺激(OPTIMISE HELPFUL STIMULATION)

讓失智症患者能夠看到、聽到和聞到可以讓他們知道自己在哪里以及可以做什麼的事物，有助於最大程度地減少他們的困惑和不確定性。考慮提供提示的需求，為同樣一件事物提供多樣的提示，要瞭解到對一個人有意義的事物不一定對另一個人也具有意義。一個人可能會認出他們的臥室，例如，因為視野、家具的存在、牆壁的顏色、燈具和/或床單等。提示需要精心設計，以免增加無益的刺激。

原則6. 支持移動和參與

可以提供明確定義的路徑、沒有障礙物和復雜的決策點，來支持失智症者的方向和步行安全。路徑應該引導人們參與過去有興趣的部分，使能參與活動或增進社交互動的機會。應該有內部路徑和外部路徑，在天氣允許時提供外出的機會。

原則7. 創造一個熟悉的空間

失智症者有能力使用和享受他們早年熟悉的空間和物體。環境應

該讓他們有機會藉由使用熟悉的建築設計（內部和外部）、家具、配件和顏色來最大限度地發揮自己的能力。這涉及失智症者生活環境和個人背景，應鼓勵失智症患者用他們熟悉的物品佈置具個人特色的環境。

原則8. 提供獨處或與他人相處的機會

失智症患者有權選擇獨處或與他人共度時光。需要提供各種空間，一些空間用於與一兩個人安靜地交談，一些空間用於更大的團體，以及人們可以自己獨處的空間。這些內部和外部空間應具有多樣特徵，例如一個閱讀、交談或望向窗外的地方，以提示人們可以做什麼並激發不同的情緒反應。

原則9. 提供與社區的鏈接

如果沒有不斷提醒自己是誰，失智症者可能會失去身份感。與朋友和親戚的頻繁互動有助於維持這種身份感。如果該單元是較大場地的一部分，則場地周圍應該有方便的通道，以便失智症患者、他們的家人和朋友可以與住在那裡的其他人互動。

原則10. 回應生活方式的願景

環境應該支持失智症患者過上對他們有意義和有價值的生活。這種生活方式或護理理念的選擇將因設施而異。有些人會選擇專注於日常生活中的日常活動，並擁有功能齊全的廚房。其他人將專注於全方位服務和娛樂的理念，而還有一些人將強調健康的生活方式，或者可能是精神反思。所提供的生活方式需要明確說明，建築的設計既要支持這種生活方式，又要讓居民和工作人員清楚地了解這種生活方式。該建築成為關懷理念的體現，不斷提醒員工所需的價值觀和實踐，同時為他們提供完成工作所需的工具。

二、愛爾蘭國家失能管理局NDA(National Disability Authority)

友善失智的環境設計課題

愛爾蘭國家失能管理局 (NDA) 是成立於 2000 年 6 月 12 日的獨立的法定機構，就與失能者生活相關的政策和實踐向政府提供訊息和建議。包括研究、開發和合作開發相關統計數據；協助制定標準；制定監督標準，協助失能者在公共服務中的就業。推動建築環境、產品、服務以及訊息和通信技術的通用設計，使每個人都無論年齡、大小、能力或失能狀況，都可以輕鬆使用它們。



圖3-3-1、友善失智的環境設計課題

資料來源、National Disability Authority(2015)

如圖3-3-1所示，該機構研提友善失智的環境設計課題，包括：

1. 鼓勵採用參與式設計方法，讓失智症患者、護理人員和其他家庭成員可以參與設計過程。
2. 採用失智者熟悉的設計，使用符合使用者期望的可識別特徵。一個

- 易於理解和平靜的環境，儘量減少聲音和視覺干擾。
3. 對住宅的關鍵區域或重要目標，提供良好視覺可及性，以便在需要時提醒使用者注意。
 4. 安全可靠的室外空間，無論感官或認知能力如何，從內部都可以清楚地感知到，以鼓勵居住者使用這些空間。
 5. 不顯眼的安全措施和輔助技術，提供安全可靠的環境。
 6. 個性化的環境，以增強自我的連續性。
 7. 為不同的活動提供不同的空間。

(一)空間規劃與佈局(出入口)



圖3-3-2、空間規劃與佈局

資料資源：National Disability Authority(2015)

- A. 使空間遠離噪音源，確保良好的聲學條件，或高水平的隔音，如三層玻璃。
- B. 種植特定的灌木，展現一個獨特的入口。
- C. 平面的入口大門。

- D. 提供一扇色彩鮮豔的前門，使其與眾不同且易於識別。
- E. 考慮在某些時候安裝窗簾遮住外部空間，避免失智者在不合適的時間想要離開。
- F. 開放式佈局，提供使用者在重要地點環伺四周時，可達到視野可及性。
- G. 確保外部空間的良好視野。



圖3-3-3、出入口

資料資源：National Disability Authority(2015)



圖3-3-4、室內隔間

資料資源：National Disability Authority(2015)

- A. 使用書架或房間分隔屏風創造不同的空間。

- B. 使用不同的顏色來定義單獨的空間。
- C. 使用獨特的家具來定義特定的功能和空間。

(二)樓梯



圖3-3-5、樓梯1

資料資源：National Disability Authority(2015)

1. 樓梯和電梯應該在一個合乎邏輯的位置，使用顏色或色調對比來幫助人們識別樓梯。在進入和移動時應該清晰可見。
2. 電梯控制裝置必須易於使用且直觀，而照明和標牌將使這些入口易於定位和使用。
3. 通往樓梯和電梯的門應光線充足且清晰可以通過使用不同的顏色或色調與背景區分開來。
4. 從走廊連續地板飾面和顏色，在材料發生變化的地方確保有最小的顏色對比度，尤其是在門檻處。
5. 樓梯尾端應清楚指示，即扶手正在結束，提供使用者調整的機會。
6. 在電梯內使用鏡子作為這些可能會引起混淆。
7. 帶有對比條的樓梯，包括明確定義的頂部和底部台階樓梯平台的第一個和最後一個台階上的對比條。
8. 扶手採用不銹鋼以外的材質，視覺效果更佳對比，可能不會感覺那麼冷。
9. 地板顏色、踢腳板和牆壁顏色都有助於營造視覺效果。

(三)接待區



圖3-3-6、接待區

資料資源：National Disability Authority(2015)

1. 清晰和合乎邏輯的動線，以確保輕鬆導航整個住宅。
2. 從入口區域和主要動線能直接看到主要活動空間、廁所或樓梯。
3. 外部窗戶提供自然光和景觀，以幫助定向並鼓勵使用外部空間。
4. 使用顏色和色調使重要的門從背景中脫穎而出
5. 使用對比色或色調來區分地板、牆壁和踢腳板。
6. 在材料變化很小的情況下提供連續的地板裝飾。在材料發生變化的地方確保有最小的顏色對比度，例如門檻。
7. 避免在地板飾面上出現強烈的圖案，並提供素色、霧面飾面減少眩

光或光澤。

8. 提供清晰的標牌和醒目的圖形以增強尋路能力。應使用非反光材料且放在明顯位置。
9. 提供均勻、自然和人工照明來幫助那些有視覺困難的人。
10. 開放式佈局，良好的視覺穿透有助於定位。

第四章 高齡者失智社區服務據點強化認知環境設計及檢核

第一節 強化高齡者認知的環境設計

本研究將失智社區服務據點空間區分為出入口、接待空間、照顧員辦公區、陪伴家屬休息區、活動空間、備餐及共餐空間、廁所盥洗室。再依據空間屬性，依空間的開放性及功能概分為四區域：(1)鄰近外部環境的出入口及接待空間，(2)主要活動包含備餐及共餐空間，(3)照顧服務員及家屬在旁提供支援或觀察的空間，以及較為隱密的(4)符合失智長輩使用需求的廁所盥洗室。

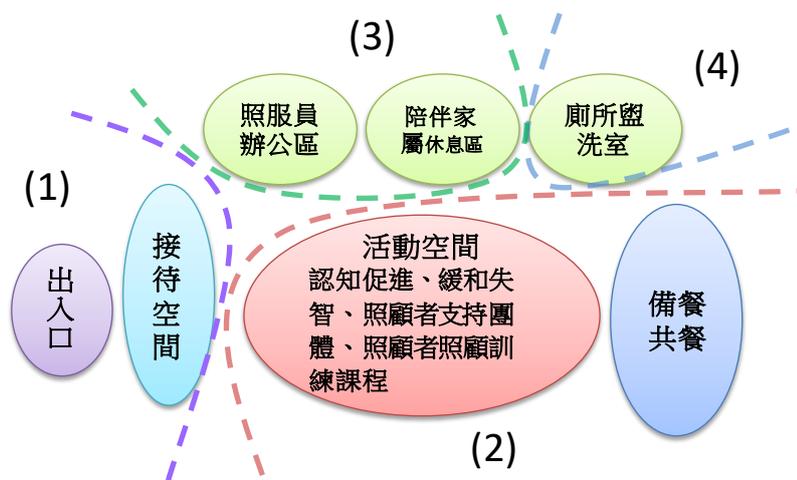


圖4-1-1、失智社區服務據點空間區分

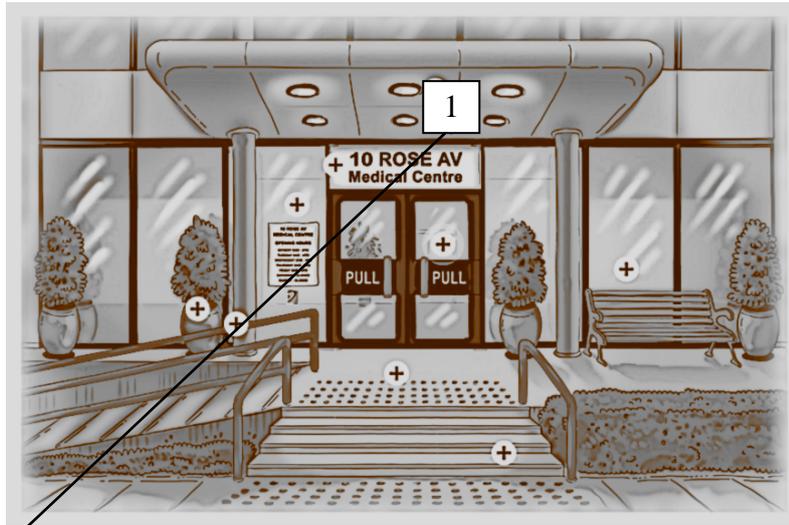
資料來源：本研究研擬

其次，為了增進空間規劃使用者對於強化高齡者認知的環境設計應有認識，亟須採用淺顯易懂的圖文方式表達。本研究參考西澳洲阿茲海默症護理專家組織(Alzheimer's WA the dementia care experts)網頁，依據失智症支持環境虛擬訊息中心提供之實用技

巧、指南和資源，其鼓勵並支持失智症患者盡可能獲得充實和獨立的生活，任何人都可以對他們的家或建築空間進行簡單的修改，或著手於建築設計的改變。該網站資訊提供在不同的家居環境下，讓使用者了解更多關於每個空間區域的關鍵設計原則，並提供下載有用的訊息和資源。

因此，本文參考該網站提供之資訊，依據本研究研擬四類之空間分類，參考並修正為符合我國失智社區服務據點所需之內容，就強化認知空間之優劣，或空間設計應避免之現象等，以歸納環境設計重點。文中所列示意圖亦擷取該網站圖片略加修飾而成，擬俟爾後研究成果若有推廣需要，再行重新繪製並修正。

有關環境設計建議範例說明，圖片中之編號對照文字說明之標號，其中所引述原則，係依據國際阿茲海默症協會ADI (Alzheimer's Disease International)及支持失智症環境資訊中心(The Dementia Enabling Environment Virtual Information Centre)、設於西澳洲的阿茲海默症護理專家組織(Alzheimer's WA the dementia care experts)研提之支持失智者的環境設計原則。(如圖4-1-2)



(1) **原則5**：確保前入口的照明均勻，以清楚地識別通往入口的通道，尤其是在夜間。

原則1. 不著痕跡地降低環境風險

原則2. 符合人體尺度的環境

原則3. 讓人們看到彼此

原則4. 減少無益的刺激

原則5. 優化有益的刺激

原則6. 支持移動和參與

原則7. 創造一個熟悉的空間

原則8. 提供獨處或與他人相處的機會

原則9. 提供與社區的鏈接

原則10. 回應生活方式的願景。其次，並就各該原則之精神，針對空間規劃設計提出建議。

圖 4-1-2、環境設計建議範例說明

資料來源：Dementia Enabling Environment

Principles(2021)，本研究修正

一、 出入口及接待空間



圖 4-1-3、出入口

資料來源：Dementia Enabling Environment Principles(2021)，本研究修正

- (1)原則5：確保前入口的照明均勻，以清楚地識別通往入口的通道，尤其是在夜間。
- (2)原則3, 6, 7：允許人們從遠處清楚地看到建築物的用途，以支持入口的尋路和定位。
- (3)原則3, 7：使用清晰的標誌牌指示營業時間和有用的訊息。
- (4)原則3, 6：採用帶有對比色門框和把手的前門，便於容易地看到它們，可以鼓勵人們移動到其他室內或室外空間。原則3：透明玻璃門而不是磨砂玻璃可以讓人們從外面看到接待區，有助於定位。
- (5)原則8：確保在需要時有機會休息和舒適地坐下。
- (6)原則3：靠近大門的大型獨特植栽可作為輔助尋路的地標。原則5：確保盆栽植物的顏色與正門入口形成鮮明對比，以便於

識別並突顯大門區域。

- (7)原則3, 6：通往前門入口的坡道上的扶手尺度應符合使用者需求，並提供必要支撐。
- (8)原則1, 3, 6：確保地板的標記(如導盲磚等)不與地板表面形成對比，否則可能導致視覺困難的人將空間視為地面上的洞。
- (9)原則3, 6：通向正門的台階應該容易且安全，並有支撐欄杆。確保台階從頂部台階到底部都有良好的可視性。

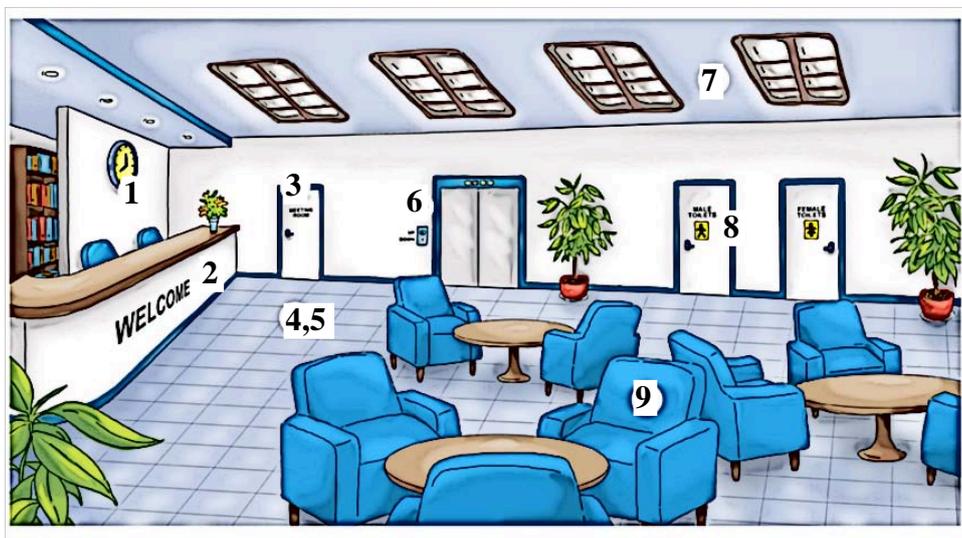


圖4-1-4、接待空間

資料來源：Dementia Enabling Environment Principles(2021)，本研究修正

- (1)原則3：使用大而易讀的時鐘來幫助時間定位，並避免產生反光。
- (2)原則3：清晰的標誌有助於識別前台接待區。
- (3)原則3：在門框和把手上使用顏色對比有助於輕鬆識別門的位置。
- (4)原則3：確保地板表面使用的顏色和圖案是合適的。確保用於地板表面的材料防滑且無光澤。為了讓失智者清楚地看到環境，請確保地板與家具的顏色形成鮮明對比。

- (5)原則4：確保地板表面使用的顏色和圖案是合適的。確保用於地板表面的材料防滑且無光澤。為了讓失智症患者清楚地看到環境，請確保地板與家具的顏色形成鮮明對比。避免有誇張圖案的地板，這可能會使失智症患者分心。
- (6)原則3：確保牆壁、燈開關盒和開關本身之間的顏色對比清晰，以便輕鬆識別。
- (7)原則5：確保照明均勻，最低照度為 300 勒克斯。
- (8)原則3：使用文字、符號或圖片形式的標誌來標示浴室。
- (9)原則2：椅子應該舒適，並有良好的靠背和手臂支撐，方便人們可以輕鬆使用。使用輕便且可以移動且不會翻倒的舒適椅子。確保椅子的顏色與地板材料的顏色形成鮮明對比，以便在環境中清楚地識別。原則3：適當安排座位，以便利於幾個人交談和互動。家具設計的樣式必須是可識別的，避免過於抽象的形式。建議選擇熟悉的家具。

二、備餐及用餐空間

(一)備餐區

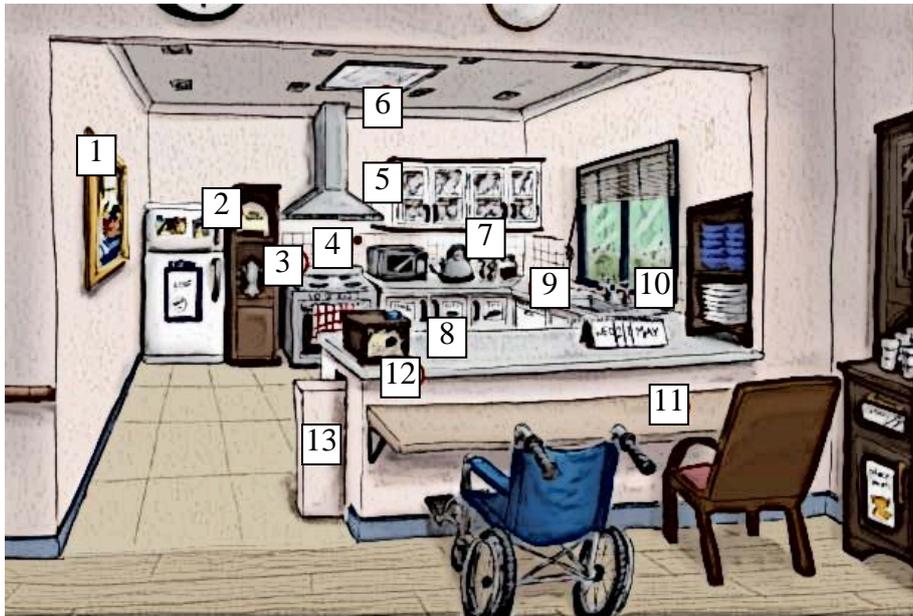


圖4-1-5、備餐區

資料來源：Dementia Enabling Environment Principles(2021)，本研究修正

- (1)原則9：擺設與空間目的有關的藝術品和物件，例如水果月曆。
- (2)原則5：咖啡或新鮮出爐麵包的香氣能刺激感官。它們也可作為感官提示的取向，因為香味通常容易地與廚房產生連結。例如在台灣的廚房擺設電鍋，煮飯散發的香氣。
- (3)原則1：使用感應式烹飪磁爐而非傳統式烹具，以儘量減少燒傷的危險，並適當提供開放式的使用。
- (4)原則1：廚房的安全裝置，例如廚具可控制開關和旋鈕。
- (5)原則3：確保廚具都配有玻璃門櫃，以便能快速且方便地識別櫥櫃裡頭物品的位置。使用強化玻璃，以減少玻璃破碎而造

成傷害的風險。開放式的貨架能讓物品得以容易地被看到。

- (6)原則5：允許充足的自然陽光的空間，透過窗戶和天窗確保均勻分佈的光，至少600勒克斯平均照度。
- (7)原則5：將頻繁使用的物件置於廚房檯面，以讓失智者得以容易看到即使用，進而鼓勵他們進行有意義的日常居家活動。
- (8)原則3：在櫃子和抽屜上加上標籤以方便識別。
- (9)原則4：選擇低分貝噪音輸出的家用電器(如洗碗機)，以減少環境中的過量刺激。
- (10)原則3：使用紅色和藍色標誌來指示冷熱水龍頭。原則1：採用恆溫混合閥或熱水切斷裝置來控制溫度，以防止熱水燙傷。
- (11)原則10：建構一個廚房的工作空間，讓失智者得以主動或被動從事廚房的活動。
- (12)原則5：藉著在廚房導入正向的聲音以增加做飯的樂趣，例如播放舒緩的音樂和特地選擇的音樂。原則4：減少不必要的刺激，例如關閉吵雜的收音機聲音。
- (13)原則1：必要時可使用橫拉滑門作為廚房的開關。門的顏色應儘量與廚房工作檯搭配，以使其不顯眼。

(二)用餐區

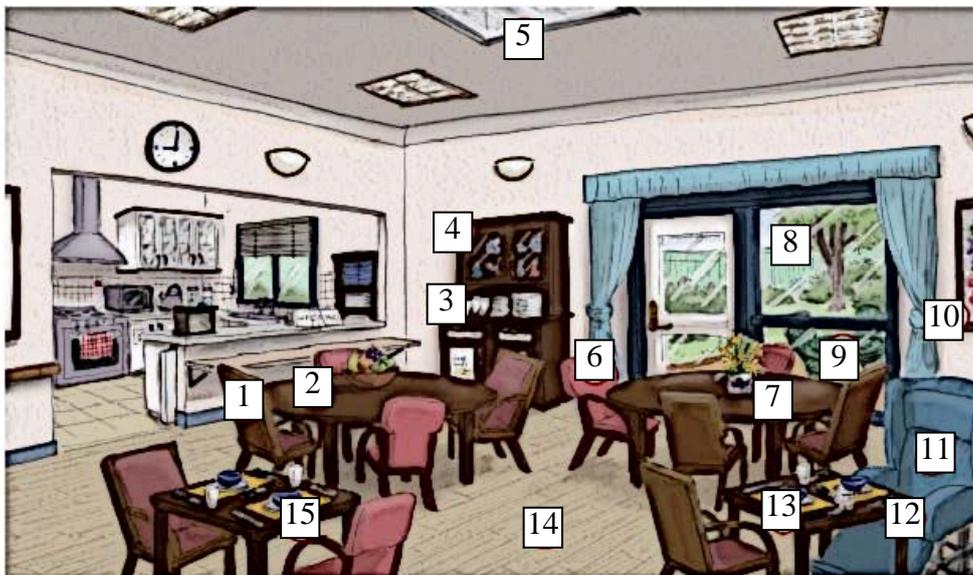


圖4-1-6、用餐區

資料來源：Dementia Enabling Environment Principles(2021)，本研究修正

- (1)原則1：餐椅一定要舒適且具有良好的椅背和扶手支撐，以使失智者容易坐起。除了要舒適外，座椅還要輕便並可移動，但不至於滑倒或翻倒。如果可能的話，應提供多種高度不同座椅以讓不同身材的失智者可以舒適地坐下。
- (2)原則3：確保餐桌或桌布的顏色與餐桌設置及地毯的顏色呈明顯對比。原則2：考慮各種小團體的餐桌，創造一種非正式的感覺。例如，一個可容納輪椅的小圓桌將更為貼心且可鼓勵對話交流。
- (3)原則10：將陶器盤碟、餐具、玻璃杯及其他餐廳擺設置於餐桌上，使失智者能幫助用膳餐具的擺置。這有助於失智者保持他們的生活技能，並鼓勵其獨立性和活動。
- (4)原則7：鼓勵具個人特色的餐廳和共享空間，讓人們不僅覺得在自己的房間，而是在所有的空間都有賓至如歸的感覺，原則3：個人化和獨特的物品也可作為尋路時的空間提示，例如，與飲食有關的餐盤可讓失智者察覺到他們正處於餐廳中。
- (5)原則4：避免使用定向投光燈，而改以均勻投射至桌上的光線。確保足夠的照明，並適當處裡窗簾以減少眩光和反射。原則5：讓自然陽光線透過窗戶和天窗充足的投射到空間，確保足夠的光照程度。
- (6)原則10：家具的款式和室內裝潢圖案應予以多樣化，以營造一個溫馨的「一般家庭」而非機構化的感覺。原則3：確保椅子的顏色與地毯顏色呈明顯對比，以利於它們在環境中能被

- 清楚地識別。原則4：須添加趣味但又應避免過度刺激。對顏色相近的物件採用各種巧妙的圖案或紋理裝飾加以辨識。
- (7)原則2：避免大的餐房。相反的，採用小型用餐區或小團體餐桌。一個小且溫馨的空間環境，將更有利於談話及鼓勵更多的社交活動。
- (8)原則5：窗戶應能讓日光自然照入，並得以觀賞花園。確保百葉窗活窗簾可以完全打開或拉上。
- (9)原則3：如果需要，考慮在入口視線清晰處附近設置戶外用餐區。
- (10)原則9：擺設與空間有關的藝術品和其他物品。原則5：藝術品及壁掛可用來適度刺激對顏色的認知。
- (11)原則2、原則8：為希望單獨進食或希望與親友安靜且親密進食之失智者設置2人用的小餐桌。原則2：小桌子也能鼓勵不良於行的失智者加入及參與用餐的社交活動。
- (12)原則10：採取以人為本的方針。採用適於個別失智者適用的餐具和碗碟。
- (13)原則10：鼓勵使用適當色彩的瓷器盤碟和優雅的玻璃杯或茶杯，以促使用餐經驗愉快。原則7：鼓勵使用熟悉的個人物品，例如最愛的杯子。
- (14)原則2、原則6：確保餐廳非主要動線的行經路徑。人群不斷的流動和噪音聲可能會對用餐的失智者造成干擾。原則4：避免採用有誇張圖案的地板以免造成失智者的分心。
- (15)原則3：應利用顏色對比來區分物件並使物件的邊緣更為明顯。因此，應確保餐具、碗筷和餐桌之間的良好色彩對比對於在顏色上有感知困難的患者，可考慮使用明亮的藍色或紅色的陶器盤碟，以對比區分餐具、桌布與盤中的食物。原則10：採取以人為本的方針（person centered approach）。

必需考慮到陶器盤碟的外觀和感覺，以讓失智者感到安全、美觀和「家常」(homely) 的感覺；可能的話，餐具和碗筷的選擇應儘量個人化。

三、 照顧服務員及家屬支援空間

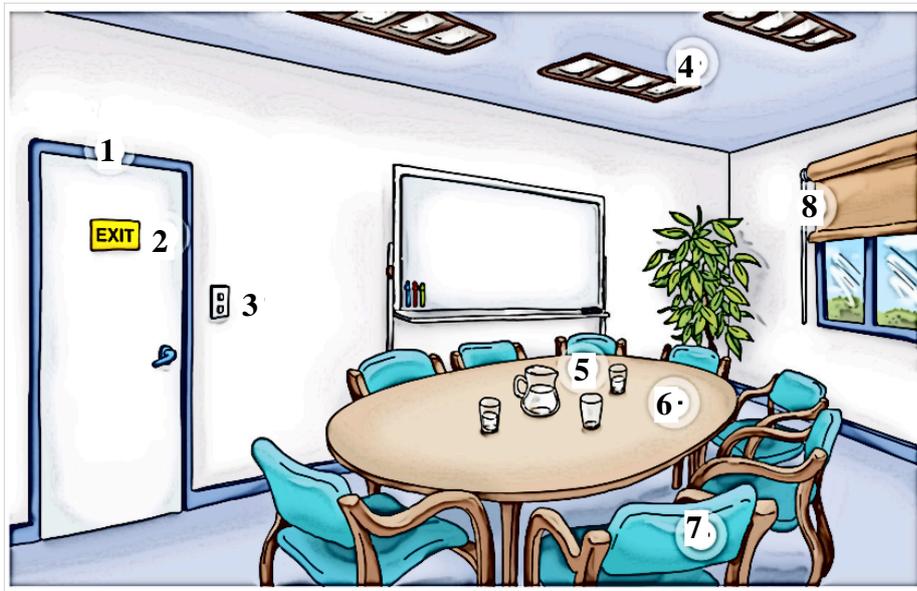


圖4-1-7、照顧服務員及家屬陪伴支援空間

資料來源：Dementia Enabling Environment Principles(2021)，本研究修正

- (1)原則3：確保門和門框之間有清晰的顏色對比，以便失智者可以輕鬆找到出口。
- (2)原則3：該標誌允許人們找到離開房間的路徑，並引導一個人回到他們來自的地方。促進選擇的自由和找到自己想去的地方的能力。良好的視覺通透性有助於增進參與機會，並使失智者有信心探索他們的環境。
- (3)原則3：確保牆壁、電燈開關盒和開關本身之間的顏色對比清晰，以便輕鬆識別。
- (4)原則5：確保照明均勻，最低照度為 300 勒克斯。

- (5)原則3：使用顏色對比來區分對象，並使對象的邊緣更加明顯。因此，確保眼鏡、水壺和桌子之間有良好的色彩對比。
- (6)原則1、3：避免桌子、椅子和其他家具上有鋒利的邊緣。確保桌子的顏色與地板的顏色形成鮮明對比，以定義桌子的邊緣。
- (7)原則2，原則3，原則4：椅子宜舒適，並有良好的靠背和手臂支撐，人們可以輕鬆使用。包括輕便且可以移動和滑動而不會翻倒的舒適椅子。確保椅子的顏色與地板的顏色形成鮮明對比，有助於使它們在環境中被清楚地識別出來。為了增加趣味性同時又避免過度刺激，宜使用各種類似顏色且帶有微妙圖案或紋理的室內裝潢。
- (8)原則4：為避免失智者誤認為窗戶的眩光和反射是物體表面，考慮使用百葉窗來調節進入房間的光線。

四、符合失智者需求的廁所盥洗室

(一)男生盥洗室



圖4-1-8、男生盥洗室

資料來源：Dementia Enabling Environment

Principles(2021)，本研究修正

- (1)原則5：確保照明均勻，最低照度為 300 勒克斯。
- (2)原則1：乾手器是一種安全的干手方式，在大多數公共建築中都有。簡化的模型以及使用符號和文字的清晰標牌將允許使用這些。
- (3)原則7：使用失智症患者更熟悉的固定裝置，例如十字頭水龍頭而不是混合水龍頭。
- (4)原則7：使用失智症患者更熟悉的固定裝置。確保小便池和周圍環境之間的顏色對比，以幫助空間感知。
- (5)原則3：使用不反光的瓷磚以減少眩光。原則1、6：確保表面特別是地板上是防滑的。打造溫馨、溫馨、安全的浴室。使用暖色調使空間更具吸引力，並給人以溫暖的感覺。確保門和門框之間有清晰的顏色對比，以便失智症患者可以快速輕鬆地找到浴室。
- (6)原則3：在馬桶旁邊安裝扶手。選擇與牆壁顏色形成鮮明對比的扶手。
- (7)原則3：使用與馬桶形成鮮明對比的彩色馬桶座圈，以確保容易看到。確保將要使用的物品（例如衛生紙）放置在易於看到和使用的位置。

(二)女生盥洗室

圖4-1-9、女生盥洗室



資料來源：Dementia Enabling Environment Principles(2021)，本研究修正

- (1)原則5：確保照明均勻，最低照度為 300 勒克斯。
- (2)原則3：確保手把、門和門框之間有明顯的顏色對比。
- (3)原則3：使用文字、符號或圖片形式的標牌來指示在哪裡沖廁所和需要採取的行動。
- (4)原則3：使用與馬桶形成鮮明對比的彩色馬桶座圈，以確保容易看到。確保將要使用的物品（例如衛生紙）放置在易於看到和使用的位置。
- (5)原則3：在馬桶旁邊安裝扶手。選擇與牆壁顏色形成鮮明對比的扶手。
- (6)原則3：使用不反光的瓷磚以減少眩光。原則1、6：確保表面尤其是地板防滑。打造一個溫暖、溫馨且安全的浴室。使用暖色調使空間更具吸引力，並給人以溫暖的感覺。
- (7)原則7：使用失智症患者更熟悉的固定裝置，例如十字頭水龍

頭而不是混合水龍頭。

(8)原則3：確保檯面與面盆和地板形成對比，以確保可以識別。

第二節 強化高齡者認知的環境檢核表

為了協助規畫者或家屬者在規劃失智者生活環境時能抓到要領，檢核提供使用者在考慮某一個問題時，以一覽表的方式對每個項目逐一進行檢查，以避免遺漏要點，獲得正確的觀念，並避免考慮問題有所遺漏。

本節參考澳洲失智症訓練DTA(Dementia Training Australia)環境設計資源資料，依據前述支持失智者的10項環境設計原則研擬之「環境評估工具-(EAT-急性(短期)失智者照顧)」檢核表之架構，依據本研究區分前述四類空間需求，並考量因地制宜加以修正後，撰擬內容如下。

表4-2-1、強化高齡者認知環境檢核表

1	不著痕跡地降低環境風險	N/A	無	有	不瞞眼則加1	分數
1.1	出入口是否安全？		0	1	1	
1.2	通往戶外的所有側門是否都是安全的？(N/A = 沒有側門)	0	0	1	1	
1.3	能否防止人們在窗戶打開時爬進或爬出？(N/A = 窗戶不能打開)	0	0	1	1	
1.4	走廊是否沒有絆腳的危險和障礙物？		0	1		
1.5	出入口是否沒有雜物、絆腳石和障礙物？		0	1		
1.6	在室內，是否避免房間門檻處和地板表面之間的反差？		0	1		
1.7	在室內，是否避免地板表面的反差（如圖案和/或特徵）？		0	1		
1.8	在室內，人工照明的眩光是否降到最低？		0	1		
1.9	能否防止失智者透過大門離開外部區域(例如，如果需要，能否將大門鎖住或用其他方式掩飾出口)？(N/A = 沒有外部區域)	0	0	1	1	

1.10	總體來說，您認為這個房間對"不著痕跡地降低環境風險"這一原則的回應程度如何？ 1=完全不好，5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5	
			分數

2	符合人體尺度的環境	N/A	無	有	分數
2.1	走廊的長度是否讓人感到舒適（不會因其過長而感到不安）？（參照典型的房間走廊回答問題）		0	1	
2.2	可以坐下的傢俱是否安排妥當，以便人們可以自己或分小組坐下？（N/A = 沒有可以坐下的地方）	0	0	1	
2.3	房間內是否使用各種顏色、飾面和材料？		0	1	
2.4	總體來說，您認為這個空間對"提供人性化尺度"這一原則的響應程度如何？ 1=完全不好 5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5			
					分數

【補充問題】

2-1	符合人體尺度的環境	N/A	無	有	分數
2.a	進入房間後，是否讓人感到舒適（而不是因為空間太大或者太小而感到不安）？		0	1	
2.b	坐的地方是否讓人感到舒適（而不是因為空間過大或過小而感到不安）？ （N/A = 沒有可以坐下的地方）	0	0	1	

3	讓人們看到彼此	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	分數
3.1	有多大比例的失智者能從入口看到浴廁的門？	0	1	2	3	
3.2	有多大比例的失智者在室內能看到工作人員辦公區域？	0				
3.3	有多大比例的失智者可以從走廊上看到其他空間的入口？（入口包括門、拱門或其他）	0				

失智社區服務據點強化認知環境研究

3.4	有多大比例的失智者可以從他們所在的位置看到其他活動區域？（例如活動區、用餐區、廚房等）	0	1	2	3	
3.5	有多大比例的失智者能看到一個可以坐下的地方？（坐的地方可能不是一個單獨的房間）	0	1	2	3	
		N/A	無	有		分數
3.6	從最常坐下的地方能清楚地看到廁所門嗎？ （N/A = 沒有可以坐下的地方）	0	0	1		
3.7	從最常坐下的地方能清楚地看到通往外部的出口嗎？ （N/A = 沒有可以坐下的地方或沒有外部區域）	0	0	1		
3.8	從工作人員大部分時間待的地方（如工作人員辦公區域）能清楚地看到可以坐下的地方嗎？ （參考最常坐下的地方回答問題） （N/A=沒有可以坐下的地方）	0	0	1		
3.9	從員工花費大部分時間的地方可以清楚地看到外部區域嗎？ （N/A = 沒有外部區域）	0	0	1		
3.10	從外面可以清楚地看到回到室內的門嗎？ （N/A=沒有外部區域）	0	0	1		
3.11	從走廊上可以清楚地看到通往外部區域的出口嗎？ （參照最常用的外部區域回答問題） （N/A=沒有外部區域）	0	0	1		
3.12	從走廊上可以清楚地看到廚房嗎？ （N/A=沒有小廚房）	0	0	1		
3.13	從走廊上能清楚地看到廁所的門嗎？		0	1		
3.14	總體來說，您認為這個房間對"允許人們看到和被看到"這一原則的回應程度如何？ 1=完全不好，5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5				
						分數

4	減少無益的刺激	N/A	無	有	分數
4.1	是否有公共廣播、照護員工傳呼或呼叫系統，並配有鈴聲等設備、大喇叭或閃爍的燈光？		1	0	
4.2	關門的噪音是否會干擾失智者（如拍打門、嘈雜的自動門）？		1	0	
4.3	雜訊對失智者活動區域的影響是否有限（例如，聽不到送貨、電梯、廠房、門禁系統的聲音）？		0	1	
4.4	是否關閉或儘量減少不必要的噪音來源，如電視、收音機等設備？		0	1	
4.5	是否有指定的安靜時間（工作人員和訪客都必須遵守）？		0	1	
4.6	能否對聲音從一個空間傳到另一個空間進行管理（例如透過關門或隔音設備）？		0	1	
4.7	是否很少暴露在工作人員工作時產生的噪音？		0	1	
4.8	房間裡是否有很多視覺上的雜亂（即工作人員的通知、標牌、物品、傢俱與失智者無關，和/或使其難以理解其所處的環境）？		1	0	
4.9	空間的入口對失智者來說是否很容易看到？		1	0	
4.10	通往工作人員專用區域的門是否容易看到（如儲藏室、清潔和髒汙的雜物室）？		1	0	
4.11	在室內，能否透過使用窗簾和百葉窗來控制自然光的眩光？		0	1	
4.12	當失智者處於任何空間時，照明設備的位置是否會直接照到失智者的眼睛？		1	0	
4.13	總體而言，您認為本房間對"管理刺激水準-減少無益的刺激"這一原則的響應程度如何？ 1=完全不好 5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5			
					分數

【補充問題】

4-1	減少無益的刺激	N/A	無	有	分數
4.a	服務入口（食物等被送達的地方）對失智者來說是否容易看到？ (N/A = 沒有服務入口)	1	1	0	

4.b	失智者使用的衣櫃（或櫥櫃）是否堆滿了數量混亂/或無關的物品？（N/A = 沒有衣櫃）	1	1	0	
-----	--	---	---	---	--

5	優化有益的刺激	N/A	無	有	分數
5.1	標誌是否容易看到、閱讀和理解？		否 0	是 1	
5.2	有多大比例的失智者從他們所在位置到可以坐下的地方有明確的路徑（例如，透過使用顏色、物體和/或標誌）？ （N/A=沒有可以坐下的地方）	0	0-25% 26-50%	51-75% 76-100%	
5.3	從走廊上看，是否可以清楚地辨認出可以坐下的地方？（N/A = 沒有可以坐下的地方）	0	否 0	是 1	
5.4	不同的走廊是否清晰可辨，以便失智者能夠識別其所在位置（例如各種材料、適當的標牌、顏色）？ （NA - 只有一條走廊）	0	否 0	是 1	
5.5	是否使用顏色、藝術品或適當的標誌來區分失智者的活動空間？		否 0	是 1	
5.6	是否使用顏色、藝術品或適當的標誌來區分失智者的座位？		否 0	是 1	
5.7	共用浴室/廁所的門是否有適當的標誌和對比度？ （N/A = 沒有共用浴室或廁所）	0	否 0	是 1	
5.11	是否使用嗅覺線索（如食物氣味和熟悉的盥洗用品）為失智者提供各種體驗？		否 0	是 1	
5.12	是否有聽覺提示來為失智者提供各種體驗？		否 0	是 1	
5.13	當失智者坐著時，從所坐的地方是否有吸引人的外部視野？ （N/A = 沒有可以坐下的地方）	0	否 0	是 1	
5.14	接待/工作人員辦公區域是否容易識別？		否 0	是 1	
5.15	在一個典型的失智者所在空間裡，如果不使用人工光源，您（觀察者）是否可以輕鬆地閱讀？		否 0	是 1	
5.16	在一個典型的走廊裡，如果不使用人工照明，您（觀察者）是否可以輕鬆地閱讀？		否 0	是 1	
5.17	在最常坐的地方，您（觀察者）能在不使用人造光的情況下輕鬆閱讀嗎？ （N/A = 沒有可以坐下的地方）	0	否 0	是 1	
5.18	是否使用各種材料和飾面來為失智者創造一個有趣和多樣的環境？		否 0	是 1	

室外

5.19	是否使用了反差鮮明的材料，以使表面和物體的邊緣容易看清（例如，明確區分道路邊緣、座椅和鋪面之間的區別）？ (N/A = 沒有外部區域)	0	否 0	是 1	
5.20	是否使用嗅覺線索（如芳香植物）為失智者提供各種體驗？ (N/A = 沒有外部區域)	0	否 0	是 1	
5.21	是否有聽覺提示來為失智者提供各種體驗？ (N/A = 沒有外部區域)	0	否 0	是 1	
5.22	是否使用各種材料和飾面，為失智者創造一個有趣和多樣的外部環境？ (N/A = 沒有外部區域)	0	否 0	是 1	
5.23	總體來說，您認為這個空間對"管理刺激水準-優化有益的刺激"這一原則的回應程度如何？ 1=完全不好，5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5			
					分數

6	支持移動和參與	N/A	無	有	分數
----------	----------------	-----	---	---	----

室內

6.1	是否有一條明確的、容易到達的路徑，引導失智者回到他們原先所在的起點，而不誤導他們的動線？		0	1	
6.2	失智者能否清楚地看到有意義的參與機會（無論是主動還是被動）？		0	1	

室外

6.3	是否有一條明確界定的、容易到達的路徑，引導失智者回到他們的出發點，而不誤導他們的動線？ (N/A = 沒有外部區域)	0	0	1	
6.4	失智者能否清楚地看到有意義的參與機會（無論是主動還是被動）？ (N/A = 沒有外部區域)	0	0	1	
6.5	是否經常有椅子或長凳，以便人們可以坐下來享受新鮮空氣？ (N/A = 沒有外部區域)	0	0	1	
6.6	小路邊上是否既有陽光充足的地方，也有陰暗的地方？ (N/A = 沒有外部區域)	0	0	1	
6.7	在建築物附近是否有陽臺或遮陽的座位區？ (N/A = 沒有外部區域)	0	0	1	
6.8	總體來說，您認為這個區域對"支持移動和參與"原則的回應程度如何？ 1=完全不好，5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5			
					分數

7 創造一個熟悉的地方		N/A	無	少數	很多	分數	
7.1	有多少失智者的熟悉的物品（如照片、圖片、物品）？		0	1	2		
7.2	最常坐的地方是否有大多數失智者認為是家用的傢俱？（N/A = 沒有可以坐下的地方）		0	否 0	是 1		
7.3	最常坐的地方是否用來存放物品，如床單手推車、醫療設備、輪椅、升降機和傢俱？（N/A = 沒有可以坐下的地方）		0	無 1	是 0		
7.4	總體來說，您認為這個房間對"創造一個熟悉的地方"這一原則的回應程度如何？ 1=完全不好 5=非常好		圈出一個選項 1 2 3 4 5				
						分數	

【補充問題】

7 創造一個熟悉的地方		N/A	無	少數	很多	分數
7.a	空間裡的顏色或裝飾是否溫暖而溫馨？		0	1	2	
7.b	坐的地方的顏色或裝飾是否提供了一個溫暖和溫馨的座位空間？ （N/A = 沒有可以坐下的地方）	0	0	1	2	

8 提供多種多樣的場所，供人們獨處或與他人共處						分數
室內						
8.1	是否有地方可以讓一個人在遠離他人的地方獨自坐著或私下交談？	無 分數 0	1 分數 1	2以上 分數 2		
8.2	是否有一些地方可以讓一小群人聚集？	無 分數 0	1 分數 1	2 分數 2	3以上 分數 3	
8.3	家人/支持者可以在失智者身旁陪他嗎？		無 分數 0	有 分數 1		
室外						
8.4	是否有可以讓人獨處和/或私下交談的地方？（N/A = 沒有外部區域）	0	無 分數 0	1 分數 1	2 以上 分數 2	

8.5	是否有可以讓一小群人聚集的地方？（ N/A = 沒有外部區域）	0	無 分數 0	1 分數 1	2 以上 分數 2	
8.6	總體來說，您認為這個房間對"在房間內提供各種單獨或與他人一起活動的場所"這一原則的回應程度如何？ 1=完全不好 5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5				
分數						

9	提供與社區的鏈接	分數
----------	----------	----

9.1	家人/支持者是否可以在夜間與失智者在一起？	無 分數 0	有 分數 1	
9.2	是否有一個地方可以讓家人和朋友與失智者的親屬/朋友一起吃飯和/或慶祝（如咖啡館、花園）？	無 分數 0	有 分數 1	
9.3	總體來說，您認為這個房間對"在醫院裡提供各種獨處或與他人相處的場所"這一原則的回應程度如何？ 1=完全不好 5=非常好	圈出一個選項 1 2 3 4 5		
分數				

【補充問題】

9	提供與社區的鏈接	N/A	無	有	分數
9.a	是否可以方便地進入鼓勵與更廣泛的社區互動和接觸的地方？ （例如：咖啡館、花園）？		0	1	
9.b	是否有一個容易到達的地方，讓家人和朋友在探訪時感到舒適？				
分數					

10 回應生活方式的願景		分數
10.1	<p>此空間的願景是什麼？要提供：</p> <p>a. 一個像家一樣的環境</p> <p>b. 一個類似酒店的環境，提供類似酒店的服務</p> <p>c. 一個醫療護理設施</p> <p>d. 一個有益於健康的環境</p> <p>e. 其他...</p> <p>(請其代表談談他們的看法)</p>	<p>圈出一個選項</p> <p>A B C D E</p>
10.2	<p>建築環境在多大程度上能夠實現這一目標？</p> <p>(請其代表談談他們的看法)</p> <p>1=完全不好 5=非常好</p>	<p>圈出一個選項</p> <p>1 2 3 4 5</p>
10.3	<p>建築環境能在多大程度上實現這一目標？</p> <p>(請其代表談談他們的看法)</p> <p>1=完全不好5=非常好</p>	<p>圈出一個選項</p> <p>1 2 3 4 5</p>
		分數

資料來源：DTA(Dementia Training Australia)，本研究修正

第五章 結論與建議

本案係依據本所「高齡者安居敬老環境科技發展中程個案計畫 110-113」之第 1 年目標放在高齡者居家空間及先進國家高齡住居照顧相關法令、社會住宅公共活動空間課題，擬從高齡居家環境照顧、失智社區照護服務空間、社會住宅高齡者公共活動空間、高齡身心障礙者與照顧者住居法令、高齡視障者居家移動行為空間改善研究進行分析。整合本部動之高齡居住政策方向，以及跨部會之衛生福利部推動之長照 2.0，實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎的照顧型社區，提升具長期照顧需求者與照顧者的生活品質。

尤其，臺灣邁入高齡化社會後，挑戰將接踵而至，然而因為長者議題牽涉層面廣泛，非單一部會所能掌握，所以建立跨領域及跨平台的合作機制實屬必要。再者，在地老化的世界趨勢，也促使臺灣應改變現行政策方向，從輔助長者的照護角色，調整至強化長者自我照護能力。因為老化不必然代表自我照護能力的喪失，而可以在熟悉社群網絡中產生另一種生活模式的轉變。所以完整的政策，除了照護網外，更應該強化長者自主照護能力，讓老化不再是衰敗的過程，而是一種生命能量的累積。

依據國際失智症協會(Alzheimer's Disease International, ADI)《2019 全球失智症報告》，2019 年估計全球有超過 5 千萬名失智者，到 2050 年預計將成長至 1 億 5 千 2 百萬人，每三秒就有一人罹患失智症。近年來我國人口老化快速，65 歲以上老人於 2018 年 3 月已達 14%，進入「高齡社會」，至 2025 年即進入世界衛生組織(World Health Organization, WHO)所定義老年人口占 20%的「超高齡社會」。至於我國，台灣失智

症協會以民國 109 年 12 月底內政部人口統計資料及失智症盛行率推估，台灣於民國 109 年 12 月底 65 歲以上失智人口有 291,961 人。未來的 50 年，台灣失智人口數以平均每天增加近 30 人，約每 48 分鐘增加 1 位失智者的速度成長。在這方面，世界主要先進國家的高齡照護政策均以「在地老化」(Aging in place)為最高指導原則，認為老人應在其熟悉的生活環境中自然老化，以維護其生活品質的自主、自尊及隱私。為此，當務之急應為建立「社區整體照顧模式」，作為我國推動高齡者失智照顧的核心理念，以及強化「預防及篩檢」措施，期能發揮早期診斷、即時治療的功能；引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

其次，扣合我國衛生福利部「長照 2.0 失智照護政策」以提升失智症長照服務能量、擴大失智照護資源佈建、強化社區個案服務管理機制、建立失智專業人才培訓制度，及推動失智友善社區等為主。執行策略與空間環境建置相關者包括：(一) 普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式：1. 廣設「失智社區服務據點」：提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等，普及失智社區照顧服務之政策作為。

綜上所述，本計畫擬從建築設計之觀點，考量高齡失智者身心狀況及需求，針對社區服務據點之強化認知環境進行探討，並研提空間設計建議及檢核表。其次，歸納所需之設施設備內容，釐清目前亟需且以環境改善可提升照護效益的項目，檢視與建築相關政策、法令與制度之關聯；並參考衛生福利部相關政策，研擬在不同空間類型之照護目標下，如何以建築環境規劃手法提升失智照護環境品質，協助機構或民眾照護時需要何種建築環境建置之指引協助，其原則及策略研究規劃。

第一節 研究結論

- 一、服務據點空間規劃應符合單元或小區域原則，以營造「家」的氣氛，儘量採生活化的照顧，照顧服務員就是生活陪伴者。也要確保個人隱私，人性化的空間設計，提供社交機會及活動安排，並兼顧職員質量的配置調整，讓長者獲得尊嚴及受重視之感。
- 二、環境設計應營造認同感：應有其熟悉的環境佈置，避免失智長者面對新的環境導致不安或困惑，懷舊情境的建構有助於失智老人透過遠期記憶，理解自身所處目前之年代，穩定其情緒，但不宜過度戲劇化，也要考慮採取符合大部分長者背景的布置方式。
- 三、在主要活動空間旁規劃因應遊走行為規劃安全的徘徊空間：失智老人常出現沒有目標、沒有目的地且又不知身在何處的遊走行為，應考量給予遊走患者一個安全、合宜的環境，提供鍛鍊或復健的機會，要比約束遊走患者來的有效益。徘徊空間應符合無岔口、無端點、形成迴路的原則，採取小中庭式、大迴廊式、室內徘徊、戶外徘徊等設計，確保在某一區域內的活動安全，避免走失或誤入其他危險空間。
- 四、空間安排應提供適度感官刺激，並避免使用易生視覺誤導之建材：室內引入適當的陽光、柔和的日照，避免採用對短波不敏感(紫色、藍色、綠色等冷色系統)，易導致辨識力困難，多採用對長波對比色(黃色、橘色、紅色等暖色系統)增強辨識力，牆面、地板、家具選擇看得清楚的鮮明、對比顏色，以增進空間認知。避免複雜花色或質感導致混亂及亢奮，加強居住的隔音，提供懷古的音響、小鳥叫聲等，芳香可以增進甦醒、提神，鎮定心情、減低攻擊性。

第二節 研究建議

立即可行建議

建議一

研提「失智社區服務據點」之強化認知環境設計建議及空間檢核表，屬參考及鼓勵性質，擬提供直轄市、縣(市)政府於輔導設立或經營前揭據點時參用，及提供建築或室內設計相關專業者參考。並建議得視需要於衛生福利部「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」之補充內容參考：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部長照司、直轄市、縣(市)政府

本計畫研究範圍係依據衛生福利部「110 年度失智照護服務計畫申請作業須知」及「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」所列之「失智社區服務據點」，並非廣泛指涉提供失智者之專業長照服務提供單位，或依長期照顧服務法及相關法規辦理之長期照顧服務機構。本研究研提之強化環境認知空間設計建議及檢核表，屬參考及鼓勵性質，擬提供直轄市、縣(市)政府於輔導設立或經營前揭據點時參用，及提供建築或室內設計相關專業者參考。

本研究係依據前揭衛生福利部「110 年度失智照護服務計畫申請作業須知」及「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」所列失智社區服務據點服務內容，歸納涵蓋最廣之空間分類，並非失智社區服務據點之齊一類型。例如某些失智社區服務

據點係依附於某些長期照顧服務相關機構，亦有社區發展會或宗教團體籌設之類型等。因失智社區據點空間樣態多元，建請實務運用時因地制宜擷取適用之項目以為參考。

綜上，本研究以建築環境手法強化環境認知，提供可行策略及作法，屬參考性質。將失智社區服務據點空間區分為出入口、接待空間、照顧員辦公區、陪伴家屬休息區、活動空間、備餐及共餐空間、廁所盥洗室。再依據空間屬性，依空間的開放性及功能概分為四區域：(1)鄰近外部環境的出入口及接待空間，(2)主要活動包含備餐及共餐空間，(3)照顧服務員及家屬在旁提供支援或觀察的空間，以及較為隱密的(4)符合失智長輩使用需求的廁所盥洗室。

並參考國際阿茲海默症協會 ADI (Alzheimer's Disease International) 及支持失智症環境資訊中心(The Dementia Enabling Environment Virtual Information Centre)、西澳洲阿茲海默症護理專家組織(Alzheimer's WA the dementia care experts)研提之支持失智者的環境設計原則，包括 1. 不著痕跡地降低環境風險、2. 符合人體尺度的環境、3. 讓人們看到彼此、4. 減少無益的刺激、5. 優化有益的刺激、6. 支持移動和參與、7. 創造一個熟悉的空間、8. 提供獨處或與他人相處的機會、9. 提供與社區的鏈接、10. 回應生活方式的願景。

其次，依據前述原則，針對前述空間研提擬檢核之內容，對每個項目逐一進行檢查，以避免遺漏要點，列出表現或成果的測量向度，並且提供簡單記錄「是」或「否」作為判斷的資料表，並就符合程度予以配分，最後核算總分。提供業者進行設置地點、條件與空間規劃之具體參考。及建議納入衛生福利部「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」，作為相關主管機關評

核 失智社區服務據點考評指標。

中長期建議

建議二

研究成果撰擬失智者社區服務據點宣導素材，提供衛生福利部友善失智社區資源整合中心相關網頁參考運用，宣導增進民眾對於社區中失智高齡者的接納與瞭解。並擬於後續規劃研編失智友善空間設計原則參考手冊，提供民眾參考。

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：衛生福利部、直轄市、縣(市)政府

高齡者在老化過程中面臨的不僅是實質的肢體不便，心智層面的老化導致生活的障礙更不宜忽略，尤其近年來「高齡者失智」現象漸獲各界關注與討論。失智症，其英文 Dementia 一字來自拉丁語 (de- 意指「遠離」 + mens 意指「心智」)；是一種因腦部傷害或疾病所導致的漸進性認知功能退化，且此退化的幅度遠高於正常老化的進展。特別會影響到記憶、注意力、語言、解題能力。嚴重時會無法分辨人事時地物。意指心智能力的喪失或損壞，失智症患者是清醒的，甚至並無任何肢體障礙或不便，但其智能損壞程度會愈來愈嚴重，可能影響其日常生活的獨立性。

同時，隨著各國普遍落實在宅老化政策的趨勢，我國衛生福利部 2017 年新版「長照 2.0」計畫已將失智症患者的照護列為最優先的項目。在全台灣每個縣市，結合醫療專業與社區照護資源，提供家屬更多支持服務。讓失智者及家庭照顧者能於診斷後獲得相關資訊、自主選擇所需服務，並可就近獲得服務資源，提供以社區為基礎的失智照護資源，廣設「失智社區服務據點」的

措施下，宜增進社區民眾對於失智者行為特性之認識，避免不必要的排斥或懼怕心理。

因此，未來擬依據本研究成果為初稿，進一步撰擬失智者社區社區服務據點相關宣導素材，提供衛生福利部友善失智社區資源整合中心相關網頁參考運用。並依據期末報告審查委員建議，擬於後續規劃研編失智友善空間設計原則參考手冊，提供民眾參考。增進民眾對於社區中失智高齡者的接納與瞭解，並鼓勵社區民眾共同參與，為打造失智安全社區環境盡一臂之力。

附錄一
期初簡報會議紀錄及回應表

審查意見	回應並修正報告書
<p>1. 請釐清衛生福利部「失智社區服務據點」之內涵，以及於我國長照2.0政策措施之定位，其服務範圍與功能。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>1. 「長照 2.0 失智照護政策」以提升失智症長照服務能量、擴大失智照護資源佈建、強化社區個案服務管理機制、建立失智專業人才培訓制度，及推動失智友善社區等為主。執行策略與空間環境建置相關者包括：(一)普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式：1. 廣設「失智社區服務據點」：提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等，普及失智社區照顧服務。(詳報告書第1章第1節四、相關政策與本研究之關聯)</p>
<p>2. 研究案例宜就「失智社區服務據點」進行篩選，另強化認知得運用園藝、音樂、懷舊及療癒環境等手法，並得考量午睡休憩空間需求。</p>	<p>遵示辦理，擬修正研究內容。</p> <p>2. 強化高齡失智社區服務據點環境認知設計將納入園藝、音樂、懷舊及療癒環境等手法；惟經查現行失智社區服務據點活動較無午睡休憩空間需求。</p>
<p>3. 研究方法請規劃案例調查、學者專家訪談等。</p>	<p>3. 因受限於新冠肺炎疫情期間，不易實地參訪「失智社區服務據點」。本研究自網頁蒐集國外案例包括日本失智症社區照顧咖啡館、美國友善失智者照顧中心、英國友善失智公共建築、澳洲支持失智者的公共空間案例。(規劃於報告書第三</p>

	<p>章 國際失智症友善環境設計趨勢之第二節失智照顧環境設計案例)</p>
<p>4. 失智社區服務據點防火及避難安全益顯重要，得參考本所「住宿式長照服務機構防火及避難安全改善參考手冊」內容。</p>	<p>遵示辦理。</p> <p>4. 本研究擬從物理環境規劃、空間及設施設計原則等方面，探討以建築環境規劃強化失智社區服務據點環境品質之策略，至有關防火及避難安全，擬規劃納入後續探討課題。</p>

內政部建築研究所 110 年度第 1 次研究業務協調會議紀錄

(期初簡報會議紀錄)

一、時間：110 年 2 月 22 日(星期一)下午 2 時 30 分

二、地點：本所簡報室

三、主席：王所長榮進

記錄：靳燕玲、張乃修、蔡銘儒
雷明遠、李台光、姚志廷、
施惠茹

四、出席人員：詳簽到簿

五、主席致詞：(略)

六、研究案主持人簡報：(略)

七、發言要點(依簡報順序)：

(一)「失智社區服務據點強化認知環境研究」案：

1. 請釐清衛生福利部「失智社區服務據點」之內涵，以及於我國長照 2.0 政策措施之定位，其服務範圍與功能。
2. 研究案例宜就「失智社區服務據點」進行篩選，另強化認知得運用園藝、音樂、懷舊及療癒環境等手法，並得考量午睡休憩空間需求。
3. 研究方法請規劃案例調查、學者專家訪談等。
4. 失智社區服務據點防火及避難安全益顯重要，得參考本所「住宿式長照服務機構防火及避難安全改善參考手冊」內容。

(二)「高齡者在宅老化之既有住宅空間設備改善原則研究」案：

1. 建議參酌本部現行高齡者住宅相關政策推動，衡量研究探討對象應著力於新建社會住宅或是既有住宅。
2. 研究成果應能分別以空間或機能說明呈現，以提供使用者可直接參採應用之資訊。
3. 改善案例之選擇應考量國內既有住宅，分就透天、公寓及大樓等類型探討其改善重點。

(三)「建築防火區劃開口部防火設備檢查機制研究-以防火門安裝與使用為

例」案：

- 1.有關現行檢測驗證、後市場管理、安裝施工、公共安全檢查簽證及申報關係等機制探討整合檢查方式，以及相關法令規定。
- 2.遮煙門及常開式防火設備其感知連動機制建議納入檢查機制。
- 3.日本國土交通省告示第723號所列場所建議對照國內場所優先研擬考量。
- 4.應先釐清後市場管理、竣工及公共安全檢查，各階段防火設備之缺失原因及其責任區分，衡酌重點項目進行探討。

(四) 「身心障礙福利機構防火避難安全之調查研究」案：

- 1.建議針對身心障礙福利機構之生活空間、容留人員的行為進行有關文獻探討並予以分類分析。
- 2.身心障礙福利機構與一般老人長照機構之服務對象有何不同，宜予釐清後，倘其人員、空間特性有關防火避難問題與本所「住宿式長照服務機構防火及避難安全改善參考手冊」之對策及附錄風險自主檢核表有相當程度差異時，則研究成果宜有單獨的指引或手冊，又若差異不大，則補充加強前述手冊相關內容。

(五) 「繫筋配置對於鋼筋混凝土梁耐震性能影響之實驗研究」案：

- 1.現行「混凝土結構設計規範」有關 RC 梁於塑性鉸區域，主筋在各角隅處之主鋼筋及每隔 1 根主鋼筋，均須以閉合箍筋之轉角或繫筋之彎鉤作橫向支撐之規定，國內業界因難以施工未能遵守此一規定的情況，應檢討國內建管制度改善。另本所今年剛完成「混凝土結構設計規範」專案小組審查作業，如提修正案之研究恐造成規範修頻繁。
- 2.針對現行規範規定梁主筋需隔根以箍筋或繫筋圍束，建議思考研提 RC 梁橫向鋼筋的創新作法，以解決國內業界難以施工的現況。
- 3.對於國內建築普遍存在梁柱接頭處梁邊與柱邊切齊，梁筋的第 1 根主筋通常保護層有過大的現象且 RC 梁的韌性存疑部分，應以規範

相關條文規定為依據，不應以實驗研究結果為工地權宜作法背書。

4. 建議可參考本所 108 年研究案「鋼筋混凝土柱梁偏心接合之耐震抗剪強度檢討」之研究成果，並研提改善工法，以協助國內業界解決 RC 梁與 RC 柱偏心接合施工之實務問題。

(六)「建築物屋頂隔熱節能策略探討之研究」案：

1. 文獻回顧及探討部分，應將該研究之假設條件與研究對象之差異(例如住宅類或辦公類建築、空調型或非空調型建築)敘明清楚。
2. 簡報第 12 頁部分，以直觀方式判斷實測值與模擬值差異甚大，有失嚴謹，本研究未來如有相關比對，建議可採無母數統計檢定方式進行分析。
3. 請明確定義本研究係以鐵皮屋頂或鋼筋混凝土屋頂為研究對象。
4. 探討建築物屋頂或外牆隔熱之節能效益，亦應考量材料蓄熱與建築物通風狀況對於分析結果之影響。

八、會議結論：

本次會議 6 項研究計畫通過。請計畫主持人參考與會同仁之寶貴意見，並請納入研究內容參採修正，使研究成果更為豐富完整。

九、散會：(下午 5 時 30 分)

附錄二

期中簡報會議紀錄及回應表

審查意見	回應並修正報告書
<p>1. 建議本研究可多蒐集近期文獻，並明確說明研究成果可供哪些單位參考。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>1. 本研究回顧國際友善失智環境設計趨勢如 ADI(Alzheimer's Disease International) (2020)、Dementia Enabling Environments Project(2021)等文獻。(詳報告書第3章)</p>
<p>2. 研究成果建議以檢核表方式呈現，依據不同項目以條列方式說明設計注意重點、以及如何設計等，便於參考應用。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>2. 本研究成果業研提高齡者失智社區服務據點強化認知環境檢核表(詳報告書第4章)。</p>
<p>3. 本研究內容對於提升失智者生活環境具有價值，目前失智社區服務據點之設置規定，對於空間環境之項目及規格等較為不足，建議未來研究成果，得提供衛生福利部長期照顧司參考。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>3. 本研究成果擬提供衛生福利部長期照顧司參考，並納入「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」，及供台灣失智症協會「瑞智友善社區指引手冊」參考。(詳報告書第1章第2節)</p>
<p>4. 目前失智社區服務據點508個，樣態十分多元，有些類似日間照顧中心，失智長輩可待一整天，中午須用餐；亦有類似活動中心性質，僅上課幾小時即回家。建議依不同功能及對應之空間需求，研提設計檢核內容。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>4. 本研究依據衛生福利部「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」所列之服務內容，將高齡者失智社區服務據點空間需求區分為出入口、接待空間、照顧員辦公區、陪伴家屬休息區、活動空間、備餐及共餐空間、廁所盥洗室。(詳報告書第2章第3節)</p>

<p>5. 簡報內容提及之參考文獻請增補於研究報告中，另建議可參考ADI(World-Alzheimer-Report)2020年報之失智友善設計案例。</p>	<p>5. 遵示辦理，已增列於參考書目。</p>
<p>6. 本案收集相當多的失智症的病症與環境相關研究，以此為基礎，相信可做出完善的需求分析。但失智症照顧包含在老人照顧的一環，還是和目前的老人政策有什麼競合的狀況？年紀未達老人就失智者及具攻擊性的失智者，是由老人照顧的環節延伸外括來照顧，或是改由何種社會福利制度處理，建請以本案社區服務據點的角度說明研究範圍。</p>	<p>6. 本研究配合衛生福利部2017年新版「長照2.0」計畫已將失智症患者的照護列為最優先的項目，並依據衛生福利部109年度「失智照護服務計畫」目標：(一)設置「失智社區服務據點」為研究範圍。至有關年紀未達老人就失智者及具攻擊性的失智者，是由老人照顧的環節延伸外括來照顧，或是改由何種社會福利制度處理等，擬規劃納入後續探討課題。</p>
<p>7. 本案可考慮引入GIS技術，試做失智服務據點與老人所在區域的空間分布，疊圖後會對於目前空間分布有著進一步的瞭解。同時可探討遊走空間的自明性引導設施如標線、標誌等，另考慮使用在地口語化指引，如原住民地區採用慣用的羅馬拼音族語，或在原、閩、客交雜地區使用多重語言呈現。</p>	<p>7. 本研究擬從物理環境規劃、空間及設施設計原則等方面，探討以建築環境規劃強化失智社區服務據點環境品質之策略，至有關考慮引入GIS技術，試做失智服務據點與老人所在區域的空間分布等，擬規劃納入後續探討課題。</p>
<p>8. 建議對於不同城鄉裡，建置一個失智社區服務據點所需資源，如人力、相關醫療資源、用地及房舍取得成本、服務人數等做一個整體估算。未來的服務需求量可預期逐年上升，但預期可投入的資源仍然有限，如何運用科技力、老老照護或其他技術克服資源不足的狀況，建議可作為後續研究的題材。</p>	<p>8. 本研究擬從物理環境規劃、空間及設施設計原則等方面，探討以建築環境規劃強化失智社區服務據點環境品質之策略，至有關建置一個失智社區服務據點所需資源，如人力、相關醫療資源、用地及房舍取得成本、服務人數等做一個整體估算等，擬規劃納入後續探討課題。</p>

<p>9. 建議界定研究範圍失智者應對方法，著重空間向度或是社會層面，並說明研究內容，失智社區服務據點包括些空間。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>9. 高齡失智者照護機構環境設計須對應失智者的行為特徵，並探討影響失智者環境認知相關因素，嘗試從結合社會、物理及營運的空間向度研提解決策略(詳報告書第2章第1節、第4節)。並依據衛生福利部(2021)110年度「失智照護服務計畫」申請作業須知，設置失智社區服務據點相關條件彙整所列之服務內容，將高齡者失智社區服務據點空間需求區分為出入口、接待空間、照顧員辦公區、陪伴家屬休息區、活動空間、備餐及共餐空間、廁所盥洗室。(詳報告書第2章第3節)</p>
<p>10. 建議除了個別空間注意事項外，考量與外部社區民眾融合，環境設計得採取開放方式，增進與社區居民互動的機會例如打招呼、掃地整潔等。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>10. 本研究回顧日本友善失智環境理念，兒玉桂子(2013)針對老年失智症者的環境支援指南PEAP日本版3的面向結構與項目中，5-4與地方區域的連結，感受地方區域的生活，融入當地的習慣或行事。(詳報告書第3章第1節)</p>
<p>11. 高齡失智為普遍現象，有關防災等待救援空間，當發生火災時之應對方式，對外門禁採自動鎖門方式或是可開啟等，得納入考量，建議參與長照中心防火諮詢輔導之討論。</p>	<p>遵示辦理。</p>
<p>12. 建議可朝強化環境認知之手法，例如物理環境之照明、聲音等，以及環境規劃例如空間設計等。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。</p> <p>12. 本研究回顧澳洲失智症照護環境指南，如何透過空間組織、聲音、材質、光線變化及指標指引等強化高齡者對環境之認知，塑造符合高齡失智者需求之環境設計，是十分重要的一環；本研究僅就色彩</p>

	<p>計畫內容進行回顧(詳第3章第2節)。惟有關採空間組織、聲音、材質、光線變化及指標等手法，業納入高齡者失智社區服務據點強化認知的環境設計，及強化高齡者認知環境檢核表內容。(詳第4章第1節、第2節)</p>
<p>13. 建議可從案例分析失智社區服務據點現況優劣，闡述本案強化環境認知研究之研究動機。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。 有關失智社區服務據點案例現況， 13. 本(110)年度研究期程受限於因應新冠肺炎(COVID-19)疫情警戒期間，失智社區服務據點暫停開放等措施，本研究暫排除參訪失智社區服務據點之運作模式及空間規劃現況。僅依據衛生福利部(2021)110年度「失智照護服務計畫」申請作業須知，設置失智社區服務據點相關條件彙整所列之服務內容，擬定空間需求(詳報告書第2章第3節)。</p>
<p>14. 建議研究成果之檢核表或手冊，以案例輔以內容說明方式呈現。</p>	<p>遵示辦理，已修正研究內容。 14. 本研究已撰擬強化高齡者認知環境檢核表。(詳報告書第4章第2節)</p>

內政部建築研究所 110 年度自行研究「失智社區服務據點強化認知環境研究」、「高齡者在宅老化之既有住宅空間設備改善原則研究」及「高齡者及低視能者生活場域尋路 AI 輔具初探研究」等 3 案期中審查會議紀錄

一、時間：110 年 8 月 13 日(星期五)上午 9 時 30 分

二、地點：視訊會議

三、主席：王組長順治

記錄：靳燕玲、張乃修、
褚政鑫

四、出席人員：詳簽到簿

五、主席致詞：(略)

六、研究案主持人簡報：(略)

七、發言要點(依簡報順序)：

(一)「失智社區服務據點強化認知環境研究」案：

臺灣建築學會鍾建築師松晉

1. 建議本研究可多蒐集近期文獻，並明確說明研究成果可供哪些單位參考。
2. 研究成果建議以檢核表方式呈現，依據不同項目以條列方式說明設計注意重點、以及如何設計等，便於參考應用。

社團法人失智症協會湯理事長麗玉

1. 本研究內容對於提升失智者生活環境具有價值，目前失智社區服務據點之設置規定，對於空間環境之項目及規格等較為不足，建議未來研究成果，得提供衛生福利部長期照顧司參考。
2. 目前失智社區服務據點 508 個，樣態十分多元，有些類似日間照顧中心，失智長輩可待一整天，中午須用餐；亦有類似活動中心性質，僅上課幾小時即回家。建議依不同功能及對應之空間需求，研提設計檢

核內容。

3. 簡報內容提及之參考文獻請增補於研究報告中，另建議可參考ADI(World-Alzheimer-Report)2020年報之失智友善設計案例。

本所工程技術組謝助理研究員宗興(書面意見)

1. 本案收集相當多的失智症的病症與環境相關研究，以此為基礎，相信可做出完善的需求分析。但失智症照顧包含在老人照顧的一環，還是和目前的老人政策有什麼競合的狀況？年紀未達老人就失智者及具攻擊性的失智者，是由老人照顧的環節延伸外括來照顧，或是改由何種社會福利制度處理，建請以本案社區服務據點的角度說明研究範圍。
2. 本案可考慮引入GIS技術，試做失智服務據點與老人所在區域的空間分布，疊圖後會對於目前空間分布有著進一步的瞭解。同時可探討遊走空間的自明性引導設施如標線、標誌等，另考慮使用在地口語化指引，如原住民地區採用慣用的羅馬拼音族語，或在原、閩、客交雜地區使用多重語言呈現。
3. 建議對於不同城鄉裡，建置一個失智社區服務據點所需資源，如人力、相關醫療資源、用地及房舍取得成本、服務人數等做一個整體估算。未來的服務需求量可預期逐年上升，但預期可投入的資源仍然有限，如何運用科技力、老老照護或其他技術克服資源不足的狀況，建議可作為後續研究的題材。

本所安全防災組蔡組長綽芳

1. 建議界定研究範圍失智者應對方法，著重空間向度或是社會層面，並說明研究內容，失智社區服務據點包括些空間。
2. 建議除了個別空間注意事項外，考量與外部社區民眾融合，環境設計

得採取開放方式，增進與社區居民互動的機會例如打招呼、掃地整潔等。

3. 高齡失智為普遍現象，有關防災等待救援空間，當發生火災時之應對方式，對外門禁採自動鎖門方式或是可開啟等，得納入考量，建議參與長照中心防火諮詢輔導之討論。

本所綜合規劃組王組長順治

1. 建議可朝強化環境認知之手法，例如物理環境之照明、聲音等，以及環境規劃例如空間設計等。
2. 建議可從案例分析失智社區服務據點現況優劣，闡述本案強化環境認知研究之研究動機。
3. 建議研究成果之檢核表或手冊，以案例輔以內容說明方式呈現。

計畫主持人回應(靳副研究員燕玲)

1. 本計畫研究範圍，擬針對高齡者於失智社區服務據點之空間需求，聚焦於以建築環境手法強化環境認知，提供可行策略及作法。
2. 有關與會代表之建議，將納入後續研究參考修正。

(二)「高齡者在宅老化之既有住宅空間設備改善原則研究」案：

臺灣建築學會鍾建築師松晉

1. 建議研究案可再多補充期刊類的研究文獻，並具體說明研究成果可供哪些單位參考。
2. 建議研究成果應以檢核表方式呈現，依據不同項目，以條列方式說明改善注意重點、以及如何改善等，便於參考應用。

社團法人失智症協會湯理事長麗玉

1. 本案議題有其重要性，且具研究價值，建議研究成果應以檢核表方式

呈現。

2. 建議加強高齡者設備安全，提出各地方政府可參採納入之住宅改善事項建議。
3. 建議可參考國際阿茲海默症協會出版之 2020 世界阿茲海默症報告，將失智症長者需求議題納入研究中探討。

本所工程技術組謝助理研究員宗興(書面意見)

1. 本案第 2 章第 2 節及第 3 節的老人住宅規範與無障礙內容相當豐富，實踐於圖面上時是否互相不衝突？建議可針對浴廁或是廚房等，擇一試繪平面或剖面圖，或是尋找經過這樣設計的圖面，確認這些內容。
2. 本案研究課題在針對高齡者在宅老化的狀況下，於「既有住宅空間設備」，提出改善原則研究。考量每一時期皆有流行的經典平面空間與處理手法，這些常常是判斷建築物目前出現問題的重要參考，亦是需要改善的空間所在。建議對本國仍在使用的 50~90 年代之間興建的既有住宅型態進行收集與分析。

本所安全防災組蔡組長綽芳

1. 建議增加可提升高齡者與住宅單元外互動之改善方式。
2. 建議可從生命週期探討哪個階段需要開始進行住宅改善作業。
3. 建議可增加經濟性及下一代使用性等層面之探討，以在類似研究中有所突破。

本所綜合規劃組王組長順治

1. 建議可從高齡者一天生活作息所需之食衣住行育樂需求探討相關空間設備之改善方式。
2. 建議可補充高齡者所需較為簡易的環境因素與設備，例如減少雜物堆置、昇降式沙發、按摩椅、洗碗機及可變式餐桌需求等。

3. 研究成果的呈現應該結合圖例與文字，並分為強烈建議改善、建議改善與改善會更好等層次，以便於使用者考量實際情形參考應用。

計畫主持人回應(張副研究員乃修)

1. 後續將分就高齡者需求分類探討，以提出具體可行之研究成果。
2. 有關改善原則之呈現擬以圖例結合文字之檢核表，以供需求者可直接參考應用。
2. 有關與會代表之建議，將納入後續研究作業參考調整。

(三)「高齡者及低視能者生活場域尋路 AI 輔具初探研究」案：

臺灣建築學會鍾建築師松晉

1. 建議本研究可多蒐集最新文獻，並明確說明研究成果可供哪些單位參考。
2. 建議可蒐集市面上相關產品，瞭解其廠牌、使用性、優缺點並進行分析，可供視障者家屬選擇。

社團法人失智症協會湯理事長麗玉

高齡者有些是同時視力及聽力有問題，有些是認知有問題，故無法接收尋路系統指示，建議可瞭解尋路輔具是否有提供給上述障礙者使用，另尋路環境複雜或無法清楚分別，皆會造成尋路困難，也建議可針對環境進行建議，如需要可向資策會或 AI 廠商進行討論、研發。

本所工程技術組謝助理研究員宗興(書面意見)

1. 本案針對有設計過的環境進行分析，但仍有許多生活場域並未進行無障礙處理，而都會區與鄉間的生活場域型態也是大不相同。建議由應用 AI 輔具的角度，分析適合或不適合高齡及低視能者的活動場域，同時對於怎樣的場域型態適合怎樣的 AI 輔具提出建議方案。

2. 本案涉及的 AI 輔具具有發展潛力，但整個資訊與 AI 系統該如何架構與管理，如何與我國的 GIS 系統及 BIM 等數位治理的內容結合。個別的 AI 輔具可以達成怎樣功能？「機械學習」與「深度學習」的成果如何反饋給使用者，這些都是未來有趣的課題。
3. 點字的標誌或說明，如何在 COVID-19 疫情期間的這種狀況下，避免感染又能發揮作用。

本所安全防災組蔡組長綽芳

建議尋路機制可有系統整理，如目的地的尋找、安全防跌倒、預知障礙等，可依不同需求對應不同的輔具，另建議可加上使用者需求的訪談。

本所綜合規劃組王組長順治

1. 建議可從生活場域及使用時機需要何種尋路輔具進行分類。
2. 建議可於建築物無障礙設施設計規範附錄中，研擬使用 AI 尋路輔具之相關建議事項。

計畫主持人回應(褚助理研究員政鑫)

1. 將繼續蒐集最新文獻及市面上相關產品，瞭解其廠牌、使用性、優缺點並進行分析，可供使用者或家屬選擇。
2. 另持續瞭解尋路輔具是否有提供給多重障礙者使用，都市鄉間是否使用上不同，並依生活場域及使用時機進行分類。
3. 餘將參考與會代表之意見進行調整、修正。

八、會議結論：

本次會議 3 案期中報告，經審查結果原則通過，請詳細記錄與會出席代表、本所人員及書面意見，並請計畫主持人參採，納入後續事項積極辦理，並於期末報告妥予回應，如期如質完成。

九、散會：(上午 11 時 30 分)

附錄三

期末簡報會議紀錄及回應表

審查意見	回應並修正報告書
1. 有關高齡者失智社區服務據點強化認知環境檢核，宜說明所列原則及圖例之對應方式。	感謝委員建議，已修正研究內容。本研。(詳報告書第4章，第105頁)
2. 合乎研究報告應有的格式。研究成果具參考價值。研究方法具實證操作。本研究可作為本次審查其他兩位研究者之標竿。	感謝委員建議與肯定。
3. 本研究具有很大的運用價值，支持出版失智友善空間設計原則參考手冊。	感謝委員建議。 已納入本研究建議事項，擬於後續規劃研編失智友善空間設計原則參考手冊。(詳報告書第5章，第133頁)
4. 失智社區服務據點之間差異性大，建議多參訪不同據點，以利實務運用。	感謝委員建議，已參訪不同據點。 參訪「雙連社會福利慈善事業基金會新莊社會福利中心之失智社區服務據點」、「新北市土城區永寧社區發展協會之失智社區服務據點」，初步瞭解現況使用需求。其次，又為增進對於失智環境空間設計之認識，再參訪「財團法人臺灣基督長老教會雙連教會附設新北市私立雙連安養中心」以及「衛生福利部北區老人之家」。(詳報告書第2章第3節，第64頁；及附錄4訪談紀錄)

<p>5. 支持檢核表需更精緻化，建議邀請專家們共同討論修訂。</p>	<p>感謝委員建議。有關邀請專家們共同討論修訂之建議，擬規劃於後續辦理。</p>
<p>6. 建議與衛生福利部照護司委託雲林科技大學之失智友善空間設計計畫團隊交流，並取得共識，以利國內既有統計之準則或指引。</p>	<p>感謝委員建議，擬規劃於後續辦理。</p>
<p>7. 有關失智共同照護中心及社區服務據點數據請更新。</p>	<p>感謝委員建議，已修正研究內容。 截至2021年10月已布建失智社區服務據點498處截至2021年10月已設29處純日間照顧中心，688處混合型日間照顧中心(含小規模多機能服務)、18家團體家屋。設置「失智共同照護中心」……。截至2021年10月已年設置103處(詳報告書第1章第1節，第14頁；)</p>
<p>8. 報告書第100頁樓梯照片，因中間階梯皆無「顏色對比」止滑條，建議刪除，以免誤導。</p>	<p>感謝委員建議。為避免誤導，圖片已刪除。</p>
<p>9. 建議建築研究所明(111)年12月亞太會議中發表失智症相關研究，以利國際交流。</p>	<p>感謝委員建議，擬於後續配合辦理。</p>
<p>10. 團體家屋服務對象為具行動力但須被照顧之中度失智者症，建議修正第8頁服務對象。團體家屋服務對象無臥床個案，建議修正第56頁表2-2-1團體家屋服務範圍。</p>	<p>感謝委員建議，已修正研究內容。</p>

11. 有關建議一、研提「失智社區服務據點」

之強化認知環境設計建議及空間檢核表(後略)，查本研究所指「失智社區服務據點」應廣泛指涉提供失智者之專業長照服務提供單位，如日間照顧中心、老人福利機構或護理之家，惟失智社區服務據點於本部訂頒之失智照護服務計畫之專有名稱，並已廣泛運用，未免研究完成後，本研究所使用名稱與意涵使人混淆，建議一所指之「失智社區服務據點」，應修正為「提供失智者長期照顧服務之機構」，以臻明確；另本項建議所稱納入「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」參考乙節，查失智共照中心為醫院附設使用醫院內既有空間，僅提供失智者個案管理、諮詢及轉介服務；另失智社區據點所運用場地多為社區中既有醫療院所、社區活動中心、教會、老人福利機構或可運用空間，其場地大小、進出人員、服務對象活動動線及出入口等情況態樣繁多，非屬依長期照顧服務法及相關法規辦理之長期照顧服務機構，不適用以相關檢核表加以檢核，故本項建議後段應修正內容朝向鼓勵地方政府於輔導依法設立提供失智者長照服務相關機構設立或平時查核時使用。綜上所述，爰建議修正為研提「提供失智者長期照顧服務之機構強化認知環境設計建議及空間檢核表」，鼓勵直轄市、縣(市)政府於輔導設立提供失智者長期照顧服務之機構使用，或就已設立

感謝委員建議，回復內容詳後附會議記錄。

<p>機構之平時經營輔導(如定期或無預警查核)參用。(主辦機關：內政部建築研究所、協辦機關：衛生福利部、直轄市、縣(市)政府)。。</p>	
<p>12. 鑒於日照中心及小規模多機能等社區式長照機構服務對象包含失智長者，建議研究成果可增加運用於日照中心及小規模多機能服務空間規劃，另除運用於純失智服務場域外，建議未來研究可將失能及失智服務對象混合收托之實務情形納入其他因素併予考量，以利打造適合受照顧長者社會參與及互動的空間。</p>	<p>感謝委員建議，擬規劃於後續課題。</p>
<p>13. 建議依本案研究成果提出失智老人的服務據點與一般老人的服務據點整合的策略或原則，如服務據點該放在同一地區或分別設置、服務人力體系分流或合一等項目的優缺點分析及建議方案，提供地方政府設置時參考。</p>	<p>感謝委員建議，擬規劃於後續課題。</p>
<p>14. 建議強調研究重要性及價值，人口老化伴隨失智人口上升，面臨的情緒及照護需求更為嚴峻，家屬照顧起來更為辛勞，藉由建築環境設計強化失智者認知是重要手段之一。</p>	<p>感謝委員建議，已修正研究內容(詳報告書第1章，第9頁)。</p>
<p>15. 建議就強化認知空間之優劣，或空間設計應避免之現象等，以歸納環境設計重點。</p>	<p>感謝委員建議，已就強化認知空間之優劣，或空間設計應避免之現象，修正研究內容(詳報告書第4章第1節，第104頁)。</p>

內政部建築研究所 110 年度自行研究「失智社區服務據點強化認知環境研究」、「高齡者在宅老化之既有住宅空間設備改善原則研究」及「高齡者及低視能者生活場域尋路 AI 輔具初探研究」等 3 案

期末審查會議紀錄

一、時間：110 年 11 月 26 日(星期五)上午 9 時 30 分

二、地點：採實體及視訊併行會議(實體會議於本所簡報室)

三、主席：王組長順治

記錄：靳燕玲、張乃修、

四、出席人員：詳簽到簿

褚政鑫

五、主席致詞：(略)

六、研究案主持人簡報：(略)

七、發言要點(依簡報順序)：

(一)「失智社區服務據點強化認知環境研究」案：

中華民國全國建築師公會林建築師少夫

有關高齡者失智社區服務據點強化認知環境檢核，宜說明所列原則及圖例之對應方式。

臺灣建築學會鍾建築師松晉

1. 合乎研究報告應有的格式。
2. 研究成果具參考價值。
3. 研究方法具實證操作。
4. 本研究可作為本次審查其他兩位研究者之標竿。

社團法人失智症協會湯理事長麗玉

1. 本研究具有很大的運用價值，支持出版失智友善空間設計原則參考手冊。

2. 失智社區服務據點之間差異性大，建議多參訪不同據點，以利實務運用。
3. 支持檢核表需更精緻化，建議邀請專家們共同討論修訂。
4. 建議與衛生福利部照護司委託雲林科技大學之失智友善空間設計計畫團隊交流，並取得共識，以利國內既有統計之準則或指引。
5. 有關失智共同照護中心及社區服務據點數據請更新。
6. 報告書第 100 頁樓梯照片，因中間階梯皆無「顏色對比」止滑條，建議刪除，以免誤導。
7. 建議建築研究所明(111)年 12 月亞太會議中發表失智症相關研究，以利國際交流。

衛生福利部社會及家庭署(書面意見)

1. 團體家屋服務對象為具行動力但須被照顧之中度失智者症，建議修正第 8 頁服務對象。團體家屋服務對象無臥床個案，建議修正第 56 頁表 2-2-1 團體家屋服務範圍。
2. 有關建議一、研提「失智社區服務據點」之強化認知環境設計建議及空間檢核表(後略)，查本研究所指「失智社區服務據點」應廣泛指涉提供失智者之專業長照服務提供單位，如日間照顧中心、老人福利機構或護理之家，惟失智社區服務據點於本部訂頒之失智照護服務計畫之專有名稱，並已廣泛運用，未免研究完成後，本研究所使用名稱與意涵使人混淆，建議一所指之「失智社區服務據點」，應修正為「提供失智者長期照顧服務之機構」，以臻明確；另本項建議所稱納入「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」參考乙節，查失智共照中心為醫院附設使用醫院內既有空間，僅提供失智者個案管理、諮詢及轉介服務；另失智社區據點所運用場地多為社區中既有醫療院所、社區活動中心、教會、老人福利機構或可運用空間，其場地大小、進出

人員、服務對象活動動線及出入口等情況態樣繁多，非屬依長期照顧服務法及相關法規辦理之長期照顧服務機構，不適用以相關檢核表加以檢核，故本項建議後段應修正內容朝向鼓勵地方政府於輔導依法設立提供失智者長照服務相關機構設立或平時查核時使用。綜上所述，爰建議修正為研提「提供失智者長期照顧服務之機構強化認知環境設計建議及空間檢核表」，鼓勵直轄市、縣(市)政府於輔導設立提供失智者長期照顧服務之機構使用，或就已設立機構之平時經營輔導(如定期或無預警查核)參用。(主辦機關：內政部建築研究所、協辦機關：衛生福利部、直轄市、縣(市)政府)。

3. 鑒於日照中心及小規模多機能等社區式長照機構服務對象包含失智長者，建議研究成果可增加運用於日照中心及小規模多機能服務空間規劃，另除運用於純失智服務場域外，建議未來研究可將失能及失智服務對象混合收托之實務情形納入其他因素併予考量，以利打造適合受照顧長者社會參與及互動的空間。

本所謝助理研究員宗興

建議依本案研究成果提出失智老人的服務據點與一般老人的服務據點整合的策略或原則，如服務據點該放在同一地區或分別設置、服務人力體系分流或合一等項目的優缺點分析及建議方案，提供地方政府設置時參考。

本所王組長順治

1. 建議強調研究重要性及價值，人口老化伴隨失智人口上升，面臨的情緒及照護需求更為嚴峻，家屬照顧起來更為辛勞，藉由建築環境設計強化失智者認知是重要手段之一。
2. 建議就強化認知空間之優劣，或空間設計應避免之現象等，以歸納環

境設計重點。

計畫主持人回應(靳副研究員燕玲)

- 1.本計畫研究範圍係依據衛生福利部「110 年度失智照護服務計畫申請作業須知」及「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」所列之「失智社區服務據點」，並非廣泛指涉提供失智者之專業長照服務提供單位，或依長期照顧服務法及相關法規辦理之長期照顧服務機構。本研究研提之強化環境認知空間設計建議及檢核表，屬參考及鼓勵性質，擬提供直轄市、縣(市)政府於輔導設立或經營前揭據點時參用，及提供建築或室內設計相關專業者參考。
- 2.另復依據前揭衛生福利部「110 年度失智照護服務計畫申請作業須知」及「失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊」之失智社區服務據點服務內容，歸納涵蓋最廣之空間分類，並非失智社區服務據點之齊一類型，並以建築環境手法強化環境認知，提供可行策略及作法，屬參考性質。另因失智社區據點空間樣態多元，建請實務運用時因地制宜擷取適用之項目以為參考。至建議運用於日照中心及小規模多機能服務空間規劃，及與一般老人的服務據點整合的策略或原則等課題，擬納入後續規劃參考。
- 3.餘有關與會代表之建議，將納入後續研究參考修正。

(二)「高齡者在宅老化之既有住宅空間設備改善原則研究」案：

全國建築師公會林建築師少夫

- 1.建議研究案可再考量與外部空間之連結，如電梯與上下樓梯尤其是舊建築物之扶手樓梯如何讓高齡者更易於出入。
- 2.建議案例部分能更詳細說明扶手的高度範圍與在走廊上之配置情形。
- 3.家具的高度及可調整高度之家具建議可納入後續研究討論。

臺灣建築學會鍾建築師松晉

1. 以文獻討論為主，缺乏原則性的發現與可靠的研究方法。
2. 以此為研究成果並予以推廣有其風險性。
3. 研究風險在於以個別案例代替國家，要進行原則訂定必須經過會議決定而非個人找一案例決定。

社團法人失智症協會湯理事長麗玉

1. 本案議題有其需要及重要性，支持研究成果能成為手冊，並可考量朝終生住宅之設計原則進行研擬。
2. 建議邀集高齡者、職能治療師與物理治療師共同討論後續設計原則。
3. 以高齡者為主體之家具設計建議可納入後續研究討論。

衛生福利部社會及家庭署(書面意見)

1. 有關第一章緒論/第六節用語定義說明/四、健康及亞健康高齡者部分，建議參採 109 年人口及住宅普查初步統計結果提要分析，65 歲以上人口，健康、亞健康者占比為 86.7%，失能者為 13.3%；另高齡社會白皮書部分，應係行政院於 104 年核定，後因應高齡人口持續攀升，本署於 109 年啟動研修，行政院並於 110 年 9 月 27 日核定修正。
2. 承上，行政院於 110 年 9 月 27 日核定修正之高齡社會白皮書，揭示自主、自立、共融、永續四大發展願景，並將建構高齡友善及安全環境納入政策目標之一，期待研究成果之應用，以積極回應高齡者居住需求。
3. 針對本研究案之關鍵字，倘所指係高齡者居住之宅體，非宅體屋齡較高之住宅，建議調整為高齡者住宅，避免混淆。
4. 本研究參採衛生福利部老人狀況調查(如第 11 頁)，係 2017 年發布，再請修正。

本所謝助理研究員宗興

1. 本案期末報告已經看到現況案例以及改善情形，同時針對一些細節內容如浴室內的活動式防滑座椅已經納入設計原則內，這樣的研究成果相當有意義。
2. 本案的設計原則如果推演到後續在日常生活的維護、清潔、管理，也許有部分內容不再適合由高齡者自己動手清潔，反而需要社會支援提供服務，建議未來可增加日常維護、清潔、管理的處理原則。

本所王組長順治

1. 建議加強說明研究成果在實務上的運用並強調研究價值，從在宅老化之品質、舒適與便利協助延緩高齡者老化。
2. 建議可從可行性角度分別就必要之改善與次要之建議改善分別說明。
3. 建議可將照顧的空間納入考量，以於需要能彈性調整對應。

計畫主持人回應(張副研究員乃修)

1. 本研究現階段改善原則之提出以各國制度及文獻為主，案例係輔助說明，如後續研擬編定手冊，將以專家問卷及模糊德爾菲法取得共識後方進行訂定。
2. 考量研究期程及本部營建署已就既有住宅增設電梯及樓梯輔助設施有相關推動政策，本研究尚以居住空間內為主體，後續進行相關研究將參採納入家具等非固定設施設備。
3. 將依與會代表意見檢視修訂研究成果，以作為實務上可參採運用之原則。

(三)「高齡者及低視能者生活場域尋路 AI 輔具初探研究」案：

中華民國全國建築師公會林建築師少夫

建議可說明 AI 盲杖與建物如何結合應用，或可提出建議讓有興趣的

單位進行後續研發，讓使用者進入相關空間時可採藍芽等方式連結，即可得知廁所服務台等相關位置。

臺灣建築學會鍾建築師松晉

1. 報告格式缺參考文獻。
2. 高齡者與視障 2 者問題不同，難混為一談有研究上難度，再加上 AI 輔具，簡報無重點條理不清讓人難理解，研究成果尚待商確。

社團法人失智症協會湯理事長麗玉

失智者為大腦認知問題較低視能者尋路困難，另本研究建議視障相關單位與會。

衛生福利部社會及家庭署(書面意見)

第 87 頁之建議二：中長期建議建立持續完善之視障無障礙空間。查有關視障者之無障礙空間，為內政部營建署權責，建議於協辦機關增列內政部營建署。

本所謝助理研究員宗興

1. 定向訓練是一個門檻，有時候沒有方向感的人怎樣訓練都不容易過關，建議列出在怎樣的條件下不建議低視能者出門，以確立本案的研究範圍。
2. AI 輔具整理相當用心，若以國內擬定未來推動政策的角度出發，建議列出可能的排序或是搭配組合。

本所王組長順治

1. 建議先行釐清本案的目的、生活場域及 AI 輔具使用時機，並宜清楚說明本案係針對建築物無障礙設施設計規範參考附錄 3 設施設計指引 A302 視覺障礙者引導設施等條文進行補充，俾使未來視障者之無障礙

空間有更多的依循，有更好的使用空間。

2. 建議可針對各項輔具的尺寸、使用方式、情境等進行說明，使大眾更了解其相關操作方式及特性，並可說明於建築物方面可如何配合改善。

計畫主持人回應(褚助理研究員政鑫)

1. 將清楚說明本研究之目的，加強描述各項章節說明，以增加其連貫性，並使閱讀者可迅速瞭解，並補充說明 AI 輔具相關使用方式及情。
2. 將補充說明定向訓練如何，及針對建築物無障礙設施設計規範參考附錄 3 設施設計指引 A302 視覺障礙者引導設施等條文進行補充。
3. 餘將參考與會代表之意見進行調整、修正。

八、會議結論：

本次會議 3 案期末報告，經審查結果原則通過，請詳細記錄與會出席代表、本所人員及書面意見，並請計畫主持人參採，納入後續事項積極辦理，並於成果報告妥予回應，如期如質完成。

九、散會：(上午 11 時 30 分)

附錄三

訪談紀錄(內容未經受訪者校閱)

參訪雙連社會福利慈善事業基金會新莊社會福利中心之「失智社區服務據點」

地址：236 新北市新莊區中央路 51 號

時間：110 年 11 月 30 日早上 10:30-12:00

地點：雙連社會福利慈善事業基金會新莊社會福利中心

=====
受訪對象：陳智鵬組長、劉珈伶小姐(02)8521-7872 分機 101

重點紀錄：

1. 雙連失智社區服務據點空間包括出入口、接待空間、活動空間、家屬陪伴空間、廁所。由於是依附在雙連新莊社福中心大樓的 4 樓，原先是共用餐廳(含廚房)，後改成據點使用，因此入口、接待空間、廁所都是共用的，職員另有辦公室。
2. 出入口鄰接電梯，從據點活動空間出入口要去浴廁的標誌位置比較不清楚，長輩很容易走出大門就忘了要去上廁所，一看到電梯就以為自己要上下樓，直接走進電梯，結果常常需要 1 樓的照護人員協助提醒回到據點。
3. 當活動進行時，陪伴家屬可以坐在外圍窗邊的座位陪伴，或者在沙發區休息。
4. 失智長輩目前仍以家人接送居多，因此一樓總入口並沒有放置標誌物，但迷路的情形不多。
5. 因應疫情中午共餐已取消，長輩改由餐盒或便當帶回食用方式。
6. 目前廁所門口皆有貼上圖示，提醒長輩。
7. 據點活動空間皆有窗戶，明亮通風。廚房牆面有設一扇小窗，方便內部及外部人員彼此了解聯繫。廚房部份空間採開放式，長輩可以知道何時要用餐了。
8. 門口牆上公布每日菜單。
9. 活動空間家具採活動配置，依據活動類型調整擺放方式，例如今天是老師帶領大家做認知活動，於是排成 U 字型面向老師環坐。
10. 目前收輕中度且生活可自理的長輩為主。

參訪新北市土城區永寧社區發展協會之「失智社區服務據點」(內容未經受訪者校閱)

地址：新北市土城區永平街1號

時間：110年12月20日(一)下午2點

地點：新北市土城區永寧社區發展協會失智社區服務據點

=====
受訪對象：永寧社區發展協會理事長、永寧福德宮廟總幹事、據點負責人

重點紀錄：

1. 本失智社區服務據點空間包括出入口、活動空間、家屬陪伴空間，無單獨的接待空間，照顧員(職能師)亦無專屬辦公空間。使用宮廟的廁所及廚房。據點同時和新北市銀髮俱樂部(社會局主管之社區關懷據點)共用空間，區分不同時段使用。
2. 每天會有交通車接送，亦有長輩自行步行前來(包括失智長輩)，因熟悉附近環境不會迷路。
3. 據點成員多是社區居民且背景相似，說閩南語為主，沒有外省長輩。
4. 收輕中度失智長輩，無法照顧重度失智者，之前有兩位長輩因失智狀況較嚴重，已協助轉介至公托照顧。
5. 因與公廟結合，並無足夠空間設置無障礙廁所。僅設扶手及可動式斜坡，但廁所入口通道僅約55公分寬度不足，輪椅使用者無法進入，僅能請外傭抱進抱出。
6. 某些長輩有外傭作伴，活動時間坐在外圍休息。
7. 活動空間旁的桌椅區供職能師坐下休息或備課。
8. 每週一至五上午9:30~12:30，下午13:30~16:30；每月第一、三週週三12:00共餐，1餐80元。因疫情影響中午提供便當讓長輩帶回食用。
9. 少數長輩上全日班，據點提供躺椅中午休息。
10. 失智據點課程包括健康操、唱歌、畫畫、桌遊、太極拳等。
11. 本據點109年度獲新北市政府頒發「協助新北市達成失智友善555目標」感謝狀，以及亞東紀念醫院「110年據點血壓關心」競賽第1名。
12. 本據點社區凝聚力強深獲當地民眾支持，相關無障礙設備亦逐步改善中，建議有關強化認知空間改善方式宜採因地制宜且逐步調整為原則。

參訪衛生福利部北區老人之家(內容未經受訪者校閱)

地址：231 新北市新店區屈尺路 81 號)失智症照顧專區

時間：110 年 10 月 4 日早上 10:00-12:00

地點：衛生福利部北區老人之家會議室

=====
受訪對象：黃淑容科長(電話 26668695 分機 111)、田阿妹照顧服務員、楊淑晴
公職護理師

重點紀錄：

1. 目前失智症專區已落成但尚未啟用；採複式大門雙層入口管制方式，分成左右 2 組單元各 9 間共 18 床，預計男左女右配住。
2. 開放式廚房位於右側，邀請長輩餐與備餐活動，若面對中庭之公共空間若能開窗則採光通風會更好。
3. 目前養護區亦有失智個案，為避免作息影響其他長輩，集中安排於一間 4 人房，夜間不開燈，觀察相處情形，4 人會自然協調為共生型態，尚為融洽。以實務經驗而言，失智者混居未必不可行，例如照顧員安排安養區兩位爺爺結伴，其中一人失智，另一位則每天帶領他共同生活。
4. 因院區空間廣大且大門口有警衛，長輩最多離開自己房間外出仍在院區內，不會特別限制失智長輩行動。
5. 其他建議：大廳飲水機應包覆或調整位置，避免長輩誤按。穿戴式裝置(電子手環)可掌握長輩所在位置避免走失。
6. 安撫娃娃對處於躁動狀態的失智長輩有安撫作用，寵物機器狗對於視障長輩有療癒作用。園區菜園已有安養區長輩栽種管理。因院區位置偏僻社區居民少，尚未建立與社區互動之活動。未來擬邀請更多攤販設攤，便利長輩購屋需求。

財團法人臺灣基督長老教會雙連教會附設新北市私立雙連安養中心(內容未經受訪者校閱)

地址：252 新北市三芝區後厝里北勢子 22-17 號)失智症照顧專區

時間：110 年 10 月 4 日下午 14:00-16:00

地點：雙連安養中心會議室

=====
受訪對象：賴院長明妙、蔡雅雯研究組副組長、李佳樺照護處主任

重點紀錄：

1. 失智照顧專區共 3 樓層，入口電梯採內外分流，採員工持有鎖碼控制，以避免個別樓層長者誤闖電梯，或進入其他樓層。
2. 入口加裝橫向拉簾阻隔視線，避免照顧人員頻繁進出時引起長輩注意，避免人員流動刺激長輩也想一探究竟或出去，建議若採用假景等手法掩蔽宜考量合理性，例如長輩看到假山水旁常有人員進出會感到疑惑。
3. 目前家屬探視可進到個別房間，長輩會互相介紹自己的家人，並未引起困擾。
4. 緊急觀察室位於 2 樓，供長輩臨時身體不適或傳染病時觀察。
5. 失智症者大多難以適應醫院病房，某些醫療院所只好將其綁在病床上，為此大部分家屬皆填寫機構臨終意願書，目前亦有提供臨終服務。建議醫院應規劃設置失智照顧病房。
6. 用餐採餐車配送至各樓層，但會在單元內煮飯，提供認知刺激例如煮飯的味道及聲音等，中島廚房會舉辦烹飪活動，亦會安排長輩協助配膳及飯後收拾等作業。
7. 淋浴(坐浴)宜在個別房內進行且有專人陪伴協助，因失智者對於環境適應不易，不宜採公共浴室；遇長輩短期失能時，須有共用之戒護浴室躺浴。
8. 失智者較適宜住單人房，即使夫妻皆失智，因病徵及病程差異頗大，亦不易適應雙人房模式。
9. 早期規劃設計尚有不足，三個樓層僅有 1 樓設護理站，且缺乏照顧員個別座位及辦公區，員工僅能運用長輩休息時間於公共區辦公。但員工仍可使用園區內其他設施，近期將興建員工宿舍，提供員工休息室、健身房等。
10. 雙連空間規劃公共及半公共空間與私人空間比例約為 65%：35%。
11. 失智專區內用木門(非防火門)，樓梯間常關型安全門平日用電子鎖鎖住，遇火災可自動斷電之設施。

12. 建議其他可參訪「財團法人天主教失智老人社會福利基金會附設台北市私立聖若瑟失智老人養護中心」。
13. 煩請蔡副組長提供「現實導向」照片，及賴院長提及將滅火器放置牆面凹洞，貼上月曆紙隱藏。

參考書目

- 朱嘉義(2001) 《行政院國軍退除役官兵輔導委員會考察香港安養機構報告》，行政院研究發展考核委員會公務出國報告資訊網<http://report.nat.gov.tw/ReportFront/index.jspx>。
- 李矜榕(2016) 〈【失智症並非正常老化】輕、中、重度失智症的照護要點〉，愛長照<https://www.ilon-termcare.com/Article/Detail/29>
- 莊秀美(2004) 〈長期照護的新趨勢日本的小團體單位照護〉，《社區發展季刊》，106:345-357。
- 陳政雄(2009) 《如何營造失智症老人生活環境》
- 陳素春等(2007) 〈96年度赴日考察失智症老人照顧及老人住宅推展情形計畫〉，公務出國報告網，<https://report.nat.gov.tw/ReportFront/ReportDetail/detail?sysId=C09700151>。
- 黃美娜(2006) 《日本長期照顧機構參訪報告》，行政院研究發展考核委員會公務出國報告資訊網
(<http://report.nat.gov.tw/ReportFront/index.jspx>)。
- 黃耀榮(2009) 〈環境設計的介入措施與情境治療〉，《輔具之友》，25:23-31。
- 曾思瑜(2009) 〈採用日本PEAP照護環境評估量表的高齡者機構環境營造案例〉，《建築師》35:91-97。
- (2018) 〈日本失智症照顧咖啡館〉，2017年度公益財団法人日本台湾交流協會 フェローシップ事業成果報告書。
- 衛生福利部(2021) 〈失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0〉，衛生福利部網頁。
- 衛生福利部(2021) 〈110年度「失智照護服務計畫」申請作業須知〉，衛生福利部網頁。
- 衛生福利部(2021) 〈失智友善社區「憶」起來〉，

- <https://www.mohw.gov.tw/cp-5013-58353-1.html>
- 衛生福利部(2020)〈走一趟失智友善社區，不只態度友善、還要建立生活感〉<https://www.commonhealth.com.tw/blog/3844>
- 兒玉桂子、足立啓、下垣光、潮谷有二(2009)《認知症高齢者が安心できるケア環境づくり 実践に役立つ環境評価と整備手法》，彰国社出版。
- 兒玉桂子／古賀譽章／沼田恭子／下垣光／編集(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》，中央法規出版。
- ADI(Alzheimer's Disease International) (2020) 〈World Alzheimer Report 2020 Design, Dignity, Dementia:Dementia-related design and the built environment〉 (網址：<https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2020/>)
- Coltharp, W. Jr., Richie, M.F., & Kaas, M.J. (1996). "Wandering." *Journal of Gerontological Nursing*, 22(11), 5-10.
- Dementia Enabling Environments Project(2021) (網址：<http://www.enablingenvironments.com.au/>)
- Dementia Enabling Environment Principles(2021) (網址：<http://www.enablingenvironments.com.au/CareEnvironments.aspx>)
- National Disability Authority (2015) 〈UD_Guidelines-Dementia_Friendly_Dwellings for People with Dementia, Their Families and carers. -2015-Section-3〉 (網址：<http://nda.ie/Spaces for Living 03>)lume II: Case