

臺灣老人日間照顧服務之初探： 兩種服務模式之比較分析

呂寶靜*

政治大學社會工作研究所教授

李佳儒

東吳大學社會工作學系助理教授

趙曉芳

台灣大學社會工作學系助理教授

摘 要

近年來失智症日間照顧服務模式在美國、日本興起，而台灣政府對於「失智症老人日間照顧服務」及「失智、失能混合型日間照顧服務」人力配置之規定也於 2008 年出現，然上述兩種服務模式的運作情形值得探究。本文旨在解析我國社會型日間照顧服務之現況，試圖從結構特性、過程及結果三個面向來比較兩種服務模式之異同。研究方法係採郵寄問卷調查法，針對全國社會型日照中心進行普查，寄出 81 份問卷，回收 61 份問卷，回覆率為 75.3%；並運用描述性統計分析來呈現研究結果。研究發現可大致歸納為下列二項：(1) 每所日照中心平均可服務 28.23 人，而實際使用人數為 20.48 人。使用月托的服務對象之身體認知功能情形，在「失智、失能混合型中心」的使用者中七成二為失能者，而僅失智未失能者占二成七；但在「失智症專門型中心」罹患失智者則占六成五，另失能者也占三成五。(2) 「失智、失能混合型」及「失智症專門型」兩種服務模式互有異同，其相異之處為：首先，失智症專門型日照中心的專業人力配置比較高（除社工員外，也另聘有專任護理人力）；其次，在活動安排方面，失智症專門型中心體認到「延緩或維持認知功能退化」是方案的主要功能之一，故重視輔療性活動的辦理（特別在「認知輔療活動」和「藝術輔療活動」），也會安排讀報、玩賓果、數字拼盤等休閒活動；此外，中心對家屬提供支持服務也較為普遍。最後在結論部分，本文以美國和日本失智症日間照顧服務發展作為借鏡，研提我國未來建置失智症日間照顧服務模式之政策建議。

關鍵字：老人日間照顧、老人社區式服務、長期照顧服務、失智症照顧

* 為本文通訊作者：pclu@nccu.edu.tw，(02) 29387317，台北市 11605 文山區指南路二段 64 號政治大學社會工作研究所辦公室。

收稿日期：2014/02/25

接受刊登日期：2014/09/18

壹、前言

在地老化是各國推動長期照護政策的目標，而居家式和社區式服務優先為推動原則，在此趨勢下，日間照顧方案（或譯為「日間照護」方案）就迅速成長，此乃因日間照顧方案係社區服務體系之一環，除了服務失能者外，也被視為是對家庭照顧者提供的喘息照顧之一種形式，由於兼具老人服務方案和家庭支持性方案之性質，其重要性也愈加明顯。

美國近年來日間照顧服務的發展趨勢是除了「醫療型」和「社會型」外，又發展專門化（a specialized）的服務模式（如針對失智症患者的服務）。而日本自 2006 年 4 月起也新增了（1）針對需支援者的服務－「預防照顧日間照顧」，（2）社區緊密性服務－「失智症日間照顧」，及（3）針對需要醫療及照顧的使用者－「療養日間照顧」。由此可知，日間照顧服務越趨專精化。

反觀臺灣，老人日間照護服務方案係分別由社會福利和衛生醫療單位主管。社會型日間托老中心最早於 1985 年由臺南市松柏育樂中心開辦，而醫療型日間照護中心則於 1990 年省立豐原醫院開辦日間照護室後才積極辦理。1997 年老人福利法第一次修法時，老人日間照顧服務係為服務項目之一，又 2007 年老人福利法二度修法時，將日間照顧服務納入成為「社區式服務」；另在第 19 條機構式服務中也載明輔導老人福利機構提供日間照顧服務。從此日間照顧服務取得法源的基礎，並依承辦單位之性質分為「老人福利機構設日間照顧設施」及「社區式日間照顧服務提供單位」兩類。隨後於 2008 年訂頒之「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」，就工作人員人力配置之規定來看，分為：（1）失能老人日間照顧服務，（2）失智症老人日間照顧服務，及（3）失智、失能混合型老人日間照顧服務等三類。

國內有關老人日間照顧之現有文獻以探究日照服務之成果或功能（如：蕭文高，2013；張菀珍、蘇慧芬，2009；呂寶靜，2001）和經營管理（如：林明禎，2013；陳政智、張江清，2007）居多；至於針對不同類型日照服務之營運狀況和服務提供情形的研究，付之闕如。其次，上述研究都是地區性調查研究或抽樣研究，而不是普查的性質。爰此，本文試圖分析我國社會型日間照顧服務之現況，進而研提未來實務發展之建議，供政府制定政策之參考。而內容包括三部分：首先引介日間照顧服務，著重在日間照顧之定義、類型、服務項目、功能和人力配置等面向之說明；其次，進行問卷調查以瞭解

臺灣日照服務方案的現況，預定從結構特性（如：人力、規模等）、過程（涵括：提供的服務項目、辦理的輔療活動、家屬活動）及結果（日照服務對個案的功能、對家屬的功能）等三個面向來進行「失智失能混合型」和「失智症專門型」兩類模式之比較分析；最後針對如何專精化失智症老人日照服務模式提出構思。

更具體而言，本研究目的有下列兩項：

- （一）解析我國社會型日間照顧方案之發展現況。
- （二）依據現況分析結果，借鏡美日失智症日照服務之特色，提供我國未來專精化日間照顧專門化服務模式之政策建議。

貳、日照服務方案

一、日照服務的定義與功能

美國衛生與人群服務部門（the Department of Health and Human Services）對於社會型成人日照的基本目標認定為：社會型成人日照服務提供一個安全的環境、部分日常生活活動（ADLs）協助、及一些治療性活動，期能協助方案參與者能達到最妥善（optimal）的生理和心理功能（Abramson, 2009: 66）。

而在日本，根據「指定居家服務等事業人員、設備及營運相關基準」第 92 條，關於日間照顧的基本方針，敘述如下：「日間照顧係屬指定居家服務之一，其事業之提供目的在於針對使用者即便處於需照護狀態，使其盡可能留在家中，因應其殘存能力來維持自立日常生活，透過必要的日常生活照料及功能訓練的提供，消除使用者的社會孤立感、維護其身心功能以及減輕使用者家屬的身體及精神負擔」。由此可知，日間照顧服務具有「消除社會孤立感」、「維持身心功能」、「減輕家人的身心負擔」等三項功能（引自呂寶靜、李佳儒、趙曉芳，2012）。

從上述日照服務的定義中，吾人可知日照服務的功能就使用者而言，有下列四項：（1）維持或改善個案的身心功能（或極大化案主的生理和心理功能），（2）增進案主的社會化，減除社會孤立感，（3）增加案主的滿足感，（4）預防或延緩案主進住機構。就家庭照顧者而言，具有下列功能：（1）提供照顧者獲得喘息的機會，（2）促使照顧者繼續就業，（3）增加照顧者的持續照顧能力（引自呂寶靜，2012：177）。

二、日照服務的類型

由於早期日照中心多屬醫療院所附設，因此 Weissert (1977) 曾按復健取向的程度將日照中心分為「醫療型」及「非醫療型」兩種模式 (引自王增勇, 1998: 172)，而非醫療型又被稱為社會型，故「醫療型日照」與「社會型日照」也成為實務工作中最常見的分類模式。然而，目前美國的成人日間服務重新區分為三種模型 (O'Keeffe & Siebenaler, 2006)：社會型、醫療型 (通常兼具社會型的功能)、專門模式 (a specialized model)。社會型係針對生理和認知損傷的成人提供活動，活動包括遊戲、藝術與工藝及討論團體 (Montgomery & Rowe, 2007)，也提供部分日常生活活動 (ADLs) 的協助。醫療型不只提供社會型的服務和活動，也提供技術護理和復健服務 (HHS, 2006)。專門模式則是針對特殊人口群所設計的服務，這些特殊人口群包括患有精神疾病、阿茲海默氏症或相關失智症，或者多重硬化症 (multiple sclerosis) 的成人 (Silverstein, Wong, & Brueck, 2008: 2; 引自呂寶靜, 2012: 177-178)。

日本自 2006 年 4 月起，也新增以下三項服務：(1) 針對需支援者的服務－「預防照顧日間照顧」，(2) 社區緊密性服務－「失智症日間照顧」，(3) 針對需要醫療及照顧的使用者－「療養日間照顧」。由此可知，失智症日照近年來已成為新型的服務模式 (引自呂寶靜等, 2012)。

三、日間照顧中心提供的服務

在美國，每個日照中心可能因其特色而提供的服務項目有所差異，然而美國大部分的成人日照服務中心通常會提供下列一般性服務 (NADSA, 2009)：(1) 社會活動：依成員們的狀況讓其在活動中有互動之機會，(2) 交通服務：到宅接送，(3) 餐食與點心服務：提供成員用餐服務，也能提供有特殊飲食需求者特別餐食服務，(4) 個人照顧：協助如廁、穿衣、進食，以及其他個人日常活動，(5) 治療性活動：提供成員運動和心理互動之機會。

日本高齡者的日間照顧服務始於 1979 年以居家臥床老人為對象的服務，爾後，於 1981 年實施到宅服務 (洗澡、供餐)。自 1986 年開始，將日間服務與到宅服務結合，統

稱為居家老人日間服務事業，事業內容也做了調整，分為：(1) 基本事業，包括：生活指導、日常動作訓練、照顧、家庭照顧者教室、健康檢查、交通接送，(2) 日間事業，包括：洗澡服務、供餐服務，以及(3) 到宅事業，包括：洗澡服務、供餐服務、洗衣服務（引自呂寶靜等，2012）。

由上可知，個人照顧之協助、餐食服務及交通服務是最基礎的服務，至於「社會活動」與「治療性活動」的範疇較為廣泛，且服務項目也較為多樣化。

四、人力配置

2010 年 MetLife Study 針對美國日照中心的調查研究顯示：在人力配置方面，近 80% 的成人日照中心具有護理專業人員，近 50% 的有社工專業人員，且近 60% 的中心提供個案管理服務，另近 50% 的中心提供物理、職能或語言治療。此外，每 6 位使用者就配置 1 名照顧服務員，可促進「個人化」及「以個人為中心」的照顧 (NASDA, 2011; 引自呂寶靜，2012：180)。

在日本，日間照顧業者聘任的相關人員包括：管理者、生活輔導員、功能訓練指導員、護理人員、照顧人員。除了功能訓練指導員(具有護理師、準護理師、物理治療師、職能治療師、語言聽覺師、柔道整骨師、按摩指壓師其一證照者，且可兼任該日間照顧事業所其他職務)外，需配置全職 1 名以上，其他工作人員的配置則是按服務規模(「10 人以上」或「未滿 10 人」)而有不同的配置規定。未滿 10 人的事業所甚至可不配置護理人員(介護事業開業支援—通所介護事業(デイサービス)の指定基準)(引自呂寶靜等，2012)。

美國和日本的人力配置現況顯示：護理人員、社工人員、職能治療師、物理治療師及照顧服務員是日照中心的主要人力。

參、臺灣老人日間照顧服務之發展脈絡

從前節文獻回顧得知，日照服務的類型大致可分為醫療類型和社會類型兩類，早期有關經營日照方案的機構，在社會型日間托老中心方面由老人福利機構、老人服務(活動)中心，及老人會來經營辦理；而醫療型日間照護中心則全部由醫院附設(呂寶靜，1998：218)。

內政部於 1987 年開始獎助各縣市政府及公私立老人扶養機構辦理老人日間照顧(曾中明, 1995)。而行政院經建會(1991)提出的「國家建設六年計畫: 1991-1997」中列有全面推廣老人在宅服務、居家護理及老人日間照顧, 並以每年增加 10% 服務對象為目標, 以盡量使老人留居家庭(引自王增勇, 1998: 171)。另行政院 1994 年頒佈的「社會福利政策綱領實施方案」中, 有關老人福利服務部分也列有「結合區域內相關老人機構提供居家服務、居家護理、托老及文康休閒設施」之條文。

1997 年老人福利法第一次修法時, 第九條提及地方政府應視需要設立並獎助私人設立各類老人福利機構, 在「服務機構」之綜合性服務項目中則列有「老人日間照顧服務」。2007 年老人福利法二度修法時, 於第 18 條中指陳主管機關應自行或結合民間資源提供社區式服務, 並將日間照顧服務納入; 另在第 19 條機構式服務中也載明輔導老人福利機構提供日間照顧服務。自此時始, 日照服務依設施類型分為「社區式日間照顧服務提供單位」及「老人福利機構附設日間照顧設施」兩類。隨後 2007 年發佈之〈老人福利機構設立標準〉第 5 條即是針對老人福利機構設日間照顧設施之規定¹, 但社區式日間照顧服務單位因不隸屬於機構式服務, 一直到 2008 年發布之〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉才有所規範。

依據〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉規定, 社區式日間照顧服務提供單位應設下列空間: (1) 多功能活動室, (2) 無障礙衛浴設備, (3) 餐廳, (4) 午休設施或寢室, 且不得設於地下樓層, 及 (5) 簡易廚房。至於其服務項目為: (1) 生活照顧, (2) 生活自立訓練, (3) 健康促進, (4) 文康休閒活動, (5) 提供或連結交通服務, (6) 家屬教育及諮詢服務, (7) 護理服務, (8) 復健服務, 及 (9) 備餐服務。從其提供的服務項目中可窺知日照中心所需的工作人力是跨專業的團隊, 包括: 護理人員、社會工作員、照顧服務員、物理治療人員或職能治療人員。

上述兩類日間照顧服務方案, 依機構式或社區式不同而有相異的空間、設備及樓地板面積等規定(見表 1)。

¹ 老人福利機構設立標準第 5 條「老人福利機構設日間照顧設施者, 應設有多功能活動室、餐廳、廚房、盥洗衛生設備及午休設施。日間照顧設施之樓地板面積, 平均每人應有十平方公尺以上。前項日間照顧設施設有寢室者, 其寢室之樓地板面積, 平均每人應有五平方公尺以上。日間照顧設施之工作人員, 依其照顧對象, 準用業務性質相同老人福利機構規定設置。」

表 1 日間照顧服務設置規模差異表

項目 \ 類型	機構式日間照顧服務	社區式日間照顧服務
樓地板面積	平均每人 10 m ² 以上，若設有寢室者，則平均每人的寢室面積應有 5 m ² 以上。	平均每人 6.6 m ² 。
總面積	不得低於 300 m ² ，若有寢室者則不得低於 450 m ² 。	不得低於 198 m ² 。
空間內容	多功能活動室、餐廳、廚房、盥洗衛生設備、午休設施（寢室）。	多功能活動室、餐廳、簡易廚房、無障礙衛浴設備、午休設施或寢室。
特殊要求	寢室不得設於地下樓層。	午休設施或寢室不得設於地下樓層。必要時得為失智症老人設適當且獨立空間。
適用法規	老人福利機構設立標準第 5 條。	老人福利服務提供者資格要件及服務準則第 58 條。

資料來源：整理自陳政雄、陳柏宗（2009）。

至於「失智症老人日間照顧服務」首度出現在〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉，其中針對照顧服務員之配置依：（1）失能老人日間照顧服務，（2）失智症老人日間照顧服務，以及（3）失智、失能混合型老人日間照顧服務等三種模式而有相異的規定（見表 2）。但上述日間照顧服務的三種模式，其服務項目與發揮的功能並未有進一步的討論與規範。

表 2 社區式、機構式日間照顧服務之照顧服務員配置

服務類型	社區式 日間照顧服務	機構式日間照顧服務		
		長期照護型	養護型	失智照顧型
照顧服務員	失能 1：10 失智症 1：6 混合型 1：8	1：5	1：8	1：3

資料來源：游如玉（2009）。

其實 2007 年訂頒之「長照十年計畫」，針對日間照顧服務資源的發展進度有所規劃，推估日間照顧至 2012 年可達到 1.99% 之使用率，爾後至 2020 年則期望可達到 5% 使用率，以一個日間照顧中心服務 30 人之規模推估，估計於 2012 年可達到 191 個單位提供日間照顧服務（約占全國 368 個鄉鎮市之 52%），至 2016 年可達到每鄉鎮市至少有一個單位提供日間照顧服務之目標。至於失智症老人日間照顧服務中心被視為是新型服務模式，並參考「建構長期照護體系先導計畫」之實施經驗，預期於 2012 年可達全國每縣市至少有一個單位提供失智症老人日間照顧服務及家庭托顧服務支持系統之目標。由此可知，長照十年計畫對於失智症老人日間照顧服務中心賦予不同於一般日間照顧中心的定位和功能。

失智症日間照顧服務在「建構長期照護體系導計畫」被視為是一項創新服務模式，其目標為：（1）發展支持性組織環境，（2）維持失智者的身體功能及認知功能，（3）提高失智老人有尊嚴的生活內容與品質，（4）提供失智者家庭照顧者諮詢、訓練與照護上之支持，（5）提供失智者之家庭照顧者喘息的機會（張媚，2003：10）。而其主要服務內容有：（1）護理服務，（2）日常生活照顧服務，（3）交通接送服務，（4）社會心理諮詢服務，（5）活動安排，（6）行為問題處理，及（7）成立或舉辦家庭照顧者支持關懷服務（張媚，2003）。在「建構長期照護體系導計畫」推動期間，健順養護中心接受政府委託成立台北縣私立健順失智老人日間照顧中心，開啟此一新型服務模式，而在服務內容中重視活動及運動安排，如：認知活動、感官刺激活動、音樂活動以及復健治療等（陳美雲，2003）。然失智症日照服務方案所強調之「活動安排」及「行動問題處理」，在〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉中並未被納入服務項目。

肆、臺灣日間照顧服務之現況

為瞭解台灣日間照顧服務之現況，特進行問卷調查，而問卷的內容重點有：使用者特性、工作人員人力配置、服務內容、發揮功能（就使用者和其家庭照顧者分別探討之）、以及經營問題與未來發展等。

一、資料來源

針對臺灣 81 所社會型日間照顧服務單位，在 2012 年 6 月至 7 月進行郵寄問卷調查，計回收 61 份問卷，回覆率為 75.3%²。填答者主要為日照服務方案的主要負責人³。

二、調查研究結果

以下就使用者特性、人力配置、服務內容等面向，分別呈現「失能、失智混合型」及「失智症專門型」兩種日照中心之服務現況。

（一）服務使用者特性

由調查可知，目前 61 所日照中心可服務人數之最大服務量為 1,722 人，平均每所可服務 28.23 人，然從表 3 可知，實際使用人數總計為 1,249 人，平均每所實際服務 20.48 人，不論是「失能、失智混合型」及「失智症專門型」日照中心皆有超過八成（88.8%、84.4%）是以月托的方式接受服務。針對月托的 1,099 人進行更深入的分析發現，兩種服務模式使用者皆以女性（63.1%、68.9%）、年齡在 75 歲以上者居多（其中，以「75-84 歲」組為最多，各約占半數）；至於在福利身分別方面，皆以一般戶居多（占八成七以上），中低收入戶次之，低收入戶最少。在使用者的身體功能方面，從表 3 可知，失智症老人日照中心之使用者中約三成五是失能，而在失智、失能混合型中心之使用者中失能者占七成；但在認知功能方面，失智症老人日照中心之使用者罹患失智症但未失能者約占三分之二，而在失智、失能混合型中心之使用者中，僅失智但未失能者近兩成七。

² 81 所日間照顧服務提供單位係由衛生福利部社會及家庭署老人福利組（原「內政部社會司老人福利科」）所提供，其中 66 所為日間照顧中心，另 15 所為失智症日間照顧中心。前者回收 49 份，回覆率為 74.20%，而後者回收 12 份，回收率為 80%。

³ 問卷郵寄給負責人，但在填答說明中建議交由主責日照服務業務的同仁填答。填答者以專任工作人員居多（約占 97%），其中職稱為組長／主任或總幹事／執行長者約占三成二，另五成六為社工員或社工督導。

表 3 日照中心服務使用者之人口特性，按服務型態分

項 目	失智、失能混合型 N (%)	失智症專門型 N (%)	全樣本 N (%)
實際使用人數			
月托	909(88.8)	190(84.4)	1,099(87.99)
日托	115(11.2)	35(15.6)	150(12.01)
合計	1024(100.0)	225(100.0)	1,249(100.0)
性別(以月托人數計)			
男	335(36.9)	59(31.1)	394(35.85)
女	574(63.1)	131(68.9)	705(64.15)
合計	909(100.0)	190(100.0)	1,099(100.0)
年齡(以月托人數計)			
59 歲以下	20(2.2)	3(1.6)	23(2.09)
60-64 歲	38(4.2)	3(1.6)	41(3.73)
65-69 歲	73(8.0)	9(4.7)	82(7.46)
70-74 歲	107(11.8)	19(10.0)	126(11.46)
75-84 歲	435(47.9)	103(54.2)	538(48.95)
85 歲以上	236(26.0)	53(27.9)	289(26.30)
合計	909(100.1)	190(100.0)	1,099(100.0)
身體和認知功能情形⁴			
1、失能情形	656(72.2)	66(34.7)	722 (65.7)
輕度	221(24.3)	31(16.3)	252(22.9)
中度	240(26.4)	21(11.1)	261(23.7)
重度	195(21.5)	14(7.4)	209(19.0)
2、僅失智未失能者	243(26.7)	124(65.3)	367(33.4)
3、失智症者(含失能與未失能者)	419(46.1)	165(86.8)	584(53.1)
身分別(以月托人數計)			
低收入戶	55(6.1)	7(3.7)	62(5.64)
中低收入戶	63(6.9)	18(9.5)	81(7.37)
一般戶	791(87.0)	165(86.8)	956(86.99)
合計	909(100.0)	190(100.0)	1,099(100.0)

⁴ 身體和認知功能情形的百分比是以使用者中失智、失能狀況占月托人數的百分比來計算。

(二) 人力配置

本次調查研究將日照中心內的人力配置分為五類，包括社工員、護理人員、照顧服務員、職能治療師、及物理治療師。失智症專門型日照中心全數都有聘任專任社工人力，八成四聘任有專任護理人力；而在失智、失能混合型日照中心，九成四聘任有專任社工，近半數聘任專任護理人員。由此可知，在社工、護理專任人力之聘任方面，失智症專門型中心之比例較失智、失能混合型日照中心為高，但在聘任職能治療人員、物理治療人員到中心提供服務的情形，則混合型日照中心有聘任的比例較失智症專門型日照中心為高（見表 4）。

表 4 日照中心人力配置情形，按服務型態分

服務型態	混合型 N=49	失智症專門型 N=12	全部 N=61	卡方值
人力配置				
社工人力聘任專任	46(93.9)	12(100.0)	58(95.1)	.773
護理人力聘任專任	24(49.0)	10(83.3)	34(55.7)	4.611*
職能治療人員提供服務	30(61.2)	5(41.7)	35(57.4)	1.508
物理治療人員提供服務	19(38.8)	4(33.3)	23(37.7)	.122

(三) 提供的服務和活動

1. 服務項目

日間照顧中心服務項目方面，亦呈現相當多元的態樣，由表 5 可知兩種服務模式皆有提供的服務包括：生活照顧、健康促進、文康休閒活動、提供或連結交通服務、家屬教育或諮詢服務以及復健服務六項服務。至於「生活自立訓練」方面，全數的失智症專門型中心皆提供，而，98%的失智、失能混合型受訪單位也都有提供本項服務。其次，失智症專門型中心提供「護理服務」和「交通接送服務」的比例略高於失智、失能混合型的中心，但失智症專門型中心在提供「洗澡服務」、「備餐服務」的比例略低於失智、失能混合型中心，但經卡方檢定，未達統計上顯著。換言之，兩類服務模式在服務提供上並未有顯著差異。

表 5 日照中心提供之服務項目，按服務型態分

服務型態 服務項目	混合型 N=49	失智症專門型 N=12	全部 N=61	卡方值
生活照顧	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
生活自立訓練	48(98.0)	12(100.0)	60(98.4)	.249
健康促進	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
文康休閒活動	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
提供或連結交通服務	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
家屬教育及諮詢服務	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
護理服務	42 (85.7)	11(91.7)	53(86.9)	.300
復健服務	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
備餐服務	49(100.0)	11(91.7)	60(98.4)	4.151
交通接送	47(95.9)	12(100.0)	59(96.7)	.506
洗澡服務	36(73.5)	8(66.7)	44(72.1)	.222

2. 休閒活動與輔療性活動辦理情形

本調查將活動分為「休閒活動」及「輔療性活動」兩類，在休閒活動方面，兩種服務模式皆有舉辦的休閒活動項目為：「手工藝（如畫畫、剪紙、捏黏土等）」、「體能活動（如體操、槌球等）」、及「節慶活動（如端午節、中秋節活動）」等三項。由表 6 可知，全數失智症專門型日照中心都有辦理的活動還有「讀報」與「慶生會」。此外，失智症專門型日照中心在「玩賓果、數字拼盤」及「社區活動」等辦理的比例稍較混合型中心為高，此或許因讀報被認定為認知治療的一種活動，故全部的失智症專門型中心均有舉辦此項活動，但卡方檢定未達統計顯著。

表 6 日照中心舉辦休閒活動情形，按服務型態分

服務項目 \ 服務型態	混合型 N=49	失智症專門型 N=12	全部 N=61	卡方值
讀報	46(93.9)	12(100.0)	58(95.1)	.773
玩賓果、數字拼盤	44(89.8)	11(91.7)	55(90.2)	.038
打麻將、四色牌、下棋	39(79.6)	9(75.0)	48(78.7)	.121
唱卡拉 OK	46(93.9)	11(91.7)	57(93.4)	.077
手工藝(如畫畫、剪紙)	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
體能活動(如體操、槌球)	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
慶生會	44(89.8)	12(100.0)	56(91.8)	1.334
節慶活動(如端午節活動)	49(100.0)	12(100.0)	61(100.0)	
社區活動	43(87.8)	11(91.7)	54 (88.5)	.145
戶外旅遊活動	44(89.8)	10 (83.3)	54 (88.5)	.396

由表 7 可知，在輔療性活動辦理方面，失智症專門型日照中心最多中心辦理的項目依百分比高低排列如下：「認知輔療」（占 90.9%），其次為「復健運動」（81.8%），再其次為「懷舊團體」、「音樂輔療」及「感官刺激活動」（各占 72.7%）。而混合型日照中心，最多中心辦理的項目之排序為：「復健運動」為最多（占 85.7%）；其次為「懷舊團體」、「認知輔療」（各占 76.2%），再其次為「音樂輔療」、「感官刺激活動」（各占 73.8%）。由此可知，失智症專門型日照中心辦理「認知輔療」和「藝術輔療」都較混合型日照中心為高；而混合型中心辦理「復健運動」、「懷舊團體」與「園藝輔療」的比例則略高於失智症專門型日照中心，但經卡方分析都未達統計上顯著。

表 7 日照中心辦理輔療團體之情形，按服務型態分

服務項目 \ 服務型態	混合型 N=49	失智症專門型 N=12	全部 N=61	卡方值
懷舊團體	32(76.2) (2)	8(72.7)	40(75.5) (3)	.056
音樂輔療	31(73.8)	8(72.7)	39(73.6)	.005
藝術輔療	23(54.8)	7(63.6)	30(56.6)	.279
認知輔療	32(76.2) (2)	10(90.9) (1)	42(79.2) (2)	1.148
園藝輔療	29(69.0)	7(63.6)	36(67.9)	.117
感官刺激活動	31(73.8)	8(72.7)	39(73.6)	.005
復健運動	36(85.7) (1)	9(81.8) (2)	45(84.9) (1)	.103

3.家屬服務

從表 8 可知，最多失智症專門型日照中心舉辦的家屬服務為「福利諮詢服務與轉介」，其次為「教育訓練講座」，再其次為「家屬座談會」；而混合型日照中心舉辦的服務項目以「福利諮詢服務與轉介」居多，其次為「個人或家庭諮商」，再其次為「家屬座談會」。此外，除了「個人或家庭諮商」此項服務外，失智症專門型日照中心提供「教育訓練講座」、「家屬支持團體」、「家屬座談會」及「福利諮詢服務與轉介」的比例都較失智、失能混合型日照中心為高。由此可知，失智症日照中心對於家屬服務比較重視，但卡方分析都未達統計顯著。

表 8 日照中心舉辦之家屬活動，按服務型態分

服務型態 服務項目	混合型 N=49	失智症專門型 N=12	全部 N=61	卡方值
個人或家庭諮商	43(87.8) (2)	8(66.7)	51(83.6) (2)	3.128
福利諮詢服務與轉介	47(95.9) (1)	12(100.0) (1)	59(96.7) (1)	.506
家屬座談會	34(69.4) (3)	9(75.0) (3)	43(70.5) (3)	.146
教育訓練講座	32(65.3)	10(83.3) (2)	42(68.9)	1.461
家屬支持團體	9(18.4)	4(33.3)	13(21.3)	1.287

(四) 日照服務發揮功能

1. 日間照顧服務對個案發揮的功能

為了瞭解受訪單位對於日間照顧服務能夠發揮哪些功能，特列舉出日間照顧的常見功能，由受訪單位填答他們認為所能發揮的程度。程度分為 1 至 5 級，1 表示「稍微能發揮」，5 表示「完全能發揮」。混合型日照中心對個案的功能前五名，依發揮程度高低排序如後：(1) 檢查生理徵象，(2) 延緩進住長照機構，(3) 增進社會接觸，(4) 增進快樂與滿足，(5) 維持自我照顧能力。而失智症專門型日照中心對個案功能的前五名，依發揮程度高低排序則為：(1) 檢查生理徵象，(2) 增進社會接觸、增進快樂與滿足兩項並列，(4) 維持認知功能或延緩認知功能退化，(5) 改善營養狀況、降低憂鬱沮喪感兩項並列。綜上，就失智、失能混合型日照中心而言，健康偵測是主要的功能，而延緩

個案進住長期照護機構則被列為是次要的功能；而就失智專門型日照中心而言，除健康偵測、社會接觸、提昇心理福祉外，維持認知功能或延緩認知功能退化是列位第三項功能。

值得注意的是，除提昇自我照顧能力與延緩進住長照機構兩項功能外，失智症專門型日照中心在其他八項功能之平均分數皆高於失智、失能混合型日照中心，足見受訪者認為失智症專門型日照中心較混合型日照中心更能發揮對個案服務的功能。

表 9 日照中心對個案的功能，兩類服務模式之變異數分析

日照服務中心 對個案的功能	服務模式		混合型		失智症專門型		全部樣本		F 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	
維持及訓練個案日常生活活動能力（或自我照顧能力）	4.25(5)	.622	4.10	.770	4.13(5)	.741	.380		
增強個案身體機能	3.82	.858	4.00	.853	3.85	.853	.443		
促使個案養成好的衛生清潔習慣	3.96	.676	4.08	.669	3.98	.671	.327		
每日例行檢查個案的生理徵象，可掌握其健康情形	4.67(1)	.555	5.00(1)	.000	4.74(1)	.513	4.104*		
透過膳食服務的提供，改善個案的營養狀況	4.12	.832	4.17(5)	.835	4.13(5)	.826	.027		
維持個案的認知功能或延緩認知功能退化	3.96	.706	4.25(4)	.622	4.02	.695	1.708		
增進個案社會接觸的機會	4.31(3)	.742	4.33(2)	.778	4.31(2)	.743	.013		
降低個案的憂鬱、沮喪的感受	4.08	.640	4.17(5)	.835	4.10	.676	.150		
增進個案的快樂及生活滿足感	4.29(4)	.612	4.33(2)	.778	4.30(3)	.641	.052		
延緩個案進住長期照護機構（或護理之家）	4.35(2)	.694	4.08	.669	4.30(3)	.691	1.410		

2.日間照顧服務對家屬的功能

除了瞭解日間照顧服務對個案的功能發揮程度之外，對於家屬能夠發揮哪些功能、又發揮的程度為何，值得吾人重視。因此，特列舉日間照顧服務對家屬的功能，由受訪單位填答他們認為所能發揮的程度。程度分為 1 至 5 級，1 表示「稍微能發揮」，5 表示「完全能發揮」。混合型日照中心對家屬功能的前五名，依發揮程度高低排序如後：(1) 減輕家屬負荷、讓家屬可以繼續工作兩項並列，(3) 時間運用較有彈性，(4) 提高照顧者的生活品質，(5) 可盡孝道；至於失智症專門型中心對個案功能的前五名，依發揮程度高低排序則為：(1) 暫代照顧，讓家屬的時間運用較有彈性，(2) 減輕家屬照顧負荷、可盡孝道並列，(4) 讓家屬可以繼續工作，(5) 提高照顧者的生活品質（見表 10）。由此可知，兩種類型之日照中心確實可發揮暫代照顧以減輕家屬照顧負荷，其次也「讓家屬可繼續工作」或「讓家屬在時間運用上較有彈性」，也就可提高照顧者的生活品質。另一種功能就是此種照顧安排讓子女可盡孝道。誠如呂寶靜（2001：136）的研究顯示：家庭照顧者認為日照服務對照顧者而言是一種分段式的照顧責任，是一種不需要隨時陪伴在旁的機動式照顧，老人白天到日照中心有工作人員照顧，照顧者就可暫時解除照顧責任獲得喘息的機會，但也不能完全放心，因有狀況時，日照中心仍會通知家人前往處理。其次，使用者晚上回家或假日仍是由家屬自己照顧。

表 10 日照中心對家屬的功能，兩類服務模式之變異數分析

日照服務中心 對家屬服務的功能	混合型		失智症專門型		全部樣本		F 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	
提供替代照顧，可減輕家屬照顧的負荷	4.76(1)	.480	4.67(2)	.492	4.74(1)	.480	.324
提供暫代照顧，讓家屬的時間運用較有彈性，可從事自己想做的活動	4.67(3)	.516	4.75(1)	.452	4.69(3)	.501	.222
日間照顧服務讓家屬可以繼續工作	4.76(1)	.434	4.58(4)	.669	4.72(2)	.488	1.200
日間照顧服務可提高照顧者的生活品質	4.51(4)	.617	4.50(5)	.522	4.51(4)	.595	.003
晚上、週末由家屬照顧，子女仍可盡孝道	4.47(5)	.680	4.67(2)	.651	4.51(4)	.674	.824
改善家屬與個案之間的關係	3.90	.797	4.08	.669	3.93	.772	.552
提供教育訓練，增進家屬的照顧能力、互動溝通技巧、及問題行為的處理能力	3.76	.902	4.00	.739	3.80	.872	.757
提供個別會談或紓壓講座，降低家屬的心理壓力	3.78	.848	3.92	.900	3.80	.853	.261
提供福利諮詢，協助家屬運用社會資源，安排後續照顧安排	4.33	.625	4.25	.866	4.31	.672	.123
透過家屬支持服務，增進家屬間彼此的相互支持	3.53	1.120	3.25	1.215	3.48	1.134	.586

伍、結論與建議

一、針對日照服務的建議

針對臺灣社會型日間照顧服務單位之調查結果顯示，平均每所中心可服務 28.23 人，而實際使用人數為 20.48 人。使用者中近九成是以「月托」的方式使用服務。而在使用月托的服務對象中，不論是失智、失能混合型或失智症專門型的日間照顧中心之使用者中，失智症者（含失能或未失能者）比例都偏高（前者占四成六，後者占八成七），故增進日間照顧工作人員對於失智症照護的知能是未來努力的方向。

本研究將現有的日間照顧服務單位分類為「失智、失能混合型」及「失智症專門型」兩類，進一步比較分析人力配置、服務內容（含服務及活動）、對個案和家屬所發揮之功能，描述性統計分析結果發現兩類服務模式互有異同。在人力配置方面，失智症日間照顧中心聘任專任護理人員的比例較混合型為高，且失智症專門型日照中心在「讀報」、「玩賓果、數字拼盤」、「慶生會」及「社區活動」等辦理的比例也稍較混合型中心為高；而在輔療團體方面，失智型日照中心在辦理「認知輔療活動」和「藝術輔療活動」都較混合型日照中心為高；另在家屬服務方面，失智症日間照顧中心辦理各項家屬服務的比例亦高於混合型。再者，除「維持及訓練個案自我照顧能力」以及「延緩個案進住護理之家」兩項功能外，失智症日間照顧中心對個案發揮的各項功能程度皆優於混合型；特別是在「維持個案的認知功能或延緩認知功能退化」功能上更為明顯。最後，失智症專門型中心與混合型日間照顧中心，兩類服務模式皆具備減輕家屬照顧負荷之功能。

雖說政府僅對失智症專門型日間服務之照顧服務員配置的規定有別於失智、失能混合型，但本研究比較分析結果也呈現出其特色有：（1）失智症專門型的專業人力需求較高（除社工員外也另聘有專任護理人力），（2）在活動安排方面，體認到延緩或維持認知功能退化是其方案的一項主要功能，故大多數的中心重視輔療性活動的辦理，也會安排讀報、玩賓果、數字拼盤等休閒活動，（3）對家屬提供教育訓練也較為重視。

上述相異處的說明係立基在描述性統計分析之結果，為進一步比較「失能、失智混合型」及「失智症專門型」兩類服務的異同，本研究運用卡方分析及變異數分析(ANOVA)進行資料分析。卡方分析結果顯示，失智症專門型日照中心聘任專任護理人力的比例顯

著高於失智、失能混合型日照中心 ($\chi^2=4.611, p<0.05$)；除此之外，兩種模式在人力配置、提供的服務項目、休閒活動與輔療性活動辦理情形、家屬服務等變項之卡方分析均未達統計顯著。在對個案的功能與對家屬的功能部分，變異數分析結果發現，失智症專門型日照中心在「每日例行檢查個案的生理徵象，可掌握其健康情形」的得分顯著高於失智、失能混合型日照中心 ($F=4.104, p<0.05$)，其餘對個案功能與家屬功能項目之差異則未達顯著水準，惟多數變項於兩種服務模式之差異皆未達顯著，推測可能與研究樣本數較少有關。為強化失智症日照服務模式的功能，特引介美國和日本的經驗作為台灣借鏡。

在美國，近年來服務模式中已有失智症日間照顧中心的興起。失智症朝向專門化模式發展，其立意乃是基於失智老人除了日常生活功能障礙外，主要是認知功能障礙及其伴隨的行為精神症狀之思考，故失智老人之照顧的需求有些不同於失能老人。有些州對於一般型日間照顧服務方案和失智症日間照顧服務方案有著相異的規定，如美國密西根州，對於失智症日間照顧服務有下列規定：(1) 重視透過結構和非結構式小組活動，以多感官刺激和懷舊元素來保留個體的存餘功能，(2) 強調為個案量身設計和辦理功能性與認知性活動的重要性，(3) 增加對失智症照顧者提供的服務，(4) 重視增進個人感和自我認知感的支持性環境之營造。而在人力配置方面，則強調員工需要完成失智症照顧訓練，並具備能與失智症患者溝通的能力，也相當重視員工發展計畫 (Michigan Office of Services to the Aging, 2008: 58-62)。

至於日本的案例，針對失智症日照中心之營運，另有規定如下：(1) 規定失智症日照中心管理者必須具備特定的知識和能力，譬如：完成厚生勞動大臣所定的研習（都道府縣及直轄市所辦的「失智症對應型服務事業管理者研習」），(2) 不論是日間照顧服務或失智症日間照顧服務都需配置至少一名的功能訓練指導員，以凸顯其重視「維持身心功能」的方案目的，(3) 採用單元照顧 (unit care) 的方式，更能貼近使用者的需求；為使用者量身設計，期能提供高個別化的服務，(4) 失智症日間照顧服務被定位為社區緊密型服務之一，強調使用者與社區的連結互動，因此支持性環境的設計不僅限於機構，還包含建構友善、接納以及支持的氛圍與社區環境，以實踐在地老化的理念。

雖說失智症日間照顧服務是一項專門化的模式，但國內〈老人福利機構設立標準〉或〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉對於建物之設備設施並無特殊的規定，

至於服務項目看起來仍是以失能老人為主，並未強調減少或處理失智患者行為問題是其重要的服務內容。惟從國內已辦理之「失智症老人團體家屋試辦計畫」之立意，可隱約覺察對失智症照顧較為強調「小規模、生活環境家庭化」，也採納單元照顧的理念。在營造支持性環境方面，強調「感官刺激、生活繼續、安全與監控、私密性、個別化、生活單元自主性」等七個構面（曾思瑜，2009）。至於在人力的配置方面，建議可參考日本的做法，在人員配置的規定中，審慎考量聘任專職的「功能訓練指導員」和護理人員之必要性可再研議。其次，有關照顧服務員的配比，在失智症老人照顧方面尤顯不足，建議增加，即使是社區式服務類型中的失智症老人日間照顧服務模式，目前的人力配置比是 1：6，建議調整為 1：3。再者，對工作人員之在職訓練方面，也要將失智症相關的知識、工作技能與溝通技巧納入培訓內容。綜上，失智症日間照顧服務對於建物設備設施等環境的元素以及服務內容中活動取向的介入方案之實施都應更為強調。更具體的建議是修改〈老人福利服務提供者資格要件及服務準則〉，增列「失智症日間照顧服務」，並載明其服務內容、設施設備、及工作人員的資格與配比。

二、研究限制及未來研究建議

本次調查研究針對日照中心提供的服務和活動僅詢問有無提供此項服務，但未深入探究每項服務實際上辦理的內容；其次，結構特性（人力規模）、過程（涵括：提供的服務項目、辦理的輔療活動、家屬活動）及結果（日照服務對個案的功能、對家屬的功能）三個面向間之關係也未加以分析；再者，本研究資料係來自我國日間照顧中心之全面性普查，資料的呈現與說明係立基於描述性統計分析結果，僅是初探的性質，未來隨著日照中心數量的增加，每種服務模式間的差異性，也值得更深入的研究。至於日照中心發揮的功能之說明，也是從日照方案負責人的觀點出發，然若以方案評估研究的角度，則使用者及其家庭照顧者的意見也有進一步探究的必要，上述議題實值得未來更多的研究。最後，本研究旨在呈現我國日間照顧服務之現況，有鑑於美日之日照服務發展史已從一般性日間照顧服務發展到失智症老人專門化服務模式，故說明其特色以作為提供我國未來實務及政策建議之借鏡。至於各國模式之比較並非本研究之探討範疇，惟有鑑於日間照顧服務模式多元，各國財源、服務內容及輸送方式各異，建議未來可從事日間照顧服務之跨國比較研究。

參考書目

一、中文部分

- 王增勇（1998）。〈西方日間照顧的歷史與重要議題〉，《社區發展季刊》，83，168-190。
- 呂寶靜（1998）。〈老人社區照護--老人日間照護服務之現況與發展〉，載於詹火生主編，
《迎向高齡社會的挑戰：1997 年亞太國際老人照護研討會論文集》，頁 213-239。
台北：厚生基金會。
- （2001）。《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。台北：五南。
- （2012）。《老人福利服務》。台北：五南出版社。
- 呂寶靜、李佳儒、趙曉芳（2012）。《活力老化社區服務模式建構之研究—由社區照顧關懷據點出發》。內政部委託研究報告。
- 林明禎（2013）。〈社會服務品質的建構與提升—以老人日間照顧為例〉，《臺灣健康照顧研究學刊》，11，23-44。
- 張媚主編（2003）。《失智症日間照護服務營運手冊》。台北：行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組。
- 張苑珍、蘇慧芬（2009）。〈嘉義縣塗溝社區日間照顧中心對高齡者在地老化功能之研究〉。《明新學報》，35（2），155-173。
- 陳美雲（2003 年 9 月）。〈台北縣立建順失智老人日間照顧中心報告〉。《推動照護革命—建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會》。台北：內政部、衛生署合辦。
- 陳政智、張江清（2007）。〈高雄市老人日間照顧中心服務及經營模式之研究〉，《社區發展季刊》，119，313-327。
- 陳政雄、陳柏宗（2009）。〈第二章建築空間規劃〉，載於吳玉琴主編，《日間照顧營運手冊》，頁 23-40。台北：中華民國老人福利推動聯盟。
- 曾中明（1995）。〈內政部推動日間托老服務業務報告〉。《八十四年全國日間托老服務研習會實錄》。台北：內政部。
- 曾思瑜（2009）。〈美日兩國有關高齡者照護環境評估量表之比較分析〉，《建築學報》，69，191-210。
- 游如玉（2009）。〈第三章營運實務〉，載於吳玉琴主編，《日間照顧營運手冊》，頁 41-59。

台北：中華民國老人福利推動聯盟。

蕭文高 (2013)。〈南投日間照顧中心老人生活品質影響因素之研究〉。《社會政策與社會工作學刊》，17 (1)，89-130。

二、英文部分

Abramson, C. M. (2009). Who are the Clients?: goal displacement in an adult day care center for elders with dementia. *Aging and Human Development*, 68(1), 65-92.

O'Keeffe J., & Siebenaler K. (2006). Adult Day Services: A Key Community Service for Older Adults. U.S. Department of Health and Human Services.

Michigan Office of Services to the Aging (2008). Adult Day Services & Dementia Adult Day Care. In *Operating Standards for Service Programs* (pp. 52- 62). Retrieved April 30, 2013, from http://www.michigan.gov/documents/miseniors/OperatingStandardsServicePrograms_222072_7.pdf

Montgomery, R. J. V., & Rowe J. M.(2007). Respite, In Carole B. Cox(Ed.), *Dementia and social work practice: Research and Interventions* (pp. 339-360). New York: Springer Publishing.

National Adult Day Services Association (2009). *About NADSA*. Retrieved July 4, 2009, from <http://nadsa.org/about-nadsa/>

National Adult Day Services Association (2011). *NADSA*. Retrieved November 4, 2011, from http://www.nadsa.org/?page_id=89

三、日文部分

三菱 UFJ 研究與顧問團隊 (2012)。《デイサービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業》。日間照顧的服務現況相關調查研究報告。

A Preliminary Study on Adult Day Services in Taiwan: A Comparison of Two Service Models

Pau-Ching Lu

Professor, Graduate Institute of Social Work, National Cheng-chi University

Chia-Ju Lee

Assistant Professor, Department of Social Work, Soochow University

Shiau-Fang Chao

Assistant Professor, Department of Social Work, National Taiwan University

Abstract

With increased focus on adult day services for people with dementia in the United States and Japan, Taiwan had implemented manpower allocation standards for dementia-specific and dementia-disability mixed adult day services in 2008. The operation of these two service models, however, has not been explored yet. This study presented the current status of social model of adult day care centers in Taiwan. A total of 81 questionnaires were sent out to adult day care centers and 61 of them completed the survey. Major findings included: (1) the average number of service users was 20.48. Users who were diagnosed with dementia accounted for 27% of the participants in dementia-disability mixed adult day care centers and 65% in dementia-specific adult day care centers, (2) Compared to dementia-disability mixed day care, dementia-specific day care centers reported a higher prevalence of hiring nurses and social workers. They also expressed a greater emphasis on activities aiming to maintain cognitive functioning, including cognitive stimulation therapy, art therapy and leisure activities such as reading newspaper, bingo or Sudoku. In addition, dementia-specific day care centers also reported a higher percentage of providing services for family caregivers than did dementia-disability mixed day service. Policy and practice implications, based on research findings and the literature on the cases of United States and Japan, were provided. A specialized model for adults with dementia should be developed in the future.

Key words: adult day care, community-based services, long-term care services, dementia.