

長期照護心理服務概述

天主教失智老人基金會社工主任

臺北市萬華老人服務中心主任

陳俊佑

陳俊佑

現任 天主教失智老人社會福利基金會 社工主任

臺北市萬華老人服務中心主任

台東縣長期照護諮詢委員會委員

宜蘭縣長期照護諮議委員會委員

經歷 臺北護理健康大學長期照護系兼任講師

東吳大學社會工作學系兼任講師

長庚技術學院老人照顧管理系兼任講師

內政部北區老人諮詢中心主任

台北縣立愛德養護中心社服牧靈組長

羅東博愛醫院社會服務室社工員

學歷 東吳大學社工系碩士

高雄醫學院醫學社會學系

證照 教育部部定講師

Chronic Disease Self Management Program Master Trainer

• swchen@mail2000.com.tw

0922109611

長期照護的心理服務需求

從22年的長照實務工作經驗談起

天主教耕莘醫院長期照護體系分佈圖



台北市朱崙老人公寓



台北市至善安養中心



台北市萬華老人服務中心



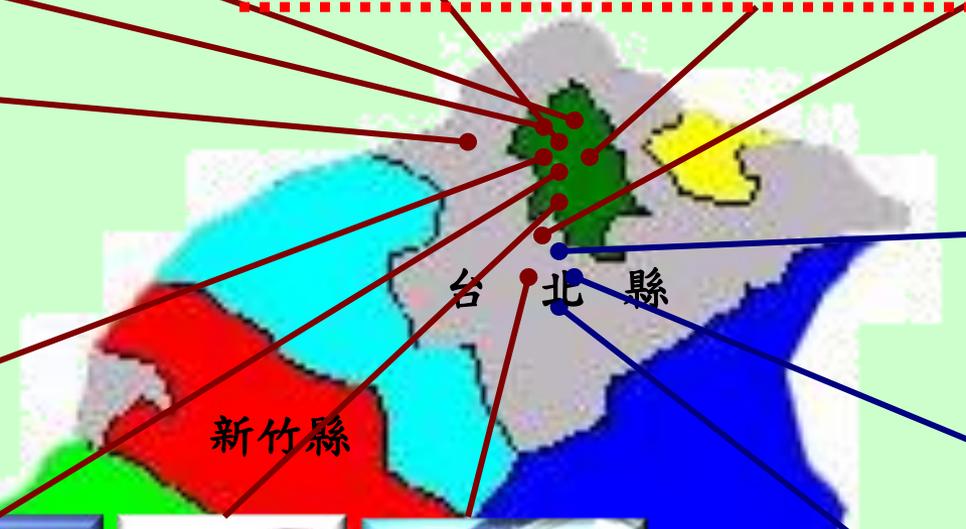
失智老人基金會及聖若瑟養護中心



耕莘永和分院



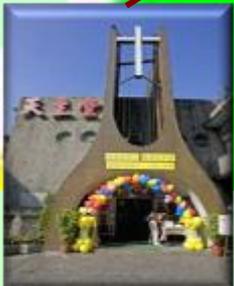
台北縣八里愛維養護中心



耕莘新店總院



永安長青文康小站



小德蘭活動中心



成功天主堂



中和天主堂

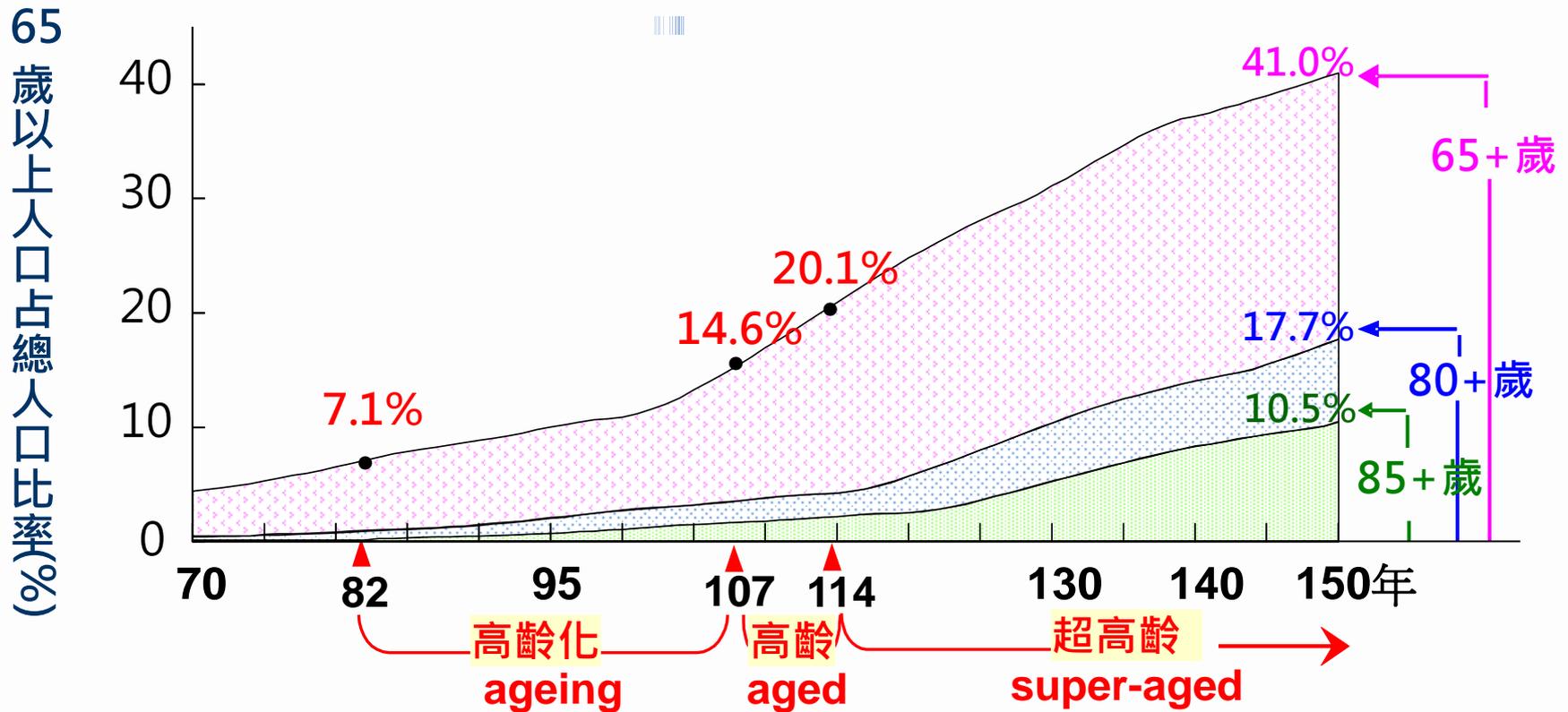


頤苑自費安養中心

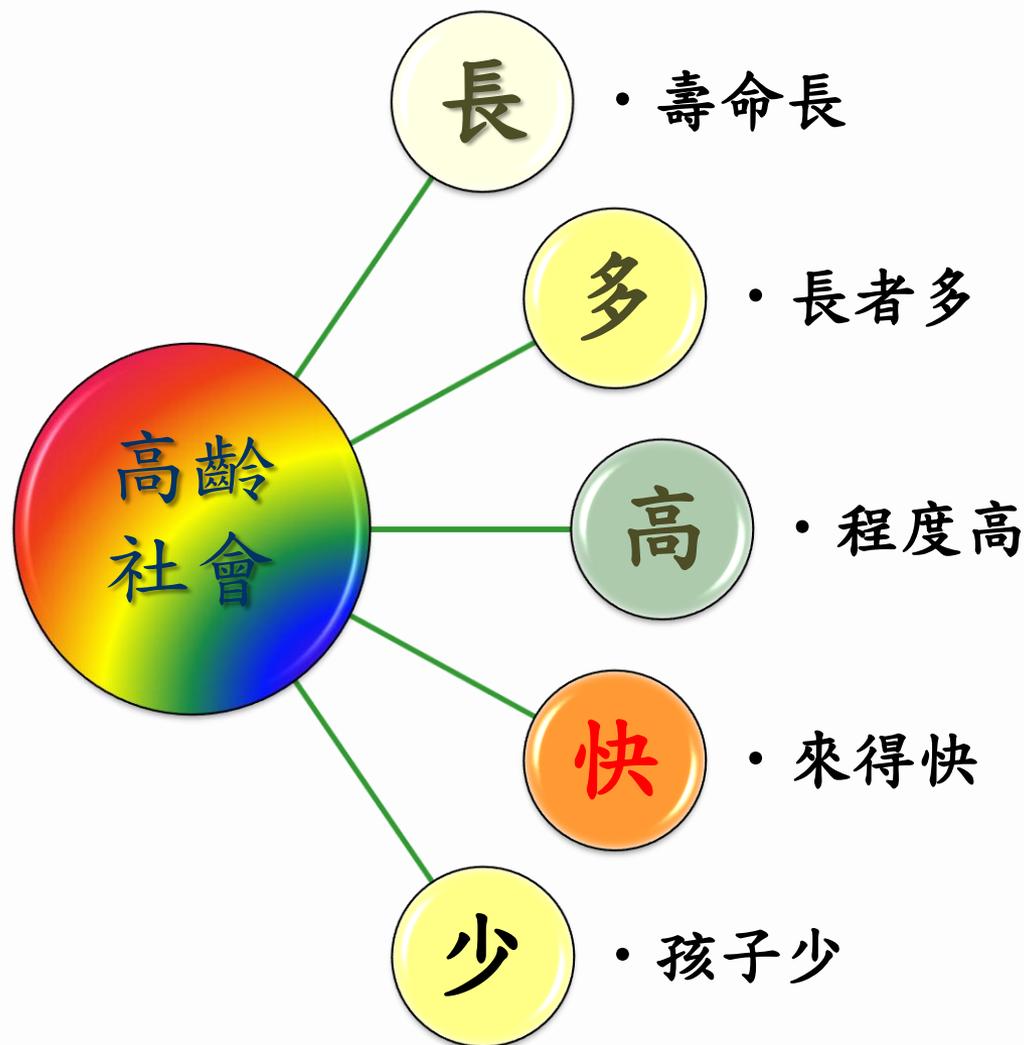


安康分院

■ 我國已於107年 3月成為高齡社會，目前65歲以上人口已達**331**萬餘人，占總人口**14.1%**，推計將於114年邁入超高齡社會。



資料來源：國發會，中華民國人口推計報告（103年至150年）



102年：男76.69歲、女83.25歲

150年：男81歲、女87.7歲

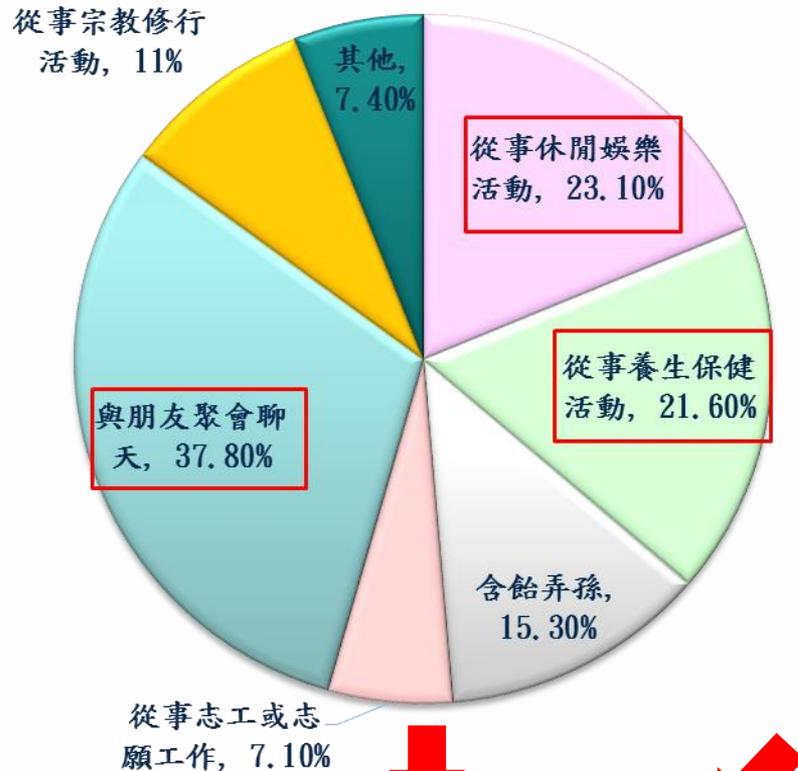
150年65歲以上人口約為102年之2.7倍。
80歲以上高高齡人口占老人人口比率由
102年的25.3%，增加為150年的43.16%

65歲以上人口教育程度愈來愈高，使用科技能力及獨立自主性較高

114年台灣老年人口占總人口比率將超過20%，我國進入超高齡社會時程較歐美國家來得快

少子女化現象會惡化老年扶養比，當家庭成員數逐年減少，原有的家庭成員相互支援照護功能隨著降低。

老人生活狀況



挑戰：

- 高齡生活需求多元
- 高齡健康識能不足

生理狀況

- 超過80%至少有一種慢性病

生活狀況

- 22%過去一年曾住院
- 27%自覺健康不佳
- 最擔心健康問題，最期望身體健康

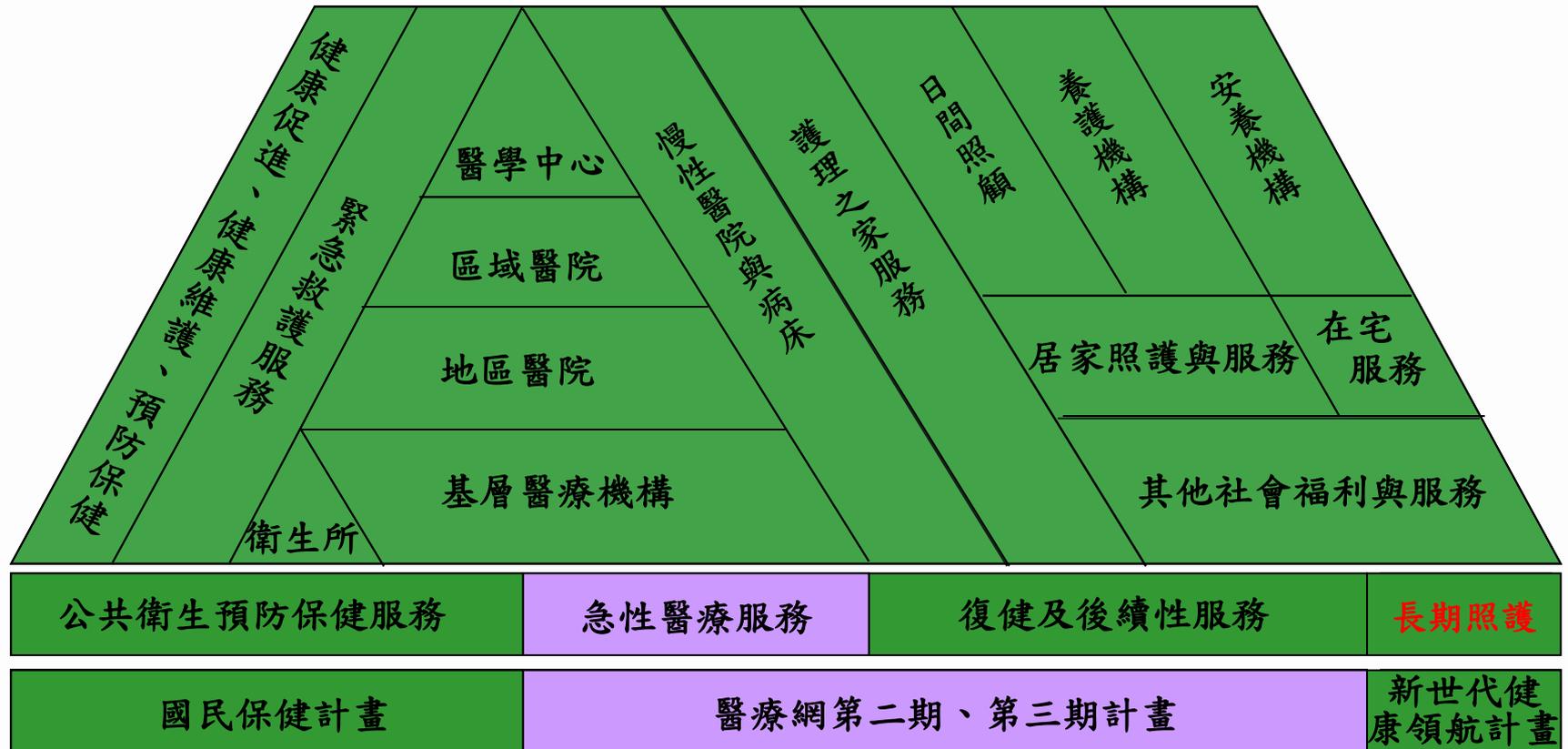
不健康年數增加

- 8.7年(101年)
- 逐年遞增，且女性大於男性

心理狀況

- 憂鬱症盛行率為16-25%
- 老年自殺者有71%有精神疾病

健康照護體系圖

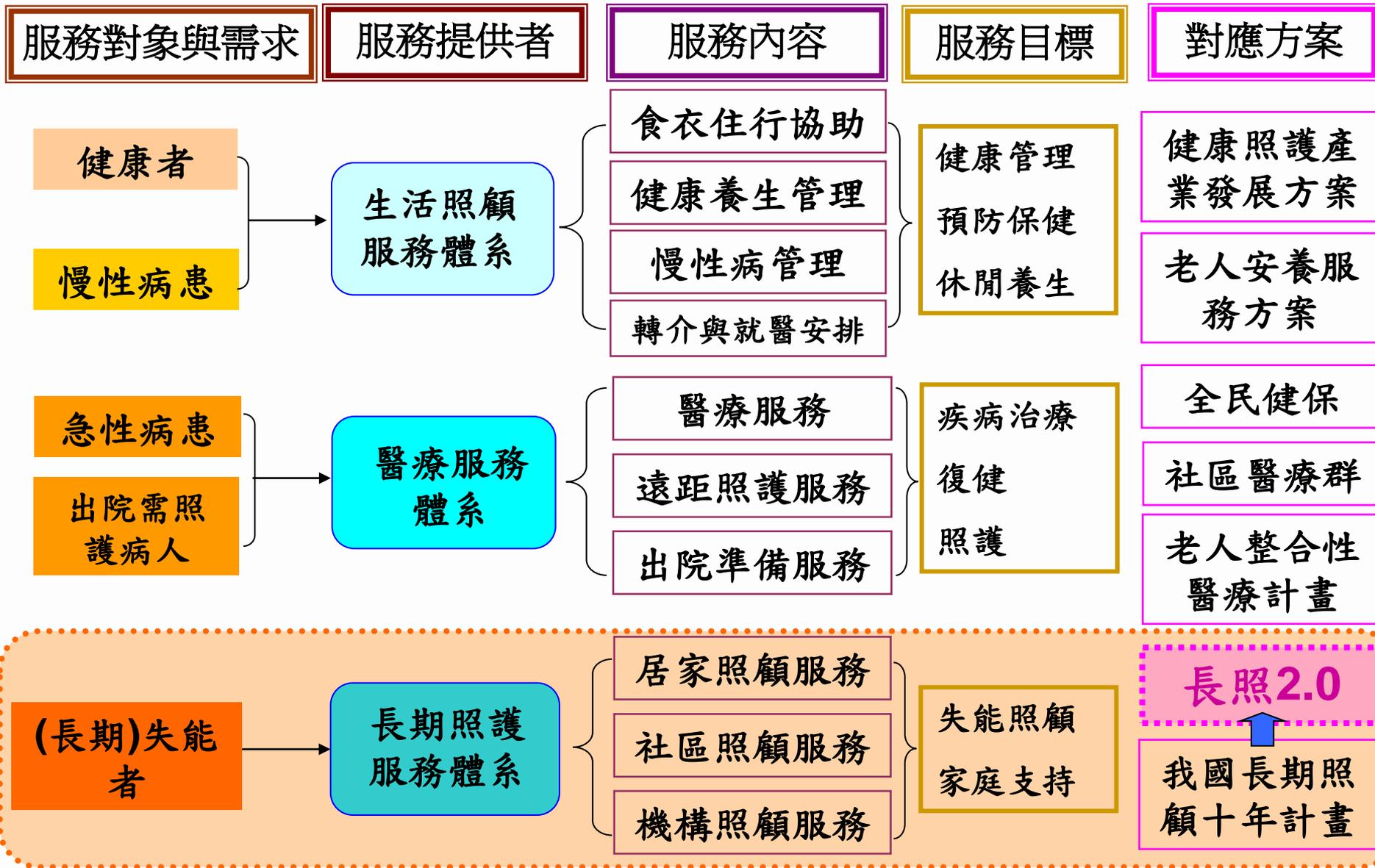


資料來源:行政院衛生署

完整的照護體系

我親愛的父親

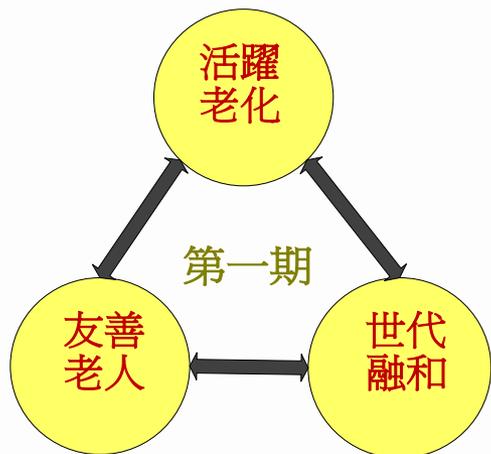
天主教失智老人基金會



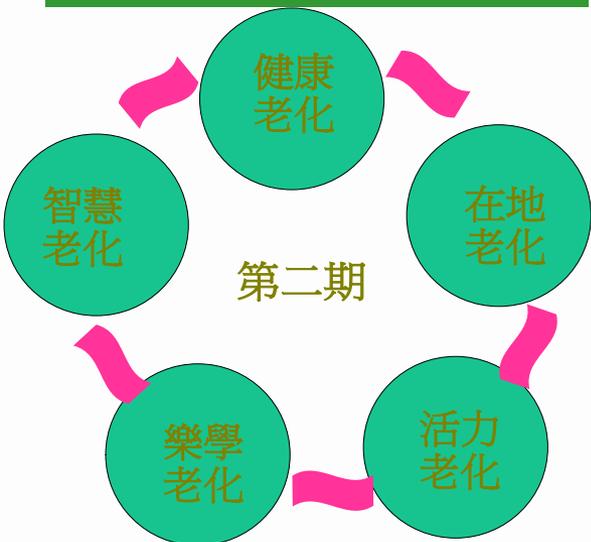
高齡化需求與服務方案

我親愛的父親

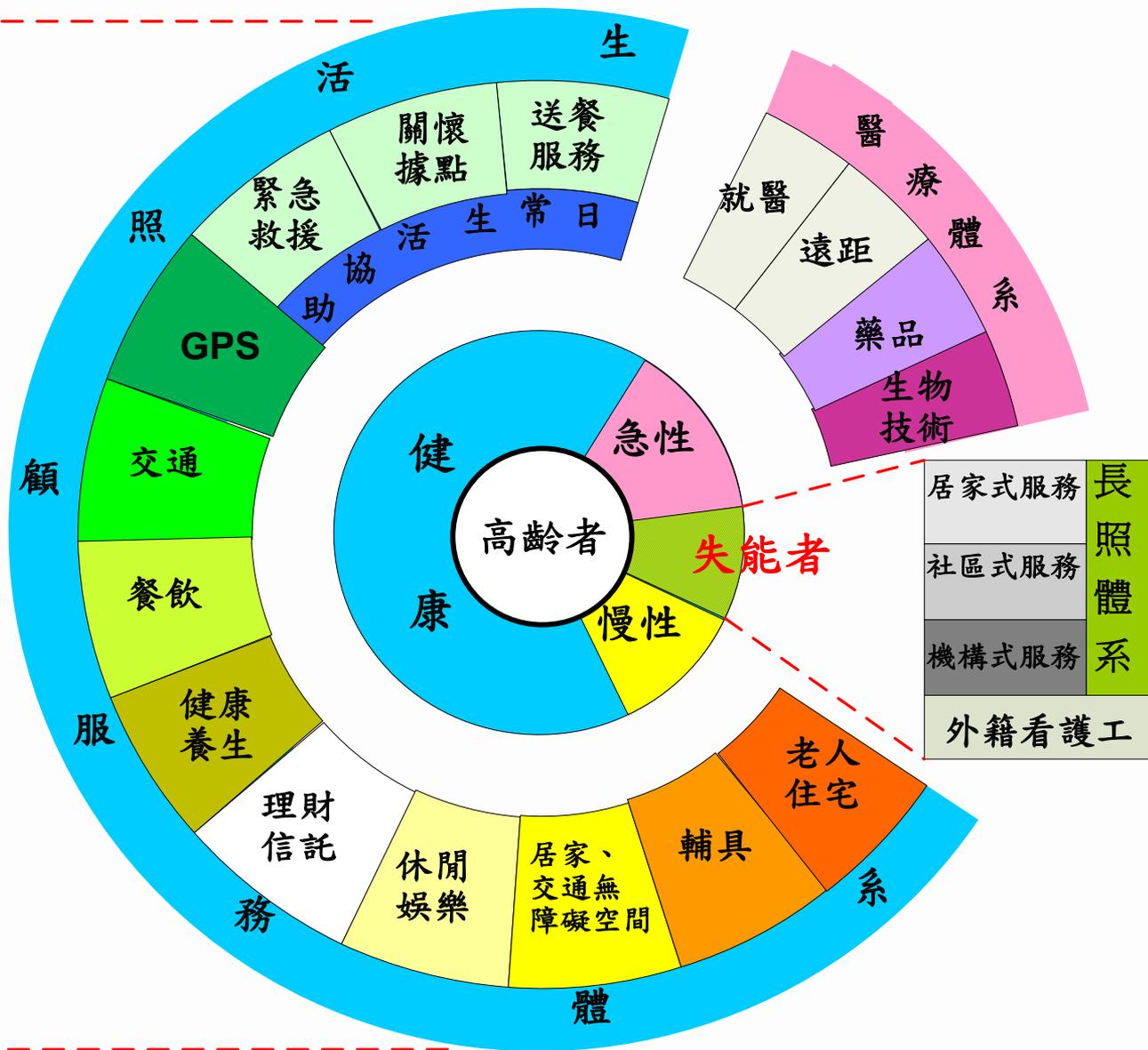
天主教失智老人基金會



友善關懷老人服務方案

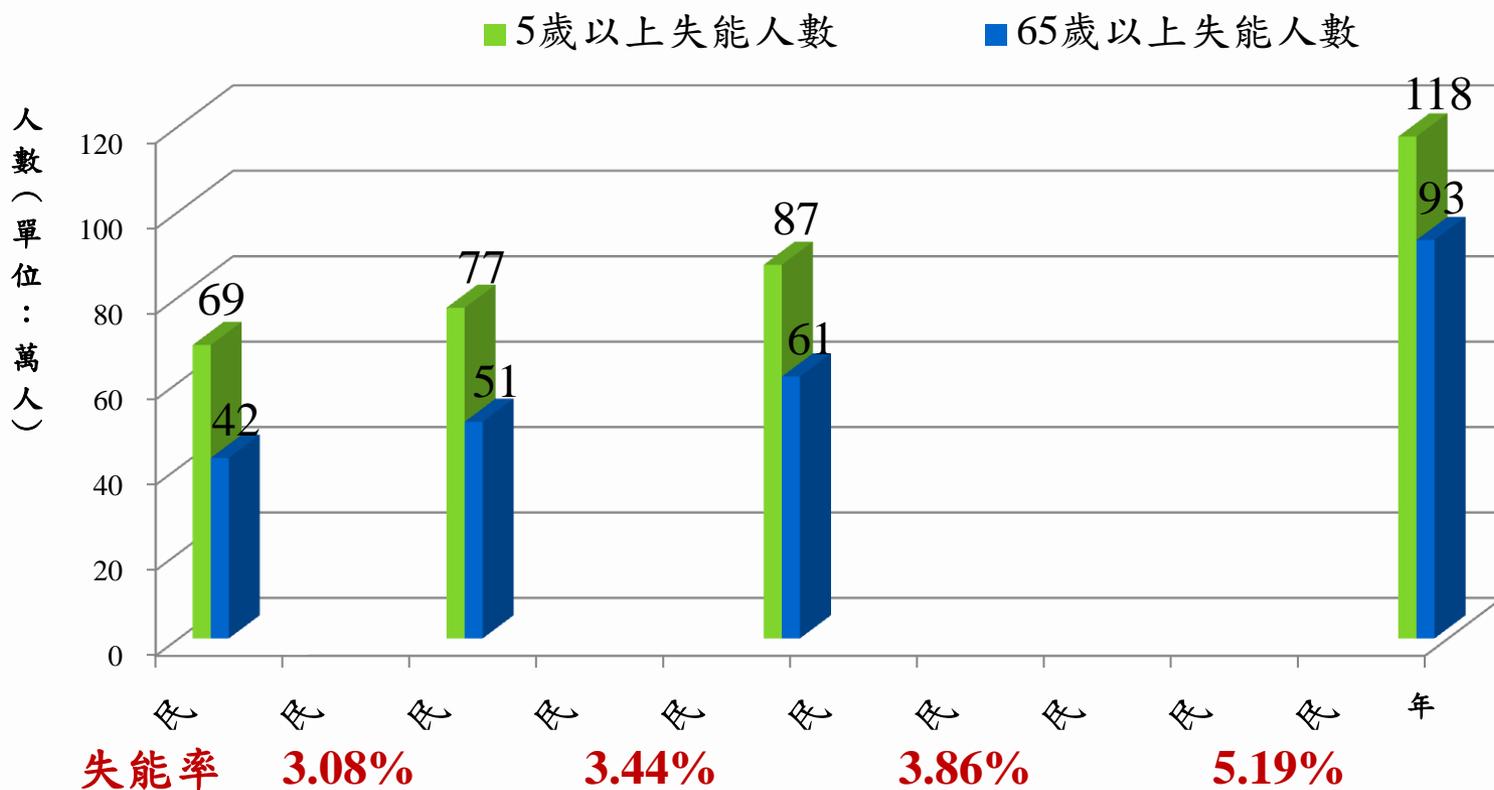


第二期



全國失能人口快速增加

- 101年失能率：全人口3.08%，老年人口16.24%
- 101年全人口失能人數69萬人，120年快速增加至118萬人



資料來源：國民長期照護需要調查，2010年；2012-2060年台灣人口推計，2012年。

台灣2015年失能人口 已經超過75萬

失能老人約有46萬3,884人

老人：身障者 = 6：4



長期照護需求

- ❖ 2004年世界衛生組織(WHO)推估人類長期照護之潛在需求為7-9年。
- ❖ 依據國人的平均壽命和疾病型態等變數推估，國人一生中的長期照護需求時段約為7.3年
 - 男性平均需要長期照護的時間為6.4年
 - 女生平均需要長期照顧的時間為8.2年

家庭照顧負荷沉重

- 超過四分之一的主要照顧者因照顧失能者有「壓力性負荷」
- 未來家戶人數持續減少
- 女性勞動參與率日漸增加
- 將導致家庭照顧功能更趨薄弱,照顧者負荷日漸沉重
- 規劃長照制度以支持家庭照顧能力,回應人口老化需求

失智症發病後餘年
約有7到8年，
有些甚至可以
延長到15年左右，
如此病程帶給患者
及照顧者相當的負擔。

照顧負荷

- 除了與失智症患者的認知能力、自我照顧能力、問題行為有關以外
- 也與照顧者之
 - 健康狀況、
 - 經濟能力、
 - 照顧者對患者問題行為的處理能力
 - 及家庭、社會對照顧者之支持程度有關
(Mittelman, 1995 ; Hepburn, 2001 ; Gitlin, 2001 ; 黃惠玲、徐亞瑛, 2003) 。

照顧負荷

- 體力和生理方面的負荷
- 心理與情緒方面的負荷
- 經濟方面的負荷
- 社會性的負荷

台灣失智者使用服務之比



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

	CDR	住宿服務	居家服務	本籍服務員	外勞	日照	無使用	Total
極輕度	0.5	0.8	0.8	0.3	6.6	0.3	91.2	100
輕度失智	1	3.7	3.7	3.7	28.6	0.3	60.0	100
中度失智	2	7.1	4.4	2.7	35.4	0	50.4	100
重度失智	3	12.0	8.0	2.4	32.0	0	45.6	100

CDR：臨床失智評估量表，總分0到5分，分數越高失智風險越高。

資料來源：依衛生福利部科技研究計畫『失智症（含輕度認知功能障礙，MCI）流行病學調查及失智症照護研究計畫』及國家發展委員會中華民國人口推計（民國105-150年）

依100-102年調查推估105年台灣失智者使用服務之人數



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

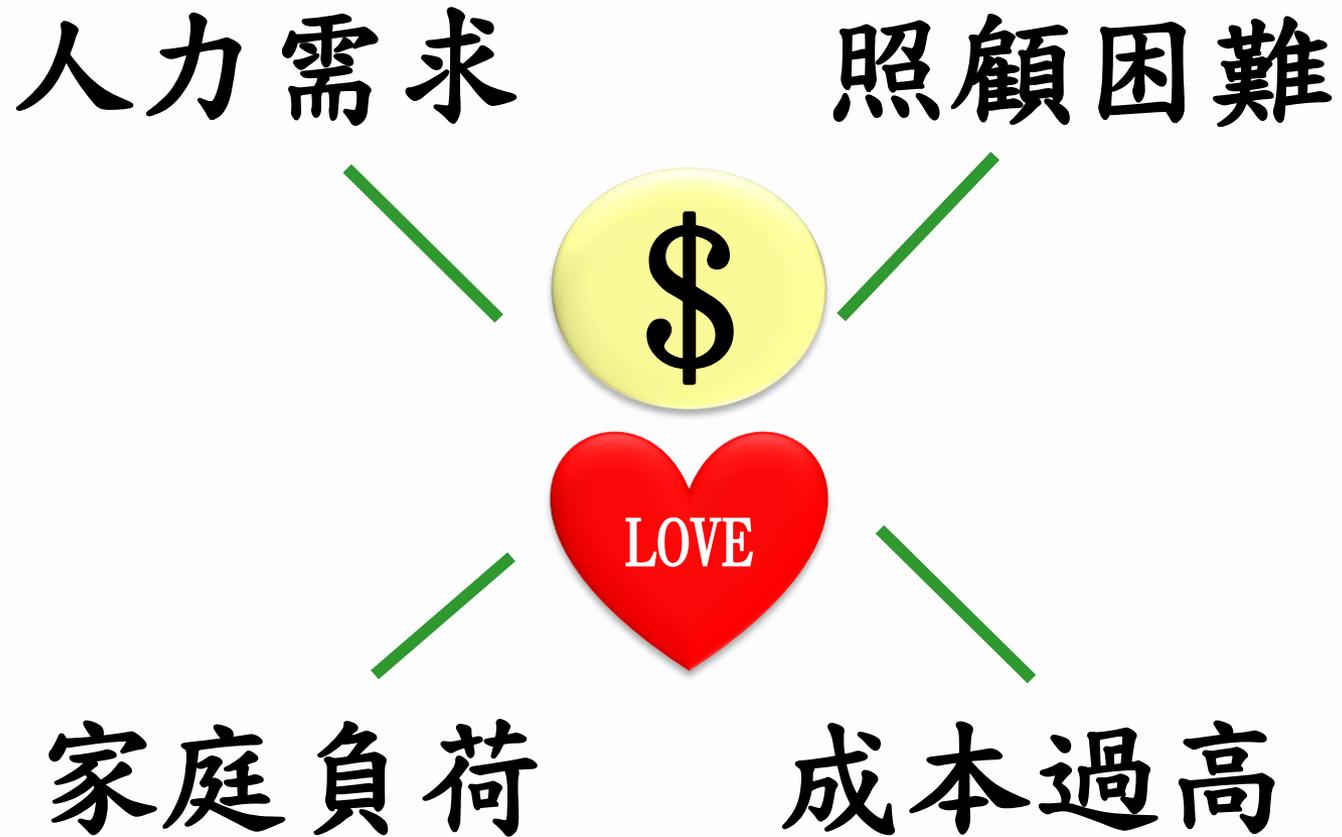
■ 目前失智者未使用服務約占7成

	CDR	105年失智人口	住宿服務	居家服務	本籍服務員	外勞	日照	無使用
極輕度失智	0.5	101,860	810	810	310	6,720	310	92,900
輕度失智	1	91,410	3,380	3,380	3,380	26,140	270	54,860
中度失智	2	31,340	2,220	1,380	850	11,090	0	15,800
重度失智	3	36,570	4,390	2,920	880	11,700	0	16,680
TOTAL		261,190	10,810 (4.1%)	8,500 (3.3%)	5,410 (2.1%)	55,660 (21.3%)	580 (0.2%)	180,210 (69%)

CDR：臨床失智評估量表，總分0到5分，分數越高失智風險越高。

註：以上未排除ADL失能者，ADL平均分數為極輕度失智19/輕度13/中度12/重度6(滿分20分)

失智症照顧的困境



• 服務提供面向

- 預算嚴重不足
- 照顧服務人力不足，待培訓發展
- 照管專員人數及功能待增加
- 機構照顧品質差異極大
- 社區式及居家式服務方案嚴重不足
- 長照服務之宣廣需普及
- 行政作業繁瑣耗費人力
- 城鄉資源發展嚴重落差
- 長照資訊及相關服務資源待整合

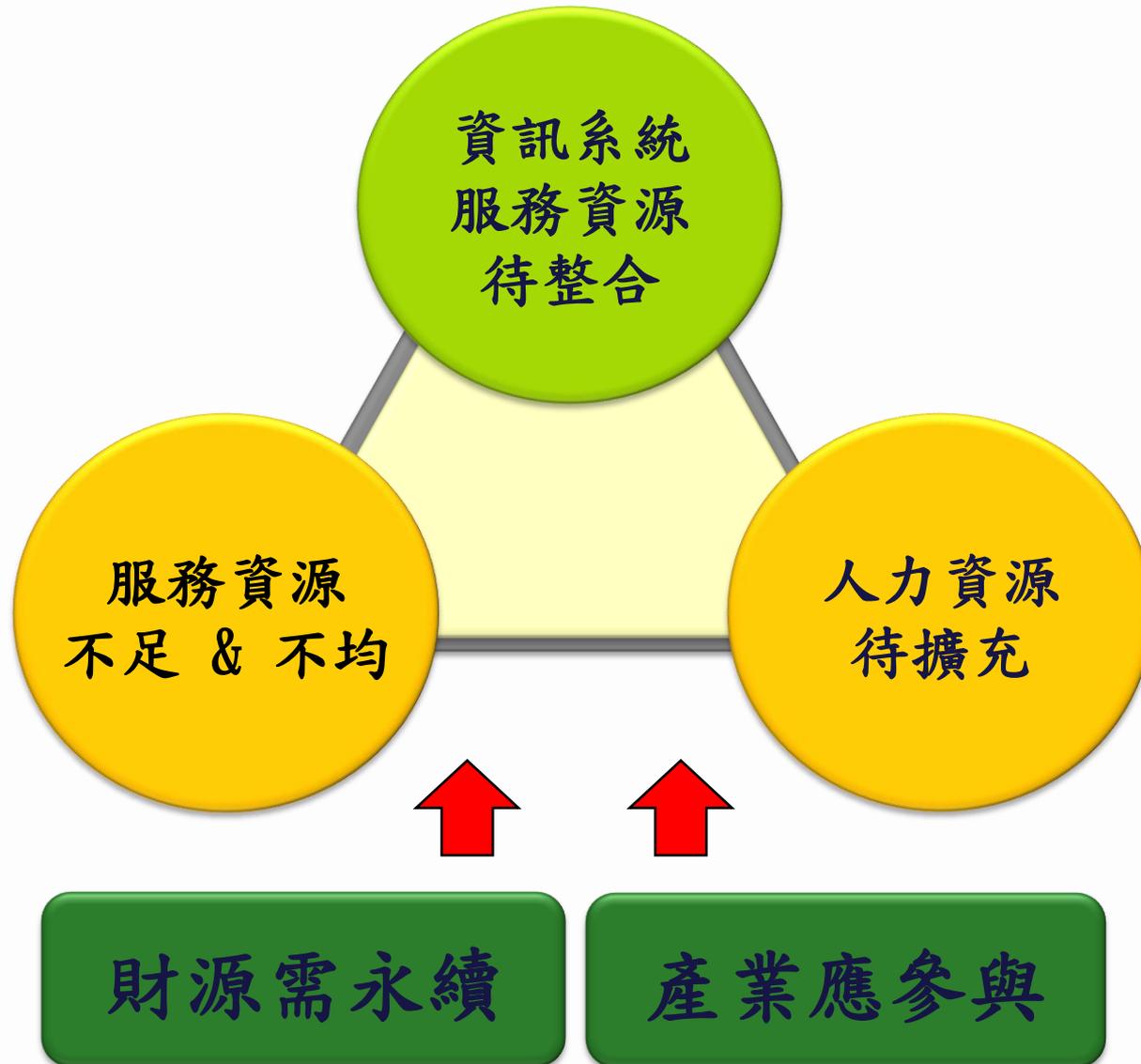
• 服務使用者面向

- 僅有近四成需求者使用正式服務
- 既有補助與核定額度未能回應使用者期待
- 服務申請資格、項目與時段僵化，缺乏彈性
- 家庭照顧者支持與服務體系仍待強化
- 喘息服務未能滿足照顧者需求

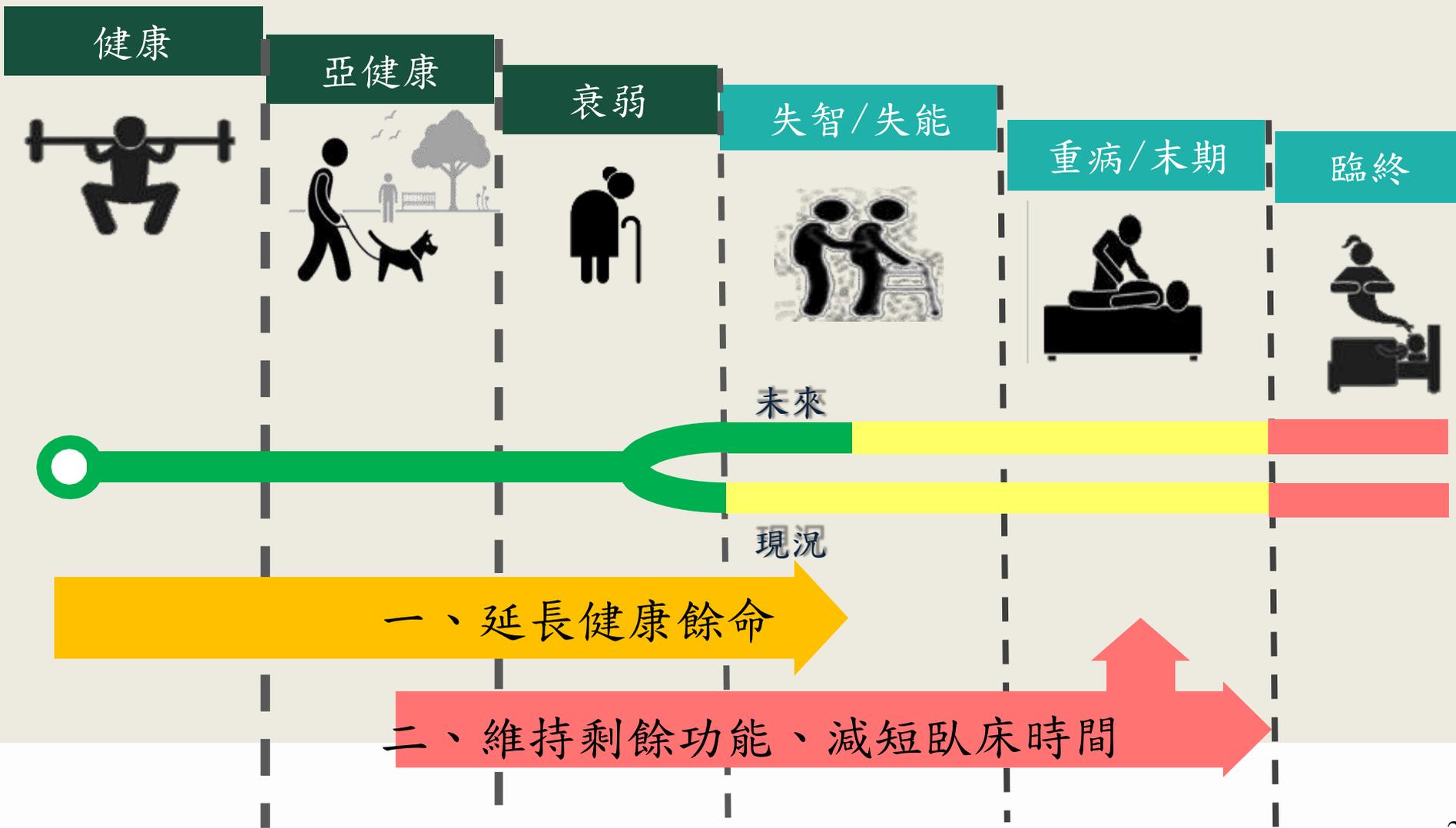
家庭照顧者是一群潛在的案主

一旦診斷確立是失智症，醫師必須同時面對病患本身和照顧者兩名「病患」。

台灣長照當前的挑戰



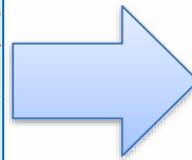
長照2.0目標



長照2.0計畫目標與實施策略

計畫目標

1. 建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔
2. 實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立關懷社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質
3. 銜接前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質
4. 向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔

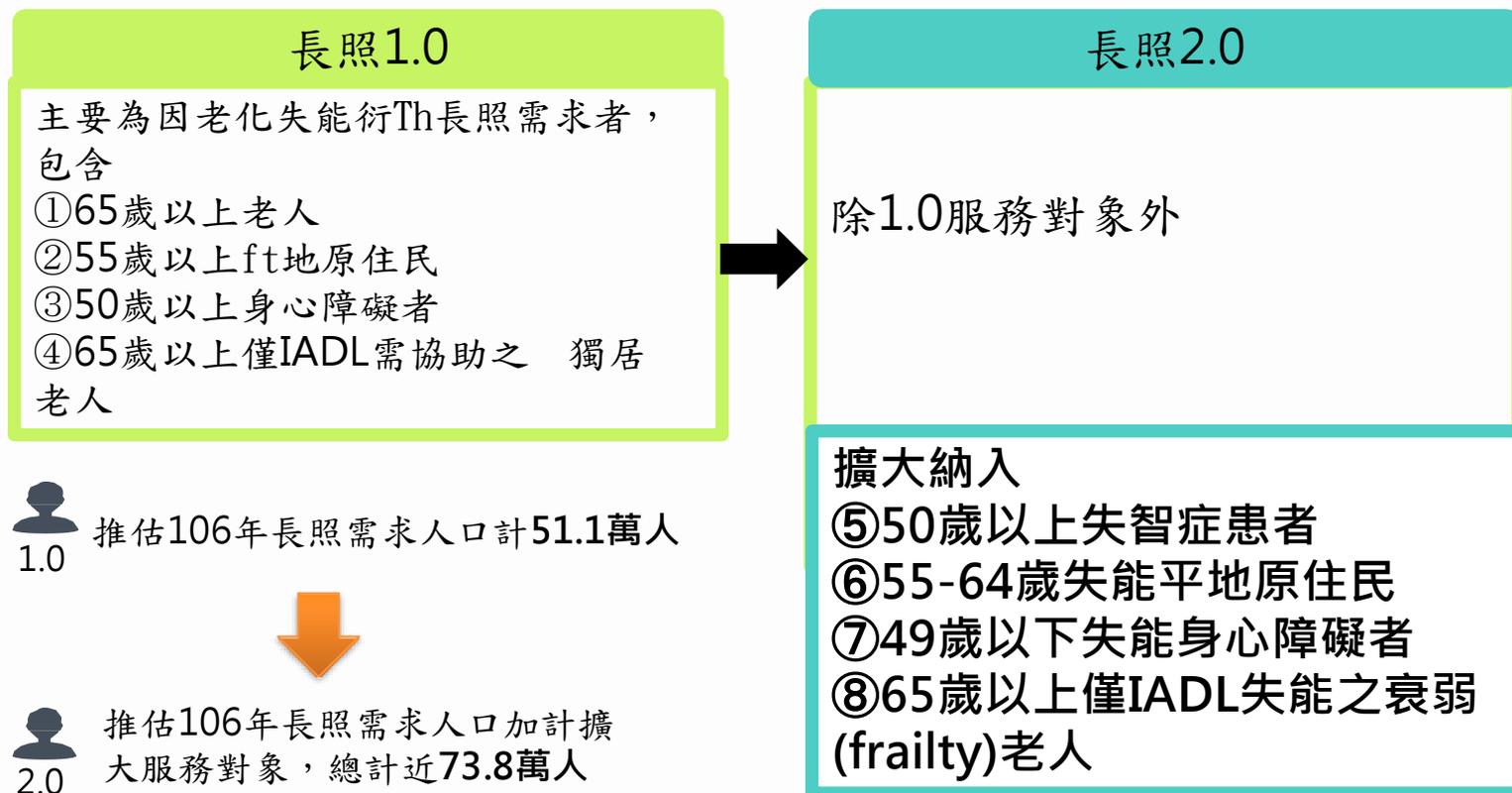


實施策略

- 1. 建立以服務使用者為中心的服務體系。
- 2. 發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心
- 3. 鼓勵資源發展因地制宜與創新化，縮小城鄉差距，凸顯地方特色。
- 4. 培植以社區為基礎的健康照顧團隊。
- 5. 健全縣市照顧管理中心組織定位與職權。
- 6. 提高服務補助效能與彈性。
- 7. 開創照顧服務人力資源職涯發展策略。
- 8. 強化照顧管理資料庫系統。
- 9. 增強地方政府發展資源之能量。
- 10. 建立中央政府管理與研發系統。

長照2.0服務對象

■ 服務對象人數預估自51萬1千餘人增至將近73萬8千人，成長44%



長照2.0服務項目

長照1.0

(1)照顧服務(居家服 (5)居家護理
務、日間照顧及 (6)居家及社區復健
家庭托顧) (2) (7)喘息服務
交通接送 (3)餐飲 (8)長期照顧機構服務
服務 (4)輔具購買、
租借
及居家無障礙環
境改善



長照2.0

彈性與擴大長
照1.0的8項服
務

創新與整合8項服務 (9)失智症照顧服務 (10)
原住民族地區社區整合型服務 (11)小規模
多機能服務 (12)家庭照顧者支持服務據點
(13)社區整體照顧模式(成立社區整合型服務
中心、複合型服務中心與巷弄長照站)
(14)社區預防性照顧
(15)預防或延緩失能之服務

銜接2項服務 (16)銜接出院準備服務 (17)銜接
居家醫療

服務項目

自8項擴增至17項

長照2.0服務體系建構(1/2)

服務體系之問題與挑戰

■資源建置層面

- 1.服務資源發展緩慢
- 2.各服務提供單位之間缺乏整合
- 3.服務體系欠缺向前延伸初級預防、向後銜接在宅安寧照護之整合性規劃

■服務使用者層面

- 1.服務項目缺乏彈性
- 2.服務可接近性待強化
- 3.服務時段難回應照顧者需求
- 4.家庭照顧者喘息服務需求未被充分滿足

服務體系之建構

■資源發展原則：優先擴大居家服務供給量與普及化日間照顧中心，並整合各項服務，朝向以社區為基礎的整合式照顧服務體系發展

- 長照十年計畫(1.0)服務項目，持續提供，並提高服務量能，彈性化服務使用
- 發展長照十年計畫(2.0)擴充的服務項目，並編製營運手冊，大力推廣，如小規模多機能服務、家庭照顧者支持服務據點、失智症照顧服務
- 規劃辦理預防失能和延緩失能服務，**並試辦社區整體照顧模式**

社區整體照顧模式

■目的

社區整體照顧模式之基本理念，係期望失能長者在住家車程30分鐘以內的活動範圍內，建構「結合醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援」等各項服務一體化之照顧體系

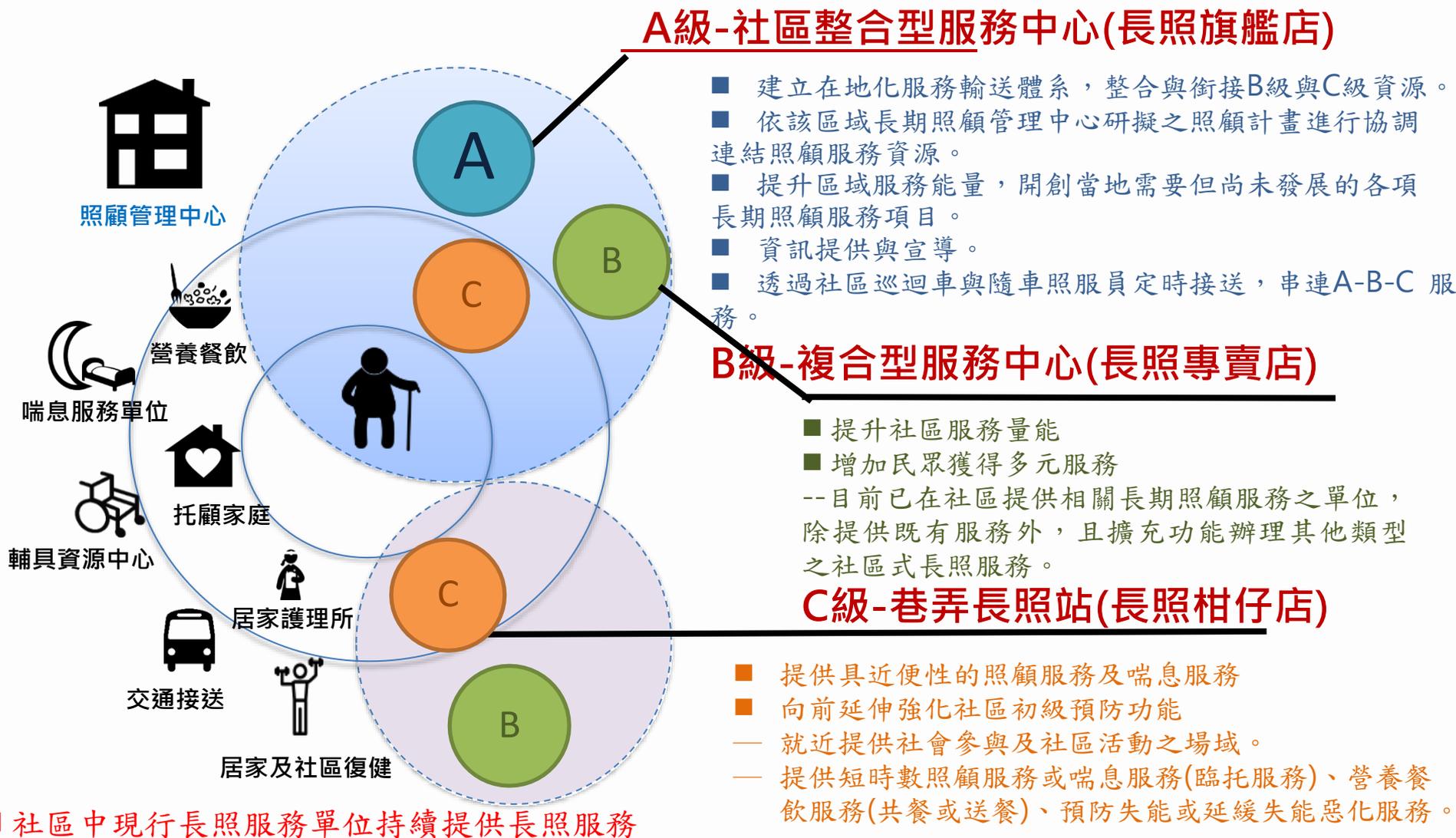
■**規劃原則** 透過專案新型計畫鼓勵資源 豐沛區發展整合式服務模式，鼓勵資源不足地區發展在地長期照顧服務資源，維繫原住民族文化與地理特色

■推動策略

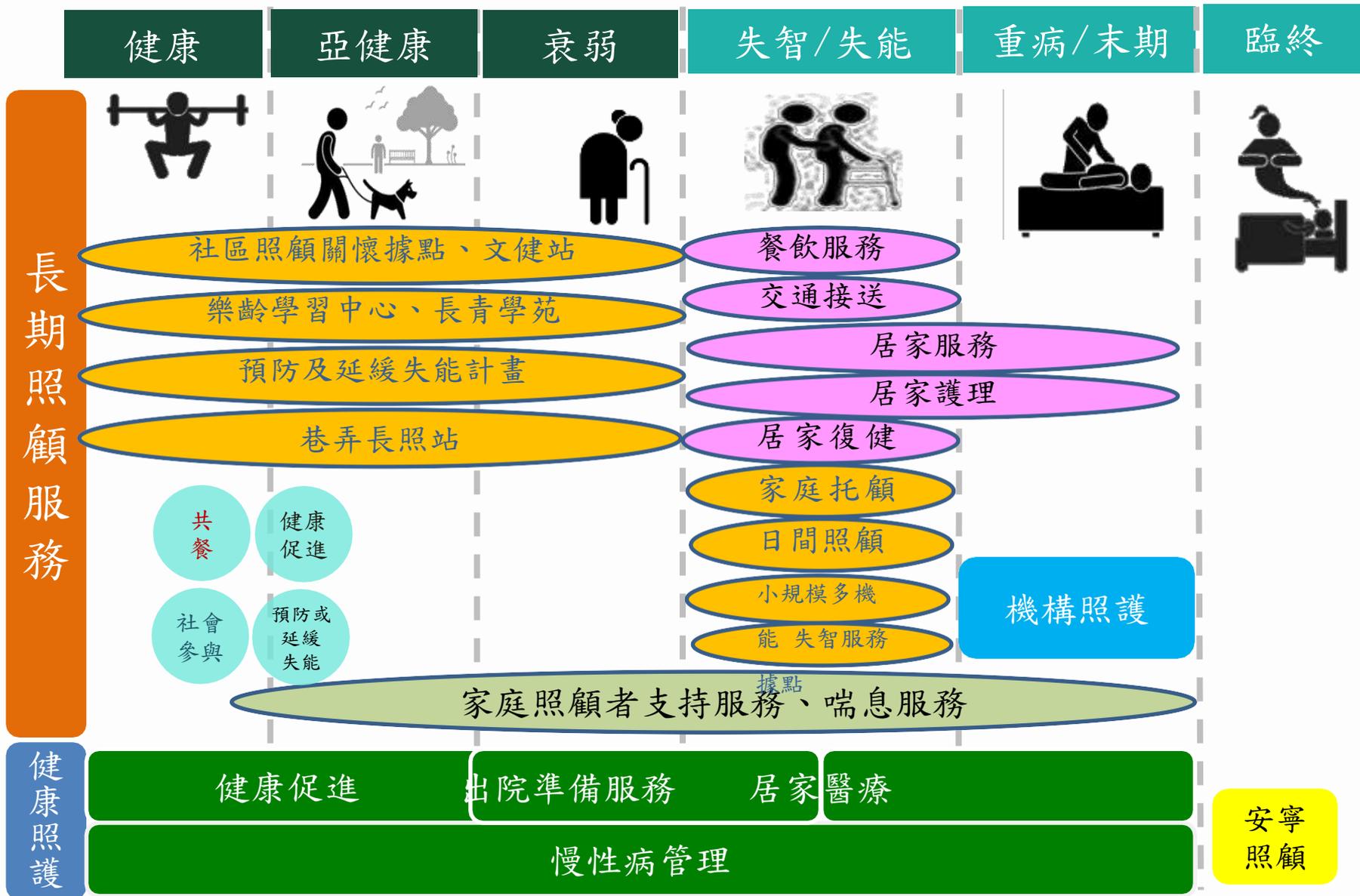
- 培植A-社區整合型服務中心
- 擴充B-複合型服務中心
- 廣設C-巷弄長照站 17

長照2.0服務體系建構(2/2)

-推動社區整體照顧模式



長照2.0服務內容

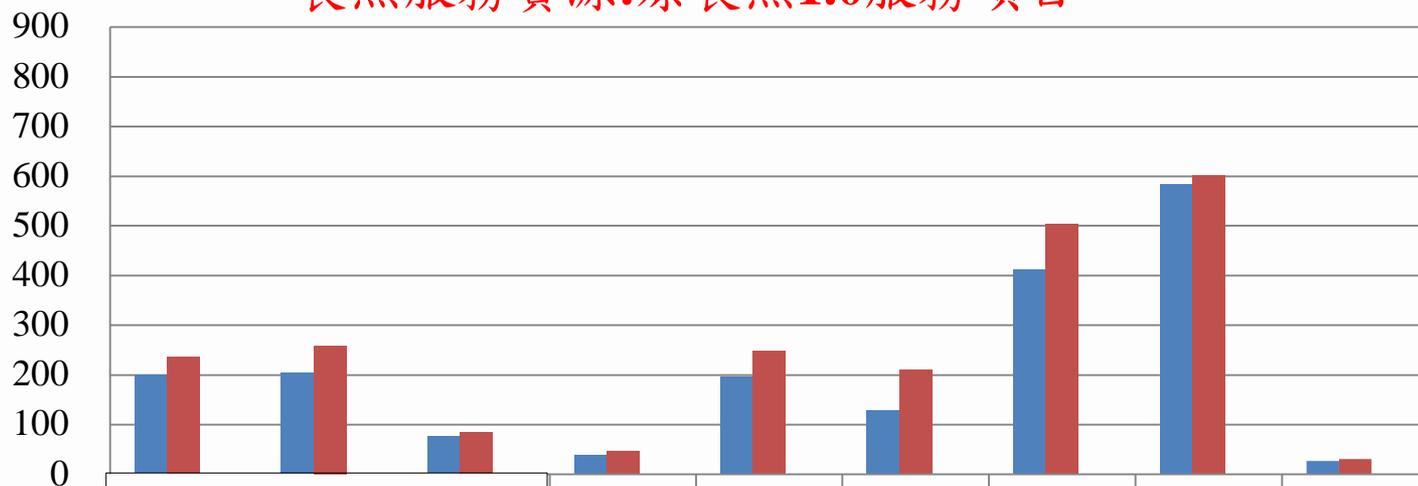


長照2.0執行成果

資源佈建增加

單位：家數

長照服務資源:原長照1.0服務項目



	照顧服務			交通接送	營養餐飲	居家復健	居家護理	喘息服務	輔具資源中心及據點
■ 105年	200	205	77	40	197	129	413	584	27
■ 106年	238	259	85	48	249	211	505	602	31
成長率(%)	19.0%	26.3%	10.3%	20.0%	26.3%	63.5%	22.2%	3.0%	14.8%

長照2.0執行成果

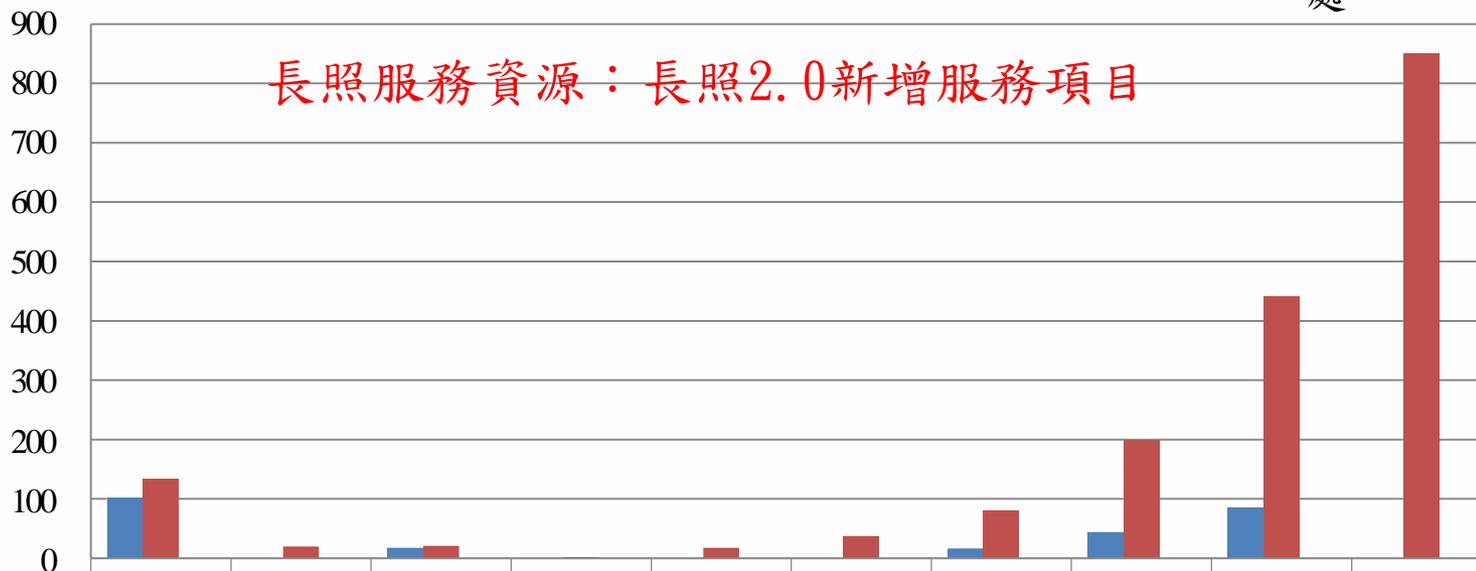
資源佈建增加

我親愛的父親

天主教失智老人基金會

單位：家數/
處

長照服務資源：長照2.0新增服務項目



服務項目	105年	106年	成長率(%)
失智共居服務據點	102	134	31.4%
社區失智服務中心	0	20	
老福機構/榮家體系失智專區	18	21	16.7%
身障福利機構老化專區	0	2	
失能身障家庭托顧服務	0	18	
失能身障日照服務	0	36	
整合型服務中心(A)心	17	80	370.6%
複合型服務中心(B)	44	199	352.3%
巷弄長照站(C)	85	441	418.8%
預防及延緩失智照護	0	850	

結語

- 長照2.0擴充長照十年計畫之內涵，增加服務對象，長照服務向前延伸預防失能及減緩失能等預防性服務措施，向後整合在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，以實現在地老化為目標，建立以社區為基礎，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧多元連續性、普及式之照顧服務體系，達到使民眾「看得到、找得到、用得到」長照服務之目標。

長照2.0時代 心理服務可以作什麼？

- 對於長照的個案？
- 對於長照的家庭照顧者？
- 對於長照服務提供的專業照顧者？
- 甚至是政策影響？

附錄：慢性病自我管理課程介紹

(The Chronic Disease Self Management Program)

慢性病自我管理課程

(The Chronic Disease Self Management Program)

由史丹佛大學病人教育研究中心製作，
並是史丹佛大學與北加利福尼亞州凱澤佩爾曼納醫療護理計劃(North California Kaiser Permanente Medical Program)合作研究成果。
課程主要製作人現職於史丹佛大學的公共衛生博士 Kate Lorig、公共衛生碩士 Virginia Gonzalez 及 Diana Laurent 三位。

慢性病自我管理課程(The Chronic Disease Self Management Program)經過一個五年時間的研究評估計劃，以隨機方式在一千多人中，把參加課程的人與沒有參加課程的人比較，結果發現參加課程的人在各種健康行為上（例如：運動、運用思想處理症狀、應付問題、與醫生溝通等）及個人的健康狀況（例如自我評估的健康、疲勞、殘疾狀況、社交活動、健康帶來的困擾等）都有改善，並減少了留院日數。其他研究均顯示類同的結果。

課程設計理念：

- 慢性病患者有相類似的關注和問題。
- 慢性病患者要處理的不單是自己的疾病，還要處理疾病對日常生活和情緒所產生的影響。
- 慢性病患者雖然沒有受過專業訓練，但藉由詳盡的帶領人手冊，也能勝任帶領工作坊，其成效並不比專業醫護人員遜色。
- 工作坊的帶領過程和方式，與課程的內容同樣重要，甚至更加重要。

不良睡眠

疲勞

身體限制

呼吸短促

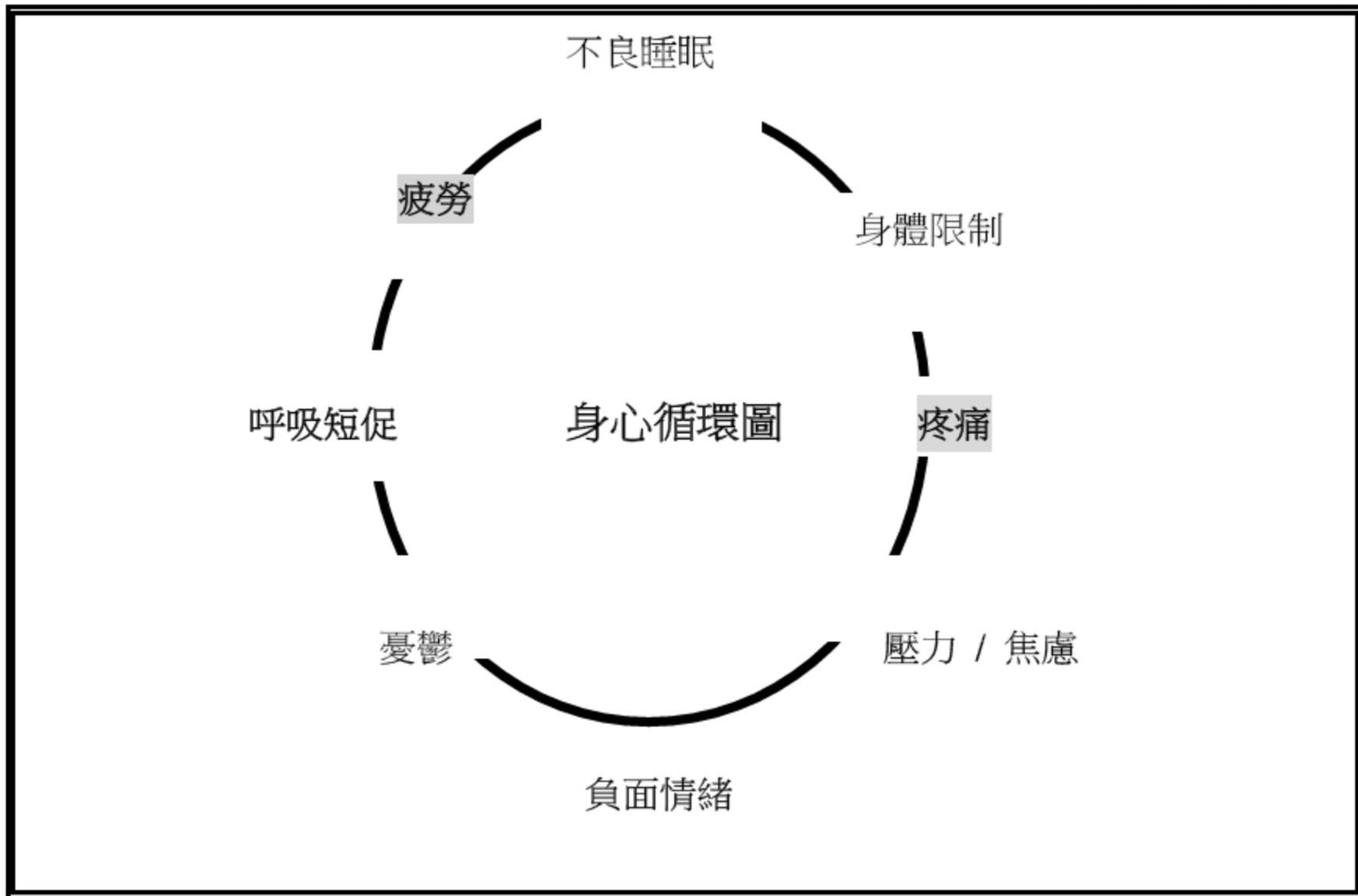
身心循環圖

疼痛

憂鬱

壓力 / 焦慮

負面情緒



自我管理守則

- 悉心照顧自己的健康問題
- 繼續日常的活動
- 處理自己的情緒變化

自我管理百寶箱

我親愛的父親
天主教失智老人基金會



體能活動

藥物

作出決定

行動計畫

呼吸技巧

了解情緒

與醫護人員合作

問題解決

運用心智

睡眠

溝通

健康飲食

體重管理

行動計畫

- 你自己想做的事情
- 可完成的
- 具體的行為
- 回答以下的問題：
 - 做什麼？(具體行為)
 - 做多少？(時間、距離、量)
 - 何時做？(一天中的時段、一週間的哪幾天)
 - 多常做？(每週做多少天？)
- 有7成或以上的信心



活動消息

關於我們

服務項目

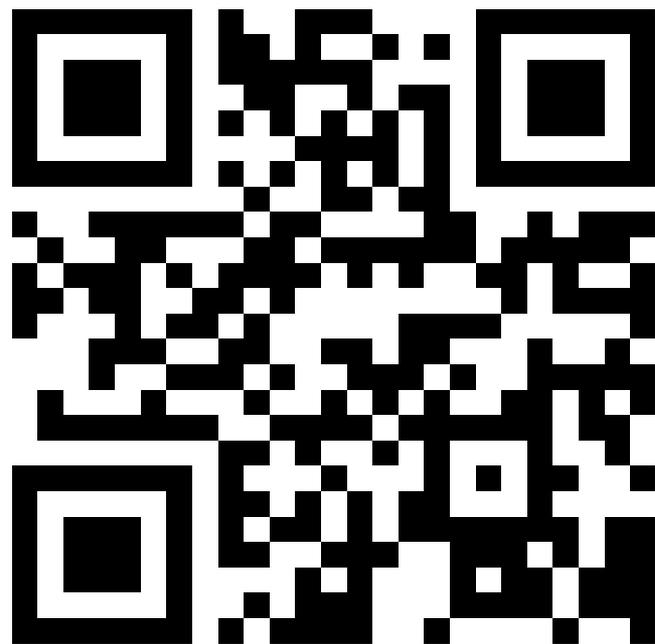
照護新知

照顧資源

下載專區

我要參與

問題 與 討論





Thank You