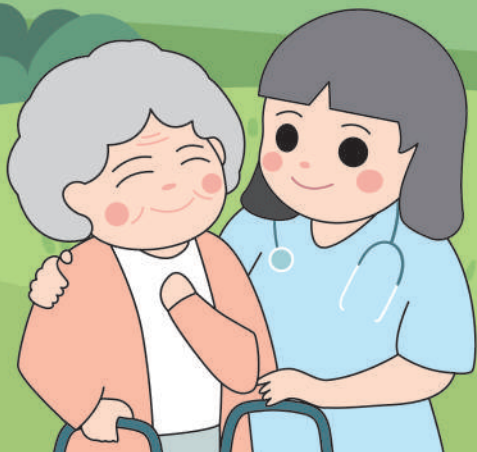




高雄市政府衛生局

Kaohsiung City Public Health Bureau

失智照護手冊



目錄

01 認識失智症	01
1-1 正常老化與失智症	01
1-2 失智症十大警訊	02
1-3 失智症篩檢與評估	03
1-4 失智症診斷	05
1-5 失智症治療	07
1-6 預防失智症	11
02 失智症基本照護原則	13
2-1 基本照護原則	13
2-2 溝通篇	16
2-3 居家環境篇	17
2-4 日常生活照顧篇	20
03 失智症精神行為症狀(BPSD)照顧指南	23
3-1 精神行為問題照顧原則	23
3-2 遊走行為問題	24
3-3 錯認妄想與幻覺	26
3-4 情緒障礙問題	28
3-5 睡眠障礙問題	29
3-6 不適當行為問題	30
3-7 攻擊行為問題	31
3-8 拒絕行為問題	33
04 照顧者支援	35
4-1 失智症照顧者支持	35
4-2 法律保障	36
4-3 安寧緩和醫療	36
4-4 預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)	37
05 失智照護資源	38
5-1 高雄市政府資源	38
5-2 衛生福利部及其他資源	40

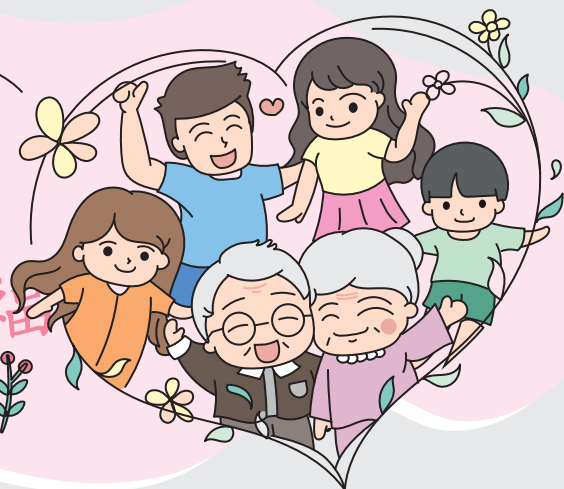


隨著臺灣人口快速邁入高齡社會，失智症已成為亟需關注的重要公共健康議題，失智症的發生率隨著年齡增加而顯著遞增，失智人口快速攀升將對醫療照護體系與社會支持資源形成龐大壓力。根據國際失智症協會 (Alzheimer's Disease International, ADI) 2019年全球失智症報告指出，全球失智人口已超過5,000萬人，並預估2050年將成長至1億5,200萬人，幾乎為現今的三倍。平均每三秒就有一人罹患失智症，相關照護成本每年高達一兆美元，預計2030年將倍增至兩兆美元，反映出此失智症對全球經濟與社會資源的沉重負擔。

根據2026年3月高雄市民政局資料顯示，65歲以上人數已超過57萬人，占全市人口約21%，高雄人口結構已邁入「超高齡社會」的階段，推估約有40,000名失智症者，相當於每13位長者中約有一位罹患失智症，且80歲以上族群中，約每五人就有一人罹患失智症，且每增加五歲，盛行率有倍增趨勢，相關統計資料指出失智症照護對社區照護、健康系統、家庭支持與經濟發展的衝擊與挑戰。

高雄市政府衛生局為完善照顧者支持網絡，並優化長照資源配置，以迎接高齡社會帶來的挑戰並提升長者生活品質，更藉以發行「失智照護手冊」介紹失智症入門、BPSD臨床照顧指南、照顧者支持及失智照護資源，期望讓更多照顧者獲得實質支持與照護訓練，協助更多患者及早診斷並取得所需服務，共同營造更友善的失智症社區環境。

用愛守護
一起幸福

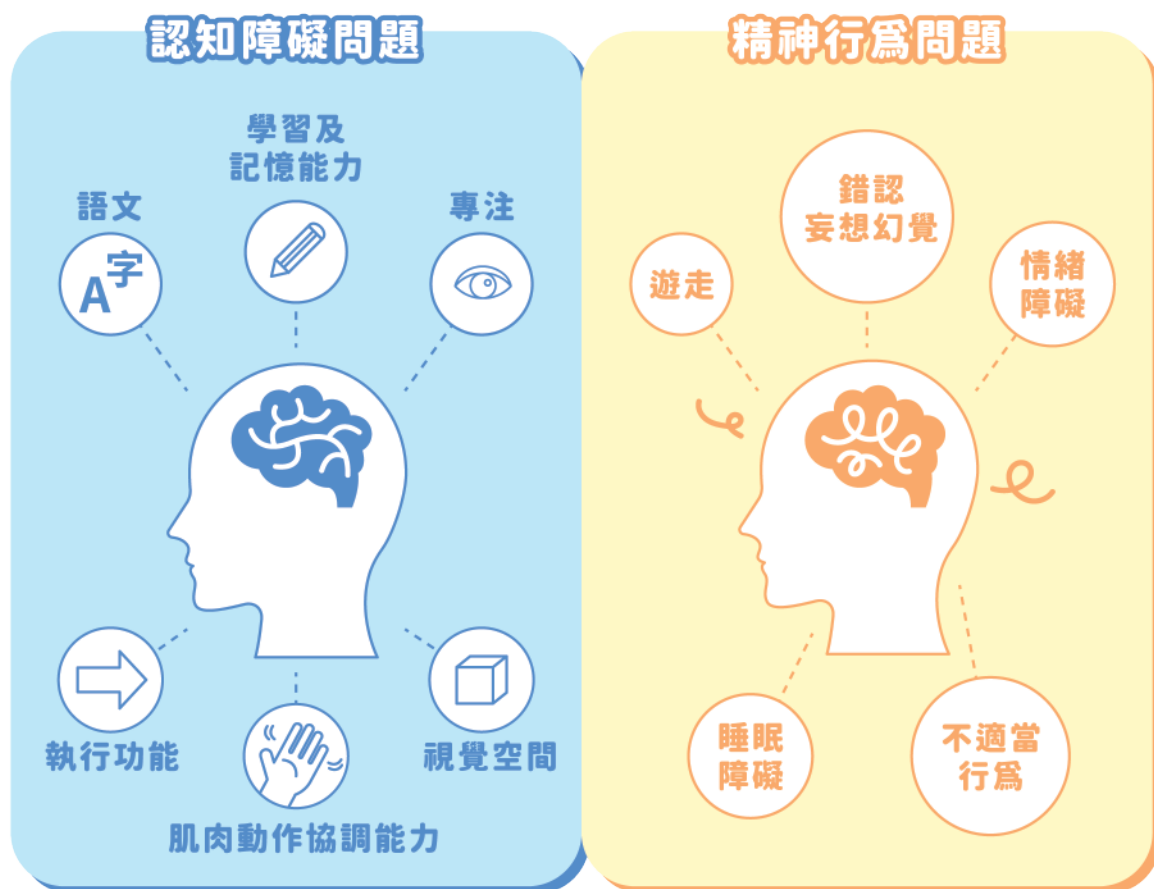


01 認識失智症

1-1 正常老化與失智症

失智症是一種疾病而不是正常的老化，主要的症狀是認知功能及日常生活功能逐漸退化。許多家屬以為遺忘是正常老化的過程，而錯失及早診斷及早治療的時機。

失智症與正常老化不同，不單是記憶力減退，可能還有廣泛大腦功能喪失，包含判斷力、語言能力、抽象思考能力、時間空間定向能力等各方面認知功能的退化。除了認知功能障礙，亦會伴隨精神行為症狀(BPSD)，包括憂鬱、焦慮、妄想、幻覺、激動、攻擊行為、睡眠障礙、重複行為等，對患者和照顧者都可能造成困擾，並影響生活品質。



1-2 失智症十大警訊

十大警訊動畫版

(資料來源：天主教失智老人基金會)



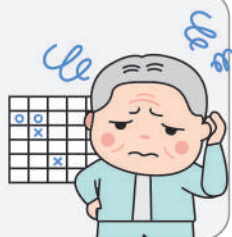
1

記憶力減退
影響到日常生活



2

計畫事情或
解決問題有困難



3

無法勝任
原本熟悉的事務



4

對時間或地點
感到混淆



5

有困難分辨視覺
影像和空間關係



6

言語表達或
書寫出現困難



7

物件擺放錯亂且
失去回頭尋找的能力



8

判斷力變弱
或減退



9

從職場工作
或社交活動中退出



10

情緒和個性
的改變



1-3 失智症篩檢與評估

當家人出現記憶力減退情形，就診時可諮詢社區醫療診所，目前已有不少簡單快捷的篩檢可供參考，例如：

- 1 簡易智能檢查 (Mini-Mental Status Examination, MMSE)
- 2 簡易心智狀態問卷調查 (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)
- 3 畫鐘測驗 (Clock-Drawing Test)
- 4 迷你認知功能測驗 (Mini-Cognitive Assessment Instrument, Mini-Cog)
- 5 AD8極早期失智症篩檢量表

其中失智症篩檢常用量表「AD8極早期失智症篩檢量表」可以提供自我檢測或由家人檢測使用，項目內容如右，初篩疑似失智症時可洽詢失智共同照護中心，由個案師協助安排檢查、確診及後續諮詢服務。

AD8量表介紹影片





AD8極早期失智症篩檢量表

題目		症狀是否有改變	
		是	否
1	判斷力上的困難，例如誤入圈套或騙局，財務上不好的決定，買了發現並不合宜的禮物。		
2	對活動和嗜好的興趣降低。		
3	重複相同的問題、故事和陳述。		
4	學習如何使用工具、設備、利器或電器有困難，例如：電話、音響、遙控器、冷氣機、洗衣機、熱水器、微波爐等。		
5	忘記正確的月份和年份。		
6	處理複雜的財務上事務有困難，例如：個人或家庭的收支平衡、繳費單、所得稅等。		
7	記住約定的事情有困難。		
8	有持續的思考和記憶方面的問題。		

施測結果有**2題以上回答‘是’**時，就有可能是極早期的失智症。

合法授權：楊淵韓等.2009世界阿茲海默失智症大會;

Yang YH et al. America Journal OF Alzheimer' s Disease & Other Dementia. 2011;26:134-8. .

八項鑑別老化與失智受試者訪談表為美國密蘇里州聖路易華盛頓大學版權所有。

1-4 失智症診斷

在門診(精神科、神經科等)提供患者日常生活相關資訊有助於醫師診斷，有些病因是可以治療的，及早診斷可增加疾病復原的機率，目前也有一些藥物可以幫助退化性失智症，由於早期治療的成效較好，因此早期診斷是非常重要的。失智症在臨床的檢查及診斷包含三個部分：

① 臨床醫師檢查及問診：

臨床醫師透過患者的個人病史、發病過程、用藥情形判斷失智症的原因，也會安排神經心理學檢查作為診斷參考。

② 認知功能評估可分為兩部分：

患者認知功能檢查

藉由標準化測驗如簡易智能狀態測驗(MMSE)、蒙特婁認知評估(MoCA)、認知功能障礙檢查量表(CASI)等來評估個案目前認知功能狀況，例如短期記憶、長期記憶、注意力、計算能力、定向感、抽象推理能力、視覺空間能力、語文能力等。

同住家屬或主要照顧者晤談

藉由臨床評估量表，例如臨床失智症評估量表(CDR)、神經精神症狀評估量表(NPI)，來評估失智症患者的認知與功能狀態、神經精神症狀、病程演變，以及其在日常生活與社會功能上的受限情形。

③ 實驗室檢查

必要常規檢查

血液常規
生化檢查(肝腎功能)
維他命B12、葉酸濃度
甲狀腺功能
梅毒血清檢查
電腦斷層或核磁共振

必要時加做的檢查

腦波檢查
單光子電腦斷層
腦脊髓液檢查
腦部類澱粉蛋白正子造影



臨床失智症評估量表(CDR)

	記憶力	定向感	解決問題能力	社區活動能力	家居嗜好	自我照料
正常 CDR 0	沒有或稍微記憶力減退，無經常性健忘。	完全能定向。	日常問題(如財務及商業性的事務)都能處理好；和以前的表現比較，判斷力良好。	和平常一樣能獨立處理相關工作購物、業務、財務、參加義工及社團事務。	家居生活、嗜好、知性興趣都維持良好。	完全能自我照料。
極輕度 CDR 0.5	經常性的輕度遺忘，事情只能部分想起。	完全能定向，但涉及時間關聯性時，稍有困難。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，稍有困難。	這些活動稍有障礙。	家居生活、嗜好、知性興趣，稍有障礙。	
輕度 CDR 1	中度記憶力減退；對最近的事尤其不容易記得；會影響日常生活。	涉及有時間關聯性時，有中度困難。檢查時，對地點仍有定向力；但在某些場合可能仍有地理定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有中度困難；社會價值之判斷力通常還能維持。	雖還可從事某些活動，但無法單獨參與，對一般檢查，外觀上還似正常。	居家生活已出現輕度之障礙，無法做較困難之家事；比較複雜之嗜好及興趣都已放棄。	須旁人督促或提醒。
中度 CDR 2	嚴重記憶力減退只有高度重複學過的事物才會記得；新學的東西都很快會忘記。	涉及有時間關聯性時，有嚴重困難；時間及地點都會有定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有嚴重障礙；社會價值之判斷力已受影響。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。被帶出來外面活動時，外觀還似正常。	只有簡單家事還能做，興趣很少，也很難維持。	穿衣、個人衛生、及個人事務之料理，都需要幫忙
重度 CDR 3	記憶力嚴重減退只能記得片段。	只能維持對人的定向力。	不能作判斷或解決問題。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。外觀上明顯可知病情嚴重，無法在外活動。	無法做家事。	個人照料需仰賴別人給予很大的幫忙。經常大小便失禁。

失智症程度是由專科醫師評估六大面向綜合判定等級，分為CDR0.5極輕度、CDR1輕度、CDR2中度、CDR3重度。

Copyright 2001 by Washington University in St. Louis, Missouri. All rights reserved.

1-5 失智症治療



① 認知障礙的藥物治療

失智症分類大致分為：退化性、血管性、混合型及其他，其中最常見的是阿茲海默症，屬於退化性失智症，以下藥物可以使用於阿茲海默症的認知障礙，僅能改善症狀或延緩惡化，並無法治癒疾病，其他類型的藥物治療可進一步諮詢醫師：

乙醯膽鹼脂酶抑制劑：提升腦內乙醯膽鹼濃度以改善認知功能，常見藥物有愛憶欣、憶思能及利憶靈等。

NMDA受體拮抗劑：透過調節NMDA受體活性，減少過度刺激造成的腦神經毒性，主要用於中重度以上的阿茲海默症患者，常見藥物有憶必佳等。

② 精神行為症狀的藥物治療

精神行為症狀包括妄想、幻覺、憂鬱、焦慮、易怒、激動行為、遊走、睡眠障礙、攻擊性行為，以及照護抗拒等行為困擾。如果臨床症狀嚴重，臨床醫師可能會使用抗精神病藥物，抗憂鬱劑、抗焦慮藥物、鎮定安眠藥物與抗精神藥物等輔助治療，但須持續評估風險與效益。

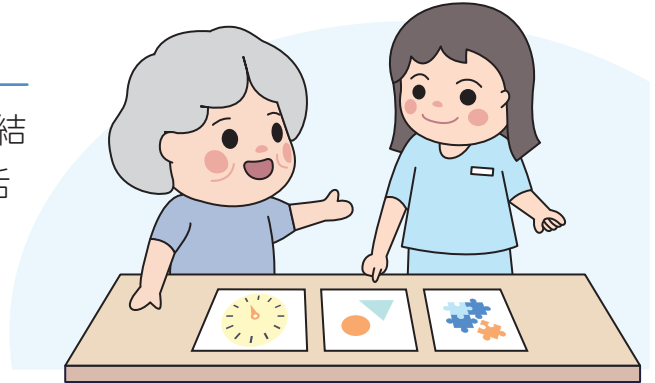
③ 抗類澱粉蛋白標靶免疫治療

衛福部2025年通過lecanemab（商品名Leqembi，樂意保）與donanemab（商品名Kisunla，欣智樂）兩款新藥，針對早期失智者的治療，抗類澱粉蛋白抗體可與腦中的 β 類澱粉蛋白結合，並由身體的免疫機制清除，以減緩認知能力下降的速度。接受抗類澱粉蛋白標靶治療前，需先進行一系列檢查評估治療的適應性，包含：腦部類澱粉蛋白正子斷層掃描或腦脊髓液檢測，確認腦中是否有類澱粉蛋白異常堆積；APOE基因檢測，避免用藥後出現嚴重副作用；腦部核磁共振檢查，排除其他腦部問題。

4 非藥物介入

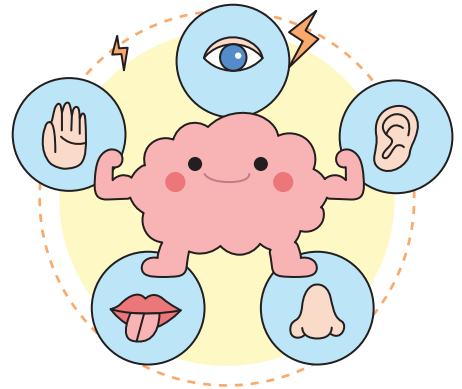
① 認知訓練

認知訓練是透過認知功能評估，提出結構性活動(即根據任務步驟設計對應活動)強化記憶與思考功能，也可藉由話題討論、執行練習及記憶策略訓練提升整體認知表現。



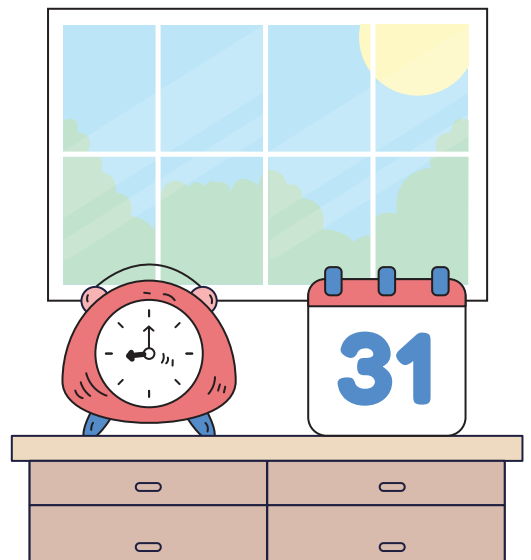
② 多感官刺激療法

藉由人為設計的環境，以視覺、聽覺、嗅覺、味覺及觸覺刺激，讓患者在不需過多認知負荷情況下，提升感覺運動能力。



③ 現實導向療法

透過持續地提供有關時間、地點、人物與當前情境的資訊，幫助失智症患者維持現實感與自我認同，進而提升自信心並減少混亂與問題行為，例如利用窗外陽光與時鐘、日曆等環境線索協助患者辨識時間；使用放大字體的日常用品或提示標籤，協助患者辨識物品功能；與患者進行每日簡短對話，重複介紹當天的日期、天氣、照護者姓名與活動安排。



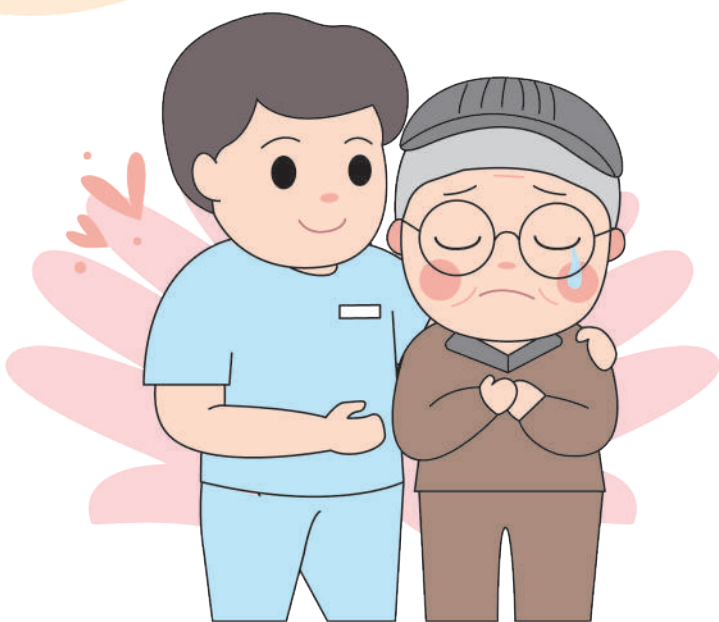
④懷舊療法

常用於治療記憶缺損的患者，藉由回顧患者的生活經驗，幫助患者維持認同感、自尊與情緒穩定，進而促進心理健康與社會互動。



⑤確認療法

一種針對失智症患者的溝通取向介入方式，強調不以現實標準評斷患者的言行是否正確，而是試圖理解其行為背後的各项需求，包含生理狀況、心理和社會等，進而確認其行為背後的意義，同時表達關懷及同理，建立信任感。



⑥ 音樂治療

會依患者症狀及嚴重程度設計音樂療程，例如經由團體治療中引導患者歌唱，參與音樂活動、與他人互動，進而達到社交刺激，降低患者情緒躁動問題。



⑧ 休閒運動

透過規律、適度的運動，有氧運動類的體能活動不僅能促進心肺功能，還能刺激大腦的運作，進而改善部分認知功能，例如注意力、執行能力與記憶表現。同時，有氧運動也能幫助減輕常見的精神與行為症狀，如焦慮、躁動或情緒低落。



⑦ 園藝輔療

以治療為目標的園藝活動，運用植物的療癒力量來促進身心健康，讓患者在與香草花卉的互動中獲得成就、滿足與喜悅。



1-6 預防失智症

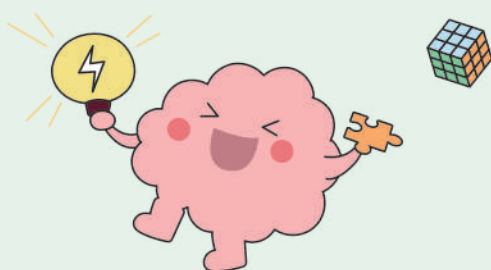
良好的生活型態有助於預防失智症的發生，民衆應積極在生活中增加大腦保護因子(趨吉)，同時減少危險因子(避凶)。



趨吉 增加大腦保護因子

①多動腦

接觸新事物保持好奇心、參加課程、益智活動。



②多運動

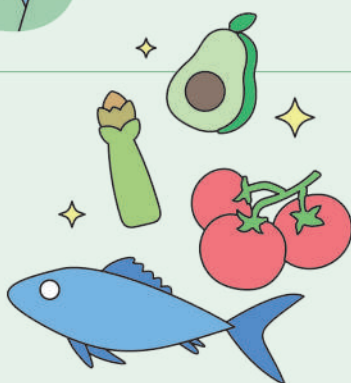
規律的有氧運動，像是散步、游泳、打太極拳等。



③多參與社會活動，戶外踏青



④維持健康體重



⑤採地中海飲食：

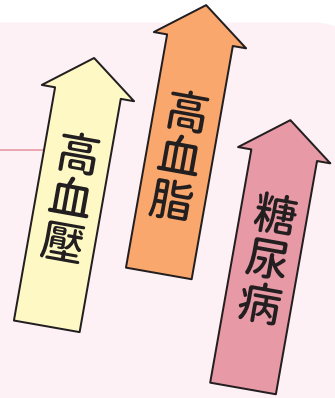
多蔬果、堅果、橄欖油、深海魚類。



⑥保護聽力



避兇 遠離失智症危險因子



①慢性病

三高(如高血壓、糖尿病與高血脂)會增加阿茲海默症的風險。



②抽菸

持續抽菸的人認知功能退化的速度較快

③頭部外傷



④憂鬱

風險值相對無憂鬱症增加



⑤肥胖

02 失智症基本照護原則

2-1 基本照護原則

為提升失智症患者之生活品質與延緩其功能退化，照護策略應著重於結構性、尊重性及安全性之原則：

① 環境穩定與作息規律

患者對環境變動之適應力較差，應避免頻繁更動居住空間配置，並維持固定且可預測的生活作息，以降低混亂與焦慮感，促進其時間與空間定向能力。



2 功能保留及參與活動

善用患者尚存之日常生活功能，透過**執行簡單之家務活動**（如掃地、澆花、撿菜等），不僅維持其認知與動作能力，也有助於建立成就感及參與感。



3 調整照護期待與認知

照顧者應認識失智症為漸進性退化疾病，適時調整對患者表現之期待，將**維持現有生活能力**視為正向成果，避免不必要的指責或強迫，降低患者與照顧者的挫折感與壓力。

4 鼓勵個人嗜好

可根據患者**過往喜好與興趣設計活動**，投其所好以喚起正向情緒與回憶，促進其尊嚴維護與價值提升。





5 安全監控與跌倒預防

應持續關注居家安全與活動風險，預防跌倒與其他潛在意外事件，並依照個人功能狀況評估適當輔具與調整環境需求。

6 社區支持與資源連結

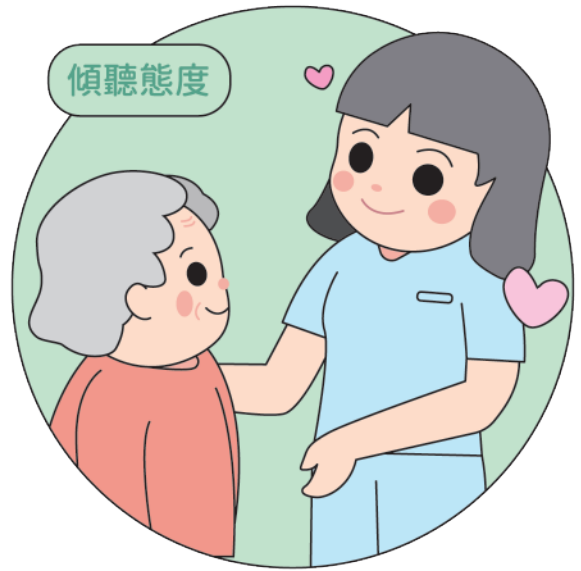
主動讓鄰里與親友瞭解家中有失智症患者，建立社區支持網絡，以利於患者日常生活中獲得必要協助，並提升社區對失智症之接納包容與因應態度。



2-2 溝通篇

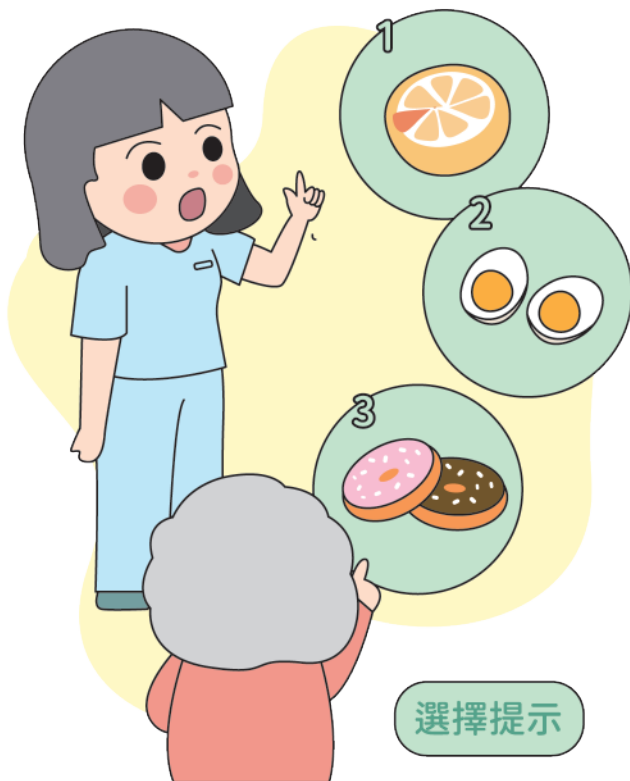
失智症患者因認知功能衰退，語言表達能力受限，致使其難以清楚傳達個人需求，可能以問題行為作為替代性溝通方法，反映其未被滿足的需求或內在情緒狀態。

然而，這些行為往往被照顧者或外界解讀為單純的困擾或干擾，忽略其背後的意圖與意義，常以忽視或排斥方式因應，導致問題行為惡化並增加照護壓力。



因此，面對失智症患者溝通困難，應以理解與同理為核心，設法推測其行為背後可能隱含的需求與情緒，並採取以下原則：

- ① 溫和語氣
- ② 適度眼神接觸
- ③ 耐心傾聽
- ④ 簡明語言進行溝通
- ⑤ 輔以非語言溝通方式，如手勢、肢體姿勢、動作引導等幫助其理解訊息。
- ⑥ 必要時可提供適度引導或選項提示，協助其表達意圖，以促進有效溝通與良好互動關係。



2-3 居家環境篇



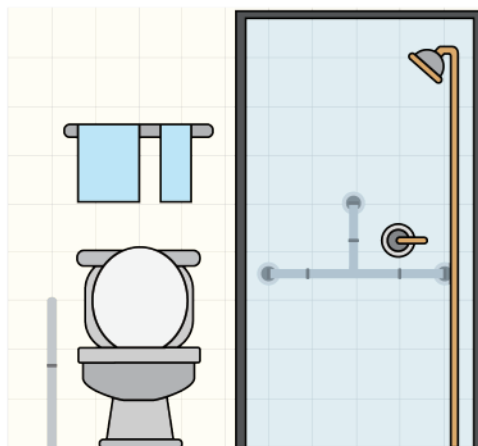
臥室

- 1 照明設備應充分，夜間可保留小夜燈，避免環境照明不足導致視覺誤判或跌倒風險。
- 2 床鋪高度應適中以利上下床活動，若有必要，可在床邊放置便盆椅以利夜間方便使用。
- 3 走道空間維持通道暢通，避免堆放雜物與電線橫置於地面，確保地面乾燥，以降低跌倒風險。
- 4 室內空間建議佈置簡單且擺設固定，裝潢宜採用柔和色調，減少感官刺激，並避免過度使用鏡面與反光材質設計。
- 5 窗戶應加裝素色窗簾，以減少強光炫目，創造安定、舒適之生活空間。

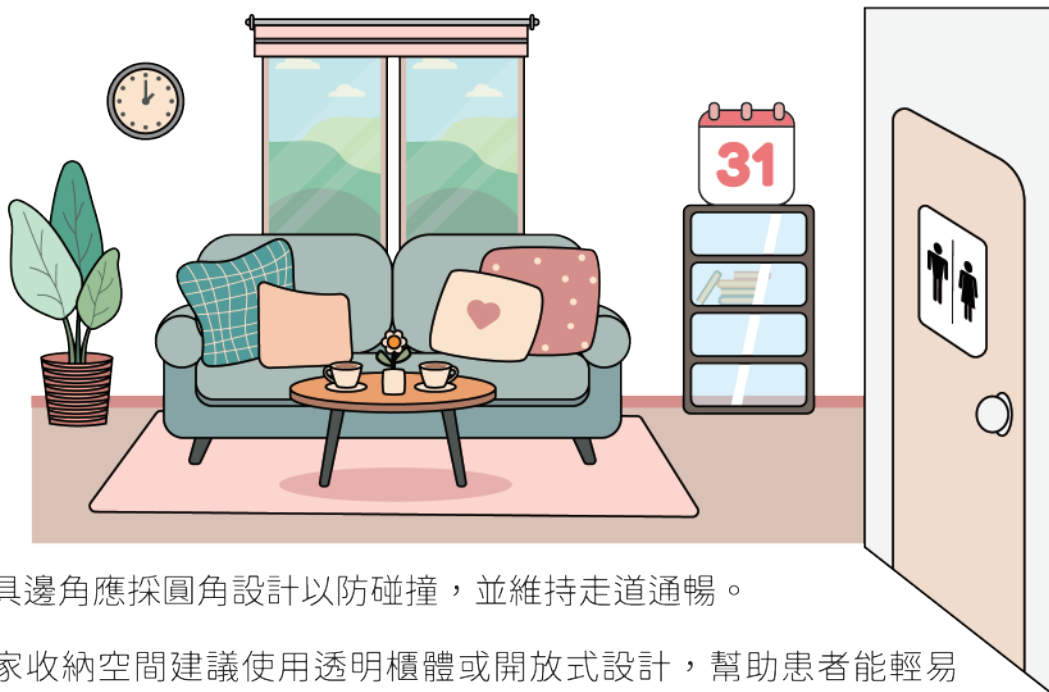
浴室

空間則應設置安全輔具，如馬桶、洗澡椅之牆面應安裝扶手、配置止滑墊，並設有緊急呼叫設備，以因應突發狀況。

大小便失禁的問題，可能是失智症退化造成，需先諮詢醫師。有些患者是因為其他的自我照顧能力缺失而失禁，例如不知道怎麼脫褲子，這時需要的是適當輔助。有些因找不到廁所，來不及而隨地便溺，需要在浴廁門口清楚標示位置。



客廳



- 1 家具邊角應採圓角設計以防碰撞，並維持走道通暢。
- 2 居家收納空間建議使用透明櫃體或開放式設計，幫助患者能輕易辨識物品位置。
- 3 居家空間例如浴室，建議使用圖片或文字標示，幫助患者能輕易辨識廁所位置。
- 4 透過大門加重、更換複雜門鎖，預防患者自行外出。

廚房

- 1 應留意危險物品如藥物、清潔劑、尖銳器具、烤箱爐具等高溫設備應妥善存放，避免誤食或操作不當意外事故。
- 2 安裝瓦斯安全開關。
- 3 冰箱定期清理，移除過期食物。



2-4 日常生活篇



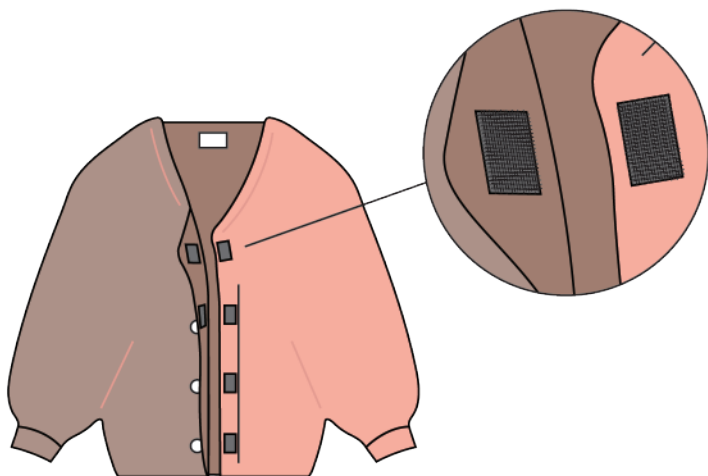
進食

- 1 提供充足之營養、水分與膳食纖維，採少量多餐方式，並優先考量患者的飲食喜好以提升食慾。
- 2 佈置安靜舒適的用餐環境，引導患者自己使用餐具及選擇食物。
- 3 若出現拒食行為，須先評估潛在原因，如活動量減少、生理不適、情緒低落等，並依其成因適切介入措施。
- 4 若患者於餐後仍要求進食，可能因記憶障礙忘記已用餐，可透過記憶板記錄用餐狀況，或運用注意力轉移技巧導向其他活動。
- 5 對於有吞嚥困難或易嗆咳者，適當調整食物質地以降低嗆咳風險。

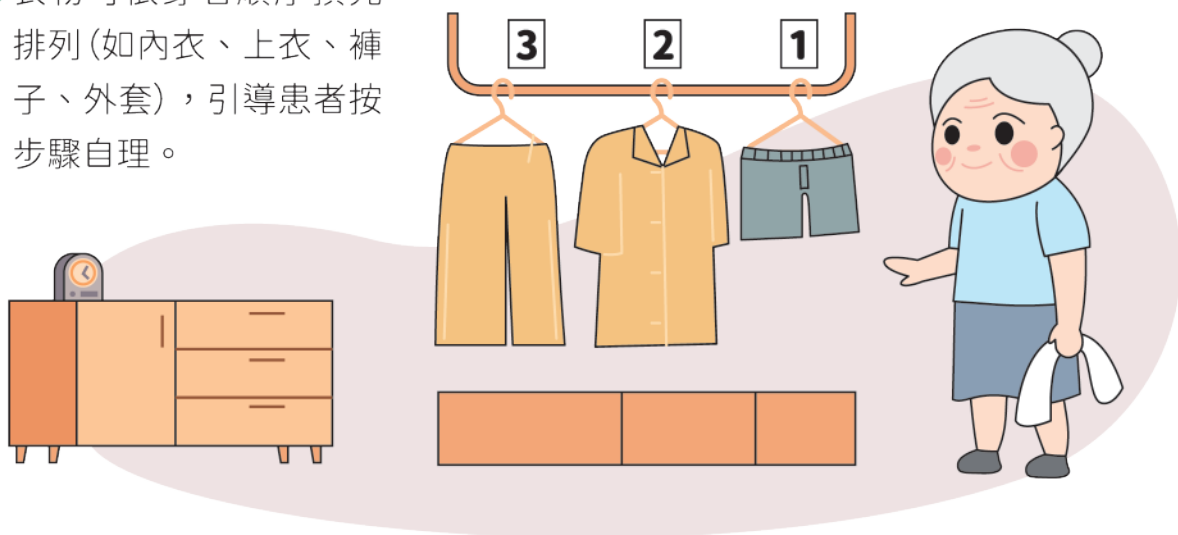


穿著

- 1 選擇簡便易穿脫之衣物，例如使用魔鬼氈、拉鍊、鬆緊帶等設計，減少扣子與複雜穿法，提升自主更衣能力。



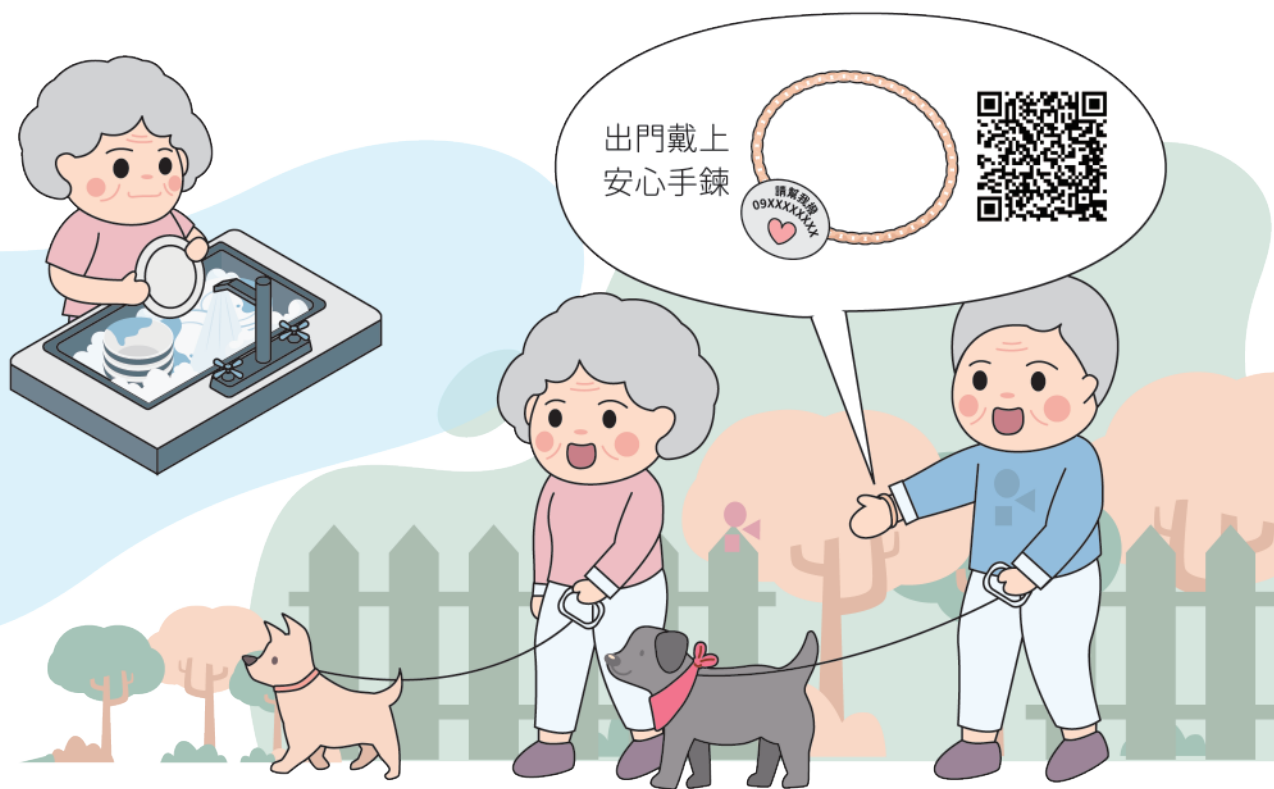
- 2 衣物可依穿著順序預先排列(如內衣、上衣、褲子、外套)，引導患者按步驟自理。



- 3 根據天氣變化協助調整衣著，以防體溫失衡造成不適或疾病。
- 4 衣物應簡單分類、固定收納位置，可幫助患者有效辨認及挑選，降低挫折感與依賴性。

日常活動與社會參與

- 1 **穩定作息**：維持規律的生活作息(如定時三餐、服藥、休息與活動)有助於穩定其認知狀態與行為表現。
- 2 **強化時間定向感**：可於環境中懸掛大型指針時鐘與分頁式日曆，協助患者維持時間定向感。
- 3 **維持功能**：鼓勵患者參與其尚保有能力之生活活動，如進食、沐浴或摺疊衣物等，以延緩功能退化。
- 4 **提升安全感**：透過休閒活動或生命回顧，在常活動區域擺放家人親友照片或作品，增強其熟悉感與安全感。
- 5 **預防走失**：外出時應隨身攜帶標示聯絡資訊之識別卡或安心手鍊。



03 失智症精神行爲症狀 (BPSD) 照顧指南

3-1 精神行爲問題照顧原則

失智症除了認知功能障礙外，亦常伴隨情緒、行爲精神症狀(BPSD)等非認知問題相關症狀，是照顧者主要的壓力來源。因此，照顧者需具備正確認知、同理心與觀察力，透過理解行爲背後意涵並採取適當策略，有助於建立良性互動關係，並促進失智症患者之生活品質與安全。

① 建立正向照護態度：

照顧者應正確認識失智症之診斷，理解患者所表現出的妄想、幻覺、情緒躁動等類精神病症狀是疾病所致，有助減少照顧者負向情緒性反應，進而以同理心理解患者的內在困境與感受。



② 行爲觀察與原因探索：

對於患者出現之行爲改變與情緒異常，應進行**持續性觀察與紀錄**，並嘗試分析其潛在原因，例如身體不適（如疼痛、感染、疲倦）、生理變化（如低血糖、便秘）、藥物副作用或環境刺激等，以利於後續提供針對性介入與處理。



③ 風險評估與適度介入：

患者案行為可能危及自身或他人安全時，照護者應立即適度引導與制止。若屬無危害性行為如重複性活動或室內遊走，則可避免過度干預，尊重其行為表現，並可視情況引導其投入替代性活動，以降低焦慮與混亂。



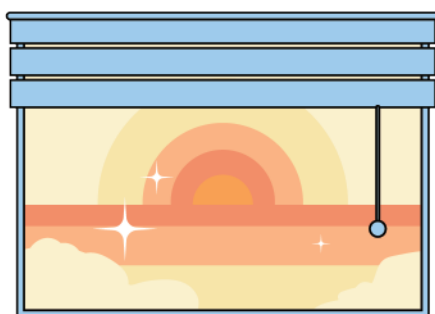
3-2 遊走行為問題

遊走指的是失智症者一種漫無目的的走動行為，若未加注意可能發生走失或迷路，甚至進入不安全的環境造成傷害。



遊走可能原因

- 1 面臨不喜歡的人或噪音
- 2 對不熟悉環境的焦慮
- 3 尋找特定人事物如家人、上廁所、喝水
- 4 日落症候群影響躁動行爲
- 5 藥物引起焦躁不安或意識混亂的副作用



因應解決方法

- 1 減少環境中噪音與混亂的狀況。
- 2 評估及訂定患者能接受的活動，例如運動、唱歌或手作活動。
- 3 建立日常活動規則性的時間，例如安排規律的散步與活動時間。
- 4 設置循環性且安全的遊走通道，提供無危害性自主遊走。
- 5 確認失智者有隨身攜帶身份名片(如：姓名/緊急聯絡人姓名/電話/地址等資料)或防走失手鍊。



3-3 妄想錯認與幻覺

部分失智症患者在其病程中會出現妄想、錯認與幻覺等精神病症狀。

◆妄想：

常見於中、重度失智症患者的症狀，是一種「與事實不符，但令患者深信不疑的想法」。妄想的內容非常多，歸納包含妄想有人偷他的東西、妄想被遺棄或被害、妄想配偶不忠等。



◆錯認：

多出現於中、重度失智症患者的症狀，內容包括人事物的誤認，例如錯認自己房子不是自己的房子、錯認電視節目的事件是真實的、錯認鏡中自己的影像是別人等。



◆幻覺：

患者常見幻覺的型式有視幻覺及聽幻覺，可能看到或聽到不存在的影像或聲音。也有患者描述聞到其他人沒有聞到的氣味，或是皮膚感覺到有東西在爬或觸摸他。



因應解決方法

- 1 面對妄想與錯認時，不爭辯、不駁斥，避免直接糾正引起衝突，並在適當時機告知事實。
- 2 提供適當的活動轉移注意力，保持耐心和同理心，以溫和堅定語氣安撫情緒。
- 3 提供安全環境，尋求專業協助，確實保護患者與照顧者的安全。
- 4 紀錄幻覺出現的時間及頻率，與醫師進行討論。
- 5 釐清幻覺產生的原因是否為身體不舒服或藥物副作用。
- 6 避免地板、牆面或天花板之複雜圖樣，降低視覺混亂可能性。窗戶應設有窗簾以防反光產生錯覺。適當保持夜間照明，避免環境刺激誘發幻覺。

3-4 情緒障礙問題

包含情緒低落、憂鬱、焦慮與恐懼等心理症狀，常伴隨對孤獨的恐懼與對主要照護者高度依附行為。此類情緒反應可能源自認知退化導致的無助感、自我認同喪失或環境適應困難。



因應解決方法

- 1 安排患者參與其有興趣且能力所及的活動，透過熟悉或愉悅的經驗，提升情緒穩定性。
- 2 依照失能失智等級尋求社區照護資源(如:失智據點、日照中心或團體家屋等)，提供專業照護與社交互動機會，減少孤立感與照護者負荷。
- 3 透過主動傾聽、情緒接納與語言肯定的方式，提供心理支持，提升其心理安全感與情緒穩定。
- 4 優化居住環境品質，避免過度噪音與混亂情境，以降低感官負載對患者情緒之負面影響，營造穩定與安全的生活空間。

3-5 睡眠障礙問題

因為大腦功能退化，影響了生理時鐘的調節，導致睡眠週期混亂，出現白天嗜睡、晚上不睡或睡眠時間不規律(日夜顛倒)等現象。

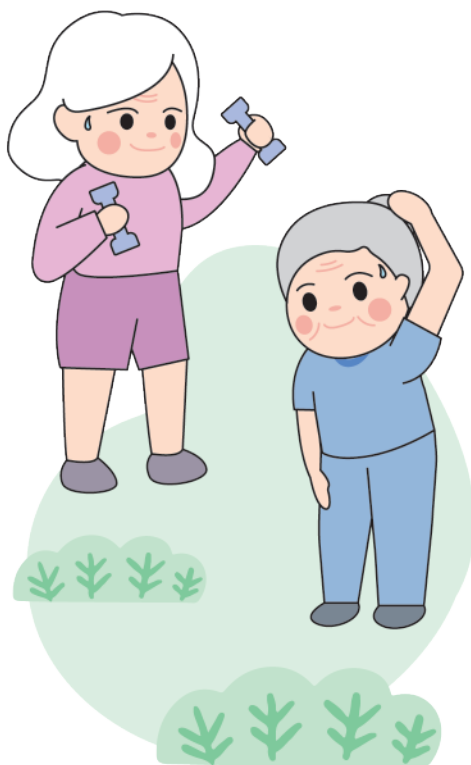


睡眠問題可能原因

- 1 作息不規律、白天活動量不足
- 2 生理時鐘改變影響睡眠週期
- 3 對於聲音敏感睡眠容易受到環境干擾
- 4 半夜起來上廁所中斷睡眠
- 5 日落症候群產生夜間躁動行為

因應解決方法

- 1 適度增加白天活動量，避免患者在白天臥床或睡覺。
- 2 白天時儘量讓患者看到陽光，以調節生理時鐘。
- 3 傍晚時可以播放輕音樂，適度減緩失智者情緒壓力。
- 4 睡前減少液體攝取。
- 5 營造一個舒適的睡眠環境，減少聲光的干擾。
- 6 遵行醫囑給予藥物。



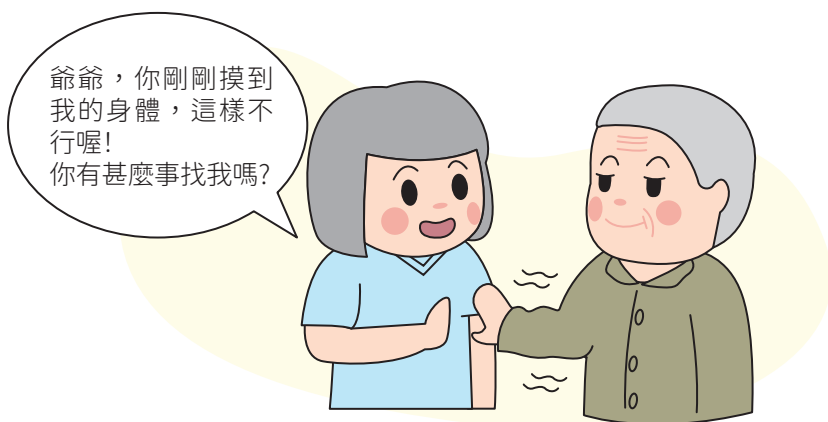
3-6 不適當行為問題

通常指的是在認知功能和判斷力下降的情況下，出現與社會規範或情境不符的行為。包括：在不適當的場合寬衣解褲，或是表現出性衝動、重複問話、重覆動作、重複進食等。

因應解決方法

1 不適當的性表達：

不要反應過度或嚴厲責罵，將其帶離現場用冷靜而堅定的語氣告知那是不適當的。

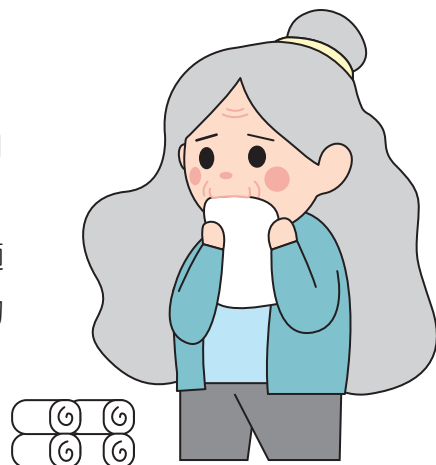


2 重複問話：

探索提問背後的可能原因，可能是忘了問過、忘了問題的答案、或只是想透過這樣的方式與人互動、或是在表達自己所擔心焦慮的問題，應以溫和、耐心的態度回應，並視需要運用視覺提示(如提醒卡、日曆或白板)協助記憶。

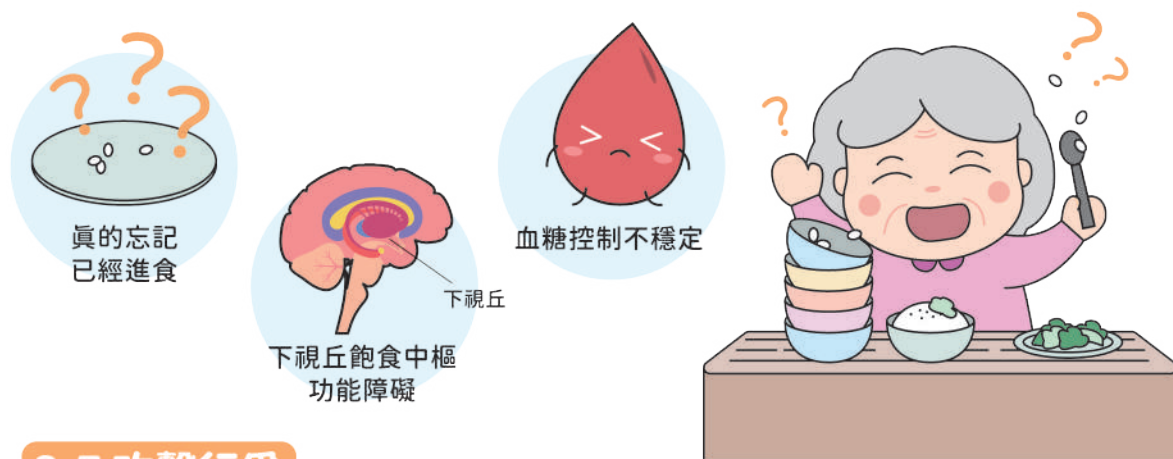
3 重複動作：

探索重複動作背後的可能原因，可能是飢餓口渴等生理需求，可能是焦慮恐懼等心理問題，也可能是環境缺乏刺激感到無聊，建議提供適當的活動，如散步、聽音樂、做手工等，有助於轉移患者的注意力，減少重複行為。



4 重複進食：

探索重複進食背後的可能原因，可能是記憶問題忘了是否已經進食，可能是飽食中樞功能障礙無法回饋飽足感控制進食，也可能是慢性疾病的血糖控制問題影響進食行為，若患者於餐後仍要求進食，建議透過記憶板記錄用餐狀況，或運用注意力轉移技巧導向其他活動。



3-7 攻擊行為

部分患者可能出現肢體或言語的攻擊行為，對患者與照顧者安全造成潛在威脅。此類行為多與外在環境刺激或內在心理因素相關，例如過度噪音、昏暗光線、不熟悉或混亂的環境等，皆可能增加其焦慮與困惑感，進而誘發攻擊反應。



攻擊行為亦可能是對負面情緒或挫折經驗的反射性反應，特別是在個案感受到**被強迫、中斷行為、或無法理解他人語言與行動**時，容易因誤解與無力感而引發易怒或暴力傾向。幻覺與妄想等精神病症狀亦為攻擊行為的重要風險因子。

因應解決方法

- 1 照顧者應盡量保持冷靜，避免情緒激動，以免激怒患者。
- 2 可利用患者感興趣的活動、熟悉的物品或喜愛的食物轉移其注意力，減緩其對原先刺激產生的反應。
- 3 應移除潛在危險物品，營造安靜、照明充足且減少干擾的空間，提供穩定且具安全感的生活環境。
- 4 定期評估並滿足患者基本需求(如飢餓、口渴、如廁、生病或疼痛)，降低因身體不適而引發的情緒或攻擊行為。



3-8 拒絕行為問題

指的是在照顧過程中，患者出現不願意配合、抗拒、反對的行為，包括拒絕服藥、拒絕洗澡、拒絕外出、拒絕就醫、拒絕進食，甚至出現攻擊行為等。

◆拒絕洗澡

可能原因

- 1 可能是沒有「身體髒了、需要洗澡」的意識。
- 2 可能以為陌生人要脫他的衣服，往他身上潑水，有被侵犯的感覺。
- 3 可能不想在別人面前赤裸身體，覺得隱私被侵犯。
- 4 可能不當的被照顧經驗，害怕再次發生。

因應解決方法

- 1 洗澡不急於一次完成，可以趁患者處理上廁所時順便洗澡。
- 2 營造洗澡的情境也可以鼓勵患者接受洗澡，例如利用客人來訪鼓勵其洗澡。
- 3 若患者不願被協助洗澡，可以透過家人提供提示，使其依指令完成洗澡。

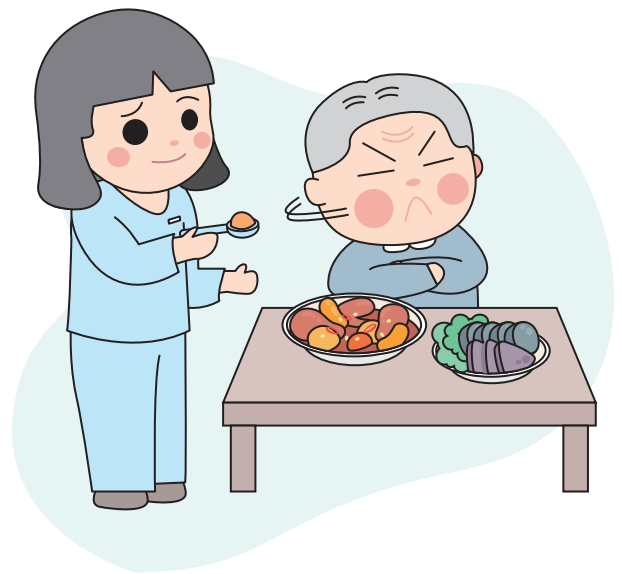


◆拒絕就醫

探索拒絕就醫背後的可能原因，最常見的原因就是患者沒有病識感，或是將失智症診斷視為負面標籤，進而產生防衛性抗拒。因此可以藉助專家權威的影響力、關鍵家人親友的協助、帶他去看別的病、請患者陪另一位家人去看病等，進而促成早期診斷早期治療。

◆拒絕進食

探索拒絕進食背後的可能原因，
①可能是口腔吞嚥機能、味覺改變食慾變差、便秘腹脹等生理問題。
②也可能是其他心理或環境因素影響食慾。所以調整質地、提供容易消化的食物、豐富各種味道，提供安靜舒適的環境，可有效促進其營養攝取與生活品質，並減輕照顧者負擔。



失智症個案因疾病退化或失智症精神行為問題(BPSD)影響食衣住行時，可尋求醫療協助或長照復能專業服務，讓有經驗的治療師來教導解決妙方！



高雄市政府衛生局
長照專區



高雄市政府衛生局
失智照護專區

04 照顧者支援

4-1 失智症照顧者支持

① 參加家屬支持團體：

透過團體學習照顧知識及技能、照顧者的經驗、或表達困擾、抒發情緒、獲得了解及支持。

② 了解相關社會福利：

身心障礙福利、老人福利等都是可能使用到的社會福利，請洽詢失智症病友相關團體、醫院社工人員、社福單位、各縣市家庭照顧者協會或總會等。

③ 了解自己照顧的負荷：

應當更全面衡量自己和父母/配偶的關係、自己的身心狀態、自己的個性、家庭狀態、經濟能力、手足的支援、可能的資源與替代方案等，減緩照顧壓力。

④ 了解長輩的期待：

在長輩意識清醒時，了解其對未來安排的期待，如自己住或和誰住、聘看護或入住住宿型機構、後事安排等等，這任務是不容易的，讓照顧者與被照顧者的期望可以達到合理的共識。

⑤ 安排喘息時間：

「休息是爲了走更長遠的路」，喘息對照顧者是絕對必要的。喘息的時間讓照顧者可以紓解壓力、獲得新的能量，目前長照喘息服務包含日照喘息、機構住宿喘息、小規模多機能夜間喘息、巷弄長照站喘息及居家喘息等。



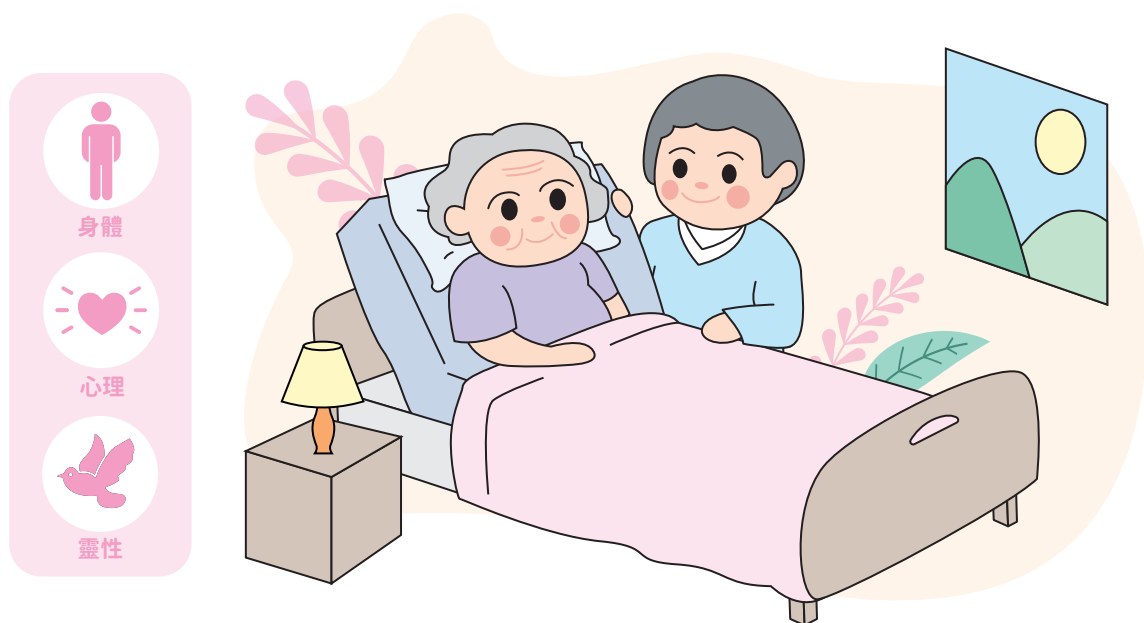
4-2 法律保障

失智症患者在病程中由於逐漸會對金錢、財產以及生活上的基本行為失去辨識與處理能力，特別容易遭到詐騙集團有計畫的詐騙、侵佔與非法移轉財產等事宜，進而引起許多法律糾紛。依照〈民法〉第14-15條 在成年當事人有「精神障礙或其他心智缺陷」的時候，依照判斷、表達能力的不同，可以分別向法院聲請「監護宣告或」「輔助宣告」，由法定代理人完全或部分行使法律同意權。因此不管是患者或其家屬多認識與瞭解法律知識和資源，將可保護其自身的財務安全與權益保障。



4-3 安寧緩和醫療

失智症末期患者也是安寧緩和醫療照護對象。安寧緩和照護是以患者為中心，提供全人照顧，除了緩解身體不適症狀，也著重心理與靈性支持，以及家屬支持。患者或家屬透過簽署意願書，選擇醫院安寧病房或居家安寧，由專業團隊提供相關照護。



4-4 預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)

1 預立醫療照護諮商(Advanced Care Plan, ACP)指病人與醫療服務提供者，親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。(病人自主權立法第三條)



參與者

- 意願人本人
- 醫療服務提供者
(醫師、護理師、社工)
- 二等親內親屬(至少一人)
- 醫療委任代理人(若有指定)



特定臨床條件

- 生命末期
- 不可你知昏迷
- 永久植物人之狀態
- 極重度失智
- 其他政府公告之重症



選擇接受或拒絕

- 維持生命治療
- 人工營養及流體餵養

2 「預立醫療決定書」(Advance Decision,AD)是一份事前表達醫療意願的文件和規劃書。當本人參加「預立醫療照護諮商」後，清楚瞭解「病人自主權利法」裡面規定，就可以事前、預先表達一旦未來「符合特定臨床條件」的情況時，把選擇「希望」或「不希望」接受維持生命治療，或人工營養及流體餵養的想法。

衛生福利部

預立醫療決定

<https://www.mohw.gov.tw/>



預立醫療照護諮商機構

預立醫療照護諮商機構地圖

<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/rwd/Pagetype/acp/hpcodlist.aspx>



安寧資源地圖

安寧資源清單

<https://pse.is/92cx2c>



05 失智照護資源

5-1 高雄市政府資源

① 衛生局網頁/失智照護專區：

本市失智症資源查詢、失智症常見QA、宣導素材等資訊。



② 失智社區服務據點失智共同照護中心

① 失智共同照護中心：

協助疑似個案完成就醫診斷，陪伴照顧者於失智症者不同階段，協助提供所需的長期照顧與醫療照顧服務諮詢、協調、轉介與追蹤。



② 失智據點：

- **認知促進緩和失智**：藉由課程與活動讓失智症患者延緩失智症惡化。
- **安全看視**：據點提供課程服務時，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。
- **家屬支持團體(輔導諮商)**：失智症照顧者分享生活點滴，互相支持鼓勵或透過團體活動提升正向力，達到舒緩照顧者因照顧而產生的身心壓力。
- **家屬照顧課程**：提供失智個案家屬(照顧者)相關照顧課程。



C級巷弄長照站

提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能、關懷訪視、電話問安、諮詢、轉介服務。



長期照顧管理中心

有長期照顧服務需求的民衆可透過親自洽詢、撥打長照服務專線「1966」及長期照顧線上申請等方式申請服務，經初步篩選符合申請資格，照顧管理專員將到府訪視進行綜合評估，依據長輩實際失能程度，提供所需的照顧服務。



照顧服務 (居家服務、日間照顧中心、家庭托顧)

居家服務：基本身體清潔、基本日常照顧、測量生命徵象、協助進食或管灌餵食、餐食照顧、協助沐浴及洗頭、足部照護、翻身拍背、肢體關節活動、協助上(下)樓梯、陪同外出、陪同就醫、家務服務、代購或代領或代送服務、人工氣道管內分泌物抽吸、口鼻抽吸、管路(尿管、鼻胃管)清潔、甘油球通便、血糖機驗血糖、依指示置入藥盒、安全看視、陪伴服務、巡視服務、到宅沐浴車服務、協助洗頭、協助排泄。



日間照顧中心：協助照顧失智、失能老人，白天由家人或交通車接送到日間照顧中心，提供生活照顧服務、休閒及健康促進活動，延緩功能退化，增進人際互動機會，傍晚再接回自家中。

家托服務：白天將長輩接送到鄰近社區家庭式托顧中心,提供身體照顧，如沐浴、餵食、移位、如廁等，傍晚再接回自家中，提供長時數的照顧服務。

家庭照顧者支持服務據點

提供到宅照顧技巧指導、支持團體、照顧技巧訓練、個別心理輔導、關懷陪伴服務、諮商服務等，降低照顧者照顧負荷。



失智住宿資源

失智團體家屋：於社區中提供全天小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化的服務模式，照顧人員輔以生活協助，使其延續並發揮潛在的生活能力。



其他住宿資源：住宿式長照機構(或設有失智照顧專區)提供全時照顧服務，並可申請相關補助方案，減輕照護及經濟負擔。



高雄市政府衛生局
一般護理之家



高雄市政府社會局
老人福利機構

其他失智照護資源



社會局 預防走失
—安心手鍊服務



警察局 快速協尋
—指紋捺印服務



社會局身心障礙輔具
(個人衛星定位器)



家庭照顧者
心理關懷資源

5-2 衛生福利部及其他資源



法律資源/財務安全—
失智症社會支持中心



失智症照護與服務資源



國民健康署「失智友善社
區資源整合中心」—
失智友善教材



防自殺專線：1925
自殺防治通報系統



其他—
天主教失智老人基金會



其他—
台灣失智症協會

失智照護手冊

出版者	高雄市政府衛生局
企劃編輯	高雄市政府衛生局長期照顧中心 輔英科技大學高齡全程照顧人才培育中心
作者	林欣妤、梁志光、程紋貞、李碧玉、楊月穎
校稿	楊淵韓、吳淑如、林秀芳
地址	高雄市苓雅區凱旋二路132-1號
電話	07-7134000

本經費來自衛生福利部長照基金獎助
2026年05月印製