

研究論文

遺忘之島－澎湖失智友善社區之建構
策略探討*

林聖凱

衛生福利部澎湖醫院精神科／失智共照中心職能治療師

謝政勳**

國立中山大學公共事務管理研究所助理教授

收稿日期：2024 年 7 月 31 日，接受刊登日期：2024 年 10 月 9 日。

* 感謝參與本研究之所有失智症專家群以及澎湖縣推動失智友善社區之實務工作者。

** 通訊作者：dobbitt@mail.nsysu.edu.tw

中文摘要

本研究為瞭解失智友善社區在澎湖離島推動之關鍵策略，主要以層級分析法（Analytic Hierarchy Process）探討多元專家之觀點。研究結果發現，離島推動失智友善社區之策略目標依序為：社區包容與支持、改善照護與服務、提升社區意識／去除汙名化與賦權失智者；排名前五之優先策略依序為：友善居民訓練、改善社區友善環境、離島友善社區服務、連結友善組織以及離島友善醫療照護。根據研究結果提出之建議為：優先於目標社區推行失智友善居民訓練計畫、運用失智友善社區環境設計原則提升環境友善性、輔導社區開辦失智友善服務、以失智便利診療服務補足偏遠離島醫療量能及善用離島社會資本並組建失智友善策略行動聯盟等，供實務及政策推動者參考。

關鍵字：失智友善社區、失智照護、關鍵策略、層級分析法、離島

The Forgotten Island: Exploring Strategies to Construct Dementia-Friendly Communities in Penghu County

Sheng-Kai Lin

Occupational Therapist, Penghu Hospital, Ministry of Health and Welfare

Cheng-Hsun Hsieh

Assistant Professor, Institute of Public Affairs Management, National Sun Yat-Sen University

Abstract

To identify key strategies for the promotion of Dementia-friendly Communities on the outlying island archipelago of Penghu, this study employed the Analytic Hierarchy Process to explore the diverse perspectives of experts. The results reveal that the top five strategies ranked in order of priority are: providing dementia-friendly training to residents, enhancing dementia-friendly environments in communities, establishing dementia-friendly community services on the outlying islands, connecting dementia-friendly organizations, and improving dementia-friendly medical care on the outlying islands. Based on these findings, we propose the following recommendations for practitioners and policymakers: prioritize the implementation of dementia-friendly resident training programs in target communities, apply the principles of dementia-friendly environmental design to enhance community inclusiveness, assist communities in launching dementia-friendly services, supplement the limited healthcare capacity of the outlying islands with accessible dementia diagnosis and care services, and effectively utilize social capital on the outlying islands to form strategic alliances for dementia-friendly initiatives.

Keywords: Dementia-friendly Community, Dementia Care, Key Strategies, Analytic Hierarchy Process, Outlying Islands

壹、研究背景

臺灣預計於 2025 年，65 歲以上老年人口比例將突破 20%，即邁入聯合國世界衛生組織（World Health Organization, WHO）所定義的「超高齡社會（Super-aged society）」，且估計僅需 7 年即從高齡社會轉為超高齡社會，顯示我國人口結構呈現快速老化的趨勢（行政院國家發展委員會，2020）。因此，政府致力於建立能讓長者「健康老化」的環境，以達到生理、心理及社會全方面「最適化」環境，長者在無歧視的環境中積極參與社會，擁有獨立自主且良好的生活品質（趙美玲、詹弘廷，2023）。而根據台灣失智症協會（2013）的失智症流行病學調查中指出，「年紀越大盛行率越高」及「每五歲盛行率具倍增趨勢」兩項重要特徵，顯示高齡化趨勢下，失智症人口將顯著攀升。而失智者無論是否失能，高達 9 成皆居住於社區。依據長期照顧服務法提及身心失能者定義，指「身體或心智功能部分或全部喪失，致其日常生活需他人協助者」，而失智無失能者尚未如前述定義之日常生活功能需迫切協助，仍於社區中行動、使用社區資源、參加社區活動等。爰此，社區中的失智家庭存在量亦將越來越多，而其友善程度將決定於是否具足夠韌性條件以因應隨之而來的衝擊。

失智症為個體與照顧者帶來巨大影響，因疾病產生的多重功能障礙，降低失智者對於環境的解讀與判斷因應，致使適應力變差（社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣老年精神醫學會、台灣臨床失智症學會，2017）；照顧者常因照顧負荷而影響身心健康，逐漸成為病／患背後的「隱形病人」（邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲，2007），且因為照顧壓力易產生憂鬱現象（McNaughton, Patterson, Smith and Grant, 1995）。根據 Alzheimer's Disease International (2019)

指出全球照顧者中，高達 75% 感受到照顧壓力，超過 50% 表示因照顧為自身健康帶來負面影響。

除上述微觀層面下之個人影響，失智症對家庭、社區、社會以及國家均有衝擊，可區分為經濟面、人權面以及家庭面（WHO，2017）。經濟面部分，依據 2015 年「失智症亞太地區盛行報告」估計，臺灣當年失智症之醫療成本、非醫療成本與非正式照護成本合計近 70 億美元，顯現昂貴的照顧成本；人權面部分，失智者與照顧者常因疾病汙名化產生歧視進而剝奪其基本人權（Alzheimer's Disease International，2019）；家庭面部分，許多家屬為照顧失智家人而離職、退休或影響工作生產力（衛生福利部，2021a）；黃俐婷（2004）指出家庭的「情緒性」、「訊息性」以及「實質性」等支持性功能，在現今常見議題如：高齡少子化、老老照顧、身障者互相照顧亦常作用於失智家庭，而削弱其支持功能。失智友善社區可視為一個對失智者友善、並且去除汙名化的社區，透過社區成員對於失智症的理解與尊重，進而包容並且鼓勵失智者參與社區（衛生福利部，2021b）。故營造失智友善社區可降低照顧成本、負擔部分失智家庭支持功能，並重新賦權失智家庭以符合人權核心價值。

失智友善社區推動為近年失智領域重要發展方向，相關專注失智領域之組織戮力發展指引手冊與報告、建置友善社區環境與實例、友善社區需求評估指標與具體策略（Lin，2017；Buckner et al.，2019；Hebert and Scales，2019；Hung et al.，2021）。依據研究者之實務經驗觀察，離島偏鄉失智服務面臨特殊之困境，尤以交通為最大限制（衛生福利部，2021a），以澎湖二三級離島²為例，疑

² 澎湖縣由 90 個島嶼組成，全縣皆屬離島鄉，除馬公市之五鄉皆屬於偏遠地區，離島依偏遠程度可區分一至四級，其中馬公市、湖西鄉、白沙鄉及西嶼鄉屬於第一級離島地區；馬公市虎井嶼、桶盤嶼、白沙鄉吉貝嶼、鳥嶼、員貝嶼、大昌嶼、望安鄉、七美鄉屬於第二級離島地區；望安鄉東吉嶼、西吉嶼、花嶼、東嶼坪、西嶼坪屬於第三級離島地區；白沙鄉目斗嶼屬於第四級離島地區。

似失智長者若須完成失智症檢查，需搭交通船至馬公市區。倘若因冬季東北季風影響海象不佳而致交通受阻，即造成檢查困難；若為失智症後期，出現緊急醫療情境如多重慢性病導致衰竭，則更可能危及生命。同樣，亦限制失智照護專業人員至離島服務頻率、便利性與即時性。在離島社區中，可取得之失智照顧人力與因應失智之專業支持服務亦較為稀缺。綜上，本研究目的希冀探討澎湖縣失智症與照護資源現況並分析離島推動失智友善社區之現實困境，透過學者專家觀點提出因地制宜的失智友善社區建構之關鍵性策略與推動建議。

貳、文獻探討

一、失智友善社區之意涵

失智友善社區（Dementia Friendly Communities，後簡稱 DFCs）核心概念可溯及聯合國《身心障礙者權利公約》（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities，後簡稱 CRPD），該公約旨在「促進、保護和確保所有身心障礙者充分和平等的享有所有人權和基本自由，並促進對其固有尊嚴的尊重」。DFCs 可被定義為「一個城市、城鎮或者村落，該處能使失智者被理解、尊重並且得到支持以及有信心他們能夠對社區的生活有所貢獻」（Alzheimer's Society，2013）。國際失智症協會（Alzheimer's Disease International，後簡稱 ADI）點出 DFCs 具賦權特性，即「一個地方或是文化，能使失智者及其照顧者得以賦權、支持並融入社會、理解他們的權利並且發揮全部的潛能」（ADI，2016）。綜上，DFCs 理念即是以失智者與照顧者為中心，透過充份理解與適切因應，使其充權發揮價值、融入生活於其中的社區以提升生活品質。

從社區失智症識能角度而言，即常因社區對失智症理解不足，因而產生汙名與社會排斥，致失智者及其照顧者面臨極大困擾。依據 ADI 於 2012 年的《克服失智症汙名化》報告指出，汙名化具有知識、態度及行為問題等三項元素，分別呈現無知、偏見與歧視等行為表徵，而 DFCs 具有促進社會包容、改變態度與行為，為使失智症在社會中正常化之做法（ADI，2012、2016）。從賦權角度而言，社會對身心障礙者常以弱勢者觀點給予同情，多為提供保護，而忽略真誠尊重所帶來的賦權以促其獨立之可能性，如同 Rahman and Swaffer（2018）認為 DFCs 不應僅侷限於友好概念，應強調無障礙、可及性以促進參與，藉以支持失智者以有意義的方式生活在社區中（Hung et al., 2021），且使失智者產生融入、參與及掌控自身生活的感受（Alzheimer's Society, 2013）。從生活品質角度而言，多數失智症難治癒，失智家庭生活品質更需受到重視，亦為全球失智症行動計畫的重要目標（WHO, 2017），而 DFCs 能回應上述需求，如提高失智者生活品質、目的性與價值（Bartholomew and Moore, 2014）。

二、發展失智友善社區之趨勢與相關研究

近年來，國際社會重視失智症之衝擊，DFCs 位列世界失智照護發展的五大領域之一（林宛玲、呂宜峰、劉建良、翁林仲、楊啟正，2020）。WHO（2012）指出「強調失智症並非老化的一部分，將失智症列為全球公共衛生優先議題」；2017 年發佈「2017-2025 全球失智症行動計畫」，具體提出 7 項全球行動目標，其中之一即為提升「失智症認知與友善」（WHO, 2017）。我國亦相當重視失智症議題，為全球第 13 個制定失智症政策之國家，參照全球失智症行動綱領制定失智症行動方案 2.0 版（2018-2025 年）。其中，提及長照 2.0 失智照護政策為「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」及「建立失智專業人才培訓制度」等，其具體策略為普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式，亦包括提升大眾失智症識能及友善態度（衛生福利部，2021a）。2016 年各縣市廣設失智共同照護中心推廣 DFCs，於社區提供便捷專業服務，並為照顧者充能與舒壓（衛生福利部，2016）。2018 年政府開始推動「失智友善社區計畫」，2020 年全國 22 縣市至少皆建置 1 處 DFC。2022 年經過社區深耕，各地友善社區更能依地方文化脈絡發展特色（衛生福利部，2021b）。預計 2025 年，各縣市至少 1 鄉鎮市區設有 1 處 DFC（衛生福利部，2021a）。衛生福利部國民健康署（後簡稱國健署）於 2021 年出版《失智友善社區推動手冊》，源自 ADI 觀點提出 DFCs 推動關乎人、社區、組織與合作四項元素，以及「啟動」、「建立工作推動小組」、「擬定行動計畫」、「執行行動計畫」與「修正永續」五個步驟提供推動 DFCs 之實務工作者參考。

失智友善社區議題為國際失智症照護發展之重要趨勢之一，然而檢視國內相關研究相對較少，以 DFCs 為主題檢索之期刊文獻約有 18 篇³，如徐佩琪等人（2016）運用英國阿茲海默症協會之失智友善指引作為研究架構，分析台北市中正區推動經歷，並提出推動 DFCs 之建議；亦有研究聚焦於組織之失智友善整備行動，如劉婉珍（2020）調查國立臺灣美術館內部工作人員對於失智症的意識程度與環境服務需求，不同於服務提供者的觀點；蔡淑瑩（2018）以使用者觀點回應社區友善環境設計之期待及發展方向。

反觀國外相關 DFCs 研究則顯豐富，如 Lin（2017）採回顧方式探討促進健康照顧環境失智友善之重要主題領域，提及應評估 DFCs 如何影響失智者與照顧者的健康與生活品質；後續研究則可見 Darlington et al.（2021）調查英國 240 位居住於 6 個 DFCs 的失智者，瞭解失智者的觀點與經驗且發掘影響；而 DFCs

³ 檢索 Airiti Library 華藝線上圖書館 <https://www.airitilibrary.com/>（檢索日期：2022/02/11）。

因應地方條件具不同類型與樣貌，Buckner et al. (2019) 探討英國內有 DFCs 認證之 100 個樣本，以資源型與活動型加以區分；Hebert and Scales (2019) 則關注環境設計、失智症意識提升與教育、與失智友善社區發展，提出確認失智友善倡議元素與支持的評估建議；亦有聚焦 DFCs 推動策略之探討，如 Hung et al. (2021) 以回顧研究分類整理 DFCs 推動策略。本研究綜整 DFCs 之文獻缺口為：缺乏在地性推動策略、指標或政策工具；缺乏推動過程之動態分析與觀點；缺乏實務工作者與專家對於推動策略之看法。爰此，本研究就缺口所在探究離島 DFCs 之特色與困境，進而建置推動 DFCs 之關鍵性策略指標，做為推動失智照護相關政策之參考。

三、組建失智友善社區之元素與架構

Alzheimer's Society (2013) 認為建構 DFCs 有十個重要指引：「失智者與家屬的共同參與」、「建立對失智症的理解並去除汙名化」、「合適可參與的社區活動」、「了解失智者的潛能並肯定貢獻」、「連續性與整合失智照護服務」、「提升社會參與」、「發展社區為基礎之支持方案」、「建立容易辨識的環境」、「合適的交通運輸」、「發展友善商家服務」。ADI 於 2016 年的《失智友善社區核心原則》提及，支持 DFCs 具有人、社區、組織以及合作等四項基礎以運作四個重要目標（如圖 1），包括「促進社區包容」、「去除汙名」、「提升意識」、「改善照護服務」。其中，「人」指失智者的參與；「社區」指物理性與社會性環境；「組織團體」指致力於失智友善之組織以及獲得適宜的醫療照護；「合作」則需政府、非營利組織、各失智症協會、社區團體共同合作才可順利運轉友善社區。

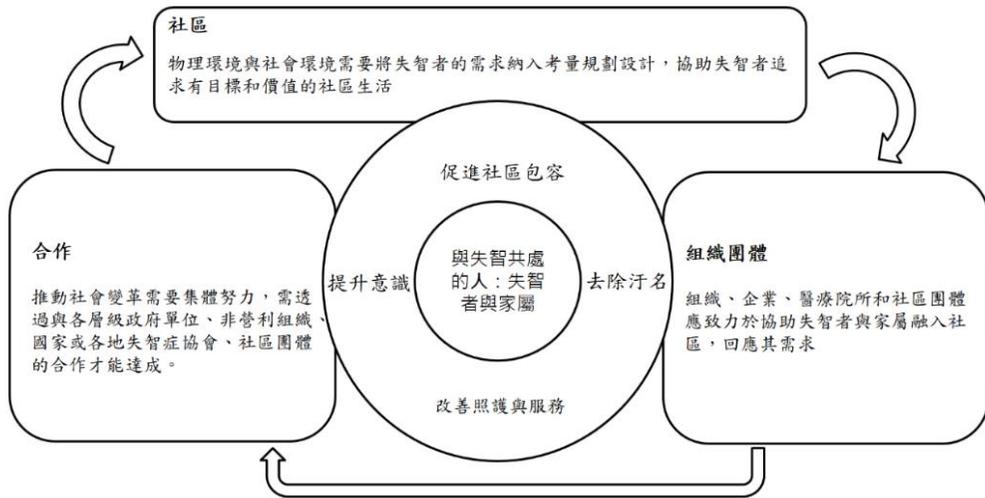


圖 1：失智友善社區架構

資料來源：本研究繪製參考自國際失智症協會(2016)；衛生福利部(2021b)

國健署 2021 年《推動失智友善社區工作手冊》認為 DFCs 包括友善居民、友善組織、友善環境、友善參與四項元素。臺北市失智友善社區指標，包括友善失智症照護服務、友善社區民眾、友善社區環境、友善社區互動、友善交通、友善醫院服務以及友善商家及機構（徐亞瑛，2020）。蘇怡靜（2018）比較臺灣與國外失智友善社區指標，顯示「照護服務」、「民眾」、「環境」、「交通」及「商家」等指標具有相同概念，而臺灣的指標增加「互動」與「醫院服務」兩項概念。

綜上可發現關於 DFCs 之重要目標大致相近，故歸納目標概念並以此評價基準構面有：（一）賦權失智者：使失智者持續且平等的參與、決定與影響社區或生活當中對其重要且有意義的事務，進而產生賦權感；（二）社區包容與支持：形成社會連結與歸屬感，且與他人進行有意義的活動與有目的的聯繫，使失智者與照顧者融入社區並提升福祉與生活品質；（三）提高意識與去除汙名化：主動採取措施減少汙名，以維護失智者人權，使其能全面、平等地參與

和投入有意義日常活動；（四）改善照護與服務：優化轄內連續性與整合性照護服務，區分為醫療照護與社區服務資源，於不同失智階段支持失智者與照顧者，綜整詳如表 1。

表 1：失智友善社區策略目標

目標項	概念定義	參考文獻來源
賦權失智者	1.參與 (Engage)：診斷後仍能保持參與。 2.賦能 (enable)：來自環境的支持能使失智者能夠持續做重要的事。 3.賦權 (empower)：持續參與將能產生賦權感。	Alzheimer's Australia (2021)
社區包容與支持	1.形成社會連結與歸屬感，對失智者與照顧者之福祉與生活品質不可或缺。 2.有目的的聯繫，與他人進行有意義的活動，對失智者及其家人／照護提供者很重要。	Hung et al. (2021)； Phinney, Kelson, Baumbusch, OConnor and Purves (2016)
提高意識與去除汙名化	採取措施減少汙名，才能維護失智者的人權，使其能全面、平等地參與和投入有意義的日常活動。	ADI (2019)
合適照護與服務	來自轄內的連續性與整合性照護服務，可分為醫療照護與社區服務資源，於失智症不同階段適宜支持失智者與照顧者。	Alzheimer's Society (2013)； 社團法人台灣失智症協會等 (2017)

資料來源：本研究自行整理。

四、失智友善社區推動策略

本研究運用策略規劃步驟建構「使命－目標－策略」之層級架構，綜整相關文獻與次級資料，歸納策略主題內涵。Alzheimer's Australia (2015) 建議建置 DFCs 行動包括：「降低汙名以及改善社區對失智症意識與認識」、「增加健康服務單位對於失智症的知識與瞭解」、「發展建立能讓失智者參與的環境」、

「與企業和服務機構合作，支持患有失智症的顧客」、「改善對家庭和照顧者的支持和信息」、「改善參加社團和活動的機會」、「增加以人為本的照護服務的可用性」、「改善交通支持」。ADI (2016) 提出達成 DFCs 重要目標策略，包括失智者與照顧者參與、改善失智友善物理與社會環境、失智友善組織、合適的健康照護等。Hung et al. (2021) 認為 DFCs 關鍵策略為：(一) 失智者與照顧者的主動參與；(二) 設計包容式的環境；(三) 公共教育以降低汙名化並提升意識；以及(四) 使用理論制定策略。本研究綜整相關文獻歸納推動策略及概念定義共 12 項，如表 2 所示。

表 2：離島建構 DFCs 推動策略

策略項	概念定義	參考文獻來源
失智者與照顧者參與	失智者與照顧者參與能夠賦權失智者，除可納入失智者需求與期待更能準確克服推動障礙，並可為失智者帶來價值且有信心對社區有所貢獻。	Alzheimer's Society, 2013；Dean, Silversides, Crampton and Wrigley, 2015；Buckner et al., 2019；Hung et al., 2021
調查失智者與家屬需求與期待	運用合宜調查方法針對失智者與照顧者了解其對 DFCs 之需求與期待、對推動小組進行與效益之看法、對地方之友善程度與未來願景想像。	Darlington et al., 2021；徐亞瑛 (2020)
支持失智家庭與提供訊息	DFCs 建立與照顧者的夥伴關係，提供最新訊息與可及訓練，運用正式與非正式資源供其長期穩定支持，以賦權提升失智家庭生活品質。	Dean et al., 2015；Alzheimer Scotland, 2017；社團法人台灣失智症協會等，2017；林宛玲等人，2020

表 2：離島建構 DFCs 推動策略（續）

策略項	概念定義	參考文獻來源
改善社區友善環境	運用友善環境設計原則（包括物理性與社會性 ⁴ ）以改善實體環境來支持失智者安心與安全的參與社區與日常活動，並帶來參與活動後的正向積極意義。	Wiersma, 2008；Burton, 2012；Smith, Gee, Sharrock and Croucher, 2016；Fleming, Bennett, Preece and Phillipson, 2017；ADI, 2020；劉家勇, 2015；蔡淑瑩、李美慧、尤品雅、陳宜煒、歐政煌, 2016；張開國等人, 2018；陳柏宗、謝定蒼、葉世豪, 2020；孫智辰、賴添福；2023
友善居民訓練	安排社區志工接受失智症相關訓練課程，使其具備基礎識能以辨識失智者、理解其特性並適當回應、可運用資源等核心能力。	蔡惠雅、張玉龍、詹火生, 2015；台灣失智症協會等, 2017
連結友善組織	地區內之商家、教會、診所、公司企業及各級政府等，推動有助於失智者的友善社區，建立方法與執行策略，能夠理解失智者且提供適時協助。	ADI, 2016；台灣失智症協會, 2016；潘柏榮、江雪萍、蔡秉晃、賴美怡、陳素梅, 2020
離島友善醫療照護	友善醫療照護更利早期診療以延緩疾病的進行、維持病人的功能與生活品質、減輕照顧者壓力，形式包括就醫檢查、診斷治療、後續照護與提供服務單位間之協調以形成完備便利性診療服務。	ADI, 2011；Handley, Bunn and Goodman, 2015；Lin, 2017；Alzheimer's Society, 2018；台灣失智症協會等, 2017；衛生福利部, 2021b

⁴ 失智友善之物理性環境可理解為實體環境，內容包括營造無障礙與易於導引、通道、招牌、照明皆須要特殊考量來支持失智者的需求；社會性環境內容之導引指標為提供機會使失智者能留在家中與社區，包括使失智者投入社區既有活動的策略、合適的交通選項，上述機會可能為付費或是免費的活動、透過運動活動帶來的社交機會，如社團活動、找朋友、買東西、去銀行以及其他服務。

表 2：離島建構 DFCs 推動策略（續）

策略項	概念定義	參考文獻來源
人本之社區照護模式	DFCs 具有運行人本精神之社區照護，以協助失智者參與或使用社區各式服務與資源的過程。	ADI, 2019；葉莉莉, 2007
離島重點場所失智症教育訓練	DFCs 之失智識能教育需考量離島交通與文化特色，社區需評估區內離島特徵如交通侷限與節點，安排重點場域、機構內人員之失智識能教育。	薛瑞元, 2019；潘柏榮等人, 2020
多元對象與場域之失智症訓練	因應不同場所與情境對多元對象（不同族群與世代）進行教育訓練提升識能，強調理解、知能與察覺以降低汙名化。	Harris and Caporella, 2014；Buckner et al., 2019；Phillipson et al., 2019；Carrilo, 2020；Livingston et al., 2020；Matsumoto et al., 2022
失智者投入宣導教育	DFCs 於投入社區識能宣導時，能適時地提供支持，使失智者參與公共宣導之規劃與執行且肯定其貢獻的過程。	ADI, 2016；Phillipson et al., 2019；Alzheimer's Society, 2020；台灣失智症協會, 2021

資料來源：本研究自行整理。

參、澎湖失智友善社區現況探討

一、澎湖縣失智症人口推估分析與資源服務盤點

針對澎湖失智症人口概況，本研究根據內政部戶政司 113 年 8 月之人口統計及參考國家衛生研究院之失智症盛行率⁵，估算失智症人口約有 1,817 人，佔全縣人口 1.69%；65 歲以上失智者約有 1,750 人，佔全縣老年人口為 8.33%；

⁵ 30 至 64 歲人口之失智盛行率為 0.119%（Hendriks et al., 2021）；65 歲以上採用國家衛生研究院失智症流行病學調查之 65 歲以上每 5 歲年齡分層盛行率。

80 歲以上失智者約有 994 人，佔全縣 80 歲以上人口為 20.18%。如表 3 所示，澎湖縣失智者佔比數值皆高於全國。

表 3：澎湖縣失智比例與全國比較

	澎湖縣	全臺灣
失智者佔比總人口	1.69%	1.53%
	每 59 人中有 1 人是失智者	每 65 人中有 1 人是失智者
65 歲以上失智者佔比 65 歲以上人口	8.33%	7.99%
	65 歲以上老人約每 12 人有 1 位失智者	65 歲以上老人約每 13 人有 1 位失智者

資料來源：本研究計算製表，參考自國家衛生研究院（2023）

盤點、改善並形成連續性與整合性失智症照護服務為 DFCs 重要元素與指引（ADI，2016；Alzheimer's Society，2013），爰此，本研究綜整國內失智症相關資源，可區分四大類共 14 個項目：第一類為「失智相關計畫資源」類別，其項目包括「失智友善社區示範點」、「失智共同照護中心」與「失智社區服務據點」；第二類為「失智症醫療照護資源」類別，其項目包括「失智症門診」與「失智症住院」；第三類為「長期照顧資源」類別，其項目包括「長期照顧管理中心」、「日間照顧中心」、「居家服務」、「專業服務」、「機構式照護」、「喘息服務」以及「輔具服務」；第四類為「照顧者資源」類別，其項目包括「家庭照顧者支持與服務資源中心」與「心理衛生資源中心」。

綜上據以盤點澎湖縣失智症資源（如表 4），發現縣內資源分佈呈現城鄉差距，主要以馬公市為資源匯集之重鎮與樞紐，而二級離島以望安鄉最多。當服務型態屬於機構式服務與醫療服務，馬公市居民使用失智症檢查比二三級離島居民更方便；而有些服務型態雖為全縣服務，但因受地理限制、交通成本增加，服務實屬不易。二三級離島之失智無失能人口約 100 人，失智症據點亦僅有兩處，故可見離島建置 DFCs 以提供在地化照護服務之必要性。

表 4：澎湖各行政區失智資源涵蓋數與單位數

	失智症資源項目涵蓋數	失智症資源單位數
馬公市	14/14	47
湖西鄉	8/14	8
白沙鄉	9/14	15
西嶼鄉	5/14	6
望安鄉	7/14	8
七美鄉	4/14	5

資料來源:本研究調查整理。

二、離島失智友善社區之特徵與困境

從偏遠地區之長照需求面來看，吳尚琪、蔡閻閻、葉馨婷（2013）提到因為特殊地理環境與交通不便、長期照護人員網羅不易使偏遠地需照顧需求未能有效滿足，亦有偏遠地區服務需求者訊息落差的問題，如不知道最新政策與服務、如何取得與到哪裡取得等。而偏遠地區的失智者，除了原本失智症的困難外，亦有離島偏鄉的獨特狀態的雙重影響，如 Alzheimer's Society（2018）整理鄉村失智者面臨之挑戰有：（一）因應不同階段取得健康服務困難；（二）缺乏合適的交通；（三）孤獨及社交孤立；（四）緊急情境；（五）農村環境。對照顧者而言，其挑戰亦類似失智者，失智照顧者支持服務受限於偏鄉地區資源匱乏，上述情境與失智症病程產生雙重效應為失智者與照顧者的生活品質帶來負面影響。本研究綜整相關文獻及實務觀察離島特性與本研究策略方案之關聯與應用，茲詳述如下：

（一）交通不便限制失智照護資源佈建

澎湖因由各級離島組成，離島間主要交通方式多依靠船艇與飛機，以馬公至七美為例，公家交通船為固定航班且停留七美時間不過 2 至 3 小時，對至馬

公就醫之失智者及至七美提供照護服務的專業人員而言，即需增加過夜成本，若遇上劇烈氣候如東北季風，更有滯留之可能性。受限的交通為推動離島 DFCs 帶來極大困難，包括限制失智者就醫、診斷後照護取得不易、照護專業人力欠缺等。故「離島友善醫療服務」、「離島友善社區服務」、「離島重點場所相關識能教育」與「多元對象與場域之失智症訓練」等策略，需考慮相對於澎湖本島，交通更加困難之二三級離島落實策略行動的調整，如便利性診療與專業服務、專家至離島或科技輔助（如視訊看診等）、相關教育與訓練等策略。

（二）失智照護人力資源短缺影響服務提供

離島地區偏遠，具有需求但需求與服務規模小，難以支撐以永續經營，影響工作人員聘任與留任的問題（衛生福利部，2021c），澎湖轄內長照專業人力顯示不足，尤以社工人員與照顧服務員人力缺損為甚（澎湖縣政府，2022）。政府以多元補助方案嘗試解決此項問題，包括離島區服務之照服員交通費補助、獎助服務津貼、提高離島長照給付價格 20% 等（衛生福利部，2021c）。然而上述加給是否能夠提升專業人員前往偏遠地區服務的動機，則需多方面考量。專業人才短缺限制專業服務提供，故於已缺乏專業人力之 DFCs，更需於「離島友善醫療服務」、「離島友善社區服務」等策略下考慮專業人員移動至二三級離島之便利診療與專業服務等策略行動。

（三）離島綿密人際網絡關係可為建構失智友善社區優勢

失智服務資訊、正確知識或不同情境下適宜因應等相關訊息的傳遞並非僅來自正式的宣傳管道，Edelbrock, Waite, Broe, Grayson, and Creasey（2003）發現取得正式服務可受益於非正式的網絡支持與訊息分享。其非正式網絡相當契合日常生活，如同 Sun（2011）提及透過參加教會進而帶來取得正式服務的機會。在澎湖亦有類似觀點，地方研究者建議於澎湖可使用多元管道宣導服務與政策，例如村里辦公室、社區發展協會、大樓管理委員會或宮廟等信仰中心等

「接地氣」的場所，提高訊息傳遞效率以增進使用率（王明輝，2016）。資訊流通、支持與分享多以社會資本之架構形成的人際網絡在社區運行，於澎湖轄內偏遠離島反而成為特色與優勢，如趙善如等人（2013）探究望安社區之社會資產，發現居民多為久居及島嶼地理限制，易在當地建立強烈地方認同與歸屬感，進而形成高度結合型社會資本，如社會資本學者 Putnam 視其為我群（like-me）的連結（黃源協、莊俐昕、劉素珍，2011）。故，本研究認為離島推動 DFCs，若經由社區社會資本人際網絡取得失智家庭信任並與他人鏈結，反而使其產生更強參與動機。

（四）失智照護活動設計須符合離島文化與傳統生活型態

依據衛生福利部 2017 年老人狀況調查報告，台灣長者不願意入住長期照顧或護理之家佔比 56.41%，理想的居住方式以「與子女同住」和「僅與配偶同住」合計高達 8 成（衛生福利部，2017），顯示長輩仍較喜愛留在熟悉環境中安養，澎湖縣長照報告亦指出地方日照中心長期使用率低迷的其中一個原因為長者的生活習慣與觀念（澎湖縣政府，2022）。因此，針對生活社區中之失智無失能者，須考量其在地文化與生活型態脈絡，進而估量其會遭遇之困境，如在離島交通型態，失智無失能長者當其時間定向困難時，能否受惠於設計過的認知無障礙環境而順利搭上船班，亦或船班工作人員具識能以察覺長者重複購票行為而得以適時協助。又如離島居民多從事漁業，故友善社區服務行動可規劃貼近漁村文化脈絡下之活動，使失智者能因熟悉生活型態而提高參與意願。

肆、研究方法

本研究聚焦離島需求特性，回顧相關文獻綜整國內外 DFCs 推動策略，建置離島 DFC 策略層級架構，進而設計專家問卷以層級分析法進行策略權重分析。

一、層級分析法應用概念

1971 年 Saaty 教授提出層級分析法（Analytic Hierarchy Process，AHP），主要應用於不確定性（Uncertainty）情況下具有多重準則（Multiple-Criteria）的決策情境，發展之決策模式，運用層級架構逐步拆解複雜決策問題，並以成對比較同一階層內的要素做為評估方式，評估兩個要素對於評價基準的相對重要程度與貢獻度。當比較 7 種以上事物，易產生錯亂，故每層級準則建議小於或等於 7 項（Saaty，1990）。AHP 具體操作步驟有：（1）第一階段：建立層級架構；（2）第二階段：各層級要素間權重的計算，依序步驟為建立成對比較矩陣、計算特徵值與特徵向量與一致性檢定；第三階段：整體層級權重計算（鄧振源、曾國雄，1989）。

二、研究對象

本研究採立意抽樣（purposive sampling）選取失智症專門學者、具有相關專業證照之專業人士、從事失智友善社區實務推動人員、以及地方政府政策推動者作為研究對象，著重專業性、知識性、DFCs 相關實務經驗與受訪意願，篩選資格條件為：（一）專門領域學者：於大專院所內失智照護相關領域之系所任職之專門領域學者，如醫學、護理、職能治療、物理治療、心理治療、社會

工作、長期照顧等相關科系以及社會科學相關領域；（二）實務專家：於國內失智領域相關之團體之主管人員，以及地方醫療體系相關失智症之專業從業人員如醫師、護理師／護士、職能治療師／生、物理治療師／生、臨床心理師或諮商師、社會工作師或社工員等；（三）地方政策推動者：地方官僚體系內，職司澎湖縣內失智症相關領域之公部門推動失智友善社區政策者，如長期照顧管理中心主管、督導、照顧管理專員；職司推動澎湖失智友善社區政策之衛生局主管與承辦人員；地方衛生所之主管與承辦人員；（四）第一線服務提供者：澎湖縣內社區提供失智照護服務、友善社區服務之第一線服務提供者，如承接地方失智友善社區之社區發展協會理事長、村里長、總幹事、照服員、資深志工等；地方社區失智照顧服務據點之主管、承辦人與照服員等。本研究依前述資格篩選四類領域共 26 人（專門領域學者 6 名、實務專家 7 名、地方政策推動者 5 名；第一線服務提供者 8 名），取得其同意後採電子郵件、實體郵寄及親送方式發放專家問卷。

三、離島 DFCs 策略架構

本研究建構之離島 DFCs 策略架構分為三層，如圖 2 所示。第一層以推動建置 DFCs 為使命亦為架構最終目標；第二層為達成願景之核心 DFCs 目標共 4 項，分別為「賦權失智者」、「社區包容與支持」、「改善照護與服務」以及「提升社區意識／去除汙名化」；第三層為可達成目標之主題策略共 12 項。

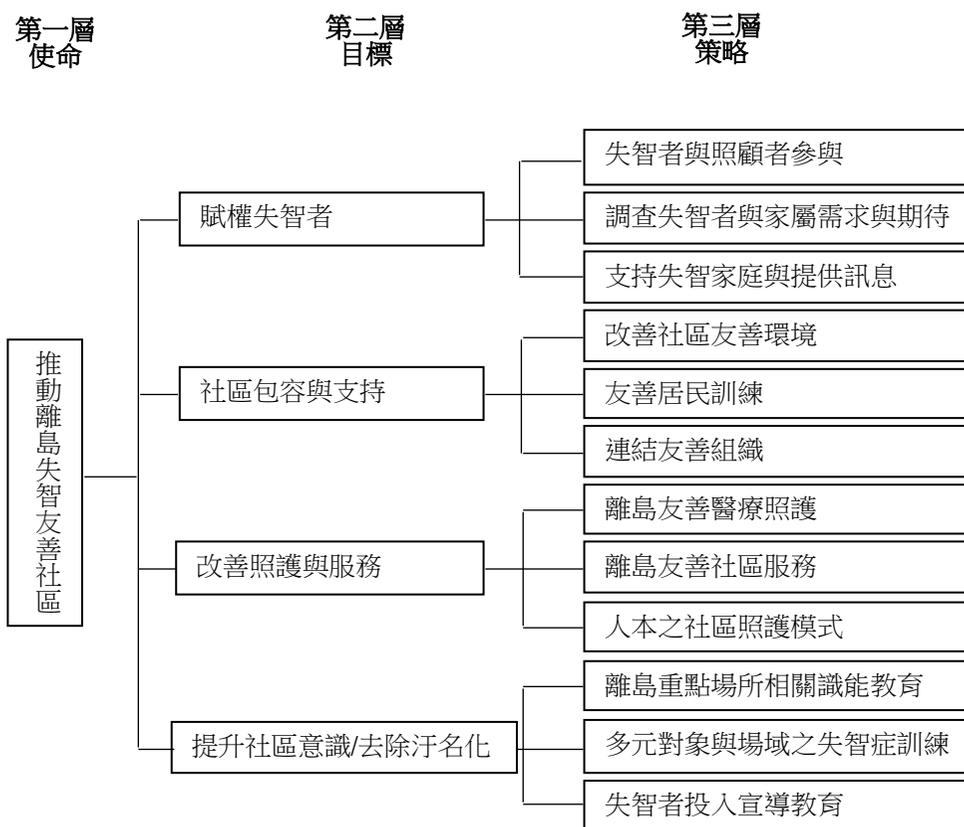


圖 2：離島失智友善社區策略架構

四、問卷設計與調查

本研究以推動離島 DFCs 為願景，藉由文獻回顧架構達成 DFCs 核心策略目標，包括「賦權失智者」、「社區包容支持」、「改善照護與服務」以及「提升社區意識並去除汙名化」。再以文獻與次級資料分析探究離島 DFCs 特徵與困境，據以形塑可達成上述策略目標之離島 DFCs 策略主題共計 12 項，產出其策略優先性以提供地方實務者與政策制定者參考。本研究應用多準則決策方法（Multi-Criteria Decision Making），運用如成對比較之簡化方式以顯示決策者

的偏好，以制定最佳解決方案或者縮小解決方案的範圍（Morgan，2017）。以離島 DFCs 策略架構設計符合應用 AHP 分析之專家問卷。Chen and Lee（2015）建議 AHP 問卷調查應直接向受測者解釋問卷內容，較為明確並有助於降低錯誤或矛盾的回答。本研究問卷調查期間自 2023 年 4 月 6 日起至 5 月 11 日止，實體面訪 16 位，視訊訪談 10 位，但其中 1 位專家因業務繁忙未完成，故共計回收 25 份問卷，分別為 6 位學者、6 位專家、5 位地方政策制定者及 8 位服務提供者。

伍、研究結果

本研究回收 25 份專家問卷後將資料編碼，採用 Power Choice 軟體分析，建立成對比較矩陣；計算各階層要素的特徵值，產生權重順序，再比較不同領域或背景專家對於離島 DFCs 關鍵策略看法之差異性。

一、一致性檢定

整體專家策略目標層 C.I.值為 0.0012、C.R.值為 0.0013；於「賦權失智者」策略目標項下策略方案層之 C.I.值為 0.0002、C.R.值為 0.0003，於「社區包容與支持」策略目標項下策略方案層之 C.I.值為 0.0004、C.R.值為 0.0008，於「改善照護與服務」策略目標項下策略方案層之 C.I.值為 0.0007、C.R.值為 0.0012，於「提升社區意識／去除汙名化」策略目標項下策略方案層之 C.I.值為 0.0001、C.R.值為 0.0002。綜上數值皆小於 0.1，符合可容許偏誤範圍並通過一致性檢定，代表矩陣穩定且可信賴。

二、策略目標層權重分析

推動離島 DFCs 之策略目標層中，全體專家權重值排序如表 5。排序前兩名策略目標，權重值合計近七成（0.6705），其中最關鍵之策略目標為「社區包容與支持」，此結果回應到失智者受限於疾病症狀，致使維持原本生活方式及持續參與社區產生不同程度的困難，故需要社區予以包容以融入社區、提供支持以持續有意義活動、產生社交聯結並且增進生活品質；次要策略目標為「改善照護與服務」，此結果回應失智家庭於不同病程階段，皆需對應醫療照顧與社區服務資源，而離島地區資源匱乏，更需非正式資源之支持。

表 5：離島建置失智友善社區策略目標層權重值排序

第二層：策略目標	整體權重值	排序	一致性檢定
社區包容與支持	0.3949	1	
改善照護與服務	0.2756	2	C.I.= 0.0012 ≤ 0.1
提升社區意識/去除汙名化	0.1881	3	C.R.= 0.0013 ≤ 0.1
賦權失智者	0.1414	4	

三、策略方案層權重分析

（一）整體專家權重分析

全體專家於推動離島 DFCs 之策略方案層排序如表 6，前五策略方案權重值達六成（0.6188），皆來自於「社區包容與支持」與「改善照護與服務」兩項策略目標項下，可依序歸納為友善居民、友善環境、友善服務與友善組織等友善要素。最優先策略方案為「友善居民訓練」，可使社區居民理解失智症、如何因應，並且帶來動力產生改變，進而推動後續的實體友善環境、社區服務並

連結友善組織形成共照網絡；其次為「改善社區友善環境」，經由優化社區實體環境，以支持失智者參與社區的各種服務。

表 6：離島建置失智友善社區策略方案層權重值排序

第三層：策略方案	整體權重值	排序	階層一致性檢定
友善居民訓練	0.1691	1	
改善社區友善環境	0.1342	2	
離島友善社區服務	0.1339	3	
連結友善組織	0.0916	4	
離島友善醫療照護	0.09	5	
離島重點場所相關識能教育	0.0857	6	C.I.H.=0.0012 \leq 0.1
多元對象與場域之失智症訓練	0.0737	7	C.R.H.= 0.0012 \leq 0.1
調查失智者與家屬需求與期待	0.0577	8	
人本之社區照護模式	0.0517	9	
失智者與照顧者參與	0.0433	10	
支持失智家庭與提供訊息	0.0405	11	
失智者投入宣導教育	0.0287	12	

(二) 相對權重值分析

1. 「賦權失智者」策略目標下策略方案之相對權重值分析

本策略目標項下之策略方案專家權重值排序如表 7，最優先策略方案為「調查失智者與家屬需求與期待」，即對失智者與照顧者的需求調查，可瞭解其願景、以使用者觀點提出需求以及應證友善社區策略之滿足程度，符合策略規劃的內外分析、策略評價與調整歷程。「失智者與照顧者參與」經研究者實務觀察，常因地方長輩與民眾多抱持保守文化，從而降低可實質影響失智者權益與政策的公共事務參與意願。「支持失智家庭與提供訊息」則常囿於社區支持資源短缺，且二三級離島更顯困窘。上述排序，本研究歸因於在澎湖推動 DFCs，需考量如失智者行動意願與資源可近性等，故推測因而降低其相對重要性。

表 7：「賦權失智者」策略目標下策略方案之相對權重值排序

策略目標：賦權失智者			
第三層：策略方案	整體權重值	排序	一致性檢定
調查失智者與家屬需求與期待	0.4077	1	C.I.= 0.0002 ≤ 0.1 C.R.= 0.0003 ≤ 0.1
失智者與照顧者參與	0.3061	2	
支持失智家庭與提供訊息	0.2862	3	

2. 「社區包容與支持」策略目標下策略方案之相對權重值分析

本策略目標項下之策略方案專家權重值排序如表 8，最優先策略方案為「友善居民訓練」，反映專家認為運用社會性友善環境來支持包容失智者，需以人為重，當居民或志工具失智症充足識能後，更易推動與維護友善環境與連結友善組織等策略方案；而「連結友善組織」可能因離島社區可用之友善組織資源不多，相對較不重要。

表 8：「社區包容與支持」策略目標下策略方案之相對權重值排序

策略目標：社區包容與支持			
第三層：策略方案	整體權重值	排序	一致性檢定
友善居民訓練	0.4282	1	C.I.= 0.0004 ≤ 0.1 C.R.= 0.0008 ≤ 0.1
改善社區友善環境	0.3397	2	
連結友善組織	0.2321	3	

3. 「改善照護與服務」策略目標下策略方案之相對權重值分析

本策略目標項下之策略方案專家權重值排序如表 9，其中「離島友善社區服務」與「離島友善醫療照護」策略方案合計超過八成（0.8125），特別發現是專家視「離島友善社區服務」之重要性超過「離島友善醫療照護」，故可見離島醫療政策使照護與健康促進從醫療院所導向轉為社區導向，而二三級離島因交通限制更需社區發展服務以支持失智家庭。而「人本之社區照護模式」策略方案，旨於橫向串聯各式資源並導引失智者使用或參與，亦可能因離島社區資源限制，而降低其相對重要性。

表 9：「改善照護與服務」策略目標下策略方案之相對權重值排序

策略目標：改善照護與服務			
第三層：策略方案	整體權重值	排序	一致性檢定
離島友善社區服務	0.4859	1	C.I.= 0.0007 ≤ 0.1 C.R.= 0.0012 ≤ 0.1
離島友善醫療照護	0.3266	2	
人本之社區照護模式	0.1875	3	

4. 「提升社區意識／去除汙名化」策略目標下策略方案之相對權重值分析

本策略目標項下之策略方案專家權重值排序如表 10，其中「離島重點場所相關識能教育」與「多元對象與場域之失智症訓練」策略方案合計近八成五（0.8473），反映專家認同須以澎湖縣離島特徵下的重點場域進行相關失智課程，使整體 DFCs 網絡更為綿密。最末為「失智者投入宣導教育」策略，推測歸因受澎湖傳統文化影響，行為多低調保守，故而降低其相對重要程度。

表 10：「提升社區意識／去除汙名化」策略目標下策略方案之相對權重值排序

策略目標：提升社區意識/去除汙名化			
第三層：策略方案	整體權重值	排序	一致性檢定
離島重點場所相關識能教育	0.4556	1	C.I.= 0.0007 ≤ 0.1 C.R.= 0.0012 ≤ 0.1
多元對象與場域之失智症訓練	0.3917	2	
失智者投入宣導教育	0.1527	3	

四、組間權重比較分析

(一) 策略目標層組間比較

1. 不同類別受訪者之策略目標層權重值排序分析

比較四組專家權重值排序如表 11，學者最為重視的策略目標為「改善照護與服務」，因轄內相關醫療照護與社區服務可帶來直接的資源挹注。其次為「社區包容與支持」，即當社區具有友善居民、環境與組織，即能促進失智家庭參與社區。而「改善照護與服務」與「社區包容與支持」較為優先的意涵，在於

失智家庭迫切需服務與支持，取得符合其適宜資源。故當照護服務與社區友善環境尚未建置一定基礎時，即使透過識能教育與人權措施，未必能解決失智家庭困境。

實務專家群最為重視之策略目標為「改善照護與服務」，符合其領域多具專業人士背景，故最為重視地方所建置或串接的正式與非正式服務。其所看重的優先策略目標群相同於學者群，不同在於其認為「改善照護與服務」與「社區包容與支持」可並重同步。於次要策略目標群有別於學者組，專家認為「賦權失智者」略為重要於「提升社區意識／去除汙名化」。

政策推動者群最重視「社區包容與支持」，符合其組成者為長期執行離島醫療照護社區化政策，跳脫醫療照護中心之思維模式，更重視社區友善環境元素，並擁有四組最高的「賦權失智者」權重值，體現公部門對於公共價值的重視，亦為四組中最高之次要策略目標群權重值比例，歸因為職司地方衛政重責大任，須全面顧及各個策略層面，其中雖仍有優先性，但特徵值比較他組較顯平均。

服務提供者群最顯實務與社區導向，除具有四組最高的「社區包容與支持」以及「提升社區意識／去除汙名化」，因其組成多為社區服務者，多從社區角度考量，重視離島社區重要場域如交通樞紐或社區集會所，對失智症意識提升的優先性。特別的是，提供地方服務專家群反而最不重視「改善照護與服務」，或可反應偏遠離島第一線人員體認照護人力不足之困境。「賦權失智者」亦為四組最低，推測為服務者對澎湖地方長者傳統保守之心態與文化之深刻理解，故不易改變。

表 11：策略目標層組間權重值比較

第一層：排序 使命		第二層：策略目標層				
		學者組 (權重值)	專家組 (權重值)	政策推動者 組 (權重值)	服務提供者 組 (權重值)	整體專家 (權重值)
推動 離島 失智 友善 社區	1	改善照護與 服務 (0.4067)	改善照護與 服務 (0.3608)	社區包容與 支持 (0.3448)	社區包容與 支持 (0.5263)	社區包容與 支持 (0.3949)
	2	社區包容與 支持 (0.2888)	社區包容與 支持 (0.3436)	改善照護與 服務 (0.2855)	提升社區意 識/去除汙名 化(0.2324)	改善照護與 服務 (0.2756)
	3	提升社區意 識/去除汙名 化(0.1734)	賦權失智者 (0.1626)	賦權失智者 (0.1899)	改善照護與 服務 (0.1434)	提升社區意 識/去除汙名 化(0.1881)
	4	賦權失智者 (0.1311)	提升社區意 識/去除汙名 化(0.1331)	提升社區意 識/去除汙名 化(0.1798)	賦權失智者 (0.0978)	賦權失智者 (0.1414)
一致性 檢定	C.I.= 0.0092 C.R.= 0.0102	C.I.= 0.0097 C.R.= 0.0108	C.I.= 0.0021 C.R.= 0.0023	C.I.= 0.0016 C.R.= 0.0018	C.I.=0.0012 C.R.=0.0013	

2.不同類別受訪者評價結果內涵比較分析

(1) 學者組：

本組最重視之策略目標為「改善照護與服務」(0.4067)，本研究估計澎湖縣失智者約有一千八百餘人，對失智者與照顧者而言，轄內相關醫療照護與社區服務可帶來直接的資源挹注；其次為「社區包容與支持」(0.2888)，即當社區具有友善居民、友善環境與友善組織，即能促進失智家庭參與社區；而「改善照護與服務」與「社區包容與支持」比「提升社區意識／去除汙名化」(0.1734)、「賦權失智者」(0.1311)較為優先的意涵，即可能在於失智家庭迫切需要服務與支持，促進社會參與及維持生活方式，來提升生活品質與維持功能，亦或取得符合其階段之適宜資源。故當照護服務與社區友善環境尚未建置完備，即便透過識能教育與人權措施，亦未必可實質為失智症家庭解決困難或滿足需求。

(2) 專業人士組：

本組最重視之策略目標為「改善照護與服務」(0.3608)，符合其領域多具失智症專業人士背景，故最為重視地方建置或串接之正式與非正式服務。本組看重之優先策略目標群同於學者群，不同處在於其更重視「社區包容與支持」(0.3436)，其權重值接近「改善照護與服務」，亦即認為「改善照護與服務」與「社區包容與支持」幾乎同等重要，可同步進行。於次要策略目標群，有別於學者組，其認為「賦權失智者」(0.1626)略重要於「提升社區意識／去除汙名化」(0.1331)，但權重值相近，幾乎同樣重要，故「改善照護與服務」與「社區包容與支持」重要於「賦權失智者」與「提升社區意識／去除汙名化」的架構，與學者組相近，其態勢亦符合專家較為重視專業服務之背景樣貌。

(3) 政策推動者組：

本組最重視「社區包容與支持」(0.3448)，因其組成為地方衛政主管機關，長期執行離島醫療照護體系之照護社區化政策，其更重視社區內友善環境元素。而「社區包容與支持」比「改善照護與服務」(0.2855)更為重要之意涵，可能在於社區友善環境能降低失智者參與的困難，亦即有機會透過社區支持來增進社區服務的使用。排名第三的目標為「賦權失智者」(0.1899)，為四組最高，此處則體現公部門對公共價值的重視，凸顯 DFCs 之公共利益。從優先策略目標群與次要策略目標群比例來看，本組次要策略目標群權重值比例為四組最高，推論因地方衛生局與衛生所職司地方衛政重責大任，各策略面向皆需顧及，其中雖有優先性，但特徵值較他組更顯全面。

(4) 服務提供者組：

本組最重視為「社區包容與支持」(0.5263)，亦為四組中最高，推測因本組多為社區服務單位、地方村里長，多從社區照護角度考量 DFCs，故認為社區內友善要素帶來之包容與支持最為重要。承上因素，「提升社區意識／去除汙

名化」(0.2324)亦為四組排名最高，顯見離島社區重要場所如交通樞紐或社區集會所，其失智症意識必須提升的優先性。特別的是，主要提供地方服務的專家群反而最不重視「改善照護與服務」(0.1434)，其權重值為四組最低。推估可能反映離島社區因照護人力不足，亦無人力可執行與維持服務之遂行，服務提供者於第一線服務反而更能體會此困難。本組的「賦權失智者」(0.0978)為四組最低，推測可能因其推動失智者參與宣導，對長者傳統保守文化的深刻理解。

本研究比較整體專家與四組領域的權重值(如圖 3)，發現學者為四組間最重視「改善照護與服務」；專業人士傾向「改善照護與服務」與「社區包容與支持」並重執行；服務提供者具有四組最高的「社區包容與支持」與「提升社區意識/去除汙名化」，最顯實務與社區導向；政策組最重視「社區包容與支持」，並擁有四組最高的「賦權失智者」，同時也為四組中各項目標相對平均的組別。

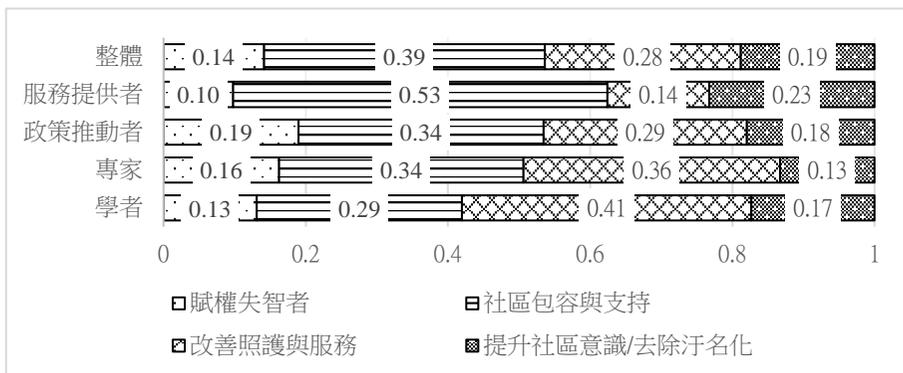


圖 3：建置離島 DFC 策略目標分組堆疊橫條圖

接續探討分群專家對關鍵策略目標之決策差異，本研究發現學者與專業人士基於其專業照護服務背景，更為重視提升 DFCs 服務內容與品質；地方政策

推動者推動失智友善社區計畫，藉由增加地方失智友善元素以提升社區包容性；實務推動者，其策略權衡離島特徵與困難，強烈重視社區內部包容與支持。

(二) 策略方案層組間比較

1. 「賦權失智者」策略目標下策略方案相對權重值之組間比較

比較四組權重值排序如表 12，學者組與政策推動者組之策略方案排序同為「調查失智者與家屬需求與期待」、「失智者照顧與參與」、「支持失智家庭與提供訊息」，具有問題解決導向，先瞭解失智家庭需求與期待以確認問題，再嘗試導引失智者與照顧者參與友善社區建置過程，較能準確串接失智家庭所需之適宜服務、訊息或支持；專家組認同需先調查需求與問題，但後續「支持失智家庭與提供訊息」與「失智者照顧與參與」可並重進行；服務提供者組則認為宜優先執行「支持失智家庭與提供訊息」，運用各種資源支持照顧者，從中建立夥伴關係。

表 12：「賦權失智者」策略目標層下策略方案組間權重值比較

第二層：策略目標層		第三層：策略方案層				
排序	學者組 (權重值)	專家組 (權重值)	政策推動者 組 (權重值)	服務提供者 組 (權重值)	整體專家 (權重值)	
1	調查失智者 與家屬需求 與期待 (0.4562)	調查失智者 與家屬需求 與期待 (0.4648)	調查失智者 與家屬需求 與期待 (0.4741)	支持失智 家庭與提供 訊息 (0.4435)	調查失智者 與家屬需求 與期待 (0.4077)	
賦權 失智者	2	失智者與 照顧者參與 (0.3172)	支持失智 家庭與提供 訊息 (0.2732)	失智者與 照顧者參與 (0.2959)	失智者與 照顧者參與 (0.3061)	
3	支持失智 家庭與提供 訊息 (0.2265)	失智者與 照顧者參與 (0.2620)	支持失智 家庭與提供 訊息 (0.2301)	調查失智者 與家屬需求 與期待 (0.2706)	支持失智 家庭與提供 訊息 (0.2862)	
一致性檢定	C.I.= 0.0078 C.R.= 0.0135	C.I.= 0.0000 C.R.= 0.0000	C.I.= 0.0034 C.R.= 0.0058	C.I.= 0.0011 C.R.= 0.0018	C.I.= 0.0002 C.R.= 0.0003	

2. 「社區包容與支持」策略目標下策略方案相對權重值之組間比較

比較四組權重值排序如表 13，政策推動者與服務提供者排序皆為「友善居民訓練」、「改善社區友善環境」、「連結友善組織」，強調以人為本，社區形成共識與知能後再具以改善友善環境；從服務提供者角度，於二三級離島社區未必有友善組織得以連結，故而降低其相對重要程度；學者組則認為「改善社區友善環境」與「友善居民訓練」可並行；專家組最為重視「連結友善組織」，專業者以專業服務為職，因組織特性而產生對應之失智服務，具影響效果故更加重視。

表 13：「社區包容與支持」策略目標層下策略方案組間權重值比較

第二層：策略目標層		第三層：策略方案層				
排序	學者組 (權重值)	專家組 (權重值)	政策推動者 組 (權重值)	服務提供者 組 (權重值)	整體專家 (權重值)	
社區 包容 與 支持	1	改善社區 友善環境 (0.4035)	連結友善 組織 (0.3908)	友善居民 訓練 (0.4293)	友善居民 訓練 (0.4512)	友善居民 訓練 (0.4282)
	2	友善居民 訓練 (0.3865)	友善居民 訓練 (0.3648)	改善社區 友善環境 (0.3305)	改善社區 友善環境 (0.3643)	改善社區 友善環境 (0.3397)
	3	連結友善 組織 (0.21)	改善社區 友善環境 (0.2445)	連結友善 組織 (0.2402)	連結友善 組織 (0.1846)	連結友善 組織 (0.2321)
一致性檢定	C.I.= 0.0026 C.R.= 0.0045	C.I.= 0.003 C.R.= 0.0051	C.I.= 0.0008 C.R.= 0.0013	C.I.= 0.0036 C.R.= 0.0062	C.I.= 0.0004 C.R.= 0.0008	

3. 「改善照護與服務」策略目標下策略方案相對權重值之組間比較

比較四組權重值排序如表 14，學者、專家與服務提供者排序同為「離島友善社區服務」、「離島友善醫療照護」、「人本之社區照護模式」，顯示離島因醫療資源不足與交通限制，醫療照護已有相關失智友善策略仍緩不濟急，故社區服務比醫療照護更具優先性，尤其部分受測者來自二三級離島之服務提供者組，具有四組最高的「離島友善社區服務」權重值以及「離島友善社區服務」與「離島友善醫療照護」權重值差(0.2786)，此處意涵回應到臺灣對於偏遠離

島區長照政策之照護社區化的設定。政策推動者持有不同看法，最重視「離島友善醫療照護」，因需就醫後取得失智診斷始有資格申請長照政策下之相關服務。

四組中排序最後的策略方案皆為「人本之社區照護模式」，其中學者組與專家組具相對較高的權重值（超過 2 成），因其模式概念較新穎如導航介入⁶，於臺灣多以具多樣專業背景之社區失智個案管理師擔任導航員的角色，故於二三級離島地區常囿於人力與地理限制，故於服務提供者組具有較低的權重值。

表 14：「改善照護與服務」策略目標層下策略方案組間權重值比較

第二層：		第三層：策略方案層				
策略目標層	排序	學者組 (權重值)	專家組 (權重值)	政策推動者組 (權重值)	服務提供者組 (權重值)	整體專家 (權重值)
改善 照護 與 服務	1	離島友善社區 服務 (0.4910)	離島友善社區 服務 (0.4479)	離島友善醫療 照護 (0.4962)	離島友善社區 服務 (0.5543)	離島友善社區 服務 (0.4859)
	2	離島友善醫療 照護 (0.2859)	離島友善醫療 照護 (0.3187)	離島友善社區 服務 (0.3823)	離島友善醫療 照護 (0.2757)	離島友善醫療 照護 (0.3266)
	3	人本之社區 照護模式 (0.2231)	人本之社區 照護模式 (0.2334)	人本之社區 照護模式 (0.1214)	人本之社區 照護模式 (0.1701)	人本之社區 照護模式 (0.1875)
一致性檢定		C.I.= 0.0000 C.R.= 0.0001	C.I.= 0.0048 C.R.= 0.0083	C.I.= 0.007 C.R.= 0.0121	C.I.= 0.0004 C.R.= 0.0007	C.I.= 0.0007 C.R.= 0.0012

4. 「提升社區意識／去除汙名化」策略目標下策略方案相對權重值之組間比較

比較四組權重值排序如表 15，學者與專家組排序同為「離島重點場所相關識能教育」、「多元對象與場域之失智症訓練」、「失智者投入宣導教育」。失智識能教育安排應先重點後增廣，即先對澎湖離島交通樞紐站或二三級離島

⁶ 導航介入以經過訓練的專業人員協助協調可及的多學科團隊的資源，導航失智家庭於失智症各個時期不至迷失（ADI，2022）。

社區聚集場所進行重點式宣導再做多元場域推廣。政策推動組認為應優先執行「多元對象與場域之失智症訓練」，歸因其依據《失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0》，設有提升民眾對失智症正確認知及友善態度之績效指標，從而認為廣度考量的識能策略較為重要。服務提供者則具有四組中最高的「多元對象與場域之失智症訓練」權重值（0.5046），推測於離島偏遠社區，以廣度考量的識能因社區組織規模小而易達成。最末為「失智者投入宣導教育」，顯見社區需具備一定程度識能率，包括失智家庭正確疾病認知、病識感與為公共發聲的動機才易於推動，其中政策推動組相對權重值為四組最高（0.2502），符合公部門重視失智者公共參與特質。

表 15：「提升社區意識／去除汙名化」策略目標層下策略方案組間權重值比較表

第二層：		第三層：策略方案層				
策略目標層	排序	學者組 (權重值)	專家組 (權重值)	政策推動者組 (權重值)	服務提供者組 (權重值)	整體專家 (權重值)
提升社區意識/ 去除汙名化	1	離島重點場所 相關識能教育 (0.4163)	離島重點場所 相關識能教育 (0.5690)	多元對象與場 域之失智症訓 練 (0.4438)	多元對象與場 域之失智症訓 練 (0.5046)	離島重點場所 相關識能教育 (0.4556)
	2	多元對象與 場域之失智症 訓練 (0.3713)	多元對象與 場域之失智症 訓練 (0.2394)	離島重點場所 相關識能教育 (0.3061)	離島重點場所 相關識能教育 (0.4115)	多元對象與 場域之失智症 訓練 (0.3917)
	3	失智者投入 宣導教育 (0.2124)	失智者投入 宣導教育 (0.1915)	失智者投入 宣導教育 (0.2502)	失智者投入 宣導教育 (0.0839)	失智者投入 宣導教育 (0.1527)
一致性檢定		C.I.= 0.0056 C.R.= 0.0097	C.I.= 0.001 C.R.= 0.0018	C.I.= 0.0012 C.R.= 0.0021	C.I.= 0.0005 C.R.= 0.0009	C.I.= 0.0001 C.R.= 0.0002

五、離島 DFCs 推動策略三進程

依本研究分析結果歸納建置離島 DFCs 三階段策略方案（如圖 4），在該策略架構下，整體專家重視策略目標之方向性從「社區包容與支持」與「改善照護與服務」朝向「提升社區意識／去除汙名化」與「賦權失智者」，亦即整體專家將前兩者視為離島 DFCs 之基礎策略目標；就策略方案權重值而言，前五項策略方案權重值比重達 62%，故可定義為「**DFCs 基礎策略階段**」。再者，第六項至第九項策略方案之策略目標開始朝向「提升社區意識／去除汙名化」與「賦權失智者」，如 Hung et al.（2021）提及增進具廣度之社會部門認識和教育有助於最大限度提高社會接受度，可視為離島 DFCs 之進階策略目標，其策略方案權重值比重達 27%，故可定義為「**DFCs 進階策略階段**」。最後，第十項至第十二項策略方案之策略目標更具「賦權失智者」導向，除具有 CRPD 精神，更符合失智友善共融概念，如同 Wiersma and Denton（2016）提及社會共融指人們參與社區社交網絡並成為其一部分以維持有意義的社會關係的動態過程。Newman, Wang, Wang and Hanna（2019）研究失智友善共融包括社會融合（social integration）特徵與社會支持（social support）特徵，本研究之「失智者與照顧者參與」與「失智者投入宣導教育」策略方案符合社會融合特徵亦反映個體透過參與嵌入有意義之社會結構網絡；「支持失智家庭與提供訊息」策略方案符合社會支持特徵反映社會網絡成員可取得所需的支持與協助。故可定義為「**DFCs 共融策略階段**」，其策略方案權重值比重為 11%。

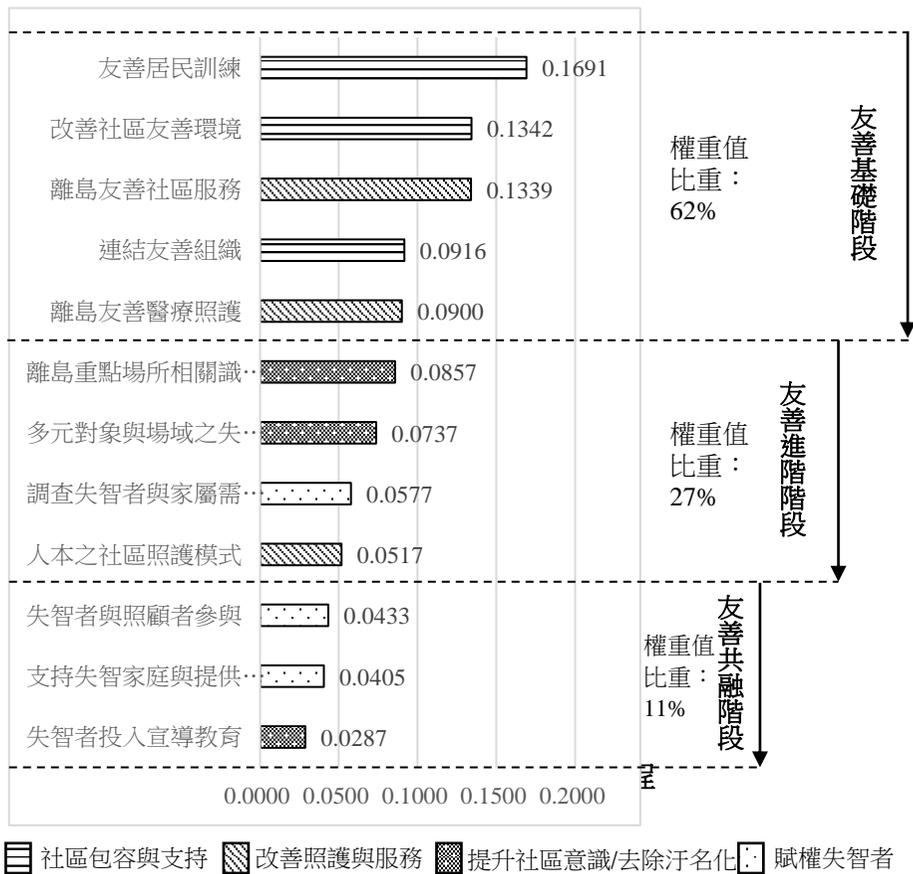


圖 4：離島 DFCs 推動策略三進程

陸、研究結論與實務建議

一、研究結論

本研究目的在於建構揉合離島特徵之 DFCs 推動策略，分析比較各領域專家於各構面權重值來汲取關鍵策略。主要研究發現為：（一）社區包容與支持為最關鍵推動目標，該目標下的「友善居民訓練」為最優先策略方案；（二）社區之照護與服務為次關鍵策略目標，可於社區中建置或連結連續與整合照護

服務，以支持不同階段之失智者與照顧者。整體專家認為「離島友善社區服務」重要於「友善醫療照護」、具有二三級離島背景之服務提供者組具有四組最高兩項策略方案的權重值差（0.2786），呼應離島交通限制與醫療資源不足之特徵，故澎湖亟需從「照護社區化」推進，優先發展或串接在地社區服務再運用便利性診療服務彌平離島醫療量能落差；（三）識能教育可先紮根重點場域後擴散至多元場域，整體專家認為「離島重點場所相關識能教育」些許重要於「多元對象與場域之失智症訓練」則可反映離島特徵下，重要交通節點如候船室、候機室之識能宜優先安排較可保障失智者安全，後續更可在社區佈建綿密友善網絡使失智者更可安心生活；（四）失智者得以賦權之關鍵需先推動社區包容、照護服務與提升意識，全體專家認為「賦權失智者」可留待後面階段再行處理，因當社區包容等目標具顯著改善及提升後，失智者始能被理解、尊重及公平參與。

二、實務建議

（一）優先於目標社區推行失智友善居民訓練計畫

依據本研究發現，離島 DFCs 策略方案之「友善居民訓練」可最優先推動。當社區居民具充足識能，社區可大幅提升社會性失智友善元素，則可回應最關鍵推動目標「社區包容與支持」。故建議可連結運用 DFCs 資源，針對目標社區內之居民與志工辦理失智識能課程與訓練，除提升對失智者之辨識與因應能力並媒合社區志工隊運作友善社區服務。

（二）運用 DFCs 環境設計原則提升環境友善性

當社區居民充分理解失智友善概念後，更易產生足夠動機並將無障礙原則應用於社區重點場域（如社區活動中心）環境改善，例如運用易讀性與可及性

原則，於社區活動中心內部設計穩定與清楚廁所方位標示，可使失智者容易找到廁所並緩解困惑與焦慮。故建議參酌 Mitchell and Burton (2010) 之 DFCs 環境設計原則營造失智者可安全參與社區活動之友善環境。

(三) 輔導社區組織開辦失智友善服務

具二三級離島背景之服務提供者組，基於離島資源相對不足下的策略考量，更強調在地社區友善服務重要性。故建議輔導社區開辦友善服務（失智據點），如陪同就醫、設置社區諮詢窗口以介接轄內醫療與長照資源等。社區更可提供適宜活動，如安排師資提供失智症認知訓練、建立預防失智健康生活型態、亦或成立照顧者互助網絡團體等，皆可為社區不同利害關係人帶來助益。

(四) 以失智便利診療服務補足偏遠離島醫療量能

服務提供者組，權衡社區服務優先於醫療照護的重要緣由，正是基於澎湖縣離島交通不便的特徵考量。故建議善加運用地方失智共同照護中心之友善便利診療服務，如一次性診療與檢查服務、組建二三級離島移動診療團隊及遠距醫療門診，則可挹注二三級離島醫療量能。

(五) 善用離島社會資本發展 DFCs 並組建失智友善策略行動聯盟

Wiersma and Denton (2016) 指出偏遠地區失智友善元素包括強大社會網絡及非正式社會支持，且具高社會資本特質。失智者即使認知衰退，亦容易於高社會資本之社區內生活 (Murayama et al., 2019)。故，澎湖離島社區因地理條件易發展高度社會資本，以社區為中心發展地方網絡與服務，對各級離島更為合宜。離島人力、物力資源較為稀缺，相對台灣本島即成為「被遺忘之島」，故在地資源應更有效整合，跨單位形成策略聯盟協力合作、資源互助共生、產出成本效益評核機制，以提升 DFCs 推動策略之綜效。而健全協力模式需建立共同願景、投資以維繫合作關係並共享雙方資源，其互動模式的核心特徵在於責任一體，以達到榮辱與共的狀態 (曾冠球, 2017)。未來應推動「澎湖失智

友善策略行動聯盟」，參與對象可包含縣府衛生局保健科、失智友善社區相關單位人員、衛生所長照人員或地區護理師、失智共照中心個案管理人員、村里長或社區發展協會理事長及幹部與志工、社區內友善組織人員及具意願之失智者與照顧者。依本研究建構之離島 DFCs 策略架構，制定規範與合作機制以落實執行策略行動，使失智友善策略行動聯盟之推動更具效能。

三、研究限制

(一) 抽樣對象之限制

推動 DFCs 為全國性政策，縣級離島除澎湖縣外，亦有金門縣、連江縣（馬祖）等，鄉級離島如琉球鄉、蘭嶼鄉、綠島鄉等。而囿於人力、時間與資金有限，本研究範圍僅限定於澎湖縣且抽樣對象以清楚澎湖環境及在地實務工作為主。故本研究結果之關鍵策略可供其他型態之離島地區建構 DFCs 策略規劃之參考，但若套用仍需考量在地需求與課題，再行必要性調整。

(二) 理論與策略概念意涵化之落差

本研究建構 DFCs 策略目標與方案架構，然 DFCs 議題涉及多面向社會價值，策略間仍可能具些許共同價值或於動態推展過程中彼此牽動而相互影響，於建置系統操作尚難以完全釐清，例如「失智者投入宣導教育」對於「提升社區意識與去汙名化」具有直接顯著效果，但也可能帶動社會包容支持並賦權失智者之目標效果。

(三) 研究方法之限制

本研究應用 AHP 調查專家對離島 DFCs 關鍵策略看法，其決策過程因涉及社會價值選擇，有些專家於比較過程仍會產生矛盾而需再澄清意涵進行調整。另量化問卷調查較難呈現專家決策緣由、考量面向與背景經驗連結，故後續研

究可採焦點團體（Focus Group）訪談匯集專家思考脈絡，使策略評價內涵更被理解。

四、未來研究建議

本研究主要採用量化途徑建構 DFCs 推動策略及優先順序性，建議後續研究可針對不同屬性地區、推動機構（日照中心或社區照顧支援中心）進行個案研究（case study），探討其推動歷程及從 DFCs 推動策略權重高低探究其原因與實務操作關聯性。另建議可從參與及服務使用者角度，探討地方 DFCs 策略之需求滿意與友善感受，藉以補足相關利害關係人觀點，致使 DFCs 建置更臻完善。

參考文獻

- 王明輝（2016）。《105 年度澎湖縣老人生活狀況與居家服務需求調查報告》。
澎湖：澎湖縣政府。（Wang, Ming-Hui (2016). *2016 Penghu County Elderly Living Conditions and Home Care Service Demand Survey Report*. Penghu: Penghu County Government.）
- 台灣失智症協會（2016）。《瑞智友善社區指引手冊》。臺北：社團法人台灣失智症協會。（Taiwan Alzheimer's Disease Association (2016). *Guidelines of Dementia Friendly Community*. Taipei: Taiwan Alzheimer's Disease Association.）
- 台灣失智症協會（2021）。《國際失智症月》。資料檢索日期 2022 年 12 月 4 日。網址：<http://www.tada2002.org.tw/About/About/13>。（Taiwan Alzheimer's Disease Association (2021). *World Alzheimer's Month*. Retrieved 04-12-2022, from <http://www.tada2002.org.tw/About/About/13>.）
- 行政院國家發展委員會（2020）。《人口推估（2020 年至 2070 年）》。臺北：行政院國家發展委員會。（National Development Council, Executive Yuan (2020). *Population Projection (2020-2070)*. Taipei: National Development Council, Executive Yuan.）
- 吳尚琪、蔡閻閻、葉馨婷（2013）。〈偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務據點之發展〉。《社區發展季刊》，141，273-283。（Wu, Shiao-Chi, Yin-Yin Tsai and Shin-Ting Yeh (2013). Development of Remote Areas as Local and Community-based Long-term Care Service Stations. *Community Development Journal (Quarterly)*, 141, 273-283.）

林宛玲、呂宜峰、劉建良、翁林仲、楊啟正（2020）。〈失智症照護之五大重要發展方向〉。《北市醫學雜誌》，17（2），163-173。（Lin, Wan-Lin, Yi-Feng Lu, Chien-Liang Liu, Lin-Chung Woung and Chi-Cheng Yang (2020). The Five Essential Development Directions of Dementia Care. *Taipei City Medical Journal*, 17(2), 163-173.）

社團法人台灣失智症協會（2013）。《失智症（含輕度認知功能障礙）流行病學調查及失智照護研究計畫》。臺北：行政院衛生署委託研究報告。（Taiwan Alzheimer's Disease Association (2013). *Epidemiological Survey of Dementia (Including Mild Cognitive Impairment) and Dementia Care Research Project*. Research Report Commissioned by the Department of Health, Executive Yuan.）

社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣老年精神醫學會、台灣臨床失智症學會（2017）。《失智症診療手冊》。臺北：衛生福利部。（Taiwan Alzheimer's Disease Association, Taiwanese Society of Geriatric Psychiatry and Taiwan Dementia Society (2017). *Guidelines for Diagnosis and Treatment of Dementia*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.）

邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲（2007）。〈失智症病患主要照護者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討〉。《精神衛生護理雜誌》，2（2），31-44。（Chiu, Li.-Jung, Chia-Jung Hsieh and Sing-Ling Tsai (2007). Exploring the Relationship between Stressors, Appraisal, Coping and Health among the Family Caregivers of Elderly Dementia Patients. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2(2), 31-44.）

孫智辰、賴添福（2023）。〈臺灣長期照顧機構促參案可行性評估經驗之研究〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，13（3），187-226。（Jr-Chen Suen and Tien-Fu Lai (2023). Study of Feasibility Analysis of Taiwan's "Program to

Promote Private Participation in Long-Term Care Facility Construction and Operation Projects”. *Journal of Community Work and Community Studies*, 13(3), 187-226.)

徐亞瑛 (2020)。《失智友善社區》。資料檢索日期 2022 年 8 月 6 日。網址：<https://forum.nhri.edu.tw/r11/>。 (Shyu, Yea-Ing (2020). *Dementia Friendly Community*. Retrieved 06-08-2022, from <https://forum.nhri.edu.tw/r11/>.)

徐佩琪、莊依菲、鍾美怡、徐亞瑛、黃秀梨、鄭亘妙 (2016)。〈失智症友善社區評估：以台北市中正區崁頂次分區為例〉。《長庚護理》，27 (3)，467-475。 (Hsu, Pei-Chi, Yi-Fei Chuang, Mei-Yi Chung, Yea-Ing Shyu, Hsiu-Li Huang and Shiuan-Miao Cheng (2016). Dementia Friendly Community Assessment: An Example of Assessment in Kanding Subzone, Zhongzheng District Taipei City. *Chang Gung Nursing*, 27(3), 467-475.)

國家衛生研究院 (2023)。《衛生福利部公布最新臺灣社區失智症與失能流行病學調查結果》。資料檢索日期 2024 年 9 月 23 日。網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html>。 (National Health Research Institutes (2023). *National Community Dementia and Disability Epidemiological Survey*. Retrieved 23-09-2024, from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html>.)

張開國、鄭永祥、白明奇、洪瑋廷、葉祖宏、周文靜 (2018)。《高齡駕駛與安全管理課題研究－失智症患者之運具使用能力分析》。臺北：交通部運輸研究所。 (Chang, Kai-Kuo, Yung-Hsiang Cheng, Ming-Chyi Pai, Wei-Ting Hong, Tsu-Hurng Yeh and Wen-Jing Chou (2018). *Aging and Driving: Driving Behavior of People with Dementia in Taiwan*. Taipei: Institute of Transportation, Ministry of Transportation and Communications.)

- 陳柏宗、謝定蒼、葉世豪（2020）。《失智者安全安心生活環境設計手冊之研究》。新北市：內政部建築研究所。（Chen, Po-Tsung, Din-Chan Shieh and Shih-Hao Yeh (2020). *The Study of the Handbook for Designing a Safe and Secure Living Environment for People living with Dementia*. New Taipei City: Architecture and Building Research Institute, Ministry of the Interior.）
- 曾冠球（2017）。〈良善協力治理下的公共服務民間夥伴關係〉。《國土及公共治理季刊》，5（1），67-79。（Tseng, Kuan-Chiu (2017). Collaborative Governance of Public Services in a Benevolent Partnership with Civil Society. *Public Governance Quarterly*, (5)1, 67-79.）
- 黃俐婷（2004）。〈家庭支持的結構與功能分析〉。《社區發展季刊》，105，367-380。（Huang, Li-Ting (2004). Analysis of The Structure and Function of Family Support. *Community Development Journal (Quarterly)*, 105, 367-380.）
- 黃源協、莊俐昕、劉素珍（2011）。〈社區社會資本的促成、阻礙因素及其發展策略：社區領導者觀點之分析〉。《行政暨政策學報》，52，87-130。（Huang, Yuan-Hsieh, Li-Hsin Chuang and Su-Chen Liu (2011). Facilitating and Hindering Factors of Social Capital in Communities and Its Development Strategies: An Analysis from the Perspective of Community Leaders. *Public Administration & Policy*, 52, 87-130.）
- 葉莉莉（2007）。〈長期照護中的個案管理服務〉。《長期照護雜誌》，11（3），219-226。（Yeh, Li-Ly (2007). Case Management in Long-term Care. *The Journal of Long-Term Care*, 11(3), 219-226.）
- 趙美玲、詹弘廷（2023）。〈從高齡整合照護指南（ICOPE）之觀點檢視 C 級巷弄長照站專業知能－以埔里基督教醫院為例〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，13（3），145-186。（Chao, Mei-Ling and Hung-Ting Chan (2023).

Assessing the Professional Knowledge of Long Term Care Stations around the Blocks Personnel from the Perspective of Integrated Care for Older People (ICOPE): An Example from Puli Christian Hospital. *Journal of Community Work and Community Studies*, 13(3), 145-186.)

趙善如、王仕圖、張麗珠、陳婕誼、湯于萱、龔家琳 (2013)。〈在稀少中看見豐富－澎湖縣望安鄉社區資產之探究〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，3 (2)，25-68。(Chao, Shan-Ju, Shih-Tu Wang, Li-Chu Chang, Chieh-Yi Chen, Yu-Hsuan Tang and Chia-Lin Kung (2013). Finding Richness in Scarcity: A Study on the Community Assets of Wangan Township, Penghu County. *Journal of Community Work and Community Studies*, 3(2), 25-68)

劉家勇 (2015)。〈社區獨居老人社會照顧模式之研究：以台灣及日本在宅服務方案為例〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，5 (2)，49-100。(Liu, Hubert (2015). Social Care Programs in Communities for the Elderly Living Alone: A Comparative Study between Taiwan and Japan. *Journal of Community Work and Community Studies*, 5(2), 49-100.)

劉婉珍 (2020)。〈發展失智友善博物館的行動理路－以國立臺灣美術館為例〉。《博物館學季刊》，34 (3)，63-81。(Liu, Wan-Chen (2020). Development of a Dementia-Friendly Museum: Analysis of the National Taiwan Museum of Fine Arts' Action Plan. *Museology Quarterly*, 34(3), 63-81.)

潘柏榮、江雪萍、蔡秉晃、賴美怡、陳素梅 (2020)。〈創新『I-SHARED』模式照護計畫〉。《健康促進研究與實務》，4 (1)，63-67。(Pan, Po-Jung, Hsueh-Ping Chiang, Ping-Huang Tsai, Mei-Yi Lai and Su-Mei Chen) (2020). Innovative “I-SHARED” Model Care Program. *Health Promotion Research and Practice*, 4(1), 63-67.)

澎湖縣政府（2022）。《澎湖縣 111 年長照 2.0 整合型計畫》。資料檢索日期 2022 年 7 月 5 日。網址：
<https://www.penghu.gov.tw/society/home.jsp?id=251&act=view&dataserno=202201150001>。 (Penghu County Government. (2022). *Penghu County 2022 Long-term Care 2.0 Integrated Plan*. Retrieved 05-07-2022, from <https://www.penghu.gov.tw/society/home.jsp?id=251&act=view&dataserno=202201150001>.)

澎湖縣政府民政處（2024）。《113 年 8 月澎湖縣現住人口數按性別及年齡分》。資料檢索日期 2024 年 9 月 23 日。網址：
<https://www.penghu.gov.tw/civil/home.jsp?id=487&act=view&dataserno=201203090001>。 (Civil Affairs Department, Penghu County Government (2024). *The Distribution of Current Residents in Penghu County by Gender and Age in August 2024*. Retrieved 23-09-2024, from <https://www.penghu.gov.tw/civil/home.jsp?id=487&act=view&dataserno=201203090001>.)

蔡淑瑩（2018）。〈高齡失智友善社區之研究－以台北市信義區為例〉。《建築學報》，104，89-102。 (Tsai, Shu-Ying (2018). Research on the Friendly Community for Seniors with Dementia- Taking Xinyi District of Taipei as an Example. *Journal of Architecture*, 104, 89-102.)

蔡淑瑩、李美慧、尤品雅、陳宜煒、歐政煌（2016）。《高齡失智者友善社區環境設計準則》。新北市：內政部建築研究所。 (Tsai, Shu-Ying, Mei-Hui Lee, Pin-Ya Yu, Yi-Wen Chen and Cheng-Hiang Ou (2016). *Guidelines for the Design of Elderly-Friendly Community Environments for People Living with*

Dementia. New Taipei City: Architecture and Building Research Institute, Ministry of the Interior.)

蔡惠雅、張玉龍、詹火生（2015）。〈視角的轉變－從服務使用者觀點看我國老人日間照顧服務品質〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，5（2），1-48。（Tsai, Hui-Ya, Yu-Lung Chang and Hou-Sheng Chan (2015). A Change for Vision: to Review the Quality of Elder Day Care Service in the Sight of Service Users. *Journal of Community Work and Community Studies*, 5(2), 1-48.）

衛生福利部（2016）。《失智照護服務計畫》。臺北：衛生福利部。（Ministry of Health and Welfare (2016). *Dementia Care Service Project*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.）

衛生福利部（2017）。《中華民國 106 年老人狀況調查報告》。臺北：衛生福利部。（Ministry of Health and Welfare (2017). *2017 Survey Report on the Status of the Elderly in the Republic of China*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.）

衛生福利部（2021a）。《失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0（含工作項目）》。臺北：衛生福利部。（Ministry of Health and Welfare (2021a). *Dementia Prevention, Care Policy Framework and Action Plan 2.0 (Including Work Items)*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.）

衛生福利部（2021b）。《推動失智友善社區工作手冊》。臺北：衛生福利部。（Ministry of Health and Welfare (2021b). *Handbook for Promoting Dementia Friendly Communities*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.）

衛生福利部（2021c）。《改善金門、馬祖、澎湖及原住民地區長照 2.0 實施現況與問題及未來精進作為之整體規劃專題報告》。臺北：衛生福利部。（Ministry of Health and Welfare (2021c). *Special Report on the Overall Planning for Improving the Implementation Status, Issues, and Future*

Enhancements of Long-term Care 2.0 in Kinmen, Matsu, Penghu, and Indigenous Areas. Taipei: Ministry of Health and Welfare.)

鄧振源、曾國雄 (1989)。〈層級分析法 (AHP) 的內涵特性與應用 (下)〉。

《中國統計學報》，27 (7)，13767-13786。(Teng, Junn-Yuan and Gwo-Hshiang Tzeng (1989). The Conceptual Characteristics and Applications of the Analytical Hierarchy Process. *Journal of the Chinese Statistical Association*, 27(7), 13767-13786.)

薛瑞元 (2019)。〈推動失智症防治照護政策綱領：建構完善失智症照護體系〉。

《國土及公共治理季刊》，7(1)，92-95。(Hsueh, Jui-Yuan) (2019). Promoting the Dementia Prevention and Care Policy Agenda: Building a Comprehensive Dementia Care System. *Public Governance Quarterly*, 7(1), 92-95.)

蘇怡靜 (2018)。《社區失智友善程度感受量表：服務提供者版》。桃園：長

庚大學護理學系碩士論文，1-141。(Su, I-Ching (2018). *Perceived Community Dementia Friendliness Scale: Service Providers Version*. Taoyuan: Dissertation, Department of Nursing, Chang Gung University, 1-141.)

Alzheimer Scotland (2017). *Connecting People, Connecting Support: Transforming the Allied Health Professionals' Contribution to Supporting People Living with Dementia in Scotland*. Edinburgh: Alzheimer Scotland.

Alzheimer's Australia (2015). *Dementia Friendly Communities Project: Creating a Dementia Friendly WA*. Western Australia: Alzheimer's Australia in Western Australia.

Alzheimer's Australia (2021). *Engage, Enable, Empower*. Victoria: Alzheimer's Australia in Victoria.

Alzheimer's Disease International [ADI] (2011). *World Alzheimer Report 2011: The Benefits of Early Diagnosis and Intervention*. London: Alzheimer's Disease International.

Alzheimer's Disease International [ADI] (2012). *Overcoming the Stigma of Dementia*. London: Alzheimer's Disease International.

Alzheimer's Disease International [ADI] (2016). *Dementia Friendly Communities Key Principles*. London: Alzheimer's Disease International.

Alzheimer's Disease International [ADI] (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia*. London: Alzheimer's Disease International.

Alzheimer's Disease International [ADI] (2020). *Design, Dignity, Dementia: Dementia-related Design and the Built Environment*. London: Alzheimer's Disease International.

Alzheimer's Disease International [ADI] (2022). *Life after Diagnosis: Navigating Treatment, Care and Support*. London: Alzheimer's Disease International.

Alzheimer's Society (2013). *Building Dementia-friendly Communities: A Priority for Everyone*. Wales and Northern Ireland: Alzheimer's Society.

Alzheimer's Society (2018). *Dementia-friendly Rural Communities Guide*. Wales and Northern Ireland: Alzheimer's Society.

Alzheimer's Society (2020). What is a Dementia-friendly Community? Retrieved 06-10-2022, from <https://www.alzheimers.org.uk/get-involved/dementia-friendly-communities/what-dementia-friendly-community>.

Bartholomew, J. and B. Moore (2014). *A Guide to Becoming a Dementia Friendly Community*. New South Wales: Alzheimer's Australia in New South Wales.

- Buckner, S., N. Darlington, M. Woodward, M. Buswell, E. Mathie, A. Arthur, ...C. Goodman (2019). Dementia Friendly Communities in England: A Scoping Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(8), 1235-1243.
- Burton, E. (2012). Streets Ahead? The Role of the Built Environment in Healthy Ageing. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 161-162.
- Carrilo, M. C. (2020). Alzheimer's Risk Factors May be Measurable in Adolescents and Young Adults. *Paper Presented at the conference of the Alzheimer's Association International (July 27-31)*. Amsterdam, Netherlands.
- Chen, C. A. and H. L. Lee (2015). The Study of How to Improve the Consistency of the AHP and ANP Methods. *Journal of Data Analysis*, 10(3), 115-140.
- Darlington, N., A. Arthur, M. Woodward, S. Buckner, A. Killett, L. Lafortune, ...C. Goodman (2021). A Survey of the Experience of Living with Dementia in a Dementia-friendly Community. *Dementia*, 20(5), 1711-1722.
- Dean, J., K. Silversides, J. Crampton and J. Wrigley (2015). *Evaluation of the Bradford Dementia Friendly Communities Programme*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Edelbrock, D., L. M. Waite, G. A. Broe, D. A. Grayson, and H. Creasey (2003). The Relation Between Unpaid Support and the Use of Formal Health Services: the Sydney Older Persons Study. *Australasian Journal on Ageing*, 22(1), 2-8.
- Fleming, R., K. A. Bennett, T. Preece and L. Phillipson (2017). The Development and Testing of the Dementia Friendly Communities Environment Assessment Tool (DFC EAT). *International Psychogeriatrics*, 29(2), 303-311.

- Handley, M., F. Bunn and C. Goodman (2015). Interventions that Support the Creation of Dementia Friendly Environments in Health Care: Protocol for a Realist Review. *Systematic Reviews*, 4, 180.
- Harris, P. B. and C. A. Caporella (2014). An Intergenerational Choir Formed to Lessen Alzheimer's Disease Stigma in College Students and Decrease the Social Isolation of People with Alzheimer's Disease and Their Family Members: A Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29(3), 270-281.
- Hebert, C. A. and K. Scales (2019). Dementia Friendly Initiatives: A State of the Science Review. *Dementia (London, England)*, 18(5), 1858-1895.
- Hendriks, S., K. Peetoom, C. Bakker, W. M. van der Flier, J. M. Papma, R. Koopmans, ...L. R uano, (2021). Global Prevalence of Young-Onset Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurology*, 78(9), 1080-1090.
- Hung, L., A. Hudson, M. Gregorio, L. Jackson, J. Mann, N. Horne, ...A. Phinney (2021). Creating Dementia-Friendly Communities for Social Inclusion: A Scoping Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 23337214211013596.
- Lin, S. Y. (2017). Dementia-friendly Communities' and Being Dementia Friendly in Healthcare Settings. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(2), 145-150.
- Livingston, G., J. Huntley, A. Sommerlad, D. Ames, C. Ballard, S. Banerjee, ...Mukadam (2020). Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 396 (10248), 413-446.
- Matsumoto, H., A. Igarashi, M. Sakka, M. Takaoka, H. Kugai, K. Ito and N. Yamamoto-Mitani (2022). A Two-Step Model for Encouraging the General

- Public to Exhibit Helping Behaviors Toward People Living With Dementia. *Innovation in Aging*, 6(3), igac023.
- McNaughton, M. E., T. L. Patterson, T. L. Smith and I. Grant (1995). The Relationship Among Stress, Depression, Locus of Control, Irrational Beliefs, Social Support, and Health in Alzheimer's Disease Caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 78-85.
- Mitchell, L. and E. Burton (2010). Designing Dementia Friendly Neighbourhoods: Helping People with Dementia to Get Out and About. *Journal of Integrated Care*, 18(6), 11-18.
- Morgan, M. (2017). *Theory and Practice in Policy Analysis: Including Applications in Science and Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Murayama, H., C. Ura, F. Miyamae, N. Sakuma, M. Sugiyama, H. Inagaki, T. Okamura and S. Awata (2019). Ecological Relationship between Social Capital and Cognitive Decline in Japan: A Preliminary Study for Dementia-friendly Communities. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(9), 950-955.
- Newman, K., A. H. Wang, A. Ze Y. Wang and D. Hanna (2019). The Role of Internet-based Digital Tools in Reducing Social Isolation and Addressing Support Needs among Informal Caregivers: A Scoping Review. *BMC Public Health*, 19(1495), 1-12.
- Phillipson, L., D. Hall, E. Cridland, R. Fleming, C. Brennan-Horley, N. Guggisberg, D. Frost and H. Hasan (2019). Involvement of People with Dementia in Raising Awareness and Changing Attitudes in a Dementia Friendly Community Pilot Project. *Dementia*, 18(7-8), 2679-2694.

- Phinney, A., E. Kelson, J. Baumbusch, D. O'Connor and B. Purves (2016). Walking in the Neighbourhood: Performing Social Citizenship in Dementia. *Dementia*, 15(3), 381-394.
- Rahman, S. and K. Swaffer (2018). Assets-based Approaches and Dementia-friendly Communities. *Dementia*, 17(2), 131-137.
- Saaty, T. L. (1990). How to Make a Decision: The Analytic Hierarchy Process. *European Journal of Operational Research*, 48(1), 9-26.
- Smith, K., S. Gee, T. Sharrock and M. Croucher (2016). Developing a Dementia-friendly Christchurch: Perspectives of People with Dementia. *Australasian Journal on Ageing*, 35(3), 188-192.
- Sun, F. (2011). Community Service Use by Older Adults: The Roles of Sociocultural Factors in Rural-Urban Differences. *Journal of Social Service Research*, 37(2), 124-135.
- Ward, R., A. Clark, S. Campbell, B. Graham, A. Kullberg, K. Manji, ...J. Keady (2018). The Lived Neighborhood: Understanding how People with Dementia Engage with Their Local Environment. *International Psychogeriatrics*, 30(6), 867-880.
- Wiersma, E. C. (2008). The Experiences of Place: Veterans with Dementia Making Meaning of Their Environments. *Health & Place*, 14(4), 779-794.
- Wiersma, E. C. and A. Denton (2016). From Social Network to Safety Net: Dementia-friendly Communities in Rural Northern Ontario. *Dementia (London, England)*, 15(1), 51-68.
- World Health Organization [WHO] (2012). *Dementia-A Public Health Priority*. Genève: World Health Organization.

World Health Organization [WHO] (2017). *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia*. Genève: World Health Organization.

