

臺灣社會福利學刊 第十七卷第一期

2021年6月 頁51-84

DOI:10.6265/TJSW.202106\_17(1).02

研究紀要

## 被看見與不被看見：失智者服務使用 與權益保障的困境與挑戰

趙曉芳

國立臺灣大學社會工作系副教授

黃詩淳

國立臺灣大學法律學院教授

陳怡仔

國立臺灣大學社會工作系副教授

李會珍

社團法人台灣失智症協會副秘書長

陳筠靜

社團法人台灣失智症協會社工組長

傅從喜\*

國立臺灣大學社會工作系副教授

---

收稿日期：109年05月08日，接受刊登日期：109年09月08日。

\* 通訊作者，地址：10617臺北市大安區羅斯福路四段一號國立臺灣大學社會工作系。電話：(02) 3366-9564。E-mail：tsunghsifu@ntu.edu.tw。

## 中文摘要

我國失智症人口數量快速增加，政府近年也大力發展失智症的社會照顧服務，然而大多數的失智者仍未獲確診，或未接受適當的治療。既有文獻對於失智者「未獲服務」(non-take-up)的研究發現，有助於理解我國失智症者被遺漏在正式服務體系之外的現象。本文從微視、中介與鉅視等相關層面，來檢視失智者與其家屬提出申請、進入正式服務體系的過程與機制。本文深入檢視影響失智者是否提出申請與使用相關服務的重要因素，包括：社會烙印效果、就醫與診斷困難、完成身障鑑定的挑戰、長照服務申請與使用的障礙、以及執行監護或輔助宣告的限制等，以瞭解失智者及其家屬欲使用現行健康照顧、福利資源與法律服務所面臨的困難與挑戰，並提出具體的政策建議。

**關鍵字：**失智、服務輸送、長期照顧、輔助宣告、監護宣告

## **Visible and Invisible: Aging-related Problems and Challenges Faced by People with Dementia**

Shiau-Fang Chao

Associate Professor, Department of Social Work, National Taiwan University

Sieh-Chung Huang

Professor, College of Law, National Taiwan University

Yi-Yi Chen

Associate Professor, Department of Social Work, National Taiwan University

Huey-Jane Lee

Deputy Director-general, Taiwan Alzheimer Disease Association

Yun-Ching Chen

Director of Social Work Division, Taiwan Alzheimer Disease Association

Tsung-Hsi Fu

Associate Professor, Department of Social Work, National Taiwan University

### **Abstract**

The number of people with dementia is increasing rapidly in Taiwan. The Taiwanese government has been making efforts to improve various services for them. However, a medical assessment service is still not available to the majority of them and they are yet to receive the social services they need. Findings from existing studies have offered valuable knowledge on the main reasons that lead to the exclusion of patients with dementia from the

formal service system. This study consulted relevant literature for analysis. Individuals' motivations and the potential influence of micro, intermediary, and macro factors on the non-take-up of benefits were employed to analyze the process of applying for and receiving services. Issues related to social stigma, obstacles to assessment and health services, situations after being diagnosed with dementia, challenges in applying for and using formal services, and the pros and cons of applying for legal guardianship and assistance were all discussed. This study expands the understanding of problems and challenges related to health service, welfare resources, and legal services for people with dementia. Finally, this study offered policy recommendations for improving the service system for dementia patients.

**Keywords: Dementia, Service Delivery, Long-term Care, Guardianship, Curatorship**

## 壹、前言

失智症（Dementia）是一群症狀的組合，包括記憶力減退，以及語言能力、空間感、計算力、判斷力等認知能力的退化，同時也可能出現個性改變、妄想、干擾行為等情況；由於失智症的疾病盛行率隨著年齡遞增，也伴隨著多種功能退化，成為老年人無法獨立生活的主要原因之一（薛瑞元，2019；World Health Organization [WHO], 2018）。臺灣的調查資料顯示，在70歲以上的人口群，失智症盛行率每多五歲就增加一倍，估計在2031年失智人口超過46萬人，也就是每100人就有2位失智者，對於個人、家庭及社會的衝擊不容忽視（衛生福利部，2018a）。

臺灣是全球第13個制定國家級失智症政策的國家，繼2013年「失智症防治照護政策綱領（2014-2016年）」後，2017年再公布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0（2018-2025年）」（失智症政策綱領2.0），欲結合患者及家屬、民間團體、服務提供單位、專家學者及相關政府部會的力量，透過具體的行動計畫，全方位促成失智者服務網絡的發展，並提升對失智者的認同和支持（薛瑞元，2019）。

依據2011年衛生福利部失智症流行病學調查結果，以及內政部2018年底人口統計資料估算，我國截至2018年底，失智人口約有282,364人，其中95.5%為65歲以上老人（社團法人台灣失智症協會，2019a）。然而，在失智症人口中，經確診者只有29.2%，換言之，有七成的失智者仍未獲診斷或接受適當治療（衛生福利部，2018a）。此外，2018年底因失智症而領有身心障礙手冊的人數為55,578人（衛生福利部，2019a），僅占前述估計人數的19.7%，換言之，有八成的失智者並未經過身心障礙鑑定、取得身心障礙手冊。同時，前述失智症流行病學調查亦發現，受訪的929名失智個案中，有93.8%住在家

中，且有 54.9% 未使用任何服務或聘請外勞，完全由家人自行照顧，另有 30.7% 聘請外勞，使用居家服務者僅占 4.8%，使用日照服務者僅有 0.2%（衛生福利部，2018b）。同樣的，施佩宇、古鯉榕、白明奇與劉立凡（2017）以某醫學中心失智症門診之病人與家庭照顧者為對象的研究亦發現，失智者使用長照服務的比率僅 8%，未使用的原因是照顧者不覺得需要使用服務，以及照顧者認為服務項目不適合患者等；至於家庭照顧者未曾使用相關服務的原因，主要是因為缺乏相關服務的資訊。前述資料顯示，絕大多數的失智者都是在家由家人自行照顧，使用公部門長照服務（如居家服務、日間照顧）的比例甚低；即使需要引進替代照顧資源，失智家庭的優先選項，往往是外籍監護工，而非現行的長照服務。最後，法律作為保障失智者權益的最後一道防線，以較常被提及的監護或輔助宣告制度為例，雖保護了失智者財產安全，卻也可能帶來資產凍結、本人權利受限的問題。

失智者及其家庭在醫療確診、身障鑑定與手冊申請、長照服務使用，以及監護、輔助宣告等現行服務與制度，雖不必然存在申請順序的先後關係，但在人數逐漸減少現象的背後，是否意味著服務或制度的設計、輸送與執行方式，不利失智者及其照顧者使用，或未能切合其需求，值得深入思考。本文作者群含括法律、社福、老人學領域學者，以及長期服務失智症者之資深實務工作者，期能整合理論、當前中外文獻與實務知識，讓實務現場的觀察得以於理論指引下，與學術文獻相互驗證，同時藉由系統化討論與分析，尋得當前文獻空缺之處，藉以指引未來失智症研究、政策與實務工作發展方向。因此，本文首先提出理解社會安全給付申請的「門檻模式」，並以此一模式為基礎，結合當前可得文獻，以及本文作者群當中的實務工作者多年的觀察所得，檢視貌似友善的制度與服務，如何因運作過程中存在的無形阻礙，包括失智症的社

會烙印效果、就醫與診斷困難、完成身障鑑定的挑戰、長照服務申請與使用的障礙，以及執行監護或輔助宣告的實際考量等，使得失智者在各個生活面向，逐漸被排除參與或使用機會，造成在現行健康、福利與法律服務中的不被看見，並於文末分別提出改進建議。

## 貳、「未獲服務」(non-take-up) 的影響因素

社會福利體系雖投入許多資源協助有需求的對象，但大多數福利服務都需經過申請，獲得審核通過後，才具備受益資格，始能享有相關服務。有些民衆雖符合特定社會福利方案所設定的受益對象，但卻未實際獲得服務資源，此種社會安全「未獲服務」的狀況，在國外已累積不少的研究，但國內對此一議題的探討仍較為有限。

國外研究顯示，此一「未獲服務」的問題亦存在於失智者服務的領域中。「未獲服務」現象是由多重原因所造成。一個包含8個歐洲國家的跨國研究發現，社會對於失智者的汙名化、失智者與家屬對服務的不瞭解、服務據點的分布與距離造成服務不易取得、行程流程的繁複、服務量不足造成長等候期、部分負擔過高等等，都是影響失智者是否完成診斷並獲得相關服務的重要原因 (Vernooij-Dassen et al., 2005)。此外，相關研究也發現，許多高齡者即使有認知失能徵兆，亦不願接受進一步的診斷，主要原因是擔心確診會影響其工作、健康保險資格以及開車許可等權益 (Boustani et al., 2008)。Koch 與 Iliffe (2010) 以後設分析方法檢視有關失智診斷與服務的相關研究後發現，當事人與家屬不願面對、當事人與家屬專業知識不足、失智者支持體系不足、失智者與照顧者面臨的社會烙印、失智診斷的不確定性以及時間和財務等因素，都是造成知識者未進行診斷或未獲服務的重要原因。

從以上的文獻整理可知，造成失智者「未獲服務」的原因，包含不同層面的因素，非常符合 van Oorschot (1995) 所提出的「多面向取向」的觀點。他將潛在符合福利受益資格卻未獲服務的可能因素，歸納為個人層次、行政層次、方案層次、政策與社會層次等四個面向。在個人的層面，若個人缺乏相關的資訊，則不會進入申請程序，同時，有些人可能較為在意社會烙印的問題，而怯於提出申請。就行政的層面而言，如果申請流程過於複雜，就可能讓申請者卻步。在方案的層次，若服務體系尚未完備，也可能影響失智者家屬提出服務申請的意願。而在政策與社會的層面，若社會對於該需要服務的群體仍存有普遍歧視，或是負面評價，也會成為失智者家屬申請相關服務的阻礙。

## 一、個人層次：失智症的汙名化下不被看見的疾病

汙名化是將特定情況和性質與不名譽標記相連結的過程，具有這些特定情況和性質的個人、群體及其周邊都受到影響，而受到他人不平等的對待。老年被視為日漸脆弱、依賴他人的階段，加上失智症常見的認知退化和失能，容易讓人假設失智長者沒有能力為自己做決定，致使他們提早失去自主權與尊嚴，更加速他們因為失智而失去自尊心 (Alzheimer's Disease Association, Singapore [ADA Singapore], 2015 譯)。

2012 年的全球網路調查發現，失智者當中，75% 認為人們對失智有負面印象，40% 指認出自己遭遇到失去朋友與被孤立等負向的對待，24% 表示因為擔心汙名化而隱瞞自己患有失智症的事實，照顧者也面對相似的壓力，家裡有失智者被當作是整個家族的恥辱 (ADA Singapore, 2015 譯)。盧鴻毅、劉珈瑄與曹汶龍 (2017) 訪談了失智症家屬支持團體的參與者，指出照顧者往往經歷不了解到了解的歷程，在取得診斷之

前，自己誤以為是症狀是正常老化或偶發事件，在確定診斷之後，為了避免他人對失智症的不諒解，常刻意疏遠患者和自己往常的人際關係，也常要處理與鄰居的衝突，無形之中也減少了社會支持可能的來源。

由於失智症的病因、症狀、進程以及對生活影響程度相當多樣，治療方式也還在發展當中，所以病患、家屬和醫療人員對於要如何回應往往欠缺共識。針對醫療人員處理失智症的倫理議題，林克能、王培寧、劉秀枝與陳榮基（2012）的討論提到，告不告知診斷、是否接受治療、是否預立遺囑等部分，與病患和家屬對於失智症的理解程度有關，過去民衆寧願以老化或記憶退化來看待，當失智症影響到工作甚至行為能力時，仍未有足夠的準備來參與醫療介入的時間點和做法。羅彥傑（2016）進一步指出，一般慢性病宣傳所使用的「早期發現、早期治療」，口號不盡符合現實，社會教育和政策宣導的方向，宜改以「及時發現、及時診斷、及時回應」作為訴求，目標也應轉向支持個人、照顧者與失智共處，例如以「認識他、找到他、關懷他、照顧他」標示出一連串積極面對的行動，能夠更貼切地符合失智症患者及其家屬面對汗名的困境。

## 二、行政層次：標準化醫療體系中不能配合的「病人」

當個案出現失智症狀，家屬通常會先尋求醫療協助，作為失智者及其家庭第一個接觸的正式體系，當就醫與診斷過程中出現阻礙，不僅會降低個案獲得診斷或接受治療的機會，也可能排除失智家庭接受其他正式服務的可能。然而，失智者欲穩定就醫與完成診斷，經常面臨以下困難：

## (一) 初期症狀表現不明顯

洪晨碩(2014)以「彈性病況」乙詞，來凸顯失智症的三大特徵：表現不確定、診斷不確定，以及醫療處置不確定；尤其在疾病初期，失智症狀容易被誤認為是常態性的老化現象，或因症狀不明顯而被忽略，等到症狀更為明顯就醫時，往往已進入失智症中期以上(李世代，2000；李伊珊，2010)。

## (二) 確診不易

失智症臨床表徵容易與其他身心疾病混淆，如：憂鬱症、睡眠障礙等，在就醫過程中，往往需在各個科別中流轉，尋找病因(蔡淑芬，2016)。即使進入精神科或神經內科門診，患者需確認疾病史、進行認知功能評估、抽血檢測與腦部影像檢查，往往需要連續2-4次門診，方能確診(陳惠姿、李孟芬，2000)。然而，對照顧者而言，確保失智者持續就醫，經常是照顧過程中最感壓力的一環(石又敏、陳玉敏與曾月霞，2010；劉德卿，2012)。

## (三) 就醫困難

個案本人、陪同就醫者、醫護人員，與不友善就醫環境，都可能對穩定就醫造成阻礙。在個案本人部分，部分失智者未具病識感，對於前往醫院感到排斥；在問診過程中，陪同就醫者不知應提供哪些資訊，可協助醫生判斷，而部分醫護人員不清楚應如何與失智者溝通，亦或個案無法配合標準化作業與流程，在時效內完成問診或檢驗(石又敏等，2010；林昭吟、鄭雅之與張恒豪，2018)。除此之外，由於失智者近期記憶喪失、缺乏定向感且活動能力不佳，醫院擁擠吵雜的環境、枯燥冗長的候診過程、窄小侷促的空間、混亂的動線規劃與標示，皆會引發其

不安、焦慮、躁動情緒，也容易發生走失等突發狀況或各種窘況（石又敏等，2010）。以上問題都可能讓失智者及其陪同者產生負面經驗，降低看診品質與回診意願，而在無形間排除了失智者與其他病患取得同等醫療資源的機會。

### 三、方案及政策層次：多重專業、層層規制的身心障礙鑑定

在醫療之外，失智者及其照顧者在生活適應和社會參與，需要社會服務方案的多元支持，其中許多資源的取得需通過身心障礙鑑定，取得身心障礙福利資格，然而鑑定的過程存在許多隱形阻礙。新制身心障礙鑑定與需求評估的「一般流程」中，失智者欲申請身心障礙鑑定，需經過以下程序（衛生福利部社會家庭署，2021）：（一）至戶籍所在地的鄉鎮市區公所領取鑑定表；（二）至縣市衛生主管機關指定的鑑定醫院進行鑑定，由醫生針對身體功能（b碼）與身體構造（s碼）進行評估，並由另一鑑定人員，如：社工、治療師或心理師，進行活動參與和環境因素評估（d、e碼）；（三）縣市衛生主管機關審核鑑定報告書，並核轉縣市社政主管機關；（四）縣市社政主管機關核發身心障礙證明，並依所需福利服務項目連結需求評估與服務。

通過身心障礙鑑定，對失智者及其家庭主要的好處有二：（一）賦予「法定」身心障礙資格，可依法享有身心障礙者相關福利，如租稅減免、勞健保減免、個人及陪伴者交通優惠、輔具費用補助等；（二）在完成輔助宣告前，當失智者涉及法律糾紛時，身心障礙鑑定結果可作為認知功能缺損的佐證資料（鍾詔安、康心宥，2020）。

然而，失智者欲完成身心障礙鑑定，亦面臨眾多困難，其中，最主

要的挑戰有二：（一）第一線醫護人員對身心障礙鑑定與福利不瞭解：第一線醫護人員經常是失智者與家屬第一個接觸的專業人員，失智家庭高度依賴醫護人員作為主要訊息來源，然而，誠如蔡淑芬（2016）提及，多數失智症照顧者並未於就診時，從醫生處獲得進一步服務資訊，個別醫生對失智症與服務訊息的熟悉程度與否，會決定家屬能否在第一時間進入服務體系。同樣地，當醫療人員不瞭解身心障礙鑑定適用對象、申請與鑑定流程，以及取得身障資格可能效益，自難發揮連結效果，甚至可能成為失智者及其家庭進入身障福利體系的「守門人」（gatekeeper），其消極的態度或反應，可能讓失智者及其家庭感覺申請鑑定不重要或沒有幫助，間接阻卻其申請可能。（二）無法於指定鑑定醫院持續就診：前述申請流程提及，申請者需至縣市指定鑑定醫院，由醫生進行身體功能與構造評估，在實務上，個案在確診後，往往需在同一醫生門診持續追蹤半年以上，醫生才能確認個案狀況穩定，並具備完成評估 b、s 碼所需資訊。

換言之，欲完成身障鑑定，失智者及其家人不僅需克服先前提及的就醫困難，還需通過層層守門人的把關，突破各種有形與無形的規則。也因此，除非失智症家庭對身心障礙鑑定有充分認知、對身心障礙福利有高度需求與申請動機，並獲得足夠訊息支持，否則，不難想見何以失智者申請身心障礙鑑定、取得身心障礙手冊的比例偏低，而容易成為身心障礙福利服務體系中「不被看見」的一群。前述各層次的門檻，後文將分別由長期照顧的服務體系以及法律體系的監護與輔助宣告等兩部分，詳細分享失智者及其家人在使用服務和保障權益當中的困境。

## 參、用不到 vs. 不好用的長照服務

依照現行長照十年 2.0 計畫，50 歲以上失智者，即可納入長照服務對象（衛生福利部，2016）。以社區整體照顧模式涵蓋地區為例，欲使用長照服務，需向各縣市照管中心提出申請、經照顧專員評估、核定補助額度後，再照會 A 級單位（社區整合型服務中心，以下簡稱 A 單位），安排與連結後續照顧服務或資源。以下分別就長照評估、服務使用與服務供給三個面向，來分別討論失智者在進入服務前、後的困難之處：

### 一、以失能為中心的長照評估制度

目前長照需求與失能等級的評估，主要依據個案在日常生活活動（activities of daily living, ADLs）與工具性日常生活活動（instrumental activities of daily livings, IADLs）的身體功能表現、困難項目，以及需要協助的程度。然而，失智者並非「不能」執行日常生活活動，而是「不能獨自」執行此類活動，過度關注身體功能表現的評估指標，不僅不足以反應認知功能缺損者的實際生活狀況，更可能使得失智者評估結果被低估（Alzheimer's Disease International, 2013; Kane, Saslow, & Brundage, 1991; O'Keefe, Tilly, & Lucas, 2006）。以我國 2018 年新型照顧管理評估量表第二版為例（衛生福利部，2019b），除在 ADLs 題項中納入個案執行各項活動是否需監督、敦促外，僅在情緒及行為型態部分，有少數涉及遊走與作息混亂的題項，可用以評估失智相關精神、行為症狀的題項偏少，且在實務上，因評估過程難以直接觀察到失智者外顯的執行困難，以致僅能仰賴照顧者陳述，也因此，依賴程度類似的失智者，隨著

照顧者陳述方式不同、照專對失智者了解程度不同，評估結果可能產生極大差異。

## 二、用不到vs.不好用的長照服務

過去有關失智家庭長照服務使用的文獻，多自照顧者角度出發，探討服務使用的阻礙（如：蔡淑芬，2016；Neville, Beattie, Fielding, & MacAndrew, 2015; Phillipson, Magee, & Jones, 2014）與服務使用經驗（如：陳宜婷，2011）。少數則自服務供給者觀點出發，描述照服員與失智者工作的經驗與挑戰（盧佩琳，2011）。

### （一）使用者視角—服務使用阻礙與服務使用經驗

誠如前述，符合申請資格的失智者及家庭可能因為照顧者知識不足（如：不知道服務、不清楚如何申請）、對服務使用存在負面認知（如：覺得沒有幫助、申請不到、不需要服務）等個人因素，或其他家庭成員拒絕使用服務、擔心社會對失智者或使用福利的汙名化等社會因素，而不使用服務。除此之外，在此特別聚焦服務體系缺乏彈性、連續性、整合性與可近性，對於服務使用所造成的制度性障礙（吳勁儔，2013；陳宜婷，2011；蔡淑芬，2016；Neville et al., 2015；Phillipson et al., 2014）。

具體而言，在缺乏彈性部分，失智症者24小時都有照顧、看視需求，對失智者及其照顧者而言，現行核定額度、時數遠遠不足，另因服務時間、項目固定且需事先核定，當有狀況發生時，無法得到立即需求，此外，失智者與家人需配合服務人員時間與進行方式，方能「獲得」服務，影響日常作息與生活安排（吳勁儔，2013）。再者，失智症

服務體系間連續性、整合性不足，讓服務間的轉銜出現斷層，如：當日照或團屋使用者因身心功能退化或各種原因，而必須離開原本使用的服務，除機構式照顧外，缺乏其他後送資源可供選擇，經常引發照顧者極大焦慮與恐慌（張安瑜，2017；蔡淑芬，2016）。另以當前失智症共同照護中心（以下簡稱共照中心）為例，多數共照中心皆由醫院附設（衛生福利部，2020a），以實務現況觀之，立基於醫院的共照中心運作模式，存在潛在道德危機，共照中心與轄內各醫院在病患來源上具競爭關係，難以促成積極的橫向連結，失智者如未能於共照中心所在醫院就診，在其轄內其他醫院就診的個案資料，多未能被同步轉介至共照中心，而可能被排除在失智資源網絡之外。在可近性方面，以日照為例，位於日照中心的數量與收托名額有限，且新的日照中心籌設不易，服務量能遠遠不及失智個案數量，截至2019年11月底，全臺僅有396家日照中心（含小規模多機能），總計僅服務11,019名個案（衛生福利部，2020b），遠低於失智者推估或確診人數，也因此，除少數偏遠地區外，其餘多數日照中心往往一位難求。

## （二）供給者視角—不受歡迎的個案

以居家式長照服務為例，即使進入服務體系，照顧服務員亦可能因為失智者特殊的精神或行為問題、擔心發生糾紛（如：個案物品不見）等原因，而較不願服務失智者，甚至拒絕提供服務，此外，與失智者工作的照顧服務員必須經驗豐富，能在短時間內善用溝通、營造信任關係，且靈活有彈性地提供服務，方能確保工作順利完成（盧佩琳，2011）。然而，實務現場的觀察發現，在當前以項目為基礎的給付原則下，照顧服務員的服務績效與收入，取決於能在有限時間內完成的任務多寡與項目，而服務失智者需要長時間培養關係、依其身心狀況調整服

務方式與步調，個案難以「配合」服務人員在時效內完成核定項目；因此，在現行服務供給不足、照顧人力吃緊且高度績效導向的長照服務體系中，有較多精神或問題行為的失智者，也容易成為較不受歡迎的一群使用者。

## 肆、兩難的抉擇：監護與輔助宣告的能與不能

除了醫療、社會福利與長照服務外，失智症患者亦經常牽涉法律議題。根據媒體報導，失智症患者成為詐騙的肥羊，除了是詐欺被害人外，有時被利用成詐欺的幫助犯（吳柏緯，2019）；若家屬警覺，即時採取行動，進行監護或輔助宣告，或許可保護患者的財產安全，但在保護財產安全的背後，卻也可能限制失智者自主與自決權。以下先簡單介紹現行監護與輔助宣告制度，其次說明此制度的優點與缺點。

### 一、監護與輔助宣告制度

為保護判斷能力不足之人做出不利於己的法律行為（主要以財產行為，亦即交易相關行為為主），《民法》設有成年監護制度，包含監護宣告與輔助宣告二種類別。監護宣告適用於「因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者」（《民法》第14條第1項），輔助宣告則適用於「因精神障礙或其他心智缺陷，致其為意思表示或受意思表示，或辨識其意思表示效果之能力，顯有不足者」（《民法》第15條之1第1項）。簡言之，監護宣告適用對象的判斷能力較輔助宣告為低。

監護宣告的聲請流程，首先必須由符合條件的聲請人，如本人、配

偶、四等親內之親屬等，向法院聲請監護或輔助宣告（《民法》第14條第1項、第15條之1第1項），再由法院進行審理，審理過程法院會委請精神科專科醫師對患者進行鑑定，且由法官當面訊問鑑定人與患者本人（《家事事件法》第167條）<sup>1</sup>（輔助宣告亦同《家事事件法》第178條第2項規定，第167條之規定準用於輔助宣告事件），患者是否符合上述監護或輔助宣告要件，醫師的鑑定報告具有重要功能（李立如，2015；黃詩淳、陳自強，2019）。再者，法院於裁定監護宣告時，除選定監護人來擔任受監護宣告人之代理人外，亦會指定另一位適當人選，與監護人共同開具受監護宣告人之財產清冊，於2個月內陳報法院。法院裁定確定後，會發給確定證明書，監護人可持裁定書、確定證明書及相關資料至戶政事務所辦理監護宣告與監護人登記。輔助宣告的聲請流程與監護宣告類似，惟大部分無庸指定會同開具財產清冊者（黃詩淳，2015）。

由此可知，監護與輔助宣告，與身心障礙證明的申請，都需經過鑑定，但兩者實為不同的程序。前者係由法院受理，後者則由社政機關（各縣市政府社會局）受理。

鑑定雖為監護宣告之前提，然根據最高法院106年度台簡抗字第255號民事裁定，若因不可歸責於聲請人之事由，致無法鑑定時，法院不得以鑑定困難為由，駁回監護宣告之聲請。換言之，例外情況下，法院似得不經鑑定而為監護宣告。

---

<sup>1</sup> 惟2019年4月24日修正本條後，若「有事實足認無訊問之必要」之情形，法官得不會同鑑定人訊問受監護宣告之人，僅參閱鑑定報告逕為監護宣告亦可。例如受監護宣告之人為植物人之情形。

## 二、監護與輔助宣告的優點

### (一) 使本人免受不利益法律行為之拘束

受監護宣告後，本人將喪失行為能力（《民法》第15條），無法從事任何法律行為，例如買賣、贈與、租賃、委任等，此些行為，均須由監護人代理為之。受輔助宣告後，本人仍有行為能力（有學說上的爭議），惟重大的財產行為，例如消費借貸、消費寄託、保證、贈與、信託、不動產買賣等，須經輔助人同意（《民法》第15條之2第1項）。上述規定的目的，係在防止包含失智症患者在內的判斷能力不足者，被他人利用，例如去購買昂貴的靈骨塔等財務剝削，故限制其行為能力或特定法律行為之效力。當失智症患者受監護或輔助宣告後，法院會將患者本人、監護人、會同開具財產清冊之人、輔助人的姓名、出生年月日、部分身分證字號、公告於網路，且定期傳送予財團法人金融聯合徵信中心，俾供金融服務業查詢<sup>2</sup>。日後，受監護或輔助宣告之失智症患者或其家屬，便能主張患者本人所為之交易無效或未經輔助人同意，進而不受該交易行為之拘束。相較之下，倘若失智症患者未受監護或輔助宣告，從事了交易行為，則患者或家屬若要主張該行為無效，則依照《民法》第75條後段，須舉證其意思表示係在無意識或精神錯亂中所為，並非易事（社團法人台灣失智症協會，2019b）。

### (二) 使本人的財產能有效地被利用

失智症患者的醫療、照顧等，不免要花費金錢，當現金不足時，可能需要提領存款、定存解約、甚至變賣股票、不動產。失智症患者若已

---

<sup>2</sup> 司法院，家事事件公告專區（<http://domestic.judicial.gov.tw/abbs/wkw/WHD9HN01.jsp>）。

經無法辨識此等行為的意義與效力，表現於外的狀況，例如無法正常書寫提款單並與金融機構或地政機關承辦人對話，則很可能被拒絕受理。金融機構若受理，事後家屬對此行爲有異議的話，可如上述（一）所述，依照《民法》第75條主張無效，並對金融機構或地政機關提起訴訟；雖家屬的主張不一定被法院支持，但因有涉訟風險，金融機構等在遇見疑似罹患失智症的客戶時，均會較謹慎。同樣地，若失智者家屬拿著患者本人的存摺、印章前往銀行，欲提款或解約時，家屬不必然有合法的代理權，金融機構通常會進行本人身分查核，發現不符且無合法的委任狀時，亦不會受理；這當然也是爲了避免日後發生紛爭之故（余佳璋，2019）。因此，坊間媒體報導「失智症患者的資產被凍結」，即是此理。

爲了讓失智者的財產不要「被凍結」，而能妥善被運用於照顧本人，且不致讓任何做運用的家屬蒙受被告的風險，也不致讓第三人陷入交易結果不確定的困境，需由一位擁有合法代理權之人，來從事交易行爲，而監護宣告制度即可達成此一目的。

### 三、監護與輔助宣告的缺點

在前述優點之餘，亦有許多文獻提及監護與輔助宣告的缺點，主要討論議題如下：

#### （一）完成監護或輔助宣告程序的困難

對多數失智者家庭而言，了解監護或輔助宣告的法律內涵與程序，已相當困難，更遑論由個別家庭或聲請人獨力完成聲請程序。台灣失智症協會長期協助失智者家庭聲請監護或輔助宣告的觀察發現，前述程序

在執行過程存在諸多不盡友善之處，在法律高牆外，築起另一道難以跨越的制度障礙，使得失智者及其家庭難以接近。舉例而言，無論失智者是否已完成身心障礙鑑定，聲請監護或輔助宣告時，法院會要求失智者至指定醫院，在法院派員陪同下進行重鑑（精神鑑定），而指定醫院可能為非失智者熟悉的就醫處所，陌生環境加上複雜的在場人員，經常引發失智者的焦慮不安（石又敏等，2010），導致重鑑的困難度遠高於一般身心障礙鑑定；此外，法官需當面訊問鑑定人與失智者本人，亦即，失智者需親自回答法官訊問，惟失智者狀態變動頻繁、容易對法院現場感到恐懼而難以如期應訊，或者部分失智者雖認知功能退化至需進行宣告程度，但仍對財務相關議題敏感，故當意識到可能被限制權利，在訊問現場容易有激動反應，甚至返家後仍處於防衛或憤怒情緒，破壞與家人間的信任關係。在其他國家，監護或其他更輕型的支持性措施，並非一定得經過精神鑑定。以日本為例，2019年日本經法院宣告的（廣義）監護制度之使用者，有63.3%為失智者；制度的全體使用者中，僅7%經精神鑑定（最高裁判所事務總局家庭局，2020），其餘均係提出醫師診斷書。而診斷書原則上係由失智者原就醫院之醫師開具（最高裁判所事務總局家庭局，2019），如此可減少上述失智者對不熟悉的環境與人員之緊張以及對家屬的怨懟。

## （二）無從依個人需求調整的代理權及同意權

在意定監護制度立法<sup>3</sup>前，因監護人係由法院選定，本人無法指定，因此，監護人擇定過程被批評不夠尊重失智者自我決定權（林秀雄，2009；戴瑀如，2009）。目前意定監護制度雖已施行，可由失智前的本人與受任人約定，在未來因失智（或其他疾病）受監護宣告時，由

<sup>3</sup> 2019年6月19日修正公布《民法》第14條、增訂第1113-2～1113-10條。

受任人擔任監護人，在尊重本人意思方面略有改善，但成年監護制度仍有下列問題。

首先，監護與輔助宣告偏重失智者特定的生活面向（財產行為），人身事務相關規範相形簡陋，僅《民法》第1112條規定：「監護人於執行有關受監護人之生活、護養療治及財產管理之職務時，應尊重受監護人之意思，並考量其身心狀態與生活狀況。」（戴瑀如，2019b），缺乏對失智者其他生活需求的理解。其次，在對本人發生的效力方面，受監護宣告人係無行為能力人，一旦受宣告後，即無法從事交易行為（鄧學仁，2013），且無從依照本人的實際情況彈性調整。至於受輔助宣告人，雖仍有行為能力，惟其某些重大財產行為須經輔助人同意，然而，此些行為種類已明訂於《民法》第15條之2第1項（如：消費借貸、消費寄託、保證、贈與或信託），法院僅能依需求加以擴張，無從減縮，且輔助人協助本人為決定之方法，僅承認輔助人就特定財產行為有同意權，既無代理權，亦無人身事項之權限，也可能不敷所需（戴瑀如，2019a）。

### （三）在公領域被消失的失智者

監護宣告還有民事法以外的效果，包括：喪失選舉與被選舉權、擔任公職或專門職業的資格喪失、商工業團體之會員等各種會員的資格喪失，換言之，受監護宣告會導致無法參與公領域的討論，而阻絕公民權利的行使機會，造成受監護宣告的失智者在公領域被消失與消音（黃詩淳，2016）。

綜上，為了防堵失智者財產行為的潛在風險，監護宣告使得失智者對其自主參與生活之權利進行難以回復的全面剝奪，強制失智者必須從各個生活參與面向完全撤退；輔助宣告也幾乎只關注失智者財產行為，

同意權的範圍無法根據失智者的需求縮減。然而，失智是漸進的過程，每位失智者的意思能力與家屬能提供的協助不盡相同。監護宣告與輔助宣告這樣的制度無從配合每位失智者的狀況彈性調整，並未完全看見失智者的需求。相較之下，其他國家提供了更輕型的支持性措施，例如日本的補助制度、韓國的特定監護制度、愛爾蘭的共同決定（co-decision making）、決定助手（decision-making assistant）、維多利亞州的支持性監護或財產管理（supportive guardianship and administration），如此才能更廣泛地看見輕度失智者。

## 伍、看見失智者：建議與展望

本文結合理論、文獻整理與工作者實務經驗，讓失智者的處境與獨特之處重新被看見，期能使既有制度與服務網絡能更貼近使用者及其家庭需求，同時排除使用障礙，讓失智者與其他族群有同等獲得醫療、社會福利與法律服務的機會；並藉由橫向與縱向服務網絡的串連，支持失智者於熟悉社區中老化與生活參與。前文已針對失智者在社區、醫療、身障與長照、監護與輔助宣告等服務可能面臨的困難——提出完整分析。以下提出具體改善建議與未來展望：

### 一、對抗汙名化

針對失智症的去汙名化，可以努力的方向有三。首先，為了促使患者和照顧者願意也能夠取得必要協助，改善社區和民衆的態度是重要的中介因素。就此層面，可努力突破目前以鄉鎮市區為單位的友善社區建制方式，發展更為普及化的教育宣導，強化社區層級的一般民衆參與，

普遍地提供教材、訓練和獎勵制度予社區型組織，鼓勵其整合於一般老人的初級照顧及社區支持體系之中，例如老人社區照顧關懷據點、長青食堂、老人會、社區大學等活動，讓更多長者及其家人可以充實風險意識和初級防治能力，合宜地回應自身和他人遭遇失智症的處境。其次，思考可降低失智症負面汙名的命名方式。2013年美國精神醫學會出版的《精神疾病診斷與統計手冊》第五版（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5e [DSM-5]*），已將失智症更名為「神經認知症」（neurocognitive disorders, NCDs）（黃聖筑，2018），另亦有建議改為「記憶障礙」或「認知症」（李盛雯，2018），或直稱阿茲海默症等個別病名。我國也應思考現行用詞的適切性，評估是否做修正。最後，鼓勵將成功老化和活躍老化概念，融入失智症相關政策與服務設計中，藉由賦權高危機人口群、患者及家屬，創造失智者正面形象，改變過去疾病或障礙視角，並尋求促成失智者及其家庭正向改變的可能。

## 二、就醫與診斷過程

考量失智者特性，鼓勵各醫院設置記憶門診，結合熟知失智者特性的神經科或精神科醫生、臨床心理師、社工師與專科護理師，採團隊方式，提供一站式服務，讓失智者在最短時間與就診次數內，同步完成認知測試、抽血檢測、電腦斷層或腦波檢查。同時，醫療院所亦應規劃失智者友善就醫環境與流程，包括：降低失智專科門診的預約人數、延長約診時間間距、柔化空間色調與布置，並提供適合失智者觀賞的節目、裝飾或活動等；同時，亦應重新檢視失智專科門診周邊硬體空間、無障礙環境與動線規劃，以降低候診焦慮、便利失智者進出，並確保其安全（石又敏等，2010）。

### 三、增加專業與非專業服務人員對失智者的服務能力與敏感度

在專業人員部分，凡可能接觸失智者的第一線醫療與長照專業人員，如精神科、神經內科、失智專科醫生與專科護理師、社工師、臨床心理師、其他醫事人員、照管專員、個案管理師、照顧服務員等，都需增進對失智症與福利服務資源的了解，包含失智症病徵、照顧方式、法律權益議題、福利資源與申請訊息等（蔡淑芬，2016）；同時，也需提升與失智者及家屬溝通的能力。例如：前述專科醫生應熟稔於引導個案與家屬提供關鍵訊息，並避免當面對個案症狀做負面表述。在非專業人員部分，失智家庭在就醫前、中、後，以及與社福、法律、長照等各個體系互動過程中，皆應獲得即時、充分的諮詢與支持服務，才能順利與各個體系產生連結，例如：在就診前，家屬即應獲得諮詢服務，了解應如何引導個案就醫，或應提供哪些關鍵訊息、如何陳述，才能協助醫生、照專完成準確評估。

### 四、調整長照評估量表內容，提升對失智者照顧需求鑑別力

針對當前以失能為中心的長照評估制度，國際阿茲海默協會（Alzheimer's Disease International）與阿茲海默協會（Alzheimer's Association），皆建議需在既有評估量表中，加入失智者需要口語提醒（verbal assistance）、看視（supervision）程度，以及協助的時間長度（duration）等內容，以避免個案因不利、不適當、衝動的行為或決策，損及生活品質或權益（Alzheimer's Disease International, 2013; O'Keefe et

al., 2006)。同時，各項 ADLs 與 IADLs 的定義與流程，需清楚定義，以確保不同評估者評估結果的一致性。此外，應加入更多失智者相關身心狀況的題項，並依據不同項目程度差異給予適當權重，以充分反應失智者實際依賴狀況，也使失智者能有相同機會，獲得與同等依賴程度失能者一致的核定結果。

## 五、提升長照服務的整合性、可近性與可使用性

長照服務的即時、連續與可使用性，對失智家庭服務使用意願造成直接影響，也決定長照服務對失智家庭產生實質幫助的程度。因此，主管機關應正視失智照顧資源拓展不易的問題，突破人力、場地、行政與法規限制，增加各類失智服務量能。此外，亦應強化「失智個案管理」的機制，當前長照中心、A 單位或共照中心的「個案管理」，皆以確認照顧需求或照顧成本控管為核心目標，其本質仍為行政控制手段的延伸，用以確保行政作業順利運作，一旦使用者離開公部門供給的長照服務，即同時喪失「被個案管理」資格。然而，真正的「失智個案管理」，應以失智者及其家庭為中心，長期陪伴失智者及其家庭，而非取決於特定服務使用與否。此外，未來服務體系亦應致力於打破各類型失智服務間界線，鼓勵發展各類新型服務模式，讓失智者在不同病程階段，皆可依其意願，有多元、可得的服務可供選擇，且讓不同服務間的轉換能無縫接軌。

## 六、強化失智照顧人員支持措施，認可失智照顧服務價值

未來建議可朝向以下方向努力，提升照服員服務失智者意願：(一)

增加訓練課程可應用性。目前衛福部雖規劃「失智症照顧服務20小時訓練課程」，但訓練內容以授課為多，輔以有限的情境演練，對照顧人員實務工作助益有限，未來可增加實務應用內容與比重，使之更貼近實務現況。（二）強化居家服務督導系統，對照服員在服務過程遇到的問題，如攻擊行為、法律糾紛等，提供即時回應與支持，以降低照服員直接面對案家的壓力。（三）認可失智照顧服務價值。現行給付制度以服務項目為計費基礎，使得確保失智照顧順利進行所需的溝通技巧、關係經營與經驗積累等，難被認可。未來可針對照服員服務失智者資歷、穩定程度，研議對應加給機制，也彌補照服員在期間的心力耗損與情緒勞動。同時，針對輕度失智者常被核定的BA18「安全看視」或BA20「陪伴服務」項目，亦可提供照服員後續在職訓練，如陪伴活動設計、認知促進技巧等，並發展鼓勵措施，以支持照服員豐富工作內容，並為服務成效加值。

## 七、改善監護與輔助宣告制度，增加輕型的支持性決策措施

監護與輔助宣告目的在保護失智症患者的財務安全，並使其財產能被妥善地使用於患者本人的照顧。但完成鑑定並非易事；即使順利完成並被宣告，也可能造成本人權利過度受限、被排除於一般社會生活等問題；甚至可能在法院審理的過程中，家屬對監護人選有意見，致使家庭失和。為了讓失智者的需求被制度看見，可以思考的改善方式包括：將無行為能力與監護宣告制度脫鉤，視失智者的個人需求來決定何種行為受到能力限制（個別化的能力限制、輕型的支持性決策措施）；導入了輕型措施後，更進一步放寬須經精神鑑定的做法；法官在評估失智者須

# Author's personal copy

被看見與不被看見：失智者服務使用與權益保障的困境與挑戰 77

受協助的程度時，不僅參照醫學方面的評估（鑑定或診斷書），還應參照社工對失智者的家庭支持系統所為之評估；培訓律師等專業人才來擔任監護人或輔助人，避免家屬對立，法院選不出適任的監護人或輔助人（黃詩淳，2014；鄧學仁，2013）。

## 參考文獻

- 石又敏、陳玉敏、曾月霞（2010）。〈家屬陪伴失智症患者門診就醫之生活經驗〉。《長期照護雜誌》，14（1），43-56。
- 吳勁儔（2013）。《失智老人家庭雇用外籍看護工之經驗》。國立臺灣大學健康政策與管理研究所碩士論文，臺北市。
- 吳柏緯（2019）。〈失智、詐騙、凍產——高齡社會的金融炸彈〉。《報導者》。資料檢索日期：2020年01月26日。網址：<https://www.twreporter.org/topics/dementia-financial-crisis>。
- 李世代（2000）。〈失智症治療與照護的後續研究議題〉。《應用心理研究》，12（8），11-19。
- 李立如（2015）。〈成年監護制度與法院功能的演進：以受監護人之權益保障為中心〉。《東海大學法學研究》，45，99-170。
- 李伊珊（2010）。《失智老人家屬因應、照顧與福利服務使用狀況之研究》。國立師範大學社會工作研究所碩士論文，臺北市。
- 李盛雯（2018）。〈失智症更名認知症？失智症協會：應尊重醫療專業及輕度患者意見〉。《CNEWS 匯流新聞網》。資料檢索日期2020年01月15日。網址：<https://cnews.com.tw/131180920a/>。
- 余佳璋（2019）。〈避免金融機構凍結財產，安養信託可減緩照顧者經濟壓力〉。《Money 錢雜誌》。資料檢索日期：2020年01月26日。網址：<https://www.money.net.com.tw/article/7364/> 避免金融機構凍結財產安養信託可減緩照顧者經濟壓力。
- 林克能、王培寧、劉秀枝、陳榮基（2012）。〈失智症倫理議題：患者、家屬與醫療人員的共同問題〉。《應用心理研究》，55，101-113。
- 林秀雄（2009）。〈論我國新修正之成年監護制度〉。《月旦法學雜誌》，

164，139-156。

林昭吟、鄭雅之、張恒豪（2018）。〈當「不標準的病人」遇到醫療專業體制：身心障礙者就醫經驗的質化分析〉。《臺大社會工作學刊》，38，99-146。

社團法人台灣失智症協會（2019a）。〈失智人口知多少〉。資料檢索日期：2019年08月07日。網址：<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>。

社團法人台灣失智症協會（2019b）。〈保護失智財務安全，人人有責！〉。資料檢索日期：2020年01月26日。網址：<http://www.tada2002.org.tw/Messages/Content?Id=1036>。

施佩宇、古鯉榕、白明奇、劉立凡（2017）。〈失智症家庭使用長期照顧服務的情形與不使用的因素〉。《台灣公共衛生雜誌》，36（4），375-385。

洪晨碩（2014）。〈彈性病況：失智家庭的照顧軌跡〉。《台灣社會學》，28，59-96。

張安瑜（2017）。《失智照顧「男」不難？男性照顧者之照顧歷程與日照服務使用經驗》。國立臺灣大學社會工作研究所碩士論文，臺北市。

陳宜婷（2011）。《失智老人家庭照顧者使用居家服務經驗之初探》。國立政治大學社會工作研究所碩士論文，臺北市。

陳惠姿、李孟芬（2000）。〈臺灣失智者的照護現況與展望〉。《應用心理研究》，7，191-199。

最高裁判所事務總局家庭局（2019）。〈成年後見制度における診断書作成の手引、本人情報シート作成の手引〉。資料檢索日期：2020年07月03日。網址：<https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/202002tebiki.pdf>。

- 最高裁判所事務總局家庭局（2020）。〈成年後見關係事件の概況——平成31年1月～令和元年12月〉。資料檢索日期：2020年07月03日。  
網址：<https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2020/20200312koukengai/ikyoku-h31.pdf>。
- 黃聖筑（2018）。〈921 國際失智症日：美國精神醫學會已把失智症更名爲神經認知症〉。《Heho 健康》。資料檢索日期2020年01月15日。  
網址：<https://heho.com.tw/archives/23103>。
- 黃詩淳（2014）。〈從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之成年監護制度〉。《月旦法學雜誌》，233，136-152。
- 黃詩淳（2015）。〈輔助宣告與開具財產清冊：臺灣高等法院九十九年度抗字第一二八九號民事裁定〉。《月旦裁判時報》，40，91-93。
- 黃詩淳（2016）。〈從心理學的老化理論探討臺灣之成年監護制度〉。《月旦法學雜誌》，256，69-81。
- 黃詩淳、陳自強（2019）。〈「監護宣告之實務與課題」座談會紀錄〉。在黃詩淳與陳自強（合編），《高齡化社會法律之新挑戰：以財產管理爲中心》（2版），頁441-501。臺北：新學林出版股份有限公司。
- 劉德卿（2012）。《以計畫行爲理論預測失智症家屬陪同患者就醫的行爲意圖》。中原大學心理學研究所碩士論文，桃園市。
- 蔡淑芬（2016）。《誰來照顧失智症者？探討失智症家庭照顧者的服務資源使用》。國立臺灣大學社會工作研究所碩士論文，臺北市。
- 衛生福利部（2016）。〈長期照顧十年計畫2.0(106～115年)(核定本)〉。資料檢索日期：2019年08月07日。網址：<https://www.mohw.gov.tw/dl-46355-2d5102fb-23c8-49c8-9462-c4bfeb376d92.html>。
- 衛生福利部（2018a）。〈民衆版失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0〉。資料檢索日期：2019年08月07日。網址：<https://1966.gov>。

tw/LTC/cp-4020-42469-201.html。

衛生福利部 (2018b)。〈失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0〉。資料檢索日期：2019 年 08 月 08 日。網址：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4020-42469-201.html>。

衛生福利部 (2019a)。〈身心障礙者人數按季〉。資料檢索日期：2019 年 08 月 07 日。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2976-13815-113.html>。

衛生福利部 (2019b)。〈照顧管理評估量表 v2〉。資料檢索日期 2019 年 08 月 22 日。網址：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4015-42461-201.html>。

衛生福利部 (2020a)。〈108 年失智共同照護中心設置單位一覽表〉。資料檢索日期：2020 年 01 月 14 日。網址：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4022-42471-201.html>。

衛生福利部 (2020b)。〈各縣市長照資源布建情形及服務費用申報情形〉。資料檢索日期：2020 年 01 月 14 日。網址：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3948-41555-201.html>。

衛生福利部社會家庭署 (2021)。〈身心障礙鑑定及需求評估程序〉。資料檢索日期：2021 年 04 月 12 日。網址：<https://dpws.sfaa.gov.tw/issuance-certificate-3-detail-1.html>。

鄧學仁 (2013)。〈台灣成年監護之現況與課題〉。《全國律師雜誌》，17 (5)，4-17。

盧佩琳 (2011)。《居家照顧服務員溝通失智症經驗之初探》。國立臺灣大學社會工作研究所碩士論文，臺北市。

盧鴻毅、劉珈瑋、曹汶龍 (2017)。〈在真實與虛擬之間相互取暖：社會支持對失智症病人照顧者的意義〉。《傳播與社會學刊》，42，145-

188。

戴瑀如 (2009)。〈初探德國成年輔助法：兼論我國成年監護制度〉。《月旦法學雜誌》，167，137-150。

戴瑀如 (2019a)。〈由聯合國身心障礙者權利公約論我國成年監護制度之改革〉。在黃詩淳與陳自強 (合編)，《高齡化社會法律之新挑戰：以財產管理為中心》(2版)，頁55-77。臺北：新學林出版股份有限公司。

戴瑀如 (2019b)。〈監護與輔助宣告下之醫療自主權：以意思能力為中心〉。在黃詩淳與陳自強 (合編)，《高齡化社會法律之新挑戰：以財產管理為中心》(2版)，頁127-156。臺北：新學林出版股份有限公司。

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〉。《國土與公共治理季刊》，7 (1)，92-95。

鍾詔安、康心有 (2020)。〈失智者財產行為涉訟案件觀察〉。資料檢索日期：2020年07月03日。網址：[https://web.ntnu.edu.tw/~hlshao/107\\_DH/dementia.html](https://web.ntnu.edu.tw/~hlshao/107_DH/dementia.html)。

羅彥傑 (2016)。〈失智、汙名與健康促進：評析我國對老人的健康宣導策略〉。《中國廣告學刊》，21，34-64。

Alzheimer's Disease Association Singapore [ADA Singapore] (2015 譯)。《2012 全球失智症報告戰勝失智症汙名化現象精簡報導》。資料檢索日期：2020年01月15日。網址：<http://alz.org.sg/wp-content/uploads/2017/04/Report-World-Alzheimer-Report-2012-Executive-Summary-Mandarin.pdf>。

Alzheimer's Disease International (2013). *World Alzheimer Report 2013-Journey of Caring: An Analysis of Long-term Care for Dementia*.

- UK, London: Alzheimer's Disease International.
- Boustani, M., A. J. Perkins, P. Monahan, C. Fox, L. Watson, J. Hopkins, B. Fultz, Siu Hui, F. W. Unverzagt, C. M. Callahan, & H. C. Hendrie (2008). Measuring Primary Care Patients' Attitudes about Dementia Screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 812-820.
- Kane, R. L., M. G. Saslow, & B. Brundage (1991). Using ADLs to Establish Eligibility for Long-term Care Among the Cognitively Impaired. *The Gerontologist*, 31(1), 60-66.
- Koch, T., & S. Iliffe (2010). Rapid Appraisal of Barriers to the Diagnosis and Management of Patients with Dementia in Primary Care: A Systematic Review. *BMC Family Practice*, 11(1), 1-8.
- Neville, C., E. Beattie, E. Fielding, & M. MacAndrew (2015). Literature Review: Use of Respite by Carers of People with Dementia. *Health and Social Care in the Community*, 23(1), 51-63.
- O'Keefe, J., J. Tilly, & C. Lucas (2006). *Medicaid Eligibility Criteria for Long Term Care Services: Access for People with Alzheimer's Disease and Other Dementias*. USA, Washington DC: AARP.
- Phillipson, L., C. Magee, & S. C. Jones (2014). Why Carers of People with Dementia Do Not Utilize Out-of-home Respite Services. *Health and Social Care in the Community*, 21(4), 411-422.
- van Oorschot, W. (1995). *Realizing Rights: A Multidimensional Approach to Non-take-up of Means-tested Benefits*. Aldershot: Avebury.
- Vernooij-Dassen, M. J., E. D. Moniz-Cook, R. T. Woods, J. De Lepeleire, A. Leuschner, O. Zanetti, J. de Rotrou, G. Kenny, M. Franco, V. Peters, & S. Iliffe (2005). Factors Affecting Timely Recognition and Diagnosis

# Author's personal copy

84 臺灣社會福利學刊

of Dementia Across Europe: from Awareness to Stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 377-386. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1302>.

World Health Organization [WHO] (2018). Draft Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia. Retrieved June 24, 2010, from [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_28-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-en.pdf?ua=1).