



國立中山大學公共事務管理研究所

碩士論文

Institute of Public Affairs Management

National Sun Yat-sen University

Master's Thesis

以層級分析法探討離島建置失智友善社區之關鍵策略

Using the Analytic Hierarchy Process to Explore Key Strategies
for Building Dementia-Friendly Communities in Offshore Islands

研究生：林聖凱

Sheng-Kai Lin

指導教授：謝政勳 博士

Dr. Cheng-Hsun Hsieh

中華民國112年10月

October 2023

論文審定書

國立中山大學研究生學位論文審定書

本校公共事務管理研究所碩士在職專班

研究生林聖凱（學號：N104040024）所提論文

以層級分析法探討離島建置失智友善社區之關鍵策略
Using the Analytic Hierarchy Process to Explore Key Strategies for Building
Dementia-Friendly Communities in Offshore Islands

於中華民國 112 年 8 月 14 日經本委員會審查並舉行口試，符合碩士學位論文標準。

學位考試委員簽章：

召集人 葉晉嘉		委員 謝政勳	
委員 程紋貞		委員	_____
委員	_____	委員	_____

指導教授(謝政勳)  (簽名)

謝誌

回憶當年報考公事所，僅為工作上能夠透過不同視野帶來新的觀點，如今來看，兩年的求學時光，除了技術與學識以外，對我的價值觀與思維方式更是帶來諸多深遠影響，其中效益遠遠超出期待，為此，謹撰謝誌以銘之。

首先，感謝指導教授謝政勳博士，謝謝您給予學生修業與論文寫作的諸多細心指導、授業與解惑，以及示範嚴謹的治學精神，使論文得以完竣。由衷感謝葉晉嘉博士與程紋貞博士兩位口試委員的珍貴建議，使本論文更加純熟圓滿。

感謝所上彭渢雯老師、林新沛老師、吳偉寧老師、蔡錦昌老師、游尚儒老師、謝旭昇老師以及張瓊婷老師於公共事務領域各學科的精實授業，使學生得以充實學識並鍛鍊思考。謝謝麗敏助理提供的所有資訊、支援以及提醒，使諸多事務得以遂行。修業期間並承蒙偉寧老師與奕志學長的提點與鼓勵，謝謝你們！

謝謝澎湖班同窗珮玲、瑞恩、宜君、永仁與牧慈，彼此勉勵、支持渡過學業難關，並共同探究學問，留下許多美好時光。謝謝研究過程中的所有參與專家與過去工作接觸過的失智症家庭，將您們寶貴的實務經驗與我分享，得以完成拙作並期為我熱愛的故鄉帶來微薄貢獻。

感謝母親、姐姐、太太，沒有你們的陪伴與包容，我無法同時兼顧工作、學業與家庭，並且完成論文。謝謝吾兒，在無數夜深人靜、挑燈夜戰的時刻，只要望著你無暇的小臉，就能夠忘卻疲憊繼續前行。謝謝兩年前報考公事所的自己，當初的堅持與勇氣，得以收穫充實的問學旅程。

最後，謹將本篇論文獻給天上的父親，從今而後，我們不只父子，亦為學長學弟。

林聖凱謹誌於

中山大學公共事務管理研究所

中華民國一一二年十月

中文摘要

我國於人口快速老化趨勢之下，失智照護已為家庭、社區、社會與國家必須重視的議題，而失智友善社區為世界失智照護五大核心發展方向，亦列入我國失智政策綱領 2.0 重要方案之一。然而，基於離島獨特社區文化與地理特色、人力物力資源限制，澎湖縣缺乏具理論基礎之推動離島失智友善社區的關鍵策略與策略工具。

本研究綜整失智友善社區組成元素相關文獻、次集資料分析離島失智友善社區特徵與困難，以使命、目標、策略三個階層建置推動離島失智友善社區策略架構。並以層級分析法探討學者、專業人士、地方政策推動者以及第一線服務提供者四類領域共 25 位專家的看法，進而分析策略行動的優先性，提供實務推動者與轄內政策制定者參考。

研究結果發現，「社區包容與支持」為建置離島失智友善社區最關鍵策略目標，其次依序為「改善照護與服務」、「提升社區意識/去除汙名化」與「賦權失智者」；「友善居民訓練」則為最優先策略方案。

延續研究結果，本研究提出推動離島失智友善社區之實務建議，包括「優先於推動目標社區執行失智友善居民訓練」、「運用失智友善社區(DFC)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」、以及「善用離島社會資本發展失智友善社區並形成失智友善策略聯盟」，以供實務推動者參考。

關鍵字：失智友善社區、失智照護、關鍵策略、層級分析法、離島

Abstract

In Taiwan, with the rapid aging population trend, dementia care has become an issue that families, communities, societies, and nations must pay attention to. Dementia-friendly communities are one of the five core development directions in global dementia care and are also included as an important program in Taiwan's Dementia Policy Guideline 2.0. However, due to the unique cultural and geographical characteristics of the offshore islands and limitations in manpower and resources, Penghu County lacks key strategies and tools with a theoretical foundation to promote dementia-friendly communities on the islands.

This study integrates relevant literature and secondary data to analyze the characteristics and challenges of dementia-friendly communities on the offshore islands. A strategic framework for promoting dementia-friendly communities on the islands is established at three levels: mission, goals, and strategies. The Analytic Hierarchy Process is used to explore the perspectives of 25 experts in four domains including of scholars, professionals, local policy advocates, and frontline service providers, and to analyze the priority of strategic actions, providing reference for practical implementers and policymakers within the jurisdiction.

The research findings reveal that "community inclusion and support" is the most critical strategic goal for building dementia-friendly communities on the offshore islands, followed by "improving care and services," "raising community awareness/eliminating stigma," and "empowering people living with dementia" in sequence. "Friendly resident training" is the most prioritized strategy.

Continuing the research results, this study puts forward practical suggestions for promoting dementia-friendly communities on offshore islands, including "prioritizing dementia-friendly resident training in target communities", "using dementia-friendly community design principles to enhance environmental friendliness", "guiding communities in developing dementia-friendly services", "supplementing remote island healthcare capacity with convenient dementia care services ", " leveraging social capital to develop dementia-friendly communities and forming dementia-friendly strategy alliances".

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

目錄

論文審定書.....	i
謝誌.....	ii
中文摘要.....	iii
Abstract.....	iv
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究問題與目的.....	7
第三節 研究方法與流程.....	8
第四節 研究名詞釋義.....	9
第二章 文獻回顧.....	11
第一節 失智友善社區的概念.....	11
第二節 失智友善社區發展趨勢.....	13
第三節 失智友善社區相關研究探討.....	16
第四節 失智友善社區組成元素與架構.....	21
第五節 失智友善社區推動策略.....	23
第三章 澎湖失智友善社區之現況分析.....	35
第一節 澎湖縣失智症人口推估與分析.....	35
第二節 澎湖縣內失智症相關照護資源盤點.....	43
第三節 離島失智友善社區特徵與困難.....	50
第四節 小結.....	53
第四章 研究設計.....	55
第一節 層級分析法.....	55
第二節 層級分析法操作程序.....	57
第三節 運用層級分析法之適用性.....	61
第四節 建置離島失智友善社區策略架構與概念定義.....	62
第五節 研究對象.....	67
第六節 專家問卷設計與發放流程.....	70
第五章 實證研究分析.....	73
第一節 整體專家結果分析.....	73
第二節 各組結果比較分析.....	80
第三節 綜合分析.....	93
第六章 結論與建議.....	101
第一節 研究結論.....	101
第二節 研究建議.....	103
第三節 研究限制.....	106
參考文獻.....	108
附錄一 2021 年澎湖地區 96 個村里失智人口估算表.....	119
附錄二 澎湖在地失智相關資源分佈表.....	128
附錄三 層級分析法專家問卷.....	134
附錄四 使用 DFC 友善環境設計原則規劃行動範例-以社區活動中心為例.....	148
附錄五 層級分析法個別專家權重值總表.....	149

圖次

圖 1 世界主要國家高齡化轉變速度直條圖.....	1
圖 2 我國 65 歲以上失智症盛行率(每 5 歲級距區分).....	2
圖 3 研究流程圖	8
圖 4 失智友善社區架構圖	21
圖 5 AHP 層級結構示意圖.....	56
圖 6 層級分析法操作步驟流程圖	60
圖 7 本研究離島失智友善社區策略架構	63
圖 8 四組策略目標權重值長條圖比較	81
圖 9 四組「賦權失智者」策略目標下策略方案權重值長條圖比較	87
圖 10 四組「社區包容與支持」策略目標下策略方案權重值長條圖比較	88
圖 11 四組「改善照護與服務」策略目標下策略方案權重值長條圖比較.....	90
圖 12 四組「提升社區意識/去除汙名化」策略目標下策略方案權重值長條圖比較.....	92
圖 13 建置離島失智友善社區策略目標分組堆疊橫條圖	94
圖 14 建置離島失智友善社區策略方案圖	96
圖 15 離島失智友善社區三階段策略方案圖	97

表次

表 1 2021 年台灣 50 歲以上失智者人數表	3
表 2 國內外失智友善社區發展脈絡	14
表 3 國內外失智友善社區相關研究	17
表 4 失智友善社區策略目標	22
表 5 澎湖縣失智比例與全國比較表	36
表 6 2021 年澎湖地區一市五鄉失智人口估算表	36
表 7 2021 年澎湖地區二三級離島失智人口估算表	38
表 8 2021 年澎湖地區失智無失能人口估算表	40
表 9 2021 年澎湖地區失智症不同階段人口估算表	40
表 10 2021 年澎湖地區男女比例之失智人口估算表	41
表 11 2021 年澎湖地區輕度認知障礙人口估算表	41
表 12 澎湖各行政區失智資源涵蓋數與單位數	49
表 13 AHP 評估尺度意義及說明	56
表 14 推動離島失智友善社區策略意涵	64
表 15 專家名單統整表	68
表 16 離島建置失智友善社區策略架構權重值總表	74
表 17 離島建置失智友善社區策略目標層權重值排序	75
表 18 離島建置失智友善社區策略方案層權重值排序	75
表 19 「賦權失智者」策略目標下策略方案之相對權重值排序	77
表 20 「社區包容與支持」策略目標下策略方案之相對權重值排序	78
表 21 「改善照護與服務」策略目標下策略方案之相對權重值排序	78
表 22 「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 ..	79
表 23 策略目標層組間權重值比較表	81
表 24 策略目標名次次數分配表	83
表 25 四組之優先與次要策略目標群之權重值與內部優先性	83
表 26 「賦權失智者」策略目標層下策略方案組間權重值比較表	86
表 27 「社區包容與支持」策略目標層下策略方案組間權重值比較表	88
表 28 「改善照護與服務」策略目標層下策略方案組間權重值比較表	90
表 29 「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	92

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

一、研究背景

(一)我國人口結構快速老化

依據行政院國家發展委員會(2020)之中華民國人口推估報告顯示，我國人口結構呈現老化趨勢，自 1993 年起，我國 65 歲以上老年人口占比達 7%，達到聯合國世界衛生組織(World Health Organization, WHO)所定義之高齡化社會。2018 年，65 歲以上老年人口比率超過 14%，進入高齡社會，於 2025 年將突破 20%，邁入超高齡社會。2020 年起，我國死亡率正式超越出生率，未來人口趨勢轉為負成長，此少子化趨勢連帶加速人口老化的進程，如圖 1 主要國家高齡化轉變速度可見，我國高齡社會轉超高齡社會僅花 7 年，對比全世界主要國家，與韓國、新加坡並列世界第一(行政院國家發展委員會，2020)。

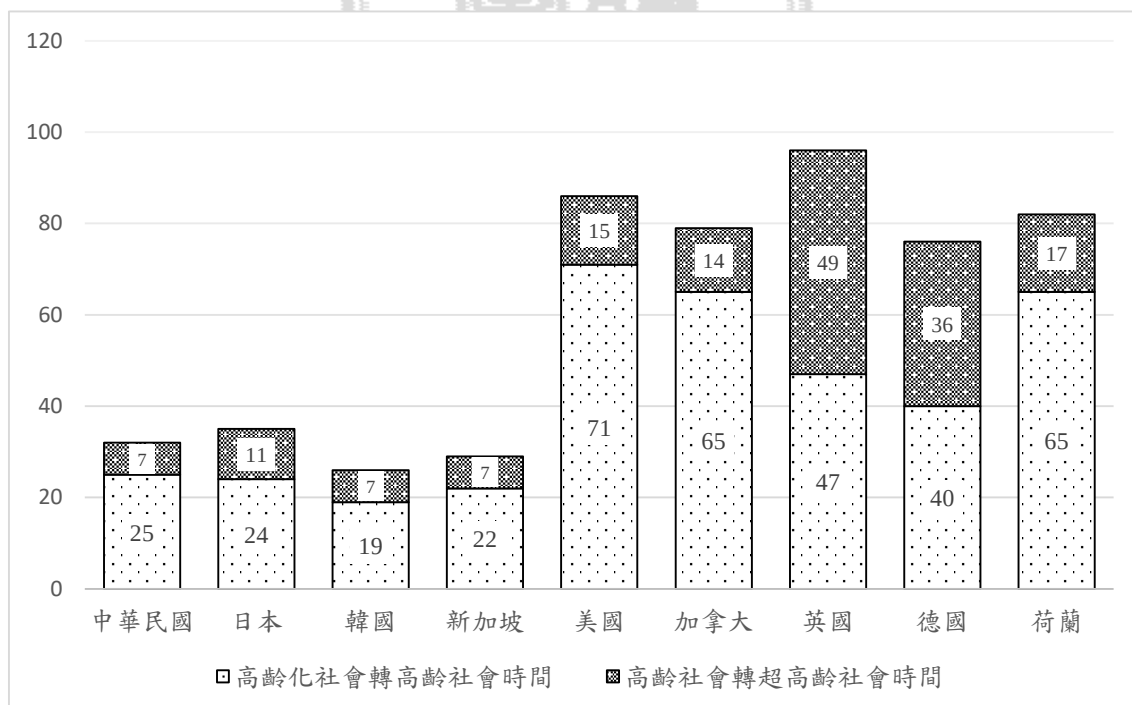


圖 1 世界主要國家高齡化轉變速度直條圖

資料來源：行政院國家發展委員會(2020)；本研究整理繪製。

(二)人口老化提高失智症比例

依據衛生福利部(2013)委託台灣失智症協會施行失智症流行病學調查，結果顯示 65 歲以上每 5 歲之失智症盛行率分別為：65-69 歲 3.40%、70-74 歲 3.46%、75-79 歲 7.19%、80-84 歲 13.03%、85-89 歲 21.92%、90 歲以上 36.88%。參照圖 2 可見兩個重要特徵，其一為「年紀越大盛行率越高」，其二為「每五歲盛行率有倍增之趨勢」。隨著我國老化指數越高，罹患失智症的人口將明顯提高，於民國 109 年以此盛行率推估全國失智症患者達 29 萬，未來 40 年失智者將達 88 萬(衛生福利部，2021a)。

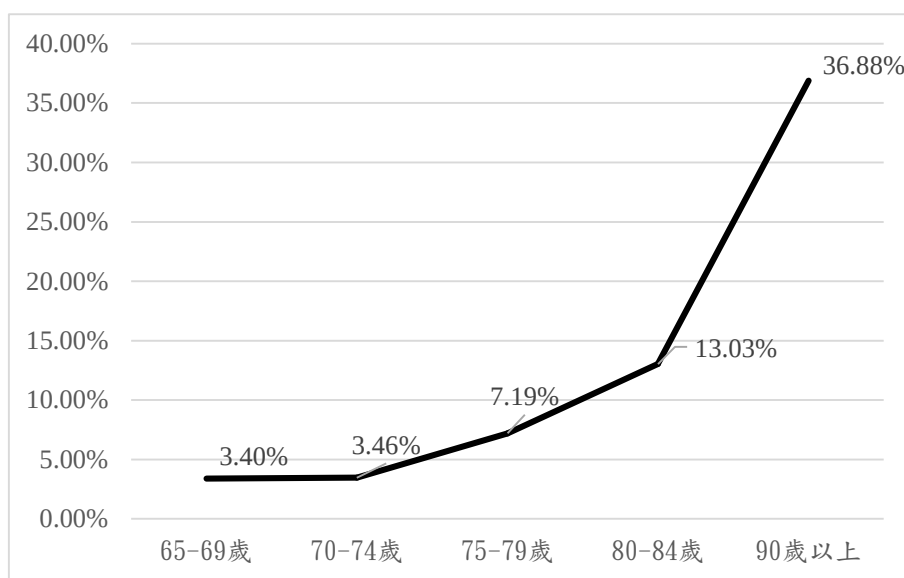


圖 2 我國 65 歲以上失智症盛行率(每 5 歲級距區分)

資料來源：台灣失智症協會(2013)；本研究整理繪製。

(三)失智症患者多生活於社區中

依據前述台灣失智症協會(2013)之流行病學調查，50-64 歲盛行率為 0.1%、65 歲以上為 8%，失智症者中無達到失能¹比率為 41.1%，而失智者無論是否失能，有近九成居住在社區當中。以我國 110 年 12 月底人口總數計算(如表 1)，符合長照

¹ 依據長照十年計畫 2.0(衛福部，2015)，失能泛指日常生活功能(activities of daily living, ADLs)或者工具性日常生活功能(instrumental activities of daily living, IADLs)損傷致使需要長期照顧。

2.0 服務對象之 50 歲以上失智者約有 32 萬人，其中失智無失能達 13 萬餘人。

表 1 2021 年台灣 50 歲以上失智者人數表²

年齡層	人數
50-64 歲人口數	5,275,928
50-64 歲失智者數 (盛行率 0.1%)	5,276
65 歲以上人口數	3,939,033
65 歲以上失智者數 (盛行率 8%)	315,122
50 歲以上失智者數	320,398
50 歲以上失智者無失能 (無失能比率 41.1%)	131,684

資料來源：台灣失智症協會(2013)；行政院內政部戶政司(2021)；本研究整理製表。

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大量協助，仍於社區中移動、使用社區資源、參加社區活動等。

爰此，在全台各個社區之中，民眾遇到失智者及其照顧者的機率越來越高，社區的友善程度將決定其是否具有足夠的適應力以因應失智症帶來的諸多影響。

(四)失智友善社區之重要性

失智症並非僅有醫療議題，世界衛生組織(2017)認為，失智症除了個人醫療上的問題，同時包括國家、社會、社區與家庭上的影響，並可分為經濟面向、人權面向以及家庭面向。從經濟面向探討，照顧失智症相當昂貴，依據 2015 年「失智症亞太地區盛行報告」估計，台灣於當年的失智症「醫療成本」約 4 億多美元、「非

² 以 2021 年 12 月底行政院內政部戶政司統計人口數計算。

醫療成本」約 33 億多美元、「非正式照護成本」約 32 億美元，總計近 70 億美元。從人權面向來看，對於失智者與照顧者的賦權，符合聯合國身心障礙者人權公約的精神，保障其相關參與的權益。從家庭面向來看，許多家屬為了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)，進而影響國家經濟發展。

於長期照顧的艱辛奮鬥下，失智照顧者因照顧負荷沉重，影響身心健康，主要照顧者也逐漸成為病患背後的「隱形病人」(邱麗蓉等，2007)；失智照顧者因照顧壓力易有憂鬱現象(McNaughton et al., 1995)；國際失智症協會委託倫敦政經學院執行「對失智症的態度」調查問卷，其中全球 75%照顧者表示「時常感到兼顧照顧與其他職責的壓力」，超過 50%照顧者表示「照顧職責為自己健康帶來負面影響」(Alzheimer's Disease International, 2019)。

家庭功能包括「養育」、「情感」、「經濟」、「社會化」與「賦予社會地位」、健康照護(Friedman, 2003)，對於個體而言，家庭提供的支持依主要功能可分為「情緒性支持」、「訊息性支持」以及「實質性支持」(黃俐婷，2004)，於人口結構高齡少子化，將改變家庭結構並削弱支持功能，加上多元家庭型態的趨勢，亦將使家庭需求與滿足更加複雜；另依據衛生福利部統計 110 年第三季我國列冊需關懷獨居老人達 42,603 人，獨居長者除因生活型態之環境刺激過少更易罹患失智症外，也常因少子化影響，加劇失智症老老照顧、身障者互相照顧的現象。

綜上所述，可以歸納以下四點，顯現失智友善社區的重要性日趨重要：

1. 照顧者與社會照顧失智症成本高昂，需透過失智友善社區降低照顧成本或潛在成本。
2. 失智症呈現多元議題，並且廣泛發生於社區當中。
3. 照顧者壓力沉重且成為潛在疾病候選人，亦或者為身心障礙者，需要社區支持以渡過難關。
4. 傳統家庭結構改變與少子化衝擊，需要社區承擔更多責任。

(五)失智友善社區之離島偏鄉議題

離島偏鄉執行失智服務具有諸多困境，交通為其最大限制(衛生福利部，2021a)，以澎湖二三級離島為例，其疑似失智長者若須完整完成失智症檢查³，則需坐船至馬公市，若起東北季風導致交通癱瘓，則無法檢查，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，則可能危及生命，同樣交通也會限制失智照護專業人員至離島的頻率、便利性與即時性。綜上，交通將限制離島偏鄉居民之失智症診斷前檢查、失智症診斷後照護以及緊急醫療情境之運輸。

其次為失智症照顧人力的缺乏，失智症各個階段的照顧皆相當消耗人力成本，照護人力因需要具有相關知能的訓練，亦會增進其養成成本，如 2018 年起，照服員需額外受失智照顧 20 小時訓練，始可服務失智者。在離島偏鄉的社區中，相對於都會區，可取得的失智照顧人力與因應失智之專業支持服務較少。

綜上，為因應全球失智海嘯迅速猛烈的多面向衝擊，世界各國正協同國內外重要公私組織加緊推動失智友善社區，符合世界衛生組織(2017)全球失智症行動計畫提及改善失智者與照顧者之生活品質並降低失智症各層面影響，亦能夠對多元對象如失智家庭、社區組織、政府、企業有所助益(Alzheimer's Australia, 2015a; Alzheimer's Disease International, 2016)。惟推動離島失智友善社區策略架構為何？相關政策制定者、實務推動者、專家與學者對於失智友善社區推動策略之權衡看法之比較為何？本研究嘗試探討於離島地區推動失智友善社區之關鍵策略，以做為政府與失智友善社區推動者擬定政策與推動策略之參考。

二、研究動機

依據全球失智症行動計畫，其目標為「改善失智症患者、照顧者及家屬之生活

³ 依據失智診察手冊，失智症診察為醫師診察、實驗室檢查與認知檢測三個部分，其中實驗室檢查包含頭部電腦斷層或磁振影像檢查，在二三級離島地區衛生所多因設備因素無法完成。

品質，降低失智症對患者、照顧者、家屬、社區和國家所帶來的衝擊。」(WHO, 2017)，失智症照顧者面對失智者的精神行為問題衍生龐大的照顧負荷，也經常衍生疾病，在目前多數失智症無法治癒的基礎下，生活品質為重要的照顧指標，而友善社區之宗旨與定義，能夠提高失智者之生活品質外，也可以讓生活變得更有意義、有目的性和價值(Bartholomew & Moore, 2014)。

澳洲失智症協會(Alzheimer's Australia)於 2015 年提出失智友善社區架構，以與失智共處的人為本體，即包括失智者與照顧者，以促進包容、去除汙名與提升意識與改善照護與服務作為核心概念協助融入社區，於社區、組織團體與合作當中運作(Alzheimer's Australia, 2015a)。Alzheimer's Australia(2015a)指出合作的定義，為「推動社會變革需要集體努力，需透過各層級政府單位、非營利組織、國家與各地失智症協會、社區團體的合作才能達成」，此即為凝聚核心價值與目標，以公私協力促進失智友善社區的建立，以達到良善治理的理念。

然而，失智友善社區推動過程需要考量多元利害關係人的相關影響、各個面向與要素的效應以及隱藏的風險與困難，在如此複雜情境下進行決策，要如何考量推動策略以及構面指標的權重就顯重要。學者 Saaty 於 1971 年為了於不確定因素下複雜決策過程，提出層級分析法，其目的則在於評估各項因素重要性而解決決策問題，此核心概念契合失智友善社區關鍵策略之探討。

依據文獻，失智友善社區為近年失智領域重要發展方向，各國失智協會皆戮力發展指引手冊與報告、建置友善社區實例，國內亦有學者制定台北市友善社區指標包括友善需求指標與具體策略，目前則缺乏因應澎湖離島特性之策略架構；依據實務經驗，研究者任職於澎湖縣失智共同照護中心，於 2019 年參與協助澎湖縣衛生局設置三處失智友善社區示範點，共同合作對象包括政府、社區工作者、失智家庭，地點包含馬公市光明社區、馬公市烏坎社區以及望安鄉東垵社區，有感於失智友善社區建置過程，缺乏涵括澎湖地方實務推動者與專家學者因地制宜之策略建議。

綜上文獻與實務經驗，聚焦以下問題：

- (一)、缺乏澎湖縣推動失智友善社區之特色與困境分析，以及相關推動策略。
- (二)、缺乏澎湖縣轄內社區失智相關之現況分析與調查，以提供實務推動者參考。
- (三)、友善社區實務推動者如何爬梳廣泛與龐雜的建置策略，策略是否具優先性？
- (四)、承上，對於資源相對缺乏的澎湖縣而言，推動失智友善社區之關鍵策略為何？

從上述問題以及文獻整理後發想本研究核心動機如下：

- (一)、補足澎湖縣社區失智現況分析與離島推動失智友善社區之特徵與困難。
- (二)、補足學者、專家與實務工作者等利害關係人對於離島失智友善社區推動策略之看法。
- (三)、建置離島推動失智友善社區策略架構，萃取離島關鍵策略。
- (四)、以實證基礎之研究成果俾便地方政府與實務推動者運用。

第二節 研究問題與目的

延續前節研究動機，本研究經過自身觀察以及文獻回顧，提出以下問題：

- (一)、澎湖縣之失智症現況為何？相關資源分佈為何？離島推動失智友善社區之特徵與困難為何？
- (二)、承上，推動離島失智友善社區之策略架構為何？
- (三)、相關學者、專家與實務工作者對於推動離島失智友善社區關鍵策略的看法為何？其建構策略是否具有優先性？
- (四)、瞭解上述問題後，政府與實務推動者應該如何制定相關政策與執行策略？

延續上述研究問題，提出本研究主要目的：

- (一)、調查澎湖縣失智症與資源現況並分析推動失智友善社區之特徵與困難。
- (二)、建構澎湖縣推動失智友善社區策略構面，並建入概念性定義。
- (三)、分析相關學者、專家與實務推動者對於推動離島失智友善社區策略之權重差異比較與優先性，並提供建議。

第三節 研究方法與流程

本研究定題為「離島建置失智友善社區之關鍵策略」，以次級資料分析澎湖縣失智現況與離島失智友善社區特徵與困難，並聚焦國內外失智友善社區核心概念、推動重要策略之主題文獻，以建構推動策略；再設計撰寫問卷，並採用立意抽樣法瞭解相關專家的見解，以層級分析法(AHP)進行策略指標權重分析，依分析結果撰寫結論，以提供地方政府相關政策與後續研究之建議。本研究之研究流程圖如圖3所示。

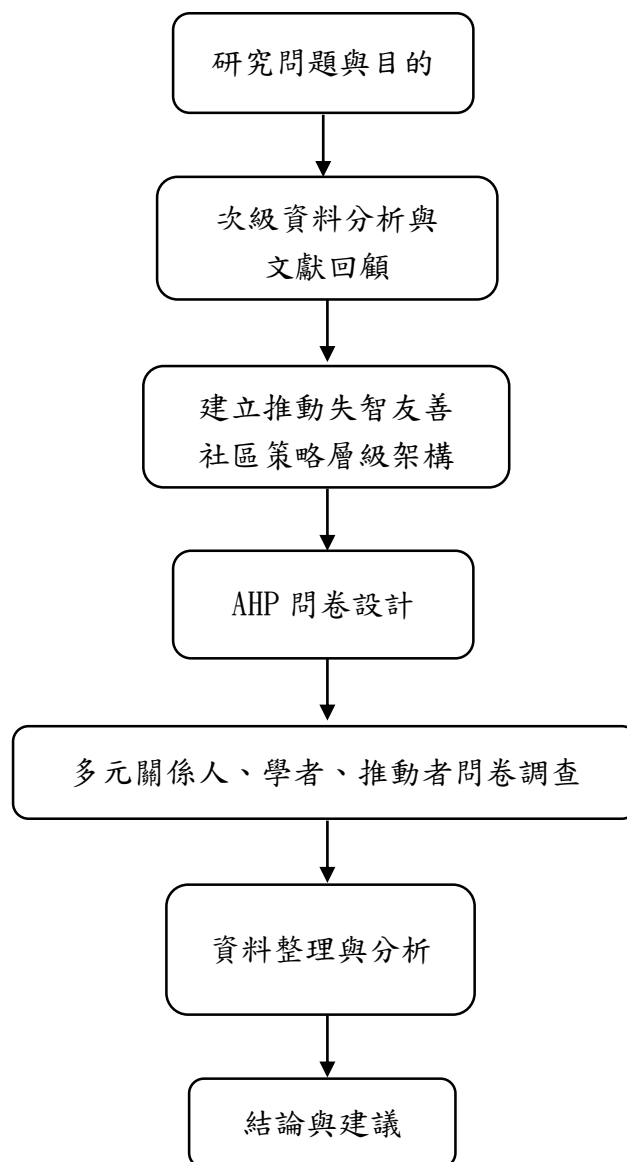


圖3 研究流程圖

資料來源：本研究自行繪製

第四節 研究名詞釋義

一、失智症(Dementia)

依據衛生福利部醫事司於 2017 年出版之《失智症診療手冊》指出失智症為一種腦部神經疾病，並且廣泛造成認知功能下降。其認知功能障礙包括「記憶與學習功能、注意力、語言功能、知覺-空間-動作整合功能、推理-計算-組織-規劃等執行功能、障礙或社交認知功能等」，並且認知缺損影響到日常生活功能的獨立程度 (American Psychiatric Association, 2013/2014)。

失智症亦非只影響失智者本身，有極高比例失智者於病程中出現精神行為症狀⁴，「增加照顧者身體、心理、社會及經濟上的沉重負擔，也增加社會成本」(社團法人台灣失智症協會等，2017)。

二、失智友善社區(Dementia Friendly Community)

失智友善社區的理念是以失智者與照顧者作為核心，使其充權得以發揮價值、並融入生活與社區。失智友善社區可被定義為「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」(Alzheimer's Disease International, 2016)；或為「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。在失智友善社區人們可以察覺與瞭解失智症，失智者感到融入與參與，且有機會掌控他們每日的生活」(Alzheimer's Society, 2013)。

三、離島(Offshore Islands)

依據《聯合國海洋法公約》第 121 條，島嶼定義為「四面環水並在高潮時高於水平面的自然形成的陸地區域」；而我國離島建設條例第 2 條指出，離島為「與臺灣本島隔離屬我國管轄之島嶼」。澎湖群島符合上述定義，並為台灣唯一島縣，本研究所指之離島地區為澎湖縣一市五鄉，包括馬公市、湖西鄉、白沙鄉、望安鄉與七美鄉。

⁴ 黃正平(2006)綜整國內外精神行為症狀之研究，可區分為憂鬱症狀、妄想症狀、錯認症狀、幻覺與行為障礙，除了降低失智者與照顧者的生活品質，亦為失智者提早被送入安養院的原因。

第二章 文獻回顧

本章文獻回顧共分五節，第一節探討失智友善社區之主要概念，以及其核心公共利益；第二節綜整國內外失智友善社區發展脈絡；第三節整理失智友善社區相關文獻，歸納分析研究趨勢與文獻缺口；第四節回顧國內外失智友善社區重要組成元素與架構，藉以整理型塑策略分類依據以建構本研究構面系統；第五節探討策略選取原則，各國失智友善社區推動策略，與失智友善社區建構之目標與功能為何，並歸納策略概念意涵，綜整前述內容後，建構本研究之離島失智友善社區之策略架構，以此開展問卷設計以及後續分析。

第一節 失智友善社區的概念

一、身心障礙者權利公約

失智友善社區核心概念可從聯合國的《身心障礙者權利公約》（以下簡稱CRPD）出發，該公約目的為「促進、保護和確保所有身心障礙者⁵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」。失智者亦屬身心障礙者，為CRPD保障對象。台灣亦制定身權相關法規，依據我國身心障礙者權利保障法第16條，「身心障礙者之人格及合法權益，應受尊重及保障，對其接受教育、應考、進用、就業、居住、遷徙、醫療等權益，不得有歧視之對待」，並區分出身心障礙者「就醫」、「就學」、「就業」與「支持服務」等權益層面。

二、失智友善社區定義

經過廣泛認可，失智者及其照顧者面臨著重大挑戰，包括污名、社會排斥和難以獲得當地支持資源，而失智友善社區具有促進社會包容、改變態度與行為，並支持失智者以有意義的方式生活在他們的社區中(Hung et al.,2021)。

⁵ 依聯合國身心障礙者權利公約定義，身心障礙者包括肢體、精神、智力或感官長期損傷者，其損傷與各種障礙相互作用，可能阻礙身心障礙者與他人於平等基礎上充分有效參與社會，失智者亦為身心障礙者之一，依據我國身心障礙者權利保障法第5條，歸於第1類：神經系統構造及精神、心智功能。

Alzheimer's Disease International(2016)定義失智友善社區為「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」；除了賦權以融入社會之核心宗旨，亦有文獻對失智友善社區定義提及失智者對於社區有所貢獻與價值，如英國 Alzheimer' s Society(2013)認為「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。在失智友善社區人們可以察覺與瞭解失智症，失智者感到融入與參與，且有機會掌控他們每日的生活」。

建造失智友善社區之里程碑則在於二項重要目標，其一為消除汙名化並且增加對失智症的理解，其二為賦能失智者(Alzheimer's Disease International, 2016)，皆回應友善社區能夠支持並使失智者融入社區之宗旨。

三、失智友善社區與公共利益

社會對於身心障礙者常見的觀感多為需要提供保護、給予同情，而非對於個體真誠的尊重，失智症也同樣如此，依據國際失智症協會 2012 年《克服失智症汙名化》報告，汙名化具有知識問題、態度問題以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。失智友善社區概念即為使失智症在社會中正常化的做法(Alzheimer's Disease International, 2012；Alzheimer's Disease International, 2016)。

推動失智友善社區對於社區多元關係人皆能有所助益：(一)失智者個人層面，可以從當地社區網絡中受益，社會包容和社會參與促進其社會公民意識、安全感和貢獻感(Wiersma, 2008)；(二)失智症家庭層面，提升失智者與照顧者生活品質、賦予其參與社區的權力並給予所需的支持；(三)社會經濟層面，失智症社區照護的價格低於醫療與機構照顧的價格，亦能夠穩定失智者與降低照顧者照顧負荷，降低潛在未來可能因失智症產生的健康照護成本(Alzheimer' s Australia, 2015a；Alzheimer's Disease International, 2016；Alzheimer' s Society, 2013)；(四)社區居民層面，具有滿足利他與利己後的正向回饋(衛生福利部，2021b)，例如助人行為後正向的自我感覺，以及提升失智症認識後可預防失智等。

第二節 失智友善社區發展趨勢

近年來，國際社會相當重視失智症對於國家與社會的衝擊，世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於 2012 年公佈失智症報告，「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」(WHO, 2012)；於 2017 年發佈「2017-2025 全球失智症行動計畫」，清楚而具體的提出 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)。

我國蔡英文總統於 2017 年面會國際失智症協會 (Alzheimer's Disease International) 主席 Glenn Rees 以及台灣失智症協會代表，為因應日益嚴重的失智症議題，於會中提出兩項重要政策方針，第一，「照顧失智症患者需要特殊的專業，與照顧失能者有很大不同」；第二，「政府有必要持續推動更全面、更深入的失智症防治及照護政策」，同年上路的新版長照計畫，特別將五十歲以上的失智者納入服務對象，由政府補助社區化的日間照顧、喘息服務、或是失智症團體家屋等服務，也特別強調，在長照 2.0 計畫中，已將失智症照護列為最優先的項目(中華民國總統府，2017)。

我國亦相當重視失智症議題，為全世界第 13 個制定失智症政策的國家，參照全球失智症行動綱領作為架構制定我國失智症行動方案 2.0 版(2018-2025 年)，其中提及長照 2.0 失智照護政策以「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。具體策略為普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式，亦有「提升大眾對失智症之認識及友善態度」作為主要策略之一(衛生福利部，2021a)。於 2016 年於各縣市廣設失智共同照護中心，賦予一項重要任務即為推廣失智友善社區，而失智社區服務據點則能夠於社區提供便利且專業的服務，並能夠為失智照顧者充能與舒壓(衛生福利部，2016)。2018 年中央與各地方政府開始推動「失智友善社區計畫」，於 2020 年，全國 22 縣市至少皆建置一處失智友善社區，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)。預計於 2025 年，各縣市

至少 1 鄉鎮市區設有 1 處失智友善社區(衛生福利部，2021a)。

衛生福利部國民健康署於 2021 年出版《失智友善社區推動手冊》，源自國際失智症協會觀點提出失智友善社區推動關乎人、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，且舉出各縣市於架構內的案例提供推動失智友善社區的實務工作者參考。

綜觀世界、國家以及地方層級，失智友善社區皆為近年失智照護發展相當重要的方向之一，參照表 2 可見各層級失智友善社區發展脈絡與重要里程碑。

表 2 國內外失智友善社區發展脈絡

國外失智友善社區發展脈絡		
年份	單位	重要發展
2012	世界衛生組織	公佈失智症報告，「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」
		發佈「2017-2025 全球失智症行動計畫」，清楚而
2017	世界衛生組織	具體的提出 7 項全球行動目標，其中之一即為提升「失智症認知與友善」
2016	國際失智症協會	提出失智友善社區關鍵原則
2017	國際失智症協會	出版失智友善社區-全球發展，提出全球建構失智友善社區案例
2018	阿茲海默症社會	出版失智友善鄉村社區指引
國內失智友善社區發展脈絡		
2013	衛生福利部	公佈我國失智政策綱領(2014-2016 年)，就 7 個面向本於權責單位化為具體行動方案，成為全世界第 13 個具有國家級失智症政策之國家
2016	總統府	總統面會國際失智症協會主席與台灣失智症協會代表，公開演講將失智症列為長照 2.0 重要政策

2016	台灣失智症協會	出版瑞智友善社區指引手冊
2017	衛生福利部	於各縣市廣設失智共同照護中心，其中一項重要指標即為推廣失智友善社區
2017	衛生福利部	完成台灣失智政策綱領 2.0
2018	衛生福利部	開始推動失智友善社區計畫
2021	衛生福利部	出版失智友善社區推動手冊

澎湖縣失智友善社區發展脈絡

2017	澎湖縣政府衛生局／衛生福利部 澎湖醫院／失智社區據點	共同申請失智照護服務計畫，由衛生福利部澎湖醫院成立澎湖縣失智共同照護中心，並由地方非營利組織成立 4 家失智社區服務據點
2017	衛生福利部澎湖醫院	推行瑞智友善商家 9 家、友善教會 1 家、友善診所 12 家，共計 22 家；簽署轄內失智共照網絡合作備忘錄，法界 2 家、政府單位 5 處、長照單位 5 家，共計 12 家
2018	澎湖縣政府衛生局／衛生福利部 澎湖醫院／失智社區據點	完成 1 市 5 鄉全行政區皆設置失智社區服務據點
2019	澎湖縣政府衛生局	制定澎湖縣失智症防治照護行動計畫
2020	澎湖縣政府衛生局／衛生福利部 澎湖醫院	結合地方社區發展協會，於馬公市光明社區、烏坎社區以及望安鄉東安社區設置失智友善社區示範點

資料來源：本研究翻譯與整理。

第三節 失智友善社區相關研究探討

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，如同林宛玲等(2020)提及失智友善社區名列世界失智照護發展五大領域之一；於多國的失智症協會，出版失智友善社區相關手冊或指引，如 Alzheimer's Australia(澳洲失智症協會)於 2015 年提出失智友善社區架構；Alzheimer's Disease International(國際失智症協會)於 2016 年提出「失智友善社區主要原則」，並進一步整合友善社區四個重要元素包括人、社區、組織以及合作。

然而失智友善社區於國內研究相對較少，綜觀國內以失智友善社區為主題檢索之期刊約有 18 篇⁶，如表 3 所示。當失智者確診，最先接觸到的單位為醫療院所，從出院準備聯結後續社區資源，如劉建良等(2019)提出「以人為中心以完善照護經驗」，與民間與政府單位合作，形成以醫院起始延伸社區之整合照護模式；徐佩琪等(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，並針對未來推動失智友善社區方向提出建議；亦有研究具焦於單一單位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)採用使用者觀點來回應社區友善環境設計是否符合期待，以及後續發展方向。

反觀國外相關研究則相當豐富，如 Lin(2017)以回顧方法探討促進健康照顧環境失智友善之重要主題領域，同時也提到該時文獻未評估失智友善社區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 240 位居住於英國六個失智友善社區的失智者，瞭解失智者的觀點與經驗並且發掘居住於失智友善社區的影響。而失智友善社區因應地方發展具有不同的類型與樣貌，Buckner et al.(2019)使用介定範圍研究英國內有國家失智友善社區認證之 100 個子樣本，以資源型與活動型區分。Hebert and Scales(2019)回顧失智友善倡議的研究，重點關注於環境設計、失智症意識提升與教育、與失智友善社區發展，建議未來研

⁶ 檢索 Airiti Library 華藝線上圖書館 <https://www.airitilibrary.com/>(檢索日期：2022/02/11)

究可確認失智友善倡議的元素與支持的評估。亦有研究聚焦於失智友善社區推動策略，如 Hung et al.(2021)以回顧研究分類整理策略，做為未來政策與研究之參考。

表 3 國內外失智友善社區相關研究

作者(年份)	研究目的	研究結論
Lin (2017)	1. 回顧失智友善社區概念的相關討論，並摘要失智友善社區研究與實作的最新研究。 2. 回顧也強調重要的主題領域，以思量促進健康照顧環境的失智友善。	1. 定義失智友善社區反映當代對於失智者的思維，例如失智的失能、人權平等、感知意義性等。 2. 發現這類研究較未評估失智友善社區如何影響失智者與照顧者的健康與生活品質。 3. 在健康照護環境中，失智友善意味(1)可讓失智者融入治療的討論與做決定，有足夠且適當的服務讓失智者像任何病人有平等的標準。(2)以病人為中心式的照護。(3)依循失智友善設計指引的物理環境。
Buckner et al.(2019)	描述英國內失智友善社區的特性，以形塑對生活於內被失智症影響人們效應為何的國家級評估	1. 失智友善社區類型多變，如資源型與活動型。 2. 英國對失智友善社區已有政策背書與認證的系統，對於友善社區的起始與成本為重要的催化劑。 3. 缺乏系統性方法以建立評估，這可能可使失智友善社區持續於如何展示進程，以及如何使失智者生活更好。
Hebert and	探索當前的失智	1. 失智症友好倡議研究基礎主要是質性

作者(年份)	研究目的	研究結論
Scales(2019)	友善倡議科學，找出差距，並為未來的研究提供訊息	和描述性的，重點關注環境設計、失智症意識和教育，以及失智友善社區的發展。 2. 人本照護原則出現在以照護環境設置為中心的失智友好倡議中。 3. 存在強大的跨學科合作。 4. 未來研究可確認失智友善倡議的元素與支持的評估。
Darlington et al.(2021)	瞭解失智者的觀點與經驗並且發掘居住於失智友善社區的影響	瞭解 240 位居住於英國六個失智友善社區的失智者，且沒有參與失智友善社區組織與工作。 意識到居住在友善社區，有關於更好的參與、歸屬感於更寬廣的社區。
Hung et al.(2021)	本回顧研究探索打造支持失智者與照顧者的包容失智友善社區之關鍵策略	共 29 篇文章，打造失智友善社區之內容分析界定策略： 1. 失智者與照顧者的主動參與 2. 包容式的環境社區 3. 公共教育以降低汙名化並提升意識 4. 使用理論制定策略。
劉婉珍(2020)	以國立臺灣美術館 2018 年整備行動為例，依序說明「建立共識」、「檢視環境」和	每個博物館都有各自的脈絡系統與組織文化，館長、館員、志工及所有相關工作者的博物館意識、對於失智症的認識以及對失智友善的態度，都會影響該博物館的行動。

作者(年份)	研究目的	研究結論
	「編製手冊」的歷程內容，探究發展失智友善博物館的行動理路	
劉建良等(2019)	北市聯合醫院整合 7 院區的失智照護資源，透過跨專業團隊合作模式，組成聯醫失智症照護聯盟，照護台北市 12 個行政區失智者及其家庭。	整合模式如下： 1. 醫療端申請失智社區服務據點延伸照護到社區。 2. 新確診個案參與家庭支持團體。 3. 失智友善博物館，失智者與家庭持續社會參與。 4. 分級失智個案管理。 5. 社區推動早期失智症 AD-8 篩檢。 6. 多元失智確診方案。 7. 失智友善藥事服務。 8. 失智症吞嚥進食問題- 醫病共享決策。 9. 失智預立醫療諮商。
林宛玲等(2020)	本文旨在藉由綜觀當前國際發展之趨勢，瞭解世界各國經驗，並可帶來國內失智症照護更豐富發展之可能性。	國際趨勢五大領域： 1. 失智症醫療照護模式 2. 失智症多元照護模式 3. 失智症照顧者的協助與支持 4. 失智友善社區 5. 失智者權益

資料來源：本研究自行整理

本研究整理可能目前失智友善社區文獻缺口如下：

一、缺乏在地失智友善社區推動策略的指標或者政策工具

目前國民健康署綜整全國失智友善計畫，其已於全國建立許多友善天使、友善商家與友善組織，然而社區友善除了上述數量統計，亦需要轉化成失智者與照顧者服務以及多項服務串聯或形成模式，例如媒合受過失智症教育訓練之失智友善天使至友善社區參加志工活動等。而於偏鄉生活的失智者，除了失智症影響外，亦加上偏鄉孤立的議題，為其生活品質與健康帶來負面影響(Alzheimer's Society, 2018)。綜上所述，歸納以下 2 點：(1)相關文獻與推動手冊，尚未有以離島偏鄉推動失智友善社區之策略指標；(2)綜觀失智友善社區的建置歷程，涉及政府、民間組織、醫院、社團、非營利組織、社區發展協會等各公私部門，共同協力，才能形成一個良好的友善網絡與模式。

二、缺乏推動失智友善社區過程之動態分析與觀點

推動失智友善社區之公共關係利害人相當多元，包括失智者、照顧者、公部門、社區民眾、交通運輸、醫療照護、財政部門等等，目前文獻較缺乏網絡治理與多層次治理的觀點來分析友善社區推動過程的動態內容。

三、缺乏推動失智友善社區實務推動者與專家對於推動策略的看法

因應資源限制與偏鄉議題，在資源受限地區推行本政策，缺乏推動策略效應與指標權重的相關文獻探討。

爰此，本研究將就文獻缺口進行填補，聚焦離島失智友善社區之特色與困境，公私協力與合作之良善治理，以建置推動失智友善社區之策略指標，進而探討相關策略指標之關聯性與權重性，來淬煉離島失智友善社區關鍵策略，以做為政府與實務推動者相關政策與策略之建議。

第四節 失智友善社區組成元素與架構

英國 Alzheimer's Society (2013)認為建構失智友善社區具有十個重要指引，包括「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」。國際失智症協會 2016 年《失智友善社區核心原則》提及，支持失智友善社區具有人(People)、社區(Community)、組織(Organizations)以及合作(Partnerships)四項基礎，以運作四個重要目標，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」包括：失智者的參與；「社區」包括：物理性與社會性環境；「組織團體」則包括：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、社區團體的共同合作才可運轉友善社區。

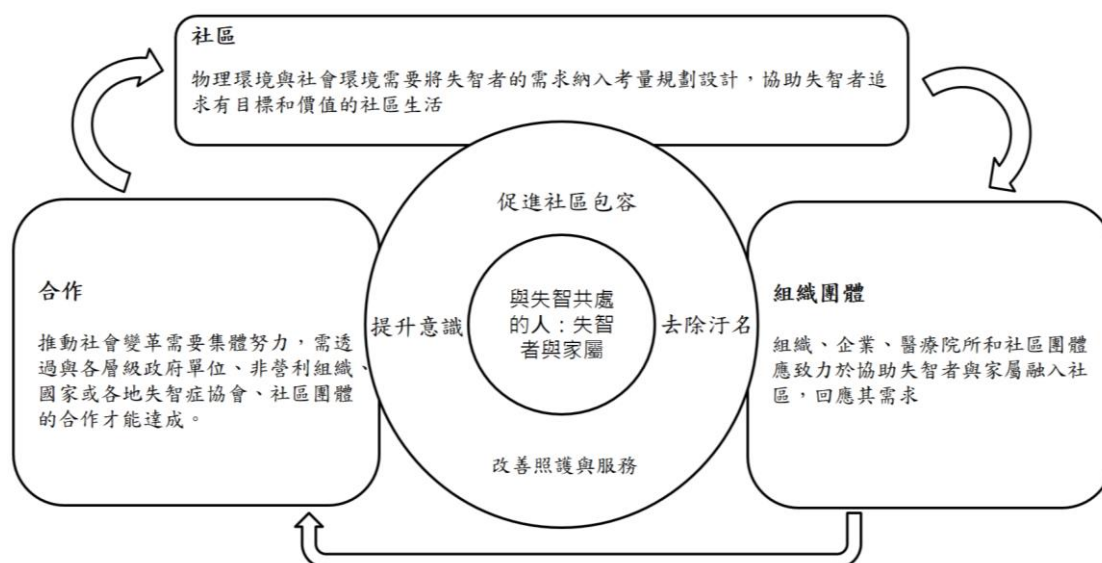


圖 4 失智友善社區架構圖

資料來源：國際失智症協會(2016)；衛生福利部(2021b)；本研究繪圖。

我國國民健康署 2021 年《推動失智友善社區工作手冊》認為失智友善社區包括友善居民、友善組織、友善環境、友善參與四項元素。其中友善居民與友善組織皆能夠對失智症有正確的認識以提供適切的協助、通報與關懷；友善環境則可改善社區無障礙設施與交通，使失智者容易參與社區並具有安全性；友善參與則代表失

智者及其照顧者能夠受益於社區網絡，維持其日常活動與社會參與。

台北市發展其失智友善社區指標，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，2021)。蘇怡靜(2018)比較台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，而台灣的指標增加「互動」與「醫院服務」兩項概念。

縱觀文獻，數個失智友善社區之重要目標一再重複提及，本研究歸納目標概念意涵並以此評價基準形成構面探討相關推動策略，包括(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而有意義的事務，而產生賦權感；(二)社區包容與支持：形成社會連結與歸屬感，並且與他人進行有意義的活動與有目的的聯繫，以使失智者與照顧者融入社區並且提升其福祉與生活品質；(三)提高意識與去除汙名化：主動採取措施減少汙名，以維護失智者的人權，使其能全面、平等地參與和投入有意義的日常活動；(四)改善照護與服務：優化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。綜整詳如表 4。

表 4 失智友善社區策略目標

策略目標	內容	出處
賦權失智者	1. 參與(Engage)：診斷後仍能保持參與很重要。 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。	Hung et al.(2021)； Phinney et al.,

策略目標	內容	出處
	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。	(2016)
提高意識與去除污名化	採取措施減少污名，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。	Alzheimer's Disease International (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)； 徐亞瑛(2021)；

資料來源：本研究自行整理

第五節 失智友善社區推動策略

策略(Strategic)依據英國牛津字典定義為：在戰爭、政治、商業、工業或體育等情況下取得成功的詳細計畫，或為此類情況制定計畫的技能。Chandler(1962)定義策略為「企業長期目標與目的之決定，以及實現這些目標所必要採取的行動方案與資源分配」。Hill and Jones(2008)提出策略管理之程序，可分為策略規劃、策略執行與策略評估，其中策略規劃從願景起始，進而分析環境以建立長期目標，再選定可行策略以達成之，而策略執行為將策略規劃付諸執行的動態過程(Koteen, 1997)。綜上，本研究運用策略規劃步驟以建構使命-目標-策略之層級架構，並且綜整相關文獻與次級資料，歸納策略主題內涵。

Alzheimer's Australia(2015b)提出建議建置失智友善社區未來行動，包括「降低污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」。Alzheimer's Disease International(2016)提出達成失智友善社區重要目標之建議策略，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)運用介定範圍研究法，探索打造支持失智者與照顧者融入的失智友善社區之關鍵策略，包括：(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。

國內亦有學者提出具體策略，徐亞瑛(2021)提出設立失智友善社區之具體策略包括普及失智症教育、提供多元足夠服務資源給失智者及家庭、成立資源整合及宣傳平台或網絡、設計友善醫療服務、發展友善社區服務創造社區參與及貢獻的機會給失智者、設計失智友善環境及交通、連結友善夥伴、商家及機構。

綜上所述，數個重要策略主題一再重複，本研究延續主要策略目標歸納推動策略有：失智者與照顧者參與、調查失智者與家屬需求與期待、支持失智家庭與提供訊息、改善社區友善環境、友善居民訓練、連結友善組織、友善醫療照護、友善社區服務、人本之社區照護模式、離島重點場所失智症教育訓練、多元對象與場域之失智症訓練以及失智者投入宣導教育等十二項策略。

一、失智者與照顧者參與

失智者與照顧者參與對於建置失智友善社區為有價值的策略，並且能夠為失智者帶來價值感與自主權，常見內容包括參與設計的活動、與社區資源的接觸、參與教育資源或計畫的開發、提供公共教育素材、組織層面的參與以及友善社區的推廣或廣告(Hung et al., 2021；Buckner et al., 2019)。

國際身心障礙者權利運動口號為：沒有我們的參與，不要幫我們做決定(Nothing about us, without us)；參與若是相關於建置或發展失智友善社區，則要並列納入失智者與照顧者的需求與期望，聆聽他們對於失智友善社區的看法與重視的內容，則更能夠準確的克服推動障礙(Alzheimer's Society, 2013；Dean et al., 2015a)。

綜上，本研究綜整「失智者與照顧者參與」策略之概念意涵為：失智者與照顧者參與能夠賦權失智者，除可透過納入失智者需求與期待更能夠準確的克服推動障礙，並可為失智者帶來價值並且有信心對社區有所貢獻。

二、調查失智者與家屬需求與期待

失智者與照顧者的需求與其對於社區的友善看法與感受，能助益地方推動小組建置失智友善社區，如 Innovations in Dementia 於 2011 年報告調查社區失智者與其支持者對於失智能力社區的觀點，進而整理許多具有價值的建議，如能參與地方團體、使用地方設施、在社區中走路、運用支持服務，可使失智者感受到與地方社區產生連結，並整理使社區對失智症更加友好的因素包括有物理環境、當地設施、支持服務、社交網絡、當地團體等；徐亞瑛(2020)探討失智者與照顧者對於社區各面向的友善程度的感受，發現失智者認為「商家及機關」友善程度較低，家庭照顧者及服務提供者認為在「社區互動」與「交通」方面友善程度較低，後續則可定位其認為友善程度較低的領域，據以改善；Darlington et al.(2021)亦提出，當失智者能夠覺察到失智友善社區時，有可能變得更加積極，對生活在沒有污名的社區中抱有更高的期望。失智者與照顧者的期待則可能有所不同，將會影響實際的參與狀況，若是照顧者的需求和貢獻與失智症患者的需求和願望同時確認，則可能會實現更好的平衡(Dean et al., 2015a)。

綜上，本研究歸納「調查失智者與家屬需求與期待」之概念意涵為：運用適宜調查方法瞭解失智者與照顧者對於地方失智友善社區的需求與期待、瞭解失智者與照顧者的期待的異同處、對於推動小組策略進行與後續效益的看法與感受、對策略執行下參與社區的經驗與困難為何以及對於地方失智友善社區的友善程度的感受與未來願景為何的過程。

三、支持失智家庭與提供訊息

對失智者與主要照顧者採雙個案管理，為世界主流失智照護模式，除照顧者因精神行為問題心力交瘁下的潛在身心症狀議題(台灣失智症協會等，2017)，支持照

照顧者維持現有關係、嗜好、興趣、職業角色與支持網絡可最大限度提高失智家庭與照顧者的身心健康(Alzheimer Scotland, 2017)。

照顧者對於失智者參與社區提供不可或缺的支持，為社區得以失智友善的重要環節。與照顧者建立夥伴關係，提供穩定的支持，長遠而言，確保照顧者有效的支持失智者(Dean et al., 2015)。因此歸納於實質支持層面，照顧者須瞭解失智症病程、症狀、照顧知能與技巧，情緒支持層面則為提供照顧者安心與信任的支持管道(林宛玲等，2020)。轄內失智資源中有可能有專業人士提供或發起之各種主題的支持，如壓力管理建議、問題導向式諮詢、支持或互助團體等，皆有助於照顧者維持復原力。以失智照護計畫內失智據點服務項目為例，則有照顧者支持團體，聚集家屬互相支持、鼓勵與學習，產生互助網絡，得以增進生活品質與紓解壓力(衛生福利部，2019b)。

綜上，本研究歸納「支持失智家庭與提供訊息」之概念意涵為：失智友善社區建立與經營與照顧者的夥伴關係，提供最新訊息與可及訓練，並運用正式與非正式資源提供照顧者長期穩定的支持，藉以賦權並提升失智家庭之生活品質。

四、改善社區友善環境

環境考量因子包含社會互動、物理設計元素和技術因素，支持性工作人員、社區成員以及社區內普遍的友善可被確認為支持失智者參與社區的基本策略(Smith et al., 2016; Wiersma, 2008)。Alzheimer's Disease International(2016)將社區友善環境區分為物理性與社會性，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。友善社會環境包括友善的社區居民與組織團體，相關策略有關於社區居民與相關組織之失智識能、組織提供能參與的活動或者增進參與的過程(衛生福利部，2021b)。故，

本研究所指之社區友善環境主要趨向實體性環境之定義。

實體性環境對於失智者參與社區有所助益，如順利進入公共場所並且支持日常活動(Burton, 2012)，並更具有參與社區與戶外活動後產生的積極意義，如接受正向刺激、減緩病症與提升生活品質(Alzheimer's Society, 2013；蔡淑瑩等，2016)。相關設計原則包括熟悉性、易讀性、獨特性、可及性、舒適性和安全性六項原則(Mitchell & Burton, 2010)，並可見提升失智者安全與安心參與的原則，如無障礙環境的架構、不落痕跡的降低環境風險、優化有益刺激並減少無益刺激、創造熟悉空間等(陳柏宗等，2020；Alzheimer's Disease International, 2020)。亦有研究者開發失智友善社區環境評估工具，具有十個重要原則，包括「不顯眼地降低風險」、「提供人性化的規模」、「讓人們看到和被看到」、「管理刺激的程度」、「支持移動和參與」、「打造熟悉的空間」、「提供各種獨處或與他人相處的場所」以及「設計以響應對生活方式的願景」(Fleming et al., 2017)。國內亦有內政部建築研究所 2016 年之《高齡失智者友善社區環境設計準則》綜整國內外文獻，歸納六項原則，包括辨識性、安全性、可及性、社會支持性、舒適性以及熟悉性。

調查失智者實際生活中參與社區的樣貌可使推動小組鎖定社區失智者常去的重要場域與外出原因，如 Mitchell and Burton(2010)的研究顯示所有受訪者皆有購物活動、約一半的受訪者定期去地方郵局、公園或者社區中散步，並且展現戶外活動對於失智者感受自尊與獨立的重要性；蔡淑瑩(2018)調查失智者最常去的場所前五名依序為公園綠地、日照中心、診所醫院、市場、廣場與宮廟，覺得最重要的場所設施前五名依序為日照中心、公園綠地、市集、社區活動中心與街道。更可收集失智者參與可能遭遇的困難，如失智者在戶外活動無法確定行進路線時會感到困惑與焦慮(Mitchell & Burton, 2010)，於搭乘公車「害怕坐過站」或是「忘記要在哪一站下車」(張開國等，2017)。因此，可進一步以無障礙環境設計原則或友善交通方案加以克服，如失能無障礙設施、重點設施標示易讀性或交通夥伴提醒下車等。

綜上，本研究綜整「改善社區友善環境」策略之概念意涵為：運用友善環境設

計原則，包括熟悉性、易讀性、獨特性、可及性、舒適性和安全性等，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積極意義，如接受正向刺激、減緩病症與提升生活品質。

五、友善居民訓練

友善居民可為社會性失智友善環境中的重要因素(Alzheimer's Disease International, 2016；衛生福利部，2021b)。居民亦能從識能課程中瞭解失智危險因子，並具以調整生活習慣，以預防失智症(台灣失智症協會等，2017)。

社區志工為社區組織人力的重要資產，藉以發展失智友善社區至關重要。對於失智者的辨識力越高，則社區更有能力早期發覺失智者，進而連結診療資源；失智者參與活動過程，亦可以人際網絡帶動參與意願，若社區民眾與志工受訓成為友善居民或友善天使，則較有能力與失智者互動與溝通以增進參與動機。

綜上，本研究歸納「友善居民訓練」之概念意涵為：安排社區民眾與志工失智症訓練並具備基礎識能、辨識失智者、理解特性並適當回應、可運用資源等核心能力。

六、連結友善組織

Alzheimer's Disease International(2016)提及，為了促進失智者可繼續在社區中參與，企業和組織應該表現出關注、尊重和回應，同時推動失智友善社區，幫助失智者融入社會。台灣失智症協會(2016)歸納友善組織包含商家、教會、診所、公司企業以及各級政府等，而友善組織能夠理解失智者並且提供適時協助，如看、問、留、撥流程⁷以協助走失失智者。

綜上，本研究綜整「連結友善組織」策略之概念意涵為：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，並且能夠理解失智者、提供適時協助如看問留撥等。

⁷ 台灣失智症協會(2016)提出看問留撥四個步驟協助商家遇到失智者得以協助，(一)看：判斷此人為失智者或可能需要協助；(二)問：如何關心；(三)留：適宜留人；(四)撥：透過失智者身上線索如愛心手鍊聯絡家屬或者警局。

七、離島友善醫療照護

從醫療觀點觀之，早期診療可有效延緩疾病的進行、維持病人的功能與生活品質、減輕照顧者壓力等(台灣失智症協會等，2017)，Handley et al.(2015)提出對於失智者的照護和治療應優先以符合他們的需求，其亦從人權觀點觀之，認為應符合任何病人期待的平等標準。從醫療照護相關服務來看，如及時診斷、早期治療，適時與適地友善服務(衛生福利部，2021b)，亦包括照護的獲取、治療支持與信息、照護間協調、入院和再入院、入住療養院和診斷後支持(Lin, 2017)。綜上，可統整為就醫檢查與診斷、治療、診斷後照護等面向，以及提供服務之同單位或不同單位間的協調以形成整體與連續的服務，如同台灣失智症協會等(2017)提及於基層醫療間，醫療照護機構建立連結關係，可為失智者與照顧者帶來完整的照護體系。

失智者取得診斷，於病程中始可取得實證基礎的治療、照護以及支持，而早期診斷可使失智家庭及早規劃未來與決策、取得藥物與非藥物治療以改善認知與生活品質、節省照顧成本、延遲入住機構時間(Alzheimer's Disease International, 2011)。離島失智者因交通議題而不易取得所需的診療，如可及評估地點的位置與有限交通選擇的限制(Alzheimer's society, 2018)。除了交通以外，失智者也經常因精神行為症狀與不足的病識感，導致拒絕就醫，協助使失智者就醫的建議方式多需照顧者的配合，於離島偏遠地區許多家屬居住於台灣本島，常因為冗長的檢查、長輩不配合與家屬並未同住難以配合檢查時間等，使失智症診療更加困難。

爰此，為使失智者取得上述診療的益處，多需透過個案管理的過程，安排便利性診療服務，如針對上述困難就醫者安排到院一次性診療與檢查服務，對於二、三級離島合併失能或者嚴重症狀致使到院一次性診療仍有困難者，則可考慮組成診療團隊(專科醫師、臨床心理師、個案管理師)，加上地方醫療資源挹注，如聯合地方二、三級離島衛生所協助部分抽血等理學檢查，致使取得醫療與診後資源。

綜上，本研究綜整「離島友善醫療照護」策略之概念意涵為：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

式包括就醫檢查與診斷、治療、診斷後照護、與提供服務之同單位或不同單位間的協調以形成整體與連續的服務，並可具備因應交通困難的因應機制如便利性診療服務等。

八、離島友善社區服務

失智友善社會環境可視為設計策略，使失智者更易參與社區服務或活動的介接過程，包括社會內的友善服務(社區內正式或非正式失智症照護服務)，可區分為：建立轄內醫療轉介機制；診斷前發覺失智者協助轉介、志工陪同就醫；診斷後之失智照護服務，如日間照護中心、失智共同照護中心與失智社區服務據點⁸、預防延緩失能、互助家庭、支持團體、喘息服務等；因應失智者個別化需求之服務，如防走失相關如定位器、愛心手鍊、社區巡守隊等，長照服務如居家服務、專業服務、交通接送等。

社區中接受過失智症訓練的民眾如失智友善天使或者友善組織的員工，較有能力能夠辨識失智早期症狀而可協助轉介，且能了解失智症特性與如何適宜溝通(衛生福利部，2019a)，雖非正式服務，仍能帶給失智家庭情感性的社會支持，為失智者感受融入社區的重要元素。

偏鄉的失智友善社區，其社會網絡更顯緊密，而為失智者提供非正式社會支持(Wiersma & Denton, 2016)，為鄰里間非強迫意願、實際和情感支持以及本地網絡內的複雜互惠過程，如善意行動、陪伴，並作為一種「非正式的早期預警系統」(Ward et al., 2018)，例如發覺失智者狀態產生改變與可能問題具以適當預警或連結及時資源。

綜上，本研究綜整「友善社區服務」策略之概念意涵為：社區內正式或非正式失智症照護服務，如診斷前發覺失智者與轉介機制；診斷後之失智照護服務如日照中心、失智共照中心、社區據點等與個別化服務；並可因應離島社區特徵如交通困

⁸ 衛生福利部於民國 106 年推動失智照護服務計畫，於各縣市廣設失智共同照護中心，其核心概念為社區個案管理，提供諮詢並連結資源以滿足失智者不同階段的需求，並提供地方人才培訓與社區識能等；失智社區服務據點則提供失智家庭多元失智服務，包括認知促進緩和失智、安全看視、照顧者知能與支持團體等。

難、人才缺乏以及社會資本優勢，據以運用在地社會網絡之非正式社會支持，提供實際與情感支持並做為非正式早期預警系統。

九、人本之社區照護模式

國際失智症倡議經常可見「看見這個人，而非失智症」(See the person, not the dementia)、「忘記失智症，記得這個人」(Forget dementia, remember the person)，皆傳達社會中失智症標籤與汙名的問題，使大眾容易以疾病取代與抹除個人特質、人格與經歷，而照護體系亦常以疾病為主而忽略個人需求，如對症狀錯誤解讀 (Alzheimer's Disease International, 2019)，更顯示以人為本的照護模式的重要性。

個案管理是一種以個案為中心，且融入多學科的參與，提供協調與管理的照護服務(葉莉莉，2007)，於社區應用亦即以人本精神看見失智者的個別需求並且協調可運用之社區各式資源。若為專業背景者，可參考 2017 年開始執行之失智共同照護模式，於全台灣 22 縣市設置失智共同照護中心，以個案管理師協調符合失智者病程階段與需要的適宜資源，如協助溝通組成診療團隊、媒合社區正式服務資源如社區服務據點或日照中心、家庭照顧支持服務中心等。非專業背景者，亦可考慮社區服務如走失協尋，運用社會網絡使失智者進入服務具有益處，如透過失智者特性，運用重要信任他人陪同、關懷家人的失智長輩可以陪同家人就醫的說法、認同專業權威者可以醫師或者村里長協助勸說，使失智者順利就診或者參與社區活動。

綜上，本研究歸納「人本之社區照護模式」之概念意涵為：友善社區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。

十、離島重點場所失智症教育訓練

失智識能教育可考量離島交通與文化特色，安排於相關場域，依研究者觀察，若因應離島侷限的交通選項，公共車船相關機構、工作人員與駕駛的識能相對重要，故可安排政府交通局處、民航站、公車站、航運站重點場域之識能課程；澎湖發展脈絡下的漁村文化，使社區多有宮廟，為居民重要信仰與聚集中心，當村落的居民罹患失智症，仍可能保有多多年延續參與廟宇活動的生活習慣，為使其保持參

與，亦可安排教育提升宮廟委員會、廟祝與工作人員的識能。教育核心目標可為認識失智症、辨識失智者、失智者常見狀況與因應措施等。

綜上，本研究歸納「離島重點場所失智症教育訓練」之概念意涵為友善社區評估轄內重要離島特徵如交通侷限，安排重點場域、機構內人員之失智識能教育。

十一、多元對象與場域之失智症訓練

公共識能與公共教育對於社區挑戰汙名化而言為基本策略，並為失智友善社區最常見的活動(Buckner et al., 2019)，而社區更廣泛的對失智症認識與理解將提高失智者的社區參與(Smith et al., 2016)，其關鍵在於社區友善居民能夠瞭解失智者特性並適宜溝通與互動(台灣失智症協會，2016)，如國民健康署(2022)提出友善溝通 STEEP 步驟⁹。

而識能教育對社區多元對象皆有幫助，失智者參與識能教育比未參加者更能夠降低確診後的負向看法(Phillipson et al., 2019)，從年輕人到中老年人則可從預防失智症的教育課程，學習失智症 12 項危險因子¹⁰，並且具以調整生活行為以降低失智症罹患率(Livingston et al., 2020；Carrilo, 2020)，台灣並向下扎根，將失智症議題相關概念融入國民中小學課程(衛生福利部，2021a)。

亦可見跨世代的失智公共教育或與失智者合作接觸以去除汙名的方案，如由大學生與失智者合組合唱團的跨世代方案，發現年輕人參與後降低失智症汙名認知的效果(Harris & Caporella, 2014)。

教育訓練除了認識失智症以外，亦重視對失智者的幫助行為，須聚焦公眾對於失智者的態度以及有能力解讀失智者需要幫助的情境(Matsumoto et al., 2022)，其中亦有安全議題，如金融場域與失智者詐騙、社區與失智者走失等。國健署(2021)

⁹ 友善溝通 STEEP 步驟包括：S(smile)微笑，於向失智者自我介紹時；T(thanks)感謝失智者協助完成事情，並正向思考；E(eye contact)互動注意眼神接觸；E(embracing the moment)擁抱當下，不指責、爭執與糾正；P(patience)耐心傾聽，回應放慢速度(國民健康署，2022)。

¹⁰ 最新失智症危險因子研究顯示，共有 12 項危險因子，共計有四成的罹患機率，包括早年的缺乏教育(7%)；中年的聽力損失(9%)、腦部傷害(3%)、高血壓(2%)、過度飲酒(1%)、肥胖(1%)；老年的抽菸(5%)、憂鬱(4%)、社交孤立(4%)、缺少身體活動(2%)、空氣汙染(2%)、糖尿病(1%)，扣除早年缺乏教育的機率，約有 1/3 的失智症可被預防(Livingston et al., 2020)。

建議對應不同場所的工作人員以及提供服務者之教育訓練，以增進與失智者的有效溝通，提升社區友善性，如大眾交通運輸司機察覺乘客為走失失智者適時協助、銀行行員察覺客戶為失智者協助把關避免詐騙、一般商家察覺顧客為失智者重複買東西而讓家屬可換取其他商品等友善措施。

綜上所述，依據多元對象提供對應的合適失智症教育訓練，為友善社區使失智者融入與參與的重要策略。本研究綜整「多元對象與場域之失智症訓練」策略之概念意涵為：因應不同場所與情境對多元對象進行教育訓練，強調理解、知能與察覺，具以降低汙名化並提升識能。

十二、失智者投入宣導教育

失智友善社區是一種使失智者能夠被支持以成為積極、參與和有價值的公民的方法(Alzheimer's Society, 2020)，而失智者投入宣導即是積極參與的表現之一，並可帶來價值感。失智症患者作為發言人、教育者或展示能力如藝術展覽，是改善積極態度和減少與失智症患者相關的負面刻板印象的有效方法(Phillipson et al., 2019；Alzheimer's Disease International, 2016)。失智者可參與公共宣導的規劃、設計、執行與公共發聲，展現價值以提升社區意識並擊破汙名，例如規劃宣導透過輕度失智者展示能力，可打破「罹患失智症，就甚麼都不能做」的常見迷思，並可進一步宣導「早期診斷與治療，始可更久的維持能力以提升家庭生活品質」。

台灣亦常見失智者投入宣導的過程(台灣失智症協會，2021)，如台灣失智症協會於2018年辦理之「超乎想像限定展」、2019年「遇見德曼莎」等宣導活動，使失智者依其個人脈絡下的專長來設計與參與宣導活動，在適宜的支持下，擔任課程講師、展示藝術作品、擔任主持人、沖泡咖啡與食品製作等方式，具體呈現能力，並且受惠於參與過程的社會互動以及帶來貢獻所產生的價值感。依研究者與失智者過去共同辦理宣導活動經驗，失智者與家屬的參與動機為投入宣導的重要關鍵。

綜上，本研究歸納「失智者投入宣導教育」之概念意涵為：失智友善社區於投入社區識能宣導時，能夠適時、適宜、提供支持，使失智者參與公共宣導之規劃、設計、執行，並且肯定其貢獻的過程。

第三章 澎湖失智友善社區之現況分析

本章現況分析共分四節，運用次級資料以分析澎湖失智症現況、相關資源現況以及離島失智友善特徵與困難，第一節進行澎湖縣失智症人口推估並且分析；第二節盤點澎湖縣失智症資源以瞭解整體分佈樣貌；第三節回顧離島社區需求特性，綜整離島失智友善社區特徵與困難。綜上，當離島失智友善社區實務工作者於執行策略時，能夠參考上述背景資訊或者方法，調查分析該社區失智現況與依據離島特徵以使策略落實為具體行動之合宜調整。

第一節 澎湖縣失智症人口推估與分析

澎湖縣由 90 個島嶼組成，全縣皆屬離島鄉¹¹，除馬公市之五鄉皆屬於偏遠地區¹²，離島依偏遠程度可區分一至四級¹³。綜觀文獻，尚無澎湖縣地方含括各鄉市村里之失智症人口推估，本研究參考台灣失智症協會之推估方法，依據澎湖縣政府 110 年 12 月人口統計數據(澎湖縣政府民政處，2021)，其 45 至 64 歲人口採用挪威 2019 年失智盛行率研究結果(Kvello-Alme et al., 2019)、65 歲以上採用衛福部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查之 65 歲以上每 5 歲年齡分層盛行率，顯示澎湖縣失智症人口估計約有 1,693 人，佔全縣人口 1.59%，換算後約每 63 人中有 1 人是失智者；65 歲以上失智者約有 1,641 人，佔全縣老年人口為 8.72%，換算可得 65 歲以上老年人約每 11 人即有 1 位是失智長者；80 歲以上失智者約有 1,065 人，佔全縣 80 歲以上人口為 20.77%，換算可得 80 歲以上老年人約每 5 人有 1 位是失智長者。

澎湖縣對比全國估計失智者之比例詳如表 5，可見失智者佔比地區人口與 65 歲以上失智者佔比 65 歲以上人口，澎湖為高。顯示澎湖縣失智症人口因嚴重人口老化，數值高於全台灣平均數據。

¹¹ 依據我國原住民族及離島等偏遠地區一覽表，共有 30 個山地原住民鄉與 18 個離島鄉，包括澎湖縣 1 市 5 鄉(馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉)。

¹² 內政部定義偏遠地區為「人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉鎮市，或距離直轄市、縣市政府所在地 7.5 公里以上之離島」，計有 65 個鄉鎮，澎湖縣除馬公市之 5 鄉皆符合標準。

¹³ 依據我國公務人員加給表，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。

表 5 澎湖縣失智比例與全國比較表

	澎湖縣	全國
	1.59%	1.34%
失智者佔比總人口	澎湖縣每 63 人中有 1 人是失智者	全台灣每 74 人中有 1 人是失智者
65 歲以上失智者佔比	8.72%	7.64%
65 歲以上人口	澎湖縣 65 歲以上老人約每 11 人有 1 位失智者	全台灣 65 歲以上老人約每 13 人有 1 位失智者

資料來源：台灣失智症協會(2022a)；本研究計算彙整製表。

以下推估澎湖縣轄內失智人口，依 6 個鄉鎮、偏遠離島地區、96 個村里、二級離島、男女比、失智程度比、失智高危險群等分類方式呈現在地需求：

一、澎湖縣鄉市行政區及離島偏遠地區失智者估算

澎湖縣轄內失智者估計人數，依行政區域區分詳如表 6，最多無懸念為馬公市，估計 874.93 人，其比例為 51.72%、其次為湖西鄉，估計 288.26 人，比例為 17.03%、白沙鄉估計 184.98 人，比例為 10.93%、西嶼鄉估計 177 人，比例為 10.46%，兩個二級離島以望安鄉較多，估計 100.52 人，比例為 5.94%，七美鄉為最少，估計 66.94 人，比例為 3.95%。依偏遠地區定義來看，最多為湖西鄉、其次為白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉，七美鄉為最少。綜上，可見馬公市為估計失智者人數最多之行政區，比例超過五成，澎湖本島三個偏遠鄉合計約達 650.24 人，比例將近四成，望安與七美兩個二級離島鄉合計約 167.46 人，有近一成的比例。

表 6 2021 年澎湖地區一市五鄉失智人口估算表

行政區	失智症盛行率							總計	比例
	0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%		
	45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上		
馬公市	28.74	122.20	88.16	110.37	157.79	181.06	186.61	874.93	51.69%

失智症盛行率									
行政區	0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%	總計	比例
	45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上		
湖西鄉	7.52	30.40	21.66	29.55	48.34	67.08	83.72	288.26	17.03%
白沙鄉	5.20	21.35	14.39	21.93	36.87	50.20	35.04	184.98	10.93%
西嶼鄉	4.19	19.99	16.95	20.35	31.27	45.16	39.09	177	10.46%
望安鄉	2.90	13.60	9.55	13.30	22.54	24.99	13.65	100.52	5.94%
七美鄉	1.91	7.92	5.64	8.05	11.99	15.56	15.86	66.94	3.95%
總計	50.46	215.46	156.35	203.55	308.80	384.05	373.97	1692.63	100%

資料來源：本研究計算製表。

二、澎湖縣村里失智者估算

進一步估算澎湖縣轄內 96 個村里之失智症人數，詳附錄一，馬公市轄內 33 個里之失智者推估排名前 7 亦同時為全縣前 7，依序為朝陽里、光榮里、陽明里、西衛里、西文里、光復里以及鎖港里，合計約達 395.59 人，佔比馬公市達四成，佔比全縣超過二成，虎井里雖為二級離島，但排名可達第 20，桶盤里則為最少；湖西鄉內 22 個村之失智者推估排名前 5 依序為龍門村、沙港村、湖西村、紅羅村與南寮村，合計約達 128.5 人，佔比湖西鄉約四成五，最少則為太武村；白沙鄉內 15 個村之失智者推估排名前 5 依序為赤崁村、吉貝村、後寮村、通梁村與鳥嶼村，合計約達 122.22 人，佔比白沙鄉約達六成六，白沙鄉內之二級離島中最多為吉貝村、最少為大倉村，整體最少為城前村；西嶼鄉內 11 個村之失智者推估排名前 5 依序為外垵村、內垵村、竹灣村、池東村與赤馬村，合計約達 127.42 人，佔比西嶼鄉近七成二，最少則為二崁村；二級離島望安鄉內 9 個村之失智者推估排名前 5 依序為將軍村、水垵村、東安村、東吉村與西安村，合計約 78.63 人，佔比望安鄉達七成八，屬於三級離島最多為東吉村，整體最少則為西坪村；二級離島七美鄉內 6 個村之失智者推估排名前五依序為南港村、西湖村、中和村、海豐村以及平和村，

合計約 61.08 人，佔比七美鄉達九成一，最少則為東湖村。綜合全部村里來比較，排名前 5 皆屬馬公市，依序為朝陽里、光榮里、陽明里、西衛里以及西文里，西嶼鄉外垵村排名第 8、湖西鄉龍門村排名第 9、望安鄉將軍村排名第 12、白沙鄉赤崁村排名第 13、七美鄉南港村排名第 37。

三、澎湖縣二三級離島失智者估算

澎湖轄內主要二級離島為望安鄉與七美鄉之本島村落，以及馬公市、白沙鄉與望安鄉之離島，三級離島則全屬望安鄉，以二級三級離島分類來估算失智者，詳如表 7，二級離島總計估有 225.05 位失智者，並以望安鄉將軍村最多，排名全縣可達第 12 名，二級離島以行政區域區分，以望安鄉最多，計有 76.07 人，七美鄉其次，計有 66.93 人，再來為白沙鄉，計有 59.85 人，馬公市居末，計有 22.2 人；三級離島合計有 24.46 人，以望安鄉東吉村為最多，排名全縣為第 57 名。

表 7 2021 年澎湖地區二三級離島失智人口估算表

類別	村里	行政區	總計	排名	96 個村里總排名
	計	-	225.05	-	-
二級離島	將軍村	望安鄉	30.75	1	12
	吉貝村	白沙鄉	28.38	2	18
	鳥嶼村	白沙鄉	19.46	3	34
	虎井里	馬公市	19.01	4	35
	南港村	七美鄉	17.44	5	37
	水垵村	望安鄉	15.88	6	43
	西湖村	七美鄉	14.13	7	47
	東安村	望安鄉	11.97	8	52
	中和村	七美鄉	11.14	9	55
	海豐村	七美鄉	9.85	10	59
	西安村	望安鄉	9.02	11	64

	平和村	七美鄉	8.52	12	65
	中社村	望安鄉	8.45	13	66
	員貝村	白沙鄉	6.64	14	73
	東湖村	七美鄉	5.85	15	76
	大倉村	白沙鄉	5.37	16	82
	桶盤里	馬公市	3.19	17	93
	計	-	24.46	-	-
三級離島	東吉村	望安鄉	11.01	1	57
	花嶼村	望安鄉	5.43	2	81
	東坪村	望安鄉	5.07	3	87
	西坪村	望安鄉	2.95	4	95

資料來源：本研究計算製表。

四、澎湖縣失智者之失能數量估算

如同本研究第一章緒論之研究背景提及，失智者未必失能，尚無失能之失智者仍可執行日常生活自我照顧而居住於社區當中，並且廣泛使用社區資源，但參與過程中仍可能因認知退化因素導致品質下降或者困難，故其特性與需求層面不同於更需失能需求的失智同時失能者，爰此，有必要估算地方失智是否失能個案數量以做為後續政策制定與推動策略擬定之參考。延續前段各行政區之失智者推估人口，使用失智症無失能比率 41.1%、有失能比例 58.9%，其中輕度失能比例 15.2%、中度失能比例 12.1%、重度失能比例 31.6%¹⁴(台灣失智症協會，2013)，進一步計算轄內失智無失能與有失能個案，結果如表 8，全澎湖縣失智無失能約有 695.67 人，以馬公市最多 359.6 人，湖西鄉居次 118.47 人，最少為七美鄉 27.51 人。若為二三級離島估計失智無失能者，可達 101.32 人，更需思量離島在地生活型態使社區得以友善。

¹⁴ 依據長期十年計畫 2.0(衛福部，2015)，失能程度包括輕度失能(1-2 項 ADLs 失能)、中度失能(3-4 項 ADLs 失能)、重度失能(5 項(含)以上 ADLs 失能)。

估計澎湖之失智有失能個案約有 996.96 人，依失能程度可得輕度失能約有 257.28 人、中度失能約有 204.81 人、重度失能約有 534.87 人；若為二三及離島估計失智失能者亦達 204.87 人。失智家庭可能因為地方照顧資源不足、不清楚照顧資源與使用時機、使用時適應不良等原因，仍在家中照顧，亦需失智友善社區發揮連結正式與非正式資源並且提供在地服務以支持失智家庭。

表 8 2021 年澎湖地區失智無失能人口估算表

	行政區						總計
	馬公市	湖西鄉	白沙鄉	西嶼鄉	望安鄉	七美鄉	
失智者	874.93	288.26	184.98	177.00	100.52	66.94	1692.63
失智無失能(41.1%)	359.60	118.47	76.03	72.75	41.31	27.51	695.67
失智有失能(58.9%)	515.33	169.79	108.95	104.25	59.21	39.43	996.96
輕度失能(15.2%)	132.98	43.82	28.12	26.90	15.28	10.17	257.28
中度失能(12.1%)	105.87	34.88	22.38	21.42	12.16	8.10	204.81
重度失能(31.6%)	276.48	91.09	58.45	55.93	31.76	21.15	534.87

資料來源：本研究計算製表。

五、澎湖縣失智人口依不同程度之數量估算

依衛生福利部委託台灣失智症協會之失智症流行病學報告，其失智個案之程度比例分別為極輕度 39.39%、輕度 34.98%、中度 12.16%、重度 13.45%。不同程度之失智個案其需求亦有所不同，隨著進程趨向中重度，失能程度提高，其失能相關需求隨之提高。依前段各行政區之失智者推估人口，依上述各程度比例，計算轄內失智症各階段推估人數，結果如表 9，極輕度約有 666.73 人、輕度約有 592.08 人、中度約有 205.82 人、重度約有 227.66 人。

表 9 2021 年澎湖地區失智症不同階段人口估算表

	行政區						總計
	馬公市	湖西鄉	白沙鄉	西嶼鄉	望安鄉	七美鄉	
失智者	874.93	288.26	184.98	177.00	100.52	66.94	1692.63
極輕度(39.39%)	344.63	113.55	72.86	69.72	39.59	26.37	666.73
輕度(34.98%)	306.05	100.83	64.71	61.91	35.16	23.42	592.08
中度(12.16%)	106.39	35.05	22.49	21.52	12.22	8.14	205.82
重度(13.45%)	117.68	38.77	24.88	23.81	13.52	9.00	227.66

資料來源：本研究計算製表。

六、澎湖縣失智人口依男女比例估算

從男女比來看，澎湖縣估計失智者為女性約有 956.64 人，佔比失智者達 56.52%，高於男性約 736.01 人，佔比失智者 43.48%，此結果同於我國失智政策綱領提及女性失智者多於男性，而此推估結果原因也許為我國女性較男性長壽，而年齡越長失智症盛行率越高所致，詳如表 10。

表 10 2021 年澎湖地區男女比例之失智人口估算表

性別	行政區						總計	比例
	馬公市	湖西鄉	白沙鄉	西嶼鄉	望安鄉	七美鄉		
男	391.09	121.34	81.47	73.08	44.12	24.91	736.01	43.48%
女	483.84	166.93	103.51	103.93	56.40	42.03	956.64	56.52%

資料來源：本研究計算製表。

七、澎湖縣罹患失智症之高危險群數量估算

輕度認知障礙(Mild Cognitive Impairment, MCI)可被視為未來罹患失智症的高危險群，若經社區篩檢為輕度認知障礙個案至少有三分之一在 5 年內發展成失智症，而自覺有狀況主動至記憶門診後確定為輕度認知障礙者，則有四成至五成的比例在 5 年內發展成失智症(台灣失智症協會等，2017)，台灣 65 歲以上之輕度認知障礙盛行率為 18.01%，推估 2021 年全台輕度認知障礙者有 70 萬 9,577 人(台灣失智症協會，2022a)，以澎湖 2021 年人口統計數據來推估地方輕度認知障礙之個案約為 3,390.02 人，馬公市最多 1,840.62 人，七美鄉最少 128.59 人，詳如表 11。許多研究已證實，MCI 個案能夠受益於多元素之認知訓練(Basak et al., 2020)，並以全面認知、學習與記憶、複雜注意力與語言等分類其介入成效較好(Bruderer-Hofstetter et al., 2018)，故能降低進展成為失智症風險以及社會後續照顧成本。

表 11 2021 年澎湖地區輕度認知障礙人口估算表

MCI 盛行 率 18.01%	行政區						總計
	馬公市	湖西鄉	白沙鄉	西嶼鄉	望安鄉	七美鄉	
輕度認知 障礙	1840.62	510.58	352.28	344.53	213.42	128.59	3390.02

資料來源：本研究計算製表。

八、小結

綜上所述，推估澎湖縣轄內失智人口，並依 6 個鄉鎮市區、96 個村里、偏遠地區、以及二三級離島等分類方式呈現在地需求，小結統整如下：

- (一)以馬公市估算失智人數最多，需求也最多，以朝陽里為全縣第一，排名前七名佔全縣可達二成，可能為轄內失智人口盤據之關鍵位置。
- (二)偏遠離島地區之五鄉以湖西鄉最多，五鄉失智症推估人口合計接近馬公市失智症推估人口。
- (三)二級離島鄉以望安鄉最多，望安鄉與七美鄉失智症推估人口合計約佔全縣一成。
- (四)二三級離島村里地形破碎，但仍有需求。以失智人口推估數以及地理離島數綜合來看，望安最具離島群特色與失智服務需求，較需考慮跨島服務策略。
- (五)二級離島村里以望安鄉將軍村最多、白沙鄉以吉貝村最多、馬公市以虎井里最多、七美鄉則以南港村最多；三級離島村以望安鄉東吉村為最多。
- (六)失智不同階段與失能狀態之資源需求略有所不同，推估數以馬公市最多，七美鄉最少，可進一步評估地方對應資源之供給是否充足。
- (七)輕度認知缺損知個案，若能及早媒合據點進行認知相關活動，對於失智症之預防具有效果，推估數以馬公市最多，七美鄉最少。
- (八)本推估方式係以人口設籍之統計作為依據，仍有可能具有籍在人不在所導致的誤差。

第二節 澎湖縣內失智症相關照護資源盤點

盤點、改善並形成連續性與整合性失智症照護服務為失智友善社區重要元素與指引(Alzheimer's Society, 2013; Alzheimer's Disease International, 2016)，運用服務得以穩定失智症家庭並提升其生活品質，爰此，進行澎湖縣失智症資源盤點並回應研究問題。

常見失智症相關資源可蓋括分為診斷前資源(醫療資源)以及診斷後資源(照護資源)，提供服務之對象則可分為失智者以及照顧者。本研究歸納現行台灣佈建失智症之長照資源的功能、對象與服務模式，以及該項資源於澎湖縣的佈建狀態，以呈現澎湖在地失智相關資源分佈樣貌(詳如附錄二)。

一、澎湖縣失智症相關照護資源

(一)失智相關計畫資源

1. 失智友善社區示範點

失智友善社區示範點為澎湖縣衛生局「整合性預防及延緩失能計畫」項下重要分項項目，澎湖縣於 110 年底運作之失智友善社區示範點共計有 5 處，包括馬公市之光明社區與烏坎社區、白沙鄉之講美社區與後寮社區、望安鄉之東垵社區。

2. 失智共同照護中心

失智共照中心為失智照護服務計畫之核心機構，以社區式之個案管理模式，其主要任務係以失智個案與照顧者之雙個案管理模式，協助失智者確診並取得醫療照護，並依個案之失智程度與需求提供評估、諮詢、衛教與轉介，並協助整合轄內照護單位、培養失智在地人才以及辦理地方公共識能宣導等(衛生福利部，2019b；衛生福利部，2021a)。

失智共同照護中心於澎湖縣為衛生福利部澎湖醫院自民國 106 年承接至今，其位於馬公市安宅里，服務範圍包括全澎湖一市五鄉。

3. 失智社區服務據點

失智社區據點為失智照護服務計畫的重要部分，於社區中提供失智家庭複合

式服務，包括認知促進、緩和失智並且延緩失能、安全看視、辦理家屬照顧技能班以及家屬支持團體(衛生福利部，2019b；衛生福利部，2021a)。認知促進與緩和失智失能以非藥物治療概念，對於失智者而言成效為延緩認知的退化以及減少精神行為症狀(高薇淇等，2019)，對於照顧者則能夠增進照顧知能並且降低其照顧負荷(王鳳燁，2021)。

失智社區服務據點於澎湖一市五鄉行政區皆有設置，共由四個單位承接，馬公市內設置兩個據點，分別為林淑惠職能治療所設置於光明里，社團法人社會扶助關懷協會設置於光榮里；湖西鄉與白沙鄉各設有一處據點，為有限責任高雄市安祥照顧服務勞動合作社分別設於湖西鄉尖山村以及白沙鄉後寮村；西嶼鄉設有一處據點，為澎湖縣福愛社會福利發展協會設置於外垵村；二級離島之望安鄉與七美鄉各設有一處據點，為林淑惠職能治療所分別設置於望安鄉中社村與七美鄉海豐村。

(二)失智症醫療照護資源

1. 失智症門診

失智症之診療於國內多以神經內科以及精神科進行，其專科醫師具備診斷失智症之臨床能力，診斷流程一般包括病史詢問、理學檢查、神經學檢查、心智狀態檢查等，並且包括認知檢測以及實驗室檢查(台灣失智症協會等，2017)。係因失智者具有多重功能障礙，適應較有困難，也可能具有跌倒可能，許多醫院會成立失智友善門診，或稱為記憶門診，提供便利失智症家庭的整合性服務(台灣失智症協會等，2017)。

於澎湖縣之三家醫院皆有提供失智症門診診療並設置失智症特別門診，包括衛生福利部澎湖醫院與三軍總醫院澎湖分院之精神科與神經內科門診、天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院之神經內科門診(澎湖縣政府衛生局，2022a)。

2. 失智症住院

失智者精神症狀與行為問題趨嚴重時，照顧者困擾提高，並且住院的需要也提高。於老年精神科住院之失智者中，有精神病症狀超過七成，有妄想症者近六成(黃

正平，2006)。住院管道除精神科門診，經醫師評估具有住院之需要外，亦有可能因為急性精神症狀，產生傷害他人或自己之虞，經精神科專科醫師評估符合標準即可啟動強制住院治療。

於澎湖縣之失智症住院治療主要為衛生福利部澎湖醫院精神科病房，亦為縣內唯一之精神科住院單位。

(三)長期照顧資源

1. 長期照顧管理中心

長期照顧管理中心(以下簡稱照管中心)為每縣市之長期照顧之受理、需求評估、連結與輸送長照服務之單一窗口(衛生福利部，2015)。澎湖之照管中心由澎湖縣政府衛生局成立，並於一市五鄉衛生所設置6個分站¹⁵，以增進在地化與社區化(澎湖縣政府衛生局，2022a)。失智者無論是否進入失能狀態，皆會轉介轄區照管中心以連結地方相關資源。

2. 日間照顧中心

日間照顧中心於白天在機構提供照顧服務，失智者可於日時於機構參加活動，傍晚再由照顧者接回家，藉以使照顧者仍能夠工作並提升失智家庭之生活品質(台灣失智症協會，2022b)。日間照顧對於失智者與照顧者皆有效果，能夠滿足失智者日常生活照顧、情感與情緒層面需求，並滿足照顧者醫療照護、心理社會負荷、與情感情緒層面需求(黃敏鳳等，2004)。

日間照顧中心於澎湖行政區，除了七美鄉以外皆有設置，馬公市內設有三個日照中心，分別為安宅里內的衛生福利部澎湖醫院附設老康健日照中心、光華里內的衛生福利部老人之家附設日照中心、西文里內的財團法人平安社會福利慈善事業基金會附設之馬公日照中心；湖西鄉設有一處，為菓葉村內的旭登護理之家附設澎湖縣私立旭安日照中心；白沙鄉設有一處，為講美村內的財團法人平安社會福利慈

¹⁵ 澎湖縣長期照顧管理中心於一市五鄉皆有服務，照管中心位於衛生局內屬馬公市，其餘六個分站分別位於馬公市第二衛生所、湖西鄉衛生所、白沙鄉衛生所、西嶼鄉衛生所、望安鄉衛生所以及七美鄉衛生所。

善事業基金會附設之講美日照中心；西嶼鄉設有一處，為小門村之財團法人伊甸社會福利基金會附設澎湖縣私立頤和日照中心；望安鄉設有一處，為水垵村內的財團法人平安社會福利慈善事業基金會附設之望安日照中心(澎湖縣政府衛生局，2022a)。

3. 居家服務

當失智者進程至出現失能狀態，其日常生活功能開始需要協助，則可申請使用居家服務，其目的提供日常生活功能受損之居家老人與身心障礙者得到所需之持續性照顧，並舒緩照顧者壓力，以期提升失智症家庭之生活品質(台灣失智症協會，2022b)。除了滿足日常生活功能照顧的需求外，因失智症之適應性、病識感等原因經常造成就醫意願低落，陪同就醫此項目也常於運用於失智家庭服務。失智者因認知退化，需要特別的因應與溝通方式，同時具備失智與失能的個案，其服務難度將提升，現行制度照服務要服務失智者則須完成「失智照顧 20 小時訓練」始可提供照顧服務，並且提高給付金額。

居家服務於澎湖，共有 8 個單位提供服務，範圍包含全縣，包括社團法人社會扶助關懷協會、社團法人照顧服務協會、天主教靈醫會醫療財團法人附設澎湖縣私立惠民居家長照機構、澎湖縣私立家安心居家長照機構、澎湖縣私立芳悅居家長照機構、澎湖縣全人關懷保健協會附設澎湖縣私立全人居家長照機構以及台灣康復促進協會附設澎湖縣私立菊光居家長照機構(澎湖縣政府衛生局，2022a)。

4. 專業服務

長期照顧包括加入醫事專業人員的介入、訓練與指導，以增進個案之日常生活獨立程度，常見項目比如復能服務、進食與吞嚥照護、困擾行為照護、臥床與長期活動受限照護、居家環境安全或無障礙空間規劃指導、以及居家護理指導與諮詢(衛生福利部，2018)。失智者於病程進展，可能視其需求需要專業服務的介入，比如運用復能服務維持長者持續參與生活、運用居家護理指導增進照顧者技巧或者提供技術性服務、運用無障礙空間規劃指導提供照顧者規劃居家認知無障礙動線

等。澎湖縣提供長照專業服務單位達 20 家，服務可含括全縣(澎湖縣政府衛生局，2022a)。

5. 機構式照護

失智症機構式照顧可分為混合型、專區型以及專責型¹⁶。當失智者病程走入中重度，造成照顧者極大壓力，若照顧人力不夠、家屬健康不佳，為了考量失智症家庭之生活品質，可考慮全天之機構照顧，而機構式照顧亦有專業人員提供服務，如護理師、照服員、社工師、職能治療師等(台灣失智症協會，2022b)。

於澎湖縣之相關機構照護有 6 個單位，包括衛生福利部澎湖老人之家、澎湖私立慈安養護中心、澎湖私立感恩養護中心、澎湖私立四季常照養護中心、天主教靈醫會醫療財團法人附設惠民護理之家以及衛生福利部澎湖醫院附設護理之家。

6. 喘息服務

失智者家屬面對長期照顧，需要短暫的抽離、彈性的休息、抽空辦理重要事務亦或者做些平常因照顧無暇從事的興趣嗜好等，因此需要喘息服務。其形式可分為居家式喘息、日間式喘息以及社區式喘息¹⁷(澎湖縣政府衛生局，2022a)。

依據澎湖縣政府衛生局 2022 年《長期照顧服務資源手冊》，喘息服務於澎湖縣則有 15 個單位辦理，居家式喘息有社團法人澎湖縣照顧服務協會、社團法人澎湖縣社會扶助關懷協會、千樂長照有限公司附設澎湖縣私立千賀居家長期照顧服務機構、澎湖縣私立家安心居家長照機構以及澎湖縣私立芳悅居家長照機構，服務範圍包括馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、七美鄉以及望安鄉本島；機構式喘息有天主教靈醫會醫療財團法人附設惠民護理之家、衛生福利部澎湖醫院附設護理之家、澎湖縣私立四季常照養護中心以及澎湖縣私立感恩養護中心，服務範圍為函括全

¹⁶ 國內失智症照護機構可分為混合型，亦即養護、長期照顧機構或者護理之家，失智與失能皆為入住個案；專責型，亦即照顧對象僅為確診失智個案；專區型，亦即綜合型照護機構，設立提供失智者機構照顧服務的專區。

¹⁷ 居家式喘息為經過訓練的照顧員至案家提供服務；社區式喘息為被照顧者至社區型的長照機構接受照顧，如日照中心、巷弄長照站、小規模多機能等；機構式則為被照顧者於住宿型長照機構接受 24 小時照顧。

縣；日照式喘息則有財團法人平安社會福利慈善事業基金會馬公日間照顧中心、衛生福利部澎湖醫院附設老康健日照中心、財團法人平安社會福利慈善事業基金會講美日間照顧中心、財團法人平安社會福利慈善事業基金會望安日間照顧中心以及旭登護理之家附設澎湖縣私立旭安菓葉社區式服務類長期照顧服務機構，服務範圍包括馬公市、湖西鄉、白沙鄉本島與中屯村、西嶼鄉本島與小門村、望安鄉本島；巷弄長照站喘息有光明里辦公處，服務範圍為馬公市。

7. 輔具服務

由於多數輕中度失智者之身體功能仍維持正常，而輔具資源多用於失能者，故其效用多於以進入失能期之失智者，各縣市皆設立輔具資源中心。澎湖縣之輔具資源中心由澎湖縣照顧服務協會承辦，提供輔具展示、出借、維修、評估與諮詢等，設置於馬公市，提供全縣服務(澎湖縣輔具資源中心，2022)。

(三)照顧者資源

1. 家庭照顧者支持與服務資源中心

除了共照中心諮詢與資源連結、據點提供之照顧者技巧班與支持團體外。亦可於家庭照顧者支持與服務資源中心尋求資源、照顧技巧諮詢、照顧經驗分享、關懷等服務(衛生福利部，2015)。澎湖縣之家庭照顧者支持與服務資源中心共設 7 個據點，馬公市設有 2 據點，另因馬公幅員廣大另規劃出澎南區據點，而湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉與七美鄉亦設置分站。

2. 心理衛生資源中心

如同本研究第一章所述，失智照顧者照顧負荷重並且因照顧影響影響自身健康，容易產生憂鬱。失智照顧者可使用轄區心理衛生中心資源，以抒解負荷，主要服務有緊急災難心理衛生、憂鬱症防治、自殺防治以及心理諮商等服務項目(台灣失智症協會，2022b)。澎湖縣之心理衛生中心位於馬公市，設於澎湖縣政府衛生局，可服務全縣(澎湖縣政府衛生局，2022b)。

二、失智症照護資源在澎湖具城鄉差距

澎湖縣雖相對台灣本島為離島，然而因為社會福利輸送不均，致使縣內內部仍具城鄉差距(王明輝，2016)，本研究前述失智資源分佈狀態亦有相同發現，依附錄二澎湖在地失智相關資源分佈進一步統整各行政區域失智資源項目涵蓋數與單位數，詳如表 12，顯示澎湖之失智資源主要集中於馬公市，前述 14 項失智相關資源項目皆有設置，且單位數高達 47 個，其次為白沙鄉，二級離島則以望安鄉最多，甚至超過本島之西嶼鄉，其中可能因望安於澎湖偏遠離島議題之中最具離島特色，長期推展二級離島的資源挹注，而西嶼鄉雖位置偏遠但仍位屬本島，相較之下反而取得相對較少的資源。

表 12 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：本研究歸納整理製表。

三、小結

以失智症現行資源分佈，主要仍集中於本島，或各二三級離島中的本島，更以馬公市為資源匯集之重鎮與樞紐，於澎湖本島則以西嶼鄉最少，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，該行政區域居民使用設置其中的資源較其他行政區方便，比如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，並非僅服務該資源設置的行政區域，但於擴散服務時，受到地理因素將使交通成本增加，故仍為該行政區域較易取得服務。

從前節各式失智人口估計分析，綜合資源配置來看，二三級離島之失智無失能人口約 100 人上下，失智症據點不過兩處，且許多偏遠離島也沒有提供服務，更需地方失智友善社區提供在地化的服務。失智若有失能之資源使用，以中度失能為例，較適使用日間照顧中心，澎湖之失智有中度失能約 205 人，以 110 年日照中心統計可收 179 案，實際收案僅 91 案，顯示其中仍有使用率的問題，其原因多為澎湖長者生活習慣與觀念的影響(澎湖縣政府，2022)。

爰此，須要借重在地發展失智友善社區，提升對於失智症的意識，除可做為失智正式資源的介接橋梁之外，亦可發展成為在地資源，對於資源相對不足之區域，尤其是二三級離島而言，更顯重要。

第三節 離島失智友善社區特徵與困難

從偏遠地區之長照需求面來看，吳肖琪等(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，如同英國 Alzheimer's Society(2018)整理鄉村失智者需面臨以下挑戰：(一)於失智症不同階段取得健康服務的困難；(二)缺乏合適的交通以及停止駕駛；(三)孤獨及社交孤立，少有失智專門的照顧與支持服務；(四)緊急情境；(五)農村環境；對於照顧者而言，其挑戰亦類似失智者，於交通壓力的層面，照顧者經常被失智者依賴或被社會期待作為駕駛，對失智照顧者支持的服務也受限於偏鄉地區的資源匱乏，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與健康帶來負面影響。

為使推動更加順遂以達成效益，任何創新服務與政策，或者某社區凝聚共識後開始發展失智友善社區，皆無法迴避因應離島社區需求與特性的調整之步驟，本研究使用文獻及次級資料分析法，歸納以下數項離島常見特性，並分述與本研究策略方案之關聯與應用。

一、失智照護資源推展受限交通不便性

依據我國公務人員加給表，離島依偏遠程度可區分一至四級，澎湖本島區塊包括馬公市、湖西鄉、白沙鄉及西嶼鄉屬於第一級離島地區；馬公市、白沙鄉所屬之大部分島嶼、望安鄉以及七美鄉屬於第二級離島地區。以馬公至七美之交通方式為例，主要依靠舟船與飛機，以南海之星作為固定航班，若要當日往返，於七美停留時間不過 2-3 小時，並且含括中午時段，對於至馬公就醫的失智者以及至七美提供照護服務的專業人員而言實屬不便，亦增加過夜成本。即便觀光旺季，可多出民間觀光船選擇，但業者可能視顧客員額等成本考量來決定開航時間或者併班開航，其交通穩定性不比公船。若再加上季風因素，則增加滯留之可能性。

交通條件受限對於失智友善社區推動產生極大困難，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、失智照護津貼補助不符服務成本導致人力短缺

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)，澎湖各面向之長照專業人力皆顯不足，並以社工人員與照顧服務員人力缺損最為嚴重(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失智友善社區，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成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 et al.(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)提及透過參加教會的分享，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；鐘素月，2020)。

上述資訊流通、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，於澎湖與轄內偏遠地區反而成為特色與優勢，如趙善如等(2013)探究望安社區之社會資產，發現居民多為久居，再加上島嶼的地理限制，容易在當地建立強烈的地方認同與歸屬感，亦會因為社會關係緊密的現象，容易形成高度結合型社會資本，社會資本學者 Putnam 視其為我群(like-me)的連結(黃源協等，2011)。

因此，本研究認為推動失智友善社區之策略應可善用此優勢落實於策略行動之中，比如失智者參與友善社區建置，本項策略於離島執行時，若經由社區社會資本的人際網絡來取得失智家庭信任的重要他人做連結，反而使其產生更強的參與動機。

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)。研究者於實務工作亦觀察地方長輩多有「落葉歸根、不可老死異鄉」的觀念，獨居失智長者即使進入失能階段亦不願離開老家，或者搬去台灣本島與子女同住。因此，更顯見建置離島失智友善社區使長者在地安養之重

要性。

談及於地方生活的失智無失能者，則須考量在地的文化與生活型態，才有機會設身處地的為其思量可能遭遇的問題與障礙，比方說因應離島地理所產生舟船交通型態，一位失智無失能的長者，當其時間定向出現困難時，能否受惠於設計過的認知無障礙環境順利且安全的搭上需要的船班，亦或舟船工作人員、票務人員與社區居民可有足夠識能以察覺失智無失能長者的重複購票行為，而得以適時協助或轉介。又如離島居民多從事漁業工作，故提供友善社區服務行動時，則需規劃符合漁村文化脈絡下的活動，使失智者能延續其熟悉的生活型態而提高其參與意願。

第四節 小結

建置失智友善社區具一致性核心概念，但因應各地方社區之地理、文化、交通、社會資本等面向而有策略上的差異，故澎湖離島地區與台灣本島地區、澎湖的二三級離島與澎湖本島地區之失智友善社區建置與運作過程皆會有所不同。

爰此，本研究首先進行澎湖縣失智症人口推估，以行政區、偏遠離島地區、二三級離島地區、失智是否失能、失智不同程度、男女比、高危險群等主題進行分析，初步呈現在地失智者樣貌，再依行政區整理澎湖縣失智症相關資源分佈，並且依相關文獻、次級資料與研究者經驗歸納離島推動失智友善社區特徵與困難包括偏遠地區交通限制、專業人才招募困難、離島社區文化地理生活型態、離島社會資本優勢等，據以綜整本章澎湖縣失智現況分析提供地方實務推動者與政策制定者參考。

第四章 研究設計

本研究聚焦離島需求與特色，其特殊性與必要性，歸納國內外失智症協會與研究團隊含括各個重要友善領域之策略指標，如友善醫療、診斷後照護、友善實體與社會環境、失智識能、友善交通與友善組織等，綜整離島失智友善社區的功能目標與推動策略之架構，以此開展問卷設計以及後續分析。

本章研究設計共分六節，第一節說明層級分析法概念與原則；第二節綜整層級分析法之操作步驟；第三節說明層級分析法運用於本研究之適用性；第四節建置離島失智友善社區策略架構並建入概念定義；第五節說明本研究之研究對象選取原則以及專家背景；第六節說明本研究專家問卷設計以及問卷發放流程。

第一節 層級分析法

層級分析法(Alytic Hierarchy Process)，由美國匹茲堡大學 Thomas L. Saaty 教授於 1971 年提出，主要應用於不確定性(Uncertainty)情況下具有多重準則(Multiple-Criteria)的決策問題，發展之決策模式。

層級分析法之基本假設包括下列 9 項：1. 系統具有分層網絡結構，並可分解成許多種類與成分；2. 每一層級要素皆為獨立；3. 層級間相對上下層，其下層要素可利用上層的部分或所有要素作為評估準則；4. 進行評估比較時，數值尺度可轉換為比例尺度；5. 層級間成對比較後，可使用正倒值矩陣處理；6. 優劣關係與強度關係均能滿足遞移性；7. 通過一致性分析後，容許不具遞移性的存在；8. 使用加權法則求出要素的優勢程度；9. 階層內任何要素，不論優勢程度大小，均與層級有關(鄧振源、曾國雄，1989a)。

而於處理複雜決策問題時，可運用層級架構逐步拆解，將問題從最上層的決策目標區分為決策準則、次準則以及最下層的可行方案，其層級架構模型如圖 5，而 Miller 發現，比較 7 種以上事物，容易產生錯亂，故每一層級之準則建議小於或等於 7 項(Satty, 1990)。

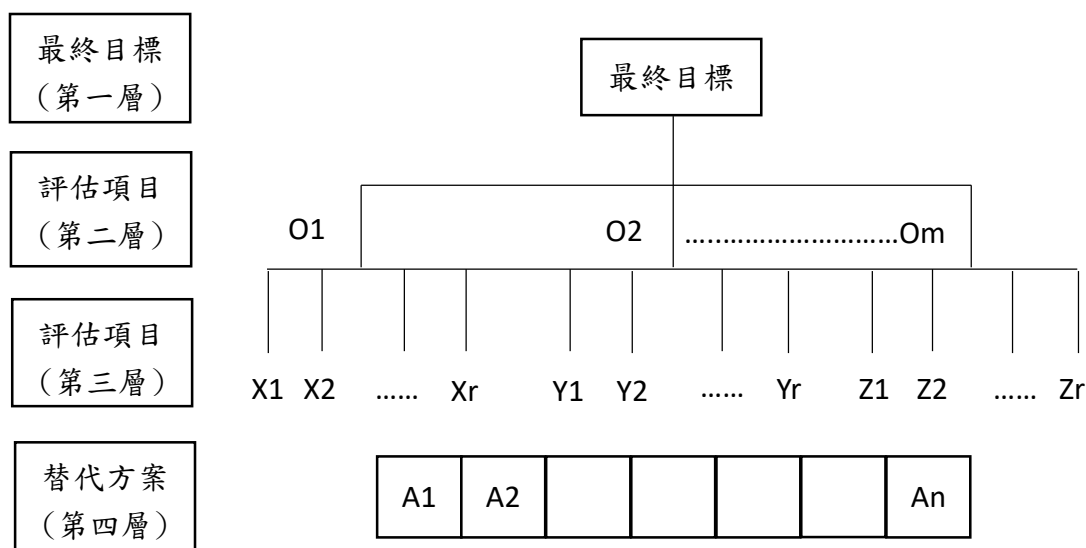


圖 5 AHP 層級結構示意圖

資料來源：鄧振源、曾國雄(1989a)；本研究製圖

層級分析法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，於分析時，則建議使用比例尺度做為給值的標準，而評估尺度則可區分為 5 項，分別為同等重要、稍重要、頗重要、極重要與絕對重要，並賦予名目尺度 1、3、5、7、9 之衡量值，並於基本尺度之間，給予 2、4、6、8 之衡量值(鄧振源、曾國雄，1989a)，上述評估尺度之說明詳如表 13。

表 13 AHP 評估尺度意義及說明

評估尺度	定義	說明
1	同等重要 (equal importance)	兩因素或比較方案之重要性相同 (equally important)
3	稍重要 (weak importance)	經驗與判斷稍微傾向某一因素或方案 (moderately more important)
5	頗重要 (essential importance)	經驗與判斷強烈傾向某一因素或方案 (strongly more important)
7	極重要 (very strong importance)	實際顯示非常強烈傾向某一因素或喜好某一方案 (very strongly more important)
9	絕對重要 (absolute importance)	有足夠證據肯定絕對傾向某一因素或喜好某一方案 (extremely more important)
2,4,6,8	相鄰尺度之中間值 (Intermediate values)	需要折衷值時。

資料來源：Saaty(1990)。

第二節 層級分析法操作程序

層級分析法於多目標(Multiobjective)或者多準則(Multicriteria)的決策分析當中,使用系統方法加以簡化問題,其操作程序步驟如下所述(鄧振源、曾國雄,1989b;何柏正,2022),綜整如圖 6:

步驟一、確定問題:

盡量納入所有可能影響問題的因素,並且擴大系統。

步驟二、建立層級架構:

清楚界定問題後,可運用腦力激盪法、明示結構法、文獻回顧法、因素分析法或者訪談與問卷調查,來決定層級架構,包括決策準則、子準則以及可行方案等。

步驟三、設計問卷與調查:

層級分析法運用成對比較,問卷設計需要清楚敘述每一組成對比較的問題,並且採用名目尺度,區分 9 個等級,使決策者比較每一成對比較要素的尺度並且進行註記。

步驟四、建立成對比較矩陣

1. 比較矩陣

再依問卷結果建立成對比較矩陣,以目前階層上一層級之評價準則,進行目前階層要素與方案之間的成對比較,假設有 n 個要素,需進行 $n(n-1)/2$ 次的成對比較,比如有 6 個決策要素,需進行 15 次的成對比較。上述矩陣設其為一個 $n \times n$ 的矩陣 A ,其內元素皆為正值,元素之間具有正倒值,即 $a_{ij}=1/a_{ji}$ 。故成對比較正值置於矩陣上三角形,倒值置於下三角形,如下所示:

$$[A] = [a_{ij}] = \begin{bmatrix} 1 & a_{12} & \cdots & a_{1m} \\ 1/a_{12} & 1 & \cdots & a_{2m} \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ 1/a_{1m} & 1/a_{2m} & \cdots & 1 \end{bmatrix}$$

2. 特徵向量 W_i

進而運用幾何平均值法求解特徵向量，即計算矩陣每列向量之幾何平均數，除以列向量幾何平均數的總和，公式如下：

$$W_i = \left(\prod_{j=1}^m a_{ij} \right)^{1/m} / \sum_{i=1}^m \left(\prod_{j=1}^m a_{ij} \right)^{1/m}$$

(m 代表決策因素數)

3. 最大特徵值 $\lambda_{\max}$

當矩陣 A 為一致性時， $AW = \lambda_{\max} W$ ，計算 W_i 值後，求取 AW 值，即可計算最大特徵值，如下所示。

$$\begin{bmatrix} 1 & a_{12} & \cdots & a_{1m} \\ a_{21} & 1 & \cdots & a_{2m} \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ a_{m1} & a_{m2} & \cdots & 1 \end{bmatrix} \times \begin{bmatrix} W_1 \\ W_2 \\ \vdots \\ W_m \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} W'_1 \\ W'_2 \\ \vdots \\ W'_m \end{bmatrix}$$

$$\lambda_{\max} = (W'_1/W_1 + W'_2/W_2 + \cdots + W'_m/W_m) \times (1/m)$$

步驟五、一致性檢定

一致性指標(Consistency Index, 之後簡稱 C.I.值)可運用於決策者判斷的一致性以外，亦可測試整體層級架構的一致性。當 C.I.值=0 時，代表前後判斷完全一致，當 C.I.值=1 時，代表前後判斷完全不一致，Saaty 建議 C.I.值可容許偏誤為小於等於 0.1。公式如下：

$$C.I. = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1}$$

並使用隨機指標(Random Index, 之後簡稱 R.I.值)，計算 C.I.值與 C.R.比率即為一致性比率(Consistency Ratio, 之後簡稱 C.R.值)，如下所示，而 $C.R. \leq 0.1$ 則

代表矩陣一致性達可信賴程度。

$$C.R. = \frac{C.I.}{R.I.}$$

再進一步檢驗整體階層架構的一致性，將整體層級架構一致性指標 (Consistency Index of the Hierarchy, 之後簡稱 C.I.H.值)除以整體層級架構隨機指標 (Random Index of the Hierarchy, 之後簡稱 R.I.H.值)，可得整體層級架構之一致性比例(Consistency Ratio of the Hierarchy, 之後簡稱 C.R.H.值)，當 C.R.H.值 ≤ 0.1 ，則整體階層的一致性達可信賴程度，如下所示。

$$C.R.H. = \frac{C.I.H.}{R.I.H.}$$

$$C.I.H. = C.I. + \sum_{h=1}^h C.I._h * W_h$$

$$R.I.H. = R.I. + \sum_{h=1}^h R.I._h * W_h$$

步驟六、替代方案選擇

使用幾何平均法呈現決策群體對於替代方案的綜合評估，以決定可行方案的優先性以及順序。

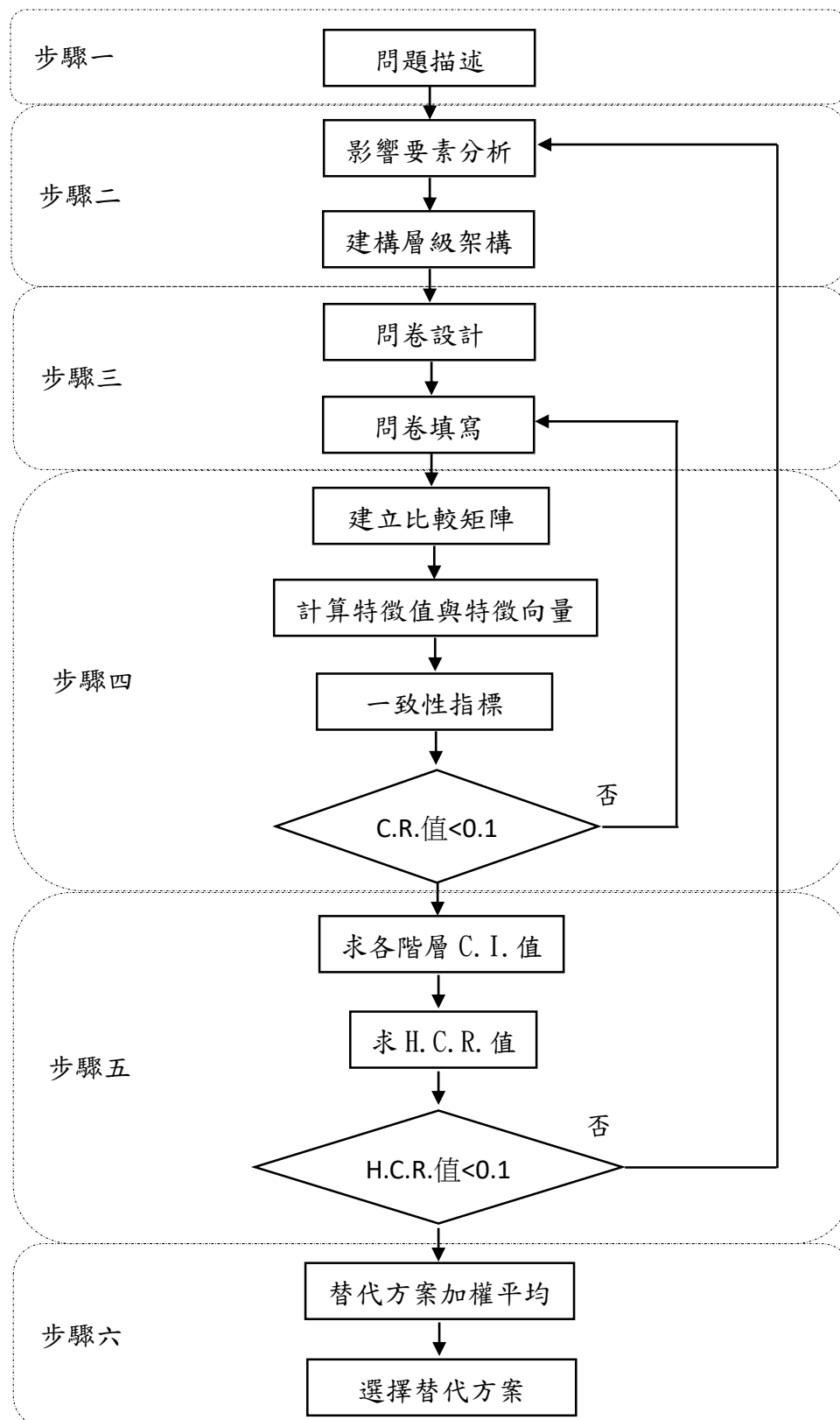


圖 6 層級分析法操作步驟流程圖

資料來源：鄧振源、曾國雄(1989b)；本研究重新製圖

第三節 運用層級分析法之適用性

經過文獻回顧關鍵策略之研究，黃昱凱、黃愛華(2009)運用層級分析法探討公共圖書館因應高齡化社會之經營策略的權重與優先性，彙集學者、實務工作者與高齡者三類研究對象的看法，並比較其中差異，提供決策建言；國內許多研究亦應用層級分析法分析關鍵因素並擬定策略行動(林燦煌、胡金勝，2005；黃炳文、施孟隆，2007；王惠正等，2008)，比較分析準則層構面與行動層構面，發現其重要程度以顯現優先性與順序性，而可廣泛應用於策略制訂與決策過程。

依據層級分析法基本假設提及「一個系統可被分解為成分，並形成網絡層級架構」，用以簡化社會複合型問題下的複雜結構(鄧振源、曾國雄，1989a)。本研究基於上述假設，將推動離島失智友善社區設為系統最終目標，依據失智友善社區架構拆分策略目標以及可行策略，建置層級架構，進而比較目標層與策略層之相對權重值，並呈現不同領域之專家學者、實務推動者等多元利害關係人的看法，進而分析比較不同群集之間的差異以及依重要性排列的優先順序。

Saaty(1980)提及層級分析法適合應用於 12 個種類決策問題¹⁸，其中「決定優先順序」、「產出可行方案」、「選擇最佳方案」、「決定需求條件」、「規劃」、「分配資源」等類型，相符於推動離島失智友善社區之策略規劃、產製可行策略，並依離島資源分配之侷限性下尋找關鍵策略。

綜上，層級分析法對於本研究具備一定程度之適用性。

¹⁸ Saaty(1980)提出 AHP 法可運用以下 12 種決策問題：1.決定優先順序、2.產出替代方案、3.選擇最佳方案、4.決定需求條件、5.根據成本效益分析制定決策、6.分配資源、7.結果預測/風險評估、8.衡量績效、9.設計系統、10.確保系統穩定性、11.最適化、12.規劃、13.衝突。

第四節 建置離島失智友善社區策略架構與概念定義

本研究透過回顧國際失智組織、各國失智症協會以及專家學者之失智友善社區目標、策略主題、策略行動以及離島偏鄉友善社區特色等相關文獻，建構本研究之離島失智友善社區策略架構，如圖 7 所示。

本研究之策略架構分為三層，第一層以推動建置失智友善社區做為願景與使命，亦為架構最終目標。第二層為達成願景之核心失智友善社區目標共 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，包括「賦權失智者」項下 3 項策略，分別為「失智者與照顧者參與」、「調查失智者與家屬需求與期待」以及「支持失智家庭與提供訊息」；「社區包容與支持」項下 3 項策略，分別為「改善社區友善環境」、「友善居民訓練」以及「連結友善組織」；「改善照護與服務」項下 3 項策略，分別為「離島友善醫療照護」、「離島友善社區服務」以及「人本之社區照護模式」；提升社區意識/去除汙名化」項下 3 項策略，分別為「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」。各階層目標、策略概念之定義，詳如表 14。

專家與實務推動者因其實務經驗與領域有所不同，於達成不同目標下之策略主題的判斷有所不同，於各個策略主題下的行動優先性的決策判斷也因此不同，本研究運用層級分析法計算專家集體決策下的策略行動構面權重比，進而萃取關鍵策略與優先行動。

第一層
使命

第二層
目標

第三層
策略

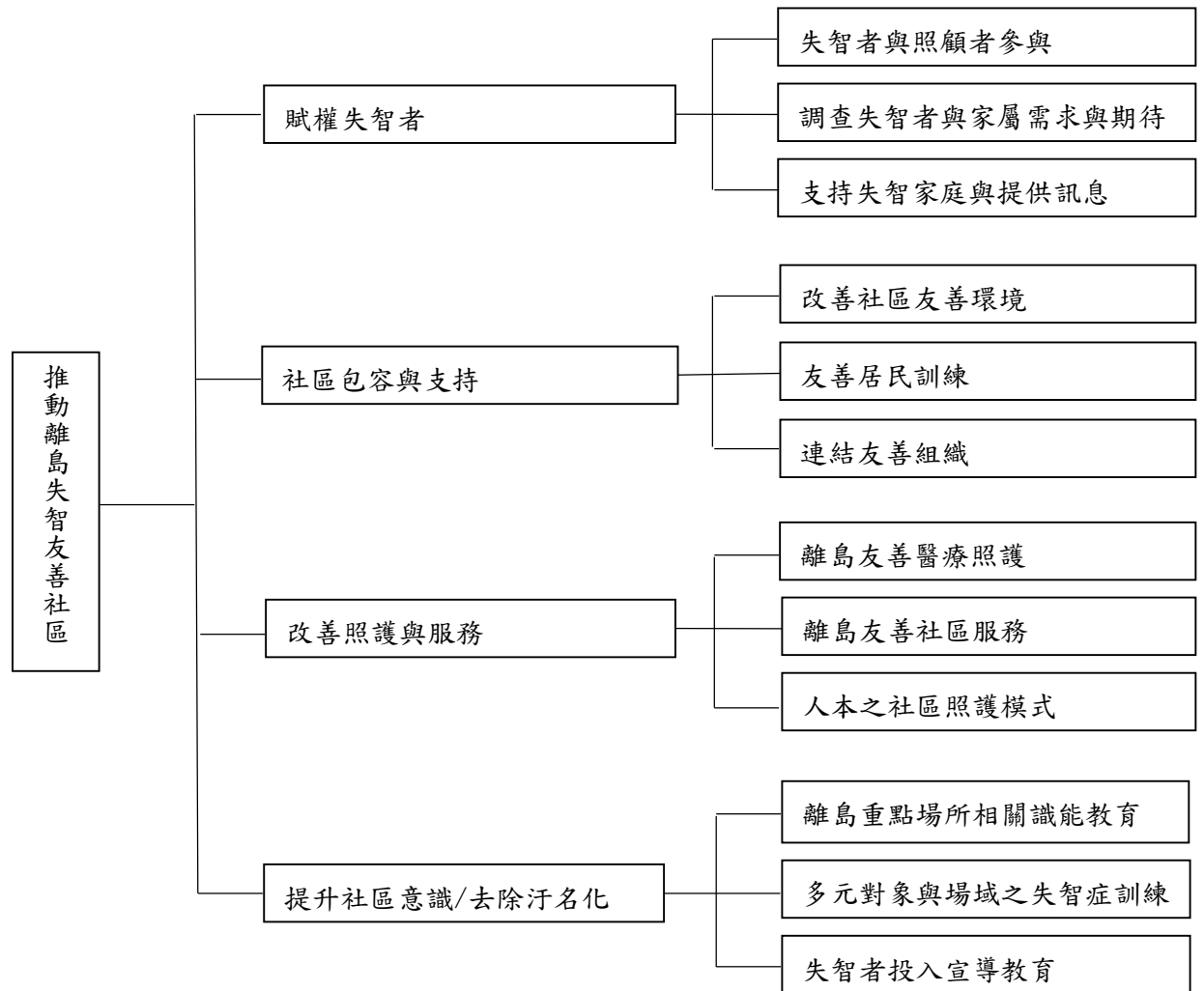


圖 7 本研究離島失智友善社區策略架構

資料來源：本研究自行繪製

表 14 推動離島失智友善社區策略意涵

策略	策略意涵	參考文獻
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，除可透過納入失智者需求與期待更能夠準確的克服推動障礙，並可為失智者帶來價值並且有信心對社區有所貢獻。	Alzheimer's Australia(2021)； Alzheimer's Society(2013)；Buckner et al.(2019)；Dean et al.(2015a)
調查失智者與家屬需求與期待	運用適宜調查方法瞭解失智者與照顧者對於地方失智友善社區的需求與期待、瞭解失智者與照顧者的期待的異同處、對於推動小組策略進行與後續效益的看法與感受、對策略執行下參與社區的經驗與困難為何以及對於地方失智友善社區的友善程度的感受與未來願景為何的過程。	Innovations in Dementia(2011)；徐亞瑛 (2020)；Darlington et al.(2021)；Dean et al.(2015a)
支持失智家庭與提供訊息	失智友善社區建立與經營與照顧者的夥伴關係，提供最新訊息與可及訓練，並運用正式與非正式資源提供照顧者長期穩定的支持，藉以賦權並提升失智家庭之生活品質。	台灣失智症協會等(2017)；林宛玲等 (2020)；Dean et al.(2015a)
改善社區友善環境	運用友善環境設計原則包括熟悉性、易讀性、獨特性、可及性、舒適性和安全性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積極意義，如接受正向刺激、減緩病症與提升生活品質。	Alzheimer's Disease International(2020)；Alzheimer's Society(2013)；Burton(2012)；Mitchell & Burton(2010)；陳柏宗等(2020)；蘇

策略	策略意涵	參考文獻
		淑瑩(2018)
友善居民訓練	安排社區民眾與志工失智症訓練並具備基礎識能、辨識失智者、理解特性並適當回應、可運用資源等核心能力。	ADI(2016)；台灣失智症協會等(2017)；衛生福利部(2021b)
連結友善組織	連結友善組織包含商家、教會、診所、公司企業以及各級政府等建立幫助失智者以貢獻失智友善社會的友善社區建立方法與執行策略，並且能夠理解失智者並且提供適時協助，例如看問留撥等。	ADI(2016)；台灣失智症協會(2016)
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，形式包括就醫檢查與診斷、治療、診斷後照護、與提供服務之同單位或不同單位間的協調以形成整體與連續的服務，並可具備因應交通困難的因應機制如便利性診療服務等。	Handley et al.(2015)；Lin(2017)；台灣失智症協會等(2017)；衛生福利部(2021b)
離島友善社區服務	社區內正式或非正式失智症照護服務，如診斷前發覺失智者與轉介機制；診斷後之失智照護服務如日照中心、失智共照中心、社區據點等與個別化服務；並可因應離島社區特徵如交通困難、人才缺乏以及較社會資本優勢，據以運用在地社會網絡之非正式社會支持，提供實際與情感支持並做為非正式早期預警系統。	Wiersma & Denton(2016)；Ward et al.(2018)；衛生福利部(2019)

策略	策略意涵	參考文獻
人本之社區照護模式	友善社區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。	葉莉莉(2007)；ADI(2019)
離島重點場所失智症教育訓練	友善社區評估轄內重要離島特徵如交通侷限，安排重點場域、機構內人員之失智識能教育。	本研究觀察
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進行教育訓練，強調理解、知能與察覺，具以降低汙名化並提升識能。	ADI(2016)；ADI(2019)；Buckner et al.(2019)；Harris & Caporella(2014)；Matsumoto et al.(2022)；國健署(2021)
失智者參與並投入宣導	失智友善社區於投入社區識能宣導時，能夠適時、適宜、提供支持使失智者參與公共宣導之規劃、設計、執行，並且肯定其貢獻的過程。	Alzheimer' s Society(2020)；Phillipson et al.(2019)；台灣失智症協會(2019)

資料來源：本研究自行整理。

第五節 研究對象

本研究以立意抽樣法選取從事失智症專門學術、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。並使用層級分析法來瞭解不同領域研究對象對於建置離島失智友善社區之關鍵策略與行動的看法，並且比較學術、專業人士、政府與實務工作者之差異，進一步分析萃取關鍵策略與政策建議。研究對象可區分為學者、專家、政策推動者以及第一線服務提供者四個領域，並且重視對象的專業性、知識性、失智友善社區相關實務經驗與受訪意願，原則如下所述：

- 一、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、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。

本研究依上原則，篩選四類領域共 26 人，於取得受訪者同意後，經由電子郵件、實體郵寄或研究者親送方式發放問卷，26 名專家之背景綜整如下，詳如表 15。

- 一、學術研究之學者：學者領域專家任教於醫學大學、護理學系、澎湖地方科技大

學以及具備離島偏鄉失智相關經驗者如金門大學長期照顧系、成功大學人文社會科學中心竹田西勢村高齡樂智友善園區團隊共同主持人等，其專業背景包括精神醫學、精神護理與長期照顧、社會科學與管理等領域，專長背景橫跨失智症醫療、失智照護、地方社區營造、組織經營管理、公共事務管理等，總計 6 名。

二、失智領域專家：國內推動失智症政策、國際事務參與之重要組織台灣失智症協會的理事長與秘書長；失智醫療領域專家如身心科或神經內科主治醫師、地方失智共同照護中心主任、職能治療師與個案管理師等，總計 7 名。

三、政府機關地方政策推動者 5 名：澎湖縣政府衛生局內職司地方失智照護、失智友善社區政策推動之單位，包括保健科、長期照顧管理中心之主管、長期照顧專員督導、失智友善社區承辦人、地方衛生所護理師等，總計 5 名。

四、第一線服務提供者 8 名：於地方失智照護服務與承接失智友善社區示範點之第一線服務提供者，包括澎湖行政區一市五鄉內失智社區服務據點、失智友善社區示範點內之負責人、村里長、理事長、重要幹部等，總計 8 名。

表 15 專家名單統整表¹⁹

群組	編號	單位	職稱
學者	A1	中山醫學大學	教授
	A2	輔英科技大學護理系	助理教授
	A3	澎湖科技大學人文管理學院	教授兼院長
	A4	高雄醫學大學學士後醫學系	博士後研究員
	A5	金門大學長期照顧系	教授
	A6	成功大學人文社會科學中心_竹田西勢村高齡樂智友善社區團隊	副教授/計畫共同主持人
專家	B1	社團法人台灣失智症協會/桃園長庚醫院失智中心	理事長/主治醫師兼主任

¹⁹ 專家組編號 B1 專家係因業務繁忙未能完成問卷。

群組	編號	單位	職稱
	B2	社團法人台灣失智症協會	秘書長
	B3	衛生福利部澎湖醫院身心科/澎湖縣失智共同照護中心	主治醫師兼科主任
	B4	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院神經內科	主治醫師
	B5	台北榮民總醫院神經內科	主治醫師
	B6	衛生福利部澎湖醫院/澎湖縣失智共同照護中心	職能治療師
	B7	衛生福利部澎湖醫院/澎湖縣失智共同照護中心	個案管理師
地方政策推動者	C1	澎湖縣政府衛生局保健科	科長
	C2	澎湖縣政府衛生局醫政科	科長
	C3	澎湖縣政府衛生局保健科/澎湖縣失智友善社區計畫承辦人	承辦人
	C4	澎湖縣政府衛生局保健科/長期照顧管理中心	督導
	C5	望安衛生所	護理師
社區服務提供者	D1	澎湖縣失智社區服務據點(馬公市光明里)	負責人
	D2	澎湖縣失智社區服務據點(馬公市光榮里)	組長
	D3	澎湖縣失智社區服務據點(湖西鄉尖山村)	組長
	D4	澎湖縣失智社區服務據點(白沙鄉後寮村)	承辦人
	D5	澎湖縣失智社區服務據點(西嶼鄉外垵村)	護理師

群組	編號	單位	職稱
	D6	澎湖縣失智社區服務據點(七美鄉海豐村)	村長
	D7	澎湖縣失智友善社區示範點(馬公市光明里)	里長
	D8	澎湖縣失智友善社區示範點(望安鄉東垵村)	村長

資料來源：本研究整理

第六節 專家問卷設計與發放流程

一、專家問卷設計

(一)離島失智友善社區策略架構之概念

本研究以推動離島失智友善社區作為最終願景，經過文獻回顧架構達成失智友善社區之核心策略目標，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失智友善社區特徵與困境，據以形塑可達成上述策略目標之離島失智友善社區策略主題共計 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。

當決策者困難取得多方利害關係人的多屬性效用(Multi-Attribute Utility)時，要如何協助決策者產出替代方案?多準則決策方法(Multi-Criteria Decision Making)多運用簡化方式以顯示決策者的偏好，如成對比較，來制定最佳解決方案或者縮小解決方案的範圍 (Morgan, 2017)。而層級分析法為應用多準則決策方法最為廣泛的方法之一，故本研究採用 AHP 做為主要統計分析，協助決策者於策略目標中呈現其偏好，並於各策略方案中顯現優先性，進而產出關鍵策略。

(二)離島失智友善社區策略架構之操作

本研究經過立意抽樣，選取與失智友善社區相關之各領域專家後，請研究對象以下列步驟操作：

1. 依據層級分析法假設，每一階層的元素皆具獨立性，並將次階層之準則或替代方

案控制少於七個，本研究之策略架構依上述階層分為策略目標層以及策略方案層。

2. 本研究受測之不同領域專家，據其經驗檢視各式策略目標，兩兩比對其對於推動離島失智友善社區之重要程度；檢視各式策略方案，兩兩比對其對於達成策略目標之優先性。
3. 偏好關係以及強度關係皆滿足遞移性，若「賦權失智者」兩倍重要於「社區包容與支持」，「社區包容與支持」兩倍重要於「改善照護與服務」，則「賦權失智者」必定優於「改善照護與服務」，而其強度為四倍。

(三)提升問卷一致性之設計

運用 AHP 法時，研究者必須關注一致性問題，而應用 AHP 研究者多數使用傳統式的問卷，若於問卷中具有準則排序的填充設計，則可協助研究對象理清思路，進而改善問卷的一致性(Chen & Lee, 2015)。本研究之研究對象依循 AHP 法，尋找失智友善社區相關領域之專家與實務工作者，其數量不多，更見每份問卷的重要程度，故於本研究納入上述提升一致性之設計，於問卷內策略目標層與策略方案層之成對比較前，加入該層優先性排序的填充題。

二、問卷發放流程

本研究依據前述失智友善社區層級架構設計專家問卷，藉以瞭解專家對於不同建置失智友善社區策略目標下，主要策略主題的優先性，以及各策略主題下具體行動的相對重要性。當確定研究對象專家的填答意願後，配合專家可行方式發放問卷如親送、郵寄或電郵等，問卷內容詳附錄四。

Chen and Lee(2015)研究建議於 AHP 問卷調查時，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。本研究依上述作法邀請所有參與專家個別以實體面會或者線上視訊形式，解說本研究問卷之操作方式與範例、關係與強度遞移性以及各項失智友善社區策略概念意涵，具以提升一致性。

問卷調查期間自 112 年 4 月 6 日起，依前述專家名單共發放 26 份問卷，其中

實體面會共 16 位，線上視訊共 10 位，專家組內編號 B1 專家係因業務繁忙，未能完成問卷，至同年 5 月 11 日止，共回收 25 份專家問卷，包括 6 位學者、6 位專家、5 位地方政策制定者以及 8 位社區服務提供者，並且全數通過一致性檢定。

回收專家問卷後，使用 Power Choice 分析軟體將各領域專家之問卷結果編碼後鍵入系統，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失智友善社區關鍵策略看法之差異性，分析後提出建言。

三、問卷信效度

建置上述策略架構之四項策略目標與策略方案之文獻來源，主要來自失智議題領域內具高可信度單位如 Alzheimer's Disease International、Alzheimer's Australia、Alzheimer's Society 等，其所發展失智友善社區相關報告，故具有一定程度之效度。並以層級分析法內的一致性檢定，做為問卷信度之佐證，本研究回收有效問卷之一致性比率(C.R.值)皆小於 0.1，顯示專家群對於問卷內層級的看法一致並可信賴。

第五章 實證研究分析

本章研究結果與資料分析共分三節，第一節計算本研究整體專家於失智友善社區策略目標以及方案之特徵值與權重值，並進行分析；第二節計算學者、專家、政策制定者與服務提供者四組分別之特徵值與相對權重值，並且比較各組策略目標與策略方案之異同；第三節綜整前兩節結果，進行綜合分析。

第一節 整體專家結果分析

經資料分析後，可得全體專家權衡本研究建置離島失智友善社區策略架構的整體樣貌，分別呈現於第二階策略目標與第三階策略方案的整體權重值；並於策略方案層的相對權重值，顯示全體專家在各個策略目標作為評價基準之下，策略方案分別的重要程度。上述整體專家於本研究架構之整體權重值與相對權重值綜整於表 16，依架構階層進行重要性排序(如表 17 與表 18)，並進一步分析其策略目標與方案在重要性排序下的內涵為何。

一、整體權重值分析

於推動離島失智友善社區之策略目標層中之全體權重值可見，專家們最為重視「社區包容與支持」(0.3949)、其次為「改善照護與服務」(0.2756)、第三為「提升社區意識/去除汙名化」(0.1881)、最後為「賦權失智者」(0.1414)；其一致性指標(C.I.值)為 $0.0012 \leq 0.1$ ，屬可容許偏誤範圍，而一致性比率(C.R.值)為 $0.0013 \leq 0.1$ ，代表矩陣一致性可以信賴。

於推動離島失智友善社區之策略方案層之全體權重值可見，專家們最為重視「友善居民訓練」(0.1691)、第二為「改善社區友善環境」(0.1342)、第三為「離島友善社區服務」(0.1339)、第四為「連結友善組織」(0.0916)、第五為「離島友善醫療照護」(0.09)、第六為「離島重點場所相關識能教育」(0.0857)、第七為「多元對象與場域之失智症訓練」(0.0737)、第八為「調查失智者與家屬需求與期待」(0.0577)、第九為「人本之社區照護模式」(0.0517)、第十為「失智者與照顧者參

與」(0.0433)、第十一為「支持失智家庭與提供訊息」(0.0405)、第十二為「失智者投入宣導教育」(0.0287)；其階層一致性指標(C.I.H.值)為 $0.0012 \leq 0.1$ ，屬可容許偏誤範圍，而階層一致性比率(C.R.H.值)為 $0.0012 \leq 0.1$ ，代表矩陣一致性可以信賴。

表 16 離島建置失智友善社區策略架構權重值總表

第一層：使命	第二層：策略目標 整體權重值	第三層：策略方案 整體權重值(相對權重值)
推動離島失智友善社區	賦權失智者 0.1414	失智者與照顧者參與 0.0433 (0.3061)
		調查失智者與家屬需求與期待 0.0577 (0.4077)
		支持失智家庭與提供訊息 0.0405(0.2862)
	社區包容與支持 0.3949	改善社區友善環境 0.1342 (0.3397)
		友善居民訓練 0.1691 (0.4282)
		連結友善組織 0.0916 (0.2321)
	改善照護與服務 0.2756	離島友善醫療照護 0.09 (0.3266)
		離島友善社區服務 0.1339 (0.4859)
		人本之社區照護模式 0.0517 (0.1875)
	提升社區意識/去除汙名化 0.1881	離島重點場所相關識能教育 0.0857 (0.4556)
		多元對象與場域之失智症訓練 0.0737 (0.3917)
		失智者投入宣導教育 0.0287 (0.1527)

資料來源：本研究整理製表。

表 17 離島建置失智友善社區策略目標層權重值排序 N=25

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

資料來源：本研究整理製表。

表 18 離島建置失智友善社區策略方案層權重值排序 N=25

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

資料來源：本研究整理製表。

經過權重值排序，顯示達成離島失智友善社區最終使命的策略目標中，參與本研究專家認為「社區包容與支持」(0.3949)最具有優先性，此意涵回應到失智者常因為疾病，於維持原本的生活方式、持續參與社區及與鄰里互動具有不同程度的困

難，故需要來自社區的「實體友善環境」與「社會友善環境」予以包容與支持，使失智者持續有意義活動與有目的的社交連結，來融入社區並增進生活品質。其次的策略目標為「改善照護與服務」(0.2756)，此意涵回應失智家庭在不同的病程階段，需要適宜的醫療照顧與社區服務資源，而離島相對正式資源不足之處，尤其以二、三級離島為甚，則更需非正式資源以支持失智者與照顧者。

綜上，排序前兩名的策略目標，其權重值合計將近七成(0.6705)，可見專家認為「社區包容與支持」與「改善照護與服務」為離島失智友善社區建置之優先策略目標，其中「社區包容與支持」更以近四成(0.3949)的權重值，作為最關鍵的策略目標。

於策略方案層中，權重值前四名依序為「友善居民訓練」(0.1691)、「改善社區友善環境」(0.1342)、「離島友善社區服務」(0.1339)以及「連結友善組織」(0.0916)，皆來自於「社區包容與支持」與「改善照護與服務」策略目標層下的策略方案，可歸納友善居民、友善環境、友善服務與友善組織等常見失智友善要素，其中，友善居民最受到專家重視、友善環境與友善服務居次，再來則為友善組織。友善居民訓練作為最優先的策略方案，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；而「改善社區友善環境」這項策略方案能夠透過改善社區實體環境，得以支持失智者參與社區的各種服務，俾便「離島友善社區服務」策略方案。

二、相對權重值分析

(一)「賦權失智者」策略目標下策略方案之相對權重值分析

於「賦權失智者」策略目標下三項策略方案當中，專家們認為「調查失智者與家屬需求與期待」(0.4077)最為重要，而「失智者與照顧者參與」(0.3061)優先性略高於「支持失智家庭與提供訊息」(0.2862)；其一致性指標(C.I.值)為 $0.0002 \leq 0.1$ ，屬可容許偏誤範圍，而一致性比率(C.R.值)為 $0.0003 \leq 0.1$ ，代表矩陣一致性可以信賴，綜整於表 19。

表 19「賦權失智者」策略目標下策略方案之相對權重值排序

N=25

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

資料來源：本研究整理製表。

綜上可見，「調查失智者與家屬需求與期待」(0.4077)為達成「賦權失智者」策略目標下，最優先的策略方案，反映經過對失智者與照顧者的適宜需求調查，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是否能夠滿足，符合策略規劃的內外分析以及策略評價與調整的歷程。

「失智者與照顧者參與」(0.3061)從文獻來看為賦權目標的重要體現，然而從研究者實務面觀察，地方長輩與民眾多抱持保守文化，對於參與可實質影響失智者權益與政策的公共事務或團體，如參加地方失智友善社區推動小組，其意願通常較低；「支持失智家庭與提供訊息」(0.2862)這項策略方案則可能受到社區相關資源如支持或互助團體充裕程度的影響，以二三級離島為例，其社區囿於交通限制增加資源取得的困難，故而減少支持與可提供資源訊息的內容。

上述排序第二與第三的策略方案，相較於需求調查，於澎湖社區推動時，可能需要更多的條件如失智者行動意願與資源可近性等，始可順利進行，推測因而降低其相對重要性。

(二)「社區包容與支持」策略目標下策略方案之相對權重值分析

於「社區包容與支持」策略目標下三項策略方案當中，專家們認為「友善居民訓練」(0.4282)最為重要，其次為「改善社區友善環境」(0.3397)，第三為「連結友善組織」(0.2321)；其一致性指標(C.I.值)為 0.0004 $\leq$ 0.1，屬可容許偏誤範圍，而一致性比率(C.R.值)為 0.0008 $\leq$ 0.1，代表矩陣一致性可以信賴，綜整於表 20。

表 20 「社區包容與支持」策略目標下策略方案之相對權重值排序

N=25

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

資料來源：本研究整理製表。

綜上相對權重值排序，「友善居民訓練」(0.4282)為達成「社區包容與支持」策略目標下，最優先的策略方案，反映專家認為運用社會性友善環境來支持包容失智者，仍以人最為重要，當社區居民或志工具具有對失智症充足的識能之後，更易推動與維護實體友善環境與連結友善組織等策略方案；「改善社區友善環境」(0.3397)也受到相當的重視，透過友善設計原則可增進失智家庭參與社區意願並且降低參與難度；而「連結友善組織」(0.2321)這項策略方案可能因離島社區可用之友善組織資源不多，故顯示稍微不重要於前兩項策略方案。

(三)「改善照護與服務」策略目標下策略方案之相對權重值分析

於「改善照護與服務」策略目標下三項策略方案當中，專家們認為「離島友善社區服務」(0.4859)最為重要，其次為「離島友善醫療照護」(0.3266)，第三為「人本之社區照護模式」(0.1875)；其一致性指標(C.I.值)為 0.0007 $\leq$ 0.1，屬可容許偏誤範圍，而一致性比率(C.R.值)為 0.0012 $\leq$ 0.1，代表矩陣一致性可以信賴，綜整於表 21。

表 21 「改善照護與服務」策略目標下策略方案之相對權重值排序

N=25

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

資料來源：本研究整理製表。

綜上相對權重值排序，「離島友善社區服務」(0.4859)與「離島友善醫療照護」(0.3266)兩項策略方案合計超過八成(0.8125)，有趣的是，專家認為「離島友善社區服務」重要性大於「離島友善醫療照護」，此處反映出離島醫療政策經過長期的資源在地化與照護社區化，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增加醫療照護成本，更需要地方社區能夠發展服務以支持失智家庭。而「人本之社區照護模式」(0.1875)本項策略方案，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。

(四)「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

於「提升社區意識/去除汙名化」策略目標下三項策略方案當中，專家們認為「離島重點場所相關識能教育」(0.4556)些許重要於「多元對象與場域之失智症訓練」(0.3917)，稍微重要於「失智者投入宣導教育」(0.1527)；其一致性指標(C.I.值)為 $0.0001 \leq 0.1$ ，屬可容許偏誤範圍，而一致性比率(C.R.值)為 $0.0002 \leq 0.1$ ，代表矩陣一致性可以信賴，綜整於表 22。

表 22 「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 N=25

策略目標：提升社區意識/去除汙名化			
一致性檢定	排序	第三層：策略方案	相對權重值
C.I.= $0.0001 \leq 0.1$	1	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	0.3917
C.R.= $0.0002 \leq 0.1$	3	失智者投入宣導教育	0.1527

資料來源：本研究整理製表。

綜上相對權重值排序，「離島重點場所相關識能教育」(0.4556)與「多元對象與場域之失智症訓練」(0.3917)兩項策略方案合計近八成五(0.8473)，並以「離島重點場所相關識能教育」為最重要策略方案，反映專家認同須以澎湖縣離島特徵下

的重點場域，優先進行相關失智課程，再來可進行「多元對象與場域之失智症訓練」之策略方案，廣泛安排轄內各種類型場所與情境之教育訓練，使社區整體的失智友善網絡更為綿密。「失智者投入宣導教育」本項策略方案相關於失智者與照顧者的參與意願，推測亦受到前述澎湖傳統文化的影響，使其行為多低調與保守，故而降低其相對重要程度。

第二節 各組結果比較分析

本研究回收之有效專家問卷共計有 25 份，並區分學者(6 位)、專家(6 位)、政策推動者(5 位)與服務提供者(8 位)四個群組。本研究計算四組專家分別對於策略目標層、策略方案層的權重值，進行一致性檢定，並排序各組權重值再比較其異同，以進行組間比較分析。

一、策略目標層之組間比較分析

(一)四組策略目標層之權重值排序分析

綜整四組專家於推動離島失智友善社區之策略目標層的權重值排序(如表 23 與圖 8)，可得學者組策略目標的重要性依序為「改善照護與服務」(0.4067)、「社區包容與支持」(0.2888)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.1734)、「賦權失智者」(0.1311)；專家組策略目標的重要排序為「改善照護與服務」(0.3608)、「社區包容與支持」(0.3436)、「賦權失智者」(0.1626)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.1331)；地方政策推動者組策略目標的重要排序為「社區包容與支持」(0.3448)、「改善照護與服務」(0.2855)、「賦權失智者」(0.1899)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.1798)；地方服務提供者組策略目標的重要排序為「社區包容與支持」(0.5263)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.2324)、「改善照護與服務」(0.1434)、「賦權失智者」(0.0978)。而各組分別的 C.I.值與 C.R.值皆小於等於 0.1，通過一致性檢定。

表 23 策略目標層組間權重值比較表

第一層：		第二層：策略目標層				
使命	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)
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

資料來源：本研究整理製表。

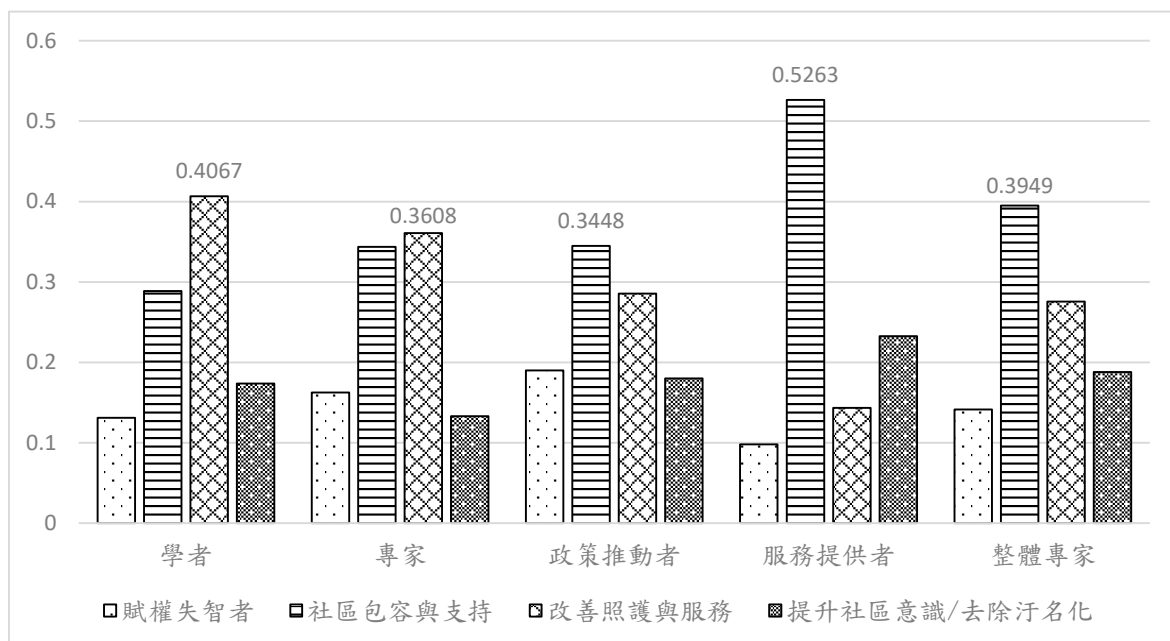


圖 8 四組策略目標權重值長條圖比較

資料來源：本研究整理製圖。

本研究製圖表綜合比對後，可得學者組、專家組排名前二重要的策略目標同為「改善照護服務」與「社區包容與支持」，差別在於學者組較專家組更為重視「改善照護服務」，而專家組認為「改善照護服務」與「社區包容與支持」幾乎同等重要。

政策推動者組、服務提供者組則一致認為「社區包容與支持」為最重要策略目標，並以服務提供者組最為重視；兩組評價第二重要的策略目標看法則產生分歧，政策推動者組選擇為「改善照護與服務」，服務提供者組則選擇「提升社區意識/去除汙名化」。

專家組與政策推動者組排名第三與第四的策略目標同為「賦權失智者」與「提升社區意識/去除汙名化」；而學者組與服務提供者組評價第四之策略目標同為「賦權失智者」，於第三的看法則不同，學者組選擇為「提升社區意識/去除汙名化」，服務提供者組則認為是「改善照護與服務」。

(二)四組之優先與次要策略目標群分析

將學者、專家、政策推動者與服務提供者四組之前兩名策略目標權重值合計，發現數值平均可近七成，最少也有六成以上，顯示四組專家於權衡四項策略目標時，將前兩項策略目標視為最關鍵重要的策略方向，本研究將其定義為優先策略目標群，從名次次數分配表(表 24)來看，可得「社區包容與支持」與「改善照護服務」為最具有共識的優先策略目標群；將後兩名策略目標權重值合計，數值平均約三成，本研究將其定義為次要策略目標群，可得「提升社區意識/去除汙名化」與「賦權失智者」為最具有共識的次要策略目標群。

將優先策略目標群與次要策略目標群權重值彼此相減後，可以觀察到其中是否具有優先性，操作後可得於優先策略目標群，除專家組以外，其餘組別評比第一之策略目標至少稍微重要於第二目標，故產生優先性；於次要策略目標群，四組內排序第三與第四之策略目標權重值彼此之間差距不大，顯示近乎同等重要，故不具有優先性。數值綜整於表 25。

表 24 策略目標名次次數分配表

排序	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	賦權失智者
1	2 次	2 次	0 次	0 次
2	2 次	1 次	1 次	0 次
3	0 次	1 次	1 次	2 次
4	0 次	0 次	2 次	2 次

資料來源：本研究整理製表。

表 25 四組之優先與次要策略目標群之權重值與內部優先性

	學者組	專家組	政策推動者組	服務提供者組	平均值
優先策略目標群(前兩名) 權重值合計	0.6955	0.7044	0.6303	0.7587	0.6972
優先策略目標群(前兩名) 權重值相減	0.1179	0.0172	0.0593	0.2939	0.1221
次要策略目標群(後兩名) 權重值合計	0.3045	0.2957	0.3697	0.2412	0.3028
次要策略目標群(後兩名) 權重值相減	0.0423	0.0295	0.0101	0.0456	0.03188

資料來源：本研究整理製表。

(三)四組之評價結果內涵分析

1. 學者組

從失智症領域學者角度，建置離島失智友善社區之策略目標的重要度依序為「改善照護與服務」(0.4067)、「社區包容與支持」(0.2888)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.1734)、「賦權失智者」(0.1311)。

學者最為重視的離島友善社區策略目標為「改善照護與服務」(0.4067)。本研究第三章估計澎湖縣近 1,700 人，對這些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，能夠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，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，亦或者取得符合其階段的適宜資源。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，也未必能夠實質為失智症家庭解決困難或滿足需求。

2. 專家組

從失智症領域專家與專業人士角度，建置離島失智友善社區之策略目標的重要度依序為「改善照護與服務」(0.3608)、「社區包容與支持」(0.3436)、「賦權失智者」(0.1626)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.1331)。

專家最為重視的離島友善社區策略目標為「改善照護與服務」(0.3608)，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。專家所看重的優先策略目標群，其內容與順序相同於學者群，不同則在於專家更重視「社區包容與支持」(0.3436)，其權重值接近「改善照護與服務」，亦即專業人士們認為「改善照護與服務」與「社區包容與支持」幾乎同等重要，可以並重同步進行。於次要策略目標群，有別於學者組，專家認為「賦權失智者」(0.1626)略為重要於「提升社區意識/去除汙名化」(0.1331)，但其權重值相近，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的背景樣貌。

3. 政策推動者組

從地方政府機關政策推動者觀點，建置離島失智友善社區之策略目標的重要度依序為「社區包容與支持」(0.3448)、「改善照護與服務」(0.2855)、「賦權失智者」(0.1899)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.1798)。

政策推動者最重視「社區包容與支持」(0.3448)，符合其組成主要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，逐漸跳脫以醫療照護為中心的思維模式，更加重視社區內的友善環境元素。而「社區包容與支持」比「改善照護與服務」(0.2855)更為重要的意涵，可能在於來自社區的友善環境能夠降低

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於公共價值的重視，以具象化失智友善社區的公共利益。從優先策略目標群與次要策略目標群的比例來看，政策推動組的次要策略目標群權重值比例為四組最高，推測因地方衛生局與衛生所職司地方衛政重責大任，各個策略面向皆須顧及，其中雖仍有優先性，但特徵值比較他組較顯全面。

4. 服務提供者組

從地方相關服務提供者觀點，和其他三組較為不同，其建置離島失智友善社區之策略目標的重要度依序為「社區包容與支持」(0.5263)、「提升社區意識/去除汙名化」(0.2324)、「改善照護與服務」(0.1434)、「賦權失智者」(0.0978)。

服務提供者最為重視的「社區包容與支持」(0.5263)亦為四組中最高，可能因服務提供者多為於社區中深耕的服務單位，或者為地方村里長，多從社區照護角度考量失智友善社區，故認為社區內的友善要素帶來的包容與支持最為重要。承上社區觀點，亦帶來四組排名最高的「提升社區意識/去除汙名化」(0.2324)，顯現離島社區的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。有趣的是，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，推估可能反應出偏遠離島社區因照護人力不足的困難，並無人力得以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。「賦權失智者」(0.0978)也為四組最低，推測可能因基層人員於推動失智者參與宣導時，對於地方長者傳統保守文化的深刻理解。

綜上可得，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」，最為重視失智賦權，同時也為四組中各項目標相對平均的組別。

二、策略方案層相對權重值之組間比較分析

(一)「賦權失智者」策略目標下策略方案相對權重值之組間比較

比較四組專家分別於「賦權失智者」策略目標項下三項策略方案的相對權重值排序(如表 26、圖 9)。可得學者組「賦權失智者」策略方案的重要性依序為「調查失智者與家屬需求與期待」(0.4562)、「失智者與照顧者參與」(0.3172)、「支持失智家庭與提供訊息」(0.2265)；專家組「賦權失智者」策略方案的重要性依序為「調查失智者與家屬需求與期待」(0.4648)、「支持失智家庭與提供訊息」(0.2732)、「失智者與照顧者參與」(0.2620)；政策推動者組「賦權失智者」策略方案的重要性依序為「調查失智者與家屬需求與期待」(0.4741)、「失智者與照顧者參與」(0.2959)、「支持失智家庭與提供訊息」(0.2301)；服務提供者組「賦權失智者」策略方案的重要性依序為「支持失智家庭與提供訊息」(0.4435)、「失智者與照顧者參與」(0.2859)、「調查失智者與家屬需求與期待」(0.2706)。而各組分別的 C.I.值與 C.R.值皆小於等於 0.1，通過一致性檢定。

表 26「賦權失智者」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)
賦權失智者	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)
	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(0.2859)	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.I.= 0.0000	C.I.= 0.0034	C.I.= 0.0011	C.I.= 0.0002
		C.R.= 0.0135	C.R.= 0.0000	C.R.= 0.0058	C.R.= 0.0018	C.R.= 0.0003

資料來源：本研究整理製表。

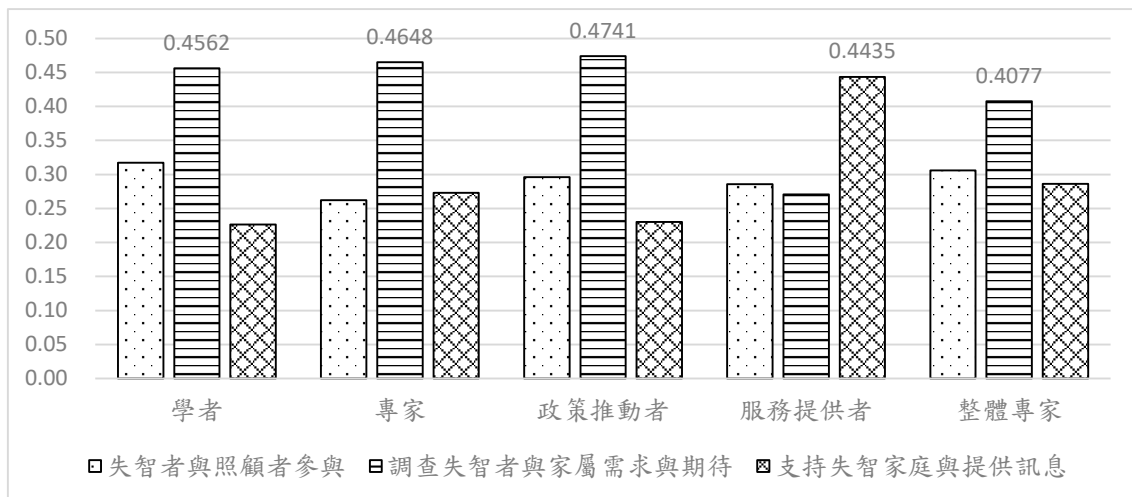


圖 9 四組「賦權失智者」策略目標下策略方案權重值長條圖比較

資料來源：本研究整理製圖。

製圖表綜合比對後，可得學者組、專家組、政策推動者於「賦權失智症」策略目標下排序第一的策略方案皆為「調查失智者與家屬需求與期待」，並以政策推動組最高(0.4741)，服務提供者組則最重視「支持失智家庭與提供訊息」(0.4435)；學者組與政策推動者組的策略方案排序相同，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」，其排序相當具問題解決導向，先瞭解失智家庭的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，較能夠較準確串接失智家庭所需的適宜服務、重要訊息或者支持與訓練等；專家組認同要先調查需求與問題，但後續「支持失智家庭與提供訊息」(0.2732)與「失智者照顧與參與」(0.2620)可以並重進行。

相同於策略目標，服務提供者組的排序更顯實務導向，認為要優先執行「支持失智家庭與提供訊息」，先運用各種資源支持照顧者並從中建立夥伴關係，後續策略方案「失智者與照顧者參與」(0.2859)與「調查失智者與家屬需求與期待」(0.2706)則可並重執行。

(二)「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

比較四組專家分別於「社區包容與支持」策略目標項下三項策略方案的相對權重值排序(如表 27、圖 10)。可得學者組「社區包容與支持」策略方案的重要性依序為「改善社區友善環境」(0.4035)、「友善居民訓練」(0.3865)、「連結友善組織」

(0.21)；專家組「社區包容與支持」策略方案的重要性依序為「連結友善組織」(0.3908)、「友善居民訓練」(0.3648)、「改善社區友善環境」(0.2445)；政策推動者組「社區包容與支持」策略方案的重要性依序為「友善居民訓練」(0.4293)、「改善社區友善環境」(0.3305)、「連結友善組織」(0.2402)；服務提供者組「社區包容與支持」策略方案的重要性依序為「友善居民訓練」(0.4512)、「改善社區友善環境」(0.3643)、「連結友善組織」(0.1846)。而各組分別的 C.I. 值與 C.R. 值皆小於等於 0.1，通過一致性檢定。

表 27 「社區包容與支持」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)
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.I.= 0.003	C.I.= 0.0008	C.I.= 0.0036	C.I.= 0.0004
		C.R.= 0.0045	C.R.= 0.0051	C.R.= 0.0013	C.R.= 0.0062	C.R.= 0.0008

資料來源：本研究整理製表。

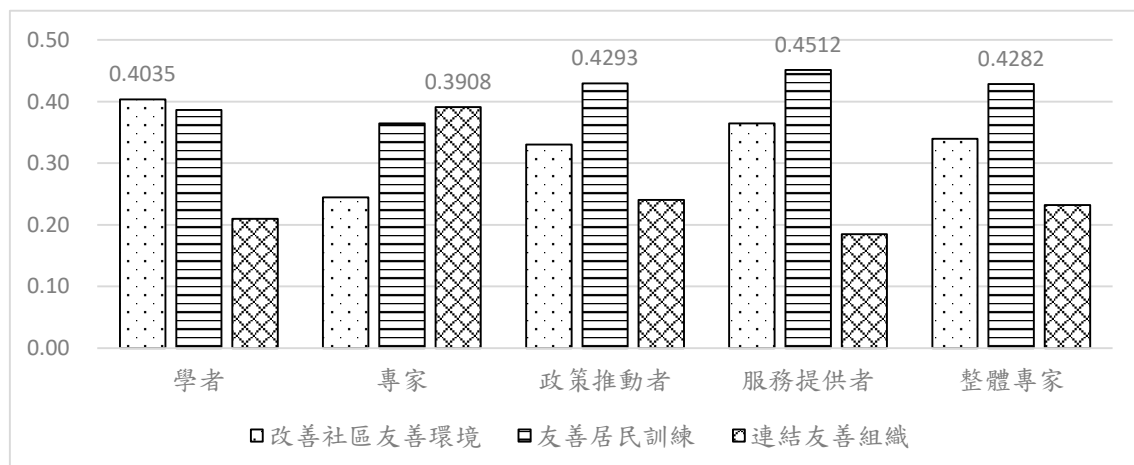


圖 10 四組「社區包容與支持」策略目標下策略方案權重值長條圖比較

資料來源：本研究整理製圖。

製圖表綜合比對後，發現政策推動者與服務提供者於「社區包容與支持」策略目標下策略方案依序皆為「友善居民訓練」、「改善社區友善環境」、「連結友善組織」，其排序最為強調以人為主的友善元素，社區人們形成共識與知能後再具以改善實體友善環境，雖然連結友善組織當然可透過社會資源挹注而為社區友善與包容帶來貢獻，然而以服務提供者角度，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」(0.4035)與「友善居民訓練」(0.3865)可以並重進行，「連結友善組織」(0.21)則同上分析顯示較低權重值；專家組看法較與其他三組不同，反而最為重視「連結友善組織」(0.3908)，專業人士多以專業服務為職，在友善組織策略方案層面，常因其組織特色而產生對應的失智服務，具立竿見影之效使專業人士更為重視。

(三)「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

比較四組專家分別於「改善照護與服務」策略目標項下三項策略方案的相對權重值排序(如表 28、圖 11)。可得學者組「改善照護與服務」策略方案的重要性依序為「離島友善社區服務」(0.4910)、「離島友善醫療照護」(0.2859)、「人本之社區照護模式」(0.2231)；專家組「改善照護與服務」策略方案的重要性依序為「離島友善社區服務」(0.4479)、「離島友善醫療照護」(0.3187)、「人本之社區照護模式」(0.2334)；政策推動者組「改善照護與服務」策略方案的重要性依序為「離島友善醫療照護」(0.4962)、「離島友善社區服務」(0.3823)、「人本之社區照護模式」(0.1214)；服務提供者組「改善照護與服務」策略方案的重要性依序為「離島友善社區服務」(0.5543)、「離島友善醫療照護」(0.2757)、「人本之社區照護模式」(0.1701)。而各組分別的 C.I.值與 C.R.值皆小於等於 0.1，通過一致性檢定。

表 28 「改善照護與服務」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)
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)
		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)
	2	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

資料來源：本研究整理製表。

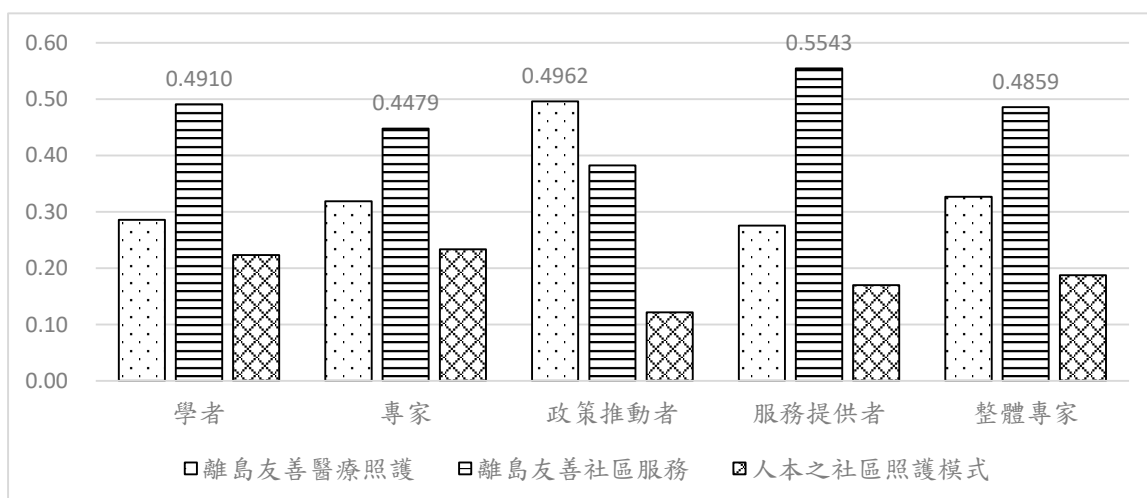


圖 11 四組「改善照護與服務」策略目標下策略方案權重值長條圖比較

資料來源：本研究整理製圖。

製圖表綜合比對後，可得學者、專家與服務提供者於「改善照護與服務」策略目標下策略方案依序為「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」，顯示出於離島地區，因醫療資源相對不足與交通的限制，即使醫療照護已衍生相關失智友善策略，仍然緩不濟急，故社區內部服務比醫療照護更具有優

先性，尤其於服務提供者組，部分受測者來自二三級離島，除了具有四組最高的「離島友善社區服務」權重值(0.5543)，也具有最高的「離島友善社區服務」與「離島友善醫療照護」權重值差(0.2786)，此處意涵亦回應到臺灣對於偏遠離島區長照政策之照護社區化設定。政策推動者看法卻有不同，認為「離島友善醫療照護」(0.4962)最為重要，可能因為許多長照體系的失智服務皆需要具有失智診斷作為資格據以申請。

四組中各自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有相對較高的權重(超過 2 成)，因其模式的部分概念較為新穎，如人本基礎延伸的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(Alzheimer's Disease International, 2022)。於台灣則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(0.1701)。

(四)「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

比較四組專家分別於「提升社區意識/去除汙名化」策略目標項下三項策略方案的相對權重值排序(如表 29、圖 12)。可得學者組「提升社區意識/去除汙名化」策略方案的重要性依序為「離島重點場所相關識能教育」(0.4163)、「多元對象與場域之失智症訓練」(0.3713)、「失智者投入宣導教育」(0.2124)；專家組「提升社區意識/去除汙名化」策略方案的重要性依序為「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」(0.2394)、「失智者投入宣導教育」(0.1915)；政策推動者組「提升社區意識/去除汙名化」策略方案的重要性依序為「多元對象與場域之失智症訓練」(0.4438)、「離島重點場所相關識能教育」(0.3061)、「失智者投入宣導教育」(0.2502)；服務提供者組「提升社區意識/去除汙名化」策略方案的重要性依序為「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」(0.4115)、「失智者投入宣導教育」(0.0839)。而各組分別的 C.I.值與

C.R.值皆小於等於 0.1，通過一致性檢定。

表 29 「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.I.= 0.001	C.I.= 0.0012	C.I.= 0.0005	C.I.= 0.0001
		C.R.= 0.0097	C.R.= 0.0018	C.R.= 0.0021	C.R.= 0.0009	C.R.= 0.0002

資料來源：本研究整理製表。

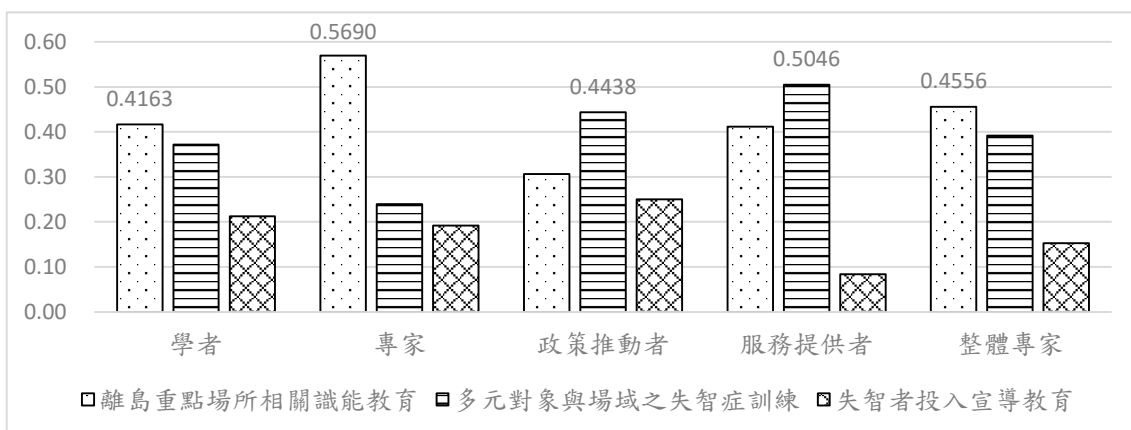


圖 12 四組「提升社區意識/去除汙名化」策略目標下策略方案權重值長條圖比較

資料來源：本研究整理製圖。

製圖表綜合比對後，可得學者組與專家組於「提升社區意識/去除汙名化」策略目標下排序第一的策略方案皆為「離島重點場所相關識能教育」，並以專家組最高(0.5690)，政策推動者組與服務提供者組則最為重視「多元對象與場域之失智症訓練」，並以服務提供者組最高(0.5046)；學者與專家的策略方案排序相同，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」，其排序於失智識能教育安排的意涵為先重點後廣度，意即可先針對澎湖縣特徵如離島交通樞紐站或二三級離島社區集散中心，進行重點式宣導，再進行後續多元場域的推廣。政策推動組則認為要優先執行「多元對象與場域之失智症訓練」(0.4438)，因其依據《失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0》，設有提升民眾對於失智症有正確認知及友善態度的績效指標，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內單位規模不大，反而容易達成。

「失智者投入宣導教育」策略方案於四組內皆排名最後，代表社區需要具備一定程度的識能率，並包括失智家庭正確的疾病認知、病識感與為公共發聲的動機，才會比較容易推動，而其中政策推動組的相對權重值為四組最高(0.2502)，亦符合公部門較重視失智者公共參與的特質。

第三節 綜合分析

一、整體與分組專家比較分析

綜整全體專家對於建置離島失智友善社區之策略目標，最為重視「社區包容與支持」(0.3949)，其次則為「改善照護與服務」(0.2756)，兩項策略目標合計權重值達 0.6705，顯示專家認為上述策略目標為關鍵策略目標，第三為「提升社區意識/去除汙名化」(0.1881)，第四為「賦權失智者」(0.1414)，可視為次要策略目標，且其權重值彼此差異不大，可並重執行。

製圖比較整體專家與四組領域的權重值(圖 13)，可得排名第一的策略目標，學者組與專家組認為「改善照護與服務」最為關鍵，政策推動者組與服務提供者組則認為「社區包容與支持」最為優先；排名第二的策略目標，學者組與專家組青睞「社區包容與支持」，政策推動者組較重視「改善照護與服務」，服務提供者組則選擇「提

升社區意識/去除汙名化」；排名第三的策略目標，專家組與政策推動者組較重視「賦權失智者」，學者組青睞「提升社區意識/去除汙名化」，政策推動者組則選擇「改善照護與服務」；排名第四的策略目標，學者組與服務提供者組選擇「賦權失智者」，專家組與政策推動者組則選擇「提升社區意識/去除汙名化」。並可歸納「社區包容與支持」與「改善照護與服務」為優先策略目標群，「提升社區意識/去除汙名化」與「賦權失智者」為次要策略目標群，綜合四組評價結果，即為整體專家比例分佈樣貌。

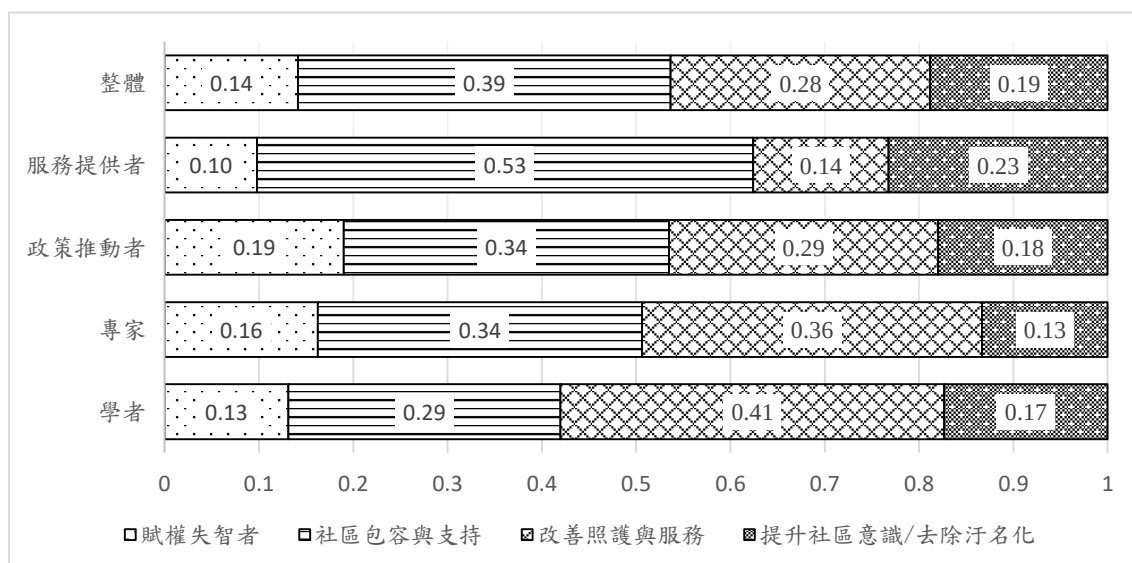


圖 13 建置離島失智友善社區策略目標分組堆疊橫條圖

資料來源：本研究整理製圖。

接續本研究專家群背景與失智友善社區資源運用的關係，可探討分群專家對於關鍵策略目標之決策差異。學者與專業人士基於其專業照護服務背景，更為重視提升失智友善社區服務內容與品質；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；實務推動者組內研究對象包含二三級離島背景，其策略權衡經過離島特徵與困難考量，強烈重視社區內部包容與支持。

二、建置離島失智友善社區三階段

本研究續將整體專家評價 12 項策略方案依序排列，分別為「友善居民訓練」(0.1691)、「改善社區友善環境」(0.1342)、「離島友善社區服務」(0.1339)、「連結友

善組織」(0.0916)、「離島友善醫療照護」(0.09)、「離島重點場所相關識能教育」(0.0857)、「多元對象與場域之失智症訓練」(0.0737)、「調查失智者與家屬需求與期待」(0.0577)、「人本之社區照護模式」(0.0517)、「失智者與照顧者參與」(0.0433)、「支持失智家庭與提供訊息」(0.0405)、「失智者投入宣導教育」(0.0287)。

於本研究之策略架構下，上述 12 項策略方案分別達成 4 項策略目標，從策略方案重要程度依序看其達成的策略目標，可觀察到整體專家重視策略目標的方向性從「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」(如圖 14)。亦即整體專家將「社區包容與支持」與「改善照護與服務」視為離島失智友善社區之基礎策略目標，再從策略方案權重值來看，最重要的前五項策略方案權重值比重達 62%，可定義為失智友善基礎階段項下基石策略。

再者，第六項至第九項策略方案的策略目標開始朝向「提升社區意識/去除汙名化」與「賦權失智者」，如 Hung et al.(2021)提及增進具備廣度之社會部門的認識和教育有助於最大限度提高社會接受度，可視為離島失智友善社區之進階策略目標，其策略方案權重值比重達 27%，可歸納為失智友善進階階段項下策略。

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²⁰，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 et al. (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」策略方案可符合社會融合特徵反映個體透過參與嵌入有意義的社會結構網絡；「支持失智家庭與提供訊息」策略方案則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。故可定義為離島失智友善社區之共融階段，其策略方案權重值比重為 11%，可歸納為失智友善共融階段項下策略。

²⁰ 依據英國劍橋字典，共融(inclusion)其中一項定義可為「每個人都應該能夠使用相同的設施、參加相同的活動並享受相同的體驗，包括失能者或其他弱勢群體」。其中概念同於多元共融(Diversity, Equity and Inclusion)如尊重接納多元個體並重視實質平等。失智友善社區具備共融特性在於尊重失智者並協助失智者公平參與社區。

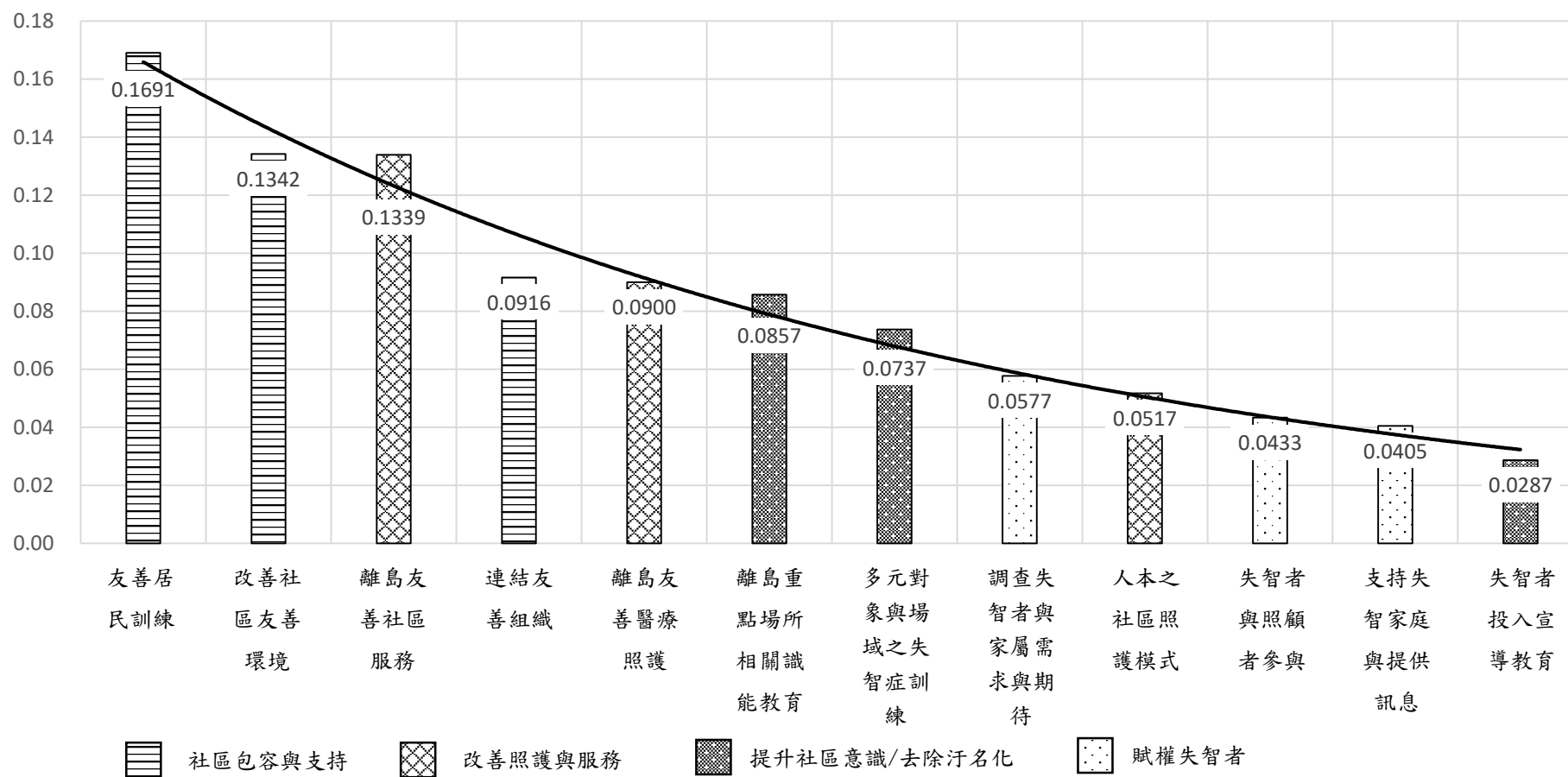


圖 14 建置離島失智友善社區策略方案圖

資料來源：本研究整理製圖。

綜合上述專家策略目標方向性與策略方案比重，本研究依研究結果之意涵，歸納建置離島失智友善社區三階段策略方案(如圖 15)，如下所述。

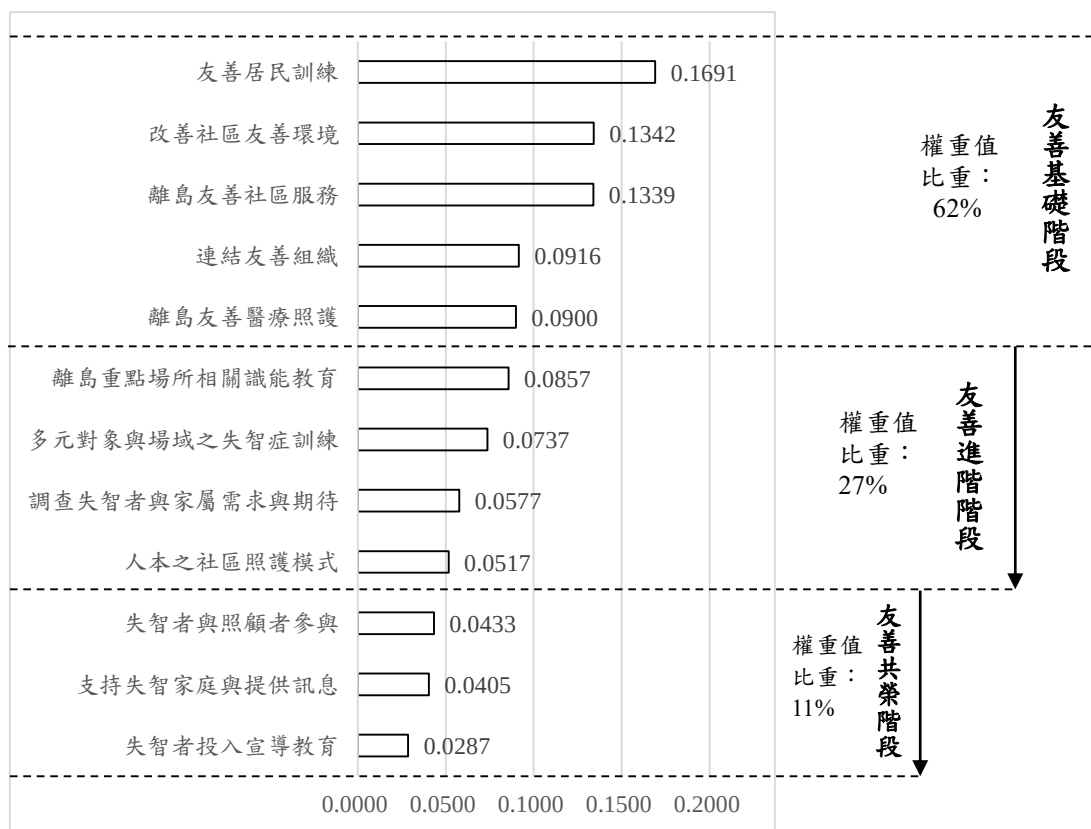


圖 15 離島失智友善社區三階段策略方案圖

資料來源：本研究整理製圖。

(一)第一階段：友善基礎階段

策略方案排名第一至第五分別為「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」。首先，其組成元素可拆解為社會友善環境、實體友善環境、離島特色社區服務以及友善醫療，上述元素皆為離島失智友善社區的重要基石，而其權重值比重成過六成，故此策略集合可作為建置離島失智友善社區之基礎階段，並分項分析意涵如下：

1.基礎友善得以支持與服務社區現有失智家庭

運用「友善居民訓練」、「改善社區友善環境」與「連結友善組織」策略方案得以擴充社區之友善居民、友善環境與友善組織三項重要失智友善元素，再加上「離島友善社區服務」以及「離島友善醫療照護」，可賦予社區基礎能力可支持與服務

既有失智者與照顧者。

2.基礎友善得以促進失智者參與社區

依其策略方案順序，可先為社區帶來友善居民或賦予志工或社區組織失智知能，得以發展並運作社區的友善服務，則可創造失智友善社區的價值，如促進失智者參與社區，來維持其功能、價值與生活品質。

3.基礎服務與友善醫療得以穩定失智家庭

試想沒有醫療診斷、照護服務與社會服務資源的失智症家庭，必定遭受失智症多面向的顯著影響，侵蝕其根基而不穩固，不穩定的失智症家庭遑論社會參與，沒有社會參與的失智症家庭要何以賦權？故基礎階段的友善社區，其策略方案能夠帶來基礎友善服務與友善醫療照護，為失智家庭解決困難，滿足迫切需求，更為日後的參與及賦權做準備。

4.於社區集結失智家庭來為賦權預作準備

當社區具有友善元素、友善醫療與服務後，失智家庭就更容易參與社區，而非與社會隔絕，此時，社區就可集結失智家庭，更易協助失智者與照顧者具體影響友善社區的措施與策略調整，或者促使其增加公共參與的動機，為日後賦權提供更好的基礎。

(二)第二階段：友善進階階段

策略方案排名第六至第九分別為「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」、「調查失智者與家屬需求與期待」、「人本之社區照護模式」。首先，策略方案群呈現更多失智識能教育訓練的面向，以及更為新穎的主流照護模式，而其權重值比重約 27%，故此策略集合可作為建置離島失智友善社區之進階階段，並分項分析意涵如下：

1.進階友善使失智者更全面的參與社會

從具識能教育意涵的策略方案來看，於「友善居民訓練」與「連結友善組織」帶來的基礎下，失智家庭可參與社區並維持生活方式，經過「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」策略方案後，除了失智者所居住的社區之外，產生社會更廣泛的意識提升與去汙名化，使失智家庭更可全面的參與社會。

2.進階服務使失智家庭服務細緻化

近年來，失智照護概念除延續從疾病導向轉為人本導向，亦從人本概念，延伸較新穎的失智服務，如導航治療等(Alzheimer's Disease International, 2022)，相較於「離島友善社區服務」以及「離島友善醫療照護」為失智家庭帶來重要的基石服務，「人本之社區照護模式」策略可為進階服務，使資源橫向串接更為全面與細緻。

3.進階階段媒合失智家庭擔任社區顧問

社區失智家庭隨著參與以及與識能的提升，更有機會願意協助失智友善社區策略建置與調整，可邀請擔任社區顧問，並使用「調查失智者與家屬需求與期待」策略得到失智者參與或使用經驗、需求並進行策略調整。

(三)第三階段：友善共融階段

策略方案排名第十至第十二分別為「失智者與照顧者參與」、「支持失智家庭與提供訊息」、「失智者投入宣導教育」，其權重值比重約 11%。策略方案群呈現更多的賦權與失智者參與公共事務的面向，如同 CRPD 精神提及的尊重差異、公平參與，進而實現共融社會，故此策略集合可作為建置離島失智友善社區之共融階段，並分項分析意涵如下：

1.共融階段帶來賦權

當友善社區服務與、包容支持、識能教育皆有一定程度運作，社區能夠瞭解失智者差異並且尊重，則可運用「失智者與照顧者參與」與「失智者投入宣導教育」策略方案，孕育澎湖縣在地失智者顧問小組，來參與並可影響失智症服務或政策，或者參與公共識能教育的設計與執行，失智者於其過程將為社區帶來貢獻，並可產生價值感。

2.共融階段為失智家庭帶來全面支持

友善社區共融階段由綿密社會網絡形成社會共融特徵，其中亦包括社會支持面相，從類型包括情感、評價、信息與工具支持(Newman et al.,2019)。經過基礎與進階階段，失智友善社區已具備足夠能力帶給失智家庭成熟且全面的支持，則於「支持失智家庭與提供訊息」策略方案可更有效提供上述四類社會支持，如提供同理心、信任和關懷、提供個別化建議與指導以及提供實體援助與服務等。

第六章 結論與建議

本章結論與建議共分三節，第一節依據前章研究成果與發現綜整本研究結論；第二節基於研究結論進一步提出研究建議，包括各策略方案之具體行動建議；第三節從抽樣與研究方法層面探討本研究主要的限制。綜上，提供給予相關政策制定者、實務推動者以及後續研究者參考。

第一節 研究結論

本研究於第三章運用實證基礎之失智估計方法調查澎湖縣失智症現況，並分析離島失智友善社區之特徵，並從文獻萃取失智友善社區建置策略之核心概念，揉合離島特徵後，架構離島失智友善社區策略構面，於第五章分析各領域專家各個構面權重值並進行各面向比較分析後，本研究主要有四個發現：

一、社區包容與支持為最關鍵推動目標

於本研究所建置的離島失智友善社區架構下四項策略目標之中，全體專家認為「社區包容與支持」最具有優先性；各個領域專家組內相對比例為地方服務提供者組最高、地方政策推動者組次之。回顧失智友善社區定義，富含 CRPD 與多元共融(DEI)概念，可以理解失智者、使失智者公平參與，進而融入社區，爰此，「社區包容與支持」為最優先的策略目標，友善居民、環境與組織皆可回應尊重差異、促進公平參與與融入社區等意涵。本研究結果亦體現於偏遠二三級離島地區，資源與服務受限於人力與交通困難時，社區自身的包容與支持更顯重要。

而「社區包容與支持」策略目標下的「友善居民訓練」，為最優先策略方案，於各個重要失智友善元素之中，仍以人作為基礎，再開展其他重要友善元素如環境與組織。

二、離島社區之照護與服務為次優先策略目標

於本研究所建置的離島失智友善社區架構下四項策略目標之中，全體專家認為「改善照護與服務」次為關鍵；各個領域專家組內相對比例以學者組最高、專家

組次之。回顧改善照護與服務的內涵定義，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。並從整體專家認為「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)，反映出離島交通限制與醫療資源不足的特徵，故澎湖縣較適合以「照護社區化」觀點，優先發展或串接在地社區服務如志工關懷與社區巡守隊等，再運用便利性診療服務彌平偏遠離島醫療量能的落差。

三、識能教育可先紮根重點場域後擴散至多元場域

於本研究建置的離島失智友善社區架構下四項策略目標之中，全體專家認為「提升社區意識/去除汙名化」排序第三；各個領域專家組內相對比例以服務提供者組最高、政策推動者組次之。並從本項策略目標下策略方案，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，重點場域如候船室與機場的識能宜優先安排，較可保障失智者安全。後續更可盤點多元場域逐步提供識能教育，可在社區佈建綿密友善網絡，使失智者更能安心地參與社會。

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

於本研究建置的離島失智友善社區架構下四項策略目標之中，全體專家認為「賦權失智者」可最後執行，各個領域專家組內相對比例以政策推動者組最高、專家組次之。綜整各領域專家的選擇，可反映出於失智友善社區中，當社區包容、照護服務、與意識提升具有顯著改善與建置之後，失智者才能夠因被理解、被尊重及公平參與，真正的在社區得以賦權，而體現失智友善社區的重要使命。

綜上，本研究續排列整體專家策略方案優先順序，提出建置離島失智友善社區之友善基礎、友善進階與友善共融三個階段與關鍵策略，提供政策與實務推動者參考，規劃因地制宜的政策與策略。

第二節 研究建議

黃源協等(2009)認為社區發展經過集體理性規劃、行動與效益評估，而目的在於促進社會變遷與正義以及提升社區生活品質，建置離島失智友善社區可視為社區居民集體確認高齡化與失智症為社區重要議題，進而發展符合社區目的之失智友善行動。

現行失智政策綱領 2.0 已具明確發展失智友善社區之政策方向，然而，目前雖已有衛福部公告之《失智友善社區推動手冊》或者「失智友善社區資源平台」等參考資料，研究者認為其中仍有三項不足之處，其一為缺乏社區分析失智現況之明確工具與方法，使實務工作者瞭解自身社區失智相關特性，據以因應規劃對策；其二缺乏具實證基礎之整體失智友善社區策略架構，供推動者確保推動方向的穩定性；其三缺乏具離島特徵之關鍵策略，可適切分配既有資源因地制宜選擇策略目標與方案，以順利建置失智友善社區而符合公共利益。

本研究依澎湖縣失智現況調查、離島失智友善社區策略構面、以及關鍵策略結果，補足上述不足之處並提出具實證基礎之實務建議如下：

一、優先於推動目標社區執行失智友善居民訓練

依據本研究結果，離島失智友善社區策略方案之「友善居民訓練」可做為離島失智友善社區推動之最優先策略方案，當社區居民具備充足識能，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」。實務推動者可連結運用相關資源如失智友善社區計畫之識能項目，針對推動之目標社區內的居民與志工進行失智識能課程與訓練，以提升志工與居民理解失智者、辨識與因應的能力。

具體教育訓練內容以失智友善天使課綱為例，包括認識失智症、預防失智症、失智友善社區，目標包括志工瞭解友善社區定義與作為、瞭解失智症趨吉避凶方法、瞭解精神行為問題與因應、以及轄內失智症相關資源與使用等(衛生福利部，2019a)，則可增進民眾識能，並且媒合社區志工隊運作友善社區服務。

二、運用失智友善社區(DFC)環境設計原則提升環境友善性

當社區居民相對具有失智友善概念後，更易產生充足動機與運用無障礙原則於社區重點場域如社區活動中心推動失智友善社區實體環境，使失智者與照顧者安全與穩定的參與社區與生活，實務推動者可運用 DFC 的環境設計原則(Mitchell & Burton, 2010)來藉以設計與促進。因社區活動中心經常做為地方集會所與活動舉辦位置，本研究以 DFC 環境原則設計社區活動中心之策略為例(詳如附錄四)，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。

三、輔導社區組織開辦失智友善服務

從本研究結果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狀態下的策略考量，更是強調在地社區友善服務的重要性。故實務推動者可輔導社區開辦在地友善服務，如陪同就醫、志工關懷，以及設置社區諮詢窗口以介接轄內醫療與長照資源等。社區更需提供充足且適宜活動，無論為失智症特性的專門活動如專業師資提供之認知訓練等、非失智者之社區活動並具有運動與社交元素，則可培養建立預防失智的健康生活型態、亦或者照顧者的照顧班或支持團體使其得以充能與互相支持等，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

本研究服務提供者組，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。故建議實務推動者可善加連結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、以「病人不動、醫療團隊動」核心概念組建二三級離島的移動診療團隊、以及遠距醫療門診，則可挹注二三級離島醫療量能，嘉惠地方失智家庭。

五、善用離島社會資本發展 DFC 並形成失智友善策略聯盟

Wiersma and Denton(2016)研究發現偏遠地區的失智友善元素，包括強大的社

會網絡以及非正式的社會支持，具備高社會資本的特質。而失智者即使認知衰退，也容易於高社會資本的社區內生活(Murayama et al., 2019)，澎湖離島社區因地理限制容易形成高度社會資本，若善用此特質，以由下而上、以社區為中心發展網絡與服務的方式，對於澎湖各級離島而言，可能更為合適。

澎湖離島人力、物力資源較為缺乏，資源如何有效整合，更需以跨單位形成策略聯盟，共同協力合作、資源互助、產出成本效益評核機制，以提升失智友善社區推動策略的綜合效益。也因為社區較小反而更容易形成策略聯盟，其合作成員以加拿大經驗為綜整政府、專業單位、社區形成策略合作(Alzheimer's Disease International, 2017)。而健全的協力模式，需建立共同願景、投資以維繫合作關係並且準備共享雙方資源，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)，故建議推動者可發起公部門、專業與社區之失智友善策略聯盟，如衛生局保健科失智友善社區相關計畫單位人員、衛生所長照分站人員或地段護理師、澎湖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，以及具有意願之失智者與照顧者。依本研究失智友善策略架構，定義共同願景與目標、維繫聯盟合作關係、共同挹注資源與優勢、制定規範與合作機制以執行策略行動，並且廣納第一線服務提供者與服務接受者意見以調整策略。

為使整合地方失智友善組織加入友善策略聯盟過程更具效能，則建議實務推動者可依據 Heward et al. (2017)調查地方推動小組與計畫工作者對商家與組織的倡議經驗，具體作法如具焦慈善團體或者有企業社會責任等組織、親自拜會組織代表以建立關係更可有效取得組織承諾、留意具有失智症相關經驗的組織員工更易產生參與動機等。

第三節 研究限制

一、籍在人不在導致估計誤差

本研究第三章估計澎湖地區失智者數量以呈現在地需求，然而可能因籍在人不在導致誤差，原因有二，其一為澎湖縣與外部縣市之籍在人不在現象，澎湖縣產業結構以漁業與觀光產業為大宗，地方許多從事觀光產業或者軍公教退休之健康中年人或長者，雖然戶籍仍在澎湖，人卻久居台灣本島縣市，觀光季月份才會回澎湖或者返澎短暫停留，致使本縣老化指數被低估，進而低估失智人口與城鄉相關需求，亦連帶影響本縣更加惡化的扶養比。其二為澎湖縣內部之籍在人不在現象，意即縣內居民戶籍與所在地皆為澎湖，但可能因戶籍可享有離島資源的考量，如返二級離島老家船票有優惠等，此部分可能導致呈現村里之需求產生誤差。

二、抽樣對象之限制

失智友善社區為全國政策，除了澎湖縣亦有其他離島地區如金門與馬祖等。本研究囿於人力、時間與資金有限，研究範圍定於澎湖縣，抽樣對象以澎湖之實務工作者為主，故本研究結果之關鍵策略無法擴及解釋至其他不同型態的離島地區，建議後續研究亦可探討其他類型離島地區的失智友善社區關鍵策略，並比較不同離島的異同。

三、理論與策略概念意涵化之落差

本研究建置失智友善社區策略目標與策略方案架構，然而失智友善社區議題涉及多面向社會價值，推動策略彼此之間仍可能具有些許共同價值或者於動態推展過程中彼此互相牽動而互相影響，於建置系統操作無法完全釐清，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，但仍也可能帶動社會包容支持並賦權失智者的目標效果。

四、研究方法之限制

本研究主要運用層級分析法調查各領域專家對於離島失智友善社區關鍵策略

看法，其決策過程因涉及社會價值選擇，有些專家於過程比較仍會產生矛盾而無法通過一致性檢定，而需要再澄清意涵進行調整，且問卷調查較難以呈現專家對於決策的緣由、考量的面向與背景經驗的連結，也許後續研究可再以焦點團體匯集專家意見，致使策略評價的內涵更加清晰。

五、未來研究建議

本研究調查之澎湖縣離島失智友善社區特徵與困難，以此衍生策略架構，專家基於離島特徵進行策略權衡與排序，而非解決其困難。建議未來研究可就上述困難如人力短缺與交通不便等，於失智友善社區各面向推展如失智醫療、社區服務與識能教育等層面之影響，探討可行策略加以解決。

失智友善社區利害關係人除了本研究研究對象外，亦包括失智者與照顧者，未來研究亦可從服務使用者角度，探討地方策略是否滿足需求以及對於失智友善社區的友善感受。

另外，若澎湖地方實務工作者實際執行失智友善社區策略方案後，後續相關成功因素或者阻礙因素都相當值得研究探討，能使失智友善社區建置更臻完善。

參考文獻

中文文獻

- American Psychiatric Association(2014)。DSM-5 精神疾病診斷準則手冊(台灣精神醫學會譯；初版)。新北市：合記。(原著出版於 2013 年)。
- 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。澎湖縣政府委託研究報告。澎湖：澎湖縣政府。
- 王鳳燁(2021)。增能照護對認知障礙者家庭照顧者之成效。臺北醫學大學長期照護碩士學位學程碩士論文，臺北。
- 王惠正、黃炳文、黃琮琪、林瑞松(2008)。蝴蝶蘭產業發展關鍵因素與策略之研究。台灣農學會報，9(6)，541-554。
- 行政院國家發展委員會(2020)。中華民國人口推估(2020 年至 2070 年)。台北：行政院。
- 行政院內政部戶政司(2021)。縣市人口按性別及年齡-110 年。台北：行政院。
- 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。行政院衛生署委託研究報告(編號：DOH101-TD-M-113-100001)。台北：衛生福利部。
- 社團法人台灣失智症協會(2016)。瑞智友善社區指引手冊。台北：社團法人台灣失智症協會。
- 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。台北：衛生福利部醫事司。
- 何柏正(2022)。層級分析法(AHP)之理論與應用(教學講義)。三星統計服務有限公司。
- 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。
- 吳肖琪、蔡間間、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。
- 林燦煌、胡金勝(2005)。台灣切花物流產業經營之關鍵成功因素與策略。**農業經營管理年刊**，11，35-62。
- 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。
- 徐亞瑛(2021，10月16日)。失智友善社區研究最新進展〔研討會演講〕。2021年台灣失智症聯合學術研討會，台北市，台灣。
- 高薇淇、郭麗敏、莊宇慧(2019)。淺談失智症遊戲。**護理雜誌**，66(1)，101-106。
- 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。
- 張開國、鄭永祥、白明奇、洪瑋廷、葉祖宏、周文靜(2017)。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。台北：交通部運輸研究所。
- 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。
- 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。
- 黃正平(2006)。失智症之行為精神症狀。**臺灣精神醫學**，20(1)，3-18。
- 黃炳文、施孟隆(2007)。台灣牛乳供應鏈發展之關鍵因素研究。**中華農學會報**，8(3)，194-209。
- 黃昱凱、黃愛華(2009)。應用層級分析法發展高齡化社會公共圖書館經營策略之研究。**臺灣圖書館管理季刊**，5(3)，38-58。
- 黃源協、蕭文高、劉素珍(2009)。從“社區發展”到“永續社區”－台灣社區工作的檢視與省思。**臺大社會工作學刊**，19，87-131。
- 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。
- 黃敏鳳、徐亞瑛、楊培珊、葉炳強(2004)。失智症患者及家庭照顧者接受日間照護

- 之服務需求情形探討。**長期照護雜誌**，7(4)，355-370。
- 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。
- 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。
- 劉建良，林乃玉，徐雅娟，梁雅惠，田恩慈，劉興政，林志遠，謝芳郁，林怡君，廖岐禮，洪嘉蔚，張馨方，黃勝堅，翁林仲(2019)。從醫院走入社區的失智整合照護。**北市醫學雜誌**，16，88-96。
- 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期刊**，3(2)，25-68。
- 鄧振源、曾國雄(1989a)。層級分析法(AHP)的內涵特性與應用(上)。**中國統計學報**，27(6)，5-22。
- 鄧振源、曾國雄(1989b)。層級分析法(AHP)的內涵特性與應用(下)。**中國統計學報**，27(7)，1-20。
- 衛生福利部(2015)。**長期照顧十年計畫 2.0(106-115 年)**。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部(2016)。**失智照護服務計畫**。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部(2017)。**中華民國 106 年老人狀況調查報告**。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部(2018)。**長照專業服務手冊**。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部(2019a)。**失智友善社區計畫**。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部(2019b)。**失智共同照護中心及社區服務據點參考手冊**。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部(2020)。**列冊關懷獨居老人人數及服務概況-第三季**。台北：衛生福利部。
- 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)**。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部(2021b)。**推動失智友善社區工作手冊**。台北：衛生福利部。

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。台北：衛生福利部。

澎湖縣政府(2019)。澎湖縣失智症防治照護行動計畫。澎湖：澎湖縣政府。

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。

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。

鐘素月(2020)。澎湖縣長照 2.0 服務對象的期望與選擇行為意向研究。國立中山大學公共事務管理研究所碩士論文，高雄。

蘇怡靜(2018)。社區失智友善程度感受量表：服務提供者版。長庚大學護理學系碩士論文，桃園。

英文文獻

Alzheimer's Australia. (2015a). *Dementia Friendly Communities*. Victoria: Alzheimer's Australia in Victoria.

Alzheimer's Australia. (2015b). *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. (2011). *World Alzheimer Report 2011: The Benefits of Early Diagnosis and Intervention*. London: Alzheimer's Disease International.

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

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

- Alzheimer's Disease International. (2017). *Dementia Friendly Communities Global Developments*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International. (2020). *Design, Dignity, Dementia: Dementia-related Design and the Built Environment*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International. (2022). *Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. London: Alzheimer's Disease International.
- 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 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.
- Bartholomew, J. & Moore, B. (2014). *A Guide to Becoming a Dementia Friendly Community*. New South Wales: Alzheimer's Australia in New South Wales.
- Basak, C., Qin, S., & O'Connell, M. A. (2020). Differential Effects of Cognitive Training Modules in Healthy Aging and Mild Cognitive Impairment: A Comprehensive Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychology and Aging*, 35(2), 220–249.
- Buckner, S., Darlington, N., Woodward, M., Buswell, M., Mathie, E., Arthur, A., Lafortune, L., Killett, A., Mayrhofer, A., Thurman, J., & Goodman, C. (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, 161-162.

- Bruderer-Hofstetter, M., Rausch-Osthoff, A. K., Meichtry, A., Münzer, T., & Niedermann, K. (2018). Effective multicomponent interventions in comparison to active control and no interventions on physical capacity, cognitive function and instrumental activities of daily living in elderly people with and without mild impaired cognition - A systematic review and network meta-analysis. *Ageing research reviews*, *45*, 1-14.
- Carrilo, M.C. (2020, July 27-31). *Alzheimer's Risk Factors May be Measurable in Adolescents and Young Adults*. 2020 Alzheimer's Association International Conference, Amsterdam, Netherlands.
- Chandler, A. D. (2013). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*. Eastford: Martino Publishing.
- Chen, C. A. & Lee, H. L. (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., Arthur, A., Woodward, M., Buckner, S., Killett, A., Lafortune, L., Mathie, E., Mayrhofer, A., Thurman, J., & Goodman, C. (2021). A Survey of the Experience of Living with Dementia in a Dementia-friendly Community. *Dementia*, *20*(5), 1711-1722.
- Dean, J., Silversides, K., Crampton, J., & Wrigley, J. (2015). *Evaluation of the Bradford Dementia Friendly Communities Programme*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Dean, J., Silversides, K., Crampton, J., & Wrigley, J. (2015b). *Evaluation of the York Dementia Friendly Communities Programme*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Edelbrock, D., Waite, L. M., Broe, G. A., Grayson, D. A., & Creasey, H. (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., Bennett, K. A., Preece, T. & Phillipson, L. (2017). The Development and Testing of the Dementia Friendly Communities Environment Assessment Tool (DFC

- EAT). *International Psychogeriatrics*, 29 (2), 303-311.
- Friedman, M. M. (2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice(5th Edition)*. Hoboken: Prentice Hall.
- Handley, M., Bunn, F., & Goodman, C. (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., & Caporella, C. A. (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., & Scales, K. (2019). Dementia friendly initiatives: A state of the science review. *Dementia (London, England)*, 18(5), 1858–1895.
- Heward, M., Innes, A., Cutler, C., & Hambidge, S. (2017). Dementia-friendly Communities: Challenges and Strategies for Achieving Stakeholder Involvement. *Health & social care in the community*, 25(3), 858–867.
- Hill, C. W. L., & Jones, G. R. (2008). *Essentials of Strategic Management*. Boston: Cengage Learning.
- Hung, L., Hudson, A., Gregorio, M., Jackson, L., Mann, J., Horne, N., Berndt, A., Wallsworth, C., Wong, L., & Phinney, A. (2021). Creating Dementia-Friendly Communities for Social Inclusion: A Scoping Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 23337214211013596.
- Innovations in Dementia. (2011). *Dementia Capable Communities. The views of people with dementia and their supporters*. Exeter: Innovations in Dementia.
- Koteen, J. (1997). *Strategic Management in Public and Nonprofit Organizations: Managing Public Concerns in an Era of Limits*. Westport: Praeger.
- Kvello-Alme, M., Bråthen, G., White, L. R., & Sando, S. B. (2019). The Prevalence and

- Subtypes of Young Onset Dementia in Central Norway: A Population-Based Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, **69**, 479-487.
- Lin, S. Y. (2017). 'Dementia-friendly Communities' and Being Dementia Friendly in Healthcare Settings. *Curr Opin Psychiatry*, **30**(2), 145-150.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ... Mukadam, N. (2020). Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, **396**(10248), 413–446.
- Matsumoto, H., Igarashi, A., Sakka, M., Takaoka, M., Kugai, H., Ito, K., & Yamamoto-Mitani, N. (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., Patterson, T. L., Smith, T. L., & Grant, I. (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.
- Morgan, M. (2017). *Theory and Practice in Policy Analysis: Including Applications in Science and Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Murayama, H., Ura, C., Miyamae, F., Sakuma, N., Sugiyama, M., Inagaki, H., Okamura, T., & Awata, S. (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., Wang, A. H., Ze, A., Wang, Y., & Hanna, D.(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., Hall, D., Cridland, E., Fleming, R., Brennan-Horley, C., Guggisberg, N., Frost, D., & Hasan, H. (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., Kelson, E., Baumbusch, J., OConnor, D., & Purves, B. (2016). Walking in the Neighbourhood: Performing social Citizenship in Dementia. *Dementia*, **15**(3), 381–394.
- Mitchell, L. & Burton, E. (2010). Designing Dementia-Friendly Neighbourhoods: Helping People with Dementia to Get Out and About. *Journal of Integrated Care*, **18**(6), 11-18.
- Saaty, T.L. (1980). *The Analytical Hierarchy Process*. New York: McGraw Hill.
- Saaty, T.L. (1990) How to Make a Decision: The Analytic Hierarchy Process. *European Journal of Operational Research*, **48**, 9-26.
- Smith, K., Gee, S., Sharrock, T., & Croucher, M. (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., Clark, A., Campbell, S., Graham, B., Kullberg, A., Manji, K., Rummery, K., & Keady, J. (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., & Denton, A. (2016). From Social Network to Safety Net: Dementia-friendly Communities in Rural Northern Ontario. *Dementia (London, England)*, *15*(1), 51-68.

World Health Organization. (2012). *Dementia-A Public Health Priority*. Genève: World Health Organization.

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

網路資料

中華民國總統府(2017)。總統：全力支持世界衛生組織失智症全球行動計畫，建立更完善的照護體系。2023年8月29日，取自：
<https://www.president.gov.tw/NEWS/21548/>

社團法人台灣失智症協會(2017)。2016全球失智症報告研習會。2022年8月7日，取自：
<http://www.tada2002.org.tw/Messages/Content?Id=603>

社團法人台灣失智症協會(2021)。國際失智症月。2022年12月4日，取自：
<http://www.tada2002.org.tw/About/About/13>

社團法人台灣失智症協會(2022a)。認識失智症。2022年7月7日，取自：
<http://www.tada2002.org.tw/About/Isn'tDementia>

社團法人台灣失智症協會(2022b)。失智症照護資源。2022年7月7日，取自：
http://tada2002.ehosting.com.tw/Support.Tada2002.org.tw/support_resources01.html

海洋委員會海洋保育署(2021)。聯合國海洋法公約。2023年2月14日，取自：
https://www.oca.gov.tw/ch/home.jsp?id=494&parentpath=0,297&mcustomize=law_view.jsp&dataserno=202107300049

徐亞瑛(2020)。失智友善社區。2022年8月6日，取自：
<https://forum.nhri.edu.tw/r11/>

衛生福利部國民健康署(2022)。**失智友善天使線上培訓衛教單張**。2022 年 10 月 12 日，取自：<https://dementiafriendly.hpa.gov.tw/resources/detail/798>

澎湖縣政府民政處(2021)。**110 年 12 月澎湖縣現住人口數按性別及年齡分**。2022 年 7 月 5 日，取自：

<https://www.penghu.gov.tw/civil/home.jsp?id=487&act=view&dataserno=201203090001>

澎湖縣政府(2022)。**澎湖縣 111 年長照 2.0 整合型計畫**。2022 年 7 月 5 日，取自：

<https://www.penghu.gov.tw/society/home.jsp?id=251&act=view&dataserno=202201150001>

澎湖縣政府衛生局(2022a)。**澎湖縣失智照護資源**。2022 年 7 月 5 日，取自：

<https://event.penghu.gov.tw/websitedowndoc?file=longcare/202204271405350.docx&filedisplay=%E5%BD%99%E6%BE%8E%E6%B9%96%E7%B8%A3%E5%A4%B1%E6%99%BA%E7%85%A7%E8%AD%B7%E8%B3%87%E6%BA%90%E7%9B%A4%E9%BB%9E1110426.docx>

澎湖縣政府衛生局(2022b)。**澎湖縣心理衛生中心**。2022 年 7 月 5 日，取自：

<https://www.phchb.gov.tw/home.jsp?id=179>

澎湖縣輔具資源中心(2022)。**澎湖縣輔具資源中心服務項目**。2022 年 7 月 5 日，

取自：http://www.phatrc.artcom.tw/ap/cust_view.aspx?bid=16

Alzheimer's Society. (2020). *What is a dementia-friendly community?* Retrieved

October 6, 2022, from <https://www.alzheimers.org.uk/get-involved/dementia-friendly-communities/what-dementia-friendly-community>

附錄一 2021 年澎湖地區 96 個村里失智人口估算表

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
	計	28.74	122.20	88.16	110.37	157.79	181.06	186.61	874.93	-	-	-	-
	朝陽里	2.71	15.23	10.24	11.79	14.20	13.15	16.96	84.29	1	9.63%	1	4.98%
	光榮里	2.42	9.76	7.79	8.84	13.81	14.47	26.92	84.01	2	9.60%	2	4.96%
	陽明里	1.40	5.71	4.08	8.27	12.77	11.84	9.22	53.29	3	6.09%	3	3.15%
馬	西衛里	2.64	8.87	6.82	6.33	8.21	6.80	7.01	46.67	4	5.33%	4	2.76%
公	西文里	1.73	6.29	4.43	5.82	8.60	7.89	11.80	46.56	5	5.32%	5	2.75%
市	光復里	1.02	5.13	4.08	5.25	7.82	8.11	10.33	41.74	6	4.77%	6	2.47%
	鎖港里	1.44	6.15	4.64	5.97	7.56	8.11	5.16	39.03	7	4.46%	7	2.31%
	東文里	1.92	6.22	4.01	4.46	6.25	6.80	7.01	36.67	8	4.19%	10	2.17%
	案山里	0.87	3.67	3.04	2.88	5.73	7.67	6.27	30.14	9	3.44%	14	1.78%
	山水里	0.96	4.28	3.43	4.03	4.82	6.58	5.90	29.99	10	3.43%	15	1.77%

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
	光明里	0.59	2.96	2.01	2.95	5.21	7.01	8.85	29.58	11	3.38%	16	1.75%
	東衛里	1.18	4.25	3.60	3.60	4.69	6.58	5.53	29.42	12	3.36%	17	1.74%
	重光里	0.87	3.64	1.66	3.95	3.65	6.80	7.01	27.58	13	3.15%	19	1.63%
	石泉里	1.52	5.20	3.29	3.67	3.52	4.60	5.53	27.32	14	3.12%	20	1.61%
	重慶里	0.50	3.13	2.77	3.60	5.21	4.38	5.53	25.12	15	2.87%	22	1.48%
	風櫃里	0.73	3.74	2.60	2.95	3.91	5.48	4.79	24.19	16	2.77%	24	1.43%
	烏坎里	0.56	2.96	2.18	2.23	4.56	5.26	4.79	22.54	17	2.58%	26	1.33%
	崙裡里	0.66	3.37	2.28	2.73	3.26	5.92	3.69	21.91	18	2.50%	27	1.29%
	啟明里	0.43	2.52	2.46	3.09	5.73	4.82	1.84	20.90	19	2.39%	28	1.23%
	虎井里	0.44	2.48	1.66	1.87	5.08	5.26	2.21	19.01	20	2.17%	35	1.12%
	中興里	0.43	1.46	0.90	1.65	2.61	5.26	4.06	16.37	21	1.87%	40	0.97%
	中央里	0.29	1.46	1.28	2.30	3.26	3.29	4.06	15.93	22	1.82%	42	0.94%

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
	長安里	0.27	1.39	1.31	2.01	1.95	5.04	2.95	14.94	23	1.71%	45	0.88%
	興仁里	0.65	2.79	1.56	1.58	2.87	2.63	2.21	14.29	24	1.63%	46	0.84%
	安宅里	0.37	1.16	0.97	0.86	3.13	3.07	3.69	13.24	25	1.51%	50	0.78%
	前寮里	0.47	2.04	1.21	1.01	2.35	3.73	1.11	11.91	26	1.36%	53	0.70%
	鐵線里	0.41	1.16	0.55	1.58	1.43	2.19	1.84	9.17	27	1.05%	62	0.54%
	菜園里	0.27	1.09	0.90	1.08	1.04	2.85	1.84	9.07	28	1.04%	63	0.54%
	復興里	0.17	0.88	0.76	1.01	1.30	1.97	1.84	7.94	29	0.91%	68	0.47%
	井垵里	0.23	0.85	0.38	0.93	1.17	0.88	3.32	7.76	30	0.89%	69	0.46%
	五德里	0.16	0.99	0.17	0.86	0.39	1.97	1.48	6.02	31	0.69%	75	0.36%
	光華里	0.29	0.78	0.83	0.50	1.04	0.22	1.48	5.14	32	0.59%	86	0.30%
	桶盤里	0.16	0.58	0.28	0.72	0.65	0.44	0.37	3.19	33	0.36%	93	0.19%
湖	計	7.52	30.40	21.66	29.55	48.34	67.08	83.72	288.26	-	-	-	-

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
西鄉區	龍門村	0.90	4.32	3.32	4.17	7.30	9.64	7.38	37.03	1	12.85%	9	2.19%
	沙港村	0.48	1.53	1.42	2.09	3.65	9.21	7.38	25.75	2	8.93%	21	1.52%
	湖西村	0.73	2.79	2.01	3.09	4.95	5.04	6.27	24.88	3	8.63%	23	1.47%
	紅羅村	0.44	1.90	1.18	1.22	1.95	5.48	8.48	20.66	4	7.17%	30	1.22%
	南寮村	0.38	1.94	1.18	2.30	3.52	3.51	7.38	20.19	5	7.00%	32	1.19%
	林投村	0.54	2.07	2.25	2.52	2.48	3.51	6.64	20.00	6	6.94%	33	1.18%
	尖山村	0.38	1.60	1.14	1.44	1.82	4.38	6.64	17.40	7	6.04%	38	1.03%
	菓葉村	0.43	1.84	1.25	2.44	3.13	4.16	2.95	16.20	8	5.62%	41	0.96%
	成功村	0.46	1.80	1.14	0.72	2.35	2.85	4.43	13.74	9	4.77%	48	0.81%
	隘門村	0.46	1.77	0.97	2.09	2.87	2.63	2.95	13.73	10	4.76%	49	0.81%
	西溪村	0.33	1.84	0.83	0.86	2.22	3.07	4.06	13.20	11	4.58%	51	0.78%
	鼎灣村	0.46	1.43	0.59	0.79	1.69	1.53	3.32	9.81	12	3.40%	60	0.58%

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
	白坑村	0.17	0.68	0.45	0.79	1.95	1.75	2.21	8.01	13	2.78%	67	0.47%
	湖東村	0.18	1.05	0.48	1.01	1.56	1.32	1.84	7.44	14	2.58%	70	0.44%
	青螺村	0.17	0.44	0.28	0.36	1.43	1.97	2.21	6.86	15	2.38%	71	0.41%
	北寮村	0.18	0.54	0.66	0.79	0.91	1.32	1.11	5.51	16	1.91%	78	0.33%
	潭邊村	0.17	0.61	0.59	0.29	1.17	1.53	1.11	5.48	17	1.90%	79	0.32%
	許家村	0.23	0.78	0.31	0.43	1.43	0.44	1.84	5.47	18	1.90%	80	0.32%
	城北村	0.18	0.51	0.48	0.65	0.39	0.88	2.21	5.30	19	1.84%	83	0.31%
	中西村	0.14	0.54	0.55	0.86	0.91	1.10	0.74	4.84	20	1.68%	88	0.29%
	東石村	0.08	0.14	0.31	0.36	0.13	1.32	1.48	3.80	21	1.32%	91	0.22%
	太武村	0.05	0.27	0.28	0.29	0.52	0.44	1.11	2.95	22	1.02%	94	0.17%
白	計	5.20	21.35	14.39	21.93	36.87	50.20	35.04	184.98	-	-	-	-
沙	赤炭村	0.96	4.15	2.60	3.52	6.65	7.89	4.79	30.56	1	16.52%	13	1.81%

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
鄉	吉貝村	0.89	3.09	2.32	2.95	6.52	8.55	4.06	28.38	2	15.34%	18	1.68%
	後寮村	0.43	2.11	1.35	2.16	4.04	5.48	7.38	22.94	3	12.40%	25	1.36%
	通梁村	0.45	1.60	1.14	2.09	5.34	6.58	3.69	20.88	4	11.29%	29	1.23%
	烏嶼村	0.61	2.79	2.15	3.45	3.65	4.60	2.21	19.46	5	10.52%	34	1.15%
	中屯村	0.32	1.12	0.97	1.65	2.22	3.29	1.48	11.05	6	5.97%	56	0.65%
	講美村	0.41	2.04	1.18	1.44	1.04	2.41	1.48	9.99	7	5.40%	58	0.59%
	瓦硯村	0.21	0.65	0.48	1.08	2.61	1.97	2.58	9.58	8	5.18%	61	0.57%
	員貝村	0.16	0.71	0.45	0.58	1.30	3.07	0.37	6.64	9	3.59%	73	0.39%
	大倉村	0.16	0.82	0.17	0.65	0.78	1.32	1.48	5.37	10	2.90%	82	0.32%
	港子村	0.19	0.65	0.69	0.65	1.04	0.88	1.11	5.20	11	2.81%	84	0.31%
	岐頭村	0.14	0.68	0.21	0.58	0.65	1.10	1.84	5.19	12	2.81%	85	0.31%
	小赤村	0.11	0.37	0.28	0.50	0.39	1.32	1.11	4.08	13	2.21%	89	0.24%

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
西 嶼 鄉	鎮海村	0.09	0.41	0.31	0.36	0.39	0.66	1.11	3.32	14	1.80%	92	0.20%
	城前村	0.05	0.17	0.10	0.29	0.26	1.10	0.37	2.34	15	1.26%	96	0.14%
	計	4.19	19.99	16.95	20.35	31.27	45.16	39.09	177.00	-	-	-	-
	外垵村	1.14	6.12	4.67	4.96	7.43	7.23	6.64	38.19	1	21.58%	8	2.26%
	內垵村	0.68	3.16	3.67	4.24	4.95	7.45	8.48	32.64	2	18.44%	11	1.93%
	竹灣村	0.48	1.97	1.80	2.16	4.17	5.92	4.06	20.55	3	11.61%	31	1.21%
	池東村	0.40	2.28	0.93	1.73	2.48	6.58	4.43	18.82	4	10.63%	36	1.11%
	赤馬村	0.34	1.53	1.35	2.52	3.13	5.04	3.32	17.22	5	9.73%	39	1.02%
	大池村	0.41	1.50	1.66	1.29	2.22	4.16	4.06	15.29	6	8.64%	44	0.90%
	合界村	0.24	1.02	0.52	0.86	2.74	2.63	3.32	11.33	7	6.40%	54	0.67%
	池西村	0.10	0.92	0.73	0.50	1.43	1.97	1.11	6.76	8	3.82%	72	0.40%
	小門村	0.16	0.65	0.80	1.08	1.30	1.10	1.48	6.56	9	3.71%	74	0.39%

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
望安鄉	橫礁村	0.16	0.44	0.42	0.72	1.17	1.97	0.74	5.62	10	3.18%	77	0.33%
	二崁村	0.08	0.41	0.42	0.29	0.26	1.10	1.48	4.02	11	2.27%	90	0.24%
	計	2.90	13.60	9.55	13.30	22.54	24.99	13.65	100.52	-	-	-	-
	將軍村	0.84	4.69	3.15	3.52	5.34	7.67	5.53	30.75	1	30.59%	12	1.82%
	水垵村	0.33	1.90	1.35	2.52	3.91	3.29	2.58	15.88	2	15.79%	43	0.94%
	東安村	0.45	1.67	1.07	1.80	3.91	3.07	0.00	11.97	3	11.90%	52	0.71%
	東吉村	0.20	1.39	0.83	1.37	2.08	3.29	1.84	11.01	4	10.95%	57	0.65%
	西安村	0.30	0.95	1.04	0.93	1.69	2.63	1.48	9.02	5	8.97%	64	0.53%
	中社村	0.23	1.19	0.80	1.44	2.08	1.97	0.74	8.45	6	8.40%	66	0.50%
	花嶼村	0.17	0.31	0.38	0.93	1.95	1.32	0.37	5.43	7	5.40%	81	0.32%
望安鄉	東坪村	0.26	0.88	0.59	0.36	0.78	1.10	1.11	5.07	8	5.05%	87	0.30%
	西坪村	0.12	0.61	0.35	0.43	0.78	0.66	0.00	2.95	9	2.93%	95	0.17%

行政區	村里	失智症盛行率							總計	行政區 內排名	行政區 內比例	96 村里 總排名	96 村里 比例
		0.16%	3.4%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%					
		45-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲以上					
	計	1.91	7.92	5.64	8.05	11.99	15.56	15.86	66.94	-	-	-	-
	南港村	0.61	2.55	1.97	2.37	3.26	3.73	2.95	17.44	1	26.06%	37	1.03%
七	西湖村	0.35	1.22	1.00	1.73	3.00	3.51	3.32	14.13	2	21.11%	47	0.83%
美	中和村	0.36	1.46	0.97	0.93	2.35	2.85	2.21	11.14	3	16.64%	55	0.66%
鄉	海豐村	0.21	1.05	0.83	1.01	1.17	2.63	2.95	9.85	4	14.72%	59	0.58%
	平和村	0.23	0.85	0.55	0.79	1.69	2.19	2.21	8.52	5	12.73%	65	0.50%
	東湖村	0.15	0.78	0.31	1.22	0.52	0.66	2.21	5.85	6	8.74%	76	0.35%

資料來源：本研究計算製表。

附錄二 澎湖在地失智相關資源分佈表

資源 類型	失智症資源	地方單位	馬公市		湖西鄉	白沙鄉				西嶼鄉		望安鄉				七美鄉	總計			
			市區	虎井里	桶盤里	湖西本島	白沙本島	吉貝村	烏嶼村	員貝村	大倉村	西嶼本島	望安本島	將軍村	東坪村	西坪村		東吉村	花嶼村	七美本島
	1.失智友善社區示範點	(1)馬公市光明里據點																		
		(2)馬公市烏坎里據點																		
		(3)白沙鄉講美村據點	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
		(4)白沙鄉後寮村據點																		
		(5)望安鄉東垵村據點																		
失智 相關 計畫 資源	2.失智共同照護中心	衛生福利部澎湖醫院	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
		(1)林淑惠職能治療所																		
		(2)社團法人社會扶助關懷協會																		
		3.失智社區服務據點	(3)有限責任高雄市安祥照顧服務勞動合作社	2	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	7
			(4)澎湖縣福愛社會福利發展協會																	
失智 症醫 療照 護	1.失智症門診	(1)衛生福利部澎湖醫院、																		
		(2)三軍總醫院澎湖分院診																		
		(3)天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	2.失智症住院	衛生福利部澎湖醫院精神科	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	

資源 類型	失智症資源	地方單位	馬公市			湖西鄉		白沙鄉				西嶼鄉		望安鄉					七美鄉	總計
			市區	虎井里	桶盤里	湖西本島	白沙本島	吉貝村	鳥嶼村	員貝村	大倉村	西嶼本島	望安本島	將軍村	東坪村	西坪村	東吉村	花嶼村	七美本島	
長 期 照 顧 資 源	1.長期照顧 管理中心	澎湖縣長期照顧管理中心與 6 分站	2	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	7
	2.日間照顧 中心	(1)衛生福利部澎湖醫院附設 老康健日照中心																		
		(2)衛生福利部老人之家附設 日照中心																		
		(3)財團法人平安社會福利慈 善事業基金會附設之馬公 日照中心																		
		(4)旭登護理之家附設澎湖縣 私立旭安日照中心																		
		(5)財團法人平安社會福利慈 善事業基金會附設之講美 日照中心	3	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	7
		(6)財團法人伊甸社會福利基 金會附設澎湖縣私立頤和 日照中心																		
		(7)財團法人平安社會福利慈 善事業基金會附設之望安 日照中心																		
	3.居家服務	(1)社團法人社會扶助關懷協 會																		
		(2)社團法人照顧服務協會																		
		(3)天主教靈醫會醫療財團法 人附設澎湖縣私立惠民居 家長照機構	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
		(4)澎湖縣私立家安心居家長 照機構																		

資源 類型	失智症資源	地方單位	馬公市		湖西鄉		白沙鄉			西嶼鄉		望安鄉				七美鄉	總計			
			市區	虎井里	桶盤里	湖西本島	白沙本島	吉貝村	鳥嶼村	員貝村	大倉村	西嶼本島	望安本島	將軍村	東坪村	西坪村		東吉村	花嶼村	七美本島
4.專業服務		(5)澎湖縣私立芳悅居家長照機構																		
		(6)澎湖縣全人關懷保健協會附設澎湖縣私立全人居家長照機構																		
		(7)台灣康復促進協會附設澎湖縣私立菊光居家長照機構																		
		(1)衛生福利部澎湖醫院附設居家護理所																		
		(2)三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處居家護理所																		
		(3)天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院																		
		(4)天主教靈醫會醫療財團法人附設惠民居家護理所																		
		(5)澎湖縣馬公市第二衛生所	8	-	-	1	1	2	2	-	-	2	2	-	-	-	-	-	2	20
		(6)正承復健科診所																		
		(7)沈景發復健科診所																		
		(8)芳悅居家護理所																		
		(9)澎湖縣湖西鄉衛生所																		
		(10)澎湖縣白沙鄉衛生所																		
		(11)澎湖縣白沙鄉吉貝衛生所																		
		(12)澎湖縣白沙鄉吉貝衛生所附設居家護理所																		
		(13)澎湖縣白沙鄉鳥嶼衛生所																		

資源 類型	失智症資源	地方單位	馬公市		湖西鄉		白沙鄉				西嶼鄉		望安鄉					七美鄉	總計	
			市區	虎井里	桶盤里	湖西本島	白沙本島	吉貝村	鳥嶼村	員貝村	大倉村	西嶼本島	望安本島	將軍村	東坪村	西坪村	東吉村	花嶼村		七美本島
		所																		
		(14)澎湖縣白沙鄉鳥嶼衛生所附設居家護理所																		
		(15)澎湖縣西嶼鄉衛生所																		
		(16)澎湖縣西嶼鄉衛生所附設居家護理所																		
		(17)澎湖縣望安鄉衛生所																		
		(18)澎湖縣望安鄉衛生所附設居家護理所																		
		(19)澎湖縣七美鄉衛生所																		
		(20)澎湖縣七美鄉衛生所附設居家護理所																		
	5.機構式照護	(1)衛生福利部澎湖老人之家																		
		(2)澎湖私立四季常照養護中心																		
(3)澎湖私立慈安養護中心																				
(4)澎湖私立感恩養護中心		4	-	-	1	2	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	7	
(5)天主教靈醫會醫療財團法人附設惠民護理之家																				
(6)衛生福利部澎湖醫院附設護理之家																				
6.喘息服務	居家式																			
	(1)社團法人澎湖縣照顧服務協會																			
	(2)社團法人澎湖縣社會扶助關懷協會	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
	(3)千樂長照有限公司附設澎湖縣私立千賀居家長期照																			

資源 類型	失智症資源	地方單位	馬公市		湖西鄉		白沙鄉				西嶼鄉		望安鄉					七美鄉	總計
			市區	虎井里	桶盤里	湖西本島	白沙本島	吉貝村	鳥嶼村	員貝村	大倉村	西嶼本島	望安本島	將軍村	東坪村	西坪村	東吉村	花嶼村	七美本島
		顧服務機構																	
		(4)澎湖縣私立家安心居家長照機構																	
		(5)澎湖縣私立芳悅居家長照機構																	
		機構式																	
		(6)天主教靈醫會醫療財團法人附設惠民護理之家																	
		(7)衛生福利部澎湖醫院附設護理之家	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
		(8)澎湖縣私立四季常照養護中心																	
		(9)澎湖縣私立感恩養護中心																	
		社區式																	
		(10)財團法人平安社會福利慈善事業基金會馬公日間照顧中心																	
		(11)衛生福利部澎湖醫院附設老康健日照中心																	
		(12)光明里辦公處																	
		(13)財團法人平安社會福利慈善事業基金會講美日間照顧中心	3	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	6
		(14)財團法人平安社會福利慈善事業基金會望安日間照顧中心																	
		(15)旭登護理之家附設澎湖縣私立旭安萊葉社區式服																	

資源 類型	失智症資源	地方單位	馬公市			湖西鄉		白沙鄉			西嶼鄉		望安鄉				七美鄉		總計	
			市區	虎井里	桶盤里	湖西本島	白沙本島	吉貝村	烏嶼村	員貝村	大倉村	西嶼本島	望安本島	將軍村	東坪村	西坪村	東吉村	花嶼村		七美本島
				務類長期照顧服務機構																
照 顧 者 資 源	7.輔具服務	澎湖縣輔具資源中心	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
	1.家庭照顧者支持與服務資源中心	澎湖縣家庭照顧者支持與服務資源中心與 6 個分站	2	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	7	
	2.心理衛生資源中心	澎湖縣心理衛生資源中心	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
	總計		47	0	0	8	11	2	2	0	0	6	8	0	0	0	0	0	5	91

資料來源：澎湖縣政府衛生局(2022a)、本研究歸納整理製表

附錄三 層級分析法專家問卷

以層級分析法探討離島建置失智友善社區之關鍵策略

各位專家先進您好：

謝謝您於繁忙教務與公務當中，撥冗填寫本問卷！

本研究主題為探討澎湖縣建置失智友善社區之關鍵策略。經由層級分析法 (Analytic Hierarchy Process, AHP) 建構推動失智友善社區之使命、目標、策略的層級架構，進而設計本專家問卷。其目的旨於瞭解您對於失智友善社區策略目標與策略方案的看法，衡量各階層要素進行成對比較，彙整專家意見後進一步分析以瞭解不同目標下策略優先性，俾利地方失智友善社區實務工作者參考並提出政策建議。

問卷分為「層級架構與填答說明」與「問卷內容」兩部分，請您先參閱填答說明後再填寫問卷，本研究所得資料僅供學術研究使用並遵照學術倫理，採取匿名方式調查，絕不對外公開。若有任何疑問，敬請與我聯絡，感謝您對本研究之支持與協助，在此致上誠摯謝意。肅此

敬祝

康泰寧平 無與倫比

國立中山大學公共事務管理研究所

指導教授：謝政勳博士

研究生：林聖凱

聯絡電話：0932-000-513

電子郵件：lantykai@gmail.com

壹、問卷填答說明

一、離島失智友善社區策略架構

透過文獻回顧法，建置使命、目標、策略架構，共分三層，第一層以推動建置離島失智友善社區做為願景與使命，亦為架構最終目標；第二層為達成願景之核心失智友善社區目標；第三層為可達成目標之策略方案，詳如下頁架構圖所示。

二、填答操作說明

層級分析法(AHP)對各階層要素成對比較重要性，評估兩個要素對於評價基準的相對重要程度與貢獻度，於權衡各要素強度與優劣關係時，偏好關係需具遞移性（假設甲優於乙，乙優於丙，則甲優於丙）。請您先詳閱各階層之要素概念定義，再依各題向比較相對重要性，如下表勾選對應的評估尺度。

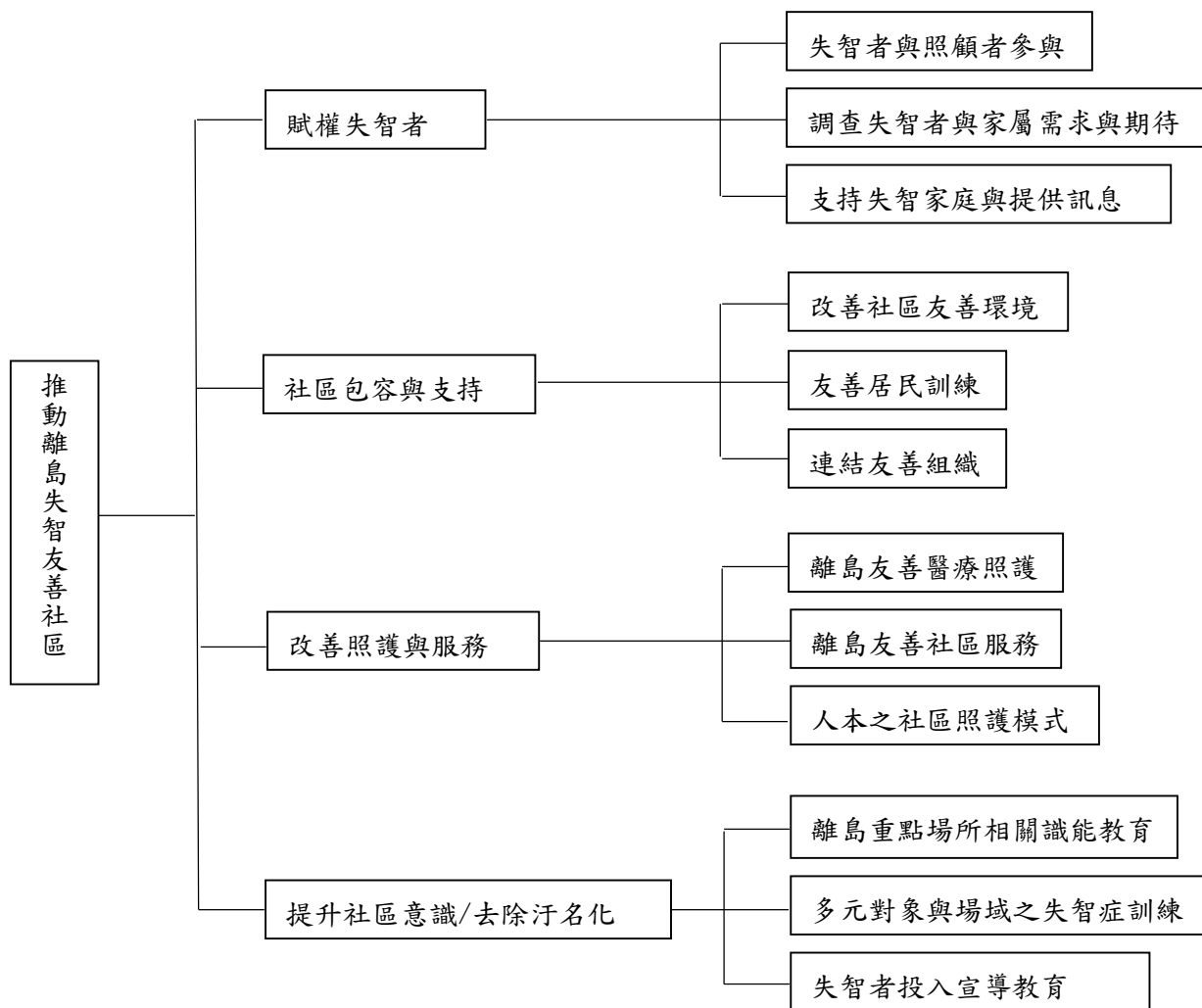
(一)評估尺度說明表：

評估尺度	定義	說明
1	同等重要	兩因素或比較方案之重要性相同 (甲乙同樣重要)
3	稍重要	經驗與判斷稍微傾向某一因素或方案 (甲比乙稍微重要)
5	頗重要	經驗與判斷強烈傾向某一因素或方案 (甲比乙頗為重要)
7	極重要	實際顯示非常強烈傾向某一因素或喜好某一方案 (甲比乙極為重要)
9	絕對重要	有足夠證據肯定絕對傾向某一因素或喜好某一方案 (甲比乙絕對重要)
2, 4, 6, 8	相鄰尺度之中間值	需要折衷值時。

第一層
使命

第二層
目標

第三層
策略



本研究離島失智友善社區策略架構圖

(二)填答範例：

1. 首先，請就階層內要素或者方案，基於上層目標的重要程度，將其由高到低進行排序。
2. 參照上述排序結果，兩兩比較左右兩邊構面要素或者方案，權衡其相對重要性，勾選適當的比值。
3. 如下表所示，每一列兩側羅列兩項策略目標或者策略方案，請您評估兩者相對重要性、或對於某準則下的貢獻程度，於您所認為的重要程度欄位進行勾選，若左右兩者同樣重要，則勾選 1:1(同等重要)之欄位；若左側要素較右側要素重要，則勾選同等重要左側的欄位，左側比重越高則代表左側要素比右側要素重要程度越高，反之亦然。

目 標	絕 對 重 要	折 衷	極 為 重 要	折 衷	頗 為 重 要	折 衷	稍 微 重 要	折 衷	同 等 重 要	折 衷	稍 微 重 要	折 衷	頗 為 重 要	折 衷	極 為 重 要	折 衷	絕 對 重 要	目 標
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
賦 權 失 智 者																		社 區 包 容 與 支 持

左側要素較右側要素重要

右側要素較左側要素重要

4. 如以下範例，假設您認為於建置離島失智友善社區之策略目標階層，「賦權失智者」最為重要，其次為「社區包容與支持」，再其次為「改善照護與服務」，則於填充排序填寫：賦權失智者 > 社區包容與支持 > 改善照護與服務。並依重要程度排序，兩兩進行重要度比較，假設您認為「賦權失智者」比「社區包

容與支持」重要 5 倍，則勾選於左側「頗為重要」欄，接著，若您認為「社區包容與支持」比「改善照護與服務」重要 3 倍，則勾選於左側「稍微重要」欄。因此，為滿足「遞移性」(賦權失智者>社區包容與支持>改善照護與服務)，則比較「賦權失智者」與「改善照護與服務」必然於同等重要以左的項度，假設為 7:1 欄位，代表您認為「賦權失智者」極為重要於「改善照護與服務」。

目標	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	目標
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
賦權失智者					✓													社區包容與支持
社區包容與支持							✓											改善照護與服務
賦權失智者			✓															改善照護與服務

謝謝您的耐心，敬請填答問卷。

貳、問卷內容

問卷題目：以層級分析法探討離島建置失智友善社區之關鍵策略

第一部分-推動離島失智友善社區之策略目標階層概念意涵

策略目標	概念意涵
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而有意義的事務。
社區包容與支持	形成社會連結與歸屬感，並且與他人進行有意義的活動與有目的的聯繫，以使失智者與照顧者融入社區並且提升其福祉與生活品質。
改善照護與服務	優化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。
提高意識與去除汙名化	採取措施減少汙名並且提升社區意識，以維護失智者的人權，使其能全面、平等地參與和投入有意義的日常活動。

※請排序策略目標重要程度

_____ > _____ > _____ > _____

※請勾選重要強度

目標	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	目標
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
賦權失智者																		社區包容與支持

目標	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	目標
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
賦權失智者																		改善照護與服務
賦權失智者																		提高意識與去除汙名化
社區包容與支持																		改善照護與服務
社區包容與支持																		提高意識與去除汙名化
改善照護與服務																		提高意識與去除汙名化

第二部分-推動離島失智友善社區之策略主題階層概念意涵

策略目標	策略方案	概念意涵
賦權失智者	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，除可透過納入失智者需求與期待更能夠準確的克服推動障礙，並可為失智者帶來價值並且有信心對社區有所貢獻。
	調查失智者與家屬需求與期待	運用適宜調查方法瞭解失智者與照顧者對於地方失智友善社區的需求與期待、瞭解失智者與照顧者的期待的異同處、對於推動小組策略進行與後續效益的看法與感受、對策略執行下參與社區的經驗與困難為何以及對於地方失智友善社區的友善程度的感受與未來願景為何的過程。
	支持失智家庭與提供訊息	失智友善社區建立與經營與照顧者的夥伴關係，提供最新訊息與可及訓練，並運用正式與非正式資源提供照顧者長期穩定的支持，藉以賦權並提升失智家庭之生活品質。
社區包容與支持	改善社區友善環境	運用友善環境設計原則包括熟悉性、易讀性、獨特性、可及性、舒適性和安全性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積極意義，如接受正向刺激、減緩病症與提升生活品質。
	友善居民訓練	安排社區民眾與志工失智症訓練並具備基礎識能、辨識失智者、理解特性並適當回應、

		可運用資源等核心能力。
	連結友善組織	連結友善組織包含商家、教會、診所、公司企業以及各級政府等建立幫助失智者以貢獻失智友善社會的友善社區建立方法與執行策略，並且能夠理解失智者並且提供適時協助，例如看問留撥等。
改善照護與服務	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，形式包括就醫檢查與診斷、治療、診斷後照護、與提供服務之同單位或不同單位間的協調以形成整體與連續的服務，並可具備因應交通困難的因應機制如便利性診療服務等。
	離島友善社區服務	社區內正式或非正式失智症照護服務，如診斷前發覺失智者與轉介機制；診斷後之失智照護服務如日照中心、失智共照中心、社區據點等與個別化服務；並可因應離島社區特徵如交通困難、人才缺乏以及較社會資本優勢，據以運用在地社會網絡之非正式社會支持，提供實際與情感支持並做為非正式早期預警系統。
	人本之社區照護模式	友善社區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。

提升社區意識/ 去除汙名化	離島重點場所相關識能教育	友善社區評估轄內重要離島特徵如交通侷限，安排重點場域、機構內人員之失智識能教育。
	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進行教育訓練，強調理解、知能與察覺，具以降低汙名化並提升識能。
	失智者投入宣導教育	失智友善社區於投入社區識能宣導時，能夠適時、適宜、提供支持使失智者參與公共宣導之規劃、設計、執行，並且肯定其貢獻的過程。

一、「賦權失智者」策略方案層

※請排序「賦權失智者」策略方案重要程度

_____ > _____ > _____

※請勾選重要強度

策 略	絕 對 重 要	折 衷	極 為 重 要	折 衷	頗 為 重 要	折 衷	稍 微 重 要	折 衷	同 等 重 要	折 衷	稍 微 重 要	折 衷	頗 為 重 要	折 衷	極 為 重 要	折 衷	絕 對 重 要	策 略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
失智者與照顧者參與																		調查失智者與家屬需求與期待

策略	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	策略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
失智者與照顧者參與																		支持失智家庭與提供訊息
調查失智者與家屬需求與期待																		支持失智家庭與提供訊息

二、「社區包容與支持」策略方案層

※請排序「社區包容與支持」策略方案重要程度

_____ > _____ > _____

※請勾選重要強度

策略	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	策略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
改善社區友善環境																		友善居民訓練

策略	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	策略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
改善社區友善環境																		連結友善組織
友善居民訓練																		連結友善組織

三、「改善照護與服務」策略方案層

※請排序「改善照護與服務」策略方案重要程度

_____ > _____ > _____

※請勾選重要強度

策略	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	策略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
離島友善醫療照護																		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

策略	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	策略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
離島友善社區服務																		人本之社區照護模式

四、「提升社區意識/去除汙名化」策略方案層

※請排序「提升社區意識/去除汙名化」策略方案重要程度

_____ > _____ > _____

※請勾選重要強度

策略	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	策略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
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
離島重點場所相關識能教育																		失智者投入宣導教育

策略	絕對重要	折衷	極為重要	折衷	頗為重要	折衷	稍微重要	折衷	同等重要	折衷	稍微重要	折衷	頗為重要	折衷	極為重要	折衷	絕對重要	策略
	9:1	8:1	7:1	6:1	5:1	4:1	3:1	2:1	1:1	1:2	1:3	1:4	1:5	1:6	1:7	1:8	1:9	
多元對象與場域之失智症訓練																		失智者投入宣導教育

問卷至此全部完成，謝謝您的耐心、支持與協助！

附錄四 使用 DFC 友善環境設計原則規劃行動範例-以社區活動中心為例

	熟悉度	易讀性	獨特性	可及性	舒適性	安全性
定義	熟悉的環境使人們能夠識別和理解周圍環境，這有助於防止和減輕空間迷失方向和混亂，並有助於短期記憶	人們可以了解他們在哪裡並確定他們需要走的路，有助於預防和緩解空間迷失、困惑和焦慮	人們的注意力和注意力被社區各個部分的獨特性所吸引，這有助於定位和尋路	無論身體、感官或認知障礙如何，人們都能夠到達、進入、使用和移動他們需要或希望訪問的地方和空間	人們感到輕鬆，能夠訪問、使用和享受他們選擇的地方和空間，而不會感到身體或心理上的不適	人們可以在附近使用、享受和移動，而不必擔心受到傷害
行動範例	1. 請失智者帶家中可捐出的舊傢俱，共同佈置活動中心。 2. 運用具社區共同記憶、發展脈絡等懷舊元素之傢俱、擺設或器具來佈製活動中心。	1. 活動中心具有清楚明顯的標示，並且於佈告欄明確標示服務時間。 2. 重要資訊以清楚對比增加辨識度或者顏色區隔。 3. 使用消光膜降低反光以及簡化複雜資訊。 4. 適當位置之時間定向資訊。	1. 運用社區重點地標做為定位與尋路，例如澎湖許多社區活動中心附近都有宮廟，可標記為尋路重要地標。	1. 入口、通道與廁所具有無障礙設計。 2. 規劃空間內能夠透過標示、提高辨識度以及順暢動線使失智者能夠順利找到、進入廁所。 3. 戶外空間設有休息點、適合的座椅與無障礙廁所。	1. 適當、均勻、柔和的燈光。 2. 室內與室外空間充足且適當的座位。 3. 空間規劃考量獨自與較大群體的空間。	1. 入口、門檻、樓梯之高低落差的邊緣處使用色差。 2. 降低地板反光與鏡面反射以降低症狀誘發。 3. 選用穩固的椅子，並且於桌腳牆壁邊緣貼防撞貼條。

資料來源：Mitchell & Burton(2010)；本研究撰寫行動範例與製表。

附錄五 層級分析法個別專家權重值總表

學者組

階層	項目	A1	A2	A3	A4	A5	A6
策略目標層	賦權失智者	0.2178	0.1070	0.0448	0.1189	0.0669	0.0954
	社區包容與支持	0.0881	0.2648	0.2427	0.5632	0.1480	0.1914
	改善照護與服務	0.6489	0.5669	0.5927	0.0731	0.7049	0.0628
	提升社區意識/去除汙名化	0.0452	0.0612	0.1198	0.2448	0.0802	0.6504
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0771	C.I.= 0.0228	C.I.= 0.0698	C.I.= 0.0117	C.I.= 0.0699	C.I.= 0.0396
		C.R.=0.0856	C.R.=0.0253	C.R.=0.0776	C.R.= 0.0131	C.R.= 0.0777	C.R.= 0.0440
策略方案層	失智者與照顧者參與	0.1786	0.2296	0.6817	0.2498	0.1666	0.2
	賦權失智者	調查失智者與家屬需求與期待	0.7089	0.1220	0.0819	0.6548	0.6
		支持失智家庭與提供訊息	0.1125	0.6483	0.2363	0.0953	0.0938
		一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0268	C.I.= 0.0268	C.I.= 0.0539	C.I.= 0.0092	C.I.= 0.0071
	社區包容與支持		C.R.=0.0462	C.R.=0.0462	C.R.= 0.0930	C.R.= 0.0158	C.R.= 0.0122
		改善社區友善環境	0.7306	0.1634	0.6910	0.0953	0.7582
		友善居民訓練	0.1884	0.5396	0.0914	0.6548	0.1512
		連結友善組織	0.0810	0.2970	0.2176	0.2498	0.0905
		一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0324	C.I.= 0.0046	C.I.= 0.0268	C.I.= 0.0091	C.I.= 0.0162
			C.R.= 0.0559	C.R.= 0.0079	C.R.= 0.0462	C.R.= 0.0157	C.R.= 0.0279
							C.R.= 0.0000

階層	項目	A1	A2	A3	A4	A5	A6
改善 照護 與服 務	離島友善醫療照護	0.7306	0.6250	0.2872	0.0953	0.0909	0.0909
	離島友善社區服務	0.1884	0.2385	0.6349	0.2498	0.8182	0.4545
	人本之社區照護模式	0.0810	0.1365	0.0780	0.6549	0.0909	0.4545
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0324	C.I.= 0.0091	C.I.= 0.0470	C.I.= 0.0091	C.I.= 0.0000	C.I.= 0.0000
		C.R.= 0.0559	C.R.= 0.0158	C.R.= 0.0811	C.R.= 0.0158	C.R.= 0.0000	C.R.= 0.0000
提升 社區 意識/ 去除 汙名 化	離島重點場所相關識能教育	0.7306	0.6370	0.0852	0.6548	0.0905	0.4444
	多元對象與場域之失智症訓練	0.1884	0.2583	0.6443	0.2499	0.1512	0.4444
	失智者投入宣導教育	0.0810	0.1047	0.2705	0.0953	0.7583	0.1111
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0324	C.I.= 0.0193	C.I.= 0.0268	C.I.= 0.0091	C.I.= 0.0162	C.I.= 0.0000
		C.R.= 0.0559	C.R.= 0.0332	C.R.= 0.0462	C.R.= 0.0158	C.R.= 0.0279	C.R.= 0.0000

資料來源：本研究整理製表。

專家組

階層	項目	B1	B2	B3	B4	B5	B6
策略目標層	賦權失智者	0.1541	0.0688	0.0747	0.0565	0.1376	0.6267
	社區包容與支持	0.0512	0.6421	0.5143	0.2993	0.3137	0.2167
	改善照護與服務	0.7062	0.1954	0.1293	0.5232	0.4690	0.1052
	提升社區意識/去除汙名化	0.0886	0.0937	0.2817	0.1210	0.0797	0.0514
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0408 C.R.= 0.0453	C.I.= 0.0553 C.R.= 0.0614	C.I.= 0.0525 C.R.= 0.0583	C.I.= 0.0228 C.R.= 0.0253	C.I.= 0.0188 C.R.= 0.0209	C.I.= 0.0786 C.R.= 0.0874
策略方案層	失智者與照顧者參與	0.0887	0.1713	0.6370	0.1005	0.0809	0.7306
	賦權失智者						
	調查失智者與家屬需求與期待	0.5591	0.7504	0.2583	0.4665	0.1884	0.1884
	支持失智家庭與提供訊息	0.3522	0.0782	0.1047	0.4330	0.7307	0.0810
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0268 C.R.= 0.0462	C.I.= 0.0500 C.R.= 0.0862	C.I.= 0.0193 C.R.= 0.0332	C.I.= 0.0028 C.R.= 0.0048	C.I.= 0.0324 C.R.= 0.0559	C.I.= 0.0324 C.R.= 0.0559
	社區包容與支持						
	改善社區友善環境	0.0660	0.0809	0.5396	0.6548	0.2583	0.0809
	友善居民訓練	0.3187	0.7307	0.1634	0.0953	0.6370	0.1884
	連結友善組織	0.6153	0.1884	0.2970	0.2499	0.1047	0.7307
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0006 C.R.= 0.0011	C.I.= 0.0324 C.R.= 0.0559	C.I.= 0.0046 C.R.= 0.0079	C.I.= 0.0092 C.R.= 0.0158	C.I.= 0.0193 C.R.= 0.0332	C.I.= 0.0324 C.R.= 0.0559

階層	項目	B1	B2	B3	B4	B5	B6
改善 照護 與服 務	離島友善醫療照護	0.7854	0.7172	0.1047	0.3090	0.1047	0.1094
	離島友善社區服務	0.1488	0.1947	0.2583	0.5816	0.6370	0.5815
	人本之社區照護模式	0.0658	0.0881	0.6370	0.1095	0.2583	0.3090
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0401	C.I.= 0.0470	C.I.= 0.0193	C.I.= 0.0018	C.I.= 0.0193	C.I.= 0.0018
		C.R.= 0.0692	C.R.= 0.0810	C.R.= 0.0332	C.R.= 0.0032	C.R.= 0.0332	C.R.= 0.0032
提升 社區 意識/ 去除 汙名 化	離島重點場所相關識能教育	0.1488	0.7306	0.6370	0.6694	0.7306	0.2255
	多元對象與場域之失智症訓練	0.0658	0.0810	0.2583	0.2426	0.1884	0.6738
	失智者投入宣導教育	0.7854	0.1884	0.1047	0.0879	0.0810	0.1007
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0402	C.I.= 0.0325	C.I.= 0.0193	C.I.= 0.0035	C.I.= 0.0324	C.I.= 0.0429
		C.R.= 0.0693	C.R.= 0.0560	C.R.= 0.0332	C.R.= 0.0061	C.R.= 0.0559	C.R.= 0.0739

資料來源：本研究整理製表。

政策推動者組

階層	項目	C1	C2	C3	C4	C5
策略目標層	賦權失智者	0.6091	0.0949	0.0435	0.1690	0.1138
	社區包容與支持	0.1603	0.2868	0.6905	0.5649	0.0531
	改善照護與服務	0.1603	0.5656	0.1102	0.0741	0.5017
	提升社區意識/去除汙名化	0.0703	0.0527	0.1558	0.1920	0.3314
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0511 C.R.= 0.0568	C.I.= 0.0747 C.R.= 0.0830	C.I.= 0.0751 C.R.= 0.0835	C.I.= 0.0382 C.R.= 0.0425	C.I.= 0.0807 C.R.= 0.0897
策略方案層	失智者與照顧者參與	0.4995	0.2583	0.0809	0.5936	0.0965
	賦權失智者	調查失智者與家屬需求與期待	0.4145	0.1047	0.7307	0.2493
		支持失智家庭與提供訊息	0.0860	0.6370	0.1884	0.1571
		一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0174 C.R.= 0.0301	C.I.= 0.0193 C.R.= 0.0332	C.I.= 0.0324 C.R.= 0.0559	C.I.= 0.0268 C.R.= 0.0462
					C.R.= 0.0061	
	社區包容與支持	改善社區友善環境	0.6	0.1603	0.7334	0.2493
		友善居民訓練	0.2	0.6908	0.0675	0.5936
		連結友善組織	0.2	0.1488	0.1991	0.1571
		一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0000 C.R.= 0.0000	C.I.= 0.0028 C.R.= 0.0048	C.I.= 0.0470 C.R.= 0.0810	C.I.= 0.0268 C.R.= 0.0462
						C.I.= 0.0356 C.R.= 0.0614

階層	項目	C1	C2	C3	C4	C5
改善 照護 與服 務	離島友善醫療照護	0.4545	0.1428	0.7429	0.6817	0.4667
	離島友善社區服務	0.4545	0.4286	0.1939	0.2363	0.4667
	人本之社區照護模式	0.0909	0.4286	0.0633	0.0819	0.0667
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0000	C.I.= 0.0000	C.I.= 0.0356	C.I.= 0.0539	C.I.= 0.0000
		C.R.= 0.0000	C.R.= 0.0000	C.R.= 0.0614	C.R.= 0.0930	C.R.= 0.0000
提升 社區 意識/ 去 汙 名 化	離島重點場所相關識能教育	0.4545	0.4286	0.6817	0.1047	0.0666
	多元對象與場域之失智症訓練	0.4545	0.4286	0.1025	0.6370	0.4667
	失智者投入宣導教育	0.0909	0.1429	0.2158	0.2583	0.4667
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.=0.0000	C.I.= 0.0000	C.I.= 0.0013	C.I.= 0.0193	C.I.= 0.0000
		C.R.= 0.0000	C.R.= 0.0000	C.R.= 0.0023	C.R.= 0.0332	C.R.= 0.0000

資料來源：本研究整理製表。

服務提供者組

階層	項目	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
策略目標層	賦權失智者	0.0499	0.1377	0.0524	0.1103	0.0467	0.0877	0.0595	0.2781
	社區包容與支持	0.6685	0.5476	0.2411	0.5770	0.2054	0.6255	0.5769	0.5006
	改善照護與服務	0.0960	0.2514	0.1126	0.0726	0.5424	0.0560	0.1334	0.0719
	提升社區意識/去除汙名化	0.1857	0.0632	0.5938	0.2402	0.2054	0.2308	0.2303	0.1494
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0784 C.R.=0.0871	C.I.= 0.0525 C.R.=0.0583	C.I.= 0.0741 C.R.=0.0823	C.I.= 0.0585 C.R.=0.0650	C.I.= 0.0109 C.R.=0.0121	C.I.= 0.0124 C.R.=0.0138	C.I.= 0.0224 C.R.=0.0249	C.I.= 0.0026 C.R.=0.0029
策略方案層	失智者與照顧者參與	0.0603	0.7143	0.6267	0.2684	0.0629	0.1220	0.2789	0.2922
	賦權失智者								
	調查失智者與家屬需求與期待	0.2311	0.1429	0.2797	0.1172	0.2654	0.2296	0.0719	0.6153
	支持失智家庭與提供訊息	0.7085	0.1429	0.0936	0.6144	0.6716	0.6483	0.6492	0.0925
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0356 C.R.=0.0614	C.I.= 0.0000 C.R.=0.0000	C.I.= 0.0429 C.R.=0.0739	C.I.= 0.0368 C.R.=0.0634	C.I.= 0.0145 C.R.=0.0251	C.I.= 0.0018 C.R.=0.0032	C.I.= 0.0324 C.R.=0.0559	C.I.= 0.0013 C.R.=0.0023
	改善社區友善環境	0.5936	0.7143	0.0809	0.1570	0.0769	0.6817	0.6483	0.3150
	友善居民訓練	0.2493	0.1429	0.7307	0.5936	0.6923	0.2158	0.2297	0.6026
	連結友善組織	0.1571	0.1429	0.1884	0.2493	0.2308	0.1025	0.1220	0.0823
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0268 C.R.=0.0462	C.I.= 0.0000 C.R.=0.0000	C.I.= 0.0324 C.R.=0.0559	C.I.= 0.0268 C.R.=0.0462	C.I.= 0.0000 C.R.=0.0000	C.I.= 0.0013 C.R.=0.0023	C.I.= 0.0018 C.R.=0.0032	C.I.= 0.0010 C.R.=0.0017
	社區包容與支持								

階層	項目	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
改善 照護 與服 務	離島友善醫療照護	0.0754	0.7450	0.1929	0.2	0.2654	0.0938	0.1998	0.5917
	離島友善社區服務	0.2290	0.1564	0.7010	0.6	0.6716	0.7396	0.6833	0.3332
	人本之社區照護模式	0.6956	0.0986	0.1061	0.2	0.0629	0.1666	0.1168	0.0751
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0382 C.R.=0.0658	C.I.= 0.0268 C.R.=0.0462	C.I.= 0.0046 C.R.=0.0079	C.I.= 0.0000 C.R.=0.0000	C.I.= 0.0145 C.R.=0.0251	C.I.= 0.0071 C.R.=0.0122	C.I.= 0.0123 C.R.=0.0212	C.I.= 0.0071 C.R.=0.0122
提升 社區 意識 / 去 除汙 名化	離島重點場所相關識能教育	0.2789	0.6267	0.1947	0.2081	0.6716	0.5969	0.2227	0.5969
	多元對象與場域之失智症訓練	0.6491	0.2797	0.7172	0.6608	0.2654	0.3458	0.7071	0.3458
	失智者投入宣導教育	0.0719	0.0936	0.0881	0.1311	0.0629	0.0572	0.0702	0.0572
	一致性檢定(皆 ≤ 0.1)	C.I.= 0.0325 C.R.=0.0560	C.I.= 0.0429 C.R.=0.0739	C.I.= 0.0470 C.R.=0.0810	C.I.= 0.0268 C.R.=0.0462	C.I.= 0.0145 C.R.=0.0251	C.I.= 0.0109 C.R.=0.0187	C.I.= 0.0268 C.R.=0.0462	C.I.= 0.0109 C.R.=0.0187

資料來源：本研究整理製表。