

家人失智了怎麼「伴」？

各階段照護建議與可用資源

文／失智醫療中心 副主任・神經部 主治醫師 盧韻如

當家人被診斷為失智症時，多數人腦中第一個浮現的不是醫學名詞，而是一連串現實而沉重的疑問：「他是不是會越來越退化？」「我是不是哪裡沒照顧好？」「我們還能像以前一樣生活嗎？」

身為失智醫療中心副主任，我經常在門診與病房間看見家屬眼中的疲憊與自責。在此要先說一句非常重要的話：失智症不是誰做錯了什麼，而是一段需要長期陪伴、專業支持與社會資源共同承擔的歷程。

失智症是一種「漸進性神經退化疾病」，但照護方式不該是一路硬撐，而是隨著疾病階段調整策略。真正有效的照護，不只是延緩退化，更是讓病人與家屬都能保有生命尊嚴、生活品質與支持。

本文將以「陪伴」為核心，從醫療專業角度出發，說明失智症不同階段的照護重點、實用建議以及可善用的資源。

1 | 重新認識失智症： 不是正常老化，而是腦部疾病

失智症並非單一疾病，而是一組症候群，常見原因包括阿茲海默症、血管型失智症、路易氏體失智症等。其核心特徵包括：
①記憶力下降，影響日常生活；②語言、判

斷、執行功能退化；③情緒與行為改變；④日常功能逐漸喪失。早期診斷與介入，是目前延緩功能惡化最關鍵的因素之一。

2 | 早期失智： 陪伴「理解與準備」

典型表現：①短期記憶明顯下降；②重複問問題、找不到東西；③複雜事務（理財、行程）出現錯誤；④情緒變得焦慮、易怒或退縮。此階段病人多半仍能自理，且保有病識感，內心常承受極大壓力。

專業照護建議

- ① 避免直接糾錯，改用支持性回應：與其說「你記錯了」，不如說「我們一起再確認一次」。
- ② 建立「補償策略」而非取代能力：①使用記事本、手機提醒；②固定物品放置位置；③視覺提示（標籤、行事曆）。
- ③ 維持認知與社交刺激：研究顯示，適度的認知活動與社交參與有助延緩退化。
- ④ 及早進行法律與醫療規劃：包括預立醫療決定、財務與照顧安排，能大幅減輕未來家屬壓力。

可用資源

- ①失智專科門診；②認知訓練、職能治療；

示意圖非當事人



AI生成示意圖

③失智症支持團體；④社區型失智據點。

照護重點

早期的陪伴，是陪他理解變化、為未來預備，而不是急著接管人生。

3 | 中期失智： 陪伴「安全與穩定」

典型表現：明顯記憶缺損、迷路、遊走、妄想（被偷、被害）、睡眠顛倒、情緒與行為問題。此階段是家屬壓力最大的時期，也是照護方式最需要專業調整的階段。

專業照護建議

① **理解行為背後的需求**：行為問題常源自焦慮、疼痛或不適、環境刺激過多、溝通受阻。

● **照護重點**：處理原因，勝過壓制行為。

② **「環境治療」比說理有效**：減少雜亂與噪音、明確空間分區、防走失措施（門鎖、定位裝置）。

③ **非藥物介入優先**：包括音樂治療、懷舊活動、結構化作息，往往比單純加藥更安全。

④ **藥物需由專業醫師評估**：行為症狀用藥需考量副作用與跌倒、嗜睡風險，不宜自行調整。

可用資源

①日間照顧中心；②居家照顧與喘息服務；
③個案管理師；④家屬心理支持服務。

照護重點

中期的陪伴，是陪他穩定生活，也讓照顧者能撐得久、走得遠。

4 | 晚期失智： 陪伴「尊嚴與舒適」

典型表現：幾乎無法溝通、行動與吞嚥困難、完全依賴他人、易感染、營養不良，此時照護重心應從「延長生命」轉向「生活品質」。

專業照護建議

- ❶ **重視疼痛與不適評估：**即使無法表達，仍可能感到疼痛，需定期評估。
- ❷ **吞嚥與營養照護：**避免噎咳、評估是否需要調整飲食質地、不等於一定要侵入性管灌、提前討論醫療決策，包括急救、插管、安寧照護，能避免家屬在危急時刻承受巨大心理壓力。
- ❸ **情感連結仍然重要：**熟悉的聲音、音樂、觸摸，依然能帶來安定感。

可用資源

居家醫療、長期照護機構、安寧緩和醫療、家屬悲傷與心理輔導。

照護重點

晚期的陪伴，是讓生命被溫柔對待，而不是只剩醫療處置。

5 | 照顧者本身， 是最需要被照顧的人之一

長期照顧失智病人的家屬，常出現：慢性疲勞、憂鬱與焦慮、社交隔離、身體疾病風險上升。照顧者健康，直接影響病人照護品質。

專業照護建議

善用喘息服務、參加支持團體、接受心理諮詢、接納「我做不到全部」。

照護重點

會求助的人，才是最負責任的照顧者。

結語

陪伴，是一段需要專業與溫柔的長路，失智症改變的是記憶與功能，但不會抹去一個人存在的價值。真正好的照護，不只是醫療技術，而是讓人被理解、被尊重、被陪伴。在不同階段，我們用不同方式同行：❶早期陪理解；❷中期陪安全；❸晚期陪尊嚴。如果您正在這條路上，請記得：您不孤單，專業醫療團隊與社會資源，會陪您一起走。🌍



示意圖非當事人