

# 台灣失智症疾病成本估計(第一波)

## 「照顧者」空白問卷

### 一、基本資料

#### A1. 主要照顧者描述

- 1). 出生日期：民國 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (年/月/日)
- 2). 年齡：\_\_\_\_\_ 歲
- 3). 性別：(1) 男 (2) 女
- 4). 居住縣市：臺南市，其他 \_\_\_\_\_
- 5). 教育程度：
  - (1) 未上學
  - (2) 識字/小學
  - (3) 國中
  - (4) 高中職
  - (5) 大學以上
- 6). 婚姻狀況：
  - (1) 已婚/同居
  - (2) 未婚
  - (3) 離婚/分居
  - (4) 喪偶
- 7). 與患者的關係：
  - (1) 配偶
  - (2) 父母
  - (3) 配偶的父母
  - (4) 兄弟姊妹
  - (5) 其他
- 8). 請問您照顧患者多久了？(1) \_\_\_\_\_ 年 (2) \_\_\_\_\_ 月
- 9). 請問患者與您同住嗎？
  - (1) 是
  - (2) 否
- 10). 除了您之外，患者是否有其他照顧者：
  - (1) 是
  - (2) 否，僅由我個人照顧。——跳答 12).
- 11). 其他照顧者包括(可複選)：
  - (1) 監護工
  - (2) 與患者同住的家屬
  - (3) 與患者不同住的家屬
- 12). 請問照顧患者的相關費用主要由誰負擔？
  - (1) 患者本人及配偶(患者家庭)
  - (2) 患者子女們及其家庭共同負擔
  - (3) 患者及子女們共同負擔
  - (4) 患者本人(離異)

## 台灣失智症疾病成本估計(第一波) 「照顧者」空白問卷

(5) 單一子女(其家庭)

(6) 其他親屬

13). 請問您過去是否曾因為就近照顧患者而搬家/換地方住？(包含輪流住)

(1) 是

(2) 否

14). 您照顧的患者的狀況是

(1) 失智早期

(2) 失智中期

(3) 失智晚期

### 二、照顧負荷量表(ZBI)

※請在下列各問題中，圈選您認為最合適的答案。

題目	沒有	偶爾	有時	經常	總是	得分
1). 您是否認為，由於照顧病人會使自己的時間不夠？	0	1	2	3	4	
2). 您是否認為，在照顧病人和努力做好家務及工作的時候，您會感到有壓力？	0	1	2	3	4	
3). 您是否認為，病人依賴於您？	0	1	2	3	4	
4). 當病人在您身邊時，您感到緊張嗎？	0	1	2	3	4	
5). 您是否認為，由於照顧病人，您的健康受到影響？	0	1	2	3	4	
6). 您是否認為，由於照顧病人，您沒有時間辦自己的私事？	0	1	2	3	4	
7). 您是否認為，由於照顧病人，您的社交受到影響？	0	1	2	3	4	
8). 您是否認為，您不可能再花更多的時間照顧病人？	0	1	2	3	4	
9). 您是否認為，開始照顧以來，按照自己的意願生活已經不可能了？	0	1	2	3	4	
10). 您是否希望，能把病人留給別人來照料？	0	1	2	3	4	
11). 您對病人有不知該如何是好的情形嗎？	0	1	2	3	4	
12). 綜合來看，您怎麼評價自己在照顧上的負荷？	0	1	2	3	4	
總得分(滿分 48 分)						

### 三、照顧者投入

#### B1. 照顧時間

1). 請問您過去 1 周平均有幾天跟患者相處？\_\_\_\_\_天

2). 請您回想過去 1 周跟患者相處的一天(24 小時，包括白天跟晚上)中，是否有做過以下這些事情，大概各花多少時間？

(1) 協助患者執行如廁、進食、穿脫衣褲鞋襪、個人衛生清洗、走動與洗澡？  
\_\_\_\_\_小時(沒有協助請填 0)

## 台灣失智症疾病成本估計(第一波) 「照顧者」空白問卷

- (2) 協助患者執行購物、準備食物、家事、洗衣、出門交通往返、服藥、理財？  
\_\_\_\_\_小時(沒有協助請填 0)
- (3) 監督患者(避免發生危險事件)？\_\_\_\_\_小時(沒有協助請填 0)
- (4) 您的睡眠時間？\_\_\_\_\_小時

### B2.照顧者工作狀況

- 1). 請問您目前有就業嗎？
- (1) 有  
(2) 沒有 —— 跳答 2).
- 2). 請問您停止工作的原因包括以下何者（複選）？
- (1) 從未工作過  
(2) 退休  
(3) 提早退休(非疾病因素)  
(4) 為照顧患者  
(5) 健康因素考量  
(6) 被解雇  
(7) 其他
- 3). 請問您 1 周平均工作共幾小時？\_\_\_\_\_小時/周
- 4). 請問過去 1 個月，您是否曾因照顧患者而減少正常工作的時數嗎？
- (1) 有 (2) 沒有

### 四、社會支持

#### C1.失智症家庭支持來源

- 1). 患者現在共有幾位子女？
- (1) 兒子 \_\_\_\_\_ 位  
(2) 媳婦 \_\_\_\_\_ 位  
(3) 女兒 \_\_\_\_\_ 位
- 2). 患者是否有申請政府的社會福利資源？（可複選）
- (1) 中低收入戶  
(2) 低收入戶  
(3) 失智症身心障礙手冊  
(4) 重大傷病卡  
(5) 防走失愛心手鍊  
(6) 都沒有使用過，未使用原因：  
 1：照顧者因服務項目不適合(拒絕)  
 2：照顧者因沒有獲得照顧資源

## 台灣失智症疾病成本估計(第一波)

### 「照顧者」空白問卷

- 3：照顧者因全職照顧或工作而沒有時間使用
- 4：照顧者因交通不便
- 5：照顧者因沒有意識到需要服務
- 6：患者拒絕
- 7：因使用監護工而拒絕使用服務
- 8：經濟因素而不使用服務

3). 現在政府有提供很多長期照顧的資源，請問您知道的有哪些？（可複選）

- (1) 照顧社區內有需要的長者，讓大臺南市的長者延後進入機構的時間，可以在地安養(社區照顧關懷據點)
- (2) 由受過訓練的居家護理人員到家提供技術性護理或醫療之服務(居家護理)
- (3) 合格的居家服務員，到家中協助照顧及家務工作(居家服務)
- (4) 白天將被照顧者送至特定場所受照顧及活動，晚上再回家(日間照顧)
- (5) 若您需要外出，可將失能家人送至機構或家中暫時替代照顧(喘息服務)
- (6) 提供失能長輩社區化及家庭式的照顧環境，協助者減輕照顧負擔(家庭托顧)

4). 關於社區照顧關懷據點哪些服務

- (1) 患者曾經使用過哪些服務？（可複選）

選項	使用頻率		
1. 關懷訪視	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
2. 電話問安	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
3. 餐飲服務	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
4. 健康促進活動	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
5. 志工培訓	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常

- (2) 未使用原因：

- 1：照顧者因服務項目不適合(拒絕)
- 2：照顧者因沒有獲得照顧資源
- 3：照顧者因全職照顧或工作而沒有時間使用
- 4：照顧者因交通不便
- 5：照顧者因沒有意識到需要服務
- 6：患者拒絕
- 7：因使用監護工而拒絕使用服務
- 8：經濟因素而不使用服務

5). 關於長期照護服務項目

- (1) 患者曾經使用過哪些長期照顧服務？（可複選）

選項	使用與否	
1. 居家護理	<input type="checkbox"/> 1：是	<input type="checkbox"/> 2：否
2. 居家服務	<input type="checkbox"/> 1：是	<input type="checkbox"/> 2：否

**台灣失智症疾病成本估計(第一波)**  
**「照顧者」空白問卷**

選項	使用與否	
3. 家庭托顧	<input type="checkbox"/> 1：是	<input type="checkbox"/> 2：否
4. 日間照顧	<input type="checkbox"/> 1：是	<input type="checkbox"/> 2：否
5. 喘息服務	<input type="checkbox"/> 1：是	<input type="checkbox"/> 2：否
6. 監護工	<input type="checkbox"/> 1：是	<input type="checkbox"/> 2：否
7. 機構安置	<input type="checkbox"/> 1：是	<input type="checkbox"/> 2：否

(2) 未使用原因：

- 1：照顧者因服務項目不適合(拒絕)
- 2：照顧者因沒有獲得照顧資源
- 3：照顧者因全職照顧或工作而沒有時間使用
- 4：照顧者因交通不便
- 5：照顧者因沒有意識到需要服務
- 6：患者拒絕
- 7：因使用監護工而拒絕使用服務
- 8：經濟因素而不使用服務

6). 關於社福團體(如熱蘭遮失智症協會)的支持服務項目

(1) 您曾經使用過哪些支持服務？(可複選)

選項	使用頻率		
1. 電訪關懷	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
2. 家屬情緒支持團體	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
3. 病友團體(熱蘭遮劇團)	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
4. 病友家屬出遊活動	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常
5. 志工培訓	<input type="checkbox"/> 1：很少	<input type="checkbox"/> 2：偶爾	<input type="checkbox"/> 3：經常

(2) 未使用原因：

- 1：照顧者因服務項目不適合(拒絕)
- 2：照顧者因沒有獲得照顧資源
- 3：照顧者因全職照顧或工作而沒有時間使用
- 4：照顧者因交通不便
- 5：照顧者因沒有意識到需要服務
- 6：患者拒絕
- 7：因使用監護工而拒絕使用服務
- 8：經濟因素而不使用服務

## 台灣失智症疾病成本估計(第一波)

### 「照顧者」空白問卷

#### 五、 照顧者社會支持量表

項目	家人朋友				醫護人員/社工			
	0 無法 獲得 此支 持	1 偶而 可獲 得支 持	2 經常 可獲 得支 持	3 總是 可獲 得支 持	0 無法 獲得 此支 持	1 偶而 可獲 得支 持	2 經常 可獲 得支 持	3 總是 可獲 得支 持
1). 有人協助跑腿、購物								
2). 有人協助清潔工作								
3). 有人提供經濟協助								
4). 有人協助照顧病人								
5). 有人可陪伴我								
6). 有人協助三餐之準備								
7). 有人給予交通上的協助								
8). 有人可提供經濟、財務處理之建議								
9). 有人可告訴我照顧失智病人的方法								
10). 有人會給予我提醒、建議與指點								
11). 有人了解我目前所經驗到的情境								
12). 遇到困難挫折時，有人可傾訴								
13). 有人可以讓我隨時打電話求助								
14). 沮喪時，有人會鼓勵我振作起來								
15). 有人欣賞及肯定我所做的事情								

# 台灣失智症疾病成本估計(第一波)

## 「照顧者」空白問卷

### 失智症家庭經濟負擔問卷

#### 一、醫療自付費用

- 1). 請問您過去平均每月因為患者的失智症，自掏腰包看病、吃藥或買健康食品共花費多少？\_\_\_\_\_元

#### 二、長期照護服務之使用與費用

- 1). 請列出患者過去接受社區/居家式長期照護服務的情形及費用

項目	使用月數	費用(元) / 月
<input type="checkbox"/> 居家護理	_____月	_____元
<input type="checkbox"/> 居家服務	_____月	_____元
<input type="checkbox"/> 家庭托顧	_____月	_____元
<input type="checkbox"/> 日間照顧	_____月	_____元

- 2). 請列出患者過去使用過機構/居家喘息服務的情形及費用

項目	使用次數	費用(元) / 次
<input type="checkbox"/> 機構喘息	_____次	_____元
<input type="checkbox"/> 居家喘息	_____次	_____元

- 3). 請問您是否有為患者請看護/監護工協助照顧患者？

籍貫	照顧時間	費用計算
<input type="checkbox"/> 本國籍	_____日	<input type="checkbox"/> 若以日收費，每日費用為多少？_____元
	_____月	<input type="checkbox"/> 若以月收費，每月費用為多少？_____元
<input type="checkbox"/> 外國籍	_____日	<input type="checkbox"/> 若以日收費，每日費用為多少？_____元
	_____月	<input type="checkbox"/> 若以月收費，每月費用為多少？_____元

- 4). 請列出過去患者在各機構(短期)入住的情形及費用？

機構類別	入住月數	每月費用
<input type="checkbox"/> 護理之家/長期照顧機構	_____月	_____元
<input type="checkbox"/> 養護機構/安養機構	_____月	_____元

**台灣失智症疾病成本估計(第一波)**  
**「照顧者」空白問卷**

**三、交通成本**

1). 請問您陪患者來看門診通常以何種交通工具為主？

交通工具		來回時間／費用
第一 就醫 地點	<input type="checkbox"/> (1)走路、騎腳踏車或搭便車	來回時間_____分
	<input type="checkbox"/> (2)開車	來回時間_____分
	<input type="checkbox"/> (3)騎摩托車	來回時間_____分
	<input type="checkbox"/> (4)使用政府交通接送服務(如復康巴士)	來回費用_____元
	<input type="checkbox"/> (5)搭火車、公車、計程車等	來回費用_____元
第二 就醫 地點	<input type="checkbox"/> (1)走路、騎腳踏車或搭便車	來回時間_____分
	<input type="checkbox"/> (2)開車	來回時間_____分
	<input type="checkbox"/> (3)騎摩托車	來回時間_____分
	<input type="checkbox"/> (4)使用政府交通接送服務(如復康巴士)	來回費用_____元
	<input type="checkbox"/> (5)搭火車、公車、計程車等	來回費用_____元

**四、經濟狀況**

1). 請問過去一年，您和患者全家每個月總收入大約是多少？

<input type="checkbox"/> 1：1 萬元以下	<input type="checkbox"/> 2：1~2 萬元以下	<input type="checkbox"/> 3：2~3 萬元以下
<input type="checkbox"/> 4：3~4 萬元以下	<input type="checkbox"/> 5：4~5 萬元以下	<input type="checkbox"/> 6：5~6 萬元以下
<input type="checkbox"/> 7：6~7 萬元以下	<input type="checkbox"/> 8：7~8 萬元以下	<input type="checkbox"/> 9：8~9 萬元以下
<input type="checkbox"/> 10：9~10 萬元以下	<input type="checkbox"/> 11：10~19 萬元以下	<input type="checkbox"/> 12：20 萬元以上

2). 請問您和患者全家在應付每個月的生活費用或開支上，是否足夠或有困難？

<input type="checkbox"/> 1：相當充裕而有餘	<input type="checkbox"/> 2：大致夠用，不感覺欠缺
<input type="checkbox"/> 3：略有困難	<input type="checkbox"/> 4：相當困難