

原鄉失智症照護屏障與因地制宜介入策略—以宜蘭縣大同鄉前山與後山部落為例



Barriers to and Tailored Strategies for Community-Based Dementia Care in Indigenous Villages: A Comparative Case Study of Front- and Back-Mountain Communities in Datong Township, Yilan

實習單位：宜蘭縣大同鄉衛生所

實習學生：黃品潤 指導老師：郭柏秀 教授 單位指導：邱仲平 主任

背景

大同鄉為宜蘭縣山地原鄉，人口分散於 10 個泰雅族部落，這些部落分為前山（松羅、寒溪）及後山（南山、四季）。大同鄉衛生所自民國初期成立以來，就肩負著原鄉部落第一線基層醫療與公共衛生的重任，從早期的傳染病防治、婦幼保健，再逐漸因人口結構改變而以慢性病預防為主。

大同鄉全鄉總人口數為 6120 人，而截至 2026 年高齡人口占比達 21.5%（已達超高齡化），推估潛在失智長者約 105 人，又面對近年少子化浪潮，衛生所便打破傳統「診間看病」的被動醫療模式，積極轉型整合長照 2.0、遠距醫療與行動醫療車，並推行前端精準篩檢、綠色通道轉介、在地長照追蹤等核心樞紐。所方也於 114 年正式召開跨單位會議，邀請了鄉公所、部落健促會及各村領袖，為打通各單位的合作窗口，讓失智長者能獲得所需的照顧資源。

然而，在原鄉失智防治的推行上長期受制於地理屏障、心理污名及健檢與長照服務分散三大挑戰。故本研究透過為期六週之地段巡醫、家訪觀察與實務資料梳理，剖析前山與後山部落之社區異質性，探討衛生所因地制宜之策略。

發現

案例一（前山寒溪村）：高可近性但排斥篩檢，仰賴主動性

寒溪村因地緣關係離醫療可近性高，故長者對衛生室依賴度低，面對失智篩檢易產生被標籤化而具防禦心理，很常待病情較嚴重才會就醫。故地段護理師需透過長期家訪、主動建立信任感，才會卸下心防。

案例二（後山南山村）：農忙作息成障礙，高度仰賴巡診專車

南山村為俗稱的「高麗菜王國」，農忙時長者作息有時無法配合門診時間，也會無法按照醫生給予的作息調整建議。也因路途遙遠且大眾客運每日僅 2 班（單趟 65 公里、車程 1.5~2 小時），長者對於衛生所巡醫較依賴。需透過巡診一站式篩檢、專車綠色通道下山確診。

核心介入成效（2024-2026 數據）

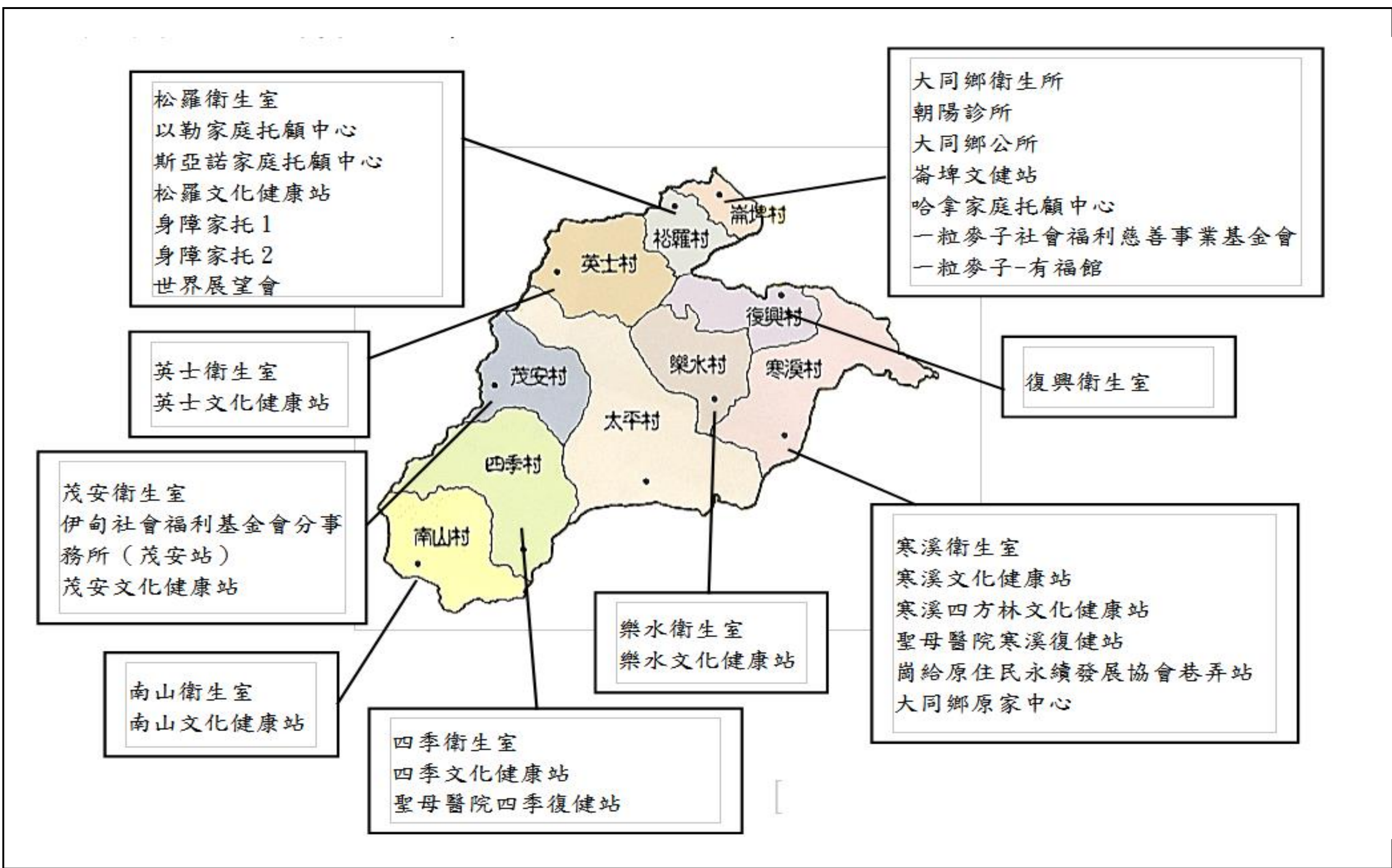
- 巡迴門診 + AD8 一站式整合篩檢：看診領藥時一同完成早期認知篩檢，解決標籤化抗拒和服務碎片化。全鄉 65 歲以上長者 AD-8 篩檢涵蓋率由 45.0% 躍升至 88.2%，累計篩檢 1,160 人次。
- 綠色通道專車：衛生所個管師直接對接醫院共照中心並安排交通接駁，以突破交通屏障。快速確診轉介率由 30.1% 躍升至 85.5%，114、115 年更達成中壯年早發異常個案 100% 轉介成功。由傳統客運 8~10 小時轉乘，縮短為 3~4 小時，並當日完成確診返家。
- 建立友善社區以及跨疾病宣導：結合部落公部門以及商家建立防走失守護網，同時宣導高血壓與糖尿病控制，從源頭預防失智症。

結論與反思

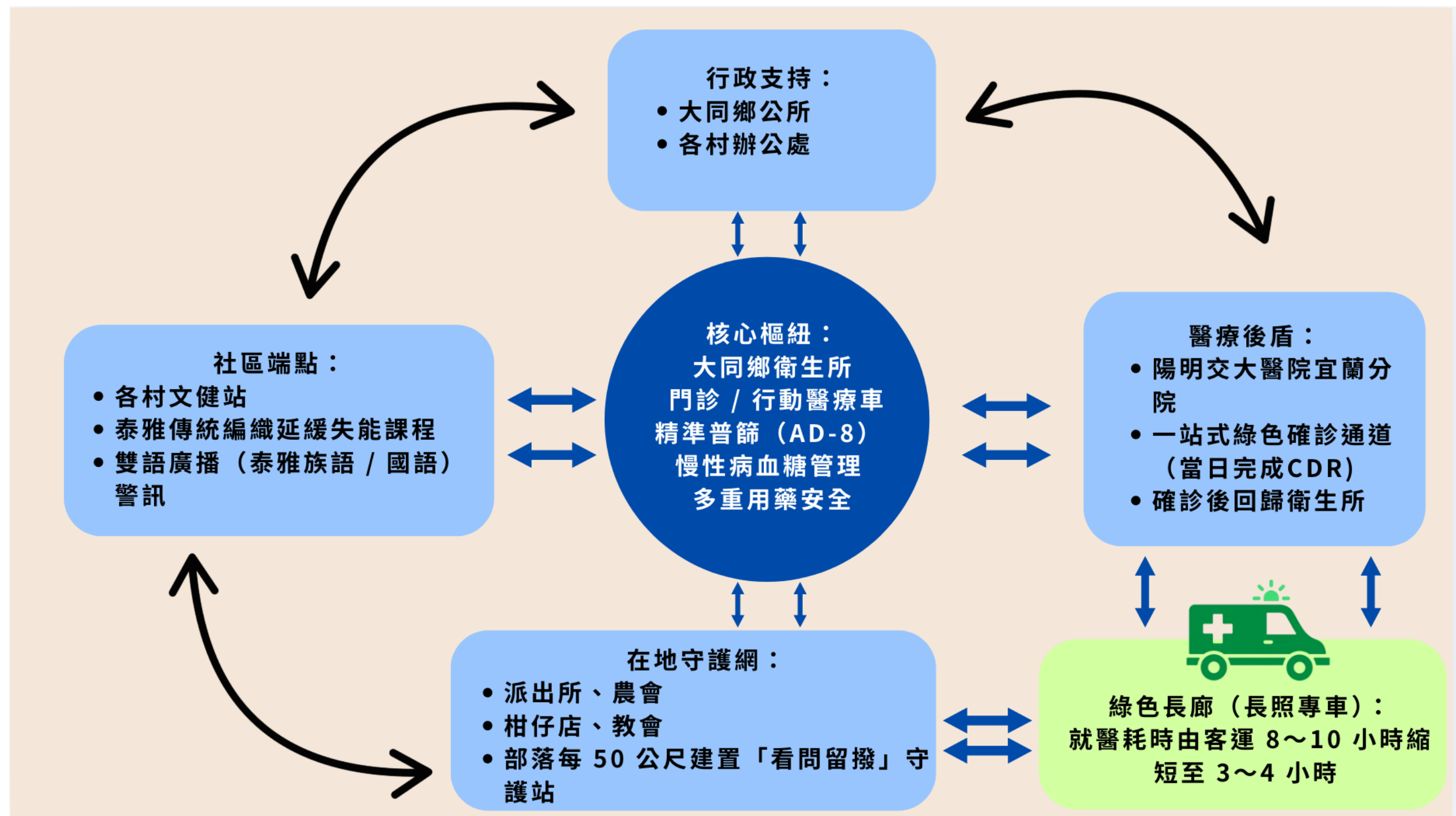
本研究透過深入宜蘭縣大同鄉各部落之巡診觀察與實務資料分析，驗證了山地原鄉並非均質的單一個體。前山與後山聚落在地理阻隔、經濟產業與就醫行為上展現高度異質性，前山部落面臨「醫療可近性高但排斥篩檢」之心理屏障；後山部落則受限於「地形交通與高冷農業作息」之限制。

面對這些多重屏障，大同鄉衛生所建構以衛生所為核心的整合照護網絡，對內先推動「巡診門診結合 AD-8 一站式篩檢」與慢性病三高管理；對外則和陽明交大醫院宜蘭分院一同建立「醫療綠色通道」，搭配長照專車點對點接送，將確診轉介率提升至 85.5%。

對於較少回部落的我，這六週的實習，讓我親身體會原鄉部落面對健康問題時的真實困境，也看見因應不同風土民情所產生的在地策略。正如一位護理師對我說過部落是「小地方，大世界」，身為公衛學生，要學會放下既有的框架、虛心走入現場觀察，並找出解法，這正是這趟實習之旅所帶給我最珍貴的一課。



圖一、大同鄉部落分布與醫療可近性盤點



圖二、大同鄉失智症跨照護網絡

致謝

感謝宜蘭縣大同鄉衛生所邱仲平主任、所內全體地段護理師以及指導老師於實習期間之指導與全力支持。