高齡社會的老人新居住型態-團體家屋

主講人-尹彥程

綱要

失智長者的行為特徵

失智長者的環境特徵

失智長者的居住型態-團體家屋

失智長者的照顧模式-單元照顧

失智長者的團體家屋案例-**けま喜楽苑**

失智長者的照顧專區設計規劃案例-台北某機構

失智長者的行為特徵

失智症者的行為症狀
失智症者的問題行為
失智症者的症狀與進行期程

失智症者的行為症狀

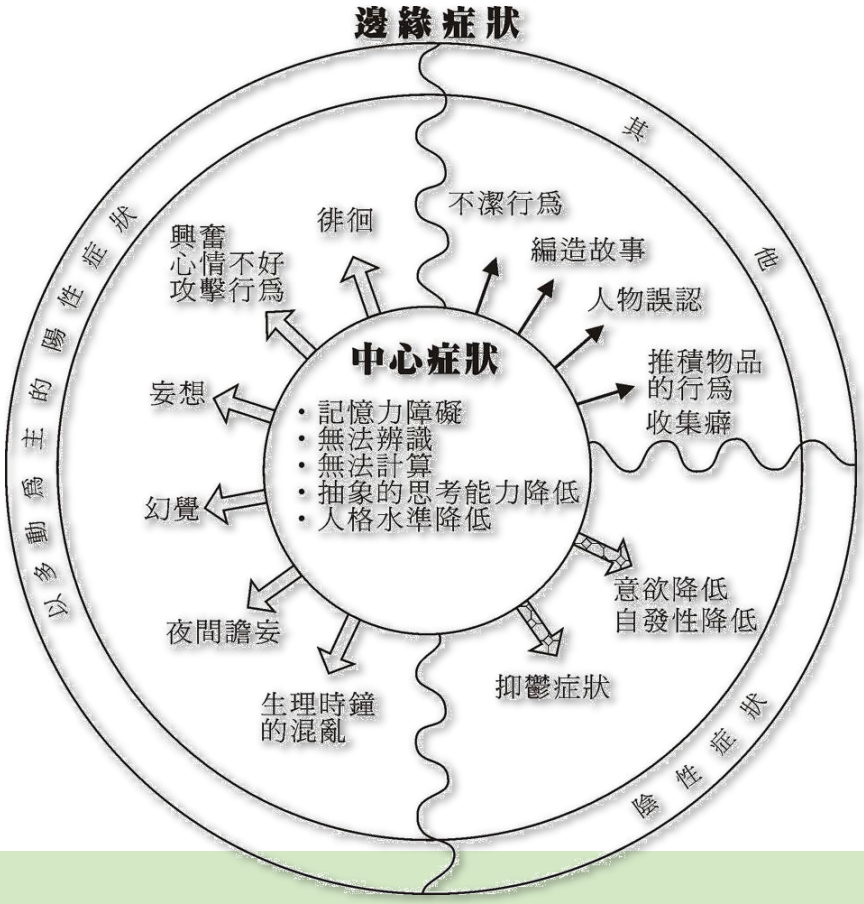
中心症狀

(認知功能障礙所造成之短期、長期記憶障礙與邏輯抽象能力降低的症狀)

邊緣症狀

(非認知因素所造成之情緒上、精神上、行為上之問題表徵)





失智症之中心症狀及邊緣症狀
(佐佐木健・1994)

失智症者的問題行為

分類	行為	
1.移動	徘徊、遊走	* * *
	無目的地外出、流浪	
2.就寢	睡眠障礙	* * *
3.飲食	過飯、拒食、偏食	* *
	異食	
	忘記已吃過	
4.排泄	失禁	*
	玩弄糞便	
	到處小便	
5.穿脫衣物 身邊清潔 洗澡等	骯髒	*
	穿破舊的衣服、不穿衣服	
	拒絕身邊清潔等行為	
	忘記穿衣服及洗澡的方法	
6.溝通障礙	多疑、妄想(被偷、迫害、嫉妒、被遺棄、誤以為有人)	* * *
	攻擊、暴力行為	
	焦慮	* *

失智症者的問題行為

分類	行為	
6.溝通障礙	幻覺	* *
	忘記或錯認人、事、物	* *
7.其他	憂鬱(自我傷害、企圖自殺)	*
	性需要的異常	*
	收集癖	* *
	重覆行為	* * *

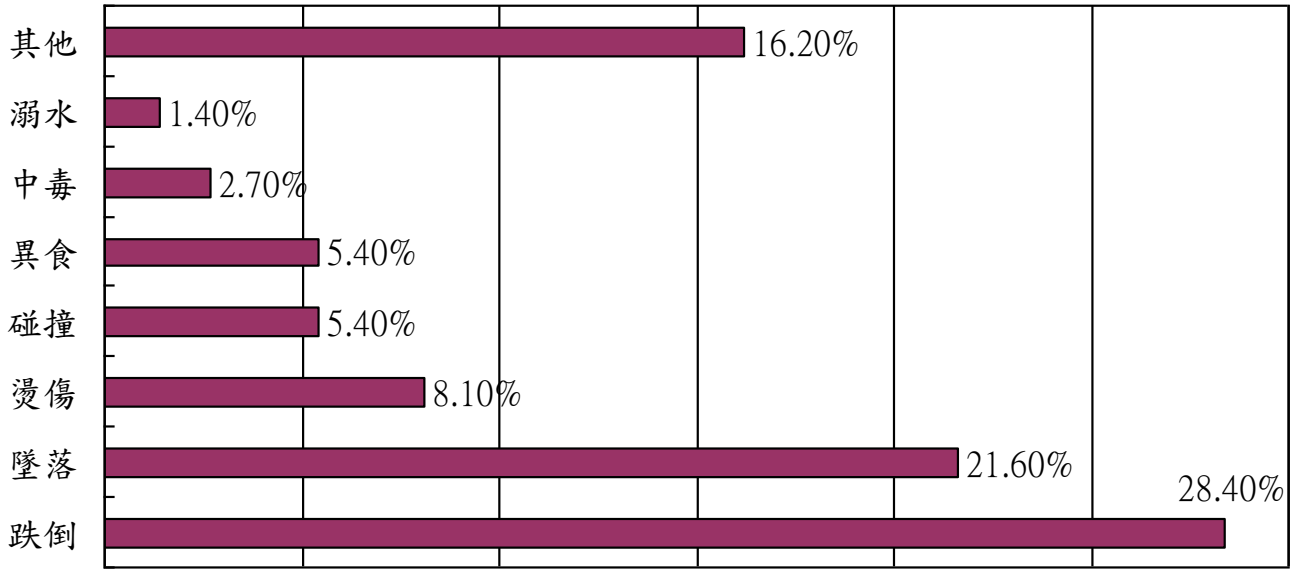
失智長者的非認知症狀與環境的影響有密切的關係

一般討論到失智症照護服務中，認為醫療占20%、照護占50%、環境占30%。(莊秀美 2008；施麗紅 2012)

失智症者的症狀與進行期程

初期(輕度・健忘・2-4 年)	中期(中度・混亂・2-8 年)	末期(重度・失智・1-3 年)
經常健忘	忘記親友姓名	無法辨認家人
重覆相同話語	困惑、焦慮	無法語言溝通
忘記日常物品稱呼	忘記日常生活事物	吞食困難
數字認知障礙	錯覺、幻覺	失禁
正常判斷力減低	失眠	長期臥床
什麼都沒興趣	經常漫遊而走失	喪失日常生活能力

輕度智能障礙(10%~15%)發展為失智症(AD-8量表)　(5-15年期間) 資料整理：陳政雄 ，2007



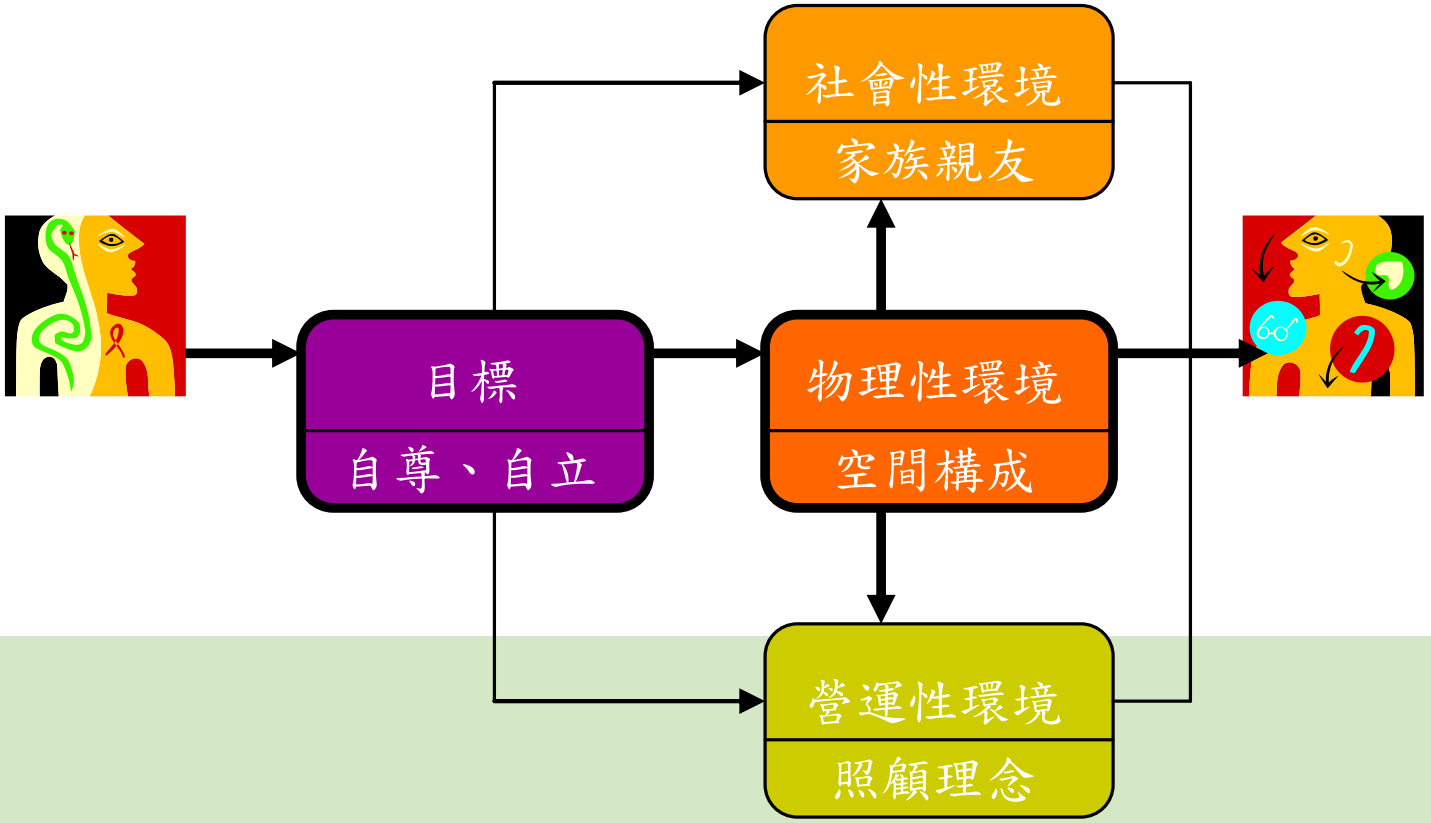
失智長者的環境特徵

失智症者的環境需求
失智症者的環境內涵
失智症者的居住品質

失智症者的環境需求

環境調整

對於失智症長者的照顧適宜的環境建構具有重要的影響，一般而言可分為物理性環境、社會性環境及營運性環境等三面向。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境需求

物理性環境需求

·單純的空間構成

(動線單向性迴路、視野穿透、層次分明)

·連續性生活環境

(生活區域環繞單迴路動線展開、提供與老人生命經驗相關的活動有歸屬感)

·短捷的動線安排

(服務動線)

·家庭化空間尺度

(安全感、去機構化)

·熟悉的家具配置

(熟悉感、個人化擺飾、懷舊事物)



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境需求

社會性環境需求

·保持與熟人相處

(與照顧人員是一種夥伴關係，如親人般的繫屬關係)

·發揮道具的功能

(有形的工具性支持、無形的心理支持)

·避免多人的環境

(住民之屬性分類、單元照顧模式)

·小團體認知自我

(提供小團體公共空間促進與其他住民、員工的社會互動)

·提供獨處的機會

(運用空間規劃，有個人隱私空間的感受)



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境需求

營運性環境需求

- 尊重主體性選擇
  (尊重個性及活動選擇非填鴨式的活動安排)
- 小規模一般生活
  (有形的支持、心理支持)
- 沒有制式功課表
  (有彈性的活動安排非照表操課)
- 活用老人的能力
  (活動本身是生活的一部分，如:一起合作家務活動)



- 擅用社區的資源
  (社區親人朋友鄰居就近探視，情感支持、文化認同、歸屬感得以延續)

資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

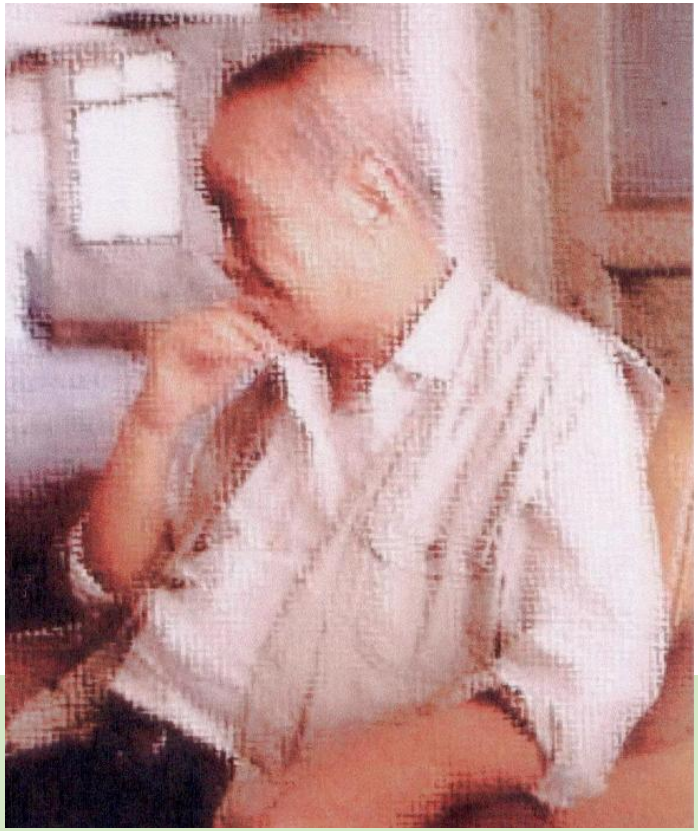
失智症者的環境內涵

確保安全與安定的生活環境

- 身體與認知的障礙，容易受到環境傷害，
  需要物理性的安全(簡潔的環境)
  與感情上的安定 (表情與態度)。

- 硬體上：物理性環境的規範。
  (整體空間構成、無障礙環境、防火避難系統、消防設施設備)

- 軟體上：營運性環境的管理。
  (職員培訓、人力配比、照顧理念)



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

強化環境的認知力與方向感

- 時空混亂，需要規則的時間指標與明確的路徑指示。

- 實體療法(reality therapy)：理解或預測自己的生活方式，從環境中獲得豐富的生活內容。
- 每天吃飯的時間，到哪裡去吃飯，和誰一起吃飯。







資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

提供環境刺激與挑戰的機會

·知覺與認知的喪失，需要「不增加壓力」的刺激與挑戰。

·設置私密性空間，可緩和知覺刺激與挑戰機會。

·規律性日常活動與生活過程，可以減輕失智症者的壓力。

·緊湊的活動，製造緊張，應提供自發性的活動。

·逐漸降低刺激程度， 可讓失智症者承受適當負擔。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

持續以前舒適與親切的事物

·失智者的生活史、生活經驗，是最佳的治療環境。

·熟悉的環境、家庭的氣氛，減少環境的壓力。

·提供治療性花園給喜歡園藝的失智症者，
提供作業室給喜歡動手的失智症者，
提供工作室給喜歡工藝的失智症者，
可帶給失智症者極大的治療效果。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

規劃有意義的休閒活動內容

·參與有意義的休閒活動，

可以遠離不能、維持殘能，

可以發掘潛能、提高尊嚴。

(工藝製作、餐飲準備、寵物飼食、花園散步)

·提供一般人該有的機會，

讓失智症者享有一般人的生活。

·即使是慢吞吞的，

也要讓失智症者完成自己可以做的事，

帶給失智症者生活樂趣與生存意義。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

促進接觸與溝通的社交機會

·保持溝通與互動可以促進思考與記憶，
可以提升認知強度。

·提供停留空間、休憩設施，
增進社會參與機會。

·環境是社會的產物。

·圓桌比較方桌更可以
增進社會性接觸的機會，
促進彼此的溝通與互動。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

安排家族參訪與懇親的活動

·讓家族與親友熟悉、關心新環境。

·失智症者聽到家人的聲音，
家人看到失智症者的活動。

·從家族與親友的訪談中，
了解失智症者的生活史。

·設施與外界接觸的方法，
家族與親友對設施的貢獻。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

塑造自律與自制的居家環境

·鼓勵失智症者決定自己的生活，
　提供自我管理機會。

·支持「個人化」理念，
　使用自己的家具、裝飾品。

·手可以摸、眼睛可以看的範圍，
　讓失智症者控制自己的小世界。

·可降低依存性，延緩老化速度，
　培養環境意識，提升學習能力。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

保護個人尊嚴與隱私的權利

- 寢室是失智症者的專用空間，
  必須敲門才能進入，
  可維持失智症者的身分地位，
  可滿足失智症者的領域感，
  保護失智症者權利與隱私性。

- 甚至，為維持失智症者的尊嚴，還得掩飾失智症者的失敗與錯誤。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的環境內涵

因應老化與身心狀況的改變

·每人不同症狀，每天不同狀況，

依據症狀分組照顧、個別服務。

·物理性環境或經營性環境上，

大規模機構分成小規模設施；

可塑造容易認識的生活環境，

建構較佳的社會性環境，

可因應症狀與老化的改變，

形成監護系統與轉介系統。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的居住品質

安全的居住環境

- 因應身心狀況。
- 空間組織良好。
- 無障礙的環境。
- 預防意外事故。
- 降低傷害程度。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的居住品質

安心的生活場所

·尊重自主選擇。

·維持個人尊嚴。

·滿足生活需求。

·接受照顧服務。

·對應緊急狀況。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的居住品質

安定的社區條件

·熟悉社區環境。

·維持人際關係。

·打造終身住宅。

·實現在地老化。

·達成在宅臨終。



資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智症者的居住品質

依賴程度對應之居住型態

初期(輕度)：維持失智症者自立生活，緩和行為與心理症狀。

中期(中度)：輔助日常動作，避免意外事故，增加照護服務量。

末期(重度)，提供失智症者應有的生活品質，充實生活內容。

照顧 / 症狀	居家照顧		社區照顧		設施照顧	
	服務住宅	照顧住宅	日間照顧	團體家屋	長期照顧	安寧病房
初期(2-4 年) 舒適的居住環境						
中期(2-8 年) 有效的照顧環境						
末期(1-3 年) 溫馨的生活環境						

資料整理：陳政雄2005 (Uriel Cohen 1993)

失智長者的居住型態-團體家屋

團體家屋照顧模式的起源及發展

團體家屋之中心概念及實施內容

團體家屋與傳統機構之比較

國內團體家屋之資源服務

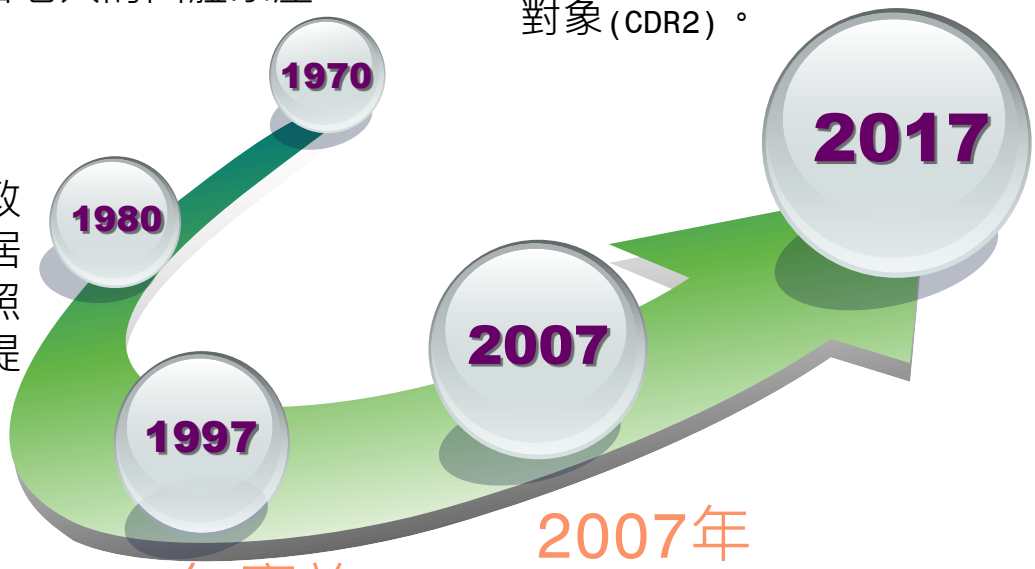
團體家屋照顧模式的起源及發展

1970 年代

瑞典的斯德哥爾摩市出現第一家失智老人的團體家屋。

1980 年代

瑞典政府「在地老化」政策，「團體家屋」、「居家照護服務」與「日間照護中心」也被政府廣泛提供。



1997 年(2000年實施)

日本立法通過「失智症老人團體家屋」為居家服務的合法服務型態，列為長期照護保險給付對象，團體家屋在日本快速成長。

2007年

台灣老人福利法修正通過附帶提出「團體家屋（group home）」之試辦實施要求。

2017年

失智症老人團體家屋為「106年度社會福利基金辦理長期照顧十年計畫2.0補助項目」實施項目，屬「整合型計畫」中社區及偏鄉資源發展量能提升方案(二)之補助對象(CDR2)。

團體家屋中心概念及實施內容

中心概念

立地(鄰近)於社區中，以小規模之照顧單元模式，創造一個盡可能像家的照顧生活環境，並以同理心支援失智長者，保有每一個人自主性及生活尊嚴為核心概念，使漸進式的病程發展得以減緩。

「團體家屋」在日本被讚譽為失智症老人照護模式的王牌，其針對傳統過去機構照顧之改革，希望達到個別化、隱私、有尊嚴、有品質的生活安排。(施麗紅 2012)

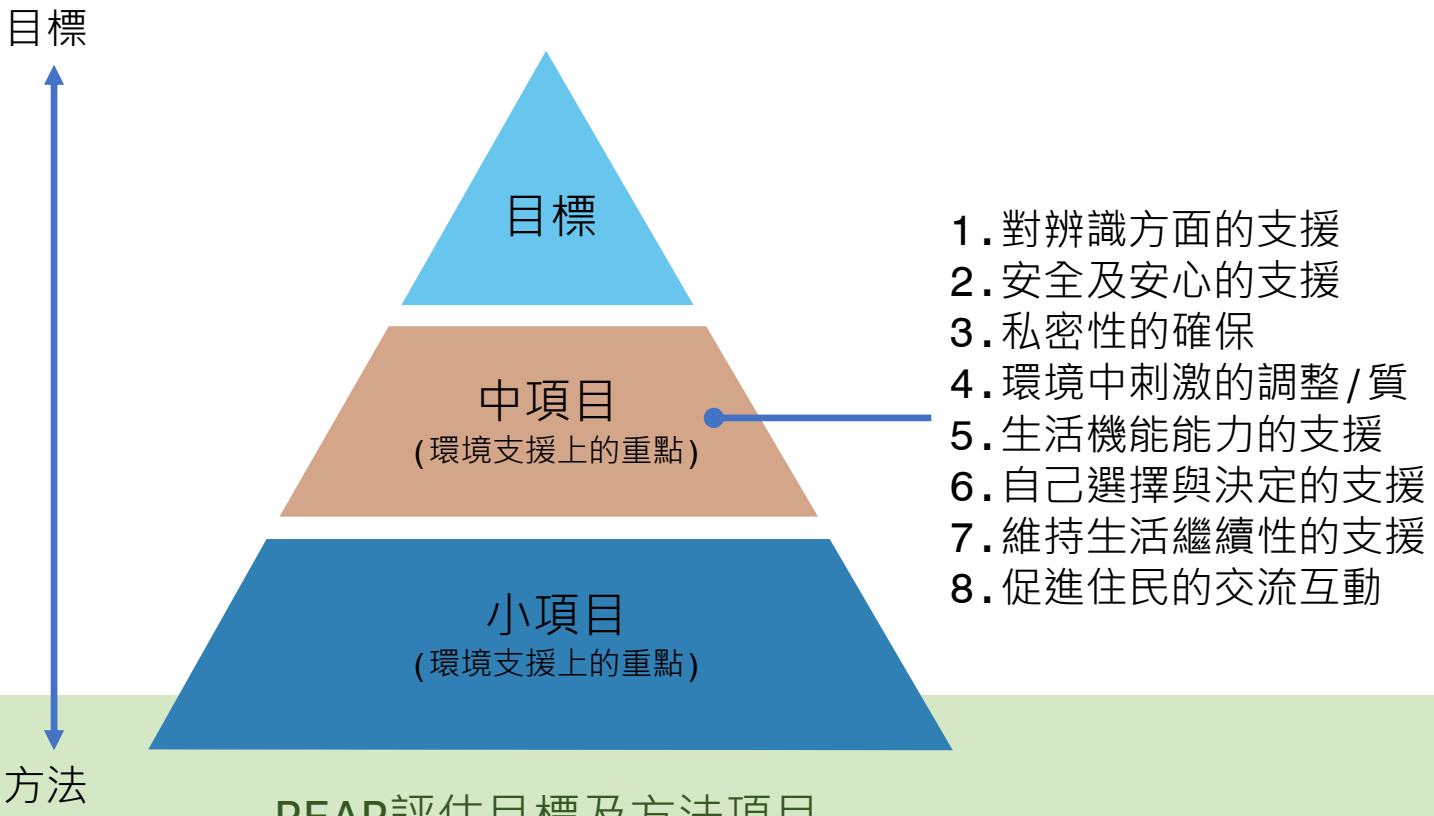
適用對象

為輕度與中度的失智老人。
(台灣目前中度(CDR=2)以上之失智者才有補助)



團體家屋中心概念及實施內容

失智者照顧環境之評估重點目標及項目(児玉桂子等 2010，靳燕玲 2013)



PEAP評估目標及方法項目

資料來源：児玉桂子等(2010)靳燕玲(2013)

團體家屋中心概念及實施內容

	主要內容
基本準則 照顧哲學	1.機構創造盡可能像「家」的環境-小單位的社會性照顧。 2.強調在地老化與所在社區互動。
基本規模 （硬體）	1.個人空間：6-8間個人房，攜帶老人喜歡之傢俱、窗簾、照片裝飾。 2.公共空間：廚房、客廳為公共區域，布置成懷舊空間（像過去家的生活環境）。 3.由以上兩者所組成的集叢（cluster）。
團體家屋 住民選擇	適合失智程度中等。（輕微的失智症者居住在家；嚴重的失智症者居住護理之家，接受受過醫療訓練的專業員工協助）
照顧人員	1.曾在老人機構工作，有興趣與失智症者一起工作之人員。 2.具備護理助手之水準，參加失智症相關基礎訓練，能照顧失智症者。 3.員工本身是治療的媒介，激勵失智症者參與每天例行活動。

團體家屋相關實施內容

	主要內容
活動提供	1.協助住民在像家的環境中生活，如：食物準備、擺設桌子、洗碗碟，更重要協助維持其基本能力。 2.一起製作餐點：聞到烤麵包、烘培點心之香味。
團體家屋效果	1.對住民而言: (1)住民平靜溫和，少有混亂、挑戰行為。 (2)相較傳統機構式設計，住民擁有更大的自主和隱私。 (3)住民接受服務滿意度較之前高。 (4)家屬的探訪頻率增高。 2.對員工而言: (1)工作滿意度較高。 (2)離職率較低。 (3)照顧人員在客廳時間增加，參與住民休閒娛樂，增加互動。 (4)服務動線縮短，員工照顧負荷量逐步降低。

(施麗紅 2012整理自 Chaput 2002；Malmberg 1999；Malmberg & Zarit 1993；黃松林、劉慧瑩、許秀月 2008)

傳統型機構與團體家屋的比較

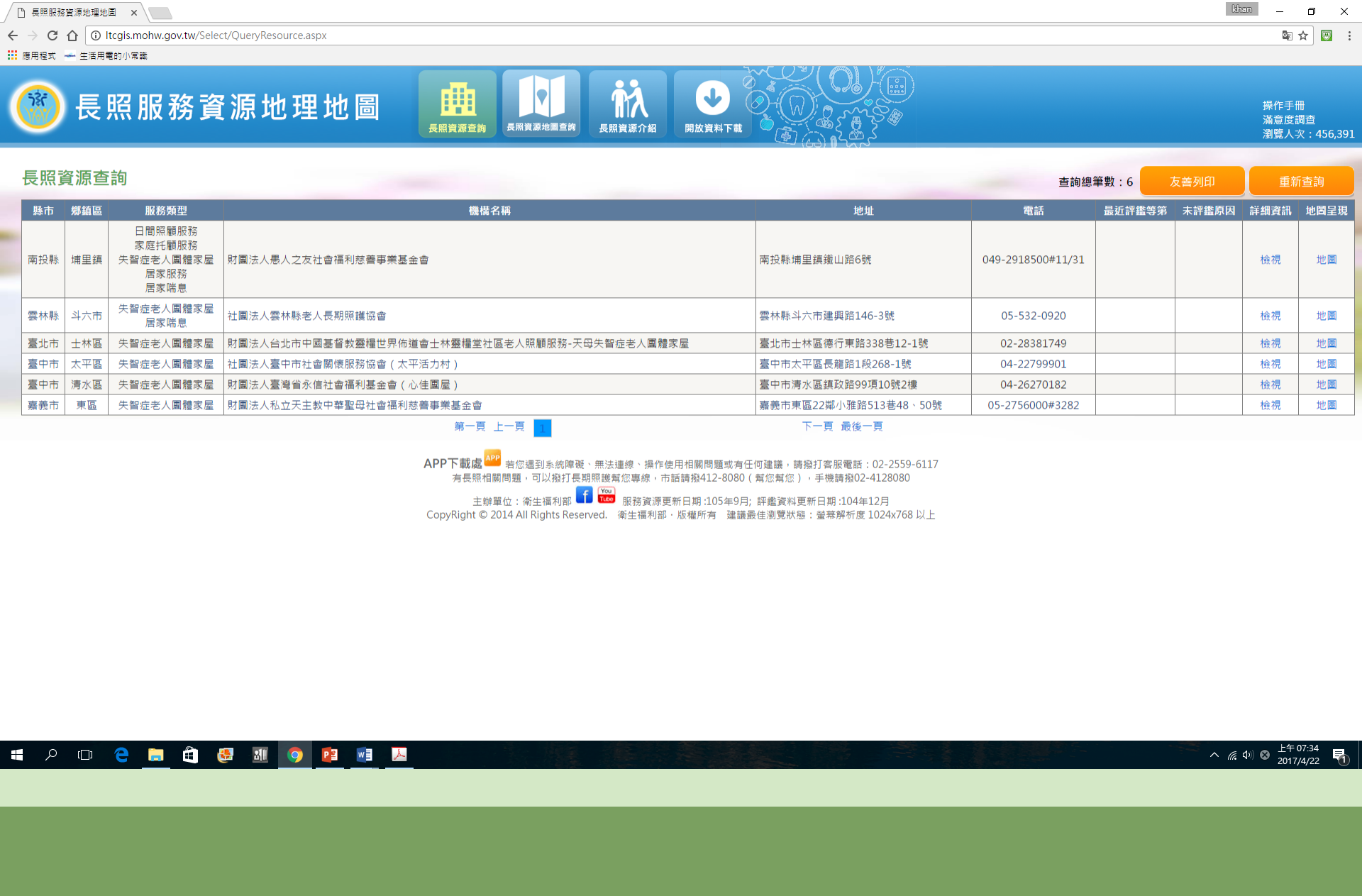
	傳統型機構	團體家屋（單元照顧）
硬體環境	多人房且是長廊式空間人不易互動	單人房、半公共空間、公共空間
社會關係	以照顧為重心（像病人） 團體的生活關係 缺乏個人隱私 完全依賴 缺乏社區關係	以生活為中心 與個人生活親近的關係（和住在機構前類似） 確保個人隱私 獨立自主的 豐富的社區關係
照顧	孤立的社會關係 幾乎閉不出戶 志工、家人以及社區居民很少探訪 與社區幾乎沒有互動	緊密的社會網絡 依照住民意願得以外出 志工、家人以及社區居民可自由探訪 與社區交流熱絡
對老人的看法	負面的 個人無法自立生活	正面的 個人是不斷學習成長的
溝通方式	單向的 按照課表規定時間作息（統一洗澡 吃飯睡覺）	雙向的 能感受老人不安的情緒，調整照顧的方式

傳統型機構與團體家屋的比較

	傳統型機構	團體家屋（單元照顧）
照顧人員	照顧關係是不平等的上對下易產生耗竭壓力大離職率高 輸送帶式的分工	照顧關係是相對平等的夥伴關係 參與、表現創意 全包式的服務
管理權	集中於高級管理階層 命令的 管理的	權限下放 顧問提議 合作的
組織運作	理念是一種口號 管理者無心關心照顧 功能取向的分工中心 依工作內容分工負責	理念共通實踐 管理者高度關心照顧 單位取向的分工中心（有一組人負責） 團隊合作

（施麗紅 2012修改自 莊秀美 2008）

國內團體家屋之資源服務



失智長者的照顧模式-單元照顧

單元照顧的理念

單元照顧的空間層級

單元照顧之人力分配

單元照顧之空間計畫

單元照顧的理念

單元照顧是指「和住家一樣的居住環境，和居家生活一樣的日常生活下接受照顧服務」（厚生勞動省，2003.6），亦就是為建構住民個人之尊嚴，使機構能兼具家庭般的溫馨氣氛與多樣化的生活。

特　　質	說　　明
保有私密	注重個人生活空間，降低問題行為之干擾。
尺度縮小	安排具人性尺度之公共交誼場所，縮短照顧移動距離，增加住民與照顧職員及住民與住民間在公共活動中的接觸與互動，減緩非認知症狀，如排迴遊走行為。
規模分化	將大規模機構分化成數個「小家庭」簇群，照顧人員如同家庭成員般對待住民。
分配屬性	依據住民需求及特性(如失智、失能程度)，安排設備、照顧計畫及生活單元。
輕鬆轉介	身心狀況發生變化時在其較熟悉的生活環境下，輕易的轉介照顧單元。

單元照顧的理念

·實施貼身的照顧，塑造家的感覺。

·不是收容的地方，是生活的場所。

·沒有日課表

·服務員不穿制服。

·自己決定生活時間，

·自己選擇停留場所。

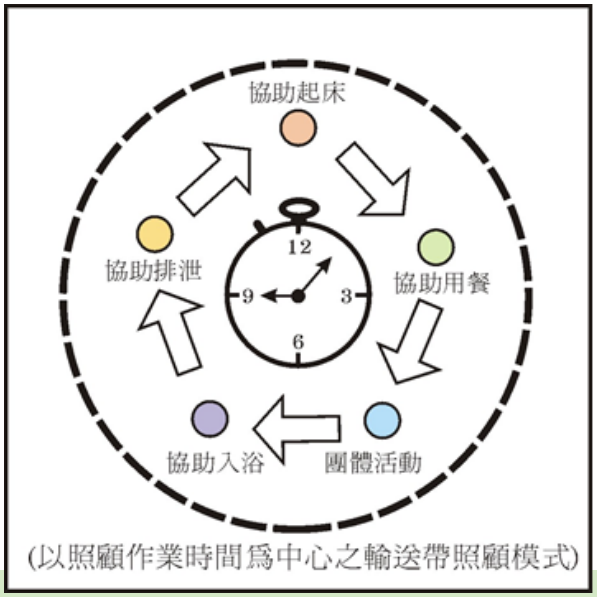
·各種活動同時進行。

·家族探訪次數增多。



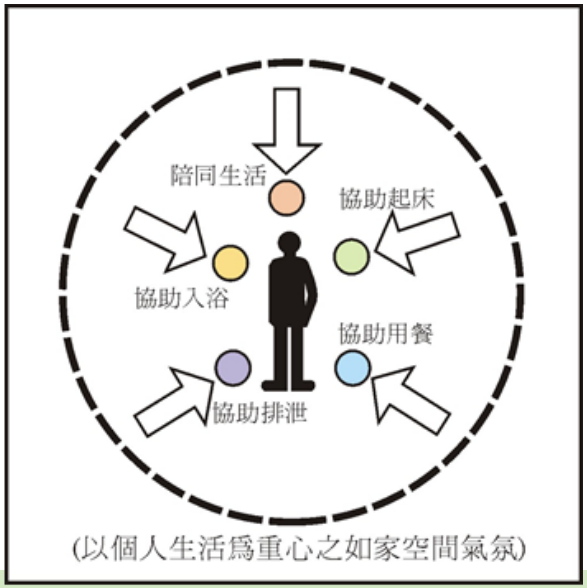
單元照顧的理念

「單元照顧」企圖將冰冷的機構環境，從人性的觀點出發，轉化成促進住民與工作人員維持親密如家人般關係，營造出的生活環境。因此，照顧人員及住民之間不再是工作角色的關係，而是共同生活的伙伴。



(以照顧作業時間爲中心之輸送帶照顧模式)

輸送帶式

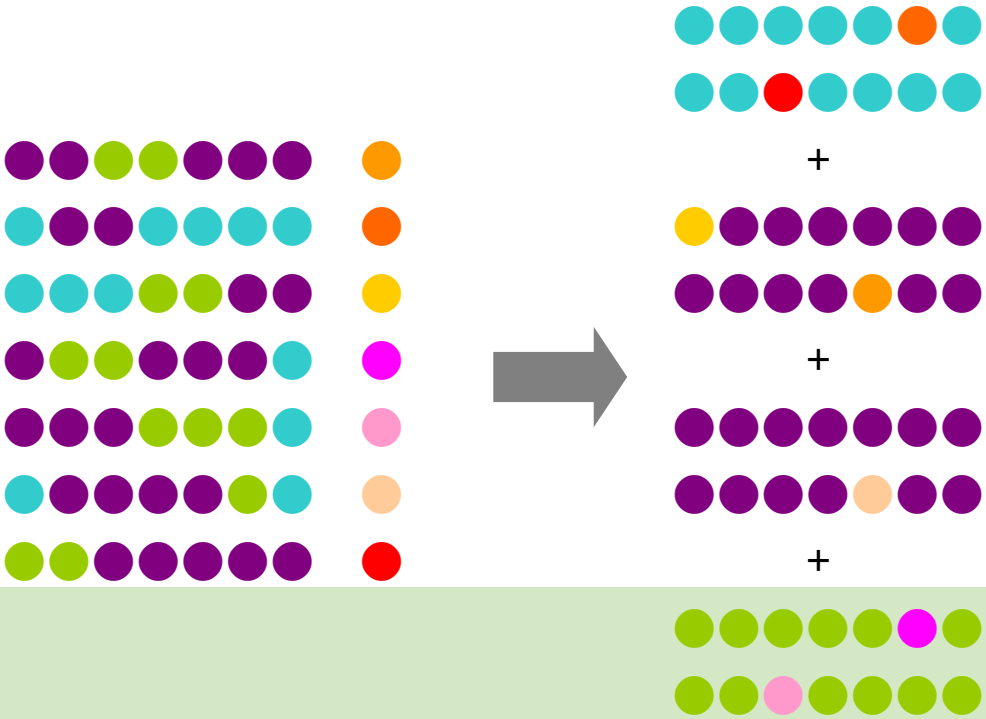


(以個人生活爲重心之如家空間氣氛)

以長輩為中心

單元照顧的理念

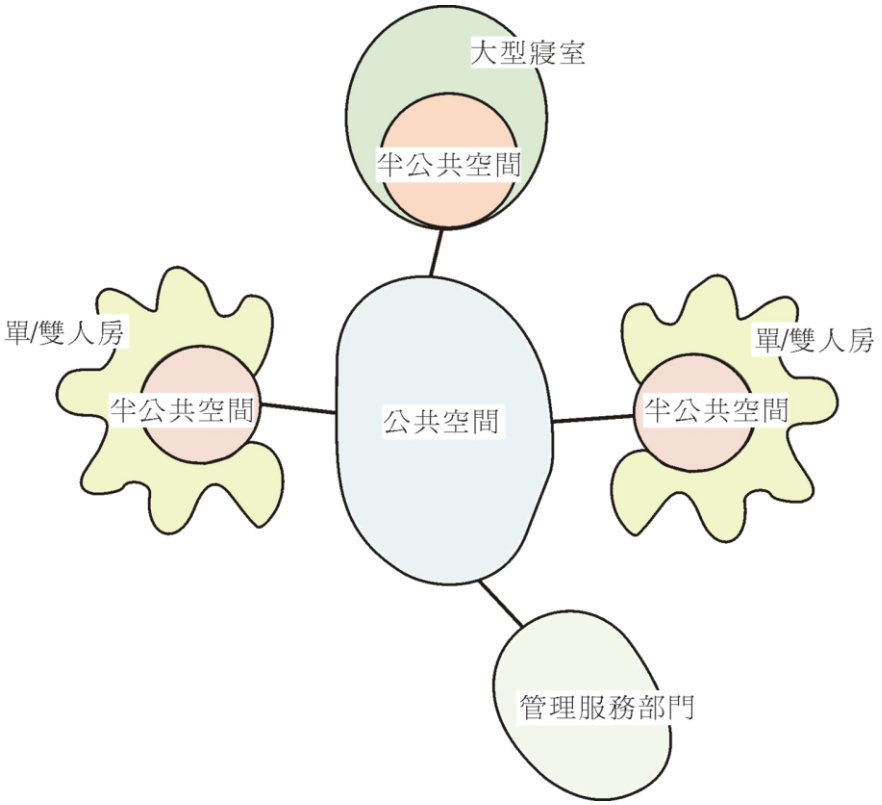
「單元照顧」企圖將冰冷的機構環境，從人性的觀點出發，轉化成促進住民與工作人員維持親密如家人般關係，營造出的生活環境。因此，照顧人員及住民之間不再是工作角色的關係，而是共同生活的伙伴。



混合式　　單元式

單元照顧的空間層級

多層次空間領域層級

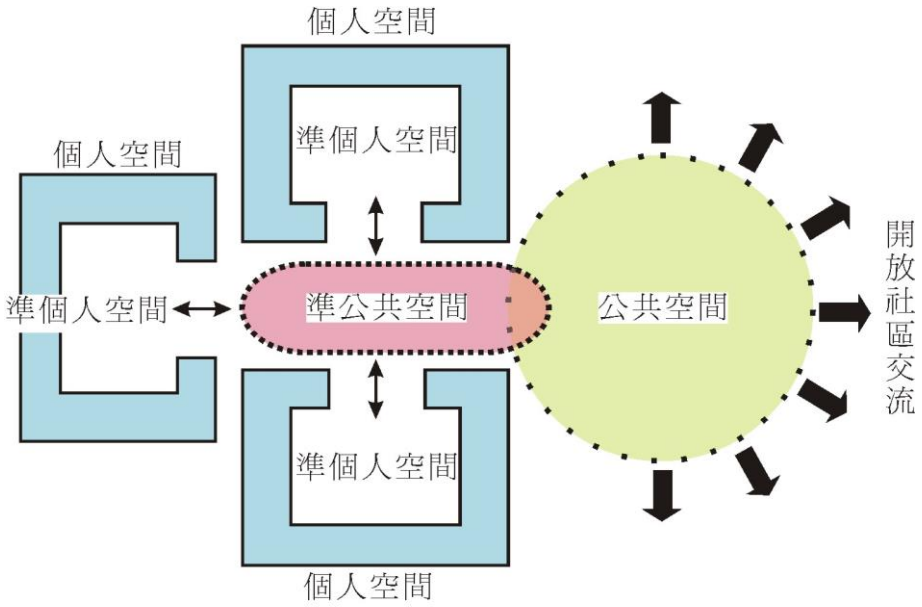


個人空間	鄰近半公共空間，方便相互間之連結。
	可分為四人房之大寢室、及單人房、雙人房等形式。
半公共空間	小規模化可提供日常生活的小團體空間。
	提供能讓住民熟悉的家庭生活用品。將團體生活轉換成家庭生活。
公共空間	開放性強無特定使用者之空間，可提供復健、治療、團體活動之空間。

日本林玉子教授提出之
單元照顧空間架構圖

單元照顧的空間層級

多層次空間領域層級

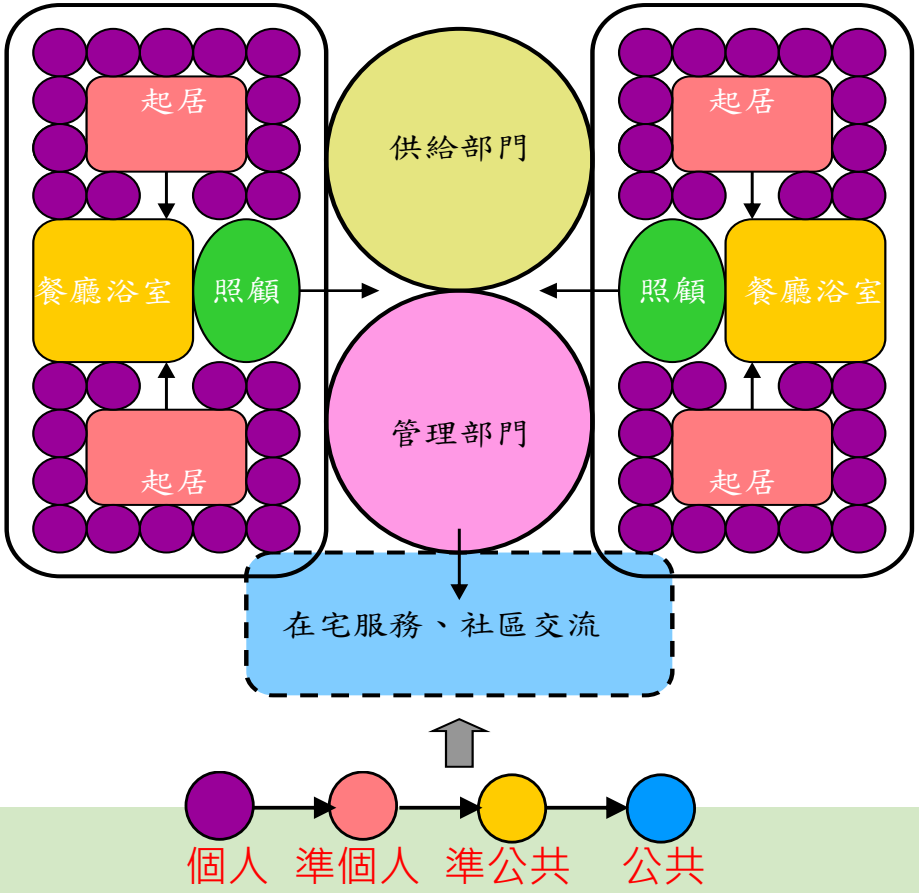


日本武田和典、池田昌弘教授提出之單元照顧空間架構圖

個人空間	住民可自行帶入物品，及個人隱私。
	個室面積約在8疊（13.2m2）以上(不含廁所)。
準個人空間	由數間個人寢室所圍塑。寢室住民為主要使用者之老人用餐、交誼空間
準公共空間	多數住民使用的公共空間，如復健室、整療室等空間。
公共空間	開放性強無特定使用者之空間，可提供復健、治療、團體活動之空間。

單元照顧的空間層級

多層次空間領域層級

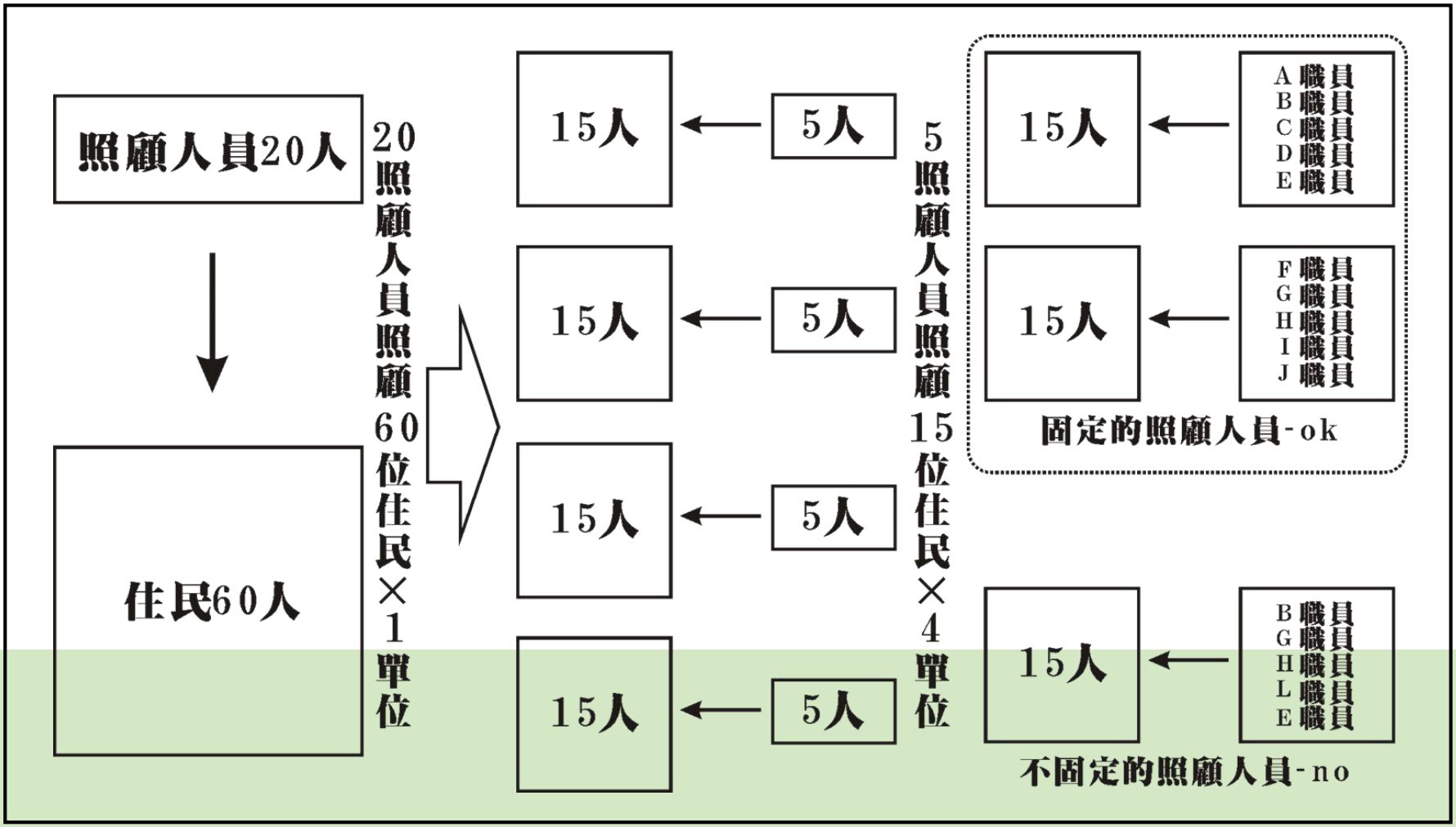


國內陳政雄教授提出之
單元照顧空間架構圖

個人空間	每人一間之寢室空間。
	個室面積約在8疊（13.2m2）以上(不含廁所)。
準個人空間	依據住民屬性分群分組，以6~10個人之個室空間形成一生活單元。
	每一生活單元，配置一少數人使用的起居、用餐、衛浴。
準公共空間	2-3個生活單元組成一個群，同時，提供一個復健、大浴室、大餐廳、集會所的半公共空間。
公共空間	半公共空間連接管理服務、社區交流的公共空間。

單元照顧的人力分配

在日本以60位住民規模之機構為例



單元照顧的人力分配

單元規模

·瑞典：

團體家屋6-11人

·日本：

團體家屋5-9人

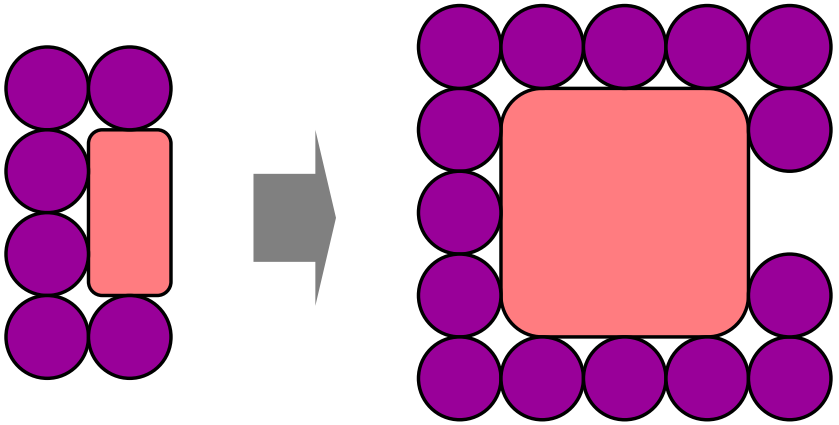
老人保健設施12人

護理之家6-15人

·台灣

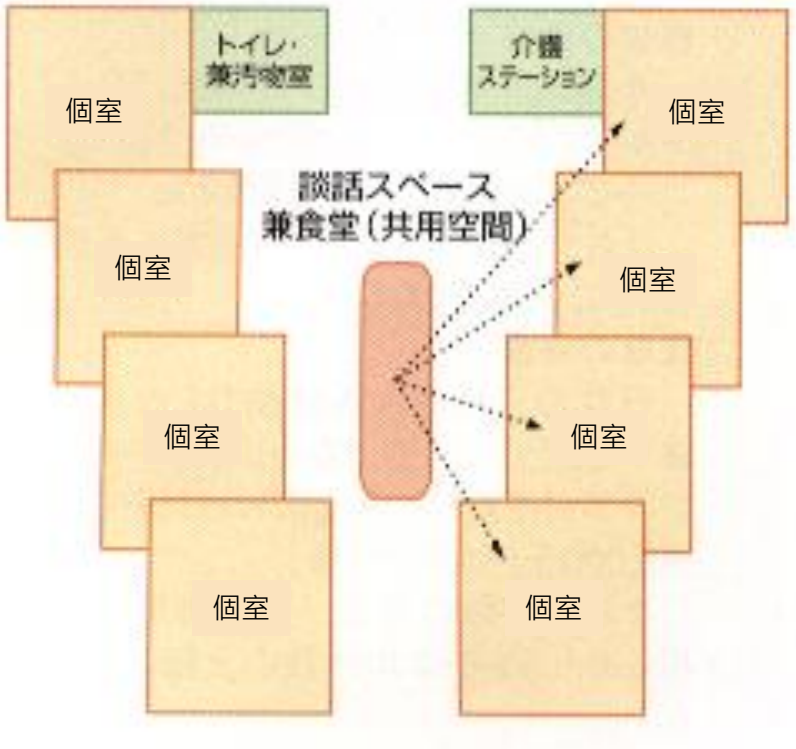
團體家屋6-9人

照顧專區6-12人

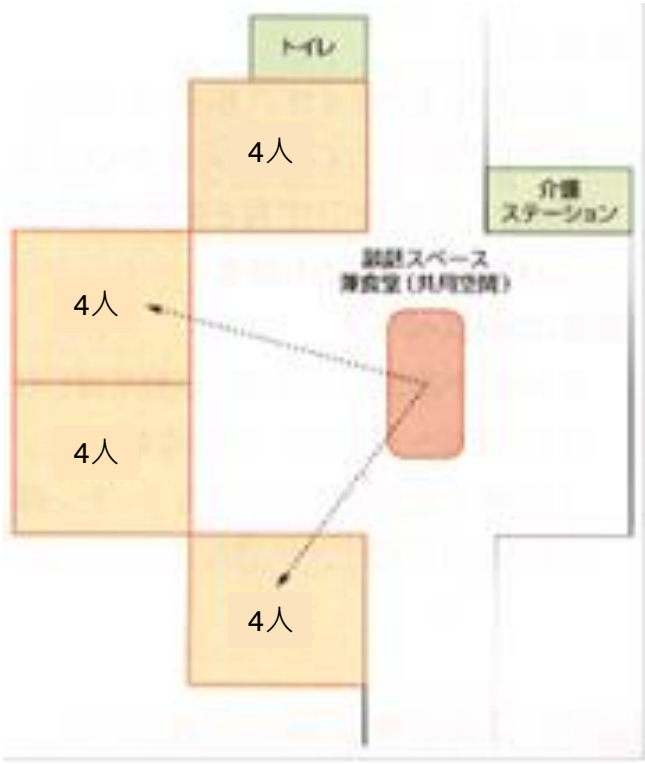


單元照顧的空間計畫

照顧單元既是生活單元的觀念，支援個人的照顧，一般於空間計畫上可分為下列三種基本原型：



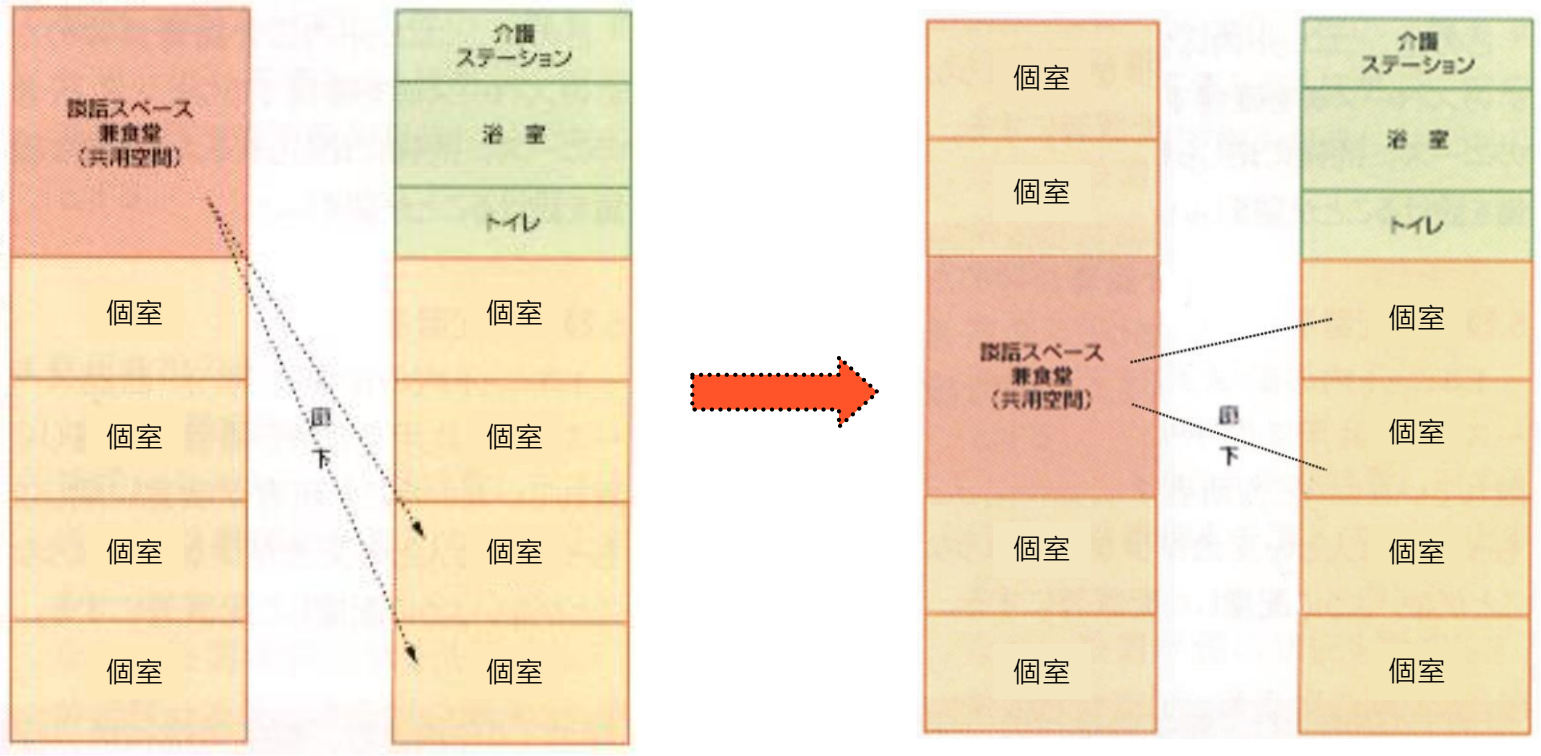
1. 護理站減輕監視感，易於管理進出。
2. 個室化之寢室空間。
3. 中央共用空間，兼具交誼及用餐之功能，可及性高。



1. 護理站減輕監視感，塑造家庭氣氛。
2. 四人房之配置，空間規模不超過16人。
3. 利用寢室之ㄈ字形排列，塑造之交誼及用餐空間，可及性高。

單元照顧的空間計畫

照顧單元既是生活單元的觀念，支援個人的照顧，一般於空間計畫上可分為下列三種基本原型：

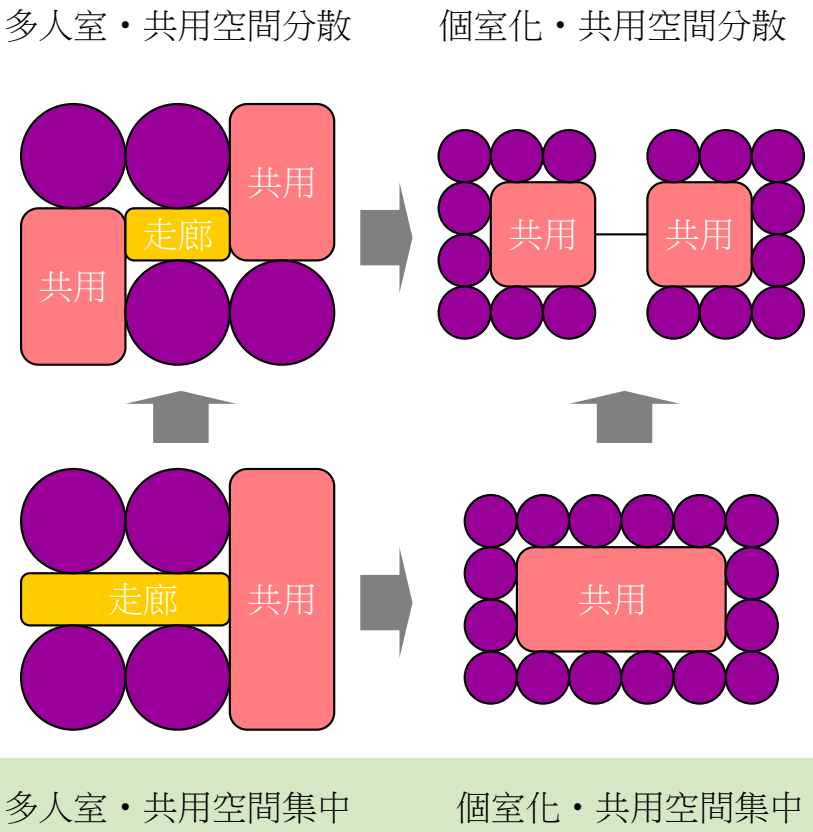


1. 既存設施在利用，可將部分房間敲除改造成該單元之共用空間。
2. 共用空間之設置位置，主要考量各房間住民，以最短之移動距離使用，不一定需要與護理站及浴室等服務性空間位於鄰近區域。

單元照顧的空間計畫

空間演變趨勢

- 個人空間：
  多人房→個人房
- 共用空間：
  集中→分散
- 走廊空間：
  長→短→無



單元照顧的空間計畫

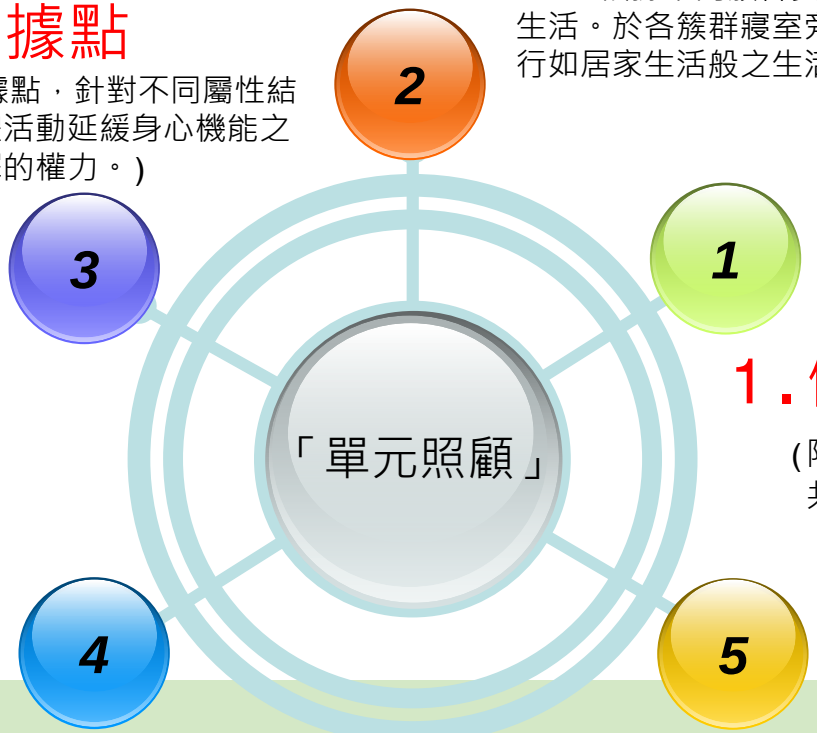
「單元照顧」模式空間計畫上的特點：

2.簇群式生活重心

(將住民依據失智程度及行為能力(ADL)分組分群，並 可依據不同簇群安排照顧人力、監護系統和日常生活。於各簇群寢室旁設置半個人空間，成為平日進行如居家生活般之生活重心。)

3.多樣化生活據點

(於迴遊路徑旁設多處生活據點，針對不同屬性結合職能治療舉辦各式小團體活動延緩身心機能之退化，並尊重住民自我選擇的權力。)



1.個室化

(限制10m²左右，助於住民使用公共空間，減少問題行為干擾。)

4.如家般的空間擺飾

(可允許住民攜帶自己喜歡之物品裝飾個人空間，共用空間亦可利用懷舊家具、飾品及植栽妝點居家氣氛。)

5.循序漸進的實踐

(改革不一定是一觸可及，而是積極以「同理心」為住民尋找出目前能做到的生活支援，讓住民盡可能享受生活，不要拘泥於不易執行的部分)

失智長者的團體家屋案例-**けま喜楽苑**

けま喜楽苑設立背景

けま喜楽苑平面架構

けま喜楽苑內部空間設計

けま喜楽苑設立背景

けま喜楽苑

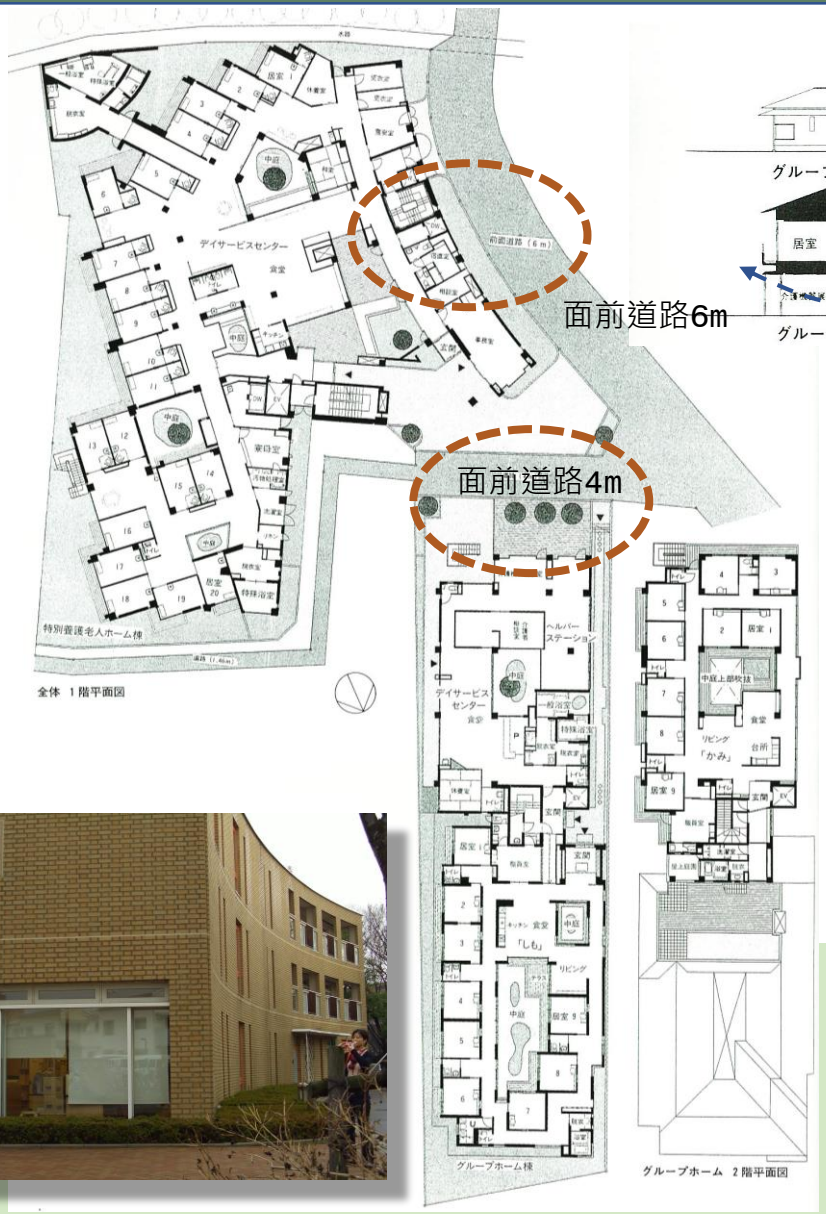
開設時間：２００１年４月２１日
地址：兵庫縣尼崎市食滿（けま）２丁目２２番１号
設計人：外山義（京都大學大學院教授）統籌監修
　　永野一生（永野建築設計事務所所長）設計
照顧模式：「住房全部個室化」與unit care實踐。
照顧單元：分一、二樓兩單元，每單元九間個室。
照顧人力：家長　－１人
　　相談員－１人
　　主任　－１人
　　看護師－１人
　　介護職－９人＋非常勤２人
　　兼職　－　　非常勤２人
構造規模：RC造.地上２層
基地面積：１１４２m2
樓地板面積：１０００m2

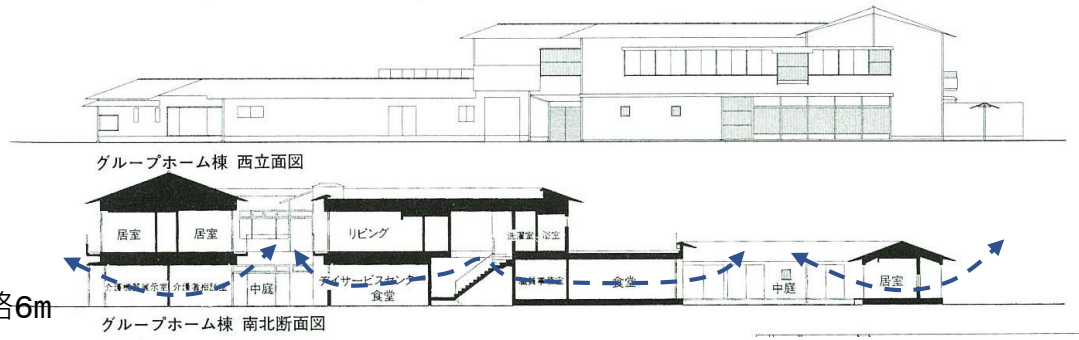




けま喜楽苑入口

けま喜楽苑平面架構



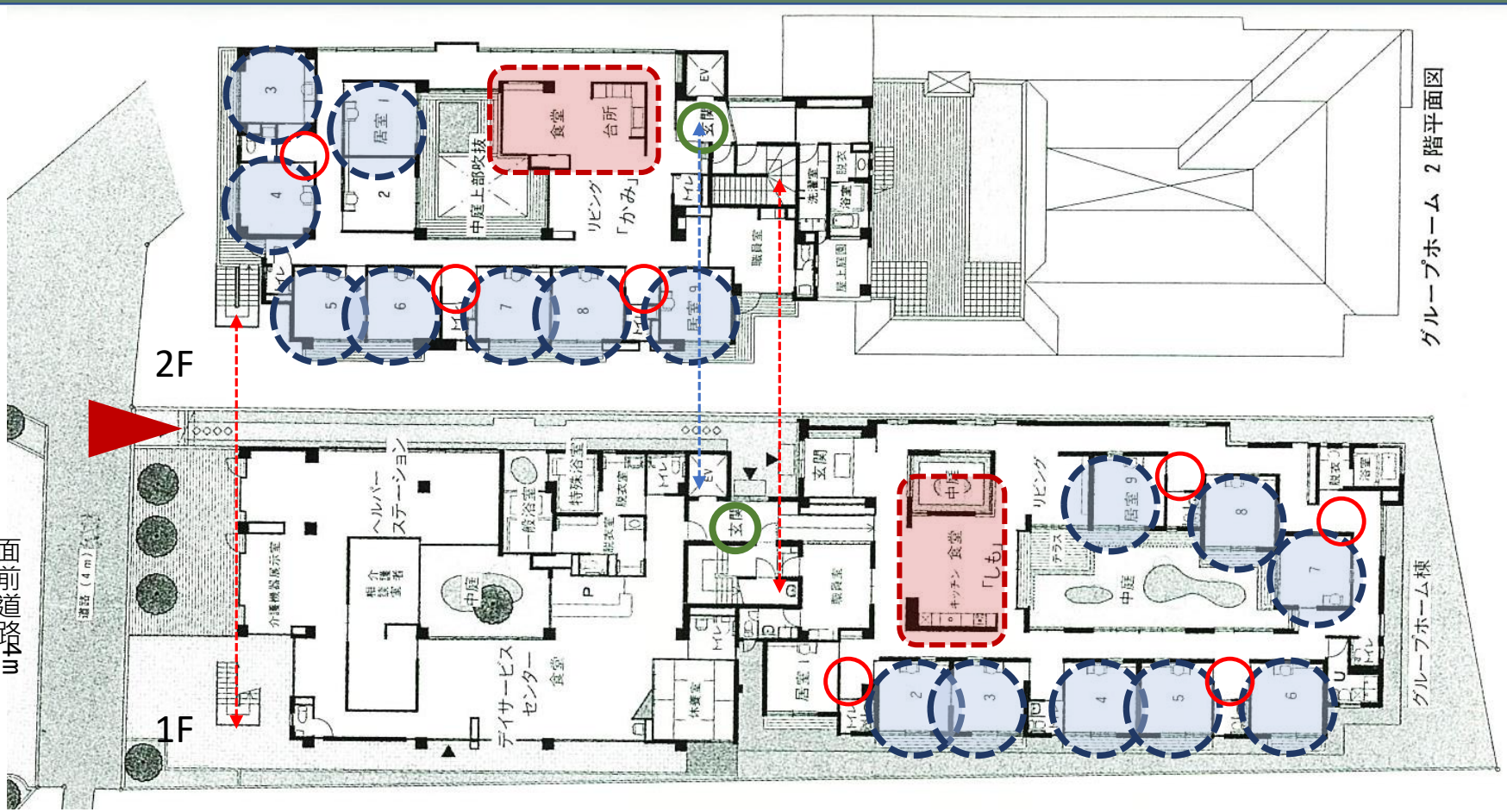


特別養護老人之家棟



Group Home棟(二層)

けま喜楽苑平面架構

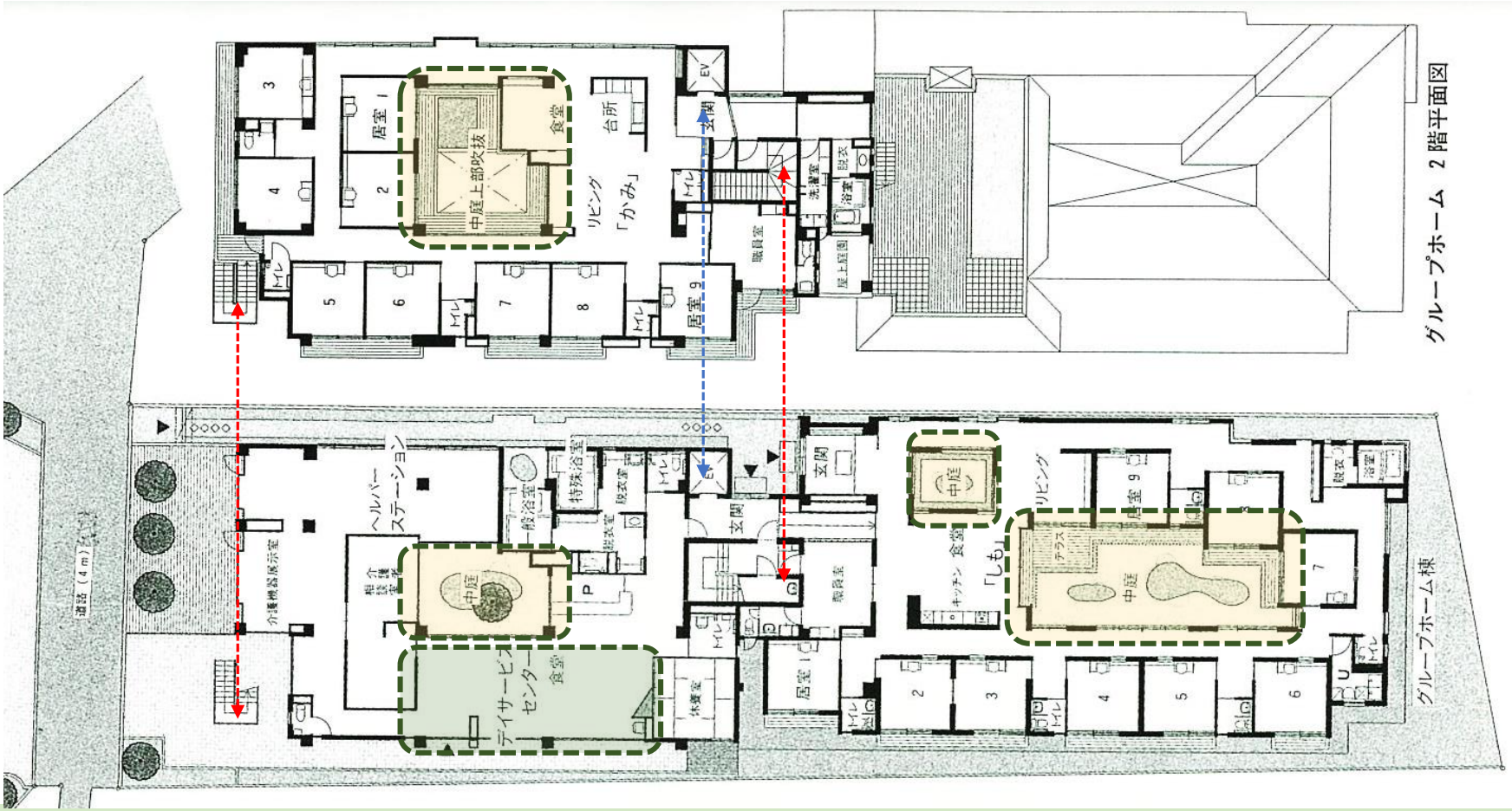


團體家屋以樓層而言，最適當的還是連接地面的1樓。

身心狀態都趨於穩定的情況下，可很自然地出外散步在安全且易於監管的戶外空間。

注意不要面對交通量大的道路，除了危險之外，有時車輛、人口出入數一多，就會誘發回家的念頭，且情緒會不穩定。

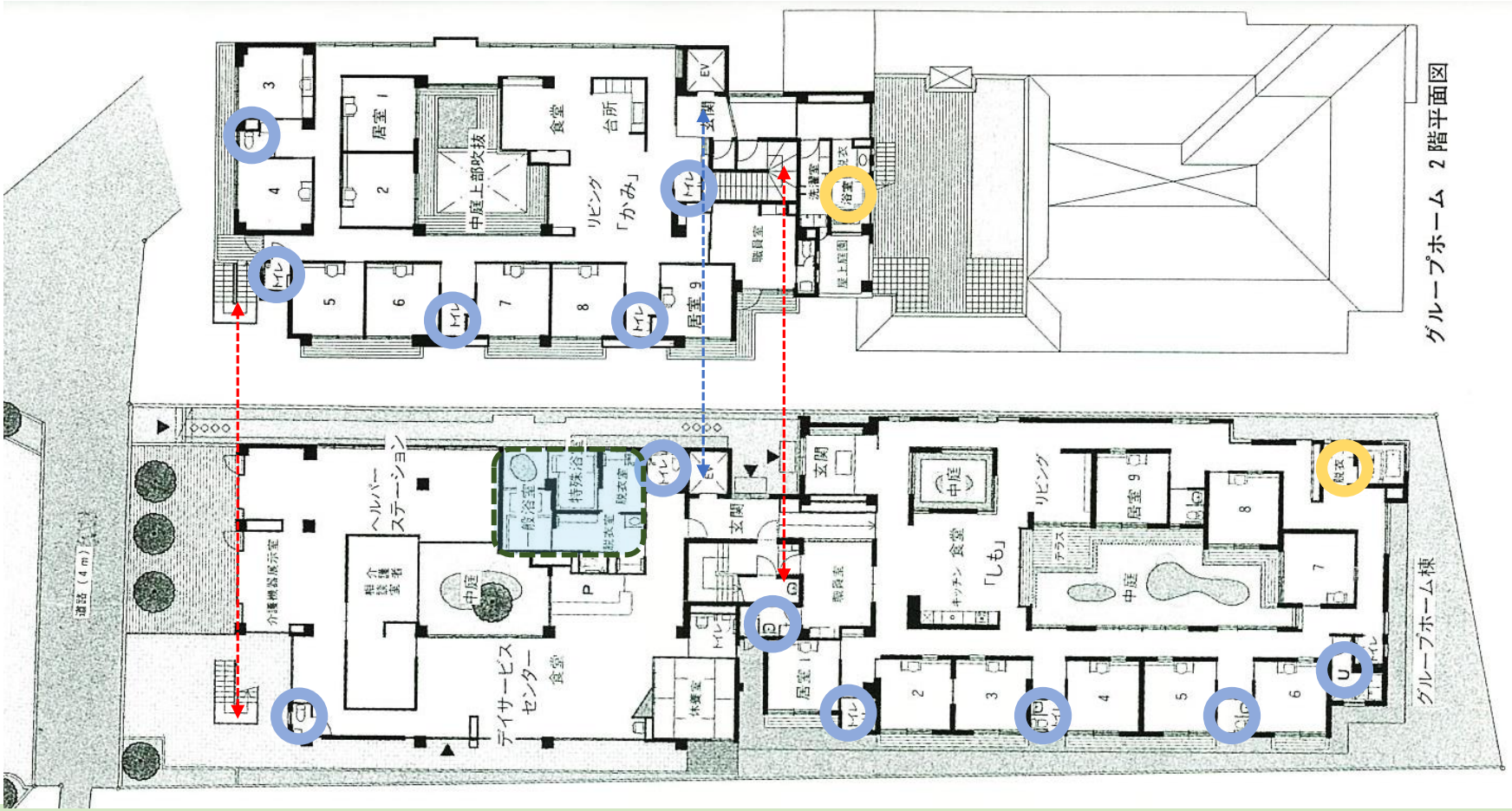
けま喜楽苑平面架構



臨路一樓側設置日照中心、公共浴室及介護人員服務站。

透過可植栽陽台的設置，讓室內、外的連續性提升。

けま喜楽苑平面架構



浴室整體大小需考慮到照護的必要空間，不宜太大，保有居家感。

每間個室皆配有洗手台方便照顧人員及住民使用。

けま喜楽苑內部空間設計

本案基地是個佔地面積狹小的案例。
即使狹窄也要有開放感

將中庭設於起居室周邊，可讓視線看得更遠，放大空間感，並可將自然景觀引入。





盡可能維持原來的生活技能及生活模式，
可有高度自主權安排自己的生活及活動。

けま喜楽苑內部空間設計

家具採用桌子/椅子的形式(非塌塌米)可以增加單元內的親密感，也能增進人際關係，且椅子/桌子的高度低於一般的尺寸，以方便長者起坐。





浴室使用檜木浴缸，且接近居家尺度。

洗衣、洗澡、廁所都降低高度以方便坐輪椅者或駝背老人。

設置必要之扶手及防滑排水地坪。

けま喜楽苑內部空間設計



廁所設置在房間外的共用方式。一般認為現今高齡者的居住環境，有走出房間上廁所的習慣。(非與台灣生活習慣相同)

當然為了抵禦冬天的寒冷，在WC設置了暖房設備，入口處的走廊也應設置暖房設備。

因為塑造居家份為，廁所、辦公室等空間都不去刻意標註。



家中物品可帶入機構中，雖空間不大但已足以供老人維持獨立自主的生活空間。

居室最少需依面採光通風。

個室與公共空間之間設置類似小玄關之設計有助於保有住民隱私。

けま喜楽苑内部空間設計

玄關附近設置廚房兼用餐區、客廳來展現開放式營運的態度。





個單元半公共空間為生活重心，且配置接臨中庭設置，有良好採光及通風，空間感亦較寬闊。

けま喜楽苑内部空間設計

職員除了職員室之外，最常停留的地方是廚房。入住者也會參與食物的製作，是個經常被使用的場所。

必須能誘導入住者自發性地製作食物。

收納櫃的門最好使用玻璃製作，如此可以看見裡面的東西。

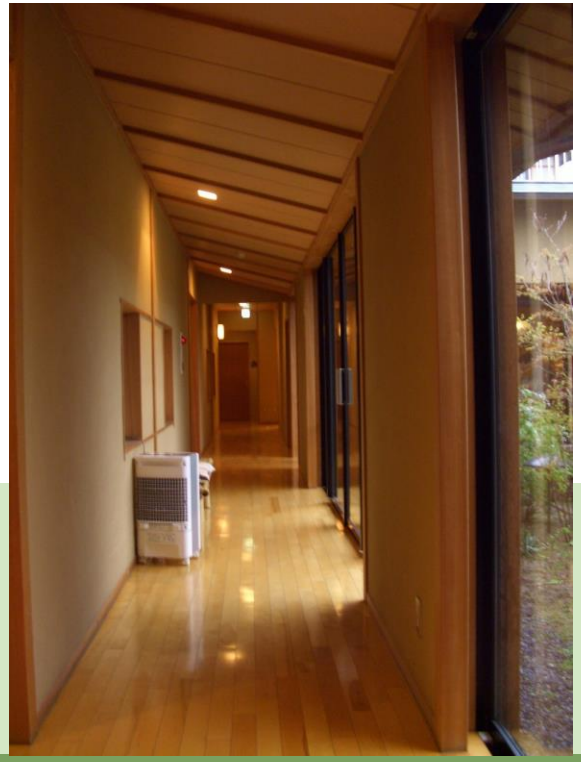
使用瓦斯爐這種可以直接看見火且是已經習慣使用的爐子會比較適當（電磁爐會造成問題）。



けま喜楽苑內部空間設計

為了因應不會太過顯眼但在必要時能夠迅速應對這樣的需求，在硬體方面可使用隔柵、透過中庭的玻璃窗等方式是相當有效的。





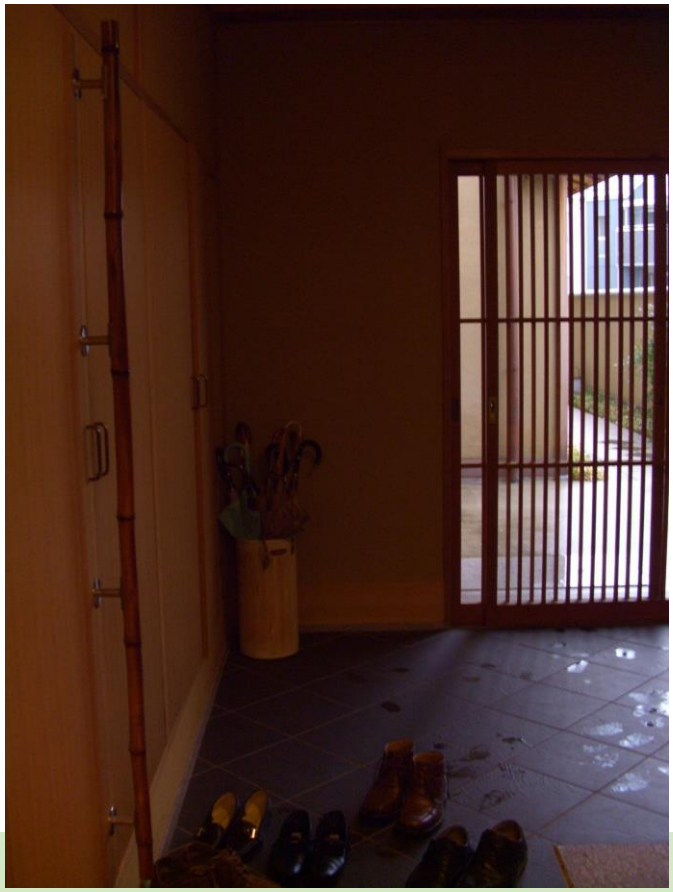
走道空間自然採光室外景物引入，增加開闊感。

走道寬度可提供輪椅及行人同時通行之寬度。

けま喜楽苑内部空間設計



扶手會有機構感，要確保步行者的自由還有拐杖、步行器、輪椅等選項。
另地板採用櫻花木，避免跌倒。



玄關之設置有助於家庭氣氛之營造，及進出控管。

從洗澡處經移乘台進入浴缸的過程，浴缸需能配合設備的高度，並只設置最小需求的扶手。

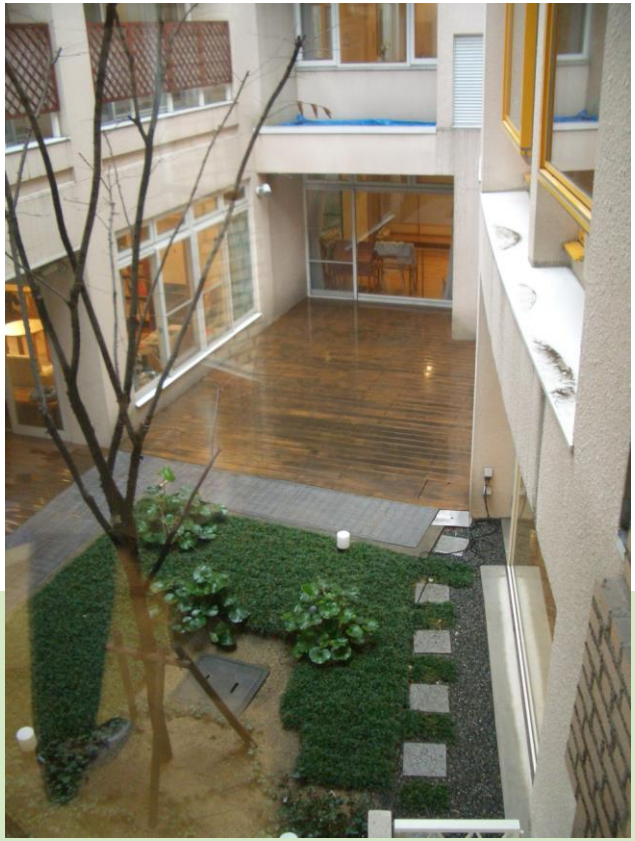




けま喜楽苑內部空間設計

設有日照中心服務與周邊社區有良好的聯繫與互動，避免成為孤島。





使用中庭的形式在心理層面上有內在沉澱、穩定情緒的效果。

使用中庭形式是為了確保採光與通風。

小庭院、中庭的有效配置，可以柔和空間的擁擠感。

失智長者的照顧機構設計規劃案例-**台北某機構**

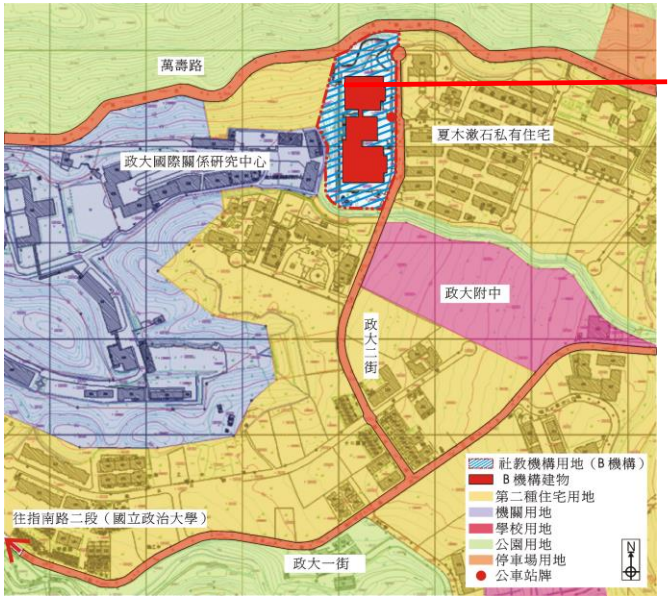
機構基本概要說明

設計前之行為模式調查

設計操作過程說明

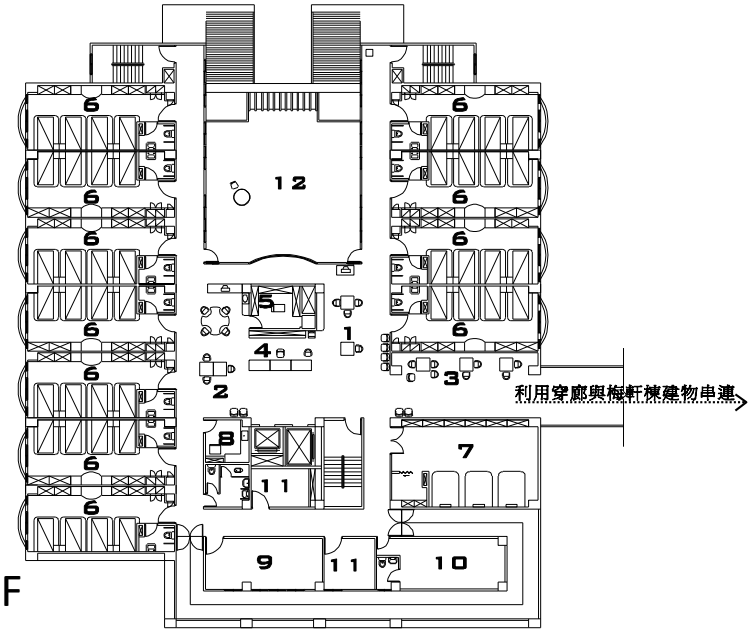
設計結果

機構基本概要說明



基地鄰接政大二街，並經政大一街與指南路二段相連，為此區主要之連外通路。

1.女住民交誼及用餐區
2.男住民交誼及用餐區
3.會客用餐區
4.護理站
5.儲藥室
6.寢室
7.介助浴室
8.配膳室
9.日光室
10.員工休息室
11.儲藏室
12.戶外露台



2F



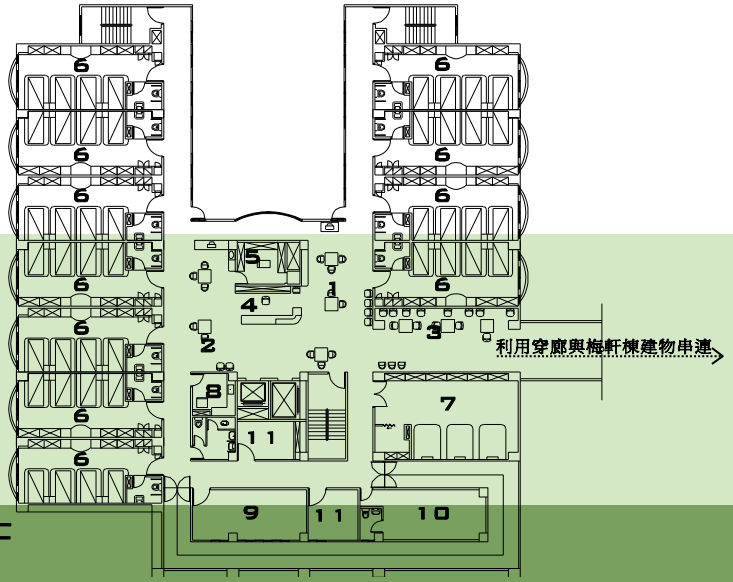






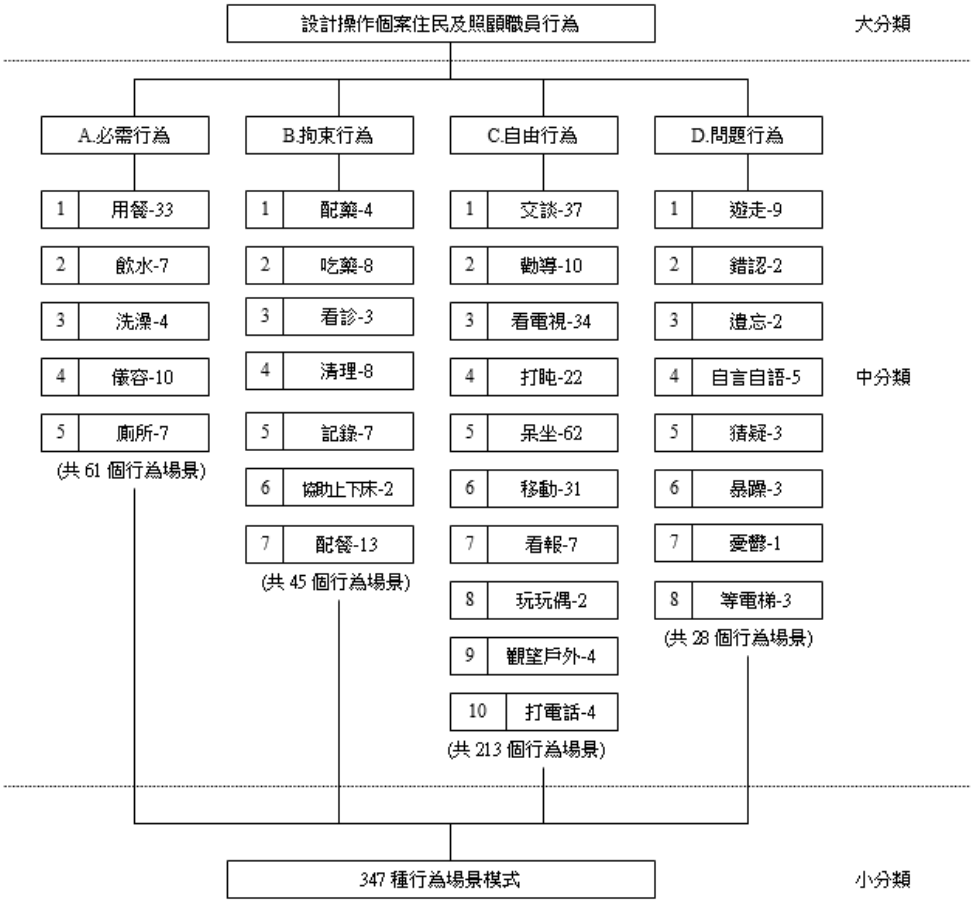






3F

設計前之行為模式調查



問題行為中，以

「遊走」行為之分佈空間最廣。

其次為「自言自語」行為。

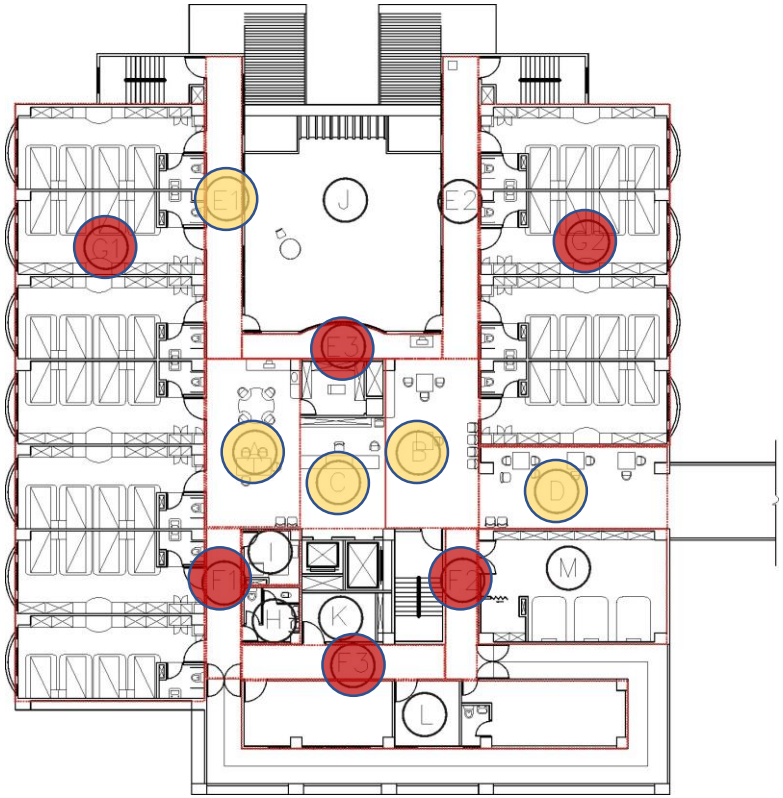
再者為「等電梯」行為。

行為模式：

分為下列4種大分類

30種中分類

347種小分類行為區域



二樓層各類問題行為發生之區域：

A、B、C、D、E1區域

三樓問題行為發生之區域：

A、B、C、D、F1、F2、F3、G1、G2、E3、區域

調查場景：分為下列13項行為區域

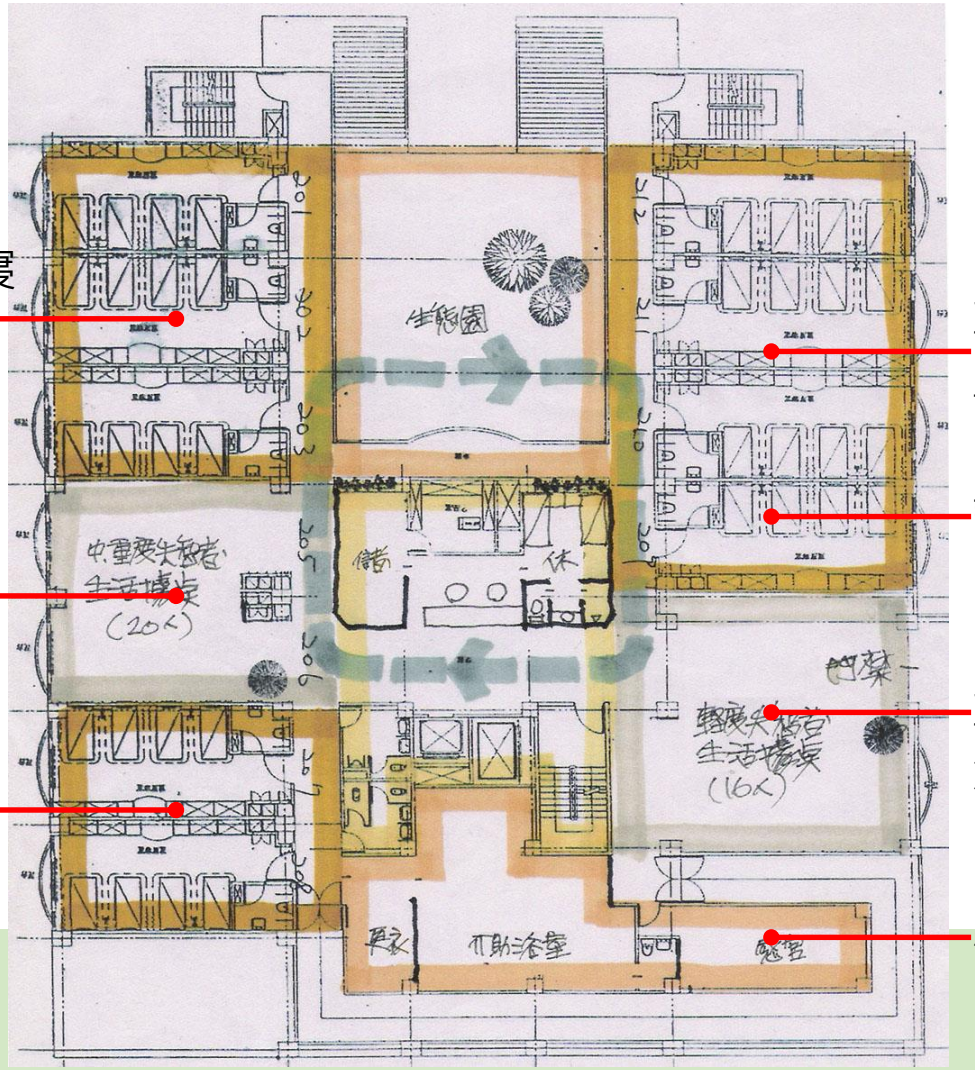
A-中央交誼及用餐區左側。
B-中央交誼及用餐區右側。
C-護理站及梯廳。
D-右側出入口走道及其旁側桌椅區。
E-露台周圍走道空間。
F-電梯服務核走道空間。

設計操作說明

中度失智者12人寢室空間

中、重度失智者20人共用之生活據點

重度失智者8人寢室空間



輕度失智者16人寢室空間

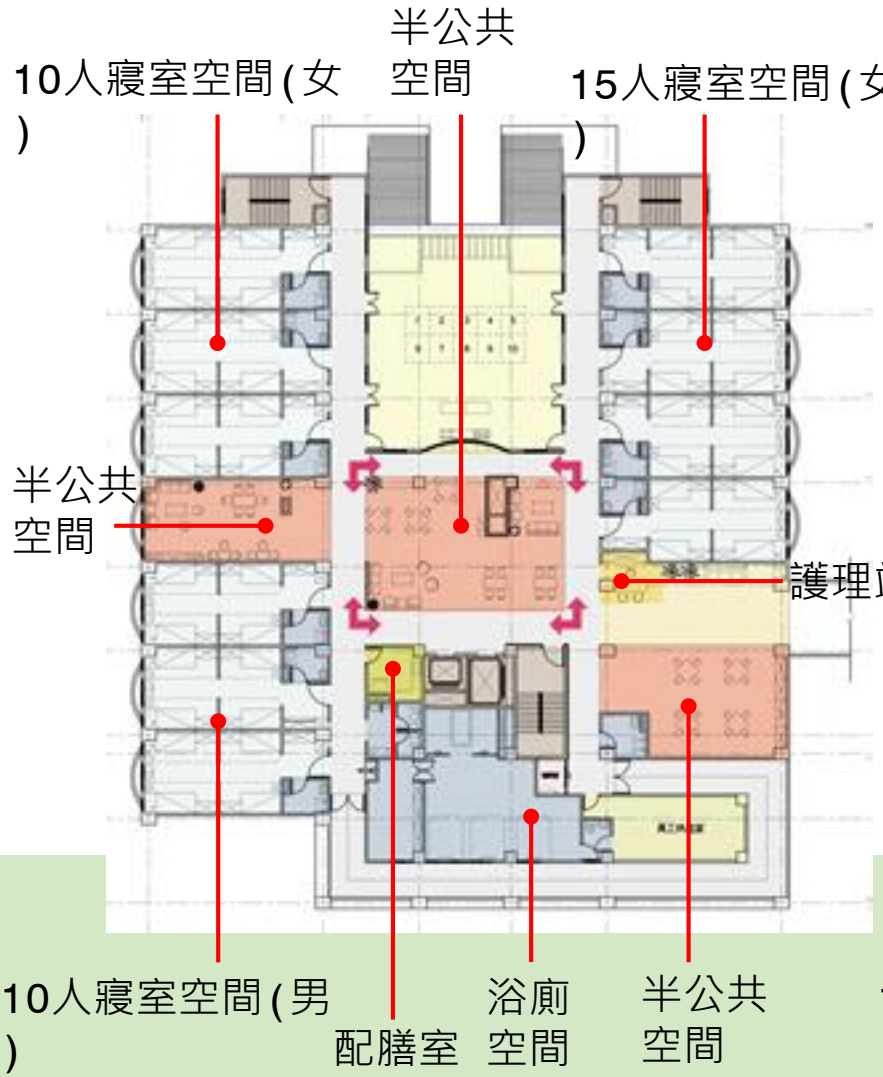
護理作業區

輕度失智者16人生活據點

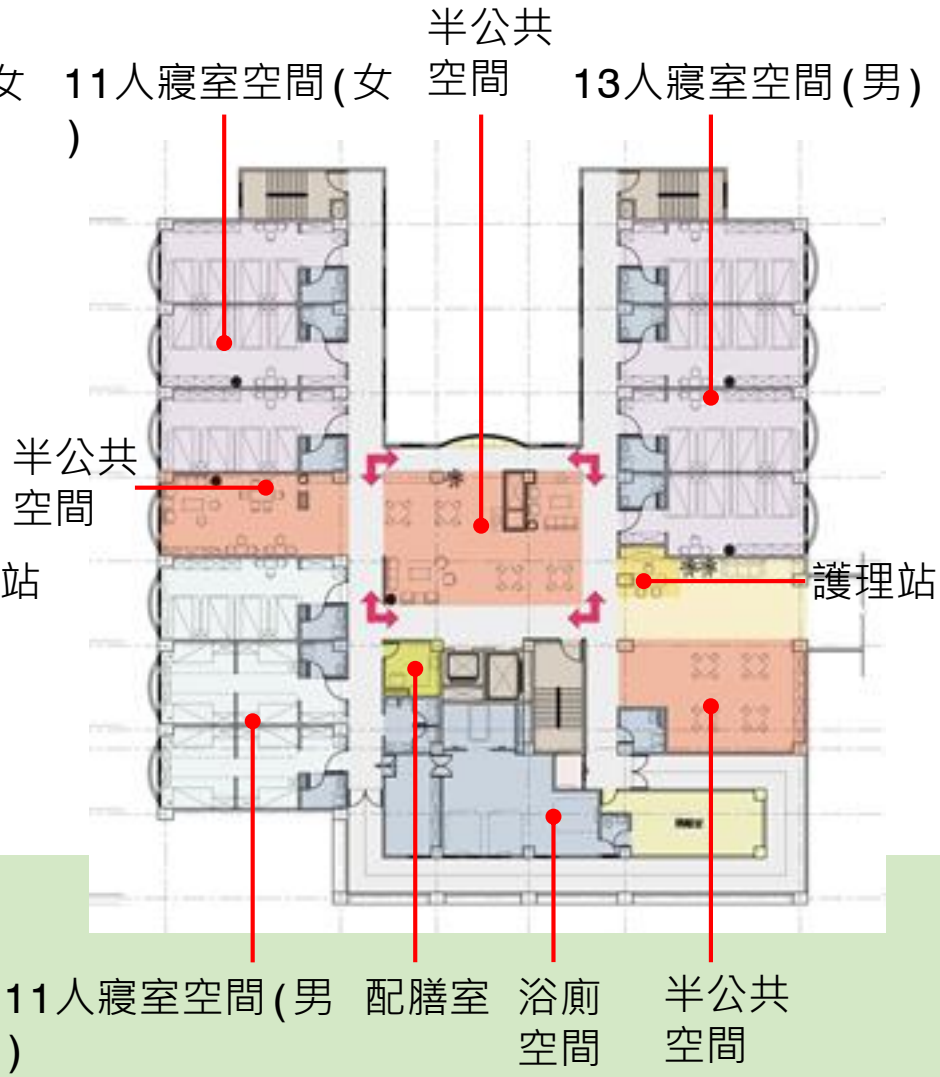
感官功能室

草圖階段平面分區說明圖
(陳政雄，2004)

設計操作說明



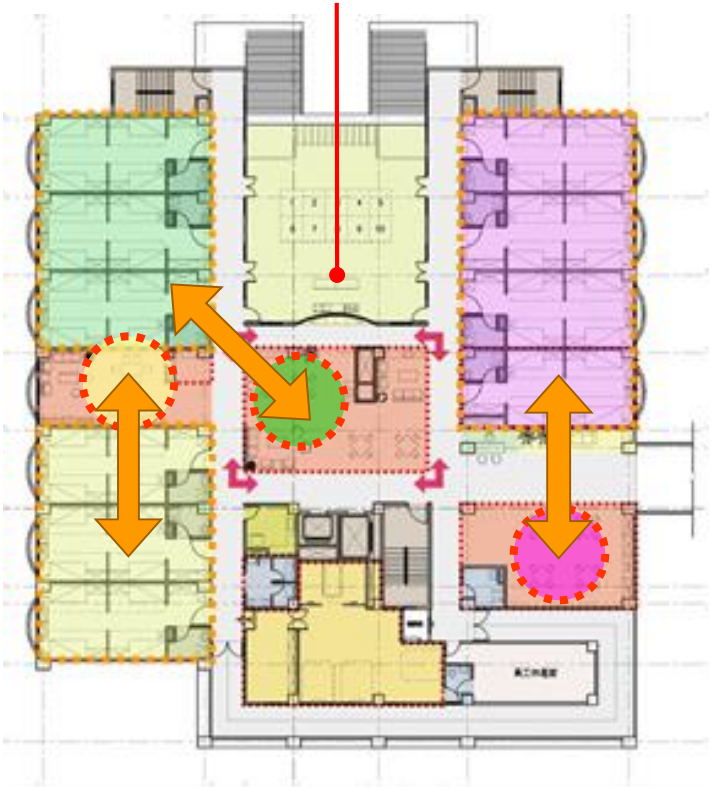
二層平面圖



三層平面圖

設計操作說明

放置一活動料理台及10個攤位空間，
以提供住民舉辦活動所需。



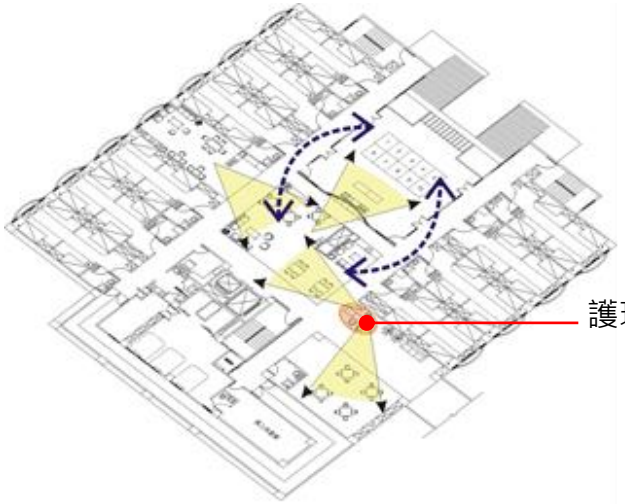


輕度依賴/輕、中度失智生活重心(男10人)
輕度依賴/輕、中度失智生活重心(女15人)
中度依賴/輕、中度失智生活重心(女10人)
中、重度依賴/輕、中度失智生活重心(男11人)
重度依賴/中、重度失智生活重心(女11人)
重度依賴/中、重度失智生活重心(男13人)

二層平面圖

三層平面圖

設計操作說明









1.各單元活動區域之視野貫通。
2.期望促進個室交誼行為直接關係之產生。
3.增加如視線接觸間接關係之機會。

中央設置單一徘徊路徑，此路徑串接各照顧單元活動空間。

設計操作說明



1.多人房做適當區隔。
2.個人物品裝飾房間。
3.地板、牆壁、門的顏色均有差異，避免圖騰的使用。
4.良好的照明系統，且避免陰影的產生。









電視應該讓使用可以清楚看見，遙控器按鈕是大型的，易於理解的。



護理站設置視野良好及進出控管容易的角落空間，減少照顧機構空間氣份。

1.足夠的燈光及照明。
2.鋪面材質應與其他空間有所區別。
3.良好的照明系統，且避免陰影的產生。
4.視野穿透性高方便照顧人員提供支援。

結語

·創造小尺度的生活單元，
取代大尺度的集體照顧環境；
·少一點生活限制，多一點社會交流，
塑造更多的接觸與共享的空間；
·允許擺設自己的傢俱與物品，
像家的居住環境；
·盡可能避免失智場者長途遷移
，能持續在原來的社區生活。

“Contemporary Environments for People with Dementia”,
Uriel Cohen & Kristen Day, 1993