

長期照護的新趨勢

—日本的「小團體單位照護」

莊秀美

一、前言

老人福利服務社區化提供模式已成為各國老人福利的發展趨勢，各國無不傾力發展餐飲（送餐）服務、沐浴服務、家務服務、日間托老、短期托老、居家護理等以社區照顧為主的老人福利服務措施。現今的社區照顧服務不但已成為老人福利服務的重點，而且幾乎已成為老人福利服務的替代名詞。社區照顧興起的背景主要來自對收容式機構的非正常化及非人道對待等缺失之詬病。其實，透過人性化的空間設計及活動安排、職員質量的配置調整及個人隱私之重視及改良等營運，機構照顧也可以提供符合老人需求的服務（莊秀美，1999；莊秀美，2000）。再者，如果進一步能夠連結整合收容性機構與社區照顧兩大體系，讓機構成為社區照顧服務提供的據點，成就機構社會化/社區化的理念，則機構照顧與社區照顧化整為一，將使福利服務的輸送更具人性化（施教裕，1999；莊秀美，2000）。

筆者於 2003 年夏天訪問日本老人長期照護機構，發現近年來日本發展長期照護服務不遺餘力，不但有革新發展亦有長足之進步。1970 年代初期進入高齡化社會

之後，日本的長期照護的發展日新月異。1990 年代後期開始，「團體家屋」（註 1）（group home）成長快速，成為因應失智症老人照顧的主要照護型態（關華山，1999；西村美智代，2000；山井和則，2000）。二十一世紀初，配合公共照護保險的實施，「新型特別養護老人院」制度化，成為日本長期照護機構型態的發展主軸。「新型特別養護老人院」是一種「小規模生活單位型」的「特別養護老人院」（註 2），其特性如下：「單人房」、「小團體單位（unit）化」及「居住費付費制」（註 3）等。其中的「小團體單位照護」（unit care—以下略稱「單位照護」）不但已成為「新型特別養護老人院」的照護之中心理念，也成為日本長期照護的最新發展趨勢。

本文茲以「單位照護」為例說明近年來日本長期照護的最新發展趨勢，探討內容包括「單位照護」的意義、發展過程、特性、實施狀況等。藉由介紹日本長期照護的革新型態及理念，以提供我國長期照護未來發展之參考。

二、「單位照護」的意義

早在 1950 年代時，兒童福利機構及身

心障礙者福利機構就將機構的房舍區分為數個小團體，以每個小團體作為一單位，工作人員服務少人數的工作環境下，能營造家庭式的氣氛進行照護，稱為「小家制」。此種「小家制」基本上是對照「大家制」所使用的用語。「大家制」意指在大型的福利服務機構中，多位兒童或身心障礙者共同利用同樣的生活空間與設施，並依同一套生活安排，個別性的空間與個別生活安排的自由度都非常低。而「小家制」則是將機構分為數個獨立的「小家」，只有6~12位的兒童或身心障礙者與工作人員一起住在一起，分享分配到的空間，並營造家人一樣的生活（武田和典、池田昌弘編，2002：24）。這種「小家制」正是「單位照護」的概念發展的來源，老人長期照護的前線工作者認同上述的「小家制」的概念，並運用在老人長期照護上，也就是讓入住老人長期照護機構的老人能夠像生活在家中一樣，彼此之間就像家人一樣。可見，「單位照護」的理念與上述「小家制」的理念可說是相通的。

因此，「單位照護」乃是以家庭式的個別照護為目標的嶄新照護支援與環境提供。具體而言，將機構劃分為數個小團體（group），由過去的流程作業式照護轉換為共同生活式照護的照護型態。換句話說，「單位照護」是從過去基於工作人員的立場考量的流程作業式照護（效率優先的照護）轉換為與利用者共同生活的照護（重視社區的照護）的革新照護型態。為了讓利用者（老人）與工作人員保持親近關係，細心營造機構的生活空間及生活氣氛，追求「關係的變化」及「照護的變化」（武田

和典、池田昌弘編，2002：3）。總之，就是在接近居家的環境中，進行接近居家日常生活的照護，讓生活單位與照護單位一致的照護方式（高齡者介護研究会編，2003：70）。

不過，單純地將機構區隔為小團體的方法並不是「單位照護」的目的，實質的「單位照護」更應著重在照護的方法與過程（武田和典、池田昌弘編，2002：3）。

三、「單位照護」的發展

1. 老人機構型態的多樣化

實施「單位照護」的老人機構主要以「特別養護老人院」及「老人保健機構」為主。除此之外，亦包括老人福利機構中的養護老人院、及醫療機構、療養型病床群等也包括在內（高橋誠一，2002）。本文則以「特別養護老人院」來說明「單位照護」的發展與實施狀況。

1963年，日本通過「老人福利法」，開啓老人福利的制度化，其中，設置安老收容機構成為老人福利的重要措施之一（武田和典、池田昌弘編，2002：23）。1966年，日本即發表「養護老人院及特別養護老人院之設備及管理規則」，以確立安老機構組織的法定地位及其管理規則。首先，將養老機構（養老院）改稱為「養護老人院」，提供65歲以上因身體、精神之障礙，家庭環境、住宅環境與經濟理由等，無法居家安養之老人適當的收容養護服務（內海洋一，1992：181；百瀨孝，1997：177~207；小國英夫等編，1998：100~112；田代國次郎監修，1999：130~142）。除了「養護老人院」之外，另外就是「特別養

護老人院」的設置，主要提供 65 歲以上，身體上或精神上有明顯障礙而需要接受長期照護且無法在家中獲得妥善照護的老人（特別是以癱瘓老人與失智症老人為主）的收容照護服務（高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部，2003：8）。老人福利機構的發展愈趨多樣，依據日本「老人福利法」（1994 年修訂）的規定，老人福利機構分為十三種，包括「養護老人院」、「特別養護老人院」、「低費老人院」（A 型、B 型及護理之家）、「老人福利中心」（特別 A 型、A 型及 B 型）、「老人日間照護機構」（因應失智症老人之日間通院型及其他）、「老人短期收容機構」及「老人照護支援中心」等（高橋誠一，2002）。其中，屬於收容型機構者，包括「養護老人院」、「特別養護老人院」、「低費老人院」（A 型、B 型及護理之家）、「（私設）收費老人院」（註 4）等。老人照護機構型態雖有多樣化的發展，但是卻未著重在品質提昇上。其中「特別養護老人院」的部分，其設置的目的原本就是以治療為主，在原先的濟貧政策的主導之下，並未具備生活支援的考量。1972 年，「中央社會福利審議會老人福利專門分科會」提出「老人院的理想型態」，建議將老人院由「收容場所」提昇為老人的「生活場所」，強調安排單人房室以保障個人的隱私。不過，由於老人福利機構的職員配置基準之限制等，上述理想並未付諸實現（武田和典、池田昌弘編，2002：23）。

2. 「黃金計畫」與「公共介護保險」實施的影響

日本人口結構的高齡化到了 1980 年

代急速成長，促成老人福利機構的需求日益增加。從人口老化率變化的內涵來看，後期高齡者人口明顯增加，另一方面，從家庭照顧能力的衰微等來看，也說明了老人照護社會化的需求日益提高。1984 年，「人口問題協議會」指出日本人口的高齡化速度遠快於西歐各國之警告，建議應將高齡對策列於國家政策的重要課題。1985 年，內閣設置「長壽社會對策關係閣僚會議」，次年，內閣決議「長壽對策大綱」。同年十月，厚生省及勞動省接受民社黨等之建言，向國會提出「實現長壽/福利社會政策的基本方向與目標」（福利展望），讓社會認識到邁向高齡化社會之際，有必要擴充在宅福利服務，此後「福利展望」成為老人福利政策的方向與施策目標。1988 年三月，「中央社會福利議會合同企畫分科會」提出「今後的社會福利的發展方向」，強調鄉鎮自治組織角色之重視、擴充居家福利服務等社會福利具體方案。1989 年十二月公布「高齡者保健福利推動十年戰略」（又稱「黃金計畫」）（厚生白書，1994：93；莊秀美，1999；高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部，2003：9～10）。

「黃金計畫」大規模擴充在宅福利服務、老人保健機構及日間照顧中心（day care center）、養護院所（care house）等老人福利服務機構的數量，特別是「特別養護老人院」等主要收容型機構的數量。至 2000 年為止，收容型老人機構的總數為 7,206 家，與前年相比增加了 473 家（7.0%）。其中，「特別養護老人院」是日本公共照護保險的指定事業機構，至 2000

年底為止已達 4,463 家，增加 249 家（5.9%），「低費老人院」（護理之家）增加 175 家（17.8%），收費老人院增加 52 家（17.4%）。就數量而言，「特別養護老人院」增加最多，就比率而言，「低費老人院」（護理之家）與（私設）收費老人院有大幅增加（高橋誠一，2002；高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部，2003：9～10）。除了各類型的老人福利機構數呈現增加的情況之外，老人保健醫療機構（包括加強照護醫院、療養型病床等及老人保健機構等）亦是如此（高橋誠一，2002）。然而，「黃金計畫」雖然大幅擴充老人福利服務機構的數量，但是並未著力於機構內部的品質改善。例如，並未修訂照護職員的配置標準，入住者（老人）的生活品質的提昇反而成為其次要目標，因此嚴格來說，實質上「黃金計畫」並未直接改善老人收容機構的品質（武田和典、池田昌弘編，2002：23）。

2000 年四月，日本開始實施「公共介護保險制度」（註 5），「特別養護老人院」在制度面有了大幅度的變動。首先，過去主要是以稅金作為財政基礎的老人福利，「公共介護保險制度」實施之後，轉變為以稅金與保險費作為其財政基礎，整合老人照護的醫療、保健與福利的制度。其次，過去只有地方政府、社會福利法人及醫療法人等可以實施照護事業，「公共介護保險制度」實施之後，上述的規制逐漸放寬，只要取得在宅服務的法人資格，原則上民間亦可加入照護事業的經營。如此看來，「公共介護保險制度」的實施可說充分運用民間活力，強化照護服務的供給體制。

再者，「公共介護保險制度」也對「特別養護老人院」的營運帶來重大的影響。依「公共介護保險法」的規定，「特別養護老人院」的名稱為「指定照護老人福利機構」，入住程序也由「行政決策制」轉變為「契約制」。所謂的「行政決策制」就是「特別養護老人院」的入住資格由行政機構掌握審核大權，需照護老人並未擁有入住的權利。換句話說，並非依照老人的意志選擇入住機構，而是在行政權的判斷之下決定老人是否能夠入住機構。而「契約制」則是由老人（或家屬）與機構直接簽訂契約。如此一來，需照護者可以自由選擇機構，機構也必須與需照護者明確交涉，簽訂明文契約並落實服務內容等。另外，依據「公共介護保險制度」的規定，照護費用亦依需照護程度而有所不同。也就是說，老人的需照護程度較高的話，機構的收入隨之增加，相對地，老人的需照護程度較低的話，機構的收入也會因而減少。因此，就收益的觀點來看，「特別養護老人院」必須加入新的「經營」觀點，也就是說，以利用者的需求為主要考量的機構經營方向將是老人福利機構的趨勢。如此，「公共介護保險制度」改變了「特別養護老人院」的入住程序及過去的服務收益結構，賦予「特別養護老人院」的新的經營概念，此亦促成「新型特別養護老人院」的制度化（岡本祐三，2000；高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部，2003：11）

3. 「新型特別養護老人院」的制度化

「新型特別養護老人院」制度化的過程可從下列三方面來看：「單人房的發展趨勢」、「特別養護老人院與居家照護的費用

之差距」及「團體家屋的推動與小規模照護的實現」(高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部, 2003: 12)。

「公共介護保險制度」實施之前, 尊重老人人權的呼籲即不斷。1999 年當時, 「特別養護老人院」的房間入住人數以四名為限, 針對單人房的國庫補助, 限於「失智症老人及重病者之特別照護」的對象。有些「特別養護老人院」標榜全部單人房的設計, 單人房設計自然增加了不少建設費用, 但是即使如此也不一定能獲得國庫補助, 因此, 對於業者來說, 仍然有相當大的建設經費壓力。「公共介護保險制度」實施之後, 轉變成由消費者主導機構的選擇, 新一代的老人對於居住品質的要求提高, 過去的機構的居住環境自然無法聚集人氣, 很自然地單人房成為趨勢(高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部, 2003: 12)。

至於「特別養護老人院」與居家照護的費用差距的問題更是不容忽視。一般而言, 需照護老人使用照護保險的服務給付, 如果是住在「特別養護老人院」的話, 只要負擔一成的法定照護費用即可(所有的費用已包含房租及水電費在內), 但是如果是在自宅中接受照護的話, 除了負擔一成的法定照護費用之外, 房租等日常生活費就必須自行處理。也就是說, 對老人(及其家屬)來說, 住進「特別養護老人院」接受照護比住在自宅中接受照護省錢。機構照護與居家照護的費用差距就成為推廣居家照護的阻礙。2002 年開始創設新型的特別養護老人院, 亦即「居住福利型」的「新型特別養護老人院」, 乃強調居住費的

徵收, 以求福利服務使用的平等(高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部, 2003: 12)。

4. 「單位照護」的推動與發展

「新型特別養護老人院」制度化的另一過程就是「團體家屋的推動與小規模照護的實現」。配合「公共介護保險制度」的實施, 「痴呆對應型老人共同生活援助事業」(團體家屋)成為老人福利服務的主要制度之一, 提供小規模團體的照護服務, 其實例與效果逐漸受到各界的關注(高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部, 2003: 12)。近年來, 配合「公共介護保險制度」及上述「特別養護老人院」等老人機構整修費的補助制度之實施, 老人福利機構提倡「單位照護」不遺餘力, 並發展迅速(武田和典、池田昌弘編, 2002: 24)。

事實上, 「特別養護老人院」引進「單位照護」的契機, 可追溯至 1995 年左右時, 「特別養護老人院」的院長及照護工作人員接觸「宅老所」(註 6)及「團體家屋」的小規模照護之後提出的構想與嘗試。在這之前, 讓老人過著適合其人的生活的照護方式, 在機構設施與營運資金都是由公共支出提供的「特別養護老人院」所一直無法實現的, 但是在一個沒有公共支援只是借用老舊民家經營的「宅老所」卻能實現。於是, 受到「宅老所」的照護魅力所吸引的這些「特別養護老人院」的院長及照護工作人員們利用機構內的部分房間, 另外裝修獨立的起居室與餐廳等, 營造一個類似家庭生活的環境空間, 提供專任的照護工作人員與機構內心情浮躁、日常生

活充滿不安情緒的失智症老人一起生活，陪他們做家事、共餐、逛街等，營造「共同的生活、普通的家庭生活」(武田和典、池田昌弘編，2002：24；高齡者介護研究会編，2003：65～66)。另外，有時也讓機構內的老人白天住到機構租賃的民家中，實施另類的「日間照顧」，藉此連結社區居民的關係。經過上述的嘗試之後不久，照護工作人員提案區隔為數個小團隊，分別負責數位老人的照護。於是 50 位入住機構的老人被分為 4 個小團體(單位)，每個單位配置相當的照護人員，老人與同一團隊的工作人員共同生活，這種小規模團體照護成為「單位照護」的原始基本模式(高齡者介護研究会編，2003：65～66)。

1999 年二月，仙台舉辦的宅老所/團體家屋的「全國研討會」特別設置「公共福利機構小規模化的嘗試」之分科會，在其中的「特別養護老人院」之「小規模照護(unit)的採用」的討論中，首次介紹「單位照護」的實施狀況。此次討論獲得全場熱烈的迴響。1999 年十月在福島縣郡山市舉辦「第一次特養・老健(註 7)單位照護全國研討會」，來自全國 750 位長期照護實務者聚集一堂，熱烈討論「單位照護」之相關話題，爾後長期照護改革之風潮隨之刮起。「單位照護」除了提示機構照護現場的發展方向之外，在制度及政策上，亦促成上述配套全室單人房之單位照護之「新型特別養護老人院」的制度化。2000 年開始，針對「特別養護老人院」的國庫補助中新設了「團體照護單位型」的補助項目，正式認可大型機構內的小團體化照護方式(高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュ

ニティ」編集部，2003：12)。由於各界關心不斷，是年國庫開始補助針對實施單位照護之擴大面積的需要。到了 2002 年，強調單人房、「單位照護」的「新型特別養護老人院」正式登場。自此之後，歷經四十年的日本的老人福利服務機構終於正式進入「生活模型」時代(武田和典、池田昌弘編，2002：23)。

另一方面，1987 年，「老人保健法」修訂之後，與被認為是終老棲所的「特別養護老人院」之性質不同，「老人保健機構」本以居家復健為主，一直就秉持讓老人在更接近居家的環境中接受照顧之原則，爾後，老人保健機構也開始推動「單位照護」。2001 年度開始補助新設老人保健機構實施「單位照護」的設施費，2002 年度開始補助機構整修費。至 2003 年度已有 166 機構申請單位照護的機構設施補助費，預計 2004 年度將再增加 30 個機構(武田和典、池田昌弘編，2002：23；高齡者介護研究会編，2003：70)。

由上述的說明可知，堪稱為日本老人福利品質及意識革新的「單位照護」乃是受到北歐的社會福利及「宅老所」的影響加以創造而來的。「宅老所」及「團體家屋」的實施帶來的影響包括：家庭的氣氛與生活(小規模)、與社區社會的日常性關係的維持(社區福利)及在宅老化的服務提供(多功能服務)等。另外，職員的配置標準亦有大幅改善，提昇為老人三人對工作人員一人的比例。同時，也引進在照護實務現場受到熱烈討論的「單位照護」(武田和典、池田昌弘編，2002：26)。

四、「單位照護」的特性

1.「單位照護」的硬體設施

配套全室單人房之單位照護之「新型特別養護老人院」於 2002 年度開始進入制度化階段，此乃實踐「公共介護保險」的主要目標，亦即提供優良品質的照護服務，根本改善過去四人房安排的「特別養護老人院」之居住環境，目的在於從過去的「團體處遇型照護」，轉換到實現尊重個人自立的照護，建構「居住福利型的照護機構」（辻哲夫ほか著，2001；武田和典、池田昌弘編，2002：26）。

「新型特別養護老人院」的名稱於 2002 年定為「居住福利型」，隨即於次年（2003 年）變更為「小規模生活單位型」。之後，「特別養護老人院」的型態分為「傳統型」及「小規模生活單位型」（以下略稱「單位照護型」——已成為「新型特別養護老人院」的代名詞）。「傳統型特別養護老人院」及「新型特別養護老人院」的差異在於居住費的徵收與否及照護理念的差異。特別是照護理念從「傳統型」的「集體收容」之觀點轉變為「新型特別養護老人院」對個人尊重的重視。

對於「新型特別養護老人院」的設立，厚生勞動省的說明如下（高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部，2003：

13）：

為了根本改善過去四人房安排的「特別養護老人院」之居住環境，實現重視老人尊嚴的照護，積極推動設立配套單人房、單位照護之「居住福利型的照護機構」，主要目標有二：

(1)公共介護保險制度乃提供高品質的服務，以支援個人的自立的日常生活，作為「生活場域」的「特別養護老人院」，必須改善過去的集體處遇型照護，提昇為尊重個人自立的照護方式。

(2)因此，今後推動設立的「特別養護老人院」以配套單人房、單位照護為原則。

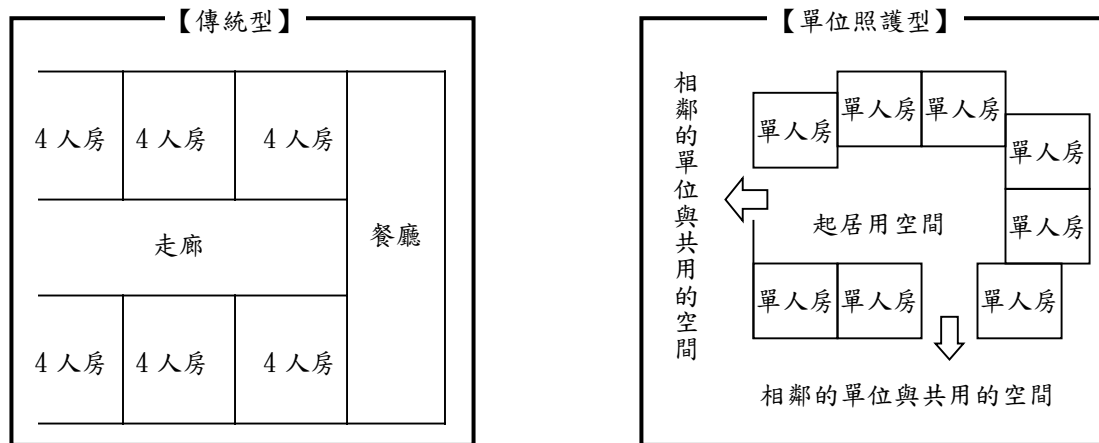
為達以上的目標，「新型特別養護老人院」的基本條件如下：全室為單人房，可以帶進個人的傢俱及用品等，地板面積原則上 8 疊以上（約 13.2m²，包含收納櫃、洗臉設備，但廁所除外）。再者，劃分數間單人房為一小團體（group），分別作為一生活單位，以 10 人前後的人數使其在家庭的氣氛中接受照護，所謂「單位照護」為原則。

「新型特別養護老人院」除了重視個人空間之外，亦配置有公共空間（如表一所示），以確保多樣化的生活空間，強調重視居住環境的空間結構（武田和典、池田昌弘編，2002：26～27）。

表一 多樣化生活空間設計

個人空間	個人空間	放置個人物品，個人管理的空間	單位生活空間
	準個人空間	接近單人房的位置，少數的老人用餐、聊天的空間	
公共空間	準公共空間	以多數的老人為對象，實施復健等的空間	
	公共空間	開放給社區居民，讓老人與社區交流的空間	

資料來源：武田和典、池田昌弘編，2002：26～27。



圖一 「傳統型特別養護老人院」及「單位照護型特別養護老人院」的空間配置

資料來源：高齡者介護研究会編，2003：68。

實際的空間配置則如圖一之範例所示（高齡者介護研究会編，2003：68）。「傳統型特別養護老人院」與「單位照護型特別養護老人院」（「新型特別養護老人院」）在空間的配置有很大的差異。前者為四人房，走廊及餐廳等為所有人共用。後者則是全室單人房設計，單人房之外部為單位（小團體）專用的起居用空間（準個人空間），接續連接的部分則是與相鄰的單位（準公共空間）。

配合公共介護保險的實施，「新型特別養護老人院」的職員配置也提昇為老人三人對工作人員一人。另外，「新型特別養護老人院」的機構建設補助費只限於機構內的公共空間部分，單人房與少數人用的家庭空間（準個人空間）的建修費用與水電費等，自2003年度開始以租賃費的方式由老人負擔（武田和典、池田昌弘編，2002：26～27）。

2. 「單位照護」的照護

上述為「新型特別養護老人院」設立的硬體設計範例，配合「共同的生活、普

通的家庭生活」的營造，如此，1963年以來「特別養護老人院」遵行的「治療模型」之照護方式已根本轉換為「生活模型」（單人房與少數人的家庭空間之個別照護）的照護方式。

針對「單人房」及「單位照護」之意義，厚生勞動省釋義如下（武田和典、池田昌弘編，2002：24～27；高齡者福祉專門誌「ミズ・コミュニティ」編集部，2003：14）：

(1)老人擁有確保其個人隱私的生活空間。

(2)設置接近單人房位置的交流空間，讓老人與其他老人建立良好的人際關係，促進相互間的交流。

(3)除了保有自己的空間之外，也設置少數老人的交流的空間，減低個人的壓力（減少失智症老人的遊走）。

(4)家人可以在不打擾其他老人的情況下探望老人，有助於促進家人關係的維持與建立。

(5)防止各種傳染性的感染症。

提供「單位照護」時，照護工作人員必須留意老人入住機構前的居家生活與入住機構後的生活的連續性，因此，照護工作人員必須充分掌握每位老人的個性、身心狀況、生活歷程、生活樣式及生活習慣等，適切支援老人的日常生活活動（高齡者介護研究会編，2003：68）。

再者，實施「單位照護」之際，由於工作人員乃是以少數人為一單位，工作人員必須隨時相互討論、交換意見，否則容易陷入工作孤立的狀況。為了防止工作上的意見紛歧與孤立，除了管理人員必須充分理解「單位照護」的理念之外，亦應經常與工作人溝通，提供工作人員進修的機會（高齡者介護研究会編，2003：71）

五、「單位照護」的實施狀況

日本財團法人醫療經濟研究機構針對2000年至2001年間實施「單位照護」的機構進行研究，指出單人房及機構內的單位化照護確實影響老人之間的互動行為。茲概要說明其研究結果如下（高齡者介護研究会編，2003：65～71）：

1.研究首先針對6人同房的「特別養護老人院」的所有老人，調查其行為的互動狀況，發現白天期間，老人彼此之間完全沒有對話的房間佔全體的三分之一；而位於窗戶旁、中央及走道床位的老人分別有80%、90%及70%的老人白天都選擇背對著他們的室友的姿勢。由此可見，6床（多床）的安排不僅無法促進老人彼此間的交流，反而使他們互相避免交往。

2.接著針對改建多人房為單人房的機構進行調查，比較其改建前與改建後的老人之間的互動狀況。結果發現機構改建為單人房後，老人的食量增加，排泄功能也

有進步，ADL測分有明顯的提高，顯示老人的生活功能能力大為改善。而且老人會帶進家具、日常生活用品等自身物品到房間內，並以繪畫、照片等裝飾個人所屬的房間，因此可感受到個人領域的擁有明顯改善老人的精神狀況。並且，老人們躺在床上的時間明顯減少，停留在起居室的時間增加，單人房不但不會讓入居者封閉在個人的房間內，反而讓老人願意走出房間到起居室與他人互動交流。另外，照護工作人員方面，停留在房間照顧老人的時間減少，留在起居室與老人交談的時間增加。顯示工作人員的工作重點由身體照護轉移至情緒交流的照護，照護品質有明顯的變化。

值得注意的是，即使是單人房的設計，如果公共空間太少的話，交流互動的機制依然很難展開。因此，實施單位照護的前提當然必須注意房間及起居公共空間的配置等硬體設施的安排。也就是說，必須是：

1.尊重個人個性與生活節奏的照護，以及為達上述目標的單人房室設計。

2.支援老人建構相互社會關係的照護，以及為達上述目標的起居場域設計。

除了必須顧慮到硬體設備的改善之外，實施單位照護也必須加強照護方式的改良。只是在形式上將入住機構的老人分為數個小團體並無法實現「單位照護」之「個別照護」的目標。另外，制度部分，亦應由政府確立「單位照護」的硬、軟體設備及人才訓練課程的基準等（高齡者介護研究会編，2003：65～71）。

六、討論與建議

老人長期照護機構設置的前提在於提

供完善的照顧服務，因此不管機構的種類及規模如何，理想的目標應該提供每一位入居者都能享有如家中生活的居住空間。大型機構細分小單位的空間，設置個人專用單人房，共同的起居小廳，另外廚房、交誼廳、活動室、庭園等則可設為共同使用，配合家庭式的照護方式，如此老人同時擁有個人生活空間及生活同伴，即使是機構式的照護，依然可以達到居家照護的目標。

機構分散化、小型化的優點有管理容易、容易與社區資源結合、對老人安養的實際需要，可解決服務可近性的問題，可直接而立即幫助老人，親友亦方便經常前往探訪，方便與原來的社區保持互動，能與過去的生活聯結在一起。由此可見，確保小而精緻之老人照護機構是相當理想的。過去，由於都市地區土地取得相當困難，大型機構的設立自然多設於郊區，易與一般社區隔離、脫節，無法聯結社區資源，親友探望不易，容易讓老人產生孤立感。但是如果大型機構能規劃機構硬體設施及軟體照護型態，採取「單位照護」的方式，上述的限制亦能獲得相當程度的解決。

過去，老人養護機構的服務並不是以個人而是以團體為對象，配合工作人員的勤務作息時間，或因夜間人手不足等，及追求高效率的管理，經常訂定統一的作息

時間，在同一時間吃飯、同一時間入浴、同一時間睡覺等，如此運作之下，老人的個人需求經常受到壓抑。但是集體性的活動方式並不是每個老人的期望，理想的老人照護機構應該不是收容性場所，而是生活性場所，因此，機構的硬體、軟體整備都可參考日本「單位照護」的目標加以改善。應該加強的有，增加尊重個人隱私之房間設計（如單人房），讓利用者有多元的選擇，改善工作人員數量配置、勞動條件、薪資給付、及研修學習制度，及經營方式的彈性化等。而就服務供給層面而言，只要老人長期照護機構調整並修正營運模式，就可能同時提供居家式、社區式與機構式的三種照顧服務。由此可見，機構式與居家式照顧模式之間，有其互通性存在，而非排他性。

今日，老人照護機構的角色定位不再是老人撤退的庇護所，也不是彌補家庭照顧功能不足的福利設施，而是協助老人追求自主、肯定自我和圓滿晚年生活的新樂園。因此，老人長期照護機構的經營，積極上應嘗試建立老人的「替代性的家庭或社區」，如此，作為老人居處安排的老人長期照護機構，依然可以達到福利社區化倡導的理念與目標。

（本文作者為東吳大學社會工作學系所專任副教授）

註釋：

註 1：「團體家屋」全文為「痴呆對應型老人共同生活援助事業」，為針對痴呆症老人的小規模收容機構，是目前日本失智症老人照護的主要機構型態，機構規模以容納 5~9 人為事業單位。強調失智症老人的生活正常化，為減輕老人失智症狀，採小規模共同生活場域及空間的照護方式，營造「如家」的軟・硬體設計，讓老人猶

如住在家中一般，藉由失智症家屬成員之參與，可控制並減輕失智症老人的症狀以達到治療、支援效果。「團體家屋」於 1985 年創始於瑞典，目前，對於失智症老人等重度需照護者之照護方式，團體家屋已成為世界性趨勢。日本於 1994 年成為政策性課題，1997 年制度化。詳細請參考拙著「對應失智症老人之照護服務：以日本型團體家屋為例」。社區發展季刊，90，頁 292～302，2000。社區發展雜誌社。

註 2：「特別養護老人院」相對於國內之老人長期照護機構及老人養護機構，下述之「養護老人院」相對於國內的老人安養機構，以下為便於說明，仍以日文原名稱之。

註 3：除了照護費用之外，另外必須支付居住費用。

註 4：詳細請參考拙著(1)「日本老人福利政策新趨勢：高齡社會的挑戰」。東吳社會工作學報，5，頁 41～70，1999。東吳大學社會工作學系。(2)「日本的老人機構照護：現況與未來」。關懷全國老人終身教育與獨居照護研討會報告書，頁 38～50，1999。內政部指導，東海大學社會工作系、中華民國退役將官社會服務總會主辦。

註 5：詳細請參考拙著(1)「高齡社會的老人長期照護對策：以日本的公共介護保險法為例」。東吳社會工作學報，6，頁 73～99，2000。臺北，臺灣：東吳大學社會工作學系。」。(2)「日本的長期照護保險制度」。社區發展季刊，92，頁 233～241，2000。臺北，臺灣：社區發展雜誌社。

註 6：「宅老所」亦屬「團體家屋」的型態之一，大部分是由民間設置的小規模共同住宅，收容老人及身心障礙者等，為典型的居民互助型之失智症老人養護機構。詳細請參考拙著「對應失智症老人之照護服務：以日本型團體家屋為例」。社區發展季刊，90，頁 292～302，2000。社區發展雜誌社。

註 7：指「特別養護老人院」及「老人保健機構」。

📖 參考文獻：

・ 中文部分

莊秀美（1999）日本老人福利政策新趨勢：高齡社會的挑戰。東吳社會工作學報，5，頁 41～70。臺北，臺灣：東吳大學社會工作學系。

莊秀美（1999）日本的老人機構照護：現況與未來。關懷全國老人終身教育與獨居照護研討會報告，頁 38～50。內政部指導，東海大學社會工作系、中華民國退役將官社會服務總會主辦。

莊秀美、鄭怡世（1999）獨居老人的社區化處遇探討。東海社會科學學報，第十八期，頁 57～72。臺中，臺灣：東海大學。

莊秀美（2000）高齡社會的老人長期照護對策：以日本的公共介護保險法為例。東吳社會工作學報，6，頁 73～99。臺北，臺灣：東吳大學社會工作學系。

莊秀美（2000）小型老人福利機構營運相關課題之探討——兼論社區照顧的實踐。小型

老人福利機構業務研習會報告。內政部主辦：台閩地區小型老人福利機構業務研習專題口頭報告。

莊秀美（2000）對應失智症老人之照護服務：以日本型團體家屋為例。社區發展季刊，90，頁 292～302。臺北，臺灣：社區發展雜誌社。

莊秀美（2000）日本的長期照護保險制度。社區發展季刊，92，頁 233～241。臺北，臺灣：社區發展雜誌社。

施教裕（1999）老人機構照護相關課題之探討。關懷全國老人終身教育與獨居照護研討會報告，頁 51～68。內政部指導，東海大學社會工作系、中華民國退役將官社會服務總會主辦。

關華山（1999）失智症機構照護的硬體規劃及環境設計原則。載於迎接千禧年跨世紀失智症照護國際研習會手冊（16～17）。則團法人天主教失智症老人社會福利基金會等主辦。

・日文部分

池田昌弘（2002）ユニットケアをめぐる諸施策の最新動向と方向性。大島直次編，新訂・ユニットケア施設の空間設計と運営管理——新しい時代の特別養護老人ホームと老人保健施設の新築・改修・運営の手引き，P.14～38。日本：綜合ユニコム株式会社。

内海洋一（1992）高齢者社会政策——老後のしあわせを保障するために。日本：ミネルヴァ書房。

岡本祐三（2000）介護保険の教室——「自立」と「支え合い」の新秩序。日本：PHP 研究所。

小国英夫、成清美治編（1998）老人福祉概論。日本：学文社。日本：有斐閣。

小笠原祐次等（1997）高齢者福祉。古川孝順・庄司洋子ほか総編集，《これからの社会福祉 1～10 卷》第 10 卷，日本：有斐閣。

小川雄三ほか編（2000）特集 ユニットケアのケアを考える。痴呆症老人研究，第 4 号。日本：特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター。

加藤美枝著（2000）老人福祉施設と地域。日本：一橋出版株式会社。

厚生省，厚生白書。日本：（財）厚生問題研究所。（各年度）

小松幸男（1999）社会福祉施設運営論——老人・身体障害者福祉施設を中心に。日本：中央法規出版。

下村恵美子（1999）今こそ重度の痴呆のケアを——宅老所から。三好春樹（編著）介護保険がやってきた——ケア現場の見方と使い方（153～190）。日本：雲母書房。

篠崎人理、武田和典（2002）ユニットケアの運営システム。大島直次編，新訂・ユニットケア施設の空間設計と運営管理——新しい時代の特別養護老人ホームと老人保健施設の新築・改修・運営の手引き，P.59～90。日本：綜合ユニコム株式会社。

社団法人 シルバーサービス振興会編修、社団法人 日本医療福祉建築協会協力

- (1996)最新老人保健福祉施設建設マニュアル——計画・設計から運営・管理まで。(1～5編)日本：中央法規社。〔(1)特別養護老人ホーム，(2)老人保健施設，(3)老人サービスセンター、在宅介護支援センター、高齢者生活福祉センター，(4)ケアハウス，(5)事例集。〕
- 莊秀美(1996a)台湾における高齢者福祉政策の発展と課題。海外社会保障情報，No.115，33～46。日本：社会保障研究所。(英文題目：Issue of Aging Welfare Policy in Taiwan, in Overseas Social Security News, No.115, pp.33-46, The Social Development Research Institute, Japan)
- 莊秀美(1996b)台湾における高齢者福祉サービスの課題——老人福祉施設を中心に。久留米大学年報，第2号，130～144。日本：久留米大学大学院比較文化研究科。(英文題目：Aging Welfare Services in Taiwan: Focusing on Aging Welfare Institutions, in Journal of Kurume University, No.2, pp.130-144, Kurume University, Japan)
- 外山義(2002)ユニットケアにおける空間設計。大島直次編，新訂・ユニットケア施設の空間設計と運営管理——新しい時代の特別養護老人ホームと老人保健施設の新築・改修・運営の手引き，P.39～58。日本：綜合ユニコム株式会社。
- 高齢者介護研究会編(2003)2015年の高齢者介護——高齢者の尊厳を支えるケアの確立にむけて。日本：特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター。
- 高齢者福祉専門誌「ミズ・コミュニティ」編集部(2003)新型特別養護老人ホームの開設と運営の手引き。日本：株式会社ヒューマン・ヘルスケア・システム。(共同編集：ヒューマン・ヘルスケア・システム)
- 高橋誠一(2002)介護施設の本流となるユニットケアとは何か。大島直次編，新訂・ユニットケア施設の空間設計と運営管理——新しい時代の特別養護老人ホームと老人保健施設の新築・改修・運営の手引き，P.1～13。日本：綜合ユニコム株式会社。
- 田代国次郎監修、井村圭壯編集(1999)現代高齢者福祉入門。日本：中央法規。
- 武田和典、池田昌弘編(2002)ユニットケア最前線。日本：医歯薬出版株式会社。(特養・老健・医療施設ユニットケア研究会)
- 辻哲夫ほか著(2001)ユニットケアのすすめ。日本：簡井書房。
- 西村美智代(2000)グループホームは老いをつつむの縁側——ぼけても普通に生きられる。日本：近代出版。
- ミネルヴァ書房編集部編(1996)社会福祉小六法。日本：ミネルヴァ書房。
- 百瀬孝(1997)日本老人福祉史。日本：中央法規出版。
- 平野隆之編(2000)宅老所・グループホームの現状とその支援——全国調査からさぐる小規模ケアのあり方。日本：簡井書房。
- 山井和則(2000)グループホームの基礎知識。日本：リヨン社。