

療癒性環境應用於高齡社會之評估研究

內政部建築研究所委託研究報告

中華民國106年12月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

療癒性環境應用於高齡社會之評估研究

成果報告書

內政部建築研究所委託研究報告（106年度）

PG10602-0028

療癒性環境應用於高齡社會之評估研究

受委託單位：東海大學

研究主持人：關華山

研究員：張玫萍

研究助理：蕭雅菁、賴靜儀、劉雅婷

研究期程：中華民國106年01月至106年12月

研究經費：新臺幣89萬5,000元整

內政部建築研究所委託研究報告

中華民國106年12月

(本報告內容及建議，純屬研究小組意見，不代表本機關意見)

目次

目次.....	I
表次.....	V
圖次.....	VII
摘要.....	XI
ABSTRACT	XII
第一章 緒論.....	1
第一節 前言.....	1
一、研究背景.....	1
二、研究目的.....	1
第二節 研究方法、範圍與架構.....	3
一、研究方法.....	3
二、研究範圍.....	5
三、研究架構.....	8
第二章 我國高齡者健康照護政策.....	11
第一節 我國高齡者健康照護政策發展.....	11
第二節 我國長期照護 2.0 十年計畫.....	16
一、長照需求.....	16
二、三等級設施的設計.....	18
三、推動策略.....	19
四、設置數量.....	19
五、軟體.....	20
六、服務人口.....	21
第三節 ABC 服務網絡與問題.....	22
一、ABC 服務網絡示範個案.....	22
二、長照 2.0 三級網絡的問題.....	23
三、照顧者狀況與問題.....	25
四、移工看護問題.....	26
五、出院準備服務的問題.....	27
六、長照機構的問題.....	27
第三章 「療癒性環境」理論建構（一）.....	29
第一節 「療癒性環境」理念之源起與發展.....	29
第二節 「療癒性環境」的跨科際論述.....	32
一、未來照顧《Futurecare》.....	32
二、跨科際論述.....	33
三、「輔助性療法」(complementary therapies).....	35
四、失智者之「非藥物治療」.....	38
第三節 建築學觀點：論高齡者療癒性環境 (Therapeutic Environments).....	41

一、美國建築界的論述發展.....	41
二、「痊癒性環境」(Healing Environment) 的論述.....	43
三、「痊/療癒/育性環境」的特質.....	46
第四章 「療癒性環境」理論建構(二).....	49
第一節 建構在地老化之療癒/育性社區.....	49
一、「在地老化」的二個尺度居住環境.....	50
二、社區與「社區照護」.....	57
三、初步建構「療癒性社區」.....	59
四、結論.....	65
第二節 療癒性環境效益之理論架構.....	68
一、老人的需求與護理.....	68
二、老人與環境互動的概念架構.....	75
三、老人需求與「療癒性環境」.....	77
四、療癒性環境效益研究.....	78
第五章 「療癒性環境」設計準則與評估表尺.....	85
第一節 國內老人照護設施規劃設計準則.....	85
一、「護理之家健康規劃設計指引」(楊漢 濂、黃耀榮 1995).....	85
二、「老人安養機構建築手冊」(黃耀榮編, 1996).....	86
三、「高齡失智者空間感知與設計準則」(蔡淑瑩, 2015).....	86
四、「高齡失智者友善社區環境設計準則」(蔡淑瑩, 2016).....	87
五、「友善建築技術手冊—歷年友善建築經典回顧」(許銘文等編撰, 2016).....	88
六、「老人日間照顧中心發展現況與趨勢」(陳柏宗, 2017).....	88
七、小結.....	89
第二節 國外老人居住、照顧環境通則性準則.....	91
一、「健康設計中心」(The Center for Health Design) 的探索.....	91
二、美國建築師公會 AIA 提出的設計準則.....	93
三、Moos 提出的多面環境評估法 (MEAP).....	95
四、Sheffield 照顧環境矩陣 The Sheffield Care Environment Matrix (SCEAM) (Parker et al 2004).....	95
五、Evaluation of Older People's Living Environments (EVOLVE).....	97
第三節 國外失智者居住與照顧環境的規劃、設計準則與評估表.....	99
一、失智設計檢查表：Dementia Design Checklist (Revised).....	99
二、紐西蘭「保全失智照顧之家」設計準則.....	100
三、療癒性環境檢測表—護理之家 (TESS-NH) (全表翻譯見附錄二).....	102
四、護理單元等級評表 (NURS).....	104
五、專業性環境評估表尺 (PEAP).....	104
六、住宿照護設施評估工具：RCEA.....	105
七、環境監管工具：高等照護 (EAT：HC).....	105

八、「失智友善社區」檢查表及環境評估工具	106
第四節 醫院醫療友善環境	111
案一： MUF Architecture /Art with Rosetta Life	111
案二： Jane Darbyshire & David Kendall Architects	111
案三： Mc Dowell & Benedetti.....	112
案四： Fat Ltd. with Demos.....	113
小結 114	
第五節 安寧照護部門設計準則.....	116
第六節 綜合討論	119
第六章 高齡者療癒/育性社區之案例研究.....	125
第一節 療癒/育性社區	125
一、志工場所.....	125
二、工作場所.....	126
三、宗教場所.....	126
第二節 社區之個案研究.....	128
一、台中市社區案例研究.....	128
二、日本スマートコミュニティ稲毛（Smart Community 退休老人住宅）.....	136
三、荷蘭霍格威村（DE HOGEWEYK）失智者的環境療癒（Environmental Therapy）	
139	
第七章 療癒/育住宅及設施之案例研究	149
第一節 療癒/育住宅個案研究.....	149
一、日本積水建設二世帶住宅.....	149
第二節 療癒性設施個案研究	162
一、いつぶく荘（Ippuku 荘）.....	162
二、臺北市文山老人養護中心（附設日間照顧）.....	168
三、Motherth 新宿小規模多機能設施案例	171
四、清水失智老人團體家屋、日照中心.....	177
五、花蓮縣美崙失智症老人團體家屋.....	184
第三節 療癒性醫院個案研究	191
一、台東聖母醫院.....	191
二、彰濱秀傳紀念醫院.....	202
第四節 療癒/育住宅與設施個案比較	209
第八章 園藝療法與綠色照顧之案例研究.....	211
第一節 綠色照顧與園藝療法	211
第二節 失智者庭園設計準則	218
第三節 療癒/育庭園之個案研究.....	222
一、新加坡療癒花園（Therapeutic garden @ HortPark）.....	222
二、日本關西勞災病院花園（関西ろうさい病院）.....	226

三、台北護理健康大學「癒花園」	230
第四節 討論與結論	236
第九章 專家學者座談會彙整	237
第一節 第一次專家學者座談會重點整理	237
第二節 第二次專家學者座談會重點整理	240
第三節 第三次專家學者座談會重點整理	241
第四節 專家學者座談會議題重點	243
一、對療癒/育性環境的解讀	243
二、有關政府政策.....	244
三、研究方向	245
四、其他.....	246
第十章 結論與建議	248
第一節 結論	248
一、療癒性環境的理論架構.....	248
二、「療癒環境」之操作性定義	253
三、療癒性環境應用於高齡社會之推動策略	255
四、高齡者居住、照顧環境的研究架構	257
第二節 後續研究思考範疇	260
一、近期.....	260
二、中期.....	260
三、長期.....	263
第三節 建議	264
附錄一 「保全失智照顧之家」設計準則	265
附錄二 TESS-NH/RC	269
附錄三 失智者居住照護環境檢測工具 (RCEA)	277
附錄四 澳洲「失智療癒庭園檢測工具」	279
附錄五 年齡友善都市檢查表	285
附錄六 審查意見回覆表	293
一、期初審查意見回覆.....	293
二、期中審查意見回覆.....	297
三、期末審查意見回覆.....	303
附錄七 座談會紀錄	307
一、第一次專家學者座談會.....	307
二、第二次專家學者座談會.....	327
三、第三次專家學者座談會.....	335
參考書目	349

表次

表 1-1：本團隊歷年來調查之國內外案例	3
表 1-2：專家學者座談會時地人員表	4
表 2-1：我國長期照顧體系發展歷程	11
表 2-2：老化指數排名	17
表 2-3：六都老年人口比較	18
表 2-4：長照 2.0 服務體系建構之 A-B-C 服務點規劃	19
表 2-5：ABC 服務網絡示範個案	22
表 4-1：老人社區生活之人際互動類別與場所	62
表 4-2：老人身心狀況與機構、社區、居家照顧服務對應情形	64
表 4-3：人的向度與人的基本需求對照表	69
表 4-4：馬斯洛人類需求層級（Maslow's hierarchy of needs）	70
表 4-5：護理診斷評估模式、領域與 Maslow 需求層級比對	70
表 4-6：Maslow 需求層級與李梅英社福界老人需求對照表	74
表 4-7：Maslow 動機需求層級與人及老人的身心構造層級相對應表	77
表 4-8：DSM-5 認知障礙症（major neurocognitive disorder）的診斷標準	79
表 4-9：療癒性環境對行為影響之實證分析	81
表 5-1：老化認知表	92
表 5-2：SCEAM 原始版本：依空間類別與面相所列之檢查項目數	96
表 5-3：瑞典語版本：依空間類別與面相所列之檢查項目數	97
表 5-4：EVOLVE 評估表十三大項評估範疇說明書	97
表 5-5：紐西蘭如家的療癒性環境之觀點	101
表 5-6：TESS-NH/RC 評估表大項與 Maslow 需求層級相對應	103
表 5-7：老人設施相關設計準則與評估表對照表	122
表 5-8：失智者照護設施之相關評估表對照表	123
表 6-1：客家石岡區各類障礙者與高齡者比例	129
表 6-2：每戶平均人口數與老年人口占全里比率	134
表 6-3：荷蘭霍格威失智村基本資料	140
表 7-1：積水建設二世帶住宅類型說明	151
表 7-2：Ippuku 莊基本資料	162
表 7-3：Motherth 新宿小規模多機能	171

表 8-1：景觀喜好矩陣.....	212
表 8-2：療育庭園之抽象設計原則.....	214
表 8-3：療育庭園之細部設計準則.....	215
表 8-4：依不同的失智症問題如何因應在設計上.....	218
表 8-5：NParks Therapeutic garden 療癒設計元素及其效益對照表.....	224
表 10-1：各主體的療癒/育性活動與環境之關係表.....	252
表 10-2：高齡者需求與「療癒性環境」之整體範疇對照表.....	253
表 10-3：研究單位與著重範疇配合表.....	255
表 10-4：高齡者研究向度.....	258

圖次

圖 1-1：本研究整體架構圖.....	8
圖 2-1：長照 2.0 服務體系建構之成立社區整合型服務中心.....	20
圖 3-1：療癒/育性環境源起與發展.....	30
圖 4-1：活耀老化各因素與年齡友善都市向度關係圖.....	51
圖 4-2：日本介護保險市町村辦理服務流程圖.....	58
圖 4-3：日本社區照顧體系圖.....	58
圖 4-4：日本小規模多機能型居家護理內容.....	59
圖 4-5：高齡者療癒/育性社區構念幅員.....	60
圖 4-6：一個文化社群之文化型體之概念架構。(高齡者所屬社會、文化).....	75
圖 4-7：高齡者/世代與環境互動之概念架構.....	75
圖 4-8：老人需求與「療癒性環境軟、硬體」關聯、互動概念架構圖.....	78
圖 4-9：診斷失智症的一般流程.....	80
圖 5-1：muf architecture / art with Rosetta Life 未來醫院概念圖.....	111
圖 5-2：Jane Darbyshire & David Kendall Architects 未來醫院概念圖.....	112
圖 5-3：Mc Dowell & Benedetti 未來醫院概念圖.....	113
圖 5-4：Fat Ltd.with Demos 未來醫院概念圖.....	113
圖 6-1：配置示意圖.....	137
圖 6-2：公寓於對面街廓，與活動中心距離雖只有 600 公尺，.....	137
圖 6-3：各空間設施.....	138
圖 6-4：大開間活動設施特質分析.....	138
圖 6-5：一樓風格分區.....	140
圖 6-6：二樓風格分區.....	141
圖 6-7：全區配置圖.....	142
圖 6-8：一樓平面.....	142
圖 6-9：二樓平面.....	143
圖 6-10：剖面.....	143
圖 6-11：景觀庭園動線圖.....	145
圖 6-12：霍格威村一樓戶外空間平面圖.....	145
圖 6-13：霍格威村全區.....	146
圖 6-14：霍格威村街道.....	146
圖 6-15：霍格威村超市廣場特質分析.....	147

圖 6-89：彰濱秀傳紀念醫院一樓到三樓之挑空，採光良好	206
圖 7-1：積水建設二世帶住宅類型圖	150
圖 7-2：清水建設新宿二世帶住宅鄰居型展示屋二樓特質分析	160
圖 7-3：一樓	164
圖 7-4：いつぶく莊	165
圖 7-5：いつぶく莊全景特質分析	165
圖 7-6：いつぶく莊餐廳特質分析	166
圖 7-7：いつぶく莊住居環境特質分析	167
圖 7-8：文山老人養護中心位居大樓之 3-6 樓	168
圖 7-9：3 樓日照中心平面圖	169
圖 7-10：出入口用刷卡管制	169
圖 7-11：日照中心休息活動區	169
圖 7-12：4-6 樓養護中心平面圖	170
圖 7-13：每一單位的工作間	170
圖 7-14：住房	170
圖 7-15：Motherth 新宿小規模多機能外觀，為四層大樓設計	172
圖 7-16：一樓平面圖，公共區，辦公區、會議室、廚房等	172
圖 7-17：2F 平面圖，團體家屋，兩單位共 18 室	173
圖 7-18：3F 平面圖，小規模特別養護老人院，共 20 室	173
圖 7-19：4F 平面圖，小規模特別養護老人院，共 9 室；小規模多機能日照，喘息住宿	174
圖 7-20：Motherth 新宿小規模多機能	174
圖 7-21：Motherth 新宿小規模多機能團體家屋開放性廚房特質分析	175
圖 7-22：Motherth 新宿小規模多機能團體家屋公共空間特質分析	175
圖 7-23：清水老人養護中心一樓配置圖	177
圖 7-24：清水老人養護中心二樓平面圖	178
圖 7-25：清水老人養護中心中庭	178
圖 7-26：托嬰中心	179
圖 7-27：長青學苑	179
圖 7-28：二樓陽台	179
圖 7-29：行政辦公室	179
圖 7-30：餐廳外露台	179
圖 7-31：住房外陽台	179
圖 7-32：開放式廚房	180
圖 7-33：用餐活動區	180
圖 7-34：個人房平面	181
圖 7-35：個人房	181
圖 7-36：設施出現的裂縫	181

圖 7-37：庭園菜圃	182
圖 7-38：一樓日照中心	182
圖 7-39：心佳住屋特質分析	183
圖 7-40：美崙團體家屋位置圖	184
圖 7-41：現況外觀	185
圖 7-42：戶外庭院使用現況	185
圖 7-43：房間光線充足	185
圖 7-44：走道較暗需開燈	185
圖 7-45：一樓平面圖	185
圖 7-46：二樓平面圖	186
圖 7-47：戶外庭園空間	186
圖 7-48：公共空間牆面壁貼	187
圖 7-49：浴廁壁貼	187
圖 7-50：二樓的廚房荒廢不用與餐廳做為會議空間	188
圖 7-51：房間設施	188
圖 7-52：樓梯口均上鎖的木格門	188
圖 7-53：前庭全景	189
圖 7-54：於前庭曬衣	189
圖 7-55：台東聖母醫院健康園區關係圖	191
圖 7-56：聖母醫院、聖母健康會館平面配置圖	192
圖 7-57：聖母醫院三樓平面圖	192
圖 7-58：聖母醫院二樓平面圖	193
圖 7-59：聖母醫院一樓之候診區及辦公區	193
圖 7-60：聖母醫院二樓日照中心	194
圖 7-61：聖母醫院三樓安寧病房，牆面以在地石頭形構東海岸意象	194
圖 7-62：台東聖母醫院療癒花園	195
圖 7-63：健康培質院區	196
圖 7-64：健康培植院、芳心好美館平面配置圖	196
圖 7-65：聖母健康農莊園區圖	197
圖 7-66：聖母健康農莊全區配置圖	197
圖 7-67：嘉蘭健康活力站平面圖	198
圖 7-68：健康活力站中庭活動區	198
圖 7-69：健康活力站健康廚房	199
圖 7-70：太麻里活力站平面圖	199
圖 7-71：太麻里活力站及聖加錄天主堂區	200
圖 7-72：台東聖母醫院安寧病房特質分析	200
圖 7-73：台東聖母醫院嘉蘭健康活力站特質分析	201
圖 7-74：彰濱秀傳健康園區全區鳥瞰	202

圖 7-75：彰濱秀傳紀念醫院 B1 平面圖	203
圖 7-76：彰濱秀傳紀念醫院 1F 平面圖	203
圖 7-77：彰濱秀傳紀念醫院 2F 平面圖	204
圖 7-78：彰濱秀傳紀念醫院 7F 平面圖	204
圖 7-79：醫院大廳入口有咖啡休憩點，設三角鋼琴，安排不定期的室內音樂演出	205
圖 7-80：醫院一樓之掛號行動車與各科候診間	205
圖 7-81：領藥區有專人服務領藥及解說用藥	205
圖 7-82：醫院地下一樓右翼之商場、美食街	206
圖 7-83：人文藝術館、醫學博物館	206
圖 7-84：彰濱秀傳健康園區亞洲微創手術訓練中心大樓	206
圖 7-85：心理健康研究大樓	207
圖 7-86：台東聖母醫院安寧病房特質分析	207
圖 8-1：綠色照護模式與活動類型	213
圖 8-2：HortPark 療癒花園平面圖	223
圖 8-3：療癒花園	223
圖 8-4：新加坡 HortPark 療癒花園步道特質分析	225
圖 8-5：新加坡 HortPark 療癒花園景觀特質分析	225
圖 8-6：關西勞災病院花園平面圖	227
圖 8-7：病院花園景觀	228
圖 8-8：病院花園步態訓練步道	228
圖 8-9：病院花園五感庭園	228
圖 8-10：病院花園水景設計	228
圖 8-11：病院花園內座椅類型多樣	228
圖 8-12：日本關西勞災病院花園全區特質分析	229
圖 8-13：癒花園平面圖	232
圖 8-14：自我照護區-禪宗枯山水，以景致及沙耙作為療癒力量	232
圖 8-15：御花園的起點，眼淚池，為向下滴水的水池設計	232
圖 8-16：自我照護區-操作園藝工作作為療癒力量	233
圖 8-17：心靈諮商區-利用向心性座椅製造群聚氛圍，鳥屋及廣設洗手水台引來生物多樣性	233
圖 8-18：心靈諮商區-利用植栽區隔製造隱蔽私密性	233
圖 8-19：寬恕允諾書範本	233
圖 8-20：和解花園區	234
圖 8-21：水的型態設計是心情的起點和終點，水象徵眼淚	234
圖 8-22：家庭追思丘	234

摘要

關鍵詞：高齡者、療癒性環境、療癒性社區、療癒性庭園，照護設施

一、研究緣起

我國老年人口於 2026 年預計超過 20%，使台灣進入超高齡社會。2016 年政府啟動「長期照護 2.0 十年計劃」，以因應此預見之社會難題。然而，先進國家除了醫學之進步，在老人照護方面，早有「療癒性環境」理念之提出以及探究、發展與應用。

二、研究方法與過程

本研究計劃主要目的即在將此理念釐清，並使之得以應用於我國高齡社會。所以它是一項理論研究，也是一項有關應用之評估研究。本研究採取之方法包括廣范文獻回顧、及二手研究；專家學者座談；多個案研究。

三、重要發現

1.追索、釐清「療癒性環境」此理念之發軔歷程以及十項特質。2.建構「療癒性社區」理念。3.建構療癒性環境效益之理論架構。4.初步整理國內長照 2.0 十年計畫實質環境面向及實施後所遭遇之問題。5.多個案研究方面，以「療癒性環境」理念評析 16 個個案。6.整理出國內有關設計準則 6 種、國外一般老人設施設計準則（或評估表）5 種，失智設施評估表（設計準則）8 種、友善醫院設計準則 1 種、安寧照護設施 1 種。以及療癒庭園規劃設計準則，供一般老人使用的一種；供失智者的三種，另加一種檢測工具。7.專家座談會舉行三次，整理出重點議題。8.統整出「療癒性環境」廣義、操作性定義，以供作未來應用之基礎。

四、主要建議事項

建議一：辦理「療癒性環境應用於高齡者居家室內空間之研究」：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：內政部營建署

透過專家訪談及召開高齡者專家之座談會，邀請室內設計、園藝、藝術工作者、長照、諮商師等專家，提出高齡者居家室內空間之設計重點。

建議二：辦理「三代同鄰—因應高齡社會的宜居社區之探討」：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：內政部營建署

建議未來能透過調查或科技技術，瞭解「三代同鄰」之宜居社區之生活特性及需要之軟硬體設施，並提出高齡者「三代同鄰」之宜居社區環境設計原則。

建議三：辦理「因應高齡低視能者之室內環境設計研究」：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：內政部營建署

未來可針對高齡低視能者之空間使用問題與現況調查，蒐集國內外相關室內設計案例，並彙整專家及高齡團體建議，研提具體可行之改善對策。

An Evaluation Study on Applying the Idea of Therapeutic Environment Onto Our Aged Society

ABSTRACT

Keywords : elderly people 、 therapeutic environments 、 therapeutic community 、
therapeutic garden 、 care facility

The elderly population is estimated to be over 20% of national population in 2026. Taiwan is going to step into the hyper-aged society. Since 2016, the government began to implement “Long-term Care 2.0 Ten-year Plan” to cope with anticipated future problems. Contrarily, in addition to fast medical improvement in advanced countries, the idea of “therapeutic environment” has been advocated for further application and development in elderly care.

This study aimed to clarify this idea to facilitate applying it in our aged society. The study could be categorized as theoretical research and application study as well.

The study adopted research methods which include extensive literature review, secondary research, experts meeting, and multiple case studies. The results and findings included the followings:

1. Clarification of initiation process and 10 themes of the idea “therapeutic environment”.
2. Construction of the idea “therapeutic community”.
3. Construction of a theoretical framework for the effect of therapeutic environment.
4. Description of the development of the long-term care plan in our country, especially physical environment aspects, and collecting the encountered problems in its implementing.
5. Regarding to multiple case studies, we analyzed 16 cases with the idea “therapeutic environment”, which included 5 communities, 5 facilities, 2 hospitals, 3 gardens and one kind of house.
6. Regarding to the design guidelines or evaluation tools, we have reviewed 6 domestic design guidelines, and those from foreign countries, including 5 designing standards for the elderly people’s facility, 8 evaluation tools for the dementia facility, one design guideline for the friendly hospital and one for the hospice facility. There also design guidelines for the therapeutic garden were reviewed, one for the general elderly people’s garden, three for that serving

dementia people including one evaluation tool.

7. Three expert meetings were held. Thirteen experts participated. Their important ideas and opinions were collected too.
8. Finally, we integrated the conceptual and operational definition of “therapeutic environment” for future application. We also proposed related short, middle and long-term research topics and methods to promote the idea. These suggestions will serve as a reference for government and private sectors. We hope this idea of “therapeutic environment” will be applied in our country soon and beneficial to our older folk and the sustainable development of our society.

第一章 緒論

第一節 前言

一、研究背景

臺灣 2018 年進入「高齡社會」，2026 年預計進入「超高齡社會」。高齡者健康與長期照護問題已迫在眉睫。另一方面，世界各先進國老人照護學界、實務界，因人口老化先發，已努力多年想方設法應付，產出許多成熟之理念與做法經驗，其中最重要的即是「療癒性環境」(therapeutic environments) 的理念。

台灣近幾年來，已高度關注高齡者之居住與照顧環境之議題。綜觀多年以來的研究，卻少見觸及環境「療癒性」議題。世界衛生組織 (WHO) 早在 1948 年即曾提出：「健康不僅僅是沒有疾病或虛弱，而是身體、精神與社會安康之完全健康狀態。」由此可知，生理的健康只是基本的層面，因為完全的健康狀態，包括了心理及精神上的感受。生活的環境中若全面具備「療癒性」的空間特質，在生理層面上，可輔助高齡者繼續維持正常生活，無論身處都市與鄉村，均易於使用居住環境中的種種公共資源。心理層面則能夠對生活環境感到愉悅、減少心理的壓力及增加舒適感。顯然這些是為我國未來超高齡化社會重要的政策目標。

二、研究目的

台灣的人口邁向高齡化，高齡者自我照顧能力改變對環境需求有相應關係，隨著老化造成的健康狀況改變，高齡者由生活自理到輕度依賴，最後至重度依賴，對環境需求顯著不同。依據本團隊過往之研究「試論療癒性環境」(關華山, 2014)，如何將空間之「療癒性」整合入環境規劃設計，作為高齡者健康促進及提供理想生活之場所，為本研究之重要目的。本研究以「療癒性」為出發，做為研究我國高齡者適宜之「居住環境」與「照顧設施」的起點，甚至可涉及有關高齡者的「醫療設施」。我們認為「療癒性環境」是上述高齡者「居住環境」、「照顧設施」及「醫療設施」滿足「高齡者日常身心靈需求」的關鍵條件。

因此，本研究首先有系統的釐清並論述「療癒性環境」此觀念之內涵與源起，再追究推導出「療癒性環境」如何產生效益之理論架構。進一步搜尋，彙整國內、外學者為公私部門所發展出來的有關「療癒性環境」之規劃、設計準則以及評估相關設施的表尺工具，以顯示出「療癒性環境」較具體的要求與內容，此為本研究的首要目的。(見本報告第三、四、五章)

本研究之第二目的，則在將上述「療癒性環境」的理念，理論性架構以及其落實之操作性內涵、要件，以及規劃設計手法。用來檢視國內、外相關案例，尤其本研究團隊近年與本研究計畫期間實地到訪調查的台灣、東京之高齡者住宅、社區照護設施與醫院。一方面，評析這些個案之特質與作為「療癒性環境」之優缺點。另一方面則可透過多個案研究，看見「療癒性環境」理念，在真實世界裡經

由各國各界人士的共同腦力激盪，可以生產、創發出何種的可能性與的確樣貌。這是本研究計畫的第二個目的。(見本報告第六、七、八章)

本研究之第三個目的，則看重在此「療癒性環境」理念，理論架構，操作性之規劃，設計準則與評估工具該如何一步步得以應用在我們已臨頭的「高齡社會」，以及即將進入的「超高齡社會」。要達到上述的目的，其前提則必須確實了解國內之高齡者一般照顧與長期照顧，現行政策與措施，以及即有成果與缺失，尤其高齡者居住、安養、照護設施、環境，現今所處之現實狀況。(見本報告第二章及第九、十章)

總上，本研究之目的有三：

1. 釐清，確定「療癒性環境」之理念、理論架構以及操作性內容、要件。
2. 運用上述「療癒性環境」之理論與操作性要件，對現今國內外有關之較前膽，特殊之高齡者居住、照護環境之多個案進行較統整性之評析其優缺點。同時回饋「療癒性環境」之理論與操作性要件，有何不足、不周全之處。
3. 針對我國現實狀況提出推動「療癒性環境」理念與實務，應用於我國高齡/超高齡社會之策略與做法，包含後續研究議題之提出，以及倡導、推廣理念與實務之可行做法。

第二節 研究方法、範圍與架構

一、研究方法

本研究計畫採用以下三種研究方法進行。

1-1. 文獻蒐集、回顧、分析、論述

本研究團隊 2012~2015 年曾參與三年期東海大學 GREENs 總計畫四「建構優質的長青生活品質與環境之研究」，負責「長青生活環境、照顧設施之療癒/育性與智慧化研究、設計與營造子計畫」。2013-2015 年又參與東海大學創藝院所提科技部之二年期專題整合計畫「中台灣銀髮族健康照護與療癒社區發展研究計畫」，負責子計畫「中台灣銀髮族健康照護與療癒社區環境調查、評估與改善計畫」。

本研究計畫有意延續上述研究成果，做進一步之文獻蒐集、回顧、分析並論述。除了對上述研究成果做進一步修正，進而追索「療癒性環境」如何對高齡者身心靈產生效益之理論與機制，以及釐清「療癒性環境」落實、具體之範圍為何？加上藉著回顧、分析國內外有關「療癒性環境」之規劃、設計準則或各類設施之評估表尺、工具，可確立「療癒性環境」操作性內容與要件。另一方面，文獻回顧亦聚焦在本研究第二種研究方法所關注的「多個案研究」中，亦即追索個案之文獻資料，以配合實地訪察個案，來達到一般建築學界較偏空間形式及其療癒性效益的「個案評析」。而並非嚴謹、實證之個案研究，因為本研究計畫受限時間、精力與經費，並未將研究重點放在此嚴謹之實證方法上面。

另外，文獻蒐集回顧、彙整也施之於我國高齡者健康照護政策（尤其長期照護 1.0、2.0 計畫）的歷程、現有成果與目前所遭遇的困難、問題。而有關此政策議題，也透過本研究計畫所採用的第三種研究方法：「專家學者座談會」請的專家學者所體察的現實狀況來蒐集。

1-2. 國內外多個案研究

本研究團隊自數年前至今已調查、參訪了日本與國內諸多機構、設施與相關事業單位，茲列表如下：

表 1-1：本團隊歷年來調查之國內外案例

療癒/育性環境調查	區域	項目	單位
高齡者 友善戶外環境	台灣	公園	台中綠園道、北護癒花園
	新加坡	公園	療癒花園 (Therapeutic garden @ HortPark) **
高齡者 友善設施環境	日本	專家學者	兒玉桂子教授 (日本社会事業大学大学院)、古賀 誉章 (たかあき) 助教 (東京大学生技研究所研究員)
		設計產業	PanaHome 情報館東京、アビリティーズ・ケアネット (Abilities) 株式会社、TOTO Technical Centre、YOKOHAMA 住居情報體驗館、2013 Green Remodel Fair

療癒/育性環境調查	區域	項目	單位
		安養機構	いっぷく莊、Smart Community 退休老人住宅
		養護機構	社会福祉法人マザアス新宿、気まま館
	台灣	高齡住宅	長庚養生村、雙連安養中心、大龍老人住宅、朱崙老人公寓、台北市政府社會局老人自費安養中心
		長期照護	中山老人暨服務中心、士林老人服務中心、南港老人服務中心暨日間照顧中心、至善老人安養護中心
		護理之家	嘉義長庚護理之家
		醫院	台東聖母醫院、彰濱秀傳醫院
失智症高齡者友善設施環境	台灣	日間照顧	中山老人暨服務中心、獎卿護理之家、小太陽日間照顧中心
		團體家屋	天母團體家屋、活力村團體家屋、福氣村團體家屋、月亮團體家屋、聖母團體家屋、心佳團體家屋、美崙團體家屋
	荷蘭	失智村	霍格威村 (DE HOGWEYK) **

※指文獻追索、考察之個案，其餘為實地調查、參訪者

(資料來源：本團隊整理)

本研究再進一步追索、彙整國內、外重要個案，如荷蘭特出的 Hogeweyk 失智者照顧社區，以及新加坡 HortPark 的療癒花園等，以補全上述個案種類不足之處。

事實上，本案主持人在過往也曾檢視了國外失智者團體家屋之多個案，從中理出其規劃設計之規則 (關華山, 2007)。另一方面，本研究特別挑選國內、外重要或具代表性個案做深入實地或文獻調查、分析研究，以提供本案最直接之助益。如上述，受限研究人力、經費，此多個案研究無法為實證研究，而只採較嚴謹建築評論之進路。尤其針對以上個案以「療癒性環境」理念，予以評析、檢視，從中理出其特出之處以及相關之優缺點。最終依此方法，我們完成有 16 個個案研究，包括 5 社區、一種住宅、5 設施、2 醫院及 3 園景。

1-3. 專家學者座談會

第三個研究方法在於邀請與本研究議題有關之學者專家一起座談，包括建築、都市計畫學界學者；機構、設施 (日間照顧中心、團體家屋等) 之主持人、經驗豐富之工作人員，以及社工界、醫護界之學者；還有公共電視長照專題記者。另一方面，也邀請了社福背景之臺中市副市長，共同參與。

「專家座談會」舉辦了三次，每次 4 至 5 位專家學者參與，座談會時間約 2.5 小時。其用意在於請各專家學者針對「療癒/育性環境」此理念的特質及具體運用，提出個人之經驗與看法、意見。高齡者居住、照顧、醫療環境應具備何種條件，並注意現實中這些環境個案有何種不妥之成分？

表 1-2：專家學者座談會時地人員表

次第	時間	地點	參與專家學者	備註
1	2017 年 5 月 13 日 (六/上)	台北市樹火紙 博物館四樓竹	陳政雄教授 (中原大學建築系退休教授) 陳柏宗副教授 (國立成功大學老年學研究所)	

次第	時間	地點	參與專家學者	備註
	午)	院子會議廳	曾思瑜教授(雲林科技大學建築與室內設計系) 黃耀榮教授(馬偕醫學院長期照護研究所) 孔憲法教授(國立成功大學都市計劃學系)	
2	2017年8月1日(二/上午)	臺中市東海大學東海書房	杜敏世秘書長(財團法人獎卿護理展望基金會) 黎世宏執行長(財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會) 林金立理事長(雲林縣老人福利保護協會) 周傳久助理教授(公共電視台新聞部)	
3	2017年9月20日(三/上午)	臺中市東海大學東海書房	蔡芳文執行長(雙連安養中心) 林依瑩副市長(台中市政府) 李希昌執行長(愚人之友基金會) 鄭期緯助理教授(東海大學社會工作學系)	

(資料來源：本研究團隊整理)

本研究團隊詳細記錄座談會各人發言內容，並進一步分析其內容，整理出不同觀點、層面下之異與同之意見與看法，做為未來擬定高齡者「療癒/育性環境」多層面要點、準則，以及推動此理念與實務之參考。有關紀錄見本報告附錄四，其發言重點所涉議題摘要見第九章。

二、研究範圍

我們有心關照老人全面的居住、照顧環境，是好的意圖。但是真正設想、著力還是得從不同尺度之生活、照顧所涉及到的環境為依歸，才切實際，可以落實下來。若依不同尺度，以及不同性質之老人居住、照顧環境而言，我們大致可分前述的五種尺度、類別：1) 高齡者家屋；2) 相關設施、機構、醫療建築；3) 社區服務網絡環境；4) 友善都市、鄉鎮；5) 綜合尺度，如庭園、景觀自然環境。

2-1. 高齡者家屋

老人在一般社區裡的居住安排，現今已多樣起來，有獨居、夫婦居、與子女居，與親人居、三代同堂、三代同鄰等。而另一方面，從住宅類型(housing types)而言，又可分透天厝、三合院、連棟式、公寓、雙併式、獨門獨戶西式、日式住宅等類型。若思考因應老人身心變化，「在宅老化」甚至「在家老去」，其實對家屋的要求變化是很大的。如何在不同類型住宅裡有適當的因應整修、改裝恐怕有相當不同的問題重點，需要開發出個別對應的做法。國外「生涯或終生住宅」以及「住宅自動化」、「智慧化」的理念，都可以檢視其對國內老人之住宅、家屋之適用性。

另一方面，國外老人的「團體家屋(group home)也有直接將幾個鄰近之公寓、住宅單元合併而成之例子，國內尚未發現類似案例。但亦可檢視其適用性，畢竟上述作法合乎「在地老化」價值，同時也是由「家屋」轉化成「團體家屋」最直接的作法，本身就具有其一定好處，因為老人熟悉這些「家屋」及附近社區、鄰里。

2-2. 老人有關設施、機構與醫療建築

此類建築尺度則包括現今所謂福祉、醫療兩大建築類型 (building types)，當然「福祉建築」類型是否成立，尚有爭議，尤其國內相關建築多是由即有建築改裝修室內再利用的，並不能稱是發展完全的「福祉建築類型」。如果細數此類設施、建築可包括：

1. 各級醫院
2. 各類診所
3. 護理之家
4. 失智者特別照顧單元 (special care unit for the dementia)
5. 復健診所
6. 職能治療所
7. 居家護理所/站
8. 長照機構
9. 養護機構
10. 公私立仁愛之家
11. 榮民之家
12. 安養機構/老人公寓
13. 老人福利服務/活動中心
14. 長照管理中心/衛生所
15. 小規模多功能設施
16. 失智者團體家屋
17. 日照中心
18. 居家服務站
19. 關懷據點
20. 樂智據點

由上可見國內此類福祉、養護設施、機構種類繁多，總的看也是長期「學步先進國」的結果，以致各類型設施並未發展成熟，尚無法構成所謂「建築類型」，或許這也是現今時代快速變化的社會所導致。另一方面，這也成為我們學術界及社福、醫療界的挑戰，我們必須快速反應，卻又必須深入了解現實與變化，尋求較持久之階段性做法與策略，但又必須保持想法上、作法上的彈性。

2-3. 在地社區

「在地老化」(aging in place)、「社區照顧」(community care) 已是先進國奉行的價值與做法，我國近十多年也已視之為圭臬。只是「社區照顧」方面，既有的衛生所/站並沒有擴充或進行較大的轉型。而此次長照 2.0 的 ABC 級社區服務網絡規劃了「衛生所/站」都可扮演一定程度之作用，但是並沒有更確定之轉型計畫。其實這是一個很重大的議題，必須對衛生所/站相關的軟硬體現況充份了解後，進一步設想其業務擴充到老人的服務，不論是居家護理、復健、職能治療、長照

管理中心等，或者提供直接有關失能、失智老人醫療供給與服務的項目以及空間、設備。畢竟「衛生所/站」是現有公部門醫療體制中直接涉入社區的基礎單位。

至於在都市、社區環境中有序的規劃出長照三等級之服務設施網絡，的確是很大的難題，必須各地方政府及區、里、村、社區行政單位的人員，以及社會上相關法人與 NGO 共同來了解社區目前之資源以及現有、未來老人之需求，進而設想其服務供給面應如何先後有序的予以回應、到位，這也是一大項社會工程。事實上，後文將提及國內之社區其實種類很多，甚至老人的數量、人口比率與失能、失智狀況也有很大的不同。如何因地制宜給予不同類別的社區最好的服務網絡設計與規範，是不可忽視的大課題。

其次，我們還得注意「在地老化」遠大於上述社區照顧網絡的建立。「在地老化」的本意是理解到：人到老年較傾向受制於體能活動範圍縮減，而且心智上接受新事物、環境的適應能力降低，所以盡量留老人在自己居住熟悉的住家、鄰里與社區環境中，持續生活到老去。這中間就必須掌握本地老人所熟悉的「環境」有什麼內容。而且一方面得「保存」這些被老人熟悉的這些「環境」；另一方面也要讓老人持續參與他們熟悉的各項社區活動，保持原有的「鄰里、社區生活方式」。這樣在家老化的老人，尤其獨居老人，才不會被孤立起來，與社會人群缺乏互動，而影響身心健康。而這些也正是移居老人到了陌生都市、社區或機構居住時，所完全沒有的好處。

所以維持既有的人群、鄰里網絡關係，以及既有的地方組織、活動、環境很重要。頂多特別考量失能、失智嚴重的老人的特別需求，在活動環境方面做好安全、無障礙、辨識無誤、保全的調整等。譬如：氏族宗祠的功能擴充到本家族老人的照顧事務上。又譬如近年各先進國推動的「失智友善社區」(dementia friendly community)，即是一種過去全然未出現的一種理念，這是因應很特殊的現代文明病「失智症」而產生、創發出的新想法與做法。盛行率高的失智症的確影響了許多老人及其照顧者的日常生活。為貫徹「在地老化」的好處，社區居民、商家、一般公共設施公務人員，以及私部門開放給大眾的場所經營管理人員，均需要見怪不怪、得體的招呼對待來去社區的失智者，令他們不至於被排斥，而促使病情更惡化。

換言之，社區的所有居民與各方面環境都需要設法適應並調整到一個友善老人、甚至共同參與照顧老人的狀態，才能真的讓各式老人順利的「在地老化」，得到此理念的好處。

2-4. 友善城鄉

給老人的照顧服務網絡在都市裡肯定較齊全，這方面或許並不用太擔心。但是都市環境對老人之居住與照顧，仍有它不好的一面，譬如缺乏鄰里、守望相助、緊密的人群活動。或者有些都市容貌變遷快速，老人家適應不過來。他們熟悉的生活環境與方式也跟著逐漸消失或被迫改變。如何扭轉上述趨勢，而讓老年市民還可以跟得上變化，變化中有他們熟悉可以連結記憶的部份就變得重要。當然，現今都市中的健康老人尤其願意旅遊，嘗試新東西、新環境、新活動、新地方等。

這種退休後初期的生活方式，如何在都市環境營造方面也能扮演一種積極角色，也是值得思考的面相，尤其現今先進國愈加注重老人預防迅速老化、失能失智的各種措施，以及社會與老人家自身都希望保持健康、過日子愉快。這是高齡者或超高齡社會，尤其都市市政重要的課題。

鄉村地區相對於都市，對老人生活而言，其優缺點似乎剛好相反。鄉村地區不論是農村、漁村、山村，居民、鄰里家戶之間守望相助與緊密的人群互動；或者自然「元素」的遍在、污染程度低則是其優點。但是，公共設施不足；醫療、照顧設施少，再不然距離較遠、交通不便。週邊環境可參與之休閒娛樂活動有限，多樣性不足。資訊廣佈的程度也不及都市。因氣候變遷，天然災害頻繁，鄉村公共建設不足時，易產生居住安全問題。這些都是鄉村地區老人面臨的一些困境。做為老人之居住、照顧友善且具療癒性之環境而言，鄉村地區及其社區顯然有其獨特性以及該著力之處。

綜合前面有關老人四種尺度性質的環境，其實還有些議題是串連起二種或多種尺度，其間有關的議題，如交通、移動方式、路徑等問題，又或者包括長照 A、B、C 級設施的層級連貫、互補的狀況。

三、研究架構

總上研究目的以及研究方法、對象範圍，可將本研究之整體架構，圖示如下。

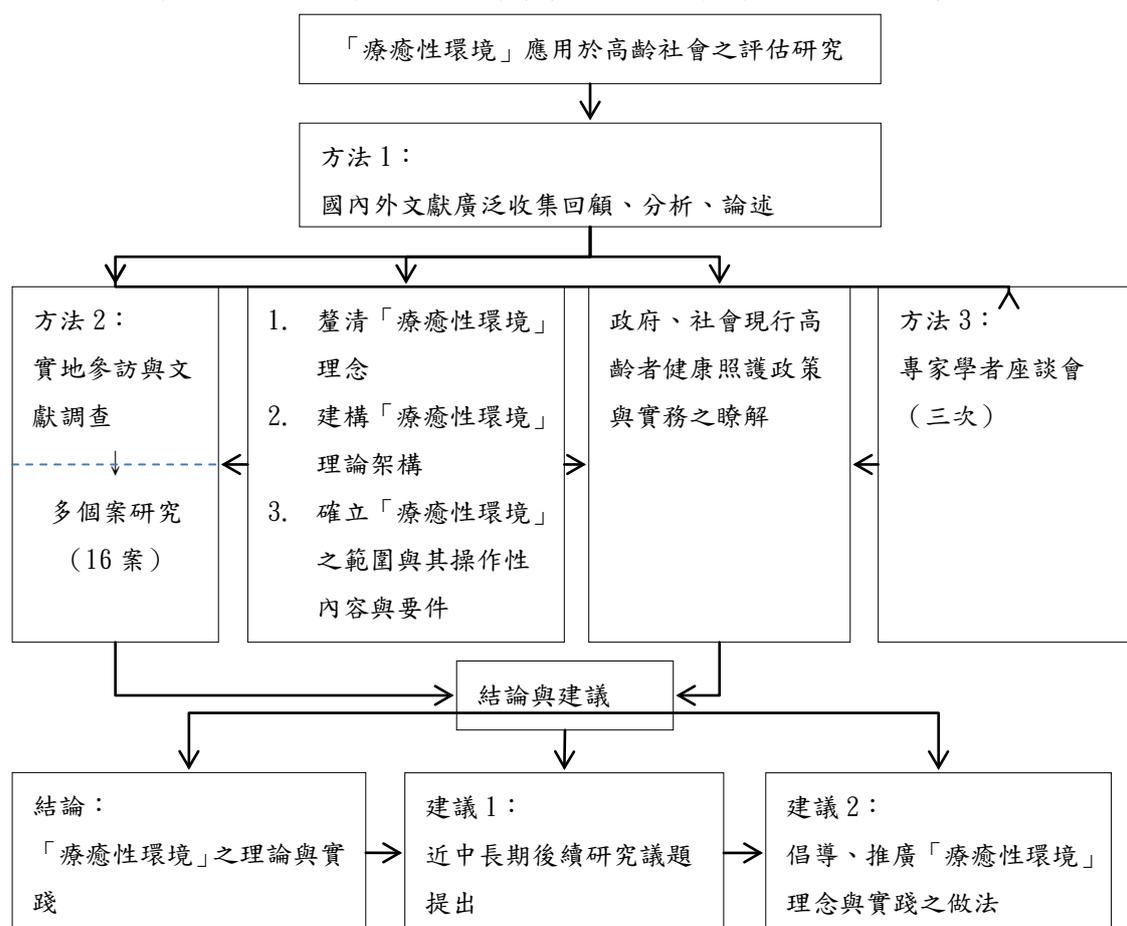


圖 1-1：本研究整體架構圖
(資料來源：本研究團隊繪製)

由此研究架構中，我們可以看到三種研究方法所得出的具體研究成果，包含有：1. 釐清「療癒性環境」理念、建構、確立其關注範圍以及其操作性內容與要件（「療癒性環境」之規劃、設計準則、評估表尺）；2. 16 個案例研究、評析；3. 我國公私部門近年來高齡者健康照護之政策、實務狀況之掌握。

而整個研究之成果，可謂有二大項：1. 總結「療癒性環境」之理論與實踐、方法；2. 建議分二：1) 近中期公私部門相關單位及學者專家可著力之後續研究議題；3) 公、私部門倡導、推廣「療癒性環境」理念與實務之可行做法。

而本研究報告章節大致也以此處所陳明的研究架構、邏輯來安排。

第二章 我國高齡者健康照護政策

本章節先釐清我國對於高齡者的健康照護，在政策上、做法上已做了那些事情，以及正在做什麼，尤其實質環境建構方面。才好應合本研究計畫題所謂的「應用於高齡社會之評估」，給出一個基礎的瞭解與掌握。

章節安排如下：先描述我國上述政策，尤其「長期照護」的發展情形；進而書明 2016 年民進黨政府所提出的長照 2.0 十年計畫推動情形；尤其論及 ABC 服務網絡軟硬體目前遭遇的問題。

第一節 我國高齡者健康照護政策發展

1-1. 台灣「在地老化」的思維、政策與做法

江亮演(2010)曾以老人的生活功能、經濟、社會與精神四面向之「自主」，來檢視在地老化福利該有的內容。他採取全觀式視野處理老人自主議題，注意到自然環境、食品安全問題，以及老人工作及心理健康、財務管理議題；另外，有關在地老化福利方面，又注意到鄉村型、都市型老人居住環境之差異，尤其需「本土化鄉鎮社區老人福利措施」以及「均衡各級政府的照顧」、「營造理想鄉村型與都市型的老年居住環境」的建議作法。前者強調本土化的村里關懷中心、服務網絡，此中心也提供館舍服務、醫療保健及生活照顧服務等。更強調地方政府、農漁會等應建設理想的鄉村與都市之老人住宅。這是江教授的理想，倒是王卓聖、鄭讚源(2012)曾整理我國長期照顧制度多年來的確之發展歷程，曾思瑜(2017)也整理了「我國有關高齡者社會照顧政策與方向」一文。綜合二者，可得下表。

表 2-1：我國長期照顧體系發展歷程

單位 年代	社政單位	衛生署
1980S	老人、殘障福利法。	回應慢性病盛行。
1990S	設置老人機構、老人住宅。	設置護理之家、日間照顧、居家護理機構。
1998		「老人長期照護三年計畫」以居家、社區式照顧為主；機構照顧為輔。
2000	「建構長期照護先導計畫」以「在地老化」為總目標，選嘉義市、鶯歌為城鄉代表實驗社區。 照顧住宅、家庭托顧、照顧服務、無障礙、緊急救援。	失智老人日間照顧、居家護理、復健、喘息服務。
2002	「照顧服務產業發展方案」，有意確立普遍性居家服務。	提出「照顧管理中心」。
2003	國家以建立「全民性長期照顧保障制度」為施政目標。	
2006	「長期照顧十年計畫」。	2005-2008「臺灣健康社區六星計畫」
2007	修訂「老人福利法」：強調全人照顧、在地老化、多元連續服務。尊嚴、獨立、自主	試辦「遠距照護計畫」。

單位 年代	社政單位	衛生署
	老年生活。各縣市訂定「長期照顧整合性計畫」(2008-2011)。	
2009	開始規劃「長期照護服務法」、「長期照護保險」。	
2010	中央補助各縣市「長期照顧整合性計畫」。	
	1. 居家服務。2. 社區照顧關懷據點。3. 中低收入戶老人裝假牙。4. 日間照顧。5. 交通接送。6. 健康休閒、延緩老人失智。7. 餐飲。8. 失智老人日照中心。9. 家庭托顧。10. 失智老人團體家屋。	1. 喘息服務。 2. 社區及居家復健。 3. 居家護理。
	監察院指出問題：1. 執行率偏低。2. 欠缺配套。3. 管理中心未掌握資源。4. 培訓人員流失。5. 與健保重疊	
2012	「社會福利綱領」宣示以「在地老化」為基本精神。	提出 2013-2016「長照服務網計畫」
2013	內政部社會私語衛生署合併為「衛生福利部」	
2015	立法院通過「長期照顧服務法」；預訂 2017 年實施。	
2016	民進黨政府試辦與推動「長期照護 2.0 十年計畫」。	

(資料來源：主要依王卓聖、鄭讚源(2012)、曾思瑜(2017)整理製表)

依據葉莉莉、駱麗華(2006)，我國醫療界外展到家的居家護理，最早由基督教會之醫療事業從國外引入，源起於 1971 年彰化基督教醫院，數年後花蓮門諾醫院與台北馬偕醫院相繼跟進。1987 年衛生署保健處委託台北市護理師護士公會，對台北市 6000 多位住院病人進行需求調查，有三分之一適合居家護理。隨即推出「以社區為基礎的獨立型態居家護理服務模式」及「以醫院為基礎的居家護理模式」，並培訓首批居家護理人員。之後高雄市、台中市跟進展開此業務。此時居家護理均附屬於醫院，1994 年才出現台灣第一所獨立之「居家護理所」——台北居家護理所。1991 年「護理人員法」迅速通過頒布。1995 年全民健保開辦，居家護理也被列入保險範圍。1998 年，居家護理機構數已達 250 家，獨立型態的有 20 家。2003 年則有 409 家(獨立的有 64 家)。但是這些機構多集中於都市，且機構之服務半徑規範在 30 分鐘車程內，因此許多偏遠地區仍缺乏此服務。不過政府也注意到此問題，於 1997 年起的醫療網第三期計畫，接續第四、五期計畫，至 2003 年共鼓勵山地、離島、鄉村地區民間與衛生所設立 165 間居家護理所。

另一方面，1994 年居家護理人員專業訓練制度確立，2000 年居家護理機構開始首次評鑑。但目前相關法規中仍未規範居家護理師需受完整訓練才可從事服務。另外，台灣的居家護理仍以護理師與醫師每兩個月探訪一次，而不包括營養師、復健師、社工師專業的整合服務。值得注意的是接受居家護理的老人、患者，多為完全無自己照顧能力的各種慢性病患，所以居家護理師之工作主要在指導平日家中照顧者如何進行全面的照顧，包括病者逐步老化、趨於逝去的身心靈，同時也要設法提昇照顧者之士氣與生活品質。

依據陳惠姿、黃耀榮(2003)之整理，行政院衛生署 1999 年底開始推動「社

區健康營造」，至 2003 年已有 181 處營運中心。行政院農委會於 2000 年即示範辦理了 9 處農村高齡者諮詢服務中心。2001 年因為在地老化、社區照護政策，在嘉義縣竹崎、中埔、水上、阿里山四鄉及台東縣鹿野鄉，輔導家政班婦女成立五處田媽媽生活支援服務班，設法提供社區居民居家服務。同年又輔導屏東縣崁頂鄉農會開辦老農養護中心計畫，設法建立照顧機構。

高淑貴、陳雅美、李育才（2003）曾發表一篇論文，討論農村高齡者「在地老化」之研究，受訪者一致認為在地老化之必要性，並給予高度肯定。尤其各活動與課程使得高齡者享有成長樂趣，願意走出來接受更多服務。高淑貴等人（2003）也建議，在地老化之工作需整合相關資源；以輔導、補助、獎勵辦法，結合民間力量；加強侍親觀念及使用者付費觀念；以及增加農村高齡者受教育機會。2005 年人口老化及少子化夾擊之下，高齡者及其子女的處境愈趨困難，亦有學者倡議「在地活力老化」（吳淑瓊，2005），使得回歸社區、家庭之老人福利政策被視為更合乎人性的新走向（吳錦勳、謝春滿，2005）。

2005 年 6 月，內政部社會司司長蘇麗瓊及黃雅玲（2005）指出，推動「在地老化政策」是面對台灣家庭非正式照顧功能式微的一種途徑；依據 2002 年老人狀況調查顯示，老人健康情形約 1/4 不太好；過去一年曾住院的達 1/5 老人。經濟狀況方面，約 1/4 接受政策救助及津貼；有困難需補助的也有 1/5。對福利措施的需求方面，除了免費健康檢查、生活津貼，中低收入戶老人住院看護補助需求偏高，以及約 1/5 需進住老人安養機構之外，其餘項目多是社區照顧的各類服務。政府自 2002 至 2005 年老人福利預算大部份投入敬老福利生活津貼，真正的老人福利預算一居家服務、日間照顧、餐食、機構照顧、文康休閒等雖增加一些，但所佔比例只有全部的 1/5。

行政院 2004 年修訂的「社會福利政策綱領」，其中明訂「落實在地服務」，並研修老人福利法中有關照顧服務之原則，包含全人照顧、在地老化、多元連續服務；落實居家式服務措施，如醫療、復健、服務、身體照顧、家務、關懷訪談、電話問安、醫療、緊急救援、住家環境改善服務；增訂社區式服務措施，由各縣市結合民間資源，提供保健、輔具、心理諮商、日照、交通、退休準備、休閒、資訊提供、轉介等社區服務，亦包括醫療、復健服務，但喘息服務未列入。

至於執行面，雖然各縣市推動各式居家、社區服務，甚至有所謂如日本的長期照顧管理中心、居家服務支援中心、老人福利服務中心，卻未形成網絡。另一方面，2005 年政府提出的「台灣健康社區六星計畫」中，包含推動「建立社區照顧關懷據點實施計畫」。以社造、社區參與之理念鼓勵、輔導社區內社會團體，如社會福利財團法人或宗教組織、文教基金會等，以及社區團體、社區寺廟組織、農漁會、文史團體等非營利組織設置據點，提供初級的預防照顧服務，包含關懷訪視、電話問安、轉介、餐飲、健康促進服務等（黃松林，2005）。且希望據點能普及至全台各社區。另外，政府也注意到照顧機構資源在區域上分布不均，因此優先補助不足地區設置據點；強化某些需求多、供給少的服務；鼓勵床位多的機構加入社區照顧功能，提供多元服務；也提供 18 縣市行動式老人文康休閒巡

迴車。2004 年成立「長期照顧制度規劃小組」，並於 2006 年完成規劃報告。

有關居家服務處，依呂寶靜（2012）之整理，至 2011 年我國已有 130 處，相對於 368 處縣轄市鄉鎮區，數量仍嫌不足。提供的組織有 102 個，其中 39% 為財團法人基金會；29% 為社團法人協會；17% 附設於安養護中心、護理之家或仁愛之家內；10% 屬醫院；5% 為縣市政府及勞動合作社設置。居服員有執照達 21,407 人，受過各單位之照顧服務員訓練之人次達 65,509 人。但是實際從事此工作的人不到全部之 7%，令人訝異的低。我國日間照顧中心分社區式與機構式二種，社區式照顧中心分為失能型、失智型、混合型三種；機構式區分出養護型、長期照護型、失智照顧型。2011 年全台 20 縣市已設置 72 處日間照顧中心（失智症日照中心 14 處），相對於全台共 368 處的鄉鎮區縣市，數量少且有城鄉分布不均的情形。其原因在於場地不好找、經費補助不足、工作人員照顧技術不足、以及城鄉居民因負擔能力與可接受度不同。

她認為國內居家服務，應清楚分辨老人與身障服務對象之狀態與需求不同，宜分別考量；各縣市委託契約有採老人居服與身障居服合併或分開委辦兩種，應研究其利弊待；改善照顧服務員之訓練課程；以及設法穩定照服員人力之策略，包括待遇、升遷。至於對日間照顧之建議包括，應再釐清日間照顧方案之功能；培養工作人員理念；宜進一步思考鼓勵更多機構辦理日間照護策略之利弊；社區日間照顧中心該採用失能型、失智型或混合型，要看各地方的條件定奪；改善日間照顧的可負擔性（呂寶靜，2012）。

另一方面，就台北市而言，師豫玲、鄭文惠、蘇英足、李宜衡等（2009）詳述台北市「老人服務中心」的發展與變革，台北市在十二個行政區內共有十四處老人服務中心，其中四所為公辦公營，二所為補助辦理，八所為公辦民營。依據他們的整理，老人服務中心 1998 年特別對獨居老人進行個案管理之社區照顧。2002 年針對失能老人開始照顧管理之工作，2004 年達到成熟階段。2007 年行政院頒布「長期照顧十年計畫」，2008 年要求地方政府如欲申請長照補助，需設置「長期照顧管理中心」，由之負責失能之評估；因此臺北市於 2009 年成立長照管理中心，主要由衛生局主導，專責統整與協調社區照顧之工作。台北市整個對老人之社區服務內容有五大項，包括經濟安全、健康維護、社會參與、住宅服務、照顧與保護服務等，其下又有不少細項（師豫玲等，2009）。由上大體上可知台北市是國內各縣市中，提供老人社區照顧服務層面與項目最多的都市。

陳正芬（2011:192-203）在回顧我國長期照顧政策一文中，提到聯合國（2007）所更新的 21 世紀老化研究議程，已提出長照的關鍵性課題，包括（1）各項照顧服務的可獲得性，尤其城鄉差距；（2）照顧服務輸送體系著重有效的公私混合策略；（3）從醫院、社區到居家之連續性照顧服務體系；（4）人力資源訓練、發展策略，著重各層級人力質、量之提升；（5）關注照顧者之角色；（6）檢視體系中女性所佔比例及其遭遇之困難。我國至今建立的體制在上述 6 項課題上均存在相關問題。

王卓聖、鄭讚源（2012）則以「歷史制度論」評論我國長照政策。他們參考

OECD 國家的制度，指出我國長期照顧之問題。包含長照制度中行政體系、法規分歧；各縣市照顧管理體系發展不一；人力嚴重不足；服務方案類型少，監督機制不全；缺乏完善財務制度；管理資訊未整合。OECD 值得我國借鏡之制度，包含（1）整合各項服務流程，以建構「連續性照顧體系」，連結老人身心健康、社經狀況、醫療、長照；（2）推動「消費者偏好、選擇」導向之體系；（3）督導、改善長照服務品質，包括硬體、人力，並有正確紀錄與相關統計；（4）調整財源籌措方式。換言之，我國長照制度尚有諸多可著力之處。

第二節 我國長期照護 2.0 十年計畫

經過李世代（2010）整理，「長期照護」（long-term Care）體制化，是在 1990 年代歐美、日本等先進國開始。這是因為「疾病慢性化」、「健康問題障礙化」所造成。這種狀況首當其衝的是老人；後者又多指向身心障礙者。上述二種狀況使照護老人與身心障礙者，尤其前者，除了醫院照護之外，還有生活的照護，因此照護的內容複雜化，包括了醫藥的、護理的、社會的，而且在時間上長期化。加上，1960s「人權」思想再次被倡議，老人與身心障礙者的人權，尤其後者被特別著重。老人照顧更牽連到代間倫理問題。使得「長期照護」體制在本世紀各個國家，只要人口老化到一種程度，莫不予以看重。

就前述一節整理的我國長照制度發展可知是在 1998 年衛生署先以「老人長期照護三年計畫」肇始，2000 年更有「建構長期照護先導計畫」，2003 年政府又以建立「全民性長期照顧保障制度」為施政目標。2006 年提出「長期照顧十年計畫」。2009 年開始規劃「長照服務法」、「長照保險」。2012 年提出 2013-2016「長照服務網計畫」，2015 年立法通過「長照服務法」，2017 年實施。

去年底今年初，政府即陸續公布有關高齡者照顧之「長照 2.0」政策，以別於前政府過去十年所推之「長照 1.0」。

本節文字在釐清長照 2.0 服務設施體系的軟硬體規則究竟為何？首先可知政府所推的「長照 2.0」服務對象主要為失能失智者，以及衰弱老人。

2016 年民進黨經選舉，一方面推舉了多位社福專家為立法委員，取得政權後隨即進用了相關學者入閣，推動長期照顧政策。

2016 年 12 月衛生福利部提出「長期照顧十年計畫 2.0」（106 至 115 年）之核定本。可說是新政府推動建置「高齡與長期照顧網路」認真之作。雖然不盡完善，但已具初步規格與型態。

與過去馬政府衛福部施政上，雖延續長照 1.0 計畫，推出長照 2.0。但後者最大不同，在於一方面更清楚勾勒出長期照顧的網路藍圖，並開源設基金，以期全面推動。但是也有學者批評（薛承泰，2017/04/09），長照 2.0 仍顯燥進，沒有較整體的體察當前與未來數年間的社會「老化」之推移問題與狀況。沒有採取一種更細緻、漸進的作法，反而提出之計畫屬某種程度的揠苗助長。

一、長照需求

依 2016 年國發會的推估，我國 2018 年將屆「高齡社會」，老年人口比達 14.5%（343.4 萬人）；2026 年則進入「超高齡社會」，比率達 20.6%（488.1 萬人）。其老化速度在世界各國而言，是相當快的。尤其依各縣市的老年成長人口來看，地區性的差異真的非常大。

若依內政部人口統計，可知我國 2017 年 2 月老化指數破百（65 歲以上老人人口數超過 14 歲以下幼年人口數），達 100.18。若依各縣市劃分來看此指數由大到小，可觀察到一些現象。

表 2-2：各縣市都老化指數排名



(資料來源：2017/03/10 聯合報 (內政部))

1. 普遍的，農業縣的老化指數偏高。
2. 普遍的，院轄市、省轄市偏低。
3. 偏高的部分，嘉義縣竟然達 177；倒是基隆市是省轄市中很特別的一個，達 129.97，但它並不是農業縣。
4. 指數列於中間者 110s，有三個院轄市：台北市、高雄市、台南市，也包括金門縣。前三者畢竟為大型老城市，與老人福利本來就好應有關。金門縣福利更是好，居住環境亦算佳。但農業縣的花蓮、苗栗縣也被列入，其原因應與農業有關。
5. 偏低者，連江縣有很特別的狀況。新竹縣市、台中市、桃園市只達 70 多到 60 多，顯示年輕世代由四週農業縣湧入者多。新北市與嘉義市指數於 90 多之間，也呈現年輕世代彙集之狀況。

很顯然，針對高、低差很大的縣市，地方政府長照做法應有相當不同的思考。甚或該考量如何使各轄區內不同世代人口數能夠較均衡的發展，才是正確的人口政策。

若單看六都的老年人口數及比率、老化指數。台北市老年人口比率 15.55% 及老化指數 111.73 均為六都之冠。而且將於 2020 年即已由「高齡都市」邁入「超高齡都市」，台北人口趨勢顯示青年人口正遷出。原因之一有稱是房價太高，年輕人買不起，因此遷往新北市。

表 2-3：六都老年人口比較

縣市	人口總數 (人)	65歲以上 人口(人)	老年 人口比率	老化 指數
台北市	269萬5704	41萬9130	15.55%	111.73
新北市	397萬9208	46萬5909	11.71%	91.82
桃園市	214萬7763	21萬9425	10.22%	66.63
台中市	276萬7239	30萬1904	10.91%	97.53
台南市	188萬6033	25萬9701	13.77%	109.78
高雄市	277萬9371	37萬3604	13.44%	108.67

老化指數怎麼算？

每100名65歲以上人口對14歲以下人口之比，指數越高，代表高老齡化嚴重

資料來源／內政部 製表／邱瓊玉 聯合報

(資料來源：2017/02/06 聯合報 (內政部))

相反地，新北市到台北市工作的年輕人很多，由三重「進城台北市」的機車族已成為相關道路之奇觀。基隆市年輕人到雙北市工作者亦多，但仍留下不少老人於市內。即使新北市都市化程度不高的區，如平溪、雙溪、坪林、貢寮、石碇，老人人口比率還是很高。相反地的都市化程度高的區，如板橋、三重，則老年人口比率則低很多。

二、三等級設施的設計

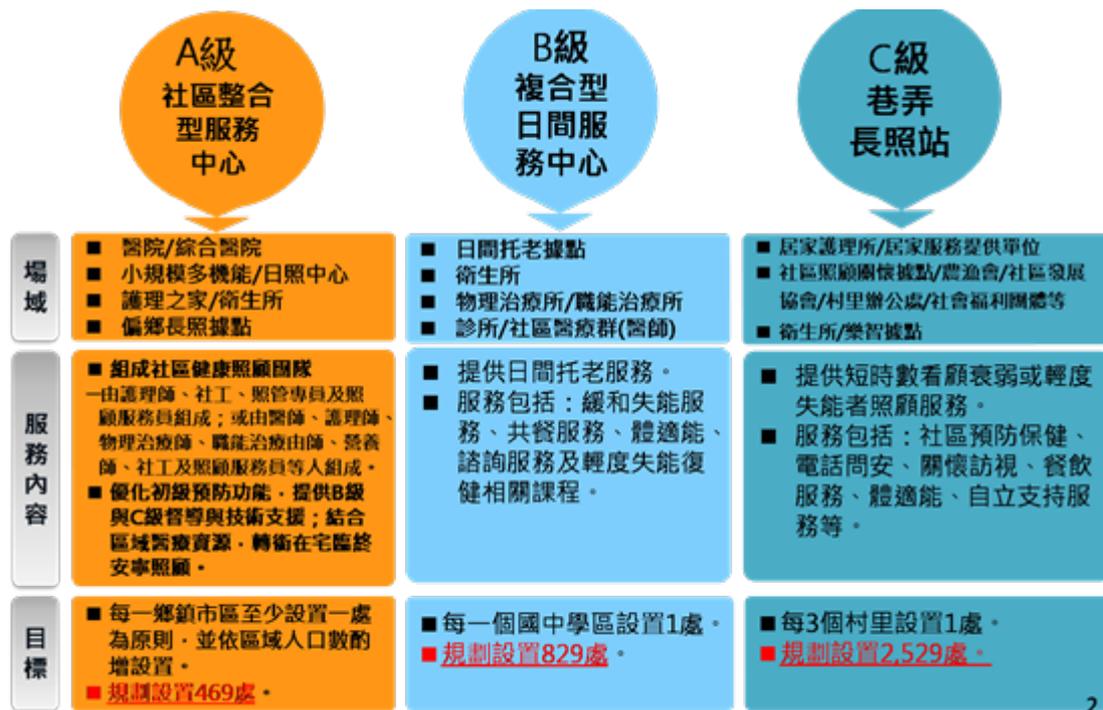
政府政策上已訂三等級服務設施體系：A級「社區整合型服務中心」；B級「複合型日間服務中心」；C級「巷弄長照站」。三等級設置的數量依行政區劃，以及國中學區來計算，卻未依老年人口分布來計算。

1. A級：每一鄉鎮市區至少一處，依人口數酌增。已在社區服務長期耕耘，像是日照中心、醫院，能同時提供居家服務和日間照顧兩項服務，須具備跨專業團隊經驗能力，主動協調與連結社區裡的B級、C級單位資源，並透過社區巡迴車，串連A級、B級與C級服務，提供彈性、整合的多元照顧服務。
2. B級：每一個國中學區^(註1)一處。已在社區提供長照服務的單位，像是居家服務單位、日照中心等，除提供既有服務項目外，視轄區中長輩或失能者的需要，再擴充服務能量，辦理不同的服務，例如：日間照顧服務，擴充辦理居家照顧服務。
3. C級：每三村里設一處。由現行長照服務單位辦理，或由社區的基層單位，如：社區發展協會、村(里)辦公室、老人服務中心等轉型設置，提供近便性的照顧服務，例如：臨時托顧、長輩共餐，以及預防失能或延緩失能服務，以鼓勵輕度失能的長者走出家門，參與社會，落實在地老化的政策目標。(資料來源：衛生福利部社會及家庭署FB)

三等級服務的內涵以及可能設置這三等級服務設施的場域如下表列：

註1：一般教育界所謂「國中學區」是指？

表 2-4：長照 2.0 服務體系建構之 A-B-C 服務點規劃



(資料來源：衛福部 105 年 8 月 3 日長照十年計畫 2.0 溝通說明會會議資料)

三、推動策略

社區服務體系推動策略：以「培植」社區整合型服務中心 (A 級)、「擴充」複合型服務中心 (B 級)、「廣布」巷弄長照站 (C 級)，並視各地區的資源多寡，來試辦適合的運作模式。當地的服務資源多，有單位可辦到居家服務和日間照顧，也就是社區整合型服務中心 (A 級)。如果有這樣的資源，就希望推 A-B-C 模式。若是偏鄉資源不足的地區，適合試辦 B-C 模式，由區域內居家服務單位或日照中心擔任複合型服務中心 (B 級)，並結合 C 級單位，強化資源串連。

四、設置數量

若以「社區」空間的角度來看上述三等級服務設施，可如衛生福利部繪製的示意圖 (見下圖一)。但是依此圖來理解長照 2.0 的服務體系三等級設施設置數量，顯然其中有矛盾之處。下圖顯示了一個 A 級之下有 5 個 B 級，而每個 B 級之下可有 3 個、2 個或沒有任何一個 C 級設施。但是前表統計全台三等級設施數量，可知大致有 1:2:6 的數量比例。可是下圖顯示的 B 級有 5 個，相對於一個 A 級，11 個 C 級，換言之三等級的數量比是 1:5:11，並不合全台的統計數字。

各等級設施的種類，事實上，若以前表所指明的三等級設施所在之場域，各有 3 或 4 種，其中「衛生所」在三個等級都有出現。「日照中心」出現於 A、B 二級。至於「偏鄉長照據點」此名稱還較少見，只出現於 A 等級，應該是為偏鄉沒有「醫院」、「護理之家」、「衛生所」、「日照中心/小規模多機能」，而設想提供 A 級服務之新設施。然而我們的「偏鄉」真的沒有「衛生所」嗎？

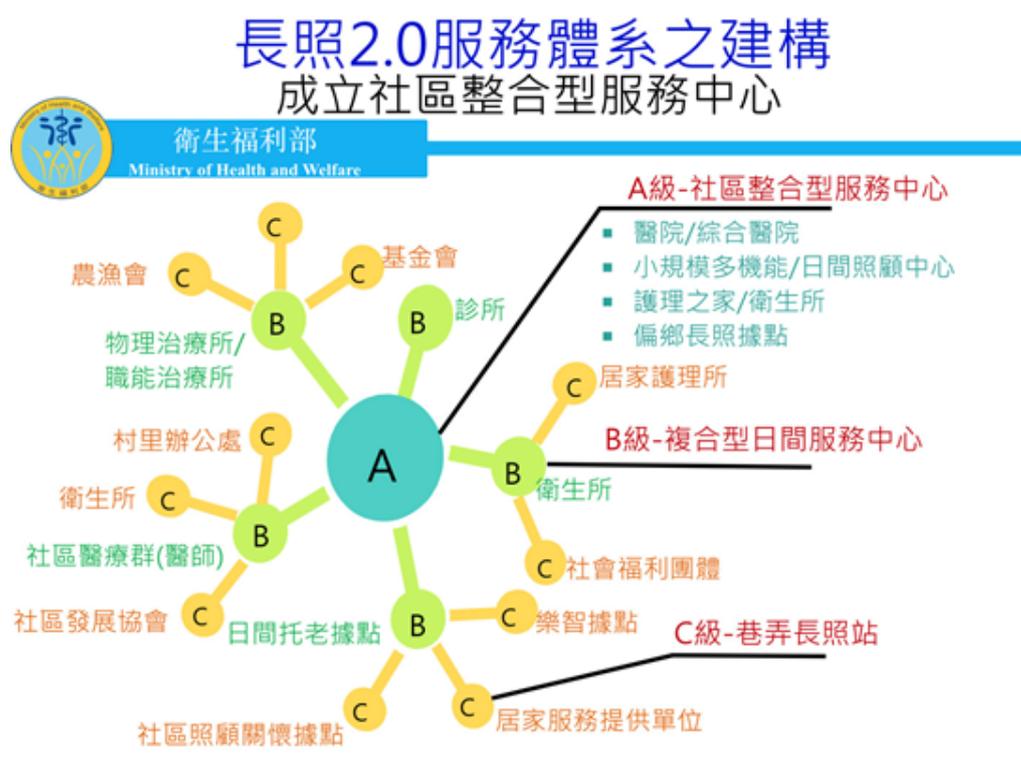


圖 2-1：長照 2.0 服務體系建構之成立社區整合型服務中心
(資料來源：衛福部 105 年 8 月 3 日長照十年計畫 2.0 溝通說明會會議資料)

五、軟體

綜上所言，一方面可見長照 2.0 服務設施體系，其實不能拘泥於硬體的「處」，而重要的是軟體的「處」，關鍵尤其在各級的服務內容：

1. A 級中心組成「社區健康照顧團隊」，扮演「提供 B 級與 C 級督導與技術支援」。「結合區域醫療資源，轉銜在宅點臨終安寧照顧」。看來它也同時應包含「長照管理中心」，以關照轄區內各高齡者（尤其失能、失智者），評估並給予 A、B、C 級適當服務。只是匯集服務供需資訊以及相關人力之「長照管理中心」仍需要一個落腳地點與硬體設施。所以它可以附屬在醫院、護理之家、衛生所、小規模多機能/日照中心；也可以在偏鄉新設置「長照據點」容納之。相對的，在這個「鄉鎮市區」，行政區域也應該有醫院、護理之家、小規模多機能/日照中心、衛生所。換言之，針對失能、失智較嚴重之高齡者，提供醫療、護理、養護、團體家屋、日間照顧，甚至安寧照顧的服務。
2. 至於在每個國中學區內設置的 B 級「複合型日間服務中心」，則應包括有日照中心/日間托老據點、各類診所，加上物理治療、職能治療診所、衛生所，以服務居家老人、輕度失能、失智者。而最好各診所知醫師可以匯集組成「社區醫療群」，共同照顧學區內之居家各式老人，尤其輕度失能、失智者。

以上之觀察與理解，看來我國都市裡的一般小社區（國中學區），仍多缺乏「職能治療所」、「日照中心」，前者也就是國外所謂的"short stay"，給

老人失能發生時，到此學習如何正確使用失能的身體維持日常生活，以便回家後能正常無虞的過日常生活，而不會發生意外。

3. 「巷弄長照站」基本上也是服務居家之高齡者，有衰弱、輕度失能者、以及失智者。提供的服務有短時數看顧的「照顧服務」，以及預防保健、體適能^(註2)、問安、訪視、餐飲、自力支持等。有關的設施有「居家護理/居家服務站」、「社區照顧關懷據點」、「樂智據點」。前者提供給居家失能、失智、衰弱老人護理及一般家務、餐食服務。而後兩者為居家高齡者可前往之社區據點，以獲得保健、自力支持資訊、體適能訓練活動、當日中午餐食等。而「關懷據點」與「樂智據點」兩類據點可以利用社區現有組織之場所來兼辦。

六、服務人口

設施的服務人口數可以下述辦法計算出來：

依衛福部估計長照 2.0 服務老人數，2016 年估計 73.8 萬人，若除以估計的 A、B、C 三等級服務點數目，那麼可得出每服務點平均服務之人數。

$$73.8 \text{ 萬} \div 2529 \text{ C 站} = 291.8 \text{ 人/站}$$

$$73.8 \text{ 萬} \div 829 \text{ B 站} = 890 \text{ 人/站}$$

$$73.8 \text{ 萬} \div 469 \text{ A 站} = 1574.2 \text{ 人/站}$$

再由上述平均服務人數，我們可以估算該設置相關設施或據點的平均數目的確該多少。因為每個據點或設施通常有服務的最適人數。同時 A、B、C 三種區域內，對各類設施有需求的老人數，也可由我國老人各種層級失能、失智之罹患率來估算，看二者是否應合。

註2：體適能 (Physical fitness)：意指身體適應生活與環境 (溫度、氣候變化、病毒等) 的綜合能力。包括生理健康程度及體能程度。

第三節 ABC 服務網絡與問題

一、ABC 服務網絡示範個案

2016 年 10 月 29 日，衛福部公布通過長照 2.0 試辦 A、B、C 級長照設施計畫審核通過的九個機構。

表 2-5：ABC 服務網絡示範個案

提供 ABC 級服務的 6 案	
縣市行政區域	申請單位
台北市 萬華區	台北市立心慈善基金會
新北市 新莊區	新北市私立雙連社會福利慈善事業基金會
嘉義市 西區	嘉義基督教醫院
雲林縣 斗六市、林內鄉	雲林縣老人福利保護協會
嘉義縣 民雄鄉、溪口鄉	私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會
南投縣 埔里鎮、國姓鄉	愚人之友社會福利慈善事業基金會
提供 BC 級服務的 3 案	
縣市行政區域	申請單位
桃園市 復興區（原鄉）	復興區衛生所附設居家護理所
花蓮縣 卓溪鄉、玉里鎮	台灣基督教門諾醫院
台東縣 金峰鄉	天主教花蓮教區醫療財團法人東聖母醫院

（資料來源：本研究彙整）

其中台北萬華區的立心基金會是為 A 級旗艦店（負責資源連結），之下 B 級專賣店包括「台大北護家院」負責社區安寧，「失智症基金會」負責「供餐」、「臨托」服務。以及 C 級巷弄長照站的「愛愛院」、「小德蘭堂」及「中正國宅」三者（失智個案管理）。

2016 年 11 月「長照 2.0」即啟動，提供 2000 萬元給九縣市，試辦到明年底。旗艦店負責媒合民眾跟「長照管理中心」協助擬訂計畫，依規定受理後 14~21 天完成媒合。希望將服務項目由 8 項（照顧服務、居家護理、社區及居家復健、輔具服務及無障礙改善、餐飲、喘息、交通、長照機構）增加到 17 項。

長照 2.0 的 17 項服務，包含長照 1.0 的 8 項，其中「照顧服務」分為三項：居家服務、日間照顧與家庭托顧，所以共十項。另加上創新服務：1) 失智症照顧服務、2) 小規模多機能服務、3) 家庭照顧與支持服務據點、4) 社區預防性照顧。以及延伸服務：1) 預防、延緩失能、失智服務、2) 延伸出院準備服務、3) 銜接在宅、臨終安寧服務。

這九個單位對上述任務各有擔心的問題有：

1. 三級設施如何分工、運作，政府提供之資訊尚模糊，尚需實踐後才能清楚。
2. 服務變多元，被照顧者須適應，尚且多服務有不同時間、地點與接洽的單位，而非集中一處。
3. 健康老人因事故身體機能受損急診後，出院休養，不在長照定義之「失能」之列。

4. 照護專業人才，因服務項目、內容擴充，需更多元、增加。
5. A 級店專責辦公室，政府只輔助 4 個人力，二為專業人力，外加司機、照顧服務員各一位。照服員需培訓，擴充能力。

除上述九個鄉鎮市區之外，還有 14 鄉鎮區修正計畫，通過後即開始辦理。換言之，全部第一波試辦點有 23 個。將受惠 3.9 萬長者受惠，前 9 個則計畫有 1.8 萬長者受惠。

屬 9 案之中的桃園市復興區，是泰雅族原鄉，由衛生所負責推動 B、C 級長照設施網絡。本身為 B 級，其下將搭配 2 個 C 級長照站，有「居家護理」及「社區復健」之聯結，受益者有 519 位老人。其困難有：

1. 山區老人定期就醫、拿藥，到衛生所或大型醫院，交通費可觀。目前辦法只能採開多天的藥，減少拿藥次數。
2. 如下山依靠孩子，也增加孩子負擔。

二、長照 2.0 三級網絡的問題

張法迅（2016/10/30 聯合）認為三等級長照會讓高齡者在不同等級設施之間來來去去，恐怕無法適應熟悉（相較集中一處的做法）。他也認為三等級設施有「疊床架屋」之問題。第三級設施規劃的數目達 2000 多個，他以為這些只是吃飯、唱 KTV 的場所，而缺乏真正有治療師所帶的某療法，以延緩退化之功能。他也認為「長照 2.0」最大問題在於「將機構照顧踢出公共長照體系」。

伊佳奇（2016/10/26，中時）也認為除了人力、經費問題之外，ABC 級設施疊床架屋，只往前看，設法構築照顧之網絡，卻未對當下老人的需求做出適當的回應。包括移工看護實際之人數愈增，卻有立委又要求勞動部取消 85 歲以上輕度失能者申請移工之資格，這也是矛盾的做法。

中時 2016/12/05 之社論『長照為何走不出廉價粗工模式』，提及政府多年訓練的十萬照服員，但是只有一成從事「居家服務」行業。因為報酬太低，不如「醫院照護員」以及「機構照護員」所賺得的工錢，且不受尊重，專業證照又尚未出現，亦無升遷管道。事實上這些都得一一糾正，（目前雖有「照顧丙級技術士證照」制度，但與薪水無關。）包括照服員培訓小時數應增加，含括照服員事業之多面內容與倫理議題等。

沈政男（2017/01/15，聯合）則建議於衛福部下設「老健局」，比設「長照局」來得好，因為可將防治失智症業務納入。除統整長照業務，也可與醫療、社福、保險單位等協調。

2016 年 11 月 1 日中時刊出幾位民進黨縣市長對長照 2.0 在各縣市推動，各有建議。雲林縣建議於雲林設置「高齡健康與照護研究中心」；新竹市強調科技智慧輔具已有資源，應多發揮。嘉義縣志工難尋，希望政府補助事業人力。嘉義市長認為長照中心的長照專員編制固定，應具彈性，因地制宜。高雄市提出長照專員現負責案件太多，無法負荷。居家服務員也應有保障薪資。事實上，長照 2.0 第一線人員坦言，目前宣傳不夠，而照顧服務量能本身即不足。

有關「長照服務機構」的「評鑑辦法」依聯合報刊消息（2017/02/21）將改變原有「優甲乙丙丁」等級制，新採「合格」、「不合格」二分方式，且每四年評一次。有人認為等級制有其缺失，如被評為「乙等」，即影響該機構在民眾心目中的地位，認為其服務品質差。而且分數因評鑑人員不同，標準不一。但是也有人認為等級制才能看出機構品質之差距。

許彤瑤（2017/03/18）另置疑勞工「一例一休」新制將深刻影響「小型老人機構」之經營，增加其人事成本，然後轉嫁到民眾身上。目前例假日「不能加班，即使每周四十小時工時工作沒做完，還是不能加班。」雖然衛福部表示「照服員適用勞基法第八十四條之一專任制，不受一例一休影響。」

今年各縣市試辦「長照 2.0」之後，2017/6/1 聯合報報導，彰化縣鄉鎮市共 26 個，約 2/3 沒有 A 級的長照整合服務中心。到目前為止全縣設有 22 處 C 級長照站，且集中在彰化市、鹿港鎮、二林鎮、溪湖鎮、大村鄉。而大村鄉也是因為剛好彰化基督教醫院與連瑪玉學苑下鄉服務，才能設立。以致其餘 21 鄉鎮市都還沒有 C 級長照站。其衛生局長建議中央以「生活圈」為設置依據，而不要以鄉鎮市行政區為單位。

台中市社會局長卻認為以行政區劃分較明確，「生活圈」難認定。倒是台中市已向衛福部提報 7 區：和平、后里、神岡、大安、新社、龍井、霧峰是「資源不足區」，不受限一定要有 A 級單位，應可直接設置 B、C 級長照中心與站。

台東縣倒是有以下狀況：金峰鄉沒有 A 級中心，但設了一個 B 中心、15 個 C 站，其中一個 C 站則設在太麻里鄉大王村，因為其生活場域與金峰鄉相連。

衛福部社家屬副署長亦稱：「不是只有申請 A 級，才能再申請設 C 級單位。」目前澎湖縣馬公市、宜蘭縣頭城鎮、原住民鄉高雄市茂林區，都是申請「B-C」模式，衛福部亦投資源，但是不建議 C 級單位獨立設置。「因為 C 級屬新模式，並非只提供老人供餐及社會參與即可，還得提供臨時托顧，須具經驗的 A 級和 B 及協助才好。」

今年試辦期，第二階段的「A-B-C」模式審查結果最快 6 月中會公告。試辦之後，再評估 C 級單位是否可獨立設置。

陽明大學高齡與健康研究中心陳亮恭教授兼主任，也曾置疑 2017 年 6 月公布上路之「長照服務法」，其中並沒有針對長照 ABC 服務層級設施，提出任何規範。只將長照服務分為「社區型」、「居家型」、「住宿型」、「混合型」等長照機構。

目前衛福部推動長照 A 級整合服務中心的必須由「基金會」提供，如嘉義、屏東基督教醫院。而設立財團法人、醫療法人的醫院，甚至公立醫院因為非基金會設立，均無法申請設置 A 級中心。這些醫院僅可以設置 B、C 級的服務設施。這樣做法的理由衛福部並沒有清楚說明。事實上，近來不少醫療院所已在評估設立「日照中心」的可行性，以配合政府政策。儘管設置日照中心對醫院經營而言，並非賺錢業務，只是希望幫高齡病患提供持續性之服務。

陳亮恭教授認為我國在 Lancet 國際醫學期刊所公布的全球各國衛生醫療水準評比，住居全世界排名 45。關鍵在我們的「健保」「顧短不顧長」，只講求醫

療 cp 值，雖符合成本效益，但淪為片段式醫療服務。事實上，全球近十年的醫療照護模式變革，已提出「價值醫療」。換言之，任何一個急性病，不只是醫護，還應有後續照護計畫，做完了才能獲得整體健保支付。而且還得擬訂個人化預防再犯計畫。

他也是全球老人照護指標開發設計上，亞洲唯一受邀參與之學者。他指出：醫療品質指標除了「存活」、「健康恢復狀況」之外，還應顧及「復原過程」、「不良反應風險」以及「健康的永續性」。必須將「多重用藥」、「反覆跌倒」、「孤寂孤立」、「日常生活功能」等因素全方位列入指標，並納入健保支付。

他也認為老年人價值醫療需求充滿了商機。譬如哈佛大學研究預測「大數據」和「整合服務」是銀髮經濟重要的兩大方向。

2017 年 4 月 5 日，報載交通部長賀陳旦提出「中華郵政」與「中華電信」均可貢獻力量在未來偏鄉高齡者之長照工作上。有關「中華電信」部分指的是：在釋出 4G 寬頻時，期望得標廠商負擔偏鄉網路普及之義務。

至於「中華郵政」部分，乃借鏡日本之作法。而日本的郵政長照服務是採收費、契約式運作。「中華郵政」的發言人已稱它不會如日本郵政那樣成立子公司，也不會商業化，似乎只願意讓郵差擔負「協助」長照之角色。但是，事實上，郵政局因郵件近年來因網路、手機之盛行大幅下跌，使郵政業務削減，尚且近年已有「世代交替」多人退休（2017 年已有 400 人）之事。目前郵局全台 1300 間，人力約 9000 人，但工作仍嫌繁重。另因一例一休制，只得週六停業。事實上，外勤送信之人員只有一半郵差，其他為內勤，如果再考慮服務偏鄉，真正的人數也不多。

其實有上述構想，一方面是郵政要轉型。它轉向長照，是有其優點，包括熟悉社區地方，以及老人所在家戶在哪裡，也難怪以前有些地區的郵差已從事此類之工作。郵局早在 2008 年就推動過「關懷獨居長者」，自發性的關懷老人、送餐、清理房間環境等。一年服務人次甚至達 5.6 萬。

不過目前說法皆在於「協助」，如要收費，則需培訓專業。至於何種服務也得再思考、設想，並不是那麼容易。可能彈性的試辦或為一辦法。

另一方面與建築有關的議題是，郵局有多餘的空間供作長照服務來使用嗎？這個議題尚言之過早。

三、照顧者狀況與問題

一般照顧者有幾個迷思：

1. 自我犧牲，才能照顧好老人病患，因此沒有適當休息。
2. 不能抱怨、生氣、沮喪。事實上，照顧者快樂，家人才健康。
3. 一般照顧者多自認只有我了解親人，我照顧最好。其實照顧者應該大方接受外援。
4. 認為照顧是天經地義的事，對社會並沒有貢獻。事實上，照顧老人家此事很重要，值得大家肯定。

5. 有照顧者認為照顧家中老人是自家的事，不應該對外人說。事實上照顧者應多與有經驗者交流，可多學習。(家庭照顧者關懷總會，2017)

依聯合報 2017/4/19 報載：家庭照顧者關懷總會調查結果：1) 照顧者年齡在 41-60 歲間，平均年齡 52.7 歲；2) 每日平均照顧 13.13 小時；3) 平均照顧年數 9.5 年，最長者超過 20 年；4) 23% 未婚；5) 30% 兼顧工作；6) >80% 女性。

家總由全庫人壽支持，於雙北、新竹、台南、高雄設了 6 家「照顧咖啡館」，提供 2 杯/月免費「喘息咖啡」。家服員到家幫手 3 小時，照顧者可來此喝咖啡，與他人交流經驗，促進好心情。目前全庫人壽希望設更多點。

2017/3/18 聯合報一篇「別讓照顧者倒下」報導，其中指出照顧者的壓力有：

1. 外界的：別人不懂苦處；親人只動口。
2. 照顧者本身的：a) 身體的，應提升照顧技能，並有休息機會；b) 精神的，病患拒絕接受照顧或相關活動。

而一般照顧者有的心情：

1. 家人照顧是好的。但這並不完全對，因為照顧是長期抗戰，自己要健康，能承受壓力，旁邊親人要多體諒照顧者，並盡量分擔。
2. 若送機構，通常會問此決定是對的嗎？
3. 當出現醫事糾紛、告狀，多由其他親人出面（多是親人的補償心理）。照顧者反有壓力。
4. 旁人說感謝，不如多了解照顧專業，從旁支援。

四、移工看護問題

2017 年 2 月初，報載勞動部因主要置疑長期服務上路後，勞動部應檢討移工看護之政策。其中勞動部回應：將檢討前年所開放的 85 歲以上長者經醫療院所評估，巴氏量表有任一項未達正常，如進食、洗滌、上下樓梯等，屬「輕度失能」，即可申辦「家庭類移工」。此辦法到 2016 年 8 月共進用 734 名移工。

事實上，國內照護人力普遍不足，而上述長者之需求也的確仍在，是為困境。

於 2017 年 2 月底，勞動部再發布：2016 年底來台移工已達 62 萬 4 千多人，比 2015 年底，增加了 37000 多人。其中社福類增加 1.3 萬人，增幅是 2015 年的 3 倍。

事實上，開放外籍看護之政策已超過 20 年，近 10 年只有 3 年社福移工人數年增超過萬人。至於「家庭幫傭」近年都維持在 2 千人上下。理想狀況是「家庭看護移工」來台工作，須取得 90 小時照護員訓練，得到證明。另加上語言課程數 10 到一百小時。相較本地看護，須受一個月訓，並到機構實習才能取得「居家照護員」執照。後者顯然較嚴謹。

全台失能人口據估計約 76 萬人，55% 由家人照顧，35% 移工，15% 本國看護。移工卻逐年增加，令人擔憂。

中華民國家庭照顧者關懷總會秘書長陳景寧（2017/2/28 聯合民意論壇）曾投書稱：家總近期對家有失能、失智長輩之上班族調查，目前有四成聘僱外籍看

護工，為比率最高的方式。

但其「理想方式」依次為：

1. 有彈性的居家服務（21%）
2. 24 小時機構照顧（15%）
3. 離家近的日間照顧中心（14%）
4. 外籍看護工（12%）

上述調查可知雖有 12% 家庭認為理想的照顧老人家方式是找「外籍看護」。但若與現實達四成家庭正僱用外籍看護工相比，可知至少有 28% 的家庭是不得已才僱用「外籍看護」。

事實上，「學者估計台灣每年為外籍看護工輸出國創造約 375 億元外匯。」另方面，「勞動部從 23 萬聘僱外勞家庭每月收取 2000 元，每年累積約 50 億元『就業安定基金』。」這些基金作何用途，尚待釐清。

五、出院準備服務的問題

長照 17 項服務中有項「延伸性服務」，是「出院準備服務」，最快 2017 年 4 月上路。由衛福部推出「銜接長照 2.0 服務出院友善計畫」，鼓勵各醫院成為「特約長照出院準備友善醫院」，籌組準備小組成員。評估人應為有經驗之護理師，接受照顧專員訓練半天，然後採用中央認可之新版「長照需求之評估工具」，以核定申請之病人，提供其適宜之服務項目與時數。對此計畫政府將投入 5000 萬到 1 億多經費。目標定在一到七天內，病人即可獲得出院後服務，包括居家服務、居家護理、居家復健、喘息服務等。

高雄榮總 2016 年 10 月已試辦，以往照護中心在病人出院時獲通報，平均 2 週後到家評估，再 2 周才真正取得服務，其中空窗期達一個月。試辦期間，據榮總經驗，也可知家人對此辦法尚不熟悉，同時也需要考慮「希望自己照顧」的辦法，因此擱延時日。

事實上，2013 年台北市衛生局即推動「髖關節骨折、脊椎骨折急性後期復健試辦計畫」。2014 年健保署也推出「提升急性後期照護品質試辦計畫—以腦中風為例」，接著擴大到「髖關節手術」，希望減少健保支出。

到 2017 年 4 月，此服務涵蓋率僅有 2.5%（伊佳奇，2017/04/03，聯合報），依衛福部長承諾：上述獎勵辦法，將使涵蓋率提升到 10%。

上述計畫其實也希望以醫院護理人力舒緩地方長照管理中心尚缺的 600 名人力之窘境。倒是，參與之醫院必須符合四大條件，才可以獲得專業服務費 30 萬元，表現優良者才給予認證。但此計畫棄用健保給付之利器，另外，長照服務之人力不少地方還未準備到（全台缺 1 萬多人），以致上計畫能否奏效，仍有諸多問題。

六、長照機構的問題

2017 年 3 月 10 日晨間，桃園市「私立愛心長照中心」失火，造成四死 13

傷。此中心已經營三年，登記 22 床，但收費低廉，負責人又是里長，風評不錯，所以生意好。2016 年 5 月因而違法使用二樓，多收 15 人。消防等單位至少稽查六次，業者都稱二樓為私人住宅，所以未察覺。因為業者將外部可通二樓之樓梯設鐵門拉下。一樓平日醫護人員使用之電梯，也以夾板遮蓋。但是，周圍鄰居都知道此二樓收容有長者，但是不知其違法使用。（呂筱嬋、陳俊智，聯合報 A5 版，2017/03/11）

當時一樓住 21 人，二樓住 16 人，共收 37 人，均為無法自主行動之長者。按規定，此中心白天照服人員應有 5 人，晚上 2 人。醫護人員無論白天、晚上都至少有一人。起火原因據調查應是夜晚台電整修造成停電，主持人囑值夜唯一一位外籍看護於每房點蠟燭照明，恐怕即是此蠟燭釀的災。起火點疑似於二樓樓梯口左側第一間臥室。

據 2017/03/11 聯合報載（呂開瑞，2017/03/11），從 1990 年至 2017 年有八次重大長照機構火警傷亡事件。其原因記者歸納有幾點：

1. 安養中心人力欠缺，難以應變。
2. 專業訓練不足。
3. 長照需求日增，市場供應不足，以「黑戶」超收違規。
4. 逃生設備不合標準。

記者羅真（2017/03/11，聯合報）稱衛福部將每四年評鑑新設之長照機構一次，其中必要項目有「大型模擬演習」，若不通過，整個評鑑即算不通過。

聯合報 2017 年 3 月 12 日，有讀者陳諍言投書，另稱：

1. 稽查人員應提高警覺性，不只注意登記範圍，並應注意其周邊之狀況。
2. 機構應自行加強消防設備，並規劃疏散路線與救援措施。

各式機構的老人因體能不同，包括使用拐杖、輔具、輪椅、甚至配備維生器具者，自行避難之能力與所需要的扶助自然不同。因此若能將病患、老人行動能力作區分，而有不同的包含軟硬體之避難逃生方式、路徑與空間之規劃，是相當必要的。

盧守謙（2017/03/11，聯合報讀者投書）曾提及有些機構是從即有建築改變用途，作為醫療照護功能設施。以致空間規劃、動線設計、管線配置及低燃點化學藥品放置位置等均成為問題，造成安全上之疑慮。他建議檢討 2015 年鬆綁的防火管理法規。認為「在避難弱者集中的場合，應有嚴謹的安全措施、硬體，及防火管理能力（軟體）。同時應強化「預防」措施，包括「不燃化管理」。如管制易燃物之使用、用電處淨空可燃物，所有非必要可燃物移至儲藏室，分類管理。因為火災發生都是「燃料管制火災」。

總言之，政府「應以安全風險評估為基礎，進行分級管理，調整、修正管理策略，尤其是對既有轉型照護使用空間之硬體、軟體防火管理能力的改善。」

第三章 「療癒性環境」理論建構（一）

本章在釐清「療癒性環境」理念之源起與發展，同時分由二節：跨科際論述及「建築學觀念」來陳述在不同學科如何定義此「理念」，獲得最廣義的視域，以便再從建築學統整此理念之內涵。

因此，本章文字為一議論性文章（essay），而非實證研究的結果。重要的是思維的釐清、辯證與建構，依循的是明晰的邏輯推導，以及精準的文字表達。

第一節 「療癒性環境」理念之源起與發展

依筆者之追索（關華山 2014），療癒性環境（therapeutic environments）的緣起與發展可總結如下：

二戰後，各國經濟隨之復甦，科技學術包括醫學大幅進步。1980 年代之後全球人口老化先從西方先進國家發生，繼而開發中國家。人口老化除了高齡者人口數增加，隨帶的慢性病，尤其失智症的盛行率逐漸提高，大大增加了醫療護理界的負擔。不得不從照顧身心障礙者之安養、養護模式，以及急診後康復的即有復健、職能治療看齊，建構起種種新的照護方式、場所與設施（包括出現新的健康照護「建築類型」）。同時也受到 1960 年代美國身心障礙者爭取人權的運動之影響，以及英國社會福利界詬病傳統大型救濟院收容所之「機構化」，轉而提倡各種照護設施甚至醫院，應該「去機構化」、「回歸主流」、「社區化」、「人性化」的新價值典範。包括病患及其家人一起積極參與治療之 Planetree 理念，也多在此時發軔。

而相對「人」的一面，1960 及 70 年代也是整個人類以及學術界重新認識發現「環境」，尤其「自然環境」之重要時代。隨帶污染防治、保育自然環境之倡議與付諸行動，關注自然環境「生態性系統」的「生態學」也形成，帶給學術界思維架構的質變，以及諸多學域的典範移轉。在心理學方面，也因著早期幾位學者開啟了研究醫療設施裡環境因素對人身心健康之影響，是為「環境心理學」萌芽的先聲。隨後擴大為「環境行為研究」（Environment / Behavior Studies, EBS），引起多種學科包括環境設計者、建築、室內設計、景觀學界、業界相當的關注。而「環境」此概念本身所蘊涵的「生態性」，已不單純指涉「實質環境」（physical environment），至少也含括到人際間的「社會環境」與管理設施軟硬體的「管理環境」。其實這都是環境心理學早期學者觀察人行為之現象後，所發明的「行為設境」（behavior settings）此新概念的延伸思維。也因此「心理治療」界從治療師與患者間的「療癒性關係」，擴及到與尋求生命意義有關的存在主義或現象學式的「療癒性環境」理念，或「場所療法」（milieu therapy）的實務療法之出現。其背後之理念其實已與 Maslow 所提出之人類需求最高層級的「自我實現」及其較基礎之諸層級關聯起來了。另一方面，因著環境污染傷害人體的一再發生，與一般人養生食療的講求，又出現了「環境療法」的醫療專科。

千禧年前後，「療癒性環境」的統整理念逐漸被關注、定義，並探討其內容。尤其對醫療、護理、健康照顧設施經營者，以及建築師、室內設計、景觀師這些實質環境的專業設計師與相關營造業者，如何真正設計、造就出具療癒性的環境，以貢獻病患的被醫治、逐漸康復，或提高其日常生活的品質，以趨近「痊癒」(healing)的整個過程。相對的，醫療、護理與民俗醫療界均逐步開發各種各樣的替代性、輔助性療法，共同豐富了「療癒性環境」的真實內容，尚且不少輔助性療法已被醫療界之職能治療(OT)所涵括包容進去。因為各種療法都牽涉到一定的設備、人員以及活動、空間、時間，因此與實質環境、管理環境、社會環境均可關連起來，需要一定的安排。也因為多面之療癒法及養生講求出現，以及西方基督教特別在意心靈的救贖(healing)之傳統思維，healing environments(全人治癒的環境)此詞彙因此出現，常與「療癒性環境」(therapeutic environments)並用。而中文的「痊癒」較接近 healing 的字面意思，因此 healing environments 的中文或可譯為「痊癒性環境」。

值得注意的是，近年除了西方學者陸續提出規範性之評估表尺，以評估、改善高齡者即有設施(尤其失智者照護設施環境)的「療癒性」；又循醫學界及環境行為學跨科際的實證研究傳統與研究方法，設法生產出可靠的有關「療癒性環境」的各種知識與設計技能，好更紮實的掌握「療癒性環境」的內容，進行改善各類設施的實質環境，更有助於病患、老人等之健康照護。近年甚至出現開辦相關的教學與認證之類的「知識即經濟」之舉措。

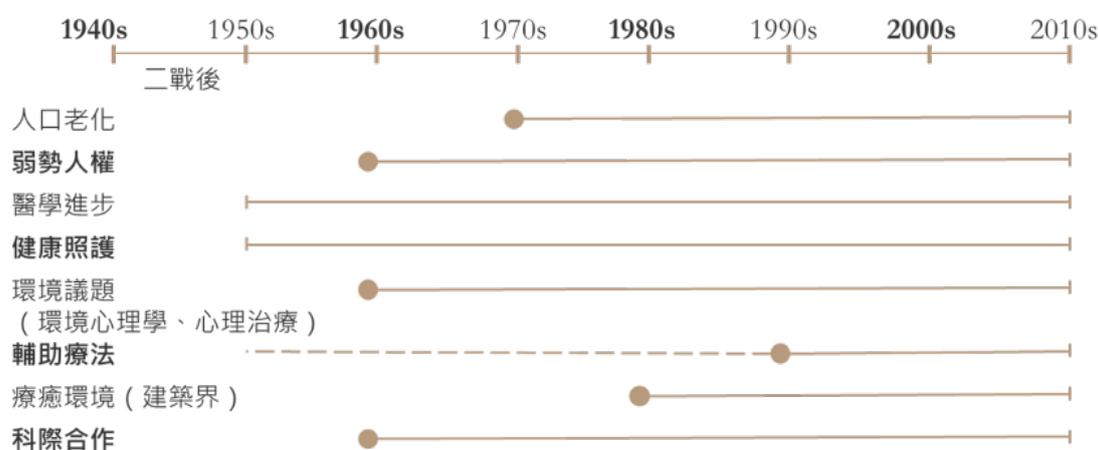


圖 3-1：療癒/育性環境源起與發展

(資料來源：東海大學建築系 GREEnS 研究整理 (關華山, 2015))

由於全球先進已開發國家之人口老化急速，慢性病患者增加，老人、身心障礙者人權愈趨被看重，很明顯的，老人、身心障礙者在居住、工作、娛樂等環境，以及他們的各類服務、照顧設施已成為一種新起的建築類型 (building type)。它們所講求的設計考量已大大不同於醫院、診所這些容納「醫療行為」的空間與環境，也不同於出自醫療系統的「護理之家」(nursing home)。新建築類型愈加趨近於日常生活、社區、家庭，另加上各類服務、照顧，以及適宜的護理，甚至醫療行為。

若檢視老人、身心障礙者之種種需求，可知他們不同於正常健康者，也不同

於得急性病的病患，得去醫院、診所就醫。而慢性病患或一般認為醫不好的身心障礙者該如何獲得照顧、支持，又如何像一般人正常生活？則成為護理界、社工界的重要課題。就東西方國家、社會過往照顧這些人等的「機構式」做法，經過基本人權的重新檢視，數十年前即產生「去機構化」、「回歸主流」、「小型化」、「社區化」的新價值，以及種種軟、硬體新服務照顧型態、設施的出現。這正是上述新建築類型產生的背後驅動力，建築專業也因此早早涉入此大趨勢中，扮演一定角色。

另一方面，西方因著醫技的進步，醫療設施的推陳出新，促使醫療費用節節升高。就國家財政與國民健康照顧政策而言，必須改弦更張，開始強調促進國民之「健康生活」，以避免生病就醫。醫學、護理界、甚至心理學也開始關注如何讓人快樂以及健康。近年加上文明病、流行型病毒的肆虐，環境污染、食品安全種種問題，不僅公共衛生與流行性病學被看重，更促使一般民眾對於健康生活愈加關注。民俗醫療、養生以及非醫療、替代性療法因此紛紛出籠。

這些大趨勢中，能貢獻給人的健康生活的種種因素當中，「環境」（實質環境）此變項逐漸被各式人等體會到它的重要性。而所謂的「療癒性環境」（therapeutic environments）或「痊癒性環境」（healing environments）可說是此大趨勢所倡議出的最具含括性的一個理念。然而什麼是「療癒性」或「痊癒性環境」？其內容為何？又如何運用在所有健康照顧（healthcare）的設施、環境裡？以有效的謀求包括急性、慢性病患以及身心障礙者、老人之福祉，讓他們有一個促進其健康、快樂、正常的環境，成為當前全民關心的議題。

在此大趨勢下，國內相關學界大體上對此理念還處於知其一不知其二的狀態，使得統合性的釐清何謂「療癒性環境」或「痊癒性環境」於今國內學界有其相當的必要性。筆者下手的方法主要是考察檢視西方相關學者的探究成果，以及所提出來的種種說法。當然此二理念在西方學界也是逐步發展出來的，並處於檢證階段，尚無定論。但很顯然的，此理念已成為西方相關學界、實務界一個努力的標竿。在此講求知識權力與經濟的時代，我們不能仍昧於此一西方先進國家醫療、護理、健康照顧界、甚至建築界之重要理念。

第二節 「療癒性環境」的跨科際論述

本節先由《未來照顧》(1996)此書論起，再引導到醫學界、公共衛生、社工、心理學、心理治療學跨科際對「療癒性環境」的看法與相關的理念之發展。隨後檢視現下多所出現的醫療之外的輔助性療法有哪些，以及為失智症患者所實施的各種特殊療法，以顯示更具體的「療癒性環境」之多樣貌。

一、未來照顧《Futurecare》

早在1996年，二位建築師Valins, M.S.及Salter, D. (1996)會同其他幾位建築師、教授、醫師、社工師、醫事管理師等，合著了一本書Futurecare - new directions in planning health and care environments/未來照顧 - 規劃健康與照顧環境的新方向。本書一些章節簡述了西方醫療之發展歷程(Valins & Salter 1998: 1-5; Valins, Reese & Bast 1996: 6-14)，由之可知中古世紀以前各文明對醫療與健康照顧均重視，但礙於醫療科技的不夠發達，反而富含宗教色彩，並不可避免的與戰爭傷患拉上關係，中古世紀達到極致。文藝復興時代「科學」引領「醫院」出現，但仍與教會、僧侶院複合在一起。到19世紀因防制感染醫技被研發出來，公共衛生被大幅推進。到近代更是如此，1960年代，護理照顧模式也開始被看重，從團隊護理到著重診療的技術型照護、基本與加護照護之分辨，進而到著重病患、家屬等模式之演替。

到近代，醫療進步普及與現代生活樣式形成，一方面促使個人長壽，但慢性病益發出現。另一方面，身心障礙者之人權要求，促使「長期照顧」(long-term care)之需求大增。早期此需求僅靠以治療為目的的醫院加上護理之家來應付，令國家、社會、家庭醫療開支大增。因此講求照護、照顧與醫療的脫鉤，產生眾多康復照顧的新設施，如 day surgery, semi-acute care, hospice care, short-stay, close-care, assisted living 等。再加上醫療服務被要求普及化，包括「社區照顧」(community care)及照顧管理(care management)均出現。同時國家政策上，為社會大眾、全體國民設想出「長期照護保險法」。期待以互助方式，健全個人接受長照服務時之支付能力。以上所述的大趨勢，可以見到一種由純粹「醫療」典範漸移轉到「健康照顧」的強調。

Russell (1996: 43-46)論及慢性病有四個面向：疾病本身、患者、照顧層級、環境。照顧層級早期重在去除不舒適，以及儘量維持身體功能。然而就失智者而言，「環境」對其照護產生很大的影響力，可促使患者日常生活品質達到最佳狀況。換言之，從高科技的治療開始關注到高感觸的「痊癒」(healing)。包括合理的運用醫技，提供友善之照顧、環境，帶給患者尊嚴、獨立、自重。隨帶這些不同的照顧層級、內容，在環境上即出現上述的種種新設施。同時，這些設施都出現努力設法「像家」的趨勢，避免「機構化」的醫院、護理之家等。(Schwarz 1996: 76-87)

照顧界注意到「環境」的重要性，但初期採「義肢性模式」觀點，有如無障礙環境的延伸。但是醫療照顧界在了解到對待老人、慢性病患者、身心障礙者，

重在改善其生活品質，以滿足其身體、認知情緒、生活功能等多重需要。這些照顧環境必須是被照顧者可賦予意義的「地方」，而不只是「空間」。然而，人生命中賦予意義最多的「地方」，就是「家」。考量到此層面，義肢性模式因此讓位給「療癒性模式」。比較特別的是失智症於上世紀初被發現後，於世紀末西方盛行率即攀高，建築師也很早即加入醫護團隊，共同為失智者發展設想其照顧設施（Calkins 1990；Cohen, Weisman 1991），「像家」尤其成為重要的設計、管理設施之準則。

二、跨科際論述

2-1. 醫學界

醫學界傳統以來，診斷病癥之後做判斷，即以「藥物」醫病之外，還有「外科手術」。之後再加上「復健」(physical therapy) 與「職能治療」(occupational therapy)，後二者是為病患接受治療，達痊癒程度、回復正常生活的一種輔助性遇處 (treatment)，所以也被稱為「重建」(rehabilitation)。此二療法已有實證療效，因此被醫學界承認。復健與職能治療在二戰後即有特殊的設備、空間發展出來。近年來，有多種輔助性、替代性療法已被職能治療所納入。換言之，醫學界似乎已有鬆動過往嚴格定義之“therapy”內涵之跡象。或者說，就歸之為輔助性療法，仍不是醫療罷了。

2-2. 公共衛生界

另一方面，隨醫學之進步，國家對國民健康的重視，流行病卻因全球化人群、物品移動頻繁，更加肆虐。公共衛生界不得不更加關注公共環境本身的健康，以免國民受潛在的病菌、病毒之威脅。如空氣、水資源、食品污染、過敏源控制，甚至出入國境監控等。有些醫師也提出「環境療法」(environmental therapy)，認為人不少疾病出自於環境的毒素，所以此療法除了令病患搬離其現居環境外，還包括清除患者體內已存之毒素，以及外在環境的毒素。「環境療癒界」在美國已正式成立相關機構：American College of Occupational and Environmental Medicine 及 The National Institute of Environmental Health Sciences，與主流醫學界密切合作。The New York University School of Medicine 早於 1947 年即成立 Dept. of Environmental Medicine。

2-3. 社會工作學

社會工作學從上個世紀二次大戰後，開始發展出心理輔導以及 60 年代後身心障礙者的各種遇處，包括種種之「居住安排」(living arrangements)、配套的福利服務 (welfare services) 或照護服務 (care services)，同時與醫學界一樣，均以個案之照顧管理方式進行服務的輸送。

2-4. 心理學

很有趣的，古典心理學從上個世紀 60、70 年代首先注意到環境與人心理健康與病患康復之間的重要關連。就已發展出了「環境心理學」(environmental psychology)，繼而發展出廣泛的「環境行為研究」(EBS, environment/behavior studies)，引動其他學域譬如：建築學、景觀建築學、室內設計、都市設計、都市研究、人文地理學、文化人類學、考古學、環境心理學等學者一同參與。同樣關注到實質環境與人心理、行為間相互緊密的關連，也因此促成了跨科際的視野，與彼此間更多的合作。

2-5. 心理治療界

至於心理治療界 (psychotherapy) 倒直接提出了「療癒性環境」的說法。一般治療其兩頭尚有「預防性治療」(preventive therapy)及「支持性治療」(supportive therapy)。它亦可分「第一線治療」(first-line therapies)，亦即主要的治療方法。但有的第一線治療法仍無法解決問題，或會產生不能忍受的「副作用」，可加入「第二線治療」(second-line therapies)。

預防性治療包含各種疫苗。支持性治療簡單講並不能改善疾病的基本面，但可增加患者的舒適度，如「緩和照顧」(palliative care)。但是，這樣的說辭，恐怕也看低了支持性療法的作用，因為依據“Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health” (Shannon; 2002)，這些補償性、替代性治療乃是針對人的身心靈整體運作進行治療的，因為人們的身心靈之間存在著互相影響的關連。該手冊有專章論及「環境」(The Environment)，該文作者 Sultanoff (2002: 497-516) 視之為「我們生活的涵構」(our living context)，也就是「整個世界」。但更確切的就心理治療而言，是治療師與患者會面之處，所以關係到治療過程之經驗與效果。一方面，需思考環境因素如：治療師會見患者所懷的個人的「能場」或「態度」，環境中光、音、色的呈現品質，有秩序與混亂的效應；負離子的好效果；電磁波輻射破壞健康的效應等。另一方面，還以更廣的視角看待，超越治療所在之實質情境，進入到無限可能的宇宙。所以它有可觸與不可觸的面相，也有內在、外在環境之別。作者甚至宣稱：「我們治療師在內生活與工作的外在世界其實是一種鏡子，我們個人的價值不可避免的反映在任何我們選擇圍繞在自身的環境中。因此，為了可以從我們自己的生命進入患者的生命裡，我們將盡力開創一個環境，持續提醒我們—每個從那裡來的人—什麼是值得活下去的，什麼是真正重要的。因此我們的工作空間最終能具體化，並對世界『宣稱』：透過它，我們能與最健康、最融通的，有關我們所愛與賦予價值的那些『訊息』連通。它會是一個活生生的證據，我們所感受的是足夠重要，以擁抱我們自己的生命—做為我們服務的患者的榜樣。」

他又說到：「我們的生命與工作是要基於一個深不可測的神祕。我們一直是『生存其間』(inter-being)，不可免的是為一無限大的交互關係網之一部分，所以我們無法避免的以一種不可思議的方式，身處『全』環境任何地方的一部分，

正如我們參與到（不管喜歡不喜歡）這個震宇性的生命舞蹈。」(Saltanoff, 2002) 很顯然，這是心理治療界，尤其輔助性、替代性療法，藉由存在主義、現象學方法、理論，看待「環境」的另一種方式，同時也把心理治療的宗旨蘊涵在此「深度描述」的「環境」裡了。上述的說法其實也可以稱為 therapeutic environment。

心理治療師 Hazler, R. J 及 Berwick, N (2001) 曾討論了「療癒性環境」的核心條件，它們是從二種心理治療理論觀點：人文主義與心理動力學下手，討論了 the psychodynamic environment, the cognitive-behavioral environment, the existential-humanistic environment 的核心條件。他們看重所建置的「環境」是治療師與病患間的療癒性人際關係 (the therapeutic relationship)，因為心理病患最重要的就是重建正向人際關係的能耐。進一步他們指出建置療癒性環境，該注意到包容 (involvement) 方式 (治療師與病患間接觸的方式從傳統精神分析的患者躺在躺椅不看治療師；到「完形治療師」與病患面對面，甚至肢體接觸；或有些治療師僅以電話、網路進行治療)；如何看待情緒 (emotions) 之社會文化因素；以及病患之所思所想 (thought)，與其對過去現在未來時間 (time) 的看法。所以他們所稱的「療癒性環境」是指治療師與患者間如何建立起一個「療癒性的關係」。擴及至兩者之間的一種心智交流的「個人人際環境」(inter-personal environment)，最後兩者存在的此時此地之社會、文化世間與更大的宇宙。

在心理治療界，還不只有治療師與病患二人間的療癒性環境。另一種療癒性環境是指建立起一個多人的「療癒性社區」(therapeutic communities)。療癒性社區是二次大戰後，在精神病院、病房內出現的一種心理治療方法。由數位治療師與一群病患，組成「社群」，採用「團體治療」(group therapy) 以及患者自主的民主方式進行，以避免權威出現。近年更趨向形成小社團，以電話甚至網路或每週聚會一次，做為溝通方式，可減少早期共居精神病院，長時直接接觸，可能出現的治療風險。

但是至今，早期的那種患者共居，會同治療師及整個心理治療設施共處而成的 therapeutic communities 仍盛行於北歐。它被稱為 milieu therapy (場域療法) (Kornerup ed., 2009)。換言之，透過 場域療法，帶給心理障礙孩童所謂的居住性養護(residential child care)，算是一種「透過環境又於其中療癒」(therapy in and through the environment) 的方式。Kornerup (2009) 又以英文 planned environmental therapy (計畫的環境療癒) 稱之。此種療法屬長期治療，特別於全照式機構 (all-encompassing institutions) 如監獄、精神病院、社會性居住照顧設施裡實施。此療法可說是現今治療最複雜的一種形式，如果深思熟慮運用之，也可說是對付一些最難治療的心理發展上之長期問題與狀況，一種有效的心理療法。

三、「輔助性療法」(complementary therapies)

從建築專業而言，不同療法均需空間甚或設施予以實施，這些均應被視為療癒性環境來設計，因此建築師必須了解各種療法所需之空間、設備等之情事。以

下就分別討論幾種療法，以便進一步設想其所需空間之特質。

3-1. 音樂療法 (music therapy)

依 Even Ruud (2010) 定義「音樂療法」：「音樂治療師利用音樂所具備的心理性、生理性、社會性機能，依對象行動（或態度、精神狀態）的變化為目的而執行具治療、教育性的活動。」

音樂療法之原理，依據日本音樂治療師村井靖兒 (2002) 的說法大約可以二層次來看。其一是音樂屬物理學之 $1/f$ 震動，物理學家發現自然中有許多現象均表現了 $1/f$ 型震動。亦即變化的大聲波中有小波變化，適度變化與適度規則性中保有刺激的現象。就美學而言，即是具「多樣的統一」性質。而音樂即為此種震動波（white 噪音為 $1/f^0$ 震波，布朗型噪音則為 $1/f^2$ 震波）。而人類的脈搏、腦波、肢體與肌肉之運動均存在這種 $1/f$ 震動。也因此活動人體與進行中音樂具有同性質的 $1/f$ 震動。換言之，二者可以「共鳴」，正是此「 $1/f$ 震動論」為「音樂療法」奠下了其具療效的理論說法。至於另一層次之理論，是有關於以何音樂對應不同的「療法接受者」，此層次之理論有二，同質原理與異質原理。前者是給患者聽與其情緒同步調的音樂；後者為逐漸給患者隨本能節奏和聲伴奏旋律，轉變到感覺式的情感音樂氣氛，進而至優美的、繪畫性的，促其聯想接近現實的音樂。

(註3)

音樂療法有讓患者聆聽特定音樂的，有令其參與演奏的兩種方式，亦有以個別指導或採團體進行之別。因此相關的空間基本上須講求音響效果，並提供足夠空間與設備。

3-2. 藝術療法

Art therapy 源自於 Art 及 Psychotherapy，所以定義分歧。一方面它可著重將 art-making 程序視為具療癒性 (art as therapy) 或者一種療法中的藝術 (art in therapy)，即被稱為 art psychotherapy (藝術心理療法)。心理分析進路是 art psychotherapy 最早的形式。此進路採治療師與從事藝術的被療癒之藝術創作者所傳達的「象徵性的自我表現」，從被療者誘發出詮釋。但是，現今情感移轉已不再是唯一的進路。「藝術療法」出現許多其他進路，如：專注個人、認知的、

註3：郭宗愷(2013：84-94)亦曾以「生命意識的體現-以美學共震理論探討音樂對心理治療的神奇力量」為題，深入闡述了音樂療法的內容與重點。郭教授一方面認為音樂是表達情感的五度空間以上的藝術，一種脫離肉身束縛之靈體(意識)的藝術；另一方面，人的心理疾病源由多來自生命歷程中許多懸而未決的情緒，成為潛意識裡的情結。當演奏者演奏的音樂，表達的一種情緒，藉著共震原則，喚起聽者內心同質的情緒，當此音樂碰觸到上述個人累積的情緒，此情緒所隨帶的痛苦可得到撫慰、紓解。音樂療法的神奇，在於不需追查發病原由事件，或潛意識的那個情緒，就可以進行療癒。音樂療法可以聆聽或以演奏方式進行，治療師得設計安排療程、選曲、何時變化、設定療癒時間，何時加入其他活動等等。此療法可施予精神分裂症、憂鬱症患者及身心障礙孩童、老人、失智者、安寧病房患者等。

行為的、完形理論的、敘事的、Adlerian、群類（系統）的等等。藝術療癒的要義包含人文主義、創造力、和解情緒衝突、孕育自我觀念及個人成長。

依美國藝術療法學會（The American Art Therapy Association）的定義：「藝術療法是一種心理健康專業，利用藝術作品製作的創發過程，來改善和增加各種年齡的個人生理、心理、情緒的福祉。此專業相信包含於藝術之自我表現的創作過程，可幫助人解決心理衝突、問題，發展人際交往技能、管控行為、減少壓力、增加自我關注及達到洞見。藝術療法整合了人類成長、視覺藝術（繪畫、雕塑及其它藝術形式）之領域，以及依循輔導與心理療癒模式的創作過程。」依此定義，藝術療法所需之空間一方面視採何種形式之藝術，一方面視多少人參與，因而它有一定的空間大小與設備、家具要求。

3-3. 園藝、農藝療癒（garden therapy, horticultural therapy）

自古到今，不少哲人、詩人、文人看重自然對人身心靈的好處，中國文化中的風水說即在為人之生命於大自然中尋求一個適宜的生存空間，得其好處又避其害。「天人合一」之說，更將人與自然之不可分割性一語道破。Wilson（1984）從人類「好生的天性」（biophilia）出發，認為人類演化之基因即深藏著愛好自然生命之天性。若從基因決定人的心智結構來說，此天性就儲存在今人先天的的心智結構裡。反過來說這方面的天性若後天未被刺激與滿足，會造成一種基因與先天心智結構的萎縮與挫敗。（Kellert 1997）

不過，Kellert（1997）也注意到自然本身對人而言並非全然安全無害，landscape 也有不好、不美的，這些都會減損人的生命與生活品質。人與自然或景觀正向的關係才會改善當事者的生命品質，並促使之照顧愛護這個「地方」。Ulrich（1999）也提出人類遠古對自然中的危害生命之事物會採取鬥爭（fight）與逃離（flight）兩種策略回應，不管如何，這都給人很大的心理壓力。而這種壓力在現今的社會、生活的環境裡，透過環境視覺複雜性、噪音、擁擠與流動，直接衝擊著人的免疫系統，長期下來使身心受創而生病。這種說法是將現代的人造環境、都市生活比擬了遠古人生存於惡劣的自然的情景。但是 Ulrich（1999）又稱現今許多研究顯示人接觸自然對減少壓力有正面效果。只要接觸到安全與適宜生存的具復元性（restorative）的自然環境；亦即人喜愛的、與人心智相應的美景。

Ulrich（1999）如前述特別著力人所受的壓力（stress），依他的研究，他發現壓力出現的主要來源有四：1）喪失控制感；2）缺乏運動；3）喪失社會支持；4）缺乏接觸自然。因此，庭園若能提供社會支持、控制力、運動與接觸自然以散心，可以削減或避免壓力，改善個人的健康情形。Erickson（2012）即依上述四大項討論到如何設計具復元性的庭園，但她又考慮為不同之使用者設計，包含不同疾病的病人、醫療護理人員與訪客。另外她也建議庭園設計要訪談園藝療癒師，了解他們的想法，好與之合作。

3-4. 遊戲療法 (Recreational Therapy)

依據 Richeson (2012) 的論文，遊戲療法出現於 1850s，南丁格爾 (Florence Nightingale) 在軍醫院鼓勵以遊戲振奮病患的復原。19 世紀末，一位社工師 Jane Addams 在芝加哥成立了 the Hull-House，利用遊戲來改善窮人、遊民、移民與酒或毒癮者的生活。隨後第一次、第二次大戰紅十字會愈加發展此療法。二戰後，此新起的療法經過理論哲學的論戰；一方僅利用遊戲與休閒為療癒的工具；另一方相信療癒性遊戲在加強提供人經驗自由、選擇、快樂與生命有意義的機會。之後，此領域成立了相關學會，才全面奠定其專業。

「遊戲療法」可定義為「利用遊戲恢復 (restore)、修正 (remediate)、重建 (rehabilitate)，以改善人們之身體機能與獨立性，並減少或消除疾病、身障的效應。」常常此療法會配合其他專業者共同施助於病患。此療法所需之空間端賴採用了何種遊戲，是室內還是戶外，有多少人參與，需要哪些遊戲器具、設備，以及遊戲流程為何。

四、失智者之「非藥物治療」

另一方面，針對失智者，醫療及照護界也已發展出非藥物治療 (non-pharmacological intervention)。依據毛慧芬 (2011: 5-1~49) 的整理，此類非藥物治療包括：1) 適切的人文環境。2) 支持性的物理環境。3) 各項非藥物治療活動與技術。前二者屬「環境」，依「國際健康功能與身心障礙分類系統」(International classification of Functioning, Disability and Health; ICF)，「環境」可再細分為 1) 產品與科技；2) 自然環境與環境中人為之改造；3) 支持與關係；4) 態度；5) 服務制度與政策，共五項。前二項其實即為「實質/物理環境」(physical environment)，涉及到建築、景觀與工設專業。而後三者屬前述之人文環境，涉及到護理、社工學。作者基本上認為「環境」對失智者具有重要的支持作用。

而一般稱的較狹義的非藥物治療則指前述的各項「非藥物治療活動與技術」，其基本作法是透過失智者「參與一些設定好的特別活動」，來達成「減少問題行為，促進個案獲得成就、滿足感，提升個案及家屬生活品質。」又依據國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 定義的活動與參與範疇有 9 項 (毛慧美 2011: 5-5)：1) 學習與運用知識；2) 一般任務與需求；3) 溝通；4) 行動；5) 自我照護；6) 居家生活；7) 人際互動關係；8) 主要生活領域；9) 社區、社交與公民生活。

而「持續參與活動」必須要這些活動對失智患者具有意義。「有意義的活動」通常是有目的的；適合參與者之社會文化背景；能讓參與者獲得成就感，或美好、滿足感覺，因此會繼續自願參與。至於社工師、療癒師所設計的活動，又必須簡單、有趣味，略具挑戰性，以提供正向、成功經驗，則可增進其現有身心功能。真正從事時，需隨時間推移，順應失智者體能變化，調整活動難度、參與方式。而對環境的安排與控制對活動很重要。包括：環境能引導或維持其執行活動；維護安全、避免意外發生；具安適感，可緩和情緒；誘發活動之動機，使其有自

主控制感。以下再藉由毛慧芬（2011：5-13~49）所整理的各種特殊療法的描述，提煉出各療法所涉及之重點與空間環境。

4-1. 光照治療

此法是針對失智者睡眠障礙問題而起。有的因為白天嗜睡、晚間躁動；有的分不清日夜；也可能因活動量少，使睡眠需求減少。最重要的是，照顧者會很累。一般處理此障礙，有用藥物或非藥物治療；前者具短效，但長期用藥有副作用；後者效果慢，但持久無副作用。

「光照療法」(light therapy) 利用光照箱發射高強度 (10,000 lux) 光線，經視網膜，刺激視交叉核，每天兩小時以調整睡眠週期。一般，於清晨實施光照治療可提前患者入睡時間，黃昏的光照可延後其入睡時間。光照療法有關的實證研究已有些正面證據證明其多方面療效 (The development team, 2016：22)。

4-2. 感官治療 (multisensory stimulation； sensory therapy)

此療法指於患者周遭環境或活動過程中，提供經控制的感覺刺激，以活化五感（視、聽、觸、嗅、味覺），引發正面反應之方法。「多重感官刺激」乃是藉由特殊設計的房間中裝設熔岩燈 (lava lamps) 與光纖燈 (fiber optic lights)，提供不斷變化的視覺刺激。加上令人愉悅的香氣、柔和的音樂、可觸摸的有趣材質物品等，增加感覺刺激量，而提供的刺激可依個案狀況而設計。此種多重感官刺激亦有使個案鎮靜之效。

感官療法的原理在「感覺剝奪」(刺激之量少，又缺乏多元性) 對人的心理會造成負面影響。因此在這種環境中，對五官這些初級感覺提供特定刺激，會使人的知覺與詮釋更為容易，也能緩解感覺剝奪之負面效應。另一方面，對一些感覺與認知障礙者而言，對於複雜環境的詮釋會有相當之負擔。而多重感官刺激療法不需要患者太多記憶或認知推理能力，因此可減少其退縮、困惑、壓力，而回應適切的行為。因為此療法的環境是安全的，個案也有機會掌握此環境，改善其「習得的無助感」(learned helplessness)。

4-3. 認知療法

失智患者在記憶力、空間感、判斷力、計算能力、抽象思考、注意力、語言等認知方面，會有障礙，需要認知復健，尤其包括「現實導向療法」(reality orientation therapy：RO、或稱「認知刺激治療」cognitive stimulation therapy) 及「記憶訓練」。前者只協助患者重新學習掌握切身或周遭環境有關的資訊，使之於日常生活保持最高功能狀態，獨立而有信心。其前提是必須能認識周遭環境，因此「熟悉」很重要，加上提供各種型式的刺激，使患者重新掌握有關環境的資訊。實證研究顯示認知療法的確有效，因此有學者建議應將此療法正式納入失智症之復健中。但亦有學者注意到執行如果有誤時，會造成副作用。

「記憶訓練」是透過各種策略、技巧，促使失智者適應、明瞭或減輕記憶障礙對日常生活的影響。它特別對持續而特定記憶困難者，提供個別化改善之策略

與訓練。

4-4. 懷舊治療

「懷舊」是回想過去的行動或歷程，並分享個人人生經驗的過程。懷舊療法起於 1960 年代末期，以鼓勵有組織的回顧、討論與分享過去發生的事情、經歷，以建立自我，提昇自尊、自我價值感，促進生活滿意度、社會化，減少孤寂、憂鬱。「懷舊治療」的類型很多：1) 個別或團體；2) 他人引導或自發的；3) 時間地點固定或即興的；4) 同一年代或多年代同堂；5) 可與家屬一起進行；6) 談話或活動；7) 內容可以老人之人生故事為題，順序回想；或可討論某一主題，每次不同主題。有實證研究顯示，懷舊治療對個案認知功能及情緒有顯著療效。對參與的家屬而言，照護負擔也會明顯下降，尚且沒有不良副作用。其實懷舊療法與照顧設施要「像家」的設計準則有直接關連，所以也包括設計出「令失智者熟悉、可懷舊」的環境。

4-5. 行為治療

失智患者會有行為精神症狀 (BPSD)，其中有的屬挑釁行為 (challenging behaviors)，會造成其他居民與照顧者或家人之諸多困擾。行為療法在降低這些行為之發生，同時增加個案之獨立性。行為療法、行為矯治是以行為主義的「學習理論」為基礎，進行「操作制約」(operant conditioning)，亦即運用增強、懲罰與消弱之刺激來逐步改變行為。至於去除不當行為，真正處理過程包括評估、介入。介入項下包含有改變情境，包括實質的與社會的環境。譬如自我照顧之基本技巧 (個人衛生、穿衣等) 所處的空間；患有失禁症狀後，大小便控制與廁所位置的可見度有關；擾亂性發聲、遊走可能有多種不同之行為模式與可能成因。亦可設置特定的環境特徵，以及對失智者施予「空間感訓練」。

4-6. 職能治療

此療法重於維持或增進個案職能的表現，意即其從事日常生活各項基本而有意義之活動的能力，包括：盥洗、換穿衣物、進食、社交、休閒等。同時很重要的需協助、引導家屬照顧者瞭解失智症過程、照護與復健方法，與病患保持良性互動，維繫雙方之心理健康。有關職能治療的實證研究，包括居家介入與社區介入 (記憶門診、日間門診) 均有一定的效益結果。是所有非藥物治療方法中最具實證證據的。

由上各種治療的排列順序：1) 光照治療；2) 感官治療；3) 認知療法；4) 懷舊治療；5) 行為治療；6) 職能治療。可看出各種治療是由五感到認知、情感，再到行為的。正與人的身心結構與 Maslow 的人的需求前幾個層級有關。這也顯示失智者的身心變化更大，除了需要藥物以控制腦細胞磁化漸緩，也需要多層次的療法，以因應感官、認知、情感、行為之變化，促使之能儘力維持正常而有品質的日常生活。

第三節 建築學觀點：論高齡者療癒性環境（Therapeutic Environments）

一、美國建築界的論述發展

建築界又如何定義「療癒性環境」呢？依據美國建築師公會(AIA)的 Academy of Architecture for Health (AAH 健康建築學術委員會) (Smith & Watkins 2010)，療癒性環境的理論出自於環境心理學（環境產生的心理—社會效應），心理神經免疫學（環境對人免疫系統之效應）及神經科學（人腦如何感知建築）。另兩位美國建築師 2005 年在網路上也發表了一篇文章：〈Therapeutic Environments-the increasingly documented connection between Design and Care〉(Pitts & Hamilton 2005)，稱療癒性環境已蔚為一運動，其來自五種人的訴求：

1. 消費者運動團體：希望講求 healing（痊癒），而非單純輸送（delivery）健康照顧（health care）。
2. 科學家：研究假設：有一種「環境」與「健康程度」具因果關係。
3. 設計者：擁有此種願景，敏感地擔負起此任務，意圖設計出這種地方。
4. 治療師：擁有 healing 理念，鼓舞他們走在專業前端。
5. 醫院管理理想家：認為建立他們理想的診所、醫院是很重要的志業。

療癒性環境之理念發展依上述二位建築師之說法，最早是 1978 年一位病患 Angie Theriot 找了 Planetree 組織分享其願景：一種醫院，病患在各層面可得到支持與痊癒，人們可學習健康照顧與醫療，成為他們自己的照顧與福祉的活躍參與者。第一個 Planetree hospital unit 1985 年出現，只有 13 床。由 Berkeley 加州大學的教授建築師 Rosalyn Linxheim 設計，他認為健康照顧設施不是機構。因此設計了地毯、間接照明；採用暖色木料；佈置藝術品；設置廚房、交誼室供病患、家人使用；有圖書館及館員幫忙回答健康照顧問題；醫藥記錄也開放給患者。後續有 Mid-Columbia Medical Center，它像「大學」一樣支持「患者為中心」的照顧模式，其哲學在「培力患者在自身的照顧之角色」。至 2005 年全球已有 70 個這種案例，同時其照顧模式已轉為以家庭為中心之照顧（family-centered care）。

1983 年環境心理學家 Roger Ulrich 當時是 Texas A&M 大學「建築系統與設計中心」的主任，於「科學」雜誌發表其開拓性研究，發現有自然視野的病床患者康復得較快。但是 1980 年代中，環境能影響健康及臨床療效還是非主流想法。前述 AIA 的 AAH 長年以經費支持研究，但並無上述之研究。AAH 成員 Wayne Ragu 因此 1987 年另成立了每年一度之健康照顧設計研討會 (Symposium of Healthcare Design)。1993 年又成立非營利組織「健康設計中心」(The Center for Health Design)，至今已 20 年。

1990 年，Ulrich 教授發表 "Theory of Supportive Design"，將重點放在幫患者、訪者、職工與醫師減壓 (reduce stress)。因此需辨識減壓元素及種類，設計需講求社會支持 (social support)，提供選擇 (provision of choice)，正面紓解 (positive distraction)，走入自然 (access to nature)。上述關注到 1990 年代末更加廣泛，

更多設計者與健康照顧從業者被說服此思潮的基本效應 (the underlying efficacy of the ethos)。有關如何與為何講求「成功之療癒環境」之知識愈形增長。

接著，建築師 Pitts 組織了 AIA 第一個有關療癒環境的國家級研討會。於每年 AIA/AAH 的會議中組織了一論壇，經常性的專論此議題。又集合各方有志一同的人士組織一個「健康環境研究聯盟」(Coalition for Health Environments Research, CHER)，網羅了 American Society of Interior Designers (ASID)，International Interior Design Association (IIDA)，Building Owners and Managers Association (BOMA)，Intermountain Health Care, Sutter Health, the Veteran's Administration 及各類設計公司。研究感染防制 (infection control)、色彩、病患跌倒、實驗室整修的擾亂率 (churn rates of remodeling in labs) 等議題。

前述 The Center for Health Design 成立後的第二個 10 年又著力所謂 Pepple Project。基於建築師們的設計作品，與健康照顧機構合作進行嚴謹的前沿性 (horizontal) 研究。共有 30 個單位參加此 Project，其研究成果開始出版，同時於真實場域應用。第一個是 San Diego Children's Hospital，以改良的空氣過濾器 (air filtration) 減少呼吸器官之感染。Clarian Methodist 醫院的心臟科加護病房區 (the Cardiac Critical Care Unit) 引入了敏感可調節病房 (acuity-adaptable patient room)。Bronson Methodist Hospital (Kalamazoo, Michigan) 擷 total replacement project。這些案子均隨帶有用後之評估研究。他們早期之研究成果又彙集成假想的方案 Fable Hospital，並計算出此 Hospital 初期投資成本雖然要增加 5%，但一年半內即回收，有關的文章已發表於學術期刊。

AIA/AAH, CHER 及 The American Society for Healthcare Engineering and the Facilities Guideline Institute 均開始承認「療癒性環境」以及有關之教研方案。1999 年成立的 The American College of Healthcare Architects (ACHA) 及其董事會認證之會員均開始支持實證模式 (evidence-based model) 之設計研究工作。此模式之出現，乃有鑑於療癒性環境運動已達青壯年程度，但仍缺乏更深的知識體系。所謂「實證性設計」(evidence-based design) 依據的有幾種層次：

1. 個人經驗；
2. 傳聞口碑 (anecdotal reciprocity)；
3. 相關研究發現及嚴格的用後評估：基於嚴肅、有系統的評估人/環境互動之結果，達到更深入的了解。
4. 純科學研究界：了解因果關係，發展技術，產出特定、可預期的效應。

設計者之工作即在發揮可用證據之內涵，進行批判性之詮釋到特定之設計案裡。現今學術界有關此類研究的大學有 Texas A&M、Clemson、Georgia Tech 及 The University of Wisconsin-Milwaukee 四所。2003 年，AIA 又發起一全國建築師及腦研究者之會議，結果催生出「建築學神經科學院」(the Academy of Neuroscience for Architecture)，位於 San Diego，網羅了來自 the Salk Institute、the Institute of Neuroscience、the National Institutes of Health 及 Harvard University 的科學家們。

總言之，平行發展的實證性設計及實證性醫療（evidence-based medicine）使療癒性環境之發展成為一引人注目之領域。更多的健康組織單位向建築師要求有實證基礎的設計。許多人相信成長中的知識庫可使基於研究之設計更為可能。有人亦相信「設計能沖擊臨床療效」的知識，能讓設計界完成一項道德上的責任，令自己的執業有更高的水平。

現今美國建築師已認為設計健康照顧設施（healthcare facilities），不只得提供、裝備最先進之醫療技術、設備，注意病患的安全及照顧病患之品質，同時必須環抱患者、家人及照顧者於一個心理—社會性支持的療癒性環境。因此進一步提出：健康照顧環境若能達到以下三項主要任務，即是「療癒性」的了：

- 1). 在治療患者身體時，支持最佳的臨床醫療。
- 2). 支持患者、家人及設施人員的心理、社會與靈性需求。
- 3). 在患者醫治後的結果與醫護人員之效率上，造就可量變的正向效應。

至於實質環境的設計如何達到上述的三種「支持」。四項關鍵因素被認定能大幅改善病患的病情：

- 1). 減少、去除環境壓力源
- 2). 提供正向的散心消遣
- 3). 使社會支持發生
- 4). 給予控制感

很顯然，此四大項的至少三大項直接取自於前述環境心理學家 R. Ulrich 教授的「支持性設計理論」關注的四重點。只差「走入自然」一項。或許是因為此項被歸入「景觀建築學」而非「建築學界」特別關照之範圍。反而將之歸入「提供正向的散心消遣」大項之下。

達到上述四項關鍵要素，又可操作許多環境因子如：/減少噪音 /同手邊（same-handed）病床設計 /可及日照 /適宜照明 /提供「台下」（off-stage）區域，供喘息休憩 /臨近其他醫護人員 /適當使用科技 /分散化的觀察、供給與記錄（charting）等等。AIA 的 AAH 委員會又宣稱：「大致上，療癒性環境已經證明在改善病患醫療結果、減少住院時間及增加醫療人員滿意度、招募與保留員工上，均值回成本效應（cost-effective）。」同時，也提出了一些對應上述四項關鍵要素的更細緻的設計準則（Pitts & Hamilton 2005）。此部份將納入第五章第二節再詳細陳述。

事實上，此之後諸多建築學者醫療界、護理界、心理治療界多所合作，分別開發了各種「療癒性環境」之評估表或規劃、設計準則。這些均值得進一步分析研究，此部份也留待第五章再詳論。

二、「痊癒性環境」（Healing Environment）的論述

一位資深藝術史學家、建築師 Albert Bush-Brown 教授，於 1996 年代即為「未來照顧」此書，撰寫了一章名為「痊癒性環境」（The Healing Environment），可謂為該書做了總結。他從傳統宗教的一項遺產：護理被視為一種個人照顧，也是

全人照顧 (holistic care)，指出痊癒性環境之重點在讓人有活下去的意志 (the will to live) 或活著有靈性的理由 (a spiritual reason to live)。

他認為人活下去的人文方面之動機有二：1. 追求「自我的完美」(perfection of self)，包括身體、情緒、心智、靈性與文化的。2. 委身自我於服務社會 (dedication of self in service to society)，涉及工作、社區與慈善。而此二動機的人文基底是人的「探索」、「驚奇」與「成長」(包含靈性成長)。如果就人性而言，此二動機正顯示我們是自私的，同時是利他的。具體而言，人要個人私密 (privacy) 也要身為社區成員 (membership)。其實「社區」是共享社會性目的的一群人之集合，它也需要聚會與工作空間，而且這些空間能緊密連接。

而人要有怎麼樣的機會才能成長、學習與創新呢？作者提出人文主義的活動內容是基於「充滿目的的參與投身」(purposeful engagement)，而動機正始於「充滿目的的投身」。測量各種活動及其所需建築空間的動機價值，是否為具生產力、創造力的活動方案及建築，需要交替問些根本的問題：什麼是「散步」？什麼是「庭園」？什麼是「圖書室」？所以這些軟硬體最好成為一個大而高級的工坊 (one large high studio)。

因為人許多方面的衰老是其來有自的，是情境的 (circumstantial)，它們能透過社會與空間的環境修補回去，只要此環境鼓勵有意義的獨處以及個人投入有活力之社群，為其成員之一。這至少是人活下去靈性理由的一個源頭，一個人文主義的源頭，給出生命動機，繼續活下去 (a life giving motivation, a reason to live)。

2003 年 Barbara J. Heulat 及 T. Wan 撰寫的 < Healing Environments Design for the Body, Mind & Spirit > 出版。專對醫療建築討論了它作為 healing environment 的種種層面。該書中文版譯者將 healing environments 譯為「療癒環境」，並沒有分辨 healing 及 therapeutic 之差異。本書書名也很特別的述及是為 body、mind、亦為 spirit 設計。原來作者 1989 年參與發起前述之 Symposium for Health Care Design「健康照護設計研討會」，提倡「環境會影響 healing」，因而逐步發展 healing environments 之理念與實務。若以中文來看此概念，healing 宜中譯為「痊癒」，英文 healing 是一動名詞，西方傳統視神、耶穌基督為 healer，表明了神為全能醫者。而中文「痊癒」比較是一個病者全面回復健康的過程的動名詞。

而本書作者所謂的 healing environments，主要還是指出現今的醫療機構、設施、建築不應該只是單純「治療的環境」，而應該是「給予全面治療，讓患者痊癒，恢復身心靈全面健康」的一種環境。當然，作者為設計界人士，此處環境主要指實質環境 (physical environment)，但事實上作者還論及了非實質環境的部份，以應合 mind、spirit 之需求。

作者不避諱指出自己有天主教徒的身分背景，雖然書中未論及宗教觀點，但顯然作者以「宗教人」來推展其理念，並不脫西方基督教的傳統色彩。譬如第三章她提出了「施予痊癒者」(healer) 此主體，只是並沒有明指這是耶穌基督，也沒有要求醫師提升自己為 healer。她僅視 healer 為一位格來討論，強調相對於「被

治療者」的各種具 healer 責任的所有人等，包括醫生、護士、看護、家人、親朋好友等。因此 healing environment 是被治療者與在此場域出現的照顧者、healers 之人際互動關係，產生社會連結（social bonds）之場域，強調了社會環境此層面之重要性。此書亦強調被治療者做為「人」此主體，不僅被治療時需獲得多層面滿足，患者亦應負擔一份「自我療癒」的責任。換言之，患者是自己的 healer。而 healing environment 就應該允許、支持所有這些人的出現，並遂行其 healing 之任務。

Huelat & Wan (2003) 先論及人的身體與五感，指出 healing environment 中「舒適」對身體而言是最基本的需求。而透過五項感官視聽嗅觸味之滿足，是為舒適之具體內容。這些關連到了 color therapy, music therapy, psychoacoustic therapy, therapeutic touch (recreational therapy, spa therapy)。其中 psychoacoustic therapy 是指為個人病患在特別情境下，所提供之環境音響、音樂背景，以清除患者之心理壓力。therapeutic humor 卻是以幽默（如小丑）來消除患者之種種心裡壓力（亦屬「娛樂療法」）。therapeutic touch 則特別指人際間的擁抱、撫摸。另作者亦述及到「享受食物」是 healing environment 重要的一環。最後，作者提出「第六感」，視之如人體之「免疫系統」、「直覺」，同樣需要上述多種令感官感覺舒適之敏感設計。

有關心智(mind)的部份，作者指的是人的感知(perception)及認知(cognition)或人的經驗(experience)的心智層面。這些涉及到病患能獲取足夠的有關疾病、治療、如何痊癒之種種資訊，因為作者及一些醫界人士認為知識即力量。所以此理念促使 healing environment 可包含醫療院所設置的圖書資料室、教室，甚至類似「迪斯耐樂園」裡的「健康生活館」。這也正是前述醫療界推動之 Planetree 計畫，鼓勵病患充分了解自己的病情，並參與治療，擔負起「痊癒」的一部份責任。

另一關連 perception 的事項，是院所內找路 (wayfinding) 的問題。因為一般醫療院所常常是「複合建築」(complex building)，很容易讓人迷路，更何況病患。此項源起於環境行為學 (Environment / Behavior Studies) 之議題，因此成為醫療院所設計一項重要的關注點，講求整個院所的空間與標誌組織需方向性清楚簡單，讓人容易辨識。作者更進一步提出「培力 (empower) 病患心智」的論述，由增加患者內心的意念系統下手。其中之一項即是擺脫過往醫療院所之缺失：實質環境之管理均由醫院方面做為出發點，讓患者處於諸多環境壓力下，落於被動無助之地位，反而應該儘可能增強患者控制環境的能力。

另一方面，作者又提出 Biofeedback「生物回饋」以及 Autogenics「自生學」的理論，認為人體本身有心理上的自體控制能力，有如安慰劑，亦會有助於 healing 之可能。這是透過打坐、冥想、練功，或者如前所述的獲取有關疾病之治療知識，又或者透過影像、聲音、芳香等在心智之中產生「心像」(imagery)，某程度的「心想事成」，促使自體痊癒。作者又以一章的文字，特別強調了「自然」在 healing environment 的重要性。認為人本來即是 biosphere（生物圈）之一份子（應該說演化上人的身心本來即與自然有不可分割的關係），所以對於自然的日夜、四

季循環、陽光與動物（寵物）、植物、花園、水都有種神秘的親密感，這是人造物所不及的。而中國風水或禪園這種包含自然的文化思維也被作者提及、看重。而自然礦物與植物的建材及其裝修形式也被作者提示其重要性。

最後，作者針對人的靈性（spirit）提出 healing environment 應該包含「神聖地方」（sacred places）。因為出入醫療院所的病患、醫護人員、親友終究會面對死亡，亦即面臨生存意義何在的終極議題。這是自然的現象，更是宗教、哲學、倫理學的課題。而 healing environment 必須讓人的靈平和、寧靜，找到生命意義。作者提及「面對自我」、「與愛人相處」、「享受當下」的三個層面；亦提及傾聽、愛、希望、親近神的四步驟，最終可以「慶賀生命」。這中間作者以其天主教背景特別強調祈禱/告解及宗教儀式、典禮的重要性。換言之 healing environment 所包含的神聖地方（sacred places）是容許儀式、祈禱發生的空間，自我省視、尋求及面對神的場所，譬如行走迷宮尋求出口；安靜的說話祈禱；或者充份享受有自然之美、亦即生命之美的地方。

綜合以上，作者提出了「整合性的設計」，認為設計者的專注與熱忱（intent）很重要，而設計界也有許多好例子。作者還特別認為設計界可以向零售業與娛樂業看重消費者的人性化設想看齊。^(註4) 整體觀之，本書可謂透徹的釐清了醫療院所建築可以加入「痊癒性環境」（healing environment）之種種設計與相關活動、行為，使這些醫療院所不只是治療的空間，尚且是滿足病患身、心、靈之需求，可以臻至全面被治癒的場所。

三、「痊/療癒/育性環境」的特質

由前述章節追索療癒性環境理念的發展歷程，以及二位學者對「痊癒性環境」之論述，可以了解此詞或痊癒性環境是一個複合性理念（idea）或研究構念（construct），其特質與旨趣依筆者意見有以下數項：

1. 講求療癒性環境是一個跨科技的學術與實務上的典範移轉。乃由西方針對早期救濟院、收容所機構化，尤其現代醫療機構「醫技化」之反省，加上現代人面臨生活眾多壓力，尋求抒解而進一步產生的新理念。
2. 發展至今，此理念主要訴求的對象雖仍是病患，尤其失智者、慢性病患、身心障礙者、高齡者，但也擴及至追求健康、快樂的一般人。
3. 就個人言，它訴諸身、心、靈，因為人的健康、幸福感是指「全人」的。也因此療癒性環境的終極指向痊癒（healed），這也使得痊癒性環境常與療癒性環境相互指涉，只是用詞上前者較科學，後者較人文。
4. 療癒性環境包涵軟硬體，亦即實質環境以及各種照顧、療癒方法，以及療癒師、患者、照顧者間之療癒關係，並擴及至家人及親友等廣泛的社會性支持環境；或者業主管理設施的方式所謂的管理環境。

註4：本書最後還掉了一個尾巴，特別提到「健康照顧資訊學研究」（healthcare informatics research）。此章由另一作者萬德和所撰寫。它是「運用資訊科技、統計模型來發展改進醫療機構績效與病患照護結果的決策支持系統」。此資類訊科技也可施之於檢視、評估建成之 healing environment 對病患照護結果有何助益的相關研究。

5. 療癒性環境的實質層面包括裝潢、擺設、用具、傢俱、光線、通風、設備，到各種設施建築、戶外庭園與人的日常生活環境、自然環境，甚至人存在的宇宙整體。只要這些實質環境元素能夠帶給人們健康正向的效應，人們也能賦予它正向的意義，就屬於療癒性環境的實質範疇。
6. 療癒性環境的軟體部分除了傳統的醫護人員的醫療、護理行為之外，還包括了各式各樣治療師施行的非藥物、替代性、輔助性之新起療法，以及照顧者各種照顧行為，還包括患者或當事人自己的健身、調適、養生等行為。
7. 所以療癒性環境除了對醫院、護理之家以及各種各樣的健康照護設施有意義，對各種療法、養生之道所處的時空、到人際環境也直接指涉。
8. 因為療/痊癒性環境訴諸全人身心靈，藉著各種療法，透過團體治療、個案管理以及自我療癒的方式，完成一次次療程，甚至可以成為一種無時無刻均呈現的「療癒性生活方式」。
9. 也基於上述廣義的「環境」，以及無時無刻的時間性，療癒性環境此理念已超出急性醫療，而趨向應對慢性病的長期療癒。本研究者尤其發現到：如果考量到即使已開始「老化」，人的免疫系統與自體療癒能力仍可逐步鍛鍊增強的傾向，療癒性環境有一種「療育」的過程，堪與針對幼兒心智遲緩發展已出現的早期療育（early intervention）相比擬。療癒性環境其實也有相當程度促發「療育過程」的作用，因此在中文語辭上可以「療癒/育性環境」合稱。

基於以上辨明的療癒/育性環境此理念的特質，甚而，似乎我們可以認為人生病是廣義之環境以及人的生活、工作習慣不好所造成的。藉著重新提供多面向的療癒/育性環境，以及透過鍛鍊改善自己的生活習慣，可以促使人身心靈多方面逐步達到修復，以致平衡，契及最大程度之健康與快樂。而誰不嚮往健康快樂的生活？這正使得療癒/育性環境此理念已逐步成為現今各界人士、一般大眾期希所繫，這可由「療癒」或「療育」二辭在今日大眾媒體廣泛流行可見之。

我們也可以預測，未來會有更多學者專家投入反省、檢討各種各樣的療癒性、痊癒性或者療育性環境的理論、規範性準則與設計技能。在醫療、健康照護市場上實踐，再透過用後評估與實證研究，精進這些準則、技能，使之逐步成為可靠的知能，讓各式人等的身心靈的確因著這些新造就出來的療癒性環境的籠罩，而從生老病死的痛苦中進一步解放出來。這似乎是這個世紀，面臨前二世紀全球依循資本主義、科技主義持續發展下來產生之後果，與氣候、環境大幅變遷下，人類文明另一個新起的眾人期希的烏托邦，它對人以及自然的生命具有療癒、療育甚或痊癒的效能。

第四章 「療癒性環境」理論建構（二）

本章主要在依循前章「療癒性環境」理念論述及其發展、落實的現階段狀況，設法進一步演生更具體、落實的「環境」範圍，而將「療癒」理念同樣施之予其上。本團隊發現「社區」此尺度的環境應是關鍵所在，它可以關聯起世界衛生組織所提之「年齡友善都市」，此更大尺度環境，同時「療癒性社區」尚可包含種種「社區照護體系」的諸多服務社區。最後，它又含容了老人居住的自己的家屋，以及各種提供老人「住宿照顧」的「安養機構」，或者屬長期照護的「養護機構」，甚至醫院、診所、護理之家。因此將之視為「療癒性環境」理論架構的重要延伸之一。

另一方面，「療癒性環境」必須要對老人身心靈的健康確實有效益，才能確立其理論。所以本章第二節即著重在此，設法理出老人需求與所謂「療癒性環境」互動之理論基礎為何？包括護理師、醫生到照顧者所提供之長期照護軟體，以及「療癒性環境」做為不同尺度之硬體，如何針對老人不同老化階段，給予的「療癒」軟硬體如何使老人身心靈獲得滿足，達到的確之「療癒/育」效益。

總言之，這兩方面可說是本研究對「療癒性的環境」理論與實踐，在理論發展上，可說是重要的功課，必須予以釐清，才好講求有意義價值的「應用」與「實踐」。

第一節 建構在地老化之療癒/育性社區

本節文字運用「療癒/育性環境」(therapeutic environments) 的理念看待高齡者之居住與照顧環境，目的在回應我國人口老化之趨勢，以及現今各國推崇之「在地老化」(aging in place) 價值，期望每位高齡者在社區有活躍的生活。本文廣義看待此處的居住與照顧環境，以環境行為學而言，包含自然與人造的實質環境 (physical environments)，也包含居住與照顧有關的各種軟體，亦即各式人等之相關行為。高齡者要有健康快樂的生活，一方面涉及高齡者之身心靈主觀上的自我期許與認知；另一方面，也要外在的特殊或一般的人際互動 (軟體) 與實質 (硬體) 環境持續的誘發或直接支持高齡者趨於健康與快樂，包括生理、心理疾病得到醫治、療癒，心靈意志頹喪的得到激勵，轉而持守身心安穩。這樣的軟硬體環境即所謂療癒/育性環境之落實。

若從療癒/育性環境理念所涉及的實質環境尺度，可以從人際互動尺度拉至個人生存的宇宙。然而就我們可以落實經理的環境尺度，並考量上述在地老化的價值 (若再加上「在家老化」)，可分辨出一般老人生活世界裡的社區與建築兩種尺度。「社區」是一般老人除了居家之外，生活裡最常來去的地方，也大多是最為熟悉的地方；社區也可以連接至都市、鄉村的區域尺度，比較屬於社區與城鄉規劃與設計之範疇，包括社區公共設施以及專供老人使用的各設施之規劃。建築尺度則牽涉到老者之居住安排，日常生活的住屋以及各種照顧或活動設施的建築

設計與室內設計。

本節為一理論性、倡議型論述。筆者將以前節釐清的當代逐漸浮現之療癒/育性環境構念的緣起與要旨、特質，看待在地老化，提出適切之「療癒/育性社區」理念，並進一步就相關文獻與研究，討論其具體之內容，然而受限於篇幅，本文只精簡檢討都市與住家尺度有關療癒/育性環境之理念及作法，尚不及於鄉村地區。隨即初步統整日本公私部門提供給高齡者的「社區照顧」的軟硬體有哪些？以作為借鑑，進而初步設想可以如何著力，發展適合台灣高齡者之療癒/育性社區，促進高齡長者享有真正在地的長青生活。

一、「在地老化」的二個尺度居住環境

就任何個人而言，「老化」是在生理、心理與社會等多向度的變老過程。人愈老產生疾病與死亡的風險越大。但是體能上的退化，不表示心智方面亦隨之退化。至於社會層面，則牽涉個人所處的社會、文化內涵如何看待與處理人的老化。人為什麼老？有的人又為什麼長壽？一般認為其源自人基因的命定，以及後天環境因素使然。本文則特別關注後者環境的影響力。

在地老化的「地」常指「地方」(place)。依環境行為學，人長久生活之處，由於與之長期互動，因此賦予特殊意義，進而產生認同。換言之，地方已從均質的環境中被人的主觀意識提攜出來，對人的生活、生命持續產生影響。但地方到底指什麼特定的空間與環境呢？這要回溯「在地老化」的源起。

在地老化基本上與「去機構化」、「機構化」之概念有著歷史發展上的對照關係。英國上個世紀中以後，逐步發現過往維多利亞式照顧社會上弱勢族群的設施，因為過大、封閉、老舊，使居住其內的受照顧者之生活不合人性。易言之，這些設施已呈現機構化的不良現象，因此改革呼聲應起。最直接的去機構化做法即是讓這些居住者回到一般的生活環境裡接受照顧，這正是提出「回歸主流」

(mainstream) 理念的原因。這些理念影響西方諸多國家，1980年代英美許多即有的照顧老人、身心障礙者之大機構紛紛解散，轉型為小型設施落座於一般社區。軟體方面，英國也最早出現「社區照顧」(community care) 政策，啟動在社區內輸送醫療、社會福利新作法，其他國家紛紛效尤，包括日本之公部門社福政策也設法回應去機構化的潮流。

事實上，在地老化最直接的做法是「在家老化」(Aging at Home)，加拿大相關的政策即採用此詞，換言之，這裡的「地」聚焦在「家」。而在地老化意味著在長久居住的地方逐漸老化，這個地方顯然又比家的範圍要寬大。如果我們考量到老人隨年歲增加，行動力趨緩。開車、騎機車、腳踏車的反應力減弱，這使得老人日常生活的活動範圍趨小。那麼，「社區」可謂是老人最常來去的生活圈，這在農、漁、山村或各類眷村更為明顯。「都市社區」的界限則較不易界定，一方面老人活動的範圍或許因為方便安全的步行道與公共交通系統，可以拉得較遠。但另一個極端，也可能因為這些公共設施不安全，不夠舒適、方便，讓老人家畏於出門，而縮小了生活的行動範圍。

綜上所述，我們大致可辨明在地老化至少有兩個尺度的生活場域，一個是居家生活，另一個是社區、鄰里生活，或者附帶所謂的都市生活。事實上，「社區照顧」種種軟體也都在家庭與社區兩個場域裡開展。下文先檢視高齡者居住環境中「都市」與「居家」二尺度環境現有實務與學界的思維與做法，並以療癒/育性環境之理念檢討其缺失。之後再論述本文特別著重的社區尺度環境，將療癒/育性環境理念置於社區尺度之場域來思考，設法建構出「療癒/育性社區」的具體內容。

1-1. 年齡友善都市

在地老化之都市尺度，即是高齡市民的都市生活所涉及之各種空間、設施與環境範圍。至今有關這方面的論述最具影響力的是世界衛生組織（WHO）2007年對全球33個大中小城市進行的調查，以焦點團體（focus groups）方式訪談各城市的高齡者，彙整出「年齡友善都市準則檢查表」。目前全球不少都市正朝此方向改善、營造對高齡者友善的都市生活環境。

WHO（2007）⁵提出「活躍老化」的重要決定因素，包括實質環境、個人、社會、健康及社會服務、經濟等因素，以及文化與性別等更大範疇的因素。根據WHO再確認的年齡友善都市的八大向度，如下圖所示。

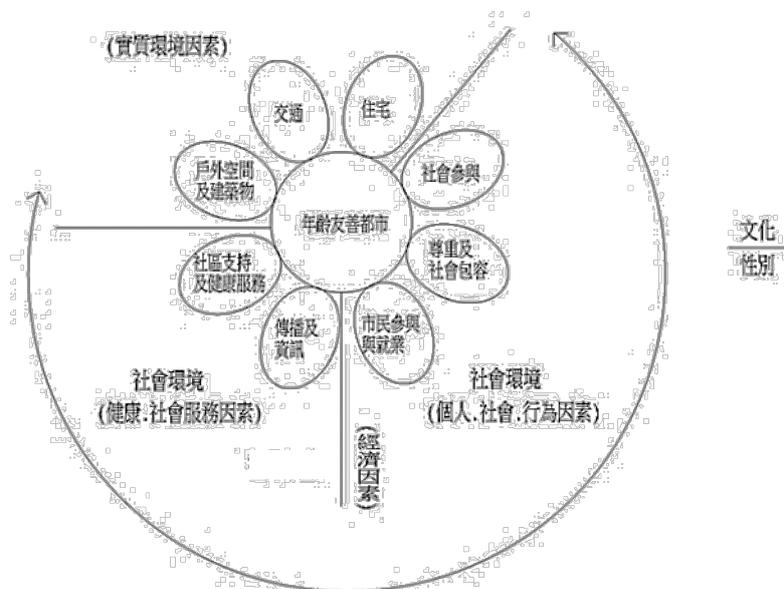


圖 4-1：活躍老化各因素與年齡友善都市向度關係圖

（資料來源：關華山）

年齡友善都市八大向度中，「住宅」、「交通」、「戶外空間及建築物」屬於實質環境因素；「社會參與」、「尊重及社會包容」、「市民參與與就業」則包含於個人、社會、行為及經濟因素；「社區支持及健康服務」、「傳播與資訊」則涉及健康、社會服務與社會因素。每向度下又列出諸多小項及更具體的準則，促使年齡

註5：World Health Organization (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Switzerland: WHO Press.

友善都市檢查表相當多面，也顧及具體之細部。(詳細內容請見本報告附錄五之中文翻譯版本)但究竟此檢查表是否完善?此處即以療癒/育性環境理念進一步檢視。

1. 年齡友善城鄉

世界衛生組織提倡「年齡友善的都市」之理念，或許關注到都市建設過程未注意到高齡者之需求，又或者注意到都市人情淡薄對老人不利之普遍現象。然而進一步思考，我們同樣也該注意到鄉村的環境建設，以及鄉村人口老化嚴重之現實問題。換言之，為鄉村老人也應該營造所謂的「友善鄉村」，若結合「友善都市」之理念，大可以「年齡友善城鄉」合稱。來顯示一個比「友善社區」尺度更大的高齡者之生活領域，它也應該講求友善，不論他們是生活在都市裡，還是都市以外的鄉村地區。

2. 「都市」、「鄉鎮」與「社區」

對高齡者言，都市與社區之關係到底如何?若仔細檢視 WHO 所提出的年齡友善城市準則，可以發現社區尺度與都市尺度不時交錯出現。這應該是因為，市民(包括高齡者)的生活經驗含括都市生活與社區鄰里生活二個層面，二者又常連成一氣。都市裡公共設施集中，多具備便捷的大眾運輸。遠離都市的鄉村地區之農、漁、山村，則較難讓高齡者享受都市鄰近大醫院、較豐富完善的醫療資源、護理之家、及社區照顧體系之好處。當然，鄉村亦有都市所沒有的好處，如較自然寧靜、鄰里熟悉的環境等。

反過來說，如果高齡市民居住在一個不明顯或沒有社區、鄰里的地方，恐怕將會有極大的問題。譬如近年日本都市中公寓或中低收入戶住宅裡的高齡者因缺乏鄰里互動，以致彼此冷漠，獨居者常發生孤獨死事件。換言之，任何都市裡必須持續經營「社區、鄰里組織與意識」，開發高齡者與鄰里居民有直接面對面互動、彼此支持的機會相當重要。

3. 「自然」的重要

年齡友善都市的準則沒有特別強調自然環境的重要性，雖然其檢視表包括「戶外空間」向度，也提到公園。但是眾所周知的，現今臺灣許多都市或都會區、農村地區均飽受空氣汙染之害，微氣候又多有熱島效應，而這二者若加上氣候變遷促使經常發生的反常現象，多對身體孱弱的高齡者常有致命之害。在療癒/育性環境理念中，高齡者接觸自然或園藝療法是一重要的面向。都市裡有綠帶、大小型公園綠地、甚至都會自然公園，不僅可減少空氣汙染，亦降低熱島效應，對市民多有好處，更可讓高齡者接觸生機盎然的自然，更不用說它們常是家庭多世代休閒的去處。

4. 住宅區年齡混合 (age mix) 與社會階層混合 (social mix) 的重要性

在過去的老人健康與社會福利服務的思維下，歐美及日本等國家興建不少老人公寓、退休社區、安養機構、養護機構等。不過，這些社區與機構缺乏年齡混合，甚至因為入住的門檻也容易產生單一社會階層聚居之情形。我國在過去數十年也興建了一定數目的這種住宅與機構，另一方面自然發生的老人社區更是不少，如早期的軍公教眷村現今多已改建，新建之社區多又成為眷戶第二代的老人社區。

這種社區在時間上會有整批世代推移的現象，雖然此狀況有其好處，但同時也缺乏年齡混合的好處，畢竟現今社會愈趨流動，加上少子化與家庭核心化，三代同堂的比例降低很多，這也包括了農村、山村、漁村地區。

另一方面，如果都市經營沒有良好的配套措施與社會階層混合的住宅政策，住宅區由於區位地價的差異，容積率的管制，使得私部門供應的住宅趨向高價位地段的豪宅，很容易產生社區的貧富差距，造成社會階層隔離。若加上上述城鄉社區裡年齡未混合的效應，這對經濟弱勢的高齡者而言是加倍有害的。然而年齡友善都市之住宅向度對此卻缺乏著墨。

5. 高齡者療癒/育資訊的傳播

在醫療界早有 Planetree 運動，也就是提供資訊給高齡病患與家人、照顧者，充分了解疾病、相關醫療療程與生活適應等，可以共同參與各階段療程，提昇高齡者療癒/育之效益及其生活品質。這部份在現今報章、電視媒體已想當看重，老人照顧、養生等之消息資訊傳播，這些在都市中更容易流通，或者透過書店、公共圖書館，提供相關書籍；或通過互聯網路串連有共同遭遇的老人與家庭，彼此鼓勵、交換資訊等。但是此情形在鄉村地區卻顯示之不足的。

1-2. 「在家老化」(Aging at Home)

人們普遍喜歡住在自己的家裡，因為每個人出生、成長；或者結婚組織家庭，最親密接觸的是父母手足，以及自己所組之家人，與家人、出生及自組家屋互動最長久，藉著熟悉、認同而於自組家屋終老，這是普遍人性。一般言，自有的家屋又比租賃的更具「人屋心理叢結」。「在地老化」因此很自然的等同於「在家老化」，或者應該說，後者是前者的重心。

在家老化最主要的是身旁有無親人在家，可以做為不同程度之照顧者。三代同堂當然是最好的狀況，如果沒辦法如此，二代同堂也不錯（只要有已成年的子代或孫輩同住均可）。如果無法同堂，退而求其次彼此同鄰，也能達到某程度的互相照應。如果都行不通，則只能特別依賴改善住屋硬體或裝設自動化科技設備。再其次則可考慮「團體家屋」與「社區照顧」之支援。近年各地也興起三、四對老朋友夫婦願意共同購屋做鄰居，或者共組團體家屋，以「同世代非血緣的類擴展家庭」的居住安排來彼此支援。西方社會為輕中度失智者建構的「團體家屋」，則是對個人主義社會裡無人照顧的獨居失智者最佳的一種回應。

在家老化如果沒有親人照顧，國家社會應提供居家照顧（home care）的服務。居家照顧實施的地點雖在家，但是這些服務是社區照顧的重要工作項目，社區裡必需有相關的設施，此部份將於療癒/育性社區章節再進一步討論。這裡先檢討上述在家老化的幾種新理念與作法：

1. 三代同堂、三代同鄰住宅

這種居住安排方式乃基於傳統價值，可減少政府照顧老人的負擔。因此有些國家的政府政策性的鼓勵三代同堂、同鄰，而提供相應之住宅單元的作法，如新加坡的「組屋」給予三代家庭優惠申請辦法。而日本住宅市場上，普遍出現「二世住宅」產品，不少著名住宅供應企業竭盡思考，設計出世代居住單元間有隔

有合的巧妙方案，特別看重了祖父母與孫子女可方便來往互動，卻與兒子媳婦的居住空間較隔離，達到互相尊重的程度。

台灣向來看重儒家思想，但在這方面建設界倒沒有什麼作為。二十多年前，郝柏村行政院長曾推出三代同堂政策說帖，但是後繼不力，因為政府主導的國民住宅數量本來就少，住宅市場也沒有特別鼓吹三代同堂的產品。胡幼慧（1995）曾指出三代同堂恐因父權意識，年老父母與年輕夫婦之間容易產生婆媳問題，而提倡三代同鄰以取代之。亦即親子二代的住宅彼此鄰近，可得到彼此照應的好處。但是由於老年世代擁有的子女數越來越少，以及全球化促使年輕世代工作地點選擇擴大，我國的家戶愈來愈難三代同堂，但三代同鄰的居住方式多已浮現，只是未見正式調查證實。

2. 「生涯住宅」(Lifetime Home)

另一種想法也是從住宅類型 (housing type) 著手，生涯住宅源自日本與英國。其基本想法在設計或興建住宅時，即一併將未來在宅老化之需求考量進去。日本住宅業（如積水集團）早年即推出生涯住宅，也就是設計預鑄式住宅，預先考量了家庭生命循環 (family life cycle)，住屋室內空間在不同循環階段可以彈性的進行適宜、不費大功夫的整修，以應合不同階段之家庭生活。東京都老人研究所資深研究員林玉子（2004）曾為自己設計一棟「一生的住宅」，同樣考量退休後自己與先生逐步的老化，住屋可以應合行動不便、坐輪椅，甚至臥床由人照顧的不同階段做調整，仍能持續方便的居住在家。

英國 Rowntree 財團法人的研究單位就英國一般 townhouse 住宅類型（如台灣之 2-3 層連棟式住宅），開發可供老人終老居住之「終生住宅」(lifetime home)。它主要預留了適當位置與空間，方便必要時裝設一、二樓間的升降機，同時考量輪椅無障礙之室內環境，以及照顧者與老人的臥室彼此鄰近的可能性。由上可知出現這些創意，基本上為應合高齡者在宅老化之需求，同時藉由事前設計以減少未來臨時應變之修繕花費與困難度。

此理念已被英國政府納入其住宅政策之中，特別是住宅標準之中，因為認為「生涯住宅」算總帳是節省經費的。而且將其標準亦納入國家「永續住宅法規」內的第 6 級公共住宅。另一方面，英國政府進一步也關注到「生涯鄰里」(Lifetime neighborhood) 的研究，亦引入國家「永續社區」的推動政策中。(Ongeri, 2008)

3. 整修住宅

上述兩種住宅類型預想了居住者未來老化之生活模式，而予以未雨綢繆。但是，每個家庭之生命循環還牽涉到各家庭成員的命運，因為每個人老化的方式與逝去的時間均有不可預期之成分。另一種較實際的思考，是等問題出現了再設法整修住屋，以應合家內老輩眼前的或一些可預期的老化需求。美國有所謂的「在地老化設計」(aging-in-place design)，實指透過整修既有住屋或重新設計，讓老人之日常生活可以無障礙地持續使用各空間與設備，整修或設計重點放在防止跌倒、防火、防止誤食毒物及藥物等，因為這些是老人在家最常發生的三項意外。

美國一處「家屋整修研究實驗室」(Home Innovation Research Labs) 提供了一份「在地老化住屋整修表」，給不同老者選擇採用，以應合自己體能的變化。

譬如視覺模糊、行動不便、反應遲緩、關節不好、肢體伸展有限、坐輪椅等。換言之，針對某特定老人的狀況，有很多不同類型與程度之無障礙環境，可依其需求選定。此時職能治療師將扮演重要角色，配合建築師或室內設計師開出適宜的整修項目。英國 2009 年即提供國家經費支持老人、身心障礙者家屋之整建，英格蘭也有 250 個「家屋改善」團體單位，進行此類整建。(Ongeri, 2008)

目前我國一些地方政府也有一些供中低收入戶、老人申請整修住屋，改善自己的居住空間的補助辦法。只是此辦法或因資訊不流通，以及補助門檻高，較少人利用。為高齡者進行住宅整修，其內容與方式很重要的一項影響因素是住宅本身的類型。每個國家、族群與地域如果有自己獨特的文化習俗與歷史境遇，就會產生自己獨特的住宅類型。譬如台灣的透天厝、早年連棟式住宅、合院或台灣化的日式住宅等。因應高齡者之需求，顯然各住宅類型有不同的整修要旨、項目與內容，可以彙整成數套模式準則。

4. 為老人「家屋自動化」(Home Automation)

家屋自動化若為老人、身障者服務，又稱為「協助性科技」(assistive technology) 或「老人科技學」(gerontechnology)。前者原屬於「智慧屋」(smart house) 的一環，特別應用自動化科技以回應老人的需求。協助性科技原意在服務障礙者，其作用在「協助」。不論如何，三者主要在運用資訊工程 (IT) 科技於老人與障礙者的照顧上，讓他們更能獨立、舒適、安全、保全無虞的生活，並於娛樂、節能方面也得到某程度滿足。

科技協助在家老化大致依身體變化可有三種狀況。第一種是健康老人，僅需最基本的一些設備，再加些防範措施。第二種是身體開始出現慢性病如糖尿病、肺病、心臟病等狀況，此時需有防護性措施。第三種是當身體有劇烈之變化，家屋必須全面檢討通用設計，達到多方面之改善。家屋自動化基本上有兩種。其一是置入的健康系統 (embedded health systems)，它整合偵測器、微處理機於用具、傢俱與衣物內，收集案主個人資訊以供分析、診斷疾病，辨認出風險模式。第二種是指私人健康網 (private health network)，它運用無線網路連接到個人可攜之器具，訊息儲存回傳到家戶健康數據庫 (household health database)。業者目前正積極開發這二種系統，具體的產品則包括各種緊急協助系統、保全、防跌設備、定時或緊急提醒機等。這些機電產品的設計重點，包含合乎預期的功能與效益，以及合乎人性方便使用。

5. 團體家屋 (group home)

1980 年代西方社會即出現團體家屋或團體生活 (group living) 作法，是為在地老化與去機構化的一種新設想。若是針對中、輕度成年身心障礙者，當其可離家自行生活時，提供此種共同居住的安排，可以彼此協助，或聘請社服員及其他必要人員從旁協助一些事務。針對高齡者，則多指為 6 至 8 位失智者提供一種家庭式照顧的居住安排，此作法在瑞典實行最為成功。對於延緩中輕度失智者進入護理之家或醫院 (意涵增加個人支出與醫療體系整體之負擔)，已證實有一定效果，並對他們的日常生活品質有所提升。

失智者團體家屋大多於既有公寓同一層樓，打通二、三個單位重新整建出來，

以供原社區數位輕中度失智老人由原住家遷過來合住，配上專業照顧人員支持其日常生活。這是歐美個人主義社會回應獨居失智老人日漸增多的一種家庭式、融入專業照顧的居住安排方式。我國目前由政府支持補助法人成立的多處示範性失智者團體家屋，它們收容的失智老人僅有部份來自附近社區，而且至少其中二個家屋的房舍並非一般的住宅型態，照顧之老人亦有重度失智者。這些作法並不合乎團體家屋原初設置的理念。

6. 「在家老去」

在地老化除了包涵「居家護理」服務，近年在國內有一個很特別的發展，即是在家老去，或者說在家自然死亡。相對於醫療院所以各種醫療手段、器械、藥物維持高齡者臨終的生命，安寧照顧已嘗試避免加護病房單純醫技維生系統的不合人性作法。近年醫界已普遍提倡簽署不急救志願書，此方式一方面避免高價格的醫療負擔，另一方面更人性的尊重老人家於自己熟悉的住家老去之意願。這可說是在家老化的極致形式。此作法顯然需要老人家及親人認知上與心理情感上的調整，才能坦然接受、實行。其中文化與宗教的影響力不可忽視。日本宮本顯二、宮本禮子醫生所撰寫的一本《不在病床上說再見》，即在追索為何日本老人平均臥床達十年，耗費不少長照資源？但是西方老人卻平均僅需一、二年長照？此問題之答案在於日本長照界重在維持老人之生命。西方個人主義社會則講求老人獨立生活，並講求生活品質以及自然死亡。不希望有插鼻胃管、或胃灌食、打點滴等加護醫療以維持生命、卻減損生活品質的照顧法。

總上，我們可以看到在家老化，這麼多年來已產生種種新的或已成熟的實踐方式，過程中有所調整修正。若初步檢視之，毋寧都是好事。三代同堂或同鄰、生涯住宅與團體家屋可說是在處理家裡有沒有照顧者的問題；生涯住宅、家屋自動化與修繕是在處理家屋實質環境的部分，或者以器械偵測高齡者某些行為，以獲得安全、保全的居家生活。從社會文化向度來看，三代同堂、同鄰在台灣的確還存在，尤其後者。不過隨著社會變遷、少子化、家庭結構核心化趨勢，要維持這兩種居住安排，政府與社會必須提出更積極的促進辦法，才可能奏效。至於住宅修繕的確有其必要，但是政府的補助辦法乏人問津。其原因在此措施需降低申請門檻與簡化手續，並廣為宣傳。同時需有專業團隊提供一貫服務。

新建住宅方面，學者雖引入生涯住宅之理念，國內建設公司卻乏人跟進，連特別為老人需求設想的住宅也少見於市場，這是國內扭曲的建設業與住宅政策所導致。有關家屋自動化方面，國內因市場小，並沒有這方面之研發實力，頂多引入他國產品，以應付特定人士的市場需求。有關團體家屋及在家老去，近年國內仍處於提倡、實驗階段，還需多著力並配套後續檢討，以尋找應合我們社會需求的最佳模式。

如果以療癒/育性環境詳細看待在家老化，其實還有更多待檢討的範疇，因為家庭以往多被視為養育子女的地方，如今卻得改變為高齡者的療癒/育性環境，而且某程度是此環境的核心。此議題顯然已超出上述六項新作法，需要我們後續更進一步的思索。

二、社區與「社區照護」

在地老化主要的環境尺度是社區，這是本章特別關注的，以下先討論與社區老人直接相關的社區照顧，包括先進國家（尤其是日本）之作法以及我國學步的情形。

2-1. 日本的「社區照顧體系」

普遍言，各國高齡者都喜歡住在自己的家裡。先進國家政府或民間辦理的老人院、安養、養護設施、機構很多樣，但均標榜「像家一樣」的設置目標，入居的老人的確也少於住在家中的老人。只是後者因社會變遷，獨居與夫婦居的情況愈來愈多，以致更加迫切需要社區照顧。如前述機構式照顧轉向社區照顧最早由英國發起。至 2003 年英國推出多項法案，已將社區照顧的服務範圍明確指出除了失能老人、失智與精神疾病老人之外，還包括身心障礙者、青少年、酒精中毒者、HIV/AIDS 人口、照顧者等。其間過程雖然遭受多方質疑與批評，但是目前社區照顧已影響其他各國，成為老人照顧的主軸。由於日本高齡者社區照顧體系至今已發展得相當完整，且與我國在文化上有類似之家庭主義根源，且其應付老人照顧問題已累積很多經驗，足堪為我國借鏡。下文聚焦日本的社區照顧體系，以作為我國體系發展之比對。

日本早年即重視高齡者的照顧服務與福利，設置的老人機構包括特別養護、養護、輕費老人之家，公私營均有。各機構容納人數多在百人以上，至少也有五六十人，加上多有公立或 NPO 設立的福利園區，如神戶幸福之村、東京浴風會，規模均偏大。在住宅方面已有前述各種產品。軟體方面也有在宅服務、短期照顧設施、日間照顧中心、老人活動中心、綜合諮詢中心等，銀髮產業更蓬勃發展。（關華山，1996）

為因應超高齡社會的來臨，2000 年日本實施了老人「介護保險」。但是很快的檢討缺失，於 2006 年進行修正，將被保險人擴及至 40 歲以上到 64 歲的中年人；而保險者是市町村；另有私部門、公部門與 NPO 加上的各類服務提供者，再加上都道府縣之支持，構成了介護保險制度的四個主體。（周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋，2009）

老人接受介護保險服務的程序（請參照**錯誤！找不到參照來源。**），最開始是由市町村的主辦單位進行調查，由醫師確定案主是否需要提供介護服務及等級，之後才由地區綜合支援中心或居家介護支援中心的照顧管理員或保健師擬定詳細的個案照顧計畫。其確實流程與服務分類如下圖所示。

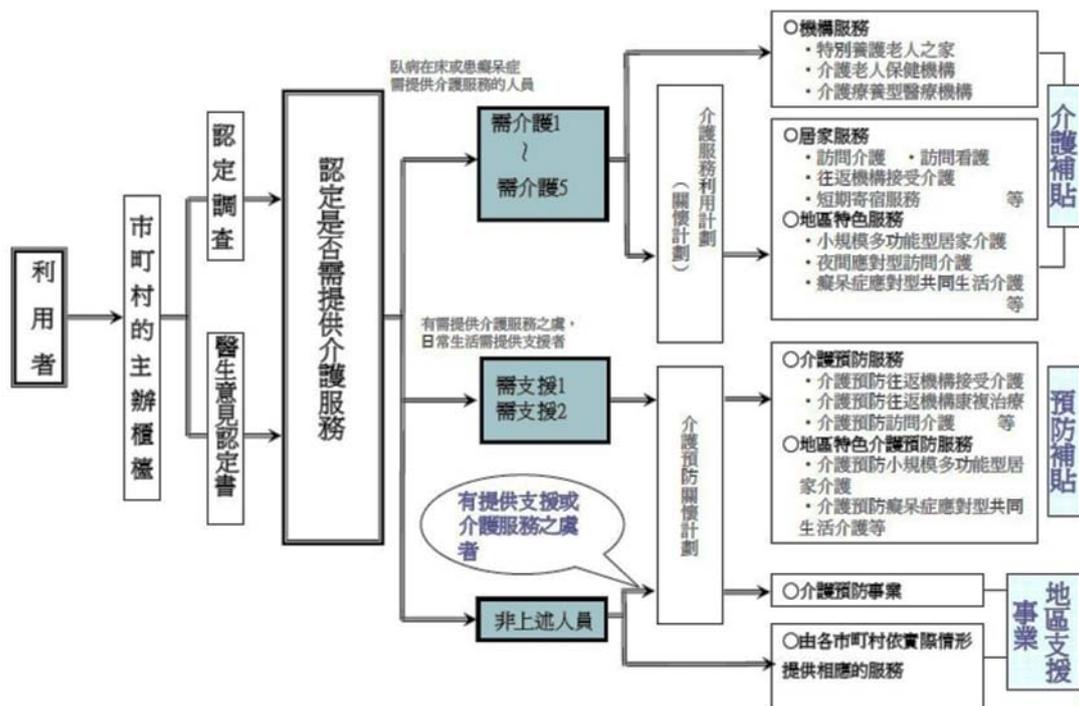


圖 4-2：日本介護保險市町村辦理服務流程圖
(資料來源：周毓文等 (2009))

如果以服務體系以及在地老化角度言，可以兩種公部門提供的服務來分辨，不論住在家中或特別為老人規劃設計的居住設施裡的老人，均可利用。其一是過往都道府縣即建立、管理的一般性服務，亦即廣域利用的居家服務、日間照護、喘息服務、居住與機構服務；其二是近年新起的市町村所主導的「地域密著型服務」。前者使用者比較廣泛；後者使用者較屬生活圈內的社區的老人，地域密著型的服務最主要是「小規模多功能型居宅介護」，其下又分為失智者日間照護、夜間對應型訪問服務、失智者團體家屋、小規模介護專用型特定機構與特別養護中心。整個系統如下圖所示 (陳維萍，2010)。

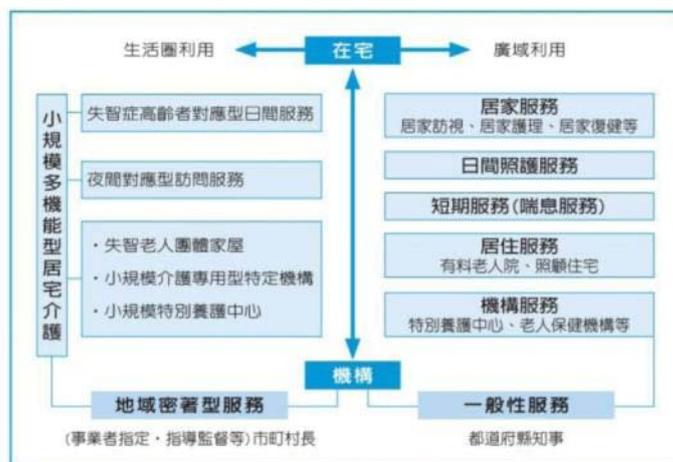


圖 4-3：日本社區照顧體系圖
(資料來源：陳維萍 (2010))

若從利用者角度來看「小規模多功能型居宅介護」，其內容如下圖所示。

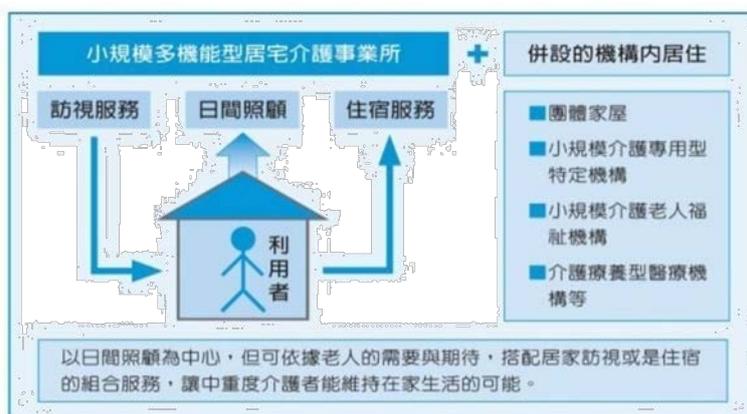


圖 4-4：日本小規模多機能型居家護理內容

（資料來源：陳維萍（2010））

過去的大型養護或護理機構均朝向日本學者所提倡的「單元照顧」(unit care) 進行改善^(註6)，亦即老人家 10 至 17 位組成一群，其房間形成簇群，布置成「家」，由一組人員照顧。另外也開始盡量提供單人房，頂多 2 人的夫婦房。透過此二方式減少機構化問題，使之更趨人性化。

在整個服務系統中，除了分出需介護與需支援二大等級，以及提供「公助」（公共救助）、「共助」（介護保險）之外，也加入了「預防老化」及「自助」、「互助」之理念。所以講求鼓勵自主支援與高齡志工，或推動運動、營養改善及口腔功能維持（牙科服務）。值得注意的是上述做法使得機構服務包含有市町村為各社區新設置的小型如家的機構，同時也加入單元照顧新做法的原有大機構，由都道府縣繼續負責。日間照顧或短期照顧、居家護理等也同樣在更廣的區域中提供。倒是社區小規模多功能設施添加夜間對應型訪問服務以及巡迴服務車，透過民間介護企業提供，如日本介護服務集團股份有限公司及 Earth Support 股份有限公司。換言之，日本政府政策性開啟民間加入介護產業之機會。

事實上，各地社區創發出來的老人照護服務很多樣，如武藏野市的迷你型老人日間照顧據點（曾思瑜，2015）；東京工戶川地區的溫暖館、溫暖聚會、芝浦 Island 高齡者與兒童交流廣場（雷光涵，2014）；位於千葉縣長沼地區，任天堂企業興建的高級老人俱樂部型住宅 Smart Community 等。由上述案例，可看出日本各地正隨各地方特殊條件與老人需求，提出多樣做法，嘗試回應人性化與在地老化根本價值，並非一成不變。

三、初步建構「療癒性社區」

如何以一個有系統的思維建構療癒/育性社區呢？筆者的專長為建築學，若廣義的或以應用角度來看，建構目的在規劃設計具療癒/育性的實質環境，而這個實質環境是社區尺度的，通常屬於規劃的層次。除非此社區的規模不大，可以

註6：日本學界與實務界借用了西方照顧失智老人的專區說法（special care unit）的“unit”此字，事實上，二用詞並不同。

一次完成設計，如荷蘭的失智老人村。顯然此處要建構的療癒/育性社區有更寬幅的尺度，達到農村、漁村、山村、鄉鎮市街以及都市裡的鄰里區行政單位的大小，才具應用性。尚且從上所述，可知療癒/育性社區的內容不只是硬體，還包括各種軟體，規劃本身即包涵發展規劃書（亦即軟體），並加上提出設計準則之任務，以供社區內進行各建築、空間設計時上層的指導原則。總言之，本文所謂的初步建構，基本上在於論述出一個理想的療癒/育性社區之軟硬體，還不及於建築界所稱的社區設計、鄰里設計或都市設計，因為本文不涉及某一特定時空的社區與基地。

依筆者之見，高齡者的療癒/育性社區涉及到四種環境：自然環境、社會環境、照顧環境與人造或建成環境，均以社區尺度為限。一般言，實質環境包涵了自然及人造或建成環境（man-made or built environment）。後者又常無法全然斷絕於自然氣候與地理環境。人是有機體，演化上就與自然有諸多臍帶關連。高齡者的社會及照顧環境字面上偏重了軟體，真實世界裡它們均需要硬體來容納與支持人際間互動與完成照顧與被照顧之事。四者構成一基本的構念圖（圖 10-5）。下文將詳述高齡者療癒/育性社區各種環境的軟硬體成份。首先我們得注意療癒/育性社區環境是訴諸於高齡者的感官、心智與靈性（Huelat&Wan 2003），期望帶給高齡者追求「自我完美」、「委身服務社會」的活下去動機（Bush-Brown, 1996）。

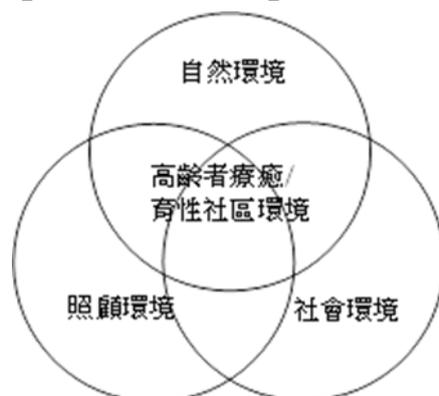


圖 4-5：高齡者療癒/育性社區構念幅員
（資料來源：關華山）

3-1. 社區的自然環境

首先療癒/育性社區不可能與自然斷絕。現今順應自然是重要價值，對高齡者而言同樣需要得到自然的好處。但因為他們不同的老化階段之身體狀況，必須注意他們身邊自然環境的「舒適帶」（comfort zone），更需講求順應自然。一般言，自然環境包括地理的與氣候的。就社區尺度而言，地理包含當地動植物界與地形、地貌、水文、地質等，台灣的地震、颱風、土石流、洪泛災害對高齡者尤其威脅性，必須多方避免、防治。

社區的微氣候包括溫濕度變化、日照、落雨、風勢的質與量，以及台灣特有的颱風，同時也包括空氣品質。台灣各地普遍遭遇空氣污染問題，同時也躲不過颱風之威脅，必須給予高齡者特別關注，避免其害。如加強房屋結構安全，或搬

離空汙嚴重、災害頻仍地區。至於溫濕度、日照、落雨、風勢之變化在各地區不同，對高齡者身體而言，社區勢必需不同的特殊防範考量，以應付溫差太大、濕度太高、風勢太強或通風換氣不夠、日照量不足或過量問題。這在人口高齡化的偏遠農村、漁村與山村，尤其重要。如日本有的漁村因臨海，常風大，已開始為村內多老人而於重要地區興築擋風設施。

至於高齡者得到自然的好處方面，則著重在讓老人家接觸且享受到自然的多樣、豐富、優美。同時對應到老人家身體每日的新陳代謝，使之能夠順暢。其實在現今時代，我們已充分了解到人類破壞自然所造成的氣候變遷，已大大的改變了大家生活的環境，所以高齡者之療癒/育性社區必須以經營友善環境的永續社區（sustainablecommunity）為基礎。譬如設置社區公園綠地、都市綠帶、都會公園，保育動植物棲地、濕地、山林，以及淨化附近已被汙染之河川與空氣，講求有機農業與生機飲食，各種節能減碳措施等。甚而針對高齡者特別的需求給予關注，如下所示：

1. 提供散步、慢跑、一般運動的場所，這些場所最好能與自然結合。因為綠地樹木可以減少空汙、殺菌、釋放芬多精。這些場所尚可配合設置一些簡單適宜的戶外運動設施以及休憩、社交空間。
2. 為得到療癒花園或園藝治療的好處，可以促使老人與大家一同參與、經營照管社區花園或農園，甚至畜養家畜，合作生產分享成果。
3. 營造優美自然的花園社區，供老人隨時欣賞、享受身旁四周自然風景的美好、豐富及多樣，不但可以訴諸老人的五感，還可以讓他們透過散步、運動、打坐、冥想、祈禱連結無限的宇宙，靈性上藉之昇華，超越世事愁煩與病痛。

即使是讓老人家每日獲得足夠的日照，看日出、夕陽，聆聽鳥叫蟲鳴，感受一日晝夜、天候推移，以及一年四季變化，均可讓老人家與時空無限的宇宙取得連結，感受生命的豐富。與自然有良好的互動應該是持續的，且得跨越整個老年期，因為這是自然人的必要條件，只是老人受限於身心體能的變化，不同階段需要特別的協助，以完成與自然美好的接觸與互動。

3-2. 社區的社會環境

人是社會性動物，必須與人互動，缺乏互動易導致病態社會隔離。當老人健康時，一般會有一定範圍之社區生活，在多種場合與鄰里互動。依筆者看法，社區生活可分為生活必需之活動以及自願喜好的活動。前者與一般人的生活類似，只是老人多半沒有工作，所以可以支援甚至承擔照顧孫子女任務，在鄉村的老人或在都市經商的老人多半會持續做農漁夫、店主一段時日。先進國家已開始注意高齡者之智慧經驗，在中壯年工作人口銳減的狀態下，是可善用之人力。如何提昇高齡者再度或延續就業，尤其是超高齡社會重要議題。

依衛福部的調查（2013），65歲以上長者日常活動，包含與朋友聊天、聚會（37.8%）；從事休閒娛樂活動（23.1%）；從事養生保健活動（21.6%）；含飴弄孫（15.3%）；從事宗教修行活動（11.0%）；志工（7.1%）；研習進修（3.6%）。這些

活動均可能涉及各種社區與都市空間。表 10-2 所示之高齡者社區生活中的人際活動與場所，顯然依高齡者之性別而有所差異。不同的社區類別（農、漁、山村、街鎮與都市社區），甚至不同族群背景聚居之村落，其中的老人家顯然也有不同的生活方式，在此不一一討論。就療癒／育性環境角度言，老人有豐富的社區生活，會有較高的生活品質。此點社區裡每位高齡者自己亦需體會到，才好設法付諸實現。

表 4-1：老人社區生活之人際互動類別與場所

活動類別	活動	人際互動	場所
高齡者社區生活必需之活動	買菜、購物 外食 倒垃圾 送孫子女上下學 帶孫子女遊憩 存領錢、寄東西 工作 看病 遛狗 祭祖 農作、漁作	菜販、店家 店家、常客 鄰里 其他父母、老人家 其他老人家、孫子女 銀行、郵局工作人員 同事、雇員 醫師、護士 鄰居 氏族 農會、漁會其他成員	市場、賣場 小吃、餐廳 垃圾場 上下小學路徑 社區公園、開放空間 銀行、郵局 公共場所、上下班路線 診所 公共空間、路徑 宗祠 田地、漁場
高齡者志願選擇之社區活動	老朋友聚會 興趣、嗜好活動 社團活動 志工活動 學習活動 宗教活動	鄰居 老朋友、同好 社團成員 其他志工 圖書館、學校人員 教友、牧師、神父、住持	鄰居、住家 社區公共場所 社團聚會場所 服務場所 社區圖書館、長青學園 寺廟、教堂

（資料來源：關華山）

值得注意的是，一旦老人身心衰退，參與上述社區生活活動，將因行動不便與環境之障礙而怯步。此時去除障礙變得很重要，包括各活動場所、社區步道暢通，提供安全交通。另一方面，各種活動主事者與成員平等對待行動不便之長者，適時提供協助。

當高齡者身心體能愈加衰退，尤其獨居、夫婦居的老人家不僅無家人照顧，社區生活通常也易壓縮，久而久之會造成社會隔離，後果不堪設想。因此醫療及社福界應提供各種服務，一方面主動進入老人的家與之互動，同時完成家務或者護理等服務。另一方面也應該帶老人到他熟悉之各式社區場所，如廟宇、市場、公園、社區活動中心等，參加設定好的各活動，如音樂、工藝或者其他具療癒／育效益之活動。這些場所也包括日間中心、日間照顧、關懷據點、老人服務中心、老人活動中心等。可與健康老人區隔，也可適宜的合併舉辦。事實上，重點在盡量讓身心孱弱的老人家仍然保有某程度社區生活，盡量延續其與社區的互動。包括帶着坐輪椅的老人家去市場、廟會、公園、逛街、吃小吃等。因為這才是社區老人過往最熟悉的生活環境，不管其體能變化至何程度，促使他們持續與之互動，正是在地老化之要旨。

如果從 Bush-Brown (1996) 提出的自我完美與委身自我服務社會二項，造

就「探索、驚奇、成長」有意義生命的途徑來看，家庭或者是完成自我完美的基地，社區之社會環境則是委身自我施展場域的起點。所以不可忽視社區中老人們學到老以及從事志工、參與宗教活動、甚至工作的場所，尤其那些已讓老人認同的活動與場所。不同年齡層的鄰里居民也應該體認到老人眼中認同的那些社區之軟硬體，協助維護之，才是在營造一個療癒／育性社區給老一輩的世代，其間也具有世代交替、傳承地方文化的意義。當然這中間老一輩也要有雅量容許年輕世代因應更大涵構之變遷，對於社區文化與社會、經濟所提出的創新與變革。共同成就各世代自己的探索、驚奇、成長的有意義生命。

從上角度言，關懷與營造老人家豐富的社區生活，不應該只從社工服務的角度讓老人參與一些活動，動動筋骨或頭腦，快樂一段時間就好了。而更該注意那些對老人家有意義的活動。同時除了着眼追回過往的記憶外，也該注意、鼓勵老人家在他們自己關心的範疇與領域，持續追求新知、體驗，甚至完成自己向來有的夢想。處理上述社區的自然與社會兩種環境以營造療癒／育性社區，我們還得注意其實它還擔負有保健與預防疾病、減緩老化之任務，尤其對於身體健康或大致健康，以及有些慢性病但仍能自理的老人家而言，重點在於營造療育性社區，一切的互動以及必要的社區活動，都應該由老人家以自助的方式為主軸，配合一些公私部門給予的軟硬體協助，共同達成上述保健、預防疾病、減緩老化目標。這也正是日本長照體系中，自助、互助原則下所提出的地區支援事業及地區綜合支援中心提供的預防性服務。

照顧管理員與保健師需評定一般高齡者、特定（孱弱）高齡者屬於何種等級之做法，均在將長照保險之給付系統建立的更完善。一方面合理回應老人不同層級之需求，另一方面也釐清保險制度合理涵蓋之範圍。

我國的「長照法草案」才通過，可知其仍重在下節所要討論的照顧環境之建立，並不及於預防、自助的部份。這也可知透過社區的自然與社會環境營造出療癒／育性社區，所需要投入的資源與人力恐怕大宗來自於社區。事實上我們的政府也期望如此，過去六星計畫即有健康社區之營造。依在地老化價值，在地人最了解社區老人之處境與需求，以及在地社會力與資源。倒是這些社會力受制於過往傳統觀念，常只支持傳統活動，如寺廟只辦廟會活動，宗祠只舉行祭祖儀式等。當社區現今有照顧老人之問題與需求時，這些社會力與資源理應有好的回應，移轉到這方面共同解決現實面臨的問題。

老人家來往社區、前往市街辦事或者出外旅遊，均涉及移動方式與交通工具。很顯然的就社區而言，安全的步道網很重要，其次則是安全的自行車網。因為社區範圍有限，以步行與自行車，老人家即可到達各角落。基本上，這兩種方式可增加老人運動量，對其身心有好處。至於老人騎摩托車（在鄉村尤其普遍）或開車（在市鎮、都會），則需認知反應與感官手腳有一定的靈敏度，當老人身心衰退，則易發生交通事故。事實上高齡者駕駛機車、汽車的被撞機率均高於其他年齡層。當老人家要跨越社區到更遠的地方，則應有便利、安全的大眾交通工具，或者由福利部門、大醫院、教會、NPO 等提供往返交通工具。

3-3. 社區的照顧環境

此處的照顧環境是指為了服務半自理、失能、失智的在家老人，公私部門在社區提供的照顧服務。我國政府提供的社區照顧有十多項（見下表 10-3）。這些服務有的在高齡者的家實施；有的在社區設施中實施。另一種區分方式是，這些服務是對老人本身的、還是照顧者的、或者硬體方面的服務。

基本上在家的各項服務均需要相關服務提供者（包含 NPO、社團法人、服務企業等）於社區內或鄰近地區設立站所，派出人員提供到家服務，或老人到站接受服務。照顧服務的統合任務交給長照管理中心，它與提供一般服務（包括諮詢、資訊提供服務或輔具租售等）的老人服務中心不同。前者設置照顧管理員針對失能、失智老人個案擬定照顧計畫，然後據以執行。由於我國尚未有長期照護保險及完整的服務網，所以此服務尚不及於社區內所有在家之失智與失能老人。近年台北市各區逐步設置小型多功能之複合性設施，將日間照顧、暫托服務以及失智者團體家屋整合在一處，頗有向日本效法之姿。

台灣的長照體系的發展有其途徑，但就結果言，基本上是參照先進國之理念做法，然後運用台灣的條件予以推動。所以我們有各種各樣的服務項目，但其服務供應與接受量與質均未達預期。是我們對自己的老人需求掌握得不夠準確？還是因為資訊網絡建立不周全，民眾不周知？亦或整體資源不足？

如果以療癒/育性社區檢視前述國內的長照體系，可先從「誰提供照顧」討論起。此處的誰包括個人的居服員、日照員、居家護理師、家庭照顧者（家人、外籍與本國籍照顧者）、小型機構服務人員。也同時指何種「組織」提供各式的服務，亦即一般長照界所強調的公私混合經濟，希望有公部門、NPO 及私人企業共同投入此社會事業。更上一層的「誰」則可指長照體系政策之擬訂、推動者，含衛福部中央官員、各縣市地方相關公務人員、以及研究機構之學者專家。我們得先檢視這些建構長照體系的主體們所持的想法、理念，基本上與療癒/育性環境之理念有何差異？個人認為目前我國仍努力於建立可長久之長照體系，著眼結構性問題。因此常以先進國家制度為圭臬，卻少以自己的社會為主體進行設想。至於照顧的品質則寄望於各類服務提供人員、組織之操作守則與訓練上，只希望於其實務上獲得令人滿意的效益。

表 4-2：老人身心狀況與機構、社區、居家照顧服務對應情形

機構	機構服務	老人狀況	居家照顧	社區服務/設施	
醫院	醫療	(急性) 生病			
護理之家	醫護、具技術之護士	重度失能 (臥床)	居家護理	日間照顧 喘息照顧 復健服務 交通服務 送餐服務 家務服務 (輔具租用、住屋修	居家護理所 長照管理中心(長照管理員不見得為社區的) 日間中心(喘息床位) 復健重建所 失智者團體家屋 居家服務提供輸送單位

機構	機構服務	老人狀況	居家照顧	社區服務/設施	
				繕) 資訊、服務 統合	社區照顧關懷據點 設施大小(服務、經濟 規模、服務項目整合情 形、地區綜合支援中 心) 老人福利服務中心 老人活動中心
長期機構	醫護、具技 術之護士	失能(氣 切、臥床)	居家護理		
養護機構	照護	鼻胃、導尿 管	居家照護		
失智照顧 型機構	照護	中度以上失 智(具行動 能力)、輕及 中度失智	居家服務 (使用輔具 防失手鍊、 住屋無障 礙)		
安養	照顧(免 費、自費)	無人照顧或 扶養、能自 理			
老人公寓	自費	能自理、健 康			

(資料來源：關華山)

四、結論

藉著回顧眾多科際互動與發展(包括心理治療界、建築界、護理界、藝術界、景觀界、醫學界、工設界、社工界、公共衛生界)，筆者彙總釐清的療癒/育性環境理念，與一般對待老人的長照體系理念最大的差異，在於它設法以統整的架構看待因應老人身心靈全人需求。它不再只是科學確證之醫療、療癒，而是包含日常生活之保健、免疫力增強，加上輔助性、替代性之非藥物療法，以及種種有根據之養生方法。目標是為了讓身心體能由弱轉強，使老化某程度可逆。這與一般單純從照顧面設想，盡力延緩老化的消極態度不同。換言之，我們不能拘泥於老化的無所不在，反而該倡議療育的效益，促成返老還童的逆轉可能。

從上說法，我們具體的檢視現有長照體系之缺失如下：

1. 長照體系普遍忽略自然環境對高齡者身心之影響力，尤其在現今全球已面臨氣候變遷以及地方微氣候跟著變遷之危機。
2. 普遍忽略延續高齡者在地即有的社區生活之重要性。
3. 普遍忽略高齡者心理之需求以及心理療法的重要性。
4. 現有體系重在預防、輔助、支持與延緩老化的長時程管控，未見到短時程、中時程的療育與回復年輕之可能作法。
5. 隨著網路時代的來臨，我們的社會雖然充斥各種片段的復健、養生與醫療之資訊，仍缺乏有關面臨處理老化各問題之整合、可靠知能之資訊傳

播，以及大眾自行探索完整資訊、參與醫療、療癒/育的 Planetree 運動。

6. 尤其「在地老化」與「引入外籍看護」在本質上是一個不相對應的意圖與作為。因為在地老化之本意在促使老人身處一個熟悉的環境中，尤其是他身邊的照顧者本身。老人最熟悉的照顧者自然是自己的家人與親友。其次，本國人在語言文化習俗上仍是最熟悉的。然而現在我們大部分老人的照顧者卻是從他國移入，老人與外籍看護顯然是陌生的，不僅語言溝通上有障礙。二者要互相熟悉，必須長時間跨越多層面文化、社會、語言之鴻溝，這何嘗容易呢？因此這可說是我國在地老化政策與長照系統建立過程中最大的缺失。

最好的辦法是各地區照顧人員之訓練數量應該與各地城鄉需求有所對應。換言之訓練出來的照顧者是本地人，可以就近照顧本地老人。因為本地人最熟悉他們，最能了解老人過往之鄰里生活甚至居家生活，可以設法使之盡量持續下去。同樣的，服務提供的組織最好也是在地組織。我國早期推動社區照顧與在地老化時，的確強調了此點，如農委會透過農會基層單位辦理田媽媽社區照顧班，但此理念僅曇花一現未堅持下去。倒是我們的地方仍展現一些社會力，成立在地基金會、社團法人、或既有組織開始承擔自己社區老人照顧工作（呂寶靜，2012）。此部分我們的地方人士與組織，如寺廟、教會、宗親會、農會、漁會甚至國中小、地方診所等，應該充分體認到這是地方組織的責任，大家應一起想方設法配套帶給社區老人有品質的生活照顧。甚至社區中家有老人的家庭也可以組成互助團體，並推廣志工投入照顧社區高齡者之工作。

換言之，我們除了響應聯合國衛生組織倡議的「年齡友善城市」的建立，更應該設法建立「年齡友善社區」。我們的社區大可承襲社區營造的作法與機制，配合著長照 2.0「社區照顧」網絡之建立，一起關注高齡照顧的任務，畢竟社區人士最了解自己的老人家及其生活習性。至於跨地域的老人照顧基金會、協會、NPO 或者社會企業，也應該優先招募並訓練本地人從事擔任服務員。另一方面也應主動了解本地社區之一切，以便融入地方，切實回應本地老人之需求，協助其愉快、安全的在地老化。

至於照顧的場域，不應該僅限於各老人的家以及提供服務的設施，反而應該擴及整個社區場域，並延伸至都市鄉村中某些與老人世代有關的場所，甚至社區、城鄉所處的自然環境整體。因為老人家熟悉的是這整個環境的人事物。在地老化應該取其好處，同時亦可讓其享受愈趨進步、豐富的整個社區緩慢變化中的生活與環境。易言之，家內與各設施的服務提供者與照顧者應該將老人家不時帶出住屋與設施，到老人大致熟習又有新奇的日常場域，直接接觸其中的人事地物，這種環境療法應有其效益。

有關老人照顧的社區設施之種類，目前長照體系所著重的居家服務、護理站、日間照顧中心及關懷據點，與正開發的小規模多功能老人照顧設施，都是不錯的設想。只是這種體系是否在台灣各角落的社區均適用，端看各地社區老年人口之特質，以及地方社會、文化差異。這也同時顯示地方人士自己經營自己的老人照顧之重要性。只要當地方社區從事上述工作時，外界或公部門必須給予適宜之支

持與協助，包括法令的調適與資源的投入等。

由前文對我國各種照顧服務之檢討與建議之回顧可知，上述體系至今仍有不少待填補的缺口。筆者在此特別強調一項我們的社會文化之缺失，即是我們的老人照顧普遍缺乏因應老人家心理健康方面之需求，尤其個人心理疾病的治療。這方面恐怕需要我們的醫界精神科醫師、教育與研究人員的大力投入，才有辦法改善。老人心理健康之評估與療癒應該納入前述連續整合性照顧之一環，歸屬個案照顧管理師掌握的範疇之內。

許多老人照顧的討論亦缺乏關注家人、子女與社區居民的角色，只注重主要照顧者與服務人員的技術、態度等。事實上在地老化就該如現代醫療講求病患與家人一起面對疾病的新運動一樣，地方社區居民以及老人的家人也應該成為在地老化的支持力量，共同面對長輩身心的變化，一起營造保健、愉悅、安全又具保全的生活方式與環境，甚至共同準備到泰然的面對遲早會降臨的死亡。從 Planetree 運動的觀點看，應付快速高齡化的社會，我們的社區居民與家人甚至老人自己，應設法充分了解老化的種種，以及療癒/育性環境/社區之理念，才好以一種中肯的態度與知能，面對處理老化，確實獲得在地老化的種種好處。

第二節 療癒性環境效益之理論架構

療癒性環境究竟如何對高齡者產生效益？其機制為何？其內容又為何？本章節即意在解答上述問題，姑且稱之為療癒性環境對高齡者帶來效益之理論架構。

很顯然，上述問題之根本為：環境與人究竟如何彼此影響、互動？進一步思考的只是此處的「人」，特別指「高齡者」；「環境」特別指「療癒性環境」。二者如何彼此影響、互動？「高齡者」一般言，會被視為受「環境」之影響很大，因為他們支配、改造，甚至應付「環境」的能力減低。換言之，「高齡者」對「環境」之需求必須特別被關注。至於「療癒性環境」部份，可被視為我們國家、社會以及專業者（醫療、社工、建築、景觀...）所能「供給」的理想環境。它所涉及的實質環境涵括前章節已界定的都市、鄉村地區以及社區的老人居住環境（尤其包含高齡者住宅，以及上述地區之戶外與室內的公共空間），以及各種長照醫療的設施。

此節所處理的二者之互動、彼此影響之後，老人身心靈所獲得之效益，正是我們期待的。而這整個機制的理論架構就必須以此「供」與「需」的應合為基礎。

一、老人的需求與護理

1-1. Maslow 的「需求層級」(hierarchy of needs)

在心理學，Abraham Maslow 早在 1943 年提出“A Theory of Human Motivation”，認為人行為的動機（Motivation）分出：

- 1) . 生理上的 (physiological)
- 2) . 安全 (safety)
- 3) . 愛/歸屬感 (love/belongings)
- 4) . 自尊 (esteem)
- 5) . 自我實現 (self-actualization)

而且這種動機有先後層級性，所以有「發展心理學」的理論意涵。倒是 1959 年，他提出達到自我實現的人常有一特殊體驗：高峰經驗 (peak experience)。1967 年，他再提出「超越動機論」(A Theory of metamotivation)，以指述上述自我實現經驗中一種「自我昇華」(Self-transcendence) 的感受。

而且他發現「高峰經驗」有的時候還能治療「精神官能症」。他在著作中寫到：「就去除病症的嚴格意義而言，高峰經驗確實具有治療的效果。」(Maslow, 1968)。依楊依璇 (2009) 的整理，Maslow 指出自我實現者較常有「存有性認知」(cognition of being)，對外在人事物較常有「存有之愛」(being-love)。這表示自我實現者，已不需要外在感知對象來滿足自己，而可以如實接受對象的全貌。而且 Maslow 歸納經驗有興奮、強烈緊張感、放鬆、和平、安靜、寂靜感等狀況。1964 年，Maslow 再提出「高原經驗」(plateau experience) 說法，指其為恆常的以存有性認知來感知外在世界，不再是較偶發、情緒性的個別高峰經驗。他並稱

「高原經驗」不需要觸媒，而是由生活、學習與鍛鍊來達到，且具備思維(noetic)、認知(cognitive)之屬性。

1967年，Maslow提出的「超越動機論」裡，他認為人成長的極限，不再只是「自我實現」，而是「自我超越」(self-transcendence)了，將自我擴大到非自我(not-self)的對象內涵之上。他稱此經驗讓人產生幸福、感恩、敬畏、驕傲又謙卑的感受，也可能引出各種神經質恐懼、自卑、反向價值、壓抑及否認之心理狀態。後者反而是一種逃避較高價值之超越性病徵(matapathologies)。1969年，Maslow再次將「自我實現者」區分為「健康型」與「超越型」二者，其動機也是二型的自我實現需求。前者較活在匱乏需求之中，雖有高峰經驗及超越動機，但這些並非生活中最重要之事，他們基本上致力於「發揮個人淺能」。

其實，「高峰經驗」被Maslow認為是自然產生的，其來源或觸媒有宗教(如坐禪、祈禱、洗禮等宗教儀式、操練)、審美、愛情/性愛、頓悟發現、與大自然交融、體育運動、舞蹈、音樂、創作。大體上，都有「超越小我，融入大我」之本質。

Maslow也認為高峰經驗雖常出現片刻，對人之影響、效果卻可能是永遠的。他甚至列舉出其正向影響，包括：

- (1) 具心理治療的效果。
- (2) 可以改變個人對自己的看法，並導向健康之途。
- (3) 可以改變個人對其他人的看法，並改善各種層面的人際關係。
- (4) 或多或少能永遠改變個人對這個世界的觀點。
- (5) 能紓解個人身心，以實現自身更大之創造力、自發性、表現上的獨特性。
- (6) 人會將此經驗銘記，期待可再次回味。
- (7) 認為生命是極有價值的，即使常遭挫折與痛苦。

甚至超個人心理學者Ken Wilber(1977)認為「超個人治療法」與Maslow的高原經驗類似。在此經驗，人發展一種覺知，二元對立之狀態均被終止。自我感得到更深之認同，而超越精神官能症，不再認同分裂出來之自我，不再執著個人性的問題，而得以平等心看待恐懼、焦慮、沮喪和執著。

事實上，現今護理界，也應用Maslow的基本需求層級來檢驗、計畫、執行與評估病患的照顧內容。一方面，護士也依之判斷病患在健康與疾病連續軸上，正落在那一點，進而考慮人的各向度，所關聯之Maslow需求，以及照顧所該關注的現實事物與狀態。其關係如下表：

表 4-3：人的向度與人的基本需求對照表

人的向度	Maslow 需求	需求有關現實之內容
身體向度	生理需求	洗浴、血液循環、溫度、飲食、排泄、移動
環境向度	安全與保全需求	住宅、社區、氣候
社會文化向度	愛與歸屬需求	與他人的關係與溝通、交流、支持系統、屬社區之一員、被他人愛感受的
情緒向度	自尊需求	害怕、悲哀、孤獨、快樂、接受自我
知性與靈性向度	自我實現需求	思想、學習、抉擇、價值、信仰、滿足感、幫助他人

(資料來源：wikipedia, the free encyclopedia. "Maslow's hierarchy of needs"條目)

依《護理診斷手冊》(陳施妮 譯,2003)附錄 A,馬斯洛人類需求層級(Maslow's hierarchy of needs)是護理措施提供個案所謂「整體性照護」的根本依據,而在照護過程中,個案可能會有不同的需求,所以護理人員必須謹慎地評估,並關注護理措施執行後的成效。

表 4-4：馬斯洛人類需求層級 (Maslow's hierarchy of needs)

自我實現	瞭解個人的潛力、成長、健康與自主性
自尊	自我價值感、自重、獨立、尊嚴、隱私、對自己的信賴
愛與歸屬感	感覺歸屬於某一團體、情感、親密感、支持、保證
安全感	面對生理或心理上的威脅仍有安全感、受到所需要的保護、持續、穩定、免於危險
生理的需求	氧氣、食物、排泄、體溫的調節、休息舒適

(資料來源：陳施妮 譯,2003《護理診斷手冊》p.818)

而就護理之對象、急性或慢性病患者而言,其生理需求、愛與歸屬感需求、自尊、自我實現的需求,該書亦儘量羅列四種類各式各樣「需求」。它可做為本研究之參訪,儘管這些需求是從護理照顧角度而言的,尤其生理方面之需求,的確需要護理人員之專業處置。

事實上,1982年護理學界 Majory Gorden 為護理診斷提出 11 項健康功能模式 (Gorden's 11 functional health patterns)。而護理學界最新之「護理診斷一定義與分類 2015-2017」 (Nursing Diagnoses : Definitions and classification) 則大同小異,提出 13 項。若將之與 Maslow 人的需求層級比對,其中還是有所關聯。(如下對照比)

表 4-5：護理診斷評估模式、領域與 Maslow 需求層級比對

Maslow 人的需求層級	M. Gorden 11 項模式診斷	NANDA 國際護理診斷 13 項領域
生理的需求	<ul style="list-style-type: none"> — 營養代謝 — 排泄 — 睡眠/休息 — 活動/運動 	<ul style="list-style-type: none"> — 營養 — 排泄與交換 — 活動/休息 — 生長/發育
安全感	<ul style="list-style-type: none"> — 健康的趕授予管理 — 壓力的調適 — 認知-知覺 	<ul style="list-style-type: none"> — 健康促進 — 安全/保護 — 舒適 — 因應/壓力耐受 — 知覺/認知
愛與歸屬感	<ul style="list-style-type: none"> — 角色扮演/人際關係 — 性-生殖 	<ul style="list-style-type: none"> — 角色關係 — 性
自尊	<ul style="list-style-type: none"> — 自我感受/觀感 	<ul style="list-style-type: none"> — 自我知覺
自我實現	<ul style="list-style-type: none"> — 價值觀/信仰 	<ul style="list-style-type: none"> — 生命原則

(資料來源：關華山)

Maslow 的理論有關之批評則有以下方面：(Wikipedia: “Maslow’s hierarchy of needs”條目)

- 1) .有學者認為 Maslow 的理論仍具「種族中心」之偏見。譬如西方社會著重個人主義，世界上有的社會則偏向集體主義。後者看重社群接納，較輕忽個人自主自由。
- 2) .Maslow 將「性」置入生理需求，事實上，有學者認為「性」在社群中也是情緒的、家庭的，具演化意涵的。
- 3) .至於各需求之排序，在各地社會文化當中，並非如 Maslow 所認為的那麼一致。甚至隨個人或地域資源的不同而不同。或者和平時期與有戰爭時期也會有差異。對於不同年齡組的人，如小孩多生理需求；少年期需要愛；青年期需自尊；初成年期有最高的自我實現需求；老年期最重保全、安全。

1-2. 老人的需求

通常高齡者由年齡來分，可有：1) 85 歲以上的「老老人」；2) 75~84 歲的「老人」；以及 3) 65~74 歲的「年輕老人」。一般也會認為三種年齡層，其需求在統計上也會有差別，譬如剛退休的「年輕老人」多需要「再次統整到有意義的角色與活動中。」；而「老老人」需要的多是「支持性與保護性的服務」。(Saxon, Etten & Perkins, 2015)

也有學者以個人長成的狀態，檢視個人生理性年齡、心理性年齡、社會性年齡和靈性年齡表現出他不同面向的成熟狀態。而上述身心靈年齡、成熟狀態基本上是從人「成長過來」的狀況看視的，事實上，若從每個老人的「老化」狀態來看視時，每個老人的需求會隨其從「成長」到「老化」二者重疊的狀況下，綜合的生、心理與社交、靈性狀態而有相當的變異。

若論及「老化理論」，在生理方面，老人醫學界有以下數種說法：

- 1) .隨機理論：老化起因於一連串細胞內有害改變，導致細胞複製過程的錯誤。
 - (i) 耗損理論
 - (ii) 錯誤理論 (DNA, RNA)
 - (iii) 交聯理論 (彈力蛋白、膠原)
 - (iv) 自由基理論 (自由基)
- 2) .非隨理理論：老化是發生在細胞內，以預訂好之程序，重複錯誤導致。
 - (i) 內部預訂理論 (生理、基因時鐘)
 - (ii) 免疫學或免疫理論 (骨髓、脾臟、胸腺、淋巴結)
 - (iii) 神經內分泌控制理論、熱量限制理論。

至於社會學、心理學方面，也有「心理社會老化理論」。包括：

- (i) Maslow 需求層次理論 (此理論前文已述)
- (ii) E. Erikson (1963) 的發展階層理論 (老年危機在「自我統整」與「失望」)
- (iii) R. Peck (1968) 中、老年任務發展理論。(老年期之任務：
 - a. 自我區辨 VS. 工作角色偏見。

- b. 身體超越 VS. 身體偏見。
- c. 自我超越 VS. 自我限制。)

(iv) 其他：(老年期傾向對自己生命重新再評價。)

倒是現今研究已在區分「正常的老化」，以及「由疾病/病理引起之老化」。「某些特定面之老化過程」會導致個人容易生病，但「老化」本身並沒有實際之病理存在。從此觀點來看，以前歸因於「老化」的身體趨弱，現在被認為比較可能之導因是「生活型態」不良造成。有言：「我們持續使用的技巧與能力，直到老年都將維持得很好，然而我們不使用的部份就會失去。」(Saxon, Etten & Perkins, 2015) 如此說來，每個人可以因不同的選擇，增進自己的健康，擁有正向的老化。

「老化」也可說是一種身體的變化—預留能力 (reserve capacity) 降低。所謂「預留老化」指的是人所有器官應付高度需求或面臨壓力時潛在的能力。而老化，在此「預留能力」隨之降低，其影響到老人的行為：

- 1). 行動緩慢 (slowness)：包括訊息處理、吸收與反應。除非自己喜歡的活動。
- 2). 壓力 (stress) 增加：因預留能力降低，遇事產生的壓力會對老人身心影響較大。
- 3). 不平衡 (homeostatic equilibrium)：老人體內循環系統因預留能力降低，而易生病或發生意外。致使身體功能喪失，甚至死亡。
- 4). 生活節律：生活行動最好依自己喜好的方式、時間表，亦即節律來完成。如果此節律不被允許，會造成壓力、不平衡。

由以上所述可知老人身心的變化在行為上有些特徵，基本上對正常健康人而言，都是負面的。但是，以上說詞也透露了相應的改善或彌補上述老化負面效應的方法。這也正是所謂「成功老化」(successful aging) 之講求途徑。Saxon, Etten & Perkins (2015) 就稱「成功老化」的主要工作有：

- 1). 必須承認與接受老化確實會引起一些限制。
- 2). 如有必要，必須願意改變或修正個人「生活型態」，特別是身體活動與社會角色；心理、情緒上維持彈性；盡可能減低壓力。讓「失能」影響減到最低之生活型態，而保留最大能力。
- 3). 發展一個自我評價標準與目標。透過個人內在價值，如良好人際關係、靈性成長、對生命之欣賞、贊禮，建立一些新的自我評論標準。如作為一親切之給予者，也成為一親切的接受者。或讓自己有一具創意、自我實現的歲月。力行之，目標就可實現。

「生病」對老人而言，很常見。但是現今研究發現很多老化有關的疾病，是可被預防的，至少可讓這些疾病到年紀很大的時候才發作。另一方面，老年人的疾病常是多向度的，使診斷與治療比平常人來的複雜。

倒是尚有一個議題與「成功老化」有關的，而且與前述 Maslow 需求層級與護理學界診斷評估項目亦有關的是：社福界照顧高齡者之理念與策略。李梅英 (2017) 曾主要以其社會工作學角度，以及其實務工作經驗，撰寫一篇〈照顧理念與策略〉。有關理念方面，她提出：「以確保居住安全為基礎，盡可能保有所想

望的生活模式，充份擁有個人生活掌控權，擁有自主、尊嚴的生活，才是社區照顧的精神與理念。」另外，她也提到 Maslow 的需求層級理論、Alderferp 的 ERG 理論（生存、關係、成長），McClelland 的三需求理論（親合、權力、成就）。

針對需求，提供服務，在實務上很重要。她指出：評估各老人之需求包括其 1) 生活狀況；2) 日常生活與自我照顧能力；3) 認知功能；4) 心理功能；5) 個人的價值與偏好；6) 靈性需求；7) 經濟與家庭支持；8) 居家環境狀況；9) 社會資源使用狀況；10) 各項資料的需求與意願。

當然，上述的需求評估以及照顧計畫必須由專業照顧團隊來完成。其中護理人員與社工人員是主要的角色，而且二者常需彼此搭配。依據之，有關照顧策略，她提到：1) 支持性環境的營造：以「家」為環境設計主軸，以及適切的人文環境。2) 單元照顧型態；3) 導入規律、結構式的日常生活安排，並確實與社區互動；4) 「輔助療法」的封閉式活動及各別化活動之運用。

1-3. 小結

由上討論，我們可知「老老人」、「老人」與「年輕老人」雖是老人年齡的再分組。在體能心智老化上，只能說是統計上的。醫學界與心理社會學界之種種「老化理論」，基本上二大類似乎不相干。若將醫學界所提出之隨機理論與非隨機論中的「內部生理、基因時鐘預訂理論」，視為「命定」決定論，那麼「免疫理論」與「內分泌控制理論、熱量限制理論」是可以透過「生活型態」的改變、而可增強個人免疫力與控制內分泌與熱量，促使「老化」減緩，甚至停滯回春。也就是正常「老化」與「由疾病引起的老化」可以被分辨開來。若將此二種理論與心理社會學的老化理論一起合看，它們則是屬後天的，而不是前述醫學理論的命定說法。這也可以見到人成長時期養成的「生活型態」之重要性。換言之，此「生活型態」如果沒有應合 Maslow 所提人生需求之滿足，那麼對於人的身心靈狀態就可能產生挫傷，以致「老化」開始明顯時，此挫傷更加暴露，而造成生病、或失去過往某些行為上的技巧與能力，遠超過「正常老化」所謂的「預留能力」降低。這時，「成功老化」所提的第二項：改變、修正「生活型態」，便很重要。換言之，使人擺脫疾病所連帶的老化，而只有「正常的老化」，我們只需要隨前述非命定式的老化理論，關注「預留能力」的維持與提昇，以「成功老化」三項主要工作，尤其第 1 項與第 3 項，特別著力。而這就應是前文所強調的「療癒」作用與在「療育性環境」中主體老人自身可以著力，同時借動外在他人的協助，以及實質環境的各種改變來共同達成。

綜上言之，筆者認為老人的需求或可以下二方式陳述。

1. 老人年輕成長時期的「生活型態」所造成的身心靈挫傷需要彌補、修正。
2. 「正常老化」造成的「行動緩慢」、「常感壓力」、「不平衡」、「生活節律趨緩」需要額外支持。

上述二大需求，前者之解方在改變「不適當之生活型態」是唯一辦法；後者則包括「成功老化」中的承認老化限制，不再有「身體偏見」，而以「身體超越」取代之。以及「自我區辨」、「自我統整」到「自我超越」的一種自我評價歷程，

以達到「自我實現」境界。此時 Maslow 所提的較低階需求被儘力的滿足或超越，而進入最高層級；一種身心靈俱滿足的狀態。

這樣看來，醫學界基本上還是以「科學」、「身體」角度看視「老化」，而心理社會學則以「人文」觀點看視，後者很明顯的蘊涵了不少「理想色彩」。換言之，「成功老化」不僅需要彌補個人過去不適當生活型態對自己身心靈造成的挫傷，還要回應並超越「正常的老化」。若從人與外界環境互動的角度言，老人必須處在一個支持其身心靈趨正常的「療癒性環境」，兩者有好的互動，正是「成功老化」的法門。以上論述也可見到「療癒性環境」對年輕人、中年人也具意義了，只是他們還沒有面臨「正常老化」的威脅。「療癒性環境」不過是「好的生活型態」的重要內容，除非年輕人、中年人因不好的生活型態或者命定先天的基因缺失，身心已遭受過疾病的攻擊。「療癒性環境」之建立即刻成為抵抗疾病的重要替代、輔助療法的實施場域。

本節簡要檢視了護理界診斷評估領域、類別與社福界照顧理念與策略。由之可見到與 Maslow 需求層級有直接關係。倒是護理診斷是針對所有病患為主，當然也包括高齡者。李梅英所代表的社福界，則針對高齡者之照顧。其中所指出的需求與照顧策略或「社區照顧」精神，均可與 Maslow 需求層級大致相對應。可見二個在長期照顧專業上重要的學界、業界，均以 Maslow 需求層級為基礎，進一步深化各自的專業，同時也可在實務上彼此搭配。這正是上述醫學界與心理、社會學界在「老化」、「認定老人需求」與「成功老化」理論之間的差異與互補之情況。

表 4-6：Maslow 需求層級與李梅英社福界老人需求對照表

Maslow 需求層級	李梅英 (2017) 社福界老人需求	照顧策略	「社區照顧」精神
生理的需求	生理狀況	-規律、結構式的日常生活安排。	-以「安全」為基礎
安全感	居家環境狀況 ^{**} 日常生活與自我照顧能力	-單元照顧型態 -支持性環境	
愛與歸屬感	各項資源的需求與意願 社會資源使用狀況 經濟與家庭支持	<ul style="list-style-type: none"> ┌ 以「家」為環境設計主軸^{**} └ 適切的人文環境 	-充份擁有個人生命的掌控權 -自主、尊嚴生活
自尊	心理功能 認知功能	-適時與社區互動的輔助療法 ┌ 封閉式活動 └ 個別化活動	
自我實現	個人價值與偏好 靈性需求 們		

※此二項與建築環境直接相關

(資料來源：本研究團隊彙整)

二、老人與環境互動的概念架構

2.1 人與環境互動的架構

早在 1985 年筆者即已提出「一個文化型體」的模型 (關華山, 1985), 以連結起一個文化社群之文化、社會文化系統與其建成環境, 尤其「建築」, 更特別的說, 即是「建築類型」。也就是一個社會的各種重要「機構」(institutions), 均有其從形上價值到社會運作機制, 以至形下的特殊建築類型, 構成所謂宗教、經濟、社會、政治、教育等等機構與其建築類型。

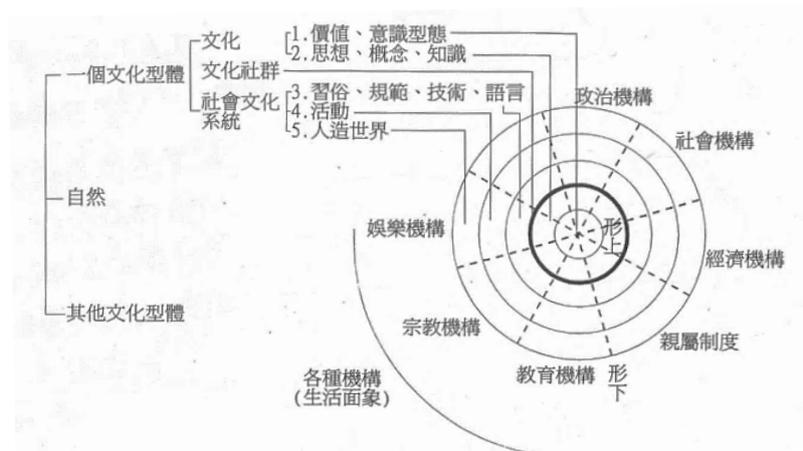


圖 4-6：一個文化社群之文化型體之概念架構。(高齡者所屬社會、文化)

(資料來源：關華山, 1996: 14)

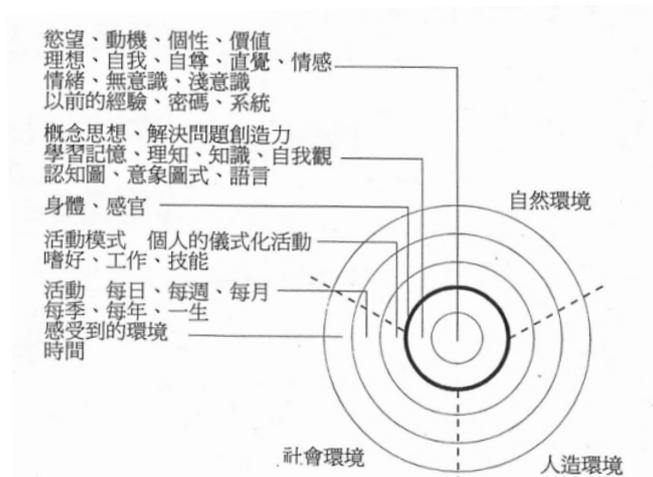


圖 4-7：高齡者/世代與環境互動之概念架構

(資料來源：關華山, 1996: 14)

至 1989 年, 筆者再提出「人與環境研究的雙重概念架構」, 其中加入一「個人與環境互動的概念架構」(關華山, 1996: 14), 由之於該文之後引出「老人與生活環境互動」之議題。於此概念架構, 「個人」特別是其身心被分成三大部份: 1) 慾望、動機、價值、...等; 2) 概念思想、解決問題能力、...等; 3) 身體、感官。當然這是一個簡化的身心靈層次分辨。而其外在又分出二層次: 1) 成為模式的活動行為; 2) 全時間裡的活動行為。強調人身體之行為人在與外在環境連

接上關係中介，而外在環境客觀上可包括「自然環境」、「人造環境」以及非實質的「社會環境」。事實上，人身體的行為活動與客觀之環境互動之間，尚有一個人「主觀感受到的環境」，這就牽涉到個人主觀的在生活上所感受、記憶、賦予意義的那個環境，亦即人與環境互動其實是在人有先驗與成見之下，逐步開展完成的。

而在此概念架構中，人身心靈各層次與環境仍有互動。大體上，筆者曾給出三大項（關華山，1985）：

- 1) . 人造就建成環境；建成環境影響人。(造就面 making)
- 2) . 人感受、認知建成環境；建成環境傳達意義給人。(溝通面 communication)
- 3) . 人在建成環境中行動；建成環境容納、裝備人的行為活動。(使用面 utilization)

人開闢、造就供人生活之空間，正是透過營建構造物與空間之形式，賦予環境功能與意義。建成環境經常傳達給人的意義，分屬社會、文化意義，這是訴諸人心智的認知與價值層次。而感官層次則有美醜感之經驗，進而有喜好或厭惡之論定，這又是情感、情緒心智層次對特定環境之回應。一個被人選定的空間環境如果不被喜歡，或者不能好好容納、裝備人想要完成的行為活動，它遲早會被再改造，直到使之如人意又適用。否則人會離棄之，找更好的基地，設法再造就想要之環境，或者直接搬去適用的、喜歡的即成環境。否則人就得一直容忍討厭的、不適用的環境，給予身心諸多壓力。以上這些造就、選擇以及無法造就、選擇都是人與環境互動的各種狀況。

2.2 老人與環境互動的概念架構

就上述個人與環境互動的架構，轉換成老人與環境互動時，老人只因「老化」，身心與生活行為改變了，與環境互動之預留能力顯然也改變了。

- 1) . 老人感受、認知、解意環境之能力降低。
- 2) . 老人在空間中，活動、行為能力降低。
- 3) . 老人造就、改變環境的能力降低。以致既有環境對老人整體影響力提高。

就上述個人與環境互動之架構而言，其實也可以「不同世代的老人」取代之，然後再將他們設想到一個文化社群與環境互動的架構中。這樣某個世代的老人之身心靈與其所處社會文化系統之諸多因素，均可被關照到，以解析此世代與環境互動之特質。此處的「世代」(cohort) 意指大社會文化及物質水準之涵構下，共同成長的一群人，此具特殊性質之涵構正形塑了此世代到老來，大約具備共同的經驗與記憶，這些經驗也對此世代的觀念、行為造成一種趨同的影響力。換言之，瞭解此老人世代的共同生命史對於我們照顧此世代的老人可有直接的好處。當然，老人世代群體之下，還可有社會階層或省籍、教育程度等的區別，以影響個人之行為舉止與觀念。

在環境行為/心理學理，已注意到人身心靈各層次與環境互動的諸多現象，而將之概念化稱之為「環境壓力」、「環境認知圖」、「行為設境」、「私密性」、「個人化空間」、「個人空間」、「擁擠」、「環境意義」、...等等，這些現象同樣發生、適用於老人，只是我們得特別注意到上述「老化」使其與環境之「互動現象」是

否仍可滿足或已無法滿足這些老人身心靈之特別需求。然後講求「療癒/育性環境」,使其老來之人生的需求可以充分滿足。而「療癒/育性環境」的效益正彰顯在這多層次之需求的滿足程度。

論述到此,我們即已進入「老人需求與療癒性環境之關係」的議題。其討論見下節文字。

三、老人需求與「療癒性環境」

事實上,前小節中筆者所論及一般人到老人與環境互動的概念架構,只指明了老人生心理的構造層級,以及老人生存狀態中,其外顯行為與不同面相的環境間的對應情形。由此架構我們即可觀察到人身體由外而內,均可以與環境互動,尤其我們建築所特別關注的「實質環境」,其實有好多層面。有肢體行為、身體感官、思維認知、情感喜好,以及意義、價值的賦予,以至與該環境彼此認同的多樣互動機制。然而,這些被指明的互動機制並不牽涉到人本身的需求。

而老人需求之議題,我們在第一節已討論了許多。簡言之,老人的身心靈特殊需求,仍可以 Maslow 的動機層級理論為根本而演生認定。其實 Maslow 的理論,所提出的層級大致上也可與筆者所提之人及老人的身心構造層級相對應。這可如下表所示:

表 4-7: Maslow 動機需求層級與人及老人的身心構造層級相對應表

Maslow 動機需求層級		人/老人與環境互動概念架構層次
內隱的	自我實現	動機、個性、價值、理想、自我、自尊、直覺、情感、情緒、無意識、潛意識、經驗密碼、系統
	自尊	
社會性的	愛與歸屬感	概念思想、解決問題、創造力、學習記憶、理知、知識、自我觀、認知圖、意象圖式、語言
外顯的	安全感	身體、感官 慾望
	生理的需求	

(資料來源:本研究團隊整理)

同時,我們也觀察到護理學界講求對病患與老人的護理行為,也是基於 Maslow 的動機層級理論為根本而演生,給出最適當的照護遇處,設法使老人、病患在醫師給藥、外科手術處理生理、心理疾病之外,還能令其身心靈設法全面的「康復」,或至少維持一個高水平的「生活品質」。

其實,這正是本研究報告書第三章第一、二節所論述之「療癒性環境」,有關軟體的重要部份。連帶的一般照顧者的照護行為,基本上也需向護理師學習最基本的照護方法、原則與態度等,這也是「療癒性環境」軟體部份重要的一環。如果我們再擴而大之,老人的社會環境也就是老人身旁的親人、朋友,以及生活所接觸的人們,也都能以同理心以及善待老人的知能,友善與關照老人,這也是療癒性環境更廣泛的軟體範疇。

若我們再將前述不同尺度的「療癒性環境硬體」納入,並分辨出自然與人為環境二者,後者在分為照護設施(包括醫院)、安養設施等與老人家屋、及其居住之社區、城鄉。這些又都在自然環境之內,也均需具備「療癒性」,或「友善」

老人，那麼我們可以繪出一清楚的老人需求與「療癒性環境軟、硬體」的關聯圖。

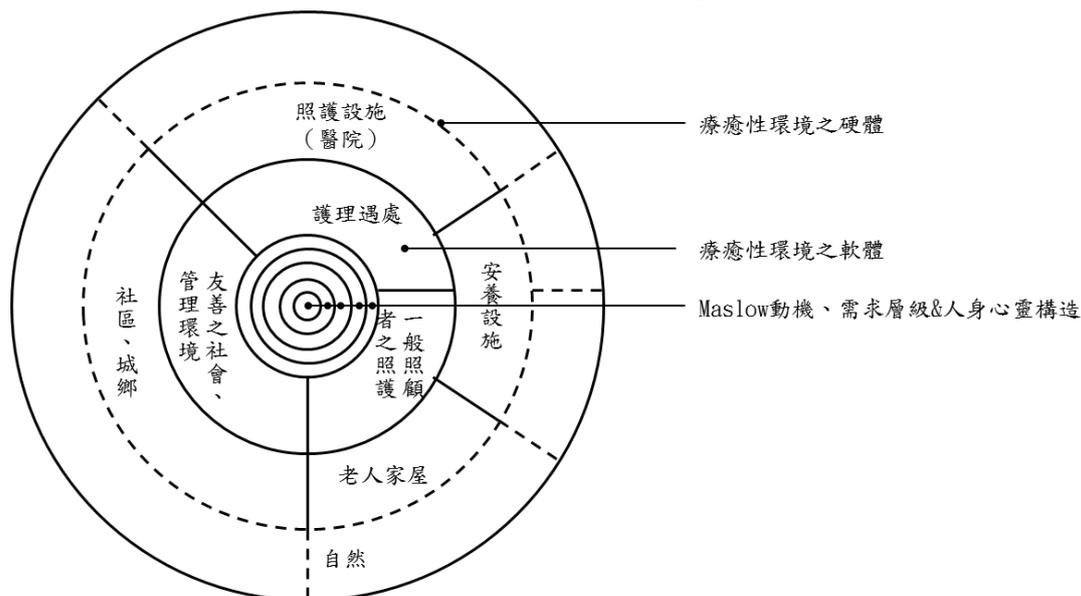


圖 4-8：老人需求與「療癒性環境軟、硬體」關聯、互動概念架構圖
(資料來源：本研究團隊繪製)

四、療癒性環境效益研究

一般老人居住與長期照護之議題中，老人的身心體能狀況如何，是最基本需了解的。這時就會使用諸多已發展的多種測量表，以便量化結果，進而分出老人失能失智等級與類別。而我們提倡療癒性環境，如果有意識的採取相關準則進行設計新建築環境，或改變、整建既有建築、環境，在使用之後，也有必要講求具有實證證據的效益，其結果究竟如何？否則就得以質性之研究方法來論證「療癒性環境」之效益。此議題與本節前三小節所論可為同一脈絡的思維，必經予以處理討論。也因此本節節名為「療癒性環境效益之理論架構」，相信釐清楚此議題，對於我國老人照顧學術界與專業界推動「療癒性環境」，會有直接與基礎性的助益。

下文我們先看長照界評估個案身心狀況的工具為何？以及失智症診斷的標準為何？再進一步檢視相關研究文獻如何進行療癒性環境帶給高齡者或一般人效益之評估方法與工具。

4-1. 長照個案評估與失智症診斷標準

依照張媚等（2001：34-43）之研究「長期照護需求評估工具發展與測試之研究」，它是指長照接受一申請個案時，先要評估其身心狀態，以便確定其是否納入長照服務範圍內。文中提出了「長期照顧需要評估問卷」，其內容分十大部分。除了第一部份為基本資料，第二部份有關目前罹患之疾病與接受之治療狀況，第三部分為 ADL（日常生活活動能力巴氏量表），第四部分為 IADL（工具性日常生活活動能力量表），第五部分為「感覺及溝通能力」（包括視力、聽力狀況、溝通狀況），第六部分為「憂鬱量表」（Center for Epidemiological Studies Depression

Scale)，第七部分為「簡易智能量表」(MMSE)，第八部分為「問題行為」(包括：遊走攻擊、語言干擾或發噪音、對自我或他人有危險性)，第九部分「社會支持」包括居住安排與家人親友互動頻率、照顧者狀況，第十部分「居住環境」有簡略的9小點，有關安全、無障礙環境等。

從中可知使用了四項學術界、臨床界已常使用的量表，亦即 ADL、IADL、CESDS、MMSE)，其他則為一般性的了解掌握個案之身心狀況與所處之社會與實質環境狀況。而這幾個大項大致掌握了個案之身心狀況，也多少與精神靈性方面有些了解，同時也檢視到其社會環境、照顧環境之狀況。倒是「居住環境」項較簡略，它只檢視了無障礙環境的幾個項目，如扶手、防滑、樓梯暢通、電梯、光線、門檻、瓦斯桶等安全、防跌倒意外之設施。並沒有辦法論及較全面的療癒性環境，甚至所謂完整的無障礙環境。

其中也值得注意的是第六、七、八部分大致可以篩選出失智者或精神病患者，而第三、四、五部分牽涉到身體失能狀態。這二部分即可定位個案二大身心靈狀態：失智或失能，然後設法提出初步的個案照護計畫。倒是如要精確的診斷失智症，則另有準則。

依邱銘章總編(2017: 11~13)的《失智症診斷手冊》(由社團法人台灣失智症協會、台灣臨床失智症學會、社團法人台灣老年精神醫學會為衛生福利部醫事司所編輯的手冊)。內文敘述：2000年醫療界即有DSM-IV-TR評估表。2011年美國國家老化研究院與阿茲海默症病患協會(National Institute on Aging & Alzheimer's Association, NIA-AA)再提出DSM-5評估表，視之為認知障礙症(major cognitive disorder)的診斷標準，其說明如下表。

表 4-8：DSM-5 認知障礙症 (major neurocognitive disorder) 的診斷標準

-
- A. 一項或多項認知範疇，包括複雜注意力、執行功能、學習和記憶、語言、知覺-動作、或社交認知的認知力表現顯著降低，證據根據：
1. 瞭解病情的資訊提供者或是臨床專業人員知道個案有認知功能顯著降低。
 2. 標準化神經認知測驗或另一量化的臨床評估顯示認知功能顯著減損。
- B. 認知缺損干擾日常活動獨立進行(指至少複雜工具性日常生活活動需要協助，例如付帳單或是吃藥)。
- C. 認知缺損非只出現於譫妄情境。
- D. 認知缺損無法以另一精神疾病作更好的解釋(例如重鬱症、思覺失調症)。
-

本表格參考自台灣精神醫學會(譯者與審訂)DSM-5精神疾病診斷準則手冊(第一版，譯自APA的Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5)。台灣台北市；合記圖書出版公司，2014年。

(資料來源：社團法人臺灣失智症協會，2017：12，表5)

不過，失智症常與譫妄及憂鬱症混淆，所以該手冊也提出一表，將此三病癥做了比較(邱銘章2017：13表6)，可供鑑別彼此的準確診斷。事實上，失智症有多種：阿茲海默症病患(約佔60%)、腦中風血X性失智症(約佔10-15%)、額顳葉失智症、路易體失智症、續發性失智症、帕金森或亨汀頓症引起的失智症等。而各類型也有各自的症狀與發病的特性等，需要採取不同的醫療遇處。

若就診斷流程言，大致可以下圖顯示：

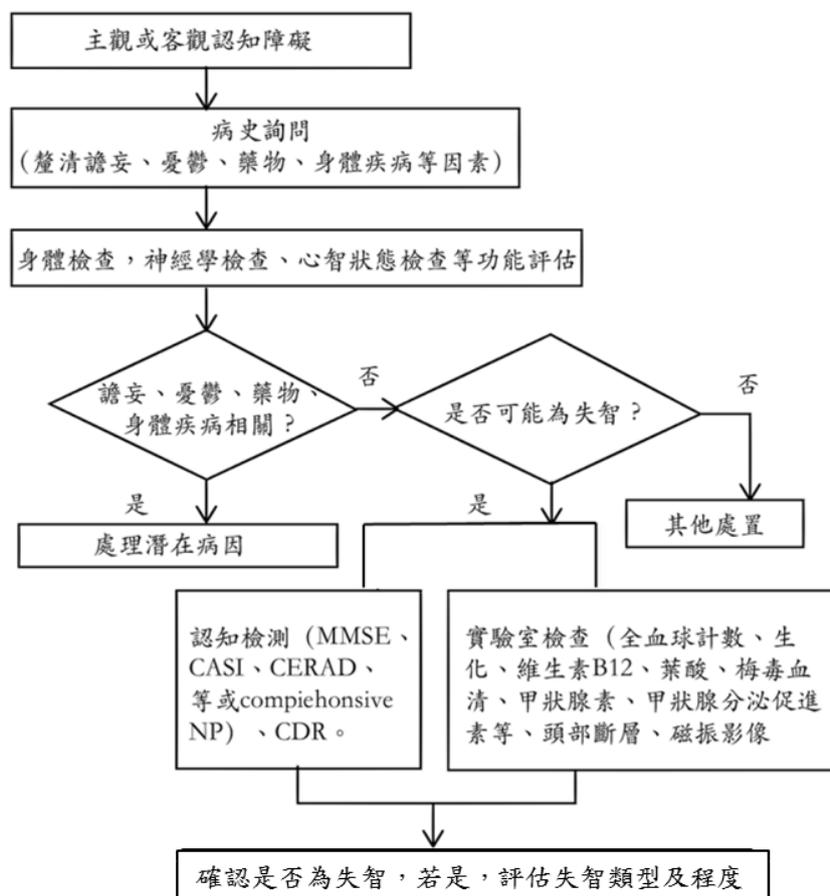


圖 4-9：診斷失智症的一般流程

(資料來源：社團法人臺灣失智症協會，2017：17，圖 1)

此圖中的認知檢測工具有：

- MMSE (mini-mental status examination) 簡易智能檢查。
- CASI (Cognitive Ability Screening instrument) 知能篩檢測驗。
- CERAD Neuropsychological Battery (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Neuropsychological Battery) CERAD 神經心理測驗。
- CDR (Clinical Dementia Rating) 臨床失智症評估量表。
- Comprehensive NP (Comprehensive Neuropsychological Test) 完整神經心理功能測驗表。

該手冊第三章又特別論及「失智症的評估」，其中提及認知功能的評估量表，常用的以上述 MMSE 為主；生活功能評估則有 ADL、IADL，以及也有專對失智症病人的失能評估表 (Disability Assessment for Dementia, DAD)。而「失智症嚴重程度」的評估，常用的量表則為上述的 CDR 或 FAST (Functional Assessment Staging Test) 阿茲海默症功能性評估量表。至於「精神行為症狀」常見的有「Behave-AD 量表」、「柯恩-曼斯菲爾德激動情緒行為量表」CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)，以及「神經精神評估量表」(NPI, Neuropsychological Inventory) 但是臨床與研究上常用的是後者 NPI。

此章最後也提到針對家庭、照顧者的身心狀態評估，它包括三大面向：

1. 生理：疲倦、疼痛、失眠、血壓、食欲不振...

2. 心理：焦慮、憂鬱、易怒、失去興趣、缺乏判斷...

3. 社會：工作調整、生活不便、社交活動、家人支持、經濟壓力...

如果我們考慮到「療癒性環境」應觀照、施予的對象是廣義的，除了長照老人之外，照顧者必然也需被關注。上述對照顧者的身心評估，也是必要的了。

4-2. 相關研究應用之效益評估工具

有關療癒性環境之效益的研究文獻，經過多方收集，可知景觀、遊憩學界較多，特別有關園藝、農藝療法及生態、森林、綠色旅遊方面的研究。反而建築學界偏少。究其原因其實很簡單，「自然」、「生物界」尤其「植栽」、「地景」本身對人而言，就有演化上的親近感。至於人工設計，造就的建築環境並非如此，人與之也沒有與生俱來的親緣感，尚且講求「療癒性建築」也不過是新近發起的設計典範。在有意地設計營造了所謂療癒性建築，建成、使用後，才有可能出現檢視其對使用者之療癒性效益。必竟這樣的行動研究還在建築學界、設計、營建業界處於萌芽階段。

蘇淑英(2012)曾整理1984年到2012年她能找到的有關各類療癒性環境對各式人等的影響、效益之研究文獻，共十篇。Ulrich(1984, 1911, 2002)的3篇，其餘為國內學者之研究共七篇(陳慧媚2001; 林彥良2003; 張祐瑞2004; 劉錦鐘2005; 張俊彥2006; 陳圓濱2006; 王伶芳2006)。這些論文研究的對象，3篇為失智症老人，另2篇為高齡者(其中1篇也包含一些失智老人); 1篇為高職啟智生; 1篇大學生; 2篇為醫院病人(其中1篇還加上醫院工作人員); 1篇為遊客。而「環境」指庭園、綠地、園藝活動及窗外景觀的有5篇，其餘為建成環境。所採取的評估工具，則有一般的訪談法、個案法、文獻回顧、觀察法。另外，採用的量表則有：生理測表(皮膚傳導SCR, 脈搏運送PTT, 肌肉張力EMG、心跳HP)、情緒量表(ZIPERS)、臨床失智評估量表(CDR)、認知功能障礙級篩檢量表(Cognitive Abilities Screening instrument, CASI)、視覺物體與空間感知測量表(Visual Object and Space Perception Battery, VOSP)、記憶行為問題檢測表(Memory and Behavior Problems Checklist, MBPC)、注意力恢復量表(Perceived Restorativeness Scale, PRS)、田納西自我概念量表(Tennessee Self-Concept Scale, TSCS)、休閒效益量表等。

很顯然，這是因應各個研究，各個研究者選取不同量表來測量療癒性環境對心理、行為效益之影響。其中亦可見前文已提到的醫護界所採用的幾個量表，另有有關景觀、空間感知、旅遊學界所著重的三個量表。

表 4-9：療癒性環境對行為影響之實證分析

作者 (年代)	研究對象 (個案數)	研究設計	實驗 時間	評估工具	研究結果
Ulrich (1984)	術後病人 23 位	處於具自然景觀窗戶的病房病情復原狀態。	7 天	實驗分析法、訪談法。	縮短住院時間、降低鎮痛藥的服用、減少抱怨與投訴。
Ulrich	大學生 120	接受壓力刺激	--	皮膚傳導	在自然環境中，受試者平

作者 (年代)	研究對象 (個案數)	研究設計	實驗 時間	評估工具	研究結果
(1991)	位	後再置身於自然情境與都市環境中，以儀器測及自我描述量測試壓力重建情形。		(SCR)、脈搏運送 (PTT)、肌肉張力 (EMG)、心跳 (HP)、自我描述 (ZIPERS)	均在 4-7 分鐘內壓力逐漸回復。 自我描述部分：專注力與吸收力較高，情緒往正向面向。
陳惠媚 (2001)	24 位阿滋海默症	環境標示、地面構圖、方向性規劃。	--	CDR 量表、找路測試、記憶測驗 (CASI) 視覺認知功能測試 (VOSP)、空間結構操作測試 (VMI)、地形定向測試。	提升病人功能性行走能力，減少找錯路，走失情形。
Ulrich (2002)	醫院病人 工作人員	醫院設置庭園或具自然景觀之環境設施益處。	--	文獻回顧法	自然景觀對健康之益處與效果：以成人、孩童、長者、門診病人為例，提供可觀看外界自然景觀之窗戶、自然圖片、庭院、植物等，有益於患者在精神與社會心理層面的恢復，而工作人員對工作場所滿意度可減少人員流動率與曠班職情形，降低整體醫療保健成本。
林彥良 (2003)	失智症照護中心	遊走迴廊、安全庭院。	--	個案研究法、文獻回顧。	照護環境設施標準應包含：徘徊空間、安全庭園、多功能活動空間、居住設施、護理站。
張祐瑞 (2004)	醫學中心附設護理之家 9 位失智症	居住空間安排、懷舊情境建構、徘徊空間規劃、建築材料與設備使用、方向辨識元素設置、在問題行為改善之效益。	9 個月	MBPC 量表、訪談法、觀察法。	居住空間安排：減少誤用他人用品、睡眠干擾。 懷舊情境建構：情緒安定、減少疏離。 徘徊空間規劃：減少迷失或走失、人際互動性提高。 建築材料與設備使用：提高安定感、減少影像幻覺與錯覺。
劉錦鐘 (2005)	機構老人服務中心；健康老	環境改造設計：強化職能治	3 個月	文獻資料分析法、實地勘察	排使職能治療自然融入生活，可增進認知，引發

作者 (年代)	研究對象 (個案數)	研究設計	實驗 時間	評估工具	研究結果
	人、失智症老人共 49 人	療、空間使用機能、無障礙環境、材料特性。		法、案例分析法、觀察法、座談調查法、訪談法。	好奇心。屏除傳統制式空間機能配置，以生活需求機能為主，可改善如廁問題。 應具扶手、無高差環境介面，可促進行動力。 利用黃色鏡片模擬高齡者視覺選擇材料、色彩，可符合需求。
張俊彥 (2006)	遊客	身處都市綠地、鄉村環境以及自然林地之心理狀態。	--	注意力恢復量表 (PRS)、心跳、肌電值。	林地環境的注意力恢復效果較鄉村環境為佳。鄉村環境的整體注意力恢復效益又較都市環境為佳。
陳國濱 (2006)	高職啟智生 28 位	園藝活動、輔導方案。	十週共 20 小時	田納西自我概念量表、休閒效益量表。	在提昇自我概念和休閒效益有立即性的效果。
王伶芳 (2006)	高齡者 56 位	環境設備條件與日常生活行為及活動領域之關係。	10 小時	自然觀察法、個案研究法。	少人房寢室(單人房或兩人房)之高齡者日常生活多以「寢室」為重心，在私密空間中進行休閒活動的比例高於多人房，餐桌具分群及促進住民社交的作用，採開放態度的機構，使住民具有自主權其活動領域較廣，床位區個人領域空間及隱私性、提供溫馨舒適的傢俱設備，及進行個人化空間佈置等，能使高齡者在寢室內的生活行為內容更多元化。

(資料來源：蘇淑美，2012：P11-13，表 4)

台大園藝景觀學系張俊彥教授的健康景觀研究室，常用效益評估量表，除了有前文已提到的 PRS、ZIPERS 之外，還述及「景觀偏好量表」、「狀態焦慮量表」(State Anxiety Inventory, SAI)、「陶倫斯創造力測驗成人適用精簡版」(Abbreviated Torrance Test for Adults, ATTA)以及「環境氣場知覺量表」(Perceived of Environment Qi)。顯然這些是因應景觀學、園藝學研究而研擬、採用的量表。其中相對於「狀態焦慮量表」(SAI)，學者另有針對評估個人特質中焦慮狀態的「特質焦慮量表」(Trait-Anxiety Inventory, TAI)。或者二者合在一起評估的 State-Trait Anxiety Inventory (STAI)。

這二量表周孟慈 (2005：9-11) 即已述及。另外，她也提及焦慮情緒的測量

與研究，其方法除了一般的「印象法」(Impression Method)及表現法(Expression Method)(前者以訪談與問卷進行；後者以測量生理變化達成)，還有前文也提到的 ZIPERS (Zuckerman Inventory of Personal Reaction Scale)，其表測量五種情緒的變化(害怕、生氣、正向情緒、悲傷、關懷)。該論文也述及「遊憩治療」與「園藝療法」的效益，涉及到生理、心理、精神與社交行為等方面。(周孟慈 2005：14-16)

在生理、心理回饋機制方面，周孟慈(2005：17-21)提及生理反映指標測量法有「肌電反應」(Electromyogram, EMG)及「腦波」(EEG)(α 波、 β 波、 θ 波、 δ 波)。並論述心理刺激與生理反應間應有連結，亦即可採用心理生理學方法(psychophysiological methods)研究人們戶外休閒遊憩體驗。亦即可以測量自律神經的喚起刺激(automatic arousal)與情緒意象(emotional images)間的關係，來檢視潛在的健康效益。

該論文也理出一表格，顯示了1981到2004年，有關自然景觀環境對於心理及生理反應之相關研究論文表，共19篇，7篇外國學者的，其餘為國內研究論文。其中11篇均採用生理都測量、檢視的方法。

對於一般人，台北市政府衛生局於「健康雲·悠活台北」網頁，列有諸種測量表，供大家了解、採用。其中包括1)壓力指數測量表、2)簡易心智狀態量表、3)簡易心智狀態問卷調查表(受測者)、4)簡易心智狀態問卷調查表(家屬)、5)簡式健康表(BSRS-5)、6)生活品質量表、7)心情溫度計。

除上之外，失智症患者尚有「老人病學憂鬱量表」(Geriatric Depression Scale, GDS)，它用來測量阿茲海默症病患者輕到中度病癥與輕到中度的失智分類分級(Sherry, 2012；wikipedia, the free encyclopedia)。另外還有人用來測量失智者之記憶與行為問題的量表(Revised Memory and Behavior Problems Checklist, RMBPC)(Fuh et al. 1999；Teri, L. et al. 1992)。

4-3. 小結

由上可知，要實證性的探討「療癒性環境」對於老人的身心健康之效益，所需要之測量、評估工具很多。他們應用的對象主要可分為失智症者、失能老人或一般老人。而「療癒性環境」當中，「療癒性庭園、園藝」範疇之相關研究比一般建成環境的研究多很多。而採取的量表、工具，有生理方面的與心理方面的，以及行為、社交能力等方面的。不過還是以心理的量表為多，其次是生理測量的面向也多，最後才是行為、社會活動等的。而很顯然的這幾個面相已發現有相伴效應或連帶關係，尤其生、心理二者之連通。這是很重要的學界發現，對於「療癒/育性環境」之效益理論架構而言，可說是一重要的基礎理論。

我們期待未來隨伴推動療癒性環境之規劃、設計，也有相關實證研究，檢視其被使用後的效益，才可確實掌握適合本土老人的「療癒性環境」之有效面相與內容。

第五章 「療癒性環境」設計準則與評估表尺

本章主要在整理本計畫回顧到的國外學者與研究機構多年來所開發的有關高齡者居住與照顧設施環境之規劃、設計準則，或者針對即有環境、設施評估的檢測表、監管工具。而其中很明顯的，失智高齡者照顧之機構以及團體家屋的規劃、設計準則或檢測表，有較多的學者、研究單位關注。因此在本章特別以單獨一節，分開處理。至於醫院對老人友善、人性化，以及安寧照護設施之設計準則，本計畫只稍微觸及，作為次子題來對待。

Elf, M.; Nordin, S.; Wijk, H.; Mckee, K.J. (2017) 曾回顧了學界 1990 到 2016 年之文獻，找到 23 種測量健康照顧建成環境品質之評估量表。雖然他們找到了 23 項工具表，但多數不合研究者所訂標準，就信度、效度已確定的其中只有「多面向環境檢查表」(The Multiphasic Environmental Assessment Procedure, MEAP)、「專業環境檢查書」(The Professional Environment Assessment Protocol, PEAP)、「療癒性環境檢查表」(the therapeutic environment acceing survey, TESS) 被應用與檢驗最頻繁。「被知覺到之醫院品質標準」(the Perceived Hospital Quality Indicatoc, PHQI) 以使用者為重，結合實質與社會環境二面相。「Sheffield 照顧環境檢查矩陣」(the Sheffield Care Environment Assessment Matrix, SCEAM) 則被認為有其潛力，在於它以老人需求為中心的理論架構，廣域的研發出來。換言之，以上這幾種表尺尚被視為最值得關注、而且可靠的了。然而，最後他們下結論：更進一步的心理測量與使用者評估的工具仍然需要再開發。

另外，紐西蘭健康部 2016 年所完成之《保全性失智照護之家的設計—資訊源》於附錄尚列出 8 種設計監測工具 (design audit tools)，除了本計畫已論及之 TESS 與 PEAP 之外，尚包括較新近出現的幾個工具。如 EAT: HC、EVOLVE 等，本章均將一一回顧。

第一節 國內老人照護設施規劃設計準則

國內有關老人照護設施之規劃設計準則之出版物，多年來也有幾本，以下分述之：

一、「護理之家健康規劃設計指引」(楊漢 涑、黃耀榮 1995)

本指引由行政院衛生署委託中華民國建築學會研究、撰寫完成。採用的方法有文獻回顧、問卷調查(一般(57份)與資深(7份)護理人員)與焦點團體訪問、加上國內 50 幢以上 8 處護理之家現況空間使用調查。

該報告第四章即歸納出來「護理之家建築計畫及設計指引」，下分 13 大項空間項目、議題，分別陳述基地環境、空間組織、動線規劃、居家房間、護理站及診療、觀察設施、復健室、餐廳、公共浴室、交誼空間及團體活動設施、廚房及膳食準備設施、戶外活動場所、污物處理室及洗濯設施、廢棄物處理設施。換言

之，此指引是以空間設施類別分別來陳述其設計該注意之大小事物、細部空間、設備等。並非以護理空間規劃設計之要領及必須關心的重要議題來論述。因此比較實用，但是缺乏扎實論述護理之家空間的特質。使建築師使用此指引，只能按表操課，並無法深入了解為何如此，以便舉一反三。

二、「老人安養機構建築手冊」(黃耀榮編，1996)

此手冊是內政部建築研究所同仁負責編輯完成。其實早在3年前內政部建築研究所尚處於籌備處(1993)階段已完成了一份「老人安養機構建築規劃設計攷則研究」。

此手冊作用在供一般公私部門有意興建「老人安養機構」的單位事業主之參考。因此它的第一部份為「興建計畫作業程序」；第二部份才是「規劃設計注意事項」。它包括了營運方式、基地、整個空間組織，以及各個空間該注意之事項。前者有1.) 營運體制；2.) 基地區位條件；3.) 生活簇群。後者則著重各別空間：1.) 居住單元；2.) 公共餐廳與廚房；3.) 醫療復健；4.) 公共服務；5.) 室內文康休閒；6.) 戶外文康休閒；7.) 宗教信仰；8.) 行政管理；9.) 交通動線；10.) 防災避難；11.) 景觀意象。附錄則收錄了有關興建計畫之老人福利法規條文。

總言之，本手冊是給事業主於興建機構實務，或提計畫時，該注意之各方面資訊的彙整，有其實用性。但並非單純供建築師進行規劃設計時所需之準則。

三、「高齡失智者空間感知與設計準則」(蔡淑瑩，2015)

蔡淑瑩(2015)為內政部建研所完成一份「高齡失智者空間感知與設計準則」。此準則主要針對的是失智者居家環境。採取的研究方法：文獻回顧方面包括了英國、澳洲、日本失智者居家環境規劃要點。也簡單回顧了美、日有關失智者居住、照顧設施環境之評估表 MEAP、PEAP 及 TESS。由之整理出該研究對臺灣失智者居家環境的評估面向：一般原則、正向刺激、安全性、辨識性、可及性、可實踐性。只是其中為何得出這些面相的論述較少。

至於個案研究方面有二大部份：一是臺灣失智症協會所主持辦理的「瑞智互助家庭」，其實它是一個失智者的日照設施，不能算是住宅或居住環境。研究者於其中，觀察了各類失智者28位之行為與空間之關係，並且與33位家屬訪談過，其分析成果另有論文詳述。二是問卷調查的樣本，其下又分二種：12份為居家環境調查(並對之進行改善設計)；另11份為居家行為之問卷訪談。問卷訪談對象均為照顧者，而非失智者本人。

另外再透過一場次3.5小時的專家座談會，請了2位日照主任、專員、一位神經內科醫師、一位職能治療師、一位失智症協會秘書長。討論的主題包括：浴廁設計、一般空間地標、顏色、形式、窗、鏡子、地坪、戶外空間、室內空間開敞度、遊走空間與照顧軟體之搭配以及預防失智之方法。

第四章即提出設計準則：內容主要分一般設計原則；居家環境內玄關、客廳、廚餐、浴廁、臥室各空間之準則，另亦簡要提出「特殊行為障礙注意事項」包括

對焦躁不安、遊走、幻覺、失眠之空間設計應對方法。

四、「高齡失智者友善社區環境設計準則」(蔡淑瑩, 2016)

2016年內政部建研所再次委託台北科大蔡淑瑩教授追索「高齡失智者友善社區環境設計準則」。此研究可謂首次引進「失智友善社區」(Dementia friendly community)此理念入國內，回顧了美國、英國的失智友善社區之理念與做法，很顯然此運動是包括了軟硬體，並非單純硬體改善即可奏效。對於日本，研究者也陳述了園田真理子教授之看法，但嚴格說，其想法並非完全等同西方的「失智友善社區」運動。而是透過發展日本高齡失智者社區日常生活圈與社區服務網絡之間的關係來設定所謂的「日常生活圈網絡照顧系統」，延伸到一些「友善社區」的做法，並未如美、英研發失智友善社區所考慮的那麼全面。

蔡教授進一步選定了台北市信義區某一塊區域，由其日照中心及瑞智學堂部份老人，再加上一些親友介紹的屬北市未使用過日間照顧中心的失智老人為問卷調查對象。其中21份問卷由家屬代回答，6份由失智長者受訪下，研究人員代填答。共27份有效問卷。

問卷問的題目除了基本資料，主要包括老人外出的情況，社區環境滿意程度、該改善之處、對社區辨識度、安全性、社會支持性、舒適性、熟悉性、可及性之認知看法、對政府政策認知之情形、看法。另外，研究者也調查記錄了5位失智者來往日照中心與住家的路徑，又調查了8位瑞智學堂的個案其平日生活空間範圍、場所等。除此之外，研究團隊還辦理了一場遊戲「設計工作坊」。讓18位失智長者參與，包括9位輕度、4位中度、5位重度。方式是用樂高積木做出11種功能的社區場所形貌，包含歷史、商業、交通、宗教、生活必要場所，與老人家互動、談話，主要在釐清老人家在500、800、1000、1500公尺範圍內所需要的那些上述場所。

專家深入訪談與座談會方面，前者分別訪談了三位專家，訪談的議題有照顧問題、政府作為如何、社區資源何者重要、社區空間那些該改善。後者則舉辦了一次，邀請了13位專家座談。因是開放式討論，談的議題很多，不見得能針對「失智友善社區」之議題深入討論。

綜上所言，可知研究者採取了各種研究方法，但是因為效度上均嫌掌握議題不夠精準。加上接受調查與訪談者對「失智友善社區」此關注面相的了解亦不足，以致收集之資訊顯得零散。倒是研究者於第五章很直接的就提出了「失智者友善社區環境設計準則」，其中「整體設計要點」：1) 辨識性；2) 安全性；3) 可及性；4) 社會支持性；5) 舒適性；6) 熟悉性。其前三項與蔡教授(2015)完成之「高齡失智者空間感知與設計準則」的三項一致。另三項倒彼此不同。至於「社區環境」，此報告再分為「街道布局」、「建築型態」、「環境線索」，其下再分別就上述6基本準則提出「施行策略」與「立意說明」，尚且配合一些案例圖說呈現。最後該準則還對「視幻覺」、「徘徊遊走」之行為障礙者之特殊行為該注意之事項，特別列出一小節陳述。

總言之，研究者以「友善社區環境設計準則」作為本研究的最終成果，偏重硬體部分，少論及軟體之搭配，亦即建築學中「規劃」(programming)的層面似被忽略。以至，有如「失智友善社區」環境是可以設計出來的，這樣看待「失智友善社區」本身嫌偏頗了，加上上述調查訪談的效度問題，整個研究結果說服力尚嫌有所不足。

五、「友善建築技術手冊—歷年友善建築經典回顧」(許銘文等編撰，2016)

內政部建築研究所 2016 年初也委託「財團法人台灣建築中心」，編撰了一本「友善建築技術手冊」。此手冊目的在以 2010 年到 2015 年所選出的「友善建築」，整理出一套大家可依賴的設計參考圖集。所謂「友善建築」，乃本着「人權平等」理念，由「無障礙環境設計」擴充到「通用設計」，以至更廣義的「友善環境或建築」之設計。所以其關照的人群，原為身心障礙者，再擴大到高齡者、兒童、受傷者、孕婦...等。另外，本手冊第一篇提出五篇短文，第一篇說明辦理「友善建築」評選之歷程，其二論及無障礙環境演進到通用化，以至友善環境之背後意涵。另二篇短文則針對視障者之需求，討論其相關的友善環境設計原則重點。最後一文特別提及「旅遊」的無障礙。

本手冊第二篇是為主要內容--規劃解說篇，分集合住宅、餐廳、展演場所、醫療設施、遊憩場所、旅館之規劃，該注意之點與示範案例。附錄則就上 6 種建築類型之評選為友善建築之基準，詳列了各類空間之評估細項與其檢視原則。(還分辨出 101 年底前與後，領取使用執照之二期間建築，各別列舉其評估基準)

此份手冊可說有助於都市或社區的設施、場所之設計，以合乎「療癒/育性環境」的基本考量。由於編輯意圖清楚，且有具體案例，所以應用性很高。

六、「老人日間照顧中心發展現況與趨勢」(陳柏宗，2017)

陳柏宗建築師 2011 年即透過「中華民國老人福利推動聯盟」之支持，撰寫、出版了一本「日間照顧中心空間規劃設計手冊」。而 2017 年，他又在曾思瑜、李梅英、陳柏宗(2017)編著的《高齡者社區照顧環境規劃—在地老化與社區連結》中，撰寫了一篇〈老人日間照顧中心發展現況與趨勢〉。文內除了論及日照中心規劃設計的四項基本概念包括：「社區化」、「個別化照顧」、「單元照顧」、「在地文化融合」。有關日照中心規劃設計重點，他提出了十一點：

- 1). 整體意象的形塑：外觀到室內之美觀與舒適，成為社區中另一個家的情境，並需顧及在地生活文化特色。
- 2). 空間組織要有層次：多層次、多選擇、具隱私空間。
- 3). 生活照顧單元：生活照顧依老人狀況分群組，於不同單元內實施。
- 4). 無障礙浴廁位置考量：2~3 間可及性高之無障礙廁所、盥洗室。
- 5). 開放式廚房的魅力：因照顧對象超過一半以上為女性。保持開放，以便照顧人員可觀照多數老人之活動與狀況。

- 6). 不同生活場景的營造：如家的設計，可有客、餐廳、開放式廚房。如社區的設計，可以社區場景為主題，如茶坊、社區廣場等。
- 7). 多功能活動室的彈性使用：有限空間，彈性調整以應合多種使用、活動。
- 8). 懷舊場所與元素之運用：主要納入老人世代熟悉的空間與裝修，以供懷舊，便於認知。
- 9). 半戶外或戶外活動場所的提供：引入自然，包括植物、動物。
- 10). 部份可使老人參與佈置的場所：傢俱擺設、懷舊牆面佈置、活動空間佈置。
- 11). 提供完整社區生活場景：能與社區公共設施相鄰，互通來往，增加與社區居民之互動。

最後，他舉出三個個案：1) 臺南市天主教的仁愛修女會的「仁愛日間照顧中心」；2) 臺灣基督長老教會澎湖宣教中心暨澎湖縣平安馬公日間照顧中心；3) 屏東市「永大多元照顧中心」。陳建築師認為未來的日照中心，不需要各地方一式一樣，而希望配合在地生活文化。另外，應講求「個別化照顧」，並可進一步發展成「小規模多機能設施」。一些關鍵原則的做法，分述如下：

「社區化」—日照中心應融入社區，與社區相關公共設施並存，共同成為社區居民生活的行為設境焦點。

個別化照顧—注意因應每位老人個案管理提出的個別照顧計畫。建議中心不適合只提供單一用途、均質大空間的設計，而需區分公共、半公共、半私密與私密多層次空間，並有各自氛圍、品質來設想。

單元照顧—依老人不同身心失能、失智狀態屬性、分群組來進行單元照顧。再注意單元間之互動。

在地文化融合—重視區域的差別性，如都市、鄉村、漁村、山區部落、本島與離島等之差異。

換言之，此「日照中心規劃設計準則」的條目，涵括面廣，也算週全，但是有些準則顯得論述或要求的過多了。譬如：「個別化照顧」與「生活照顧單元」。前者是一般的要求，在日照中心強調的是社交，集體性活動為重點，結果在此還強調個別化照顧，顯得不妥適。至於「生活照顧單元化」，是「失智者照顧專區」或「護理之家」、「養護設施」的重要規劃原則，如果用在日照中心，同樣顯得要求過高了。

七、小結

除了六種設計準則之外，其實國內尚有一碩士論文（廖大中，2002）提出了「安寧病房空間模式」，這部份將於第五節再提及。總上可知，國內在過往數年間，尤其透過內政部建研所，對於高齡者有關的照顧設施、環境之規劃設計準則，已開始做了些研究追索，彙整出來一些成果，顯得難能可貴。包括護理之家、安養機構、失智者居家環境、失智友善社區、友善建築及日照中心。然而，總的看起來，仍可謂為一種「初步的」研究成果。這牽涉到研究本身收集一手、二手資料的方法問題、理念論述較欠缺，以及對西方學術界發展出來、供作實踐之用的

準則之類的文件文體格式的瞭解與掌握，不夠清楚熟稔。

最重要的是，這中間沒有分辨「規範性準則」與「已實證之準則」，前者指由理論推論出的規劃、設計準則；後者則為經過驗證，確實有效益的準則。而今，世界先進學術界或專業界均講求精進後者，這正是資本主義時代中「知識即經濟」的體現。若不特別涉及智慧專利經濟之利益，準則有效益本身亦應講求，才能使規劃設計真正造福高齡者、失智者。本報告第七章第一節所引述的廖惠曦、陳惠美（2012）所整理之「療育庭園設計原則」則有意的網羅「已實證之準則」。

另一方面，很顯然上述所列的研究數量上還嫌太少，這是國內關心此領域的學者數量有限而導致的。換言之，研究學者應增多。另外，這些研究多是建築學者主持，而其他醫療、護理專業界共同參與主持的也很少。誠如本研究第一次專家座談會裡，有學者黃耀榮教授提及的跨學科的互相刺激與合作進行研究之重要性，這應是未來國內此領域研究該進一步開發的研究方式。

第二節 國外老人居住、照顧環境通則性準則

一、「健康設計中心」(The Center for Health Design) 的探索

位於美國加州的「健康設計中心」(The Center for Health Design) 長年來已針對各種健康照護、醫院設施之設計，整理不少實證的文獻，提出相關設計準則出來(亦即「基於實證之設計準則」)。

有關「回應老化」(coping with aging) 的一般概化性或通則性的建築設計策略，此中心的 Piatkowskei & Taylor (2016) 也提出了以下有相當前瞻性之策略：

- 1). 針對老人身體能力變化程度，可調整或適應的硬體元素，排出優先順序。
- 2). 決定最能讓老人直覺反應的建築空間配置，以使之安全、容易來往其間。
- 3). 將最常使用之服務/休憩/生活區置於主要樓層。
- 4). 儘可能提供「支持性」的扶手/各種裝修。
- 5). 包括防滑地板。
- 6). 設想容納多樣選擇、可「個人化」之空間。
- 7). 開發有創意的作法，以支持社區及心理社會方面之福祉(例如：容許帶入寵物，舒適的空間給訪客/家人，社交活動)。
- 8). 提供簡單、直覺式控制器，以調節溫度、照明、噪音、空調風向及其他舒適元素。
- 9). 考慮多樣可能；將設計配合到地方基礎設施與優質條件，以支持散步可能性(例如：綠色街道、足夠的公廁、可及的人行步道)。
- 10). 整合科技與基礎設施，以支持遠距健康照顧。
- 11). 考慮設計能鼓勵各世代間互動參與。
- 12). 討論世代之需要與需求之間的共通面。

依目前收集到的該中心網站提供的公開資料，有關幾個方面之設計準則的摘要，可整理如下：

1-1. 通用設計策略：考量老化衝擊之檢查表。

此檢查表分三部門，各有其策略/目標、建成環境之設計作法與通用設計相應之意涵。與本研究計畫所提出之療癒性社區有相同的視野，值得參考。

- 1). 家與住宅社區；其策略/目標有：
 - i) 在地老化：在家與社區；在養護或照護設施；
 - ii) 村落社區中自由移動；
 - iii) 活躍生活；
 - iv) 醫院在家：居家急性照護、在家康復：譬如瑞典的「Esther 模式」。
- 2). 健康照護；其策略/目標有：
 - i) 通用房間；
 - ii) 急性/可調整之房間；
 - iii) 急診部門(老人醫學部門)；

- iv) 遠距醫療；
 - v) 改善找路問題。
- 3) . 工作地方；其策略/目標有：
- i) 可及性設計；
 - ii) 彈性工作安排（遠距工作、傳訊、工作分派、E化學習、替代工作時數/時程、家事假支薪、半退休選擇。）；
 - iii) 推動健康生活方式（活躍生活、運動活動、戒煙流程、健康建物設計）；
 - iv) 跨代團隊。

1-2. 為老人因年齡體能、感官改變之設計。(Bunker-Hellmich, 2015)

本文件理出老人體能變化有四項：i) 力氣；ii) 肢體活動範圍；iii) 操作靈巧度；iv) 移動。對應之，列出可能的設計策略：i) 視覺；ii) 聽覺；iii) 平衡/統合（運動覺）；iv) 觸覺；v) 體溫控制。對應之，亦列出可能的設計細則。

1-3. 為年齡有關的認知改變而設計。(Bunker-Hellmich, 2015)

一般老化下的認知狀況，其實有些會衰退，有些又保持穩定：

表 5-1：老化認知表

保持穩定的技能	衰退的技能
智慧結晶—長時由教育與經驗累積的	流動性智慧—瞭解能力與處理新而複雜資訊的能力
遠記憶	近記憶
簡單或專注的注意力	分門別類的注意力
語言—口語能力與字彙	語言—工作修補
推理及問題解決—找解答的傳統辦法	推理及問題解決—不熟悉之問題花較多時間解決。
	處理資訊速度—認知及發動處理的能力降低

(資料來源：Bunker-Hellmich, 2015) (關華山翻譯)

1-4. 為老化設計：老人的心理健康。(Bunker-Hellmich, 2015)

心理需求特別指人的心智與其功能。幾個心理學概念與可能的設計作法並列成表。前者包括：個人化自己的空間；私密性；有效率的找路；大自然對人身心的恢復作用。

其他造成認知變化的尚有：

- i) 某些藥物能令思考遲鈍；
- ii) 感官改變（例如：聽力喪失）阻礙資訊處理；
- iii) 慢性病痛影響集中力、注意力；
- iv) 沮喪與焦慮降低學習新事物之動機；
- v) 心理壓力；
- vi) 缺乏心智刺激。

還有阿茲海默症不是正常老化，通常分七階段，其行為上有以下特性，而建造環境的處置依漸多的研究顯示，可減少不少人這些不正常之行為。如侵略性、

易怒、睡眠困擾、混亂/失憶、黃昏症、遊走/找出口。

1-5. 為社會性健康與老化設計

社會性需求指的是我們與四周他人的關係。住在居住性照顧的場所之老人常會經驗到他們社會網絡的中斷，尤其新入住之居民，因此設計的環境能支持社會關係很重要。以下幾個社會性概念可引導出設計之上可能的作法。包括：1) 家人；2) 友誼形成；3) 團體成員；4) 溝通；5) 領域感；6) 個人空間/人際空間學。

由上可知，「健康設計中心」在「回應老化」之設計思考，先強調了通用設計策略，再就高齡者身體、認知與心理、社會健康，來陳述相關的空間設計準則。可見其背後仍有 Maslow 的人之需求層級之思維、觀點。

二、美國建築師公會 AIA 提出的設計準則

美國建築師公會 AIA (2012) 提出的設計準則，指涉的環境是廣義的，只要是供醫療、照顧老人的各種環境都適用。它主要依 Ulrich 的壓力理論，以及 Maslow 的自尊、歸屬感需求，提出四大項目：1) 減少或去除環境壓力源；2) 提供正向散心機會；3) 促成社會支持；4) 提供控制感。四項目之下再提出細項的設計指示。其詳細內容包括：

2-1. 減少或去除環境壓力源

- 1). 藝品及審美可以加強抒解、寧靜之空間品質。
- 2). 應提供公共區域及等候室適宜空間量，以避免擁擠。
- 3). 主觀的長時等候時間可以藉正向散心來舒解。
- 4). 視覺與噪音的私密性。
- 5). 令人反感之環境包括醫藥氣味會產生壓力。
- 6). 找路；實質環境應提供清楚的視覺線索給病患、家人方向感，引導他們到達目的地並返回。景觀、建築元素、日照、顏色、材料質地及圖案全應提供線索，包括藝品及標誌。
- 7). 減少或消除噪音來源；如其他病患吵鬧，公共擴音系統、設備噪音、護士站的大聲談話。
- 8). 臨近病房的走廊之音響處理：地板鋪地毯或塑膠面材。
- 9). 員工工作空間與病房之間的隔音，「甚至低噪音值 (40-58dB) 因著差的音響效果會減低睡眠品質，負面影響其他療效。」(Roger Ulrich, Ph D, Healing Environments, Virtual Seminar, AIA, 2003)
- 10). 適宜的照明系統。「照明會是壓力源之一，改變心情、增加壓力、干擾每日節奏，及影響賀爾蒙分泌。」(J. Roberts, Ph D.)
- 11). 提供照明、支持一天自然的週期；「盡可能提供自然日照，或白天供給白色亮光 (400-600nm)；確保病房夜晚完全黑暗，只供紅光 (650-700nm)，

以便晚間走動。(J. Roberts, Ph D.)

- 12). 保持室內良好空氣品質；天候允許下，儘量 100%如戶外空氣。
- 13). 對顏色，人有主觀看法。它亦是一設計因素，可減少環境壓力，只要了解某預期之特定使用者之顏色喜好，進而採用。

2-2. 提供正向散心機會

- 1). 病房有自然視野，在大廳、等候及高壓力區域儘可能也提供。
- 2). 鄰近可及自然或療癒庭園。
- 3). 小教堂、冥想室、寂靜庭園。
- 4). 描繪自然的藝術品，包括背後打光的照片。
- 5). 音樂；特別安排公共空間現場鋼琴演奏。病房播放音樂帶，造就一痊癒性環境 (a healing environment)
- 6). 適度身體運動；走廊、公共空間及庭園供人適時的散步。
- 7). 寵物及其他活動或元素，容許刺激感，幫忙造就病患正向福祉感。

2-3. 促成社會支持

- 1). 除開醫護人員動線之外，病房的家人區 (family zone)，有傢俱供睡，電話及網路供聯絡，可控制之閱讀照明等。
- 2). 提供地方，病患可與家人及其他照顧者進行社交，如 Planetree 提供了一個「家庭廚房」在病房區，家人可以在那兒為病患及家人備食，共同進餐。
- 3). 提供陪伴過夜之家人住宿設備，從病患檢查到治療的整個過程。
- 4). 組織「家庭焦點團體」(Family Focus Groups) 及「病患、家人顧問委員會」(Patient and Family Advisory Councils)，是為設計設施過程中一活躍的參與團體。以應合將服務的人群、社區之特別需求，正如「家庭中心式照顧研究所」(Institute for Family-centered Care) 所建議的。
- 5). 確保文化上適宜的環境。
- 6). 考量社交匯集 (socio petal) 而非社交離散 (socio fugal) 的空間；社交匯集的空間支持社交行為及「社群」的形成 (如非固定的座椅、圓桌等) (見 Sommer, R.之著作)。

2-4. 提供控制感

病患直接控制環境的能力，可促進病患成功的療效。控制感從私密性、照明到入院選擇什麼藝品掛在自己的病房，以及可點餐到病房等服務之提供。

- 1). 依最近之研究 (the Facilities Guidelines Institute 委託，CHER 執行) 顯示：個人病房有好的療效。
- 2). 應合護理照管需求下，儘量給予病患最大的私密性及控制力。
- 3). 給病患控制近身的環境，如收音機、電視、閱讀燈、夜灯。
- 4). 方便找路。

- 5). 依 Planetree 模式之建議，提供小型醫療圖書館及電腦，讓病患可查詢他們的病況及療程內容。
- 6). 選擇照明；病患及醫護人員能得益於個人管控燈光明亮程度。
- 7). 自行選擇藝品裝飾。
- 8). 等候區域管控電視音量及節目台。
- 9). 房間服務/菜單選擇。
- 10). 提供病患私人物品之儲藏區。

三、Moos 提出的多面環境評估法 (MEAP)

Moos(1980)曾提出“Multiphasic Environmental Assessment Procedure: MEAP”(多面環境評估法)，以評估各種高齡者居住環境。MEAP (多面環境評估法)考慮了4層面：實質及建築元素 physical and architectural features；政策與規劃書因素 policy and program factors；超個人因素 supra-personal factors；社群氛圍 social climate。設定之表尺有5個範疇：(a)實質與建築檢查表 physical and architectural checklist (PAF)；(b)政策、規劃書資訊表 policy and program information form (POLIF)；(c)居民與工作人員資訊表 resident and staff information form (RESIF)；(d)觀察者的評定表 Rating Scale (RS)；(e)庇護照顧環境表尺 sheltered care environment scale (SCES)。

四、Sheffield 照顧環境矩陣 The Sheffield Care Environment Matrix (SCEAM) (Parker et al 2004)

此工具是為英國之「護理之家」與「老人居住照顧之家」而設置，並非供失智照顧設施之用。此工具的結構與檢視面相主要包括有11個面相：

- 1). 安全/健康
- 2). 實質支持
- 3). 認知支持
- 4). 正常性/真摯性
- 5). 個人化
- 6). 選擇/控制
- 7). 私密性
- 8). 環境的舒適度
- 9). 注意戶外世界
- 10). 社區
- 11). 工作人員

檢視項目涉及多重面相則的有七種(如下表所示)，所檢視的空間包括1)戶外/入口、2)休憩空間、3)餐廳、4)浴室、5)廁所、6)個人房、7)整體配置、8)工作人員、9)庭園、10)計畫項目。總共檢視項目有370條。

表 5-2：SCEAM 原始版本：依空間類別與面相所列之檢查項目數

單面相	戶外/ 入口	休憩 空間	餐 廳	浴 室	廁 所	個人 房	整體 配置	工作 人員	庭 園	計 劃 項 目	總 和
安全/健康	5	6	6	8	9	11	11	-	4	1	61
實質支持	3	4	2	1 3	7	8	13	-	6	2	58
認知支持	-	1	-	-	-	2	21	-	1	-	25
正常性/真摯性	1	10	5	4	1	5	5	-	2	-	33
個人化	-	3	-	1	-	11	5	-	1	-	21
選擇/控制	-	1	1	2	-	6	10	-	3	-	23
私密性	3	4	1	9	6	13	6	-	1	2	45
環境的舒適度	-	8	2	2	2	9	8	-	2	-	33
注意戶外世界	4	6	-	-	-	5	10	-	5	2	32
社區	11	1	-	-	-	-	6	-	-	2	20
工作人員	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	7
多面相											
安全/健康 選擇/控制	1										1
安全/健康 環境的舒適度		1	1	1	1	1	1				6
個人化 安全/健康						1					1
實質支持 私密性							1				1
選擇/控制 認知支持									1		1
選擇/控制 私密性										1	1
注意戶外世界 個人化 實質支持										1	1
總和	28	45	1 8	4 0	26	72	97	7	2 6	11	370

(資料來源：Nordin et al. BMC Geriatrics 2015, 15：3，p8 表 5) (關華山翻譯)

Nordin (2015) 則依據 SCEAM，為自己國家瑞典的「居住照護設施」，另發展了瑞典版 (S-SCEAM)，基本上稍簡化了上工具，包括檢視的面相成為 10 個，檢視的空間則去除廁所、工作人員的空間及計畫的大項。整個檢視的小項也縮至

215 條。其版本情況如下：

表 5-3：瑞典語版本：依空間類別與面相所列之檢查項目數

面相	戶外/ 入口	休憩 空間	餐廳	浴室	個人房	整體 配置	庭園	總和
安全/健康	4	3	2	5	11	8	2	35
實質支持	3	3	3	6	12	13	4	44
認知支持	-	1	-	-	3	11	1	16
正常性/真摯性	1	4	4	2	2	3	1	17
個人化	-	1	-	-	1	3	1	6
選擇/控制	-	1	1	-	4	12	3	21
私密性	-	3	1	5	5	6	1	21
環境的舒適度	-	2	2	1	5	1	1	12
注意戶外世界	4	3	-	-	6	7	4	24
社區	10	1	-	-	2	6	-	19
總和	22	22	13	19	51	70	18	215

(資料來源：Nordin et al. BMC Geriatrics 2015, 15 : 3, p8 表 6) (關華山翻譯)

五、Evaluation of Older People's Living Environments (EVOLVE)

是由 Sheffield 大學發展出來 (Lewis et al 2010 ; Orrell et al 2013)，它基於 SCEAM 開發出來的，可用到各種老人住宅的設計評估，包括退休村、私人家屋與庇護住宅。但不包括 SCEAM 所評估的護理之家與老人居住照顧之家(residential care home)。此工具供單獨一個照顧之家，列有 487 填項；若供一個住宅案，則有 2020 項。各項依實況來填，無法填的即去除。各項填後的得分，歸入 13 領域的總分，這些領域代表 13 項使用者的需求 (二大分類)。包括：

表 5-4：EVOLVE 評估表十三大項評估範疇說明書

通則性需求	
個人化與選擇	此建築能讓居民參與到他們選擇的活動與生活方式的程度。 例如：在庭園有區塊供居住種植植物及蔬菜。
尊嚴及私密性	此建築加強居民的尊嚴與支持其私密性的程度。 例如：有方便可及的廁所，而不需穿過臥室才到達。
舒適與控制	居民能控制室溫及通風的程度。 例如：房間或暖氣有個人的空調控制器。
個人照護	此建築讓居民自行操作一些個人照顧的活動，如盥洗、洗澡的程度。 例如：浴廁有刮鬍器。
建築內的社會支持	此建築能讓居民在設施內社交的程度。 例如：在休憩空間有 3.5m 直徑大小空間，供至少 4 個人可以坐下來，而不需要另安排傢俱。
設施外社交	此建築能透過其空間設計與位置安排，讓居民在外參與社交活動。

例如：設施外圍 400 公尺內有公共交通設施，如公車站。

支持高齡者	
可及性	設計元素能讓居民在設施內自由來去、不需要幫助的程度。 例如：大廳有超過 1.5m 迴轉的空間，讓輪椅能來去自如。
實質支持	設計元素能讓身體孱弱的居民仍能獨立生活的程度。 例如：沿行走路徑提供扶手。
感官支持	此建築能彌補居民感受受損，如視力及聽力減低的程度。 例如：照明燈具亮度達 200lux 以上。
失智支持	此建築支持失智居民的需求之程度。 例如：公共區域以其大尺度及高天花來顯示。
健康與安全	此建築提供安全環境能增進健康的程度。 例如：休憩空間有招呼鈴。
保全	此建築提供一保全環境的程度。 例如：設施的前門有一入口對講機通話系統。
照顧工作	此建築能讓工作人員完成更水準照顧的程度。 例如：有超過 60cm 見方的洗滌槽，供照顧者方便使用。

(資料來源：Lewis et al 2010； Orrell et al 2013)(關華山翻譯)

由上可知此工具也考慮了評估實質環境，以因應居住者出現失智時之需求。

第三節 國外失智者居住與照顧環境的規劃、設計準則與評估表

有關這方面之準則與評估表，倒有不少建築師及醫療界學者從事其開發，而其準則與評估表內容正顯示各學者如何界定、看視失智者的療癒性環境。以下分別依各準則與評估出現年代列出多種：

一、失智設計檢查表：Dementia Design Checklist (Revised)

英國 Stirling 大學 1988 年由 Mary Marshall 教授成立了「失智服務發展中心」(Dementia Services Development Centre)，此中心影響各國關注失智症患者之照顧甚鉅。幾年前 Marshall 就曾提議「失智者照顧之家」應：

1. 小規模。
2. 有能力控制刺激—尤其噪音。
3. 有好的視野—居民可以看到他們需要看的（例如浴廁）。
4. 有不易察覺的安全措施、裝置。
5. 臥室、房間有不同的傢俱式樣/主題，適合居民不同的年齡/世代。
6. 有單人房，足夠寬敞容納合理數量的個人物品（記憶引動器）。
7. 居家式、像家。
8. 設置設備讓日常家庭活動發生（曬衣桿、庭園棚子、廚房）。
9. 提供安全的戶外空間。
10. 提供好的標誌與視野、味覺、聲音暗示，並利用物件而非顏色引導方向性。

2011 年此中心完成了一監管工具 (audit tool)，將失智者住處的每個房間與元素均以計分，就其友善失智者的程度給等級。中心還於 2007 年為「蘇格蘭健康設施」(Health Facilities Scotland, NHS Scotland 的一分支)，完成了一份「失智設計檢查表」(Dementia Design Checklist)。紐西蘭 IDEA Services (Intellectual Disability Empowerment in Action) 也承上述二單位之授權，將此監管工具做了些修改，成為修正版失智設計檢查表 Dementia Design Checklist (Revised)。此檢查表供紐西蘭 IDEA Seniors 所管理「團體家屋」及其他場所評估使用。一般家有失智者的人家也可用它來評估他們自己的家屋。

其內容分以下大、小項：

1. 一般原則：
 - 1) 配置與一般設計；2) 裝修；3) 裝飾、設備、與傢俱；4) 安全與保全；5) 照明。
2. 戶外：
 - 1) 配置與一般設計；2) 找路；3) 設備、置物與戶外傢俱。
3. 入口區：
 - 1) 找路；2) 裝修。
4. 休憩/起居間：
 - 1) 配置與一般設計；2) 裝修設備、與可移動傢俱

5. 餐廳/廚房
 - 1) 配置與一般設計；2) 裝修；3) 設備、與可移動傢俱；4) 安全與保全。
6. 有意義活動
 - 1) 配置與一般設計；2) 安全與保全。
7. 臥室
 - 1) 配置與一般設計；2) 找路；3) 裝修；4) 照明與暖氣。
8. 浴廁
 - 1) 配置與一般設計；2) 裝修；3) 套房內照明；4) 找路；5) 設備與傢俱；6) 照明。
9. 洗衣間
 - 1) 配置與一般設計

二、紐西蘭「保全失智照顧之家」設計準則

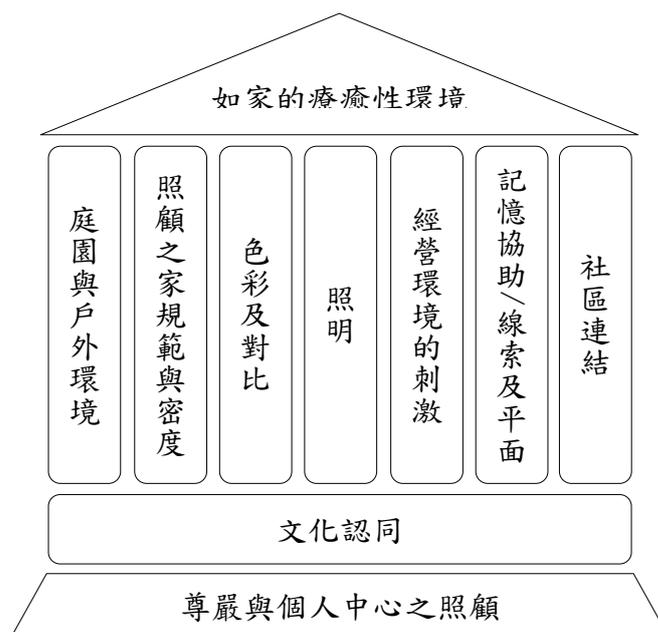
另一方面，紐西蘭政府的健康部（2016）也完成一份《保全式失智照顧之家設計：資訊冊》。此文件針對紐西蘭的老人照顧供應者，「地方健康委員會」及任何規劃、設計新建築或整建「保全失智照顧之家」（Secure Dementia Care Homes）的人士參與。內中的「設計原則」主要針對所有住於保全照顧之家的失智者。但不包括檢測評估此類設施之工具，並不針對一般非保全的居住照顧之設施。事實上，紐西蘭老人居住照顧（ARC）設施提供有四種照顧：1) rest home care（安養之家照顧）；2) dementia care（失智照顧）；3) 醫院級照顧（hospital level care）及 4) psychogeriatric care（老人心理照顧）。所謂「保全失智照顧之家」屬「安養之家照顧」的一種，差別在它有安全保障，以維護在內居民的個人安全。

此文件的源起可溯自 2002 年健康部首次關注到失智者居住於內的照顧設施，2005 年完成一份監督工具書及指引（SNZHB8134.5），但它一直保持為「提案」。而此新的資訊冊的工作團隊於 2015 年組成，2016 年完成它。

此文件分三部分，均依據至今的研究、回饋資訊及國際準則。首先論及本設計準則的基礎在於「尊嚴、人權與個人為主之照顧」；其次此文件也注意到「文化認同」，這主要是針對毛利人而言，其中提到設施設計需考量特殊文化群體的 1) 歷史與生活經驗（例如移居、歧視或戰爭經驗）；2) 特質（例如教育程度或健康狀態）；3) 信仰與價值（例如對失智、老人與疾病的態度）；4) 照顧實務方式；5) 活動與行為（例如嗜好或宗教操練）。這些考量均來自 Day & Cohen（2000）的提議、看法。

第三部分即是設計準則，而它又通稱為「如家的療癒性環境」。其下分出七大項：1) 庭園與戶外環境；2) 照顧之家規模與密度；3) 色彩及對比；4) 照明；5) 經營環境的刺激；6) 記憶協助/線索及平面；7) 社區連結。三部分又以下圖整合起來表示，稱之為紐西蘭之觀點。

表 5-5：紐西蘭如家的療癒性環境之觀點



（資料來源：Released, 2016）（關華山翻譯）

此文件對此七大項加上「如家療癒性環境」的總項之下，均有更細的組成分項，並於表中提出相關細部說明。之後對之也提出研究上的背後道理（research rationale）。其完整的表列準則如附錄一之翻譯。以下將其重要大項的組成分項列於下：

1. 如家的環境
 - 1) . 設計出人性、居家尺度
 - 2) . 多變社區空間容納家庭與社區的參與及個人選擇
 - 3) . 居民能很容易個人化自己的空間
 - 4) . 設計容許居民獨立的居家活動
 - 5) . 設計容許視覺與身體來去室內，戶外。
 - 6) . 保全不會太醒目惹人厭。
2. 庭園與環境
 - 1) . 戶外空間要被設計有如室內空間的延伸。
 - 2) . 戶外空間提供散步的機會。
 - 3) . 戶外空間與庭園提供機會社交及融入自然環境。
 - 4) . 戶外空間與庭園提供感官刺激。
3. 「保全失智照顧之家」的規模與密度
 - 1) . 保全失智照顧之家被設計了讓人們住在小而獨立之保全有如家戶的簇群之中。
4. 色彩與對比
 - 1) . 失智照顧之家有效地使用色彩與對比手法。
5. 照明
 - 1) . 失智照顧之家之設計要極大化自然採光，以及照明能幫助定向、時空。

6. 經營環境刺激

- 1). 失智照顧之家之設計能減少有害的刺激、增加有好處的刺激。(下分三項：噪音控制、空間設計、好的刺激，其下再列出細項)

7. 記憶助力/線索及平面計畫

- 1). 失智照顧之家被設計以應合各組成部分提供記憶之協助與線索。

8. 社區連結

- 1). 失智照顧之家之設計應納入與社區連結之空間。

三、療癒性環境檢測表—護理之家 (TESS-NH) (全表翻譯見附錄二)

最早被提出的 TESS (Sloane, 1990) 包含具體的 12 評估項，包括：地坪表面 floor surface；眩光 glare；照明 lighting；噪音 noise；清潔液味道 cleaning solution odor；體臭味道 bodily excretion odor；房間內個人物品 personal items in rooms；如家公共空間 home-like public areas；可及之戶外 access to outdoors；小團體空間 small group space；沒有一直開的電視 absence of continuous television；於單元內之廚房 kitchen in unit。而第二改版則重整合出 8 大項：一般性設計 general design；維護 maintenance；空間與座位 space and seating；照明 lighting；噪音 noise；居民房間 resident rooms；私密性與個人化 privacy and personalization；方向性的規劃 programming orientation。近年開發的 TESS-NH，則包括：(1) 單元自主性 unit autonomy (2) 出入口控制 exit control (3) 維護 maintenance (4) 清潔 cleanliness (5) 安全 safety (6) 照明 lighting (7) 空間/座位 space / seating (8) 熟悉性/像家樣 familiarity/ home-likeness (9) 視覺/觸覺刺激 visual / tactile stimulation (10) 可及戶外 access to outdoors (11) 私密性 privacy (12) 整體實質環境 overall physical environment。其下尚有 32 小項。

Philp & D. Sloane 醫師 1990 年開始與 Mathew 針對失智者照顧專區 (special care unit) 共同發展出「療癒性環境檢測表尺」Therapeutic Environment Screening Scale (TESS)，2 年後，再提出 TESS2+ 版本。數年後，與 Zimmerman 博士提出護理之家的表尺 (Tess-NH)；進而又包涵了美國高齡者安養/養護設施 (residential care)，成為 TESS-NH/RC。TESS-NH 雖強調並一體適用於「失智者特殊照顧設施」，包括單獨設立，或其他特殊照顧單元成簇群者，以及一般失智者照顧設施，所屬「特殊照顧」的，甚至非失智者的照顧設施也適用。

所以此一系列表尺並非專供「失智者照顧設施」之用，如 PEAP 或 NURS 二者。到發展出 TESS-NH/RC，則適用於「失智者特殊照顧區」(DSCA) 及「非失智特殊照顧區」(NDSCA)。此表尺只訴之於評估長照場所的實質面向，其作法設定為現場觀察、依實況計分。

就最後發展出的 TESS-NH/RC 表尺之重要評估項目有以下數大項：

1. maintenance (維護)
2. cleanliness (清潔)
3. odors (氣味)

4. safety (安全)
5. lighting (照明)
6. physical appearance / homelikeness / personalization (實質外觀/像家/個人化)
7. orientation /cueing (方向感/暗示)
8. privacy (私密性)
9. noises (噪音)
10. plants (植栽)
11. outdoor areas (戶外區)
12. residents' appearance (住民儀表)
13. access to public toilet from main activity area (從主要活動區到達公用廁所)
14. impressions (特別印象)

詳細表尺見本報告所附之附錄二。

由上可見到：「清潔」、「氣味」、「照明」、「噪音」、「植栽」是與居民五官、身體有關的環境元素。而「維護」、「安全」、「實質外觀/像家/個人化」屬環境管理之工作類。從「主要活動區到達公用廁所」、「私密性」、「方向感/暗示」、「戶外區」則屬建築空間設計類。至於「住民儀表」則顯示居民平日的「士氣」。「特別印象」則是更開放的一種觀察，以辨明觀察紀錄本身的整體情勢是通則性的，還是特別狀況下的。若與 Maslow 需求層級相對應，可大致得表如下：

表 5-6：TESS-NH/RC 評估表大項與 Maslow 需求層級相對應

	TESS-NH/RC 評估表大項	Maslow 需求層級
特別 印象	(住民儀表)、(戶外區)、(植栽)	自我實現
	(住民儀表)、私密性、個人化	自尊
	像家、植栽、(戶外區)	愛與認同
	安全、維護	安全
	清潔、照明、氣味、噪音、公用廁所	生理需求

(資料來源：本研究提出)

二者相比對之下，其中「住民儀表」就個人而言，是為「自尊」的表現，也某種程度屬「自我實現」的一種外顯狀況。另外，只有「戶外區」與「植栽」比較難對應到何種需求。「戶外區」的自然元素與「植栽」是人演化身體的「生物愛」之對象，它們或可屬「愛與認同」需求。如果「戶外區」有「園藝、農藝療法」的場所，那麼他還可以是「自我實現」的場域。

很顯然本檢測評估表主要是依據評估者實地訪視、觀察的紀錄、評估表。因此所有的項目均屬眼睛可以看到的為準，這是很「實證」也「簡要」、「實用」的一種方式。與其他準則、評估表的內容不同，也是因為它實施的方式不同所致。

而這樣的方式與表尺，研發者仍稱之為「療癒性環境」的檢測表。由之可見得研發者除了著重「實質環境之元素」，以及「建築空間關係的設計」，尚且注意到「管理環境」，以及間接的觸及到「社會環境」，亦即「居民儀表」、「特別印象」。

四、護理單元等級評表 (NURS)

Grant (1996) 同樣針對失智症 SCU 提出了 Nursing Unit Rating Scale (NURS, 護理單元等級評表)。NURS 關注了: 分隔 separation; 穩定性 stability; 刺激 stimulate; 複雜性 complexity; 控制/忍受 control/ tolerance; 延續性 continuity 等 6 大項, 但其下列有 81 小項。

五、專業性環境評估表尺 (PEAP)

Weisman、Lawton、Sloane、Calkins 及 Norris-Baker (1996) 共同提出了 PEAP (the professional environmental assessment protocol, 專業性環境評估表尺)。PEAP 包括了:(a)極大化注意力與方向感 maximize awareness and orientation,(b)極大化安全與保全 maximize safety and security,(c)提供私密性 provision of privacy,(d)刺激的管控與品質 regulation and quality of stimulation,(e)支持身體功能 support functional abilities,(f)個人控制的可能性 opportunities for personal control,(g)自我感延續 continuity of the self,(h)支持社會接觸 facilitation of social contact 等 8 大項, 其下再分 34 小項。倒是日本的學者兒玉桂子、下垣光、小島隆矢會同建築師沼田恭子、古賀譽章、大久保楊子, 依據上述美國的 PEAP 表尺, 進行了多次修改, 提出「PEAP 日本版 3」, 基本上仍採取了上 8 大項, 但其下只有 31 小項。

1. 辨識時空方向的支持
 - 1). 環境資訊的活用。
 - 2). 對時間、空間認知的支持。
 - 3). 容易辨識的空間和所在場所。
 - 4). 視野的確保。
2. 生活機能能力的支持
 - 1). 基於自我照顧 (self care), 提高入居者獨立自主能力的支持。
 - 2). 能獨立自主進食用餐的支持。
 - 3). 料理、清潔、洗滌、購物等行為之支持。
3. 環境刺激的質及調整
 - 1). 提供有意義、良質的音環境。
 - 2). 從視覺刺激中誘導對環境的適應。
 - 3). 藉由香味引發感性的機制。
 - 4). 提供柔軟的素材。
 - 5). 避免妨礙生活的噪音。
 - 6). 提供適當的視覺刺激。
 - 7). 避免令人不愉快的臭味。
 - 8). 考慮改變地板材質可能造成危險事件的發生。
4. 保全及安全的支持
 - 1). 方便守護居民。

- 2). 確保安全的日常生活。
5. 維持生活連續性的支持
 - 1). 熟悉的活動模式和生活方式持續地支持。
 - 2). 入居者個人特質的表現。
 - 3). 營造居家溫馨的環境。
6. 自己選擇與決定的支持
 - 1). 富彈性地因應入居者的行為與選擇。
 - 2). 可自由選擇想停留的空間及場所。
 - 3). 準備各種椅子和生活小用品。
 - 4). 寢室空間的選擇具彈性。
7. 私密性的確保
 - 1). 有關於私密性的管理辦法。
 - 2). 確保寢室空間的私密性。
 - 3). 讓空間具多元選擇性，以確保私密性。
 - 4). 促進入居者的交流互動
 - 5). 提供能誘發交流和互動的空間。
8. 促進交流互動的家具和配置。
 - 1). 提供可以引發交流互動的生活小道具。
 - 2). 支持社會生活。

六、住宿照護設施評估工具：RCEA

另外，Topo 等（2012）也開發了一個檢測失智者之住宿照護設施的工具，稱為「居住照顧環境評估表」(The Residential Care Environment Assessment, RCEA)。它指出理想環境品質之特定方向，包括讓它的設計元素之「支持力」(affordance) 或其「潛力」能夠發揮出來。此檢測表提出了六大項面相：

1. 配置與建物
2. 附加的物件
3. 可移動物件
4. 可操作物品
5. 社交機會與私密性
6. 感官環境

由上可知本評估表採二種觀點：4 項以實質面的空間、建物與物品，論及該注意之設計方式。另二項才與居住者之社會接觸、感官感受環境有關。每面相其下分別有 2 到 11 小項的作法。詳細之中文版檢測表工具如附錄三。

七、環境監管工具：高等照護（EAT：HC）

「環境監管工具：高等照護」(the environmental audit tool: High Care, EAT: HC) 由 Fleming and Bennet（2015）開發，供失智照顧設施評估之用，此工具有

8 個設計目標：

- 1) . 不惹人厭的減少風險。
- 2) . 提供人性尺度 (例如：「家庭規模」的簇群及每個照顧之家容納的人數少)。
- 3) . 允許人們看人，同時也被看 (簡單而提供好的「視覺可及」)。
- 4) . 管理刺激的程度：減少沒幫忙的刺激；適宜的提供/強化有用之刺激。
- 5) . 支持移動與參與 (提供規劃好的遊走路徑)。
- 6) . 創造一個熟悉的地方。
- 7) . 提供各種空間有機會可獨處，或與他人在一起，與社區居民在一起。
- 8) . 支持願景、或照護的價值與目標 (例如：居家的、像家的)。

八、「失智友善社區」檢查表及環境評估工具

依英國阿茲海默協會 (Alzheimer's Society) 2013 年所提：奠基一個失智者友善社區的十項關鍵面相，包括：

1. 包容失智者 (Involvement of People with Dementia)
2. 挑戰刻板印象與建立瞭解 (Challenge Stigma and Build Understanding)
3. 可及的社區活動 (Accessible Community Activity)
4. 認可潛力 (Acknowledge Potential)
5. 確保早期診治 (Ensure an Early Diagnosis)
6. 實務支持，使之能參與社區生活 (Practical Support to Engagement in Community Life)
7. 以社區為基底之各項居住解決辦法 (Community-based Solutions)
8. 具一致性與可靠的旅運方式 (Consistent and Reliable Travel Options)
9. 容易來去的環境 (Easy-to-Navigate Environments)
10. 充滿敬重與負責任之商家與服務 (Respectful and Responsive Business and Services)

可知「失智友善社區」的內容其實軟硬體均包含。前二項主要屬軟體，目的在改變社區一般居民對失智者之認知與態度。而第 4 項「認可潛力」則為前二項之目標，讓失智者自己都產生仍可以貢獻社區的心態與能力。第 5、6 項基本上是醫療與社工服務體系人員該提供失智者的事工。然而這兩項事工：早期發覺診治或提供社福服務也需要場所完成。其餘項目不論是社區活動、社區安養、旅運、來去社區環境、商店等均有關硬體，同時連帶軟體。即使是第 1、2 項要改變社區居民觀念、態度，也需要教育與宣導的場所。因此如果我們從較寬廣的角度看「高齡失智者友善社區環境設計準則」，其實它是從硬體：實質環境下手，需一併應合諸種軟體的內容與其根本目的。由此亦可見此準則其實不只是「設計」的，實在還包括了「規劃」層面，才更顯其完善。

有關「失智友善社區」(Dementia Friendly Communities) 的相關檢查表 (Checklist) 及環境評估工具，我們找到二資料來源。

1. 「失智友善社區」檢查表

此文件出自於英國 Housing LIN(the Housing Learning & Improvement Network)，是 Warwick 大學 Lynne Mitchell 博士為此機構 2012 年所完成的《The Quest for Dementia Friendly Communities》，再由 Jeremy Porteus (2015) 做的重點摘要，此文件提出了三份設計文件：

- a. 設計「失智友善環境」的原則與建議，內共有 6 大項 32 小項。6 大項為
 - 1) . 熟悉的環境：失智者認識、了解的
 - 2) . 可辨識的環境：可提供失智者線索了解他們現在那裡，他們預期在那裡做什麼，以及他們還要往那裡去。
 - 3) . 特別的環境、空間及元素，幫助失智者聚焦注意力、加強他們在生活環境可以自由來去不迷糊。
 - 4) . 可及環境：能讓失智者到達、進入、使用及來去各個他們必須與想要到訪的地方與空間，儘管他們身體上、感官上及認知上有缺憾。
 - 5) . 安全的環境：失智者能獨立使用、享受與自由來去各地方、空間，而不會害怕受到傷害。
 - 6) . 舒適環境：能讓失智者自在的造訪、使用及享受各個他們選擇的地方與空間，沒有身心上的不安、達到上述五大項原則以促成舒適。(關華山翻譯)
- b. 設計新的「失智友善鄰里」，有 17 項設計重點：
 - 1) . 多個小街廓以不規則格狀配置，有最少的十字路。
 - 2) . 有一系列熟悉的街道型態，包括大街及居住區的邊街。
 - 3) . 緩和彎曲的道路。
 - 4) . 有變化的都市形式與建築，反映地方特色。
 - 5) . 混合使用，包括許多服務、設施與開放空間。
 - 6) . 在繁忙大路與步行道間，有可意會的隔離帶，如樹木及/或草坪邊界。
 - 7) . 建物及設施的設計能反映其功能。
 - 8) . 建物有明顯的入口。
 - 9) . 地標及環境線索。
 - 10) . 在交會點有特殊的元素，例如街道傢俱、樹木。
 - 11) . 寬而平坦、順暢、止滑的步行道，與自行車道分隔。
 - 12) . 穿超人行道時有適合老人的視、聽覺線索提示。
 - 13) . 地坪高差，只出現無可避免的時候，以明顯的扶手標示。
 - 14) . 各處標誌清楚。
 - 15) . 在公共區多設置以溫暖材料製作堅固、有扶手、靠背的座椅。
 - 16) . 圍閉的公車站，有座椅、透明的牆及大、明澈的窗。
 - 17) . 與地坪平齊的公共廁所。

如果在即有的鄰里，則可進行以下改善，可有助於失智者：

- 1) . 增加地標、特殊結構物、開放空間或活動地點。
- 2) . 在交會口，特別是複雜交叉路口，增加特殊元素（例如：郵筒、電話

亭、樹、雕像等)

- 3). 增加門廊、入口遮棚及清楚的標誌，使公共建築的入口明顯可見。
 - 4). 增加人行步道的寬度。(例如：減少車道寬度)
 - 5). 於交通繁忙道路，人行與車行之間，設置綠隔離帶。
 - 6). 將自行車道由人行道移往道路邊。
 - 7). 增加人行道交會的次數。
 - 8). 有階梯的地方也提供緩坡或坡道。(不超過 1 比 20)
 - 9). 階梯及坡道如果沒有扶手，加上。
 - 10). 於公共可及的建物設置清楚標誌與符號、招牌(如果即有的太差)，最好垂直牆面。
 - 11). 移開所有不清楚、不需要的標誌。
 - 12). 除去不清楚的路標、方向標誌，改以清楚的。
 - 13). 增加即存建成形式的變化，例如：粉刷門、窗不同的顏色，加上細部的凸出窗台。
 - 14). 儘可能增加樹與街道傢俱。
 - 15). 確定提供適合老人的公共座椅、廁所與公車亭。
 - 16). 確定各式門扇只需用力 2 公斤即可打開。
 - 17). 在有需要處，改善人行穿超的視聽線索，增加穿超時間。
 - 18). 以平順人行道鋪面代替修修補補、粗糙或成圖案的鋪面。
 - 19). 減少道路的雜亂物。(例如：各種看板、標誌)
 - 20). 在必要處增加街道路燈數目。(關華山翻譯)
2. 另一份評估工具是澳洲失智訓練中心(Dementia Training Australia)所發展的「DFC-EAT 手冊」(The Dementia Friendly Community-Environmental Assessment Tool (DFC-EAT) Handbook)中的評估表本身。仍由前述 EAT-HC 研發者學者 R.Fleming 及 K.Bennett (2017) 研發出來。此評估工具是採取一種很特別的看法看待「失智友善社區」。

研發者認為要讓我們的社區在更能支持失智者，在社區來去遂行其日常生活所需要完成之各樣事情，我們必須辨識出一些重要的公共及商業建築，與失智者日常生活有關的，同時促使之可供失智者順利到該建築內接受特定服務之目的地。譬如：各種商店、銀行、圖書館及醫院、診所等。DFC-EAT 就是用來評估這些特定建築，是否能讓失智者順利完成其社區生活之基本需求。

而針對這些重要建築，評估工具包涵有 8 大項關鍵性設計原則：

- 1). 不惹人厭的減少風險：

如果失智者要繼續追求其生活方式、發揮其所有能力，他們需要內、外環境安全而且方便來去，潛在的風險如階梯或地坪高差必須減至最少；清楚標示。所有這些安全性做法必須不惹人厭，讓明顯的安全元素不會導致挫折、激動及憤怒或冷漠及沮喪。

2). 提供人性尺度：

建築的尺度影響失智者的行為與情感。尺度的經驗受三項關鍵因素影響：某人會遭遇到多少其他人、建築的整個大小、個別部分的大小(如門、房間、走廊及大廳休息室)。一個人不應該受四周環境的尺度所脅迫，或遭逢到多重的選擇與互動。反而，其尺度應鼓勵一種幸福感，強化個人的能耐。

3). 允許人們看與被看：

提供一容易瞭解的環境，能幫忙減少人的混淆。對失智者特別重要的是能讓他們認清自己在那裡，從那裡來及可以去那裡。當一個人能看到重要的地方(如往正入口的通道、人口、目的地)，他們就能做決定，看他們可走到哪兒。建築能提供這種機會是要有好的視覺可及性，好的視覺可及性開啟參與的機會，給失智者信心探索他們的環境。

4). 經營刺激的層級—減少無幫助的刺激：

因為失智減少了一般人可過濾刺激且只關注到那些重要的刺激的能力，失智者如果暴露於眾多刺激時，會變得壓力很大。因此環境設計應儘可能減少對失智者沒特別用處的刺激，例如不必要的各種噪音或者視域裡各種的招牌、標誌、廣告、商品及雜物。各種感官都得考量到，尤其視覺刺激如同聽覺刺激，特別具壓力性。

5). 經營刺激的層級—最適化有幫助的刺激：

促使失智者看到、聽到及嗅到各種事物、給他們線索知道自己在哪裡，在那兒他們能做什麼，可幫助消除他們的認知混淆與不確定感。我們有必要考量到提供重複的線索，如對同一東西給出一系列線索，我們得認清楚有那些線索對某些人有意義，對其他人卻並不見得。

利用文字與圖形做標誌是簡單作法。透過強化入口可鼓勵某人認清一商號或店面，如採用特殊的裝飾來標示有何服務及商品，則比較複雜。線索必須小心設計，好讓它們不會增添了雜亂，而變得過分刺激。

6). 支持移動及參與：

有目的的移動能增加參與，維持一個人的健康與福祉。我們鼓勵提供界定良好的走道，無障礙及毋需複雜決定的交叉點，好讓失智者穿過各種有興趣點(例如建築的正入口或可坐下的地方)，並提供參與到各種活動或社交的機會。

7). 創造一熟悉的環境：

失智者尤其能使用及享受各種他們從早年就熟悉的空間與物品。環境應該支持他們維持其身心能耐，透過使用熟悉的建築室內外、傢俱、擺設與顏色。例如廁所、洗手槽及水龍頭必須能清楚辨識，讓失智者很方便使用。

8). 提供多樣地方能獨處或與他人在一起：

失智者需要能自己選擇獨處或長時間與他人互動，這需要公共建築提供多樣的地方，讓他們有機會從較寬闊的地方退到自己可獨處的地方，

或與少數人相處的較小地方。這些空間應在室內、戶外環境均提供。
(關華山翻譯)

至於評估工具本身就是以此八大項為主，分出 37 小項為一座標，另一座標為到達入口的進路、入口空間、到目的地的路徑、目的地、離開目的地的路徑。交會的格欄以「同意」=2、「部分同意」=1、「不同意」=0 來填答。

第四節 醫院醫療友善環境

2003年英國政府建築營管單位為「未來醫院」(Future Hospital)，提倡發掘新的健康醫院理念，曾委託四位年輕的建築師，請他們提出如何改進醫療保健設施？對於未來醫院的發展面向，各自表述概念，並利用電腦模擬呈現。以下是四位建築師之提案簡述。(大致上，均以四理念文字配合四張模擬空間圖，表達出來。)

案一： MUF Architecture /Art with Rosetta Life

醫院是一個人一生最好和最壞經驗的地方—出生、病痛、死亡。設計賦予享受自由散漫的空間。來到這裡的病人，如同發給一個舒適、包容的枕頭。離去時，這個枕頭將被回收洗滌乾淨。

醫院應加強公共設施，建築應用最大的關心及想像力去完成，使成為情感交換的地方。醫院的大廳應該帶來其他的資源，廣含不同的用途，設置如植物園、畫廊、體育設施、圖書館或博物館等空間。(關華山翻譯)



圖 5-1：muf architecture / art with Rosetta Life 未來醫院概念圖

(資料來源：<http://www.icon-magazine.co.uk/issues/december/hospital.htm>)

案二： Jane Darbyshire & David Kendall Architects

解放以往醫院空間，強調空間想像的重要，改造成輕鬆自在的場所。

1. 把良好的感覺加入環境，來客及工作人員都會感到更愉快。如設計之初應刻意減低音量和憂鬱感，塑造成有信任及感覺的場所。醫院的大樓門廳應該感受到更多的歡迎和放鬆，就像在公園一樣。醫院的大門應是寬的，像張開的臂膀，用色要明亮以促進好心情，並設置服務良好的服務處。
2. 醫院走廊要像一條蜿蜒的小河，應該要有天空，而不是一塊天花板，利用玻璃折射塑造氣氛。適度營造呼吸空間，讓病患來面對下一刻和醫生、護士碰面的緊張時刻。
3. 門診等候是讓病人最緊張的空間，馬上要面臨自己好或壞的診療結果，她可以挑選讓自己覺得放鬆的位子。
4. 四人病房應分離每個人的電話、帷幕，氧氣系統等，四個床位要被安置在柔和的曲線，有陽台可直接看到天空及外面景觀。(關華山翻譯)



圖 5-2：Jane Darbyshire & David Kendall Architects 未來醫院概念圖

(資料來源：<http://www.icon-magazine.co.uk/issues/december/hospital.htm>)

案三： Mc Dowell & Benedetti

1. 醫院就像一個城鎮，入口是鎮中心，相當於心臟的地位。醫院應該提供一種人際接觸，讓人感到舒適，感受更多歡迎，具活潑性及參與性。這是一個 24 小時的公共場所，能正常做每天做的事，看病、吃喝、購物、休閒、獲得資訊、參與藝術活動等。
2. 主張廢除候診室，等待室是就醫經驗最不愉快的地方，充滿狹小、人多、高度緊張、不耐煩、難受、絕望感。如能利用手機服務或其他科技方式通知，不將病人侷限在候診室，而改變為高效率服務。
3. 病房設計應該像家一樣，以高質量自然材料，引進科技方式，讓人放鬆。
4. 每家醫院應該有設計及維護良好的戶外綠色空間，自然對人的療育效果最佳，有其鎮定作用，幫助恢復，而不只是依靠藥物達成。不論是患者、訪客、醫生、護士或職員，都可以有一個呼吸新鮮空氣的地方，可以散步、思考、平靜下來的場所。(關華山翻譯)





圖 5-3：Mc Dowell & Benedetti 未來醫院概念圖

(資料來源：<http://www.icon-magazine.co.uk/issues/december/hospital.htm>)

案四：Fat Ltd. with Demos

1. 老舊醫院都需要擴建，假設可以利用廢棄空間，如利用老倉庫改造成醫院空間。
2. 將門診區劃分為一小區一小區，每一平台都有螢幕播放節目，書報區也是，並讓陽光透過大片玻璃導入。
3. 增加沒有預設機能的空間，這裡可能有很好的圖書館或雜誌、收藏品等，也許是醫院營養師示範烹調的一個小廚房，或是需要一面候診又有工作在身的患者，可以在這裡使用網路繼續工作。
4. 營造夜間門診或檢驗的舒適度，有如值夜護士於病床旁放一杯白開水，躺在床上的病患會感到舒服一些。(關華山翻譯)

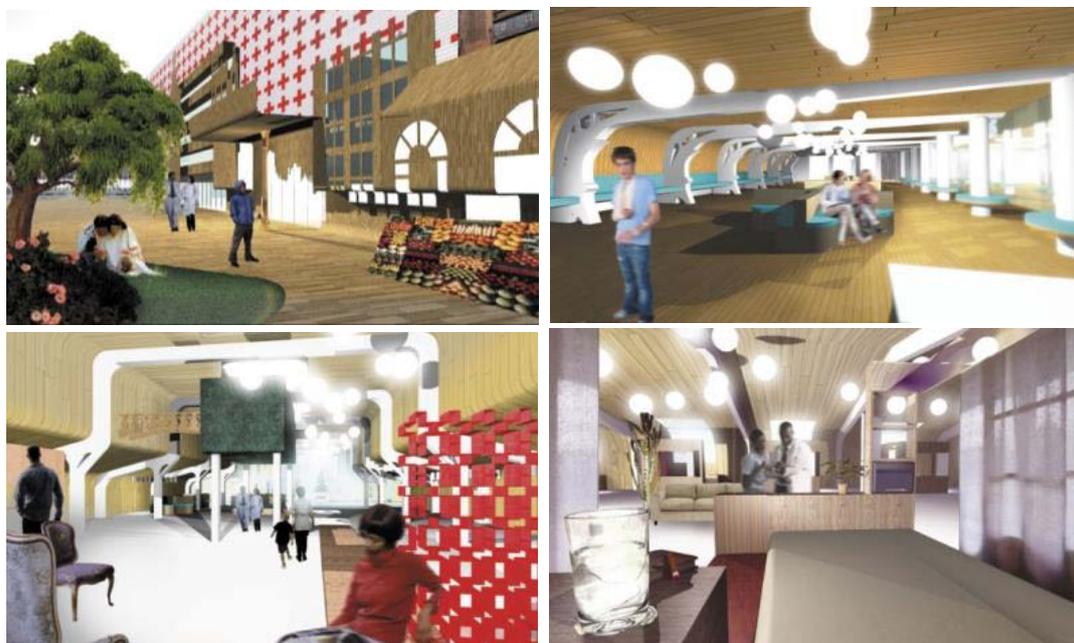


圖 5-4：Fat Ltd.with Demos 未來醫院概念圖

(資料來源：<http://www.icon-magazine.co.uk/issues/december/hospital.htm>)

有關「友善醫院」設計的研究，本團隊也找到兩篇，分述如下：

1. Jiang & Verderlen (2016) 曾回顧了有關醫院動線區的規劃與設計之實證研究文獻。主要因為一般綜合醫院很大，建築物複合、動線複雜，實證研究已

顯示過度機構化大醫療中心常造成使用者產生負面效果，如壓力、焦慮。尋路困難與失去方向感、認知無法掌控，而且與缺乏適宜的可及自然有關係。

此研究採有系統的文獻回顧，鎖定健康科學與健康照護、建成環境規劃與設計界等 11 個主要的資料庫，找出 11 份札實經審查的文章作詳細分析。界定出「不友善醫院」的 6 項大問題，正可做為研究主題：

- 1) .尋路困難
- 2) .空間無方向感
- 3) .溝通與社交化模式
- 4) .測量與管控超表噪音
- 5) .病患跌倒意外
- 6) .使用者壓力與滿意程度

最後，他們最重要的發現是「由醫院動線區帶給使用者有意義的自然視野，能潛在的加強其尋路與空間自如來往的能力。」

2. 另外，有關友善醫院研究的論文有一篇是 Douglas & Douglas (2004) 的研究成果，他們透過半結構深入訪談四類病房（外科、內科、老人、婦女）的 50 位病患，對英國 NHS Trust 轄下的 Salford 皇家醫院進行觀感評估。由病患之回應，大致上可知他們：

- 1) .需要個人空間
- 2) .如家之歡迎氣氛
- 3) .支持性環境
- 4) .好的實質設計
- 5) .能到戶外區
- 6) .提供娛樂及休憩設施

其中老人病房部分，研究者訪談了 9 位病患，5 男 4 女，年齡 65 到 82，在醫院已有五天到幾個星期了。他們大致認為友善醫院的確能讓他們與他人互動；能對自己的行動有種控制感；同時醫院環境讓人正向散心，感覺安全且受歡迎。而不滿意的原因在於難以維持一種正常感（a sense of normality），有一種「去個人化的感覺」（the sense of depersonalization），因為缺乏控制每日活動。這些包括可及性與可用性之阻礙，如友善設計的扶手、椅子適當高度、門容易開。照明很重要，因為老人怕跌倒，尤其夜間由床走到浴廁。（更細緻的說法該文由附表詳列出來，在此不贅。）

小結

根據上述四個「未來醫院」的設計方案及二份研究報告（一關注動線空間；一關注病房），綜合起來，我們看到一般醫院的問題有：

1. 尋路困難，缺乏方向感。動線呆板。
2. 噪音問題。
3. 意外跌倒。

4. 令人緊張，壓力大。
5. 缺乏社交空間。
6. 候診區令人焦慮。
7. 病房缺私密。
8. 不舒適。
9. 缺乏戶外綠地。
10. 門廳不夠歡迎。
11. 空間機能性強。
12. 無法讓病患、來訪者滿意。

因此，上述資訊來源提出了以下林林種種的設計手法、關注點，設計解決這些問題。大致上可綜合、歸納以下設計準則：

1. 門廳應寬大，有歡迎、放鬆氣氛。內部可有各種日常生活所需設施、飲食、購物、休憩、娛樂等。
2. 動線、廊道、方向性強，指標清楚。沿路有令人愉悅的視覺享受，並無障礙、預防跌倒。
3. 候診室增加舒適度，提供書報、電視。
4. 全醫院去除噪音。
5. 多引入到戶外，接觸庭園、綠地、大自然。
6. 病房區要如家，個人病床區有私密性。

除上之外，其實「友善醫院」之倡議，在前述第二章第二節論述「療癒性環境」的建築學觀點時，已提及美國 AIA 為「健康照顧設施」所提說法，亦包括醫院。稱療癒性醫院之任務有三：1) 支持最佳臨床醫療。2) 支持患者、家人及設施人員之心理、社會與靈性需求。3) 在醫療效果、醫護人員工作效率有正向效應。而且指出其環境設計有四關鍵進路：1) 減少、去除環境壓力源。2) 提供正向散心消遣。3) 使社會支持發生。4) 給予控制感。由上述說法，我們仍有必要注意過往醫院基本上只考慮臨床醫療，以及醫護人員工作效率。但是「友善醫院」需另外具備廣義的「療癒性」效益，所以 AIA 提出的設計準則四個重要原則，均不再述及臨床醫療及工作效率。

第五節 安寧照護部門設計準則

國內 1990 年代先由宗教團體的馬偕、耕華醫院與蓮花臨終關懷基金會投入安寧療護事業，比日本晚了十年。發展至今，若與日本相關療護事業相比，兩處有共同的缺點與不足之處（林益卿等，2011），但是我國的硬體上「像家」的營造較差，雖然在法律制定與居家照護的安寧推廣相較，則比日本好些。

台北榮總護理長陳小妮曾於 2013 年前往英國牛津 Sobell Study Centre, Sir Michal Sobell House, Churchill Hospital，學習生命末期安寧療護之照護模式。此 House 提供全方位服務（holistic care）包括：1）住院服務；2）安寧共照服務（醫生與護理人員）、3）安寧居家服務、4）日間服務及小咖啡廳（免費）、5）門診病人諮商服務、6）分派服務（秘書負責資訊收集、傳遞）、7）電話支持服務、8）物理治療與職能治療、9）淋巴水腫治療、10）補充療法（芳香、波紋技術、按摩、腳底按摩）、11）創意療法（音樂、藝術療法）12）靈性支持（牧師）、13）喪親支持、14）社工員支持。以上服務均有相應的適當空間、環境支持，均講求其療癒性，以配合軟體達到服務的最終目的。（陳小妮，2013）

國內曾有一本「安寧病房空間模式」文件，以 62 模式包涵於「建築規則」、「建築空間單元」、「過渡空間」、「空間設修裝置」、「空間行為」五大項下。每模式以一透視小圖，加文字及平、剖面等簡圖呈現，應是仿照亞歷山大的「模式語言」之格式。這是出於廖大中（2002）的碩論，是為其附錄。該論文以淡水馬偕醫院的安寧療護教育示範中心服務的經驗為本，經過多方探訪與實地了解，理出上述模式。可謂為「規範性準則」，尚未經過實證。

國外方面，本研究計畫蒐集到 2014 年愛爾蘭安寧基金會（The Irish Hospice Foundation）接受公私部門經費與多方人士之支助，11 所醫院參與到此研究計畫。完成了有關安寧病房的一系列文件，其中 style book 為最重要的文件，或可翻譯為式樣典範書，應類同於一般我們所知的手則。其文體並非一般之條例準則，而是以總論與各空間分章節討論陳述其內容。該手則是基於一個很強的信念：「人生結尾應被視為人們感受最尖銳的時刻，它包括悲傷、失意、焦慮與害怕，而這些不應該在一個不適當的環境下忍受著：譬如繁忙的走廊、等候室、病房接候區，那兒有陌生人談笑著。」

這本 style book 編排的章節很特別，它是個別醫院裡該如何進行設置安寧病房的設計程序與安排。一開始組團隊之外，有「實務項」（practicalities）包括統整的要點，還針對地坪裝修、廚房、藝術品先做了說明。之後，針對家人房（family room）；急診部門；道別房間（包括探視區）（bereavement suites, viewing areas）；殯儀公共空間（public spaces in mortuaries）；一般病房環境改善；有感花園（sensory gardens）；緩和照顧套房等幾大項。每大項裡，論及該空間之目的，其容納行為、位置、指標、傢俱與裝修等元素，以及個案設計描述（設計概念、元素、考量）。

此手則內文亦稱：必須與另一本的確的設計準則合看，是為「設計與尊嚴：支持臨終照顧的實質環境準則」（Design & Dignity Guidelines For Physical

Environments Supporting End-of-Like Care)。2008年「紐西蘭安寧照顧基金會」完成的此準則，撰寫方式不同於上述手則。它先提出準則的基本原則有：

- dignity (尊嚴)；
- privacy (私密性)；
- sanctuary (神聖)；
- choice (選擇)；
- control (控制)；
- safety (安全)；
- universal access (通行)；

這些基本原則除了「尊嚴」、「神聖」比較突出，其餘幾項都與一般老人設施規劃設計大原則雷同。

接著本準則討論了幾個重要的有關議題之基於實證研究後所得發現：

- way finding (尋路)；
- single room (單人房)；
- sensory environment (有感環境)；
- staff issues (員工議題)；
- cost and benefit (成本與獲益)。

最終聚焦於準則本身，分述幾種主要空間的設計準則，包括：

1. 到達、找路及等候
 - 1). 到達區及前來道路
 - 2). 主要入口
 - 3). 接待區
2. 病房區及各部門
 - 1). 入院辦公室
 - 2). 門廳
 - 3). 病房接待點
 - 4). 病患房間
 - 5). 分離之個人病房
 - 6). 病房區護理站
 - 7). 休憩區
 - 8). 會客廳
 - 9). 療癒間
 - 10). 病患物品之儲藏設施
3. 社交空間與服務
 - 1). 病患與公共動線空間
 - 2). 親友房
 - 3). 親友居住區
 - 4). 親友餐廳設施

- 5). 多元信仰區
- 6). 辦公中心
- 7). 資訊、資源中心
- 8). 藝術與音樂
4. 工作人員區
 - 1). 關鍵服務的位置
 - 2). 僅供工作人員使用之空間
 - 3). 餐廳
 - 4). 可調整之工作環境
 - 5). 庭園
5. 殯儀區
 - 1). 一般原則
 - 2). 到達與等候區
 - 3). 觀看室
 - 4). 多元信仰房
 - 5). 會議室
 - 6). 儲藏區
 - 7). 準備及暫待區
 - 8). 出口區
 - 9). 庭園
 - 10). 停車場
6. 喪親慰藉服務
 - 1). 位置
 - 2). 心理諮商室

其下有更細緻的有關準則，值得進一步翻譯整理。

第六節 綜合討論

如果將以上各表尺加上 AIA 的設計要素與準則評估表做些綜合性比較，可得出幾點看法：

1. 本章分出國內、外以及一般老人以及失智老人的居住環境與設施的相關準則與評估表，另外也簡單的檢視了友善醫院及安寧照護部門的設計準則。其中，可明顯看到有關失智設施的，除了 Mary Marshall 所提的 8 點，是為規劃設計準則，其他都是評估表。而其他有關老人設施，講求設計準則與評估表的各半。國內的有關文獻則均為規劃、設計準則，並沒有「評估表」的相關研擬。而友善醫院及安寧照護設施亦為設計準則。

評估表與準則這二者差異在哪裡？又為何會有二類？依筆者之思考，二者在用意上與格式上有些差別。評估表是用來走訪、評估即有設施，帶在身上，一面觀察訪問，一面紀錄，所以會有一定的方便記錄之格式。也因此有先後到達的各個空間項目來填空的，也有以重要檢測大議題與其下的小細項列出後，藉由受訪談者來回答其所瞭解的狀況，然後再去走訪各空間。其目的在評估該設施在空間環境上是否達到「療癒性」。這中間常很難只論及硬體而不涉及到軟體。但是規劃設計準則方面，大致均以要達到的重要面相來分列細部設計注意之點。而且主要目的是供建築師、設計者，規劃設計某一新設施，用來參考、檢視自己的設計是否無虞。

早年，有關失智者設施設計的準則，有不少學者提出，但是之後，多著力評估表的建議。這或許是失智設施已普遍出現，同時因為失智的症狀的多面性，其在整個療癒效益言，軟硬體之搭配很重要，所以評估表的形式會更實用。這尤其是對失智者照護設施的經營者而言，有其迫切需要。

相對的，一般老人之設施則沒有這些狀況，以致設計準則與評估表均有。另外，也值得指出的是友善醫院與安寧照護部門，甚至療癒花園方面，目前均尚處於倡議推動階段，所以講求的只有規劃、設計準則，完全不及於「評估表」之需求。

2. 美國「健康設計中心」(2015, 2016)、Moos (1980)、Parker et al (2014)、Lewis et al (2010)、Orrell et al (2013) 與 AIA (2012) 所提的設計通則、準則，以及 MEAP、SCEAM、EVOLVE 評估表是針對一般高齡者設施的。最早的 Moos (1980) 提出五個層面，基本上還是將一個設施的實質環境 (A 層面)、社會環境 (C,E 層面) 與管理環境 (B 層面) 作了分辨，僅 D 層面 (觀察者之評估表) 含有三種環境呈現的「狀態」。顯示了一個評估應該收集三種「環境」之資訊，但在概念上並無法對三種環境有整合性的看待。
3. 相對的，「健康設計中心」所提之規劃設計要旨，一方面注意到建築中的硬體、設備元素、以及空間組織，再特別關注個人化與社會公共空間的必要性。另一方面，它又以因應老人體能、感官、認知改變加上通用設計的角度來講求設計。其次，再強調個人心理健康、社會性健康有關之設計手法。AIA (2012) 則直接提出四大層面的設計準則，均以實質環境中各種「物」：建築物、設

備、傢俱、裝飾，以及其圍閉管制、組織起來的多種空間及其內之光、音、空氣等，構成廣義的「建築」，以訴諸病患的五感。還有訴諸心智（mind）的無壓力環境、能散心、有控制感，以及與身體行為（behavior）有關的控制機會與社會支持活動。但是這四大層面及其下眾多細部設計準則，並不能很明顯的回應到 AIA 所聲稱的更廣義的「療癒性環境」三大目標：支持最佳的臨床醫療；支持患者、家人及職工的心理、社會與靈性需求；帶給患者正向療效，增進醫護人員效率。

倒是 SCEAM 及 EVOLVE 二評估表，均以「支持」(afford) 老人的身心需求角度，來提出評估細項。但是後者是前者修改、發展出來的，所以更趨完備。主要包括幾大範疇：體能、感官、失智（認知）支持及綜合的效果、保全、安全。另外，有個人私密、社會支持的關注，並考慮到工作人員之需求。

4. 至於 DDC、TESS 系列、NURS、SCU 及 PEAP、RCEA、EAT:HC 多種評估表尺，均供評估失智者設施之用。其中 TESS 系列各評估大小項目均直接訴諸實質環境之規畫設計，僅少數用詞如：privacy、orientation、familiarity、control、autonomy 較觸及到使用者之心理需求。倒是 NURS 表尺的大項目均採用較抽象的、質性的通詞，主要描述實質環境或活動整體的特質如：separation（分隔）、stability（穩定性）、complexity（複雜性）、continuity（連續性）、stimulation（刺激）、control/ tolerance（控制/容忍）。這些大項所觸及的實質、社會或管理環境，則必須看到各小項目之內容。PEAP 或「PEAP 日本版 3」則整齊的聚焦在使用者幾個大項要求：awareness（關注）、orientation（方向感）、stimulation（刺激）、the self（自我）、privacy（私密性）、personal control（個人控制）、social contact（社會接觸）、functional ability（身體功能）、safety and security（安全與保全），再看實質環境可以支持作些什麼，形成其下之各小項。

RCEA 很特別，幾個大項的關注面，並不等質。有三項著眼「物件」，分出失智者可移動、可操作的，以及不可動、操作的。另外，針對失智者感官的環境是為一大項，整個建物空間組織、配置又是一大項。而「社交機會與私密性」再單獨列成一項。EAT:HC 則有如規劃、設計準則，從感官刺激到環境熟悉性、支持移動、參與行為、減少惹人厭的問題行為、人性尺度、鼓勵人看人、與他人互動空間，但也有獨處空間。最終，此環境還得支持照護的終極價值、目標與願景。

由上可知，各種評估表及監督工具，各有所見，內容趨同，但因切入的角度不同，所以表述方式不同，以致也有相異之處。至於這些評估表、工具何者適合我們的老人與失智者設施，應該還要更深入的研究，甚至後續應用實踐後，再驗證其適切度。

5. 以上所有評估標尺之大小項目，均可如 TESS 所標示的 TE，是為老人或失智者照顧設施作為療癒環境 therapeutic environment 的要件。上述各表尺的項目仍以訴諸實質環境為依歸，但是有的表尺也涉及到所謂「社會環境」、尤

其「營運環境」此二非實質面之環境。譬如：「PEAP 日本版 3」即以三類環境合併思考。「支援環境」的具體項目，實質部分又以其固定程度分：構造層級的建築物；準構造層級的裝飾、設備；福利性用具與傢俱層級；小物品層級。其次對應到軟體，使用者（病患、員工等）的「居住及使用方式」等項目，此即為社會、營運環境的範疇了。而最後對應到使用者身心的需求：行為方面的有 social contact、functional ability；感知方面的有 awareness、orientation、stimulation；心理方面的有 privacy、personal control、safety and security 以及 the self 等。

若將兩大類老人與失智者設施的相關設計準則與評估表的大項目排比出來。確實可以看出趨同的部份，與 Maslow 的人之動機，需求層級相呼應。

表 5-7：老人設施相關設計準則與評估表對照表

CHD,「回應老化」之通則		CHD, 特別強調	AIA	MEAP	SCEAM	EVOLVE
硬體元素	硬體元素優先順序 支持性裝修/扶手 防滑地板 直覺式環境裝置器 數位遠距健康照護系統	1). 通用設計： 住宅/社區 健康照護設施 工作 2). 因應體能、感官改變之設計 3). 因應認知改變之設計 4). 為心理健康之設計、 個人化空間私密性、 有效找路 5). 為社會性健康設計	減少/去除環境壓力	實質與建築檢查表 (RAF) 庇護照顧環境表尺(SCES)	實質性支持 認知支持	體能支持 感官支持 可及性 保全 健康與安全 失智支持 舒適與控制 個人空間 個人實現與選擇
空間組織	安全、可及、直覺反應之配置 常使用之空間置於主樓層		提供正向散心機會	觀察者的評審表 (RS)	個人化 私密性 選擇與控制	建物內、社會支持 戶外社會接觸
個人、社會空間	多樣選擇、個人化空間、 創意支持心理、社會福祉、 支持社區散步的多樣環境、 世代互動空間、世代需求公約數		提供控制感	居民與工作人員資訊表 (RESIF) 政策、規劃書資訊表 (POLIF)	※工作人員之供給 社區 外在世界的關係	※支持執行標準照護之程度
類別	設計準則	設計準則	設計準則	評估表	評估表	評估表

(資料來源：本研究整理)

表 5-8：失智者照護設施之相關評估表對照表

失智者照顧之家 (Marshall 提出)	DDC	TESS-NH	TESS-NH/RC	NURS, SCU	PEAP	RCEA	EAT: HC
<ul style="list-style-type: none"> - 控制刺激，尤其噪音 - 適宜的被看範圍、物件 - 好的標誌、暗示以定方向性 - 不易察覺之安全措施、裝置 - 單人房可個人化 - 臥室、房間不同樣式，供選擇 - 居家式，像「家」 - 支持居家活動 - 安全之戶外空間 	以大小空間分別大小項	<ul style="list-style-type: none"> - 清潔 - 照明 - 安全 - 出入口控制 - 視覺/觸覺刺激 - 維護 - 空間/座位 - 單元自主性 - 私密性 - 熟悉性/像家 - 可及戶外 整體實質環境 	<ul style="list-style-type: none"> - 清潔 - 照明 - 安全 - 氣味 - 噪音 - 維護 - 方向感/暗示 - 私密性 - 實質外觀/像家 - 個人化 - 植栽 - 戶外區 - 住民儀表 - 特別印象 	<ul style="list-style-type: none"> - 刺激 - 分隔 - 穩定性 - 複雜性 - 控制/忍受 - 延續性 	<ul style="list-style-type: none"> - 刺激的管控與品質 - 支持身體功能 - 極大化安全與保全 - 極大化注意力與方向感 - 控制的可能性 - 自我感延續 - 支持社會接觸 	<ul style="list-style-type: none"> - 感官環境 - 附加物件 - 可移動物件 - 可操作物品 - 配置與建物 社交機會與私密性 	<ul style="list-style-type: none"> - 管理刺激程度 - 創造熟悉地方 - 支持移動與參與 - 不惹人厭方式減少風險 - 人性尺度 - 人看人、被看 - 各空間獨處 - 與他人互動 - 與社區居民 - 支持願景、照護價值與目標
規劃、設計準則	評估表	評估表	評估表	評估表	評估表 設計檢查表	評估表	監管工具

(資料來源：本研究整理)

第六章 高齡者療癒/育性社區之案例研究

第一節 療癒/育性社區

本報告的第四章第一節，已從「療癒性環境」之理念與內容，進一步設法建構出「在地老化」的「療癒/育性社區」，從而將之連結上「年齡友善城鄉」以及「在家老化」的「療癒/育性家屋」的理念與實務。同時又包含了「社區照顧」服務體系所演生出來的種種設施，以及早已出現的醫療、照護設施，如醫院、診所、護理之家、老人安養、養護機構等。也因此本團隊所研討之個案案例先以「社區」為對象。

倒是，我們得注意「在地老化」的理念價值，藉著「社區照顧體系」以及「療癒性社區」之建立，在理念上或有其合理邏輯，但現實裡仍有其問題點：

1. 「社區」、「鄰里」的差別：一般言「鄰里」的環境尺度會小於「社區」。「鄰里」又特別指緊密的人際關係，「年齡友善鄰里」在軟硬體上都容易達到。相對的「年齡友善社區」或「城鄉」，尺度擴大了，要達到友善則需更多努力。
2. 一般都市地區，不見得有「社區」、「鄰里」出現，反而「生活圈」概念使得人際關係呈現另一種型態的「社群」（同樣可以 community 稱之，但中文只能用「社群」）。相反的，鄉下地區「村里」有緊密的「社區、鄰里」，可是「社區照顧」服務體系的分散，則產生交通問題。這是城鄉環境的差別所在。
3. 另值得注意的是對照顧高齡者而言，「社區」其實有兩種：一是一般住在家的老人，所居住的即有社區、鄰里。另外一種是刻意為照顧老人，而集合多位老人居住在一起之「社區」，如安養社區、養護機構，甚至老人公寓等。這種「社區」顯然不同與前述的一般社區與鄰里，而是老人入住這種自己不熟悉的機構、社區、公寓，他們必須逐步適應它。以下所評析的案例即包含了此類「社區」。

另外，前述「療癒/育性社區」之理論建構也提到，其實其內容包括了老人日常生活的種種行為與場所。前文所強調的多是社區照顧、照護的環境，其實從「成功老化」角度言，老人仍有主動之一面，包括熱中健康活動、學習活動、志工活動、宗教活動等，甚至仍然在工作。以下再特別陳述其中三種：

一、志工場所

對於健康的高齡者，現政府各機關、單位或民間公益社團、法人，多有「志工」之招募，一些生活無虞之高齡者多可參加，貢獻己力給社會。基本上各機關、單位也準備有不錯的制度與空間給這些高齡志工，這是值得讚賞的。倒是「參與志工」之事多出現於都市或都會地區，鄉鎮村落則較

少。除了地方寺廟、宗祠或教會這些地方上有關的信仰設施，會因傳統習俗或信仰關係，高齡者會很自然的參與外，其他地方社團、法人也是有可能，但是數量不比都會區。這方面是在鄉村地區講求全面之療癒/育性環境時，一項該關注的問題。因為地方上「志工參與」的場所、空間可謂為全面性療癒/育性環境之一環。

二、工作場所

有關高齡者之延長工作年限，歐洲 OECD 組織（2006）特別強調高齡者之「公共年金」與「退休制度」的重要性，還針對上述延長工作年限問題，提出「延五年」、「彈性看待」的原則。我國勞工委員會（2008）也提出一《高齡化社會勞動政策白皮書》。吳麗雪（2015）曾做了相關調查研究，指出：

1. 高齡者持續工作不利於提升高齡者的生活滿意度。反而不少人選擇提早退休。
2. 橋樑就業經驗有助於提升高齡者在生活情境下的正向心理、情緒。
3. 彈性整合女性勞動力，是未來重要勞動政策。
4. 應該依不同社會階層之需求，設計促勞之政策。

就一般的瞭解，都市地區高齡者除非受生活經濟窘迫，才會尋求延長工作。或者一些家庭事業之高齡成員，多半會持續地工作。鄉村地區則因為年輕勞動力的欠缺，尤其一級產業所需人力，多靠中高年齡層支撐。加上傳統社會之勤勞美德，高齡居民多會延長工作年限。上述後二者的狀況毋寧對老人是好的，除非是身心體能開始明顯衰退時，才不好繼續。也因此產生上述吳麗雪所指出的第 2、4 項建議。倒是第 1 項的提議，則又顯示普遍的國人高齡者還是有著傳統觀念：「老來享福」才是理想的老年生活。至於第 3 項之提議，正式回應女性生命餘歲較男性高的必然狀況，尚且男、女性對工作之態度顯然因為各自處在不同的社會情境之下，得分別關注其勞動力的發揮，尤其未來的超高齡社會。事實上，上述的志工參與也應特別關注占大宗的女性志工之機會與場所的開闢。

三、宗教場所

王維邦等（2015：71-106）曾完成一項研究〈社會關係、宗教參與和高齡生活福祉〉。利用了「台灣社會變遷基本調查計畫」多期次資料庫之資料，一方面檢視了跨年齡組別之社會關係：繫屬關係（intimate or binding relations）；結屬關係（bonding relations-friends）；歸屬關係（belonging community）；社會資本層次（social capital）則來自個人的社會連繫與網絡，其資源有助達成個人目標與行動效益。換言之，若能維持這些社會關係，加強參與程度，能豐富個人生活安排，對生活福祉有正向影響。

他們得到以下發現：

1. 宗教參與對於高齡者的生活福祉，具有重要且正面之影響。

2. 其效益愈老愈不見得會下降。
3. 比無宗教者更為快樂，更自覺健康；尤其信仰基督宗教者更為明顯。
4. 信徒更多參與志工與宗教團體活動，增加社交。
5. 對個人私自之活動其影響力不明顯。

由上可知，我們在社區內營造高齡者之「療癒/育性環境」，不可忽視宗教場所、活動之存在與否，包括其可及性或它們在高齡者生活環境中之文化象徵意義。換言之，其建築、環境意象，甚至有形、無形之文化資產的保存、維護都必須注意。

第二節 社區之個案研究

本研究關注的高齡者居住環境的一項新理念：療癒/育性社區。究竟在台灣的確狀況如何呢？東海大學建築系師生組織一個研究團隊，參加了學校 GREENS 研究總計畫四的一個有關高齡者療癒性環境之分項計畫，以及一個科技部支持的療癒性社區之專題整合研究計畫的子計畫。本研究團隊至今已涉入到四項個案研究：它們分別是 1) 都市社區：台中市綠園道高齡者使用調查。2) 客家社區：台中市石岡區。3) 閩南社區：台中市清水區。4) 東海大學退休教師退休宿舍。採取的研究方法包括實地觀察、田野訪問、問卷調查。調查之目的即是以台中市以上四種社區為對象，檢視其做為高齡者之日常居住環境，是否具備了「療癒/育性社區」之要件，有多少面向符合了？又有多少要項至今仍缺乏？知道了這些，就能進一步設法彌補這些缺憾，使高齡者的生活環境的確成為「療癒/育性社區」，對他們發揮「療癒/育性」之效果。以下即精簡的描述上述三種社區做為高齡者的療癒/育性環境之優缺點與特質。

另外，本研究收集到二處國外新規劃、設計的「老人社區」，分別是日本的「聰明社區」以及荷蘭的「霍格威失智老人村」。二者是很特殊的個案，顯示了二國一些人士在創造老人「療癒性社區」上，均發揮了相當創意，其目的也都在設法滿足當代老人各種狀況下的特別需求。值得我們考察、評析，至於是否值得學習，恐怕還見仁見智了。

一、台中市社區案例研究

1-1. 都市社區：台中市綠園道。

台中市 2015.2 高齡人口有 269,376，占全市人口之 9.9%，而且每戶平均僅有 3 人，可謂為年輕的城市。台中市的都市計畫與設計有一項台灣其他城市少有的元素，也就是所謂的「綠園道」(greenway)，它是台中市長期發展下，逐漸出現的線性自然廊道與開放空間，供市民日常活動之用。本研究團成員張哲偉、張政萍曾以之做為研究對象，考察那些段的綠園道高齡市民使用頻繁？結果發現僅有五處強度較高，分別在七期的「市政園道」、「東光園道」、北區的「太原」、「進興」與南屯區的「柳川」園道上。後三段園道寬度較窄，其上有較多的樹木遮蔭、鋪面與運動設施；而東光園道基本上樹亦多但沒有什麼設施；市政園道則較少植栽，僅加上一些鋪面。其中以後三段園道，高齡者使用得最熱絡，包括跳土風舞或聊天聚會，甚至老人家自行帶傢俱到此，形成一個高齡者特有的「活動場所」。「市政園道」高齡者使用人數其次，活動較多散步遛狗等。「東光園道」相較之下，是有高齡者來此散步、休憩，但人數亦較少。這些老人家基本上都是居住在附近的社區。

總的看起來，綠園道目前高齡者使用強度達一程度的區段，其實不多。為何是這些區段仍需進一步追索，但三處老人聚集較多的，顯然是因為原來有些基本條件出現，再引動老人自願經營出活動的場所。

若能辨識綠園道附近社區高齡者人口較多者，後續可進一步檢視各段，進行高齡者戶外活動與綠園道設施要求之調查，甚至可以參與式設計方式，進行改造，以使附近高齡市民可多加利用此綠園道。

1-2. 客家石岡區（台中市山線區）

石岡人口 17,514（2012 年），老年人口 2,203，占 12.58%。身心障礙人口共 931 人，各類障礙者與老人較有關的，所占比例如下表。

表 6-1：客家石岡區各類障礙者與高齡者比例

障礙	人數	占區老人比例 (%)
失智症	29	2.58
重要器官失能	105	11.28
植物人	1	0.11
視覺障礙	37	4.51
聽覺平衡障礙	127	13.64
聲音、語言功能障礙	16	1.72
慢性精神病	97	10.42
多重障礙	93	9.99

（資料來源：關華山，2015）

另有自閉症者 0.32%、顏面損傷 0.16%、多重障礙 9.99%、智障 11.71%、肢障 32.87%、其他 0.62%。

倒是 2013 年石岡區做過一項「居家安全與改善」的問卷調查，共訪問了 200 位高齡者，其中有幾項發現值得提出：

1. 受訪老人多為不識字、國小或初中教育程度（約 90%）；大部分為家管（57.5%，應指女性）及農夫（23.5%，應指男性）。
2. 天天運動的達 64%，每週有 5、6 天的也達 13%，運動的時間半個鐘頭到一個鐘頭、更多的達 85%。約 6 成為散步；農務勞動的也達 21.5%。
3. 居住安排方面，三代同堂以上的達 76%（44.5%+31.5%）；尚有輪住習俗的 4%，與配偶同住的 11%，獨居的 9%。
4. 身體狀況行走自如的達 77%，需柺杖/輔助架的 9%，輪椅者 3%。九成以上三年內無受傷，曾跌倒的不過 3.5%，其他傷害 2.5%。
5. 有關居家環境方面，浴室普遍缺乏止滑處理，或缺扶手。臥室的傢俱及牆壁也沒有防護設計。樓梯亦缺防滑條及雙向扶手。顯示一般家庭之房舍並無特別「無障礙」處理。
6. 整體言，平均的快樂程度為「良好」。對目前住宅環境與設施也覺得「良好」。

該次調查尚隨帶辦理各種健康促進活動，其中對於「防跌」，評估了 153 戶住家，也全部參與了改善活動。另方面 391 位老人進行了「健康檢查」，350 人需後續追蹤，也顯示老人健康仍有隱憂。

本區低收入戶（2012）有 104 戶 259 人，至於是否包涵老人家戶，無資料顯示。

1. 環境

石岡位於大安溪從中部山區進入台中盆地的出山口長 6.326KM，4.576KM 寬地帶，是為大安溪沖積出來的河階地。呈三段佛手型深入新社高地，面北面東溪谷及對岸的東勢河階地與卓蘭丘陵、高地，屬客籍人士的聚居地帶。全區面積 18.2015KM²。

由於河階台地肥沃，早年即為客人屯墾之農田，臨新社之山丘地帶多年來已成為種植柑橘的菓園。至於中部山區與平原地資源交換集散地之任務，則讓位給東勢。石岡近十多年來才出現山上蔬果冰凍、運輸業，但隨著 921 之後中橫封山，這些行業也受挫。有不少老人家仍從事著農作勞動，包括柑橘種植，但也面臨後繼無人的困境。

石岡對外交通主要靠東西貫穿的豐勢路及其上的公車，由於交通量大，對於老人穿越馬路是有安全之虞。

石岡早於 1977 年即於大甲溪建有水壩，做為供應大台中地區水資源的重要設施。921 大地震帶給石岡及附近東勢、新社均有重大創傷。也因此重建工作於後陸續展開。包括鐵馬生態廊道、鄉公所、國中、小等公共設施建築重建，及土牛里劉氏夥房整建、石岡遊樂園之開發等。因此引入觀光旅遊活動，帶給石岡新的產業收入。住宅、建築方面也由傳統磚房、土埆厝更新為 RC 造。唯中低收入戶之住宅品質較差，影響其高齡者之生活。尤其這些新舊建築多數缺乏無障礙設計，是為高齡者之威脅與挑戰。倒是前述之「居家安全與改善」調查與活動對 153 戶住家在「防跌」上做了些硬體改善。

2. 各類支持

在高齡者之健康照護方面，石岡本地有的設施其實不多。

醫療方面的設施，石岡有公部門的衛生所，發揮效用不大，只顧一般小病及老人慢性病、定期抽血驗血服務。「石岡診所」則為趙凱醫生 2010 年來此開設，看診半天，發揮相當功能。另有清海醫院是為一精神病院，床位共 248 床，照顧之病患來源很廣，對石岡老人無直接關係。倒是 2007 年設置的「養生園護理之家」，共 99 床，服務對象包括二類：輕度失能老人及多重症老人（亦附有日間照顧）。入住者一半為石岡老者，換言之，對於石岡老人之照顧有直接助益。藥店 2012 年有 14 家，醫療器材 7 家。西藥局 2 家，中醫診所及藥店 5 家，顯示客籍社區的特色。

目前石岡有的社會福利服務方面供給者，在 NGO 方面有二：老吾老基金會，及華山基金會，二者均在石岡設置服務站。前者主要提供送餐；後者則借助志工，以「關懷」及各類「生活服務」直接支持區內弱勢之老人。

在教育設施方面，石岡有 2 國小、1 國中及 1 區圖書館。其中圖書館一樓有一小區陳設為銀髮族圖書專區，也舉辦過相關活動。至於老人活動只利用了石岡國小的中庭、川堂、籃球場，早上 6 點到 7 點，晚間 7 點半到 8 點半，各有二種運動，早有太極拳、元極舞；晚有外丹功、有氣舞、韻律舞，是為石岡里、萬安里各別的活動，但人數均不多，不及 10 人。

石岡區行政上分 10 里，當地居民習慣稱下五里（金星、石岡、萬安、九房、龍興）及上五里（萬興、梅子、土牛、德興、和盛），這也顯示了地理區位的先後，以及對外性的差異。各里均有「長壽俱樂部」於每月選一日有 2 到 3 小時的活動，大多於里活動中心舉行，參與的老人不算多。另外，各里亦有「媽媽教室」，聚會時間大多以彈性方式，地點也多在里活動中心，參與的多有高齡婦女。

事實上，各里均有自己的社區發展協會，是為社團法人，與行政的里長、幹事搭配行事。上述二種組織，均為里及社區發展協會共有之班或團體。另外還有其他的社團班隊，分別從事不同的活動，如：土風舞、武術、曲藝、舞蹈、歌謠社、志工隊、誦經班、環保志工、健行隊等，相當多樣，利用的場地也很多樣。

石岡客籍居民，有 9 個大姓氏族，各有其夥房、宗祠，由上下五里數下來，包括了張、林、黃、郭、林、廖、劉、連、劉。其中林、劉各有二宗祠，顯示此二姓人數最多，所以分二地建自己分支的夥房或宗祠。各氏族的夥房、宗祠一年內各有自己的祭祀祖先的活動，平日也總有輪班照顧房舍、出入其間，成為族人、尤其老人家非正式的聚會場所。其中土牛劉氏宗祠，因為其合院、泮月池格局完整，建築古老，921 地震時被震壞，藉由外界、公部門之支持，重建回來，煥然一新。目前兩廂已設置有展覽室，介紹各里及石岡客人在地文化歷史，成為區內熱門觀光點。

石岡區也有一些高齡退休居民自發性的組織團體，譬如退休的水電工、木工組成了一個服務團隊（長義協會），只要那一家尤其中、低收入戶的房舍水電傢俱等有損壞時，可以聯絡他們負責修復，免工錢只需付材料費。另，九房里高齡者 2012 年有感重陽節的聚會，共同釀酒，埋於里內公有地，於其上自行興建一座「九九亭」，打算來年可以取酒，共同慶祝「重陽節」。

石岡區之廟宇、教堂共有十多處，其中二處為基督教長老教會石岡教堂及土牛基督教神召會，其餘為民間廟宇，包括慈雲宮、龍興宮、萬安宮（伯公）、石忠宮（媽祖）、萬興宮（朱、李、池三府王爺）、大眾公、明山寺、五將軍廟、廣興宮、順天宮、永安宮、以及 77 個大小伯公祠，還有將寮（五營）。畢竟高齡者多需要宗教信仰支持其心靈，熱絡的宗教活動有助於他們例行生活的豐富度。

有關石岡區的開放空間與綠地大致分「前台」、「後台」之別，這是就觀光客與在地居民而言的。前者包括東豐綠色鐵馬廊道（含五分車懷舊公園）、情人橋石岡遊樂園、石岡水壩、五福臨門神木等。至於後台則可包括：八寶、電火二圳生態步道、土牛運動公園、和盛、德興社區公園等。基本上石岡老人不太會涉入前台，頂多在一些鄰近的小綠地，休憩、觀看鐵馬道人來人去（由外勞推幾位坐輪椅的老人家，於鐵馬道旁的樹蔭下休憩）。至於後台則成為石岡老人散步之主要場所，以與自然景色接觸，享受較好的空氣與寧靜的氛圍，或進行一些簡單運動。

3. 小結

整個看起來，以前述「療癒性社區」之可操作性定義來檢視石岡區之現實諸條件。我們已可掌握其突顯處與不足處，以下進一步以 SWOT 觀點來總結石岡區之現實與未來。

台中市石岡區之產業仍以農業為主，2015年2月高齡者人數達2294人，占全區人口15731的15%（2014）。但是全區每戶平均人口數才3.14人，可見人口老化嚴重，且家庭支持力堪慮。

石岡此以客籍人口為主的「大社區」，相較其他社區，仍可謂保有較濃厚的氏族與家庭之聯繫，給予高齡者相當程度之親屬支持，這包括前述的姓氏宗祠、夥房，以及偏多的三代、多代同鄰（不見得同堂）的家戶。另外，教會也有，加上眾多廟宇、伯公等，傳統設施機構從事之活動本身是傳統的，雖不直接關連到老人照顧，但顯然提供老者社會參與之機會。倒是這些傳統設施多數並沒有因應時代變遷，轉而以「小公」之力量直接支持老人照顧之各種可能之事務，這就顯得有些可惜了。這正應該是未來努力的目標之一。

石岡仍以農業為其主要產業，不少老者亦仍務農，平日勞動或為興趣，都是好事。種植的作物很多樣，可供應地方小區域市場，或自家食用，鄰居交換互送，增加高齡者之間的互動也很好。但是各家族缺少年輕人接手農作，則令老人家憂心。再加上化學肥及殺蟲劑仍普遍使用，有害身體，更有待提倡施行有機農業。

除了菜圃果園，石岡仍有些自然綠地，如土牛運動公園及呈帶狀的二條水圳，連帶社區小公園及觀光鐵馬道沿邊緣地，都是老人家散步活動的好地方，只是這些空間目前並沒有注意到高齡者的特別需求，給予安全適宜的設計安排，又有些可惜。

整體看，公、私部門提供給石岡老人的醫療、健康照護及社會福利服務是有一些，且幸運的有趙凱醫師開設之「石岡診所」，只是並不周全。譬如整個石岡本身也缺乏安養、日間及短期照顧、養護設施，必須仰賴豐原及東勢的相關設施以及醫院。尤其公部門台中市的區衛生所並沒有逐步轉型關注老人之照顧，更未建立個案管理機制，因此無從主動掌握區內老人之身心狀況，以及其各方面之支持需求，也因此無法展開全面的有系統的社區照顧工作。

總言之，石岡區距離良善的療癒/育性社區還有不少待努力的空間，需要公部門及NGO、私部門及石岡本地居民的覺察，以及互相搭配、分工合作，才可能竟工。其中公部門對整體的願景規劃尤其責無旁貸。

1-3. 閩南清水區（台中市海線區）

清水原為街鎮，納入直轄台中市後改為區。全區有10355位（2015年2月）老人，占全區約12%，已屬高齡化社區。由於海線鐵路通過，靠海又有台中港，所以社區類型有漁村、農村以及街鎮社區，另外還有外省籍軍眷村改建的新社區。

1. 眷村社區

清水的中社里在過去就設置了不少陸空軍眷村。2015年2月全里人口達3124人，有1159戶，每戶平均僅2.7人。2015年1月老年人口有439位，約占全里人14%，算是高比率的里。2007年幾個陸軍、空軍眷村改建，在較大的原基地出現了14棟高層公寓住宅，改稱「陽明果貿新村」，有696戶。由於其中陸、空軍老眷戶為數不少，大約400多戶，因此該村老年人口相當多。

公寓大樓內也有少數小店，包括理髮店、7-11。倒是附近有小吃店，及台中港區藝術中心，可供老人消費及參與休閒活動。另外社區附近早建有「老人安養中心」，但區公所無法開辦營運，閒置了多年，現今已逐步再次整建開辦各相關服務設施，此部份請見設施案例章的第五個案「清水失智老人團體家屋、日照中心」。

現有老吾老基金會主持之關懷據點，位於社區一棟大樓的地面層，空間很大，可以帶給社區高齡者多種復健、社交之活動，並提供餐食之服務。戶外亦有多處夠寬大的庭院，只是因大樓群之微氣候與日照陰影緣故，經常被老人使用之空間不多。週間亦有菜車來此兜售，方便高齡者自行開伙。鄰里之間也多有熟識熱誠之親朋好友，加上地方選舉與固樁腳活動頻繁，均可增加居民尤其高齡者之互動與社區意識。清水尚有一「竹籬笆文化協會」，是眷村第二三代子弟為保存眷村房舍與文物而成立。這也與中社里「陽明果貿新村」老人家的懷舊有關。

2. 農村（菁埔里）

相對而言，農漁村的老人則沒有那麼幸運了。以農村菁埔里為例，全里老年人口 324 人，占全里 11.63%（2014 年）。全里 2015 年 2 月，人口有 2782 人，735 戶，所以每戶平均人口數為 3.8，算是高的了。2015 年 1 月的老年人口數為 383 人，占全里 13.8%，也算高的了，均顯示農村社區的人口特質。該村產業主要為農業，但多年來愈來愈多工廠出現，不止改變地景，也因農業人口老化，農業本身也消退。也因為如此，雖然老人家的住屋已多改善為透天厝、水泥房，但因家戶節檢，住屋無障礙設計、社區內照顧設施普遍缺乏，加上老農夫、農婦也隨農業的衰退不被親人看重。鄰里內雖有角頭廟縣安宮，土地公也落座在村邊緣，但並沒有特別提供給老人的活動。社區相關的活動也缺乏，使農村老人普遍生活單調，有的甚至缺乏平日可提供照顧的家人，處境堪慮。鄰里內的一般生活設施僅有 7-11 及一雜貨超商。倒是有一「社區關懷協會」在村口，「社區老人活動中心」則位於一棟 2 層樓住宅之一樓，均未發揮應有之功能。社區道路亦顯窄小不規整，有緊急事故時車輛不易駛入。且鋪面不平整，又缺路燈，老者夜間行走徒增危險。

這眾多問題使得此閩南農村作為老人家生活場域顯然有許多可以改善之處，才得以趨近於「療癒/育性社區」。

3. 農漁村（高西里）

本里有魚寮、海口仔、田中央仔與下厝四小區，面積 1.61km²。2015 年 2 月全里 1574 人，465 戶，每戶平均人口為 3.7 人，在清水也算是人數較多的里。全里老人有 225 人，占全里總人口的 14.3%，老化程度很高。近年因為高美濕地的開發，引來遊客。也使得一些年輕人回鄉參加保育的工作。

基本上本里有農業，亦有些人家捕魚。有漁會組織，漁會活動中心很活絡，老人多所參與。里的內部僅土地公及文興宮二地方信仰設施，老人活動卻不多。另有一清水幼兒園，倒是方便老人家接送孫子女。每日上午有菜車巡迴社區販售，另有一雜貨店及一小吃店，其他設施如高美國小、派出所、全家、小吃店、書局、雜貨店（兼郵局），均位在東邊外圍濱海公園的旁邊。如要看病則與其它社區一

樣，往清水街上的各種診所，以及沙鹿、梧棲的童綜合醫院、光田醫院、明德醫院，三者均有康復巴士接送老人家就醫。

透過調查 7 位老人家（3 女 4 男），居住的住宅多為透天厝，普遍老舊，平均達 50 多年，而且坪數偏高，可達五六十坪。但是也有二位老人家的住屋只有 16.20 坪，可謂相當小，且為夫婦居與獨居的狀況，顯示仍有老人家的需求有必要特別關懷。但是相較之下，此里老人家比農業菁埔里的社區老人要活躍很多，主要是漁會仍發揮相當聯誼功能。

4. 清水市街社區

清水於台中縣轄下時為「鎮」，因有海線火車通過，成為市街。改為台中直轄市後，歸為清水區，真正的市街則包括了幾個里：中興、靈泉、清水、文昌、南寧、西寧、北寧、西社、南社里等。

若檢視主要的中興里、靈泉里、文昌里與鰲峰里，每戶平均人口數與老年人口占全里比率，如下表所示。

表 6-2：每戶平均人口數與老年人口占全里比率

	(2015 年 1 月)			(2015 年 2 月)		
	總人口數	老人口數	(比率)%	戶數	每戶平均口數	總人口數
中興里	540	106	19.6	179	3.28	538
靈泉里	1296	206	16.9	404	3.20	1292
文昌里	884	143	16.2	279	2.95	882
鰲峰里	1342	233	17.4	454	3.16	1338

（資料來源：關華山彙整，2015）

這四個里的老人口數占全區比例比前述農、漁、眷村都高，但是每戶平均口數卻比農漁村低，又比中社里高。相較之下，居住在鄉鎮上的老人日常生活是比農、漁或眷村老人到達各種所需之設施，是要方便得多。因為鄉鎮上有市場、廟宇、教會、郵局、銀行、火車、公車站、診所、公園綠地、衛生所以及各種提供老人服務的設施等。但是我們的鄉鎮一般道路並沒有人車分道的安全人行道，除了一般的騎樓（但是騎樓也多斷續，或有人占用，地坪有高有低等問題）。換言之，老人家採步行來去市街，並無很好的無障礙環境，反而有大量的汽車、摩托車穿梭在道路，對老人家而言，安全的確堪慮。如果再考慮老人家多半居住的透天厝，多數沒有「無障礙環境」的設計與處理，均有居住上的困難。如上下樓梯不方便不安全，一樓無足夠空間設置臥房、浴廁以及照顧者房間，通風採光不好。如果家裡尚開店，做生意會干擾老人家生活等諸多問題。

以整個清水區來看，區的衛生所看來對於人口老化，尚無因應之任何作為。並沒有針對老人家及其家庭提供任何照顧上之措施，相當可惜。甚至「華山創世基金會」設在清水街上的服務站，也只是開闢了二手貨店面。雖然其服務對象廣泛包括對失能、失智、失依老人的照顧，但落到社區這麼小的點，並沒有這些功能，同樣很可惜。「清水老人會」此民間團體看來營運得尚相當活躍，但參與者多是社會有地位者或健康者，舉辦之活動並無「照顧」層面。換言之，還停留在過往老人「交誼活動中心」之層次。在街市裡的「清水老人文康中心」也算是公

有之設施，但其作用也不過是讓健康老人平常多一個活動去處。

清水區現今有諸多社會福利團體，共 56 個，占整個民間團體的 38%，不可謂不多。但這些社福團體僅 9 個直接與老人有關（5 個老人會，1 尊親會，3 個關懷協會）。依在地人稱，有些老人會與選舉有關，包括清水老人會都是 1973 年中國國民黨所成立的半官方性質社團。事實上，許多其他的老人會則多不運作了。「木棉花關懷協會」倒是在中社、菁埔、國姓、橋頭、高美、南社里各設置了一個「關懷照顧據點」，從事不少老人的居家關懷、照顧服務、家事服務，與樂齡學習活動。

清水有的宗親會只有 3 個，大不如客家石岡區，而且也只是祭祖之用。另外，清水各里或社區成立了 32 個社區發展協會，2010 年至少有 28 個辦理了「長壽俱樂部」，但是我們前往高西里，菁埔里並沒有發現社區發展協會積極服務年長居民。

1-4. 小結

本文除提出有關高齡者「療癒/育性環境」的理念，還進一步講求落實到「療癒/育性社區」此理念，因為實際上這是老人家最基本的生活環境。在未來我們的人口老化已到超高齡社會時，需思考到這些環境必須具備完善的「療癒/育性」構成所謂的「療癒/育性社區」，所以我們試著列出其一系列要項。然後依據之，進行了台中市綠園道、石岡區、清水區的調查研究，由之我們可以發現，一個都市如果要對老人家是「友善的」，就已經有許多軟硬體無障礙環境的功課得做的了。更何況是「療癒/育性環境」或「療癒/育性社區」。在整個都市尺度而言，「綠園道」的一些段落的確提供給老人家散步、活動一個不錯的戶外空間，但是台中市政府經營這些綠園道尚未關懷「高齡市民」的特殊要求。因為觀察一些段落老人家使用的情形，可知多是自發性的。

我們也都知道各種社區人口老化的情形不同，而為高齡者營造「療癒/育性社區」也有不同的條件，必須各社區充份了解自己的狀況，秉持我國多年推動的「社區總體營造」之精神與操作方式。首先得了解自己的社區內老人的各種需求：包括長期照顧的各種環節要求以及一般平日維持健康運動的環境。繼而掌握社區即有的資源，如包括石岡客家社區的宗祠家廟，或清水的諸多寺廟，它們的資源力量大可由祖先祭拜、親屬聯絡或宗教信仰擴及到社區的老人照顧事業上。其實許多原有的社團法人，尤其老人會、社區發展協會，甚至成員老化的漁會、農會等也均可彼此協調，分別擔負一些老人照顧之事宜。

甚至石岡趙凱醫師所開的診所，也可在醫療照顧社區老人上發揮一定的助益。公部門衛生所也應發揮相當的作用才行。「身心障礙者保護法」其細節中所稱的「個案管理中心」，也應落實於地方的衛生所，擴及至高齡者（除了擁有「身心障礙保障卡」之老人）。

總而言之，以高齡者「療癒/育性環境」與「療癒/育性社區」二理念，以及第二章長照 2.0 十年計畫所勾畫的社區照護三級體制，檢視我們自己的社區，可以知道其實是有種「百廢待興」之感覺，雖然公私部門從過往至今開始了不少服

務高齡者的各種設施與服務本身，但多處於草創初步，在量與種類甚至方式上均有很大的成長空間。眼見我們超高齡的社會即將於 10 年後發生，我們的努力太緩慢了。

二、日本スマートコミュニティ稲毛（Smart Community 退休老人住宅）

Smart Community 的開發商為任天堂暢銷遊戲 FINAL FANTASY（台譯「太空戰士」）的日本遊戲軟體公司史克威爾艾尼克斯（株式会社スクウェア・エニックス・ホールディングス）的業者。

本個案基本上以「快樂」為主要訴求。大前研一於《全球趨勢洞察》書中談到如何讓日本人過著「快樂」的退休生活，特別以千葉縣稲毛區的退休老人社區「稲毛Smart Community」為例，指出現在有很多人來此見習，也有些表示「好想來這裡生活」，決定住下來的比例也很高。稲毛Smart Community住民入住後便開始各式各樣的活動，除了該社區準備的活動外，自主式的團體活動也很多，與許多同伴從事各項運動或文化活動讓人樂在其中。由於這裡備有早晚餐，得以從每天準備餐點的程序中解脫，社區距離成田和東京迪士尼也很近，能夠隨著孩子和孫輩的到來輕鬆地遊玩。^(註7)

1. 2010 年開始營運。
2. 位於千葉縣的新型規劃，為大型休閒式特色老年公寓。
3. 目標在建立健康、快樂老人的社區，通過俱樂部活動形式，讓老人享受晚年的樂趣。
4. 管理大師大前研一擔任社外理事。
5. 未來將設置醫院於社區內。
6. Smart Community 為分售公寓。年滿 50 歲以上自理能力良好之健康者，可申請購買。除購買公寓外，200 萬日為公共空間使用權利費，每個月再付 8 萬 9 千元會員費，支付公共空間維護費及早晚餐費。（日本老人年金政府月付 15 萬日，已精算在此經費下，會員可以有好的生活品質、飲食，甚至存款）
7. Smart Community 採會員制，會員都是住民，本研究團隊成員 2014 年參訪時有 400 個會員，已入住社區的約 300 人，因宣傳，每個月約增加 20 名會員。
8. 樂趣多而健康的晚年：有運動場區、戶外植栽區，活動區提供藝術文化等豐富多彩的小組活動等。
9. 另有高爾夫球場在附近，亦屬本案會員可以使用之設施。^(註8)

註7：大前研一（Ohmae kenichi）於《全球趨勢洞察》書中提到快樂的退休生活，以 Smart Community 做為案例。

註8：2014 現場訪談紀錄。



圖 6-1：配置示意圖

(資料來源：<http://www.smartcommunity.co.jp>)

2-1. 規劃設計

Smart Community 社區位於公有道路兩側，一邊為住宅區，一邊為一大棟的一層活動中心，其屋頂供作停車場。活動中心有如一大街，旁邊附有各種類型的活動室，如圖書、藝術創作、攝影、棋藝、音樂、撞球、麻將、健身房、高爾夫室內練習場及大型舞廳等，聚會空間有餐廳、酒吧等，有如一大型遊樂場。採會員制，會員的親朋好友同來，也可以付費使用。



圖 6-2：公寓於對面街廓，與活動中心距離雖只有 600 公尺，

但社區有小巴士循環載送住民來往兩處。

(資料來源：本研究拍攝)



圖 6-3：各空間設施

(資料來源：本研究拍攝)

2-2. 空間之療癒特質分析

Smart Community 活動設施

1. 無障礙設計，配色清楚簡單
2. 當代日本高齡者喜愛的情境調性及布置
3. 動線簡單、清楚，視線穿透性強
4. 各活動區無隔間，僅以傢俱做區隔，有益交流
5. 注重燈光設計，照明佳，柔和不刺眼
6. 各區多休憩座椅設置

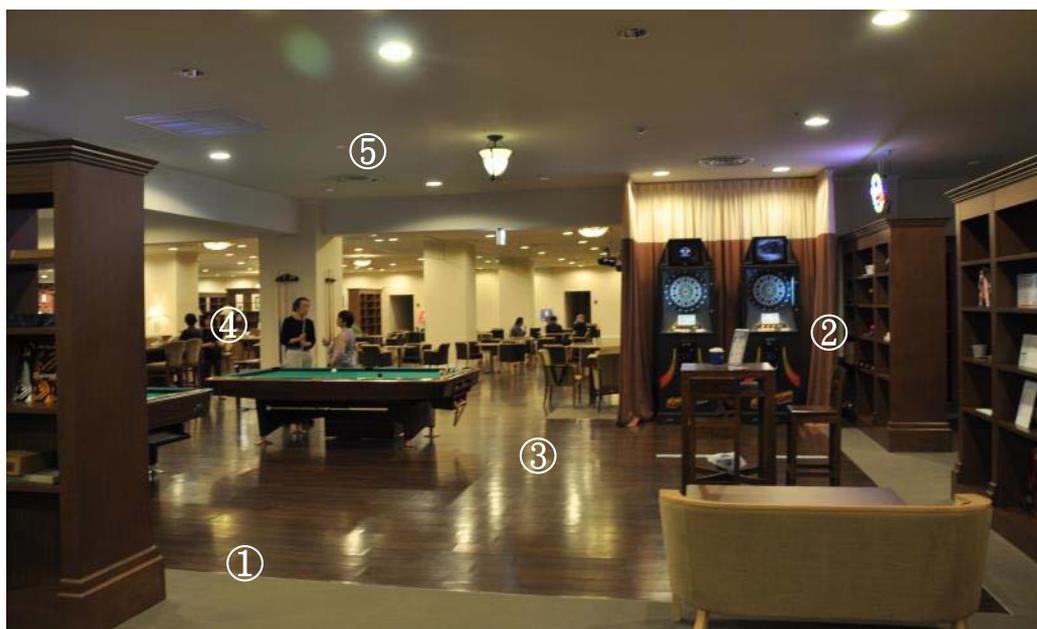


圖 6-4：大開間活動設施特質分析

(資料來源：本研究拍攝、加註)

2-3. 評估與小結

此 smart 社區表面上的確一切以「快樂」為主題，顯得令人欽羨，可是這也是它的弱點。因為每個入住的居民，個人「老化」的命運、尤其老病死身心變化狀況不一定，也就是不可預測。一旦居民生病、失能、失智，即影響到他在該社區的許多設施、場所、活動之使用與參與，很可能即刻受限。而居民生活所需之各種其它支持，則又付之厥如。他是否願意繼續支付月費，居住在此，恐怕遲早要做個定奪。

如果單純回歸此社區以「快樂」為宗旨。它的確把握了一般人的「夢想」。只是它被命名為 smart community「聰明社區」，又意指什麼呢？「聰明」的「即時行樂」？也因為此宗旨，它要求入居者為健康者，而且入住居民年齡可以下降到 50 歲。這樣的設定毋寧吸引了可提早退休的特定社會階層人士。據一般的推測，他們至少應該是中高收入者，而且已累積了至少廿、三十年生活費的人士。

透過了解被吸引入住的社會階層人士之背景，我們大致可以說此「聰明社區」是為了滿足一群自認可以繼續健康十幾廿多年的人士的夢想—快樂的退休的生活，而設置的綜合設施。基本上此社區提供了居住單元、餐食、生活基本服務、休閒、運動、學習方面之場所與活動，以充實每日閒暇之時間。

但是，嚴格來說它仍是上述的綜合設施，並不見得是「社區」，因為入住之居民，基本上多是彼此陌生的，除非是有友人相約一起退休，投宿在此。頂多在此住久了，或許居民間因碰面接觸多，而產生鄰居情誼，甚至因熟識長期在此工作的人員，構成一新起的社區。然而，如前述的，一旦居民身心體能衰退，可能就又會被迫搬離此「社區」，與鄰居再次道別，無法真正的「在地老化」。

三、荷蘭霍格威村 (DE HOGWEYK) 失智者的環境療癒 (Environmental Therapy)

位居荷蘭一種全新形態的高齡失智者照護機構，是一座規劃完善的失智村。社區 150 多位居民都是重度失智症病患，需要 24 小時特別照護，直到患者去世，才會空出新的名額。每個寓所包括護工在內居住 6-8 人。目前霍格威有全職或兼職的工作人員超過 300 位，一位住民平均有 2 人照顧。全村除了失智住民外，都是工作人員，受過特殊訓練，好與失智高齡住民相處，互動的、情境的，就連美髮師也不例外。

它是一個為高齡失智者行為模式所設計的「類社區機構」，類似一般社區那樣開放，具有社區機能，但其實是以環境順應失智高齡者行為模式，在管控的環境內尊重失智高齡者的自主權，讓他們在社區內能無感於限制，安全生活在一個如常的環境裡。

占地 4900 坪的荷蘭霍格威村，看起來有如一個普通的荷蘭小鎮街的社區，生活功能一應俱全，環境優美閒適。但實際上全村以四面建築包被取代高牆，

社區只有單一出入口以利完全管控。霍格威村內對失智住民而言是一個自主的世界，失智高齡者可以隨意遊走於公寓、市街之間，咖啡廳、美容院、超市賣店、景觀花園等一應俱全，可以散步、運動、逛街購物或進行社交活動。

表 6-3：荷蘭霍格威失智村基本資料

荷蘭霍格威失智村	
創辦人	亞美羅根 (Yvonne van Amerongen-Heijer)
建築師	Molenaar & Bol & Vandillen
創立時間	2009 年
土地面積	4900 坪
每月費用	約 8 千美元 (約 24 萬台幣)
住民人數	152 名
專業照護人員	約 250 人
服務對象條件	需要 24 小時受照顧的重度失智症患者。
環境	打造成小社區形式，與一般社區生活幾乎沒有差別，如家生活一般。

(資料來源：本研究整理)

3-1. 住居簇群分類方式

為免除失智高齡者對陌生環境或顏色甚至居家布置因不熟悉而感到不安，讓住居環境更貼近個人的文化背景，此村以懷舊風格提供支持性的環境。社區住居公寓依住民原來的職業、生活習慣及特質，大致分為七種不同生活風格：傳統工藝風格 (ambachtelijk)、基督教風格 (christelijk)、文化風格 (cultureel)、高級風格 (goois)、日常風格 (huiselijk)、印度風格 (Indisch) 及城市風格 (Stads)。每區住居環境從裝飾到家具搭配不同的風格設計，尤其是在公共起居室及餐廳設計上，甚至每日的飲食安排，讓住民有如自己已熟悉的家的感覺。

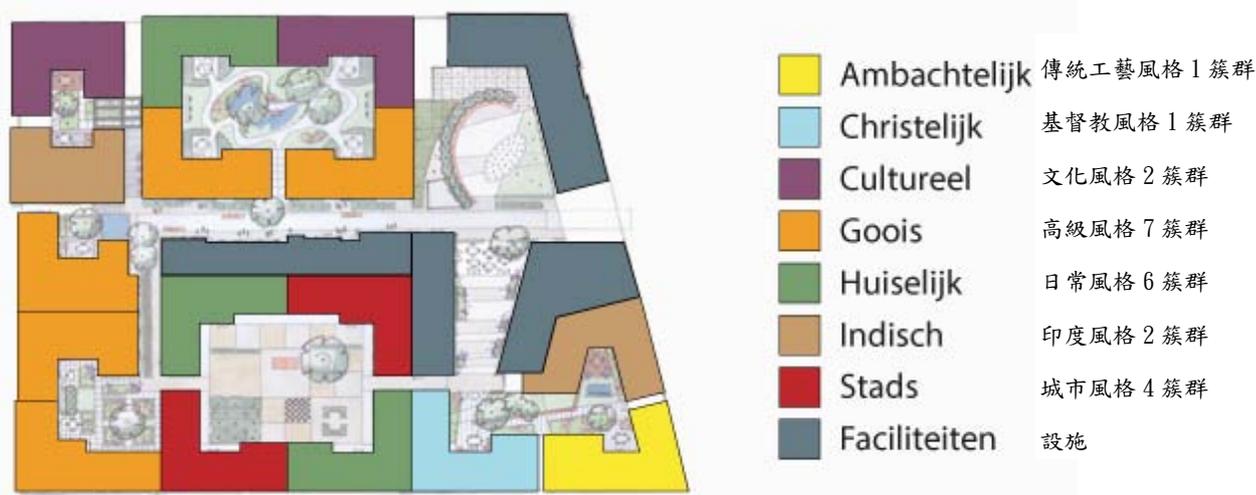


圖 6-5：一樓風格分區

(圖面來源：<http://hogeweyk.dementiavillage.com>) (本研究翻譯加註)

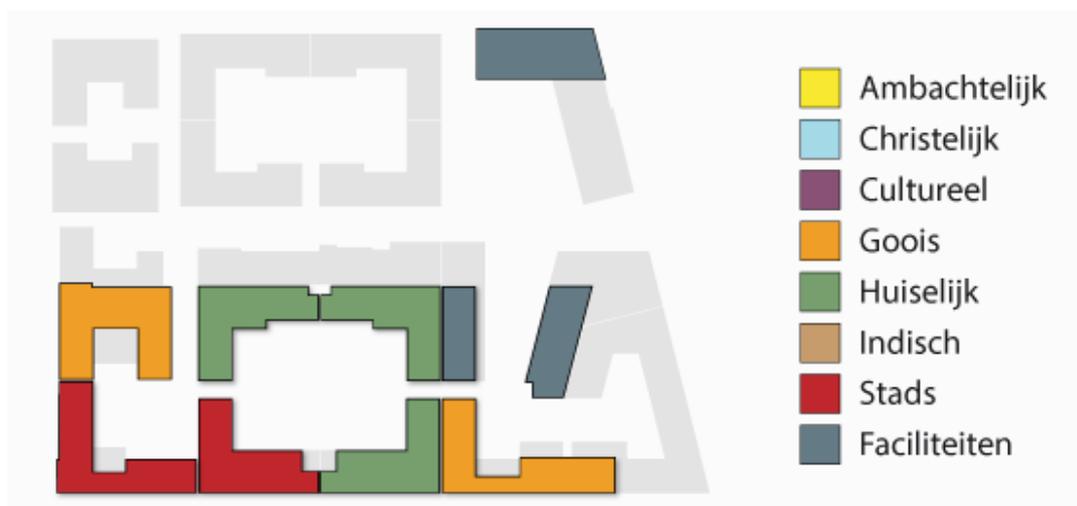


圖 6-6：二樓風格分區

(圖面來源：<http://hogeweyk.dementiavillage.com>)

3-2. 規劃設計理念與手法

Hogeweyk 失智村不是單一的住宅建築設計，而是一個完整獨立、全控的社區。

1. 街廓呈梯形，北邊比南邊短，西邊與南北垂直，東邊呈斜線。南北大致以中間寬道切分 2/5 與 3/5 兩大塊。
2. 在失智村的規劃設計中，環狀建築物有完整的圍閉性功能，成功阻隔對外的視景及動線，猶如看不見的高牆。
3. 建築物搭配室內設計及室外公共空間形塑出如一般社區周圍環境。每個住民對環境需求因生命歷程不同，會出現很大的差異。所以公寓風格分區加入歷史城鎮的意念，以高齡失智住民熟悉的景物及景觀，提供各種不同類型的情境需求，提升失智住民的認知或情感功能，降低排斥感。
4. 戶外空間以街道、廣場概念設計不同的庭園，串聯建築、通道、廣場、園林、水景等，有如日常的戶外多元街景氛圍圖像，以減少不同失智住民對環境要求的差異度。
5. 上述一樓的公共空間呈丁字型，直條的街道卻只有一邊有小店，另一邊還是住宿單元，這的確應合失智者單純專注於一件事上的心智。另外橫條部份一邊算是廣場，與另一邊有遮蓋的通道，空間性質不同。廣場可以接受南方陽光。
6. T 字公共空間的西邊與南邊分別接到居住單元簇群的小合院及小通道。
7. 居住區佔了整個基地大約有 4/5。它是由二大合院及許多小合院串連起來的。而真正的居住簇群，每個如前述基本上有 6-8 房間，亦包含照顧人員的房間。
8. 各種居住簇群變化還多樣，至於室內裝潢，如前述分成 7 種風格，以「高級」、「日常」二種分占 7、6 簇群；再其次 4 簇群採「都市風格」；「文化」、「印度」風格各有 2 簇群；其餘「傳統工藝」、「基督教」風格各有 1 個簇

群。這樣的配比應該是瞭解荷蘭高齡者文化背景人口的比例而來。而各種風格的簇群有相連、有不連的，而且彼此混雜在一起。這中間的邏輯為何？只是使之多樣有變化嗎？還是另有特殊考慮，不得知曉。

9. 全區大約南邊的一半大部份為二層樓，包括一些公共設施的二樓。全部二樓以一條長廊加上與之垂直或打斜的分支通道串連起來，構成一體的來往社區。另外還有東北角的挑高二樓大 atrium。

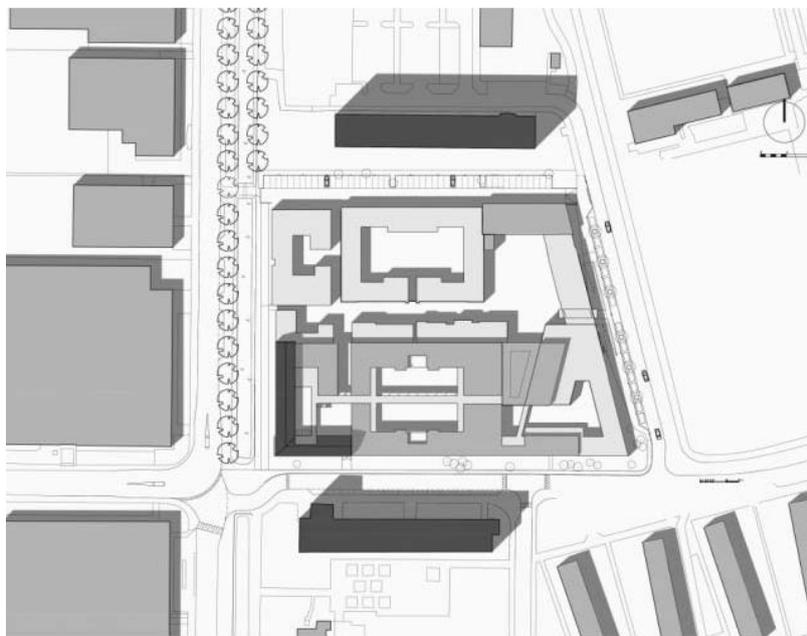


圖 6-7：全區配置圖

圖面來源：<http://hogewyk.dementiavillage.com>

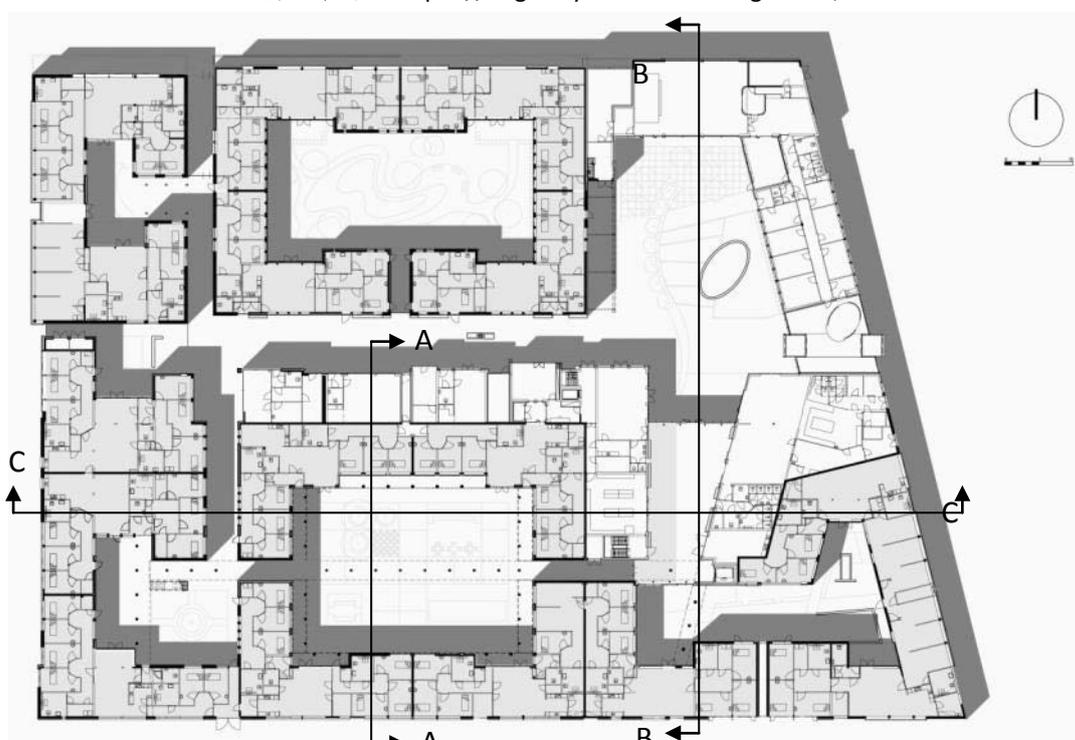


圖 6-8：一樓平面

(圖面來源：<http://hogewyk.dementiavillage.com>)

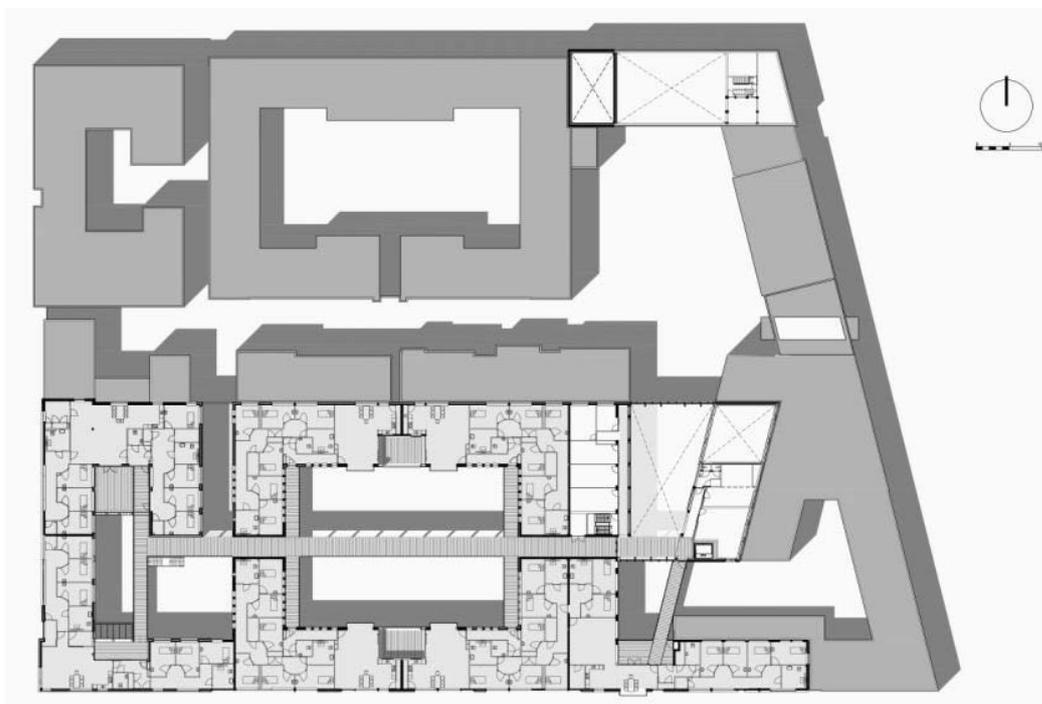


圖 6-9：二樓平面

(圖面來源：<http://hogweyk.dementiavillage.com>)

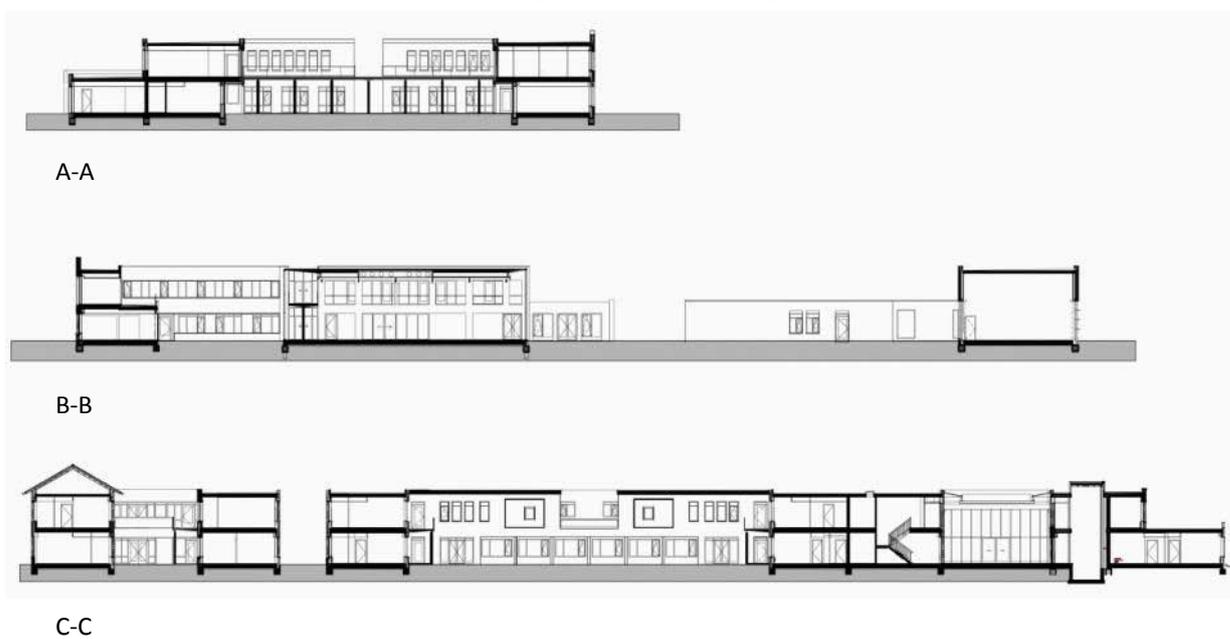


圖 6-10：剖面

(圖面來源：<http://hogweyk.dementiavillage.com>)

3-3. 公寓簇群單元設計手法

1. 六種住宿單元聚集的居住簇群，以小尺度的規畫設計，塑造親密的居家氛圍，有共用的餐廳、交誼廳，不同的簇群依風格設定，室內佈置分七樣式。

2. 每簇群設計配置雖不相同，共通性為可以容納住民約 6-8 人，其中又以 6 人為佳。公共區有共用餐廳、交誼廳及一套無障礙廁所。個人住房又以二方向走道再概分為兩區，每區 3-4 人，共用一套無障礙衛浴設備。
3. 住房都為單人房，住房單元僅標註床及洗手台，無固定家具，住民可以依自己的需求布置房間。
4. 住房均為單邊走廊設計，各有良好採光及視野。每條廊道僅連接 3-4 房，住民關係緊密，離共用的浴廁、公共交誼廳、餐廳，或是要出門到戶外，距離短，可及性均高。
5. 住民可依自己的能力、喜好，參與生活節奏活動。每簇群有專職照護人員陪伴，關注各別住民之需求。加上如家的設計，空間氛圍，可鼓勵參與協助煮飯、擺盤佈桌，或外出於社區內散步、運動、喝咖啡、購物等社區活動。
6. 倒是每簇群內各空間之區隔，有許多的門，尚且動線有的顯得曲折，似乎為西方文化或消防要求使然。

3-4. 戶外公共空間設計手法

Hogeweyk 失智村設計成一個如家的社區，看似開放，實質卻是一個被有計畫設計的封閉性保護環境。

高齡失智住民於社區內可以自由地來去，可以穿越各角落的鄰里，擁有多樣的日常生活體驗。除了呈現一般社區有的生活街道，還有非常多樣的庭園，以應合失智患者多樣的需求與偏好，讓住民可以被吸引，走到戶外，自在的在其中活動。

1. 各院落的設計，於各簇群住房單元以及室內交誼廳、餐廳、廊道，都可以看到戶外庭園景觀。
2. 從公寓單元出來就直達庭園，路線清楚、明顯。
3. 院落景觀庭園具圍閉感的環境，完全擋住外界，空間尺度趨近住家花園或社區公園，可以提升失智住民安定感，利於從事以往熟悉的活動，保持慣常的生活。
4. 多樣卻不複雜的戶外景觀環境除了充分提供活動空間，更可以提供辨識感，沒有迷路的困擾。廣設座椅區，並有系統的導入能讓失智住民主動參與的各類活動。
5. 戶外大小庭園景觀都有環形、迴路通道設計，順著道路前進就會回到起點，減少失智住民因必須選擇所產生的心理困擾。
6. 分區清楚，小院落外為小型通道，通往其他院落及大型通道。兩條主要大型通道連接劇院廣場，旁邊為辦公區域、賣店及咖啡廳等公共設施。
7. 全區大的通道設計亦為環形道路，並串連最大的四合庭園，再由此環形通道連結大小通道，抵達其它七個小、中庭園與最大的廣場。八個分區依設計主題有不同的風格設計，每區植物景觀種類不複雜，但是景觀設計及植栽不對稱，提高辨識性。

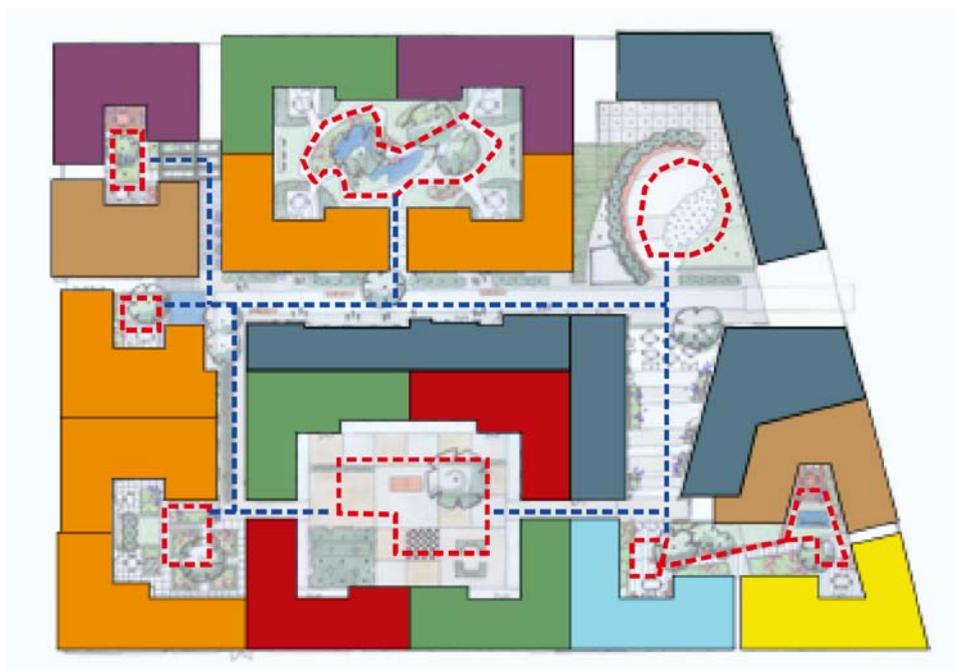


圖 6-11：景觀庭園動線圖

(圖面來源: <http://hogeweyk.dementiavillage.com>，本研究套繪)

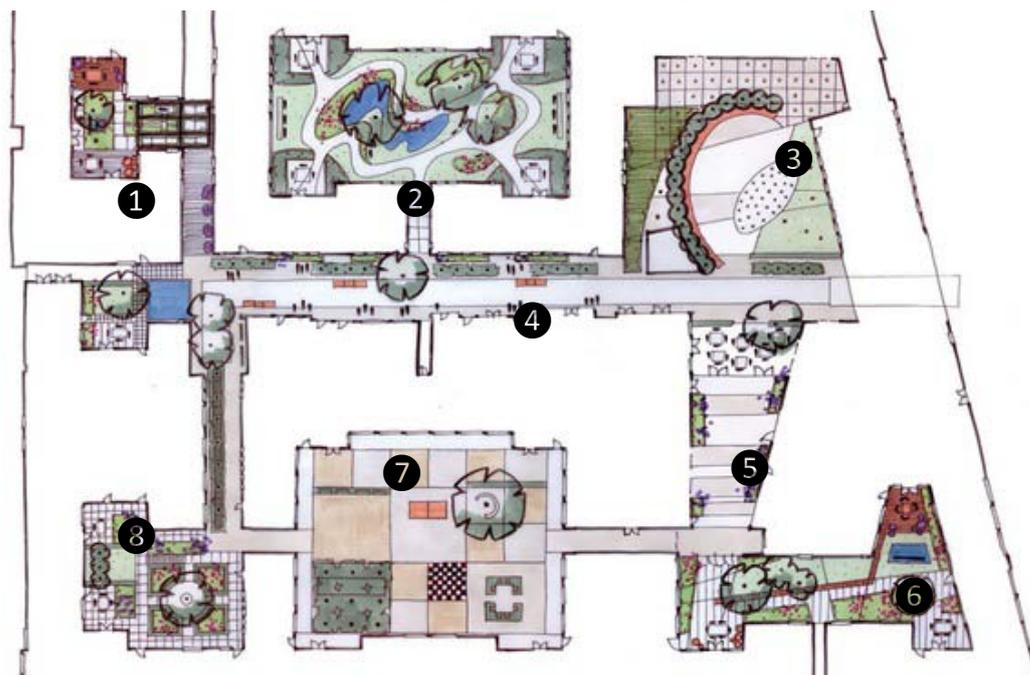


圖 6-12：霍格威村一樓戶外空間平面圖

(圖面來源: <http://hogeweyk.dementiavillage.com>)

各通道與庭園、廣場各有名字，如下：

1. 擴展大道 (Verlengde Boulevard)
2. 水池公園 (Vijverpark)
3. 劇院廣場 (Theaterplein)
4. Groenhof 大道
5. 通道 (Passage)

6. Oosthoek
7. 大廣場 (Grote Plein)
8. 格林伍德 Groenhof



圖 6-13：霍格威村全區

(圖面來源：<http://hogeweyk.dementiavillage.com>)



圖 6-14：霍格威村街道

(資料來源：本研究拍攝)

3-5. 空間之療癒特質分析

大超市：

1. 設計開闊無死角，配色簡單
2. 店型多樣如一般賣店
3. 住民可以自由進出店家進行消費行為
4. 如一般商店區之戶外咖啡座椅區
5. 動線簡單、清楚，視線穿透性強

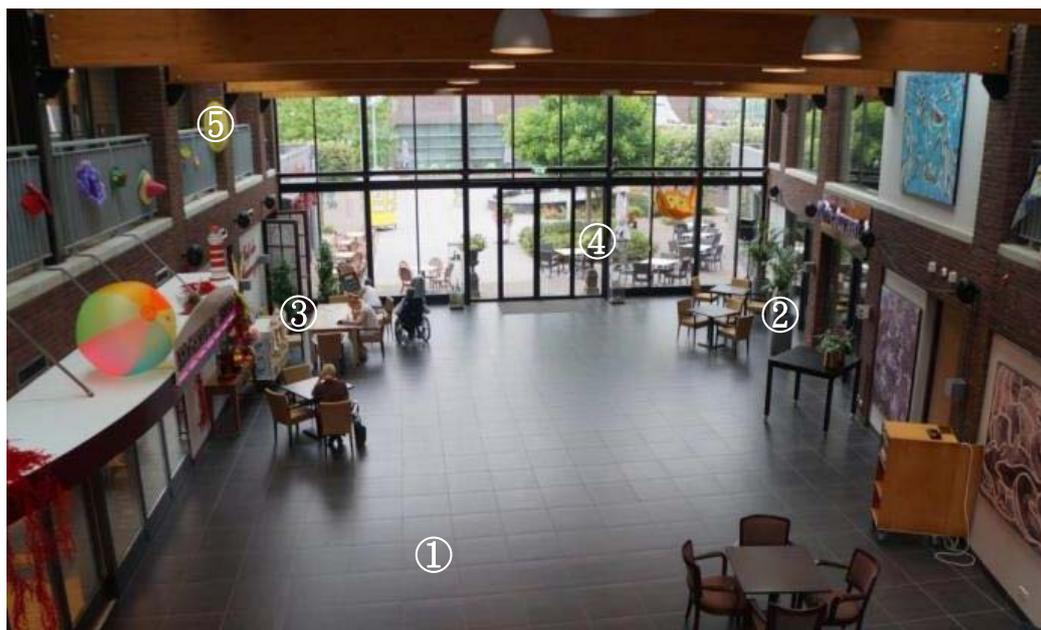


圖 6-15：霍格威村超市廣場特質分析

（資料來源：本研究拍攝、加註）

3-6. 評估與小結

1. 整體言，此失智村是一個供重度，但肢體行動尚可之失智者所居住的全控模擬社區 (total simulated community)。有如影片「楚門的世界」所顯示的，只是楚門必須是重度失智者。
2. 所以它服務的對象其實是有特殊條件的。尚且失智重度到夫婦似乎不相認，共居一居住單元。因為所有臥室單元均為單人房。
3. 而且失智重度到給他們一個模擬的社區，他們也能接受；但這只是「操弄」下的一種「接受」，因為一方面全區望不到外界。而另一方面「社區」內所模擬的，其實並非每個失智居民真正經驗的社區。而只是與他們真正經驗的有一定數量之如公約數的「吉光片羽」相似元素匯集。換言之，居民還是有限定「文化教育」背景的公約數。它無法收容超越定型的「模擬下的社區」以外的元素。也因此，此村居住簇群的規劃設計儘量容納了七種式樣，而且還有不同的比率、數量，以回應入住居民最大的公約數與歧異性。要決定這些比率與數量，肯定是主事者與規劃、設計者，共同考察思索後所設定的。
4. 也因為上述指明的「模擬社區」與居民過往經驗之真實社區的差異，正顯示在此社區的居民正失卻了「在地老化」失智者的一項好處：後者還可以前往過去經驗過的場所，儘量與心智殘留的記憶關連上，而後溫習回顧。前者則全然無此機會，而只有就「模擬社區」中上述的「吉光片羽」熟悉元素做聯想，來安定身心。事實上，兩種環境下給予失智者「安定身心」的效果，依理是只有後者發揮作用，前者的過去經驗記憶則有被壓抑、替換之狀態。

5. 至於本村有關自然的戶外庭園部份，也有同樣的問題。一位農夫住在這裡則將完全與田地、菓園、菜圃絕緣，除非親人再接他外出，回去家鄉的田野場所遊歷。尤其全區庭園還是人工化的庭園，大自然的原貌老人家已無緣接觸，除非特別安排出遊。
6. 此村收費高昂、一般人無法入住。據稱邀請其主持人或主管演講分享經驗，收費亦高，顯示了資本主義社會知識經濟的極致。換言之，本村的的確療癒/育效果是為商業機密。

從注意力恢復理論言，「失智村」的作法的確至少做到了四項：1) 應合；2) 範界；3) 內在一致性；4) 魅力。其實最後一項：「遠離」，它也做到了，也就是「遠離」真正的「現實」。

第七章 療癒/育住宅及設施之案例研究

本章論及本團隊於過去以及本研究計畫期間，曾實地訪查過的療癒性住宅及相關設施之個案的彙集，並做了深度描述與評析。主要包括了日本與國內的案例：日本的有3個，國內的有4個，彼此性質各異。除了日本積水建設二世帶住宅有多種型式，其他各種設施多為複合型的，也就是一個建築物，容納了多種長照的服務功能。唯有三案例外，一是花蓮美崙失智團體家屋，為二層樓只作單一用途。而其次一個案例—東聖母醫院綜合了長照設施與療癒性設施，分別於各地方開辦，構成一個很特別的複合事業體，它同時可以與國家地區性的長照體系連結上；也可以與一般民眾尋求療癒性生活的需求連結上。最後一個案是國內少見的「友善醫院」—彰濱秀傳醫院園區。

以上均屬「療癒性建築」，與城鄉、社區以及園藝景觀的療癒性案例，是為不同範疇。

第一節 療癒/育住宅個案研究

一、日本積水建設二世帶住宅

日本產經新聞 Business Publications Consulting 於 2012 做了一項有關「已婚職業女性與和父母同住情況」的問卷調查（實施期間為 2012 年 12 月 7 日至 12 月 11 日，以 20 歲至 49 歲、與婆婆同住的職業女性為對象，共收回 310 份有效答卷），並公佈了結果。回答者的年齡構成為：20 歲至 29 歲 2.6%，30 歲至 39 歲 29.0%，40 歲至 49 歲 68.4%。其中一項問題關於「居住形態」，居住「二世帶住宅」（除臥室外，廚房、客廳、浴室等也各自獨立，多為上下樓或隔壁）的女性，有 9 成左右，回答與婆婆的關係「挺好」。調查分析認為，與父母分別擁有各自的起居空間，可以保持適度距離感，更易維持良好的婆媳關係。

二世帶住宅是日本近年來流行的居住方式，有別於台灣的三代同堂，意指在同一棟房子內，區分成兩個單位，甚至兩個入口，讓親子三代可以在同一建築中，但可過著各自相對獨立的生活。

1-1. 二世帶住宅的規劃

積水建設的研究單位「住環境研究所」，已從事公司二世帶住宅理念設計建造的案例的使用後評估調查，對於兩個世代共居建築及滿意度結果如下：^(註9)

1. 住在一起的家人的交流空間為設計重點

約有 86% 居住於二世代住宅的家族是感到滿意的，設計一個兼容兩個家庭的房子，二家庭的交流空間為設計重點，如客廳、餐廳及廚房。另一個不錯的

註9：「同居・二世帶の住まいづくりと暮らし満足度」調査について，株式会社住環境研究，2012.5.31，<http://www.jkk-info.jp>，樣本來源為向他們下單二世帶建築的顧客問卷調查。

交會空間，如露台。

2. 交流的重點

交流的重點在家族成員一起吃飯，或能夠一起交流的客廳，或協助家事與育兒。

3. 世代的獨立性是不可忽視的關鍵點

由共同生活滿意度較高的家庭可看出，同住的家庭交流度跟各世代的獨立空間與獨立性有關。而獨立空間與獨立性的重點，在於不同世代對空間和設備的需求不同。

4. 電費的分擔

每個家庭皆有獨立的空間和設備。電費的管控與生活滿意度也相關。

每家每戶獨立設置的設備或空間有不同順位：

- 1.廁所；2.洗手盆；3.廚房、小廚房；4.冰箱；5.客廳、餐廳、起居室、茶室。

1-2. 二世帶住宅類型^(註10)

積水建設依其實務，將二世帶住宅類型概分為四種：完全共有型、完全分離型、玄關或浴室共有型及鄰居型設計。玄關及浴室共有又再區分浴室玄關共有型、和女兒家一起住型、四代同堂型、都市三層型及郊外三層型，分別以實際案例作為示範。設計方式以「關係」的安排作為關鍵點，因應居住成員關係與需求之不同，反應於空間設計，創造共享空間與獨立空間，並依據生活習慣及使用需求調整格局、動線與機能。

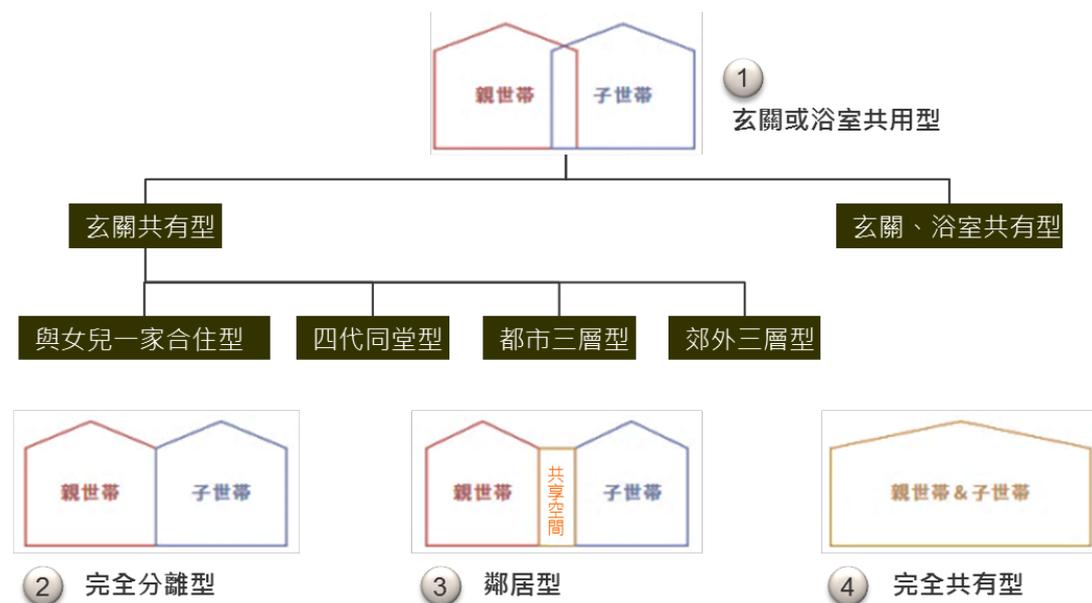


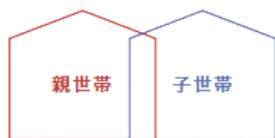
圖 7-1：積水建設二世帶住宅類型圖

(資料來源：<http://www.sekisuiheim.com/spcontent/nisetai/plan/>，關華山翻譯)

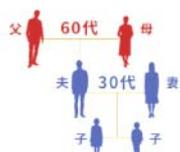
註10：<http://www.sekisuiheim.com/spcontent/nisetai/>

表 7-1：積水建設二世帶住宅類型說明

<p>親世帶 子世帶 シェア空間 親世帶動線 子世帶動線</p> <p>完全分離的空間</p>	<p>玄關、衛浴、廚房等全部分離，親、子世代分開使用，隨心所欲各自生活之餘，也能享受與孫子交流的天倫之樂。建築內的動線完全分離，適合希望能夠安心地住在附近並且能各自生活的家庭。</p> <ol style="list-style-type: none"> 各世代的玄關 親、子世代各自有各自的玄關，可以自由地招待朋友來家中。 大型食品儲藏櫃 可以收納米與啤酒等食品，生活有時需要用到的土鍋等也可以收納於大型儲藏空間。 玄關、寢室相隔的聲音問題 親世代的寢室和子世代的玄關中間設了個儲藏空間，即使是深夜歸宅開關家門的聲音，也不會妨礙到爺爺、奶奶的睡眠。 上下樓層的聲音問題 親世代寢室上方為子世代父母的寢室，讓二樓的生活聲響不會影響到樓下爺爺、奶奶的睡眠。 親朋好友聚集的飯廳 擺設較大型的餐桌，假日可以和家人一同用餐、和友人泡茶聊天。 家事動線 洗手台、浴室、廚房十分靠近，就算是忙碌的太太也能有效率地做家事。 寬大的書桌 可以作為放置電腦和印表機的工作空間、或是孩子們學習的空間。 也可以做不隔間的寢室 主臥室和小孩間中間的牆壁並不是必要的構造，在孩子還小的時候，可以親子一同使用寬大的寢室。

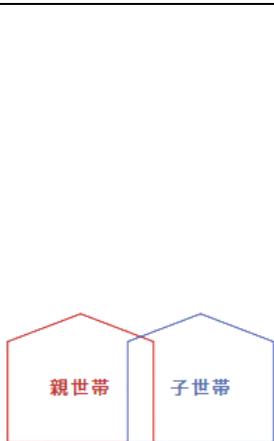


浴室玄關共有型

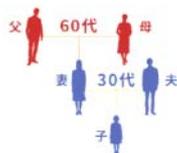


有分離風格的感覺，但在經濟成本上考量後的推薦方案。入口與浴室為兩個世代共同分享，在二樓也設計有洗手台，在忙碌的早晨也不會產生混雜的狀況。

1. 靠近寢室的衛浴空間
靠近寢室設計衛浴空間，即使晚上上廁所的次數增加也不用擔心。
2. 可以集合家族的主要客廳
為了家庭共同相處時間多的狀況，一樓的主要生活空間放置了大餐桌，可以多人一起吃飯和閒聊。
3. 親世代專用的和室
寢室旁設計的和室可以給父親當作書房使用，或是給母親作為裁縫空間，除了家庭，共同相處時間外，能夠享受一個人的時光。
4. 淺型的收納空間設計
收納空間較淺的設計，能夠放置瓶裝的物品，一眼就可以看清楚收納的物品，以防物品的保存期限到期。
5. 早晨時可以舒緩混雜狀況的洗手台
因為家族成員較多，防止早晨出門前的混亂而多設置了二樓的洗手台供梳洗。
6. 子世代專用的第二客廳
洗完澡或是睡覺前可以放鬆的空間，是子世代的專用生活空間。
7. 子世代專用廚房
小孩子大了，以後會因為補習或是社團活動，而吃飯時間較不固定，每天時間若不一樣，會造成親世代的麻煩，為了讓晚上子世代可以在這個廚房處理自己的三餐而設計二樓的廚房。



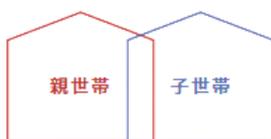
和女兒家一起住型



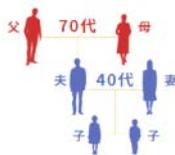
雖然生活空間和庭院等都是分開的，但一樓的空間設計較寬敞，讓家人都可以共同交流。

1. 各式各樣的玄關收藏空間
設計各式各樣的玄關收納空間，增加收藏的便利性，有效使用玄關空間。
2. 能夠多樣化使用的家族空間
連接客廳的和室除了可以作父親的書房，還可以作為孫子的遊樂場，做家事的空間等，有各式各樣的使用方式。
3. 親子可以和樂烹調的開放式廚房
由媽媽和女兒可以一起作業的廚房，讓家裡的味道可以媽媽傳承給孩子，孩子傳承給孫子世代傳下去。
4. 能夠產生和樂對話的客廳
父母與孩子和孫子能夠一起在客廳交流，客廳中可以掛上充滿家庭回憶的相片與物品，增加交流時的話題。
5. 子世代專用的客廳與廚房
為了平日上班上課的早上可以在這邊做便當，或是想要睡晚一些的假日，自己起床後料理早餐而設計的子世代專用的廚房與客廳。
6. 上下樓層的生活音干擾之顧慮
一樓與二樓的水管設計位置相同，顧慮到不要傳到一樓的主臥室，造成干擾。
7. 配合生活可以改變的客廳
將來勢必會需要有孩子的房間，設計可以簡單變化的牆壁，能夠將客廳變化成孩子的房間。





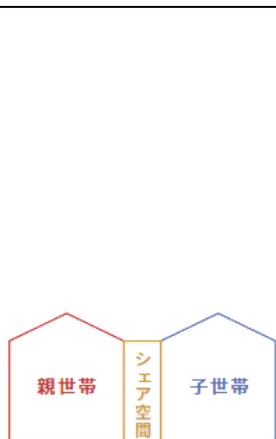
都市型三層樓型



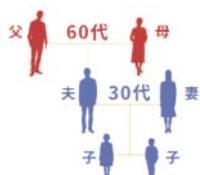
設計於都心狹小地塊的兩世代生活住宅，親世代住在通風良好的三樓，設置有電梯，用不到的物品收藏於一樓，有效的利用狹窄的空間，也方便打掃。

1. 家庭電梯
設計給高齡的雙親能夠上下樓移動的電梯。
2. 共有的大型收藏空間
共有的大型收藏空間可以擺放季節用品或是其他工具等，能夠將平常用不到的東西收藏進去，也能放置兩世代共同使用的物品。
3. 玄關另一種收藏空間
玄關旁有可以收藏屋外物品的大空間。
4. 能夠集合家庭成員的客廳生活空間
子世代的客廳生活空間也可以讓兩親一起參與，一起吃飯，具有確保家族全員都進入也很寬敞的空間。
5. 就算突然下雨也能安心的室內陽台
有遮蓋的陽台空間，就算突然下雨，也不用擔心晾在陽台的衣物會淋濕。
6. 三樓的親世代空間
設置家用電梯，可將親世代的生活空間設計在三樓，因其有良好的日照與通風。
7. 靠近寢室的衛浴空間
靠近寢室的衛浴空間，即使半夜起床上廁所的次數增加，也不用擔心。





鄰居型設計



各世代擁有各自的空間，也有共同使用的空間，『同居』的安心感和『近居』的距離感，兩者優點兼具的住家設計。

子世代在左棟，親世代在右棟。玄關也是個別使用，子世代在2樓，親世代在一樓，各世代保有各自的獨立性。共用空間連接兩棟房子，2樓有大陽台，1樓有空地和榻榻米房間。兩世代可以同時互相照應，也可以自由活用。

1. 各世代的玄關
親、子世代各自有各自的玄關，可以自在地招呼朋友來家中。
2. 空地和榻榻米房間
在中庭孫子可以遊玩，爸爸也能在起居室稍作休息；如果發生什麼事的話可以馬上出來。
3. 廚房的橫向食品收藏櫃
快速且方便拿取的收藏櫃。瓶瓶罐罐一目瞭然的擺放，食品可以在保存期限內使用完。
4. 方便做家事和育兒的榻榻米空間
折疊從陽台收進來的衣服、幫小孩換衣服、午休、遊玩，都可以使用。
5. 共用露台
大家可以在這裡舉辦季節性活動，一定會是難忘的日子。
6. 內陽台
天氣好的假日，躺在躺椅上，喝個啤酒、曬個日光浴。從外頭看不到裡面，不用擔心人們眼光的私人小空間。
7. 親世代專用的興趣房。
爸爸可以當書房用、媽媽可以當裁縫房用，用途廣泛自由。夫婦兩人一起用或是一個人單獨用都可以。



(資料及圖面來源：<http://www.sekisuiheim.com/spcontent/nisetai/plan/>，本研究彙整)

1-3. 東京新宿住宅展示場講求五感的住宅

地點：東京新宿住宅展示場

積水建設提倡住房新觀念：提供祖父母、孩子+孫子兩個家庭的住房共享計畫。為了營造高品質的住宅，以五感設計，特別注重與自然共存。

1. 兩代生活的獨立性：尊重2世代家庭不同之生活習慣，讓「高齡者」、「年輕夫婦」之生活分離，以降低生活之干擾。
 - 尊重使用者之多面性，二、三樓住屋融合一樓工作室及店鋪，後者可出租可自用。提供了更多的選擇，在購屋的經濟壓力下，提供了開源的機會。
 - 以獨立方式區隔生活空間，創造三樓2家庭共同交流之五感庭園，維持了適當的空間，不容易為了吃、住、睡眠時間而吵架。
 - 多功能四樓住宅：3代同居+1F店鋪(自用或出租)+工作室出租(1F+2F一房)
2. 五感庭園：透過「五感」原則規劃出共用的庭園空間，讓三代成員享受與自然環境融合的舒適感。
 - 色(隨四季變化的花草樹木、自然景色)、聲(風吹過樹葉、家人團聚歡樂之聲)、香(花草、咖啡香隨開放式的室內空間流動)、味(家庭菜園栽種)、觸(自然的質感建材)。
3. 環境友好：尊重自然與之共存。房子是一個小型發電廠，節約能源之外也十分經濟。使用的電力來自天然氣與太陽能發電。
 - 太陽能發電(多餘的電力可轉賣)+家庭用瓦斯儲電系統(Ene-Farm)(提供地面暖氣與熱水)。

1-4. 空間之療癒特質分析

清水建設 新宿二世帶住宅鄰居型展示屋

1. 室內材質舒適安全，配色簡單
2. 兩代住宅二樓共用庭園中庭區，公共空間連通穿透，增強家人互動
3. 通風、採光良好
4. 住家五感花園設計

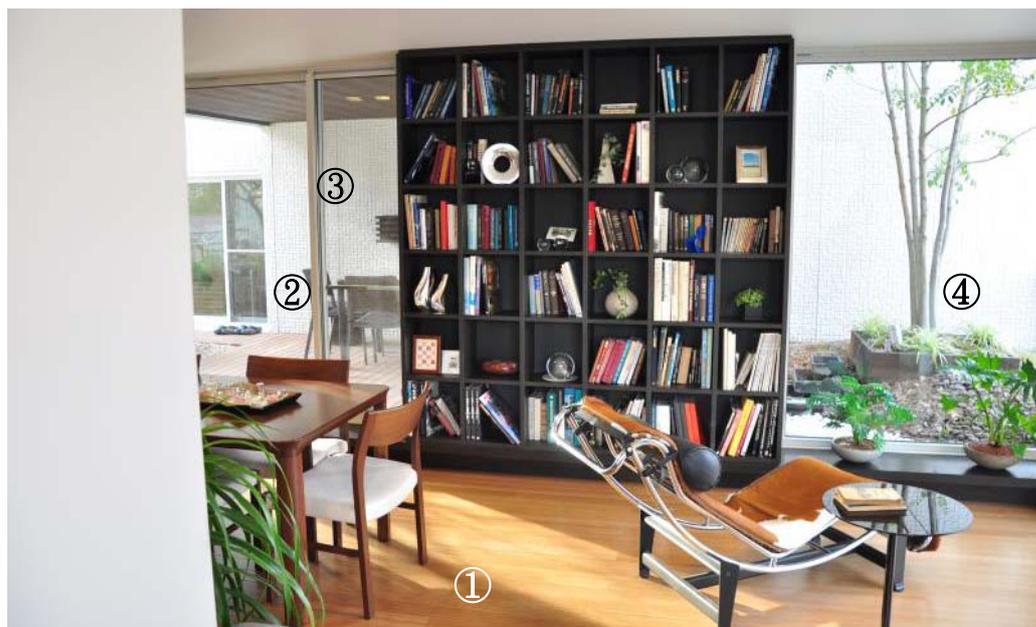


圖 7-2：清水建設新宿二世帶住宅鄰居型展示屋二樓特質分析

(資料來源：本研究拍攝、加註)

1-5. 評估與小結

日本住宅市場大，有大型的住宅建設之企業。對於其國內市場需求已有了相當多之研究，其中因應「超高齡社會」之來臨，「二世帶住宅」之規劃設計已有細緻的思考，因而產生各式各樣之類型，以應合不同結構的家庭及其成員，成果可謂相當豐富。倒是這些住宅類型基本上是獨門獨戶的型態。這應是「中上階層日本人的夢」--有自己的地塊、自己的屋宅。這不同於新加坡鼓勵「三代同堂」或「同鄰」的公寓式「組屋」，也不同於我國的「透天厝」，或其他的住宅類型。畢竟在台灣獨門獨戶之住宅，數量還是較少。所以如何在國內推動三代同堂、同鄰等型態之住宅，必須從既有住宅類型下手，來重新設計，而不能全然抄襲日本之模式。

倒是，我們可以以日本之研發成果來學習，如何從國人代間生活習性變遷之研究，從中理出現行之代間合住、分住之諸問題點，以及現存之已然發生的一些好的模式。再加上用後評估，應可歸納出代間住宅的一些好的規劃。另外，我們可循日人思考二世帶住宅設計的優點，看哪些可以或適合於國內推廣，應用於上述的不同住宅類型之中。

另一個問題是，上述的日本二世帶住宅各類型，基本上並沒有考慮到老人家體能的變化，以及需要接受人來照顧的狀況。換言之，尤其是「親世代」居住空間的彈性調整之可能性，上述案例都沒有正面處理。

事實上，前述各種類型只考慮到購屋者在購屋時，家庭組成狀況下所產生之需求。一旦這些需求有所變化時，尤其家庭成員因時間推移，老人家失能、失智了，小孩長大漸成人了，原先設計的住屋是否能調整空間，以應合隨家人變化之需求，這的確是個大問題。

日本高齡者住宅之學界提倡有「生涯住宅」或「終生住宅」。筆者於前章節已檢討到，其實它也有程式化老人體能變化之虞。因為每個個人「老化」的狀態與進程有先天、後天因素來主導，並不一定如「終生住宅」所設定的那樣程式化。也因此涉及高齡者之住宅必須考慮具備「彈性調整」之餘裕，但是此「彈性調整」的確的內容是什麼？則有待進一步之調查研究。

另外，必須明說的一件事是，台灣因為住宅市場有限，「工業化住宅」不可能產生。（大陸或許未來有可能）也因為日本市場大，上述住宅大企業可以工業化模式興建各種類型的住宅。我國無此條件，因此只能由學者研擬出一些類型，以應合國內之即有住宅類型，以及不同家庭之需求。供各家戶或建設公司參酌自己的需求而採用。換言之，學者研擬出的類型不見得「可行」，除非是基於紮實的實證研究所產生之準則，而設計出來的「三代住宅」。

第二節 療癒性設施個案研究

一、いつぶく荘 (Ippuku 荘)

Ippuku 荘 2005 年末完工，為三層樓新建築物，建築面積 921.54m²，佔地約 2,645 m²，建蔽率為 40%。保留大片的戶外空地，作為草地及庭園，與社區良好的綠色景致融合。為日本東京近郊小平市禦幸町の社區型高齡者住宅，一樓出租給日托單位 (DS) 與診所。

表 7-2：Ippuku 荘基本資料

Ippuku 荘	
創辦人	長谷方人 (はせ つねと)
建造	大成建築株式會社
創立時間	2005 年
土地面積	2,645m ² (約 800 坪)
每月費用	約 20 萬日元 (約 7 萬台幣)
住民人數	約 21 名
專業照護人員	醫生 3 人，護理人員 8 名，復健師一名，社工師一名，專職工作者 3 人及志願工
服務對象條件	1. 可以安享晚年至臨終的老人住宅，共居、照護和餐飲服務提供。 2. 社區高齡者日間照顧。 3. 服務社區居家探視及醫療照護。
類型	與在地居民、社區交流良好的複合性老人機構。

(資料來源：本研究整理)

1-1. 規劃理念

- 在日本的獨居高齡者非常多，這裡是為了讓高齡者可卸下老化身體、退出社會、分離、靈性之四苦，在這裡安享晚年設計。
- 入住條件：1) 只想一個人住，2) 非一個人住不可。(入住平均年齡 85 歲)。沒有年齡上限，入住者無須評估健康狀況，任何人都可以申請。目前無臥床不起的住民，但有失能及認知障礙者。
- 入住情形：20 間單人房，1 間雙人房。每年搬走、過世約 5 人，一年有 5 位新住客。單人房 28 m²，雙人房 46 m²。每間房間配備無障礙廁所、淋浴房、小廚房，地板有地熱空調。
- 重視居住者感受：提供三餐、居住、休閒活動 (每週有 2 次繪畫、音樂課等)，又具備診所與寬敞的生活空間，基本的需求無虞，讓高齡者在這裡可以過著愜意生活。
- 重視環境與自然之連結：
 1. 在室內以大面積的落地開窗，引進自然的景色，又結合自然建材 (土藻土 + 月桃紙)，讓建築物能夠自動調節溫濕度，與自然共生共存，也降低了使用空調的浪費。

2. 草坪因日照不足而狀況不佳，經專家評估後以人工草坪取代，塑造一片綠茵草地視覺質感。
 3. 面對高爾夫球場大片綠地，中間隔以高大喬木，綠意景觀佳。
- 重視與社區之連結：位於社區之中，以小規模多功能的形式與社區住民連結，附近原住高齡者可就近選擇入住，不會與往常的生活環境脫節，也避免了脫離社交朋友圈、而被孤立化的感受。

1-2. 設計概念

1. 「與地交流」

以樹木的香氣和氛圍作為理想的建築設計理念。雖為混凝土建築，但室內大量利用自然材料如木料裝修，混凝土也於表面壓出木紋圖案，盡量貼近自然材質的感覺。自然牆體：牆體使用土藻土加稻草，牆面貼覆月桃紙（木頭與草）讓牆壁能「自然呼吸」。（潮濕時可調節濕度，是自然的空調系統）

- 1). 自然材質：門框、木地板使用栗樹製成。（自然材料可維持 30-40 年不用維護，節省維護費。）
- 2). 屋頂花園：可降低室內 4-6 度。（因應花園需要澆水，也開挖地下水，用來澆花、消防、廁所及緊急用水。）
- 3). 「安全」：全部地板都加高了 10 公分才鋪上木質地板，若老人不小心摔倒時，可吸震，可隔音。
- 4). 「安心」：為了因應地震，整體結構以增加鋼筋的方式，強化安全性。
- 5). 「舒適」：所有的區域都以無障礙設計。

2. 與人交流

- 1). 機構建置時周遭已有居民，所以從開始已考慮與周遭居民互相交流。
- 2). 設施在設置時，從臨終關懷點出發，希望能免除人在生命中的四種痛苦：
 - 身體的痛苦：醫療是必須的。
 - 社會的痛苦：家人分開、分居、離婚等。
 - 感情的痛苦：悲傷、憤怒、擔心不安等。
 - 靈性的痛苦：不知道生命的意義，失去自我。

日本人深信自然可以治癒人的痛苦，如利用風、植栽、木頭等自然元素。除了環境的圍塑，如何加強人與人，人與社區及人與環境關係，也是設計重點。半徑 10 公里的鄰居都可以到此交流，旁有高爾夫球場，南有小金井公園等公共設施。

1-3. 建築空間

一樓：出租給三個非營利組織，有日間照護單位、診所及廚房。診所提供住民及社區訪問看護及居家醫療服務，一樓的短翼一邊設有大型廚房，提供本設施住民及日照老人餐食。

二樓：二樓居住單元以單邊走廊串聯。二樓樓梯、電梯節點設有大型圖書閱覽

區域，西向設開放式餐廳及多功能休閒沙發區，有鋼琴及吧檯提供使用，適合舉辦小型活動；餐桌上皆插有花園採摘之小花，傍晚用餐夕陽斜照，氣氛溫馨宜人。

三樓：三樓單邊走廊串連住居單元，設有可供泡澡之景觀浴池。

四樓：四樓屋頂平台，鋪設草坪，一方面隔熱，一方面增加住民活動空間。

- ❖ 3樓：房間、景觀浴池
- ❖ 2樓：餐廳、房間
- ❖ 1樓：出租給日照與診所



圖 7-3：一樓

(資料來源：<http://www.ippukuso.net>)

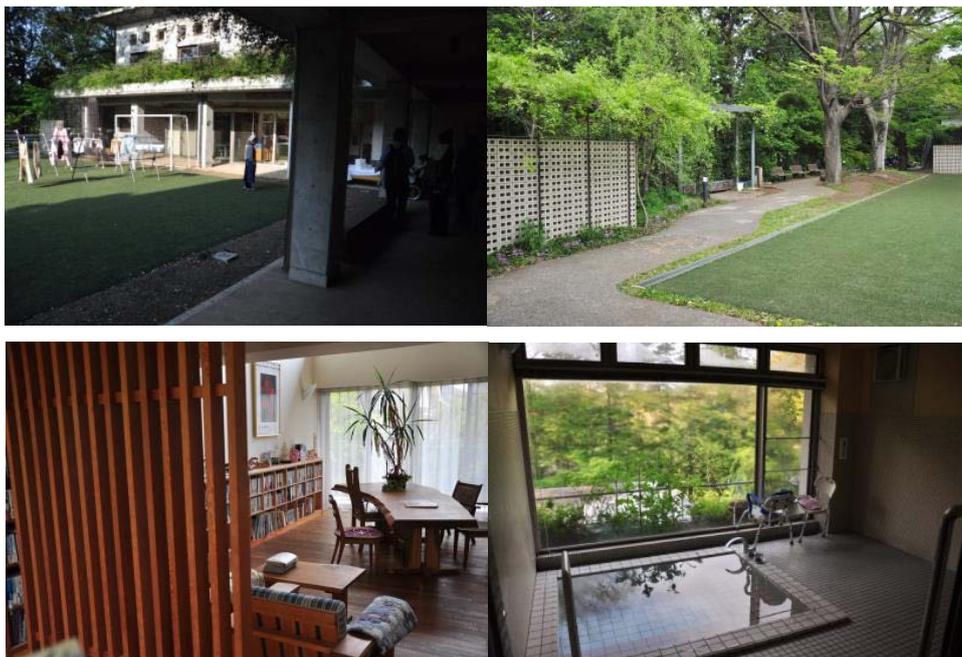


圖 7-4：いつぶく荘
(資料來源：本研究拍攝)

1-4. 空間之療癒特質分析

整體環境

1. 聯外的 NGO 單位，提供社區服務
2. 對社區開放、互通的環境
3. 開闊、優美的綠色景觀
4. 晒衣場提供老人安定的日常視景
5. 住民環境於二樓兼顧隱私性及流通性
6. 屋頂庭園隔熱並提供另一個綠色活動區



圖 7-5：いつぶく荘全景特質分析
資料來源：本研究拍攝、加註)

餐廳

1. 溫潤的材質，簡單、反差清楚的色調
2. 居家的氛圍、活動與社交
3. 開放性廚房
4. 引進適度陽光營造舒適健康氛圍
5. 公共區機能多，簡單區隔、連通性好，使用率高

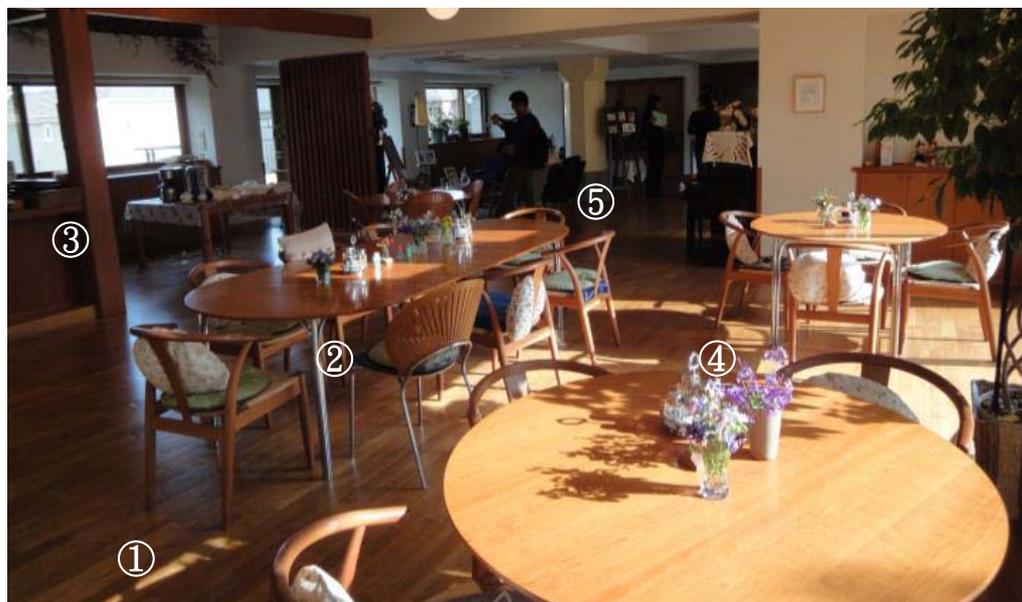


圖 7-6：いつぶく荘餐廳特質分析
(資料來源：本研究拍攝、加註)

住居

1. 溫潤的材質，簡單、反差清楚的色調
2. 單邊走廊設計提供良好的採光及視野
3. 安全與安定的設計
4. 住民房間獨立有隱私，門口設計不同辨識度高
5. 公共空間可視及可及度高

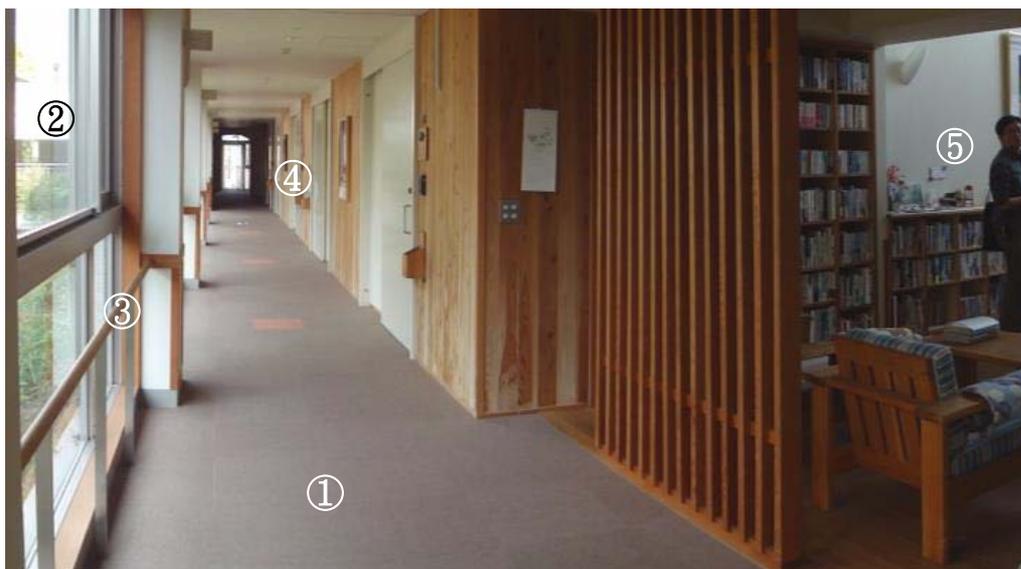


圖 7-7：いっぶく荘住居環境特質分析

(資料來源：本研究拍攝、加註)

1-5. 評估與小結

1. Ippuku 莊為私人安養機構，創辦人長谷先生以能照顧到臨終關懷為理念，讓住民入住後能感受如家的環境，提供隨老化後不同的照護需求一直到臨終，住民無須再移居其他照護單位，有連續性照護理念的實踐。
2. 服務的住民平均年齡 85 歲，多為女性。入住條件無限制身體狀況，主要是因為一樓出租給三個 NPO 組織，分別有日照中心，提供與社區居民了多樣的活動交流；診所提供了醫療及居家護理；還有社區廚房提供了餐食服務，經營者能多方就近利用專業資源，提供必需的照護服務。
3. 住居環境為單邊走廊，單邊為大玻璃面向中央大草坪，從窗戶看出去可以看到晒衣場及外面環繞的大樹，甚至可以遠眺高爾夫球場。
4. 室內走廊旁皆設置無障礙扶手，在部分無扶手處也以等高的家具取代，因輔助性強，讓住民走出房間，活動自主性高。
5. 大草坪雖然人工，除了提供長時的綠意，也提供了住民打槌球的場地。場旁曬衣也提供了居家的氛圍。

整體而言，此設施造型簡單呈 L 形，配置得當，尺度適中，人性化，寬敞不顯拘束。落座於社區一角，也不顯得突兀，是不錯的規劃設計，具備一定的療癒/育效益。倒是屋頂花園，期待上年紀的老人家上到屋頂，進行園藝活動，除非有多人從旁協助，恐怕不見得實際可用。研究團隊前往參觀時在春天，該花園仍顯荒廢，可見一斑。

二、臺北市文山老人養護中心（附設日間照顧）

2-1. 概述

財團法人獎卿護理展望基金會以發展護理專業、辦理長照相關服務事業，促進全民健康為宗旨，於82年成立獎卿大高雄居家護理所，84年成立卿護理之家，85年成立獎卿大台北居家護理所，90年開辦南北區照護服務中心，提供居家及照顧服務員之訓練、派班、督導、考核及管理等工作，以及長期辦理照顧服務員訓練，以供應照顧服務市場所需之人力。90年2月開始承接台北市政府社會局委託，辦理台北市文山老人養護中心，為台北市首例公辦民營養護與日間照護合辦之機構；其中養護中心共37床，日間照顧20床。95年擴編養護床至46床(含隔離室一床)。

文山老人養護中心所在為一10層大樓建築，1樓為市政府警察局文山第二分局交通分隊，2樓為文山區公所與豐里辦公處，3-6樓為文山老人養護中心（3樓為日間照顧中心及辦公室，4-6樓為養護中心），7-9樓為里民活動中心，10樓則出租給藝文單位作為排練場。

文山老人養護中心原建築本來用作為旅館，由前董事長捐贈，花費2,500萬整修。之後每年陸續花費數百萬於處理漏水、消防設備及改裝防焰玻璃，樓層前後增設排煙系統等等。



圖 7-8：文山老人養護中心位居大樓之 3-6 樓

（資料來源：google map）

2-2. 使用訪查

經實地調查訪談後，可知其使用與管理之方式如下：

1. 日照中心托顧的80%以上都是失智長者，所以書櫃的使用率很低，公共區多為閱讀報紙及進行活動。
2. 佈告欄設置非常重要，值班人員姓名主要讓長者辨識，標示字體要大，內容簡潔、清楚；活動佈告主要是讓家屬了解長輩每日進行的活動內容。
3. 每個長者都有個人的置物空間，放衣服、盥洗用具，飲水設施旁要設計杯架。

4. 貯存空間不足一直是很大的問題，庫房空間一定要考慮，尤其是冰箱，甚至有 2-3 台的需求。
5. 休息區最好能男女分別，至少有隔簾。
6. 空間若充足，另設休息床區為佳。
7. 安養與日間照護合辦可以節省護理人員人力，每增加 20 人須多一護理人員。
8. 於日間照護的高齡者身體狀況大多尚佳，設備需求多，投入其實很難回收，私人單位辦理意願多半不高。
9. 活動以職能治療師設計之活動為主，包含生理性活動、懷舊活動。日本已有學習治療師，強調學習治療可以改善隱形失智症。
10. 復健室對於日間照護中心非常重要，目前與復健診所合作。
11. 清潔間很重要，但是目前已無空間可以設置。
12. 廚房要考慮蒸煮空間，保溫設備很重要，目前空間不足送餐車難以放置。每個住民要準備餐卡，了解飲食需求，打菜一定要秤重。
13. 沒有垃圾場，但每天尿布有三大桶，難以解決。
14. 為長者安全考量須設門禁管控，但消防法規定不准有門禁，這也是困擾之處。

A. 日照中心

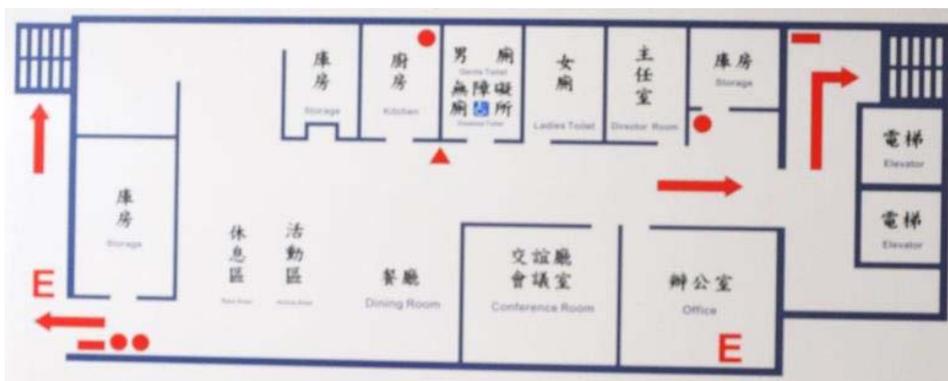


圖 7-9：3 樓日照中心平面圖

(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-10：出入口用刷卡管制
(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-11：日照中心休息活動區
(資料來源：本研究拍攝)

B. 養護中心



圖 7-12：4-6 樓養護中心平面圖

(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-13：每一單位的工作間

(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-14：住房

(資料來源：本研究拍攝)

2-3. 評估與小結

本案位於都市區的大樓內，基本上缺乏戶外庭園空間，有先天不足之處。其功能分二：日照與養護；服務人數達 20、46，可謂有一定數量。它並非所謂日本「小規模多功能設施」，因其未辦理其它如居家護理、服務或探訪居家老人之服務項目。如果未來能納入到長照 2.0 的 B 級複合服務中心，或有可能擴充服務項目。但亦將面臨軟硬體上較大的變革。

本案因為主事者費心盡力，且具專業，因此多年來在台北相關機構之評鑑中，屢獲優秀等第，相當難得。但就空間而言，雖然受限既有建築格局，仍作了適當安排，通風採光上也無虞，尚且充分的利用每一空間。但正如前述，很可惜它缺乏戶外庭園空間，或者大型陽台、屋頂花園之設置，使得老人家只能常處室內，除非另有安排出遊之活動。即使有後者，仍無法成為日常即可享受的接近自然與陽光、清風之益處，殊為可惜。

三、Motherth 新宿小規模多機能設施案例

社會福祉法人 Motherth 成立於 1994 年，現在的董事是護理背景，所以經營理念「以實踐護理，提高生活質量」為使命，以滿足社區老年人的福利需求。Motherth 的理念是從創立之初一直堅持「地區性的家庭和工作人員可以在第一時間一起提供良好的服務」。通過建立彼此之間的關係，相互幫助支援，以達到對高齡者最適合的照護。

Motherth 新宿小規模多機能設施以社區為基礎，數個小單位的服務設施聚集在一個地點。內容包括療養部門下的小規模的特別養護老人院、生活護理部門下的團體家屋、喘息照顧（short stay）及小規模多機能日照等，共計四種服務。

表 7-3：Motherth 新宿小規模多機能

Motherth 新宿小規模多機能設施	
建造	1996
土地面積	1,515.27m ²
建築面積	2,946.38m ²
住民人數	約 47 人，短期入住 12 人
專業照護人員	團屋工作人員、職員共 18 人，包含臨時工
服務對象條件	以鄰里社區為主
環境	鋼筋混泥土地面 4 層大樓，無庭園

（資料來源：本研究整理）

3-1. 規劃理念

本老人機構的建立與育兒支援設施可謂為地方區域的二個核心計畫，前者以「熟悉的環境」、「人的生活」，作為實施的基本理念。另也堅持一個高水平的生活承諾--「食物」，期望提供更好的餐食，除了請註冊營養師參與，強調廚房設計及設備改進。

3-2. 設計概念

因位居市區，建築為鋼筋混泥土地面 4 層大樓，完全無庭園設計的腹地。

1. 減少距離感

強調在地性，包含人與人、人與物及人與地的距離。除了應有的照護服務，設施內裝儘可能接近家庭環境的設置，創造如家的氛圍。每一樓層都是單元型設計，長住型住房不超過 9 間，打開房門短距離就到達單元公共區域及共用衛浴。每個單元都設置共用玄關、廚房、餐廳及客廳，兩個天井採光良好，讓沒有外開窗的公共區域降低封閉感，視線也可穿透，簡單的盆栽是僅有的綠意。

2. 如家的氛圍

室內裝修盡量使用日本人喜歡的木造，天井大片的玻璃窗框引入適度陽光創造舒服感。

3-3. 建築空間

- 一樓：一樓為主要入口，辦公區包含洽談室、會議室、醫務室等，並設有大型專業廚房及貯藏室空間。
- 二樓：二樓為兩單元團體家屋，每單元 9 人，住房無個人衛浴，公共區域設有開放性廚房及用餐空間，還有一個交誼區，兩單元公共浴廁各自獨立。設施照護比是 1：1.5，高於其他機構。
- 三樓：三樓小規模特別養護老人院，共 20 室，住房有廁所，公共區是一個多功能交誼廳，可以用餐或進行活動。有浴室及公廁為共用。
- 四樓：四樓一半是小規模特別養護老人院，設備如三樓。另一半是小規模多機能日照及喘息住宿，住房多樣化，6 間住房無廁所、3 間住房配置廁所，還有三間是傳統日式榻榻米房。浴室及公廁與特別養護老人院共用。



圖 7-15：Motherth 新宿小規模多機能外觀，為四層大樓設計
(資料來源：<https://www.misawa.co.jp>)



圖 7-16：一樓平面圖，公共區，辦公區、會議室、廚房等
(資料來源：<https://www.misawa.co.jp>)



圖 7-17：2F 平面圖，團體家屋，兩單位共 18 室

(資料來源：<https://www.misawa.co.jp>)



圖 7-18：3F 平面圖，小規模特別養護老人院，共 20 室

(資料來源：<https://www.misawa.co.jp>)



圖 7-19：4F 平面圖，小規模特別養護老人院，共 9 室；小規模多機能日照，喘息住宿
(資料來源：<https://www.misawa.co.jp>)



圖 7-20：Motherth 新宿小規模多機能
(資料來源：本研究拍攝)

3-4. 空間之療癒特質分析

團體家屋公共區

1. 重視廚房、用餐空間
2. 居家的氛圍、活動與社交
3. 外陽台提供通風、採光及逃生
4. 就近的洗手台及廁所
5. 安全與安定的設計



圖 7-21：Motherth 新宿小規模多機能團體家屋開放性廚房特質分析
(資料來源：本研究拍攝、加註)

團體家屋住居

1. 溫潤的材質，簡單、反差清楚的色調
2. 安全與安定的設計
3. 利用天井設計增加通風採光，有效減少圍閉感
4. 住房有適度隱私
5. 公共空間可視及可及度高



圖 7-22：Motherth 新宿小規模多機能團體家屋公共空間特質分析
(資料來源：本研究拍攝、加註)

3-5. 評估與小結

1. Motherth 小規模多機能位居都會區，建築物呈正方形，空間設計與組織採取圍塑型，將外圍開窗保留給住房空間，公共空間居中，包括一圈各種公共活動空間，再內部則是樓梯間與升降機，同時利用三個挑空的大小天井，從屋頂引入自然光，讓位於下層中間位置的公共區不會成為暗室，可開窗讓光線射入，同時視線穿透，使整體空間不顯侷促。
2. Motherth 小規模多機能以社區為出發，照護對象多為中重度需要照護的高齡者，將空間設計及服務盡力親近住民，兩個天井及單邊走廊設計，讓內部空間品質改善不少。
3. 天井中庭雖小，因僅四層樓高，採光良好，但兩個小中庭一個有幾盆盆栽，一個無任何裝置，景觀顯得單調。受限原基地無任何腹地可闢作為戶外庭園，以致失卻了「綠色照護」、「園藝療癒」的可能性。
4. 整個房子二、三、四樓的外圍均有陽台圍繞一圈，且無任何障礙。同時有多處出入口，與室內相通，讓火災逃生時可作為避難的等候區。老人家可以在此等候消防雲車之救援。

四、清水失智老人團體家屋、日照中心

此團體家屋位於清水區公所多年前所興建的一棟五角形二層樓房舍(附一地下室，但因地下水位高，有淹水，潮濕之虞，未被利用)。此房舍因設計有誤，除有淹水問題，尚有不均勻沈陷造成龜裂問題，所以曾經長時未被利用。經過整修後，終於陸續有民間慈善團體願意入駐，經營社福方面之設施，目前算是已狀況穩定。

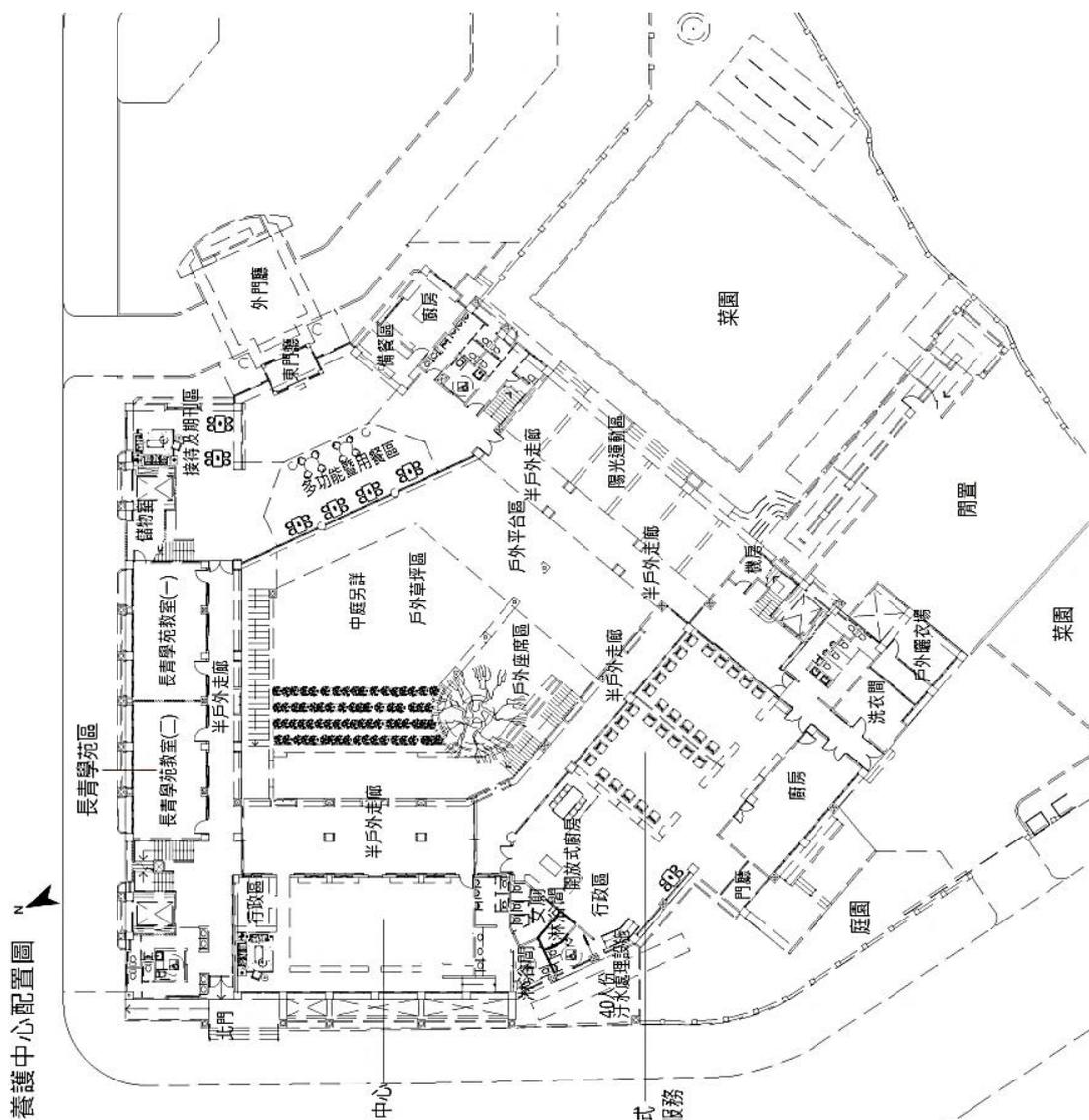


圖 7-23：清水老人養護中心一樓配置圖

(永信心佳團屋提供，本研究修改繪製)

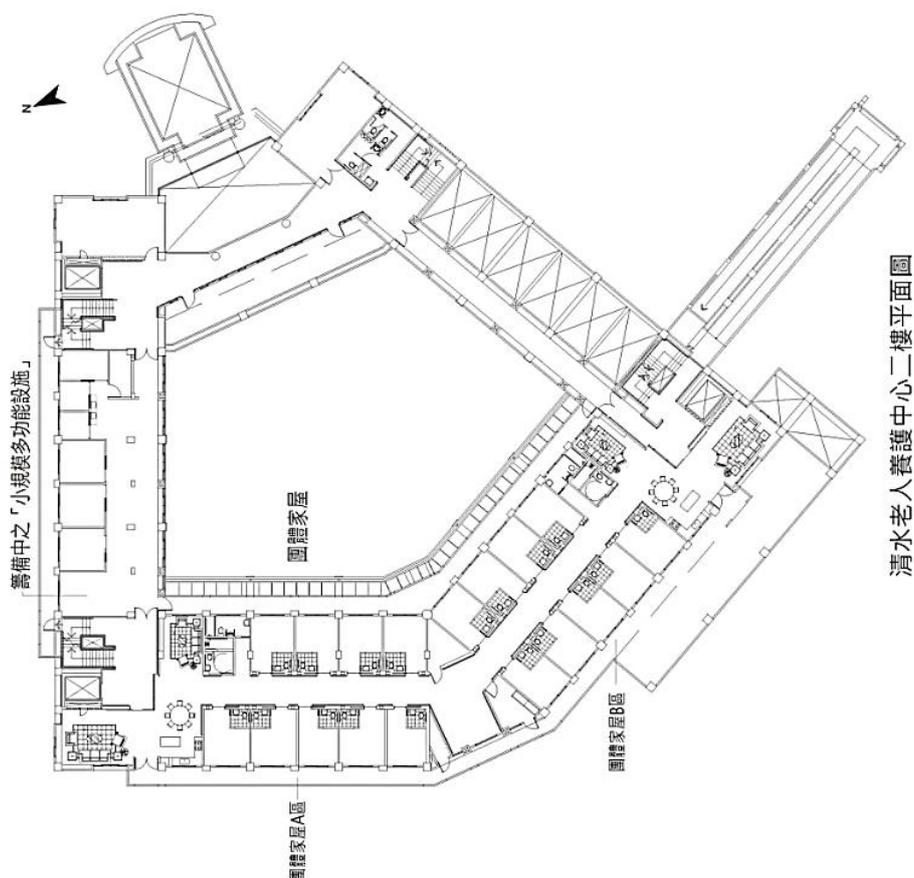


圖 7-24：清水老人養護中心二樓平面圖
(永信心佳團屋提供，本研究修改繪製)



圖 7-25：清水老人養護中心中庭
(資料來源：本研究拍攝)

「財團法人台灣省私立永信社會福利基金會」使用了此房舍的 2 樓，一邊已開辦失智老人團體家屋；一邊正籌設高齡者小規模多功能設施，目前尚在整修室內；另外他們也在一樓的「托嬰中心」（由社團法人臺中市嬰幼兒福利聯合會辦理）隔壁，設置了「高齡者日間照顧中心」。

以下分列說明目前二設施之運作狀況以及其硬體空間環境。



圖 7-26：托嬰中心
(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-27：長青學苑
(資料來源：本研究拍攝)

4-1. 「失智老人團體家屋」

位於二樓，獨立的一樓出入口位於整棟房舍的西北角。設施呈 L 型平面，分為二區團體家屋。中間設有辦公以及洗衣、被服空間，戶外陽台上方設置了曬衣架，往外的一面，整個裝設了黑膠網，以防止風大，吹走晾曬的衣物。



圖 7-28：二樓陽台
(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-29：行政辦公室
(資料來源：本研究拍攝)

事實上整個設施的外圍一圈均設有陽台，東邊面對中庭，西邊面對基地外的田地、道路等。此陽台靠西南角，擴大為一個戶外可供植栽的休閒露台，只因面西，西曬嚴重。盆景植栽因乏人照顧，多枯萎棄置原地。另有桌椅，可供坐下休憩看夕陽。陽台事實上尚可供老人家遊走，以及火災時之等待救援區。但是另一方面，此陽台在二樓，對於入住的失智老人仍有安全上之顧慮。



圖 7-30：餐廳外露台
(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-31：住房外陽台
(資料來源：本研究拍攝)

本家屋雖分二單元，各9床。目前入住只有11位重度失智老人。事實上，現只使用了南邊盡頭的公共空間，將電梯前的防火自動門收上不放下，以產生較開闊的廚餐與起居客廳。反而另一頭的公共空間，其形狀成長方形，顯得狹窄，整個空間無向心性，以致不合用。尚且主要入口就開在其中間，將整個空間分為廚餐與起居客廳兩部份。也因為有主入口在一側，此空間根本無法作為前單元老人家聚會、交流的空間，因易讓老人家往外闖，是為本設施規劃設計上最大的失誤。^(註11) 因為一旦二單元18床均住滿時，勢必要有兩個活動空間，同時照顧人員也需要分兩組，並有兩個工作空間。上述問題即會完全暴露出來。



圖 7-32：開放式廚房

(資料來源：本研究拍攝)

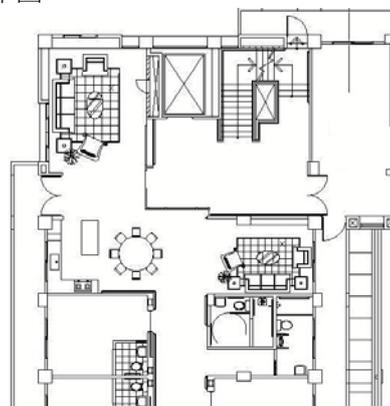


圖 7-33：用餐活動區

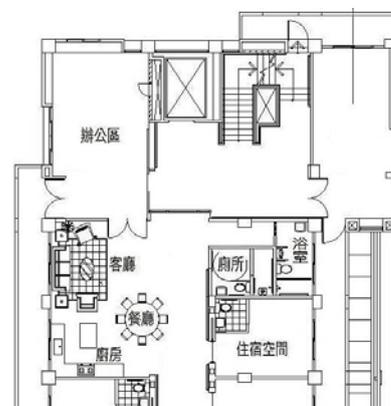
(資料來源：本研究拍攝)

至於失智者房間內部空間，各有一廁所，明亮、色調舒適、尺度寬敞。而中間走廊尺度亦足夠寬敞，並有扶手，滅火器置於牆內預備的凹槽內，不影響人的走動。總言之，老人住宿房間區的尺度、色彩與各種設計細節均有一定水準，只可惜整個面積配比上，尚無法使公共空間獲得較寬敞、形狀較完整的空間，以順暢的供老人家與照顧者使用。

註11：可以調整補救的方式，是將辦公室移到主入口的右側。同時將一個房間單元移至對面，原起居廳移至對面與廚房餐廳連在一起。使老人活動空間因有走道納入，顯得較寬大。如下圖。



第一單元公共空間現況配置圖
(資料來源：永信心佳團屋提供)



第一單元公共空間建議修改配置圖
(資料來源：永信心佳團屋提供，本研究修改)

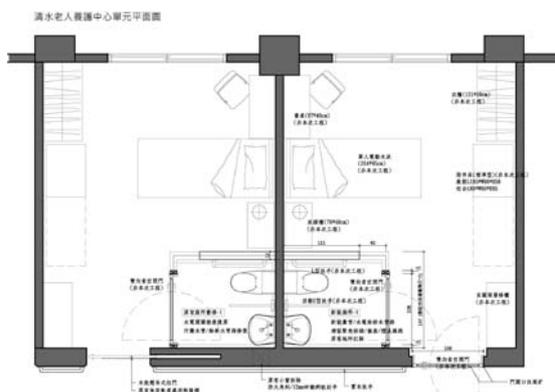


圖 7-34：個人房平面

(資料來源：永信心佳團屋提供)

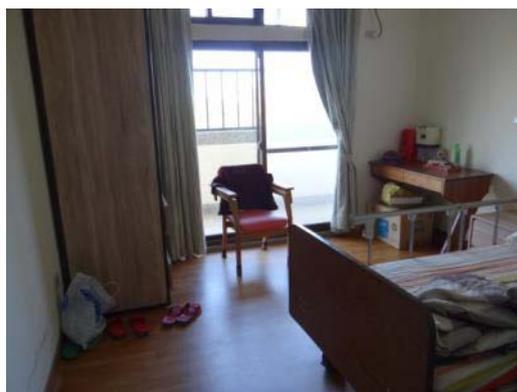


圖 7-35：個人房

(資料來源：本研究拍攝)

本設施的管理並沒有特別鼓勵個人化空間之作為。雖有老人房間門上，布置有老人可辨識之圖案、名字等，但並不普遍。同時各房間內部的擺設，也見不到太多老人自己的東西。很顯然是被忽視或不被鼓勵的一個向度。

本設施目前有照護員 6 位，2 社工，1 護理人員。另加永信每週二日來巡查的發展部主任（東海工工系系友，亦是本設施一開始的籌備者）。

本設施所在之樓房無伸縮縫，兩單元中間的三角形儲藏室，或因二翼的不均勻沈陷，牆上出現很明顯的大裂縫。



圖 7-36：設施出現的裂縫

(資料來源：本研究拍攝)

11 位入住者多為本地台中人，家人探望的頻率不算高，只有兩位的家人每天來。若老人身心有緊急狀況，均送往光田醫院進行醫療。每日似乎並沒有安排特殊的共同活動。餐食請廚師在設施內烹調，有些老人可參與備餐。11 人中女性多，男性僅 3 人。

4-2. 「小規模多功能設施」

位於「團體家屋」主入口、逃生梯、電梯的另一邊。目前在整修室內，其內空間分兩大塊。進門後是一大空間，但中間有柱列。左手邊隔出三間房間，按規定只能設置兩間房。究竟空間如何用，尚未深入訪談。設計者同樣是東海建築系系友賴張亮建築師。

4-3. 日間照顧中心

位於一樓，面對中庭。另有出入口，位於整棟房舍的西南邊，前有陽台，面對庭園。其東南邊更有寬大的戶外空間，現亦由公所交永信來經營，尤其靠東南半戶外走廊那一塊，已經讓附近居民認養地塊，自行整理地塊，種植蔬菜，成為菜圃。永信僅供水及做一般管理，並不收費。如設施要蔬菜，可向居民說了，採收一些長成的蔬菜。目前並沒有讓二設施老人參與種植，進行農藝治療的做法。似乎最南邊目前尚閒置的地塊，永信亦有意闢為菜園。很顯然，若闢為農藝治療的園地，還需要專業者來帶領。



圖 7-37：庭園菜圃

(資料來源：本研究拍攝)

「日照中心」本身目前容量僅 20 位老人，但室內空間很大，包括一大間，約 30m×17.5m，西邊除了主出入口，原有一大廚房 10.5m×5m，現一小部分用為辦公空間，其後做為老人休憩午睡處所。其南邊隔了走道入口，尚有洗衣間、廁所等服務空間。大空間則分為三部份，靠西北邊，也就是中庭入口迎面見到的，有一新設置的開放式廚房，並從高天花垂下一銀幕，可投影像供老人家觀賞。其前為用餐空間，有桌椅。中間一塊有馬蹄形一圈座椅，應是活動區，靠東南的那塊則同樣圍成一馬蹄形，但用的是儲物矮櫃，上方還有把手。不知道是哪裡來的傢俱，其實對老人家而言，並不合用，因為老人家來此要儲物，必須蹲下或彎腰，均不方便。依發展部主任稱未來將更換。



圖 7-38：一樓日照中心

(資料來源：本研究拍攝)

全設施的裝潢採中式紋樣，且色彩用褐色多（包括傢俱）。雖然有些懷舊氣氛，但仍顯得沈悶了。20位老人用起來也太空曠。看來永信的開辦經營團隊尚未投入更多心力於此設施之軟硬體，顯得可惜。

4-4. 空間之療癒特質分析

住房

1. 適合高齡者使用之傢俱
2. 材質舒適，配色簡單、對比強
3. 科技輔助
4. 環繞之外陽台，採光、通風佳，有助避難逃生



圖 7-39：心佳住屋特質分析

（資料來源：本研究拍攝、加註）

五、花蓮縣美崙失智症老人團體家屋

它是全臺第七間、東部第一間的失智症老人團體家屋，座落於花蓮美崙區，臨近花蓮港出海口、美崙海濱公園。家屋坐東南朝西北向，前有郵局，後有台灣基督長老教會花蓮原住民大專學生中心、美崙海濱公園。步行約 3 分鐘即可到濱海步道區，東北側為財團法人門諾社會福利慈善事業基金會，距離門諾醫院則開車約 5 分鐘可到。此為二層樓的獨棟建築，前院約有 760m² 空地，早期是空軍美崙招待所，已閒置多年。



圖 7-40：美崙團體家屋位置圖

(資料來源：內政部國土測繪中心)

花蓮縣政府於 103 年與財團法人台北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂合作，將此招待所重新整建，歷經二年規劃及修繕。105 年士林靈糧堂向縣府承租，同年 5 月 23 日正式啟動收托中重度失智、但具行動能力、須被照顧之失智症老人。

此家屋規劃為二個單元，共 18 床，目前僅收 14 床；其中受衛福部補助 13 床（重度者 8 位，中度者 5 位），1 床為自費（輕度者）；收托的老人中，男性 5 位、女性 9 位，以女性稍多。大部份年齡在 70~80 歲，1 位 65 歲以下，3 位 90 歲以上。近約 1/3 的家屬不願意讓親朋好友們知道老人居住在這裡。

目前有 7 位服務人員，2 位專業人員（社工），護理師為兼任，醫生則與門諾醫院配合。現預備再增加 2 名服務人員，目前沒有開放學校學生實習。



圖 7-41：現況外觀
(資料來源：本研究團隊拍攝)



圖 7-42：戶外庭院使用現況
(資料來源：本研究團隊拍攝)

5-1. 空間使用規劃

此空間規劃是將垂直動線、開放式的公共空間（廚房、餐廳、交誼廳），以及辦公空間置於中間，左右兩側規劃各為 4~5 間的雅房及各 1 小間廁所，上下樓另各有 1 大間無障礙浴室加廁所。每間房間均有開窗，房內光線相當充足，餐廳與二樓交誼廳亦相同；而走道與一樓門廳則較暗。



圖 7-43：房間光線充足
(資料來源：本研究團隊拍攝)



圖 7-44：走道較暗需開燈
(資料來源：本研究團隊拍攝)

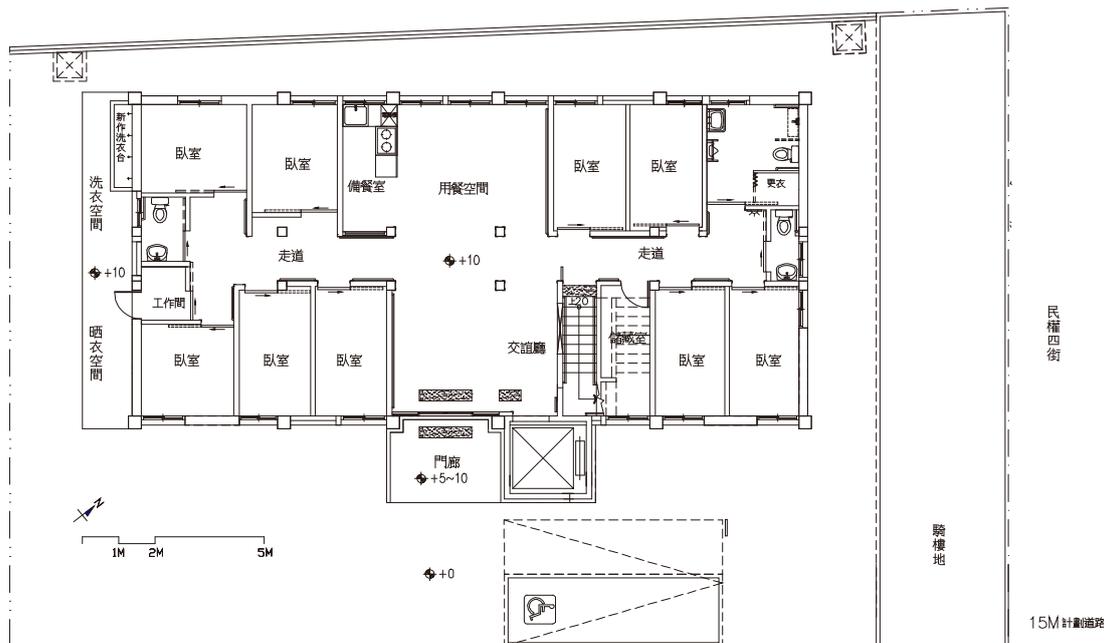


圖 7-45：一樓平面圖

(資料來源：美崙團體家屋提供，本研究團隊修正)

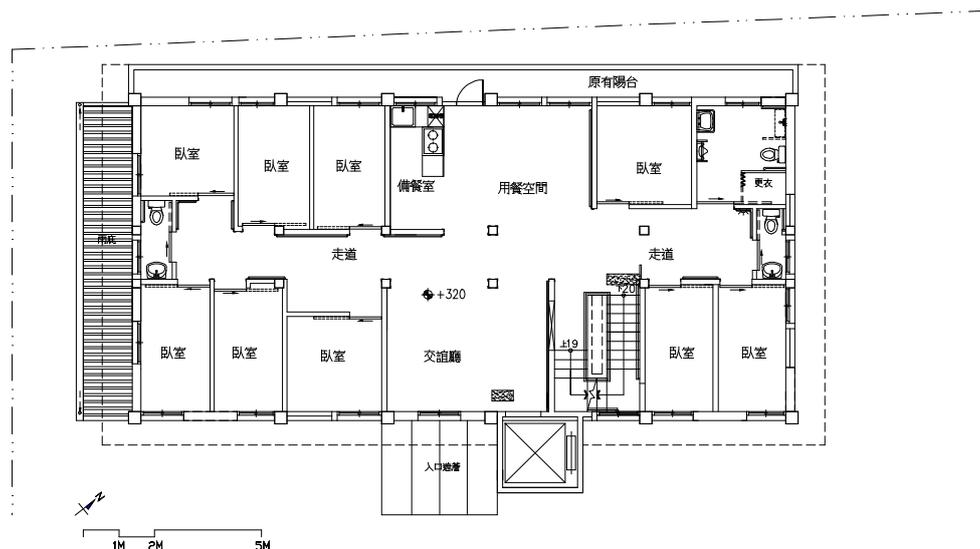


圖 7-46：二樓平面圖

(資料來源：美崙團體家屋提供，本研究團隊修正)

家屋正式開辦一段時間後，發現在一樓活動時老人專心度不夠，時常被外面景象吸引；因此將一樓門廳的電動玻璃門改為推拉式母子門，以阻擋視覺的穿透性，避免活動時專心度不足。每日早晨會帶老人在戶外活動，因此增加廊道的遮蔭，供老人可於此做適度伸展活動。



圖 7-47：戶外庭園空間

(資料來源：右圖美崙團體家屋提供，左照片本研究團隊拍攝)

因今年(106年)家屋旁的門諾基金會正在興建新建物，初期施工時因過於吵雜，影響老人活動、午休，造成部份老人情緒不穩。因此家屋決定再安裝一層窗戶，呈雙層窗戶，確實隔離不少吵雜聲。二窗戶以錯開方式開啟，外層窗採固定開口大小，使其自然通風。

屋內的裝飾多採用現代住家佈置採用簡單、可愛樣式或植物圖樣的壁貼，在廁所、洗手台貼有提醒貼紙。在辦公室門前有類似老人櫥窗的海報牆，貼有老人或家人照片。

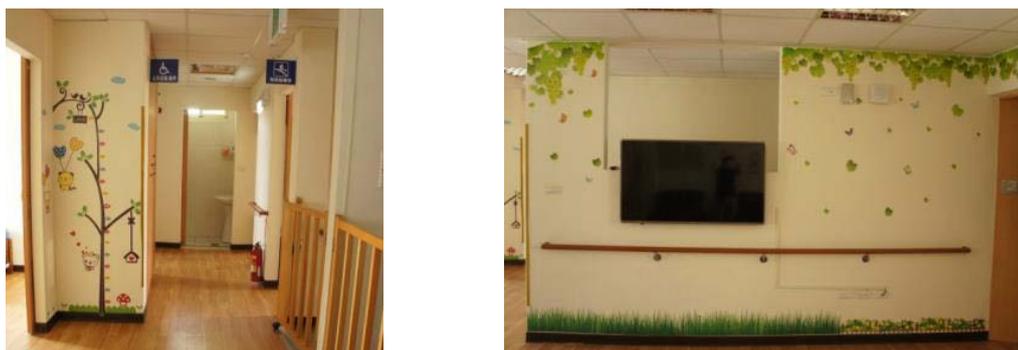


圖 7-48：公共空間牆面壁貼

(資料來源：本研究團隊拍攝)



圖 7-49：浴廁壁貼

(資料來源：本研究團隊拍攝)

在各房門上並沒有特別裝飾或佈置，只是在門上掛有老人的名字。門板上約有 25*130cm 固定式半透明玻璃窗，老人若在房內休息，可自己決定是否鎖門，因此照顧人員可透過此窗觀察老人動靜，亦可避免打擾或驚嚇到老人。

有 4 位老人原居住於外縣市，因此家屬也較少來探望。但若家中有特別日子或重要活動，如祭祖，家人則會來接老人回家住一晚。

此家屋擴建三樓為員工宿舍，而辦公空間則是規劃在一樓原應該是做為儲藏空間的樓梯下方，相當狹窄，頂多只能容納 2 個人於內辦公。

內部雖經過重新規劃，但仍避不開室內公共空間正中間的二支結構柱。雖然這二支柱可以明顯區分用餐空間、走道、交誼廳，但在使用上仍造成很大的不便。尤其是在一樓交誼廳圍成一個圓圈來帶活動時，每一位老人都是坐在輪椅或涼椅等較大一點的椅子上；因此活動的範圍就會因柱子造成侷限，且椅背幾乎是貼著大門。雖為 2 單元，但機構所安排的活動都將老人帶至一樓交誼廳。也因此當老人都在一樓活動時，二樓的公共空間閒置，空調也不開啟。

家屋一、二樓均設有廚房，但二樓並不使用，僅放食材。二樓餐廳有時做為會議空間使用。每日由 1 位照顧員約 10:30 在一樓廚房準備中餐。初期採購食材會由照顧人員到市場去採買，後來則是直接請攤販每週 2 天送食材到家屋。



圖 7-50：二樓的廚房荒廢不用與餐廳做為會議空間

(資料來源：本研究團隊拍攝)

房間採雅房設計，房內可自行佈置為自己喜歡的樣子。床單、被子均是老人從家裡帶來的。家屋提供的床是單人彈簧床，非病床式樣。目前僅有一床位是病床式的，因為此老人前一陣子身體不適，一般床無法讓他正常起身，因此換成病床。目前老人已經康復，但因睡習慣了，所以不想換回一般床。

因為是中央空調，房間內無各別冷氣機或電風扇，除非個人習慣吹電風扇或怕熱，家人才會特別準備，僅有幾間房內放置了電風扇。



圖 7-51：房間設施

(資料來源：本研究團隊拍攝)

該家屋為老人安排在一樓或二樓房間，主要是視老人的行動能力，是否能自行上下樓、以及如廁時間長短，還有老人的家人來看環境時，以房間是否明亮來決定；因此有上午來看環境的家人通常選擇東南面的房間，而下午來的則選擇西北面房間的現象。

樓梯過於狹窄，僅 90cm，只有照護人員使用。因為老人上下樓幾乎是以電梯為主。在其樓梯口都設置有上鎖的木格柵推門，防止老人跌落外，也做為扶手使用。



圖 7-52：樓梯口均上鎖的木格柵

(資料來源：本研究團隊拍攝)

前院空地的使用方式，除偶爾推衣服出來曬之外，目前尚未做任何使用規劃。工作人員曾提出想於洩洪池規劃種菜的構想，但詢問中度老人後得到卻是「不要，辛苦了一輩子，還要我來這裡種菜？！」的回覆，而重度老人則更本無法參與。也曾有位職能治療師向機構提議於出入口旁做一小庭院，擺幾張簡單的椅子，讓老人家可以在此處活動；機構也有意如此做。但此建議之地點似乎不太恰當；此處雖有一棵烏柏樹可供遮蔭，但距離大門不到 1m。雖大門有設管制，非一般可推開，但大門的設計為上下有橫格條，可以直視外面道路、行人、建築物，且可攀爬出去。



圖 7-53：前庭全景

(資料來源：本研究團隊拍攝)



圖 7-54：於前庭曬衣

(資料來源：本研究團隊拍攝)

照護人員帶老人外出平均一週 3~4 次，每趟至少半天或 6 小時，行動較不便者則坐輪椅外出。每一位外出者，包含照顧人員、老人家，均統一身穿繡有機構名稱的亮色系粉桃紅背心。因背心辨識度高，可以較容易尋找到老人家，可避免老人家走失。老人早上的精神狀況、情緒較為穩定，體力也較好；因此多為早上出門，在外吃完中餐後，再回機構休息睡午覺。下午約 2~3 點左右會視老人體力、情緒而決定是否再出門。每季也會帶行動力與精神狀況較好的老人家至大賣場採購日常用品。

天氣涼爽時則每天帶老人家沿著街廓走一圈，大約 500m 走半小時；途中在亞士都飯店大門口處稍作休息，因門口放有幾個木板凳，又有遮蔭。但天氣炎熱時，則不會帶老人家外出，而是在家屋一樓交誼廳活動，如手部活動與唱歌。

5-2. 評論與小結

本個案開辦 1 年多，大致上軟硬體使用已上軌道，成為常態。此時的確有必要做些用後評估。初步的綜合其優缺點有：

1. 有關優點方面，本個案面對一戶外大空間。有不少機會、可能性，再設計整理出來供老人們好好利用。
2. 房舍方面，整建後改了立面，加了電梯，但減少了開窗。整體言，使建物顯現親和力。
3. 軟體方面，照顧人員每週帶老人外出數次，讓老人仍可與社區生活多少有連繫，是很難得的做法。倒是前往的地方可以再擴大到市場、廟宇等，一些老人家過去較熟悉的場所，則可喚起其過去的記憶。
4. 在缺點方面，本團體家屋以二層樓分置二照顧單元，並提供二套公共空

間。但事實上，為方便照護，機構讓老人集中於一樓公共空間活動，而不使用二樓公共空間。但一樓正門進入後的空間應做為門廳，並非做為交誼空間使用，又無光線，同時坐電梯、進出入之動線會干擾此空間使用性。

5. 另一方面，一樓廚房是為照護員兼當廚師烹煮食物之地方，因為這樣可節省人力。但二樓廚房卻荒廢不用。
6. 各老人房間未見足夠「個人化」之情形。
7. 戶外庭園未好好處理，以供老人們進行有益其身心靈的活動，很可惜。大門的形式也易讓老人家看到外面，而引發其自行外出的動機。
8. 本家屋工作人員之辦公空間狹窄，僅開小窗，物理環境差。且實際會議、接待空間又安排於二樓公共空間，對工作人員之工作效率有很大的減分作用。

整體而言，本家屋要作為失智老人的療癒性環境，尚有多種軟硬體課題需處理、改善。

第三節 療癒性醫院個案研究

一、台東聖母醫院

台東聖母醫院是以「天主教」信仰為基礎之醫療與社會服務的宗教團體，由兩位聖母醫療傳教會愛爾蘭修女柯淑賢及蘇蘊芳於1961年創立，以產科醫療開始。1963年醫師裴惠蘭修女亦加入聖母產院（聖母醫院的前身）的行列。1967年30張病床設置完成。1975年仁愛修女會開始接辦醫院，Agnes McPhee修女接任第二任院長。1981年開始社區醫療及居家護理服務，採取擴大山地鄉社區醫療保健服務。1983年醫院擴增病房及擴大門診服務。1986年居家照護部門成立，更專業化的服務偏遠地區居民，包括山地鄉及離島地區。1990年通過醫院評鑒成為地區醫院。1995年擴大各項服務成為全民健保特約醫院。1996年擴建完成，病床數擴大到一百床。但健保制度推行後，大型醫院朝向「企業化」與「市場化」經營，以公益導向的聖母醫院開始出現經費短缺、設備老舊之經營困境。因此台東聖母醫院縮減業務，關閉產科及開刀房，至2009年12月縮減至29張病床，八位專職醫師、二十多名護理人員，是醫院層級中規模最小的醫療單位。

1-1. 新規劃理念

2008年，天主教會花蓮教區委託聖母醫院，開始以「成為東部安寧療護中心及健康促進中心」為未來的發展目標。2009年提出「全方位健康促進園區設立計畫書」，對病人、家屬、員工及社區進行全方位的健康促進推動。

1. 醫院重新定位：成立全方位健康園區，聖母醫院除提供門診服務、收置住院病患，跳脫一般教會團體醫院、社服單位及慈善機構的既定框架，以創新、多元的經營方式，成功地為非營利事業單位的經營，開創出永續經營、多元發展的可能性。
2. 多元資源整合運用：積極創造促進健康的環境，善用教會網絡、整合政府、社區及在地資源，發展地方照顧網絡。除了醫療服務、醫學教育外，以健康園區概念發展聖母健康培質院、聖母健康會館、聖母健康農莊、芳心好美館等單位，擴及餐飲、農耕、芳療、救災、老人照護、落實健康社區營造等，建立健康促進實務與資訊的推動交流平台。

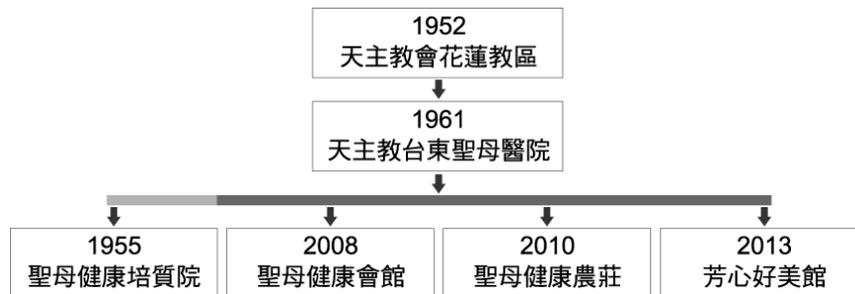


圖 7-55：台東聖母醫院健康園區關係圖

（資料來源：本研究重新繪製）

1-2. 分區說明

1. 聖母醫院

本院區包含聖母醫院、聖母健康會館、天主堂、辦公區、健康廚房、療癒花園及一部乳房磁振造影行動車。

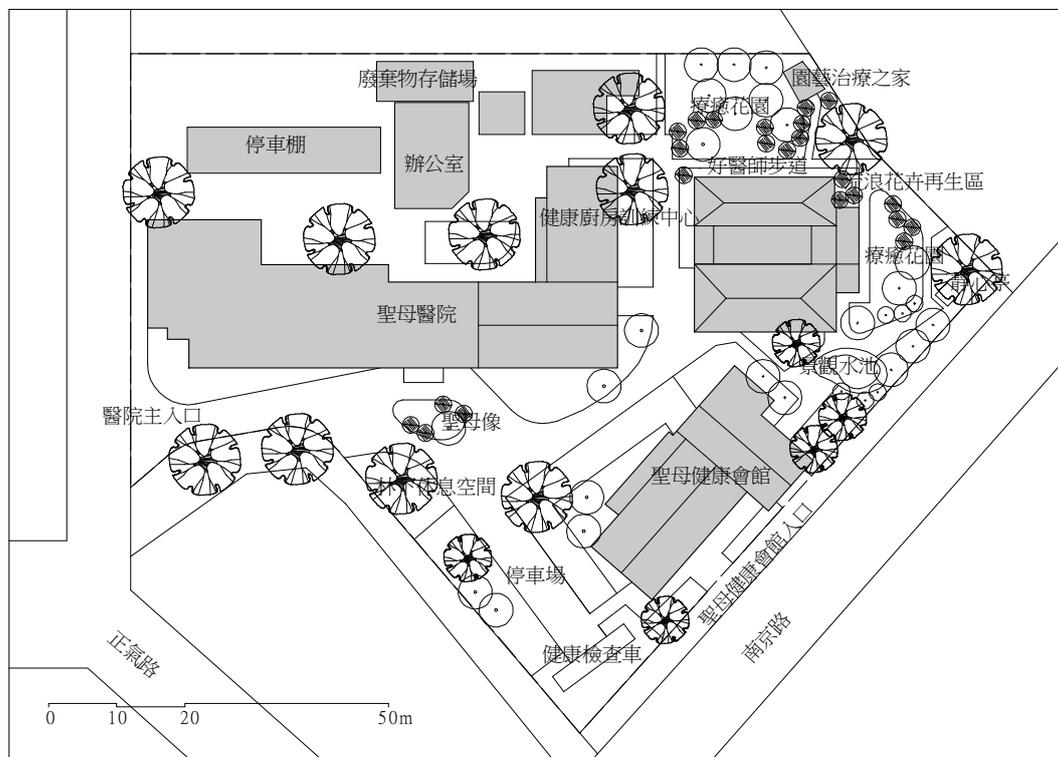


圖 7-56：聖母醫院、聖母健康會館平面配置圖

(資料來源：本研究團隊繪製)

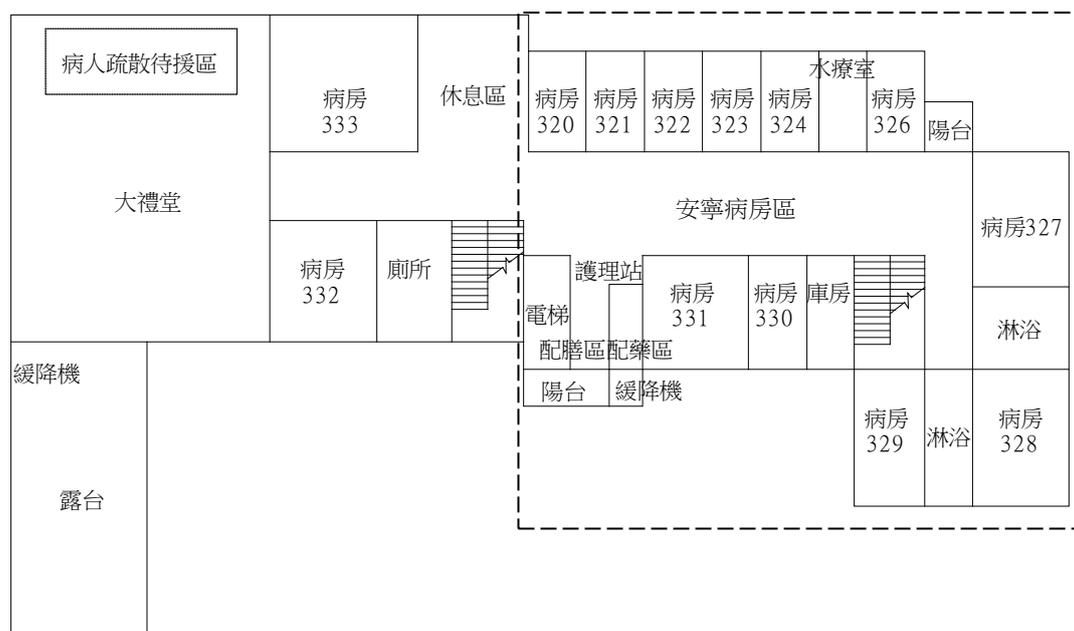


圖 7-57：聖母醫院三樓平面簡圖

(資料來源：本研究團隊現場粗略測繪)

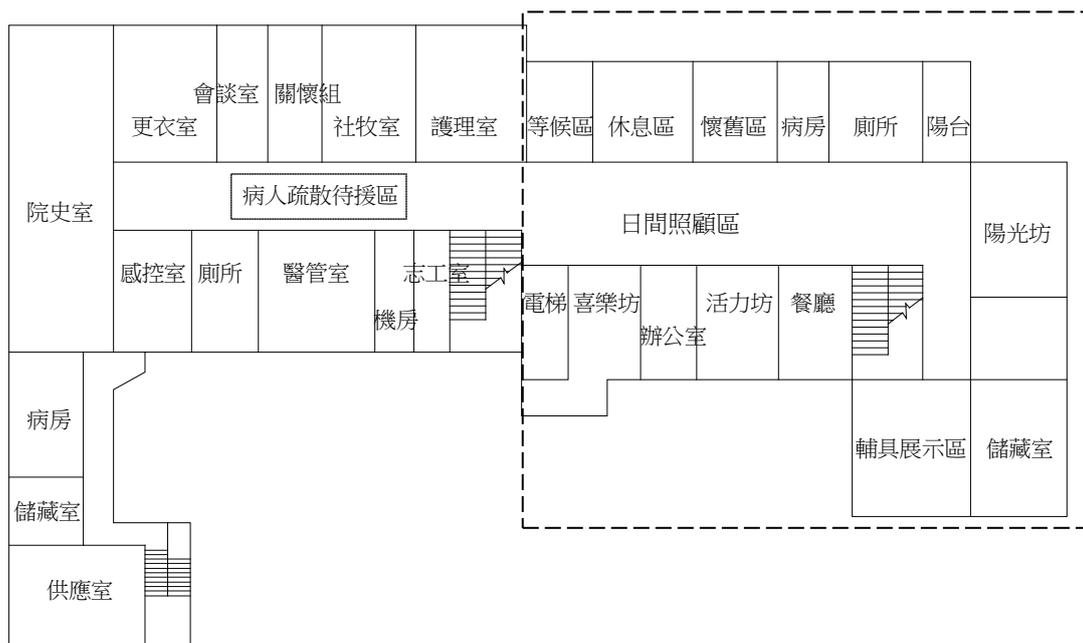


圖 7-58：聖母醫院二樓平面簡圖

(資料來源：本研究團隊現場粗略測繪)

1) . 聖母醫院

a. 一樓：門診、候診區、辦公區

一樓配置單純，有貫穿的長廊，左翼為門診、候診區，右翼為休息區及辦公區，由辦公區廊道可以直接連接鄰棟的健康廚房，便利送餐服務及醫院公衛、照護服務等相關業務。



圖 7-59：聖母醫院一樓之候診區及辦公區

(資料來源：本研究團隊拍攝)

b. 二樓：病房、日照中心

2010年台東聖母醫院附設日間照顧中心成立，由聖母醫院管理、營運，是台東第一間失能、失智症之日間照顧中心。資源可利用醫院醫療與附屬之療癒花園。二樓病房改成開放式隔間，出入門口設管制。目前收托35人，每日都至少有30個長輩在此接受服務。依目前收托之長輩世代特性，延續在地農村的意象反映在規劃及設計上，以營造懷舊風格，用當地漂流木與竹子區隔照顧單元與中央散步道，設有復健區以及半戶外露天花園等。



圖 7-60：聖母醫院二樓日照中心

(資料來源：臺東聖母醫院提供)

c. 三樓：安寧病房、院史室（尚未開放）

聖母醫院於2000年安寧居家納入健保試辦計畫後，開始提供居家安寧療護服務，此理念獲得社會捐助的支持，2004年4月成立了台東第一家安寧療護病房服務，目前有八張安寧病床。安寧病房區現佈置展示農村與部分原住民飾品，營造懷舊風格，同時也應用目前聖母醫院推廣的芳療輔助。病房區特別注重冰箱的設置，以方便病患及家屬使用。



圖 7-61：聖母醫院三樓安寧病房，牆面以在地石頭形構東海岸意象

(本研究團隊拍攝)

d. 療癒花園

台東聖母醫院於2007年設置了全國第一座醫院的療癒花園—「沁園」，園區設有水道、水牆、許願池、好醫師步道、香草苗圃區、玫瑰花圃區、果樹等，還有休息用的靜心亭。使整座花園充滿生意與朝氣，讓臥床的病患、陪病家屬、社區居民都能感受大自然的生命能量。搭建不同高度的栽植花台，調整工具，強調園藝治療療癒的效果。收容照顧流浪花卉或折損植物，宣導生命教育。加強醫學教育，辦「好醫師先修營」讓醫學生在花園中種下承諾做好醫師的種子，期許日後成為社會所期待的好醫師。

日照中心於傍晚也會安排長者到花園散步。



圖 7-62：台東聖母醫院療癒花園

(資料來源：本研究團隊拍攝)

e. 聖母健康會館

健康會館源始於一位餐廳業者，向聖母醫院承租了一塊空地，打算經營一間餐廳，讓探病的民眾有一個休憩的地方。後來聖母醫院開始規劃「健康促進中心」計畫，開始推廣健康膳食、健康社區營造及健康促進，聖母健康會館改由院方自行經營，餐廳業者成為負責健康膳食的主廚。

2. 健康培植院、芳心好美館

1). 健康培植院

原址為「培質院」，是天主教「白冷會」於1955年所創辦，為提供偏鄉或離島清寒學子在市區就學的學生宿舍，後因需求不若以往，於2000年停用。台東聖母醫院於原址推出「健康培質院計畫」，成立全國第一間由醫院規劃，專門為病人、老人、照顧者等有需要被關懷者，提供身心靈成長服務之芳療館。

2). 芳心好美館

聖母醫院實施「健康培質院計畫」，2013年轉型為「健康培質院」，兼具住宿與芳療服務。院區提供的優質住宿及活動空間，有多功能教室、餐廳、會議室及戶外庭園區，讓遊客或機關團體辦理培訓、衛教活動，及教會舉行靈修活動等，開辦健康樂活營、控糖生活營或健康輕旅等課程。健康培質院分三部分：

a. 芳心好美館

整建教會舊建築「培質院」，成立全國第一間由醫院支持，專門服務老人、病患和照顧者的「芳心好美」芳療館。引進芳療介入慢性病患的照顧，舒緩不適的症狀。除了訓練合格的芳療師及芳療志工，並與業者發展出醫療院所專用的精油，有系統的擴大運用芳療，推動醫院健康促進的目標。是台灣實際運用芳療在醫療院所，證實了芳療在全人照顧的成效。

b. 聖母樂齡健康活力中心

台東高齡長者們有一個屬於自己的學習「健康」園地，提供免費課程。開放長輩選課，課程有芳香生活DIY、健康操、保健手足按摩法、園藝、烘焙、烏克蘭麗麗、樂齡好滋味等，提供健康促進和體適能檢測。

c. 好美館

承續原培質院學生宿舍的住宿功能，對象由學生變成一般民眾及教友，有雙人套房、三人房及新建七棟獨立小屋的團體房，全院區可容納七十人住宿。



圖 7-63：健康培質院區
(資料來源：本研究團隊拍攝)

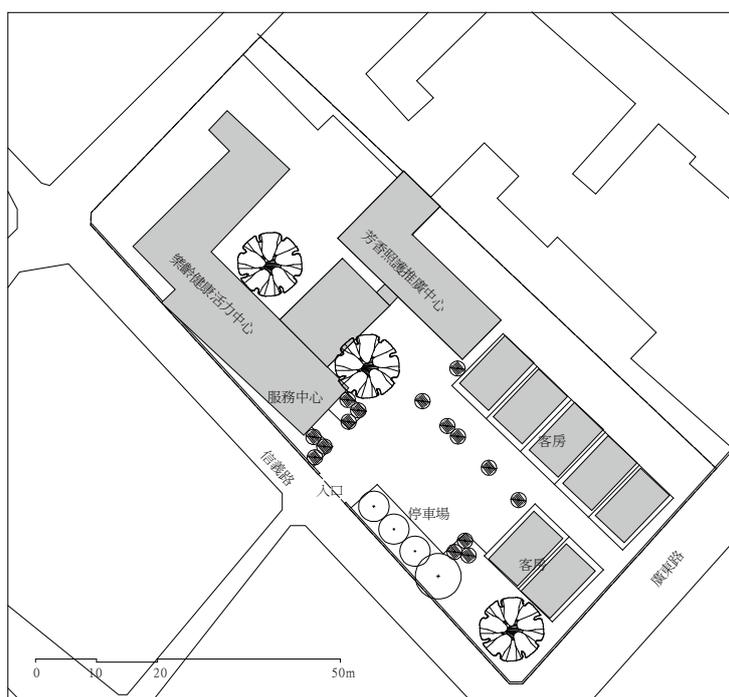


圖 7-64：健康培植院、芳心好美館平面配置圖
(資料來源：本研究團隊簡易測繪繪製)

3. 聖母健康農莊

2009年八八水災重創台東縣太麻里鄉，聖母醫院負責統合整個花蓮教區救災工作及醫療服務。災後半年成立「嘉蘭健康活力站」，同時承接退輔會台東農場的知本分場的休耕地，成立「聖母健康農莊」，採「以工代賑」的模式提供災民與原住民工作機會。園區開始種田、種菜，自產健康天然食材，除了創造就業機會，進而推廣健康促進的觀念。退輔會台東農場的知本分場即將到期，將遷到台東區職訓中心，未來除農莊，將結合友善高齡者的功能做規劃。

目前聖母健康農莊園區，包括：

1) . 田園餐廳

園區老舊的建築物改建成餐廳，以健康飲食為訴求，兼具展售功能。期希民眾能了解食物從土壤到餐桌的過程，養成低碳飲食的觀念，優先使用農莊自產之有機蔬菜，吃到最安全及最自然的食物，以改善自己的健康。

2) .全食物烘焙工坊

烘焙坊自製麵包、蛋糕、餅乾等，提供餐廳使用及販售。遊客可預約三項DIY課程，學習手工麵包烘培、愛玉及豆腐製作。

3) .田園種植區

田園種植區包含有生態池、香藥草區、有機蔬菜網室種植區、農作教學區、食物森林區及育苗室等，由專職農夫管理，定時提供小包裝有機蔬菜，於健康會館及農莊田園餐廳上架銷售。地理環境因素栽種蔬果產能不佳，參考過去日本人對台東的土壤調查，發現台東的環境非常適合藥草植物生長，在此大規模以有機方式種植。藥草並製作成養生飲品，成為特色產品項目。



圖 7-65：聖母健康農莊園區圖

(資料來源：本研究團隊拍攝)



圖 7-66：聖母健康農莊全區配置圖

(資料來源：本研究團隊拍攝)

4. 健康活力站

1) .嘉蘭健康活力站

嘉蘭健康活力站由台東聖母醫院與當地教友合作，房舍由受災戶提供給教區無償使用。為88風災後成立災後第一個日托關懷站，以排灣族和魯凱族為主要服務族群的社區照顧據點，提供服務包括老人日間照顧、日間托顧、健康促進、心理諮商、靈性關懷等。建築物一樓規劃成一個托老休憩空間、辦公室，戶外為十坪左右的中庭活動場地。室內擺設了可收納的長方形桌子和椅子，有電視和簡單

的音響設備作為娛樂用途。據點的2樓原先規劃有一個小型的圖書館和閱覽空間，提供上半天課的國小學生做功課和閱讀，但因失修且有其他單位提供此項服務，目前已暫停對外開放。後方則為健康廚房及無障礙廁所、盥洗室。



圖 7-67：嘉蘭健康活力站平面圖

(資料來源：本研究團隊簡易測繪繪製)

服務內容包括：

a. 健康活力站和家庭托顧

每星期一、三、五定期安排活動並提供免費午餐，固定有20-30位左右長者參加，也有社區中的2-3位身心障礙人士融入。開放的中庭利用風扇調節，每個星期一、三、五上午，社區的老人會來這裡參加健康活力站，進行由長者自定的傳統手工藝、唱歌、運動等課程，協助備餐、參與村里民或社區發展協會的各項活動。

家庭托顧是新的服務項目，目前有3位長者和3位身心障礙人士，分屬2個托顧家庭，時間為週一至週五日間。每週的一、三、五他們會和健康活力站活動結合，豐富了生活的連結。

活力站長者有時會帶孫兒一起，社區內的居民也可進入，隔壁幼兒園也會定期與站內老人等產生互動，社區與活力站關係非常活絡。



圖 7-68：健康活力站中庭活動區

(資料來源：本研究團隊拍攝)

b. 部落健康廚房

健康廚房負責星期一至六之長者送餐、活力站共餐和寒暑假低收入戶的學生的營養午餐。為確保食材的新鮮及品質，由聖母健康農莊統一購買及發送食材至各廚房，菜單由聖母醫院的營養師設計，再由這個據點的廚房準備和發送。每天平均要準備40個便當，分送給方圓12公里內的長者，還有30多個健康活力站和家庭托顧的長者供餐。



圖 7-69：健康活力站健康廚房

(資料來源：本研究團隊拍攝)

2) .太麻里活力站

嘉蘭及泰源部落廚房位於山區，一遇風災路斷，午餐無法外送太麻里、東河地區。太麻里天主堂教友有感於急迫需求，發起興建部落廚房及設置健康活力站的需求。台東聖母醫院首度透過國內集資平台，募集太麻里部落廚房籌建費用，短短36小時就達到400萬元的預期目標。太麻里部落廚房已規劃，將利用天主堂旁空地興建部落廚房。

活力站位於聖加錄天主堂園區，聖加錄天主堂於民國48年7月，由瑞士白冷外方傳教會胡恩博神父興建完成。太麻里活力站緊鄰教會辦公室，前有遮雨棚架，園區教堂、庭園平日對外開放。活力站為新設點，空間格局開放，簡單無隔間，設有活動桌椅及復健設備兩組，目前只有數名長者，待健康廚房完工後，將有更多機能加入。

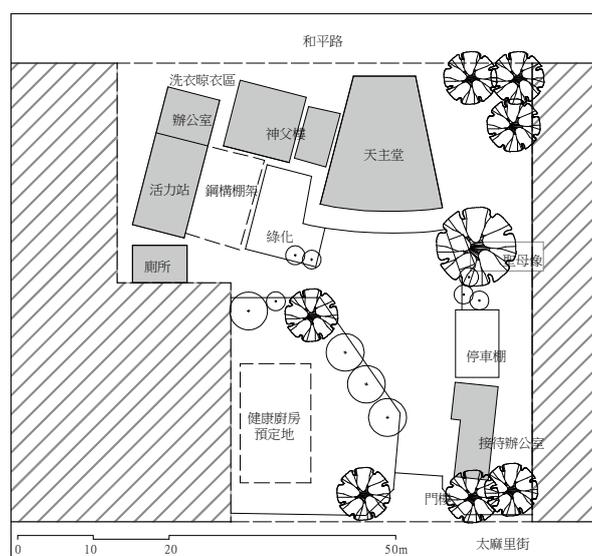


圖 7-70：太麻里活力站平面圖

(資料來源：本研究團隊簡易測繪繪製)



圖 7-71：太麻里活力站及聖加錄天主堂區
(資料來源：本研究團隊拍攝)

1-3. 空間之療癒特質分析

台東聖母醫院安寧病房

1. 地方性特質、熟悉感如家的氛圍設計
2. 病房設計考量家屬陪伴
3. 護理站設計配合氛圍
4. 設備考量病患及家屬需求，如加大的冰箱、食物加熱設施等



圖 7-72：台東聖母醫院安寧病房特質分析
(資料來源：本研究拍攝、加註)

嘉蘭健康活力站

1. 與社區關係緊密
2. 有便利的接送車輛、復康巴士
3. 活力站結合健康廚房、日照及日托中心等，資源共用
4. 隔壁為幼稚園，老人、小孩互動成效良好



圖 7-73：台東聖母醫院嘉蘭健康活力站特質分析

(資料來源：本研究拍攝、加註)

1-4. 小結與評論

本醫院可謂依循地方之需求，加上院內經營者的理念，創發了與其他醫院經營發展上，很不一樣的方向與內容。基本上，它縮小醫院規模，卻回歸服務周邊社區與臺東市及其市郊，因此服務項目多元，包括了長期照護以及疾病防護、健康生活促進。這些正合乎政府長照2.0所強調的社區服務網絡之建構，（也難怪政府會選它作為長照2.0 B、C級設施示範點。）卻更具靈活度與新意。除此之外，它對大社會而言，也具備指標性，可以吸引各地家庭、老人到此浸潤健康生活的可能性，而被啟發，自行實踐。當然這對有意亦從事此類服務的人士、團體，均有相當參考價值。

二、彰濱秀傳紀念醫院

彰濱秀傳紀念醫院位於彰化縣鹿港鎮彰濱工業區。彰濱工業區臨海，為一經過填海造陸的海埔新生地。彰濱秀傳紀念醫院為秀傳醫療體系之一，前身為民國82設立之秀傳紀念醫院彰濱分院，於85年7月變更為「財團法人彰濱秀傳紀念醫院」，等級為地區醫院。

2-1. 規劃理念

2006年「彰濱秀傳健康園區」開幕，基地面積八點五公頃，醫院建築為地下一樓、地上七層樓型式；2008年秀傳亞洲微創手術訓練中心成立、心理健康研究大樓同年啟用。樓地板總面積一萬七千坪，規劃病床數一般病床約五百床，慢性病床約一百五十床，精神病床約四百床，總病床數1126床。

「彰濱秀傳健康園區」的規劃以提供醫療健康服務為主，希望建立「一種獨特且全面的醫療經歷」，為全國第一個強調醫院服務禮儀，把掛號服務、病房飯店化，將醫療單位與餐廳、商店街、電影院、藝術畫廊、博物館以及娛樂設施等結合，後更規畫便利的交通及院區住宿，將健康園區變成健康體驗及鹿港的觀光景點之一。



圖 7-74：彰濱秀傳健康園區全區鳥瞰
(資料來源：google map)

2-2. 分區說明

彰濱秀傳健康園區共分三區，分別為醫院本院、亞洲微創手術訓練中心及心理健康研究大樓。

1. 彰濱秀傳醫院本院

本院建築為左右對稱之七層大樓設計，三樓以上之樓層退縮一半面積，為住院病房。醫院與一般醫院相同，將掛號、批價、領藥、各科門診等空間，配置於地下一樓與一、二樓，串聯餐廳、美食街、娛樂設施等配置在地下一樓及一樓區，

成為門診病患使用區。七樓（樓層實為六樓）設有VIP飯店化病房，有病房專屬護理師照護。

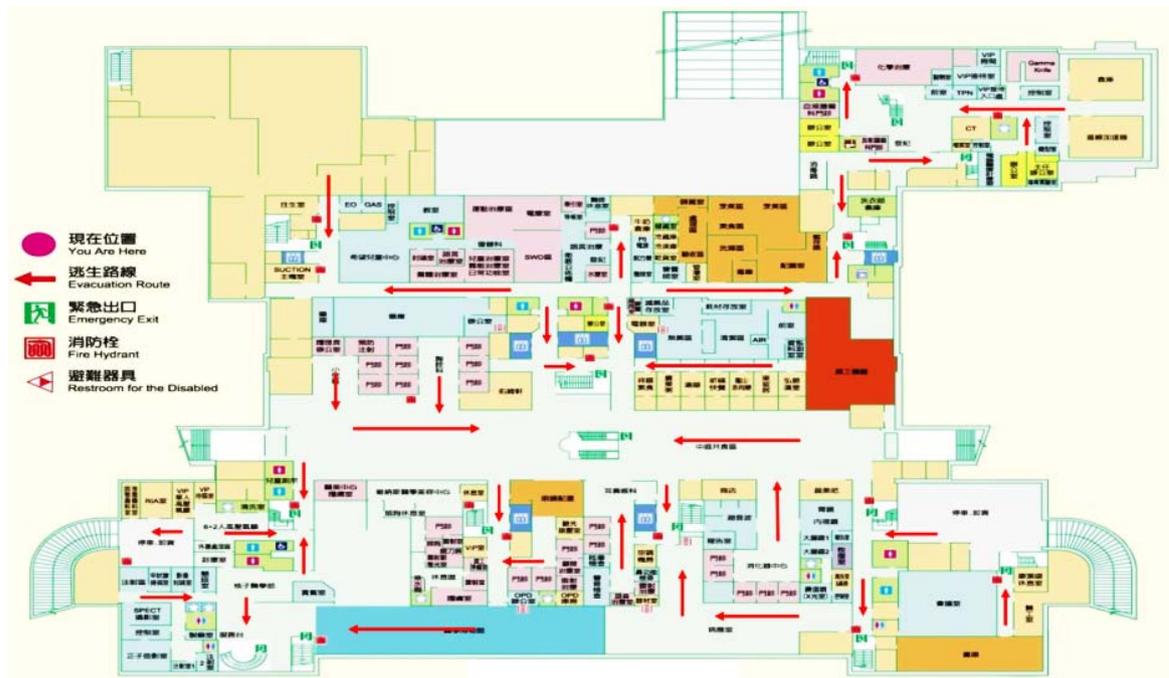


圖 7-75：彰濱秀傳紀念醫院 B1 平面圖

（資料來源：本研究拍攝）

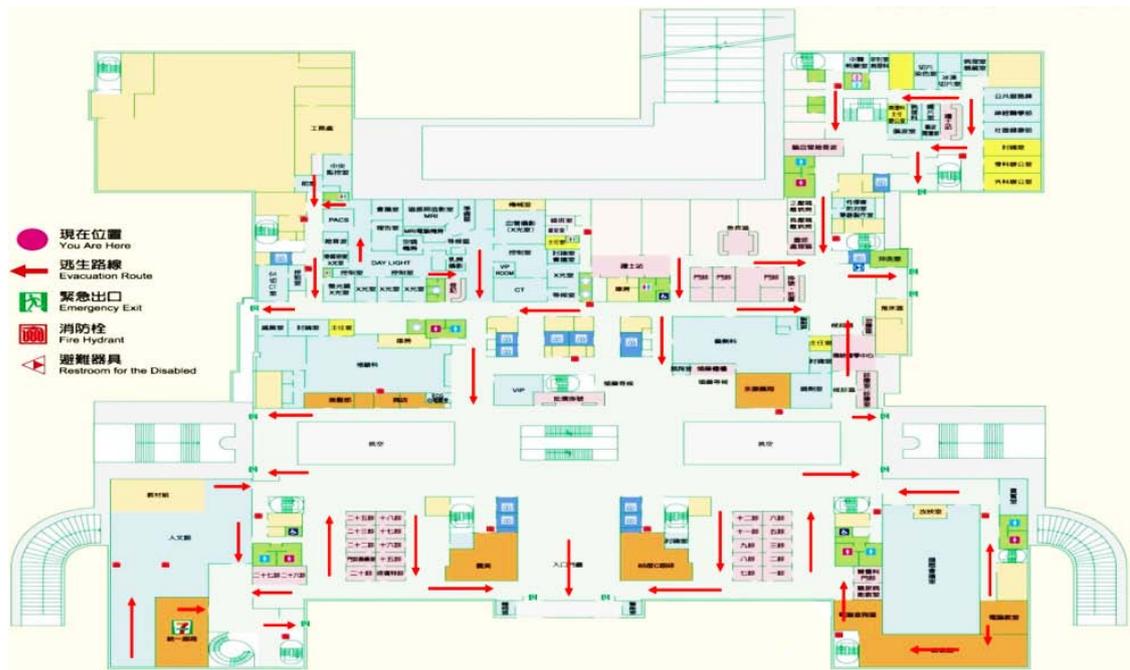


圖 7-76：彰濱秀傳紀念醫院 1F 平面圖

（資料來源：本研究拍攝）

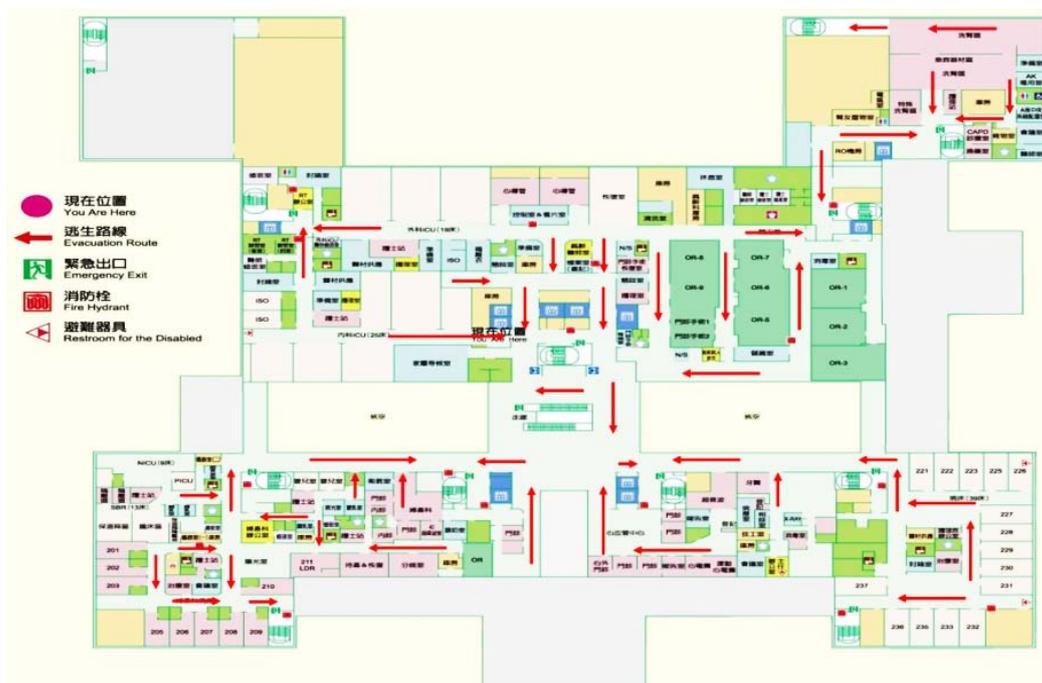


圖 7-77：彰濱秀傳紀念醫院 2F 平面圖

(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-78：彰濱秀傳紀念醫院 7F 平面圖

(資料來源：本研究拍攝)

- 1). 門診區利用空間、機能營造舒適感，企圖消除患者與醫院之間的距離
 - a. 醫院飯店化的經營目標，注重裝修整體形象，家具配置及燈光設計力求柔和、放鬆感。以軟體將醫療服務化。患者在進入醫院後，使用行動掛號批價服務專車取代掛號處掛號，並透過院內四處配置的螢幕，輕易了解各科別目前的看診順序，無須在門診處等候叫號。醫院內部空間設計以明亮、舒適為主，門診與等候區的設施，採用開放式的沙發，而非一般醫院的塑膠椅，免除患者對醫院生冷的印象。領藥區有藥師服務，可於等候區休息，等候藥師將配好的藥送到身邊並說明用藥，對於高齡者是一項貼心又實用的服務。

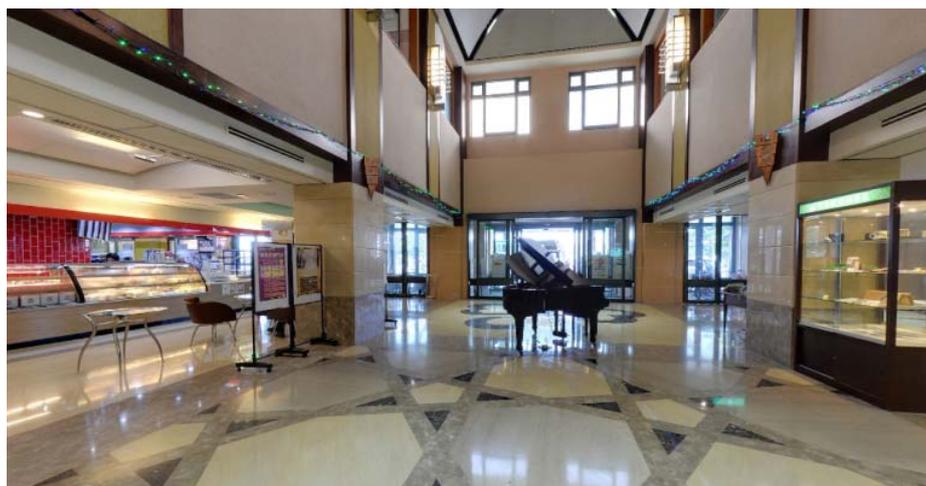


圖 7-79：醫院大廳入口有咖啡休憩點，設三角鋼琴，安排不定期的室內音樂演出
(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-80：醫院一樓之掛號行動車與各科候診間
(資料來源：本研究拍攝)



圖 7-81：領藥區有專人服務領藥及解說用藥
(資料來源：本研究拍攝)

- b. 大樓左右兩翼地下一樓到三樓挑空天井設計，採光良好。右翼結合商場、美食街等，因挑空、採光而與一、二樓有良好的視覺關係，減緩一般大型醫院就診的壓力與沉重感。但地下一樓的部分將美食街與部分門診的空間規劃於同一個區域，沒有特別做院內管控的區隔，這是有相當有疑慮的。



圖 7-82：醫院地下一樓右翼之商場、美食街

(資料來源：本研究拍攝)

圖 6-16：彰濱秀傳紀念醫院一樓到三樓之挑空，採光良好

- 2). 其他設施如電影院、人文藝術館、醫學博物館等其他空間，規劃在同一區域，此區則與其他的醫療單位區隔。醫學博物館為全國唯一在醫院設立的，展覽設施移植自國立科學博物館，但目前因年久失修，已暫時關閉。



圖 7-83：人文藝術館、醫學博物館

(資料來源：本研究拍攝)

2. 亞洲微創手術訓練中心

與法國微創訓練中心 (IRCAD) 合作，在彰濱秀傳健康園區成立亞洲第一個遠距微創手術訓練中心，平均每年至少開15個課程，提供各國醫師前來台灣學習微創手術。



圖 7-84：彰濱秀傳健康園區亞洲微創手術訓練中心大樓

(資料來源：本研究拍攝)

3. 心理健康研究大樓

心理健康研究大樓為五層樓建築，提供精神醫療設施。包含100床急性床及300床慢性病床，內設有門診、藥局、生理回饋室、家族治療室、復健工作區、紓壓中心、懇談室、兒童遊戲治療室、視聽休閒、戶外表演場及多功能球場等空間。心理健康大樓2F，目前設有「樂活紓壓中心」，強調醫療紓壓，結合彰濱秀傳醫療體系之精神科心理師、職能治療師、營養師、醫學美容中心芳療師、專業瑜珈老師等多元之綜合服務，以觀光行程對外營業，提供一般大眾體驗使用。



圖 7-85：心理健康研究大樓
(資料來源：google map)

2-3. 空間之療癒特質分析

醫院領藥區

1. 專人領藥服務無須候號
2. 咖啡座型等候區，提供茶水服務
3. 藥師親將藥包送達病患並提供藥物使用說明與諮詢



圖 7-86：台東聖母醫院安寧病房特質分析
(資料來源：本研究拍攝、加註)

2-4. 小結

彰濱秀傳紀念醫院，以醫院飯店化經營為訴求，整體意象與一般傳統醫院相異，以軟體及空間硬體營造，企圖擺脫一般醫院沉重的形象，在國內尚屬首創，相當難得。但在醫院區位的規畫上，未能將診療區與購物、飲食區清楚的區隔，於五感控管仍是有疑慮的。醫院位於彰濱工業園區內，聯外交通不便，目前侷限發展為社區型醫院。院方也積極結合觀光轉型為健康推廣，但醫療商業化後也難免引發社會議論，評價兩極。

第四節 療癒/育住宅與設施個案比較

本章所論之住宅與設施案例顯然數量還是有限的，但是在設施種類上倒是包涵了日照中心、失智與團體家屋、日間樂活據點、小規模多功能設施、養護設施、甚至友善醫院、芳香療癒住宿、生機飲食、農藝遊憩設施。仍然顯示了療癒性環境的多樣性與創意的可能性。這是本研究團隊並沒有特別預期到的。

正如第三次專家座談會時，台中市副市長林依瑩所強調的環境設計創意的重要性。事實上，在療癒性環境的創意並非只在於硬體的設計上，也可在於軟體上，也就是硬體的規畫書上，亦即到底建築、環境實體要容納何種具療癒性的活動。

本章論及了日本的二世帶住宅，但沒舉出國內的三代同堂或三代同鄰案例，主要是國內因市場小，沒有預鑄房屋工業，也就沒有如日本積水集團的住宅營建大公司。國內僅有一般的建設公司，近年來因地價高漲，但增值稅低，多著力豪宅建設，最近才因空屋過多，有向中坪數住宅轉向。但仍未見有三代同堂、同鄰之產品，僅有少數通用設計認證的案子推出。政府方面也只推出「社會住宅」，給予中收入家庭購買。倒是依國內老人生活需求調查與住宅調查，仍可知國內家庭三代同堂之比例仍保持接近六成，相信三代同鄰之情況亦多。這方面確實狀況，需要進一步的調查研究。總言之，國內除了公辦民營的「老人公寓」外，一般住宅市場上尚無特別為老人需求作回應的。以致老人居住的住宅多是一般各類型住宅，必要時才依各自之需求做整修、增加設備等。倒是日本的二世代住宅除了設計細節、材料、設備等極具療癒性之考量，在規劃書上只偏重與子孫合住/鄰住之可能性，再加上一些生涯住宅之考量。

在設施方面，日本特別發展出來的「小規模多功能設施」，是國內所沒有，但又被納入「長照 2.0」計畫中，因此特別選取評估。前文已述及事實上本章所提出的好些設施都是複合功能的，而且也是小型落座於社區內的，然而這與「小規模多功能設施」究竟有何不同？尚未見任何相關研究探討。顯然在這方面之規劃、設計與其的確成效，日本之經驗均值得我們參考與學習檢討。在「失智者團體家屋」方面，國內仍處於示範階段，本研究團隊也調查過其他幾個案例，只是為篇幅緣故沒有在本章中整理呈現出來。說實在，此部分也應該有更深入的用後評估，才有助於此照護設施在國內的發展。另一方面，本章未選取「失智者照護專區」之個案進行探討，這也值得於後續研究關注。

至於「日照中心」與「養護、安養設施」方面，本章案例也都提出了，彼此相較仍可見各別之優缺點。日本的いつぶく莊（Ippuku 莊）基地位置得天獨厚，整體設計簡單明瞭，景觀良好，唯一缺點是草坪必須借助塑膠假草皮。至於室內設計則相當用心，空間組織與細部設計、家具選取均有一定沉靜、親切、人性之美感，是相當不錯的個案。而我國的案例則沒有如此之水準，所謂「統一美感」也還達不到，顯得可惜。

「友善醫院」在國內之推動，仍只限於一些有心的醫院，尚不夠普遍，這是急於倡導與提升的面相，相關研究也幾乎未見到，學術界包括建築學、醫院管理領域、醫療界均應共同關注。事實上，國外推動「年齡友善醫院」已有多年，相

信好的案例很多，這方面則有待後續之追索與研究了。

「東聖母醫院」的長照與療癒性環境的事業是很難得的一個案例。其特出點於前文已論述不少。在此還可特別提到一點。本案可謂成功的將「服務」與「社會企業」做了很好的聯結。這主要在於主事者的遠見與創意，因此其整個事業充滿著前瞻性，再加上用心尋求專業，才有辦法順利推出，吸引一般人，也服務一般人及各式體能、心智狀況的老人家。或許這都來自於主事者宗教熱忱的背景。

第八章 園藝療法與綠色照顧之案例研究

本章節較特別，特別論述綠色照顧與園藝療法之理論，並舉出三個案例。由於景觀學、生態旅遊、綠色照顧均非建築專業者所擅長的，但是前範疇與園藝、農藝療法在老人照顧上有極大的益處，不可忽視。因此特別闢此章做理論上的回顧，同時將景觀學界對相關庭園設計之準則做了彙整，並選取三個案例，臺灣、日本、新加坡各一，做為評析對象。這樣才好將「療癒環境」的完整面可以呈現，除了人造建成環境還包括了自然環境本身，尤其植栽、景觀方面。

第一節 綠色照顧與園藝療法

Sulliam (2017: 1~16) 於「都市森林與恢復心智疲勞」演講中，提及 Kaplan & Kaplan 夫婦發明的「注意力恢復理論」(Attention Restoration Theory)，注意力分有兩種：一種是由下而上自發的，另一種是由上而下的，需要「關注」的 (paying attention)。後者譬如：學習、解決問題、計畫、開發及執行任務、自我監控與規範、有效的社交。需要「努力」(effort)，而會產生「疲勞」(fatigue)。前者則不會。倒是作者並未說明：何謂「由下而上」；何謂「由上而下」的二種注意是什麼。筆者揣測似乎是指自發地與由外指使的。所謂「疲勞」有幾個徵兆：1) 不專心了，2) 生氣，3) 衝動。他引用了幾個研究結果，都顯示接觸綠環境對於小孩「自我要求」(self-discipline) 或注意力指標提昇都有幫助。也因此讓人多接近綠地是很重要的事情。

Park (2017: 17~24) 於「為人健康的園藝」演講中提及：醫療界已由「傳統醫療」結合「輔助與替代醫療」，而成為今日的「整合性醫藥 (integrated medicine)」。園藝 (gardening) 為農藝 (horticulture) 的重要一類。其效應基於研究的證據，需分析 1) 其作為身體活動。2) 測量園藝所產生的身心反應。3) 園藝涉入的效益。於結論，她指出 1) 園藝是為健康而有的身體活動。2) 園藝涉入或農藝療法需客製化、科學化。3) 與觀賞植物互動，能使身心放鬆。4) 農藝乃未來傾向之遇處與預防手段。5) 可運用於照護農作 (care farming) 或綠色照顧 (green care)。

論及園藝或農藝療法 (gardening & horticulture therapy)、照護農場 (care farm)、綠色照護 (green care)，所依據的理論有 Wilson (1984) 的 Biophilia Theory (生物情緣理論)；Kaplan 夫婦 (1989) 的 attention restoration theory (注意力恢復理論) 與 landscape preference matrix (景觀偏好矩陣)；以及 Ulrich (1991) 的 stress reduction theory (壓力減低理論)。

有關人對自然的認知、情感、感覺層面的反應，Kaplan & Kaplan 夫婦 (1989) 的景觀喜好理論 (landscape preference theory) 可謂在學界奠下了基礎。透過歸納各式人等的景觀喜好 (內容項目：水、植栽、光、開放地坪；空間項目：清楚方向性、可辨識之秩序、深度、景境、對四周開放但有遮蔽的視野)，他們得出

人們的「景觀喜好矩陣」：

表 8-1：景觀喜好矩陣

	了解	探索
當下的資訊	整體感 重複的元素、顏色、肌理所合成的景象	複雜感 觀者壟罩在多樣、分歧的視野
延伸的資訊	辨識性 熟悉的模式讓人容易意會該景觀	神秘 藉由行進深入景觀，可獲得更多訊息的程序

(資料來源：Kaplan & Kaplan, 1989)

此矩陣可謂釐清了人們接觸自然所涉及的情感、認知與感覺的主要類別。S. Kaplan (1995) 又提出「注意力恢復理論」(Attention Restoration Theory, ART)，認為人們有很強的自然景色的喜好。暴露於此類景色對人腦集中注意力的能力具有良好的「恢復」效果。他分辨人的注意力有兩種：非自願的與自願導向的。人累或感到壓力，是因為過度運作自願導向的注意力，這種注意力投諸於困難的心智活動，需要長時專心。非自願的注意力卻不需要努力或特別需求，它能遠離累人的心智活動，讓人自願導向的注意力休息。

Kaplan 夫婦 (1989) 所提出的「注意力恢復理論」，認為某地方具備以下特性，即可使注意力恢復。

1. 此地遠離每日要求，在那裡我得以放鬆，並想些我有興趣之事。(遠離，being-away)
2. 此地意想不到：對我而言，足夠大，去發現可對諸事物好奇。(魅力，fascination)
3. 此地之活動、事物組織有序。(內在一致性，coherence)
4. 此地非常廣大，來去無限制，它自成世界。(範界，scope)(延展性)
5. 此地很容易定向、來去，以致我可以愛做什麼就做什麼(應合 compatibility)(相容性)

Kaplan 夫婦 (1989) 也提出了具療癒性之環境可產生之 4 層面健康效益：1) 清理頭腦(cleaning the head)，2) 恢復指向性注意力(recovery directed attention)，3) 認知上之平靜(cognitive quiet)，4) 持久性(duration)

「經驗流」(flow experience) 之說法是指：以個人能力(ability)之高低相對於外在環境之挑戰(challenge)之高低，交會之情況下，所產生的個人經驗。由順暢(flow)、攔阻(control)、鬆弛(relaxation)、無聊(boredom)、漠然(apathy)(情況憂慮)、擔心(worry)(壓力、憂鬱)、焦急(anxiety)(壓力、警覺)、衝動(arousal)(警覺、專注)等狀態。很顯然，具療癒效果的經驗主要偏向「能力」高的一端，無論「挑戰」是低還是高，主要是「順暢」的，得以「控制」的與「放鬆」的。

事實上有關「自然療癒」的作法還有「食物森林」(food forest)、「社區園圃」(community garden)、「森林食園」(forest gardening)，如美國西雅圖的 Beacon Food Forest。社區園圃方面，台北市也有「市民農園」(citizen garden)。吳孟玲 (2017: 36-48) 即計畫比較研究台北市與西雅圖三種案例之效益、異同、優劣。她也提倡進行「林園療癒」研究，以及「建立整個都市的『林園療癒綠資源系統』」，

使森林的效益從深山延伸到淺山及都會地區，讓大多數的民眾更容易親近自然，體驗山村野趣及都市森林的舒適環境，有助達到紓解生活壓力之目的，在滿足休閒需求的同時也能提高糧食自給能力。」上述想法中，何立智等(2017:90~102)正為新北市郊石碇區規劃「森林療育」產業。

依陳惠美(2017:65~89)之文獻回顧，稱「『綠色照護』是運用農業、園藝、動物以及其他的戶外自然空間等，融合健康照護概念，藉由接觸自然界中的生命與非生命元素，作為一種治療方式，以促進個人生理、心理、社會及教育等福祉，提升生活品質。」她也提及2010年歐盟的「科技研究合作委員會(COST)」將綠色照護分出二大運用方式：「體驗自然環境」及「與自然元素互動」；並有三項健康照護的目標：1) 健康促進，2) 治療，3) 產生勞動力。其更細部的設想如下圖表所示：

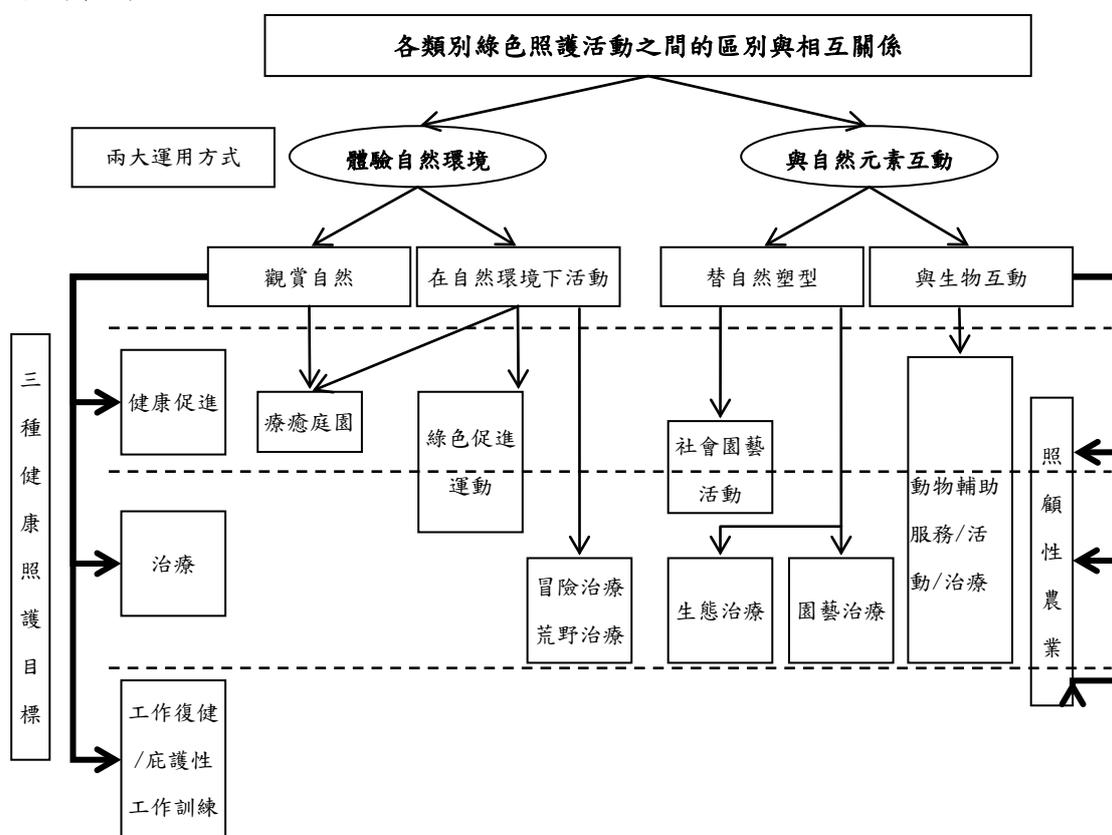


圖 8-1：綠色照護模式與活動類型

(資料來源：(陳惠美，2017：71，圖 3) (陳宗憶，2016) (Sempik, Hine & Wilcox, 2010) (本研究重製))

Detweiler 等(2012)的論文特別論及支持「療癒性庭園」用在老人身上的證據有哪些？文內依回顧的相關文獻歸納出來：療癒性庭院對老人：1) 減少了痛苦，2) 改善了注意力，3) 減少了壓力。而對失智老人的好處有：1) 遊走庭園可減少騷動、不當行為，2) 減少跌倒及精神病用藥。但是該研究也理出庭園場所的可能限制，如重度失智老人到庭園，會增加他們的騷動行為；也有老人摘取或吃植物、泥土，這需要去除有毒植物。天下雨時或下雨過後老人易滑倒、淋濕，造成照護人員負擔。

陳惠美 (2017: 71~74) 也強調「療育庭園」的循證設計原則 (evidence-based design criteria)。事實上，廖惠曦、陳惠美 (2012) 曾以內容分析法，有系統收集、回顧了 123 篇國內外有效文獻，以及成功案例，歸納出具實證依據之「療育庭園設計原則」：包括「療育庭園之抽象設計原則」與「療育庭園之細部設計準則」。其詳細內容如下二表。

表 8-2：療育庭園之抽象設計原則

原則	原則說明 (廖惠曦、陳惠美, 2012)	農場設計運用重點
遠離 Being away	<ul style="list-style-type: none"> · 遠離環境中不相關或是令人不悅之刺激物。 · 遠離日常之環境、活動與掛心之事物，以及遠離會令人聯想起這一切之相關事物。 · 暫時停止對特定目標之追求。 	<ul style="list-style-type: none"> · 整體環境：塑造不同於一般日常生活場景 · 植栽設計：色彩變化、四季變化
延展性 Extent	<ul style="list-style-type: none"> · 有形的延展性：指一種豐富而協調的環境資源，可吸引人們的留意，並有探索的可能。 · 無形的延展性：強調想像的概念，人們可以在一個較抽象的程度上體驗延展性，在所體驗的事物上與對整個世界的了解之間有一個關聯性的概念。 	<ul style="list-style-type: none"> · 空間的延伸：借景農場周圍自然景觀、視覺的開闊延伸感受，遼闊的農田景觀有助身心放鬆。 · 體驗的延伸：植栽設計的視聽嗅味觸五感體驗，延伸情感體驗。
魅力性 Fascination	<ul style="list-style-type: none"> · 剛性魅力：強烈而固定住個體的注意力，只留下一點空間可供思考 (如觀賞賽車比賽)。 · 柔性魅力：指強度適中而不需要花費心神去注意；環境所誘發的魅力是種美質的愉悅感。 	<ul style="list-style-type: none"> · 整體環境：具有景觀美質的環境 · 植栽設計：提供不同種類植栽設計增強景觀魅力，例如複層植栽、可食綠棚、果樹森林、特殊形狀花園、花台植栽設計、花架餐廳、療育水景等。
相容性 Compatibility	<ul style="list-style-type: none"> · 能夠支持個人喜好與意圖的環境。 · 自然環境常被認為具有高度的相容性，因為自然環境可與人們的喜好產生興趣與共鳴。 	<ul style="list-style-type: none"> · 提供讓兒童進行活動體驗的自然環境
視覺開放性 Visibility	<ul style="list-style-type: none"> · 庭園所在位置必須明顯。 · 為了安全上的考量，庭園內的視野要是開放式、無視覺死角。 	<ul style="list-style-type: none"> · 農場考量安全：農場各處視野必須開闊可隨時看見兒童所在。 · 植栽設計：綠籬、複層植栽避免過於繁密完全遮住視野。
可及性 Accessibility	<ul style="list-style-type: none"> · 庭園與病房的相對位置、動線等，如鄰近電梯大廳、候診室等。 · 庭園內的設施要讓不同年齡、行為能力的病患都能夠參與。 	<ul style="list-style-type: none"> · 動線設計：各分區與建築之間互通有無 · 步道安全：無障礙、考量親子與輪椅使用
熟悉感 Familiarity	<ul style="list-style-type: none"> · 在庭園設置像是球場、鞦韆等懷舊的設施可以幫助失智老人回憶過去。 	<ul style="list-style-type: none"> · 兒童需求：提供兒童熟悉活動場所，例如沙丘、草坪等兒童偏好的活動場所。
隱蔽性 Quiet	<ul style="list-style-type: none"> · 讓人冷靜、安靜思考的空間。 · 設置獨立的空間讓病患可以思考、與家人溝通的空間。 	<ul style="list-style-type: none"> · 兒童需求：提供親子隱蔽可休息之場所，以植栽包圍，不僅有隱私且助於放鬆。
舒適性 Comfort	<ul style="list-style-type: none"> · 提供病患生理上及心理上的舒適感。 · 利用植栽、設施等設計與配置塑造出令人感到舒 	<ul style="list-style-type: none"> · 整體環境：四周農田少遮蔽且東北季風強烈，應有防風林避

原則	原則說明 (廖慧曦、陳惠美, 2012)	農場設計運用重點
	適的空間。	免東北季風吹拂。 · 兒童需求: 農場夏季高溫, 植栽設計應有適當遮陰。

(資料來源: 陳惠美, 2017: 72, 表 2)

表 8-3: 療育庭園之細部設計準則

原則	原則說明 (廖慧曦、陳惠美, 2012)	農場設計運用重點
區位	<ul style="list-style-type: none"> · 設置在能被看見、並能吸引人參與的位置。 · 設在病患能輕易從病房到達的區域, 亦須設有明顯的導引標示。 	<ul style="list-style-type: none"> · 同可及性說明。 · 兒童需求: 動線避免複雜以單純為主, 明顯且兒童能理解之導引系統指標。
分區配置	<ul style="list-style-type: none"> · 要從不同距離、角度及高度都能欣賞得到。 · 足夠的視覺開放性, 以避免產生安全死角。 · 將周圍牆面納入設計, 窗戶和戶外可行動空間應預留 30 英尺的距離, 避免「玻璃魚缸」效應。 	<ul style="list-style-type: none"> · 同可及性說明。 · 安全考量: 農場主要建築周圍 0 公尺距離內避免安排主要活動, 避免發生危險。
動線規劃與步道設計	<ul style="list-style-type: none"> · 無障礙空間, 出入口以斜坡代替階梯。 · 提供不同方向、距離的行走路線與空間。 · 設計為曲線而無直角。 · 寬度應介於 150~200 cm 之間, 足以供兩台輪椅交錯, 並於轉彎處留設迴轉空間。 · 鋪面材質選用透水性鋪面, 須具有良好的排水性及防滑性。 · 加設扶手以防止滑倒。 · 不同區域交界使用不同材質以利辨別, 如草地與水泥地。 	<ul style="list-style-type: none"> · 同可及性說明。 · 動線設計: 除農場生產區域以直線動線方便工作外, 其餘步道動線應為曲線較為適合。 · 動線寬度: 應大於 2 公尺足以供兩台輪椅交錯。 · 動線設施: 在較易滑倒動線上應加設扶手; 鋪面材質以防滑為主要考量, 其次考量透水性; 步道與兒童活動區域可適當以不同鋪面材質加以區隔。
植栽	<ul style="list-style-type: none"> · 不同色系的開花植物, 例如黃、紅及橙色植物營造溫暖且具吸引力的庭園; 藍、紫色植物則使人放鬆, 注意冷色系植物有時會出現加深憂鬱感的現象。 · 香草植物, 如薰衣草、迷迭香、百里香、鼠尾草、玫瑰、薄荷、檸檬馬鞭草、茉莉等等, 提供豐富的嗅覺體驗。 · 具絨毛、海綿、革質或絲質質感的植物, 使庭園增加觸覺上的欣喜感, 避免使用有刺的植物如九重葛、仙人掌等。 · 可食用植物如九層塔、蕃薯葉等; 帶有特殊味道的植物如甜菊、巧克力薄荷等, 透過味覺留下有趣的回憶, 避免使用帶有毒性的植物。 · 水生植物選擇低維護管理、有鮮艷花朵的種類如大萍、銅錢草、睡蓮等。 · 保留基地內現有植栽, 以維持生態平衡。 	<ul style="list-style-type: none"> · 同遠離、延展性、魅力性之植栽設計說明。 · 植栽設計: 考量五感體驗選擇庭園植栽與水景之植栽, 並考量安全應不使用有毒植物避免兒童誤食。 · 視覺考量: 以色彩鮮艷的草花為主。 · 嗅覺考量: 氣味特殊且不刺鼻的植栽。 · 味覺考量: 可立即食用之作物。 · 聽覺考量: 提供誘鳥植物吸引鳥類前來帶來鳥聲。 · 觸覺考量: 不同樹皮或葉片質感觸感的表面。
水景	<ul style="list-style-type: none"> · 靜態水景: 如水池、生態池、鳥浴盆等, 可提供冷靜、平靜、穩定的視覺效果。 · 動態水景: 水道、噴泉、瀑布、水牆等等, 流動中的水給人生意盎然的感覺, 加上水深可以 	<ul style="list-style-type: none"> · 設計中適當提供兒童喜愛的動態與靜態水景, 包含噴水池與水景, 以穩定和促進罕病兒童以及家長之正面

原則	原則說明 (廖慧曦、陳惠美, 2012)	農場設計運用重點
	<ul style="list-style-type: none"> · 掩蓋外界環境的噪音, 有鎮定情緒的效果。 	<ul style="list-style-type: none"> · 情緒。
自然物	<ul style="list-style-type: none"> · 溫暖的陽光、新鮮的空氣可以改善病人的心情和精神, 間接產生對疾病的療效。 · 小鳥的叫聲、花園內的風聲、草葉的搖曳聲, 都能製造出不同的聽覺效果。 	<ul style="list-style-type: none"> · 植栽設計: 五感體驗的聽覺上, 可以誘鳥植物吸引鳥類, 增加聽覺體驗。 · 由於農場東側為向陽面, 早晨的陽光具有療癒作用, 東側應較適合作為療育庭園的優先選擇區位。
種植操作區	<ul style="list-style-type: none"> · 設置高起的花台、垂直花架、吊籃、花盆、邊緣較寬的植栽槽等。 · 重量較輕、容易操作的工具, 透過澆水、除草、移植等工作同時達到運動的效果。 · 選擇較容易種植的蕃茄、空心菜、豆芽等等, 或是運用扦插的方式種植薄荷、黃金葛、石蓮花等植物。 	<ul style="list-style-type: none"> · 操作區會舉辦團體活動, 因此需要較廣闊的空間, 以農場西南側空間比較廣闊較適合。 · 符合不同高度兒童活動需求提供多變的操作機台, 例如可食綠棚、活動式植栽槽、直立及高架式植栽槽。 · 農作選擇: 考量容易種植的植物進行操作, 例如當地氣候適種的農作物。
開放性活動空間	<ul style="list-style-type: none"> · 減少不必要的設施, 提供空間設置廣場、草坪等開放性空間, 可供病患自由活動或是與家人、朋友交流, 也可以作為辦活動的集合空間。 	<ul style="list-style-type: none"> · 適當的草坪活動空間, 並提供戶外廣場或是開放性的諮商空間供團體使用。
個人私密小空間	<ul style="list-style-type: none"> · 半私密的空間, 除了提供個人及家庭的隱密性, 增進親密感, 還可將動、靜態的活動分隔開來以免互相影響。 	<ul style="list-style-type: none"> · 同隱蔽性說明, 隱蔽空間可作為諮詢空間使用, 以保護個人隱私。 · 由於農場東側屬於狹長形空間, 較具備隱蔽性, 適合感官花園步道的配置與所配合的諮商空間。
基礎設施	<ul style="list-style-type: none"> · 提供足夠的照明以維持夜間行走的安全性。 · 道路兩旁照明設施不超過 60~90 cm 高, 並採用全光譜自然光燈泡。 · 座椅應多設置在步道兩側, 提供足夠的休息空間, 也可以將座椅設置在可以接受日光浴、有風景的地點, 並部分設在遮蔭處, 避免陽光直射的不適。 · 座椅的高度應能夠使坐輪椅的病患輕易的移動過去; 設置有椅背、扶手的座椅。 · 設置涼亭、露台、花架等半開放設施。 · 設置雕塑、標示牌及解說牌。 	<ul style="list-style-type: none"> · 設計符合基礎設施之需求, 考量配置涼亭、花台、花架等設施。 · 考量罕病兒童需求進行設施設計: 設施設計時, 需考量以輪椅高度進行設施設計, 尤其是園藝操作區域的設施。在扶手上, 也應考量兒童高度進行設計。

(資料來源: 陳惠美, 2017: 73-74, 表 3)

石佳蓉 (2017: 103~106) 的〈安養機構戶外空間場域規則: 療育長照景觀環境設計之基礎〉一文中, 特別引介了Weisman (2000, 2001) 的「地方理論」。

「地方理論」的核心在「地方經驗」(place experience)。而地方經驗的產生有其涵構 (contexts)，包括：1) 實質設境：自然元素 (natural elements)、建成系統 (built systems) 與空間關係 (spatial relationships)，這些是人如何感受與環境互動產生的結果。2) 人：組織利益 (organizational interests)、工作人員實務 (staff practice)、居民背景 (residents profile)，三者彼此協商結果是為此「人」的涵構之特質。^(註12)

上二涵構會促成所謂的「地方規則」(place rules)，而「地方規則」有二類，外顯、內在之規則 (explicit and implicit rules)。規範人的行為與經驗。所謂「外顯規則」，譬如組織政策 (開放、圍閉空間，是否帶居民到戶外，是否允許養鳥...而產生的)。「內在規則」則是被「視為當然」的關係、模式之系統。

依 Weisman 的觀點言，上述理出來的地方規則之諸多「模式」，可謂形塑了此地方的性格 (personality)，同時反映了此地方獨特之「操作性之意義」(instrumental meaning)。

而這些模式如同「地方」自己，代表了人、活動發生在一特定實質設境中的一種交匯，所以「一個模式」等於是一「地方」的原子最小單元，促成其性質、品質，但它還不是此地方。這種說法與亞力山大所發明的「模式語言」不同。後者是實用性的，直接可取用好的「模式」到自己的設計裡。譬如 Cohen 及 Weisman (1991) 就曾為護理之家發展了一套理想的模式作為規劃設計之準則、指南。

也有學者 (Silrezstein, Jacobson 1985) 注意到要改變某一既有的「地方」，首先得揭示其現有之隱藏之模式，找出它們無效之處。其次才是發展「新模式」，用之作為組織改變既有系統之工具。

以上石佳蓉 (2017) 的理論整理，提供了我們以「地方」(place) 看待人造建成實質環境的一種方式。它與環境心理學家 Barker 所發明的「行為設境」(behavior settings)，有異曲同工之處。只是前者取用了「地方」(place) 作為下手之起點。事實上，「地方」在意涵上它是人們生活上一些重要的場所，它必定有獨特的特性、品質，甚至特殊的美學所構成，其尺度可大可小。但是當然，語意上其尺度大約超過單棟建築物，但是又不及於都市尺度，它常常包含戶外空間，而且傾向是眾人共有的。

「行為設境」倒是有較嚴謹之定義，而且是可操作的一個概念。這是 place 或「模式語言」所不及之處。就筆者而言，因為攢研環境行為學、環境心理學較長時間，知道其講求實證研究之重要性，還是較服膺「行為設境」之說法、理論。

註12：也有說「人」包括個人 (individuals)、團體 (groups)、組織 (organizations) 三者。

第二節 失智者庭園設計準則

於失智者照顧專區及團體家屋，所設置的庭園該如何設計，很早於 1980 年代，就有學者、景觀設計師關注。筆者於民國 87 年初以訪問學人赴英，研習「老人長期照護系統與設施之規劃與設計」，於 1999 年返台，完成一研究報告。特別關注了「失智老人的居住與照護環境」。其中有一章節為「設施庭園設計準則」，文中回顧了相關文獻，可看出早期學界思考與實務界經驗對此議題著力之情形。同時，該文也評析了收集到的 7 設施個案之 13 處庭園。於此，筆者再就此章節做些重點回顧。

80 年代、90 年代初，歐美出現之有關失智者的庭園文獻，建築學界還視之為「戶外環境」(Lovering 1990; Cohen & Weisman 1991, Cohen & Day 1993) 也提出一些初步的設計準則，如「基地氣候」、「正向的微氣候」、「家人探訪與參與」、「無毒植物」、「其他生物」、「有意義的遊走」。也有學者建議作「屋頂花園」、「溫室」、「大中庭」(atrium)。甚至提出「不同庭園以應合不同背景與失智程度之失智者的需求」的說法。可說是一段「提問題」，為解決之，一起「發想」的階段。

Pollock (1997) 撰有一文〈給失智患者的景園〉，內中特別提出：「戶外空間須圍閉，遠視野看不清楚令人喪氣，因此週界要實體的。」「廁所容易到達。」甚至「避免『水』此元素。」「避免毒性的、易造成傷害的植物。」「注意植物的果實與落葉之效應，葉厚粗的易讓老人滑倒。」「樹幹外表紋理特殊的色彩、光亮的、紅、黃色的較易辨識。香味也很重要。」「庭園傢俱實、重，不易翻倒。」另外也提出「記憶園」的想法。

在 1997 年 9 月，英國 Stirling 大學的「失智服務發展中心」(Dementia Services Development Center) (全球第一個失智中心)，與 Stirling 「皇家療養院」合辦了一場「失智者庭園設計」研習會。其中述及一些準則，較特別的有：「庭園應可在室內看到、走到。」「動線、通路應由建築物一出口引到另一入口。」「空間設計成如『房間』，一間間連起來，有些小而親密，有些則大些。」「各『房間』有特別物品可助方向感，如無刺玫瑰、盆景、雕像、群花等。」

園藝處理方面有：「各類植物有如一感官饗宴。」「綠中對比顏色、形狀、大小、觸感及味道之多樣性。」「園藝工作一年下來，總需要一些勞動，但對失智者只要設一些策略性地區供其動手，並考慮放大其效應。」「活動方面可設雞舍、鳥籠。」「魚池。」「小工具房」。

尤其該研習講義還列有一表，依不同的失智症徵狀，在設計上可以如何因應：

表 8-4：依不同的失智症問題如何因應在設計上

問題	設計回應
長程記憶主導	回憶：季節花卉：薰衣草、玫瑰、藥草、果實、物品、水、pump 等刺激感官。
短程記憶缺失	暗示幫助認方向，找路及行為。
認知能力喪失	提供無壓力之決定，如選路徑或活動—設計物品引導，吸引其

問題	設計回應
	到下一空間。安全，不需去除所有冒險的可能。
時空感缺失	季節種植、回憶；設計讓其回到室內。
退縮／憂鬱症	季節刺激、回憶。
冒失盲撞	選擇空間、交流機會、園藝工作。
缺乏看法（非建設性）	造就區域，破壞性行為可控制。 菜圃—植物長的快的可容易替代如菠菜。小植物常會被拔掉，種植可支付得起的植栽，可能遭受過份修剪、很強壯的植物。
粗暴（Aggressiveness）	多指向人不是物；提供選擇、空間、休息區、安靜區。
持續的走	彎曲路徑。多是要「回家」，有的匆忙、根本「看不到」經過的花園。彎曲的路減緩步伐，特別是端點看不明顯時。
空間視覺缺憾 物／背景	可能比一般想像要普遍，物/背景無法辨識，如踩到小植物或花圃，減少小植物。
空間關係與位置	不能判斷距離及上/下、前/後概念，以致踩到東西。設計者需要注意灌木叢、荊叢及玫瑰，修剪過的易造成傷害。連接性空間的視覺缺口，會讓他們推欄柵走過界範，一路踩到東西。設計者需找到方法限制這種行為。

（資料來源：Dementia Services Development Center, 1997）（關華山整理、翻譯）

該講義的第四部份是一項訪問調查的結果，有關一些設施之工作人員與病患居民之家人被探詢，對於設施內之庭園的看法。基本上，大家多認為庭園帶給病患、工作人員、家屬本身均有正面好處，也給出好些建議。

Zeisel 及 Tyson (1999) 所寫的〈阿茲海默症的遇處庭園〉一文（收於 Marcus Copper & Barnes 編著之《The Healing Garden》一書中）。其中提出了五項大原則：

1. 身體、視覺、社交性可及；
2. 具支持性，供居民散步、遊走與運動；
3. 路徑設計可應用 Lynch 的《City image》書中所提的五元素。
4. 庭園除了觀賞，應提供園藝活動。
5. 庭園亦應與居民早年生活的記憶關連起來。

二位學者同時歸納出九條設計原則：

1. 路徑：散步道、捷徑、穿越性路徑。
2. 地方：易分辨之聚集地方；獨處地方；具象徵意義之地方。
3. 地標：主次之地標，以方便找路、到達各種目的地。
4. 節點：路徑的交叉口或終點，做為活動的中心、自然聚集處及停留的地點。
5. 邊緣：圍籬以防外來罪犯及居民越過走失。建築物的邊緣則需注意窗的開法與室內、外如何聯繫的問題。園內路徑與地方之邊緣，則可以樹籬、牆、鋪面等分辨。
6. 視野：分窗景與遠景，也可依視野所引起的活動來分，譬如只是看到了；或者會加入的；鼓勵持續移動的；令人平靜的；令人急躁的。
7. 傢俱裝修：分結構固定的以及可移動的。
8. 植栽：注意花木生命週期、毒性問題、果實落葉問題，分出架構性植物及年年依季節更換之植栽，以及可供園藝活動的植栽。

9. 象徵暗示；時空定向；召喚記憶。

筆者的出國研習報告也分析了 Zeisel 及 Tyson 所收集的 12 個個案，另加上 Cohen 著作所載之一個案，共 13 個，分屬 7 個設施。(換言之，有些設施本身就有 2 個以上之庭園。)

13 個庭園中有 4 個是長條形，基本上一邊是建築物，一邊是基地界限所拘範，其他則呈團塊形。有兩邊建築物(或一面建物)、兩邊圍牆的(4 案例)；有三面建物(或二面)、一面圍籬的(2 案例)；也有是四邊建築圍成的天井(2 案例)。僅有 1 個案例是長條形與團塊形的二合一。

長條形的多半有一條曲折路徑串連起不同的活動空間，剩餘的邊緣部分則為草地、植栽。而接近建物的一面，則在出入口附近通常會有較寬大的陽台，以供居民出戶外有個過渡性空間作轉折。其中僅有較寬的案例才有遊走迴路，否則只能以室內、外合併的迴路來設計。至於呈梯形、四方形的庭園，也有類似的處理。也就是在出入口附近通常會有較寬之陽台，之外再連接到一迴路逛完庭園。迴路沿途會出現小的活動空間以及景點，或者捷徑，豐富整個庭園的趣味。

比較特別的案例是 Sedgewood Commons 的三個庭園，它們分別供輕、中、重度失智患者使用。在設計上，輕度患者的庭園顯然較大。而重度的又較小。在空間平面的複雜度上也顯示了由複雜到簡單，正是應合失智程度的由輕到重。而且在出入口外總有較寬的鋪面，以引導居民走入戶外。不過這三個庭園因為基地均位在建築物的三個角落，形狀均為梯形，且呈對稱。庭園內部設計結果也是基本上對稱的，嫌呆板了些。(重度患者的庭園雖然不是規矩的對稱，但基本上只是對稱稍偏而形成的平面。)

另外，有關國內學者整理失智者庭園設計該注意之點的有：章錦瑜(2001：24-132)，於《科學農業》期刊，發表了一篇論文〈失智症病人的庭園設計〉。該文首先說明了「庭園」在照護、醫療環境中的重要性，主要在於它對病患經多方研究證實，均有正面作用。其次回顧了相關研究所採取的方法，如實地觀察紀錄、問卷調查、用後評估。或使用「記憶療法」(remembrance therapy)，作庭園設計。也提出一些案例加入了使用者，進行參與式設計。

作者亦指出庭園療癒活動的目的包括：1) 提供感官的刺激，2) 提供能力發揮的機會，3) 提供社交的機會。換言之，提供給病患感官、身體刺激與人際互動。而庭園可為病患導入的活動，又很多樣：1) 漫步與散步，2) 以往所熟悉，每天常做的活動，3) 運動，4) 休憩，5) 賞景，6) 社交活動。

最終作者提出了為失智者設想的「庭園設計要點」：

1. 絕對安全，不致走失。
2. 病患進出庭園容易。
3. 在庭園中方位認知清楚。
4. 視覺穿透性高。
5. 有可從事團體社交活動的地方。
6. 有可以運動的空間。

7. 有可以操作植栽的空間。
8. 庭園中有可以回憶的東西。
9. 區位關係良好。
10. 考慮微氣候問題。
11. 多設置休息處。
12. 適合病人尺度的空間。
13. 創造一個病患熟悉且如同生活在家裡一樣親切的環境。
14. 需要個人空間。
15. 空間使用有彈性。
16. 提供無障礙空間。
17. 人工照明。
18. 低維護。(章錦瑜, 2001)

2007 年 Clare Marcus 教授開授了一 Alzheimer's Garden Audit Tool (AGAT), 此工具採相當簡單的評估架構, 檢視一個庭園其設計元素與品質是否成功的應合失智者需求。澳洲 Dementia Enabling Environments 協會將之做了調適, 改為 Dementia Therapeutic Garden Audit Tool。此工具主要有七大項、72 小項:

1. 位置與庭園入口
2. 配置與路徑
3. 庭園遮蔽物
4. 感官刺激
5. 永續性
6. 植栽
7. 一般

另詢問「可指出之損害」有哪些, 以及工作人員的看法。據作者 Marcus 稱這工具仍在發展中, 很希望大家多提意見。

另外, 澳洲的 Fight Dementia 協會也曾參與 Marcus 上述的 AGAT, 完成了一份「失智療癒庭園檢測工具」(The Dementia Therapeutic Garden Audit Tool, DTGAT) 該檢測工具之翻譯置於附錄。

第三節 療癒/育庭園之個案研究

一、新加坡療癒花園 (Therapeutic garden @ HortPark)

HortPark 是新加坡政府所設之園藝性公園，占地 23 公頃，內有超過 20 個以上之人造主題花園，提供遊覽、園藝研習等相關活動。Therapeutic garden @ HortPark 是其中之一，它是新加坡國家公園委員會 (NParks) 興建的第一個公部門設立之療癒花園，坐落於 HortPark 內，於 2016 年 5 月開放啟用。此單位另與阿茲海默症協會合作，繼續開發療癒花園和進行園藝治療計畫。還與衛生部合作，並與政府其他機構（如住房開發委員會）探討合作夥伴關係，在其場所開發療癒花園，NParks 將透過制定療癒花園的一套準則和設計原則作為支持。

Therapeutic garden @ HortPark 也將被納入在園藝療法的調查研究計畫中，以量化新加坡不同內容的綠化效益。這些研究將有助於加強未來療癒花園和園藝治療計畫的設計。NParks 於 2015 至 2018 年進行一系列關於綠化效益的研究計畫，有「農藝治療對亞洲老人心理健康的影響」(Effects of Horticultural Therapy On Asian Elderly's Mental Health, 2015-2016)、「失智症預防計畫」(Dementia Prevention Program, 2015-2017)、「公園處方」(Parks Prescription, 2015-2018)，「新加坡社區花園方案對增進福祉及社會凝聚力之調查與分析」(Surveying, Benchmarking, and Expanding the Wellbeing and Social Cohesion Impacts of Community Gardening Programmes in Singapore, 2015-2018)。

1-1. 設計理念

1. HortPark 所設置之療癒花園區是借鑒環境心理學理論 (environmental psychology) 研究開發的，以親生命假說 (Biophilia Hypothesis)、注意力恢復理論 (Attention Restoration Theory)、減壓理論 (Stress Reduction Theory) 為基礎。由 NParks 與國立大學健康系統 (NUHS) 心理醫學系的 Kai Ee Hook 教授合作，根據改善精神健康、治療相關的實證設計原則而設計。目的在為所有遊客，特別是高齡失智症、抑鬱症或中風患者的心理健康狀況提升，期待作出貢獻。(錄自 Design guidelines of Therapeutic Garden @ HortPark, 2016)
2. 療癒花園面積約 850m²，成本約為 25 萬美元。
3. 公園免費使用，限定開放時間 6:00 到 22:00。

1-2. 設計內容

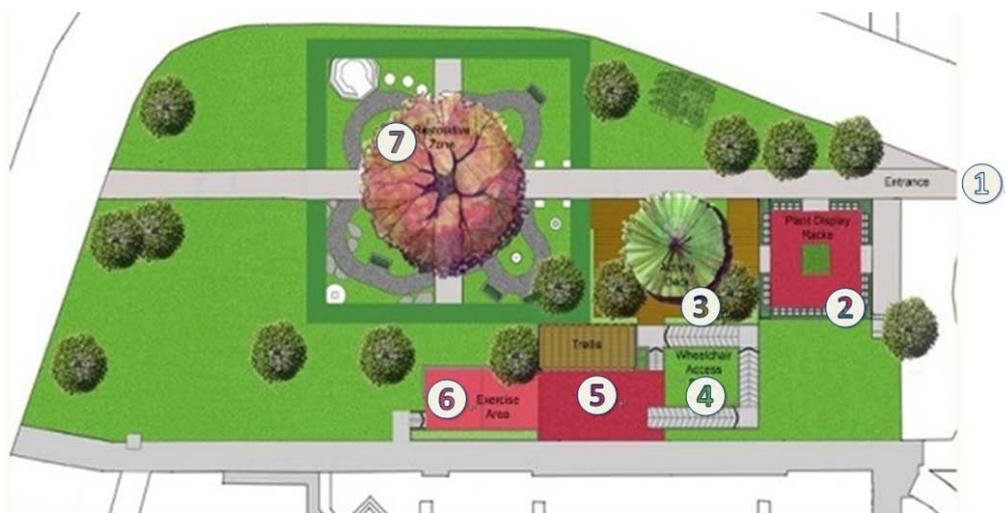


圖 8-2：HortPark 療癒花園平面圖

(資料來源: MEDIA FACTSHEET A, Design guidelines of Therapeutic Garden @ HortPark)

分區說明：

1. 入口 (entrance)
2. 植物展示架 (plant display racks)
3. 活動平台 (Activities Deck)：活動平台可以進行園藝治療計畫，包括一個專門設計用於園藝的區域、可移動的升高的檯面、訂製的盆栽和方便取用的水。這樣的設計使老年人和輪椅使用者能更方便地參與園藝活動，進而促進了他們的健康和精神健康。
4. 無障礙坡道 (wheeled access ramp)
5. 網格 (Trellis)
6. 運動區 (Exercise area)
7. 恢復區 (Restorative Zone)：提供休息和復康環境，恢復區有四個部分，每個部分旨在刺激聽覺、視覺、觸覺和嗅覺，包括容易識別指向性的地標、面向不同方向的座位以提供各種視域，以及植物的色彩、質感和氣味的豐富性，刺激感官。例如，部分利用水景加上水聲，以製造舒緩和平靜的自然旋律。



圖 8-3：療癒花園

(資料來源: <https://www.moh.gov.sg>)

1-3. 設計說明

依 NParks 於官網公開說明之 Therapeutic garden @ HortPark 的設計指南，是以 10 點清楚說明療癒花園之設計布局。

表 8-5：NParks Therapeutic garden 療癒設計元素及其效益對照表

設計元素	訪客效益
簡單而清晰的花園佈局，最好能用一個簡單的環圈、圓形或八字型通道系統，從入口處就可以被看到。	簡單的佈局適合高齡者，因為可以大大減低空間混亂感。
適宜的目標地點，如有寬敞座位的涼亭	可以有效地鼓勵高齡者之間的社會互動或活動。
可以選擇的座椅、沿途路徑、景觀、定位點等。	花園座椅面向不同方向，已提供不同的景觀選擇。這種設計迎合失智高齡者，因為他們經常感到不安。
一個特別設計用於園藝的區域，包含可以移動升高的檯面、訂製的盆栽及方便取用的水。	使高齡者更加方便參與園藝活動。
策略地使用顏色，像明亮的花朵或葉子的顏色，如紅色，黃色或橙色的；涼爽的颜色，如藍色，紫色和粉彩。	亮彩色刺激心靈，產生令人振奮的衝擊，而涼爽的色彩則通過創造平靜的體驗，而顯現出恢復性。
全年可以享受一系列香氣植物。	嗅覺是最後一個退化的感官，嗅到某些植物或捏植物的葉子，能喚起老年人回憶。
吸引鳥類或蝴蝶的植物。	為訪客創造觀察野生動物和生物多樣性的機會。
有趣及強調的景觀特徵	失智高齡者可能迷戀或喚起記憶的特徵，如花園中單一、容易識別的景觀特徵，可以作為指向、定向性記憶標地。
蔭影區	為訪客提供舒適與便利，失智高齡者難以辨識什麼時候太熱，不會想到要戴帽子或擦防曬霜。
明亮的陽光區，特別是在早晨。	失智高齡者暴露於明亮的晨光下，騷動行為的表現出現延遲。

(資料來源: MEDIA FACTSHEET A, Design guidelines of Therapeutic Garden @ HortPark, 本研究整理)

1-4. 空間之療癒特質分析

HortPark 療癒花園步道

1. 循環步道 (Infinity walk)
2. 利用植栽顏色、氣味加強記憶
3. 遮蔭休憩區、活動空間、互動區
4. 容易定位 (如涼亭、噴水池等輔助)
5. 動線簡單，視線穿透性強

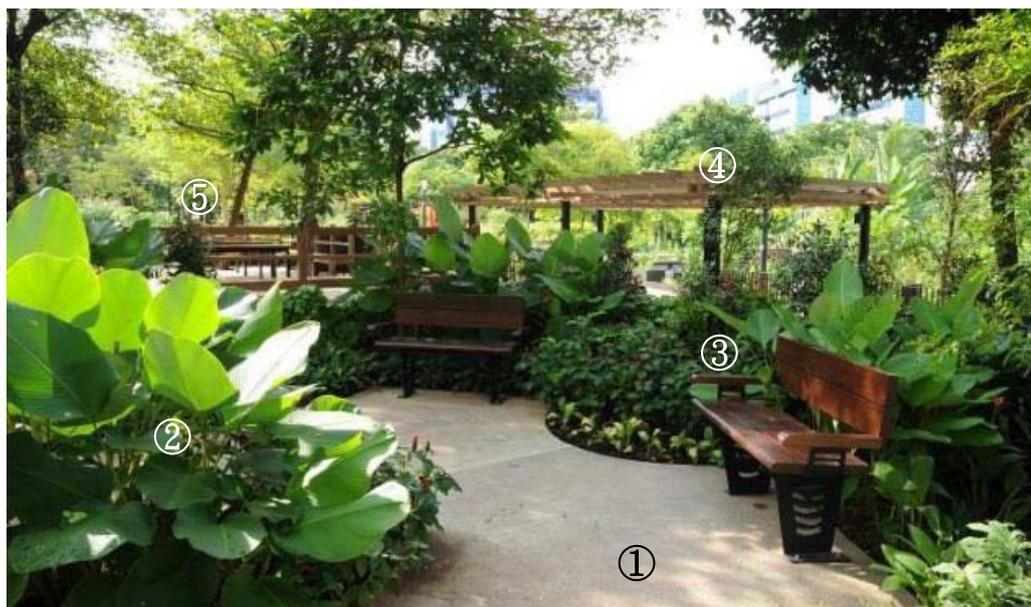


圖 8-4：新加坡 HortPark 療癒花園步道特質分析
(資料來源:底圖 <https://www.moh.gov.sg>) (本研究加註)

HortPark 療癒花園景觀

1. 循環步道 (Infinity walk)，配色反差大，容易辨識
2. 利用植栽顏色、氣味加強記憶
3. 利用植栽、鳥類餵食器等增加生物多樣性
4. 涼亭設計有助定位、遮蔭、休憩
5. 動線簡單，視線穿透性強



圖 8-5：新加坡 HortPark 療癒花園景觀特質分析
(資料來源:底圖 <https://www.moh.gov.sg>) (本研究加註)

1-5. 評估與小結

全區約 40 多公尺寬、20 多公尺長，以直線路徑貫穿基地，中有短向路徑交叉處，主要以活動區及恢復區為主。以大樹作為節點將恢復區分成四小區，以不規則的四個半環形走道連結到主路徑上，是療癒庭園的焦點設計。周邊大樹、植栽層次清楚，視覺穿透性強，綠蔭良好。走道旁置多組座椅，每座座椅順著環形走道面向不同，面對的景緻也不同。東側走道有一六角形白色涼亭，環形座椅提供多人休憩，有助社交活動。直線路徑鄰近入口處為活動平台，設置有可調整的檯面桌及椅子，主要提供園藝活動的進行。

就平面及照片比對，療癒花園的設計簡單。為友善失智高齡者，可以選擇直接穿越，或是繞行於恢復區中。被概念化之療癒性庭園設計原則在此花園呈現如下：

- 1). 強調簡單清晰的配置，分成直線主路徑及環形不對稱步道，皆為無障礙路徑。周邊植栽配置層次分明，視覺穿透性強，有助於失智高齡者的環境辨識。
- 2). 活動平台主要配合有關單位療癒性園藝活動的設計，桌椅、周邊設備設置考慮到高齡者需求。
園區綠蔭區良好，座椅設置密集，有助於高齡者休憩及社交。
- 3). 注意到植栽配色可以為高齡者帶來視覺、嗅覺的衝擊，進而招喚記憶、影響心靈。
- 4). 相關資訊提到鄰近有蝴蝶公園，療癒園區常有蝴蝶及鳥類穿梭其中；園區亦利用風鈴、水景製造悅音。

這是一個親近人的尺度的小型公園，運用失智療癒性庭園的設計準則，但呈現一些人工化的庭園氛圍。較特別的是因園區位於 HortPark 內，具備豐富多彩且維護良好的植栽，故擁有良好的綠蔭及充足的座椅，讓高齡使用者能有舒適的綠色環境。

花園裡充滿了許多不同的設計和感官元素，並設置專區進行園藝治療活動。另外，研究人員收集有關訪客使用療癒花園的數據，以便驗證透過療癒花園的設置和設計，是否能提升失智高齡者生活及心理質量，以精進新加坡未來療癒花園模型之建立。

二、日本關西勞災病院花園（關西ろうさい病院）

以景觀療育出發，融入護理復健及康復理念的醫院花園。為住院、門診治療和高齡居民活動提供具復健功能的戶外公園環境。庭園提供並幫助身心的認知及情感發展，不同的復健功能由多種庭園設計元素予以支持，由活動和空間提供療癒的功效。

關西勞災病院花園於 2004 完成，是阪神大地震後，日本第一座用園藝治療理念設計的庭園，希望提供「療傷」和「心境平和」，以「和平、休息、康復、四季、五感」為主題，強調綠色的癒合力。佔地面積約 2,750m²，基地原

為醫院的停車場，改建停車塔後將原地面停車場改建為醫院庭園，提供病患使用，並開放給社區大眾。

2-1. 設計理念

1. 醫院庭園設計以有益患者康復之園藝療法理念規劃，旨在促進身體健康。尤其考量老人、兒童及輪椅使用者之需求。
2. 目的在以園藝治療達到康復，非一般公園性質，所以限定開放時間（平日 7:00 至 19:00，假日 8:00 到 17:00）。公園內遊樂、聚會、野餐、球類等劇烈運動被禁止，寵物也禁止入場。

2-2. 設計內容

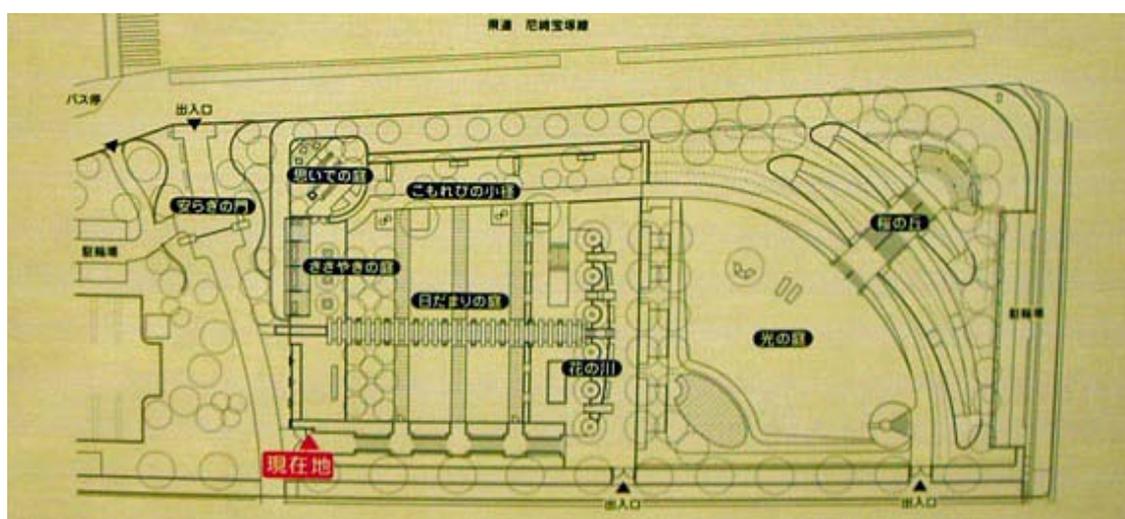


圖 8-6：關西勞災病院花園平面圖

（資料來源：<http://mie0123.blog44.fc2.com/blog-entry-478.html?sp>，本研究增繪）

1. 四季花園：有四個花壇和涼亭罩架（有蔭影的過道），以春、夏、秋、冬季為主題設計。
2. 向陽的花園
3. 呢喃的花園：有涼棚、座椅設計，可以享受涼風及風吹樹葉的聲音。有流動的水景，提供聲音，湍急及緩流型態，水台高度伸手可及，鼓勵觸摸。
4. 記憶的花園：僻靜的角落座椅，大量白色景觀設計，提供平靜、不被打擾的環境。
5. 綠蔭小道：提供座椅及綠蔭。
6. 花河：三種類型橋樑，可以供作步態訓練。
7. 光的草園：寬闊草坪，邊緣種醫院公園的代表樹-高大的檉樹。
8. 櫻之丘：40%的樓梯傾斜角及8%斜率的無障礙坡道，百米的花園路，旁邊種植日本人喜愛的吉野櫻樹。



圖 8-7：病院花園景觀

(資料來源: 台灣建築雜誌 2006 年 3 月 Vol.126)

2-3. 設計說明

1. 復健步道設計，平路、坡道、樓梯的步態訓練的三個階段。
2. 五感療癒庭園設計。
3. 水景設計。
4. 各式通用設計之座椅。



圖 8-8：病院花園步態訓練步道

(資料來源: <https://www.kansaih.johas.go.jp>)



圖 8-9：病院花園五感庭園

(資料來源: <https://www.kansaih.johas.go.jp>)



圖 8-10：病院花園水景設計

(資料來源:

<http://mie0123.blog44.fc2.com/blog-entry-478.html?sp>)



圖 8-11：病院花園內座椅類型多樣

(資料來源: 資料來源:

<https://www.kansaih.johas.go.jp>)

2-4. 空間之療癒特質分析

花園全區

1. 對社區開放，動線簡單，視線穿透度高
2. 多區涼棚座椅設計，提供遮蔭休憩區、活動空間、互動區
3. 水景互動區，可吸引如鳥類等生物
4. 大片開放草地，鼓勵適度陽光運動
5. 多種步態訓練的橋樑設計
6. 丘型坡道鼓勵步行運動



圖 8-12：日本關西勞災病院花園全區特質分析

(資料來源：<https://www.kansaih.johas.go.jp>) (本研究加註)

2-5. 評估與小結

全區約 100 多公尺寬、200 多公尺長，呈東西長條形，分三區。左邊 1/5 地塊為一曲型走道，通往醫院，基本上，穿越的功能性較強。其右，地分二塊，各佔 2/5，中間為各式庭園，右邊為 1/4 圓「大草坪」以及右上角的「櫻花小山丘」。中間庭園部分被切割成十個長方地塊。其北邊一條為「綠蔭小道」，西北角有一「記憶的花園」。十個長方地塊主要有「四季花園」、「呢喃的花園」及「花之川」，以中間走道串聯。

若單純就上述之配置而言，東區一大塊基本上為大的「開放空間」，而且還以此「丘」抬高人的視野。此區相較中間的庭園區，可以說呈現了對比的效果，只是此區有個軸線，從 1/4 圓草坪的西南角指向「櫻之丘」最高處的東北角，兩邊對稱。連同登上「丘」的樓梯與斜坡道，均以此為軸線呈對稱，似乎顯示了日本文化的保守態度，或對櫻花的崇敬。庭園的尺度則被打零散而小很多，並分出幾個（見圖）主題庭園。很顯然各主題庭園有如鑲嵌玻璃，整齊、頂多加一點變化的鑲嵌在一起，並非有機的融合成一體。也因此顯示了一定程度的人工感，卻失卻了自然本身的有機美學。

總言之，此醫院花園仍屬人工化加強的公園。只是利用植物（樹木、流水、花卉）本身對人視覺等五感的基本療癒性。如採用不同的復健設施，排列在基地上供人「使用」，得到好處。並沒有充分利用自然素材（雖然本案注意到了風、水流聲、樹葉摩擦聲，但仍有限），形成更直接的大塊自然所擁有的自然美學，或大塊植栽本身淨化空氣、減少細菌、汙染之功能，讓使用者得到更多層次之「自然」療效。

至於「復健」器材設施有哪些，以及配置在何處，並無詳細資料顯示。入口處有使用標示牌，標明動線與設備。以其平面與影像資料對照，分析如下：

1. 復健師建議高齡者運動至少要 20 分鐘才算有氧，步道距離是越長越好，櫻花之丘步行長度達 100 公尺，坡度緩，於地面有標註公尺數距離，使用者可以計算運動效率，是不錯的步行運動環境。
2. 整體設計融入復健運動需求，不過如果作為長輩步態訓練的環境，最怕就是太累需要休憩，所以椅子的擺設必須多一點。
3. 坡度有改變時可以有地面顏色的差異，照片上階梯或是坡道鋪面都是同一色系，長輩容易因為深度覺變差而跌倒。
4. 旁邊需有告示板讓高齡者知道正確操作姿勢，高齡者常常會依自己想法使用，反而有危險，另也應溫馨提醒運動時的適當穿著。

三、台北護理健康大學「癒花園」

台北護理健康大學基於既有醫護資源，結合教育與輔導資源，於 2003 年提出「建構多元化健康、學習與休閒之校園」計畫，2004 年 10 月完成一個「癒花園」。「癒花園」是針對人們面對失落事件時的心靈狀態而設計的花園，原名「哀傷療癒花園」(Grief Healing Garden)。其理念與設置是屬於園藝治療與景觀治療的延伸。它源自加拿大教授兼哀傷輔導專家 Alan D. Wolfelt (1996) 提出的「悲傷園藝模式」(Grief Gardening model)，提供教育與輔導學界與業界觀摩研習「悲傷療癒花園輔導模式」，期能營造一個自然的情境，提供一般民眾與受照護者以及照顧者更好且更貼切的服務。

3-1. 規劃理念

本花園的設置在於幫助悲傷者，化解悲傷的情愫，迎向陽光與活力。其構思屬於園藝治療 (gardening therapy) 的延伸，該療法的特色是透過植栽的情境或參與園藝活動，幫助求助案主 (client) 發展社會、心理、生理層面的調適機制，進而改善其身心靈的狀態。其功能可分為三個層面：

1. 生理面：透過園藝欣賞、參與活動，生理上獲得紓解的機會，促進身體功能。
2. 心理面：透過園藝活動歷程，增加案主自主性及獨立性，讓壓力、憤怒、悲傷等情緒獲得抒發轉移。
3. 社會面：透過園藝活動，使得案主有機會與他人互動。透過合作拓展社交生活，並學習去面對「生命」的各種情況。

做法上，透過計畫結合附近社區資源，如具有特色的社區文化工作室、里民服務中心等，並結合專業上的資源，如醫護機構、教育單位等。同時，經由擴大參與活動，讓所有民眾參與並熟悉運用這項資源。

3-2. 「癒花園」空間設計之構思

整體空間配置之規劃設計，主要分為三大區域

1. 「自我照護 (self-care) 區」

這是一個協助有失落狀況的個體承認現實狀況，讓喪慟者可以安全地自行抒發心靈深處的各种情緒，是一個心理與靈性發展的空間；它以自然素材如樹木或花叢設計諸多隱密的角落 (corner)，各個角落具有特色，提供喪慟者獨處省思或懷想。

2. 「心靈諮商 (counseling interaction) 區」

這是一個協助有失落狀況的個體產生能量而朝向「失落之路」邁進，也是一段處理失落或悲傷的過程，其間曲折崎嶇，彷彿走入一段黑暗、幽深抑鬱的長廊。該過程是陪伴者或專業人員提供協助的階段，提供諸多人際互動的空間或角落，可以與人談心，團體互動，必要時尋求諮商服務等。

3. 「和解花園區」(Reconciliation Garden)

當人們歷經失落，走過悲傷的曲折長路並透過人際的互動之後，將進入一個嶄新的境界，即「和解花園區」，一個五彩繽紛、花團錦簇、生意盎然的開放空間，象徵柳暗花明般走出悲傷，如雨過天青般開放心靈，經由自然與人文的滋養而嘗試再經營改變後的新人生。

癒花園位於台北護理健康大學校園內，基地狹長呈梯形，約達 150 公尺，入口及出口較窄，寬約 20 公尺，中後區寬約 30 公尺，因此空間機能只能以線性方式配置，維護狀況良好。

1. 園區外圍繞高大的黑板樹，提供良好遮蔭。
2. 園區主動線清楚，串聯三大主題區。主題分區再以不同次子題設計形成很多小空間，如自我照護區包含綠屋及教學廣場；心靈諮商區以植栽隔開視線分成三小座椅區；和解花園區包含心願池、涼亭及花架。心靈諮商及和解花園兩區中間穿插可以提供團體的大草坪、追思平台、連心緣、沙坑及家庭追思丘等，空間尺度尚佳。
3. 其缺點有主動線為硬鋪面，行動不便需用輔具者雖可以使用，但是無扶手設計；主動線外都是階梯、階差或是透水鋪面，缺乏無障礙坡道或是扶手設計，多數空間不符合無障礙基本要求。



圖 8-13：癒花園平面圖

(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-14：自我照護區-禪宗枯山水，以景致及沙耙作為療癒力量

(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-15：御花園的起點，眼淚池，為向下滴水的水池設計

(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-16：自我照護區-操作園藝工作作為療癒力量
(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-17：心靈諮商區-利用向心性座椅製造群聚氛圍，鳥屋及廣設洗手水台引來生物多樣性
(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-18：心靈諮商區-利用植栽區隔製造隱蔽私密性
(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-19：寬恕允諾書範本
(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-20：和解花園區
(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-21：水的型態設計是心情的起點和終點，水象徵眼淚
(資料來源:本研究拍攝)



圖 8-22：家庭追思丘
(資料來源:本研究拍攝)

3-3. 評論與小結

本設計提出「自我照護」、「心靈諮商」、「和解花園」三主題，設計出三區。再以超過 16 個小主題串聯起來，構成整體。整體看來，有以下缺失：

1. 在思維上顯示了規劃設計的意圖，有其正當性，這算是優點。但是整個規劃設計顯得太緊湊、直白，反而缺乏全園的主調，以帶領「入園者」具安全感的順利進入各小區，同時又順利的過渡到其他小區。
2. 各小區主題用了過多的人工材料，尤其硬的磚塊、石頭、水泥鋪面等。
3. 「園藝工作區」顯然不像是真實的「園藝工作」所需要的場所，它應該配置著相關的種植素材、用具、甚至供種植的地塊。
4. 「心靈諮商區」只見向心性座椅一般性排列，其尺度之掌控不佳，其外圍植栽也缺乏設計巧思，景觀上都不佳。恐怕很難達到親密的個人間心靈深處之諮商目的。
5. 「和解花園區」的螺旋水道或池、溝、噴水，並不能彰顯「和解」之意涵。
6. 「家庭沉思丘」，小主題的命名上就不見得與各大主題「和解」相應。設計上以黑色牆面為主，顯得「悲」的氛圍不去，如何使哀傷得到療癒？
7. 總言之，本案規劃設計手法仍顯得「概念化」，規劃設計者缺乏將「概念」轉化為景觀元素、素材搭配構築，或轉化出應會進而引領入園者心境之適宜調整、變化的系列氛圍。其實這樣的規劃設計大可以「能解哀昇華心傷的樂曲作為仿效之對象」，庶幾可以達到原始目的。

第四節 討論與結論

前文已討論到，相較於建築學、景觀建築學與園藝學更早注意到景觀、園藝及農藝對人身心靈的療癒效益。主要就在於後者處理的對象本來就是有生命的植物，植物又與土壤、動物、氣候這些自然的種種元素息息相關不可分。而人演化而來的身心靈，其中「生物情緣」是與生俱來的，可以與之共鳴。反而建築處理的主要對象是礦物之石材、鋼筋，以及採集來的植物材，還必須經過防腐，乾燥等之處理，才可令其長久。

由國內、外文獻之回顧，可知景觀、園藝學界有關療癒性的論文相當多，在理論方面也被開拓、確立。反而，建築界雖也有不少文獻，卻理論方面還缺失不完備。在案例方面，相信也是一直以來景觀專業界所規劃、設計的庭院，以及從事的庭園、農藝治療之場所為主，而其成果可更趨成熟。本章只舉三個案例，新加坡、日本、台灣各一。相較之下，其設計大約可知曉，台灣的排在後。新加坡的由國家的公園單位負責，又與大學合作，設計與後續研究連成一氣。其案例充滿著植栽的豐盛，並包容一庭園療法的場所，空間組織流暢。日本勞災醫院前的大園地，運用了各種復健設施與各種植栽穿插在一起，有序關連起來，另闢一大型草坪公園與櫻花山丘在一端，雖然採取幾何形，缺乏有機感，卻有明顯的方向感，讓傷患、病人、老者不致迷失。反觀國內的案例，雖然用了心，卻加入太多人工材料，以及由之所造就的幾何形式，忘卻了植栽、自然、生物本身的有機性魅力。在尋找案例時，本團隊感受到國內景觀、農藝、遊憩學界雖有不少著作與研討會，但是已完成的療癒庭園案例還是不多。園藝療法也多被討論或照護機構、設施提及，但是其優質成果仍不多見。顯見的是，這整個領域還有待照顧機構、設施、地方、中央政府的政策主事者關注與積極推動。景觀、園藝、農藝界專業者應更認真投入，充分體會自然美學，植栽性質、與其給予人之各種感知、心境之影響，規劃設計出有水準、具美感、更對高齡者、病患、一般人具療癒效益之場所園地。

第九章 專家學者座談會彙整

本研究辦理共三場次專家學者座談會，分別於 106 年 5 月 13 日假台北樹火紙博物館、8 月 1 日及 9 月 20 日假東海大學東海書房舉行，三場次參與的學者專家名單如下表所示。至於各座談會之全紀錄收於本報告附錄七，其各會談內容要點彙理如下四節文字。除了三次座談會各專家學者之發言重點被整理出來，以顯示各參與者發言之完整性。第四節則以各參與者發言所涉及之議題做分類來彙整，將有助於其他研究進一步之參考。

表 9-1：專家學者基本資料表

場次	姓名	單位	職稱
一	陳政雄	退休教授	教授
	陳柏宗	國立成功大學老年學研究所	副教授
	曾思瑜	國立雲林科技大學建築與室內設計系	教授
	黃耀榮	馬偕醫學院長期照護研究所教授	教授
	孔憲法	國立成功大學都市計劃學系教授	教授
二	杜敏世	獎卿護理展望基金會	秘書長
	黎世宏	財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會	執行長
	林金立	長泰老學堂，雲林縣老人福利保護協會	理事長
	周傳久	公共電視台記者/高師大成教所博士	助理教授
三	蔡芳文	雙連安養中心	執行長
	林依瑩	台中市政府	副市長
	李希昌	愚人之友基金會	執行長
	鄭期緯	東海大學社會工作學系	助理教授

(資料來源：本研究團隊彙整)

第一節 第一次專家學者座談會重點整理

黃耀榮教授意見重點：

1. 建築學界與建研中心應有跨科技之雄心視野，跨入長照學域，與醫療照護、社工學界、學者多溝通、合作。
2. 建築學界要有更多實證研究來堅固可靠的規劃、設計準則，或評估設計之表尺。
3. 對於失智症，實質環境所帶來的「情境治療」有療效，所以建築設計被逐漸看重。
4. 四層次看待環境與療癒的關係：
 - 1). 居家化、人性化環境說法（一般規範性準則）
 - 2). 從事特定活動、復建、生活重建有效益（特別從事一些輔助、替代性療癒活動）
 - 3). OT、PT 有實證效果之做法。
 - 4). 「情境治療」中實質環境扮演重要角色，已被實證。
5. 長照 2.0 三等級社區照顧據點，其服務對象之失能、失智程度仍有差別。

6. 日前長照界關心的多在日照，但忽略了過去發展至今的機構，其實不少機構個案其問題嚴重，如翠柏新村。
7. 失能者設施應考慮走出設施，不能單純只為安全拘留他們在設施內。要避免荷蘭失智村虛擬社區之做法，而能帶失智者仍然出入真實社區，營造失智友善的社區。
8. 科際整合可在教學課程上實行，培養學生多向度的學習。

陳政雄教授意見重點：

1. 「療癒/育性環境」可簡稱「療環境」，包含「治癒」、「施療」，前者治病，後者為照護。
2. 日本「高齡者專用租賃住宅」制度值得參考。
3. 導入「單元照顧」理念做法。

孔憲法教授意見重點：

1. 「健康城市」需要打通公部門官員、各單位門戶之見，並且動員社區、NGO，造成運動。做的過程各步驟活動實施，要考量 timing，使之有最好效益，成為城市發展的政策、目標最重要。
2. 注意都市的公共領域，除了相關軟體（規定、辦法、即有運作機制），還包括硬體空間，建築尤其公共設施之功能轉變，這與長照 2.0 設置社區長照服務據點網絡有極大關聯。
3. 實證研究與應用本身仍然有矛盾，亦即前者常想得到通則化的準則，但是應用時，其服務的老人對象，顯然是小群、特定的。甚至做實證研究時，若取的樣本不多，所得出之準則的通則性必定低。要再應用之，顯然存在「是否適宜服務的老人對象？」的問題。
4. 推動一理想時（如三代同堂），宜注意 1) 產業市場狀況；2) 是「文化差異」此因素的了解與掌握。
5. 注意過份強調「長照」、「療癒」的偏頗，而應該注意「療育」、「自助」的一面。

曾思瑜教授意見重點：

1. 規劃、設計準則勢必與「公約數」有關，也就是通則性；而每個研究之研究時對象顯然受拘限。
2. 使用者心聲有沒有被設計者聽到？設計者不用心，更不用說設計出來的設施環境有沒有療癒效益？
3. 我們參照日本做法很多，但他們的效益為何？需要進一步追蹤。
4. 應該多進行「用後評估」研究。

陳柏宗教授意見重點：

1. 「療癒」有二目的：「恢復健康」與「維持健康」，所以有急性治療與出院照護的連繫很重要。而二者之共同目的是正常「生活」。
2. 現今醫院設計已專科化，或「客製化」，而且已開始講求「友善化」。
3. 「正規療法」之外，現今已有「非正規療法」，後者是為只要在醫學上沒有

任何身體損傷，都可以被引入。二者可以互補。

4. 「非正規療法」體系會跟地域有關。如都市、鄉村差別，不同國家、社會等。我們必須能辨識，在不同場域可以導入那幾種基本療法模式？而調整出活動、情境設計。
5. 應思想怎麼樣用自然環境來照顧人？
6. 環境設計的要件：安全、便利、舒適、還有美學。
7. 我們參考設計案例不能只重形貌，而應該重其背後的 know how。包括荷蘭村設計包容三種生活模式。
8. 新建與利用舊環境改建成為社區設施，是兩套不同的設計課題，但均應發展出一理想的設施模式。因此「新建設施」尤其應該著力此模式的開發。

第二節 第二次專家學者座談會重點整理

杜敏世秘書長意見重點：

1. 療癒/育軟體與環境對身心靈的效益是需要實證。
2. 療癒的目的就是要快樂，最簡單的可以從觀察老人的表情，看出是不是快樂。
3. 多元化活動很重要，包括室內、戶外的。烹飪活動尤其對老人家重要，能引發最大效益。
4. 設施內各種空間內的儲藏空間很重要。

周傳久先生意見重點：

1. 療癒性環境以「人觀」以及「幸福感」為基礎（基本共通的、個別性的）。以及「環境」與「照護員」對待「失智者」方式（尤其溝通），是為其次重要因素。
2. 營造療癒性環境的策略、方法有什麼？應透過空間、環境的各種「可能性」、「彈性」。如透過五感、活動、文化習慣、宗教背景，善用自然資源（陽光、水）等，這些基本原則就在於開放態度「尊重不同的人」。

林金立理事長意見重點：

1. 療癒一定要有效果存在，這是前提。
2. 人的選擇很重要，要在熟悉的環境，還是經驗新環境，由自己決定。得注意許多時候人無法選擇時，他常會遭遇到新的環境，必須重新體驗。所以老人由家到機構或設施時，很重要的得讓他有「安全感」，其次讓他有「喜悅」的體驗。此二者是療癒性環境的重點。
3. 喜悅、舒適與安全體驗與腦內分泌物質「乙醯膽鹼」相關。它可以讓人認知功能提高。可大量運用在失智者之照顧上。
4. 環境要讓老人家有「我自己可以做一些事情」的意識。
5. 改善老人家狀況，可以：
 - 1). 盡量利用日夜、光線溫度變化、節慶佈置、四季植栽等之變化。
 - 2). 設法讓老人容易熟悉經常得使用的空間、設備。
 - 3). 讓老人家有自己的空間，能看到其他各種事物，同時讓工作人員隨時也可以看到每位老人家。因此 one-space（一個大空間）很重要。
 - 4). 對外人際交流空間很重要，尤其與社區居民的。

黎世宏秘書長意見重點：

1. 都市中老人貨品商業街出現有必要。
2. 利用既有老人匯聚點，設置、設計為「小規模多功能設施」易奏效。
3. 老人設施與社區居民應有交流。

第三節 第三次專家學者座談會重點整理

蔡芳文執行長意見重點：

1. 療癒性環境之研究具身心靈全面性，而且是長期性的研究議題，所以很重要。
 - 1) . 它應該與老人老化的七階段應合，包括健康老人、輕微失能、中度失能、重度失能、長期護理、失智（輕中度、重度）、臨終關懷。
 - 2) . 設計上也需注意日常用品與高科技產品的設計具備實用性。
2. 雙連也依政府長照政策，推動設立日照中心、關懷據點、銀髮俱樂部、居家服務四據點，均需思考其「療癒性」。
3. 考量「在地老化」社區城鄉的公共環境空間，也應注意回應老人的身心靈需求。
4. 老人老化的狀況很多，環境設計上有許多細微處應以老人為中心，以良善的回應，達到好的效益，如電梯內置座椅及設置紅外線，以安定老人家及感測關門開門時間。
5. 另一設計重要準則是「給予老人尊重感」。

李希昌執行長意見重點：

1. 療癒性環境並非是痊癒治療，而是「身心的安舒」，它該使老化變成一種慢而順之過程，其中尚有尊嚴。
2. 長照 2.0 現階段推動，許多配套措施未預備好。譬如個案管理師之運作程序與責任不清，其能力亦可能不及，照看人數也顯過多等等。
3. 照顧環境的整體性、連貫性需顧及。包括一般老人病患出院回家、到與社區的準備。又或者由住家到設施、機構的連續性照顧環境之講求。
4. 既有環境、資源整合利用的可能性。

許多學校校園環境良好，但學生漸少，能否利用一部分校地，變更土地使用的地目，以供開設老人日照設施等，是值得嘗試的作法。

林依瑩副市長意見重點：

1. 空間美學的營造在規劃設計老人各類設施，是很重要，它會發揮相當的甚至意想不到的效益。
2. 空間美學就是看起來舒服、有感覺。另一重點是這些據點可以是很開放的、對外的，讓大家願意來，甚至不在意它是不是老人的據點。
3. 高齡者的服務環境應再思考，其價值與想像都應該要有所翻轉。譬如長照 2.0 的 A.B.C. 據點設想有如為照顧咖啡館，是整合平台，且對外開放。
4. 高齡者照顧人員的訓練教育應往下扎根，是否可於高職設照護科，或與日本合作。

鄭期緯助理教授意見重點：

1. 針對不同對象，要有多樣式不同層次的環境規劃、設計。而「療癒」亦回歸到「心靈層次」與「個人滿足感」，以及到底「療癒」什麼病症、問題行為等。

2. 公部門舊建物活化利用的產權與使用方式不同的問題。另外，生涯住宅在台灣還不普遍，少人思考。又如病人出院，居家環境改善以因應，也需要設計規劃。
3. 東海大學計畫與社會連結，參與長照事業。現長照 C 級據點有三問題；若它太小，參與老人數少，很難持續下去。另外，經營者單一，很難整合社區內外資源，尤其不熟悉社區的外來 NGO、基金會。有關眷村改建後，C 據點也難延續眷村過往鄰里的熟絡感。
4. 在規劃設計老人相關環境時，依循文化脈絡，突破既有狀態很重要。

第四節 專家學者座談會議題重點

一、對療癒/育性環境的解讀

1. 什麼是療癒/育性環境

1). 療癒/性環境是身心靈全面的

療癒性環境之研究具身心靈全面性。(蔡芳文執行長)

「療癒」回歸到「心靈層次」與「個人滿足感」，以及到底「療癒」什麼病症、問題行為等。(鄭期緯助理教授)

療癒性環境並非是痊癒治療，而是「身心的安舒」。(李希昌執行長)

2). 療癒/性環境是愉悅的

療癒性環境以「人觀」以及「幸福感」為基礎。(周傳久助理教授)

「安全感」、「喜悅」的體驗，此二者是療癒性環境的重點。(林金立理事長)

療癒的目的就是要快樂。(杜敏世秘書長)

3). 療癒/性環境是具備輔療的效應

「療癒/育性環境」可簡稱「療環境」，包含「治癒」、「施療」，前者治病，後者為照護。(陳政雄教授)

從事特定活動、復建、生活重建有效益(特別從事一些輔助、替代性療癒活動)。

OT、PT有實證效果之做法。(黃耀榮教授)

「療癒」有二目的：「恢復健康」與「維持健康」。(陳柏宗副教授)

療癒一定要有效果存在，這是前提。(林金立理事長)

注意過份強調「長照」、「療癒」的偏頗，而應該注意「療育」、「自助」的一面。(孔憲法教授)

2. 療癒/性環境的基本特質

1). 自然資源

透過空間、環境的各種「可能性」、「彈性」。如透過五感、活動、文化習慣、宗教背景，善用自然資源(陽光、水)等，這些基本原則就在於開放態度「尊重不同的人」。(周傳久助理教授)

應思想怎麼樣用自然環境來照顧人？(陳柏宗副教授)

盡量利用日夜、光線溫度變化、節慶佈置、四季植栽等之變化。(林金立理事長)

2). 情境式

對於失智症，實質環境所帶來的「情境治療」有療效，所以建築設計被逐漸看重。「情境治療」中實質環境扮演重要角色，已被實證。(黃耀榮教授)

3). 生活化

居家化、人性化環境說法(一般規範性準則)。(黃耀榮教授)

4). 尊重與自主

環境要讓老人家有「我自己可以做一些事情」的意識。(林金立理事長)

老人老化的狀況很多，環境設計上有許多細微處應以老人為中心，以良善的回

應，達到好的效益，如電梯內置座椅及設置紅外線，以安定老人家及感測關門開門時間。另一設計重要準則是「給予老人尊重感」。(蔡芳文執行長)

療癒性環境並非是痊癒治療，而是「身心的安舒」，它該使老化變成一種慢而順之過程，其中尚有尊嚴。(李希昌執行長)

5). 空間美學

空間美學的營造很重要，它會發揮相當的甚至意想不到的效益。空間美學就是看起來舒服、有感覺。另一重點是這些據點可以是很開放的、對外的，讓大家願意來，甚至不在意它是不是老人的據點。(林依瑩副市長)

環境設計的要件：安全、便利、舒適、還有美學。(陳柏宗副教授)

6). 地域性

「非正規療法」體系會跟地域有關。如都市、鄉村差別，不同國家、社會等。我們必須能辨識，在不同場域可以導入那幾種基本療法模式？而調整出活動、情境設計。(陳柏宗副教授)

都市中老年人貨品商業街出現有必要。(黎世宏執行長)

考量「在地老化」社區城鄉的公共環境空間，也應注意回應老人的身心靈需求。(蔡芳文執行長)

在規劃設計老人相關環境時，依循文化脈絡，突破既有狀態很重要。(鄭期緯助理教授)

二、有關政府政策

1. 長照 2.0

長照 2.0 三等級社區照顧據點，其服務對象之失能、失智程度仍有差別。(黃耀榮教授)

利用既有老人匯聚點，設置、設計為「小規模多功能設施」易奏效。(黎世宏執行長)

它應該與老人老化的七階段應合，包括健康老人、輕微失能、中度失能、重度失能、長期護理、失智(輕中度、重度)、臨終關懷。(蔡芳文執行長)

雙連也依政府長照政策，推動設立日照中心、關懷據點、銀髮俱樂部、居家服務四據點，均需思考其「療癒性」。(蔡芳文執行長)

高齡者的服務環境應再思考，其價值與想像都應該要有所翻轉。譬如長照 2.0 的 A.B.C.據點設想有如為照顧咖啡館，是整合平台，且對外開放。(林依瑩副市長)

注意都市的公共領域，除了相關軟體(規定、辦法、即有運作機制)，還包括硬體空間，建築尤其公共設施之功能轉變，這與長照 2.0 設置社區長照服務據點網絡有極大關聯。(孔憲法教授)

長照 2.0 現階段推動，許多配套措施未預備好。譬如個案管理師之運作程序與責任不清，其能力亦可能不及，照看人數也顯過多等等。(李希昌執行長)

照顧環境的整體性、連貫性需顧及。包括一般老人病患出院回家、到與社區的準備。又或者由住家到設施、機構的連續性照顧環境之講求。(李希昌執行長)

東海大學計畫與社會連結，參與長照事業。現長照 C 級據點有三問題；若它太

小，參與老人數少，很難持續下去。另外，經營者單一，很難整合社區內外資源，尤其不熟悉社區的外來 NGO、基金會。有關眷村改建後，C 據點也難延續眷村過往鄰里的熟絡感。

在規劃設計老人相關環境時，依循文化脈絡，突破既有狀態很重要。(鄭期緯助理教授)

2. 住居環境

日本「高齡者專用租賃住宅」制度值得參考。(陳政雄教授)

導入「單元照顧」理念做法。(陳政雄教授)

推動一理想時(如三代同堂)，宜注意 1) 產業市場狀況；2) 是「文化差異」此因素的了解與掌握。(孔憲法教授)

公部門舊建物活化利用的產權與使用方式不同的問題。另外，生涯住宅在台灣還不普遍，少人思考。又如病人出院，居家環境改善以因應，也需要設計規劃。(鄭期緯助理教授)

3. 友善環境

對外人際交流空間很重要，尤其與社區居民的。(林金立理事長)

老人設施與社區居民應有交流。(黎世宏執行長)

失能者設施應考慮走出設施，不能單純只為安全拘留他們在設施內。要避免荷蘭失智村虛擬社區之做法，而能帶失智者仍然出入真實社區，營造失智友善的社區。(黃耀榮教授)

現今醫院設計已專科化，或「客製化」，而且已開始講求「友善化」。(陳柏宗副教授)

4. 資源整合

既有環境、資源整合利用的可能性。(李希昌執行長)

「健康城市」需要打通公部門官員、各單位門戶之見，並且動員社區、NGO，造成運動。做的過程各步驟活動實施，要考量 timing，使之有最好效益，成為城市發展的政策、目標最重要。(孔憲法教授)

三、研究方向

1. 實證研究

療癒/育軟體與環境對身心靈的效益是需要實證。(杜敏世秘書長)

實證研究與應用本身仍然有矛盾，亦即前者常想得到通則化的準則，但是應用時，其服務的老人對象，顯然是小群、特定的。甚至做實證研究時，若取的樣本不多，所得出之準則的通則性必定低。要再應用之，顯然存在「是否適宜服務的老人對象？」的問題。(孔憲法教授)

使用者心聲有沒有被設計者聽到？設計者不用心，更不用說設計出來的設施環境有沒有療癒效益？(曾思瑜教授)

我們參照日本做法很多，但他們的效益為何？需要進一步追蹤。應該多進行「用

後評估」研究。(曾思瑜教授)

2. 科際整合

建築學界與建研中心應有跨科技之雄心視野，跨入長照學域，與醫療照護、社工學界、學者多溝通、合作。(黃耀榮教授)

科際整合可在教學課程上實行，培養學生多向度的學習。(黃耀榮教授)

設計上也需注意日常用品與高科技產品的設計具備實用性。(蔡芳文執行長)

3. 研究限制

規劃、設計準則勢必與「公約數」有關，也就是通則性；而每個研究之研究時對象顯然受拘限。(曾思瑜教授)

四、其他

1. 活動的重要性

多元化活動很重要，包括室內、戶外的。烹飪活動尤其對老人家重要，能引發最大效益。(杜敏世秘書長)

2. 新舊建築物

新建與利用舊環境改建成為社區設施，是兩套不同的設計課題，但均應發展出一理想的設施模式。因此「新建設施」尤其應該著力此模式的開發。(陳柏宗副教授)

設施內各種空間內的儲藏空間很重要。(杜敏世秘書長)

設法讓老人容易熟悉經常得使用的空間、設備。(林金立理事長)

讓老人家有自己的空間，能看到其他各種事物，同時讓工作人員隨時也可以看到每位老人家。因此 one-space (一個大空間) 很重要。(林金立理事長)

第十章 結論與建議

本章總結本研究前述各章節各面相之重要發現，進而對內政部建築研究所提出有關建議，包括政策上的，以及策略上的、行動計畫上的。

第一節 結論

一、療癒性環境的理論架構

本節在總整理並再次釐清「療癒/育性環境」理念之重要內涵，以更精準的方式表達。其中包含三個層面，一個整體觀。前者是指 1) 療癒/育性環境落實的生活空間範疇為何？2) 療癒/育性環境產生效益的機制為何？3) 療癒/育性環境對人的效益為何？後者則是整體的關照療癒/育性環境的要旨。

為什麼要澄清這幾個問題？本研究團隊認為要在國內推動營造出高齡者較全面之療癒/育性環境，勢必藉此研究釐清其重要內涵，還需要令其成為可操作的一種理論架構，換言之，視之為研究上的一個「構念」(construct)，給予操作性定義，裨益於此理念的確能夠更進一步的被研究，以求得可驗證之規劃、設計手法，好應用於我們即將邁入的超高齡社會之中，使高齡者得到「療癒/育性環境」的好處。

1-1. 療癒/育性環境是什麼？

筆者看視「療癒/育性環境」為一學術界跨科際精進的一個重要「理念」，這在建築學界或其他學域裡還沒有學者如此統合性的檢視或看待此理念。筆者基本上認為本研究應該在健康照護建築與環境 (healthcare architecture and environments) 的學術發展上有一定的貢獻。

由本報告第三章、第四章，我們可知道「療癒/育性環境」是關照「全人身心靈」之安適、健康而來。為什麼是全人身心靈的？主要在於「老化」是全面的，長期的慢性病也影響了人的生心理多層面。因為人本來就是有機體，西醫醫生針對單一病症給予醫治，而中醫醫師則會檢視全身的狀況在下藥來改善體質，正是分與合觀點看待人身心靈的差異。可是護理學界與臨床界，則比分科的醫學及其醫生，更需照顧/護病患的全人，因此護理學是基於 Maslow 的動機、需求層級理論而發展出來之專業，意圖照顧/護到失能、失智老人、長期病患的身心靈，以趨近真正的全面的健康，即使在不能「逆老」、「痊癒」的狀況下。

療癒性環境也因為是關照全人的。一些可以逆的病癥、病兆有如「假性近視」的，可以藉由改變生活習慣等，增強個體之免疫系統，予以「復健」、「復育」回來健康狀態。所以本研究，特別提出「療癒/育環境」的說法，於「療癒」之後加上一「育」字。

其次，值得注意的是「療癒/育性環境」不僅訴之於高齡者、慢性病患者，

而其訴之於一般年齡層的人，這又是為什麼？這可從兩方面看，前段文字已述及療癒/育性環境是對全人身心靈的健康，那麼有什麼人可說是身心靈全然健康的？一般來說，或從醫學及護理學言，一個人只要能「正常」生活、工作、學習、過日子等，就屬健康的了。而 Maslow 動機，需求層級理論，某程度也是一個理想人的狀態，「療癒/育性環境」此理念也有相同色彩。而社會中懂得積極正面的而且健康的經營正常生活、工作日子的，說實在其實不多，也因此總有負面的身心靈狀態出現。此時「療癒/育性環境」的出現，相信對之回復「正常」也有助益。所以前述「療癒/育環境」也可訴之於一般人，尤其現今社會愈趨複雜，人們面臨之，尋求安適的自處之道，並不容易。

「療癒/育性環境」的另一重要面相，前文已提出它是包涵軟、硬體的，為什麼會如此呢？這可以說是因為高齡、超高齡社會的出現是人類社會過往沒有的，現今卻是諸多國家普遍的現象。應付的辦法也都是諸多有心人士共同發揮聰明智慧，努力尋解得出來的，包括軟、硬體。我國及社會在這方面的知識體系或實踐經驗均缺乏，使得我們的學習更需要在軟、硬體方面合看。所謂軟體在建築界而言，正是「規劃」階段之「規劃書」之掌握，隨之才有不同功能之空間的質與量被界定出來，建築師必須充分了解，才能心領神會的設計出適宜的「療癒/育性」的實質環境，應合照護界與促進健康的軟體，於其中順利發生，使高齡者、病患得到實效。

1-2. 「療癒/育性環境」的實質範圍究竟為何？

本報告於第二章已大致提出「療癒/育性環境」所包含的實質範圍很廣泛，但為操作方便，可大致理出：高齡者住宅、居住的社區、城鄉，以及各種近代新發展出的各種健康照護設施，而且後者被納入長期照護的「社區照護」服務網路內，彼此關聯起來，加上「社區」可以連結起「住家」與「城鄉」二尺度環境，也因此「療癒社區」被特別看重，本報告的第四章第一節即依循「療癒性環境」之理念，設法建構「療癒性社區」之理論架構。然而也因為如此，以致服務更大區域高齡者的既有「照護機構」與「醫院」常被忽視。事實上，後二者也是需要講求「療癒環境」之重要場所。所以我們只能說「療癒/育社區」是「療癒環境」重要的落實基地，因為「在地老化」的價值被看重。

但是若從老化的高齡者、慢性病患角度來看，其衰退變弱的身體，所連帶的生活範圍甚或社交圈縮小，甚至侷限於自己的家屋內，這從全人身心靈的需求滿足所得到的安適言，是相當不足的。所以日常生活裡的「健康促進」，預防疾病在現今高齡者照顧方面同樣被看重。也因此「療癒/育性環境」也能包括了高齡者、慢性病患者，甚至一般人經常接觸的日常生活環境，尤其超高齡社會來臨的時代。

換言之，除了實施已被「規劃」(programming)的各種醫學承認的正式醫療行為，以及輔助、替代療法實施的各種設施外，高齡者居住的住家、社區、城鄉環境也應該具備某種度的「療癒/育性」，這也正是為什麼世界衛生組織有「年齡友善都市」以及西方國家「友善社區」、「失智友善社區」的倡議，這中間還缺少

鄉村老人更迫切需要的「鄉村地區」。而且友善社區、鄉村與都市的講求在學術論述上多還未成熟，因為這些高齡者日常生活所接觸的環境改善，相對於前述各種療法實施的場所、設施，還是比較屬背景式的日常生活環境。

此範疇的環境還有一項需特別關注的是高齡者避免孤獨、孤立的社交、社會參與的「社會環境」所需之空間營造。也因此長照有廣泛「日間活動中心」、「活力點」、「關懷據點」設施被考量，其實其形式可以有多种。

而高齡者住宅方面，「生涯住宅」、「二世代住宅」、「三代同鄰」、「三代同堂」的倡議方面，本研究認為應該特別以國內重要的量產的「住宅類型」下手改造，以應合高齡者「居家生活」、「居家照護」之需求，是建築界迫切的功課。

在「療癒/育性環境」所包含的環境範疇方面，另一個值得特別關注的是「自然環境」。廣義「自然環境」其極端氣候以及各類汙染對體弱的高齡者都可以成為「致命的打擊」，這些均必須預防，予以避免。所以包括健康照護設施與住家環境本身的「結構、構造安全」也是不可忽視的面相。一般言，這方面常被學界忽視，但在實務界則是必須面對的。另一方面，「自然環境」還有狹義的一部分，也就是綠地、公園、庭園、農藝、生態旅遊所蘊涵的多樣動植物之自然世界。經過學界的許多研究，基本上這些環境被觀賞或支持園藝、農藝療法的活動，都認為對於高齡者、病患，甚至一般人具有「療癒/育性」效益，只有對某些重度失智者造成不好的效應。

而這些庭園、菜圃、生態旅遊地區，可以出現在住家、社區、都市、鄉野裡，以及各種設施之戶外空間。總言之，它是「療癒/育環境」不可忽視的重要環節。為什麼如此呢？前文已有許多文字闡述了，最關鍵的就是人是演化來的生物，對自然、生物有長期性、基因上的情緣，這即是 Biophilia 理論的要旨。

另外，同樣值得注意的是相較人類基因、演化上熟悉的自然環境，高齡者對自己長期生活經驗的生活建造環境的熟悉感也不容忽視。因為愈老，控制力選擇環境的能力愈差。加上失智症的盛行，提供給高齡者熟悉、可懷舊的環境因此被看重。另一方面，在可能的範圍內支持或賦予高齡者控制環境、設備的能力，也都被「療癒性環境」之設計準則或各種設施之評估表看重。

這種環境熟悉感的延續以及控制感，本來就蘊涵在高齡者自己的住家，也應該被營造出現於設施內，以及在高齡者居住的社區、都市、鄉村裡被適宜的保存、維護到。

1-3. 「療癒/育環境」給老人的效益為何？

從回應上述二基本問題後，我們可知道「療癒/育環境」的理念根本上是整合性的，不是片面的，所以也是理想的。它是對各種人等的身心靈，包涵有軟硬體，涵括的實質環境有日常生活環境的住家、社區、城鄉，又有屬照顧環境的各種療法及其設施，甚至及於醫療環境 (medical environment)，更需包括自然環境。

也因為「療癒/育環境」的整合性，它給予高齡者、病患的效益自然被期待是整合的，也就是高齡者、病患的身心靈都獲得好處。所以我們看到長期照護個

案確立與失智症診斷的測驗表與生活檢測是很全面的，然後應對其缺憾與需求，給予遇處、補足與支持、軟體服務的或硬體環境的。期待的正是護理學界所服膺的 Maslow 有關人身心靈動機需求理論的各層次。而應對於一般人或尚健康未列入長照對象的高齡者則可以依自己的需求，在較全面的「療癒/育環境」，尋找適合自己的，可給予自己療癒/育效果的環境，參與其中，享受其好處。

論及於此，我們已進入「療癒/育環境給予人們效益的機制為何？」的議題。只是上述的還是大家可以明顯見到、理解的過程。以下要說的則更深入，大家不易察覺的機制，而這方面正是學術界或照護界，必須釐清的一個議題。

我們尚得注意一項很重要的人體本身的內在機制，讓「療癒/育性環境」發揮作用。也就是：

1. 生理、心理彼此會互相呼應影響的，譬如醫學界已在探討的所謂「安慰劑效應」為何會發生？
2. 甚至生命意義的追求與定錨，都會影響生、心理的安適、健康。反過來生、心理的安適、健康也會導致個人「生命意義」的加強認定。這正是 Maslow 特別關注「高峰經驗」與「高原經驗」的追索，而且這方面也的確是「心理治療學」所看重的「療癒」範疇。

換言之，人的身心靈的確是「全人」的，人本來就是一個整體的，身心靈相連通不可分。此重要之看見其實已在本報告的第四章第二節第 72 頁提及。在此只再次強調，軟硬體之「療癒/育性環境」它不只單純應對各別的生、心理或靈性層面，而是起始時的確如此，但當它同時施予一個人的身心靈時，其效應會產生加層效應，成為一種正向循環，以對抗或抑制生理上器官上的「老化」趨向。

論及至此，也必須再次強調本研究提出的「療育性環境」的重要性。相對於「療癒性環境」的目的某程度而言，只是在「舒解」、「順應」不可逆的生、心理衰退狀態，讓它被病患「接受」了。「療育性環境」卻是讓高齡者藉運動、改變不良生活習慣、方式，開始增強、提昇自己的體力、免疫力。某程度的「返老還童」、「變年輕了」。尤其初老之高齡者若涉入到這樣的「療育性環境」之軟硬體，大約更能達到上述效果。這是「療育性環境」提法重要的緣由，至今尚無其他學者論及。

1-4. 「療癒/育環境」對人，尤其高齡者發揮效益的機制為何？

本報告第四章已論及此議題，且已試圖回答之。總合起來精簡言之可如下：

筆者依循環境行為研究(Environment/ Behavior Studies)學域所關心的範疇，發展多人與環境互動的雙重理論架構。知道人與環境互動是包括人身心靈的感官、認知、情感、慾望、價值認同多層面的。除此之外，人的外在行為，包括各種日常生活行為或者各種照顧活動，以及療法的實施均需要空間對應，此空間可以是為獨特目的的，或為多目的以致成為多功能設施。

這些活動與硬體也對人的行為活動有適宜支持或不怎麼適宜的狀況出現。規劃設計的目的即在營造適宜的空間、環境以支持這些活動。而且這些空間環境還要支持或有好影響給高齡者老化的感官、肢體、認知能力、情感、情緒狀態甚至

價值認同的靈性層次需求。統言之，Maslow 的動機、需求層次理論施予高齡者身上時，高齡者全人的身心靈與行為活動的需求，必須被滿足，才是美好的人生。

除了高齡者或病患本身之外，「療癒/育環境」也施之於在家、在設施內的照顧者及服務、工作人員，因為他們在照顧輕、中、重度失能、失智老人、病患時，身心靈與生活行為均受到諸多牽制，而時間久了，也必須一樣的被「療癒/育」才能恢復各方面之健康。也因為如此，所以我們看到各種評估表，及設計準則之中，有些特別提出工作人員、照顧人員的「療癒/育環境」之關注項目。基本上，依據人與環境互動之理論架構可以知曉有個同樣的機制運作在這些照顧者、工作人員，因為人都有普同的身心靈，而且「活」在這個世界上，所以有各種生活行為、彼此照顧的活動，都需要好的空間讓之適切的、有效的發生。

另一方面，如果我們以長期照護所涉及的主體，以及其相關療癒/育活動及場所、環境。前者包括各科門醫師、各種治療師、護理師、照顧者、家人、高齡者、高齡者間；我們可得以下表格。

表 10-1：各主體的療癒/育性活動與環境之關係表

行為場所 相關主體	行為類別	行為活動	高齡者回 應	場所	備註
醫師	治療	門診看診、治療、 復建、職能治療、 住院	參與、接受	醫院、診所	
治療師	療法	音樂、藝術、園 藝...療法實施	參與、接受	醫院、設施內 或另安排場所	
護理師	護理	醫療護理行為：用 藥打針、插管、檢 測...	參與、接受	醫院、護理之 家、居家護理	
照顧者 (家人)	照顧/護	個人身體看護	參與、接受	醫院、設施、 居家、社區、 城鄉	外籍看護
家人	一般照顧	一般個人協助	參與、接受	醫院、居家、 社區、城鄉	
高齡者	自 助	成功老化、活 躍生活方式 (自我療癒/ 育)	自處	居家、安養、 養護機構、設 施、社區、城 鄉	
高齡者間	互 助	志工	施予(接 受)	社區、城鄉	

(資料來源：關華山)

由上角度關連起各類主體，以及他們之間的各種行為活動、照顧、療癒以及所處的環境。也可以了解廣義的療癒環境與高齡者互動的狀態、內容。

二、「療癒環境」之操作性定義

療癒性環境的硬體必須配合著軟體，一同應合高齡者們身心靈依循 Maslow 的動機理論，以及護理界自南丁格爾所講求、揭示的「全人照顧」。回應到高齡者與環境互動的肢體、感官、感知、認知（意識層）、潛意識、無意識層之心情、喜好，以及賦予環境意義，認同、價值之多層面。然而因着高齡者身心失能、失智等情況，硬體環境設計上的彌補，大致上均需講求上述身心靈的多層次。

只是綜觀各先進國發展之諸種有關的療癒性環境之規劃設計準則與相關設施之評估表、工具，大體上主要以一般、失能、失智三種狀況作區分。這是因為處理眾高齡者多種個別身心狀態的公約數的區分法。除非需回應個別老人的家屋住居時，才需要職能治療師會同具專業之建築師特別為之設計應合個別高齡者、體能、身心狀況，以及與家人、照顧者互動狀況而增改建其家屋。而失能老人在於感官、肢體上的失能，必須藉由環境改變來彌補。而失智者罹患率似乎愈加提高，此疾病引起的人認知上、心理上大幅的變化，趨於不正常，以致環境上的彌補與調整也變得更加全面、多面考量。

如果將本報告第四章第二節，所整理的護理診斷評估的 13 項領域與 Maslow 之人的動機需求層級相比對的表，再加上一般人包括病患之身心靈構造層次，以及其相關的行為、活動；並且整合第五、八章所述及的各種國外療癒性環境、庭園或設施之設計準則與評估工具表所列之各種各樣所該注重之設計手法原則與評估項目之大要，一起彼此比對起來，再加上所涉及之各種設計專業，我們可得以下「療癒性環境」之整個範疇的綱要性內容與重點。

表 10-2：高齡者需求與「療癒性環境」之整體範疇對照表

Maslow 人的動機 (需求) 層級	NANDA 國際護理 診斷	人身心靈構造		行為 活動	實質環境設計面相元素	設計 專業	備 註
生活需求	營養 排泄/交換 活動/休息 新陳代謝	身(本 我)	感官 體肢 感知	感覺 身體覺 視覺 嗅覺 聽覺 觸覺 平衡覺 坐、站 躺、行走找路	傢俱、輔具設備 物品(不惹人厭裝置) 物理環境(人性尺度) 視環境(照明、採光) 嗅環境(清潔、無臭味) 音環境(噪音去除) 觸環境(物品) (刺激管控/忍受) 無障礙環境 空間保全(支持移動)(迴路)	工業設計 通用設計 建築設計	

Maslow 人的動機 (需求) 層級	NANDA 國際護理 診斷	人身心靈構造		行為 活動	實質環境設計面相元素	設計 專業	備 註
安全感 愛與歸屬 自尊 自我實現	健康促進 安全/保護 舒適 因應/壓力 耐受 知覺/認知 角色關係 性 自我知覺 生命原則 價值觀/信 仰 (以上針 對病患)	心(自 我) 靈(超 我)	(短程 記憶)認 知 (時空 感) 情感 (焦 慮、憂 鬱) (退縮) 態度 (長程 記憶) 意志	運動 新陳代謝 觀賞庭園 環境認知 個人與群體 目的性行為 環境喜好 日常活動 (個人行為) 志工、工作 (社交行為) 與親人互動 與朋友互動 園藝、農藝 活動 宗教信仰 操練 (社會、文化 價值)	安全(出入口管控) (減少風險) 地標 微氣候 (植栽) 空間方向性 時空提示物 正向散心 (穩定性) (熟悉性) (延續性) 空間管控 社交場所 減除壓力 個人化空間 私密性 (支持願景) (支持照護價值、目標) ※()之重點特別針對失 智者,其餘適用於一般高齡 者	社區設計 都市設計 景觀設計 藝術品 宗教象徵 物 跨文化設 計	
	工作人員 照顧者 訪客親友	(同 上)	(同 上)	工作 照顧 探訪	(支持照護價值、目標) 減除壓力 正向教化 住家起居區 休憩區 與病患共處空間	建築設計 室內設計	

(資料來源：關華山)

三、療癒性環境應用於高齡社會之推動策略

首先，我們認為來自先進國之「療癒性環境」理念，的確是有內涵、價值的，造就療癒性環境應該成為國家政策，以因應超高齡化社會的來臨，也因此需要講求推動與執行的策略。

此處療癒性環境，仍如本報告前文一再陳述的，是軟體、硬體均包含的，所以要將此理念應用於我們的社會，一定是跨科際的，同時也是學術與實務必須一體聯繫起來的。

因此推動此議題的策略，我們認為有兩部分：學術研究方面；實務應用方面，以下分別提出：

3-1. 學術研究方面

1. 可由政府相關單位委託學術單位舉辦跨科際座談會及研討會
 - 1). 邀請醫療、護理、社福、建築、景觀學者專家，進行「療癒性環境應用與高齡社會」之座談會。建議舉辦三、四次一系列此類座談會，由之再從中選取學者專家；成為本議題長期研發的跨科際研究團隊，同時扮演此議題研究之推動者角色。
 - 2). 舉辦「療癒性環境應用於高齡社會研討會」，起初二年每年舉行一次，以後至少每二年舉行一次，成為常態。邀請的專家學者也應該是跨科際的，大家可以共襄盛舉，以尋求學術界、實務界持續關注此議題。
2. 真正學術研究方面，內政部建築所可以以此議題與衛福部、科技部多溝通，一起共同關注，並分別推動相關研究專案。其分工情形，大以下表為原則：

表 10-3：研究單位與著重範疇配合表

單位	研究類別	軟硬體關聯	成果形式		備註
內政部建築研究所	應用性研究	硬體(帶入軟體)	規劃、設計準則 硬體評估(帶入軟體)	整合型 個別性	依預算多寡
衛福部	應用性研究 政策性研究	軟體(帶入硬體)	軟體評估(帶入硬體) 設施、機構、醫院經營(示範 模式建立)	整合性 個別性	依預算多寡
科技部	基礎性研究	軟體 硬體 軟硬體關係	循證研究 硬體←→軟體效益	整合型 個別性	依預算多寡

(資料來源：關華山)

3-2. 實務應用方面

為配合國家「長期照護 2.0 十年計畫」的推動，採取「滾動式檢討」已是被政府直接宣告的一種做法。換言之，「滾動式檢討」必須要有落實的機制，否則此十年計畫容易落入亂無章法。所謂「滾動式檢討」意涵：1) 檢視實踐所遭遇之困難。2) 能立即調整辦法、準則及作法的，迅速調整、修正。3) 問題複雜較困難一時解決的，投入更多人力、經費進行相關研究，尋求較全面的解答，以利後續實踐，以臻於理想。

很顯然，此檢討也必須是跨科際的，需結合多相關學科學者專家之參與。依上原則，我們認為可以下先後順序，建立起一較適當的機制，以達成所謂「滾動式檢討」。

1. 可辦理長照 2.0 問題尋解系列座談會

由各地方政府主辦，參與者包括政府主辦人員，以及各類機構、設施的人員，請他們就推動、執行長照 2.0 計畫的經驗中所遭遇之困難，分轄下地區辦理系列座談會，廣泛收集問題及可能的解答。（本研究報告所辦之三次座談會以及第四章節檢視報章雜誌等，也涉及到長照 2.0 計畫推行之問題收集。）

然後分門別類，一併提至中央衛福部所舉辦的全國性但分北、中、南、東地區之系列座談會。尤其那些涉及中央法條、經費、政策計畫內容。換言之，各地方政府有權責可自行解決的問題，不必往中央之座談會提報。

上述座談會邀集的對象，尤其應該是那些有衛福部所選出的各地之示範案主持人。這樣可以及時調整政府資源投入之經費、項目，以協助各案事主持持續推動其 A、B、C 據點網絡，並運作順暢、完整。至於示範案所預示之良善「運作模式」，以及各據點、設施應用軟體之評估、監督，則宜交由學術界來調查、研究並研擬，以供中央推動與檢討整個政策在實務上的效益與缺失。

2. 由上得出之各種實踐上的疑難雜症的問題，中央衛福部宜組成專案小組，針對上述問題，如前文所述，分出簡易處理者與複雜難處理者。前類可迅速回應處理完畢；而較困難處理者，可由衛福部分出研究專案委託學者專家，適時研擬出相關的解決辦法，交由政府以及實務主事者，確實執行，以解決問題。

3. 另一方面，有關倡導「療癒性環境」之理念一事，在於好讓各界能充分了解到各先進國對之看重的情形，尤其此理念之確實內容涵義，並藉由諸多國內、外優良案例，予以陳明，讓各界人士可以從中吸取經驗，設法落實到自己掌握的場域當中，包括軟、硬體兩方面。

這裡所謂的各界人士，大致可分為二部門：

1). 公部門：意指中央、地方政府有關單位，如衛福部、衛生局、社會局、建設局、都發局及公共設施、機構的相關人員。

2). 私部門：i) 長照設施、機構以及醫院的經營者。ii) 建築師、景觀師。

做法上，可以「培訓班」形式進行。當然針對不同的公、私部門人士，應開出不同的培訓班課程，而有不同的重點，亦即「療癒性環境」之整合理念加上不同人士特別關注的範疇。也因此，這樣的培訓班必須由療癒性環境軟硬體相關學者專家共同搭配授課，針對不同背景學員，才更能產生出教學效果。

3-3. 小結

根據以上之論述，我們的建議有個前提：建構、營造「高齡者療癒/育環境」應該成為國家政策，以因應超高齡社會之來臨。而推動之策略，上文已提出三方面：

1. 學術研究方面

- 1) .舉辦跨科際座談會：衛福部為主；科技部、內政部建研所為次，委任學術單位辦理。
 - 2) .舉辦跨科際研討會：衛福部為主；內政部建研所為次，委任學術單位辦理。
 - 3) .整合及專題研究：衛福部、科技部為主；內政部建研所為次
2. 實務方面：

我們認為「滾動式檢討」長照 2.0 政策與實施是有相當必要，所以提出以下系列座談會。另方面，也有必要廣泛倡導「療癒/育環境」之重要性，所以另提出相關培訓計畫。

- 1) . 「長照 2.0 計劃」問題尋解系列座談會
 - a. 地方政府主管機關＋各設施、機構主事者。
 - b. 中央衛福部＋各地方政府主管機構＋專家學者。
 - c. 衛福部專案小組會同科技部、內政部建研所等，共商各種複雜問題尋解之研究計畫有那些及如何分配委託與支持。
- 2) . 「療癒性環境」倡導培訓之對象
 - a. 公部門：中央、地方政府相關單位、承辦人員。
 - b. 私部門：
 - I. 長照設施、機構、醫院經營者。
 - II. 建築師、景觀師。

當然，上述所列部會、單位只是發動者，可委託學術單位執行承辦。但各種座談會、研討會及專題研究成果，應納入上述部會、單位之政策擬定與措施修正等。包括實務方面對長照 2.0 十年計畫的系列座談會所獲得第一線工作人員回饋之眾多意見等。

四、高齡者居住、照顧環境的研究架構

政府相關單位負擔有為國內高齡者尋求、經營良好之居住、照顧環境之責任。所以相關的研究論理來說，應包括三種研究：

1. 基礎研究：高齡者身心與環境關係之研究。
2. 應用研究：臺灣高齡者與環境間現實裡的關係為何？是好關係還是不好的關係？前者如何持續？後者如何變好？
3. 政策研究：包括政策研發、政策研擬與政策推動後之檢討、修正。為的是營造未來國內的高齡者居住，照顧之福祉。

至於高齡者的居住、照顧環境包涵何種範疇，這自然是以環境規劃、設計專業所處理的環境尺度大小來分，最清楚。我們認為這些向度可以分為：

1. 高齡者家屋、住宅。
2. 高齡者安養、養護、護理經過本研究的探討，醫院及各種健康照顧及長期照護的設施機構。
3. 在地老化之療癒性社區。

4. 對高齡者友善之都市、鄉鎮。
5. 綜合尺度：指上述尺度的連接，一併被關注考量，這之中尤其自然環境是跨尺度的。

因此，我們有兩個座標（向度）一個是研究種類；一個是高齡者居住、照顧環境由小到大尺度的層級，這二個座標可以構成一個「研究議題」的矩陣。

表 10-4：高齡者研究向度

研究議題 環境尺度大小	研究性質	基礎	應用	政策	其他
高齡者家屋	(環境因素與療癒效益因果關係)	「療癒/育性環境」之理論研究	(已實證之規劃、設計準則、與設施評估表)	老人住宅	
設施、機構、醫院				機構	
社區服務網絡				長照 2.0 A、B、C 據點	
友善都市、鄉鎮				都市/社區設計、規劃	
綜合尺度、自然				整體推動策略	

(資料來源：本研究團隊彙整)

至於何謂高齡者與環境之基礎、應用、政策研究？以下還可更細緻的思考：

1. 「基礎研究」是在看「高齡者身心與環境（各尺度居住、照顧環境）通則性因果關係的發現」。基本上，它包括「理論推導」與「現實現象調查」二者，而且兩者必須有「辯證關係」，亦即以「現象調查歸納」來驗證由理論邏輯推導出的「假設」，其結果正是為理論增一分證據或減一分證據。但是，這並不否定純粹的「理論研究」，譬如「療癒/療育性環境」的提議涵括了各種高齡者的身心狀態，以及各種尺度的高齡者居住、照顧環境。
2. 「應用性研究」則是為了「應用」之目的而從事之研究。有關「高齡者與環境關係」大議題而言，應用性研究之目的即在「促使我們的高齡者能生活的好。」為達此目的，一方面要看是為了所有臺灣的高齡者，還是一個都市，一個族群，一個設施、一種設施或數個同類社區，或者多少個家庭、家屋等涵蓋面之大小而定，另外或是看哪種身心狀態的特定高齡者家。

而可做之研究，大致為個案、多個案研究。這種研究最直接的做法即是 P.O.E，即針對某設施、機構、社區、都市等個案或幾個個案有關高齡者之環境做用後評估。得出的研究結果，直接供該個案或多個案主事者，進行改善其軟硬體，造福本地直接相關的高齡者。

另一種較具通則性之研究則可為「設計、規劃準則」，或「評估準則」的建立。此二類準則就其源出可分為二種各別的準則：

- 1). 規範性準則 (normative criteria)：只是以理論推導出之準則，尚未經證實而成為可靠之準則。
- 2). 「基於證據之準則」(the evidence-based criteria) 則指已經過檢驗假設、實證可靠之準則。

很顯然，上述二種準則都是為了我國社會相關的高齡者有關環境之規劃、設計與評估而建立的。目前在我國是有些準則之擬訂，多是移植於西方歐美或日本先進國家學者專家所研擬出來的，這些準則或許在他們的國家已具「基於證據」等級。但對我國社會而言，它們應該還處於「想當然爾」的「規範性準則」，必須經過我們自己的研究，逐步檢證、修改使之成為適合我們的高齡者與環境「基於證據」之準則。這種工作是必須做的，不能只停留在「引用」、「移植」、「拾人牙慧」之階段，因為這是便宜作法，欠缺主體性與對我們社會文化涵構深入考量之學術作法。

3. 「政策性研究」是為了整個國家社會老年人口未來之「需求」，研擬有效、可行、效益最大化之逐步「供給」策略，以滿足各時段各類高齡者各方面之「需求」，俾使他們的生活與照顧獲得最佳的狀況。任何政策研究有下三階段：A) 研發；b) 研擬政策、策略；c) 實施後檢討、修正策略、政策。
 - 1) .「研發」在確認未來老年人口各種需求之質與量。以及政府軟硬體「供給」之能耐評估。
 - 2) .「研擬」策略與政策階段則是充份「研發」後，彙總「供需」的配對與時程安排。主要是在讓整個事情的推動有配套、效益能加層、往正向發展推動。本報告相當程度即屬此政策研究「研發」與「研擬」階段，俾益於內政部建研所及相關部會單位，有助於國家相關政策的確的「研擬」。
 - 3) . 另一方面，我們還得注意政策推動後，對其所獲效果之檢討，以便回饋政策、策略，進行修正。換言之，它們是「政策評估」。其實此類「評估」也適用於過去已執行多年之政策，重新檢討「現有」甚或「過去」之政策成果之實效。

跟據上述表 10-4 的二種座標，交叉出來的則是個別的研究議題了，如何尋找這些議題？或者確認那些既有研究已處理了哪些尺度環境且屬於那種研究，解決了其中那些特定議題？這都是可以著力之處。而且這些都起源於高齡者與環境互動最佳狀態—所謂「療癒/育性環境」之理念追索而來。也因此計畫案也是其他後續研究的奠基石。相信此理念可以關照到上述各種尺度之環境以及基礎、應用、政策各類研究上。藉由文獻回顧，我們可以掌握既有研究已得到哪些可靠之結果，是屬於上述二座標所交叉的那種範疇或格子之內。再透過理論推導與統整所有的文獻回顧，我們可以提出未來還應該追索的議題又有哪些？另一方面，由既有研究結果我們可以彙整出有關何種尺度環境、設施一些「基於證據之準則」，而再依「療癒/育性環境」之理論，可以推導出此類環境設施之規劃設計評估之「規範性準則」。如此，庶幾本計畫案即可達成其原始初衷與目的了。

第二節 後續研究思考範疇

根據以上的論述，本研究團隊考量政府各單位主管業務範疇，以及國內學術界人力的情形，以及議題的輕重緩急，大致理出以下可以著力思考的研究範疇。同時也以其急迫性，大致分出近、中、長期的分辨，以供國內學界以及委託單位內政部建築研究所參考。

一、近期

為於國內及時推動良善高齡者設施，包括一般的照顧設施以及失智者照護專區、團體家屋，延續本研究之成果，更進一步的眼前工作就是彙整高齡者之照顧設施之貴化設計準則與優良案例。因此於近一、二年，相關單位可委託適當學者，或直接由學者發動向科技部提出專題研究計畫，進行下二手冊之研擬編撰，以供參與此類設施之規劃、設計建築師及主事者直接參考依循。

1. 高齡者照顧設施規劃、設計通用準則與國內外優良案例彙編。
2. 失智者照顧專區與團體家屋規劃、設計準則與國內外優良案例彙編。

此二準則之論述與編撰，大可以本研究報告中的第五章所整理之國外相關規劃、設計準則，以及設施評估表與監管工具為出發點與主要處理對象，亦即各文件直接於大範疇項目下列出許多療癒性環境細部該注意之點。上述二彙編即指針對這些文件作評細比較、比對，然後編寫較完整的適合我國國情之準則。另一方面則多訪查國內、外相關個案，從中選擇表現優良之個案，彙整成參考對象，裨益於整修與興建此二大類設施。

二、中期

依據上述的討論，本研究團隊仍然先著眼「應用性研究」，尚不及於真正的「政策性研究」，而「基礎性研究」則建議內政部建築研究所向科技部建言，鼓勵學術界進行多年整合性跨科技研究。至於內政部建築研究所以及衛福部本身在中、長期可以思考的應用性議題與範疇有以下幾項：

1. 日本「小規模多功能設施」之空間模式研究與療癒/育效益評估

研究緣起

我國長照 2.0 十年計畫有關長照社區網絡中，日本的「小規模多功能設施」也被列入，視為其中重要之一環。然而，究竟此類設施在日本建立、實施的情形為何，雖然國內學者多有考察參訪，但其空間模式並未見深入之探索，尤其其對高齡者之照顧之效益，並未被學術界確認。

研究內容

本研究議題主要包括三部份：1) 日本「小規模多功能設施」的發展歷程為何？其理念之內容為何？至今其普及度？2) 透過多個案研究或文獻研究，歸納此類設施之空間模式、樣態或規劃設計準則為何？3) 同樣透過文獻回顧與第二手研究，追索此類設施普遍的對高齡者照顧方面之效益為何？

預期成果效益

1. 可充分了解此類設施建立之條件、內容、困難與運作情形，以及在日本所達成之目標、質與量之情形。就建築而言，則可理解此設施之規劃、設計之空間模式，軟硬體應合之情形。最重要的是高齡者照顧所達成的效益成果為何？易言之，此設施之建置政策是否達成其目標。
2. 而上述日本提出之此新設施之政策，可供我國推動長照 2.0 之社區服務網絡上有何幫助與學習之處，甚或確定是否該引入此設施，或該如何作適當調整？

2. 我國長照 2.0 社區服務空間網絡連續性與療癒/育性之研究與評估

研究緣起：

自我國於去年開始公布、推動長照 2.0 十年計畫之藍圖，尤其社區服務網絡 A、B、C 三層級據點構想，因尚無明確設置策略與指南、規範，或配套措施。以致地方有各種置疑與實行上的問題出現，致使後續推動此政策遭遇瓶頸。然而 2025 或 26 年，眼見我國即將進入超高齡社會，勢必需從現今開始建立較完善之服務網絡。此網絡亦必定牽涉到高齡者照顧、居住環境的連續性與療癒/育性，才可能竟全工。

研究內容：

所謂「連續性」是指社區高齡者居住與照顧環境必須彼此連絡，沒有缺口，才能稱為網絡。本研究可由實地參訪、問卷調查收集各示範地區推動 A、B、C 據點之困難、問題作起點。經過整理分析，並以「療癒/育性環境」之理論架構為依歸，檢視目前推動之盲點、未盡事宜，以及的確困難、條件缺乏之情形。很顯然此研究範疇牽涉到軟體、硬體兩方面，因此應與衛福部有關長照 2.0 社區服務網絡之軟體研究，同步實施，並有密切交流，整合為一整計畫，互相參照。本研究之成果應為長照 2.0 社區服務空間網絡提出一空間模式，同時亦需提出在不同條件、狀況下之不同地區實施時，此模式可以如何進一步設想、調整，以切實際，同時達到服務目的。

衛生所轉型、於長照 2.0 扮演重要角色計畫（軟、硬體）

預期成果效益

1. 確實瞭解現行推動長照 2.0 理想（具連續性、療癒/育性環境）之社區服務空間網絡之困難與問題。進而一方面提出理想之模式，另一方面，提出因應不同狀況、條件之地區，此模式可如何調整但同樣達到目的的方式。
2. 進一步提出在政策上，該有何調整？實施策略上該如何步步為營，一方面可行，一方面可確保此網絡之得以建立完善。其中，相關配套之政策與推動策略，該如何適時適地的出現？

經過以上之努力，相信可以藉由實踐、調查研究、反饋，提出更合理作法之循環，精進長照 2.0 之政策推動，特別是社區照顧服務空間網絡與環境可以具備連續性與全面的療癒/育性。

3. 國內失智者照顧專區與團體家屋空間模式之多個案研究與療癒/育性評估

研究緣起：

國內有關失智者照顧的設施基本上有兩種：一是位在社區之「團體家屋」；另一是公私立機構內的「失智者照顧專區」(special care unit)，過往對於二者學術界多多少少有些調查研究，但均屬初步性質，不及於其效益評估。至今，國外已有不少失智者照顧、居住設施之評估表尺被開發出來，國內學者也已關注，但並未真正以之來檢視我國個案，進行應用評估。一方面檢驗這些表尺之校度、信度。另一方面，確實評估個案對失智者之身心靈、生活品質有何效益。

研究內容

本研究可藉由選擇適當之國外評估表尺，並以失智者與照顧環境互動關係之理論為起始，對國內二種設施進行多個案實地/問卷調查、訪問，一方面對各個案進行個案研究；再以評估表尺對個案作現地評估。前者應以個案對失智者產生之照顧效益如何為研究主要內容。後者之所得結果，一方面可以與前述個案研究結果相比對，另一方面可檢視表尺那些項目與我國個案現實狀況不盡適合，亦即對之效度做檢驗，以便未來修改此表尺，好適合我國國情，應用到國內個案之評鑑。

預期成果效益

1. 對我國公私立機構內「失智者照顧專區」以及私立「失智者團體家屋」，多個案之空間、環境有全面性的掌握與瞭解，包括各別個案與整體照顧失智者之效益，並可指出其優缺點。
2. 檢視出國外重要的「失智者照顧設施」與「團體家屋」評估表尺，在應用到我國實情下的現有設施之適合度為何？
3. 可著力修改國外「失智者照顧設施」、「團體家屋」之評估表尺，以應合我國國情，好用來評估國內的此類設施。亦或可進一步發展為評鑑表尺，供衛福部評鑑相關設施使用。

4. 臺灣友善醫院空間模式之調查、研究與評估

研究緣起

各先進國多年前即已見到醫院普遍因「醫技化」、「機構化」之問題，而採取「人性化」、「友善化」醫院之推動，這包括了軟硬體二方面之思考與改變行動。

我國雖亦有少數醫院已開始朝此新方向，改善醫院形貌，但普遍程度相當有限。以致目前醫院仍多呈現雜亂擁擠，令病患、陪伴親友均感到不適、壓力大。這對病患身體康復與家人照顧意願均有所挫折、阻礙。

研究內容

此研究應包括文獻回顧先進國這方面推動的歷程追索，與多所著名個案之研究，同時亦調查研究國內已實行推動之醫院之個案研究。以歸納、瞭解友善醫院在軟硬體方面，尤其空間有那些改善原則、更新規劃、設計之準則為何？以及透過實地訪察，釐清改善後對病患與訪客之效益為何？

或可統合出推動友善醫院、以至空間、環境改善之策略與原則，以及實踐細則。

預期成果效益

1. 釐清國際友善醫院運動之內涵意義與目的。
2. 確認一些國外優良可學習之個案範例，以及相關重要實施準則。
3. 掌握國內此方面已有之個案，及其做法、成果。同時也可確認國內推行不足之處。
4. 建立「友善醫院」推動與達成之策略，以及配合軟體改善之可靠硬體改善之規劃、設計準則。

三、長期

設想長期之研究範疇，可考慮之議題如下：

1. 臺灣不同住宅類型中高齡者居家照顧環境模式調查研究與評估。
2. 「三代同堂」與「三代同鄰」住宅調查研究。
3. 高齡化社會住宅之療癒/育性環境建構研究。
4. 建置「小規模多功能設施」之規劃設計準則研擬。
5. 臺灣高齡者安養機構療癒/育性環境調查研究與評估。
6. 臺灣高齡者養護機構療癒/育性環境調查研究與評估。
7. 臺灣高齡者護理之家機構療癒/育性環境調查研究與評估。
8. 高齡者安寧療護之療癒/育性環境建構研究。

第三節 建議

經過與本研究委託單位內政部建築研究所進一步之思考與討論，對 107 年度本研究之延續性具體研究議題，提出以下三項主要建議：

建議一：辦理「療癒性環境應用於高齡者居家室內空間之研究」：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：內政部營建署

未來可整理國內外居家室內空間療癒性環境設計案例，釐清療癒性之空間特色，並分析應注意之重點，包括玄關、臥室、客廳、廚房、浴室、陽臺等空間。透過專家訪談及召開高齡者專家之座談會，邀請室內設計、園藝、藝術工作者、長照、諮商師等專家，提出高齡者居家室內空間之設計重點。

建議二：辦理「三代同鄰—因應高齡社會的宜居社區之探討」：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：內政部營建署

我國 107 年將邁入「高齡社會」，由於產業之現代化，促成人口老化現象，衍生許多養老課題；又由於家族形態改變，造成養兒防老式微，更由於雙薪家庭增多，使得在宅照顧困難，建議未來能透過調查或科技技術，瞭解「三代同鄰」之宜居社區之生活特性及需要之軟硬體設施，並提出高齡者「三代同鄰」之宜居社區環境設計原則。

建議三：辦理「因應高齡低視能者之室內環境設計研究」：立即可行建議

主辦機關：內政部建築研究所

協辦機關：內政部營建署

國內外研究發現，高齡者偏好在宅老化，該如何讓多好發於高齡之低視能者之需求能夠被關注，並藉由良好之居住環境之改善提升身心靈之滿足，並促進其活躍老化，將是一大課題。未來可針對高齡低視能者之空間使用問題與現況調查，蒐集國內外相關室內設計案例，並彙整專家及高齡團體建議，研提具體可行之改善對策。並訪談高齡低視能者，瞭解現行居家規劃所忽略之使用細節，並提出高齡低視能者對於文字判讀與空間認知設計之規劃建議，作為相關單位推動之依據。提出高齡低視能者之室內環境設計原則。

附錄一 「保全失智照顧之家」設計準則

(中文翻譯版：關華山)

表 1：「如家環境」決定因子的組成份子與其說明

組成	細部手法
設計出一人性、居家尺度	<ul style="list-style-type: none"> 沒有長廊 「族群照顧」一如家設境(有工作團隊人員認為理想的居民數在 5 到 12 之間，如一般失能的照顧單元，但也有人提及這樣做不見得都在營運經濟上可行。但多人同意一個照顧之家，不超過 20 居民，除非現行「年齡相關居住照顧」(Age Related Residential Care, ARRC) 合約特別註明的。 公共空間、廚房、休憩區及餐廳均有居家之尺度。 居家傢俱 居家焦點空間設備(例如：餐桌、壁爐) 居家尺度與外觀一熟悉 居家用餐經驗 沒有封閉的房間—每間房間應有窗戶 避免雜亂(例如沒有設備儲藏於廊道上) 供暖系統以應合體弱居民之需求 失禁管理的考量(各樣東西都容易清潔)
多樣的社區空間容納家庭與社區參與以及個人選擇	<ul style="list-style-type: none"> 招待空間，親友能去那裡，而不只是去臥室 有一些特別空間如陽台、圖書館及暖房 庭園 安靜空間 有空間容納大家庭的家庭聚會(例如慶祝生日或其他儀式)適合各種文化 有線索顯示歡迎各種不同文化 寵物友善環境 孩子友善環境(例如：小孩遊戲場) 展示或創作藝術的各類空間
人們能很容易的個人化各自的空間	<ul style="list-style-type: none"> 讓人們有機會有自己的傢俱與窗簾。 允許個人房間有自己熟悉的相片與物品 大小舒適的房間、有足夠空間給照護所必須用之傢俱與設備
設計支持人們獨立的居家活動	<ul style="list-style-type: none"> 容易到達公用廚房 讓人們有機會到達各種居家空間、從事多種家務工作 設置抬高的園藝施作台、有遮棚或曬衣線
設計支持視覺身體移動於室內、戶外	<ul style="list-style-type: none"> 有機會讓人們參與到戶外環境 可自由來去各種地方 有線索從事有意義的活動—曬衣線、遮棚、郵箱 減低出、入口的可見性 設計允許很容易到達接送車輛，這樣工作人員與親人能方便協助居民進入交通工具
保全不惹人厭	<ul style="list-style-type: none"> 不惹人厭的邊界保全—沒有顯眼的大門或圍牆 外圍圍牆提供私密性，也有視野看到外面社區 照護哲學允許合理、支持性的承擔風險，這是基於了解到一個完全禁絕式看待風險的方式，會使環境與居民生活貧乏無趣

組成	細部手法
	<ul style="list-style-type: none"> 保全系統能讓家人、朋友很容易進入設施

表 2：庭園與環境

組成	細部手法
戶外空間被設計為室內空間的延伸	<ul style="list-style-type: none"> 視覺與身體可及於室內與室外之間 有機會可獨立從室內到戶外 有信步可來去室內、室外的中界空間 照護之家的正入口就如家門，在入口沒有迎面的標誌及一些庭園元素
戶外空間提供散步機會	<ul style="list-style-type: none"> 一條連續迴路串連各種目的地，但沒有囊底巷（帶有位置合適的座椅，以及有遮蓋的休息區） 空間足夠大容納有意義的運動及療癒效果 晚間有可偵測移動而啟閉的照明
設計戶外空間與庭園可提供社交機會並融入環境	<ul style="list-style-type: none"> 抬高的庭園花台、遮棚、曬衣線 混合大、小空間 有桌椅 受陽光的地方、有遮蔭的地方 給小動物的空間 給小孩的空間 允許私密性，但仍能參與到四周的社區
戶外空間、庭園設計提供感官刺激	<ul style="list-style-type: none"> 花、色彩、水、紋理 季節變化 菜圃 有香味植物（刺激記憶）

表 3：規劃及密度

組成	細部手法
保全失智照護之家想設計好讓居民住在小而獨立保全的群聚有如一家戶	<ul style="list-style-type: none"> 一個照顧之家有幾個族群（獨立但實質上受限的環境），是最佳或最有效的策略 認知到：居民數目與空間設計間有關鍵性之互相影響性。眾多數目的族群是可以，但各別分簇的空間以及居家進食的經驗不能妥協。 尺度能幫助居民有控制感 在一較大的照顧之家內的多族群，能讓有相同需求的居民可聚集在一起—失智者並非均質的一群人。

表 4：色彩與對比突顯

組成	細部手法
失智照顧之家有效的利用色彩與對比	<ul style="list-style-type: none"> 廁所座位色彩得對比 居民常用的門的顏色需突顯醒目 居民不常用的空間可採低對比 各種紋理的表面 由一表面到另一表面的過度帶需低對比 餐盤與桌布色彩呈對比 牆與地板以色彩對比區分開來

組成	細部手法
	<ul style="list-style-type: none"> · 地板色彩均一，不要有圖案 · 色彩幫忙區分座椅 · 暗表面而不要光亮的表面 · 運用色彩心理學—不同色彩會引起不同的感情 · 有目的的、適合年齡之色彩，不要用像旅館的中性方案。

表 5：照明

組成	細部手法
保全失智照顧之家的設計可極大化自然採光，同時照明幫助辨識方向性	<ul style="list-style-type: none"> · 最大化自然採光 · 極小化陰影 · 高亮度 · 照明標準 · 晚間提供有偵測能力的照明

表 6：管理環境之刺激

組成	細部手法
保全失智照顧之家的設計，減少有害刺激	<ul style="list-style-type: none"> · 噪音控制： <ul style="list-style-type: none"> - 整體噪音控制—簾子、地坪材料、隔間板 - 有噪音的機械設備置於臥室適宜距離之外 - 設想替代叫鈴聲響的緊急系統 - 有需求即設置隔音臥室，讓那些需要特別觀察的居民好過些 · 室內設計： <ul style="list-style-type: none"> - 有辦法關閉一些空間，或讓小團體可與大團體分隔開 - 多功能房間 - 保護個人私密性 - 有空間招待居民的親友 - 沿走廊不要有儲藏空間 - 工作人員的工作區偏離主要動線 - 各種傢俱/裝潢，有機會很容易的改變裝潢 - 文化表現物品 · 好的刺激： <ul style="list-style-type: none"> - 牆上以及公共休憩空間有懷舊看板 - 利用老人世代熟悉的圖片、東西及書籍。 - 技術應用（例如：視訊） - 愉悅的氣味（如烘培） - 音樂，最好能讓住在照顧之家的居民自行控制（包括隨身帶的無線耳機）

表 7：記憶助力/線索與空間組織

組成	細部手法
保全失智照顧之家的設計 能多方面整合、提供記憶線 索與助力	<ul style="list-style-type: none">· 個人化居民臥房的門· 混合各種線索，包括色彩及象徵物· 活動的線索· 線索所指示的若不強烈，會顯得中性· 各種類別的房間各自有標準色彩

表 8：社區連結

組成	細部手法
保全失智照顧之家的設計 可整合與社區的各種連結	<ul style="list-style-type: none">· 建築與庭園的設計能歡迎社區進入設施· 設計能反映所在社區，提供一種熟悉感

附錄二 TESS-NH/RC (中文翻譯版：關華山)

TESS-NH/RC 中文版

護理之家與養護設施-療癒性環境檢測表--觀察紀錄長照場所實質環境的一種方法 (1/14 版本)

由北卡羅萊納大學 (Chapel Hill 校區) Cecil G. Sheps 健康服務研究中心，老化、障礙及長期照顧計畫開發提出。

聯絡人：

Philip D. Sloane, MD MPH

Sheryl Zimmerman, PHD

Sheps 健康服務研究中心

北卡羅萊納大學 (Chapel Hill 校區)

CB#7590, 725 Airport Rd. Chapel Hill, NC27599-7590

Email：Drs. Sloane 或 Zimmerman

psloane@med.unc.edu；Sheryl__Zimmerman@unc.edu.

TESS-NH/RC

護理之家與養護設施療癒性環境檢查紀錄觀察表

注意：灰色區顯示的項目需紀錄到居民房間及浴廁工作單上。

日期：___月/___日/___年 時間___時：___分 上午/下午（圈選）
 觀察者：_____ 觀察的居民房間數：_____
 設施 ID：_____

單元登記

1. 區種類 非失智特殊照顧區（NDSCA）.....1
 失智特殊照顧區（DSCA）.....2

維護

2. 評定下列每個區域的一般維護狀況

	活動/進餐區	廳	居民房間	居民浴廁
			多少房間達到	
維護良好	2	2		
需要些修繕	1	1		
需要不少修繕	0	0		
觀察的房間數				

清潔

3. 評定下列每一區一般清潔程度

	活動/進餐區	廳	居民房間	居民浴廁
			多少房間達到	
非常清潔	2	2		
大致清潔	1	1		
清潔程度很差	0	0		
觀察的房間數				

氣味

4. 身體排泄物（尿與糞便）臭味出現於公共區與居民臥室到何程度？

	公共區域	居民房間
		多少房間有狀況
很少或完全沒有（0-5%）	2	
一些區域可嗅到（6-74%）	1	
大部份或全區可嗅到（75-100%）	0	
觀察了多少居民房間		

安全

5. 評定大廳堂的地板表面
 不滑 同時/或 沒有不平表面.....2
 大部份不滑 同時/或 沒有不平表面.....1
 滑 同時/或 有不平表面0

6. 在這些區塊扶手出現的程度？

	公共區域	居民房間
		多少房間有狀況
廣泛出現	2	
有些出現	1	
很少或沒有出現	0	
觀察了多少居民房間		

7. 在居民房間與浴廁出現緊急鈴的程度如何？

(如果居民身上帶有召喚工作人員之儀器，計算出現在房間與浴廁的緊急鈴)

a. _____ 多少房間有緊急鈴 b. _____ 多少浴廁有緊急鈴

c. _____ 觀察多少房間 d. _____ 觀察多少浴廁

8. 出入口控制：

a. 整個區域有多少個出入口 _____

(包括控制到、沒控制到的出入口)

b. 多少個出入口可管制到未經許可的居民出入 _____

(去除那些到戶外區域的出入口；而包括從戶外區出入口)

9. 建築物的正門是否可管制未經許可的居民出入？

否.....0

是.....1

照明

10. 評定於廊道、活動區及居民房間的照明密度

	廊道	活動/餐食區	居民房間
			有此狀況的房間數
充分	2	2	
好	1	1	
很少適當的/都不適當	0	0	
觀察的房間總數			

11. 出現於廊道、活動/餐飲區及居民房間的眩光程度？

	廊道	活動/餐食區	居民房間
			有此狀況的房間數
很少或沒有	2	2	
不多的區域	1	1	
許多區域	0	0	
觀察的房間總數			

12. 廊道、活動/餐食區及居民房間內的照明均勻嗎？

	廊道	活動 / 餐食區	居民房間
			有此狀況的房間數
此區整個都均勻	2	2	
此區大部份均勻	1	1	
不均勻；整個區域有許多陰暗處	0	0	
觀察的房間總數			

13. 用測光儀於地板上方 30 吋高度檢測下列照明等級，在廊道及活動/餐食區各取二點數據。

- a. 廊道 1：
- 1). 最亮區 (離窗 3 呎遠) ... _____
 - 2). 最暗區..... _____
 - 3). 廊道中心點..... _____
- b. 廊道 2：
- 1). 最亮區 (離窗 3 呎遠) ... _____
 - 2). 最暗區..... _____
 - 3). 廊道中心點..... _____

實質外觀/像家/個人化

14. 下列哪一條描述了廊道主要的形貌？
- 沒有廊道；房間直接開向起居公共區.....2
 - 短廊道.....1
 - 長廊道.....0
15. 活動/餐食區裡有傢俱、裝飾與其他元素給出像家的氣氛 (住居式有別於機構式) 有多少成分？
- 非常像家 (活動/餐食區 75%或更多屬住居氣氛)3
 - 中等像家 (50~74%屬住居氣氛)2
 - 有些像家 (25~49%屬住居氣氛)1
 - 不像家 (少於 25%屬住居氣氛)0
16. 在此區有廚房落座其間，可供一些活動給居民/家庭使用嗎？(水槽、烤爐/微波爐、冰箱、櫥檯)
- 有廚房設備可用.....2
 - 有些廚房的設備可用.....1
 - 無法使用廚房設備或沒有廚房.....0
17. 照片、圖片、紀念物出現在居民房間的程度？

	有此元素的房間數
每位居民至少有 3 張個人照片或紀念物出現	
觀察了多少居民房間	

18. 在居民房間下列物品出現的程度？

	有此元素的房間數
a. 非機構性傢俱	
b. 個人暖氣控制器	
c. 個人空調控制	
d. 電話或電話連線	
觀察了多少居民房間	

19. 在活動/餐食區及廊道給居民刺激的機會有多少？

	a. 觸覺	b. 視覺
很廣泛	3	3
有不少	2	2
有一些	1	1
沒有	0	0

方向感/暗示之提供

20. 有多少居民房間有以下暗示？

a. 居民房間入口	有此元素的房間數
1.) 慣例門都開著	
2.) 居民姓名在門上/近門邊 (2 吋)	
*3.) 居民的近照在門上/近門邊	
*4.) 居民的老照片在門上/近門邊	
5.) 有個人意味的物品在門上/近門邊	
觀察了多少房間	

b. 從居民房間到浴廁的入口	有此元素的房間數
1). 從居民的床可看到門開著及裡面的廁所 (或廁所/設備在房間裡, 由床直接看到)	
2). 門開著, 但從床看不到廁所	
3). 從床可看到表示浴廁的圖片、照片與標誌	
已觀察的房間數	

c. 從居民房間門口到活動/餐食區的暗示	有此元素的房間數
1). 可直接看到	
2). 有視覺暗示可被看到	
已觀察的居民房間數	

私密性

21. 私人房間的數目

	有此特性之房間數
私人房	
已觀察的居民房間數	

22. 居民房間的房主到達一廁所的路徑如何？

從房間直接到達的廁所類別	有此特性之房間數
a. 私人廁所	
b. 半私人廁所	
c. 公用廁所	
d. 沒有直接可到達的	
已觀察的居民房間數	

23. 在居民房間的浴廁有浴缸及/或淋浴嗎？

	有此特性之房間數
a. 是的，有一浴缸及/或淋浴間	
b. 沒有浴缸或淋浴間在房內	
已觀察的居民房間數	

24. 居民依慣例可鎖上居民房間、公寓單元或套房的門嗎？

	有此特性之房間數
c. 門可從房內鎖上（鎖鍊、鉤等）	
d. 門可從房外鎖上（鎖鍊、鉤等）	
已觀察的居民房間數	

噪音

25. 觀察期間，在主活動/餐食區的電視之狀態為何？

- 電視為著活動一直開著.....4
 沒有電視.....3
 有電視但一直關著.....2
 某些時候電視開著.....1
 電視一直開著.....0

26. 觀察期間，你聽到以下任何噪音的程度？

	a. 居民尖叫 或大喊	b. 職員尖叫 或大喊	c. 電視/收音機 噪音	d. 擴音器或 呼叫器	e. 警鈴 或呼 叫鈴	f. 其他噪音 (機械、戶 外噪音等)
沒出現	2	2	2	2	2	2
有出現	1	1	1	1	1	1
主要干擾	0	0	0	0	0	0

植物

27. 植物出現於區內的程度？

	活動/餐食區	居民房間內 有此元素房間數
很多	2	
有一些	1	
完全沒有	0	
已觀察的居民房間數		

戶外區

28. 是否居民有可直接到達的戶外區嗎？

- 戶外區鄰近；居民可自行走到.....3
 戶外區鄰近；照顧人員必須開保全門陪伴居民.....2
 有戶外區，但遠離居民.....1
 沒有出現可及之戶外區.....0

29. 整體言，任何戶外區是如何有吸引力及功能性？

	a. 吸引力	b. 功能性
非常	2	2
有些	1	1
完全沒有	0	0
沒有戶外區	9	9

居民的儀表

30. 在公共區的所有居民之外表反映個人自主與尊嚴的程度為何？（髮式/梳理情形；穿戴手錶、手鍊、金飾等物品；平日起床、走動的穿著如上街。）
- 廣泛（75%或以上居民穿著與梳理良好）.....2
- 不錯（25~74%的居民穿著與梳理良好）.....1
- 有些（少於 25%的居民穿著與梳理良好）.....0

從主活動區到達公共廁所

31. 從主要的活動/餐食區到達公共廁所有何路徑？
- 由主活動區可看到公共廁所.....2
- 主活動區有一公共廁所在鄰近（25 呎之內）.....1
- 主活動區沒有公共廁所在鄰近.....0

印象

- a. 在此設施/區域見到令人印象深刻、獨特或不尋常的狀況：

- b. 有任何事物，是你參訪那天不尋常的（例如：檢定訪視主要人物缺席、不尋常之天候、假日等）：

- c. 其他意見：

附錄三 失智者居住照護環境檢測工具 (RCEA)

(中文翻譯版：關華山)

環境品質	支持力	優點	缺點/改善
<p>平面配置與建物</p> <ul style="list-style-type: none"> • 建物/單元設計清楚。 • 提供足夠空間給各種活動。 • 容易到達。 • 促進居民與工作人員的接觸。 • 自己的房間/空間可辨識。 • 沒有囊底走道、有地標供辨識地方。 • 可及性，門檻與階梯不要太高、不要有滑地板、地坪材料的色彩對比不要太強。 • 提供自然採光機會；分辨日夜 • 提供戶外環境之視野。 • 可到達窗邊、陽台及露台。 • 可到達戶外，可及的戶外環境。 	<p>支持</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地方與環境的感受有方向性。 • 安全感覺及歸屬一群體。 • 「這是我的地方」之感覺，私密性。 • 跟隨有趣的地標，獨立自由來去。 • 獨立或藉助行器移動。 • 歸屬一社區之感覺、見到村落或城市典型的景觀或地標。 • 視覺刺激、孩童遊戲、街上、田野與湖上來往的人車船。 • 造訪戶外、坐座椅或小徑散步、運動。 • 刺激給所有感官，例如嗅覺、聲音。 		
<p>附加物件</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在所有需要的空間設扶手與支撐桿。 • 充裕空間廁所及浴室，有扶手及支撐桿。 • 可及芬蘭蒸汽浴，有必要之扶手及夠低的長椅。 • 易使用之洗衣機及可安全操作的用具。 • 有安全設備之廚房及裝修，有適當之支持性。 • 大廳、走道及/或門廳夠寬敞，有電子監控，足夠光線/少光線以隱藏門戶。 • 窗簾及百葉。 • 開放式櫥櫃、上鎖的櫥櫃 	<p>支持</p> <ul style="list-style-type: none"> • 讓那些肌肉力量有限、平衡感有問題的人能獨立移動。 • 「完滿生命」的感覺。 • 參與居家活動與日常大小事。 • 自由來去，如果喜歡也可以少見多怪。 • 可見到，儘管很強的陽光，支持看視。 • 安全的生活環境。 		
<p>可移動物品</p> <ul style="list-style-type: none"> • 穩固的傢俱 • 熟悉、容易使用的餐盤、刀叉。 • 床套、窗簾、地毯、踏墊、掛勾。 	<p>支持</p> <ul style="list-style-type: none"> • 舒適、安全的座椅、躺椅。 • 參與日常大小事、獨立進食。 • 溫暖、舒適的處境供休息、小睡、好的音響支持聽力。 		

環境品質	支持力	優點	缺點/改善
<ul style="list-style-type: none"> • 相片、繪畫、圖片。 • 聖誕節及其他節慶裝飾。 • 紀念物品、老照片。 • 不刺眼的熟悉光線。 • 電視、鐘、收音機、雜誌、報紙。 • 室內植物 	<ul style="list-style-type: none"> • 討論熟悉的話題、刺激記憶。 • 熟悉的環境、減少窗與牆的對比、支持視域、安全/防跌。 • 娛樂、支持時空方向感。 • 支持自我認同。 		
<p>可操作物品</p> <ul style="list-style-type: none"> • 烘焙及烹煮食物。 • 男人的手工工具及材料。 • 戶外環境、庭園、庭園工具。 • 藝術用品（泥巴、顏料） • 手工藝用的材料（毛、織線、木料、草）。 	<p>支持</p> <ul style="list-style-type: none"> • 保持能力，使用熟悉的工具，與完成熟悉的工作。 • 保持使用各種感官的機會。 • 能做手工及接觸材料的感覺。 • 感覺能夠照顧植物、觀察它們生長，時間的感受。 		
<p>社交的機會與私密性</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有適當裝修的廚房。 • 起居間有舒適之裝修及隨在之工作人員。 • 有安全設備及工作條件的洗衣間。 • 戶外區。 • 庭院及花園有座椅區（陽光與遮蔭）、小徑、菜圃、樹木及灌木。 • 室內遊戲區及可供遊戲及運動的戶外。 • 動物空間。 • 私人臥室。 	<p>支持</p> <ul style="list-style-type: none"> • 和其他人、家人、工作人員一起參與日常大小事。 • 安全、容易來去的氣氛、有足夠之刺激。 • 熟悉的一起工作之氛圍。 • 安全散步與運動之環境。 • 有機會與小團體共處，或與家人等一起的私密感。 • 照顧動物、與之互動的樂趣。 • 允許私密性。 		
<p>感官環境</p> <ul style="list-style-type: none"> • 充裕光線（但沒有眩光），光影，足夠對比（以供感受物件）。 • 溫度、足夠溫暖、特別是浴室、穿衣間及廁所。 	<p>支持</p> <ul style="list-style-type: none"> • 支持視覺、時空方向感。 • 當穿衣、脫衣、使用廁所、淋浴、浴室或蒸汽浴時的舒適感覺。 		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 紀錄在照顧設施之正向/賦能之支持力。 2. 紀錄負面/限制支持力之要點，並提出改善設施的建議。 			

附錄四 澳洲「失智療癒庭園檢測工具」

(中文翻譯版：關華山)

澳洲「失智療癒庭園檢測工具」(Dementia Therapeutic Garden Audit Tool, DTGAT)
(2008)

日期_____

檢測員姓名_____

庭園/設施名稱_____

地址_____

聯絡人_____

計分系統

0=沒出現的項目(例如：沒有入住率、品質不明、不熟悉或不如家)

1=差-不怎麼樣

2=還可以，可改變

3=很好-成功

NA=不適用

依據每項以下的議題採計此庭園、如需要，加入註記。

關鍵原則：

可及性、方向性、永續性、社交性、有意義的活動、懷舊、感官刺激、安全性
可及性—方向性—有益刺激—社交性—安全
位置與進入庭院

計分

- 1. 從建築室內視覺可及，當在室內來去進行日常活動時能看到庭園。
- 2. 到庭園的門放的位置很容易看到，門與牆呈對比很容易分辨，到門的通道無阻礙物。
- 3. 單門/多門入庭園都很容易操作(質量輕且易操作/推或拉)，有足夠時間讓人拄杖/坐輪椅通過。
- 4. 門扶手與門採對比色彩。
- 5. 每天門不鎖，允許人去到戶外、庭園。
- 6. 入口的門檻不能突起需平順。
- 7. 門外緊接有遮蓋座位的陽台區，供想出去戶外、但不能再走遠的人使用。
- 8. 由此出入口陽台看到的庭園，有很吸引人的視野，因為此空間可能比庭園本身被人習慣使用。
- 9. 出入口陽台足夠大，以容納4—6位坐輪椅的人，都可以很清楚看到庭園，並容易回到出入口。
- 10. 在有蚊蠅問題的地區，入口陽台有遮蔽，夜間有燈。
- 11. 入口陽台可曬到下午太陽光、避免長的陰影，它會增加在這個時候失智者的心情激動。
- 12. 入口陽台是人們能整年都可享受半戶外經驗的地方，有明亮的自然光線，有益身體健康。

13. 入口陽台—每一項 1 點

籠子有鳥 鳥飲水小池 水景 雕像 多彩的植栽 藝術品 吸引蝴蝶/鳥的植物 其他元素

意見： _____

方向性—安全：提供安全步行及不惹人厭的減少風險之配置與通道

14. 入口陽台設計成地標，以致使用庭園的人在他們必須回頭的地方，能容易的看到入口地標回到室內。

15. 工作人員能一面進行日常活動時，從室內就看到整個庭園的區域。
100%視野（給 3 分） 50%（給 2 分） 25%（給 1 分） <25%（給 0 分）

16. 庭園內週遭的指標清楚的讓使用者找到入口及主要地點的位置（如廁所）。

17. 路徑是一簡單、連續、清楚界定的迴路，沒有囊底路或令人困擾向左轉還是向右轉的選擇，以便回到屋內。

18. 路徑引導人穿過各有趣的點，連結大、小的庭園各區。

19. 路徑上有目的性的一些點：例如亭子、有遮蓋的座位區、遮蔭大的樹（下有座椅），提供社交互動機會。

20. 路徑平整、維護良好；避免生苔、破面磚、鬆掉的級配及阻礙物，如垂下的樹枝。

21. 路徑表面不反光，而清楚界定的：有一致的色彩與邊緣色彩呈對比，以支持容易尋路、並界定清楚路徑與庭園本身。

22. 主路徑至少 1.8 米寬，好讓輪椅可通行，小路徑 1.2—1.5 米寬，供個人行進。

23. 路徑表面適宜供輪椅、拄杖或蹣跚步行者等行走，刷紋混凝土或瀝青提供適當的摩擦力。

24. 扶手沿路徑間段的設置，讓人可靠著休息，或行走穿過庭園時平衡身軀之用。

意見： _____

支持有意義的參與、有意義的活動

25. 有不同高度、容易接近的抬高種植台（輪椅、支柱型助行器、及坐著的），允許人們種蔬菜、藥草及/或花

26. 很容易取得庭園工具如手抹刀、灑水罐（水龍頭在旁邊，很容易看到），及掃把掃樹葉（如果沒有遮蓋）。提供的工具是被設計過的，好供力氣、移動力有限的人使用。

27. 在庭園中有座椅提供人坐，享受園藝活動，而不需要站著。

28. 有鳥屋、魚池供人每日與之互動。

意見： _____

庭園儲物小屋

- 29. 庭園小屋人很容易到達，遮陽帽、庭園工具、掃把及耙子都容易取得。儲物容器有標籤，或可看透、容易辨識裡面放何物（這裡沒有化學物品、油漆或電器用品儲藏在此，維護小屋倒是與庭園小屋分開的）。
- 30. 小屋旁有個桌子，有大遮蔭，供人坐下來。
- 31. 維護員工的小屋需以植栽巧妙的偽裝遮隱起來。此維護小屋經常是被關著的。

意見： _____

座位：提供機會獨處或與他人社交

- 32. 有遮蔽區供休憩、坐下來或讀本書。
- 33. 提供可選擇的座椅，獨自座、夫婦座、以及與他人社交的座椅。
- 34. 有遮蔽的娛樂區全年可用來辦慶祝會，供家人來訪及戶外眾人活動使用。
- 35. 適宜的座位設計—靠背及扶手可以起身時輕易撐起身子。
- 36. 座椅的舒適：木製、最好有結實的塑膠格網，為增加舒適度設椅墊。
- 37. 整年多數時候，都有於太陽光下/有遮蔽之座椅區供選擇。
- 38. 沿主路徑有規則或頻繁間隔設置座椅，對身體相當弱的人，約每 15 呎或 4.57 公尺一處，以鼓勵人們走累了可坐下來安靜休息。
- 39. 當坐下來，視野是有趣的、吸引人的。可看到喂鳥器或植栽吸引鳥類、色彩繽紛的花圃、各樣多彩、多紋理的植栽、雕塑品，或看到人們經過要去小店，或者地方小學的學童在玩耍。
- 40. 備有可移動的座椅，容易搬動，但夠堅固、好用，足夠避免翻倒。

意見： _____

參見「感官透過季節植栽指南」

<http://www.enablingenvironments.com.au/Gardens and Nature/Sensory by Seasons.aspx>

懷舊—感官的：嗅、觸、聲、味、視覺—安全性

感官刺激

- 41. 提供一些元素招喚人們的記憶：這可包括庭園遮棚、菜圃農藝、轉輪箭、烤肉、陶器、自行車或某樣農家設備（考量安全措施—固定這些設備到地坪。）
- 42. 小尺度設計好讓行走緩慢的人也可以有多樣的視覺經驗，例如多變的植栽，開放/陽光/遮蔽/散步於花格架/蔓藤棚之下。
- 43. 避免結構物（如格子花架/蔓藤棚）打出斑駁的陰影，讓感知有問題的人誤會為深度的變化。
- 44. 有機會坐下來，聽、觀察野生物：植栽能吸引鳥類、蝴蝶，及鳥喂食器、鳥洗池。
- 45. 有機會坐下，聽、看、觸摸有趣的水景，它也可供作園區的方向性指標。

- 46. 有機會看、觸摸不同紋理的植栽，如草及樹有軟枝葉，在風中摩擦出聲。
- 47. 明亮色彩對比的季節花及漿菓：安排種植在不同高度，給庭園全年都充滿色彩。
- 48. 有香味的植栽，如茉莉、赤素馨花、薰衣草、玫瑰，這些植栽常引發交談及回憶。
- 49. 食用植栽：檸檬/橘子，果樹、藥草，如薄荷、荷蘭芹、蘿勒、菜圃有紅蘿蔔、萵苣、及番茄（於一高度容易觸及，例如抬高的植栽台）。
- 50. 彩色吊掛籃/於空白的牆面貼有趣的鑲嵌圖、明亮色彩的花盆及苗圃。
- 51. 庭園區有照明，這樣天暗時可由室內仍看到，於溫暖的傍晚還可散步及坐下來。
- 52. 所有的植物為無毒性的，沒有刺或蜘蛛（會傷了皮膚）。

意見：_____

永續性

- 53. 植物多數為低維護即可，除了互動性的園藝區，及適合澳洲特殊地理位置的庭園。例如西澳的耐旱及節水區。
- 54. 居民中種花種菜的群隊、志工及常設的園丁來維護庭園。
- 55. 有雨水槽在庭園，容易用來裝灑水筒。
- 56. 植栽品質一整個植物看來健康。
- 57. 有垃圾桶及灰容器（於適宜地點）
- 58. 有標誌引到戶外廁所。
- 59. 果樹或一般樹木的落葉要好好清理、掃開通路，以免居民散步時造成滑倒傷害。

意見：_____

種植

- 60. 庭園至少半天曬得到太陽。
- 61. 為四季、多樣性、遮蔽品質、屏障效果及吸引野生動物，選取好的多樣植栽。
- 62. 有足夠大而平坦的草坪，容納可移動椅子非正式的群組、球類遊戲，或供人們坐、甚至躺。
- 63. 藍天視野（清除整個望天的視野）

意見：_____

一般

- 64. 為維護人員進入庭園的門以及緊急疏散出口，需細緻的用植栽偽裝，或在圍牆裝一隱藏的板門。
- 65. 戶外空間遠離不愉悅的聲音，如噪音大的卸貨區、冷氣機等。
- 66. 戶外空間有有趣的視野，供人坐且看出庭園，譬如當地學校、人們走過要

去當地小店。

- 67. 建築物邊緣儘可能圍閉庭園，這樣庭園需要做圍欄之處，達到最小程度。
- 68. 從居民房間/窗戶看出去到庭園空間的私密性程度。
- 69. 工作人員可以遠離工作、在居民看不到的一私密空間坐下來，享受休息片刻。
- 70. 空間的邊界以成圈樹木及高灌木叢遮蔽圍欄，而形成庭園的一自然框架。
- 71. 在此庭園或其他地方提供戶外吸菸區。
- 72. 有一區供來訪的小孩玩耍。

意見：_____

合計所有填 0—1 的題數，填 2 的題數，以及填 3 的題數。

1—0 差環境 2 該改善之空間 3 支持一成功的庭園

指認傷害：勾選 行走傷害/跌倒/刮傷

- 1. 草坪/園圃噴水器置於地表面之上。
- 2. 植物有刺/針
- 3. 庭園傢俱需修理
- 4. 水管/庭園工具沒收好
- 5. 出入口阻塞
- 6. 路徑不暢通
- 7. 地鋪面不平
- 8. 陡的小徑
- 9. 陷下去的鋪面

指出需立即注意的、有傷害之虞的地方。

表列最需注意的檢測問題的號碼_____

意見：_____

庭園的成功相當程度依賴工作人員了解到療癒的價值與空間的設計。藉著指認不同元素以及其使用功能，工作人員將感受到更有能力發展一些活動，鼓勵多使用此庭園。

工作人員意見：

現在有多少居民每天使用庭園區？

此庭園區是否以常態方式被使用做進中餐/懷舊/園藝團體/其他計畫的活動？

進餐 懷舊 園藝 其他活動

居民的家人、朋友來訪時會使用庭園嗎？

是否工作人員樂於與居民走入庭園嗎？如果不是，為什麼？

為鼓勵人們出到戶外，工作人員期望看到什麼改變與增加什麼？

其他意見：

此工具尚在試用階段，我們會感激您在此工具的使用與好處方面給些回饋意見；
在完成我們簡短的調查，請幫忙我們進一步改善此工具。

<http://www.surveymonkey.com/s/MLSPMRN>

附錄五 年齡友善都市檢查表

(中文翻譯版：關華山)

年齡友善都市檢查表 WHO, 2007, Global Age-friendly Cities : a guide

1. 年齡友善戶外空間與建物檢查表

環境

- 城市是清淨的，公共空間有強制性規定，限制噪音量及不愉悅或有害之氣味。

綠地及步道

- 有良好維護與安全之綠地，有適當遮庇、廁所及座椅能容易到達。
- 人行—友善步道免於障礙，有平順表面及公共廁所且容易到達。

戶外座椅

- 提供戶外座椅，特別在公園候車站及公共空間。而且在一定間隔內裝設，座椅維護良好，並有巡邏確保大家可隨時取用。

鋪面

- 鋪面維護良好、平順、不積水、防滑，足夠寬以容納輪椅，且有低邊緣轉入道路。
- 鋪面清除任何阻礙物（例如街小販、停車、樹、狗糞、積雪）。人行有優先使用權。

道路

- 道路有適當的防滑，一定間隔的人行穿越道，確保行人安全過馬路。
- 道路設計良好，適宜的放置實體結構物如安全島、穿越道及地下穿越道，協助行人穿越繁忙道路。
- 行人穿越紅綠燈允許足夠的時間，讓老人家穿越道路，且有視覺、聽覺的號誌。

交通

- 有嚴格強制的交通法規罰則，令開車者讓路行人。

自行車道

- 為騎自行車者設置分隔的自行車道。

安全

- 所有公共空間及建築的公共安全，優先促成。如有規定以減少自然災害的風險，良好街道照明、警察巡邏、法律公權力的執行及支持社區、個人安全的示範計畫。

服務

- 服務是叢集的，靠近老人的居住地，讓他們很容易到達（例如位於建物一樓）。
- 對老人有特別顧客服務之安排，例如有特別等候區及服務櫃臺給老人。

建物

- 建築物具可及性,有以下設置物：昇降機、坡道、適宜標誌、階梯扶手、樓梯不太高、太陡、防滑地板、休息區有舒適座椅、充足數量的公共廁所。

公共廁所

- 公共廁所清潔、維護良好，各種體能的人們容易到達，標誌明顯，位於方便之地點。

2.交通檢查表

可支付

- 公共交通費用對所有老人均可支付。
- 保持一致性、充分週知的交通費率。

可信賴及頻率

- 公共交通可信賴且班次頻繁（包括夜間及週末服務）

交通目的地

- 有公共交通可讓老人家到達主要的目的地，如醫院、健康中心、大眾公園、購物中心、銀行與老人中心。
- 所有地區有服務良好、適宜連結都市內（包括外圍地區）與到鄰近都市的交通路線。
- 在各種交通工具間也有良好交通路線連結。

年齡友善的交通工具

- 交通工具容易上下、車盤底、矮階梯與寬而高的座椅。
- 交通工具清潔、維護良好。
- 交通工具有清楚標誌顯示車號與目的地。

特別服務

- 有充足的特製化交通服務給有障礙者。

優先座位

- 有優先座位給老人，且被其他乘客所遵守。

交通駕駛員

- 駕駛人有禮貌，服從交通規則，停泊於指定的交通站牌，等候乘客坐到定位後再開車，且停靠到人行道邊緣，容易讓老人家下車。

安全與舒適

- 公共交通要安全，免於罪犯，且不擁擠。

交通站牌與車站

- 指定的交通站牌落座於靠近老人居住的地點，有遮棚防雨與座椅，清潔、安全、有適宜照明。
- 車站具可及性，有坡道、昇降機、電梯、適宜月台、公共廁所與可辨識、位置適宜的指示牌。
- 交通站牌及車站設置位置很方便到達。
- 車站人員有禮貌、樂於助人。

資訊

- 給老人的資訊包括如何利用公共交通及所有可用的交通選項。
- 班次時刻表容易找到、辨識。
- 班次表清楚指出公車路線，可供障礙者方便閱讀到。

社區交通

- 社區交通服務包括志工駕駛員及接送服務，能帶老人到特殊地點，參與特殊事件。

計程車

- 計程車便宜可支付、提供低收入老人折扣或補助的計程車花費。
- 計程車舒適且可及，有空間容納輪椅及/或助行器。
- 計程車司機有禮貌、樂於助人。

道路

- 道路維護良好、寬且照明良好，有適當的設計，設置安靜交通工具。路口有交通號誌與燈，有清楚標誌。有蓋排水溝，有一致性清楚可見及位置恰當的號誌。
- 交通流量適宜管制。
- 道路避免會遮擋駕駛人視線的障礙物。

駕駛能力

- 推動與提供駕駛補習課程。

停車

- 有可支持的停車費率。
- 鄰近建物及交通站牌處有優先停車位給老人家。
- 鄰近建物及交通站牌處給障礙者，使用這些車位需監控。
- 提供靠近建物及交通站牌的上下車空間給障礙者與老人。

3.年齡友善住宅檢查表

可支付

- 提供可支付住宅給所有老人。

基本服務

- 提供的基本服務,任何人可支付。

設計

- 住宅用適當的材料與結構。
- 有足夠的空間讓老人自由來去。
- 住宅有適當的設備應合氣候環境條件（例如適當的空調或暖氣）。
- 住宅應合老人需求，有平整地坪、通道夠寬容納輪椅，有適宜設計的浴室、廁所與廚房。

整修

- 老人家如有需要，應整修住宅。
- 住宅整修費用可支付程度。
- 住宅整修中的設備預先就準備到。

- 提供住宅整修的經費補助。
- 充分了解住宅可如何整修，以應合老人需求。

維護

- 維護服務老人家也支付得起。
- 有可靠、夠格的服務供應者承擔維護工作。
- 公共住宅、出租單元與公共區域有良好的日常維護。

在地老化

- 住宅鄰近服務與設施。
- 提供可支付的服務給老人家長住在家、在地老化。
- 老人家充分獲得有關服務的資訊，幫助他們在地老化。

社區整合

- 住宅設計裝備老人持續整合入社區。

住宅選項

- 有一系列適宜、可支付的住宅選項給老人家，包括此地區孱弱、失能的老人。
- 充分知會老人家現有的住宅選項。
- 數量充足且可支付的住宅，在本地區提供給老人家。
- 老人住宅設施有一系列適宜優質服務與活動。

居住安排

- 住宅不擁擠。
- 老人在住宅環境很舒適。
- 住宅不位於有自然災害疑慮的地區。
- 老人家在他們居住的環境感到安全。
- 提供財務補助給住宅保全措施。

4.年齡友善之尊重與社會包容力檢查表

尊重與包容性服務

- 老人家被公眾、志願與商業服務業諮詢，尋求如何較佳的服務他們。
- 公共與商業服務業提供的服務與產品，亦需應合老人家的需求與喜好。
- 服務業有禮貌、樂於助人的工作人員，適當訓練以應對老人家。

「老化」的公共意象

- 媒體納入老人家到公眾影像，需正向且不落入刻板印象。

世代間與家庭互動

- 社區性場所、活動與事件吸引所有年齡的人們，藉著關照到各年齡層之需求與喜好。
- 各家庭設計的社區活動，要特別納入老人家。
- 那些帶動多世代一起、互相欣賞與增長的活動，要定期舉辦。

公共教育

- 在小學、中學課程中，包含學習有關老化與老人的知識、體認。
- 定期互動的將老人參與到地方學校小孩教師的活動裡。
- 提供機會讓老人家分享他們的知識、專長與歷史經驗給其他世代。

社區包容

- 老人應被視為夥伴，納入到會影響到他們的社區事務之決策過程。
- 老人要被社區認同、正視，是因為他們過去的也是現今的貢獻。
- 社區行動強化鄰里聯結與支持，得容納老居民為關鍵洽詢對象，顧問、行動者與受惠者。

經濟包容

- 經濟上弱勢之老人享受涉入到公共、志願與私部門的服務與事件。

5.年齡友善市民參與就業檢查表

志工多選項

- 有一系列選項供老年志工參與。
- 志工組織良好發展，有基礎設施、訓練學程及一群志工的出現。
- 志工的興趣與技能合乎職位（例如登記或資料庫）。
- 志工在他們志願的工作項目上得到支持，包括提供交通或有停車退費優惠。

就業選項

- 有各種機會給老人去工作。
- 政策與法規防止基於年齡的歧視。
- 退休是選項，而非強制的。
- 有彈性機會，半時或季節性就業選項給老人。
- 有就業計畫與輔導單位給老年工人。
- 員工組織（如產業工會）支持彈性選項，如半時及志願工作，好讓老年工人有更多參與機會。
- 雇主被鼓勵雇用、保留老工作者。

訓練

- 退休後，工作機會之訓練提供給老工作者。
- 再訓練機會，如新技術訓練，提供給老工作者。
- 志願組織提供訓練給老人職位。

可及性

- 志工或有薪工作機會要宣傳讓老人週知。
- 有前往工作的交通。
- 整修工作地方，以應合障礙者需求。
- 對參與到有薪工作或自願工作的老人們，他們不需要有額外支出。
- 支持各種組織（如財務支持或減保險成本）徵召、訓練與留用老年志工。

市民參與

- 顧問委員會、組織的董事會等容納老人。
- 支持即有作法讓老人有能力參與到會議與市政事務，如保留席位、支持障礙者、助聽器給聽障者及交通。
- 為老人的政策、計畫與措施，納入來自老人的建言。
- 老人被鼓勵參與。

有價值的貢獻

- 老人家因他們的貢獻被尊敬與認可。
- 雇主們與組織單位對老年工作者之需求很敏感。
- 雇用老年工作者的利益於雇主間宣傳、鼓勵。

企業

- 支持「老年企業主」與「自我雇用的機會」(如為老年工作者辦理出售農產品與手工產品、小型商業訓練及小型貸款)。
- 彙集資訊支持小型、家庭事業，其型式是適合高齡工作者的。

薪資

- 老年工作者因其工作得到平等的酬勞。
- 在他們作志工時支出的花費也應有退費。
- 老年工作者的收入不會從年金或其他型式他們應有的收入中扣除。

6.年齡友善的傳播

資訊提供

- 一個基本、全球性傳播系統，文字的或廣播的媒體及電話可及於每位居民。
- 經常及可靠的資訊由政府或志願組織確保分派到。
- 資訊傳播到鄰近老人住家及他們遂行每天日常活動的地方。
- 資訊傳播由一個可及的公共的社區服務，或一次到位的資訊中心所提供。
- 對老人有利益關連的資訊，透過定期及一定的媒體提供經常的資訊及節目播放。

口語傳播

- 最好口語傳播可及於老人家，例如透過公開聚會、社區中心、俱樂部與廣播媒體，或及透過負責一對一傳話的個人。
- 有社會孤立風險的人可從他們互動、信任的人身上獲得資訊，例如志願打電話的人及訪員、家務支持工、理髮師、門房及照顧者。
- 在公共及商業辦公室的個人在要求下提供友善、面對面服務。

印刷資訊

- 印刷資訊包括官方形式、電視字幕及視覺傳單的文字，字體要大，主要內容以清晰的標題及黑體字顯示。

白話

- 印刷與語言傳播採用精簡、淺白、熟悉、平鋪直敘的字句。

自動傳訊及設備

- 電話回覆服務以緩慢、清楚方式給出指示，並告訴打電話者，如何在任何時間重覆訊息。
- 使用者有選擇對一真人說話，或留下訊息給某人請其回話。
- 電子設備例如手機、收音機、電視及銀行取錢及購票機有大的按鈕及字體。
- 銀行、郵局及其他服務機器的面板銀幕有好的照明、亮度，能讓各種身高的人觸及。

電腦及網路

- 有廣泛公開的機會利用電腦與網路，免費或小額費用，在公共場所像政府辦公處、社區中心及圖書館。
- 給使用者連帶的指示與個人協助，都到位可選用。

7.年齡友善的社區與健康服務檢查表

服務可及性

- 健康與社會服務良好分布於都市，方便的集中一處能透過各種交通到達。
- 居住照顧設施例如退休之家、護理之家位置鄰近服務的住宅區，以致居民能整合入大社區。
- 服務設施建築安全，並讓障礙者均可及。
- 提供清楚的、方便的，如有關老人健康、社會服務的各種資訊。
- 輸送個人性服務是配套的，有最少的官僚化。
- 主管及服務人員對待老人需有敬意與敏感度。
- 因經濟門檻阻礙了獲取健康及社區支持服務應減至最低。
- 指定的墳場有適當的可及性。

服務提供

- 適當的系列健康、社區支持服務提供出來，以推動、維護及恢復老人健康。
- 提供居家照顧服務，包括健康服務、個人照顧及家務服務。
- 提供的健康及社會服務訴諸老人關心的需求。
- 服務事業有適當的技能與訓練，以與老人溝通、有效服務。

志工支持

- 所有年齡的志工均被鼓勵、被支持在多方面的健康與社區場所幫助老人。

緊急計畫及照顧

- 包括老人的緊急計畫需考慮到他們的需求與他們準備面對與應付緊急狀況的能力。

附錄六 審查意見回覆表

內政部建築研究所 106 年度委託研究 「療癒性環境應用於高齡社會之評估研究」 審查意見回覆

一、 期初審查意見回覆

時間：106 年 1 月 13 日（星期五）上午 9 時 30 分

地點：內政部建築研究所簡報室（新北市新店區北新路 3 段 200 號 13 樓）

委員	審查委員意見（依發言順序）	廠商回應
王委員順治	<ol style="list-style-type: none"> 請就未來療癒性環境應用於高齡社會之研究課題架構補充說明。 有關本案之創意或自由回饋項目，請補充說明。 	<ol style="list-style-type: none"> 本團隊認為「療癒性環境」應用於高齡社會之研究課題，端看「療癒性環境」之定義。「療癒性環境」應考量到高齡者的整個生活與照顧環境，甚至醫療環境，因此研究課題可以分兩大範疇。一是從高齡者之居家生活到社區、都市生活所涉及的家屋、鄰里、社區及城鄉環境。其二是同樣的照顧及醫療環境所涉及之各類照顧設施與醫院，講求其「療癒性」具備何種軟、硬體。 本案服務建議書除了設定的要求，還要釐清「療癒性環境」之意涵、內容及其架構，本團隊將針對高齡者生活、照顧、醫療所涉及各種尺度之居家、社區、城鄉生活環境及被照顧、醫療之環境，促使具備療癒性，並研訂設計要點及準則。
江委員坤源	<ol style="list-style-type: none"> 彙整蒐集國內外案例 10 案，如何選擇具有代表性案例來研究分析？ 有關擬訂實質環境之規畫設計要點及準則如何進行？ 	<ol style="list-style-type: none"> 本團隊已參訪過東京都及台北市諸多高齡者設施，並包括台灣七個示範失智老人之團體家屋。另外，也對台中石岡（客籍區）、清水（閩南區）的幾類社區（農村、漁村、市街、整

委員	審查委員意見 (依發言順序)	廠商回應
		<p>建後眷村等)、東海大學退休教師宿舍、台中綠園道老人活動等做過基礎調查，本案將就其中選取具代表性之案例作進一步之個案研究。所謂「代表性」即「療癒性環境」所涉及之高齡者住家、社區、城鄉及各類設施，如失智者團體家屋、老人日托中心、安養、養護、護理之家等個案，從中選取典型者及特出者。</p> <p>2. 本團隊已對「療癒性環境」內涵充分了解，將參照國外學術界已開發出的有關老人設施、護理之家、失智者照顧設施之評估表尺、規則、設計要點及準則等，把握其基本原則，再就國內對等設施與環境，考慮國情，重新設想其「規範性要點與準則」。</p>
張委員延毅	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫涉及自然、照護、社會及人造四種環境，部會間如何整合？ 2. 出席費用似乎編列過高，請說明。 3. 國內外案例共 10 例之比重如何分配，請說明。 4. 目前國內實施一例一休，是否對療癒性環境建構有影響？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據「環境行為學」之學理，「療癒性環境」之廣義意涵包括自然、照護、社會及人造環境四面相，面相太廣，建築專業者難掌握。有關高齡者的人造環境，一方面有「自然環境」做基底，另一方面又側重居住、照顧及醫療環境，勢必與居住、照顧、醫療行為有關。建築專業者必須完備了解其內容與現今發展之狀況，才好安排（規劃設計）自己專業能掌握之適切實質環境。 2. 本團隊將修正每次座談會專家出席費 2000 元。 3. 本團隊認為只要有能獲取較多有關「療癒性環境」的個案，

委員	審查委員意見（依發言順序）	廠商回應
		<p>均有其價值、意義，可做超過 10 個以上案例研究。</p> <p>4. 「一例一休」對於高齡者設施之看護、護理人員及其居家的照顧者，有一定影響，然而這方面已超過本團隊所能處理的範圍。</p>
<p>曾委員偉文</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第一階段推導彙整系統架構、第二階段證實療癒/育性環境之規劃、設計要點與準則，最後實踐如何進行？ 2. 國內個案中所提單位設計服務對象非常多元，有一般安養、需生活協助、失智患者、思覺失調患者、其他慢性病或不同行動力，本研究範圍為何？療癒環境需求是否一樣？ 3. 參與研究人員多為建築背景，是否有心理衛生以及其他相關從業人員來提供療癒的專業諮詢？ 4. 設計服務對象有無研究的限制？ 5. 如何評估好的療癒環境設計？ 6. 身體、心理、靈性三方面的療癒環境會有與安全環境競合之處，如何取捨？ 7. 「痊（治）癒性環境」是醫病關係，與「療癒性環境」是同儕關係不同，如何保有個人隱私性？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本團隊所講第一階段，推導出「療癒性環境」之系統性架構，其實是指此廣義的理念之下，應包括哪些尺度的高齡者居住、接受照顧、醫療的環境。第二階段彙整出各類環境營造出「療癒性」之規劃、設計要點與準則，這些要點與準則也可做為評估現有各種環境、設施之表尺。至於推行實踐，本團隊設想包括如何推廣「療癒性環境」之理念；提出上述所得規範性準則與評估表尺，以供檢討現行各種設施之「設施標準」，以及其營運評鑑之用等。 2. 本團隊所關係之高齡者雖有多種身心狀況，但均以其居住、照護、醫療環境為依歸，換言之，是看各身心狀況相異之高齡者是常居或來往在住家、社區還是設施、醫院之內與之間的情形。 3. 本團隊成員已針對「高齡者療癒性環境」從事研究有 3 年多，期間也於整合計畫下，與其他從事之多科門子計畫研究團隊有所交流。因此充分了解多學科著力之範疇。本服務建議書預定辦 3-4 次座談會，將

委員	審查委員意見 (依發言順序)	廠商回應
		<p>邀請有關高齡者之照顧、居住環境之跨領域學者、專家參加，對本案提出建議、諮詢與討論。</p> <p>4. 本研究著重在收容不同身心狀況高齡者之設施與環境為主，譬如「獨居老人」則需特別關注其住家與鄰里社區；「思覺失調」者則為急性病患，需前往醫院或精神病院醫治，那應注意醫院與精神病院有「療癒性環境」之考量。</p> <p>5. 本研究尚不及於從事「實證研究」或設施、環境之使用後評估研究。本研究屬理念釐清與設法落實推動策略之擬定。</p> <p>6. 規劃、設計本身即是一種整合性思考，以尋求最佳解答為最終標的。尤其規劃、設計本身具備「創意」的可能，端看設計者能否充分了解高齡者需求以及整件事之系統狀況，其解答可能由硬體下手即可兩全，或者軟硬體並用來解決問題，也有其可能。</p> <p>7. 在過往醫病關係只有「醫療環境」，醫生只在醫治病患的生理為主，只有精神科醫師除了給藥物，才講求「療癒性環境」，所以一般「治療環境」、「醫療環境」無法讓人身心靈較全面的「療癒」，「療癒性環境」基本上就是要尊重高齡者之主體性，並回應之，所以「個人私密性」保有與「控制性環境」之能力成為「療癒性環境」之重要原則，可見於國外「療癒</p>

委員	審查委員意見 (依發言順序)	廠商回應
		性環境」的評估表尺與規劃設計準則中。

二、期中審查意見回覆

時間：106年7月4日(星期二)下午2時30分

地點：內政部建築研究所簡報室(新北市新店區北新路3段200號13樓)

審查意見	意見回覆
蔡教授淑瑩	
<ol style="list-style-type: none"> 1. p.7 研究範圍可以更明確。 2. p.39、p.57 結論改為小結。 3. pp.64-63、p.100 資料來源、作者(年代)，引用資料原始出處。 4. p.143 小規模多機能與療癒環境的關係。 5. 本研究有其重要性，未來可提出實質建議給相關單位參考。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 此頁第三節其實是在指出本研究計畫打算回顧的即有文獻分類架構，以尋求何種研究議題已被研究，獲得何可靠知識？何種議題尚空缺無人研究？這樣一方面彙整已有之可靠知識，一方面可研擬未來建研所可著力那些尚無人研究的議題。 2. 將分別改為「上二節結論」與「本節結論」。 3. pp.63-64 為本研究者自己的文字，修改自本報告參考書目 p.186 第二行所列書目。 pp.100-118 有關荷蘭失智村參考資料已列於 pp.117-118 頁。 4. pp.143-149 所整理、論述之日本小規模多機能設施案例，是國內長照 2.0 社區網絡打算模仿的。它的確有其好處，見 p.149，4-4 小節之評估與小結。另外，事實上，日本所創設之「小規模多功能設施」已被我國長照 2.0 社區照顧設施中列為重要的一環，但國內尚無的確的案例。前文所回顧的台北市文山老人養護中心或有些雛形。這種「小規模多功能設施」有一個好處是集合不同體能之社區高齡者之需求，在此單一設施設法能集中滿足。換言之，它有「連續性」照顧之意涵。前文回顧到的報章，已有相關人士

審查意見	意見回覆
	<p>置疑長照 2.0A、B、C 三等設施網絡太多，使得社區老人為不同需求要跑不同類別、不同地點之設施，疲於奔命。「小規模多功能設施」大致上可避免上述問題。</p> <p>5. 本團隊盡力做到委員所言，謝謝。</p>
李教授淑貞	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議重頭審視目前成果報告內容與本研究目標非直接相關的內容，例如長照 2.0 的內容，進行濃縮精簡。 2. 明確定義本研究主要探討的療癒性環境的範圍。 3. 明確定義應用於高齡者社會範圍。此與評估內容相關。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本期中報告的確尚需進行精簡，說清楚。但是陳述掌握長照 2.0 內容是我國高齡者照顧最新政策，而且打算推動 10 年，內政部建研所的此項評估研究肯定需有一些貢獻給此國家政策。因此不能少掉。 2. 本報告已陳述了「療癒性環境」應運用在我國都市、社區與相關設施建築以及老人住居上。至於「療癒性環境」本身指的較具體內容、項目或範疇，本報告將於後續追索各尺度環境之規劃、設計準則時會釐清之。 3. 本團隊將從「環境行為學」角度說明老人與環境互動之關係，來陳述高齡者因不同體能、心智狀態與社會文化背景，而對環境或廣義建築的需求為何？
王建築師武烈	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 台北護理健康大學所設「癒花園」之園藝療法仍有「彼岸」憧憬的平靜，安撫心靈的效果與禪宗枯山水的「空靈」境界手法顯然不同。「蒙主寵召」的心懷，源於各宗教療癒手法，值得研究收集。諸如「告解」、「懺罪」、「蒙思」的方式轉化為環境意象，值得學習。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 環境能透過宗教訴諸人的心靈，其實是在於人與環境互動中有一個層次，是「人賦予環境意義，環境傳達意義給人。」(另二層次是「人感受環境與人認知或使用環境」。因為此層是人心靈與環境互動的層次，它是以感官、認知層次為基礎的，而且是透過環境中物質或空間形式之符號性(負載著社會、文化意義)來傳達的。也因此我們得注意使用者是哪些社會文化背景的社群，除了回應各別社群之需求，有時還要以公

審查意見	意見回覆
	約數式的符號加入多社群使用的空間環境裡，以便回應多社群之共同心靈需求。
康專門委員佑寧	
<ol style="list-style-type: none"> 對於報告中敘述的「療癒/育社區」環境，似乎不只是年長者需要，而是所有人希望的生活環境。所以如何落實在生活中，是最重要的。 應用的高齡者是讓健康的長者，延長健康的時間，而不是失能、失智的長者。但是「在地老化」的長者無可避免 (1).面臨目睹好友衰老凋零、(2).面對好友看自己衰老的面子問題。所以心靈層面的療癒和照顧也是極為重要的課題。 	<ol style="list-style-type: none"> 委員所言的確如此。 但是，「療癒性環境」應同樣適用於失能、失智長者。因為他們也要生活，還要接受正式醫療。所以委員所提到的「在地老化」就證明衰老的長者也需要「療癒性環境」。但是除了心靈層面，仍然得注意「身體」的層面，它同樣需要「療癒性環境」。也因此，醫院及護理之家、診所之規劃、設計都需要加諸「療癒性環境」的思考。
柯幫工程司賢城	
<ol style="list-style-type: none"> 療癒性環境的構成要件 (包含室內、室外空間、花園、步道、設施設備等軟硬體) 及其設置功能療效，建議納入研究。 如何使療癒性環境能有效運用於現行法規的規劃設計實務上，建議納入研究。 如何促進老人健康，在地活力及樂學老化，減少負面情緒，提昇正面安心得身心靈朝正面發展，建議納入研究。 	<ol style="list-style-type: none"> 很謝謝柯委員的提示，的確本研究後續處理到各尺度環境、設施規劃、設計準則時，即會指明出「療癒性環境」的構成要件 (也相信的確包括軟、硬體二方面) 及其療效。 也謝謝委員提出注意到如何將療癒性環境之理念與實務作法可加入到相關法規以及專業界執業當中。 這也就是「預防老化」很重要的一塊，本評估研究本來即應該納入現今老人活動中心、樂智據點、關懷據點或民間有關長者的社團活動空間，其重要性不可忽視。
臺灣建築學會	
<ol style="list-style-type: none"> 案例分析目前並沒用真正針對療癒性的重點去設計，只有看到利用細節偵探性的去了解背後的因素，所以社區的案例似乎難看到聚焦的結果。 第六章討論到目前實際比較純熟的園藝療法，隱含較多療癒行為與實 	<ol style="list-style-type: none"> 本報告進行個案研究，本來就需要評估，而且的確要以「療癒性環境」理念來檢視。只是這個理念到本期中報告還沒檢討到一般老人設施或各類設施建築之規劃設計準則時 (除了療癒性景觀類別與個案研究)，委員或許無法感受到各個案研

審查意見	意見回覆
<p>際操作。但本研究究竟是鎖定社區、室內還是戶外空間，會產生決定性影響。若是戶外空間，園藝療法當然沒問題。但若是室內空間，建議讓規劃設計者跟療癒專業者對話，讓各自面對的問題跟專長討論交流。建研所就可以產生出類似資料集成的成果，可以提供給後續建築師及研究者參考。</p>	<p>究結尾的「評估與小結」節所潛藏的「療癒性環境」觀點。當然，也謝謝委員之提醒，本團隊在後續之研究與報告撰寫上，將盡力清楚呈現委員所關注的要點。</p> <p>2. 的確本章即為後續論述各類型設施、高齡住屋、住宅及其個案研究的範例。並非本計畫只著重「戶外空間」。所以委員的擔心並不存在，本計畫將儘力一一完成社區設計尺度、各設施建築設計尺度的療癒性環境規劃設計準則之論述與個案研究。</p>
<p>張助理研究員志源</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議在第二、三次座談會，能找尋住宅設計相關實務專業者（建築師、室內設計師）加入討論。 2. 思考本部政策，建議找尋一個建築面臨模擬圖及注意類型（如住宅社區空間），從文獻彙整後提出療癒環境可能的事項。 3. 建議文獻回顧格式一致、精簡。 4. 座談會會議重點紀錄，另研究案內容撰寫、文獻引用等之格式應符合本所格式。 5. 部份內容如為過去研究案或既有研究之成果，建議改寫或精簡重點回顧成果，聚焦在未來研究課題架構及調查、座談、文獻回顧後的研究創建論述。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 謝謝委員提醒。我們預計期末報告前，還會舉行第四次座談會，再邀請建築專業者，請教其意見， 2. 委員此意見是在要求示範療癒性環境理念如何落實在具體的建築類型或案例上。其實本研究個案研究的「評估與小結」正是在做此事。因為評估正是以研究者所理解的「療癒性環境」構念為出發點。 3. 將遵照委員指示辦理。 4. 將遵照委員指示辦理。 5. 將遵照委員指示辦理。目前期中報告引述既有研究成果，主要用意在於使本研究之思路一貫，畢竟這方面少人探究，為說明清楚，因此引述較多。
<p>王組長順治</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 所謂療癒性的定義，是否不要側重醫療的角度，而從心理撫慰的層面。醫療的領域會比較從身體出發，是否從心靈感受、感知、認知的方向出發，來思考療癒性環境。 2. 建議定義空間的尺度。不論從建築 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本報告並沒有特別側重「醫療」角度。（事實上，「心理治療」也是「醫療」範疇。）委員或許強調「療癒性環境」一般性之觀點，認定它主要在針對人的心理感受部份。然而，研究者所理解的國外或跨科際

審查意見	意見回覆
<p>類型、身體的感官或是從空間類別等角度都可以，最後結論聚焦到空間。建築師或室內設計師見解會較接近。</p> <p>3. 實質的療癒性氛圍的感知，如宗教、懷舊等，其設計理念可以發展幾種操作參考，以實踐。如何把療癒性環境的概念轉化成實質空間，可以仿效、操作的具體做法。</p>	<p>界所謂的「療癒性環境」並非如此，它還是針對人的身、心、靈三層次。譬如環境的「舒適度」這就是與老人不同體能之身體所需之「comfort zone」（舒適環境帶）有關。</p> <p>2. 本計畫自然會回歸建築學及專業。只是本研究團隊會採取廣義的建築學來看視「療癒性環境」。因為「環境」正如「空間」一詞就比「建築」寬廣了。所以它會涉及都市計畫、都市設計、社區設計，而不單純是建築設計或室內設計或輔具設計。（只是本研究的确去除了輔具設計此範疇。）</p>
王副所長安強	
<p>1. 現在療癒性的環境尺度很多，希望能夠優先聚焦在所謂社區性的社會住宅。我們社會住宅有很多，不管新的、舊的，包括既有的國宅。建議可以去看看有什麼問題，要怎麼呈現，能夠怎樣改善？這樣我們的能見度就會提高很多。</p> <p>2. 居家社會環境的重點在社會建築這一塊。</p>	<p>1. 謝謝主持人建議。然而本研究計畫本來設定的初衷就很寬廣的，縮到「社會住宅」花較多時間在此議題上，恐怕是另一新計畫可以設定的，而且也的確是重要議題。反而本計畫在期末報告在提出未來研究議題時，正可列此入建議中。所以仍要謝謝主持人之提醒。</p> <p>2. 本計畫已討論到「在家老化」的各種想法與現行相關關駐點與設計理念（見 pp.46-49）。之後將更進一步論及「療癒性環境」理念如何落實到高齡者之住屋、居住環境，甚至安養機構。至於老人人口比率較高之集合住宅則納入到社區尺度再論，譬如眷村改建之大樓社區。當然，本計畫也會注意人口已老化的「社會住宅」之案例，進一步收集資料，設法瞭解。</p>

綜合回覆：

1. 感謝各委員的意見與建議。不少委員認為本期中報告處理議題、內容太廣泛，需要精簡與收斂，並提出可收斂到的不同範圍，如社區、小規模多功能設施，

或者社會住宅、宗教性環境等。然而，就個人的追索結果，可知「療癒性環境」在不同學科專業間均有各自的說法、關注點，但均採行了「療癒性環境」此詞形容其概念、理念或構念。換言之，它本身就是廣義的，筆者從建築學做了整合，也基本上是從「廣義建築學」來總整理陳述的，所以諸委員會覺得本報告太廣泛。個人倒是很高興內政部建研所能擬出本計畫之題目，其實它非常切合國內現今長照政策之時勢，建築專業界也的確需要提昇此一個重要面相之知識。

不過也很謝謝各委員所提出的各種回應，本計畫之後會更完整、清楚的將此議題內容與研究過程及結果交代，呈現出來，盡量避免委員、或者未來關心此議題的閱者能順利的進入報告的整個論述當中。

2. 謝謝委員的建議，本計畫會再整理、陳述本計畫題目中「高齡或超高齡社會」之需求，才好彰顯「療癒性環境」之效益。本計畫預計會以上述回應中的李-2，王-1，考量高齡者需求通常還是源於 Maslow 的「人」之基本需求說法出發。高齡者則有體能老化不同程度，但同樣要滿足上述的基本需求，只是另外必須提供特殊的「供給」以彌補高齡者身心或生、心理因老化之缺憾。而供、需二者的應合則還是基於人身心靈與環境互動關係來分析、理解其機制。這也就必須借助「環境行為學」了，依個人意見，人與環境互動有三種層次：

		環境	人、環境互動層次
人	感官	空間、形貌、材料、物質層面	環境感受
	認知	環境之功用，如何被使用。換言之，環境的社會意義、功能。	環境認知
	心靈	人與環境間傳意、人賦予環境意義，牽涉到文化形式的喜好。	環境意義

- 1). 人之感官與環境的物質層次（包括氣候、自然）互動，作為人知覺、認知、喜好、價值判斷環境更高層次互動之基礎。
- 2). 人以知覺、認知與環境之空間（形式）層次互動，其互動在認知空間之社會功能意義，而進一步人使用空間，相對的，空間要能容納人的行為、活動。
- 3). 人造就環境，常以心靈底層的價值觀、信仰、意識型態給予環境、空間特殊的「文化形式」，尤其文化「符號」、「象徵」來賦予環境意義。而同時如此設計、規劃出來的環境反過來可以藉這些特殊的形式傳達特殊的文化意義給人深沉的心智底層，讓人感受到。

而這中間正是所謂「療癒性環境」對人要有「療效」的三種機制。

換言之，本研究團隊對都市、鄉村地區、社區、各種醫療、照顧設施及老人住居之規劃設計準則之內容與個案研究的評估，均將依上述人與環境互動的機制來論述。

3. 總言之，謝謝各委員之意見與建議，由於本報告是期中報告，因為議題的「新」與「廣泛」，的確讓不完整的（期中的）本報告無法說清楚，同時委員也無

法全面了解，也開始擔心本計畫成果。事實上，本團隊是循建研所委託的任務，持續努力當中。基本上，本團隊有把握完成此任務。以上對各委員提問之逐一回覆，希望能讓各委員了解上述諸點，大約也就能了解期中報告章節內容背後大致之架構、用意，進而對本團隊完成任務有些信心。

三、 期末審查意見回覆

時間：106 年 10 月 31 日（星期二）下午 2 時 30 分

地點：內政部建築研究所簡報室（新北市新店區北新路 3 段 200 號 13 樓）

（一） 各委員意見

蔡教授淑瑩

1. 目前每一章都為 1 個主題，建議以一研究架構來說明各章之關聯性。
2. 第 120 頁荷蘭失智村遠離真正的「現實」，能否提出一個社區角度下的建議，供其他社區參考。
3. 第 12 頁研究架構應為研究流程及第 2 頁執行時程可移除。

王建築師武烈

1. 對於退休老人，早年忙碌一旦停頓下來，心理的不適應必然發生，是以建構適於老人的療癒環境確實必要，本研究案收集各年來國內外文獻十分詳實，可供我國推廣療癒性環境的參考。
2. WHO 友善都市向度已增加第 9 點科技向度。
3. 關於宗教心靈療癒的特性，仍有待日後收集各宗教相關機構之經驗予以補充。

劉委員金鐘

1. 療癒性環境的目的應該是照護高齡者的生活品質及健康照顧，因此環境的舒適安全都應為必要考量，如居室應有自然採光、通風及景觀，軟體方面也應考量延緩老化，因此在體適能訓練應更積極，如強化核心肌群，以防止高齡者容易跌倒。
2. 配合長照 2.0，B、C 據點的政策，居家傢俱的裝潢設計、材料都應注意舒適與安全，同時也盡量在地化。

柯幫工程師賢城

1. 療癒性環境的建構，在不同的環境服務身心機能退化程度不同的高齡者，會有不同的使用需求，建議規劃設計應有基本及理想等不同層次構成要件的要求，並應有空間尺寸及功能療效的說明。

臺灣建築學會孫理事振義

1. 第 XIII 頁摘要請斟酌納入重要成果（結論）與建議。
2. 第 2 頁建議將「預期成果」調整為「計畫目的」。
3. 第 253 頁至第 256 頁第十章結論與建議之「建議」斟酌與「療癒」、「高齡」相關。

張助理研究員志源

1. 摘要、參考文獻請參考本部相關規定格式編撰。
2. 建議提出療癒性環境示意圖，可綜整療癒性概念之思維。
3. 第 215 頁至第 220 頁引文撰寫方式請調整為期末報告撰寫之方式。
4. 第 243 頁至第 246 頁羅列每位老師的意見，建議綜整後呈現。
5. 本報告引用非常多照片，來源要註明清楚。
6. 建議每章前撰寫簡要說明以方便閱讀。

王組長順治

1. 報告內容豐富，建議可再精簡以更方便閱讀。
2. 建議可歸納許多療癒手法並進行說明及定義，如空間、宗教、色彩造成之影響，並提出建築師、景觀設計師、室內設計師應注意事項。

王副所長安強

1. 期末報告之建議由本所主辦學術研討會較不適合，建議調整。
2. 本所主要優先關注社區、居家之實務應用，建議以此為出發點進行期末報告內容說明。

(二) 計畫主持人綜合回應 (關教授華山)

1. 全文文字更改方面，委員意見包括①摘要重寫。②研究架構去除研究計畫寫法，改為期末報告寫法。③甚至全文格式(本期末報告基本上已按建研所格式編排，僅目錄因太長，採較小字體編排)以及圖太多宜刪減，圖表資料出處需註明。④以及上下文脈絡交代，以增加報告考閱讀性。這些均將一一更改到。

唯在⑤全文精簡方面，因本研究計畫性質為探索、論述、釐清「療癒性環境」此理念、實務之內容，以及其如何應用在我國即將面臨的超高齡社會。而且國內學界與實務界多只知其二、三，未能掌握先進國此方面之全貌，所以本報告篇幅較長，閱讀起來，一般讀者較辛苦，但全文如經上述①②④更改到後，應可使之邏輯一貫，容易閱讀。

⑥另亦有委員提及 p.215~220 (「國內老人照護設施規劃設計準則」一節文字) 以及 p.243~246 (專家座談會發言重點) 撰寫方式不妥。事實上，第八章第一節述及國內已研究或彙整出的相關規劃設計準則，是在釐清現實裡，相較國外這方面之努力，我們歷年來究竟做了些什麼，以及尚缺少了什麼，並非無的放矢。請委員能瞭解本研究團隊之苦心意圖，倒是文字上，本團隊將稍事修改。

⑦至於第九章專家學者發言重點部份將如委員建議，將之歸納入相關議題來呈現。

2. 有關「療癒性環境」之內容方面，有多位委員提及相關的建議與提醒面相，包括荷蘭失智村遠離「現實」，能否提出「療癒性社區」方面之建議；宗教回應老人靈性問題；老人生活環境安全、舒適品質；應對老人不同身心機能

退化程度提出基本、理想療癒性環境之構成要件；以及操作性定義、空間示意圖的提出。

有關失智者社區方面，營造「失智友善社區」為何在先進國發起出現？其目的即是在設法讓「失智者」仍能不脫離現實的「在地老化」。相對的，在社區日照、日托設施，以及居家的失智者，其照顧者應充份利用失智者早年熟悉的社區環境，直接進行「懷舊治療」，不要視出門為畏途，只待在家屋或設施之內。當然，荷蘭失智村照顧的是重度失智者，的確有其正當性，但仍可以適時帶領老人家前往大家過往熟悉的社區設施、都市空間或戶外場所。儘量與其早年遠程記憶關聯起來。

有關「宗教」慰藉老人靈性的確重要。所以老人的與親友的宗教生活、群體儀式、個人操練，尤其安寧照顧方面尤其被看重。然而，如果老人居家，相關的宗教靈性空間可以依各自的需求特別安排。如在設施內，則涉及到不同宗教之老人需公平對待，而且不宜干擾到其他教徒或無特殊信仰之居民正常起居。尤其目前各種設施主事者多數並不強調單一宗教背景，這是合乎民主社會基本原則的，所以處理方式多保存宗教空間的彈性應用來應對。有關安全、舒適的需求的確是老人療癒性環境的普遍需求，這可由諸多國外規劃設計準則及設施評估表著重原則可知。

至於因應老人不同退化程度有基本與理想型療癒性環境準則的建議，事實上是有必要回應。倒是在此必須釐清在家居住的老人，其居家環境之改善則可完全依此老人的狀況，OT 或建築師可以客製化設計方案回應。可是一考慮設施內多人不同體能狀況時，上述方式成為不可能。目前觀察國外準則與評估表種類，大致上可分對一般老人的準則、針對失能者，以及針對失智者的準則或設施評估表。換言之，這必須考量到老人依其退化類別失能或失智或尚健康，而被歸類到何種照顧機構或設施，這些場所環境的規劃、設計以及用後評估。也因此這些準則、評估表所著重的是失能、失智二大類老人退化狀況的公約數來回應。頂多再分出一些設施護理成份較多的「護理之家」、「醫療及住院病房部」、「失智者照顧專區」，以及比較屬一般居住的。換言之，或許可以下表所示來分準則、評估表的內容成份。

退化分類 場所 老人需求	失能	失智	尚健康
護理加重	護理之家、病房部、醫院長照設施、安寧照顧、(日照)	失智者照顧專區、安寧照顧	--
生活	養護設施、日照、居家	團體家屋、居家、日照	安養設施、居家、活力站、關懷據點、日間中心

本報告的確需要總結寫出「療癒性環境」之更詳細清楚或所謂「操作性」

定義出來。結案報告會設法完成。至於例證性的圖面，本團隊於期末報告審查已由個案中，選出顯示優良之療癒性環境的設計手法，以個案之照片圖面予以明示出來。因為我們認為此做法最直接、實在，其實沒有必要採模擬圖方式表現，畢竟後者有「虛擬」的成份。所以結案報告中，本團隊會就上述方式提出適宜的設計手法圖示（如下二圖所示），供各界關注、採用。

1. 與社區關係緊密
2. 便利的接送車輛或復康巴士
3. 活力站結合健康廚房、日照及日托中心等，資源共用
4. 隔壁為幼稚園，老人、小孩互動成效良好

1. 循環步道(Infinity walk)，配色反差大，容易辨識
2. 利用植栽顏色、氣味加強記憶
3. 利用植栽、鳥類餵食器等增加生物多樣性
4. 涼亭設計有助定位、遮蔭、休憩
5. 動線簡單，視線穿透性強



3. 有關本報告最後一章建議部份，本團隊將依各委員提示與建議的，明列出內政部建築研究所本身可著力之有關老人住宅與社區之療育性環境規劃、設計準則與評估研究，提出近中長期研究議題，至於其他相關的建議則會依所涉及之適宜主管或主辦機關分列。裨益於推動、應用「療癒性環境」之理念，可以的確運作在我們正面臨的「高齡、超高齡社會」、讓眾多老人之需求得以滿足的相關政策、策略與種種措施裡，這也當然與長照 2.0 十年計畫息息相關。

附錄七 座談會紀錄

療癒性環境應用於高齡社會之評估研究

一、第一次專家學者座談會

時間：106年5月13日上午10:20~12:40

地點：樹火紙博物館

與會人：國立成功大學都市計畫學系 孔憲法教授

國立成功大學老年學研究所 陳柏宗副教授

老人建築研究室 陳政雄教授

國立雲林科技大學建築與室內設計系 曾思瑜教授

馬偕學校財團法人馬偕醫學院長期照護研究所 黃耀榮教授

內政部建築研究所綜合規劃組 張志源助理研究員

主持人：東海大學建築系 關華山教授

會議紀錄：長庚科技大學呼吸照護系 張玫萍講師

工作人員：東海大學建築系 蕭雅菁助理研究員、何鴻明助理

會議紀錄

一、開場

關華山教授：

在座的幾位算是我們建築界與都市計畫界關心高齡者的各樣環境的學者專家，邀請大家來這邊，是因為內政部建研所委託我們研究室一個研究計畫案「療癒性環境應用於高齡社會的評估研究」。講起來這是非常重要的，主要是小英政府上來以後，又特別提出長照 2.0 的十年計畫，感覺上這與過去最大差異在於開始設想長期照顧的網絡，而且要來真的。所以特別在財務上已經設定好要如何籌措。基本上，在過去長照 1.0 的計畫裡，都有網絡的想法，但都沒有落實。我覺得這一次看來是把藍圖給提出來了，這樣中央、地方政府努力的目標就比較清楚。所以本研究計畫案，我覺得時間上是滿恰當的。

我們先簡單講一下這個計畫。其實內政部建研所這樣一個國家研究單位想要搞清楚什麼是療癒性環境，然後如何非常實際的落實到我們老人照顧上，不管是設施還是居住的環境，這件事基本上就牽涉到理論和實用的兩方面。我們這個案子，一方面是要搞清楚「療癒/育性環境」這個構念的確是什麼。再來就是如何真正落實它，落到都市、社區、老人住屋整個老人生活、照顧環境中。而相關的設計準則應該是怎麼樣的？如果說知道了這些，政府在推動的政策上，又要怎麼去普及這些知能；我們是這樣子來詮釋此案子的主要目的。所以我們也就先關心政府政策，設法了解小英政府推動的所謂的長照 2.0 的十年計畫到底有什麼內容。另外一個就是，我們大量的收集報章雜誌，尤其是這幾年刊登的消息，一方面是政策宣導的內容，另外一個是有很多民

間人士提出的建議、批評、意見。還有政府推動的所謂九個示範點的事情，也就是找了台灣人口比較老化的地區，並找了相關的醫院或是地方上面已有成績的單位、機構，擔負起所謂 ABC 照護網絡之建立。尤其是後山的台東、花蓮的三個醫院、單位負責推動 BC 兩個層級的網絡。總之，相關的新聞報導已開始顯示它們欠缺什麼，地方人士也開始討論，也被訪問，被報導出來：面臨了什麼困境、缺乏怎麼樣的條件或者現實的狀況如何。透過這些報導幫我們了解到現實台灣的狀況、困難有什麼。我們也在想是不是這九個示範社區，我們挑兩個特殊的，去實地訪問，進一步了解。當然這個事情才開始，所以本案恐怕要思考，訪談或者調查的時間夠不夠的問題。總之，這樣子才有辦法比較了解現實、理念、理想，以及尋求真正的規劃設計準則。規劃設計準則是怎麼理出來的呢？我們的想法是把國內外的相關研究的文獻，基本上分成理論的、應用的，還有政策的這三大類。然後另外一個座標就是住屋的、社區的、社區裡面的設施的、都市的，大概以這樣子的類別去看所有國內外的研究。某種程度就是利用個案研究或是多個案研究去得出來一些可靠的知識。當然我們也收集一些從理論推導出來的規範性設計準則，再加上實證研究得到比較可靠的設計準則，來整合出一個較完整的，對於住屋、對於社區、設施，甚至都市，包括醫院的，都涉略到。當然時間人力是不可能夠的，但至少這個 picture 的架構要清楚的去掌握，收集來的資訊才有辦法依照這個架構來分門別類整理出來。基本上內政部建研所也要求做個案研究。講起來要求的不多，就是十個，分國內五個、國外五個。其實它的內容從住家到城市、都市，該關心的層面非常廣，尤其是療癒性的環境，它其實是一種非常通則性的理解，只是落到不同尺度的空間環境而已。在個案上，其實我們研究室過去也有好多機會到日本去訪查了好些案例，在國內尤其是台北市，還有其他縣市像團體家屋，或者是一些設施。所以資料其實是滿多的。

今天請大家來，其實就是要聽聽各位對內政部建研所的這一個評估研究計畫以及幾個議題，就教於大家，幾位在這方面做了非常長久的研究，非常關心這些議題，所以難得的請到大家能一起聚集在這裡，參與我們這次的座談會。座談會也是建研所這邊設定好的，一定要三次學者專家座談會。我自己昨天就在想我們建築的學者專家恐怕不只一次，恐怕還要有第二次。這個座談會是第一次，先找我們建築專家，聽取意見，然後再找其他醫療方面的專家或者社工方面的專家，甚至如果政府的官員能夠一起參加是最好的，所以會再有兩次的座談。最後多加一次再把各位找回來，把我們做的接近期末報告的內容，再就教於大家，看看還缺什麼。大概構想是這樣。

我簡單講一下我們目前研究室對於療癒性環境的瞭解。早些年的時候我就發覺，therapeutic environment 這個詞非常普遍，而且「療癒」也在社會上廣泛的被拿來用。我們學校的 GREEnS，是三年的科際整合，主要是做有關老人高齡社會的研究。趁這個研究我們就特別對療癒性環境做追索，就我所知的相關文獻下手，然後再綜合起來。最重要的是二戰之後，因為傷患一大堆，這些傷患有的是急性的，有的是長期的，那怎麼去照顧這些長期病的

傷患，包括心裡、生理的照護和醫療的事情就一起出現了。再一個就是六零年代有關弱勢人權的運動出來，在醫學上，二戰之後，因為照顧、醫治各式各樣的傷患，肯定累積非常多的經驗知識，等世界各國都穩定下來的時候，醫學的進步就突飛猛進，隨帶的就是健康照顧的事情。再來六零年代，所謂環境這個詞也被看重，尤其是自然環境保育、自然反撲的現象被認定，人不能破壞自然生態運轉的機制。所以療癒性加上環境這個詞變得非常流行，也就出現環境心理學、心理治療、環境行為學都出現了。人跟環境怎麼互動的這個學域，早期還是著重在人工環境，可是後來等到保育被看重以後，人跟自然環境互動也就被看重。環境心理學本身也有這個轉變。

再一個就是輔助性療法的出現，醫學很強勢的只承認 OT 和 PT，也就是復健和職能治療，認為這二者才有科學證據。其他園藝治療、音樂治療、藝術治療，甚至心理治療，把它們歸到另外一個領域去處理，甚至精神分析都是另外一套，其他像寵物治療全部都是輔助性的、替代性的療法，近些年來越來越出現。因為醫治急性疾病，醫療到了一個盡頭，慢性長期的病患還是面臨一個怎麼被照顧好，或者是怎麼對待最好？試著用各種療法照顧這些人，看來是有一些效果，所以此事就一直在發酵，連泡湯也是療法。到 1990 年代越來越多這些事情。「療癒性環境」這個詞在 1980 年建築界也開始用。科技整合這個事情大概在生態學、環境保育出來的時候，就知道各科不能自己跑自己的，必須整合，所以科技合作的事情也發生了。美國 AIA 在 2005 年建築師公會就特別找了兩位學者做研究，對於有關的設計案，提供助益。變成一個運動的情事，其實消費者一方面期望痊癒，痊癒就是想要身體健康回來。第二個就是科學家假設一種環境跟健康程度是具有因果關係的，如果沒有關係那你做什麼設計，這是基本假設。設計者也開始有個願景出來，願意負擔出任務，設計出來這種空間。再來就是各樣療法的治療師，對園藝治療、音樂治療等會願意持續的去推動，並就此療法精進之。再一個就是醫院管理者，醫院管理及醫技進步到一個程度之後，非人性化也被檢討，同時，醫院的管理者為了醫院也要競爭，尤其在美國，為了要競爭，就會創造出一些品牌，或者喊出我們醫院比較人性化的口號，這又是療癒性環境被看重的原因之一。好些個社會重要的團體都開始關注，真正療癒性環境的主要任務是什麼呢？第一個就是在治療患者身體時，療癒性環境能夠支持其臨床醫療。也就是說，這個環境必須支持臨床的諸事。再一個就是支持患者家人和設施工作人員的心理、生理、社會等的需求，所謂身心靈的需求。而且這個人不只是患者還有照顧者、以及家人。還有就是患者被醫治後的醫療、與醫護人員的效率上面，照顧怎樣帶出正向的效果，這三大效果就是療癒性環境的任務。

所以我們那時候也大概理出療癒性環境的特質是什麼，列了九點。基本上就是強調身心靈，是指向痊癒 healed，而且是包括軟硬體，在軟硬體的事情上面，我們建築是硬體，可是軟體也逃不掉。其次，說到我們真正的硬體其實是有一個 form 的問題，form 之外還有一些功能，就是容納人的活動，

形式和功能之外，其實還有我們對於環境賦予意義（meaning）的事情。這些大概是人跟硬體互動的內容。軟體的部分，其實就是人的活動，這是身體行為的事情。再一個就是心理的事情，這還牽涉到心靈的事情。人的活動就包括各種療法，它的價值意義也是放在療法、無形的部分，他怎麼掌握才有療效出來？這個是軟體。其實軟體和硬體是直接相關的。我們現在要設法規劃設計出療癒性環境，一方面要考量這個人適合那種新的療法，或者是說趨向身心靈的，能夠痊癒的活動。而硬體是考量我們的空間能夠容納這些活動。同時，也期望我們設計出來的環境真的會被這樣子使用，使用了以後在這裡不管工作的人還是被照顧的人，就會賦予這個環境意義，到最後大家都覺得這個環境非常療癒。所以這中間我們要跟相關的其他學門，好好配合之外，一旦我們真的規劃設計完了以後，也應該有一個所謂使用空間環境的手冊交給使用者、機構團體，讓他們在軟體上也能夠有所變更，這樣硬、軟體才能夠應合，應合了才真正發揮療癒的效果。所以療癒性環境的概念講起來好像很寬大，好像所有都包括了。可是其實也從這中間去界定我們做實質環境的任務是什麼，我們也不能把軟體這個部分拋開，讓軟體相關的專家學者了解到我們硬體，其實也有跟他們一樣的理想價值，這樣子才有辦法做好整個事情。

目前我們整理的案例，ppt 這裡少了老人高齡者住家這一項。我們去日本看到好多個案例，他們考慮到高齡者的住屋，二世代的住屋，國內這一方面還比較缺乏，因為要去考量市場。社區的案例因為東海的 GREENS 研究計畫，我們曾經做過客、閩、農、漁村等。像山線客家社區的石岡，它是農村，還有海線閩南聚落的清水，它有農、漁村，甚至軍眷村。這兩區的確有很大的不同，社區資源也不一樣。以後長照網絡出來一定要結合地方的資源，運用既有的資源轉向做長照。在清水有眷村改建的公寓，老人大概佔了二分之一以上。還有全世界都在推失智友善的社區，蔡淑瑩老師也為內政部建研所做了此研究。我們去日本也看到在任天堂底下的一個軟體公司，建設了一個 smart community，是為了讓退休老人很愉快的過日子，因為生意好，還想要繼續擴充；入住老人得結算自己退休的所有財富，然後繳錢，據稱一般的老人還可以支付。另外就是荷蘭失智村，這個非常特別。有如一般社區，包含多種生活設施，此案大家可能都耳熟能詳。現在有好多居家護理站、樂智據點、關懷據點，還有日托中心等等，另外還有療癒庭園的部分，大概國內外都在推這件事。這跟園藝治療有關係。還有就是機構的，我們參觀過長庚養生村、雙連連續性照顧，還有醫院高齡友善的做法，或者是安寧照顧等這些設施。另外，我們覺得內政部建研所必須注意的一類案例，是以前的仁愛之家、私立的或者公立的安養機構、自費安養機構或者是養護的，這些機構其實老化非常快，是必要即刻下手整頓之，包括翠柏新村、頤苑自費安養中心。所以這個部分應有後續的研究，就把這些個案確實調查現況，真實的呈現出來。政府非得去面對、處理這個部分。後面我們其實還有多案例，像 Panasonic 他們也積極推動在台灣佈網，從 Universal Design 的角度，對住屋或者是醫院

的空間單元提出方案。TOTO 株式會社也是。我們參觀了好幾個個案，包括實體蓋出來的住屋。都是為二世帶，發展出各式各樣的想法，另外像いつぶく莊、氣まま館ブルーベリーコート府中的復健設施。還有就是剛剛講的 smart community，其實它的住宅單元也不大，它對街就有一個很大的餐廳、以及各種活動的設施。另外外圍有高爾夫球場，以及其他附屬設施。總之，賣得還不錯，等於是 club 的會員制，繳一些費用，餐費也可以包含，或是自己做都可以，某種程度 serve 都算五星級的。

另外，療育庭園的部分，日本關西勞災病院花園還滿大的，各個角落都有一些相關設施，為達到復健與療癒目的。國內的話就是長庚，它利用山坡地讓老人去活動、散步、或種花草、種菜，還有相關的娛樂設施。我們也設法了解荷蘭的失智村，講起來它是全世界非常特別的案例，在處理失智上，他們想到這個 ideal 真的不簡單。再來是頤園安養機構，其實它旁邊是另外一個仁愛之家，仁愛之家的環境還滿好，但自費安養機構卻非常擁擠、房舍都非常糟糕，我們去看了，住在這裡的老人家好像真的不求什麼，可是這裡的主管一直表示真的很著急要改善。總之，我們有五個討論題，就是理論方面的看法；怎麼運用到我們社會？哪些案例具有啟發性、值得參考？對於推動長照 2.0 有些什麼看法？再來就是說硬體方面還有哪些缺失、問題必須正視，予以解決的？這五個議題就教大家。

張志源先生：

各位老師，今年我們建研所委託關老師協助我們做這個研究案，它其實是我們跟科技部申請 106 到 109 年高齡者的科技計畫裡面的第一年，我們從去年一直在想，新的科技計畫研究議題該從哪發展？剛好看到關老師在建築師雜誌的一篇文章，我們就覺得確實是一個非常、非常重要的一個領域。所以在年初，這個案子就進行招標、評選，關老師拿到這個案子，我們其實最主要是希望關老師能來協助我們。它只是一個起點，就是說在未來幾年裡，能看到療癒性可以有哪些研究的架構跟方向，好讓它能夠往下做，讓這個研究實際上能夠對國內高齡者的住居、生活環境，或是長照環境真的有一些研究成果，能夠提出一些政策上的建議，然後有一些改變。所以今天希望各位老師能夠幫忙提供一些意見。原本今天我們王順治王組長要來，但剛好他今天早上家裡有重要的事情。我們前幾天收到關老師的這份報告，昨天就有討論，希望各位老師幫忙，謝謝。

關華山教授：

如果我們這個計畫今年能夠把建築界變成一個團隊，往後做這個研究都要分工合作，才有辦法，而且也比較快。意思就是說我們變成一個大團隊，建築研究所來召集大家一起分頭進行，到時候就可以配合，出來的東西就可以整合。我覺得有這樣團隊，研究能量就更大了，而且可以反映在政府政策的推動、實施的上面。

二、黃耀榮教授發言

我從研究所出來，首先要講研究所的計畫。第一句話就是研究所這幾年做的事情，把自己獨立在其他相關領域之外，其實是非常不好，因為長照基本上在台灣有強烈的共識，是跨領域、跨專業的，我們建築界特別是研究所，既然要做研究就不能長期滯礙在這裡。所以你們真正要做長照有關的課題，其實應該要進長照領域去找，有非常多的東西，他們期待我們建築界提供協助跟服務。但是我會覺得我們建築研究所這些年都自己走自己的路，覺得很遺憾。譬如說我看到這樣的題目，其實你們非常殘忍也期待太高，關老師要從不同的空間，從住家到社區到機構，從不同的服務對象，從健康到失能到失智都做，而且最後還要做出 guide-line，這是台灣三十年要做的事情，當然即便台灣不是從零開始。所以我剛才講長照界已經發展好多東西，所以你們應該進場去看，不然你們對關老師的期待太 over 了，我覺得不可能。所以我第一句話是真誠的，因為我是從研究所出來的人。這些年我其實跟研究所都沒有互動，也不忍去回顧研究所的現在發展，其實有恨鐵不成鋼之感，為什麼？因為我們在長照領域很多的場合，沒看到研究所跟營建署。營建署我也要數落一下，同樣非常不進入狀況。禮拜三在行政院開委員會，我才把營建署講了一頓，覺得非常無奈。

首先我非常高興，關老師終於再度回來關心高齡者，因為他已經好多年都沒出現，這幾年他又開始關心高齡者，我們非常期待。台灣建築界今天面臨的高齡社會，大家要更多的投入，絕對不能置身事外。我們建築界能為高齡社會貢獻甚麼？我想在座幾位我們都曾經努力過，都覺得很慚愧，力量非常微薄。為什麼？因為涉及到跨領域、跨專業的整合，其實真的是高難度。

我想今天議題非常多了，我就簡單分幾個方面提一下看法，如果後面還有第二輪，我再來補充說明。我剛剛講既然長照是跨領域、跨專業的整合，所以希望研究所將來的研究成果能夠給跨領域、跨專業不同領域的人認同，而且能夠應用。恐怕跨專業領域整合這件事很重要，一定要有共識。若沒有共識，研究所再做多少東西出來，人家都會有很多的疑慮。為什麼？因為沒辦法對上，就是沒有共同的語言，就會非常無奈。我這一年多在馬偕醫學院，深刻且強烈的感受到這個挑戰，因為談到治療這件事，就像剛剛關老師講的，醫學界非常自負，他們強烈的覺得要科學化的證據，所以他們不斷的強調實證研究。所謂的實證研究一定是樣本數要夠多，研究的期程要夠長，才能證明療效。我發現我們過去在建築學的信念，基本上，即使努力了二十幾年，仍發現我們進入到他們的團隊，感受到此壓力，他們非常強調科學化，認為一個實證研究一定有所謂的介入措施，實驗前與實驗後的比對，研究組與對照組的比對，非常嚴格。甚至要做這些研究，一定要讓被研究者同意，家屬要簽署，講求研究倫理，還有 RV 的審查，程序之繁複真的不是我們可以想像的。但是，我發現也因為他們經由這樣的程序，所以他們覺得他們產生的結果，當然對自己有信心。因為他們有一個很清楚的想法，這個在國際上才

會被認同，國際期刊才投得上去。所以馬偕醫學院要求老師投哪個領域列名前百分之五的國際期刊。所以我們搞建築的到那邊去，你的 paper 大概都拿不到點數。這就是我感受到的壓力，他們對實證的研究非常強調科學化這件事。所以剛剛關老師提到的 OT 職能治療 (Occupational Therapy)，雖然是醫學界認同、承認的，醫學界還認為它不能叫治療，只能叫輔療，輔助治療。那天我在所上跟其他老師討論，我說 Occupational Therapy 還有 Physical Therapy 都是國際認同的專業，怎麼只能叫輔療？它具有療效怎麼可能只叫輔療，只有醫科才叫治療，你們可以想像醫學界有多自以為是。我為什麼會舉這個例子，也就是在講，真的在不同的領域背景下，看待一件事情嚴謹度，其實是截然不同的。所以今天建築界包括研究所期待關老師發展出 guide-line，他們會不會用這樣的東西，恐怕你會回到根本來挑戰它們的可靠性。所以我會覺得此計畫其實是一個很辛苦的事情，我會覺得不能這樣子期待。剛剛關老師講對了，此領域國內過去發展很多，根本就是一個長期的事情，今天雖然建築界晚一點進去，更不可能一蹴可成，今天只需要一個討論架構的計畫，而不是期待它有太多深度的 outcome。今天我是從建築研究所出來的，我覺得建築研究所脫離現實太遠，真的恨鐵不成鋼，我想這番話很重。但是我覺得今天要投入，建築研究所要跟科技部的計畫要真的能結合，真的投入這個領域，這個思維一定要重新釐清。

我想第一個層面我要講的，的確不否認療癒環境是能夠有貢獻的。我舉個例子，四年前醫學界非常頂尖的醫學雜誌叫《新英格蘭醫學雜誌》，只要投上一篇，台灣一定大開記者會。新英格蘭醫學雜誌在四年前連須刊登了兩三篇建築的 paper。為什麼？因為用了建築的介入措施，且居然對失智症有療效，他們稱做情境治療 Situational treatment，在新英格蘭醫學雜誌是被期待的。他們覺得失智症發展到今天，靠醫學的力量還是有限，藥物的力量也有限，OT 的力量有限，護理的力量也還是有限。他們覺得環境是可以有貢獻，所以他們期待很高。只是國外在這方面的發展有好多人非常積極，可是台灣不積極，因為台灣建築界大家都置身於事外，不知道這塊其實可以努力。所以我在這邊講一句話，我十五年來在做的就是這一件事，我覺得我們建築界勢必做一些對高齡社會有貢獻，環境的介入措施能不能呈現這個療效，而且是科學化證據證明的確有效。我覺得這件事很重要，也讓其他長照各領域的人覺得建築界的重要，第一個是符合科學化的專業，而且的確是有貢獻，而且是可以合作的。所以我對 Situational treatment 這件事絕對是肯定的，國際頂級的醫學界的期刊都共同期待。台灣是該努力，我不否認我們建築界有非常大的潛力，只是大家真的要趕快進場。第三個層面我要講，其實剛剛關老師也提到了，我剛剛也講這個題目太大了，我覺得今天療癒這件事，我們在定位上它的確有好幾種不同的層級。我覺得第一個層級，剛剛關老師已經講的，今天提供一個環境是居家化的環境、人性化的環境，讓他覺得住得非常熟悉、非常愉快，也許這個療癒是指我們這種最粗淺的療癒，可是這個療癒是最不科學化的，因為很難去證實它的效益在哪裡。廣義來講它是療癒，可

是進入到第二層，對一個健康的老人，他可能做了很多休閒活動，對身心靈有幫助；對一個失能的老人做了很多的復健、與其他的活動，在生活重建上對他有幫助，也許已經出現了效益，這個是第二層出現的效益。但是這個第二層的效益，當然還不是這樣的具體跟科學化。所以我們看到第三層的療癒，可能就是關老師講的 OT 或是 PT，今天 OT 談的是甚麼，談的可能不是那麼抽象的身心靈，它可能是非常清楚針對某些對象，它能夠用 OT 去介入，它有很具體的療效，而且是透過科學化驗證，所以為什麼我們今天看到國際很多 paper 都在發展失智症照護環境，OT 都可以介入。失智症談 OT 談得很多，不太談 PT；因為認知功能的退化、問題行為的產生，基本上很多都要 OT 介入才能夠有幫助。所以剛剛關老師講的一句話說 OT 這個醫學界認同，可是園藝治療，手工藝的操作、音樂治療等等都被置於 OT 之外。其實不會。在國際上還是都涵蓋在 OT。所以對失智症 OT 其實也是個「導向」，另一個是認知導向的協助，一個是情感導向的協助，一個是行為導向的協助，一個是感官刺激導向的協助。四大導向每一個裡面都有很多 OT 的種類。台灣也一樣在發展失智症的照護，希望透過 OT 能夠讓他認知功能不要那麼快退化。這一塊也就是我所謂第三層級。因為用在失智症照護的特定對象，採用了特定的輔助療法，用科學的證據，用實驗前與實驗後的介入，研究組跟對照組的比較，很清楚用科學化比對可以證明它有療效。第三層級在環境中扮演的就是支持性的環境角色。今天操作 OT 環境是不是該成為支持性環境？剛剛關老師講到一句話非常好，環境不再是做為一個空盒子來容納這個活動，只是看視覺美學、看 form，NO，環境本來就應該跟 OT 的活動充分結合，所以它才能夠符合叫做支持性的環境，所以你看到環境在這邊是有角色的，而且的確也可以發揮療效，這叫支持性的環境，這就叫第三層級。他跟 OT 結合，這對失智症患者的幫助的確很顯著、國際都認同。第四層級，環境不是跟 OT 結合，環境本身就像我剛剛講的 Situational treatment，情境本身可以治療人，不必跟 OT 結合，情境也可以發揮獨立的療效。

所以假設我們今天從這四層級來看，我們就很清楚的可以看出，今天一個療癒性的環境，從最抽象的到一個稍為有效益的，到最後能夠科學化驗證的。但環境是支持性、協助的環境，到最後環境是獨立的，自己可以發揮療效。我覺得它其實是有不同的層級，當然你也可以看到它用在不同對象，而且用在不同的環境，所以我想這大概是這麼多年來，我們看到國內外做了很多的事，包含我們自己在過去 15 年的研究操作，大概也理解這樣的情況。當然我倒是覺得真正比較能有特定對象要去講療癒，是比較容易被各界接受的，因為有實證研究比較具體，那個部分是比較有說服力。我覺得第一層級、第二層級的東西，是比較抽象，我倒覺得是可以去做推動概念的宣導，去做教育；但是真正的要強調療效恐怕第三層級、第四層級是比較容易跟其他跨領域的業界結合，而且能被認同。

回過頭來，既然這樣看到長照 2.0 版，今年長照 2.0 版很顯然在做的是

社區照顧，社區照顧不管是 A 級、B 級、C 級三個都是社區照顧。可是三個社區照顧服務的對象其實不同，我們看 C 級的比較不強調太失能的，是輕度的、健康的老人家可以參與。再看到 B 級跟 A 級，就比較強調失能程度顯著的。在這裡顯然我們討論的要跟當下的長照 2.0 做連結，我會覺得重點就是對幾個對象都可能涉及的，這些應該是在日照的場域居多，也會涉及到機構的場域。所以我覺得這些個案可能就先排除掉一些機構。但是在這邊涉及的場域也不一定是單一建築；我剛剛講社區的環境其實也是很寬廣。我回到剛剛關老師提到的幾個案例，我想這些案例我們都很熟。其實剛剛關老師講的一句話，我就在這邊講，台灣的處境，像剛剛提到的翠柏新村，已經非常老舊該改造了，我們民國 99 年已經幫它整個區域都檢討過，沒有用！為什麼？我們原來希望能夠把一個老人化的安養機構，讓它有機會在地老化、再改造，但是整個規劃完成後，換個董事長後，就一切停擺在那邊。原來前一位董事長（立法委員）聽的好高興，準備編預算逐年改造，讓台灣一個舊的安養機構有機會轉變成在地老化的設施。因為它原先規劃的沒有養護、沒有長照、沒有失智照顧，甚麼都沒有，只有健康的。結果居住人數從兩千人變成三百人，整個機構不斷在虧損，大家都住不下去，而且員工都要裁薪。他們發現如果改造能夠符合在地老化，也就是各種服務系統都能提供，才能夠留住這些人。不然家屬一個個搬出去，新董事長卻覺得要投入太多資本，不願意做此事，所以停擺。結果我花了一年多的功夫都白費了。黨產委員會處理中華社會福利基金會，翠柏新村就是屬於此類基金會。所以它未來前途只會更坎坷，這個我就不予置評了。所以我要講這個事情，因為我經歷過就拿出來給大家稍微分享一下。

我覺得目前選了一些個案其實是不錯，只是這些個案、場域跟居住的顯現，還有服務的對象，其實都不同，所以我覺得將來這個計畫我們要怎麼去歸納它，可能比較辛苦。針對健康的高齡者、失能的高齡者、失智的高齡者，其實場域都不太一樣。還有針對剛剛講的涉及到機構，又有涉及到日照，所以可能要思考一下如何聚焦；所以假設 2.0 可能聚焦的是日照，當然不是說機構做的 OT 不能用在日照，當然也可以。假設這樣的概念，當然也是可以從機構裡面去尋找一些元素用在日照。這只是假設以場域的整體去看，角色聚焦很重要。

另外，我還要講一下荷蘭村，其實我覺得那是個噱頭，荷蘭村在去年華人的長照研討會，此研討會結合香港、大陸、新加坡、台灣相關人士，每四年大家輪流辦一次，去年正好輪到在台灣辦，想請他們來。是誰想請他們來？是伊甸福利基金會。基金會問我：請他值不值得？他們執行長一下飛機，就說他每一個小時按美金計算。我就說：有那麼偉大嗎？你邀他來幹嘛？他是來做秀的。我為什麼講這一句話，今天荷蘭村的概念是甚麼？很簡單，第一個是一個失智症對象希望從裡面走出外面，從內走出戶外。第二個是希望從個人走到群體。台灣現況跟其他國家沒有兩樣，很多都是把失智症放在設施裡面，因為為了安全的保護。但是荷蘭村就像剛剛關老師講的，虛擬了一個

社區，可是不要忘了那個虛擬，其實也是他掌控社區；不是真的社區，他讓老人家可以模擬去買東西、去 shopping，好像真的住在一個社區裡面，其實那是虛擬的。我們最近在做一個案子，是把一個日照中心放在原來的社區裡面，希望這個日照中心的老人家、失智老人真的可以跟社區的居民互動，是真的社區。如果這個假設成功，絕對打敗荷蘭村，因為比他更厲害，他那是虛擬的，所有的村民都是假的，而我們今天所有村民都是真的村民，是真的跟原居的村民互動，而這個才是困難的。其實我們當初在做這件事，衛生福利部中央健康保險署衛福部蔡淑鈴副署長高度認同，他說：對，台灣就該這樣做，但是你們會不會成功不知道。所以我覺得我們不用太羨慕荷蘭村。荷蘭村的理念台灣要做，是有機會，只是台灣沒有一個業主有這個理想要建構荷蘭村。不然技術面哪有甚麼了不起，一下飛機一個小時按美金計算，聽的我們都非常不以為然。所以我剛剛提到，國外的確有些案例，可能值得我們去做一些考量，但是我也覺得其實這個部份可能是剛關老師提到一個重點，因為這個計畫非常大，涉及到環境的整體性，甚至涉及到 OT 的種類，涉及到細部設計。我覺得連內容的層級都很多，所以這個部份真的是滿難的。我今天跟志源講：研究所回去要想一想，今天關老師可以幫你們做的其實是幫你們把架構整理出來就夠了，你不要去期待他們細部可以發展很多，甚至幫你們寫 guide-line。這我剛剛講的，台灣 30 年都不一定能做得起來，除非台灣現在已經有很多基礎研究，可以讓關老師去整合、馬上用得上。但今天沒有太多基礎研究，我們建築界努力非常有限，這才是我們今天的無奈，所以研究所不要一步想要登天，我會覺得我們研究所真的一定腳踏實的先去做跨領域、跨專業的整合，多跟護理界、醫療界、社工界、OT、PT 交流。

我現在的處境就非常清楚，我們的老師來自各層面，每一堂課，每一個老師都在吵，我上課有 3 個老師在場，不是只有學生聽，他們也在聽，每一個老師有不同觀點當場就討論，也當著學生的面前討論，學生討論也會找你。我們是真的跨領域、跨專業整合，因為大家來自背景不一樣，有護理、精神醫學，我是建築的，最近還想找 PT、OT 的進來教。醫生也來上課，醫生談的東西非常深入，過去我們了解得不夠多，老人高齡醫學的管控非常多。當然我們都在學，所以我覺得我學了 20 年不夠，進到這個專業領域，他們看待的我們還很粗淺的；因為很多知識要吸收。所以我們覺得跨領域、跨專業整合非常重要；他們也很多希望從建築方面學到很多東西，所以他們也很感興趣並參與討論，很多老師各自都非常尊重各領域，而且合作辦了很多事情。我會覺得也因為這樣，長照才會被各界名符其實的尊重。因為從學校的教學就開始了，而不是在業界。現在業界整合其實不好，因為基礎教學沒有做好。所以我想今天我們建築研究所真的有機會能夠進場跟他們對話，你看衛福部不是設有家庭署、健康照護師，還有其他的領域，像醫學界、OT、PT 都應該對話。我們學生有來自營養師、OT、PT、護理、也有社工、醫生，甚麼都有，就非常有趣。每一個學生進來各自都在學對方，因為他只有懂一個，他不能很自以為是，像有一個馬偕家醫科的主治醫師，進來念五年，國際發表

很多 paper，都是很頂尖的期刊，竟然還是很謙虛。因為他只懂醫學這一塊，其他像是營養、護理、物理治療、職能治療、甚至財務計畫都不懂，他就要學。所以每一個人其實只有一塊是你自己的，其他你都該學。今天我們建築界就是這樣的問題，最貧乏。我覺得今天主管機關主要的研究部門，一定要有這個思維，不然就會讓我們建築界很多有心人面臨困境，因為你們開出來的東西非常大、包羅萬象，大家就不知道怎麼幫你們，這是我大概的一個感受。當然這一番話講得有些話非常直接，但是時間有限，所以我就有話直說不講模糊的，我想後面有時間第二輪，我再來補充意見。

關華山教授：

謝謝黃老師，非常精彩，很少機會能夠聽到黃老師比較完整的講出這麼多年的心得、經驗，非常謝謝。

三、陳政雄教授發言摘要

1. 您對「療癒/育性環境」的理解與看法為何？

因應高齡者的健康期、障礙期、臥床期等身心狀況，從居住安排、照顧服務、醫療保健等的生活場所，宜以「治療性環境 therapeutic environments」達成高齡者的身（身體健康）、心（人格高尚）、靈（生命意義）等正向需求。

治療性環境必須跨領域的整合，將建築、福利、保健、醫療等建構成一個周全性的環境體系。依據老年人不同的身心條件，由不同的人力資源，在不同的居住型態裡，給予老人不同的照顧服務及保健醫療。

日文有「癒す iyasu」一詞，可譯為「治病」、「治療」、「解渴」、「如願以償」，從生理、心理層面解決您的身、心、靈問題；讓您治好疾病、減輕痛苦、得到滿足、完成心願，很貼切地說明治療性環境的精神。而其真正的重點在於：以自己的「治癒力」，促進自己的自立。為此，在建築計畫上要注意：

- 1). 塑造個別化空間：確保個別人生經驗的生活空間，提供自我實現的機會，尊重個人的隱私，達到舒適的居住場所。全部「個室化」固然很好，利用角落、柱位，或調整床的方向等，也都可以達到個別化空間的目的。
- 2). 實現小規模單元空間：可以改善集體管理的弊病，達成個別輔導的好處；實現家庭化、人性化的情境，緩和社會孤立感的現象。也就是：「去機構化」、「小型化」。
- 3). 設施地區化共同體：醫院、衛生所、照顧服務機構、老人住宅等都是地區構成的要素，充實的醫療、復健、居家照護、健康諮詢、在宅服務等，與交通接駁系統合作，可提供周全性的社區治療環境。也就是：「社區化」。

因而，使用「治療性環境」、「療癒性環境」或「療癒/育性環境」等名詞，我比較偏向使用「癒環境」一詞。「癒環境」包括：「施療」與「治癒」，

「施療」是指減輕痛苦，「治癒」是指把病治好。「癒」又通「愈」，是指在一個照顧的空間下，使弱勢者的痛苦愈來愈少，病愈來愈好。

2. 您對此理念應用於眼前「高齡社會」及 8、9 年後「超高齡社會」的看法為何？

台灣於西元 2018 年進入「高齡社會」(343 萬人)，2022 年人口零成長，2025 年人口最高峰 (2380 萬人)，2026 年邁入「超高齡社會」(488 萬人)，2027 年人口紅利期結束，高齡化現象愈來愈嚴峻。

台灣於西元 2017.2 月「老化指數」破百，2018 年老少比 1.1:1，是「敬老社會」。

2030 年老少比 2:1，是「嫌老社會」。2040 年老少比 3:1，是「棄老社會」。2060 年老少比 4.1:1，是何社會？

社會高齡化產生：少子女化、長壽化、散居化、城市化等現象。

社會高齡化造成：照顧人力不足、下流老人增加、失智老人增加。

台灣，急需「癒環境」。

3. 您知道有那些案例（設施或社區、城市），對了解「療癒/育性環境」具有啟發性、值得參考的。

西元 2005 年，日本推出「高齡者專用租賃住宅」制度，俗稱「高專賃」，提供高齡者生活支援、照護保險、醫療保健、餐飲及活動服務等。

西元 2005 年，日本埼玉縣川越南推出「七彩之街」，達成「三代同鄰」的「癒環境社區」。由政府及民間企業體共同開發，基地面積 3.7ha，建築容積 180%，鋼筋混凝土（2-11 層）建物構造，開發期程：1998 年-2005 年 9 月。可以解決社會高齡化的四大問題：經濟問題+養老問題+代間問題+社會問題。

4. 您對政府正推動的長照 2.0（10 年計畫）有何看法？

長照 2.0 具備：服務對象擴大，服務項目增加，服務單位掛牌，包裹式給付，核銷規定鬆綁等特點。執行範圍分為：社區整合模式 A 旗艦店、B 專賣店、C 柑仔店等三級。軟體服務項目從 8 項增加為 17 項，建築硬體從社區關懷據點、老人服務中心、日間照顧中心、團體家屋、護理之家、衛生所、診所、醫院等。

目前，財力已有著落，人力還是個問題。最大的課題是：衛生福利部的衛政與社政的整合的問題。

5. 您對台灣高齡者照顧體系各種設施、環境，尤其硬體方面，還有那些缺失、問題，必須予以正視並解決的？

必須軟體、硬體兼施，導入「單元照顧」的理念，提供「癒環境」的照顧服務，完成「像家」的生活內容；把照顧服務與社區密切結合，像「便利商店」一樣，街頭巷尾都有服務據點。甚至，像「宅急便」一樣，可以及時提供服務到家。

四、孔憲法教授發言

非常感謝能來參與這次的座談會。我跟關老師是在我大學時認識的，我們相識多年，知道關老師對每次的活動一向非常慎重，因此我覺得來這裡會獲得很多東西。

我的經驗比較多是從城市尺度和城市運動方面，去驅動政府與民間做某些事情。

在全台灣的健康城市，公共衛生與都市計畫是同源，為了同一個目的而產生的。我覺得很重要的一個事情就是跨領域，當時健康城市已經從 1985 年在歐洲開始推行，我從裡面挑到最重要的一個 keyword 就是 1978 研究方​​法裡面強調的策略性進路 (strategic approach)。學實質規劃不管是建築或是土木，這件事情絕對不能由衛生局來主導一切。

利用之前台灣社區總體營造，已有十幾年到二十年的基礎，我們構想的是一個跨部門，另一個是要跨層級的，從城市到社區的空間概念。我們因為還有一個很強的動機，希望把台灣帶到國際，但我們在國際處境是很糟糕的，所以當時我們找到了一點機會，參加 WHO 的邊緣組織，在西太平洋叫做 Alliance of Healthy City (AHC)。

我們在台灣做事情有一個傳統，都很重視剛剛講的，最好能夠朝向 evidence-based 的研究，所以我們從一開始學習了歐洲健康城市的 frameworks 之後，就選定了我們要用台灣建立一套指標系統，能夠評估我們城市的健康狀況，然後也要做一些民意調查。我以前做研討會的工作，覺得民調其實很重要。我們去申請參加國際組織的活動，很意外地通過，因為我們的 paper 跟人家不一樣，因為很少有人作指標系統。如果有一些畫比較廣的 scale 和不同的空間的 unit 要去比較的時候，指標系統到後來還是很有用的，尤其是要衡量不同部門有沒有參與，有沒有互相支援、貢獻等等，這個東西還是滿重要的。但不是一天兩天的事情，而是需要一個比較周全的，而且不同地方的聲音，都要出來。所以第一次參加國際會議就受到人家的重視，然後成功申請到赴會的資格，後來我們也就把台灣其他城市陸陸續續帶到會議裡去。之後我國參與之人員規模都會達到四五十人以上。而這個 approach 是可以跨領域、跨區去執行。

衛福部其實也做了一段時間。可是大家都知道政府會換首長，通常一個新首長上來就會有新的政見、重點。事實上，賴清德就重視這塊，我們第一次是先說服許添財：「你不要年年換口號，重點可以換，大的 umbrella 不要換。」strategic approach 是非常廣的。我們以建築為主，這樣的學域跨出去的時候，結盟的會是好幾個單位，無論是基礎研究，還是執行策略等方面，我們可能會經過大家輪動的努力，互相去學習。我剛剛講到的重點，就是為了預防首長換人以後政策就沒了。許添財最多也兩任而已。衛福部也會換，他們一下重視健康社區，後來安全社區，後來變高齡，再變成以高齡友善城市為主。縣市政府好像發現這是一個很好的品牌，所以我們現在就變成「高齡城市」加「健康城市」。高齡友善當然已經是另外一件事情了。所以我們邀請一批專家進來，政策以他們為主，他們就付出更多的努力；從 2003 至

現在，已經 14 年了。剛剛兩位老師講的也許要花 30 年，這一點也不奇怪，尤其是像這樣要整合性的環境，我覺得策略性進路 strategic approach 絕對沒有短線的，但是會有不同時期的重點，裡面再規劃小的重點。

所以我對關老師的期望，也許給一個比較大的 frameworks 架構出來，我們自己覺得這個團隊現在最有興趣的是看到最重要的 issue 是什麼，我們希望建研所覺得 ok，可以當作這個階段的成果。

回到都市計畫方面，因為我們尺度不一樣，我們重視的其實是屬於公共的部分，所以今天看到那麼多的 case，研究積累真的很豐富。單從 scale 的角度來看，它大概就是都市裡面非常小的一個區，我們重視的是比這個區還要更大的一個公共環境。然後跟這一個區或是跟建築物介面的關係，這都是都市尺度會最重視的，所謂的 setting。

所以我們比較重視的會是這個 settings 是一個比較包容性、包被性，還是它是一個排除性的環境。這個正好是剛剛兩位老師有提到的一個，它的 supporting 的 factor，你要支持性的環境，其實非常多。

如果一個人漸漸失能到所活動的空間範圍不大的時候，好像我們在一個小的實質環境，他的 supporting 的環境已經完足了。可是就另外一個身心靈這個角度來看，他的 supporting effect 都在這個尺度之外，這個裡面一定有進入離開這個環境的介面問題。所以這個是在都市尺度，這部份我還沒有什麼很清楚的想法，只是我在想他一定會出現這個 setting 的 scale，還有之間彼此 match 的狀況。這些東西好像是我們必須要再想清楚的。

還有一種就是我們在看長照 2.0，我覺得是比較有限的環境。我個人是懷疑它能夠達成一個有效的長照，與支持環境？

所以在都市計畫來講，最近我們遇到的一個問題，就是高齡人口的增加，還有少子化，還有其他種種因素。其實很多原本都市計畫的公共設施，可能都不符合現在的需求。

我想到一個特別的案例，就是這個荷蘭失智村，其實還滿假的。在台灣都市計畫來說，你人口成長的那麼少，都市計畫的公共設施要不要被裁撤？

如果你要改變的話，是哪些要改變？我覺得現在其實要提供另外一個機會，特別是從小時候，我們現在需要另外一種論述，讓學都市計畫的人，不要就很單純的把一個學校廢了或是拆掉了，也許這裡面也可以變成療癒性環境裡一個重要的部分。其實不論離鄉不離鄉，如果你有能力活動，你都是會想要回去。有人真的是離開奮鬥多年的城市，再返回到他最初居住成長的那個環境。

我也是很期望這個研究到最後能夠告訴我們學都市計畫的人，老建築、都市紋理這些東西除了文資價值之外，其實它有廣泛的社會跟生活的價值。因為在這個研究我們有很多的夥伴，其實從健康城市跟高齡友善城市這個角度。事實上，從一個主題逐漸到最後兩三個系長期合作，現在確實如剛剛所說的，就是都計、建築之外，醫學院各個不同科的醫生逐漸都加進來，他們

對事情看法的深度跟我們都不一樣。他的 scope 可能不寬，但是他過去的 evidence 是很強的，對我們幫助都很大。所以我覺得跨領域的時候，確實貢獻很多，甚至像工業設計等等，都跟我們合作。

我覺得這樣是有可能催促出一些相關的產業。我相信日本那麼早開始做，90 年左右的日本，他們就已經在為高齡社會做準備了，而且是產業上的準備，這裡面，我覺得跨域的精神是非常重要的事情。

特別是從醫界來的，他們常講的東西，其實都會涉及到個別的差異性，而且不同的時間，每個個體都還有差異，但是他從這麼多的個體裡面，去做各種不同的實驗組與對照組，他得到很多東西，這個東西都是在統計上，機率的這個角度，從平均數，或是差異幅度，大部分給我們的處方，都是統計數，不會是平均數。所以對我們來講這是很困擾的。因為我們要去處理一個 setting 是多數人在用的，有可能還會超出，不要只侷限在這個高齡的環境，他會包括其他類型的人們，所以我們要提供實質的所謂療癒性的環境，考慮的身心靈的因素，會遠超過一般學醫的人最重視的那些。要怎麼說服呢？因為我們的研究是完全不平等的，做一個 case、一個計畫。統計上有效，因為做得非常快。

所以在科技整合的時候，就會遇到這種很殘酷的事實，因為剛剛黃老師在講，特別是在科技部，不同的領域，你要去說明我的成就是什麼，然後他再告訴你他們的成就是什麼。

所以我可以體會內政部建研所有的壓力。假如是科技部的計畫，還有科技型的。我覺得最重要的，還是剛剛講的，其實科際間的文化差異非常大。尤其我們從國內外的個案來看的時候，我們從小培養的相依性跟獨立性，這個差異其實非常大。

我記得我大學在談三代同堂的時候，1970 年代新加坡開始談三代同堂，是公共組屋提供的，不是市場，它還比較好做一點。這裡面有兩個問題，一個是文化差異性，一個是市場或是政府主導性的。

先講文化差異性，我覺得今天沒有看到的是另外一個很強悍的文化，像是北歐。我知道北歐是想盡辦法讓自己身體維持非常好，到臨終之前儘可能不要躺著，理想是病痛到死亡兩個禮拜以內，這樣的一個文化形成一種對老年行為的特別看法。

不會像我們，一看到長照兩個字，我感覺就是你準備給人家照顧。我對這兩個字都有意見，我比較喜歡的是關老師用的療育，是教育的育；我覺得痊癒的癒，到某一個階段是不可能的。我們都知道年輕時，受傷很快就能恢復，年紀大了就沒辦法了。這個「癒」，在我們的文字與文化方面，會給我們一個不合理的期望。長照其實也是有點 miss leading，我不知道該怎麼辦。

在我家，同時出現兩種不一樣的文化，我媽媽已經 90 歲，我們早上都是吃她煮的早餐，家裡年夜飯也是她煮的。這需要比較強健的身體才能。相反地我爸爸就是被人家供養的。這是兩種不一樣的狀態。我覺得長照 2.0 要給大家的 image 是哪種？引用的 case 是哪些？日本是一個很強悍的國家，也

許有些東西是在文化上或者是心理上的，不見得能全部抄襲。其實我不太懂。講那麼多，謝謝。

關華山教授：

孔老師所談的都是大格局的在掌握事情，思考都市設計或者都市更新更上層的事情。

文化資產保存或是老的空間怎麼保留住？這正是在地老化熟悉的環境，保留住，可讓老人家不會覺得一下都全部變掉了，變得完全陌生了。這是在地老化該實現的事情。

另外一個就是醫學界，台中榮總的老人醫學集合了各門各科，促成老人醫學的病床就得有，匯集不同科的醫師，進行個案診斷。它也是一個整合性門診，這些都是好事。

提到研究的部分，我一直覺得我們建築的環境，因為牽涉到環境，就是所謂的真的空間和場所。意思就是個案研究，獲得通則性的原則，其實是很難。

換言之，要求環境的研究、建築的研究屬於比較 evidence-based 的，類似醫學所強調的，恐怕要看見個案研究或者多個案研究的重要性，而不是只採樣本。當某些研究，我也不排除很可能就是實證的，也就是可以找到通則性的研究，這肯定也有。可是當落到實質環境的時候，就是個案。我覺得我們建築行門要充分理解 case study 的好處。它到底怎麼著力，這件事情我覺得很重要。

五、曾思瑜教授發言

剛剛關先生講的是比較大尺度的，而我個人能談的就是比較微觀的尺度。首先講對療癒環境的定義。所謂療癒，因為剛剛有提到個別差異性，比如說，對我們到場諸位，所謂療癒的定義、差異就很大。剛剛孔老師也提到，不同階段、不同時期，所謂療癒的元素也不同。

因為我們是關注的療癒環境，再小一點才是設施空間。對於這些療癒元素的萃取，因為個別差異性很大，很不容易處理。如果就我個人在研究上，這幾年做得比較多的應該是日照空間。日照的空間大概容納二三十個人為主。使用者會進進出出，所以怎麼樣從這二三十個人裡面去找公約數，就是重疊的部分。當然裡面還有提供服務的工作人員。我不知道以日照來說，最主要的是公共空間要怎麼樣去設想跟定義，因為這裡面還有文化差異、區域、客家人、原住民等等。

我會比較質疑將來我們要怎麼把它落實？或是關老師這邊將來要給它一個準則，這些東西的萃取，怎樣找出這些元素，是困難的。

我們剛剛是從使用者層面來看，現在還有經營者，還有設計者。因為我們也看了一些日照，有的是用舊的藥房或是雜貨店，或是香蕉新樂園，這些就是所謂懷舊嗎？有那些元素就叫做懷舊？就有療癒嗎？我覺得這方面已

有的作法是很膚淺的。包括社會大眾甚至日照評鑑，可能這邊做，那邊也做，都是這個模式。這包括經營層面、設計層面，甚至政府政策層面。

其實對長照 2.0 大家都有點錯亂。像剛剛談到的荷蘭村，都沒有去探討它真正的精神。現在 LINE、FB 等通訊軟體都很發達，大家看到了，都會一窩蜂的去參訪，不曉得是不是對歐美的一種崇拜。

因為使用者層面發聲的機會比較少，甚至我們也很少去聽他們，包括建築師也是。還有設計者，是不是太強權去決定一切？政府有補助就一直案子，但他們有沒有實際去了解使用者？所以我對長照 2.0，其實還滿擔心的。

長照 2.0 有 ABC 級，或者陳老師也推動的小規模多機能等等，我覺得政府一直要做的都是在數量上，因為數字是最表面的。

因為我們這邊都是參照日本，尤其現在的 2.0 版本應該參照日本的比較多。也就是由上而下。比如小規模多機能，它有沒有真正發揮效益？有沒有符合我們社會的需求？我覺得這些後續都需要追蹤。

我個人是比較往使用後評估的這個角度在看。真的在整體政策上，都需要去追蹤。甚至是長照 2.0，因為幾個在國內經營的設施，或者比較懂得廣告，曝光率高，往往都會帶動模倣。因為社會大眾很盲目，就會覺得這樣是一個範本。我真的覺得這是很大的迷思。推長照 2.0，某方面它當然顯現我們社會關心，但細緻度還可以再深入一點。

剛剛孔老師也談到對老年的看法，有不同的依賴型或是獨立型等等。我一直覺得很多都是我們社會大眾需要教育的，也有很多觀念、知識需要被導正。而不是只開設一些課程，而是真的要落實生命教育到一般大眾。

六、陳柏宗教授發言

就我對療癒的瞭解它有兩個目的，一個是恢復健康，一個是維持健康，但是光這兩個就已經有很大的區別了。每個人有不同等級的狀況，所以你對一個病患來講，他的首要目的是恢復健康；但是問題是當他開始想要恢復健康，其實就要為未來維持健康做準備。

現今老人病房有個口號，不是說我幫你把命救回來就好了，而是在病房區急重症的階段，就要開始準備讓你回歸社區、回歸正常的生活做準備。所以連病房的醫療、老人醫學的醫療，它都已經不是只有針對疾病的救治，而是開始在對未來的生活做準備。這也影響到現在我們在談的什麼叫做老年病房的事情，它其實也正在革命。我們講的革命，有很多本質上的變化。病房已經不再像以前，只是傳統的走廊走過去，了不起多了個陽光室，就可以叫病房。

它已經慢慢開始專科化，甚至每個都是客製化，安寧病房有安寧病房的、老人病房有老人病房的樣貌。基本上，不管是恢復健康還是維持健康，我們所講的維持健康，其實有一部分是幫助你維持常態，這就很高興了。但是維持常態的一種論述當中，其實很重要的一點，會回到我們等一下要談的，什麼叫做舒適、舒服生活的常態性，回復到舒適生活的這件事情。

因為不管是回復健康或者是維持健康，其實最大的目的，都是要生活。你要回歸到正常的生活，到底什麼可以給你的對象回復到正常的生活？這需要先思考。

這也會涉及到我們講的正規療法和非正規療法。從老人醫學裡面，如果你在病房區，好像是只有正規療法。美國也導入要有非正規療法。只要在醫學上沒有任何身體損傷，是可以把這一部分的東西引導進來協助，這叫做非正規療法。例如太極拳看似沒有多大益處，但是他喜歡，他覺得對他自己有幫忙。你沒有什麼權益可以阻止。

友善高齡醫院可能是未來我們必須要去面對的東西。所以，未來如果我們有所謂人的活動，對象會分級，包括急重症，有長期照顧，失能，失智等等。就這些來講，正規療法與非正規療法，會開始呈現一種互補的狀況。

我們在談的，怎麼樣互補？而這互補的狀況會影響到我們空間環境互補的設計。包括從醫療單位、護理之家、長期照顧的機構，甚至最近比較夯的社區照顧系統，再回歸到我們住宅的環境，不管是老人住宅還是一般住宅，這種層級對於正規療法與非正規療法，就有一種互補的層級介入。

所以回歸老師在談的第二個問題，我覺得當像這樣的理念開始形成的時候，未來高齡社會和超高齡社會的狀況，我們開始不是只有在發展正規的醫療體系，而是在發展什麼叫做非正式療法體系。

但是非正式療法有個很大的特徵，它會跟地域有關。它會跟你在都市、鄉村，在任何場域，它會發展出不同照顧或是文化的事情。相對來講，就是你有不同療法，不同的活動的導入。我們必須要能夠去辨識，在不同的場域，不同層級的這種空間上，到底可以導入哪幾種的基本模式。在地的特色可以有什麼樣發揮的機會。當這樣子來談的時候，你就可以看到，其實那代表的是我們建築界常常在談的，什麼叫做最基本的人需要的活動，那些療法必須要有不同的活動設計、不同的情境。就像剛剛黃老師講的情境設計。

但是那是因地制宜的方式，當這樣慢慢開始形成的時候，我們的建築空間應該要提供什麼樣的空間，讓這樣的行為或是這樣的模式可以發展出來，和它有個別性、個別化的設計。所以這件事情，不是只有所謂的療法有對應的環境，未來在更深一層的可能要再探討。而在地的環境裡面怎麼運用環境。我很喜歡用陳老師常教我們的怎麼樣用環境來照顧人。怎麼樣運用環境的地景、地貌，可以得到平靜的生活，覺得健康的生活，因為這樣可以接觸到好山好水，他的健康可以維持下去。

用自然來做療癒這件事情，才有真正的價值跟意義。所以基本上我會認為超高齡社會應該是要開始發展這一部分的 know how。我們必須要教建築師懂這些東西，而不是只有制式的標準，像空間計畫永遠都是只有那個樣子。

當在談環境設計的時候，可能有幾個要件，就是我們所謂的：安全、便利、舒適；其實最重要的是在談舒適的層級。舒適的層級要回歸到聲、光、熱、氣。控制它的聲音，它的光線，它的溫度，它的空氣品質，更進一步還

有一個更重要的叫做美學。什麼東西是美、什麼叫做順眼，這個是更重要的事情。一個東西做得再好，但看起來就是讓人很受不了的環境，每個人都想要往外跑，這根本沒辦法叫做療癒環境，是沒得談的。所以基本上我覺得這是基本的要件。

第三件事情，我們在談的很多案例，怎麼樣去談療癒的環境啟發，我覺得很多事情不會只想要看樣貌而已，我會想要知道它背後的 knowhow。就像我們講的溪湖的日照中心，雖然設計的像學校，事實上他把它變成一種終身學習的概念，所以他為什麼每天進去的時候，要先唱完國歌以後才開始後面的活動。事實上有他背後的一套邏輯和照顧的方法。為什麼北部可以放國歌，南部一定要放日本歌。不同的照顧文化，背後會有不同的照顧模式出現。

我比較喜歡的是，我知道不是只有去學他、去抄他的那個形體，其實你要知道它背後的 knowhow 是什麼，包括溪湖日照中心前面有一個社區的餐廳，他強調的是學生或者是孩子，下課或下班可以在餐廳裡面；把爸爸媽媽帶出來吃個飯，我們就知道怎麼樣的生活叫做 smooth，叫做維持健康，維持舒服這件事情。所以我覺得是背後環境跟軟體要 combine 在一起。我們台灣要怎麼發展背後的這個事情？

就好像我們講的，在宜蘭也有把這個情境帶進去環境裡面。他的設計就是，這裡有中正路、富國大戲院、台山國小，他就把在地的文化轉換成那樣的情境。設計到設施裡，你可以看到他怎麼樣讓患者可以維持穩定的狀況。所以在台灣每個地方都有有趣可愛的地方，其實都在發展他自己在地的 know how，那一部分所謂療癒的啟發，其實是找類似這樣的設施，在談他背後的邏輯是什麼。

我在演講的時候，常常最喜歡講的是像斗六小太陽日照，現在已經不見了，他用台灣的傳統建築，前面就是傳統正身的房子，有花園綠地，它照顧不會超過十個患者。但是所有失智症患者在那裡面，你幾乎看不到問題行為的發生。他一直在那裡面生活，一直到他走。人生要走了，他還笑笑的，覺得人生很圓滿。

像我們在荷蘭村，曾經有他們的設計公司來跟我們分享，它的照顧人力幾乎快要到一比一。雖然每一個人一個月花了將近要一萬塊美金在那個地方生活，但是它發展出來的 knowhow，包括郵局、吧檯、戲院、單元組合，在那裡有三種不同的生活模式，它背後的 know how 比我們網路上看到的還要有價值。

也許我們台灣太習慣只看那個 form，就覺得好像背後的東西我們都可以了解。但事實上，我們發覺到在過去的幾年經驗裡看到的是，我們要知道他背後的 knowhow 所發展出來的那個 form，才会有價值。

所以在回答老師第四個問題，你對長照 2.0 的看法是什麼？我覺得其實長照 2.0，最大的不是在於它建構的網絡，其實是幫我們台灣勾勒未來的一個夢想，他先把夢想講給你聽。他為什麼強調怎麼樣要自己長出來，其實有一部分就是在談在地的文化，你必須要有不一樣的思維，跟不一樣的照顧模

式出來。但是，我覺得有一點是建築界比較欠缺的，事實上我們的內部空間的品質，光一個長照 2.0，從日照到小規模多機能，到團體家屋，我們在陳老師的帶領下，才開始對建築師做教育。

我們要開始做巡迴的演講，告訴他們說，其實這些東西該怎麼設計，我們知道的 knowhow 怎麼樣散播出去給建築師。要不然建築師關起門來，一間一間分隔，都沒有辦法運作。

另外一個迷思是，我們建築界好像只在乎內部空間。事實上，我們對外部空間的 knowhow 是零，包括醫院也好。我們在國外，所有的健康建築、療癒花園早就已經被談到不想再談，但是我們台灣的醫院，幾乎沒有人發展這一塊，好像也沒有人在提醒這一塊。所以你現在看到醫學中心做的花園，沒有幾個人要去，根本發揮不了恢復健康的功能。更不用講我們現在談的長照 2.0，這些社區照顧的設施。我很喜歡埔里基督教醫院的團體家屋，它是用三合院來做中庭，提供了一個很在地的生活來做體驗。他怎麼樣把人帶出去團體家屋，他可以到街頭巷弄去買東西，這個就是我們講的什麼叫做療癒環境的設計。

我們目前的困境就是我們有很多都是既有環境去改的。特別是在社區照顧設施，我們根本看不到什麼叫做台灣應該要有的原本樣貌的雛形。我們在新建工程比較能夠達到滿足這樣的需求。但對於這類的新建工程，臺灣目前是很少的。

在前瞻計畫上，為什麼可以做長照計畫，可以加強新建工程的這一區塊。

其實我還滿樂觀的就是有機會台灣可以發展 know how，不然都一直用舊有建築物去改。事實上舊建築物限制太多原本要設定的條件。

所以我們覺得長照 2.0，它不是只有提供一個框架、一個理想，而是它提供了相對應的條件。這是我們為什麼在講長照 2.0 是不能失敗的，也不應該失敗。

回答老師第五個問題，包括體系的設施跟環境或是硬體的部分，從基本的計畫層面，我們必須要從這個體系幫忙釐清，把正式療法跟非正式療法怎麼去做搭配，稍微適度地做交代跟整理，讓人家知道，原來我們要談療癒環境，而這些必須要被探討。

然後把目前台灣發展的困境，把它指出來，包括戶外空間的困境、既有建築物室內空間發展的困境，這些也許都需要去被提出來。以上是我目前跟老師分享的。

關華山教授：

謝謝。陳教授剛才談的等於是多年的心得了。這麼多年，其實幾位都是這樣。我們的座談會正是希望借重大家過去的經驗，對這方面的關心與投入，真的是太好了。

會議照片



二、第二次專家學者座談會

時間：106年8月1日上午09:30~12:00

地點：東海大學東海書房

與會人：財團法人獎卿護理展望基金會 杜敏世秘書長

財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會 黎世宏執行長

雲林縣老人福利保護協會 林金立理事長

公共電視台新聞部 周傳久助理教授

內政部建築研究所綜合規劃組 張志源助理研究員

東海大學建築系 關華山教授

主持人：長庚科技大學呼吸照護系 張玫萍講師

會議記錄：東海大學建築系 蕭雅菁助理研究員

工作人員：東海大學建築系 劉雅婷研究生、周建猷研究生、翁梓綺研究生、鄭運達研究生

會議紀錄

一、張玫萍講師：(開場介紹，略)

二、關華山教授：(PPT簡報，略)

張志源先生：

我們不斷在思考何謂療癒性空間？究竟該具備什麼樣的條件。剛好透過今天座談會與在座的學者們一起談討。

療癒本身就具有解除痛苦、傷痛的意思存在。當療癒與建築融為一體的時候，透過設計，能讓人產生舒壓、放鬆。怎樣的空間是屬療癒性空間？空間是否能產生讓身、心、靈都能夠自在，抑或是忘掉不愉快的效果。

療癒性的環境不只是涉及醫療環境的部分，而是跟日常生活息息相關的。所以我們在想，這之間是不是有一些關聯性存在，並給予定義。

關華山教授：

如果我們這個計畫今年能夠把建築界變成一個大團隊，往後做這個研究都要分工合作，才能比較快的有成效。建築研究所若能召集大家一起分頭進

行，屆時即可互相配合，出來的成果就可以整合。若有這樣團隊，研究能量就更大了，而且可以反映在政府政策的推動、實施上面。

二、座談紀錄

杜敏世秘書長：

對於高齡者「療癒／育性環境」的理解與看法：

1. 療癒／育需要有實證之依據，以住民實際之身、心、靈的結果差異來判定，而非提供者主觀認定的環境。有許多機構將某區佈置成一個景點，例如斗笠梭衣或雜貨店，立意雖好，但即使是寸土的台灣，每個人的懷舊背景都不同，懷舊布置效果是值得懷疑的，但一個可以共同休閒交誼的舒適空間，可以進行不同目的的空間是必要的。
療癒的目的就是要快樂，最簡單可以從觀察他的表情看出來是不是快樂。舉幾個實際案例：案例一是文山日間照顧失智個案的丈夫表示：你們哪天有音樂治療他很清楚，因為有音樂治療的那天他太太回家時心情就很好。當聽到這句話時，我們就知道音樂治療是有成效，且很重要。案例二為機構有位高學歷的長者看不起卡拉 OK 活動，不肯參加，認為是靡靡之音，但有次有美國回來的學音樂的志工來表演，他參加了，之後還問：「什麼時候還會有這種表演？」言語表達他的期待，這是因為他過去的喜好與記憶。案例三是有位彈吉他唱歌的志工每次表演完，選定一位九十多歲的住民聊天，每月一次，歷經三年，成為忘年之交，長輩會期待他的來臨，志工表達會一直陪伴到老人家人生的終了。
2. 多元化之活動設計是必要的，我們機構辦理的多元化活動包括室內及戶外二種。最受歡迎的除卡拉 OK 外，是烹飪活動，很多長輩樂於親自參與烹飪活動。我們在設計任何活動的時候，都要順便去學習與練習每個感官的部分。例如關於吃的活動，就可以一方面做吃的一方面做營養教育。比較大的問題是貯藏室的空間要夠大，足以收納各種活動器具以及衣褲等等物品，所有東西都要分門別類儲存以供日後重複使用。所以包含失智住民的個人物品置放（洗臉巾、水杯、藥盒...）、用餐空間、衛浴空間等等都需要特別設計過。建議是不要分個人的，因為個人的常常有紛爭造成困擾，最好是大家統一的。
3. 另與社會活動有關係的，例如節慶等，都是由社工負責；其他活動則由職能治療師來負責。表面看似每個活動都在玩，但其實都在訓練他們的各方面的能力。我們機構目前最遺憾的就是沒有庭園，有庭園的話，坐在那邊自然就會產生快樂感。

周傳久助理教授：

De Hogeweyk 被認為是世界第一個失智村，其實是因為 CNN 報導，它並不是第一個，荷蘭在之前已有數個案例。荷蘭人做這個事情非為了要去服務有錢人，目的為了賺錢不符合荷蘭人的價值觀。Hogeweyk 失智村雖然收費

貴，大約要 7000 歐元一個月，但費用一般是可以用保險來支付的。

療癒性環境我第一個想到的是人觀的基礎思維，例如基督教相信人是上帝按他的形象所創造，有人卻相信人是猴子所演變，對人的定義影響對療癒/育的看法，所以人觀的基礎思維要討論清楚。第二，失智者的暴力行為與異常言語造成照服的壓力，有 62%-65%是來自於環境的問題與照護員與他溝通的方式，這些都可以用來支持、佐證環境是非常重要的。

對於人觀的了解，對應到什麼是幸福感？就可以演繹出不同的看法。這幸福感有基本款幸福感，另一個是個人幸福感。療癒/育的環境聯想到醫療、物質外的感擴，可以避免疾病，增加安全感，更高的層次是靈性方面的需要。一個療癒/育的環境能輔助對藥物的照顧，在長照能有一些幫助，不只是增加安全感、幸福感，而是能發揮一種牽引力。

營造療癒的環境策略方法是什麼？還有可能採取的功能是什麼？例如像五感，五感不只是表面上的五感而已。講到視覺，不是只有看得見的；講到聲音，不是只有聽得見的。療癒空間要保有若干的彈性。空間要保有某種的彈性，可以讓每件事情都有機會發生。例如國外的一些情色畫展等等，它就是要保留一些機會跟彈性，讓人能夠符合他的期待。

幾個案例分享：

1. 以色列失智者照護環境，他們戶外的氣候比台灣熱，只是氣候比較乾。他們有一個觀念，上帝給的東西，為什麼不用？給的陽光、水，為什麼不用？把他們關在屋子裡面開空調有比較好嗎？寧可要一些大樹。
2. 加拿大的例子有關華人的老人？會影響到這個地方的開放空間怎麼規劃設計？老人怎麼睡覺、有沒有打呼、吃什麼，都會對應到廚房或是等等設施怎麼設計。那這些跟療癒有什麼關係？其實精神都是很像的。
3. 奧地利的療癒花園，不是只有自然景觀，另一個重要的是，還會有定期的療癒活動。他們的景觀會為設定的活動而預備，自然庭園會跟活動有所關聯，不是只是一個花園而已。
4. 挪威有一個失智的機構的療癒花園，是由護理師共同設計的，護理師較有失智照顧的經驗。挪威的另一個療癒性花園，兩三人一組，自己去選擇想要研究的議題。如果有一天，老闆看到社會有某個議題要發展，就會請這些護理師做實驗研究，之後成為種子護理師。挪威有一個很好的安寧病房，旁邊有一座療癒花園，這就對應到前所提的「人觀」，因為在一個基督教的機構裡，跟上帝的關係會呈顯在療癒花園的設計，佛教亦同。

到底哪一種能接觸到人心靈的那個最需要部份，我認為需尊重不同的人，採取一個開放的態度。很多的硬體可能會有用，但是人心理真正得到最真實的安全感、幸福感的那個要素是什麼？如果能夠反應在環境的設計，以及這個環境所營造出來可能的生活步調，大概會比較有機會一點。

林金立理事長：

我想療癒一定要有效果存在，不管是對照顧或是醫療方面一定要有效果，有效果才能讓工作者降低負擔，讓使用者、被照顧者的狀態能改善，才是一個良性的循環，我想前提是這樣子。一個熟悉的環境和一個產生新經驗的環境，如果講說「人的體驗」，這是兩個不同的地方。

如果我是一個完全有自主行為能力的人，我可以自己選擇。我要選擇留在熟悉的環境，還是選擇到完全全新經驗的環境，因為我是自己選擇，這些對我來說都是療癒的過程。可是當被照顧者是沒辦法自己選擇的時候，對他來說都是一個新的經驗的環境。如何讓這個新經驗的環境產生成效，例如我現在要從住家到機構去的時候，我怎麼在這過程中產生安全感，所以我覺得療癒的第一個前提是要讓他有安全感，第二個是我本來在很熟悉的環境，可是這個環境可能讓我覺得對人生很沒有希望了，我怎麼讓他在這過程中產生新的喜悅的體驗。「安全感」和「喜悅」的體驗，這兩個元素是療癒環境裡面必須要有的環境。

乙烯膽鹼是一個因為喜悅、舒服和安全的體驗而產生的腦內物質，它可以讓人的認知功能提高，所以它可以大量的運用在失智症的照顧。例如：十年前日本照護設施為老人洗澡是運用洗澡機，十年之後他們選擇回來用人協助洗澡，還讓他們泡澡一下，因為他們發現這樣可以讓失智症的長者的乙烯膽鹼濃度增加，所以洗完澡之後，這位長者就變得很好照顧。乙烯膽鹼濃度增加，認知就會提高，就會比較快樂，家庭氣氛就能平穩。

所以療癒環境搭配服務一定要讓它產生這種成效，就是乙烯膽鹼濃度增加，但是還是需要兩種元素，一是讓他覺得安全，並且有喜悅的新的體驗。二是環境要讓長輩有「我自己可以做一些事情」的意識。在環境中要有喜悅的感覺，培養新的意識改變，才有助於長者狀況的改善。以下幾點可注意：

(一) 日本的照顧環境大量的利用陽光、通風

1. 溫度還有光線的變化，對於長輩的照顧是好的。可以讓他回到現實的感受，有現實空間的存在感，覺得我是這個空間的一份子。
2. 安全、通用特性很重要，另外就是如何讓他方便跟熟悉使用空間與設備。例如廁所牆上貼個大號的圖，讓長者可以直接了解那個環境可以做什麼。
3. 環境必須要感受到四季的變化。如該有櫻花的時期就要有櫻花的存在，季節該有什麼就要有什麼出現，以提示四季變化。
4. 要有節慶裝置的變化。該什麼節慶就要有什麼佈置變化。

總和來說就是要有文化和社會的元素在當中。我們現不刻意強調懷舊，這幾年將懷舊「空間」改為懷舊「佈置」，因為不是所有老人都需要懷舊，而且每個人懷舊的時空點也不盡相同。

(二) 讓長輩有自己的空間。

好的照顧空間才会有療癒效果，才敢讓照顧的對象在空間內自由的活動。如果我看不到長輩們，我就會緊張，然後我就會限制他們的行動。所以一定要考慮到他們的照顧空間，可以容易的被看到。因此現在發展出

one space，就是一個空間我可以看到所有的人，但又可以各自做想做的事情。每個人在空間中都有各自的社交活動，但照顧者都看得到，這能讓彼此都有安心感。照顧者傳達出安心感，被照顧者才會知道（也感到安心）。因此在空間需求的概念上開始產生不一樣，

(三) 對外、人際交流空間

台灣早期傳統照顧空間，都會有一個很大的大廳。長輩走出房間，就是一個大廳，完全沒有自己的空間。交流的空間直接對外的，既沒有隱私空間，也沒有和家人、朋友的相處空間。所有跟外界的空間都是對外跟社會的交流的空間，這樣空間就不容易產生自己的信任感。

總結來說，要建置一個有生活感的空間，首要有一個很安全的照顧，但是我們設施對外提供的服務空間，可以讓外人來使用，想的是一個服務的概念，把空間釋放一點點給民眾。70%是我提供給我的使用者，30%提供給社區，保留空間的彈性。好處是整個社區的機能增加了，社區服務就多元了。

(四) 日本比較療癒的案例

日本東京巢鴨有一條街，全部都是老人在消費，也很便宜。商店街賣老人家熟悉的東西；每次也都有不一樣的東西，會產生喜悅和新鮮。一定要有廟宇，一定要有無障礙的街道；街道店面也會有擺桌子椅子，給老人家休息。這樣的街道特質與老人就會產生一個非常好的互動。

另外在四國也有另一個案例，這個社區就是透過小規模多機能的點，在現有社區的生活環境中找出幾個老人家的停留點，例如：神社的前面、雜貨店的前面、以前社區活動中心的前面，在這些老人時常停留的地點設置老人服務場所，整個社區就是他們照顧的對象。從平常時就和老人家做互動，從中製造生活感，這樣在老人家有需求時就很容易找出對應模式。最重要的是老人家會一直在他熟悉的生活環境中走動，在這些停留點上做佈置，失智症的老人也會在這些點停留，就不會走失。一個穩定安定的生活環境，老人家自然也不會躁動。

黎世宏執行長

我覺得在療癒性環境的部分，日本的照顧系統跟社區整體融合的狀況似乎比台灣來得好。或許是因為在社區裡面會有一些小的微型日照概念。

那裡的社區有一個很重要的概念，他們的機構都會開一扇窗、一扇門給社區。反之，台灣基本上會比較怕被別人影響，希望外人不要進去機構，怕會嚇到老人家。但他們的社區是可以讓人隨時進來的場域，讓老人可以與社區居民一起互動參與。在台灣我很羨慕那種可以將三合院、祠堂或家屋改造成社區裡的日照，那些就是我們老一輩的生活環境，但是現在成立的日照慢慢的走味了。

我的日照現在因為建築不給拆，所以都是去找像以前的活動中心來改建，例如講台的部分我會將它整理起來，鋪上榻榻米，這樣就像他們以前睡的通

舖。我永遠記得，當榻榻米裝好的時候，長輩第一個動作是什麼？長輩會去聞榻榻米的味道，因為那是他們以前熟悉的味道、早期的記憶。

其實在台灣的社區裡面，從長照十年，我們最常推的就是要去做日照。為什麼呢？因為日照的空間，其實不容易取得，因為要符合建築法令、區間規劃、消防等等...。台灣的日照早期觀念就是要大，現在長照規定下去又更大。反之日本的都是微型的，小小的，用舊的環境去改一改，這樣的環境、空間的設計可能會比較適合社區裡面的情境。像我的失智症家屋，是用以前的一個洋房改的。它就是像家的感覺。那長輩來到這個環境，不用再去重新適應。

杜敏世秘書長：

我認為做建築的人，缺少了對於長照環境這方面的教育。他們多數並不了解我們所需要的空間。直接畫圖，但結果其實是不符合我們所需的。例如：只會把床擺上去，衣櫃也不夠；一進房門就看見一堆東西，一點也不療癒，所以建築教育責任非常大。而且我們的空間根本沒有實證研究，所以實際使用非常不便。

黎世宏執行長：

其實台灣，真的懂得有關於台灣照護環境的建築設計師真的不多。可能這個領域市場不足，加上需求並不算很大。

就像我去找某位友人，問他說空間是找誰設計的，怎麼會設計成這樣。對方則回我說，這是我們長期配合的建築師做的。但我覺得這個一點基本常識都沒，對於一個長照環境、空間，他們大概都不了解。如果台灣長照未來是一個很大的市場，那我們就應該針對這個範疇進行加強，各個協會可以多交流，資訊會比較好、比較齊全。另外，也不曉得什麼時候可以找得出來屬於我們自己的風味，例如建材等等。

杜敏世秘書長：

老人要維持現狀的肌力，一定要運動，所以我們也一定會設置復健、健身器材。所以擁有一個運動的空間非常重要。

關華山教授：

台灣能做到這樣的老師實在是個位數，那建築師更少。所以我在想說這個計畫，既然是往後高齡社會、超高齡社會，後續希望能夠以此來做培訓或是給建築師公會，來讓建築師參與。那麼學校真正有在講老人的也就這幾個。

黎世宏執行長：

像陳政雄老師、黃耀榮老師等，學界都是這幾位在談老人議題，我覺得建築系應該要列一些相關的必修課程。

周傳久助理教授：

同理心產業跟同理心社會是重要的，其他國家因為有服務設計系，服務設計的人，若他不了解，他懂得如何去建立溝通的橋樑，那他們也會知道怎樣的環境合適。如果有服務設計的人，他會懂得如何去操作的邏輯。

杜敏世秘書長：

我做了 20 年，這個 A、B、C 出來之後，我現有的機構單位不在體制內，無法列入獲得政策補助。

黎世宏執行長：

我覺得台灣的長照都非常悲哀，因為我們台灣都不會有一套百年之計的長照規劃，而是跟著政治在跑，跟著 ABC 在跑。政治的因素影響太多長照的部分。我覺得日間照顧中心是社區照顧發展最重要的基礎。如果把日照做得穩，要發展其他的都很容易。可是我們長照十年下來，為什麼日照做不起來？都是法令的問題，因為空間取得太困難。我們欠缺一個有力的中央整合單位。把老人要的條件全部開出來、空間的限制、消防、營建等等。

政治界只要看數字，數字只要達標即可。鎮長他們那些努力，也都是為了要數字而已。

關華山教授：

我覺得我們都在往外看，都在看別人好的東西，而沒有從現實出發去找出真正的問題，去解決問題。

大陸現今社會變遷快，常需要訂出自己的法，自己去解決自己的問題。他們也得自己想出辦法去管控不同的事情。

黎世宏執行長：

阿里山鄒族的部分，很多空間都變得比較小一點。幾乎所有的地都是阿管處、林管局的。我們現在能用的都是社區裡面僅存的空間。在樂野、達邦、特富野都有日托。原住民自己是有能力可以建置他們原有的住宿環境，但建築師不了解根本蓋不出來。如果是他們透過自己蓋起來的房子，他們一定會很開心。

周傳久助理教授：

弱勢的自我實現者，這就是他們要的日照。

關華山教授：

怎麼自然，就怎麼好。

黎世宏執行長：

日本沒有一定的課表，也沒有什麼躺椅文化，台灣因為有午睡習慣才會
有躺椅。很多東西來自民族性的不一樣。很希望跟被照顧者是有交流的。是
不是有東西可以互相交流或是留下來的。

周傳久助理教授：

如果台灣能夠把延緩失能改成延長獨立，這樣會不會比較好？

杜敏世秘書長：

最近美國的 geriatric nursing 雜誌中有許多有關失智症照顧的文章，其中
也談到幫失智症個案洗澡極其困難，我們機構有幾位男性個案，為洗澡傷透
腦筋，他們拳打腳踢，決不肯洗澡。文獻報導，將浴室佈置得很溫馨，放個
案最愛的音樂，沒洗前就先和他開始唱歌，效果會很好，值得我們去嚐試。

黎世宏執行長：

在機構裡觀察到按摩對降低老人之憂鬱及焦慮是有效的，接受按摩服務
後老人明顯達到身體的放鬆、情緒安撫的作用，老人家幾乎都喜歡按摩服
務。

關華山教授：

感謝各位專家與會，提供本案很多實務上寶貴的意見及看法，我們將彙
整參考，讓研究成果更趨周延。

會議照片



三、第三次專家學者座談會

時間：106年9月20日上午09:30~12:00

地點：東海大學東海書房

與會人：雙連安養中心 蔡芳文執行長

財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會 李希昌執行長

台中市政府 林依瑩副市長

東海大學社工系 鄭期緯助理教授

內政部建築研究所綜合規劃組 張志源助理研究員

東海大學建築系 關華山教授

主持人：長庚科技大學呼吸照護系 張玫萍講師

會議記錄：東海大學建築系 蕭雅菁助理研究員

工作人員：東海大學建築系 賴靜儀研究生、劉雅婷研究生、翁梓綺研究生、鄭運達研究生

會議紀錄

一、開場

張玫萍講師：(開場介紹，略)

關華山教授：(PPT簡報，略)

二、座談紀錄

蔡芳文執行長：

台灣開始在療癒性環境面相的研究，雖然不能馬上見效，但是以長期來看是非常重要的。

這四個議題以實務面的經驗來向大家做報告：

1. 療癒/育性以身、心、靈全面的角度開始是非常正確的方向。提到療癒性便會讓我想到兩個議題：1) 私人居住的環境，2) 公共的環境，以這兩個範圍去思考。

在高齡議題中，65歲之後定義為老人。人幼兒時不管是細胞還是骨骼都是一直在成長，但是到了65歲之後便開走下坡，在75到100歲的過程會一直慢慢失能，所以建構環境要符合需求。

以雙連為例，將老化的過程分為七個階段，讓我們知道怎麼將需求和療癒/育性做結合，成為更為專業的照護環境。七個階段分成：

- 1). 健康老人，也就是生活可以完全自理。
- 2). 輕微失能，如：拿拐杖就能自行行走。
- 3). 中度失能，如：偶爾需要坐輪椅，但不是長期需要。
- 4). 重度失能，如：90%~95%的時間需要使用輪椅，甚至是臥床。
- 5). 長期需要被照顧，如：插2管的高齡者。
- 6). 失智症。失智又分為兩大類：

(1) CDR1、2、3，記憶退化但還有行動能力，此階段會有 12~15 種症狀。

(2) CDR4、5、6，深度或末期失智，需全時照護。

7). 臨終關懷，以前只針對癌末患者個案，目前政府已發布八大非癌末期疾病納入健保的安寧療護給付，讓患者於臨終前能有適當安寧緩和醫療資源介入。

所以我們看高齡社會應該是用這七個階段來看，而環境則要如何符合這七個階段？如果我們要推動療癒性花園，要如何符合它？所以除了從大環境著手，還要針對日常生活，如：

1). 日常用品，如：平日使用的床、沙發的高度，任何生活中會遇到的。

2). 高科技產品，即服務連結器，這些產品是否能符合老年人使用。

所以在這個研究中，環境不應該只有定義比較狹隘的，應該要更廣義的去講環境。

1. 長照 2.0 於去年 11 月 1 日開始，原本政策以長照保險為主，在政黨輪替後政策改為長照 2.0 的模式。雙連於長照 2.0 推動的時候，在新莊建設了四棟建築，做為日間照護中心、居家服務、社區照顧關懷據點、銀髮俱樂部等的地點。而大多數進入日照中心的老人多為 CDR1.2.3.的狀態，因此在無障礙空間、療癒性花園的部分就更顯得重要。

2. 「在地安老」的環境

我回想起 22 年前成立了一個視障基金會，並藉由一次活動帶盲者們到公共環境中，實際使用街道的導盲磚。盲者們反映台灣的導盲磚有問題，不但沒辦法指引方向，還會讓使用者跌倒、造成危險等問題。

在「在地老化」上，公共建設對視障者、乘坐輪椅的老人，甚至一般行人真的能夠友善、無障礙嗎？藉由實際的體驗都發現是不足夠的，無障礙的需求並沒有被落實。因此當我們在和建築師進行討論時，都會要求對方體驗身障者的生活，藉此更實際的體會這些需求、達到空間的要求。此外還包括心理層面，因為在高齡化的環境裡，需要從他的身、心、靈去考慮。

3. 以高齡者為中心的設計

雙連照顧的老人超過 1800 人，在每日的相處中除了感受到慢慢失能的七個階段，同時孤單、擔心、害怕的情況也越來越多。由原來很健康到失能、中風、帕金森氏症，這些過程我們都很難體會，只能由長期和他們相處才能感受到內心的孤單和擔憂。因此我們只能運用環境、燈光、色彩等方法，不敢說是解決問題，但起碼能夠藉由多種療癒性方式的協助，去舒緩這些負面消極的狀態。所以未來要真正達到生理、心理的無障礙都是需要去講究的。

我以雙連裡照顧的近 100 位失智高齡者，有 66 位 CDR1、2、3，40 位是 CDR4、5、6。在照顧他們的部分要考量生理、心理的無障礙。我舉個例子：電梯對有些老人而言是恐懼的，因為部分老人的生活環境是不會使用到電梯的環境，也因此搭乘電梯時的震動與聲響，都會引起他們的不安。因此，為了減輕恐懼，除了在電梯內擺放椅子，並讓家屬及社工陪伴老人數日，來

讓老人家減緩心中的不適與恐懼；同時為了避免危險，也在電梯設備上運用 72 個紅外線來感測關門的時間點，以及搭乘電梯時的狀況。這些都是在談生理和心理的無障礙。

現在我們在做高齡者的照護，我們把它歸類大約 150 幾項要點，如何融入我們也一直在學習。所以很高興新莊的案子可以做起來，達到生理、心理的無障礙的理想。

4. 最重要的是尊重感

整個環境氛圍是否尊重高齡者？例如：進門時服務台的高度，高度 75 公分高，深度則為 25 或 30 公分，這樣不管是站著或坐著，或者是已經坐輪椅了，靠近時腳都可以伸進去、輪椅都可以靠近，因此他可以跟工作人員平起平坐，還可以對話，服務台設計太高會給人不尊重人的感受。我們做高齡者的環境，應該以高齡者為中心，同時這樣的設計一般的民眾也能使用。這樣的設計能讓高齡者感覺被尊重，就是「雖然我已經失能了，但我還是可以跟你平起平坐。」

李希昌執行長：

藉由照顧的實務經驗中的體驗來和大家交流分享。

1. 療癒性環境並非是痊癒治療，而是身心的安舒。

在高齡這個階段，老化是不可逆的過程。生理、心理在衰敗、恢復之間反覆循環，但他必須是慢而順的過程，並得到應有的尊嚴。我想這些是我們能夠去提升的。

這個看重的價值是在人到人生最後的階段應該有的尊嚴。當然如果我們沒有重視這個議題，這群人可能是弱勢、是會被犧牲的。因此我很贊同這個研究，將來高齡者在人生最後階段是能更有尊嚴。將來若能有更多人投入這個研究，高齡者在這個階段能夠感受到的是愉悅及生命的意義的，這些是我對療癒的一個看法。

2. 服務單位於長照 2.0 現階段面對的執行不順暢

我們參與了長照 2.0 前面的試辦，這邊分享我們配合整合的狀況和優缺點。事實上這個制度對服務提供單位來說有一點點的錯愕、有點轉向加速推動的感受。很多時候都覺得配套措施尚未預備好，所以在政府還有民間單位的整合上，有很多地方是不順暢的。這很實際，比方說：我們希望 A 級單位的個案管理師能夠扮演什麼樣的角色，而他跟政府單位的照顧管理專員之間有甚麼樣的權責劃分，這就不是很清楚，而且會影響到社區整體資源連結的接合。

例如：今天照顧管理專員到民眾家做評估，他透過現行 A、B、C 的評估工具去產生的照顧計畫，並不是最後實際實行的照顧計畫，當中的落差相當大，必須 A 級單位再去跟個案做溝通、調節和調整，再訂出服務計畫，然後再傳到照顧管理專員那邊做修訂，才能擬定真正的照顧計畫。那麼照顧管理專員在這之中是否做了很多白工，也就是說評估的準確性跟價值是不是產

生了很大的效益問題，所以在評估工具和教育訓練都需要去調整、討論。那要如何分工以及人力的配比，如果主要的工作都在個案管理師的身上，那麼個案管理師是不是有足夠的訓練和充份的能量去處理這些事？

舉幾個實例：

- 1) . 如果今天通報一個複雜的個案，這個個案可能需要居家的照顧、居家的護理、居家的復健還有其他服務的時候，那麼這個個案應該是由誰來擔任單一的窗口，他不可能跟每一個單位去聯繫，那這個長輩可能會錯亂，若是由 A 級單位的個案管理師負責，那他需要有足夠的能力和時間，和個案的數量限制去做高品質的工作，那麼他就必須要成為個案品質的把關者。那有沒有相關的定義，讓這樣的角色可以發揮，目前在這個部份都還需要更多的討論和考慮。
- 2) . 在日本的一個小規模多機能中的個案管理師，他的照顧個案是 30 個而已，因為他要面對很多複雜的情形，像是什麼時候回家裡、什麼時候來日照，他必須做很好的照顧管理工作。但是在台灣我們把這一部分做得太輕忽了。所以政府要民間單位做，就應該要給民間單位更多的資源。當然在這個過程不是沒有好處，整體的照顧資源在個管的發展上是有價值、有意義的。

當一個案長期使用居家照顧服務，在接受鼓勵來到日照中心後，他感受到在人際互動、社交上帶來的變化，他是會樂意再多參與的。

所以所謂的多元彈性的服務，在長照的 A、B、C 模式裡面，是可以看到它的效益，我們是可以推廣的。但是同樣的問題，在資助的部分還是沒有很清楚。如果一單位提供居家照顧、日間照顧也有交通接送，就有辦法負擔成本，但是萬一在某些地區，是有不同單位來執行這些業務，便會產生很大的困擾。

3. 整體照顧環境

1) . 在地安老從居住環境開始

日本在做社區的整體照顧是從要出院準備就開始，第一個工作重點是在居住環境，即是住宅為基礎。住宅是他們非常重視的一個步驟，所以長輩或身心障礙者要出院回家的時候，他們的復健治療師或評估人員會對他們家裡的無障礙及設施等做詳細的評估。然後是整個社區來迎接他從急性期回到恢復或長期照護的時期，他們在這方面做得仔細徹底，政府和民間單位的團隊已有嚴謹既定的制度。但台灣在政府和民間單位之間的參與資源整合都還不夠協調完整。

2) . 連續性照顧環境的建立

以我們機構為例，由於環境的前身是校園，因此環境本身就較親近自然。庭院中有不少樹木與植栽，同時建築物本身多是平房或三合院，因此長輩在來到這個環境會比較沒有壓迫感，同時也較容易適應，因為校園是大多數人記憶中熟悉的環境。庭園設置了環狀的步道，讓長輩在散步時能夠是輕鬆，並安全平緩的。同時他們在這邊也能有較多的五感

刺激，包括視覺、嗅覺、聽覺等，在這個環境裡面我們並沒有刻意去塑造，事實上在後面的觀察，發現這些五感的刺激是很充分的，而他們身、心、靈的愉悅程度也會因為這個環境而提高。希望藉由這個園區繼續發揮深化，讓長輩在童年記憶中熟悉的環境裡來達到療癒「安舒」的狀態。

以我們過去的經驗把健康、亞健康、失能、失智到最後必須在這邊做住宿型服務的長輩，放在同一個園區裡面，所以他的照顧必須是連續的，彼此生活也是有交集的。因此當他在這個過程與服務當中流動，他並不會覺得被遺棄或被轉移到陌生空間。所以我覺得我們這樣一個空間環境有一致性，不管是人或環境設備，甚至是社交活動，他們彼此都還有共同的連結。因為當中沒有中斷，所以才能形成讓長輩安心、安全感來源。

4. 既有環境整合利用的困境

我們曾經跟魚池的三育基督學院進行合作，當時陳柏宗建築師也有到現場，他說：這個環境已經很療癒了。確實我們覺得三育裡面的環境很療癒，他很適合來做日間照護，但是很可惜的是說，他們學校因為現行的地目關係所以沒有辦法提供，所以在這方面還需要做些突破才有可能使用。因此當初的申請就停留在地目的這個部分。未來當然希望國內能有更加彈性、放寬的思考，讓這樣的空間環境能夠再被利用，畢竟這裡的校園廣大但學生並不多，如果能做這樣的調整是不是能夠有一個更好的示範。

事實上東海校園就很適合成為日間照顧的場域，結合社工系的資源，在東海的某個空間環境裡面，結合社工系和建築系來創造一個場域，同時也提供實習等機會，整體環境可以推行療癒性環境等等的實驗研究的發揮。台中有不少學校有這樣的資源，主要是因應學生實習的需要，所以是有相當可行性的。我很期待東海可以這麼做，在這樣的實驗場域裡，幫我們未來的照顧環境可以有更多的具體有意義的研究與實踐法則產出。

林依瑩副市長：

最近我有一個很深的體會是來自於靜宜大學紀老師，他在沙鹿推了好好園區（彩色貨櫃屋），目前去那裡的大多都是年輕人，但其實原本是要推行終身宅，已經申請建照，預計兩年內就會蓋起來。在這塊園區的經營是由餐館與彩色貨櫃屋為主軸，而彩色貨櫃屋本意是要展現終身宅的設施，可是現在大家已經忘記他的本意是有關高齡的園區，變成大家瘋狂朝聖的觀光景點。

1. 空間的美學與營造是重要的

1). 空間美學的營造

我發現從紀老師在靜宜大學的好好園區到逢甲大學的照顧咖啡館，他是一個很開放的咖啡館，不只是空間美學，環境本身也非常舒適。由於是有對外營業的咖啡館，所以也深受小孩與年輕人的喜愛，並且也深化在他們的生活中，但其實很多人都不知道這原本是在服務老人的。

這個案例就讓我看到空間的神奇效應。過去太執著於照護的本質、老人的族群及空間的活動，其實我們都忘記了空間的經營。因此當我們在看老人空間時，我們能有雅緻的感覺多半都是屬於教會體系的，但是其他的多半都不重視建築空間的美學、營造等，像是活動中心、廟口這樣的一般空間。所以一直覺得我們很忽略在空間的規劃營造上，之前台北市在推設計之都的時候，其實那個設計之都之後有一個小小的方案，是關於社區關懷據點，去打造據點的空間營造。

2). 打造社區關懷據點

戰後嬰兒潮世代步入老年之後，空間環境美學的推動上更需要重視。由於他們多具備教育水準、社經地位，這個背景會讓他們覺得，雖然以往老年人會去關懷據點、廟口，但對他們而言這不是他們要的，或是想直接參與的。曾經有一個例子是有一群老人每周定時聚會，但是地點選的是百貨公司等時尚或潮流的走向，不如以往認為應該是在據點或活動中心等。因應這個世代的老人，由於他們的需求和活動已不如以往的想像，因此在空間的美學、營造與規劃便非常重要。

我認為空間美學有一個很重要就是看起來很舒服、很有感覺，能獲得很好的感受，但我認為還有一個重點是這些點可以是很開放式的、對外的，讓大家願意來，甚至不在意它是不是老人的據點。

服務關懷據點和長照 2.0 的 A、B、C 級都沒有把空間美學考慮進去，所以我常在想紀老師的照顧咖啡館和 A、B、C 級所吸引到的對象並不相同，而 A、B、C 級則基本都在服務單位的活動地點中，個案也是有開課才會過去，可是照顧咖啡館開放的時間和對象較廣，在空間美學也吸引到不同年齡層的族群願意參與。

2. 高齡者的服務環境再思考

我認為在推動空間美學對高齡是非常重要的，我們太多對高齡的想像只針對高齡，所以高齡一進去就只是互相支持，可是這是不夠的。但如果環境中能有其他元素，如環境中有小孩子跑來跑去、和你分享你的人生成就或經驗，其實很多人都會想關心、參與。例如彩虹眷村，用空間去創造社會的參與和創造力。但是大部分台灣長照 A、B、C 級都沒有在看這一塊，其實這是屬於消極性的空間。

所以我一直很想鼓吹中央把 A、B、C 劃為照顧咖啡館，不用分 A、B、C，而是整合點和平台；但不只有整合，他還有對外開放，提供民眾諮詢相關照護需求或是喘息服務，未來他還能再發展老人信託，就是包括老人各種訊息，以商業為主擴張到各種食衣住行上頭。讓他們不再只是被照顧，而是在那邊可以看到自己的精彩成果，也能很快地找到很多訊息和機會。

我覺得這是另一個機會，台灣接下來在講長照 2.0，在對長照和高齡的價值與想像都應該要有所翻轉。

3. 長照 2.0 的執行省思

由於長照 2.0 的設計問題，很多團體（單位）在進入 A、B、C 中遇到許

多問題，被困在 A、B、C 中，民眾也找不到 A、B、C。所以我覺得用照顧咖啡館這類開放式的空間，藉由這樣的方式讓民眾、各年齡的族群對高齡的想像能不一樣。

我們一直在想高齡的學習是不是可以再向下扎根，例如：在高職設置照護科。但初推動時無參與學校，但由於整個高齡環境和產業的改變，是值得重新評估的。未來高職照護科的培訓，我們會和日本的專門學校合作，形成 3+2 即高職畢業後到日本唸書，不只擁有經歷，也擁有日本的正式學歷。另外在這個領域的發展，最後他們也可以成為照護咖啡店的店長。因此只要大家看到願景、想像、發展與薪資，長照就不缺人才。例如現在禮儀公司的專業模式，讓民眾對禮儀公司想法觀念的改變與尊重，那麼臨終前的這一塊不是更有想像？！

鄭期緯助理教授：

講療癒環境我會想把它分開成療癒和環境來談。不管是從以前的據點到現在 A、B、C 級在社區照顧的脈絡裡面，從健康、亞健康和失能失智，或副市長提到的，還很健康、也很有社經地位的老人，那我們的療癒環境要主打的是誰？

1. 不同對象、多樣式不同層次的環境規劃

多樣式的環境、不同環境的標準或不同的服務空間，我覺得是必要的。就像紀老師做的咖啡館，或像黎執行長在嘉義推的一日超商老人，我想是針對不同對象有不同的環境準則，所以關於「療癒」這件事應該回歸到心靈的層次、個人的滿足感，以及我們之前療癒的是什麼。我之前服務於早期療育界，早期療育的「育」很多是在生理發展上還有機會追上，那是六歲之前，到了四十歲之後生理開始走下坡，我們希望療癒在這裡是能讓他們更快樂、更自信的走下去。

我看了十年的據點到現在的長照站，發現有參加跟沒參加據點的老人家是不一樣的，在社交互動、自信等都是有所差異的，生理狀態雖然差異不大但相對的還是有比較好。

所以當回到心靈的層次，環境那一面就分很多層次。WHO 提到友善環境，但也沒有說什麼是環境，主持老師有提到一些環境，那環境我們該怎麼切，好讓它回到建築研究所來讓政府可以參考。

我想環境的準則應該要鎖定他的服務對象和環境，服務對象的不同衍生出的環境也不同。那有沒有共同的準則，例如：高齡友善醫院，他就對高齡友善的環境說的很清楚，像是燈光、扶手、斜坡等。在台灣有一部分說是無障礙空間、一部分是友善醫院。他對於環境有些準則，但那是針對要去使用醫療環境的。在據點雖然政府有補助環境的改善，但主要在於服務的面向，可是環境本身和周遭環境的互動性、美學確實是比較缺乏，一部分也是在補助規範中沒有。

所以之後是不是有機會在 C 級長照站，或是現在在推社區照顧關懷據點之中去思考這些，但是目前 C 級單位因為產權的關係，面臨到的現況是空間

不太能改變，這同時也回到了環境也包含了裝飾，因此我們有沒有機會創造一些空間的美學或是開放性的環境。

老師們也知道大部份的據點使用者都是女性為主，對男性長輩而言會覺得那是女性上課、聊八卦的地方，但其實男性長輩也很多都在廟口喝酒談八卦，所以其實是一樣的。那我就在思考會不會是使用者特性和環境的關係，並非是建築物的問題而是空間美感的部分。

比較有機會的是在現行的長照站中不用做大型的改造，但是否有規範的準則，這是我們可以討論的。

2. 建築產權是公部門舊建物活化的最大問題

那什麼是環境？現在政府在 A、B、C 主推失能協助、失智預防以及讓健康老人有場所可以去的時候，這些對於環境是有想像的。我們環境的準則是要鎖定在建築物的安全規範、建築物的空間設計、無障礙空間，或者是設備上？因為每個地區的文化屬性不太一樣，看到石岡跟清水是不同屬性，文化的因素會不會影響到空間的布置或是整個建物的特色，會是三合院、廟口或是社區活動中心，延伸的建物規範也都會不太一樣，其實還滿複雜的。

自身的經驗是廟口或活動中心不會不好，但最大的限制就是產權，他不能動，所以能不能有一些公部門的空間釋出。我過去兩年跑遍全台灣的社區關懷據點，一百多個據點只有三個可能可以用到公部門的空間，可是我今年研究案結束再去追蹤時，他說警察局的宿舍開始淨空要廢掉了，但還是不願意釋出、國小的閒置校舍，因為擔心長輩和小孩的需求不同，環境標準不同，要是誰受傷誰衝撞時要由誰負責。這個涉及我們想要跨世代把它放在同一個空間時，公部門的主責單位不一樣，當然年齡層不一樣環境設計也不同。這些問題該怎麼突破也是問題。

那再拉近一點，當我們在講「在地老化」的時候，我們居家生活的空間設計，當購買房子時由於多處在青壯年，但老年以後該棟房子還能符合需求嗎？因此國外很流行的安養型的機構，也是因為機能的衰退，可能原本的家已經不再適合，所以將房子賣掉進入機構居住。但在台灣雙親宅跟三代宅的設計，也因為文化不同，日本多會要求長子和父母同住，而台灣已經漸漸不再要求。因此在空間的要求也將轉為前述所說的，從準備出院後便進行居家環境的評估，而政府在這個部分是否能有所規範。所以內政部建研所在療癒性環境上是說，空間、使用對象的不一樣還是年齡層的轉變，這個部份希望能有更多建議出現。

3. 學校與社會連結

那 A、B、C 資源的連結，我現在跟 A、B、C 在走，現在東海也努力要跟上靜宜的腳步，要進行更多社會的連結。我們的宿舍區現在在嘗試從退休宿舍區開始自辦的服務，另外我們會跟西屯區的 A、B、C 進行協助的角色，開始合作讓東海有一些老師、學生互動合作的機會，我們努力在長照這邊不要缺席。

目前 C 級的點佈置的還沒有政府預期的那麼高。但跟當初社區關懷據點

一樣，剛開始少所以還找不到服務，可是我想再推個兩年如果還是找不到服務，原因是每個點就是八到十個長輩，那長輩收進來後其實流動率很低。我自己看社區關懷據點，他從鼎盛 35 至 40 位長輩到現在長輩凋零了，可是也很難吸收新的長輩們，因為這涉及：我跟你你不熟，你們裡面都很好了，我是陌生人所以不願意參與進去。所以又回到了 C 級未來如果像是據點的模式，他會有一個平衡、終究會飽和，那飽和的時候有沒有配套措施，像是咖啡館他是完全開放的，長輩沒有被限制進來，這是另一個配套措施的可能。目前以 C 級來做社區資源連結，如果是一條龍的當然比較好，但如果是單打獨鬥的，是社區發展協會來接 C 級，那現在資源的配套連結上，過往有承接過社區關懷照顧據點，他在運用社區不管是志工資源還是社區商家都會相對嫻熟。如果它是全然第一次進入的，像是基金會轉型投入長照，那他跟社區的連結感勢必比較弱，因為社區是需要時間去交流的。所以執行過程，我覺得 A、B、C 未來如果要更快速、大量推廣複製的時候，那麼 C 級要找誰做就會是關鍵。

即是前述提到的，究竟是針對誰。在台灣不同的背景，如：眷村長大的外省人。現在眷村都消失、籬笆不見，都興建成大樓，如果是早年的眷村，像現在的長照 A、B、C，他們會需要嗎？

現在每次回到改建後的眷村，我們老家的眷村沒有 C 點，也沒有關懷站，因為當初里長認為做政府的核銷太累了，所以不願意。那另外那部份，在眷村的模式之下，他們本來就習慣到親近的長輩家樓下，也不會進門就在門口，跟自己的長官、自己的同梯，他們情願使用這個模式。所以環境的部分有時候還是要回到那個地區的文化脈絡。

4. 突破既有

在農村我看到的是，這幾年都市型的社區很喜歡走農藝、園藝，可是這個模式在農村，老人家都是老農，多數還在耕作，這是不一樣的，只是我們還是需要去轉化成另一個方法，變成是後續的加工、包裝。

所以在文化的脈絡中，設施、環境的要求規範有可能是有些文化性的，但是回到最核心的部分會期待能夠突破他們之間不同的需求，能夠更核心、更符合長輩的方式，讓長輩樂意走出門，不論是在家的或是機構式服務的，空間能夠有保障、易於行走。

當一空間環境原本規劃的使用年齡層為身心健康年輕人，要轉化為也能讓高齡者使用時，他在規範上就很不同。

張志源助理研究員：

1. 個人認為對高齡者療癒性環境起源高齡者「安度餘生」，能夠讓高齡者的身心靈能夠安全、安心的生活。從建築的角度來看，安全的環境是合適空間的改善，讓環境針對高齡者有些調整，能夠有一些整備，同時在輔具與環境間能夠恰當的結合。
2. 「安全」處理的是合適的無障礙環境改善，此指健康高齡者與行動障礙者(視、

聽、服務)及疾病者的環境整備，如通用設計及照顧與環境結合。

3. 「安心」處理的應是提供「心理的平靜與滿足」的環境，此指個人生活環境的安心(如：回憶、舊記憶，有私密空間和物的連結)及公眾生活環境的安心(美感、體驗的滿足)。
4. 療癒跟環境不只是在醫療環境照顧層面，還應包括居家環境的改造。目前國內「建築、空間、設計領域」與「衛福領域」的結合，尚可再努力。
例：日本東京都的銀翼社會福利事業(Silver Wing)的照護機構。

另外也應該利用科技提供協助，因超高齡的環境，產生照顧人力的不足，因此發展了照顧機器人，共有兩類：1)照顧機器人，讓照顧者安全省力的協助；2)讓受照顧者感到安心的存在。如：步行時能協助，日常生活中能夠陪伴高齡者。

三、討論：

關華山教授：

療癒性環境說起來是很廣泛的，每個人著力的點都不同。建築是跨領域、跨際的，因為做這個必須了解社工等相關的概念，才能夠去處理「健康照顧建築」這種建築類型。

我看長照 2.0 這件事情是政府急欲在推，且採滾動式的改善。因為到了 2026 年台灣便會達到超高齡社會，所以現在推動這個網絡是有必要的。這個計畫案勢必要緊扣長照 2.0，我們也從報章雜誌等方面了解了目前推動長照所面臨的問題、難處現況。

至於我們建築能夠做什麼事，現在一般對於建築講求的就是創新、讓人耳目一新。建築在處理長照的部分，例如長輩一個月去兩次三次的地方，你讓他驚喜一下、有特別的美學經驗，我想這是滿不錯的。但如果是經常性生活的部分，所以我們也才會談到社會文化的差異，他們所熟悉的、逐漸變成一個風格，這些都需要被療癒性環境容納進去，這樣高齡者才有辦法很快的適應環境。

所以單論建築在設計上會有這兩種狀況：1)創新，2)發揮既有的風格，讓老人熟悉。例如：埔里有三合院的失智者團體家屋，這個就很特別。搞建築的很多都是討論純硬體的，包括室內設計和桌椅、床的高度等等，但我們建築也討論空間組織的問題(軟體)，一個設施，甚至一個醫院它的空間指標、方向性等等，這些也必須處理。在個別空間中必須考慮有些行為是要在哪些空間環境發生才適合，以及家具等設備的部分，這些必須同時考慮。而空間組織的部分，一個設施，以民營來說會去考量怎麼安排會比較簡便、能夠節省精力，以更有效率的達到軟體方面的照顧服務，這些也都是建築設計在處理的範疇。

甚至到達社區的尺度，因為建築學除了建築設計，也包含了社區設計(Community design)這些比較大尺度的環境，再來就是都市設計(Urban design)，所以像友善都市、友善醫院是比較複雜的建築，在空間組織與方向性、不迷路上就顯得更重要。

這個研究計畫在一開始談到不同尺度的問題，大概會關注到不同尺度環境該

怎麼去設想相關的規劃和設計。講起來是非常複雜、困難。而且還要考慮老人不同的身心狀況需要之回應，這些療癒性環境都要設法滿足。希望本研究室的這個研究可以理出一個清楚的架構，而國內外有哪些成果、缺少什麼？實際上長照 2.0 要往下推會缺少什麼？而建築可以貢獻、參與的，這些都是我們要去釐清的。

林依瑩副市長：

老師剛剛提到希望這個研究案能緊扣長照 2.0，所以我有個建議，因為長照 2.0 其實有 17 項服務，A、B、C 是其中一項並非全部，但是現在多數都只談論 A、B、C，A、B、C 的核心概念其實是「整合」，因為長照服務很複雜，光輔具、居家服務、居家護理要串聯起來其實就很不容易，所以接下來的長照 2.0 應該是要整合服務並發展出來，這個就是民眾的需求。

最近英國在辦健保的研討會，研討會的每個環節都在說整合，因為這是很困難複雜，但卻最重要的議題，各個國家都在談整合，所以我們這個階段談整合是對的。但是現在中央對 A、B、C 的處理我認為不對，一開始提出 A 級要綁日間照顧跟居家服務，要有 A 才能有 B、C，所以一開始的版本，台中出現一個狀況，全台中市只有 6 個單位有符合日間照顧加居家服務。

因此我們大里的議員就一直說：社會局都不認真、大里都沒有 A。我們回答說：可是中央規定 A 級一定要日間照顧加居家服務。他也回說：怎麼可能，大里人那麼多，全台中市人口數前三多，怎麼會沒有一個單位符合這樣的要求。

我也只能回答：真的沒有，所以真的無法申請 A 級。沒辦法申請 A 就會導致沒有 B、C 級，所以 A、B、C 這項資源在這邊是完全被跳過。當然政策之後有稍微放寬，放寬成居家式服務，可是這也不是很容易就有，所以現在的長照設計部長有提到要總檢討。

所以我會建議如果你們要扣緊 A、B、C 的話，要扣緊「整合平台」的概念，不是扣緊 A、B、C 的設計，畢竟他一直在修正，就像剛剛老師提到的：滾動式修正。我猜可能也沒辦法修到很好，因為他一直不放下 A、B、C，如果要修應該直接不要 A、B、C，這才是對的，因為這樣你才會是一個整合平台。就像那天我和副總統說的，他很驚訝照顧咖啡館的服務，但是我告訴他：照顧咖啡館完全不符合政府的政策，所以他完全是自力、自費發展的。

所以我的建議是核心能夠回到整合平台這個價值，就像我剛剛講的，我們很多據點很多 A、B、C 都是消極性的點，因為它基本上不是任何人都會進去，而是特定的服務使用者才會進來，還是有課程的時候才會開放。而我舉例的照顧咖啡館他是天天開、民眾想去就可以去的空間。這種差異性我覺得要比較出來，也就是如果要做整合平台，你的服務時間是有限的，因為我們 A、B、C 是沒有考慮到對外開放的這件事情，所以基本上服務的型態就不一樣。但當現在在討論療癒性環境，這樣的空間對長輩、對民眾很親近的話，要扣緊 A、B、C 整合平台，但不要對應 A、B、C 它的內部設計，因為它的設計有很多限制不太容易達成，也怕沒辦法回到整合的本質。

鄭期緯助理教授：

其實台灣和英國很像，不論是歷史還是現在在做的事，英國做整合的翻轉很久了，他們也是從上而下、從下而上的玩過一輪，所以我們以前長照從中央到各縣市設長照中心，是從上面長下來的。到了照顧關懷據點、A、B、C，又希望能返回去（由下至上）。只是整合到底該怎麼整，是公部門、政策單位出來整合，還是我們現在綁定A、B、C，從社區自己連結回去。其實英國的故事告訴我們，兩條路都很難走，都有他的困境存在。我同意林老師講的，如果我們講療癒環境完全只鎖定BC其實很可惜，其實我們講療癒環境我們還是可以把它切成11點，所以C可能只是其中一塊，因為他只鎖定某些特定服務使用者、某些特定狀況下，他應該有些被規範的東西，或他應該做的，像照顧咖啡館他就很自由、開放式的，是資本市場產生的，你可以自己選擇要不要來消費。只是他回到療癒環境中，他可能會有的困境是說，他並沒有納入正式的服務體系之中，他要怎麼去串聯資源。

在台灣有些資源看起來可使用，但是往往都要回到他的服務輸送脈絡中，你要先進去成為一分子，你才可以交流使用，不然就會形成你做你的我做我的，各自發展各自的。所以療癒環境到底怎麼去更有層次性的去處理，這是個挑戰。

林依瑩副市長：

照顧咖啡館的點是自己設的，但是政策資源可以連結，藉由整合平台可以申請居家服務等。因為它已被納到前瞻計畫去，會由前瞻計畫來發展。

關華山教授：

我們學建築的，大概也只能搞建築的事情，沒辦法處理到社工專長的領域。但是我們看到長照A、B、C的據點，它們的位置問題，它能不能跟老人生活圈搭配，再不然就要補足交通問題，這樣去看待A、B、C。

因為長照A、B、C的理念是網絡，而且是應對長照對象，你被確定你要被照顧了你才會進入，對於其他健康的老人我想社會的多樣性是沒錯，都要有所回應。我們建築可以幫忙的是在尋找據點的位置、距離問題去提供一些意見。還有針對大家對於長照A、B、C中所提出的問題，我們在建築、空間上能幫忙什麼，從這些角度去切入。

李希昌執行長：

其實我認為像我們現在的C級其實還要再分級，事實上他還是有不同的層次，就像剛剛老師講的其實有些老人不需要接受服務，因為他已經被開案了。而剛剛提到的照顧咖啡館，這種咖啡館我們在最近去的日本北九州和福岡，事實上他也有類似照顧咖啡館的一個志工型的服務，他們市政府是用獎勵來輔助設立，他們店長對照顧資源了解是需要經過考試的，他可以很自信地告訴你現在長照資源的東西，他們的咖啡廳也是可以免費進入的。

我覺得未來台灣在這部份的設計，像副市長剛剛提到的，像台北市給老人公

車的補助，那我們是不是也可以給老人一些補助，讓他們可以到咖啡館使用，鼓勵你去了解照顧資源、鼓勵你去做社交的活動。我覺得就像健保的特約一樣，它根本不用身分上的改善，只要觀察它是否合適、能不能做。像公車剪票，他這個月可以使用五次、十次。鼓勵老人可以去使用這些資源跟服務。這樣不會花費很多錢，卻能很普及的來使用資源。我覺得這是很有創意的想法，只是說制度的配套措施要怎麼去設計，讓民眾可以就近、便利的時常使用。因為這類空間是對所有年齡層開放的，不會只有老人才能使用，我覺得這是一個好的方式。所以假設前瞻計畫可以去推動，會是很有價值的。

關華山教授：

感謝各位專家與會，提供本案很多寶貴的意見及看法，我們將彙整參考，讓研究成果更趨周延。

會議照片



參考書目

外文參考書目

- Bunker-Hellmich, Lou Ann 2015 〈Designing for Age-Related Change Among Older Adults〉 Concord, CA : The Center for Health Center.
- Bunker-Hellmich, Lou Ann 2015 〈Designing for Age-Related Cognitive Changes〉 Concord, CA : The Center for Health Design.
- Bunker-Hellmich, Lou Ann 2015 〈Designing for Aging : Psychological Health Among Older Adults〉 Concord, CA : The Center for Health Design.
- Bunker-Hellmich, Lou Ann 2015 〈Designing for Social-Health and Aging〉 Concord, CA : The Center for Health Design.
- Bush-Brown, A. (1996) The healing environment. In M. S. Valins & D. Salter (Eds.) Futurecare : New directions in planning health and care environments (pp.136-143) .Wiley-Blackwell.
- Bush-Brown, Albert (1996) Chapter 17 The Healing Environment, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp.136-143, Blackwell Science Ltd.
- Calkins, M. P. (2001) Creating successful dementia care settings, (Vols.1-4) Baltimore : Health Professions Press.
- Calkins, M. P. (2001) Creating successful dementia care settings, (Vols.1-4) Baltimore : Health Professions Press.
- Calkins, Margaret P. (1990) 12. Design for Dementia, Design for Persons with Disabilities,
- Calkins, Margaret P. (1990) 12. Design for Dementia, Design for Persons with Disabilities.
- Chen, Yen-Lin, Hsin-Han Chiang, Chao-Wei, Chuan-Yen Chiang, Chuan-Ming Liu, and Jenq-Haur Wang (2012) An Intelligent Knowledge-based and Customizable Home Care System Framework with Ubiquitous Patient Monitoring and Alerting Techniques, Sensors, Vol. 12, 11154-11186.
- Chiu, Hisin-Hsien (2013) Toward Healthy and successful Aging : Intelligent Home Care Environments for the Eldery, Ph.D. Dissertation, Department of Architecture, University of California, Berkeley.
- Cohen, G. D. (2006) Environment as Treatment. Brawley, E. C. (Ed.) , Design innovations for Aging Alzheimer's (pp. 27-35) . NJ, USA : John Wiley & Sons Press.
- Cohen, U. and Day, K. (1993) Contemporary Environments for People with Dementia, Baltimore & London : The Johns Hopkins University Press.
- Cohen, U. and Day, K. (1993) Contemporary Environments for People with Dementia, Baltimore & London : The Johns Hopkins University Press.

- Cohen, U. and Weisman, G.D. (1991) Holding on to Home : Designing Environments for People with Dementia, Baltimore & London : The Johns Hopkins University Press.
- Cohen, U. and Weisman, G.D. (1991) Holding on to Home : Designing Environments for People with Dementia, Baltimore & London : The Johns Hopkins University Press.
- Cooper Marcus, Clare 2007 <Alzheimer's Garden Audit Tool> j of Housing for the Elderly Vol.21 (1-2) . pp.179-191.
- Day, k; Cohen, U. 2000 <The role of cultwe in designing environment for people with dementia> 《Environment & Behavior》 32 (3) :361-99.
- Diamond, John, MD (2002) Chapter 24 The Therapeutic Power of Music, Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health, pp.517-537, Academic Press.
- Dishman, E. (2004) Inventing wellness systems for aging in place. Computer, 37 (5) , 34-41.
- Dishman, E. (2004) . Inventing Wellness Systems for Aging in Place. Computer, 37 (5) , 34-41.
- Douglas, C.H. & Douglas, Mary 2004 〈 Patient friendly hospital environments : exploring the patients perspective 〉
- Elf, M. ; Nordin, S. ; Wijle, H. ; Mckee, K.J. (2017) 〈 a systematic review of the psychometric properties of instruments for assessing the quality of the physical environment in health care 〉 APRIL 2017 《JAN》
- Erikson, S. (2012) Restorative Garden Design : Enhancing wellness through healing spaces, 《JAD 創意學報》 pp.89-102 , 台中 : 東海大學
- Fleming, R. & Bennett, K. 2017 《Environmental Assessment Tool-High Care (EAT-HC) Handbook》 Dementia Training Australia, Designing for the People with Dementia.
- Fleming, R. and Puarndare, N. (2010) Long-term care for people with dementia : environmental design guidelines. International Psychogeriatrics, 22 (7) , 1084-1096, International Psychogeriatric Association.
- Fleming, Richard & Bennett, Kirsty. 2017 《Dementia Training Australia – Environmental Design Resources》 DTA (Dementia Training Australia) 、DPD (Desioning for People with Dementia)
- Frank, Karen A. (2005) Built Environment, Encyclopedia of Social Measurement, VII, pp.203-209, Elsevier Inc.
- Gardner, Glenn ; Collins, Christine ; Osborne, Sonya ; Henderson, Amanda ; Eastwood, Misha (2009) Creating a therapeutic environment : a non-randomized controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care, International Journal of Nursing Studies, No.46, pp.778-786.

- www.elsevier.com/ijns
- Gardner, Glenn ; Collins, Christine ; Osborne, Sonya ; Henderson, Amanda ; Eastwood, Misha (2009) Creating a therapeutic environment : a non-randomized controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care, International Journal of Nursing Studies, No.46, pp.778-786.
www.elsevier.com/ijns
 - Graham-Pole, John, MD (2002) Chapter 22 The Creative Arts : What Role Do They Play ? Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health, pp.475-495, Academic Press.
 - Grant, L. A. (1996) Assessing environments in Alzheimer special care units, Research on Aging, No.18, pp.275-291
 - Grant, L. A. (1996) Assessing environments in Alzheimer special care units, Research on Aging, No.18, pp.275-291.
 - Hazler, Richard J. and Barwick, Nick (2001) The Therapeutic Environment- core conditions for facilitating therapy, Buckingham, Philadelphia : Open University Press.
 - Hazler, Richard J. and Barwick, Nick (2001) The Therapeutic Environment- core conditions for facilitating therapy, Buckingham, Philadelphia : Open University Press.
 - Jiang, Shan ; Verderber, Stephen 2016 〈 On the Planning and Design of Hospital Circulation Zones 〉 , HERD J. Oct.14, 2016
 - Judd, S., Marshall, M. and Phippen, P. (1998) Design for Dementia, published by Journal of Dementia Care, London : Hawker Publications
 - Judd, S., Marshall, M. and Phippen, P. (1998) Design for Dementia, published by Journal of Dementia Care, London : Hawker Publications.
 - Kaplan, S. (1995) The restorative benefits of nature : toward an integrated framework, Journal of Environmental Psychology, No.15 (3) , pp.169-182.
 - Kaplan, S. and Kaplan, R. (1989) The Experience of Nature, New York : Cambridge University Press.
 - Kellert, S.R. (1997) Kinship to Mastery : Biophilia in Human Evolution and Development, Washington D.C. : Island Press.
 - Koepke, Marguerite L. (2012) Exploring the Evidence : The role of nature and landscapes in physical, psychological, and spiritual renewal, 《JAD 創意學報》 pp.77-87, 台中 : 東海大學
 - Kornerup , Hans (ed.) (2009) Milieu-Therapy with Children : Planned Environmental Therapy in Scandinavia, Pricon
 - Kuffner, David J. (1996) Chapter 16 Patient-focused Design, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp.128-135, Blackwell Science Ltd.

- Law, Mary (1991) The Environment : a focus for occupational therapy, CJOT, Vol. 58, No. 4, pp.171-179.
- Marquardt, G., Bueter, K., Motzek, T. (2014) Impact of the Design of the built Environment on People with Dementia : An Evidence-Based Review. Health Environments Research&Design Journal , 127-157.
- Masahiro, Toyoda (2012) Horticultural therapy in Japan-History, Education, Character, Assessment 《JAD 創意學報》 pp.51-76, 台中：東海大學
- Ministry of Health 2016 《Secure Dementia Care Home Design: Information Resource》 Wellington: Ministry of Health.
- Moos, R.H. (1980) Specialized living environment for older people : A conceptual framework, Journal of Social Issues, No.36, pp.75-94.
- Moos, R.H. (1980) Specialized living environment for older people : A conceptual framework, Journal of Social Issues, No.36, pp.75-94.
- Mynatt, E. D., Essa, I., and Rogers, W. (2000) Increasing the opportunities for aging in place. In J. Thomas (Ed.), Proceedings on the 2000 Conference on universal usability (pp. 65-71) . New York : ACM.
- Mynatt, E. D., Essa, I., and Rogers, W. (2000) . Increasing the Opportunities for Aging in Place. CUU '00 Proceedings on the 2000 Conference on Universal Usability (pp. 65-71) . New York : ACM.
- Nordin, Susana; Elg, Marie; Mckee, Ki; Wik, H. 2015 <Assessing the physical environment of older people's residential care facilities: development of the Swedish version of the Sheffie dcare Environment Assessment Matrix (S-SCEAM) > BMC 《Geriatrics》 2015, 15:3
- Nordin,Susana. 2016 《The Quality of the Physical Environment with Activities and Well-being among Older People in Residential Care Facilities》 Dept. of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Occupational Therapy, Karolinsk Institutet, Stockholm, Sweden.
- Pitts, Francis M., Hamilton, D. Kirk (2005) Therapeutic Environment : The Increasingly Documented Connection between Design and Care, Share on facebookShare on twitterShare on digshare on emailMore Sharing Services/share
- Pitts, Francis M., Hamilton, D. Kirk (2005) Therapeutic Environment : The Increasingly documented Connection between Design and Care, Share on facebookShare on twitterShare on digshare on emailMore Sharing Services/share.
- Porteus, Jeremy. 2015 <At a Glance: a Checklist for Developing Dementia. Friendly Communities > Housing LIN 網站 Viewpoint 25. (www.housinglin.org.uk.)
- Richeson, Nancy E. (2012) Recreational Therapy's Roles in Creating

- Therapeutic Environments for Older Adults, 《JAD 創意學報》 pp.37-50, 台中：東海大學
- Russell, William (1996) Chapter 6 Outcomes in the Environment Long-term Care, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp.43-46, Blackwell Science Ltd.
 - Ruud, Even (2010) Music Therapy : A Perspective from the Humanities, New Hampshire : Barcelona Publishers.
 - Schwarz, Benyamin (1996) Chapter 10 Long-term Care -- A Residential Environment that is Striving to be a Home, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp. 76-87, Blackwell Science Ltd.
 - Schwarz, Benyamin (1996) Chapter 10 Long-term Care -- A Residential Environment that is Striving to be a Home, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp. 76-87, Blackwell Science Ltd.
 - Shannon, Scott MD (2002) Chapter 2 Integration and Holism, Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health, pp.21-42, Academic Press.
 - Shannon, Scott MD (2002) Chapter 1 Introduction — The Emerging Paradigm, Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health, pp.3-20, Academic Press.
 - Shannon, Scott MD (ed.) (2002) Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health, Academic press.
 - Sloane P. D. ; Mitchell, C.M. ; Hong, K. and Lynn, M., (1995) Tess 2+ Instrument B : Units Observation Checklist—Physical Environment, 未刊本
 - Sloane P. D. ; Mitchell, C.M. ; Hong, K. and Lynn, M., (1995) Tess 2+ Instrument B : Units Observation Checklist—Physical Environment, 未刊本.
 - Sloane, P. D. and Mathew, L. J. (1990) The Therapeutic Environment Screening Scale, American Journal of Alzheimer's Case and Research, No.5, pp.22-26.
 - Sloane, P. D. and Mathew, L. J. (1990) The Therapeutic Environment Screening Scale, American Journal of Alzheimer's Case and Research, No.5, pp.22-26.
 - Smith, Ron ; Watkins, Nicholas (2010) Therapeutic Environments, Therapeutic Environments Forum, AIA, Academy of Architecture for Health.
 - Smith, Ron ; Watkins, Nicholas (2010) Therapeutic Environments, Therapeutic Environments Forum, AIA, Academy of Architecture for Health.
 - Sultanoff, Barry A. MD (2002) Chapter 23 The Environment, Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health, pp. 497-516, Academic Press.
 - The Center for Health Design 2016 〈 Universal Design Strategies : impact of aging considerations checklist 〉 Concord, CA : The Center for Health Design.

- The Irish Hospice Foundation, July 2014 〈DESIGN & DIGNITY STYLE BOOK : Transforming End-of-Life Care in Hospitals One Room at a Time〉
- The Irish Hospice Foundation, June 2008 〈Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care〉Hospice friendly Hospitals PROGRAMME
- Ulrich, R. (1999) Effects of Gardens on Health Outcomes : theory and research, Healing Gardens, C.C. Marcus & M. Bornes (eds.), pp.27-86, New York : John Wiley & Sons.
- Ulrich, R. (1999) Effects of gardens on health outcomes: Theory and research, Healing Gardens, C.C. Marcus & M. Bornes (eds.), pp.27-86, New York : John Wiley & Sons.
- Valins, Martin S. and Salter, Derek (1996) Chapter 1 Looking Back, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp.1-5, Blackwell Science Ltd.
- Valins, Martin S. (1996) Chapter 12 Dementia Care, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp.94-103, Blackwell Science Ltd.
- Valins, Martin S. (1996) Chapter 12 Dementia Care, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp.94-103, Blackwell Science Ltd.
- Valins, Martin S. and Salter, Derek (eds.) (1996) Futurecare : new directions in planning health and care environments, Blackwell Science Ltd.
- Valins, Martin S. and Salter, Derek (eds.) (1996) Futurecare : new directions in planning health and care environments, Blackwell Science Ltd.
- Valins, Martin S; Reese, Amy; Bast, Ken (1996) Chapter 2 Healthcare Reform and Change, Futurecare : new directions in planning health and care environments, pp.6-14, Blackwell Science Ltd.
- Weisman, J. ; Lawton, M. P. ; Sloane, P. D. ; Calkins, M. and Norris-Baker, L. (1996) The Professional Environmental Assessment Protocol, School of Architecture, University of Wisconsin-Milwaukee.
- Weisman, J. ; Lawton, M. P. ; Sloane, P. D. ; Calkins, M. and Norris-Baker, L. (1996) The Professional Environmental Assessment Protocol, School of Architecture, University of Wisconsin-Milwaukee.
- Wilson, E.O. (1984) Biophilia : The human bond with other species, Cambridge : Harvard U. Press.
- World Health Organization (2007) Global Age-friendly Cities : A Guide ° WHO.
- World Health Organization (2007) Global age-friendly cities: A guide ° Geneva : WHO.

- Zeisel, J. (2007) Creating a Therapeutic Garden That Works for People Living with Alzheimer' s. Journal of Housing for the Elderly, 21 (1) , 13-33.

網路文章

- " Gordon's functional health patterns" , From Wikipedia, the free encyclopedia
- " Maslow's hierarchy of needs" , From Wikipedia, the free encyclopedia
- Ageing from Wikipedia
- Aging in Place from Wikipedia
- Becker, Martin, Ewoud Werkman, Michalis Anastasopoulos, and Thomas Kleinberger (2007) , Approaching Ambient Intelligent Home Care Systems, conference paper, retrieved on November 21, 2016, from : [https :
//www.researchgate.net/publication/224704345](https://www.researchgate.net/publication/224704345).
- Care in the Community from Wikipedia
- CAST (2016) , Shared Care Planning and Coordination for Long-Term and Post-Acute Care : A Primer and provide Selection Guide, retrieved on December 12, 2016, from : [http :
//www.leadingage.org/Shared_Care_Planning_Whitepaper.aspx](http://www.leadingage.org/Shared_Care_Planning_Whitepaper.aspx).
- Chiu, Hisin-Hsien (2013) , Interface Design for Intelligent Elderly Home Care Environments, retrieved on November 27, 2016, from the Berkeley Center for New Media : [http :
//bcnm.berkeley.edu/2012/11/07/interface-design-forintelligent-elderly-home-care-environments/](http://bcnm.berkeley.edu/2012/11/07/interface-design-forintelligent-elderly-home-care-environments/). (網路文章 , home care)
- Elder Village from Wikipedia
- Elderly Care from Wikipedia
- Gerontechnology from Wikipedia
- Home Automation for the Elderly and Disabled from Wikipedia
- Home Care from Wikipedia
- Long-Term Care from Wikipedia
- National Association of Home Builders (NAHB) . (2015) . Aging-In-Place Remodeling Checklist. Retrieved from NAHB : [http :
//www.nahb.org/en/consumers/homeownership/aging-in-place-vs-universal-de
sign/aging-in-place-remodeling.aspx](http://www.nahb.org/en/consumers/homeownership/aging-in-place-vs-universal-design/aging-in-place-remodeling.aspx)
- National Association of Home Builders. (2015) Aging-in-place remodeling. [Understanding Aging-in-Place and Universal Design]. Retrieved from : [http :
//www.nahb.org/en/consumers/homeownership/aging-in-place-vs-universal-de
sign/aging-in-place-remodeling.aspx](http://www.nahb.org/en/consumers/homeownership/aging-in-place-vs-universal-design/aging-in-place-remodeling.aspx)
- Onger, Steve 2008 <Housing Lin Policy Briefing: Lifetime Homes, Lifetime Neighborhoods – a national strategy for Housing in an Ageing Souety> Housing LIN
- Retirement Community from Wikipedia

- www.Fightdementia.org.au; www.enablenvironments.com.au. <Dementia Therapeutic Garden Audit Tool – supporting people in their garden environment>
- 社會及家庭署 (2016), <中央地方攜手推動長照 2.0 邁向長照新紀元>, 105 年 11 月 5 日擷取自：<http://www.mohw.gov.tw/news/572659065>。
- 衛生福利部 (2015b), <高齡社會白皮書規劃報告 (簡報)>, 取自：http://www.moho.gov.tw/MOHU_Upload/doc/%E9%95%B7%E7%85%A7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E5%88%B6%E5%BA%A6%E8%A6%8F%E5%8A%83_0044943001.pdf
- 衛生福利部 (2016), <長期照顧法>, 105 年 10 月 15 日, 擷取自：http://www.mohw.gov.tw/mohw_upload/doc/%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E9%A1%A7%E6%9C%8D%E5%8B%99%E6%B3%95_0049334002.pdf
- 衛生福利部 (2016), <長照十年計畫 2.0>, 105 年 11 月 5 日, 擷取自：http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/105%E5%B9%B48%E6%9C%883%E6%97%A5%E6%BA%9D%E9%80%9A%E8%AA%AA%E6%98%8E%E6%9C%83%E7%B0%A1%E5%A0%B1_0055618003.pdf
- 衛生福利部 (2016)。衛生福利部遠距健康照護服務, 105 年 12 月 18 日, 擬取自：衛生福利部, <http://mohw.telecare.com.tw/>。
- 衛生福利部社會及家庭署 (2015), <社區照顧關懷據點現況與發展 (簡報)>, 取自：<http://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/19/721243/3660d589-e720-4c87-8fee-37b0547c3e58.pdf>
- 寰宇全球新聞 (2016), <虛擬管家不是夢, 祖克柏創造真實版賈維斯>, 105 年 12 月 20 日, 擷取自：<https://www.youtube.com/watch?v=yGMHzUYnfYc>。

中 (日) 文參考書目

專書

- Graham D. Rowles and Miriam Bernard, 龔玉齡等譯 (2015), 《環境高齡學：提供老人優質生活處所》, 台北市：華騰文化
- Heulat, Barbara J. and Wan, T. (2003), 林妍如、陳金淵譯 (2007), 《Healing Environments Design for the Body, Mind & Spirit》, 台灣：五南書局
- Marcus, Clare Cooper and Barnes, Marni (1999), 江姿儀等譯, 《Healing Gardens：Therapeutic Benefits and Design Recommendations》, John Wiley & Sons. (益康花園：理論與實務)》, 台北：五南
- NANDA International 2015 《NANDA International Nursing Diagnoses：Definitions and Classification 2015-2017》
- Sue V. Saxon, Mary Jean Etten, Elizabeth A. Perkins 著, 林伯岡、陳喬男、陳秀珍、吳芎歷、陳素惠、戴金英、陳蕙玲、劉紋妙、楊其璇譯 (2016), 《老人生理變化：概念與應用》(二版), 台北市：華騰文化股份有限公司

- 毛慧芬 (2011),〈第五章失智症的非藥物治療〉收於鄧世雄等《失智症整合照護》，台北：財團法人天主教失智老人社會福利基金會，pp.5-1~49
- 王維邦、范綱華、趙星光 (2015),〈社會關係、宗教參與和高齡生活福祉〉，收入蔡瑞明主編《銀髮生活：建構優質的長青生活與環境》，台北：巨流，pp.71-106
- 王增勇 (2014),〈福利造家？國家對家庭照顧實踐的規訓〉載於黃應貴 (主編)《21世紀的家，台灣的家何去何從？》，台北：群學出版社，pp.33-65
- 児玉桂子、足立啓、下垣光、潮谷有二編 (2003),《痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり—實踐に役立つ環境評價と整備手法》，彰國社
- 巫麗雪 (2015),〈有跡可循？安排退休、勞動參與和高齡生活福祉〉，收入蔡瑞明主編《銀髮生活：建構優質的長青生活與環境》，台北：巨流，pp.29-69
- 村井靖兒著，吳鏘煌譯 (2002),《音樂療法的基礎》，稻田出版社
- 林玉子著，曾思瑜、陳政雄、林真如譯 (2004),《40歲開始打造舒適的家園》，台北：田園城市，文化事業有限公司
- 邱銘章等 (2017),《失智症診療手冊》三版，社團法人臺灣失智症協會，吉興印刷品事業有限公司。
- 胡幼慧 (1995),《三代同堂—迷思與陷阱》，台北：巨流圖書
- 陳施妮 譯 (2003),《護理診斷手冊》Betty J. Ackley & Gail B. Ladwig 原著 (1997)，台北市：五南圖書出版股份有限公司
- 雄恩·麥克尼夫 (Shaun McNiff) 著，許邏灣譯 (1999),《藝術治療 (Art as Medicine)》，新路出版社
- 曾思瑜、李梅英、陳柏宗 (編著) (2017),《高齡者社區照顧環境規劃-在地老化與社區連結》，台北：華都文化事業有限公司
- 黃靜微、曾詩雯、莊琬筌 譯 (2015),《NANDA International 護理診斷：定義與分類 2015-2017》NANDA International, Inc 原著，台北市：華杏出版股份有限公司
- 劉珠利 (2015),〈子職之外；台灣高齡者之自我照顧需求與模式〉，收入蔡瑞明主編《銀髮生活：建構優質的長青生活與環境》，台北：巨流，pp.107-139
- 蔡瑞明主編 (2015)《銀髮生活：建構優質的長青生活與環境》，台北：巨流
- 鄧世雄、劉議謙等著 (2011),《失智症整合照護》，財團法人天主教失智老人社會福利基金會策劃，臺北：華騰文化股份有限公司
- 關華山 (1996),〈人與環境研究的概念架構〉收於《臺灣老人的居住環境》，台北：田園城市文化。
- 關華山 (2015),〈初步建構高齡者在地老化之療癒／育性社區〉，收入蔡瑞明主編《銀髮生活：建構優質的長青生活與環境》，台北：巨流，pp.203-244

期刊

- 王卓聖、鄭讚源 (2012),〈台灣長期照顧制度之發展脈絡及借鑒—歷史制度論〉，《社會科學學報》：19，pp.90-125。

- 王卓聖、鄭讚源(2012),〈台灣長期照顧制度之發展脈絡即借鑒—歷史制度論〉,《社會科學學報》:19, pp.90-125。
- 王雅誼等(2011),〈多感官環境治療介入對失智患者行為精神症狀改善之成效探討〉,《護理雜誌》:48, pp.48-58。
- 伊慶春(2014),〈臺灣家庭代間關係的持續與改變:資源與規範的交互作用〉,《社會學研究》:3, pp.189-215。
- 江亮演(2010),〈老人自立與在地老化福利之展望〉,《社區發展季刊》:132, pp.159-177, 11。
- 江亮演(2010),〈老人自立與在地老化福利之展望〉,《社區發展季刊》:132, pp.159-177。
- 李世代(2010),〈『長期照護』的發展與推動〉,《臺灣醫界》Vol.53, No.1, pp.44-50。
- 周月清(1999),〈英國社區照顧—「在社區內照顧」=「由社區來照顧」〉,《社區發展季刊》:78, pp.271-283。
- 林金立、楊筱慧(2008),〈遠距照顧技術應用於居家老人照顧服務之探討—以雲林縣老人福利保護協會「無線生理監測系統應用於居家糖尿病、高血壓失能老人照顧服務計畫」為例〉,《社會福利專題研習教材第14輯》,南投:內政部社會福利工作人員研習中心。
- 林益卿、盧建中、林盈利、徐慧娟、楊佩玉,2011,〈台日安寧療護發展之比較〉,收於《安寧療護雜誌》第16卷第2期, pp.133-150。
- 師豫玲、鄭文惠、蘇英足、李宜衡(2009),〈臺北市老人服務中心的發展與變革—從文康休閒道區域整合服務〉,《社區發展季刊》:125, pp.20-30。
- 師豫玲、鄭文惠、蘇英足、李宜衡(2009),〈臺北市老人服務中心的發展與變革—從文康休閒道區域整合服務〉,《社區發展季刊》:125, pp.20-30。
- 高淑貴、陳雅美、李育才(2003),〈農村高齡者「在地老化」策略基層執行之研究〉,《農業推廣學報》:20, pp.1-24。
- 張文芸(1996),〈癡呆症老人問題行為的護理處置〉,《護理雜誌》:44(1), pp.77-84。
- 張俊彥(2012),〈療癒景觀與園藝治療〉,《造園景觀雜誌》:73, pp.2-13。
- 章錦瑜(2001),〈失智症老人的庭院設計〉,《科學農業》:49(5), pp.124-132。
- 郭佩伶、曾淑芬、陳惠芬、顏童文、李宗潔(2012),〈小規模家樣型失智症特別照護單位之環境特色—以歐洲國家經驗為例〉,《嘉南學報》:38, pp.647-658。
- 陳正芬(2011),〈我國長期照顧政策之規劃與發展〉,《社區發展季刊》:133, pp.192-203。
- 陳正芬(2011),〈我國長期照顧政策之規劃與發展〉,《社區發展季刊》:133, pp.192-203。
- 陳玲穎、葉雅倫(2011),〈介護保險下非營利組織的多元經營模式—2011

- 年日本參訪心得》，《銀髮世紀》：50，pp.8-11。
- 陳玲穎、葉雅倫（2011），〈介護保險下非營利組織的多元經營模式—2011年日本參訪心得〉，《銀髮世紀》：pp.50。
 - 陳韋庭（2006），〈日本「在地老化服務模式」參訪心得〉，《銀髮世紀》：30，pp.4-6。
 - 陳韋庭（2006），〈日本「在地老化服務模式」參訪心得〉，《銀髮世紀》：pp.30。
 - 陳惠美、涂宏明、廖惠曦（2012），〈療育庭園設計原則〉，《造園景觀雜誌》：73，pp.14-24。
 - 陳維萍（2010），〈從日本介護保險十年經驗談台灣長期照顧保險的發展〉，《銀髮世紀》，45，pp.4-5。
 - 陳維萍（2010），〈從日本介護保險十年經驗談台灣長期照顧保險的發展〉，《銀髮世紀》：pp.45。
 - 曾思瑜（2009），〈美日兩國有關高齡者照護環境評估量表之比較分析〉，《建築學報》：69，pp.191-210。
 - 黃松林（2005），〈如何建立社區照顧關懷據點—理念與實務〉，《社會福利專題研習教材第11輯》，南投：內政部社會福利工作人員研習中心。
 - 黃耀榮（2004），〈失智症照護空間現況與建築趨勢〉，《長期照護雜誌》：7（4），pp.352-354。
 - 黃耀榮（2009），〈環境設計的介入與情境治療-如何讓失智老人的照護環境成為支持性的環境〉，《輔具之友》：25，pp.23-31。
 - 葉莉莉、駱麗華（2005），〈居家護理在台灣歷史敘事觀點的思考〉，《居家護理照護季刊》：1，pp.18-23。
 - 葉莉莉、駱麗華（2005），〈居家護理在台灣歷史敘事觀點的思考〉，《居家護理照護季刊》：1，pp.18-23。
 - 葉瓊燁等（2010），〈失智症之安養式照顧-以美國經驗為例〉，《長庚科技學刊》：12，pp.27-35。
 - 劉新華（2007），〈社區健康好鄰居—慢箋藥局：台北市老人領藥免出門〉，《健康台北季刊》：90，pp.39-47。
 - 蔡淑瑩（2012），〈舊社區實現「在地老化」之社區公共設施改造行動研究〉，《人文與社會科學簡訊》：13（2），pp.131-140。
 - 蔡淑瑩，李美慧，何明錦，李曼萍，陳鼎岳（2016），〈高齡失智者室內居家環境設計準則之研究〉，《建築學報》：97，pp.87-98。
 - 盧俊銘等（2015），〈以行動科技為基礎的互動式高齡失智者治療與照護環境之創新設計〉，《福祉科技與服務管理學刊》：3（2），pp.145-150。
 - 關華山（1985），〈移民居住環境之理論初探〉刊於《建築師》1985/7月號 pp.23-27，中華民國建築師公會。
 - 關華山（1989），〈人與環境研究的概念架構〉刊於《建築師》1989/10月號 pp.52-56，中華民國建築師公會。

- 關華山(2016),〈跨科際觀點:論高齡者療癒性療癒性環境〉,《建築師雜誌》九月號 No.501: pp.96-103。
- 蘇麗瓊、黃雅鈴(2005),〈老人福利政策再出發—推動在地老化政策〉,《社區發展季刊》, 110, pp.5-30。
- 蘇麗瓊、黃雅鈴(2005),〈老人福利政策再出發—推動在地老化政策〉,《社區發展季刊》: 110, pp.5-30。

報章雜誌

- 聯合報
- 吳錦勳、謝春滿(2006/09/07),〈「高齡台灣」的全新挑戰/在地安養/無憂向晚〉,《今周刊》: 507期。
- 雷光涵(2014/02/18),〈借鏡日本/窩在社區「溫暖館」/像在自宅〉,聯合報。
- 施靜茹(2014/02/20),〈回響/在地老化受限多/專家籲鬆綁〉,聯合報。

研究成果報告

- 內政部(2008),《人口政策白皮書:少子女化、高齡化及移民》,臺北:內政部。
- 王聖婷(2010),《以DIY方式建立適合獨居老人之智慧化生活元件》,成功大學科學工程系碩士論文。
- 吳孟珊(2012),《以日本「認知症高齡者環境設施評估尺度」運用在台灣失智症單元照顧環境評估尺度之初探》,國立成功大學醫學院老年學研究所碩士論文。
- 邱秋禎(2007),《探討原漢獨居老人使用遠距照護系統之影響因素及智慧化發展需求評估》,慈濟大學原住民健康研究所碩士論文。
- 許禮安(2013),《102年「安寧緩和療護」課程講義第1講-安寧療護、生命態度與生存美學》,高雄市張啟華文化藝術基金會
- 國家發展委員會(2014),《中華民國人口推計報告(103年至150年)》,臺北:國家發展委員會。
- 陳惠姿、黃耀榮(2003),《建構農村聚落社區照顧住宅之規劃研究—以雲林地區為例》,行政院農委會九十二年度委託研究計畫成果報告(編號:92農科-1.5.8-輔-#1),台北:中華民國行政運農委會。
- 黃耀榮(2004),《建構農村聚落居家照護環境設施之規劃研究》,行政院農委會九十三年度科技研究報告(編號:93農科-1.5.6-輔-#1(5)),台北:中華民國行政運農委會。
- 蔡幸樺(2006),《老人公寓入居者與獨居老人生活行為模式之比較—以高雄地區為例》,國立雲林科技大學空間設計系碩士學位論文。
- 蔡淑瑩,李美慧,尤品雅,陳宜烽,歐政煌(2016),《高齡失智者友善社區環境設計準則》,內政部建築研究所委託研究報告(ISBN:978-986-05-0670-9),台北市:內政部建築研究所。
- 蔡淑瑩,李美慧,李曼萍,陳鼎岳(2015),《高齡失智者空間認知與設計準

則》，內政部建築研究所委託研究報告 (ISBN: 978-986-04-7254-7)，台北市：內政部建築研究所。

- 衛生福利部 (2012)，《老人福利機構設立標準》，101 年 12 月 3 日頒布版本。
- 衛生福利部 (2014)，《2012 年老人狀況調查報告》，臺北：行政院衛生署。
- 衛生福利部 (2014)，《中華民國 102 年老人狀況調查報告》，臺北：衛生福利部。
- 魏心怡 (2006)，《醫院附設屋頂療育庭園使用後評估之研究-以台大醫院及慈濟新店分院為例》，國立台灣大學園藝學研究所碩士論文。
- 關華山 (2000)，《老人長期照護系統與設施之規劃與設計》，行政院國家科學委員會第 36 屆出國人員研究報告書。
- 蘇淑英 (2012)，《探討療癒性花園對失智症患者治療之效益》，南開科技大學福祉科技與服務管理研究所碩士論文。
- 顧燕翎 (2011)，《芬蘭老年照顧政策轉型研究》，財團法人婦女權益促進發展基金會。

研討會論文

- Sin-Ae Park (2017)，〈Department of Environmental Health Science Research Assistant Professor〉，《2017 農林景觀之療癒國際研討會》，林業試驗所。
- William C. Sullivan (2017)，〈Head of Landscape Architecture University of Illinois- Champaign〉，《2017 農林景觀之療癒國際研討會》，林業試驗所。
- 石佳蓉 (2017)，〈安養機構戶外空間場域規則：療育長照景觀環境設計之基礎〉，《2017 農林景觀之療癒國際研討會》，林業試驗所。
- 何立智、周宛俞 (2017)，〈從環境資源到地方創生-石碇區森林療育之發展〉，《2017 農林景觀之療癒國際研討會》，林業試驗所。
- 吳孟玲 (2017)，〈都市可食綠資源利用之研究-案例分析研究方案〉，《2017 農林景觀之療癒國際研討會》，林業試驗所。
- 呂寶靜 (2012, 08 月)，〈台灣日間照顧和居家服務之展望〉，《臺灣因應高齡社會來臨的政策研討會》，台北。
- 李世代 (2017)，〈銀 2.0 與社區照護之展望〉，《2017 身心靈醫學觀：啟動第二青春期翻轉長照 2.0 研習會》，社團法人台灣身心靈全人健康醫學學會。
- 李淑媚 (2017)，〈臺灣長照機構的照護現況〉，《2017 身心靈醫學觀：啟動第二青春期翻轉長照 2.0 研習會》，社團法人台灣身心靈全人健康醫學學會。
- 許添盛 (2017)，〈啟動第二青春期-面對台灣老齡化的身心翻轉〉，《2017 身心靈醫學觀：啟動第二青春期翻轉長照 2.0 研習會》，社團法人台灣身心靈全人健康醫學學會。
- 陳惠美 (2017)，〈綠色照護農場之循證設計：理論與研究應用在罕見疾病基金會福利家園之探索設計〉，《2017 農林景觀之療癒國際研討會》，林業試驗所。
- 麥天心 (2017)，〈國際老齡化的身心照護〉，《2017 身心靈醫學觀：啟動第

- 二青春期翻轉長照 2.0 研習會》，社團法人台灣身心靈全人健康醫學學會。
- 曾思瑜 (2015, 04 月), 〈老人日間照顧據點的空間構成與服務模式之研究—以日本武蔵野市迷你型老人日間照顧據點為例〉,《臺灣老人學學會第二屆第一次年會暨國際學術研討會》, 台北：國立政治大學國際會議廳。
- 黃松林 (2005), 〈如何建立社區照顧關懷據點—理念與實務〉,《社會福利專題研習教材第 11 輯》, 南投：內政部社會福利工作人員研習中心。
- 廖惠曦、陳惠美 (2012), 〈利用內容分析法建構療育庭園設計準則之研究〉, 口頭報告,《第十屆造園景觀學術研討會》, 台中。
- 鄧世雄 (2010, 07 月), 〈台灣連續性、整合性之長期照護服務發展〉,《2010 年兩岸社會福利學術研討會—人口高齡化與养老服务》。
- 顏忠漢 (2017), 〈銀髮 2.0 政策〉,《2017 身心靈醫學觀：啟動第二青春期翻轉長照 2.0 研習會》, 社團法人台灣身心靈全人健康醫學學會。
- 關華山 (2014), 〈試論療癒性環境〉,《東海大學 GREEnS 2014 建構優質的長青生活品質與環境研討會》, 東海大學

碩博士論文

- 楊依璇 (2009)《Maslow 需求層次改變歷程之研究》, 國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文
- 廖大中 (2002), 〈安寧病房空間模式〉, 收於《安寧病房的空間結構模型》, 淡江碩士論文

出國報告

- 周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋 (2009, 12 月), 〈日本介護保險制度之研究〉,《行政院經建會出國報告 C09804021》, (出國類別：研習)。
- 陳小妮 (2013),《高品質的安寧療護照護模式》, 台北榮總出國報告 (英國進修)

案例參考資料

日本スマートコミュニティ稲毛 (Smart Community 退休老人住宅)

- 東海大學人與環境研究室 GREEnS 研究訪查案例, 本研究整理評析。
- <http://www.smartcommunity.co.jp>

荷蘭霍格威村 (DE HOGWEYK)

- 東海大學人與環境研究室 GREEnS 研究訪查案例, 本研究整理評析。
- 小川榭 (2015), 全球第一座失智村, 荷蘭打造養老樂園。風傳媒, 2 月 27 日, 取自於 <http://www.storm.mg/lifestyle/42579>。
- 章錦瑜, 失智症病人的庭園設計, 科學農業 49: 5-6, pp124-132, 2001.06
- hogeweyk 官網 <http://hogeweyk.dementiavillage.com>

二世帶住宅類型

- 積水建設二世帶住宅官網 <http://www.sekisuiheim.com/spcontent/nisetai/>
- 日本文化 http://culture.japan-i.jp/cht/article/mynavi_news/2013/0308_yomeshuyome.htm

いっぷく荘 (Ippuku 荘)

- いっぷく荘官網 <http://www.ippukuso.net>
- 大成建築株式會社官網 http://librarytaisei.jp/slibrary/hito/medical/caretown/index_02.html

臺北市文山老人養護中心

- 東海大學人與環境研究室 GREEnS 研究訪查案例，本研究整理評析。
- 財團法人獎卿護理展望基金會官網 <http://www.ccfnh.com.tw>

Motherth 新宿小規模多機能

- Motherth 官網 <http://www.moth.or.jp/>
- https://www.misawa.co.jp/iryuu_kaigo/hukusi_ziturei/takinou/sinjuku.html

台東聖母醫院

- 台東聖母醫院：連日本醫生都說老了想被他們照顧，康健雜誌 201 期，2015.7
- 以信仰為基礎的創新與整合—以台東聖母醫院的轉型為例，陳世賢，宗教哲學季刊，第 67 期，pp55-76，2014.3
- 在台東部落 看見在地老化的萌芽，健康世界第 348 期，2014.04.24
- 後山的「有機的健康促進」—聖母醫院的故事，余尚儒，獨立評論@天下 2015.02.14，<http://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/2396>

彰濱秀傳醫院

- 秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院官網 <https://www.cbshow.org.tw/>
- 秀傳醫療體系 ppt
- 彰濱秀傳紀念醫院參訪紀錄，李佳蓁，成功大學，2007.12

新加坡療癒花園 (Therapeutic garden @ HortPark)

- MEDIA FACTSHEET A, Design guidelines of Therapeutic Garden @ HortPark,
- <https://www.nparks.gov.sg/hortpark>
- www.nparks.gov.sg/hortpark
- <http://activeage.co/nparks-launches-singapores-first-therapeutic-garden/>
- <https://adelphipsych.sg/a-therapeutic-garden-in-singapore/>
- <http://www.straitstimes.com/singapore/health/now-open-a-garden-to-uplift-the-senses>
- <http://www.greatnewplaces.com/sg/c4334-TherapeuticGarden>

日本關西勞災病院花園

- 台灣建築雜誌 2006 年 3 月 Vol.126 自然環境的慰藉與復癒力量—治療景觀環境設計
- 關西ろうさい病院官網 <https://www.kansaih.johas.go.jp/>
- 東京農業大学@植物介在療法学研究室 <http://htlaboratory.blog115.fc2.com/blog-entry-3.html>
- <http://mie0123.blog44.fc2.com/blog-entry-478.html?sp>

台北護理健康大學「癒花園」

- 台北護理健康大學官網 <http://www.ntunhs.edu.tw>
- 社團法人台灣失落關懷與諮商協會官網 <http://www.taccl.org.tw/index.php>

療癒性環境應用於高齡社會之評估研究

An Evaluation Study on Applying the Idea of Therapeutic Environment Onto Our Aged Society

出版機關：內政部建築研究所

電話：(02) 8912-7890

地址：新北市新店區北新路3段200號13樓

網址：<http://www.abri.gov.tw/>

編者：關華山、張玫萍、蕭雅菁

出版日期：中華民國106年12月

版次：第1版

ISBN 978-986-05-4760-3 (平裝)