

出國報告（出國類別：考察）

中期及長期照護計畫觀摩

服務機關：衛生福利部臺東醫院

姓名職稱：祝年豐/院長、吳虹蓮/護理長、

邵寶萍/副護理長、洪秀菁/副護理長

派赴國家：日本

出國期間：104年09月14日~104年09月18日

報告日期：104年12月14日

摘要

為了因應高齡化社會的到來，台灣規劃已久的長期照護服務法，於今年已三讀通過，將可造福更多失能、失智家庭；而日本於平成 12 年(民國 89 年)便開始實施介護保險，強調在宅重視、自立自援、地域福祉等照護理念。

本院為提升長期照護照顧品質，於 104 年 9 月 15 日至 9 月 16 日至日本壹崎島，參訪介護保險之發展、出院準備服務流程及光武病院、老人保健設備、日間照護、群體之家(group home)、老人專用住宅、居家支援中心等機構，了解介護保的概況及病院、居家、社區、機構整個醫療照護系統的連結。

日本人重視環境空間的設置，對居家無障礙空間之規劃，也是納入給付之一；於各機構的復健設備健全，針對個案提供個別性的復健課程；為滿足長者生理需求，備有多樣化的沐浴設備及餐飲服務；並提供輔具，減輕工作者負擔等，完善的老人照護政策，重視被保險人尊嚴及以回歸家庭為目標，見識到日本多元化的照護模式，因台東屬偏鄉地區，故此次參訪有助於發展偏鄉地區高齡照護模式。

目次

壹、目的	3
貳、過程	4
一、壹岐島背景	4
二、介護保險	4
三、壹岐島醫療照護系統	5
四、光武病院/出院準備服務	5
五、老人保健院	6
六、失智或重症者之家	7
七、失智症日間照護-老人會館	8
八、老人專用住宅	8
九、居家服務支援中心	8
參、心得	10
肆、建議	11
伍、參考資料	12
陸、附錄	13

壹、目的

全球皆面臨人口高齡化與少子化現象雙重衝擊，建構一套完備的長期照顧制度是各國政府刻不容緩的重要議題。1986年「中老年疾病防治四年計畫」，是臺灣長期照護的起頭，長期照顧是從醫療角度去思考與規劃；1991年加強復健醫療和長期照護服務；1995年，衛生署提出長期照護需求與服務體系政策分析，同年開辦了全民健保；1997年身保法修法納入長期照護機構；1998年推行「老人長期照護三年計畫」，開始試辦長照管理中心，衛生署發表衛生白皮書，提出居家與社區照顧為主、機構為輔的發展重點；2000年行政院社會福利委員會再推「臺灣長照先導計畫」；2002年「照顧服務福利與產業發展方案」；2005年「六星計畫」；2007年推動長期照顧十年計畫；至今2015年三讀通過長期照護服務法，規劃出照顧服務補助標準、居家護理、社區及居家復健、輔具服務與居家環境改善服務、老人營養服務、喘息服務、交通、機構服務及待開發服務方案等，共九項的服務規劃（杜，2013）。

日本是人口老化最嚴重的國家，60歲以上的長者佔總人口數的31%。過去，老人福利法服務種類由政府決定，使用者沒有選擇自由；再者，老人保健法造成照顧需求者入住一般醫院的醫療浪費，因此日本實施介護保險法企圖整合老人福利法與老人保健法兩者。在1989年，日本政府提出「長者健康與福利促進十年策略計畫」，又稱為「黃金計畫」，規劃老人長期照顧需求。1997年通過介護保險法，2000年開始依法實施40歲以上國民強制性長期照顧保險。在這之前，對於老人長期照顧，只是對弱勢長者的社會福利或公共救助，只幫助需要長照的中低收入老人（杜，2013）。

世界衛生組織(WHO)於2004年推估人類長期照顧之潛在需求為7-9年，依據前行政院衛生署照顧處2010年報告顯示，國人的平均壽命和疾病型態等變數推估，國人一生中的長期照顧需求時段約為7.3年。高齡與失能人口成長帶來長期照顧需求增加，但如衛福部護理及健康照顧處處長鄧素文於2013年指出，目前台灣長期照顧發展所面臨的問題：(1)人口快速老化，長照需求急遽成長，服務對象未全面含括於政府補助長照十年計畫；(2)長照資源分布不均；(3)長照人力資源待培訓及發展；(4)長期照護缺乏穩定及充足之財源挹注，提供之服務無法充分滿足失能者需求，服務內容與民間期待存有落差。加上財政部統計顯示，我國賦稅負擔率僅18.4%，無法負擔快速增加之長照需求（陳，2014）。

為因應台灣高齡化社會的來臨，有必要借鏡日本在老人長期照顧之相關經驗，以作為我國規劃長期照顧保險及長照政策之參考。希望透過此次參訪，初步了解日本長照相關理念，包含：(1)人才養成教育；(2)從急性照護到社區照護之轉介體系及相關流程；(3)轉介時機及問題解決之經驗；(4)照護機構之規劃理念與運用；(5)相關輔具設備及發展。

貳、過程

職等於 2015 年 9 月 14 日搭乘中華航空 CI 110 班機抵達日本福岡，隔日一早即搭船至壹岐島(圖 1)，參訪特定醫療法人-玄州會-風光-介護老人保健設施，它座落在醫院和家庭中間，成為家庭生活支援設。此次共參訪 9 處老人保健設施、設備，以下依各保健設施、設備加以說明。

一、壹岐島背景

壹岐島是一個位於日本九州北方玄界灘的島，位置在九州和對馬島的中間，南北 17 公里、東西 14 公里，每年夏季為旺季，燒酒、壹岐牛、鮪魚為主要特產(圖 2)，壹岐島除了本島以外，還有 21 個附屬島嶼：當中 5 個島有人居住、其餘 16 個島是無人島。

至 103 年 11 月底，島上共 27,141 人，其中 65 歲以上人口為 9,625 人(35.5%)，65 歲以上且獨居人口為 1,766 人，島上總人口逐漸減少，老年人口逐日增加，在交通不便，每戶又隔得很遠的情況下，必需善用有限的醫療資源，提供最有效率的服務，因此發展多元保健、養護服務。

壹岐島醫療設施：病院數 6 間、診所數 14 間、病床數 1695.2 床/10 萬人、醫師數 207 人/10 萬、護士數 1444.5 人/10 萬、失智或重症者之家 3 間、老人保健院 2 間。

二、介護保險

介護保險法第一條明示，介護保險的設立是基於國民共同連帶的理念，對於因高齡伴隨而來之疾病而需要照顧的人，為回應其本身所具有的能力並使其能自立於日常生活中，提供醫療保健服務或社會福利服務。

自 40 歲開始，每人可開始繳交介護保險，65 歲以後方可使用，但若有重大疾病者，則可提早使用。政府和被保險人所繳納的保險費，合計共負擔介護服務所需費用的 90%，其餘 10%則由被保險人在接受介護服務時的自付額。

介護保險目的是希望能創立由整個社會為老年人提供介護服務的體制，主要理念為：

1. 自立支援：介護保險理念不只停留在照顧失能老人的日常生活起居，還要幫助老人實現自我獨立。
2. 使用者為本：使用者依自己的選擇與需求，由多種機構獲得保健醫療、福利服務等綜合性服務。
3. 社會保險方式：採用社會保險方式，建立給付與個人負擔間明確關係。

三、壹岐島醫療照護系統

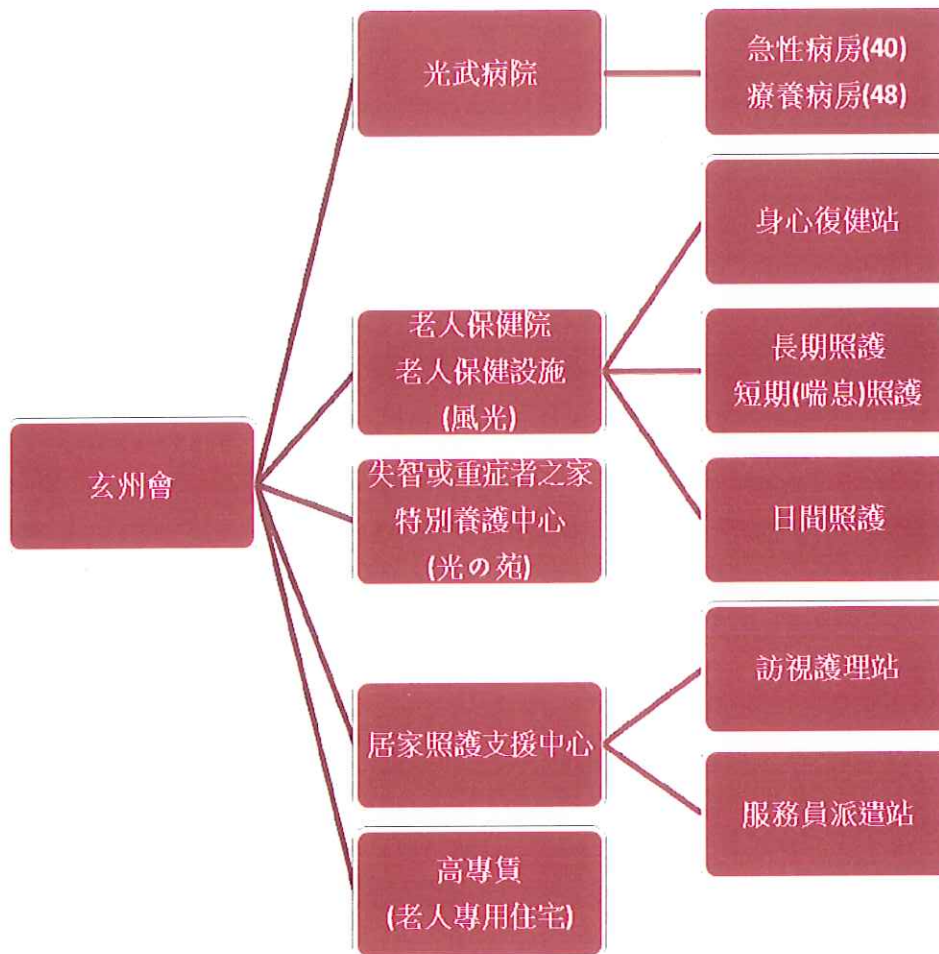


圖 3 壹岐島醫療照護系統

四、光武病院/出院準備服務

光武病院規模，相當於台灣的地區醫院，硬體設備相像，重視創傷後的續復健(圖 4~圖 5)，病院中，值得學習的是，病人的餐點由可設定溫度的保冷/保溫餐車(圖 6)送餐，所有餐點皆如同定食般，獨立呈盤(圖 7)，讓病人向在家中一樣，可享美味佳餚，由日本有別於台灣護理之家不同之處為：氣切患者在病情穩定後，轉至療養病房照護，住院天數可能長達 6 個月，甚至更長的時間，藉由完善的醫療照護系統，提供患者得到最佳照護。入住光武病院急性或療養病房的病人，在出院前，由醫師、病房護士、訪視站護士、社工、照顧支援專門員、復健師等，參與出院準備會議，與家屬討論個案出院後續之照護場所，其最終目的，希望可讓個案回歸「家庭」，在家終老(圖 8)。出院後續之照護場所有(圖 9)：(1)長期入所、(2)短期入所、(3)返家(日間照護、服務員派遣站、居家護士介入)、(4)老人專用住宅(日間照護、服務員派遣站'居家護士介入)、(5)失智或重症者之家。

五、老人保健院

(一)老人保健設施 (風光)(圖 10)

它坐落在醫院和家庭中間，以「小規模、多機能」之單一服務窗口理念作為規劃主軸，旨在滿足社區多元化與個人差異化之需求，並提供生活照顧、自立訓練、健康促進、文康休閒活動、交通服務提供或連結、家屬教育及諮詢、復健與備餐服務等項目，在服務單位皆重視長輩使用輔具的概念，除了令人可見到日本機構對於高齡者使用輔具的重視程度外，當然對使用者而言，更可透過專業人員的實際介紹，可以知道自己的權利與所需適合的輔具。

老人保健設施內分為日間照護及護理之家，日間照護不僅提供家屬日間喘息機會，也提供失能失智者身心復健場所(圖 11)，而護理之家(圖 12~圖 15)收置之住民大多為輕癱住民，每人活動空間為 12 平方公尺，病情不穩及氣切之重癱住民，於病院中接受醫療團隊之照護，以下為老人保健設施每日流程(表 1)。

表 1：老人保健設施每日流程表

時間	日間照護	護理之家
08:00~		早餐，量體溫、血壓、健康檢查
08:40~	出發(專車接送)	
09:30~	到達後量體溫、血壓、健康檢查	
10:00~	復健、沐浴	復健、娛樂活動、沐浴
12:00~	午餐、休息	午餐、休息
13:30~	復健、沐浴、小組活動	
14:00~		復健、娛樂活動、沐浴
15:00~	點心時間娛樂活動	點心時間
16:00~	離開(專車接送)	
17:00~		晚餐
21:00~		就寢

(二) 群體之家(group home)(圖 16~圖 19)

專門收容失智症的長者，住房環境以居家化的設計，廢除大規模機構的集中式管理，而是以人為本 unit-care (單位照顧)，有別於傳統團體式、效率型的照顧機構，unit-care 強調在在一個小規模家庭化的空間中，營造『家』的感覺，在這裡有 9 位失智長者為一個生活照護單位，有一位醫師，2 位護士，8 個保育員，住民與保育員的照護人力比約 1：1，收費方式除國家補助 30 萬日幣，長者每人

每月需約再自付 9 萬日幣，其主要特色是長者有自己的客廳、餐廳、廚房、懷舊景物、庭園花園，並藉由專業的照護人員與失智長輩共同生活、訓練，並維持失智長輩日常生活技巧，讓失智長輩感受如同在家生活，與受專業訓練的照護人員共同相處，協助失智長者恢復獨立自主的生活，期盼失智長者能有尊嚴及崇高的生活品質，就失智症老人症狀而言，環境驟然改變或週遭全是不認識的人，容易引起失智症老人情緒焦躁不安，而團體家屋的優點正好彌補此顧慮，也就是讓長者在熟悉、輕鬆、家庭氣氛的生活環境中自在生活。

六、失智或重症者之家

(一)特別養護中心(光の苑)(圖 20~圖 25) (光の苑，2015)。

主要是有失智症(日本稱為認知症)、在宅生活困難、獨居、重度殘障、為主要介護對象，日本國家政策是訂要介護 3~5 級，才可入住，而若有失智症，身體機能高的，介護等級只在 2~3 級，但若有被虐待或自傷之虞，即可入住，共有 60 床 7 個單位，1 個單位約入住 8~10 人，1 個人 1 個房間，每間約 13 平方公尺，每個單位的長者有自己的客廳、餐廳、廚房、懷舊景物、庭園花園，而收費方式會先看住民嚴重程度，在看收入，若嚴重程度程度高，收入也高，相對收費就會更高，照顧方式及住民活動仍以住民的習慣，來配合住民需求，並以開放性的空間讓住民隨意行走活動，剛入住的住民約入住 2 周後適應環境，身心安逸，遊走行為即會改善，照護人力比力約 1：1.8(指介護人員負責住民飲食起居)，當班共有 3 個護理人員，並考量介護人員的洗澡品質及勞累程度，故協助住民沐浴不超過 5 位住民，但在每位住民沐浴後，皆需重新清潔浴室，保持清潔以利下位住民使用，故居住的長者疥瘡少見，期收費方式如下(表 2)。

表 2：收費方式(包含介護報酬+食費+居住費+生活日用品費)

	第 1 階段	第 2 階段	第 3 階段	第 4 階段
	月額(日幣)	月額(日幣)	月額(日幣)	月額(日幣)
要介護 1	61170	63870	86370	128070
要介護 2	63240	65940	88440	130140
要介護 3	65520	68220	90720	132420
要介護 4	67620	70320	92820	134460
要介護 5	69720	72420	94920	136620
年收入	生活保護	80 萬以下	80~266 萬	266 萬以上

(以上收費方式至 2015.7 月止，8 月政策改變故有提高約 2~3 萬)

(二)老人之家(圖 26~圖 35)

此次參訪的老人之家為新成立的失智症專區，共兩層樓，總收容

床數共有 60 床，共有 7 個生活照護單位，每個單位約有 8~9 個失智長者，因是新成立的，故在建置此機構時，會有系統性的培訓專業人力，先在一群人中分組，分散到各地培訓後，再一起到同一個地方實習，並由資深護理人員及介護長協助帶領整合照顧模式，再開始收容第一週會先收容 6 人入住，因申請入住的人很多，並非所有人皆能入住，故會經過 8 個委員會為院長、總務長、理監事、護理長、營養師、復建師、護理人員及市政府的人員，經過開會選拔，評估住民的條件及狀況，再決議收容對象，目前職員共 56 人，其中護理人員共有 4 人，廚娘 4 位、營養師 1 位、總務長、介護長、介護人員、行政人員、清潔人員、警衛等，其中介護人員主要負責住民的生活照顧，其照顧人力比約 1：1.9~2 人。

七、失智症日間照護-老人會館(圖 36~圖 39)

主要是針對介護保險分級中的要支援 1 及 2，提供長者白天時的照護、復健及參與文康活動，並提供餐點，使老年人在白天有與其他人接觸的機會，增加生活功能，促進老人的健康的生活品質，提升對自我價值，讓老人不會一整天與家庭和社會脫節，亦能豐富人生、享受生活，其收費方式如下(表 3)。

表 3：老人會館收費方式

收費方式		要支援 1	要支援 2
介護保險	總計	2064/月(1 週 1 次)	3866/月(1 週 2 次)
提升生活機能動		100 元日幣/月	
吃飯		450 萬日幣/月	

八、老人專用住宅(圖 40~圖 47)

日本是亞洲國家中高齡化現象最高的國家，為維護高齡者居住的安全，發展適合高齡者居住住宅，宅提供飲食、日常生活服務之設施，以 10 個人一個單位，像一個家的感覺，有獨立的餐廳，會針對每位長著的需求，提供個別化的食物，可入住的對象以 60 歲以上高齡者，日常生活可自理者為對象，以無障礙及身體無急性的狀況為對象，配偶需 60 歲以上，並經審核認定才可陪伴同居，收費方式除了某些合乎一定條件者可獲得政府補助外，其餘不享有政府補助，則向入居者收取租金、管理、膳食等費用。

九、居家服務支援中心(圖 48~圖 49)

隨著人口迅速老齡化，中老年人長期臥床或癡呆的快速增長，為使長期入住療養病房或老人保健設施個案回歸家庭後，持續得到「生命、健康、生活」的照顧，居家服務支援中心依據個案身體狀況和生活環境，建立預

防保健服務計劃（護理預防護理服務計劃），依個案需求，分為三類型訪問介護：

1. 訪問介護：每次 20 分鐘為一單位，一個人的服務時間可能需要 2~3 個單位
 - (1) 使用者條件：支援 1~2、介護 1~5
 - (2) 服務時間：06:00~22:00
 - (3) 工作內容：飲食、沐浴(30 分鐘為一單位)、更衣、大小便、就醫、買東西、打掃(45 分鐘為一單位)、洗曬衣服、煮飯等，配合使用者的身體狀況和生活習慣安排
 - (4) 高齡者住宅可申請此項服務
2. 夜間對應型訪問介護：採每月簽約制，採常規巡邏及隨時對應型訪問護理，個案家中裝置警鈴，警訪問介護鈴響起時隨時有人到府服務
 - (1) 使用者條件：介護 1~5
 - (2) 服務時間：22:00~08:00
 - (3) 工作內容：緊急狀況時的對應
3. 隨時對應型的訪問介護看護：採每月簽約制，居家護士定期巡視服務
 - (1) 使用者條件：介護 1~5
 - (2) 服務時間：24 小時
 - (3) 工作內容：一日四次的排泄物處理、身體姿勢變換、給藥，一日三次的送餐服務，緊急狀況時的對應

此次參訪共訪視 2 位個案，個案家中擁有訪視護是每月到訪服務項目行程表，訪問介護依每月所排定行程，到府進行基本的生命徵象測量、身體評估、用藥指導與追蹤，進行記錄，再依個案事先提出的個別需求，如沐浴、打掃等進行服務，若收案個案在非訪視時間有身體不適情況，會先由訪問介護到府進行初步評估，回報值班醫師後，再遵循醫師指示，執行居家療護或協助就醫。

參、心得

本次實地參與跨國參訪，學習日本相關照護服務運作的情況，深感榮幸，也在這過程中獲益良多，因為日本的介護保險中，全體需照護老人當中有失智症問題的長者高達一半以上。因此政府將此項照護列為介護保險之改革重點，制度改革至今已減少送往機構的情形，且失智症特有的問題是記憶障礙、異常行為、精神躁鬱及無法自理生活等，在我們國內所學之照護，往往因怕失智症長者發生意外、危險，加上工作人員人力不足下，方便管理，對失智症長者會有諸多限制，並安排許多可以增加感官刺激及社交互動的團體活動，但日本的照護模式是讓住民選擇自己喜歡的事情或活動，不把失智症異常的行為當異常，而是從旁陪伴觀察，提供住民所需要的，如此可降低失智症患者之焦慮，提升其安全感，並持續以提升住民自主的能力而返家生活為目標。

日本將重度失能並留有氣切個案，安排於於病院照護，這雖使床位流動率低、增加政府醫療成本負擔，卻能使個案能享有更好的醫療照護資源與人力，並也減輕機構照護負擔；有別於臺灣，為使每個住院病患出院時，能有安全、合適的後續照護，出院準備服務團隊一一召開會議，讓家屬了解返家後仍有一群支持照護系統做為後盾，而減輕病人、家屬的焦慮。

參訪老人專用住宅時，就像到達一個大家庭，雖各自獨立門戶，但彼此間確有向家人間的情誼，其寢室的擺放與佈置，就有如在家時的房間擺設，由樸素、有豪華，而每間房間皆設有簡易式廚房，讓長者可依個人需求及喜好，烹飪美味佳餚；老人專用住宅亦可申請居家介護員給於環境清潔、洗曬衣服服務，以減輕勞力的負擔；在裡面的長者看不到被機構制式化、被家人遺棄的感覺，看到的是在最後生涯，選擇居住在機能性強、安全又舒適的環境，其快樂的笑容、熱情的拉著我們的手，搶著介紹自己的「家」，讓我們了解到長者們是喜愛居住這裡，也感動了我們參訪的每一個人。

在居家服務令人感到貼心的服務是，每月月底支援中心會定期討論個案的需求，並依個案個別性及變化，修改照護目標，將每個個案每日行程表張貼於個案家中，使個案及家屬請楚明白受服務的時間及內容，而這不僅讓慢性疾病個案家庭，能安心住在家中養病，更是減少反覆住院的機會。

此次參訪無論是病院或機構，其共通特性為，空間規劃皆將最好的視野、陽光留給長輩；環境動線流暢，以方便照顧工作；廁所、浴室無障礙空間、寢室保有隱私及個別化；復健設備及輔具因應俱全，處處看到對失能失智者生活環境的重視。除了硬體的規劃得宜外，更重視長者需求，在參訪過程，看得到照顧者的感動服務，雖然老人半夜會起床，怕他走出去，但不會以約束來處理，而是用感應器來警示，人員隨時在旁協助應對，以減輕長者的不適及恐懼。餐食的處理更是值得我們學習的地方，有些老人牙口較差，食物需要剪細，但工作人員剪碎後仍保有食物原有的形狀，讓人看來仍然是美食，且每項食物皆分別擺放，讓長者慢慢吃，而不將食物全部放在一起，讓照顧服務員方便餵食。

許許許多的照顧細節是內化到每個工作人員的行為中，長者們的幸福笑容，是最好的服務滿意成效，這是日本照顧的精髓，也是我們要學習的地方。

日本與臺灣一樣，正面臨高齡化及少子化雙重問題，而日本具有連續性的照顧功能及可變性的設計原則之照顧方式及長照政策發展經驗值得臺灣長照機構標竿學習，為因應台灣高齡化社會的來臨，作為我國規劃長期照護保險及老人政策之參考，也透過本次壹崎島機構參訪，也希望能帶給台灣投身於長照發展的夥伴們參考，讓我們一起努力，為台灣的老人福祉繼續努力！

肆、建議

台灣 65 歲以上老年人口的比例在 1993 年已達到 7%，進入世界衛生組織所定的「高齡化國家」，推估此比率在 2017 年高達到 14%，於 2025 年將達到 20%，此趨勢與鄰近的日本、韓國相當，但日本於 2000 年、韓國於 2008 年都已先後啟動長期照護，反觀台灣，長期照護的資源分布不均，加上人力資源待培訓及發展，故在推動與發展上明顯落後（中華民國醫師公會全國聯合會，2015）。

在日本，培訓一位介護員，需至少接受 230 小時的授課、實習課程，在穩扎穩打的訓練之下，培養出「關懷」、「尊重」之柔軟心；台灣照服員訓練課程，僅需 90 小時，就能取得證照，若能參考日本培育人員模式，方可發展出更柔性及完善的長期照護模式，這也正是世界上每一個人最根本的需求。因臺灣環境、設備及人才培訓較微弱，故照護品質相差甚遠，然而東臺灣地區環境優雅，不亞於日本，好的照護來自於對生命的尊重及用心，而非高科技，期許政府單位能整合各類專業人力、社會福利及社區資源，以提供失能、失智症者及其家庭，擁有完善的服務網絡與支援系統，此將是我們需共同努力的目標，以下是對臺灣長照機構的建議：

- 一、慎選地理環境，擴大居住環境及活動空間，並將田園栽植納入機構佔地。
- 二、住室環境的格式，不要統一一致性，可打造不同風格之寢室佈置，對於功能性佳之失能失智症者，可提供一般家用床取代病床
- 三、重視長者生理需求，可將澡堂、浴缸導入機構，讓長者享有與一般人一樣的生活起居。
- 四、硬體設備的經費可增加移位輔具及無障礙設備的預算。
- 五、生活起居之日程表，每日可依大原則運作，但需依個別性，配合每個住民習性而做微調。
- 六、餐點擺盤需重視飲食者視覺及味蕾感受，讓機構的長者，有「吃飯」的享受，非「餵食」的飽餐一頓。
- 七、人員課程的培訓，可增加授課時數為 200 小時，並納入人性尊嚴維護、失智症活動帶領技巧及技能、殘障福利法及老人福利法等。

伍、參考資料

- 光の苑 (2015, 12 月 1 日)・特別養護老人ホーム・取自 <https://www.facebook.com/hikarinosono.iki/?fref=ts>
- 中華民國醫師公會全國聯合會 (2015, 12 月 13 日)・長期照護專區：手冊 2—
觀日本長照，思台灣未來・取自 <http://www.tma.tw/LongCare/>
- 杜秀秀 (2013)・長期照顧政策模型的發展—稅賦制、保險制之比較分析・社
區發展季刊，142，293-303。
- 陳桂敏 (2014)・臺灣長期照護發展的困境與出路・高醫醫訊月刊，33(11)，8。

陸、附錄

一、壹岐島背景



圖 1 福岡與壹岐島間交通工具

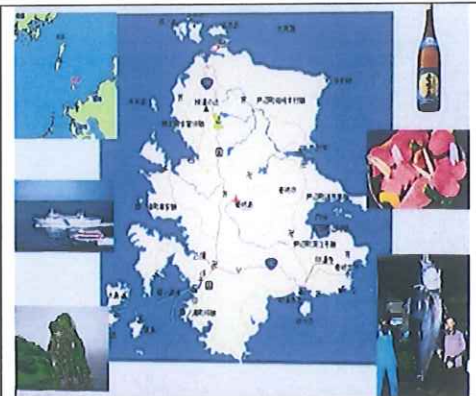


圖 2 壹岐島地圖與特產

二、光武病院/出院準備服務



圖 4 光武病院復健設備



圖 5 光武病院復健場所



圖 6 可設定溫度的保冷/保溫餐車



圖 7 光武病院餐點



圖 8 出院準備服務會議

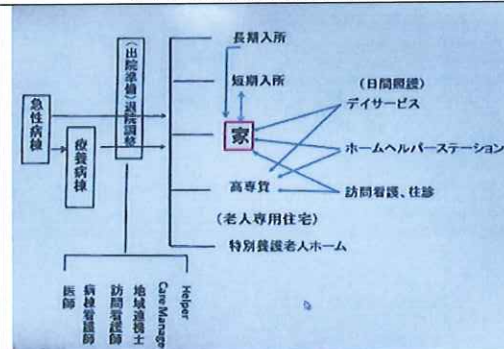


圖 9 出院準備服務流程

三、老人保健設施 (風光)



圖 10 老人保健設施



圖 11 1F 日間照護-身心復健場所



圖 12 2F 護理之家



圖 13 護理之家交班本



圖 14 護理之家澡堂



圖 15 護理之家衛浴設備

四、群體之家(group home)



圖 16 群體之家(group home)外觀



圖 17 群體之家大門入口處



圖 18 群體之家餐廳



圖 19 群體之家室內活動空間

五、失智或重症者之家



圖 20 光の苑平面圖



圖 21 光の苑床上移位設備



圖 22 光の苑中餐-一般飲食



圖 23 光の苑中餐-軟質/流質飲食



圖 24 光の苑衛浴設備-洗澡椅



圖 25 光の苑衛浴設備-浴缸



圖 26 老人之家室內活動空間



圖 27 老人之家戶外活動空間



圖 28 老人之家洗手槽特製握把



圖 29 老人之家廁所



圖 30 老人之家火災聯繫設備



圖 31 老人之家配膳室



圖 32 老人之家住民臥室



圖 33 老人之家洗澡設備



圖 34 老人之家用藥-餐包



圖 35 老人之家藥車

六、失智症日間照護-老人會館



圖 36 老人會館活動空間



圖 37 老人會館環境佈置-長者作品



圖 38 老人會館復健設備



圖 39 老人會館復健設備

七、老人專用住宅



圖 40 公共空間-客廳



圖 41 共用餐廳(黑板為今日伙食)

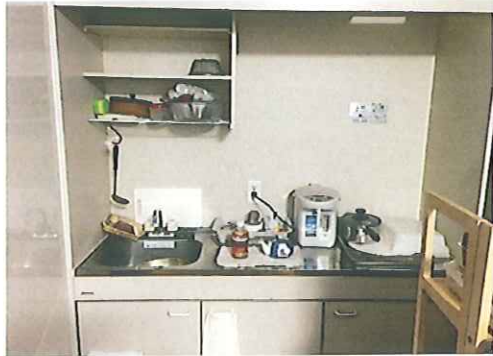


圖 42 寢室設備-簡易廚房



圖 43 房內空間-依喜好自行佈置



圖 44 提醒照顧者住民注意事項



圖 45 可控制住民床體的儀表板



圖 46 洗澡設備



圖 47 個別洗衣用物

八、居家服務支援中心



圖 48 居家服務支援中心



圖 49 訪視個案行程表