

瑞典失智者團體家屋的發展歷程與型態分析

關華山

東海大學建築系教授

hskwan@thu.edu.tw

摘要

因臺灣失智老人漸多，照顧設施卻少，許多失智老人不是在一般養護設施，就是在家，造成家人困擾。然國外早有團體家屋（group home）之設施，其中以瑞典的最為成功。本文即以之為研討對象，包括以文獻追索其發展歷程與 17 個案例之平面型態分析，後者為考察其設計原則。

研討發現：80 年代瑞典的失智者團體家屋開始出現，包含於「特殊需求住宅」。90 年代團體家屋數目大幅增加，至 2000 年已有 2200 處，住了 2.1 萬失智老人。既有相關研究顯示：一些設施及團體家屋改變室內成懷舊式樣，並增加居民自主性，對於初期、中期失智老人身心行為有多項好處，照顧者亦較滿意。而照顧者之心態亦影響照顧品質。有學者以評估表尺評估瑞典的失智者團體家屋，平均分數遠比美國的高。

17 個案例之平面型態分析後發現：瑞典的失智者團體家屋主要源自於一般民眾居住之住宅，少數採取了英美所發展的中心型模式。另外個案的房間數及類別差異大，似乎不影響其效果。然而團體家屋仍然有無法照顧重度失智者的困難。

關鍵字：瑞典、失智者、團體家屋、老人

前言

台灣老人的失智症盛行率比已開發先進國家為低，依幾項全台灣流行病學之大規模調查研究(劉景寬等 2000:158)，大約在 3~4%之間，其中阿茲海默症約佔半數以上，而腦血管型約 20~25%，混合型約為 10%。就發生率而言，台灣 65 歲以上老人每年每千人約有 13 人會變成失智症者。新發生者仍以阿症為多佔 40%，血管型 35%，混合型 15%。而罹患阿症之危險因子有年齡增加、女性、低教育程度(不識字)、具脂蛋白 E4 基因，曾有過嚴重頭部外傷；血管型的危險因子則有腦中風、高血壓。

值得注意的是社區研究顯示以阿症為主，而醫院內之研究則以血管型為首，阿症又次之。可見得許多阿症患者，很可能被視為正常老化而留在家中。2002 年 6 月底，依內政部社會司統計，全台灣領有身心障礙手冊之失智老人只有 10,867 位。又顯示目前被診斷且享有障礙者保護法權益者，仍比推估之失智人數要少。在死亡率方面，一般失智症者比尋常老人高，台灣的失智症死亡率比其他歐美國家高出許多，二年之死亡率竟高達 60~70%，其中血管型與混合型者之死亡率(約 65%)又明顯高過阿症(56%)。這均可能是大家對失智仍缺乏瞭解，未照顧好失智老人所致。

2004 年台灣老人人口約 215 萬，若以上述盛行率計算，失智老人人口約在 6.5~8.6 萬人。估計 2036 年失智人口將超過 38 萬人，可見失智者之照顧在未來 30 年會成為台灣重要之照顧與醫療界問題。

根據過往的調查研究(曾思瑜、林昌明

1997，施文惠 1998，王伶芳 1999，陳惠姿、李孟芬 2000，施麗紅 2003，關華山、蘇智峰 2004)，均顯示台灣的老人長期照護設施大部份已收容失智老人，而未與其他老人分開照顧，反而混居在一起。至 2004 年台灣專門照顧失智者的設施僅有 7 家，床位 444，與估計的失智老人數，相距甚遠。可知台灣失智老人的居住安排選擇性很少，不是在家，就是送入數量不多的一般的老人長期照護機構內，只有極少部分才被送入專業的失智者設施內。

然而，就先進國家發展的失智老人居住安排當中，「團體家屋」(group home)是一項重要的居住方式。主要是西方先進國家獨居老人較多，一旦失智除了緊急通告系統負擔一些監控作用之外，多置老人於自求多福的狀態，極容易出現安全之問題。「團體家屋」應運而出，也就是數位失智老人合住於一間家屋(house)內，一方面老人生活其間較熟悉，容易辨識空間；另一方面可以請專、兼職人員從旁照管，卻避免了大型照顧設施可能「機構化」之虞。在諸多西方國家中，又以瑞典的失智者團體家屋發展得最為積極，並有學術研究檢視其成效卓著。值得我們深入觀察與瞭解，進而學習。

瑞典 2000 年的人口有八百九十萬，85%居住在氣候較暖和的南部，老年人口(65 歲及以上)則達一百五十萬，占 17.4%。而這些老人有 91.3%住在自己的家裡，餘下的居住在「特殊需求之住宅」(special need housing)，包括老人之家(old-age homes 或 old people homes)、服務住屋(service blocks, service houses 或 service flats)、團體家屋(group homes、group living 或 group accommodation)、及護理之家

(nursing homes)。而老年人口當中失智的占 8%，約 12 萬 1 千。而失智者約 1/3 住在一般住宅。相對的，護理之家的病患八成有失智；老人特殊住宅的居民一半是失智的。由這些數據顯示瑞典老年人口，照顧失智者是為一項重要工作。而近十年來，團體居住 (group living) 尤其在政策性補助下蓬勃發展。同時經過多位學者之研究 (Küller 1991; Malinberg 1996; Annerstedt 1993; 1995; Almberg & Paulsson 1991; Ählund & Ohara 2000; Ählund 2001; Whlgren 2000) 大致證實「團體居住」形式使失智老人的用藥量與行為約束次數減少，而老人的異常行為數量亦減少。亦即「團體居住」是能提昇失智老人生活品質，對其身心有好處的居住形式。

本論文之目的有二：其一則在透過個案的收集，分析其平面之各空間配置模式，並會同其他評估之文獻，進行相互之對照，以期對瑞典「團體居住」的型態背後設計之原則有所掌握。其二則在整理、了解瑞典供失智老人居住的這種方式如何發展出來的。這兩項研究工作最終的目的，自然是為我國照顧失智者之設施採取借鑑，如何在台灣推動「團體家屋」，以及如何規劃設計。本文撰寫的方式，則先陳述其發展歷程及其研究與成效，而後分析案例。

一、瑞典「團體家屋」的發展歷程

早在中古世紀，瑞典社會的老人即有所謂「生存契約」(surviving contracts) 的照顧出現，包括供食、衣、鞋，以及生病時的協助 (Ählund 2001)。有錢的健康者還可在 Stockholm Almshouse 買一個房間在那裡食

宿。窮人就沒那麼幸運了，生病的老人尤其如此。往後照顧老人的公共責任一直以機構路線發展，而且大多要求老人也參與工作。

19 世紀時，依據舊的貧窮法案，地方政府得設「窮人屋」(poor-houses) (或可等同我們早年的「救濟院」)，社會上貧困有問題的人都送到此接受照顧。1918 年新的貧窮法案出爐，地方政府有義務設置老人院 (old-age homes) 等機構，與舊窮人屋的差別在於分出不同類的機構，以照顧不同類的有需求之國民。由於二次大戰並沒有波及瑞典，使得國家各方面仍保持一定的穩定發展。於 1957 年即廢除貧窮法，而代之以更人性之「社會福利法」。

1950 年代末期，為身心障礙之年輕人及老人，已出現有可供其獨立生活之住屋，即 1960 年代正式出現的服務住宅 (service flats, service housing)，而家務協助 (home help) 服務也迅速發展 (Malinberg 1996)。到 70 年代，這兩方面的措施逐漸力有未逮，家務幫忙服務的需求量大減。服務住宅也不夠應付新的需求，如失智老人的照顧。因此到 80 年代，為了貫徹「在地老化」社區照護的重要政策原則，以往中央政府為主提供的「護理之家」轉由地方政府設立經營。「團體家屋」也漸出現，「居家照護服務」、「日間照護中心」也被政府廣泛提供。不過到 90 年代「居家服務與照護」的接受人數再度遞減。地方政府開始優先推動特殊需求住宅。1992 年，瑞典中央政府的照護部門進行了 ÄDEL 改革計劃；國家投入大量資金獎勵興築特殊需求住宅，尤其團體家屋與更新護理之家，包括對身心障礙者、精神病患照護的改革。也就因為如此，各類型的服務與照護設施被統

歸為所謂「特殊需求住宅」，包括：護理之家、老人院 (old people's homes)、為失智老人及精神病患所提供之團體家屋 (group homes) 及服務住宅 (service flats)。

ÅDEL 改革計劃中有一項重大的改變，即是將中央政府照顧國民的責任移轉到了地方政府的身上。地方政府接管眾多的護理之家，其背後即是將照護病患的責任從中央的醫院緊急照護中解脫出來，交予地方政府的老年照護部門等來負責。同時，地方政府依法令有義務提供特殊需求住宅。也因此 80 年代漸成形的各類住宅，在 1992 年後，其數量便大幅增長。1991 年到 '96 年間，獎勵補助金建造了 2.95 萬個高齡者住宿單元。其中 1.05 萬個單元供老年失智症患者。另外，也補助了 4 千個新的智能障礙者之住宅，1 千個慢性精神病患之住宅，以及護理之家 2 千 2 百間單人房的改善。

瑞典現今有 3 種護理之家，一附屬於中央政府醫院的老人科，但份量漸不重要。其二是地方的護理之家，獨立於醫院，屬基層照護系統之下。三為私立護理之家，數量很少。

所謂的「服務住宅」其目的在提供老人及身心障礙者附帶保全與服務的住宅，以促其能獨立生活，得以保持有意義之工作與社交。有不少日間照護中心設於「服務住宅」內，一方面服務居民，一方面服務一般鄰里的老人、障礙者。

而 80 年代出現的團體居住、家屋，是 6-8 小 flats 集合起來，有共享的廚房、起居間，及全天候照護的人員。居民有 flat 的租約，可帶入自己的傢俱、用品，造成像家的一個環境。

1983 年，「團體居住」(group living) 之設施型式首次出現 3 個案例，它們均以改建傳統公寓、打通二家合用，取其小尺度、熟悉如家環境之好處，並有人員照顧類似徵狀的失智者。隨後，瑞典社會健康與福利委員會出版了「擴張團體居住之建議」。在 1987 年團體家屋僅有 60 處，住了 500 多人。到 1994 年已達 1.4 萬人居住於團體家屋，其中大部分住的是失智老人。2000 年的 5 月，已有二千二百處團體家屋，住了 2.1 萬位失智老人 (Åhlund 2001)。在 1992 年到 1996 年每個團體家屋的補助金是 50 萬瑞典克朗(每克朗，2005 年 3 月合台幣 4.62 元)。補助要求如下：

1. 考量個人自由選擇的需求，個人安全及私密性。
2. 提供入居者如在家中生活的舒適性，儘管對支持服務和照護的需求會增加。
3. 小族群構成盡量避免造成集體生活的機構氛圍。
4. 提供高品質之個人居住空間、滿足休憩、睡眠、烹調、用餐、個人衛生、社交和儲物等行為之舒適性。

事實上，在瑞典許多團體家屋的案例，是改建自一般住宅、傳統公寓。

二、瑞典團體家屋的有關研究

以下依序年代先後分別回顧與團體家屋此設施尤其它的實質環境有關的研究：

Küller (1991) 曾以「熟悉度設計幫助失智病患生活」為題，陳述了幾個有關的研究。

1982、83年，在 Malmö 的 Värnhem 醫院新裝修了一部份病房之餐廳，讓它回復如 30s、40s 年代老人家年輕時代那樣，居民自己配餐，自己選菜，員工一起用餐，居民也穿自己的衣服。經過觀察用餐時間，居民員工之行爲；也進行一些訪談；並測量居民之身體狀況以及其用餐量。經過 8 個月，發現環境改變給予居民正向之刺激。

在另一個縣的護理之家與一老人之家，設施同樣整修成如家的氛圍。每位老人有自己的房間，擁有私人物品，照護以團體護理方式進行；員工不穿白衣；自己備餐，結果多數老人、員工及親友覺得這樣比較好。

而研究者自己所做的研究則是在 Malmö 市的 Kroksbäck 住宅區，興建二集合式住屋 (collective housing)¹，一以 30s、40s 年代式樣，一以一般式樣，分別住 9 位失智者，並以精神病醫院的失智病患爲對照組做觀察。在此二實驗組，居民被允許帶入自己的傢俱，進而以行爲觀察 (包括：觀看、吃、說話、情緒反應、身體動作等 17 項，由三位心理學家觀察，每位每週一次參加一週間日的中餐，持續 6 個月)、醫學評估 (心理學、精神科評估)，並訪談老人及親人。結果實驗組的 17 項觀察項目有 10 項值得進一步分析，其分屬兩個範疇：「社交活動」(與員工、其他老人交談在老式環境較多，一般環境不顯著)與「社交興趣」(看四週、聽看別人在二實驗組居住環境較頻繁)，而且老人較少使用尿布、鎮靜劑。員工也改變了其專

業態度。而事實上，「集合住宅」的花費是「護理之家」照顧的一半。不過，Küller 在文後交代，團體居住是給初期、中期一般失智者的，因缺乏醫療的資源，並不是適合所有類別的失智者。

Almberg 及 Paulsson (1991) 也曾論及團體家屋 (group homes) 的目的、性質。另亦提及「服務住宅」有如「一群家屋」(a group of homes) 並針對失智者的居住環境提出其設計重點與十多條設計準則。設計重點包括：提供一具療效的環境；是一活動導向的心理治療環境；能提供現實定向 (reality orientation)。讓其熟悉有限的人，並處於有限的適宜適應之環境。如果其居住環境有失智者可辨認的早年生活 (10-20 歲) 的環境、事物，那麼此環境較容易了解，或至少減少困惑。

1990 年 Malmö 市 Lund 地區有一個專對團體家屋進行研究的工作團隊成立。它是多專業背景的學者組成，包括 Ählund, O.; Annerstedt, L.; Elmståhl, S. 及 Samuelsson, S. M. 等人。依 Annerstedt (1995) 所述，其研究對象有三群，1) 3 個團體家屋共 28 位失智老人，及一做爲控制組的傳統機構式照顧的案例，進行了三年的評估，並訪談員工。2) 有 79 位在宅老人，當 home help 已嫌不夠，無法住在家之關鍵時刻，遷移入團體家屋前，對其進行病症檢查、評估，並訪談照顧者，看其照顧之負擔，分析其與症狀的相關性。3) 4 個照護設施之病患，依其症狀與日常活動能力 (ADL) 做比較。此研究的發現如下述：

- (1) 團體生活照護與機構控制組相比，是減少了症狀，保持/增加居民獨立性。

¹ 作者稱之爲 collective housing，應該是指「團體家屋」(group home)，在當時學術圈或許研究者尚未使用英語系國家的用詞。

- (2) DAT (阿茲海默型失智) 與 VD (血管性失智) 對環境刺激的反應不同。
- (3) 當腦損壞愈厲害，團體生活照護的正向效應減少，所以「團體生活照護」建議是在無法居住在家之後的平均三年內實施。
- (4) 團體生活與傳統機構之病患在生存年限上並無差別。
- (5) 照顧者負擔的特性與 DAT、VD 症狀相關。
- (6) 比起機構而言，團體生活的員工有較佳之工作滿意度、動機與知識增長。
- (7) 在 Malmö 的團體生活照護是居家照護 (home care) 及護理之家照護 (nursing-home care) 很重要之中介照護方式，服務一些特別類別及失智程度之老人。

Annerstedt 等人 (1993) 也曾以 Malmö 研究在另文做了些檢討。熟悉、舒適的居家生活環境是不錯，但是太多房間、傢俱、設備也會帶來負作用，如二房間的公寓，常常有一房間居住者會不用它，而忘了其存在；個人房不需要廚房，但只要有簡單廚檯即可。研究者同時建議將同質居民放在同一團體家屋，可以增加彼此互動。當然過一段時間，因個人病程發展不一，他們也會變為異質居民，但至少他們有足夠時間相處，彼此接受，比較不會出現干擾他人之行爲。相對的，團體家屋居民出於同一地區與否，並不重要 (對親友可能重要，但當事人不重要)。如果身心永久性衰退出現，造成照護人員負擔很大，又影響其他居民之照護時，就該考慮將之遷移到「護理之家」或醫院。

Malinberg (1996) 曾以 Jönköping 縣的 4 個團體家屋做追蹤調查 40 位居民。1 年後，36 位仍活著，2 位在團體家屋死亡，2 位因行爲問題移往其他設施。親友與員工對這種照護方式都採正面回應。主要問題有：居民比他們想像的還要失智，很難鼓勵居民參與團體活動，必須一對一才能奏效。

再 4 年後，對其中 2 個團體家屋，5 年後對另 2 個團體家屋繼續追蹤調查。最初的 40 位居民，只有 12 位仍住在團體家屋，10 位在居住期間過世，18 位移往其他設施，多數因為健康緣故，行動能力衰退，少數是因為行爲異常難於應付。研究者下結論稱：單有鼓勵社交、現實刺激的「社會性進路」(Social approach) 經營團體家屋是其主要缺點，因為缺乏老人精神醫學專家從「醫療進路」(Medical approach) 與「社會性進路」攜手合作，更全面的照顧失智老人。

有關照護者的態度方面，Åhlund (2001) 曾述及 Malmö 研究計劃中，有一位社會心理學家 Emilsson 博士 (1998) 花了 2 年時間在 3 個團體家屋做觀察，在其內他見了 28 位失智者，20 位女性，8 位男性，最年輕的 73 歲 1 位，最老的 91 歲 2 位，二分之一以上是阿茲海默症，其次是血管性失智，再次是多發性。居住背景很多樣，女性多為管家。照顧者共 74 位，研究者訪問了 38 位，從觀察與訪問當中，他發現照顧者有兩極：1) 是所謂「失望者」，佔了 28 位，他們對組織、對與失智老人的接觸，對上司對待他們的方式，尤其實施 ÅDEL 改革之後，都顯出「失望」。2) 是所謂「能者」，有 10 位，他們自覺有能量、意願執行其工作。

兩種照護者都想參與決策，但他們最大的差異是他們與居民之接觸，「失望者」花在彼此的時間很多，相對的「能者」花時間在工作與居民身上。很明顯的，「能者」工作時，居民遊走、大叫的情況較不常發生。至於 28 位失智者居民則表示希望 a) 照護者之陪伴、b) 能參與每日活動、c) 能參與家屋內有關之決策。

Ählund 及 Ohara (2000) 於 1997 曾合作評估了南瑞典的 12 個失智者團體家屋之實質環境，所用的評估表尺是 Sloane 及 Mathew (1990) 所發展的針對失智者設施實質環境做評估的 TESS (「具療效之環境審查表尺」、the therapeutic environment screening scale)。TESS 表尺有 12 項評項，每一評項依回答可得分 2、1 或 0，總加得分即為一設施之評分，分數在 24 到 0 分之間，愈高者愈具療效。此二位學者 1992 年又發展出「TESS2+表尺」，此表尺之設計曾經過「國家老年研究所」(NIA) 指導委員會之修正。TESS2+表尺有 37 項有關實質環境的評項，分屬 a) 一般設計，b) 空間/座位，c) 維護，d) 噪音，e) 居民房間，f) 預訂之空間感，g) 範疇。

若依 TESS 表尺評估 12 個南瑞典的團體家屋，其平均分數高達 21.36 (從 15 到 24)，標準差只有 2.38。而 Sloane & Mathew (1990) 在美國評估 27 個失智者設施，得分只有平均 16.4 (分佈於 10 到 24)，標準差 3.68。顯示瑞典團體家屋頗具療效。不過，12 個團體家屋有不少沒有戶外遊走空間，同時要管制人員出去戶外的門戶也有困難。

研究者也利用 TESS2+表尺評估了 12 個個案 (2000:70-72)，並以文字描述了調查結果，

又對失智老人有關環境之設計做了討論。

- (1) 有關建築平面的組織型式。a) “I” 形中央走廊式。因「團體家屋」本來就小，所以此類型並不構成大問題，但中央走廊多半會較暗，否則即要人工照明，感覺會不好。b) “L” 形中央走廊式。此型出現也可能因基地受限，但其轉角可闢為公共空間，否則需做些處理，使之不那麼暗，而有空間變化趣味。c) “L” 形邊走廊式。此型的出現需要建物一部份圍繞一中庭。d) 中央大廳型。是特別給失智者的一種平面，由美國 Weiss Institute 開創，讓居民關注到日間的群體生活，是一具療效之環境，不受外界干擾，居民易辨識身在何處，每種活動都彼此相連在附近，一連續之遊走迴路也可圍繞之出現。不過此類有點困難讓居民看到戶外，或到戶外做些活動，採自然光較難。大廳高天花給居民開闊舒適感，但有時又嫌太大，需要一些隔屏等。e) 十字走廊型。可以利用此型態造成許多公共空間，但也易暗、通風不好。
- (2) 團體生活建築物之實質配置情況依 12 個個案，研究者辨識出 4 種類別，a) 類型 1：獨立建築、獨立基地。它可以是舊建築改造而成，也可以是新設計出來的。舊建物改造的，基本上有原有之社區環境，舊建物居民較熟悉而認同，但改建有根本上的困難。至於新建物設計有很大的彈性，但花費較大。b) 類型 2：在同一基地尚有其他設施，此類多為新設計的，且多為一樓，可到戶外。此類比獨立型較易獲得附近鄰里與設施之支

持。c) 類型 3：在同一棟建築裡，尚有其他設施。其他設施多與老人有關，所以此類較方便利用其他設施之資源，但員工需注意前後門禁，以防外人進入干擾居民生活。d) 類型 4：附屬於其他老人照護單位，因有困難管理一個獨立小型的失智設施，其他單位的員工、物質可以援助此設施。

- (3) 公共空間的建議：a) 廚房：需讓居民每一位都使用廚房，但進食前後的活動行為是連續的，所以廚房、餐廳、起居空間需連續、開放。有的設施晚間把廚房關起來，以防居民玩耍廚具。b) 遊走路線：僅少數居民被觀察到在遊走，而且沒有走到走廊盡頭不知回來的問題。但如果有人需要遊走，應提供適宜步行空間。c) 戶外環境：失智者獲得自然環境的各種感官刺激是很重要的，多數個案沒有可自由走動的戶外空間，可能是因為瑞典的冬天長。夏天時，員工又會安排外出活動。
- (4) 私人空間的建議：a) 居民房間：單人臥室是基本的。所有房間依居民意願都裝飾、擺設起來，房間大小能夠放置居民自有的傢俱，同時夠大以供儲物。b) 廚檯、櫃：多數個案居民房間有，雖不常使用。冰箱有的也有，但都是空的，空冰箱令失智者混淆焦慮，但他們多數又無法管理冰箱內的東西。c) 浴廁：都是無障礙的，有的在門上有標誌。

最後結論，研究者提出：1)「團體生活」比起其他方式是一具療效的環境，是「家」而

非「機構」。2) 尊嚴與環境的辨識性相比仍以前者為重。3) 功能與享有，後者重要。冰箱、廚房與書架的書雖然居民不用，但放在自己房間，會讓居民安心。4) 聚集與個別。獨立的團體家屋因設施太小，會造成員工人際關係的壓力，所以某程度的在二家屋間流通員工是好的，只要對居民言，員工汰換不要太頻繁。5) 最佳的失智者設施不在乎花多少錢，重要的是周到、好的、關心使用者的設計。

三、案例的選取

本研究共收集到 17 個瑞典「團體家屋」的案例，其出處有四個。其中九個案例即是前文回顧的 Åhlund 及 Ohara (2000) 所評估的 12 個案例中的九個，因為有三個案例，兩位研究者沒有提供平面圖，無法就其平面進行型態分析。另五個案來自 Almberg 及 Paulsson (1991) 的文章，另一個案來自同本書的另一篇文章 (Küller, 1991)，這六個個案只有平面圖，二篇文章並沒有文字上的描述。最後二個案例來自 Judd、Marshall 及 Phippen (1998:30-36) 的《Design for Dementia》一書。除此之外，Regnier (1993:171-175) 也論及了其中的 Hasselknuten 案例。瑞典國家健康/福利委員會所出版的《適合高齡者和身心障礙者的優質住宅》出版物 (Whlgren 2000:16-17) 也介紹了 Vigs Ängar 案例。很顯示這 17 個案例相對於瑞典全部二千多個團體家屋並無所謂「代表性」。它們只是出現於不同的研究與出版品當中。當然被抽選為研究對象以及出版案例也有一定的意涵，只能說某程度的「代表性」。

根據以上個案資料，本研究進行了個案比

較、分析，進而理出個案在建築室內空間組織上的類別，而並不涉及戶外空間。最後依這些個案分析與瑞典團體家屋之研究文獻，尤其前文已整理的評估文獻，檢視這些個案所代表的

瑞典團體家屋其規劃、設計上發展歷程的經驗成與敗之處究竟在哪裡，以供我們推展失智者團體家屋之參考。

表 1-1. 瑞典團體家屋 17 個案的空間元素比較表

個案編號	1	2	3	4	5	6	
個案名稱	Vikínga garden	Trollsjö garden	HSBI g.h.	Bågen	Vigs Anger	Magnolia garden	
房舍樓層	1 層	1 層	1 層	1 層	1 層	上有樓層 位於 1 樓	
房舍獨立與否	獨立(走道接其他建物)	獨立(走道接其他建物)	獨立	獨立	+ 16 flats		
居民人數	8	8	4	8	8/8	8	
個人	浴廁	√ (淋)	√ (淋)	√ (浴缸)	√ (淋)	√	
房間	儲藏室	√	—	—	—	—	
	Hall	√	√ 小	√	√	—	
	廚檯	小	√ 大	廚+餐	小	廚+餐	—
	起居空間	√	√ 餐	√	√	√	√
	臥房	—	—	√	—	√	—
	床角落	√	√	—	√		√
	面積						26 m ²
	陽台	√	bay window	—	√	—	—
形狀	矩	矩	矩(規整)	矩(規整)	矩	矩	
公共空間	廚房	雙套	√	√	√	√	
	交誼(起居)	大(陽台) (高天花)			√	√	√
	陽台	√	√				√
	Sitting room				√		√
	餐廳	√ (與廚合)	√ (與廚合)	√ (與廚合)	√ (與廚合)		√
	洗衣	—	√	√	—	√	
	公共廁所	—	√	—	—		
	公共浴室	—	—	—	—	—	—
入口玄關	走廊	—	√	小入口	—	—	

公共空間	走廊型式	中央	十字(公共在一頭)	中央	中央	對中庭(公共在一邊) 〈型	(公共在彎處) L型
員工	員工休息	√				√	√
	值夜	未表明 function	√	√	浴廁	不明	
	辦公		√	√	√		√
	儲藏			√	√		√

表 1-2 (續表 1-1)

個案編號		7	8	9	10	11	12
個案名稱		Magistratsva gen	Näverbyn	Frolunda g.h.	Olskroken g.h.	Ljura g.h.	Knuten
房舍樓層		上有樓層 位於 1 樓	1 層	多層 有升降梯	多層 有升降梯	多層 有升降梯	多層 有升降梯
房舍獨立與否			+4 失能 在一翼	(在其中 1 層)	(在其中 1 層)	(在其中 1 層)	(在其中 1 層)
居民人數		7	6	4	4	4	7
個人 房間	浴廁	√	√	—	√ (2 人共 用)	√	√
	儲藏室	—	—	—	√ (2 人共 用)	—	√
	Hall	√	√	—	—	√	√
	廚檯	√	—	—	—	√完整廚房	√完整廚房
	起居空間	√	√	—	—	√	√
	臥房	—	√	√	√	√	√
	床角落	√	—	—	—	—	—
	面積				4 房同大	二種均為完 整住宅	3 種：1 房× 3, 2 房×3, 3 房×1
	陽台	—	—	—	2 間有、2 間 無	√	√
形狀	矩(規整)	矩(規整)	矩(規整)	矩(規整)	矩與 L 型	矩	
公共 空間	廚房	√	大廚檯	√	√(角落)	√	√
	交誼(起居)	√	√	√	√	√	√
	陽台	√	—	√(中庭)	—	√	√

公共空間	Sitting room	—	—	√	—	—	—
	餐廳	—	未明(有一些空間)	√(與起居間合)	—	√(與廚合)	—
	洗衣		√	—	—	—	—
	公共廁所	√供員工	√	√(一套半)	—	√	√
	公共居室	√供員工		√供員工	—	√	
	入口玄關	√	多入口	從升降梯、走廊	樓梯間進入 二大玄關	從樓梯、升降梯	從樓梯、升降梯
	走廊型式	不起眼 I型	長廊式 L型	(公共在一邊) L型	不起眼 I型	長廊式 中央	中間I型 (公共在彎處)
員工	員工休息	√	未明		—	√	—
	值夜		有一些	√	有2客房/工作/儲藏間多用途	√	√
	辦公			—		√	—
	儲藏	√(2個)		√		—	—
備註				2戶住宅打通合成		6戶公寓打通合成,留下4完整戶	1戶依原樣,卻供公共使用

表 1-3 (續表 1-2)

個案編號	13	14	15	16	17	
個案名稱	Kroksback	Varpinge	Norregården	Hasselkuten g.h.	Snipan	
房舍樓層	多層 有昇降梯	三層	多層(或二層) 有昇降梯	二層	多層	
房舍獨立與否	(在其中1層)	在三樓(一和二樓是老人之家)	在一樓(二樓是一般老人之家)	在一樓	在一樓	
居民人數	9(8單人房+1flat)	8	9	6	6	
個人房間	浴廁	一邊共用一套半	√	√	√	√
	儲藏室	—,一邊一間		—	√	√
	Hall	—	√	√	小hall	—
	廚檯	—	√		√	√廚房
	起居空間	√	√	√	√	√

個人 房間	臥房	一間有	—	—	—	—
	床角落	√	√	√	√	
	面積				340 平方英尺 (> 30 m ²)	30 m ²
	陽台	—	—	—	bay window	√
	形狀	矩	矩	矩	矩	矩
公共 空間	廚房	√	√	√	√	√
	交誼 (起居)	√	√	√	√	
	陽台	√	—	—	—	—
	Sitting room	√	—	√	√	—
	餐廳	√	√	與起居合	√ (與廚合)	√ (與廚合)
	洗衣	√		—	√	
	公共廁所	√ (2 套半)		√	—	
	公共居室	2 間		—	—	—
	入口玄關	走廊	√	—	√	√
	走廊型式	中間長廊式 + 目字型	單邊長廊式 L 型	單邊長廊式 L 型	中間走廊式 L 型	單邊長廊式 型
員工	員工休息	√	√	—	—	—
	值夜	—		—	—	—
	辦公	—	√		√	
	儲藏	√3 間		√	√	
備註	公共空間面積大					寬走廊

四、案例空間結構分析

(一) 個人居住單元

1. 最明顯的，瑞典團體家屋內的居住單元，都是個人房，沒有 2 人或以上共享一個居住單元的，也因此各團體家屋居住多少位失智者，就有多少個人居住單元，顯示了瑞典住居的水準已相當高。
2. 若再考察 17 個團體家屋所居住的人數，其分佈情形如表 2。由之可知團體家屋居住人數為 4 到 9 人，平均每家人數 6.7 人。可見其規模很小，可謂如一般的折衷家庭人

數。其中 8 人的又出現次數最多，有 6 所 (n=17 所)，其次是 4 人的。

3. 至於個人居住單元的空間構成方面，若由最簡單到最複雜，可以分出五類 (見表 3)
 - a. 最簡單的只有起居間，沒有浴廁，而採用公共浴廁的有 3 所。這 3 所的公共浴廁又分多人使用與 2 人使用兩種。
 - b. 起居加浴廁有 5 所，其中 1 所 6 房間有 2 房間是如此安排。
 - c. 起居合一凸出空間角落做為半開放臥

房，然後加浴廁的則有 4 所。

- d. 很奇特的有 3 所，個人住宿單元是由起居、廚房、浴廁三個房間組成。顯示了單元看重廚房而非「臥室」。
- e. 最後一種最複雜，等於是一個小住宅，包括了起居、臥室、廚房及浴廁 4 間，也有 3 所。

所以總的看起來每種類型分佈得蠻平均的。不過有趣中的現象，也就是起居+浴廁的效率型單元及多一個臥室角落的這兩型較多一點。然而，加廚房，甚至臥室個別空間的案例亦不少，則進一步顯示瑞典以既有住宅直接連通改建為「團體家屋」的做法也很普遍，可謂真正維持「在家」的整個空間氛圍。

表 2. 17 案例依居住人數分佈情形

居住人數	9 人	8 人	7 人	6 人	4 人	平均
團體家屋數	2	6	2	3	4	6.7 人/家

表 3. 17 個案個人居住單元空間構成類別分佈表

類型	起居	起居+浴廁	起居(臥房)+浴廁	起居+廚房+浴廁	臥房+廚房+起居+浴廁
個案名稱 (所數)	Frolunda Olskroken Kroksback (3)	Varpinge Magnolia garden Magistratsvagen Näverbyn (2) Norregården (5)	Vikinga garden Trollsjö garden Bägen Hasselkuten (4)	Knuten Näverbyn (4) Snipan (3)	Ljura HSBI Vigs Anger (3)

(二) 公共空間

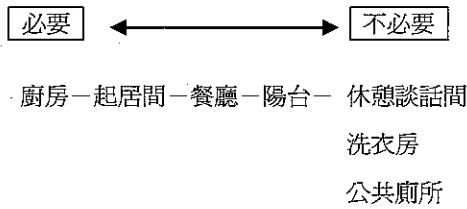
1. 所謂的「公共空間」指的是團體家屋內，居民共享的起居間、廚房、餐廳、休憩室 (sitting room)、洗衣房、浴廁、陽台等。

由表 1 的統計，可知廚房 (17 家)、起居間 (14 家) 是最普遍的，其次是餐廳 (12 家)，有不少案例之用餐空間或廚房合在一起 (7 家)，少數與起居間合 (2 家)。6

家另有 sitting room，8 家有陽台。至於入口玄關有的有，有的沒有；公共廁所、浴室有的合併，有的分開。有供職工的，有供居民使用的。另有少數案例 (6 家) 確定有洗衣房。

從各類空間出現的情形，或者可以得出各公共性空間在團體家屋的必要性傾向 (見表 4)。

表 4. 公共性空間在團體家屋的必要性傾向



2. 若以在整個團體家屋的公共空間所處之位置來看，尤其以中心、偏心的情形來辨別，可以分出以下幾類：

(a) 中心型：此型依趨中性又可分出次類：

- i. Bågen 與 Vikinga garden、Frolunda 的整個家屋平面形狀接近四方形。而前二者公共空間均位在中央，並拉向一邊，使一些空間獲得較好的採光。而 Frolunda 則以電梯、樓梯及一頂樓的戶外中庭為中心，真正公共起居、餐廚則在四方形平面的一邊，採光相當良好。不過，它只有 4 個居住單元，公共空間幾乎是居住單元面積的兩倍多，有些超乎常理。
- ii. 另一種中心型是公共空間位於兩邊居住單元的中間。這種形式沒有上述中心型需突破採光之問題，而能很方便的採光或接觸戶外。此類有 4 案，分別為 HSBI, Ljura, Olskroken, Kroksback。

(b) 偏角型：此類型有 8 個個案，其下也有二種次類，說明如下：

- i. 偏角型。此型的整個平面基本上呈 L 或 U 形。而公共空間位於彎角落 (Magnolia garden、Hasselkuten、Norregården)，或者在一翼之上 (Varpinge)。因為是在彎

角上，所以有較好的採光機會，兩翼的居住單元藉走廊可以到達。Varpinge 較不一樣的是，公共空間並不在彎角，而在一翼之中間。

此型的居住單元數目可以多些，但避免了中央或單邊長廊的缺點。公共空間所處位置則還是如上型處於中心，即使稍微偏心一點，對居住單元之可及性而言，基本上是類似的。當然，此型的整個建物呈 L、U 形，應與基地的規模形狀等的條件有直接關係。

- ii. 邊角型。此類型的公共空間是在所有居住單元的一頭，各單元藉中央或單邊走廊來到此空間。四個個案很明顯其公共空間都是原住宅單元開放出來，改變用途而成立。因為位置在一頭，所以採光機會、爭取視野都較有利，只是整個家屋本身空間上的向心性一體感沒有了。不過，依實際狀況，Trollsjö garden 個案爭取到很好的視野，使其公共空間的使用充滿了愉悅。這自然又是應合基地條件而做的設計決定。

(c) 單邊條型：

此類型只有二案例，它們都把公共空間置於中間走廊的一邊，與部分居住單元相對。一方面其採光良好，一方面可有較佳的視野，免除了中央走廊陰暗的壞處。不過，此二案例，公共空間相對於所有的居住單元，還是嫌偏了些，亦即對一些單元而言，距離太遠了。家屋空間的中心性與上類次型同樣缺乏。

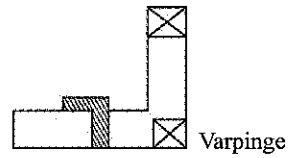
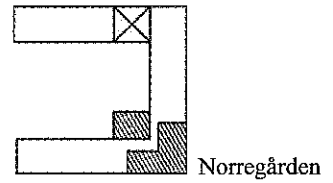
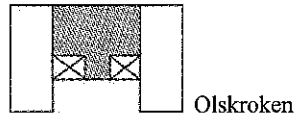
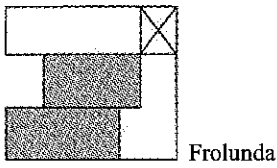
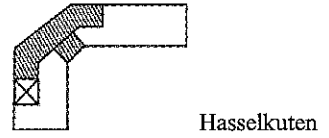
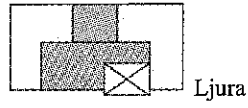
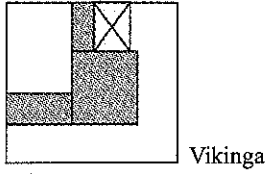
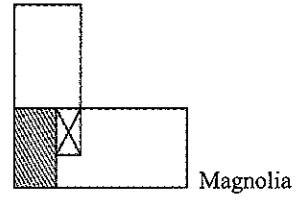
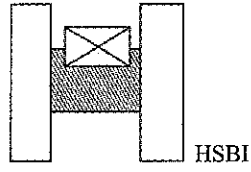
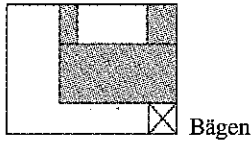


圖 1：中心 a 型個案簡圖

圖 2：中心 b 型個案簡圖

圖 3：偏角型個案簡圖

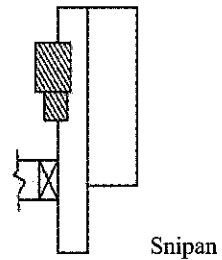
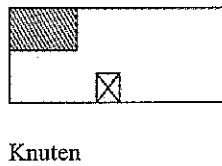
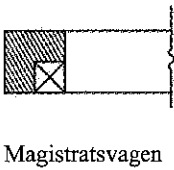
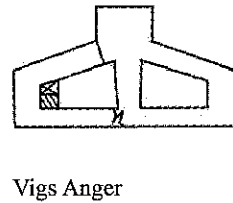
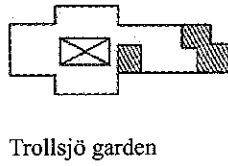
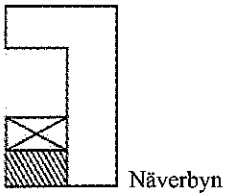



圖 4：邊角型個案簡圖

圖 5：單邊條型個案簡圖

(三) 職工空間

這部分的空間包括員工休息、值夜、辦公、儲藏。由於個案平面圖的資訊不全，所以統計上無法確實。但基本上每個個案都會有些此部分的空間，以利照護之運轉。至於其落座之位置，由上文所繪之個案簡圖來看(以標示職工空間)，可知它們多數鄰接公共空間，面積上也較之為小。基本上休息、辦公空間都有各自的通風採光，使之具一定之舒適度。

就樓層數而言，有6所只有一層，其餘均為多層，不過其中5案例，團體家屋均位於多層樓房的一樓，與6所一層的同享有直接與地面戶外空間相連的好處。可見普遍上，瑞典團體家屋還是以在一樓為依準。

至於團體家屋與別種住宅相連的情形，17個個案只有3個是房舍較獨立的，頂多以廊道與別的建築相連接。其他案例均直接與別的建築相連或附屬一建築之內。而所謂「別的建築」或「附屬的建築」，不少是瑞典之「服務性住宅」，其他則有一般的住宅或老人之家(供非失智者)，可見其與一般社區住家融和的情形良好。

結論：

由分析個人居住單元、公共空間及整個團體家屋與涵構之關係，加上審閱個案的照片實況，可以得出瑞典團體家屋的特質有以下幾項。

1. 團體家屋主要源自過往之瑞典一般民眾居住之住宅，尤其帶社會福利意涵之「服務住宅」(service house)之傳統，只是將之

做稍稍的改動，開放出一至三個住宅單元，轉換為團體家屋的公共空間與職工空間。這使得瑞典團體家屋「如家」的感覺特別濃厚。甚至由照片可感受到新加入之設計處理及細部(如裝扶手)幾乎見不到。

2. 僅少數的案例是採取了英美設計界所發展的模式，如中心型的幾個案例。不過，設計師大致也避免了中心型公共空間的圍閉性，而有較好的採光、通風。
3. 儘管多數的瑞典團體家屋之嚴謹評估研究，均顯示了其治療效應，「延續過往住宅的格局」也不是不可進一步討論的。從幾個案例可看到居住單元內的房間數甚至可以包含2臥室、1餐廳、1廚房及1起居間，比起清湯掛麵的單間房及公共的浴廁、起居間、餐廚空間，其差距相當大。同時也有研究觀察顯示一些失智者對多房間的居住單元，常忘記了一些不常用的房間，因此這些房間的存在形同浪費。然而，回過頭來看，居民失智的程度由輕而中度、重度，忘記一些房間的存在顯然是中度或重度時尤其發生，而輕度時，這些房間仍不可少。
4. 基本上，瑞典學者均承認團體家屋適合中度失智者由原住宅遷入居住，以便接受較周到之照護，避免獨居安全風險，或解決家庭成員做為照護者負擔太重之困境。然而，團體家屋仍然與失智者特別照護設施(SCU)一樣有居民情況只會愈來愈糟，而有再次遷移之壓力，很難「在地」、「居家」繼續老化，這仍是照護實務界以及環境設計者無法解決的普遍難題。

參考書目

1. Åhlund, Owe 2001
〈Swedish Care Environment for Dementia: the History and the Future〉 Dept. of Architecture-Building Functions, Lund University. unpublished paper.
2. Åhlund, Owe ; Ohara, Kazuoki 2000
《The Physical Environment of Group Living for People with Dementia, 12 Case Studies in Southern Sweden》Tokyo: World Planning Co., LTD.
3. Almqvist, C. ; Paulsson, J. 1991
〈11. Group Homes and Groups of Homes〉 in Preiser, W. F. E.: Vischer, J. C.; White, E. T. (eds) 《Design Intervention: Toward a More Humane Architecture》 New York: Van Nostrand Reinhold. pp. 223-238
4. Annerstedt, Lena et al 1993
〈Group Living for People with Dementia〉 瑞典原文刊於《Lakartidningen》1992, Vol.89, No.25. Medberg, Caroline (English translation) Dementia Services Development Center, U of Stirling.
5. Annerstedt, Lena 1995
《On Group Living Care for the Demented Elderly – experience from the Malmö Model》 doctoral dissertation of Lund University.
6. Bernt, Hedin; Kayfet, Victor (translate) 1993
《Growing Old in Sweden》 The Swedish Institute and the National Board of Health and Welfare.
7. Fernow, Nils 1992
《Current Sweden: Swedish Elder Care in Transition》 The Swedish Institute.
8. Kaspar, Ute; Werner, Frank 1994
〈SWEDEN〉 in Brech, J.; Potter, P. (eds) 《Growing Older in the Community: European Projects in Housing and Planning》 Oxfordshire: Anchor Trust. pp. 24-49.
9. Küller, Rikard 1988
〈Housing for the Elderly in Sweden〉 in Canter, D.; Krampen, M.; Sted D. (eds) 《Environmental Policy Assessment & Communication》 New York: Van Nostrand Reinhold. pp. 199-255
10. Küller, Rikard 1991
〈13. Familiar Design Helps Dementia Patients Cope〉 in Preiser, W. F. E.; Vischer, J. C.; White, E. T. (eds) 《Design Intervention: Toward a More Humane Architecture》 Aldershot: Avebury. pp. 255-267
11. Malinberg, Bo 1996
〈18 Group Homes〉
12. Sloane, P.D. & Mathew, L.J. 1990
〈The Therapeutic Environment Screening Scale〉 《The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research》 pp.22-26.
13. Whlgren, Annica et al ; 曾思瑜、王伶芳 (翻譯) 2001
《適合高齡者和身心障礙者的優質住宅—七個瑞典案例介紹》The National Board of Health and Welfare, Sweden. 台灣: 中華民國行政院內政部 (編印)
14. 關華山、蘇智峰 2004
《失智者設施多個案空間結構比較研究》國科會專題研究 NEC 92-2211-E-029-008 報告
15. 劉景寬等 2000
〈台灣失智症的流行病學〉《應用心理研究》第7期 pp.157-169.
16. 曾思瑜、林昌明 1997
《高齡者療養設施的生活空間設計與規劃研究—以雲林縣高齡者療養設施為例》台北: 國科會專題研究
17. 施文惠 1998
《台中市地區私立老人長期照護機構之調查研究》東海大學建築研究所碩論
18. 王伶芳 1999
《高齡者長期照護機構寢室型態與使用行為之初探—以高雄地區 13 護理之家為例》雲科大工業設計研究所碩論
19. 陳惠姿 李孟芬 2000
〈台灣失智症者的照護現況與展望〉《應用心理研究》第7期 pp.191-199.

20. 施麗紅 2003

《台灣地區老人安養及養護機構照顧失
智老人之現況調查研究》東海大學社工系
碩論 指導教授高迪理

Development of Group Homes for the Demented People in Sweden and a Multiple Cases Study

Hwa-San Kwan

Professor

Architecture Department, Tunghai University, Taichung, Taiwan

hskwan@thu.edu.tw

Abstract

Since the number of demented old people is increasing in Taiwan, while the special care units are few, many of them live either at home or in residential homes or nursing homes, causing trouble for care-givers. In western countries there are so called “group homes”, among them Sweden is most famous in providing the choice. The paper aims to review its development and efficacy, as well as to conduct a multiple cases study on 17 cases from Sweden.

It was in 1980s group homes for the demented people evolving in Sweden, but under the title of “housing for special needs”. During 90s the number of group homes increased dramatically. Until 2000, there were 2200 homes accommodating 21 thousand old people with dementia. Many studies showed that those facilities or homes being changed to old-style or increased residents’ self-control abilities would benefit for the residents with light and moderate dementia in many aspects. The caregivers were more satisfied and the care quality increased too. Some researchers used TESS scale to evaluate the group homes in Sweden, the score they found was much higher than the counter cases in the United States.

After analyzed 17 Swedish group homes’ plans, it is found that most of cases were remodeled from ordinary houses or units of service housing, only a few newly built cases adopted the central pattern plan developed by American researcher. Although the number and types of rooms shown great differences among the cases, somehow that doesn’t cause serious problems, except they still had difficulties in accommodating and taking care of those with serious dementia.

Keywords: *Sweden, Dementia, Group home, Older people.*