

## 監察院參訪日本老人照護機構報告

一、參訪目的：日本與臺灣一樣，正面臨高齡化及少子化雙重問題。日本政府機關就有關老人長期照護（日本稱「介護」）制度設計，依據介護保險法，自公元 2000 年 4 月 1 日起採行強制性「介護保險制度」，且規定每 5 年修訂之。為因應台灣高齡化社會的來臨，相關機關誠有必要借鏡日本等國在老人長期照顧之理念、制度及相關經驗之演變歷程，以作為我國規劃長期照護保險及老人政策之參考。

二、參訪期間：98 年 11 月 5 日至 8 日

三、本院參訪成員：陳副院長進利、沈委員美真、尹委員祚芊  
錢林委員慧君、調查官林進修

四、共同參訪成員：耕莘護理學校校長楊克平、臺北醫學大學助理教授李劭懷、日文教師陳迪群、醒吾技術學院教師呂慧芬及中華民國老人福利促進聯盟研究專員包玲玲

### 五、參訪行程

(一)98 年 11 月 5 日下午 2 時到達仙台機場後，即赴東北福祉大學附屬機構「梅檀之館」參訪，由館長中里仁先生介紹參觀。

(二)98 年 11 月 5 日晚上於下榻之大都會飯店西餐廳與日本中華聯合總會常務代表委員郭安雄醫師及高野原曾木醫院院長曾木尚文醫師會談。

(三)98 年 11 月 6 日上午

1、上午 9 時參訪東北福祉大學附屬機構「梅檀之杜」，由中里仁先生介紹參觀。

2、上午 10 時 30 分由該大學國際交流中心主任小笠原浩一教授講授「東北福祉大學及日本介護保險制度」。

(四)98 年 11 月 6 日下午

- 1、下午 1 時參訪東北福祉大學附屬機構「梅檀之里」，由館長柿沼利弘先生介紹參觀。
- 2、下午 2 時 30 分參訪附屬機構「梅檀之丘」，由事務局長大森俊也先生介紹參觀。
- 3、下午 4 時參訪日本老人失智照護研究中心「DCRC」，由研修部長阿部哲也先生介紹參觀。

(五)98 年 11 月 7 日晚上參訪宮城縣松島海岸車站附近之大松莊溫泉旅館之溫泉標示情形。

## 六、日本老人照護制度簡介

(一)早年，日本老人照護係家庭成員的責任，政府只對貧困老人予以救助<sup>1</sup>。日本自 1960 年代以降，隨著工業發展、財富增加、社會安定及醫療技術等各方面之進步，75 歲以上高齡者的死亡率逐年下降，日本人平均壽命則年年往上提昇，需要照護的高齡者快速增加。然而亦因工業發展之結果，小家庭的誕生，導致獨居老人之人數亦快速增加。高齡者的照護衍生出種種社會問題，而過重的照護負擔，亦為導致家庭支離破碎原因之一。以公私機構照護為主的舊有的老人保健照護制度顯已無法因應相關社會問題。日本厚生省爰於 1994 年設立高齡者照護對策本部，著手檢討新的照顧系統，並於 1996 年 11 月向國會提出介護保險三法案：介護保險法草案、介護保險法施行法草案及醫療法的部分修正草案。國會於 1997 年 12 月修正通過三法案，訂於 2000 年 4 月 1 日正式施

---

<sup>1</sup>、有關日本高齡者介護制度之沿革，請參蔡啟源，建構「老人長期照顧制度」之我見-日本「公共介護制度」經驗之參酌，社區發展季刊第 121 期，97 年 3 月，第 433-442 頁。

行。介護保險法第 1 條明定介護保險之目的為醫療保健的提昇及社會福利的增進。介護保險係基於國民共同連帶的理念而設立，對於因高齡疾病而需要照顧的人，依其能力並使其能於日常生活中自立，提供醫療保健服務或社會福利服務。

(二)2005 年日本政府再依據保險給付狀況、國民負擔能力以及社會經濟環境之變化，檢討介護保險制度施行後之成效及利弊得失，修訂介護保險法。修法之主要目的及重點<sup>2</sup>：

- 1、期能在「建構活力開朗的超高齡社會」、「制度永續運作的可行性」及「社會保障統合化」等基本觀點上，藉由介護保險制度之各種新措施，達到提升老人照護服務、促使保險給付效率化及重點化，以及強化在地老化照護體系等目標，而建構「社區整體照護體系」<sup>3</sup>。
- 2、為避免失能老人持續增加，導致保險財政負擔加重，拖垮介護保險制度之正常運作，本次修法亦納入「加強預防失能」程度惡化之服務。
- 3、另接受照發服務人數已由 2000 年 184 萬人增加至 2004 年 317 萬人，其間又以接受居家照護者增加程度最多，故強化居家照護體系，亦為本次修正重點之一。

<sup>2</sup>、呂慧芬，日本社區整體照護制度之研究，社區發展季刊第 121 期，97 年 3 月，第 406-411 頁。

<sup>3</sup>、呂慧芬，同前註。社區照護之概念係自 1960 年代左右由英國傳入日本，其係為落實年長者在地老化 (aging in place) 之政策目標，讓老人得以有尊嚴在自己熟悉環境中繼續生活，不必因年老多病而被迫離開家園，因此，除強化居家照護服務外，更應考量年長者在住家、(養老或護理)機構、醫院三者間流動時之服務連貫性與致性，亦即不論就時間或空間而言，在社區內得以對年長者提供持續性、統合性多樣化照龍服務，然而，社區照護之具體作法並非一成不變，而是依當時社會、經濟環境以及當地風土民情而有所不同。近年來，日本年長者在老年時期所面臨諸多問題，並不局限於單純之身體照護部分，更應蹟及疾病預防、病後復健、老人受虐等諸多層面，過去僅藉由介護保險之給付服務已無法滿足現況之所需，放結合社區內各項資源進而提供年長者整體性照護服務之構想因此產生。第 413 頁。然而，實際上，日本政府實施社區整體照護制度最主要目的乃在抑制保險給付金額持續擴大，藉以維持介護保險制度持續運作。第 424-425 頁。

- 4、在失智症老人有不斷增加趨勢情況下，未來在提供老人照護服務上，除應持續強化對失能老人身體方面之照護外，亦有必要建構一套照護失智症老人之措施。
- 5、介護保險制度實施後、保險給付額自 2000 年 3.2 兆日圓急遽增加至 2004 年 5.5 兆日圓。未來人口持續老化，保險給付持續擴大，重新檢討保費負擔，使介護保險制度永續經營。

七、本院透過行政院僑務委員會之安排，98 年 11 月 5 日抵日當晚於下榻之大都會飯店西餐廳與與仙台地區中華聯合總會常務代表委員郭安雄醫師及高野原曾木醫院院長曾木尚文醫師會談，聽取介紹日本政府對老人照護之現況，據說明：

- (一)日本政府為因應老人人口增加，自 1961 年開始實施國民年金制度及國民健康保險制度、自 1963 年開始實施之老人長期照護制度及 2000 年介護保險制度之經緯及相互關係，並特別著墨於老人經濟安全部分。
- (二)一般日本人在健康照護上，有強制參加之國民健康保險及 40 歲以上國民參加之介護保險制度（保費約 2000 日圓，相當低廉）。
- (三)另所有國民自 20 歲起依法強制加入國民年金，須連續繳納 40 年保險費，退休後，每月可領國民年金約 6-7 萬日圓，其他尚有受雇工作或公教職業上之退休金、自行投保之商業保險年金（投保複數）。

八、東北福祉大學及相關附屬介護機構

(一)小笠原浩一教授介紹東北福祉大學及其理念：

- 1、東北福祉大學為一佛教大學，前身係曹洞宗專科學校於 1875 年在仙台市設立之分校。

- 2、1951 年設立學校法人梅檀學園。
- 3、1958 年設立東北福祉短期大學。
- 4、1958 年設立東北福祉大學。該大學設福祉學院、管理學院、兒童科學院、健康科學院、福祉學研究所及福祉學通信研究所。在仙台市市內有三個校區，幅員遼闊。
- 5、2009 年學生人數 9547 人、教師 436 人、職員 176 人。
- 6、東北福祉大學於 2005 年與台北醫學大學締結醫療、保健、福祉等領域之學術交流協定。該大學亦與中國東北師範大學、中國大連交通大學、韓國翰林大學、斯洛伐尼亞國之國立大學琉布尼亞、俄國之國立教育大學等締結各種交流協定。
- 7、東北福祉大學設定 21 世紀福祉之目標為「預防」。亦即，在生病或需要照護前，「事先做好預防準備工作」的嶄新理念。為達成「預防福祉」的目標，須追求「知、心、體」的和諧，故必須鍛鍊「感性力」。東北福祉大學及其關係機構「梅檀之館」等將人生來即具有的「感性力」的重要性及研究成果經由教育機構傳達出去，在實踐福祉的現場，實現「預防福祉」的目標；並促進各種專業人員，如護理、社工人員等合作，以加強照護之效能。故該大學之宗旨為理論與實踐的融合：「行學一如」。

(二)「梅檀之館」館長中里仁先生介紹日本老人介護的歷史及理念：

- 1、自 1963 年老人福利法通過後，老人入住照護機構由政府片面主導採取收容保護、集體管理的大型醫療機構照顧照護方式（中里仁先生稱，最糟糕的方式），

於 1980 年逐漸轉向家庭生活照護方式，惟當時亦僅止於表面、形式上採家庭生活照護方式而已。

- 2、日本受歐美各國觀念的影響，自 2000 年起採介護保險制度，由老人與介護保險機構簽約，以老人為中心，重視老人個人之能力，並自行選擇機構或其他社區或居家照護方式的之多樣型在地老化方式。對失智症老人採團體家屋方式照護則為常態。（目前國內有 3 個團體家屋正試辦中，台北市士林區之團體家屋已住滿額，並有多人預約入住，惟嘉義市團體家屋之入住率不佳，顯示南北城鄉差距，有待進一步研究探討。）
- 3、團體家屋的照顧方式日後演變為現代老人照顧的理想方式-Unit Care，即小規模生活單位型的「單位照顧」。即強調單人房（一般 4 人房），可帶入自己的家具用品，自行布置，讓入住者保有熟悉生活環境，安心居住；原則上以 10 人為一生活單位，有生活同伴，共同起居室空間及設備，並由固定的照護員陪伴、幫忙、溝通式的照顧方式。故人力的充分配置極為重要。自 2000 年起日本政府將 Unit Care 納入介護保險制度給付範圍，陸續增加對 Unit Care 補助費，甚至包括新建及裝修費。小單位多機能生活型的 Unit Care 以個人化及人性化、共同生活家庭式照顧為主（人本照顧），並擺脫過去團體式、效率型的照顧方式成為現代日本老人長期照顧的最大特色。
- 4、2006 年檢討修正介護保險制度後，現已採與社區密切結合方式，運用社區力量照顧老人，利用社區閒置民家作為小規模多機能型日間照護中心。並採逆向型日間照護，讓入住機構老人到日間照護中心與其他老人

交流，並融入社區生活。又採介護預防理念，提供防止高齡者惡化之服務，主要加強老人現有的能力，老人能做的就讓其自行處理，老人不能做的再支援協助。對於居家老人提供到宅服務，但也希望老人到日托等機構。惟正因照護的理念不斷地進步，朝向更人性化方向修正，日本現有照護人力、設施及收入上已出現不足現象。故小單位生活型的多機能照顧方式（Unit Care）<sup>4</sup>，理念雖佳，要達成目標仍有一大段距離。

## 九、日本介護保險指定機構

### （一）梅檀之館：

- 1、2004年成立，日本介護保險指定機構（日本2000年採介護保險制度）。「梅檀之館」係與仙台市及芬蘭政府合作之芬蘭型在地老化機構。除照護老人外，亦藉此蒐集評估相關資訊，以為研究發展之需要，實踐「行學一如」之理念。
- 2、「梅檀之館」位仙台市青葉區水之森3丁目，地上五層樓，地下一層，土地為國有地，面積9660平方公尺，其中建地面積7344平方公尺。設置特別照護老人中心（100人）、短期臨託照護（20人）、日間照護照護（35人），職員101人。
- 3、收費方式：入住者依其收入繳介護保險費，嗣由caremanager評估入住（介護保險中制度之個案管理模式參閱現任日本介護保險制度個案管理人Care Manager 重永真琴2005年9月30日日本現行個案管理及輔具租賃制度座談會報告），並依其原收入狀況

<sup>4</sup>、有關 Unit Care 請參莊秀美著「單位照顧」模式的環境建構與實踐理念的探討，台大社工學刊，第16期，97年1月

支付費用，倘係低收入戶，則由介護保險機構支付全部費用。故入住者係依其經濟狀況每月支付 0-13 萬日圓，其餘由介護保險機構支付 90%-100%，約 120-130 萬日圓。惟因介護保險機構財務負擔過重，已將免費接送及午餐改為自費。

4、「梅檀之館」採社區型、小規模、多機能方式營運，並於後院門口飼養白色米克斯犬 1 隻。據悉，其主要目的讓入住者可保有入住前養狗、遛狗之習慣，儘可能讓老人繼續維持其原來的生活習慣，並有居家的感覺。又機構重視入住者之健康生活，設復健室、水療室、交誼廳等設施，除入住者可使用外，皆開放社區民眾申請使用。社區民眾得依介護個案管理員 Care Manager 評估介護上之需要使用復健室及水療室。例如，每週 2 次，每次 1 小時使用水療室。另對外開放的交誼廳面積大，氣氛類似家庭式咖啡店，可讓機構入住者維繫與社區之互動關係。

5、梅檀之館有 7 項特色：

- (1) 提供附近社區居民水療等各式各樣設施及活動，與社區維持互動關係。
- (2) 設置口腔照護、營養調理等預防照護設施。
- (3) 以 10 名入住者為一單位之照護方式，可培養出家庭氣氛。
- (4) 採一人一房方式，房內附設廁所、洗臉台，非常注重入住者之隱私。日照採光充足，創造有自我、尊嚴、機能齊全的居住空間（因已住滿，無法入內參觀）。
- (5) 館內各種設施齊全，建築設計創造出與自然融合，

讓入住者可感應當地春、夏、秋、冬四季變化的居住環境。

(6) 自立照顧方式：入住者自行選擇使用館內各種服務，無起床時間、無吃飯時間、無上課時間、無入浴時間等。亦不穿制服，照護職員亦同。入住者亦可與職員共同準備餐點，一起吃飯。

(7) 僱用附近社區老人，使其有談話對象，並協助照顧其他老人，給予自立之機會，使其生活有目標，有意義。

## (二) 梅檀之杜：

- 1、1996 年成立，設有特別照護老人中心、老人安養中心、短期照護、日間照護、介護訪問、課後輔導、保育園、兒童自立支援家屋等。使用員額 180 人，其中職員 116 人。
- 2、「梅檀之杜」一樓出入口處為挑高二層空間，相當寬敞，自然光線充足。職員辦公室正對玄關，採開放式設計，可隨時知道進出訪客及入住者有無外出意思。
- 3、「梅檀之杜」機構內志工辦公室，亦有介護個案管理員 caremanager 評估社區老人應受照顧之方式，擬訂介護計畫，並適時依被保險人之狀況修正之。較特殊者，志工辦公室旁設安寧室，讓入住者家屬來此探望臨終老人。據照護員稱，機構內入住者及其家屬大部分選擇在安寧室往生。
- 4、「梅檀之杜」的目標為在地老化，讓老人在生活上繼續保有家族、近鄰及朋友關係。故在地老化是指照護方式回歸家庭與社區，用在地資源照顧老人，讓老人在自己熟悉的地方自然老化，不因年老而被迫搬離

家園。讓老人有如同住在自己家裡的感覺。

- 5、據照護人員稱，不會阻止入住者外出；入住者有外出意思時，會尊重，並陪同散步，嗣再勸回照護機構。照護機構旁另有托兒所等幼兒照護設施，帶著朝氣與希望。創造老、中、幼三代同堂，和樂榮融的氛圍。對機構內日益消極的老人而言，在精神上有積極鼓舞的作用，對幼兒亦有親老敬老的教育意義。故老人照護制度設計上，以小學學區為單位，設老人關懷據點、照護站或小型老人安養中心。

### (三)梅檀之里：

- 1、2001年成立，日本介護保險指定機構。設特別照護老人中心（使用員額 150 人）、短期照護（喘息服務，使用員額 50 人）、日間照護中心（使用員額 50 人）、居家介護支援、團體家屋（使用員額 32 人）。使用員額計 282 人，職員 196 人。
- 2、「梅檀之里」之團體家屋有 4 棟別墅平房，每棟入住人數以 8 人為原則（日本法律規定 5-9 人），採 1 人 1 房方式，房內床鋪及設備為入住者所有，並以入住者之手工藝作品佈置，既可愛又溫馨之家庭式設計，讓入住者保有居家的感覺，對老人情緒安定有相當正面效果。職員數與入住者約 1 比 1，甚或多於入住者。
- 3、團體家屋原係由輕度失智症者入住，惟因自入住起持續居住未遷移，現多為原入住者，失智症亦多因年齡增長變成中重度。但機構負責人表示，不會因成為重度失智即令其移住其他專收中重度失智照護機構。惟其團體家屋皆額滿，等待入住者尚有數十人。故在日本照顧失智症者之團體家屋亦有設施、照護人力不足

之問題。

- 4、團體家屋旁有失智症者日間照護中心，人數不多。鄰近年輕志工會來陪伴老人。團體家屋旁有花園空地闢為菜園讓入住老人可自行種菜。

(四)梅檀之丘：

- 1、2000 年成立，醫療法人團體，日本介護保險指定機構，全館 3 層樓，分為 6 單位。每單位皆有療養室、浴室、餐廳、廚房等設施。照護員亦固定在同一單位照顧老人。讓入住者有團體歸屬感，不會疏離或排斥機構之照護。故每單位之走廊或活動區並以入住者熟悉之仙台市之大馬路及公園命名。
- 2、「梅檀之丘」設介護老人保健設施、短期照護、居家介護支援、訪問看護站（居家護理站）、出院病人中途復健之家（復健期 3 個月）、復健中心、輪椅輔具借貸等。故機構內提供醫療設施，及以醫療管理為基礎之介護、看護、生活機能訓練。故機構內有醫師、護理師、介護福祉士、作業療法士、理學療法士、言語聽覺士、齒科衛生士等。使用員額 298 人，其中職員 120 人。
- 3、「梅檀之丘」設牙醫門診及口腔美容室，可協助老人清理口腔，非常重視老人口腔保健。據事務局長大森俊也先生稱，老人牙齒狀況良好，食量就好，營養充足，身體自然健康，生活品質亦佳（據聯合報 98 年 11 月 15 日報導，美國哥倫比亞大學針對 60 歲以上老人 2300 人測驗結果，五分之一牙周病者有記憶上問題，其牙周病發炎病菌並導致失智症之發炎狀況。研究人員發現口腔病菌亦可能導致心臟病、中風、糖尿

病等)。

- 4、事務局長大森俊也先生稱，為因應政府給付之不足，該機構加強復健設備，開設自費項目，以彌補虧損，俾得永續經營。

#### 十、日本失智症老人照護研究及指導員訓練中心「DCRC」：

(一)按失智症是造成老人失能的主要原因之一，美國雷根總統及英國柴契爾夫人晚年深受失智症之苦。英國估計現有失智症人口數約為 70 萬人。台灣目前失智症人口估計超過 17 萬人，20 年後將倍增。但目前申請身心障礙手冊的失智患者不到 3 萬人。多數在家照護。

(二)日本與我國一樣，早期稱失智症為「痴呆症」，惟日本自 2004 年 12 月 24 日起改稱「認知症」，顯示對失智症之重新認識及人性化的看法。日本於 1989 年實施「高齡者保健福利推動 10 年戰略」中，推動各項失智症老人整合因應對策，主要包括：

- 1、失智症知識之推廣、啟發，設置失智症資訊及諮詢系統。
- 2、失智症之預防、早期發現、早期治療。
- 3、落實失智症老人之治療、照顧。
- 4、發展失智症治療法之研究。
- 5、失智症老人之權利維護。

(三)「DCRC」於 2000 年成立，為國家補助機構，全日本有 3 所研訓中心，除仙台外，另有東京及九州大府，各有其責任區。惟各研訓中心之責任區並非其所在地周圍地區，例如，仙台研訓中心之責任區並非東北或北海道，而是分散其他地區，力求研究對象之多樣化，確保研究成果之客觀性及實效性。

(四)該研訓中心設立目標在實現「讓失智老人症容易生活的社會」。除研究外，亦培訓照護指導員（種子教師）。據仙台研修部長阿部哲也先生表示，照護指導員（種子教師）訓練班開辦9年，全日本已有10萬人直接（在中心）或間接（在地方由種子教師訓練）受過照護員訓練。照護指導員訓練班研修期間9週，上課方式多採小組討論會，學員以發表報告取代考試。照護指導員結業後，回去講授照護員訓練課程。

(五)「DCRC」主要研究內容包括：

- 1、失智症之預防（老化與健康的關係）。
- 2、照護員的支援（如何調解照護員的壓力）。
- 3、對失智者家屬的支援（有一半失智症老人在家照護，故研究開發家屬的教育課程）。
- 4、照護的方法（防止照護機構內老人虐待之調查研究、建立標準的老人照護模式）。

(六)老化與健康的關係，「DCRC」仙台中心自2002年起針對宮城縣氣仙沼市大島地區55歲以上島民（位仙台市北方約100公里），每2年進行1次計4次大規模的長期調查研究，詢問下列事項：基本屬性、生活方式、地方上活動參與、身心狀況等，結果發現有下列特點的老人較無失智症：

- 1、不自覺自己有變老。
- 2、飲食以魚類為中心。
- 3、自中年起，有午睡習慣。
- 4、越是高齡，越是每日運動。
- 5、重視鄰居交往。
- 6、常參加地方上各式各樣活動。

(七)日本失智症老人照護研究及照護指導員訓練中心「DCRC」調查研究結果與我國醫學界對失智症之研究亦相吻合<sup>5</sup>。

十一、有關日本現行介護保險制度所採行之「在地老化」、「社區整體照護體系」之方式，我國現行老人福利法亦有類似之規定。日本現行老人照護理念係以老人為中心，重視老人個人之能力，並自行選擇機構或其他社區或居家照護方式的之多樣型在地老化方式，並與社區密切結合，運用社區力量照顧老人。我國老人福利法即參考該等理念於 96 年 1 月修正。例如老人福利法第 33 條規定老人住宅：「直轄市、縣（市）主管機關應推動適合老人安居之住宅。（第 2 項）前項住宅設施應以小規模、融入社區及多機能之原則規劃辦理，並符合住宅或其他相關法令規定。」第 33 條第 1 項立法理由：「配合社會福利政策綱領及整體住宅政策，有關適合老人安居之住宅，將檢討納入住宅法草案社會住宅專章為整體規劃。」第 2 項立法理由：「經查目前日本老人住宅之發展趨勢是將住宅發揮多種用途，即同

<sup>5</sup>、依據中國時報 2009 年 11 月 22 日報導，陽明大學兼任教授、前台北榮總一般神經內科主任劉秀枝指出，受教育、多動腦是目前預防阿茲海默症最有效的方法。台灣失智症協會理事長，同時也是醫師公會全國聯合會理事長李明濱教授表示，目前並無任何一種藥物可以完全治癒或阻止失智症的惡化，但只要延緩發病 5 年，就有機會將失智症的人口減半。他建議民眾以「趨吉避凶」的方法，來降低罹患失智症的風險，「趨吉」是指增加大腦保護因子，「避凶」即是減少危險因子，來預防失智症的發生。第一，要多動腦，「儲存腦本」。研究顯示，從事可刺激大腦功能的心智活動或創造性活動，可降低罹患失智症相對風險近 5 成。接觸新事物、參加課程、學習新知、閱讀書報雜誌、寫作、猜謎、打橋牌、打麻將，學習繪畫、園藝、烹飪、縫紉、編織，規劃旅遊、參觀博物館、聽音樂會，都是有益大腦的活動。第二，要多運動。研究發現，中年時期若能每周規律從事 2 次以上的運動，對失智症與阿茲海默症都有保護作用，其相對風險下降近 6 成。李明濱建議，維持每周 2~3 次以上規律運動的習慣，如走路、爬山、游泳、騎自行車、健身房、柔軟體操、有氧運動、瑜珈、太極拳、元極舞等都是不錯的選擇。第三，採地中海飲食。多攝取蔬果、豆類、堅果，未精製穀類含維生素 C、E 及 B 群，使用橄欖油等未飽和油脂來烹調或調拌沙拉，多攝取深海魚類(omega-3 脂肪酸)，除了可降低心血管疾病與癌症風險，同時可使阿茲海默症發病的相對風險下降約 7 成。另外，多參與社交活動，也可降低罹患失智症風險，例如參加同學會、公益社團、社區活動、宗教活動、當志工、打牌等，都有助於增加大腦的血液灌流量，降低失智症發病風險。至於「避凶」，就是要遠離高血壓、高膽固醇、高血糖，肥胖、抽菸、頭部外傷、憂鬱等失智症危險因子。劉秀枝強調，目前無法預知什麼人會得到阿茲海默症，但可能罹病的人在 30、40 歲時，大腦就開始出現類澱粉斑和神經細胞的神經纖維纏結的沈積，這些病變逐漸增加、擴散，等到大腦不堪負荷，無法代償時，就會出現失智症狀。所以，預防阿茲海默症，必須從壯年就開始。

一棟住宅內，高樓層供健康老人使用、中樓層供需看護老人使用，低樓層供一般家庭使用，一樓則為共用空間，可為托兒所、診所或餐廳等用途，日本所秉持之原則係強調內部無障礙設施、外部連絡交通便利、與社區融合及服務可近性等，也就是要求社區化、在地老化之目標，基本上可說是已去機構色彩，老人住宅也是介護保險之特約單位。爰參採日本規劃老人住宅之原則方向，爰於第二項規定，規劃辦理前項住宅設施應以小規模、融入社區及多機能之原則規劃辦理，並與住宅法及促進民間參與公共建設法等相關法令接軌，俾符合老人安居需求及善用民間資料、鼓勵民間參與興設適合老人安居之住宅。」老人福利法施行細則第 8 條規定：「本法第 33 條第 1 項所定適合老人安居之住宅，其設計應符合下列規定：提供老人寧靜、安全、舒適、衛生、通風採光良好之環境與完善設備及設施。建築物之設計、構造與設備及設施，應符合建築法及其有關法令規定，並應具無障礙環境。消防安全設備、防火管理、防焰物品等消防安全事項，應符合消防法及其有關法令規定。」「本法第 33 條第 2 項所定住宅設施小規模、融入社區及多機能之原則如下：1、小規模：興辦事業計畫書所載開發興建住宅戶數為二百戶以下。2、融入社區：由社區現有基礎公共設施及生活機能，使老人易獲得交通、文化、教育、醫療、文康、休閒及娛樂等服務，且便於參與社區相關事務。3、多機能：配合老人多元需求，提供適合老人本人居住，或與其家庭成員或主要照顧者同住或近鄰居住；設有共用服務空間及公共服務空間，同一棟建築物之同一樓層須有共用通道。」

## 十二、結論

我國對失智及失能的老人照護一般係採機構團體式的照顧方式，除少數試驗性質之個案外，通常為一房多人，群體生活，固定作息，較乏自主性及生活品質，老人入注意願不高。而日本老人長期照護制度自 1963 年老人福利法施行至今已近 50 年。自 2000 年起老人介護保險制度開辦以來，老人照護理念由政府片面主導採集體管理的大型機構照顧照護方式逐漸轉向由老人與介護保險機構簽約，自行選擇機構或其他社區或居家照護方式的之多樣型在地老化。相關照顧照護機構的設計及運作以老人為主體，尊重老人的隱私、尊嚴及生活起居的能力、自主性。

日本 2005 年老人介護保險制度改革後，更確認「自立支援」、「維持尊嚴」，重視連續性的整體事先預防照護及小規模多機能照顧系統的改革方向，加強社區型照護服務，落實在地老化的理念。因此，老人介護的理念亦逐漸由照護照顧提前至預防照顧，以延緩老化或失智症之進行。惟自目前團體家屋等照護機構皆額滿，尚有多人等待入住以觀，在日本照顧設施、照護人力不足及機構虧損現象，亦須注意。故日本於 2005 年大幅修正介護保險制度，除強調老化預防、在地老化、社區整體照護制度之建立外，其主要目的亦在於逐步減少支出，使介護保險制度得以維持長期穩定運作。

另「梅檀之丘」除設介護老人保健設施之外，亦附設出院病人中途復健之家（復健期 3 個月）等，亦為我國出院病人於返家復健外，所迫切需要之另一種選擇，值得我國醫療或照護體系特別注意者。

總之，他山之石，可以攻錯。日本介護保險制度之理念、制度及及相關經驗之演變歷程，值得我國研擬長期照

護保險制度之借鏡。

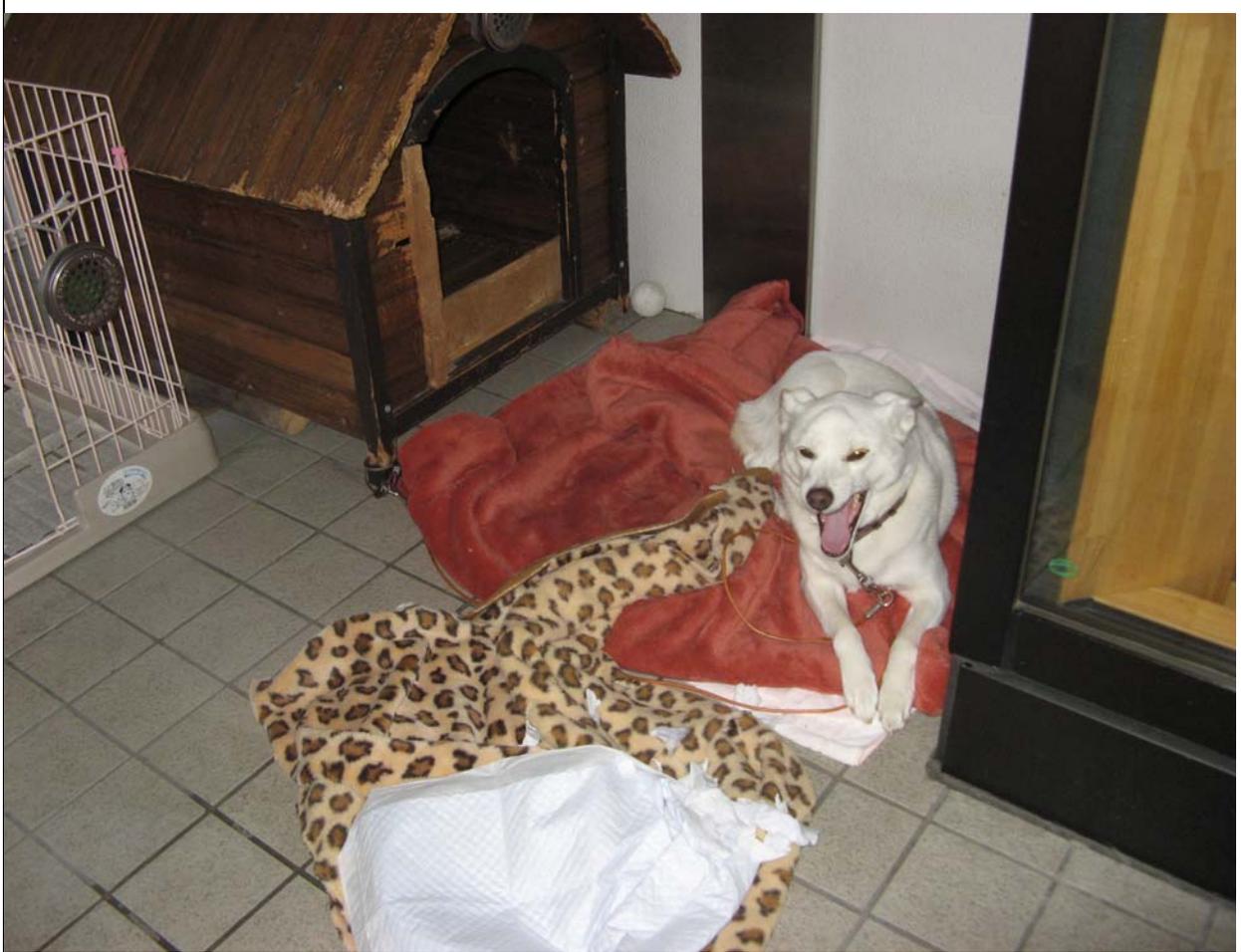


98 年度「臺灣老人人權與實踐之探討」專案調查研究案，陳副院長進利（右 4）偕同沈委員美真（左 2）、尹委員祚芊（右 3）、錢林委員慧君（左 3）於 98 年 11 月 5 日前往日本仙台市考察東北福祉大學、日本介護保險指定機構梅檀之館（左 4 為館長中里仁先生）、梅檀之杜、梅檀之里、梅檀之丘及日本老人失智照護研究中心「DCRC」等。（右 2 耕莘護理學校校長楊克平，右 1 醒吾技術學院教師呂慧芬，左 1 中華民國老人福利促進聯盟研究專員包玲玲）



日本介護保險指定機構「梅檀之館」對外開放的交誼廳寬敞明亮，氣氛類似家庭式咖啡店，可讓機構入住者維繫與社區之互動關係。「梅檀之館」係與仙台市及芬蘭政府合作之芬蘭型在地老化機構。除照護老人外，亦藉此蒐集評估相關資訊，以為研究發展之需要，實踐「行學一如」之理念。(98年11月5日)

梅檀之館重視入住者之健康生活，設復健室、水療室、交誼廳等設施，除入住者可使用外，皆開放社區民眾申請使用。社區民眾得依介護個案管理員Care Manager評估介護上之需要使用復健室及水療室。例如，每週2次，每次1小時使用水療室。



日本「梅檀之館」採社區型、小規模、多機能方式營運，並於後院門口特別養米克斯犬，其主要目的讓入住者可保有入住前養狗、遛狗之習慣，儘可能讓老人繼續維持其原來的生活習慣，並有居家的感覺。(98年11月5日)



日本梅檀之館館長中里仁先生介紹東北福祉大學附設老人介護機構。該大學設定 21 世紀福祉之目標為「預防」。亦即，在生病或需要養護前，「事先做好預防準備工作」的嶄新理念。為達成「預防福祉」的目標，須追求「知、心、體」的和諧，故必須鍛鍊「感性力」。(98 年 11 月 5 日)



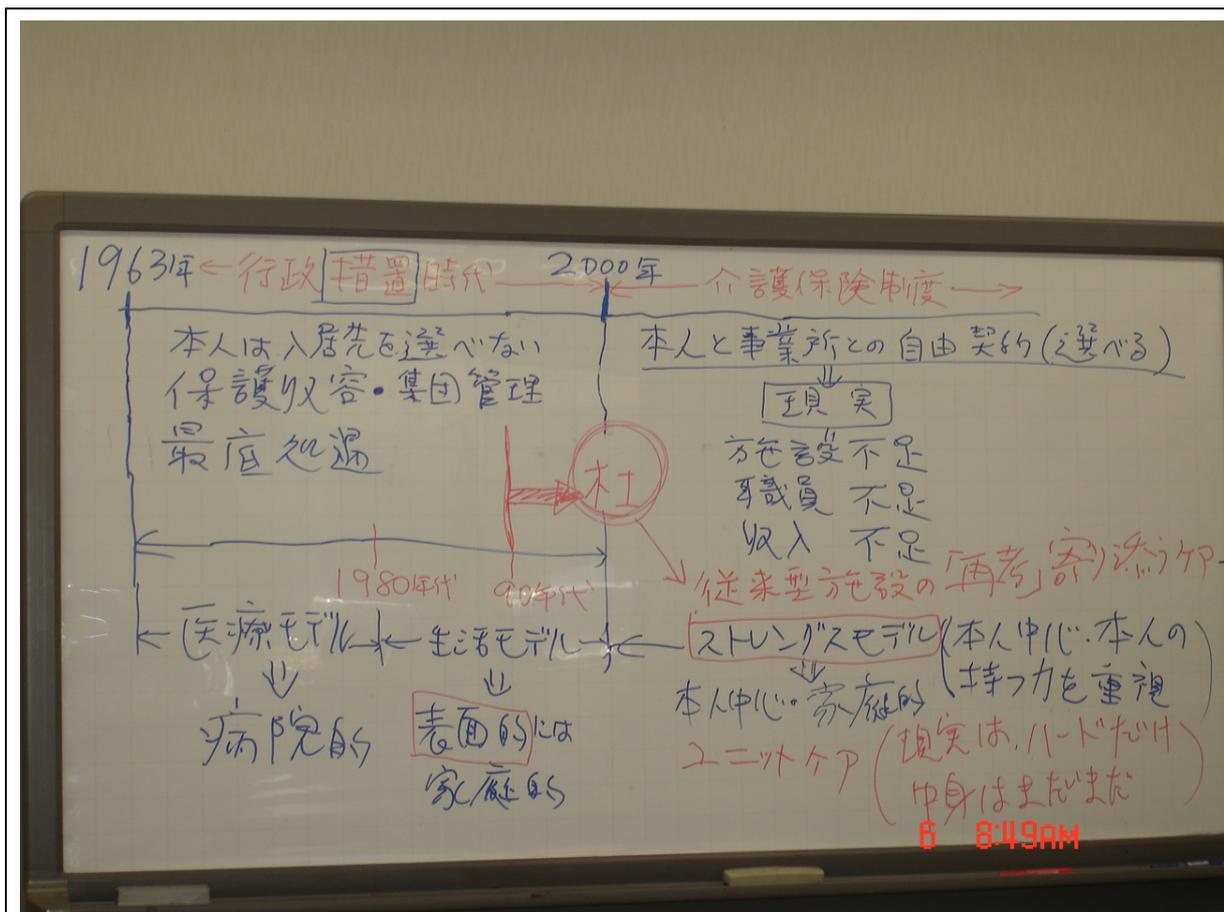
日本東北福祉大學附屬老人介護機構「梅檀之杜」一樓出入口處為挑高二層樓空間，相當寬敞，自然光線充足，職員辦公室正對玄關，採開放式設計，可隨時查知進出訪客情形及入住者有無外出意思。(98年11月6日)

據「梅檀之杜」照護人員稱，他們不會阻止入住者外出；倘入住者想外出時，會尊重其意思並陪同之，再適時帶回機構內。



日本「梅檀之杜」館內之家屬會客室，寬敞明亮之落地窗、室外即花園、人行步道，充滿家居感覺。機構內志工辦公室就在隔壁，亦有介護個案管理員 caremanager 評估社區老人應受照顧之方式，擬訂個別介護計畫，並適時依被保險人之狀況修正之。(98年11月6日)

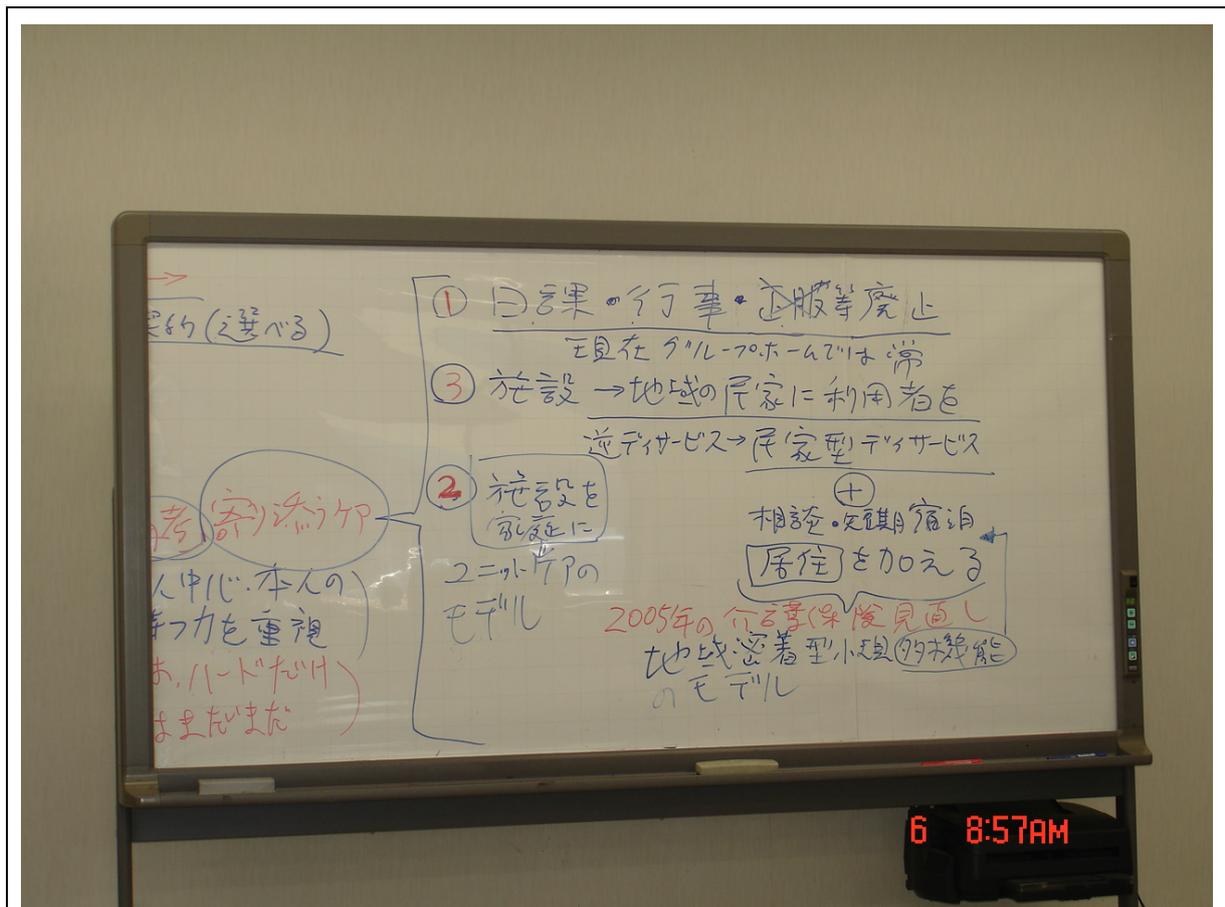
較特殊者，志工辦公室旁設安寧室，讓入住者家屬來此探望臨終老人。據「梅檀之杜」照護人員稱，機構內入住者及其家屬大部分選擇在安寧室往生。



中里仁先生在「梅檀之杜」說明日本老人介護的理念（98年11月6日）：

自1963年老人福利法通過後，老人入住養護機構由政府片面主導採取收容保護、集體管理的大型醫療機構照顧養護方式（中里仁先生稱，最糟糕的方式），於1980年逐漸轉向家庭生活養護方式，惟當時亦僅止於表面、形式上採家庭生活養護方式而已。

日本受歐美各國觀念的影響，自2000年起採介護保險制度，由老人與介護保險機構簽約，以老人為中心，重視老人個人之能力，並自行選擇機構或其他社區或居家照護方式之多樣型在地老化方式。小單位多機能生活型的Unit Care以個人化及人性化、共同生活家庭式照顧為主（人本照顧），並擺脫過去團體式、效率型的照顧方式成為現代日本老人長期照顧的最大特色。



中里仁先生在「梅檀之杜」說明日本老人介護的理念（98年11月6日）：

2005年檢討修正介護保險制度後，現已採與社區密切結合方式，運用社區力量照顧老人，利用社區閒置民家作為小規模多機能型日間照護中心。並採「逆向型日間照護」，讓入住機構老人到日間照護中心與其他老人交流，並融入社區生活。



日本東北福祉大學國際交流中心主任小笠原浩一教授講授「東北福祉大學及日本介護保險制度」（98年11月6日）

東北福祉大學1958年設立。設福祉學院、管理學院、兒童科學院、健康科學院、福祉學研究所及福祉學通信研究所。在仙台市市內有三個校區，幅員遼闊。2009年學生人數9547人、教師436人、職員176人。

東北福祉大學於2005年與台北醫學大學締結包括醫療、保健、福祉等領域之學術交流協定。



日本東北福祉大學校長荻野浩基（左坐者）與本院副院長（右坐者）、國際交流中心主任小笠原浩一博士（左二）、參訪委員及其他參訪人員在校內餐廳。（98年11月6日）

東北福祉大學及其老人介護機構「梅檀之館」等將人生來即具有的「感性力」的重要性及研究成果經由教育機構傳達出去，在實踐福祉的現場，實現「預防福祉」的目標；並促進各種專業人員，如護理、社工人員等合作，以加強照護之效能。故該大學之宗旨為理論與實踐的融合：「行學一如」。



日本「梅檀之里」之團體家屋有 4 棟別墅型平房，每棟入住人數以 8 人為原則（日本法律規定 5-9 人），採 1 人 1 房方式，房內床鋪及設備為入住者所有，並以入住者之手工藝作品佈置，既可愛又溫馨之家庭式設計，讓入住者保有居家的感覺，對老人情緒安定有相當正面效果。（98 年 11 月 6 日）

目前，日本係採團體家屋方式照護失智症老人。該照護方式日後演變為現代老人照顧的理想方式-Unit Care，即小規模多機能生活單位型的「單位照顧」。

日本「梅檀之里」之團體家屋旁有花園空地，其中一部分特闢為菜園，讓入住老人可自行種菜，繼續保有耕種收穫之生活習慣。



日本「梅檀之里」館長柿沼利弘先生說明，團體家屋原係由輕度失智症者入住，惟因自入住迄今持續居住多未遷移，現住居者多為原入住者，失智症亦多因年齡增長變成中重度。但機構負責人表示，不會因成為重度失智，即令其移住其他專收中重度失智照護機構。惟其團體家屋皆額滿，等待入住者尚有數十人。故在日本照顧失智症者之團體家屋亦有設施、照護人力不足之問題。(98年11月6日)

團體家屋旁亦有失智症者日間照護中心，惟人數不多。鄰近年輕志工會來陪伴老人。



日本醫療法人團體「梅檀之丘」設介護老人保健設施、短期照護、居家介護支援、訪問看護站（居家護理站）、出院病人中途復健之家（復健期3個月）、復健中心、輪椅輔具借貸等。機構內提供醫療設施，及以醫療管理為基礎之介護、看護、生活機能訓練。故機構內有醫師、護理師、介護福祉士、作業療法士、理學療法士、言語聽覺士、齒科衛生士等。使用員額298人，職員120人。事務局長大森俊也先生稱，為因應政府給付之不足，該機構加強復健設備，開設自費項目，以彌補虧損，俾得永續經營。



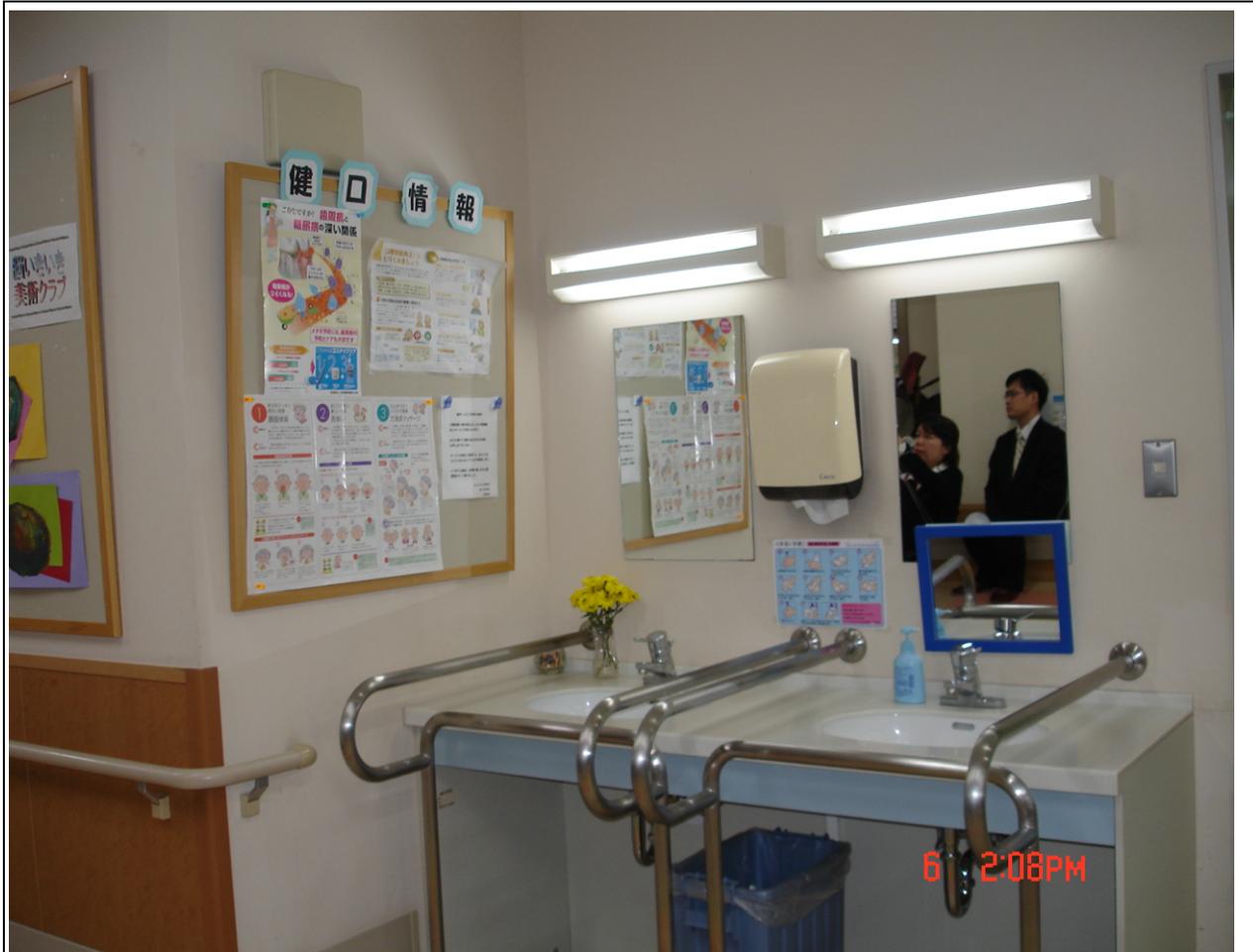
日本醫療法人團體「梅檀之丘」於2000年成立，日本介護保險指定機構，全館3層樓，特別劃分為6單位。每單位皆有療養室、浴室、餐廳、廚房等設施。照護員亦固定在同一單位照顧老人。讓入住者有團體歸屬感，不會疏離或排斥機構之養護。故其走廊或活動區並以入住者熟悉之仙台市之大馬路及公園命名。（98年11月6日）

圖中「勾當台公園」即為仙台市中心最有名的公園。



日本醫療法人團體「梅檀之丘」特設牙醫門診及口腔美容室。(98年11月6日)

「梅檀之丘」事務局長大森俊也先生稱，老人牙齒狀況良好，食量就好，營養充足，身體自然健康，生活品質亦佳。



日本醫療法人團體「梅檀之丘」非常重視老人口腔保健，在各走道旁多設明亮寬敞之盥洗台，讓照護人員可以隨時注意老人刷牙保健之情形。必要時，可立即幫忙維護口腔之清潔。(98年11月6日)



日本醫療法人團體「梅檀之丘」牙醫診所。(98年11月6日)

據聯合報 98 年 11 月 15 日報導，美國哥倫比亞大學針對 60 歲以上老人 2300 人測驗結果，五分之一牙周病者有記憶上問題，其牙周病發炎病菌並導致失智症之發炎狀況。研究人員發現口腔病菌亦可能導致心臟病、中風、糖尿病等。(圖中為臺北醫學大學助理教授李劭懷正解說機構內牙醫診所之重要性)



日本失智症老人照護研究及照護指導員仙台研訓中心「DCRC」於2000年成立，為國家補助機構。全日本有3所研訓中心，除仙台外，另有東京及九州大府，各有其責任區。（98年11月6日）

各研訓中心之責任區並非其所在地周圍地區，例如，仙台研訓中心之責任區並非東北或北海道，而是分散其他地區，力求研究對象之多樣化，確保研究成果之客觀性及實效性。



## 9月10日為世界阿茲海默症之日

日本與我國一樣，早期稱失智症為「痴呆症」，自2004年12月24日起改稱「認知症」，顯示日本社會對失智症之再認識及人性化看法。日本於1989年實施「高齡者保健福利推動十年戰略」中，推動各項失智症老人整合因應對策。(98年11月6日)



日本失智症老人照護研究及照護指導員研訓中心設立目標在實現「讓失智老人症容易生活的社會」。除失智症之研究外，亦培訓照護指導員（種子教師）。（98年11月6日）

據仙台研訓中心部長阿部哲也先生表示，照護指導員（種子教師）訓練班開辦9年，全日本已有10萬人直接（在中心）或間接（在地方由種子教師訓練）受過照護員訓練。照護指導員訓練班研修期間9週，上課方式多採小組討論會，學員以發表報告取代考試。照護指導員結業後，回去講授照護員訓練課程。



本院沈委員美真 98 年 11 月 7 日晚上參訪日本宮城縣松島海岸車站附近之大松莊溫泉旅館之溫泉標示適應症及禁忌症情形。



本院陳副院長及參訪委員於98年11月8日下午搭機返台，東北福社會的前理事長、東北福祉大學名譽教授板橋登美女士（台灣出生）及其夫婿特地至仙台機場送行。