

『医养结合』

城市社区养老居住设施规划设计

Planning and Design of Medical-nursing Combined Residential
Facilities for the Aged in Urban Community

戴靓华 著



中国建筑工业出版社

国家自然科学基金(51278417)资助出版

“医养结合”城市社区养老 居住设施规划设计

戴靓华 著

中国建筑工业出版社

图书在版编目(CIP)数据

“医养结合”城市社区养老居住设施规划设计 / 戴靓华

著. —北京: 中国建筑工业出版社, 2017. 4

ISBN 978-7-112-20316-1

I. ①医… II. ①戴… III. ①城镇—老年人住宅—建筑设计 IV. ①TU241.93

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第323348号

本书基于对社会老龄化的严重性与复杂性、养老居住设施的发展现状以及国内外养老居住设施演变特征的梳理与分析, 阐述了以医养结合为导向的研究视角、目的、意义和框架等基础平台问题。本书内容包括养老居住设施的发展与变化; 医养结合的可行性分析; 医养雏形的全方位解读; 医养导向下养老居住设施的营建体系; 医养导向下养老居住设施的规划策略; 医养导向下养老居住设施的设计方法等。

本书可供广大建筑师、城市规划师、城市规划管理人员等学习参考。

责任编辑: 吴宇江 孙书妍

书籍设计: 京点制版

责任校对: 李美娜 张 颖

“医养结合”城市社区养老居住设施规划设计

戴靓华 著

*

中国建筑工业出版社出版、发行(北京海淀三里河路9号)

各地新华书店、建筑书店经销

北京京点图文设计有限公司制版

北京君升印刷有限公司印刷

*

开本: 787×1092毫米 1/16 印张: 11½ 字数: 257千字

2016年12月第一版 2016年12月第一次印刷

定价: 38.00 元

ISBN 978-7-112-20316-1

(29736)

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题, 可寄本社退换

(邮政编码 100037)

序1

老龄化问题已成为 21 世纪人类面临的严峻挑战之一，也是今后世界各国制定各种经济与社会政策时必须认真考虑的重要因素，人口老龄化必然会对经济和社会运行等多方面产生重要的影响。如何设计合理的社会保障体系，如何为老年人特别是高龄老人及失能、半失能老人提供必要的老年生活服务，如何建立适宜的医疗卫生服务系统，如何营造适老化的生活环境与服务设施等，这些都是亟待解决的问题。

我国的老龄化所面临的形势更为严峻，问题更为复杂。由于我国特殊的人口政策和国情，老龄化来得十分迅猛、规模巨大，并且是未富先老。在我国农耕社会的传统文化中，养老主要是家庭之内的事，以孝道和“养儿防老”维系着这一养老模式。随着经济的迅速发展，城市化进程加快，居住建筑形式发生了巨大变化，“421”倒金字塔家庭结构的大量出现，又衍生出家庭空巢化、小型化等现实问题。单纯的家庭养老模式已难以为继，必须推进社会化养老，以保证“老有所养”这一文明社会的底线不破。

目前由于社会养老服务供给不足，相关资源配置不均，经济发展水平有限等现实国情，若在我国实行完全社会化养老也是不切实际的，这就需要发展和探索多元化的养老模式。戴靓华博士对此进行了深入的研究，涉及到医养理念、社区养老和适老设施等范畴。在她的博士论文的基础上，经过完善与修改写出本书《医养结合型城市社区养老居住设施规划与设计》，这是她近年来辛勤研究与思考的结果。

本书基于对社会老龄化的严峻性与复杂性、养老居住设施的发展现状以及国内外养老体系演变特征的梳理与分析，阐述了以“医养”结合为导向的研究视角和框架，探讨了养老居住设施“医养”模式发展的可行性；提出医养设施发展的雏形，确立本研究的区域范畴——城市社区；以建筑学、规划学为基础，结合人居环境学、社会学、老年学等相关理论，对养老服务政策和实施细则、社区适老化设施选址布局与环境建设以及适老化的空间构成与布局形态等作出详尽解析，提出相应的模式菜单和技术集成；建立以城市社区为载体，以加强社区整体养老能力为目标的无迁移养老体系。

本书对当前社区养老居住设施的开发与营建应有一定的参考意义。

王竹
浙江大学建筑工程学院教授
2016 年 10 月

序2

我国已跨入到不可逆转的老龄化社会，如何能够科学地规划和建设好适宜“老有所居”的城市生活环境，已成为当前人居环境科学面临的一个重要课题。

伴随着老龄化社会进程的发展，高龄老年人的数量将会不断增多，由老年人的加龄引发的老年病和身体机能弱化已成为不可避免的问题，这对目前无论是采用“居家”还是“机构”的养老方式都提出新的挑战。然而，当前的社区援护服务一时还难以满足居家老年人医养结合的服务需求，现有专业化的养老机构也着重是为老年人提供基本的生活照料、文化娱乐等服务，缺少专业的医疗照护和紧急救助功能，并且存在规模化、郊区化的现象，未能根据老年人口分布和实际需求合理规划，极大地降低了养老设施的使用效率，也造成了社会资源的不合理调配与浪费。此外，目前大型综合医院以诊疗护理为主，由于患者多、床位紧，难以为老年人提供长期的医疗护理与生活照料服务，而中小型医院及社区卫生服务中心（站）普遍存在着医疗资源利用率低的问题。由此可见，设置具有医疗护理功能的医养结合型养老机构已迫在眉睫。

戴靓华博士撰写的该书以营造老年人熟悉、亲切的居住环境，充分利用社会既有资源，建设多方共享的服务平台为切入点，选取我国城市人居环境单元“社区”为载体，以需要生活照护和医疗介入的老年人为服务对象，通过梳理与分析国内外养老设施发展演变及其特征，结合我国人口老龄化的现状及趋势，探讨了医养结合型养老居住模式的可行性及其发展雏形，尝试构建适应我国目前社会经济发展阶段的的城市社区医养结合型养老设施的营建体系。并在此基础上从选址布局、设施定位、资源配置、户外环境和智能应用五个方面进一步研究提出了养老居住设施的规划策略，并从建筑整体、生活单元、功能空间三个层面探讨了医养结合养老居住设施的设计方法。

本书对建筑、规划设计人员以及城市、社区建设管理者开展医养结合养老居住设施的建设与研究具有较好的参考价值。

周典

西安交通大学人居学院教授

2016年9月

前言

在人口老龄化进程加快并深度发展的大背景下,高龄化和失能化趋势显著,“421”倒金字塔家庭结构的大量出现,又衍生出家庭空巢化、小型化等现实问题。老年人口严重的“四化叠加”现象,对传统养老模式提出巨大挑战。单纯的家庭养老模式已难以为继,必须推进社会化养老,支撑完善养老保障体系。但考虑到社会养老服务供给不足、相关资源配置不均、经济发展水平有限以及传统孝道文化深入人心等现实国情,若在我国实行完全社会化养老也是不切实际的,这就需要发展多元养老模式,发挥各自优势和潜能,在原有基础平台上加以优化和调整。

本书基于对社会老龄化的严重性与复杂性、养老居住设施的发展现状以及国内外养老居住设施演变特征的梳理与分析,阐述了以医养结合为导向的研究视角、目的、意义和框架等基础平台问题。其次,对养老意识形态与需求、物质形态与干预进行了解读,结合相关学科的理论支撑,探讨了养老居住设施“医养”模式发展的可行性。接下来,采用类型学理论方法,通过文献调查、实地调研和访谈的基础研究,由表及里,提炼出目前我国医养设施发展的雏形,并在此基础上进行归纳整合与分类,实现从问题到方法的转化。通过前期深入的文献调查和案例研究,参考老年综合评估和养老服务评估的评价机制,在定性判断的基础上抽取养老居住设施营建的影响要素,形成较为系统的医养体系数据库。通过权重分析的量化研究进而验证和调整,建构“医养”体系模型。以合理化、规范化的政策体系为导向,以“整体统一、局部灵活”的方法为原则,针对养老居住设施运营的保障政策、社区内的规划布局以及建筑整体和各单元空间的深化设计三个层面提出相应的营建策略和方法,形成多层次、多元化的服务体系,从而实现由理论探讨至实践操作的转变,以期研究成果对今后实践提供一定参考依据。

本书力图以一种开放和融合的方式创新性转变“居家养老和设施养老”内涵,通过对社区居家老人提供健康管理、上门服务及技术支持,将狭义的“居家”转变为新形势、新理念下的“养老床位”,提出以“社区养老居住设施”为核心,向社区全面辐射的养老服务体系。从宏观层面建立医养保障政策和运营管理体系,从中观层面完善多元复合型养老居住设施的规划布局,从微观层面制定医养设施的功能需求和建设目标。以此为平台,进而提出城市社区新型养老模式下的发展对策与方法。

撰写本书的根本目的在于开拓医养理念下的新型养老模式,引发对我国老龄化问题的

思考与探索。由于著者水平有限，本书难免有疏漏和不足之处，敬请广大读者批评指正，在此表示衷心感谢！

戴靓华

西安交通大学人居学院建筑系

目 录

1 养老居住设施的发展与变化	1
1.1 老龄化的严重性与复杂性	1
1.1.1 全球老龄化背景	1
1.1.2 中国老龄化现状与趋势	2
1.2 国内外养老居住设施的演变过程	5
1.2.1 欧美	5
1.2.2 日本	9
1.2.3 中国	13
1.2.4 国内外养老居住设施对比分析	18
1.3 我国养老居住设施的发展现状	21
1.3.1 选址布局	21
1.3.2 户外环境	22
1.3.3 室内空间	22
1.3.4 相关服务	23
1.4 老年人医养结合需求不断增长	24
1.4.1 现实和道义之间，社会规则	24
1.4.2 分离与整合之间，经济形态	24
1.4.3 漠视与重视之间，认知价值	24
1.4.4 需求与供给之间，市场定位	25
2 医养结合的可行性分析	26
2.1 关键学科的支撑与运用	26
2.1.1 医养发展的研究范畴	26
2.1.2 医养融合的演化动力	27
2.1.3 医养实施的指导平台	28
2.2 意识形态特征及需求影响	28
2.2.1 中国传统文化中的养老思想	28
2.2.2 老年人不同生命周期特征及需求	29

2.2.3	医疗需求对养老环境建设的影响	31
2.3.4	社会化养老认知及其接受度	31
2.3	物质形态演化及政策干预	32
2.3.1	养老模式演变与建筑设计关系	32
2.3.2	相关标准和规范的出台与引导	33
2.3.3	保障制度对养老设施建设影响	34
2.4	医养模式的可行性探讨	35
2.4.1	个人方面：老人就医困难	35
2.4.2	家庭方面：养老功能弱化	36
2.4.3	社会方面：资源急需整合	36
3	医养雏形的全方位解读	37
3.1	医养现象的集成与分级	37
3.1.1	医养现象	37
3.1.2	医养分级	38
3.1.3	医养关系	38
3.2	医养雏形的解读与归类	39
3.2.1	紧邻型——优化选址	39
3.2.2	吸纳型——预留场地	40
3.2.3	融合型——协同发展	41
3.2.4	依托型——拓展深化	41
3.2.5	研究区域范围的确立	42
3.3	医养案例的调查与分析	48
3.3.1	杭州蓝庭颐老公寓	48
3.3.2	成都第二社会福利院	53
3.3.3	日本淑德共生苑	58
3.3.4	日本剑路北医院	64
3.3.5	德国纽伦堡智力衰退人士康复中心	70
3.4	医养模式的评述与启示	74
3.4.1	美国	74
3.4.2	澳大利亚	75
3.4.3	意大利	76
3.4.4	新加坡	77
3.4.5	日本	77

4 医养导向下养老居住设施的营建体系	79
4.1 相关评估的内容与意义	79
4.1.1 老年综合评估	80
4.1.2 养老服务评估	81
4.2 体系建构的目标和原则	82
4.2.1 主要目标	82
4.2.2 基本原则	82
4.3 医养体系的建构与调整	83
4.3.1 元素提取归纳	83
4.3.2 调查问卷制作	84
4.3.3 权重分析调整	85
4.3.4 新型体系建构	93
4.3.5 与传统养老设施对比研究	99
4.4 建构核心的提取与归纳	100
4.4.1 动态平衡——多方的博弈	100
4.4.2 多元复合——格局的形成	100
4.4.3 普适持续——发展的目标	100
5 医养导向下养老居住设施的规划策略	101
5.1 选址布局	101
5.1.1 规划选址	101
5.1.2 场地布局	101
5.2 设施定位	103
5.2.1 配置规模	103
5.2.2 服务内容	105
5.3 资源配置	106
5.3.1 人力资源	106
5.3.2 物力资源	106
5.3.3 资源调配	107
5.4 户外环境	107
5.4.1 散步道	108
5.4.2 活动区	109
5.4.3 社交区	110

5.4.4 休憩区	110
5.4.5 相关设施	111
5.4.6 景观环境	111
5.5 智能应用	112
5.5.1 便民信息网	113
5.5.2 紧急呼救与远程监控	113
5.5.3 健康信息管理与共享	114
6 医养导向下养老居住设施的设计方法	115
6.1 整体布局	115
6.1.1 基本型	115
6.1.2 基本型+模块	116
6.2 单元设计	121
6.2.1 适老照护单元	122
6.2.2 核心养护单元	126
6.2.3 核心医疗单元	128
6.3 照护空间设计	130
6.3.1 居室	132
6.3.2 护理站	136
6.3.3 交往空间	138
6.3.4 交通空间	140
6.3.5 公共厨房	142
6.3.6 公共沐浴间	144
7 未来展望	147
7.1 系统，从封闭到开源	148
7.2 发展，从静态到动态	149
7.3 模式，从分离到统合	150
7.4 布局，从集中到分层	150
附录A 专家调查问卷	152
附录B 专家背景资料	167
附录C 老人访谈记录	169
后 记	173

1 养老居住设施的发展与变化

1.1 老龄化的严重性与复杂性

1.1.1 全球老龄化背景

当前世界各国面临一个共同的课题：人口老龄化。所谓人口老龄化，联合国国际人口学会编著的《人口学词典》将其定义为：当一个国家或地区 65（或 60）岁及以上老年人口占总人口比重（称为老龄化系数）超过 7%（或 10%），称该国家或地区为老年型社会，若 65 岁以上人口超过 14%，则称为老龄社会。^① 在 20 世纪里，人口寿命发生了巨大变化，平均预期寿命从 1985 年的 62 岁延长至 2015 年的 70.5 岁，预计到 2035 年和 2050 年将分别再延长 4.1 年和 2.5 年。^② 人口结构的变化以及 20 世纪下半叶以来人口寿命的持续延长意味着近些年 60 岁以上的人口不断增长，并将在接下来几十年加速扩展。

根据《世界人口老龄化报告》最新数据显示，全球 60 岁及以上老年人口自 2000 年的 6.07 亿，以 48% 的增幅扩大至 2015 年的 9.01 亿，并将以 56% 的幅度增加至 2030 年的 14 亿，预计至 2050 年，老年人口将达到 21 亿。其中，80 岁及以上的高龄老年群体增幅最快。他们从 2000 年的 0.71 亿以 77% 的增长幅度迅速扩大至 2015 年的 1.25 亿，预测在接下来 15 年将增长到 2.02 亿，2050 年将扩展至 4.34 亿（图 1-1）。在发展中国家，这种增长幅度最大，速度最快，其占全球高龄老年人口比重自 2000 年的 49% 增长到 2015 年的 53%，预测至 2030 年与 2050 年，该比重将分别扩大到 58% 和 71%，

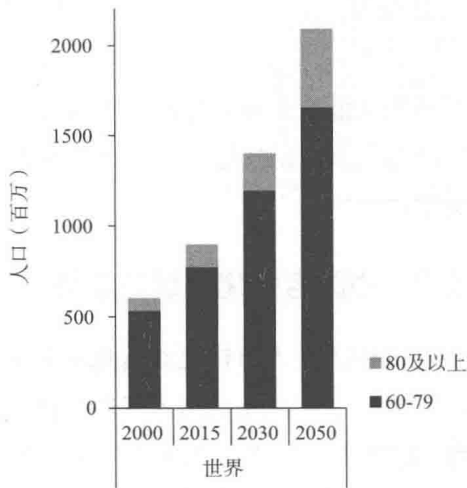


图1-1 世界老年人口增长趋势（2000—2050年）
（数据来源：United Nations. World Population Prospects: The 2015 Revision.）

① 联合国国际人口学会.人口学词典[M].北京：商务印书馆，1989。
② United Nations. Interactive Data - Profiles of Ageing 2015 [R].Department of Economic and Social Affairs: Population Division, 2015.

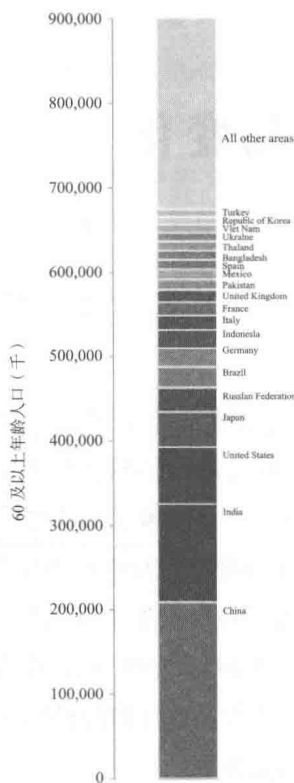


图1-2 2015年世界各国老年人口
(数据来源: United Nations. World Population Prospects: The 2015 Revision.)

这对于未备先老、未富先老的发展中国家来说无疑是巨大的挑战。据报告统计,2015 年仅 5 个国家就占据了全世界 1/2 的老年人口,按所占比重由高到低排序分别是中国(占据全世界 1/4)、印度、日本、美国和俄罗斯(图 1-2)。^①

人口老龄化是 21 世纪最重大的社会变革,它对金融市场、商品和服务供给、家庭结构以及代际关系等方面都产生了深刻影响。为老龄人口的经济与社会角色转变做好充分准备,对于确保社会发展进步,以及迈向 2030 年可持续发展议程的宏伟目标至关重要。为此,就积极应对老龄化问题,联合国自 1982 年开始陆续提出了一系列指导方针和具体建议,如在维也纳举行的第一次老龄问题世界大会通过的《老龄问题国际行动计划》,在过去 20 年来各项重大政策和倡议不断演变的过程中一直主导关于老龄问题的思考和行动方向。1991 年制定《联合国老年人原则》时讨论了老年人的人权问题,该原则在独立、参与、照顾、自我实现和尊严等方面提供指导。以及 2002 年在马德里召开第二次老龄问题世界大会通过的《2002 年老龄问题国际行动计划》,

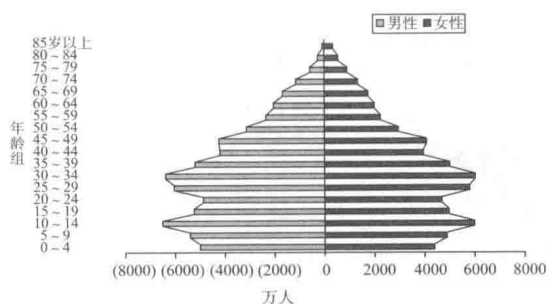
目标在于确保全世界所有人都能够有保障、有尊严地步入老年,并作为享有充分权利的公民参与其社会。该行动计划确认了老龄化的共性及其带来的挑战,并针对每个国家的具体情况提出建议。^②

1.1.2 中国老龄化现状与趋势

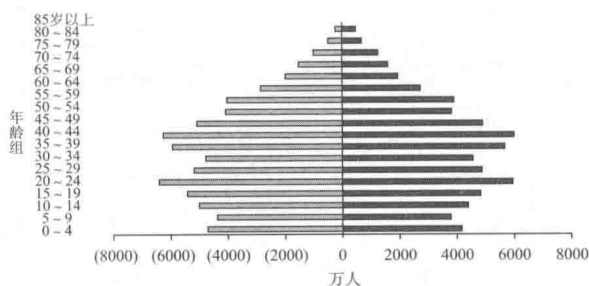
21 世纪的中国是人口快速老龄化的中国。2000 年,我国 60 岁及以上人口达 1.3 亿人,占总人口 10.45%,中国正式迈入老龄化社会。^③2013 年,老年人口数量已达 2.02 亿,老龄化水平为 14.9%。根据“国家应对人口老龄化战略研究”课题组预测,至 2025 年,老年人口将迅速增加到 3.08 亿,占总人口的 21.1%。2050 年达到 4.83 亿,占总人口的 34.1%,此

① United Nations. World population ageing 2015 [R].Department of Economic and Social Affairs: Population Division, 2015.
② 联合国.第二次老龄问题世界大会的报告[R]. 2002。
③ 数据来源: 中华人民共和国国家统计局, 第五次人口普查数据(2000年) [EB/OL]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/renkoupucha/2000pucha/html/t0301.htm>。

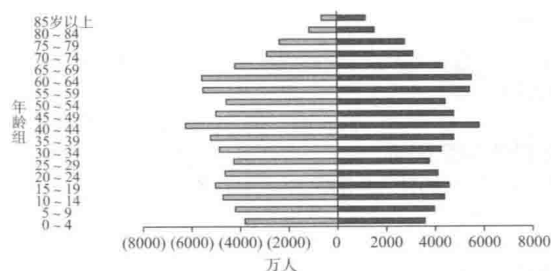
后将进入相对稳定的重度人口老龄化平台期。^①人口金字塔图能够较为直观有效的表达一个国家人口年龄的结构特征。依据 2000 年、2010 年中国第五次与第六次人口普查数据和美国普查局国际项目中心国际数据库给出的中国分年龄、分性别 2030 年和 2050 年人口预测数,绘制中国人口金字塔图(图 1-3)。可以看出,中国人口年龄结构由正三角逐渐向柱状转变,其中老年人群改变最大。与世界老龄化进程相比,我国发展势头可谓极其迅猛(图 1-4)。据有关资料显示,我国人口年龄结构从成年型转入老年型仅用了约 18 年的时间,而法国完成这一过程用了 115 年,瑞士用了 85 年,美国用了 60 年,即使老龄化程度很高的日本也用了 25 年。^②



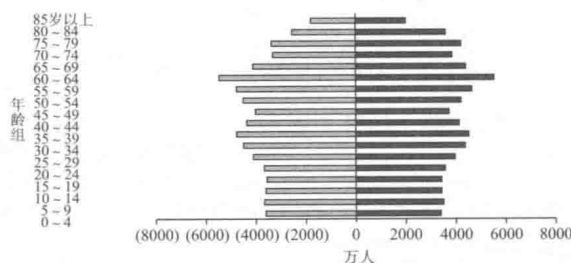
(a) 2000 年中国人口金字塔 (来源: 中国第五次人口普查)



(b) 2010 年中国人口金字塔 (来源: 中国第六次人口普查)



(c) 2030 年中国人口金字塔
(来源: 美国普查局国际项目中心国际数据库)



(d) 2050 年中国人口金字塔
(来源: 美国普查局国际项目中心国际数据库)

图1-3 中国人口金字塔图

与此同时,中国人口老龄化呈现高龄化、失能化、家庭空巢化、小型化“四化并发”的特点愈发显著。目前,中国高龄老年人口已达 2500 万,并将以年均增长 100 万的态势持续到 2025 年。失能老年人口规模不断扩大,完全失能与部分失能老年人口接近 4000 万。

① 董彭滔,翟德华.积极应对人口老龄化成为中央的战略部署[M]//载于吴玉韶主编.中国老龄事业发展报告(2013).北京:社会科学文献出版社,2013。

② 孙祁祥,朱南军.中国人口老龄化分析[J].中国金融,2015(24):21-23。

患有慢性病的老年人持续增多,已突破 1 亿人大关。^① 据《中国家庭发展报告(2015 年)》显示,空巢老人占老年人总数一半,其中,独居老人占老年人总数的近 10%。^② 除此之外,人口老龄化与经济发展不同步。世界上发达国家基本都是在经济发达的条件下进入老龄社会,即“先富后老”或“富老同步”,而我国却是未进入经济发达阶段的情况下,提前进入人口老龄化社会,即老龄化呈现“未富先老”的特征。其次是人口老龄化发展不均衡。我国人口老龄化水平呈现城乡、区域及省际不均衡特点。从城乡差异来看,我国人口老龄化呈现城乡倒置的趋势,农村人口老龄化程度始终高于城镇;从区域差异来看,人口老龄化呈现出东部地区逐渐放缓,中西部地区不断加速的态势,而伴随中西部劳动人口向东部流动,这种态势将进一步加剧。^③

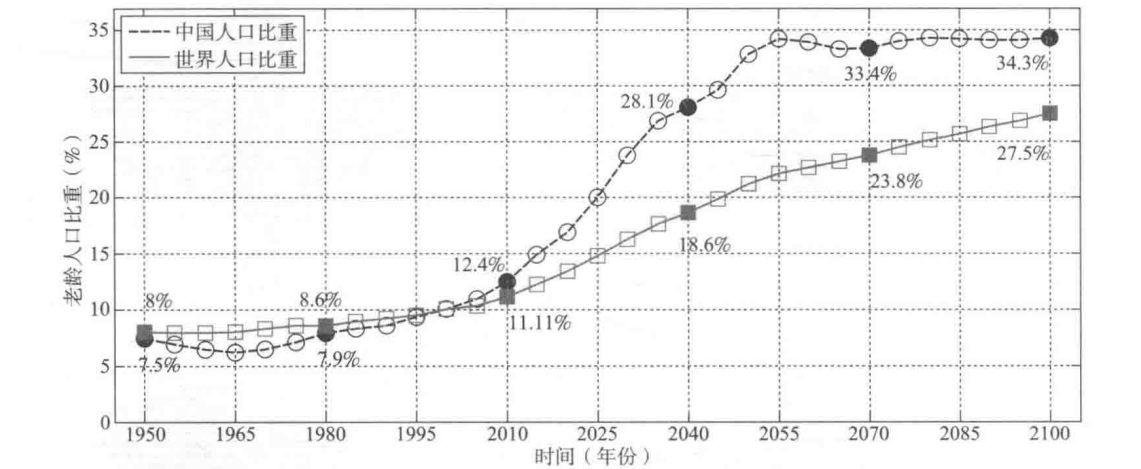


图1-4 中国与世界老龄化程度比较

注: http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm, 为2012年联合国经济和社会事务部的人口统计数据。
中国和世界的人口老龄化比重(此处的人口老龄化人口取60岁以上的老人), 预测方法: 中位变差预测法,
时间范围: 1950~2100年(每五年一个数据)。
(来源: 参考联合国经济和社会事务部的人口统计数据, 由笔者梳理绘制而成)

面对这突如其来的不可逆之势, 以及养老问题的严重性和复杂性, 我们不得不深思: 在我们垂暮之年, 谁来为我们养老? 对于强调生活质量, 关注医疗护理的城市养老环境的营建而言至关重要, 面向城市社区需要照护的老年人建立一套符合该主体需求及特征的养老居住设施服务体系, 是当下建筑规划学科应当解决的重要课题。

① 董彭滔, 翟德华. 积极应对人口老龄化成为中央的战略部署[M]//吴玉韶主编.《中国老龄事业发展报告(2013)》.北京: 社会科学文献出版社, 2013。
② 国家卫生和计划生育委员会.《中国家庭发展报告(2015年)》[R]. 2015。
③ 孙祁祥, 朱南军. 中国人口老龄化分析[J]. 中国金融, 2015(24): 21-23。

1.2 国内外养老居住设施的演变过程

1.2.1 欧美

1. 初始阶段

(1) 雏形: 西方养老居住设施最早脱胎于宗教建筑, 身体机能的衰退使得老年人成为宗教建筑服务的主要对象。这类建筑由宗教机构创办, 政府立法推广, 为老年人提供医疗和收容救济的服务。其原型最早出现在中世纪的英国, 建造于 1084 年英格兰北部坎特伯雷 (Canterbury) 镇的圣十字医院, 它由教堂和六栋专门收容老人的住宅构成。12 世纪起, 英国出现由信徒捐助而建的“慈济院”型养老居住设施, 其地理位置靠近市中心, 格局大都是依附于修道院一侧建造的周边房间、中心庭院的围合式平面布局。由于得到了社会各界多方的资助, 其建筑和室内装饰都非常精美, 再加之安全的建设格局、低廉的租金和社会保障法律的推进, 使得这类建筑至今仍是很多老年人养老入住的选择。

(2) 创办者由宗教向社会 / 政府转变: 与宗教机构创办养老居住设施相伴的, 还有社会慈善人士捐资或筹办的养老建筑。以 1514 年德国富商福格莱家族捐款建造的福格莱福利院为例, 使用至今已达 500 年之久, 是世界上历史最悠长的老年社区 (图 1-5)。这个号称“城中之城”的建筑群, 由商店、医院、教堂以及设施齐全的住宅构成, 向年龄超过 55 岁的、年收入在 250 马克以下的非单身者开放。美国最早出现的养老居住设施是由政府推行建造的济贫院, 为了节约成本, 其选址一般靠近农庄远离城镇, 这种与世隔绝的生活方式并不利于老年人的健康发展 (图 1-6)。此外, 美国还发展起由自愿组织、公司或协会创办的养老居住设施项目, 服务对象主要为有收入的老年人, 相比前者环境人性化、功能多样化, 而后成为美国养老居住设施的典范——老人社区。



(a) 福利院外景



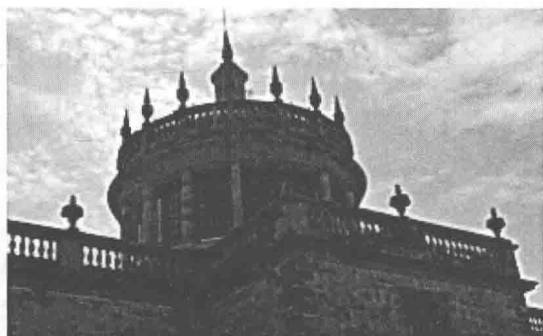
(b) 福利院卧室

图1-5 德国福格莱福利院

(来源: 新浪论坛, <http://club.eladies.sina.com.cn/thread-3520790-1-1.html>)



(a) 主入口



(b) 穹顶

图1-6 美国济贫院 (Instituto Cultural Cabañas)

(来源: 蚂蜂窝网, http://360.mafengwo.cn/travels/info_weibo.php?id=3319374)

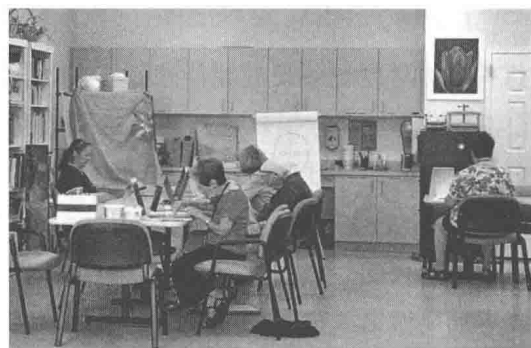


图1-7 美国老年护理之家艺术室

(来源: 凤凰网, http://news.ifeng.com/gundong/detail_2013_07/30/28056808_0.shtml)

2. 发展阶段

(1) 规模和功能向集中复合型转变: 19 世纪末 20 世纪初, 迎来了养老居住设施的全面发展阶段。伴随欧美发达国家针对老年人福利法律的创立和深化, 养老建筑的规模、形态和功能也发生了巨大的改变。1901 年, 丹麦首都哥本哈根建成了两栋大型的集中式养老居住设施——“老年人村”和“索伦”, 其中老年人村可容纳 1650 个老人, 包括 1100 个公共老年人住宅床位和 550 个医院床位, 是欧洲最早的功能复合型养老居住设施。然

而, 单一的老年人群结构和封闭的管理模式, 让老年人感受更多的是压抑、失落、悲观和虚弱, 也失去了赚取收入的机会。事实证明, 这种完全隔离式的独立型老年社区并不是老年人理想的养老模式。随着 20 世纪 20 年代末全球经济大萧条的到来, 西方各国开始加强老年保障的工作。丹麦在全国范围内大规模建造大型养老居住设施, 多为内廊式双面布局, 床位数在 400 ~ 800 之间, 功能多样的建于市区中高层的建筑模式。

(2) 向功能更细化、服务更人性化的医疗护理型转变: 社会保障体制的不断完善, 为老年人享有更好的生活条件、促进养老居住设施功能的不断细化奠定了基础。20 世纪 30 ~ 40 年代, 美国、荷兰等西方发达国家开始大量建造护理之家 (图 1-7), 多是由慢性病医院发展而来, 与老年医院共同服务于患病的老年人。仅仅身心退化的老人则入住在由私人慈善机构创办的老年人之家。

(3) 由集中型向小型化、住宅化转变: 20 世纪 40 年代起, 英国政府向地方福利机构提供大量资金以建造小型老年人之家, 规模多在 25 ~ 30 人之间。几年时间就收留了 2 ~ 3 万