

# 老人「機構式照護」之評鑑

蔡啟源

## 前言

生活環境條件、營養、衛生、教育、醫療及復健等服務、制度措施之改善，已使得人類平均壽命顯著地延長，特別是在已開發國家（Chellis & Grayson,1990），這表示人們活在高齡時期（Old age）是相對地變長。因受生適之影響，老人或因生、心理障礙不適合生活於自家中，或因家屬無法提供適切之照護，而必需選擇住到長期照護機構（Long-term care institution）中（沈洁，一九九七，一番瀨康子、中島紀惠子、井上千津子、太田貞司合編，一九九五）。自第二次世界大戰後，在家庭、人口結構變動及個人需要被照護情況下，長期照護已蔚為銀髮族業務（——）必需提供

之福利項目，而機構式照護（Institutional care）也成為照護服務之必要類型及方式。老人人口數遽增，在公立照護機構數量不敷市場所需之際，私立機構遂於一九五〇至一九八〇年代間，急速增設，只是，老人入住長期照護機構後，常會自覺儼然身處於社會性邊緣（Social marginalization）環境。基於對老人生活權益之尊重及對專業要求之考量，機構式照護實不可不要求服務品質保證（Quality assurance）與生活環境標準化（Standard setting）（Andrews & Phillips,2000;Cough,1998）。雖然曾有統計資料顯示，六十五歲以上之老人約有百分之五會入住照護機構（McDonald, 1999，沈洁，一九九七），但在臺灣，除貧苦無依者之外，通常是有程度性障礙、癡呆或需要依賴他人提供個別照顧、看護或保護者才會入住照護機構。照護機構提供似家庭生活之居住環境與氣氛，是基本之義務與責任，故而不論自費或公費，只要住入機構後，自會有膳宿供應、

專人負責提供各項照護服務 (Richards, 2001; Reinardy & Kane, 1999, p. 572; Folkemer, Jensen, Lipson, Stauffer & Fox-Grage, 1996; Berger & Pomeranz, 1985) 甚至對行動、認知有障礙之老人會提供有健康、復健、衛生及社會服務之相關設備與設施 (津端宏、山本直人合編 一九九九)。只是 照護服務之實際狀況真會如所預期嗎？機構在對待健康與衰病之老人會有何不同呢？

民國九〇年一月十四日自立晚報六版曾報導：「住在長期照護機構之老人，尤有高比例為患有失智、憂鬱、譫妄等三種精神疾病且症狀嚴重者，其等甚至會有傷人、殺人、自殺等之傾向或行為。近幾年來，臺灣各地之養老院、敬老院及仁愛之家等老人長期照護機構中所發生之「院內殺人事件」(機構內殺人事件)，間有所聞。若機構之設備與設施既不合適又不齊全，無法提供老人心理、精神及醫療方面之協助，在欠缺發現、治療及預防之服務功能情況下，則照護人員得擔心何時會再發生事件，實擔負著額外之工作及精神壓力。早年有關長期照護之相關研究，咸認為：機構環境應提供有社會、情緒及心理支持等服務，才算是適合老年安身之生活場所 (Willcocks, Peace, & Kellher, 1987)」近代研究則改注重機構之機制應依照老人之需求而設置，機構照護服務之成功與否應由老人之認知 (Recognition) 及實際支持行動來定奪。也就是 判斷標準是以老人對機構生活及環境之知覺 (Perception) 為依據，通常 老人所在意者為：機構能提供些什麼照護服務？有哪些設備與設施？經營之理念為何？…等等。所以機構照護之服務內容雖是不離生活照料

(Living care) 及情緒支持 (Emotional support) 兩大項目，但尚需提供補充性 (Compensatory) 協助與情境，才可使老人在生活功能上更自主獨立，杜絕其等所最害怕：在機構環境中孤立、無依及無助 (Aranyi & Goldman, 1980)。老人長期照護機構既是提供有生活功能之選擇性服務，具有無可被取代之社會價值及存在意義，且擁有法令及專業所允許之合法性 (Legitimacy) 地位與立場，則其內之設備與設施安排 (Arrangements) 自有其存在之必要功能與意義 (Andrews & Phillips, 2000)。若以長期運作、永續經營為目標，則除堅持服務品質保證外，更要進一步講求內部品質保證 (Inside Quality Assurance, IQA) (Kellahe, 1995, 1998)、內部品質保證並非要界定服務品質標準，而是要確認照護工作人員能瞭解實況，掌握執事之內容與職限 (Youll & McCourt-Perring, 1993)。只是 各機構所提供之照護服務因規模大小、內部結構及運作複雜性而有差異，同樣是提供照護服務，不同機構間之差異性絕對是大於相近性 (Similarity)。故而在選擇照護機構時，單從機構之外貌設計、人事安排及設備佈置等是無法分辨其優劣好壞之等級的，除非有密觀、具體之資訊可供判斷。

## 照護評鑑之必要性

長期照護雖跨越醫療、護理、復健等領域，卻也具備社會工作

實務所強調之介入 (Intervention) 及照顧 (Care) 二大內涵，此乃指 專業介入協助 (Interventive assistance) 與社會服務提供 (Social services delivery) (蔡啟源，二〇〇〇，二〇〇一)。社會工作向來是以描述及推斷 (Inferences) 方式來呈現實務實證 (Practice evidences)，故是為實證依據之實務 (Evidence-based practice) (Witkin & Harrison, 2001)，需要實證之原因係：惟有蒐集老人及其家屬、照護人員、社工人員、福利機構單位、學校及司法等相關單位之實證訊息，社工人員才可具示實證 (Prove-it-or-else)，避免主觀之見解偏差 (Opinion-bias)，而設法改善現狀。照護實務 (Care practice) 也是依據實證而作為之實務，其可類分為二大型態 Shaw, 1999, p. 16)：寬流型 (The broad-stream version)，以務實為取向 (Practice-oriented)，評鑑者與照護人員間之關係親近，注重工作實信，認為有責任依據既存之事實來落實照護工作，會時時借重相關研究結果來支持、設計需求評估、照護計畫及實務改進策略等。窄流型 (The narrow-stream version)，以學術為取向 (Acad-emic-oriented)，注重照護工作之科學性及具體之評鑑證據，在倡議不同照護技巧時，並不特別依賴質性評鑑 (Qualitative evaluation) 之結果。只是，照護實務一直存在著二大弊病：對實務資訊之收集偏於瑣碎、繁雜，傾向於依賴歸納、由下而上之方式來做實證探究 (Inquiry)，而這些資訊往往在實務經驗中就可易於取得並觀察、印證。在過度遷就直接性服務 (Direct practice) 情況下，照護人員會過於在意評鑑結果之充權功能 (Empowerment)，而忽略評鑑計

畫、策略及議題在服務現實中之必要性與重要性。

社會工作專業對提證社會責任 (Social accountability) 之要求至少已有二、三十年之久，而講求實務效益 (Practice effect) 也早成共識，其之運用在長期照護實務上，即為冀求呈現並累積服務成效、經驗與心得。為求確保服務品質 (Service quality)，照護服務管理者所要面對的不僅是要掌握各類照護服務之影響與效果，也當注意可否運用適當、正確之評鑑方法來彰顯服務效益之整體性、之故，簡易又周延之評鑑技巧或指標，便成為方便機構管理者詮釋實務效益之最佳捷徑。依據川村匡由 (一九九七) 之論點，照護過程需涉及計畫—執行—評鑑—修正 (Plan-Do-See-Cycle) 四步驟，其中之「See」階段，便是要確定並堅持照護人員在服務提供上需有符合專業標準之表現。除專業規範所明訂之照護內容外，照護人員、資助單位 (Funder) 或負責監督之政府部門間雖時會對工作要求有所不同，但其等所訴求者不外是評量 (Measure) 服務效益、對服務對象負責、即時糾正服務錯行等，而這些則全涉及照護評鑑之內涵。所謂「評鑑」(Evaluation) 係指：依據擬定之指標來判斷並決定既有服務之優、缺點及存在價值 (House, 1993; Scriven, 1991)，目的是探究照護服務是否對老人真真實益，期待可減少或杜絕任何問題發生之可能性。所以在執行評鑑前，需先評估真需要評鑑後，才能依序：設計評鑑計畫、執行評鑑工作、撰寫評鑑報告及運用評鑑結果。評鑑時選用之評鑑指標 (Indicators)，在不同評鑑階段中當視人、事、時、物、境做彈性調整、應用，才不致過於呆板或公式化

(Bronfenbrenner, 1995)，也唯有如此才不單可確切地將評鑑目標具體化，還可確認、維持照護品質之完整。所以，當評鑑者(Evaluator)與照護機構在就評鑑內容有所斟酌與爭議時，也就是針對評鑑責任在做考量及抉擇；評鑑者必需經歷正規訓練，對評鑑工作與內涵有所研究與熟稔，才可因懷具專業素養，而恪守公正、公平及公開之執事立場。評鑑結果既是要提供足夠之資訊以為照護實務改進、參考或解惑之依據，則機構人員必需對評鑑議題、評鑑方法、資源運用或詮釋評鑑結果等方面之概念、技巧、知識及常識要有所充實、瞭解及掌握才行(Chambers, Wedel, & Rodwell, 1992)；而這至少含括三層面(Redfern, pp. 168-169)：技術層面(Technical interest)：指理論性護理知識及照護技術、實務層面(Practical interest)：指護理照護(Nursing care)與照護行為(Nursing action)對老人照護之實質意義、施展層面(Emancipatory interest)：指具備知識權力(Knowledge power)去評斷照護之合理性、正確性及有效性。既然評鑑工作是人群服務(Human services)工作中不可或缺之活動，其自是要講求借助訓練完整之評鑑人力、規劃周詳之評鑑指標、具公信力之評鑑制度等(Stufflebeam & Shinkfield, 1985:9,15)。所以，評鑑者必得在照護過程中時時掌握供、需雙方互動後之交互影響性(Interactive influence)為何，如：機構式照護對老人生活狀況有何改善，具體之改變或成效為何，何以能夠有所改善，如何可維持，再加強或改善服務品質等等，而這些全都可形具機構長期照護之整體成效(Lishman, 1999; Stufflebeam & Shinkfield, 1985:19)。

## 照護評鑑之指標

對老人而言，長期照護機構是生活場所，也是收容場所、教育場所、學習場所及人際交流場所(川村匡由，一九九七)。而要將長期照護機構塑造成為優質之生活環境，則需將相關之照護理念融入建築設計規劃之中；即，在機構建設、建築環境方面，講究室內與室外之通連，將機構內在環境之空間利用延展至機構外界，並做健全之結合，要求以擁有一「風、光、綠」為考量通則，具備物理環境(Physical setting)治療效果，才可利於老人生活內涵之提昇及對生活環境之適應(井上英晴、賀戶一郎，一九九九；崎裕子譯，一九九八；Coons & Mace, 1996)。就長期照護機構硬體建設而言，結構建築、室內設計及景觀規劃缺一不可，是為機構式照護所側重之外部檢視(External inspection)部分(Kellaher, 1998:193)，但老人在選擇照護機構時卻萬萬不能單從對外觀美感之喜好而忽略其是否具備：安全性、防災性、隱私性、舒適性、方便性、美觀性、專業性及良好之管理制度等(黃麗榮，一九九三)。在機構管理上，照護機構需在確定服務目標與標準後，結合老人需求、生活環境、營運策略及社會資源等，去執行具備常規性服務程序及系統(Service procedure and system)之照護實務(崎裕子譯，一九九八：廿一)；有完善之長期性規劃與制度才能提供良好之機構生活品質，欠缺良好之照護品質，就談不上長期照護服務(Coons & Mace, 1996)。根

據 Kellahe (1998) 之研究，照護機構母在業務上衍生弊端時，常僅是針對人事結構做調整與補救，完全忽略業務之安排與執行之得當與否往往才是問題之癥結所在。在人事管理上，照護人員所在意的是：就業、薪資，機構管理者所在意的是：經營理想、聲譽及盈虧，老人們則在意：生活之舒適、安全及環境。當各人必然冀望不同之情況下，最重要的則是老人所關切之服務與生活品質。所以，照護服務有否結合機構與個人之權益 (Interests)、內部作業有否常規化，才是照護業務推動得宜之命脈所在。但，這並非意指照護服務之努力重心得全置於平衡老人與機構間之氛圍 (Overall climate)，而是要實務執行需注重內部檢閱 (Internal review) 並保護老人應擁有之：尊嚴、獨立、隱私、選擇、自主等權益。可見，完善之機構照護至少需涵蓋 (Kellahe, 1998:193)：結構建築：指無障礙設計、服務設備及照護設施等，組織結構：指經營策略、人事管理及員工獎懲等，綜合性服務：指老人之多元服務需求 (Needs)、要求 (Aspirations) 及收容量等。

黃耀榮 (一九九三：一) 針對臺灣長期照護機構之現狀及必要性規劃所做之研究，將評鑑標準分為四類：生活行為與居住需求——包括：生理、心理、生活方便、安全衛生、私密性、個別化、歸屬感、易辨識性等，建築配置與規劃設計——包括：建築規模、建築群關係、層數高度、室內空間用途、種類、數量等，室內空間與設備性能——包括：空間大小、空間組合、內部動線、消防設施、逃生設備、安全設施、內部設計、通風採光、噪音防制、照明

設計、無障礙設施等，室外景觀與綠化設計——包括：建築形式、戶外空間、綠地面積與比例、景園美化設置、植栽類別與方式等。中華民國長期照護專業協則將護理機構評鑑標準分為五類 (取自臺灣日報 民國九一年十月廿六日十五版)：安全與環境設置、餐飲與營養、健康照護、生活照顧，及機構與人員管理。日本厚生省老人保健福祉局 (一九九六) 對老人長期照護服務，設計有六大類一〇〇項目之檢驗標準 (——評價基準) 其為：日常生活援助服務——共卅九項，包括有：飲食、沐浴、排泄、臥床、日常生活協助、外出外宿安排、口語溝通、休閒活動安排、痴呆行為觀察及協助、日常生活自理等，專業性服務 (專門——) ——共十八項，包括有：看護、照護、復健、社會性服務 (Social services) 等，機構環境設備 (施設設備環境) ——共十一項，包括有：機構設備與設施、機構內外之環境衛生等，營運管理——共十三項，包括有：工作人員進修、個案及活動之調查與記錄、隱私權及保密性、處遇計畫設計、案例研討、事故應對等，區域連結 (地域連携) ——共十一項，包括有：協助就醫、參與地域福祉連結網絡、聯繫地方相關機構、提供服務資訊等，及其他項目——共八項，包括有：輔導入住機構、支援在宅服務等。此評鑑基準之設計係以老人自決、活用殘存能力、連續性服務為基本理念，所有評鑑項目，係以共通性、設施項目類別、老人保健專用項目為設計之經緯。小笠原祐次 (一九九八) 則另建議照護評鑑可從老人對照護服務之滿意程度來決定成效，如：機構尊重老人之生活自由度、個人隱私權、

選擇自主權、服務個別化、參與機構服務之決定權、對各級工作人員服務量／質之看法等。小笠原祐次、Andrews & Phillips (2000)、Cluff (1990:116-121) 及Abramovice (1988:112-113) 等人更進一步指出：在評鑑項目中，應從服務、矯正、復健、醫療、護理、藥劑、營養、保健、休閒、預防、娛樂、教育、支持等不同生活功能與機構環境面向來就：老人之身心障礙程度、選擇決定權、家庭成員參與、機構照護、社區涉入 (Community involvement) 及地區資源運用等層面多加考量，才可確認出機構照護之品質來。

雖然評鑑類型、方法、內容、項目、技巧有許多可供選擇者，當擬進行照護評鑑前，應先對評鑑計畫要如何執行，考慮周密。以機構規範及整體活動層次而言，照護評鑑是求制度與服務透明化、經管理念具體化，致力於維持與提昇照護服務之水準，為顧慮老人及其家屬之立場，照護人員也應參與評鑑設計及執行。綜觀老人機構生活可被檢驗改善之服務內容，實不脫離機構設備與設施、管理制度、照顧服務、老人及家屬對照護之觀感等項目 (Swan & Newcomer, 2000; Kazi, 1998, p. x)。既然長期照護機構之設立宗旨是要輔助老人之獨立活動及協助家屬照顧老人之能力，則其所提供之設備、設施及服務等均為提昇老人生活意義、價值尊嚴、及生活品質之要件，故而以照護內容而論，照護評鑑則不離硬體設備 (Hard facilities) (指：機構建築、空間設計、照護活動之設施及規劃等) 與軟體設施 (Soft facilities) (指：照護內容及性質、安排固定之休閒活動、營運管理等) 兩項範圍 (福島善之助，一九九〇)。而依據

Royse, Thyer, Padgett, & Logan (2001) 等人之論點，要確認及保障照護服務之品質，當以評鑑項目 (Variables) 所形成之「評鑑指標表」(Check-list indicator) 為評鑑方式中最具直接、明確、實際及程序等特性者，其甚至可被用來當成工作紀錄表 (Record)，以協助並決定行政、執事之規範。在運用形成性評鑑 (Formative evaluation) 方法從事照護評鑑時「評鑑指標表」可作為服務提供過程中督促、監控之準繩與工具，在運用總結性評鑑 (Summative evaluation) 方法進行照護評鑑時「評鑑指標表」則可用來確認服務結果、完成程度及工作目標達成等狀況 (Chambers, Wedel, & Rodwell, 1992:8)。對管理者及照護人員而言，「評鑑指標表」無疑是指引服務之確切工具，不但可為共同遵循之依據，減少照護服務之期待與結果間之落差，更可用來探討及改進一貫之服務水準 (Service level) (John, 1998:14)。

依照我國政府對老人長期照護之推動進度研判，目前仍處混亂、欠缺長遠性規劃、有待積極努力使其形成完善制度之階段，惟，除非政府在短時期內能依照老人對照護之不同需求，將長期照護機構類型細分成如日本政府之分類作法 (註)，若要於近期之未來提昇、監督照護水準，仍宜借重「評鑑指標表」為必要之催化工具。彙整 Royse, Thyer, Padgett & Logan (2001)、Swan & Newcomer (2000)、井上英晴、賀戶一郎 (一九九九)、Lishman (1999)、Kazi (1998)、Kellahe (1998)、小笠原祐次 (一九九八)、日本厚生省老人保健福祉局 (一九九六)、Coons & Mace (1996)、川村匡由 (一

九九七)、黃耀榮(一九九三)、Chambers, Wedel & Rodwell (1992)、福島善之助(一九九〇)等不同學者、實務工作者及不同照護單位之論述，復加綜理醫療護理、社會工作、室內設計及建築學等相關學科對照護理念之訴求。本文採用生態觀點(Ecological perspective)所強調之人在環境中(Person-in-Environment)之概念(蔡啟源，一九九五)，將長期照護機構之「硬體設備」及「軟體設施」列為考量主體。各改以「機構設備與設施」(含四單元十七項目)及「照護服務」(含六單元十三項目)為設計長期照護「評鑑指標表」之基磐。分述如下：

機構設備與設施：

機構各項相關設備及設施是否符合長期照護之事業要求與標準，實關係著老人們在機構中物質及精神生活之品質，故以建設適合老人之居住環境為主軸，才可利機構管理及滿足老人需求。在硬體設備建築開始前，發照單位得負起要求、批准、監督及評鑑之職責。要求依照證照程序規定來申請實施，以免衍生建設不當之後果。下列評鑑項目係以硬體建設為主體考量，係用來檢析、修正老人生活照護服務之基本且必要之設備與設施(井上千津子、田村智惠子、太田修平，二〇〇〇；徐秉琦，二〇〇〇：十一；須加美明，二〇〇〇；鎌田子，二〇〇〇；岸本和博，一九九九；津端宏、山本直人合編，一九九九；Reinardy & Kane, 1999:572；小笠原祐次，一九九八；崎裕子譯，一九九八；川村匡由，一九九七；西村洋子，一九九六；Torrington, 1996；黃耀榮，一九九三；Cluff, 1990；

116-121;Berger & Pomeranz, 1985; Aranyi & Goldman, 1980)。

|      |        |   |
|------|--------|---|
| 硬體設備 | 建築結構規劃 | 有否偷工減料？違建？<br>乾燥通風、冷／暖器設備、溫／濕度調節、天花板／遮頂排水設施<br>採光距離設計、夜間室外照明設置、緊急照明、室內照明設置（自然光線？人工光線？）、冬日日照時間<br>吸音設備（各類機器／器材運轉、電梯升降、迴廊回音、開閉門窗聲、公共活動區聲雜、室外干擾等聲音）<br>衛浴設備（乾濕分離設計）<br>熱水供應及電器設備<br>室內／外活動空間設計（樓梯坡道斜度／無段差／地板防滑／防摔、走廊／浴廁扶手、適合輪椅活動、陽臺欄杆／櫥櫃高度、電話系統使用規劃、室內／外死角之利用設計、電梯內部設備、電梯搭設限制、逃生／儲避難設施、通道寬度、樓梯寬度／踏面／階高等之活動無障礙設計） |
|      | 公共安全設備 | 進出口安全設施、緊急逃生／疏散設  |

|  |                 |   |
|--|-----------------|---|
|  |                 | <p>施</p> <p>緊急呼叫設備、避難所規劃、緊急出入口／防火門／消防栓經常保持周圍一。五公尺之暢通</p> <p>火／煙感應器、消防栓設置、火災自動通報設備、建築材料（使用防震、防火建材）</p> <p>電線／排污水管路之防污染／安全性</p> <p>空氣／飲水之污染預防</p> <p>電梯／樓梯上下／升降機之安全設計</p> <p>停水／停電時緊急水電供應</p> <p>工作人員定期接受急救訓練／消防安全講習／消防實習演練</p> |
|  | 公共活動空間<br>規劃與佈置 | <p>規劃診療室／晤談室／緊急觀察室／安寧照護室／太平間（含冷凍設備）</p> <p>休閒娛樂／集會活動空間規劃（會客室／交誼廳）</p> <p>圖書室／檔案室／資料室</p> <p>儲藏室／曬衣所</p> <p>販賣機設備</p> <p>迴廊／玄關／走廊／護理站之活動空間設計</p>   |

|  |              |  |
|--|--------------|--|
|  |              | <p>不同活動區域規劃／設施／設備之標示</p> <p>庭院景觀／綠地適當比例</p> <p>室外景觀綠化規劃</p> <p>鐘錶／檯燈／床頭櫃放置及設計</p> <p>門檻／門把設計</p> <p>牆面色彩、色澤區分活動空間設計</p>                                  |
|  | 機構內部設施<br>規劃 | <p>公共活動空間之扶手高度／段差／防摔／防滑設計</p> <p>地板／牆面之段差／防摔／防滑設計</p> <p>洗臉槽高度調整設計／男女便斗高度設計</p> <p>盲人行動引導設計</p> <p>防塵粉／蚊／鼠／蟻／蟲設施</p> <p>閉路電視裝置</p> <p>公共電話／公佈欄／郵筒之設置</p> |
|  | 臥室空間設計       | <p>房間空間大小之設計</p> <p>更衣空間無障礙設計</p> <p>房門顏色標示</p> <p>房間顏色設計</p> <p>房間地板／牆面之段差／防摔／防滑設計</p>  |





照護服務：

照護老人之服務過程雖應包括：觀察（掌握問題）、計畫、協商、實施（接受服務）、及評鑑（比較接受服務前／後之狀況）等五項步驟（須加美明 二〇〇〇：五五），但實際上其僅涵蓋老人之生活起居、心理／精神兩大照顧類別而已。基本上，照護內容需顧及日常生活性（指：日常生活之常規性作息及活動等）、緊急性（指：緊急處理、突發應對之能力及設備等）、多樣性（指：多重疾病、機能障礙對生理、心理、醫療及生活環境方面能有適當之應對能力及服務設計等）、繼續性（指：保健服務之長期性關連或連續性、防止疾病快速惡化、醫療後遺或併發症之預防管理等）及個別性（指：老人之個別性、自立性、特殊餐飲需求、機構生活適應等）（加藤孝正，一九九九，福島善之助 一九九〇），由管理層級全權來統組機構之照護團隊成員（包括：醫師／齒科醫師、護理人員、營養師、復健師、物理治療師、社工師、藥劑師、檢驗師、法律顧問醫生、照護人員、志工人員、事務員、清潔工、宗教團體、神職人員及公、私立社會福利相關協助團體等）間之充分參與及分工合作（黑田輝政、井上千津子、加瀨裕子、黑川由紀子、古瀨徹合著 一九九六）。照護服務內容理應依據老人之年齡、性別及障礙程度作調整，但其對地方資源之應用、與家庭成員間之互動與往來等要件卻未曾忽略過（崎裕子譯，一九九八），從機構照護之基本方法／原理角度來看，加藤孝正（一九九九）就認為長期照護需涉及個別化、團體性、親屬關係及社會參與等四層面。由此引伸，本單元從日常照護、休

閒互動、照護服務、照護管理、收費／經費運用及整體照護品質等六面向來設計評鑑項目（井上千津子、田村智惠子、太田修平，二〇〇〇，徐美琦 二〇〇〇：十一，須加美明 二〇〇〇，樋口惠子編 二〇〇〇，鎌田 子，二〇〇〇，Godfrey,2000，加藤孝正，一九九九，岸本和博，一九九九，津端宏，山本直人合編，一九九九，Johnson, Cullen, & Patsios, 1999; Reinardy & Kane, 1999: 572，小笠原祐次 一九九八，Redfern,1998:172，川村匡田 一九九七，西村洋子 一九九六，黑田輝政、兼間道天合編 一九九六，Watson & Lea, 1995，黃耀榮，一九九二，Cluff,1990:116-121; Abramovice, 1988:112-113; Berger & Pomeranz, 1985; Aranyi & Goldman, 1980）。

|      |        |  |
|------|--------|--|
| 日常照護 | 起居生活照顧 | 日常生活內容安排<br>生活起居動作之協助／指導／訓練<br>體位變換（指長期臥床者）<br>生活內容之個別需要安排<br>食事處理／協助<br>特殊飲食調配／衛生／營養設計（主副食餐點設計、烹調）<br>衣著／儀容之清潔／整理<br>入浴／洗髮（每週幾次？共浴／獨浴？）<br>排泄協助 |
|------|--------|--|

|  |      |  |
|--|------|--|
|  |      | 衣物修補<br>寢室定期整理／打掃／清潔維護   |
|  | 醫療照顧 | 簽訂可提供急診／門診／轉診／復健<br>服務之醫療單位<br>定期檢查老人生理狀況之醫療照顧<br>醫生固定時間巡診<br>鼻胃管／導尿管／氣切管之每日護理<br>護理站備有急救／換藥設備<br>定期健檢／健康會診<br>藥物餵食<br>傳染疾病感染控制<br>季節性疾病之預防接種／控制 |
|  | 生理復健 | 復健服務（生活機能／生活動作訓練）<br>物理治療<br>職能訓練<br>符合不同殘障／意識程度之復健設計<br>械具適合老人活動之程度<br>復健設施單次使用人數設計？  |

|      |      |  |
|------|------|--|
| 照護服務 | 照護內容 | 例行照護服務？彈性照護？<br>提供個別需求之照護<br>瞭解老人家庭之角色結構／經濟能力<br>鼓勵家屬探訪會面／互動頻率／關係                |
|      | 人際互動 | 志工團體活動、院內團體活動、社區性活動、宗教性活動、參觀活動、外出旅遊、懇親會等人際互動之活動                                  |
|      | 節慶活動 | 春節、元宵節、情人節、母親節、端午節、中元節、父親節、重陽節、中秋節、國慶、臘八、聖誕節及月慶生、家族聚會等固定節慶活動之安排及提供               |
|      | 休閒活動 | 手球、土風舞、氣功、康樂聯誼、茶會、簡易體操、園藝等固定之室內／室外多元休閒／娛樂活動之安排及提供                                |
| 休閒互動 | 藝文活動 | 提供或安排書報／雜誌閱讀、手工藝、製花、繪畫、作詩、民謠、樂器、外語、下棋、書法、音樂欣賞、卡拉OK、電影／電視欣賞、宗教活動、社團活動、衛生師將等藝文相關活動 |

|        |   |  |
|--------|---|--|
| 照護管理   |   |  |
| 照護行政管理 | <p>收容規定及床位安排</p> <p>照護職責明文化／透明化</p> <p>工作人員之工作自主／實務判斷權限</p> | <p>維繫</p> <p>瞭解老人家屬對機構之期待</p> <p>家庭訪視</p>  |
|        | 工作人員態度  | <p>照護人員之證照資格／專業能力要求</p> <p>（含相關教育／訓練／經驗／技巧／身心健康狀況等）</p> <p>老人生理照護之技巧及能力</p> <p>傾聽／心理諮商／社會支持</p> <p>尊重老人隱私</p> <p>專業保密性／警覺性／敏感度</p> <p>照護行為表達／解釋能力</p> <p>個人衣著／指甲清潔／衛生習慣之要求</p> |
|        | 照護能力要求  |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  | <p>日常照護工作之進度設計與監督</p> <p>夜間排班／分工／輪調公平性</p> <p>照護標準／要求之統一</p> <p>工作負荷量要求</p> <p>老人資料建檔／保管</p> <p>志工人員參與項目／程度</p> <p>照護服務資源網絡之建構／健全性</p> <p>轉介／銜接服務制度之建構／健全性</p> <p>定期編排／調整日一週一月一季行事曆</p>                 |
|  |  | <p>照護工作督導及檢討</p> <p>定期服務考核員工管理／督導型態</p> <p>工作人員之流動率／離職率</p> <p>制訂照護服務執行管制表</p> <p>與老人或家屬簽訂照護收費／權益／服務／義務契約</p> <p>建立申訴／建議制度及管道</p> <p>建立機構—工作人員—老人—家屬四向溝通管道</p> <p>投保公共意外責任險</p> <p>中、長期之階段性照護工作發展計畫</p> |

|        |         |  |  |  |
|--------|---------|--|--|--|
| 整體照護品質 | 收費／經費運用 | 機構財源收支狀況<br>機構預算編列及運用<br>財源籌措狀況（固定收費？需額外費用？政府補助及津貼？）<br>服務成本效益分析<br>政府補助款運用分析（實際補助應用及執行率、設施利用率）<br>財務資料編制與記錄（收支歸屬之會計科目、經費支出結構）<br>訂定統一會計編制原則 | 照護員工訓練<br>緊急照護處理能力之訓練<br>外勞之溝通／表達能力訓練<br>提供專業資訊／教育活動之職前－在職訓練 | 照護人員配置<br>各級工作人員配置條件之限制／比例<br>外勞與本勞之比率<br>工作人員－老人之服務比率<br>輪班／工作輪調分配<br>素質不足之服務人員數量比例 |
|        |         |  |  |  |

|  |   |
|--|---|
|  | 注重老人之個別意願及自主權<br>允許老人獨立行動程度<br>意外事件／跌倒發生率<br>全人化（Holistic）照護服務之實施狀況 |
|--|---|

「評鑑指標表」能否發揮執行、監督及改進照護服務品質之功能，全賴評鑑工作是否務實而定。在評鑑前，評鑑者要依照機構狀況及老人之問題及需要先行決定評鑑分析是要普遍化或特定化，俟評鑑方向（Direction）明確後，再採用分數高低等級來標示各照護項目執行成效之優劣。上述各評鑑單項均針指狀況或程度，可為五等評分階段，每項給○到四分，依評鑑者個人之專業要求標準與實際狀況判斷給分，分數越高表示該照護項目水準越高，分數越低表示該照護項目水準越低。在等級分類上，有百分之七十以上之評鑑項目得分為三分以上，是為丙級，有百分之八十以上之評鑑項目得分為三分以上，是為乙級，有百分之九十以上之評鑑項目得分為三分以上，是為甲級。為促進照護品質，評鑑者需針對得分較低之項目提示缺失所在及具體改進建議，被評鑑為丙級以上者，日後只需每一年評鑑乙次。每次之評鑑結果未達丙級者，評鑑者應視機構狀況限其於三－六月內如所建議者完成改善，屆期仍無法完成者，則該年以不核發評鑑及格證明或限制其再接受照護委託為懲戒方式。日後當政府決定全面性實施常規性長期照護評鑑制度時，應以三年為部署完成期限，第一年為宣導期，第二年為輔導期，第三年為試辦期，第四年開始，則全面嚴令各機構遵照「評鑑指標表」所示，

要求執行機構式照護之服務內容。

「評鑑指標表」雖是指引實務方向之必要性規範 (Obligatory ideals) 、具有結構性、忠戒性陳述 (Admonitory statements) 性質，但也只是被用來執行評鑑之用。其標準不必然是絕對的，但卻含有要求、指引、純化 (Rarefied) 及緩和 (Mitigate) 照護人員履行規定職責之義務 (McGuire, 1982) 。Cahn (1982) 就認為，「評鑑指標表」在本質上有制約性 (Conventional) 效果，但不能取代工作指引，評鑑結果要否公開，則由評鑑者與管理階層人士共商評決，接下來才是照護人員要否接受、遵守或抗拒評鑑結果之要求。就工作執行立場而言，「評鑑指標表」可協助照護人員瞭解服務過程中有否任何違反專業規範之工作行為，是改進實務最能奏捷之途，也是最能保障與保護老人之法門 (Chambers, Wedel, & Rodwell, 1992) 。就方法而言，評鑑實不外量化或質性方式之選擇與執行：量化方式所測量者為照護頻率、照護時間之長短、老人照護人員之比率、老人生活改進狀況等，質性方式所測量者則為照護老人所必備之知識、技巧、能力及態度等 (Kyle, 1995; Morrison & Burnard, 1991) 。「評鑑指標表」既是為必要性規範，其所指陳者是照護人員所應做及不應做之事，惟仍有三點要特加注意 (Evaluation Research Society Standards Committee, 1982:11)：「評鑑指標表」不能代表政府要求或法令規範 (Legal requirements) 。評鑑項目必得考量、配合被評鑑機構之現存環境。在做評鑑後決策時，所依據之評鑑結果必需合理。

## 照護評鑑議題之討論

臺灣地區對長期照護機構之認定為：收容六〇人以下者是為小規模，收容六一—三〇〇人者是為中規模，收容三〇一人以上者則為大規模 (黃耀榮，一九九二：六二)，其實只要機構設備與設施能與服務宗旨、目標相契合，在「老人間必然有不同之服務需求，各機構必然有不同之運作方式」前提下，機構規模之大小其實並不重要。從規範需求 (Normative needs) (Bradshaw, 1972) 之角度而言，長期照護機構之老人收容量若能控制在三〇—四〇位之間，是維持工作份量及照護品質之最佳數目。只是，私立長期照護業者大都以經濟效益 (Economic effect) 為考量點，希望收容數量能越多，才好節約成本、獲得利潤 (Torrington, 1996) 。對此，Swan & Newcomer (2000) 就特別呼籲業者要注意：老人之收容量／離院率、員工之離職率／轉職率才是機構設備／設施能否平衡照護服務之直接指標。Pillemer & Bachman-Prehn (1991) 曾指出：優秀之照護人員通常不會選擇長時期就職於老人長期照護機構，就此現象，Glendenning (1997) 則認為：老人—照護人員之比率過高，工作壓力大、過度勞累，身體不堪負荷，員工高生病率，易遭老人身體／口語虐待，缺乏職訓機會及工作支持，偏低之經濟報酬 (Financial reward) 及社會階級 (Status) 等才是造成高離職率之背景原因。雖然尚未有研究明確地指出：受過訓練之照護人員定會比未受過者表

現更好，但照顧人力之素質無疑會對照護品質及結果有直接影響，而這絕對牽涉到儲備訓練之完整與否，而照護工作卻也一直被認定是份非技術性（Unskilled）或僅是為半技術性（Semi-professional）之低酬勞、低社經地位工作（Johnson, Cullen ,& Patsios, 1999）。除照護人員之素質要求外，有關訓練項目中最常被用來檢視的是照護人員之個人職責（Personal responsibility）及任務依據（Task-based）訓練，尤其是實務經驗之有否充實部分（Godfrey, 2000）。組織行為中所強調之自工作中再成長機會、工作知識、臨床技巧、專業自信及實務態度等，均是機構可用來維持、提昇照護品質之作法，故工作訓練項目應被列入評鑑項目之林。至於機構認為照護人員應接受何種職前——在職訓練？照護人員自認應接受何種工作訓練？則是實務考量之議題。機構在設計訓練課程時，應有固定比例時數為必要之實務課程，其餘則依照實務需求而調整課程與訓練層級（Level），不拘泥於訓練天數、形式及內容，以實務演練、注重效益及不重複為首要（吳聖良、張瑛玳，一九九一）。機構若能以長期雇用與培養員工為管理目標，督促照護人員多充實程序性（Procedure-oriented）（如：工作程序要求、任務守則）、過程性（Process-oriented）（如：工作投入、突發事件應變）及主題性（Subject-matter-oriented）（如：照顧協助、急救處理）等三方面之知識及能力後，相信服務素質必能提昇且與業務密切配合（簡建忠，一九九四：九）。

按照參與理論之說法，照護機構設置地點應以對外交通、聯繫方便者為佳，如此才可讓老人不離群索居、能與社會有互動之機會。

但是，長期照護機構卻大多設處於較偏僻地區，容易使老人社會邊緣化，加上機構生活較無生活自主選擇性、照護品質改進空間與條件常受限，因此難脫被賦予之負面聯想（Negative ssociations）印象。既然，照護機構之設置地點不宜在人煙罕至地區之要求難以顧及，則可鼓勵老人多參與社區性活動、接受社會性刺激（Social stimulation），而就非全得仰仗硬體設備及設施不可（Grayson, 1990; Aranyi & Goldman, 1980）。機構式照護與居家看護最大之差別雖是在於老人所需負擔之費用較高，但在西方國家中，卻有三分之一之長期照護機構是勉強在營運、幾頻於關閉狀態，可見，市場需求配合經營行動——即，力求穩定之財務與貼切之照護安排，才是左右機構生存持久、永續競爭之要件（加藤孝正，一九九九；Forde, Knapp ,& Wistow, 1996）。對於財務狀況之改善，管理者通常是以削減機構中各項開銷來因應，而非削減對老人之收費，也就是將服務受益者視為利益求獲者，而並不保障老人可得到最基本之生活照護。若機構管理者改以強調價格不變動為競爭條件，不附帶地以講究照護品質與標準為訴求，必然會影響顧客群之來源與數量，而有「市場失敗」之虞（Andrews & Phillips ,2000）。至於長期照護要如何收費才算合理，實難以全國等一，此乃因其與老人及其家屬之個別需求、經濟能力、服務要求、機構地點、服務項目等因素息息相關，就連機構設備之多元性、設施之新穎程度、地方照護市場需求及目前收容量等，也常左右收費價碼之訂定。因此，經費來源能否固定，絕對是機構能否營運正常之絕對影響因素，而業者對於收費額度及保證金

之訂定，自是有營運方面之考量，但最終所仰仗者，仍是老人及家屬等能否接受、負擔？相對地，政府如能仿照法國餐廳之星級、臺灣旅館之梅花級數，甚或如美國診斷關係症候群（DRGs）之醫療給付之額度限定，依照機構設置地點、軟／硬體設備、照護服務、醫療照顧、復健服務、餐飲設施及定期評鑑結果等，區分不同地區及等級水準，規定收費之上下限，自可遏止商業壟斷、漫天叫價或與事實不符之照護現象，而充分保障老人之權益。

機構式照護之有別於其他老人照護型態，乃係其服務類型已由供給取向之提供者主導型（Supply-led/provider-dominated）轉為需求取向之消費者主導型（Needs-led/purchaser-dominated）（Andrews & Phillips, 2000; Forder, Knapp, & Wistow, 1996），故而老人對其服務品質之主觀信賴及滿意程度，全就取決於技術品質（Technical quality）、功能品質（Functional quality）及機構形象（Corporate image）等要項所構成之機構整體服務（引自鄭讚源，二〇〇〇：四一）。機構式照護內容係事先擬訂（Pre-determined），強調專業方法及技術之個別化、全人化及照護工作之完整性（Redfern, 1998），其執行內容素半著重在直接照護（Primary/direct care）之實務行為（Practical activities）上。就因直接照護過於要求照護人員需完全執行既定之照護責任（Responsibility of planned care）與任務，故往往忽略實務伙伴（Practice partnerships）照護方式會比團隊照護（Team nursing）或任務取向照護（Task-oriented nursing）更有效率。實務伙伴是指：所有相關照護人員奉行「合作、搭配、共事」之工作原則，以達到

分甘同味之結果，例如：為求照護服務更有效率，照護人員與醫護人員共力於醫療服務品質之維持，以改善老人之身心狀況為護理貢獻（Nursing contribution）之極地目標（Thomas & Bond, 1991）。可見無論在觀念上或作法上，從不同領域去多元考量、整合評鑑之方法、判斷施用之指標、選擇評量之方法等，才易貼近對照護事實之發掘與發現（House, 1993）。雖然「評鑑指標表」之設計少有從老人及其家屬之角度來判斷照護服務之適當性，評鑑結果卻定會對照護實務運作產致交互性影響，而這些影響所帶來之因果關係（Cause — to — effect relationship），也必會影響到日後在實務上之機構作為（Organizational performance）（Lincoln, 1985:252-253）。即，當評鑑結果明確地指出所提供照護水準係有低於事先設定者，就是為錯施（Mis — practice），評鑑者當指明其所有不當處。可見「評鑑指標表」本身雖富含實踐（Feasibility）、達成（Accessibility）、公正（Equity）、公平（Fairness）及效率（Efficiency）等性質，但也唯有在評鑑過程中，能精準地擇選、判斷及分析所取得之資料，方可有利於日後之行政選擇或管理改進（Shalock & Thornton, 1988, p. vii）。而現有之長期照護相關政策與實務卻一直存在著由政府主導所肇致之三大措施（Rhonda, 1999:383），「過去所有之摸索與努力全是一廂情願之作為，照護服務已彰顯對不同性別、收入及種族之老人有不平等對待事實，現行之照護措施對目前與未來之老人需要既不適合也不充足。

就評鑑者之身分與角色而言，由外界人士（Outsider）執行評鑑



時較會失敗於對機構實況所知有限，無法提供具體之建議或協助，由內部人士（Insider）執行評鑑時，則會傾於舉報老人機構生活瑣事之真實面，而老人也較會提出務實性意見、批評或建議（Kellahe, 1998）。就如Shaw（1996）及Shalock & Thornton（1988:251-254）所認為的，照護評鑑之目的並非要判斷失敗，而是要提證被肯定之服務項目，促使機構督促照護人員重新詮釋工作挑戰、運用有效方法、誠實面對工作內涵、改變及增強工作功能。既然「評鑑指標表」是用來確保老人在機構中生活之舒適度、活動性及照護方法之正當性，則其應以促使機構能健全服務系統，對老人提供更多福利措施之終生照護（Life care）為正鵠。長期照護被視為是人性活動（Human activity），其若係以看顧（Care about）為要，則對老人就要關切、親厚，其若係以照顧（Care for）為要，則要解決老人之物質需要（Material needs），如：住處、食物及安全保障等，其若係以照料（Look after）為要，則自會對老人需求多所關照與注意（Redfern, 1998, p. 170）。老人之所以會認為在機構中欠缺生活自主性及尊嚴，常只係因機構之社會性結構（Social construction）不當，如：建築設計不當、員工訓練不足、與社區少有接觸或聯繫等，而這些不足常使得機構對老人之關切顯得無能為力（Baldwin, Harris, & Kelly, 1993）。面對社會責信之要求與壓力，照護評鑑或許只能著重對服務狀況之批評與建議，但評鑑過程可視是照護人員之學習、訓練及教育過程，可藉其來體驗服務後之事實、瞭解如何去因應（Baldwin, Harris, & Kelly, 1993; Chambers, Wedel, & Rodwell,

1992）。接受過專業訓練之評鑑者雖不至於會以個人偏好或價值取向來論斷照護服務之良窳，但在評鑑過程中卻要警惕「評鑑指標表」所針指的是常態情境下照護人員應有之工作表現與反應，故唯有對評鑑結果力求審慎、明確，才可對實務建議能貫徹遞傳（Chambers, Wedel, & Rodwell, 1992）。照護評鑑之執行可於不同階段：或在建構完「評鑑指標表」時，或在照護服務過程中，或照護服務完之後，若評鑑內容能與照護契約內容相對照並施行定期評鑑（Periodical evaluation），則品質監控（Quality monitoring）之實質意義更可達成（McDonald, 1999:103）。只是「品質」一詞卻常被一般人士甚或照護實務界所誤用，其實「品質」係為操作性名詞，指機構用來檢驗照護服務有否符合既定之服務標準而已（McDonald, 1999,:101）。故而，照護評鑑最重要者的應是擇選最適任、最務實之評鑑方法來反應照護事實，如：服務輸送評估（Service delivery assessment）適用於照護服務之前置作業階段，以避免罔視需求、流於服務標的不特定、回饋評鑑（Feedback evaluation）係以呈現照護事實為要之方式，其方式則不受既定目標或指標所限制（Shadish, Cook, & Leviton, 1991, :226），而前／後置——結果分析（Front-end analysis）則以針對機構設備與設施為評鑑之首要，其在未提供服務活動前即已進行，故可與定調之照護服務做結合，包括需求研究——評估、計畫設計、執行檢驗等（Chambers, Wedel, & Rodwell, 1992, p. 48）。既然長期照護制度要求所有相關機構應從廣義角度來對老人盡社會義務與照護責任，則應多重視、維護及倡議判斷能力不足（含癡呆、

身心及認知障礙、有精神方面疾病）老人們之基本權益與福利，尤其是自我決定（Self-determination）、防被虐待、財產管理及代為決行等部分（河野正輝 一九九九）。日本社團法人神奈川縣福祉振興會（二〇〇〇）之報告就指出：長期照護係整合醫療保健、照顧看護、生活環境、地域資源、社區參與及家庭關懷等條件以強化老人為使用本位者之服務事業，當前長期照護之發展需走制度化、效率化、簽約化及透明化路線，至於長期照護能否真正造福老人，則有賴策劃、盡心、能力三要件才得竟功。

## 結語

民國九十二年時，臺灣六十五歲以上之老人總人口數必可衝破一百萬，預計將可佔臺灣總人口數百分之九以上，可預期地，高齡人口所帶來之社會問題與服務需要，會達到空前。機構式照護是老人之社會性照護（Social care）中最棘手部分，要如何掌握老人之需求所在、提供何種照護服務、如何維持服務品質等，都是互相連帶之議題。長期照護之最終目的不外是希望以最少之照護資源來提昇老人之自助、獨立能力，而此目的是為鼓勵去機構化，讓老人盡量留在家中由家人照顧，如此照護人員就能分力去照顧其他更需要被照護之殘障或臥床老人們。事實上，照護機構必得學習如何可更發揮照護功能，確切地掌握適合老人選擇之照護項目，協助老人學習

如何生活獨立、自主，才可落實老人被照護時無負擔、舒適、持長之福祉感受。老人之機構生活一向是研究人類晚年生活之探究重心，政府相關單位、民間組織、學術單位、實務人士等除得同心盡力、積極主動去規畫完整之長期照護系統、業務制度及發展藍圖外，更應研訂標準化之多元性照護評鑑指標（Multiple-disciplinary care evaluation procedure）用來定期評鑑照護實務、核發等級證照，嚴格要求不論是公立或私營機構，均要遵照規定提供規範性設備、設施及營運標準，以維繫照護服務之品質與水準。相信如是之作法，必能促使長期照護制度之運作快速步入常軌，使老人有可信賴、安全、舒適之晚年生活場所。即便日後我國政府立法通過長期照護法令，勒令全國推行長期照護業務，照護評鑑仍可持續實施，以為委辦、續約、獎勵長期照護業務之執行依據。

（本文作者現任東海大學社會工作學系教授）

## ◎ 註釋：

根據厚生省社會局、兒童家庭局（一九九三）所監修，由東京，中央法規社出版之「社會福祉用語辭典」、日本「老人福祉法」（一九九四年）、厚生省大臣官房政策課（一九九五）修訂之「社會保障入門，平成七年版」、川村匡田（一九九七：六四—七五）及介護保險法（一九九九），日本之老人長期照護機構至少可分成以下幾類：

老人短期收容機構（老人短期居所施設）  
 老人養護之家（養護老人 Ⅰ）（係二人一室）  
 老人特殊養護之家（特別養護老人 Ⅰ）（係四人一室）  
 收費老人之家（有料老人 Ⅰ）  
 低收費老人之家（輕費老人 Ⅰ）：針對低收入老人而設，  
 可再三分成Ⅰ A型（附供餐服務）、B型（需自炊）、及照護之家（  
 ）（提供無障礙空間及各項協助生活自理之照護服務）  
 老人福利服務中心（老人福祉 Ⅰ）  
 老人日托服務中心（老人 Ⅰ Ⅰ）  
 老人活動之家（老人憩 家）  
 老人休養之家（老人休養 Ⅰ）：多設於名勝或溫泉地區，  
 高齡者生活服務中心（高齡者生活福祉 Ⅰ）：設於人口  
 稀少地區，以提供小規模、綜合性之複合設施服務為主，及  
 老人照護支援中心（老人介護支援 Ⅰ）等。

上述之 Ⅰ 是可供老人長期入住之照護機構類型， Ⅰ 主  
 要是供老人短期使用之照護機構及服務單位。其中之 Ⅰ 及 Ⅰ 為  
 法令措施中所要求設置者，可為由中央或地方政府設置，其性質是  
 可住宿或通勤， Ⅰ 為契約式住宿型設施， Ⅰ 為供區域老人娛樂服務  
 用之通勤式設施，其他類型則為老人福祉法所認可之老人福利機構  
 或設施。

（「評鑑指標表」中部分護理資料係由東海大學社工系博士班邱怡玫  
 同學提供）

## ◎ 參考資料：

- 中華民國老人福利推動聯盟編（一九九九）。老人安養護機構立案指南（第二版）。臺北：內政部。
- 臺灣日報（二〇〇二／十／廿六）。十五版頁。
- 自立晚報（二〇〇一／〇一／十四）。六版頁。
- 沈浩（一九九七）。日本老人福利制度。上海：遠東。
- 吳聖良，張瑛昭（一九九一）。臺灣省各縣市衛生局衛生人員在職訓練需求之評估研究。
- 公共衛生，十八（三），一九七二：一一一。
- 徐秉琦（二〇〇〇）。家人 是最好的監督者！消費者報導 一四六  
 六十一。
- 黃耀榮（一九九三）。老人安養機構建築規劃設計準則研究。臺北：內政部建築研究所。
- 鄭讀源（二〇〇〇）。老人長期照護、安養與養護機構服務品質指標之研究。臺北：內政部社會司。
- 簡建忠（一九九四）。績效需求評估。勞工研究 一一四 一一六一。
- 蔡啟源（一九九五）。臺灣地區高齡志工及協助高齡者工作模式之研究。臺北：雙葉。
- 蔡啟源（二〇〇〇）。老人居家服務之探討。社區發展 九一，一五二—二二六八。

蔡啟源（二〇〇一）。老人居家服務之檢析。社區發展 九五 一二一—八二三八。

一番 瀨康子，中島紀惠子，井上千津子，太田貞司合編（一九九五）。介護（第四刷）。東京：光生館。

川村匡由（一九九七）。新 高齢者福祉：地域福祉 展望（初版三刷）。京都： 書房。

小笠原祐次（一九九八）。第七章：老人 — 體系，制度 處遇 課題。小笠原祐次主編 老人福祉論（初版六刷）（頁八八—一四）。京都： 書房。

井上千津子，田村智惠子，太田修平（二〇〇〇）。介護之場。一番 瀨康子，井上千津子，鎌田 子，日浦美智江合編 介護概論（十三刷）（頁七二—一二三）。京都： 書房。

井上英晴，賀戸一郎（一九九九）。宅老所「 」挑戰：住 街 家（三刷）。京都： 書房。

加藤孝正（一九九九）。新 養護原理（改訂版二刷）。京都： 書房。

西村洋子（一九九六）。介護概論（第五刷）。東京：誠信書局。

岸本和博（一九九九）。有料老人 — 理論 實務。東京：明石書局。

社團法人 福祉振興會（二〇〇〇）。介護保険 福祉 — 神奈川縣 實踐 見 。東京：中央法規出版株式會社。

河野正輝（一九九九）。權利擁護 自治體 責務。岡本祐三，池田省三和編 介護保険元年二〇〇〇（頁一二七—一二三三）。東京：日本評論社。

厚生省老人保健福祉局（一九九六）。特別養護老人 — ，老人保健設施 — 評價基準。東京：全國社會福祉協議會。

津端宏，山本直人合編（一九九九）。老人保健設施， — 實戰，少子高齢社會（二刷）。東京：株式會社建築資料研究社。

浜崎裕子譯（一九九八）。老人性癡呆症 環境 — 症 狀緩和 介護 生活空間 指針 手法。東京：彰國社。

須加美明（二〇〇〇）。第三章：介護 展開。一番 瀨康子，井上千津子，鎌田 日浦美智江合編 介護概論（十三刷）（頁卅六一—七十一）。京都： 書房。

黑田輝政，井上千津子，加瀬裕子，黒川由紀子，古瀬徹（合著）。（一九九六）。高齢者 — — — 方，進 方（二刷）。京都： 書房。

黑田輝政，兼間道夫（合編）。（一九九六）。在宅 展開（改訂六刷）。京都： 書房。

福島善之助（一九九〇）。入居者 有料老人 — 選 方，住 方（三刷）。京都： 書房。

樋口惠子編（二〇〇〇）。介護保険 拓 高齢社會：女性 進 介護 社會化Ⅴ。京都： 書房。

鐵田 子(110000)。第11章・介護。1番 介護子、井  
 子子子子、鐵田 子、口井井井井井井井 介護概念 (十1111)  
 (風一―井井)。長編。 井井。

Abramovice, B. (1988). Long term care administration: The management of institutional and non-institutional components of the continuum of care. New York: The Haworth Press.

Andrews, G. J., & Phillips, D. R. (2000). Private residential care for older persons: Local impacts of care in the community reforms in England and Wales. *Social Policy & Administration*, 34(2), 206-217.

Aranyi, L., & Goldman, L. L. (1980). Design of long-term care facilities. New York: Van Nostrand Reinhold.

Baldwin, N., Harris, J., & Kelly, D. (1993). Institutionalism: Why blame the institution? *Ageing and Society*, 13(1), 69-82.

Berger, W. N., & Pomeranz, W. R. (1985). Nursing home development: A guide to planning, financing, and constructing long-term care facilities. New York: Van Nostrand Reinhold.

Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. In G. McLachan (ed.), *Problems & progress in medical care: Essays on current research* (pp. 71-82). Oxford, UK: Oxford University Press.

Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A framework perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Luscher (Eds.),

*Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619—647). Washington, DC: American Psychological Association.

Cahn, J. (1982). Legal and government implications of the ERS standards for program evaluation. In P. H. Rossi (Ed.), *Standards for evaluation practice: New direction for program evaluation series*, # 15 (pp. 83-96). San Francisco: Jossey-Bass.

Chambers, D. E., Wedel, K. R., & Rodwell, M. K. (1992). *Evaluating social program*. Boston: Allyn and Bacon.

Chellis, R. D., & Grayson, P. J. (Eds.). (1990). *Life care: A long-term solution?* Lexington, MA: Lexington Books.

Cluff, P. L. (1990). Designing for the elderly and the disabled: The Canadian approach. In R.D. Chellis & P. J. Grayson (Eds.), *Life care: A long-term solution?* (pp. 116—121). Lexington, MA: Lexington Books.

Coons, D. H., & Mace, N. L. (1996). *Quality of life in long-term care*. New York: The Haworth Press.

Clough, R. (1998). The future of residential care-A personal view. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision* (pp. 213-219). London: Macmillan.

Evaluation Research Society Standards Committee (1982). ERSS standards for program evaluation. In P. H. Rossi (Ed.), *Standards for*

- evaluation practice: New direction for program evaluation series, # 15 (pp. 7-20). San Francisco: Jossey-Bass.
- Folkemer, D., Jensen, A., Lipson, L., Stauffer, M., & Fox-Grage, W. (1996). Adult foster care for the elderly: A review of state regulatory and funding strategies (Volume 1) (No. 9604A). Washington, DC: American Association of Retired Persons, Public Policy Institute.
- Forder, J., Knapp, M., & Wistow, G. (1996). Competition in the mixed economy of care. *Journal of Social Policy*, 25, 201-221.
- Glendenning F. (1997). The mistreatment and neglect of elderly people in residential centres: Research outcomes. In P. Decalmer & F. Glendenning (Eds.), *The mistreatment of elderly people* (2nd ed.) (pp. 151-162). London: SAGE.
- Godfrey, A. (2000). What impact does training have on the care received by older people in Residential homes? *Social Work Education*, 19(1), 55-65.
- Grayson, P. J. (1990). Applying innovative technology to create enabling environments: Trends in other countries. In R. D. Chellis & P. J. Grayson (Eds.), *Life care: A long-term solution?* (pp. 129-171). Lexington, MA: Lexington Books.
- House, E. R. (1993). *Professional evaluation: Social impact and political consequences*. London: SAGE.
- John, P. (1998). *Analysing public policy*. London: Pinter.
- Johnson, M. L., Cullen, L., & Patsios, D. (1999). *Managers in long-term care: Their quality and qualities*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Kazi, M. A. F. (1998). *Single-case evaluation by social workers: Evaluative research in social Work*. Brookfield, VT: Ashgate.
- Kellaher, L. (1995). IQA: Inside quality assurance--Its rationale and use in residential and non-residential settings. In D. Pilling & G. Watson (Eds.), *Evaluating quality services for disabled people* (pp. 64-179). London: Jessica Kingsley.
- Kellaher, L. (1998). When and how institutions do work--the caring in homes initiative. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision* (pp. 185-201). London: Macmillan.
- Kyle, T. V. (1995). The concept of caring: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 506-514.
- Lincoln, Y. S. (1985). The ERS standards for program evaluation: Guidance for a fledging profession. *Evaluation and Program Planning*, 8, 251-253.
- Lishman, J. (1999). Introduction. In I. Shaw & J. Lishman (Eds.), *Evaluation and social work practice* (pp. 1-13). London: SAGE.
- McDonald, A. (1999). *Understanding community care: A guide for social workers*. London: Macmillan.

- McGuire, D. (1982). Obligatory ideals. *Commonweal*, 38, 362-368.
- Morrison, P., & Burnard, P. (1991). *Caring and communication: The interpersonal relationship in nursing*. London: Macmillan.
- Pillemer, K. A., & Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Prediction of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13(1), 74-95.
- Redfern, S. J. (1998). Long-term care: Is there still a role for nursing? In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision* (pp. 162-184). London: Macmillan.
- Reinardy, J., & Kane, R. A. (1999). Choosing an adult foster home or a nursing home: Residents' perceptions about decision making and control. *Social Work*, 44(6), 571-585.
- Rhonda, J. V. M. (1999). The family role in the context of long-term care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 383-416.
- Richards, M. (2001). *Long-term care for older people: Law and financial planning*. Bristol, UK: Jordan.
- Royse, D., Thyer, B. A., Padgett, D. K., & Logan, T. K. (2001). *Program evaluation: An introduction* (3rd ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Scriven, M.S. (1991). *Evaluation thesaurus* (4th ed.). Newbury Park, CA: SAGE.
- Shadish, W. R., J., Cook, T. D., & Leviton, L. C. (1991). *Foundations of program evaluation: Theories of practice*. London: SAGE.
- Shalock, R. L., & Thornton, C. V. D. (1988). *Program evaluation: A field guide for Administrators*. New York: Plenum.
- Shaw, I. (1996). *Evaluating in practice*. Brookfield, VT: Ashgate.
- Shaw, I (1999). Evidence for practice. In I. Shaw & J. Lishman (Eds.), *Evaluation and social work practice* (pp. 14-40). London: SAGE.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (1985). *Systematic evaluation: A self-instructional guide to theory and practice*. Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Swan, J., & Newcomer, R. (2000). Residential care supply, nursing home licensing, and case mix in four state. *Health Care Financing Review*, 21(3), 203-229.
- Thomas, L. H., & Bond, S. (1991). Outcomes of nursing care: The care of primary nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 28(4), 291-314.
- Torrington, J. (1996). *Care home for older people*. New York: E & FN SPON.
- Watson, R., & Lea, A. (1995). A postal survey and multivariate analysis of perceptions of caring among nurses working in Lothian. Edinburgh, UK: University of Edinburgh.
- Willcocks, D., Peace, S., & Kellher, L. (1987). *Private lives in public place*. London: Tavistock/Routledge.

- Witkin, S. L., & Harrison, W. D. (2001). Whose evidence and for what purpose? *Social Work*, 46(4), 293 —296.
- Youll, P. J., & McCourt | Perring, C. (1993). Raising voices: Ensuring quality in residential Care | An evaluation of the caring in homes initiative. London: Brunel University \HMSO.