

社區中未立案養護機構探討

——中部五縣市三十個未立案社區老人安養中心與全省十個已立案養護中心之比較

黃松林、劉阿琴

壹、前言

今日解決老人養護需求問題，大多採家庭親友之養護（informal care，或稱「非正式照護」）與機構養護（formal care，或「正式照護」）。傳統的中國人以孝親自居，大部分的老年人仍居自己家中，老人安養與養護問題，常於家中得到解決（郭錦津，一九九一：二；徐立忠，一九八九：五七—六二）。但同時我們亦了解，愈來愈多老人對正式照護機構依賴日甚一日（徐立忠，一九八九：一四三；張淑英，一九九二：一〇三；蘇金蟬，一九八八：二—三；黃建忠，一九九二：二）然而大型機關式之養護機構並不一定為一般民衆所歡迎，社區中之小型安養中心之養護反而能因其近便性而成為家屬們之最佳選擇，當然，此種情形，對需養護的老人來說，仍是無法揮去的夢魘，因為一旦不得不採取機構養護方式時，除了老人個人生理、經濟的問題外，家人常在對養

護機構一知半解的情況下將老人送入機構，自此大多數的人便無能再走出機構以至生命之結束。在此種養護階段，機構的服務佔領了老人最後生命的大部分，機構的服務品質成爲老人對生命的最後評價。因此，家人基於愛親、孝親之立場，對於養護機構服務之良窳，均有待加強了解，並予適時發揮監督功能。使養護服務工作不僅在家庭中能有較完善提供，也促使社區中私人機構養護服務的水準得以提昇。

貳、研究目的與問題

立案與否對政府來說極具有關鍵性的意義，在社會行政體系的運作裡認定惟有立案的正式機構才是合法的服務機構，才被准許以機構名義向服務對象提供公益服務、取得政府補助資源、接受政府代表受服務者予以監督。多年來內政部及省政府社會處均辦理立案之老人安養機構評鑑或調查，對於政府機構安

養政策之制訂均有極大的助益。然而對於已立案者或未立案但已實際提供老人服務分布在社區中所謂「老人安養護中心」或「老人看護中心」所做之調查與評估，則顯有不足。有待對已未立案養護機構之狀況、特性、服務方式，予以探討，以為詳細研究與施政規畫之參考。另外目前未立案之機構因以營利為目的，或因未符法令設立標準而未能立案，似有可能危及老人安全，有待了解其設施是否合乎標準，以期進一步維護養護老人權益。

茲就本研究之問題敘述如下：

1. 目前省市地方政府除台北市外，對各養護機構迄未訂有立案標準，如以內政部所訂標準及台北市所訂「老人養護所設置管理辦法」為標準，本省各養護是否符合該辦法之設置規定？
2. 養護機構基本因素是否依其立案與否而有不同？
3. 養護機構人員專兼職現況是否依其立案與否而有不同？
4. 養護機構基本設施、設備是否依其立案與否而有不同？
5. 養護機構之軟體服務現況是否依其立案與否而有不同？
6. 社區中未立案私人養護機構立案困難何在？如依社政、護理專業相關規定來看，何者適於護理機構？何者適於社政養護機構？

叁、養護機構之意義

釐清二者首需對養護機構之意義再予說明，「養護」(nursing or caring)一詞係「養育保護」(辭海，一九八一：四八六九)之謂，或「安養照護」。今日根據內政部所做研究，關於「老人養護」係指「罹患長期慢性殘障、疾病或癱瘓之六十五歲以上老人的長期照顧(一九八七：二)」。而所謂「長期慢性殘疾老人」，Sherwood對「長期慢性疾病患者」下的定義為——接受長期照顧的人，是因其行為機能業已(不論是突發的或漸成的)崩潰或衰頹，而

需仰賴他人的服務，始得以生存、降低衰頹率、維持機能、或復健(內政部，一九八七：二)。至於所謂「長期照顧」(Long-Term Care)，Weissert認為即：「凡為在正式或非正式照顧中罹患長期慢性生理或心理障礙者所提供的診斷性、治療性、復健性、及維持性服務，其目標在提昇患者生理、社會、與心理機能以達最佳水平。」(一九八一：二一八—二一九)。另外，「養護機構」應係依老人福利法第七條規定之老人療養殘障老人之安養照護機構，即以養護罹患長期慢性病或癱瘓老人的目的之機構，該法稱之為「療養機構」。

我們如依據Weissert所稱包括「提供診斷性、治療性等照顧服務」之機構均概稱為「養護機構」，則與長期慢性病醫院或病患療養院並無不同，殆為衛生醫療機構無疑。然而，事實上並非所有養護機構均提供完整之診斷性、治療性、復健性、或維持性的長期照顧服務，部分養護機構所提供之服務僅及於家屬勞務替代性質的非醫療性質服務，又應如何界定，實有疑義。本文依據現況，初步對當前現有之已、未立案之養護中心、提供養護之仁愛之家、安養中心、托顧中心、看護中心之服務罹患長期慢性殘障、疾病或癱瘓老人之機構，稱之為「養護機構」。

肆、老人養護機構設置相關法令、措施 與相關研究

一、老人養護機構設置相關法令、措施

當前政府老人福利服務部門，面對此一問題，已著手改進公費救助之殘疾所服務功能並兼及自費養護之服務；另由原有之安老、養護混合型態之仁愛之家安置方式，亦漸進為二者分立之型態(內政部，一九九〇：一一)。

由於依老人福利法第七條規定，省（市）、縣（市）主管機關應視需要設立並獎勵私人設立左列各類老人福利機構：……。二、療養機構：以療養罹患長期慢性疾病或癱瘓老人為目的（社會處一九九二：一六一）。此一「療養機構」名稱因亦與衛生單位之精神療養機構易生混淆，一般均稱為養護中心（民間者則稱為「安養中心」），本研究乃以「養護機構」一詞代表之。

養護機構之設置，其標準亦依內政部所頒「老人福利機構設立標準」第八條規定，其療養人數應具有三十人以上之規模，房屋建築面積以人數計算，每人不得少於十六·五平方公尺。每一寢室安養最多以不超過四人為原則；第十條之規定，老人療養機構療養三十人以上至一百五十人以下應有院長（主任）、醫師、護士、營養人員、事務人員、服務工、藥師與復健人員，並酌用社會工作人員。如係療養一百五十人以上之機構，則必需設置社會工作人員（省社會處，一九九二：一〇一一）。

另外，由於台灣省並未訂定相關養護機構之設置標準，本研究試以「台北市私立老人養護所設置管理辦法」規定標準衡量台灣省當前已、未立案之養護機構是否符合，以建立研究結論與建議。根據該項「設置管理辦法」規定，老人養護係「提供慢性疾病或癱瘓老人寧靜、安全、衛生之環境及設備，照顧五人以上，未滿三十人之場所」，所中應設置專任主任、護士每十床置一名、養護工每五床設置一名（台北市社會局，一九九一：六一—六二）。

茲依上述兩項養護機構設置之標準列表如表一、表二。

台灣省政府社會處在老人養護政策與措施中，訂定安老計畫關懷資深國民福利措施中，除辦理老人免費健康檢查、推行老人病防治、辦理老人疾病醫療補助、辦理居家老人服務外，並於七十九年設立省立彰化老人養護中心養護公自費老人，另針對需要積極輔導民間機構設置專以養護為主之養護所或仁愛之家（以下稱為養護型機構）計有十家，而以安養健康老人為主養護老人為輔之混合型態辦理老人養護業務者亦有二家，均為省立仁愛之家（社會處，一九九

表一 養護機構人員設置標準

養護人數 設置人員	內政部老人福利機構設 立標準		台北市私立老人養護所 設置管理辦法	
	30-150	150 +	5-30	(評比重點)
院長(主任)	✓	✓	✓	
醫師	✓	✓	視需要	
護士	✓	✓	1/10	(評比重點)
社工人員	視需要	✓	視需要	
營養人員	✓	✓	0	
事務人員	✓	✓	0	
服務工(看護)	✓	✓	1/5	(評比重點)
藥師	✓	✓	0	
復健人員	✓	✓	視需要	

註：1.本表係依據上開「標準」第八條、第十條與上開「辦法」第二條、第三條、第五條整理而成。

2.註明(評比重點)者係指該項乃本文評估安養護中心之重要準據。

表二 養護機構硬體設置標準

	內政部老人福利機構設立標準		台北市私立老人養護所設置管理辦法	
每人坪數	5.0 (16.5平方公尺)		3.5 (11.5平方公尺)	(評比重點)
每寢室人數不超過	4		4	(評比重點)
設置設備				
寢室	✓		✓(床設護欄)	
餐廳、廚房	✓		✓(未有餐廳)	
寢洗衛生設備	✓		✓(浴廁有扶手地板需防滑)	
醫務室	✓		✓(基本保健設施)	
復健室	✓		×	
康樂活動室	✓		×	
緊急照明	未明定		✓	
呼叫設備	未明定		✓	
消防設備	未明定		✓	
污物處理設備	未明定		✓	

註：本表係依據上開「標準」第九條與上開「辦法」第三條整理而成。

表三 老人養護機構收容業務概況

項目	業務		收容人數		預計收容人數			
	公費	自費	公費	自費	合計	合計		
養護型	公立	省	1	1	94	88	182	442
		縣	-	-	-	-	0	0
	私立	省	3	3	112	48	160	195
		縣	7	7	166	123	289	417
混合型	公立	省	2	0	510	0	510	600
		縣	-	-	-	-	0	0
合計			14	11	882	259	1141	1654

資料來源：社會處，1992。

註：本資料因無法取得榮民之家部分，該部分從缺。

一：一五二—一六八）。

茲將機構收容業務概況列表如表三。

如依上述資料了解，當前已立案之養護機構收容人數，僅達預計收容人數三分之二，需求數量似已滿足，然而未立案之安養中心究竟如何立足？實有待深入探討。

根據台北市主管單位研究者初步查詢結果，未立案之安養中心初估約有一百一十餘家，小者安養十餘人，大者安養一、二百餘殘障老人；高雄市主管單位初估高雄市亦在三十餘左右；台灣省主管單位亦初估台灣省約有五十餘家未立案養護中心養護長短期需人照顧之老人，然而以台灣省之幅員遼闊，其未立案之安養中心應不止此數。因此，我們似乎可以說，未立案安養、護中心在某些程度上擔負了一般認為是家庭成員所擔負的服務工作，也說明了政府立案的老人養護機構、居家護理服務等措施仍有其不足之處。

二、另有關美國、日本長期照護機構設置標準與相關研究

美、日兩國比我國較早面對老人問題，對於老人長期照護服務之提供，已行之有年，多有創新，茲就兩國之對老人養護機構之設置、類別、內容討論如下。

(一)美國

美國聯邦政府針對長期照護之服務對象與內容，將照護機構分為技術性護理照護機構 (Skilled Nursing Facility)、中度照護機構 (Intermediate Care Facility) 及安養之家 (Residential Care Homes) (邱亨嘉，一九九〇：五三—五四)。

我們如以美國長期機構服務方式來看，其技術性護理照護機構係密集性之重症老人之養護服務；而中度照護機構以醫護治療為主，復健、社會服務為輔

；而安養之家則係提供安養照護服務之機構，如個人照護之家 (Personal Care Homes) 安養照護之家 (Residential Care Homes) 等，又如麻州之安養照護機構 (第四級) (Resident Care Facilities, Level IV)、社區支持性機構 (Community Support Facilities, CSF) 等，均除提供基本照護服務外，以提供支持性、保護性之生活環境與服務為主，而以健康服務為輔，故社政體系自應擔負其規畫、服務之責任，加強輔導養護機構。

(二)日本

日本老人福利法對福利設施關於養護老人部分之規定有三種 (邱亨嘉，一九九〇：八三一—八四) 說明如下：

1. 養護老人之家：收容六十五歲以上、因身體、精神、環境、經濟問題、居家服務有困難者，予以免費居住。可由或委由各地區公共團體設置之。
2. 特別養護老人之家：收容六十五歲以上、因身體、精神上顯有缺陷、必需經常照顧且居家服務困難者。
3. 低收費老人之家：收容以上兩種機構以外之老人，以免費或低收費予以供養膳食及其日常生活上便利為目的之設施。

以上均與該國依老人保健法設置之老人保健設施、老人病院等醫療設施有別，老人病院之功能在「治療」、老人保健設施功能在「家庭回歸、療養」，但特別養護之家則在提供家庭同等之功能，其服務對象為在宅或居家看護有困難之卧床老人 (厚生省，平成元年)。其安置機構為社會福利機構，其開設資格為社會福利法人、地方自治團體 (邱亨嘉，一九九〇：八三一—八五)。

由於日本之國情與我國較為相似，日本對於養護工作之區分對我國未來養護工作之規畫應有其啓示作用，養護工作之服務是一種家屬勞務替代性質，其目的在解決社會老人家庭照顧安養問題，在日本政策與實務工作上已具體顯現。

(三)從台北市二十家私立老人安養中心評估 (李克怡，一九八八：二一六) 可知

有以下現象：

1. 此類安養中心多由非醫護人員從事照顧，且均未立案，病人中有一半以上為中風者。
 2. 平均收費每月一六、〇〇〇—二〇、〇〇〇元（僅含食宿、照顧）。
 3. 容納病床數多至八十床，少至十床以下，但一半以上的安養中心佔床率達百分之八十以上。
 4. 這些安養中心之服務人員平均每人照顧二至十人不等，主要視安養中心大小及病人嚴重程度而定。
 5. 部分機構提供藥物並備有抽痰機等從事特殊護理服務工作。
- 但究竟有那些安養中心符合上開四項條件，無法據以了解。

伍、探討方法

由於當前全省僅有一家公立老人養護中心，設備非一般私人養護中心所可比擬，為使本探討能夠突顯機構之設施、人員、服務狀況是否依已、未立案之不同而有不同，乃針對非專以醫療為目的之私立已、未立案之養護罹患長期慢性病或癱瘓老人之養護中心、安養中心（院）等名稱之機構（仁愛之家除外），予以訪問討論，盼望藉此得以了解彼等機構服務狀況，同時了解已、未立案機構有否不同。茲就研究變項操作性定義與抽樣方法作說明：

一、變項的操作性定義

(一)機構組織性質

係指公立或私立、是否立案、未立案之原因、有何困難。

(二)機構基本因素與規模

係指機構組織所在位置、負責人、土地面積、建築面積、內外建築型態

、服務對象、收容服務人數、收費情形、工作人員數目。

(三)機構服務人員設置

係指醫師、護士、復健人員、社工員、其他人員（如廚工、技工等）、義工。

(四)機構組織設施

係含走道、地板防滑設施、緊急呼叫設備、消防設備、室外活動場地、復健設備等。

(五)技術、服務內容

係指養護服務、輔導工作、休閒活動、家屬教育工作。
本問卷之問題除探詢學者意見外，更詢問彰化老人養護中心工作者意見編製完成。

陸、研究取樣方法

本研究的對象以已、未立案的老人養護機構為主，針對本省公立、私立已立案之設有殘疾所等三仁愛之家、專辦養護服務之仁愛之家或養護中心等九家予以訪查。另對未立案之凡「安養院、中心」「看護中心」「復健中心」之名，從事非醫療照護服務之機構組織者，予以訪查。由於本項受訪機構無法預知其母數，採滾雪球方式，就本省中部五縣市（台中縣、市、南投、彰化、雲林）等政府所提供、電話簿所載、同業友人提供者為取樣對象，以所得之樣本施測，計訪得已立案者（含省私立者）十家，未立案者三十家為樣本。

筆者自八十二年五月初訪已未立案者二十一家，經初步分析後，修正問卷部分內容，繼於七月六日起，以三週時間密集對部分已、未立案之老人安、養護中心做面對面訪問，填寫問卷，完成調查。

柒、探討結果

本次調查對象係以取得地址現有之已、未立案之養護中心、提供養護之仁愛之家、或有安養中心、托顧中心、看護中心之名，提供對罹患長期慢性殘障、疾病或癱瘓患者之養護機構。但未立案者以中部五縣市為限，抽訪三十個機構，已立案者私立機構全省訪問八個，另訪省立彰化、花蓮仁家二機構。至彰化老人養護中心，因其設備最佳、土地最廣，人員最多，與其他機構難成比率，暫先予從缺，以利於分析，茲就各機構大體之平均數、標準差、最大最小值列表如表四。

由於已未立案機構財力相距甚遠，其所使用之土地與建地，相差亦鉅，另因養護工為實務工作所不可或缺，照護業務之營運，如乏是項工作人員，絕難營運，故所有機構均有相當充足之人力，且其每位養護工服務受養護人數相差較少。

一、受訪機構是否符合台北市私立老人養護所管理辦法或內

政部老人福利機構設置標準探討

經調查結果，如以台北市老人養護所設置管理辦法之標準來看其所調查之機構，即使已立案者都難完全符合所規定之標準，而內政部所頒設置標準，因大多未定有定額比率，故只要養護老人超過三十人，其他項目之標準反較易符合，故就調查結果，符合內政部頒標準者有三機構；而完全符合台北市標準規定者竟僅一機構，如去除老人房間原則以四人以下之限制，則符合內政部頒標準者有六機構；而有七機構符合台北市規定標準。茲就受訪機構符合規定情形說明如表五。

表四 受訪機構平均數、標準差、最大最小值 (n=40)

變項	平均數	標準差	最小值	最大值
土地面積	627.03	1008.16	30	4000
建地面積	337.45	577.10	30	2578
收容人數	33.28	44.95	2	200
醫師	.68	.94	0	4
社工員	.35	.83	0	4
復健人員	.48	.68	0	2
護士	1.48	2.01	0	8
養護工	6.95	5.19	0	27
平均室空間	10.83	10.13	2.45	45.71
人/護士	25.44	26.59	2.00	123.00 (每護士服務人數)
人/養護工	4.55	4.54	.50	27.00 (每養護工服務人數)

表五 (n=40)

	內政部老人福利機構設立標準	台北市私立老人養護所設置管理辦法
每人坪數	5.0 (16.5平方公尺)	3.5 (11.5平方公尺)
符合數	31	35
百分比	77.5%	87.5%
未符合數	9	5
百分比	22.5%	12.5%
每寢室不超過人數	4	4
符合數	16	16
百分比	40%	40%
未符合數	24	24
百分比	60%	60%
養護人數	30+	5-30
符合數	13	26
百分比	32.5%	65%
未符合數	27	1
百分比	68.5%	2.5%
護士	需設置	1/10
符合數	16	8
百分比	40%	20%
未符合數	24	32
百分比	60%	80%
服務工(看護)	需設置	1/5
符合數	39	33
百分比	97.5%	82.5%
未符合數	1	7
百分比	2.5%	17.5%
整體來看		
完全符合數	3	1
百分比	7.5%	2.5%
未符合數	37	39
百分比	92.5%	97.5%
整體看除「寢室不超過四人原則外」		
符合數	6	7
百分比	15%	17.5%
未符合數	34	33
百分比	85%	82.5%

註：1.本表係依據內政部頒「標準」第八條、第十條與台北市所訂「辦法」第二條、第三條、第五條等部分規定。

2.依據內政部頒「標準」第八條規定，寢室以不超過四人為原則，惟並非立案之限制。

二、受訪機構所提供之設施與服務是否因其

立案與否而有差異？

(一) 受訪機構所提供之基本因素、規模因其立案與否而有差異

從機構之建築型態來說，已立案者均為庭院醫院型態，但未立案者則偏向於使用鐵皮廠房型（四三·三%），據了解不少機構係因未立案而工務建管單位未能准予建照，乃以鐵皮建築逃避建築法令之限制或使用已歇業之廠房，予以隔間，收容養護，然而也因此形成對受養護人居住環境可預見的安全威脅，如部分機構未設有消防設施，安全堪虞；部分機構未設置空調系統，值此盛夏，燥熱非常，使長臥病榻老人更易罹患他病，亟待改善；另在收容對象上，未立案者大多除傳染病外，未限制收容條件（二十四家，佔八〇%，另六家限非植物人），但在已立案者均設有諸多條件，（除限老人以外，另有其他限制，二者計有九家，佔九〇%）以篩選無法照顧之病人；在收費方面，未立案者對較嚴重之受養護人收費，有二十五機構集中在二〇〇〇—三〇〇〇〇元間，與已立案者呈現分布各組之收費方式不同，惟由於未立案者普遍都有低估情形，其收費應可能更高，有待進一步查證。在收容受養護人數方面，已立案者有八家（八〇%）均在三十人以上，未立案者收容老人則在五至三十人為最多（有二十四家，佔八〇%）。另每人室內面積數，已、未立案者並無顯著不同。

綜合而言，已、未立案者在建築型態、收容對象、收

表六 機構是否立案與基本因素、規模比較之卡方值分析表 (n=40)

變 項	已立案	未立案	卡方值
調查機構總數	10 25%	30 75%	
所在位置			
郊區	7 70%	22 73.3%	
市區	3 30%	8 26.7%	.83895
建築型態			
庭院型	10 100%	7 23.3%	
商店診所型	0 0%	6 20.0%	
鐵皮廠房型	0 0%	13 43.3%	
公寓型	0 0%	4 13.3%	.00007 * * *
收容對象			
未有限制（傳染除外）	1 10%	24 80.0%	
只限老人	3 30%	0 0.0%	
限非植物人	0 0%	6 20.0%	
其他限制	60 60%	0 0.0%	.00000 * * *
收容人數			
四人以下	0 0%	1 3.3%	
五人至未滿三十人	2 20%	24 80.0%	
三十至未滿一百人	6 60%	5 16.7%	
二百人以上	2 20%	0 0.0%	.00129 * *
收費方式			
20000元以下	3 30%	5 16.7%	
20001-25000元	1 10%	14 46.7%	
25001-30000元	2 20%	11 36.7%	
30001元以上	4 40%	0 0.0%	.00119 * *
平均每人室內面積數			
未滿3.5坪以下	1 10%	4 13.3%	
3.5坪至未滿5.0坪	0 0%	4 13.3%	
5.0以上	9 90%	22 73.3%	.26827

註：* p<0.05，** p<0.01，*** p<0.001。

容人數、收費方式上，有顯著不同（見表六）。

(二) 受訪機構人力之服務因其立案與否而有差異

經探討結果，已立案者大多擁有專兼任之醫師（有八家八〇%，惟兼任有七家），未立案者大多無能僱用醫師，少部分能擁有兼任醫師者（有十家，三三·三%），主要原因係該機構由醫師或醫師家人所負責。在護士方面，已立案者每案均有專任護士，惟每位護士服務人數大多在十人以上（有九家九〇%），未立案者有半數（十五家五〇%）未有專任護士，惟由於未立案者大多自七十九年以後所設置，收容人數較少，部分機構（有七家佔二三·三%）之每位護士服務人數反有比立案者高之情形；另已立案者有六家（六〇%）設有專任復健人員，未立案者僅有五家（一六·七%），有二十二家（七三·三%）全無復健人員；而社工員因不可能在非合法之環境任職，且未立案者重在解決受養護家屬之勞務，對社會及心理問題並不重視，故均未有社工人員服務其中；在每一養護工服務老人數方面，有九〇%之未立案機構每一養護工服務老人數在五人以下，似乎未立案者服務較佳，其情形應與護士服務人數情形相同，亦即極有可能是設置時日不久，機構收容未達足額，但在基本員額不可少之情況下，員工仍具基本規模，以因應隨時之增加（表七）。

(三) 受訪機構設施設備與是否立案之探討

有十九（六三·三%）家未立案者、五家（五〇%）已立案之機構設置團體房（每房間超過五人以上）安置受養護者，未設布簾，似未能尊重隱私權，部分更在極小之空間下接受服務，其品質值得探討，但機構所持之理由之一是為了便於監督看護，隨時提供輔助。另未立案者在養護者起居空間裡，普遍在浴廁安全設施（十二家佔四〇·〇%未設）、走道、地板防滑（二十七家佔九〇·〇%未設）、緊急照明（十家佔未設）、緊急呼叫設備（有二〇家佔六六·七%未設）、消防設備（有九家佔三〇·〇%未設）方面不足，特別是消防設

表七 機構是否立案與服務人員比較之卡方值分析表 (n=40)

調查機構總數	10	30	
醫師			
專任	1 10%	0 0.0%	
兼任	7 70%	10 33.3%	
無	2 20%	20 66.7%	.01393 * *
平均每位護士服務患者數			
未滿十人以下	1 10%	7 23.3%	
十人以上	9 90%	8 26.7%	
無護士	0 0%	15 50.0%	.00044 * * *
復健人員			
專任	6 60%	5 16.7%	
兼任	1 10%	3 10.0%	
無	3 30%	22 73.3%	.03044 *
平均每養護工服務患者數			
未滿五人以下	6 60%	27 90.0%	
五人以上	4 40%	2 6.7%	
無養護工	0 0%	1 3.3%	.04843 *
社工員			
專任	7 70%	0 0.0%	
兼任	1 10%	0 0.0%	
無	2 20%	30 100%	.00000 * * *

註：* p<0.05，** p<0.01，*** p<0.001。

備竟有三成無視消防準備工作之必要性，受養護者之安全亟待予以正視；另未立案者有一半未有戶外空間活動場地，其無障礙設施僅有四家設置，亦即有二十六家（八六·七%）無此設施（見表九）。

(四) 受訪機構技術、服務與否立案之探討

在軟體服務方面，已、未立案者均提供相當之特殊護理與一般護理，二者並未有顯著之不同。但在醫療照護服務部分，已立案者有八家（八〇%）提供醫療照護，但在未立案部分，卻有二八家（九三·三%）未提供醫療服務；而代管財物部分，已、未立案亦有顯著不同；另全部已立案者均提供身體復健服務，但僅有一半未立案者提供此項服務。在社團活動部分有一半之已立案者提供類似之服務，但僅有三家未立案者有之；特別在宗教活動方面，九家已立案者提供有相關之活動，但僅有三家（一〇·〇%）未立案者有之，二者有極大之差異。綜上了解，不少未立案者以解決老人生存需求便為已足，如何使之能滿足受養護者再上一層的人生需求，有待加強（見表九）。

(五) 未立案機構未辦理立案原因之探討

由於目前養護機構已、未立案者不成比例，未立案者在社區中正如雨後春筍，紛紛設立，從調查中未立案之養護機構均於七十七年以後成立，然而，七十七年以後固亦有七機構立案，但此三十家卻未辦理，經採開放式問題探究其原因，大致歸納有四種最主要原因：法人立案需捐助金額太高（二四家佔八〇·〇%）、立案機關不明確（有一九家佔六三·三%）、立案手續繁雜（有十四家佔四六·七%），再次則為無法令可遵循（有一三家佔四三·三%），足見目前立案之手續與金額為立案之最大阻礙，如何克服實為未來重要之課題。另外，部分機構了解一旦不以法人

表八 機構是否立案與設施比較之卡方值分析表 (n=40)

調查機構總數	10	30	
設置團體房（每房間五人以上）			
有	5 50%	19 63.3%	
無	5 50%	11 36.7%	
有床舖附設護欄	10 100%	29 96.7%	
無	0 0%	1 3.3%	.44480
有浴廁安全設施	10 100%	18 60.0%	
無	0 0%	12 40.0%	.00357 * *
有走道、地板防滑	5 50%	3 10.0%	
無	5 50%	27 90.0%	.00984 * *
有緊急照明	10 100%	20 66.7%	
無	0 0%	10 33.3%	.00914 * *
有緊急呼叫設備	9 90%	10 33.3%	
無	1 10%	20 66.7%	.00110 * *
有消防設備	10 100%	21 70.0%	
無	0 0%	9 30.0%	.00975 * *
有養護專用廚房	7 70%	10 33.3%	
無	3 30%	20 66.7%	.04188 *
有污物處理設施	2 20%	2 6.7%	
無	8 80%	28 93.3%	.25370
有室外活動場地	10 100%	15 50.0%	
無	0 0%	15 50.0%	.00076 * * *
場地有無障礙設施	8 80%	4 13.3%	
無	2 20%	26 86.7%	.00009 * * *

註：* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001。

表九 機構是否立案與技術、服務比較之卡方值分析表 (n=40)

調查機構總數	10	30	
有醫療照護服務	8 80%	2 6.7%	
無	2 20%	28 93.3%	.00001 * * *
有餵食、灌食	10 100%	27 90.0%	
無	0 0%	3 10.0%	.17902
有銀藥	10 100%	30 100%	
無	0 0%	0 0.0%	
有身體、衣物清洗	10 100%	30 100%	
無	0 0%	0 0.0%	
室內有清潔、消毒	10 100%	28 93.3%	
無	0 0%	2 6.7%	.27626
有代管財物	10 100%	20 66.7%	
無	0 0%	10 33.3%	.00003 * * *
有代寫書信打電話	7 70%	18 40.0%	
無	3 30%	12 60.0%	.56739
有特殊護理	8 80%	21 70.0%	
無	2 20%	9 30.0%	.53042
有一般護理	10 100%	29 96.7%	
無	0 0%	1 3.3%	.44480
有身體復健運動	10 100%	15 50.0%	
無	0 0%	15 50.0%	.00076 * * *
有電視或電影欣賞	10 100%	29 96.7%	
無	0 0%	1 3.3%	.44480
有音樂收聽	9 90%	14 46.7%	
無	1 10%	16 53.3%	.01025 * *
有社團活動	5 50%	3 10.0%	
無	5 50%	27 90.0%	.00984 * *
有宗教活動	9 90%	3 10.0%	
無	1 10%	27 90.0%	.00000 * * *

註：* p<0.05，** p<0.01，*** p<0.001。

表十 未立案機構辦理未立案之原因 (n=30)

原 因	次 數 (%)
1.法人立案需捐助金額太高	24 (80.0)
2.立案手續繁雜	14 (46.7)
3.無法令可遵循	13 (43.3)
4.採公司立案稅額高	8 (26.6)
5.宜採醫院附設方式	1 (3.3)
6.設備少，無需立案	4 (13.3)
7.立案機關不明確	19 (63.3)

註：本題為開放式問題。

表十一 未立案機構護理服務情形 n = 30

名稱	特殊護理	護士	人數	縣市所在地
1.安養中心	有	1	9	雲林縣
2.安養中心	有	0	40	彰化市
3.安養中心	有	2	27	彰化市
4.安養中心	有	0	12	彰化縣
5.安養中心	有	0	53	彰化縣
6.安養中心	無	0	25	彰化縣
7.安養中心	有	0	30	彰化縣
8.安養中心	有	1	12	台中縣
9.安養中心	有	0	13	台中縣
10.安養中心	無	2	15	台中縣
11.安養中心	無	0	17	台中縣
12.安養中心	有	1	8	台中縣
13.安養中心	有	0	16	台中縣
14.安養中心	無	1	20	台中縣
15.安養中心	無	1	20	台中市
16.安養中心	無	0	25	台中市
17.安養中心	無	0	5	台中市
18.安養中心	有	2	8	台中市
19.安養中心	有	0	18	台中市
20.安養中心	有	0	12	台中市
21.安養中心	有	0	6	台中市
22.安養中心	有	0	14	台中市
23.安養中心	有	1	17	台中市
24.安養中心	有	1	6	台中市
25.安養中心	有	2	60	台中市
26.安養中心	有	2	11	台中市
27.安養中心	無	0	4	南投縣
28.安養中心	無	2	2	南投縣
29.安養中心	有	1	40	南投縣
30.安養中心	有	1	9	南投縣
總計30	21	15	745	

註：為免受訪者困擾，僅以編號代表機構名稱。

一、結 論
 本次研究的重點在於對未立案機構

捌、結論與建議

3. 未有護理人員但提供特殊護理服務者應停止提供特殊護理服務，或未有護理人員且未提供特殊護理服務者，二者均提供日常家庭生活功能之勞務（如 ADL 及 IADL）及支持性服務者，宜由社政單位予以輔導協助訓練。
 訪查結果有十五家介乎於此。
 茲列表如表十一。

方式而採公司營業方式設立時，其課稅係以營業方式扣稅，稅率高達百分之五，非從事此種付費勞務替代之福利服務業者，或逢此鉅變之一般家屬所能負擔，故部分機構對於採公司營業方式立案者認稅額將極高，必需將之轉嫁家屬，方能生存（有八家佔二六·二%），此說明採營利公司立案亦有其困難之處。茲就未立案原因列表如表十。

(六) 未立案機構究應設置衛生署所訂護理機構抑或養護機構
 理論上我們可依衛生署本(89)年八月所頒護理機構設置標準規定，每十床至少應有護士一人（與台北市所訂標準同），每六床有病房服務員（即社政單位所稱監護工或養護工）一人（與台北市所訂五人略寬），每一〇〇床至一四九床置社工員一人，一五〇床以上置二人以上。凡符合養護者，屬養護，符合護理者，屬護理機構。但事實上有其困難，因二者規定多有重疊，筆者在此將二者做區別，有護理人員及提供特殊護理服務者應申請設置護理之家，未有護理

人員如停止提供特殊護理服務者應屬養護之家，因為特殊護理有其專業性，一般護理如量血壓、溫度及日常家庭生活功能之勞務（ADL 及 IADL）及支持性服務，均非必專業護士始可行者，為使醫療資源免致浪費，且支持性服務亦為社政之專業，宜列入養護服務，而非護理服務。則養護機構與護理機構可有其分野。另由於醫療服務專業至為明確，經訪查結果，如有醫師者，均設有護士，此處僅在區分養護與護理機構二者，提供醫療服務者均列入有護理人員之類別中，故針對所訪查之機構所提供之人力與服務，分成以下三類：

1. 有護理人員及提供特殊護理服務者應申請設置護理之家。
2. 有護理人員但未提供特殊護理服務者，可申請設置護理之家或社政單位主管之養護之家。
3. 未有護理人員但提供特殊護理服務者應停止提供特殊護理服務，或未有護理人員且未提供特殊護理服務者，二者均提供日常家庭生活功能之勞務（如 ADL 及 IADL）及支持性服務者，宜由社政單位予以輔導協助訓練。

訪查結果有三家介乎於此。

之了解，茲就作如下結論：

(一)目前省市地方政府除台北市外，對各養護機構迄未訂有立案標準，如以內政部所訂頒之老人福利機構設立標準及台北市所訂「老人養護所設置管理辦法」為標準，台灣省中部各縣市養護機構極難符合該辦法之設置規定，有待另訂辦法。

(二)受訪養護機構基本因素依其已、未立案在建築型態、收容對象、收容人數、收費方式上，有顯著不同。已立案者綜合而言，環境較佳，都為庭院建築型態、寬廣的室外空間與無障礙設施、收容規模普遍較大、收容對象限制亦較為嚴格，而未立案者普遍環境較差，極多以鐵皮廠房建築養護老人，少室外活動空間，極少收容限制。

(三)受訪機構人力之服務因其立案與否而有差異。特別在醫師、平均每位護士服務患者數、社工員方面。已立案者人力之服務兼具有生理、心理、社會功能之照護，特別在醫師、平均每位護士服務人數、復健員、社工員方面，每家均置有專業護士，且大多有專兼任醫師，或社工員、復健員等，而未立案者半數以上無醫師、護士、復健員，其重點僅係生活照顧而已，大多數論及老人有病時之處理方式，均以送醫救治為主。另外，可能部分未立案者均在初創時期，養護工數均已初備，但受養護者仍不足，致看起來似乎普遍養護人員充沛。

(四)已立案者有較佳之安全設施，未立案者則極為欠缺。受訪機構設施、設備方面，大多依其已、未立案之不同而有不同。其中在浴廁安全設施、走道、地板防滑、緊急照明、緊急呼叫設備、消防設備、養護專用廚房有差異，而特別在室外活動場地、場地無障礙設施部分更有顯著差異。前者較能顧及安全設施，後者顯然極為欠缺。

(五)各安養護機構之軟體服務現況依其立案與否之情況而有不同。特別在醫療照護服務、有否代管財物、身體復健運動、音樂收聽、社團活動、宗教活動方面。已立案者頗能提供除醫療服務外，更可提供生活維持、社會支持之功能

；但未立案者僅能提供生活維持之服務。

(六)探究未立案之原因，大致歸納有四種最主要原因：法人立案需捐助金額太高、立案機關不明確、立案手續繁雜，再次則為無法令可遵循，足見目前立案之手續與金額為立案之最大阻礙。

二、本文探討之難題

(一)由於目前本省行政部門對於養護服務究係醫療服務抑是社會福利服務迄未確定，本文所探討之已、未立案安養護機構對象並不明確，究竟何者為慢性病療養之醫療機構？何者為替代家屬看護生活無法自理老人之機構？二者如何區分？仁愛之家、榮民之家其院中殘障單位，是否應涵蓋在內？實為本研究待解之難題。

(二)當前究有多少未立案老人養護機構，其母群體究有多少？無從知道，惟有採用立意取樣、滾雪球方式取得樣本，不免偏頗。

(三)本文尚有諸多困難包括評估機構之準據、主要受服務者——養護老人常無法表示意見，個人問題難測等。

三、建議

(一)訂立機構立案標準，並加強已未立案機構評估評核——

由以上之探討可知，以台北市之老人養護所設置管理辦法之標準或內政部所規範之老人福利機構設立標準來評量各養護機構，其結果符合比率極低。從一方面來看，顯示大部分機構之設施設備人員未達要求之標準，有待進一步輔導；但從另一方面來看，亦有可能係所設置之標準並未符需要，如二者均規定養護老人寢室以四人為原則，但極多業者表示，團體房間（五人以上）對於需密集性照顧之重殘養護老人極其需要；養護工作人員聘請已屬不易，遑論每十

養護老人需有一名護理人員之標準。

另外對於未立案機構偏向於使用鐵皮廠房型（四三·三%），亦值得詳予檢討，不少機構係因未立案或因工務建管單位未能准予建築，乃以鐵皮建築逃避建築法令之限制或使用已歇業之廠房，然而也因此形成對養護老人居住環境可預見的安全威脅。以上均有待政府訂定妥適標準加強管理，推動立案工作，將養護老人服務，置於陽光下，協調配合連繫，共同監督輔導養護老人工作。

（二）宣導家庭、社區照護，但與老人養護專業機構相輔相成——

傳統社會中的敬老尊賢、孝養父母之風氣仍存，我們應鼓勵並賦予家庭成員擔負起家庭照護的角色。但在忙碌的現代社會，我們也應了解，即或家庭有照顧殘障老人意願，由於養護照顧是一種結合生理上關照與心理上支持兩方面的社會關係，而支持情感係基於親情、相互關係與社會責任（Qureshi, H. & Walker, A. 1989: 245），因此，專業之醫療需求問題仍需解決，家庭、個人心理等社會工作問題仍待專業人員與機構協助處理，可見家庭照護有極大之限制，並非一切老人養護問題的萬靈丹，如能專業養護機構相輔相成、互補互助，必能提昇老人養護服務品質。

（三）強化立案老人機構服務，但應加強對未立案者勸導輔導——

根據內政部所頒老人福利機構設立標準第八、九條規定，老人療養機構之設置，在硬體方面，應具有療養三十人以上之規模，包括房屋建築面積、寢室、餐廳、廚房、衛生醫療、康樂活動等設備，均有明白之規定；在軟體方面，亦需依受療養人數，設置規定之工作人員，我們應加強了解本省立案之老人養護機構現況、特性、服務方式，並予以評估，輔導適當獎助，以強化其服務功能。另外，對當前未立案之安、療養護中心林立，有待我們積極了解與調查、勸導、輔導甚至辦理座談會，廣為宣導，以協助未立案者設置合乎標準之設施，輔導適法、辦理立案，以維護老人權益。

（四）區分機構立案性質，但需加強各單位共同協調協助——

當前老人養護工作誰屬，仍有爭議，根據護理人員法所訂之護理機構設置標準之規定，欲設置護理之家者每十床需具有護理人員一人，但目前有部分未立案機構未有護士者，如單以養護為目的，僅提供家屬勞務之代替服務工作、無涉醫護專業服務，以解決家庭勞務不足問題，自不應畫歸衛生醫護單位，而由社政單位主政方為妥適。當前對於未立案長期照護機構可採兩種方式，其未立案但涉及醫療業務者，宜輔導其設立慢性病醫院；凡僅涉及專業護理者，宜輔導其設立護理之家；凡未涉及上二者——僅提供一般常識之護理（如量體溫、血壓）、日常生活（包括ADL及IADL）維持之家庭勞務、或置有護理人員或全無護理人員者，宜畫歸社政單位主管。

四、結語

社會愈進步，人們的需求愈臻多樣化；事實也證明，人口愈高齡化，老人養護的需求愈增加。我們都知道，人們真正所懼怕的老年化，不在白髮鬢鬢、不在皺紋滿鬢，而在長卧病榻、孤獨殘疾的養護問題。在此雙重需求壓力下，如何使老人們能在風燭殘年裡、或殘障、或苦疾、或衰老，生活無虞匱乏，並達到安適以至安寧的「成功的老年化」境界，為我們從事社政工作人員未來極其重要之課題。

參考書目：

- 一、中文參考書目：
 - 尹蘊華：（一九八五）老年期發展之研究及老有所安所用的社會取向。台中師專學報，十四期，五九—八一。
 - 台灣省政府社會處。（一九九一）台灣老人統計。中興新村：省社會處。

- 台灣省政府社會處。(一九九二)台灣省老人生活狀況調查報告。中興新村：省社會處。
- 台灣省政府社會處。(一九九二)台灣省推行老人福利工作手冊。中興新村：省社會處。
- 行政院主計處：(一九九二)中華民國臺灣地區老人狀況調查報告。台北：行政院主計處。
- 政院主計處。
- 江東亮。(一九八七)老人利用醫療照護的情形及其決定因素之研究。台北：國科會研究計畫。
- 江亮演。(一九八八)台灣老人生活意識之研究。南投：台灣省社會福利工作人員研習中心。
- 李克怡。(一九八八)士林、北投、內湖區二十家老人安養中心之評估。台北：台北市立陽明醫院。
- 沙依仁。(一九九一)人類行為與社會環境。台北：五南圖書公司。
- 周建卿。(一九八三)老人福利。台北：台灣商務印書館公司。
- 邱亨嘉。(一九八九)我國老年長期照護機構設置類別與經營型態之探討。中美學術研討會健康社會研討會。高雄：高雄醫學院。
- 邱亨嘉。(一九八九)台灣地區老年長期照護機構之調查。健康與社會政策研討會論文集。高雄：高雄醫學院。
- 邱亨嘉。(一九九〇)我國老年長期照護機構之規畫研究—美國、日本、西德長期照護機構設置標準與相關法。台北：行政院衛生署。
- 陳寬政，涂肇慶，陳昭榮。(一九九二)老年殘障與醫療費用。嘉義：國立中正大學社會福利研究所社會發展中心。
- 徐立忠。(一九八九)老人問題與對策。台北：桂冠圖書有限公司。

- 陳永泰。(一九九一)社會服務評估法。香港：基督教服務處。
- 陸光。(一九八九)我國老人福利法執行成效之評估。台北：行政院研考會。
- 黃健忠。(一九九二)台灣地區的人口老化與照護人力之預估。嘉義：中正大學社會福利研究所。
- 趙錚超。(一九九一)財團法人之理論與實務。台北：東大圖書公司。
- 蔡漢賢。(一九八七)台灣地區老人養護問題之研究。台北：內政部社會司。二、英文參考書目：
- Goldberg, E. M. & Connelly N. (1982) The Effectiveness Of Social Care for the Elderly. London: Heinemann Educational Book Ltd.
- Harris, Diana K. & William E. Cole (1980) Sociology of Aging. Boston: Hong-ton Mifflin Co.
- Hendricks, J. (1986) Aging In Mass Society. Boston: Little, Brown and Company.
- Ian S., (1990) Residential Care. The Kaleidoscope Of Care London: HMSO
- Kane, R. A. & Kane, R. L. (1986) Long - Term Care: Principles, Programs, and Policies. N. Y.: Springer Publishing Company.
- Philipson, C. & Walker, A. (1986) Ageing And Social Policy - A Critical Assessment. England: Gower Publishing Company Limited.
- Qureshi H. & Walker A. (1989) The Earing Relationship - Elderly People & Their Famillise. Hong Kong: Macmillan Education Ltd.

〔本文作者現任職於台灣省政府社會處〕