

長期照顧機構服務品質與發展趨勢之探討

王潔媛

壹、前言

人口老化伴隨疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化、照護時間長期化等問題，指出我國在長期照顧的需求。依行政院主計處 2010 年人口及住宅普查結果顯示，我國目前至少有 47 萬 5 千人需要長期照顧，十年內增加 13 萬 7 千人，其中老年人口增加 12 萬 8 千人，部分老人因日常生活活動能力喪失，以致無法自理生活。為周全對老人的身心照顧，需更積極建構我國長期照顧體系、提升老人福利機構安養護服務品質（內政部，2012）。長期照護係針對身心障礙及失能者所提供綜合性服務，內涵包含健康照護、生活照顧、社會服務等多元性服務，經由未付費及付費方式對於身障者提供支持，儘可能協助功能發揮，目標在於個人面對失能時，生活型態能有所維持，並促進其功能的發展。在 OECD 國家的政策制定者及實務工作者皆認為，應增加服務提供者之責信，藉由外部的標準進行長期照顧品質的監督及確認，如專業行政機構的監督及改善、增進服務提供者對品質改善之專業承諾、透過增

加消費者的資訊及競爭（IOM, 2001a；Matke, 2004）等多元管道，作為加強提供照顧者公開檢視「照顧品質」的責信機制。

影響機構服務品質因素多元，從組織文化價值的營造、照顧者及住民的互動關係，人力資源政策、訓練、職業階梯及在照顧實務上分派的一致性、個別化的照顧計畫、運用團隊及團體過程、積極的品質改善過程、合適的員工比例及支持等，皆為影響服務效能及滿意度的關鍵性因素。近年來，隨著使用者付費趨勢導向之發展，顧客的感受及滿意度成為評價服務品質的重要依據。復因長期照顧機構服務對象的持續老化，住民多為失能或失智，家屬的意見及代理人機制也成為機構在定位服務品質面向時必須納入的重要層面。本文將探討我國長期照顧機構在政策發展的持續影響下，對於機構在質與量上的發展、服務品質之建構過程中所面臨的困境進行探討；同時並參考 OECD 國家的長期照顧機構服務品質發展趨勢，以作為我國在建構長期照顧服務品質上之參考依據。

貳、長期照顧機構的服務內涵

一、我國長期照顧機構的發展脈絡

1997年5月我國通過實施「加強老人安養服務方案」，採取多元化服務之提供。衛生署於1998年提出「老人長期照護三年計畫」，老人福利逐漸走向以長期照顧為重心的方向（莊秀美，2008:67）。同年6月「老人福利法」修訂頒行，經過2年的緩衝期之後，機構紛把握設立契機，政府積極輔導未立案之安養護機構合法化，以滿足民眾在安養、養護機構品質上之需要。在1997年修訂公佈的老人福利法，訂定長期照護相關的三類機構為「長期照護機構」、「養護機構」和「服務機構」。綜觀老人安養護機構立案過程，並非一蹴即成，以臺北市為例，從歷經抗爭到爭取合法經營，其歷程大致可分為下列幾個階段：

- (一) 立案摸索階段：在政府執法立場堅定之決心下，業者由躊躇、觀望的心態，轉變為加速配合法令及接受本市各項輔導措施，積極進行辦理機構立案、合法化，使1998年6月18日至1999年6月間送件申設家數高達170家。
- (二) 蓬勃發展階段：統計1999年底之立案家數，更在半年間從64家快速激增至144家，機構完成立案之家數在半年內達80家，隔年2000年之立案家數亦有59家之多。
- (三) 競爭白熱化階段：在機構供給量快速成長超過需求及景氣低迷、失業率偏高等大環境諸多因素影響下，家屬將老人送至機構安置之能力及意願下降，如何爭

取服務對象，以維持一定水準之進住率，避免遭到市場淘汰，成為機構當前重要之課題。

內政部社會司在2000年依據老人福利法、老人福利機構獎勵辦法及老人福利機構設立標準，訂定「老人福利機構評鑑實施要點」及各項評鑑指標（內政部社會司，2003）。自2001年政府開始辦理老人長期照護機構評鑑。以2003年臺北市府社會局對私立安養護暨長期照護機構的評鑑為例，指標內容分為「行政制度、財務管理、員工制度、專業服務、環境設施與安全維護、權益保障、改進創新」等七大類；至2008年臺北市府社會局指標內容修正為「環境設施與安全維護、行政組織與經營管理、生活照顧與專業服務、權益保障、加分題」等五大類。

檢視內政部在2001年度臺閩地區老人福利機構評鑑報告指出，許多都市型的小型養護機構僅注重對老人身體、飲食及生理功能之維護，缺乏社會性活動。在小型機構中生活，除了吃飯、睡覺之外，生活真是乏善可陳（內政部，2002）。此生活照顧之重要層面，若未能積極改善，則小型養護機構在評鑑制度之下想要獲得肯定，實在有所困難。對照近年來小型機構的評鑑結果得分來看，以「環境設施及安全維護」達成率最高，即表示機構在結構指標之掌握度最高。

綜觀政府近年來持續實施的評鑑制度所帶來的影響，就指標內涵而言，重點亦從結構性轉移至過程及結果指標。吳綵玲（2007）指出可歸納出老人養護機構評鑑的制度化，主要是透過政府管控的強制力量所推動，制度化初期階段依靠立法方式提供評鑑的正當

性基礎，中期階段是透過機構評鑑實施計畫和評鑑量表來建構評鑑的運作模式，成熟階段則透過評鑑結果的獎懲和評鑑量表的修訂，強化政府管控機制並落實制度企業家的價值。並藉由評鑑之統合、融入、誘因及強化等機制，逐步朝向連續性照顧服務模式之建構，呈現出我國近十年來長期照顧機構在評鑑實施的制度化下發展脈絡過程。

1. 長期照顧機構的服務對象

在我國歷年的十大死因中，慢性疾病占有相當高比例，許多與年齡增加有關的神經退化性疾病，隨著八十歲以上的老年人口持續增加，帶來老化及神經退化性疾病常伴隨認知障礙、日常生活功能退化、精神混亂、步調不穩、跌倒及大小便失禁等臨床症狀。而這些症狀是造成老年人自主性喪失、需要他人照顧，成為使用長期照顧機構式服務的主因（黃正平，2008）。

根據 Access Economic（2006）的失智症亞太地區盛行率報告指出，失智症對亞太地區國家的公共衛生產生威脅性的影響，不僅是因人口老化的緣故，尚因失智症是慢性疾病中令人喪失功能最嚴重的疾病之一。「疾病負擔」是以因疾病而失去健康生活的年數來衡量，它是「死亡率負擔」（因提早死亡而失去的生命年數）和「殘障負擔」（因殘障而失去的健康生活年數）的總合。

臺灣長期照護專業協會（2007）針對臺北市老人福利機構於 2007 年度的評鑑結果進行分析，在 68 家的受評機構中，調查填寫住民總人數為 2,082 人，Karnofsky Scale 為 0-2 級者，有 911 人，占 43.80%；Karnofsky Scale

為 3 級者有 600 人，占 28.8%；為 4 級者有 571 人，占 27.4%，顯示大部分住民須照顧程度偏重。須特別護理中之個案總數為 815 人，以鼻胃管留置個案 515 位最多，占 31.6%；需約束 443 人，占 27.2%，導尿管流置為 262 人占 16.1%。顯示老人養護機構之照顧對象以中重度之失能者居多，同時有心智或精神上的問題，顯現分擔社會重要之照顧責任，具有協助解決社會問題，減輕家屬照顧壓力負荷的角色及功能。

由此可知，機構式的照顧工作因服務對象特質之影響，使得照顧工作具有負擔性、複雜性及多元性，需透過團隊良好縝密的分工與合作方能有效運作，員工更需透過訓練培養共識，透過有系統的方法漸進的學習正確的工作方法。

2. 機構分工從單打獨鬥到專業團隊之介入

根據內政部統計處（2012）的資料顯示，我國機構的屬性以免辦財團法人登記，不對外募捐、不接受補助及不享受租稅減免之小型老人機構占八成居多，總計共有 909 所，占全數之 86% 最多，餘依序為財團法人機構 110 所、公立機構 22 所、公設民營機構 16 所。以臺北市老人養護機構為例，建築物多為租賃，且平均床數規模為二十至三十床，以臺灣長期照護專業協會（2007）針對臺北市老人福利機構於 2007 年度的評鑑結果分析為例，在 68 家的受評機構中，設立床數多集中於 10-19 床，共占 24 家，占 35.30%；其次為 20-29 床，共占 15 家，占 22.10%。由上述可知，小型機構受限於經濟規模，在給薪及福利上不易吸引專業人力投入，即使機構願意

聘請，長期來仍有人力聘請不易及流動頻繁之困境，在整體品質提昇上因而受限。

有鑒於照顧失能老人問題與需求之多樣性，在服務提供上需要有良好的整合（李世代，2001）。要達到個別化的照顧目標，必須先能掌握住民生活史、由團隊所進行的周全性評估，以了解需求與期待，進而提供適宜的服務。加上評鑑制度要求及機構間的競爭等多元因素，機構開始以兼任或專職方式，分別依其需求及發展階段，引進營養師、復健師、藥師等專業人員協助評估與執行照顧。

以臺北市為例，機構亦主動與民間團體進行結盟，由臺北市社區銀髮族服務協會及臺北市家庭照顧者關懷協會自2003年起共同推動「小型老人養護機構購買社工服務方案」。由臺北市家庭照顧者協會負責招募、培訓及管理從事養護（含長期照護）機構社會工作之專業人員，將其推介至各養護（含長期照護）機構中從事社會工作專業服務，並由家協與意欲聘用社工的機構個別簽訂契約，明訂雙方之權利與義務，減輕小型老人養護機構在聘用及督導管理上的負荷（楊培珊、王潔媛、林明璇，2005），此方案即為具體的操作實例。

3. 機構發展過程中的競合與困境

每個機構各有自己的獨特的歷史、步調、需求、成見、憂慮、挑戰、文化、性格及責任。檢視小型老人福利機構的發展多從自身既有經驗出發，成立初期機構間少有交流互動，負責人對於相異於自身經驗的意見或不同發展現況多持觀望態度，在單打獨鬥的經營方式下，形塑出小型機構的特有文

化。加上政府尚未建立長期照護相關的給付制度，國內的養護及長期照護機構為求生存，爭取個案，增加收入，經營者難免削價競爭。

許世凱（2005）研究指出，小型養護機構主要競爭者為其他同業，尤其是鄰近地區者，在商場上，同業交手，產生良性與惡性之競爭關係。但在長期的削價競爭生態中，機構勢必無法反映出合理成本，長期在「劣幣驅良幣」之效應下，對服務品質所造成的衝擊值得進一步的觀察。則針對當前小型養護機構出現的資源缺口進行分析，包含缺乏本國籍照顧服務員、缺乏專業人力、資金不足、建物非自有、空間不足、地點不佳、缺乏交通車、政策法令的不支持、社會大眾的負印象等，間接的影響了服務品質的建構。

4. 機構為能符合政府法令要求，發展朝向大型化與市場化

為能符合社會的需求，2007年再次修訂公佈老人福利法，將老人福利機構分為三大類「長期照顧機構」、「安養機構」、「其他老人福利機構」，並新增罰則，明載老人福利機構未依第三十六條第一項規定：「申請設立許可，或應辦理財團法人登記而未依第三十六條第二項及第三項規定期限辦理者，處其負責人新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰及公告其姓名，並限期令其改善。」透過公權力執行發令，作為管考之機構之依據。

隨著評鑑制度的實施及法令的修正，機

構數自 2010 年起逐年減少，主要係 2007 年修正施行之老人福利機構設立標準所訂之 5 年改善期將屆，部分縣市之機構未能如期改善或需另覓經營處所者（以臺北市、新北市較多）則先以暫停營業或歇業處置所致（內政部統計處，2012-09-08）。機構為能達到符合最新法令在硬體設置的要求，許多小型機構因空間受限，有能力經營者紛轉換陣地，也讓臺北市機構的數量創下新低，新北市成爲目前機構數量最高的縣市，重新立案的床數也較原有的高，以符合經濟效益。根據內政部統計處所公佈以 2006 年爲例，我國老人長期照顧及安養機構概況，以臺北市 180 家最多，臺北縣 167 家次之（主計處，2006）；但到 2012 年 6 月底，各縣市老人長期照顧及安養機構數重新佈局，以新北市 199 所最多，高雄市 145 所次之，臺北市 135 所居第三，可供進住人數亦以新北市、高雄市及臺北市較多，造成機構資源的版圖重新洗牌。

根據內政部全國老人福利機構資源分布表（2012）資料顯示，臺北市老人人口占 13.01%，需求床位數欄位係依 2010 年行政院主計處戶口普查結果，全國老人需長期照護比率爲 12.7%；以及長照十年計畫預估 2015 年至 2020 年之機構式服務資源使用率爲 20% 推估，在供給需求上呈現負向不足者共有五個縣市，其中以臺北市的-1,703，爲全臺最高；新北市爲 6,219 爲全臺最高，近年機構的消長及變化以臺北市及新北市爲例，詳見表 1 說明。

表 1 我國近年老人長期照顧及安養機構概況

年 度	臺北市老人 養護機構	新北市老人 養護機構
2004 年	203 家	117 家
2005 年	205 家	134 家
2007 年	203 家	172 家
2008 年	168 家	190 家
2011 年	135 家	199 所
2012 年	121 家	194 所

資料來源：內政部統計處（研究者自行整理）

二、長期照顧機構服務之發展趨勢

影響機構服務品質的因素多元，陳文偉（2007）研究指出在養護機構經營模式的建構上，「使命感」是造成機構經營差異最主要的因素。機構經營者有強烈的使命感，無論資源充足與否，機構經營都是成功的。相對的，若機構缺乏強烈使命感，即使資源上是充足，但機構服務品質是普通；機構若無使命感，又缺乏資源，其服務品質是最差的。許世凱（2005）指出機構主觀定義競爭優勢是公道收費、良好的商譽、機構評鑑優良、自有建築物、符合潮流的經營理念、效率的服務、像「家」的氣氛。檢視長期照顧機構服務品質之發展趨勢，在資訊流通及消費意識提高，爲回應市場需求開始建構以消費者爲中心的服務模式，說明如下：

（一）透過消費者為導向之服務，帶動機構品質及價格上之競爭

機構住民爲患有慢性病及認知退化影響導致失能者，受到疾病慢性化及不可逆之狀

態影響，照顧機構近年來皆朝向儘量維持住民的殘餘功能，甚至能延緩住民的退化並鼓勵發揮其特有功能，以「提供個別化」為主要照顧目標（劉淑娟，2007）。近年來更倡導以消費者為導向的品質，其內涵包含有：多數老人透過專業，能夠更自在的、更容易由他們自己做決策；大量的長期照顧使用者在認知損傷的增加，沒有能力在雇用及解僱時、購買服務及支持時進行自我決策，需要第三者進行監督（Stone，2006）。

在美國的護理之家近年所發展「文化變革」的運動，嚐試賦予「家」這個字彙不同意義，並增進以消費者為中心的居住空間。在設計時帶入的生活型態包含生理、社會及臨床的環境與決策（Weiner & Ronch, 2003）。此運動目標在於生活中及工作的環境中能持續的進行轉移，它始於承認消費者是核心，個人並對機構的「家」有新的認知，主要的價值包含了（1）在靈性上住民能得到個別化的照顧；（2）住民能自己做決定；（3）機構是屬於住民的；（4）工作人員與住民要有個人的關係；（5）工作人員能跟隨住民的例行慣例；（6）住民及家屬是整合性服務團隊的部分。同時，因這些干預對住民及工作人員、成本所造成的影響，也開始被評估（Weiner & Ronch, 2003）。由此可知，服務的提供焦點產生新的移轉，若要達成上述的目標，由消費者來決定所偏好的服務，鼓勵機構在品質及價格上之競爭，為機構帶來新的變革。

（二）契約服務與評鑑制度實施對機構品質之影響

在長期照顧品質的監督及確認上，一般有三個互補的模式被使用。第一個是透過專業行政機構的監督改善，例如管理者或購買者；第二是增進服務提供者對於品質改善的專業承諾；第三是增加消費者的資訊及競爭（IOM, 2001a；Mattake, 2004）。在許多 OECD 的國家針對護理之家的品質標準偏離的案例皆有相關的報告，面向包含有（1）壓瘡的分數；（2）壓瘡的盛行率；（3）營養不良（尤其是失智症的照顧）；（4）不適當的預防及尿失禁的處遇；（5）不適當的使用藥物或身體的約束；（6）缺乏疼痛的管理；（7）來自於不良的食物衛生所導致的健康危機；（8）疏忽及虐待；（9）災害事故；（10）患者基本的權益及缺乏隱私等。

檢視我國在 101 年 6 月 21 日所公告最新版的老人福利機構評鑑指標包含（1）行政制度與經營管理（包含行政制度及員工制度）；（2）生活照顧與專業服務（社工服務；醫護、復健及緊急送醫服務；生活照顧與輔具服務；膳食服務）；（3）環境設施與安全維護（環境設施、安全維護）；（4）權益保障；（5）改進創新，共分為五大類。所涵蓋的面向與 OECD 國家針對護理之家的品質標準互相參照，內涵相近，而此次新指標更重視機構的團隊整合與分工、住民管路的移除率、家屬的參與及互動等。定義長期照顧的品質是一複雜的任務，近年對於滿意的模式有更多的討論及測試，在品質的分類上有不同的層面，包含結構、過程及結果三大面向（OECD, 2005），詳述如表 2：

表 2 長期照顧品質面向及觀點
Dimensions and aspects of quality
in long-term care

品質面向	品質內涵
Quality of structure	1. 建築物的品質及安全； 2. 居住環境的適宜性； 3. 房間的大小； 4. 工作人員比例； 5. 工作團隊人員的資格。
Quality of process	1. 保護住民權力的機制、 2. 健康功能的移轉及管理的履行 3. 對住民的評估程序使用照顧計畫、 4. 服務需求可近性的維持及維持住民的高功能層次、 5. 每一週有七天有充足合格的職員、 6. 平衡的飲食、 7. 相關服務的可近性與可行性(復健、藥師、感控) 8. 需要臨床記錄及照顧文件的過程 9. 能維持確保品質的承諾。
Quality of outcome	1. 壓瘡盛行率； 2. 營養不良的盛行率(包含脫水)，不適當鼻餵管； 3. 預防住民 ADL 及 IADL 功能的衰退； 4. 住民的疼痛管理； 5. 約束的使用； 6. 住民的感染； 7. 預防抗精神藥物的使用； 8. 預防管路的餵食； 9. 跌倒的預防； 10. 尿失禁的預防； 11. 社會參與及隱私保護。

資料來源：The OECD Health Project, 2005

另詮釋機構服務品質面向尚有由 Parasuraman et al. (1985) 所提出 PZB，即由英國劍橋三位學者 Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1985) 所提出的服務品質概念，在此模型之 Parasurman, et al. 於 1988 年發展出可將 PZB 概念模型量化的 SERVQUAL，係由五大特性來作為判准的依據，包含有形資產、同理心、保證性、可信賴性及回應性。從王文良等人 (2006) 研究結果顯示，這和目前不少養護機構的現況有些落差，反應出在我國的機構式照護對象以失能老人為主，身體的照顧是主軸，為了效率，通常也比較講求「集體化」，不易關照到住民的個別需求。

參、長期照顧機構提升服務品質所面臨之挑戰

一、長期照顧機構工作人力的短缺及高流動率

法令需要機構能有「充足的」員工提供護理及維持住民實務上生理、心理、社會最高層次福祉所需的服務。而勞工短缺卻是長期照顧領域中是最主要的問題，Bowers et al (2000) 指出流動率影響品質，干擾對住民照顧的連續性及照顧關係，減少以住民的需求及表現方式提供照顧及滿意之機會，透過促進直接照顧人員及行政者的穩定性，才會顯示出品質的承諾。

其次，在提供直接照顧是在身體上及情緒上的要求，受傷比率超過其他的專業，其它會導致流動的原因如不適宜的訓練及繼續教育，變動的分配工作、在做決策時的限制、在督導時知覺到缺乏價值及尊重、沒有機會

進行專業的成長及促進其生涯等 (Eaton, 2002; Mickus et al., 2004)。

在美國 1990 年代有很大的反轉，在長期照顧的職缺逐年的上昇，從近年美國全國性長照工作的人力調查顯示，44 州中有四分之三反映，工作力是最優先的議題。Stone & Dawson (2003) 發現長照前線工作者對他們的照顧工作態度、價值、技巧與知識；他們所受的教育及訓練及工作的品質，組織如何對他們的工作進行組織管理及補償等，皆會顯著的影響長期照顧的品質及臨床上的使用者、功能的成果及生活的品質等。

行政院經建會 (2009) 的調查報告中，檢視我國長期照顧十年計畫在人力資源成效上，受到環境與制度影響，人力的招、訓、留、用四大階段遭遇許多困境，包含人力資源與培訓不足、跨專業間之團隊合作模式仍有待建立、全面性之長期照顧人力培育不足及勞動條件不佳、照顧人員工作負荷量過重，工作人員流動率較大，照顧經驗無法傳承等。檢視我國小型機構在聘用社工人員的過程為例，常見的阻力有「社工薪資結構、缺乏升遷管道、無同儕互相刺激與學習、對養護業務及失能老人卻步、缺乏專業督導體制、專業性工作不被重視，工作內容繁雜、流於行政人員」等 (楊培珊、王潔媛、林明璇, 2005)。加上機構的負責人對社會工作專業之認識有限，不易掌握社工人力的運用及評估社工專業效能，在各因素影響下，社工人員很少選擇進入小型養護機構工作，或在進入後流動頻繁。

Stone & Wiener (2001) 指出要能成功的招募及留任第一現的工作者，取決於許多

的相互依賴的因素，包含 (1) 社會對照顧的價值；(2) 當地的勞工市場狀況，包含薪資水準、失業；(3) 長照的管理及可補償的政策；(4) 中央及地方工作力的人力資源部門；(5) 移民的政策。無論中外，在推展長期照顧服務的同時，皆先回應上述的困境，並發展出能適用於我國促進人力發展的具體策略，才能進一步對機構服務品質提升有所助益。

二、長期照顧員工的管理

長期照顧機構工作人員的質與量，是建構服務品質的關鍵性因素，Audit Commission Report (2004) 定義管理社會照顧服務取向的重要性，強調為何必須要了解社會照顧的價值是重要的。意即社會照顧所強調的是對於不便及被排除的人之生活所知覺到的衝擊；因此，在人群服務的組織及領導者中需要發展的服務即為能適當的回應人的需求，並能回應社會照顧的基本價值。在政策及實務界上實證研究指 (Stone, 1999; Harris-Kojetin, Lipson, Fielding, Kiefer, & Stone, 2004)，多數的證據來自於針對護理之家質化研究的描述顯示，會影響工作主要的滿意度影響因素有：(1) 督導的管理型態；(2) 對第一線員工增權的程度，包含在照顧計畫及決定處遇上的扮演主動的角色；(3) 在督導及第一線工作者之間，第一線工作者與案主間的溝通品質。由此可知，欲達到機構團隊的整合及分工，應落實督導的機制與功能，給予行政、教育、情感上支持及必要的仲裁，真正發揮第一線工作人員的角色功能。

三、長期照顧團隊整合性服務之落實

團隊的概念非常動人，但實施時在成本效益及方法上則相當具有挑戰性，必須先有適宜的準備。要推展團隊工作不可或缺的條件包含（1）有共同分享的目標；（2）有明確的角色及責任；（3）個人的能力；（4）共同的規則；（5）有效的溝通系統（Kane & Kane, 1998）。在長期照顧機構中的團隊涵蓋對象多元，在專業團隊的合作模式一般可分為多專業團隊模式、專業間團隊模式、跨專業團隊模式三類（黃源協、陳伶珠、童伊迪, 2004）。其中，跨專業團隊具有專業間資訊分享及合作的優勢，強調服務整合的觀點。

Booth, Fralich & Saucier (1997) 指出在急性與長期照顧中，大多數皆同意的整合服務包含了：（1）廣泛及彈性的利益；（2）廣泛的服務輸送體系包含以社區為基礎的長期照顧與照顧管理；（3）採用能真正整合的機制（如照顧計畫的議程、跨專業的照顧團隊、整合的資訊系統）；（4）對於包羅萬象的品質控制體系中能有個別的責信；（5）能提供誘因讓資金流動整合到費用中，將成本的移轉最小化。在臨床的執行上則需信任其他人所蒐集的資訊，在執行忠告時，需要對個人的專業能力有所信任。運作上有時需要特定的教育，讓他人能覺知每一個專業訓練實際的執行的內涵，專業化的教育幾乎未提供對其他專業洞察的能力及觀點。團隊成員必須能信任，能蒐集所需的資訊，團隊的溝通可透過面對面的接觸過程，能分享資訊及想法，且必須能在一般記錄中分享概念，或是透過資訊系統的連結，不僅僅是交換觀察

或下結論，更成為定義高危險群案主的方式。

Lester et al (2008) 說明不同專業的機構若能建立互助合作的夥伴關係，將能增進服務之成效。但在運用之前，專業人員應了解其優點及限制，敏感適用之時機，將其靈活運用，進而落實服務提供的目標。

四、建構機構式失智症跨專業持續性照顧服務之必要性

失智症盛行率與人口結構老化高度相關，在平均餘命增加下，除了失能外，因為失智症引發的照顧需求及問題更是隨著人口老化而急速湧現。根據行政院衛生署（2004）委託失智症協會的「長期照顧機構失智症患者之盛行率調查」，結果發現在安養機構的盛行率為 26.80%，在養護機構的盛行率為 61.80%，在護理之家的盛行率為 64.50%。失智症為一漸進退化性疾病，隨著病程變化增加照顧困難，如何維持、改善與極大化患者的生活品質成為主要照顧目標。無力負荷的家屬轉向機構尋求協助，但部分機構受到硬體環境及人力、技術之考量，明確規定不能入住，在無法獲得妥善照顧，對患者家庭、社會皆造成極大困擾。

內政部（2012）指出現階段我國推展失智症之服務措施有六大策略，如居家服務、失智症日間照顧服務、失智症老人團體家屋、早期介入服務方案（如瑞智學堂）、建立家庭照顧者支持系統，設置家庭照顧者支持中心及關懷專線、設置「全國失智症社會支持中心」等。但因團體家屋所能提供的數量有限，無法滿足潛在的龐大照顧需求，仍有許多失智症患者在一般機構中接受照顧。

機構式在提供失智照顧的過程中，受到患者病程與其他疾病間的影響，要回應照顧上的多元化與複雜性，除需透過團隊之共識及需求的評估及介入、持續的觀察與互動外，在第一線對照顧情境的分析與辨識，包含引發問題行為情境之分析、引導患者情緒穩定的技巧等，其他失智照顧的重要議題尚有約束的使用率、營養、使用藥物的副作用等。

Easterbrook (1999) 從服務提供者的角度說明，工作人員應有足夠的敏感度去察覺老人的需要，照顧服務必須以彈性、個別化優質照顧為主，引導發揮潛在之能力。要擔任一位適任的照顧人員，需具備溝通協調之能力，與其在機構內的社會地位有直接關係。因失智症患者每日的活動及需求是動態的，照顧必須藉由現場走動及直接互動才能提供即時性之回應；而照顧工作的溝通檢討則是能進一步發展「職務再設計」機制的機會，除能發展出符合住民特質與需求的解決模式外，亦需同時考量照顧者在負荷與情緒壓力的負荷能力，提供督導及支持、適宜的訓練，此雙重焦點之介入才能有助於照顧品質提升。機構若是聘用外籍監護工，更需重新設計能減少語言限制之臨床工作指引，在提供個別化照顧時，則需透過具體的督導及持續的教育，由作中學中累積失智照顧工作的專業知能（王潔媛，2011）。

肆、鼓勵機構朝向學習型組織文化之建構

Kane & Kane (1998) 指出因多數的老年慢性照顧為非典型的，有多元化的問題，

對於特定的患者必須能確認在臨床上的目標，評估住民現有的地位，並定義從以前所遭遇的變化及狀況。並應對臨床照顧上不一致之處能重新認知，並能積極改善及創造不同的形式之指引、記錄及議程等，這些被設計的工具能夠提供最佳之實務照顧取向。運作的前提是需基於临床上之共識，而非限制。透過職務再設計之機制，發展出必須符合一般案例之指引，並能真正的協助臨床者認知到有意義的改變發生，機構要回應照顧工作的複雜化及品質的要求，勢必朝向學習型組織的發展邁進。Okon (2008) 則針對學習型組織的關鍵性特徵、組織面向及操作內涵進行說明，詳如表 3：

表 3 學習型組織的關鍵性特徵

組織面向	學習型組織的操作內涵
人力資源	1. 對所有成員能有一連續性的發展，包含明確的督導及評價的政策。
組織的結構	1. 有服務使用者及照顧者的回饋及參與，積極尋求價值及資源，影響並形成實務。 2. 團隊的工作、學習及對所有成員使用最佳技巧，整合到組織內。 3. 有跨組織的協調工作。
組織的文化	1. 能有一分享信念及價值、目標與目的的系統。 2. 鼓勵發展新的概念及方法。 3. 開放的學習環境，允許從錯誤中學習，能有機會驗證創新。 4. 研究的資訊及新的實證能帶動思考，並結合在實務之中。

組織面向	學習型組織的操作內涵
資訊的系統	1. 一有效率的資訊系統，能結合內部及外部的溝通。 2. 政策及程序是有意義的，每個人皆能了解(如基於人權或社會正義)
領導	1. 在發展每日的例行服務之外，組織能有改變的能力。 2. 一個學習性組織模式的關鍵因素為領導需鑲嵌於所有的層次中。

資料來源：Okon, J. (2008). *Understanding and Using Theory in Social Work*. Glasgow: Learning Matters Ltd.

伍、結論

好的照顧能引導正向的結果，如延緩衰退的速度，理想上的長期照顧服務系統應包含連續性及整合性之服務，可減少服務障礙、提高服務可近性、增加服務使用者及照顧者的滿意度。Stone (2006) 指出在政策制定者、提供者、消費者及研究者之間、在設計服務系統及對老人、家庭需求上、在生活及品質照顧上強調雙重目標的回應之際，許多緊急議題必需回應，包含如何整合臨床上的失能老人在急性、初級、長期照顧服務？

參考文獻

- 內政部統計處網頁資料 (2005)。臺閩地區老人長期照護、養護及安養機構概況。內政部統計資訊網。2007年6月20日取自網際網路資料 <http://www.moi.gov.tw/stat/>。
- 內政部社會司 (2002)。2001年度臺閩地區老人福利機構評鑑報告。內政部出版。臺灣：臺北。
- 內政部社會司 (2007)。老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫。2010年8月27日取自網

如何發展出以消費者為導向的輸送體系？如何發展一有承諾、直接照顧人力的品質？如何確保在長期照顧的品質？上述的議題皆需公共的支持，透過整體照顧政策的發展，協助消費者能有選擇的智慧，減少服務不連續的限制。

檢視我國老人福利機構在法令及評鑑引導下，從輔導立案至今已邁入正式化的階段，未來在實務操作所面臨的挑戰是能否喚起社會對長期照顧的重視及熱情，焦點不僅是被成本如何能最小化所替代。機構如何在「以人為中心」的核心價值下，兼顧效率的管理回應人的多元需求，成為機構提升服務品質時須回應的重要課題。對於第一線的照顧者，機構應提供能有重新認知、意義化及回饋的機會及時間，藉由照顧實務中所發展的智慧與經驗，透過檢討及回應，進一步轉化成為能適用於住民生命經驗、機構屬性適用的照顧服務模式，才能開創多贏局面。

(本文作者為明新科技大學老人服務事業管理系講師、臺灣大學社會工作學系博士生)

關鍵詞：長期照顧機構、服務品質、服務整合

- 際網路資料 <http://sowf.moi.gov.tw/04/02/失智症老人照顧試辦計畫 -960308.htm>
- 內政部統計處 (2011)。中華民國 98 年老人狀況調查報告。內政部出版。臺灣：臺北。
- 內政部統計處 (2011)。2012 年第三十六週內政統計通安養機構概況，2012-09-08 發佈。2012 年 11 月 3 日取自 網際網路資料，http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=6689
- 內政部社會司 (2012)。老人福利與政策。2012 年 10 月 10 日取自網際網路資料，<http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm>
- 內政部社會司 (2012)。全國老人福利機構資源分布表。2011 年 12 月 27 日取自網際網路資料。[http://sowf.moi.gov.tw/04/07/2/老人機構統計\(每月統計\)10111.xls](http://sowf.moi.gov.tw/04/07/2/老人機構統計(每月統計)10111.xls)
- 臺灣長期照護專業協會 (2004)。臺閩地區長期照護資源名冊，內政部委託。
- 臺灣長期照護專業協會 (2007)。九十六年度臺北市私立老人安養護暨長期照護機構評鑑成果報告。
- 行政院經建會人力規劃處 (2009)。OECD 國家社會發展趨勢。2012 年 01 月 10 日取自網際網路資料，<http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0012319>
- 行政院經濟建設委員會 (2009)。因應長期照護保險法制規劃檢視「我國長期照顧十年計畫」成效及發展方向。財團法人國家政策研究基金會。臺灣：臺北。
- 王文良、盧一帆、張宏哲、劉安琪 (2006)。利用 PZB 與 FAHP 於養護機構服務品質評估之研究。健康管理學刊，4 (1)，103-120。
- 王潔媛 (2011)。明新科技大學校內專題研究計畫成果報告：失智症單位照顧成效評估及服務模式之推廣。
- 吳綵玲 (2007)。老人養護機構評鑑的制度化過程-以臺北市歷年評鑑指標為例。靜宜大學青少年兒童福利學系碩士論文。
- 許世凱 (2005)。臺北市私立小型老人養護機構競爭優勢及策略聯盟之運用—資源基礎理論的觀點。國立臺灣大學國家發展研究所碩士論文。
- 陳文偉 (2007)。桃園縣老人福利機構經營模式差異性之探討。元智大學資訊社會學研究所碩士論文。
- 莊秀美 (2008)。長期照顧機構服務變遷發展之研究---單位照顧 (unit care)、團體家屋 (group home) 的實踐理念及前瞻趨勢之分析。臺北：松慧有限公司。
- 黃正平 (2008)。臨床老年精神醫學。臺灣：臺北，合記圖書出版社。
- 黃源協、陳伶珠、童伊迪 (2004)。個案管理與照顧管理。臺北：雙葉出版社。
- 楊培珊、王潔媛、林明璇 (2005)。推動小型老人養護機構社工服務方案經驗分析。社區發展季刊，110，P321-339。
- 劉淑娟、葉淑娟、葉淑鳳、徐慧娟、廖彥琦、周世珍、蕭仔伶、謝佳容等 (2007)。長期照護 (一版，4 頁)。臺北：華杏。

- Audit Commission and social Services Directorate (2004), *Old virtues, new virtues*. London: Audit Commission.
- Booth, M., Fralich, J. & Saucier, P. (1997), *Intergration of acute and long-term care for dually eligible beneficiaries through managed care*. Portland, ME : Muskie School of Public Service, University of Sounthern Maine.
- Bowers, B.J., S. Esmond & N.Jacobson (2000), The relationship between staffing and quality in long-term care facilities : exploring the views of nurse aides. *Journal of Nursing Care Quality* 14 (4):55-64.
- Easterbrook, L. (1999), *When We are Very Old: Reflections on Treatment Care and Support of Older People*, London: King's Fund.
- Eaton, S.C. (2000), What a difference management makes ! Nursing staff turnover variation within a single labor market. *Appropriateness of Minimum Nursing staffing Ratios in Nursing Homes, Phase Final II Report* 5.1-5.64. Washington : U.S. Department of health and Health and Human Services.
- Harris-Kojetin, L., Lipson, D., Fielding, J., Kiefer, K., & Stone, R. I. (2004), *Recent findings on frontline Long-term care workers: A research synthesis 1999-2003*. Monography prepared under contract # 10001-0035, U.S.Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Washington, DC: American Association of Homes and Services for the aging.
- IOM (INSTITUTE OF MEDICINE) (2001a), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21ST Century*, Washington DC, National Academy Press.
- Kane, A., Rosalie, Kane, L Robert & Ladd, C. Richard (1998), *The Heart of Long- Term Care*. New York Oxford University.
- Lester, H. Birchwood M., Tait, L., Shah, S., England, E. & Smith, J. (2008), Barriers and facilitators to partnership working between early intervention services and in the voluntary and community sector. *Health and Social care in community*, 16 (5), 493-500.
- Mattke, S. (2004), "Monitoring and Improving the Technical Quality of Medical Care: A New Challenge for Policymakers in OECD Countries", *Toward High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD Health Project Series, Paris.
- Mickus M., C.C. Luz & A. Hogan (2004), *Voices from the front: Recruitment and Retention of Direct Care Workers in Long-Term Care ACROSS Michigan*. Lansing, MI : Michigan State University.
- OECD (2005), Chapter 4 Monitoring and Improving the Quality of Long-term Care, in *The*

- Long-term Care for Older People*. The OECD Health Project
- Oko, J. (2008). *Understanding and Using Theory in Social Work*. Glasgow: Learning Matters Ltd.
- Payne, M (2002) *Management*. In Adams, R, Dominelli, L and Payne, M (eds) *Critical practice in Social Work*. Basingstoke : Palgrave.
- Parasurman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L., (1985) .A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, Vol. 23,44-74.
- Stone, I. Robyn, 2006, “Emerging Issues in Long-Term Care.” Pp.397-418 in Robert H. Binstock and Linda K. George (eds.), (2006), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (sixth edition) San Diego: Academic Press
- Stone, R. I., (1999), Frontline workers in long-term care: Research challenges and opportunities, *Generations*,25 (1), 49-57.
- Stone, R.I., & Wiener, J. M. (2001), *Who will care for us? Addressing the long-term care workforce crisis*. Washington, DC : The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the aging.
- Stone,R.I.,Dawson, S. L.,&HaRAHAN, M.F (2003), *Why workforce development shold be part of the long-term care quality debate*. Washington, DC: American Association of Homes and Services for the aging.
- Weiner, A. S., & Ronch, J. L. (eds) (2003), *Culture change in long-term care*. New York: Haworth Press. Inc.