

南 華 大 學
應用社會學系社會學碩士班
碩士論文

失能老人在社區與機構照護模式之比較

Comparison between Community
caring model and Institutional
Caring model of Debilitated Elders

研 究 生：林穗燕

指 導 教 授：齊偉先 博士

中 華 民 國 106 年 12 月

南 華 大 學

應用社會學系社會學碩士班 碩 士 學 位 論 文

失能老人在社區/機構照護模式之比較

研究生： 林穗燕 林穗燕

經考試合格特此證明

口試委員：

陳建州
陳伯偉
翁壽先

指導教授：

翁壽先

系主任(所長)：

劉素珍

口試日期：中華民國 106 年 12 月 18 日

失能老人在社區與機構照護模式之比較

摘要

本研究是從社會資本的角度，探討失能老人在社區照護與機構照護二種模式間之差異，包括組織結構、服務管理性質、服務對象屬性，及對社會照顧脈絡的研究發展潛力和新方向。現代人壽命越來越長，在家庭網絡與社會參與缺乏之下，重度失能者很容易被送入機構式照顧。目前台灣社區在地老化及機構式的兩種照顧模式，分立而並存，看似矛盾卻又共生，引發研究者的研究動機，試圖比較社區與機構兩者不同的照護模式的優劣及結構性條件。研究結果顯示，社會網絡權力結構等現象的反省與解釋，不論財團公立長期照顧機構，家庭動力權力、溝通、互動、關係越高者，享受社會福利政策越低；反之，則享受社會福利政策愈高。因此，家庭有經濟醫療需求及各方面支持網絡時，服務對象才有可能獲得連續的照護服務，可使主要照顧者避免有沉重的身心與財務壓力負荷。

機構照護模式屬替代性服務，可完整取代家庭照顧及社區照顧；社區照顧模式屬協助性、支持性服務，需結合家庭支持才會完整。因此，社區式乃是支援性、協助性照顧模式；機構式是替代性照顧模式。無論財團法人、立案機構、私人機構照顧模式，三者內外環境特質皆兼具經營型式，同時具有社會型與醫療型兩者的功能。由優勢看來，財團法人機構則是落實公權力之執行，保障服務對象就養居住安全與權益、設備充足、專業團隊、補助費用、社會支持網絡及社會資源相互為用；至於私人養護機構則是豐富的照顧經驗，舒緩家庭照顧者之壓力、情緒、增進專業知能及具有在地社區機構化功能；而社區照顧模式較其他兩種經營優勢為社會支持網絡凝聚力高、家庭照顧者休息的機會、增進服務對象社會活動參與、課程多元化、保障生存權益、收費低廉、專車接送及市場投入者增多。在劣勢方面，財團法人機構則是面對家庭結構改變，家屬惡意遺棄增多的困境。私人養護機構與社區照顧模式皆缺乏醫療體系背景，而場地限制及私人機構給人的既定負面印象。本研究除了以上的比較發現外，也依據研究結果提出一些建議。

關鍵詞：失能老人、長期照護、社區式照顧、機構式照顧、社會資本、社會照顧

Comparison between Community caring model and Institutional Caring model of Debilitated Elders

Abstract

This study investigated the differences between two care models of debilitated elders, community care and institutional care, from the perspective of social capital. The organizational structure, the nature of service management, the attribute of people who were served, as well as the potential and new direction in terms of the development of social care are mainly examined in this paper. Nowadays, the life expectancy of people in Taiwan is on the increase; however, due to the lack of family network and social participation, those severely debilitated persons are easily sent to institutional care. Currently both care models of elder people coexist without connection with each other in Taiwan. This motivates the researcher to compare the pros and cons, as well as structural conditions, between both different models of care in the community and institution. The findings show that those who have more family mobilization and power, communication, interaction, and relationship would have less services of the social welfare. Conversely, their counterparts have more. Therefore, families being lack of economic and medical resources would be able to obtain constant care services, preventing from heavy physical, mental and financial stress.

Institutional care model is an alternative service that can completely replace family care and community care; community care model is an assistant and supportive service that is not complete until it incorporates with family support. Community care model is an assistant and supportive care model, while the institutional care model is an alternative care one. Regardless of the model types, all care models having social and medical functions are now more subjective to financial management. This paper examined three kinds of care organizations: two institutional model – those of foundation organizations and private institutions, and one community care model. With respect to advantages, the foundation organization is able to enforce public power, guaranteeing the safety and rights, and interests of the clients who are served. It also has better adequate equipment, professional team, more subsidies, stronger social support networks and social resources utilized for each other. As concerning private caring agencies, they have more caring experiences in terms of

relieving the pressure and emotion of home caregivers and enhancing professional knowledge. The community care model, better than the other two, is able to build up a social supporting network with the advantages of higher cohesiveness, providing opportunities for family caregivers to take rests, enhancing participation of the subjects in social activities, having diversified courses, protecting the rights and interests of subsistence, lowering fees and charges, and increasing shuttle service and market investors. As regards disadvantages, the foundations are facing with changes in family structure and increased malicious abandonment by family members. Both private care service providers and community care modes are lack of healthcare system backgrounds, while the restricted space and private institution have negative presupposed impressions. In addition to the above comparative findings, this study also made some suggestions based on the research results.

Keywords: Debilitated elders, Long-term care, Community care, Institutional care, Social capital, Social care



目 錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機與目的.....	2
第三節 研究方法.....	4
第四節 研究場域與研究對象.....	5
第五節 研究倫理.....	7
第二章 文獻探討	8
第一節 我國失能老人的身心照護的現況.....	8
第二節 高雄市長期照顧機構之發展與現況.....	9
第三節 社會資本理論觀點及相關研究.....	27
第四節 失能老人自主權的探討.....	28
第三章 結構框架下的資源動員	30
第一節 政府福利政策與制度影響下的資源分配.....	30
第二節 社會關係資源的動員.....	41
第四章 照護條件及照護品質	64
第一節 日常生活安全設施設備.....	64
第二節 心理健康特質.....	70
第三節 照護服務品質.....	79
第五章 結論與建議	100
第一節 研究討論.....	100
第二節 研究建議.....	107
第三節 檢討與未來展望.....	110

參考文獻	113
一、中文文獻.....	113
二、英文部份.....	119
附錄	121
附錄一：訪談問卷同意書.....	121
附錄二：訪談問卷基本資料.....	122
附錄三：個案紀錄文件資料分析.....	127



表目錄

表 1 受訪者資料表(本研究自行整理).....	6
表 2 長期照顧 1.0 與 2.0 失能老人評估等級(八級)區分	9
表 3 長照 1.0—服務內涵及輸送體系.....	11
表 4 長照 2.0 服務體系建構 ABC 三級架構.....	12
表 5 本研究所採用長期照護機構式照護模式之分類.....	17
表 6 長期照顧機構之服務人力配比.....	18
表 7 服務對象照顧需求的程度從輕到重是：日照中心→安養機構→老人照顧 中心（養護型）→老人養護中心（長期照顧型）或護理之家	21
表 8 研究者針對實務經驗將失能老人在社區與機構照顧模式的差異整理 ...	106



第一章 緒論

第一節 研究背景

台灣預計 2025 年進入超高齡社會，但檢視現行的長照服務量能卻明顯不足，再加上生育率低、家庭結構改變，使得傳統的照顧模式逐漸淡薄，若不加速建構長期照顧資源，就無法趕上人口老化速度，會造成許多社會問題。根據行政院內政部統計處資料，高雄市 65 歲以上老年人口，在 105 年 12 月底已達 373,604 人，占總人口數之 13.44%，呈現快速成長趨勢，而且因老化、身體功能逐漸退化，其日常生活起居往往需要不等程度之協助與照顧。在傳統社會文化背景下，大多由子女或配偶擔負起照顧責任，但由於家庭結構變遷，當家人無法承擔照顧角色時，將需接受照顧的長輩送至長期照顧機構則成為家屬的另一項選擇。

目前台灣的護理之家主要有兩種型態，一為醫院附設的護理之家，二為獨立型態的私人護理之家並由當地衛生局管轄。長期照顧機構主要有兩種型態，一為法人設立的財團法人長期照顧機構，二為獨立型態的私人長期照顧機構且由當地社會局管轄。至 105 年底，高雄市合法立案之老人長期照顧機構計有 154 家，護理之家有 69 家，為了避免長期照顧機構的照顧品質良莠不齊、未享受權益及安全保障，進而影響到服務對象在接受整體性的社會照顧服務，應對機構長期照顧品質給予監控與管理提升，保障服務對象權利，使能得到完善的整體性社會照顧。因應人口結構快速老化，失能人口及長期照護需求增加，目前相關服務措施，除了照顧失能長輩也要兼顧健康長輩的需求，提供長輩健康促進活動，以減緩長輩進入失能照顧服務，因此，本文從失能老人的照顧需求為出發點，建構多層級的失能老人照顧安全網絡。

依據高雄市 2013 年老人生活狀況與需求的調查研究，當老人無法照顧自己的時候，希望自己的居住方式，有近 61% 的老人希望選擇住在家中，只有 3.56% 的老人選擇機構。因此居家式、社區式與機構式的照顧模式，即為照顧規劃的重點方式。目前高雄市已有近 5,500 位老人使用居家服務，是全國使用人數最多城市。因應即將上路的「長期照顧 2.0」服務對象從 4 類擴大為 8 類，服務項目從 8 項擴充為 17 項，已大幅提昇照顧服務能量，長照服務全部佈建完成。隨著家庭結構的改變，少子女化的社會現象，家庭照顧人力減少，家庭應負起照顧功能的下降，長期照顧已為社會問題。但社會資源有限，必須有正確的分配才能使長期照顧者得到應有的照顧。因此，本研究將透過社會資本的觀點，實際了解與探討對社區與機構式照顧之需求，期望本研究之結果，能提供長期照顧

者及相關單位正式或非正式的實質幫助，以使得失能老人在社區與機構式照顧服務，不僅能提供生活醫療照顧之需求，且避免剝奪人民追求幸福的權利，也能協助並減輕主要照顧者在照顧過程中的沉重負荷。

第二節 研究動機與目的

研究者在工作之初，心中常想到，那些將失能長輩安置於護理之家或養護機構的家屬，雖無需負擔實質照顧之責任，但其經濟面也會造成負荷。然而，當我工作時間越久與失能長輩之家屬接觸的經驗越多，卻開始發現這些失能障礙者的家屬，不論是子女或是平輩的手足，對於將失能障礙家人安置於機構或社區照顧，內心的複雜絕非三言兩語可以道盡。尤其安置於機構照顧的服務對象而言，大多數都將在機構內度過餘生，更加深了對生命的絕望。在此場域脈絡觀察中，失能與工作人員同為環境中的主人，彼此之間的關係，像共同生活的家人，而真正有血緣關係的家屬，卻往往成為偶一探望的客人。老人長期依賴照顧服務人員，卻在照顧服務人員的素質參差不齊、服務不夠溫柔周到下，而造成老人們的痛苦，心理上大部分敢怒不敢言，且機構中較缺少同理心的人員，加上薪資少福利不佳，工作繁重而更加重了問題的嚴重性。致使研究者本人進入老人照顧服務工作後，深刻體認以照顧服務對象就是照顧自己家人的信念來鞭策自己與工作伙伴，努力建立像家的居住環境，用心關懷每一位服務對象與家屬需求，提供高品質的服務。研究者帶著這樣工作經歷與生命體驗，開始進行碩士論文的收集與撰寫。台大健康政策與管理研究所教授吳淑瓊在行政院研究發展考核委員會研討會議指出，在歐美國家已發展出消費者導向的服務系統，包括：居家服務模式、社區服務模式和機構服務模式，但是台灣不論在居家和社區服務上，所能提供的服務方案並不多。2011 年台大公共論壇舉辦「推動長照面臨的困境與挑戰」座談會台大社工系教授林萬億表示說，現行照顧機構品質參差不齊，區域資源不平等，機構價格落差等，都是目前台灣長照面臨的問題。研究者在機構服務中聽到長輩家屬及朋友常提起，機構照顧費用比較貴、成本較高，社區照顧比較人性化，並認為去機構化是未來的主流。但是長照法案真的試圖提供大量的、可近性的、優質的、平價的服務嗎？值得我們去反思！

依據行政院經建會（現已組改為行政院國家發展委員會）最新的人口統計，在 2020 年我國將邁入高齡社會 65 歲以上人口將佔 14%；到了 2045 年將達到 20% 的高齡人口，成為世界上第二個超高齡的國家。目前台灣長照體系人力資源不足、過於依靠外籍看

護，加上提供的服務不夠多元，資源整合尚待加強，如政府必須投入更多心力，建立健全長照體系。在臺灣，長照機構特別是與市場營利提供者共存的——非營利者（財團法人老人機構、財團法人醫院附設護理之家）只占總體數量的一成，其餘九成皆為私立營利機構。由於長期照顧屬於社會照顧福利制度，其中社區式照顧著重於服務對象自主訓練、家庭情感支持；而機構式大多著重於老人身體的照顧及日常生活活動的協助，尤其私人小型機構中較欠缺活動及社交的安排，很容易導致服務對象身體功能快速退化。機構式照顧又區分財團法人與小型私人機構，經營者卻在經營管理機制上卻以市場導向的盈餘為永續經營的基石，導致服務使用者享受不到平等待遇，並缺乏有效的因應策略和支持性的福利政策，亦是值得重視及關心的課題。

長期照顧服務分為居家、社區及機構式，但根據過去幾年研究發現，老人一旦被送到機構，就會快速老化，因此國際普遍共識是盡量不要把老人送到機構；但台灣實際情況是，需要長照的老人約六成都住在機構，其餘才分散於社區或家庭中。

目前全民健保主要以急性醫療照護為主，在長期照護部份雖亦涵蓋了居家護理、慢性住院、精神病人日間照護、社區復健中心、中途之家、安寧療護、呼吸照護病房、居家呼吸照護等有關長期照護服務之給付；但其中居家照護限於技術性護理服務(含護理之家、養護機構之專業護理照護)，且給付範圍十分有限，僅包括醫師到家診療、技術性護理、居家安寧療護，且尚未給付居家復健治療、居家營養等服務項目(李玉春，2009)。然而，居家式和社區式照顧服務，相對於機構式照顧，一方面因為發展時間短，資料有限，一方面服務提供者以私人資本為主（除了居家護理），在市場化的面向上，兩者有同樣的性質，此外，居家式和社區式照顧服務提供者，又時常和機構式照顧提供者重疊，為了簡化分析對象，本研究將分開處理社區式照顧與機構式照顧分析和討論之間影響差異性。

基於上述背景和動機，本研究主要進行失能老人在社區與機構照護模式之比較。本研究目的有二：

（一）、探討失能老人在社區與機構兩者不同的照護模式中，在照護成效上呈現有何差異性？若兩者間存在不可取代性，那不可取代性在哪裡？

（二）、從社會資本的角度分析社區與機構兩者不同的照護模式，是否產生階級不平等的社會公義問題？

第三節 研究方法

為達成研究目的，本研究擬定研究計畫採用質化研究法。其研究者以參與觀察者的角色進入研究場域，用半結構深度訪談方法，收集失能老人與其照顧者、決策者對照顧服務選擇方式及決定過程之資料。進行相關文獻之蒐集與整理，並進而決定研究架構，經參與觀察、深度訪談和及文件資料蒐集三種方法後，進行資料分析，依據質性研究「深度訪談法」訪談從事於不同長期照護的各專業人員數位，及數位實際有長期照護需求個案的照顧者。為探討失能老人入住不同機構照護模式之比較，本文整理運用其中「參與觀察」、「深度訪談」、「文件資料蒐集」分述如下：

一、參與觀察

由研究者投身自然環境，從整體的脈絡和當事人的角度，去理解事情或行動對個人及整體的意義。本研究基於照顧情境與溝通問題的複雜性，為了增加研究者對照顧情境中多角溝通問題的瞭解與掌握，因此擬搭配採取「參與觀察法」，以深度訪談的進行及內容的深度。親自參與機構人員與長輩互動重要的過程，藉此可以觀察到機構環境的安全、合適性、機構照護的實際狀況，以及機構中被照護者的生活品質等。

研究者與住民、家屬及工作人員的關係因已建立多年，很快的融入機構，觀察住民、家屬及工作人員。因此，對於社區與機構照顧是否產生階級不平等的社會公義問題、入住長期照顧機構的住民及其家屬的需求、長期照顧社區與機構服務照護成效上呈現有何差異性，研究者均試圖深入的瞭解，並獲取本研究所需的資料。

二、深度訪談

Miller and Crabtree (1992) 指出質性研究的資料蒐集方式，主要可經由觀察、錄製及訪談三種方式取得。Malhotra (1993) 認為深度訪談法是由面談者使用非結構性、直接的方式與受訪者接觸，是一種單獨的、個人的互動方式，用來發覺受訪者基本的動機、信念、態度等。在深度訪談的過程中，訪談者應儘可能使用最少的提示和引導問題，鼓勵受訪者在一個沒有限制的環境裡，針對訪談主題儘可能談論自己的意見。

本研究以高雄市 6 家社區與機構之住民及家屬之相關工作人員為研究對象，使用半結構式的訪談大綱進行研究資料之蒐集，訪談大綱參見附錄二。依據訪談法的類型而言，屬於開放式訪談指引法，必須預先設定訪談主題，準備好題綱，再視訪談當時狀況決定問題順序及遣詞用字，以蒐集相關研究資料。

三、文件資料蒐集

研究者從研究場域情境去了解研究對象，再藉由個案紀錄文件資料分析、觀察、訪談所得到的資料，作整理、歸納與分析，進而探索問題的真相，其參見附錄三。

第四節 研究場域與研究對象

研究之場域以高雄市為主，在社區與機構照顧單位中尋找願意參與研究的家屬及機構工作人員，為讓研究對象具有代表性，本研究對象之家屬（也就是住民）至少入住機構半年，且本研究對象必須為時常（每週至少三次）來機構探訪住民，研究者認為這樣的家屬較能有建設性的回答，也較具代表性。最後分別在社區型與機構型中個別找到幾位家屬願意參與研究。

（一）失能老人：失能老人為年滿 60 歲，巴氏量表 70 分（含）以下之長者，能使用國、台語溝通且意識清楚者。訪談選擇標準上針對於本研究主題有對入住社區與機構式照顧老人的主觀感受、對於家人作此決策的過程感受的失能長者，其哪一種照護方式適合老人家所接受其觀點。

（二）主要照顧者或決策者：家中主要照顧失能老人之家屬或家中具有作成長期照顧福利服務決定之家庭成員，訪談選擇標準在家屬安置老人於社區與機構式照顧的經驗與感受。

（三）機構工作人員：本研究在受訪對象的選擇上，以長期照顧機構實際從事內部工作人員並具備實務臨床經驗並與家屬及住民互動關係良好。研究者除對於長照機構主管進行訪問外，同時亦訪問一線人員以了解照顧品質管理的改變對他們的影響。在研究者有限的經費與時間的考量下，研究者採立意取樣的方式，訪問熟識的高雄市長照社區與機構式的機構工作人員，並以第一線工作人員與機構主管為訪談對象。

研究者在選擇樣本時，先與機構單位的負責人說明研究的目的、收案標準、期望的個案類型（如住民老人的女兒、兒子或配偶等），以及研究的過程，在取得該機構負責人同意之後，研究者透過負責人的介紹，與個案進行接洽，在適當充分的說明研究相關過程之後，個案若是同意參與此研究，則簽下研究同意書，並與個案、家屬及工作人員約定訪談時間。

本研究之取樣，初期訪談一至兩位社區與機構老人之家屬，作為試訪對象。可以讓研究者發現原本並不清楚或甚至忽略的層面與問題，還可使研究者測試訪談指引的問題

是否能收集到與研究主題相關的資料，並精練研究者的訪談技巧及情境控制的能力 (Denzin & Lincoln, 1998)。接著進入正式訪談階段，此階段針對機構中老人家屬在安置老人的經驗作開放性深度的訪談。訪談之後立刻進行資料分析，當這些主題未再發現新的特質，則停止收案。且根據高雄長期照顧型態抽樣屬性比例以私人養護機構且包含護理之家機構共 201 家；財團法人共 13 家、日照社區式共 17 家等此基礎上訪談 7 個家庭，其中包括 7 位失能老人或家屬及 7 位工作人員，分別為 8 位私人機構（4 位護理之家，4 位養護機構），2 位日照中心，3 位財團法人機構（1 位綜合型、1 位日照型，1 位養護型）。

表 1 受訪者資料表(本研究自行整理)

代號	機構型態	職稱	年資
A	小型護理之家（全日型）	機構主任	16 年
B	小型護理之家（全日型）	護理師(一線人員)	8 年
C	小型護理之家（全日型）	家屬	4 年
D	小型護理之家（全日型）	家屬住民	3 年/8 個月
E	私立養護機構（養護型）	機構主任	3年
F	私立養護機構（養護型）	家屬	18 個月
G	私立養護機構（養護型）	機構主任	9 年
H	私立養護機構（養護型）	家屬	1年
I	基金會附設日間照顧中心（社區型）	社工主任	10 年
J	基金會附設日間照顧中心（社區型）	家屬	2 年
K	社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）	社工人員	6 年
L	社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）	家屬住民	1年
M	財團法人附設養護機構（養護型）	社工人員	5 年
N	財團法人附設養護機構（養護型）	家屬	3年

第五節 研究倫理

本研究取得訪談長照機構相關主管同意，在邀請研究對象參與此研究時，先提供研究之相關資訊及告知訪談需錄音，讓有意願者慎重考慮決定是否參加。在正式訪談前，詳細說明研究內容，並保證收集的資料與訪談內容不會顯示受訪者的姓名及個人隱私資料，僅以機構類別編碼排序，內容僅提供學術研究參考使用，將來發表研究結果時身份仍將保密絕不外洩，受訪者亦須簽署同意書後才能參與本文研究。在研究過程中若有任何疑問，受訪者可隨時與研究者反應，會再進一步說明或協助。

研究者以公正客觀原則，妥當蒐集處理之資料，對於研究內容與背景交代清楚後，結論依事實情境狀況呈現。整個研究過程中同意參與的協議，是容許改變的，受訪者亦隨時提出退出本文研究，必會尊重受訪者之決定與意願，其各項研究資料、紀錄必會妥善保存與處理，以便日後再分析之用。退出研究後，其之前被收集的資料不加以分析且銷毀錄音等相關資料。一切以保護、保密及不傷害研究參與者為最高原則。

第二章 文獻探討

本研究從社會資本的觀點分析失能老人在社區與機構照護模式之比較，因此本研究之文獻全章分成四節：

第一節 我國失能老人的身心照護的現況

壹、失能老人（Debilited Elderly）的定義

依據聯合國世界衛生組織於 1980 年所提出的疾病病程及分類概念之界定：當個體的日常生活功能因疾病下降，導致其日常生活活動，如用餐、穿衣或穿鞋、整理儀容、走動、上下床、淋浴、如廁等。或使用電話、前往步行無法到達處、上街購物、準備三餐、處理家務、自行服藥、處理金錢等，有所限制甚至需要他人協助或完全依賴他人時稱之。在其依據我國老人福利法第二條定義年滿 65 歲以上之人稱為老人。國民健康署調查發現，65 歲以上的老人在進食、洗澡、穿脫衣服等生活自理有困難的比例近 2 成 (17.4%)；85 歲以上的老人失能率則高達一半，其中又以女性失能率較高，年長女性需要被人照顧的時間平均長達 8.2 年，高於年長男性的 6.4 年。三失係指失依、失智、失能的老人，當身心功能受損導致日常生活需仰賴他人協助，並經由巴氏量表【日常生活活動功能表 ADL】評估應符合失能標準者，以及不同障別認定的標準評量符合失能標準者，是社會所需正視並給予協助及關照的弱勢老人。

以長期照護需求的觀點來看，失能率的重要性已超過死亡率。一旦老人家失能，就必須投入大量的人力和物資照護，牽動的不只是整個家庭，連帶整個社會是否也需提供足夠的照護資源。失能到死亡的時間越長，長照的需求就越大。老人家的年齡每增加 5 歲，死亡率就會增加 50%，而每增加 10 歲，就會提高 50%-100% 的失能率。失能的程度又分為輕、中、重度，可以透過巴氏量表來做簡單的判斷，或是參考老人家失能七大警訊，來觀察家中長輩是否已出現失能情況。輕度失能大概是需要他人協助上床、吃飯、洗澡的程度，一般的社區式日照機構即可收容；重度失能則為臥床、插管，需要專業的護理照顧，較為適合護理之家及養護機構的機構式照顧。

貳、老人的身心狀況

依據老人福利法及身心障礙者保護法之規定，身心障礙老人是指同時具老人與身障者之雙重身份，因身體的機能隨著時間逐漸退化並加上生、心理上帶有殘缺之人(內政部社會司，2008)。身心障礙老人在社會上是不可否認的弱勢族群，在現實的生活是針

對大多數的一般人而設計的，而忽視卻社會中這群身心障礙的老人，社會大眾應學習接納並給予身心障礙老人一個能擁有公平的機會來參與社會的生活，及享有社會資源。

表 2 長期照顧 1.0 與 2.0 失能老人評估等級(八級)區分

長照 1.0	長照 2.0		
失能等級	CMS 等級	長照 2.0 失能等級	補助額度 (包裹式支付)
輕度	第 1 級(不給付)	無失能	
中度	第 1a 級	失智	
重度	第 1b 級	衰弱	
	第 2 級	輕度	8,350 元/月
	第 3 級	輕度	12,880 元/月
	第 4 級	中度	15,480 元/月
	第 5 級	中度	20,080 元/月
	第 6 級	中度	23,390 元/月
	第 7 級	重度	26,740 元/月
	第 8 級	重度	30,150 元/月

參考資料來源：衛生福利部

第二節 高雄市長期照顧機構之發展與現況

高雄市長期照顧機構乃結合衛生與社政單位部門共同負責掌管，其橫向協調聯繫主要透過長期照顧管理中心運作。隨者高齡化時代來臨，高雄市也同樣有人口快速老化的狀況，根據內政部統計指出，台灣至 2015 年 8 月底止，高雄市 65 歲以上人口已達 342,555 人，佔本市總人口數 12.32%，目前本市老人人口數每年以 1 萬 6000 人增加。高雄市近 5 年老化趨勢可見近年來老年人口比例已逐步超越全國，於六都中排名第三，僅次於台北市和台南市。高雄市 38 區行政區中老化最嚴重行政區分別為田寮區、美濃區及杉林區，老年人口比例分別高達 26.17%、22.60%及 20.13%，已達超高齡標準，另外，旗山、六龜、內門、前金及鹽埕老年人口比例也近 20%，為因應高齡化社會老人

長期照顧之需求，落實社區照顧功能及在地老化政策，並減緩照顧者照顧壓力，減輕家庭照顧經濟負擔，社區照顧在政府 96 年推動長期照護十年計畫，訂定了居家服務、日間照顧等相關機構的使用對象條件、服務項目及補助方案等政策。就是要協助子女面對照顧失能老人的困境。

目前高雄地區養（安）護機構：147 間/7215 床；護理之家：67 間/4441 床；居家護理 69 間；居家服務：32 間；日間照顧：17 間(含失智)；送餐服務：50 間；家庭托顧所：3 處(1 單位)；交通接送：145 車輛(1 單位)；社區關懷據點：205 處，2016 年每一鄉鎮市至少有一個單位提供服務。為積極推動日間照顧服務，內政部自 97 年度爭取公益彩券回饋金補助中華民國老人福利推動聯盟辦理日間照顧輔導擴點計畫。鑒於民眾普遍缺乏對於日間照顧服務認知，致未能充分使用日間照顧服務資源。為加強宣導，99 年度業以平面宣導單張，提供各縣市長長期照顧管理中心、衛生局、區公所等，作為宣傳之用。99 年將以個案及個案家屬的真實故事為基礎，拍攝宣導 DVD 提供相關單位廣為宣導。但是，日間照護機構的推廣遇到很多的困境，由於經費與成本的問題，出院時醫院未有多餘的人力去社區推擴，造成許多人目前尚不清楚了解日間照護機構的定義，再來政府對日間機構使用者的補助條件限制，造成使用人數不多。所以，日間照顧入住使用資格審查有限，一直無法普及，究竟是機構式的競爭、宣導形式、資訊提供不充足、或是收費等因素所影響，值得探討。

由以上資料並藉由數據我們可以看出，高雄市機構式的照護以非社團法人小型護理之家及養護機構為主。民眾會選擇社區與機構式照護服務的原因非常多元，有的是家庭照護人力有限、經濟考量、服務資源資訊不足、及傳統社會觀念。如果能釐清這些原因的影響次序，適時作出調整，對於服務使用及改善失能老人生活品質具有相對性的重要價值。

壹、台灣長期照顧制度的發展

台灣的機構式照顧在 1980 年代是以救濟收容機構為主，當時老年人口比在 4% 以下，而照顧責任歸屬個人與家庭，收容機構為家庭之外唯一的長照資源。1980 年老人福利法明定四類老人福利機構：扶養機構、療養機構、休養機構、服務機構，其中療養機構以療養罹患長期慢性病或癱瘓老人為目的，可說是台灣第一個法定的長期照護機構，但當時此類機構未快速發展，而是將資源投入其他三類老人福利機構。

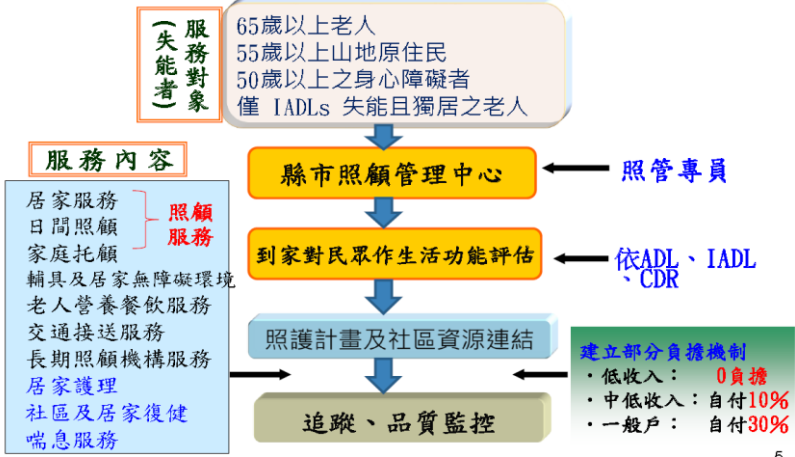
1989 獨立型養護中心設立（台灣省老人養護中心），而入住條件為能夠自理生活之老人。此際，長期照護和療養機構的關係為等號，所服務的對象為貧困無依的老人。由

台灣的未立案機構最早出現於 1985 年，意味著一般老人對於長期照護的需求成長，並非只限於濟貧型態，這些未立案機構在 90 年代的發展，其所引導出的品質、安全問題，顯示決策者未能預見社會需求，且未能及早規劃台灣的機構式照顧。台灣於 1991 公告醫療發展基金申請作業要點，鼓勵民間設置慢性病床，1993 年公佈護理機構設置標準，法定三類長期照護相關護理機構，包含護理之家、日間照護、居家照護機構三類機構。由於小型未立案養護機構因民間大量需求而快速增加，1997 修訂老人福利法，乃有鑑於品質低落、火災頻傳，是以約束機構為此次修法之重點。於公佈兩年後實施。1998 年改變機構補助政策，不再補助安養機構、興建，改以輔導養護機構，統籌社區資源，打破以往傳統的濟貧觀念。

1980 年老人福利法公布實施前，台灣地區安養機構的設立再次大量增加。於 1994 年組成長期照護規劃小組，並在 1998 年行政院「加強老人安養服務方」及衛生署「老人長期照護三年計劃」；因人口結構變動趨勢長期照顧有逐漸重要，在 2000-2003 年行政院社會福利推動小組：「建構長期照護體系先導計畫」；並在 2007 年推動長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫；為了提升長照量能進而推動長照服務網，2015 年 6 月公布長照服務法，2017 年施行，在 2016 年 11 月 1 日開始試辦推動「長期照顧十年計畫 2.0(106 年-115 年)」。且為了彌補 1.0 的限制，並因應高齡化社會，建立優質、平價、普及的長照服務體系，實現在地老化。將原本長照 1.0 推展長照 2.0，將 8 項服務擴充到 17 項服務，以服務更多社區裡的失能和失智長者。由長照據點社區整合型服務中心(A 級)、複合型服務中心(B 級)、巷弄長照站(C 級)等單位來共同建立出社區整體的照顧模式，更能落實長者在社區內在地照顧的目標。

我國長照十年計畫之內容，以弱勢優先為政策施政原則，服務對象有四大類，透過各縣市照顧管理中心評估後提供各項服務。長照 1.0—服務內涵及輸送體系如下：

表 3 長照 1.0—服務內涵及輸送體系



參考資料來源：衛生福利部

長照 2.0 服務體系建構 ABC 三級如何區分及推動社區整體照顧模式，研究者整理如下說明：長照 2.0 社區整體照顧體系核心精神所在。

表 4 長照 2.0 服務體系建構 ABC 三級架構

照顧體系 要件	A 級-社區整合型服務中心(長照旗艦店)	B 級-複合型服務中心(長照專賣店)	C 級-巷弄長照站(長照柑仔店)
服務對象	①65 歲以上老人②55 歲以上山地原住民③50 歲以上身心障礙者 ④65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人。⑤50 歲以上失智症患者 ⑥55-64 歲失能平地原住民⑦49 歲以下失能身心障礙者 ⑧65 歲以上衰弱(frailty)老人		
服務項目	1.照顧服務(居家服務、日間照顧、家庭托顧)2.居家護理 3.居家復健 4.送餐服務 5.交通接送 6.輔具服務 7.喘息服務 8.機構服務 9.失智症照顧服務 10.原住民族地區社區整合型服務 11.小規模多機能服務 12.家庭照顧者支持服務據點 13.成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站(ABC)14.社區預防性照顧 15.預防失能或延緩失能之服務 16.出院準備服務 17.居家醫療		
申請資格	1.公立機關(構)。 2.以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。	1.以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。 2.老人福利機構(含小型機構)、身心障礙福利機構。 3.醫事機構。 4.社會工作師事務所。	1.以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。 2.老人福利機構(含小型機構)、身心障礙福利機構。 3.醫事機構。 4.社會工作師事務所。 5.其他(如社區照顧關懷據點、社區發展協會、村(里)辦公室、老人服務中心、樂智據點、瑞智互助家庭等。)
申請要件	須接受直轄市、縣	須接受直轄市、縣	有意願投入社區照顧服務

	(市)政府補助(或委託)辦理居家服務及日間照顧服務。	(市)政府補助(或委託)辦理長期照顧服務。	之單位。
場 域	<ul style="list-style-type: none"> ●醫院/綜合醫院 ●小規模多機能/日照中心 ●護理之家/衛生所 ●偏鄉長照據點 	<ul style="list-style-type: none"> ●日間托老據點衛生所 ●物理治療所/職能治療所 ●診所/社區醫療群(醫師) 	<ul style="list-style-type: none"> ●居家護理所/居家服務提供單位 ●社區照顧關懷據點/農漁會/社區發展協會/村里辦公處/社會福利團體等 ●衛生所/樂智據點
服務特色	<p>◎建立在地化服務輸送體系,整合與銜接B級與C級資源。</p> <p>◎依該區域長期照顧管理中心擬定之照顧計畫進行協調連結照顧服務資源。</p> <p>◎提升區域服務能量,開創當地需要但尚未發展的各項長期照顧服務項目。</p> <p>◎資訊提供與宣導。</p> <p>◎透過社區巡迴車與隨車照服員定時接送,串連 A-B-C 服務。</p>	<p>◎提升社區服務量能</p> <p>◎增加民眾獲得多元服務,目前在社區提供相關長期照顧服務之單位,除提供既有服務外,且擴充功能辦理其他類型之社區式長照服務。</p>	<p>◎提供具近便性的照顧服務及喘息服務</p> <p>◎向前延伸強化社區初級預防功能</p> <p>◎就近提供社會參與及社區活動之場域。</p> <p>◎提供短時數照顧服務或喘息服務(臨托服務)、營養餐(共餐或送餐)、預防失能或延緩失能惡化服務。</p>
人力配置	1.提供長照服務應依老人福利服務提供者資格要件及服務準則辦理。	1.提供長照服務應依老人福利服務提供者資格要件及服務準則辦理。	社區式日間照顧服務提供單位應依下列規定配置工作人員：一、護理人員或社會工作人員至少一人。

	2.為協助服務使用者協調連結照顧服務資源、辦理社區巡迴接送服務，應增置專業人力 2 名及司機 1 名。	2.複合辦理多元服務項目，應增置專業人力 2 名。 3.如區域內無 A 級單位，辦理社區巡迴接送服務，應增置司機 1 名。	二、照顧服務員： (一)失能老人日間照顧服務：每照顧十人應置一人；未滿 十人者以十人計。 (二)失智症老人日間照顧服務：每照顧六人應置一人；未 滿六人者，以六人計。 (三)失智、失能混合型老人日間照顧服務：每照顧八人應 置一人未滿八人者，以八人計。
補助項目	1.修繕及開辦設施設備 2.專案活動費 3.專案計畫管理費 4.專業服務費 5.社區巡迴接送 (1)交通車 (2)司機 6.個案管理費	1.修繕及開辦設施設備 2.專案活動費 3.專案計畫管理費 4.專業服務費	1.修繕及開辦設施設備 2.專案活動費 3.專案計畫管理費 4.照顧服務員 5.儲備照顧人力
目 標	●每一鄉鎮市區至少設置一處為原則，並依區域人口數酌增設置。 ●規劃設置 469 處。	●每一個國中學區設置 1 處。 ●規劃設置 829 處。	●每 3 個村里設置 1 處。 ●規劃設置 2,529 處。

參考資料來源：衛生福利部，備註：以「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」及「護理機構設置標準」參考全國法規資訊網：

<http://law.moj.gov.tw> 內容為主。

綜合上述所知，長期照顧制度發展脈絡及長期照顧責任的分擔與支持，需要中央與地方、政府與民間互相配合支持合作。長期照顧發展的軌跡乃由老人福利機構類型，扶養、療養、休養、服務機構等，發展轉型為安養、長期照顧二類；照顧方式轉型為機構式、居家式及社區式照顧等三類；生活照顧服務內涵，發展為居家服務、日間照顧、營養送餐、輔具租借、無障礙環境改善、家庭托顧、交通接送、失智症照顧服務、老人保護、獨居老人關懷照顧、老人諮詢服務及老人社會參與等。且由於特殊的時代背景，不論社區照顧、安養、長期照顧或是公費、自費長期照顧，大多有混合收容服務對象的現象。長期照顧機構多為輕度、中度、重度及極重度失能之服務對象，從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，近年來失智症患者亦不斷增加中，讓照顧工作隨處充滿挑戰。關於長照 1.0 之資源發展成效延續 106 年長照十年 2.0 計畫，政府全面積極推動，要朝向一行政區至少一個甚至多個社區整體照顧服務體系，讓長者獲完善的照顧。

貳、長期照護服務的定義與服務類型

長期照護的定義係指對身心失能持續已達或預期達六個月以上，且狀況穩定者，依其需要提供生活照顧、醫事照護及綜合性與連續性之服務。其服務內容可從預防、診斷、治療、復健、支持性及維護性以至於社會性之服務。其服務對象不僅需包括住民本身，更應考慮到主要照護者。

長期照顧機構立案乃根據老人福利機構設立標準，依照規模大小和屬性，可分為公立與私立；私立又分財團法人、小型機構。財團法人機構可收容 50 床以上，但不超過 200 人，其人力、物力受到政府補助且享有社會資源相當豐富。然而小型機構設立標準只能收容 5 人以上，49 人以下，免辦理財團法人登記，乃屬於營利長期照顧機構；而且有三不原則：不可以對外募捐、不接受政府補助及不享受租稅減免，盈虧由機構自行負責吸收。但現況而言；非社團法人小型機構在今日長照市場佔很大部份，機構是以營利為目的；但設立標準規範及服務品質是受到政府監督控管理的評值各項長期照顧服務品質及成效。所以非社團法人小型機構，在沒有享受政府任何補助項目下，業者之間互相的競爭，包含費用的競爭、收案競爭、收費降低、價格不符成本，致各家品質參差不齊，僅重量不重質及惡性競爭，造成家家經營成本提高，利潤降低之困境因此與已設立財團非營利機構有很大爭議點。

社區式照顧單位立案需要有社團法人資格才可以設立，日間照顧服務以非營利組織提供為主。在老人福利法規定，服務提供者的基本乃需資格要件及服務準則為重，機構式日間照顧部份，機構式服務提供單位，以經主管機關許可設立之老人福利機構為限。

經營日照中心目前高雄市計有 17 處混合型（失智型+失能型）老人日照中心及 2 處失智型老人日間照顧中心，分佈於本市左營區、苓雅區、前鎮區、鳳山區、大寮區，各中心均聘有專業護理人員、社工員、照顧服務員等專業人力，提供長輩生活照顧、護理協助、文康活動、餐飲...等專業服務。日間照顧中心讓長輩能在熟悉的社區內在地老化，透過每天課程的安排，延緩長輩老化，增加社會互動，其中部分日間照顧中心更提供交通車接送長輩往返日間照顧中心，減輕照顧者的照顧壓力與負擔。申請資格為設籍本市實際居住本市年滿 65 歲以上，無法定傳染病、精神病者，即可向市府衛生局長期照顧管理中心申請，經衛生局照顧管理專員到宅訪視評估符合申請條件者，社會局另會按長輩的失能程度與家庭經濟狀況予以補助。

以下為依據老人福利機構設立標準第二條，我國社區與機構式照護目前之分類（老人福利法，2007）：

一、機構式照顧服務依據提供服務及功能的不同可分為下列五大類機構型態：（資料來源：如何選擇合適的照護。臺北市。臺灣長期照護專業協會。）

（一）長期照顧機構

1、長期照顧型機構—以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。出現年代比較晚，照顧對象的失能情況比較嚴重，除照顧對象年齡與護理之家有別之外，在硬體和人員配置上，和護理之家無明顯差異。長照機構因為成本較高，投入資本要比較多，所以用「長期照護機構」做為較大的私人資本替代。且必須向所在地的社會局申請，亦屬老人福利機構。

2、養護型機構—以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需要鼻胃管、導管護理服務需求之老人為照顧對象。內容主要為給予長期性的日常生活照護服務，但不需技術性護理（宋惠娟，2005）。不過現有的養護機構有些失能老人需插有鼻胃管或尿管，不同之處是設立之負責人非護理人員；必須向所在地之社會局申請，屬於老人福利機構。前身大多為 2007 年之前的私立小型養護機構。因為私立小型養護機構發展歷史比較久，當時許多未立案家族式經營，1998 年之後才陸續立案，長期照顧（養護型）機構建置成本相對長期照顧（長期照護型）機構或護理之家較低，養護機構因為規模較小，成本相對長照機構低，由比較小的私人資本額投資。則必須向所在地的社會局申請，亦屬老人福利機構。

3、失智照顧型—以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。應必須向所在地的社會局申請，亦屬老人福利機構。

(二) 安養機構：

以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象。內政部所屬大型機構（超過 300 床），早期小型私人慈善機構都有，因為照顧對象為尚未失能老人為主，相對其他類型機構，成本比較低，同時在市場競爭價格上，也缺少優勢。也必須向所在地的社會局申請，亦屬老人福利機構。

(三) 護理之家：

收容的對象除了 65 歲以上的老人以外，也收容非老人及障礙者，在收容服務對象的失能程度、硬體和人員配置上，和長照機構無明顯差異，但是負責人必須為護理人員，醫療資本比較容易投資，某程度反應醫療相關資本。由專業人員提供連續性的護理及其他與生活健康、心理、社會、靈性等相關的服務，服務對象疾病嚴重度高、生活依賴程度高，以及需要比較多，且複雜的技術性護理工作，其提供 24 小時的日常生活功能、行動上、精神上及監督按時服藥的護理照顧，並有物理治療、職能治療及營養諮商等，且提供臨時性非重症的醫療服務（陳清惠，2003；劉美華，2005）。故必須向所在地的衛生局申請，屬於護理機構。

(四) 身心障礙福利機構：

提供身心障礙者托育養護照顧。

(五) 榮譽國民之家：

提供榮譽國民之安養、養護、失智症照顧。為退輔會所屬機構。

研究者將以上將機構的收案條件及實際的「照護功能」運作狀況整理如下表：

表 5 本研究所採用長期照護機構式照護模式之分類

功能分類		收案條件	實際情況
社 政 單 位 — 老	長照 機構	有年齡限制(老人>65 歲)。可收有三管尿、管胃、管氣切)失能嚴重程度最高住民。	照護對象失能程度、人力條件與護理之家雷同。
	養護 機構	有年齡限制。老人>65 歲。可收有二管(尿管、胃管)住民。	照護對象失能程度不一，常有三管超收情形。多小型，經營者乃家族形式。

人 福 利 機 構	安養 機構	有年齡限制(老人>65 歲)。 失能嚴重程度最低住民。	歷史悠久，早期慈善團體小型或 政府興建大型之老人照顧機構。
衛 生 單 位	護理 之家	無年齡限制。可收有三管，失能嚴重程 度最高住民。	照護對象失能程度、人力條件與 長照機構雷同。 經營者多有醫療背景。

資料來源：研究者整理且參考自「老人福利機構設立標準」

長期照顧機構及安養機構應置專任院長（主任）一名，綜理機構業務，督導所屬工作人員善盡業務責任；工作人員人力配置比例如下列：

表 6 長期照顧機構之服務人力配比

機構類型	護理之家 長期照護型	養護型(註)	失智照顧型	社區照顧
社工人員 (人)	1:80	公立、財團法人： 1:80 免辦財團法人：專任 或特約	1:80	業務負責人具社會工 作人員或護理師(士) 資格者，得與各該人 力合併計算。
護理人員 (人)	1:15	1:20	1:20	1:30
照顧服務員 (人)	日間：1:5 夜間：1:15	日間：1:8 夜間：1:25	日間：1:3 夜間：1:15	失能：1:10 失智：1:6 失能、失智混合型：1:8
營養師	視業務需要 得以專任或 特約方式辦 理。	視業務需要得以專任 或特約方式辦理。	視業務需要得以 專任或特約方式 辦理。	專任或特約
復健人員	專任或特約	專任或特約	專任或特約	專任或特約

藥師	專任或特約	專任或特約	專任或特約	專任或特約
醫師	專任或特約	專任或特約	專任或特約	專任或特約
主任、院長	專任	專任	專任	專任

資料來源：中華民國老人福利聯盟整理自「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」及「護理機構設置標準」內容為主。

註：養護型機構若有收容需鼻胃管、導尿管護理需求之老人，應依長期照護型機構之人力置配置

二、社區式照顧服務依不同的服務對象可分為下列三大類機構型態：（資料來源：如何選擇合適的照顧。臺北市。臺灣長期照護專業協會。）

（一）居家照護：

指服務對象於出院後，仍繼續留在家中，接受所需的照顧，仍可與家人維持良好之互動，以下所介紹係由專業人員提供之服務。

1、居家護理：為居家照護服務中最早發展的照護模式；係由護理人員及醫師定期前往個案家中訪視，協助家屬解決照顧上的問題，並會視服務對象的需要，連結各項資源，如申請低收入戶補助。目前為所有長期照護服務中有健保給付之服務模式，依照健保的規定：護理人員每兩週或一個月裡視個案身心情形訪視一次，醫師則是每兩個月訪視一次。

2、社區物理治療：最早推出的為台北市，後因應 921 地震，於各災區亦有社區物理治療之相關服務。係由物理治療師至個案家中協助個案進行物理治療及協助居家環境之評估，目的是使老人家或行動不便者可掌控自己家中的環境，增加生活滿意度及獨立感。

3、居家職能治療：是由職能治療師至家中評估服務對象的需要後，擬訂其所需的治療計畫。主要活動包括：日常生活、工作或是休閒活動三大類。希望協助服務對象在有限的能力或是居家環境障礙中仍可從事活動，維持服務對象的活動力，以延長在家中居住的時間，預防失能的狀況更為惡化。

4、居家營養：由營養師至家中提供服務，評估服務對象的營養需要，擬訂服務對象所需的熱量、菜單；並教導照顧者製作服務對象食物或協助選擇合適的灌食營養食品。

（二）居家照顧：

由非專業人員所提供之服務，主要提供之服務偏重於日常生活之所需。

1、居家服務：由照顧服務員依服務對象日常生活能力失能程度的不同，而提供不

同的服務，主要服務包括：家務及日常生活之照顧(如陪同就醫、家務服務、打掃環境等)、身體照顧服務(如協助沐浴、陪同散步等)。

2、送餐服務：對於獨居的服務對象所提供之服務，現行有數種方式，一種為定點用餐，即由社區發展協會及各老人中心或是公益團體，提供固定的地方，服務對象自行於固定時間前往用餐；另一種為照顧服務員至家中協助服務對象準備飯菜，及協助用餐；亦有結合計程車司機將飯盒每日定時送至獨居服務對象中。

3、電話問安：主要服務對象亦為獨居服務對象。主要是由志工或是專業人員不定時打電話至獨居服務對象中關心服務對象，藉以防範意外事件之發生。目前有業者提供類似手錶緊急連絡裝置，可防範獨居服務對象意外事件的發生。

(三) 日間照護：

於社區設置一定場所及設施，提供日間照顧、家庭托顧、臨時住宿、團體家屋、小規模多機能及其他整合性等服務。但不包括機構住宿式之服務。包含身體照顧、日常生活照顧、臨時住宿、餐飲及營養、輔具、心理支持、醫事照護、交通接送、社會參與、預防引發其他失能或加重失能之服務等。是一種介於老人中心及護理之家的照護，顧名思義白天提供照護，晚上服務對象即回到家中，享受天倫之樂，就如同小孩上幼稚園一樣，服務對象為日常生活能力尚可的老人。在日間照護機構中亦有提供照護、復健、各項活動，可供服務對象選擇。國內目前提供日間照護的機構較少，僅限於部份縣市。

日間照護的性質類似於日間託老，但服務的對象以輕、中度失能的老人為主。在高雄市 2016 年有 17 個老人日間照顧中心，採公設民營方式，經營模式不同，服務的執行方式上也有差異；另外，有四家是由醫院附設的日照中心。這些不同的服務究竟何種最切合老人的需求？而且經營的成本效益方面呈現的目的，主要是以日間照顧來延緩老人住進機構的時間，並以人性化的照顧來紓解家屬照顧的壓力。所以，由設立的宗旨來分析，高雄市的老人日間照顧中心是以「社會型」、「非醫療型」為主要的經營模式。其定位符合老人日間照顧服務是在協助老人適應護理之家或養護機構的生活所採取的過渡性措施，以降低長期照顧成本及預防或延緩失能老人進住機構，成為可以使老人盡可能留在社區並與社區整合的照顧模式之概念。

由以上文獻整理得知，在長期照顧模式中研究者可以用三種貼切話語來比喻模式一居家照顧：照護養老不離家園，照顧服務送上門；模式二日間照顧中心：托老“照顧服務站”，社交“朋友圈”；模式三機構式照顧：護理更專業；身體更健康。所以在居家照顧及居家照顧比較偏向家庭式照顧方式，長輩沒有直接融入社區類似到宅服務性質，研

究者想要去探討是身心失能老人障礙者在融入集中團體照護模式上有何差異？所以研究者在選擇研究焦點是以全日型住宿照護機構與日托型日間照顧社區式照顧模式進行研究分析。

表 7 服務對象照顧需求的程度從輕到重是：日照中心→安養機構→老人照顧中心（養護型）→老人養護中心（長期照顧型）或護理之家

類別	護理之家	老人長期照顧中心 (長期照顧型)	老人長期照顧中心(養護型)	安養機構	失智照顧型	日照中心
申請資格	負責人需由護理人員	負責人需專科以上學校社會工作、醫療、復健、護理、長照學程等相關科系、所(組)畢業，照顧服務人員並具五年以上長期照顧社會福利機關(構)工作經驗。	負責人需專科以上學校社會工作、醫療、復健、護理、長照學程等相關科系、所(組)畢業，高中(職)以上畢業具五年以上照顧服務人員長期照顧機構社會福利機關(構)工作經驗。	負責人需專科以上學校社會工作、醫療、復健、護理、長照學程等相關科系、所(組)畢業，高中(職)以上畢業具五年以上照顧服務人員長期照顧機構社會福利機關(構)工作經驗。	負責人需專科以上學校社會工作、醫療、復健、護理、長照學程等相關科系、所(組)畢業，高中(職)以上畢業具五年以上照顧服務人員長期照顧機構社會福利機關(構)工作經驗。	負責人需專科以上學校社會工作、醫療、復健、護理、長照學程等相關科系、所(組)畢業，高中(職)以上畢業具五年以上照顧服務人員長期照顧機構社會福利機關(構)工作經驗。
入住服	1. 由急性醫療出院後，仍有照	1.65 歲以上需接受機構照顧之長輩收住的	65 歲以上需接受機構照顧之長輩，	1.年滿 65 歲以上，接受可生活自理	1.年滿 65 歲以上，以神經科、精神	65 歲以上需接受機構照顧之

務對象資格	<p>護需求之個案，有慢性病或生活起居需要由他人協助照顧之個案。</p> <p>2. 定期復健、洗腎、化療等。</p> <p>3. 傷口照顧。</p> <p>4. 管路照顧（鼻胃管、導尿管、氣切管路、胃造瘻管、膀胱造瘻管等）</p> <p>5. 短期臨托需照顧之個案或由市政府轉介需安置身心障礙之個案。</p>	<p>對象與護理之家相似，亦是 24 小時提供照顧服務，</p> <p>2. 自費養護 60 歲以上之老人</p>	<p>以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人為照顧對象。無法服務插 3 管的患者（氣切管），可服務至插 2 管的患者，沒使用或只使用 1 管也可服務。</p> <p>2. 自費養護 60 歲以上之老人</p>	<p>者無插管且沒失智的長輩。</p> <p>自費養護 2.60 歲以上之老人</p>	<p>科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。</p> <p>2. 自費養護 60 歲以上之老人</p>	<p>長輩對象需經由長期照顧管理中心(以下簡稱長照中心)評估有長期照顧需求者且未接受機構安置、未聘僱看護(傭)者，惟重度失能者將視機構是否具備收托能力而定。</p>
住民	<p>1. 對其服務對象，應</p>	<p>1.72 小時內完成身體、心</p>	<p>1.72 小時內完成身體、</p>	<p>1.72 小時內完成身體、</p>	<p>1.72 小時內完成身體、</p>	<p>1. 一週內完成每位</p>

評估原則	於收案 72 小時，由醫師予以診察。 2.應依病人病情需要，至少每月由醫師再予診察一次。 3.每 3 個月定期身體、心理、社會、營養、活動功能評估 4.與服務對象或家屬擬定服務計畫	理、社會需求評估 2.每 3 個月定期身體、心理、社會、營養、活動功能評估 3.與服務對象或家屬擬定服務計畫	心理、社會需求評估 2.每 3 個月定期身體、心理、社會、營養、活動功能評估 3.與服務對象或家屬擬定服務計畫	心理、社會需求評估 2.每 3 個月定期身體、心理、社會、營養、活動功能評估 3.與服務對象或家屬擬定服務計畫	心理、社會需求評估 2.每 3 個月定期身體、心理、社會、營養、活動功能評估 3.與服務對象或家屬擬定服務計畫	新進住民環境適應輔導評估（如生理、心理調適輔導及興趣評估） 2.與服務對象或家屬擬定服務計畫
專業團隊	護理師、社工人員、醫師、營養師、復健師、藥師、居家護理師、照顧服務員	護理師、社工人員、醫師、營養師、復健師、藥師、居家護理師、照顧服務員	護理師、社工人員、醫師、營養師、復健師、藥師、居家護理師、照顧服務員	護理師、社工人員、醫師、營養師、復健師、藥師、居家護理師、照顧服務員	護理師、社工人員、醫師、營養師、復健師、藥師、居家護理師、照顧服務員	社工師、護理師、照顧服務員、家醫科醫師、營養師
人	成本增	成本增加、營	成本增加、	成本增加、	成本增加、	補助之法

事 管 理 設 施	加、營運困難	運困難、公立及財團法人政府補助人事及修膳設備費用	營運困難、公立及財團法人政府補助人事及修膳設備費用	營運困難、公立及財團法人政府補助人事及修膳設備費用	營運困難、政府補助人事及修膳設備	規過於嚴苛、政府補助人事及修膳設備以降低營運成本與增加客源
環 境 安 全 管 理 設 施	以「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」及「護理機構設置標準」為主。	以「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」及「護理機構設置標準」為主。	以「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」及「護理機構設置標準」為主。	以「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」	以「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」	以「老人福利機構設立標準」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」
法 令 規 範	老人福利法、醫療法、護理人員法、全民健康保險法、長期照顧服務法	老人福利法、醫療法、護理人員法、全民健康保險法、長期照顧服務法	老人福利法、醫療法、護理人員法、全民健康保險法、長期照顧服務法	老人福利法、醫療法、護理人員法、全民健康保險法、長期照顧服務法	老人福利法、醫療法、護理人員法、全民健康保險法、長期照顧服務法	老人福利法、醫療法、護理人員法、全民健康保險法、長期照顧服務法
限 制 條 件	可收氣切管，和鼻胃管、尿管三者服務對象	可收氣切管，和鼻胃管、尿管三者服務對象	無法收氣切服務對象	無法收氣切服務對象	無法收氣切服務對象	需長時間臥床或身上需三管(鼻胃管、

	象					導尿管、氣切)之一維持者則無法收托。
照顧費用	費用約 2.2 萬到 6 萬不等(不含耗材醫療交通陪診等費用)	費用約 2.1 萬到 4.5 萬不等(不含耗材醫療交通陪診等費用)	費用約 2 萬到 3.5 萬不等(不含耗材醫療交通陪診等費用)	費用約 1.8 萬到 2.5 萬不等(不含耗材醫療交通陪診等費用)	費用約 3.5 萬到 4.5 萬不等(不含耗材醫療交通陪診等費用)	費用約 1.1 萬到 1.6 萬不等(不含耗材醫療交通陪診沐浴服務等費用)
補助標準	中低收入戶每人每月補助養護費從 7,000 元、18,000 元至 25,000 元，各縣市補助標準不一。	中低收入戶每人每月補助養護費從 7,000 元、18,000 元至 25,000 元，各縣市補助標準不一。	中低收入戶每人每月補助養護費從 7,000 元、18,000 元至 25,000 元，各縣市補助標準不一。	中低收入戶每人每月補助養護費從 7,000 元、18,000 元至 25,000 元，各縣市補助標準不一。	中低收入戶每人每月補助養護費從 7,000 元、18,000 元至 25,000 元，各縣市補助標準不一。	低收入戶由政府全額補助，中低收入戶由政府補助 90%，自付 10%，一般戶由政府補 70%，自 30%。
主管機關	衛生局	社會局	社會局	社會局	社會局	社會局 衛生局
申請資格	公立、私立(財團法人、獨立型態)	公立、私立(財團法人、小型)	公立、私立(財團法人、小型)	公立、私立(財團法人、小型)	公立、私立(財團法人、小型)	公立、財團法人

限制	
依據	<p>老人福利法第 36 條第二項規定：「經許可設立私立老人福利機構者，應於三個月內辦理財團法人登記。但小型設立且不對外募捐、不接受補助及不享受租稅減免者，得免辦財團法人登記。」老人福利機構設立標準第 7 條則規定：「各級政府設立及辦理財團法人登記之長期照顧機構或安養機構，其設立規模為收容老人五十人以上、二百人以下為限。小型長期照顧機構或安養機構，其設立規模為收容老人五人以上、未滿五十人。」</p>
	<p>備註：</p> <p>◎以「老人福利法」、「老人福利機構設立許可辦法」、「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」、「長期照顧服務法」及「護理機構設置標準」內容為主。</p> <p>◎由地方政府編列預算，自 106 年起配合年長照十年計畫 2.0 機構安置費用由 18,600 元調高至 21,000 元，差額由中央長照經費支應。</p> <p>◎大型機構之規模為收容人數五十人以上、三百人以下為原則，小型機構之規模為收容人數五人以上、未滿五十人。</p> <p>◎保證金：一個月基本照護費 備註：入住時與第一個月照護費一起繳交完成。</p> <p>*伙食費：一般者不加收費用管灌者:加收 1500 元/月 特殊配方者另計、夏季冷氣電費:加收 500 元/月。</p> <p>*特殊處置費：鼻胃管留置 1000 元/月、導尿管留置 1000 元/月、氣切及管留置 2000 元/月、腸造口 1000 元/月備註：其他管路留置未滿 15 天不計費，超過 15 天比照留置費 1000 元/月</p> <p>*門診、急診就醫、居家護理、服務收案、門診陪診</p> <p>- 掛號費、藥費、復建之部分負擔及陪診費 200 元/小時至市區 150 元/趟至醫院 800 元/趟、緊急就醫 800 元/次。</p> <p>*醫療衛材使用血糖測試 20 元/次氧氣使用 3000 元/月，自備生氧機、氣墊床酌收電費 800 元/月、傷口處置耗材依實際用量計價、抽痰管、尿袋及健保不給付之衛材依實際用量計費。</p> <p>*日常生活品：紙尿褲、濕紙巾、甘油球...</p> <p>1.按實際用量計價，以機構使用為主、2.自備者每月 500 元垃圾處理費及行政費用</p>

本研究自行整理，參考資料來源：衛生福利部網站

第三節 社會資本理論觀點及相關研究

社會資本的定義分歧，社會資本的理論概念主要的辯論在於社會資本究竟是一種集體資產或個人資產。所謂社會資本是指鑲嵌在社會網絡的資源。究竟如何判定社會網絡的資源成為社會資本理論和概念關鍵性的定義。從文獻回顧中，社會資本用於長期照顧服務，可以用來解釋服務使用情形，其（1）社會資本高越會傾向自行照顧而不選擇服務，反之社會資本越低則會選擇機構式照顧；（2）社會資本中家庭網絡之強弱與社會參與對其機構式照顧有顯著影響；（3）教育程度高、家庭收入高、社會資本中家庭網絡之越強則越會顯著影響使用外籍看護工；在家庭網絡與社會參與之缺乏重、重極度失能者更容易進入機構式照顧，若期待能落實在地老化，提供完善社區照顧給予失能老人一個持續性的照顧，則必須加強社區式重度照顧服務，提供重、極度失能者能夠繼續在社區中生活之必要協助服務。由於社會資本是個複雜且多維的概念，此一概念在形成與發展的過程中，並未有嚴謹的概念特徵，至目前為止理論見解許多學者持不同的意見，但許多研究則是以 Bourdieu、Coleman 與 Putnam 三位學者的理念，加以延伸、應用與批判，因此本研究將針對社會資本的學者論點整理歸納並說明如下。

法國社會學者 Bourdieu (1986) 首先提出「社會資本」的概念，界定社會資本為「實體資源」(actual resources) 與「潛在資源」(potential resources) 的總和，並引入到社會學領域，成為與經濟資源、文化資源相並立的三種基本型態之一。美國社會學者 Coleman (1988) 則進一步探討「社會資本」論，融入「社會結構」、「社會關係」、「信任」、「規範」等概念，以擴大「社會資本」理論建構。真正將社會資本理論進一步發揚光大的則是 Coleman 和 Putnam。

Coleman 將社會資本定義為個人的社會結構資本財，他著重於「關係」層面，且認為社會資本是無形的，表現在人與人之間的關係（周新富，2006）。Coleman，(1988、1990) 認為個人在社會中，會與其他人形成特定的關係連結，即是「社會網絡」，若擁有越多則能幫助目標達成。認為社會關係需透過三種方式：第一 結構中的義務、期待與信任；第二 資訊管道；第三 規範及有效的認可，形成有益的資源 (Coleman, 1988)。Coleman 更將社會資本與人力資本進行連結，認為家庭內與家庭外的社會資本，對家庭子女人力資本的累積有顯著的影響力 (Coleman, 1988)。換言之，「家庭內的社會資本」，包括服務對象與家庭成員之間的相處及情感關係，「家庭外的社會資本」包括老人與社

區或是組織的聯繫、互動及人際關係，包括鄰居之間的相處、朋友之間的聯繫及同事之間的互動模式。

Putnam 從 1970 開始，以義大利政府為研究對象，把社會資本理論運用於民主政治，經過 20 年的研究結果指出民主國家的成功與失敗理由，推論公民參與會影響關係網絡，有助於績效及地方經濟發展，並且將社會資本分成信任、規範和網絡，可以用行動來增加社會效率 (Putnam, 1993)，能夠促使參與者更有效的合作，追求共同的目標 (Putnam, 1995)，並形成信任與相互義務感的社會，是一種來自於參與者之間特定結構的社會資源，藉由參與者關係的改變而建立，社會資本能夠幫助個人或組織之間的相互合作與非正式規範，形成誠實、遵守諾言、履行義務及互惠美德關係 (Fukuyama, 1995)。使得社會資本在個人、團體或社區之間能夠廣泛運用與密切連結可能有幫助的，但不同群體之間的連接，透過資源分享，產生的效益更大。

經由以上論述，我們可以發現，Putnam 與 Coleman 及 Bourdieu 三位學者對於社會資本都有不同的切入面相，Coleman 認為社會資本具備創造人力資本源；而 Putnam 則認為社會資本是公共財，著重於社會資本透過個人與組織之間的相互合作貢獻，並在不同的社會關係中有不同的能量，進而對於社會達到幫助。因此社會資本是會因時間而變動的，個人的社會資本會隨著年齡的老化而逐漸減少，失能老化有可能促使老人被迫離開自己熟悉的社區，搬到機構入住生活，導致切斷了，原有的資源與鄰里鄰居之間的連結與情感聯繫，致使社會資本網絡慢慢減少。因此，本研究以社會資本理論為基礎，是否會影響失能老人家庭居住型態的選擇？

第四節 失能老人自主權的探討

甚麼是「獨立自主」？甚麼是「尊嚴」？有關失能老人照顧問題，許多研究皆指出老人不願意到機構安置，如果老人因乏人照顧而必須遷移至機構安置，則因為面臨環境及生活的重大改變，需做多方面的調整，這將對老人生理、心理、社會互動三方面產生重大的衝擊與失落。社區式/機構式照護的一般照顧倫理問題差異性有下列敘述：(顏啟華, 2007)。

一、非自願入住：在養護機構或護理之家的服務對象，多半為窮困、年長、老邁以及身體或心智失能的服務對象，這些人之所以住到機構中，多半是非自願性。而入住到哪一家機構，也非這些人所選擇，往往是經由出錢的家屬所挑選，而家屬的考量，多著重於價格以及距離的遠近，對於機構的照護方式是否適合服務對象需求，則是其次

的考量。

二、人際關係及尊嚴的剝奪：服務對象入住機構時，需經歷整個人際網路以及社會支持系統的劇烈轉變。某些機構對於訪客的設限，造成服務對象維持人際關係及尊嚴的困難。

三、隱私權受侵犯：機構內居住的空間狹窄，且多與他人共用房間，服務對象毫無隱私，而有些照顧者在為服務對象換尿布時，甚至連隔簾都未拉上。另一方面，由於所有工作人員都可翻閱病歷，或於老人面前討論病情，造成病情資料外洩。還有服務對象的性問題也須注意，由於服務對象多與他人共用空間，許多機構中的服務對象皆長期遭受性的壓抑，對某些尚有性需求的服務對象來說，是非常缺乏人道考量的處置。因此，失能服務對象生活掌控權則落在主要照顧者身上，缺乏生活照顧權益。

在社區式與機構式因照護者與生活模式不同，致使隱私權及自主選擇權有差異之外，長期照護機構對其住民之醫療照護提供模式上，係由該機構商洽健保特約醫療機構醫師，以報備支援方式前往該機構，提供定期醫療服務，若有緊急病況則轉送健保特約醫療院所就醫；另一方面，社區服務對象之醫療照顧則在有醫療需求時，由家人陪同轉送健保特約醫療機構接受醫療。唯機構收容之服務對象若處於失能、失智或殘障之狀態，其就醫則仰賴機構照護者與支援醫師之決定，這期間若機構照護者與前往提供醫療之醫院或醫師間相互合作，服務對象門診就醫，不需花費交通成本及時間成本，可近性相對較社區日照老人之照顧為高。由此可見，社區式照顧服務和機構式照顧提供者有一定關係，又未必完全相等。所以現階段最迫切的議題是如何運用公共資源，以協助家庭發揮社區與機構照顧失能服務對象的功能，及開辦哪些福利措施以調節福利服務供給與需求，以解決服務對象社區與機構照護的問題之外；在失能服務對象長期照顧體系中，擔負主要照護角色及功能的機構，其經營管理品質、績效的良莠與否，亦是影響失能服務對象在社區與機構式照顧上所衍生問題的重要關鍵因素。

第三章 結構框架下的資源動員

失能老人日常生活的社會網絡是由許多強弱不等的社會聯繫所組合而成的集合。這些網絡集合的結構特質與功能便成為社會資本理論與定義的關鍵要素。目前台灣的失能老人有 2 成需要機構式照顧，全台 1500 家的長照機構分為養護機構和護理之家，只要 49 床以下的都屬於中小型養護機構，占了市場 9 成比例，只有 1 成長者有機會到大型護理之家享受「天差地別」的照顧。基於本文研究目的，當家庭照顧功能失效時，間接衍生照顧者的角色分為社區式、財團立案機構、私人機構照顧模式，因而產生長輩對照顧需求及健康心理。而照顧者角色中也衍生階級不平等，使用者付照顧費用等問題。且養老是經濟產業，不只是福利服務，所以從社會經濟地位層面分析是不是可以得到研究目的，本文的分析資料，大致來自二個部份，並將二個部份包括 1、結構框架下的資源動員，此部份涵蓋（1）政府福利政策與制度影響下的資源分配、（2）社會關係資源的動員；2、照顧條件及照護品質，這部份涵蓋（1）日常生活安全設施設備、（2）心理健康特質、（3）照護服務品質等五個面向。研究者以不同的角度詮釋對事件、人物與情境的看法，簡約分析如下。

第一節 政府福利政策與制度影響下的資源分配

過去台灣在長期照顧服務方面欠缺「完整而全面的制度」，各種長期照顧服務體系各自發展(包含社政體系、衛政體系、退輔會體系)，不同長期照顧服務提供機構由政府單位管轄，也各自遵循不同的法源(如《老人福利法》、《身心障礙者權益保護法》、《護理人員法》、《精神衛生法》等)，常常讓人民一頭霧水，管理也不易，加上城鄉差距及地方文化差異，很難保證服務供給的公平性。目前「老人福利法」仍限制營利機構或公司法人經營長照機構，從 1998 年的老人長期照顧三年計畫，到 2008 年至 2017 年的長期照顧十年計畫，以及 2015 年年中立法通過的《長期照顧服務法》，無一不揭示新的體制正在醞釀，未來將有長期照顧保險或是長照 2.0 計畫實施成效。原本由社政、衛政各司其事的老人福利與照顧資源，在中央改由衛生福利部（衛福部）統整分配；而在各縣市，以長期照顧管理中心（長照中心）做為單一窗口，提供免費諮詢及多元服務。

綜合上述，蒐集結構框架下的現有資源，茲政府福利政策與制度會影響資源的分配，故訪談分析三種經營模式之優缺點，於資料架構上可細分為國家福利網絡資源、醫療體系資源、家庭社會網絡資源等三大項，說明如下：

（一）國家福利網絡資源

國家福利網絡資源是指政府與非政府所能提供的具有連結性、連續性的福利資源。現行私人機構服務提供單位多數各自獨立作業，彼此之間缺乏國家福利支援網絡的建立，加上機構受限於法規層面、土地取得、建設成本、人員編制、財務經濟費用及社區環境機能導入和服務使用者是否能接受等問題影響，導致缺乏國家福利資源網絡做為服務提供的基礎。因此，資源整合不夠，缺乏國家福利資源盤點，無法形成一綿密的服務網絡，無法掌握轄區內長期照顧(包括老人、身障者)各項資源及網絡連結，提供相關諮詢服務。一位私立養護機構工作人員(受訪者 E)在受訪時表示：

現在的機構收的對象包含榮民社政及衛政人口，法規非常不一致標準，造成個案及案家要連接資源非常不便利，不知道要找誰負責與諮詢，每個單位都在推卸職責，比如殘障年金應該社會局管轄，最後職責是勞動部勞工保險局辦理讓家屬都搞不清楚產生案家缺少生活津貼，我覺得政府要來統籌管理，不然未來子女真的會很辛苦。

從第一線工作人員的觀察，我們看到私人機構因服務網絡無法完整建立，而造成訊息的不暢通，難以讓個案及個案家屬快速正確取得服務資訊，突顯政府不同部門間缺乏有效的溝通互動機制。所以當照顧服務資源不夠用時，服務對象及家屬只能自力救濟。

另一位私立養護機構的個案家屬(受訪者 F)受訪時表示：

台灣的社會.....像我們入住這裡為什麼不能抵稅減少稅金，及照顧費用不夠時，慈善單位為什麼都不補助這個費用，且還限制服務的區域真的很不公平及平等，難到要把戶籍遷到他的管轄嗎？機構只能讓家屬自行負責讓我兼差來負擔我爸爸開銷真的很累，

從這個案身上，我們看到因為資源分配的不足(區域不同差異)，導致失能家庭就得放棄絕大多數的政府長照資源，並且自行支付一個月兩萬兩千元的照護費人力成本。私人機構設置過於集體大量集中在市區，造成家屬照顧費用成本負擔沉重，以致往往產生無法提供給服務對象良好照顧與生活品質的負面意象，經濟不景氣，影響入住長照機構的費用及消費者的選擇，有些家屬因考慮照顧費價格則選擇偏遠的機構照顧，因此使用國家資源網絡薄弱。在一位私人小型護理之家的個案家屬(受訪者 D)受訪時曾表示：

機構式如果以兩萬塊來講的話，很多人會願意花兩萬塊，寧願去外面工作，因為他外面賺的比兩萬塊更多，可是你要照顧一個老人，如果只有一個人去照顧的話，不一定會照顧得好，相對的一個老人需要1.5個人去照顧，那1.5個人的成本比去給機構照顧的成本還多啊！

另外，在一位私立小型護理之家家屬(受訪者 C)受訪時曾表示：*因為資源不足，沒有人願意過去，所以他就會自然集中在一個地方，以一個地方的成本和人口會成一個聚集中心，像台北市一樣，他的工作機會大，資源和人會自然往那邊集中，可是鄉村就是沒有人。*

由此可以看到，更大的問題是，這個狀況會造成資源分配不正義(造成貧富不均、城鄉之間社會資源不平均、社區資源分配不均)。

其二財團法人依人力、物力、財力針對機構內不同對象的不同需求給予適當妥善福利服務以滿足需求，在長期照顧服務資源網絡系統中，引進社區各項資源(例如團體、志工、物資..等)進入機構內，達到從點、線、到面完整的長期照顧服務體系，讓服務提供專業化、普及化、品質一致化確保服務對象的權益。一位社團法人附設日間照顧中心主責主任(受訪者 K)受訪時曾表示：

呃! 不會! 因為如果說是他們住院的部分,是公部門幫他們出啊! 請看護也是幫他們出啊! 低收的就是有這個福利在。

自費就沒有,自費還是要家屬自己去繳,可是我們的費用還是比一般外面的機構還便宜很多..)

當跨領域團隊介入時，能對服務對象做最好的評估及治療，提供醫療、復健與社會支持等多樣服務資源，以確定服務對象的真正需求與擁有的資源後，進一步尋找適合服務對象周邊社區資源，予以最適切的服務整合。財團法人的機構，往往能正確掌握各項支持服務方案供需情形，服務對象也能透過資訊，在最短時間內獲取所需訊息，讓資源做最佳的整合與配置，這是私人機構無法享受的資源，例如財團法人機構就有政府補助人事及修繕設備並且有替代役協助補缺人力缺口。

其三社區式照顧模式，社區照顧已成為失能與失智長輩持續在社區生活中獲得最大獨立自主的機會與照顧服務的重要基礎建設，並提供在地老化預防支持照護服務，結合當地人力、物力、財力及相關社會資源以滿足需求，各相關服務方案，社區式照顧模式的資源來源，比財團法人的機構更為多元，一位基金會附設日間照顧中心的主任(受訪者 I) 受訪時曾表示：

呃對! 會! 像我們這邊有的經濟來源是由彩券的公益營餘延伸出來的費用啊! 補助款啦! 或者是.....在外面是沒有這個補助款啦! 在外面是政府補助你多少就多少,額外的就是家屬自己要補了,就差在這裡)。

其中的資源不只是財源，還包括更多其他的資源，例如，在一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員(受訪者 K) 受訪時曾表示：

我會覺得長輩能夠進入日間照顧其實是一件非常幸福的事，因為我們太多專業人力介入，像我們除了有社工人員，還有護理人員，有些專業人員是用部分時間 part-time 的方式來服務，譬如

請營養師來做他們的營養評估，還有物理治療師來評估他們的體能，會設計他們運動的課程）
（其實這些都是協會志工協助人力資源是利用協會資源及社區資源，日照中心成立是沒有立案證書是附屬在協會之下是協會開發的新方案）。

由於和社區緊密結合，因此資源的提供管道相當多元，但也因為如此，有另外衍生的問題，例如由於收費問題和交通接送服務專給尚未建立，導致福利資源重疊缺乏整合。在一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員（受訪者 K）受訪時曾抱怨地指出這個問題：

可是你看長照這個區塊有三個在管，社會局，衛生局還有退輔會，可是他們的法規，制度各管各的，你覺得這樣子各管各的...可是衛生局和社會局還是互通有無啦！反而是團委會是比較沒有跟這兩者掛在一起的。可是你看，老兵還是可以申請社會局的補助啊！老兵又可以去申請退輔會的補助啊！可是你有沒有覺得這樣子的補助是雙重的資源，這對一些人是不是很不公平？政府自己沒有做好，這不是我們人民可以處理的，如果可以處理，我們人民就可以領高薪了）。

由於，政府單位積極宣導多層級長照 2.0 政策，投入更多國家社會資源在社區式照顧模式中，雖然讓他們留在家裡或在社區照顧是最人性化的做法，但近八成的失能老人是輕度、中度失能，政府對於社區式天數太少且晚上無法持續服務，晚輩們照顧下來身心疲憊，補助費用跟機構相差不多，不得已只好請外勞分擔負荷或送機構照顧。無法具體成功的實踐在地老化願景。研究者在場域參與觀察法與深入訪談的過程中，瞭解到家屬及老人對此項服務的認知不夠，政府缺乏宣導與行銷。溝通機制也一直沒有有效建立，在一位基金會附設日間照顧中心決策主責主任（受訪者 I）受訪時就曾以個案的例子，指出這個問題：

會！你知道像我們日照服務會有公費，公費完了後，他們會有半自費，後又有完全自費。然後一三五我就是要照服員早上服務我，二四六就是要居服員染上來，晚上幾點...你又要規定我幾點幾點，有時候又不能完全配合。社會局就跟他講說：你們是在使用社會資源的人，那你們這樣子濫用，以後的人怎麼辦？有的案家聽得懂，他覺得說對！（社會局是跟你們講還是跟家屬講？）跟家屬講，啊因為我們也在場。我們要去溝通，啊因為我們跟案家的人已經沒有辦法溝通了，我們會直接跟社會局的人溝通，社會局的人就會進來談。社會局的人就跟他說：你讓你的媽媽濫用社會資源，那你以後怎麼使用社會資源？因為你已經濫用了啊！那以後我們的社會資源是一定會短缺啊！要資源水準拉齊，不要有城鄉差距。還有家屬要把津貼拿走，我就覺要在長輩權益上去主張，可是如果是長輩有意願把錢給子女，我們也沒辦法，長輩也知道孩子生活辛苦，所以有時候很為難就是在這裡，明明看到長輩很需要服務，但是家屬又捨不得付錢，才三、四千元而已，都捨不得付，這部份誰該去做溝通呢？）

研究者從田野觀察及資料文件，發現三個案之家屬皆有濫用資源的情況，（比如因

服務對象照顧費或者耗材不足，而向主責單位申請，其家屬後來又向多家慈善團體申請，而這些費用是否回饋在服務使用者身上也是一個問題)，這造成國家及社會福利資源的提供出現重疊的現象。這如何讓人民減少對公部門依賴及運用有效資源連結，滿足被照顧者的需求及給予生活中的社會支持。

綜合上述訪談資料獲悉，資源容易被浪費，引發不必要的福利需求效應，由此亦可驗證出，絕大多數受訪者肯定政府正積極推動各項長期照顧福利政策執行，也瞭解長期照顧福利社區化的實施內涵，多數受訪者認為政府無論在經濟補助、健康維護、生活照顧、長期照顧及休閒教育等福利措施方面，均獲得肯定。但在私人機構明顯資源及資訊不足，如何面對及因應小規模多層級照護服務的理念及各單位如何妥善改善城鄉服務需求差距之問題，是長期照顧服務重要性的挑戰與困境。至於從社區式的照顧模式來看，也發現有資源重複未能有效利用的問題。

總體言之，經由本文研究呈現，由於私人機構照顧模式方便於親屬選擇安置，但小型機構依法不得拿政府補助、無法對外勸募或減免稅負，經濟來源是民眾收入，因目前補助確實只針對低收及中低收入戶，對收入未跌至貧窮線下、卻瀕臨貧窮邊緣的家庭，會因無政府補助，成為沉重負荷。因此，缺乏公平正義挑戰，歧視及反邊緣人口個人態度及制度和社會實務面；其二財團法人機構採一條龍服務資源整合，也有讓服務對象及家屬享有自主權力、技巧、知識和照顧歷程基礎，運用認識及有效的使用社會資源方式，對機構與建立完善的服務輸送系統，具有正面功能；其三乃社區照顧模式，因社區式照顧協助公部門政策推動，國家資源介入，給與服務使用者降低照顧成本負擔，使得人們能夠享用其人權，符合其需求，資源取得變得多元，對影響生活的決策過程有較大的掌控權，具有社會正義之特質。

即使學者認為「在地(家)老化」是最好的選擇，但為了現實面的妥協，市場對於養老機構的需求一直與日俱增。促使國家福利網絡資源能夠被公平的提供給所有失能或失智的服務對象來進行選擇與使用。不管是服務對象經濟或照護壓力上，首要的乃宣導長期照顧業務整合政策，應以在產、官、學相互支援配合是不可忽略的工作，以避免國家資源重複浪費。重點是主事者並未善用民間支援(私立小型長照業者)，未有

效規劃地點，讓老人就近安養，以致無法影響家屬送養意願。在台灣社會福利制度裡，對於案主常常使用殘補式的方式服務，而非福利服務的方式，這也是我們很值得思考的地方。

（二）醫療體系資源

醫療體系資源是指醫療場所能提供的具有連結性、連續性的醫療資源。在整體長照需求人口中有 38% 是老人，表示也有年輕人需要長照。因此，醫療體系資源的分布及運用，是一個長期健康維護的重要因素服務提供來源。依私人機構目前台灣的疾病診療型態，因在論人計酬的環境下，對服務對象的長期照顧經常是片段的，在偏遠地區機構服務對象門診就醫較困難，所耗費人力及時間較在市中心機構多，如遇重疾者則要往市區醫院治療，交通費用對家屬是蠻大負擔。市區機構因離醫學中心或區域醫院近，對機構家屬及服務對象就醫方面有較多的選擇性；經常自動轉診住院，導致疾病管理或個案管理皆不可能。一位私人小型護理之家主責護理人員(受訪者 B)受訪時曾主述說：

像與我們(這些偏遠)機構配合的醫院與診所，但因為這些配合的醫院或診所又有跟其他機構合作所以當我們的個案因病情需要要住院時，又那間健保額度超過只能轉往另一間，甚至於都沒床可用，就只能先放在機構內，等有床再轉送，假如病況危急時候就要告訴家屬轉至醫學中心治療，家屬就會考慮到照顧問題影響到上班和看護費用一天要 2200 元支出，所以會造成病情拖延加重延誤治療情況)。

另一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M) 受訪者時表示：

像我們機構在偏遠地區當住民要就醫非常很不方便來回車程要一個多小時半，陪同就醫一去就要半天，有時要幫長輩拿慢簽藥非常不方便要到市區。如果急性就醫諮詢及住院卻要等有病床才有住院要在急診等讓家屬常常抱怨。

機構、社區、醫院及診所都有這樣的行為，當醫療資源有限，而必須面對無窮的醫療需求時，醫療資源無可避免必須面臨分配與選擇，因而影響了資源分配的公平性和分配正義 (distributive justice)。當醫師未對機構服務對象有限的醫療資源作正確的分配，對同一服務對象重複處方藥物使用，相對地就剝奪了其他服務對象使用醫療資源的權利(就浪費了醫療資源)。由於現行法制度下的缺失與不足，造成醫療資源與醫

療服務面臨種種困境。在一位私人小型護理之家主責護理人員(受訪者 B)受訪時抱怨上述服務對象及家屬因缺乏醫藥常識難以溝通：

常常我們的個案由家中來的時候，家屬很多都不知道個案服用的藥物和自行在診所或醫院，而導致服藥過量或跟本未服藥的情形，可是跟家屬溝通後，卻因家屬本身繁忙或認為無所謂而導致醫療健保的浪費。

在一位財團法人附設養護機構主責工作人員(受訪者 M) 受訪時也無奈地表示，服務對象很喜歡看病，家屬擔心幫長輩拿藥，常常有時候拿藥卻不想吃，把藥藏起來或丟，告知卻無法理會，導致嚴重重覆用藥交互副作用情況之產生：

機構大部的住民很多，慢性疾病，身體常常喊不舒服，再加上愛吃藥的民族特性，醫療訊息上醫院和養護機構沒有提供藥物資訊的管道，不盡完善，可能發生於醫師或藥師未能及時評估，住民之前的用藥史或目前的用藥情況；或者醫療專業人員沒有善盡疾病病程的告知、用藥指導與衛教。

其實，失能人口家屬因為醫療資訊缺乏，不知要看那一科或是向誰諮詢以致浪費資源，無法達到醫療資源合理且適當使用之目標。這需要結合政府健保雲端醫療藥物系統連結的一種照顧模式，整合醫療健康與社會照護體系與服務訊息。因此，失能老人及障礙者家庭的健康不平等顯然也是一個問題。

財團法人之照護機構較著重在偏遠地區的醫療緊急網絡，離醫學中心遠，服務對象門診、就醫、接送交通通常較困難。醫療體系協助醫藥以「全人」團隊的方式提供醫療和照顧，服務對象適切、效率、良好品質的醫療服務，整合各專業的團隊服務，其成員包括：復健科醫師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師、社工師、宗教師等。團隊成員需以共同討論、計畫、分工合作等團隊工作方式，定期研討會議針對服務對象的情形交換訊息及討論，並擬定或修改個案的照護計畫，給予妥善個人化照護，涵蓋面極廣的全方位服務，並給予服務對象經濟上和醫療含介護上的負擔。在受訪者當中，在一位財團法人附設養護機構主責工作人員(受訪者 M)受訪時，指出財團法人照護機構跟私立機構的不同點在於：

*公費的大部分都沒有家屬,所以都會寫一個同意書由**之家來代為執行,像住院,喪葬,升天了都幫你弄好好的。(可是像私人的,老闆也要賺這一塊。)我們沒有,這個部分是跟社會局簽約的廠商,我們直接去跟他們申請的,所以我們就不過問.有些自費的我們會請他跟廠商聯絡就好,我們不介入這個問題)。*

由上述整體資料顯示，長期照顧醫療資源的分布尚缺乏公平化與普及化；目前醫

療服務資源城鄉分配不均，許多復健專科醫師多集中在醫學中心與區域醫院，至於地區醫院、私人診所、以及養護中心等較易為一般民眾所接近的長照養護，其復健專科醫師所佔的比例較不高。這個現象使得有復健需求之人沒有辦法就近接受復健服務，而必須前往大醫院就醫，但交通運輸工具及無障礙環境的不良，形成失能老人及身心障礙者就醫時可及性的問題。

再者，社區式照顧模式有醫療體系介入（如醫藥、復健公會），減輕長輩經濟和醫療介護上的壓力及負擔，於生活上給予所需協助及照顧。但照顧缺乏醫療養護資源的連結平台，較無法給予老人護理技術性較高之照顧。「日間照護」區分為 4 小時與 8 小時兩種托顧之方式，「緊急救援系統」則視為所有於居家式服務有需求者，皆具備該項需求。一位基金會附設日間照顧中心主事主任(受訪者 D)在受訪提到醫療資源連結方式時表示：

因為我們太多醫療專業人力介入，像我們除了有社工、居護、還有護理人員，這些專業人員是用部分時間 part-time 的方式來服務，還有物理治療師來評估他們的體能，會設計他們運動的課程，他們早上就是要做運動，運動量其實還蠻不少的，所以他做完運動就休息一下準備吃飯，那下午我們就會排各式各樣的活動，所以一天在這裡形成很豐富的，長輩他們的情緒還有體能方面，我們不求他們有太大的改善，但是最起碼他會維持一個平穩的狀態。

在我們日照這個區塊醫療就醫和藥物管理還是會由家屬自行負責，在於適當時段配藥給藥，假如長輩病情輕重時會跟家屬溝通依長輩生理狀況告知醫屬再轉知主責醫師再有鼻胃或尿管時家屬會聯絡居護或者單位安排簽約居護來換管路。

由於社區式照顧模式現行法制度下的缺失與不足，造成醫療資源與醫療服務面臨種種困境，而醫療的提供對於服務對象甚為重要，因為給予治療與復健，方能使得服務對象，有助於降低其生活與生理功能受限制的程度，對於預防性保健服務及健康生活之宣導與促進，則很少有具體且系統性的推動，因此針對其缺失而加以改進亦顯得十分重要。相關單位針對社區式服務對象的醫療及長照需求，還是著重在居家及社區照顧，使服務對象能繼續住在自己家中，因此不特別重視醫院之間的轉介機制、群體照顧醫療網。若能予以建立，將有助於個案管理工作的進行，促使服務對象自醫院出院後能接受全方位後續完整的照護服務。由於財團法人、護理之家與私人機構住民的就醫，大多委託機構代為處理，機構是服務對象生活的照顧者也是就醫需求或就醫場所選擇的代理人。因此機構服務對象就醫特殊性因家屬決定可能造成醫療治療利用與社區式照顧模式就醫及醫療訊息資源差異。

歸納上述研究顯示，在政府福利政策制度三種不同照護經營型態的醫療體系資源分

析優劣比較整理如下：私人機構醫療體系完整且離醫學中心近，就醫方面有較多的選擇性，強化基層醫療服務，並有居家護理服務，以提供服務對象周全性與持續性之醫療保健服務，然卻因健保資源浪費，重複使用藥物及超長住院率、缺乏醫療養護資源的連結平台、資源沒有有效使用，服務的重疊和浪費及專業團隊因欠缺充分的溝通，導致被服務者健康差距問題愈來愈嚴重。其次財團法人以照護福利體系為主軸，及強化醫療體系的協助並整合機構社區健康關懷網路和社會資源的增強，提供一條龍醫療體系服務，然此導致浪費健保資源和現行重醫療生活照顧輕忽預防保健，社會大眾藥物濫用的情形越來越嚴重。最後社區照顧給予生活上的協助及替代性的照顧，並提供支援性醫療保健服務。社區照顧方案雖可降低成本及採公辦民營方式，但缺乏醫療資源公平化與普及化的分布，也因家屬無法陪同就醫和病情不穩定，及服從醫囑困難、缺乏醫療資源的連結平台。因此，失能老人及障礙者群體的健康行為及狀態明顯較非弱勢群體差，對醫療服務使用率的需求高、醫療費用占收入的比例高，導致其醫療負擔更為沈重。因此，除了要持續規劃長期照護保險制度外，還必須透過跨專業合作，建立長期照護團隊，提供整合性的醫療服務與健康務，減低造成失能的危險因素，減輕家屬的經濟與照護負擔。

（三）家庭社會網絡資源

家庭社會網絡資源是指家屬所能提供的具有連結性、連續性的資源。運用以整體家庭功能介入為基點，希望家庭能藉由資源的協助，發揮既有的家庭維繫與重建方案功能。回顧相關研究文獻，社會資源常與『社會支持程度』連結在一起，個人擁有較充分的社會資源，間接達到個人的社會支持網絡，其對於生活事件壓力的耐受性、健康生活的維持與促進亦趨正向 (Balasw & Richardson, 2001; Hajema, Knibbe & Drop, 1999; Martin, Grunendahl & Martin, 2001; Stuckey & Smyth, 1997; Torquati & Hills, 2002)。私人機構缺乏正式資源，未能有效進入家庭給予服務對象支持，將迫使服務對象其連結性及溝通困難，引致家庭社會資源的薄弱且資源運用無有效使用，造成服務網絡重疊和浪費經濟並使社會資源缺乏。因此，在經濟不景氣之下，長照機構照顧費用是消費者影響入住的選擇。在一位私人小型護理之家個案家屬(受訪者 D)受訪時，關於在尋求社會網絡資源遇到問題表示：

之前我要幫我弟弟要申請公費養護收容安置補助費用時，社會局調查家庭總收入平均每人每月未達社會救助法規定最低生活費標準者，把我爸鄉下沒有值錢土地納入審核，導致低收沒辦法過無法得到補助，我去拜託里幹事我爸土地又無法賣到好價錢，老爸身體又不好常看病我弟長期在護理之家造成家裡經濟負擔很大，老爸也沒有收入女兒都嫁出去，我們家屬詢

問社福單位都要低收證明，要不然只有一次急難金，往後照顧費開銷費用要從哪裡找啊？我不知道還有甚麼地方社會資源可以協助金錢？感到世間冷暖產生階級不平等及正義異訝眼光看我們這些窮老百姓啊。社工說有殘障年金，家屬有很少才 4700，抓長補短不錯了。

另一位私立養護機構家屬(受訪者 F)受訪時也講道：

我對於老爸先自付後申請補助對於法規輔具的補助很有意見，申請輪椅或氣墊床是為了減輕家屬及身障的經濟復健負擔；然根據現行政策之規定，身心障礙者必須先自行負擔輔具費用(也就是自己先出錢購買)，後始憑據發票或收據向有關單位申請補助費用。然而，輔具通常價格昂貴，對於我們這些經濟能力較差或是甚至連生活費都只能勉強維生的家庭，是一沉重之負擔，難以保障到所有真正需要的長輩身上。為減輕我們這種生病家庭的負擔，有必要給予其一定之補助，政府機關對於無法支出現金購買輔具的人民，應審視其情況給予現金補助，使失能及身障能透過輔具的使用，使其生活更為便利，所以有些輔具我們就沒辦。感到台灣法規過於嚴苛很沒有彈性，身心障礙者經常帶有慢性病況，即病況可能不能治癒，需要長時間多重專業的協助，及使用不同資源。)

上述訪談資料顯示，服務使用者在私人機構申請社會資源補助時，政府未及時給予有效的支持與協助，致使服務使用者在申請各項資源的認知有落差，造成社會大眾對社團法人跟私人機構有深根地固的社會階級觀感。所以財團法人可以對外募款幫助需要的人，而私人機構獨資財務吃緊，引發各種補助津貼的社會責任問題。

其二財團法人機構由於公權力的介入，在評鑑指標要求評估家庭支持需求提供家庭服務計畫，而機構必須提供社會福利服務之相關資訊給服務使用者，使其能妥善運用社會資源。在一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)受訪時所述，家屬在尋求社會資源時曾遇上問題，感到社會階級的落差與不公：

有些偏遠的地區沒有人員去宣導，沒有教，也聽不懂。(可是政府...)他有在電視網路做宣導，可是鄉下人不懂電腦，鄉下人還有人情味，長輩隔壁住長輩，會彼此照顧，像都市人情味較淡，就變成日間了，應該說政府宣傳也有不夠的地方吧！有些偏遠的比較不會去看這個，他覺得我好好的幹嘛去住這個。(可是政府有補助啊!)是有補助，可是他就不要啊！在現在社會哩，資訊流通依靠大眾傳播媒體，雖然網路發達漸漸取代傳統之資訊方式。但在這環境情況下，弱勢家庭根本無法負擔適應此潮流之成本，如：電腦網路、第四台電視等等視為消費娛樂的設備，弱勢家庭根本無法購買，所以資訊更是很難取得。

像我有注意到一個 CASS，是他緊急就醫，他沒有家人，因為他是護理之家，結果我們聯絡到里長來幫忙處理，然後他住院嘛，住院就去申訴那個機構沒有好好照顧他，因為我們是護理之家，你去醫院這一個區塊就變成是社會局的責任了，是不是？我是聽說是這樣，結果申訴的話，因為他是護理之家，事情是不會不管的，是衛生局管的，可是衛生局就把事情推給社會局，因為你的補助是社會局的啊！那你申訴去申訴到衛生局啊！

由以上得知，服務對象在運用社會資源網絡時，家屬常分不清楚護理之家權責歸衛

生局；社會照顧責任則歸社會局。政府宣導不佳，造成社會大眾責任歸屬搞不清楚，無法妥善認知主責決策者單位是誰？例如現行長期照顧中心隸屬衛生局且申請經費則歸社會局及健保局或勞動部，家屬常常會因申請案件搞錯方向耗費時間，相關單位應確立家庭社會網絡資源的盤點與穩定性，並確立聯繫及合作的機制，利於便民。

其三社區照顧模式提供輕中度服務使用者另一個選擇，延緩服務對象入住機構的時間，可紓解住宿型機構長期因床位不足而超收的壓力。社區照顧模式是政府政策計畫核心挹注的資源多，提供服務的項目較多元(例如：臨托、居家照護、送餐…等)，因此產生民眾到處申請補助依賴公共財的心態。一位社團法人附設日間照顧中心(社區型暨養護)工作人員(受訪者 K)受訪時表示：

(所以沒辦法跟著兒女嗎)長輩戶籍不在兒女所在地，就依長輩要求所以要在地老化要因人而異(所以各縣市的規範是完全不一樣。) 每一個縣市的要求不一樣,那你要求的人都要很注意,比如說我們督導,我們是在高雄市,然後案子戶籍是在屏東,但他住高雄,我們在高雄服務他,就人籍不一,等於半年就復評一次,那你督導就要去注意,而且有別的縣市是三個月才讓你申請經費一次,而且現在社會局愈來愈嚴格,因為社會系統都已經電腦化了,有些家屬太依賴政府福利,懂得如何申請補助讓資源重疊,比社工人員還知道一點,也不想這是納稅人的錢~還叫我們想辦法幫他們辦低收入,想想兒女有4-5人平均分攤,也沒有3000元也在計較,是不是養兒防老已經過時。(嗯我在機構也會遇到這問題兒子都不繳費都是女兒在負擔),社會結構價值已經不同,這到底是社會教的還是家庭背景文化觀念呢?(我想都有吧!)

另外在一位基金會附設日間照顧中心(社區型)個案家屬(受訪者 J)受訪時表示：

一定會有差異性,因為大家都要擠到公部門的來嘛!沒有分等級類類的,家屬也都希望來這邊,在政府的不能做太差也不能說比人家不好,有人有眼睛在看,看得很清楚。(可是去公部門大部分都是低收或中低比較多啊?)

綜合上述訪談資料獲悉，正式資源未能有效進入家庭，給予長輩支持，將迫使長輩依賴家人。絕大多數受訪者知道政府正積極推動各項老人福利政策，也瞭解老人福利社區化的實施內涵，均認為經濟補助、健康維護、生活照顧、長期照顧及休閒教育等，政府對日照中心提供大量資源，以能滿足社會福利體系中服務對象的需求，減輕子女照顧負擔，落實在地的老化，提昇長輩照護的生活品質。

目前長期照護服務在推動社區照護的模式，結合家庭、鄰里、社會網絡，提供人性化的照護，增添照顧的便利以及紓緩主要照顧者的負擔，但是對於重度失能或需要專業護理照顧的服務對象來說，社區照護的模式無法完全取代機構安置模式。

研究結果顯示，以政府福利政策制度三種不同照護經營型態的家庭社會網絡資源分析，優劣比較整理如下：私人機構的數量多、選擇多，因地利之便紓緩了家庭與主要照顧的負擔，提升生活適應、經濟扶助、人身安全、社會支持性網絡需求的服務品質，但是因私人機構普遍被認為是營利機構，入住的家庭均有足夠的財力，不需要資源協助，造成社會資源取得不易。財團法人對於弱勢家庭給予較多的資源與協助，但也容易養成弱勢家庭依賴政府仰賴社會福利，產生世代貧窮的現象。社區照顧有政府的支持，提供較多元的服務，能滿足服務對象其家庭需求，但較著重於生活照顧無法提供醫療或需專業技術的資源。最後，三種不同照護型態均缺乏社會醫療資源網絡的整合，因城鄉差距、多元文化族群的差異，導致服務的重疊和浪費。

第二節 社會關係資源的動員

老年人口的社會關係係指提供給長輩的廣泛性支持，家庭支持系統屬於社會關係支持的一部分，屬非正式的社會支持系統，以家庭、社群和友伴為主，奠基在血緣、婚姻或友情的關係上；相對於此，正式的社會組織支持包含政治和經濟制度、政府服務組織與民間團體，其運作依循制度，強調以知識與技術來提供服務（曾瑾，2004）。本文所指社會支持係指正式的社會支持系統，期望能了解在傳統家庭支持系統的轉變下，探討台灣政府與社會團體，在政策的制定上與服務內容上，針對現今長輩的需求，能提供多少實質性支持？是否能架構出完善的社會支持服務，提供每位長輩一個更有品質的生活。分析資料將結構框架下的社會關係資源的動員，故區分為「權益義務之保障」以及「社會支持系統」兩者，內容如下所述：

（一）、權益義務之保障

權益義務之保障指對於個人權益而言，通常是那些與生俱來的，每個人應當擁有的東西。「權益」意味著公平、衡平、平等對待，在法律上的意義是指公民受法律保護的權利和利益。權益不是政府給予公民的一種福利，而保障公民的權利卻是政府基本職責。當個人行使權益時，會使其他人負有義務，堅決維護社會保障的權利。研究者常常在思考，是否只要人年老或重病臥床，就無法為自己做決定了呢？常常發現當老人失能程度達到需要進住機構時，本身的健康情況退化，以及對機構照顧資訊的不瞭解，往往使得老人在入住機構時，連最後選擇決定時的自主權降低。家屬在參觀某機構後要立即將長輩送來，並沒有保留足夠時間回去與長輩討論或先帶其來參觀再決定。而在機構照顧過程中，個別性照顧不易發展，在機構日復一日統一的生活步調與照顧任務中，似乎

服務對象的獨特性也日漸消失，而被照顧者主要性的需求表達在以護理人員及照顧服務員為主的、服務對象在機構中某種需求或特定需求常被視為「找麻煩」、「固執」等負面的標籤。

近年來社會權利不均、社會結構不合理而產生的不平等問題，不僅導致貧富差距拉大，亦使得社會經濟弱勢團體的健康差距問題愈來愈嚴重。他們位於社會及經濟地位的底層，社會層級及權力低落，維持基本生活已是力不從心，健康問題更使得這些群體居於劣勢，其關係環環相扣，導致這些弱勢群體難以突破困境。因此，在弱勢群體的健康行為及狀態明顯較非弱勢群體差，對醫療服務使用率的需求高、醫療費用占收入的比例高，導致其醫療負擔更為沈重。因此弱勢家庭的健康不平等，顯然也是一個問題。應以提供照顧服務過程注意服務對象安全及健康，並協助服務對象達到充權之目標。以維護長期照顧全方位權益義務之保障分別包括社會權益、自我權益、家屬權益與及機構權益等之探討簡述之：

(1)、社會權益

聯合國將 1999 年訂為世界老人年，並公佈「國際老人人權宣言」，其宣言所倡議的八大人權便是老人社會權的主要內涵（林振春，1999），江亮演（1998）將老人社會權分為四大項：1、生存權：包括生活費用的保障、醫療保健、居住處所、安養設施和家庭定權等。因此，老人年金、老人安養、健康保險、老人保護與老人住宅皆有必要由社會來提供。2、勞動權：包括中高齡者的就業、創業與職業訓練輔導等措施，以及社會服務工作的安排等。因此，老人人力銀行、老人創業、老人志工等工作皆需大力提倡。3、社會參與權：包括政治投票選舉權、藝文活動參與權、宗教信仰自由權、休閒娛樂自主權與社區鄰里事務參與權等。4、教育權：包括進入正規學校接受教育權、社區學院進修權、社教機構自由進出權，以及提供老人學習的必要研究設施等。因此，老人大學、老人圖書館、老人用書、老人電腦、老人學習諮詢等服務皆有必要大力提供。

以私人機構來說，服務對象欠缺在環境支持與協助，以致使身心障礙者及失能老人的獨立功能無法完全發揮，導致生活功能限制。雖然弱勢族群享有長短期經濟安全福利及醫療服務權益，但交通運輸工具及無障礙環境的不良，也容易形成失能者社會權益使用時的問題。在一位私人小型護理之家主責護理人員(受訪者 B) 受訪時表示：

機構都跟家屬說的很好聽，但實際上，失能者住進來後，除非有家屬帶至戶外走動，否則就是關在機構內，有時想聽唸佛機、唱聖歌都會被其他住民制止，也有時住民都會反應自己像被關在籠子，唯一可活動的只有床、廁所以及吃飯的地方，連看電視也不自由，特定的人看

特定的那幾台，有意識的都會這樣反應了，那無意識的就只能躺在床上，依靠著照顧服務員協助翻身、下床。尤其在特定，國家行使權時，缺乏自主性的選舉權益參與不能因失能就喪失權益吧!

由受訪者得知，對於服務對象的尊重卻日漸式微，尤其是社會權部分，對於失能服務對象的社會權，由於不同的居住區域、不同的生活水準，以及來自不同的家庭與族群屬性，慢慢地逐漸喪失中。從此失去參與社區正常化的生活，或無法和一般人同樣擁有家庭生活，其個人的社會權、自主性、與人互動的歸屬及親密的需求，無法獲得滿足而壓迫感受。因此，主要照顧者互動關係會對服務對象社會權有極重要之影響。

其二財團法人的照護模式與私人機構類似，但唯一不相同是活動空間的充足，甚至與工作人員告知後，可自行外出，相對的尊重服務對象；相反的，私人機構擔心責任風險，所以會限定行動，服務對象也會因失能而影響其參與社會的能力。在一位基金會附設日間照顧中心主責工作人員(受訪者 D)並同時有在私立機構兼任，在訪談過程中比較公私差異不同點觀感講訴表示：

我覺得我們空間大，不會限制很多啦! 出去也是寫請假單出去，還是要有人帶啦! 就是他請計程車出去，計程車還是要寫他的名字聯絡他，他要出去一個小時兩個小時沒有回來，我當然很急，還是會撥打給司機的。(可是如果是在護理之家沒看到人呢?) 護理之家都沒讓他們出去，大部分都關在裡面比較多，除非他們親人有帶他們出去，不然都是關在裡面。(那你覺得?)

我覺得行動會被限制住，可是基於他的身體狀況，機構是會限制住啊! 但對長輩來講，他會覺得我住在這裡，你都限制我東限制我西，會很不自由。照顧不平等的待遇引起服務對象情緒上的困擾。

由以上資料所述，在財團法人機構的服務對象不論在性別、種族、次文化或其他地位，都可得到足夠的社會參與，其服務對象比較有自己發言權及自主性行使社會權上較人性化管理，相對的私人機構會因服務對象，因身體疾病受到限制。因此，相較之下，財團法人機構較著重服務對象社會權益發展，且在社會照顧領域中，尊重服務對象參與社會活動行使。

其三社區照顧模式活動參與，在相互認同與支持的互動模式下，增進了自我肯定與精神生活的滿足，對於弱勢族群享有長短期經濟安全福利及醫療服務權益。一位社團法人附設日間照顧中心(社區型暨養護)主責主任(受訪者 K)受訪時曾表示：

在長照體系這產業，政府，機構業者，使用者... 你剛說覺得是經營者比較虧嘛! 比較佔優勢的是服務使用者。

如果以三者來講的話，政府和業者的負擔是重的，服務使用者他是在用嘛! 最大受益者應該是用戶。最大受益者應該是服務使用者。利益受損的是... 其實也不會是社區日照單位，也不會是業

者,如果是這樣...賠錢的事沒人要做啦!(有的是賠錢的事沒人要做,所以會降低一些服務品質。)不過我覺得政府在這方面做的還不錯,我倒覺得服務品質做得不錯,然後每個單位也有在進步,我覺得大家都有在把關.我不知道以前是怎樣?我只進來兩年多,我是看到每個單位都滿兢兢業業的。

在我們日照照顧模式中長輩最有自主人身基本友善，社會資源連結運用豐富，環境支持與志工協助減輕人力照顧，讓長輩能享有投票選舉權、宗教信仰自由權、休閒娛樂自主權與社區鄰里活動參與權等。

由上述可見，在社會行使權上，社區式照顧模式中服務對象具有社會資源連結和運用，環境支持與志工協助減輕人力照顧，給予服務對象生存、權力、自由、樂趣選擇。

依分析資料顯示，提供機構服務的服務對象，因為居住在特定的服務據點，他們的互動對象除了專業人員之外，就是和他們有相同背景的失能障礙者，因此可能從此失去參與社區正常化的生活，或無法和一般人同樣擁有家庭生活，其個人的社會權及自主性，與人互動的歸屬及親密的需求無法獲得滿足。

(2)、自我權益

自我權益指的是身為一個人，且不分種族、性別、年齡、職務和社會地位，均擁有的一些共同的權益，包括法有明文和無明文規定的項目。在民國 104 年底通過病人自主權利法為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧本法適用之 5 種臨床條件，包括：1.末期病人、2.處於不可逆轉之昏迷狀況、3.永久植物人狀態、4.極重度失智、5.其他經公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受，疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。每項認定應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認，以示周延。私人機構在失能者因為非自願的被送進機構、離開家人、朋友和熟悉的地方、在機構中缺乏自主性和選擇權，造成失能者自我權益被消弱，但即使擁有的自主選擇權，也因自身條件差，可選擇的物件減少許多。私人機構針對服務對象尊嚴、信仰、需求、隱私及決定其照顧與生活品質權利相當缺乏，無法在有人性及尊嚴的環境中享受公平的尊嚴看待。一位私人小型護理之家主責主任(受訪者 A)在受訪時表示：

家屬只要出錢就好了,住民不一樣,住民有的是不想進來,但有些是有些認知,他沒有辦法去自我表達說:我不想進來,可是有些住久了,他們會把它當成一個家,有些會排斥.這依每個人的狀況不一樣,需求也不一樣.有一次評委批評我們一個單人房阿嬤的物品擺設..以前在家的廚櫃.電視.冰箱.便器椅...等等.東西太多太凌亂,但是這是根據長輩的實際需求和習慣擺設的, Y媽非常順手啊,指標不是一直強調要家庭化擺設嗎?我想只要保持清潔,擺設屬於個人化風格,

另外「不被尊重自主」也在訪談一位私立養護機構家屬(受訪者 F)在進入機構

探訪長輩的過程中，發現公、私機構予人不同的感受：

有些私人機構是你最好不要知道太多我們的作息時間,你知道愈多就缺點愈多,我爸以前待的地方都是透明化的,只要登記就 OK,不要說把長輩家帶出去怎樣,怎樣的問題產生都 OK 的.申訴也公開化傾聽長輩家屬心聲,在私人機構敢怒不敢言啊!讓我們家屬抱怨也無法得到妥善處理。只會息事寧人作法。

在訪談中，發現私立機構住民比較不敢或不願意(開誠公布)的說出自己的意見，且大部分住民都是不識字，可能無法自行填寫意見表，亦有長期臥床無法言語的住民，也因如此機構無法實際了解住民的想法。建議定期派各種專業人員傾聽住民的意見，並能重視提出來的問題。目前小型安養機構是自然人，經營者自地自建或自費租賃，失能、失智者同樣是自費入住，接受長期照顧。研究者覺得「申訴處理」很重要，例如在機構裡發生事情後，其實不太知道可以問誰？例如有時候長褥瘡了，不見得是想責備只是想知道狀況如何，但不知道可以找誰問，除了照顧的人之外，總會希望多方詢問，這時候家屬不知道申訴的窗口應該找誰比較合適。在評鑑監督結果並非「長期照顧使用者」關注焦點，使用者想的是「及格」即可，但「價格」更要便宜。目前政府要求長期照顧機構像醫院一般包山包海，但家屬不一定全部需要，依然會造成機構成本與家屬成本上升。

其二財團法人機構的服務特別是保障弱勢、充分自主、公平，保障最低所得、降低居住障礙、收容失依老人，提供服務對象一個有尊嚴和自主選擇的生活環境。這類單位給予服務對象對的生活方式及所需之服務，有較大的決定權。但在某部份家族企業之財團機構，服務對象缺乏自主性和選擇權，造成失能者自我權益被削弱，在一位受訪者財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)服務過程中表示：

心態會有點不一樣,因為公家部門的場地很寬,要出入的很自由,居住環境都由長輩喜歡佈置心境就不一樣,阿像私人機構都樓層式封閉式的,你要讓他下來也不可能,你要去把他帶下來,當然心理上就會有些被限制住,家族企業的財團機構長輩跟私立差不多一樣以我來講,我被限制住會覺得好嗎像被綁?手綁腳綁非常不自由,但也沒辦法,剛開始,心情很不好走失躁動易跌倒。一定會有差異性,因為大家都要擠到公部門的來嘛!沒有分等級、級類的,家屬也都希望來這邊,在政府的不能做太差,也不能說比人家不好,有人有眼睛在看,看得很清楚。(可是去公部門大部分都是低收或中低比較多啊?)

由上得知，財團機構相當尊重服務對象之自主性及權利，惟為提升服務對象規劃及自我決策能力，尚缺乏由服務對象自行規劃的空間，若服務對象均能公平地得到福利，就不會有人被標籤化、羞辱或污名化。最大的自由空間及最少的干擾，讓服務對象規劃自己想要的生活，還給服務對象一般人性化的生活方式，去享有且履行自己應該有的權益和義務。

其三社區照顧模式同樣透過參與服務提供的設計，讓人們有選擇的自主權，它讓人們有權為自己的生活作選擇，提供適當的照顧和支持，以協助人們得到高度的獨立自主性，並藉由獲得或再獲得基本的生活技能，以協助他們發揮最大的潛能。在一位受訪基金會附設日間照顧中心（社區型）社工主任(受訪者 D)時表示，如果長輩與週遭的人能見到改善成效，會塑造長輩一種未來性及希望感成就：

你們都在機構裡面的,你們應該更清楚,比較沒有自由,也沒有自己的生活空間,也沒有自己的自主權啊!怎樣都沒有.主要因為他是封閉的啦!可是我覺得日照很棒的是:他晚上可以享受家庭倫理,白天又有跟人互動,還有上課,我有一次問阿伯:你上課做什麼勞作?他好高興,趕快拿出他的勞作展現給我們看,展現他的成就和信心,想表現自己。唯一缺點就是中午睡覺沒有獨立空間睡覺,有些長輩會抱怨我們也無奈啊!睡覺空間不足我們是團體生活不能像家一樣方便。

在訪談過程中可見，機構式居住讓大眾感到刻板印象之負面想法，突顯出自主權益的情況相當嚴重，相反地，社區照顧政策推動目的之一是要增進服務對象自決的機會，能自我掌控自己的生活，能尊嚴的過著有隱私的生活，或能持續過著過慣的生活是最基本的生活品質。然服務對象應有安全的居住環境、獨立自主的生活、參與社會生活活動，讓服務對象在社區當中滿足各種需求。

綜合上述得知，不管機構或者社區都缺乏個人隱私空間，由於機構規模大，行政人員或照護人員為了方便照顧管理服務對象，勢必要犧牲服務對象的個人隱私、權益、尊重。在照顧關係與照顧安排過程，障礙者往往不具有決策權，命運任家人擺布。有研究發現，失能程度越重，失能老人本身越沒有決策權（劉雅文、莊秀美，2006）。另外，往往因為家人長期照顧在情緒、社會與關係上的壓力，迫使服務對象被送往機構長期安置。該研究發現，服務對象的失能並不意味著其不能夠做決定，如果失能即代表自主性的喪失，那是表達對服務對象尊嚴自主的剝奪嗎？故不應將服務對象視為是依賴者，而工作人員也應尊重服務對象的行使決定權，以提升服務對象及家屬自我照顧知能以達到自助助人能力。長照機構多屬於中、重度和極重度失能居多，進入出醫院急救後，極多數的服務對象必需以氣管插管、人工呼吸器等維生設備來取代原有一呼一吸之生存本能。多數家屬看到服務對象生命的尊嚴及不捨其長期生理病痛，開始徘徊「拔」與「不拔」、爭扎於親情、倫理道德及法律間，獲得到自主決定停止呼吸的權利是否公平或翻轉正義也是值得深思。

(3)、家屬權益

家屬權益指的是以避免服務對象及家屬遭受權益損害以維護被照顧者及家屬之知

情同意權益的行使。事實上，知情和同意屬於兩個不同範疇，知情指的是照顧團隊必須將所有可能發生的情形和選擇都告知服務對象或家屬，讓服務對象或家屬有知的權利；而同意指的是照顧團隊只能就服務對象或家屬同意的部份做處置，不能超出服務對象或家屬所授權的範圍。

服務對象家屬其實是長照機構中一群非專業的工作夥伴，但在現今社會中除了長照法保護家屬權益，亦有機構的定期化契約可保障雙方。於提供服務前，與服務對象簽訂服務契約，明定雙方之權利義務。在私人機構，有些家屬不滿，事發後政府未積極幫忙爭取權益，並批評相關單位沒有盡到監督的責任，卻明確地要求政府應該給予服務對象家屬權益的保障。在一位私人養護機構的主責主任（受訪者 E）受訪時表示：

政府美意很好，但不知何時、如何落實確很難。但政府若有心減輕的目前家裡已長照需求的負擔，其實有些事是馬上做得到的，每個家庭條件不同，如有人要吃 A 餐（居家照護，找本國看護，年花約 70 餘萬）、有人要吃 C 餐（送養護中心照護，年花約 40 萬）…，不管吃什麼餐，對有長照需求家庭都是相當大的經濟負擔，若政府能從稅制著手，給長照家庭的免稅額度，相信民眾馬上對政府有好感。而目前規劃，何時能實現，恐怕遙遙無期，對目前正面臨長照之家庭也不公平。

另外一位私人小型護理之家家屬(受訪者 D)在受訪時，談到如何面臨經濟照顧壓力及選擇機構之心境表示：

財團機構大多距離住家較遠，老人家容易有「被遺棄」的感覺，在私立小型機構遍布各地，較能符合長輩「在地老化」的期望；住進「像家一樣的機構」，而非「如醫院般的機構」，更是我們家屬和長輩，選擇私立小型機構的原因之一。我媽媽因高血壓引起腦血管中風成植物人已經好幾年了，我和我老爸照顧很累，經濟負擔也很大，最近我弟弟酒駕殘廢腦部受到嚴重退化也在護理之家照顧，全家人真的身心疲憊啊！很想讓家人安樂死啊！躺的痛苦家屬更痛苦，台灣法規真的很死板無言...

受訪在照顧歷程遇到困境認為，許多服務對象問題需求無法等待資產調查後才認定，政策無法回應案家的立即需求，例如家屬在照顧過程中，主要照顧者瀕臨心力耗竭，遇到經濟、心理壓力衍生消極的想法等。長期照顧工作繁重，家屬體力的負荷及心理的壓力都相當大，主要機構的照顧者，定時餵服務對象吃飯、提醒服務對象上廁所，自己卻連一口水也沒喝，這樣的情況學者稱為「自我關懷缺乏症」，在缺乏自我關懷的情況下繼續照顧服務對象所產生的併發症便是照顧疏失與醫療訴訟。因此現在提倡的觀念是，要先照顧好自己，才能照顧別人，先確保自己的健康，才能提供更完善的照顧給服務對象更好的生活品質。由此也可以看出，機構照護對家屬所帶來的問題相當普遍。

其二財團法人機構秉持著專業與熱忱，立足家屬的考量點，提供尊嚴、質感、充滿

溫馨關懷的照顧服務。政府將持續積極保障服務對象照顧權益及家屬權益，落實照顧正義。在一位受訪者財團法人附設養護機構主責工作人員(受訪者 M)在服務過程中，觀察到一些家屬懂得伸張權益：

不會啊！來我們這邊的低收，都覺得很正當。(為什麼會有這樣的想法?) 個案因為他的家人會訓練他告訴他來這裡吃住都不用錢，又有錢可以領(這樣他們沒有一種自力更生的想法? 像家屬... 他們的態度就有點不一樣了。) 他們的態度就覺得... 啊我就把你推來這裡就好了，我就不需要負擔那麼多東西了。(這樣很沒有責任。) 有些家屬是這樣，有些家屬就覺得我沒有辦法養，覺得很愧疚，可是還是很少數，他們覺得政府就是要養我。

由此可見，透過非營利與營利部門所提供的服務，會有立基於契約為基礎的情況。在公辦民營機構受到政府監督，對所有服務對象之家屬權利均一視同仁，不因種族、年齡及階級等給予不同之待遇。財團機構會應親屬要求，得適時向其解說服務對象的病情。以為維護服務對象的醫療自主權，財團機構對所有服務對象提供「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「不施行心肺復甦術同意書」、「不施行維生醫療同意書」、「醫療委任代理人委任書」及「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」，使醫師對不可治癒之末期病人，得在尊重其意願之情形下，不施予積極性之治療或急救，僅提供減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施，病人或家屬可簽立約束同意書，了解機構約束理由，避免影響整體服務對象照顧或家屬權益。

其三社區照顧模式受到政府監督，因而具有伸張公平正義的功能，對所有服務對象之家屬權利均一視同仁，與財團法人有共同為服務對象及家屬者權益的保障。在一位基金會附設日間照顧中心(社區型)決策主任(受訪者 D)受訪時表示：

現在政府在強調在地社區化，把資源著重在日照宣導，對特定種族年齡及主要照顧者給予情緒支持與關心慰藉。在機構上蠻缺乏對於機構、家屬和住民權益規範及機構所扮演的角色(協助政府、家屬解決照顧問題)……

由文獻及文件資料收集可知，長照 2.0 的預算，絕大部分的錢並沒有用來照顧最嚴重的「重度失能者」，而是花許多錢去補助全國 469 處的社區整合型服務中心、829 處的複合型日間服務中心，以及 2,529 處的巷弄長照站，以及未達「重度失能」前的各項居家服務、交通接送、創新服務等。大量的經費投入社區照顧模式，強調在地老化，協助降低家屬的照顧壓力，維持家庭功能健全，期待提昇服務對象生活品質與尊嚴，過著自主的優雅生活方式和舒適安全的生活空間。

綜合以上結論，在經營長期照顧模式服務對象及家屬的權益有著深遠展望及努力，機構社區模式中強化提升與家屬的權益及知識。只有私人機構家屬在伸張權益時，欠缺

相關單位主持公平正義的待遇及其家屬所得到的保障太少，有時甚至遭到不公平的待遇，因此邊緣弱勢族群是台灣社會應積極關注的問題。近年來由於人權宣導的普及與民意高漲，照顧糾紛案件成長快速，唯有更用心的關懷服務對象及家屬，增加服務對象提升及家屬對醫療團隊的信賴感，才能降低日益上升的照顧糾紛案件。讓家屬知道如何維持及捍衛家屬應得的法律權益，並且促進與家屬的醫療照顧合作關係，以協助社區弱勢族群在照顧上的問題，透過日間服務來感受社會的溫暖感。

(4)、機構權益

機構權益是指機構有選擇住民的權利，維護保障機構內外部權益，能夠得到公平、公正的處置，法令規定與自身權益的保障。把老人放在長照機構就不管了的子女，社會上稱他們為「甩老族」。私人機構經營不善或品質不良，究其原因，和『甩老』事件的發生機率越來高有關，也和法令沒有給予支持和保護有關。一位私人小型護理之家經營者(受訪者 A)受訪時抱怨表示：

在家屬呆帳，其實就看機構願不願意吸收，如果是幾個月是可以去吸收，如果是長年下來，我不會去接受這個東西，這些其實是政府要去補助的，你付不出來的時候，政府就要去接收它。本人經營小型長照機構，至今已十餘年，為因應法規要求、品質提升、市場競爭等因素，進而反應在員工薪資、硬體維護、物料、膳食等成本已逐年提高。但法規仍限制私立長照機構收容人數應為 49 人以下，造成機構收益相對於成本已漸感入不敷出，故建議政府單位日後在制定相關法規時，能鬆綁私立小型長照機構之收容人數，比照現行的財團法人機構或護理之家。若私立長照機構有充足的人力配置、面積、硬體設備，營運保證金等... 相同於財團法人機構或護理之家的規模，何以還要限制私立長照機構的收容人數呢？

私人機構並沒有接受政府補助，也依法繳稅，它的收費標準其實政府不需要管，而且也沒有權力管，使用者付費成口號，社會正義難達成。

另外，受訪私人小型護理機構經營者(受訪者 A)時又提到：

多數由業者自力經營，將來一旦法人化，業者持股比例將從百分之百降到 51% 以下，「奮鬥一生的財產公有化，你會不會抓狂？」。現在台灣高於 50 床的長照機構多屬財團，床位客滿的微乎其微，唯一收住滿床的方法，就是吸收倒閉中小型機構所照護的人，這形同助長財團化。同時針對「公費安置」的住民，提供了至少兩成的床位數，由業者自行吸收政府補助金之差額，善盡社會責任。老化失能增加，小型住宿式機構的床位需求將會越來越顯著。

目前中央及各縣市政府對於中低收入公費安置重度失能的補助款，已經遠低於實際成本，安置機構在不符成本下，均排拒接受安置，所以適度提高符合成本也是合理必要的。

一位私人小型護理機構經營者(受訪者 A)受訪時又講道表示：

學者與社會團體仍對私立小型住宿型機構有誤解，例如：「綑綁老人限制他們的行動」，在現今第一線照顧人力嚴重不足的情況下，失能失智的長輩行動有任何的閃失，縱使是機構應注意且已注意，長輩都還是有可能發生跌倒、翻滾下床等危險，所以機構為了保護老人的安全與遵從醫囑的狀況下，透過解釋與說明且經家屬同意後並簽署「約束同意書」，施以適當約束。在醫院身心科及日照應該說身障機構都有類似情況，不知學者一直強調我們私人機構呢欠缺公平正義。在小型機構資源相較於大型機構為少，城鄉亦有差距，導致資源不同，但大、小型機構卻一律採用相同的評鑑標準。

私人機構少數家屬認為把服務對象送進機構照顧後，交了錢，剩下的事都是養護、護理機構的事，這其實是一種「甩責任」的行為，機構裡做好入住服務對象生活照料的同時，也希望家屬能夠輔助機構更好地滿足服務對象精神上的需求，親情的關愛、陪伴是機構養護所無法替代的。現行機構經營者在各項的營運上都必須盈虧自負且保持競爭力，讓各項的成本降低，使得機構能夠獲利並永續生存經營，得以持續照顧社區中失能的長輩並已逐漸傾向多元化、私人化發展，這才是經營根本之道。如果機構將本求利，只圖營利最大化而罔顧照顧品質，衍生的問題將無窮。

其二財團法人機構受到公權力的保護之下，享有委託行使公權力。機構的角色限定在保護服務對象不被侵略、積極地保障服務使用者福利、居住自由及財產安全無慮。在一位受訪者財團法人附設養護機構主責工作人員(受訪者 M)服務過程中，針對遇到服務對象面對經濟問題困境的狀況時表示：

我們機構有個案膝下一個兒子，本來家境挺好，從來沒有拖欠過費用。突然，兒子有很長一段時間沒來機構看母親，也不再繳費，機構及社會局工作人員按合同中的家庭住址找上門，鄰居說，這家人生意虧了本，賭博又欠了債，跑去躲去了。兒子失蹤了，母親的生活來源被切斷了。「面對這樣的事，我們感到無奈。」「這裡既有經濟原因，也有道德理念問題，還有制度問題。」老人自己沒有經濟來源，財產都掌握在子女手裡，家人一旦出現經濟變故，老人的生活就失去保障，養老機構遇到類似問題往往投訴無門，只能聽之任之。

研究者從實務經驗中發現，大部分財團法人及私人長照機構都有出現「甩老」問題，老人會產生強烈的失落感、自卑感，缺乏安全感，隨之引發生理上突發性疾病，這種負面情緒也會波及其他老人，認為養護護理機構是「棄老」之地，不安心居住，因之對晚年的生活擔憂、害怕。機構的經營損失不言而喻，更嚴重的是，如果沒有正確的引導，甚至出現「厭老」情緒，長照機構必造成一定營運成本經濟損失。

其三社區式照顧模式受政府委託，為服務對象謀求福利，扮演一個謹守分際的「日間服務者」，維繫服務對象生活機能。讓服務對象可以依自己認為最好的照顧方式過生活，特別是在經濟照顧的層面上有所依歸。在一位基金會附設日間照顧中心（社區型）

決策主任(受訪者 D)受訪時表示：

所以你覺得從政府就是官方,還有你們業者,還有住民就是家屬,這三方面會不會影響到經營的模式,還有一些社會的權利層面?

我覺得人民是被動的,政府他是主動的,業者其實是半配合的,我人民呢?你政府要我怎麼做?我是可以配合的,如果我覺得你政府這樣做,我不要,我不跟你玩,我可以走人的,然後呢?業者是最可憐的,你政府要怎麼做?你 SC 要怎麼做?我業者只能承受啊! 我覺得...業者最可憐啊!(你為什麼這樣覺得?) 在日照這一塊是這樣子,尤其以後要推長期照顧保險,案家有更多選擇了,他可以選擇不要跟你政府玩了,我要自己找私人看護,可是我業者是配合你政府的,你政府怎麼做,我業者就怎麼配合,我沒有辦法說政府你做得不好了,我沒有辦法跟你玩了...

訪談資料強調政府應積極且廣泛的介入社區式照顧的推動策略，認為「最好的政府應該是最大管理的服務」以監督保障社區照顧，能發現到社會資本主義發展的結果，衍生社會貧富懸殊及不公平競爭的弊病。因此有人主張以社區照顧的力量來匡正這種弊病，而賦予機構更多的層面上，可以動用的權力，影響到政府積極立法規範私人機構的壟斷行為，同時大力投入社區日照中心產業，創造居住正義機會、促進服務對象生活復元功能，推動更符合公義的長照社會制度。

綜合上述顯示，服務對象入住機構前雖經護理、社工、照顧等專業人力評估，也告知各項入住條件及服務對象可能發生之問題，同時也依“公平交易法”簽署定型化契約，告知雙方之權益及義務。但如發生服務對象走失、跌倒、約束、個案間衝突，甚至伙食、活動等，家屬常會提出質疑或無理要求、訴訟，造成工作人員極大的壓力，經營管理上的風險，國家對於私人機構興辦之中小型長照產業，應扶助並保護其生存與發展。以充分了解長期機構遭遇之權益問題，並獲得相關之資源協助，讓照顧受到更完善的保障。

機構有選擇住民的權利，這讓研究者思考是否影響服務對象的居住正義，主責單位在講求安置績效，往往忽略照顧服務品質。因此，維護私立小型住宿式機構之永續經營，以穩定長照社區資源成長來保障家屬與受照顧者權益，積極發展服務對象長照機構社區照顧的服務，以建立多元的照顧服務型態，來滿足不同狀況的服務對象需求。

總結來說，以社會關係資源的動員三種不同照護經營型態的權利義務之保障優劣分析整理說明如下：私人機構經營型態漸漸開始重視服務對象的自主與尊嚴，並注重與社區資源的連結。在醫療權益上；但現階段政策法令和制度不利於私人機構的經營，經營風險高，且永續經營已受到威脅、財政已漸無法支撐。如私人機構經營全然營利化，弱勢老人將面臨被邊緣化，社會權利不均，結構不合理，沒有人權與權益公信力。其次財團法人經營型態被服務者享有申訴及被保護的權利，居住自由及財產安全無慮，注重機

會平等和合理的定期化契約規定，以服務對象及家屬之權利與福祉為第一優先考量。由於長期照顧服務法介於老人福利法、身心障礙者權益保障法和護理人員法等既有法律的組合，缺乏實質效用。身心障礙者權益保障法，無法保護輕度失能老人，這類老人無法領身心障礙手冊，導致缺乏公平正義平等服務精神，阻礙邊緣戶服務對象權益到侵害的狀況。如何有效促進社會正義、無長期住民會議，達到『住民自治』目標準則。最後社區照顧經營型態是屬於政府招標機構式私人設立監督模式，社區照顧雖富有彈性化，享受政府福利、提升自我照顧能力延緩退化，使被服務對象能獨立自主訓練，並利用聯絡簿使家屬瞭解被服務對象的狀況，及定期派人傾聽服務對象家屬的意見，有『人』的基本權利與尊嚴。由於經營礙於場地和收容數量限制，現階段社區內已有供不應求之現況。

（二）、社會支持系統

長期照顧工作與社會資本建構關係，不只單純的解決服務家庭當下問題，而是期待家庭本身能夠透過與當地社群資源的連結，擴展到家庭與社區機構之間的夥伴關係。而藉由組織的社會資本，連結的關係，讓社區中在地的資源來支持家庭，降低家庭的社會孤立。換句話說，社會資本可透過連帶成員的直接與間接接觸，讓服務對象可以延伸到社會網絡之中，在這連帶關係中取得資源合作的契機。社福醫療當地社群的互動與配合，彼此建立信任互助的關係，達到雙贏的模式。因此，將社會支持系統訪談內容歸納為社會組織支持、家庭情感支持、社群互動支持及友伴互動支持等四項說明如下：

（1）、社會組織支持

其實社會組織支持最大的組織乃是政府，其次民間團體，目前長照機構之服務範圍不再僅限於醫院內，已經擴展至社區、家庭等，乃將結合醫療、社會福利、教育等資源共同提供服務對象、家屬以及社會大眾健康與醫療方面服務。長照機構最重要的角色就是扮演醫療團隊人員與服務對象家屬之間溝通的橋樑；在消費意識高漲的現今，長照機構及社區提供的醫療服務，更是需要跨專業的團隊合作模式，包括醫師、社工師、護理師、營養師、藥師、復健師間的合作等，以及後線跨專業團隊與行政人員，在不同的位置上一起為提昇長期照顧服務品質而努力。

私人機構大部份受地理位置的限制，促使服務對象較少能有與外界直接接觸的機會，加上家屬探望時間的受限、與家人間的情感逐漸疏離，導致機構住民對任何事物都不感興趣，對剩下的日子也不抱持著任何期待。造成機構服務對象逐漸喪失與他人互動的行為能力，同時減少人際互動相處之間的興趣及意願。在訪問一位私立養護機構工作人員(受訪者 G)在服務過程時表示：

我們老闆不喜歡民間團體進來干擾老人家生活，我們長輩只要機構社工自辦活動或者看電視、聽音樂、聊天。(為什麼?)之前民間團體來帶活動向老人家講一些是非及干涉機構不是，餵東西給老人差一點噎死，影響長輩照顧情況及人際關係疏離，所以我們會選擇長期性合作信任的民間團體來機構。

每次要幫長輩尋找經濟或替機構尋找社團團體協助活動資源時，常常被認定為你們是私人有營利利潤沒辦法補助，你們有錢向家屬收照顧費，只非營利機構才可以補助。我們也有收公費長輩遇到耗材營養品不足。覺得民間團體對於私人機構的經濟補助及活動協助，應該符合公平正義啊!

由資料可見，私人機構欠缺民間團體、專業團隊介入於家庭溝通、情感支持；只針對服務對象在機構互動關係，缺乏民間團體交流，更沒有深入家庭服務支持維繫，經營管理方式相對地封閉，財源難從社會團體找到支持。其原因私人機構是屬於社會企業營利單位，屬於一種具備社會關懷與營利成本獲利的公司經營組織。然而，卻缺乏社會企業應盡的社會關懷責任，導致完全忽略私人機構也有收容中低收入的弱勢族群民眾，造成到該案家服務對象照顧、醫療費用的負擔。並忽視同樣具「社區性」、提供老人長期居住的小型住宿機構服務，造成其生存危機，因而無法落實私立機構(社會企業)的社會責任公平正義原則。

其二財團法人機構由於具有民間團體公信力支持，由民間慈善團體或地方政府以公私協力的方式，針對服務對象之需求，充分提供對象服務，增加與外界接觸機會及運用社會資源。以維護服務對象合法權益及生活，保障公平參與社會機會，有效維護服務對象基本福利權。在一位受訪者財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M) 時曾表示：

失落這一部分，我們會帶到辦公室會談或轉移他的注意力，讓他多參與一些團體活動，不讓他覺得都沒有人來看他，我們會藉由志工或一些宗教的部分，我們常有一個月或半個月會來做訪式的部分，比較經常性會問他們看看，我們有誰需要幫忙的，會藉由這些人來關懷，以促進長輩社交關係增長。

由上資料顯示，財團在民間團體運用服務對象獲得最大的社會支持。感受到關愛與鼓勵。

在受訪者財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)接著說：

我們會利用志工團或是三大節，父親節母親節的活動，招集他們過來參加一些親屬的溝通啊！一些聯繫和座談會的部分，

財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)受訪時接著講道表示：

這是經營人理念上有所不同，有人是想說不管是照顧上或額外上的付出，有的人是額外的付出會讓人生活品質好，健康品質也會好，不會常常去住院，品質就有差了，那如果像常常要去住院，UTI 啊！那我就不用照顧啦！給那個特約醫院照顧就好啦！當然他會省個人力會有差別。

由此可知財團機構之間的協調聯繫變得更加重要，服務對象在身、心、社會與靈性之多重需求，具有民間團體公信力支持協助，積極引導服務對象走出居室小天地，在機構、家庭、鄰里、社區之間強化民間團體組織交往與聯繫，倡導、培育、服務對象社會責任意識與社會發展觀念，發揚社會參與自助互助精神，人際關係滿足其他許多基本需求，進而增進照顧生活品質。

其三社區照顧模式也一樣具有民間團體組織公信力支持及政策推動宣導，得以藉由民間慈善團體或地方政府以公私協力的方式，積極建立社區關懷與支持網絡，讓資源分配得當以滿足社區照顧服務對象及家屬需求。一位社團法人附設日間照顧中心主責主任(受訪者 K)受訪時曾表示，日照長輩人力資源最多：

啊!因為我們強調的是日照照顧,你在日照,我們就會去照顧你,可是你一旦到醫院去,那你就去找醫院的看護照顧你了.所以你只要住院,有一個系統,他就是暫停服務,等他出院了以後..我們有太多民間團體志工協助各項活動。

由此可見，社區民間團體組織扮演重要的角色，具有資源的支持者、服務的提供者、人力的動員者與資源的整合者，藉以增加社區照顧的活力並提升社區服務對象的生活品質。然而社區照顧無法像專業機構提供專業服務，但社區照顧最寶貴的資產，莫過於社區民間團體組織支持介入，促使服務對象無法完全抽離所生活的環境，社區民間團體組織的人際網絡，正是社區照顧的重要關鍵。換句話說，社會資本可透過連帶成員的直接與間接接觸，讓服務對象得以延伸到社會組織網絡之中，並在這連帶關係中取得資源合作的契機。

(2)、家庭情感支持

家庭情感支持是指家庭中所能提供的對於住民情緒支持，使住民有情緒宣洩點。在中國文化中傳統尊敬長輩的孝道觀念裡，也造成了老人特別喜歡周圍的人尊敬他，但隨著社會型態及家庭結構的轉變，老人居住於長期照護機構的比率持續增加，無論住在自己家裡、還是住在照顧機構社區裡，許多長輩自嘲是「吃飯等死~不習慣也要習慣」。入住機構及社區照顧服務對象會比較在乎家屬有沒有人來探望及陪伴，心情起伏會比較大。尤其過年過節時間，他們很在乎家屬的探望率，一方面受到老人本身過去在自主性、能力感、歸屬與他人建立關係的內在心理滿足經驗影響；另一方面，老人的家庭成員，可能包含他的配偶、子孫等不同代間的人，他們與老人互動過程中，是否增強了老人的內在心理滿足也會有所影響。究竟如何在新、舊不同的文化價值觀的拉扯下找到平衡點。

家庭情感支持主要人際關係的來源，也隨著社會經濟型態的改變，子孫各自忙碌難

有時間陪伴，或長大離家工作而在外地自立門戶，產生長輩感到空巢感，空巢感指孤獨感中融入了思念親人、自哀自憐、和無助等複雜的情感，容易讓人感到心情抑鬱，對生活失去活力。這些生活的轉變，帶來許多人際關係的疏離與消失，社會接觸機會減少，會產生孤立感，對長輩的心理調適與人際交往造成影響（尚結紅，2006；林怡光、陳佩雯，2009）。若能提供長輩繼續參與社會活動的機會，維持與人群的互動，幫助建立生活重心，提供心理方面的支持，長輩較不會面臨自我價值感喪失的危機。

私人機構由於服務對象罹患慢性疾病，無法自理或長期臥病及獨居長者，需要兒女子媳的支持陪伴與關懷。無論是錢財支持、或者是閒聊慰藉，更多內在的心理困擾，及家人財產分配衝突、造成照顧責任的分擔不均，致使家庭情感支持關係處於緊張與分離的焦慮狀況。私人機構無法協助家庭主要照顧者減輕照顧壓力，家庭照顧者成員缺少參與支持團體服務時間與興趣。一位私人小型護理之家護理人員(受訪者 B) 受訪時表示：

在我們機構內，由其是女性長輩，明明女兒天天來看她，怕她餓怕她冷的，服務特別周到，但是每次都唸女兒不孝，把她丟在這裡，可是只要兒子來都說兒子多好，也不多待一會就走，平均一個月還不見得來一次，她也沒怨言

由上得知傳統家庭文化結構觀念不同，導致性別不平等照顧模式與做法。但照顧工作應是兩性共同的責任，許多文化性因素仍深深影響服務對象的心理狀況。

在私人小型護理之家護理人員(受訪者 B) 提到表示：

是比較缺乏，家庭支持其實要看長輩和家屬之間的關係，如果他們關係是良好的話，家屬其實是很願意來的，但如果關係不好，淡化會更嚴重。可是如果家屬關係是良好的話，來看的次數跟關係不會改變太多且隨著生命發展週期，意識到服務對象對於的機構生活依賴，且家屬也依賴機構照護引導阻礙服務對象對社會親子關係，也發現機構家庭支持度薄弱，長輩感覺家人好久沒有來看他，缺乏親情安全感及情緒不穩。讓我覺得無能感及挫敗感這也是目前觀察到個案家庭目前面臨到的問題；

由上顯示，家庭情感的支持接納與關愛，對服務對象心理適應狀況有正向的協助。

在私人小型護理之家護理人員（受訪者 B）受訪接著說：

對啲！都雙薪，因為他們都沒時間去照顧長輩，就算你花兩萬塊，他們一樣願意把長輩放在機構，對他們來說，他們比較好做事情，而且長輩可能只住一兩年，可是年輕人如果說顧了五年，之後要去工作，在職場上來講是很難的

由上可知照顧者可能須請假或離職來照顧服務對象，導致家庭收入減少，加上照顧服務對象的醫療花費很大，進而造成家庭負擔改變財務負荷。

私人小型護理之家護理人員(受訪者 B)受訪時講道表示：

有些阿公阿嬤會去買很多東西，家屬會帶很多東西來，他們就會去比較。這個差異最大的應該

是說家屬給的東西多少,可是我們機構給的東西是一樣的.應該是說家屬給的關心,物質的差異會造成住民這邊的落差.家庭支持不會改變太多.

由訪談資料顯示，私人機構服務對象本身因放棄社會角色所導致的失落與被排除感，在代間互惠性與個人自主性的拿捏上可能會失衡等負面感受。

在高齡化與少子化逐漸改變傳統的家庭照顧結構，因服務對象出現失能情況下住進機構並不是被照顧者和家屬或自己願意選擇的，尤其入住私人機構相較今年輕的家庭照顧者背負更沈重的經濟及工作的負擔。以服務對象入住機構而言，對家庭情感支持會因服務對象入住時間長短間接產生家庭支持功能斷裂及情感薄弱；有些服務對象還無法認同或適應自己的情況導致失落與被排除感。私人機構在服務對象失能後給予持續性的照顧服務，包括為有需要的服務對象提供院舍照顧服務。有助於克服服務對象生理與社交層面上的地理性依賴，避免產生不安及與社會脫節的感覺因此，私人機構在家庭情感支持扮演重要溝通協調角色，對於減輕家庭照顧負荷是有其重要性的。

其二財團法人機構會因公權力介入會依照政府單位之要求，對於家屬需求與期待，會在服務過程中，辦理親職教育活動(例如：口腔保健、居家生活訓練、情緒行為處理等)以提升家庭照顧功能，並藉由辦理親子休閒活動增進家庭與服務對象間、家庭與家庭間、家庭與機構間情感聯繫以及關係促進之機會。在偏遠機構則服務對象與家屬之間關係疏離感情薄弱，機構缺乏與家屬之間溝通的支持合作，導致無法增進家屬照顧需求，強化家庭關係功能。一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)在受訪工作服務時表示：

前幾個月還會來很勤,之後就不會了,可是市區就不會,市區都會跟家屬說要來陪伴,他們就都會來,因為我們那邊有安養,養護和失智區嘛!失智區的家屬都滿配合的,可能是收費滿高的二萬八.

訪談資料得知，服務對象居住遠近都會影響家人關係及凝聚家庭情感，缺乏支持系統，致使主要照顧者身心的改變，失去照顧的平衡。入住財團法人或公辦民營長照機構是否符合在地老化？家庭照顧面臨壓力可能形成危機並造成家庭瓦解。因此，如何因應家庭危機更是長期失能家庭必須處理的課題，值得進一步探討。

在高齡化與少子化逐漸改變傳統的家庭照顧結構，因服務對象出現失能情況下住進機構並不是被照顧者和家屬或自己願意選擇的，尤其入住私人機構相較今年輕的家庭照顧者背負更沈重的經濟及工作的負擔。以服務對象入住機構而言，對家庭情感支持會因服務對象入住時間長短間接產生家庭支持功能斷裂及情感薄弱；有些服務對象還無法認同或適應自己的情況導致失落與被排除感。私人機構在服務對象失能後給予持續性的照

顧服務，包括為有需要的服務對象提供院舍照顧服務。有助於克服服務對象生理與社交層面上的地理性依賴，避免產生不安及與社會脫節的感覺。因此，私人機構在家庭情感支持扮演重要溝通協調角色，對於減輕家庭照顧負荷是有其重要性的。

其三社區照顧模式不離家，滿足家庭情感需求；有效建立服務對象的支持網絡；能增加社區的關懷感、安全感、歸屬感，培養社區相濡以沫的精神，並且通過社區照顧滿足家務勞動各方面的需求，維護服務對象的樂觀心情，子女與老年人一起共享家庭樂趣，與家屬間的支持合作，增進家屬照顧能力，提升家庭功能，以實際行動改善家人關係、凝聚家庭情感。在一位社團法人附設日間照顧中心主責工作人員(受訪者 K)受訪時表示：

(那你知道對長輩家服務入住和家屬的渴望想望的需求是什麼?) 陪伴和關懷我服務案子家屬有一個是老兵,要不然就是伯伯已經八十幾歲了娶四五十歲的老婆,從大陸娶過來,然後他們就去當居服員,然後逢年過節他們又回大陸,還是一樣沒有人照顧,還是要靠我們照顧.那主任就會去評估你需要怎樣的服務,一般長照體系裡面:一種就是自行開發,一種是政府轉介,政府轉介是透過管道家屬自行請,另一種是我們居服員或誰去介紹,

同時社團法人附設日間照顧中心主責工作人員(受訪者 K)在受訪服務過程感嘆！說出服務這區塊感想：

脫節的那麼嚴重,可是你如果機構的話,反而會脫節的比較嚴重.,只是說有的日照在營養方面還有藥的方面,沒辦法控制,還有晚上回去,如果你是雙薪家庭的話,晚上又要照顧情緒不穩的或是失智的,家屬會更累!家庭支持比較有凝聚力,長輩回到家家屬會盡情讓長輩吃他喜歡的東西,所以在連接家庭支持照顧會比較困難,有些家屬又很難溝通,在照顧上就有困難點,我們的原則只要長輩不發生跌倒或失走及意外可以跟家屬交待就好。平安就好,幸好我們不接受評鑑。

由訪談資料可見，在社區式照顧機構家庭成員的支持態度互動良好，促使家庭與社區成為學習型組織。在於家人對照顧個案的知識不足、照顧方式看法不一及照顧者生活作息被限制，不同家屬偶而來探望服務對象時，可能出於關心總是會提出許多建議。但在照顧服務過程中部份手足妯娌意見不同，不體諒實際照顧的人，而且對照顧方式多加要求與責難，也可能使主要照顧者憤憤不平和委屈。

從失能當事人角度了解照顧安排與照顧關係，以及在其生活自主上的影響，有助於我們從受照顧者的視野，了解其受照顧的處境。社區式照顧與每位服務對象家屬聯絡，內化情感建立愛心、安心、放心等深度照顧品質，溫馨溫暖形象提昇，讓親屬安心。

(3)、社群互動支持

社群互動支持指情感的連結與照護責任，促使機構提供服務對象傳統與親情的照護，在日常生活，中服務對象的活動範圍不是僅限於機構內，至少有社區生活經驗，降低服務對象社會適應的功能影響社交能力。私人機構大多數服務對象在機構孤苦無依，在四面牆是個案的唯一畫面，少了過年與節日的喜慶氣氛，卻有着孤單寂寞的負面消沉，這其實在很多機構隨處可見，機構是有門禁的，限制外出亦限制探訪，甚至每天也是有被綁在床上無法動彈的，唯一可以有社交關係是工作人員，這是私人機構的悲歌。一位私人小型護理之家工作人員(受訪者 A)在受訪時表示：

在我們機構的長者，其實都要看機構主事者的想法，像我們機構內阿，都不常請外面表演團體來表演，因為老闆覺得人多必亂，不止缺點會被看到，還怕某些商業機密被學走，只給住民看電視打發時間，我們老闆最常說我多請人，不是為了錢多，是為了品質，不然我自己來就好

由上述訪談可知，私人機構因為缺乏日常活動消遣，沒有人做伴聊天，加上機構沒有經常安排活動者，服務對象就顯得消極沉默，答話的語句不會超過兩句話。從私人機構發現，但如果條件相反者，服務對象的態度就會差很多，常常會特意展現生活中得意的成就分享給訪談者。社群互動支持讓家屬及服務對象能有一個媒介互相鼓勵、扶持功能。但是很殘酷的是，有些服務對象真的很難開口說。當服務對象願意對我們說，多少也反映了一種對我們的信任，以及期待我們對他的協助、支持、與陪伴。

研究者在場域實務觀察到在服務對象照顧過程中，聽到：「你要主動啦！不能老是被動。還有常常板著臉、不笑，人家就會討厭你呀！」這些話語，對服務對象沒有實質的幫助，只會帶來更大的傷害，似乎無法落實反映服務對象實際的問題。會強化服務對象開始逃避與人相處，甚至對服務人員產生戒心。服務對象只是不敢跟人打交道而已，所以應正向鼓勵他在休息時間可聊天，透過團體住生活，來慢慢降低對人群的恐懼感，來讓他們願意再一次嘗試面對人群，回到社會。因此，在一個長照機構生活中，若能將社區人力、財務資產進行盤點與分類，將可以更具體發展出機構全人照顧的樣貌，這將會對社區意識與社區凝聚力的提昇，有相當大的助益。

其二財團法人機構公立財團機構雖有規劃各類藝文、團體活動，其實參與也只有意識清楚及行動自如的服務對象使用，對長期臥床的服務對象基本上不多用，但會有志工關懷及陪伴，帶給他們關心、鼓勵以及歸屬感。一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)受訪時表示：

與個案的相處，讓我了解到很多事情，他們是非常需要有人陪伴，及有人和他們說話，相處

問模式可以是朋友也可以像是家人那般，往往只是一句貼心的問候，也可以在個案的心中留下一份很窩心的感覺，使得中心不再只是刻板的生活模式，從心開始，了解個案的感受，真心去關懷他們，會得到更多的感觸與學習，而這些體會，在往後不管是職場上或生活上都會有很大的助益。在實習中會與了解老人生活狀況調查，因為有機會每天大量的與個案接觸，使我關係建立與會談技巧上得以更精進，並且也更加明白「老人」此一人口群體在社會福利上的需求主要包括失落這一部分，我們會帶到辦公室會談或轉移他的注意力，讓他多參與一些團體活動，不讓他覺得都沒有人來看他，我們會藉由志工或一些宗教的部分，我們常有一個月或半個月會來做訪式的部分，比較經常性會問他們看看我們有誰需要幫忙的，會藉由這些人來關懷。

另外在一位財團法人附設養護機構受訪家屬(受訪者 N)時，針對長輩在公私機構居住不同待遇差異表示說著：

有些私人機構是你最好不要知道太多我們的作息時間，你知道我愈多就缺點愈多，我現在待的地方都是透明化的，只要登記就 OK，不要說把長輩家帶出去怎樣怎樣的問題產生都 OK 的。

由上研究訪談觀察資料可知，財團法人機構為維護失能老人及失智老人生活機能、提高生活樂趣、促進日常生活自立訓練，針對不同老人及障礙者提供各種宗教活動、專人陪伴老人傾聽失能者心事，進而解決失能者心理上的問題，也會安排各項動靜態休閒活動，例如體操、歌唱、美術創作、戶外活動等，並強調小團體窄而深的關係和生活陪伴並尊重個別性及自主性。除提供娛樂之外，也達到培養興趣、社會互動、自我實現等社會化功能。

其三社區照顧模式則完全表現出充分的社區參與。帶給服務對象與家屬溝通、互動方面的便利性及擴大人際關係，讓服務對象積極參與社區活動，增加並擴展的社會關係，可說是個功能十分完善與完整的社交照顧服務平台。在一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）受訪工作人員(受訪者 K)受訪時表示：

如果初期剛接長輩家，他的一些心態、情境、情緒會不會有一些不一樣，失落無助逃避現實，久了有一些課程讓他們做有成就感，他們就有信心依賴工作人員，最主要他們會回家跟小孩孫子一起生活，享受天倫之樂，

那是一個陌生的環境，完全陌生的人來照顧你...那在家裡，一個陌生人進來，長輩和照服員都要調適，當然這個衝擊對長輩家來講是比較小的。你一個長輩放在機構裡，對他的衝擊一定是比較大的。

從研究發現如何讓服務對象在入住長期照顧機構後，尚能持續與參與各式活動，並維持或擴展其社會支持網絡，是讓其生活的更有尊嚴的關鍵因素。因此，透過社群互動陪伴關懷的推展，促使機構/社區更深入地在社區照顧網絡中紮根，提升長期照顧

機構照護品質，進而重新建構社區長期照顧機構服務對象的社會支持系統，使其身心靈能獲得更完整照顧，從而擁有圓滿的人生。

(4)、友伴互動支持

社會友伴定義為個體與其他人一同從事休閒或娛樂的活動上，包括友伴選擇對象、人數、友伴關係組型，及友伴關係發展階段等質量的不同；至於在不同情境友伴關係的差異，主要受到場所、人物、活動等特質的影響。這種支持可以透過下列方式產生減輕壓力的效果。第一、與他人接觸，滿足親和需求；第二、使個體把注意力從壓力事件轉移開，產生思想轉移作用；第三、增進正向的心情。失能老人的障礙程度、教育程度、語言能力、社交技能、社區使用能力、獨立生活能力，及居住機構期間等個人特質會影響其友伴互動支持關係脈絡。

私人機構服務對象逐漸與社會隔離，不參加朋友聚會、社交活動等，照顧歷程中情緒更難以抒發；服務對象與友伴互動缺乏主動性，需要給予大量引導。

私人機構個案紀錄文件中呈現：(參見附錄三)

實例一：私人養護服務的陳伯伯資料分析中人格特質：自尊心強但因重聽無法順利與他人交談，有時又會聽錯，會出現比較強烈的負面作法。居間系統 1.案主自尊心強，覺得插鼻胃管不好看，所以不外出與人交談。2.案主常常覺得噁心、頭暈，無法參與活動。

入住機構後展開新的人際關係互動及社交關係，如未能成功調適則造成老人更加退縮。即面對人群疏離，社會語言少，表達能力不佳，不善溝通，心理防衛機制重。私人機構在照顧失能服務對象友伴關係型，多為封閉性的友伴關係社群網絡圈，在機構的社區中生活認知能力限制下，欠缺自我決定經驗、無法適當地表達情感，因此容易對人際發展產生負面影響，導致孤獨的「客居」於社區機構中。顯少與外界的人、事、物接觸，難與社區民眾共同分享或參與社區生活。

其二財團法人持續投注情感、互惠、及正向的情感，友伴行為與脈絡緊密、現有的友伴關係，及興趣與生活經驗分享。財團法人個案紀錄文件呈現：(參見附錄三)

實例二：財團法人長照服務的古爺爺居間系統問題記錄診斷分析

- 1.案主平日喜愛躺在客廳的沙發上，會主動趕走坐在沙發上的家民，此種行為造成多位家民的困擾與不諒解，也與其他家民產生衝突與糾紛。*
- 2.案主思想上比較自我，遇到不高興或不滿意時，會翻桌子、會推其他的家民來表達不滿的情*

緒。

3.案主身體佳、精神狀況好，但是因疾病(失智)造成的混亂、躁動、遊走、日夜顛倒，在廳舍內影響其他家民的生活秩序。

在訪談與田野觀察中發現，服務對象入住公私機構初期，碰面低頭不敢正視對方；常逃避人群，自我控制力薄弱等特徵。後期在關係中，人際需求獲得滿足，雙方期待維持穩定，彼此承諾，視對為「重要的人」。機構式照顧中的服務對象與外籍看護因語言文化隔閡，少有互動，身心狀況與照顧品質值得關注與支持。因服務對象行動能力受限，鮮少外出。因為，財團法人是公開、透明化，可以連結社會資源管道，具有公信力，具有促進服務對象與社會互動機會。並與其他人一同從事休閒或娛樂的活動，具有滿足親和需求與減輕壓力的效果，增進正向的心情。

其三社區照顧模式服務對象有失智行為傾向的程度，縱使有與人互動的意願，但常因為社交應對技巧、情緒不穩與溝通行為表現有困難或不適切，在人際互動中常會面臨挫折、遭受誤會，有時會進而出現問題行為進而影響友伴關係，以及課程進行與學習效能。障礙功能程度輕的服務對象，能在友善的照顧環境下自我表達及情緒抒發，提升自我價值感。在受訪財團法人日間照顧中心的藍奶奶案主問題記錄診斷分析呈現：(參見附錄三)。

實例三：財團法人日照服務的藍奶奶案主問題記實，以藍奶奶長輩為例：就生理、社交、心理面向而言：生理面向：年紀大又常獨自在家，以致心情苦悶食慾不佳，來中心後常做健康操與其他長輩互動，近來心情較愉悅，食慾不佳情形也改善了。社交面向：在家都一直想睡覺，腦筋變得遲鈍，來中心與人互動多了之後，發現長輩是個幽默的長者，有時會拿自己開玩笑，人很隨和，反應較以前靈敏。以前出門都要家人載才行，現在可以自己步行或騎電動車。心理面向：來中心前，整天在家中睡覺，現在來中心覺得很快樂，不會每天在家只想睡覺。

由案主問題記錄文件可知，社區照顧模式服務對象由於生理機能尚未退化，白天至機構交朋友，晚上回歸家庭與社區，比嚴重失能者更能融入社會中。失能老人最大的問題是交朋友很難，不論在長期照顧體系那一種照顧模式下，每個人都是陌生人，到知道有這個人到雙方很要好，須經過多次磨合磨合再磨合的，只要有伴，整體來說，效果較好。

研究者從田野文件及觀察，社區或機構照顧，由此看出，友伴互動支持在於長期照

護服務內，扮演極為重要的角色。發現安置在小型機構或社區照顧失能程度服務對象，較有利於輕度服務對象的社區參與，並與潛在朋友接觸，進而相識，成為朋友。而在不同失能障礙程度服務對象參與活動或者守在機構房內，會感到生活單調，心情壓抑。社區式照顧透過活動課程聚會聊天，讓服務對象難過的時後有所宣洩，開心的時候有人分享。友伴之間情感支持，關心，表達具有生活照顧很重要的情感支柱。有關交友失能程度方面，部分原因來自失能程度服務對象本身，而外在因素亦佔重要影響力，亟須進一步獲得專業服務體系重視與實踐。除了有小部分是服務對象本身個性影響外，主要原因還是與家中照顧成員相處氣氛，入住機構是否長久以來子女皆未探望，只有打電話或金錢物質照顧提供、在鄰里之間是否感情融洽聯繫及社區關懷有無到位等互動支持網絡。

根據附錄三文件資料觀察紀錄的經驗中分析結果，由私人機構及社區式照顧模式，察覺到老人長期照顧，對於子女、對於自己家庭與老人照顧已經抱著極大的壓力，心力交瘁，已經無人力能照顧、或年長的老年人無人照顧、必須有專業的照顧者等等因素，在萬不得已的情況下，將他們送至老人養護中心、護理之家等機構接受照顧。家屬一個月甚至好幾個月都沒有探視長輩，使長輩心情低落；家屬漠視、態度冷淡（閃責任）或許個案本身不顧家庭或是言詞太犀利令家屬不堪其擾。然而失能老人與長照服務間，卻有著困難的連結，除了相關資源缺乏，失能老人教育程度與經濟收入偏低，亦使其無力購買服務。正式資源未能有效進入家庭給予當事人支持，將迫使當事人依賴家人。同時，當家人為了家庭經濟疲於奔命，或因青壯年離家工作打拼，致使家人照顧能量有限，因而當事人的生活品質與人性尊嚴是不是會因此被犧牲？是值得關注的問題。

整理受訪者的訪談資料發現：有關個人對友伴關係具有明顯的影響者，為失能程度、教育程度、語言能力、社區使用能力，及社交能力等項，其間為在有交互作用的可能性。其中，失能程度較輕者，能快速回憶友伴關係；失能程度較重者，即使提醒、肢體表達後，仍未能完全回答其友伴關係。極重度服務對象的朋友人數呈現較少的現象，至於中度服務對象與中度多重服務對象，則呈友伴數稍多現象，並及於機構外之服務對象或非服務對象。有關友誼發展階段方面，極重度服務對象，較中度服務對象之發展階段為低。

研究歸納本章四點研究顯示，以社會關係資源的動員綜觀以上三種經營狀況分析，比較三者之間的社會支持系統優劣整理如下：

私人機構雖在社會支持已採用民主的方式及依附互動關係，給予社會資源、機構友伴、服務對象、家庭的社會支持網絡系統；卻因服務對象社會支持因應能力失調/身體受

限及無法獨立，致使實質上缺乏友伴關係情感支持及撫慰，並逃避或抗拒社交活動，在人際關係呈現被動與退縮現象。且在照顧上家庭成員與私人機構也因缺乏溝通關係以及情感性的社會支持，家庭結構或功能性不健全時，導致家庭支持情感薄弱，彼此的權益不同而產生失衡。其次財團法人在社會支持善於運用多元方法，與家屬互動，具有民間團體公信力介入支持且符合人性，可維持家庭倫理減輕社會負擔，定期為特殊行為住民，提供各項積極性輔導、連結（結合）資源建構居家式（在宅）與社區式、機構式照顧網絡，降低成本提升效益與服務品質。面對服務對象在次文化背景的不同，產生心理安全感不足、在照顧未獲得社會支持，導致對人信任度的減低，其家庭成員關係改變，彼此之間互動關係及親密度的依賴產生負面。最後社區照顧的社會支持在日間不用擔心被服務者無人照顧，也有提供家庭支持性與補充性服務，進而改善家人關係，增強社交能力，持續瞭解狀況、改善健康狀況、提昇生活品質、連結（結合）資源建構居家式（在宅）與醫療體系網絡，以延緩或避免住院治療，讓被服務者在熟悉的環境中，維持原有的人際關係，不會產生適應問題，被服務者可以繼續留在家中，享受家庭的溫暖。但社區照顧也因家庭意見不合，代溝、婆媳問題，權力不平等因素，促使被服務者、家庭成員、專業人員和機構友伴之間的關係常有緊張的狀況，認知也時有衝突。

第四章 照護條件及照護品質

目前照顧條件應含蓋人力資源、生活環境空間與設施設備；真正有效的照護品質應包含臨床及關懷兩方面。提供者及服務對象的特性、機構的硬軟體設施、人力和組織特質；強調組織特性對品質的影響。長照機構之設備、床位數、工作人員素質、服務對象與工作人員之比例等。其相關有專業角色定位、工作人員的輪換、薪資與津貼、管理與領導結構、機構收容資格、年齡與身體狀況、補助、教育程度等。個案特性則包括年齡、性別、次文化等。

針對機構輔導查核、機構評鑑制度、身心障礙及中低收入戶失能老人入住機構費用補助標準、機構人力配置與招聘現況、私立小型老人福利機構及護理之家收容規模不敷營運成本所需、各類長照機構整合情形等 6 大類問題，其本章節照護條件及照護品質，以「日常生活安全設施設備、心理健康特質、照顧服務品質」三大主軸分述如下：

第一節 日常生活安全設施設備

日常生活安全設施設備，對於長期照顧模式機構及社區相當重要，屬於團體生活族群的建立，團體生活可分類為不同層級之生活族群，應有效因應族群文化、特性、規模建立合理的人際關係，不因大規模的團體生活而喪失人與人之間的情感與親密關係。長期老人照顧服務，若要達到更廣泛而不再只是單純提供住宿和飲食等基本生活需求，如何提供一處多層級連續性的長期照顧服務(即連結機構式、社區式為一體)，給予被照顧長者生活中的社會支持、成長、休閒、交誼等服務，來滿足長者的需求，已是刻不容緩的議題了。檢視長期照顧服務對象在生活空間舒適性、起居安全性、生活設備便利性、身心靈健康性上有所依靠，不致於生活在恐懼之中，成為現階段研究者的焦點。依據質性訪談結果分析，內容包含照護條件及照護品質，故主要日常生活安全設施設備之重要內容細分為硬體設施、軟體設施二項，如下說明：

(一)、硬體設施

設計一個無障礙的居住環境，除可補償服務對象因老化或疾病所帶來的能力損失或障礙外，更有助於服務對象能夠安全的移動，執行必要的日常生活活動，與便利地使用各種機構中的設備與設施等；同時增進家屬或照顧者照護之方便性及安全性，並預防其因環境設備不良而造成二度傷害如跌倒等問題。對私立機構小型機構及地稠人狹的大都會地區之機構而言，老人福利機構的硬體改善工作，有實際上的困難，尤其在無障礙空

間的改善，建築物及設施設備老舊，經費問題無法得到相關補助，缺乏使用空間及無法提供服務對象活動需求及功能規劃的各項服務設施，根據老人福利機構設立標準，訂定各項使用需知與規範並定期維護檢查，確保安全。新法制訂要求要一體適用，未考量原合法業者所面臨之困境，在軟硬體設備無法更新下，將使得原本合法立案之機構，受限於既有空間、場地無法符合新法的規定，面臨裁罰及歇業危機，在一位私人小型護理之家主責主任(受訪者 A)受訪時感嘆訴說，政府制訂新舊法規的無奈與不平表示：

目前我們碰到最大的障礙就是服務人力。其次還有硬體活動室內環境：大小、空間安排、擺設等；以前法規沒有限制現在規定 1 個人要有四平方公尺活動空間，未來必定縮減床數，長照法 62 條規定，未來機構床位需從每床 10 平方公尺改為 16 平方公尺，總床數 49 床的小型機構將縮減為 37 床，將令小型機構無以維生。

由訪談資料及評鑑管理可知，缺乏足夠空間設施(私立活動空間不足、沒有隱私空間、不利老人醫療照護)、部份機構硬體設備不佳(沒有充裕生活必要輔具及無障礙環境、缺乏個案系統資訊化設備、缺乏加裝遠端醫療照護設備)。從受訪私立養護機構主責主管(受訪者 G)認為政府在執行公權力時，無法公平準確判斷，欠缺公平正義原則。

在最近我們一些機構去參訪公辦民營機構，也發現他們頂樓多處也是違建，但政府卻對我們私立小型機構稽查時，處處為難。我們有鐵皮頂樓違建，我們也是預防漏水及防下雨天曬衣服啊！有點在刁難我們這些小型機構真的很沒有公平待遇。

由以上及田野觀察得知護理之家顯得比較封閉，服務對象活動顯得比較少，服務對象似乎很沉默寡言，對生活空間沒有任何的怨言或其他要求。整體空間上，護理之家有部分設施並不符合相關規定，如公共空間要有扶手設施、床鋪軟硬度並沒有特別為老人家設想、缺乏公共休閒遊憩空間、房間無設置緊急聯絡設備...等。雖然使用者並沒有抱怨，但也間接的讓服務對象使用者沒有生活趣味而產生生活乏味感。私人機構規模小，基於營利成本利益考量，人事費用或其他設備與設施無法齊全，難以提供多元服務。

其二財團法人機構也一樣面臨空間有限、經費更有限但服務需求有增無減，在一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）主責工作人員(受訪者 K)受訪時表示：

比如說：翻身、拍背啊！然後額外的會聚集在一起喝個咖啡啊！聊聊天，做個小點心，這就有差了，跟人接觸，自己的人際觀就會變得比較好一點。其實應該說是現階段的養護中心大部份都是私人的，而私人的安養中心在處理環境衛生方面做的不夠完善，以致於社會大眾對於長輩養護中心有著刻板的印象。嗯嗯我們硬體設備可以向相關單位申請補助，我們屬於非營利組織，私人機構屬於營利的社會責任。

且在一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)受訪時提供建言表示：

未來「長服法」若不修正的話，長照機構消失的速度與比例將會更高，建議：

1、以「設置標準」每床 16 平方米規格來看：全台 935 家小型養護機構將只剩不到 20%能改善繼續經營。機構運作所涉規定甚廣，同時涉及衛生、建管、消防及勞政等各單位業務權責應該一致統一管轄，責任才不會推卸。

2、以「設置標準」其他硬體規，如寢室面積增至每床 7 平方米、走道不算入活動區域等，都讓現行「護理之家」、「財團法人機構」無法就地合法，必須縮床或改建，這也讓現有住宿型護理之家財團法人感到莫大生存與經營的威脅。

3、以「提高服務人員比例」新規定來看，所有住宿型長照機構皆受到影響，預估每家機構成本上升 30%，這也讓未來長照機構的收費上升到一般民眾無法負擔的程度。在現況長照人員難尋且嚴重欠缺的狀況下，更讓長照機構經營與發展「雪上加霜」，長照人員的缺人缺錢情況不是由業界想辦法處理，而應由政府想辦法處理。政府數十年無解的習題，不應找自費服務社會的業界開刀承受。

由上述訪談得知，部份財團缺乏公共休閒遊憩空間，唯一的休閒空間位於辦公室前的公共電視機，顯得簡陋不夠貼心。房間的收納設備也不足，管理者甚至幫服務對象整理得井然有序，大部份的物品都統一收納缺乏個別化居住環境，房間的物件陳設顯得單調沒有歸屬感。但財團法人比較常舉辦活動，也歡迎外部團體提供活動，使得服務對象生活不至於過於沉悶。與私人機構相比，財團機構的服務對象比較健談樂觀。個人隱私對於房間居住者而言，具有視覺、聽覺等雙重意涵。研究者覺得長期照顧必須非常密切了解服務對象的需求，才能有效建構務對象所需的居住正義環境；由大的體系關係以至小的細部特色，均值得未來發展之深思。

其三社區式照顧模式因政府釋出閒置的公共空間，改建為老人福利設施，並採公辦民營方式，委託民間經營辦理。利用社區環境有足夠活動空間使用、提供充裕生活必要輔具及無障礙環境、重視失能長輩居住環境之安全，如輔助失能長輩機構住宅改善和對外聯絡與求救之安全以及無障礙環境之設備。一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員(受訪者 K) 受訪時表示：

現在的量還滿隱定的,質是有慢慢的在進步,相對的你要把質進步到一定程度的時候成本一定高,但是質要進步到一定程度,家屬又不願意負擔這個錢,我也可以把社區照顧做得很好,我的活動空間生活輔具及無障礙設備做得很好,但相對成本高,就要看家屬願不願意去接受,但長輩中午睡覺是沒有獨立空間式混合陪客床使用,且在個案資訊系統尚未完善。

社區機構內居住的空間狹窄，且多與他人共用房間，惟對於服務對象居住空間之隱私權維護不遺餘力，如每人均有其個人專屬之衣櫃，設置床頭隔板，營造服務對象個人生活空間，亦可維護其就寢時之隱私。有行動不便需要長期照護的服務對象雖然

不是件輕鬆的事，但只要用心給予老人自理的活動空間及輔具，不但可減輕家人的負擔，同時老人也可經由自我生活能力的建立，進而肯定自我並擁有更多的尊嚴，對老人及照顧者雙方均有助益。

綜合來看，研究者認為長期照顧機構設立優勢在於地點、環境。在依法行政設立補助之下，老人長照機構設立規定中指出，以財團法人機構及社區照顧為單位的設立基礎才符合長期照顧的條件。設定照護對象，規畫該類對象所需的友善環境與照護空間，如失智遊走空間、臨終照護獨立與寧靜特殊照護空間，其中會客室、閱覽室、休閒、康樂活動室平均每人應有六平方公尺以上，以改善其行為模式，增進服務對象生活品質。私人小型安養機構的能力無法比擬財團法人老人機構的條件，所以私人機構在評鑑的結果中也發現這些問題的缺失。其次社區照顧在無障礙空間或設施方面，如設置殘障斜坡道、殘障專用停車位、殘障專用廁所、殘障專用免費輪椅以及浴室無障礙空間等，更落實無障礙環境的精神，提供服務對象更完善的生活環境，獲得家屬及服務對象高度肯定。唯一缺點缺乏專業醫療設備及人員及活動空間與休息空間屬於混合，中午休息床以陪客床睡覺採開放式空間，導致個人隱私無法維護。因此，認識長期照顧機構之硬體空間和設施設備、無障礙空間之重要、並體驗失能者在生活上動作的困難到失能者心理狀態的實際感受。由外而內，具體瞭解失能者需求，必須以整體性、清楚且連貫完整的概念，及加上身心機能活化訓練、另類療法的補強及應用，提供全人照護空間的無障礙，建構受照護者心理無障礙的體貼居住環境。因此長照護機構設施設備除符合老人福利機構設置標準外，最重要的是無障礙通道和安全的活動空間，提供服務對象一個安全、安心且能營造居住的家庭氣氛。

分析三種不同照護經營型態的硬體設施分析優劣，比較整理說明如下：私人機構於消防法規日趨嚴謹的狀況下，有意識地提升住民居住安全，改善機構陳設感覺的溫暖並降低冷漠感。但在硬體空間的規劃上缺乏設置安寧照顧專區，而對於肢體活動障礙者其機構愈小活動的空間愈小，也因未具備交通運輸工具及無障礙環境，延長身心障礙者就醫時的問題。此外，常未符合建築消防法規，防災疏散安全教育也常不足，或人力不足而未確實做好安全措施。其次財團法人的安全設施設備因政府開放大量給

予軟硬體補助款申請設立，設施設備上較多元化，再者提供充裕生活必要的輔具器材及無障礙環境，重視失能長輩居住環境之安全。但還是有部份機構的硬體設備不佳，欠缺日常生活必要性的生活輔助器具。最後社區照顧的設施設備因經政府的全額補助並符合被服務者之需求，在軟硬體設備和服務也能確實掌握各項功能的正常運作，有群體生活、健全的設施與設備的環境和各輔助器具供給；但也缺乏足夠空間設施，沒有隱私休息空間、無醫療設備，不能收留極重度長者。最後，不論財團公私立長期照顧機構或社區式照顧，個人空間狹小，像醫院而不像生活場所；一房多床，沒有個人隱私及個人生活行動表；各項服務設施必須依據長期照顧法規定活動需求及功能有不同規劃，訂定各項使用需知與規範並定期維護檢查，確保安全。

（二）、軟體設施

軟體設施為不可具體測量之事物，如人員溝通情緒支持、隱私上的設計、遠距醫療的設計及法規政策等。當服務對象從醫院出院後可以讓家屬選擇自己居住社區裡長期照護機構，很多或者在家就養。一般而言，如果服務對象仍存有氣切管，以及需要使用氧氣等部分的醫療照護需求時，而家屬又缺乏護理技術時，轉介醫院建議家屬能選擇護理人員配置較多的護理之家。照護費用依照需求與護理之家設置地點不同，約在 4 萬 5 千元左右，如果只存有鼻胃管或尿管，則可以選擇養護機構安置，費用約在 2 萬元左右。服務對象需要長期照護時，家人可以早點開始至相關機構參訪，聽聽機構工作人員平時與緊急狀態的照顧處理方式、醫療與平日活動的支援與安排，觀察機構的環境和住民的狀態，再依照服務對象的照顧需求、可以負擔的照護費用、環境與交通等考量做出選擇，如果病情輕則以居家護理作為需求。私人機構隨著消防法規增修，增加成本。針對遠距醫療的設計，缺乏基礎資料庫之建立、無法提供遠端照護資訊系統服務聯繫，未及時為家屬做更進一步的了解服務對象在長照機構的生活照顧情形。

其二財團法人現今機構評鑑指過於繁瑣，較少著重生活照顧層面，護理的指標也越來越多；並缺少隱私空間、缺乏加裝遠端醫療照護。建造和經營照顧機構(院舍)是

相當昂貴的，尤其是因應福利國家導致的財政危機而縮減福利預算，社會福利部門沒有能力再大量收容有需要照顧的老人。一位受訪者基金會附設日間照顧中心(社區型)主責主任(受訪者 D)提供建言時表示：

希望相關單位對於隱私權的尊重給予放鬆。機構裝監視器為了防止照顧者和被照顧者照護糾紛並可監視工作者工作情形，老人沒隱私全都錄下來。再來評鑑表格要一致，每次評委說法不一致，讓機構工作者每次評論又要重設表單，讓大家勞心又勞力，每年評委各有自己主觀意見，評鑑的標準都不一致，可否每年同一批評委來評鑑。

由以上訪談及場域觀察發現，財團法人與私人機構在於立案屬性等級階級的不同，為何評鑑指標均是相同？既然財團法人與私機構既有不同立案屬性層級，應有不同的給付標準及規範，現今國內長期照顧機構以規模來區分，區分為大型機構(財團法人)及小型機構，小型機構資源及規模較小，應該要有不同評鑑指標，並非所有機構的評鑑標準都要一致標準。目前老人福利機構及護理之家性質及規模上雖區分為公立、公設民營、財團法人及私立小型機構；在收容對象類型上，則區分為安養、養護型、長期照護型與失智照顧型等機構，惟各類機構無論其規模、性質，卻幾乎適用同套評鑑指標與基準。顯見衛生福利部未能充分考量各類機構之規模、性質及現實條件。再者，財團法人與私人機構機構照顧都為了維護機構權益減少醫療照顧糾紛，在每個房間加裝監視攝影缺少個人隱私資料外洩，機構仍應維護服務對象隱私義務以及缺乏加裝遠端醫療照護預防，醫療資源濫用；在專業人員與家屬溝通協調強調醫療照顧為基礎，缺乏生活上自主訓練。

其三社區照顧模式與財團法人及私人機構相似，沒有個人隱私空間、法規增修，成本增加、缺乏遠端醫療照護設備結合。社區照顧模式具有持續性，也因其發展多元化、人性化、社區化，造成各部門體系與法規皆有相當差異，也因此產生資源分散、管理不一等問題。社區照顧模式硬體與軟體規劃均能符合被照顧需求的服務體系，儘可能的提供與被照顧者原來住在社區生活完整的環境機能設施及社區服務功能，以固定式的或機動性的安排到機構內部活動課程。讓服務對象得以在熟識的環境中過著活躍、成功的，有尊嚴的晚年生活。

綜觀以上分析，不論財團公私立長期照顧機構，針對照護需求及健康問題都缺乏加裝遠端醫療照護設備服務提供，未即時讓家屬能夠更進一步的了解住民在長照機構的生活情形，以提高對於服務對象健康照護的保障。輔具與友善環境的建置，在私人機構所照顧房間條件明顯的不足，急需強化相關硬體設備補助。財團法人雖然硬體設備比私人完善，但對於服務對象軟設施(精神、娛樂)的部分仍有所欠缺。而在生活用具適切性

的部分是這三個照顧模式都應該共同面對的議題，不能只應付衛生部門的檢測規定，反而忽略服務對象生活細節的功能愉悅性。

第二節 心理健康特質

失能老人最常碰到是社會角色撤退、無用感，這心理因素會讓失能老人活的沒有意義，甚至有尋短之念頭。根據黃智瑄（2014）研究指出長照機構老人心理健康壓力最大的五個層面問題，依序為身體、經濟、人際關係、失落層面預防、維持及改進，如何使老化引起之疾病或殘疾延緩發生，進而能維持最佳狀態等待老化的來臨。需要透過產學合作團隊的力量，依每個人不同之獨特性給予計劃，並非單單一個政策或只有個人即可完成，善用團隊力量彼此同是為個案好的信念，如此才能做出真的對服務對象好的計劃。其實大多年輕一輩並不一定認為家中高齡者是肩上的沉重負擔；但台灣高齡者卻大多認為自己變老不重用，活得越久拖累晚輩越久，失去信心同時失去自我目標與價值感，如此心理長期低落比起身體上的疾病更加折磨。尤其甚者，許多年邁高齡者與此同時還面臨居住、健康、生活品質與人生目標等問題。但這些悲觀是否單純只是年邁者的想法太負面。更無法保證任何配套措施完善，就能杜絕所有問題，故應當從集體層次去了解服務對象的人格特質、自我概念、價值觀念、認知態度、社會化養成等發展歷程，進而減低傷害的造成。

針對這三者關係，故從照顧模式、訪談內容及觀察情境文件資料歸納為照護條件及照護品質，當中心理健康特質分析主要有下列二項：照顧歷程行為能力、情感連結及情緒支持，內容如下所述：

（一）、照顧歷程行為能力

照顧歷程行為能力乃指照顧者對於服務對象身心理出現照顧觀念與行為行動照顧歷程。服務對象的健康程度與功能程度越差，會增加主要照顧負荷。照顧者在詳盡地陳述服務對象的生活情形時，也經常透露出自己在照顧過程中感到身心俱疲，甚至發出「做束手無策，我撐不下去」、「苦不堪言我不曉得還能怎麼樣」的求救訊號。在照顧歷程中情緒是複雜的，焦慮、擔憂、挫折、生氣、委屈、罪惡感、孤單、哀傷、無力、無望、憂鬱等，在不同的時間交替出現。辭去工作選擇在家照顧父母，頓時覺自己社會地位降低，若又沒有家人的支持肯定，自我的評價降低，心情將陷入抑鬱。許多主要照顧者在接下照顧擔子之後，便逐漸與社會隔離，不參加朋友聚會、社交活動等，照顧歷程中情緒更難以抒發。其次體力的耗損是承擔照顧責任的過程中通常未能精確評估的，進入照

顧歷程後才發現，並不如想像中輕鬆。許多中年子女照顧父母，經常要搬動父母、翻身、洗澡、換尿片。假如父母伴隨失智者常半夜起來活動，照顧者也無法睡覺，長期睡眠不足，精神體力都無法負荷。

私人機構增加對主要照顧者的持續照顧能力、提供照顧者獲得喘息的機會，一位接受私立養護機構家屬(受訪者 H)受訪時表示，機構如何減輕部份家庭照顧心路歷程：

機構和社區都有其存在性,不能相比的啊!私人的醫療照顧吃住沒問題,但雙薪家庭你回家後,有沒有辦法再照顧這個長輩是個問題?根本不會照顧技巧常常腰酸背痛呀!有時候看病還看錯科誤診ㄟ!所以長輩的照顧不會不比機構好,所以有些是阿公照顧阿嬤或阿嬤照顧阿公和子女照顧,情緒壓力性是很大的。又要他在家生活把他送去社區照顧,喘息之後回家還是要面對照顧。如果放在機構,那種感覺不一樣,因為有人幫我照顧了,相對壓力性就少了,我可以煮個東西來看他或買個水果來看他,其實我看很多在家裡自殺的,真的是壓力太大,只看到被照顧者,也要看到照顧者,照顧者其實壓力也很大,並不一定比被照顧者還輕鬆,還要受到親朋好友指指點點不孝順。

由於長照 2.0 忽略了需要全天照顧「重度失能」老人的特性；對於原來負擔最重、也最殷切期盼能夠減輕負擔的這些家屬，不但未蒙其利，反可能先受其害。大部份家庭中會因照顧父母責任的分擔不均，造成子女沒有分擔責任的共識，長期一個人承擔的結果將導致主要照顧者崩潰、手足關係破裂。當護理人員對入住長輩進行評估而訪談家屬時，常常遇到家屬對於長輩照顧技巧及疾病狀況，一問三不知的而造成心理壓力、挫折感受，一位私人小型護理之家主責護理(受訪者 B)在受訪時表示：

在我服務個案者有一位高齡 104 歲是失智長者，晚期家人發現有失智症症狀時，因家人無暇照顧、知識不足，對照顧者及照顧者困擾不少，所以才送至機構照護，對於失智症是一種腦部傷害或疾病導致漸進性認知功能退化，退化幅度高於正常老化的進展。影響到記憶、注意力、語言、理解力、執行能力。嚴重時無法分辨人事物。最常見失智症種類是老人失智症(又稱阿茲海默氏症)。失智症症狀包括人格或行為改變。由於大部分患者可能會有精神錯亂症狀，錯亂症狀可以由密切照顧、改進居住環境與飲食獲得緩解，精神科藥物也能協助穩定情緒、減少幻覺妄想、衝動控制。但目前沒有藥物能減緩腦部退化，有時也伴隨憂鬱症。個案入住本家後，剛開始因環境上的不適應，造成個案日夜顛倒的習慣，晚上不睡覺會四處去敲住民的房間，造成其他住民的睡眠品質不佳，爾後經過生活習慣上的改變如白天時間不睡覺，個案此問題就漸漸地減少，近日個案白天活動時間越來越長，精神狀況也越來越好的

情形下，有時會為了客廳的沙發趕走其他的住民，此種行為讓其他住民與個案產生爭吵與發生肢體上的衝突，真討厭家屬又對我們隱滿病情和生活習慣照顧真麻煩。

藉由訪談顯見，失能失智長輩需要長照，在沒有能力反抗，也無法通報時，使得絕大多數的晚年照顧受到虐待，都在陰暗的房間、餐廳與浴室裡進行，沒有人發現。其他家屬呢？有的上班上學，有的住在外地，只有老人家與主要照顧者相依為命，這是在晚年最常見的照顧景象。面對在家人對於疾病治療認知不足、照顧方式看法不一，主要照顧者往往沒有心力再經營其他關係，有時會引發親人、朋友的不諒解。而如果對於疾病、醫療系統及社會資源不夠瞭解時，更會有單打獨鬥的孤獨感受。對主要照顧者來說，適應服務對象從熟悉家中到接受社區照顧，甚至到最後機構式照顧的過程並不難；最重要的是，對於主要照顧者，除了給予心理支持之外，也需同理背負照顧久病家人的無力感，以致給予機構和服務對象的「愛」變成是服務對象回歸自主自力的「礙」。因此，在家屬的聯繫上與情感建立在照護過程非常重要。此外，家屬照顧技巧的學習也很重要，可以減輕照顧負擔。家屬之間如何分攤照顧工作，如有「外人」幫忙協調，比較可以客觀安排。最後，公部門提供的長照服務，對於減輕家屬照顧負擔也有幫助。

其二財團法人機構照顧者在未安置服務對象機構前，有時子女情緒常跟著父母情緒起伏不定，造成照顧上的壓力。照顧歷程出現委屈、無奈、憤怒、不安等照顧行為心境；在安置機構後照顧壓力紓解，正視主要照顧者需求。其部份財團機構服務對象在入住機構生活照顧安排、財務管理和健全財產信託，因缺乏自主自理能力，需依賴家人、朋友及社會救助協助。因此，導致服務對象本身權利地位下降、缺乏親人的陪伴與情感支持，致使在照顧歷程中親情不安全感及情緒不穩，並對疾病、機構生活的適應及對未來生活毫無興趣動力。在主要照顧者在詳盡地陳述服務對象的照顧生活情形時，也經常透露出自己在照顧過程中感到身心俱疲，甚至發出「我快撐不下去」、「我不曉得還能怎麼做」、「我負擔不起費用」的求救訊號。由於機構照顧可以讓照顧者 24 小時喘息。在一位財團法人附設養護機構（養護型）家屬(受訪者 N)受訪中說出照顧心路歷程心聲：

接送部分,除非你住得很近,可以帶他去又帶他回來,大部分現在都雙薪比較多,有時候下班會

Delay, 像我比較喜歡 24 小時的機構式照顧, 這樣比較沒有後顧之憂, 我可以做我自己的事, 偶爾再去看看他或晚上去看他。(對長輩而言, 他們比較喜歡回家。) 沒有錯, 可是回去照顧是在家屬方面, 變成會很辛苦啊! 現在長照缺乏配套措施會變成錢坑, 把撫養老人的年輕世代壓得喘不過氣來(比喻不可取代的話, 是在哪方面?) 不可取代就是照顧的方面, 社區型到五六點, 小規模多機能申請又複雜, 機構式 24 小時, 社區式接回家後有可能會漏掉一餐或照顧不周全, 機構式的照顧比較周全, 如果都是上班族會比較方便。

由訪談資料可知，家屬照顧歷程行為能力都非常相異，部份財團機構照顧上較會尊重每一位服務對象的獨特性，吸取他人的照護經驗，並根據服務對象過去的背景及生活經驗，自己發展出更適當的照護方式。且即使面對同一個服務對象其照護方式也並非一成不變，需要依其狀態、病程來調整照護方式，其家屬照顧壓力減輕許多。

其三社區照顧模式，由於主要照顧者對疾病的不了解，易引起照顧者的焦慮，而服務對象認知能力的退化，也經常會引發不可控制或不可預測的行為，進而產生心理層面負荷沉重、生活品質下降，照顧者與被照顧者衍生心理層面問題。例如：服務對象出現黃昏症候群日夜顛倒，可能會使照顧者在夜晚不敢熟睡，時時需警戒患者跑出家門、干擾鄰人、甚至走失。讓照顧者長期焦慮，情緒引發精神緊繃，無法好好休息，可能因而出現睡眠障礙現象。由於社區照顧功能在於喘息服務，提供服務對象及家屬心理照顧支持、照顧者協助、減輕照顧者負擔與心理情緒壓力、藉支持團體課程，提升主要照顧者及服務對象積極樂觀，面對生命逆境的時刻。在一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員(受訪者 K)在受訪時表示：

起先有些長輩還是抗拒來這裡，會覺得這是子女要拋棄他的第一步，就是要將他送入 24 小時照顧機構的第一步，所以非常抗拒。(我之前訪機構負責人說日照長輩六日回家或是住院服務，無法連貫照顧，照顧服務人員重新計畫溝通不良照顧有壓力，久了就進機構) 對啊！很難執行，家屬也無法完全配合溝通，真的很難！說真的，只要長輩人身安全就好。其實是家屬有照顧壓力，把責任推給我們很不對！一點也不實用。我父嚴重失能，不能離開他半小時(會有生命危險)。卻要我跑東跑西去申請一堆文件，最後還要舟車勞頓帶他去看醫生(不只一次)判定，歷時半年，還不一定下得來。下來後，還不一定有幫助，我父需要人在身邊，幾乎 24 小時照顧，造成我無法工作，卻還無法申請低收入。總之，爛死了！說得好像好上天，實際卻爛到底。需要的人，永遠用不到；用得到的，永遠是不需要的人。

由以上得知，對於初次踏入社區照顧服務對象互動，本來就很陌生恐懼，雙方缺乏照顧服務計畫及溝通認知差異而產生磨合時，需透過家屬與社區工作人員的諷諧，

打破彼此之間的照顧關係僵局，互動及補位是重要性的。一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員(受訪者 K)在受訪時表示：

對啊！現在正常的雙薪家庭都會往就業市場高的地方去工作,相對的，很多鄉村都只剩下長輩而已,所以對他來講,這個長輩家已經需要家人照顧了,他就會有所選擇,可能會在工作地或他原來的故鄉去放在那邊,所以家屬就會去考量這兩個地方,所以在地老化不一定會放在原來的地方，像我們個案獨居有些兒女都在外縣市工作，在聯繫上也會有困難全交給我們處理我們也兩難。

綜觀以上訪談資料可知，三種照顧模式不論財團、公私立長期照顧機構，家屬照顧歷程行為能力都非常相異，會伴隨著服務對象身心健康的退化程度，考量照護者的需求。子女選擇安置長輩會考慮到自己居住地或工作地，給予照顧者便利和照顧費用壓力考量，卻忽略長輩心理不適感及陌生環境。畢竟，社區照顧之『在地老化』的長期照顧理念，除了凸顯地域環境的人文生態條件差異外，如何讓老人們背後包括家庭、社區與社會在內的資源網絡得以建構完備。否則的話，社區照顧將形成另類的老人虐待；因此強化連帶地『機構安養』是支持功能家庭不得不的替代選擇。一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員(受訪者 K)在受訪時表示：

日照中心家人雖然可以獲得喘息，之後家屬還是要面對照顧,可是如果放在機構，那種感覺不一樣，因為有人幫我照顧了相對壓力性就少了。輕度的話,有些是長輩照顧長輩,社區長輩重度者或失智晚上要照顧沒辦法照顧,所以這個 case 就是應該到機構啦! 不適合到社區,如果是輕度的,其實在社區也可以,我有位個案家家庭會議大女兒和小女兒會出席，會談中表示案妻與案主長年分居，個案大女兒全靠案母獨力撫養，案大女兒犧牲賺錢分攤家計及案主照顧醫療費用，案二女因婆家要料理無法分擔個案費用，其他女兒也因家庭因素無法照顧案主由大女兒負責，因個案車禍腦傷出現低自尊、學習能力變差、不好與人互動出現愈來愈封閉情形，104 年開始出現自言自語、手指亂敲、原地踏步等怪異行為，終日因人際關係退縮、互動封閉最後就封閉在自己空間引起情緒非常不穩行為無法自理導致入住養護照顧，且機構安排活動都不想到大廳參與自我中心強烈，直到護理人員介紹到身心科就醫後，案主的幻聽才漸漸控制下來，但案大女兒對於案主的病情診斷還是因自身婆家家庭要照料且身心壓力負荷才安排案主到機構有妥善醫療照護，無法再繼續社區照顧或獨居。

由以上訪談可見，長期照顧必須走社區式，不需機構式，這是錯誤觀念，要知道有少部分老人家失智失能太過嚴重，無法繼續待在家中、社區日間中心或喘息單位是無法取代，必須住到全日型機構。在面對照顧壓力時，主要照顧者可能不進入職場，

依此在經濟收入上容易有壓力。不少主要照顧者因應工作或家庭需求，缺少時間讓自我成長與學習。社區照顧服務對象及主要照顧者不能「全力、全時」投入，這對雙方都不是最好的方法，在子女奉養失能父母的行為態度逐漸改變及影響人際關係。大部分服務對象選擇照護型態與家庭功能較相關，與服務對象個人特質關聯性較低。身體機能退化連帶影響服務對象生活居住模式和行為模式選擇。

以上研究分析顯示：私人機構的照顧歷程行為能力為舒解家庭的照顧壓力，及改善家庭照顧需求的不足，可減輕家屬體力與精神的負擔，其劣點也因缺乏親職溝通技巧及被服務者持有負面的信念、態度和價值，因此妨礙個人尋求或接受協助的行為模式。其次財團法人為提升家庭照顧者對機構服務的認知與信心，定時的親職座談會和不定時電話訪談以提供家庭照顧者對機構服務的了解，其劣點社會團體給予社會化情緒支持的重疊和分散不均。最後社區照顧具有照顧、喘息服務的協助，可申請居家服務，運用的資源協助，照顧者暫補性外出、就醫、協助打掃環境或代為購物，不讓高齡者身心機能退化。其劣點缺失非為 24 小時照顧機制，為固定日照服務支援，但無法提供輪班制家庭成員支援協助。

（二）、情感連結、情緒支持

情感連結是指來自家人、朋友或重要他人給予關心、信任、關懷、歸屬感、尊重、傾聽及同感心，藉由情感和關心的表達，使個體感到舒適，不論是讓照顧者或被照顧者間情緒宣洩出口與情感依附點。輕度服務對象在面對自己因退化所造成的失能障礙時，常因無法接受而出現許多不穩定的情緒，如莫名生氣、說喪氣的話、覺得自己沒用等言詞。有時子女情緒常跟著父母情緒起伏不定，造成照顧上的壓力。當服務對象出現嚴重的情緒障礙時，宜尋求精神科的協助。情感連結、情緒支持溝通，對維護健康、疾病恢復是重要的因素，可促進服務對象、家屬及照顧者處理疾病的能力，且有助服務對象減少疾病威脅，與反覆住院機會，進而提升照顧生活品質。最重要的態度基礎，就是抱持著對對方的「善意」，亦即尊重、興趣與關心，整個談話就有更多進行「情感連結」的機會。邀請的一方必須釋出多一點訊息的建議，認知支持及指導，

增加對方回應的可能；另一方也要尊重對方肯定、價值觀的支持了解，給予回應並讓情感連結的過程有更多開展的空間。在社會上服務對象應多交老友，與老友們常在一些談心、娛樂，有益於身心健康，有助於精神愉快。

私人機構主要照顧者心態認為老是一種生理上沒法抗拒的變化，失能老人在生理上無法改變，就隨服務對象功能退化，但是服務對象心理上是可以控制，心理上是不可能老化，家屬就隨著服務對象屬性習慣去適應團體生活，造成照顧者照顧困難。服務對象較少獲得社會支持，照顧生活品質瑕失，志工團體人力不足，造成情感連結與情緒支持相當薄弱。一位受訪者私人養護機構家屬(受訪者 F)受訪時表示：

從旁觀察到機構式管理無法對失能長輩者施以個別化照顧訓練，其原因在於工作人員訓練鮮少，跟外勞語言不通，與人互動少。長輩對於工作人員的詢問與關心也是一問一答或冷漠，讓工作人員苦於應對。

由此訪談及觀察發現，「語言」成為住民與工作人員互動一大障礙，機構照顧模式中服務對象在機構內的時間較長，容易看到服務對象在機構內無所事事的景象，增生負面的刻板印象，如每天只盯著電視看，或經常性地發呆。入住機構的服務對象，其生理功能通常較差，往往不太想動，機構內氛圍會令人覺得死氣沉沉。工作人員藉由團體方案以各式各樣團體活動形式，增加長者參與活動機會及增強其動機。因此照顧者盡量陪伴鼓勵，使其說出心理的苦悶，或者讓他們動一動，玩一玩，開心快樂過日子，有餘力，再教他們如何揮別可憐，變成一個可愛老人家。

其二財團法人機構照顧模式，由於服務對象身體健康機能出現惡化，導致平常生活活動變較差，需面臨生理、心理及生活方面的改變。在心理上可能會會有被遺棄感、缺乏安全感、自尊受損感到無望，機構工作人員往往需協助服務對象由關心、耐心溝通讓服務對象自我認同的改變、與其住民關係良好並維持家庭關係聯繫。從訪談一位財團法人附設養護機構（養護型）工作人員(受訪者 M)時抱怨表示：

像我們機構會遇到案家長輩遇到白髮送黑髮人時，家屬都會囑咐我們工作人員千萬不要跟老人家講，以免老人心理傷心且被冷落、歧視，遭受心靈創傷。同時，一如既往做好生活、護理社工，善待安撫老人，就說她兒子去國外做生意，不能趕回來探望，直到老人離世。案主進住幾天養護所後，因為案主的脾氣和其他人說話的語氣，導致與其他住民互動關係不好，曾與住民發生過口角衝突，近期案主的精神狀況和脾氣已有改善許多，所以與其他住民

藉由同樣的興趣(看電視連續劇-娘家)而有些話題可以談天，其他住民也會勸導案主，跟她說我們這邊的工作人員很好，他們也都是有很多事情要做，不要常常這樣小姐叫來叫去的。

由訪談資料可知，在生病之後卻變得脾氣起伏不定、固執不講理，讓身邊照顧長者的家人倍感吃不消，缺乏親情安全感及情緒不穩。服務對象因不適應與「不再被需要」的失落感，心中的負面情緒影響正常作，加上身體退化，出現低自尊、學習能力變差、不好與人互動而出現愈來愈封閉情形。就這點而言，私人及財團法人二者機構安置都不會是服務對象最優選擇，是最無奈的結果。一位社團法人附設日間照顧中心(社區型暨養護)工作人(受訪者 K)受訪時抱怨表示：

我有發覺每次在發零用金的時候，情緒會有兩極化，因為有些是在邊緣戶，他沒有辦法去領到低收的部分，對於長輩家的想法：啊都一樣，為什麼他可以領兩千元而我不行... 會感到自責。為了領零用金都會造成他們情緒上的困擾。

(因為私部門沒有零用金這一區塊? 他們都是家屬自己買東西，買什麼都是自己付?) 對! 那邊唯一的優勢是他們有很多資源，一些補給的啦! 錢... 還有物資，物資很多。

訪談得知，在次文化不同，服務對象會覺得沒面子或沒有被尊重，弱勢族群沒有足夠的金錢，應付日常所需而有所差異。產生服務對象在團體中而感到緊張、孤單、自卑感。服務對象往往沒有心力再經營其他關係，有時會引發親人、朋友及專業人員的不諒解，而如果對於疾病、醫療系統及社會資源不夠瞭解時，更會有單打獨鬥的孤獨感受。因此，研究者在場域情境觀察服務對象優勢有哪些? 需要加強的有哪些? 需要以同理心分享、討論在照顧上面臨的挑戰與調適的方法，理解並接納它的存在，才能適切地處理。

另外，社團法人附設日間照顧中心(社區型暨養護)工作人(受訪者 K) 受訪時講到：*這第一印象，機構老人很不快樂! 彼此是陌生的! 每個進來機構住的老人，都是心事重重，像是被家人遺棄、遺忘的老人。如何打開這一道無形的心門，是考驗領導者的智慧，因為家庭結構的改變，無法照顧又病又老的家人，必須送到機構安養，但，長者們的心理會是如何的心情呢? 老了沒有用了? 家人嫌棄我了? 我是廢人? 家人不要我了? 我們的活動是否能成功地為這裡的長者帶來不一樣的心情呢?*

由受訪資料可見，服務對象在於私人及財團法人機構入住，雖然機構完善的設備和照顧良好，但內心的孤獨、孤單與無奈，卻是機構無法取代。機構式照顧由於使用者付費，在團體活動課程中需要支付費用，導致使用者參與團體活動缺乏意願。

其三社區照顧模式在服務對象情感連結、情緒支持等面向有較佳疏解管道，因為服務對象在生理上有自立生活的需要，在社會上有社交學習的需求，在嗜好上有健康

及品味的需求獲得到良好支持。一位基金會附設日間照顧中心（社區型）個案家屬(受訪者 L)在受訪時表示：

（所以日照跟社會不會脫節,他社交能力人際關係還是很好?）有沒有很好我不知道啦!至少有共餐,有共餐就會有互動,我覺得去日照就是會有互動,所以他跟社會比較不會有脫節,居家要跟日照比較的話,如果使用日照應該比使用居家更好.因為這個長輩沒有跟社會脫節.可是我覺不要機構,比較沒有自由,也沒有自己的生活空間,也沒有自己的自主權啊!怎樣都沒有.主要因為他是封閉的啦!可是我覺得日照很棒的是:他晚上可以享受家庭倫理,白天又有跟人互動,還有上課,我有一次問阿伯:你上課做什麼勞作?他好高興,趕快拿出他的勞作展現給我們看.展現他的成就和信心,想表現自己

由訪談資料顯見，社區照顧服務對象在活動中獲得愉悅的心情，並加強社區老人與其他住民的社會支持，在社區內建立強而有力的社會支持網絡，對其生活感到自我的肯定。一位基金會附設日間照顧中心（社區型）工作人員(受訪者 I)在受訪時表示：

長輩剛進來開始的失落是正常的,而且他也需要時間去適應,長輩家沒辦法像年輕人一樣很快去適應一個環境.他需要時間,更何況是長輩家,在適應的時間裡有友伴互相關心聊天志工會來陪伴關懷,我們會讓他感覺他不是孤獨的一個人,我們是群體,他進來時,我們跟他是一家人,的感覺,那他很快就會融入這裡,變成一個家一樣。

社區照顧模式服務對象的病程為漸進式的退化，服務對象的機能退化與認知功能缺損、人格改變、精神行為等症狀會逐漸惡化，直到完全失去生活能力，依賴他人照顧。失能老人、照顧者與疾病的關係好比兩人一同扛重物前進：起初，服務對象與照顧者合力扛著疾病的包袱走著，隨著病程的演變，服務對象逐漸失去力氣，於是包袱的重量不斷地往照顧者的肩上傾斜...當最親愛的人漸漸成為最熟悉的陌生人，照顧者很可能會產生許多負向情緒，認知功能也會受到挑戰。接受社區照顧初期，服務對象心理會不安有失落感，漸進式增進服務對象心理及社交功能，協助服務對象早日適應社區式照顧團體生活。社區照顧有許多入住規範規定或隱私權被剝奪；但被照顧者會感覺到自己是被關懷、被愛、受到尊重以及自己是有價值、信心成就感。

從筆者由個案服務紀錄文件資料得知，服務對象入住機構安置通常會有一小段時間，會稍呈現「呆滯」的狀態，不似家庭照料的那麼活潑。這是因為他們變得比較少獲得親密的擁抱與對話的機會，心理渴望無從滿足，就不會對外界世界有立即的回應，可說是一種創傷表現。理想的照顧機構應該是更近似家庭的「小家」，收容的服務對象

不超過 10 人；住所為一般家庭的形式，而非宿舍；照料的工作人員固定，最好是能扮演親子角色的三代同堂。然而，小家的建置成本更高，尤其主要照顧者的角色難找，沒有更詳盡的規劃與經費支持，暫時也看不到有完全取代大型機構的可能。

研究結果顯示，以照護條件及照護品質之心理健康特質三種不同照護經營型態的情感連結、情緒支持分析優劣比較整理如下：不論財團公私立長期照顧機構其二者優勢相同：持續累積更多的正向情感基礎，用心留意、犯錯時調整做法都可以協助克服衝突，增進關係，讓彼此間情感更加緊密與茁壯，建立互助的照顧模式，且增進照顧者專業知能及心理調適與情緒支持，讓服務對象有機會傾訴的機會。其劣點由於被服務者在缺乏親情安全感及情緒不穩下，因應能力失調，導致被服務者逃避或抗拒社交活動，及家庭成員的意見不合和溝通問題，或家庭支持薄弱，被服務者在無力與挫敗中缺乏主動，易產生孤獨與不安全感。社區照顧有善用服務對象的優勢、非正式支持和親情與靈性的介入，也因社區照顧的課程規畫而增進被服務者產生自信心及自我肯定；其劣勢被服務者在生活照顧缺乏自主能力，需依賴家人、情緒有內向退縮，缺乏安全感或易怒焦慮不安的現象，較容易與照顧者在生活上產生磨擦，更而影響照顧者的意願及耐心。因此，在長照領域工作人員盡量用欣賞的角度來看待服務對象，適時表達感謝與感激，試著常想到服務對象的優點或做得好的部分，讓讚美與欣賞成為一種習慣。

第三節 照護服務品質

長期照顧機構照護服務品質乃以專業團隊以秉持著生活化、人性化、有自主尊嚴維持，提供老年長期照顧服務，並在醫療機構支持與家庭配合下，讓長輩過完舒適的晚年生活為目標，其應盡善健康管理及照顧責任，以恢復老人手損的社會功能及社會關係，擬定照顧計畫。因此，品質管理指標包含三個層面：(一)、結構面：服務的政策、經營理念、工作組織、人員資格與經驗、環境面、人員的專業素質；(二)、過程面：照顧者、服務使用者及家屬之間所發生的事件、直接照顧態度、照顧計畫得擬定與執行、基本人權、尊重及社會態度；(三)、結果面：對失能者健康及功能狀況所產

生的影響，包括生理、心理的功能及需求的滿足。

研究者從訪談資料研究歸納出，照護服務品質以組織營運結構、訪談內容、照護條件及照護品質構成分為五大類：人力資源問題、造成照顧品質問題-混合式照顧、照顧服務內容與價格項目差別大、勞動情緒、行政管理規範機制等五項，茲分別探討如下：

(一)、人力資源問題

長照機構的工作人員與老人服務對象的人力比，白天與晚上的人力配比是有彈性的，以養護型長照機構為例，原標準是照顧服務員與白天照顧老人的比例是 1：8，晚上為 1：25；護理人員是 1：20，但隨時要有 1 人值班；然而目前的新標準則是照顧服務員加上護理人員（不論白天或晚上任何時段），與被照顧者的比例都規定要達 1：20。社工對老人照顧人力配比，也是由 1：100 調整為 1：80。最高規格的是失智症照顧，白天 1：3，但夜間降到 1：15。人力比第二高的是長期照護機構，白天 1：5，夜間降到 1：15。人力荒的結果是照顧現場人力不足，僅有的人力在勞動條件不合理的狀況下，就容易發生虐待的事情。且通報出來的案件數通常只是冰山一角，實際發生數絕對數倍於此。因為虐待通常發生在工作人員較少的深夜，而且多數的受害者是重度的失智症者，因而無法指控加害者。直到家屬或親人以隱藏式攝影機拍下情況，有些虐待案才被揭露。因此，對照顧工作者與受照顧者都是一場災難，絕非福氣。經營者在制度方面因法規政策規定，雖有有建立完善的員工福利制度，獎勵員工在工作上的表現，並能適時聽取員工在工作上的意見或想法。但沒有具體果斷的實施，而且會要求員工簽屬不合理勞動契約。

私人機構的照顧服務員與專業人員社會地位與評價並不高，員工照顧比例高，工作量大，某些機構使用命令、輕視等語氣命令工作人員，或是去做工作內容外的事情，工作人員無法適時地得到協助，造成工作人員流動率高，進而產生不容易找到照顧人力的問題。在一位私立養護機構主責工作人受訪時，針對長照面臨問題(受訪者 E)提到：

高雄市的長照機構現在的惡性競爭比較少了，現在長輩很多，幾乎已經滿了，供不應求，現在的機構其實已經不太競爭，只是價格比較有差異，現在都不去搶人了，現在長輩很多啊！很多機構

老闆為了省人事成本借人頭執照 1 個護士顧 30 幾個人，照服員 20 幾個，個案專業人員採兼任式。在長照工作價值非常低沒地位。工作累又面對多重疾病不穩的長輩，還要接受不合理要求。

由上訪談及文件資料可見，政府重視人力配置，認為專業能力照顧品質與人力有著相當重要的關係，問題是長照面臨的最大問題就是人力不足問題，政府常常完全忽略了「養護型機構」的照顧服務員，明明照顧「重殘病人」比「居家 1 對 1」和「日照中心」還要更加的累人，但「薪資」沒有比別人多，卻要消費自己的身體健康去照顧重症患者（1 人對 8~16 人）（又經常抱上抱下）。願意留在養護型機構的照顧服務員，比較之下似乎被不合理地剝削。長期照顧這樣的工作強度，常讓工作人員有背疼痛、腰痠痛、肩膀不適等問題，也往往成為折損人力的重要原因之一。部份一些機構會過度要求，或是不尊重專業，有時會讓工作人員默默受委屈。工作越來越沒有保障，工作負荷量越來越大，工作自主性越來越低。但政府漠視，養護機構考量成本，多透過外國籍照顧服人員補足人力，又多半不肯給本國人高薪，長久下來，造成社會不會對這類工作有較高的價值感知，一位私立養護機構工作人員(受訪者 E) 受訪時也曾感嘆表示：

還有一次「有位年輕的照顧服務員，台籍的喔，工作認真，可是家屬來探訪，卻發現...家屬頻頻感嘆地說：『真可惜啊，這麼優秀的人才年輕做這樣的工作。』我聽到後忍不住說：『就是優秀才要為長輩服務啊。』」

目前一個月的低收入戶、並重度身障老人入住長照機構的「託育養護補助費用」才 16000 元（屏東縣市）、才 18000 元（高雄市）、才 26250 元（台北市）。包住、包吃、包雜費、包耗材，還規定要聘任諸多「專業人員」持「專業證照」去照顧這些低收入戶重度身障長輩，以及設置無障礙環境設施設備、及消防設施設備。試問～員工薪水怎麼發？試問～誰要來上班？法人機構拿政府各項補助及資源卻最多只收 10% 低收入長輩，而小型養護機構未拿政府分耗，卻往往收住超過 50% 低（中低）長輩。卻在長服法「母法」內排除小型養護機構以「正式編制」存活。帶頭壓迫長照機構從業人員的其實正是「政府政策決策者」。

如何針對在機構/社區照顧工作人員規劃一套較為完整的在職訓練制度也是未來努力的方向。

其二財團法人機構人力費用，政府有補助、較符合需求之全人性的服務，對內有職涯規劃。一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M) 受訪時抱怨表示：

（他們也是要根据長輩福利法去做啊！）他們有一些是.....怎麼講？就掛羊頭賣狗肉，拿別人的

執照來這邊掛著,實際上是家族式的在營運,他是沒有來,但是借別人的來做這個方面的部分啦!所以人力就會短缺了?

在台灣租借執照在很多行業都是常態。因此，政府在盤整人力是沒有準確度，造成人力不足惡性循環。政府對週休二日採取週休二例的政策，照顧人力成本勢必大幅增加。政府如果依長期照顧服務法 22 條及 62 條之規定，強迫現有 49 床以下的私人社區型養護中心改制為財團法人或社團法人，將導致目前社區型的養護中心被迫關閉，或被迫由 49 床只剩下 30 床，照顧成本將大幅提升，也使家屬負擔的費用加重。一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)受訪時抱怨，經營者會將成本轉嫁到服務使用者及員工：

政府給予長照機構內生活的低收老人收容安置補助過低，造成機構收費無法支應品質提升之費用，亦無法提高長照人員薪資，建議提高收容安置補助費用，以提高長照人員實際薪資：試想一位低收入戶加上重度身心障礙者，入住長照機構所能獲得的照顧費用只有 16000 元(台灣省)、20000 元(新北市)、26250 元(台北市)，這樣的收費還要求只有優甲等機構才能夠接受委託收容，現在的物價與薪資。如何以這樣的收費讓長照機構負責包山包海照顧呢？而其中長照人員的薪資又要如何提升呢？當政府與學者倡議機構品質提升的同時，卻又不給予機構「合理的照顧費用」，試問長照機構如何煮無米之炊呢？依目前長照機構的設立標準、評鑑標準來看，其收費要 35000 元以上才能夠維持平衡，況且未來「長照服務法」的子法內「設立標準」、「人力配置」將更高、更嚴苛，勢必造成成本更上揚，未來收費恐怕要 5 萬元才能夠平衡，試問這樣的成本一般民眾如何能夠負擔？若是收不到這樣的費用？又如何讓長照人員對長照機構能夠產生留任的意願呢？

財團法人則具公益性質，服務對象入住時之考量因素比私人機構較少，以照顧人力因素為多，想必照顧費用與照顧品質優劣將受到影響。管理經營唯有改善員工薪資福利來補充人力不足。在家庭及雙薪結構趨勢，讓越來越多家中有失能老人家屬考慮由機構式照護取代家庭照顧功能。其經營領導者能力，攸關醫護照顧人力的留存。當醫護照顧人員在第一線遇到困難時，後面沒『靠山』去協調溝通，遇到狀況醫護照顧人員只能『自己來』；長期下來，當然會倍感孤單，工作不順心，離職只是遲早的事，彼此都要扮演好工作上的專業角色，因此，機構需建立專業肯定與職業的價值性關係。

其三社區照顧模式，醫護照顧人員人力的嚴重缺乏，不在於找不到人，而是流動率過高、照顧人力不足 無法使用到足夠的服務時數。一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員(受訪者 K)受訪時表示：

政府沒錢了啦!我在想政府沒錢了,像我今天去訪視,我那個個案是中低收入戶,其實他的功能已經到無法自理了,我們半年或一年會有一個複評嘛!那剛好我們就複評,專業員發現他的功能減退了,那專業員就打電話問我這個個案目前的生活功能再慢慢退化...我們就跟家屬溝通將長輩轉安置機構到因照顧上會加重人力?不一定只會專注他身上,不太合乎人力成本。然後要讓業務衝高,這是經營者想要的,這也是我們工作人員希望的.希望政府為我們做什麼?這個我沒有想過.在我的認知裡長照最大的障礙是供需不平衡,特別是在服務人力方面,政府應思考如何培育與留住人力。本人在護理之家上班,發現要照顧好住民並不容易,要考慮老闆成本、要考慮住民家屬負擔的起負擔不起,當你對照服員下達指令,她們是否會照做?有太多太多問題了,但住民一有狀況,老闆責備、家屬不諒解、照服員互推,這是讓我很不能接受的地方,還有每年為了評鑑,光花在時間與表面上,哪還有餘力照顧好住民呢?一個人照顧40-50,有的甚至到70,那種責任壓力多大?要記多少住民的家庭背景、健康狀況、有什麼疾病、吃啥藥物,難怪長照這麼缺護士,錢少事多責任重,還要忍受有些住民無理的要求、病痛的出氣桶,我才走長照不到一年,已想離開了,時間若可重來,我不會踏入長照這區塊,吃力不討好(環境糟,老人皮膚病一堆,連我自己皮膚也常過敏),設備缺乏(洗澡床只有一張,要洗澡排隊等半天),常住民一有緊急問題,我們也只能量VLS,先給O2叫救護車,還能幹嘛?

另外,日間照顧是一個社區型的團體方案,具有任用資格者實際投入職場的比率低,因此居家及社區照護人力及訓練教育不足。不穩定的工作人力,對組織而言不僅會增加員工培訓之成本,亦可能會影響服務品質,進而影響服務對象的生活品質。再其次日間照顧工作人員的失智照顧技巧不足,專業人員是孤星的社工人員或護理人員,督導機制較難建立;此外,被服務使用的意願呈現城鄉的差異,這反映出可負擔性和可接受性的落差。對於照顧服務人員這塊領域,是不是真的有年輕人投資在這上面的價值?是否有良好的升遷管道呢?依現況來看,這項領域的工作人員常無法堅持這一份工作。

本文分析三者照護品質及人力問題在於長期照顧的市場化以「獲利」、「壓低成本」為主要考量。經營者營利構成剝削的誘因,「業者的利益考量」塑形長期照顧工作的惡劣勞動條件,而政府的政策不僅無法遏止這現象,甚至還非預期地強化了這現象,特別是在人力資源的面向上。

綜觀以上分析顯示,三種不同照護經營型態的人力資源問題,分析優劣比較整理如下:私人機構會制定新進員工教育訓練計畫和照顧人力的需求與配置,必須依法行

使需符合勞動條件。其次財團法人具有政府人力補助及公權力支持介入、強化公共醫療體系，發展社區健康照護團隊、培育優質量足的長期照護服務人力，並提升其職業價值與尊嚴；社區照顧同樣具有政府人力補助及公權力支持介入、工作人員的態度很有人性化管理且增加長期照顧服務潛在人力資源。但劣點分別在於機構負責人缺乏照顧老人的專業技巧及知識，護理人力較少，嚴重依賴外籍看護工，照護分配的人力資源不足、夜間、清晨人員交接時未確實做好安全檢查，相關專業的醫療人員不足，造成過多的服務對象面臨沒有完善的專業復健師能給予協助。然而三者機構在工作人員的流動率過於頻繁時，將會影響被服務者和照顧者的關係建立，進而造成服務品質的下降、人力財力資源難以平衡。

(二)、造成照顧品質問題~混合式照顧

照顧等級障別是指依各種身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或功能喪失，依鑑定標準，做為疾病型態分類¹。在長期照顧指身心失能持續已達或預期達6個月以上，超過半年仍無法改善，日常生活無法自理。長期照顧之服務對象很多為不同比例的各種年齡層之身心障礙者，其中以老年人占最高比例，其照顧等級可區分為輕度、中度、重度至極重度照護。因不同層級的障礙而有其不同等級之照顧需求；長期照顧係對身心功能有障礙的人，對於服務對象失能程度及需求的認定標準比較模糊，在不同的評估者可能有不一樣的判斷，失能情況不一。一般應照顧實務工作將之分為輕、中、重度、極重度四類，此乃按照巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）或工具性日常生活量表(IADL)評估之得分加以劃分。²

私人機構的收容對象常是生活自理能力欠缺者，如需賴醫藥及家人周密照顧慢性疾病、極重度障礙者、多重障者、肢體障礙者、智能障礙者、失智老人、遊民、中低

¹ 障礙類別：從現在的肢障、聽障、視障或智障等 16 種障別，改為身體的 8 大身體功能與結構，新制將障礙類別以編碼的方式呈現，更可確保身心障礙者的個人隱私，減少標籤化。²障礙等級：維持現狀，分輕度、中度、重度與極重度 4 種等級。

²基本上，應按照疾病類別進一步細分為妥當，但因照顧工作仍以飲食、起居等為主，故一般照顧工作大致上仍按輕、中、重度、極重度等四種失能程度加以照顧。輕度者仍可下床，靠輪椅推行；中度者處處須有人扶身；重度者臥床不起，翻身為難；極重度全癱瘓完全無法自理。幫助身心障礙者得到更妥善的照顧，也讓照顧家庭可以得到更多元完善的補助與服務。具體描述

收入戶之清寒植物人、獨居老人等等。因服務對象們集體生活在同一機構，且人數眾多，反而容易擴散傳染病、機構工作人員為了照顧上的方便，勢必趨向團體性管理，而難有個別化的服務、飲食需求可能與長輩不同、超床嚴重、忽略服務對象需求(提供醫療及照護所需之護理計畫及連結不一致)、混合式照顧及照障級疾病比懸殊，致使照顧服務人員根本照顧不來、人力因評鑑後流失壓力大。一位私人小型護理之家之工作人員(受訪者 B)受訪時表示：

財團法人有財團法人的做法,但跟私人機構的做法不太一樣；私人機構彈性比較大，財團法人就是固定的 SOP 下去做,私人機構不會以 SOP 下去走,走的型式也不一樣，如果照 SOP 下去做，就跟去醫院檢查一樣，如果長照機構跟醫院一樣..其實長照機構就像住在自己的家裡一樣,家裡並沒有說一定要怎麼做怎麼做。所以財團法人跟私人機構比較起來他們生活受限制比較多.NOP 就是固定的,不會有彈性,我覺得像住在家裡的感覺就可以很隨性.如果政府轉介進來個案，我們私立可以選擇收與不收，有些機構為了營利賺錢，甚麼個案都收，品質就非常不好，吃就不用講了阿!有些社工或醫院轉介老人保護及遊民個案。像有些遊民安置的年紀都不到 50 歲又帶慢性疾病，或者可自理或無法自理個案、在個性又 Y 霸講不聽都會影響機構照顧品質，有時候再想，公部門在緊急時要求安置成效及又考慮安置費用成本，卻忽略長期性的照顧品質阿!

由訪談資料得知，私人機構照顧方式彈性大，理論上應可滿足不同階段的生活需求，提供連續性照顧需求，並要符合照顧者轉換服務需求。但小型機構不能對外募捐、無法接受政府補助、沒有租稅減免，經營不易。常導致缺乏服務使用者視角之服務品質。且在訪談過程中發現，因長期照護保險體制上未建構完全，提供家庭功能社會福利的申請，只能少部份減輕家庭經濟壓力。在一位受訪者私立養護機構（養護型）工作人員(受訪者 E)對於長照面臨問題所表示：

我們機構甚麼都收，只差氣切沒收而以，失智症中、輕度的老人話,家屬在照顧上感到疲累老闆為了賺錢，完全不顧員工照顧壓力人力，失智症狀會遊走走失、跌倒風險又是多重疾病，你說這樣會不會影響到照顧品質(嗯會啊!) 比較輕度其實有些家庭是長輩照顧長輩,但家屬會擔心所以將阿媽安置到機構了 ,其實這個 case 應該可以到社區日照啦! 不適合到機構,如果是輕度的,其實在社區也可以照顧.其實家屬為了省麻煩，說社區價錢跟機構價錢差沒多少錢，自己上班回家又不會很累，

在一位私人小型護理之家家屬(受訪者 D)受訪時抱怨政府沒有教民眾甚麼是養護、護理之家、長照護機構有啥不同？

我阿公要去呼吸照護中心，但那時候不知道卻跑到安養中心，其實是違法的，因為他們為

了賺錢什麼病患都收，而且講的頭頭是道，你可以看到養護安養院可以達到上百床~但護理之家較少，因為需求的人力跟相關的規定很多，除非是財團法人成立的！個案的狀況上，我只能說例如鼻位管，氣切，傷口等等需要專業護理的是護理之家收~而現在卻很多養護也有收，合法性的界線，需要查一下！但有的應該算是偷偷收容，但是護理之家是無年齡限制，安養院好像有年紀的限制！收費的標準看每家的收費方式，通常護理之家來講，醫院成立的都很貴三萬塊起跳，而私人的就不一定！很多會拼價錢~會有收基本月費跟雜費(尿布，抽痰管之類)！那標準的話，看各家而定，我所知道的是臥床要管灌及技術性照護及普通老人照護的來區分價錢！

由此可見，私人機構在照顧失能老人障礙者，無法依照護等級分級照顧，在混合式照顧下人力短缺，照顧上也困難。因此導致受照顧的對象適應不良、跌倒、約束、虐待、走失等照顧品質不好的現象，如何再重新規劃照顧分級制度是值得探討的議題。

其二財團法人機構也有同樣的問題，失能障礙者致殘年齡偏年輕化，再加上醫學、環境衛生的進步，使得失能與障礙者的平均年齡逐漸增加、成長及老邁，造成家庭負擔起長期照顧工作主要經濟來源，來自主要照顧者及政府救助。其公部門緊急安置個案也會考慮到照顧費用問題，缺乏照顧品質成效性。一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)受訪時曾表示：

現在每個機構都嗎嘛會挑個案，有些全挑臥床好照顧、有些挑沒家屬好溝通、護理之家則甚麼都收，年輕、中年及老人行動自如有一是主見甚至只有患慢性疾病無肢體障礙、獨居、失智老人或者智障都有，你覺得會好照顧嗎？在機構經營者都考慮賺錢根本沒考慮工作人員辛苦要面對個案盧的個性發神經狀況、家屬溝通、防個案吃東西噎到、跌倒、走失不見等照顧風險，為什麼有些年輕個案家屬要送養護機構，其實他們有成長空間不像老人有老化現象。政府是否要鼓勵推動分級照顧，有些身障者才 45 歲只有輕度肢體障礙還有工作能力就是要依賴家人政府變成惰性習慣，我真看不慣這些米蟲，工作人員在照顧上也不會情緒不穩應付不同障礙問題。

由此可見，私人或財團在混合式照顧影響照顧服務品質問題，均涉及到照顧經費的負擔與安排的問題。機構照顧模式服務對象，照顧等級，原則上以檢視失能情況以判斷機構類型輕度、中度、重度、極重度不同障礙程度之需求不盡相同可能有很大之差異，應依據年齡、就同一障別、同一等級之個人需求及障礙程度等面向給予不同之照顧分級，使照顧者得以減輕照顧壓力獲得更有效勞動條件。但機構的混合式照顧往往無法如此理想。

其三社區照顧模式，目前日間照顧服務類型區分為失能失智混合型及純失智型的日間

照顧中心，其接案對象以輕中失能老人為主，以多元化選擇服務，故可區分為「失能型」、「健康型」及「綜合型」三類。其中，失能型收托中度、重度以上之失能老人服務對象，綜合型則為收托一項 ADL (Activities of Daily Living) 以上失能老人個案。一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員(受訪者 K)受訪時表示：

我們都收慢性疾病、輕中度中風二管管路、失智症老人以 65 歲以上，不像護理之家和養護都收對！以前的人中風，我們都以為他應該要七十歲以上才會中風，好，現在我們發現三十幾歲也在中風，還有聽說幾歲... 那個年齡層一直在往下降，對，是像你說的車禍，這兩種，這兩個因素是造成入住機構社區年輕化的主要原因。你看，他們這樣失智就依賴了喔！他們認為我接受社會福利是理所當然的事。你要怎麼去改變這個觀念，而我覺得我們個案是在協助他們的。可是我覺得要去改變他們健康促進及預防的觀念。

「失智症患者除了去養護或護理之家機構，其實在他輕中度的時候，其實還滿適合去我們所謂的日間照護，並不是每一個養護護理都適合每一個長輩，有些地方他就是三管的，他需要護理人員可能就少一點，因為他都不太動。」

在訪談過程中，日照中心有的不收有精神疾病的失智老人，是否能讓其中的照護員多上訓練課程有專業。我們了解到機構與社區照顧模式，失能老人之身心狀況障別等級並不同，加上照顧資源不等，照顧需求自有差異。機構式照顧在訂定照顧計畫時，偏向服務對象身體醫療照顧，缺乏日常生活照顧訓練及家庭支持溝通技巧，而在身障的複雜度高也往往造成照顧服務界線不清。社區照顧在訂定照顧計畫時，若服務對象為老人，計畫的內容較著重於老人個案本身，但在服務身障個案時，則必須將家屬的意見與家庭關係納入考量。長者能做的就自己做，減少長者臥床時間，失能自然會下降，失能者就不會這麼高。所以該做的是讓長者能健康地老化、臥床時間減少。這是不錯的作法，但在文化背景、民族性、經濟狀況的價值觀不同，理應要著重照顧者各方面照顧訓練技巧，而不是在醫療照顧訓練而以。身障者應著重訓練；失能長者應著重照顧，所以身障看見未來；失能長者看到照顧者盡量減緩生心理退化，降低老年生活之不安與風險，讓長照回歸生活，回歸一般人的生活。

分析可知，三種不同照護經營型態的服務品質優劣比較整理如下：私人與財團機構優勢在於全人角度照顧措施、照護評估連貫性服務，著重醫療照顧為主。其劣勢收容對象以無家可歸者、智障者、失能與失智老人及疑似精神異常遊民養護等服務對象。收容對象複雜，影響機構內交叉感染、技術混合照護，照顧對象狀況多變不穩定，導致照顧服務的分散專業不足，造成人力配置比例問題及照顧服務品質。由於機構經營者都會挑選入住服務對象屬性，影響到服務對象居住照顧正義性。機構式照顧生活作息統一化，

不是以個人而是以團體為對象，缺乏變化兼具個性。社區式照顧優點是服務對象以團體自主訓練生活做規劃的照顧，著重生活重建，以在地老化為主。服務對象屬於輕中度自理能力失能老人，可以回歸原本的生活，比較偏向「健康促進」，與日常生活緊密交織的照護，重視個案的獨立自主，滿足多變與多重的服務需求。其劣點是收留的對象為能自主活動的高齡者，而不收留臥病在床及不能自主活動的高齡者，家屬缺乏疾病照顧技巧認知不足，無法代替全方位機構照顧。

(三)、照顧服務內容與價格項目差別大

現有的長照體系，包含「機構、社區和居家」三大面向，並依家庭經濟狀況提供不同補助：低收入戶全額補助；中低收入戶政府補助 90%，民眾自行負擔 10%；一般戶政府補助 70%，自行負擔 30%。超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔。民間機構業者在配合政府的新政策法令規定時，其實都會考慮到機構的經營成本，其次才會是尊重政府之意見，配合政府相關法令執行。私立機構在經費運用與財務問題對於收費標準上，因不同縣市地方政府財政差異，公費服務對象有不同待遇低收費，但自費服務對象收費標準差異大，品質也參差不齊沒保障。養護機構因有成本效益考量，無統一比較評估格式³，常超收服務對象，額外費用，使老人負擔重，由福利變營利。目前政府部門對於收費標準並無規範，有業者假借政府名義，要求家屬依照其收費標準來繳費，或是繳交加菜金、年節加收費等額外費用，這些皆是政府未明文規定的範圍。由於專業人員的不足與經營成本過高時，長照機構經營者則會偏向僱請兼任社工人員或營養、復健人力。小型機構基於營運成本考量，不易配置其他專業人力、經營者為了控制人事成本，機構聘請薪資高的護理人員將影響機構人事成本，而選擇減少人力成本導致租執照現象，影響長期照顧業務之執行。一位私立養護機構個案家屬(受訪者 H)受訪時表示：

*目前長輩因行動不便住安養院，長照 2.0 有補助嗎？如沒有補助，那怎算是長照呢？
政府長官可知道這安養費用是會拖跨家庭的嗎？兩個收一樣的對象，可是兩個的標準是不一樣的，大家當然會找標準低的去做。可是政府的一些政策老人家是不知道的，都是跟著家屬這樣子走的，所以老人都是跟著家屬走的，兩邊有落差的話，會選擇機構，日間跟機構差沒多少，我寧願花那個錢，就跟買東西一樣，兩個一樣的東西，價格有差，我沒辦法負擔的起，當然會選擇*

³收費標準：單人房:\$54,000 元/月、56,000 元/月雙人房： \$51,000 元/月三人房： \$42,000 元/月四人房：\$39,000 元/月 保證金:\$80,000 元；處置、耗材費用則依實際耗用情形另計。

便宜的。之前申請喘息服務,因只兩、三天,卻要跑好幾家安養中心詢問。(長照中心,服務速度很好,很快替我找到安養中心..)因為須要家屬觀察安養中心的環境與設施,合不合意家屬要求,長照中心的立意很好...每家安養中心都非常棒...可是與安養中心溝通後,安養中心大多以沒床位拒絕...我發現是安養中心要的是行動不便的人,安養中心方便照顧,對失智行動良好的人不歡迎。PS.長照中心替我找到安養中心必定是與安養中心連絡過,有床位才會通知家屬,也有安養中心直接說不收行動正常的患者,怕患者跑出去,發生危險;長照機構的收費,中南部每月大概二、三萬元,台北收費三萬五千元到六萬元不等,如果住三萬五千元的大概是五人房或通風不好,這還不包括額外費用,例如 你要整天吹冷氣,就要再加錢。花錢買了床位,美其名有護理人員在看,事實上都是外籍看護,期待有好品質是不可能的。

由上所述,對服務對象的家庭而言,目前私人機構的收費標準仍然過高,即使目前政府對於失能老人及身心障礙者有補助個人,但仍有許多有失能老人及身心障礙者的家庭願意其送到私人機構接受醫護專業服務。目前國內小型長照機構及護理之家約 1500 家,卻幾乎住在立案私人機構居多,顯示立案機構收費低於財團法人而造成民眾選擇上偏向私人機構。其實現有的私立小型長期照顧中心或是老人養護所大部份都是散佈融入

在社區中,能收容安置的床數也遠比現有的社區照顧多,小型長照中心轉型成多機能機構,遠比重新設立許多間照中心容易得多,不曉得政府為何不要捨近求遠呢?

其二財團法人機構也會在定型化契約顯示照顧服務內容及服務項目:1.生活服務、2.醫療服務、3.護理服務、4.文康休閒活動、5.社工服務、6.餐飲服務、7.宗教活動。具有受政府牽制效應,不得隨意調整照顧費,服務內容多元化。養護住民:每月養護費用 25,000 元,不包含耗材費用。針對一位財團法人機構工作人員(受訪者 M)在受訪時表示:

不過考慮品質也要有經濟需求,你想住一個月三萬塊五萬塊的,可是家屬一個月沒有賺這麼多,這樣長期負擔下來也是很可觀的,不像那養護機構一萬多塊就在收了,但那品質還是有差啦! 嗯!價錢會影響到品質。(你覺得這樣公平嗎?)可是服務都一樣,只是會有一些額外的品質會有差。(是怎樣的品質差?)

在受訪一位私立養護機構主責主任(受訪者 E)時也曾表示:

公平性?不公平啦!世間不公平的事太多,大家都看錢在做事,我的觀點是大家都看錢在做事。(只要進了養護機構都是看錢?)大部分都是看錢。

(那如果是日照呢?)這幾年開始有日照,剛開始政府有補助,但等三年五年之後政府沒有補助,你愈開愈多,拓到每個鄉鎮都有據點,你看人口雖然這麼多,有要去日照的沒幾個人,大部分都要選機構式的,因為大家都是雙薪家庭,要去上班,日間有時候長輩回來心情還很高亢,所以大部分日間照顧完又轉到機構去的比較多。

護理人員、照顧服務員、物理治療師、職能治療師、營養師、廚師、藥師、社工師、醫師、心理治療師、很多"師"都需要,住一家機構平均要收費多少才合理?這反

映服務對象的失能嚴重程度及服務項目的難易程度，違背了提供相同服務應獲得相同酬勞計費公平、平等正義原則。家屬或轉介單位都會考慮照顧服務內容環境與價格項目差別需求，較少會考慮照顧品質。因此，民眾的付費照顧能力與意願，影響到機構未及時對服務對象提供持續性照護；確保長期照護品質，促進服務對象生活品質與尊嚴及建立自助助人助觀念，兼顧個人與社會照顧責任問題。

其三社區照顧模式最初倡導的原因，主要乃基於人道的考量外，社區式照顧與家屬相關人員簽署定型化契約其契約內容服務項目具有：提供護理、生活照顧、機能回復訓練、文康活動、餐點等服務。⁴依據「我國長期照顧十年計畫」，由社會局依服務對象之失能程度及家庭經濟狀況核定補助，每月請領最高補助金額不得超過核定之補助金額，且不得超過當月之托育費；超出部分由民眾全額自行負擔。另有餐點費每日 80 元（1 次午餐、1 次點心）、交通費月費 3000-5000 元、單次 100 元、洗澡費每次 100 元、衛教費另計。服務的目標是維持或恢復功能自主自立訓練，希望讓老人於家中得到適宜的照顧，降低機構式照護的使用，藉由個案管理模式以期達到照護成本控制的成效。在一位接受日照中心工作人員(受訪者 K)受訪時表示：

在我們失智專區的成本太高,一個人的平均成本四萬塊以上,標準是一比三,南部有一家失智專區,一個月四萬多,如果家裡有兩個的話,一個月要負擔八萬塊,請問哪一個家庭能夠一個月負擔八萬塊讓長輩去住失智專區?家屬都嫌貴,其實很多在家裡自殺的真的是壓力太大,只看到被照顧者,也要看到照顧者,照顧者其實壓力也很大,並不一定比被照顧者還輕鬆,就 24 小時社區式,相對的,每個人需求點和滿足點不一樣,所以兩個要並存,兩個都需要,所以你把社區改成 24 小時,就跟機構一樣.所以跟政府推行去機構式是有點本末倒置!

由此研究者場域觀察顯見，由於失智症家屬缺乏照護技巧知識，社會資源相當受到限制，造成主要照顧者身心極大壓力、照顧困擾及生活品質低落。社區式照顧模式著重個人生活照顧之協助、具備支持與協助緩解家庭照顧者的身心壓力與負擔，並使服務對象能在社區得到妥善的照護與幫助。社區式失智症專區的照顧成本太高，在收費標準上，因不同縣市政府財政差異，公費服務對象有不同待遇及收費標準，跟自費服務對象收費標準照顧服務品質顯有差異，導致照顧品質參差不齊沒保障。政府應有合理統一收

⁴服收費標準：托育費（全月託）：周一至周五：輕度失能 7500 元(每月)、中度失能和失智者 8500 元(每月)、重度失能者 9500 元(每月)；周一至周六：輕度失能 8000 元(每月)、中度失能和失智者 9000 元(每月)、重度失能者 10000 元(每月)；臨託 250 元、臨託全日每日 500 元。

費標準，以隨物價調整照顧費。現行社區照顧為了減輕主要照顧者照顧壓力，提供短期 24 小時照顧，跟機構式照顧一樣，所以跟政府推行去機構式是否有點本末倒置，所以兩個要並存，兩個都需要，機構可以代替社區；社區是無法代替機構全方位技術照顧服務。

綜合上述，在台灣小型老人長期照顧機構自 1990 年代末期實質上已被特許進入機構式長期照顧服務領域，而其服務提供量逐年迅速增長（蔡啟源 2010；曲同光等 2015）。隨著政府財政緊縮，致使公立機構限制成長，採取公設民營等方式轉型之外，地方政府開始向私立照顧機構與護理之家購買低收入老人所需的機構式服務，各直轄市、縣（市）政府皆訂有委託機構安置中低收入戶失能老人照顧費用補助辦法，入住機構之費用由政府全額補助。因涉及各縣市政府收入財政狀況不同，編列服務補助費用不盡相同；長期照顧機構的收費標準因城鄉、服務對象照顧密集程度或組織屬性而有顯著差異，但政府購買機構式服務金額低於機構收費標準卻是常見的現象。

一般家庭因沒有專業護理技術或者缺乏家人照顧，而無法長期照顧失能長輩。藉由機構長期安置，可得到較適當的照顧。由於機構與社區受到內部單位組織，規模與實際的服務工作有影響，而有所差異。對於長照機構的收費標準服務內容，應重新全盤從機構服務供給面來著眼，除政府對長照機構之補助外，應回歸到以失能者個人的基本生活所需為收費考量，因此，除基本生活所需之外較，一般人多出的特殊專業服務，應由政府完全負擔。機構的日間服務，不管是生活重建或醫療照顧，家屬也只要平均負擔其交通及伙食費，而專業服務的成本，應該由政府各部會全額負擔，也亦即障礙程度重的政府就多補助，輕的政府就少補助，才不會變成懲罰失能者家庭的政策方向，不會因應通貨膨脹調高長期機構照顧費用。因此，需建構一套公平合理的收費機制以降低風險與高成本的因素，而將長期照護納入社會保障，而此發展方向亦可為未來台灣長期發展之目標。

國內的研究顯示指出，輕度失智照顧需求的病患採取居家照顧的費用低於機構照顧，但服務對象的生活品質並沒有差異。然而，當服務對象出現較複雜的照護需求或失能程度時，居家照顧的整體費用不僅會高於機構式照顧，而更重要的是，服務對象在機構中的生活品質卻明顯高於居家照護。其實「私立小型機構」正是便宜又好用的住宿型態機構，值得政府正視。城鄉文化及機構收費不同，且在家庭照顧責任價值觀也再改變，對於我國過去的養老觀念大有所不同，愛的勞務與社會責任的衝突，正是我國在老人福利及長照政策需在關切的部分。

比較三者不同照護經營型態之照顧服務內容與價格項目差別，分析優劣如下：私人機構的優點符合在地社區機構化的優勢，但收費標準不具統一價格，並隨著物價而漲或者政府政策影響機構營運成本，將成本轉嫁於服務使用者，因此也會因經濟不景氣，影響入住機構的費用及消費者的選擇，短期離院收退費問題嚴重，也因收費標準相差太多由福利變營利輸送，不具備人道服務精神。其次財團法人優點乃服務內容規格制度化，符合使用者需要的服務，政府與服務使用者共同分擔財務責任，但是服務對象篩選與接案申請資格嚴格，觀念差異大，消費者收入來源南北差距大。最後社區照顧的優點是預防失能的發生與惡化，需求導向之服務只要是失能者能自己做的就讓他們自己做，並不是由照顧人員去幫助，收費較符合被服務者和其家屬的需求且有資源補助，從分析成本效益來看，照護便宜；但是由於照顧無法連續性服務，社區式服務並非可以完全替代機構式服務。

(四)、情緒勞動

情緒勞動視為是一種員工對人際壓力事件所做的情緒控管，照顧者對於照顧失能者所誘發的情緒反應必須進行自我控制，Pugliesi(1999)認為情緒勞動不應只侷限在服務接觸中，任何社會關係中都可以發現情緒勞動運作的軌跡。機構式照顧模式經過這幾年的努力所建立起來的專業制度與形象，也僅止於制度和形象而已；在實質報酬與勞動條件方面，卻可以說是毫無進展。尤其目前長照人力短缺、工時過長及過勞死等議題相當熱門，如何關懷員工的身、心、靈健康更是受到重視。私立機構勞務工作者，常降低工作滿意度與自我意識，並容易產生健康問題和情緒沮喪的症狀，一旦超出心理負荷可能引發較高的工作壓力與情緒耗竭，進而造成工作倦怠；工作人員在缺乏社會資源支持、人力不足、有責無權、低薪高工時、休假不正常、缺乏升遷管道、人身安全未受保障等現象，以及受照顧對象的年齡、情緒問題、多重慢性疾病等複雜問題，都會影響工作人員執行照護工作的困難。一位私人護理之家機構工作者(受訪者 A)受訪時表示：

簡單來說，做這行累的要死，根本是被收買人命，低薪沒福利，時間長又責任大，一但被傳染生病，受傷，甚至殘廢還是癱瘓了根本求助無門求償更別想。工作量那麼大，誰會跟阿公阿嬤聊天？誰會給他們好臉色？我印象很深刻，有位老人他失智了，每天一直喊，大家都覺得他煩；有次他跟我說，我們老了住在這裡就是沒尊嚴了！我聽了好心酸。老人家喜歡被讚美、聊往事、聊孩子，有位病患四肢萎縮，只剩一顆頭還正常，只有我發現他會講話。

由此可知，大部分的受訪者也都認為工作量大、福利低、缺乏升遷管道，造成情緒無法紓解壓力，在服務過程中不僅擔心、不舒服、不被尊重等負向感受。其次在婚姻狀

況、工作資歷、照顧住民數、社會支持顯著影響工作人員的離職意願。

在私人護理之家機構工作者(受訪者 A) 受訪時接著提到表示：

老闆常說人力不足?重賞下必有勇夫，還有我們不是低技術人員，我們對家屬，案主都是她們情緒傾述的人，要身心安撫傾聽案主或家屬的抱怨，所以請教育民眾尊重我們，我們不是傭人，不是清潔人員，不是人工洗衣機。我們最主要的是讓案主身心清潔愉快不要動不動外勞可以為何妳們不行，外勞比較便宜。請保障我們本籍照服員這長照才走的下去，外勞不是長久之計。政府常說我們業者「逼外籍監護工超時工作」，其實許多外籍照顧服務員自願加班以增加收入，讓遠在海外的家人能夠過更好的生活，若一味認為機構要求照顧服務員加班，實有不公平之處。

由此訪談資料顯見，當無法調節情緒之際，工作人員也可能自言自語，或忍無可忍而爆發出真實的負向情緒。勞動價值長年被低估，既被期待高度專業，卻又總被壓低薪資雇用，剝削長照工作人員。除了照顧服務對象及面對其他專業照顧人員，還需負擔服務對象家屬情緒反應及不同需求，工作環境品質欠佳及照顧過程中不容許失誤，造成服務對象傷害及暴露傳染病高風險之壓力，長期會產生倦怠感、負荷過重，影響機構工作人員的健康；同時，工作人員亦可能在照顧過程當中，發生如肌肉骨骼傷害、睡眠不足、不定期輪班影響生理作息和傳染病感染等，進而影響其留任之意願。

長照機構第一線照顧服務員的勤務為 12 小時，兩班制的人數比率最高，經營者也不能靠壓榨員工來維持機構營運；我們自己人都不肯團結爭取自身權益，還甚麼保護基本勞工權益。從護理人員訴說：「當人手不足，又忙得不可開交時，充滿壓力（stress）的照顧員面對那些失智症者和不聽話的入住者，就容易突然失控而施以暴力」。工作人員勞動情緒壓力調適是影響照顧失能老人生活品質與適應。機構應建立開放性的溝通管道，提供人員抒發情緒。對工作人員心理方面的支持與疏導，減少心理情緒負面影響工作感受及工作人員發生過勞(burnout)的可能性，設立諮詢服務站，以提高工作人員整體壓力因應狀況，達到提升服務對象居住安全政策的工作壓力，連續性有品質的全人照顧服務。

其二財團法人機構由於公權力介入需依法行政，其保障其勞動條件與人身安全、透過知識的提昇來增加工作的有效性，有足夠的專業能力、降低工作壓力促成工作的有效性，鼓勵、支持、同理心員工，協助壓力困難、建立和諧暢通之勞資協議管道、有員工守則及獎懲系統。一位財團法人附設養護機構工作者(受訪者 M)受訪時表示：

因為他成本沒有那麼多啊!相對請的人員價位就有關係,有的做久了,錢少事多就會無力感。(在長照這一個區塊,長期下來他們的福利都不是很好也沒有年終津貼。)照顧服務人或外勞

要照顧失智和有意識阿公阿嬤，同時一起照顧最累和辛苦 Y! 工作和自在情緒也起伏很大，就會產生動粗現象，晚班 1 個要照顧 20 幾個老人，或者只有 1 個人當班人力根本不夠。啊！但事情很多，灌牛奶、翻身拍背，還要打掃拖地。所以有的病人大便很久了，也不可能馬上換，就這樣讓他們浸著大便一個小時；這種照顧品質很容易造成紅臀、細菌感染，屁股的壓瘡永遠不會好。

由此訪談及觀察資料可知，工作人員與服務對象的接觸時間長，互動密切，須隨時面對服務對象及家屬的各種要求，第一線工作人員身為機構與家庭間的溝通橋樑，也就承受來自雙方給予的壓力、長期面對死亡恐懼、職業倦怠。當員工遇到疑惑或困難之時，會協助員工解決問題、洞察工作執行時之個層面的難處、給予需要的支援、給方法供依循，甚至必須具有自信和勇於擔當的能力，將機構內外之事務承擔於肩上。機構必須提供給工作人員的心理支持，主管、專業團隊間與伙伴間的扶持與鼓勵，可減輕工作人員的心理壓力，此外機構也可提供部分經費，讓承受高壓力的人員得到心理諮商的服務。長照機構長期來缺乏保障的勞動條件，可能導致工作壓力的產生，成為長期照護發展的隱憂。提升工作人員的社會地位，調整工作人員的薪資，改善工作人員的工作環境，讓國人真正認識長照體制工作人員的存在價值，不要將長照政策建立在工作人員的血汗之上，重視工作人員的基本人權及情緒狀況。

其三社區照顧模式互動密切，有別於機構及財團機構，須隨時面對服務對象及家屬的各種要求，引發身體及精神壓力，缺乏保障的勞動條件，影響對工作的認同感及成就感，不易吸收大量或年輕的人力投入。一位社團法人附設日間照顧中心（社區型暨養護）工作人員（受訪者 K）受訪時表示：

不是保障薪三萬嗎，今日問了台南兩間日照，怎薪都分別為 22k, 23k, 日照還有時薪制的，人力還是缺很大福利 制度再不提出改進 舊有人力也快走光了。還是那句老話：“優質平價”。預算編出來了沒？人力編出來了沒？不是說要加稅來做嗎？現在無聲無息。沒錢要怎麼辦事？以前做了日托。竟然只有預算請廚師。沒預算請看護。那是要讓大家去那吃免錢然後沒提供照顧服務嗎？沒預算。那就是血汗長照。累死工作人員。工作量增加。人力沒增加。薪水沒增加。事情這麼多，薪資這麼低誰想做機構啊？還要面對一堆恐龍家屬然後被扣薪資。情緒因照顧壓力導致身心俱疲沮喪、易怒等情緒，常常大吼大叫、言行失控，照顧行為產生粗暴。

政府目前正在大力推行的社區照顧政策，雷聲大雨點小資源沒有到位，造成工作人員工作執行困難，產生勞動情緒，社區機構過度依賴政府資源也會造成結構性無法克服的困難。致使工作人員缺乏給予關懷支持，在照顧服務過程感到不安全感，身心疲憊，

無法得到滿足和價值感的認同，導致無法願意繼續投入專業工作。

如眾所知，三者經營者照顧模式機構內的失智與失能照顧比例也漸增，服務對象多為中、重度失能、失智患者，服務對象多有認知障礙或聽力受損、不易溝通的特性，照顧工作場域具負擔性及連續性，無法單一專業完成所有的照顧工作，長期會產生憂慮和不安，情緒起伏大，會變得易怒，一旦爆發可能就無法失控。長期機構尚未建立更完善的員工福利制度，未能適時聽取員工在工作上的意見或想法。另外，長期照顧機構(包含財團法人、護理之家、社區照顧)的評鑑指標，無須類似醫院一樣細緻與跑統計資料，這些數據與統計資料都不是老人與家屬關心的，也不是長照機構內的長照人員關心的重點。但可悲的是目前長照機構的評鑑指標項目內容，並不輸給醫療院所，且長期照顧服務人力勢必不足，應加強查核勞健保投保情形外，也積極協助服務提供單位依勞動相關法令規定，改善照顧服務員勞動條件，照顧服務員的情緒勞動，從福利諮詢傾聽著手，如此才能解決勞動者的勞動情緒問題。

最後研究顯示，在照護服務品質三種不同照護經營型態的情緒勞動分析優劣比較整理如下：私人機構雖然在法令規範要求機構需有「充足的」員工，以提供護理及維持服務對象實務上生理、心理、社會最高層次福祉所需的服務。然而，勞工短缺卻是長期照顧領域中是最主要的問題。其次財團法人的優點能保障其勞動條件與人身安全、透過知識的提昇來增加工作的有效性，有足夠的專業能力可降低工作壓力促成工作的有效性，鼓勵、支持、同理心員工，協助壓力困難時可建立和諧暢通之勞資協議管道和員工守則及獎懲系統；私人機構與財團法人其劣點具有相異之處：工作人員常需負重並且頻繁使用上肢執行工作，具有勞心力的特性。面對突發的衝突或意外事件，工作人員也會被嚇到，難過自責。在情緒處理上，勞動價值長年被低估，既被期待高度專業，卻又總被壓低薪資雇用。工作人員會因工作滿意度低而影響工作績效不彰、知覺扭曲、退卻、攻擊、疾病、品質下降、生產力下降、流動率高、曠職多及怠工等情緒行為，導致個人的這些狀況對組織也造成負面影響。社區照顧優點是增強組織結構的有效性及讓資源對工作人員來說有效性服務，比較有支持環境資源，以抒發員工的緊張和對員工給予方法、多傾聽、並尊重每一位員工，減少衝突和矛盾的關係；其劣點並比較容易感到擔憂、緊張、

和筋疲力竭。

（五）、行政管理規範機制

行政管理規範機制是指機構的經營模式與管理機制，落實在內部品管機制體制的建立，與外部評鑑機制的建構。目前長期照顧機構提供相似的服務相關法規分別由社政、衛生及退輔會等三大體系訂定並予以規範及推動。⁵行政管理規範機制重於服務輸送體系、需求評估、服務流程、服務內容、財務與人力。社政部門雖對老人福利機構的空間、面積、人數比等也有規範，並設計評鑑、定型化契約。但這些管控對前述社會照顧的「本質問題」或「市場化後果」，並不是有效的解套辦法，相關單位應加強機構稽查管理與通報機制，強化立案機構資訊之公開透明與宣導，讓有需求之服務對象與家屬可找到合法且舒適妥當之照護機構，並加強機構業者自律機制，以維護機構安全與服務對象之權益。

私人機構式照顧服務的管理辦法溝通協調不一致，缺乏前瞻性的政策願景，針對保障使用服務者、照顧者權益而制定的辦法寥寥可數，無力解決和回應使用服務者、照顧者權益相關的問題。其次以醫療模式為架構的證照專業主義，與強調績效指標的管理主義思維，用「上對下」的父權心態對服務提供者與人力進行管理與規範，但在缺乏制度化的財務支持的狀況下，常造成個人與家庭的經濟危機。一位私立養護機構工作人(受訪者 G)受訪時表示：

我一樣可以收混合型的,變成你原來的規定是假的,你原來的經營模式就是這樣,可是你現在又把財團法人跟機構一樣,法規又不一樣,那我就找輕鬆的去做就好了,兩個收一樣的對象,可是兩個的標準是不一樣的,大家當然會找標準低的去做。

由此顯示，照顧機構規定與標準設立不當，又隸屬不同行政體系，造成養護、護理功能混淆不清，規定不一，發展與管理不易；在「福利需求化」與「照顧產業化」之間是否達到平衡發展的政策目的，以及照顧產業政策是否可能邁向使用者付費的市場化發展之目標。

私人小型機構及部份財團經營者以營利事業觀念來經營，配合長期照顧服務法相關

⁵ 1.行政組織與經營管理：行政制度、人員配置、工作人員權益、教育訓練及其他相關事項；2.專業服務與生活照顧：專業服務、感染管制、生活照顧、膳食服務及其他相關事項；3.環境設施：環境安全、安全維護、衛生防護及其他相關事項；4.權益保障：權益規範、契約訂定、收費基準、申訴處理及其他相關事項；5.創新改革：創新措施、改善成效及其他相關事項。

子法規劃，將具經驗之資深服務之照顧服務員列入長照機構業務負責人之一，致使私人機構鼓勵照顧服務員進修取得長照機構業務負責人資格，但是卻無實際參與機構運作決策。而在實際機構管理時，工作人員往往是以父權體制來沿襲多年的「管理」方式，也就是遵從上級命令，因為如此，無形中將失能障礙者的自主權利剝奪，一個完整的人卻無法自主自立為自己的生活作決定，沒有從跌倒再爬起來、失敗中學習經驗、感受人生的酸甜苦辣，其實服務對象只是一個沒有靈魂的身軀而已，對於外勞，勞動部雖然依長服法發布了「外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法」，但研究者認為，外籍看護工不僅需要技術性照顧訓練，還應該要成立支持團體，才能幫助這群來自異鄉的「另類親人」，融入機構/社區照顧。以確保實行有限度的社會主義(正義法則)辦法。

其二財團法人機構由於財團法人部份還存在有家族企業經營模式，經營理念尚存在舊有私人機構的觀念。一位財團法人附設養護機構工作人員(受訪者 M)受訪時表示：

「對機構忠誠」與「對專業忠誠」的倫理兩難！長照機構經營者抱著理念目的為何？有心奉獻付出的單位，亦是可以很順遂的去經營。管理公門的法規？至主管官員，專家學者，各個心思心地均有不同等差異。同一件事看法好壞又不同，叫機構如何遵從？沒錯為何評鑑？官員權威只會管，協助輔導共同人性化的把老人照顧做好才是。

由此訪談資料可知，財團法人機構屬於公益性質服務單位，雖然受政府監督管理，且營運績效受到股東控股、講求業務至上、減輕成本統一採購、依賴補助、以評鑑導向、快速擴充服務績效等。部份財團機構經營管理目的經營利潤為理念主要，缺乏人性的社會照顧。社會照顧本應從人性出發，貼近服務對象生活的多元需求，照顧服務體系必須在統一的規範中，給予必要的彈性，尊重不同族群、性別、地區之文化差異。部份財團卻忽略本身機構性質。工作人員面臨到對機構忠誠與對專業忠誠的倫理兩難問題。當前社區與機構的服務輸送品質參差不齊，尚未能建構一套專業的、標準的評估和管理機制，造成許多服務對象、消費者權益受損，導致民眾對照顧產業政策抱持質疑態度，是值得去探討的。

其三社區照顧模式由於政府公權力介入支持提供相當豐富社會資源，建立完善照顧管理體制，提供符合受照顧、的互動網絡，形塑公民社會的自我責任意識，即決策者應該協助加強社群網絡成員持續互動和充分溝通能力，並注重公共服務的提供和有效管理，以節省長期照護的財政支出。一位基金會附設日間照顧中心（社區型）主責主任(受訪者 D)受訪時，對現況長照體制表示：

現在不論財團法人機構或社區及小型機構，大部份都是家族企業經營，「公益」、「利他」服務精神令人非常質疑，依法論法，檢視長照服務法對於長照機構設立，並未要求以特許的形式

讓何種組織成立。即便是在最擔心營利化的住宿型機構，雖然要求成立法人來設立，但公立機構可以不必另行設立法人，因為公立機構並未被視為營利單位，而在長照 2.0 架構下，這些公立機構全部被排除成為 A 級服務單位。當服務提供者不足的情況下，試辦計畫竟排除公家機關，完全使用民間基金會來整合政府機關與資源，也是公共政策上令人匪夷所思的作法。

由以訪談及場域觀察資料得知，社區照顧服務如何訂定相等合理的照顧服務費用，以及提供管理機制運轉，是突破當前推展照顧產業困境的重要關鍵之一。並積極提供老人同儕團體互相支持和社會互動，並發當務之急理應是要去正視長期照顧作為一種準市場、類商業和利潤的迷思與弔詭；連帶地，當局應放大格局以思索社區式長期照顧的蛻變和轉化，這部分多少還是要跳脫政治意識形態的單一思維整體分析。

以上的問題也牽涉到一個現象，由於政府財力減縮，因此社區照顧以「民營化」和「契約外包」等委外經營方式來推動，這些民間業者（非營利的社會福利機構或團體）實質上已成為政策方案之關鍵角色。民間機構或團體在政府部門的誘因架構下，紛紛參加社區照顧相關照顧產業之方案招標，如居家服務、日間照顧、送餐服務、喘息服務等。由於此政策推展之初，政府部門要求「量」的突破（預期效益的數量），執行業者在政府的督促下也積極開發社區服務之個案服務，故重視政策方案的地方政府自然在「數量」上有亮麗的成績，然而也發現經過個案「開發期」之後，社區中已有愈來愈多有需求的個案被發掘，個案量增加。但政府以經費不足之理由，提高申請福利資格門檻的策略，做為減縮經費支出的因應措施，導致許多業者必須面對服務對象、家屬的抱怨。

目前長照體系偏重社區式與居家式照顧，忽略機構式照顧；及偏重修補式照顧，忽略疾病預防服務與社會心理照顧支持。研究者從旁觀察到機構式管理無法對失能長輩者施以個別化照顧訓練，其原因在於工作訓練鮮少需與人互動，服務對象對於工作人員的詢問與關心也是一問一答或冷漠，讓工作人員苦於應對。照顧一位長輩不僅讓他吃好、睡好就可以，更要照顧他們的心靈，尤其是在家庭這一塊。不管機構多麼的溫暖，長輩總還是會說：「還是家裡好」，所以要在機構中營造更多「家」的感覺研究者覺得這是最重要的一件事。

由上訪談及場域觀察資料可見，私人機構由於沒有額外收入無法(取得政府人事費補助及外界捐款)，因此永續經營的挑戰很大。目前財團法人皆靠政府補助人事費(服務費)及設施設備，另外增加外界捐款，來減輕經營壓力及彌補虧損。

綜合上述研究發現，不論財團公私立長期照顧機構護理之家及老人福利機構，在臺灣的長照爭議對照中，可發現私人機構及部份財團法人的共通點是經濟目的或營利動

機，以「利潤」作為社會照顧的誘因，對私人機構業者來說也許理所當然，但其後果對於社會平等、集體資源分布，都是不利的。相對於照顧服務內涵、評鑑指標及基準繁多，部分指標對於小規模之機構而言，執行過於困難，而機構為準備評鑑資料以因應評鑑工作，耗費諸多人力及時間，排擠老人照顧工作，亦造成工作人員異動頻頻，無怪乎機構對此制度有諸多不滿。

政府為提升機構與社區照顧品質定期實施評鑑工作，的確是有需要藉由評鑑的機制設計，以達到品質控管的專業責信，出發點相當不錯，但在評鑑指標設計太多太複雜。尤其書面資料太多且重複性，而忽略了整體實際照顧面。另外每次評鑑委員態度不一，造成工作人員身心負擔過重，結果每年到了評鑑時期就出現離職潮。但政府無視此一不正常現象，而有變本加厲情形。其次長期照顧應導入預防性照顧的新思維，將重點放在縮減服務對象失能程度與時間，提升服務對象生活自理能力與生活品質，力求減少長期照顧體系因照顧重度失能而來的沉重負擔，使長期照顧服務成為有以想像、能夠合理提供。如此，照顧服務將不再僅是沉重的工作，也不再皆須符合高度專業規格，社區現成人力即有能力因應大部分照顧需求，可望形成「自在老、輕鬆顧」的良性循環，讓各地社區有機會逐步統整符合其需求之長照服務類型及人才。

第五章 結論與建議

第一節 研究討論

以下將針對第四章的研究結果提出以下進行討論：

一、民眾對各項資源濫用問題

檢視長期照顧法與社會救助法歷次修法沿革，面對受訪個案及主事者的政府福利政策與制度影響下的資源分配看法，針對整體層面發現，民眾資源濫用分為二項：一、社會經濟資源：依賴社會福利或是有錢裝窮，利用低收資格，取得補助或福利，製造假象低收貧窮現象。如前述國家福利網絡資源及家庭社會網絡資源分析發現，台灣每個縣市的審查標準沒有統一，超過台幣一塊錢中低收入資格直接取消，或某些縣市政府法源變更，間接的取消資格，連通知也沒有還要追回以前所領取的補助款。產生民眾依賴政府補助影響嚴重財稅負擔大，造成心態依賴政府政府缺乏社會資源網絡做為服務提供的基礎。在財源短缺和物資匱乏的困境、體制對立即性需求回應及效率較差、與機構間缺乏協調，造成資源重疊及浪費，導致政府不同部門間缺乏有效的溝通互動機制。因此產生弱勢家庭的家屬大部份無法穩定經濟來源，依賴社會低收補助，造成世代貧窮，依賴政府現象。老人、兒童可以用年齡來劃分，身心障礙者以手冊來認定，而經濟清寒者透過資產調查機制來列冊成為中、低收入戶，但有些失能老人在身障鑑定未達標準，成為福利邊緣人得不到應有的服務，造成長期照顧經濟的困境。因此，缺乏公平正義，挑戰、歧視的反邊緣人態度及制度和社會實務。針對低收入戶機構托育養護費的補助，可以幫助有需要的人暫時解決長期照顧生活的開銷，卻很難解決個體對於未來生活和自我實現與權能有階級不平等的問題。

其二是醫療資源：在醫療體系資源分析發現缺乏「轉診制度」、「家庭醫師」、「醫療分級」等整合性醫療的概念與忽略健康行為與健康生活型態管理…等預防疾病、促進健康的觀念，造成了醫療資源的浪費與濫用。由於長者的體能狀況及身體的病痛導致行動不足缺乏力，醫療復健分配的治療（ex：中醫針灸…等或者是西醫的電療…等）常常重覆，但是不一定有效果出來，形成復健醫療的濫用。也從家庭社會網絡資源運用研究發現上，受助者家屬的觀念不好、情緒管控能力不好、不想去工作…等福利依賴的問題及新法仍然不夠周全的情況下，仍然出現諸多缺失。

整體來看，每一個資源要加上該照顧機構的收費標準及是否有與當地縣市政府簽補助合約(如身障者托育養護補助)才方便，不然就向各地社會局立案機構，建立超連結資

訊軟體體系設備。並在照顧服務過程中擬定處遇計劃，除了福利身份別之外家庭照顧責任及個人條件也是評估時的重要考量。如何在凡事都要錢、凡事都以市場經濟價值來衡量付出與道德的資本社會，根本徹底地被解決？希望未來政府相關單位會更加努力打破貧窮的惡性循環，並讓弱勢群族能夠與社會合一，落實強化公平正義的精神。來檢視服務對象所在棲息地的社會組織、階級特點、權力關係、次文化屬性等因素影響歷程，追求多元平等的無產階級社會結構。

二、支用公共財的正義性問題

從法規制度規範到落實具體的措施，依據老人福利法第 13 條明文規定，私立老人福利機構不得兼營營利行為，目前老人福利機構之性質尚非屬營利事業。在社會組織支持與社會關係資源的動員之機構權益研究分析結果，私人機構並沒有接受政府補助，也依法繳稅，收費標準也受政府審核通過，禁止私人經營，卻只補助財團法人人事及安全環境設備，在公私機構確缺乏支用公共財的正義性。由於私人機構照顧模式方便於親屬選擇安置，但小型機構依法不得拿政府補助、對外勸募或減免稅負，經濟來源是民眾收入，因目前補助卻只針對低收及中低收入戶，對收入未跌至貧窮線下、卻瀕臨貧窮邊緣的家庭，會因無政府補助而成為沉重的經濟負擔。在照護服務品質情緒勞動工作人員評鑑壓力反應，導致評鑑結果並非「長照使用者」關注焦點，使用者想的是「及格」即可，但「照顧價格」要便宜。目前政府要求長照機構像醫院一般包山包海，但家屬不一定全部需要，但卻依然造成機構成本與家屬成本上升。評鑑齊頭式公平、平等假象，讓機構失去個別性，也失去創新能力。

值得注意的是，照顧品質之照顧服務內容與價格項目差別大證實影響照顧品質。對於私人機構補助款政策，顯示分配的公平性不足，無法透過市場機制達到資源分配。因為長期照顧法通過，現在家庭中的失能者有更多元的選擇。私人機構，未受到公權力的保護以營利管理觀念經營，當收費不合理，每家機構都要有盈餘時，就一定會「偷」，如：超收「黑牌」床。正所謂一分錢一分貨，收費不一，明明管路照顧；如鼻胃管只需定時灌食不耗費多少人力，機構對於管路、灌食或換管及照顧費有增收的問題，因各自資源互相不流通，甚至於各機構只服務機構服務對象對社區失能不在服務範圍，只要服務對象外出或住院發生意外皆不負責。權益義務之保障機構權益上所述，由於私人機構有選擇住民的權利，導致不少失能或獨居重病未癒就被迫成了「人球」，影響到服務對象自主性居住選擇。相較於財團法人機構與社區照顧，此為非營利組織，既有政府資源亦有民間資源，可協助中低收入的住民申請補助，收費上會比較私人機構便宜，照顧病

床一位難求，也不見得有較好的照護品質。不過因有政府與民間資源互通，故不論是醫療或是社區活動參與皆比私人營利機構出色不少，形成一條龍服務產業。從社區居家服務、復健、醫療及各種項需求，樣樣服務都要花錢，一年編列的預算到底夠不夠支付所有個案需求，又有誰能確定使用的正當及正確性。

另外，在從文獻資料得知，政府鼓勵積極推動社區長照體系 ABC 據點，一區一日照中心，城鄉人口差異大，地理空間需求也非常大，公共資源分配不合理。因此，政府資源分配缺乏公平正義也明顯違反自由市場的原則，才是失衡的主因。家屬無法反映服務對象的失能嚴重程度及服務項目的難易程度標準，違背提供相同服務需獲得相同酬勞之計費公平平等正義原則。藉由長期照顧制度的實施，重新矯正資源頭重腳輕的分配。在台灣社會福利制度裡對於案主常常使用殘補式的方式服務，而非福利服務的方式，這也是我們很值得思考的地方，兩者之間必互相存在且可互相取代性。

三、社會支持網絡問題

前面訪談提到的社會關係資源的動員之整體相關社會支持系統發現瞭解，由於目前公私長期機構管理制度、多半缺乏家庭照顧系統、社會支持、團體的友伴情境，及其交互作用等原因。因此，產生服務對象在社會支持網絡生活照護不友善環境的壓迫或歧視問題。私人機構正式資源未能有效進入家庭給予長輩及家屬支持，將迫使長輩依賴家人與社會。在照顧歷程行為能力分析發現，不論是子女或是平輩的手足，對於將失能障礙家人安置於機構或社區照顧，內心的複雜絕非三言兩語可以道盡。認為老是一種生理上一種沒法抗拒的變化，但是心理上是可以控制，心理上是不可能老化，且在於服務對象的態度與價值觀念。

再者，機構照護方式及服務內容大都配合工作人員的勤務作息時間，或因夜間人手不足及追求高效率的管理，經常訂定統一的作息時間，造成服務對象的個人需求經常受到壓抑。當照護過程中雙方情感連結、情緒支持，對於個人擁有與他人連結而建立關係的能力，尤其安置於機構照顧的服務對象，大多數都將在機構內度過餘生。失能障礙者與工作人員同為環境中的主人，彼此之間的關係，像共同生活的家人，而真正有血緣關係的家屬，卻往往成為偶一探望的客人。由於高齡化社會，子女數量少，長者經過人生的歷練奮鬥突然退化後，一切對內外的活動失去興趣顯得孤獨，感覺年紀大，沒有用，不被家屬重視，自我價值感降低，生活頓失重心，要嘗試讓長者找回生命信心，要確立長者跟家屬溝通橋樑，以同理心滿足長者需求。檢視環境資源無法搭配或支持個人、家庭及機構需求的原因。加強建立社會支持網絡，以及個人與環境的調和度。

四、以分級照顧服務導向模式

藉由本研究瞭解，為何採用以分級照顧服務導向模式，可以從對照受訪者人力配置問題及造成照顧品質問題-混合式照顧中探討發現，長期照顧機構包括了許多類型之護理之家、養護機構、復康中心、社區居住、日間照顧，以及居家服務等，這些服務機構照顧了許多種類之服務對象，有老人，有成年智障者，有中青少年身心障礙者，有精神錯亂與情緒不穩者等。致使長期照顧機構目前收案對象、年齡、失能程度等級及佔床率等無明顯之分類，照護情況以失智和失能混合收托之照護模式，機構照護屬性也相當多元服務。私人與財團機構主要收容對象偏向混合程度失能障礙者，機構經營者在挑選服務對象時，將失智與失能服務對象安置於同一機構中，給予相同的照護方式，接受廿四小時全天候照護衰弱族群服務對象與弱勢群體，在混合照顧的情況下造成機構照顧品質降低。機構之收住對象條件並未明確區分，以致實務運作上機構功能常重疊混淆不清，實際收容對象確有高度重疊，導致影響人力配置及照顧服務品質。

由於現在大部分的長照機構收容對象情形皆是混合照顧，使服務對象在照顧上人力突顯不足。由於現在入住機構服務對象疾病都伴隨多重慢性疾病及失智症併多重疾病，造成照顧人力比例不一致，影響照護的品質。且輕度與重度程度失能或失智服務對象處在同一生活空間，對輕度程度失能服務對象造成困擾，需要將失能與失智服務對象輕、中、重度程度由的族群中獨立區分出來照顧。但是現實上重度的像是植物人，反而比較好照顧，輕度變中度和中度反而最麻煩，問題行為多。能依身心體能狀況來區分等級，例如：輕度、中度、重度、極重度等區分，(配合 ADL、巴氏量表檢查等)，使服務對象能在後半階段得到更有尊嚴優雅老去。對失能者的照護型態應有分層等級程度照護的概念，提早發現、訓練服務對象生活重建防止機能退化等，可以避免最後走到依賴照顧或功能退化的地步。最後，三者收容服務對象應以不同失能程度接案，提供服務時間及服務結果，並釐清各項照顧服務項目耗用社會資源的情況，提供我國長期照顧服務制訂之政策參考。

五、在地社區機構化原則

檢視家庭社會網絡資源與社會支持系統之家庭情感支持分析發現，建議應改變政策的思維。目前家庭功能也萎縮，需求大幅提升，長輩出了醫院、回不了家的狀況變多。家屬往往真的沒辦法，才把長輩送過來。小型私人機構欠缺民間團體、專業團隊介入於家庭溝通、情感支持，只針對服務對象在機構互動關係，缺乏民間團體交流，更沒有深入家庭服務支持。並忽視同樣具「社區性」、提供老人長期居住的小型住宿機構服務，

造成其生存危機，因而無法落實私立機構（社會企業）的社會責任公平正義原則。在照顧歷程行為能力分析發現，在未安置服務對象機構前，照顧歷程出現委屈、無奈、憤怒、不安等照顧行為心境；在安置機構後壓力紓解，正視主要照顧者需求。對於主要照顧者有持續照顧能力、提供照顧者獲得喘息的機會。

由於服務對象入住機構及社區照顧他會比較在乎家屬有沒有人來探望及陪伴，心情起伏會比較大。由於小型機構遍佈各社區，應賦予機構承接鄰近社區多元化服務，如獨居老人送餐服務、居家服務、陪同就醫等長照相關服務，讓機構與社區更融合符合在地社區機構化。建立起保障人民晚年時的社會安全照顧機制，在現行的長照制度裡，缺少了「全日型住宿」型態服務，這是因為有些學者反對機構型式的照顧；但是人還是會失能到無法住在家裡照顧，也一直存在沒有家庭照顧者的失能者，因此不能沒有機構全日型住宿來照顧。可是沒有選擇在原地的在地老化是會影響到使用者付費的一些福利制度，這樣子對他們很不公平，因為每個各縣市的法規規定不一樣。且在照顧品質、人力、成本照護價格補助不同主要照顧者壓力不同心情且地老化不一定會放在原來的地方，會因不同差異性不同照顧模式兩個要並存，兩個都需要，所以把社區改成 24 小時模式照顧，就跟機構一樣相對壓力性就少。過去社會福利界「去機構化」是提倡廢除，是因為動輒一兩百床的大型養護的集中管理，除了讓老人及身心障礙者與社會隔離外，也容易遭虐待，所以學界呼籲走向「社區化」；但完全不要全日型住宿機構的社區化，則是另一種極端。長照制度設計排除住宿，並不妥當，應該讓人民有多元化選擇。以提升照顧服務品質，機構須營造適宜環境氣氛，讓老人及家屬有安全感、歸屬感、優越感、完成感及無壓力感等正向情緒行為的感覺。「在地老化」的觀念被普遍應用在人生的晚年，希望從進入老年到臨終期，都不必離開原居住地，也就與「連續性照護」息息相關；以滿足人在生活或醫療的各種功能，真正落實做到「在地老化」的目標。

六、建構人力資源與安全管理問題

研究發現，「日常生活安全設施設備」及「人力問題」的分析結果，需加強檢視長期照顧機構的運作情形，不管任何的照顧模式，終究還是要面對諸如人力管理、物力管理、財務管理、目標管理、績效管理、安全管理以及資訊系統管理等等獲取生存的現實考量，未來長期照顧服務將是規範性市場，政府提供部分資源但明訂標準與評鑑機制，提供多元多樣的服務給需要使用者。由於研究發現在長期照顧服務品質缺乏照顧人力的不足、照顧場地及設備的限制。在根據服務內容與項目差別性大及行政管理規範機制發現，機構社區及護理之家設置法規、標準不一樣而產生不平等公正福利待遇，如照顧人

力比率不同。在偏鄉及私人機構，不注重於組織中「人」的面向。人專業養成：在職、職前等專業課程、尊重照護專業、留住人力、工作人員流動頻繁，將影響照顧品質常照人力嚴重不足、雖每年培訓課程很多，但留任長照人員仍不足，仰賴替代人力，如替代人力中斷呢？將面臨無人力照顧的問題。人力解套：如提升專業形象及能力、照服員薪資、照服工時等，讓年輕人願意投入。政府提供的長照服務及時段太僵硬化，缺乏彈性，難讓需求者獲得滿足。

在日常生活安全設施設備軟硬體分析發現私人機構缺乏合法建物是打造長照服務的大問題及無障礙環境設施及設備之必要修繕有妨礙公共安全，更缺乏安全管理系統。因此，需加強落實宣導及教育訓練員工有關消防防護計畫之內容，並強化員工之防火防災觀念，藉由防災教育訓練之進行，以提昇機構全體員工之防災常識及應變能力。並要求規定公私機構與社區相關人員應積極參加消防機關或防火團體舉辦之講習或研討，同時應隨時對從業人員辦理防火講習或宣導演練。由於建築結構空間狹隘或經費營運成本等問題，在改善的執行層面比較有困難：經營者善盡營利觀念卻忽略社會公益目的責任，很難長出服務對象對於未來生活和自我實現的優勢與權能，以提升照護品質及服務對象安全為目的值得重視議題。

七、專業定位：

根據本研究的照護服務品質整體層面發現，依目前機構式及社區式長期照護模式，都面臨一個共同的問題，那就是跨專業照護團隊運作功能不彰，專業人員培訓，不統一且缺乏。相較於機構內照顧服務員之工作複雜繁瑣工時長、照顧人力比例高及福利薪資低，造成人力配置嚴重失衡。社區式「照服員」照顧服務對象人力比大多為 1：8，服務內容較為單純、工作時間短及福利薪資低，使得多數照顧服務員流向社區照顧或者醫院一對一照顧。由於，長照界更多的問題是非專業駕馭專業，造成專業人員無所適從及疲於奔命。專業沒有被機構與社區認可它的獨特性，首先，專業人員是否可以先清楚自己定位，創造自己價值，再去有立場爭取更多的場域專業定位。

在台灣，我們把太多社會照顧應該由家庭成員共同努力的事情，交給長照機構的第一線工作者，同時用非常嚴苛和個人道德歸因的方式來指責護理人員或照顧服務員。諷刺的是，長照專業人員在市場上定位的價值，卻難以被體制承認，獲得相應的報酬。專業界限劃分不清、制度層面綁手綁腳，是嚴重的問題，卻經常被漠視。事實上，真正該反思與檢討的是，必須思考國家制度為何需要有非營利組織，競爭性市場不一定會輕鬆，反而更強調投資報酬率，非營利組織很難與營利組織相比較，兩種屬性實在本質不

同，然今長期照顧實務確實非常辛苦，原因是，政府總是沒有做好紮根的配備，沒有足夠撐的住人力資源，抗壓性不足，本事還沒發揮就不斷計較，在投入實務之前中後沒有不斷精進，缺少不斷學習和社會歷練，沒有解決問題和多元策略思維，自我創造價值的本能不足。應重視協調與適應，避免過於傳統與順從，去營造一個能結合家庭成員的長期照顧機制。

綜合相關法規、文獻，以及受訪者的觀點，根據二種不同經營型態的內外環境分析比較整理如下表，二者照顧模式特質皆兼具經營型式：社會型與醫療型兩者的功能。由優勢看來，私人養護機構則是豐富的照顧經驗，疏緩家庭照顧者之壓力、情緒及增進專業知能及具有在地社區機構化功能。至於財團法人機構則是落實公權力之執行，保障服務對象就養居住安全與權益、設備充足、專業團隊、補助費用、社會支持網絡及社會資源相互為用。社區照顧模式較其他兩種經營優勢為社會支持網絡凝聚力高、家庭照顧者休息的機會、增進服務對象社會活動參與、課程多元化、保障生存權益、收費低廉、專車接送及市場投入者增多。在劣勢方面，私人養護機構與社區照顧模式皆缺乏醫療體系背景，而場地限制及私人機構給人的既定印象難以更名。財團法人機構則是家庭結構改變、家屬惡意遺棄增多。社區照顧模式無須醫護技術的服務。至於在機會方面，三種經營模式皆認為核心以家庭的興起是最有利的機會，其次是老年人口逐年增加，創造市場機會，再者為政府長照計畫可提供業者申請經費爭取個案經營。威脅方面三種經營模式皆有照顧人力不足，私人機構照顧模式則未用心經營受，照顧服務異業轉型最具威脅，以環境設備安全最讓業者備感威脅，原因不外乎為私人機構的經營空間不足、無障礙空間及綠地空間是目前私人機構照顧經營業者最欠缺之弱勢。

表 8 研究者針對實務經驗將失能老人在社區與機構照顧模式的差異整理

	機構式照顧模式	社區照顧模式(日照)
制度福利	<ul style="list-style-type: none"> ●消極推展 ●嚴謹法令規範 ●結構的約束 ●欠缺組織資源投入 ●經營空間不足 ●人力不足、福利差 	<ul style="list-style-type: none"> ●積極推展 ●密集的援助 ●連結不一 ●從低收入戶擴大到一般戶 ●福利資源豐富

社會關係	<ul style="list-style-type: none"> •孤立的社會關係 •幾乎閉不出戶 •志工、家人及社區居民很少探訪 •與社區無任何互動 •懷疑態度 	<ul style="list-style-type: none"> •緊密的社會支持網絡 •依服務對象意願得以外出 •志工、家人及社區居民可自由探訪 •與社區交流熱絡互動頻繁 •信任、互惠
生活	<ul style="list-style-type: none"> •以醫療照顧（護）為中心 •團體的生活關係 •無個人隱私權 •資源依賴性高 •貧乏的社區關係 	<ul style="list-style-type: none"> •生活照顧為主、醫療照護為輔 •與個人的生活親近的關係 •缺乏個人隱私權 •獨立自主的 •豐富的社區關係
照顧品質	<ul style="list-style-type: none"> •身體照顧→身心照顧→生活照顧 •一成不變的照顧、固守照護流程 •著重醫療照顧 •專業--責任分配制 •照顧品質差異極大 	<ul style="list-style-type: none"> •身心照顧→生活照顧→身體照顧 •個別的照顧、關係的照顧 •共同生活制 •著重生活照顧
服務對象 價值觀	<ul style="list-style-type: none"> •負面的 •個人是無法自立生活的依賴 	<ul style="list-style-type: none"> •正面的 •個人是不斷學習成長的
溝通	<ul style="list-style-type: none"> •單向的語言障礙 	<ul style="list-style-type: none"> •雙向的協調

本研究自行整理：「機構式照顧模式」與「社區照顧模式」的差異

第二節 研究建議

綜合上述研究者發現，透過「法令面」、「制度面」及「策略面」三大角度問題來建議，以提供後續衛生福利部主管機關、相關長照行政單位、長照機構及未來相關研究者可以延伸參考之議題：

一、營造促進家庭成員，與受照護者連結的法令環境

政府單位應當照相關規定研擬法令，以保障監護人探親休假的權利。「照顧假」、喘

息照顧或暫休服務、組織志工投入服務或組成照顧者聯盟以匯集力量影響政策制定，都是可行之措施及有效的服務方案。針對住在機構當中因為沒有家屬探望成為容易被機構忽略的受照顧者，安排專人長期探望、了解需求，為弱勢者發聲的代言人機制建立。

二、長輩監護制度應納入長期保險法中

身心障礙者或失能老人能力逐漸喪失或精神耗弱致不能處理自己事務時，受禁治產宣告(新修正民法稱為監護宣告)，由監護人為其法定代理人為其處理事務，並運用成年監護制度與長期照護制度之結合，使當事人善用殘存能力，並尊重本人之意思協助其生活，以保護其利益及維護社會交易安全。政府當局應將監護法律制度應如何具體落實長期保險法中，將有利於尊重、保障長輩生存權和自我決定權。老人財產的管理應尊重長輩的意願，老年財產的法律保護應遵守比例原則（最小限制法則），老人的禁治產與監護制度，應以老人最佳利益為原則，法院為禁治產宣告應同時依職權為監護人之指定，以免產生受禁治產宣告人，無監護人執行監護之法律空窗期；在禁治產宣告及監護制度應配合高齡化社會規範，賦予主管機關及社會福利機構介入老人保護權利，以完整保障老人財產權，兼顧維持社會秩序之交易安全。例如：契約可約定支付醫療費、養護機構費及看護費等，確保服務對象退休生活各項支出。將退休金交付信託規模，計算每月給付金額，避免退休金提早消耗殆盡。也建議讓服務對象家人知悉內容，若身體不佳時，可請家人協助辦理信託給付事宜。也可由社福團體擔任信託監察人，協助聯絡受託銀行支付臨時性費用等事宜。針對生活長期不能自理、經濟困難的長輩及身障者，地方各級政府應當根據其失能程度等情況給予居家、醫療照護生活津貼，老人經濟安全應以公平正義為核心，合理分配社會福利資源。以建立老人經濟安全應以公平正義為核心，合理分配社會福利資源尊嚴的老年生活。

三、政府政策制度方面

研究者認為政府為提升機構與社區照顧品質定期實施評鑑工作的確是有需要。藉由評鑑的機制設計，以達到品質控管的專業責信，出發點相當不錯，但在評鑑指標設計太多太複雜。尤其書面資料太多且重複性高，忽略了整體實際照顧面。另外每次評鑑委員態度不一，造成工作人員身心負擔過重，結果每年到了評鑑時期就出現離職潮，但政府無視此一不正常現象，而有變本加厲情形。其次長期照顧應導入預防性照顧的新思維，將重點放在縮減服務對象失能程度/時間，提升服務對象生活自理能力與生活品質，力求減少長期照顧體系因照顧重、極重度失能而來的沈重負擔，使長期照顧服務成為有以想像、能夠合理提供。如此，照顧服務將不再僅是沉重的工作，也不再皆須符合高度專業

規格，社區現成人力即有能力因應大部分照顧需求，可望形成「自在老、輕鬆顧」的良性循環，讓各地社區有機會逐步整備符合其需求之長照服務類型及人才。

最後，長照是少子化、老年化的必要措施，目前因為少子化造成許多小校裁併、滅班的閒置校園，任其荒廢破舊，建議可以利用這些建物園區土地資源改變成各地區在地長照機構使用，透過各種機制如公辦、民間合辦或是 BOT、OT 等等可行方案，如此不但可以加速長照、亦可多元使用。很不幸地，目前政府的長照政策的確是走向偏重「重度照護」，而不積極發展預防性支持服務。如果我們因循苟且，不願尋求新思維、新作法，未來恐難避免「重癱＋外勞＋健保」三合一現象拖垮親情和整套健保制度。社區照顧無法對照護需求者提供足夠技術照護，則照護需求者有權機構照護居多。

四、缺乏預防性照護導致重度失能增加醫療負擔推廣健康存摺政策

強化預防保健及醫療照顧服務，每個人都有銀行的金錢存摺，但健康是比金錢更重要的寶貴資產，預防勝過於治療，檢視失能情況以判斷機構類型，未來在每位保險對象只要利用自然人憑證，即可上健保署的網站查詢及列印個人過去一年中至醫療院所的就醫資料。現行機構的服務對象會出現逛醫院或其他不當的就醫行為，而浪費醫療資源，應強化宣導服務對象健康自我管理能力。長照 2.0 試圖與醫療院所照護系統連結，預防性提供出院回家或回機構的持續性健康照護，減少急性病房住院率與疾病資源。長照文獻資料顯示，在現行長期照顧服務法，以長期照顧 ABC 服務單位為例，翻遍長照服務法也找不到相關規範，因為長照服務法只將服務提供者區分為「社區型」、「居家型」、「住宿型」與「混合型」的長照機構，設立標準應未如長照 2.0 的設計，而變成特許行業。健康存摺的就醫紀錄不僅能使服務對象提升對自我健康及就醫狀況的掌握程度，也能在就診住院時出示，讓醫師能在最短的時間內了解服務對象的疾病史，提升醫病溝通品質及互動，並且減少重複用藥、用錯藥的機率。以提升整體的醫療環境與品質，秉持著公平、正義的精神照顧更多人，讓服務對象都能永久擁有長期照護醫療與服務品質。

五、無障礙生活環境與安全居住策略

興建長輩公共建設所面臨的主要問題不外乎土地與資金來源，在土地問題方面，想要建設有關長輩建設的服務機構，就需要找到適合的土地空間，不論是從社區中規劃一塊新土地以建設服務機構，抑或是利用社區舊有建築改建成相關的服務機構，都可能面臨一定的困難，前者可能會受到周遭居民的反對，而後者則可能受限於建築物原本構造而改造困難，無法有效提供符合功能之照護環境，因此造成有些現有社區型小型長輩養護機構、護理之家相當簡陋，甚至於日間托老中心、日間照護中心或居家服務中心、居

家護理所也不易尋求設置地點，改造過程涉及建築物使用用途變更而曠日費時或是社區中其他居民之排斥及抗爭，而讓經營者心力交瘁終至視如畏途，導致國內試圖建構單一住宅模式的社區照護理想將如空中樓閣而成為遙不可及的夢想。

政府應制度化在各縣市考選約十個各種殘障者，專門到各公共、公用場所及設施、通道體驗測試。在全面法人登記，原有小型機構每床面積應依現行老人福利法規的標準就地核准變更法人機構。應避免設施設備變動太大，這樣才能減輕對原有機構住民的干擾，免於服務對象因建築物室內裝修及遷居造成生理、心理的不安情緒產生。無論已建或將建公共、公用處所設施必須由他們認證通過。老人達到養護長照的階段時，其實留在家中的機會就很少，因為需求一些特殊的設備，一般家庭不易照顧，這些就需要政府的支持，但如果非屬中低收入戶，就不易取得政府這方面的資源，一般家庭無法支應時，就會作送入機構照護的選擇或臨托照顧或自請外勞家中照顧，但一些設施還是沒辦法獲得無障礙生活環境與安全居住支持。在設備方面：建議長照機構能加裝遠端醫療照護設備，家屬能夠更進一步的了解住民在長照機構的生活情形。

第三節 檢討與未來展望

我國長照 2.0 政策，在機構式照顧模式長照服務方面，走的是高度營利化路線。全國公立加上非營利財團法人機構，比起私立營利小型老人機構數量，比例為 1：9，衍生出許多的弊病。目前台灣老人最急迫需政府協助的就是社會照顧的問題，長期照護資源嚴重不足，分布不均，利用率仍低；政府稅收不足，缺乏穩定財源帶動長照服務發展，家庭負擔沉重，及如何建構長期保險與健保、社會福利及其他制度之間無縫接軌等面臨問題，下述檢討現況問題與未來展望應是：

一、政府應投注更多時間、成本較高，長期發展需再結合動員醫療團隊以外的人力及資源。養護機構儘量在地社區化，一方面讓親人可就近探望，安定家人和長輩雙方的心之外，更可增進社區的互動和形成情感凝聚力強的和樂社區。另一方面也能以社區的力量進而督促現行養護機構弊病改善。台灣機構照顧的單位雖多，但各家服務的品質水準不一，政府在評鑑機制上應該要更嚴格一點，不能只是用鼓勵的方式督促改進，效果未必彰顯。

二、政策行銷宣導需再加強，尤其是預防性健康講座及社會醫療服務諮詢仍可再研議創意之形式，吸引社區民眾參與。長期照護機構的工作人員應將這些活動融入老人的日常活動作息中，老人若能規律的參與活動，不僅能達到強身的效果，也能提升老人的

生活品質，減少社會的醫療開支，如何引發老人對此部分之重視，及利用細部活動訓練其平衡及自我保護，以融入日常生活並提高其日常生活的安全性，這部分是相當重要的。然政府方面在硬體及軟體的提供是支撐這活動繼續下去的動力。

因為福利措施越來越多人使用後，就會開始導致政府財政會逐漸吃緊，國外社會福利政策體系完全的國家都有這個問題，所以才導致目前要一致推行在地老化，但是現在家庭結構改變大都為雙薪家庭，家中常僅有年長者一位以致於跌倒事件頻傳，跌倒後皆因未積極治療導致移位能力越來越差，如此惡性循環後就長期臥床，需要更大量的服務。因此相關單位要加強預防性的措施。

三、地區性資源結合與服務統整，是醫療及社政主管單位應加強的。可由地方政府出面整合，定期辦理協調會報，可減少資源重複浪費。且各單位提供之服務可做觀摩、學習、互相支持、學習以收改進之功效，且有利互相搭配，提供完整的照顧者服務。相關單位有必要負起更多的責任，尤其如何在制度面增加防杜醫療浪費的機制，醫療資源與社會福利資源等分布不均也是個問題，城鄉差距以及偏遠地區在資源的可及性與可近性仍受到質疑，這方面仍有待努力。

四、機構/社區經營態度觀念改變，經營者第一個本身要持續性的進修，走向社工、護理、醫療、管理各方面的專業。另外所有有關於長期照護的營養、安全設施、消防，它是一個通識和專業的整體結合，第一個一定要有專業知識，而且他的相關資訊要充分瞭解，第二點本身要有社會福利者的心境來經營這個行業，長期照護是社會福利不是營利事業，換句話說不能以賺錢營利為目標，要以整體社會的安全、安定、服務的精神來做這個行業的宗旨，不應以暴利為事業經營的目標。另外多參與社會福利活動，儘量配合政府的政策做一個長遠性的規劃，可舉辦聯誼會共同商討同業間常會遇到之困境：如專業人員之聘用、物資採購；同業之間可聯合增購設施(如：電腦化病歷管理、人員的培訓...等)以量來降低成本支出。經營業者應共同謀一中間之道，來取得品質與量的雙贏。團結並整合現有資源，互相扶持，互相學習，提供產業知識管理與解決問題的網絡平台與建立公私良好的伙伴關係。另外需檢討補助制度，政府需主動結合現有資源協助業者收容低收入住民。針對不同健康狀態的老人給予不同的照顧模式，以延緩晚年進入失能失智的階段，減少長期的老人照顧支出，更重要的是能讓老人的生活品質全面提升。

五、目前台灣主要的福利保障制度係以社會「保險」方式為主，且稅收占 GDP 的比率較之先進國家明顯的偏低，且在執行「稅收制」長照服務模式有其困難等特性，應該積極規劃以服務為主、現金為輔。機構、居家與社區多元服務以及被保險人、雇主與

政府稅收共同分擔保費之財源籌措方式的長期照顧保險制度，以利未來與全民健保及國民年金等社會保險制度相容與整合，建構一套更趨完善的社會福利制度。期望透過預防健康保健計畫及長期照護保險制度的雙輪帶動，落實保障長輩及失能者人權，讓我們的社會，能夠真正老有所終，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養。

總而言之，機構式照顧服務成功的關鍵因素在於機構如何提供一個符合被照顧者需求的服務，而符合被照顧者身體健康情況每一階段性的服務需求，則必須建構一處多層級連續性完整的長期照顧服務體系，應以包容弱勢、合理收費、合理勞動條件等。方可滿足老人或失能者全面性被照顧的需求。社區式照顧服務雖然是政府積極推廣政策，且在無法滿足家庭照顧者需求，導致家屬紛紛往機構式照顧服務。然而在長期照護服務之現況及其政策制度問題且在費用水準較低得情況之下，追求高品質照護相對不易，因此社區與機構式照護服務的原因非常多元，有的是家庭照護人力有限、經濟考量、服務資源資訊不足、及傳統社會觀念。如果能釐清這些原因的影響次序，適時作出調整，對於服務使用及改善失能老人生活品質具有相對性的重要價值。

參考文獻：

一、中文文獻

(1) 報紙及機關單位資料

工商時報 (2013/06/21)。〈社論－鼓勵壽險業進入老人照顧產業〉，工商時報，A2。
台灣長期照護專業協會 <http://www.ltcpa.org.tw/>。

台灣立報。呂苡榕，取自

<http://ksred8300.pixnet.net/blog/post/27448426-%E6%88%9A%E6%88%9A%E4%B9%8B%E7%84%89> 2011.03.22。

內政部統計通報 (2014)。103 年老人長期照顧及安養機構概況。取自

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>。

內政部統計處 (2014)。103 年老人狀況調查結果摘要分析。取自

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/list.html>。

內政部統計通報 (2014)。103 年第 3 週內政統計通報 102 年底人口結構分析。取自

http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=8057。

內政部統計處 (2016)。105 年第 30 週內政統計通報(105 年 6 月底人口結構分析。2016

年 8 月 24 日取自 <http://www.moi.gov.tw/stat/>。

內政部 (2008)。老人安養、長期照顧機構社工人員操作手冊。臺北：內政部。

內政部 (2014)。103 年老人福利機構評鑑分區說明會講義-社工服務。臺北：內政部

103 年度老人福利機構評鑑專區。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/04/19/19.htm>。

行政院衛生署 (1995)。建立醫療網第二期。台北：行政院。

行政院衛生署 (2007)。我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。台北：

行政院。

行政院衛生署 (2007)。我國長期照顧十年計畫摘要本。台北：行政院。

行政院衛生署。中央健康保險局電子報。全民健康保險雙月刊第 108 期 (103 年 3 月號)

www.nhi.gov.tw/epaper/ItemDetail.aspx?DataID=3637&IsWebData=0&ItemTypeID=3&PapersID=320&PicID=

老人福利法 (2015/12/09)。全國法規資料庫，2017/7/12 取自：

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050037>。

老人福利機構設立標準（2012/06/29）。全國法規資料庫，2014/7/9 取自：

[http://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A040040060008200-1011203
&LawNO=1000&LawNO1=1000&LawNoOrder=2&ShowType=SectionArticle](http://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A040040060008200-1011203&LawNO=1000&LawNO1=1000&LawNoOrder=2&ShowType=SectionArticle)。

呂苡榕。第一輔具中心。台灣立報，2011/03/21 取自

http://diyiat.blogspot.tw/2011/03/blog-post_28.html。

朱若蘭(2005年1月17日)。定型化契約 彌補安養漏洞 失能、重症老人遭虐 家屬不繳安養費… 消保會擬訂範本防陋習。聯合新聞網。取自 <https://udn.com/news/index>。

朱若蘭(2005年1月17日)。家屬遺棄 安養老人成人球 全台安養機構被欠費用累計近億 有業者收不到錢 趁老人生病住院時丟人。聯合新聞網。取自

<http://udn.com/NEWS/mainpage.shtml>。

長照保險制度規劃（2016/05/20）。衛生福利部社會保險司網站，2017/2/07 取自：

<https://dep.mohw.gov.tw/DOSI/cp-272-3154-102.html>。

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050039>。

長期照顧政策專區長期照顧服務法（2017/06/08）。衛生福利部，2017/7/9 取自：

<http://topics.mohw.gov.tw/LTC/cp-92-29914-201.html>。

高雄市長期照顧管理中心 / 社會福利資。<http://khd.kcg.gov.tw/Main.aspx?sn=779>。

消保會擬訂範本防陋習。聯合新聞網。取自 <http://udn.com/NEWS/mainpage.shtml>。

國家發展委員會-中華民國 103 至 149 年人口推計，103 年；衛生福利部國民長期照護需要調查，99-100 年。病人自主權利法取自

<http://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A040170030017800-1050106>。

衛生福利部。護理及健康照護司 我國長期照顧十年計畫/101 至 104 年中程計畫

http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/DM1_P.aspx?f_list_no=581&fod_list_no=1402&doc_no=3411。

衛生福利部（2015）。《104 年-107 年長期照顧服務量能提升計畫》。台北：行政院。

衛生福利部（2015）。「保障病人，病人自主權利法三讀通過」新聞稿。

<http://www.mohw.gov.tw/news/531953241>。

衛生福利部（2016a）。《長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）（核定本）》。台北：行政院。

衛生福利部（2016b）。《衛生福利部 106 年度施政計畫》。2017/2/27 retrived from

http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/10%E8%A1%9B%E7%94%9F%

e7%a6%8f%e5%88%a9%e9%83%a8106%e5%b9%b4%e5%ba%a6%e6%96%
bd%e6%94%bf%e8%a8%88%e7%95%ab_0056387002.pdf。

護理機構設置標準 (2013/08/09)。全國法規資料庫，2017/7/12 取自：

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020035>。

(2) 中文學術文獻

王玠 (1990)。個案管理。臺北：中華民國社會工作專業人員協會編印。

王順民 (2008)。臺灣的社會安全制度：經驗考察與人文思索，臺北：洪葉文化。

王淑真 (2007)。阿公阿嬤の田—安養機構中老人參與園藝活動歷程及其對老人健康狀況、人際關係和自我概念之影響。台中：亞洲大學社會工作學系碩士班學位論文。

曲同光、崔道華、彭美琪、陳信婷 (2015)。我國長期照顧保險制度規劃概述，長庚科技學刊，23：1-14。

朱柔若 (譯) (2000)。W. L. Newman 著。社會研究方法:質化與量化取向。台北：揚智。
成令方。刊於科學人，no.27。2004.4。

阮玉梅等 (1998)。長期照護。國立空中大學，pp92-141。

江亮演 (1988)。台灣老人生活意識之研究。台北：蘭亭書店。

李慧玲 (2002)。高雄市失能老人自費使用居家服務品質之探討。台中：東海大學社會工作研究所碩士論文。

李月萍、陳玉敏、劉惠瑚(2007)。長期照護機構老人之整體性護理。長庚護理，18(4)，511-517。

李玉春 (2009)：長期照護保險法制給付方式及給付項目之評估。行政院經濟建設委員會委託研究。

吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬 (1998)。配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。行政院研究發展考核委員會。

宋惠娟 (2005)。長期照護的專業團隊。田玫合著，長期照護 (最新版，84-117 頁)。台北：華格納。

呂寶靜主編，蔡秋敏、徐玉雪、吳小琴、林美珠、蘇惠君、馮意芷等合著 (2008)，老人安養、長期照顧機構社工人員操作手冊。台北：內政部發行。

肖結紅 (2006)。空巢老人問題探析。巢湖學院學報，第 8 卷第 5 期，第 46-49 頁。

邱月雲、陳素春 (2006)。律師雜誌，第 326 期，第 19-26 頁。

- 吳玉琴 (2013)。權能激發及獨立倡導應用於老人社會工作實務。2017/04/15。
retrived from <http://203.72.96.2/lkk2/userfiles/>。權能激發及獨立倡導應用於老人社會工作實務-吳玉琴秘書長.pdf。
- 周德禎 (2001)。排灣族教育：民族誌之研究。台北：五南。
- 林振春 (1999)。銀髮族的社會權與學習權。載於中華民國社區教育學會主編，銀髮族的社會權與學習權，1-24。台北：師大書苑。
- 林如萍 (2007)。高齡化社會與家庭。黃迺毓、林如萍、唐先梅、陳芳茹編著。家庭概論。臺北：國立空中大學。
- 林萬億 (2009)。社會福利的財政基礎 V：開辦長期照顧保險不可冒進，新社會政策 4：26-30。
- 林怡光、陳佩雯 (2009)。社區諮商模式在老人服務上的應用。輔導季刊，第 45 卷第 2。
- 施世駿 (2016)。臺灣長期照護政策發展與國外經驗探討，風險社會與政策研究中心，取自：
http://rsprc.ntu.edu.tw/zh-TW/m01/new-social-risks/declining-birthrate-aging/471-aging_health-care-community。105/11/09。
- 洪百薰 (1995)。台灣地區居家照護老人主要照顧者負荷情形及其需求之調查研究。老人學學術研究年鑑，363-374。
- 洪美華 (2012)。安養、養護(長期照護)定型化契約範本暨其應記載及不得記載事項。內政部。
- 胡幼慧、姚美華 (2001)。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、登錄與分析。載於胡幼慧 (主編)。質性研究理論、方法及本土女性研究實例 (141-158)。台北市：巨流。
- 紀玫如、吳淑瓊 (2008)。居家失能老人在照顧服務使用的自我選擇權之相關因素研究。台灣公共衛生雜誌，227(2)，121-132。
- 徐悌殷 (2004)。彰化縣「居家照顧服務員」工作表現相關因素之研究。東海大學社會工作學系碩士論文。
- 高敬文 (1996)。質化研究方法論。台北：師大書苑。
- 張雯 (2002)。田野研究法與口述史研究法在教育人類學上的應用。載於吳天泰、張雯、周梅雀、李富美、劉維茵等著：教育人類學，21-42。台北：五南。

- 陳明珍 (2001)。養護機構老人之生活適應過程研究。國立暨南大學社會政策與社會工作學系碩士論文，未出版，南投縣。
- 陳人瑜 (2005)。失能老人入住養護機構之過程—以生命歷程之敘說分析出發 (未出版的碩士論文)。政治大學，臺北。
- 陳伯璋 (2000)。質性研究方法的理論基礎。載於中正大學教育研究所主編，質的研究方法，25-50。高雄：麗文。
- 陳怡如 (2003)。嘉義縣居家服務之評鑑研究。南華大學非營利事業管理研究所碩士論文。
- 陳清惠 (2003)。長期照護緒論。於陳清惠總校閱，長期照護 (三版，1-14 頁)。台北：華格那。
- 陳惠姿、黃源協、李世代、胡名霞、蔡欣玲、蔡宗學 (2005)。我國長期照顧資源開發規畫研究。台北：內政部。
- 陳正芬、官有垣 (2011)。臺灣機構式長期照顧服務組織屬性與政府相關政策演變之探討，社會政策與社會工作學刊，15 (1)：91-135。
- 紀玫如、吳淑瓊 (2008)。居家失能老人在照顧服務使用的自我選擇權之相關因素研究。台灣公共衛生雜誌，227(2)，121-132。
- 黃士哲 (2003)。老人居家安養服務執行之成效研究—以嘉義市為例。南華大學非營利事業管理研究所碩士論文。
- 黃智瑄 (2014)。安養機構老人壓力源、壓力因應方式與心理健康之調查研究。中國文化大學教育學院心理輔導學系碩士論文。
- 黃松林 (2016)。獨立倡導—中區 (台中市、彰化縣與南投縣) 機構內老人權益倡導實驗方案計畫成果報告書。台中：臺灣社會發展研究學會。
- 曾蕃霓、王正 (2000)：照護價值與資源配置：我國長期照護財務機制之重態研究。經社法制論叢，25，157-188。
- 曾竹寧 (2000)。老人長期照護服務非正式支持系統之探討；東海社會科學學報，19：169-180。
- 曾瑾 (2004)。由家庭結構與功能變遷之影響論老年社區照顧問題，社區發展季刊，106，150~158。
- 楊志良 (2000)。老人照護政策之規劃。二十一世紀老人照護研討會講義。台灣台北。
- 萬育維、李碧姿 (1998)。機構外籍監護工服務提供及老人接受服務感受之初探—以台北

- 市立案養護機構為例。東吳大學社會工作學報，p195-238。
- 甄曉蘭（2000）。批判俗民誌及其在教育研究上的應用。載於中正大學教育研究所主編，質的研究方法，369-393。高雄：麗文。
- 劉焜輝（2010）。老年期的臨床心理講座（一）。諮商與輔導，第289期，第56-60頁。
- 劉慧冠、林秀真（2014）。長期照護機構(安養、養護型)操作手冊(第一版)。台北：雙葉。
- 劉仲冬（1996）。民族誌研究法及實例。載於胡幼慧主編，質性研究---理論、方法及本土女性研究實例，173-193。台北：巨流。
- 劉美華（2005）。論老人服務民營化-公私協力之行政。社區發展季刊，108，82-89。
- 劉雅文、莊秀美（2006）。探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程—老人自主權之分析研究。東吳社會工作學報，14期，頁91-123。
- 潘淑滿（2003）。質性研究理論與應用。台北市：心理。
- 蔡淑鳳（2008）。長期照顧管理中心的政策制定與發展。長期照護雜誌，12（1），1-7。
- 蔡文輝（2008）。老年社會學。五南。
- 蔡啟源（2010）。我國長期照顧服務之檢視，社區發展季刊，129：410-425。
- 顏啟華（2007）。機構式照護的醫學倫理觀。台灣老年學暨老年醫學會 p15。
- 嚴祥鸞（2001）。參與觀察法。載自胡幼慧（主編）。質性研究理論、方法及本土女性研究實例（195-221）。台北市：巨流。
- 簡春安、趙善如（2008）。社會工作哲學與理論。臺北：巨流圖書公司。
- 蘇麗瓊（2004）。以充權觀點探討高雄市低收入戶第二代希望工程脫貧方案效益。台灣社會工作學刊，2，89-122。

二、英文部份

- Arendt, L. A., Priem, R. L., and Ndofor, H. A. (2005). "A CEO-Advisor Model of Strategic Decision. Making" , **Journal of Management**, Vol.31, 680-699.
- Armstrong D. (1989) . **An Outline of Sociology as Applied to Medicine**, Wright: London.
- Batjargal, B. and Liu, M., (2004) . "Entrepreneur' s access to private equity in China:The role of social capital" , **Organization Science (Special Issue on China)**, Vol.15(2), 159-172.
- Balasw, S. & Richardson, V. E. (2001). The cumulative effects of life event, personal and social resources on subjective well-being of elderly widows. **International Journal of Aging and Human Development**. 52(Iss. 4), 311-327.
- Conrad P (1985) . The Meaning of Medicalisation: **another look of compliance**, **Social Science and Medicine**, 20, 29-37.
- Dilley, R (2004). Interviews and the philosophy of qualitative research (essay review). **Journal of Higher Education**, 75(1), 127-132.
- Fetterman, D. M. (1998). **Ethnography: step by step**. London: Sage Publications.
- Hajema, K. J., Knibbe, R. A. & Drop, M. J.(1999). Social resources and alcohol-related losses as predictors of help seeking among male problem drinkers. **Journal of Studies on Alcohol**. 60 (Iss.1), 120-129.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: **A new attempt at conceptualizing stress**. **American Psychologist**, 44, 513-524.
- Jenssen, J. I. and Harold F. K. (2002). "The Effect of Social Networks on Resource Access and Business Start-Ups" , **European Planning Studies**, Vol.10(8),1039-1046.
- Liang, J. & Tu, E. (1986). Estimating lifetime risk of nursing home residency: **A further note**.**The Gerontologist**, 26 , 560-563.
- Linsk, N. Miller, B. Pflaum, R, & Vicik, A. (1988). Families,Alzheimer' s disease, and nursing homes. **The Journal of Applied Gerontology** , 7(3), 331-349.
- Martin, M., Grunendahl, M. & Martin. P, (2001). Age differences in stress, social resources, and well-being in middle and older age. **Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**.56B (Iss. 4), 214-222.
- Kostova, T. and Roth, K. (2003). "Social capital in multinational corporations and a mi

- cro-macro model of its formation” , **Academy of Management Review**, Vol.28,297-317.
- Schenkel, M. T., Matthews, C. H., and Ford, M. W. (2009) . “Making rational use of 'irrationality'? Exploring the role of need for cognitive closure in nascent entrepreneurial activity” , **Entrepreneurship & Regional Development**, Vol.21(1),51-76.
- Shenton A. (2004). Strategies for ensuing trustworthiness in qualitative research projects. **Education for Information** , 22,63-75.
- Stuckey, J. C. & Smyth, K. A. (1997). The impact of social resources on the Alzheimer's Disease caregiving experience. **Research on Aging**, 19(Iss. 4), 423-441.
- Tsai and Ghoshal. (1998). “Social capital and value creation: The role of intrafirm networks” , **Academy of Management Journal**, Vol.41, 464-476.
- Torquati, J. C. & Hills, B. (2002). Personal and social resources as predictors of parenting in homeless families. **Journal of Family Issues**, 23 (Iss. 4), 463-423 pgs.
- Parsons T. (1951) . **The Social System**, Free Press: New York.
- Pugliesi, K. (1999). The consequences of emotional labor: Effects on work stress, job satisfaction, and well-being. **Motivation and Emotion**, 23(2),125-154.

附錄

附錄一：訪談問卷同意書

各位爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們好：

我叫做林穗燕，我是私立南華大學應用社會系碩士班學生，目前正在進行一項關於「失能老人在社區與機構照護模式之比較~以社會資本的觀點之研究」。這個研究主要是針對接受日間照顧服務及機構式照顧的 爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員們進行面對面的深入訪談，目的是想要了解爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員在接受日間照顧服務及機構式照顧服務後，在這兩個不同的服務性質，包括對象屬性，並運用社會資本觀點來剖析在社區與機構失能老人的健康照護多元問題、失能老人照護需求、試圖降低照護者負擔與政府財政支出、整合機構式與社區照護功能狀況為何。訪談大約需要花費 60~90 分鐘左右的時間，而爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們的經驗、看法與回饋是寶貴且重要的，因為您們的參與將使日間照顧服務及機構式照顧服務與此研究更具價值，可作為未來學術與實務工作的依據，共同提升日後長期照顧服務的品質。穗燕衷心期待有機會能夠獲得爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們寶貴的經驗、看法與回饋和穗燕分享。

在訪談的過程中，爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們有權利拒絕回答某些問題，若您覺得不適合繼續進行時，將會尊重您個人的意願決定暫停或終止。然而，訪談後的內容資料，將僅用於本研究，決無他用。且研究內容的呈現方面，將遵守匿名之原則，並不會將您的資料外流，請爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們放心。如果爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們瞭解此研究的目的，並且願意接受此次問卷調查時，麻煩在下面勾選「本人願意參加研究調查」並且簽名；如果不願意參與，穗燕也感謝並尊重您的決定。

再次誠摯地邀請各位爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們參與本研究的問卷調查，相信有您們的參與，可提供社會型老人日間照顧服務對自覺健康狀況與健康相關生活品質影響的重要實証貢獻，並對服務現況能有更深入的了解，對於學術及實務工作都有莫大的貢獻！如果爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們對於此研究有任何的問題或疑問，都可以經由下列電話與穗燕聯絡，穗燕將盡力為您解答。衷心期盼各位爺爺、奶奶、阿公、阿嬤及家屬和工作人員您們的參與，穗燕感謝您們。

敬祝

身體健康！平安快樂~

本人願意參與研究調查

本人不願意參與研究調查

簽名：_____

私立南華大學應用社會學研究所

指導教授：齊偉先博士

碩士班研究生：林穗燕

附錄二：訪談問卷基本資料

第一部份：基本資料

1. 姓名：_____ 使用日間/機構式照顧服務時間：_____ 年 _____ 個月
2. 性別：男女
3. 出生年月日：_____ 年 _____ 月 _____ 日（實歲：_____）
4. 婚姻狀況：未婚已婚離婚喪偶
5. 教育程度：不識字國小國中高中/高職/專科大學以上
6. 目前或退休前的職業：軍公教農工商服務業家管其他
7. 宗教信仰：無天主教基督教佛教道教一貫道其他 _____
8. 居住情形：獨居與子女同住與親戚朋友同住與配偶同住與孫子女同住其他 _____
9. 每個月可運用的經濟狀況：5000 元以下5001~10000 元10001~15000 元15001~20000 元20001 元以上 _____
10. 您接觸長期照護這個行業的時間、以及選擇入行的原因為何？
11. 您曾經待過哪些長期照護或日間照護機構？
12. 您在機構中主要的工作內容為何？

第二部份：機構組織概況

1. 請問您任職的機構經營型態為：
公設民營 財團法人 私立小型機構 獨立型護理之家。
2. 請問您任職的機構所屬類型為（可複選）：
長期照護機構 養護型機構 失智照顧型機構 安養機構 護理之家
日照中心
其他，請說明：_____。
3. 請問您任職的機構許可床位數：_____ 床。
4. 請問您任職的機構成立至今為：_____ 年 _____ 個月。
5. 請問您任職的機構經營管理者（行政主管，例如，主任或院長）的專業背景為：護理專業 社工專業 照顧專業 其他，請說明：_____。
6. 請問 貴機構的工作人力：「社會工作者」_____ 名；「護理人員」_____ 名
「照顧服務員」（看護工）：_____ 名；「行政人員」_____ 名。
7. 請問 貴機構目前住民有多少人：_____ 人。（1）公費全額補助者有

人、公費部分補助者有

人。

第三部份：訪談大綱

訪談提綱

家屬或住民	工作人員	討論分析
1、我想了解您身為失能老人的家屬，您對於長輩入住日照中心或機構，你有甚麼樣的感受。	1、我很想了解您在職場（日照或機構）照護的工作狀況，請您目前告訴我您的照護工作的情形。	經驗歷程與行為 價值問題 照護老人身心狀況
2、我想了解對於長輩的突發緊急狀況，家屬你們有相關的知識和資源可應變協助處理？（如自殺、性騷擾、緊急送醫等）。	2、作為一位照護人員，讓您最難忘的經驗為何？	
3、請問您希望機構提供怎樣的協助，讓你/妳可以放心在這裡安心養病？	3、您接觸長期照護這個行業的時間、以及選擇入行的原因為何？ 您曾經待過哪些長期照護或日間照護機構？	
4、請問您對於入住老人及家屬想望需求？	4、請問您對於入住老人及家屬想望需求？	需求感受自主權 觀感問題
5、我想請問阿公阿嬤您知不知道現在住在哪裡？ 請問阿公阿嬤您在這裡住多久了？ 請問阿公阿嬤您是否願意住這裡？ 請問阿公阿嬤您能接受住這裡嗎？	5、請問您長輩在入住機構資源分配會讓您覺得不平等對待的觀感嗎	
6、請問您對於長輩失落無助及無奈及生活被限制你覺得如何？	6、請問您對於長輩失落無助及無奈及生活被限制你覺得如何？	
7、請問阿公阿嬤您平時有參與機構活	7、請問經營者是否具有文化敏感度	照護服務品質問

家屬或住民	工作人員	討論分析
動或與人互動聊天嗎?(會主動參加、會選活動參加、會與固定的人互動)	與覺察能力去了解來自不同生活背景的長輩。	題 1. 照護人力的不足
8、請問您對於阿公阿嬤您住在這裡有什麼心情或感覺及家屬們感受如何有在生活上得到協助嗎?	8、請問您對於阿公阿嬤住在這裡有什麼心情或感覺情況如何?	2. 照顧場地及設備的限制 3. 服務內容與項目差別性大
9、請問您認為失能老人在社區與機構兩者之間差異性?若兩者間存在不可取代性,那不可取代性在哪裡?	9、請問您機構會跟長輩和其家屬一起討論他們的照顧服務計畫,擬定長輩適合的個別化照顧。溝通有問題嗎?	
10、請問您認為什麼因素會影響長期照護機構及日照中心的經營?其實在很多方面,官方、業者,還有住民的因素分這三個層面來看,這些也都會互相影響。	10、請問您認為什麼因素會影響長期照護機構及日照中心的經營?其實在很多方面,官方、業者,還有住民的因素分這三個層面來看,這些也都會互相影響。	機構經營照護困境、原因情況問題 1. 宣傳及行銷的缺乏 2. 收費問題: 經費補助不一致 3. 經營成本差異懸殊
11、請問家屬你們清楚瞭解不同身分別長輩(公費老人、老人保護個案、托育養護、一般自費個案)相關的福利資源。	11、請問您怎樣做才能解決高雄市長期照護機構經營之困境?競爭,包含很多收費的競爭、搶個案、收費降低、殺價不符成本。	
12、請問阿公阿嬤是否有人(住在機構中或機構外)能在你生病或殘障時給你任何的協助?(您的配偶家人或朋友)	12、.請問您對於目前高雄市現在重量不重質及惡性競爭,造成家家經營成本提高利潤降低有甚麼看法?	
13、.請問您認為政府對於長期照護機構之經營應該提出哪些更有效的政	13、請問您對於目前台灣整體長期照護相關政策措施之看法?	政策制度問題

家屬或住民	工作人員	討論分析
策？		
14、請問您要給高雄市長期照護機構經營者哪些意見？	14、請問您要給高雄市長期照護機構經營者哪些意見？	
15、請問您對於目前台灣整體長期照護機構產業現況之建議？	15、請問您對於目前台灣整體長期照護機構產業現況之建議？	



1. 請問您對於入住老人及家屬想望需求？
2. 請問您對於長輩失落無助及無奈及生活被限制你覺得如何？
3. 請問您認為失能老人在機構照護的建構型態與來源方式在社會資本之因素，是否產生階級不平等的社會公義問題。
4. 請問您認為什麼因素會影響長期照護機構及日照中心的經營？其實在很多方面，官方、業者，還有住民的因素分這三個層面來看，這些也都會互相影響。
5. 請問您對於目前台灣整體長期照護相關政策措施之看法？
6. 請問您認為政府對於長期照護機構之經營應該提出哪些更有效的政策？
7. 請問您怎樣做才能解決高雄市長期照護機構經營之困境？競爭，包含很多收費的競爭、搶個案、收費降低、殺價不符成本。
8. 請問您對於目前高雄市現在重量不重質及惡性競爭，造成家家經營成本提高利潤降低有甚麼看法？
9. 請問您認為失能老人在社區與機構兩者之間差異性？若兩者間存在不可取代性，那不可取代性在哪裡？
10. 請問您要給高雄市長期照護機構經營者哪些意見？
11. 請問您對於目前台灣整體長期照護機構產業現況之建議？

附錄三：個案紀錄文件資料分析

藉由個案紀錄文件資料分析三個案安置不同照顧模式，以生態系統角度現況結果得知社會支持系統差異不同：

實例一：私人養護服務的陳伯伯

個案評估：

◎家庭與婚姻狀況

案主今年 65 歲居住在 xx 之家，於 103 年 2 月食道嚴重灼傷，出院後因考量安全且日常生活需要專人照護，於 103 年 3 月 13 日進入本家。

◎人格特質

自尊心強但因重聽無法順利與他人交談，有時又會聽錯，會出現比較強烈的負面作法。

◎職業與經歷-農

◎人際關係、經常來往對象與案孫女、案孫關係良好。

◎經濟狀況公費

生態系統理論重視個人所在的複雜網絡，強調要了解案主所處的環境或情境之優缺點，做全面性的評估，並探討不同的系統層次，例如個人、家庭、社區、政府等彼此之間的交流關係是如何對案主產生影響，提供一個了解案主綜合性的架構。

(一)微視系統

案主之前住在 xx 之家，因為重聽與工作人員發生糾紛，案主喝鹽酸自殺，經急救目前只能靠流質食物灌食。

(二)居間系統

1. 案主自尊心強，覺得插鼻胃管不好看，所以不外出與人交談。
2. 案主常常覺得噁心、頭暈，無法參與活動。

(三)鉅視系統

1. 案主因身體痠痛問題，常常情緒低落，與外界關係差。

由於案主個性開朗但因為重聽，造成與他人溝通有問題，也因為自尊心強不願被他人抱怨，所以有自殘的行為，可見的其心靈有受到傷害與創傷，案主的家庭支持度強，其孫女與孫子非常照顧案主，常常兩三日就來探望案主，可是案主行為依然萎縮，需要鼓勵且鼻胃管造成案主不願與他人來往的主因，應鼓勵同寢室的家民與之交談，建立良好人

際關係。

實例二：財團法人長照服務的古爺爺

個案評估：

◎家庭與婚姻狀況

案主今年 79 歲，喪妻，年輕時自營水果行育有 1 女 3 子，輪流住案子家與案子及家人的關係良好，因患有失智後行為上出現遊走、易怒、半夜吵鬧嚴重影響鄰居，考量案主需要專人照顧於 101 年 6 月 17 日進住本中心。

◎人格特質

案主個性隨和但易怒，不太有耐心與人交談或建立關係。

◎職業與經歷-自營水果行老闆。

◎人際關係、經常來往對象

案主與案子女互動佳，但與廳舍的其他家民關係差。

◎經濟狀況-目前由案子女奉養。

(一)、微視系統

1. 案主家庭系統支持良好
2. 早期因經營水果行造成日夜顛倒的生活習慣
3. 喜愛與朋友小酌(喝酒)造成案主有不適當的行為發生

如：喝酒後騎車跌倒，對事情沒有耐性及興趣。

(二)、居間系統

1. 案主平日喜愛躺在客廳的沙發上，會主動趕走坐在沙發上的家民，此種行為造成多位家民的困擾與不諒解，也與其他家民產生衝突與糾紛。
2. 案主思想上比較自我，遇到不高興或不滿意時，會翻桌子會推其他的家民來表達不滿的情緒。
3. 案主身體佳、精神狀況好，但是因疾病(失智)造成的混亂、躁動、遊走、日夜顛倒，在廳舍內影響其他家民的生活秩序。

(三)鉅視系統

1. 案主個性自我，難以與人溝通，行為上難以勸阻，影響養護機構照顧人員照顧上的困難。
2. 案家屬不願案主接受精神科的治療，造成案主與醫療機構的疏離與外界支援產生距離。

實例三：財團法人日照服務的藍奶奶

案主問題記實，以藍奶奶長輩為例：

一向開朗的長輩，自從前年丈夫突然往生，整個人向洩了氣的皮球，毫無生氣，雖然有兒子、女兒的照料，但心中的失落感，像是一股黑影，隨時跟在身邊。去年六月，發現長輩的健康似乎亮起紅燈，說話有氣無力、肢體變的僵硬、動作緩慢。最後醫師診斷為-帕金森症。幸好經過藥物治療，症狀改善很多，可是心情不好、鬱鬱寡歡的情形卻不見好轉。

就生理、社交、心理、教育面向而言：

生理面向：年紀大又常獨自在家，以致心情苦悶食慾不佳，來中心後常做健康操與其他長輩互動，近來心情較愉悅食慾不佳情形也改善了。

社交面向：在家都一直想睡覺，腦筋變得遲鈍，來中心與人互動多了之後，發現長輩是個幽默的長者，有時會拿自己開玩笑，人很隨和，反應較以前靈敏。以前出門都要家人載才行，現在可以自己步行或騎電動車。

心理面向：來中心前，整天在家中睡覺。現在來中心覺得很快樂，不會每天在家只想睡覺。

教育成長面向：以前沒上學識字，連自己的名字都學不好，現在來上書法班，都要寫大字和寫自己的名字，回家開始認真練習，覺得現在能認字，寫字真好，還說自己不服輸的個性，晚上不看電視也要練寫字，現在增加許多自信心。

整體概況，以藍奶奶長輩為例：

促進健康：剛來中心臉色蒼白，參與半個月後，因有身心活化健康操與課程學習，加上與其他長輩互動，長輩的氣色紅潤，走路也較以前穩健。

提升自我價值與自信：藍奶奶長輩意外發現，透過課程的學習自己竟會寫書法，大力增進對自我的信心。甚至把自己的作品放在家中給人欣賞，外出還不忘隨身帶自己的作品與朋友分享，家屬的心聲

有些長輩的子女會接送或者到站上探望長輩的情形，長輩的家屬會有感動和開心的感受，有機會認識進而來到日托站！因為家屬會意外的發現，曾令他們束手無策的長輩竟有了意想不到的變化，也會放心讓家中長輩到站上參與活動。

以藍奶奶長輩為例：

藍奶奶長輩的女兒是做會計助理的，見到母親不在整天睡覺、心情跟氣色大好許多，對日托站也很認同，在大型活動中會見到藍奶奶長輩的女兒，協助大會提供豐盛餐點，讓每位長輩能夠吃的回味無窮。