

探討高熟齡族住民觀點下的機構照顧服務品質

A Study on Quality of Care Service from the Prospective of
Highly Aging Residents in Long-term Care Institutions

(研究尚在進行中)

許哲維

Che Wei Hsu

國立臺灣大學公共事務研究所碩士生

Master Student, Graduate Institute of Public Affairs, National Taiwan University

Email: r06343004@ntu.edu.tw

王宏文

Hong Wung Wang

國立臺灣大學公共事務研究所專任副教授

Associate Professor, Graduate Institute of Public Affairs, National Taiwan University

Email: hongwung@ntu.edu.tw

摘要

為因應高齡社會與少子化，設立普及和永續的長照服務體系實足關鍵。惟現今家庭結構以核心家庭為主，家庭之老人照顧功能逐漸消退，因此機構式長照系統仍有其重要性。在提升其量能之際，兼顧品質亦是推動完整長照體系的一環。

本研究特別聚焦在長照機構內高熟齡族的住民，探討他們認為好的服務品質為何？主要的原因是這些住民雖然目前仍可言語，接受訪談，但其可能在短期內就無法言語，因此在未來就無法對服務品質的不佳來抱怨，機構也就無法得知其服務品質的好壞，而僅能從觀察或其家人的回饋中得知，這樣對於這些高熟齡老人在機構內的生活品質是沒有助益的。故本文針對這些尚能言語，但快要無法言語的老人進行研究，希望能更深入了解這些高熟齡族的真實經驗與感受，這不僅能幫助機構了解他們的需求，也助於這些老人未來在機構內長期的生活品質。此外，亦能對於目前長照機構的評鑑制度或服務品質評估指標提供一些額外的資訊，希望能更多考量這些齡族的需求。

另外，本文也會訪談照顧服務員及護理師，來了解他們的觀點，以比較這些人群之間觀點的異同之處，並探求可以滿足住民真實需求的可行方法。

初步研究結果顯示高熟齡族老人對照顧服務品質，特別注意的有 6 大面向，茲分述如下：

- 一、環境：即機構環境的表徵。其中潔淨度、活動空間為住民關注的硬體環境，床位分配不佳則為住民所最為困擾的軟體環境，其餘尚有復健設備不足、照顧人員流動率及外籍照服員的語言溝通障礙。
- 二、基本權利：指作為人應享有的自由、自主權利，應受到他人尊重。具體包含了負向的肢體約束、行動受限，以及正向的尊重自主性。
- 三、服務者的態度：指護理師與照顧服務員在提供照顧服務過程中，讓著民所感受到的行為表現。

親切感是最重要與直接的，而斥責則是相當令人討厭的，馬虎散漫為住民所不能接受的；尊重則是另一良好態度的展現。

四、人際與社會互動：機構內的住民與院內外之人、事、物保持一定的互動關係是必要的。不過機構的活動少且無趣，而院外團體的來訪只是聊勝於無，因此住民間的互動是最頻繁且最重要的。此外，照顧人員的互動與陪伴也是重要的。

五、需求滿足：機構應盡可能讓住民反應的需求能夠被滿足，以利於住民的身心健康，例如飲食（口味與份量）、身體清潔（定期洗且洗得乾淨）、與情感上支持（安心與信任感）等需求；另住民也期望身體機能能維持住，還有服務提供的迅速即時性。

六、品質管理：為維持甚至提升機構提供的照顧品質，因而需要品質管理。住民希望其意見經反應後能得到實質改善，而若機構未能改進則意味著服務缺失將持續存在。

關鍵詞：長期照顧、機構式服務、照顧服務品質、服務使用者

壹、 研究背景與目的

高齡化儼然成為世界上多國的趨勢，亦是各國政府必須正視與處理的共同困境。就我國而言，於 2018 年 3 月底，已正式踏入「高齡社會」，意味著全國 65 歲以上老年人口占總人口之比例已達 14%，更直觀的說，等同每 7 人中就有 1 位老人¹，足見老年人口比例顯著成長中，整體人口結構日漸老化。另衛生署（於 2013 年升格為衛生福利部）於 2010 年曾進行全國性的國民長期照顧（以下簡稱長照）需要調查，該報告²顯示出隨著人口快速老化，失能老年人口比例亦節節上升。

再加以不婚、晚婚、少生甚至不生所導致的「少子化危機」³，是以在此雙重危機的夾擊下，家庭照顧人力日益不足，民眾之長照負擔沉重，長照需求者也愈來愈不易從家庭中獲得足夠的照顧支持。面對人口結構的明顯改變，為因應高齡社會所帶來的人口老化、退休潮、老人安養、勞動力減少、少子化與老年照顧需求不斷攀升等衝擊，長照相關服務因而持續蓬勃發展中。如何維護高齡人口的生活品質與尊嚴，以及因應老化社會帶來的青壯年照顧及扶養負擔加重和少子化現象，顯然是政府持續努力的重要目標。

隨著現代工商社會的演進，伴隨而來的是社會、家庭觀念的變遷，原始大家庭結構被核心家庭取而代之，此使得傳統觀念中的養兒防老、家庭之老人照顧功能逐漸消退，進而可能影響到老年生活的居住與照顧安排，例如入住老人福利機構等，而這也意味著機構式長照與居家、社區式同樣是長照服務發展中一項重要課題⁴。因此即便政府鼓勵使用居家與社區式服務來達到在地老化，然不可

¹ 依國家發展委員會推估，我國將於 2025 年邁入超高齡社會，老年人口比率 20.1%（472.5 萬人），亦即每 5 人就有 1 名老人；2056 年，老年人口比率將續升高至 39%（744.5 萬人）。參見曲同光等（2015）。

² 依調查結果推估 2015 年失能率為 3.36%，5 歲以上總失能人數約 76 萬人，65 歲以上失能人數約 48 萬，占總失能人數 63%；推估 2060 年失能率達 10.54%，65 歲以上失能人數（176 萬人）將占總失能人數（193 萬人）91%

³ 根據內政部戶政司 2014 年的統計資料顯示，1951 年出生人數為 38.5 萬人，總生育率 7.04 人，2014 年出生人數計 20.1 萬人，總生育率為 1.17 人，整體呈現持續下滑趨勢。而行政院主計總處人口普查（1995，2014）結果則顯示，平均每戶人口數由 1956 年的 5.71 人，持續減少至 2014 年的 2.80 人，家戶平均人口數逐年遞減。參同前註。

⁴ 就衛生福利部統計處的「106 老人狀況調查」（衛福部，2019）之報告結果來看，若未來生活可自理時，55~64 歲願意入住老人安養機構、老人公寓、老人住宅或社區安養堂者占 21.22%；65 歲以上者則僅 1 成 42 表示願意。然而若是生活無法自理時，55~64 歲願意入住老人長期照顧機構或護理之家者占 48.68%；65 歲以上願意入住者占 35.29%。由

否認地，機構長照可能是家庭無法自行照顧、且在使用居家與社區式服務上有困難下，無奈但卻是必要的最後選擇。然而從家庭、居住的社區，到陌生的機構，對長者而言，可能意味著是老年生活的另一種安排，也可能是生命中的新挑戰。畢竟家與機構在許多面向上大相逕庭，所以長者可能除需忍受身心上的疼痛或不便外，也會面臨到惆悵與失落感。在此方面，當長照機構於關注其服務品質時，如何填補住民長者的失落感，其重要性不亞於機構環境的舒適，或是單純身體上的照顧。

有鑑於此，照顧品質勢必成為選擇長照機構的關鍵因素，同時當機構長照隨著長照需求同步增長之際，其服務品質的提升也成為持續發展的關鍵。因此，如何提升服務品質，將是我國長照服務輸送的重要發展樞紐；申言之，如何做好長照服務的品質管理，將是服務品質能否改善、提升的基礎。是故針對機構服務品質之研究，一方面可供服務提供者作為參考與修正服務輸送之用，另一方面亦可連帶正向反饋到提升服務使用者的照顧品質。

在探討服務品質時，從服務提供者或使用者的觀點來論可能就會有不同的結果。伴隨著新公共管理的顧客導向思維，以服務使用者觀點來評量服務成效與品質，實為重要，因為其乃服務的主要接受者，由其視角較易於判斷服務優劣，且更便於瞭解服務的實際狀況，如邱啟潤等（2005）⁵及呂寶靜、李佳儒、趙曉芳（2014）⁶所言。是故，讓服務使用者從過去的客體與被動，轉化為具有主體性的角色（張宏哲，2013），是為現今社會服務之品質評估的核心，以提供符合服務使用者為主體的妥善照顧服務；此亦凸顯出，維護與提升照顧服務品質乃是攸關服務使用者之健康、需求與滿足福利的重要議題（鄧素文，2010）。陳芷如（1997）便指出：遷居到一全然陌生的居住環境，對老年人而言是很困難的，尤其是對於沒有充分準備的老年人。在遷居之後，更會有負向的情緒與行為等反應出現，因此瞭解遷居後老人的主觀經驗，以幫助老年人適應其環境是很重要的。

然而，對於生活在長照機構中的長者，以其主觀經驗為主之服務品質衡量仍為不足，因而使得服務提供者可能無法確知長者真正關切、在乎的照顧品質究竟為何，以致於從服務提供者或專家評鑑兩方面對於長照機構之服務品質認定上，會與長期住在機構中的長者有落差（Grant, Reimer, and Bannatyne, 1996）。這些長期生活在機構中的長者，他們畢竟才是生活在其中的人，所以對於機構的照顧品質應有深刻的體會，亦或許有不同於專家評鑑或機構自我評量之觀點。有鑑於此，若採量化方法，則勢必較難以發現與描述長者主觀感受的動態過程與複雜關係，也因此唯有採用質化研究方法，方能深入瞭解機構中長者的主觀經驗與感受，探討真正屬於長者心目中所在乎、認可的機構照顧品質之內容與指標。

惟隨著國人平均壽命的延長⁷，「老人福利法」與其施行細則中的老人定義（年滿 65 歲以上），雖為老人福利機構服務對象之年齡條件，但實際上在長照機構中，65 歲仍是相較「年輕的」。因為

此調查報告可知，當長者無法自理生活時，其使用老人福利機構之意願將會提升，此一趨勢也代表了機構長照需求亦隨之增加。

⁵ 即指出，「以服務接受者為中心的照護」是做好照顧服務不可獲缺的重要理念，而專業人員須以尊重、支持的態度與使用者形成夥伴關係，共同完成照護工作。

⁶ 其雖是從日間照顧方案負責人的觀點出發，但其於文中亦提醒，就方案評估的角度，探討使用者及其家庭照顧者的意見具有相當之必要性。

⁷ 106 年國人平均壽命為 80.39 歲，較 105 年增加 0.39 歲，其中男性 77.3 歲、女性 83.7 歲，皆創歷年新高。從長期趨勢觀察，隨著醫療水準提升、食品安全重視、生活品質提高及運動風氣盛行，國人平均壽命長期呈現上升趨勢，從 96 年 78.38 歲增至 106 年 80.39 歲，顯示國人已越來越長壽。參見內政部（2018）。

一般來說，失能與失智程度隨著年齡增長而提升，因此 65 歲左右的老人在依賴程度上，並不如極度高齡者來得高——他們通常是重度失能且失智、僅能長期臥床，而意思表達能力亦退化許多，甚至無法進行對談。而介於此二者之間者，則是尚能表達但依賴程度又高於較年輕者，所以其對於機構的照顧服務品質，一方面還能夠說出自己內心的感受與要求，另一方面卻又比較年輕者更需要照顧、對於照顧品質的良窳更加敏感。這些住民雖然目前仍可言語、接受訪談，但其可能在短期內就無法言語，因此在未來就無法對服務品質的不佳來抱怨，機構也就無法得知其服務品質的好壞，而僅能從觀察或其家人的回饋中得知，這樣對於這些高熟齡老人在機構內的生活品質是沒有助益的。

是以，本研究所欲探究之住民長者部分，是更加聚焦在這群位於中間狀態的老人（尚能言語，但快要無法言語者）；在操作上，則選定約為 75 歲以上之住民（高熟齡族以上）⁸，如此則既可幫助機構瞭解他們所在乎的照顧品質，亦可用以推論若他們日後進入重度失能、失智狀態、且無法言語表達時，提供哪些照顧是合乎其需求與想望的。

因此，本研究除採少見的質性方法來探察住民觀點下的照顧經驗與感受，以補充量化方法之不足外，更獨到地聚焦在重度失能失語者與依賴程度低者間的一高熟齡族以上之住民，而能對機構照顧品質有更集中有效的討論。而此研究結果，期除能幫助從事長照服務之相關人員，更深入瞭解所照顧對象的真實經驗與感受，以給予其所需的照顧，進而提升機構式長照服務之品質外，也能對於目前長照機構的評鑑制度或服務品質評估指標提供一些額外的資訊，希望能更多考量這些高熟齡族的需求。更重要的是，讓住民能感受到被關懷與尊重，且得到其真正在乎的照顧內容，此對接受機構式照顧服務的住民長者尤為關鍵。

基此，本研究欲以「機構式長期照顧服務品質」為研究主軸，運用質性深度訪談法，旨在從服務使用者的觀點，深入瞭解他們所想望的服務過程與品質內涵、傾聽他們的聲音與經驗，如此則研究結果將可回應到現有服務，及豐富品質指標的內容，作為服務成效及後續修正以提升品質之評估基準。再藉檢視相關照顧品質理論及政府評鑑指標，以瞭解使用者所在乎的照顧品質被關注的程度與狀況，進而作為機構式長照服務在執行上與服務品質提升之建議。

貳、 文獻回顧

一、 長期照顧服務

(一) 長期照顧之定義

如同前述，隨著老年人口與失能人口總數不斷攀升，長照問題成為我國現正面臨的重大挑戰之一。從衛生福利部統計處的「102 老人狀況調查」（衛福部統計處，2015）⁹可知，長者對於長照服務是相當重視的，亦代表著建立完善長照服務體系是至關重要的，以滿足每位國民邁入老年後的照顧需求。

首先根據長期照顧服務法之定義，乃指「身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人

⁸ Hooyman and Kiyak (2002) 將老人分為 Young old (65-74 歲)、Old-old (75-84 歲) 及 Oldest old (85 歲以上) 三階段；王鈞洪 (2015) 則以中性的「熟齡族」一詞來描述中高齡人士，並細分為輕熟齡族（約 50 歲到 64 歲）、中熟齡族（約 65 到 74 歲）、高熟齡族（約 75 到 84 歲）、瑞齡族（指 85 歲以上）四種。本研究聚焦於前者所謂的 Young old 以上之老人，或者是後者分類中的高熟齡族（含）以上者。

⁹ 該報告詢問 55~64 歲長者對於政府提供老人福利措施重要性的看法，其中與長照相關的「居家服務」、「協助在地安養措施」、「協助失能或失智老人日間照顧服務」及「提供失能老人長期照顧機構服務」之重要性均達七成左右，僅次於「老人健康服務」的八成五。

或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。」具體來說的服務內容大致涵蓋：1. 身體照顧服務：如協助沐浴、更換衣物、進餵食、翻身，及協助使用輔具等；2. 家務及日常生活照顧：包含換洗衣物的清洗、居家環境整理、家務與文書服務、陪同就醫等，通常是在居家式服務才較強調家事服務與必要之住家設施調整改善服務；3. 醫事照護及心理支持服務：像是評估、診斷與處置等專業服務。

而從學術界的定義來看，最常被採用的是 Kane and Kane (1987)，將長照定義為「對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包括長期性的醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力」，可知長照是橫跨醫事護理和社會福利兩大領域。Winn (1975) 則定義較廣¹⁰，而 Weissert (1991) 之定義擴大了長照的服務對象，包含所有年齡組的人口、具有慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且這些服務應可在機構、非機構及家庭中提供。最後，在 OECD (2005) 的定義中，長期照顧便是在一段長期時間內將一系列的服務整合在一起，其中對於長期照顧的需求通常肇因於長期慢性疾病所造成生理或心理上的障礙¹¹。

國內學者部分，例如謝美娥 (1993) 強調，只要是能夠幫助一個人喪失日常功能的人過的更獨立、更舒適及更有尊嚴的所有相關服務，都可以算是長期照護服務。徐永年、蔡素玲 (1995) 則認為長照服務必須是連續性與綜合性的，意即不僅須有醫療體系的醫療服務，更要有社會福利與生活照顧的配合。而現今談到長照服務最常聯想到的便是「老人」的長期照顧，此部分參見楊靜芸 (2002) 的定義，其不同之處在於明確點出接受照顧服務對象中佔最多數的族群——長者¹²。最後，陳惠姿 (2000) 提出的 5Rs 準則更進一步確認長照服務的核心精神¹³。

綜合以上的定義，可大抵知曉所謂的長期照顧，乃是提供予有需要的個人（因身體或心智失能等障礙）多元、綜合且持續性的健康與照顧服務，而這些服務可能是透過居家、社區或機構來提供。這其中廣義上包含家人或親屬的非正式服務，以及狹義上由專業人員或機構所提供的正式服務，而照顧服務的核心目標便是滿足其照顧相關的需求，維持一定程度的健康與妥善之生活品質。又因為老人長者因進入老年後，各種疾病、失智、衰老等情況接踵出現，再加以現代家庭的照顧功能日漸式微，故老人長者是為使用長照服務中最大的族群，因此他們是長期照顧政策領域最主要關照的對象，亦是本研究關心的重點。

(二) 長期照顧之特性

如上述有提到，長照涵蓋醫事護理與社會福利，且是連續與綜合性的服務，因此透過其特性將有助於深入瞭解長照之內涵，利於後續之討論。

統整阮玉梅等 (1999)、陳惠姿 (2002) 之說，可歸納出長期照顧具有以下六點特性：1. 服務

¹⁰ 是一種範圍很廣的服務措施，可滿足缺乏自我照顧能力之民眾長期的社會保護及醫療照顧需要。

¹¹ 簡言之是針對在基本日常生活活動 (Activities of Daily Living, ADLs) 需要仰賴協助者，這類活動包含了沐浴、穿衣、進食、上下床或椅子、移動及如廁。

¹² 她認為長照服務主要便是在照顧罹患長期慢性疾病且需要醫護服務之老人，或者生活自主能力缺損且無技術性護理服務需求之老人、自費老人、無人扶養或親屬無能力扶養者，為使其生活品質及自主性極大化，而提供之長期持續的服務。

¹³ 其認為長照涵蓋一系列的照顧服務，須按對象之特性，以合理的價格 (right cost)、在適當的場所 (right place)、由適合的服務者 (right provider)、於適當的時段 (right timing)，提供恰如所需的服務 (right level of service)；而這些服務的最終目的在於，讓服務對象保有尊嚴自主、且享有優質的生活。

內容是以身心功能異常程度為基準，必須嚴謹評估以確定長期照顧服務開始、停止期及提供服務內容增減的情形。2. 當家庭成員有長期照顧需求時，在大多數情況下是由家人提供照顧。3. 長期照顧服務的內涵，主要是以日常生活起居的勞力照顧。當個案一開始需要長期照顧服務，常常終其一生都需要此項服務，故其服務是長期而需勞力密集的。4. 雖然老人是長期照護的主要服務對象，其需求性也是最高，但實則長期照顧服務包含了各種年齡層的人，無論是壯年或嬰幼兒，只要是身心功能異常者，均可能成為需要長期照顧之人口群。5. 因長期照顧服務關係到失能者、失智者及其家庭如何生活與面對生活等問題，故需要跨專業醫療團隊、半專業與非專業人員共同參與服務的，例如醫師、護理人員、藥師、職能治療師、物理治療師、營養師、社工師、照顧服務員等，以及政府單位、社會福利團體等社會資源的介入，也需要社會整體環境，如無障礙空間、社會價值觀轉變等的配合。6. 接受長期照顧之受照顧者，其主要疾病診斷以慢性疾病為主。此類病人之照顧，因主要為慢性疾病，病情皆處於穩定狀態，因而長期照顧服務具有「以生活照顧為主、醫療照顧為輔」之特質。

另外詹火生、林青璇（2002）還指出：7. 長期照護需要廣泛的醫療照護、經濟、個人及支持性的服務，而喪失自我照顧能力的原因可能由於疾病、殘障或老化，因而被定義為不能執行某些社會之功能。因此社會功能執行能力的缺乏，並非一種典型的社會風險，而是一種因其他風險如疾病、老年、殘障而引起的「伴隨性風險」。因而個人在年輕時容易缺乏對老年生涯照顧預先作規劃，多數賴以家庭內資源配置應付老年伴隨而來的風險。然而台灣少子化的趨勢促使家庭結構的改變，也產生家庭內資源配置嚴重不足。若家庭無法負荷長期照顧功能，將使失能者的生存權受到影響，因此需要政府介入並承擔起部分長期照顧的責任。8. 長期照顧的需求者存在個體差異，如失能原因、性別等，以致需要其長照需求也所有不同。同時，長期照顧的持續時間、需要的頻率、需要的內容等皆充滿了變數。因此可知長照本質乃是基於被照顧者個人身體狀況做個別的照顧，但也會隨者被照顧者的身體狀況做個別調適，如用藥劑量、飲食調配等。9. 僅就於長期照顧的供給面而言，其具有連續性照顧的概念，同時跨越醫療與社會服務領域。政府必須承擔的是行政體系整合與協調的責任，統籌各部會、層級的專門業務，同時在政策立法、人力技術、服務設施與財務規劃等面向上積極的介入，使長期照顧在社會整體環境的配合下，滿足多元化的需求。

由以上特點說明可知，長照意在使無自我照顧能力且需長期照顧之受照顧者與其家屬，能獲得適當、持續且綜合性的醫療及生活照顧，以維持一定生活品質，是故在長期照顧中，生活上的照顧是相當重要的一環，而考量到個體性差異的服務提供與注重被照顧者的真實需求，是進一步提升照顧服務品質的關鍵。最後，政府有責任與義務滿足人民的長照需求，尤其當我們的社會「越來越老」時，越顯現出健全與妥善長照體系的重要。

二、 機構式長期照顧服務的意涵與特性

依據「長期照顧服務法」¹⁴及「老人福利法」¹⁵之規定，我國的長照服務模式可分為居家式、社區式及機構式三類。機構式服務已行之有年，而居家式與社區式的推行則相對較晚，不過後續的資

¹⁴ 參見該法第 9 至 12 條。

¹⁵ 參見該法第 16 至 19 條。

源建置與投入日益漸增¹⁶。一般而言，長者還是傾向住在自己的家，因為「家」有家人、有鄰里、有親朋等，更有累積了大半人生的回憶；不過若無家人可照料或家人不便照顧，除非居家或社區式照顧能提供各種支持性服務，否則入住機構是剩下且唯一一條路。

只是從遠離熟悉的「家」，進入到陌生的「機構」環境，意味著是另一種生活安排，也是人生中新挑戰，特別是在邁向老年的失落感、身心上的病痛與障礙，以及隔離於正常社會的惆悵、無奈之情況下。正因如此，一方面機構式服務有其存在的必要，但另一方面如何營造出一套能填補住民長者心中的失落感（黃源協，2007）、讓其安享天年的照顧服務品質，是長照機構需正視的課題。

隨著醫療水準提升，國民平均壽命增加，但老年人口與無法自行料理日常生活的失能、失智人口亦相對增加。加以由於家庭人口數減少，轉變為以核心家庭為主的結構，且婦女就業人口比例上升等社會變遷，使得我國長期照顧、安養機構數於近年快速成長（蕭淑貞、李世代，1999）。機構式長照服務如養護機構、護理之家等，能讓生活自理功能受限，又無適當家人或家庭資源可供照顧的老人長者，有一個安全的居住環境，並於其中獲得適當的照顧服務。其特性依楊靜芸（2002）之歸納如下：1. 主要目的在於維持功能和社會支持，而非治療，所待的時間較長；2. 大部分的老人長期照顧機構為私營機構；3. 由於以維持功能和社會支持為目的，故所需要的技術較不複雜；4. 照顧過程比結果重要，因為在機構中的住民有些為失智患者，健康狀況的結果已不是唯一的服務指標；5. 機構所提供的服務通常具備連續性，必須要服務資源的整合。

可知機構式服務所提供的服務時間與內容較其他二者更為全面與長期，又入住機構的住民普遍為年老多病、自主能力弱者，且長期居住在局限空間、與家庭環境及家屬分離，缺乏家的感覺、隱私性、個人自由受限等，因此機構式服務的品質管理與瞭解服務對象的感受，提供適足妥善的照顧顯得更為重要。

三、 照顧服務品質

（一） 服務品質的意涵與特性

服務品質最早由 Sasser, Olsen and Wyckoff（1978）所提出，認為其乃是由材料、設備和人員三構面所組成，以符合或超越顧客的期望，其中應包含七項要素¹⁷。

後續有 Gronroos（1982），其是最早提出服務品質差異概念的先驅，他認為服務品質乃是使用者於事前期望與接受服務後的評價之間經比較而產生；因此，如果評價等於或高於期望，則表示服務品質是為良好，反之低劣。爾後如 Wakefield（2001）、Parasuraman, Zeithaml and Berry（1985）（簡稱 PZB）則承繼 Gronroos（1983）提出的差異概念，尤其 PZB 提出的一套 SERQUAL 服務品質模式之量表更是現今最廣泛討論及採用的。如林素鈺（2004）指出，就質化而言，服務品質乃顧客在接受服務後，權衡內外因素所做出對服務品質的評價；就量化而言，服務品質測量以 PZB 提出的有

¹⁶ 我國政府於 2005 年推動的「加強老人安養服務方案」、到「長期照顧十年計畫」，以及近兩年的「長照 2.0」中，皆被強調為長期照顧的發展重點與方向。

¹⁷ （一）安全（Security）：指顧客對服務系統可信賴的程度；（二）一致性（Consistency）：指服務應標準化，不因人員、時間、地點的不同而有所差異；（三）態度（Attitude）：指服務人員的態度是否親切、敬業、有效率等而言；（四）完整性（Completeness）：指服務設備上的周全；（五）調節性（Condition）：指能根據顧客個體不同的需求來調整服務；（六）便利性（Availability）：指能夠方便近用到服務；（七）即時性（Timing）：指在顧客期望的時間內完成服務。

形性 (Tangibility)¹⁸、可靠性 (Reliability)¹⁹、反應性 (Responsiveness)²⁰、保證性 (Assurance)²¹及關懷性 (Empathy)²²五大構面為衡量指標。

PZB 三人從研究中發現並歸納發展出「服務品質缺口模式」，共有五大缺口 (Gaps) 的存在，其中缺口一到四屬服務提供面的缺口，起因於組織、提升服務策略與績效等因素影響²³，而缺口五則是源自於顧客期望 (Expected service, E) 與實際認知 (Perceived service, P) 的差異²⁴。因此，服務提供者/管理者必須消除落差 (缺口)、滿足顧客的需求，才能提升服務品質。

從上述回顧，可知服務品質可視為一種偏向主觀的認知態度，是使用者對於提供者之服務進行整體性評估而來；換言之，強調使用者是服務品質唯一的決定者，改變由服務提供者來評定的舊有模式，且在服務過程中提供者與顧客的互動關係更是關鍵，此與 Garvin (1985) 強調服務品質是一主觀而非客觀認知的品質，以及 Olshavsky (1985) 認為服務品質可視為一種態度，是顧客對於事物所做的整體性評估，相當近似；亦呼應了 Pfeffer and Coote (1991) 所提出的五種品質觀點²⁵來看服務品質，當中的「民主觀點」²⁶。翁崇雄 (2000) 便說到，服務品質的構成不僅意味著「結果」而已，尚包含服務傳遞的過程及方法，而服務品質係由顧客之期望與參與服務過程結果之認知所形成的。此也意味著，服務品質的概念已逐漸滲透到顧客 (服務使用者) 的參與觀點。

總的來說，服務品質的衡量可謂具有以下三種特性 (PZB, 1985)：1. 服務品質比產品品質更難衡量；2. 服務品質是由顧客期望與接受的服務比較而來；3. 品質的衡量包括服務的結果與服務的過程。

(二) 照顧服務品質指標

照顧服務工作為社會服務的其中一種，同樣強調服務品質對於服務輸送與使用者福祉的重要性；不過對於照顧品質的評估指標，則往往依研究者或評量者的不同而不完全一致。

所謂的照顧品質指標，是指測量照顧品質時所運用的一種測量標準，藉由標準與一連串的相關方法評估後，可解釋照顧品質的好壞程度。被廣為運用的評估模式之一便是 Donabedian 最早於 1966 年提出的三大類指標：結構 (structure)、過程 (process) 與結果 (outcome) (Donabedian, 1988)。其強調此三類是一個連續體的概念，所以好的結構能增加好的過程，好的過程也會增加好結果的可能性，所以其強調照顧服務是種從結構、過程到結果的服務歷程。

¹⁸ 指硬體設備、場所與服務人員儀容等外在資訊與狀態，是對顧客表示關心的外顯證明。

¹⁹ 指能夠正確提供所承諾的服務。

²⁰ 指服務人員能快速且有意願地提供服務。

²¹ 包含執行服務的能力、應有的禮貌與尊重、有效地溝通、信用、安全等之能力，指服務人員具備專業知識豐富、具有自信，能讓顧客感到信任，給人一種保證、訓練有素與專業的形象。

²² 指能夠關心與照顧顧客個別的需求，為以同理心提升顧客顧客個人化觀之能力，包括平易近人、敏感度高，及盡力瞭解顧客需求等。

²³ 缺口一：顧客期望的服務與管理者對顧客期望的認知差異；缺口二：管理者對顧客期望的認知，與管理者將認知轉換為服務品質間的差異；缺口三：管理者將認知轉換為服務品質與實際服務傳遞間的差異；缺口四：實際服務傳遞與顧客外部溝通的差異。

²⁴ 若 $E > P$ ，表示顧客對服務品質感到不滿意；若 $E = P$ ，則顧客對服務品質感到尚可滿意；若 $E < P$ ，意味著顧客對服務品質感到相當滿意。

²⁵ 傳統觀點、科學或專家觀點、管理或卓越觀點、消費主義觀點、及民主觀點。

²⁶ 民主觀點融合了前四種觀點之特性，包括符合目標、回應性、與充權概念，將服務使用者視為參與其中的公民，而非單純的顧客或消費者；且服務使用者受到充權，能夠在服務過程中表達自己的想法並且有選擇的空間。

1. 結構指標：指照顧提供者的特徵、屬性，包含物力資源（如設備、建築空間、資金等）、人力資源（如人數、任用資格等）及組織結構（如人事組織等）。此指標之資料容易取得，且不同評估者間較易取得一致性共識。
2. 過程指標：指有關提供及接受照顧的活動，即服務提供者與使用者之間所發生的活動，例如照顧活動、住民長者的活動安排、人際關係互動等。
3. 結果指標：是指經過服務提供者的照顧，而對使用者在生理、心理或社會功能上的影響，包括了健康狀況（如死亡率、出入院紀錄等）、行為改善與滿意度等。

此外，Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1985) 發展出的 PZB 模式亦是另一廣為被使用來測量照顧服務品質的工具。他們指出服務品質的 10 個決定要素：1. 可靠性 (reliability)²⁷；2. 反應性 (responsiveness)²⁸；3. 勝任性 (competence)²⁹；4. 接近性 (access)³⁰；5. 禮貌性 (courtesy)³¹；6. 溝通性 (communication)³²；7. 信用性 (credibility)³³；8. 安全性 (security)³⁴；9. 理解性 (understanding/knowning)³⁵；10. 有形性 (tangibles)³⁶。

後 Parasuraman 等 (1988) 根據其在 1985 年的研究為基礎，發展出一套包含 22 個項目的測量工具，藉以測量顧客對服務品質的認知情況。該量表被稱為 SERQUAL 量表。此量表中，上述的 10 項構面縮減到 5 項構面，分別為：有形性、可靠性、反應性、保證性、關懷性。前三者為原先提出的要素，後二的保證性與關懷性則是包含原先的七要素（溝通性、信用性、安全性、勝任性、禮貌性、理解性、接近性）。此 PZB 模式與 SERQUAL 量表可謂系統性的服務品質衡量工具，亦是在討論服務品質時具代表性且經常被使用。尤其經歷了近三十的發展，在許多服務產業都被廣泛運用。

而國內學者黃源協 (2005) 則因著 1990 年代起社會服務品質的多元性，綜合了諸多學者的論述與研究，歸納整理出 18 項照顧服務品質的構成要素：1. 有形資產 (tangibles)³⁷；2. 安全性 (security)³⁸；3. 可近性 (accessibility)³⁹；4. 伙伴/合作關係 (partnership/collaboration)⁴⁰；5. 公開性/訊息 (openness/information)⁴¹；6. 保證性/員工態度 (assurance/staff attitudes)⁴²；7. 才能/技

²⁷ 包含了表現的一致性及其可信度，旨在對的時間有正確的表現，也信守承諾。像是正確保留紀錄、在指定時間內提供服務等。

²⁸ 關注員工的意願及是否準備就緒進行服務，也包含了服務的即時性。如快速回電、提供立即性服務等。

²⁹ 指具備提供服務所需的知識與技術。如後勤人員的知識與技術、組織的研發能力等。

³⁰ 指平易近人且容易接觸。舉例來說，服務設施位於便利地點、或等待服務的時間不會太久等。

³¹ 禮貌、尊重、體貼、友善的程度。例如接待人員乾淨潔淨的外表、待人親切等。

³² 能運用顧客所能理解的語言進行瞭解與聆聽意見，即因應不同類型的顧客，皆能採不同語言進行溝通。如說明服務內容、服務所需費用、確保能處理顧客的問題等。

³³ 由衷為顧客的最佳利益著想，被視為是可靠、可信與誠實的。例如服務人員的人格特質、與顧客互動時推銷的程度等。

³⁴ 免於危險、風險或疑慮的情況。像是人身安全、財物安全、隱密性等。

³⁵ 盡力去瞭解顧客之需求。如牢記顧客的特殊需求、提供個別性的注意關心等。

³⁶ 指服務的實體形式。例如實體設備、工作人員的儀表、服務的實體呈現等。

³⁷ 具備設備、設施、人員及公共器材等物理環境。

³⁸ 服務的提供是在一種能適切管理風險與危險，且安全無虞的環境提供，包括保密性。

³⁹ 服務是易於被取得的或提供服務的機構是易於接近的。

⁴⁰ 不同服務提供部門能以共同合作方式提供整合性的服務，且提供者與服務使用者之間亦能建立良好的關係。

⁴¹ 提供充分的訊息已告知服務使用者、透明的決策及易於感受到民眾觀念的改變。

⁴² 工作人員對服務對象是有禮貌，且能夠抱持著尊重和體貼的態度。

術和知識 (competence/skills and knowledge)⁴³；8. 同理心/理解 (empathy/understanding)⁴⁴；9. 溝通 (communication)⁴⁵；10. 參與 (participation)⁴⁶；11. 選擇 (choice)⁴⁷；12. 彈性/可接受性/回應性/需求和偏好 (acceptability/responsiveness/needs and preferences)⁴⁸；13. 可靠性/可信賴性/一致性 (reliability/trustworthiness/consistency)⁴⁹；14. 公平性 (equity)⁵⁰；15. 效率 (efficiency)⁵¹；16. 持續性 (continuity)⁵²；17. 效能 (effectiveness)⁵³；18. 持久性 (durability)⁵⁴。

其更進一步將上述 18 個要素區分為 4 大範疇：(一) 實體品質：如有形資產、安全性及可近性；(二) 過程品質：如伙伴/合作關係、公開性/訊息、參與、選擇、彈性/回應性、可靠性/一致性；(三) 員工品質：如保證性/員工態度、才能/技術和知識、同理心/理解和溝通；(四) 結果品質：如公平、效率、持續性、效能、與持久性。他強調 4 大範疇對整體照顧服務品質的提升皆有其重要性，實體品質能夠提供住民較舒適且可靠的居住環境；過程品質可滿足服務使用者的參與感和個別偏好；員工品質可讓住民有溫馨的感覺；結果品質可讓服務展現績效。此四種品質層面的提升，對於降低住民遠離家、入住陌生的機構環境之失落感可能有其各自的影響層面。

以上簡要說明幾類的照顧指標，儘管評估的項目內容不盡相同，但都可應用於評估照顧品質；惟這些指標雖各有其可利用的長處，但也隱含其缺點。舉例來說，Donabedian 的結構指標雖然操作容易，但該指標的評估結果最多只能看出硬體設備與消防安全設施等的好壞，不過站在使用者觀點，此指標對其的意義恐並不大；又或者是過程與結果指標在實際應用上不易找到一致認同的標準，所以難以評估。而 SERQUAL 量表雖以問卷方式較易填答，但對於有養護需求的住民長者來說，其可能具有多種慢性病與失能，因此要其完成問卷填答本就不太可能，所以多半是轉交家屬或親友代答，但此番調查結果勢必不能直接認定是住民長者的真實心聲；況且問卷內的題項是固定的，填答者僅是給定各題 1 至 5 的分數，但設定的題項是否為住民長者所在乎的面向，並不能直接劃上等號。

總之，長照品質指標的評估方式，一方面應以住民為中心，另一方面則要有多樣性的評估，尤其絕大部分的照顧品質指標是以專業人員或家屬的角度，而缺少從住民長者的角度來選定評估指標與評估後的解釋。因此，透過質性訪談獲取住民長者真正在乎的照顧服務品質指標，應更能切合其需求；且住民長者對於照顧品質的自我表達，實則非以量化研究方法就可將其量化，所以採用深度訪談將更能深入瞭解並同理住民長者的內心世界與感受，進而更真實地發現他們所需的照顧品質。

參、 研究設計與方法

⁴³ 工作人員具備提供服務所需之必要的相關知識與技能。

⁴⁴ 工作人員展現對服務對象特定需求的瞭解，並提供其個別而非刻板的關懷和服務。

⁴⁵ 服務提供者以簡單易懂的語言告知使用者有關服務的相關資訊。

⁴⁶ 讓服務使用者能夠參與決策、監測和評估的過程。

⁴⁷ 讓服務使用者對其所需求的服務有選擇的權利。

⁴⁸ 所提供的服務能夠彈性並適時回應個別使用者的需求和偏好。

⁴⁹ 能夠以可靠、一致和穩定的方式提供服務，並持守對服務的承諾。

⁵⁰ 服務可提供給所有潛在的服務使用者，不管使用者是什麼樣的文化、種族或社會背景。

⁵¹ 在可用的資源內盡可能提供有效率的服務，且服務要具備成本效益。

⁵² 避免因更換照顧者或服務提供者，而影響到照顧者和服務使用者之間的信賴關係。

⁵³ 依據被服務對象之健康和社會照顧，服務要能達到所希望的好處和成果。

⁵⁴ 服務方案的績效和結果不會很快就消失。

本研究旨在深入瞭解服務使用者所渴望的照顧服務，也就是住民長者觀點下、其認可的服務品質之內容，以探求滿足長者真實需求的改進方法，進而提升服務品質。為達成以上研究目的，故採質性研究法，透過深度訪談及實地觀察法，以歸納、彙整出研究結果。

一、 研究設計

質性研究強調研究的個案為獨特之個體，允許研究者對所選擇的研究對象做深度且仔細地研究。質性研究的主要目的，即是為了理解受訪者在經驗上的意義，由其內在觀點與感受出發，體會經驗的真實性、提供有意義建構的過程。參照 Bogdan and Biklen (1982) 歸納質性研究的特性來看：(一) 在自然情境下收集資料：質性研究的資料來源主要是在自然情境下收集，研究者必須是在不受外力干擾的情境下進行資料收集的工作。(二) 非常重視研究現象的描述：質性研究結果非透過統計數據之方式來表達，而是將研究現象透過陳述過程，使閱讀者感覺有如社會事實再現。(三) 運用歸納方式將所收集的資料進行分析：將收集到的豐富、完整資料，運用歸納法之由繁化簡、逐步分析的步驟，抽絲剝繭資料以萃取出核心概念。(四) 研究者所關心的是行為對研究對象的意義為何：研究者對於所收集到的資料以及研究成果，必須是以被研究對象之立場與觀點加以詮釋與理解。

而針對本研究之題目：「探討高熟齡族住民觀點下的機構照顧服務品質」，筆者欲描述長照機構中住民長者的主觀經驗感受，以從中探討其對機構照顧品質內容與指標的認定，所以採用質性研究方法，用以探究身處於機構中的住民長者對機構照顧品質的感受與經驗。基此，又以質性研究方法可讓筆者能較量化方法深入住民長者的內心，得到真實、豐富的資料來理解他們真正在乎的照顧服務，進而達到本研究之研究目的，是故筆者決定採用質性方法為本研究之研究方法。

研究資料取自機構中願意參與研究，且溝通無礙之 75 歲以上（高熟齡族以上）住民長者。而資料整理與分析方便，則是先將受訪者的錄音內容轉換為逐字稿，經詳細反覆閱讀後，再從其中尋找意義，即將資料分解、檢視、比較、概念化及分類化，以仔細琢磨之中的意義與相關關聯，進而達到質性研究的最終目的—從大量資料尋找、辨識出對研究事物具有重大意義之所在，且將重點匯聚起來，組成一有系統的研究成果或架構。

二、 研究場域

研究場域選取為從事長期照顧之機構。本研究場域之兩間機構，皆位於東部地區，一間為榮譽國民之家，屬公營之長照機構；另一為臺東縣內某護理之家（限於其養護區）。此兩機構的成立時間分別前者為民國 48 年、97 年，而各自擁有知床位數為 160、135。兩機構之服務對象，皆以罹患慢性疾病、需他人長期照顧與協助之住民長者為主要對象；而所提供之照顧內容，除執行與醫療相關之照顧外，也包含住民長者一般性之日常生活照顧。

在取得機構之同意後，筆者至研究場域與同意參與研究之住民長者進行訪談。在訪談前，已清楚機構進行活動之時間（如固定何時洗澡、用餐等）、住民長者之每日休息與下床活動時間，以及照顧人員工作與短暫休息時間，以便避開以上時段，儘量減少對他們的打擾或影響訪談進行的過程。

三、 研究對象

本研究採立意取樣 (purposive sampling)，即經筆者之判斷後再選擇研究對象，目的在於儘量找尋越多與本研究相關之面向與範圍，換言之針對最能提供與研究所欲探求之情況最相關之人予以取

樣。不過仍參照試驗性研究之階段的選樣條件來篩選⁵⁵，再以資料的飽和度（saturation）為停止選樣。本研究預計共訪談 10 至 12 位住民長者。

四、研究工具

採質性方法為研究設計時，最常使用者乃訪談法（interview）及觀察法（observation）。以訪談法搜集可用資料大致可分為兩種方式：（一）非正式交談：完全取決於一般人際互動過程中，問題與回應的自然顯現，就如同平時與人交談、聊天一樣。（二）正式訪談：即在訪談前擬定題綱，作為訪談重心，以確定每一研究對象皆接受相同提問。訪綱的功能在於提供研究者於有限訪談時間與情境內，做出有效訪談；只是訪綱的詳細程度，取決於研究者對訪談時間與所欲探索之事的彈性考量。

本研究則主要採半結構式（又稱為引導式）訪談，以預先研擬的題綱（經與指導教授討論並修改過）為要，就訪談進行的狀況，適時以不同形式的開放式問題，引導受訪者針對主題加以深入陳述，以瞭解其思維脈絡與真實想法；除此之外，並於必要時，適時就受訪者的回應加以追問。

此外，考量到住民長者未必能在一次正式訪談中就明確表達其經驗與感受，且就實際上的訪談狀態來看，持續 15 分鐘以上的訪談會讓其感到疲累、不耐煩，或者住民本身在訪談問題的回應量就有限（因住民的理解與表達能力已有部分退化，尤其失智程度越高者越明顯），故筆者在正式訪談外，尚會在不特定時間與住民長者進行非正式交談。例如整日跟隨在其中一位住民身邊，在其下床、洗澡、飲食等時刻詢問當下對照顧服務的看法，以更清楚掌握住民的內在心聲。此種非正式交談中獲取的資料亦屬訪談資料。

至於觀察法是為描述在被觀察的情境中，進行活動與參與活動的人們之行為表現；而為求描述盡可能接近詳實與精確，實地觀察（field observation）是最有效的方式。本研究除採訪談外，再配合實地長期觀察。在此期間內，配合每日照顧人員的工作流程，與機構中的各式活動等，得以清楚看到住民長者在機構中的各類行為與反應（例如開口抱怨等），來補充、印證訪談內容，幫助筆者發現更真實的現象。

肆、研究結果（僅完成部分）

一、住民觀點下的照顧服務品質

受訪對象共住民長者 12 位，其中 7 位來自榮家、6 位來自護理之家，平均年齡為 83 歲，詳細受訪住民之基本資料見下表：

表 1：住民受訪者基本資料表

受訪者編號	性別	年齡	失能/失智程度	機構居住時間
A1	女	75	中度失能	近 1 年
A2	男	75	中度失能	3 年多
A3	男	77	輕度失能	約 5 年
A4	男	99	中度失能/輕度失智	約 7 年

⁵⁵ 在此試驗性研究（pilot study）中，因僅有模糊的研究意識，且尚未確立具體研究問題、以及研究方向是否可行，因此只能做廣泛、無特定對象的開放式選樣。所以於此階段的選樣條件為：75 歲以上、可用國台語溝通、且經護理師判斷其認知功能無礙或尚可的住民長者（一方面探究受訪對象的感受，或者其未來無法言語時可能的需求，另一方面亦可從其回應推論到那些儘管認知功能極差但仍有意識，只是難以表達其意見的住民長者）；護理師及照顧服務員則以願意參與研究者為主。

A5	男	87	中度/輕度失智	約5年
A6	女	75	重度失能	將近1年
A7	女	88	重度失能	2個多月
B1	女	78	中度失能/輕度失智	2年多
B2	女	75	輕度失能	1年多
B3	女	92	中度失能	1年多
B4	女	83	中度失能	1年
B5	男	92	輕度失能	8年多

資料來源：筆者自製。

住民長者長期生活在榮家中，對於機構內的照顧活動自有其一番感受。因此，筆者根據12位住民長者的回答與行為，將他們滿意與不滿意的（換言之他們在乎的）照顧服務內容歸整為以下6大面向：環境、基本權利、服務者的態度、人際與社會互動、需求滿足、品質管理，以及個別面向下的次面向不等。下方表格為此節研究發現之呈現，以下並詳細分述之。

至於正向指標，乃指由住民口中說出具有鼓勵、讚許性質，而該指標在評估照顧品質時，是屬於好的價值評判之指標；相對地，負向指標即是被評判為壞的、不好的，意味著機構在該指標項目上存有缺失。

表2：住民長者觀點下的照顧品質

五大面向	次面向	子面向	正/負向指標
壹、環境	一、硬體環境	(一) 空間整潔	正
		(二) 活動空間不足	負
		(三) 復健設備不足	負
	二、軟體環境	(一) 床位分配不佳	負
		(二) 與外籍照服員的語言溝通障礙	負
		(三) 照顧人員的流動率	負
貳、基本權利	一、(身體)隱私未受保障		負
	二、肢體約束		負
	三、自主性	(一) 自主性受尊重	正
		(二) 行動受限	負
參、服務者的態度	一、親切感	(一) 親切、客氣	正
		(二) 責備	負
	二、細心程度	(一) 草率、散漫或馬虎	負
		(二) 認真、熱心	正
		(三) 知曉個別住民習性	正
	三、尊重		正
肆、人際與社會互動	一、機構內活動不足		負

	二、與外界互動不多		負
	三、住民間互動	(一) 溝通與互動障礙	負
		(二) 室友干擾	負
		(三) 朋友與交談	正
	四、與照顧人員的互動	(一) 陪伴	正
(二) 疏離		負	
伍、需求滿足	一、飲食需求	(一) 口味不合	負
		(二) 份量不夠	負
	二、身體清潔(不夠確實)		負
	三、情感上的支持	(一) 安心與信任	正
		(二) 意見沒有被重視	負
	四、身體機能的維持		正
五、缺乏即時性		負	
陸、品質管理	一、服務有改進		正
	二、服務沒改進		負

資料來源：筆者自行整理、製作。

(一) 環境

1. 硬體環境：機構內部的空間、格局、擺設與設施等

(1) 空間整潔：硬體環境的整潔程度

雖然受訪的住民長者並沒有提到不滿意環境整潔，但言談中多半都會提到「乾淨整潔」，也就是至少地板、房間內要是看起來有整理過、沒有明顯髒污⁵⁶。不過，就筆者觀察看來，空間整潔並不是多數住民長者非常在乎的，也就是若詢問住民在乎哪些照顧品質，整潔基本上不是住民最優先回答，或者不會第一時間特別提及的。其實只要機構內部環境看來起乾乾淨淨即可，沒有很高的要求；但尚有一位較為注重環境整潔的受訪住民則表示：

「打掃當然很重要，要不然到處都是飯粒。環境乾淨很重要、保持得很乾淨，看起來會比較舒服。」(受訪者 B2)

總而言之，空間潔淨仍是基本要求，住民或多或少會注意到；且對於機構管理人員來說，「潔淨」是家屬選擇長照機構的第一印象，若太髒亂一定會影響家屬的選擇意願，因此維持環境整潔是機構必須做到的，也是其所重視的機構形象與服務品質之一。

(2) 活動空間不足：住民認為機構內的活動範圍不符期望

此部分又可分為室內的居住及公共空間，以及戶外空間，前者就有住民長者抱怨「空間不足」。尤其研究合作機構之一的榮家之園區用地又分為安養區及養護區，前者為能生活自理之住民的居住

⁵⁶ 「環境很好，乾淨整潔。」(受訪者 A3)；「環境掃得很乾淨。」(受訪者 B5)；「很乾淨、環境很好。」(受訪者 B1)

區域，為兩人共用一房；然後者則是四人一房，如同醫院內的普通病房。因此，對於曾經住過安養區，後因失能程度漸增而被迫移居至養護區的住民來說，就會明顯體會到兩邊的空間大小差異⁵⁷。

或者比較的對象是住民自己的家，特別是寢室大小，因為多半機構受限於收容人數與機構本身的空間，所以幾乎所有住民都必須與他人共享房間，從二到四人不等，此與在家通常是自己睡一間當然有所不同。此外，在自家，私人物品可以到處放，但在機構中私人物品一定只能放在分配到的個人空間內，因此對於個人物品較多的住民來說，勢必會覺得機構內的居住空間比不上自家，但這也是無可奈何⁵⁸。不過機構的公共空間因為要讓住民能夠好好活動、或者人員進出及一些設備的移動等，會留有較大的空間，在此部分則通常住民是滿意的。且另一方面得以讓住民在移動時，尤其是坐輪椅者，不會因公共空間太小而不方便⁵⁹。

總的來說，多數受訪住民對於機構活動空間，不論是寢室或公共空間大小都沒有太大的意見，意即「活動空間」不是他們相當注重的機構品質項目。不過，因本在法規上就有要求一定的機構空間，所以與多數受訪住民對於其居住機構的「活動空間」都是尚可接受，應有關係。而只是對於寢室與公共空間兩方面的感受有別。

(3) 復健設備不足：在此指復健設備的數量較難以滿足所有住民的使用

按不同機構之安排，住民長者每週可復健的時間不定，例如榮家住民約兩天去一次院內的復健中心，不過有好幾位民都不滿意復健，一方面是機構內住民人數多，但設備有限，故需要排隊，且每人可用時間又不長⁶⁰。甚至不信任復健中心的復健效果，或者認為去醫院的復健科比較好，對於機構提供的復健功能並不滿意：

「這裡的復健不是真的在復健，就是電療而已。儀器他就把你電哪裡電哪裡，就只有這樣而已，沒有效啊。」(受訪者 A6)、「(我)有去過復健，但榮院那邊(設備)比較好。」(受訪者 A3)

特別是對於坐輪椅或需要拐杖輔助的住民來說，復健能夠幫助其維持身體與肌肉機能，避免都沒有活動而退化，甚至有住民期盼若能藉復健而重新恢復自行走動的能力，就能離開機構、重回家中，因此那些意識清楚、失能程度不算太高的住民，無不希望好好復健，但是機構的復健設備與人力卻往往無法提供符合其期望的復健服務。

2. 軟體環境：指機構的人力配置、組織層級或經營理念等

(1) 床位分配不佳：即沒有按住民不同的失能或失智程度予以分開居住

以榮家來說，房間格局為四人一房，然並非是依身體狀況來安排床位，而是何處有空床就補齊，但此卻會造成如有些住民長者就會抱怨同房的室友晚上一直叫⁶¹。或者是因受訪住民本身身體

⁵⁷ 「空間不夠寬敞，有些(個人)東西沒地方放。安養那邊空間比較大，那邊設備比較好。」(受訪者 A3)

⁵⁸ 「空間太小，跟家裡比小。」(受訪者 B2)；「空間大小還可以啦，很小啦還是跟家裡不一樣啊。」(受訪者 B5)

⁵⁹ 「空間很大，比我家還大。可以來公共空間活動。桌子移走，下午有活動。」(受訪者 B1)；「(公共)空間很大、房間也很夠。」(受訪者 B3)

⁶⁰ 「復健要排隊，很多人，有時候要等」、「(復健)一次 10 分鐘。10 分鐘就推回去。都是應付應付。」(受訪者 A1)

⁶¹ 「你看那個伯伯就是菸抽太多，一直在叫。如果可以集中起來，就不會其他人遭殃(很吵)。可是我們不能怎麼樣。(他)就很吵很討厭。」(受訪者 A3)；「(室友)吵架是不會啦。有些人在叫，沒辦法，能怎麼辦？醫生都沒辦法。已經聽習慣了，他就那個病。他敲你也沒辦法，自己睡。」(受訪者 A4)；「室友會吵的話也只能忍耐，真的會吵，腳痛就會哭。」(受訪者 B3)、「他(室友)很煩啊，晚上哇哇叫的。」(受訪者 B5)

狀況尚佳，故希望能跟同樣身體不錯者住在同一房，才比較有人可以互動⁶²。

室友或者是住在同一區塊的其他住民，是住民最常互動、相處的對象，無論是睡眠時間或是白天的空閒時間，因此若能彼此關係融洽，或者至少不要被過份干擾到自己的作息生活，那對於住民的機構生活品質都是有益的。尤其是對那些「意識清楚」的住民來說，若機構方能夠將失能程度接近的住民安排住在一起、集中管理，那麼他們也比較能彼此有照應，亦能相互多少聊個天、有個能講講話的朋友；但若是院方隨便分配床位，則可能就會有意識清楚的住民居住在，周遭住民多為臥床、言語能力退化者的情況，則對這名住民來說，必定會覺得孤獨，因為沒有其他住民可以互動。

而根據筆者在護理之家觀察到的，該機構的管理措施之一就是按失能依賴程度予以分類住民的居住樓層，因此高樓層狀況較好的住民，其與室友或在同一層的其他住民間就能較有互動，而低樓層失能程度較嚴重的住民（基本上都是長期臥床、已無清楚意識）則集中管理，也方便照顧人員的人力配置。是故，床位分配與住民分類對於長期居住在機構中的住民來說，是滿重要的，十足影響其福祉；而這件事沒做好的話，住民是很有感觸的。

(2) 與外籍照服員的語言溝通障礙

由於我國照顧服務員市場在人力供給上要為短缺、招募不易，為補本國籍照顧人力之不足，故政府開放引進外籍照服員，以緩減長期照顧人力不足之困境。不過，雖然外籍照服員能夠跟本國籍做到一樣的勞動，但相對於後者所使用的是國語，能夠和住民、家屬在溝通上沒有障礙，也可以有效傳達欲表達的意思，甚至台語也基本上能夠聽與說；而前者來說，畢竟國、台語非其母語，且短期內無法熟稔，故可能讓住民覺得「有聽沒有懂」、面臨雞同鴨講的困難，這種語言溝通障礙雖然可以透過表情或肢體動作來猜測，但若有效聽懂住民需求、作出適當回應，或是能夠與住民有良好的互動及言談，則勢必要加強、改善外籍照服員與住民的溝通困難。

不過所謂耳學目染，或者說為了能夠做好工作，則外籍照服員無論自願或被迫都漸漸學會講國語，才能夠跟順暢地與住民講話，像是安撫或是簡單的打招呼等，甚至是台語也通⁶³。但是不可否認，初期外籍照服員可能不太會講國語，或者講話仍口音很重等，還是會對照顧服務有一定影響，住民與其言談和互動間多少還是有隔閡。

(3) 照顧人員的流動率

無論是何種工作，人員的流動率太高都不是好事，而照顧工作因為牽涉與住民有高度的互動關係，像是比較私密性的身體清潔、換尿布，或是上下床、翻身等有肢體接觸，這些工作內容都與住民在機構中生活息息相關；換言之，照顧人員是住民最常接觸、互動頻繁的對象，因此若是照顧人員常常換人，對住民來說絕不是件好事，他們必須重新適應、與這個對他來說是陌生人的新照顧人員建立新的互動模式，而初期可能有許多摩擦，至於與原照顧人員的情感連結可能就斷了，讓住民覺得失落等⁶⁴。

⁶² 「比較喜歡那樣（把身體狀況好的安排在一起），因為他們剛來的時候都是可以聊天，還有聽覺。（雖然）來了幾年慢慢就退化了」、「跟年紀大的互動有障礙，因為他們大部分都失智、耳聾，很困難。因為耳聾很難溝通。有的伯伯來找我，我馬上跑到別的地方，因為對我來講很困難。比手畫腳又不會。」（受訪者 A3）

⁶³ 「他們都說國語，都國語為主，台灣話講他們也聽不懂，他們講越南話我們也聽不懂。有事叫他們要講國語，講國語他們就聽得懂，啊台灣話久了也會講，很會講。啊這邊老人家大部分都台語。」（受訪者 B4）

⁶⁴ 「照顧員也沒有那麼多，很多照顧員都要離開的都有啊，因為不好就跑別的地方...而且聽到很多照顧員都想離開了，他們就一直想要走，我也不知道是什麼原因。換了就要再重新。」（受訪者 A6）；「一些外勞都要值班，現在少了，

(二) 基本權利：指的是作為人應享有的自由、自主、自覺之權利，而這些權利應該受到他人的尊重。

1. 隱私：指應尊重、保障住民的私密與自我空間，不被他人侵犯

住在機構中，勢必是集體化的生活，難有像在家中一樣享有私密性的空間與時間。比起單人或雙人房，若是四人同房，則更難說有什麼私人空間，而且再加上如廁、沐浴等皆需照顧服務員的協助下，保有個人隱私（特別是私密處）並不容易⁶⁵。雖然住民說著「習慣了」，但卻是迫於團體生活下的無奈，尤其面對的是非家人親屬的一群陌生人。久之也就日漸習慣了，而且人人也都是這樣過來的。

此一「身體隱私不受保障」的感受雖僅有一位住民提及，但確實反映出他對此一服務品質項目的重視，而且就筆者實地觀察所得，確實照服員在更換尿布時並沒有「順手」拉起簾子，就直接解下該名男性住民的衣物並換上，然而該房與房外的走廊上，是有女性住民在的。即便該住民已是呈現高度失智狀態，但在外人眼中，這種被剝奪身體隱私、「看光光」的情況，還是會覺得不受尊重，但卻是研究合作機構之榮家的常態。

2. 肢體約束：住民長者的肢體被綁、約束起來

儘管受訪對象皆未受到約束，但其仍可見到有些人被約束起來。對此，受訪長者表示可以理解約束的用意，其知道約束不是隨便約束，而是為了安全；只是可以想像得到一定很不舒服，或覺得被不好地對待⁶⁶。

對於意識清楚的住民，理智上可以理解使用約束只有在必要時，但約束卻往往是用在失智程度高的住民，因為他們在意識不清時會下意識地扯下讓其感到不舒服的東西如鼻胃管，或者是還誤以為自己能從輪椅起身、獨立站起來行走等，這些情況皆可能會對其造成危險或傷害，所以才有約束的必要，只是當肢體自由被限制、「綁起來」，還是會抗拒。

3. 自主性：以協助代替強迫、盡可能尊重住民的自主判斷與選擇

(1) 尊重自主性：並不會因為住民身體狀況等原因就故意忽視其自主功能。

雖然入住養護機構意味著住民無法生活自理、需要協助，但不表示他們就完全喪失身為一個「人」的自尊，他們也不希望自己凡事都要依賴他人才能過活。能自己做的事就盡可能自己做，一方面可以當做鍛鍊，另一方面表示自己還行、不是完全無用之人⁶⁷。

另外就筆者的觀察，以餵食為例，照顧服務員並不會為了趕時間因而選擇直接餵住民，通常是讓能自己吃的住民自行慢慢吃；除非是住民吃不多但其體重又下降太多，才會直接餵，同時也是為了住民健康著想，一定要多少吃一點。另外當住民要裝水時，照顧服務員不會直接把水瓶拿去裝，

有些有了孩子不想幹了，走了，有些生了孩子又回來了...我們主任看到她不好，就換到二樓去，他有小孩子、跟丈夫吵架啊，現在走了吧，我都沒看到。」（受訪者 B5）

⁶⁵ 「換尿布沒有把簾子拉起來，習慣了（被其他住民看到不會不好意思），沒辦法，在這邊就這樣。有外面的人來才會拉起來，平常就隨便（沒拉起來）。」（受訪者 A1）

⁶⁶ 「怕他拔管啊，當然要約束啊，一約束就會一直叫阿。一定是啊（不舒服），一定不喜歡，但沒辦法。他拔掉那怎麼辦，那是為他們好。當然是不舒服，後面就習慣了，這沒辦法。」（受訪者 A3）

⁶⁷ 「有的還要餵，我（可以）自己吃。」（受訪者 A1）；「洗澡、上廁所都我自己來，你如果沒辦法跟他們說，小姐就會給你幫忙。」（受訪者 B4）

而是讓住民自行坐著輪椅到飲水機前，他們只是在旁注意看會不會開熱水燙到而已⁶⁸。

這種「尊重住民自主性」的表現，一方面對住民來說是種鼓勵，另一方面對照顧人員來說，則能多少減輕一點工作負擔，也避免完全剝奪到住民的行動能力，或多或少讓肌肉仍有伸展，不要退化太快。

(2) 行動受限：住民的行動或活動範圍受到一定限制，無法隨己意自由走動，甚至是生活作息都必須被迫集體統一化。

雖然前面提到尊重自主性是重要且正向的，然住民也有表示，覺得自己的「行動自由受到限制」，此乃肇因於機構訂定的每日照顧流程以及人力吃緊等原因。舉例來說在榮家，用完餐後，除非住民不想小睡，否則照顧服務員一律會將住民送上床，直到兩小時後再協助下床。這段期間內，若有住民覺得休息夠了想下床，但未到表定時間是不會有人幫忙下床的⁶⁹。

而前文提到的人力不足加上一定要有人陪同的情況下，亦使住民想至戶外活動受到限制。對他們來說，即便這樣的規定是院方基於安全與人力調度上的考量，但是就住民主觀感受，就是覺得自己的行動受到限制、被人「關住」：「我們這裡他規定得很嚴格，不能隨便，到下樓都不行的。一定要有人陪你去。...反正不要想了，有誰陪你走？去外面不可以，到樓下都不可以的」（受訪者 B5）

另外，機構是相當規律的集體生活，雖然好處是每天固定的行程對失智住民來說，能讓他們清楚何時該做什麼事，但對於神智清楚、僅是失能的住民來說，這樣的生活模式不見得習慣，不過久了也得被迫習慣—自己的生活被別人所掌握、自己不能作主⁷⁰。

(三) 服務者的態度：是指護理師與照顧服務員此兩類服務提供者，在提供照顧服務的過程中，讓住民長者所感受到的行為表現。

1. 親切度：即服務行為的親切感程度

(1) 親切、客氣

讓住民感覺到照顧他的人是誠懇，而不是冷冰冰、高高在上的，對其是很重要的。尤其這些照顧者基本上就是他們少數能接觸到的人，所以親切程度會影響住民對他們的信任，以及互動關係的好壞。尤其照服員是住民最常接觸的對象，舉凡一日開始之際的下床，之後的洗澡、餵食、換尿布等皆是照顧服務員在服務，所以照服員的態度、能否讓住民感到親切，是住民相當在乎的事⁷¹。

不過，在護理師的部分，雖也是照顧者，但接觸頻率不及照服員，多半是巡房、換藥時才偶有互動。所以即使護理師對每位住民的身體狀況十分瞭解，也透過照服員接班時的口頭報告來知悉每日的照顧狀況，然住民對護理師的熟悉程度不如照服員，長期下來可能多少會讓住民覺得護理師

⁶⁸ 「我們能夠動的就自己動，比方說倒開水啊。如果是熱開水就請他們幫忙送，怕跌倒啊。溫開水我就自己來。」（受訪者 A5）

⁶⁹ 「你看這樣好幾個小時，太累了。好幾個小時躺在那邊。（躺在床上）睡一下子，想下床也不能下床。」（受訪者 A1）

⁷⁰ 「每天就是這樣子三餐時間，我們是當過兵是還好。這裡跟部隊一樣，什麼時間到了就做什麼事」、「每天吃飯、睡覺、等死這樣。生活作息剛來時很不習慣。」（受訪者 A3）；「有時候在外面有活動，會帶我們去，要待久一點也不行。時間到就要送回來。」（受訪者 A1）

⁷¹ 「（照服員）也是可以啦。有時候也是哈哈笑、開玩笑、一直笑，也是很好。」（受訪者 A2）；「他們（照服員）對我還不錯，很親切。」（受訪者 A4）；「他們照顧人員的態度都是很客氣。」（受訪者 B2）；「他們（照顧服務員）都不錯。動作溫柔、態度很好，會聊天。」（受訪者 B5）；「大家（護理師、照服員）都很好，都很客氣。你對我客氣、我對你客氣，大家互相嘛。」（受訪者 B4）

「較沒有那麼」親切。此外，根據筆者的觀察，護理師一天下來的工作情況，多數時間是坐在櫃檯「處理行政事項」居多，例如安排照服員班表、各種文件的填寫等，自然跟住民的互動不多⁷²。

(2) 責備

如果是因為繁忙而有時忘了打招呼或沒時間噓寒問暖，住民倒也可以體諒，但大聲斥責或碎念則是令住民相當討厭的，尤其像不小心打翻東西或是忍不住排泄需換尿布，抑或太頻繁呼喚照服員等，這種住民自己非故意但又無法自我控制的情況，若又被人責備，他們是會感到不開心、難過的。畢竟就是有需要、有事才會找人協助，而非無緣無故、故意使喚照顧人員，所以當然希望對方除了把事情做好外，也不要忘了維持禮貌與好的態度⁷³：「照顧的人態度好，不會罵⁷⁴。」(受訪者 B1)

2. 細心程度：在執行工作上的細膩與貼心程度

(1) 草率、散漫或馬虎

其實照顧服務員做事有沒有偷懶或是漫不經心等，住民都看在眼裡，只是礙於日常生活需仰賴對方的照顧，所以多半是睜一隻眼閉一隻眼、不太敢吭聲，但會記在心裡，日子久了就知道哪些人是比較認真、哪些是比較會摸魚、馬虎。以洗澡為例，就有住民覺得照服員洗得很隨便⁷⁵：

「他們洗當然沒有自己洗得那麼好，他們都不一樣嘛。他們洗得乾不乾淨，我們都不好意思講。... 有時候會覺得洗不乾淨，有些人好的、仔細的不會(洗不乾淨)，有些人比較粗心、馬馬虎虎。我都知道，就是不好講。」(受訪者 B5)

除了執行日常照顧的照服員外，護理師的工作態度也會影響機構服務品質。就有住民提到，他認為負責照顧他們的護理師很消極，甚至覺得被忽視⁷⁶。護理師並非醫師，屬於醫療輔助角色，而長照機構又非如醫院般之專業醫療，所以在從事治療行為上有其限制，但住民只知道、期待的是照顧人員幫他們解決問題，或至少在態度上也讓他們覺得是有在積極處理的，而非推諉。這種不當一回事的態度長期下來，就如同受訪住民所言，最糟可能讓住民覺得「算了、放棄了，就這樣，因為不會好嘛，反正有病嘛，跟他們講也不理嘛，就沒有辦法，就算了。算了，不要講了、放棄，幹什麼要這樣掙扎了，我都會這樣想。」

(2) 認真、熱心

與前一個相反，若有照服員是認真努力地工作，住民也同樣分辨得出來⁷⁷。尤其機構內的照服員或護理師絕對不止一人，所以誰散漫、偷懶，誰又是認真負責、做好工作，一比之下更是明顯，

⁷² 「護理師很忙，沒時間聊天。態度普通。」(受訪者 A1)

⁷³ 「有的(態度)很好，有的不好。最討厭會罵人的。有的大聲叫罵」、「太常常按(呼叫鈴)也不行，(他們照服員)會生氣。」(受訪者 A1)

⁷⁴ 反過來說，代表受訪住民認為若照顧服務員罵她，就是態度不好的表現。

⁷⁵ 「沒有洗乾淨。太多人要洗，隨便洗。自己洗洗乾淨，他們洗不乾淨。洗頭、洗身體沒有洗乾淨。抹一抹沖水就好了。」(受訪者 A1)；「洗澡就是他們會洗，不用心、擦一擦、水沖。」(受訪者 A5)

⁷⁶ 「像我們這裡，身體不舒服的地方跟護理人員講，他們很不積極...哪裡不舒服，麻煩你幫我們做什麼做什麼，因為這邊有的不能看，要到外面看。安排我們去給人家看，啊他們就不要，已經很痛了...給我們的感覺就是敷衍了事，很直接地感覺得到。」(受訪者 A6)

⁷⁷ 「要做的工作都會叫他們做，都會做好好的」、「這邊煮好、不用工作、有得吃、換尿布、還有人抱上床，你在家有這麼好嗎？親人有可能這樣做嗎？有這麼勤勞嗎？他們(照顧人員)是賺錢的，就是請他們，啊他們認真做。」(受訪者 B3)；「服務人員很熱心啊。」(受訪者 A5)

所以住民自然會較喜歡那些認真的人，覺得找他們比較靠得住。

(3) 細心地知曉個別住民的習性

不過就筆者觀察，資歷越高的照顧服務員其實越細心，或者說因為相處時間久了，自然就越瞭解到個別住民的生活習性與脾氣，所以會按不同人的個性來應對，例如有些住民就是要用「哄」的，而有些住民就是習慣怎麼做之類的。這點對個別住民來說或許感覺不出來，不過在外人（筆者）眼中是很明顯可以發現到的，此正是有經過細心觀察與留意的工作表現⁷⁸。

3. 尊重：尊重住民所表達的意願、接受住民的選擇等

行動不便的長者確實因為生理上受到部分限制而無法單獨一人去做某些事，但照顧者不該是每件事都是替長者做到好，而是要先評估他的能力到哪邊，不足的部分再由照顧人員來從旁協助，不要剝奪他僅存的活動能力。如此一來既可以讓照顧服務員少點工作負擔，二來也是肯定住民的自我價值，因為不必凡事都「替」他做，他還可以「自己來」⁷⁹。

而尊重的另一個展現，就是體諒與懷有同理心，盡量設身處地為住民想，理解到人老了以後都會面臨到有諸多困難，像是如廁需要人攙扶，或是因為重聽需要多重複幾次等，因而需要他人的多加協助，而非故意麻煩人家。因此，無論是口氣或是表情，照顧人員若能多表現出尊重體諒，相信住民長輩是能感受得到的⁸⁰。

(四) 人際與社會互動

機構內的住民長者與院內外之人、事、物保持一定的互動關係，是為人際與社會互動，且此實為住民相當重視的部分。畢竟，人是社會動物、幾乎難以脫離社會群體而獨立存在，因此從出生後，就無可避免地無時無刻與人產生互動及交流⁸¹。

1. 機構內活動：機構應有定期或特殊節日的活動，以供住民娛樂、解憂

以榮家來說，院內最主要的活動就是定期的卡拉 OK 活動時間，約是一週一次，用意在於讓久居機構中的住民們有個悠閒、放鬆的活動。不過卡拉 OK 一方面偏向靜態，另一方面會願意且有能力唱歌的住民就是固定某幾位而已，多數住民只是呆坐⁸²。對於不喜歡唱歌的住民來說，卡拉 OK 的活動並沒有參與感，頂多就是聽聽而已；然而，這又是院方唯一提供的、較定期的活動而已⁸³。

此外，尚有不定期舉辦某些競賽活動，或者是參訪行程。可是偏向動態的活動並不適合養護區的住民，因為該區住民皆屬行動不便者，他們頂多是到場觀看而已，無法親自體驗；換言之，沒有考量到不同身體狀況來設計活動，所以讓養護住民更多是「乾瞪眼」。再加上生活作息相當固定，住

⁷⁸ 「這邊（照服員）都做很久了（流動率不高），都很熟，都知道習慣。」（受訪者 A3）

⁷⁹ 「工作人員態度都不錯。很尊重、親切，很重要。」（受訪者 A3）；「洗澡、上廁所都我自己來，你如果沒辦法（再）跟他們說，小姐（照服員）就會給你幫忙。」（受訪者 B4）

⁸⁰ 「同理心跟尊重都要，雖然他聽不到，但感覺得到。他看你的表情就知道了，所以老人家一看你不對勁就不理你了。」（受訪者 A3）

⁸¹ 另一方面從馬斯洛（A. Maslow）的需求層次理論（Hierarchy of Needs）來看，在基本的身體生理需求（Physiological Needs）與安全需求（Safety Needs）之上，便是社會關係（Love and Belonging Needs）的需求，例如友誼、愛情及隸屬關係等。

⁸² 「我們這裡有卡拉 OK，聽他們（其他住民）唱歌。一個禮拜有一次的時間，但沒有人唱。」（受訪者 A1）

⁸³ 「沒有活動，只有唱歌。隔壁棟才有卡拉 OK，除非小姐帶我們去，只有聽而已。」（受訪者 A6）；「除了看電視，沒有其他活動，（還有一週）一次卡拉 OK 而已。」（受訪者 A7）；「活動是很少啦，這邊活動很少...私人（機構）的是比較、很多活動啊。」（受訪者 A6）

民可以自由活動的時段只有兩餐中間扣除休息後的剩餘時間，約莫 2 小時。因此對於某些住民來說，難免覺得活動既不精彩；即便好不容易有興趣的活動，也意猶未盡⁸⁴。

其實住民每日最大的娛樂也就只有電視而已，甚至算不上是娛樂，只是用來耗耗時間用，更多時候是在發呆⁸⁵。相較之下，護理之家除了也有基本的電視外，還會不定期舉辦「多元」活動，例如手工藝、繪畫等，由社工師負責設計，而不會都是重複性的活動，以免讓住民久了就覺得了無新意。每天下午 3 點半也都會播放適合長者運動的體操影片，讓住民多少能「動動」，照服員有空也會在旁一起或鼓勵住民動起來、一塊同樂。根據此處住民給的回應，頗受好評：「活動不錯、好玩。」（受訪者 B1）；「活動都有趣，不會說都差不多。我們禮拜四這邊還有教我們幾個可以溝通的去上課，學到老學到老。」（受訪者 B2）

對住民來說，若機構能提供有趣、重複性低的各種活動，一方面有助於讓其能多活動、多動腦，另一方面也能讓住民過得比較開心一點，不會一天到晚覺得每日都是過著一成不變，而且還能有機會跟機構內平常較接觸不到的其他住民有交流、相互認識的可能。

2. 與外界互動：與社區、社會或慈善團體等的有互動的機會，讓住民在少有變化的生活中增添新奇感

每天面對的事、同樣的人，若能有些「生面孔」多少會為住民生活帶來點不一樣。事實上，偶爾確實會有社會團體來院裡跟著民互動，不過一來是走馬看花、一次性的表演，而非定期表演；二者活動、表演的內容不見得符合住民的喜好，所以僅是聊勝於無⁸⁶。不過也是有住民表示，有表演還不錯，覺得有人來唱唱跳跳挺熱鬧的⁸⁷。

還有像是附近學校的服務性社團在寒暑假期間，因為有較長的假期，可以到機構來跟住民互動，無論是單純的聊天寒暄，或是帶動跳、表演等有聲光效果的活動，通常是能夠吸引住民注意，多少帶來點不同於日常機構生活的不一樣。或者，像在護理之家，學生還能夠充當帶住民出外的人力（社工師亦會陪同），陪著住民去附近商店簡單採買等⁸⁸。此外，也曾經有幼稚園孩童到訪機構，而住民見到孩子無不感到高興。就有護理師表示，住民最喜歡的莫過於有小朋友到機構來，因為就像見到自己的孫侄輩般。

此外，值得注意的是會有志工、以及在榮家會有天主教友固定來訪視。雖然後者是只有信仰天主教的住民才會較常有互動，但這些教友也很歡迎其他住民一同參與彌撒或唱聖歌，只是就筆者觀察，其他住民極少有意願；至於志工則是協助推輪椅前去復健或散步，還有表演一些像是說故事、體操的活動等。又志工多是年紀相近的，所以住民在與他們互動時會比較開心，畢竟有人可以聊聊，而且志工通常是長期服務，所以能與住民建立熟悉、信任感⁸⁹。

⁸⁴ 「有時候在外面有活動，會帶我們去，要待久一點也不行，時間到就要送回來。」（受訪者 A1）；「（如果可以的話，會想要待久一點嗎？）想啊。」（受訪者 A2）

⁸⁵ 「（就是）看看電視，他們看什麼我就看什麼...有時候自己推著輪子走來走去，這樣子而已。」（受訪者 A1）；「最大的樂趣就是看電視啊...（我）還是會喜歡看表演，只是時間到就要走。」（受訪者 A3）；「都沒什麼特別開心的，就看電視、新聞。」（受訪者 A4）

⁸⁶ 「從台北來的學生唱歌、表演、跳舞，帶我們去看半個小時。就在那邊坐著看，沒有什麼。」（受訪者 A1）

⁸⁷ 「像是之前高雄來的演奏老歌、小蘋果。有人來表演我最喜歡。」（受訪者 A3）

⁸⁸ 「如果暑假的時候有學生來，他們就可以陪你去到哪裡去哪裡玩。」（受訪者 B5）

⁸⁹ 「這邊有教友會來活動。比較少有（外面的人來），幾乎沒有。比較私人的（機構）有...私人的是比較、很多活動啊，最好是多一點互動啦。教友還會去。」（受訪者 A6）

3. 住民間互動：住民之間的互動樣態

(1) 溝通與互動障礙

無論是室友或是住在同一層的其他人，基本上都是長期生活在同一空間中，所以主要的社交對象也是彼此；不過，失能程度不一所造成的溝通問題會是一大障礙⁹⁰。舉例來說，當同樓層多數的其他住民都是失能程度較高，則狀況較好的住民就會覺得沒人可以聊天⁹¹，因為其他人要不就是無法講話⁹²，不然就是重聽很嚴重⁹³，所以連基本的談話都成了問題，更何況是交心。此外，若住民為外省籍，則其地區腔調亦會造成一定程度的溝通問題：「可是有時候話他們聽不懂，因為我上海人嘛，不是台灣人，有口音嘛，有時他們聽不懂嘛。」（受訪者 B5）

這些障礙多少會構成住民間在互動上的問題，使得他們不易與他人建立社會性關係，特別這些住民是長期居住於相較封閉的機構中，且多半有失能狀況，若還不能跟每日生活在一起的其他住民有陪伴、聊天的良好人際社交關係，則勢必會感到索然無味與孤獨，對於身心靈都不是件好事。

(2) 相互干擾

於「床位分配不佳」的說明有提到，住民因為個人生活習慣的差異，或是認知功能障礙、失智程度有別，而可能導致住民間在生活上的相互干擾⁹⁴。雖然不見得一定要跟室友有好交情，但至少求不要打擾到自己起居⁹⁵。

關於干擾問題，長期下來可能造成某住民對另一干擾到其生活的住民心生怨懟，也會影響兩人間的關係；好的話是彼此互相忍耐，但壞的話可能就是互看不順眼、甚至發生口角等衝突，嚴重點還會造成所有住民間的緊張氛圍，這種問題必然不利於人際與社會互動。

(3) 朋友與交談

但是住民間的互動對他們來說又是很重要，因為要是真的能找到知心好友⁹⁶，可以相互在機構內扶持、關心，就不會感到孤單⁹⁷。畢竟都是遠離家庭，來到陌生但又要集體生活的機構中，家人也沒辦法常常來看，所以找個聊得來的人相伴是心情好的關鍵⁹⁸。而相處久了有了感情，若朋友先

⁹⁰ 「（這邊的人）可是都是聾子，我年紀最小。要講很大聲，（所以）懶得跟他講...（這邊的人）就呆呆的、都在睡覺。連講話的對象都沒有，都是聾子。」（受訪者 A1）

⁹¹ 「跟年紀大的伯伯互動有障礙，因為他們大部分都失智、耳聾，很困難。因為耳聾很難溝通。有的伯伯來找我，我馬上跑到別的地方，因為對我來講很困難。比手畫腳又不會...你看失智又耳聾要怎麼跟他？一個問題問三天，今天跟他講了，明天又來。被問到很煩。」（受訪者 A3）

⁹² 「另一邊認識，但不怎麼交談，因為他們不能對談，他們比較不好的狀況。」（受訪者 B2）

⁹³ 「孤單寂寞，沒有人主動找我聊天，我也不便，因為耳朵重聽，有時答非所問，講話又怕講錯嘛，傷感情嘛不好。」（受訪者 A5）

⁹⁴ 「晚上有人叫，會被打擾。她講阿美族的話聽不懂，吃藥就不發作。」（受訪者 A1）；「（室友）吵架是不會啦。有些人在叫，沒辦法，能怎麼辦？醫生都沒辦法。已經聽習慣了，他就那個病。他敲你也沒辦法，自己睡。」（受訪者 A4）；「室友會吵的話也只能忍耐，真的會吵，腳痛就會哭。」（受訪者 B3）

⁹⁵ 「室友也還好，不會互相打擾。」（受訪者 B2）

⁹⁶ 「有朋友，他原住民的，我們一樣的。有朋友會比較開心。」（受訪者 A2）；「可以正常溝通的社交很好。遇到可以讓生活比較有趣，可以講話...友情很重要，有人可以聊天、互動。」（受訪者 A3）；「有朋友可以講話很重要。」（受訪者 B1）

⁹⁷ 「都會跟同一家的互動、聊天，有伴。」（受訪者 B2）

⁹⁸ 「這邊這麼多人就很熱鬧，都會互相聊天，很開心，像鄰居那樣，坐著聊天，不然像啞巴一樣。都坐固定位置，多少都認識同桌的。就是看電視、聊天這樣而已，沒有覺得無聊。」（受訪者 B4）；「我覺得在這裡久了，老了，都有感情了嘛。有些喜歡聊天我跟他聊天，有些不會講。關心他們這個我們嘴巴講會，但沒有辦法照顧的。有時候我煮東西給他們

一步離世了，對住民來說，無非是一種打擊與無奈，畢竟又少了一個可以交心陪伴的人了⁹⁹。雖然機構住民並不少，但要找到個能夠合得來的朋友，能相互照應、講講話，也不容易，因此更顯朋友的重要。

住民間互動的好壞之所以重要，乃是因為生活在機構中的住民長者，其生活重心最主要就是在跟其他住民一起，而照服員、護理師雖也是其每日都會接觸到的人，但畢竟不是跟著一同居住在機構中，只有住民本身才能感同身受在機構居住，所以住民間是友好、能聊天解憂，抑或是相互干擾、不易交流的，皆會影響住民在機構中的行為表現與情緒反應。

4. 與照顧人員的互動：住民與護理師、照顧服務員的互動關係

(1) 陪伴

雖然照顧人員很忙，但有空時還是會寒暄幾句、開開玩笑¹⁰⁰，再加上日子久了，住民與照顧人員就會漸漸熟悉彼此，能聊得更多¹⁰¹。而通常照顧人員的「態度」要讓住民覺得好，住民他們才會願意多接觸、多聊天¹⁰²。然無論如何，照服員是住民日常生活中最常接觸（相較於護理師）、最瞭解住民生活大小事之人，所以與照服員的互動關係之好壞，亦會影響住民居住在機構的心情與感受。

(2) 疏離

因為護理師們僅有日班工作，晚上則是照服員巡房加上留守的護理師，所以護理師與照服員相較之下，與住民接觸時間較少¹⁰³。

不過也非所有住民都覺得護理師對他們太疏離，只是因為護理師一方面與照服員的工作分工是明確的，一方處理醫療、另一方負責日常照顧，所以自然是後者與住民接觸的頻率與時間較多；另一方面，護理師還要處理文書、聯繫等工作，因此待在工作站的時間也就比較久，和住民相處、互動時間也就相對壓縮了。有時候住民也會抱怨照服員太忙：「(照服員)沒有時間跟你聊天。」(受訪者 A1)；「聊天是比較沒有，他們也沒有時間聊啊。」(受訪者 A6)

總的來說，住民並不是特別針對照服員或護理師，只是在與這些照顧人員的互動上，希望他們多點陪伴，不要太疏離、冷漠。

(五) 滿足需求：機構應盡可能讓住民反應的需求能夠被滿足，以利於住民的身心健康。

1. 飲食需求：住民的飲食需求能否被滿足

(1) 口味不合

飲食需求是所有受訪住民中一致都會提到的，顯見此雖然很基本但卻是住民們相當重視、在乎的事，尤其住民的一天作息即是環繞在三餐上。

提供給年長者的餐食通常基於健康與營養考量，是由營養師負責設計菜色，而這類餐食往往是

吃啊，這個可以啊。」(受訪者 B5)

⁹⁹ 「跟好的朋友有啦(聊天)，他去世了，現在我一個人。」(受訪者 A4)

¹⁰⁰ 「都認識照顧的人，認識久了可以講講話。」(受訪者 A4)；「態度很好啊，會聊天講話。還是很照顧啊。有，更認識對方，那些幾個就會顧。」(受訪者 A7)；「人員的服務都很好，都會主動打招呼。」(受訪者 B2)

¹⁰¹ 「跟照顧人員都很熟、都會講話，他們跟我女兒也很好。」(受訪者 B1)

¹⁰² 「大家(護理師、照服員)都很好，都很客氣。你對我客氣、我對你客氣，大家互相嘛。」(受訪者 B4)

¹⁰³ 「(跟護士互動)少之又少，就是發藥的時候。擦藥啊、吃飯的時候分藥包，就這樣而已。」(受訪者 A6)；「護士有來看，要看病就來。比較沒有這麼常來，不像(照服員)每天。」(受訪者 A7)；「其實護士沒什麼話跟我們說，就是我們老人家之間講講話。」(受訪者 B4)；「我不敢跟護士聊天，他們很忙。」(受訪者 B3)

「少油少鹹」；況且隨著年紀增長，住民的味覺功能必然退化，對味道的敏感度會下降，所以往往需要「加重口味」才能嚐到滋味。兩種因素綜合下，住民對於提供的「健康餐食」多有埋怨¹⁰⁴。

此外住民的牙齒咀嚼功能亦不如以往，所以肉品類若沒有經過處理，例如煮久一點煮到軟爛，或是切細一點等，其實並不好咬，對住民是種負擔。雖然機構有提供正常餐與軟食（如粥類）等不同種餐食，但正常餐中偶爾還是會有大塊、不夠軟的肉，所以即便是牙齒尚佳的住民也可能不方便吃¹⁰⁵。抑或是覺得菜色不夠營養、重複性高，特別是對於比較講究的住民來說¹⁰⁶。

但是對於大部分住民來說，要不真的合口味、要不抱持著能吃就好的心態¹⁰⁷，再不行就自行添加點調味¹⁰⁸，所以多少都能接受機構提供的餐食。不過三餐是人每天最基本的需求，而且住民深居於機構中，因此對於飲食較為重視也是自然的。

(2) 份量不夠

吃得合不合胃口是一回事，吃不吃得飽又是另一回事。就有榮家住民反映，即便已經吃過晚餐（下午 4 點半），但漫漫長夜至隔天早餐（早上 6 點）之間若覺得肚子餓，只能忍耐，因為廚房只煮三餐。該住民想到的解決方法是，請家人來探望時順便採買些她喜歡吃的東西放在冰箱¹⁰⁹，以備嘴饞想吃機構準備的餐食以外之食品，或是晚上充飢用。

不過，覺得份量不足應只是個案，或者乃是肇因於菜色不合胃口才吃比較少，後面才會覺得肚子餓。基本上，長者胃口都不大，而機構所提供的餐食份量都是符合一般長者的食量。只不過對住民來說，飲食需求是最基本的，所以自當會較為重視，對此的抱怨亦就比較多，顯示出飲食需求是機構照顧品質中相當重要的。

2. 身體清潔：保持住民的身體整潔

一般機構的安排是兩天洗一次澡，無論冬天、夏天皆是如此；而之所以這麼做的原因在於，洗澡是件「大工程」。由於失能長者無法自行沐浴更衣，所以從脫衣、洗髮、洗頭到穿衣皆須仰賴照顧服務員，再加上一層樓的住民最多有 20 位，可是該時段卻只有 2 名照服員能支援洗澡，顯見人力相當吃緊。

在這樣的情況下，想當然爾每位住民的洗滌時間不可能太多，所以就有住民表示，她覺得照服員只是隨便洗、沒有洗乾淨¹¹⁰。尤其她又是「女性」（以一般民眾身份入住），頭髮比男性長得長，

¹⁰⁴ 「食物不好吃，不合胃口。不愛吃，很淡。不愛吃他們煮的，沒有放鹽巴。」（受訪者 A1）；「吃的也可以，就是不夠鹹，我們原住民就是喜歡鹹的啦。這個再好，沒有放鹽巴，不能吃的啦，吃不下。再怎麼吃，也沒辦法，還是有鹹比較好吃。」（受訪者 A2）；「吃的也是一樣，剛剛來不習慣，跟家裡不一樣，太淡，家裡是剛剛好鹹，來這邊很久才有比較習慣一點點。不習慣是對啊，沒有辦法。」（受訪者 A7）

¹⁰⁵ 「不喜歡吃他們煮的。沒有牙齒，咬不動那個肉。有的軟沒有味道。」（受訪者 A1）

¹⁰⁶ 「吃很重要...吃是最基本的，蛋對我們老人家是有營養的，但是一個禮拜吃不到兩顆蛋...那個豬肉去煮一煮加點醬油，一共吃了六天，吃膩了、很膩了。」（受訪者 B2）

¹⁰⁷ 「三餐有人煮，吃得很習慣遍也吃得飽，三餐不是魚就是豬肉，有三樣菜。看我吃到這麼胖，還不用做事。」（受訪者 B3）；「我都比較隨意，有煮什麼就吃什麼。口味可以合，有得吃就好。」（受訪者 B4）

¹⁰⁸ 「有罐頭啊，去超市買嘛。吃得不習慣就自己加嘛，這個不喜歡就加一點。」（受訪者 B5）

¹⁰⁹ 「沒有辦法只能吃這邊的。晚上肚子餓也沒有辦法，（只能之後）叫家人買東西放到冰箱。」（受訪者 A1）

¹¹⁰ 「隔一天洗一次。沒有洗乾淨。太多人要洗，隨便洗。自己洗洗乾淨，他們洗不乾淨。洗頭、洗身體沒有洗乾淨。抹一抹沖水就好了...（有跟他說）這樣沒有洗乾淨，（可是）他們說這樣很乾淨，就去穿衣服...一個洗完換一個，坐圓圓的椅子。用水管沖。要排隊排很久，所以就隨便洗...在家裡自己洗，兩個小時。在這邊（只有）十分鐘，然後穿衣服。」（受訪者 A1）

所以理當洗髮要洗比較久一點，但可能因為女性在榮家是極少數、絕大多數榮民伯伯（平頭或者頭髮掉光了），所以照服員習慣用清潔男性住民的方式來處理。這位住民對牙齒清潔也相當看重¹¹¹。

護理之家也是有住民反應有「洗不乾淨」的問題¹¹²，不過多數住民對身體清潔這部分皆表示滿意，覺得服務相當好、洗得也很乾淨¹¹³。

3. 情感上的支持：提供住民在心靈與情緒上的支持

(1) 安心與信任

以榮家為例，夜班不同於白班，僅配有少數幾名值班護理師與照顧服務員來服務所有住民，不過因住民作息是下午 4 點半吃晚餐，然後約莫 6 點就全被放上床休息，因此一般來說夜班的工作量較少，所以配置的人力亦較低（一層樓僅一名照服員，全區僅一名護理師）。即便人力相較白班少很多，但住民多半表示說至少晚上還有人會顧，會比較「安心」，有需要時按鈴還是找得到人。儘管可能必須等待、無法隨叫隨到，但可以確定的是一定會有人在¹¹⁴。

至於信任，則可謂一種依賴關係，也就是對他人言詞、行為、承諾之可靠的肯定期望。正因為信任，所以對於對方的作為感到安心、對其有信心，所以維繫信任關係，將有助於減少人際關係中的不確定與脆弱性。無論是對住民或任何人，信任感的建立需要時間，隨著對某人的認識與情感交流，越深入瞭解對方的為人與行為作風，越能判斷其不可信、有沒有能力等。而住民對照顧人員懷有信任感的話，則除讓住民能夠安心於對方的照顧外，也便於照顧人員與住民的溝通、往來¹¹⁵。

(2) 意見沒有被重視

當住民對於服務或照顧人員的表現等事項有意見要表達，意味著其對該事的重視，而且可能是相當的重視，因為多半會先選擇觀察、忍耐，直到受不了、逼不得已通常才會反應，此時後續不管是照服員、護理師或是管理層是否有所動作或說明，決定了住民認為自己是否有被重視、尊重，或者只是人微言輕而已。

如果經住民反應過後有所改善，一方面有助於提升照顧品質¹¹⁶，另一方面也是鼓勵住民能踴躍表達其意見¹¹⁷，而其意見是有被傳達、聽見與受重視，這種正向回饋將能夠反映到照顧品質的再提升，盡可能提供貼近住民所欲的照顧服務¹¹⁸。相反地，若是住民即便反應了也沒有下文、沒有任何

¹¹¹ 「沒有刷牙，也不會叫你刷牙。（他們覺得）老人牙齒都掉光了。」（受訪者 A1）

¹¹² 「他們洗當然沒有自己洗得那麼好，他們都不一樣嘛。他們洗得乾不乾淨，我們都不好意思講。有時候會覺得洗不乾淨，有些人好的、仔細的不會（洗不乾淨），有些人比較粗心、馬馬虎虎。我都知道，就是不好講。」（受訪者 B5）

¹¹³ 「洗澡也方便，他們叫我們洗澡，也是幫忙洗澡、穿衣服。有洗乾淨，洗澡也很好。」（受訪者 A2）；「有洗乾淨、不會洗太快。動作不會粗魯。」（受訪者 B1）

¹¹⁴ 「晚上按（呼叫鈴）也會有人來，晚上比較快來。」（受訪者 A1）；「晚上也是走來走去看我們，有那個生病會打電話。」（受訪者 A2）；「晚上有人在都會巡。」（受訪者 B4）；「都會有人來照顧，很放心，跟家裡一樣，都有人照顧。」（受訪者 A4）

¹¹⁵ 「都認識照顧的人，認識久了可以講講話。都很信任。」（受訪者 A4）；「都在一起、聊天、都認識...跟照顧人員都很熟、都會講話，他們跟我女兒也很好。」（受訪者 B1）

¹¹⁶ 「雖然剛進來很清淡，還要自己準備鹽巴。但後來好像（反應過）有換過廠商，就好多了。」（受訪者 A3）

¹¹⁷ 「可能會有些做得不好，要跟他們（照服員）講。他們會改。」（受訪者 A4）

¹¹⁸ 「我跟他們說這個比較鹹喔，他們就會改進。菜色會換...這邊有人準備好飯菜啊，人有煮我們就吃。不好吃反映了有改進。」（受訪者 B4）

不一樣，那麼住民恐怕會覺得自己被忽略、不受重視¹¹⁹，其所在乎或抱怨的事項也不會有提升或改善的可能¹²⁰，這無疑是種對其的打擊與否動，最終可能影響其心理健康¹²¹。

即便機構確實有接收到住民意見，然出於某些原因而無法照住民所希望的方式來改進或改變，但至少應向住民妥善說明其理由，否則對住民來說，等同於是意見不受重視。

4. 身體機能的維持：指住民肢體功能的好壞程度

邁入老年後，基本上身體機能就是每況愈下，要能夠比以前更好是很困難的，因此能夠維持住、避免退化地太快就已是萬幸。而會入住長照機構的住民，有極大一部份的原因就是因為身體已有部分失能、須仰賴他人協助生活打理，而家屬可能又無力照料，故只能送到有專人全天候照顧的機構。

因此，打從進入機構可能就已是身體機能不佳的情況下，更凸顯維持現有肢體功能、不要太快退化的重要，而這也是多數機構均有提供復健的原因，用意即在盡可能維持住民的身體機能。至於對住民來說，也是希望自己不要太快退化¹²²，只不過退化是年齡漸增的必然結果，只能延緩、無法阻止¹²³，機構能做的就是盡量保持住民的肢體與活動機能而已。

有某些的住民則是覺得入住機構後，反而身體更好了，因為在機構有專人服務地很好、也不必再做事，所以過得比以前還要快樂、健康¹²⁴。或者經由復健的慢慢累積，察覺到自己的身體有在進步，這無疑是種鼓勵、身和心也會變得比較好¹²⁵，因此有好的復健、醫療與日常照顧，可謂是維持身體機能的關鍵。

5. 缺乏即時性：指無法在住民期望的時間內完成服務

對住民來說，服務的即時性相當重要，他們期望能夠在短時間內就能有人來滿足其當下的需求或解決問題¹²⁶，因為可能等待時間長且過程中會感到不舒服。以換尿布為例，當嬰兒尿布濕了的時候，就懂得用哭聲來提示父母其感到不適、需要有人換尿布了；而住民也是一樣，因為尿布濕了若繼續穿在身上，必定會覺得不舒服¹²⁷。若明明已經要求照服員幫忙更換，但卻還要等待、忍耐不適感，想必會不開心。

若能即時滿足住民需求¹²⁸，或者至少不必等太久的時間，住民相對也會比較開心、不會生氣。或者他們其實也懂得照顧人員的困難，願意稍等片刻¹²⁹，不過能即時滿足當然是最好的。

¹¹⁹ 「講過也沒有用，你怎麼講他有他一套的說法。」（受訪者 A6）

¹²⁰ 「我都知道，就是不好講。（講也）不會改啦。」（受訪者 B5）

¹²¹ 「住那麼久講了有問嗎？沒用啊。你現在調查也沒有用，反應沒用！」（受訪者 B2）

¹²² 「身體機能要維持住。像我們這樣子的人，沒有退步就是進步。」（受訪者 A3）

¹²³ 「身體都維持的還不錯，每個禮拜去做一次復健，到醫院去做...維持現在這樣就很不錯了。」（受訪者 B2）

¹²⁴ 「來這邊身體變更好，變更胖，這邊沒做事但有吃、心情快活自然就健康。」（受訪者 B3）

¹²⁵ 「去復健慢慢就好了，有進步。復健有幫助，我就靠自己。我到復健那邊，老師不用講我，我都自己弄...現在自己能動是最好的，我喜歡這樣子動，我現在都自己走、慢慢走，最近比較好一點，我以前都不敢走路，現在我慢慢慢慢摸摸摸摸。有在進步。」（受訪者 B5）

¹²⁶ 「一叫就來，很重要。」（受訪者 A4）；「他們（照服員）很忙，不可能只照顧一個人，所以有時候沒辦法馬上來，很忙這樣子，因為他們一個弄完一個又一個。」（受訪者 A5）

¹²⁷ 「換尿布要等很久，很不舒服。」（受訪者 A1）

¹²⁸ 「有需要講一下就會馬上來做。」（受訪者 B3）

¹²⁹ 「不會等很久，叫我等一下也能接受。」（受訪者 B4）；「有需要要按鈴，燈會亮，（照服員）會馬上過來。這邊按那邊（工作站）都知道，燈會亮」（受訪者 B5）

(六) 品質管理

照顧服務品質的管理攸關住民的福祉，所以相當重要，應受照顧人員與機構管理層的重視。品質管理的概念是為維持甚至提升機構提供的照顧品質而制定，及經確實執行的內部規定與政策，如 E. Deming (1986) 最先提出的「全面品質管理」(Total Quality Management, TQM)¹³⁰即為品質管理發展的最主流架構之一。因此作為提供照顧服務的機構，良好的品質管理是提升客戶(住民)滿意度、組織能長期發展的關鍵；而對住民來說，所在乎的無非是與其福祉、需求相關的管理成效。

1. 服務有改進：機構能針對住民所提出的建議或意見作出實質改善

其實此與前段住民「情感上的支持」段所提到的「意見是否受到重視」有極大的連結，因為對住民而言，若其經提出意見而後有看到改變，不僅意味著自己的意見、反饋是有受到重視的，且能夠得到實質的服務改善，達到雙重的好處¹³¹。

2. 服務沒改進：機構未能針對住民所提出的建議或意見作出實質改善

相反地，若機構未有改善，則無疑是打擊住民對機構的信任，也衝擊住民的感受、覺得不受尊重，同時也意味著機構事前未能提供住民期望的服務，事後亦沒有針對住民提出的意見作出實質性的改進能力，而讓服務缺失持續性地存在¹³²。

小結

透過深度訪談與實地觀察，並將住民回答歸整後，得到以上住民觀點下的照顧服務品質之內涵，意味著做到更深入瞭解到這些高熟齡族住民的真實想法與感受，則機構、服務提供者若能針對以上研究發現來維持正向指標、改進負向指標，將有助於縮小住民期望與服務提供的落差，以提升機構照顧服務品質。

¹³⁰ TQM 可用三個 Q (Quality) 來表示：1. 人的品質；2. 系統及流程的品質；3. 產品及服務的品質。

¹³¹ 「可能會有些做得不好，要跟他們(照服員)講。他們會改。」(受訪者 A4)

¹³² 「住那麼久講了有問嗎？沒用啊。你現在調查也沒有用，反應沒用！」(受訪者 B2)

參考文獻

壹、 中文部分

內政部社會司 (2012)。老人福利與政策，2018 年 7 月 28 日，取自

<http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm>。

內政部統計處 (2018)。107 年第 38 週內政統計通報，2018 年 12 月 22 日，取自

https://www.moi.gov.tw/stat/news_detail.aspx?sn=14818。

王鈞洪 (2015)。熟齡經濟學淺譯。台北：活石文化。

曲同光等 (2015)。我國長期照顧保險制度規劃概述。長庚科技學刊，23，1-14。

呂寶靜、李佳儒、趙曉芳 (2014)。臺灣老人日間照顧服務之初探：兩種服務模式之比較分析。東吳社會工作學報，27，87-109。

阮玉梅等 (1999)。長期照護概論。台北：華杏。

林素鈺 (2004)。服務品質模式之演變。品質月刊，40 (7)，68-74。

邱啟潤等 (2005)。長期照顧管理中心照護品質評價。行政院衛生署委託專題研究報告 (編號：DOH94-NH-18)，未出版。

徐永年、蔡素玲 (1995)。臺灣長期照護系統之現狀與發展趨勢。醫院：中華民國醫院行政協會雜誌，28 (6)，60-74。

翁崇雄 (2000)。服務品質評量模式之研究。中山管理評論，8 (1)，105-122。

張宏哲 (2013)。長期照顧服務品質確保機制的建立—品質資訊的蒐集和公開。社區發展季刊，141，161-172。

張淑卿、許銘能、吳尚琪 (2010)。台灣長期照護機構品質確保機制發展之趨勢。長期照護雜誌，14 (2)，149-159。

陳芷如 (1997)。承命生根之過程—臺灣機構化殘病老人遷居的心路歷程。長庚醫學暨工程學院 (後改制為長庚大學) 護理學研究所碩士論文，未出版，台北。

陳惠姿 (2002)。長期照護實務。台北：空大。

黃源協 (2005)。民主觀點社會服務品質的內涵與管理措施之探討。臺大社會工作學刊，11，45-87。

黃源協 (2007)。破除長期照護機構住民的失落感—從服務品質談起。長期照護雜誌，11 (2)，125-131。

楊靜芸 (2002)。老人安養護機構服務品質影響因素之探討。中正大學社會福利系碩士論文，未出版，嘉義。

詹火生、林青璇 (2002)。老人長期照護政策—國家干預觀點之分析。國政研究報告。台北：財團法人國家政策研究基金會。

衛生福利部社會及家庭署 (2015)。105 年度老人福利機構評鑑，2018 年 12 月 2 日，取自 <https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/VDetail.aspx?nodeid=463&pid=3883>。

衛生福利部統計處 (2019)。106 老人狀況調查，2019 年 2 月 23 日，取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1767-38429-113.html>。

鄧素文 (2010)。淺談我國長期照護機構之評鑑制度。長期照護雜誌，14 (2)，117-124。

蕭淑貞、李世代 (1999)。長期照護。台北：藝軒。

謝美娥 (1993)。老人居家福利需求之研究：以台北市老人為例。政治大學社會學報，67，163-202。

貳、西文部分

- Bogdan, R. C. and S. K. Biklen. (1982). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston, NY: Allyn and Bacon.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Foster, S. T. (2001). *Managing Quality: An Integrative Approach*. London: Pearson Education.
- Garvin, D.A. (1984). What Does Product Quality Really Means? *Sloan Management Review*, 30(3), 25-43.
- Grant, N. K., M. Reimer, and J. Bannatyne. (1996). Indicators of quality in long-term care facilities. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 469-476.
- Gronroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory. *European Journal of Marketing*, 16, 30-41.
- Gronroos, C. (1983). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Boston, NY: Marketing Science Institute.
- Hooyma, N. R. and H. A. Kiyak. (2002). *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. London: Pearson.
- Kane, R. A. and R. L. Kane. (1987). *Long-term care: Principles, programs, and policies*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- OECD. (2005). *The OECD Health Project: Long-term care for older people*. Paris: OECD Publishing.
- Olshavsky, R. W. (1985). *Perceived Quality in Consumer Decision Making: An Integrated Theoretical Perspective in Perceived Quality*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, and L. L. Berry. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, and L. L. Berry. (1988). The SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Pfeffer, N. and A. Coote. (1991). *Is Quality Good for You? A Critical Review of Quality Assurance in Welfare Services*. London: Institute for Public Policy Research.
- Sasser, W. E., R. P. Olsen, and D. D. Wyckoff. (1978). *Management of Service Operations: Text, Case, and Readings*. Massachusetts: Allyn and Bacon Inc.
- Schiavo, L.L. (2000). Quality standards in the public sector: differences between Italy and the UK in the citizen's charter initiative. *Public Administration*, 78(3), 679-698.
- Wakefield, R. L. (2001). Service quality. *The CPA Journal*, 71(8), 58-60.
- Weissert, W.G. (1991). *Quality and Cost Containment in Care of the Elderly: Health Services Research Perspectives*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Winn S. (1975). Assessment of Cost Related Characteristics and Conditions of Long-Term Care Patients. *Inquiry*, 12(12), 344-353.