

機構式長期照護住民特質與照護需要組合之探討

曾淑芬^{1*} 謝宇忠² 陳惠芳³ 趙海倫⁴ 郭佩伶^{1,5}

¹嘉南藥理科技大學老人服務事業管理系

²奇美醫院護理部

³嘉南藥理科技大學醫務管理系

⁴中華醫事科技大學醫務管理系

⁵財團法人樹河社會福利基金會附設悠然山莊安養中心

摘要

本研究旨在探討機構式照護服務住民特質及其身心功能障礙程度與接受照護服務的類型，並以美國資源耗用群第三版（簡稱 RUGs-III）分群基礎為本研究架構，分析住民照護需求類型組合與機構間差別。以機構式長期照護住民為對象，採橫斷式研究法及立意選取方式，選取四所護理之家及養護機構為樣本機構進行調查，並以自擬的調查表進行資料收集。結果顯示樣本住民大多為完全依賴與嚴重依賴（佔 85.9%）及重度認知功能障礙（佔 57.9%）。護理之家住民之照護需要組合以完全依賴合併 2 項以上護理專業照顧需求者居多，而養護機構則較多個案僅需一般性的生活照料協助。建議政府未來應全面進行機構普查，取得正確之照護需求資料，並探討機構住民照護需求類型與照護服務品質間的關係。

關鍵字：機構式長期照護、住民、特質、照護需要組合、資源耗用群

*通訊作者:嘉南藥理科技大學老人服務事業管理系

Tel: +886-6-2664911 轉 3708

Fax: +886-6-2667511

E-mail: tsfshiny@gmail.com

壹、前言

我國人口快速老化，讓我們在規劃長期照護服務的準備時間十分短促。而老年人口不斷的增加伴隨著患有慢性疾病及具有功能障礙的人口會越來越多，並使醫療服務與長期照護相關需求與耗用的資源同步成長，對社會福利制度影響不可小覷，而我國當前正研擬規劃長期照護保險制度之際，謹慎訂定穩健的保險財務機制，乃是確保未來保險制度順利並成功推展的重要關鍵，如何制定合理的保險給付方案，使長期照護資源

能滿足慢性失能者所需的長期照護服務的情況下有效利用，更是其中最重要的課題。

先進國家已發展許多長期照護服務型態，其中仍以機構式照護所需的照護資源最高（何尹琳，民 81；林峰輝，民 87；曾昭蓉，民 87），這與住民照護需求較複雜，失能狀況多樣有關；此外，我國家庭結構的改變，因少子化導致家庭照護功能減弱，也是未來老人需仰賴機構提供照顧的主要原因之一。因此，儘管在長期照護規劃的整體目標強調以「在地



老化」之居家式及社區式照護為主，然而機構式長期照護服務依然有其存在的重要性，為使長期照護資源能有效利用，本研究目的乃在探討長期照護機構住民的照護需求類型，進而分析不同類型組合的分布狀況，以做為未來長照保險財務規劃機構式照護服務資源耗用的基礎。

貳、文獻探討

機構式照護服務特性乃針對某些無法自我照顧者，提供居住、生活照顧及護理等 24 小時的綜合性服務，由於住進機構者多為中風、植物人、失智、慢性病、行動不便及日常生活無法自理者，因此，居住其中的被照顧者往往需要不同程度的持續性照護（林麗嬋、歐美，民 85; Bartlett, 1993）。各機構必須依照住民的照護需要訂定照護計畫，其中以住民的身體活動功能障礙、罹病狀況及認知功能障礙等是造成照護需要個別差異的主要原因。

國內外已有許多相關研究針對長期照護機構住民在身體功能狀況的健康問題進行探討，並在機構住民的基本人口學及身心功能障礙等相關特質上獲致相當豐富的成果。在人口學特性方面年紀較高、女性、喪偶、缺少家庭支持及自費者入住機構較多（徐亞瑛、陳月枝，民 82; Ribbe, Frijters, & Van Mens, 1993; Watanabe, Kono, Kawamura, & Matsuura, 1998; 葉莉莉、溫敏杰、杜淑玲，民 88; Lee, & Choi, 2002; Giuliani, Gruber-Baldini, Park, Schrodt, Rokoske, et al., 2008; Jones, Dwyer, Bercovitz, & Strahan, 2009）。至於慢性病方面則以中風、高血壓及糖尿病為主（李克怡、王榮俊、周勵志，民 79; 徐亞瑛、陳月枝，民 82; 劉文敏、王秀紅，民 83; 邱黎明，民 89; 曾榮傑，民 90），且大多數的住民具有三項以上慢性疾病（高銘南，民 95），其中以循環系統疾病佔第一位、心智功能障礙佔第二位、神經系統疾病佔第三位（Jones, Dwyer et al., 2009）。

而對照護需要影響最大的身體活動功能狀況，在過去相關研究均顯示機構住民的日常生活活動功能多數為完全依賴（吳淑

瓊，民 88; 蘇淑貞，民 90; 邱亨嘉，民 89），部分住民只能維持有限的自我照護，且活動僅限於床上或椅子上（曾榮傑，民 90; 高銘南，民 95）。至於認知功能方面則有半數以上住民具一定程度的認知功能障礙（陳麗津，民 92; 張芳瑜，民 94; 高銘南，民 95），不論是在任何型態的長期照護機構均有相同的分布情況（Zimmerman, Gruber-Baldini, Sloane, Eckert, Hebel, Morgan, et al., 2003），由於認知功能障礙會直接影響個人的自我照顧能力，因此，應同時將該項納入住民照護需要的評估項目中（Shea, Streit, Smyer, 1994）。而在住民支持性管路護理方面的需要，則以鼻胃管比率最高（高銘南，民 95）。

惟綜觀過去的研究多是從獨立且單一的觀點，探討機構住民的照護需要，僅將每一項健康功能障礙程度個別處理，少有從照護關聯群集性（care related groups）的角度去分析其照護需要的差別性，然而機構型態的不同，其住民的需求組合也會有所不同，身體失能程度在機構之間也有所差別（Frytak, Kane, Finch, Kane, & Maude-Griffin, 2001; Zimmerman et al., 2003），有必要從關聯群的概念切入，分析機構住民對照護需要的組合類型，並探討機構型態別間的差異，以便能使長期照護資源更有效的利用。

有關長期照護服務資源耗用的相關研究多採用資源耗用群（Resources utilization groups, 簡稱 RUGs）的概念，與急性醫療服務體系中所使用的診斷關係群（Diagnosis related groups, 簡稱 DRGs）的原理相當，惟其乃專為長期照護體系所使用，主要依據病人的特徵與照顧需求的相似程度加以分類，以確實反映出病人在長期照護服務利用情況（Fries & Cooney, 1985; Fries, Schneider, Foley, & Dowling, 1989; 楊紅玉，民 85），因此 RUGs 乃透過病例組合（case-mix）

的效果，使長期照護機構被照顧者能在合理資源



配置下獲得適切的服務，而長期照護服務下的 RUGS 乃是以照護服務投入量(如服務人力及時數等)進行分類，而投入量的多寡則與住民的照護需要程度有直接關係，依據美國護理之家病例組合第三版(RUG-III)之分類系統，係將生活照顧，特殊護理、日常生活活動功能、及認知功能障礙等納入長期照護資源耗用的影響項目，其中生活照顧的項目包括翻身、換尿片、肢體活動、按摩、洗澡或床上擦澡等；特殊護理照護內容包括非經腸道營養輸注、呼吸治療護理、留滯導尿管護理、昏迷照護、瘻口護理、給氧、嘔吐或脫水護理等；日常生活活動功能則以下床移位、室內走動、進食、如廁、穿脫衣服及沐浴等功能項目為主；認知功能障礙認定是以短期記憶有問題、忘記當前的季節和自身的位置、不記得工作人員的面孔和名字等認知能力的障礙(Fries et al.,1989；張緯杰，2002)。

目前已發展長期照護住民功能評估的工具，大多著重於以個案之基本自我照護能力以及生活自主能力，一般包含身體、認知及社會等功能評估，而一般用來判定失能程度及評估長期照護需求與需求類型之主要指標為身體功能及認知功能(阮玉梅等，民88)。身體功能可分為日常生活活動能力(activity of daily living，簡稱 ADLs)，包含吃飯、上下床、穿衣服、上廁所、洗澡等；工具性日常生活活動(instrumental activity of daily living，簡稱 IADLs)，包含煮飯、洗衣、作輕鬆家事、購物、理財、外出活動、打電話、遵醫囑服藥等。身體功能評估為長期照護需求的重要依據，許多關於長期照護保險、機構收案標準、給付標準都以此為基礎(戴玉慈、羅美芳，民85)。而我國則以巴氏量表與柯氏量表是目前長期照護住民中最為普遍使用的功能評估量表(葉莉莉、黃素霞，民88)。

巴氏量表(Barthel's Index)為目前台灣健保針對居家護理給付標準的依據，是一

種日常生活活動能力之評估指數，於1965年以後即被廣泛應用於個案之日常生活活動功能評估，並具有良好之再測信度、觀察者間一致性信度和預測效度(McDowell, 2006)。量表包含十項評估，其中7項為個人日常生活的基本身體活動功能評估(進食、個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣服、大便控制、小便控制)，3項為行動能力功能評估(移位、平地上行走、上下樓梯)。柯氏量表(Karnofsky's scale)於生活功能評估上較為粗略，主要評估個案的活動能力，評估結果分為5級：0級為完全活動，能維持所有的活動，不受限制。1級為能夠維持步行及輕度工作，如：簡單之家務、辦公室的工作，但受限於體力消耗量大的活動。2級為能夠步行及維持自我照顧，但無法進行辦公或家務；50%以上的時間清醒，可以起床活動，不必限制在床上或椅子上。3級為只能維持有限的自我照顧；50%以上的時間清醒，活動限制在床上或椅子上。4級為完全無法活動，不能進行自我照顧，且完全限制在床上或椅子上。級數愈高表個案活動愈受限，即愈需要依賴他人協助。

至於認知功能(cognition)主要包含記憶、語言、判斷、理解、反應、定向、注意力、思考、問題處理及計算能力(Kane & Kane,1987)。經常使用的認知功能評估工具包括「簡易智能評估」(Mini-Mental Status Examination，簡稱 MMSE)和「簡易心智狀態問卷」(Short Portable Mental Status Questionnaire，簡稱 SPMSQ)。MMSE是目前臨床上最常用的認知功能評估工具，是於1976年由美國Folstein所發表的心智功能評估工具，共有11個評估項目，其所涵蓋的領域可分成定向感、記憶力、集中/注意、計算能力、動作、命名/登錄/語言功能與繪圖功能(Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)，其缺點是所能提供的認知功能層



面，大多局限於語言和記憶力方面，且得分受到教育程度和年齡的影響很大，對輕度認知功能缺損不夠敏感。SPMSQ 由十個問題組成，其中包括定向力、個人史、最近記憶及計算力 (Pfeiffer, 1975)。總體而言，MMSE 簡短且易於執行。

參、研究方法

本研究以橫斷式研究法，探討長期照護機構住民的功能狀況與照護需要類型等特質，並分析住民的照護需要組合類型及其在機構別的差异性。本研究參考國內外相關文獻，並以 RUGs-III 模式為本研究的分類基礎進行住民照護需要組合類型的分析。

本研究以台灣地區通過政府合法立案且評鑑為甲等之機構式長期照護住民為研究對象，以立意取樣方式於北部及南部地區各選取兩家護理之家及養護機構進行調查，並將該四家機構之住民作為本研究樣本，共計 496 人。研究資料來自樣本機構內住民的照護記錄，並以自擬的「長期照護機構住民資料表」將每一機構中的所有樣本住民資料進行登載，配合機構許可的時間，與機構管理人或經營者聯繫確認後方能進入機構開始資料的收集，在完成機構中所有住民（收案期間新入住的個案除外）病歷資料登載後，才繼續另一機構住民的資料收集。資料收集期間自 97 年 10 月至 98 年 4 月，北部地區係由經訓練過之護理師至機構內完成資料登載，該護理師係由研究者親自解釋並教導資料收集的方法，於第一週密集討論收集完成資料內容的正確性（共五份），確定收集資料方向正確無誤後開始進行資料的收集；而南部地區則由研究者親自前往機構中進行相關資料收集。

本研究資料所摘錄之紀錄內容包含住民的基本資料、生活照顧、護理專業服務項表一、樣本住民基本特性之機構別分析

目、認知功能障礙與身體功能障礙狀況等。其中身體功能障礙係依巴氏量表評分結果分為完全獨立（100 分）、輕度依賴（91-99 分）、中度依賴（61-90）、嚴重依賴（21-60 分）及完全依賴（0-20）等五類。認知功能障礙則是採用簡易智能評估表（MMSE）評分結果，分為正常（25-30 分），輕度至中度認知功能障礙（17-24 分），及重度認知功能障礙（0-16 分）三類別。

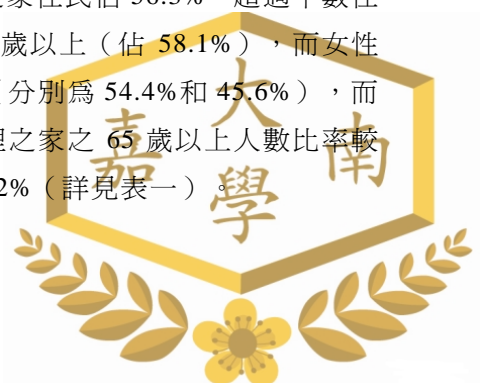
護理專業服務項目則包含有鼻胃管更換、導尿管更換、氣切更換、注射及傷口換藥、復健照護等六項，將有上述各項護理服務者加總後分數做為住民接受特殊護理照護的狀況。生活照顧方面則有使用尿布、使用輪椅、協助步行、翻身、抽痰、灌腸等六項，並將有接受此服務的項目加總計數。本研究進一步將護理專業照護及生活照顧兩項合併為「生理照護」變項，並歸類為「不需護理專業照護但需 2 項以下生活照顧」、「不需護理專業照護但需 3 項以上生活照顧」、「需 1 項護理專業照護」、「需 2 項以上護理專業照護」等四種類別，以作為住民的照護需求類型。

本研究使用 SPSS 12.0 版本軟體，將已完成建檔、編碼之 Excel 檔案載入後，運用敘述統計方法進行分析運算，並透過卡方分配進行差異性檢定。

肆、結果與討論

一、樣本基本特性之描述

本研究樣本北部地區與南部地區各佔一半，護理之家住民佔 56.3%。超過半數住民年齡在 75 歲以上（佔 58.1%），而女性略高於男性（分別為 54.4% 和 45.6%），而北部地區護理之家之 65 歲以上人數比率較低，僅佔 54.2%（詳見表一）。



變項名稱	護理之家		養護機構		
	人數	百分比	人數	百分比	
北部地區					
年齡	64歲以下	60	45.8	18	16.7
	65-74歲	19	14.5	18	16.7
	75-84歲	37	28.2	43	39.8
	85歲以上	15	11.5	29	26.9
性別	男性	81	61.8	45	41.7
	女性	50	38.2	63	58.3
南部地區					
年齡	64歲以下	31	20.9	4	3.7
	65-74歲	30	20.3	28	25.7
	75-84歲	52	35.1	48	44.0
	85歲以上	35	23.6	29	26.6
性別	男性	50	33.8	50	45.9
	女性	98	66.2	59	54.1

二、樣本住民身心功能障礙描述性分析

(一) 身心功能障礙狀況

表二顯示樣本身心功能障礙及照護需求之分布狀況。其中身體功能障礙部分，以完全依賴與嚴重依賴居多，共佔 85.9%，而完全獨立及輕度依賴較少共 3.2%。在認知功能障礙部分：比率最多的為重度認知功能障礙佔 57.9%，其次為認知功能正常佔 24.2%及輕微至中度認知功能障礙佔 17.9%。樣本照

護需求類型之分析顯示，「不需護理專業照護但需 2 項以下生活照顧」佔 30.9%、「不需護理專業照護但需 3 項以上生活照顧」佔 14.3%、「需 1 項護理專業照護」佔 29.4%、「需 2 項以上護理專業照護」佔 25.4%。若再將樣本住民身心功能障礙程度合併分析結果顯示，重度認知功能障礙者多半合併有身體功能障礙，其中嚴重依賴與完全依賴佔總樣本數比例分別為 35.3%及 75.9%。

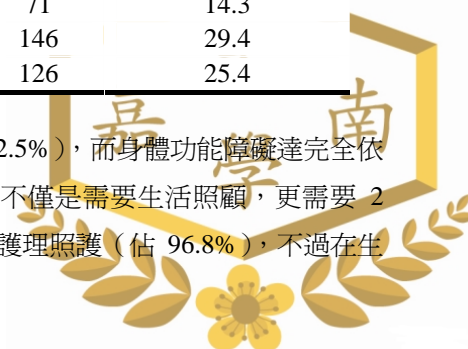
表二、住民身心功能障礙與照護需求描述

變項名稱	類別	人數	百分比
身體功能障礙	完全獨立	12	2.4
	輕度依賴	4	0.8
	中度依賴	54	10.9
	嚴重依賴	119	24.0
	完全依賴	307	61.9
認知功能障礙	無	120	24.2
	輕至中度	89	17.9
	重度	287	57.9
照護需求類型	不需護理專業照護但需2項以下生活照顧	153	30.9
	不需護理專業照護但需3項以上生活照顧	71	14.3
	需1項護理專業照護	146	29.4
	需2項以上護理專業照護	126	25.4

(二) 身心功能障礙合併照護需求類型組合分析

表三顯示樣本住民身體功能中度以下依賴者多僅需 2 項以下生活照顧，不需有專業的護理

服務（約佔 42.5%），而身體功能障礙達完全依賴程度的住民不僅是需要生活照顧，更需要 2 項以上的專業護理照護（佔 96.8%），不過在生



活照顧項目的需求上，仍有半數以上（56.3%）樣本住民需要更多樣性的生活照料與協助（需3項以上生活照顧）。從此表中亦可發現，住民照護需求類型與身體功能障礙程度具有正向關係，特別是在依賴程度中度以上者越明顯，中度

依賴者的照護需求以2項以下的生回照顧為主（佔33.3），嚴重依賴者則需要3項以上的生活照顧（佔42.3%），完全依賴者則需要1項以上的專業護理照護服務（87.1%）。

表三、身體功能障礙合併照護需求類型分析

變項名稱	總計 人數	身體功能障礙									
		完全獨立		輕度依賴		中度依賴		嚴重依賴		完全依賴	
		人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
照 不需護理專業照護但 護 需2項以下生活照顧	153	10	6.5	4	2.6	51	33.3	58	37.9	30	19.6
需 不需護理專業照護但 求 需3項以上生活照顧	71	0	0.0	0	0.0	1	1.4	30	42.3	40	56.3
類 需1項護理專業照護	146	2	1.4	0	0.0	2	1.4	27	18.5	115	78.8
型 需2項以上護理專業 照 照護	126	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.2	122	96.8

至於認知功能障礙與照護需求類型的組合分析方面，機構住民沒有認知功能障礙者以生活照顧的協助需求居多（佔47.7%）；隨著障礙程度的提高，對照護需求的專業服務也越高；重度認

知功能障礙的機構住民，即同時需要更多的生活照顧及護理專業照護，對於2項以上護理專業照護的需求比例最高（佔81.7%）。

表四、認知功能障礙合併照護需求類型分析

變項名稱	總計 人數	認知功能障礙					
		無		輕至中度		重度	
		人數	%	人數	%	人數	%
照 不需護理專業照護但需2項以下 護 生活照顧	153	73	47.7	32	20.9	48	31.4
需 不需護理專業照護但需3項以上 求 生活照顧	71	15	21.1	14	19.7	42	59.2
類 需1項護理專業照護	146	24	16.4	28	19.2	94	64.4
型 需2項以上護理專業照護	126	8	6.3	15	11.9	103	81.7

三、機構別照護類型組合分析

（一）樣本住民身心功能障礙及照護需求類型描述

表五機構別分析結果顯示護理之家與養護中心住民在身體功能障礙、認知功能障礙及照護需求類型均具有統計上的顯著差異性。養護機構住民身體功能障礙程度明顯比護理之家住民較輕，護理之家中身體功能完全依賴且重度認知功能障礙的住民比例（分

別為71.4%和63.1%）均明顯高於養護機構。相對而言，養護機構住民的照護需求則以生活照顧為主（不需護理專業照護），佔約65.1%（共計146人），而護理之家則以護理專業照護需求佔多數（約73.9%）；護理之家樣本住民具有認知功能重度障礙合併身體功能完全依賴的比例（佔76.9%）也比養護機構高。



表五、機構別身心功能障礙與照護需求分析

變項名稱	類別	總計	護理之家		養護機構		卡方值
		人數	人數	百分比	人數	百分比	
身體功能障礙	完全獨立	12	2	16.7	10	83.3	68.7***
	輕度依賴	4	0	0.0	4	100.0	
	中度依賴	54	18	33.3	36	66.7	
	嚴重依賴	119	43	36.1	76	63.9	
	完全依賴	307	216	71.4	91	28.6	
變項名稱	類別	總計 人數	護理之家		養護機構		卡方值
			人數	百分比	人數	百分比	
認知功能障礙	無	120	48	40.0	72	60.0	18.3***
	輕至中度	89	50	56.2	39	43.8	
	重度	287	181	63.1	106	36.9	
照護需求類型	不需護理專業照護但需2項以下生活照顧	153	44	28.8	109	71.2	93.4***
	不需護理專業照護但需3項以上生活照顧	71	34	47.9	37	52.1	
	需1項護理專業照護	146	95	65.1	51	34.9	
	需2項以上護理專業照護	126	106	84.1	20	15.9	

* p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p<0.001

(二)樣本住民之身心功能障礙合併照護需求類型

1.身體功能障礙與照護需求類型組合之機構別分析

表六結果顯示護理之家多數住民是需要專業護理照護服務的(佔72.1%)，其中身體功能障礙程度為完全依賴者中，則有84.7%(183人)是需要一項以上專業護理的照護服務，而僅需2項以下生活照顧者僅佔4.2%；至於中度依賴的個案則絕大多數(94.4%)僅需生活上的照料協助即可；而

嚴重依賴的個案則有半數以上是比較需要生活照顧協助(62.8%)。

在養護機構的樣本住民的照護需求則以生活照顧服務居多(佔67.3%)，即使是中度依賴的住民也幾乎僅需要2項以下的生活照料協助(約94.4%)；而需要專業護理照護服務的比例，以完全依賴者為主(佔59.4%)，惟這個比例仍明顯少於護理之家的樣本住民。而在養護機構中另有四成住民雖然身體功能完全依賴，卻僅提供一般性的生活照顧服務，則值得進一步探討。



表六、樣本住民身體功能障礙合併照護需求類型之機構別分佈情形

變項名稱	總計	護理之家								養護機構									
		不需護理 專業照護 但需2項 以下生活 照顧	不需護理 專業照護 但需3項 以上生活 照顧	需1項 護理專 業照護	需2項 以上 護理 專業 照護	總計	不需護理 專業照護 但需2項以 下生活照 顧	不需護理 專業照護 但需3項 以上生活 照顧	需1項 護理專 業照護	需2項 以上 護理專 業照護	總計	不需護理 專業照護 但需2項以 下生活照 顧	不需護理 專業照護 但需3項 以上生活 照顧	需1項 護理專 業照護	需2項 以上 護理專 業照護				
身體 功能 障礙	完全 獨立	2	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	10	9	90.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0
	輕度 依賴	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	4	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	中度 依賴	18	17	94.4	0	0.0	1	5.6	0	0.0	36	34	94.4	1	2.8	1	2.8	0	0.0
	嚴重 依賴	43	17	39.5	10	23.3	13	30.2	3	7.0	76	41	53.9	20	26.3	14	18.4	1	1.3
	完全 依賴	216	9	4.2	24	11.1	80	37.0	103	47.7	91	21	23.1	16	17.5	35	38.5	19	20.9
	總計	279	44	15.8	34	12.2	95	34.1	106	38.0	217	109	50.2	37	17.1	51	23.5	20	9.2

2. 認知功能障礙與照護需求類型組合之機構別分析

樣本住民認知功能障礙程度合併照護需求類型組合之機構別分析如表七所示，護理之家住民之照護需求類型與認知功能障礙程度呈現線性的正向關係，認知功能障礙程度越重者，所需的護理專業服務越多（47.5%），而無認知功能障礙者則較多的需要生活照顧服務（約佔45.8%），僅有低於兩成者（16.7%）需要護理專

業服務。

而在養護機構的組合分布則不如護理之家，樣本住民無論認知功能障礙程度如何，對於照護需求類型均以生活照顧協助為主體，僅需2項以下的生活照顧比例，依次從無認知功能障礙程度到重度者分別為70.8%、59%及33%。而重度障礙者需2項以上護理專業照護服務的比例（16%）僅護理之家（47.5%）的1/3倍。

表七、樣本住民認知功能障礙合併照護需求類型之機構別分佈情形

變項名稱	總計	護理之家								養護機構									
		不需護 理專業 照護但 需2項 以下生 活照顧	不需護 理專業 照護但 需3項 以上生 活照顧	需1項 護理專 業照護	需2項 以上護 理專業 照護	總計	不需護 理專業 照護但 需2項 以下生 活照顧	不需護理 專業照護 但需3項 以上生活 照顧	需1項 護理專 業照護	需2項以 上護理專 業照護	總計	不需護理 專業照護 但需3項 以上生活 照顧	不需護理 專業照護 但需3項 以上生活 照顧	需1項 護理專 業照護	需2項以 上護理專 業照護				
認 知 功 能 障 礙	無	48	22	45.8	5	10.4	13	27.1	8	16.7	72	51	70.8	10	13.9	11	15.3	0	0.0
	輕至 中度	50	9	18.0	8	16.0	21	42.0	12	24.0	39	23	59.0	6	15.4	7	17.9	3	7.7
	重度	181	13	7.2	21	11.6	61	33.7	86	47.5	106	35	33.0	21	19.8	33	31.1	17	16.0
	總計	279	44	15.8	34	12.2	95	34.1	106	38.0	217	109	50.2	37	17.1	51	23.5	20	9.2



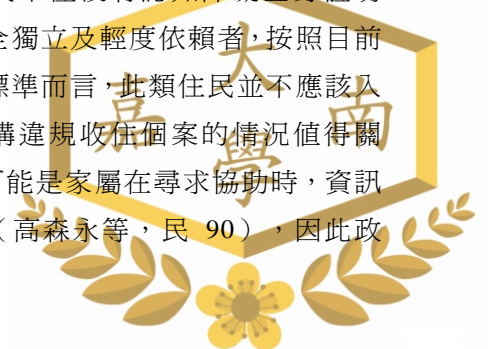
綜合上述分析結果，機構住民的身體功能障礙多集中於完全依賴需多項照顧服務的狀況，其中以護理之家明顯多於養護機構，此與國內外相關研究調查結果相吻合；此外本研究結果也顯示認知功能正常者於養護機構的比率高於護理之家，重度認知障礙則護理之家高於養護機構；雖然我國於長期照護服務對象亦將認知障礙視為指標之一，然而政策上照顧服務的申請條件以及失能補助範圍皆以日常生活活動功能的障礙程度為依據，並未考量認知障礙程度，如此，對於失能者的需求所提供的照護服務似乎不夠完善。

在照護需求類型部分，護理之家住民較多為需要護理專業照護者，尤其是完全依賴的住民對 2 項以上護理專業照顧的需求明顯高於依賴程度較低者，而養護機構則相反，較多個案僅需一般性的生活照料協助而不是在於護理專業照護，即使是完全依賴的住民也以 1 項專業護理照護居多，這可能與機構內的護理專業人力結構有關，在養護機構的護理人員較少因此所提供的專業護理服務也相對較少，不過值得關注的是護理之家住民中仍有 28.8% 是完全不需護理專業照護，而養護機構中也有一成以上（15.9%）的住民，需要 2 項以上的護理專業照護服務，這似乎與機構設立的服務對象及照護內容不符，而之所以會有如此現象，可能與機構的經營方法有關，由於客戶方面的客源不穩定，加上政府主管機關權責劃分不清，使國內的安養、養護及長期照護機構為求生存而爭取個案，增加收入，而未對收住條件進行嚴格篩選（陳靜敏等，2001；杜敏世等，2003），這個情況可能會對未來長照保險財務制度有所影響，值得關注，現階段若要改善機構收住對象條件不符的現象，政策上應適度調整評鑑的內容，並且強化評鑑結果的效力及約束力，方能使住民居住於正確的機

構中並且得到妥善的照護。

此外，就身心功能障礙程度合併照護需求類型的組合分析結果而言，身體功能障礙程度表現在照護需求類型的組合效果比認知功能障礙的差別要來得明顯，大體上可以歸類出「中度依賴且需 2 項以下生活照顧」、「嚴重依賴且需 3 項以上生活照顧」、「完全依賴且需 1 項專業護理照護」及「完全依賴需 2 項以上專業護理照護」等四類的照護需要組合（care need combination）。再以此四類組合分別檢視護理之家及養護機構住民的分布狀況（見表六），則顯然並不能完全符合這樣的分類結果，其中護理之家住民中，嚴重依賴者對於照護需求類型以「需 2 項以下生活照顧」及「1 項專業護理服務」兩者為主（分別為 39.5% 及 30.2%），而養護機構住民中嚴重依賴個案的照護需求則以「需 2 項以下生活照顧」佔多數（59.0%）；若再將認知功能障礙程度納入，表七結果也顯示護理之家住民的認知功能障礙與照護需要組合呈現較為線性的正向關係，但在養護機構則較無明顯對應的趨勢，這說明不同型態的機構由於主管機關訂定的設置標準與服務功能不同，以致收住的個案情況也有明顯差異之外，養護機構中重度失能個案照護需求不滿足的問題，更值得重視。長照保險制度實施在即，政府及學術相關單位勢必針對長期照護機構內的住民照護需要與資源耗用等資料進行收集，對於機構所呈現的現況資料，應更謹慎求證與小心分析與應用。

再者，研究結果也發現，機構中也存在有少數住民不僅沒有認知障礙且身體功能也屬於完全獨立及輕度依賴者，按照目前機構的收住標準而言，此類住民並不應該入住機構，機構違規收住個案的情況值得關注，當然也可能是家屬在尋求協助時，資訊不明確所致（高森永等，民 90），因此政



府相關單位有必要再對民眾加強宣導正確的長期照護觀念，以避免資源不當的利用。

最後，由於本研究樣本採立意取樣方式，而機構型態皆為私人經營之獨立機構，因此研究結果的外推性受限，加上研究的資料來源主要為機構住民的病歷記錄，各機構記錄及表格內容並不一致，恐有所疏漏因此本研究結果之解釋仍需審慎。然而，總結本研究之結果，建議未來政府在進行全國機構住民的普查時，能取得更正確之照護需求情形，並進一步探討機構住民照護需求類型與照護服務品質間的關係。

謝辭

本研究非常感謝台北縣及台南縣四所護理之家及養護中心之負責人及工作人員，願意提供住民紀錄並協助本研究資料收集，使本研究能順利完成，同時對本研究兩位匿名審查委員提供寶貴的審查意見特致謝忱。

參考文獻

何尹琳 (民 81)。三種長期照護模式之比較研究——資源耗用、健康狀況改變與病患家屬滿意情形之評估。私立中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，台中。

吳淑瓊 (民 88)。機構式長期照護品質評估指標之建立。行政院衛生署 88 年度科技研究發展計劃。台北市：行政院。

李克怡、王榮俊、周勵志 (民 79)。士林、北投、內湖區二十家老人安養中心之評估。公共衛生，16 (4)，417-423。

杜敏世、李會珍 (民 92)。老人福利機構收費標準評估之研究。內政部 92 年度委託計劃。台北市：內政部。

阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛、王祖琪等合著 (民 88)。長期照護。台北：國立空中大學，15-43。

林峰輝 (民 87)。南台灣地區長期照護之成本分

析。國防醫學院公共衛生研究所碩士論文，台北。

林麗嬋、歐美 (民 85)。比較不同長期照護模式老人之土氣。護理研究，4 (3)，243-253。

邱亨嘉 (民 89)。本土化長期照護病例組合發展及長期照護財務規劃。行政院衛生署 2000 年度委辦計劃。台北市：行政院衛生署。

邱黎明 (民 89)。接受長期照護老人對照護服務需求與滿意度之探討。國防醫學院公共衛生研究所碩士論文，台北。

徐亞瑛、陳月枝 (民 82)。長期照護機構中住民的特性。護理研究，1 (1)，7-15。

高森永、鍾明惠、王運昌、王炳龍 (民 90)。長期照護機構整合意願探討。行政院衛生署 89 年度委託計劃。台北市：行政院。

高銘南 (民 95)。護理之家照護品質探討以高雄地區某連鎖型護理之家為例。義守大學管理研究所碩士論文，高雄。

張芳瑜 (民 94)。探討音樂治療對改善機構失智長者問題行為之成效。國立台北護理學院護理研究所碩士論文，台北。

張緯杰 (民 91)。護理之家主要照護人力配置評估—以某公立醫院為例。私立中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，台中。

陳月枝 (民 80)。老人長期療養機構之現況及其護理人員之角色與功能。行政院衛生署 80 年度委託研究計劃。台北市：行政院。

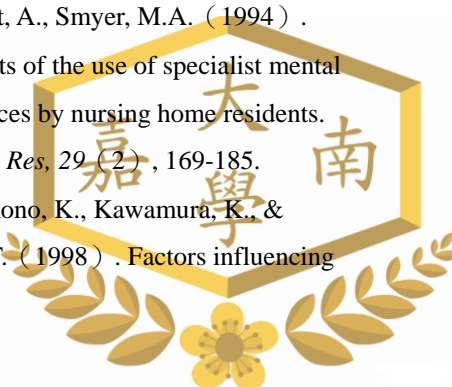
陳靜敏、吳淑瓊、莊坤洋、呂寶靜 (民 90)。我國長期照護服務之評估研究。內政部 89 年度委託計劃。台北市：內政部。

陳麗津 (民 92)。應用 MDS 探討護理之家的照護品質—以臺灣慣用指標為例。國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文，台北。

曾昭蓉 (民 87)。居家式與機構式照護病人型態及照護費用之比較研究。私立高雄醫學院公共衛生研究所碩士論文，高雄。



- 曾榮傑 (民 90)。接受長期照護機構服務之老人對長期照護保險需求之探討。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文，台北。
- 楊紅玉 (民 85)。養護中心病例組合之初探研究。私立中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，台中。
- 葉莉莉、黃素霞 (民 88)。長期照護中的功能評估。長期照護，2 (2)，21-25。
- 葉莉莉、溫敏杰、杜淑玲等 (民 88)。台南市機構住民功能狀態探討。公共衛生，16，183-191。
- 劉文敏、王秀紅 (民 83)。高雄市接受療養機構長期照護居民身體功能及自我照顧功能之調查。公共衛生，21，118-216。
- 戴玉慈、羅美芳 (民 85)，功能評估-長期照護的重要依據。護理雜誌，43 (1)，71-75。
- 戴玉慈、羅美芳 (民 85)。身體功能評估的概念與量表。護理雜誌，43 (2)，63-68。
- 蘇淑貞 (民 90)。台灣地區護理之家服務現況之探討。台北醫學大學護理學研究所碩士論文，台北。
- Bartlett, H. (1993). *Nursing homes for elderly people: Questions of quality and policy*. U. K.: Harwood Academic publishers.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Fries, B.E., & Cooney, L.M. (1985). Resources utilization Groups. *Medical Care*, 23 (2), 110-122.
- Fries, B.E., Schneider, D.P., Foley, W.J., & Dowling, M. (1989). Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities, RUG-T18. *Medical Care*, 27, 843-858.
- Frytak, J.R., Kane, R.A., Finch, M.D., Kane, R.L., & Maude-Griffin, R. (2001) Outcome trajectories for assisted living and nursing facility residents in Oregon. *Health Serv Res*, 36 (1), 91-111.
- Giuliani, C.A., Gruber-Baldini, A.L., Park, N.S., Schrod, L.A., Rokoske, F., et al. (2008). Physical performance characteristics of assisted living residents and risk for adverse health outcomes. *Gerontologist*, 48 (2), 203-12.
- Jones, A.L., Dwyer, L.L., Bercovitz, A.R., & Strahan, G.W. (2009). The National Nursing Home Survey: 2004 overview. *Vital Health Stat*, 167, 1-155.
- Kane, R.A., & Kane, R.L. (1987). *Long-term care: Principle, programs, and policies*. New York: Springer.
- Lee, Y., & Choi, K. (2002). Functional disability of older persons in long-term care facilities in Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 34 (2), 93-106.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patient. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23 (10), 433-441.
- Ribbe, M.W., Frijters, D.H., & Van Mens, J.T. (1993). Characteristics of nursing home patient at initial admission: age, sex and morbidity. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137 (49), 2544-8.
- Shea, D.G., Streit, A., Smyer, M.A. (1994). Determinants of the use of specialist mental health services by nursing home residents. *Health Serv Res*, 29 (2), 169-185.
- Watanabe, M., Kono, K., Kawamura, K., & Matsuura, T. (1998). Factors influencing



admission to nursing homes among frail and bedridden elderly persons receiving public health and welfare services. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 45 (1), 1-5.

Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A.L., Sloane, P.D., Eckert, J.K., Hebel, J.R., Morgan, L.A., et al. (2003). Assisted Living and Nursing Homes: Apples and Oranges? *The Gerontologist*, Washington, 43, 107-117.



Explore the characteristics and combination of care needs of residents in the long-term care facilities

Su Feng Tseng^{1*} Yu Zhong Xie² Hui Fang Chen³ Hai lon Zhao⁴ Pei Ling Kuo^{1,5}

¹Department of Senior Citizen Service and management,
Chia-nan University of Pharmacy and Science,
Tainan, Taiwan 71710, R.O.C.

²Nursing Department, Chi-Mei Medical Center.

³Department of Hospital and Health Care Administration,
Chia-nan University of Pharmacy and Science,
Tainan, Taiwan 71710, R.O.C.

⁴Department of Hospital and Health Care Administration, Chung Hwa University of Medical Technology

⁵Yu-Zen Retirement Center

Abstract

The aims of study were to explore the characteristics、physical and cognition dysfunction situations and the care utilities of residents in long term care institution. Our study framework was based on the clustering system of RUG-III, in order to analyze the combination of residents' need for care and to explore the inter-agency differences. The study subjects were the residents who were purposive sampling from four agencies of the southern and northern Taiwan and used self-made questionnaire for data collection. The results showed that the majority of the sample residents' physical disable level were severe or totally dependent (85.9%) , and heavily cognitive dysfunction (57.9%) . The majority of the combination of care needs were completely disable and require two or more nursing care in the residents of nursing homes. As for the cases of conservation agencies were mostly just need some general life care and assistance. We recommended that the Government should carry out a comprehensive census for long term care facilities future , in order to obtain correct information of residents' care needs and to depth explore the relationship of care needs combination and the quality of institutional care .

Keywords: institutional care、residents、characteristics、combination of care needs、resources utilization groups

*Correspondence: Department of Senior Citizen Service and Management, Chia-nan University of Pharmacy and Science, Tainan, Taiwan 71710, R.O.C.

Tel: +886-6-2664911ext 3708

Fax: +886-6-2667511

E-mail: tsfshiny@gmail.com

