

美和科技大學

100 年度教師產學合作計畫

結案報告書

計畫名稱：長期照護機構照顧品質之探討

計畫編號：100-FI-DON-IAC-R-001

計畫期間：100 年 3 月 1 日至 101 年 2 月 29 日

計畫主持人：黃美凰 助理教授

共同主持人：李秀春 副教授、邱愛芳 講師

研究助理：蕭如君 主任

經費總額：50,000 元

經費來源：高雄市私立慈慧老人長期照顧中心
(養護型)

長期照護機構照顧品質之探討 目錄

內 容	頁次
摘要-----	1
壹、研究計畫背景與目的-----	2
貳、文獻探討-----	3
一、長期照護機構與長期照護-----	3
二、六項品質指標之發展-----	4
三、品質指標與住民安全-----	4
四、機構品質指標監測之定義及目的-----	4
(一) 跌倒指標監測-----	4
(二) 感染指標監測-----	5
(三) 約束指標監測-----	5
(四) 非計畫性體重改變指標監測-----	5
(五) 非計畫性轉至急性醫院住院指標監測-----	5
(六) 壓瘡指標監測-----	5
參、研究方法-----	5
一、研究設計-----	6
二、研究對象-----	6
三、研究工具-----	6
四、資料收集-----	7
五、資料處理及統計分析-----	7
肆、研究結果-----	7
一、研究對象之個人屬性資料-----	7
二、研究對象對機構品質指標監測之認識-----	9
三、研究對象認為機構品質指標監測在職教育優先順序-----	9
四、研究對象對各項機構品質指標監測之瞭解程度-----	10
五、研究對象對機構執行品質指標監測之態度-----	12
六、研究對象執行機構品質指標監測瞭解程度與態度之相關-----	12
七、執行機構品質指標監測之困境與看法-----	13
(一) 機構需克服與政策配套的部分-----	13
(二) 推動品質指標監測可提升優質照護及住民生活品質-----	13
伍、研究結論-----	14
中英文參考文獻-----	15

長期照護機構照顧品質之探討

摘要

本研究旨在瞭解長期照護機構工作人員對實施「機構品質指標監測」的認知、執行態度與看法。採描述性研究設計，依據台灣長期照護專業協會所發展建構「六項品質指標監測」內容設計成問卷，於 2011 年 4 月至 2011 年 7 月，以高屏地區長期照護機構之工作人員進行調查，計得有效問卷 200 份。問卷資料經編碼、輸入、正確建檔後，以 SPSS 17.0 統計軟體進行資料統計與分析。所得結果如下：

- 一、本研究對象共 200 人，其年齡介於 20 - 68 歲間，平均年齡為 39.48；女性有 168 人(84%)；已婚者有 139 人(69.5%)；閩南籍者有 125 人(62.5%)；高中高職教育程度者有 160 人(80%)；信仰佛道教者有 134 人(67%)；擔任照顧服務職務者最多，共有 69 人(34.5%)；有 40 人(23%)的工作人員從事長照工作超過 8 年，而年資滿 3 年者有 73 人(36.5%)；自覺健康狀況良好的工作人員有 153 人(76.5%)。
- 二、提供品質監測服務的機構達 65.5%；有 46.5%的機構安排品質監測指標在職教育；但不曾參與機構品質指標監測相關課程者高達 119 人(59.5%)，且未負責品質監測事務者高達 129 人(64.5%)；本身負責機構六項品質指標監測者，只有 9-15 人(4.5-7.5%)。
- 三、研究對象對執行各項機構品質指標監測之正向態度皆達 80%；較瞭解且認為在職教育需優先辦理的前三項品質指標監測，依次是「院內感染指標監測」、「跌倒指標監測」、「壓瘡指標監測」；認為各項機構品質指標監測項目之計算公式與完整報表記錄最困難；約有一半的人員不瞭解「非計畫性轉至急性醫院住院」及「非計畫性體重改變」之品質指標監測。
- 四、研究對象對機構各項品質指標監測之瞭解程度與執行態度間皆達顯著的正相關 ($p < .001$)。
- 五、研究對象對「品質指標監測」列入機構評鑑，可促進機構推動品質指標監測，提升優質照護及住民生活品質；但機構需凝聚工作同仁對「品質指標監測」之共識；延攬聘僱專業人才以澄清「品質指標監測」之定義；克服人力不足、時間不足、財力困難、人員流動率大之現存問題；辦理「品質指標監測」主題之在職教育；尋求協助資源並持續收集多元的實證資料，落實立即通報機制、收案、記錄、追蹤與統計分析等艱鉅任務。

關鍵詞：長期照護機構、品質指標、照護品質

壹、研究計畫背景及目的

自1993年起邁入高齡化社會以來，65歲以上高齡者所占之比例持續攀升，2010年底戶籍登記人口為2,316萬2,123人，占10.74%；老化指數為68.64%，扶養比為35.85%（內政部統計處，2011）。隨著平均壽命的延長、人口結構高齡化，疾病型態慢性化，醫療科技進步，疾病治療後留下的失能，加上社會環境變遷，核心家庭取代小家庭，婦女外出工作，傳統家庭照顧功能減弱，轉而對社會的需求與依賴增加，由於老人人口數量急增、老人健康狀況變化、與社會型態改變，使長期照護的需求更顯迫切（吳淑瓊，2005），甚至有研究指出，約三分之一的老人（32.4%）表示對長期照護機構的需求是迫切的（李怡娟、王潔媛、唐久雯、郭懷婷、尹祚芊，2006）。根據2005年老人狀況調查統計結果顯示，願意進住安養機構之比率為14.96%，若依個人特性觀察，願意進住安養機構之比率以都市化程度高地區、男性、教育程度高者、未婚者、離婚或分居者、經濟狀況差者等較高；而歷年老人狀況調查統計結果顯示，與子女同住比例由2000年之69.68%降至2002年之60.19%，至2005年僅有59.95%，有逐年降低之趨勢，顯示老人長期照護、養護及安養機構就養之需求將隨之增加（內政部專題分析，2009）。

入住長期照護機構住民的特性為 65 歲以上高齡老人最多、有多項慢性疾病、身體功能差、長期臥床、失能或心智障礙，需接受在認知能力、溝通能力、情緒行為能力、日常生活自理能力的協助（黃子庭，2005；葉莉莉，2004），大多數的老人罹患多重慢性病，其病程漫長且多變、容易失能，不易預期其生命期限（Coventry, Grande, Richards, & Todd, 2005），有功能障礙或缺乏自我照顧能力的長者，對醫療服務與長期照護需求也大幅增加。我國長期照顧十年計畫目標旨在「保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」（衛生署，2010）。由於社會型態及價值觀的改變，家庭組成以小家庭為主，當老年人需要他人提供健康照顧時，長照機構已成為選擇安養的主要處所，甚至終老於機構，此現象與歐美國家的老人照護情形類似(Biola et al., 2007; Houttekier et al., 2010; Menec, Nowicki, Blandford, & Veselyuk, 2009; Teno, 2004; US HHS AHRQ, 2001)。2010年6月底止，我國老人長期照顧及安養機構計有

1,089 所，可供進住人數 56,514 人，實際進住人數 41,326 人，使用率為 73.1%（內政部統計處，2010），顯示機構照顧仍呈現供給超過需求狀況。若機構能落實照護品質監測於照護實務中，可提供業者擬訂作業規範，確保機構照護品質、消除潛在危機；透過定期的老人福利機構評鑑，協助老人福利機構發掘、瞭解需改進之缺點，指導與督促機構有效地制訂改善方針、謀求改善對策，除能達到符合評鑑之標準，更能增加老人進住機構意願與生活品質，保障住民的權益，進而提升專業形象與機構照護服務品質。

貳、文獻探討

一、長期照護機構與長期照護

長期照護機構是指公、私立已立案之護理之家、養護機構及安養護機構，以罹患慢性疾病並需要長期照護之病人或失能導致生活自我能力缺損的人為服務對象，提供全天候的照顧服務，包括護理、醫事、營養、社工、藥事及環境照顧（趙建薰、古巧琴、龔建吉、許哲瀚，2007；鍾美蘭，2003）。行政院衛生署（1995）定義長期照護是提供需要長期照護的人，包括預防、診斷、治療、復健、支持性與社會性服務等綜合性及連續性的服務；服務對象是對生活功能缺損者，長期性提供生活照顧、醫療及社會性等支持服務者，不侷限於老年人（高淑芬、陳惠姿，2005）。吳淑瓊（2005）認為長期照護的特性是以生活照顧為主、醫療照顧為輔，重視生命品質而非延長生命，是一個專業團隊與資源整合的多元性服務，提供連續性與綜合性的照顧；強調長期照護的目的則在「照顧」個案。當個案因傷病或老衰而遭受身心功能受損時，協助個案維持或恢復身心功能，或降低損傷程度，盡量增進個案獨立自主的常態生活。陳晶瑩（2003）定義長期照護是指依失能或失智者現存功能與自我照顧能力，提供不同的照顧措施，並保有自尊、自主、獨立性及享有生活品質，以連續性或間斷性的提供身體功能障礙缺乏自我照顧能力的人，包含診斷、預防、治療、復建、支持性與維護性的服務。而國外學者則認為長期照護是提供長期功能失常或因殘障導致生活功能不良者，一段時間的持續照顧，包括醫療、護理、個人與社會支持的照顧（Kane, Kane, & Ladd, 1998）。

二、六項品質指標之發展

2002 年長期照護專業協會在衛生署之補助下，發展護理之家「跌倒、感染、約束、壓瘡、非計畫性體重改變、非計畫性轉至急性醫院住院」等六項品質指標監測；2003 年修訂並測試護理之家六項品質指標監測，由 16 家教學型護理之家試用六項品質指標，每季檢討實務使用上的問題並予修正；2004 年修正完成六項品質指標之定義、說明、公式及相關表單，先由 16 所教學型護理之家試用並定期檢討與修正，以符合實務上之使用。2005 年再邀集實務專家、社會局長官、護理學者、統計專家與會修訂指標定義、公式、使用目的、監測方法及注意事項，並開辦相關訓練課程；2007 年全國老人福利機構評鑑將六項品質指標納入加分題；2009 年長期照護專業協會完成六項品質指標之終極版；確定於 2010 年將六項品質指標納入機構評鑑正式評分項目（林麗嬋，2009）。

三、品質指標與住民安全

長期照護專業協會研擬之長期照護機構品質指標，是以美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO)訂定之病人安全目標及台灣醫療品質指標計畫(Taiwan Quality Indicator Project, TQIP)為基礎，經由焦點團體，發展國內長期照護機構適用之六項品質指標「跌倒、感染、約束、壓瘡、非計畫性體重改變、非計畫性轉至急性醫院住院」(林麗嬋，2009)。六項品質指標可作為機構的風險管理，預防及減少住民傷害事件，達到降低財物損失與威脅。落實機構住民感染控制指標之監測及改善方案，有助於降低住民工作人員感染的危險性及有效因應傳染病爆發的危機。營養的監控可增進住民抵抗力及預防感染，而定期監測住民體重，可瞭解住民營養狀況之變化，不但可防治機構感染，亦可減少因營養不良而增加疾病造成非計畫性轉至急性醫院住院的機會。工作人員依據約束、跌倒、壓瘡等指標監測，在不妨礙住民人身自由的人權考量下，提供無障礙空間、隔音設備、明亮顏色的牆壁、安全的扶手、補充所需的液體與食物，以加速壓瘡癒合，確保住民的安全。

四、機構品質指標監測之定義及目的

(一) 跌倒指標監測

跌倒(Fall down)是指住民因非預期性跌落至地面或其他平面，「傷害」是

指因跌倒而導致身體部分的組織或功能破壞。跌倒指標監測之目的在探討及分析住民跌倒的發生率、發生原因及身體傷害程度，以作為預防跌倒在發生或減輕跌倒所造成的傷害程度（林愛貞、莊靜芬、陳惠慧，2009）。

（二）感染指標監測

感染是指住民入住機構其間因照護行為造成微生物侵入住民體內，或入住期間微生物塑造城的感染，但不包括入住即有的或潛在的感染。感染指標監測之目的是收集機構感染發生的密度及分析造成機構感染的可能原因，並提出適當照護措施，降低機構感染之發生（李莉，2009）。

（三）約束指標監測

身體約束(physical restraint)是利用設備或器材在住民身上，限制個人自由在環境中活動或接近自己身體的過程。包括：約束帶、約束背心、餐板、手套等之使用，不包括床欄及藥物使用。約束指標監測之目的在監測機構內住民受身體約束過程中之照護品質，以維護住民之基本人權及安全（王素琴，2009）。

（四）非計畫性體重改變指標監測

非計畫性體重改變是指非營養計畫或藥物使用預期效果，所造成的體重減輕或增加。非計畫性體重改變指標監測之目的是利用具體化的資料與記錄，定期追蹤、分析住民體重增加或減少的原因，將有助於機構監測住民非計畫性體重改變程度，進而藉由營養照護服務及護理計畫改善之（吳秀鳳、張淑瑋、藍麗鳳，2009）。

（五）非計畫性轉至急性醫院住院指標監測

非計畫性轉至急性醫院住院是指排除無法抗拒的因素後，住民非預期的住院。非計畫性轉至急性醫院住院指標監測之目的有：（1）探討機構住民罹患慢性疾病及潛在之感染問題，以瞭解長期照護機構住民經常反覆住院的原因予以列入品管指標監測；（2）有效探討並分析住民非計畫性轉至急性醫院住院照護的原因，以作為機構照護品質改善之依據（紀夙芬、曾月盃，2009）。

（六）壓瘡指標監測

「壓瘡」是指個體局部皮膚，因長時間受到外再持續的壓力、剪力與摩擦力，致使該區血液與淋巴腺通路阻塞，微血管內血流降低，組織因而缺氧。

而血液灌流下降，導致無法有效移除新陳代謝產物的廢物，組織發生酸中毒，血管通透性增加，水腫相繼出現，終至細胞壞死而產生壓瘡。壓瘡指標監測之目的在收集與估計壓瘡盛行率並分析原因，以利壓瘡之防治（郭淑珍、黃千玟，2009）。

落實照護品質指標監測於照護實務中，可提供機構住民安全、有尊嚴、像家庭的照護，預防及減少住民傷害事件，減少不必要的醫療支出，提升機構品質且增加機構的信譽與競爭力。本研究將以長期照護專業協會發展之「機構品質指標監測」探討長期照護機構之照護品質。本研究以描述性研究設計探討長照機構工作人員執行「機構品質指標監測」之知識與態度，研究結果可提供機構工作人員擬定在職教育之參考，以提升照護品質。

參、研究方法

一、研究設計

本研究屬於描述性研究設計，主要目的在瞭解某長照機構工作人員對六項品質指標監測 - 跌倒、約束、壓瘡、感染、非計畫性體重改變、非計畫性轉至急性醫院住院等品質指標之執行狀況及工作人員對執行品質指標監測之態度。

二、研究對象

本研究採立意取樣方式，以高屏地區立案之老人福利機構之工作人員（包含護理人員與照顧服務員），徵求其同意後參與本研究，進行相關的調查。

三、研究工具

本研究將依據台灣長期照護專業協會歷經將近十年所發展建構的「六項品質指標監測」內容設計成問卷，以瞭解工作人員對實施「機構品質指標監測」的看法及施行成效。問卷內容說明如下：

（一）工作人員對於實施「品質指標」的認知：

1. 工作人員個人屬性資料，包含性別、年齡、婚姻、教育程度、宗教信仰、工作年資、是否曾經參加「品質指標監測」相關課程、實施「六項品質指標監測」的經驗。
2. 對「六項品質指標監測」的知識：知識的問卷採是非題方式，答對一題者，給一分，分數愈高，代表愈瞭解「品質指標監測」相關知識。

(三) 施行「六項品質指標監測」的態度，瞭解工作人員對推行「六項品質指標監測」之看法及現存的困境。

四、資料收集

問卷調查方式，由工作人員自填問卷，自 2011 年 4 月至 6 月進行問卷施測，瞭解其對「六項品質指標」的認知及態度。

五、資料處理及統計分析

將問卷資料進行編碼(coding) 輸入建檔後，核對資料之正確性，以 SPSS 17.0 統計軟體進行資料統計與分析。

肆、研究結果

一、研究對象之個人屬性資料

本研究對象共200人，其年齡介於20 - 68歲間，平均年齡為39.48；年齡介於31-50歲者有114人(57%)；女性有168人(84%)；已婚者有139人(69.5%)；高中高職教育程度者有160人(80%)；信仰佛道教者有134人(67%)；閩南籍者有125人(62.5%)；擔任照顧服務職務者最多，共有69人(34.5%)；有40人(23%)的工作人員從事長照工作超過 8 年，而年資滿3年者有73人(36.5%)；自覺健康狀況良好的工作人員有153人(76.5%)。詳如表1所示。

表1 長期照護機構研究對象之基本屬性資料 (n=200)

變項	人數	百分比 (%)
性別		
男	28	14.0
女	168	84.0
未填答	4	2.0
年齡		
21-30歲	41	20.5
31-40歲	59	29.5
41-50歲	55	27.5
51歲	30	15.0
未填答	15	7.5
籍貫		
閩南	125	62.5
原住民	31	15.5
客家	13	6.5

續上頁

表1 長期照護機構研究對象之基本屬性資料 (n=200)

變項	人數	百分比 (%)
外省籍	19	9.5
其他	3	1.5
未填答	9	4.5

宗教信仰		
佛教	56	28.0
道教	78	39.0
基督教	21	10.5
天主教	9	4.5
無或其他	36	18.0

教育程度		
識字或小學	7	3.5
國(初)中	18	9.0
高中	52	26.0
高職	108	54.0
專科、大學	8	4.0
未填答	7	3.5

婚姻狀況		
未婚	55	27.5
已婚	119	59.5
離婚	14	7.0
喪偶	6	3.0
未填答	6	3.0

工作職稱		
機構負責人或主任	36	18.0
護理人員	46	23.0
照顧服務員	69	34.5
社工員	17	8.5
其他	4	2.0
未填答	28	14.0

長照工作年資		
1年	29	14.5
1.01-3年	44	22.0
3.01-5年	30	15.0
5.01-8年	17	8.5
8.01年	46	23.0
未填答	34	17.0

健康狀況		
無健康問題	153	76.5
有健康問題	36	18.0
未填答	11	5.5

本研究有36位工作人員表示有健康問題，確定被診斷之疾病有腦中風 1人次、高血壓16人次、心臟疾病 5人次、肝病 4人次、糖尿病 8人次、癌症 1人次、及其他未詳填疾病有 5人次。這些狀況值得深入關照與探究，以防範因身體過渡負荷而延伸其他更嚴重的健康問題。

二、研究對象對機構品質指標監測之認識

本研究得知，提供品質監測服務的機構達65.5%；機構有安排品質監測指標在職教育者93人(46.5%)；但不曾參與機構品質指標監測相關課程或演講者有119人(59.5%)，且未負責品質監測事務者高達129人(64.5%)，詳如表2所示。負責機構六項品質指標監測之工作人員，只有9-15人(4.5-7.5%)之間，詳如表3所示。此結果似可窺見，落實機構品質指標監測之實務工作，仍有很大的努力空間。

表2 研究對象對機構品質指標監測之認識 (n=200)

品質指標相關題目	沒有	有	未填答
機構是否提供品質監測服務	59(29.5)	131(65.5)	10(5.0)
機構安排品質監測指標之在職教育	94(47.0)	93(46.5)	13(6.5)
是否負責品質監測之事務	129(64.5)	62(31.0)	9(4.5)
曾參與機構品質監測指標相關課程或演講	119(59.5)	72(36.0)	9(4.5)

表3 研究對象負責機構品質指標監測之狀況 (n=200)

品質指標項目	人數	百分比(%)
跌倒指標監測	15	7.5
壓瘡指標監測	11	5.5
院內感染指標監測	10	5.0
約束指標監測	15	7.5
非計畫性體重改變指標監測	9	4.5
非計畫性轉至急性醫院住院指標監測	11	5.5

三、研究對象認為機構品質指標監測在職教育之優先順序

本研究之調查結果顯示，研究對象認為需優先辦理品質指標監測在職教育的前三項依次是「院內感染指標監測」、「跌倒指標監測」、「壓瘡指標監測」，詳如表4所示。

表 4 研究對象認為機構品質監測在職教育優先順序 (n=200)

優先順序 品質指標項目	1	2	3	4	5	6
跌倒指標監測	67(33.8)	44(22.2)	52(26.3)	20(10.1)	10(5.1)	5(2.5)
壓瘡指標監測	22(11.2)	73(37.1)	42(21.3)	38(19.3)	16(8.1)	6(3.0)
院內感染指標監測	73(37.1)	44(22.3)	38(19.3)	21(10.7)	16(8.1)	5(2.5)
約束指標監測	15(7.6)	13(6.6)	30(15.2)	72(36.4)	38(19.2)	30(15.2)
非計畫性體重改變 指標監測	19(9.6)	15(7.6)	14(7.1)	21(10.6)	63(31.8)	66(33.3)
非計畫性轉至急性 醫院住院指標監測	10(5.1)	19(9.6)	25(12.6)	23(11.6)	47(23.7)	74(37.4)

四、研究對象對各項機構品質指標監測之瞭解程度

本研究之調查結果發現，研究對象對各項機構品質指標監測項目中的計算公式與完整報表記錄屬最困難；而「非計畫性轉至急性醫院住院指標監測」及「非計畫性體重改變指標監測」之瞭解程度約有一半的人員不瞭解；有九成的研究對象瞭解有「跌倒指標監測」、「壓瘡指標監測」、及「院內感染指標監測」三項品質指標監測項目，此可能與機構最常推動執行的品質指標監測項目有密切關係。詳如表 5所示。

表 5 研究對象對機構品質指標監測之瞭解程度 (n=200)

品質指標監測項目	是	不是	不知道
	人數(%)	人數(%)	人數(%)
1.跌倒是機構照顧品質監測項目	178(89.0)	13(6.5)	9(4.5)
2.跌倒完整之定義說明	111(55.5)	52(26.0)	37(18.5)
3.清楚跌倒計算公式(分子、分母)	60(30.0)	98(49.0)	42(21.0)
4.完整紀錄跌倒各項報表	94(47.0)	66(33.0)	40(20.0)
5.正確收集跌倒資料的方式	111(55.5)	59(29.5)	30(15.0)
6.定期分析跌倒資料及追蹤，做為改善專案之依據	117(58.5)	51(25.5)	32(16.0)
7.跌倒發生時有明確之處理辦法及流程	155(77.5)	28(14.0)	17(8.5)
8.有專人負責執行跌倒監測	131(65.5)	45(22.5)	24(12.0)
9.壓瘡是機構照顧品質監測之項目	179(89.5)	15(7.5)	6(3.0)
10.壓瘡完整之定義說明	131(65.5)	39(19.5)	30(15.0)
11.清楚壓瘡計算公式(分子、分母)	70(35.0)	87(43.5)	43(21.5)
12.完整紀錄壓瘡各項報表	111(55.5)	62(31.0)	27(13.5)
13.正確收集壓瘡資料的方式	118(59.0)	52(26.0)	30(15.0)
14.定期分析壓瘡資料及追蹤做為改善專案之依據	118(59.0)	51(25.5)	31(15.5)
15.壓瘡發生時有明確之處理辦法及流程	148(74.0)	24(12.0)	28(14.0)
16.有專人負責執行壓瘡監測	142(71.0)	38(19.0)	20(10.0)

接下頁

續上頁

表 5 研究對象對機構品質指標監測之瞭解程度 (n=200)

品質指標監測項目	是	不是	不知道
	人數(%)	人數(%)	人數(%)
17.院內感染是機構照顧品質監測之項目	185(92.5)	11(5.5)	4(2.0)
18.院內感染完整之定義說明	127(63.5)	43(21.5)	30(15.0)
19.清楚院內感染計算公式(分子、分母)	67(33.5)	92(46.0)	41(20.5)
20.完整紀錄院內感染各項報表	107(53.5)	61(30.5)	32(16.0)
21.正確收集院內感染資料的方式	110(55.0)	51(25.5)	39(19.5)
22.定期分析院內感染資料及追蹤，做為改善專案 依據	117(58.5)	42(21.0)	41(20.5)
23.院內感染發生時有明確之處理辦法及流程	143(71.5)	31(15.5)	26(13.0)
24.有專人負責執行院內感染監測	152(76.0)	30(15.0)	18(9.0)
25.非計畫性體重改變是機構照顧品質監測之項目	145(72.5)	39(19.5)	16(8.0)
26.非計畫性體重改變完整之定義說明	102(51.0)	61(30.5)	37(18.5)
27.清楚非計畫性體重改變計算公式(分子、分母)	70(35.0)	86(43.0)	44(22.0)
28.有清楚的非計畫性體重改變收案及轉介流程	96(48.0)	63(31.5)	41(20.5)
29.完整紀錄非計畫性體重改變各項報表	101(50.5)	64(32.0)	35(17.5)
30.正確收集非計畫性體重改變資料的方式	101(50.5)	64(32.0)	35(17.5)
31.定期分析非計畫性體重改變資料及追蹤，做為 改善專案依據	111(55.5)	57(28.5)	32(16.0)
32.非計畫性體重改變發生有明確處理辦法及流程	115(57.5)	57(28.5)	28(14.0)
33.有專人負責執行非計畫性體重改變監測	134(67.0)	48(24.0)	18(9.0)
34.約束是機構照顧品質監測之項目	161(80.5)	24(12.0)	15(7.5)
35.約束完整之定義說明	135(67.5)	39(19.5)	26(13.0)
36.清楚約束計算公式(分子、分母)	74(37.0)	92(46.0)	34(17.0)
37.有家屬或個案填寫使用約束之同意書	153(76.5)	29(14.5)	18(9.0)
38.完整紀錄約束各項報表	130(65.0)	43(21.5)	27(13.5)
39.正確收集約束資料的方式	127(63.5)	44(22.0)	29(14.5)
40.定期分析約束資料及追蹤，做為改善專案依據	128(64.0)	41(20.5)	31(15.5)
41.若不當約束發生時，有清楚之處理辦法及流程	137(68.5)	32(16.0)	31(15.5)
42.有專人負責執行約束監測	144(72.0)	36(18.0)	20(12.0)
43.非計畫性轉至急性醫院住院是機構品質監測項目	140(70.0)	35(17.5)	25(12.5)
44.非計畫性轉至急性醫院住院完整之定義說明	95(47.5)	65(32.5)	40(20.0)
45.清楚非計畫性轉至急性醫院住院公式(分子、母)	66(33.0)	95(47.5)	39(19.5)
46.完整紀錄非計畫性轉至急性醫院住院各項報表	97(48.5)	66(33.0)	37(18.5)
47.正確收集非計畫性轉至急性醫院住院的資料	96(48.0)	68(34.0)	36(18.0)
48.定期分析非計畫性轉至急性醫院住院資料及追 蹤，做為改善專案之依據	105(52.5)	60(30.0)	35(17.5)
49.專人負責執行非計畫性轉至急性醫院住院監測	127(63.5)	44(22.0)	29(14.5)

五、研究對象對機構執行品質指標監測之態度

本研究之結果顯示，研究對象對執行各項機構品質指標監測之態度皆達80%之正向態度，此結果抑或與長期照護機構評鑑將品質指標監測列入評核要項有關，也能督促各機構提供高品質之照護。

表 6 研究對象對機構執行品質指標監測之態度 (n=200)

機構照顧品質監測的自評項目	平均數	標準差
1. 我樂於執行照顧品質監測	4.12	.74
2. 執行照顧品質監測，我的態度是認真的	4.17	.69
3. 我覺得照顧品質監測是重要的，值得確實執行	4.24	.73
4. 我覺得照顧品質監測很有意義，能支持我執行的動力	4.08	.76
5. 我落實執行照顧品質監測，從中學到很多有用的知能	4.14	.72
6. 確實執行照顧品質監測，能解決長照機構照護的問題	4.13	.70
7. 照顧品質監測內容符合機構需要，我樂於配合執行	4.15	.68
8. 照顧品質監測能提升機構照顧品質，我按部就班執行	4.12	.72
9. 機構推動對照顧品質監測的作業，我會盡心盡力執行	4.18	.70
10. 我樂於執行照顧品質監測，並從中得到成就感	4.04	.81
11. 我積極執行照顧品質監測，很樂意與其他機構分享	4.01	.79
12. 遇到照顧品質監測內容或概念的疑難，我會主動請教他人	4.18	.72
13. 我會主動搜尋與照顧品質監測相關的新資訊	3.99	.81
14. 將照顧品質監測列入機構評鑑項目，能提升機構照顧品質	4.04	.88
總量表平均	4.11	.64

六、研究對象執行機構品質指標監測瞭解程度與態度之相關

本研究對象對機構品質指標監測之瞭解程度與執行態度間皆達及顯著的正相關($p < .001$)。詳如表 7 所示。

表 7 研究對象對機構品質指標監測之瞭解程度與執行態度之相關 (n=200)

	1	2	3	4	5	6	7
1. 跌倒	1						
2. 壓瘡	.792***	1					
3. 院內感染	.805***	.785***	1				
4. 非計畫體重改變	.805***	.731***	.773***	1			
5. 約束	.778***	.803***	.795***	.692***	1		
6. 非計畫性轉至急性醫院住院	.759***	.700***	.736***	.785***	.764***	1	
7. 執行品質指標態度	.394***	.319***	.411***	.332***	.373***	.375***	1

七、執行機構品質指標監測之困境及看法

本研究對象認為執行品質指標監測的困境有：機構需求性不高、主管會做選擇性的決策；同仁對品質指標監測之定義模糊不清、每人的認知不同、專業人才聘僱困難；人力嚴重不足、時間不足、財力困難、人員流動率大無法持續執行；未確實落實立即通報機制與執行、無法改善持續出現的困境 - 如 AB 菌致 UTI 感染且一直復發，第一次做很痛苦且很害怕，資料複雜、收集資料缺乏持續性與統整性、尋求協助資源不易，未落實收案與記錄、缺乏追蹤而難以統計。

研究對象對品質指標監測列入機構評鑑的看法分二部分加以陳述：

（一）機構需克服與政策配套的部分

因護理人力不足，每項品質指標紀錄表單多，需花費許多時間及人力，在人力不足的情況下，造成機構執行的困難，使用統計缺乏精準性且留不住護理人員。尤其「約束品質指標」紀錄所花費的時間最多，需要家屬同意書與醫師證明之手續最繁瑣。新進人員又不易進入狀況且離職率高，在執行品質指標監測有諸多困難，評鑑時護理人員需超時加班，對身體、心靈造成創傷。「六項品質指標監測」若在醫院可否做到完善都是問題，要求照護機構必須做完整，更會增加困難度；主管單位輔導過少卻要求過多，希望機構只需完成部分的品質指標監測 - 如跌倒、約束即可。

（二）推動品質指標監測可提升優質照護及住民生活品質

每三年評鑑並將「品質指標監測」列入評鑑項目，是很好的構思，非常好、非常贊成、非常同意、正確、可了解機構品管問題可協助落實機構品質監測機制，確保與提升住民更優質的品質。有些監測指標的數值，需定期分析檢討並做改善，可加強機構的品質指標，監測項目能更加重視與積極但要簡化工作，有效控管護理的問題；現在不做以後會後悔、能提升服務品質之自我要求、可幫助看出機構的品管、確實了解住民狀況，並根據變化作為機構品質改善的依據，維護住民的居住品質，有必要繼續推動並落實評鑑稽核制度。

伍、研究結論

由於 65 歲以上高齡老人人口數量急增，老人通常有多項慢性疾病、身體功能差、長期臥床、失能或心智障礙，需接受在認知能力、溝通能力、情緒行為能力、日常生活自理能力的協助，隨著社會型態改變，老年人入住長期照護機構以獲得專業照護的需求更顯迫切。落實「品質指標監測」於照護實務中，可提供機構住民安全、有尊嚴、像家庭的照護，預防及減少住民傷害事件，減少不必要的醫療支出，提升機構品質且增加機構的信譽與競爭力。本研究之結論如下：

- 一、本研究對象共 200 人，其年齡介於 20 - 68 歲間，平均年齡為 39.48；女性有 168 人(84%)；已婚者有 139 人(69.5%)；閩南籍者有 125 人(62.5%)；高中高職教育程度者有 160 人(80%)；信仰佛道教者有 134 人(67%)；擔任照顧服務職務者最多，共有 69 人(34.5%)；有 40 人(23%)的工作人員從事長照工作超過 8 年，而年資滿 3 年者有 73 人(36.5%)；自覺健康狀況良好的工作人員有 153 人(76.5%)。
- 二、提供品質監測服務的機構達 65.5%；有 46.5%的機構安排品質監測指標在職教育；但不曾參與機構品質指標監測相關課程者高達 119 人(59.5%)，且未負責品質監測事務者高達 129 人(64.5%)；本身負責機構六項品質指標監測者，只有 9-15 人(4.5-7.5%)。
- 三、研究對象對執行各項機構品質指標監測之正向態度皆達 80%；較瞭解且認為在職教育需優先辦理的前三項品質指標監測，依次是「院內感染指標監測」、「跌倒指標監測」、「壓瘡指標監測」；認為各項機構品質指標監測項目之計算公式與完整報表記錄最困難；約有一半的人員不瞭解「非計畫性轉至急性醫院住院」及「非計畫性體重改變」之品質指標監測。
- 四、研究對象對機構各項品質指標監測之瞭解程度與執行態度間皆達顯著的正相關 ($p < .001$)。
- 五、研究對象對「品質指標監測」列入機構評鑑，可促進機構推動品質指標監測，提升優質照護及住民生活品質；但機構需凝聚工作同仁對「品質指標監測」之共識；延攬聘僱專業人才以澄清「品質指標監測」之定義；克服人力不足、時間不足、財力困難、人員流動率大之現存問題；辦理「品質指標監測」主題之在職教育；尋求協助資源並持續收集多元的實證資料，落實立即通報機制、收案、記錄、追蹤與統計分析等艱鉅任務。

中英文參考文獻

- 內政部專題分析(2009) *老人居住安排與長期照顧選擇之探討* 2011年2月3日, 取自 <http://www.moi.gov.tw/stat/topic.aspx>
- 內政部統計處(2010.09.04) *內政部統計通報 - 99年6月底我國老人安養及長期照顧概況* 2011年2月3日, 取自 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=4594&page=1
- 內政部統計處(2011.01.18) *內政部統計通報 - 99年底人口結構分析* 2011年2月3日, 取自 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=4943&page=0
- 王素琴(2009) *約束指標監測 於林麗嬋總校閱, 機構品質指標監測操作手冊(一版, 57-72)* 台北: 台灣長期照護專業協會。
- 吳秀鳳、張淑琿、藍麗鳳(2009) *非計畫性體重改變指標監測 於林麗嬋總校閱, 機構品質指標監測操作手冊(一版, 73-90)* 台北: 台灣長期照護專業協會。
- 吳淑瓊(2005) *人口老化與長期照護政策 國家政策季刊, 4(4), 5-24。*
- 李怡娟、王潔媛、唐久雯、郭懷婷、尹祚芊(2006) *從機構負責人及專家的觀點來探討社區型態安養護機構評鑑項目 實證護理, 2(3), 201-209。*
- 李莉(2009) *感染指標監測 於林麗嬋總校閱, 機構品質指標監測操作手冊(一版, 27-56)* 台北: 台灣長期照護專業協會。
- 林愛貞、莊靜芬、陳惠慧(2009) *跌倒指標監測 於林麗嬋總校閱, 機構品質指標監測操作手冊(一版, 11-25)* 台北: 台灣長期照護專業協會。
- 林麗嬋(2010) *機構品質指標監測操作手冊* 台北: 台灣長期照護專業協會。
- 紀夙芬、曾月盃(2009) *非計畫性轉至急性醫院住院指標監測 於林麗嬋總校閱, 機構品質指標監測操作手冊(一版, 91-107)* 台北: 台灣長期照護專業協會。
- 高淑芬、陳惠姿(2005) *長期照護與社區護理 國家政策季刊, 4(4), 109-128。*
- 郭淑珍、黃千玳(2009) *壓瘡指標監測 於林麗嬋總校閱, 機構品質指標監測操作手冊(一版, 109-134)* 台北: 台灣長期照護專業協會。
- 陳晶瑩(2003) *老年人之長期照護 台灣醫學, 7(3), 404-413。*
- 黃子庭(2005) *長期照護老年住民常見的安全問題: 虐待、跌倒及營養不良 長期照護雜誌, 9(3), 205-212。*

- 葉莉莉(2004) 機構照護的挑戰 - 「無約束」的機構照護。 *社區發展季刊*, 105, 354-367。
- 趙建蕾、古巧琴、龔建吉、許哲瀚(2007) 機構式照護之特性與安全性研究 - 以中部地區為例 *長期照護雜誌*, 11(2), 162-175。
- 衛生署(2010) *我國長期照顧十年計畫摘要本(核定本)* 2010年12月17日, 取自
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=10578&class_no=211&level_no=1
- 鍾美蘭(2003) *老人安養護機構長期照護機構營運指南:照顧篇* 台北:台灣長期照護專業協會。
- Biola, H., Sloane, P. D., Williams, C. S., Daaleman, T. P., Williams, S. W., & Zimmerman, S. (2007). Physician communication with family caregivers of long-term care residents at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 846-856.
- Coventry, P. A., Grande, G. E., Richards, D. A., & Todd, C. J. (2005). Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. *Age and Ageing*, 34(3), 218-227.
- Kane, R. L., Kane, R. A., & Ladd, R. C. (1998). *The Heart of Long Term Care*. New York: Oxford University Press.
- Houttekier, D., Cohen, J., Bilsen, J., Addington-Hall, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2010). Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 751-756.
- Menec, V. H., Nowicki, S., Blandford, A., & Veselyuk, D. (2009). Hospitalizations at the end of life among long-term care residents. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 64(3), 395-402.
- Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casey, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R., et al. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*, 291, 88-93.
- US Department of Health & Human Services (HHS), Agency for Health Research and Quality (AHRQ) (2001). The characteristics of long-term care users: AHRQ Research Report. 2010年12月17日取自 www.ahrq.gov/research/ltcusers