

## 壹、前言

隨著全球人口的老化，長期照護機構在社會需求下快速發展，然而，機構式照護模式多少會被標籤化為集體式的安置照護型態，如何改善老年人居住長期照護機構的生活品質，乃逐漸成為各國關注的問題。1993年9月底，臺灣人口結構跨越聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 所定義之高齡化社會 (ageing-society) 的門檻，亦即65歲以上人口大於7%。後因戰後嬰兒潮的效應及出生率的持續下降，截至2012年9月底，臺灣老年人口的比率更趨向高齡社會 (aged-society)，已占總人口的11.05% (行政院經濟建設委員會，2012)。

伴隨高齡化社會而來的是健康問題慢性化、孱弱化、多樣化及長期化等問題。內政部統計處資料顯示，截至2012年止，我國65歲以上之255萬名老年人口中，失能人數即達42萬人，加上家庭結構、型態與功能的蛻變，以及非典型的婚姻、生育模式和女性勞動參與率提高，老人在缺乏照顧之下，機構的照護方式提供生活自理能力缺損的老人另一種居住方式的選擇。隨著老人福利機構傾向「在地老化、小型化、社區化」的發展，根據內政部2012年9月的統計資料，屬於社政單位的老人福利長期照護及安養機構 (不含榮民之家及護理之家) 計有1,057所，以長期照顧養護型機構最多，共計947所 (占90.65%)；長期照顧照護型機構次之，共計53所；安養機構居第三，共計34所；若是依公、私立別來分，又以屬於私人的小型老人機構最多，共計897所 (占85.84%) (內政部統計處，2013)。由以上資料得知，小型機構於臺灣人口轉型之際，扮演著滿足失能老人照護需求之重要角色。一般而言，機構的照護品質攸關住民的生活品質，但目前市場上，機構式照護在求管理效率及醫療化之延伸影響下，仍呈現「機構化」之照護型態。依2007年臺北市老人安養護暨長期照護機構評鑑成果報告，私立小型機構評監測量指標完全符合者僅占28.31% (社團法人臺灣長期照護專業協會，2007)，又因為與老人相關的醫學科學 (如復健、營養、護理等) 不受醫學界重視，進而產生專業

人員不足（蕭淑貞、李世代，1999），以致機構式照護傾向提供過多的生理照顧，缺乏心理及社會支持，以及必須接受整組式 (batch treatment) 的照顧等現象 (Chantal, Kerstrs, Ribbe, Campen, & Ooms, 2000; Clark & Bowling, 1990)。住民在此種去個人化的環境下，個人的完整感逐漸被剝削，導致個人的獨特性也漸次喪失，並形成依賴機構工作人員指示的生活，在缺乏多重刺激環境下，老人身心功能加速衰退 (McFarland & McFarland, 2002)。雖然政府為了提升照護品質及住民的生活品質，不斷地推陳出新照護政策與方案，例如：行政院衛生署（2009）及內政部（2010）陸續規定將長期照護六項品質指標納入評鑑。但現今老人福利機構評鑑對大部分小型養護構在社區化與在地老化的目標層次，以及評鑑機制運作的手段層次，兩者間似乎有種矛盾（蔡翔傑，1997）。更有甚者，以機構住民為主的生活品質及倫理議題，卻一直未受廣泛重視（李孟芬，2009）。

影響長期照護的品質包含多面向的因素，諸如員工訓練不足、個案評估不正確或無效、錯誤的照護技術及鬆散的法規等，都可能影響整體的照護品質，但這些都牽涉到照護基本的倫理議題與行善原則，而自主性即是其中一項基本的倫理原則，因此在照護病患達到健康時，需尊重病患的自我決策和自主性 (Beauchamp & Childres, 1983)。有關老人生活品質的文獻顯示，老人們認為提升獨立、自主，對於促進生活品質有正面影響，而且也是最重要的 (Birder, Slimmer, & Lesage, 1994)。另據1997年修正的《老人福利法》規定，養護型機構主要是照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人（內政部社會司，2012），其介於所謂的獨立生活與照顧的分界，而獨立生活並不是指老年人必須具有不仰賴他人協助而從事某些日常活動的能力，而是指老年人得以自主決定如何過生活的權利，擁有獨立生活意指擁有權利而非肢體能力的問題 (Smith, 2005)。

國外針對機構老人自主性之相關人權議題較有概念，其中又以日本及英國最為先驅及健全，相關研究也最多 (Davies, Laker, & Ellis, 2002; Geraldine, 2008; Hertz & Anschutz, 2002)。至於國內機構老人研究趨勢，近十年以老人社會福利、老人醫學為重點主題，而自主性相關之研究有莊雅婷（2006）、