

失能者親屬照顧資源推測

— 生命歷程取向微觀模擬

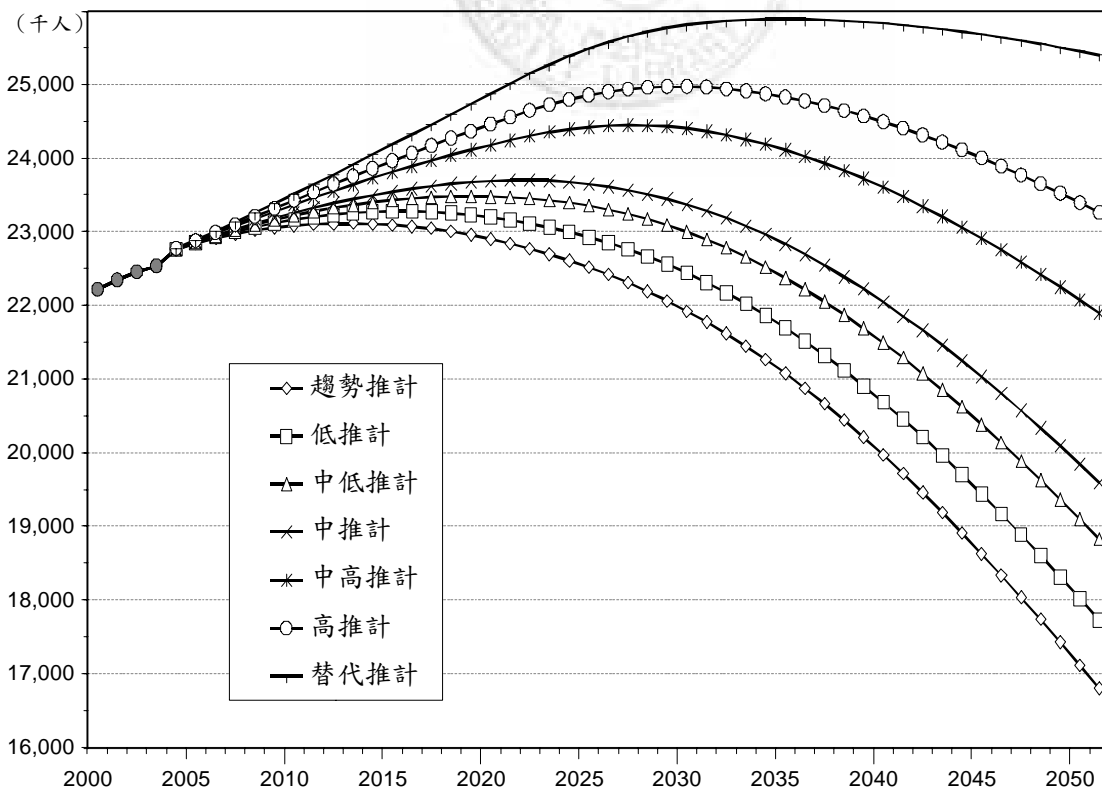
第一章 緒論

近年來失能者長期照顧需要的滿足，已成為各國共同面臨的重要議題，相關對應政策之規劃日受重視。失能人口分佈於各年齡層，多數居住於家庭中，由家人提供照顧，因此本文將未失能親屬視為潛在可照顧失能者之資源，運用微觀模擬的推計方式，循生命歷程研究取向，觀察樣本家庭受出生、死亡、婚姻、失能等重大生命事件影響，在不同時間點呈現的家庭親屬結構圖像，推測失能者親屬照顧可能予受型態的變遷，並討論運用研究結果於政策規劃之可能性。

第一節 研究背景

台灣的人口轉型始於日據時代中期，至今已接近尾聲。「人口轉型」係指人

圖1：我國未來人口推估

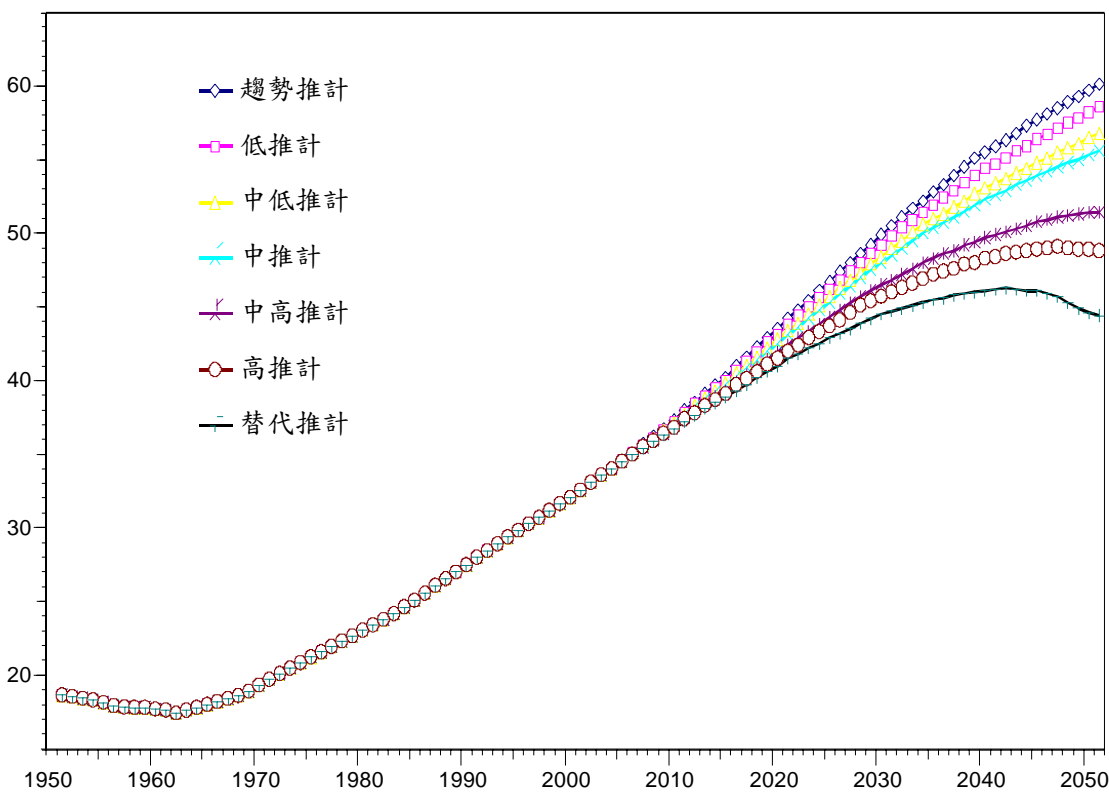


資料來源：經建會（2004）中華民國臺灣民國 93 年至 140 年人口推計

口由高出生率、高死亡率過渡到低出生率、低死亡率的均衡狀態（陳寬政 1985）。台灣地區嬰幼兒與老年人口的死亡率在1950年至1975年間有大幅度的下跌，爾後跌幅較小，但仍持續下降。因嬰幼兒死亡率下跌而帶動出生率下降，至1984年時人口淨繁殖率已經低於替換水準，人口轉型已接近尾聲（陳寬政、王德睦與陳文玲 1986；涂肇慶與陳寬政 1988），受此趨勢影響，最快在接近2030年時，我國人口總人口數可能低於目前（圖1）。

再者，我國人口老化速度也相當快速。觀察歷年人口年齡中位數，可以看出逐年增加（圖2）。以老年人口而言，依經建會發布之推估（2004），65歲以上者在2000年已超過200萬，2014年時老年人口將超過273萬人，並持續快速上昇，2021年時，65歲以上老年人口將接近392萬人，2041年左右，65歲以上老人將達661萬人，2051年將達695萬左右。

圖 2：我國歷年年齡中位數

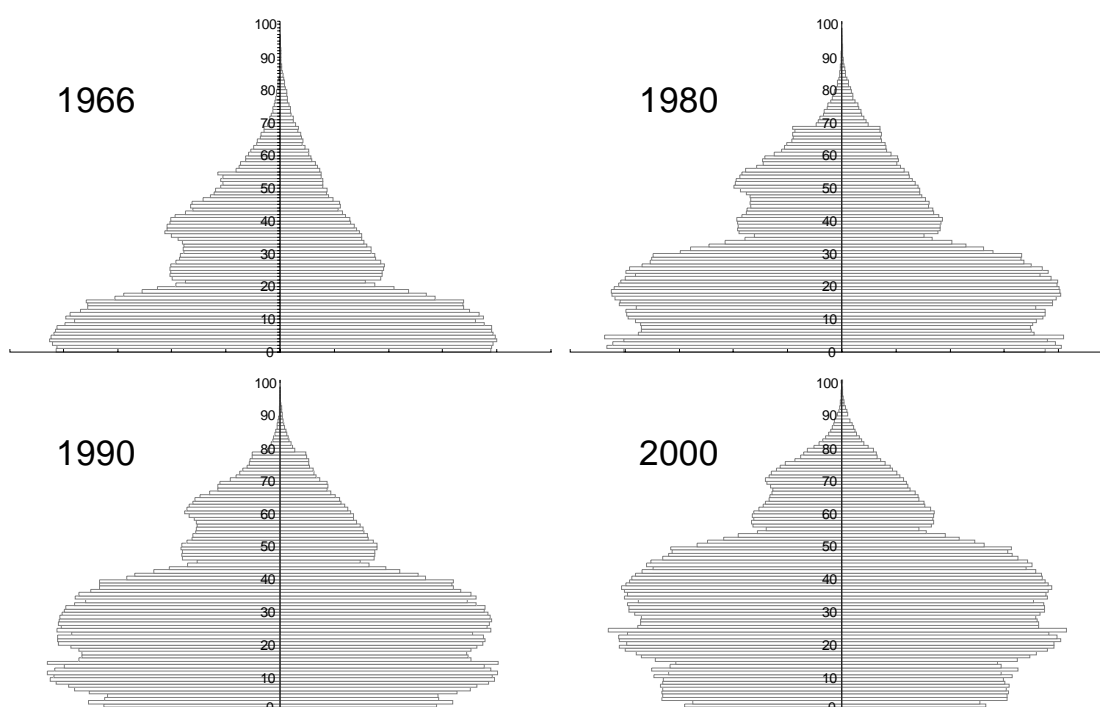


資料來源：經建會（2004）中華民國臺灣民國 93 年至 140 年人口推計

若觀察人口年齡金字塔形狀（圖3），由1966年到2000年間，我國人口結構已經出現明顯變化。根據推計，2017年時，65歲以上老年人口與15歲以下幼年人口同為320萬人，老年人口佔總人口比例為13.6%，之後老年人口會開始超過幼年人口；若根據中推

計（經建會，2004），2026 年時，老年人口將佔全人口 20%，2041 年時佔 30%，2051 年將佔 35%，當然撫養比例也會隨之上升（圖 4）。年齡漸高經常伴隨著身心功能退化，據內政部統計處「老人狀況調查報告」（2000）數據，有七成六的老人罹患慢性疾病，其中，每十位老人就有一位需要他人照顧。老年人口數增加，代表失能人數將隨之上升，如何應對國民出現的大量照顧需求已成為政府施政的重要課題。

圖 3：人口年齡金字塔

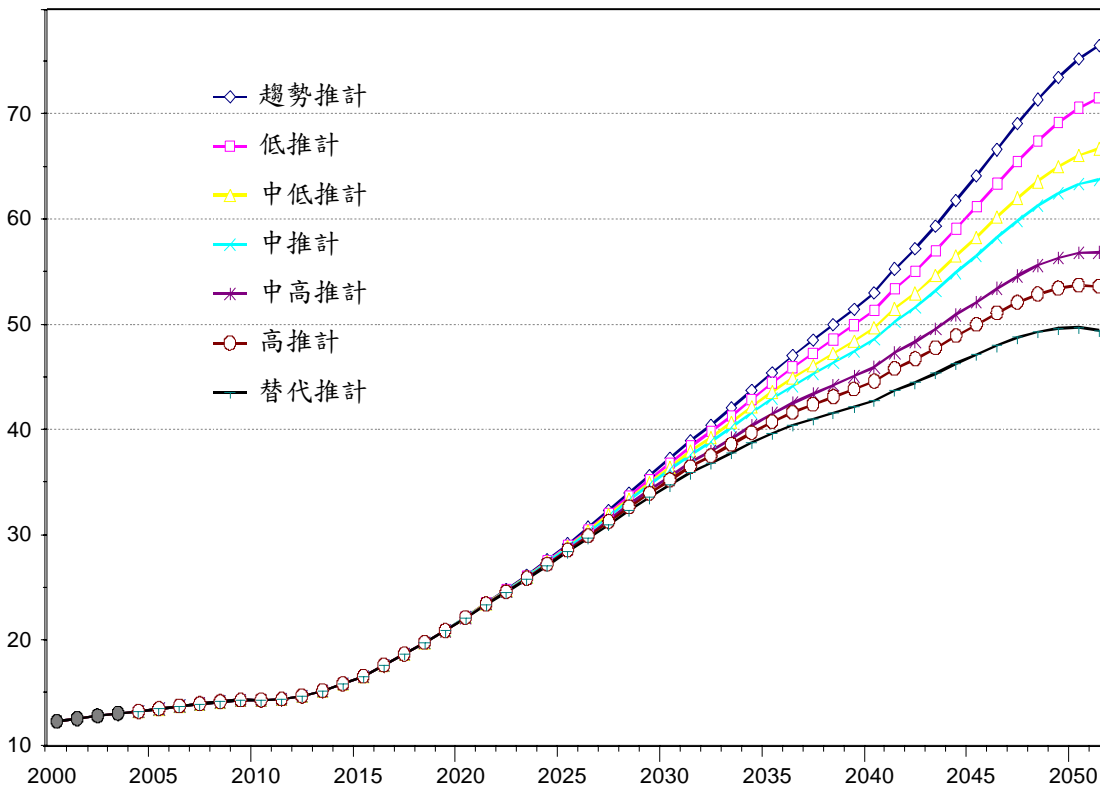


資料來源：歷年戶口普查

除了人口逐漸老化，失能人數可能增加，近年我國主要死因，已經由過去以急性傳染病為主，逐漸轉變為需要長期照護的慢性病。盛行疾病型態出現轉型，也可能造成較年輕失能者數量增加。據行政院衛生署（2001）資料，1952 年時台灣地區主要死因多為如胃炎、腸炎及大腸炎、肺炎、結核病等急性傳染病；1972 年時，腦血管疾病、惡性腫瘤、意外災害及心臟病已經列名主要死因之中，可見慢性病盛行，成為主要的死因的狀況已經出現。至 1982 年，除惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟病仍為主要的死因外，高血壓、慢性肝病及肝硬化亦進入十大死因之中，至此，慢性病已為國人主要死亡原因；1991 年慢性病仍為主要的死因，而消化性疾病及急性傳染病，已不在十大死因之列。老年人口主要死因與整體人口的狀況類似，惟在某些死因順序排列上不同。因此，除了老年人口多因罹患退化

性及慢性疾病而過逝，近來年輕人口群因慢性病盛行，導致需較長時間受人照顧的狀況，亦不罕見。

圖 4：2000~2050 老年撫養比例推估



資料來源：經建會（2004）中華民國臺灣民國 93 年至 140 年人口推計

第二節 研究動機與目的

長期照顧服務，在定義上是指對生活功能缺損者，長期性提供生活照顧、醫療以及社會性等支持性服務。此類服務需要人口雖以老年人口佔多數，但服務提供與政策關注並不應僅限於老年人，凡因病失能者、身心障礙者的照顧需求都應該整體性的被考量。身心障礙者生活需求調查報告（2001）指出，身心障礙人口的致障原因以疾病致障（56.8%）為主。隨醫療技術的改善，未來各類別障礙人口（特別如心智障礙者），將會面臨各種疾病所致不同程度的退化。然而目前我國在規劃和討論長期照顧相關政策時，多以老年人口群為探討標的群體，忽略身心障礙者的存在。

事實上，身心障礙者長期照顧服務的需要性不低。內政部（2001）粗估，目前我國三歲以上身心障礙者中，日常生活活動功能（Activities of Daily Living，簡稱ADLs）至少有一項困難者佔44.7%，其中非老年人口而需要長期照顧的身心功能障礙者約10萬人（吳淑

瓊等，2003)，慢性精神患者約75000人（衛生署，2004）。以居住在家中的身心障礙者而言，其中49.6%可以獨立自我照顧，但另一半生活無法自理者，其照顧需要主要由家庭成員負責滿足。若不區分居住狀況，全體身心障礙者ADLs至少一項有困難者，所佔比例約為44.66%（內政部統計處等，2001）。

當失能者人數的增加的同時，台灣社會家庭結構樣態也正在改變。目前我國多數失能者居住於家庭，由家人提供照顧，不論國內外，「家庭」一直是長期照顧之主要提供者（Wiener，2003）。但根據已開發國家之經驗可知，工商業愈發達之地區其戶量規模亦愈小。據歷年內政統計通報，台灣地區戶量規模已由1976年每戶5.2人，逐年下降至1995年3.7人；2004年底我國戶數計有718萬戶，平均每戶3.16人，也較上年底減少0.05人，依據推估至2025年可能將下降至2.2人。家戶型態出現變遷的狀況也相當明顯，近二十年「核心家戶」從31%增加至54%，而擴大家戶由31%減少為8%，主幹家戶則維持在35%至39%之間（林慧芬，2002）。

家戶型態變遷可能肇因於人口因素，如婚姻、生育與死亡現象變化，造成可供共居子女數減少等現象；也可能由於非人口因素所致，例如：共居意願、客觀能力、健康狀況、社會規範以及環境因素等（劉正，2000）。林益厚（1989）認為，子女及父母雙方彼此的同居意願的變化，對於家戶組成影響大於人口因素所能產生的效果。但是也有文獻指出（陳寬政等，1989），核心家戶比例之增漲，是因自光復以來老年夫妻的成年子女人數因存活率上升而增加，在老年人擇子女之一同居的設定條件下造成之結果，並非家庭功能被其他社會制度取代，功能與結構萎縮的結果。不過當生育率下跌期間出生者長大，其父母擁有供同住的子女數相對上一代而有縮減時，假設父母擇一子女同居就養的傾向不變，則三代折衷家戶的比重將因而上升。再當低於替換水準下生育的子女成年時，若其他條件不變，可供老年父母選擇同居的子女人數不足，將造成大量老年人被迫獨居的結果。家庭結構變化與家庭照顧資源的質量、照顧提供型態息息相關。未來，就算我國「養兒防老」觀念沒有重大變遷，然因家戶結構發生變化，失能老人無子女可共居提供照顧之比例將會提高。

若以身心障礙者的居住狀況而言，居住於家宅佔92.5%（內政部統計處等，2001a），僅7.5%居住在各式公私立教養或養護機構。現住家宅身心障礙者的家庭組成型態，與家人同住者佔61.09%，獨居者佔4.46%，其他佔34.45%。身心障礙者選擇機構居住的理由，逾八成是因為家人無法提供照顧。

「家庭照顧失能者」此一議題，是由疾病、失能、和老化等風險間接導致，故不易被覺察與關注。隨著社會變遷，當前由家庭擔負照顧失能者責任的模式，將來未必能順利運

作 (Tu et al., 1992)。若家庭無法獨力承擔照護工作，即須由社會與政策層面考量解決方法，此時國家或政府的干預有其必要。然以現狀而言，我國照顧相關措施與政策尚未完備，無法承擔照顧失能者任務的家庭，只好引進外籍看護工協助照顧，或選擇讓失能者入住機構，更甚者淪落至不堪景況。

隨著家庭結構的快速變遷，「家庭政策」的討論日受重視。以定義上來說，家庭政策應包括政治實體所採取的任何行動或聲明，其主旨在改進家庭的一般福祉 (Zimmerman, 1988; Muncie et al, 2003)，狹義上似乎是指稱施政目標為家庭的特殊方案，依此目前我國並沒有明確而實質的家庭政策。但廣義而言，能解決家庭問題和增進家庭功能的方案亦應涵蓋，我國政府的長期照顧、照顧產業等相關政策，與家庭中失能者、照顧者有密切關係，理當以家庭政策觀點加以檢視，在政策規劃時應多考量家庭面向議題。

討論家庭相關政策的規劃與推行時程時，必須考慮當地社會中家庭結構變遷出現的需求，並加以回應。我國失能者雖多由家庭照顧，但是家庭結構的轉變，意味著未來「家庭」能承擔的長期照護支持能力相對減弱，因此政府勢必配合社會趨勢因應處理。然而，當前政府研擬照顧政策之時，多忽略對家庭現況與變遷趨勢的了解。事實上失能者數量的成長與家庭結構變遷不僅同時發生，失能者家庭結構的差異、照顧資源的變化，也可能與長期照顧服務使用型態有關。

目前政府與學界進行的各種長期照顧需要者（失能者）的需求調查，皆將失能者假定為原子式的「個體」，忽略絕大多數失能者其實居住在家中，由家人照顧的事實。衡諸現有公私部門針對照顧服務需求的推計報告，很少討論「家庭」面向。事實上有失能者的家庭，與無失能者的「一般」家庭，整體觀之其結構似有不同。有失能者的家庭，戶內人口平均較無失能者家庭為多，似乎傾向會出現較大結構規模，可能是家庭需要照顧失能者之故；再依不同年齡、性別、婚姻狀況區分，不同條件的失能者其由同住家人組成之家庭結構亦有所差異 (邱泯科, 2005)，此暗示這些家庭中有相異的親屬結構與照顧關係，即家庭照顧失能者的模式實具有歧異性。

家庭照顧資源、照顧提供型態與家庭結構變化，其中似乎存在互為因果關係。由於家庭結構和功能轉變，目前運作中的家庭照顧模式可能式微，在此結構性困境之下，若仍視「家庭」為承載「照顧需要」的主體，家庭可能無法承照顧壓力。既然家庭擔負大部分照顧責任，要規劃適合我國國情的照顧政策，應該更重視失能者家庭相關研究，其中若能由了解當家中有失能者時，有多少親屬可能提供照顧；或者，當家中不同的成員（夫妻、父

母子女、手足、祖父母孫子女) 失能時，家庭照顧予受可能型態變化可能性出發，不失為良策。

家庭結構隨著時間變遷狀況，我們可由人口推計方式，取得較猜想更為確切的數值，若能運用人口推計技術，得知家戶內人口的年齡、性別、親等、世代分佈、失能與否的訊息，不論是對家庭結構變遷內容，未來家庭可能面對的照顧挑戰，或者運用在規劃其他的社會制度上，都可能具有相當用處。要得到如此詳盡的資訊，以微觀模擬 (microsimulation) 方法來進行推計，或許是可嘗試的方向。

微觀模擬的主要優點是可以模擬、呈現個人及個別家庭的變異與分配狀況，缺點則是所需的變項多且資料量龐大、處理手續複雜。現今因為科技的突破，電腦軟硬體科技較過去進步，在一般個人電腦上使用微觀模擬方式推計親屬結構變化、人口組成已是可行之道 (Conte et al, 1997; Gilbert & Troitzsch, 2005)。若應用微觀模擬技術，除了觀察家庭結構變化之外，在適當的設計之下，亦可試算某些社會政策相關影響，比如改變失能盛行率參數以模擬醫療政策效果；改變生育、死亡風險以推知人口參數變化對於家庭照顧資源的影響，觀察家庭中失能與未失能成員數量消長變化的不同可能，供規劃長期照顧服務供給模式參考。

為了解失能者家庭親屬結構變化、討論失能家庭照顧關係可能的動態演變，本研究預計以微觀模擬取向之方法試行推計，描繪樣本家庭在不同時間點的親屬結構圖像，並加入失能率等相關參數，將未失能家庭成員視為潛在資源，討論家庭親屬照顧資源質量和可能予受型態。由於在微觀模擬中初始樣本條件良莠至為要緊，因此本研究預計運用中研院「華人家庭動態資料庫--第一年計畫 (RI1999)」研究所蒐集的家庭樣本，作為失能者家庭親屬照顧資源模擬推計的初始資料，以建構初始樣本家庭，推算有/無失能者親屬變化。樣本成員條件每年將依照模型結果改變，觀察四十年間變化狀況。最後，可思修改參數，以討論當失能率變動，家庭親屬照顧資源與照顧型態可能變遷情形。

綜上，本研究欲運用微觀模擬技術，以樣本家庭為例，推算觀察四十年內：

- (一)、失能者家庭親屬結構與親屬照顧資源質量之變遷。
- (二)、以家庭生命歷程角度，思考失能者親屬照顧予受型態的變化。
- (三)、嘗試調整模擬參數，比較樣本家庭失能者親屬照顧可能差異狀況。

第三節 重要名詞定義

- (一)、失能：我國現有失能相關調查，僅 2000 年戶口普查中不限制失能者的年齡，也不限何種原因造成失能。此調查中定義長期照顧需要者，係指因生病、受傷或衰老，而具備下列活動障礙且需人幫忙長達三個月以上者：1.吃飯；2.上下床；3.更換衣服；4.上廁所；5.洗澡；6.在室內外走動；7.家事活動能力，含煮飯、打掃洗衣。此標準僅著重於「身體功能」面向之探討，「心智功能」部分未加觸及。本論文關於失能者之界定與失能率之計算，將依循 2000 年戶口普查標準為主。
- (二)、家庭與親屬：因本研究希望推知在未來台灣家庭的親屬結構會如何變化；且若把失能可能性納入模型，將健康親屬視為家庭可能提供照顧的資源時，這些家庭的親屬資源與照顧關係可能會如何，因此在關鍵者「家庭」包含之代數與親屬方面，與一般家戶組成研究僅觀察共居親屬狀況不同，將以依照較廣義「家庭」的定義，把關鍵者父母、關鍵者配偶父母（以上為親代）、關鍵者手足、關鍵者子女及其配偶（子代）包含在內，並延伸到關鍵者子女所生子女（孫代）。