

第二章 文獻探討

第一節 「失能」的概念

本節先探討定義「失能」的相關概念。不論國內外分析功能障礙的相關研究，主要均係以老年人口為分析對象。但本論文定義的照護需要人口群並不侷限於老人，仍包括其他年齡組別的失能族群，因此行文時將盡量以「失能者」表示「有照護需要」的全體人口群。然部分段落考量文辭順暢與忠於文獻，仍採「失能老人」與「失能者」交替使用。本論文中對於「失能率」的用語，在論述亦可能以「身心功能障礙盛行率」、「障礙盛行率」、「功能障礙率」、「功能障礙盛行率」、「障礙率」、「照護盛行率」等詞語交替使用，但均指涉等同於「disability rate」的概念。

評估長期照顧服務的需要狀況，經常採用「功能」(function)觀點，據個人身心功能狀態是否能在社會環境中獨立生活，評斷其照護需要(Kane & Kane, 1981; Gromak & Waskel, 1989)。因此當研擬照護政策時，需權衡功能評估方式與標準是否適切(Stone & Murtaugh, 1990; Spector, 1991)。目前通用的方法，是以各種評估工具包括(Activities of Daily Living, 簡稱ADLs)、工具性日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living, 簡稱IADLs)、巴氏量表、功能獨立量表等工具測量是否失能，計算功能障礙盛行率，以估算整體失能者數量，將之視為潛在長期照顧需要人口。其中，ADLs功能障礙表示基本自我照護能力受限，需要個人照護服務；IADLs功能障礙表示需要社會服務方面的生活照顧。這兩類指標是目前最常用於長期照顧服務對象的認定(OECD, 2004; 吳淑瓊等, 1996)。

雖然上述測量概念一致為學術界與實務界採納，但測量的向度或項目卻仍未有共識。簡言之，採用不同的測量向度或測量項目，即產生不同的功能障礙率，如此導致各研究間對於長期照顧需要估計的嚴重差異(Wiener et al., 1993; Guralnik & Simonsick, 1993)。檢視國內外對於功能障礙之相關研究(Weissert, 1985; Stone & Murtaugh, 1990; 內政部統計處, 2000)，所估計出的整體照顧需要數據多不相同。各研究間照護需要人數與需求估計的不一致，已經導致引用困擾(吳淑瓊等, 1996)。造成此種狀況的原因，除了各研究依其設計抽(選)

樣之樣本，因年齡、健康造成身體功能、失能狀況本有不同之外，評估工具與範定標準的歧異，實為主要影響因素。

壹、紛亂的標準

評估「失能」的指標與工具，可由評估向度、項目、嚴重程度、與持續時間各方面討論，並必須兼顧生理、心理與社會三面向方為周全。以「測量向度」而言，係指研究所評估的功能類型或類別，包括：身體功能（ADLs、IADLs、行動能力）、心智功能（認知、感情狀態等）、行為功能、及家庭支持功能評估等面向。評估失能狀況之「測量項目」，係指如：日常生活活動項目（包括沐浴、穿衣鞋、上廁所、移動、大小便控制能力和進食等）或工具性日常生活活動項目（包括購物、準備食物、洗衣、打電話、外出行動、做輕鬆家事、服藥、管理財務等）。失能嚴重程度方面，經常被區分為「輕度」、「中度」、「重度」或「極重度」。失能時間則為失能多久，如三個月抑或六個月方被認定為需要長期照顧者。

以國外現行照護制度觀察，「身體功能」和「心智功能」障礙者，係為長期照顧最主要的服務對象。因此身體與心智功能的狀態，自然成為評估照護需要的重點。就身體功能方面而言，指執行 ADLs、IADLs、及行動功能（mobility）之能力（Katz, 1983；戴玉慈、羅美芳, 1996b；阮玉梅, 2000）。其中 ADLs 和 IADLs 功能這兩類指標，是目前最常用於長期照顧服務對象的認定、照護需要評估（Spector, 1991），以及長期照顧保險給付對象的資格認定（吳淑瓊等, 1996）的標準。

1957 年，Katz 等基於人在一生中功能之發展與喪失順序發展日常活動力量表，提出具備層級性（hierarchy）之日常活動能力指標理論架構。ADLs 指標含括沐浴（或洗澡）（bathing）、穿衣鞋（dressing）、上廁所（toileting）、移動（或移位）（transferring）、大小便控制能力（continencing）和進食（feeding）等六項能力。Katz 等認為移動（或移位）、大小便控制與進食三項功能，雖在人類發展過程中為基本、簡單的功能，卻為生存時最迫切、且需要時間最長之功能，不論在任何文化背景之國家人民均同；而沐浴、穿衣鞋和上廁所三項功能易受到文化背景影響，亦為晚年生活時期最早喪失的功能（Katz et al., 1963；Spector et al., 1987）。再則，Katz 等（1963）亦認為，這六項功能障礙的發

生順序和兒童發展過程相反，從最複雜的功能（沐浴）先喪失，然後依前述次序逐一喪失，最後連最簡單的進食功能亦無法保留。這六項活動功能乃是基本生活能力，倘若其中一項功能發生障礙，表示其基本自我照顧能力受限較難以獨立生活，需要長期照顧或個人照顧服務的協助（Katz et al., 1963）。

由於 ADLs 係為日常活動中最基本的自我照顧活動，用以延續個人的生活與生命狀態。若 ADLs 功能有障礙，表示基本自我照顧能力受限，而需要他人提供「個人照顧」(personal care) 服務的協助。此類型功能障礙常來自某些慢性疾病後遺症，其和護理 (nursing) 服務的需要，有很強的相關，故亦常藉其表示「護理服務」的需要。然而具有基本起居功能並不保證個人能夠在社會中獨立生活，因為 ADLs 僅顧及最基本的、每日必行的活動，當個體無法執行這些活動而需他人給予協助時，必會有身體的接觸。僅採用基本日常活動功能量表所測得的結果，常低估被照顧者所需要的協助，因為 ADLs 量表並未測量個案對環境的適應能力。如果被照顧者可以獨立執行所有的 ADLs 項目，但不會做飯、購物等事務，仍無法「完全」自己獨立生活及居住（戴玉慈、羅美芳，1996b）。

由於某些不必每天做，且協助時可以不需發生人身接觸，但對獨立生活卻很重要的活動（例如，洗衣、做飯、理財、戶外交通等），並未列入 ADLs 概念的考量，故有學者研究和發展出 IADLs 量表。IADLs 的項目包括購物、準備食物、洗衣、打電話、外出行動、做輕鬆家事、服藥、管理財務等。雖然 IADLs 的功能項目非每日必須從事的活動，卻是維持日常獨立生活所必須。目前，文獻所發表的 IADLs 不多，最常被採用（Spector et al., 1987），且經過信效度測試的，是 Lawton 和 Brody (1969) 發展的工具性日常活動功能量表，國內將之譯為「複雜性日常活動功能量表」（戴玉慈、羅美芳，1996b；阮玉梅等，2000）。IADLs 活動是個人用以應付其環境需要的適應性工作，通常比較複雜，需要有較好的能力和技巧才能執行（戴玉慈、羅美芳，1996b）。若有 IADLs 功能障礙，則代表民眾日常生活必要的家事活動受限，需要給予「社會服務」(social services) 方面的生活照顧，方能獨自在社區中生活。

除了 ADLs、IADLs 之外，Katz (1983) 認為行動能力 (mobility) 是獨立於 ADLs 和 IADLs 的平行次概念，但 Lawton 和 Brody (1969) 將行動能力視為 IADLs 的一部分，有些學者則主張將之歸為 ADLs 的一部分（戴玉慈、羅美芳，1996b）。無論如何歸類，身體功能包括 ADLs、IADLs 和行動能力，而評

估這三項功能概念的量表，統稱為身體功能量表。國內相關照護需要評估之調查資料，通常並沒有特別區分出「行動能力」之衡量項目。事實上 ADLs 和 IADLs 所包括的功能測量項目，即融合「行動能力」之概念。再者，行動能力本身在性質上均會影響個人 ADLs 和 IADLs 方面的功能，相關性極高。因此本論文亦認為不需加以另外評估。

個人心智狀況也是功能評估的重要面向。Kane & Kane (1981) 曾定義心智狀態 (mental status) 評估，其中包含「認知」(cognitive) 和「情感」(affective) 兩層面功能，但認知和情感功能的損傷或障礙並不易區分。此外認知功能 (cognitive function) 與心智狀態 (mental status) 兩者之特徵雖類似，文獻中亦彼此互用，但兩者間仍略有差異。

Kane 和 Kane (1981) 探討各種認知功能與心理狀態評估量表，歸納認知功能應包含 12 項項目：注意力廣度、專注力、智力、判斷力、學習力、記憶力、定向力、知覺、問題處理能力、精神運動能力、反應時間與社會化。由於嚴重認知功能障礙者，無法自行回答測量認知的問題，因此有些測量工具可由親人或照顧者代為評量。由於此類評估工具不易測得輕度障礙者，且因其照顧需要較低。故在長期照顧評估時，常以「中度」障礙以上者為需要服務的標準 (Spector, 1991)。

常用的簡易認知功能評估量表，包括簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination, 簡稱 MMSE)、長谷川量表 (Hasegawa Dementia Scale)、短期心智問卷 (Short Portable Mental Status Questionnaire, 簡稱 SPMSQP) 等，其測量的內容包含長期與短期記憶、時間與空間定向、注意力、寫字與畫圖能力、算術、語言使用能力等障礙 (吳淑瓊等, 1996; 李世代, 2000)。

在心智功能評估方面，若以失智症患者 (dementia) 為例，一般定義為心智正常發展之成人在意識清醒狀態下，有明顯症候足以認定其記憶、思考、定向、理解、計算、學習、語言和判斷等多種之高級腦功能障礙，致日常生活能力減退或消失，工作能力遲鈍，社交技巧瓦解，言語溝通能力逐漸喪失者。由於其認知功能會衰退或喪失，經常須依賴他人協助才能過正常的生活 (Spector, 1991)。

心智或認知功能障礙者是否需人照顧，仍須視情況而定。失智症基本檢查鑑定，包括自我照顧能力及社會適應能力評估，有些失智症患者清醒時，生活可以自理；惟某段時間處於昏迷狀態時，則需完全依賴他人提供照顧。重度以上之失

智症患者，ADLs功能會有障礙，自我照顧能力喪失，需「完全」依賴他人照顧。中度、輕度失智症者，IADLs功能方面會產生不同程度的障礙。通常中度者需「部分」依賴他人照顧，而輕度者，應仍具有自我照顧能力，並沒有完全喪失「個人照顧」範疇內的日常生活活動能力，但記憶力逐漸喪失，需在他人看視及陪伴在監督下生活，避免如走失或忘記關瓦斯等危險（內政部社會司，2002），不過不同失智程度者其所對應之照顧需要程度為何，有尚無足夠資料，需進一步研究。

由於個體在認知功能受損或心智狀態不佳時，可能需要他人照顧。若僅採用前述身體功能評估指標來判斷民眾是否需要照顧，會將此類失能者排除在照護服務之外（吳淑瓊等，1996），因此學者建議也應將認知功能障礙指標納入長期照顧資格認定指標（Spector，1991）。

行為功能評估部分，係指精神疾病或失智症所引起（或導致）的「行為」問題，其類型包括危害他人或自我行為、困擾他人行為、不危害亦不困擾他人但須受關照的行為（阮玉梅，2000）。雖然問題行為需要被監控及關照，但並不屬於「照顧」範疇，一般相關研究中也很少關注此面向。評估行為功能，主要是為了進行行為控制與回應處遇。然而若因為精神障礙導致個人行為功能問題，可能會出現ADLs或IADLs方面的困擾而需人照顧，因此精障者理應視為可能需要照顧的高危險群，但因相關研究不多，實無法確實估算可能因精障導致行為功能問題之潛在人數。

在家庭支持功能部分，經常使用的評估工具包括家庭支持功能量表、照顧者負荷評估表、家庭照顧品質不良指標等（阮玉梅，2000）。家庭照顧功能是否適當發揮作用，將影響照顧任務的執行及其品質，然而此部分的評估實以「家庭支持功能」為主體，觀察是否可照顧失能者，並非直接評估功能障礙者需求狀況。若考量失能者多由家庭照顧，家庭照顧能量實影響失能者生活品質，以中度失能者為例，有無足夠家庭照顧資源者所需求之正式服務內容差異甚多。然而大體而言，推估失能者數量之相關研究，多數未顧及失能者家庭支持部分。

因此，「功能障礙」之定義，可包括身體功能、心智、行為、社會功能等層面，但各研究不一定完全涵蓋所有向度。各向度間雖有重疊的部分，但也有獨立的部分，因此不論採取任何單一向度來評估，均可能排除「部分」需要照護人口，故綜合各種不同向度以評估照護需要，益顯必要。

再者，要包含哪些失能項目，研究認定亦多分歧。以身體功能類型為例，除

了IADLs前述已說明評估項目與標準並無一致性外，究竟要僅包括ADLs項目，抑或是擴及煮飯、打掃、洗衣等IADLs 項目？是要一項目執行有困難就算功能障礙，或是兩種（含）以上類別至少有一個項目需人協助，才列為功能障礙？

吳淑瓊等（1996）之研究，ADLs 功能障礙包括，進食、穿脫衣服、上下床或椅子、室內走動、上廁所、洗澡等六個項目；以及IADLs 功能障礙包括煮飯、洗衣、做輕鬆家事、購物、處理金錢、外出活動、打電話、遵醫囑服藥等八項活動。此研究界定需要協助（照護）程度，由低至高依序為：「只需工具幫忙」、「需人部分幫忙」、以及「完全依賴他人幫忙」等。

但以身心障礙者生活需求調查（2001）採用的生活自理的項目為例，則採用包括洗澡、吃飯、更換衣服、上下床、上下椅子、如廁（馬桶、蹲式）、大小便控制、室內走動、室外走動等類別，明顯與戶口普查標準不同。而內政部主計處（1994）對於照顧需要評估的界定，其測量項目係為吃飯、上下床、坐椅子或從椅子上站起來、在室內走動或外出活動、穿衣服、洗澡、自己解大小便。其中，僅外出活動屬於IADLs 測量項目，其餘均屬於ADLs 的範疇，又與上述調查有所差異。

內政部主計處的調查資料，較偏重於以ADLs 功能障礙為主，IADLs 測量項目僅外出活動一項。吳淑瓊等之研究，則是ADLs 和IADLs 兩方面並重。兩項調查研究結果產生差異之原因，主要在於IADLs 功能障礙的「測量項目」有所不同，就照顧需要評估而言，內政部主計處顯然較吳淑瓊等人界定為嚴格。故即使採取相同或相類似照顧需要評估向度及項目（均為身體功能向度，以及ADLs 和IADLs功能項目），亦會產生迥異的結果，若依前者所界定的「照顧需要」概念，所對應的人口群會較後者少些。

另一問題為失能嚴重程度之判斷。目前多將需要家務協助者認定為輕度照護需要，中度以上照護需要者則依個人照顧方面所需協助項目多寡，加以區分。但ADLs能力喪失到何種程度方為「極重度」、「重度」失能？執行該項ADLs 有些困難即定義為該項功能障礙，或非常困難才認定為該項ADLs功能障礙？若採前者定義方式，所估算出的功能障礙比例及人數一定較後者高出甚多。

以Katz 等（1963）所發展日常活動能力量表為例，需要輕度照護，係指僅「走動」或「家事活動能力」（此為IADL項目）有障礙需人幫忙。因此有研究者將無法執行ADL其中任何「一項」功能者，視為輕度需要照顧者，或將無法執

行「二項」者，界定為輕度照顧需要者。

在2000年戶口普查採用認定是否有長期照顧需求之標準，為：因生病、受傷或衰老，而具有而具下列活動障礙且需他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、洗衣等。其中規定：(1) 輕度照護：係指僅具第6項「在室內外走動」或第7項「家事活動能力」活動障礙者。(2) 中度照護：係指就第1項至第5項活動障礙中，具有1項或2項活動障礙者。(3) 重度照護：係指就第1項至第5項活動障礙中，具有3項或4項活動障礙者。(4) 極重度照護：係指就第1項至第5項活動障礙中，全部活動障礙皆具有者。

「照顧需要之界定」亦影響照護盛行率。若我們認為失能中度以上方為照顧需要者，各年齡別照護盛行率就會較低；若定位為輕度以上者即有照護需求，各年齡別照護盛行率較高。以行政院主計處（2002）資料為例，就80歲以上者年齡組別而言，如果照顧需要界定為輕度以上，其身心功能障礙盛行率為22.90%，中度以上者則減為14.99%。換言之，照顧需要的界定，意味著評估標準寬鬆或嚴格程度，以及所對應照顧政策保障涵蓋範圍的大小。

Katz（1970）研究發現，如將具ADLs 障礙者依其是否具有「上廁所」功能障礙分為兩組，則可觀察到兩組照護需要量有顯著不同。由於各項ADLs 障礙（測量項目）具有先後依序發生的特性，而上廁所功能障礙排序第三。因此以具三項或以上ADLs 障礙為基準，或可將服務給予需要最多幫忙的功能障礙者（Stone & Murtaugh，1990），但這些需要者即屬於功能障礙相當嚴重之類型，隨時都有可能需要機構式照顧（吳淑瓊等，1996）。

再者，若未來政策將只需工具幫忙者排除在照顧給付範圍之外，輕度功能障礙者可能因無法適時得到適當協助與照顧，而加速變成重度功能障礙者（吳淑瓊等，1996）。按照Stone和Murtaugh（1990）觀察，這群失能者可能會加速成為需人幫忙的對象。同樣若排除只具認知功能障礙者，亦將產生類似影響，因此就長遠考量，輕度及中度功能障礙者也應納入照顧政策保障範圍。

關於照顧需要持續期間需多久才符合「長期」之概念？多數研究（Roos et al.，1984；Stone & Murtaugh，1990；Kane et al.，1991；Guralnik & Simonsick，1993；吳淑瓊等，1996；內政部統計處，1997；行政院主計處，2002）係採取三個月為給付之基礎條件，亦即認定標準為失能需人照顧達三個月以上。就私人

照護保險給付條件規定而言，以新光長期看護終身保險為例，標準規定診斷確定為需要照護，且持續狀態達九十日以上者（等同於三個月）。然而德國（吳凱勳，1997a）、日本（吳凱勳，1997b）長期照顧保險則係以六個月為基準。時間規定不一致，其中認定之邏輯為何，值得探究。

在各研究中，研究者均依各自研究目的與旨趣選擇測量向度。有些係以身體功能障礙為評估重點，有些兼顧心理（智）功能層面的測量，故無法得到一致或類似的結果。再者，即使進行相同向度的需要評估，各研究也難有一致的測量項目，甚至在同樣功能障礙項目中，又各自定義了不同的「障礙程度」，因此更擴大各研究需要評估數據的差距（吳淑瓊等，1996）。

貳、疾病、失能與死亡

除了失能標準設定會影響失能人口估計之外，在推計時相關參數設定上的差異，亦會影響對於人口結構變化的想像，而依照不同的假設，將推算出不同的長期照顧需要人數。生育率、死亡率、失能率、罹病率等的設定不同，推估出長期照顧需要人口自有差異，進而影響下一階段（如服務需求量）的估算。觀察失能人數推計的「原料」，鄭文輝等（2004）認為由於經建會所做人口低、中、高推計假設之不同，主要在於生育水準的變化。此三種推計模式設定之死亡水準相同，僅在新生人口群之推估人數，低、高推計才會與中推計不同。因此在已經出生的人口群方面，此三種推估模式之年齡別人口數均相同，如此將影響長期照顧費用推估。

再者，疾病、失能與死亡間也存在著複雜關係。照護需求量的推估，受到「疾病轉型」之影響。所謂「疾病轉型」（或稱流行病轉型）（epidemiological transition），為一地區或國家在疾病類型方面的轉變過程。Omran（1971）曾提出關於疾病轉型的三個階段，並認為在人口轉型過程中，疾病轉型扮演相當重要的角色，並與人口轉型產生互動效果。

如何同時評估一個世代人口的身體健康狀況，又同時涉及死亡、罹病以及失能機率的可能性，及不同結果對平均餘命的影響激發了許多研究。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）（WHO, 1984）以生命表的存活曲線概念，發展出某一世代（cohort）免於罹病以及殘障機率和其曲線所引伸的健康狀況。模型中罹病曲線與失能曲線間的區域，稱為活躍平均餘命（active life

expectancy) 或免於失能的平均餘命。失能曲線與死亡曲線間的區域，稱為失能的平均餘命 (disability life expectancy)。

所謂活躍平均餘命 (ALE) 簡單的定義為「身體健康不需依賴他人的期望平均年數」，可做為老年人口的生活品質指標。因為此一估算所得之年數不僅為老年人口在不同年齡時的存活年數，而且此一年數之期間範圍也可做為評估此一人口在此一期間可能花在獨立自主生活，或是依賴他人生活的平均年數，故可作為居家照顧，健康醫療以及社會服務的重要政策指標之依據。而失能平均餘命的長短，一般認為影響照護年數所對應之財務負擔。

活躍平均餘命的研究，包含在美國(Katz et. al.,1983；Colvez et. al.，1981；Crimmins，Saito 和 Ingegneri，1989)，加拿大 (Colverz and Blanchet，1983；Wilkins 和 Adams，1983)，英國和威爾斯地區 (Bebbington，1988) 所做的跨年度回溯性研究，以及在美國由 Rogers，Rogers 和 Brelinger (1989) 所做的回溯性和預測的研究；國內則有陳寬政，陳昭榮 (1993)，涂肇慶，陳寬政，王德睦 (1994) 和 Tu 和 Chen (1994)所完成的研究。探討死亡、罹病及失能關連性的模型，則大致可分類成三類，稱之為「壓縮型」、「擴散型」與「動態均衡型」(Gruenberg，1977；Fires，1980、1983；Manton，1982；陳俊全，1997)。

壓縮型觀點：此觀點認為人類壽命 (life span) 受到物種本身衰老過程的限制而無法再增加，壽命的延長一旦到達上限，仍會自然死亡。然而，即使醫學的進步只能延長少許人類壽命，卻也延緩了退化發生的時間，使人類有更長的時間是生活在健康狀況。此論點屬於較樂觀的看法，認為死亡率的長期下跌，相對也會帶動罹病率與失能率的下跌 (Fires，1983)。就此而言，「壓縮」(compression) 模型的國家或社會，其失能率較低，即照護需要人口將趨於減少。

擴散型觀點：此以 Gruenberg (1977) 和 Kramer (1980) 為代表的模型觀點則較為悲觀。他們認為慢性病的盛行與失能率等，會隨著人類壽命的增加而提升，現有的醫療技術只是將某些致命的後遺症加以控制而已，並不能完全消滅此疾病或減緩盛行的速度。因此壽命的延長，只是讓人們生活在疾病與失能等狀況下的時間也隨之延長。此派的論點預設死亡率、罹病率及失能率間有擴張 (expanding) 的情形，故稱為「擴散」模型。依據此論點，民眾的失能率將提高，亦即照護需要人口將持續增加。

動態均衡型：此由Manton（1982）所提出的看法，是修正基本流行病學關係而來的概念。此模型認為慢性病與失能率發展的嚴重性與速率，直接關聯到死亡率的下降，相對的也是人體器官功能老化速率的減緩。但是，之間的關係並不如壓縮模型所述般緊密，也不如擴散模型所言完全不受影響，而是保持著死亡率、罹病率以及失能率間的均衡以及動態。他認為如果疾病的發生率不變，則死亡率下跌與壽命增加，應該是對於疾病的嚴重性以及盛行等適應能力的改善，因此考量多面向影響的健康狀況模型較能被接受，這樣的觀點被稱為動態均衡模型（dynamic equilibrium）。立基於此論點預設，民眾的失能率較為穩定，亦即照護需要人口將維持在特定水準。

故若一個國家或地區呈現如壓縮型般發展趨勢，未來人口健康狀況，會出現失能平均餘命縮短的發展趨勢，照護資源的使用也將降低，並減緩照護支出的成長。然而若呈現出擴散型的發展趨勢，則未來醫療技術的革新，並無法帶來健康的生活，僅延緩死亡發生的時間，並出現失能平均餘命延長狀況。失能狀態時間延長，總體人口對於照護服務需要將趨向增加，在照護費支出方面亦將產生大幅成長，對於未來健康保險及長期照顧財務而言，將是龐大的負荷。

上述三種理論的鋪陳，一方面可以說明老人身體狀況是否因死亡率的降低有所改變，提出了相當不同的看法，另外也說明了，平均餘命的增加，而身體功能是否也隨之改進，而有更佳的生活品質，提出了質疑。所以 Manton (1990) 就指出高齡人口身體狀況的改變，會因為較高的罹病盛行率而有所不同。因此，如何檢視在不同年齡階段，尤其是某些年歲以上的人口，其平均餘命，不同身體功能的可能狀況，成了一項相當值得研究的議題 (Manton 和 Stallard, 1990)。這些模型的概念，發展至今時間雖然不長，但已累積不少相關研究的討論結果 (Robine et al., 2003)，但觀察不同國家或區域健康及失能狀況的研究，亦分別出現支持三種模型的情況。

在男女性別對於死亡、失能、罹病的比較研究中，常常發現雖然女性的殘障率與男性的殘障率並未有太多的不同，但由於女性的平均壽命較長，而女性的老年人口比例較高，所以發現女性在高齡人口中需要機構安置的比例在歐美國家中較高。Katz et al.(1983)、Bebbington (1988)研究皆發現雖然女性活得較男性長，而且較多年歲是免於殘障之苦，但由於女性活得較長，所以高齡女性在比例上有較長時間是活在殘障狀況中。Bebbington 的此項研究成果與在加拿大、法

國所做的研究大致相仿。

陳寬政，涂肇慶，王德睦 (1994) 和 Tu 和 Chen (1994) 所做的系列研究，認為臺灣地區的老年人口不分性別平均存活在殘障狀況下的年數顯著下降，但是壽命延長與殘障減少卻使愈來愈多的老年人生活在罹患慢性疾病卻不致殘的狀況下，產生老年人口疾病擴張的結果。楊文山 (1999) 研究則支持「壓縮觀點」，與九〇年代後期美國所得到的結果相當近似 (Crimmins, Saito and Ingegneri, 1997; Spiers, Jagger, and Clarke, 1996; Manton, Stallard and Corder, 1995; Waidmann, Bound, and Schoenbaum, 1995)。

另一些國內研究使用「老人狀況調查報告」資料指出，1986-1989 年台灣地區失能率與死亡率間呈現壓縮狀況 (陳寬政、涂肇慶，1999)。陳俊全 (1997) 使用中央健康保險局 1996 年的抽樣資料，與 1986 及 1993 年「老人狀況調查報告」資料做比較，認為過去台灣地區人口健康狀況，似有「壓縮型」變遷趨勢存在，但許世芳 (2005) 的研究則支持擴張型論點。

不管如何，以上研究的成果均指出隨時間的變遷，老年人口平均餘命的增加，疾病、失能與死亡三條曲線間的關係也愈趨複雜，如何將錯縱複雜的死亡、罹病以及失能現象，及其之間可能產生的互動關係做一整體的觀察及釐清，並進而發展理論經驗模型，成了相當困難的課題。

由於估計老人的健康狀況通常使用自我健康認定，以及日常生活行動狀況 (ADLs 與 IADLs) 兩項指標作為評估的依據，而這些指標會因為對於疾病的瞭解、早期診斷結果以及使用醫療措施或其他因素所影響，因此，老人健康狀況的評估相當複雜。此外，雖然死亡資料在大部份地區及國家都保持相當完整，並保持相當高的準確度，但是罹病率以及殘障率的資料在不同國家及不同地區，則因為定義不同，以及收集方式不同，而採用不同的估計方式；再者殘障與罹病之間並非一停止的過程，而是來回移動的狀態，因此如何將死亡，是否罹病，與失能之間交互作用的關係納入理論模型，也成為相關研究的一大問題。

再者，上述國內研究可利用的資料 (如：全國性戶口普查、實驗社區以及相關的老人生活狀況調查資料) 都是單一時間點的資料，對於未來人口失能率的設定，僅能假設各年度失能率與基期年相同，無法予以彈性調整。對於失能程度不同的功能障礙者，其失能程度之間的移轉狀況研究文獻也缺乏足夠了解，國內僅有吳淑瓊 (2000) 針對台北縣老人所進行之五年追蹤調查，發現不同嚴重程度

的老年失能者死亡機率差異頗大，各種失能程度的老人功能障礙惡化與康復之機率也不相同，然而此類研究非常缺乏。如能有更多基於國人健康、罹病長期變化狀況，所進行之失能人口推計研究，對長期照顧需要人口才能有更清晰與準確的掌握（鄭文輝等，2004）。

參、失能與年齡

Martin et al. (1988) 發現英國失能情況的盛行率，在75歲之後快速增加。這樣的情形不管是在澳洲(McLennan, 1988)、愛爾蘭(Blackwell et al., 1992)、美國(Stone & Murtaugh, 1990)或其他國家亦有類似發現(OECD, 1996)。英國研究資料顯示，照顧需要對象中有3/4之比重屬於老年人口，而老老人的成長，更使得正式照顧服務需要隨之增加(OECD, 1996)。

「年齡」為影響功能障礙的重要因素(Granger et al., 1988; 蕭世槐等, 1994; 吳淑瓊等, 1996; 戴玉慈、羅美芳, 1996a、1996b; Davis et al., 1997), Kane等(1998)研究美國老人之身心功能障礙盛行率，也發現隨年齡增加而升高。由於個人身體生理機能會隨著年齡增加而退化，當年齡越大，需要被照顧的可能性隨著提升(Elston et al., 1991; Miller, 1995; Beckett et al., 1996)。國內研究也證實年齡是影響功能障礙的重要因素(吳淑瓊, 1994)，如葉莉莉等(1999)之研究結果也支持類似的發現，其研究中機構住民以75-84歲者失能程度最高。但多數研究並未細分年齡層，造成無法辨識老年人口群中各年齡層功能障礙差異狀況。

肆、推估現在與未來的失能人數

照顧需求人數或失能率並非一組準確而不變的數字。除了前述各種評估標準、人口推估設定會影響推算結果，失能盛行率也受到各研究樣本年齡的影響，出現不同高低水準。目前我國多數功能障礙研究皆針對老年人口，即使如此，各研究樣本也有以50歲以上或以65歲為對象之不同，另外有少數研究則涵蓋全年齡層，故引用失能率或長期照顧需求相關數據時，需注意研究對象年齡差異。

再者，當推算未來照顧需要人口數量時，「人口組成結構」亦會影響推計結果。假設兩國失能率相同，且年齡別的照護盛行率「固定」於某年不變，當人口結構不同時，其所估算出的照護需要人數即有所差異，高齡化國家相對於年輕型

的國家，其照護需要人數較高。我國老年人口所佔比例在未來將更為提高，此年齡層失能盛行率亦高於年輕族群，當推估需照顧人口數時若未顧慮「年齡」因素，單純以總人口數乘以總失能盛行率，其得出的需要人數將會較低。

誰才是失能者？誰可以得到長期照顧服務？依評估指標的設計理念，ADLs 障礙是用來估算個人照顧或護理服務需要人口，此為最需要照護協助的群體。因此各國在制定長期照顧服務的給付對象時，均將其列為優先。但應有多少項目 ADLs 障礙才能列入服務的對象，或只需工具不需他人幫忙的功能障礙者應否列入服務範圍，則尚未形成共識（吳淑瓊等，1996）。

以我國長照管理中心接案標準觀察，不管年齡、障別或失能程度，若民眾有長期照顧需要，長照中心就會接案並提供評估，但不一定會提供服務（需視評估結果而定）。依照長照小組研究報告，各國提供長期照顧服務條件，不管在年齡、失能時間、功能障礙項目等各方面多有不同（見表 1）。美國照護服務係採用兩項或以上 ADLs 障礙且需人幫忙的標準為主（吳淑瓊等，1996），德國長期照顧保險亦以至少兩項（含）以上 ADLs 障礙為最低照顧需要評估之基礎，顯示此界定方式為需要評估基準之主要趨勢。日本介護保險相關資料，雖未明確顯示 ADLs 障礙項目「數量」，但可確定的是，至少具有一項功能障礙（指入浴困難）需人協助為其最低要求。故日常活動功能障礙（ADLs）為照顧需要評估的主要工具應無疑義，但功能障礙項目「數量」的最低要求為何，則仍具爭議性（表 2）。

表 1 各國長期照顧服務提供資格評定比較表

標準	日本	德國	以色列	奧地利	荷蘭
年齡	40 歲以上	所有年齡層 (含一般人、 腦傷)	女性 60 歲以 上，男性 65 歲 以上。	3 歲以上	所有年齡層
健康與 身心功 能狀態	40-64 歲：15 種與老化相關 疾病造成之失 能(如失智) 65 歲以上： ADLs 障礙、 認知、知覺能 力失能，6 個 月內有照顧的 需要者。未含 括精障。	2 項以上 ADLs 失能(6 個月之內通報 照顧的需 要);至少每天 30 分鐘的協 助(先測 ADLs，再測 IADLs) (每天至少 1.5 小時需協 助者)	1 項 ADLs 失能 且/或需要持續 的督導。 獨居：每天需要 至少兩個小時 的協助。 沒有獨居：每天 需要至少 2.5 小 時的協助。	ADLs， IADLs 失能 者，至少未來 有 6 個月的照 顧需求；每個 月至少需要 50 個小時的 協助者。(失 明、失聰、坐 輪椅者自動被 納入)。	醫療問題、功 能障礙
家庭支 持程度 與可及 性	不考量	不考量	不考量(但是否 獨居在資格核 定時會加分)	不考量	考量
其他			獨居(資格評 定時會加分)		個人長期照顧 的需求、居家 與環境條件、 使用正式照顧 的程度與條件

資料來源：行政院長期照護政策規劃小組第一年結案報告

表 2 歷年全國性長期照顧相關主要調查研究對功能障礙定義一覽表

資料來源	調查時間	調查對象	對功能障礙之定義	盛行率 (%)
主計處 (老人生活狀況調查)	1991	65 歲以上	生活無法自理	3.01
			男性生活無法自理	2.94
			女性生活無法自理	3.09
主計處 (老人生活狀況調查)	1993	65 歲以上	生活無法自理	4.26
			男性生活無法自理	3.72
			女性生活無法自理	4.90
主計處 (老人生活狀況調查)	1996	15 歲以上	生活無法自理	0.87
主計處 (老人生活狀況調查)	1996	65 歲以上	生活無法自理	5.43
			男性生活無法自理	4.69
			女性生活無法自理	6.32
吳淑瓊等 (老人長期照顧研究)	1990	65 歲以上	任何一項 ADLs 功能障礙(需人幫忙)	4.50
			二項 ADLs 以上功能障礙	3.60
			三項 ADLs 以上功能障礙	2.70
			任何一項 ADL 或 IADL	14.80
			任何一項 ADL 或 IADL 或認知功能障礙	18.10
吳淑瓊等 (老人健康及長期照顧調查研究)	1992-1997	65 歲以上	任何一項 ADLs 功能障礙(需人幫忙或需工具幫忙)	6.70
			二項 ADLs 以上功能障礙	4.90
			三項 ADLs 以上功能障礙	3.70
			任何一項 ADL 或 IADL	14.30
			任何一項 ADL 或 IADL 或認知功能障礙	17.60
主計處 (老人生活狀況調查)	2000	65 歲以上	生活無法自理	9.33%
			男性生活無法自理	8.13%
			女性生活無法自理	10.77%
內政部 (身心障礙者生活需求調查)	2000	身心障礙者	獨自行動至少一項困難者	7.42%
台閩地區戶口及住宅普查	2000	全部人口	長期照顧需要者	1.54%
		50 歲以上	長期照顧需要者	5.23%
		65 歲以上	長期照顧需要者	9.67%
全國長期照顧需要評估調查 (吳淑瓊、呂寶靜等, 衛生署委託研究)	2004	65 歲以上	至少一項 ADLs 功能障礙	9.07%
			1-2 項 ADLs 功能障礙	2.20%
			3-4 項 ADLs 功能障礙	1.45%
			5-6 項 ADLs 功能障礙	5.43%
		50 歲以上	至少一項 ADLs 功能障礙	4.56%
			男性至少一項 ADLs 功能障礙	4.33%
			女性至少一項 ADLs 功能障礙	4.56%

資料來源：修改自鄭文輝等 (2004)：推動長期照顧保險可行性之研究

1.生活無法自理包括：洗澡、吃飯、更換衣服、上下床、上下椅子、如廁、大小便控制、室內走動、室外走動

2.吳淑瓊等 (1998) 的 ADLs 項目包括：洗澡、進食、穿衣、上下床、上廁所

3.台閩地區戶口及住宅普查的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

4.全國長期照顧評估調查 ADLs 項目為：1.吃飯；2.上下床 (上下椅子)；3.更換衣服；4.上廁所；5.洗澡；6.在室內走

當討論對於長期照顧需求 (demand) 人口數、需求服務量之推估，必須先估計出長期照顧可能需要 (need) 人口。當推估長期照顧需要人口時，除了政策面上要顧慮需包含的失能嚴重程度、失智或精障等範圍的差異之外，個人面至少必須要兼顧年齡、性別、失能率交互影響的狀況，理想中實應仔細推敲種族、職業、婚姻、居住等變項的關係。以評估不同類型長期照顧需要者可能真正需求服務的狀況，據此規劃整體長期照顧政策提供模式與策略，然而如此可能因過度複雜，不易確實估算 (李世代，2000)。

吳淑瓊等 (1996) 研究主張，為提供政策不同目標人口估計值之參考，其研究在評估單一向度功能障礙率後，可以五種評估標準估計台灣社區老人的長期照顧需要。分別是：(1) 三項或以上ADLs 障礙者，此為最小服務範圍的篩選評估指標，故為最小需要估計值；(2) 兩項或以上ADLs 障礙者，此為目前美國最常用的長期照顧服務給付資格判定指標；(3) 任何一項ADLs 障礙者；(4) 任何一項ADLs 或IADLs 障礙者；(5) 任何一項ADLs、IADLs 或認知功能障礙者。五種估計係從最小範圍篩選指標開始，慢慢擴大服務對象篩選的範圍，可供決策者依不同考量引用之。亦即，「照護需要」(對應之功能障礙) 程度的界定，將因照顧政策理念的差異而定，並「相對調整」評估指標向度及項目多寡的設定。

由功能障礙人數推估長期照顧服務需要狀況，用以規劃相關政策，為目前政府與學界進行的方向。但如前所述，影響功能障礙人口推計數量之因素實不單純，如此也造成目前國內各研究推計照護需求數據有極大差異的狀況。

我國究竟有多少失能者？未來又會如何成長？各研究眾說紛紜。吳淑瓊 (1994) 以及吳淑瓊和張明正 (1997) 之研究中，我國1995年具有任何二項或以上ADLs障礙，且需人幫忙的老人人數約為6萬人。推估至2035年此類失能人數將增為25萬人，約為1995年時的四倍。

再依據吳淑瓊等 (1996) 之研究結果發現，當照顧需要評估採取最小篩選範圍之標準時，台灣社區老人 (不包括目前住在照顧機構者) 具有三項或以上ADLs障礙，且需人幫忙的重度功能障礙人數，約為4萬人左右。若將評估標準放寬到凡具有ADLs、IADLs、或認知功能障礙且不一定需人幫忙者，照護需要人數將為27萬左右，此需要人口將於四十年後擴增為目前的四倍。

若根據行政院主計處 (2002) 「中華民國八十九年戶口及住宅普查報告」

結果得知，我國有長期照顧需求者約為33萬8千人，約佔總人口的1.52%。就照顧需要程度區分，需輕度照護者佔40.1%，需中度照護者佔19.8%，需重度照護者佔24.8%，需極重度照護者佔15.3%。

在「全國長期照顧需要評估第三年計畫」（吳淑瓊等，2004）中，推估全國失能人口與所佔比率時，是以 ADLs、IADLs、SPMSQ 三類評估工具測量全國五十歲以上人口，得出盛行率，20-49 歲部分，則以戶口普查資料代表。2004 年長照小組以上項研究為基礎，參考鄭文輝等（2004）推計 20 歲以下人口功能障礙盛行率方式¹，將年齡別 ADLs 功能障礙盛行率固定於 2001 年之水準（表 3）；再以經建會人口推計中推估依性別與年齡層推算全國長期照顧需要人口（高森永、邱泯科，2004）。其推估 2004 年「全人口 ADL 三項以上」類別人數約有 226289 人，若加計僅有 IADL 問題之失能者，2004 年全人口中應有 399208 人為長期照顧需要人口，若再加計認知功能障礙者，人數將增加為 411006 人，再加計精障者則達到 517574 人。

若推計 2004 年「20 歲以上 ADL 三項以上」失能人口約有 210672 人，若加計僅有 IADL 失能者，2004 年 20 歲以上應有 366772 人為長期照顧需要人口，若再加計認知功能障礙者，人數將增加為 408570 人，再加計精障者則達到 464581 人；依相同方法推計，2004 年「65 歲以上 ADL 三項以上」失能人口約有 151068 人，若加計僅有 IADL 失能者，2004 年 65 歲以上應有 237507 人為長期照顧需要人口，若再加計認知功能障礙者，人數將增加為 269752 人，再加計精障者則達到 275523 人。此報告並推計四十年後不同程度、年齡失能者數據，詳如表 4。

長照小組推估方式，雖然兼顧所有年齡層人口以及不同功能障礙項目，但因其使用的失能盛行率結合不同研究，如普查失能標準僅著重於屬於身體功能喪失，而全國長期照顧需要評估第三年計畫卻包括認知障礙者於其中，故可能影響整體失能盛行率的準確性。

¹即利用德國 20 歲以下的長期照顧使用率，相當於 20-24 歲人口長期照顧使用率的比重，再使用嘉義社區資料調整後的 20-25 歲人口的盛行率資料，相互調整後得出我國 20 歲以下人口功能障礙盛行率的設定值。

表 3 長照小組推估失能人口所使用失能盛行率—按性別與年齡層區分

男	僅 IADL	ADL1-2	ADL3-4	ADL5-6	僅認知	僅精障
0-19	0.280%	0.090%	0.110%	0.150%	0.000%	0.342%
20-49	0.330%	0.160%	0.150%	0.090%	0.000%	0.342%
50-64	1.040%	0.440%	0.310%	0.970%	0.290%	0.342%
65-74	2.150%	1.350%	0.790%	2.890%	0.860%	0.269%
75-84	4.620%	2.600%	1.760%	5.940%	2.040%	0.269%
85 以上	8.930%	6.860%	3.980%	15.980%	4.530%	0.269%
女	僅 IADL	ADL1-2	ADL3-4	ADL5-6	僅認知	僅精障
0-19	0.280%	0.090%	0.110%	0.150%	0.000%	0.342%
20-49	0.280%	0.130%	0.110%	0.070%	0.000%	0.342%
50-64	1.080%	0.360%	0.220%	0.670%	0.290%	0.342%
65-74	2.780%	1.260%	0.850%	2.830%	0.860%	0.269%
75-84	6.920%	3.640%	2.350%	8.930%	2.040%	0.269%
85 以上	10.100%	7.710%	5.050%	24.580%	4.530%	0.269%

1.失能盛行率固定於 2001 水準

2.慢性精神病患者比例固定於 2003 水準

資料來源：高森永、邱泯科（2004）。我國長期照顧服務供需現況與初步推估。行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組第一年成果報告。

表 4 長照小組對 2003 年到 2046 年全國失能人口與所佔比率之推估

推估項目	2003		2004		2006		2008		2010		2020		2046	
	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口	人數推估	佔全人口
20 歲以上 ADL1 項以上	279,816	1.231%	289,844	1.269%	311,623	1.354%	331,217	1.429%	350,967	1.504%	493,356	2.077%	993,809	4.764%
20 歲以上 ADL3 項以上	203,125	0.893%	210,672	0.923%	227,178	0.987%	242,029	1.044%	257,046	1.102%	365,442	1.538%	752,463	3.607%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL	354,313	1.559%	366,772	1.606%	393,371	1.709%	417,309	1.800%	441,360	1.892%	609,784	2.567%	1,170,023	5.608%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知	394,478	1.735%	408,570	1.789%	438,717	1.906%	465,780	2.009%	492,954	2.113%	683,611	2.877%	1,317,872	6.317%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	410,832	1.807%	464,581	2.035%	457,252	1.987%	485,761	2.095%	514,517	2.206%	712,034	2.997%	1,352,801	6.484%
65 歲以上 ADL1 項以上	192,911	0.849%	200,560	0.878%	217,622	0.945%	232,448	1.003%	246,580	1.057%	377,066	1.587%	900,413	4.316%
65 歲以上 ADL3 項以上	145,251	0.639%	151,068	0.662%	164,082	0.713%	175,410	0.757%	186,262	0.798%	285,601	1.202%	687,420	3.295%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL	228,485	1.005%	237,507	1.040%	257,294	1.118%	274,337	1.183%	290,267	1.244%	441,478	1.858%	1,035,075	4.961%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知	259,550	1.142%	269,752	1.181%	292,101	1.269%	311,279	1.343%	329,145	1.411%	499,742	2.103%	1,169,219	5.604%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	261,756	1.151%	275,523	1.207%	294,636	1.280%	313,968	1.354%	331,988	1.423%	503,516	2.119%	1,179,133	5.652%
全人口 ADL1 項以上	301,307	1.325%	310,867	1.362%	332,010	1.442%	350,904	1.514%	369,949	1.586%	508,467	2.140%	1,003,190	4.809%
全人口 ADL1 項以上+IADL	469,689	2.066%	483,786	2.119%	514,513	2.235%	541,934	2.338%	569,447	2.441%	764,897	3.220%	1,428,254	6.846%
全人口 ADL1 項以上+IADL+認知	509,853	2.243%	525,584	2.302%	559,858	2.432%	590,404	2.547%	621,042	2.662%	838,724	3.530%	1,576,103	7.555%
全人口 ADL1 項以上+IADL+認知+精障	565,113	2.486%	602,152	2.637%	617,036	2.681%	648,752	2.799%	680,531	2.917%	902,514	3.799%	1,633,212	7.828%
全人口 ADL3 項以上	219,090	0.964%	226,289	0.991%	242,323	1.053%	256,653	1.107%	271,147	1.162%	376,667	1.585%	759,432	3.640%
全人口 ADL3 項以上+IADL	387,472	1.704%	399,208	1.748%	424,826	1.846%	447,683	1.931%	470,646	2.018%	633,098	2.665%	1,184,496	5.678%
全人口 ADL3 項以上+IADL+認知	427,636	1.881%	441,006	1.932%	470,171	2.043%	496,154	2.140%	522,240	2.239%	706,925	2.976%	1,332,346	6.386%
全人口 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	482,896	2.124%	517,574	2.267%	527,349	2.291%	554,501	2.392%	581,729	2.494%	770,714	3.244%	1,389,454	6.660%

雖然在推算長期照顧需求人口，現有文獻已經累積相當成果，由這些調查研究結果可以分析長期照顧人口的性質，得到參數（如性別年齡別失能率），再加以計算推估未來長照人口成長狀況，以供政策規劃參考。然而多數研究僅採用 ADLs 或 IADLs 功能障礙指標，忽略失智症、精神障礙等其他人口群，如此可能低估需要照護人數，並忽略這些群體在照護需求方面的特殊性。

除了各研究所採用失能評估標準不同之外，各調查研究含括的年齡（如 15 歲以上、50 歲以上、或 65 歲以上）也多有差異，且絕大多數研究皆聚焦於老年失能者，忽略其他年齡群體。在研究方法設計上，也因為各研究抽樣方式不同、研究涵蓋區域差異、多數偏向蒐集斷時面資料等因素，造成研究成果在推論上較為受限，不易概觀整體失能人口現況特徵與未來變遷。在人口動力相關條件的假設上，多數研究僅將我國未來人口推估數當成原料，再逐年以失能率推計失能人口，較少思考生育、死亡、疾病、失能各現象實存在互相影響之可能。考慮疾病轉型對於照護需要影響之預設，失能率的設算至少應包含「降低」、「固定」、及「增加」等類型，並依此求得所對應之照護需要人口方為適妥。

檢視我國現有失能相關研究，僅 2000 年戶口普查調查中不限制失能者的年齡，也不限何種原因造成失能，不過此資料標準亦僅著重於「身體功能」面向之探討，「心智功能」部分未加觸及。再者，現有研究也缺乏全國性認知障礙、精神障礙詳細統計資料。未來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。

第二節 家庭與親屬照顧

壹、家庭：定義與分類

家庭 (family)，是人類社會最普遍存在的社會制度之一，其定義或因時因地有所不同，但成員是經由婚姻、出生、或收養關係所組成的，一般認為是至少包括兩個人，藉由血緣或婚姻關係而產生關係的一個群體 (Burch, 1967; Haupt and Kane, 1998)。自古以來家庭就是社會的最基本單位，也是化育社會人最重要的初級團體。此社會基本單位主要功能包括性行為的規範、生殖、社會化、照護、以及社會角色與人際網絡的定位等 (林義男, 1987; 謝高橋, 1986)。

部分學者認為，家庭的人口規模隨著工業化程度下降，而其組織架構則由擴展家庭轉為核心家庭，家庭的功能因而在人類歷史的發展過程中產生了質變與量變；另有學者則質疑在高死亡率與低經濟發展的社會下，大家庭與擴展家庭的普遍存在性。但無論如何，從功能學派的立場來看，做為社會基本制度的家庭必然有其不可替代的功能，否則無法持續存在於當代社會。以國家和家庭關係而言，透過家庭組織，國家一方面可有效地將社會福祉與責任規範分配、落實到個人身上，一方面則將社會資源與社會需求整合、反映到國家層次，因此家庭是國家與個人間不可或缺的橋樑。

家庭在不同社會文化中經常呈現不同結構與定義。中國的「家」字，含意可小至指一個人的家戶，但又可大到指所有同姓但不一定有系譜關係的人，「家」之伸縮性與中國固有的政治哲學有關 (謝繼昌, 1982)，實存在著曖昧的定義。中國社會中的「家」，雖多半也稱之為「家庭」，但中國人本來很少使用家庭一語。討論「家庭」結構雖經常以世代和人數為標準，但在中國社會並不容易找到分類「家」的妥適指標，我們通常很難從七口之家一類的形容詞去瞭解世代，究竟是兩代、三代或更多的代，也很難從代去估計家庭人數。

若以國內學者對「家庭」的定義為例，林顯宗 (1985) 認為以夫婦關係為基礎，把親子、兄弟、少數的近親者，當成主要成員，而形成的初級福利追求團體稱之為家庭，這樣的定義並不在乎家人是否居住在一起。楊懋春 (1981) 認為家庭一詞包含兩件東西：由父母子女所組成的親屬團體為家 (family)，這樣的親屬團體所居住的房舍庭院 (home) 為家，而稱這樣的親屬團體居住在一所房舍中為家庭，如此的定義就認為共居為家庭必備之要素。

研究家庭，常依共同居住者的親屬關係將之分類，如：文崇一等人 (1989) 認為家庭

可分為以下幾類：夫婦家庭（conjugal family）或核心家庭（nuclear family）、主幹家庭或折衷家庭（stem family）、擴大家庭（extended family）或聯合家庭（joint family），而核心家庭是由一對已婚夫婦或已婚夫婦及其子女組成；折衷家庭是包括父母及其子女，其中一個孩子已婚或已有子女；擴大家庭為幾代住在一起，包括父母、已婚兒子、未婚子女，以及父系的孫子女、曾孫子女等。

在費孝通（1991）對於家庭的分類，則有：1、殘缺家庭：核心家庭原有配偶中有一方死亡或離去，或是父母雙亡的未婚子女。2、核心家庭：包括一對夫婦及其未婚子女。3、主幹家庭：核心家庭外還包括一些其他成員，大多是核心家庭中男方的鰥父或寡母，或其他較遠的親屬，甚至沒有親屬關係的人。4、聯合家庭：指有一個以上的核心家庭，一般是子女成婚後繼續和父母在同一個家庭生活，成了兩代重疊多核心家庭，或成婚後的兄弟不分家構成同胞多核心家庭。

以上分類方式與中國的家庭結構是否相符，實有待商榷。文崇一等人認為中國一般說的家，概念上可以等同擴大家庭的定義，家庭成員包含父母、兄弟、夫婦、以及其子女，但事實上此說法卻又不符合中國多數家庭狀況，因為歷代家庭大小只是在5至6人之間（賴澤涵、陳寬政，1980）。謝高橋（1980）認為擴大家庭雖是中國社會的一種文化理想，也是一種社會實體，然而為了適應社會環境，需具有經濟條件者方能維持此型家庭，一般平民並無法做到（賴澤涵、陳寬政，1980；謝高橋，1980；Sun，1991），較可能依親屬關係裂解後以各種其他共居型態生活。

高淑貴（1991）提到，若以家庭分子關係來區分家庭，主要分為以下三大類：

核心（nuclear）家庭：由一對夫妻及其未婚子女所組成，俗稱「小家庭」，期又可細分以下兩種：

(1)生長家庭（family of orientation）：指一個人自幼生長的家庭，包括自己與父、母、手足。每個人都有生長家庭，我們是「從其所出」，接受社會化的。生長家庭亦可稱為原生家庭（family of origin）。

(2)生殖家庭（family of procreation）：指一個人與配偶和子女所組成的家庭。生殖家庭只有結婚生子者才有。這種家庭是「從己而出」，我們是長輩，對子女提供社會化和養育的責任。

主幹（stem）家庭：也稱為主幹家庭。由一對夫妻及其一位已婚子女（包括已婚子女之配偶與其子女）和其他未婚子女所組成，俗稱「折衷家庭」。

擴展（extended）家庭：也稱為聯合（joint）家庭。由一對夫妻及其二位或二位以上

已婚子女（包括已婚子女之配偶與其子女）和其他未婚子女所組成，俗稱「大家庭」。

上述三類家庭型態屬於傳統觀念中的一般家庭，但現在卻有越來越多的個人獨居，成為所謂的單身家庭，這樣的行為改變是目前的趨勢。依據黃迺毓（2001）將非傳統家庭分成六類：單親家庭、繼親家庭、隔代家庭、收養/寄養家庭、單身家庭及同居家庭。

事實上華人文化中「家」的定義還涉及「房」的概念。文崇一等（1989）認為在中國人的系譜系統中，每一個家都是「房」的一份子，每一個家有都有成為房的可能。陳其南（1985）討論「房」與「家族」，認為其有階序關係及世代連續的含意。「房」的中心概念為兒子相對於父親的身份，其研究中將「家族」看成一個對等於「房」的用語，排除了生活團體（domestic group）、家戶（household）及家庭（family）的含意，因此，房與家族的相對性，即是子與父的相對性，此關係說明了父系親屬團體的基本結構法則。

王崧興（1985）則認為中國的家族制度是建立在兩個互為矛盾的基礎上，一方面有著分裂的趨勢，表現在分家的過程，但另一方面，分裂間則因強韌的父系觀念而有結合傾向。他將「household」和「family」區分如下：household（家戶）：由分裂趨勢形成的生活單位，可以包含核心、主幹、擴大家戶，但範圍是一定的。Family（家族）：由結合趨勢形成的社會組織，如聯邦式家族，由於結合的契機不同，範圍伸縮不一。

西方社會，尤其是美國，是以夫妻關係為主軸，有關親屬關係、社會行為和文化特徵，主要是以夫妻倫為主。但中國社會，以父子關係為主軸，整個文化設計是配合父子軸的，衍生出父子型的文化模式。在英文中，小親屬團體稱為family，而他們所居住的房屋庭院為home。所以東西方對家庭的定義並不太相同，以下挑選幾個國外重要的學者來說明：

Lang（1946）：家是由具有血緣、婚姻或認養關係的成員所組成的單位，這些成員有共同的財產，並在同一家庭預算下營生。Stephen（1963）：家庭是以婚姻及婚姻契約為基礎的一種社會安排。它包括三種特性，夫妻與子女住在一起、承擔為人父母的權利與義務、夫妻在經濟上負有相互扶養的責任。

Goode（1963，魏章玲譯，1988）：對於家庭關係有以下說明：（1）至少有兩個不同性別的成年人居住在一起。（2）他們之間存在著某種勞動分工，即他們並不都作同樣的事。（3）他們進行許多種經濟與社會交換，即他們相互為對方辦事。（4）他們共享許多事物，如吃飯、性生活、居住，即包括物質活動，也包括社會活動。（5）成年人與其子女間有著親子關係，父母對孩子擁有某種權威，但也對孩子承擔保護、合作與撫育的義務，父母與子女相依為命。（6）孩子們之間存在著兄弟姊妹關係，共同分擔義務，相互保護，相互幫助。

Popenoe (1989, 劉雲德譯, 1991): 家庭是一個生活在一起, 並且為經濟和其他目的連結而成的一個合作單位, 是發揮職能的親屬團體。Goodman (1992) 和 Macionis (1997): 維持相當長久的社會團體, 他們基於血緣、婚姻和領養來連帶, 通常是住在一起。Schaefer and Lamm (1995): 家庭是一群因血統、婚姻或領養所組成的人口群, 負有照顧子女的責任。而美國統計局的定義為: 兩個或兩個以上的人住在一起, 其中一位是住戶的擁有者, 其他人和他有血統、婚姻、領養的關係。

或許定義「家庭」時, 應該以共居親屬為劃定範圍, 將共居者稱之為「戶」。家戶 (household) 與家庭在中文字面上雖然相似, 但嚴格而言其定義有所不同。家庭的定義可以狹隘, 可以廣泛, 小至父母與未婚子女所組成的單位 (此乃較為常見的), 大至整個親族甚至國家。在文獻中雖未見家戶曾被明確定義, 但所謂家戶實比較類似狹隘的家庭定義, 且居有定所 (無論其權屬為何)。

Bender指出家戶 (household) 具有同居 (co-residence)、食住以及養育的家庭功能 (domestic function) 二種屬性 (林顯宗, 1995)。在台灣, 戶是行政上的術語, 作為政府徵收稅賦的單位。依據《雲五社會科學大辭典》(1971) 的定義, 是經濟和社會的單位, 由同居一個住所之人口所組成, 該住所可以是獨立住家、共同住宅、公寓、帳篷或窯洞。

民法上有關家的定義類似於戶, 民法中第1122條言:「稱家者, 謂以永久共同生活為目的而同居之親屬團體。」而第1123條:「家置家長。同家之人, 除家長外, 均為家屬。雖非親屬, 而以永久共同生活為目的同居一家者, 視為家屬。」在此定義中, 家至少包含人、關係和住所的組合, 人指家的組成份子、關係指婚姻、血緣及收養等三種、住所指住處或固定居住的場所。

依據民法所謂家者, 是指以永久共同生活為目的而同居之親屬團體。家既為「共同」生活團體, 則必須至少有兩人以上共同生活始可為家。在戶籍編造上, 雖可有單獨戶長之戶, 但民法上並無「單獨家長」之家。又家為親屬團體, 其基本構成員原則上必須為親屬, 若非親屬, 而以永久共同生活為目的同居一家者, 視為家屬。不過, 我國對於低收入「戶」之規定, 又採取較為廣泛而任意的認定, 常見非同居直系親屬也被歸入同一戶中。

因此「家」可說是生物的單位, 成員必須有婚姻和血統的關係, 「戶」則以共同居住為基準, 可以包括親屬以外的成員。齊力 (1990) 提到, 「家庭」最基本的判斷標準是親屬關係, 而「戶」則是同住或是同居共財; 原則上家庭可以包括不同住的親人, 戶則包括非親人的同住者。

Cohen (1976、1970) 也把同居 (co-residence) 的生活團體稱為家戶 (household),

一個「家」(family)可分居不同的地方，形成不同的戶，換言之，一個家不見得要全部生活在一起，形成一個共同生產或消費的單位。不過，Cohen定義「家」的成份有三：家產、家計和家團體，這是以嚴格的財產所有關係為標準，兄弟之間只要未分財產，即使分住不同國家，也算是屬於同一家(family)，顯示居住安排形式並不是定義「家」與「戶」的唯一標準。

觀察與思考家庭，除了以戶的概念觀察當下共同居住的血親姻親之外，也應該將個人親族系譜中整體親屬的「代」與「人數」考量進去。僅以是否共居來認定是否為同一家庭，似不符合我國文化中對於「家庭」為何之詮釋。然而許多關於家庭結構的實證研究，仍僅以家戶結構(household structure)概念來做為家庭結構的操作化工具，而所謂的家戶結構即意指同居(co-residence)者的數目(Freedman et al., 1982; 簡文吟、伊慶春, 2001)。

文化的差異，影響著親屬之間互動的內容與居住安排的選擇。西方社會主要的家庭型態是核心家庭，子女成年後大部份均離開父母獨立居住，子女離家成為一個必然的事件，然而主幹家庭在東方社會是相當盛行的家庭型態，在華人世界中，子女不一定以離開家庭的方式呈現三代家庭歷程。考慮在我國文化中對於「家人」、「親人」的概念、現實生活中親屬互動的實質內涵，以及在個人生命歷程中決定居住安排的複雜動力，若僅將以「同住」成為唯一定義「家庭」的標準，似過於拘泥。

「居住安排」加上「親屬結構」，形成目前對家庭分類研究的標準。但居住安排為動態變動狀況，同住與否也不應是「家庭」唯一定義。在家庭中生活的個體，因婚姻、生育開枝散葉，在文化與資源脈絡內，家庭成員們決定居住型態之分合。由於「家」的定義與親屬範圍互有關聯，何為「家庭」、有多少家人、包括多少親屬，實應視研究取向決定。在不可能將所有具「親屬關係」個體全部納入討論的狀況下，僅研究共居親屬家庭已成為常見模式，畢竟共居親屬互動最多，對個人家庭生活影響最深。但若在詮釋台灣家庭變化時顧及親屬結構面向，應更能豐富對於家庭複雜演變路徑的了解。

貳、家庭生命歷程觀點與家庭變遷研究

討論家庭結構的狀況，除了可從歷史角度思考「家庭」定義與分類，也有相當多研究以探討家戶結構的變遷為主。台灣家庭變遷相關研究自 1980 年代初期發展至今，研究重點較強調描述特定時間點上各類家庭的分佈情形。這種研究方向雖說明家戶組成的變遷趨勢，但婚姻、生育與死亡對家庭形成與解組的作用「過程」卻無法具體展現，因此有學者論述認為應運用家庭生命歷程(family life course)研究取向加以補充。

以家庭生命歷程觀點出發描述家庭變遷狀況，與「家庭生命週期」(family life cycle) 觀點相較，著重面向不盡相同。1936年，Loomis及Hamilton使用「家庭生命週期」(family life cycle)以描述家庭內所發生的一系列生命事件，其中最重要的是婚姻、生育、子女離家及死亡，由於這些過程代代重複，乃以週期循環名之(Loomis and Hamilton, 1936; 楊靜利、劉一龍, 2002)。

「生命週期」(life cycle)是生物學名詞，意指生物經由成長與生殖，從上一階段到下一階段的過程。此概念的三個重點：外形改變、單向發展以及形態再製，通常以階段、成熟與世代三個名詞來代表。社會科學領域廣泛借用生命週期概念描述各種現象，如心理學的心智發展、經濟學的終生所得、社會學的組織成長等。在社會學中，生命週期概念的運用又以「個體老化」(individual aging)、「家庭生命週期」(family life cycle)、「組織生命週期」(organizational life cycle)三領域特別受到重視(O'Rand and Krecker, 1990)。然而生命週期之分析角度實以個體出發，究其本源意涵並無超越個人一生，與「世代」(generation)、「繁殖」(reproduction)等觀念亦不相關。在文獻討論中「生命週期」此辭雖經常與「壽命」(life span)、生命歷程(life course)等並提，然因概念上實由個體的角度，觀察其一生的各種階段(stages)，因此就算討論的期間橫跨多代，卻多著墨於不同時期的比較，缺少世代週期循環的意涵，故引起許多批評，應用「家庭生命週期」概念的相關研究也遭逢同樣處境(楊靜利、劉一龍, 2002)。

Glick(1947; 1955; 1965)將家庭週期(family cycle)分為四個部分，分別是結婚(marriage)、生育(child bearing)、子女離家(children leaving home)以及家庭解組(dissolution of family)。並以初婚(A)、第一個子女出生(B)、最後一個子女出生(C)、第一個子女結婚(D)、最後一個子女結婚(E)、夫妻之一死亡(F)、另一夫/妻死亡(G)等七個重要事件，將家庭生活分為六個階段，依序為形成期(A→B)、擴張期(B→C)、擴張結束期(C→D)、萎縮期(D→E)、萎縮完成期(E→F)、解組期(F→G)(Hohn, 1987)。若子女較父母長壽，則此家庭終止於雙親死亡，但假使此夫妻無生育子女或子女較父母早亡，則此家庭週期結束於雙親任一方死亡。在概念中僅包含雙親及其子女兩代，有時會將祖父母輩、孫子女輩或其他親戚納入，但視為此家庭單位的額外成員，家庭的核心仍以雙親為主(Loomis and Hamilton, 1936; Glick, 1947)。

Glick嘗試以七個家庭生命事件的中位年齡，來決定階段之間的切割點，定義家庭(family)始於個體婚姻，終於死亡，其內包含生育，就是由個人角度看一生家庭生活的形成、擴張、萎縮與消失，不包括世代循環過程的討論，也無法說明三代家庭狀況，所以

應該稱為核心家庭的生命週期 (nuclear family life cycle) 或是個人的生活歷程 (individual life course)。再者，此討論只著重穩定的婚姻型態，子女數必需至少兩個，獨生子女、未婚、離婚、再婚等情形均不考慮，對現實社會的解釋力不足。第三，選擇七個「重要的」家庭生活事件，似乎隱含有這樣的家庭歷程方符合社會規範之意。

以整體社會觀之，家庭生活各階段並非同模所鑄，因此家庭生命歷程觀點希望依各種不同的家庭發展路徑，區分出數量不等的階段，以觀察家庭發展過程之多樣性，唯至今實證上仍面臨許多困難 (O'Rand and Krecker, 1990)。Glick所建構的家庭生活階段雖然受到不少批評，但後續者多在此一基礎上擴張類型 (Collver, 1963 ; Morioka, 1967 ; Uhlenberg, 1969 ; Feiclunger, 1987 ; Rowland, 1991)、描述家庭在各狀態之間的轉移、修正呈現家庭生活階段的方法，此路線迄今仍是許多家庭生命歷程取向研究的基礎。

舉例而言，Glick (1947) 以1940年的中位結婚年齡、生育年齡、子代結婚年齡 (因為結婚幾乎是當時女兒離家的唯一原因，乃以結婚年齡代替離家年齡) 等數據，鋪陳在時間軸上，使用特定時點上的資料，計算各事件的中位年齡，以劃分家庭的階段。但是在Morioka (1967) 關於主幹家庭 (stem family) 的研究中，添加「世代」的概念修改模型。其主幹家庭模型與雖與Glick最早的研究一樣，也同樣使用時期別之平均初婚年齡、平均壽命等資料，但研究中假設長子或次子為繼承人，用以呈現日本獨特的家庭生活。此一父死子繼的設計，更具「週期」之意 (楊靜利、劉一龍，2002)，既可呈現東方社會的主幹家庭，又可與西方社會的核心家庭研究相銜接。只是Morioka (1967) 仍面臨僅呈現單一類型的家庭生命歷程的問題，其假設了至少有一個兒子，且至少有一位兒子不會離家，這樣的預設因為近年日本老年人與子女共居的比率下降，與事實已有相當差距。

不同社會文化也影響家庭的形成與階段呈現，Collver (1963) 將Glick (1947) 所使用的家庭生命週期概念運用到印地安部落，發現由於風俗習慣與生活環境不同，該區男女結婚年齡較美國一般男女早，且因生育期較長且胎數較多，所以許多家庭最年長子女結婚時，他(她)們的母親仍在生育階段，使得家庭生命週期的順序較為複雜；同時，雙方在生命週期階段內容認定上也有差異，依據該地的習俗，婦女在婚後並不是立刻住在夫家，婦女在生育後仍會回到娘家學習養育子女的技巧，這與傳統家庭生命週期中夫妻同住的概念相衝突。除此之外，該區的死亡率較高，以致許多的幼童無法完成生命週期的階段便過世，使得生命週期無法連續。因此，只著重區分家庭不同階段的在時間的研究方向，實忽略解讀不同文化中形塑家庭面貌的動力面，亦不能彰顯家庭成員生命事件共同作用、交織影響的複雜性，並不是生命歷程取向研究的全部。

家庭生命歷程觀點的精神，其實是要強調家庭中每個個體生命軌跡的相扣性，藉由描述時間流動時家庭的形成與解散，以分析整體家庭變遷模式。若是運用質性研究取向思考，關注的焦點就較偏向了解家庭系統的複雜變化路徑，描述家中成員變動的脈絡，注意有時間觀的家庭動力，並解釋家人在其受限狀況中做選擇的實情 (Giele & Elder, 1998)。例如 Shenk (2001) 以人種誌學的方式研究美國農村老年婦女每日生活及支持系統，就將焦點放在這些老年婦女與小孩、孫子女以及其仍活著的父母親之間的關係，並將其生活以家庭生命歷程觀點呈現。Shenk 指出，在家庭生命歷程觀點中，生命的旅程可以被視為一路線圖，提供很多不同 (可選擇的、可替代的) 的路通達不同的 (可選擇的、可替代的) 目的地，當個體由少到老，其家庭發展的路徑是一連串決定的累積後果。因此發生於一個家庭成員生命歷程中的事件，也不會只單獨影響一個家庭成員，這些生命事件不管是厄運還是機會，當將會形成跨代間、跨個體的影響。

每個家庭有獨一無二的生命歷程路徑，由個人、及成員互賴的生命歷程路徑 (interdependent lifecourse pathways of its members) 構成。若試圖分析家內成員可用的情感與物質資源時，此種了解就不可缺。一個家庭在家庭生命歷程中的位置，大大影響其情勢 (circumstances)、資源和其處理生命情勢改變的慣用策略 (Giele & Elder, 1998)。除了家庭生活的正常轉變之外 (如結婚、分娩、老年家庭成員死亡)，其他事件也能造成改變或是斷絕家庭中的生命，而家庭會依照其獨特的、有形無形的資源，處理這些不利的事件。因此，家庭生命歷程模型或許是一種可用工具，幫助我們分析和預測家庭中各成員生命事件造成的影響。若了解家庭成員狀態單獨或聯合的變遷和軌道，就可以更了解這個家庭隨著時間不同的狀況。

參、家庭變遷與家庭照顧弱化

臺灣近年關於家庭結構變遷的研究，大致可歸納為兩種走向：一是側重家庭結構或家戶組成的推計與變遷 (陳寬政, 1985; 陳寬政等, 1989; 王德睦、陳寬政, 1996; 楊靜利、曾毅, 2000)，另一是著重家庭結構與某類家庭問題和政策 (涂肇慶、陳寬政, 1989; 林勝義, 1994; 陳寬政, 1995)。直接採用家庭生命歷程觀點分析家庭結構的研究並不多。林正祥 (1996) 曾以生命表方法，建立家庭生活階段 (其翻譯為「家庭生活週期」) 期望表，不過未考慮離婚、再婚與生育，因此家庭生活階段只有婚姻期與鰥寡期; Tu and In (1994) 計算 1976 年與 1989 年之婚姻生命表，雖未直接討論家庭生活階段，卻可轉換成家庭的形成與解組過程，不過因為未考慮生育，故並無觸及家庭擴張與萎縮部份。楊靜利及劉一龍

(2002)之研究則以家庭生活週期觀點解析臺灣近20年來家庭類型的改變。另有研究是以「家庭生活階段」當做自變項，探討其與社會行為的關係，最普遍的就是討論婚姻與生育對婦女勞動參與的影響。若特別觀察有關家庭親屬結構遷此一主題，數量也不多，探討主題如Freedman等人(1982)以生育力調查資料說明臺灣地區的家戶組成及親屬結構。

根據戶口普查資料，我國家庭結構整體變化趨勢，大致上是核心家戶、複合家戶的比重下降，單身家戶上升。平均每戶人口數逐漸減少，由1990年的4人降為2000年的3.3人。在內政部統計處(2001)報告中，「三代同堂」或大家庭越來越少，「核心家庭」將成為未來主要趨勢，目前在所有各類家庭組織型態中，已約佔將近一半(48.8%)的比例。再者，老人與子女同住比例也呈現下降趨勢，1986年有70.24%，至2000年已降為67.79%，老人僅與配偶同住及獨居比例，大致而言逐漸上升。

家庭型態變遷可能肇因於人口因素，例如婚姻狀況、可供共居之子女數改變，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(劉正，2000)；這種改變雖是工業化、現代化及都市化造成的結果，但也是社會變遷的原動力(徐良熙、林忠正，1989；Sun，1991；章英華，1994)。柯瓊芳(2002)針對歐盟會員國分析指出，經濟社會的現代化，與子女對父母同居照顧意願間存在有明顯的相關。國民所得較高、家庭聯繫較鬆散、非婚生比率較高、女性勞動參與率較高的地區，子女奉養意願較低。由於1980年以來，我國子女數量並無明顯變化，因而老年人與子女同住比例的下降，應是同居傾向降低所致(陳寬政、楊靜利，1999)。如果再考慮我國女性總生育率下滑迅速，由1950年之6.03個降至2003年之1.24個，應可推論未來會有相當數量之老年人沒有子女可供同住。

由於有依賴者的家庭快速成長，政府開始制定與家庭福利相關的政策。然而我國家庭結構迅速變遷，政府在規劃相關政策時，卻經常忽視每個家庭在時間進程中的動態性與多樣性。政策中預設的範本家庭(如有一夫一妻、有共居子女可照顧老人)，其實是家庭生命歷程中連續變化的斷時切片。若無法體察整體社會中家庭的多元性結構與組成的動態變化，將弱化國家政策解決問題的能力。而對於多元家庭的了解，不能僅在區辨它們的型態、組成上的差別，更應思考家庭功能發揮狀況，注意家庭生命機會的差異，例如單親家庭之社經地位普遍較低，長時間觀察此類家庭的孩童總處於不利地位(林萬億，1999)。

隨著社會關係的日益複雜，國家必須體認到其功能的侷限，以及社會政策效果的不確定性。因此，國家對於社會變遷的應對能力需相對提升，並且盡量掌握社會政策可能引起的社會性效果。以長期照顧服務規畫角度而言，家庭部門一直是長期照顧之主要提供者，

而且家庭結構又會影響個人的健康狀況，進而影響長期照顧之使用率以及使用型態 (Wiener, 2003)。目前家庭結構變遷的樣態，暗示著家庭照顧成本將增加，過去由較大型家庭提供老人、身心功能障礙者之照顧尚可運作，但在家庭規模日漸縮小的現在與未來，由家人分擔照顧任務的能力可能不如以往。若政府在規劃政策時忽視此變遷趨勢，長期照顧政策將無法回應社會大眾的需求。

臺灣人口轉型已近尾聲，近年死亡率與生育率變化劇烈，婚姻的型態也迥異以往。婚姻、生育、死亡這些生命中的大事都在家庭發生，也改變家庭型態，因此分析時最好以「家庭」觀點整合三者。在人口學相關研究中，對死亡、生育或婚姻單一議題的變遷、轉變原因與結果描述較多，但整合婚姻、生育與死亡三種動力，用以觀察家庭親屬結構變遷此一主題相對較為缺乏。再者，失能者有多少親屬、有那些親屬，受到婚姻、生育、死亡、健康等生命事件作用，家中有失能成員，也會影響其他親人的生活。這些狀況交織在一起，家庭生命歷程的討論角度，較能將家庭中多面向的變化關聯起來。

在個人一生中，有多種動力影響著生命方向的抉擇。除了結婚、生育、死亡等人口學關注的變項，自己與家人的健康或意外、受教育時程與機會、職業生涯的開展與結束，甚至大社會的文化與歷史背景，交織形塑每個人前進的路徑。除了關注家庭生命歷程的改變，生命歷程研究取向也思考國家政策對於個人生活的形塑效果，其中福利政策是關切的方向之一。國家政策若制定實施，一方面行政力量會為社會成員劃定出生活歷程中重要階段的年齡界線，規劃這些成員進出特定社會領域的時間表；另一方面，制度規劃下的可預見時間界域（例如入學、退休、年金請領等年齡點）深植於個人意識中，更強化了制度設計的正當性。然而，生命歷程型態的變遷對社會政策同樣也有回饋作用，從而使原本的國家福利制度安排發生問題。因此，社會政策在規劃與實行時，有必要同時評估其對個人、家庭的影響性，藉此瞭解政策實際與可能的效果，以為後續政策制定的參考。

第三節 我國失能家庭照顧狀況

壹、家庭照顧概述

目前我國失能者約有7.6%住在照顧機構，其餘92.4%住在家中，在家中的失能者主要由家人照顧（行政院主計處普查局，2002）。非正式照顧是失能老人的優先選擇 (Ward, 1983)，家庭所提供的個人照顧、家務協助、交通接送及購物等勞務，約佔80%至90%之比重 (Branch & Jette, 1983; Doty, 1986; Horowitz & Dobrof, 1982; McKinlay &

Tennstedt, 1986 ; Stone et al. , 1987 ; Ward et al. , 1984) 。多數老人照護的研究皆認為家庭照護 (尤其是由子女與配偶提供的) 是最好、最有效率的照護方式，也相信只要家庭制度繼續存在，家庭的養老照護功能就不會被照護機構完全取代 (Knipscheer, 1992 ; Lee et al. , 1995) 。

「照顧」家人，不單只是活動或勞動，也被定義有情感的投入的行為，包含對被照顧者情感層面的關注 (Noddings, 1984 ; Parker, 1993) ，是一種「愛的勞務」 (labor of love) (Graham, 1983) 。雖然照顧行動包含了愛的成份，但「勞」的成份亦無法否認，因此家庭照顧者通常有相當大的照顧壓力，也盼望能獲得幫助 (邱啟潤等, 1988 ; 吳聖良等, 1991, 1992 ; 徐亞瑛、張媚, 1992 ; 吳淑瓊、林惠生, 1999) 。

對於提供失能者照顧的體系，一般將之區分為正式照顧與非正式照顧兩範疇。兩者間最明顯的差異，可能是照顧提供者的身份。大體而言正式照顧體系係由「機構」 (包括組織或團體) 所聘僱的人員所提供，非正式體系則意味著由家人 (親屬) 、朋友、鄰居、或志願者擔任照顧者。正式體系內的照顧者，多屬專職且全時的性質；非正式體系則屬於混合型，可能是專職全時照顧，也可能以混合模式提供照顧，例如在職者下班後進行照顧勞務。

若照顧服務內容及時間安排「彈性」而言，正式照顧所提供的服務內容統一且制式化，照顧活動及生活作息安排須固定。非正式照顧以家庭為主要服務地點，經常被視為屬於「私領域」的照顧，較能依據被照顧者個人需要與偏好，適時加以調整 (Travis, 1995) 。此外，正式照顧使用者經常須支付某些費用，非正式照顧服務使用者則通常是不付費的。

家庭照顧被歸類為非正式照顧體系中的一部分。非正式照顧和正式照顧體系之間的關係，可被歸納為三種理論模式 (呂寶靜, 2001) :

1. 層級補償模式

層級補償模式或稱替代模式，此論點主張親屬 (特別是配偶和子女) 是社會支持的核心，其次是朋友、鄰居，最後才是正式組織。失能老人首先和最常去找非正式體系的家屬親友協助，除非家屬親友不在時，或者是親屬和重要他人不能再承擔協助的負荷時，才會向正式體系的照顧機構求助 (Cantor, 1979、1980) 。此論點假設命題為：進入正式照顧體系者，使用服務後，就不再接受家人的照顧，亦即「完全」由正式照顧服務替代或取代家庭照顧的功能。依據層級補償模式之論點，強調失能老人在尋求協助時，有對象選擇的偏好順序。但並未說明不同的對象所提供的協助項目是各具特色而相異的、抑或是雷同的 (呂寶靜, 2001) 。

2. 職務取向模式

Litwak (1985) 所建構的觀點是職務取向模式，或稱分工模式。認為正式體系和非正式照顧網絡是互補的(complementary)角色，主張兩者之間的關係是「分擔的功能」(shared functions)。非正式體系較適合從事不可預測的、偶發的、簡單的(只需日常生活知識的)項目，正式照顧體系則較能處理可預測的、例行性的、需要技術性知識之工作。因失能老人每天的生活中充滿著不可預測和偶發事件，而且照顧工作項目不容易分工，這些情況不能只是藉由技術性知識來處理。職務取向模式的假設命題為：正式照顧體系和家人提供的協助項目是不同的，呈現分工的狀態(呂寶靜，2001)。

依據職務取向模式，照顧體系中不同服務模式，基於不同的連帶關係和結構特性，提供相異的照顧項目，而整個相關的支持模式形成合理和周延的分工。Tester (1996) 強調，非正式與正式體系各有其所專長的照顧項目，非正式照顧者提供大多數的基本照顧，而在護理、社會互動、以及照顧資訊和諮詢服務，則由正式部門協助。

3. 補充模式

正式和非正式照顧體系之間的互補性，但互補狀況可能非Litwak 所指「特定任務的分工」，而是所有的照顧項目之共同分擔(Chappell & Blandford, 1991)。正式體系的工作員和非正式照顧成員所提供的協助項目並非全然不同的；而有可能是部分不同、部分重複的；也可能完全重複的。至於是「全然分工」、「部分分工、部分重複」、或「完全重複」，則端賴老人的身體功能情形(或照顧需要程度)及有無配偶子女而定。換言之其「非正式和正式照顧之互補性」的概念，並不同於Litwak 主張的「兩個照顧體系功能的分化」，而是以配偶和子女照顧作為基礎，當配偶子女不勝負荷時，才引進正式服務，但家屬仍繼續提供照顧。

補充模式強調非正式網絡是最基本的、主要的，而正式照顧處在邊緣的、次要的地位。只有當家人不勝照顧負荷或老人的需要無法由非正式資源所滿足時，正式服務方才用來補充(而非「替代」)非正式照顧(Stoller, 1989)。而且兩個體系對於所有的照顧項目是共同擔任的，非正式照顧者連結正式服務，並不會減少其本身的協助提供。就此而言，家庭照顧功能並未因正式服務的提供而式微(呂寶靜，2001)。

整體而言，正式照顧體系和非正式照顧體系所提供的服務(協助)項目，不是完全相同，也不是全然分工；而是部分重複，也有部分不同。因此，這兩個體系之間的關係，不是全然職務分工，也不是完全替代，而較符合「補充關係」論點。依據呂寶靜(2001)之研究，就正式服務中的日間照護服務方案而言，發現具有補充家庭照顧的意涵及功能。就

家人和照顧機構人員所提供相同服務項目而言，失能者接受家人的協助感到較自在。此研究發現證實，家人仍是失能者（尤其是老人）尋求支持的優勢偏好。再就相異項目而言，意味著某些照顧項目甚難相互替代，故職務分工模式的主張也部分獲得支持。

非正式照顧體系實為照顧服務提供的主力，以照顧體系所服務涵蓋人口群分析，非正式照顧所涵蓋的對象約佔85-90%，而正式照顧僅提供10-15%的失能者所需之服務（Higgins，1989）。家庭照顧的提供，也並未受使用正式服務影響（Penning，1990；Hanley et al.，1991；Miller et al.，1991；Jette et al.，1992；Tennstedt et al.，1993），不同照顧模式間的替代效果並不顯著，無法證實正式照顧體系將會取代或替代非正式照顧（Noelker & Poulshock，1982；Horowitz，et al.，1983；Chappell，1991）。Wiener和Hanley（1992）研究認為，付費性正式照顧服務需求的增加，並非意味著無酬家庭照顧的減少，正式服務與家庭照顧兩者間的關係，其替代效果小或者未達統計顯著水準。Davis等（1998）的研究亦支持此論點，正式照顧體系所提供的社區式或家庭支持性服務，「替代」家庭非正式照顧的程度有限，因為社區式或家庭性支持服務設計的目標，主要是為支持家庭為主的非正式照顧體系（Tennstedt et al.，1996）。

貳、家庭照顧者的任務與角色

在非正式體系內，照顧提供者主要包括家人（或親屬）、朋友、及鄰居等。朋友與鄰居，雖然在非正式照顧體系中被視為照顧資源，但主要照顧責任仍在親屬身上，朋友及鄰居照顧者所能提供的協助項目相當有限，主要是給予情感支持及工具性服務等（例如，聊天、協助購物、代收信件等），並未含括個人照顧（Graham，1984；Arber et al.，1988；呂寶靜，2001）。由於「同住」與否對於照顧服務提供內容有重要影響，有些研究將非正式體系（即家庭）照顧者討論僅限於「同住家人（或親屬）」。但若依據胡幼慧等（1995）之研究，非正式的照護支持，主要仍來自同住或非同住家人，雖然模式上其他親屬仍以「輔助」主要照顧者為主，極少能夠以「換手」方式提供照護。

家中不同親屬成員如何對失能家人提供照顧？親屬範圍極廣，包括祖父母、父母、配偶、子女、手足與其他親戚（如堂表兄弟姊妹），失能者是否獲得非正式照顧體系協助，有無親屬是關鍵因素，不過有親屬不一定保證獲得協助，也必須考慮親屬之間的互動狀況、居住狀況、親疏遠近等，頗為複雜。再者，雖然親屬可能不少，但是家庭中常僅由一人擔任主要照顧者。主要家庭照顧者提供全時照顧，相當耗損心力且容易疲乏倦怠，不似正式照護服務體系內，專業照顧者可相互輪替。

我國缺乏完整且全面性的家庭照顧者相關資料，而且現有研究也多集中於「主要」照顧者。再檢視目前相關調查研究發現，僅吳淑瓊和林惠生（1999）曾針對台灣功能障礙「老人」的家庭照顧者進行全國性的研究。依據行政院主計處（2002）普查報告，失能老人和非老人（65歲及0-64歲者）兩年齡組別，所佔比重分別為54%及46%，失能者仍有相當高的比重係屬於非老年的人口群，因此實不宜僅以失能老人的家庭照顧者狀況推論至所有家庭照顧者。

依據吳淑瓊和林惠生之研究（1999）指出，照顧失能老人的家庭照顧者，年齡分佈呈現平均分配，但45-64歲之間的照顧者所佔比例最高（37.4%），意味著中老年婦女是提供家庭照顧勞務的主力，Barmby（1992）的研究亦顯示相同結果。27.3%照顧者年齡在65歲以上，顯示老人照顧老人模式並不罕見。35.3%的照顧者年齡介於14-44歲之間，此年齡層的照顧者在照顧失能老人之餘，可能還須忙於求學、就業或照顧自己的下一代。有四成的照顧者除照顧老人外尚需外出工作，其中三成的照顧者同時擔任全職工作。

主要照顧者其照顧項目繁多，尤其是在進行非技術性日常貼身照顧項目時，困難重重，易引起受照顧者不滿、生氣、不合作等問題。許多家庭主要照顧者與失能者關係建立在「非血緣關係」基礎，如「夫—妻」和「婆—媳」關係，由於缺乏血緣關係之自然親情，照顧者長期負荷照顧壓力，即使沒有明顯衝突，亦可能造成彼此關係緊張。照顧者也會面臨各種心理和社會壓力，覺得受折磨和被綁死。

主要家庭照護者通常由女性提供，不論國內外的研究，均發現居家失能老人的主要照顧者為家庭內女性成員。依據吳淑瓊等（1998）之研究，照顧者與被照顧者關係間存有性別差異性。照顧者性別比例男女兩性約呈現3：7之分布，男性被照顧者主要由女性配偶照顧，其次是媳婦；女性被照顧者主要由媳婦照顧，其次是男性配偶。這些資料和以往的研究發現相同，再度支持照顧活動女性化的論點。不過就國外的情況而言，女性照護需求者主要係由女兒照顧，此方面有文化上的差異。

女性除身負照護年幼子女之任務，亦須照顧罹病老人或失能者，身心負擔與壓力極大。對年老女性配偶而言，由於照顧者本身年老力衰且往往已患有慢性病，在照顧其配偶之同時或多或少將耗損個人健康，呈現力不從心之困擾。再則，就媳婦或女兒之角色來看，因其身負由家庭或社會價值規範所「強加」之照顧勞務義務，故工作權與社會權易隨之喪失。由於照護工作內容繁多，且屬「寸步不離」貼身照護型態，以致女性被剝奪工作權，難以有機會和時間尋求自我之發展。

家庭成員對失能者提供的協助一般可歸納為下列四種：（1）協助吃飯、盥洗、穿衣服、

洗澡、上廁所、移動等個人照顧 (ADLs)；(2) 提供給工具性支持，如：食物製備、衣物換洗、家事清理等工具性日常生活活動之協助 (IADLs)、金錢管理、陪伴看病及生病時照料；(3) 情感性支持，包括：關心、慰藉、傾聽問題；(4) 財務支持 (呂寶靜，2001)。不同照顧者所提供的服務內容，大致上配偶和成年子女主要能提供個人照顧和家務協助，其他親屬則給予情感支持或部分家務協助。

然而親屬對於失能者提供協助的項目或數量、照顧者與受照顧者之間的互惠互動，常會因為失能者的失能狀況、基本條件 (如經濟力、親屬關係、年齡等) 變動而有所不同，相當複雜不易釐清。例如，當老人身體健康時，親屬只有在老人有需要時方提供協助，如危機事件處理或給予建議；並透過訪視、電話表達情感支持。同時也扮演資訊提供者角色。但當老人健康狀況惡化時，親屬協助型態會有以下四方向的改變 (呂寶靜，2001)：

- 1、時間架構上：從斷續的、短期的、危機取向的協助轉變為持續的
- 2、在介入的範圍方面：對日常生活介入的程度擴大
- 3、互惠狀況：不再是互惠協助，而是轉變成成年子女對老年父母的協助較多
- 4、協助的項目從邊陲的、較不重要的項目 (譬如交通接送)，轉變為日常生活活動中較重要的項目 (如個人的照顧、財務的全權處理)。

家中不同成員，對於不同條件的失能者照顧提供之可能性也大不相同，若是年紀較輕的失能者，親屬提供照顧的內容當然會與老人不同，失能者本身也可能會從未失能之前擔任照顧者角色，轉變成被照顧者角色，但是此方面實缺乏足夠研究。再者，被照顧者與照顧者兩者間之「關係」親疏之分可能影響照顧提供。Graham (1984) 指出，照顧任務的執行，因涉及身體直接接觸與隱私層次，一般而言僅限於「直系親屬」。

受親屬關係「角色組」(老年父母 / 成年子女；公婆 / 媳婦等) 影響，照顧者亦可能提供不同照顧內容。當已婚的失能者罹患慢性疾病或失能時，配偶比起他人更有可能性提供照顧，而且配偶處理的照顧項目之範圍廣泛，提供照顧的時間較長。且當配偶為主要照顧者時，他們較不可能獲得其他非正式照顧者正式服務的協助。對老年失能者而言，配偶雖是最主要的照顧提供者，但配偶的功能也有限制 (呂寶靜，2001)：1、老人配偶年齡通常也大，年老體衰較難擔負起照顧的重任。2、老年婦女配偶健在的機率遠低於老年男性，故對老年女性失能者，其配偶提供支持可能相對較低，由統計資料可以發現老年失能婦女中喪偶者數量最多，而其照顧責任通常轉由媳婦擔任 (吳淑瓊等，1999)。3、配偶照顧者較少尋求正式體制協助，因而承擔過重的負荷壓力。

若失能者有機會生兒育女，子女將成為其重要照顧資源。對那些配偶不在的老人而

言，子女是老人的照顧者，是情感支持、交通、財務管理與家務協助的主要提供者。子女提供較不密集、短時間的照顧；兒子和女兒在照顧年老失能父母時，角色也有不同，研究指出：1、女兒是日常生活照顧上的直接提供者，而兒子是財務支援者、家庭維修者；2、女兒較提供長期的、例行性的照顧，反之兒子則是短期的支援者，扮演較邊陲的角色而不是主要照顧者，且通常也是管理照顧而非直接提供照顧；3、許多照顧者會尋求正式與非正式協助，一般說來男性照顧者比起女性照顧者使用較多的正式服務（呂寶靜，2001）。在複合家庭中，若成年子女照顧老年父母的情況下，他們一方面必須擔負養育下一代子女的責任，另一方面又要照顧老年父母。

媳婦在照顧老年失能者方面，扮演重要功能。林松齡（1993）研究顯示：台灣老人之支持來源主要侷限於配偶、兒子和媳婦。配偶主要提供病痛的服侍、閒聊慰藉、及日常家事的支持；兒子主要提供經濟與生活安全功能性責任，媳婦主要是提供家事方面的功能性責任。而且老年男性的各項需求多半仰賴配偶，但老年女性的各項需求並不完全依賴老伴，而是依賴子女。吳淑瓊與林惠生（1999）研究中也發現，將近一半女性老人是由媳婦照護，而將近一半男性老人由配偶照護。

不管失能者年齡大小，在家庭中都有可能由其父母擔任照顧角色。當然年紀越輕的失能者越有可能出現這種狀況，如果失能者在其生命歷程中尚未出現婚姻事件或手足不多，父母通常就是當然照顧者。父母照顧子女的內涵與配偶照顧應該比較相似，是長時間、廣泛性的投入。其照顧負荷必須視失能者需要照顧狀況而定，而且若是失能者較年輕，父母有足夠財力，或許會引進外籍配偶分擔照顧責任。年紀大的失能者若由父母照顧，父母年齡會過於老邁，可能自己本身就有被照顧需求。但是現在對於年老父母照顧下一代失能者的研究似乎數量不多。

對失能者而言，一般兄弟姐妹最常提供的支持類型是情緒支持、交通接送服務、家庭維修。當老年失能者的兄弟姐妹住在附近，且老人的子女不在當地時，手足間的協助會較多。此外，老年失能者的兄弟姐妹可能也是老人，身體健康情形的衰退會導致協助的停止（呂寶靜，2001）。雖然由戶口普查資料看來，與全人口中其他有親屬關係者組成一戶的比例並不高，但是我們可以發現失能者家戶型態中此類家戶比例顯著高於全國狀況，這一類型失能者家戶就很有可能是失能者與手足及其他親屬共居，並由其擔任主要照顧者。

親屬如何提供照顧的相關研究，較多集中在對於重要親屬的了解。然而現今社會夫妻婚姻較不穩定，少子化現象出現，單身家戶增加，親屬關係變動狀況較從前更為複雜。親屬照顧提供的模式有可能受到家庭結構變遷的影響，出現不同型態。再婚、離婚者或隔代

家庭究竟如何提供照顧，面臨何種困境，相關研究並不常見。

家庭成員對老人提供的支持會影響正式服務的使用。層級補償模式指出，老人對於照顧體系的各支持要素有偏好的順序，家庭成員（配偶和子女）是老人的優勢偏好，除非家庭成員不在時，老人才會向正式體系中的機構求助而去使用服務（吳淑瓊等，2003）。依此模式所發展出來的假設，則是有家庭支持的老人較少去使用正式服務。而一些分析老人使用社區式和居家式服務方案情形的實證研究結果也顯示：較不常與子女接觸的老人、未接受來自子女協助的老人、獨居的老人均較可能使用服務。

關於自主性的研究發現，老人的健康與經濟能力是自主展現重要的因素，而家庭成員（特別是配偶和子女）會參與老人的決策過程。對於服務使用的討論，安德遜模式（Andersen Model）廣被採用，此模式在分析服務使用的決定因素時，側重「失能者」個人特質的影響，隱含著失能者可行使自由選擇權之預設命題（呂寶靜，1998）。但失能老人日常生活事務的決定，極可能有其他人的參與（Cicirelli，1992），特別是有關照顧安排的決定，通常有配偶和成年子女的參與。

失能老人做決定時會受到三類因素的影響（呂寶靜，1999）。1.健康或失能程度（Horowitz et al., 1991; Pratt et al., 1989; 邱清榮，1997）；2.經濟狀況（邱清榮，1997）；3.親屬關係（Townsend & Poulshock，1986）。失能程度愈高，家人愈不信任其做決定的能力，故較可能代為決定。其次，若擁有經濟資源，其自主性也會較高。最後，失能老人做決定時，允許他人參與的程度視與此人親屬關係而定，照顧安排最可能是由配偶和成年子女來代為做決定，而即使成年子女覺得涉入父母親的決定很深，仍傾向認為雙親有最後的決策權。

再者，有無照顧者以及照顧者提供照顧之能力，也會影響正式服務之使用。Tennstedt et al.（1996）之研究認為正式照顧服務的使用率，雖與失能程度的改變有關，但「獲得非正式照顧」的相關因素（包括，有/無主要照顧者、家庭照顧者人數、照顧關係、居住型態等）其影響力大於失能程度。因此若失能者無法獲得非正式照顧，且失能程度增加，將提高使用正式服務的機會。施教裕（1994）認為，進住機構的抉擇，除顯示老人身心孱弱無自顧能力外，亦顯示其親屬或非正式網絡成員在盡力後，所做的別無選擇之抉擇。Shanas（1979）之研究也指出，失能老年族群若沒有親屬或家人無暇照顧，則較可能使用機構照顧，而避免進住照顧機構的最有效方式是「配偶活得久」。吳淑瓊等（1994）研究發現，社區老人對於護理之家居住意願，和「健康狀況」以及「是否有家人親友照顧資源」兩變項相關。葉莉莉等（1999）研究進住照顧機構之影響因素，各年齡層失能者皆以「家中無

人手照顧」為首要原因，且隨年齡的增加有上升趨勢。因此家庭照顧「人力」及「能力」為影響機構照顧模式選擇之關鍵因素。

家庭成員（尤其是主要的家庭照顧者）的負荷也會影響服務使用。照顧者的壓力會促成其去使用居家護理及居家服務（吳淑瓊等，2003），與失能者未來使用機構照護（如護理之家）之可能性，也存在重要相關性（McFall & Miller, 1992；Jette et al., 1995）。

家庭親屬照顧者也可能扮演資訊提供與連結資源的角色。在台灣六成與老人同住的成年子（媳）女（婿）會將老人福利服務措施的訊息說給老人聽（呂寶靜，2001）。失能者的服務訊息資源主要是來自家人，其家庭除可直接提供照顧之外，亦會代失能者從事聯結正式組織的活動。當家庭成員認知到服務的存在，有可能會介紹給失能者，促成其去使用服務。家庭成員更可充當促成者、保護者、倡導者、對抗科層組織的緩衝者，以及有關住宅、年金、醫療照顧和其他服務之訊息提供者。

非正式照顧體系中，家庭照顧扮演重要角色。但是我們對於家庭照顧者的生活狀況、照顧內容、壓力與困境仍缺乏整體了解。成為照顧者通常非己所願，社會文化價值觀運作於其中。照顧者與失能者的關係不同，照顧提供方式、頻率、內容可能大不相同，而彼此經濟力、健康、親屬關係、情感濃淡或居住安排的差異，對於照顧決策與執行亦深具影響。再者，親屬關係出現變化時，例如家庭解組變動了親屬關係、結婚與生育加入新的親屬，家庭照顧模式究竟如何改變？主要照顧親屬死亡或無法照顧時如何換手、多位親屬如何分工、家庭中如何決定誰來照顧失能者的決策模式，目前皆缺乏足夠研究。

參、失能者家戶結構與可能提供照顧的親屬

家庭照顧能力與意願，係為影響照顧模式選擇之關鍵因素。家庭是否具備「照顧能力」，除了根據「主要照顧者」的有無及多寡判斷，經常還要考慮所對應之家戶組成結構，即失能者的居住型態「現況」。許多討論先大致區分為「獨居」及「與人同住」兩型。居住型態亦與「婚姻狀況」相關（Wittenberg et al., 1998），已婚或同居屬於「與人同住」型，以及單身（未婚、離婚、或喪偶）或分居則為「獨居」型。

「居住型態」影響照顧模式決策之關鍵，在於家庭內是否有「共居親屬」能承擔照顧勞務。由於「獨居者」可能不易得到他人照顧，因此較「與人同住者」需要較多照護資源的投入。Tennstedt等（1993）研究發現，當居住型態從「與人同住」轉變為「獨居」，會增加失能者使用正式照顧（此處指社區式及家庭支持性服務）的可能性。Arber等（1988）研究結果顯示，「家庭組成」結構為影響失能者（及其家庭）能否獲得政府所提供照顧服

務支持的關鍵因素。相關研究顯示（Shanas，1979；Grundy，1995），相較於「與人同住者」，「獨居者」進入照顧機構的可能性較高。

對於失能者家庭狀況的了解，有助於掌握失能者的照顧需求。以下大致分析 2000 年戶口普查資料中居住於一般家戶中、有長期照顧需求者之家戶型態，並以年齡、婚姻狀況、性別分組，觀察不同組別家戶型態之差異。為了簡化資料，年齡部分也將之重新分成：1、為 20 歲以下；2、為 20 到 64 歲；3、為 65 歲以上。

若依戶口普查資料所示，我國 2000 年時全國有 338417 位失能者需要程度不等的長期照顧。其中男性有 168190 人，佔 49.7%；女性較多，有 170227 人，佔 50.3%。在年齡分佈上，65 歲以上失能者數量最多，有 182351 人，佔全失能者一半以上，達 53.9%；但 20 到 64 歲失能者也有 128144 人，佔全失能者 37.9%；最少的是 20 歲以下的群體，有 27922 人，佔 8.3%。

在全體失能者家戶型態方面，有 25737 位住在「非一般家戶」之中，這些就是接受機構照顧的失能人數。因為這些失能者不是住在家庭中，其與家人互動的關係、家人照顧提供狀況，與居住於一般家戶失能者不同，因此以下分析時會將這一類型失能者排除暫不討論。依照 2000 年戶口普查資料整體而言，我國普通住戶家戶型態仍是以核心家戶為最多，佔 55.1%，其次是單身家戶，佔 21.5%，再其次是複合家戶，僅佔 15.7%，最後則是其他家戶，包含有親屬關係家戶與無親屬關係家戶，僅佔 7.8%。然而若以就整體失能者家戶型態看來，佔第一位的雖也是核心家戶，卻只佔 35.3%；第二位卻是複合家戶，比例高達 32.5%；第三位則為其他家戶，佔 12.7%，最後才是單身家戶，僅有 12%。

由整體失能者家戶型態與全國狀況比較之下，可知失能者家庭型態出現核心家戶的可能性比全國低，而出現複合家戶、其他家戶的可能性比全國狀況高。由於失能者中有一半以上為老人，而複合家戶可能是失能老人數量最多的家戶類型，因此出現這樣的結果。這也呈現出目前我國失能者多居住於有親屬的家戶之中，由親屬負擔照顧責任的現況。失能者其他家戶比例較全國高，也顯示其較無獨力生活之能力，若無直系親屬也必須與其他親屬、或非親屬共同生活，以取得照顧資源。

若將居住於一般家戶的失能者，依照三種不同年齡層（20 歲以下、20 到 64 歲、65 歲以上）、婚姻狀況、性別分組，觀察其家戶型態，詳細數據可見表 5、6、7。不同年齡失能者處於不同生命階段，年齡小的失能者可能在原生家庭中由父母照顧，成年失能者或許已經組成家庭，老年失能者則有比較充分的時間累積親屬數目，因此可能會有不同家戶結構。婚姻狀況則影響失能者生命中的家戶結構變動，如未婚者失能者較不可能出現配偶與

子女。性別差異或許也會影響失能者家庭互動狀況，因此以下就依這些變項將居住於一般家戶的失能者分成 24 組，觀察家戶型態的特色，並討論可能的家庭照顧資源。

就 20 歲以下失能者看來，婚姻狀況為未婚者最多，其他三類婚姻狀況者數量極少，故在此只討論未婚者。20 歲以下未婚失能者最有可能出現的家戶型態，不論男女皆為核心家戶，而且出現比例高達 67%（男）及 66.9%（女），比台閩地區 55.1% 高，更比全體住在一般家戶失能者（38.2%）高出甚多。在核心家戶中，此類失能者大量集中在「夫婦及未婚子女」類型家庭，男女都超過六成，少部分在「夫（或婦）及未婚子女」家庭，照顧失能者的應該是父母或手足。複合家庭所佔比例次之，主要集中在「祖父母父母及未婚子女」家庭，男女比例都接近兩成，較全國狀況為高，在此類家庭中失能者應該為孫子，照顧者可能是父母、手足或祖父母。此類失能者也有一成左右住在其他家戶中，且集中於「有親屬關係之其他家庭」，如此照顧角色就不是父母或祖父母擔任，而是其他親屬，這樣的比例也高於全國狀況。相形之下，20 歲以下失能者為單身戶的機率就很低。

就居住於一般家戶 20 歲到 64 歲失能者部分，若其婚姻狀況為未婚，則最有可能出現的家戶型態為核心家戶，其中男性有 46.6% 屬於核心家戶，女性則有 52.4%，比例上較男性更高，然而都不及全國核心家戶所佔比例。不過因為此年齡層未婚失能者男性人數為女性兩倍，所以男性為核心家戶的數量比女性多。核心家戶類別集中在「夫婦及未婚子女」類型家庭，男性佔 30.9%，女性佔 38.3%。因為失能者未婚，所以此類家戶中照顧提供者為父母與手足。第二位的家戶型態為單身家戶，此類中男性失能者（7299 人，24.7%）遠多於女性（2335 人，15.8%）。單身戶並沒有人可以照顧失能者，其中部分失能者可能因為親代已經消失，不得已變成單身戶，但是數量上男性多於女性，或許與女性可能較早結婚，容易生有下一代或有配偶有關，也有可能是男性經濟力較佳，可以購買照顧服務維持獨立生活。在此類失能者中，也有一成家戶型態為「複合家戶」中的「祖父母父母及未婚子女」，在此類家戶之中，照顧者可能是祖父母、父母或手足；「有親屬關係之其他家庭」比例和「祖父母父母及未婚子女」相差不多，照顧者應該是其他親屬。

在一般家戶 20 歲到 64 歲失能者部分，若其婚姻狀況為已婚（同居），則最有可能出現的家戶型態為核心家戶，且集中於「夫婦及未婚子女」，男女兩性沒有大分別，所佔比例在四成五左右。在這類家戶中，照顧提供者為配偶、子女，不過男性失能者可能以配偶擔負主要照顧者的可能性較高（吳淑瓊等，1999）。出現比例第二高的為「祖父母父母及未婚子女」家戶，其出現比例為二成一左右，高於全國狀況。因為失能者在家中可能是祖父母或父母，所以照顧提供者三代都有可能，但是男性最有可能由配偶照顧。再者，「夫

婦」與「有親屬關係之其他家庭」出現比例看來差不多，卻男女有別。男性有偶失能者兩種家戶比例相似，女性「夫婦」比例卻高於「有親屬關係之其他家庭」。在「夫婦」家戶中，主要照顧失能者的應該就是配偶。

在一般家戶 20 歲到 64 歲失能者部分，若其婚姻狀況為離婚（分居），容易出現的家戶類型就變成「單身戶」與「夫（或婦）及未婚子女」，若是單身戶就沒有親屬可以照顧，但若是「夫（或婦）及未婚子女」照顧者就是未婚子女。此類失能者人數不多，不過其中超過一成的家戶型態，還有「祖父母父母及未婚子女」以及「有親屬關係之其他家庭」兩類家庭。

在一般家戶 20 歲到 64 歲失能者部分，若其婚姻狀況為喪偶者數量也不多，家戶型態最常出現的是「夫（或婦）及未婚子女」，照顧者為子女，第二位是「祖父母父母及未婚子女」，順位與 20 到 64 歲離婚失能者、未婚失能者不一樣，與此年齡層已婚失能者相同。喪偶者其配偶雖過逝，但家庭系統並沒有因離婚拆開，所以和已婚者比較類似，較容易維持此類家庭結構。第三位為「單身戶」，同時也有一成家戶結構為「有親屬關係之其他家庭」。

就居住於一般家戶 65 歲以上失能者部分，若其婚姻狀況為未婚，則最有可能出現的家戶型態為單身戶，男性高達 73.1%，女性為 53.7%。雖然此類失能者不多，但男性（4199 人）遠多於女性（864 人）。此類失能者極為弱勢，而且大部分都入住機構。另外特殊現象還有「無親屬關係之其他家庭」出現比例比較高。

一般家戶 65 歲以上失能者，若其婚姻狀況為已婚（同居），佔第一位的家戶型態就是複合家戶，而且集中於「祖父母父母及未婚子女」，一般來說就是三代同堂了。第二位出現的，不論男女，皆為核心家戶的「夫婦」類型，可見再此類失能者中由配偶照顧的狀況很常見，比例只比三代同堂略低。第三位則是核心家戶的「夫婦及未婚子女」，並且若將以上兩類核心家戶相加，還超過三代同堂比例。似乎老年失能者若有老伴，其居於核心家戶的狀況也不少見。此外，也有一成失能者家戶型態為「父母及已婚子女」以及「有親屬關係之其他家庭」。

一般家戶 65 歲以上失能者，其婚姻狀況為離婚（分居）者，人數不多，男性有 1645 人，女性僅有 925 人。比較集中在單身戶中，其次為「祖父母父母及未婚子女」類型。

若老年失能者為喪偶的，人數就很多了，特別是女性有 60197 人，幾乎佔所有失能人口五分之一，男性較少，有 18297 人。其中家戶型態最多的為複合家戶的「祖父母父母及未婚子女」，和老年失能已婚者狀況相同，不同的是男性喪偶者家戶型態第二位為「單身

戶」，達 27.6%，第三位為「有親屬關係之其他家庭」，為 14.4%，女性則相反，第二位為「有親屬關係之其他家庭」，為 21%，第三位為「單身戶」，為 19.4%。喪偶女性失能者一直被認為是非常弱勢的一群，其經濟能力普遍不佳，不太可能選擇單獨生活，若沒有配偶、子女、孫子女可以提供照顧，就必須依靠其他親屬或進入機構收容。另外此類失能者也有一成與已婚子女合組家戶（為「父母及已婚子女」類型）。

因為在一般家戶內所有失能者中，65 歲以上老年人佔一半以上，其家庭型態有許多是複合家戶，故整體而言一般家戶的失能者家庭結構，屬於複合家庭的比率高於全國比例。不過其中我們可以看出不同年齡層的失能者，不一定就有相似的家庭結構，年少失能者、有配偶的老年失能者家庭形態為核心家戶的狀況很常見。不同婚姻狀況也影響失能者家戶型態，如單身戶未婚、離婚、喪偶失能者中比例很高。

表 5 一般家戶 20 歲以下失能者家戶型態

		台閩地區 家戶	一般家戶 失能者	一般家戶 20 歲以下失能者											
				未婚			已婚或同居			離婚或分居			喪偶		
				男	女	Total	男	女	Total	男	女	Total	男	女	Total
核心家戶	Count	3562405	119388	10180	7825	18005	4	14	18	1	2	3	-	1	1
	%	55.1	38.2	67.0	66.9	67.0	13.3	25.0	20.9	100.0	40.0	50.0	-	33.3	33.3
夫婦	Count	504128	29586	37	18	55	3	5	8	-	-	-	-	-	-
	%	7.8	9.6	0.2	0.2	0.2	10.0	8.9	9.3	-	-	-	-	-	-
夫婦及未婚子女	Count	2683982	70392	9121	7078	16199	1	8	9	1	2	3	-	1	1
	%	41.5	22.5	60.1	60.5	60.3	3.3	14.3	10.5	100.0	40.0	50.0	-	33.3	33.3
夫(或婦)及未婚子女	Count	374295	19410	1022	729	1751	-	1	1	-	-	-	-	-	-
	%	5.8	6.2	6.7	6.2	6.5	-	1.8	1.2	-	-	-	-	-	-
複合家戶	Count	1013811	110031	3326	2615	5941	18	34	52	-	2	2	-	-	-
	%	15.7	35.2	21.9	22.4	22.1	60.0	60.7	60.5	-	40.0	33.3	-	-	-
祖父母父母及未婚子女	Count	681104	78235	2946	2329	5275	6	15	21	-	1	1	-	-	-
	%	10.5	25.0	19.4	19.9	19.6	20.0	26.8	24.4	-	20.0	16.7	-	-	-
父母及已婚子女	Count	257458	25372	129	105	234	12	19	31	-	1	1	-	-	-
	%	4.0	8.1	0.8	0.9	0.9	40.0	33.9	36.0	-	20.0	16.7	-	-	-
祖父母及未婚孫子女	Count	75249	6424	251	181	432	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	1.2	2.1	1.7	1.5	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
單身家戶	Count	1392293	40451	77	56	133	1	1	2	-	1	1	-	-	-
	%	21.5	12.9	0.5	0.5	0.5	3.3	1.8	2.3	-	20.0	16.7	-	-	-
其他家戶	Count	501716	42810	1603	1194	2797	7	7	14	-	-	-	-	2	2
	%	7.8	13.7	10.6	10.2	10.4	23.3	12.5	16.3	-	-	-	-	66.7	66.7
有親屬關係之其他家庭	Count	420568	37875	1448	1088	2536	6	7	13	-	-	-	-	1	1
	%	6.5	12.1	9.5	9.3	9.4	20.0	12.5	15.1	-	-	-	-	33.3	33.3
無親屬關係之其他家庭	Count	81148	4935	155	106	261	1	-	1	-	-	-	-	1	1
	%	1.3	1.6	1.0	0.9	1.0	3.3	-	1.2	-	-	-	-	33.3	33.3
總計	Count	6470225	312680	15186	11690	26876	30	56	86	1	5	6	-	3	3
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	100.0	100.0

資料來源：邱泯科(2005)。我國失能人口家庭結構初探

表 6 一般家戶 20 歲到 64 歲失能者家戶型態

		台閩地區 家戶	一般家戶 失能者	一般家戶 20 歲到 64 歲失能者											
				未婚			已婚或同居			離婚或分居			喪偶		
				男	女	Total	男	女	Total	男	女	Total	男	女	Total
核心家戶	Count	3562405	119388	13771	7763	21534	15449	17791	33240	1049	831	1880	480	2454	2934
	%	55.1	38.2	46.6	52.4	48.5	54.8	57.6	56.2	31.4	36.8	33.6	33.0	36.1	35.6
夫婦	Count	504128	29586	147	87	234	2597	4053	6650	10	4	14	1	8	9
	%	7.8	9.6	0.5	0.6	0.5	9.2	13.1	11.3	0.3	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1
夫婦及未婚子女	Count	2683982	70392	9135	5749	14884	12833	13701	26534	91	99	190	12	52	64
	%	41.5	22.5	30.9	38.8	33.5	45.5	44.3	44.9	2.7	4.4	3.4	0.8	0.8	0.8
夫(或婦)及未婚子女	Count	374295	19410	4489	1927	6416	19	37	56	948	728	1676	467	2394	2861
	%	5.8	6.2	15.2	13.0	14.5	0.1	0.1	0.1	28.4	32.2	30.0	32.1	35.2	34.7
複合家戶	Count	1013811	110031	4782	2767	7549	8640	9381	18021	657	376	1033	495	2510	3005
	%	15.7	35.2	16.2	18.7	17.0	30.6	30.4	30.5	19.7	16.7	18.5	34.1	36.9	36.4
祖父母父母及未婚子女	Count	681104	78235	3476	2006	5482	6109	6611	12720	545	265	810	383	1860	2243
	%	10.5	25.0	11.8	13.5	12.3	21.7	21.4	21.5	16.3	11.7	14.5	26.4	27.4	27.2
父母及已婚子女	Count	257458	25372	1141	680	1821	2292	2388	4680	92	90	182	102	556	658
	%	4.0	8.1	3.9	4.6	4.1	8.1	7.7	7.9	2.8	4.0	3.3	7.0	8.2	8.0
祖父母及未婚孫子女	Count	75249	6424	165	81	246	239	382	621	20	21	41	10	94	104
	%	1.2	2.1	0.6	0.5	0.6	0.8	1.2	1.1	0.6	0.9	0.7	0.7	1.4	1.3
單身家戶	Count	1392293	40451	7299	2335	9634	1392	1073	2465	1009	712	1721	289	1123	1412
	%	21.5	12.9	24.7	15.8	21.7	4.9	3.5	4.2	30.2	31.5	30.8	19.9	16.5	17.1
其他家戶	Count	501716	42810	3725	1949	5674	2710	2658	5368	622	339	961	189	707	896
	%	7.8	13.7	12.6	13.2	12.8	9.6	8.6	9.1	18.6	15.0	17.2	13.0	10.4	10.9
有親屬關係之其他家庭	Count	420568	37875	2943	1619	4562	2577	2504	5081	545	284	829	147	632	779
	%	6.5	12.1	10.0	10.9	10.3	9.1	8.1	8.6	16.3	12.6	14.8	10.1	9.3	9.4
無親屬關係之其他家庭	Count	81148	4935	782	330	1112	133	154	287	77	55	132	42	75	117
	%	1.3	1.6	2.6	2.2	2.5	0.5	0.5	0.5	2.3	2.4	2.4	2.9	1.1	1.4
總計	Count	6470225	312680	29577	14814	44391	28191	30903	59094	3337	2258	5595	1453	6794	8247
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料來源：邱泯科(2005)。我國失能人口家庭結構初探

表 7 一般家戶 65 歲以上失能者家戶型態

	Count	台閩地區 家戶	一般家戶 失能者	一般家戶 65 歲以上失能者											
				未婚			已婚或同居			離婚或分居			喪偶		
				男	女	Total	男	女	Total	男	女	Total	男	女	Total
核心家戶	Count	3562405	119388	343	102	445	21929	12355	34284	286	96	382	1786	4876	6662
	%	55.1	38.2	8.2	11.8	8.8	44.0	38.1	41.7	17.3	10.4	14.8	9.8	8.1	8.5
夫婦	Count	504128	29586	53	14	67	13472	8961	22433	-	2	2	16	98	114
	%	7.8	9.6	1.3	1.6	1.3	27.0	27.7	27.3	-	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
夫婦及未婚子女	Count	2683982	70392	147	35	182	8445	3371	11816	28	10	38	105	367	472
	%	41.5	22.5	3.5	4.1	3.6	16.9	10.4	14.4	1.7	1.1	1.5	0.6	0.6	0.6
夫(或婦)及未婚子女	Count	374295	19410	143	53	196	12	23	35	258	84	342	1665	4411	6076
	%	5.8	6.2	3.4	6.1	3.9	0.0	0.1	0.0	15.6	9.1	13.3	9.1	7.3	7.7
複合家戶	Count	1013811	110031	244	108	352	20615	14643	35258	483	378	861	8231	29726	37957
	%	15.7	35.2	5.8	12.5	7.0	41.4	45.2	42.9	29.2	40.9	33.4	45.0	49.4	48.4
祖父母父母及未婚子女	Count	681104	78235	137	67	204	13967	9952	23919	336	268	604	5844	21112	26956
	%	10.5	25.0	3.3	7.8	4.0	28.0	30.7	29.1	20.3	29.0	23.4	31.9	35.1	34.3
父母及已婚子女	Count	257458	25372	80	27	107	4973	3531	8504	103	75	178	1922	7054	8976
	%	4.0	8.1	1.9	3.1	2.1	10.0	10.9	10.3	6.2	8.1	6.9	10.5	11.7	11.4
祖父母及未婚孫子女	Count	75249	6424	27	14	41	1675	1160	2835	44	35	79	465	1560	2025
	%	1.2	2.1	0.6	1.6	0.8	3.4	3.6	3.4	2.7	3.8	3.1	2.5	2.6	2.6
單身家戶	Count	1392293	40451	3068	464	3532	2326	1571	3897	639	286	925	5049	11680	16729
	%	21.5	12.9	73.1	53.7	69.8	4.7	4.8	4.7	38.6	30.9	35.9	27.6	19.4	21.3
其他家戶	Count	501716	42810	544	190	734	4971	3836	8807	246	165	411	3231	13915	17146
	%	7.8	13.7	13.0	22.0	14.5	10.0	11.8	10.7	14.9	17.8	15.9	17.7	23.1	21.8
有親屬關係之其他家庭	Count	420568	37875	193	117	310	4616	3610	8226	150	121	271	2632	12635	15267
	%	6.5	12.1	4.6	13.5	6.1	9.3	11.1	10.0	9.1	13.1	10.5	14.4	21.0	19.4
無親屬關係之其他家庭	Count	81148	4935	351	73	424	355	226	581	96	44	140	599	1280	1879
	%	1.3	1.6	8.4	8.4	8.4	0.7	0.7	0.7	5.8	4.8	5.4	3.3	2.1	2.4
總計	Count	6470225	312680	4199	864	5063	49841	32405	82246	1654	925	2579	18297	60197	78494
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料來源：邱泯科(2005)。我國失能人口家庭結構初探

個人的生命軌跡受其生命事件影響，不同時間點中婚姻、生育、疾病等事件的交互作用會持續改變每一位家庭成員的生活，因此上述失能者家戶型態，只是動態組成的暫時性切面。當家中出現失能者時，家庭內成員的共居意願究竟會如何變化？關於失能者家庭居住安排決定過程為何，現有研究並無足夠資料判斷。客觀而言，因為人口結構因素以後家戶規模可能會越來越小，但是家中成員是否會因為有失能者出現必須照料，而出現不離家、返家照顧，或逃離家庭的狀況，實令人好奇。此外，由於個人一生居住安排是動態演變的，在親屬關係、居住安排與照顧決策模式之關係如何，也值得加以探索。

共同居住親屬對於在家的失能者是非常重要的資源，獨居失能者意味著缺乏親屬隨侍在側；兩夫妻家庭通常是由女性配偶擔任照顧者；而核心家庭可能的照顧者是女性配偶、女兒或兒子；至於大家庭除了配偶子女外，還可能是孫子女或其他親屬家人。親屬多的家庭所能提供照顧人力或許較核心家庭或兩人家庭為多。與失能者「同住」意味較難免除可能的照顧活動與責任，若照顧者並未與被照顧者同住，則照顧者較可能從事照顧外的其他工作。

然而協助失能者的方法很多種，除了共居、主要照顧者可能提供大量個人照顧之外，情感支持、輪流替代照顧，都是不住一起的親人有可能提供的服務項目。Jette等（1992）的研究指出，即使當主要照顧者無法再提供照顧時，亦會有另一位家庭成員來接替，以確保非正式照顧的持續。因此有無「照顧」失能親人，同住與否不應是絕對指標，整體親屬皆應該被視為個體照顧資源。當然並非每一位親屬都可能提供同樣的照顧服務，失能者與親屬的「親疏遠近」自然與照顧項目相關。

再者，親屬的經濟支持也是失能者的重要資源。在經濟狀況許可下，為人子女者仍然願意提供父母經濟及生活上的協助（Chattopadhyay & Marsh, 1999）。台灣地區老人經濟生活來源係以子女供輸為主，1986年佔65.81%，近年逐漸降低，但2000年時也佔47.13%。在身心障礙者方面，內政部統計處等（2001）將身心障礙者收入來源依重要度區分，以政府補助最高（重要度為38.17），兒媳居次（重要度為27.92），再其次為本人工作收入（重要度為16.5）及父母給予（重要度為15.58）。

國外人口老化問題較我國為嚴重，且文化中無傳統孝道或親情倫理的價值束縛，但家庭照顧失能者的模式仍然盛行，主要因為家庭成員基於親情的責任感，會相互提供照顧（Horowitz, 1985；McKinlay & Tennstedt, 1986）。然而家庭內部照顧資源的多寡，必會影響照顧模式的選擇（吳淑瓊等，2001），可惜估算照顧成本時者一方面也最難拿捏，Knapp（1984）認為家庭和無酬照顧者所承擔的照顧成本最被忽略低估，如此也造成精確

推計照顧所需經費的困難。

就我國現況而言，家庭擔負大部分照顧責任，多數失能者居住於家中，由家人提供照顧。若要規劃適合國情的長期照顧政策，對於失能者現有之家戶型態、親屬結構、家中有多少照顧者及其負荷狀況，以及家庭成員照顧意願等議題應詳加了解。不過回顧與長期照顧相關的重要調查，對於失能者的家庭狀況以及提供照顧的親屬部份，實著墨不多。家庭結構的轉變，也意味著照護需要愈來愈難以由個別家庭成員滿足，未來「家庭」本身所能承擔長期照顧的支持與負荷能力，可能相對減弱，因此政府勢必須配合社會趨勢因應處理。

家庭照顧者將自己的時間和生命，換取被照顧者的時間和生命。一般觀念中，照顧工作的技術專業層次低，愛心與耐心才重要，如此性質的工作由親屬來執行，照顧品質會最好。然而這是僅考量被照顧者照顧利益，卻忽略照顧者身處長期受到剝削的困境難以跳脫。再則，照顧者的困境並非侷限於個人問題層面，是深受整體社會制度、文化規範、倫理價值、資本主義體制運作機制等「結構性」因素的影響（曾薔霓、王正，2001）。因此，改變家庭照顧者困境的策略，必須是涵蓋多元（服務）面向的思考。

此外，失能者家庭照顧的相關研究，多偏向老年失能者為主，對於較年輕失能者、不同障礙別導致失能者、認知精障次群體家中親屬照顧模式與困境缺乏討論。在相關研究中，也多只把焦點放在同住家人或主要照顧者議題，忽略親屬系統整體分工、合作、競爭或推卸的狀況，因此並不完全符合實情；再者，對於失能者親屬結構的動態變化，以及對應的照顧模式變遷之相關主題，也值得加以探索。