

由家庭結構與功能變遷之影響 論老年社區照顧問題

曾 嫻 瑾

壹、前 言

二十世紀初，社會學家與人類學家已經逐漸注意到老年人口的增加及其所帶來的問題；在多數已開發的國家中，也發現人口危機不單是在量的減少，人口快速老化相對地也給家庭及政府帶來了許多照顧層面的問題。自 1980 年以來，亞洲國家認清人口成長率的降低和老年人口的增加是奢侈的負擔，老人問題儼然成為公共政策的議題，無論是政府或家庭均被期待需擔負起這樣的照顧責任。

台灣同樣面臨到老年人口照顧的問題。四十幾年來台灣的社會、經濟、教育及醫療都大幅改善，國民健康狀況也有長足發展，國民平均餘命逐年增加，人口結構產生急劇的變化。近年來獨居老年人口增加及長期照顧議題，彰顯了老年照顧的困難。家庭原本人類社會中最基本的單位，加上傳統相當重視家庭倫理，然而近年來「男主外，女主內」或是「在家從父，出嫁從夫，夫死從子」的種種家庭的價值觀念，皆受到無數的挑戰與質疑，也開始重新被界定與釐清。

面對複雜多變的老年照顧問題，政府陸續也提出許多相關的方案，期待用以解決或是減緩問題，然而政府無論提出多少方案，老人仍期待自己的子女或家屬能提供及時的照顧與幫助，無論是經濟上的救急和情緒上的依託或撫慰。但家庭結構型態及功能的轉變，使得原先屬於家庭的傳統照顧者——婦女，在大環境及家庭需求的轉變，普遍就業成了不可避免的趨勢，且女性自我意識的提高，對照護角色的意願、認知及期待，也不再侷限自己為家庭的主要照顧者，又加上都市化及人口遷移的情況，都相對地影響到家庭在照顧老年人口的功能減退或人口缺乏的問題，故並不是所有家庭都具備照顧老年人口的意願及能力，也相對產生老年人口能否如昔日般被尊重和受照顧的疑慮。

在這樣的情況下，家庭中依賴人口的照顧需求及問題被注意到，在老年人口部分，可以發現長期照護理念被提倡，機構與社區照顧都同樣被重視，成為社會政策中的重要議題（孫得雄等，1997；胡幼慧，1995；謝美娥，1993）。

貳、家庭結構與功能的變遷

家庭對大多數人而言，是個避風港，更是提供生理、心理及情感滿足的地方。對老年人而言，家庭常是主要照顧及社會支持的來源，實際家庭中的成年子女在滿足老年人口生理和心理需要方面，佔有相當重要的角色；因此家庭支持系統的強弱與是否可獲得適當照顧是有相當的關係，也是在是否滿足老年人口需求有相當的重要性（卓春英，2001）。且人們在遇到困難及危機時，也是先從配偶和子女這些具有合法關係的人求助（賴秀芬、胡幼慧，1997），因此可以發現家庭的支持系統對老年人口照顧具有相當重要的意義，然而家庭型態及家庭功能的轉變，衍生許多對家庭成員的影響，如居住型態、工作型態及婦女角色的改變，相對地都使得老年人口使用家庭這個系統，產生了許多的干擾與障礙。

一、家庭結構的轉變

傳統的家庭指一個包含親戚、姻親及許多世代的延伸家庭，所有的家庭成員一起住在一個屋簷下，或是比鄰而居，有時是住在共有的土地上，家庭的戶長是所有事項的決定者，作出有關家庭整體或成員個別的決定。而這數代同居的延伸家庭制度，一般都被認為在我國相當普遍，不過學者對我國歷史資料上的分析，發現從西漢時代開始，每戶家庭人口多不超過七人，家庭成員的組成多以父母、夫妻及未成年的子女居多，延伸家庭的情況較不普

遍，取代以三代折衷家庭為主（賴澤涵、陳寬政，1980；孫得雄等，1997）。

之後面對著全球工業化的開發進步及都市化的進展，逐漸有所轉變，不論是延伸家庭或大家庭的狀況，都已被核心家庭所取代，且多數人的觀念也多認知家庭為核心家庭的制度（指家庭成員以父母及尚未婚嫁而住在家裡的子女為主），從行政院主計處所發布「近十年來家庭組織型態概況」發現，從1992年至2002年家庭組織型態仍是以核心家庭為主，佔全國總戶數的47.7%，其次為三代折衷家庭，佔16.3%，第三名則是夫婦倆人的小家庭，佔12.9%（許玉君，2004）。然而80年代開始，家庭的型態又因社會環境也有所變化，如繼親家庭、單親家庭、候鳥家庭等更為多元的家庭型態。

在學者論述中，發現就家庭結構而言，大致產生下列幾項變化（王卓聖，2003；蔡文輝，1993）：

（一）高齡人口增加和出生率下降

台灣地區的人口結構特徵為出生率大幅下降，幼年人口減少，而死亡率也大幅下降，產生高齡人口增加現象。因此這樣的狀況將呈現的是幼年托育及高齡照顧間的問題，也挑戰著照顧層面的分配。

（二）雙薪家庭增加

現代婦女因教育程度逐漸增高，自我意識的增長及家庭經濟、就業的需求，逐漸由家庭轉入勞動市場。因此國內雙薪家庭的比率逐漸增加，也相對地將原本被認定為家庭照顧者的婦女帶離，造成生育、托兒、教育、托老、醫療和保護等福利的

需求增加。

(三)離婚率上升

「嫁雞隨雞、嫁狗隨狗」的觀念在時代的變遷中，已不再被認定單一婚姻價值觀，取而代之的是「不合則離、好聚好散」，因此社會已不再將離婚視為罪惡感，或是不可挽回的過錯。雖說離婚的過程有痛苦，但也不得不被視為是可接受的一種解決不美滿婚姻的方式，因此也造成許多的單親家庭或繼親家庭的出現。

二、家庭功能的轉變

過去的延伸家庭，彼此互助的觀念深植在家庭每個成員，不管老少，每個成員均被期待在許多基本的活動中貢獻自己的力量，因此家庭本身便具有相當強有力的扶助力量，提供不足缺乏的協助，且具有傳統的功能，如生育、經濟、社會化、情感、宗教、娛樂、保護等；然而因時代變遷，整體社會及經濟型態的轉換，工業社會分工分業的制度，成立許多的制度及設施，家庭的經濟、教育、保護及娛樂等功能已無法因應當前社會的需要，逐漸部分被其他功能，如教育制度、法律制度、保險或是醫療制度等所取代；當然有些基本的家庭功能是無法被取代的，如生育、養育等獨特功能。

家庭結構的變化影響功能施展範圍，家庭功能的轉變也影響成員原有角色，不單是要負擔家庭內的角色，也相對承擔著更多家庭外的角色，因此透過其他制度的協助，更進一步協助成員處理原本應負擔的家庭功能，也疏離了原本傳統角色中家

庭成員的互助觀念，使家庭的問題更顯得複雜，也更無法讓家庭一手包辦（林萬億，2003）。

參、老年社區照護層面

當一個地區老年人口（65 歲以上）占人口總數的比例超過 7%時，即表示這個區域已經達到人口高齡化的水準。「人口高齡化」是近年來已開發國家普遍所面臨的現象，台灣邁向已開發國家的同時，人口高齡化的現象與所產生的問題也逐漸浮現。台灣人口從 1984 年起生育率（fertility）就低於替代水準，逐漸轉型到低出生的階段；而醫療科學的進步，更使得死亡率逐漸下降，逐漸感受到人口老化的壓力。在 1993 年台灣六十五歲以上的老人就以 7.10%，達到高齡化的標準，也宣告我國進入高齡化的社會。人口老化所帶來的社會意義之一，即是老年依賴比率的增加，也突顯了未來老年人口照護的問題。

一、老年照護需求探討

影響老年人口照護需求的因素相當的多，大致可以分為幾類：

(一)個人及家庭因素：如年齡、性別、種族、家庭、婚姻、教育、職業、經濟、居住、生活行為、身心健康因素等。

(二)政策與環境因素：如社會福利、醫療保健、照護體系及資源及供需、市場狀況等。

(三)支持網絡因素：如保險身分、經濟能力、健康精神狀況及社會支持等。

(四)態度信念因素：如健康信念與態

度、醫療保健行為、養老價值觀、個人取向及偏好等。

然而在這麼多影響照護的因素中，年齡及身心健康的因素是最為直接影響到照護的需求，在面對年齡的增長，任何人生理、心智、精神、行為、性、社會動向等狀況都會明顯地衰退老化，顯現出其健康的弱勢，也相對增加其照護層面的需要(李世代，2000)。而國民平均壽命的提高，使得八十歲以上的老老人快速增加，又加上其日常生活活動(ADLS)及工具性日常生活活動(IADLS)的能力部分或是全部喪失，行動不便或是長期臥床的比率也增高，因此推估老年人口的增加將使得未來是三個工作人口負擔一位老年人口退休金的狀況，家庭與政府都沉重地面對與負擔著老年人口及需求增加的重擔。

近年來，政府為使老年安養及照護等問題能獲得適當的滿足，積極修訂老人福利相關法規，降低老年年齡。也補助興建老人福利機構並加強立案規定，以提昇機構服務品質，讓居住在機構的老人獲得像家人照顧般的溫馨感受。且對於大多數不願意或無法到機構就養的老年人口，也規劃了居家服務、日間照顧、營養膳食、醫療保健等相關照顧措施，希望老人能依據自己的意願，選擇自己最理想的生活方式。然而依據內政部八十九年老人生活狀況調查發現，老人認為最理想的養老居住方式為：與子女同住或隔鄰而居住者佔69.68%為最高，其次為與配偶同住者佔13.29%，認為居住於老人福利機構者僅有5.20%（因國人觀念、機構照顧品質、成本

較高等），獨居者佔6.27%。所以可以發現老年人口仍期望與家人同住；當然在照顧上也期待由家人提供協助，其次是鄰居、朋友，最後才考慮由正式系統來提供服務。

因此可以發現大多數的老年人口期待被照護的方式，能夠不與家庭做分離是最好的，也就是若老年照護能以原本老人生活的社區及家庭提供服務，是最能滿足老年人口照護的需求期待。

二、老年社區照護的規劃

所謂「社區照護」是指動員並整合社區內的人力、物力、財力等資源，針對社區中不同對象的不同需求提供各項福利服務，使其能在所熟悉的環境中就近取得資源獲得協助以滿足其需求。為使老人能在熟悉的社區中得到安養照顧，也能補強居家安養提供的不足，政府正有計畫、有組織的結合民間單位，辦理相關的社區照顧服務，尤其對獨居老人或因行動不便而其子女均在就業無法提供家庭照顧之老人，更有其需要及迫切性。現階段，社區照顧的主要措施包括居家服務、營養膳食服務、日間照顧、或是照顧者短期或臨時照顧等（謝美娥，1993；萬育維，1996；呂寶靜，2001；老人福利與政策，<http://volnet.moi.gov.tw/sowf/04/01.htm>，2003）。

(一)居家服務

即是將服務送到老人自己熟悉的生活環境裡。其主要服務項目包含兩類：家務及日常生活照顧服務和身體照顧服務等，其透過受過專門照護訓練的服務員進行短暫性服務（2~4 小時/天），以協助老人部

分生活的不便，使老人能繼續生活於社區中（謝美娥，1993；老人福利與政策，<http://volnet.moi.gov.tw/sowf/04/01.htm>，2003）。

(二)日間照顧

對於沒有接受居家服務或機構安養的老人，或因照顧者均就業無法提供家庭照顧之老人，則可考慮白天由家人將老人送到日間照顧中心，由中心提供生活照顧及教育休閒服務，晚上再將老人接回家中，享受家庭的溫情關懷。藉由日間照顧的方式，增加老人社會活動的參與，降低憂鬱的發生，並可提供家庭照顧者喘息或是謀生的機會。

目前日間照顧的模式大體分為二類，一為醫療模式：提供醫療及復健服務，即衛生單位主管之「日間照護中心」；一為社會模式，提供餐飲及活動安排，即社政單位主管之「日間照顧中心」（謝美娥，1993；呂寶靜，2001；老人福利與政策，<http://volnet.moi.gov.tw/sowf/04/01.htm>，2003）。

(三)營養膳食服務

國民平均餘命不斷延長，生活自理能力多會隨年齡增長或生理因素而有所影響，因此透過提供營養膳食，以減少高齡老人炊食之危險及購物之不便，也維持其基本營養之攝取，也被簡稱為送餐服務，目前多採用志願服務人員提供這項服務。目前的方式多採用送餐到家的方式辦理，一方面解決老人炊食問題，一方面讓老人與社會接觸，獲得情緒的支持，然而有時對於行動自如之老人，會選定適當鄰近的

地點提供餐飲集中用餐，也增進其人際關係的建立（老人福利與政策，<http://volnet.moi.gov.tw/sowf/04/01.htm>，2003）。

(四)短期或臨時照顧

當家庭照顧者因病或因故，而短期或臨時無法照顧時，可提供短期或臨時性照顧，以舒緩家庭照顧者之壓力、情緒及增進專業知能，又被稱為喘息服務（謝美娥，1993；呂寶靜，2001；老人福利與政策，<http://volnet.moi.gov.tw/sowf/04/01.htm>，2003）。

三、影響老年社區照護使用之因素

老年人口是否使用正式服務的照護方式，若以安德遜模式（Andersen Model）來看老人是否自由選擇照護方式多著重於老人個人特質的影響；而其他學者認為老人照護安排，可能是有其他人的參與，通常是配偶和成年子女的部分，因此家庭成員在老年人口照護決定過程也扮演相當重要的角色。研究發現老人面臨的生活壓力、社會支持與其身心健康之間的關係（萬育維，1996；周玉慧等，1998）：

(一)支持來源與社會需求的關係，可以發現：不同的社會支持來源，提供不同種類的社會支持給予老人，老人支持來源主要是侷限於配偶、兒子、媳婦等家庭成員。配偶提供的支持主要是病痛的照顧與陪伴、旅遊伴遊、閒聊與情緒慰藉及日常家事；子女提供的支持主要是金錢、交通問題的解決及日常家事，至於家庭成員以外的成員對老人各項需求實質上的幫助非常有限。

(二)生活壓力、社會支持來源與心理健康的關係：日常生活中，健康問題及日常生活依賴程度等持續性壓力愈高的老人，心理適應狀態愈差。

(三)社會支持來源、種類與老人生活滿意度之關係：配偶提供給老人的日常生活照顧或老人提供給配偶的身體照顧及金錢支持愈多，老人的生活滿意度愈高；但親戚提供給老人的日常生活照顧、金錢支持及物質支持愈多，老人的生活滿意度愈低。另外配偶、子女、其他人提供給老人或老人提供給配偶、子女、其他人的傾聽、關心等情感性支持愈多，老人的生活滿意度愈高（周玉慧等，1998）。

所以家庭成員的部分多會影響老人選取支持的部分，而若以老人是否可以自主地行使決定權，主要受到三類因素的影響。

(一)老人的生理因素

其著重於老人的身體健康情況，身體殘障情形，及需要受照顧的依賴程度。若老人年紀較大，健康狀況較不理想，或是其生理障礙的程度使其受照顧的程度增加，家庭成員也較不認為老人有自主做決定的能力。

(二)經濟資源的掌握程度

一般而言，老年人口的經濟能力較為充足時，其生活選擇方式較多樣，依賴他人決定的機會較少，相對地自主做決定的程度也會較高。

(三)允許他人參與的程度

是否允許其他人代為做決定，通常得視代為做決定者與老人的關係及親密程度。通常配偶及成年子女最有可能代為做

決定，但一般而言，配偶與成年子女會同時參與決策，但是由老人做最後的決定（呂寶靜，2001）。

四、家庭結構與功能轉變對老年社區照護的影響

從許多的方面，可以發現家庭角色的轉變，在傳統家庭，老年人口擁有家長的地位，也擁有命令其他成員的權力，決定一切事物的權力，也因此被家族認知為「睿智」或是經驗的傳承者，因此老年人口晚年的奉養，通常是由家庭成員一肩扛起。但由於家庭型態的變化，老人原本的地位及權力一落千丈，不單失去權力，失去經濟能力，更令人心酸的也可能失去了關心與尊重；親子之間，更因工業化、都市化的緣故，年輕的一輩向外奮鬥，年老的一輩又戀著多年打拼的故鄉，獨居的比率也越來越多，在 1992 年底，國內六十五歲以上老人約有 61.3% 是與子女同住的，但在 2002 年底，與子女同住的比率直降到 51%，未與子女同住的老年人口數也從五十五萬人大幅增加到九十九萬左右，因此老年人口照顧的問題受到許多的注意及重視（胡幼慧，1995；謝秀芬，1997；卓春英，2001）。

根據主計處調查顯示，未與子女同住的老年族群大致可分為三種型態，一為單獨生活的單身老人，一是與老伴相依為命的高齡雙人家庭，而以上兩種都被稱之為獨居老人，而另一種則是居住於養護中心等機構（許玉君，2004），因此政府除注重機構安置問題的硬軟體設施改善外，也陸

續提倡了三代同堂、照顧者津貼、居家照顧或是送餐服務等，期待透過制度的補充與協助，因應家庭功能無法兼顧的部分，增加家庭照顧的意願。然而家庭並未因為這些福利制度而成為穩定且完善的照顧架構，反倒使得某些家庭轉移照顧責任於政府。因此在整體的照護制度上，如何協助老年人口避免因困境而淪為被疏忽的一群，但又得避免減少家庭功能而承接更多照護責任，變成被思考的重點。

肆、結論與建議

依目前老人的照護工作，在家庭規模越來越小的現實狀況考量下，不可能單由家庭來承擔這樣的照護責任，更不可能要求家庭的子女或是親友完全獨攬老人的照護工作；機構照護的存在對三項以上 ADLs 或 IADLs 的失能老人，確有其必要性，但對於一些尚有自理功能的老人，社區照護結合在地老化、人性化照顧等理念，是值得被落實，因此主張採行積極的社區照護政策，政府應積極介入社區照護的體系規劃，避免社區照護政策成為政治的工作，更應避免將責任又推回給家庭，因此有以下幾點建議：

一、社區支持體系的建構

社區照顧的過程中，因應的是「去機構化」的落實，然而如何建構完整且周詳的社區支持體系是應該被考量的。其體系的建構可考量幾點：

(一)雙重案主

主要包含案主本身及所在的環境，特

別是指主要照顧者（宋麗玉，2000）。

(二)服務的連續性

通常照護體系並非一項就能完成案主所有的需求，且每個個案也都有其獨特性的需求，因此如何建立連續性、不分段的服務體系是相當重要的。連續性的概念內涵包含了以下幾項：(1)強調服務內涵的周延性與完整性、(2)服務場域與內涵的互通性與選擇性、(3)服務輸送之協調與整合（施教裕，1995；宋麗玉，2000）。

(三)正式與非正式體系的整合

在提供服務的過程與維繫服務完整性的概念下，社區照護的提供並非機構或是家庭能夠完全負擔的責任，而是兩方皆得彼此合作的部分，且社區支持體系中，正式支持的部分居多，因此如何連接正式與非正式的體系，不將責任偏重一方，整合兩方的服務成為完整連續的服務體系；而且這部分正式體系建構也需要政府單位經濟與技術的投入，以協助整合的周延完整（宋麗玉，2000）。

二、專業團隊的建立

社區照護的過程中，不少的專業團隊及技術涉入其中，其涵蓋的包含醫療、社會、心理甚至是心靈的層面。過去照護的問題常被歸類為衛生單位或社會服務單位的事情，而從兩種體系下所設的「居家服務支援中心」及「長期照護管理示範中心」在實務面上所引發的問題，也常難免脫離不了「部門」與「專業」的問題。但老年族群在生理變化的影響下，健康與社會服務間的分工與關係是協助案主獲得較佳照

護的重要因素。因此應建立專業的團隊，充分扮演自己的角色，溝通協調，尊重且接受可能產生的差異，建構夥伴關係且營造支持環境，以共同分享並提供資源給照護的群體（黃源協，2000）。

三、個案管理模式的應用

由於個案獨特性需求的考量，且避免體系內各單位的服務重疊或是分段，因此應建立個案管理單位，以協助針對每個獨特個案的需求，建立完整周延的服務計畫，並提升服務的連續性與效率，以確保服務的確實且合適地被提供（宋麗玉，2000）。

四、本國社區照護人力與技術的提升

外籍幫傭的引用，雖解決了照護層面人力不足的部分，也因其價格較為低廉，減低家庭的經濟負擔。然而不應依賴著外

籍幫傭的使用，而是提升本國照護人力與技術的提升，因為社區照護是多面向的照護工作，須結合醫療、護理、心理、營養、社工甚至宗教團體等專業，成為一個跨科技的團隊，本國照護人力的培養與技術的提升便是相當重要的一部分（曹毓珊，2002）。

五、社區照護財務制度的健全

照護工作原本就是勞力密集的工作，相對地也是高成本的照護工作，這樣的社區照護工作不能由家庭獨立來負擔，也無法全然由政府來承擔這樣的支出，因此使社區照護的財務制度能夠更為健全，以支應老人社區照護工作的進行是相當重要的（謝美娥，1993；萬育維，1996）。

（本文作者任職於嘉義基督教醫院社會工作室）

參考書目：

- 老人福利與政策，二〇〇四年三月九日，內政部社會司，<http://volnet.moi.gov.tw/sowf/04/01.htm>。
- 王卓聖，二〇〇三，家庭結構變遷與婦女福利之思惟，社區發展季刊，第一〇一期：頁 248～255。
- 沙依仁，一九九八，21 世紀的老人福利：老人福利修正之策略，社區發展季刊，第八十三期：頁 11～20。
- 宋麗玉，二〇〇〇，建構臺灣慢性精神病患之社區支持體系——醫療模式與社會心理模式之整合，社區發展季刊，第九十二期：頁 126～140。
- 呂寶靜，二〇〇一，老人照顧——老人、家庭、正式服務，五南圖書出版公司。
- 李開敏、王玠等譯，一九九六，老人福利服務，心理出版社。
- 李世代，二〇〇〇，長期照護需求推估之探討，社區發展季刊，第九十二期：頁 66～83。

- 周玉慧、楊文山、莊義利，一九九八，晚年生活壓力、社會支持與老年身心健康，人文及社會科學集刊第十卷第二期，台北：中央研究院中山人文社會科學研究所。
- 卓春英，二〇〇一，頤養天年——台灣家庭老人照護的變遷，巨流圖書公司。
- 林如萍，一九九八，台灣農家代間規劃連帶：從老人觀點分析，社區發展季刊，第八十三期：頁 212~227。
- 林萬億，二〇〇三，當代社會工作——理論與方法，五南圖書出版公司。
- 胡幼慧，一九九五，三代同堂：迷思與陷阱，巨流圖書公司。
- 施教裕，一九九五，兒童福利機構的行政重組和服務整合於二十一世紀兒童福利政策，中華民國福利基金會。
- 孫得雄、齊力、李美玲主編，一九九七，人口老化與老年照護，中華民國人口學會。
- 郝溪明，一九九八，老人長期照顧中家庭功能之初探，社區發展季刊，第八十三期：頁 265~274。
- 萬育維，一九九六，社會福利服務：理論與實施，三民書局。
- 黃源協，二〇〇〇，社區照顧團隊的建構與管理，社區發展季刊，第九十二期：頁 141~159。
- 許玉君，二〇〇四年一月二十九日，養兒不防老 家庭新趨勢，聯合報 C1 版。
- 蔡文輝，一九九三，社會學，巨流圖書公司。
- 蔡宏昭，一九九八，老人福利政策，桂冠圖書公司。
- 曹毓珊，二〇〇二，老人家庭照顧者僱用外籍家庭監護工對照顧關係影響之研究，國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 廖惠如、李筱媛，二〇〇四年一月二十九日，台灣人口高齡化現象與老年照顧初探，<http://163.23.209.9/geoBook/GBdata/mag/8.htm>。
- 賴澤涵、陳寬政，一九八〇，我國家庭形式的歷史與人口探討，中國社會學刊第五期：頁 25~40。
- 賴秀芬、胡幼慧，一九九七，失能老人照顧者社區支持體系組織動員初步研究，收錄於「人口老化與老年照護」，孫得雄、齊力、李美玲主編。
- 謝秀芬，一九九七，家庭與家庭服務：家庭整體為中心的福利服務之研究，五南圖書出版公司。
- 謝美娥，一九九三，老人長期照護的相關議題，桂冠圖書公司。
- 萬育維、王春雅，一九九八，政策規劃與需求的落差：失智老人與家屬的分析，社區發展季刊，第八十三期：頁 92~115。