

# 科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

## 台灣社會的死亡結構分析與死亡系統建構(第2年)

計畫類別：個別型計畫  
計畫編號：MOST 103-2410-H-343-018-MY2  
執行期間：104年08月01日至106年07月31日  
執行單位：南華大學生死學系

計畫主持人：魏書娥

計畫參與人員：碩士班研究生-兼任助理：李怡臻  
碩士班研究生-兼任助理：趙峻逸  
碩士班研究生-兼任助理：方東旆  
大專生-兼任助理：姚榮信  
大專生-兼任助理：林佳燕  
博士班研究生-兼任助理：賴定佾  
博士後研究-博士後研究：葉崇揚

報告附件：出席國際學術會議心得報告

中華民國 106 年 10 月 31 日

中文摘要：臨終與死亡在晚期現代社會裡不只是個人事件，而是社會事件。這說明了兩者並非發生在真空狀態下，而是發生在特定的社會與文化脈絡裡。自1993年以降臺灣邁入高齡化社會，正式躋身世界高齡化社會的老人國之列，現今臺灣社會不只存活人口呈現結構老化走勢，死亡在生命歷程初期階段明顯下降，同時傾向集中在人生晚期年齡階段，整體死亡結構發展趨勢愈見明顯老化。故而，本研究計畫的研究問題是「在臺灣高齡化社會的發展歷史中，人們的死亡類型、死亡地點和死亡場共同構築成哪些不同階段的死亡結構？過去的死亡結構特質所相應關聯的死亡態度和死亡意義仍然在高齡化社會發揮哪些影響？產生哪些新作用？」。

本研究企圖批判公共衛生學與心理學的解釋傳統，偏重「死因分析」的結構特質，參照涂爾幹自殺理論的建構取徑，重新藉由全社會層次的社會學觀點，建構個別死亡事件背後共有的歷史形構整體特質，並在死亡結構的基礎上，相應探究死亡結構在不同歷史階段相應牽引的死亡態度與死亡意義變遷，藉以提出在高齡化社會階段的死亡結構與社會變遷所引發的相應社會政策需求。最後在理論思辨層次反思西方心理學觀點的死亡系統論述，呈現東亞社會相對於歐美社會發展的差異特質。

中文關鍵詞：死因統計、死亡結構、死亡態度、死亡意義、死亡系統、善終

英文摘要：This research argues that dying and death is not only individual but also crucial social events. It is demonstrated that both dying and death are embedded at certain social and cultural context instead of empty conditions. Since 1993 the Taiwanese population has definitely been inclined to be ageing, and then also became one of the countries, of which population is going to age. There has been not only the ageing structure of living population, but death events also less happen at the beginning phrase of our life, whereas people generally die at their latter phrase of life. That means the structure of death population also has taken a turn for being ageing. For all of above trend of population, this research aims to analyze following related questions: What kind of the

structure of death population could be constructed by 3 statistical items, type of death, location of death and place of death in the different phases of Taiwanese aging society? Which impacts of the death attitude and meanings of death related to the passed structure of death population could be still observed in the Taiwanese aging society? What kind of new functions of these old death attitude and meanings of death could be recognized and survive? Tracing back to the holism tradition of Durkheim, I criticize the individual-based approach, which is inclined to analyze the causes of death, represented by public health and psychology in understanding the phenomena of dying and death. Instead, it is aimed to explore the collective social/historical configuration underlining individual dying/death event. Inspired by Durkheim's research approach to suicide, the social fact of dying/death in Taiwan will be analyzed empirically. Based on these empirical findings the social consequences of different dying-death historical phases will be examined. It is expected these findings will bear fruitful policy implications for the ageing society Taiwan is facing. Lastly, the Western psychology-based discourse on death system will also be reconstructed on a more theoretical level to contrast and compared the peculiar path of East-Asian society in confronting the issue of dying/death.

英文關鍵詞： statistics of death cause, death structure, death attitude, meanings of death, death system, good death

# 科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告/期末報告)

## 台灣社會的死亡結構分析與死亡系統建構

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：MOST：103-2410-H-343 -018 -MY2

執行期間：2014 年 08 月 01 日至 2017 年 07 月 31 日

執行機構及系所：南華大學生死學系

計畫主持人：魏書娥

協同主持人：黃安年、黃麗績、蔡佳鄉

計畫參與人員：趙峻逸、賴定佺、方東旆、李怡臻、林佳燕、姚榮信、葉崇揚

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 1 份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

出國參訪及考察心得報告

中 華 民 國 106 年 10 月 28 日

2016 台灣社會學年會暨科技部社會學門成果發表會  
「社會學秘境探索」學術研討會  
東華大學 2016 年 11 月 26-27 日

# 台灣社會的死亡結構變遷<sup>1</sup>— 1972~2013 年的分析

魏書娥

南華大學生死學系副教授

[sewei@mail.nhu.edu.tw](mailto:sewei@mail.nhu.edu.tw)

賴定侖

中正大學社會福利系博士生

[lai.dingyi1992@gmail.com](mailto:lai.dingyi1992@gmail.com)

葉崇揚

中央研究院人文社會科學研究中心博士後研究

[chungyang.yeh@gmail.com](mailto:chungyang.yeh@gmail.com)

---

<sup>1</sup> 本文作者感謝科技部的支持，本研究論文內容屬科技部研究計畫(MOST103-2410-H-343-018-MY2)的部分研究成果。

## 摘要

本文主要的研究問題是台灣社會的死亡結構作為一項社會事實，近三十年來其所具有的結構特徵歷經何種變化？藉由使用衛福部統計資料加值中心「死因統計檔資料庫」，切入死亡事實的年度結構特徵分析，發現台灣社會的死亡事件伴隨著疾病壓縮的發展歷程，日益傾向集中發生在人生晚期年齡階段，也就是說整體死亡結構趨勢日益老化。

國家機器面對死亡人口結構老化的政策回應是遲緩被動的，自 1982 年癌症首次躍居十大死因榜首以降，歷經安寧病房的成立(1990)，安寧緩和醫療條例的立法通過(2000)，建立癌症防治政策(2003)，以及國家健康保險體制相應推動將安寧療護試辦計劃正式納入全民健保幾付範圍(2009)之後，順應死亡結構老化向後推延的生命長度似乎就能安享終年。

然而，過去人們認為生死有命，順應自然而死的善終，如今卻在人們拼命運用醫療高科技延壽，藉由無效醫療維持生命徵象的存活假象，致使人們的末期生活反而淪落在醫療化中才是「善終」。這兩者之間的落差反映出追求善終目標的理念和促成善終的事實結構之間存在值得重視的政策距離。這段社福政策距離，對於剛要起步的長期照護政策應該提供的末期生活服務理念與模式，具有的提醒與參照作用是本文最後要提出的回應。

關鍵詞：死亡結構、死因統計資料庫、善終

## **Abstract**

This paper aims to articulate the social fact which is constructed by varied items of death behaviors, and to analyze their proportion allocations since 1970s in Taiwan. In terms of database of cause of death statistics applied to Health and Welfare Data Science Center (HWDC), Ministry of Health and Welfare (MOHW), descriptive statistics and regression analysis are conducted in the research process. It is found that with the development of compression of disease, larger number of people than before die in their late old age, therefore, the proportion of death age is significantly getting older. Female, aged (esp. over 85 year), married and widowed and natural death, who probably can die at home.

The philosophy of modern hospice movement advocates the concept of good death, which is embodied by place of death, where patients or their family caregivers expect. According to the promotion of home care and community care policy, the proportion of die at home gradually increased, whereas the proportion of die at hospital oppositely decreased in European, American or Japan societies. However, on the contrary, the proportion of Taiwan people dies at home gradually decreased, whereas the proportion of them dies at hospital increased from 1972 to 2013. Since then, there starts the similar yearly trend of places, where people die, as given European and American research findings.

As results, this paper articulates that place of death can not only be an indicator of good death in aspect of clinic practices. Compared to young generations, older people in Taiwan are so inclined to choose to die at home, mostly as their ancestors had done. As given research literatures noticed, that marriage also still supports older Taiwanese people's choice. Consequently, this paper suggest, that place of death as an indicator of good death can be meaningful to long-term care policy, which concerns to provide care services based on community unites.

**Keywords:** structure of death population, cause of death statistics, good death

## 前言

本研究計畫的研究問題是安寧療護理念追求的善終目的以整體社會每年度個別死亡事件的累加作為一項社會事實來觀察，具有哪些結構性的特質？現有的善終研究主要是來自醫學臨床分析或是心理學觀點歸納的相關成果，兩者都是為了在臨床服務過程發揮提升病人及其家屬在病人生命末期階段的生活品質，強調臨終階段的介入成效。然而安寧療護服務的覆蓋面仍未涵蓋所有臨終病人的需求，本研究僅就台灣社會的死亡結構作為一項社會事實來整體觀察，分析其所具有的結構特徵，變遷走勢，及其可能蘊含的善終意涵。

台灣社會的死亡人口結構隨著存活人口結構明顯快速地老化也邁向老化歷程。死亡人口的平均年齡主要集中在 65 歲以上，尤其是 75-84 歲期間最高。平均壽命延長主要來自慢性病取代急性傳染病，成為主要致死原因。最具代表性的疾病是癌症，自 1982 年首次躍居年度十大死因排行榜第一名，至今歷時三十餘年不墜。次於癌症之後，死亡原因主要是來自身體主要器官的病變與衰退的慢性疾病，面對癌症與慢性病轉向集中在高齡階段的死亡事件，隨著醫療科技進步與醫院組織壯大，似乎意謂著死亡事件傾向發生在醫療機構，在醫療機構臨終與死亡隱含著極可能缺乏家庭照顧者在身旁相伴。

縱使台灣社會的健康照護政策針對癌症防治，相應緩步引入安寧照護資源以及建立安寧療護法規與體制，先後包括安寧病房資源(1990 年起)，立法通過安寧緩和醫療條例(2000 年)，且歷經三次修法完成，國民健康保險正式施行(1995)，將居家照護服務納入保險給付項目，但在建立癌症防治政策(2003)之後，安寧療護試辦計劃才正式納入全民健保給付範圍(2009)，新近增訂病人自主權利法案(2016 年)，隨著安寧療護體制日漸完備之際，安寧療護標舉全人照護與如願在家臨終死亡的善終目標，似乎牽動死亡人口結構的整體特質，死亡事件發生處遂成為觀察健康照護政策成效的重要指標。

## 文獻探討

隨著高齡社會來臨，不僅存活人口平均餘命明顯延長，長壽意謂著死亡事件也日趨明顯集中發生在晚期年齡群組，然而壽命延長並不同無病無痛至生命自然終了，反而是各種慢性病與癌症取代急性傳染病症穿梭在高齡者日常生活中，臨終在存活與死亡之間形成了高齡階段特定的生活方式(Benoliel & Degner, 1995)，高齡社會的臨終生活隨著醫療科技迅速發展，醫療機構逐漸成為病人主要生活場所，醫護專業人員明顯取代家屬親人，成為生命末期階段病人身邊不可或缺的正式照顧者，臨終與死亡的醫療現象開始成為研究者關懷的焦點(Benoliel & Degner, 1995; Lattanzi-Licht, & Conner, 1995)。配置各項先進醫療資源的醫院明顯取代住家成為臨終照護與生命結束的場所代名詞，在醫院死亡似乎是高齡社會年長者不得不接受的代表選項，於是死亡實際發生的場所趨向集中醫院。

然而從事生命末期醫療照護的專業人員，早已從去醫療化的思考觀點，反思生命末期再尖端的醫療科技介入也無法改變人皆會死的自然律則，轉向藉由人性化的整合性照護模式強調維持末期生活品質，滿足臨終者的未盡事宜，其中最具醫療照護政策意涵的就是死亡場所。矛盾地是，即使絕大部分有表達過死亡場所選項意願者，都希望在自家接受臨終照護與死亡，但是實際死亡場所的發生事例並未隨臨床工作者的反思，呈現在醫院死亡與在居家死亡之間的交互增減變化，實際死亡場所的客觀事實和意願死亡場所的主觀期待兩者之間呈現的落差，於是成為臨床研究者進一步探討的焦點。

## 死亡場所的醫療照護政策意涵—臨床的善終觀點

關於死亡場所的臨床研究成果，主要來自重症末期照護、緩和醫學與安寧療護等領域。這些臨床場域的研究聚焦在藉由對癌症病人及其主要照顧者進行問卷調查，蒐集社會人口、疾病相關、健康照護資源與環境、實際死亡場所、死亡場所意願等統計數據。研究結論多指出實際死亡場所和死亡場所意願兩者之間存在落差，並且強調臨床研究結論富涵的政策意義，在於藉由居家或是社區安寧療護政



策的介入，提供病人與及主要照顧者適度有效的連續性醫療照護，完成病人意願的善終目標能夠具體改善死亡場所偏重醫療機構的趨勢，也是進一步調整安寧療護和長期照護資源配置的根據。

國外的研究文獻發現，關於死亡場所的統計數據歷年變化多呈現在醫療機構死亡高於在自家死亡的現象，不過在醫療機構死亡雖然仍是最主要的趨勢，但在醫療機構死亡已出現逐年下降的現象，再加上各國紛紛啟動社區照護與安寧療護，在自家死亡改善之餘，反而是安寧院和社區照護場所的使用出現逐年增加的走勢。首先倡議現代安寧療護運動的英國臨床場域提出量化和質性研究的結果都發現，在高齡社會階段死亡事件發生場所的整體分佈在醫院和住家之間已見消長趨勢，但死亡場所選項已不限於醫院或是住家。Higginson 等人(1998)的量化研究發現，英國的死亡場所變動在 1985 年至 1994 年十年之間，呈現癌末病人在 NHS 體系醫院與護理之家死亡的比例明顯下降，由 58% (1985 年) to 47.3% (1994 年)，相對地在家死亡在十年之間只呈現先降後升地小幅減增變化之外，人們還多了其他選項，呈現在非 NHS 體系醫院與護理之家、安寧院、社區照護場所等增加的現象，這些死亡場所選項的相互變動的政策意涵，說明了社區照護與安寧療護的推動具有特定成效，安寧與長照政策介入，可以為在居家和社區渡過末期生活的個人與家庭提供較理想的醫療資源。

Thomas 等人(2004)的質性研究論文提出，對英國癌政政策與緩和照護政策而言，癌症病人的死亡場所已是重要論題。從這項基本立場的觀點出發，他們執行了癌症病人與其照顧者對於死亡場所傾向的質性訪談研究過程。對於英國 Morecambe Bay，存活期只有三個月的末期癌症病人與其家屬，訪談主題聚焦在死亡場所的選擇傾向，結果歸納出四類形塑死亡場所傾向的因素，並且發現選擇傾向基本上是具有社會意涵的順應傾向，病人本身即使病重，仍希望儘可能自行做出決定；除了癌症病人與其家屬隨著健康照護(英國健康部 2000 年提出的 NHS cancer planning)政策推廣，日益熟悉安寧療護相關資源投入社區可使用以外，其決定往往主要考量的是，避免加重家庭各層面的照護負擔，於是減少選擇在醫院和護理之家死亡的結果，並非直接反應在增加在自家死亡的趨勢，反而出現增加在安寧院死亡的現象。故而，Thomas 等人對於該研究預計回答的問題「你會傾向在哪死去—在自家，在醫院，在安寧院，還是其他場所？」(2004: 2431)，與多數量化研究結論直接建議推動臨終照護與死亡場所回歸病人自家的主張不同，反而採取相對保留的立場。

Thomas 等人(2004)對照 1993 年至 2000 年在英國 Morecambe Bay 總計 6,900 例癌症病人的死亡場所統計數據，發現 35% 癌症死亡案例發生在醫院，33% 在安寧院，仍有 22% 在自家(Gatrell et al., 2003)。相較於 2000 年英國癌症死亡總計案例，與 23% 癌症死亡案例發生在自家比例相近，16.5% 在安寧院，差距約一半，55.5% 在醫院，相距明顯，約只有 5% 死亡事件發生在他處，例如護理之家或是安養院等(Ellershaw & Ward, 2003)。死亡場所的分佈自 1967 年設立 St.Christopher 安寧院，啟動現代安寧療護運動以降，就約略維持如上比例，Cartwright(1991)的研究發現 1967 年至 1987 年二十年間，英國癌症死亡總計案例發生在醫院的比例微幅增加(45%→50%)，但發生在安寧院和其他機構的比例卻是超越三倍增長的(5%→18%)。由於 Morecambe Bay 的安寧床位相對英國其他地區較多，以及英國內部仍存在安寧資源配置不一的現象，但是 Morecambe Bay 的死亡場所分佈類型呈現的是人們不選擇醫院轉選擇安寧院的現象，高於以安寧院替代在自家死亡的選項(Thomas et al., 2003)。Thomas 等人(2004)相對建議，以英國的死亡事件歷來變動與癌症病人與其家屬的選擇傾向所具有的社會意涵，在全力推動在自家接受癌症末期照護政策之餘，安寧院也是不容忽視的替代選項。

倡議全人照護的安寧理念過去致力以在家臨終與死亡，以及適當的醫療措施過程作為達成善終的標的，隨著相關研究的發表，開始轉而強調符合病人與家屬意願的末期醫療照護與死亡場所。病人與其家屬所能選擇的選項除了個人具備的非臨床條件外，還要考量其所生存的制度環境與政策環境所提供的臨床選項範圍。Thomas 等人(2004)進一步彙整研究文獻，歸納發現影響死亡場所的因素約可區分成臨床和非臨床兩大類，總計有以社區為基地的緩和照護服務專家、對症狀控制專家的需求、腫瘤類型、服務取得距離等臨床因素；以及有非正式照顧者支持、主要照顧者的健康狀態與情感能力、性別、

年齡、社經地位、臨終態度、病人及其照顧者對特定死亡場所的傾向強度與可見度等非臨床因素(2004: 2433)。

類似的變動也出現在美國和加拿大。Flory 等人(2004)的研究發現 1980 年至 1998 年間，美國在醫院死亡的比例自 1983 年起的 54% 穩定下降至 1998 的 41%，人口年齡群組主要發生在 65 歲以上，其中以 65-74 歲組最高，75-84 歲組次之，主要是慢性疾病在醫院死亡的下降幅度較大，其中癌末病人比例由 70% 大幅下降為 37%，慢性肺阻塞和糖尿病次之，約大幅下降 15%。相對而言，1990 年至 1998 年間美國在自家和護理之家的死亡比例明顯上漲，分別是由 17% 增加為 22%，以及由 16% 增加為 22%。Flory 等人(2004)認為，死亡場所由醫院明顯移轉到自宅、安寧院和護理之家，蘊含著出了醫院以後的末期生命照顧場所在二十年變動後有更多場所選項，也意涵著在醫院以外維持末期生命照護品質的議題將日益重要，值得注意的是，癌末病人相較於慢性肺阻塞病人期末期照護場所自醫院明顯移轉回家，主要是安寧居家療護服務的成果所致。Burge 等人(2003)針對加拿大癌症病人的死亡場所歷年分析，發現 1992 年至 1997 年六年之間醫院外的死亡比例，由 19.8% 大幅成長為 30.2%，主要是由推動社區照護計畫帶來的成果。

相對於歐美發展經驗，東亞則有不盡相同的趨勢，住家和醫院仍是死亡事件發生的兩大重要場所，第三選項的由未凸顯。東亞最早發展安寧療護與緩和醫學的日本就是一例，日本年度死亡人口中在自宅的死亡比例(例如 7%，2009 年)向來遠低於英國(22%)、美國(39%)社會，而且還有歷年明顯下降的趨勢，但是在 2006 年厚生勞動省開始給付社區層次的安寧居家團隊服務前後，Fukui 等人(2010; 2004)針對癌症末期病人的兩項日本全國性問卷調查發現，無論是以居家訪視護理站(home-visit nursing stations)或是以居家護理師(home care nurses)為邀請填答問卷對象，都和厚生勞動省的年度統計資料相左。日本癌末病人在家死亡的比例遠高於在醫院死亡比例，2006 年以前死於自家有 64.8%，相對於有 35.2% 死在醫院(Fukui 等人，2004)，2006 年以後死於自家仍有 54.9%，相對於有 45.1% 死在醫院(Fukui 等人，2010)。雖然整體在家死亡比例趨勢是下降的，然探究其原因，一方面是居家緩和療護服務(home palliative care services)減少了赴醫院掛急診的需求，滿足了病人和家屬在生命末期照護需要的協助，反而促使在家死亡的機會增加；另一方面，原住院病人在生命末期不願出院回家，則是礙於缺乏效率的轉介體系以及轉介時間點太晚(Fukui 等人，2010)。此外，更有學者提到 2010 年長照體系建立以後，出現健保住院給付優於長照機構入住給付的落差，使病人傾向「社會性入院」(陳玉蒼，2005: 358)，寧願持續住院至生命終期。

值得注意的是，Fukui 等人這兩項研究所包括接受居家照護的病人與家屬(Fukui 等人，2004)，或是後者接受居家緩和照護的病人與家屬(Fukui 等人，2010)，其人口特徵和其他研究文獻的病人與家屬特徵差異不大，主要都是病人本身男多於女，年齡範圍稍長主要落在 75-84 歲群組，但呈現在自家死亡者年齡高於在醫院死亡者，主要照顧者仍以中年(45-64 歲群組)女兒、媳婦或是配偶為多，有明確表達希望在家死亡的病人比例高於主要照顧者。歸納而言，病人和主要照顧者的個別人口特徵(年齡、性別、婚姻狀態、出院轉介時有表達要回家接受緩和照護)、健康照護系統與支持(出院前與後健康照護支持脈絡)等變項和死亡場所有一定關聯。Fukui 等人因而提出結論，在日本特定的健保與長照制度環境下，醫院醫護人員作為轉介平台的角色非常關鍵，他們越能向病人和主要照顧者說明清楚轉介居家照護所能取得的健保與長照資源支持，越早轉介居家緩和療護的病人，越能獲得較好的末期照護，回家第一週至少有三次以上的基層醫師與護士前往訪視，越容易實現在自家死亡的期待，而簽約提供居家緩和照護的機構，其照護對象超過一半最終如願在家過世(2010: 2119)。

然而許多安寧療護臨床研究顯示病人主觀期待在家臨終與死亡的意願不見得終能宿願以償，安寧緩和醫療猶未能覆蓋所有重症末期病人的需求，也顯示過度不適當使用醫療資源救治病人存活，以及病人無法承受病苦磨難而主動要求安樂死等現象，說明了改善生命末期病人及其家屬生活品質的方式與對策，仍有未盡之處。Gomes 和 Higginson(2006)的系統性回顧相關臨床研究文獻結果，雖然是二手

資料的彙整，卻有很多發人深省的發現。這篇文獻共蒐集過濾出來自十三個國家，涵括一百五十萬人口，共計五十八份研究臨床一手研究成果，最後歸納分析出十七項因素會影響死亡場所(place of death)，這十七項因素經兩位研究者歸納成「與生病相關的因素」(factors related to illness)、「個別因素」(individual factors)和「環境因素」(environmental factors)等三大面向，「與生病相關的因素」又次分為癌症類型、臨終軌跡、病徵等三個領域；「個別因素」次分為人口變項、個人變項等兩個領域；「環境因素」則再次分為健康照護投入、社會支持、巨觀社會變項等三個領域。其中共有病人的低功能位置(屬於與生病相關的因素下的臨終軌跡領域)、病人偏好(屬於個別因素個人變項的領域)、使用居家照護、居家照護的強度(都屬於環境因素下的健康照護投入領域)、與親屬同住、廣闊的家庭支持(都屬於環境因素下的社會支持領域)等六項變項的影響較為明顯(參見表二)。

Gomes 和 Higginson(2006)的研究發現在有提供安寧療護服務的醫療體制內，由於病人生活自理能力的功能表現經常被用以預測重症病人存活時間長短，而低功能表現的末期病人反映出需要緩和照護服務，於是轉介到居家緩和服務的結果，與病人主觀偏好選擇在家臨終的結果，兩者都明顯左右著是否在家死亡的事實。然而即使生命末期病人在生活和醫療層面均走入高度依賴階段，需要假手他人照護，安寧團隊戮力落實在家死亡的善終過程，還要看他是否擁有足夠的環境資源助其達成心願，客觀環境資源的健康照護發展取向是否提供充分的居家安寧療護服務，居家安寧資源的使用是否已經形成就醫習慣，都對病人欲達成在家死亡有舉足輕重的影響，缺乏居家安寧療護服務提供的安寧緩和醫療體制，或是病人不仰賴居家安寧療護服務都無法減少在醫院臨終與死亡的事實。另外，即使在缺乏緩和照護的醫療體制下，末期病人有心在家臨終與死亡也可能實現的條件是病人必須擁有足以倚仗的社會支持網絡，與親屬同住和家人照護的支持相當關鍵，相對於醫療領域可以提供的社會服務類型支持病人在家臨終與死亡，家庭領域可以藉助私部門提供特定社會支持，促成在家死亡的事實。

歸納以上英國、美國、加拿大、日本和歐洲等社會發展的經驗，安寧療護對末期病人提供的服務模式不論是以家為基礎的服務、遠距居家服務、強制醫師接受生命末期照護訓練，或是照護末期病人的付費鼓勵措施等都對提高在家死亡的事實有具體幫助(Gomes & Higginson, 2006: 520)。

綜合以上討論，臨床研究成果觀察死亡場所變動，並闡釋其健康照護政策意涵較偏重在與癌症病人相關的問卷調查，較少運用全國性資料庫資料進行分析。對死亡場所影響因素的分析則逐漸由個體和疾病層面擴增到社會脈絡層面。從 Thomas 等人(2004)彙整研究文獻，歸納發現影響死亡場所的因素約可區分成臨床和非臨床兩大類，到 Gomes 和 Higginson(2006)則進一步歸納成「與生病相關的因素」(factors related to illness)、「個別因素」(individual factors)和「環境因素」(environmental factors)等三大面向。臨床研究觀察的死亡場所變動及其影響因素，在死亡類型與個人背景等因素外，病人能夠取得的臨終生活照護資源和提供社會支持的健康照護制度條件，則是臨床研究日益重視的社會政策影響層面。安寧療護強調全人照護與末期生活品質的善終觀點，對台灣社會而言，可以對照已經發展超過二十年的安寧緩和療護經驗，思考死亡場所選項所反映的末期醫療選擇與臨終生活照護等公共議題。

關於台灣社會死亡場所的分析和國外文獻一樣主要是來自臨床場域的研究成果，但與國外研究的問卷調查取徑有別，較集中在全國性資料庫統計數據的分析。北榮家醫科和大德病房服務的林明慧、盧彥伸、陳曾基和黃信彰等四人(2006 年)共同在《安寧療護雜誌》發表〈台灣地區癌症病人死亡地點分析〉文獻，鎖定 1981 年至 2003 年期間，死因為癌症者的死亡場所，分析區分成「在自宅死亡」、「在醫院或診所死亡」和「在其他地點死亡」等三類的分佈情形，發現二十三年間「在自宅死亡」的比例是「在醫院或診所死亡」比例接近兩倍；女性「在自宅死亡」的比例明顯高於男性；已婚和喪偶者「在自宅死亡」的比例明顯高於未婚和離婚者；九十歲以上高齡者「在自宅死亡」的比例是所有年齡組裡最高的，而且隨著年齡增長「在自宅死亡」的比例也逐漸提高；戶籍在中南部及特定地區的「在自宅死亡」比例高於都會區；死因癌症類型以「淋巴造血組織癌症」、「卵巢癌」、「女性乳房癌」病人「在自宅死亡」的比例明顯低於其他癌症類型。林明慧等人(2006)的討論認為，若就歷年變化比較則出現「在

自宅死亡」的比例逐年持續下降的趨勢，這些年度甚至包括了自 2000 年起執行安寧療護試辦計畫，縱使提供門診、住院和居家安寧照護卻未產生抵擋「在自宅死亡」比例下降的作用。

兩年後與上篇作者群重疊度極高的另一篇論文發表在《北市醫學雜誌》，討論影響死亡地點的臨床與心理社會因子，朱思盈等人(2008)以美國醫學研究院(Institute of Medicine, IOM)提出的善終定義為依據，嘗試討論病人最終死亡場所與臨終醫療照護品質關係密切。雖然這篇論文彙整文獻結果發現影響決定死亡地點的因素類型很多，計分個人與社會因素、地區與民族文化因素、安寧居家照護服務提供等三類，但限於採用死因統計檔資料項目範圍，只能處理個人與社會因素部分，包括性別、年齡、婚姻、教育程度、家庭支持狀況等，然仍限於死因統計檔資料項目無法處理教育程度、家庭支持狀況等。該文假設性別、年齡、婚姻、主要死因、死亡年份、戶籍地點等可能影響台灣住民死亡場所的選擇。

其分析結果發現，自 1981 年至 2004 年計二十四年之間在自宅死亡比例逐年下降，在自宅死亡比例約是在醫院診所死亡的兩倍，女性明顯高於男性，已婚、離婚、配偶死亡均高於未婚者在自宅死亡比例，設籍越是都會地區者在宅死亡比例越低，慢性疾病為主要死因者在自宅死亡比例較高，尤其是「支氣管、肺氣腫及氣喘」、「高血壓性疾病」、「腦血管疾病」三者最高。朱思盈等人研究發現與林明慧(2006)等人的論文分析結果極為雷同，其中較具政策意涵的討論之一也指出「臨終病人在自宅死亡之比率，與死亡者的戶籍及死亡年代有明顯關聯。……且此減少趨勢似乎並未受到 1986 年行政院衛生署開始推動的居家照護服務及 1995 年全面開辦的全民健保居家照護計畫所影響。」(2008: 490)。

這兩篇論文都分析死因統計檔，分析年度只差一個年度(2004 年)，也一致發現，在台灣社會推動居家照護服務與健保給付並未使在醫院診所的死亡事件明顯下降，反而是在自宅死亡比例逐年減少，與前述 Gomes 和 Higginson(2006)的研究發現相較，不同於英國、美國與加拿大的安寧居家照護經驗可以明顯提升「在自宅死亡」(death at home)比例，台灣社會的安寧療護推動成果卻是增加了「在醫院或診所死亡」比例，出現了「在自宅死亡」比例和「在醫院或診所死亡」比例兩者相互趨近的現象，這種走勢與歐、美社會透過居家與社區安寧緩和療護扭轉臨終與死亡醫療化趨勢的經驗很不一致。朱思盈等人(2008)和林明慧等人(2006)的討論都未涉及探討為何國內外發展呈現反差，卻直接引證美國 SUPPORT(Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments Trial)研究案以及 PACE 研究案(Predicting Place of Death in the Program of All-inclusive Care for the Elderly)的研究成果，建議「適當的介入計劃與社區資源的參與，能有效修正『在醫院死亡』的時代趨勢」，這樣的建議似乎缺乏發展趨勢的脈絡探究與分析。

### 死亡場所的禮俗文化政策意涵－落葉歸根觀點

另外，台灣社會特殊的「在自宅死亡」經驗或許跟林明慧等人接下去討論的「彌留狀況返家」(impending death discharge, IDD)較有關聯，IDD 事件只是形式上留一口氣回家，為便於民眾取得死亡證明書，順利接續啟動喪葬事宜與申請戶政變更，經由村里長偕同衛生所指定醫師或是檢驗員等進行行政相驗無疑義，則其死亡場所也會「被自動歸類」在「在自宅死亡」的統計案例下，使得過去以來「在自宅死亡」內藏有 IDD 的年度紀錄是偏高的，可惜既有死亡場所統計項下並未明確標示出來其所佔比例，因而難以呈現台灣社會死亡事件發生場所的特殊性，不同於歐美社會經驗，開始增列在自宅和醫院以外的其他次分項，例如護理之家、長照機構……等。

對照上述兩篇臨床文獻指出台灣社會存在不同於歐美社會死亡場所統計的特殊現象，為順應民間傳統文化習俗而形式上留一口氣回家的臨床作為，一定程度上增加了在自宅死亡比例，這是死亡場所背後隱含的文化習俗因素，在官方統計資料的變項內部卻未能具體反映出來，造成臨床實務經驗與登錄官方統計資料庫的數據落差。基於行政相驗的事證，這部分的數據落差或許可以參照死因統計檔的診斷者變項，其內部次分項「村里長與檢驗員」案例數，下修各年度的自宅死亡案例數，不過，至 2009



年起死因統計檔已刪除此變項。另外，這段數據落差若要呈現其文化特殊性，則需要輔以納入禮俗文化的落葉歸根觀點討論修訂死亡場所內部次分項的必要性。

相對於前述兩篇臨床場域聚焦善終概念的文獻，聚焦分析死亡年代、性別、年齡、婚姻、戶籍、死亡原因等和死亡場所的關聯，僅有一篇聚焦喪葬禮俗觀點的研究文獻，強調死亡場所與死亡地點的歷年變動現象可能蘊含的禮俗文化要義。邱泯科(2006)的論文探討台灣社會自1971年至2000年三十年之間，呈現落葉歸根與壽終就寢的變動現象，以死因統計檔的死亡場所與死亡地點為主要分析焦點，主要發現是在本地自宅過世的死亡行為雖仍存在於台灣社會，但盛行程度已逐年減弱，且有不同年齡層的差異表現，再者，死亡場所與死亡地點兩者之間存有相關性，年齡越長者在自宅死亡的比例越高，死於自宅者多死於本鄉鎮，也多因病或自然衰老而死。

此外，邱文的邏輯迴歸分析亦發現「女性、65歲以上、非兇死、已婚喪偶者，在『本鄉鎮自宅』過世的可能性最高。」(2006: 45)，性別、年齡、死亡類型、婚姻狀況等變項對於決定死於本鄉鎮自宅的落葉歸根現象具有預測力，但此預測力依然有逐年減弱的變動現象。歸納來看，邱文探討台灣社會在本地自宅死亡行為的歷年變動，主要運用的是歷年死因統計項中的性別、年齡、死亡地點、死亡場所、死亡原因、戶籍等變項，進行描述統計與迴歸分析，研究結果呈現的偏重在個體層面累計的死亡行為表現。相對以上論題而言，邱文也討論到在社會關係層面累計的死亡行為表現則顯露在死因統計檔的婚姻變項，來自婚姻可能連結的親屬數量與關係遠近，對於決定在本鄉鎮自宅進行臨終照護與喪葬協助可能產生影響。

#### 死亡場所浮現的照護政策意涵—社會支持觀點

善終在歐美社會是尊重個體主觀意願的結果，在台灣社會還兼具順應傳統文化的選擇，但是兩者要具體落實，除了建立相關制度環境提供照護服務資源以外，家庭成員中出任主要照顧者的態度與選擇舉足輕重。歸納以上臨床善終觀點與禮俗文化觀點分析議題都處理死亡年代、性別、年齡、婚姻、戶籍、死亡原因等和死亡場所的關聯，禮俗文化觀點還聚焦交叉討論各變項同時對死亡場所與死亡地點產生的影響，呈現出在特定場所發生的死亡行為在個體行為層次之外，隨著死亡人口結構老化與家庭結構解組發展，浮現家屬數量與關係親疏等社會關係層次變動，在照顧政策牽涉的制度目標與資源配置具有日益值得重視的意涵。Tang 等人(2010; 2005; 2003)與李隆軍等人(2011)的分析，針對癌末病人和家屬在死亡場所主觀意願與死亡行為實際發生場所的相關研究，提供了許多死亡行為在社會關係層面的研究發現，吳風鈴等人(2011)的研究與翁瑞萱等人(2013)的研究進一步擴張到在社區範圍所有重症末期病人與家屬的死亡行為期待與發生事實。

Tang 等人(2005)的研究發現，在台灣社會病人和期主要照顧者的選擇偏好呈現相當大的差距。即使，病人或家屬都將在自家死亡作為死亡場所的首選，醫院次之，然而，病人傾向在自家死亡的比例(61%)還是高於家屬(56.9%)，家屬傾向為病人選擇在醫院死亡的比例(28.8%)高於病人(24.2%)。雖然約六成家屬認為他們清楚知道生病家人的想法和選擇傾向，但是病人和主要照顧者兩造對於文化考量、照護品質、成為他人負擔有不一致表現，並且反應在兩造對於死亡場所選擇斯可順序的差異上。病人死亡場所選擇順序傾向以文化考量與和末期生活品質為先，主要照顧者則是先考量照護品質與家屬照顧能力及有無其他家屬能否幫忙。

研究結論是，他們認為在台灣社會，末期生活照護的決定是一項家庭事件，並非只要病人事前有所計畫就能成事，期待在自家死亡的主觀意願最終還要視是否有家庭照顧者承擔責任與照顧者的意願、健康狀況和照顧能力才能確實讓病人如願在家善終(Tang et al., 2005: 1564)。基於前述研究發現，Tang 等人(2005)強調根英美研究結果不同之處，很明顯地，相較於前者強調尊重個人價值的選擇，對台灣社會的癌末病人家屬而言，除了文化價值因素內涵跟英美社會的意義不同以外，為卸除其照顧負

擔，協助其取得較豐富的照顧資源，他們需要更完善的社會支持體系提供充分的專業支持與社區介入。

李隆軍等人(2011)蒐集中部一家醫學中心兩年期間，癌末病人的安寧居家收案案例，回溯性分析其病歷資料，其分析變項涉及本研究主題，且出現在死因統計檔的變項，包括性別、年齡、婚姻狀況、死亡原因(診斷分類)、死亡場所(往生地點)、居家訪視家訪公里數(死亡地點)；涉及本研究主題但未出現在死因統計檔的變項包括主要照顧者身分及性別、預期往生地點等，共計收案 301 位癌末病人，主要收案途徑來自一般病房經安寧共照轉介銜接至安寧居家，超過九成因過世結案。與本研究直接相關的研究發現聚焦在預期往生地點與實際往生地點的一致性程度。

李隆軍等人(2011)的研究發現，近八成家訪案例(77.1%)距醫院公里數在十五公里以內，與前述文獻邱泯科(2006)指出死亡行為發生在本鄉鎮自宅的現象近似。不到五成病人(45.2%)表達預期選擇在自家死亡，其中超過八成以上(86.7%)預期選擇在自家死亡者，最終如願在家死亡(68.7%)，或是瀕死出院後實際回到自家死亡(18.0%)；相對而言，仍有不止三成病人(32.9%)在收案之初受訪時，尚未決定預期選擇的死亡場所，其中最終死亡實際發生的場所近半數在醫院(48.4%)，比例最高，也高於實際發生在自家者(36.6%)。再加上類似 Tang 等人(2005)的研究對象特質，李隆軍等人(2011)的研究中，受訪病人男性多於女性，年齡群組較年輕，集中 45-64 歲(33.6%)，近八成已婚，因而女性配偶仍然是主要照顧者，子女次之。但若比較 75 歲以上年齡群組所占比例(31.6%)，對照台灣社會死亡人口結構老化，尤其以 75-84 歲群組比例最高。可能子女擔任主要照顧者角色將要更勝於女性配偶，可以有後續研究針對進行探討。

## 研究程序與方法

死因統計資料庫中的統計項目共計十四項，包含「性別、戶籍、出生日期、死亡日期、死亡地點、死亡地點區域代碼、死亡場所、死亡種類、婚姻狀況、死因分類(ICD8; ICD9)、外傷分類、死因分類(ICD10)、診斷者、新生兒日齡」等欄位。本研究依循研究目的與研究設計購買資料檔項目，除了「戶籍、外傷分類、新生兒日齡」等三項以外，其他十一項均是本研究統計分析的資料項。

### 選取十個年度資料檔原因

由於整體死亡原因中慢性病致死比率明顯增加，急性傳染病比率則明顯減少的現象。其中罹患癌症致死的比率更是快速成長，因而本研究以 1982 年台灣社會十大死因排行榜上首次出現癌症排名第一的年度和其連續第二年度 1983 年等兩個連續年度為第一個界分點；提供專門照護癌症病人的安寧病房首度於 1990 年正式成立於馬偕醫院，遂選取 1992 年、1993 年為第二個界分點；第一部依循自然死亡原則制定，由國家制度正式提供生命末期照護的法律在 2000 年立法通過，因而接續取 2002 年、2003 年為第三個界分點；2009 年修訂安寧療護正式納入全民健保給付範圍，並且擴大照護對象至非癌症與漸凍人以外的重症末期，再選取 2012 年、2013 年為第四個界分點，並且向前回溯至 1972 和 1973 年兩個連續年度，總計十個年度五個觀察界分點，分析歷年死因統計資料檔，探討各年度死亡結構組成特徵及其歷年死亡結構變動。

### 統計分析程序

藉由使用衛生署「死因統計檔資料庫」十個年度資料，共計原有 1,101,756 位死亡個案資料，排除死亡地點(40 例)、死亡種類(27 例)、診斷者(9 例)等三變項 76 例死亡個案有屬性資料不齊全甚至缺漏者，十年共計有 1,101,680 位死亡個案數可供進行死因統計檢定的分析。

本研究變項依據研究目的與研究假設將下列依變項和自變項進一步歸併整理如下：

依變項

1. 「死亡場所」：
2. 「死亡地點(本鄉/他鄉)」：

3. 「死亡地點(城/鄉)」:
4. 「死亡所在 1(本鄉/他鄉)」:
5. 「死亡所在 2(城/鄉)」:

### 自變項

1. 「性別」
2. 「年齡」
3. 「婚姻狀況」
4. 「死亡類型」

### 描述統計

本研究運用 SPSS21.0 版套裝統計軟體，針對「死亡場所」、「性別」、「年齡」、「婚姻狀況」、「死亡類型」、「死亡地點(本鄉/他鄉)」和「死亡地點(城/鄉)」、「死亡判定」等八個變項進行描述統計的交叉分析，呈現死亡案例的數量分佈與百分比分佈，並進一步使用卡方檢定( $\chi^2$ )呈現差異性是否顯著存在。

### 迴歸分析

本研究運用 SPSS21.0 版套裝統計軟體，進行多項式名義邏輯斯迴歸分析(multinomial logistic regression)，根據研究目的，以死亡所在 1 和 2 為依變項，自變項以男性、0-44 歲年齡組、其他與不詳的婚姻狀態、其他與不詳的死亡類型等為參照組進行分析。

## 分析發現

### 描述統計

#### 1.) 歷年趨勢

歷年死亡人數明顯逐年增長，各年總計自 70 年代約在七萬人上下，進入 90 年代已增長達十萬人，至 2012 年與 2013 年各單年甚至均呈現超過十五萬人。其中性別與年齡差異，歷年均呈現男多於女，男性各年死亡人口約是女性的 1.5 倍(圖 1)。年齡差異呈現逐年向老年人口推移，尤其是趨向 75-84 歲年齡組，65 歲以下幾乎一致歷年下降(僅 45-64 歲年齡組在 2012 年與 2013 年呈現微幅增長)，相對而言，75-84 歲年齡組逐年明顯走高，未曾降低，同時 85 歲以上則是逐年微幅增長，但在 2012 年與 2013 年遽然呈現約 1.6 倍數增長。65 歲以上死亡人口比例自 90 年代起超過各年總死亡人口五成，尤其是自 2003 年起均已近七成，明顯呈現死亡人口結構高齡化(圖 2)。死亡人口的婚姻狀態則傾向集中已婚和喪偶兩群組，大致是逐年增長，且已婚比例又高於喪偶比例，但在 2012 年與 2013 年兩群組比例都明顯下降，離婚者死亡人口比例則明顯增加。綜合而言，以個體社會屬性來看死亡人口結構走勢傾向呈現男性、高齡者、已婚或喪偶者等特質，尤其是進入二十一世紀更為明顯。

隨著死亡人口結構趨向高齡化，死亡事件主要發生地點和場所歷年的走勢呈現的是登錄在戶籍本鄉鎮和自家居所者一路下降，70 年代死亡地點比例有八成以上仍在戶籍本鄉鎮，進入 80 年代和 90 年代的二十年間雖持續減少但仍在七成左右，自二十一世紀的 2002 年起則減至六成，相對而言，發生在他鄉鎮比例則朝四成增長(圖 3)；類似現象也出現在死亡場所的走勢，70 年代死亡場所比例有七成以上仍

在自家居所，進入 80 年代和 90 年代的二十年間雖持續減少但仍在六成左右，在 2012 年與 2013 年則一路大幅減低至四成多，相對而言，發生在醫院診所比例則超越在自家死亡比例，逆轉朝五成增長(圖 4)。死亡類型則以主要集中在病死和自然死群組，死亡比例歷年呈現由八成持續增長，至二十一世紀已超過九成，相對地，意外死群組則是進入二十一世紀明顯降低，自殺與他殺群組則只是歷年小幅波動。以死亡事件發生場所、地點與類型歸納整體來看，呈現死亡人口結構趨向現代化特質。

## 2.) 結構特質(交叉表)

整體而言，就不分年度的總表現而言，女性在自宅發生死亡的比例高於男性；年齡越長在自宅死亡的比例越高；已婚和配偶死亡的非單身者較有機會在自宅死亡；因病或自然死亡者較有機會發生在自宅，遭逢意外者的死亡場所最常發生在醫院，自殺死亡者在自宅的比例高於醫院；在自宅死亡者主要集中在戶籍所在的本鄉鎮，相對而言，在醫院死亡者以離開其戶籍所在的他鄉鎮比例最高(表 1 總表)。以歷年變化的內部差異比較來看，1970 年代整體至少七成死亡場所都發生在自宅，自 1980 年代起主要發生場所還是以在自宅比例較高，但是兩性的 0-14 歲與 15-44 歲年齡組，則死亡場所轉而發生在醫院比例較高，接續在 2012 年與 2013 年兩性的 45-64 歲年齡組死亡場所也轉而發生在醫院比例較高，在這兩個年度尤其是男性 85 歲以上年齡組也呈現死亡場所較高比例轉而發生在醫院。相對而言，女性高齡者三個年齡組歷年都維持死亡場所發生在自宅比例高於醫院，但兩者比例逐年相互接近中(表 2 性別\*年齡\*死亡場所)。歸納來看，歷年隨死亡人口增加，日益凸顯女性、高齡、已婚與配偶死亡者、因疾病或自然衰老死亡者較可能在自宅以及戶籍所在的本鄉為其死亡事件實際發生的所在。

進一步同時聚焦在死亡所在(死亡場所\*死亡地點)來看，即使歷年走勢明顯呈現在戶籍所在的本鄉鎮自宅發生死亡事件的比例日益減少，然而年齡越長越可能維持較高比例在本鄉鎮自宅，既達成落葉歸根，也實現壽終正寢(表 3.1 年齡\*死亡地點\*死亡場所)；相對地，越是年輕則越可能離開戶籍地前往他鄉鎮，最終在醫院壽命終結(表 3.2 年齡\*死亡地點\*死亡場所)；另一方面，在自宅死亡事件逐年減少的趨勢，在戶籍地本鄉鎮的醫院走完人生旅程者比例，也有緩步增加的發展，尤其是最高齡 85 以上年齡組最明顯，85 以下所有年齡組都是逐年緩增到 1983 年，自 1992 年至 2002 年先緩後劇減，自 2003 年起則是後先緩後劇增，與最高齡年齡組一致呈現落葉歸根的現象，至於在本鄉鎮醫院 2002 年劇減和 2013 年劇增發生死亡事件比例，則有待更深入的研究加以分析(表 3.3 年齡\*死亡地點\*死亡場所)。

若想落葉歸根，或甚至是壽終正寢則需要家庭成員的支持。死因統計檔的婚姻狀態變項，可以作為初步判斷的依據。在所有死亡所在者的婚姻狀態分佈呈現出已婚與喪偶的非單身者比未婚、離婚、分居等單身者比例較高，而且進入 1980 年代以後，前者約是後者兩倍之多，最終得以壽終正寢在自家。相對而言，在整體趨勢朝醫院增加的態勢下，單身者比非單身者有較高比例離開戶籍地前往他鄉鎮醫院逝世(表 4 婚姻狀態\*死亡地點\*死亡場所)，這和前述許多文獻研究發現雷同，婚姻狀態顯示的社會連結與家庭成員支持，常是實現回到自家，走完人生旅程很重要的影響因素。

## 迴歸分析

迴歸分析部分總結來看，無論是性別、年齡、婚姻狀態、死亡類型都一致呈現對死亡所在(死亡場所/死亡地點)具有顯著地影響力，整體而言，四者均呈現最終死亡在自宅居所/本鄉鎮的例年影響力下降。但是女性、中年高齡者以上，經由 90 年代過渡至醫院/本鄉鎮的死亡趨勢，進入二十一世紀，即使仍比男性傾向在自宅居所/本鄉鎮死亡，也出現朝向醫院/他鄉鎮集中；病死者卻出現在自宅居所/本鄉鎮以外較為分歧的可能性。而未婚、離婚與分居等單身者則較可能走向以在醫院/他鄉鎮死亡。



## 討論與結論

死亡場所為死亡事件實際發生的所在，也是末期生命的接受照護的所在。台灣社會的死亡結構，自 1972 年至 2013 年之間，呈現女多於男，65 歲以上高齡為主，已婚與配偶死亡者為重，集中在罹病與自然衰老致死，死亡地點同戶籍所在地的自家居所，以鄉村地區等個人特質者，其主要死亡場所發生在自家住宅；死亡結構的例年變遷近似前述 Thomas 等(2004)、Flory 等(2004)、Burge 等(2003)研究結論指出趨向 75 歲以上高齡、女性、已婚與配偶死亡者等非臨床特質(Thomas et al., 2004)，或是個別因素(Gomes & Higginson, 2006)，以及罹癌病死等臨床特質(Thomas et al., 2004)，或是與生病相關的因素(Gomes & Higginson, 2006)，呈現較高比例得以在家死亡。相對地，與 Higginson 等(1998)、Fukui 等(2010; 2004)，以及李隆軍等人(2011)發現男性、65 歲以上較年輕高齡者較可能在自家死亡的等非臨床特質(Thomas et al., 2004)，或是個別因素(Gomes & Higginson, 2006)不一致。

相較於林明慧等(2006)和朱思盈等(2008)分析全國性資料庫的既有研究結果，本研究亦發現女性、高齡者(尤其是 85 歲以上)、已婚與喪偶等非單身者、居住在鄉村地區和戶籍登記相同的本鄉鎮住民等較得以在自家死亡，本研究更發現，其中女性高齡者(尤其是 75 歲以上)是主要群體(表 2)。越是高齡者、已婚與喪偶等非單身者等較可能在戶籍登記的本鄉鎮自家過世，近似邱泯科(2006)落葉歸根暨壽終正寢的文化習俗(表 3.1; 表 4)；相對地，年齡較輕(小於 64 歲以下者)、單身者等則較易在醫院/他鄉鎮過世，在整體死亡人口結構趨向高齡化走勢之際，同時可以觀察到死亡人口結構朝向以年輕人口為動力轉移至外地醫院過世的現象(表 3.2; 表 4)，顯示不僅壽終正寢日趨式微，落葉歸根也逐漸減弱的社會發展，這中間還加雜著 75 歲以上高齡者猶轉移停滯在以醫院/本鄉鎮為選項的落葉歸根現象(表 3.3)。

既有文獻結果均認為降低在醫院死亡比例之際，在醫院外死亡比例可以是生命末期照護場所以及善終的重要指標，在醫院外死亡多半指涉移轉回自家居所，但自家居所並非在醫院外的唯一選項，為避免人口結構高齡化可能帶來主要照顧者日益沉重的負擔，醫院與自家以外的第三選項順應出現，死亡場所新選項是否能滿足生命末期的照護品質，是否也富有善終意涵，甚至符合台灣社會落葉歸根的社會文化意義，在台灣社會死亡場所當前呈現醫院與自家居所比率相互翻轉，對落葉歸根的社會期待日漸式微，長期照護資源由未能充分配置的發展趨勢下，值得研究者持續關注。

在台灣社會推動居家照護服務與安寧療護健保給付二十五年後，並未使在醫院診所的死亡事件明顯下降，反而是伴隨出現在自宅死亡比例逐年減少，與前述 Higginson 等(1998)、Burge 等(2003)、Thomas 等(2004)、Flory 等(2004)、Fukui 等(2010; 2004)、以及 Gomes 和 Higginson(2006)的研究發現相較，不同於英國、美國、加拿大與歐洲社會的安寧居家照護經驗可以明顯提升「在自宅死亡」(death at home)比例，台灣社會的安寧療護推動成果卻和「在醫院或診所死亡」比例增加相伴出現，出現了「在自宅死亡」比例和「在醫院或診所死亡」比例兩者相互趨近的現象，這種走勢與歐、美社會透過居家與社區安寧緩和療護扭轉臨終與死亡發生在醫院的經驗很不一致，但與林明慧等(2006)和朱思盈等(2008)發現的趨勢近似。本研究較前述研究更延伸至 2012 年和 2013 年的統計資料，顯示台灣社會的臨終與死亡行為模式，已轉趨歐美社會在二十世紀九 0 年代，致力藉由居家安寧服務與推廣社區安寧療護，降低死亡行為集中發生在醫療機構，改寫死亡醫療化模式時，也同時面臨高齡化社會的挑戰，在高齡化社會階段要改善死亡行為模式就要同時兼顧生命末期照護品質與生活品質，還要關注主要照顧者已同步高齡化所承擔的照顧負荷，美國社會正是為此推出 SUPPORT(Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments Trial)研究案以及 PACE 研究案(Predicting Place of Death in the Program of All-inclusive Care for the Elderly)的研究成果，以對症下藥。林明慧等(2006)和朱思盈等(2008)借鑑美國經驗，建議「適當的介入計劃與社區資源的參與，能有效修正『在醫院死亡』的時代趨勢」或許近十年後方能透顯其參考意義，尤其是在台灣社會的長期照護制度正式起步之際。

然而，中外文獻研究成果均提出實際死亡場所和死亡場所意願兩者之間存在明顯落差，要能具體提升在自家死亡比例主要照顧者意願是否與病人意願一致很關鍵，本研究分析確實發現性別、年齡、婚姻狀態、死亡類型在死亡場所、死亡地點、死亡所在等的分布結構呈現高齡化與現代化特質與趨勢；性別、年齡、婚姻狀態對死亡所在具有顯著影響力，囿於死因統計資料檔能運用的統計變項限制只能部分對應 Tang 等人(2010；2005；2003)與李隆軍等人(2011)的研究。但就此而言，現有的安寧療護政策致力推動社區安寧，強化居家療護，連結長照政策是順應時代潮流的做法，但是社區與居家安寧服務和長照服務等資源的連續性整合，以及長照服務能為主要照顧者提供合理化的喘息服務資源，讓家庭成員有感受得到的社會制度支持，經由 Gomes 和 Higginson(2006)歸納提出出社會環境因素影響死亡場所比例得知，制度性合理的資源配置是個別因素和與生病相關因素兩者以外值得各個轉型高齡社會者努力的方向。

## 參考文獻

### 中文文獻

- 王淑貞、王英偉 (2002)。〈癌末病患病危出院對喪親家屬之衝擊〉。《安寧療護雜誌》，7(3): 185-196。
- 朱思盈、林明慧、陳曾基、黃信彰(2008)。〈影響台灣死亡地點的臨床與心理社會因子〉。《北市醫學雜誌》，5(5): 484-494。
- 李隆軍、胡中傑、黃曉峰、林鉅勝、張瑛瑛(2011)。〈癌症末期病人安寧居家的主要照顧議題分析〉。《安寧療護雜誌》，16(2): 151-167。
- 林明慧、盧彥伸、陳曾基、黃信彰(2006)。〈台灣地區癌症病人死亡地點分析〉。《安寧療護雜誌》，11(1): 14-23。
- 邱泯科(2006)。〈落葉歸根？壽終就寢？—1971-2000年台灣地區死亡場地變動種況與影響因素〉。《國立政大社會學報》，38: 25-55。
- 張淑貞、机吟惠、黃靜宜(2002)。〈主要照顧者對安寧居家療護照護需求之看法及其滿意度〉。《彰化醫學》，7(3): 160-7。
- 陳玉蒼(2005)。〈日本介護保險之介紹〉。《社區發展季刊》，110: 351-358。

### 英文文獻

- Alonso-Babarro, A., Bruera, E., Varela-Cerdeira, M., Boya-Cristia, M.J., Madero, R., Torres-Vigil, I., De Castro, J., González-Barón, M. (2011), Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer, *Journal of Clinical Oncology* (2011), 29(9): 1159-67.
- Benoliel, J.Q. & Degner, L.F. (1995), Institutional dying: a convergence of cultural values, technology and social organization, in: Wass, H. & Neimeyer, R.A. (1995), *Dying: Facing the Facts*. Publisher: Taylor & Francis. pp117-41.
- Burge, F., Lawson, B., Johnston, G. (2003), Trends in the place of death of cancer patients, 1992-1997. *Canadian Medical Association Journal*(2003), 168(3): 265-70.
- Fukui, S., Fujita, J., Tsujimura, M., Sumikawa, Y., Hayashi, Y., Fukui, N.(2011), Late referrals to home palliative service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Annals of Oncology*. 22(9): 2113-20.
- Fukui, S., Fukui, N., Kawagoe, H. (2004), Predictors of place of death for Japanese patients with advanced-stage malignant disease in home care settings: a nationwide survey. *Cancer*. 101(2): 421-9.
- Gomes, B. & Higginson, I.J. (2006), Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review, *British Medical Journal* (BMJ), 332: 515-21, 4 Mar.
- Flory, J., Yinong, Y.-X., Gurol, I., Levinsky, N., Ash, A., & Emanuel, E.(2004), Place of death: U.S. trends since 1980. *Health Affairs*, 23(3): 194-200.
- Higginson, I.J., Astin, P., Dolan, S.(1998), Where do cancer patients die? Ten-years trends in the place of death of cancer patients in England. *Journal of Palliative Medicine*, 12: 353-63.
- Hu, W.Y., Chiu, T.Y., Chen, Y.R., Chuang, R.B., Chen, C.Y.(2004), Why Taiwanese hospice patients want to stay in hospital: health-care professionals' beliefs and solutions. *Support Care Cancer*, 12(5): 285-92.

- Lattanzi-Licht, M. & Conner, S.(1995) “Care of dying: the hospice approach”,  
in: *Dying: Facing the Facts*. Publisher: Taylor & Francis. pp143-62.
- Tang, S.T., Chen, C.C., Tang, W.R., Liu, T.W., (2010), Determinants of patient-family caregiver congruence on preferred place of death in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2): 235-245.
- Tang, S.T., Liu, T.W., Lai, M.S.(2005), Discrepancy in the preferences of place of death between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Social Science and Medicine*, 61: 1560-66.
- Tang, S.T., McCorkle, R.(2003), Determinants of congruence between the preferred and actual place of death for terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 19: 230-7.
- Thomas, C., Morris, S.M. & Clark, D. (2004), Place of death: preferences among cancer patients and their carers, *Social Science & Medicine*, 58: 2431–2444.
- Thomas, C., Morris, S.M. & Gatrell, A.C.(2003), Place of death in the Morecambe Bay area: patterns and preferences for place of final care and death among ill cancer patients and their carers. Project Report. Institute for Health Research, Lancaster University, UK.

表一、死因資料庫中所有變項描述

序號	中文欄位名稱	英文欄位名稱	資料描述
1	性別	SEX	1：男性，2：女性
2	戶籍	COUNTY	詳鄉鎮代碼
3	出生日期（西元）	BIRTHDAY	出生年月 YYYYMM
4	死亡日期（西元）	D_DATE	死亡年月 YYYYMM
5	死亡地點	D_LOCA	60-97 年間：1：本鄉鎮，2：他鄉鎮，9：不詳。
6	死亡地點區域代碼	D_LOCA_CODE	97 年起新增，詳譯碼說明
7	死亡場所	D_PLACE	60-82 年 2 碼，83 年以後 1 碼，詳譯碼說明
8	死亡種類	D_TYPE	「60-82 年間」與「83 年以後」譯碼不同，詳譯碼說明
9	婚姻狀況	MARRIAGE	「60-82 年間」與「83 年以後」譯碼不同，詳譯碼說明
10	死因分類	D_CODE	60-69 年為 ICD-8，70-96 年為 ICD-9 編碼
11	外傷分類	TRAUMA	78-96 年為 ICD-9 編碼
12	死因分類	ICD10	97 年以後死因以 ICD-10 編碼
13	診斷者	DIAGNOSE	60-97 年間：1：西醫，2：中醫，3：法醫，4：檢察官，5：保健員，6：村里長，7：其他，9：不詳
14	新生兒日齡	NB_DAGE	00：未滿 1 日，01：滿 1 日，02：滿 2 日，以此類推，至 27：滿 27 日，88：非新生兒死亡

2017 國際生命教育高峰論壇暨第十三屆現代生死學理論建構學術研討會，  
15-16.06.2017., 嘉義：南華大學

## 家庭照顧者支持服務需求與其照顧決策制定之探究<sup>2</sup>

魏書娥(南華大學生死學系副教授)

黃麗續(台中榮總灣橋分院護理長)

---

<sup>2</sup> 本文作者感謝科技部的支持，本研究論文內容屬科技部研究計畫(MOST103-2410-H-343-018-MY2)的部分研究成果。

## 摘要

不只存活人口結構高齡化，死亡人口結構也隨壽命延長而高齡化。在存活與死亡兩者之間，人命存活不盡然是健康生活的延續，高齡社會的老年生活是與慢性病共存的生活。與多種慢性病共存的日常生活需要醫療照護，也需要社會照顧，更需要整合兩者的長期照顧制度，才能落實在地老化，然後在家善終。

然而，伴隨人口結構老化，新生人口卻同時逐年遽減，家庭規模明顯縮減，使得老年失能者的家庭照顧人力左支右絀，建立長期照顧體系，分擔家庭照顧負荷，提供照顧支持服務，在高齡社會正是影響老年失能者家庭制定照顧決策的制度因素之一。

**關鍵詞：**家庭照顧者、支持服務需求、照顧決策制定

## The Investigation to Demands of Support Services of Family Caregiver and Their Care Decision-making

Shu-Er Wei(Associate Professor, Dept. of Life-and-Death Studies)

Li-hsu Huang(Head Nurse, Wanqiao Branch, Taichung General Veterans Hospital )

### **Abstract**

It is noticed, not only living population structure aged, death population structure is also aging with the prolonging life. Going to die, people does not as usual live healthily, the elderly normally exists with some of chronic diseases. Lives with chronic diseases requires supports of medical care, social care, and even the long-term care systems in order to implement aging in place and then well dying at home.

However, the number of new-born baby has year by year declined, when the elderly earns their prolonging lives, then the size of the family has significantly reduced. This brings to care overloading of the family caregivers, whose elderly families has been disabled. Therefore, it is important to establish a long-term care system, which can reduce family care loadings with supporting of care service provisions. It is one of the institutional factors that affect the care decision-making of the elderly disabled family.

**Keywords:** family caregiver, demands of support services, care decision-making



## 一、前言

台灣社會的人口結構老化已呈現超越歐、美、日社會經驗的速度大步向前，自 1993 年邁入高齡化社會以降，65 歲以上存活人口的比例越來越高，成長速度越來越快，老化年數急速壓縮甚至超過經濟已開發工業社會的老化經驗，至 2016 年底，我國 65 歲以上人口總計 310 萬 6,105 人，占總人口比率已近 14% (13.20%)。根據國發會「中華民國人口推估 (105 至 150 年)」報告<sup>3</sup>，隨著壽命延長，未來我國 65 歲以上高齡人口佔總人口比率將持續增加，明年 2018 年高齡人口比率會超過 14%，邁入高齡 (aged) 社會，並將距之短短八年之後，2026 年超過 20%，躋身超高齡 (super-aged) 社會。甚至可能在 2061 年，65 歲以上人口比率會高達 39%。

人口結構高齡化不只呈現在存活人口，隨著平均壽命延長，也表現在死亡人口結構的老化發展趨勢。以衛福部 2015 年死因統計資料來看，死亡人口總計 163,574 人，65 歲以上死亡人口計有 114,689 人，已達全年死亡人口的 70.1%。其中死亡比率最高的是 75-84 歲中年高齡者計有 44,481 人，佔高齡死亡人口的 38.8%；其次是佔高齡死亡人口 33.6% 的 85-94 歲老年高齡者計有 38,516 人，兩者合計已超過高齡死亡人口七成二，佔 72.4%，相較於 1993 年死亡人口結構的高齡化趨勢顯著，已不可同日而語。再以 2015 年十大死亡原因來看，除了意外事件以外，其他都是心、腦、肺、腎、肝等重要器官的病變所致，重大器官病變與衰退使得人們與疾病共存的生活年數延長，同時意謂存活年間健康逐漸流逝，人們面對的失能風險相對升高。

在朝向每 5 人中就有 2 位高齡者的後超高齡社會階段，人們邁進老年階段所面臨的疾病威脅已轉向慢性病類型，依據《2016 國民健康署年報》公布 2013 年「國民健康訪問調查」，在 17 項慢性病計有高血壓、糖尿病、心臟病、中風、肺或呼吸道疾病 (支氣管炎、肺氣腫、肺炎、肺病、氣喘)、關節炎或風濕症、胃潰瘍或胃病、肝膽疾病、髖骨骨折、白內障、腎臟疾病、痛風、脊椎骨骨刺、骨質疏鬆、癌症、高血脂、貧血等，65 歲以上老人超過 8 成 (86.3%) 自述曾經醫師診斷至少有一項上述慢性病；近 7 成 (68.6%) 自述至少有兩項慢性病；近 5 成 (47.3%) 自述至少有三項慢性病，其中老年女性自述不同罹患慢性病項目數的比率都高於男性 (表 1)，甚且自述至少有三項慢性病的老年女性比率比男性比率超出約 12%<sup>4</sup>。普遍而言，老年人慢性疾病主要是高血壓和糖尿病，老年女性則另有骨質疏鬆。綜合而言，65 歲以上的老年生活是在與慢性疾病共存的日常狀態，在此生活歷程可能隨著身體器官功能不同程度耗損，致使生活行動能力受限，需要他人提供不同類型的協助才能順利過活，女性比男性身受較多項與較高比率的慢性病困擾，更需要持續長久的生活支持方能延命存活。

表 1 65 歲以上老人自述曾經醫師診斷罹患慢性病項目

<sup>3</sup> 本資料於 29.03.2017. 取自國家發展委員會網頁  
<file:///D:/%E6%A1%8C%E9%9D%A2/105%E4%B8%8B/105%E4%B8%8B%E8%87%A8%E7%B5%82%E7%99%BC%E5%B1%95%E6%AD%B7%E7%A8%8B/0822%20105%E7%89%88%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E6%8E%A8%E4%BC%B0%E5%A0%B1%E5%91%8A-%E5%A7%94%E5%93%A1%E6%9C%830817final.pdf>

<sup>4</sup> 本資料於 31.03.2017. 取自國民健康署網頁《2016 國民健康署年報》[www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1249&pid=7084](http://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1249&pid=7084)

既要遭逢存活人口結構高齡化，又要經歷死亡人口結構高齡化，已是進入經濟全球化階段台灣社會和所有已開發工業社會共同要面對的社會挑戰，甚至更嚴峻要面對的社會變遷課題。在存活與死亡之間，人們存活的壽命不盡然是健康生活的延續。根據 2013 年主計處生命統計資料<sup>5</sup>顯示，台灣社會的個人平均壽命已達 80 歲；同時，健康平均餘命為 71.1 歲，這意謂不健康存活年數計有 8.9 年之久，女性較男性而言，不健康存活年數還多 2 年。衛福部進一步據以推估 2016 年全國 65 歲以上的失能率會有 16.2%，預計正式跨入高齡社會的 2018 年老人失能率將稍降為 15.9%，2026 年跨越超高齡社會門檻後將又回到 16.4%。換句話說，未來十年之間都將會擺盪在 50 萬左右 65 歲以上失能老人需要照顧。

項目	1 項慢性病	2 項慢性病	3 項慢性病
全部	86.3%	68.6%	47.3%
男性	84.3%	64.1%	40.7%
女性	88.1%	72.5%	53.1%

在所有失智人口又有象，依臺灣失年統計資料來以上老人共(佔總人口的

能人口當中，另外一幅景智症協會 2015 看，台灣 65 歲 2,938,579 人 12.51%)，其中 18.58% 有輕微認知障礙(MCI)，計有 545,981 人；失智症人口計有 237,652 人，佔高齡長者的 8.09% (其中包括極輕度失智症 95,987 人，佔 3.27%，以及輕度以上失智症有 141,665 人，佔 4.82%)。也就是說 65 歲以上的長者，每 12 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人，則每 5 人即有 1 位失智者(臺灣失智症協會，2015)。換句話說，當前台灣社會的人們若能幸運存活至 71 歲，其後仍有近 9 年或是失能，或是失智的老年生活要未雨綢繆，隨年紀增長身體功能可能處在不同等級失能程度與不同類型的失能狀態，以致於產生各種生活依賴需求與疾病治療需求，有待親人家屬給予照護支持，甚至需要國家制度提供長期照護服務的具體保障。

## 二、現行制度規劃下的行政服務連結

台灣社會的長照政策統整歷程主要是以長期照護為題的相關政策規劃陸續推出的，例如 1998 年的「老人長期照護三年計畫」、2000~2003 年內政部和衛生署的「建構長期照護體系先導計畫」、2002 年行政院「全國長期照護需要評估」、2006 年的「長期照顧制度規劃」、2007 年的「長期照顧十年計畫」、2009 年行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部的「長期照護保險規劃報告」(陳正芬，2011；吳淑瓊，2005; 2004)，以及 2015 年立法院剛通過的「長期照顧服務法」等，逐步自計畫案歷經需要評估案、制度規劃案邁進建立制度的法律案，欠缺明確財務規劃法源的長期照護制度雖尚未具體完備，但相關資源已陸續浮現，隨著 2016 年底衛福部推動長照 2.0 版實驗計畫前後，各種服務模式也競相出現。

然而，在貼近人口老化結構轉型趨勢的長照制度正式建立之際，現有的長照相關資源基本上雖然已經克服過去分散在內政部或衛生署的各個部門，隨著政府組織再造編列進衛福部轄下統籌辦理，但仍有本部單位與所屬機關等不同行政單元的組織位階差異，需要就部內行政部門間，針對長期照護作為共同目標，進行組織協調，建立運作機制進一步統整，以利適時協助需要取用醫療照護、社會照顧

<sup>5</sup>本資料於 21.04.2017.取自行政院主計總處網頁 2015 年《國民幸福指數年報》，<http://ebook.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=40331&ctNode=5971&mp=103>

與長期照護資源的需求者與其家庭。以現行組織規劃<sup>6</sup>而言，長期照護業務牽涉本部單位包括社會救助及社工司、護理及健康照護司等，以及所屬機關包括國民健康署、社會及家庭署等。執掌社會照顧業務者首先是以社區為業務單元對象的「社會救助及社工司」第三科社區發展科，共計 22 項業務職掌，除了公益勸募 10 項業務職掌以外，主要綜理社區發展相關工作。執掌社會照顧業務者之二是位處所屬機關層級的社會及家庭署，主要綜理包括老人福利業務在內的各項社福保障事項。相對而言，執掌醫療照護業務者是「護理及健康照護司」第一科長照科，綜理長照服務相關業務。再加上 2017 年 6 月 3 日正式生效的「長期照顧服務法」規範的長照服務提供項目，以及長照基金的設置作為居家與機構的醫療照護與社會照顧銜接與統整橋梁。

值得關注的是，一度浮上檯面要在衛福部轄下設立長期照顧司，專責處理長照業務的行政組織規劃，至今卻仍妾身未明，以至於去年底以來推動的長照 2.0 版各項服務實驗方案似乎難以取得中央行政部門的明確定位。換句話說，長照服務要隸屬於醫療照護抑或是社會照顧，仍要面對從中央到地方都是兩頭馬車的行政磨合歷程，可能帶來行政申請流程的時間延宕與部門之間的權責不清，對於有服務需求的失能高齡者及其家屬而言，則可能因此面臨服務取得的條件門檻不明確，以及評估與服務使用的時效性過長，因不耐久候而無法順利取得長照資源的支持。

即使長照資源的管轄與規畫並未隨長照法正式生效而明確統整，但是，以高齡失能者及其家屬的服務使用觀點而言，長照服務法還是明確擴大了照顧對象的範圍，不只放寬了受照顧者年齡範圍和失能類型，還將家庭照顧者正式容納進長照體系的服務對象，在長照法第 13 條明確提供了支持服務項目如下：

- 一、有關資訊之提供及轉介。
- 二、長照知識、技能訓練。
- 三、喘息服務。
- 四、情緒支持及團體服務之轉介。
- 五、其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

這些服務項目的歸納訂定，其實歷經前述各項長照政策先後執行的相關計畫規劃與檢討，也經歷長照 1.0 版的試行與調整等，累積許多學術、臨床與實務成果總結而成，以下將根據醫療照護和社會照顧兩大領域在居家、機構、醫院和社區的研究與實踐進行分析。

### 三、現行制度下逐步整合的長照服務資源類型－聚焦社區式服務經驗

歸結前述，在高齡社會階段將會具有的長照資源，早在高齡化社會階段相關政策規劃歷程逐步累積形成。原本發展走向是繼殘補式福利服務首先照顧貧病老人之後，隨著高齡者長照需求逐年大增，台灣社會曾經歷大量建置機構式照護資源，但礙於傳統家庭倫理，社會價值仍停留在照顧高齡者是家庭責任的氛圍下，政府投入建置居家式和社區式長照資源則相對有限的階段(吳淑瓊等，2000)。後續根據吳淑瓊(2004)的文獻來看，過去在長照制度規劃階段，已有參照包括日本在內許多已開發國家回應其高齡化發展的服務策略，確認在地老化政策目標，朝向普及式服務提供的資源建置方向，採行「社區優先」原則，曾經嘗試以先導計畫建構台灣社會較缺乏經驗的「社區式長期照護體系」，規劃相關資源、服務人力，行政整合、財務、組織管理等配套策略。其中提出的服務模式類型可以歸納成居家服務、居家照護、居家無障礙環境改善、緊急救援通報系統、喘息服務、居家復健、照顧住宅、失智症日間照顧中心、家庭托顧等九類。最後四類是當時執行先導計畫期間引入台灣社會，分別在嘉義市、台北縣三峽鎮與鶯歌鎮，實驗城鄉對照的社區式長期照護體系。這九類社區式服務經驗歸納為表 2，對照前

<sup>6</sup> 本資料於 05.05.2017.取自衛福部網頁 <http://www.mohw.gov.tw/lp-8-1.html>



小節行政服務部門管轄業務屬性區分社會照顧和醫療照護兩大領域，進一步將兩大領域的服務提供場所區分成到府服務人力、居家設施調整、社區機構服務等三類，可以得知隨先導計畫引入的四項實驗類型較傾向朝醫療照護領域下的居家與社區機構等硬體設施佈建，以及復健與托顧等輔助性照護服務，主要由現今衛福部「護理及健康照護司」長照科規劃相關政策與管轄行政範圍。

表 2 九類社區式服務

行政服務/服務模式	社會照顧	醫療照護	
到府人力服務	居家服務	居家照護	居家復健
居家設施調整	居家無障礙環境改善	緊急救援通報系統	照顧住宅
社區機構服務	喘息服務	失智症日間照顧中心	家庭托顧

資料來源：本表參考吳淑瓊(2004)研究，由本文自行重編分類繪製

另外，城鄉兩地社區的實驗結果是發展出九類社區式服務，也建置照顧管理機制，建立社區居民自費負擔的使用者付費習慣，顯示普及式服務規劃才能使在地老化的政策目標，社區式長期照護體系在台灣社會具有可行性。然而相對地，這項實驗計畫也提出幾項未來需要克服的難題，包括四類新型服務模式以照顧住宅落實門檻較高；比起家務全包，且工資便宜的外籍看護工，本地社區服務的部分負擔難以競爭；財務負擔須預先預防；政府投入專業服務人力與管理人才培育；鼓勵民間企業投入服務提供須鬆綁相關法令；中央政府協助地方政府推動全人連續照護網絡與相關組織編修，並設立品質管控機制等。

#### 四、家庭照顧者的社會照顧服務需求

相較於醫療照護領域在政府行政部門的服務發展，社會照顧領域的服務則主要來自學者們的研究成果，以及實務界的服務經驗歸納，學術界和實務界都共同呈現出家庭作為社會照顧單元的觀點，並且強調非正式的家庭照顧者已先於整體社會照顧制度建立之前承擔起的重責大任。隨著人口結構老化的發展，面對家人平均壽命延長，工作地點與父母住家分隔兩地，家庭規模卻日益縮減，照顧家中長輩人手不足的窘境，現今身在勞動市場中的成年工作者難以再依循過去的照顧模式，工作抑或是離職回家照顧父母？不再只是個人層面生涯規劃的調整，而是維持家有高齡雙親的家庭生活穩定普遍要面對的社會議題，需要相應規劃社會照顧的制度性服務提供與行政部門的政策支持等具體內容回應。

依循普及式福利服務要讓高齡者享有不需遷移的晚年生活的政策目標規劃，在機構式服務之外，居家和社區服務的各項方案越來越受重視，兩者服務執行過程中家庭照顧者還是要維持一定程度的參與，在高齡者使用各項長照服務資源的過程中家庭照顧者不可能完全缺席，呂寶靜(1999)的實證研究發現，在台灣社會，成年子女常是正式服務體系向高齡者傳遞資訊的媒介，還是高齡者向其中辦服務資源的代理人。家庭成員常是正式服務體系和非正式支持網絡之間的媒介，高齡者的照顧責任通常是直接落家庭成員身上，照顧工作對家庭照顧者會帶來身體、心理、社會關係和經濟與就業等負荷與壓力，需要正式服務體系的制度性支持。在經濟性與就業性支持措施之外，與長照資源直接牽涉的就是勞務性與心理性支持措施(呂寶靜，2005: 32-33)。後兩者支持措施，經過中華民國家庭照顧者總會統籌專家和家庭照顧者意見，進一步研擬歸納成單次性活動、個案服務、喘息服務、諮詢服務、專題講座、支持性團體等六大類服務(陳正芬，2013: 208-209)。大體而言，構思階段的勞務性支持措施涵括單次性活動、個案服務、喘息服務等三類，心理性支持措施則包含諮詢服務、專題講座、支持性團體等三類。

這些措施在學者們先後的構思與規劃服務類型與內容日趨充實，但在長照制度正式施行前，仍多以老人照顧者看法或是家庭照顧者使用意願呈現，或是發展步調不一，也尚未整合周詳的服務資源。呂寶靜(2005, 1997)的研究曾提出老人照顧者對支持照顧者福利措施的看法，主要偏重經濟性支持措施，然後依序是勞務性與心理性支持措施。對照來看，陳正芬(2006)的研究也發現家庭經濟狀況較好，照顧者使用新服務模式(例如照顧住宅)的意願會升高；若再針對勞務性支持措施的實踐場域是機構、居家、社區、照顧住宅，她的研究則呈現家庭照者使用意願深受照顧者的照顧責任和照顧者主觀感受到的照顧負荷左右，反而被照顧者客觀的認知功能或身體功能障礙不必然會影響使用意願。但是，當被照顧者發生認知功能障礙時，照顧者使用機構式服務的意願明顯增加，相對地，當被照顧者發生生活自理能力衰退時，照顧者還是先以將家人留在家中為主要考量，傾向使用居家式服務減輕負荷(陳正芬，2006)。

## 五、家庭照顧者支持服務需求類型與比率

整體而言，在上述包括人口結構高齡化，疾病型態慢性化，健康餘命失能化，致死病因複雜化等結構發展趨勢的共同牽引下，個人與家庭的照顧需求日益複雜化。然而，社會照顧的制度性服務尚未正式由相關行政部門統整規劃與提供以前，家庭照顧者隨家人病程發展而承擔起來的照顧責任，隨著政府部門執行的相應政策規劃階段進展，以及相關統計資料的系統性彙整，逐漸累積出較為具象的照顧者壓力負荷內容。

根據行政院衛生署(2012)完成的《國民長期照護第二階段需要調查報告》來看，各類失能者其主要照顧者所承受的照顧壓力相當多元，複選選項的比率排序呈現首要解決的還是經濟負荷，在存活人口暨死亡人口結構雙雙高齡化的發展態勢下，又面臨家庭規模縮小，家庭成員人口減少的現實狀況，擔任主要照顧者的家庭成員常常同時肩負家庭經濟賺取者身分，工作與照顧家人蠟燭兩頭燒的生活難以為繼，面對兩者之間只能擇一而為的選項，若堅持工作必須解決照顧責任有人分擔的難題。依勞動部統計，目前台灣現有就業人口中已有231萬人工作之餘需同時承擔照顧家人生活的責任，其中甚至有13萬人身陷兩難最後選擇親自照顧家人而離職<sup>7</sup>，有17萬多人必須因照顧家人調整並減少工作時間(表4)，離職、工時減少、甚至可能專職轉兼職等都直接造成收入減少，隨之也影響工作年資與相關退撫待遇，致使主要照顧者日後可能陷入經濟貧困，與此同時照顧精神壓力也逐日隨各項個人生活常軌受限而日益增高。

**表4. 主要照顧者經濟負荷人口推估**

<sup>7</sup> 本資料於 26.04.2017.取自衛福部「長照專區」網頁，  
<https://www.facebook.com/mohw.gov.tw/photos/a.484593545040402.1073741834.470265436473213/532626366903786/?type=3&theater>

## 隱形照護人口

年份	推估隱形失能人數	家人受影響工作人口數	主要照顧者	
			因照顧失能個案而離職	因照顧失能個案而減少工作時間/請假/彈性調整
104年	1,313,147	2,314,335	133,085	177,609

**【13 萬人】因照顧家人而離職**  
**【231 萬人】因照顧家人工作受影響**

資料來源：衛福部「長照專區」網頁

前述研究結果是針對全國性身心失能狀況的普查，第一階段根據失能現況進行推估，第二階段則進一步根據第一階段篩選出具長期照顧需要者及其主要照顧者，就國民長期照護需要調查以衛福部發展之多元評估量表進行深度評估，主要內容包含：（一）ADLs 及IADLs；（二）溝通能力；（三）特殊及複雜照護需要；（四）認知功能（SPMSQ）、情緒及行為型態；（五）居家環境、家庭支持及社會支持；（六）主要照顧者負荷等六大面向(曲同光等, 2015)。研究發現失能者已接受且持續有特殊暨複雜醫療照護需要的種類主要是「管灌餵食」、「管路留置，含尿管、小腿尿管使用」、「透析（洗腎）」等管路醫療，以及「氧氣治療」、「氣切管照護」、「呼吸器」等呼吸照護，有三成多失能者具營養不良的風險(36.80%)。超過八成失能者與家人同住佔居住狀況比率最高(84.40%)，雖有家人照顧，但同時可能讓家庭照顧者面臨前述照顧壓力。相對地，入住機構者(6.82%)和獨居者(5.75%)比率都甚低中的有，再加上約近三成失能者(28.97%)每天與親朋好友聯絡，顯示親友支持網絡未充分發揮功能。

若主要照顧者無法承擔蠟燭兩頭燒的重任，終致不得已選擇辭職回家，又會陷入個人生活受限的窘境，日積月累下來主要照顧者自身可能會隨著出現各類身體疾病，或是心理無法安適的精神壓力，也將成為病人，病人家屬照顧失能家人的困境終致各類諸如長照悲歌的社會問題爆發。多元各樣的家庭主要照顧者負荷壓力如前述呂寶靜(2005)的研究結果顯示，正反應出家庭主要照顧者的福利制度支持需求。在2016年發佈的《長期照顧保險制度規劃報告》的調查中照顧者負荷壓力共計有13次項。經13項可複選需求選項統計結果得知，其中有四成主要照顧者都反應出家庭經濟負荷的迫切性，佔需求比率排列最高者，其次照顧者對其個人「社交活動受到限制」與對家人「煩惱個案的改變」分佔第二三位，約在三成四上下，兩項比率差距甚微，反應出照顧者對於進入與協商失能家人生病歷程的困擾和掙扎。相對而言，比率最低兩項的壓力負荷項「需在工作上做調整」和「需分配時間照顧其他家人」也都將近兩成(參見圖1)。

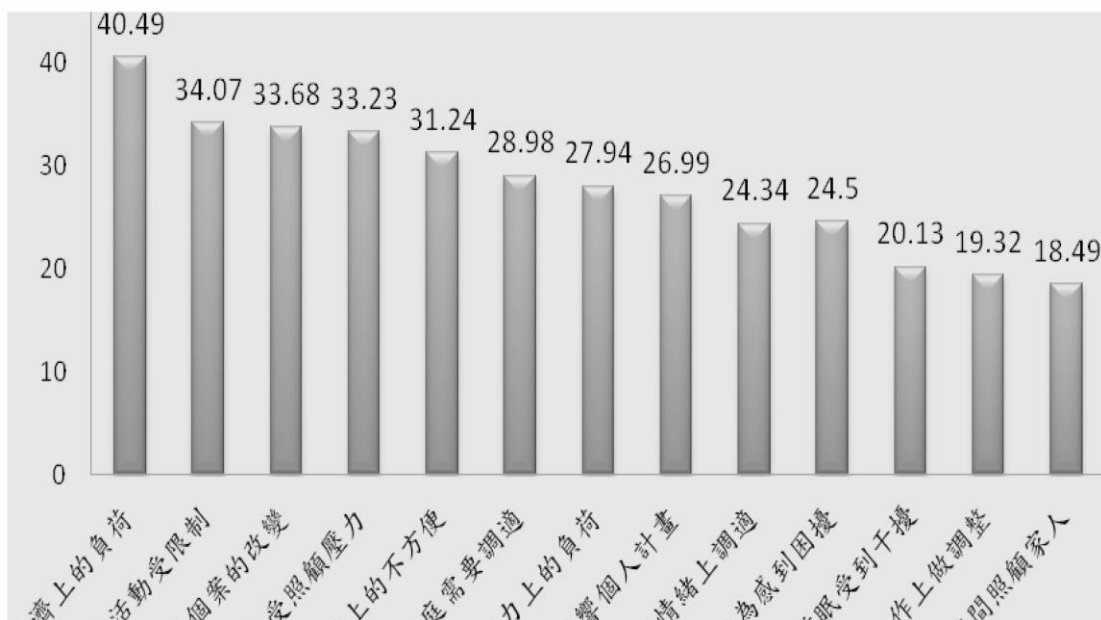


圖1. 主要照顧者壓力負荷各項目比率 (%)

資料來源：衛福部(2016)，《長期照顧保險制度規劃報告》，p.1-11。

進一步歸納行政院衛生署調查的照顧者壓力指標13項目來看，可以歸類成四種問題類型：1.)經濟問題、2.)照顧者個人生活問題(社交活動受到限制、造成生活上的不方便、家庭需要調適、影響個人計畫、睡眠受到干擾、需在工作上做調整)、3.)尚缺照顧的合宜方法(煩惱個案的改變、對個案的行為感到困擾)、4.)已有明確身心壓力(無法承受照顧壓力、體力上的負荷、需作情緒上的調適、需分配時間照顧其他家人)等四大類問題需要克服(參見表5)。

這四類問題型態，以經濟問題的需求最為單純；牽涉照顧者個人生活作息改變，工作與生活方式調整的適應，甚至人際關係與生涯規劃的巨變則是最複雜的；缺乏合宜照顧方法與對家人病程變化以及疾病的屬性等醫療專業較相關；至於已有明確身心壓力的照顧者自身已經要向醫療專業求診，等於是未爆發的潛在身心病人。因此後兩者負荷類型較傾向屬於由醫療照護領域以相關制度資源加以降低的照顧者壓力負荷類型，相對地，家庭照顧者個人生活問題類型比較是社會照顧領域要直接介入的對象。

表5. 家庭照顧者照顧支持需求類型

壓力負荷類型	具體項目內容
經濟與工作支持需求	1 經濟問題、12 需在工作上做調整
照顧知能支持需求	3 煩惱個案的改變、9 對個案的行為感到困擾
照顧者社會生活支持需求	2 社交活動受到限制、5 造成生活上的不方便、6 家庭需要調適、8 影響個人計畫、11 睡眠受到干擾
照顧者身心壓力支持需求	4 無法承受照顧壓力、7 體力上的負荷、10 需作情緒上的調適、13 需分配時間照顧其他家人

資料來源：本表參考行政院衛生署(2012)，《國民長期照護第二階段需要調查報告》。由本文自行重編分類繪製

綜合前述討論，前述四類家庭照顧者照顧支持需求類型(表 5)，以及四類制度性支持服務類型(表

3)，發現家庭照顧者支持服務需求的類型，事實上具有多元性，也兼具跨部門的特質(表 6)，參照前述現有長照法第 13 條規劃提供的法定類型具有外部延伸的潛在推力，但對家庭照顧者而言，卻是最需要解決的生活抉擇。例如，經濟與工作支持需求，在中央行政層級直接牽涉到衛福部與勞動部的跨部門協商，在地方政府層級也牽涉到社福、衛生與勞工局處的合作。此外，即使長照體系籌措專門基金平衡財務，但仍保留一定比例的服務使用者部分負擔，因此有經濟壓力的家庭還是可能礙於資金困窘而無法使用需要的長照服務。

社區裡家庭照顧者的照顧支持需求並非零星特例，前述相關研究已顯示照顧者負荷已超出家庭承擔的範圍。以每位失能老人的主要照顧者是家庭成員之一或是家庭聘僱的看護人力而言，未來將會有 50 萬左右家庭單元捲入老年失能照顧的生活歷程。2013 年「老人狀況調查」顯示有八成左有老人自述身有慢性疾病，而且超過三成多 65 歲以上老人(33.5%)皆自述日常生活功能受限，需要他人給予生活支持與醫療照護，其中老年女性更是高於平均值(35.2%)，顯示過去提供配偶生活照顧的老年女性自中年因擔任主要照顧者而日常生活受限，老後隨著壽命延長面臨自身身體功能衰退，需要生活照顧支持的需求類型與可近照顧資源類型將與其配偶有所差異，值得重視老年照顧資源配置的性別差異。再參照衛生福利部 2011 年「國民長期照護需要調查」，顯示女性(27.0%)比男性主要照顧者有較高壓力性負荷比率，且高於所有 25.5%，單就就不同年齡群而言，失能者對主要照顧者有壓力性負荷比率最高者落在中年人 50-64 歲群，次為年輕老人 65-74 歲群。

因此，每四位主要照顧者之一就有一位有照顧負荷，其中尤其集中在女性和中高齡老人是家有失能者的主要照顧者，而且這些主要照顧者提供失能家人生活照顧時承受的照顧負荷，特別是中年人處於既要工作又要照顧家中失能長輩的兩頭忙狀態，最需要完整周詳的長期照顧制度支撐，能取得有效照顧支持資源才能減輕重擔，持續工作穩定家庭經濟。

## 六、照付負荷影響家庭照顧決策制定與照顧支持類型

除了經濟考量的關鍵影響以外，使用意願要落實成具體使用行為，兩者之間還是有不確定性存在，機構、居家、社區、照顧住宅等四種服務類型之間，隨著高齡者生命歷程走向末期可能出現需多交錯替代的組合，不同組合之間的流轉推移，則視家庭照顧者能從國家制度和政府部門取得哪些長照服務類型與內容，以及在制度條件下如何取得長照資源，都會影響家庭照顧者制定照顧決策的選項，例如是否讓老年失能家屬留在家中，或是送進護理之家等機構。

Kao 和 McHugh(2004)針對中風老人及其照顧者的研究，發現照顧負荷與中風老人入住護理之家有顯著關係。這項量化研究的 147 位照顧者樣本中，男性較多，超過一半(53%)，與全國性概況資料不同，可能是受限於其取樣來源，以入住護理之家的家庭照顧者為準，而入住機構者的家庭照顧者和居家失能老人的照顧者的照顧支持有何不同，或是有類似之處是值得長照制度建立後繼續觀察的。不過，文中同時建議自機構出院後的繼續照顧，例如喘息服務和居家服務需要加強，才能減輕照顧者的負荷，支持家庭照顧的功能，目前已規劃在長照體系 2.0 版提供的社區照顧支持項目當中。

徐亞瑛等人(Shyu and Lee, 2002)的量化研究結果也指出，在 233 位家庭照顧者樣本中，女性照顧者較多，超過一半以上(55.4%)，與全國性概況資料近似。年齡範圍廣及 22 歲至 89 歲，平均年齡則是 52.3 歲。照顧者與老人的關係以父子關係為最(34.8%)，其次是配偶(30.5%)，第三是媳婦(20.2%)。研究結果顯示不同因素分別左右有照顧需求的老人是否會入住機構，抑或是留在家中接受居家護理。老人住院前曾入住護理之家者，以及家庭照顧者對機構安置的偏好等兩項因素是預測老人及其家庭使用機構的最大影響因素。出院前老人自我照顧能力、意識程度和老人身上是否有管路留置等三項，則是老人接受居家護理最有力的預測因子。除了量化研究，質性研究也有照顧負荷影響家庭照顧決策的發現。徐亞瑛等人(Hsu & Shyu, 2003)曾針對十二位衰弱老人的家庭照顧者進行質性訪談，發現照顧者調適其



照顧負荷的方式，會影響其繼續將老年衰弱家人留在家照顧的能力。綜和而言，以上研究共同呈現出老人的特性、照顧者與老人的關係、家庭的經濟、家庭照顧者對機構的看法等會影響照顧者決定其有照顧需求的老年家人入住機構與否。

邱麗蓉等人(2007)針對門診65歲以上的初期狀失智症老人及其主要照顧家屬進行的量化研究顯示，共計訪視71位有效樣本的主要照顧者當中，以女性居多，平均年齡49.3歲，主要照顧者與病患關係中，兒子最多(31%)、女兒次之(29.6%)，配偶其三(15.5%)。失智症病患主要照顧者壓力源包括有個案記憶行為問題、日常生活功能、認知功能及個案經濟來源等四項，這些壓力源影響主要照顧的健康狀況，進而影響其照顧因應行為。主要照顧者對個案記憶行為問題和日常生活功能評價感受困擾程度越高，及其處理記憶行為問題的自我效能愈低，則主要照顧者整體健康愈差；相對地，若主要照顧者健康狀況愈差，則其對個案的記憶行為問題和日常生活功能評價感受困擾程度愈高，且處理其記憶行為問題的自我效能越低。主要照顧者運用情緒因應行為頻率愈高者，則健康較差。長期下來的結果，主要照顧者也逐漸成為病患背後的「隱形病人」。對此這項研究因而建議，首先提供主要照顧者情緒性支持，教導問題解決的因應策略，較能避免照顧無力感，維護主要照顧者的身心健康。另外，多方發展社區失智症照顧方案，協助失智症家屬建立社會支持網絡，廣泛聯結服務資源，並於社區中成立失智症家屬的自助性支持團體等都是可行的照顧支持。

## 參考文獻

- Hsu, H., & Shyu, Y. L. (2003). Implicit exchanges in family caregiving for frail elders in Taiwan. *Qualitative Health Research* 13(8), 1078-1093.
- Kao, H. S., & McHugh, M. L. (2004). The role of caregiver gender and caregiver burden in nursing home placements for elderly Taiwanese survivors of stroke. *Research in Nursing & Health*, 27, 121-134.
- Shyu, Y. L., & Lee, H. (2002). Predictors of nursing home placement and home nursing services utilization by elderly patients after hospital discharge in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 38(4), 398-406.
- 曲同光、彭美琪、白其怡(2015)。〈規劃長照保險重要基礎資料庫—國民長期照護需要調查〉，《國土及公共治理季刊》。3(1): 108-114。
- 李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組(2013)。〈臺灣長期照護保險之規劃與展望〉，《社區發展季刊》，141: 26-44。
- 呂寶靜(2005)。《高齡社會的來臨：為 2025 年的台灣社會規劃之整合研究—高齡社會之老人健康與社會照顧》國科會研究計畫結案報告：105-106。
- 呂寶靜(2005)。〈支持家庭照顧者的長期照顧政策之構思〉，《國家政策季刊》，4(4)，頁 26-40。
- 呂寶靜(2001)。《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。台北：五南出版公司。
- 呂寶靜(1999)。〈家庭成員在正式社會服務體系角色之初探—從個案管理的觀點分析老人成年子女的角色〉。《國科會人文及社會科學研究彙刊》，9(2): 347-363。
- 呂寶靜(1997)。〈老人家庭照顧者在社會服務體系角色之初探〉。《主計月報》，84(6): 35-38。
- 吳淑瓊(2004)。〈從「建構長期照護體系先導計畫」之執行看我國社區式長期照護體系之建構〉。《社區發展季刊》，106: 88-96。
- 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲(2007)。〈失智症病患主要照顧者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討〉。《精神衛生護理雜誌》，2(2): 31-44。
- 陳正芬(2013)。〈我國長期照顧體系欠缺的一角：照顧者支持服務〉。《社區發展季刊》，141: 203-213。
- 陳正芬、吳淑瓊(2006)。〈家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討〉。《人口學刊》，32: 83-121。
- 魏書娥(2015)。〈社區照護安寧化的制度整合與政策轉銜分析〉。台灣社會福利學會：2015 年會論壇「社區安寧療護的多元實踐」。

## 科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形(請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊)

論文：

已發表 3 會議論文；

1 篇論文投稿期刊修改中；

1 篇會議論文撰寫中

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以 500 字為限）。

1.在現象層面分析死亡事實的建構；

2.釐清死亡結構的地區分佈，提升長照資源的普及率；

3.探討社區長照資源在政策意涵層面的定位與社區落實的條件；

4.就理論觀點在詮釋效力的對話與反思等方面提供台灣經驗的重要性。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否

是，建議提供機關 衛福部，文化部

(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)

本研究具影響公共利益之重大發現： 否  是

說明：(以 150 字為限)

## 科技部補助專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：魏書娥		計畫編號：MOST103-2410-H-343-018-MY2				
計畫名稱：台灣社會的死亡結構分析與死亡系統建構						
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)		
國內	學術性論文	期刊論文		2 篇	請附期刊資訊。	
		研討會論文			1.魏書娥/賴定倫/葉崇揚 「台灣社會的死亡結構變遷－1972~2013年的分析」 2016 台灣社會學年會暨科技部社會學門成果發表會「社會學秘境探索」學術研討會，26-27.11.2016., 花蓮：東華大學。 2.魏書娥/黃麗續 「家庭照顧者支持服務需求與其照顧決策制定之探究」，2017 國際生命教育高峰論壇暨第十三屆現代生死學理論建構學術研討會，15-16.06.2017., 嘉義：南華大學。	
		專書			本	請附專書資訊。
		專書論文			章	請附專書論文資訊。
		技術報告			篇	
		其他			篇	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	件	請附佐證資料，如申請案號。
				已獲得		請附佐證資料，如獲證案號。
			新型/設計專利			
		商標權				
		營業秘密				
		積體電路電路布局權				
		著作權				
		品種權				
	其他					
技術移轉	件數		件			
	收入		千元	1. 依「科技部科學技術研究發展成果歸屬及運用辦法」第2條規定，研發成果收入係指執行研究發展之單位因管理及運用研發成果所獲得之授權金、權利金、價金、股權或其他權益。 2. 請註明合約金額。		

國外	學術性論文	期刊論文			篇	請附期刊資訊。	
		研討會論文		1		1. Jen-Der Lue & Shu-Er Wei, Social investment for children or elderly? - A Case Study of Taichung City's Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan. 3 <sup>rd</sup> Transforming Care Conference: Innovation and Sustainability, Polytechnic of Milan, Italy, 26-28 June 2017.	
		專書				本	請附專書資訊。
		專書論文				章	請附專書論文資訊。
		技術報告				篇	
		其他				篇	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中		件	請附佐證資料，如申請案號。
				已獲得			請附佐證資料，如獲證案號。
			新型/設計專利				
		商標權					
		營業秘密					
		積體電路電路布局權					
		著作權					
		品種權					
	其他						
技術移轉	件數				件		
	收入				千元	1. 依「科技部科學技術研究發展成果歸屬及運用辦法」第2條規定，研發成果收入係指執行研究發展之單位因管理及運用研發成果所獲得之授權金、權利金、價金、股權或其他權益。 2. 請註明合約金額。	
參與計畫人力	本國籍	大專生		2	人次		
		碩士生		3			
		博士生		1			
		博士後研究員		1			
		專任助理					
	非本國籍	大專生					
		碩士生					
		博士生					
		博士後研究員					
		專任助理					

其他成果

(無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)

## 科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：2017 年 07 月 26 日

計畫編號	MOST103-2410-H-343-018-MY2		
計畫名稱	台灣社會的死亡結構分析與死亡系統建構		
出國人員姓名	魏書娥	服務機構及職稱	南華大學生死學系
會議時間	2017 年 06 月 26 日至 2017 年 06 月 28 日	會議地點	Milan, Italy
會議名稱	3 <sup>rd</sup> Transforming Care Conference: Innovation and Sustainability, Polytechnic of Milan, Italy, 26-28 June 2017		
發表題目	Social investment for children or elderly? - A Case Study of Taichung City's Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan.		

### 一、參加會議經過：

自 6 月 26 日至 6 月 28 日在義大利米蘭理工大學( the polytechnic of Milan)，舉行了為期三天的第三屆「轉變中照護會議」(3<sup>rd</sup> transforming care conference)，這場學術研討會今年會議主旨聚焦在「創新與永續」(innovation and sustainability)，主辦單位是米蘭理工大學建築與都市研究系(department of architecture and urban studies)與丹麥地方與區域政府研究機構(KORA, Danish Institute for Local and Regional Government Research)。

在會議開幕致詞時，米蘭理工大學建築與都市研究系 (department of architecture and urban studies) 任教的 Costanzo Ranci Tine 教授表示這項研討會每兩年舉辦一次的國際學術會議，第一屆和第二屆都在丹麥哥本哈根舉行，由 KORA 主辦，第三屆由米蘭理工大學接手，下一屆將再回到哥本哈根續由 KORA 執行。這次會議暨邀請三場主題演講，分別是專研家庭、婦女、貧窮議題與社會政策的 Chiara Saraceno 教授講述 Two different discourses on sustainability in social care with regard to children and the frail old；專精社會政策、健康與長照、跨國社會保障分析等議題的 August Österle 教授分析 Long-term care and social sustainability；專研社會政策與社會服務議題的 Anneli Anttonen 教授總結 Three decades of research: what we can learn about the sustainability of care policies? 等共同揭示今年會議主軸「創新與社會永續」(Innovation and Social Sustainability)。

根據上述今年會議主旨，Costanzo Ranci Tine 教授繼續表示，這次三天的會議議程計有 120 篇左右投稿，經會議科學委員會分組討論後推薦接受，結束徵稿後所有發表文章經前述委員會合併規劃成六軌 20 場主題領域發表，6 場主題討論，以及最後一場圓桌討論。六軌主題發表包括 care policy and institutional setting, innovation and trade-offs in care services, integrational care arrangements and

informal care, care work and changing care arrangements, care policy in different care regimes, sustainable innovation in care policy 等六項，我和呂建德教授共同發表的論文“Social investment for children or elderly? - A Case Study of Taichung City’s Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan”，被規劃在「不同照顧體制下的照顧政策」(care policy in different care regimes)第17場主題「轉變體制下以家庭為基礎的照顧提供：亞洲社會的挑站與機會」(TP17, family-based caregiving under transforming regimes: challenges and opportunities in Asian societies)當中發表，會議主持人是香港中文大學社工系的黃敬歲教授，同場共有四篇論文，還包括Tine Rostgaard就東亞與東南亞國家的社會照顧取向進行比較分析，Tae-Young Yun討論南韓長照保險的家庭照顧幫手的地位問題，以及黃敬歲教授等三人討論香港失能者的照顧者遭遇的照顧衝擊等論文，分別就量化分析、質性研究、政策比較觀點，討論韓國、香港、台灣的長照經驗，以及東南亞國家社會照顧比較，是這次會議中少見的東亞經驗聚焦討論場次。此外，在其他場次仍有單篇論文討論分別討論台灣、日本、韓國、香港、中國、印度…等亞洲社會，關於照顧體制、照顧政策、照顧服務提供與模式等領域的議題。例如，專文討論台灣社會的計有五篇，有兩篇關於失能者聘用個人助理(PA)的論文(TP5)，一篇分析醫院護理人員的組織承諾(TP15A)，一篇探討男性身障者的性需求(TP26)，以及另一篇祖母照顧的親職工作調和(TP11)。另有討論日本社會新興的兼顧老幼照顧女性的社會風險問題(TP11)，討論東亞照顧鏈與移工問題(TP13)等文獻。

## 二、 會議議程與手冊網址：

<http://www.transforming-care.net/wp-content/uploads/2017/06/TCC-Conference-programme.pdf>

➤ 攜回會議手冊紙本一份

## 三、 與會心得：

1. 這次研討會的研討主旨定焦在「創新與永續」，經過三天研討，出席三場主題演講、參與八個發表場次，以及最後一場圓桌討論之後，創新主題面向主要是呈現不同照顧體制或是照顧提供模式下的多元發展與比較分析，不論在北歐、歐洲、美洲、東亞，或是東南亞的發展經驗均顯示，去機構化之後走向居家與社區的照顧趨勢，同時這也是各個社會建立與維持長期照顧制度的共同目標。
2. 相對而言，永續主題面向主要是集中檢視與照顧體制密切相關的健康保險，或是長照保險制度等財務平衡議題。在現今世界各國均面臨財源窘迫的經濟現實之際，開拓財源與支付改革則是兩大重點。因此，市場化與私有化趨勢成為兩大關注焦點，即使連北歐瑞典和德國等，為求實踐社會平等與正義目標，向來強調以社會照顧為照顧政策的制度核心與重點，為了制度永續經營，財源規劃都要引入市場化與私有機制。
3. 由於這種發展取向的全球變革，服務提供模式受到的影響一方面是從政府部門和NPO團體跨域合作的創新模式經驗當中，尋借助服務人力的彈性化和服務內容的多樣化，尋求照顧制度的維持條件；另一方面則是在財務緊縮的壓力下面對照顧資源配置調整的壓力，承受服務人力短缺，



外籍服務人力的專業培育，進而衍生居家照顧關係的複雜化，照顧人力性別化，外籍照顧移工的在地文化適應，以及不同階段照顧模式的整合等問題。

4. 比較而言，雖然會議論文仍以西、北歐和美洲社會為討論焦點，但隨著全球勞工移動的潮流，經濟全球化的財務金融動態，以及高齡人口全球快速增長的趨勢，這個會議的學術研究視野也連動拓展到東北亞、東南亞和歐盟社會，亞洲學術社群的研究成果在未來將更受重視，亞洲與歐洲學術社群的照顧研究合作活動亦將備受期待。

#### 四、發表論文摘要

Proposal for Session 4 at 3<sup>rd</sup> Transforming Care Conference: Innovation and Sustainability, Polytechnic of Milan, Italy, 26-28 June 2017

4-Social investment and long-term Care - Is There a Connection?

### **Social investment for children or elderly? - A Case Study of Taichung City's Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan.**

#### **Abstract**

In the post-industrial societies, the traditional male-breadwinner welfare model, within which social spending was expended on pension and other consumptive social policies (i.e. unemployment benefits) and the youth and women were often neglected, cannot efficiently deal with the emerging new social risks. Consequently, we need a new welfare state: the social investment state. New social investment strategy aims to facilitate human-capital formation of children and women by placing more emphasis on childcare services and education, since these investment-oriented policies can initiate a process of productive virtuous cycle. However, a theoretical debate arises about whether eldercare can be regarded as a part of social investment strategy or not. In this paper, we will analyse Taichung city's "Child Care Subsidize Program" and "Universal Elderly Care Program" which are launched soon after the party alternation in 2015.

The experience of Taichung city's social investment strategy is particularly significant. Firstly, social investment policies at local government level deserve our special attention because service-oriented social investment policies are often implemented and administrated at the level of local governments. This is very different from, for example, pension policy that is usually regulated and administrated by the central government. Secondly, as a successful and significant case, the two programmes mentioned above are underpinned on the idea of social investment and aim to change the traditional cash-oriented welfare model under the Kuomintang domination. Therefore, the experience of Taichung city's remarks a path shift from traditional clientelistic cash-oriented welfare model towards service-oriented social investment state in Taiwan.

In this paper, we will argue that childcare and eldercare services are both part of social investment when these service-oriented policies can create more job opportunities for female and improve quality of life of

children and elderly, but we also find some difficulties need to be addressed in the process of path shift from traditional clientelistic cash-oriented welfare policies to service-oriented social investment policies. Firstly, coordination and conflicts between different administrative sectors existed. Secondly, the reforms changed the constellation of different societal interest groups and created new winners and losers (Child/Women vs. Elderly). Thus, this paper will collect secondary quantitative and qualitative data to analyse how the negotiation process has been processed through discourse debates and partisan political exchange and the investment-effects of two social investment programmes. Finally, the implications and reform experiences for welfare reform in Taiwan and the emerging new East Asian welfare regime will be discussed in the concluding remarks.

Keywords: cash-oriented, service-oriented, clientelistic welfare state, social investment state, Local Government, Taichung City, Taiwan

(finance supported by MOST103-2410-H-343 -018 -MY2)

# 科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：2017 年 07 月 26 日

計畫編號	MOST103-2410-H-343-018-MY2		
計畫名稱	台灣社會的死亡結構分析與死亡系統建構		
出國人員姓名	魏書娥	服務機構及職稱	南華大學生死學系
會議時間	2017 年 06 月 26 日至 2017 年 06 月 28 日	會議地點	Milan, Italy
會議名稱	3 <sup>rd</sup> Transforming Care Conference: Innovation and Sustainability, Polytechnic of Milan, Italy, 26-28 June 2017		
發表題目	Social investment for children or elderly? - A Case Study of Taichung City's Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan.		

## 一、參加會議經過：

自 6 月 26 日至 6 月 28 日在義大利米蘭理工大學( the polytechnic of Milan)，舉行了為期三天的第三屆「轉變中照護會議」(3<sup>rd</sup> transforming care conference)，這場學術研討會今年會議主旨聚焦在「創新與永續」(innovation and sustainability)，主辦單位是米蘭理工大學建築與都市研究系(department of architecture and urban studies)與丹麥地方與區域政府研究機構(KORA, Danish Institute for Local and Regional Government Research)。

在會議開幕致詞時，米蘭理工大學建築與都市研究系 (department of architecture and urban studies) 任教的 Costanzo Ranci Tine 教授表示這項研討會每兩年舉辦一次的國際學術會議，第一屆和第二屆都在丹麥哥本哈根舉行，由 KORA 主辦，第三屆由米蘭理工大學接手，下一屆將再回到哥本哈根續由 KORA 執行。這次會議暨邀請三場主題演講，分別是專研家庭、婦女、貧窮議題與社會政策的 Chiara Saraceno 教授講述 Two different discourses on sustainability in social care with regard to children and the frail old；專精社會政策、健康與長照、跨國社會保障分析等議題的 August Österle 教授分析 Long-term care and social sustainability；專研社會政策與社會服務議題的 Anneli Anttonen 教授總結 Three decades of research: what we can learn about the sustainability of care policies? 等共同揭示今年會議主軸「創新與社會永續」(Innovation and Social Sustainability)。

根據上述今年會議主旨，Costanzo Ranci Tine 教授繼續表示，這次三天的會議議程計有 120 篇左右投稿，經會議科學委員會分組討論後推薦接受，結束徵稿後所有發表文章經前述委員會合併規劃成六軌 20 場主題領域發表，6 場主題討論，以及最後一場圓桌討論。六軌主題發表包括 care policy

and institutional setting, innovation and trade-offs in care services, integrational care arrangements and informal care, care work and changing care arrangements, care policy in different care regimes, sustainable innovation in care policy 等六項，我和呂建德教授共同發表的論文“Social investment for children or elderly? - A Case Study of Taichung City’s Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan”，被規劃在「不同照顧體制下的照顧政策」(care policy in different care regimes)第 17 場主題「轉變體制下以家庭為基礎的照顧提供：亞洲社會的挑站與機會」(TP17, family-based caregiving under transforming regimes: challenges and opportunities in Asian societies) 當中發表，會議主持人是香港中文大學社工系的黃敬歲教授，同場共有四篇論文，還包括 Tine Rostgaard 就東亞與東南亞國家的社會照顧取向進行比較分析，Tae-Young Yun 討論南韓長照保險的家庭照顧幫手的地位問題，以及黃敬歲教授等三人討論香港失能者的照顧者遭遇的照顧衝擊等論文，分別就量化分析、質性研究、政策比較觀點，討論韓國、香港、台灣的長照經驗，以及東南亞國家社會照顧比較，是這次會議中少見的東亞經驗聚焦討論場次。此外，在其他場次仍有單篇論文討論分別討論台灣、日本、韓國、香港、中國、印度... 等亞洲社會，關於照顧體制、照顧政策、照顧服務提供與模式等領域的議題。例如，專文討論台灣社會的計有五篇，有兩篇關於失能者聘用個人助理(PA)的論文(TP5)，一篇分析醫院護理人員的組織承諾(TP15A)，一篇探討男性身障者的性需求(TP26)，以及另一篇祖母照顧的親職工作調和(TP11)。另有討論日本社會新興的兼顧老幼照顧女性的社會風險問題(TP11)，討論東亞照顧鏈與移工問題(TP13)等文獻。

## 二、 會議議程與手冊網址：

<http://www.transforming-care.net/wp-content/uploads/2017/06/TCC-Conference-programme.pdf>

➤ 攜回會議手冊紙本一份

## 三、 與會心得：

1. 這次研討會的研討主旨定焦在「創新與永續」，經過三天研討，出席三場主題演講、參與八個發表場次，以及最後一場圓桌討論之後，創新面向主要是呈現不同照顧體制或是照顧提供模式下的多元發展與比較分析，不論在北歐、歐洲、美洲、東亞，或是東南亞的發展經驗均顯示，去機構化之後走向居家與社區的照顧趨勢，同時這也是各個社會建立與維持長期照顧制度的共同目標。
2. 相對而言，永續面向主要是集中檢視與照顧體制密切相關的健康保險，或是長照保險制度等財務平衡議題。在現今世界各國均面臨財源窘迫的經濟現實之際，開拓財源與支付改革則是兩大重點。因此，市場化與私有化趨勢成為兩大關注焦點，即使連北歐瑞典和德國等，為求實踐社會平等與正義目標，向來強調以社會照顧為照顧政策的制度核心與重點，為了制度永續經營，財源規劃都要引入市場化與私有機制。

3. 由於這種發展取向的全球變革，服務提供模式受到的影響一方面是從政府部門和 NPO 團體跨域合作的創新模式經驗當中，尋借助服務人力的彈性化和服務內容的多樣化，尋求照顧制度的維持條件；另一方面則是在財務緊縮的壓力下面對照顧資源配置調整的壓力，承受服務人力短缺，外籍服務人力的專業培育，進而衍生居家照顧關係的複雜化，照顧人力性別化，外籍照顧移工的在地文化適應，以及不同階段照顧模式的整合等問題。
4. 比較而言，雖然會議論文仍以西、北歐和美洲社會為討論焦點，但隨著全球勞工移動的潮流，經濟全球化的財務金融動態，以及高齡人口全球快速增長的趨勢，這個會議的學術研究視野也連動拓展到東北亞、東南亞和歐盟社會，亞洲學術社群的研究成果在未來將更受重視，亞洲與歐洲學術社群的照顧研究合作活動亦將備受期待。

#### 四、發表論文摘要

Proposal for Session 4 at 3<sup>rd</sup> Transforming Care Conference: Innovation and Sustainability, Polytechnic of Milan, Italy, 26-28 June 2017

4-Social investment and long-term Care - Is There a Connection?

**Social investment for children or elderly? –**

**A Case Study of Taichung City's Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan.**

#### **Abstract**

In the post-industrial societies, the traditional male-breadwinner welfare model, within which social spending was expended on pension and other consumptive social policies (i.e. unemployment benefits) and the youth and women were often neglected, cannot efficiently deal with the emerging new social risks. Consequently, we need a new welfare state: the social investment state. New social investment strategy aims to facilitate human-capital formation of children and women by placing more emphasis on childcare services and education, since these investment-oriented policies can initiate a process of productive virtuous cycle. However, a theoretical debate arises about whether eldercare can be regarded as a part of social investment strategy or not. In this paper, we will analyse Taichung city's "Child Care Subsidize Program" and "Universal Elderly Care Program" which are launched soon after the party alternation in 2015.

The experience of Taichung city's social investment strategy is particularly significant. Firstly, social investment policies at local government level deserve our special attention because service-oriented social investment policies are often implemented and administrated at the level of local governments. This is very different from, for example, pension policy that is usually regulated and administrated by the central government. Secondly, as a successful and significant case, the two programmes mentioned above are underpinned on the idea of social investment and aim to change the traditional cash-oriented welfare model under the Kuomintang domination. Therefore, the experience of Taichung city's remarks a path shift from traditional clientelistic cash-oriented welfare model towards service-oriented social investment state in Taiwan.

In this paper, we will argue that childcare and eldercare services are both part of social investment when

these service-oriented policies can create more job opportunities for female and improve quality of life of children and elderly, but we also find some difficulties need to be addressed in the process of path shift from traditional clientelistic cash-oriented welfare policies to service-oriented social investment policies. Firstly, coordination and conflicts between different administrative sectors existed. Secondly, the reforms changed the constellation of different societal interest groups and created new winners and losers (Child/Women vs. Elderly). Thus, this paper will collect secondary quantitative and qualitative data to analyse how the negotiation process has been processed through discourse debates and partisan political exchange and the investment-effects of two social investment programmes. Finally, the implications and reform experiences for welfare reform in Taiwan and the emerging new East Asian welfare regime will be discussed in the concluding remarks.

Keywords: cash-oriented, service-oriented, clientelistic welfare state, social investment state, Local Government, Taichung City, Taiwan

(finance supported by MOST103-2410-H-343 -018 -MY2)



103年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：魏書娥		計畫編號：103-2410-H-343-018-MY2				
計畫名稱：台灣社會的死亡結構分析與死亡系統建構						
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)		
國內	學術性論文	期刊論文	0	篇	1. 魏書娥/賴定佺/葉崇揚 「台灣社會的死亡結構變遷—1972~2013年的分析」，2016台灣社會學年會暨科技部社會學門成果發表會「社會學秘境探索」學術研討會，26-27. 11. 2016.，花蓮：東華大學。 2. 魏書娥/黃麗續 「家庭照顧者支持服務需求與其照顧決策制定之探究」，2017國際生命教育高峰論壇暨第十三屆現代生死學理論建構學術研討會，15-16. 06. 2017.，嘉義：南華大學。	
		研討會論文	2			
		專書	0			本
		專書論文	0			章
		技術報告	0			篇
		其他	0			篇
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
				新型/設計專利	0	
		商標權	0			
		營業秘密	0			
		積體電路電路布局權	0			
		著作權	0			
		品種權	0			
		其他	0			
技術移轉	件數	0	件			
	收入	0	千元			
國外	學術性論文	期刊論文	0	篇	1. Jen-Der Lue & Shu-Er Wei, Social investment for children or elderly? - A Case Study of Taichung City' s Childcare and Elder Care Reforms in Taiwan. 3rd Transforming Care Conference: Innovation and Sustainability, Polytechnic of Milan, Italy, 26-28 June 2017	
		研討會論文	1			



		專書		0	本		
		專書論文		0	章		
		技術報告		0	篇		
		其他		0	篇		
	智慧財產權 及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	
				已獲得	0		
			新型/設計專利		0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
		著作權		0			
		品種權		0			
		其他		0			
	技術移轉	件數		0	件		
收入		0	千元				
參與計畫人力	本國籍	大專生		2	人次	兼任助理協助文書資料整理與逐字稿整理	
		碩士生		3		兼任助理協助勞退保險，文書行政登錄與逐字稿整理	
		博士生		1		兼任助理協助統計資料彙整，赴加值中心作業與初步分析	
		博士後研究員		1		臨時人員協助赴加值中心作業與統計分析彙整	
		專任助理		0			
	非本國籍	大專生		0			
		碩士生		0			
		博士生		0			
		博士後研究員		0			
		專任助理		0			
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)							

# 科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表  未發表之文稿  撰寫中  無

專利： 已獲得  申請中  無

技轉： 已技轉  洽談中  無

其他：（以200字為限）

已發表3會議論文；

1篇論文投稿期刊修改中；

1篇會議論文撰寫中

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

1. 在現象層面分析死亡事實的建構；

2. 釐清死亡結構的地區分佈，提升長照資源的普及率；

3. 探討社區長照資源在政策意涵層面的定位與社區落實的條件；

4. 就理論觀點在詮釋效力的對話與反思等方面提供台灣經驗的重要性。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否  是，建議提供機關衛生福利部, 文化部,

（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否  是

說明：（以150字為限）