

愛知大学

博士学位论文

“未备先老”下的长期护理需求

与制度供给探索：

基于东亚地区实践的中国本土实证研究

氏 名： 臧 政
学 籍 番 号： 1 5 D C 1 6 0 4
指 导 教 授： 唐 燕 霞 教 授
研 究 科： 中 国 研 究 科
专 攻： 中 国 研 究 专 攻
申 请 类 别： 课 程 博 士
入 学 时 间： 二〇一五年四月

二〇二〇年八月二十日

“未备先老”下的长期护理需求
与制度供给探索：
基于东亚地区实践的中国本土实证研究

*The Exploration of Long-Term Care
Requirements and System Supplies under
"Not Prepared for Old Age"
-- An Empirical Study of China's Locality
Based on the Practice of East Asia*

臧 政

ZANG Zheng

2020.08.20

摘要

老年人对于长期护理有着较高的需求，实施社会长期护理制度是中国社会建设和发展的必然趋势。当前，一些发达国家已经实施了相应的长期护理制度来应对老龄化危机，在中国采取符合中国国情的长期护理制度将成为应对日益加剧的老龄化问题的重要举措。

本论文以基于帕森斯 AGIL 理论的社会学“四要素”分析框架为理论基础，比较和总结了德、美等发达国家长期护理制度中所蕴含的“经济、政治、社会、文化”四要素的内容，并对作为东亚文化圈代表的中国台湾地区和日本的长期护理制度进行了探析。通过实证调查，本文分析中国湖北省武汉市老年人长期护理需求，获得如下发现：（1）当前武汉市老年人受照护状况不佳，养老隐忧大；（2）武汉市老年人在长期护理方面存在需求；（3）已经接受长期护理的老年人对相关制度充满期待。本论文通过统计分析表明，老年人长期护理应以居家式为主、机构式为辅。

针对武汉市老年人对长期护理的需求和制度期待，本文在社会学“四要素”分析框架下，分析和探讨城市老年人长期护理的制度供给问题。通过考察现行相关制度，发现存在如下问题：（1）老年人多元化长期护理需求不能得到满足；（2）长期护理发展中政府、市场、家庭各自的责任和义务不明晰；（3）长期护理“福利”与“产业”二重性不平衡。

本文根据基于帕森斯 AGIL 理论的社会学“四要素”分析框架，提出关于制度供给诸方面内容的观点。在宏观层面上，应建立基于福利多元理论的“小政府”、“大社会”、“市场化”、“居家式”的长期护理制度供给模式，以社区为连接点，实现公共部门、营利部门、非营利部门、及家庭的良性整合互动。在中观层面上，应建立基于社会政策分析架构的长期护理制度供给方式，分配基础以保障对象的普遍性与选择性相结合，实行政府责任与社会责任相结合的筹资方式，建立政府主导、居家式长期护理为主的输送策略，以实物给付与现金给付相结合作为福利类型。在微观层面上，老年人长期护理须包含“日常生活照料服务项目”、“专业医疗服务项目”、“精神慰藉服务项目”和“社会需求服务项目”四类长期护理项目。

总之，根据基于帕森斯 AGIL 理论的“社会学四要素分析框架”，长期护理需求可从四个方面把握，即“日常生活照料服务”、“专业医疗服务”、“精神慰藉服务”和“社会需求服务”。同样，长期护理制度供给也应该从四个方面完善制度，即分配基础、筹资方式、输送策略、福利类型。在中国建立长期护理体系，不仅有必要性、可行性，也与中国的“孝”思想相融贯，具有乐观的前景。

关键词：人口老龄化；东亚长期护理实践；长期护理需求；长期护理制度供给

Abstract

China has stepped into an aging society, and Wuhan city has also become an aging city. At present, some developed countries have implemented a long-term care system corresponding to deal with the crisis of aging. In this irreversible process, it is practical and significant to study the demand and will for long-term care in the elderly by investigating the physical condition of the elderly people in Wuhan city.

The paper takes the "four elements" analysis framework as the theoretical basis, to compare and summarize the long-term care system which contained in the "economic, political, social, and cultural" four elements in some developed countries such as Germany and the United States. Through the empirical investigation and analysis, this paper draws the following conclusions: (1) At present, in Wuhan city, the elderly care conditions are very poor, and the provisions for the aged are not enough; (2) The old people in Wuhan city have the demands for long-term care; (3) To establish long-term care system is imperative with the intensification of aging and the replacement of generations. Statistical analysis shows that the priority-ranked mode of long-term care for the elderly is home health care.

Finally, this paper gives some suggestions for the establishment of the long-term care system by analyzing the empirical data. At the macro level, the long-term care system supply model which include "small government", "big society", "marketization" and "home style" should be established which based on the theory of welfare pluralism to realize the benign interaction and integration of "the public sector", "the for-profit sector", "the nonprofit sector" and "family". At the median level, the supply mode of a long-term care system should be established which based on social policy analysis framework. The supply mode should take the combination of the universality and selectivity to security object as the allocation base; take the combination of the government's responsibility and social responsibility as the way of financing; take the combination of government leading, home style and four types of long-term care as the delivery strategy; take the combination of cash payment and care services as the welfare type. At the micro level, the long-term care for the elderly should include four types of long-term care projects: "daily life care services project", "professional medical service project", "spiritual consolation service project" and "social demand service project".

In short, according to the sociological analysis framework of "four elements", the

long-term care demand can be grasped from four aspects, namely "daily life care service", "professional medical service", "spiritual consolation service" and "social demand service". Similarly, the long-term care system supplies should be improved from four aspects, namely, the allocation base, the way of financing, the delivery strategy and welfare type. Facing the aging crisis, taking long-term care system which accords with the situation of our country will be the important measure to cope with the growing aging population problem.

Keywords: The Aging City; elderly Long-Term Care in East Asia; Demand Willing; System Supplies.

目 录

导 论.....	4
第一节 选题意义.....	4
一、选题的现实意义.....	4
二、选题的理论意义.....	6
第二节 研究综述.....	6
一、国内研究现状.....	6
二、国外研究现状.....	15
三、研究现状评述.....	20
第三节 研究思路与方法.....	21
一、理论分析.....	21
二、研究内容与思路.....	24
三、研究方法.....	24
第四节 研究的创新.....	25
第五节 概念界定.....	26
第一章 西方国家长期护理制度的社会学比较分析.....	28
第一节 社会学分析框架下对德、美长期护理制度的纵向分析.....	29
一、对德国社会导向模式长期护理制度的纵向分析.....	29
二、对美国商业导向模式长期护理制度的纵向分析.....	32
第二节 社会学分析框架下对德、美长期护理制度的横向比较分析.....	35
一、经济要素下德、美长期护理制度的共同特征.....	35
二、政治要素下德、美长期护理制度的共同特征.....	36
三、社会要素下德、美长期护理制度的共同特征.....	36
四、文化要素下德、美长期护理制度的共同特征.....	36
第三节 社会学分析框架下西方国家长期护理制度对中国长期护理制度建设之启示.....	37
一、经济要素下德、美长期护理制度对中国之启示.....	37
二、政治要素下德、美长期护理制度对中国之启示.....	37
三、社会要素下德、美长期护理制度对中国之启示.....	38
四、文化要素下德、美长期护理制度对中国之启示.....	38
第二章 东亚国家和地区的长期护理制度实践与启示.....	40
第一节 日本介护制度的实践与启示.....	40

一、日本介护制度实践概述.....	41
二、当前日本介护制度实践中所呈现的问题.....	49
三、以“日本爱知县名古屋市中村区社会福祉协议会”为研究案例.....	57
第二节 台湾地区长期照护发展的实践及启示.....	65
一、台湾长期照护发展概况.....	66
二、对新北市长期照护实践的个案分析.....	69
三、台湾长照实践对大陆长照产业的启示.....	72
第三章 中国城市老年人长期护理需求与制度供给期待实证研究.....	74
第一节 问卷设计.....	74
一、对“长期护理需求”的概念化及“因素”设置.....	74
二、对“制度供给”的概念化及“因素”设置.....	75
第二节 调查方案.....	78
一、抽样方式说明.....	78
二、调查方式说明.....	80
第三节 资料与数据分析.....	81
一、受访群体人口统计学特征分析.....	81
二、城市老年人受照护及身体健康状况分析.....	92
三、城市老年人长期护理需求意愿分析.....	99
四、城市老年人长期护理供给期待分析.....	107
第四章 社会学分析框架下对中国长期护理制度供给模式的分析与建议.....	111
第一节 基于福利多元理论的长期护理制度供给模式分析.....	111
一、以社区为纽带，家庭、营利组织、非营利组织、公共部门四元的福利多元范式...111	
二、“小政府”、“大社会”、“市场化”、“居家式”的长期护理制度供给模式.....	113
第二节 基于社会政策分析架构的长期护理制度供给模式分析.....	115
一、分配基础——保障对象的普遍性与选择性相结合.....	115
二、筹资方式——政府责任与社会责任相结合.....	116
三、输送策略——政府主导、居家式长期护理为主、四类长期护理方式相结合的服务组织与传递机制.....	119
四、福利类型——实物给付与现金给付相结合.....	120
第三节 基于老年人长期护理期待的长期护理供给内容分析.....	122
第五章 “孝”文化背景下长期护理制度建立之可能.....	126
第一节 “孝”思想之现代性转化.....	126
第二节 “孝”思想与长期护理之融贯.....	127

第六章 结论与展望	130
参考文献	132
后 记	145
附录 A 长期照护需求老年人问卷	147
附录 B 长期照护需求中年人问卷	155

导 论

第一节 选题意义

一、选题的现实意义

(1) 当前中国人口老年化不断加重，由此引发的老年人长期护理问题也愈来愈严重，研究中国老年人的长期护理需求及制度供给状况有着较大的现实意义。据 2011 年 4 月份公布的“第六次人口普查”数据显示，中国 60 岁及以上的老年人口近 1.43 亿，占总人口的比例达 13.26%，比 2000 年人口普查上涨 2.93 个百分点。¹截至 2013 年底，中国 60 岁以上老年人口已达 2.02 亿，老年人口比重已上升到 14.9%，并正以年均 800 多万的速度迅速增长。2020 年中国老年人口将达到 2.43 亿，2025 年将突破 3 亿，到 2050 年左右，老年人口将达到全国人口的三分之一（如图 0-1 所示）。²

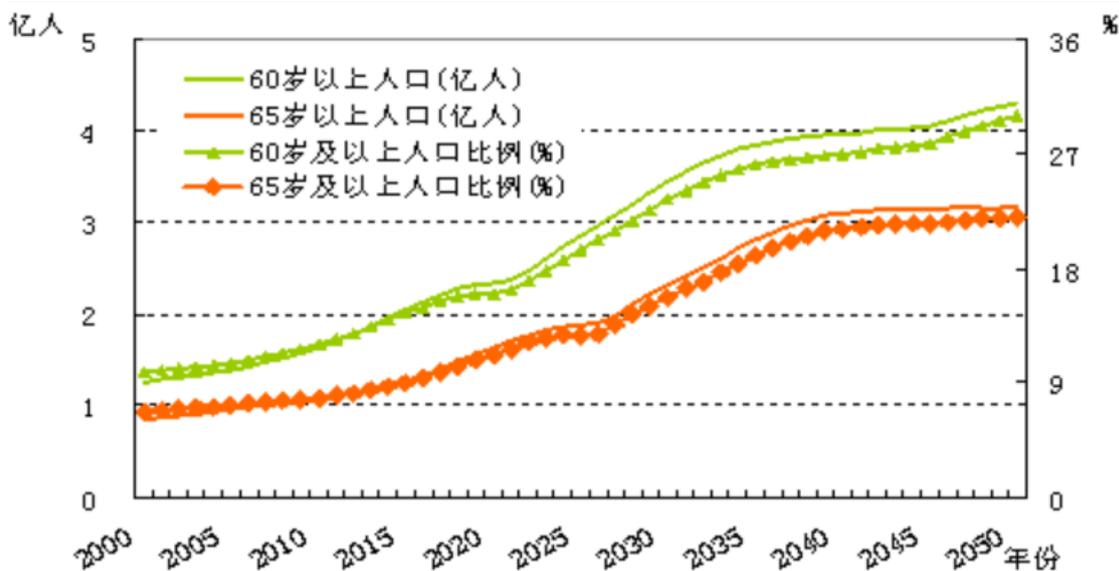


图 0-1

图片源自《国家人口发展战略研究报告》，国家人口发展战略研究课题组，2007 年。

¹ 源自国家统计局“第六次全国人口普查”数据。<http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm>

² 《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》（国发〔2013〕35 号），2013 年 09 月 06 日。

http://www.gov.cn/xgk/pub/govpublic/mrlm/201309/t20130913_66389.html

同时，根据日本首相官邸发布的《令和元年版高龄社会白皮书》的统计数据，从世界各国人口老龄化发展趋势来看，中国的人口老龄化趋势在未来四十年间将会非常迅猛（如图 0-2 所示）。由于生理机能的下降而导致的庞大老年人口生活自理能力的丧失或部分丧失问题，不仅涉及老年人的生活权益，更会影响整个社会的良好发展。

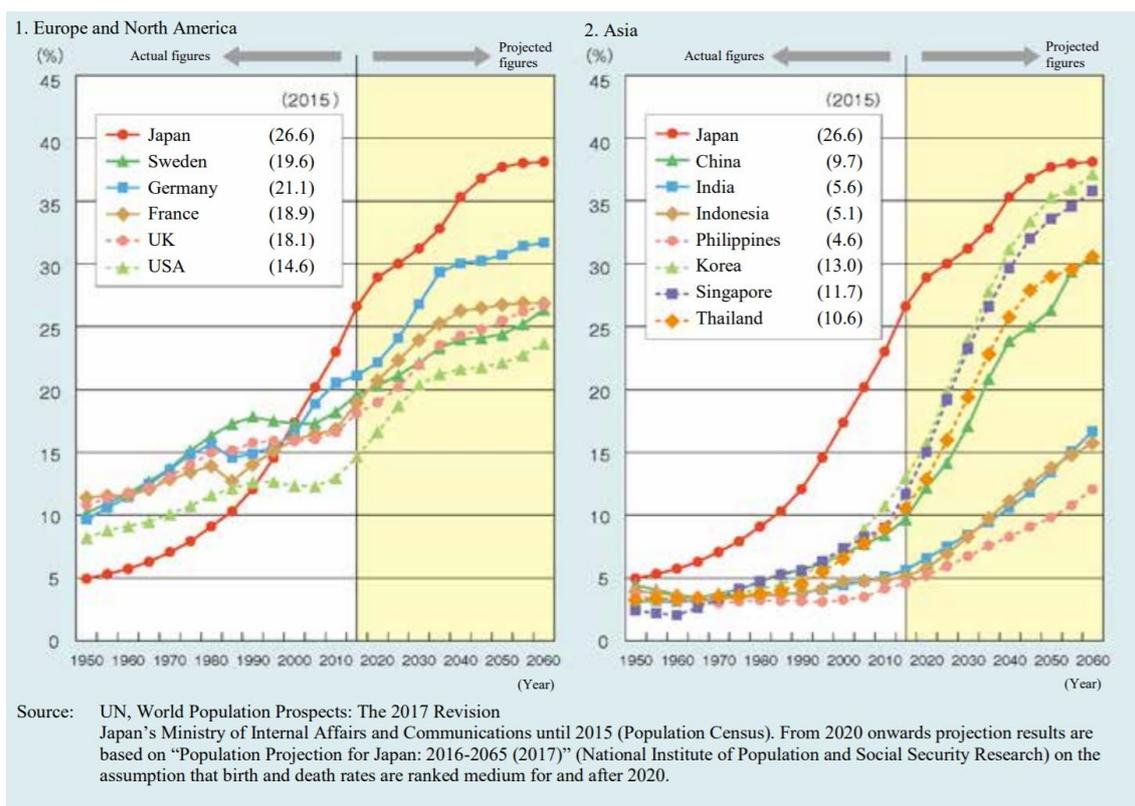


图 0-2

图片源自“日本内閣府：令和元年版高龄社会白皮书”。
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_02.pdf

(2) 从其他社会因素来看，深入研究中国老年人长期护理问题也具有迫切性：到 2030 年前后，中国也将面临人口老龄化的高峰阶段，加上中国执行计划生育政策以来独生子家庭增多，“四二一”家庭结构广泛形成，和妇女的广泛就业，以及家庭居住形式多样化，使得现有的紧靠家庭成员完成护理的方式在经济和精神上给家庭成员造成巨大压力，也造成老年人生活质量严重下降、精神不能得到慰藉。这种护理服务问题的现状不仅影响了年轻人为社会创造更多的价值也阻碍社会的进步与发展。本文研究的长期护理需求及制度供给状况将为深一步的政策探究和探索补充性的社会保障制度提供一个参考，对中国应对日益加重的人口老龄化问题

提供可能，也对构建社会主义和谐社会起到有益的作用。

(3) 老年人的长期护理已经由从前的家庭责任逐渐演变为实际的社会问题。目前中国老年人的长期护理尚未真正起步，这导致了老年人的生活质量下降及给家庭、国家带来的一系列问题不断出现。因此，在中国人口老龄化背景下城市老年人对长期护理的需求现状如何，以及如何让长期护理制度顺利实施并健康发展，怎样正确处理长期护理需求与制度供给之间的关系，都是值得研究的问题。

二、选题的理论意义

目前中国国内学界对长期护理需求及长期护理制度的研究尚处于初期阶段，而从社会学理论视角下进行理论分析及运用社会研究方法进行研究的亦不多见。本文主要运用需求理论来分析中国城市老年人的长期护理需求，通过实地调查，研究老龄化城市老年人与护理供给主体的相互关系状态及老年人的长期护理需求状况。本文的层次构成分别是：运用基于帕森斯 AGIL 的社会学四要素分析框架分析发达国家的长期护理制度；对同处于东亚文化圈的中国台湾地区和日本的长期护理实践进行实证考察；以社区为连接点，以家庭、市场、社会、政府相结合的福利多元理论来给出可能的长期护理体系构建模式；以社会政策分析架构来给出长期护理制度的具体实施建议和思考。由此，本文以基于帕森斯 AGIL 理论的社会学四要素理论为分析框架，以此将福利多元主义和社会政策分析架构建构于其中，来分析中国长期护理需求及制度供给，具有一定的理论意义。

第二节 研究综述

一、国内研究现状

(一) 对长期护理需求的研究现状

目前，对长期护理的需求，中国国内学术界的研究并不多，主要集中在以下三个方面：一是对长期护理需求意愿及其影响因素的研究；二是对长期护理需求趋势的预测研究；三是长期护理需求的评估研究。

(1) 关于长期护理需求意愿及其影响因素研究

武学慧等人(2010)对上海市的176位退休老人进行了一项调查，结果显示：90.91%的被调查对象有长期护理需求意愿；长期护理服务内容方面，40.91%的老人选择资金补助；39.39%的老人选择常规保健服务，36.36%的老人选择日常生活辅助，27.27%的老人选择专业医护人员的护理，22.73%的老人选择家政服务，19.70%的老人选择实物提供，1.52%的老人选择协助出行；长期护理服务方式方面，81.82%的老人愿意以居家护理的形式接受子女或配偶护理，愿意接受专职医护人员护理

的老人比例居于其次，愿意接受社区义工护理的比例最低。³

戴卫东（2011）通过对安徽、江苏两省的调查发现：安徽省 64.6%老人有长期护理需求，江苏省 58.3%老人有长期护理需求；地区、户口、教育程度、有无子女、有无退休金、洗漱是否困难、是否半身不遂、是否女儿或女婿照料等 8 个因素对老年长期护理需求有显著影响。⁴

王玉环等（2011）对新疆石河子市 640 名失能老人进行调查，结果表明：有长期护理需求意愿的有 550 人，占 85.94%；当前迫切需要的长期护理服务需求服务项目中排在前 3 位的依次是：医疗护理服务、日常生活照料、综合老人照顾服务；文化程度和社会支持是影响失能老年人长期护理需求意愿的主要因素。⁵

田欣等（2013）对北京市海淀区的 1 850 名老年人进行调查发现与配偶同住、提高文化水平、积极参与社会活动以及获得社会支持有助于提高老年人的生活质量。⁶

（2）关于长期护理需求趋势的预测研究

桂世勋（2004）基于对 21 世纪中国高龄老人数量及分性别年龄结构变化趋向的预测，推算出 2050 年中国高龄老人在最基本生活中需要接受长期护理的人数，将比 2000 年增长 7.5 倍以上，在 2100 年将比 2000 年增长 9.8 倍以上。⁷

陈友华等（2011）使用中国 2005 年 1%人口抽样调查资料对老年人口身体健康状况进行分析，并使用联合国的人口预测资料，对 2050 年之前的中国老年人口身体健康状况及养老机构床位的需求数量进行预测。结果显示，到 2050 年，在中国老年人口中“不能正常工作或生活不能自理”者将占 15.02%，规模将达到 2169 万人。人口老龄化和家庭养老功能的急剧弱化使得未来中国需要入住养老机构的老

³ 武学慧,唐幼纯,王维. 上海市老年长期护理(LTC)需求实证分析[J].《劳动保障世界》(理论版),2010(10):10-14.

⁴ 戴卫东. 老年长期护理需求及其影响因素分析——基于苏皖两省调查的比较研究[J].《人口研究》,2011,04:86-94.

⁵ 王玉环,刘艳慧,黄方超. 新疆石河子市失能老年人长期护理需求调查[J].《现代预防医学》,2011,18:3683-3686.

⁶ 田欣,汤哲,孙菲,刁丽军. 北京市城区老年人生活质量及相关影响因素调查[J].《中国预防医学杂志》,2013,14(07):506-508.

⁷ 桂世勋. 中国高龄老人长期护理问题的思考[J].《中国人口科学》,2004,S1:113-118、178.

年人数量急剧增加。⁸

钱军程等（2012）利用国家卫生服务调查（NHSS）纵向数据，分析指出，随着老龄化的加剧和期望寿命的延长，失能率与失能老人数量均会迅速增加，到2020年，中国失能老人将达到6402万人，到2050年将达到1.4亿人。失能老人的专业护理需求将明显增加。⁹

尹尚菁、杜鹏（2012）分析北京大学2008老年人健康调查数据，指出随着年龄的增长，老年人ADL、IADL功能将下降，对长期护理的需求将呈现增加趋势。在低龄阶段，老年人主要以轻度依赖为主；到高龄阶段，老年人的重度依赖率将显著上涨。¹⁰

（3）关于长期护理需求的评估研究

目前国内大多学者对长期护理需求的评估主要有两种方法：

第一种方法是自评自理能力。2005年1%人口抽样调查数据初次引入了对健康状况进行自我评估的问题。身体健康状况指被登记人依据自己的健康状况对其之前的一个月中可否胜任正常的生活和工作做出判断，共分为四个选项：一是身体健康，完全可以保证正常的生活和工作；二是基本能保证正常的生活和工作；三是无法正常工作或生活无法自理；四是说不准。

第二种方法是使用客观指标或标准化量表评价自理能力。

其一，只使用日常生活自理能力（ADL）指标：

陶立群（2001）在“高龄老人健康长寿监测服务”调查问卷中选取了5个方面的数据对高龄老人的自理能力进行分析，包括：穿衣、吃饭、洗漱、室内活动能力和入厕。¹¹

顾大男等（2004）运用中国老年人健康状况调查的数据，分析了高龄老年人的日常生活自理能力。该调查使用6个方面日常生活自理能力来测量老年人的日常生活独立程度，包括吃饭、穿衣、室内活动、入厕、洗澡和控制大小便。¹²

⁸ 陈友华,徐慷. 中国老年人口的健康状况、福利需求与前景[J]. 《人口学刊》,2011(02):34-39.

⁹ 钱军程,陈育德,饶克勤,孟群. 中国老年人口失能流行趋势的分析与建议[J]. 《中国卫生统计》,2012,29(01):6-9.

¹⁰ 尹尚菁, 杜鹏. 老年人长期照护需求现状及趋势研究[J]. 《人口学刊》, 2012, (2): 49-56.

¹¹ 陶立群. 高龄老人自理能力和生活照料及其对策[J]. 《中国人口科学》,2001(S1):38-43.

¹² 顾大男,曾毅. 高龄老人个人社会经济特征与生活自理能力动态变化研究[J]. 《中国人口科学》,2004(S1):16-23+176.

王建平等（2014）采用 ADL 量表评估北京老年人的失能状况，认为家庭与社会照护现状不能满足需求的增长，应探索和建立失能老年人长期照护的有效模式。¹³

曾毅等（2017）通过“中国老年健康影响因素跟踪调查”，对近两万名 80 至 105 岁得高龄老人进行了数据分析，由此发现：社会经济发展使得 2008 年高龄老人存活概率和自评日常生活自理能力比 1998 年有显著改善。¹⁴

周勇义等（2017）用 2006 年中国城乡老年人口状况抽样调查数据，分析城市老年人 ADL 社会经济差异的年龄模式，发现城市老年人 ADL 丧失水平与年龄增长呈正相关，而 ADL 丧失的社会经济差异与年龄增长呈负相关。

其二，综合运用日常生活自理能力（ADL）和工具性生活自理能力（IADL）指标：

宋新明等（2000）选用洗澡、吃饭、穿衣、梳头刷牙、上下床和上厕所 6 个项目来测量老年人自理能力；用购买日常用品、处理金钱和做饭 3 个项目来测量维持家务能力；用上 2-3 层楼梯、行走 200-300 米、抬举或携带 10 公斤物品、手举高过头上、下跨、用手指拿或扭转东西、站立 2 小时共 7 个项目来测量躯体活动能力，对北京、上海、广州和苏州 4 城市进行了老年人健康状况调查。¹⁵

汤哲等（2001）使用日常生活自理能力（ADL）和工具性生活自理能力（IADL）两个量表对北京市老年人的生活自理能力进行了测量并对其相关因素进行了分析。其中，ADL 包含进食、洗梳、穿脱衣、上下床、洗澡、室内走动、上厕所 7 项活动。IADL 包含做饭、管理财务、乘车、购物、走半里路、剪脚趾甲、上下一层楼 7 项活动。¹⁶

唐根富等（2001）运用 ADL（包括穿衣、进食、室内走动、上厕所和洗漱 5 项内容）和 IADL（包括乘公交车外出、购物、做饭菜、做家务和自理经济 5 项内容）对安徽省合肥和铜陵两个城市老人的生活自理能力进行了调查。¹⁷

¹³ 王建平,汤哲,孙菲,刁丽君,何士大. 北京社区失能老年人与照护现状分析[J]. 《北京医学》,2014,36(10):792-795.

¹⁴ 曾毅,冯秋石,Therese Hesketh,Kaare Christensen, James W.Vaupel. 中国高龄老人健康状况和死亡率变动趋势[J]. 《人口研究》,2017,41(04):22-32.

¹⁵ 宋新明,齐轶. 新城区老年人慢性病伤对日常生活功能的影响研究[J]. 《人口研究》,2000(05):45-50.

¹⁶ 汤哲,项曼君. 北京市老年人生活自理能力评价与相关因素分析[J]. 《中国人口科学》,2001(S1):94-98.

¹⁷ 唐根富,王勇,朱敖荣,李光琳,洪倩,陈飞虎,赵宜生. 城市老年人日常生活活动和健康期望寿命的研究[J].

韦艳等（2009）运用 ADL 量表（包括洗漱、穿衣、下床或从椅子上站起来、在房间里走动、上厕所、吃饭共 6 项活动）和 IADL 量表（包括做饭、买东西、做家务、步行约 100 米 4 项活动）测量了陕西农村老年女性的生活自理能力。¹⁸

冯丽云等（2011）采用 ADL 量表（包括吃饭、梳头刷牙、穿衣、吃药、定时上厕所、洗澡 6 项指标）和 IADL 量表（包括处理家务、打电话、洗衣服、购物、做家务、做饭、行走、乘公交车 8 项指标）对郑州市 65 岁以上老年人生活自理能力进行了调查分析。¹⁹

李蕾等（2016）对北京市城区和农村的 2 411 名老年人进行问卷调查。他们从 ADL 与 IADL 多个维度进行测量后发现，在各因素中，进食和室内活动是与健康自评有关的、主要的、独立的影响因素。²⁰

（二）对长期护理制度供给的研究现状

国内学者对长期护理制度供给的研究主要集中在三个方面：一是介绍和借鉴其他国家和地区的研究成果及其实践经验；二是研究国内长期护理的供给现状及问题；三是以长期护理保险制度作为制度供给的主要模式。

（1）对其他国家和地区制度供给的研究成果及实践经验的借鉴

蒋永康（1997）认为德国护理保险法出台背景是由于德国养老院的老年人的贫困和德国失业的老年人居多。²¹

甘雨粒（2001）分析了日本长期护理保险制度实施过程中的一些困难以及需要改进的措施：提高入住专业护理设施机构的条件、放宽接受看护护理的年龄限制、增加支付先进的赔偿方式和改善护理服务的质量。²²

崔慕洁（2002）认为，日本的看护护理保险制度是一项社会保障式家庭护理保险制度，相关的服务机构采取派遣家庭援助者或投保人利用专业化护理服务设施

《中国卫生事业管理》,2001(03):179-180.

¹⁸ 韦艳,刘旭东. 主观感受对中国农村老年女性生活自理能力影响研究——基于陕西省农村的调查数据分析[J]. 《人口与发展》,2009,15(06):47-53.

¹⁹ 冯丽云,李琳琳,田庆丰,刘学刚. 2009 年郑州市 65 岁以上老年人日常生活自理能力现状调查[J]. 《中国老年学杂志》,2011,31(01):121-124.

²⁰ 李蕾,孙菲,汤哲,刁丽军. 老年人生活自理能力与健康自评的相关性研究[J]. 《首都医科大学学报》,2016,37(04):513-518.

²¹ 蒋永康. 德国护理保险法及给我们的启示[J]. 《社会》,1997(06):27.

²² 甘雨粒. 日本的长期护理保险[J]. 《保险研究》,2001(10):46-48.

的保险形式；资金运作形式反映了个人自主责任和适当的政府负担的最初原则；该项保险事业由地方政府负责实施，充分体现了政府部门人性化的服务机能。²³

关煜平（2004）认为日本长期护理保险制度的诞生是日本社会保障制度在面临财政危机下的新举措。²⁴

何林广、陈滔（2006）从筹资安排、护理服务等级评定和责任范围三方面说明了德国护理保险制度的发展现状。²⁵

戴卫东（2007）介绍了德国的护理保险法，分析了护理保险制度的产生对德国护理事业与就业的促进作用。²⁶

蓝玉珠、饶育蕾（2007）在分析了影响台湾长期护理自费用相关因素的基础上，对台湾长期护理中自费用负担的趋势进行了推测和估算。²⁷

戴卫东（2011）肯定了台湾所实行的具有中华传统文化特色的长期护理政策所产生的积极社会效果，并指出了其“有效需求”不足、服务模式有待改进、商业气息太浓等弊端，认为台湾可能会采取社会保险的方式解决老年人长期护理难题。²⁸

范娟娟（2011）分析了 OECD 国家的长期护理服务需求，指出老年人口的结构性变动、肥胖以及患慢性病的老人比重的上升都导致了对长期护理服务需求的迅速增长，而家庭结构的变化以及老年人受教育程度的提高又为解决长期护理问题带来了困难。²⁹

戴卫东（2016）对欧亚七国的长期护理保险制度进行了分析，指出了其在社会保障发展中的地位和作用以及对中国的启示意义。³⁰

周加艳等（2017）对 2005 年至 2017 年间日本长期护理保险的历次改革进行

²³ 崔慕洁. 日本看护护理保险制度评析及展望[J]. 《现代日本经济》,2002(06):40-42.

²⁴ 关煜平. 护理保险制度—日本养老保障新举措[J]. 《安阳大学学报》,2004(03):80-82.

²⁵ 何林广,陈滔. 德国强制性长期护理保险概述及启示[J]. 《软科学》,2006(05):55-58.

²⁶ 戴卫东. 解析德国、日本长期护理保险制度的差异[J]. 《东北亚论坛》,2007,01:39-44.

²⁷ 蓝玉珠,饶育蕾. 对台湾地区长期照护自费用推估的研究[J]. 《保险职业学院学报》,2007(01):52-58.

²⁸ 戴卫东, 台湾地区人口老龄化下长期护理政策及走向,《人口学刊》, 2011 年第 4 期.

²⁹ 范娟娟. OECD 国家长期护理服务需求引致因素分析及对我国的启示[J]. 《中国保险》,2011(09):53-55.

³⁰ 戴卫东. 欧亚七国长期护理保险制度分析[J]. 《武汉科技大学学报》(社会科学版),2016,18(01):12-16.

了分析，并指出其对中国建立长期护理保险的启示。³¹

陈诚诚（2018）对 OECD 国家的长期护理模式进行类别化，并分析了不同模式下长期护理服务领域福利混合经济的实现方式。³²

李三秀（2018）介绍了日本长期护理保险制度的背景及具体内容并总结了其突出特点。³³

丁英顺（2019）认为日本通过增加个人负担比例、增设预防服务、设立财政稳定化基金等方式调整护理保险收支不平衡问题，可以为中国建立护理保险提供借鉴。³⁴

原新等（2019）以制度框架为切入点，对德国和日本的长期护理保险制度中的参保范围、管理体制、筹资方式、费用负担、服务内容等 11 个方面进行了比较分析。³⁵

（2）对国内长期护理的制度供给现状及问题的研究

徐勤、汤哲（2007）认为家庭成员作为长期护理主要承担者，正在承受着愈来愈沉重的负担，而机构护理又存在着设施、供需、资金管理体制、人力资源等多方面的制约。³⁶

吴蓓等（2007）以上海为例，从服务的提供、人力资源、资金运作、照料质量等方面，对城市社区长期照料服务体系的现状与特征展开了系统分析。³⁷

王莹、杨义凤（2007）在分析社区卫生组织提供长期护理方面所具有的优势之

³¹ 周加艳,沈勤. 日本长期护理保险 2005—2017 年改革述评与启示[J]. 《社会保障研究》,2017(04):101-112.

³² 陈诚诚. 长期护理服务领域的福利混合经济研究——基于瑞德日韩四国的比较分析[J]. 《社会保障评论》,2018,2(02):134-147.

³³ 李三秀. 日本长期护理保险制度及其启示[J]. 《财政科学》,2018(11):133-143+160.

³⁴ 丁英顺. 日本护理保险财政困境及应对措施[J]. 《日本问题研究》,2019,33(03):54-63.

³⁵ 原新,刘绘如. 日本和德国长期护理保险制度比较及其借鉴[J]. 《日本问题研究》,2019,33(03):64-72.

³⁶ 徐勤,汤哲. 我国长期护理的现状与趋势[J]. 《人口与经济》,2007(02):6-12.

³⁷ 吴蓓,徐勤. 城市社区长期照料体系的现状与问题——以上海为例[J]. 《人口研究》,2007(03):61-70.

后，提出应当创建基于社区卫生组织的长期护理模式。³⁸

桂世勋（2008）在其主持的“2003 年上海市老年人口状况与意愿跟踪调查”所取得的数据的基础上，对 2005—2050 上海市 60 岁及以上户籍老人中需照料人数的变动趋势进行了预测，基于这一预测提出必须要建立广义的老年人照料体系，为失能老年人提供预防性、补偿性、发展性的照料服务，从而改善护理服务的效果。³⁹

尹尚菁（2011）根据访谈描述了中国当前社会化护理服务的收费情况，提出费用较高仍是人们获得机构护理服务的主要阻碍。⁴⁰

刘金涛、陈树文（2011）提出可以在借鉴国外经验的基础上，结合中国国情，构建一个“个人缴付+企业缴付+政府财政补贴”的筹资机制来保障提供长期护理所需资金。⁴¹

谢保群（2019）分析了日本通过医疗资源与社会福利资源的整合所构建整合型长期护理服务体系对构建中国长期护理服务体系的借鉴意义。⁴²

房连泉（2019）通过对青岛、长春、南通、上海等地的调研，提出了老年护理服务的市场化路径和应有的政策扶持。⁴³

（3）对长期护理保险制度供给的研究

汤文巍（2005）对上海市老年人长期护理保险的需求和供给进行了研究，在分析供给不足的基础上，提出了要建立老年慢性病人医疗护理保障体系和利用商业补充医疗保险的对策，以此来保障护理医疗服务资源的充分利用和高效运转。⁴⁴

荆涛（2005）综合分析了中国开展长期护理保险的需求供给因素，提出了建立

³⁸ 王莹,杨义凤. 基于社区卫生组织的长期护理服务模式研究[J]. 《法制与社会》,2007(12):660.

³⁹ 桂世勋. 构建广义的老年人照料体系——以上海为例[J]. 《人口与发展》,2008(03):78-83.

⁴⁰ 尹尚菁. 老年人长期照护社会化服务收费现状分析[J]. 《经济研究导刊》,2011(24):255-256.

⁴¹ 刘金涛,陈树文. 我国老年长期护理保险筹资机制探析[J]. 《大连理工大学学报》(社会科学版),2011,03:44-48.

⁴² 谢保群. “整合型护理”理念下日本老年长期护理服务体系构建及启示[J]. 《中国老年学杂志》,2019,39(01):239-241.

⁴³ 房连泉. 老年护理服务的市场化发展路径——基于德国、日本和韩国长期护理保险制度的经验比较[J]. 《新疆师范大学学报》(哲学社会科学版),2019,40(02):88-98+2.

⁴⁴ 汤文巍. 上海市老年长期护理保险（LTCI）研究[D]. 复旦大学,2005.

适合中国国情的长期护理保险需要分三步走：第一步，实施商业性长期护理保险；第二步，将商业长期护理保险和社会基本长期护理保险相结合；第三步，建立强制性的全民长期护理保险。⁴⁵

夏秀梅（2006）认为国家应当完善法律，给予保险公司一定的优惠条件，并加强护理人员的培训，以此来营造商业长期护理保险的环境。⁴⁶

戴卫东（2007）比较了德国和日本的长期护理保险制度，并在此基础上提出两个国家在覆盖面广度、缴费率高低及制度设计严格程度上存在差异。⁴⁷

王杰、戴卫东（2007）提出以商业模式开展长期护理保险在中国是不可行的，而应在城市实行居家护理、农村实行老年护理救助的形式，并从制度经济学价值、意识形态、成本和路径支持四方面提出论证。⁴⁸

孟昶（2007）通过对苏州、扬州、淮安三地居民的问卷调查，认为“民众对未来长期护理需求的认知度很高，民众未来购买长期护理保险的意愿存在较大的差异”。⁴⁹

贾清显（2010）提出必须要建立适合中国国情的长期护理保险制度体系，以此来应对老龄人口长期护理服务所引发的财务问题。⁵⁰

陈晓安（2010）认为中国建立长期护理保险制度必须充分借鉴德国、以色列、韩国的经验，采取公私合作的模式。⁵¹

荆涛、王靖韬等（2011）通过一个对数线性模型的建立，利用 EViews 软件对影响长期护理保险需求的变量和数据指标进行拟合，从而对各因素的影响进行实证分析，结果表明城镇居民人均收入、一年期金融机构法定存款利率、当前通货膨

⁴⁵ 荆涛. 长期护理保险研究[D]. 对外经济贸易大学, 2005.

⁴⁶ 夏秀梅. 我国开展商业性长期护理保险研究[D]. 郑州大学, 2006.

⁴⁷ 戴卫东. 解析德国、日本长期护理保险制度的差异[J]. 《东北亚论坛》, 2007, 01: 39-44.

⁴⁸ 王杰, 戴卫东. 长期护理保险在中国的选择——基于制度经济学的分析[J]. 《市场与人口分析》, 2007(04): 75-80.

⁴⁹ 孟昶. 长期护理保险的需求实证分析[D]. 北京大学, 2007.

⁵⁰ 贾清显. 中国长期护理保险制度构建研究[D]. 南开大学, 2010.

⁵¹ 陈晓安. 公私合作构建我国的长期护理保险制度: 国外的借鉴[J]. 《保险研究》, 2010, 11: 55-60.

胀程度是影响中国长期护理需求的主要因素。⁵²

朱铭来(2011)从宏观角度分析了中国老年长期护理服务的需求趋势,并根据中国老年人口特征及参照美国、德国、日本的护理服务使用标准,测算出未来中国老年长期护理需求数量、总费用等指标,并提出了中国发展长期护理保险的战略规划。⁵³

高春兰等(2018)分析了中、日、韩护理保险给付条件、给付种类、给付内容和形式的异同,并提出其对中国的借鉴意义。⁵⁴

吴剑平等(2019)对广州和青岛长期护理保险制度试行情况进行了比较分析。⁵⁵

王舜尧等(2019)对比分析了德国、日本、美国的长期护理保险制度模式对中国长期护理保险发展的借鉴意义。⁵⁶

二、国外研究现状

(一) 对长期护理需求的研究现状

国外的老龄化进程相对较早,对老年人的长期护理服务制度研究的也相对更为成熟,并在实践中将长期护理服务纳入了社会保障体系。

(1) 关于长期护理需求意愿及其影响因素研究

Kinney(1996)调查发现,在65岁及以上的老年人中,20%需要吃饭、穿衣、洗澡等日常生活活动的帮助,20%需要做饭、理财、外出等工具性日常生活活动的帮助。⁵⁷

Borsch(1996)建立了一个微观经济模型,并得出老年人的寿命、生活自理能

⁵² 荆涛,王靖韬,李莎. 影响我国长期护理保险需求的实证分析[J]. 《北京工商大学学报》(社会科学版),2011,26(06):90-96.

⁵³ 朱铭来. 我国老年长期护理需求预算及保障模式选择.《人口与发展》,2011(5)。

⁵⁴ 高春兰,李元. 中日韩老年长期护理保险给付制度比较研究[J]. 《福祉研究》,2018(00):78-89.

⁵⁵ 吴剑平,唐至材,赵广峰,柳振中. 广州市长期护理保险制度试行中的思考——基于与青岛的比较[J]. 《中国保险》,2019(06):47-52.

⁵⁶ 王舜尧,杨皖豫. 中国长期护理保险制度发展探究[J]. 《劳动保障世界》,2019(08):35.

⁵⁷ Kinney Jennifer M “: *Home care and caregiving*”, Encyclopedia of Gerontology, Vol.667, No.12, 1996.

力、伤残程度、家庭照料资源等是主要的影响因素。⁵⁸

Jacobzone（1998）的研究表明老年人可获得的资源和外界的支援也影响着他们的长期护理需求。⁵⁹

Cha（1998）认为长期护理包括个人看护服务、健康服务以及社会支柱性服务。⁶⁰

Kane（1998）提出身体功能障碍的老人迫切希望获得专业的医疗康复服务以帮助其恢复和维持身体功能。⁶¹

经济合作与发展组织（OECD，2005）认为，长期护理服务范围包含健康、疼痛管理、药物处理、剂量测定、预防、康复及缓和等医疗服务。⁶²

Han（2006）指出临终护理这类长期护理服务受到愈来愈多老人的青睐。⁶³

（2）关于长期护理需求的评估研究

Katz（1963）提出长期护理需求可以从三个方面进行测度：日常生活自理能力 ADL、应用社会设施的 IADL 和高级日常生活能力 AADL。ADL 包括洗澡、进食、洗梳、穿衣、上下床、上厕所、控制排便等；IADL 包括做饭、理财、乘车、购物等；AADL 的内容包括主动参加社交、娱乐活动、职业等。⁶⁴

Mansfield 和 Frank（2008）将老年群体的需求划分为评估需求与主观感受到的需求两个部分。老年长期护理服务需求的评估涉及老人的健康状况、生活自理能力、心理健康、认知水平、社会活动能力等多个方面。

⁵⁸ Brosky, jenny, jack Habib, liana Mizrahi. *long-term care laws in five developed countries*. 2000(12):57-59.

⁵⁹ Jacobzone, S. et al. *Long term care services to older people. A perspective on future need s: The impact of an improving health of older person*. OECD Working Paper. 1998

⁶⁰ Cha HB. *A study family caregivers' preference and its determinants for the long-term care service use for the impaired elderly*. Chungang university, 1998.

⁶¹ KANE R L, KANE R A, LADD R C. *The Heart of Long-term Care*. NewYork: Oxford Press, 1998.

⁶² OECD. *Long-Term Care for Older People*. OECD Publishing, 2005.

⁶³ Han, et al. *National trends in adult hospice use*. Health Affairs. 2006,25(3):792-799.

⁶⁴ Katz S, et al. *Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 1963; 185:914-9.

（二）对长期护理制度供给的研究现状

国外学者对长期护理制度供给的研究主要集中在两个方面：一是关于长期护理的制度供给模式和研究；二是关于长期护理保险制度的研究。

（1）关于长期护理的制度供给模式及问题研究

Sally（2002）指出机构护理为老年人提供的长期护理服务具有专业性强的优点，但收费较高且数量有限。⁶⁵

Sherry（2002）提出利用社区为身体虚弱的老人提供集中服务，让老人在家中接受护理，不仅能缓解家庭成员的护理压力，也能降低照料成本。⁶⁶

Agree 等（2005）提出正式护理与非正式护理是可以互相替代的，正式护理的介入往往会减少甚至取代非正式护理。⁶⁷

Li 等（2005）则认为正式护理代替非正式护理的可能性很小，正式护理系统与非正式护理系统之间是一种伙伴式的责任分担关系与功能互补关系。⁶⁸

Arksey（2008）调查访问了英国 80 位从事长期护理工作的人员，揭示了影响护理行业劳动力供给的各种因素。

Castries（2009）指出，由于高龄人口在总人口中所占比例的不断增长，发达国家长期护理体系的资金供给可能会出现严重问题，其所提供的津贴难以抵偿护理成本。⁶⁹

Hussain Aftab（2009）认为倘若美国政府不能积极稳妥地改革失能老人长期护理体系的财务机制，则可能会使美国财政面临破产危机。⁷⁰

⁶⁵ Sally S. Kirstein *Nursing homes in England and their capacity to provide rehabilitation and intermediate care services*[J]. *Social Policy & Administration*, 2002, 36(7): 735-752.

⁶⁶ Sherry Anne Chapman, et al. *Client-centred, community-based care for frail seniors*. *Health and Social Care in the Community*. 2002.

⁶⁷ Agree E.M. Freedman. *Reconsidering substitution in long-term care: when does assistive technology take the Place of Personal care*. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Vol.72, No.5, 2005.

⁶⁸ Li, L. W. *Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients*. *The Gerontologist*. 2005(4):465-473.

⁶⁹ Castries, Henri de. *Aging and Long-Term care: Key Challenges in Long-Term care Coverage for public and private systems*. *The Geneva papers*. 2009

⁷⁰ Hussain Aftab. *Confronting the Challenges of Long-Term Health Crisis in the United States*. *Health Care Finance*. 2009.

Simonazzi (2009) 在对欧洲各国的老年人护理模式进行比较分析的基础上, 认为老年人护理的提供方式和资金供应方式造成了欧盟各国正规护工市场的差异。⁷¹

曾我千春(2011)在对当前日本在养老设施及老年人福利政策上的偏差进行分析探讨的基础上, 认为必须要重新回到建立以老年人的人权保障为理念的护理保障体系上来。⁷²

横山寿一(2011)分析了日本护理社会保险的法定补助、服务机构及财政结构, 指出日本老年福利服务体系目前要着重解决的是高龄相关支出问题、财源保障问题、国家和地方自治团体责任分担问题。⁷³

小岛克久等(2019)指出日本是在无法预期经济增长的前提下, 通过筹资渠道和服务供给体制两个方面的努力建设老年人长期护理制度。⁷⁴

(2) 关于长期护理保险制度的研究

对长期护理保险的研究最早开始于 Rivlin 和 Wiener (1988), 在其论文 *Who Should Pay for Long-Term Care for the Elderly?* 一文中提出护理费用负担的问题, 讨论了采用什么方式为伤残老人的长期护理费用进行补偿。⁷⁵

Sloan 和 Norton (1997) 论证了由于“逆选择”的存在可能对长期护理保险有“挤出效应”。⁷⁶

Peter Zweifel 和 Wolfram Struweg (1998 年) 在分析了私人护理保险公司为什么在主要工业化国家不成功的基础上, 对德国当时刚开始实行的法定护理保险的

⁷¹ Simonazzi, Annamaria. *Care Regimes and National Employment Models*. Cambridge Journal of Economics. 2009.

⁷² 曾我千春, 查建华. 日本老年人养老设施的现状与趋势[J]. 《上海金融学院学报》. 2011(04):32-35.

⁷³ 横山寿一, 马志远. 日本养老服务体系及其财政问题争议[J]. 《上海金融学院学报》. 2011(04):5-9.

⁷⁴ 小岛克久, 王茜铃. 日本经济发展与社会保障: 以长期护理制度为中心[J]. 《社会保障评论》, 2019, 3(01):76-88.

⁷⁵ Alice M. Rivlin, Joshua M. Wiener, Raymond J. Hanley, and Denise A. Spence. *Who Should Pay for Long-Term Care for the Elderly?* The Brookings Review. Vol. 6, No. 3 (Summer, 1988), pp. 3-9

⁷⁶ Sloan, Frank A. & Edward C. Norton. "Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-term Care Insurance Market," Journal of Risk and Uncertainty, 1997. 15:201-219, Kluwer Academic Publishers.

成功性表示了怀疑。⁷⁷

Alison Evans Cuellar 和 Joshua M. Wiener（2000年）认为德国的护理保险法案在没有增加财政支出的前提下，减轻了国家的财政负担，增加了以家庭和社区为基础的服务，减少了对福利提供的依赖，增多了非正式护理服务人员的支持，老年人的生活质量得到了很大提高。⁷⁸

Gordon（2001）指出长期护理保险是雇主留住员工的一个主要手段。⁷⁹

Schnepper（2001）指出长期护理保险符合美国大众的需求，“没有长期护理保险，你就要自己承担即使在安养院住相当短的时间就花光积蓄的风险”。⁸⁰

Lou Ellen Barnes（2002）等人认为护理保险的首要功能是发展与地方政府的合作关系才能满足所有老年人的护理需求。⁸¹

Naoki Ikegami 和 John Creighton Campbell（2002）认为日本的护理保险政策制定者应该考虑到覆盖面、公平、权利、服务方式、医疗护理和社会服务的关系以及费用的控制等问题；随着日益上涨的开支和提高效率的压力，护理保险服务的焦点应该是逐渐从医疗护理转到长期护理，在长期护理保险制度内，应该从机构护理转到在宅护理。⁸²

Lakdawalla 和 Tomas Philipson（2002）研究了老年人寿命的延长与长期护理保险市场之间的相互关系。⁸³

⁷⁷ Peter Zweifel, Wolfram Struweg. *Long-Term Care Insurance in a Two-Generation Model*. The Journal of Risk and Insurance. 1998.

⁷⁸ Alison Evans Cuellar; Joshua M. Wiener. *Can social insurance for long-term care work the experience of Germany*. [J]Health Affairs; May/Jun,2000,19, No.3.

⁷⁹ Gordon, Murray. "A guide to understanding long-term care insurance," Employee Benefits Journal; 2001. Sep; 26, 3; Academic Research Library, pg.42

⁸⁰ Schnepper, Jeff A. "Can you afford long-term care?" USA Today; Nov; 130, 2678; Academic Research Library, 2001. pg.25

⁸¹ Lou Ellen Barnes, Kiyomi Asahara, Anne J. Davis and Emiko Konishi. *Questions of Distributive Justice Public Health Nurses' Perceptions of Long-Term Care Insurance Elderly Japanese People*[J]. Nursing Ethics,2002,9, (1) .

⁸² Naoki Ikegami, John Creighton Campbell. *Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care System*[J]. Social Policy and Administration,2002,36 (7) .

⁸³ Lakdawalla, D., T. Philipson. "The rise in old-age longevity and the market for long-term care". The American

住居广士（2009）将日本介护保险定义为“是为了对将来老后所遇到的需要介护状态的发生有所准备，事先预付一些资金，以便将来处于需要介护状态时，及时享受到医疗保险服务和介护福利服务”。⁸⁴

Brown 等（2011）从健康和退休人员的调查中，得出“美国低收入家庭医疗补助计划对私人长期护理保险起了‘挤出效应’，从而加重政府负担”的结论，为此，提出政府必须拓宽私人长期护理保险的空间。⁸⁵

三、研究现状评述

对长期护理需求研究现状的评价：（1）从国内研究中可以看出，中国长期护理需求研究中关于长期护理趋势的预测研究和长期护理需求的评估研究相对较多，而对长期护理需求意愿尤其是需求内容研究较少，不能真切地反映中国老年人实际的长期护理需求状况；但是从长期护理需求趋势的预测研究中可以看出，中国老年人长期护理需求量巨大，且呈急剧上升趋势，这些研究对于确定中国长期护理需求研究具有现实性和迫切性具有重要参考价值；在长期护理需求的评估研究中可以看出，国内学者对长期护理需求的评估方法具有较大差异，评估标准和涵盖项目参差不齐，缺乏完善的评估体系。国外的长期护理需求评估则较为系统。（2）国内有少数学者对中国长期护理需求意愿和需求内容有少量研究，但是在需求内容上缺乏系统的分类，导致调查统计数据不能有效的反映全部的需求内容，不具有全面性、代表性。而国外学者对于长期护理需求内容的研究则比较微观，细化到某一具体的项目上，这一点值得借鉴。

对长期护理制度供给研究现状的评价：（1）从国内研究中可以看出，中国学者对于其他国家和地区的研究成果及实践经验的借鉴研究较多、对国内长期护理的供给现状及问题研究较少且集中在家庭供给及其问题上，这与中国尚缺乏制度化的正式或非正式的长期护理服务供给有直接关系，在以后的研究中应在完善长期护理需求研究的基础上加强对社区层面、社会层面的制度供给研究的探索。（2）在对其他国家和地区的研究成果、实践经验的借鉴研究上，国内学者多侧重于国外成果及实践经验的描述性研究，缺乏对这些国家和地区的长期护理制度出现的背景、实践方式、获得的效果的比较研究。鉴于此，在社会学理论框架下对其他国家和地区的制度供给和实践经验进行系统的分析和比较研究便具有重要的意义。（3）从国

Economist. 2002.

⁸⁴ 住居广士,张天民,刘序坤,等译.《日本介护保险》[M],北京:中国劳动社会保障出版社,2009,第4页。

⁸⁵ Jeffrey R. Brown and Amy Finkelstein. *Insuring Long-Term Care in the United States*. The Journal of Economic Perspectives. Vol. 25, No. 4 (Fall 2011), pp. 119-141

内学者对长期护理保险制度的研究中可以看出，构建起适合中国国情的长期保险制度体系是解决中国长期护理问题的重要措施之一，这一点值得借鉴，但是在以后的研究中应在对国外长期护理保险制度进行系统分析和比较研究的基础上，再结合实证研究进行中国长期护理保险制度的构建研究。

综观国内外已有的研究，以老年人长期护理服务需求与制度供给为出发点的长期护理服务问题的探讨已经引起了一定程度上的学术关注，但是，已有的研究成果仍然存在以下不足：一是在研究视角上，目前的长期护理研究大多局限于医学、护理学、经济学、管理学视域，基于需求理论、社会学分析框架理论、福利多元理论等社会学、社会保障、人口学视域的老年长期护理服务问题研究较少；二是在研究对象上，大多数局限于把老年群体作为一个同质性群体来研究，其实老年人是一个异质性非常强的群体，不同年龄、性别、身体状况的老年人对长期护理的需求是不同的，以往的研究不能把老年人从身体状况和需求层面上甄别开来，以往的实证调查也没有对居家老人和住院老人进行分别抽样，更没有研究过有养老负担的中青年人群体；三是在研究方法上，大多局限于纯定量研究或者定性研究，而综合运用定性分析和定量分析来研究的比较少。因此，立足于社会学、社会保障学、人口学理论上，将定量研究与定性研究相结合来，对城市居家老人、住院老人和有养老负担的中青年人进行实证调研，以需求理论、社会学分析框架、福利多元理论和社会政策分析架构为基础来探讨中国老人的长期护理需求与制度供给问题，是一个有待开拓的全新学术领域。

第三节 研究思路与方法

本文将针对国内外长期护理需求与制度供给的文献研究中发现的问题，在对研究对象进行理论把握的基础上，展开本研究的内容。

一、理论分析

根据马斯洛的需求理论，对老龄化城市的长期护理需求进行分类和探讨，从“生理需要、安全需要、归属和爱的需要、尊重需要及自我实现的需要”分别对应“生存性长期护理需求、安全性长期护理需求、社会性长期护理需求、发展性长期护理需求”。在基于帕森斯 AGIL 理论的社会学分析框架下⁸⁶，生存性长期护理需求、

⁸⁶ 本人亦在 2019 年 7 月中国社会学学会年会共生社会学论坛发表的学会论文中对该社会学分析框架进行详细阐释。见：臧政.《AGIL 框架下看不见的手之经济意涵分析》.《2019 年中国社会学学会年会共生社会学论坛论文集》.2019 年 7 月。

安全性长期护理需求、社会性长期护理需求、发展性长期护理需求分别对应着社会学分析框架中的经济、政治、社会和文化四要素。

T·帕森斯在总结以往社会学理论的基础上，将其以前的不同社会学理论中分别强调的“因素”归纳到一个多因素关联的理论体系中，以此来解释各因素在社会系统中分别担负的功能。帕森斯认为，不同社会学理论所各自强调的，都只是社会系统运行中担负不同功能的“构成要素”而已，他在综合以往不同社会学理论的基础上，将社会行动系统界定为是由经济、政治、社会、文化“四个要素”在分别担负特定功能构成的系统整体。⁸⁷在帕森斯看来，社会系统是趋于均衡的，上述四种“要素”的满足可使系统保持稳定性。后来吉登斯在“结构化理论”中提出作为“配置性资源”、“权威性资源”的“两种资源”⁸⁸，以及作为“规范性规则”、“解释性规则”的“两种规则”的区分；布迪厄则在其“实践理论”中提出“四种资本”的观点⁸⁹；哈贝马斯则在其“沟通理论”中将“生活世界”划分为“人格（公共领域）”、“社会”、“文化”、“私人领域”⁹⁰。帕森斯的理论与吉登斯、布迪厄、哈贝马斯等人的观点相互参照可以发现有其共同性。以帕森斯的 AGIL 理论为基础，综合吉登斯、布迪厄、哈贝马斯等人的观点可以得出一个以 AGIL 理论为基础的社会学“四要素”分析框架。即：社会系统中包含经济、政治、社会、文化四个子系统，分别包含经济要素、政治要素、社会要素、文化要素四种要素。其中，经济要素是担负“适应功能”的要素，在社会性公共资源的供给与配置体现了“利益互惠性”的内涵；政治要素是担负“目标功能”的要素，在达成社会成员对目标、规则、结果的人格共识中体现了“人格共识性”的内涵；社会要素是担负“整合功能”的要素，在社会行为模式中体现了“权利公平和平等性”的内涵；文化要素是担负“维模功能”的要素，在“正确的平等”价值观的形成中体现了“正确价值观共享性”的内涵。⁹¹

运用由帕森斯的 AGIL 理论发展而来的社会“四要素分析框架”，将制度供给分为“利益互惠性制度供给、人格共识性制度供给、权利公平性制度供给、价值共享性制度供给”四类。在社会学分析框架下，运用福利多元理论，以社区场域为连接点，从家庭场域、营利组织场域、非营利组织场域、公共部门场域四方面重构制度供给的“四要素”，使四种制度供给要素共同组成整体的长期护理制度模式。

Evers（1988）在借鉴 Ross 的多元福利组合理论基础上，把福利多元化的几个部门具体化为三个：对应的组织、价值和社会成员关系。在 Ross 看来，福利多元组合是完全不同的社会制度的三方中的任何一方——家庭、市场和国家的贡献，构成一个社会中的福利总体，Evers 将此观点演绎为家庭、（市场）经济和国家共同组

⁸⁷ 谭明方：社会建设：一种基于社会学分析框架的研究[J]。《学海》，2013,01:5-19.

⁸⁸ 安东尼·吉登斯：《社会的构成——结构化理论大纲》[M]，李康、李猛译，三联书店，1998年。

⁸⁹ 皮埃尔·布迪厄：《实践与反思》[M]，李猛、李康译，中央编译出版社，2004年。

⁹⁰ 尤根·哈贝马斯：《交往行为理论》（第2卷）[M]，重庆出版社，1994年。

⁹¹ 谭明方。社会建设：一种基于社会学分析框架的研究[J]。《学海》，2013,01:5-19.

成福利整体，并称之为福利三角。

本文则在福利三角理论的基础上，借鉴福利多元理论，认为福利多元的研究分析框架完全可以放在社会学文化、经济、社会和政治“四要素”分析框架中来把握。

以社区场域为连接点，将福利多元中的家庭场域、营利组织场域、非营利组织场域、公共部门场域作为四种主体，具体化为对应的组织、价值和社会成员关系三个层次的内容。其中，“营利组织场域”对应的是社会学分析框架中的“经济要素”，体现的价值是利益“互惠性”，社会成员作为行动者与营利组织建立的是利益互惠的关系。在市场化运作中，营利组织和社会成员呈现长期护理的提供和购买关系，从而体现一定的“互惠性”。“公共部门场域”对应的是社会学分析框架中的“政治要素”，体现的价值是“人格共识性”。作为政府部门的公共部门角色逐渐转变为长期护理福利服务的规范者、购买者、管理与仲裁者，促使社会成员与公共组织共同达成福利保障的目标、手段和结果评价的“共识性”。“非营利组织场域”对应的是社会学分析框架中的“社会要素”，体现的价值是权利公平和平等性。非营利组织将填补政府撤走后的真空，避免市场过度膨胀，协调社会成员、营利组织与公共组织之间的关系、补充社会成员、营利组织与公共组织之间的空白，来整合福利服务中相互关系的“平等性”。“家庭场域”在微观层面上对应的是社会学分析框架中的“文化要素”，体现的是正义价值观的共享性。家庭集中体现着中国传统文化，既是长期护理供给和需求的根本所在，也是长期护理的最终实施场所，更是将“孝”的价值最终体现出来的地方。福利多元展示了四种主体之间的互动关系，是对社会学分析框架在宏观上的体现，在一定的文化、经济、社会和政治背景中，国家提供的社会福利和家庭提供的家庭福利最终可以形成良性互动。

运用社会政策分析架构，在对实证调查结果进行分析时，从分配基础、福利类型、输送策略和筹资方式四方面对制度供给措施进行讨论。“社会政策分析架构”是 Gilbert, Specht 和 Terrell 在《社会福利政策的纬度》(Dimensions of Social Welfare Policy)一书中提出的，该分析框架以社会福利分配的基础、社会福利的供给类型、社会福利的整合及输送策略和社会福利的筹资方式方法为分析社会政策的着眼点。社会政策分析架构在微观上体现了社会学“四要素”分析框架的内涵。福利类型是指对社会福利的供给和分配形式，即社会福利政策将对受益者提供何种形式的给付。社会福利政策通常提供的给付形式一般包括现金、实物、服务、权利和机会等，它集中体现的是社会学分析框架中经济要素的利益互惠性。输送策略是指在绝大多数社会福利提供者和消费者的集合层面中，社会福利的提供者和消费者之间可选择何种的服务组织与传递安排；特别是如何统合公共组织、非营利组织、营利组织等来达成服务组织与传递的目标，它体现的是社会学分析框架中政治要素的人格共识性。分配基础是指选择何种原则来决定社会福利分配的受益者，以及得到社会福利分配的特定人口或群体应当如何选择的问题。该问题争议的核心焦点在于社

会福利政策的受益者应当是“普遍性的”还是“选择性的”，它所体现的是社会学分析框架中社会要素的权利平等与公平性。筹资方式，是指筹措资金的方法，涉及资金来源及方式是单一渠道还是混合渠道、政府责任还是社会责任的问题。在这里，资金来源主要体现的是社会学分析框架中文化要素的价值共享性。

通过以上理论分析可以认为，老年人长期护理需求与制度供给问题，是包含由家庭场域、营利组织场域、非营利组织场域、公共部门场域等场域主体构成的互动关系系统，这四种场域主体分别对应文化要素、经济要素、社会要素、政治要素四种要素，并最终统一社区场域之中。当四种主体越是良性互动、制度供给越是充分时，老年人长期护理需求就越能较好满足。

二、研究内容与思路

本文研究的主要内容，一方面是探讨城市中老年人长期护理需求的涵义、因素及结构，对老年人长期护理需求进行实证分析。其目的是完整地把握当前城市中老年人长期护理需要。另一方面，是分析城市长期护理制度的涵义、因素及结构。其目的是完整地把握当前城市中老年人长期护理制度，试构建中国老龄化城市中老年人长期护理需求的制度供给模式。

本文的基本思路是：首先，运用基于 AGIL 理论的社会学“四要素”分析框架对发达国家长期护理制度进行系统分析和比较研究，并借鉴同属东亚文化圈的中国台湾地区 and 日本的长期护理实践。其次，对中国湖北省武汉市老年人的长期护理需求状况及制度供给诉求进行调查研究，并在此基础上运用福利多元理论和社会政策分析框架探讨中国的长期护理制度模式和供给措施。

具体地讲，在对德国、美国的长期护理制度进行系统分析和比较研究、总结各国制度在社会学“四要素”下对利益互惠性、人格共识性、权利公平和平等性及正确价值观的共享性的政策体现的基础上，归纳各国建立长期护理政策的共同特征、共同原则；以同属于东亚文化圈的日本和中国台湾地区为代表，对其长期护理制度进行探析；同时，以老年人和中青年人对老年长期护理需求的调查数据为基础，实证分析以武汉市为例的老年人长期护理需求现状和制度供给诉求；最后，在社会学分析框架下，运用福利多元理论，从家庭场域、营利组织场域、非营利组织场域、公共部门场域四方面重构制度供给的“四要素”，使四种制度供给要素统合于社区场域中，共同组成整体的长期护理制度模式；运用社会政策分析架构，从分配基础、福利类型、输送策略和筹资方式四方面对制度供给措施进行讨论；基于城市老年人的长期护理期待，对长期护理制度的供给项目进行分析。

三、研究方法

本文将采用定性与定量分析相结合方法进行研究。主要有文献法、实证分析法、

比较分析法。

(一) 采用文献法，以解读国外长期护理政策、制度及实际运行方面的文献。

(二) 采用比较分析法，来比较发达国家，尤其是德国、美国、日本、法国、以色列、韩国等国家长期护理政策、制度在社会学四要素下的具体体现以及实施状况；归纳、总结其共同特征、共同原则。

(三) 采用实证分析法，对中国台湾地区和日本的长期护理实践进行实地考察，并对湖北省武汉市老年人的长期护理需求现状及制度供给诉求进行实证调查，以获取本文所需要的第一手资料。在此基础上，对调查资料进行实证分析。

第四节 研究的创新

第一，本文选题具有较大的现实意义。由于生理机能的下降而导致的庞大老年人口生活自理能力的丧失或部分丧失问题，不仅涉及老年人的生活权益，更重要的是，影响到整个社会的稳定。到 2030 年前后，中国也将面临人口老龄化的高峰阶段，加之中国实行计划生育以来独生子家庭增多，“四二一”、甚至“八四二一”家庭结构广泛形成，以及妇女的广泛就业，使得现有的紧靠家庭成员完成护理的方式在经济和精神上给家庭成员造成巨大压力，也造成老年人生活质量严重下降、精神不能得到慰藉。这种护理服务问题的现状不仅影响了年轻人为社会创造更多的价值也阻碍社会的进步与发展。本文研究的长期护理需求及制度供给模式将为深一步的政策探究和探索补充性的社会保障制度提供一个参考，对中国应对日益加重的人口老龄化问题提供可能，也对构建社会主义和谐社会起到有益的作用。

第二，当前国内学界对长期护理制度的研究尚处于起始阶段，而从社会学理论视角下进行理论分析及运用社会研究方法进行研究的更为少见。本文将运用社会学四要素分析框架分析发达国家的长期护理制度；通过实地调查，研究老龄化城市中老年人与护理供给主体的相互关系状态，及老年人的长期护理需求状况，并运用福利三角理论和社会政策分析架构分析和构建制度供给模式，具有创新性。

第三，就研究方法上来看，本文将采用描述分析、比较分析、相关分析等统计手段展开研究，将定性和定量结合起来，科学性较强。同时，本文既有经过论证的理论框架，又有可操作的指标体系和实证分析，在一定程度上弥补了老龄化城市长期护理需求和制度供给诉求研究的缺陷和不足。

第四，本文将深入考察武汉市老年人口长期护理需求状况与意愿的跟踪调查资料，分析老年人对生存性长期护理需求、安全性长期护理需求、社会性长期护理需求、发展性长期护理需求四个方面的现状，并对利益互惠性制度供给、人格共识性制度供给、权利公平性制度供给、价值共享性制度供给四类制度供给诉求做了研究。对今后分析老年人生活状态、制定相应老龄政策及探索“积极老龄化”具有一定

参考价值。

第五节 概念界定

长期护理（Long-term care, LTC）问题是伴随人口老龄化而出现的，自 20 世纪 90 年代以来世界人口老龄化日益严重，导致老年人的长期护理问题也变得越来越突出。所谓长期护理，美国健康保险协会（HIAA）将其定义为“在一个较长的时期内，持续地为患有慢性疾病（Chronic Illness）譬如早老性痴呆等认知障碍（Cognitive Impairment）或处于伤残状态下的，即功能型损伤（Functional Impairment）的人提供的护理。它包括医疗服务、社会服务、居家服务、运送服务或其他支持性服务。”WHO 将长期护理定义为“由非正规护理者（家庭、朋友或邻居）和专业人员（卫生和社会服务）进行的护理照料活动体系，以保证那些不具备完全自我照料能力的人能继续得到其个人喜欢的以及较高的生活质量，获得最大可能的独立程度、自主、参与、个人满足及人格尊严。”长期护理与医疗护理具有显著的区别：医疗护理的主要目的是治愈疾病或保全生命；而长期护理的目的是为患有慢性疾病或处于伤残状态的人提供服务，使不利影响降至最低、正常生活尽最大可能得以维持。虽然长期护理的对象是任何年龄段的人，但通常是指老年人。综合以上内容，笔者将长期护理定义为：由非正规护理者（家庭、朋友或邻居）和专业人员（卫生和社会服务）对患有慢性疾病或处于伤残状态的个人进行照料，提供日常生活照料服务、专业医疗护理服务、精神慰藉服务、社会服务，以保证不具备完全自我照料能力的个体最大程度的得以正常生活与满足的护理照料活动体系。本文所指的老年人长期护理与此处界定相同。

根据联合国的统计标准，一个国家或地区，60 岁以上的人口占总人口的比重达 10%及以上，或 65 岁以上的人口占总人口的比重达 7%及以上，就称为人口老龄化国家或社会。在中国，官方通常将退休年龄定为：男性 60 周岁退休，女性工人年满 50 周岁、女性干部年满 55 周岁退休。如果将退休年龄作为界定老年人的标准，则在中国将会因为性别不同，而产生男性 60 周岁，女性 50 周岁或 55 周岁这样多个标准。而中国实际在法律层面认定的老年人标准则为 60 岁，其依据为《中华人民共和国老年人权益保障法》中“第二条”所述“本法所称老年人是指六十周岁以上的公民”。而《中华人民共和国老年人权益保障法》中“第二十三条”所述“国家鼓励地方建立八十周岁以上低收入老年人高龄津贴制度”，而各地方政府则制定规定年满 80 岁无论是否低收入都可以领取高龄津贴。这些法律法规在实质上界定了中国的高龄的年龄标准为 80 岁。在国家统计局的人口普查中，亦采取了 60 岁为老龄，80 岁为高龄的界定标准。由此，本文将 60 岁作为界定老年人、80 岁作为界定高龄老人的标准，将 60 岁以上的人群定义为老龄人群，将 80 岁以

上人群界定为高龄人群。

城市作为一个人口集中的地区范围，其老年化程度不容忽视。根据武汉市人大常委会公布的《武汉市养老事业发展对策研究》，2011年武汉60岁以上老龄人口132.05万，占全市总人口15.96%，80岁以上老人每年增加逾万人，年均增速达8%。可见，武汉市已经迈入老年化城市的行列。而且在不可逆转的老年化进程中，中国已形成多个老年化城市，如上海、北京、天津、成都等。因此，对老年化城市的老年人长期护理需求问题展开研究具有重大的社会意义。而武汉市作为中国中部地区的省会城市，其作为老年化城市的典型代表意义有四：第一，虽然上海、广州、青岛等城市均已开始了长期护理保险试点，但上述城市均为东部沿海发达地区城市代表，在地理位置上，武汉市位于中国的中部地区，且位于长江流域的中心位置，相对于东部和西部地区的老年化城市还是经济政治地位上都在众多老年化城市中更具代表性；第二，根据中国城市综合实力排名，武汉市的综合实力在中国老年化城市中处于中游，对于中国老年化城市研究具有较大代表意义；第三，武汉市作为一个典型的工业城市，其大规模工业人口步入老年化的现象，相较于一般的老年化城市更具有研究意义；第四，武汉市的城市定位和日本名古屋市及台湾省新北市相似，以武汉市为切入点对这三个城市进行对比研究更具有客观性。由此，本研究以具有代表意义的武汉市为例展开调查、进行实证研究，对切实把握城市老年人长期护理需求，并提出中国建立长期护理制度的政策建议具有重要的现实意义。

第一章 西方国家长期护理制度的社会学比较分析

在当前的西方发达国家中，长期护理保险根据实施主体不同可分为两大类：一是由政府作为管理主体的社会护理保险，通常采用强制保险方式，属于社会保险范畴，以德国（1995年）、日本（2000年）和韩国（2008年）为代表；二是由商业保险公司作为经营主体的长期护理商业保险，采用自愿保险方式，属于商业保险范畴，由美国和法国于上世纪70年代推行。此外，还可将上述两类相结合实施，以以色列（1986年）为代表。由于日本与中国共出于东亚，在某种程度上具有相似性，所以本文将在后文中专门辟出章节对日本的长期护理制度进行分析。以下以德国和美国为代表，对西方发达国家的长期护理保险的产生、保险缴付方式等进行简要阐述。

德国于1995年颁布了长期护理保险体制，并于1996年7月全面实行，属于法定强制性保险。德国护理保险的一个特别显著的原则是“护理保险遵从医疗保险原则”，即所有拥有医疗保险的人必须参加护理保险。公民按照收入水平的划分标准分别向公共疾病基金或者私营健康保险公司缴付保费参加强制性长期护理保险。这是德国社会保险法制上的一个创新。根据德国的健康保险制度，德国长期护理保险的责任范围包括家庭护理和护理院护理两部分，需经过一段资格认证期才可正式支付保险金。自2001年1月1日起，投保人必须先缴付5到10年的保险费才可以申请长期护理保险金支付。⁹²

美国的长期护理保险属于商业保险的经营范畴，采用自愿保险的方式。其长期护理保险制度是由商业保险公司作为经营主体，筹资方式主要来自于投保人缴纳的保费。美国长期护理保险一般采用现金给付方式直接对长期护理费用补偿，但伴随着“管理式医疗”的出现和快速发展，使得以实物提供补偿的方式日益增加。

综上所述，各国已经建立了较为完善的长期护理保险制度，且这些制度都从经济、社会、政治、文化四方面出发，致力于将长期护理保险发展成为一个完整、健全的系统，正好切合美国社会学家帕森斯的“AGIL理论”架构。这一理论经由社会学家尤·哈贝马斯、安东尼·吉登斯、皮埃·布迪厄等的发展逐渐形成为社会学“四要素”分析框架。笔者认为，运用这一理论框架分析发西方达国家的长期护理保险制度，总结各国制度分别在经济要素下对利益互惠性、政治要素下对人格共识性、社会要素下对权利公平和平等性及文化要素下对正确价值观的共享性这四方面的政策体现，可以系统的把握其建立的原则，为中国建立长期护理提供明确的理论指导。

⁹² 郝乐:国外长期护理保险制度对我国的启示 [J]. 《沈阳大学学报》, 2010(3):98

第一节 社会学分析框架下对德、美长期护理制度的纵向分析

一、对德国社会导向模式长期护理制度的纵向分析

(一) 经济要素下对利益互惠性的体现

(1) 减轻了个人、家庭及社会救济部门的经济负担。根据德国所遵循的“护理保险遵从医疗保险”的原则，德国的护理保险应对所有德国人承保。其护理保险系统包括法定护理保险和私人护理保险。法定护理保险是通过雇主和雇员对半缴纳保险费的方式并依照现收现付的原则来筹资。具体是在计费界限以下征收总收入的某个百分比，最初引入法定护理保险时的缴费率为1%，1996年调整为1.7%，2008年7月1日起调整为1.95%。员工缴纳的保险费由用人单位或企业直接从员工每月工资中代扣，在每个月的14日连同雇主支付的保费统一提交给公共卫生基金，以此为长期护理保险基金机会建立足够的资金储备。从德国引入护理保险体制至今，共计约有97%左右的德国国民得到了护理保险的保障，约有210万人参加了法定和私人护理保险的公民获得了各种不同的实物和货币给付。其中有170万人处于60岁以上，有17.5万人介于40到60岁之间，有19.2万人处于40岁以下的。⁹³由于护理保险费的征收，使得护理费用有了稳定的收入来源，从而减轻了老年人及其他需要护理者及其亲属的经济负担，也使很多需要护理的个人摆脱了对社会救济的依赖，有效缓解了社会救济部门紧张的财政状况。例如，社会救济支出在门诊领域从1994年的8亿欧元降到了1997年的4亿欧元；在住院领域的支出也有大幅下跌。同期社会救济净支出从58亿欧元减少到了21.3亿欧元，共计减少支出36亿欧元，使社会救济机构暂时走出濒临破产的境地。从医疗费用的支出来看，据资料显示，德国1997年人均医疗支出为2753美元，而到2001年下降至2412美元。可见，在财政上，长期护理保险的推行使个人、家庭和政府都获得了实惠。

(2) 德国护理保险的建立，增加了护士就业的人数，也促进了护理服务行业的快速发展。德国护理保险法实施后，最直接和最明显的结果是提高了聘用护士的数量。根据保险公司估计，护理保险制度的建立，为护士的增加增加了20000个新的工作岗位⁹⁴，也为更多的护士建立自己的家庭护理机构提供的可能性。由于护士的工资低，从事又脏又累的工作，在德国护理保险法颁布之前，护理行业并不是一个吸引人就业的行业。但随着法规的建立，护理费用有了可靠的来源，护士的收入继而提高。同时，又由于在护理人员数量的增加，减少了护士的工作量和工作强度，使护士对工作满意度也增加。在过去的几年里，申请接受护理教育的青年学生的数量

⁹³ 丁纯：德国护理保险体制综述：历史成因、运作特点以及改革方案[J]。《德国研究》，2008，(3)：45

⁹⁴ 《德国社会保险体制的现状》.[2005-6-30]. <http://www.hninsure.com/Article Print.asp?ArticleID=1626>.

呈上升趋势，同时护理队伍的稳定性进一步适应了德国人口老龄化需求。如此看来，长期护理保险的建立一方面能够增加民众的就业选择、增加就业岗位，另一方面对国家经济增长及国家福利体系的完善也起到重要作用。

（二）政治要素下对人格共识性的体现

（1）护理保险相关部门管理有序，各施其职。德国护理保险相关的护理保险机构、医疗护理机构及其协会、医生协会、药剂师协会和社会福利机构、制药业和医院等在国家（联邦保险局）监管下，依照法律自我管理，自主履行责任。各个不同的部门与机构对实施和完善长期护理保险制度这一共同目标达成共识并付诸行动。特别重要的是融资和服务的分离，医疗保险和护理保险机构全权负责融资，不负责提供服务。并且医疗保险基金与护理保险基金分账管理，公共疾病基金增值的唯一途径是银行利息，不允许将基金用于投资和其他经营活动。这样可以防止权力的滥用，确保了长期护理基金的充盈性及利用的有效性，充分达到长期护理保险的社会保障目的，切实保证最广泛老年人及其他需要护理帮助者得到有效的护理服务供应或者资金支持。

（2）各个德国护理保险基金会之间竞争有序，缴纳保费的成员可以自由选择基金会进行投保。德国大约有 600 个公共疾病基金，每一个基金都会有一个长期护理部门，专门负责长期护理保险费收缴、保险金给付、对护理服务提供方的资格审核以及与各提供方协商，在给付保险金方式上达成共识等事务。由于基金中各成员的资金可以在各基金之间流动。所以在每年初，各成员可以根据其接受的护理服务质量，决定是否重新选择投保其他的基金会。如此，各公共疾病基金会按照规则展开有序竞争，维护自身及基金会成员的利益，形成一种良性的发展模式，促进长期护理保险制度的有效运行。

（3）为了保证参保人得到切实、便利的长期护理服务，避免卫生资源的浪费、提高效率，德国长期护理保险通过评估病人所需的护理服务等级来确定合理的长期护理费用偿付方式和偿付比例，并同时针对参保人和长期护理服务机构来确定适当的长期护理费用收费标准。

德国在长期护理实践中根据护理的需要，分为三个“护理等级”（实际上有 5 个等级）：护理 I 级（一般需要护理等级）是最低级别的护理，日常护理时间需要达到 90 分钟以上 3 小时以下的人员归在这个等级；其次为护理 II 级（非常需要护理），日常护理的时间为 3 至 5 小时的人员都属于这一类；最后为护理水平 III（极其需要护理），需要日常护理达到 5 小时以上的人员都属于这一类。除上述三个护理等级外，实际上还存在一个护理等级 0 和一个高于护理等级 III 的护理等级。任何无法归入和达到护理等级 I、但确实需要护理的人可归入护理等级 0；而当护理的需要程度比护理等级 III 还要高很多的时候，就可被认定为护理等级“严重情况”。保险机构结合护理类型，根据评定的护理等级，对需要护理的人提供帮助。另外，

根据护理需求状况及可行性，护理服务的提供形式分为家庭护理、半住院护理和完全住院护理。

依照护理服务等级的不同，选择不同护理服务方式的被护理人获得的给付（最高）按照如下标准：（1）家庭护理：家庭自配人员护理，按护理等级 I、等级 II、等级 III、等级严重四种情况于每月分别给付 205 欧元、410 欧元、665 欧元、665 欧元；护理机构上门服务，按护理等级 I、等级 II、等级 III、等级严重四种情况每月分别给付 384 欧元、921 欧元、1432 欧元、1918 欧元。（2）半住院护理：按护理等级 I、等级 II、等级 III、等级严重四种情况每月分别给付 384 欧元、921 欧元、1432 欧元、1918 欧元。（3）完全住院护理：按护理等级 I、等级 II、等级 III、等级严重四种情况于每月分别给付 1023 欧元、1279 欧元、1432 欧元、1688 欧元。

基于以上这一统一标准，参保人的护理需求评定及金额保障有了明确的数字依据，德国长期护理保险总体上得以平稳运行。国家据此进行管理与分配，民众依此申请评定与给付，这正是政府与民众在政治上达到了共识性的表现。

（三）社会要素下对权利公平和平等性的体现

（1）全民投保，社会护理保险与私人护理保险相互独立共存。按照前文德国遵循的“护理保险遵从医疗保险”原则，那么护理保险就对全国所有人承保。在法定护理保险之外，还有私人护理保险的存在，两者都是义务性保险，而且相互独立共存。所有参加法定医疗保险的被保险人被社会护理保险承保，这部分的人口占总人口的近 92%；所有参加私人医疗保险基金的被保险人由私人护理保险承保，这部分人口约占总人口的 7%。未参保人数继续下降，到 1997 年仅占总人口的 0.3%⁹⁵。不管是参加法定医疗保险还是私人医疗保险，都能享受护理保险的给付。可见，德国长期护理保险无论公民身份，一律给予同样的享受长期护理保险的权利，充分体现了公民权利公平与平等性。

（2）按投保人收入多少收取保费，享受保险待遇的权利同等。按照德国护理保险法的规定，被保险人支付保险费的水平不取决于投保风险（如年龄、健康状况）的大小，而是直接由被保险人的劳动收入决定。虽然申请人支付的保险费有高低之分，但每个申请人享受保险待遇时有同样的权利。这具有鲜明的收入再分配的功能。德国的护理保险也体现了互助性：在保险法规定，被保险人没有正式工作的配偶和子女可以不支付任何保险费的情况下，与被保险人享有同等的护理保险待遇；如果被保险人的收入不超过一定限度，那么他们的配偶和子女在被保险之列⁹⁶。由此可以看出，德国的长期护理保险在收取低收入人群较低的保费的情况下却给与其享受平等的保险待遇权利，充分体现了公民权利的公平与平等性。

（3）未育子女人群的缴费率高于生育子女人群的缴费率。在护理保险费用征

⁹⁵ 和春雷：《当代德国社会保障制度》[M].北京：法律出版社，2001.158、160、179.

⁹⁶ 杨玉生：德国社会保障制度发展的新动向[J].《欧洲》，1995，（6）：56-61.

缴方面颇具德国特色的是对未育子女的人群追征保费，从2005年1月1日起对23岁以上未育子女的成年人追征0.25%的保费，其雇主分摊的保费率不变。这一对未生育者提高缴费率的策略充分考虑了未生育子女者与生育子女者之间的公平性。因为在现收现付制度下享受的待遇实际来自于未来子女的缴费，如让未育子女者按相同比例缴费、享受相同的护理待遇则对生育子女者来说是不公平的。可见，即使是比较边缘的方面，德国护理保险制度也充分考虑到公民的权利的公平与平等性。

（四）文化要素下对正确价值观共享性的体现

（1）德国出台长期护理保险制度，规定国民参与长期护理保险，促进了社会福利体系的完善，更重要的意义是引导民众为自己的老年生活尽早做出打算，这是一种正确价值观的植入。因为，德国长期护理保险制度体现出老年人的护理并不仅仅是国家的事，国民也有义务为老年护理买单。国民须按照劳动收入的多少缴纳护理保险费，为护理保险基金的建立贡献自己的力量。且未生育子女的人群更应为自己的护理多尽一份力量。这样一种鼓励民众共同参与社会福利体系建立的做法，可以增加民众参加社会劳动和社会奉献的积极性，也可以减少对这回资源的浪费。民众在付出了相对较少的保费之后，可以减小发生护理服务需求时的巨大风险。这一点正体现了正确价值观的共享性。

（2）德国的私人护理保险也被赋予承担社会责任的使命。在市场经济条件下，无论是哪个国家的私人保险都是以盈利为目的的，但德国的私人护理保险对参保对象的处理却不完全符合私人保险的核心原则——平等原则。德国的私人医疗保险基金超过800多万的潜在需求者承保。法律规定提供护理保险的保险公司有对任何参加私人健康保险的人的承保责任，而不能以高风险或风险异常来拒绝；男性和女性支付相同的保险费，儿童不必另交保险费而在承保之列；私人护理保险的保险金额不得高于社会长期保险费；无收入或收入微薄的配偶只交50%的税就可以投保；义务私人护理保险的给付与社会护理保险一样等等。⁹⁷这表明德国在实施长期护理保险时赋予了私人护理保险以道德使命，使“非道德神话”下的营利主体担负了道德责任。德国的私人护理保险承保方摒弃私人保险的平等原则及纯营利性，充分体现了文化要素下对正确价值观的共享性。

二、对美国商业导向模式长期护理制度的纵向分析

（一）经济要素下对利益互惠性的体现

美国政府给予商业长期护理保险被保险人以优惠政策。美国的长期护理保险制度采用商业化的经营模式，即商业保险公司提供长期护理保险的主要业务，个人

⁹⁷ 德国联邦劳动与社会秩序部编，《护理保险走来了》[M]。波恩版，1994.20、26。

自愿购买，政府采取了一些税收优惠政策给予鼓励。⁹⁸由于长期护理对社会的独特贡献，美国有四个州（加利福尼亚州、纽约州、康涅狄格州和印第安那州）由联邦政府批准，成立了一个长期护理的合作伙伴关系，由政府和保险公司的合作，为被保险人提供独特的优惠。即要求被保险人购买一定数量的私人保险，由保险公司负担初始的护理成本，不足部分由政府再补充，从而使被保险人得到更多的保障。⁹⁹据统计，在2002年，104家保险公司售出超过90万份长期护理保险，占人身保险市场21%的市场份额。截至2008年底，美国有近600万人购买长期护理保险，保费收入约占寿险市场份额的30%。如德国的护理保险制度一样，美国的长期护理保险在经济上给投保的美国公民（尤其是老年人）及家庭减轻了压力，也缓解了美国政府在护理保障上的财政负担，体现了双方的利益互惠性。

而具有特色的是，美国政府及以上四个州的保险公司成立的长期护理伙伴计划在经济上的利益互惠性体现在个人、保险公司和政府三者之间，建立起一个“福利三角”模式。这三者共同承担长期护理保障的责任，各自发挥作用，构成一个长期护理保险的社会福利整体。这一“福利三角”模式对个人（家庭）、保险公司、政府三者各自原本承担的责任进行了协调分配，使得投保的个人（家庭）不仅可以按照保单的规定获得应有的赔付，而且当超出赔付的时候在保单之外还能获得来自政府的补助。这就避免了在护理需要严重的情况下难以承受来自经济及其他各方面的压力。而由于与政府的合作使得保险公司得到资金资助，在设计保单的时候能够给予被保险人更多的有利条款，这样可以吸引更多的投保者，也达到与政府的互利合作。对于政府而言，花费相对较少的资金补助就能减轻长期护理问题带来的巨额开支，其中的便利也是显而易见的。由此，可以看出美国的商业长期护理保险充分体现利益互惠性。

（二）政治要素下对人格共识性的体现

（1）美国政府十分重视对长期护理保险的监督管理，促进长期护理保险健康发展。美国保险监督官协会（NAIC）制订了《长期护理保险示范法规》（Long-Term Care Insurance Model Act），规定了保险公司在制定长期护理保险条款时要遵守的最低标准与被保险人享有的权利，如：保险人应当对提供的担保及其特点做出描述；禁止对保险人的某种具体身体状况不提供保障；申请人应有一定的观察期，在此期间可以撤销保单和退还保费等。¹⁰⁰到1993年，美国绝大部分州通过了类似于示范法规的法律规定，促使长期护理保险标准的标准化发展。此外，许多美国再保险公

⁹⁸ 董琳:不同模式长期护理保险制度比较分析[J] 《医保天地》.2011(6):41

⁹⁹ 段昆:美日长期护理保险制度比较 [J] 《消费导刊》.2007(11):78

¹⁰⁰ 中国保险、中国风险管理网：“长期护理保险在美国”，

<http://www.chinarm.cn/Insurance/show.php?itemid=9472>.

司积极向销售长期护理保险的保险公司提供再保险，扩大其承保能力。¹⁰¹许多消费者组织也积极协助保险公司发展长期护理保险的指导方针和承保方案，满足社会各阶层对长期护理保险的需要。这种在法律法规的约束下进行监督和管理的运行机制，使得保险公司在许可的范围内制定相应的保单，并有来自消费者组织的指导。这就达成了一定的人格共识性，使长期护理保险既能满足社会需求，也能促进长期护理保险行业的标准化发展。

(2) 美国保险公司的绝大多数保单标明每日最高给付额及给付日中给付的总额。给付额越高，费率越高。投保时被保险人年龄越低，则其费率越低。其长期护理保险的保险责任具有多种形式，充分满足被保险人的各种护理需要。一般包括三种护理类型：专业家庭护理、日常家庭护理和中级家庭护理。专业家庭护理提供医疗服务，由专业医生负责。¹⁰²这种由保险公司制定的保单按不同给付额确定费率的优点在于，投保人可以根据自身需要购买保险，具有较大的灵活性。而将护理类型进行分类，在满足被保险人的不同需要的前提下也可以避免医疗资源的浪费。以上，是保险公司与投保人长期合作之下逐渐形成的，体现了建立长期护理保险的人格共识性。

(三) 社会要素下对权利公平和平等性的体现

法规禁止保险公司对公民进行选择性的投保。由于美国长期护理保险的商业性质，美国的保险公司往往将被保险人投保时的年龄限制在 50 至 70 岁之间，承保期按照被保险人投保时的年龄和他们的实际需要分为 40—84 岁、50—84 岁、55—85 岁等年龄段。¹⁰³由于这种年龄段性质，决定了并不是每一个美国公民都能购买长期护理保险。但是在美国的《长期护理保险示范法规》中明确规定：禁止对被保险人特定的身体状况不提供保障。这样对于年龄在 50 至 70 岁之间的美国公民而言，购买此项保险、享受护理保障的权利是相对平等的。那么，在法规的约束下，在特定年龄段的美国居民，在购买长期护理保险时享有平等的权利，体现了社会的公平。

¹⁰¹ 中国保险、中国风险管理网：“长期护理保险在美国”，
<http://www.chinarm.cn/Insurance/show.php?itemid=9472>.

¹⁰² 中国保险、中国风险管理网：“长期护理保险在美国”，
<http://www.chinarm.cn/Insurance/show.php?itemid=9472>.

¹⁰³ 中国保险、中国风险管理网：“长期护理保险在美国”，
<http://www.chinarm.cn/Insurance/show.php?itemid=9472>.

（四）文化要素下对正确价值观共享性的体现

美国长期护理保单上有一些重要保护条款。如通货膨胀保护条款执行：在美国由于通货膨胀因素的存在，使若干年后长期护理保险的给付很可能不足以支付逐年上升的护理费用。针对这一情况，保单规定赋予被保险人定期购买额外保险的权利，并按他们购买时的年龄确定缴费率。被保险人由此可运用此项权利不断增加其保单上的保额，以增强对付通货膨胀的能力。再一种对付通货膨胀的办法是保单规定的给付额可以5%的年增长率（单利）增加。

还有一种是“不没收价值”条款执行：在美国长期护理保险由于承保时间长，保单具有储蓄性质。因此，在其生效若干年后，便会出现一定的现金价值积累。所以，当被保险人做出撤销其现存保单的决定时，保险人必须向其提供“不没收价值”给付。被保险人因此可继续获得减额缴清保险的保障。后者的承保责任范围与原长期护理保单相同，他以原保单的“不没收价值”作为净保费，而不须另缴保费。被保险人也可选择保费返还方式，通常情况下，由保险人将其所收取的保费总额扣除已给付的保险金额后，如数一次性向被保险人返还余额。

以上这两种条款，都是商业性质的保险公司给与投保人的人性化政策，保险公司在制定保单的时候并非仅仅考虑每份保单如何最大化收益。其更主要的考虑在于如何在充分考虑市场条件的情况下，让投保人更满意自己的保单。只有秉持这样的正确价值观，才能使长期护理保险的市场更加广阔。这也体现了美国商业长期护理保险的正确价值观的共享性。

第二节 社会学分析框架下对德、美长期护理制度的横向比较分析

一、经济要素下德、美长期护理制度的共同特征

德、美两国建立长期护理保险制度都实现了国家与公民之间的利益互惠性。

德国的强制性护理保险将全体国民纳入保障之中，遵循“护理保险遵从医疗保险”的原则，使长期护理保险在短时间内就健康运转起来。民众只用在缴纳相对较少的护理保费的情况下便可享受长期护理保障。这对于个人及家庭在经济及精神上都是很大的支持。而对于国家政府本身无论是在医疗财政支出、社会救济还是社会福利完善、就业扩大等方面都起到重要的作用。

美国的长期护理保险虽然是商业性质，具有其局限性，但其对于国家和公民的利益互惠性仍然很明显。由于法律法规的约束，使得在规定年龄段内的公民可以根据自己的需要购买保险。正是由于是按需购买，那么对于减轻这类人群的经济压力

及家庭精神负担也是显而易见的，而被保险人也具有很大的自主选择性。

从德、美两国的长期护理保险制度可以看出，这一制度的建立对于国家和个人都是有益的，对于应对人口老龄化带来的长期护理问题压力是一个很好的解决方案。

二、政治要素下德、美长期护理制度的共同特征

德、美两国的长期护理保险制度都建立了监督、管理机制，并对长期护理保险制度实行立法保证，相关部门按照法律规定各施其职。

德国的各个公共疾病基金会、美国的各个商业保险公司在相关部门的监督和协同下，展开有序竞争。另外，两国都通过各种预防性措施降低失能的风险。如：德国采取融资和服务提供相分离的措施避免职能部门出现职责紊乱；建立医疗保险基金与护理保险基金分账管理机制，且规定公共疾病基金增值的唯一途径是银行利息，从而避免护理保险基金的滥用。美国发挥消费者组织的作用协助保险公司制定长期护理保险的指导方针和承保方案，使长期护理保险不偏离其对于满足社会各阶层对长期护理需要的主要任务。以此保证长期护理保险制度的有序运行，切实为公民解决长期护理问题，以达成缓解人口老龄化危机的一致目标。

三、社会要素下德、美长期护理制度的共同特征

从以上的分析中可以看出，德、美两国在建立长期护理保险制度时都非常重视公民权利的公平和平等性。虽然两国的长期护理保险的性质不同，但其所要达到的目标是相同的，那就是体现公平原则。

德、美两国为了保障公民的平等权利，都出台了法律法规，充分发挥法律的强制作用。德国公民无论收入水平高低、无论购买何种性质的保险，都能享受平等待遇。美国处于特定年龄段的公民，无论身体状况如何也能享受公平投保的权益。两国在制定护理保险制度时充分考虑其权利的公平和平等性，体现了长期护理保险制度的社会保障作用。这也是两国的长期护理保险能健康、有序运行的一个重要因素。

四、文化要素下德、美长期护理制度的共同特征

德、美两国的长期护理保险制度都对护理保险的商业性质进行了价值引导，使其向道德价值层面转移，发挥社会保障的作用。

这一点在德国的长期护理保险的私人保险和美国的商业护理保险上都得以体现，它们都摒弃了对特定身体状况的投保人进行选择的权利。另外，两国长期护理保险制度都起到了引导公民为老年生活早作打算、为国家步入老龄社会贡献力量的作用。这样一种正确价值观的指引可以集民众的力量于一体，来对抗人口老年化

危机。

由德、美两国长期护理保险制度在经济要素下的利益互惠性、政治要素下的人格共识性、社会要素下的权利公平与平等性以及文化要素下的正确价值观的共享性的具体体现，可以看出，社会四要素在两国建立的长期护理保险制度中都发挥了重要作用。其中，社会要素下的权利公平与平等性尤为重要，两国制度都对这一方面有所突出。两国的长期护理保险制度都对本国解决老龄化危机、解决老年人的长期护理问题起到了重要的作用。另外，从两国长期护理保险制度的社会“四要素”政策体现可以看出，德国的社会长期护理保险制度发展得更为健全、完善，具有更为广泛的社会福利保障性质，而美国的商业长期护理保险尚有很多需要发展的空间。

第三节 社会学分析框架下西方国家长期护理制度对中国长期护理制度建设之启示

一、经济要素下德、美长期护理制度对中国之启示

通过对以德、美两国为代表的西方国家长期护理制度进行比较分析可以发现，不论德国式的社会性长期护理制度，还是美国式的商业性长期护理制度，其建立都实现了国家与公民之间的利益互惠性。德、美两国所代表的两种长期护理制度模式的不同点在于，德国的强制性护理保险将全体国民纳入保障之中。以“护理保险遵从医疗保险”的原则使得民众只用在缴纳相对较少的护理保费的情况下便可享受长期护理保障。而美国的长期护理制度则呈现商业性质，通过商业保险的形式来实现其作用。

这两种不同的长期护理制度模式虽然都能体现出经济要素中的利益互惠性。但具体到中国社会而言，我们无法忽略中国经济发展水平与西方国家的差异。在某种程度上，当中国较低的人均收入水平遭遇可能的较高的长期护理保险费用时，应有的利益互惠性便有可能大打折扣。无论是德国还是美国，其长期护理制度的建立都是建筑在国民富裕、经济发达的基础之上，两国的长期护理制度建立之时其国民人均年收入都已超过1万美元。在中国目前未富先老、未备先老的国情下，要真正在长期护理制度的建设中实现经济要素中的利益互惠性，必须建立在经济持续发展和政府财政充足的前提下进行。

二、政治要素下德、美长期护理制度对中国之启示

德、美两国的长期护理保险制度都建立健全了监督、管理机制，并通过完善的

立法对长期护理保险制度的实行予以了保证。无论德国式的社会性长期护理制度下各个公共疾病基金会的协调发展，还是美国式的商业性长期护理制度下各个商业保险公司的有序竞争，都通过政府强制力保证下的法律和制度建设来维持长期护理保险制度的有序运行。

这两种不同的长期护理制度模式虽然都能体现出政治要素中的人格共识性。但将视角转向中国社会后，我们必须重视目前中国相关立法的缺失和社会保障制度的不健全。特别是当前的城乡二元体制下，基本的医疗保险制度和养老保险制度尚且存在割裂。而无论是德国还是美国，其长期护理制度的建立都与其医疗保障制度和养老保险制度息息相关。在这一前提下，未来中国建立长期护理制度，要如何打破城乡二元壁垒，同时将长期护理保险制度与医疗保险制度和养老保险制度进行整合，在很大程度上将是长期护理制度能否成功的关键，也必然要在这一过程中彰显政治要素中的人格共识性。

三、社会要素下德、美长期护理制度对中国之启示

通过对以德、美两国为代表的西方国家长期护理制度进行比较分析可以看出，德、美两国在建立长期护理制度时都非常重视公民权利的公平和平等性。不论德国式的社会性长期护理制度，还是美国式的商业性长期护理制度，虽然两种模式的长期护理制度的性质不同，但究其根本都要体现公平原则。然而，通过比较分析可以发现，两种长期护理制度模式下，对公平和平等性追寻并没有阻碍两国放弃救助模式的长期护理制度。

从西方国家长期护理制度的发展历史来看，救助式的长期护理制度从来就不是德、美等西方国家解决老龄化问题的必选项。究其原因，救助式的长期护理制度意味着政府必须有所偏重的选择照顾人群，而未被顾及到的群体将为了购买照护服务而付出很大的成本，这种看似公平的长期护理制度模式反而会损害其公平平等性。另外，救助式的长期护理制度也会给寻租行为留下空间，中国“低保”制度实行过程中爆出的诸多负面新闻，给我们提出了警示。为了保障公民的平等权利，以社会性为主、商业性为补充的长期护理制度将是中国长期护理制度建设可能的发展路径，并由此体现出社会要素中的公平平等性。

四、文化要素下德、美长期护理制度对中国之启示

在对以德、美两国为代表的西方国家长期护理制度的比较分析中，我们可以发现，德、美两国的长期护理保险制度都对长期护理制度的建立和推广进行了价值引导，使其向道德价值和文化层面转移，发挥社会保障的作用。

无论德国式的社会性长期护理制度，还是美国式的商业性长期护理制度，都在努力提高整个社会的长期护理风险意识，积极引导公民为老年生活早作打算。特别

时近年来西方国家对于“积极老龄化”和“成功老龄化”的推广，极大的引导了整个社会的价值观，来对抗人口老年化危机。这一点对于中国这种家庭本位且孝文化根深蒂固的社会而言尤为重要。要建立和推广长期护理制度，整个社会价值观的正确引导必不可少，尤其是如何重新阐释“孝”文化，使其不仅不阻碍长期护理制度的发展，反而与长期护理制度相协调和统一，将深刻体现出文化要素中的价值共享性。

第二章 东亚国家和地区的长期护理制度实践与启示

如前文所述，中国大陆面临严峻的老龄化形势和巨大的长期护理社会需求，长期护理体系的推动有其必然性、迫切性。

中国与西方国家的社会背景、文化传统存在差异，对其经验的借鉴具有一定的局限性。而相比之下，同处东亚的国家和地区则由于地缘、人种和文化的相近性，其对长期护理的实践对于中国大陆则更具有参考意义和可借鉴性。

日本是一个老龄化问题十分严重的国家，65岁以上人口占人口比重已经超过了27%，而与此同时日本还存在少子化的问题，更显得老龄化严重。同为东亚文化圈，有着类似的“孝亲文化”特征，日本在进入老龄化社会之后出现的一系列问题值得中国好好吸取经验和教训。日本是东亚地区第一个推行长期护理制度的国家。日本在介护保险、介护服务和介护机构等各方面建立起了一个完善的介护体系，值得中国学习和借鉴。而在当前，日本的介护制度也逐渐暴露出其弊端。如日本政府相关财政资金紧张，介护产业从业人员社会地位和收入较低等。对此，日本从国家、社会、公民等各层面针对介护产业低工资水平进行了积极的应对，但收效并不明显。

中国台湾地区同中国大陆人民同为一脉相承的炎黄子孙，两岸人民拥有共同的文化传统与价值理念。两岸人口老龄化的发展趋势与现实问题，大多具有相似之处。中国台湾地区比中国大陆更早地进入人口老龄化社会。面对急剧加速的人口老龄化进程，中国台湾地区早些年便开始了人口老龄化问题及长期护理的研究，从政府到民间机构，都积累了丰富的应对人口老龄化问题的理论与实践经验，建立了相对较为完善的社会保障体系。这对中国大陆应对日益严峻的人口老龄化挑战提供了有益的借鉴。

面对急剧加速的老龄化进程，中国台湾地区先于中国大陆对长期照护进行了研究和实践，对大陆长照产业发展具有借鉴意义。其中新北市采取“布老志工”、“世代志工”、“老人共餐”等新举措，成为中国台湾地区应对长照问题实践之典型。

第一节 日本介护制度的实践与启示

如前文所述，长期护理，来源于英文的 Long Term Care，常被译为长期照料、长期照护、长期照顾、长期护养等。日本则将 Long Term Care 称为介护。随着日本社会老龄化的发展，需要看护的老年人人数逐步增加，需要进行看护的时间也逐渐呈长期化趋势，因此看护需求越来越大。与此同时，日本社会的家庭结构逐渐发生变化。一方面日本家庭呈现小家庭化的趋势；另一方面出现了整个家族集体老龄化并需要看护的现象，仅靠家庭自身的力量已经难以支撑对老年人的看护和照顾。

鉴于此，为弥补以往的老人福利制度和老人医疗制度的缺陷和不足，日本制定并实施了以介护保险制度为核心的介护制度。

一、日本介护制度实践概述

（一）日本的介护保险制度

日本的介护产业发展规模和成熟程度在亚洲算得上首屈一指。而日本的介护产业正是以介护保险制度为核心发展形成的一项有福利性质的产业。正如前文所述，日本介护保险制度属于社会保险，因此采取了强制保险的方式，并以政府作为管理主体。如同大多数国家和地区的长期护理实践一样，日本的介护服务更侧重于生活护理，以及与之相关的小部分医疗护理。但日本的介护服务更加强调家庭和社区的参与。

根据日本于 1997 年 12 月制定，并于 2000 年 4 月 1 日正式实施的《介护保险法》¹⁰⁴，年满 40 岁的日本公民必须加入介护保险并缴纳保费。日本的介护保险主要针对身患闭塞性动脉硬化、类风湿性关节炎、糖尿病并发症、慢性阻塞性肺疾病、帕金森综合征、早期痴呆、脑血管疾患、肌肉萎缩性侧索硬化症等各种疾病的中年人和老年人。其中 65 岁以上的参保人被称为“第一号被保险人”，其由于身体或精神受损致使包括 ADL 和 IADL 在内的日常行为能力缺失而需要接受介护时，可提供服务。40 岁至 64 岁的参保人被称为“第二号被保险人”，其由于罹患与老年化有关的疾病而需要接受介护时，可提供服务。当被介护者接受介护服务时，其所花费费用的 70%至 90%由介护保险给付，而被介护者根据其经济情况的不同，只需要负担 10%、20%、30%不等。¹⁰⁵

整个介护保险制度在政府强制实施的基础上，由参保人所属的市、町、村来具体运营，其筹资方式为参保人与政府各承担一半。其中参保人所承担的那一半的出资比例为：“第一号被保险人”所缴纳的保险金占 23%；“第二号被保险人”所缴纳的保险金占 27%。政府所承担的那一半则主要来源于“社会公共费用”，也就是政府税收，由国家、都道府县、市町村三级政府按照 2：1：1 的比例提供，即国家承担 25%（其中 5%为调整交付金）、都府道县和市町村各承担 12.5%。以平成 30 年

¹⁰⁴ 《介护保险法》自 2005 年第一次修订后，每三年修订一次。

¹⁰⁵ 介护保险费依据基本收入及居民税课税情况在基准额的 0.5-1.5 倍之间分设 6 个档次，缴费金额每三年调整一次：初期在职者缴费比率大概为月收入的 12%。（扣缴基准上限设为 34 万日元，即缴费上限 4080 日元）加奖金的 12%（扣缴基准上限设定为年度累计 540 万日元）；退休人员缴费比率为退休金的 12%（扣缴基准上限设为 20 万日元，即缴费上限 2400 日元）。见：于建明.日本老年长期护理服务体系研究[J].《中国社会工作》,2018(32):24-25.

（公元 2018 年）为例¹⁰⁶，该年份介护保险总预算为 10.3 万亿日元。其中，“第一号被保险人”所缴纳的保险金占 23%，为 2.4 万亿日元；“第二号被保险人”所缴纳的保险金占 27%，为 2.8 万亿日元。国家国库承担 25%，包括 20%的定率分，为 1.9 万亿日元，和 5%的调整交付金，为 0.5 万亿日元。都府道县和市町村各承担 12.5%，分别为 1.4 万亿日元和 1.3 万亿日元。

满足条件的 40 岁以上的中、老年人提出申请后，首先需要认定调查员对申请者进行身心状况调查，并需要主治医师的意见书，以此作为第一次判定；经过介护认定审查委员会的第二次判定来审查批准后，就可以在介护保险支持下获得由地区综合支援中心、家庭护理支援单位和老人福利服务设施机构提供的介护服务。其中，第一次判定，是由市町村的认定调查员对申请者所进行的包含 74 个项目的身心状况调查（认定调查）及主治医意见书进行计算机判定。而第二次判定，则是由保健、医疗、福利领域有丰富学识和经验者所构成的介护认定审查会，根据第一次判定结果、主治医意见书等进行人工的审查判定。而最终通常有三种判定结果：第一种是“非该当”，即不予提供介护支援服务；第二种是“要介护”，即提供身体护理类服务；第三种是“要支援”，即提供普通家政类服务。其中“需要支援”类的等级，由轻到重可被分为 2 级，分别提供不同级别的普通家政类服务；“需要介护”类的等级，由轻到重可被分为 5 级，分别提供不同级别的身体护理类服务。而在整个接受介护服务的过程中，其介护服务等级是不断重新评估的，而随着其介护服务等级的重新调整，其介护服务计划也要随之重新制定。日本介护保险制度的运行模式如下图（图 2-1）所示：

¹⁰⁶ 数据来源于日本厚生労働省老健局：「公的介護保険制度の現状と今後の役割」、平成 30 年度、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html。

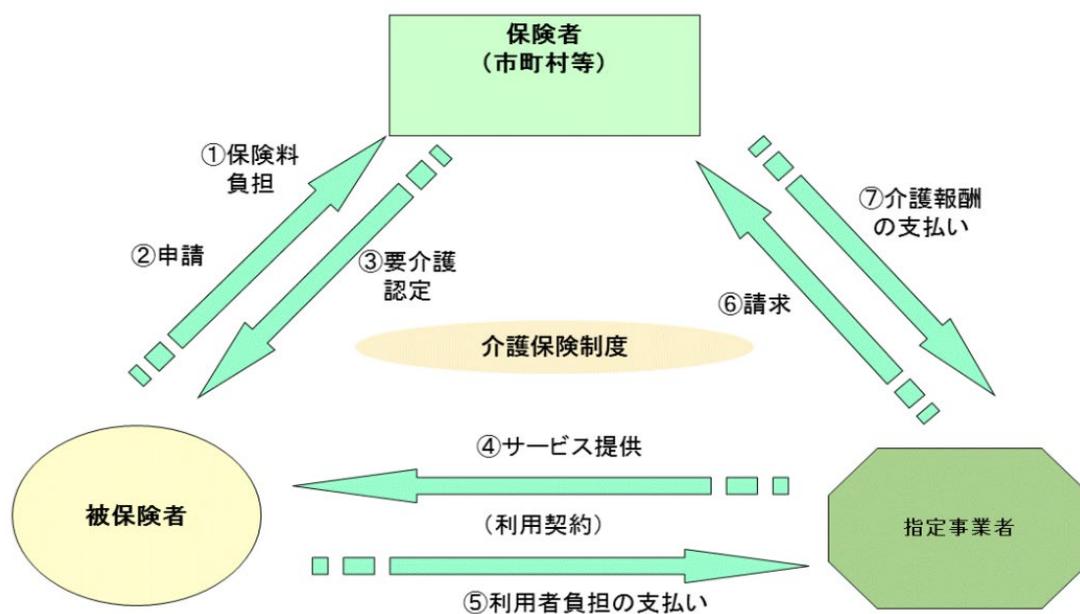


图 2-1

图片来源于日本厚生労働省：「介護保険制度の概要」、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/rehabilitation.html>。

（二）日本的介護服务种类

日本的老年介護服务一般分为居宅介護服务、地域密集型介護服务、施設服务三类。而日本介護服务的一大特点是强调居家护理与社区护理相结合。因此在本文中将以侧重于居家和社区的介護服务为主要分析对象，即居宅（介護预防）服务。按照实施服务的场所，居宅服务主要可划分为三类：访问服务也即居家护理，通所服务也即社区护理，短期入所服务也即短期机构护理。自从2000年4月日本彻底建立介護保险制度以来，随着老龄化的加剧，接受介護服务的人数持续增加。第一号被保险人人数由2000年的2165万人增加到了2019年4月的35278142人，其中被认定需要接受介護的人数由218万人增加到了6464088人。截至2019年4月，访问服务即居家护理服务利用人数为3734685人；通所服务即社区护理服务利用人数为861059人；短期入所服务即短期机构护理服务利用人数为942338人。¹⁰⁷ 这些数字从另一个层面也说明了介護保险制度在日本得到了深入而广泛的实践和普及。

¹⁰⁷ 资料来源于日本厚生労働省：「介護保険事業状況報告（暫定）（平成31年4月分）」、2019年6月26日、<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m19/1904.html>。

1. 访问服务——居家护理

访问服务内容主要包括：访问介护——即上门护理，访问入浴介护——即上门清洁，访问看护——即上门看护，访问康复——即上门医疗康复指导和居宅疗养管理指导——即居家疗养管理指导。进行登门访问型介护服务一般会根据被介护者的实际情况和家庭情况制定上门看护计划和看护指示书。

其中，访问介护（上门护理）主要包括家政服务和身体护理两类内容。家政服务主要包括打扫、洗衣、烹饪等必要的家务；身体护理则包括帮助进食、排便、清洁等有直接身体接触的服务。需要注意的是，登门访问型介护服务中有专门的访问入浴介护（上门清洁服务），但其并不与上门护理冲突。因为上门清洁不只是帮助清洁身体，更是与日本的泡汤文化相对应。服务人员不仅可以在被介护者家中帮助被介护者泡澡洗浴，也可以陪同被介护者一起乘坐专门的服务车去浴池进行泡澡洗浴。服务人员在被介护者泡澡过程中会密切关注其身体健康状况以及时应对可能出现的意外。与访问介护和访问入浴介护侧重于生活方面的护理服务不同，访问看护（上门看护）是在上门看护计划的指导下，上门对被介护者进行疾病和身体障碍的护理。

同时，针对患病且在家居住的被介护者，介护服务专门提供访问康复（即上门医疗康复指导），该项服务均由通过国家专门考试的专业人员在医生的指示下上门提供，主要包括理学疗法士¹⁰⁸、作业疗法士¹⁰⁹、语言听觉士¹¹⁰等。该项服务旨在帮助有身体、精神、语言或听觉等障碍的被介护者进行康复指导和训练。以此帮助其恢复基本的行动能力、简单的工作能力和基础的语言或听觉能力，以便使其能够维持或恢复睡觉、行走等日常行为能力和购物、洗衣服等工具性日常行为能力。由此可以看出，该项服务更侧重于提供ADL和IADL方面的康复训练。此外，除了日常行为能力的缺失，许多被介护者通常还患有各种老年病和慢性病。因此，在针对日常行为能力的康复指导之外，进行居宅疗养管理指导（居家疗养管理指导），使被介护者能够在家中就得到对疾病的预防和治疗，使其能够舒适的居家生活，也是登门访问型介护服务的重要内容之一。

¹⁰⁸ 通过国家专门的考试，合格后受到厚生劳动大臣的批准，根据医生的指示进行理学疗法，其主要工作内容是根据病人的情况使其恢复步行等基本动作能力，能维持正常生活。

¹⁰⁹ 通过国家专门的考试，合格后受到厚生劳动大臣的批准，根据医生的指示进行作业疗法，主要针对身体或精神有障碍的人，帮助其恢复应用动作能力、社会适应能力、简单工作能力等。

¹¹⁰ 通过国家考试后得到厚生劳动大臣的批准，对声音机能、语言机能或者听觉有障碍的人进行训练和帮助，争取维持其正常机能的从业人员。

2. 通所服务——社区护理

通所型的介护服务内容主要包括：通所介护——即赴养老机构进行看护和通所康复——赴养老机构进行医疗康复指导。这两类服务分别对应不同的服务场所。

通所介护（赴养老机构进行看护）的主要场所是日间照料中心或老人福利中心等专门机构，定期接居家养老的被介护者来进行生活方面的照料，其服务内容与上文介绍的登门访问型介护中的上门身体护理的服务内容大致相同。之所以在居家上门接受此内容的介护服务之外还安排定期赴养老机构接受介护。其目的在于使被介护的老人能够走出家门，通过赴养老机构来消除社会孤立感，增加与社会的交流，同时也给家人以时间来休整身心以减轻其负担。这项服务在日本和中国台湾地区也被称为“喘息服务”。关于日间照料中心或老人福利中心等赴养老机构进行看护的具体服务内容和流程将会在后文中作为案例来介绍。

通所康复（赴养老机构进行医疗康复指导）的主要场所是医院、诊所和老年保健机构等专门机构，定期接居家养老的被介护者来在医生的指导下由理学疗法士、作业疗法士和语言听觉是等帮助和训练其维持和恢复日常行为能力。其服务内容与上文介绍的登门访问型介护中的上门医疗康复指导的服务内容大致相同。

3. 短期入所服务——短期机构护理

短期入所服务也即短期机构护理，主要包括：短期入所生活介护，即短期入住养老机构接受生活护理；和短期入所疗养介护，即短期入住养老机构接受康复治疗护理。

与上文所述接受访问型介护和通所型介护的目的和内容类似，被介护者短期入住特别养老院或养老机构来接受介护和康复训练，以便等更好的长期居家生活。同时，这样的短期入所服务也为家人提供了“喘息”的机会。

与短期入所生活介护相比，短期入所疗养介护的场所细分较多，主要有养护老人院和疗养型老人院（老健）、医院（病院）、介护医院（介护医疗院）等。

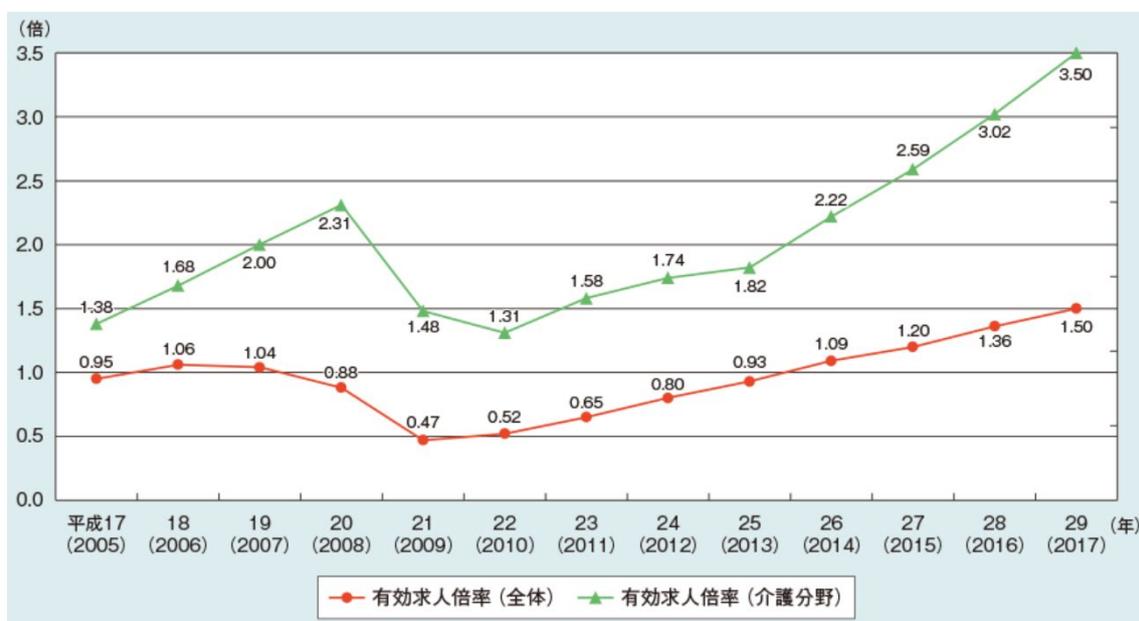
（三）日本介护产业从业人员现状

由于日本介护产业服务内容的综合性和服务项目的多样性，因此需要各种专业从业人员进行配合。日本介护产业的从业人员通常包括以下几种：介护福祉士、家庭介护员、看护师、社会福祉士、介护支援专门员、理学疗法士、作业疗法士、言语听觉士等。¹¹¹

¹¹¹ 王磊，林森，赵晔. 日本介护保险制度改革及其启示[J]. 《地方财政研究》，2013，(5)：75—79.

其中，介护福祉士需要通过国家资格登录，其服务内容主要侧重饮食、洗澡等身体护理。但自2007年12月厚生劳动省将其工作内容修改为“使用介护福祉士的名称，需要掌握专门的知识和技术，对身体或精神上有障碍的人身心情况进行护理，以及对本人和看护人员的护理知识进行指导”后，其服务内容也包括心理的、社会的、日常生活中广泛的援助。¹¹²看护师通常与介护福祉士相互配合，其主要工作与介护福祉士一起对被介护者进行“疗养方面照顾”或者在医生的指导下进行“辅助诊疗”。而家庭介护员的服务途径则主要为登门访问型介护。家庭介护员在政府制定的专业研修班学习期满后，通过上门为被介护者提供生活方面的介护服务。此外，还通过上文介绍理学疗法士、语言听觉士等其他专业人士通力合作，更好的为被介护者提供介护服务。

总体而言，自从2000年日本正式实施介护保险制度以来，介护行业从业者的人数一直持续增加。从介护行业的有效招聘倍率来看，如图2-2所示，与所有行业的有效招聘倍率相比，持续保持着高水平。虽然由于2008年美国次债危机影响，2009年介护行业的有效招聘倍率与所有行业的的有效招聘倍率一起出现下滑。但随着日本政府应对金融危机的《金融危機後の雇用対策》等一系列雇佣对策的出台，介护产业从业者数量增长率始终保持为正值并于2010年开始快速增长¹¹³。平成29年（2017年）的介护领域的有效招聘倍率为3.50倍，是所有行业的有效招聘倍率（1.50倍）的2.3倍。



¹¹² 社会福祉士養成講座編集委員会. 『高齢者支援と介护保険制度』[M]. 中央法規出版株式会社, 2009.

¹¹³ 日本厚生労働省「金融危機後の雇用対策」.

图 2-2

图片来源于日本内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_2_2.html。

随着需要介护（需要支援）认定人数的增加，从事介护行业的职员数大幅度增加。如图 2-3 所示，介护保险制度正式实施的平成 12 年（公元 2000 年）的介护行业从业者人数为 54.9 万人，而到了平成 28 年（公元 2016 年）的介护行业从业者人数达到 183.3 万人。平成 28 年（公元 2016 年）的介护行业从业者人数，是平成 12 年（公元 2000 年）的介护行业从业者人数的 3.3 倍。具体来看，介护产业中，入所系从业者即机构类型从业者总数从 2000 年的 32.1 万人增至 2016 年的 93.1 万人；访问系从业者即居家类型从业者总数从 2000 年的 18 万人增至 2016 年的 51.4 万人；通所系从业者即社区类型从业者总数从 2000 年的 4.8 万人增至 2016 年的 32.3 万人；另外自 2007 年开始出现小规模多机能型居宅介护从业者，从 2007 年的 1 万人增至 2016 年的 6.5 万人。

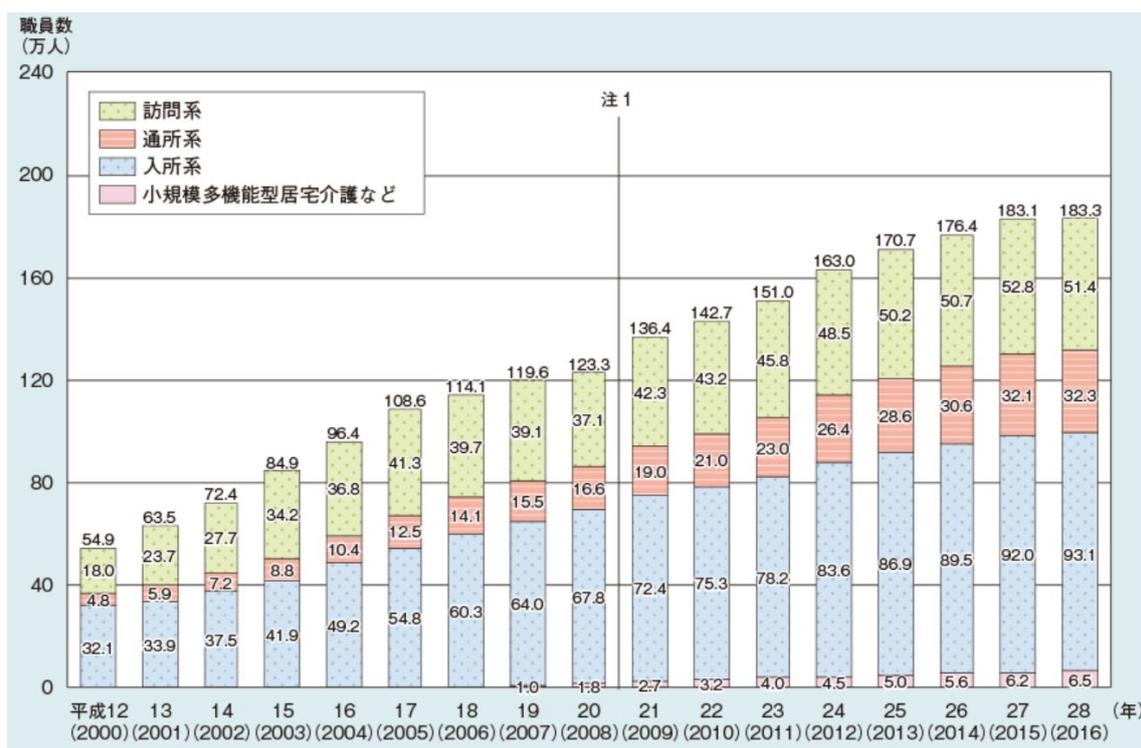


图 2-3

图片来源于日本内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_2_2.html。

然而，虽然从事介护工作的职员数一直在增加，但相对于介护行业的人员需求

而言，仍然存在不足。例如，如图 2-3 所示，平成 27 年（公元 2015 年）日本介护行业从业者人数已经达到 183.1 万人，但据报道该年度介护行业从业者的缺口还有 4 万人。¹¹⁴并且，至平成 28 年（公元 2016 年）介护行业从业者的人数只增长了 2000 人，平成 27 年的 4 万人人员缺口依然没有实质性缓解。且据报道，到 2035 年，预计日本“团块世代”的年龄将超过 85 岁。届时，日本介护行业从业者缺口将达到 79 万人。¹¹⁵另据报道，日本培养介护福祉士的介护福祉养成学校的入学人数已经连续 5 年减少，到 2018 年的入学人数只有 6856 人，只达到预期招生规模的 44.2%。¹¹⁶

基于日本平成 30 年（公元 2018 年）的工资构造基本调查，医疗、福祉相关职业的月平均工资为 34.02 万日元¹¹⁷。其中，医疗行业的月平均工资具体排位为：具体排位为医师 60.14 万日元、药剂师 41.32 万日元、护士 36.07 万日元¹¹⁸。而介护行业的月平均工资（包含基本给、职务关联手当、资格手当）排位为：看护师 32.13 万日元、介护支援专门员 28.19 万日元、社会福祉士 27.65 万日元、认知症关系研修修了者 27.93 万日元、认定特定行为业务从事者 27.63 万日元、介护福祉士 26.00 万日元、介护职员 24.44 万日元。¹¹⁹很大程度上，是介护行业从业者的低收入拉低了整个医疗、福祉行业的平均收入。而根据平成 30 年（公元 2018 年）日本厚生劳动省发布的最低工资标准，日本各行业工资的加权平均数为 874 日元/时¹²⁰。按照日本工作条例中要求的 1 天工作 8 小时、1 周工作 5 天计算，2018 年

¹¹⁴ 「介護人材 79 万人不足」[N]. 『産経新闻』, 2018-05-08. 转引自：丁英顺. 日本护理保险财政困境及应对措施[J]. 《日本问题研究》，2019, (3): 54—63.

¹¹⁵ 「介護人材 79 万人不足」[N]. 『産経新闻』, 2018-05-08. 转引自：丁英顺. 日本护理保险财政困境及应对措施[J]. 《日本问题研究》，2019, (3): 54—63.

¹¹⁶ 「介護福祉士養成校入学最少」[N]. 『読売新闻』, 2018-09-12. 转引自：丁英顺. 日本护理保险财政困境及应对措施[J]. 《日本问题研究》，2019, (3): 54—63.

¹¹⁷ 数据来源于日本厚生労働省「主な産業、性、年齢階級別賃金、対前年増減率及び年齢階級間賃金格差」, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html>.

¹¹⁸ 数据来源于日本厚生労働省「平成 29 年度介護事業経営概況調査」, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/153-1.html>.

¹¹⁹ 数据来源于日本厚生労働省「介護従事者一人当たりの基本給月額等」, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html>.

¹²⁰ 日本厚生労働省「平成 30 年度地域別最低賃金改定状況」,

度最低工资标准的年薪约为 167.81 万日元，月薪约为 13.98 万日元。另据报道，日本厚生劳动省曾经于 2016 年统计发现介护行业从业人员的月平均工资为 26.2 万日元，比所有行业的月平均工资 36.2 万日元低 10 万日元。¹²¹ 相对比而言，日本介护行业从业人员年平均工资标准尽管高于最低工资标准。但介护行业从业者的工资水平远低于医疗行业从业者的工资水平却是一个不争的事实。即使在介护行业内部，工作在一线的介护产业从业人员的收入也远远低于非一线的介护产业从业人员。如在同一社会福祉法人中，据统计¹²²，介护老人福祉设施的劳动者的月平均基本工资（基本给）为 212893 日元，而介护老人福祉设施外的劳动者的月平均基本工资（基本给）为 326683 日元，相差 1.53 倍。

介护行业工作压力大，而工资待遇又相对较低，在很大程度上，这成为了介护行业从业人员短缺的主要原因。进而，如何通过更多的财政投入和给予介护行业从业者更高的待遇，成为确保日本介护保险制度长久持续良好运行的关键所在。

二、当前日本介护制度实践中所呈现的问题

如前文所述，日本是一个老龄化问题十分严重的国家，老龄化加少子化的问题，使得日本成为东亚地区第一个推行长期护理制度的国家。而在当前，日本的介护制度也逐渐暴露出其弊端。概括来说，日本的介护制度主要弊端有二：一是日本政府相关财政资金紧张；二是介护产业从业人员社会地位和收入较低，致使从事介护产业的人员极度缺乏。近年来，日本爆发出的一系列介护产业从业人员杀死老人的事件，则在某种程度上可以看作是这一矛盾的集中爆发。如 2014 年，日本神奈川县川崎市的一家养老院两个月内先后有三名老人坠楼身亡。到 2014 年 2 月 15 日，真相终于水落石出，该院男看护今井隼人承认“人是我从楼上丢下去的”。¹²³ 而根据日本警察厅的犯罪统计数据，2007 年至 2014 年 8 年间，因“看护感到疲惫”而杀人的案件共有 356 起。¹²⁴ 日本《每日新闻》大阪分社曾在 2015 年 12 月至 2016 年 6 月期间刊登“看护家族”系列报道，并出版成书，看护杀人成为备受关注的社

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/minimumichiran/#main.

¹²¹ 「待遇改善やロボ導入」[N]. 『産経新聞』, 2018-05-08. 转引自：丁英顺. 日本护理保险财政困境及应对措施[J]. 《日本问题研究》，2019, (3): 54—63.

¹²² 数据来源于日本厚生労働省「社会福祉法人（介護）における基本給等」, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html>.

¹²³ 《日本介护人员为何屡屡沦为“杀人狂魔”》[N]. 《日本新华侨报》，2016-07-26.

¹²⁴ 《“杀老送终”：日本的老龄化哀歌》[N]. 《华尔街日报》（中文版），2017-05-02.

会话题。¹²⁵

2018年10月日本厚生劳动省曾在《平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果》中对日本的介护产业从事者的收入状况进行了分层随机抽样调查。在调查中，按照介护老人福祉设施、介护老人保健设施、介护疗养型医疗设施抽取1/4，访问介护、通所介护、居宅支援介护抽取1/20，认知症对应型共同生活介护抽取1/10的比例，共从全日本143582所介护设施和事业所中抽取10892所进行调查。此次调查的数据中也反应出了诸多问题。下面本文将结合《平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果》和其他相关调查数据，以日本介护产业从业人员的角度分析日本介护制度实践中所出现的问题。应当说，日本社会也已经深刻认识到这一问题的严重性，并从多维度试图加以解决。但是，政策的倾斜、社会的支持、个人的努力，理论上应当达到提升介护产业工资水平的目的，但却并不明显。日本无论是政府、社会、公民都对介护产业低工资问题采取了相应的对策，但都收效甚微。为了改善这一现状，需要做出哪些努力呢？这个问题值得思考。

（一）日本介护产业从业特征及其与工资水平的关系

多数学者研究介护职员工资的影响因素时，主要讨论性别、工作年限、职位和资格等级对工资的影响。在下文中我们亦从这几个角度进行分析。

1. 性别特征

在《平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果》中，日本厚生劳动省对所抽取样本中的按月给付工资的常勤介护从业人员进行了工资统计(如表2-1所示)。结果显示在19315名按月给付工资的常勤介护从业人员中，男性有6792人、占35.16%，女性有12523人、占64.84%，女性介护从业者数量是男性介护从业者数量的1.84倍。根据统计，按月给付工资的常勤介护从业人员的月平均工资为300950日元；而男性介护从业者月平均工资为319730日元；女性介护从业者月平均工资则为291910日元，不仅低于男性介护从业者的月平均工资，且低于介护从业者整体的月平均工资。由此可见，在介护产业中，女性介护从业者的数量和所占比例都远远高于男性介护从业者，这导致介护产业收入水平因受女性影响较大而整体偏低。而吉水等学者(2010)也对影响日本介护产业工资水平的因素进行了研究，亦认为性别、年龄和就业形态对访问介护员的工资具有影响，其中性别因素是影响工资水平的首要因素¹²⁶。

¹²⁵ 刘亦心、搜狐网：“日本频发杀老送终悲剧 对老龄中国意味着什么？”，http://www.sohu.com/a/139735571_665455。

¹²⁶ 吉水審、田野井、和利浩，等。「介戸訪問者の賃貸金関数の推定」，『兵庫県立大学商大論集』，2010，61（2/3）：119—149。

表 2-1

	平成30年				
	介護職員数 (集計 対象数)	平均 年齢 (単位:歳)	平均 勤続 年数 (単位:年)	実労働 時間数 (単位:時間)	平均給与額 (単位:円)
全体	19,315	43.2	7.6	163.4	300,950
男性	6,792	39.2	7.2	164.7	319,730
29歳以下	1,348	25.5	3.9	163.7	286,920
30～39歳	2,660	34.5	7.2	164.7	325,930
40～49歳	1,851	43.9	9.0	164.1	343,420
50～59歳	731	54.2	7.8	166.5	314,030
60歳以上	202	63.8	7.9	168.5	271,610
女性	12,523	45.2	7.7	162.7	291,910
29歳以下	2,027	25.0	4.0	163.5	274,450
30～39歳	2,372	34.8	7.5	161.8	292,530
40～49歳	3,420	44.8	7.8	162.8	298,610
50～59歳	3,470	54.4	8.7	162.6	300,260
60歳以上	1,234	63.6	10.1	163.3	272,760

图表来源于日本厚生労働省「平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果」、「第91表 介護職員の平均給与額等（月給・常勤の者）、サービス種類別、性・年齢階級別（加算（Ⅰ）～（Ⅴ）を取得している事業所）」、https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/theme/index.html#h2_8。

2. 工作年限特征

在《平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果》中，日本厚生劳动省对所抽取样本中的按月给付工资的常勤介護从业人员的工资收入与其平均年龄、在同一机构连续工作年数、以及每月实际工作小时数进行了统计（如表2-2所示）。统计发现，日本介護行业从业者平均在同一机构连续工作年数为7.6年，而这一年限在日本这样一个有着年功序列制传统的社会中并不具有优势。由于日本在工资制度中有着年功序列制的传统，通常职员的工资是有其在本企业的工龄和功劳决定的。

表 2-2

	平成30年				
	介護職員数 (集計 対象数)	平均 年齢 (単位:歳)	平均 勤続 年数 (単位:年)	実労働 時間数 (単位:時間)	平均給与額 (単位:円)
全体	19,319	43.2	7.6	163.4	300,970
地方公共団体	193	44.7	12.2	152.8	362,240
社会福祉協議会	319	50.2	11.5	151.8	293,920
社会福祉法人	10,068	40.7	8.1	162.8	320,710
医療法人	4,426	42.4	8.3	160.6	300,220
営利法人	3,653	46.5	5.8	167.4	272,800
その他	660	45.5	8.1	162.6	295,290

图表来源于日本厚生労働省「平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果」、「第67表 介護職員の平均給与額等(月給・常勤の者), サービス種類別, 経営主体別(加算(I)～(V)を取得している事業所)」、
https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/theme/index.html#h2_8。

由此, 我们也可以在表 2-3 中看到, 介护行业从业者在同一家机构的连续工作年限与其平均月工资呈正相关, 即介护行业从业者在同一家机构的连续工作年限越长, 其平均月工资越高。工作 1 年的介护行业从业者平均月工资只有 270740 日元。连续工作 1 年至 4 年的介护行业从业者平均月工资为 279350 日元。连续工作 5 年至 9 年的介护行业从业者平均月工资为 295450 日元。而连续工作 9 年以上的介护行业从业者平均月工资为 334140 日元。其中连续工作 20 年以上的介护行业从业者平均月工资最高, 为 381030 日元。在很大程度上, 介护行业的低收入水平与介护行业从业者在同一家机构的平均连续工作年限较短有很大关系。例如, 根据表 2-3, 连续工作 7 年的介护行业从业者平均月工资为 293120 日元; 连续工作 8 年的介护行业从业者平均月工资为 301120 日元; 而介护行业从业者平均在同一机构连续工作年数为 7.6 年, 其平均月收入为 300970 日元, 恰好处在前两者之间。Mincer 和 Higuchi (1988) 所作的研究也支撑了这一点, 他们提出了 Mincer 方程, 认为 Mincer 工资方程适用于日本, 且工作经验和工资关系密切。¹²⁷

表 2-3

¹²⁷ MINCER J. HIGUCHI Y. *Wage Structure and Labor Turnover in the United States and Japan*. Journal of the Japanese and International Economies, 1988, 2 (2): 97-133.

	平成30年			
	介護職員数 (集計 対象数)	平均 年齢 (単位:歳)	実労働 時間数 (単位:時間)	平均給与額 (単位:円)
全体	19,319	43.2	163.4	300,970
1年(勤続1年~1年11か月)	1,458	38.7	165.0	270,740
2年(勤続2年~2年11か月)	2,008	40.6	164.4	278,550
3年(勤続3年~3年11か月)	1,941	40.7	164.9	282,700
4年(勤続4年~4年11か月)	1,694	41.6	163.7	284,300
5年(勤続5年~5年11か月)	1,550	41.7	163.8	290,400
6年(勤続6年~6年11か月)	1,382	42.0	163.5	290,950
7年(勤続7年~7年11か月)	1,099	42.0	164.1	293,120
8年(勤続8年~8年11か月)	1,020	43.9	162.4	301,120
9年(勤続9年~9年11か月)	969	45.1	164.4	307,930
10年(勤続10年~10年11か月)	817	45.1	162.3	318,470
11年(勤続11年~11年11か月)	752	45.5	163.1	308,640
12年(勤続12年~12年11か月)	629	46.2	162.3	320,680
13年(勤続13年~13年11か月)	705	46.5	162.5	320,120
14年(勤続14年~14年11か月)	581	47.3	163.6	326,100
15年(勤続15年~15年11か月)	471	48.1	161.4	332,200
16年(勤続16年~16年11か月)	412	49.5	161.5	339,980
17年(勤続17年~17年11か月)	353	48.8	161.2	347,470
18年(勤続18年~18年11か月)	334	48.9	161.3	344,360
19年(勤続19年~19年11か月)	203	48.2	159.0	367,410
20年 以上	941	50.3	158.5	381,030
(再掲)1年~4年	7,101	40.4	164.5	279,350
(再掲)5年~9年	6,020	42.7	163.6	295,450
(再掲)10年 以上	6,198	47.4	161.7	334,140

图表来源于日本厚生労働省「平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果」、「第79表 介護職員の平均給与額等(月給・常勤の者), サービス種類別, 勤続年数別(加算(I)~(V)を取得している事業所)」、https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/theme/index.html#h2_8。

3. 职位和资格等级特征

在《平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果》中,日本厚生劳动省对所抽取样本中的按月给付工资的常勤介护从业人员的工资收入与其所就职机构的类别、职位进行了统计(如表2-4所示)。根据统计,在介护老人福祉设施、介护老人保健设施、介护疗养型医疗设施、访问介护事务所、通所介护事务所和认知症对应型共同生活介护等各种介护机构中,担任管理职位的介护行业从业者的月平均工资收入均高于不担任管理职位的介护行业从业者。就整个介护行业整体而言,担任管理职位的介护行业从业者的月平均工资收入为322890日元,而不担任管理职

位的介护行业从业者的月平均工资收入为 294460 日元。这与尹婷等学者（2014）¹²⁸认为介护劳动者的职位对工资具有显著影响的观点相一致。

表 2-4

		平成30年				
		介護職員数 (集計 対象数)	平均 年齢 (単位:歳)	平均 勤続 年数 (単位:年)	実労働 時間数 (単位:時間)	平均給与額 (単位:円)
月給の者	管理職	3,179	47.4	9.2	165.3	322,890
	管理職でない	16,140	42.0	7.1	162.8	294,460
介護老人福祉施設	管理職	727	42.2	12.9	163.9	400,570
	管理職でない	7,145	39.0	7.5	163.1	325,360
介護老人保健施設	管理職	393	43.1	13.3	162.4	368,470
	管理職でない	3,353	40.0	8.5	159.9	311,150
介護療養型医療施設	管理職	44	47.9	13.7	154.7	327,860
	管理職でない	753	44.1	9.0	153.7	283,070
訪問介護事業所	サービス提供責任者	1,564	49.0	8.2	165.6	306,150
	サービス提供責任者でない	894	47.2	5.8	164.9	269,640
通所介護事業所	管理職	142	44.2	8.4	167.1	310,810
	管理職でない	1,334	43.0	5.9	162.6	258,200
認知症対応型共同生活介護	管理職	309	47.0	9.1	167.3	322,490
	管理職でない	2,661	45.1	6.5	165.0	271,100

图表来源于日本厚生労働省「平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果」、「第7表 介護職員の平均給与額等（月給・常勤の者），サービス種類別，職位別（加算（Ⅰ）～（Ⅴ）を取得している事業所）」、https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/theme/index.html#h2_8。

同时，在《平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果》中，日本厚生劳动省也对所抽取样本中的按月给付工资的常勤介护从业人员的工资收入与其职业资格等级状况进行了统计（如表 2-5 所示）。可以发现就整个介护行业整体而言，拥有职业资格的介护行业从业者的月平均工资收入为 303460 日元，而没有职业资格的介护行业从业者的月平均工资收入仅为 261600 日元。日本学者佐藤（2006）曾建立了一个针对访问介护员能力的评价标准体系，并据此进行了实证调查，其调查结果发现为介护福祉士等介护行业从业者的工资与其职业资格呈正相关。正如日本厚生劳动省在表 2-5 中所展示的调查结果，按月给付工资的常勤介护从业人员中；而取得介护职员初任者研修资格¹²⁹（所谓“介护职员初任者研修”，指的是指 2013 年之前的介护访问员 2 级资格）的介护职员其平均月工资为 285610 日元；取

¹²⁸ 殷婷、川田惠介。「介護労働者の賃貸金関係数の推定」. Rieti Discussion Paper Series, 2014, 5 (2): 272-288.

¹²⁹ 「介護職員初任者研修」とは、介護職員初任者研修及びヘルパー2級をいう。

得实务者研修资格¹³⁰（所谓“实务者研修”，指的是指 2013 年之前的介护访问员 1 级资格）的介护职员其平均月工资为 288060 日元；取得介护福祉士资格的介护职员其平均月工资为 313920 日元；取得社会福祉士资格的介护职员其平均月工资为 336340 日元；取得介护支援专门员资格的介护职员其平均月工资为 349980 日元。同时，相对于医疗行业，介护行业相关的资格证书的取得相对难度较低，而这种难易程度背后所隐含的是资格证书的知识含量和所从事职业的难易差异。最终，这种差异既反应在了获得不同的资格所呈现的工资水平差异上，也体现在了介护行业和医疗行业的总体工资水平差异上。

表 2-5

	平成30年				
	介護職員数 (集計 対象数)	平均 年齢 (単位:歳)	平均 勤続 年数 (単位:年)	実労働 時間数 (単位:時間)	平均給与額 (単位:円)
全体	19,319	43.2	7.6	163.4	300,970
保有資格あり	17,968	43.5	7.7	163.4	303,460
介護福祉士	14,244	43.3	8.4	163.0	313,920
社会福祉士	265	36.4	7.4	161.7	336,340
介護支援専門員	1,382	47.0	11.4	162.9	349,980
実務者研修	1,515	45.9	6.5	165.1	288,060
介護職員初任者研修	5,833	45.4	6.8	164.2	285,610
保有資格なし	1,351	38.7	5.2	163.5	261,600

图表来源于日本厚生労働省「平成30年度介護従事者処遇状況等調査結果」、「第85表 介護職員の平均給与額等(月給・常勤の者), サービス種別, 保有資格別(加算(I)～(V)を取得している事業所)」、https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/theme/index.html#h2_8。

(二) 日本介护产业工资水平偏低的不良影响及应对

由于介护产业工资水平整体偏低，介护行业从业者因为其性别、工作年限、职位和资格等级等方面的诸多因素所导致的低工资水平，导致介护行业从业者离职率高，从业人员流动性大，这不仅使介护行业人才不足，更影响了介护行业的服务质量。

1. 日本介护产业工资水平偏低的不良影响

¹³⁰ 「実務者研修」とは、実務者研修、介護職員基礎研修及びヘルパー1級をいう。

平成 26 年（公元 2014 年），介护劳动安定中心针对养老机构和养老护理员所做的《平成 26 年介护劳动实态调查》显示，有 59.3% 的被调查者认为该产业内从业人员严重不足。¹³¹ 人才不足的表现主要有两方面：一是离职率高，二是人才引进困难。

据日本厚生劳动省平成 29 年（公元 2017 年）雇佣动向调查显示，2017 年，日本介护事业从业者离职 20.68 万人。其中合同期满离职的有 3.53 万人。由于介护事业所的经营问题或者介护事业所辞退等介护事业所这一方的原因离职的仅有 0.21 万人。介护行业绝大多数离职者是由于个人原因主动提出辞职的，人数高达 16.05 万人。据统计，由于劳动条件恶劣、劳动时间长，工资低、福利待遇差等原因，被调查者的离职率超过 20%¹³²。介护产业的整体离职率在所有产业中处于较高水平。

而根据介护劳动安定中心在平成 26 年（公元 2014 年）的介护劳动实态调查数据，有 61.3% 的受访者认为，工资低是人才引进不足的主要原因，这一比例相较于 2013 年持此观点的 55.4% 的受访者高出了将近 6 个百分点。同时，有 53.9% 的受访者认为产业内很难留住优秀人才；有 49.8% 的受访者认为以现在的工资水平并不能确保人才不流失。¹³³

上述的高离职率和人员高流动性，都加剧了介护产业人才不足的问题，不仅影响了日本介护产业的持续健康发展，也在一定程度上降低了介护服务质量。

2. 日本政府所采取的应对措施

针对日本社会持续加剧的老龄化现象和介护行业发展的种种问题，日本政府提出了以“日本一亿总活跃计划”和“人生 100 年时代构想”为核心的应对措施。¹³⁴

“日本一亿总活跃计划”致力于实现介护从业人员的零离职，和提高介护从业人员的工资待遇。为了消除介护产业与其他竞争产业的工资差距，日本政府试图构筑提高介护从业人员职业生涯的机制，将把介护产业从业人员的工资每月提高 1 万日元。同时，成立了「日本一亿总活跃计划」追踪会议以对相关政策的进展状况进

¹³¹ 公益財団法人介護労働安定協会. 『平成 26 年介护労働実态调查』.

¹³² 日本厚生労働省『平成 29 年度雇用動向調査』https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450073&tstat=000001012468&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001012474&tclass2=000001012477&result_back=1.

¹³³ 公益財団法人介護労働安定協会. 『平成 26 年介护労働実态调查』.

¹³⁴ 日本内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s2_1.html.

行持续调查和不断重新评估。¹³⁵

“人生 100 年时代构想”则致力于让从老年人到年轻人的所有日本国民都有自己的活跃场所，以创造一个能让所有人都能继续健康活跃、安心生活的社会。具体措施是在财政支持下，为日本国民提供一生不间断的高质量教育。除此之外，也试图将原有的社会保障制度向从儿童、年轻人到老年人都能放心的“全世代型的社会保障”进行大幅度转变。¹³⁶

与此同时，日本政府还积极寻求全球合作，在联合国大会等国际性会议上积极地主张并推进“环球健康覆盖”（UHC）的理念¹³⁷，致力于推进包含母子保健、感染症对策、老年人的地域关怀和居家护理等全部的服务在内的介护服务体系及标准。日本政府将通过对发展中国家的老龄化对策和社会保障制度的整备的支援、专家的派遣等来持续推进 UHC。

另外，为了解决介护行业人才不足的问题，日本政府还成立了以内阁官房健康、医疗战略室长为议长，以相关府省厅担当局长等为成员的“亚洲健康构想推进会议”，以促进在亚洲健康构想下的医疗、介护领域人才的回流。日本政府在日本国内外设立了民间认证制度，着力招揽亚洲其他国家的人到日本来做介护行业技能实习生，并专门为他们设立了新的日语考试要求，并将考试重点放在介护现场的沟通能力测试上。

除此之外，日本政府还努力将信息技术和人工智能应用于介护领域，在全国范围内推进介护事务所的 ICT 化，以实现介护事务所之间的信息联合，同时大力加强对介护机器人的研发和推广。¹³⁸

三、以“日本爱知县名古屋市中村区社会福祉协议会”为研究案例

据统计，日本 65 岁以上的高龄者人口在 2015 年有 3387 万人，占总人口 26.6%，

¹³⁵ 日本内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s2_1.html。

¹³⁶ 日本内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s2_1.html。

¹³⁷ 日本内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s2_1.html。

¹³⁸ 日本内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s2_1.html。

至 2025 年预测将达到 3677 万人，占总人口的 30.0%；75 岁以上的高龄者人口在 2015 年有 1632 万人，占总人口 12.8%，至 2025 年预测将达到 2180 万人，占总人口的 17.8%。其中，爱知县 75 岁以上的高龄者人口在 2015 年有 80.8 万人，占爱知县人口的 10.8%，至 2025 年预测将达到 116.9 万人，占爱知县人口的 15.7%，75 岁以上的高龄者人口增长迅速，预计 10 年间将增长 1.45 倍。¹³⁹而名古屋市是爱知县高龄人口最集中的一个城市。中村区又是名古屋市高龄人口最集中的一个区。而据中村区社会福祉协议会负责人介绍，名古屋市中村区社会福祉协议会主要拥有中村区日间照料中心和中村区老年福社会馆两家介护机构。

值得注意的是，近年来日本社会老年人的对于长期照护方式的心态有出现转变的趋势，许多老年人，特别是高龄老人开始希望进行通所照料和入所照料而逐步放弃在宅照料。但通过前文对日本介护制度相关数据的梳理表明，目前对于日本社会而言，居家护理仍是日本社会长期护理的主流，而日本政府对于居家介护的投入也远远超过对于通所介护的投入。由此日本社会的介护心态虽在近年来有所转变但是更多的还是仍然以居家介护为主，且日本政府以居家介护为导向的基本介护方略并未发生实质性改变。而中国处于目前的长期护理制度刚刚启动的国情，以及中国人以家庭为核心的社会心理及传统“孝文化”的盛行，借鉴日本的居家介护的发展对中国的长期护理制度建设更具启发意义。因此，虽然中村区也集中建有设施完善的通所介护机构，但对以中村区日间照料中心和中村区老年福社会馆两家居家式介护为主的介护机构进行参访考察更具有典型意义。

（一）对“名古屋市社会福祉协议会中村区日间照料中心”的个案参访

中村区日间照料中心主要提供的是日间照料服务，需要介护的老人定期到这里来接受一天的介护服务，以便让需要介护的老人能够度过较为愉悦的余生，同时也可减轻其家人的负担¹⁴⁰。

1. 中村区日间照料中心的概况

中村区日间照料中心一共有 20 名工作人员，所有工作人员都有专业的介护资格。通常每天至少有 10 名介护职员在这里提供介护服务，其中既有专门的介护士，也有普通护士、齿科卫生士等。除此之外，还有非专任的营养师，可以在有需要的时候过来根据老人的便秘、体重等身体状况进行咨询，给出饮食建议。

¹³⁹ 数据来源于日本厚生労働省老健局:「公的介護保険制度の現状と今後の役割」、平成 30 年度、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html。

¹⁴⁰ 类似于中国台湾地区的喘息服务，就是给家人提供喘息休息的机会，后文介绍中国台湾地区的长期照护实践时会涉及。

其基本设施除了一般的老人生活辅助设施外，还有各种规格的专业的公共浴室和温泉。大的浴室可以同时容纳五六个人公共浴室和温泉，地面防滑设计，地砖底下都有地暖，老人洗澡时需要三个专业的介护士辅助。小的浴室类似于家庭用的那种，只能单个人。不同规格的浴室既可以满足注重隐私的老人对于小浴室的需求，也可以满足很多老年人对于钱汤（公共浴室）的偏好。此外还有坐着洗澡用的轮椅，以及躺着洗澡用的浴床。

对于中村区日间照料中心的机构性质问题，中村区日间照料中心的负责人解释说：“我们是民间组织、是非营利团体、福祉法人。多多少少带有一点官方色彩，当初建这些设施都是官方提供的，但是运营都是我们自己在做”。在某种程度上，中村区日间照料中心可以被认为是“官办民助”的性质，“但只是在刚开始官方资助了一点，后面就没有了”。

2. 中村区日间照料中心的服务内容

据中村区日间照料中心负责人介绍，中村区日间照料中心在每个工作日早上都会派车将需要当天来接受介护服务的老人接过来。老人到达日间照料中心后，会先进行简单的健康体检，然后带他们利用上文介绍的浴室和沐浴设施进行洗澡沐浴。洗浴是需要介护的老人来到日间照料中心接受介护服务的一项主要内容之一。通常洗完澡之后就已临近中午，日间照料中心会提供午餐。下午则先根据季节不同会安排各种能够提高老人身体机能的活动，以后下午茶和点心。下午三点之后日间照料中心会安排卡拉 OK、茶话会等小型室内活动供老人们参加。然后直到傍晚派车将老人送回家，并结束一天的日间照料服务。

3. 日间照料服务菜单的制定

我们询问了日间照料中心如何确定被介护者到日间照料中心的频次和具体享受的服务内容。中村区日间照料中心的负责人介绍说，他们有专门的社会福祉士来协调需要介护的老人该享受什么服务。而协调标准则是根据老人居家养老的情况以及身体状况，来安排其到所接受的日间照料中心服务内容，以及照顾起居、生活介护等上门介护的服务。在日本，可提供给被介护者的介护服务内容有许多种，通常都是由社会福祉士来进行综合考虑和协调，然后再根据每个人的情况来制定不同的服务菜单。

中村区日间照料中心的负责人介绍说：“服务菜单制定好之后，被介护者就需要根据介护保险和其所交的保险费的‘点数’来接受介护服务”。通常在“点数”之内享受服务，只需要支付 10% 的费用。一旦超出这个‘点数’，要享受介护服务便需要支付 80% 的费用。“所以要尽可能考虑老人的经济状况，并尽量根据他的身体状况，安排在这个‘点数’之内的服务”。这样每个被介护者接受的服务内容和频率便各不相同。中村区日间照料中心的负责人举例说：“比如有的老人一周享受

三次日间照料服务，例如周一、周三、周五到这里来，有的老人则需要天天来”。

（二）对“名古屋市社会福祉协议会中村区老年福社会馆”的个案参访

与中村区日间照料中心不同，位于其旁边的中村区老年福社会馆主要是为健康的不需要介护的老人开设的。中村区福社会馆有 5 名专职工作人员和辅助的志愿者团队，提供给老年人社交、休闲、锻炼的场所和设施。其主要设施有：教室，可进行如民谣讲座等讲座类活动；活动室，可进行乒乓球等室内运动；舞蹈室，可进行舞蹈、瑜伽等活动；操场，可进行室外活动；器材室、物资室；以及可供健康老人沐浴的公共浴室等。

1. 中村区老年福社会馆的概况

中村区老年福社会馆的设施和服务主要都是提供给健康老人的，其服务对象为 60 岁以上的住在名古屋市的老人。因此老年福社会馆没有负责介护的介护职员，其整个利用设施都是免费的。

老年福社会馆的设立目的就是为了让老年人身心健康且有意义的生活。在某种程度上，陶冶老人情操是老年福社会馆的最大任务，因此老年福社会馆开设了民谣、书法、绘画、水墨画等各种讲座，还会组织诸如合唱、体操、舞蹈、围棋、象棋、乒乓球等各种体育锻炼和娱乐活动。中村区老年福社会馆馆长介绍说：“总之，这边的设施目的是一方面为了维持老年人的健康，另一方面是为了让老年人陶冶情操”。

2. 中村区老年福社会馆的服务内容

老年福社会馆的设施除了节假日和周末休息之外，平时都是开放的。其开放时间为从早上 8:45 到下午 5 点。与旁边的日间照料中心有的统一规划安排不同，老年福社会馆则是自由的，老人们可以随便来。许多老人休息、喝茶都可以来这里，也有一些老年人中午来这里买个便当一起吃饭，互相聊天。

虽然老年福社会馆也提供每个月两次的健康方面的咨询，但不是日间照料中心那种专业的检查。同样，老年福社会馆虽然也有免费的泡澡沐浴的设施，但不像日间照料中心那么专业化，且一天只开放一小时。这样的开放时间的设定是“因为周边有营利的钱汤（大的浴室），不能打扰他们做生意，所以一天只开一小时”。

老年福社会馆的不同教室的活动也都是老人们自发组织的，如果老人自己组织其他活动也可以到器材室来借用器材和物品。

3. 中村区老年人利用老年福社会馆的特点

类似中村区老年福社会馆这样的福社会馆，名古屋一共有 16 所。名古屋各个区都有 1 所。因为每个区的具体情况不一样，老年人状况也不同。在中村

区，老年人比较多，而且独居老人比较多，同时交通便利，所以中村区的老年福社会馆是 16 所中利用率最高的，基本一天能达到 300 人次。而其他利用率低的地方可能都不到中村区老年福社会馆的一半。

从年龄段来说，70 岁-80 岁的人利用的比较多。60 多岁，特别是 65 岁之前的老人利用率相对少一些。造成这种状况的原因主要有两个：一是名古屋地区有一个福利措施，即 65 岁以上的老年人有免费乘车证；二是不到 65 岁的老人基本还在工作，那些过了 65 岁的才会真正意义上退休并到福社会馆这类福利设施来娱乐和交朋友。“但是女性跟男性不大一样，女性不怎么工作，所以年轻一点的也会过来”。

4. 中村区老年福社会馆利用特点的性别和年龄差异

据中村区老年福社会馆馆长介绍，分性别来看的话，中村区总体的利用人数和特点是“女性利用的比较多，但是男性的特点主要是每天来得多”。

许多中村区的男性老人每天早上很早便来到老年福社会馆，到了之后下会棋，然后去打球，到中午老人们买一份便当在这里吃，下午在这里一个小时免费的泡汤洗澡，洗完澡休息一下再回家，“基本上一天就泡在这儿，这就是男性的活动规律”。而女性则比较喜欢一些讲座，通常有讲座的时候来得比较多，“比如刚刚的民谣讲座，基本参加的都是女性”。

如果想要免费利用中村区老年福社会馆的设施，名古屋市的老年人需要办卡登录，而中村区老年福社会馆统计了分性别的办卡人数：“女性是 1500 人，男性是 500 人，登录的情况总体是女性多”。总体而言，中村区老年福社会馆的男性利用频率是几乎每天都来，而女性则平均每周末两到三次。

相对于总体利用人数女性高于男性，如果分年龄段来统计中村区老年福社会馆的利用率则又出现不同。通常 65 岁以下的女性利用人数占了绝对多数，但 65 岁以上的男女利用人数差距开始缩小，到七、八十岁的老年人则男性女性都很多。而七、八十岁的男性、女性利用率高，“这是整个名古屋地区的特点，不是中村区独有的”。

5. 中村区老年福社会馆的运营经费和机构性质

老年福社会馆按照日本法律规定的正式名称为老年福祉中心，主要运营经费来源于国家。另外名古屋市作为各个地方自治团体一员再给一部分经费运营。总体而言，经费是由国家负担，国家出资，而委托民间团体运营。具体到名古屋市委托的就是社会福祉协议会。具体到制度操作层面，是各民间团体以公平竞争的方式，

每隔四年进行一次重新评估考量，类似政府购买和招标¹⁴¹。“大家提交意愿书，然后专家评审，来委托运营”。中村区老年福社会馆馆长总结说：“老年福社会馆的整个设施是政府出资，有专门政府经费，委托民间团体来运营”。

（三）中村区社会福祉协议会介护运营实践对中国的启示与借鉴

介护制度在日本已经全面实行了近二十年，这二十年的介护运营积累了丰富的实践经验。正如中村区日间照料中心的负责人所说：“日本介护保险制度是否成功，这取决于我们怎么来看这个问题”。无论是其成功的经验，还是不足的教训，都给中国的长期护理提供了宝贵的启示与借鉴。

1. 中村区社会福祉协议会介护运营实践对中国的经验与启示

中村区日间照料中心的负责人谈到她个人对于日本介护制度的评价时说：“以前看护老人都是女性的工作，日本有女性不工作而负责做家务、看护老人和孩子这样的传统。但是随着社会的发展，女性参加工作的也越来越多了，想要完全靠她们承担也确实是越来越困难。所以介护保险制度的推广使得介护实现了一种社会化”。在某种意义上，日本的介护制度把介护从家庭推广到了社会，把原本只属于家庭的责任可以交给公共设施来做，这是日本介护制度在社会意义上的一个重大的成功。从这个意义上来讲，日本介护制度在制度层面上对中国的启发和借鉴意义不可谓不大，而具体到实践层面的启发，也值得我们深思和学习。

（1）相比于生活护理，也应重视精神慰藉方面的服务

除去通常的生活护理中村区日间照料中心有精神慰藉方面的服务，但主要是每天老人来日间照料中心之后进行接待和服务。精神孤单的老人到来之后，会安排专业人员陪他们谈心聊天。还有另外的其他部门提供上门的精神慰藉服务上门服务，同时还有各个地区的志愿者提供上门服务。

在中国目前许多城市已经开始试点长期护理制度，但更多是身体方面的照顾。随着空巢老人比例的增多，如何加强对他们精神上的慰藉，将是未来中国全面推行长期护理制度时必须要考虑的问题。正如中村区老年福社会馆馆长从介护工作人员的角度出发谈到他的想法时所说的：“中村区独居的老人比较多，我们希望老人来了之后能够感受到一种温暖，尤其是心情上、精神上。所以我们工作人员都是比较积极地找老人搭讪，说话，创造一种家庭的气氛”。

（2）在老龄老龄化社会到来前，提前做好防治老年痴呆的预案

当前，随着时代的发展，老年人的生活方式和生活追求也在不断的变化。以前老年人追求主流的更多的是退休之后拥有轻松愉快的生活。随着时代的发展，老人

¹⁴¹ 在中国一般是政府采购。

们开始更多的注重健康，希望能够健康而长寿的生活。日本是人均寿命最高的国家之一，随着高龄老人越来越多，日本的介护制度遇到了一个崭新的问题——越来越多的老年人患有老年痴呆。在中村区日间照料中心和老年福社会馆，一种新的需要发展事业——预防老年痴呆，逐渐被重视起来。中村区老年福社会馆馆长认为：“要健康的养老，不仅仅需要健康地活动，更多的是如何用脑。我们希望老年人多到这里来利用这里的设施，跟别人交流，多动脑筋。”

就中国而言，随着老龄化率的提高，老年人口长寿这是必然的，这个问题也必将逐渐成为一个社会问题。在中国长期护理制度的构建中，提前做好防治老年痴呆的预案是必要且紧迫的。正如中村区日间照料中心负责人所言：“我们这里着手的新的视野是预防老年痴呆的问题，这不仅是日本的问题，也是全世界的问题。”

(3) 积极动员志愿者参与的同时，充分发挥老年人自身的作用

在参访中我们发现，中村区老年福社会馆的工作人员一共只有 5 名，他们全部都是福祉协议会的专职职员。其中包括馆长一名，负责整体运营；负责经费事物的办事员的一名；此外负责其他事业的三名工作人员，他们还担负着包括“教授老年人如何做体操、如何用脑”等各项事务。事实上，据中村区老年福社会馆馆长介绍说，光靠 5 个人是很难把会馆运营好的，他们还有一些工作需要外包。其中，清洁、保安等这些工作外包给了“老年人才中心”，这也给老年人提供了一个再就业的机会。

名古屋市有许多独居老人，其中中村区老龄化最严重，独居老人也最多。对此，名古屋市政府专门制定了一个政策，给每位独居老人家中都安装了直拨电话。具体到中村区而言，每周周二和周五，中村区老年福社会馆都会委派三名志愿者给 200 名左右的独居老人拨打“问安电话”，确认独居老人们是否健康、是否在家。这样做既可以确定独居老人的近况，同时也可以通过与他们聊天打消独居老人的孤独感。如果有联系不上的，为了确认他们是否安全、是否健在，老年福社会馆就要跟区役所（即区政府）联系，一起去确认老人的健康状况。

由于中村区独居老人较多，每次要给 200 多人打电话，所以老年福社会馆常年维持了一个 24 人至 25 人的志愿者团队。值得注意的是，这个志愿者团队有个非常显著的特点，即大多数成员都是身体健康的 70 多岁的老年人，他们中的许多人都是本身在利用老年福社会馆设施的老年人。“他们自发组织了一个志愿者团体，所以等同是老年人给老年人问安”。

这种从“老年人才中心”雇佣临时工作人员和老年人本身组成志愿者团队服务老年人的做法，已经被中国台湾地区借鉴发展为“银发中心”和“布老志工”，后文介绍中国台湾地区的长期照护实践时也将会涉及。这类做法在很大程度上是对“积极老龄化”的有益探索和尝试，值得中国大陆地区借鉴。

2. 中村区社会福祉协议会介护运营实践可能的教训与借鉴

介护保险制度在日本经过十多年的实践，从一开始实施时的民众认知度较低，经过大力宣传和推进，到现在“基本上已经推广开了”。目前，不论上门的访问介护服务，还是类似于日间照料中心和老年福社会馆这类通所型介护服务，利用的人已经越来越多。但是当我们询问中村区日间照料中心负责人，让她从介护行业一线从业人员的角度谈谈日本介护制度最为成功的几条经验的时候，她却表示日本介护制度目前面临的问题是非常大的。在她看来：“如果说建立了这个制度之后，整个的运营来看，存在着很多问题，也不能说是成功的。”

通过参访中村区日间照料中心和老年福社会馆，我们认为当前日本介护制度可能给中国提供借鉴的教训有以下几点：

(1) 需合理平衡长期护理的财政预算与被护理者的需求

由于财政的紧缩，日本介护制度的预算也开始逐渐吃紧。所以虽然民众对介护服务的认知度提高了，想利用介护服务的人也越来越多。但随着而来的问题是，日本现有介护服务的规模已经很难完全满足民众的需求。一方面日本的财政预算越来越紧，另一方面日本少子化和老龄化开始出现叠加。所以单纯依靠原来的介护制度本身已经很难覆盖完全目前的介护需求规模。单纯依靠介护制度来解决老龄化问题也变得已经越来越不可能。中村区日间照料中心负责人指出：“现在的情况更复杂，所以也不可能像刚开始建立的时候那样运行有效”。老年福社会馆的馆长也认为：“随着财政的紧张，更存在着利用者的负担要怎么来解决，这是一个大问题”。

(2) 应动员社会各方资源和力量多元参与长期护理制度

据中村区老年福社会馆馆长介绍，上文提到的老年志愿者团队，固然是一个值得推广的举措，但在某种程度上也是无奈之举。当前日本社会，老年人跟地域（即社区）之间接触和连结已经变得越来越少。虽然在某种程度上老年人来利用老年福社会馆这一类介护设施本身就是在建立一种老人与老人之间、老人与社区之间的沟通和联系。但是不可否认老年人与社区之间、老年人与年轻人之间的联系已经变得越来越少。因此，如何加强老年人与社区之间、老年人与年轻人之间的联系的纽带成为一个重要的问题。

中村区老年福社会馆一直在进行着这方面的尝试，“比如说找一些儿童以及家长，来举办跟老人一起的交流互动，以此促进老年人跟年轻人的交流”。同样，中村区日间照料中心的负责人也表示希望出现一种新的政策，“能够把各个地区的志愿者，以及其他方方面面的社会力量能够动员起来对居家养老提供一些支持和服务。我们希望未来的介护制度能够从这个方向来发展”。

(3) 应注重长期护理人才的培养和待遇，为长期护理行业设计并构建合理的职业规划

正如前文中我们所提到的，日本介护制度存在着严重的人力不足问题。中村区日间照料中心负责人指出：“介护士是需要一些资格的，但他们的待遇很低，这就保证不了足够的劳动力”。在她看来，造成这一问题的关键在于政策的制定者。“政策制定者们总有一种老的传统观念，认为以前女性在家里就能够看护老人，所以这是一个很普通的工作，没必要像其他的专业人士的工作那样单列出来。他们想的很简单，觉得这不是特别复杂的工作，所以在制定政策、制定待遇时，没有考虑到这些问题”。很大程度上，正是由于社会观念的保守和政策制定者的失误，导致介护行业待遇低下的问题一直没有得到解决，更没有像银行业、医疗业等其他职业一样得到一个明确且合理的职业规划。也正是因为缺少这样的考量和设计，所以导致介护行业从业者，特别是男性从业者严重匮乏。“比如说男性做了介护士的工作，他就没法养活全家。因为在日本，男人要当顶梁柱，养活全家的担子是非常重的，很少有年轻人愿意来介入这样的工作”。

社会观念保守，行业待遇较低，这些原因共同导致“年轻人不愿意来，所以招不到人”。因此虽然介护保险制度得以建立，即便日本政府投资建设了很多设施，但是由于缺乏劳动力、人员不充足，致使介护行业运营艰难。最后，中村区日间照料中心负责人总结说：“所以还不能算成功，这还需要政策制定者们进一步改变想法”。同样，在中村区老年福社会馆馆长看来，日本介护制度最大的问题就是“预算不足，特别是介护专业人员待遇如何提高的问题”。

第二节 台湾地区长期照护发展的实践及启示¹⁴²

如前文所述，长期护理，来源于英文的 Long Term Care，常被译为长期照料、长期照护、长期照顾、长期护养等。台湾多称长期照护或长期照顾。

在台湾，长期照护是指对失能者或是失智者，配合其功能或自我照顾能力，提供不同程度的照顾措施，使其保有自尊、自主及独立性生活质量。这些措施包括提供健康照顾、个人照顾及社会服务。服务可以是连续性或间断性，但必须针对个案的需求，通常是某种功能上的障碍，提供一段时间的服务。¹⁴³

¹⁴² 本节源自本人于 2014 年 10 月在中南财经政法大学举行的“养老服务产业发展理论与政策国际研讨会”上发表的学会论文，见：臧政.《台湾长期照护事业发展的实践及启发——以新北市为例》.《养老服务产业发展理论与政策国际研讨会论文集》.2014 年 10 月.第 81-88 页。改编后已作为独立成篇的论文发表。见：臧政.「台湾长期照护事业发展的实践及启发——以新北市为例」,『愛知論叢』, 2016, 101: 65-80.

¹⁴³ 台湾地区“卫生署护理及健康照护处”：《长期护理专业人员培训规划会议记录》，2010 年。

一、台湾长期照护发展概况

（一）台湾发展长期照护的背景

如前文所述，根据联合国的标准，65岁以上人口占总人口7%便可称其为老龄化人口，台湾地区65岁以上人口早在1993年便已上升至7.09%，进入了老龄化社会。¹⁴⁴到2010年，台湾老年人口已升至10.89%，即两百六十多万人，增长幅度约为1.5倍。据估计，至2050年，老年人口会超过台湾总人口的五分之一，即五个人中就有一个是老人，另外由于社会形态改变，缺乏子女照顾的独居老人愈来愈多，已占老年人口20%。¹⁴⁵人口老龄化的加剧，使得老年人口扶养比急速上升。上世纪70年代以前，台湾地区老年人口扶养比在5%左右；到1993年，老年人口扶养比已升至10.50%；到2004年则达到13.17%。¹⁴⁶据“行政院经建会”的人口预测，台湾地区老年人口扶养比2031年将达到37.61%，到2051年将高达63.76%。¹⁴⁷而根据台湾“内政部”资料，2010年台湾生育率总和是0.9，成为全球生育率最低的地区之一。由2010年6.6人工作人口照顾1位老人，推测至2060年将降至每1.2人工作人口照顾1位老人。老年人口扶养比的不断升高，意味着与日俱增的社会保障压力。¹⁴⁸

同时，由于人口老龄化的加快和预期寿命的延长，慢性病成为大多数老年人需要面对的问题。在人口老龄化的背景下，台湾地区长期护理需求人数快速增长。有研究表明台湾地区老人慢性疾病盛行率高于85%，85岁以上老年人的失智率高达30%-50%；（郑文辉，2009）另一方面，失能和残障人数也在不断上升，2009年台湾地区约有1071073位残障人士，占总人口的比例达4.63%。¹⁴⁹人口老龄化的快速发展、慢性病患者总数的上升和残疾人数的增多必然产生新的护理需求，需要提供新的护理方式和服务内容，需要规划长期照护制度予以解决，所以长期照护就成了台湾养老服务的重点和难点。

（二）台湾长期照护的发展阶段及内容

根据相关法律法规的内容，综合对相关文献的分析，有关学者将台湾长期照护

¹⁴⁴ 台湾地区“内政部”统计处：《1998年底老人长期照顾及安养机构概况》，1998年。

¹⁴⁵ 台湾地区“行政院经济建设委员会”：《人力运用与规划：2006年-2051年人口推计》，2006年6月。

¹⁴⁶ 台湾地区“内政部”统计处：《2005年底老人长期照顾及安养机构概况》，2005年。

¹⁴⁷ 台湾地区“行政院经济建设委员会”：《人力运用与规划：2006年-2051年人口推计》，2006年6月。

¹⁴⁸ 台湾地区“内政部”统计处：《“内政部”统计年报》，2010年。

¹⁴⁹ 台湾地区“内政部”统计处：《2009年底列册身心障碍者人数统计》，2009年。

发展历程概括为4个阶段。（孙正成，2013：31-37）

1. **家庭完全的责任期（1980-1996年）**：这一阶段老人的长期照护主要由家庭承担，政府介入极少，但也呈现出逐渐依靠专业护理人员来减轻家庭责任的势头。

2. **服务机构全面立案整合期（1997-2002年）**：1997年“老人福利法”第一次修订通过，将老人福利机构修正为“长期照护机构”、“养护机构”、“安养机构”、“文娱机构”及“服务机构”五类，规范各类服务提供机构的发展和资源整合利用；通过1999年至2002年3年间的清查，对未立案的微型机构进行全面统计，辅导未立案的老年福利机构重新整合，为后续的各项政策规范实施奠定了基础。

3. **多元实验方案蓬勃发展期（1998-2007年）**：台湾地区开始通过“老人安养服务方案”（1998-2007年），“老人长期照护三年计划”，“长期照护体系先导计划”（2002-2003年）等，构建了以“在地老化”为总目标的长期照护先导计划，探索实施“社区优先照顾”并成立长期照护专项小组。

4. **长期护理保险规划期（2007年至今）**：经过前期各类方案的实施和成熟经验的积累，2007年提出“长期照顾十年计划——大温暖社会福利套案之旗舰计划（2007-2016年）”；2009年提出要积极“推动长期照护保险与立法”，成立了专门的“长期护理保险筹备组”，“长期照护服务法（草案）”正在立法部门待审，基本确立了以居家、机构和社区三类为主体的长期照护体系。

台湾长期照护体系分属于卫生医疗、社会福利及退辅会（即退伍军人）三大体系。长期照护的服务模式分为机构式照护、社区式照护和居家式照护。机构式照护又分为护理之家、长期照护机构、养护机构、安养机构、荣民之家，虽然都属于机构式照护，但名称不同表明其所属的体系不同。护理之家属于卫生医疗体系；长期照护机构、养护机构和安养机构属于社会福利体系；荣民之家属于退辅会体系。人们普遍习惯将护理之家、长期照护机构、养护机构、荣民之家等简称为长照机构。无论何种长照机构都必须配备护理人员。社区式照护主要为日间照护或称日间托老。居家式照护则是为局限在家或失能者提供系统的健康照护及社会服务，服务场所以患者家中为主。三种照护模式是以被照顾者为中心进行划分，而不限定服务由谁提供。

（三）台湾长期照护十年计划

台湾于2007年提出“长期照顾十年计划”，该计划基本确立了台湾长期照护发展的总格局和基本趋势。¹⁵⁰以下内容原始资料来源出自于台湾地区于2007年公布的《我国长期照顾十年计划摘要本》。

1. **该计划的总目标**为“建构完整之长期照顾体系，保障身心功能障碍者能获得满意的服务，增进独立生活的能力，提升生活品质，以维持尊严与自主”。在总

¹⁵⁰ 台湾地区“行政院”：《我国长期照顾十年计划》（合订本），2007年。

目标之下又分为6个子目标，分别是：（1）以全人照顾、在地老化、多元连续服务为长期照顾服务原则，加强照顾服务的发展与普及；（2）保障民众获得符合个人需求的长期照顾服务，并增进民众选择服务的权利；（3）支持家庭照顾能力，分担家庭照顾责任；（4）建立照顾管理机制，整合各类服务与资源，确保服务提供的效率与效益；（5）透过政府的经费补助，以提升民众使用长期照顾服务的可负担性；（6）确保长期照顾财源的永续维持，政府与民众共同分担财务责任。”

2. 该计划确定了台湾长期照护的服务对象：（1）以日常生活需他人协助者为主（经 ADLs, IADLs 评估），包含下列四类失能者：65 岁以上老人；55 岁以上山地原住民；50 岁以上之身心障碍者；仅 IADLs 失能且独居之老人。（2）失能程度界定为三级：轻度失能（1 至 2 项 ADLs 失能者，以及仅 IADL 失能且独居老人）；中度失能（3 至 4 项 ADLs 失能者）；重度失能（5 项及以上 ADLs 失能者）。

3. 服务原则：（1）以服务提供（实物给付）为主，以补助服务使用者为原则。（2）依失能者家庭经济状况提供不同补助：家庭总收入未达社会救助法规定最低生活费用 1.5 倍者，全额补助；家庭总收入符合社会救助法规定最低生活费用 1.5 倍至 2.5 倍者，补助 90%，民众自行负担 10%；一般户，补助 60%，民众自行负担 40%¹⁵¹；超过政府补助额度者，则由民众全额自行负担。

4. 服务项目：（1）居家生活服务：以照顾服务员为服务提供者，根据民众的不同失能程度而提供不同的服务，主要服务包括协助沐浴、陪同散步、家务服务、打扫环境、陪同就医等。（2）居家护理：为居家照护服务中最早发展的照护模式，是由护理人员定期前往个案家中访视，协助家属解决照顾方面的问题，主要提供一般伤口护理、各种注射、符合民众需求的护理措施、一般身体检查、各种民众需要的护理指导、营养及基础复健运动指导、适当的社会或医疗资源咨询。（3）居家环境改善：根据需求，进行家庭供水、排水、防水、卧室、厨房、卫浴等设施改善及住宅辅助器具增添。（4）送餐服务：对于独居的老年人所提供的服务，现行的有数种方式，一种为定点用餐，即由小区发展协会及各老年人中心或是公益团体，提供固定的地方，让老年人自行于固定时间前往用餐；另一种为照顾服务员至家中协助老年人准备饭菜及协助用餐；亦有结合出租车司机将饭盒每日定时送至独居老年人家中。（5）紧急救援系统服务：在家发生突发事件时可发出讯号以获得紧急救援的服务。（6）喘息服务：提供照顾者一段时间的休息，减轻照顾者压力，使其获得身心休整的目的，依提供场所不同可分为居家、机构及日间等三种类型。（7）交通接送：根据民众的需求，提供交通接送服务。（8）机构安置评估：根据民众的申请，长期照顾管理中心派评估员到家中进行机构安置评估。

¹⁵¹ 一般户补助修正为 70%，民众自行负担 30%。

二、对新北市长期照护实践的个案分析

根据十年长期照护计划，台湾的各县市依据自身的实际情况开展了长期照护实践，其中有 37 万多老人的新北市在台湾地区的长期照护实践中最为典型。新北市政府不仅完整的贯彻了十年长照计划中的各项要求，而且根据实践过程中的成绩和不足来进行了有意义的创新，可以说是台湾地区长照事业发展的样板城市。下面笔者结合对新北市主管长照事业的侯孝宜副市长（时任）及新北市社会局福利科石桂荣科长（时任）的访谈及对新北市长照事业实地考察所收集到的一手资料来对新北市的长照实践进行个案分析。下文所涉及主要资料来源于对侯孝宜市长及石桂荣科长的访谈，及由他们及新北市社会局、新北市志愿服务推广中心等机构提供的《新北市高龄照顾存本专案》等一系列宣传资料。

（一）新北市对十年长照计划的落地实施

1. 以“在宅服务”为核心实施社区长照养老

所谓“在宅服务”是指为了加强老人的生活能力，由主管部门和民间组织提供各种福利活动和社会资源，以入宅服务的方式，充分满足老人的多元需求，协助老人在家养老，使老人得以在社会的关怀和照顾下，安享晚年。新北市的“在宅服务”大致可分为五种形式：一是居家服务，包括饮食提供、衣物清洗和缝补、住宅的整理和清洁等；二是介护服务，包括协助问诊、与医疗机构联络、陪同就医、康复护理等；三是精神服务，包括日常聊天、慈善访问、电话问候等；四是外出服务，包括陪同外出购物、散步及参与社会活动等；五是生活器具的提供，例如特殊睡床、特殊浴槽、特殊便器、保暖器具、火灾警报器、自动减火器及老人专用电器等。此外，主管部门还鼓励家庭、社区、寺庙、地方慈善机构等非政府组织通力合作，为社区老人提供服务。

2. 大力倡导居家式照护养老

为了实现“去医院化、去机构化”，让老年人在自己熟悉的环境里自由生活、舒适养老。新北市政府每年都向长照主管部门财政拨款，以提供家庭护理津贴的方式鼓励和支持子女照顾老人。对于因各种因素导致子女无法照顾老人的，新北市政府通过购买居家养老服务或雇请外籍护工照护。

3. 积极推动长照及养老产业的市场化运作

由于单纯依靠政府主管部门主导、民间社会福利机构和志愿者服务团体提供的养老福利资源，不能满足多元养老需求。新北市政府积极鼓励商业机构介入养老服务，并通过对老人的补助政策鼓励中等及以上收入家庭向市场购买老年护理服务，以解决家庭的日常照料问题，激发了养老产业的发展。

（二）新北市长照实践的成绩与不足

新北市长期照护的实践产生了一些积极的社会效果，为人口老龄化带来的老年长期照护服务问题的解决找到了一条可行之路。总结其主要的成绩有：1. 弘扬了中华民族传统的孝道文化，使老年人不离开自己的家就能够享受到护理服务的同时减轻了家庭照料负担。2. 促进了社会公平，对子女照顾老人给予了一定经济补助，为空巢老人购买服务，为低收入家庭提供免费服务。3. 实现“在地老化”的长期照护，积极倡导“在宅化”的社区照护和居家式长期照护，避免了机构式长照的弊端。4. 实施多元化长期护理模式，达到了政府、老人、养老产业“共赢”的目的。

在新北市长期照护实施的过程中，也存在一些不足和问题，主要表现在以下几个方面：一是过于依赖政府购买和以“福利”的形式提供服务，财政压力巨大。二是购买服务“有效需求”不足，付费能力低严重地阻碍了长期护理政策的进程。三是居家护理和社区护理的服务模式有待改进，由于有些服务资源不适当、服务数量不充足、离家距离远、服务时间缺乏弹性、以及服务缺乏多元化等，致使很多家庭没有申请此类服务。四是服务人员不充足，服务供给不能满足需求。事实上，老年人不习惯外人照料也是一个重要原因。这些因素都影响了长期照护服务的实施效果。

（三）新北市针对问题所做的改进与创新

据统计新北市每年有 180 万小时照顾服务的需求，但至多只能提供 120 万小时。为应对长照实践中的种种问题与不足，新北市在长照实施过程中做出了积极的改进与创新。

1. “布老志工”与“世代志工”

为创造至少 80 万小时的老人关怀照顾服务，提升 10 万小时的专业服务能量。新北市首创“高龄照顾存本专案”，从担任志工帮助别人开始，所累积的服务照顾时数，未来可以用在自己、家人，或捐赠给其它需要的人。此专案由两大志工族群组成，一种是采取团体方式至各社区老人服务据点的世代志工，另一种则为采取个别至老人家中服务的布老志工。其中老人参与项目叫“布老志工”，以老人照顾老人，年轻人则是“世代志工”。两者都要需要受专业的训练，志工受训完成取得结业证书后，才能提供服务，其服务累积的时数可以永续存取，在未来有照顾服务需求时可以兑换给自己或亲友使用，也可捐赠做公益，传爱给需要帮助的人。这一专案的核心精神在于社会融合互助，以及妥善规划老年生活的存本观念，期待透过这一平台机制永续发展老人照顾。

新北市政府首创的这一“高龄照顾存本项目”，由新北市政府实物银行成立高龄照顾存本基金来保证志工累积服务时数可以兑换到专业居家照顾服务。预计招募

3000 位志工投入服务行列。新北市政府希望以此提供 10 万小时专业照顾，以每小时 180 元新台币计，共要募集 1800 万元新台币，作为存本项目兑换的基金。

其中，由老年人组成的“布老志工”群体参与“布老志工，送爱到家”服务，经过 40 个小时的居家服务训练（包括老人福利、人际沟通、老人生理状况与需求、老人常见疾病及简易处理、急救概念、活动与运动、关怀访视技巧与演练等专业训练）后，服务六十五岁以上老人，以“送爱到家”方式，提供陪伴散步、运动、购物、送餐和文书等五项关怀服务。当布老志工储存的服务时数，可以 1:1 兑换布老志工的陪伴服务，或是 3:1 兑换专业的居家照顾服务，自己可以使用，也可以给家人或捐给别人使用。

在“世代志工”方面，则由学生志工和企业志工组成，针对企业团队及学生志工设计，采取团进团出，以提供健康促进活动为主，在受完 3 个小时的懂老训练（认识老人需要、存本项目说明及服务内容）后，能够投入邻近小区或银发俱乐部服务，陪伴和照顾老人。世代志工提供志愿服务所累积的时数，同样可以储存于志工银行中永续存取，未来时数可以 10 比 1 比例兑换陪伴服务，或以 30 比 1 比例兑换专业的居家照顾服务。

布老志工与世代志工的服务内容与专业社工员区分开来，主要是散步、运动、帮忙购物、送餐点、文书处理等简单易行的照护。这一举措的主要精神在于代间融合、共助互助和永续存本。旨在创造多元照顾服务，提供至少 80 万小时的老人关怀照顾服务，提升 10 万小时的专业照顾服务能量，舒解家庭照顾压力，未来与长期照顾接轨。同时增进社会年轻世代懂老、敬老，倡导全民关心高龄化议题及扶老风气，投入老人照顾服务。

2. 老人共餐运动

由于现代社会子女白天忙于工作、上学，老人白天独自在家中，往往以剩菜饭配电视节目简单打发餐食。为鼓励老人多到户外走动，与人交流，新北市推行老人共餐运动。现在全市已经有 660 个小区共餐点，有超过 2 万 5 千位长辈参与，有 537 店家加入乐活友善共餐点。新北市社会局鼓励社区发展协会、民间团体加入社区食堂帮手、送餐天使的行列，为鼓励更多民间团体加入小区共餐服务，社会局会补助一万元简易餐饮设备费。此外，新北市政府还额外补助简易餐饮设备及食材补助等费用。目前各据点定点共餐频率从每周 1 天至 5 天不等，免费的有 4 处，长者需局部或全额付费的有 12 处。

除此之外，新北市还号召餐厅、饭店、便利店成立了敬老餐饮联盟，凡年满 65 岁长者三人以上，到任一餐饮联盟店家用餐即可享有优惠，中低收入长者在任何据点都可以免费用餐。藉由共餐运动，老人不但能结交朋友、分享经验，欢乐气氛更有助促进食欲和营养吸收，有益健康，加深了互助。

3. “银发俱乐部”、“松年大学”与“乐龄学习”

与“高龄照顾存本项目”结合在一起的是新北市境内 200 处银发俱乐部、15 处日间照顾和托老中心。为了实现“老有所乐”和“老有所为”，新北市在全部 29 个区、乡、镇开办了松年大学、常青学院和乐龄活动中心。

松年大学课程涵盖“身、心、灵”三大面向，有健康操时间、心灵分享、医学新知与保健、营养课程及各式各样的才艺，充实老年人退休后的生活及知识的成长，并有助于长辈与家人的互动沟通，使他们不再成为儿女的负担。“乐龄大学”是委托各大学开设适合终身学习的进修课程，让老人也能进入大学，与一般大学生共同上课，一圆追求知识的梦想。此外，新北市还整合民间组织、行政组织及非营利组织等各单位的学习资源，设置乐龄学习资源中心，给老人提供就近学习的机会。新北市希望通过这些创新的举措加上布老志工和世代志工的服务，使新北市的老人都能够“在地就养、健康乐活”。

总结以新北市为代表的台湾长期照护制度，其所践行的是一种“小政府”、“大社会”、“市场化”、“居家式”的长期照护制度供给模式。“小政府”是相对于“大社会”的有限政府，主要指转变政府职能，将其主要任务转变为宏观调控、指导、监督和协调上，成为长期照护福利服务的规范者、购买者、管理与仲裁者。“市场化”是指企业和其他营利组织在政府的主导下积极提供长期照护服务，引入市场竞争。“大社会”是指充分调动各种社会积极因素，由各类社会组织、企业等来承担和提供长期照护服务，同时由非营利组织来填补“小政府”和“市场化”之间的空白，避免市场过度膨胀，整合福利服务。“居家式”指的是以居家式长期照护为主，社区式长期照护和机构式长期照护为辅，结合中国传统文化，主要以家庭作为长期护理的最终实施场所。

三、台湾长照实践对大陆长照产业的启示

台湾与大陆一脉相承，视其经济水平、人口状况、老龄化趋势及社会保障发展历程，可见其发展存在时间上的先后，但两者发展轨迹相似。尤其是传统人文环境的相同性，使台湾地区已取得的长期照护方面的经验和教训对中国大陆这方面的体系建设具有很大参考意义。海峡两岸一脉相承，同属儒家文化，两岸在人口老龄化的发展程度和结构比例上也有诸多相似之处，台湾地区及其作为其典型代表的新北市在长期照护问题上的研究与对策经验可以为大陆所借鉴，两岸在共同应对人口老龄化问题上具有巨大的合作空间。

（一）寻求长期照护“福利”与“产业”二重性的平衡

长期照护无疑是具有“福利”与“产业”二重性的，不能简单的将其定位为“福利”或是“产业”。大多数国家和地区在长照实践中更加凸显的是它的“福利”性。

但倘若单纯的将长照事业定位为福利，将不仅会加大政府的财政负担，也会制约长照事业的自身发展。而倘若将长照事业定位为单一的“产业”，其主要的弊端是无序发展和缺乏监管。现在台湾特别是新北市已经形成了一种“福利”与“产业”相互制衡与协调的模式，一方面强调长期照护的福利性质，具体体现为利用政府的政策支持与监管来提升长照质量；另一方面是鼓励各方尤其是民间力量将养老做成一个产业。这种制衡与协调使得长照的从业者在实施政府老人福利的同时，致力于挖掘和创新养老产品和提升养老品质，也可以从中获得必要的经济利润及丰厚回报。

因此，政府应鼓励更多民间资本进入长照产业，把民间资本作为长照产业发展的主力军，让民间资本在从事养老福利行业的同时有利润的空间，使人口加速老龄化在给中国经济社会发展带来严峻挑战转变为新的消费市场。

（二）在长期照护发展中强调政府的主导责任

在台湾的长期体系建构与发展历程中，政府扮演着非常重要的角色。我们从台湾长照发展的四个历史阶段就可以看到，政府在长照发展中所扮演的角色包括：规划长照发展相关制度；研订长照发展相关法规与健全工作体系；推动多层级的长照发展模式；政府切实担负起长照行业监督者等。

正如前文所提到，既然长期照护具有“福利”与“产业”二重性，那么长照在某种程度上无疑使“公共品”，既然是公共品，就只能由政府主导。政府应坚持“有所为，有所不为”的原则，所谓“有所为，有所不为”就是要在制度上进行维护，对整个产业进行监管，但不能干预市场的具体运行。政府必须在注册长照机构的门槛设置上有详细的规定，规范准入，建立行业协会，使长照机构可以在行业的发展中进行自律。同时，政府要把长照发展提升到战略高度加以重视，进一步增加财政投入，给予政策扶持优惠。

（三）强调老人多元化长照需求取向，实现福利多元主义下的合作与互补

在“福利”和“产业”之间的制衡与协调中，应加强政府与社会的合作与互补，形成以老年人需求取向为本的多元化长照模式。一方面，福利多元主义福利服务可由公共部门、营利组织、非营利组织、家庭与社区四个部门来共同负担，政府部门角色逐渐转变为福利服务的规范者、购买者、管理与仲裁者。同时也强调非营利组织的参与，来填补政府撤走后的真空，避免市场过度膨胀，来整合福利服务。因此，政府要积极培育市民社会，学习新北市的举措，鼓励建设并积极引入非政府组织和非营利组织，发挥国家、市场、民间团体、家庭和个人的积极性。

另一方面，在秉承老年人需求取向的同时，致力于建构多元化的长照模式，通过居家式长照，社区长照和机构式长照的有机结合，很好地回应老年人多元化养老的需求。从安养机构、护理之家、荣民之家、失智老人照护、到“在地化”、“在宅化”等体系的建构就可以看出台湾因应多元老人需求的设计。

第三章 中国城市老年人长期护理需求与制度供给期待实证研究

第一节 问卷设计

一、对“长期护理需求”的概念化及“因素”设置

美国人本主义心理学家学者马斯洛（Abraham. H. Maslow）认为人类的价值体系中有两类需要，一类是沿生物谱系上升方向逐渐变弱的本能或冲动，也就是生理需要或低级需要；一类是随生物进化而逐渐显现的潜能或需要，称为心理需要或高级需要；这两类需要是分层次的，由低级到高级依次分为5层，而这5层需要的满足是人的全面发展的一个最简单的原则。马斯洛的五种层次的需要依次是：

生理需要（physiological needs）。这是级别最低、最具优势的需要，包括食物、水、空气、性欲、健康等。

安全需要（safety needs）。这同样属于低级别的需要，包括人身安全、生活稳定以及免遭痛苦、威胁等。

归属和爱的需要（love and belonging needs）。这也称为社交或社会需要，属于较高层次的需要，包括友谊、爱情、隶属关系等。

尊重需要（esteem needs）。这属于较高层次的需要，既包括对成就或自我价值的自我认可和尊重，也包括被他人认可和尊重。

自我实现的需要（self-actualization needs）。这是最高层次的需要，也是一种衍生性需要。这种需要要求前面四项需求都能满足，包括自我实现，发挥潜能等。

马斯洛的“需求层次理论”对于“长期护理需求”的概念化及指标的构建具有重要意义。老年人在接受长期护理的过程中，同样需要满足这五种层次的需求。同时，马斯洛的五种需要的划分，恰好与社会学“四要素”的划分相对应。具体对应如下：

经济要素：生理需要；

政治要素：安全需要；

社会要素：归属和爱的需要；

文化要素：尊重需要，自我实现的需要。

基于此，借鉴马斯洛的五种需要层次并结合长期护理应有的实际来设置“长期护理需求”这一“目标”中的4类“因素”，即：

“经济”因素：生存性长期护理需求，包括日常饮食起居及身体健康护理需求；

“政治”因素：安全性长期护理需求，包括常规性及制度性护理需求及相关保障

制度需求；

“社会”因素：社会性长期护理需求，包括长期精神护理需求及社交需求；

“文化”因素：发展性长期护理需求，包括闲暇与社会参与需求。

由此，在考虑到老年人群体的特殊性和他们与其他社会群体的普遍性的基础上，综合马斯洛的“需求层次理论”、社会学“四要素”和中国现实情况，设置“生存性长期护理需求”、“安全性长期护理需求”、“社会性长期护理需求”和“发展性长期护理需求”四类因素，完成对“长期护理需求”的概念化，并构建“长期护理需求”关系模型如下：

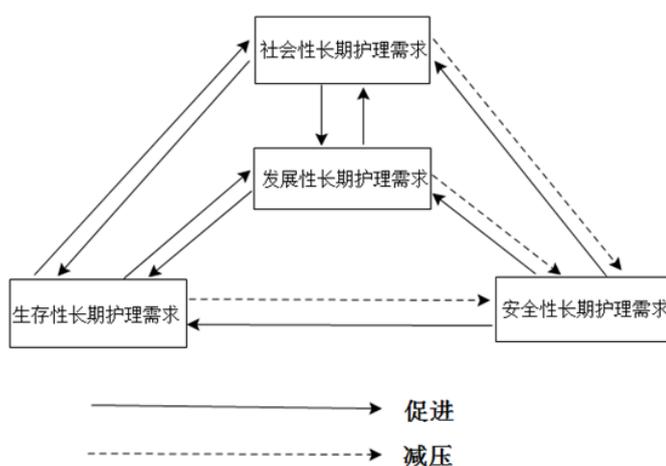


图 3-1

二、对“制度供给”的概念化及“因素”设置

由于在中国还没有法定的长期护理保险，而从社会学视角下进行的相关研究更为少见。因此，在将“制度供给”概念化并对“制度供给”预期设定指标时必须有所依据。通过把握德、日、美、法、韩等国现行的相对成熟的长期护理制度的共性，依据各国建立长期护理政策的共同特征、共同原则来设定指标，以研究中国公民对于长期护理制度供给的偏好，具有较强的可行性和客观性。如前文所述，在归纳各国建立长期护理保险政策的共同特征、共同原则的过程中，运用社会学“四要素”分析框架来分析发达国家的长期护理制度，总结各国制度在社会学四要素下的政策体现，归纳各国建立长期护理政策的共同特征、共同原则，总结各国制度在社会学“四要素”下对利益互惠性、人格共识性、权利公平和平等性及正确价值观的共享性的政策体现。

通过上述“四要素”来设置“制度供给”这一“目标”的四类“因素”。从而完成对“制度供给”预期这一分析单位的概念化和可操作化。即：

- “经济”因素：利益互惠性制度供给；
- “政治”因素：人格共识性制度供给；
- “社会”因素：权利公平性制度供给；
- “文化”因素：价值共享性制度供给。

结合前文对德、日、美等国现行长期护理制度的“四要素”分析，并依据“四要素”归纳各国建立长期护理政策的共同特征、共同原则。本文在研究设计中尝试对这四方面要素进行价值排序，以确立在整个长期护理体系中占主导作用的要素，及其与其他三要素之间的主次关系和相互作用的方式，并构建“制度供给”分析模型如下：

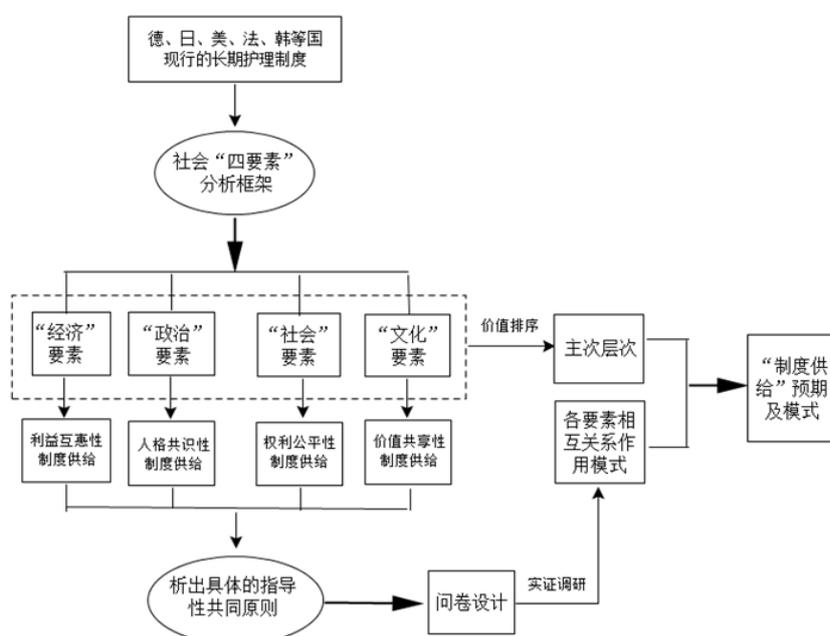


图 3-2

最终得到的概念化的研究问卷结构如下：

“长期护理需求”与“制度供给”研究：

Part A “长期护理需求”现状：

- 生存性长期护理需求；
- 安全性长期护理需求；
- 社会性长期护理需求；
- 发展性长期护理需求。

Part B “制度供给”诉求：

- 利益互惠性制度供给；
- 人格共识性制度供给；

权利公平性制度供给；

价值共享性制度供给。

在此基础上，对于“指标”项的设置，运用分析法，通过对“因素”内涵和外延做出合理解释，将每一个“因素”的度量目标划分成不同侧面，并逐步细分，使得每一个侧面都可以用具体的统计指标来描述，从而确定要设置的指标项。本文采取质量指标的指标形式，运用分解合并法，AHP 和尺度评分法来进行间接量化，预计调查指标体系的“深度”为三层，“出度”为 4 至 6。本文还对单项指标进行时间可行性分析、技术可行性分析、经济可行性分析的可行性测验，并对整体指标体系进行协调性、必要性和完备性测验，在指标聚合中坚持以功能性聚合为主，相关性聚合为辅。即：

指标形式：质量指标；

量化方法：分解合并法、AHP、尺度评分法；

初选方法：综合法、分析法、指标属性分组法；

聚合情况：功能性聚合为主，相关性聚合为辅；

“深度”：3 层；

“出度”：4—6；

指标体系检验：单项指标可行性测验，指标体系整体测验。

本文建立指标层将采取的流程如下图（图 3-3）所示：

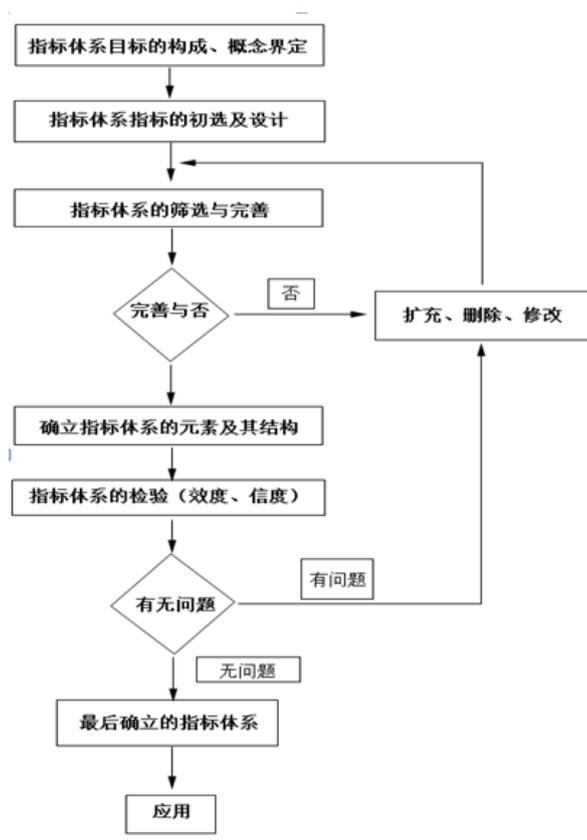


图 3-3

第二节 调查方案

一、抽样方式说明

（一）抽样类型

本文的实证调查采用分域分层不等概率抽样方法。所谓分域，是指将观察单位分为老年人和面临养老压力的中年人两个研究域。在分层抽样中，本次调查针对不同的研究域采用不同的多阶抽样。

在“老年人”研究域中，为了抽样的科学性和代表性，本次调查将“老年人”分为“正接受住院治疗的老年人”和“当前未住院的老年人”两类。其中“正接受住院治疗的老年人”各阶抽样单元为：华中科技大学同济医学院附属梨园医院（湖北省老年病医院），医疗科室，正接受住院治疗的老年人三阶抽样。“当前未住院的老年人”的各阶抽样单元为：区，街道，社区，当前未住院的老年人四阶抽样。

在“面临养老压力的中年人”研究域中，各阶抽样单元为：区，街道，社区，面临养老压力的中年人四阶抽样。

（二）抽样方法

第一，初级单元（PSU）的确定。

在抽取“因疾病正接受住院治疗的老年人”时，本次调查选取华中科技大学同济医学院附属梨园医院作为初级单元，梨园医院是湖北省老年病医院，具有较好的代表性。

在抽取“当前未住院的老年人”和“面临养老压力的中年人”时，本次调查在武昌、汉口、汉阳三镇中各抽取一个区作为初级单元。由于武昌是武汉市的文化区、汉口是武汉市的商业区，汉阳是工业区，所以从三镇中分别抽取一个区，会对武汉市各阶层和职业人员有比较好的代表意义，抽样误差也相对比较小。

第二，对次级单元的抽取。

在抽取“因疾病正接受住院治疗的老年人”时，为保证抽样结果的代表性，本次调查适当加以人为干涉和控制，从华中科技大学同济医学院附属梨园医院中选取老年病人较多且具有长期护理代表意义的 8 个科室作为次级单元，分别为：老年病科、呼吸内科、消化内科、心血管内科、神经内科、内分泌科、肿瘤科和骨外科。

在抽取“当前未住院的老年人”和“面临养老压力的中年人”时，本次调查在初级单元确定的 3 个区中各随机抽取 2 个街道，并在每个街道中各随机抽取 3 个社区作为次级单元。

第三，具体样本受访者的抽取。

在抽取“因疾病正接受住院治疗的老年人”时，对每个科室中老年病人的调查抽样方法是：在确认每个科室老年病人数量后，采用随机概率系统抽样，每个科室固定抽取 5 名受访者。此处，老年病人受访者被界定为 60 周岁以上的具有武汉市城镇常住户口的病人。

在抽取“当前未住院的老年人”时，对于社区中未住院老人的抽样方法是：在确认每个社区老年人数量后，采用随机概率系统抽样，每个社区固定抽取 10 名受访者。此处，老年人受访者被界定为 60 周岁以上的且户籍为该社区常住户口的居民。

在抽取“面临养老压力的中年人”时，抽样方法是：在确认每个社区中年人数量后，采用随机概率系统抽样，每个社区固定抽取 6 名受访者。由于老龄化城市的人口口中位数年龄在 30 岁以上，且按照中国现阶段的代际间距，通常 30 岁及以上年龄段的人口才开始面临养老压力，所以本次调查将面临养老压力的中年人界定为 30 至 59 周岁的武汉市常住人口人群。

第四，样本量的确定与分配。

综合上述一、二、三点，本课题的总样本量为 320 人左右，其中“老年人”研究域样本为 220 人左右，“面临养老压力的中年人”研究域样本为 108 人左右。“因疾病正接受住院治疗的老年人”研究域样本和“当前未住院的老年人”研究域样本将合并用来分析老年人对长期护理的需求意愿。

二、调查方式说明

本文为实证研究，以结构式访谈为主，文献法和观察法为辅；定量分析和定性分析相结合。在结构化量表过程中，以李克特量表形式和鲍格达斯社会距离量表形式为主，作为样本人群长期护理需求现状的描述统计分析量表；而对样本人群长期护理需求意愿的探求，则在主要以问卷调查的同时，辅以语义差异量表的构成分析和实地访谈交流。

（一）调查方法说明

对于具体的调查方法，对“因疾病正接受住院治疗的老年人”的调查方法是：在医院的每个科室对老年病人进行统计，确认该科室老年病人的数量后，对样本框采用随机等概率系统抽样，每个科室固定抽取 5 名受访者，直接派员进行问卷调查和访谈。

对“当前未住院的老年人”的调查方法是：在每个样本社区内对老年人进行统计，确认该社区老年人数量后，对样本框采用随机等概率系统抽样，每个社区固定抽取 10 名受访者，直接派员进行入户调查和访谈。

对“面临养老压力的中年人”的调查方法是：在每个样本社区内对中年人进行统计，确认该社区中年人数量后，对样本框采用随机等概率系统抽样，每个社区固定抽取 6 名受访者，直接派员进行入户调查和访谈。

（二）调查实施与质量控制

调查方法以代填式问卷和深度访谈为主辅以文献检索法、观察法，采用结构式问卷进行访问。问卷以封闭式题目为主，辅以个别开放式问题。在正式调查将对问卷进行试访。

本次调查将对每份问卷和访谈记录都进行审核，以保证调查结果的真实性和可靠性，最大限度减少人为因素造成的误差，并将问卷内容与访谈记录进行了相互印证，还查阅了大量文献资料进行了核实以保证调查记录的质量。

（三）数据处理、加权处理与分析

本课题中调查的资料统计将根据调查记录和所收集资料加以整理，资料分析方法包括定量分析和定性分析。本次调查借助社会科学通用统计软件包 PASW 18.0 (SPSS) 和 EXCEL 2003 对获取的数据进行系统的统计分析。在数据处理之前，对数据中变量的取值、变量之间的逻辑关系、配额等进行检查，对其中的不合格样本进行了核对、删除和补充，并对部分变量进行了事后编码。在 PASW (SPSS) 中，利用频数分析、分组、交叉分析、多应答分析、相关分析等统计手段进行了数据处理与分析。

第三节 资料与数据分析

一、受访群体人口统计学特征分析

根据前文界定，本研究将 60 岁以上人口界定为老年人，而 80 岁为老龄与高龄的分界年龄。本次调查共对 236 名老年人、106 名中年人进行了结构式访谈，回收 225 份有效老年人问卷和 100 份有效中年人问卷，有效回收率分别为 95.3% 和 94.3%。其中老年人调查问卷中，有 64 份受访者年龄超过 80 岁的有效高龄老年人调查问卷。

（一）受访样本总体均衡，具有较好代表性

调查中，受访老年人男女性别比例分别为：男性 40.4%、女性 59.6%，最大年龄 94 岁，最小 60 岁，平均年龄 73.68 岁，各年龄段样本分布均匀，从 60 岁至 90 岁区间各年龄均有样本分布，具有较好的代表性。其中，受访高龄老年人男女性别比例分别为：男性 31 人、占 48.4%，女性 33 人、占 51.6%，最大年龄 94 岁，最小 80 岁，平均年龄 83.94 岁，各年龄段样本分布均匀，从 80 岁至 90 岁区间各年龄均有样本分布，同样具有较好的代表性。而受访中年人男女性别比例分别为：男性 37%、女性 63%，最大年龄 59 岁，最小 30 岁，平均年龄 48.10 岁，从代际分布角度考虑，基本符合面临养老压力这一中年人样本选择要求。

从对受访者文化程度的统计结果表 3-1 来看，70.2% 的老年人仅具有初中及以下文化程度，其中初中文化程度的受访老年人最多，占 32.4%。与此相对比的是，中年人中高中或中专学历的受访者最多，占 46%；其次为大专或本科学历和初中学历的受访者，分别占 25% 和 22%；而研究生及以上学历的受访者仅占 4%；所占比例最少的是小学及以下文化程度的受访者，仅占 3%。通过对年龄与文化程度进行皮尔逊相关检验可以发现，受访者年龄与文化程度呈显著负相关，即受访者年龄越高文化程度就越低，相关系数为 -0.575。

表 3-1 文化程度

	中年人		老年人	
	频数	百分比	频数	百分比
不识字或很少识字	2	2.0	35	15.6
小学	1	1.0	50	22.2
初中	22	22.0	73	32.4
高中或中专	46	46.0	36	16.0
大专或本科	25	25.0	25	11.1
研究生及以上	4	4.0	6	2.7
合计	100	100.0	225	100.0

需要引起关注的是，在由于中国的国情和体制，在目前的医疗福利政策下，

还有一部分享有特殊医疗福利待遇的人群。这部分人群在职时主要就职于政府机关、事业单位或者国企，他们作为政府机关、事业单位、国企的正式编制人员，享有公费医疗福利，即不需要缴纳医保的情况下，可以由公共财政负担他们的医疗费用。根据1989年8月9日发布和实施的“卫生部、财政部关于印发《公费医疗管理办法》的通知”，公费医疗是指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。在该文件中明确公费医疗的涵盖范围主要包括以下几类：属于各级国家机关、党派、人民团体由国家预算内开支工资的、在编制的工作人员；各级文化、教育、科学、卫生、体育、经济建设等事业单位由国家预算内开支工资的、在编制的工作人员；在国家预算内开支工资的、属于国家编制的基层工商、税务人员；中华全国总工会、各级地方工会，产业工会在编的脱产人员，以及由县或城区以上工会领导机关举办、实行全额预算管理的事业单位在编制的工作人员；受长期抚恤的在乡二等乙级以上革命残废军人和残废军人教养院、荣军院的革命残废军人；不享受公费医疗的行政事业单位的职工，符合国务院退休办法，且退休后由民政部门发放退休金的人员；享受公费医疗单位招收的在编制的合同制干部、工人（不含劳保福利实行统筹办法的合同制工人）；中央和国务院规定享受公费医疗的其他人员。

这部分人群通常被称为“体制内”人群，也被认为是“特权”阶层。虽然这部分人群占比不大，但要分析老年人长期护理需求，必然不能忽略这部分人群。在本研究中，华中科技大学同济医学院附属梨园医院所调查取得的数据即为针对这部分人群的数据。华中科技大学同济医学院附属梨园医院又称湖北省老年病医院，其设立之初的目的即为湖北省的离退休干部群体提供医疗和疗养。目前其主要住院群体多数为“体制内”的离退休干部。

本文从老年人享有的医疗保险和福利中筛选享有“公费医疗”的老年人数据，共得到样本39人。其中男性25人、占64.1%，女性14人、占35.9%；年龄最小60岁，最大89岁，平均年龄77.51岁，各年龄段样本分布均匀，从60岁至90岁区间各年龄均有样本分布，同样具有较好的代表性。

通过职业状态、在职时的单位性质和文化程度，进一步验证所筛选出的数据的合理性，得出结果如下：

第一，从职业状态来看，根据表3-2，选取的公费医疗老人样本中目前离休的为13人，占33.3%；退休为26人，占66.7%。这一数据符合“医疗特权”的范围。在中国，目前有两种退休类别，分别代表着不同的养老待遇和福利，即离休和退休。根据“国发[1982]62号”文件，离休是指建国前参加中国共产党所领导的革命战争、脱产享受供给制待遇的和从事地下革命工作的老干部，达到离职休养年龄，实行离职休养的制度。根据“人退函[1982]2号”文件，退休是指全民所有制

企业、事业单位和党政机关、群众团体的工人符合一定条件后，按规定退出工作岗位，申领养老待遇的制度。离休通常意味着更高的待遇和更好的福利，例如在本文相关的护理方面，根据中共中央组织部、财政部、人力资源社会保障部《关于提高离休干部护理费标准的通知》（组通字〔2013〕37号）：1937年7月6日前参加革命工作的离休干部护理费标准为每人每月1800元；1937年7月7日到1945年9月2日参加革命工作的离休干部护理费为每人每月1200元；1945年9月3日到1949年9月30日参加革命工作的离休干部护理费标准为每人每月1000元。办离休需要三个条件，即必须是在1949年9月30日前参加工作的；享受供给制或半供给制；是干部待遇的。离休和退休在医疗福利上的不同点在于离休人员看病费用是实报实销，而退休人员只能享受相应待遇，而不能全报销。

第二，从在职时的单位性质来看，根据表3-3，选取的公费医疗老人样本中在职时单位性质为政府机关的为8人，占20.5%；在职时单位性质为事业单位的为23人，占59.0%；在职时单位性质为国企的为8人，占20.5%。这一数据符合“体制内”的分布特征。

第三，从文化水平来看，根据表3-4，选取的公费医疗老人样本中文化程度为不识字或很少识字的仅有1人；文化程度为小学的为4人，占10.3%；文化程度为初中的为8人，占20.5%；文化程度为高中或中专的为13人，占33.3%；文化程度为大专或本科的为10人，占25.6%；文化程度为研究生及以上的为3人，占7.7%。其中高中或中专以上学历为该人群主流，占66.6%，即三分之二，与老年人总体文化程度相比较，符合干部身份的学历分布。

表 3-2 职业状态（公费）

	频数	百分比
退休	26	66.7
离休	13	33.3
合计	39	100.0

表 3-3 在职时的单位性质（公费）

	频数	百分比
政府机关	8	20.5
事业单位	23	59.0
国企	8	20.5
合计	39	100.0

表 3-4 文化程度（公费）

	频数	百分比
不识字或很少识字	1	2.6
小学	4	10.3
初中	8	20.5
高中或中专	13	33.3
大专或本科	10	25.6
研究生及以上	3	7.7
合计	39	100.0

（二）受访老人家庭支持度较低

从老年人的家庭支持状况来看，受访老年人中“已婚有配偶”的占 60%，“丧偶”的占 37.8%，“离婚”的占 1.8%，“未婚”的仅 1 人，占 0.4%。老年人中有子女的占 98.7%，其中只有儿子的占 24.4%，只有女儿的占 16%，儿女双全的占 58.2%，仅有 3 名受访老人没有子女，但在有子女的老人中有高达 56.76%的受访者没有与子女同住。尤其值得注意的是，从表 3-5 来看，在各种子女状况与婚姻状况下，受访老年人不与子女同住的比例都高于与子女同住的比例。而单独分析高龄受访老年人与子女同住情况可以发现，不论何种子女状况和婚姻状况，未与子女同住的老年人远远超过与子女同住的老年人。从表 3-6 来看，其中与子女同住的高龄老年人受访者只有 22 人，而未与子女同住的高龄老年人受访者则有 42 人。与此相对应的是，在中年受访者中，除去父母都已去世的受访人外，有 74.7%的受访中年人不与父母同住，同时从表 3-7 可以发现，在各种父母状况及已婚和丧偶两种主要婚姻状况下，大部分受访中年人选择不与父母同住。由于在各种情况下老年人不与子女同住的现象较为普遍，这从一个侧面反应出进行老年人长期护理需求研究的必要性。

表 3-5 与子女同住状况交叉表（老年）

是否与 子女 同住	子女状况				婚姻状况			
	只有 儿子	只有 女儿	有儿 有女	没有 子女	已婚 有配偶	丧偶	离婚	未婚
是	26	16	57	0	55	42	2	0
否	29	20	74	3	80	43	2	1
合计	55	36	131	3	135	85	4	1

表 3-6 与子女同住状况交叉表（高龄）

是否与 子女 同住	子女状况				婚姻状况			
	只有 儿子	只有 女儿	有儿 有女	没有 子女	已婚 有配偶	丧偶	离婚	未婚
是	26	16	57	0	55	42	2	0
否	29	20	74	3	80	43	2	1
合计	55	36	131	3	135	85	4	1

是	1	2	18	0	4	18	0	0
否	8	6	27	1	20	22	0	0
合计	9	9	45	1	24	40	0	0

表 3-7 与父母同住状况交叉表（中年）

是否与 父母 同住	父母状况				婚姻状况			
	父母 健在	只有父 亲健在	只有母 亲健在	父母都 去世	已婚 有配偶	丧偶	离婚	未婚
是	9	2	10	0	16	1	2	2
否	29	6	16	10	57	3	1	1
合计	38	8	26	10	73	4	3	3

（三）受访老人经济状况不容乐观

在对于老年人及中年人父母当前职业状态的调查中，有 85.3% 的老年受访者选择的是“退休”，另有 8.9%“离休”，“在岗或聘用”的仅占 0.9%，另外 4.9% 的受访者选择了“从未就业或其他”。而对于中年受访者的父母，除却 4 个缺失值外，在有效应答的 96 个受访者中，有 62 人的父母为“退休”，占 64.6%，而“离休”的占 6.3%，“在岗或聘用”的占 9.4%。另有 19 人的父母从未就业或有其他情况，占 19.8%。对中年受访者及其父母的职业状况与单位性质做出调查，有助于为中年人在养老问题上的不同选择结果提供参考依据。调查显示，除却 1 个缺失值外，受访者单位为国企的所占有效应答的比重最大，为 21.2%；其次是事业单位和下岗或失业，均占有有效应答的 15%；工作单位为集体企业或民营企业的受访者，均占有有效应答的 11%；已退休或病退的受访者占有有效应答的 9%；在政府机关工作和个体经营的受访者均占有有效应答的 6%；另有 5% 的受访者未就业。同时，调查结果还显示，受访者父母已退休的占 62%，离休的占 6%，在岗或聘用的占 9%，另有 23% 的受访者父母为未就业等其他职业状态。

老年人的经济状况是一项重要的人口统计学特征，对受访老年人经济状况的统计分析有利于对于老年人长期护理需求的研究提供参考和支持。在表 3-8 中可以发现，受访老年人的家中的人均年收入水平处于“低于 5000 元”和“高于 60000 元”所占比例相对较少，分别为 2.2% 和 9.8%，其他各收入水平相对均衡的态势。在表 3-9 中，受访高龄老年人的家中的人均年收入水平处于“低于 5000 元”和“5000 元-10000 元”所占比例相对较少，分别为 1.6% 和 4.7%，较老年人受访者总体状况而言稍好。由于我们对人均年收入水平的划分参照了国务院发展研究中心“按收入等级分城镇居民家庭人均年收入”的划分，以此标准，15000 至 35000 的中等收入水平

的受访老年人占 47.2%，并未达到中等收入家庭占全部家庭比例 60%的全国统计结果，表明受访老年人家庭收入水平偏低。而 15000 至 35000 的中等收入水平的受访高龄老年人占 67.2%，达到了中等收入家庭占全部家庭比例 60%的全国统计结果，亦表明较老年人受访者总体状况而言高龄老年人受访者经济状况较好。同样，本次调查对人均年支出水平的划分也参照了国务院发展研究中心“按收入等级分城镇居民家庭人均年支出”的划分，以此标准，支出水平在 11000 至 24000 的属于中等收入户水平的受访老年人占 55.8%，受访高龄老年人占 52.3%，这一结果与达到中等收入家庭占全部家庭比例 60%的全国统计结果大致相符，比较在人均年收入和人均年支出方面中等收入户所占比例的不同，可以看出受访老年人家庭处于收入水平较支出水平偏低的状态。

表 3-8：老年人家庭人均年收入与年支出统计表

收入水平	频数	百分比	支出水平	频数	百分比
低于5000	5	2.2	低于5000	11	4.9
5000—10000	21	9.3	5000—8000	19	8.5
10000— 15000	29	12.9	8000—11000	18	8.0
15000— 20000	33	14.7	11000— 14000	35	15.6
20000— 25000	53	23.6	14000— 18000	28	12.5
25000— 35000	20	8.9	18000— 24000	62	27.7
35000— 60000	42	18.7	24000— 35000	27	12.1
60000以上	22	9.8	35000以上	24	10.7
合计	225	100.0	合计	224	100.0

表 3-9：高龄老年人家庭人均年收入与年支出统计表

收入水平	频数	百分比	支出水平	频数	百分比
低于5000	1	1.6	低于5000	4	6.3
5000—10000	3	4.7	5000—8000	3	4.8
10000— 15000	9	14.1	8000—11000	7	11.1
15000— 20000	7	10.9	11000— 14000	6	9.5
20000— 25000	18	28.1	14000— 18000	4	6.3
25000— 35000	5	7.8	18000— 24000	23	36.5
35000— 60000	11	17.2	24000— 35000	10	15.9
60000以上	10	15.6	35000以上	6	9.5
合计	64	100.0	合计	63	100.0

而对中年人的家庭经济状况进行调查，在表3-10中可以发现，受访者的家庭人均年收入水平处于“低于5000元”和“高于60000元”所占比例相对较少，分别为11.1%和10.1%，其他各收入水平相对均衡的态势。如上文所述，由于我们对人均年收入水平的划分参照了国务院发展研究中心“按收入等级分城镇居民家庭人均年收入”的划分，以此标准，15000至35000的中等收入水平的受访者占41.5%，并未达到中等收入家庭占全部家庭比例60%的全国统计结果，表明受访者家庭收入水平偏低。同样，我们对人均年支出水平的划分也参照了国务院发展研究中心“按收入等级分城镇居民家庭人均年支出”的划分，以此标准，支出水平在11000至24000的属于中等收入户水平的受访者占43%，同样低于中等收入家庭占全部家庭比例60%的全国统计结果。通过对受访者家庭人均年收入和人均年支出状况与国务院发展研究中心统计结果的比较，大致可以看出受访者家庭处于经济水平偏低的状态。

表 3-10：中年人家庭人均年收入与年支出统计表

收入水平	频率	百分比	支出水平	频率	百分比
低于5000	11	11.1%	低于5000	15	15.0%
5000—10000	8	8.1%	5000—8000	10	10.0%
10000— 15000	20	20.2%	8000—11000	13	13.0%
15000— 20000	16	16.2%	11000— 14000	14	14.0%

20000— 25000	15	15.2%	14000— 18000	14	14.0%
25000— 35000	10	10.1%	18000— 24000	15	15.0%
35000— 60000	9	9.1%	24000— 35000	9	9.0%
60000以上	10	10.1%	35000以上	10	10.0%
合计	99	100.0%	合计	100	100.0%

（四）食品和医疗成为受访老人最主要支出负担

同时，从表 3-11 和表 3-12 对老年人及高龄老年人家庭收入来源和支出的统计中可以发现，老年人的主要家庭收入来源是“退休金”有 92.4%的老年人和 93.7%的高龄老年人选择了这一项。受访老年人家庭支出中最常见的四项则分别依次为食品消费、房屋水电费、医疗费和日用品消费，分别有 95.1%、78.2%、76.4%和 61.8%的老年受访者选择了这些项目；受访高龄老年人家庭支出中最常见的四项则分别依次为食品消费、医疗费、房屋水电费和日用品消费，分别有 93.8%、73.4%、70.3%和 60.9%的高龄老年受访者选择了这些项目。相比于整个老年人群体，医疗费占高龄老年人家庭支出的比重有所上升，这是身体健康与年龄增长之间的负相关性的必然结果。而当问及老年人家庭支出中最主要的一项时，如表 3-13 所示，选择最多的两项支出分别是“食品消费”占 52%，“医疗费”占 35.6%，而受访老年人家庭最主要一项支出占有所有支出的平均比例为 53.79%。当问及高龄老年人家庭支出中最主要的一项时，如表 3-14 所示，选择最多的两项支出分别是“医疗费”占 46.9%，“食品消费”占 39.1%，而受访高龄老年人家庭最主要一项支出占有所有支出的平均比例为 52.54%。这从一个侧面反映出饮食和医疗在老年人生活中占据重要地位的同时，也给了老年人以比较重的负担，这项数据对于支撑我们进行老年人长期护理需求的研究具有重要意义。

表 3-11 收入来源及支出项目统计表（老年）

收入项目	频数	百分比	案例百分比	支出项目	频数	百分比	案例百分比
个体经营收入	9	2.9%	4.0%	食品消费	214	20.8%	95.1%
工资	41	13.1%	18.2%	衣着消费	90	8.8%	40.0%
退休金	208	66.7%	92.4%	房屋水电费	176	17.1%	78.2%
存款利息或投资红利	28	9.0%	12.4%	给子女支出	74	7.2%	32.9%
低保或社会救助	8	2.6%	3.6%	给其他亲属支出	25	2.4%	11.1%
子女资助	11	3.5%	4.9%	医疗费	172	16.7%	76.4%
亲友资助	3	1.0%	1.3%	保健支出	56	5.4%	24.9%
租房收入	2	.6%	.9%	交通通讯费	47	4.6%	20.9%
其他	2	.6%	.9%	日用品消费	139	13.5%	61.8%
				娱乐学习支出	16	1.6%	7.1%
				其他支出	19	1.8%	8.4%
合计	312	100.0%	138.7%	合计	1028	100.0%	456.9%

表 3-12 收入来源及支出项目统计表（高龄）

收入项目	频数	百分比	案例百分比	支出项目	频数	百分比	案例百分比
个体经营收入	0	0	0	食品消费	60	21.7%	93.8%
工资	10	12.0%	15.9%	衣着消费	21	7.6%	32.8%
退休金	59	71.1%	93.7%	房屋水电费	45	16.3%	70.3%
存款利息或投资红利	10	12.0%	15.9%	给子女支出	19	6.9%	29.7%
低保或社会救助	1	1.2%	1.6%	给其他亲属支出	8	2.9%	12.5%
子女资助	2	2.4%	3.2%	医疗费	47	17.0%	73.4%
亲友资助	0	0	0	保健支出	18	6.5%	28.1%
租房收入	1	1.2%	1.6%	交通通讯费	9	3.3%	14.1%
其他	0	0	0	日用品消费	39	14.1%	60.9%
				娱乐学习支出	1	0.4%	1.6%
				其他支出	9	3.3%	14.1%
合计	83	100.0%	131.7%	合计	276	100.0%	431.3%

表 3-13 家中最主要的一项支出（老年）

支出项目	频数	百分比
食品消费	117	52.0
衣着消费	1	.4
房屋水电费	5	2.2
给子女支出	7	3.1
医疗费	80	35.6
保健支出	1	.4
日用品消费	2	.9
娱乐学习支出	1	.4
其他	10	4.4
合计	225	100.0

表 3-14 家中最主要的一项支出（高龄）

支出项目	频数	百分比
食品消费	25	39.1
衣着消费	0	0
房屋水电费	1	1.6
给子女支出	2	3.1
医疗费	30	46.9
保健支出	1	1.6
日用品消费	0	0
娱乐学习支出	1	1.6
其他	4	6.3
合计	64	100.0

同时，从表3-15对受访者家庭收入来源和支出的统计中可以发现，中年人的主要家庭收入来源是“工资”，有60%的受访者选择了这一项；其次为退休金和个体经营收入，选择的受访者比例分别为34%和11%。而家庭支出中最常见的四项则分别依次为食品消费、房屋水电费、日用品消费和衣着消费，分别有96%、91%、75%和66%的受访者选择了这些项目。而当问及受访者家庭支出中最主要的一项时，如表3-16所示，选择最多的三项支出分别是“食品消费”占55%，给子女支出占20%，“医疗费”占16%，而受访者家庭最主要一项支出占有所有支出的平均比例为51.77%。这从一个侧面反映出饮食和医疗在中年人生活中占据重要地位的同时，也给了中青年人以比较重的负担。在这一经济状态下，不难得出，中年人在父母的养老问题上不具备较好的经济能力。

表 3-15 收入来源及支出项目统计表（中年）

收入项目	频 率	百分比	案例 百分比	支出项 目	频 率	百分比	案例百 分比
工资	60	45.5%	60.0%	食品 消费	96	15.0%	96.0%
个体经营 收入	11	8.3%	11.0%	衣着 消费	66	10.3%	66.0%
退休金	34	25.8%	34.0%	房屋 水电费	91	14.3%	91.0%
父母资助	7	5.3%	7.0%	给子 女支出	60	9.4%	60.0%
子女资助	1	.8%	1.0%	给父 母支出	33	5.2%	33.0%
亲友资助	1	.8%	1.0%	给其 他亲属支 出	6	.9%	6.0%
低保或社 会救助	5	3.8%	5.0%	医疗 费	65	10.2%	65.0%
存款利息 或投资红利	9	6.8%	9.0%	保健 支出	12	1.9%	12.0%
租房收入	2	1.5%	2.0%	交通 通讯费	64	10.0%	64.0%
其他	2	1.5%	2.0%	日用 品消费	75	11.8%	75.0%
				娱乐 学习支出	29	4.5%	29.0%
				家电 家具支出	25	3.9%	25.0%
				购房 及装修支 出	9	1.4%	9.0%
				其他 支出	7	1.1%	7.0%
合计	132	100.0%	132%	合计	638	100.0%	638.0%

表3-16 家中最主要的一项支出（中年）

支出项目	频率	百分比
食品消费	55	55.0%
房屋水电费	1	1.0%
给子女支出	20	20.0%
给其他亲属支出	1	1.0%
医疗费	16	16.0%
保健支出	1	1.0%
日用品消费	1	1.0%
娱乐学习支出	1	1.0%
家电家具支出	3	3.0%
购房及装修支出	1	1.0%
合计	100	100.0%

从上文的分析可知，中青年人与父母同住比例小、经济负担重，说明无论在生活上还是从经济上，都使得中青年人对父母的养老存在较多的问题，中青年人的实际情况难以满足老年人的日常生活照料，这是现阶段养老状况中的一个突出问题。

二、城市老年人受照护及身体健康状况分析

进行老年人长期护理需求的研究首先需要对老年人的受照护现状及其身体健康状况做出评估。只有在实证评估的基础上，做出的对老年人长期护理需求性和长期护理需求意愿的分析才具有科学性和代表性。

（一）城市老年人受照护状况不容乐观

在表 3-17 中可以看到，有 83.6%的受访老年人的家务是由老人自己或配偶承担的；而相对应的 58%的中年人，其父母的家务主要由父母自己承担。对于老年人中的特殊人群，在表 3-18 中，有 62.5%的受访高龄老年人的家务是由老人自己或配偶承担的；而统计享有公费医疗的老年人的家务情况，即便该人群聘用钟点工、保姆或护工的比例为 25.6%，远远超过老年人整体聘用保姆和护工的比例 7.1，但仍有 66.7%的受访者的家务是由老人自己或配偶承担的。

与此同时，根据表 3-19 和表 3-20，在调查中，有 39.1%的受访老年人以及 60.9%的受访高龄老年人有长时间生病或生活不能自理的经历，这些有长时间生病或生活不能自理经历的老人中有 65.2%的老人长期生病或不能自理时间超过一个月；同时，亦有 48%的受访中年人的父母有过长时间生病或生活不能自理的经历，这其中长期生病或不能自理时间超过一个月更是高达 72.9%。值得注意的是，在老年人长时间生病或生活不能自理持续时间的统计中，从表 3-19 和表 3-20 可以发现，不同时间长度内，长时间生病或生活不能自理的老年人及高龄老年人比重均成一个

两端大中间小的“工”字型结构。其中，生病或生活不能自理三年以上的受访老年人和受访中年人父母所占比例分别为 25.8%和 25%。这个现象值得我们关注，而本文囿于篇幅，恕暂不赘述。

同样值得关注的是，从表 3-21 和表 3-22 可以发现，受访老年人和受访中年人的父母在长时间生病或生活不能自理期间由专业护理人员照护的比例仅分别占 1.1%和 2.1%；即便享有公费医疗的老年人在长时间生病或生活不能自理期间也只能由配偶、子女或者雇佣护工来照料，而无法得到专业护理人员照护。更有 26.6%的长时间生病或生活不能自理的受访老年人、15.8%的长时间生病或生活不能自理的受访高龄老年人、9.1%的长时间生病或生活不能自理的享有公费医疗的受访老年人无人照顾。综上的老年人受照护现状无疑使对老年人长期护理需求的研究具有重要意义。

表 3-17 老年人家务承担情况（老年）

您家的家务主要由谁承担	频数	百分比	父母的家务主要由谁承担	频数	百分比
自己	139	61.8	你和配偶	29	29.0
配偶	49	21.8	父母自己	58	58.0
钟点工（保姆/护工）	16	7.1	其他兄弟姐妹或亲友	7	7.0
子女（及其配偶）	19	8.4	其他	6	6.0
孙子女（及其配偶）	1	.4			
其他	1	.4			
合计	225	100.0	合计	100	100.0

表 3-18 老年人家务承担情况（高龄及公费）

家务由谁承担（高龄）	频数	百分比	家务由谁承担（公费）	频数	百分比
自己	32	50.0	自己	9	23.1
配偶	8	12.5	配偶	17	43.6
钟点工（保姆/护工）	10	15.6	钟点工（保姆/护工）	10	25.6
子女（及其配偶）	12	18.8	子女（及其配偶）	2	5.1
孙子女（及其配偶）	1	1.6	孙子女（及其配偶）	1	2.6
其他	1	1.6	其他	39	100.0
合计	64	100.0	合计	9	23.1

表 3-19 老年人长时间生病或生活不能自理持续时间（老年）

您生病或生活不能自理持续多长时间	频数	百分比	您父母生病或生活不能自理持续多长时间	频数	百分比
少于一个月	31	34.8	少于一个月	13	27.1
一个月到半年	24	27.0	一个月到半年	15	31.3
半年到一年	6	6.7	半年到一年	5	10.4
一年到三年	5	5.6	一年到三年	3	6.3
三年以上	23	25.8	三年以上	12	25.0
合计	89	100.0	合计	48	100.0

表 3-20 老年人长时间生病或生活不能自理持续时间（高龄）

您生病或生活不能自理持续多长时间	频数	百分比
少于一个月	13	36.1
一个月到半年	10	27.8
半年到一年	4	11.1
一年到三年	3	8.3
三年以上	6	16.7
合计	36	100.0

表 3-21 老年人长时间生病或生活不能时由谁来照顾（老年）

谁照顾您	频数	百分比	父母由谁照顾	频数	百分比
无人	25	26.6	无人	2	4.2
配偶	27	28.7	您和配偶	28	58.3
子女	26	27.7	其他兄弟姐妹或亲友	15	31.3
专业护理人员	1	1.1	专业护理人员	1	2.1
保姆或护工	15	16.0	保姆或护工	2	4.2
合计	94	100.0	合计	48	100.0

表 3-22 老年人长时间生病或生活不能时由谁来照顾（高龄及公费）

谁照顾您	频数	百分比	由谁照顾	频数	百分比
无人	6	15.8	无人	2	9.1
配偶	6	15.8	配偶	8	36.4
子女	15	39.5	子女	3	13.6
专业护理人员	1	2.6	专业护理人员	0	0
保姆或护工	10	26.3	保姆或护工	9	40.9
合计	38	100.0	合计	22	100.0

而如表3-23所示，问及中年受访者，如果其父母长时间生病或生活不能自理

时希望由谁照顾。除却一个缺失值，剩余99个有效应答中，42.4%的受访者希望由自己和配偶照顾；26.3%的受访者希望由专业护理人员照顾；21.2%的受访者希望由其他兄弟姐妹照顾。另分别有5.1%和1%的受访者希望由保姆（护工）或亲朋照顾。此外还有4名受访者表示无人可照顾。将这一组数据与上文“当父母长时间生病或生活不能自理时由谁照顾”（即实际由谁照顾）的数据对比，可以发现，希望由自己和配偶照顾的比例从实际的58.3%下降至42.4%，而希望由专业护理人员照顾的比例由实际的2.1%上升至26.3%，这可以在一定程度上说明中年人在对父母的实际日常生活照料中存在困难，这也表明中年人对父母的专业性照护具有较大程度的期待与需求。

表 3-23 如果父母生病（或生活不能自理）希望由谁照顾

希望由谁照顾	频率	百分比
没有	4	4.0%
您和配偶	42	42.4%
其他兄弟姐妹	21	21.2%
亲朋	1	1.0%
专业护理人员	26	26.3%
保姆或护工	5	5.1%
合计	99	100.0%

（二）部分老年人存在不同程度 ADL 损害及 IADL 损害，且与年龄呈较强相关性

在对老年人的身体健康状况进行评估时，本次调查引入了日常生活能力量表 ADL 和工具性日常生活活动量表 IADL 作为评价依据。按照百度百科的解释，ADL 和 IADL 是指人们在每日生活中，为了照料自己的衣、食、住、行，保持个人卫生整洁和进行独立的社区活动所必须的一系列的的基本活动。是人们为了维持生存及适应环境而每天必须反复进行的、最基本的、最具有共性的活动。其中，ADL 特指基本的或躯体的日常生活活动能力，是每日生活中与穿衣、进食、保持个人卫生等自理活动和坐、站、行走等身体活动有关的基本活动。本次调查选取吃饭、穿衣、上下床、室内走动、洗脸刷牙、上厕所、洗澡、上下楼梯、小便情况、大便情况共 10 个评价项目，其中“无困难”计 1 分，“比较困难”计 0.5 分，“很困难”计 0 分。根据统计结果，得分不能为 10 分的即为日常生活活动能力功能性受损，则共有 11.6% 的受访老年人存在日常生活活动功能受损，即 ADL 损害；其中得分在 7.5-9.5 分的占 6.1%，即轻度依赖他人照护；得分在 5-7 分的占 2.6%，即中度依赖他人照护；得分在 2.5-4.5 分的占 0.4%，即重度依赖他人照护；得分在 0-2 分的占 2.2%，即完全依赖他人照护。而 IADL 则特指人们在社区中独立生活所需的关键性的较高级

的技能，如家务、做饭、采购、看病等，大多需借助工具进行。本次调查同样选取做饭、洗衣、打扫卫生、服药、剪指（趾）甲、管理家庭财务、打电话、独自坐车、购物、看病共 10 个评价项目，其中“无困难”计 1 分，“比较困难”计 0.5 分，“很困难”计 0 分。根据统计结果，得分不能为 10 分的即为工具性日常生活活动能力功能性受损，则共有 20% 的受访老年人存在工具性日常生活活动功能受损，即 IADL 损害。如表 3-24 所示，在老年人年龄与 ADL/IADL 得分的相关性分析中，老年人年龄与 ADL/IADL 得分呈显著的负相关，即老年人年龄越高，ADL/IADL 得分越低。由此，可以合理推测：随着老年人年龄的增长，老年人对于长期照护的需求也将更为迫切。

有趣的是，中年人对其父母的 ADL/IADL 评分远低于老年人自己对自身的 ADL/IADL 评分。在与老年人问卷相同的 ADL 量表中，共有 42% 的受访中年人认为其父母存在日常生活活动功能受损，即 ADL 损害；其中得分在 7.5-9.5 分的占 18%，即轻度依赖他人照护；得分在 5-7 分的占 10%，即中度依赖他人照护；得分在 2.5-4.5 分的占 7%，即重度依赖他人照护；得分在 0-2 分的占 7%，即完全依赖他人照护。同样，在与老年人问卷相同的 IADL 量表中，共有 53% 的受访中年人认为其父母存在工具性日常生活活动功能受损，即 IADL 损害。同样，如表 3-25 所示，在中老年人年龄与其父母 ADL/IADL 得分的相关性分析中，中年人年龄与其父母 ADL/IADL 得分呈显著的负相关，即中年人年龄越高，其父母 ADL/IADL 得分越低。同样可以合理推测：随着中年人年龄的增长，中年人父母对于长期照护的需求也将更为迫切。

表 3-24 老年人年龄与 ADL/IADL 得分的相关性分析

		年龄	ADL量表得分			年龄	IADL量表得分
年 龄	Pearson Correlation	1	-.144*	年 龄	Pearson Correlation	1	-.253**
	Sig. (2-tailed)		.031		Sig. (2-tailed)		.000
	N	225	225		N	225	225

表 3-25 中年人年龄与其父母 ADL/IADL 得分的相关性分析

		年龄	ADL量表得分			年龄	IADL量表得分
年 龄	Pearson Correlation	1	-.267**	年 龄	Pearson Correlation	1	-.297**
	Sig. (2-tailed)		.007		Sig. (2-tailed)		.003
	N	100	100		N	100	100

（三）老年人总体健康状况不佳，慢性病患者比例高

在对老年人有无经常性的身体疼痛的调查中，222 名应答的受访老年人认为自己有或没有经常性的身体疼痛的各 111 名，即各占 50%；64 名应答的受访高龄老年人认为自己有经常性的身体疼痛的则有 38 名，即占 59.4%。这是一个非常不乐观的数字，经常性的身体疼痛是老年人身体健康状况不佳的一个非常重要的信号。而当问及老年人思维的清晰度、反应的敏捷性时，有 31 名受访老年人认为较差或很差，占全部 225 名受访老年人的 13.8%；更有 10 名受访老年人认为较差或很差，占全部 64 名受访老年人的 15.7%。

同时如表 3-26 所示，调查还显示，86.2%的受访老年人以及 92.2%的受访高龄老年人长期患有一种以上的慢性疾病；55.6%的受访老年人患有两种以上慢性疾病。其中患有高血压的比重最大，占受访老人的 44.4%，其次是关节疾病和心脏病，分别为 33.8%和 26.7%，患有脑血管疾病的老人也较多，比重为 13.8%。而在这些患病老人中有 43.3%的老年人在患病期间生活自理困难。与此对应，88%的受访中年人父母长期患有一种以上的慢性疾病，其中患病比重最大的同样是高血压，占受访中年人父母的 60%，其次是关节疾病和脑血管疾病，分别为 30%和 28%，患有心脏病的受访中年人父母也较多，比重为 26%。而在这些患病老人中有 53.4%的老年人在患病期间生活自理困难。

表 3-26 慢性病患者情况

患病情况	频数	百分比	案例百分比	父母患病情况	频数	百分比	案例百分比
高血压	100	21.8%	44.4%	高血压	60	25.4%	60.0%
关节疾病	76	16.6%	33.8%	关节疾病	30	12.7%	30.0%
糖尿病	33	7.2%	14.7%	糖尿病	21	8.9%	21.0%
心脏病、冠心病	60	13.1%	26.7%	心脏病、冠心病	26	11.0%	26.0%
消化疾病	21	4.6%	9.3%	消化疾病	17	7.2%	17.0%
脑血管病	31	6.8%	13.8%	脑血管病	28	11.9%	28.0%
白内障	30	6.5%	13.3%	白内障	8	3.4%	8.0%
慢性肺炎	4	.9%	1.8%	慢性肺炎	3	1.3%	3.0%
肢体残疾	2	.4%	.9%	肢体残疾	2	.8%	2.0%
截瘫、偏瘫	2	.4%	.9%	截瘫、偏瘫	4	1.7%	4.0%
癌症	12	2.6%	5.3%	癌症	8	3.4%	8.0%
精神病	1	.2%	.4%	抑郁症	1	.4%	1.0%
抑郁症	2	.4%	.9%	老年痴呆	8	3.4%	8.0%
老年痴呆	5	1.1%	2.2%	其他	8	3.4%	8.0%
其他	49	10.7%	21.8%	没有患慢性疾病	12	5.1%	12.0%
没有患慢性疾病	31	6.8%	13.8%				
合计	459	100.0%	204.0%	合计	236	100.0%	236.0%

(四) 老年人年龄与健康状况呈显著相关，主观健康状况评价较差

在受访老年人对自身健康状况的评估中，如表 3-27 所示，有 16.9% 的受访老人认为自己健康状况不好但尚能自理，有 8% 的老人认为自己完全需要人照顾，这两类老人共占 24.9%，而认为自己健康的老人仅占 20.9%。在受访高龄老年人对自身健康状况的评估中，如表 3-28 所示，有 23.4% 的受访老人认为自己健康状况不好但尚能自理，有 12.5% 的老人认为自己完全需要人照顾，这两类老人共占 37.9%，而认为自己健康的老人仅占 14.1%。而在受访中年人对父母健康状况的评估中，同样如表 3-27 所示，有 28% 的受访中年人认为父母健康状况不好但尚能自理，有 21% 的中年人认为父母完全需要人照顾，这两类共占 49%，而认为父母健康的中年人仅占 11%。如表 3-29 所示，在老年人年龄与其健康状况的相关性分析中，老年人年龄与其健康状况呈显著的正相关，相关系数为 0.185，即老年人年龄越高，健康状况越差；而在受访中年人年龄与其父母健康状况的相关性分析中，中年人年龄与其父母健康状况亦呈显著的正相关，相关系数为 0.399，即受访中年人年龄越高，其父母健康状况越差。

综合“老年人年龄与 ADL/IADL 得分的相关性分析”，“中年人年龄与其父母

ADL/IADL 得分的相关性分析”及表 3-29“受访者年龄与老人健康状况评估的相关性分析”，可以发现，随着年龄的增长和代际的更替，老年人的身体失能将愈加严重，健康状况将逐步恶化，这是人世代更替所不可避免的，但考虑到老年人占总人口比重逐渐加大和人均寿命延长的现实时，人们对于长期照护的需求将不可避免的显现出来，建立长期护理制度更是成为必然选择。本文认为，在当前养老问题尚且没有成为社会严重负担的情况下，应尽快加大对长期护理问题的研究，并宜早不宜迟的建立长期护理制度。

表 3-27 健康情况（老年）

自身健康状况	频数	百分比	父母健康状况	频数	百分比
健康	47	20.9	健康	11	11.0
一般	122	54.2	一般	40	40.0
不好但能自理	38	16.9	不好但能自理	28	28.0
需要人照顾	18	8.0	需要人照顾	21	21.0
合计	225	100.0	合计	100	100.0

表 3-28 健康情况（高龄）

自身健康状况	频数	百分比
健康	9	14.1
一般	32	50
不好但能自理	15	23.4
需要人照顾	8	12.5
合计	64	100.0

表 3-29 受访者年龄与老人健康状况评估的相关性分析

受访老年人	年龄	健康状况	受访中年人	年龄	父母健康状况
Pearson	1	.185**	Pearson	1	.399**
Correlation			Correlation		.000
Sig. (2-tailed)		.005	Sig. (2-tailed)	100	100
N	225	225	N		

三、城市老年人长期护理需求意愿分析

通过上文第三部分的分析已经大致了解城市老年人存在对长期护理的需求，但出于严谨性和科学性，仍要对老年人的长期护理需求性，即老年人是否有长期护理的需求做出分析。

（一）大多数老年人需经常就诊或服药，一定数量的老人必须有人协助服药或就诊

由于上文所分析的慢性病患者率的提升，老年人在患有慢性疾病的情况下，服药与就诊是患病老人面临的常见项目。从表 3-30 可知，老年人受访群体中需要经常就诊或服药的占总应答的 59.1%，不需要就诊或服药的占 22.2%，可以计算得出 77.8%的受访群体有不同程度的就诊或服药的需要。而在是否会忘记按时就诊或吃药问题上，选择从来没有忘记按时吃药或就诊的占 58.7%，其余的 41.3%有不同程度的忘记按时吃药或就诊的经历，而经常忘记的占到 6.3%，还有 2.2%在吃药和就诊问题上必须有人协助或提醒。

从表 3-31 可知，高龄老年人受访群体中需要经常就诊或服药的占总应答的 65.6%，不需要就诊或服药的占 17.2%，可以计算得出 82.8%的受访群体有不同程度的就诊或服药的需要。而在是否会忘记按时就诊或吃药问题上，选择从来没有忘记按时吃药或就诊的占 63.5%，其余的 37.5%有不同程度的忘记按时吃药或就诊的经历，而经常忘记的占到 3.2%，还有 4.8%在吃药和就诊问题上必须有人协助或提醒。而在中年人受访群体中，受访者的父母不需要就诊或服药的只占 13.0%，其余均有不同程度的服药与就诊需要，其中经常需要的占 33.0%，有时需要的占 39.0%；从来没有忘记吃药的受访者父母只占有效应答的 28%，必须有人协助吃药或就诊的比例为 10.0%。

表 3-30 服药或就诊状况统计表（老年及中年人父母）

需要就诊或服药吗	频数	百分比	会忘记按时吃药或就诊吗	老年人		中年人父母	
				频数	百分比	频数	百分比
不需要	50	22.2	从来没有	131	58.7	28	28.0
很少需要	18	8.0	很少有	44	19.7	22	22.0
有时需要	24	10.7	有时有	29	13.0	31	31.0
经常需要	133	59.1	经常有	14	6.3	9	9.0
			必须有人协助或提醒	5	2.2	10	10.0
合计	225	100.0	合计	223	100.0	100	100.0

表 3-31 服药或就诊状况统计表（高龄）

需要就诊或服药吗	频数	百分比	会忘记按时吃药或就诊吗	高龄老年人	
				频数	百分比
不需要	11	17.2	从来没有	40	63.5

很少需要	3	4.7	很少有	9	14.3
有时需要	8	12.5	有时有	9	14.3
经常需要	42	65.6	经常有	2	3.2
			必须有人协助或提醒	3	4.8
合计	64	100.0	合计	63	100.0

（二）半数老年人需经常做常规检查和定期输液

常规检查与输液治疗是老年人面临的两项重要的专业医疗护理，本调查对这两项的需求状况进行了调查。从表 3-32 可以看出，在老年人受访群体中有 62.1% 在近几年有不同程度需要做常规检查，其中 29.5% 经常需要做常规检查；在进行输液治疗的问题上平均每年需要进行输液治疗的天数低于 7 天的占 59.6%，每年需要输液治疗 7 天以上的占 41.4%，其中 11.1% 的受访群体每年需要进行输液治疗的天数大于 60 天。

从表 3-33 中，在高龄老年人受访群体中有 71.9% 在近几年有不同程度需要做常规检查，其中 37.5% 经常需要做常规检查；在进行输液治疗的问题上平均每年需要进行输液治疗的天数低于 7 天的占 46.9%，每年需要输液治疗 7 天以上的占 53.1%，其中 25.0% 的受访群体每年需要进行输液治疗的天数大于 60 天。而在中年人受访群体中，父母不需要做常规检查的占 13.0%，经常需要和有时需要做常规检查的比例均为 34%；在每年进行输液治疗的天数上，低于七天的占 38.0%，每年需要输液治疗天数在 7 天以上的占 62.0%，其中 8.0% 每年需要进行输液治疗的天数大于 60 天。以上数据对于建立专业医疗护理服务项目具有参考意义。

表 3-32 常规检查及输液治疗统计表（老年及中年人父母）

是否经常做 常规检查	老年人		中年人父母		平均每年 输液天数	老年人		中年人父母	
	频数	百分比	频数	百分比		频数	百分比	频数	百分比
不需要	85	37.9	13	13.0	低于7天	134	59.6	38	38.0
很少需要	22	9.8	17	17.0	7至15天	31	13.8	24	24.0
有时需要	51	22.8	34	34.0	15至30天	23	10.2	16	16.0
经常需要	66	29.5	34	34.0	30至60天	12	5.3	11	11.0
不清楚	0	0	2	2.0	大于60天	25	11.1	8	8.0
					不清楚	0	0	3	3.0
合计	224	100.0	100	100.0	合计	225	100.0	100	100.0

表 3-33 常规检查及输液治疗统计表（高龄）

是否经常做常规检查	老年人		平均每年输液天数	老年人	
	频数	百分比		频数	百分比
不需要	18	28.1	低于7天	30	46.9
很少需要	5	7.8	7至15天	7	10.9
有时需要	17	26.6	15至30天	7	10.9
经常需要	24	37.5	30至60天	4	6.3
不清楚	0	0	大于60天	16	25.0
			不清楚	0	0
合计	64	100.0	合计	64	100.0

（三）非急诊或恶疾情况下，较高比例患病老年人愿意在护理机构接受治疗和照顾

在患有疾病或者身体功能出现障碍的情况下，老年人将需要相应时间的治疗，本次调查对受访者的住院需求状况进行的调查。调查显示，近几年不住院的老年人个案占有有效应答的 55.6%，其余 44.4%需要时间不等的住院治疗。其中住院时间最多的时间段是 7 天至一个月，占 17.3%，这可能与医保对住院政策的规定有关。按照目前中国的医保报销政策，住院时间除非必要一般不超过半个月。另有 8.4%需要住院一个月至三个月。值得注意的是有 4.4%的受访群体选择了常年住院。具体到其中的高龄老年人受访者群体，近几年不住院的高龄老年人个案占有有效应答的 43.8%，其余 56.2%需要时间不等的住院治疗，其中住院时间最多的时间段同样是 7 天至一个月，占 17.2%；15.6%需要住院一个月至三个月；4.7%需要住院三个月至半年；1.6%需要住院半年以上；更有 12.5%的受访群体选择了常年住院。

对于住院的原因，从表 3-34 可以看出，100 例有住院需求的受访者中，去除 4 例缺失值后，96 例中有 73 例住院原因为疾病急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治，占有有效应答的 76.0%；住院原因为定期输液治疗的有 7 例，占 7.3%；进行功能康复治疗的有 10 例，占 10.4%。针对高龄老年人受访者，从表 3-35 可以看出，38 例有住院需求的受访者中，有 32 例住院原因为疾病急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治，占有有效应答的 84.2%；住院原因为定期输液治疗的有 1 例，占 2.6%；进行功能康复治疗的有 3 例，占 7.9%；进行疗养的有 2 例，占 5.3%；。

表 3-34 住院原因统计表（老年）

住院原因	频数	百分比
急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治	73	76.0

定期输液治疗	7	7.3
功能康复治疗	10	10.4
疗养	4	4.2
接受规律的生命体征的检测	1	1.0
开药和体检	1	1.0
合计	96	100.0

表 3-35 住院原因统计表（高龄）

住院原因	频数	百分比
急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治	32	84.2
定期输液治疗	1	2.6
功能康复治疗	3	7.9
疗养	2	5.3
接受规律的生命体征的检测	0	0
开药和体检	0	0
合计	38	100.0

而在问及如果有专门的护理机构提供除了表 3-34 中“疾病急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治”以外的服务，是会选择住院还是选择护理机构时。在 100 例有住院需求的老年人受访者中，有 61 名受访者选择住院，占有有效应答的 61.0%。另外 39 名受访者选择了护理机构，占有有效应答的 39.0%。而在近几年不住院的 125 例受访者中，去除 13 个缺失值，112 例有效应答中，有 50.9%的受访者选择医院；49.1%的受访者选择护理机构。在 59 例有住院需求的高龄老年人受访者中，41 名受访者选择住院，占有有效应答的 69.5%。另外 18 名受访者选择了护理机构，占有有效应答的 30.5%。即便是享有公费医疗的老年人，如果有专门的护理机构提供除了表 3-34 中“疾病急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治”以外的服务，在 33 例有住院需求的享有公费医疗的老年人受访者中，22 名受访者选择住院，占有有效应答的 66.7%。另外 11 名受访者选择了护理机构，占有有效应答的 33.3%。值得注意的是，如果有专门的护理机构提供除了表 3-34 中“疾病急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治”以外的服务，是会选择住院还是选择护理机构时，在选择由于“疾病急性发作或疾病恶化需要就接受医务人员的诊治”这一原因住院的老年人受访者中，有 33.8%选择了护理机构；由于其他原因而住院的受访者中，也有 54.2%选择了护理机构。

这表明，当成立护理机构后，老年人对于医院就医的选择将有所改变，在非疾

病恶化的情况下，较高比例的老年受访群体选择在养老机构接受治疗和照顾。这一方面可以体现养老机构对于老年人长期护理的重要意义，另一方面也能减少不必要的医疗浪费，使医疗资源的利用更趋向合理。

（四）大部分受访者希望老年人得到上门医疗服务，相当数量老人希望由专业护理员进行长期护理

本次调查进一步调查了受访群体对于养老机构的需求状况，在有政府成立的养老机构派专人提供上门服务的选项中，从图 3-4 可以看出，老年人受访群体中愿意接受上门服务的有 180 例，占总应答数的 80.0%，选择不愿意的占 10.2%，还有 8.0% 受访者选择不愿意。其中，如图 3-5 所示，选择不愿意或不太愿意的原因中除了“其他”原因以外，“希望子女照料”的占比最高，为 24.4%，还有 12.2% 担心费用问题，以及 14.6% 选择不相信有这种服务。在中年人受访群体中，选择愿意的占 84.0%，选择不愿意和不愿意的占 13.0%，其余 3.0% 表示不清楚；而选择不愿意的原因中，13 个有效应答中，4 个希望自己照顾，5 个是担心费用问题。

针对高龄老年人受访者，根据调查高龄老年人受访群体中愿意接受上门服务的有 47 例，占总应答数的 73.4%，选择不愿意的占 15.6%，还有 7.8% 受访者选择不愿意。其中，高龄老年人受访者选择不愿意或不太愿意的原因中除了“其他”原因以外，“希望子女照料”的占比最高，为 31.3%；另有 12.5% 表示除了子女和亲属不相信其他人；还有 6.3% 担心费用问题，以及 3.1% 选择不相信有这种服务。

即便享有公费医疗福利、住院的条件和花费都更优惠的老年人受访者，其中愿意接受上门服务的占总应答数的 74.4%，选择不愿意的占 12.8%，还有 10.3% 受访者选择不愿意，另有 2.6% 表示不清楚。其中，享有公费医疗的老年人受访者选择不愿意或不太愿意的原因中除了“其他”原因以外，“希望子女照料”和不相信有这种服务的占比最高，均为 33.3%；另有 11.1% 的受访者表示不了解这种服务。

这一数据与前面所调查的选择在医院或者养老机构接受服务的统计结果是相一致的，而且进一步表明受访群体对于养老机构的需求提升，在接受上门服务的需求意愿上，受访群体具有较高的意愿值。这也可以从一个侧面表明，无论是老年人还是中年人群体，都希望自己或者是父母接受上门服务、在家中接受护理。

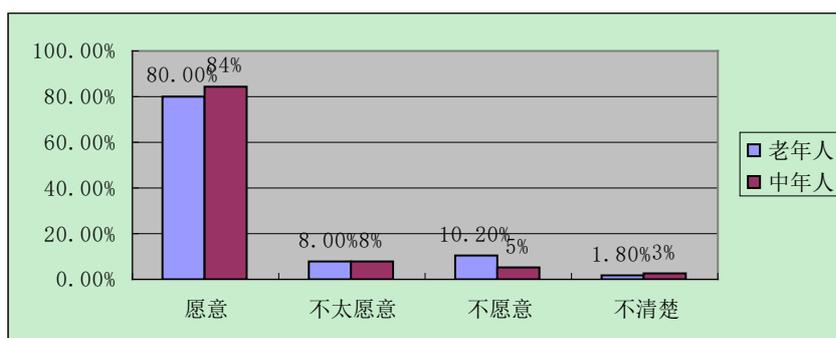


图 3-4 是否愿意接受政府成立养老机构的上门服务（老年及中年）

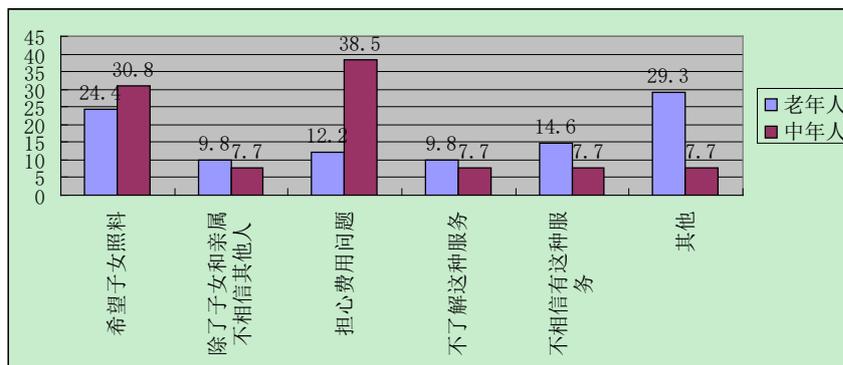


图 3-5 不愿意接受护理机构上门服务的原因（老年及中年）

在患病时希望的就诊或接受护理的途径上，从表 3-36 可知，老年人受访群体中，选择医护人员上门服务和家人陪同到附近医疗机构看病的比例最高，均为 36.4%；中年人受访群体中选择医护人员上门服务的比例最高，占 42.0%，其次是陪同父母到附近医疗机构看病，占 31.0%。从这一组数据可以看出，患病时老年人与中年人受访群体都倾向于选择在家或者就近的机构接受治疗或护理。这也可以从一个侧面反映出受访群体对于居家护理或者社区护理的需求。

表 3-36：患病时希望老人接受治疗或护理的途径

接受治疗或护理的途径	老年人		中年人	
	频数	百分比	频数	百分比
医护人员上门服务	82	36.4	42	42.0
打电话咨询医院保健热线	2	.9	5	5.0
打120电话求助	5	2.2	5	5.0
自己买药吃	16	7.1	2	2.0
家人陪同到附近医疗机构看病	82	36.4	31	31.0
家人陪同到三级医院看病	31	13.8	14	14.0
其他	7	3.1	1	1.0
合计	225	100.0	100	100.0

在调查了受访者期望在接受治疗和护理的途径后，本次调查进一步统计了受访者对实施护理服务的对象的期望。在需要长期护理时，老年人受访群体中希望由专业的护士或护理员照顾的占 36.2%，希望有家人或亲朋照顾的占 55.7%，其余 8.1% 选择请保姆或护工照顾；高龄老年人受访群体中希望由专业的护士或护理员照顾的占 37.1%，希望有家人或亲朋照顾的占 53.2%，其余 9.7% 选择请保姆或护工照顾；而在中年人受访者中，希望父母由专业的护士或护理员照顾的比例提高，占

54.0%，希望父母由家人或亲朋照顾的占 41.0%，其余 5.0%选择请保姆或护工照顾。这一组数据显示，有相当部分的受访者希望得到专业人员的护理，且中年人选择的比例大于老年人，而在有家人照顾的选项上中年人选择的比例小于老年人，这可能表明中年人作为家人在实际照顾老人时会遇到一些客观因素的影响，对于这方面的分析将在下文中进一步进行阐述。

（五）过半数老年人没有得到定期的常规体检

随着社会的进步、生活水平的提高，人们对于健康也愈加重视，体格检查（简称体检）是人们对自身身体健康状况进行了解、早期发现疾病线索的重要方法，老年人身体功能处于一个逐渐减退的时期，因此体检对于老年人显得尤为重要。

本次调查对受访群体的体检周期进行了调查，调查显示，在老年人受访群体中，高达 33.3%的老年人受访者和 29.7%的高龄老年人受访者没有进行体检，这类群体只有在身体出现不适时才知道身体某些方面出现疾病，而这对于身体健康、疾病的治疗是极为不利的；另外，还有 22.2%的老年人受访者和 21.9%的高龄老年人受访者进行不定期的体检。也就是说，有 55.5%的老年人受访者和 51.6%的高龄老年人受访者没有定期进行体检的习惯或者途径。而只有 2.2%的老年人受访者每半年进行一次体检，该项数据对高龄老年人受访者而言应答为 0；38.2%的老年人受访者和 46.9%的高龄老年人受访者每年进行一次体检；其余 4.0%的老年人受访者和 1.6%的高龄老年人受访者为每两年进行一次体检。即便享有公费医疗及每年定期免费体检福利的老年人受访者中，也有 15.4%的受访者没有进行体检；另外，还有 20.5%的受访者进行不定期的体检。也就是说，在享有公费医疗的老年人受访者群体中，有 35.9%的受访者没有定期进行体检的习惯或者途径。而只有 5.1%的享有公费医疗的老年人受访者每半年进行一次体检；48.7%的享有公费医疗的老年人受访者每年进行一次体检；其余 10.3%的享有公费医疗的老年人受访者每两年进行一次体检。。

同时，如图 3-6 所示，在进一步的调查中发现，老年人受访群体对于定期体检具有较高的需求，在对于受访群体最希望获得的卫生或健康方面的服务的调查显示，225 个有效应答中，48.9%的受访群体最希望得到定期健康体检。另外，对没有进行体检的 75 个个案单独进行分析，得出有 46.7%选择最希望得到定期健康体检。这表明老年人受访群体对于定期健康体检具有较高需求、在现行的卫生服务条件下相当部分的群体没有得到满足。

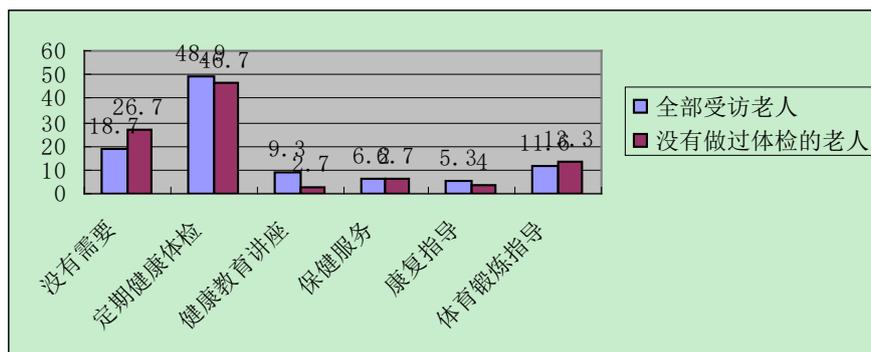


图 3-6 希望得到的卫生或健康方面的服务

通过对老年人长期护理需求性现状的分析，可以发现，相当数量和比例的老年人在服药、就诊、输液、体检及住院方面存在着对长期护理的需求。而且，较高比例老年人愿意接受护理机构的上门服务，并希望能有专业的护理人员上门提供长期的照护和常规诊疗。在受访者看来，医院并非接受诊疗和护理的唯一途径，在没有急性或恶性病的前提下，很多受访者愿意到护理机构中或者在家中接受服务。以上对老年人长期护理需求性现状的统计和分析表明，当前民众对于老年人长期护理存在需求，长期护理的开展和实施有着巨大的市场和民众意愿。同时，需要指出的是，本次调查结果也表明，长期护理机构的设立和长期护理服务的开展有利于缓解当前在医疗卫生服务领域存在的问题和矛盾。

四、城市老年人长期护理供给期待分析

在分析了老年人的长期护理需求状况，得出老年人存在长期护理需求的结论后，本文进一步对老年人的长期护理需求意愿，即老年人存在什么样的具体长期护理需求做出分析。要分析老年人长期护理需求的具体意愿，就要首先分析老年人现在享有的社会保障中在养老方面存在什么样的缺失。

（一）“经济负担重”、“时间负担重”和“精神负担重”成为城市养老中的三项最主要压力

通过表 3-37 的统计可以看出，受访老人和受访中年人的父母大多享有基本医疗保险，分别有 74.7%和 76%的受访群体选择了此项；其次是公费医疗，分别有 19.1%和 12%的受访群体选择了此项；其他医疗保障类型所占比例很小，同时有 5.3%的受访老人和 10%的受访中年人的父母没有任何医疗保障。

表 3-37 享有医疗保障项目

享有的医疗保障	频数	百分比	个案百分比	父母的医疗保障	频数	百分比	个案百分比
无医疗保障	12	5.3%	5.3%	无医疗保障	10	9.2%	10.0%
基本医疗保险	168	74.0%	74.7%	基本医疗保险	76	69.7%	76.0%
公费医疗	43	18.9%	19.1%	公费医疗	12	11.0%	12.0%
劳保医疗保险	2	.9%	.9%	劳保医疗保险	4	3.7%	4.0%
商业医疗保险	1	.4%	.4%	商业医疗保险	2	1.8%	2.0%
其他医疗保险	1	.4%	.4%	其他医疗保险	5	4.6%	5.0%
合计	227	100.0%	100.9%	合计	109	100.0%	109.0%

在对老年人的调查中，有 40% 的受访老人对自己的养老感到担忧，53.3% 的老人不担心自己的养老，另有 6.7% 的老人没想过这个问题。形成鲜明对比的是，在对中年人的调查中，有达 64% 的中年人担心父母的养老问题，仅有 32% 的中年人对父母养老不担心，另有 4% 的中年人没想过这个问题。其中，如表 3-38 所示，对自己养老感到担忧的老人中，有 46.7% 的老人最担心的问题是担忧自己以后躺在床上不能动时无人照顾，另有 37.8% 的老人最担心自己以后生病。而担心父母的养老问题的中年人，有 32.8% 的受访者最担心自己的经济状况不能满足父母养老需求，28.1% 的受访者最担心自己工作忙无暇照顾父母。而对中年人的调查亦表明，中年人群在养老中面临的最主要三项压力是“经济负担重”、“时间负担重”和“精神负担重”，其比重分别为 63.1%、56.9% 和 52.3%。由此，生活难以自理时有人照顾起居、生病时及时得到诊治、缓解养老所承担的经济压力，成为当前中老年人在养老问题上的最主要三项诉求，这些诉求奠定了老年长期护理需求意愿的方向。

表 3-38 对养老最担心的问题

对自己养老最担心的问题	频数	百分比	对父母养老最担心的问题	频数	百分比
没人安排自己的饮食、起居	4	4.4	缺乏照护老人的专业护理知识	7	10.9
生病	34	37.8	养老压力大、精神负担重	8	12.5
没人照顾导致疾病恶化	7	7.8	护理设备不足	1	1.6
躺在床上不能动时无人照顾	42	46.7	经济状况不能满足父母养老需求	21	32.8
孤独	1	1.1	工作忙无暇照顾父母	18	28.1
生活没有交往和目标，缺乏乐趣	2	2.2	咨询信息不畅	1	1.6
			紧急情况下无法马上送父母到医院	7	10.9
			其他	1	1.6
合计	90	100.0	合计	64	100.0

（二）居家式养老成为老年人首选，受访者对长期护理认知度较低

当问及如果老年人需要较长时期的护理，想要选择怎样的长期护理方式时，59.6%的老年人受访者、48.4%的高龄老年人受访者和 51.3%的享有公费医疗的老年人受访者选择居家式；27.1%的老年人受访者、35.9%的高龄老年人受访者和 28.2%的享有公费医疗的老年人受访者选择机构式；13.3%的老年人受访者、15.6%的高龄老年人受访者和 20.5%的享有公费医疗的老年人受访者没有想过这个问题。同样，78%的中年人想要父母居家式养老，17%的中年人想要父母机构式养老，另有5%的中年人没想过这个问题。这表明，在当前，无论是老年人群体、高龄老年人群体、享有公费医疗的老年人群体、还是中年人群体，居家式养老仍是主流，老年长期护理亦应当以居家式为主。

在对老年长期护理了解程度的统计中，如表 3-39 所示，有 77.4%的老人表示不太了解、不了解乃至从未听说，其中 52.4%的老人从未听说过，仅有 1.3%的老人非常了解；相对比的是，有 51%的中年人表示不太了解、不了解乃至从未听说，其中仅有 19%的中年人从未听说过，有 12%的中年人非常了解。这表明对老年长期护理的认知和宣传有待普及，对于民众而言老年长期护理是新事物，但中年人认知程度高于老年人。而如图 3-7 所示，在对目前当地提供的长期护理服务方式的知晓度的统计中，受访老年人和中年人知晓度最高的均依次为“敬老院、老年公寓等”和“疗养院”。上述两项统计表明对老年长期护理的认知和宣传有待普及，对于民众而言老年长期护理是新事物，但中年人认知程度高于老年人。

表 3-39 对老年长期护理了解吗

老年人了解程度	频数	百分比	中年人了解程度	频数	百分比
非常了解	3	1.3	非常了解	12	12.0
听说过，有所了解	48	21.3	听说过，有所了解	37	37.0
一般，不太了解	25	11.1	一般，不太了解	18	18.0
听说过，但不了解	31	13.8	听说过，但不了解	14	14.0
从未听说过	118	52.4	从未听说过	19	19.0
合计	225	100.0	合计	100	100.0

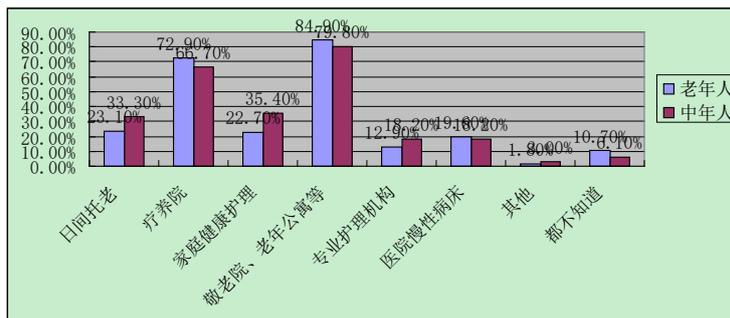


图 3-7 对目前当地提供的长期护理服务方式的知晓情况

第四章 社会学分析框架下对中国长期护理制度供给模式的分析与建议

通过前文的分析论述，本文已经可以得出当前城市老年人受照护状况不佳，养老隐忧大，存在对长期护理的需求，且随着老龄化的加剧和代际的更替，建立长期护理制度势在必行的论断。由此，在前文分析论述的基础上，本章将在社会学“四要素”分析框架下，结合实证数据，对长期护理制度的供给分别从宏观、中观和微观三个层次入手做出分析、思考并提出原则性建议。

第一节 基于福利多元理论的长期护理制度供给模式分析

对长期护理制度供给分析的第一部分将首先从宏观层次入手，在社会学“四要素”分析框架下，基于福利多元理论对长期护理制度做出宏观的供给模式分析。

一、以社区为纽带，家庭、营利组织、非营利组织、公共部门四元的福利多元范式

福利多元理论的内涵在于社会福利和服务由多个部门提供，政府的支配作用降低并且不再是唯一的提供者。¹⁵²这也意味着社会福利的提供将从由一个垄断性的组织支配的局面，变得更加多样化和充满竞争。¹⁵³该理论强调非营利组织等第三部门的参与，规范对这些组织的管理，带领他们走向福利服务领域，以减少民间参与福利供给的限制，弥补政府机构与个人需求之间的空白。这与本文调查研究中所得出的结论相契合，同时借用具有较强整合性的福利多元理论能较好体现社会学“四要素”分析框架的内涵，以此作为思考的出发点，在社会学“四要素”分析框架指导下分析中国长期护理的制度供给模式。

福利多元理论的第一阶段对福利组成要素的三分，其最初版本是 Rose 的多元福利组合理论。Rose 认为社会中的福利来源于三个部门——家庭、市场和国家。家庭、市场和国家作为福利的提供方，三方中的任何一方对于其他两方有所贡献，将三方提供的福利进行整合，就构成了一个社会福利整体。¹⁵⁴Evers 借鉴 Rose 的多元福利组合理论提出了福利三角理论。他将福利多元组合中完全不同的社会制

152 Johnson, N. (1987) *The Welfare state in Transition*, Brighton: Wheatsheaf Books, p55.

153 Rao, N. (1996) *Towards Welfare Pluralism: Public Service in a Time of Change*, Aldershot: Dartmouth, px.i

154 Rose, R. (1956), *Common Goals but Different Roles: The State's Contribution to the Welfare Mix*, in Rose, R. & R. Shiratori (Ed), *The Welfare State East and West*, Oxford: Oxford University Press.

度的三方中的任何一方——家庭、市场和国家的贡献，构成一个社会中的总体福利的观点演绎为家庭、经济和国家共同组成的福利提供的整体，称之为福利三角。他将福利三角中的三方具体化为对应的组织、价值和社会成员关系。¹⁵⁵如下表：

表 4-1 Evers 的福利三角¹⁵⁶

福利三角	组织	价值 (文化/经济/政治)	关系 (文化/经济/政治)
经济	正式的	选择、自主	行动者和经济的关系
国家	公共的	平等、保障	行动者和国家的关系
家庭	非正式的/私人的	团结、共有	行动者和社会的关系

福利三角展现了三方的互动关系。经济提供着就业福利；个人努力、家庭保障和社区的互助是非正规福利的核心；国家通过正规的社会福利制度将社会资源再分配。而福利多元理论的四分是以三分为基础的对三分更为具体更为细致的深化分析。Johnson 为代表的福利多元主义者将提供社会福利的部门四分为四个部分：一是国家部门提供的直接和间接福利；二是商业部门（commercial sector）提供的职工福利，向市场提供有盈利性质的福利；三是志愿部门（voluntary sector）如自助、互助组织、非营利机构、压力团体、小区组织等提供的福利；四是非政府部门（informal sector），如亲属、朋友、邻里提供的福利。¹⁵⁷

本文坚持在基于 AGIL 理论的社会学“四要素”分析框架的基础上借鉴福利多元理论，认为福利多元的研究分析框架应该放在文化、经济、社会和政治的社会学分析框架背景中：应将提供社会福利的部门四分为家庭、营利组织、非营利组织、公共部门四个部分，同时将福利多元中的家庭、营利组织、非营利组织、公共部门四方具体化为对应的组织、价值和社会成员关系。其中，营利组织对应的是社会学分析框架中的经济要素，体现的价值是利益互惠性，社会成员作为行动者与营利组织建立的是利益互惠的关系，在市场化运作中，营利组织和社会成员呈现长期照护的提供和购买关系，从而实现互惠。公共部门对应的是社会学分析框架中的政治要素，体现的价值是人格共识性，作为政府部门的公共部门角色逐渐转变为长期护理福利服务的规范者、购买者、管理与仲裁者，促使社会成员与公共组织共同达成福利保障的目标和共识。非营利组织对应的是社会学分析框架中的社会要素，体现的价值是权利公平和平等性，非营利组织将填补政府撤走后的真空，避免市场过度膨

¹⁵⁵ Evers, A.1988, "Shifts in the Welfare Mix: Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy." In Evers, A.&H. Wintersberger(eds.), Shifts in the Welfare Mix.

¹⁵⁶ 彭华民:福利三角:一个社会政策分析的范式[J].《社会学研究》2006年04期.

¹⁵⁷ 彭华民:福利三角:一个社会政策分析的范式[J].《社会学研究》2006年04期.

胀，协调社会成员、营利组织与公共组织之间的关系、补充社会成员、营利组织与公共组织之间的空白，来整合福利服务。家庭在宏观层面上对应的是社会学分析框架中的文化要素，体现的是价值共享性，家庭集中体现着中国传统文化，既是长期护理供给和需求的根本所在，也是长期护理的最终实施场所，更是将“孝”的价值最终体现出来的地方。而最终，如图 4-1 所示，所有的家庭、营利组织、非营利组织、公共部门四个部分均以社区为落脚点，并在社区中相互连接。福利多元展示了四方的互动关系，是对社会学分析框架在宏观上的体现，在一定的文化、经济、社会和政治背景中，国家提供的社会福利和家庭提供的家庭福利最终可以形成良性互动。

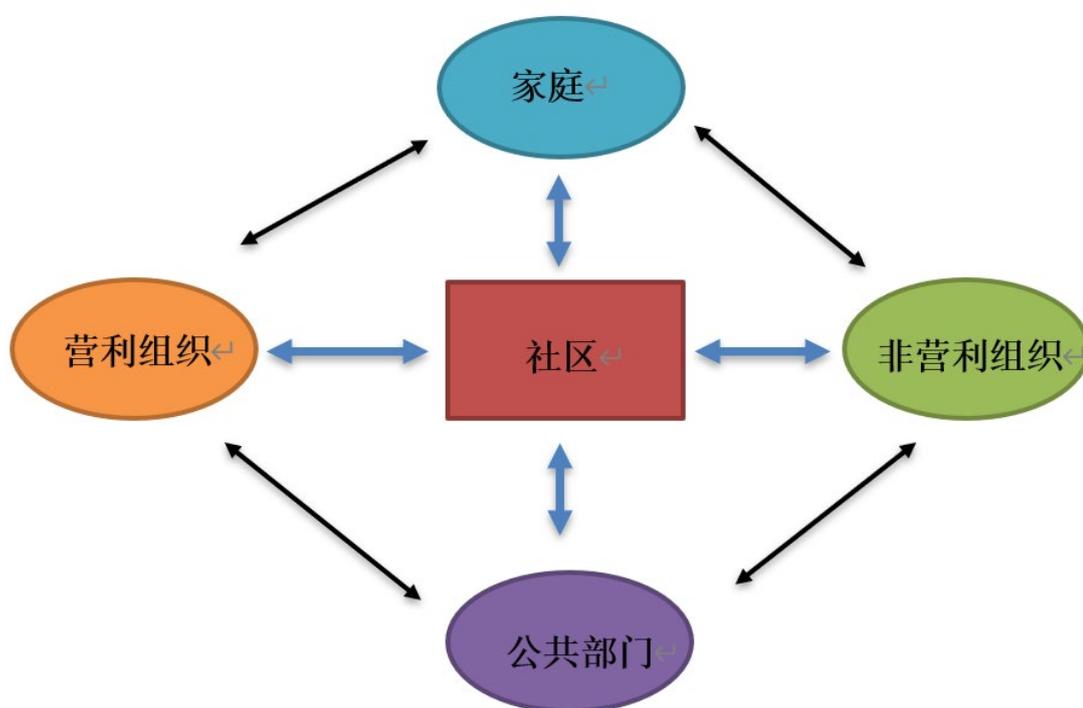


图 4-1 以社区为纽带，家庭、营利组织、非营利组织、公共部门四元的福利多元范式

二、“小政府”、“大社会”、“市场化”、“居家式”的长期护理制度供给模式

“小政府”是相对于“大社会”的有限政府，主要是指政府职能转变，将其主要任务转变为宏观调控、指导、监督和协调上，成为长期护理福利服务的规范者、购买者、管理与仲裁者。“市场化”是指企业和其他营利组织在政府的主导下积极提供长期护理服务，引入市场竞争。“大社会”是指充分调动各种社会积极因素，由各类社会组织、企业等来承担和提供长期护理服务，同时由非营利组织来填补“小政府”和“市场化”之间的空白，避免市场过度膨胀，整合福利服务。“居家式”指的是以居家

式长期护理为主，社区式长期护理和机构式长期护理为辅，结合中国传统文化，主要以家庭作为长期护理的最终实施场所。

（一）坚持“大社会”和“市场化”应寻求长期护理“福利”与“产业”二重性的平衡

长期护理事业无疑是具有“福利”与“产业”二重性的，不能简单的将其定位为“福利”或是“产业”。大多数国家和地区在长期护理实践中更加凸显的是它的“福利”性。但倘若单纯的将长期护理事业定位为福利，将不仅会加大政府的财政负担，也会制约长期护理事业的自身发展。而倘若将长期护理事业定位为单一的“产业”，其主要的弊端是无序发展和缺乏监管。因此，应形成一种“福利”与“产业”相互制衡与协调的模式，一方面强调长期护理的福利性质，利用政府的政策支持与监管来提升长期护理质量；另一方面是更要鼓励各方尤其是民间力量将长期护理做成一个产业。这种制衡与协调将使得长期护理的从业者在实施老人福利的同时，努力探索和创新养老保险产品、提高护理质量，也可以从中得到必要的经济利益和巨大的回报。

因此，政府应鼓励更多民间资本进入长期护理产业，把民间资本作为长期护理产业发展的主力军，让民间资本在从事养老福利行业的同时有利润的空间，使人口加速老龄化在给中国经济社会发展带来严峻挑战转变为新的消费市场。

（二）在长期护理发展中应强调“小政府”的主导责任

需要注意的是，“小政府”不等同于“弱政府”，在长期护理体系建构与发展历程中，政府应扮演非常重要的角色。政府在长期护理发展中所扮演的角色应包括：规划长期护理发展相关制度；研究和制订长期护理发展相关的法规与健全工作体系；推动多层级的长期护理发展模式；切实担负起长期护理行业监督者职责等。

正如前文所提到的，既然长期护理具有“福利”与“产业”二重性，那么长期护理在某种程度上无疑是“公共品”，既然是公共品，就只能由政府主导。政府应坚持“有所为，有所不为”的原则，所谓“有所为，有所不为”就是要在制度上进行维护，对整个产业进行监管，但不能干预市场的具体运行。政府必须在注册长期护理机构的门槛设置上有详细的规定、规范准入、建立行业协会等，使长期护理机构可以在行业的发展中进行自律。同时，政府要把长期护理发展提升到战略高度加以重视，进一步增加财政投入，给予政策扶持优惠。

（三）应强调对老人多元化的长期护理供给，实现福利多元主义下的合作与互补

在“福利”和“产业”之间的制衡与协调中，应加强政府与社会的合作与互补，形成以老年人需求取向为本的多元化长期护理模式。一方面，福利多元主义下的福利服务可以以社区为落脚点，由公共部门、营利组织、非营利组织、家庭四个部门来共同负担，政府部门角色逐渐转变为福利服务的规范者、购买者、管理和仲裁者。同时也强调非营利组织的参与，来填补政府撤走后的真空，避免市场过度膨胀，来整合福利服务。因此，政府要积极培育市民社会，鼓励建设并积极引入非政府组织

和非营利组织，发挥国家、市场、民间团体、家庭和个人的积极性。另一方面，在秉承老年人需求取向的同时，致力于建构多元化的长期护理模式，通过以居家式长期护理为主，社区式长期护理和机构式长期护理有机结合，更好地回应老年人多元化养老的需求。

第二节 基于社会政策分析架构的长期护理制度供给模式分析

在以社区为连接点，对家庭、营利组织、非营利组织、公共部门四方面从宏观层面分析对长期护理制度的供给模式后，本节将从中观角度入手，在社会学“四要素”分析框架下，基于社会政策分析架构分析长期护理制度的具体供给方式。“社会政策分析架构”是 Gilbert, Specht 和 Terrell 在《社会福利政策的纬度》(Dimensions of Social Welfare Policy) 一书中提出的，该分析框架以社会福利分配的基础、社会福利的供给类型、社会福利的整合及输送策略和社会福利的筹资方式方法为分析社会政策的着眼点。因此，运用社会政策分析架构，在对实证调查结果进行分析时，可以从分配基础、福利类型、输送策略和筹资方式四方面对制度供给措施进行讨论。社会政策分析架构在微观上体现了社会学“四要素”分析框架的内涵。

一、分配基础——保障对象的普遍性与选择性相结合

分配基础是指选择何种原则来决定社会福利分配的受益者，以及得到社会福利分配的特定人口或群体应当如何选择的问题。该问题争议的核心焦点在于社会福利政策的受益者应当是“普遍性的”还是“选择性的”，它所体现的是社会学分析框架中社会要素的权利平等与公平性。

在调查中，无论是受访老人还是面临养老压力的中年人，对建立长期护理制度的期望值是非常高的，若 10 分为满分，让受访者对未来国家建立长期护理制度的期望值评分，则老年人的平均期望值为 7.735 分，其中期望值在 7 分以上的老年人占 73.1%；高龄老年人的平均期望值为 6.429 分，其中期望值在 7 分以上的高龄老年人占 54%；享有公费医疗的老年人的平均期望值为 6.684 分，其中期望值在 7 分以上的高龄老年人占 57.9%；而中年人的平均期望值则高达 8.27 分，其中期望值在 7 分以上的中年人则占到了 85.7%。

据此，在选择长期护理制度的分配供给对象时，应以“普遍性”为基础，建立覆盖全体老年人的长期护理制度。但正如前文对老年人 ADL 和 IADL 的评估中所看到的，一部分老年人的失能情况特别严重，在前文对老年人经济状况的分析也可发现一部分老年人的经济状况较差。因此应在选择“普遍性”的分配基础，将长期护理制度覆盖到全部老人的前提下，有选择性的对失能严重和经济较差的老人给予特别照顾和优待，做到保障对象的普遍性与选择性相结合。

二、筹资方式——政府责任与社会责任相结合

筹资方式，是指筹措资金的方法，涉及资金来源及方式是单一渠道还是混合渠道、政府责任还是社会责任的问题。在这里，资金来源主要体现的是社会学分析框架中文化要素的价值共享性。

如表 4-2 和表 4-3 所示，在对关于老年人的长期护理费用最好由哪些渠道解决的调查中，老年人受访者、高龄老年人受访者和享有公费医疗的老年人受访者最希望的两种解决渠道都是“完全享受政府福利”和“政府开办社会长期护理保险”，其中老年人受访者所占比例分别为 44.6%和 32.4%；而高龄老年人受访者所占比例分别为 50.8%和 28.6%；享有公费医疗的老年人受访者所占比例分别为 51.3%和 31.6%。中年人最希望的途径则是“政府开办社会长期护理保险”，占 38.1%，其次才是“完全享受政府福利”，占 35.1%。对老年人而言，希望完全享受政府福利是可以理解的，但在当前尚且没有实现免费医疗的情况下，只能作为一种倾向性的趋势来加以期望。

并且，当调查受访群体是否同意除了国家提供帮助外，个人也需要缴费来筹措长期护理的支出资金时，有 70.3%的老年人受访者、65.1%的高龄老年人受访者、76.3%的享有公费医疗的老年人受访者和 72.7%的中年人受访者表示同意和非常同意，仅有 18.1%的老年人受访者、15.9%的高龄老年人受访者、15.8%的享有公费医疗的老年人受访者和 19.2%的中年人受访者表示不同意和非常不同意，另有 11.7%的老年人受访者、19.0%的高龄老年人受访者、7.9%的享有公费医疗的老年人受访者和 8.1%的中年人选择了不知道。这一统计表明，如果政府参照医疗保险开办社会长期护理保险，绝大部分民众是支持和愿意的，从当前国情来看，政府开办社会长期护理保险是解决老年长期护理费用的最佳渠道。

表 4-2 您认为最好的解决渠道是（老年及中年）

解决渠道	老年人		中年人	
	频数	百分比	频数	百分比
完全自己支付	8	3.6	2	2.1
完全享受政府福利	99	44.6	34	35.1
政府开办社会长期护理保险	72	32.4	37	38.1
购买商业长期护理保险	2	.9	1	1.0
低收入老人可以享受政府福利	25	11.3	20	20.6
不知道	16	7.2	3	3.1
合计	222	100.0	97	100.0

表 4-3 您认为最好的解决渠道是（高龄及公费）

解决渠道	高龄老年人		公费医疗老年人	
	频数	百分比	频数	百分比
完全自己支付	1	1.6	1	2.6
完全享受政府福利	32	50.8	20	52.6
政府开办社会长期护理保险	18	28.6	12	31.6
购买商业长期护理保险	1	1.6	1	2.6
低收入老人可以享受政府福利	5	7.9	3	7.9
不知道	6	9.5	1	2.6
合计	64	100.0	38	100.0

在确定由政府开办社会保险的前提下，表 4-4 显示，46.6%的老年人和 57.6%的中年人认为长期护理保险应当成为社会基本养老保险附加险，33.6%的老年人和 24.2%的中年人认为应当开办单独的长期护理保险。作为老年人中的特殊群体，根据表 4-5，39.7%的高龄老年人和 31.6%的享有公费医疗的老年人认为长期护理保险应当成为社会基本养老保险附加险，33.3%的高龄老年人和 44.7%的享有公费医疗的老年人认为应当开办单独的长期护理保险。我们认为，在政府开办社会保险的前提下，长期护理保险最开始作为针对人口老龄化问题的社会保障制度，在最初应当作为社会基本养老保险附加险出现，以保障老年人的权益，避免寻租和逆向选择的出现，同时社会养老保险已经相对成熟，长期护理保险作为社会基本养老保险附加险便于操作、运行和规范化，有利于长期护理保险制度尽快实施，并减小阻力。然而，随着社会的发展，长期护理保险的覆盖对象将不可避免的由老年人逐步向其他年龄段生活不能自理的公民扩大，因此，在长期护理保险作为社会基本养老保险附加险进行试点并运行成熟后，开办单独的长期护理保险将是必然趋势。所以，社会保险方式建构下，应由社会基本养老保险附加险逐步向单独的长期护理保险过渡。

表 4-4 社会保险方式建构下，您认为何种方式最可行（老年及中年）

社会保险方式	老年人		中年人	
	频数	百分比	频数	百分比
单独开办长期护理保险	75	33.6	24	24.2
成为社会基本养老保险附加险	104	46.6	57	57.6
成为工伤保险附加险	0	0	2	2.0
成为失业保险附加险	0	0	4	4.0
其他	44	19.7	12	12.1
合计	223	100.0	99	100.0

表 4-5 社会保险方式建构下，您认为何种方式最可行（高龄及公费）

社会保险方式	高龄老年人		公费医疗老年人	
	频数	百分比	频数	百分比
单独开办长期护理保险	21	33.3	17	44.7
成为社会基本养老保险附加险	25	39.7	12	31.6
成为工伤保险附加险	0	0	0	0
成为失业保险附加险	0	0	0	0
其他	17	27	9	23.7
合计	63	100.0	39	100.0

表 4-6 显示，在对最适当的资金筹措方式的调查中，受访老年人选择比例最高的是建立长期护理个人账户的方式，占有有效应答的 48.2%，其次为由政府税收支付，占 35%；而受访中年人选择比例最高的是由政府税收支付，占 51.5%，其次为建立长期护理的个人账户，占 33.3%。作为老年人中的特殊群体，根据表 4-7，高龄老年人选择比例最高的是由政府税收支付的方式，占有有效应答的 42.6%，其次为建立长期护理个人账户，占 41.0%；享有公费医疗的老年人受访者选择比例最高的是建立长期护理个人账户的方式，占有有效应答的 56.8%，其次为由政府税收支付，占 35.1%。结合调查结果，我们认为，参照医疗保险的模式，确定个人、国家、单位三者之间适当的支付比例，建立长期护理的个人账户是一种相对适当的资金筹措方式。同时，在上文中我们已经指出，根据调查，有 70.3%的老人和 72.7%的中年人愿意除了国家提供帮助外，个人也需要缴费来筹措长期护理的支出资金，因此建立长期护理的个人账户也有着较为广泛的民意基础。

表 4-6 您认为下列何种资金筹措方式最适当（老年及中年）

资金筹措方式	老年人		中年人	
	频数	百分比	频数	百分比
以保险费方式收取	15	6.8	11	11.1
由政府税收支付	77	35.0	51	51.5
建立长期护理的个人账户	106	48.2	33	33.3
其他	22	10.0	4	4.0
合计	220	100.0	99	100.0

表 4-7 您认为下列何种资金筹措方式最适当（高龄及公费）

资金筹措方式	高龄老年人		公费医疗老年人	
	频数	百分比	频数	百分比
以保险费方式收取	2	3.3	1	2.7
由政府税收支付	26	42.6	13	35.1
建立长期护理的个人账户	25	41.0	21	56.8
其他	8	13.1	2	5.4
合计	61	100.0	37	100.0

三、输送策略——政府主导、居家式长期护理为主、四类长期护理方式相结合的服务组织与传递机制

输送策略是指在绝大多数社会福利提供者和消费者的集合层面中，社会福利的提供者和消费者之间可选择何种的服务组织与传递安排；特别是如何统合公共组织、非营利组织、营利组织等来达成服务组织与传递的目标，它体现的是社会学分析框架中政治要素的人格共识性。

输送策略通常包含两个层次的内容。一是服务的递送体系和递送方式，即长期护理服务的组织递送的平台和组织递送的服务内容。前文已经结合实证数据论述过，已有的长期护理服务的三类平台——居家式长期护理、社区式长期护理和机构式长期护理中，大多数老人愿意选择居家式为主、社区式为补充的长期护理平台。

输送策略包含的第二层次内容由谁来整合及怎样整合公共组织、非营利组织、营利组织等来达成服务组织与传递的目标。前文中论证认为政府必须在输送过程中承担主导地位，来把各种社会力量整合进长期护理制度中，并在整合过程中不断调整服务组织与传递方式，以使较完善的输送体系出现。

表 4-8 显示，若由政府来整合和建立长期护理制度，23.8%的受访老年人认为最好成立新的主管部门，22.8%的老年人认为最合适的主管部门是民政部门，认为人力资源和社会保障部门是最合适主管部门的占 15.7%；同时，31.3%的受访中年人认为最好成立新的主管部门，27.3%的中年人认为最合适的主管部门是民政部门，认为人力资源和社会保障部门是最合适主管部门的占 13.1%。作为老年人中的特殊群体，根据表 4-9，若由政府来整合和建立长期护理制度，9.5%的受访高龄老年人认为最好成立新的主管部门，认为卫生部门是最合适主管部门的占 15.9%，23.8%的高龄老年人认为最合适的主管部门是民政部门，认为劳动和社会保障部门是最合适主管部门的占 9.5%；同时，26.3%的享有公费医疗的老年人受访者认为最合适的主管部门是民政部门，18.4%的享有公费医疗的老年人受访者认为最好成立新的主管部门，认为卫生部门是最合适主管部门的占 13.2%。

结合统计结果来看，受访群体最希望成立专门的新部门来主管长期护理事业，

其次是主管社会事业和福利的民政部门，而希望有主管社会保障事业的人力资源和社会保障部门来主管长期护理事业的比例并不高。本文认为，长期护理事业是一项系统工程，不仅涉及社会长期护理保险，同时也包括相关的社会公共事业的建立，医疗卫生事业的配合，及优抚低保老人相关费用的支持等，有必要成立专门的新的主管部门来协调统筹民政部门、社会保障部门和卫生部门之间的职能和关系。

表 4-8 您认为最合适主管部门是（老年及中年）

主管部门	老年人		中年人	
	频数	百分比	频数	百分比
专门新成立主管部门	53	23.8	31	31.3
卫生部门	28	12.6	17	17.2
人力资源和社会保障部门	35	15.7	13	13.1
民政部门	51	22.9	27	27.3
其他	4	1.8	4	4.0
不知道	52	23.3	7	7.1
合计	223	100.0	99	100.0

表 4-9 您认为最合适主管部门是（高龄及公费）

主管部门	高龄老年人		公费医疗老年人	
	频数	百分比	频数	百分比
专门新成立主管部门	6	9.5	7	18.4
卫生部门	10	15.9	5	13.2
人力资源和社会保障部门	6	9.5	3	7.9
民政部门	15	23.8	10	26.3
其他	3	4.8	1	2.6
不知道	23	36.5	12	31.6
合计	63	100.0	38	100.0

四、福利类型——实物给付与现金给付相结合

福利类型是指对社会福利的供给和分配形式，即社会福利政策将对受益者提供何种形式的给付。社会福利政策通常提供的给付形式一般包括现金、实物、服务、权利和机会等，它集中体现的是社会学分析框架中经济要素的利益互惠性。

在对国家未来实施长期护理保险，受访者认为何种给付方式最适当的统计中，老年人的各选项统计结果差距不大，由高到低依次是“现金给付和护理服务相结合”、“现金给付”和“护理服务”，所占比例分别为 38.7%、34.7%和 26.6%；中年人由高到低依次是“现金给付和护理服务相结合”、“护理服务”和“现金给付”，所占比例分别

为 67.7%、20.2%和 12.1%。而作为老年人群中的特殊群体，高龄老年人认为何种给付方式最适当的统计中，由高到低依次是“现金给付”、“护理服务”、“现金给付和护理服务相结合”，所占比例分别为 38.1%、36.5%和 25.4%；享有公费医疗的老年人受访者由高到低依次是“护理服务”、“现金给付和护理服务相结合”和“现金给付”，所占比例分别为 41.0%、28.2%和 25.6%。

这表明，综合不同受访群体的态度，相比较而言最为主流的给付方式是“现金给付和护理服务相结合”为主。我们认为，在长期护理保险的初步建立和实施阶段，采取“现金给付和护理服务相结合”的方式，找到合适的给付结合比例和结合点，既有利于在一定程度上减轻国家兴办护理服务事业和给付护理服务的负担，同时又在一定程度上避免了单纯现金给付的寻租现象发生，也有利于尊重公民的自主选择意愿。

第三节 基于老年人长期护理期待的长期护理供给内容分析

在基于社会政策分析架构分析了长期护理制度的具体供给方式后，本节将从微观角度入手，依据城市老年人的长期护理期待，分析具体长期护理供给内容。

经过上文分析，在居家式长期护理的前提下，研究老年人愿意接受的具体长期护理服务项目，根据表 4-10 的统计可以发现，受访老年人除“精神慰藉服务项目”中的四个具体子项“心理测评”、“心理咨询”、“心理护理”、“关怀陪伴服务”和“社会需求服务项目”中的“组织社区公益活动”子项的选择比例均低于 50%外，其他的“日常生活照料服务项目”的全部 6 个子项、“专业医疗服务项目”的全部 4 个子项和“社会需求服务项目”的剩余 3 个子项的选择比例均高于 50%。其中，选择比例最高的是“专业医疗服务项目”的全部 4 个子项“疾病管理”、“康复运动”、“健康咨询”“健康评估”，均高于 70%，甚至“疾病管理”的选择比例达到 82.8%。

与此相对应的是中年人愿意父母接受的长期护理服务项目的统计，除“精神慰藉服务项目”中的子项“心理测评”选择比例为 46.3%外，其他“日常生活照料服务项目”的全部 6 个子项、“专业医疗服务项目”的全部 4 个子项、“社会需求服务项目”的全部 4 个子项和“精神慰藉服务项目”的剩余 3 个子项的选择比例均高于 50%。其中，选择比例最高的仍是“专业医疗服务项目”的子项“疾病管理”，其选择比例达到 84.2%。

研究作为老年人中特殊群体的高龄老年人和享有公费医疗的老年人愿意接受的具体长期护理服务项目，根据表 4-11 的统计可以发现，受访高龄老年人对于“日常生活照料服务项目”的全部 6 个子项、“专业医疗服务项目”的全部 4 个子项、“精神慰藉服务项目”中的全部 4 个子项和“社会需求服务项目”的全部 4 个子项的选择比例均高于 50%。其中，选择比例最高的是“专业医疗服务项目”的全部 4 个子项“疾病管理”、“康复运动”、“健康咨询”“健康评估”，均高于 80%，甚至“疾病管理”的选择比例达到 94.5%。而受访的享有公费医疗老年人除“日常生活照料服务项目”的三个子项“排泄照料”、“安全保护”、“服药服务”，“精神慰藉服务项目”中的四个具体子项“心理测评”、“心理咨询”、“心理护理”、“关怀陪伴服务”和“社会需求服务项目”中的“组织社区公益活动”子项的选择比例均低于 50%外，其他的“日常生活照料服务项目”的剩余 3 个子项、“专业医疗服务项目”的全部 4 个子项和“社会需求服务项目”的剩余 3 个子项的选择比例均高于 50%。其中，选择比例最高的是“日常生活照料服务项目”中的“家政辅助”，以及“专业医疗服务项目”的 3 个子项“疾病管理”、“健康咨询”“健康评估”，均高于 60%，其中“疾病管理”的选择比例达到 75.0%。

这表明，除“精神慰藉服务项目”的接受程度稍低之外，老年长期护理服务项目中的“日常生活照料服务项目”、“专业医疗服务项目”和“社会需求服务项目”均有着

较为普遍的接受度。

表 4-10 愿意接受的长期护理服务项目（老年及中年）

愿意接受的长期护理服务项目		老年人			中年人		
		频数	百分比	个案百分比	频数	百分比	个案百分比
日常生活照料服务项目	卫生清洁	130	5.8%	64.0%	70	6.3%	73.7%
	饮食照料	132	5.9%	65.0%	64	5.8%	67.4%
	排泄照料	115	5.2%	56.7%	52	4.7%	54.7%
	安全保护	122	5.5%	60.1%	58	5.2%	61.1%
	服药	117	5.3%	57.6%	55	5.0%	57.9%
	家政辅助	129	5.8%	63.5%	64	5.8%	67.4%
专业医疗服务项目	疾病管理	168	7.6%	82.8%	80	7.2%	84.2%
	康复运动	149	6.7%	73.4%	58	5.2%	61.1%
	健康咨询	155	7.0%	76.4%	63	5.7%	66.3%
	健康评估	155	7.0%	76.4%	73	6.6%	76.8%
精神慰藉服务项目	心理测评	86	3.9%	42.4%	44	4.0%	46.3%
	心理咨询	90	4.0%	44.3%	51	4.6%	53.7%
	心理护理	89	4.0%	43.8%	55	5.0%	57.9%
社会需求服务项目	关怀陪伴服务	95	4.3%	46.8%	65	5.9%	68.4%
	健康知识指导	124	5.6%	61.1%	72	6.5%	75.8%
	组织交流平台	135	6.1%	66.5%	64	5.8%	67.4%
	组织文化娱乐活动	134	6.0%	66.0%	68	6.1%	71.6%
	组织社区公益活动	100	4.5%	49.3%	52	4.7%	54.7%
合计		2225	100%	1096.1	1108	100%	1166.3%

表 4-11 愿意接受的长期护理服务项目（高龄及公费）

愿意接受的长期护理服务项目		高龄老年人			公费医疗老年人		
		频数	百分比	个案百分比	频数	百分比	个案百分比
日常生活照料服务项目	卫生清洁	39	6.0%	75.0%	21	6.2%	58.3%
	饮食照料	40	6.2%	76.9%	21	6.2%	58.3%
	排泄照料	36	5.5%	69.2%	14	4.1%	38.9%
	安全保护	38	5.8%	73.1%	16	4.7%	44.4%
	服药	36	5.5%	69.2%	15	4.4%	41.7%
	家政辅助	40	6.2%	76.9%	22	6.5%	61.1%
专业医疗服务项目	疾病管理	49	7.5%	94.2%	27	8.0%	75.0%
	康复运动	44	6.8%	84.6%	21	6.2%	58.3%
	健康咨询	43	6.6%	82.7%	22	6.5%	61.1%
	健康评估	44	6.8%	84.6%	23	6.8%	63.9%
精神慰藉服务项目	心理测评	29	4.5%	55.8%	15	4.4%	41.7%
	心理咨询	31	4.8%	59.6%	15	4.4%	41.7%
	心理护理	30	4.6%	57.7%	17	5.0%	47.2%
社会需求服务项目	关怀陪伴服务	30	4.6%	57.7%	17	5.0%	47.2%
	健康知识指导	31	4.8%	59.6%	19	5.6%	52.8%
	组织交流平台	33	5.1%	63.5%	19	5.6%	52.8%
	组织文化娱乐活动	31	4.8%	59.6%	19	5.6%	52.8%
	组织社区公益活动	26	4.0%	50.0%	16	4.7%	44.4%
	合计	2225	100%	1249.9%	339	100%	941.7%

而根据表 4-11 可以发现,在“日常生活照料服务项目”、“专业医疗服务项目”、“精神慰藉服务项目”和“社会需求服务项目”四类项目中,受访老人和受访中年人最愿意自己或父母接受的都是“专业医疗服务项目”,选择比例分别为 59.6%和 47.4%;而选择比例第二高的则是“日常生活照料服务项目”,老年人为 20.2%,中年人为 41.1%。而根据表 4-12 可以发现,在“日常生活照料服务项目”、“专业医疗服务项目”、“精神慰藉服务项目”和“社会需求服务项目”四类项目中,受访高龄老人和受访享有公费医疗的老年人最愿意接受的都是“专业医疗服务项目”,选择比例分别为 66.7%和 65.7%;而高龄老年人受访者选择比例第二高的是“日常生活照料服务项目”,为 22.2%;受访享有公费医疗的老年人受访者选择比例第二高的则是“社会需求服务项目”,为 17.1%。

在我们的统计中老年人更愿意自己的子女来照料自己的日常生活,在对老人生病或生活不能自理时希望由谁照顾的调查中,39.1%的老人选择子女,25.8%的老人选择配偶,只有 14.7%的老人选择专业护理人员,另有 9.8%的老人选择保姆或护工,还有 9.8%的老人表示自己不可能有人照顾。但中年人由于工作或不与父母同住等原因,很难照顾到老人的日常生活,所以出现比老年人高出一倍多比例的中年人希望父母接受“日常生活照料服务项目”的现象。

总的来说，对老人愿意接受的长期护理服务项目的统计分析，可以得出老年人有哪些具体的长期护理需求项目，即“日常生活照料服务项目”、“专业医疗服务项目”、“精神慰藉服务项目”和“社会需求服务项目”四类。而对老人最愿意接受哪种形式的长期护理服务的统计分析，则指出“专业医疗服务项目”是今后应重点发展的服务类型。这两个分析结果，对老年长期护理制度的研究和建立有着建设性意义。

表 4-11 最愿意接受哪种形式的长期护理服务（老年及中年）

最愿意接受的长期护理服务 项目	老年人		中年人	
	频数	百分比	频数	百分比
日常生活照料服务	41	20.2	39	41.1
专业医疗护理服务	121	59.6	45	47.4
精神慰藉服务	7	3.4	5	5.3
社会需求服务	34	16.7	6	6.3
合计	203	100.0	95	100.0

表 4-12 最愿意接受哪种形式的长期护理服务（高龄及公费）

最愿意接受的长期护理服务 项目	高龄老年人		公费医疗老年人	
	频数	百分比	频数	百分比
日常生活照料服务	12	22.2	5	14.3
专业医疗护理服务	36	66.7	23	65.7
精神慰藉服务	1	1.9	1	2.9
社会需求服务	5	9.3	6	17.1
合计	54	100.0	35	100.0

第五章 “孝”文化背景下长期护理制度建立之可能

在本文看来，长期护理制度要真正在中国社会落地生根并全方位普及，除却制度供给上的困难和障碍，还需关注东亚社会特别是中国社会文化所塑造的心理障碍。即传统“孝”文化影响下，对于长期护理制度广泛接受的阻碍。而本文认为，“孝”文化之于长期护理的矛盾之关键点即在于传统儒家思想中所提倡的“尊尊”、“亲亲”的“私”属性。由此，本章的逻辑手段即为通过论证“孝”思想中的“公”属性，从“孝”中启发出“敬”这一价值共识，来启发“孝”的现代性意义。由“孝”而“敬”，则成为将“孝亲”从一种私德转变为公德的关键。“敬”作为全社会对于老年人的尊重与照顾，成为“孝”内涵的延伸，也成为长期护理制度建立的文化前提，从而为长期护理做一种文化史观意义上的支撑。

由此，“孝”不再是“尊尊”和“亲亲”语境下“私”的关系，而是一种以“敬”为核心的“公”的互惠关系。“孝亲”而照护父母不再是局限于个人小家庭的“私德”的行为，而是可以借助社会的力量来实现的公共事务。这一点就成为化解“孝”与长期护理之间矛盾的关键点所在，而“孝”作为维系家庭基本组织形式的价值和家族得以发展延续的基本策略，则极好地体现了“互惠性”和“平等性”。

第一节 “孝”思想之现代性转化

“孝”是儒家基础伦理思想之一，在中国历史文化中具有支配性地位。《孝经》中说：“孝子之事亲也，居则致其敬，养则致其乐，病则致其忧，丧则致其哀，祭则致其严。五者备矣，然后能事亲”¹⁵⁸。大致而言，儒家的“孝”的思想具有三层涵义：第一，“善事父母”，《尔雅·释训》中将“孝”释为“善事父母为孝”。第二，尊敬和祭祀祖先，《礼记》中认为孝子事亲之道有三，即“养”、“丧”、“祭”¹⁵⁹，“尊祖祭祖”成为儒家“孝道”中的重要一环，并具有“报本反始、慎终追远、继志述事”的伦理意义¹⁶⁰。第三，传宗接代，《孟子·离娄上》中有“不孝有三，无后为大”的说法，并成为中国人根深蒂固的观点。即使从《孝经》中对孝的阐释，也可以看到“敬”在孝的内涵中处在核心地位。而对“孝”的现代性启发，则从根

¹⁵⁸ 参见《孝经·纪孝行章第十》

¹⁵⁹ 参见《礼记·祭统》：“是故孝子之事亲也，有三道焉：生则养，没则丧，丧毕则祭。养则观其顺也，丧则观其哀也，祭则观其敬而时也。尽此三道者，孝子之行也。”

¹⁶⁰ 肖群忠，《中国道德智慧十五讲》，北京，北京大学出版社，2008，187页。

本上化解了“孝”在这三个层次上的保守意义，从而为长期护理制度在文化史意义上开辟了道路。

根据基于 AGIL 模型的社会学“四要素”分析框架，社会行动系统中包含经济要素、政治要素、社会要素、文化要素四种要素。本文认为传统儒家社会中“孝”、“义”、“礼”、“仁”这四种伦理共识，作为中国传统社会格局中产生的核心价值分别对应了这四种要素，且在现代社会中仍有着巨大的理论和实际意义。由此，本文在基于 AGIL 模型的社会学“四要素”分析框架的基础上，认为“孝”、“义”、“礼”、“仁”这四种儒家伦理共识均有着进行现代转化的可能。

“孝”、“义”、“礼”、“仁”这四种儒家伦理共识在儒家那里虽是私德与公德兼揉于其中，但在儒家伦理的原生意义上更大程度所突出的是其私德的属性。而现代社会的特性则决定了如若要对这些伦理共识进行现代化转化，则在某种程度上必须由私德转化为公德，这种转化成为本章启发儒家伦理共识的主要依据与方式。同时，以“孝”为基础、“仁”为核心的仁爱观与以“义”为核心、以“礼”为结构的礼法观相统一共同构成了中国传统社会的文化结构。以“孝”、“义”、“礼”、“仁”四种价值为基础的儒家思想是传统社会的核心思想。这些传统思想，在很大程度上如杜维明先生所指出的那样¹⁶¹，是“以家庭的原初联系为典范”所形成的，只有对这种“原初的联系”进行“创造的转化”，才能使其成为“现代价值的助缘”。而限于篇幅，本文仅着重探讨“孝”所可能实现的现代价值转化，试图论证长期护理在“孝”文化背景下的“合法性”。“孝”思想中以“敬”为核心的“公”属性，可以启发“孝”的现代性意义，以此为长期护理做一种文化史观意义上的支撑。

如前文所述，社会行动系统中包含经济、政治、社会、文化四个子系统，分别包含经济要素、政治要素、社会要素、文化要素四种要素。其中，经济要素是担负“适应功能”的要素，体现了“互惠性”的内涵；政治要素是担负“目标功能”的要素，体现了“共识性”的内涵；社会要素是担负“整合功能”的要素，体现了“公平和平等性”的内涵；文化要素是担负“维模功能”的要素，体现了“价值共享性”的内涵。在这一分析框架下，“孝”、“义”、“礼”、“仁”分别以其对应“要素”所体现的特性为基础进行现代转化。

第二节 “孝”思想与长期护理之融贯

家庭是社会结构的初级单位，也是构成社会的基础。帕森斯认为，对社会的整合应当从家庭开始。在儒家文化圈中，家庭生活的首要伦理德目是“孝”。而即使

¹⁶¹ 杜维明，《现代精神与儒家传统》，上海，三联书店，1997，141页。

在基督教和伊斯兰教中，也都承认“孝”是维系家庭伦理关系的核心价值，并试图将“孝”与基督教或伊斯兰教宗教伦理相会通。虽然基督教的伦理思想与儒家的“孝道”思想有较大差异。但基督教中依然有着与儒家“孝”道相类似的思想。其中最核心的则是“大父母”和“三父”的观点，将“孝”的对象由“父母”扩展至“天主”，建立起了“父母”——“君主”——“天主”的“三父”孝道结构，并以“兼孝”来化解侍奉“天主”与孝敬“父母”之间的张力。同时，基督教将对“天主”的“大父母”之“孝”的核心解读为对“天主”的“敬”。这样做，一方面把儒家的“孝”神圣化为“天主”的“法则”；另一方面则“会通”了儒家“孝”思想中“敬”的观点。儒家一直以来把“敬”作为“孝”道思想的核心以及人类之“孝”亲的根本特征。由此，基督教所构建的以“天主”为核心的孝道观，其最终的落脚点可以回归到以“敬”为根本的儒家“孝”道思想上来并与之相通。而在伊斯兰教那里，“孝”亲和“忠”主是分不开的，伊斯兰教将“孝”作为与“忠主”、“认主”几乎具有同等重要地位的同—最高等级的道德规范。伊斯兰教主张把孝亲与侍奉真主相结合，形成了“忠主”与“孝亲”相统一的“孝”道观。但有趣的是，伊斯兰教经典中将“敬”称为“孝行之首”，认为所有孝行最终都要依据“敬”而确立和完成的。

从上述分析可以发现，儒家、基督教、伊斯兰教三家都将“敬”作为“孝”之根本。虽然基督教与伊斯兰教在宗教伦理上有许多不同，但其以“敬”为“孝”之本则绝不是巧合。换句话说，对“敬”的把握是儒家、基督教、伊斯兰教三家对“孝”的共识。由“孝”而“敬”，则成为将“孝亲”从一种私德转变为公德的关键。

在基于 AGIL 的社会学“四要素”分析框架中，“孝”所对应的是经济要素。经济要素担负着“适应功能”，体现着“利益互惠性”的内涵。而“孝”作为维系家庭基本组织形式的价值和家族得以发展延续的基本策略，应启发其中的“互惠性”，以此作为从传统伦理德目向现代基本道德价值转化的基础。有学者通过对“孝”的历史研究和心理学研究将孝道分为“权威型孝道”与“相互型孝道”的“二元孝道模型”。¹⁶²在这类研究中发现，先秦儒家虽不曾明示，但更提倡以“报”与“亲亲”原则为基础的“相互型孝道”；至汉代以后，以“尊尊”原则为基础的“权威型孝道”逐渐成为中国传统社会的主流孝道观。大量心理学实验表明，在家庭小型化、原子化、流动化的现代社会中，应重建“相互型孝道”结构才能有利于家庭结构的稳定。值得注意的是，在现代社会，要启发“孝”中的“互惠性”，必须以人格与家庭地位的平等为原则，而通过从对“孝”思想中启发出来的以“敬”为前提的平等性，则为当前启发“孝”这一家庭核心价值的现代性提供了借鉴。“敬”作为全

¹⁶² 叶光辉，华人孝道二元模型研究的回顾与前瞻，《本土心理学研究》，2009年第12期。

社会对于老年人的尊重与照顾，成为“孝”内涵的延伸，也成为长期护理制度建立的文化前提。“差等”社会结构是中国传统社会长期的社会格局，并深切影响到现代中国社会。“差等”社会结构的思想来源是儒家的核心思想之一的“差等”思想。费孝通先生认为“差等”是中国传统社会的基本特性，并将建立在“差等”基础上的传统社会结构称为“差序格局”¹⁶³。在“差等”思想下，其思想内核的“孝”、“义”、“礼”、“仁”使得“孝亲”成为一个家庭中的“私”的行为，而很多人为了追寻“孝”的美德，而不敢将照护父母假手于人，以免背上“不孝”之名。

在此背景下，本文在分析了中国长期护理的需求和制度供给模式之后，在本章回归中国传统社会结构及其背后的儒家思想渊源，而在现代追求人人平等的社会前提下，要论证长期护理在“孝”文化背景下的“合法性”，必须从传统社会作为私德的“孝”思想中引出“公”属性。通过将传统的“孝”向“敬”进行转化，来启发“孝”的现代性意义，从“敬”这一层面阐发“孝”的公德属性。

在本文看来，“孝”文化之于长期护理的矛盾之关键点即在于传统“差等”社会思想中所提倡的“尊尊”、“亲亲”使得“孝”成为一种专属于“私”领域的私德。由此，本章的逻辑手段即为通过阐发“孝”思想中“敬”的意涵，来论证“孝”思想中的“公”属性，以此启发“孝”的现代性意义，从而为长期护理做一种文化史观意义上的支撑。

¹⁶³ 费孝通.《乡土中国》[M]. 北京：北京大学出版社，2012：44-46.

第六章 结论与展望

老年人对于长期护理有着较高的需求，实施社会长期护理制度是中国社会建设和发展的必然趋势。当前，一些发达国家已经实施了相应的长期护理制度来应对老龄化危机，在中国采取符合中国国情的长期护理制度将成为应对日益加剧的老龄化问题的重要举措。

本文以社会学“四要素”分析框架为理论基础，比较和总结了德、美等西方发达国家长期护理制度在经济、政治、社会和文化“四要素”中的体现。同时，同处东亚的日本和台湾地区则由于地缘、人种和文化的相近性，其对长期护理的实践对于中国大陆则更具有参考意义和可借鉴性。

日本是一个老龄化问题十分严重的国家，与中国有着类似的“孝亲文化”特征，是东亚地区第一个推行长期护理制度的国家。日本在介护保险、介护服务和介护机构等各方面建立起了一个完善的介护体系，值得中国学习和借鉴。同时日本的介护制度也逐渐暴露出其弊端，如日本政府相关财政资金紧张，介护产业从业人员社会地位和收入较低等。对此，日本从国家、社会、公民等各层面针对介护产业低工资水平进行了积极的应对，但收效并不明显。台湾地区比大陆更早地进入人口老龄化社会。面对急剧加速的老龄化进程，台湾地区先于大陆对长期照护进行了研究和实践，对大陆长照产业发展具有借鉴意义。其中新北市采取“布老志工”、“世代志工”、“老人共餐”等新举措，成为台湾应对长照问题实践之典型。

本文通过实证调查，分析城市老年人长期护理需求，得出如下结论：（1）当前武汉市老年人受照护状况不佳，养老隐忧大；（2）武汉市老年人存在对长期护理的需求；（3）随着老龄化的加剧和代际的更替，建立长期护理制度势在必行。本文通过统计分析表明，老年人长期护理应以居家式为主，须包含“日常生活照料服务项目”、“专业医疗服务项目”、“精神慰藉服务项目”和“社会需求服务项目”四类长期护理项目。

本文在社会学“四要素”分析框架下，分析和探讨城市老年人长期护理的制度供给问题。在宏观层面上，应建立基于福利多元理论的“小政府”、“大社会”、“市场化”、“居家式”的长期护理制度供给模式，以社区为连接点，实现公共部门、营利部门、非营利部门、及家庭的良性整合互动。在中观层面上，应建立基于社会政策分析架构的长期护理制度供给方式，分配基础以保障对象的普遍性与选择性相结合，实行政府责任与社会责任相结合的筹资方式，建立政府主导、居家式长期护理为主的输送策略，以实物给付与现金给付相结合作为福利类型。在微观层面上，应包含“日常生活照料服务项目”、“专业医疗服务项目”、“精神慰藉服务项目”和“社会需求服务项目”四类长期护理内容。

从社会学“四要素”分析框架下来分析展望中国长期护理制度的前景：第一，采取以社会保险为主的多渠道筹资方式，以实物给付与现金给付相结合的给付方式，可以保证稳定而可持续的资金来源和制度本身的良好运行，这体现了社会学分析框架中经济要素的利益互惠性；第二，在政府主导、社会广泛参与福利多元理论基础上构建长期护理制度，符合社会保障制度的改革方向，这体现了社会学分析框架中政治要素的人格共识性；第三，国家建立长期护理制度，以国家信用为保证，具有强制性和公平性，并可产生巨大的市场需求，符合中国经济社会发展的总体趋势，这体现了社会学分析框架中社会要素的权利公平和平等性；第四，长期护理制度作为社会保障制度中的组成部分，符合中国历史文化传统和文化根基，体现了社会学分析框架中文化要素的正确价值观的共享性。

最后，作为中国传统社会长期的社会格局，深切影响到现代中国社会。在儒家思想下，其思想内核的“孝”、“义”、“礼”、“仁”使得“孝亲”成为一个家庭中的“私”的行为，并在文化意义上阻碍着长期护理的发展。在此背景下，本文在分析了中国长期护理的需求和制度供给模式之后，回归到中国传统社会结构及其背后的儒家思想渊源，试图论证长期护理在“孝”文化背景下的“合法性”。在本文看来，通过论证“孝”思想中的“公”属性，来启发“孝”的现代性意义，可以为长期护理做一种文化史观意义上的支撑。从“孝”中启发出“敬”这一价值共识，由“孝”而“敬”，则成为将“孝亲”从一种私德转变为公德的关键。“敬”作为全社会对于老年人的尊重与照顾，成为“孝”内涵的延伸，也成为长期护理制度建立的文化前提。

综上，在中国构建长期护理制度，不仅有着必要性，且在可行性和文化内核上均有着乐观的前景。

参考文献

一、中文文献

- [1] 安东尼·吉登斯：《社会的构成》[M]，李康、李猛译，上海：三联书店，1998年版。
- [2] 卜长莉.“差序格局”的理论诠释及现代内涵[J].《社会学研究》，2003，(01).
- [3] 住居广士,张天民,刘序坤,等译.《日本介护保险》[M],北京:中国劳动社会保障出版社,2009。
- [4] 曹艳春,王建云. 老年长期照护研究综述[J]. 《社会保障研究》,2013,03:56-65.
- [5] 曾我千春,查建华. 日本老年人养老设施的现状与趋势[J].《上海金融学院学报》. 2011(04):32-35.
- [6] 横山寿一, 马志远. 日本养老服务体系及其财政问题争议[J].《上海金融学院学报》. 2011(04):5-9.
- [7] 曾毅,冯秋石,Therese Hesketh,Kaare Christensen, James W.Vaupel. 中国高龄老人健康状况和死亡率变动趋势[J]. 《人口研究》,2017,41(04):22-32.
- [8] 陈诚诚. 长期护理服务领域的福利混合经济研究——基于瑞德日韩四国的比较分析[J]. 《社会保障评论》,2018,2(02):134-147.
- [9] 陈蕾. 长期护理保险需求影响因素研究[D]. 复旦大学, 2012.
- [10] 陈桐生. 《国语全本全注全译》[M]. 北京：中华书局，2013.
- [11] 陈翔. 城市老年人长期照护需求评估研究[D]. 中央民族大学, 2012.
- [12] 陈晓安. 公私合作构建我国的长期护理保险制度:国外的借鉴[J]. 《保险研究》,2010,11:55-60.
- [13] 陈雪萍：《以社区为基础的老年人长期照护体系构建——基于杭州市的实证分析》[M]，杭州：浙江大学出版社，2011年版。
- [14] 陈怡,褚淑贞. 长期护理保险制度中日对比研究及启示[J]. 《广东药科大学学报》,2019,35(01):97-101.
- [15] 陈友华,徐慷. 中国老年人口的健康状况、福利需求与前景[J]. 《人口学刊》,2011(02):34-39.
- [16] 崔慕洁. 日本看护护理保险制度评析及展望[J]. 《现代日本经济》,2002(06):40-42.
- [17] 戴卫东, 台湾地区人口老龄化下长期护理政策及走向,《人口学刊》, 2011

年第4期。

- [18]戴卫东. 国外长期护理保险制度:分析、评价及启示[J]. 《人口与发展》,2011,05:80-86.
- [19]荆涛,王靖韬,李莎. 影响我国长期护理保险需求的实证分析[J]. 《北京工商大学学报》(社会科学版),2011,26(06):90-96.
- [20]尹尚菁. 老年人长期照护社会化服务收费现状分析[J]. 《经济研究导刊》,2011(24):255-256.
- [21]桂世勋. 构建广义的老年人照料体系——以上海为例[J]. 《人口与发展》,2008(03):78-83.
- [22]王莹,杨义凤. 基于社区卫生组织的长期护理服务模式研究[J]. 《法制与社会》,2007(12):660.
- [23]王杰,戴卫东. 长期护理保险在中国的选择——基于制度经济学的分析[J]. 《市场与人口分析》,2007(04):75-80.
- [24]吴蓓,徐勤. 城市社区长期照料体系的现状与问题——以上海为例[J]. 《人口研究》,2007(03):61-70.
- [25]徐勤,汤哲. 我国长期护理的现状与趋势[J]. 《人口与经济》,2007(02):6-12.
- [26]夏秀梅. 我国开展商业性长期护理保险研究[D]. 郑州大学,2006.
- [27]汤文巍. 上海市老年长期护理保险(LTCI)研究[D]. 复旦大学,2005.
- [28]戴卫东. 解析德国、日本长期护理保险制度的差异[J]. 《东北亚论坛》,2007,01:39-44.
- [29]戴卫东. 老年长期护理需求及其影响因素分析——基于苏皖两省调查的比较研究[J]. 《人口研究》,2011,04:86-94.
- [30]戴卫东. 台湾地区人口老龄化下长期护理政策及走向[J]. 《人口学刊》,2011,04:61-67.
- [31]戴卫东. 以色列长期护理保险制度及评价[J]. 《西亚非洲》,2008,02:46-50.
- [32]戴卫东. 长期护理保险制度理论与模式构建[J]. 《人民论坛》,2011,29:31-34.
- [33]戴卫东. 欧亚七国长期护理保险制度分析[J]. 《武汉科技大学学报》(社会科学版),2016,18(01):12-16.
- [34]丁英顺. 日本护理保险财政困境及应对措施[J]. 《日本问题研究》,2019,33(03):54-63.
- [35]董平. “差等之爱”与“博爱”[J]. 《哲学研究》,2015,(03).
- [36]范娟娟.OECD 国家长期护理服务需求引致因素分析及对我国的启示[J]. 《中国保险》,2011(09):53-55.
- [37]范志均. 伦理差等和道德平等的紧张——论孔子“仁”的二重性[J]. 《人文杂志》,2012,(01).

- [38]房连泉. 老年护理服务的市场化发展路径——基于德国、日本和韩国长期护理保险制度的经验比较[J]. 《新疆师范大学学报》(哲学社会科学版),2019,40(02):88-98+2.
- [39]费孝通. 《乡土中国》[M]. 北京: 北京大学出版社, 2012.
- [40]冯丽云,李琳琳,田庆丰,刘学刚. 2009年郑州市65岁以上老年人日常生活自理能力现状调查[J]. 《中国老年学杂志》,2011,31(01):121-124.
- [41]冯麒麟. 国外长期照护保险计划比较分析[D]. 中国社会科学院研究生院, 2012.
- [42]甘雨粒. 日本的长期护理保险[J]. 《保险研究》,2001(10):46-48.
- [43]高春兰,班娟. 日本和韩国老年长期护理保险制度比较研究[J]. 《人口与经济》, 2013,03:104-110.
- [44]高春兰,李元. 中日韩老年长期护理保险给付制度比较研究[J]. 《福祉研究》,2018(00):78-89.
- [45]高春兰. 老年长期护理保险中政府与市场的责任分担机制研究——以日本和韩国经验为例[J]. 《学习与实践》,2012,08:103-109.
- [46]高翠,张晓,杜巍,张璟. 政府介入老年长期护理的方式、路径及启示——基于几个OECD国家的实践[J]. 《中国老年学杂志》,2013,12:2993-2995.
- [47]顾大男,曾毅. 高龄老人个人社会经济特征与生活自理能力动态变化研究[J]. 《中国人口科学》,2004(S1):16-23+176.
- [48]关煜平. 护理保险制度—日本养老保障新举措[J]. 《安阳大学学报》,2004(03):80-82.
- [49]桂世勋. 中国高龄老人长期护理问题的思考[J]. 《中国人口科学》,2004,S1:113-118、178.
- [50]郭聪聪. 老年社会工作介入与长期护理保险制度的完善——以日本照护管理者为借鉴[J]. 《劳动保障世界》,2019(06):16-18.
- [51]韩水法. 平等的概念 [J]. 《文史哲》, 2006, (04).
- [52]韩振燕,梁誉. 关于构建我国老年长期护理保险制度的研究——必要性、经验、效应、设想[J]. 《东南大学学报》(哲学社会科学版),2012,03:38-42、126-127.
- [53]何林广,陈滔. 德国强制性长期护理保险概述及启示[J]. 《软科学》,2006(05):55-58.
- [54]何玉东,孙湜溪. 美国长期护理保障制度改革及其对我国的启示[J]. 《保险研究》,2011,10:122-127.
- [55]贺建民. 日本老年照护体系分析与借鉴[D]. 吉林大学, 2018.
- [56]侯立平. 发达国家(地区)的老龄人口长期护理体系及其启示[J]. 《城市问题》,2012,01:89-95.

- [57]黄方超,王玉环,张宏英. 社区——居家式老年人长期护理的服务内容[J]. 《中国老年学杂志》,2011,11:2055-2057.
- [58]黄方超,王玉环. 社区——居家式老年人长期照护评价指标体系的研究[J]. 《中华护理杂志》,2011,04:388-391.
- [59]黄裕生. 普遍伦理学的出发点：自由个体还是关系角色？[J]. 《中国哲学史》，2003，（03）.
- [60]贾清显. 中国长期护理保险制度构建研究[D]. 南开大学, 2010.
- [61]蒋永康. 德国护理保险法及给我们的启示[J]. 《社会》,1997(06):27.
- [62]焦循. 《孟子正义》[M]. 北京：中华书局，2013.
- [63]荆涛. 建立适合中国国情的长期护理保险制度模式[J]. 《保险研究》,2010,04:77-82.
- [64]荆涛. 长期护理保险研究[D]. 对外经济贸易大学, 2005.
- [65]考斯塔·艾斯平-安德森：《福利资本主义的三个世界》[M]，郑秉文译，北京：法律出版社，2003年版。
- [66]蓝玉珠,饶育蕾. 对台湾地区长期照护自负费用推估的研究[J]. 《保险职业学院学报》,2007(01):52-58.
- [67]李海燕. 发展型福利视角下我国长期护理保险问题研究[D]. 北京交通大学, 2014.
- [68]李蕾,孙菲,汤哲,刁丽军. 老年人生活自理能力与健康自评的相关性研究[J]. 《首都医科大学学报》,2016,37(04):513-518.
- [69]李三秀. 日本长期护理保险制度及其启示[J]. 《财政科学》,2018(11):133-143+160.
- [70]刘金涛,陈树文. 我国老年长期护理保险筹资机制探析[J]. 《大连理工大学学报》(社会科学版),2011,03:44-48.
- [71]刘清平. 儒家血亲等级观念初探[J]. 《江苏行政学院学报》, 2013, (01).
- [72]陆莲英, 宜华芳. 从国家老龄事业发展“十二五”规划看日本介护在我国的发展前景[J]. 《中国医药指南》，2013，11:
- [73]吕探云,杨英华,曹育玲,马敏芝,袁浩斌,吴莎,李子芬. 上海市社区老年人的长期护理需要[J]. 《中华护理杂志》,2001,08:4-7.
- [74]孟昶. 长期护理保险的需求实证分析[D]. 北京大学, 2007.
- [75]闵瑰,胡晓莹. 我国老年人长期护理及其需求研究现状[J]. 《护理研究》,2010,26:2353-2355.
- [76]彭华民. 福利三角：一个社会政策分析的范式，《社会学研究》，2006年第4期。
- [77]彭佳平. 上海市老年护理供需现状及对策研究[D]. 复旦大学, 2011.

- [78]彭荣,凌莉. 国外老年人口长期护理筹资模式潜在的问题与启示[J]. 《中国老年学杂志》,2012,11:2444-2447.
- [79]彭荣. 我国高龄老人长期护理需求满足度及其影响因素[J]. 《中国老年学杂志》,2012,14:3005-3008.
- [80]钱军程,陈育德,饶克勤,孟群. 中国老年人口失能流行趋势的分析与建议[J]. 《中国卫生统计》,2012,29(01):6-9.
- [81]山娜. 德、日、韩长期护理险的运营比较及启发[J]. 《中国保险》,2018(11):60-64.
- [82]施巍巍,刘一姣. 德国长期照护保险制度研究及其启示[J]. 《商业研究》,2011,03:98-105.
- [83]施巍巍. 发达国家医疗照护与长期照护资源分割的原因分析及其启示[J]. 《北京科技大学学报》(社会科学版),2012,01:146-151、163.
- [84]施巍巍. 国内外老年人长期照护制度研究综述[J]. 《哈尔滨工业大学学报》(社会科学版),2009,04:48-53.
- [85]施巍巍:《发达国家老年人长期照护研究》[M],北京:知识产权出版社,2012年版。
- [86]宋健敏.《日本社会保障制度》[M].上海:上海人民出版社,2012.
- [87]宋新明,齐铤. 新城区老年人慢性病伤对日常生活功能的影响研究[J]. 《人口研究》,2000(05):45-50.
- [88]苏永莉. 影响我国长期护理保险发展的供求因素分析[J]. 《中国保险》,2007,09:15-20.
- [89]孙正成. 台湾地区长期护理体系概述及启示[J]. 《台湾研究集刊》,2013,01:31-37.
- [90]塔尔科特·帕森斯:《社会行动的结构》[M],张明德等译,江苏:译林出版社,2003年版。
- [91]台湾地区“行政院”,2007年,《我国长期照顾十年计划》(合订本),台北。
- [92]台湾地区“行政院经济建设委员会”,2006年,《人力运用与规划:2006年-2051年人口推计》,台北。
- [93]台湾地区“内政部”统计处,1998年,《1998年底老人长期照顾及安养机构概况》,台北。
- [94]台湾地区“内政部”统计处,2005年,《2005年底老人长期照顾及安养机构概况》,台北。
- [95]台湾地区“内政部”统计处,2010年,《“内政部”统计年报》,台北。
- [96]台湾地区“内政部统计一处”,2009年,《2009年底列册身心障碍者人数统计》,台北。

- [97]台湾地区“卫生署护理及健康照护处”，2010年，《长期护理专业人员培训规划会议记录》，台北。
- [98]谭明方：社会建设：一种基于社会学分析框架的研究[J]。《学海》，2013,01:5-19.
- [99]汤哲,项曼君. 北京市老年人生活自理能力评价与相关因素分析[J]. 《中国人口科学》,2001(S1):94-98.
- [100] 唐根富,王勇,朱敖荣,李光琳,洪倩,陈飞虎,赵宜生. 城市老年人日常生活活动和健康期望寿命的研究[J]. 《中国卫生事业管理》,2001(03):179-180.
- [101] 唐咏,楼玮群. 长期护理对老人居家和社区照顾的影响和挑战研究——以深圳为例[J]. 《兰州学刊》,2010,07:114-116.
- [102] 唐咏. 去碎片化:中国老年长期照护政策的整体化路径[J]. 《深圳大学学报》(人文社会科学版),2012,05:83-88.
- [103] 陶立群. 高龄老人自理能力和生活照料及其对策[J]. 《中国人口科学》,2001(S1):38-43.
- [104] 陶秀彬,匡霞. 国外老年长期护理服务供给体系及启示[J]. 《中国老年学杂志》,2013,08:1967-1970.
- [105] 田思禹. 建立以需求为导向的长期护理保险制度[D]. 上海社会科学院, 2018.
- [106] 田欣,汤哲,孙菲,刁丽军. 北京市城区老年人生活质量及相关影响因素调查[J]. 《中国预防医学杂志》,2013,14(07):506-508.
- [107] 王华丽. 长期护理保险在山西的市场调查与发展对策研究[J]. 《经济问题》,2008,07:126-128.
- [108] 王建平,汤哲,孙菲,刁丽君,何士大. 北京社区失能老年人与照护现状分析[J]. 《北京医学》,2014,36(10):792-795.
- [109] 王杰,戴卫东. 长期护理保险在中国的选择——基于制度经济学的分析[J]. 《市场与人口分析》,2007,04:75-80.
- [110] 王磊,林森,赵晔. 日本介护保险制度改革及其启示[J]. 《地方财政研究》, 2013, (5): 75-79.
- [111] 王舜尧,杨皖豫. 中国长期护理保险制度发展探究[J]. 《劳动保障世界》,2019(08):35.
- [112] 王先谦. 《荀子集解》[M]. 北京: 中华书局, 2012.
- [113] 王玉环,黄方超. 应用层次分析法确定社区——居家式老年人长期照护评价指标权重[J]. 《中国老年学杂志》,2013,11:2616-2619.
- [114] 王玉环,刘素香. 福利多元主义视角下老年人长期照护政策研究[J]. 《中国护理管理》, 2012,05:93-96.

- [115] 王玉环,刘艳慧,黄方超. 新疆石河子市失能老年人长期护理需求调查[J]. 《现代预防医学》,2011,18:3683-3686.
- [116] 国家统计局. “第六次全国人口普查”, <http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm>
- [117] 国务院办公厅. 《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发〔2013〕35号), 2013年09月06日, http://www.gov.cn/jjxgk/pub/govpublic/mrlm/201309/t20130913_66389.html
- [118] 韦艳,刘旭东. 主观感受对中国农村老年女性生活自理能力影响研究——基于陕西省农村的调查数据分析[J]. 《人口与发展》,2009,15(06):47-53.
- [119] 吴剑平,唐至材,赵广峰,柳振中. 广州市长期护理保险制度试行中的思考——基于与青岛的比较[J]. 《中国保险》,2019(06):47-52.
- [120] 吴玲. 日本介护保险实施现状对上海长期护理保险实施的启示[J]. 《上海护理》,2019,19(01):36-38.
- [121] 武晓雅. 德国、日本长期护理保险待遇支付比较研究[J]. 《经济研究导刊》,2019(07):38-40.
- [122] 武学慧,唐幼纯,王维. 上海市老年长期护理(LTC)需求实证分析[J]. 《劳动保障世界》(理论版),2010(10):10-14.
- [123] 夏雅睿,常峰,路云,裴婕. 长期护理保险筹资机制的国际经验与中国实践[J]. 《卫生经济研究》,2018(12):69-71+75.
- [124] 小岛克久,王茜铃. 日本经济发展与社会保障:以长期护理制度为中心[J]. 《社会保障评论》,2019,3(01):76-88.
- [125] 谢保群. “整合型护理”理念下日本老年长期护理服务体系构建及启示[J]. 《中国老年学杂志》,2019,39(01):239-241.
- [126] 谢红,孟开. 日本介护保险制度对健全中国老年照顾体系的启示[J]. 《国外医学·社会医学分册》,2005,(1):6-9.
- [127] 谢红,王志稳,侯淑肖,金晓燕,王敏,尚少梅. 我国养老服务需求现状及其长期护理服务策略[J]. 《中华护理杂志》,2012,01:14-16.
- [128] 新馨. 长期护理产业的历史回顾[J]. 《国外社会科学》,2003,06:116-117.
- [129] 徐斌秀. 福利多元主义视角下中国老年社会长期护理保险制度的建构[D]. 南京大学,2011.
- [130] 许慎. 《说文解字》[M]. 北京:中华书局,2013.
- [131] 亚伯拉罕·马斯洛:《动机与人格》[M],许金声译,北京:华夏出版社,1987年版。
- [132] 易小明. 中国传统社会文化差等—平等结构的特质及其消极影响[J]. 《孔子研究》,2007,(04).

- [133] 尹尚菁,杜鹏. 老年人长期照护需求现状及趋势研究[J]. 《人口学刊》,2012,02:49-56.
- [134] 尹尚菁,杜鹏. 老年人长期照护需求现状及趋势研究[J].《人口学刊》,2012,(2):49-56.
- [135] 于建明. 日本老年长期护理服务体系研究[J].《中国社会工作》,2018(32):24-25.
- [136] 原新,刘绘如. 日本和德国长期护理保险制度比较及其借鉴[J].《日本问题研究》,2019,33(03):64-72.
- [137] 国家人口发展战略研究课题组.《国家人口发展战略研究报告》,2007年, http://big5.china.com.cn/gate/big5/www.lianghui.org.cn/news/txt/2007-01/11/content_7640975.htm
- [138] 詹火生、林建成,《台湾人口高龄化的困境与政策挑战》,北京:中国劳动社会保障出版社,2006年。
- [139] 张世英. 儒家与道德 [J].《社会科学战线》,2006,(01).
- [140] 张晓青,徐成龙. 国外老年长期护理产业发展及对中国的启示[J].《西北人口》,2011,03:17-22.
- [141] 张志宏. 论孔子礼学等差实践中的平等理念 [J].《江汉论坛》,2013,(04).
- [142] 张志宏. 论孟子之平等理念与等差实践 [J].《人文杂志》,2012,(03).
- [143] 郑文辉,2009年,台湾长期照护制度的发展与展望,《两岸社会保障论坛报告论文》,台北。
- [144] 郑雄飞. 一种伙伴关系的建构:我国老年人长期照护问题研究[J].《华东师范大学学报》(哲学社会科学版),2012,03:135-142、156.
- [145] 周海珍. 长期护理保险产品设计浅析——对美日德长期护理保险产品的借鉴[J].《兰州学刊》,2012,10:129-134.
- [146] 周加艳,沈勤. 日本长期护理保险 2005—2017 年改革述评与启示[J].《社会保障研究》,2017(04):101-112.
- [147] 周勇义,宋新明. 中国城市老年人日常生活自理能力社会经济差异的年龄模式研究[J].《人口与发展》,2017,23(04):80-85+95.
- [148] 朱铭来. 我国老年长期护理需求预算及保障模式选择.《人口与发展》,2011(5)。
- [149] 朱微微,郭岩. 老年人长期护理需求及其影响因素的实证分析[J].《中国护理管理》,2010,12:57-60.
- [150] 朱微微,舒婷,黄成礼,郭岩. 国外老年人口长期护理服务支付方式及其对中国的启示[J].《中国护理管理》,2010,02:69-7.

- [151] 朱熹.《四书章句集注》[M]. 北京：中华书局，2012.
- [152] 臧政.《AGIL 框架下看不见的手之经济意涵分析》.《2019 年中国社会学学会年会共生社会学论坛论文集》.2019 年 7 月。
- [153] 臧政.《台湾长期照护事业发展的实践及启发——以新北市为例》.《养老服务产业发展理论与政策国际研讨会论文集》.2014 年 10 月.第 81-88 页。
- [154] 臧政:《基督教与伊斯兰教的儒家伦理共识——明末清初“耶儒”与“回儒”之比较》，中国人民大学博士学位论文，2017 年。
- [155] 臧政.《论儒家伦理的差等与平等之统一》.《齐鲁学刊》.2017（01）：24-29.

二、外文文献

- [1] Alan W. Salmoni, Vic Sahai, Shawn Heard, Raymond Pong and John Lewko. *Predicting Future Long-Term-Care Needs in a Community. Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique*. Vol. 87, No. 6 (NOVEMBER / DECEMBER 1996), pp. 418-421
- [2] Alice M. Rivlin, Joshua M. Wiener, Raymond J. Hanley, and Denise A. Spence. *Who Should Pay for Long-Term Care for the Elderly?* The Brookings Review. Vol. 6, No. 3 (Summer, 1988), pp. 3-9
- [3] Alistair Ritch and Robert D. Kennedy. *Long Term Care of Elderly People*. BMJ: British Medical Journal. Vol. 306, No. 6893 (Jun. 19, 1993), p. 1690
- [4] OECD. *Long-Term Care for Older People*. OECD Publishing, 2005.
- [5] Beverly F. Lowe. *Future Directions for Community-Based Long-Term Care Research*. The Milbank Quarterly. Vol. 66, No. 3 (1988), pp. 552-571
- [6] CYNTHIA E. CONRAD and ANN COSTELLO. *LONG-TERM CARE INSURANCE AND PUBLIC POLICY: AN ANALYSIS OF OBSTACLES TO UTILIZATION*. Journal of Health and Human Services Administration. Vol. 24, No. 4 (SPRING 2002), pp. 431-455
- [7] Cynthia Zelif Massie. *System Analysis of Long-Term Care: Toward Integration of Institutional and Home and Community-Based Care. Administrative Theory & Praxis*. Vol. 20, No. 2 (Jun., 1998), pp. 219-230
- [8] David C. Grabowski. *The Market for Long-Term Care Services*. Inquiry. Vol. 45, No. 1 (Spring 2008), pp. 58-74
- [9] Eileen J. Tell, Marc A. Cohen and Stanley S. Wallack. *Life Care at Home: A New Model for Financing and Delivering Long-Term Care. Inquiry*. Vol. 24, No. 3 (Fall 1987), pp. 245-252
- [10] Evers, A. 1988, “Shifts in the Welfare Mix: Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy.” Shifts in the Welfare Mix, In Evers, A.&H. Wintersberger (eds.).

- [11] Gilbert, N., Specht, H., 2009:12 (2), “*Dimensions of social welfare policy*”, *Journal of Education for Social Work*.
- [12] Harriet L. Komisar, Judith Feder and Judith D. Kasper. *Unmet Long-Term Care Needs: An Analysis of Medicare-Medicaid Dual Eligibles*. *Inquiry*. Vol. 42, No. 2 (Summer 2005), pp. 171-182
- [13] James E. Rohrer and Samuel Levey. *Strategic Planning for Long-Term Care*. *Journal of Public Health Policy*. Vol. 8, No. 3 (Autumn, 1987), pp. 359-368
- [14] Jeffrey R. Brown and Amy Finkelstein. *Insuring Long-Term Care in the United States*. *The Journal of Economic Perspectives*. Vol. 25, No. 4 (Fall 2011), pp. 119-141
- [15] Jeffrey R. Brown and Amy Finkelstein. *The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence*. *The Journal of Risk and Insurance*. Vol. 76, No. 1, Special Issue on Long-Term Care Insurance and Health Insurance (Mar., 2009), pp. 5-29
- [16] Johnson, N. 1987, *The Welfare state in Transition*, Wheatsheaf Books, Brighton.
- [17] Judith Feder, Jeanne Lambrew and Michelle Huckaby. *Medicaid and Long-Term Care for the Elderly: Implications of Restructuring*. *The Milbank Quarterly*. Vol. 75, No. 4 (1997), pp. 425-459
- [18] Junko Imaiso and Utako Sasaki. *Influential Factors of Long-Term Care in a Japanese Rural Community Examined Through Interviews of Family Caregivers*. *Journal of Community Health Nursing*. Vol. 27, No. 1 (January-March 2010), pp. 23-31
- [19] KARL J. McLEARY, PATRICK ASUBONTENG RIVERS, KARL J. McCLEARY and SAUNDRA H. GLOVER. *LONG-TERM CARE FINANCING: ARE CURRENT METHODS ENOUGH?* *Journal of Health and Human Services Administration*. Vol. 22, No. 4 (SPRING, 2000), pp. 472-494
- [20] Kyung S. Bay, Peggy Leatt and Shirley M. Stinson. *A Patient-Classification System for Long-Term Care*. *Medical Care*. Vol. 20, No. 5 (May, 1982), pp. 468-488
- [21] Max Geraedts, Geoffrey V. Heller, and Charlene A. Harrington. *Germany's Long-Term-Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice*. *The Milbank Quarterly*. Vol. 78, No. 3 (2000), pp. 375-401
- [22] MINCER J. HIGUCHI Y. *Wage Structure and Labor Turnover in the United States and Japan*. *Journal of the Japanese and International Economies*, 1988, 2 (2) :97-133.
- [23] Rao, N. 1996, *Towards Welfare Pluralism: Public Service in a Time of Change*, Aldershot, Dartmouth.
- [24] Rose M. Rubin, Joshua M. Wiener and Mark R. Meiners. *Private Long-Term Care Insurance: Simulations of a Potential Market*. *Medical Care*. Vol. 27, No. 2 (Feb., 1989), pp. 182-193
- [25] Rose, R. 1956, “*Common Goals but Different Roles: The State's Contribution to the Welfare Mix*”, in Rose, R, & R. Shiratori (Ed), *The Welfare State East and West*, Oxford University Press, Oxford.

- [26] S. R. Nuttall, R. J. L. Blackwood, B. M. H. Bussell, J. P. Cliff, M. J. Cornall, A. Cowley, P. L. Gatenby and J. M. Webber. *FINANCING LONG-TERM CARE IN GREAT BRITAIN. Journal of the Institute of Actuaries (1886-1994)*. Vol. 121, No. 1 (JUNE 1994), pp. 1-68
- [27] Satoko Hotta. *Toward Maintaining and Improving the Quality of Long-Term Care: The Current State and Issues regarding Home Helpers in Japan under the Long-Term Care Insurance System*. Social Science Japan Journal. Vol. 10, No. 2 (Oct., 2007), pp. 265-279
- [28] Sheila Rafferty Zedlewski and Timothy D. McBride. *The Changing Profile of the Elderly: Effects on Future Long-Term Care Needs and Financing*. The Milbank Quarterly. Vol. 70, No. 2 (1992), pp. 247-275
- [29] Ulrike Götting, Karin Haug and Karl Hinrichs. *The Long Road to Long-Term Care Insurance in Germany*. Journal of Public Policy. Vol. 14, No. 3 (Jul. - Dec., 1994), pp. 285-309
- [30] Walter Leutz. *Long-Term Care for the Elderly: Public Dreams and Private Realities*.
- [31] Yen Ping Hsieh, Yen Wen Hsieh, Chia Ching Lin, Chien Wen Yeh and Sing Chiao Chang. *A study on the formation of a measurement scale for the environmental quality of Taiwan's long-term care institutions by the Delphi method*. Journal of Housing and the Built Environment. Vol. 27, No. 2 (June 2012), pp. 169-186
- [32] Cha HB. *A study family caregivers' preference and its determinants for the long-term care service use for the impaired elderly*. Chungang university, 1998.
- [33] Kinney Jennifer M. *Home care and caregiving*, Encyclopedia of Gerontology, Vol.667, No.12, 1996.
- [34] Gordon, Murray. "A guide to understanding long-term care insurance," Employee Benefits Journal; 2001. Sep; 26, 3; Academic Research Library, pg.42.
- [35] Agree E.M. Freedman. *Reconsidering substitution in long-term care: when does assistive technology take the Place of Personal care*. Journal of Gerontology: Social Sciences, Vol.72, No.5, 2005.
- [36] Castries, Henri de. *Aging and Long-Term care: Key Challenges in Long-Term care Coverage for public and private systems*. The Geneva papers. 2009
- [37] Hussain Aftab. *Confronting the Challenges of Long-Term Health Crisis in the United States*. Health Care Finance. 2009.
- [38] KANE R L, KANE R A, LADD R C. *The Heart of Long-Term Care*. New York: Oxford Press, 1998.
- [39] Sally S, Kirstein *Nursing homes in England and their capacity to provide rehabilitation and intermediate care services*[J].Social Policy & Administration,2002,36(7): 735-752.
- [40] Li, L. W. *Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients*. The Gerontologist. 2005(4):465-473.

- [41] Sherry Anne Chapman, et al. *Client-centred, community-based care for frail seniors*. Health and Social Care in the Community. 2002.
- [42] Schnepfer, Jeff A. “Can you afford long-term care?” USA Today; Nov; 130, 2678; Academic Research Library, 2001. pg.25.
- [43] Lakdawalla, D., Philipson. “The rise in old-age longevity and the market for long-term care”. The American Economist. 2002.
- [44] Sloan, Frank A. & Edward C. Norton. “Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-term Care Insurance Market,” Journal of Risk and Uncertainty, 1997. 15:201–219, Kluwer Academic Publishers.
- [45] Naoki Ikegami, John Creighton Campbell. *Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care System*[J]. Social Policy and Administration, 2002, 36 (7) .
- [46] Peter Zweifel, Wolfram Struwe. *Long-Term Care Insurance in a Two-Generation Model*. The Journal of Risk and Insurance. 1998.
- [47] Alison Evans Cuellar; Joshua M. Wiener. *Can social insurance for long-term care work the experience of Germany*. [J]Health Affairs; May/Jun, 2000, 19, No.3.
- [48] Lou Ellen Barnes, Kiyomi Asahara, Anne J. Davis and Emiko Konishi. *Questions of Distributive Justice Public Health Nurses' Perceptions of Long-Term Care Insurance Elderly Japanese People*[J]. Nursing Ethics, 2002, 9, (1) .
- [49] Katz S, et al. *Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 1963; 185:914-9.
- [50] Simonazzi, Annamaria. *Care Regimes and National Employment Models*. Cambridge Journal of Economics. 2009.
- [51] Han, et al. *National trends in adult hospice use*. Health Affairs. 2006, 25(3):792-799.
- [52] 川村匡由. 『介護福祉論』 [M]. MINERVA, 2011.
- [53] 高野龍昭. 『図解介護保険』 [M]. 日本: 翔泳社, 2012.
- [54] 公益財団法人介護労働安定協会. 『平成 26 年介護労働実態調査』 .
- [55] 吉水審、田野井、和利浩, 等. 「介護訪問者の貸付金関数の推定」, 『兵庫県立大学商大論集』, 2010, 61 (2/3): 119—149.
- [56] 日本厚生労働省 『平成 25 年度雇用動向調査』 .
- [57] 社会福祉士養成講座編集委員会. 『高齢者支援と介護保険制度』 [M]. 中央法規出版株式会社, 2009.
- [58] 殷婷、川田恵介. 「介護労働者の貸付金関係数の推定」. Rieti Discussion Paper Series, 2014, 5 (2): 272-288.
- [59] 内閣府. 『令和元年版高齢社会白書』 . https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/01pdf_index.html

[60]日本厚生労働省『金融危機後の雇用対策』.

[61]日本厚生労働省『平成 26 年度地域別最低賃金改定の状況』.

[62]臧政. 「重构文化认同——中国软权力发展的必要路径」,『愛知論叢』, 2016, 100: 113-126.

[63]臧政. 「台湾长期照护事业发展的实践及启发——以新北市为例」,『愛知論叢』, 2016, 101: 65-80.

后记

五年前，抱着想要深入学习社会学，并将社会学与我在中国人民大学所攻读博士学位的伦理学相结合的想法，我有幸能够东渡日本，来到爱知大学攻读我的第二个博士学位。在日本爱知大学师从唐燕霞教授的这四年，恍如白驹过隙，愉快、充实而短暂。爱知大学的国际中国学研究中心（ICCS）和中国研究科，代表着日本“中国研究”的一流水准，在这里的学习经历让我获益匪浅而又终生难忘。

在本文完成之际，首先向我的恩师唐教授燕霞先生表示衷心的感谢！唐老师治学严谨，为人和蔼亲切，无论是在学习方面还是在生活方面都给予了我许多帮助，能够师从唐老师是我这一生的幸运。唐老师不仅在我留学日本期间，对我的生活和学业关照颇多，让我在专业知识上颇有收获，也使我在异国求学之际没有丝毫困苦和不适之感，更在我回国后仍不时给我以鼓励和指导。甫一进入爱知大学求学的时候，我就和唐老师多次商讨并最终确立了博士论文的研究方向。之后在长达一学期的“研究演习”课程中，唐老师不断指导我论文的准备过程和思路脉络，并多方联系给我提供了在日本实地调研的机会。从论文的选题立意、到修订成文，我都得到唐老师耐心的指导、帮助和鼓励。由于2016年夏天我在爱知大学的课程结束回国之后开始忙于中国人民大学博士论文的撰写，其后又到中南财经政法大学任教，各种事务颇多，爱知大学博士论文的写作一直进展缓慢。正是唐老师的悉心指导，使我克服困难、完成写作。唐老师即使在美国忙于访学之时和国内家中突发要事之际，也依然及时的给我反馈修改意见，勉励我认真修改论文。对此，感激之情无以言表，谨在此表示对恩师衷心的感谢和崇高的敬意！唐老师对我的教诲和帮助，我都会时刻铭记，不辜负老师的栽培之心。

忝列唐门之后，我有幸认识了师门中诸多兄弟姐妹。同时，在唐老师的带领下，师门也不断壮大，愈发欣欣向荣。我在日本求学期间，在诸同门的陪伴下，度过了一段愉快的时光。师门给了我一家一般的亲情和温暖，在此一并向唐门的兄弟姐妹致谢！

同时，特别要感谢加美光行老师、马场毅老师、松岡正子老师、高桥五郎老师、李春利老师、周星老师等日本爱知大学中国研究科诸位先生，以及北京大学经济学院的周建波教授，谢谢他们在我学习和生活中所给予的指导、建议和鼓励！

此外，非常感谢中国人民大学的林美茂老师，爱知大学驻人民大学办事处的殷凡老师，和爱知大学 ICSS 的村田安老师。我在林美茂老师的课堂上获知了爱知大学的项目，并在林老师的鼓励和帮助下顺利的通过了爱知大学的入学考试。殷凡老师和村田安老师则分别在我赴日前后和在日期间给予了各种照顾与帮助。

而无论在任还是已经离任的爱知大学 ICSS 事务室和大学院事务课的各位老师，

以及名古屋留学生会馆的工作人员，他们一直以来都对我照顾有加。无论在日本期间，还是回国之后，我都给他们添了不少麻烦，特此致谢。

我还要感谢我的家人！感谢他们对我的学业和工作所给予的无私的支持和理解，这是支持我不断前行的最大动力。

最后，衷心地感谢百忙之中评阅论文和参加答辩的各位老师！

2020年8月20日

附录 A 长期照护需求老年人问卷

问卷编号：_____ 调查员：_____ 审核员：_____

您好！为了切实反映老年人的长期照护需求，使老人们得到合理的照护，为国家制定老年人的社会保障政策提供基础依据，我们实施了武汉市老年人长期护理需求状况评价调查。

本调查不用填写姓名，答案也没有正确错误之分。对您提供的答案我们一定保密！请您根据自己的实际情况和真实想法，在每题的答案中选择打钩（无特别说明即为单选）。遇到有_____线的问题，就直接在_____中填写。如有疑问请向调查员询问。

衷心感谢您的支持与合作！

一、基本情况

- A1. 您的性别是：（1）男 （2）女
- A2. 您的年龄：_____岁
- A3. 您的婚姻状况：（1）已婚有配偶 （2）丧偶 （3）离婚 （4）未婚
- A4. 您的文化程度：
- （1）不识字或很少识字 （2）小学 （3）初中
（4）高中或中专 （5）大专或本科 （6）研究生及以上
- A5. 您的职业状态：
- （1）在岗（或聘用） （2）退休 （3）离休 （4）其他（如从未就业）
- A6. 您在职时的单位性质：
- （1）政府机关 （2）事业单位 （3）国企 （4）集体企业
（5）其他类型企业 （6）个体 （7）未就业
- A7. 您的子女状况：（1）只有儿子 （2）只有女儿 （3）有儿有女 （4）没有（跳至 A9）
- A8. 您是否与子女同住：（1）是 （2）否
- A9. 您家中的人均年收入是多少：
- （1）低于 5000 （2）5000—10000 （3）10000—15000 （4）15000—20000
（5）20000—25000 （6）25000—35000 （7）35000—60000 （8）60000 以上
- A10. 您家庭的收入来源有（可多选）：
- （1）个体经营收入 （2）工资 （3）退休金 （4）存款利息或投资红利
（5）低保或社会救助 （6）子女资助 （7）亲友资助 （8）租房收入 （9）其他
- A11. 您家中的人均年支出是多少：

- (1) 低于 5000 (2) 5000—8000 (3) 8000—11000 (4) 11000—14000
 (5) 14000—18000 (6) 18000—24000 (7) 24000—35000 (8) 35000 以上

A12. 您家中的主要支出的项目有哪些（可多选）：

- (1) 食品消费 (2) (3) 房屋水电费 (4) 给子女支出
 (5) 给其他亲属支出 (6) 医疗费 (7) 保健支出 (8) 交通通讯费
 (9) 日用品消费 (10) 娱乐学习支出 (11) 其他

A12-1. 其中最主要的一项支出是（填序号）：_____，占总支出比例是：_____。

二、受照顾状况及身体健康状况评估

B1. 您家的家务主要由谁承担：

- (1) 自己 (2) 配偶 (3) 钟点工（保姆/护工） (4) 子女（及其配偶）
 (5) 孙子女（及其配偶） (6) 亲友 (7) 邻里 (8) 其他

B2. 您是否有长时间生病或生活不能自理的经历？ (1) 是 (2) 否（若选“否”则跳至 B3）：

B2-1. 您在什么地方接受照顾或护理：

- (1) 医院 (2) 护理院 (3) 家里 (4) 其他

B2-2. 谁照顾您？（可多选，若选（1）“无人”则跳至 B2-4）

- (1) 无人 (2) 配偶 (3) 子女
 (4) 亲朋 (5) 专业护理人员 (6) 保姆或护工

B2-3. 该照顾者是否与您同住？

- (1) 该照顾者与您同住，没有就业 (2) 该照顾者与您同住，部分时间工作
 (3) 该照顾者与您同住，全部时间工作 (4) 该照顾者不与您同住

B2-4. 您生病或生活不能自理持续多长时间？

- (1) 少于一个月 (2) 一个月到半年 (3) 半年到一年 (4) 一年到三年
 (5) 三年以上

B3. 您生病（或生活不能自理）的时候希望由谁照顾您：

- (1) 没有 (2) 配偶 (3) 子女 (4) 亲朋 (5) 专业护理人员
 (6) 保姆或护工

B4. 请在下表各项活动中符合自己条件的选项后打勾：

1. 吃饭	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
2. 穿衣	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
3. 上下床	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
4. 室内走动	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难

5. 洗脸刷牙	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
6. 上厕所	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
7. 洗澡	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
8. 上下楼梯	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
9. 小便情况	1. 能自理	2. 偶尔失禁	3. 经常失禁
10. 大便情况	1. 能自理	2. 偶尔失禁	3. 经常失禁

B5. 请在下表各项活动中符合自己条件的选项后打勾：

做饭	无困难	有点困难	很困难
洗衣	无困难	有点困难	很困难
打扫卫生	无困难	有点困难	很困难
服药	无困难	有点困难	很困难
剪指（趾）甲	无困难	有点困难	很困难
管理家庭财务	无困难	有点困难	很困难
打电话	无困难	有点困难	很困难
独自坐车	无困难	有点困难	很困难
购物	无困难	有点困难	很困难
看病	无困难	有点困难	很困难

B6. 您有无经常性的身体疼痛？ (1) 无 (2) 有

B7. 近年来，您思考问题或用脑时，思维的清晰度、反应的敏捷性如何？

(1) 很好 (2) 较好 (3) 一般 (4) 较差 (5) 很差

B8. 您有以下慢性疾病吗？（可多选）

B9. 您对自身健康状况的评估是：

(1) 健康 (2) 一般 (3) 不好但能自理 (4) 需要人照顾

三、长期护理需求状况

C1. 您过去两周内患过几次病：_____次，其中去就诊过：_____次

C2. 您需要经常就诊或服药吗：

- (1) 不需要 (2) 很少需要 (3) 有时需要 (4) 经常需要

C3. 您会忘记按时吃药或就诊吗：

- (1) 从没有 (2) 很少有 (3) 有时有 (4) 经常有
(5) 必须有人协助吃药或提醒就诊

C4. 您近几年平均每年需要进行输液治疗的天数是：

- (1) 低于 7 天 (2) 7 至 15 天 (3) 15 至 30 天 (4) 30 至 60 天
(5) 大于 60 天

C5. 您近几年需要经常做常规检查吗？：

- (1) 不需要 (2) 很少需要 (3) 有时需要 (4) 经常需要

C6. 您近几年平均每年住院的时间是：

- (1) 不住院（跳至 C9） (2) 一周以内 (3) 一个月以内
(4) 一个月至三个月 (5) 三个月至半年 (6) 半年以上
(7) 常年住院

C8. 如果有专门的护理机构为您提供**以上除了 A 以外的服务**，你会选择住院还是选择护理机构？（如果相关费用的报销同住院治疗）：

- (1) 住院 (2) 护理机构

C9. 如果有政府成立的护理机构派专人为您提供**上门服务**，您愿意吗？

- (1) 愿意 (2) 不太愿意 (3) 不愿意 (4) 不清楚

若选择**(2) 不太愿意**或**(3) 不愿意**则请回答：

C9-1. 您选择不愿意的原因是：

- (1) 希望子女照料 (2) 除了子女和亲属不相信其他人
(3) 担心费用问题 (4) 不了解这种服务
(5) 不相信有这种服务 (6) 其他

C10. 当您患病时，您希望：

- (1) 医护人员上门服务 (2) 打电话咨询医院保健热线
(3) 打 120 电话求助 (4) 自己买药吃
(5) 家人陪同到附近医疗机构看病 (6) 家人陪同到三级医院看病
(7) 其他

C11. 如果经常反复住院，您希望：

- (1) 病情好转出院回家，发病时再住院
(2) 长期住在医院里
(3) 离院不出院，转入护理机构，病情变化及时转回医院治疗
(4) 无所谓

C12. 如果需要长期住院，您希望：

- (1) 由专业护士照顾 (2) 由医院培训过的护理员照顾

(3) 由家人、亲朋照顾 (4) 请保姆、护工照顾

C13. 您希望您的就诊医疗机构类型是：

(1) 选择大型、三甲医院 (2) 选择就近的、服务好的医疗机构
(3) 既能提供诊疗又能提供生活护理的医疗机构 (4) 无所谓

C14. 最近两年内，您多长时间进行一次常规体检：

(1) 半年 (2) 一年 (3) 两年 (4) 不定期 (5) 没有

C15. 有关卫生保健方面的知识您主要从哪里获得（可多选）：

(1) 医生 (2) 电视 (3) 广播 (4) 报刊书籍 (5) 学校
(6) 家人 (7) 同事或朋友 (8) 墙报 (9) 不知道 (10) 其它

C15-1. 其中您最主要获取渠道是（填序号）：_____。

C16. 您希望今后得到哪些卫生或健康方面的服务（可多选）：

(1) 没有需要 (2) 定期健康体检 (3) 健康教育讲座 (4) 保健服务
(5) 康复指导 (6) 体育锻炼指导 (7) 其他

C16-1. 其中您最希望获得的服务是（填序号）：_____。

四、长期护理需求意愿

D1. 您享受哪些医疗保障（可多选）：

(1) 无医疗保障 (2) 基本医疗保险 (3) 公费医疗
(4) 劳保医疗 (5) 商业医疗保险 (6) 其他

D2. 您是否对养老担忧：(1) 是 (2) 否 (3) 没想过

若选择“(1) 是”请回答：

D2-1. 您现在最担心的问题是：

(1) 没人安排自己的饮食、起居 (2) 生病
(3) 没人照顾导致疾病恶化
(4) 躺在床上不能动时无人照顾 (5) 孤独
(6) 生活没有交往和目标，缺乏乐趣

D3. 如果您需要较长时期的护理，您想选择怎样的长期护理方式？

(1) 居家式（在家中护理养老） (2) 机构式（如养老院、托老所等）
(3) 没有想过

若选择“(1) 居家式”请回答：

D3-1. 您希望在家中由谁照顾和护理：

(1) 亲属护理或照顾 (2) 未受护理培训的家政人员照顾
(3) 受过护理培训的家政人员照顾 (4) 专业医护人员上门服务
(5) 社区人员上门服务

若选择“(2) 机构式”请回答：

D3-2. 您希望到哪种机构中接受照顾和护理：

D4. 如果您**在家**需要较长时期的护理，您认为**家人**在护理过程中面临的主要困难是什么：**（可多选）**

- (1) 专业护理知识缺乏
- (2) 精神负担重
- (3) 经济负担重
- (4) 时间负担重
- (5) 影响工作
- (6) 饮食、排泄、洗浴等方面的照顾负担很大
- (7) 不能在家留守
- (8) 护理设备不足
- (9) 咨询信息不畅
- (10) 紧急情况下无法马上住院
- (11) 没有特别的困难
- (12) 其它

D4-1. 其中最大的困难是**（填序号）**：_____。

D5. 您对老年人长期护理了解吗：

- (1) 非常了解
- (2) 听说过，有所了解
- (3) 一般，不太了解
- (4) 听说过，但不了解
- (5) 从未听说过

D6. 您知道目前当地提供的长期护理服务方式有下列几种：**（可多选）**

D7. 如果可以在家中和社区内接受护理服务，请在您愿意接受的长期护理服务项目后打勾：**（可多选）**

日常生活照料服务	(1) 卫生清洁, 如日常洗漱、衣物更换清洗等服务
	(2) 饮食照料, 如制定食谱、协助进膳和饮水等
	(3) 排泄照料, 如协助如厕并做好清洁等
	(4) 安全保护, 如协助行动、预防老人走失及意外事故等
	(5) 服药, 如协助口服给药等
	(6) 家政辅助, 如家务料理等
专业医疗护理服务	(1) 疾病管理, 如输液、给药及进行血压、血糖等生命体征监测
	(2) 康复运动, 如进行指导运动及各类健身康复器材的使用等
	(3) 健康咨询, 如提供的定期或不定期的健康咨询服务等
	(4) 健康评估, 如定期上门体检、对健康状况进行评估等
精神慰藉服务	(1) 心理测评, 定期对心理状况进行测量与评估
	(2) 心理咨询, 对心理疑问进行咨询、解答
	(3) 心理护理, 对忧虑、恐惧、焦虑等不良情绪进行疏导
	(4) 关怀陪伴服务, 陪同散步、读书看报或聊天等
社会需求服务	(1) 健康知识指导, 如饮食、用药指导等
	(2) 组织交流平台, 如老年协会、兴趣小组等
	(3) 组织文化娱乐活动, 如组织参加文化娱乐节目等
	(4) 组织社区公益活动, 如组织参加老年治安纠察队、接送小孩上学等

D8. 根据上题中提供的长期护理服务项目, 您**最愿意**接受哪种形式的老年人长期护理服务:

- (1) 日常生活照料服务 (2) 专业医疗护理服务
(3) 精神慰藉服务 (4) 社会需求服务

D9. 您到目前为止有没有接受过长期护理:

- (1) 没有接受过(结束第四部分答题) (2) 接受过(继续回答下一题 D10)

D10. 您对自己曾经或正在接受的长期护理服务是否满意:

- (1) 非常满意 (2) 比较满意 (3) 一般 (4) 不太满意
(5) 非常不满意

若选择(4)不太满意或(5)非常不满意则请回答:

D10-1. 您不满意的原因是:(可多选)

- (1) 护理不足 (2) 护理服务不专业 (3) 护理场所不满意
(4) 护理设施不足 (5) 护理态度不好 (6) 护理费用过高

五、长期护理制度意愿

- E1. 您觉得您**每月**可以接受的长期护理费用是多少：_____元/月
- E2. 您觉得老年人的长期护理费用应该由哪些渠道解决：**(可多选)**
- (1) 完全自己支付 (2) 完全享受政府福利
- (3) 政府开办社会长期护理保险 (4) 购买商业长期护理保险
- (5) 低收入老人可以享受政府福利 (6) 不知道
- E2-1. 其中您认为最好的解决渠道是**(填序号)**：_____。
- E3. 若由政府来整合和建立长期护理制度，您认为最合适主管部门是：
- (1) 专门新成立主管部门 (2) 卫生部门
- (3) 劳动和社会保障部门 (4) 民政部门
- (5) 其他 (6) 不知道
- E4. 政府若以社会保险方式建构长期护理制度，您认为下列何种方式最可行：
- (1) 单独开办长期护理保险 (2) 成为社会基本养老保险附加险
- (3) 成为工伤保险附加险 (4) 成为失业保险附加险 (5) 其他
- E5. 如果国家未来实施长期护理保险，您认为下列何种给付方式最适当：
- (1) 现金给付 (2) 护理服务 (3) 现金给付和护理服务相结合
- E6. 如果国家未来实施长期护理保险，您认为下列何种资金筹措方式最适当：
- (1) 以保险费方式收取 (2) 由政府税收支付
- (3) 建立长期护理的个人账户 (4) 其他
- E7. 您是否同意除了国家提供帮助外，个人也需要缴费来筹措长期护理的支出资金：
- (1) 非常同意 (2) 同意 (3) 不知道
- (4) 不同意 (5) 非常不同意
- E8. 若 10 分为满分，则您对未来国家建立长期护理制度的期望值为**(按期望程度打分)**：_____分。

问卷调查结束，再次感谢您的配合，祝您身体健康、万事如意！

附录 B 长期照护需求中年人问卷

问卷编号：_____ 调查员：_____ 审核员：_____

您好！为了切实反映老年人的长期照护需求，使老人们得到合理的照护，为国家制定老年人的社会保障政策提供基础依据，我们实施了武汉市老年人长期护理需求状况评价调查。

本调查不用填写姓名，答案也没有正确错误之分。对您提供的答案我们一定保密！请您根据自己的实际情况和真实想法，在每题的答案中选择打钩（无特别说明即为单选）。遇到有_____线的问题，就直接在_____中填写。如有疑问请向调查员询问。

衷心感谢您的支持与合作！

一、基本情况

- A1. 您的性别是：（1）男 （2）女
- A2. 您的年龄：_____岁
- A3. 您的婚姻状况：（1）已婚有配偶 （2）离婚 （3）未婚 （4）丧偶
- A4. 您的文化程度：
- （1）不识字或很少识字 （2）小学 （3）初中
（4）高中或中专 （5）大专或本科 （6）研究生及以上
- A5. 您的单位性质：
- （1）政府机关 （2）事业单位 （3）国企 （4）集体企业
（5）外企或合资企业 （6）民营企业 （7）个体
（8）退休或病退 （9）下岗或失业 （10）未就业
- A6. 您父母的职业状态：
- （1）在岗（或聘用） （2）退休 （3）离休 （4）其他（如从未就业）
- A7. 您的父母状况：
- （1）父母健在 （2）只有父亲健在 （3）只有母亲健在 （4）父母都去世
- A8. 您是否与父母同住：（1）是 （2）否
- A9. 您家中的人均年收入是多少：
- （1）低于 5000 （2）5000—10000 （3）10000—15000
（4）15000—20000 （5）20000—25000 （6）25000—35000
（7）35000—60000 （8）60000 以上
- A10. 您家庭的收入来源有(可多选)：

- (1) 工资 (2) 个体经营收入 (3) 退休金 (4) 父母资助
(5) 子女资助 (6) 亲友资助 (7) 低保或社会救助
(8) 存款利息或投资红利 (9) 租房收入 (10) 其他

A11. 您家中的人均年支出是多少：

- (1) 低于 5000 (2) 5000—8000 (3) 8000—11000 (4) 11000—14000
(5) 14000—18000 (6) 18000—24000 (7) 24000—35000 (8) 35000 以上

A12. 您家中的主要支出的项目有哪些（可多选）：

- (1) 食品消费 (2) 衣着消费 (3) 房屋水电费 (4) 给子女支出
(5) 给父母支出 (6) 给其他亲属支出 (7) 医疗费 (8) 保健支出
(9) 交通通讯费 (10) 日用品消费 (11) 娱乐学习支出
(12) 家电家具支出 (13) 购房及装修支出 (14) 其他

A12-1. 其中最主要的一项支出是（填序号）：_____，占总支出比例是：_____。

二、受照顾状况及身体健康状况评估

B1. 您父母的家务主要由谁承担：

- (1) 您和配偶 (2) 父母自己 (3) 钟点工（保姆/护工）
(4) 其他兄弟姐妹或亲友 (5) 邻里 (6) 其他

B2. 您的父母是否有长时间生病或生活不能自理的经历？ (1) 是 (2) 否
(若选“否”则跳至 B3)：

B2-1. 您的父母在什么地方接受照顾或护理：

- (1) 医院 (2) 护理院 (3) 家里 (4) 其他

B2-2. 您的父母生活不能自理时，由谁照顾？（可多选，若选(1)“无人”则跳至 B2-4）

- (1) 无人 (2) 您和配偶 (3) 父母自己照顾自己
(4) 其他兄弟姐妹或亲友 (5) 专业护理人员 (6) 保姆或护工

B2-3. 该照顾者是否与您的父母同住？

- (1) 该照顾者与您的父母同住，没有就业
(2) 该照顾者与您的父母同住，部分时间工作
(3) 该照顾者与您的父母同住，全部时间工作
(4) 该照顾者不与您的父母同住

B2-4. 您的父母生病或生活不能自理持续多长时间？

- (1) 少于一个月 (2) 一个月到半年 (3) 半年到一年
(4) 一年到三年 (5) 三年以上

B3. 如果父母生病（或生活不能自理），您希望由谁照顾：

- (1) 没有 (2) 您和配偶 (3) 其他兄弟姐妹 (4) 亲朋
 (5) 专业护理人员 (6) 保姆或护工

B4. 请在下表各项活动中符合您的父母条件的选项后打勾：

1. 吃饭	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
2. 穿衣	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
3. 上下床	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
4. 室内走动	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
5. 洗脸刷牙	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
6. 上厕所	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
7. 洗澡	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
8. 上下楼梯	1. 无困难	2. 有点困难	3. 很困难
9. 小便情况	1. 能自理	2. 偶尔失禁	3. 经常失禁
10 大便情况	1. 能自理	2. 偶尔失禁	3. 经常失禁

B5. 请在下表各项活动中符合您的父母条件的选项后打勾：

做饭	无困难	有点困难	很困难
洗衣	无困难	有点困难	很困难
打扫卫生	无困难	有点困难	很困难
服药	无困难	有点困难	很困难
剪指(趾)甲	无困难	有点困难	很困难
管理家庭财务	无困难	有点困难	很困难
打电话	无困难	有点困难	很困难
独自坐车	无困难	有点困难	很困难
购物	无困难	有点困难	很困难
看病	无困难	有点困难	很困难

B6. 您的父母有以下慢性疾病吗？（可多选）

- (1) 高血压 (2) 关节疾病 (3) 糖尿病 (4) 心脏病、冠心病
 (5) 消化疾病 (6) 脑血管病
 (7) 白内障 (8) 慢性肺炎 (9) 肢体残疾 (10) 截瘫、偏瘫
 (11) 癌症 (12) 癫痫

- (13) 精神病 (14) 抑郁症 (15) 老年痴呆 (16) 其他
(17) 都没有 (18) 不知道

B7. 您对父母的健康状况的评估是：

- (1) 健康 (2) 一般 (3) 不好但能自理 (4) 需要人照顾

三、长期护理需求状况

C1. 您的父母需要经常就诊吗：

- (1) 不需要 (2) 很少需要 (3) 有时需要 (4) 经常需要 (5) 不清楚

C2. 您的父母需要经常服药吗：

- (1) 不需要 (2) 很少需要 (3) 有时需要 (4) 经常需要 (5) 不清楚

C3. 您的父母会忘记按时吃药或就诊吗：

- (1) 从没有 (2) 很少有 (3) 有时有 (4) 经常有
(5) 必须有人协助吃药或提醒就诊

C4. 您的父母近几年平均每年需要进行输液治疗的天数是：

- (1) 低于 7 天 (2) 7 至 15 天 (3) 15 至 30 天 (4) 30 至 60 天
(5) 大于 60 天 (6) 不清楚

C5. 您的父母需要做常规检查吗？：

- (1) 不需要 (2) 很少需要 (3) 有时需要 (4) 经常需要
(5) 不清楚

C6. 您的父母近几年平均每年住院的时间是：

- (1) 不住院 (跳至 C8) (2) 一周以内 (3) 一个月以内
(4) 一个月至三个月
(5) 三个月至半年 (6) 半年以上 (7) 常年住院

C7. 您的父母住院的原因是：

- (1) **A 急性发作或疾病恶化需要接受医务人员的诊治**
(2) 定期输液治疗 (3) 功能康复治疗
(4) 疗养 (5) 接受规律的生命体征的检测 (6) 医务人员督促吃药
(7) 开药和体检 (8) 在家中无人照顾

C8. 如果有专门的护理机构为您的父母提供**以上除了 A 以外的服务**，你会选择住院还是选择护理机构？（如果相关费用的报销同住院治疗）：

- (1) 住院 (2) 护理机构

C9. 如果有政府成立的护理机构派专人为您的父母提供**上门服务**，您愿意吗？

- (1) 愿意 (2) 不太愿意 (3) 不愿意 (4) 不清楚

若选择 (2) 不太愿意或 (3) 不愿意则请回答：

C9-1. 您选择不愿意的原因是：

- (1) 希望自己照料父母 (2) 除了自己和亲属不相信其他人
(3) 担心费用问题
(4) 不了解这种服务 (5) 不相信有这种服务 (6) 其他

C10. 当父母患病时，您希望：

- (1) 医护人员上门服务 (2) 打电话咨询医院保健热线
(3) 打 120 电话求助 (4) 给父母买药吃
(5) 陪同父母到附近医疗机构看病
(6) 陪父母到三级医院看病 (7) 其他

C11. 如果父母经常反复住院，您希望父母：

- (1) 病情好转出院回家，发病时再住院
(2) 长期住在医院里接受专业治疗与护理
(3) 离院不出院，转入护理机构，病情变化及时转回医院治疗
(4) 无所谓

C12. 如果需要长期住院，您希望父母：

- (1) 由专业护士照顾
(2) 由医院培训过的护理员照顾
(3) 由家人、亲朋照顾
(4) 请保姆、护工照顾

C13. 您希望父母的就诊医疗机构类型是：

- (1) 既能提供诊疗又能提供生活护理的医疗机构
(2) 就近的、服务好的医疗机构
(3) 大型、三甲医院 (4) 无所谓

C14. 最近两年内，您父母多长时间进行一次全面体检：

- (1) 半年 (2) 一年 (3) 两年 (4) 不定期
(5) 没有 (6) 不清楚

四、长期护理需求意愿

D1. 您的父母享受哪些医疗保障（可多选）：

- (1) 无医疗保障 (2) 基本医疗保险 (3) 公费医疗
(4) 劳保医疗 (5) 商业医疗保险 (6) 其他

D2. 您是否对父母的养老担忧： (1) 是 (2) 否 (3) 没想过
若选择“(1) 是”请回答：

D2-1. 您担忧的问题是：（可多选）

- (1) 缺乏照护老人的专业护理知识 (2) 养老压力大、精神负担重
(3) 护理设备不足
(4) 经济状况不能满足父母养老需求 (5) 工作忙无暇照顾父母

- (6) 咨询信息不畅
- (7) 紧急情况下无法马上送父母到医院
- (8) 其他

D4-1. 其中最担忧是 (填序号): _____。

D3. 如果您的父母需要较长时期的护理, 您想为他们选择怎样的长期护理方式?

- (1) 居家式 (在家中护理养老)
- (2) 机构式 (如养老院、托老所等)
- (3) 没有想过

若选择“(1) 居家式”请回答:

D3-1. 您希望父母在家中由谁照顾和护理:

- (1) 亲属护理或照顾
- (2) 未受护理培训的家政人员照顾
- (3) 受过护理培训的家政人员照顾
- (4) 专业医护人员上门服务
- (5) 社区人员上门服务

若选择“(2) 机构式”请回答:

D3-2. 您希望父母到哪种机构中接受照顾和护理:

- (1) 到医疗保健康复机构 (医院、康复中心等)
- (2) 到老年机构 (护理院、老年公寓等)
- (3) 到托老所等社区日间照料机构

D4. 您对老年人长期护理了解吗:

- (1) 非常了解
- (2) 听说过, 有所了解
- (3) 一般, 不太了解
- (4) 听说过, 但不了解
- (5) 从未听说过

D5. 您知道目前当地提供的长期护理服务方式有下列几种: (可多选)

- (1) 日间托老
- (2) 疗养院
- (3) 家庭健康护理
- (4) 敬老院、老年公寓等
- (5) 专业护理机构
- (6) 医院慢性病床
- (7) 其他
- (8) 不知道

D6. 如果父母可以在家中和社区内接受护理服务, 请在您愿意父母接受的长期护理服务项目后打勾: (可多选)

日常生活照料服务	(1) 卫生清洁, 如日常洗漱、衣物更换清洗等服务
	(2) 饮食照料, 如制定食谱、协助进膳和饮水等
	(3) 排泄照料, 如协助如厕并做好清洁等
	(4) 安全保护, 如协助行动、预防老人走失及意外事故等
	(5) 服药, 如协助口服给药等
	(6) 家政辅助, 如家务料理等
专业医疗护理服务	(1) 疾病管理, 如输液、给药及进行血压、血糖等生命体征监测
	(2) 康复运动, 如进行指导运动及各类健身康复器材的使用等
	(3) 健康咨询, 如提供的定期或不定期的健康咨询服务等
	(4) 健康评估, 如定期上门体检、对健康状况进行评估等
精神慰藉服务	(1) 心理测评, 定期对心理状况进行测量与评估
	(2) 心理咨询, 对心理疑问进行咨询、解答
	(3) 心理护理, 对忧虑、恐惧、焦虑等不良情绪进行疏导
	(4) 关怀陪伴服务, 陪同散步、读书看报或聊天等
社会需求服务	(1) 健康知识指导, 如饮食、用药指导等
	(2) 组织交流平台, 如老年协会、兴趣小组等
	(3) 组织文化娱乐活动, 如组织参加文化娱乐节目等
	(4) 组织社区公益活动, 如组织参加老年治安纠察队、接送小孩上学等

D7. 根据上题中提供的长期护理服务项目, 您**最愿意**父母接受哪种形式的老年人长期护理服务:

- (1) 日常生活照料服务 (2) 专业医疗护理服务
(3) 精神慰藉服务 (4) 社会需求服务

D8. 您的父母到目前为止有没有接受过长期护理:

- (1) 没有接受过(结束第四部分答题) (2) 接受过(继续回答下一题 D10)

D9. 您对父母曾经或正在接受的长期护理服务是否满意:

- (1) 非常满意 (2) 比较满意 (3) 一般 (4) 不太满意
(5) 非常不满意 (6) 不清楚

若选择(4)不太满意或(5)非常不满意则请回答:

D9-1. 您不满意的原因是:(可多选)

- (1) 护理不足 (2) 护理服务不专业
(3) 护理场所不满意 (4) 护理设施不足
(5) 护理态度不好 (6) 护理费用过高

