

# 暨南大学 硕士学位论文

题名（中英对照）：

我国失能老人长期护理方式选择及其影响因素研究

Research on the Long-term Care Mode Choices and Its Influencing Factors of Disabled Old People in China

作者姓名： 孙雪兰

指导教师姓名： 周坚

及学位、职称： 博士 讲师

学科、专业名称： 社会保障

学位类型： 学术学位

论文初稿提交日期： 2019 年 4 月 20 日

论文答辩日期： 2019 年 5 月 30 日

答辩委员会主席：

论文评阅人：

学位授予单位和日期：

# 独创性声明

本人声明所呈交的学位论文是本人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果，也不包含为获得 暨南大学 或其他教育机构的学位或证书而使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示谢意。

学位论文作者签名：孙雪兰 签字日期：2019年6月14日

# 学位论文版权使用授权书

本学位论文作者完全了解 暨南大学 有关保留、使用学位论文的规定，有权保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅。本人授权 暨南大学 可以将学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文。

(保密的学位论文在解密后适用本授权书)

学位论文作者签名：孙雪兰

签字日期：2019年6月14日

学位论文作者毕业后去向：

工作单位：

通讯地址：

导师签名：周坚

签字日期：2019年6月17日

电话：

邮编：

## 中文摘要

人口老龄化是全世界共同面临的重要问题，我国老年人口急剧增长、平均寿命不断延长以及老年人口患病率逐年上升的趋势使得失能老人成为社会重点关注的特殊群体。长期护理是失能老人的共同需求，切实保障失能老人的长期护理需求是积极应对人口老龄化、失能化，实现健康中国的重要目标。因此，对于我国失能老人的长期护理方式选择的研究十分重要。

失能老人的长期护理方式选择受到诸多因素的影响，为了进一步探究我国失能老人长期护理方式选择的影响因素，本文利用中国老年健康因素跟踪调查（The Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey, CLHLS）2014年的调查数据，将影响失能老人长期护理方式的因素分为个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障四大类。同时以长期护理方式为本文研究的因变量，运用描述性统计分析和二元 Logistic 回归分析等手段，对影响失能老人长期护理方式选择的因素进行定量研究和实证分析。

定量研究的主要结果为：教育水平、现居住地、居住方式、存活女儿数、收入、患重病情以及社区起居照料服务对失能老人长期护理方式的选择有显著影响。居住在城市地区、家庭收入高、受教育程度高和社区提供起居照料服务对失能老人选择正式社会化护理方式有显著的正向影响。与子女同住的居住方式、有存活女儿和患有重病的失能老人选择非正式家庭护理方式的概率更高。在4类因素中，家庭情况对失能老人长期护理方式选择的影响最大，个人特征和社会保障因素次之，健康状况的影响最小。

此外，本文运用定性与定量相结合的研究方法，利用个案访谈的方法丰富本文的研究材料。研究发现，非正式的家庭护理方式仍是现阶段我国失能老人主要的护理方式，家庭情况是影响失能老人长期护理方式选择最主要的因素。同时，失能老人长期护理方式的选择出现明显的城乡差异，现有的社会保障体系无法满足失能老人的长期护理需求。本文认为，要完善和发展我国失能老人的长期护理方式，必须在政府的主导下，给予我国失能老人长期有效的政策支持，加大正式护理服务的供给力度，加强对非正式照顾者的支持力度，同时注重完善农村地区长期护理服务的政策制度，并且建立长期护理保险制度，加强社区护理服务体系的建设，为我国失能老人长期护理方式的发展营造良好的环境，进而促进我国养老保障与长期护理事业的发展。

**关键词：**人口老龄化；失能老人；长期护理；长期护理方式；长期护理保险

## Abstract

The aging of the population is an important issue facing the whole world. The rapid growth of the elderly population in China, the continuous extension of the average life expectancy and the increasing prevalence of the elderly population have made the disabled elderly a special group of social attention. Long-term care is the common needs of disabled elderly people. Effectively ensuring the long-term care needs of disabled elderly people is an important goal to actively respond to the aging of the population, disability, and achieve healthy China. Therefore, it is very important to study the long-term care mode selection of the disabled elderly in China.

The choice of long-term care mode for disabled elderly people is affected by many factors. In order to further explore the influencing factors of long-term care mode selection of disabled elderly people in China, this paper uses the survey data of The Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS) in 2014. The factors affecting the long-term nursing mode of disabled elderly are divided into four categories: personal characteristics, family status, health status and social security. At the same time, the long-term nursing model is used as the dependent variable of this paper. Descriptive statistical analysis and binary logistic regression analysis are used to quantitatively and empirically analyze the factors affecting the long-term care mode selection of the disabled elderly.

The main results of quantitative research are as follow. The factors including education level, current residence, living mode, number of surviving daughters, income, serious illness and community living care services have a significant impact on the choice of long-term care mode for disabled elderly. Living in urban areas, high family incomes, high levels of education, and community care services provide a significant positive impact on the choice of formal social care models for disabled seniors. Living patterns with children, surviving daughters, and disabled elderly with severe illness are more likely to choose an informal home care model. Among the four types of factors, the family situation has the greatest impact on the long-term care mode selection of the disabled elderly, followed by personal characteristics and social security factors, and the health status has the least impact.

In addition, this paper uses a combination of qualitative and quantitative research methods, using case interviews to enrich the research materials. The study found that informal home care

is still the main form of care for the disabled elderly in China at present, and the family situation is the most important factor affecting the choice of long-term care for the disabled. At the same time, the choice of long-term care for disabled elderly people has obvious urban-rural differences, and the existing social security system cannot meet the long-term care needs of disabled elderly. This paper believes that to improve and develop the long-term care of disabled elderly people in China, we must give long-term effective policy support to disabled elderly people in China under the leadership of the government, increase the supply of formal nursing services, and strengthen the support for the informal caregivers. Meanwhile, the government must focus on improving the policy system for long-term care services in rural areas, and establish a long-term care insurance system, strengthen the construction of community care service systems, and create a good environment for the development of long-term care for disabled elderly people. So as to create a healthy environment for the development of long-term care services in China, and thus contribute to the development of China's old-age security and long-term care business.

**Key Words:** Population Aging, Disabled elderly, Long-term Care, Long-term Care Services Mode, Long-term Care Insurance

## 目录

中文摘要.....	I
ABSTRACT.....	II
1 绪论.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究问题.....	2
1.3 研究意义.....	3
1.4 研究思路.....	4
1.5 研究方法.....	5
1.6 创新之处.....	6
2 理论机理.....	8
2.1 相关概念界定.....	8
2.2 文献综述.....	11
2.3 理论依据.....	18
3 我国失能老人长期护理方式的选择.....	21
3.1 长期护理方式的分类.....	21
3.2 不同长期护理方式的特征比较.....	21
3.3 我国失能老人长期护理方式的选择情况.....	27
3.4 我国长期护理保险制度的试点情况.....	29
3.5 本章小结.....	32
4 失能老人长期护理方式选择的影响因素分析.....	35
4.1 研究设计.....	35
4.2 变量的描述性分析.....	39
4.3 LOGISTIC 回归检验与结果分析.....	43
4.4 失能老人长期护理方式选择的个案访谈分析.....	50
4.5 本章小结.....	56

5 结论与对策建议 .....	57
5.1 主要结论 .....	57
5.2 对策建议 .....	59
参考文献.....	64
附录 1 失能老人长期护理方式选择的个案访谈提纲 .....	71
攻读硕士学位期间取得的研究成果.....	73
致谢.....	74

# 1 绪论

## 1.1 研究背景

人口老龄化是世界各国都无法避免的人口趋势。21 世纪以来,由于人口出生率的持续下降和老年人平均寿命的不断延长,人口老龄化在全球范围内呈现明显趋势。2010 年,全世界约有 8%的人口年龄在 65 岁及以上,预计到 2050 年这部分人口将增加 3 倍,约达 15 亿,占世界总人口的 16% (联合国人口司, 2009)。2000 年中国开始步入老龄化社会,2013 年中国 65 岁及以上老年人口比例上升至 14.8%<sup>1</sup>。根据联合国对中国生育率和死亡率的假设,到 2050 年,中国将有 3.29 亿 65 岁或以上的老年人口, 占中国总人口的 1/3 左右。由于人口迅速老龄化,慢性病患者率日益严重,长期护理不仅成为许多发达国家的迫切需要解决的政策问题,也逐渐成为发展中国家的负担。随着社会经济结构的不断变化,家庭规模不断缩小,传统的家庭养老观念日渐淡化,老年人的长期护理问题令人担忧,人们越来越担心当前的长期护理服务体系能否跟得上老龄化人口对长期护理服务需求的增长。

老年人的长期护理需求在全球范围内呈现增长趋势。2000 年美国有近 1000 万人口需要长期护理服务,其中 65 岁或以上的老年人口中,将近 70%需要接受长期护理,调查显示,2010 年美国需要长期护理服务的老年人增加至 810 万,预计这一数据到 2050 年将增至 2700 万到 4300 万不等<sup>2</sup>。欧洲国家对长期护理需求也在不断增长,2013 年,15.2%的西班牙老年人表示日常活动受到严重限制,意大利有超过四分之一(25.2%)的老年人需要长期护理服务,远远超过欧洲五分之一(20%)的平均水平<sup>3</sup>。中国城乡老龄人口抽样调查(SSAPUR)结果显示,2010 年中国有 3300 万的失能老人,其中 1100 万属于完全失能;截至 2015 年底,失能老年人口将达到 4000 万,其中 1200 万将完全失能。与此同时,疾病总负担也在持续上升,调查显示,中国老年人残疾的患病率每年增加 0.5%~6.3%,且在农村地区,需要长期护理服务的失能老年人的比例比城市地区增长得更快<sup>4</sup>。按照这样的趋

<sup>1</sup> Wang X Q, Chen P J. Population ageing challenges health care in China.[J]. Lancet, 2014, 383(9920):870-870.

<sup>2</sup> Gu D, Vlosky D A. Long-Term Care Needs and Related Issues in China[J]. Social Science Electronic Publishing, 2012.

<sup>3</sup> Casanova G, Lamura G, Principi A. Valuing and Integrating Informal Care as a Core Component of Long-Term Care for Older People: A Comparison of Recent Developments in Italy and Spain[J]. Journal of Aging & Social Policy, 2016, 29(3):201-217.

<sup>4</sup> Chen H, Wang H, Crimmins E M, et al. The Contributions of Diseases to Disability Burden Among the



势我们可以预测，随着总体平均寿命的延长，老年人的患病的年数和需要长期护理服务的风险也在同步增加。失能老人长期护理问题严峻，成为亟待政府解决的重要问题，因此，研究长期护理服务是应对人口老龄化挑战的重要工作。

不断增长的老年人口特别是失能老人人口增加了对长期护理服务的需求，长期护理是一个复杂的服务过程，涉及家庭、社会、经济等因素，不仅对失能老人的家庭产生重大影响，也对政府的医疗政策和中国的医疗体系提出巨大挑战。“未富先老”是中国甚至许多其他发展中国家面临的老龄化风险，长期护理就是其中最迫切需要重视和应对的挑战。受儒家文化和孝道文化的熏陶，中国政府一直提倡“让失能老人有尊严地安享晚年”的健康老龄化的长期护理政策理念。把失能老人作为重点关注人群，政府部门在完善护理服务体系、建立多层次护理保障制度、鼓励商业保险公司开展相关产品及管理方式创新、加强护理人才培养等方面对我国长期护理服务体系的建设和进行不断努力和尝试。2009年，民政部提出“居家护理为基础、社区护理为依托、机构护理为补充”的老年护理服务发展指导原则。例如在北京，努力实现90%的老年人将居家照顾，6%将由社区照顾，4%将在机构接受服务，这种方式被称为“90-6-4”，在上海，这一比例为“90-7-3”<sup>5</sup>。但随着我国人口老龄化、家庭结构及生活方式变化和慢性病患者率上升等趋势持续深化，如何更好地满足失能老人在养老及生活照料等方面的长期护理需求，实现“健康老龄化”成为政府和学者重点关注的主题。2013年中共中央提出了“加快建立社会养老服务体系和发展老年服务产业”的决定，失能老人的长期护理问题再一次成为热点话题。

## 1.2 研究问题

由于人口老龄化的快速增长和失能老人寿命的延长，老年人的长期护理已经成为许多国家的重要政策问题。长期护理服务在各国的发展进程各不相同，部分发达国家已经开始通过发展长期护理保险来应对长期护理需求剧增带来的挑战，但目前我国的长期护理保险制度还处于试点阶段，尚未建立正式的长期护理保险制度。在长期护理保障制度尚不完善的情况下，为最大程度地满足失能老人的长期护理需求，个人、家庭和社会应该进行合理的角色分工。因此，研究影响失能老人长期护理方式选择的因素成为制定和完善长期护理

---

Elderly Population in China[J]. J Aging Health, 2014, 26(2):261-282.

<sup>5</sup> Zheng G. China's aging population and the construction of socialistic harmonious society[J]. Journal of Wuhan Polytechnic University, 2012.

保障制度的必要工作。

那么，目前有哪些长期护理方式可供失能老人进行选择？影响我国失能老人长期护理方式选择的因素有哪些呢？“养儿”真的能“防老”？健康状况会影响失能老人的长期护理方式选择吗？现有的社会保障制度能够满足失能老人的护理需求吗？谁才是失能老人长期护理服务的主要提供者？作为老年人群中需要政府重点倾斜的弱势群体，失能老人的长期护理问题需要各界的持续关注。为了解我国失能老人长期护理方式选择的影响因素，为完善我国的长期护理保障制度提供有效的研究证据，也为提升全社会对失能老人养老和医疗问题的关注，本文利用 CLHLS 2014 年的调查数据，围绕着个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障等因素开展对失能老人长期护理方式选择的影响因素研究，试图为上述的问题找到答案。

### 1.3 研究意义

人口快速老龄化带来的长期护理问题引起了全社会对养老、健康、护理等国家重大民生问题的关注和讨论。失能老人作为社会的特殊群体，满足该群体的长期护理需求以及完善长期护理保障制度成为我国打造“健康中国”战略的重要举措，也是缓解我国养老危机的重要环节。本文利用全国性的调查数据去探讨失能老人的长期护理方式选择问题，其研究意义主要体现在：

(1) 以全国性的调查数据为支撑，通过对国内外相关失能老人、长期护理方式等主题的文献资料的综合整理，分析当前我国失能老人的健康状况和长期护理服务使用现状，契合目前我国政府倡导的积极老龄化、健康中国的战略主题，对于丰富我国失能老人的健康研究、完善我国失能老人的长期护理保障制度、支持长期护理方式发展等方面具有一定的理论价值。

(2) 长期以来，在“孝文化”的影响下，家庭是我国老年人的重要养老“阵地”，其中，成年子女一直是老年人主要的照顾来源。本研究利用较为权威数据库的数据进行实证分析，去探讨影响我国失能老人长期护理选择的具体因素，有助于检验“养儿防老”还是“养女防老”、“健康状况决定护理方式”等观点。与此同时，对于完善我国现有社会保障制度，制定更有针对性的长期护理保障制度等具有重要的现实意义。

(3) 有利于促进长期护理服务体系的完善，提高失能老人的生活质量。失能老人的长期

护理问题是社会养老服务体系的重要组成部分，每一位老年人在生命周期中都可能发生失能失智的风险，本文通过实证研究了解影响失能老人长期护理服务选择的影响因素，有利于预测失能老人对不同长期护理服务供给满足程度，为提高失能老人的长期护理服务水平和生活质量提供研究支持。

## 1.4 研究思路

人口老龄化是全球性的问题，由人口老龄化引发的诸多问题影响着社会的稳定和经济的发展。人口快速老龄化对社会保障体系提出严峻的挑战，老年人的医疗服务的使用、医疗资金的筹集、身体机能的康复、心理健康的维护和护理资源的获取等问题逐渐受到社会的关注。失能老人作为老年人口中的特殊群体，该群体的长期护理问题成为各界研究的重点。基于此，本文首先从人口快速老龄化的大背景下，选取“失能老人”这一特殊群体作为主要研究对象，通过研读国内外有关研究，了解目前学术界对于失能老人领域的研究侧重点，掌握国内外长期护理服务的发展现状，重点归纳影响失能老人长期护理服务使用的因素有哪些。之后，结合前人研究结论和本人的研究需要对我国目前的长期护理方式进行分类总结，并对不同的长期护理方式进行特征比较，探讨目前我国失能老人长期护理方式的选择情况。其次，利用具有代表性的数据为基础开展实证研究，对可能影响失能老人长期护理方式选择的因素进行一系列的描述性统计分析和回归分析，找出其中影响我国失能老人长期护理方式选择的显著因素。最后，将研究结果与现实情况结合起来，在我国政府提倡“积极老龄化”和“健康中国”的环境下，试图找到老龄化社会中满足老年人，特别是失能老人，对医疗服务使用和长期护理需求的有效途径，为失能老人和长期护理领域的研究提供些许支持。具体的研究思路见图 1。

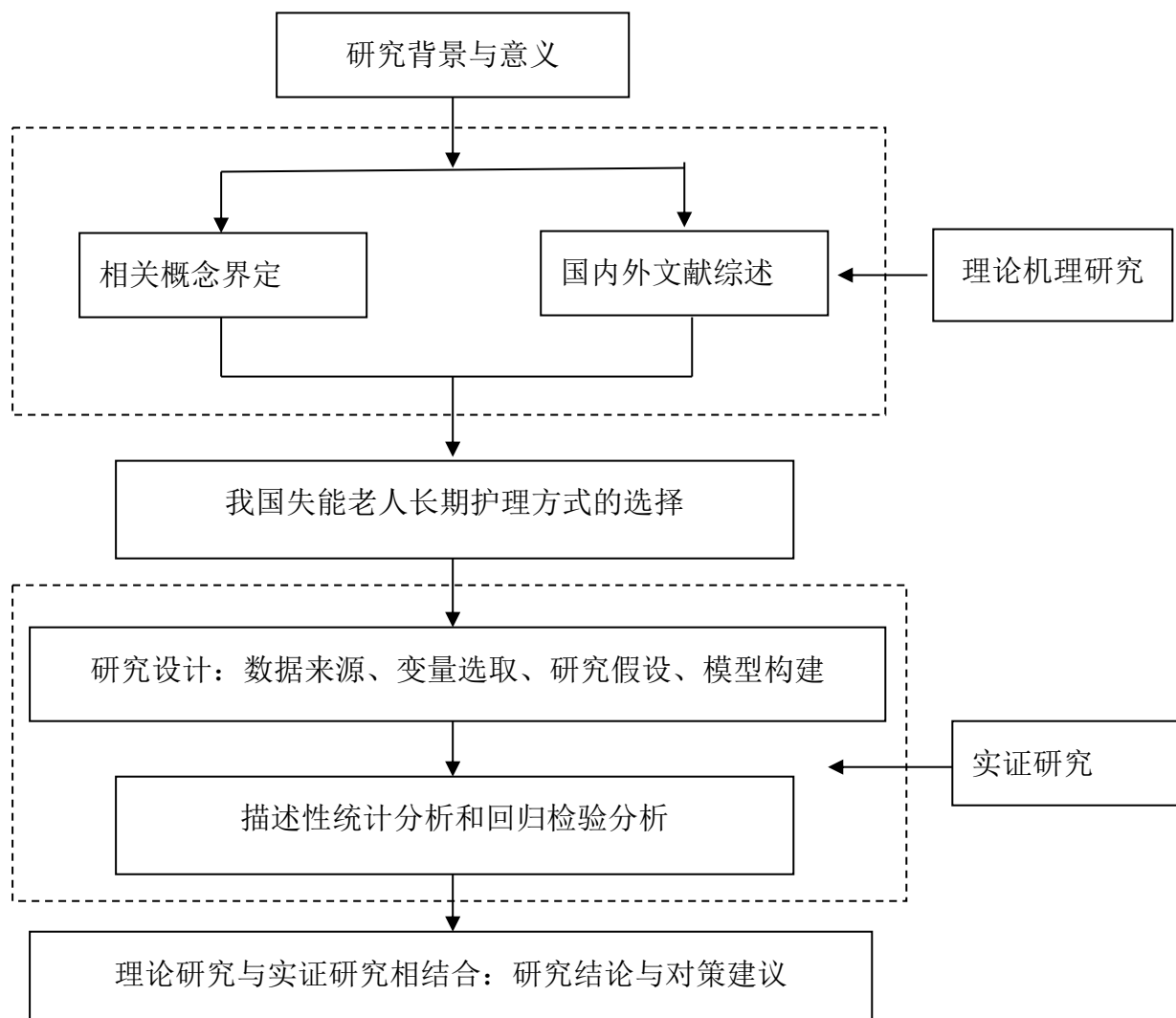


图 1 本文的研究思路图

## 1.5 研究方法

通过对国内外相关文献的研读，了解中外学者对于失能老人和长期护理的研究方向和研究结论，以此为依据找到本文的研究主题和研究思路，最终本文使用了比较分析法、定量分析法和个案访谈法等三种研究方法开展本次的研究。

### (1) 比较分析法

本文通过搜集、鉴别和整理国内外相关的权威文献资料的基础上，对不同护理方式之间差异进行比较，找出失能老人在长期护理方式选择时重点考虑的因素。注重长期护理服务不同方式之间影响因素和效果的比较，通过对文献的研究和两者的比较形成对我国失能

老人长期护理方式选择的影响因素的科学认识。

### (2) 统计分析法

本文采用定量分析的方法，通过对 CLHLS 的追踪调查所取得的数据资料进行描述性统计和构建二元 Logistic 模型，检验个体特征、家庭情况、健康状况和社会保障等方面的因素对失能老人选择长期护理方式的影响效应。具体而言，就是运用一些基本概念和理论观点，对所研究的问题进行相关的定性和定量分析，确定研究对象的内涵与外延，特点与本质。并在此基础上，借助数据资料，建立回归分析模型，分析不同因素之间的逻辑关系和影响程度，从而深化对所研究问题的认识和理解。

### (3) 个案访谈法

由于失能老人大多数年事已高、行动不便、听力下降和文化程度较低，仅用问卷调查的方法对于实现调查研究目标有一定的限制，为了弥补问卷调查条框限制严格的问题，本文在原有的基础上进行了访谈调查。本研究随机选取了 10 名选择正式社会化护理方式的失能老人进行个案访谈，访谈内容主要包括长期护理方式选择的主要影响因素，详细的访谈内容见附录 1。

## 1.6 创新之处

本文的创新之处在于：

(1) 在研究主题上，“失能老人”和“长期护理”问题受到政界和学界的广泛关注，通过对现有研究的梳理和归纳，发现大多数研究集中在一般老年人的养老方式或长期照料方式上，如城市老年人、农村老年人，专门针对全国性的失能老人样本的长期护理服务问题的研究较少。本文将“失能老人”和“长期护理”结合起来，以全国性的调查数据为基础开展研究，不仅有利于丰富失能老人长期护理问题的研究，找出失能老人长期护理方式选择的主要影响因素；而且切合目前我国政府提出的“健康老龄化”的战略目标，紧跟时代发展，立足当下最新政策方向，有利于缓解我国失能老人长期护理问题的紧张局势。

(2) 在研究数据上，本文使用的是中国老年人健康跟踪调查（CLHLS）2014 年的调查数据。CLHLS 是北京大学自 1998 年以来开展的全国范围内的老年健康影响因素跟踪调查，其目的主要是为了探索中国老年人健康老龄化的影响因素，为弥补老年医学领域的数据缺口，加强老龄医疗学科研究与政策分析，以及帮助国家应对人口老龄化严峻挑战和方便学

者开展与健康老龄领域相关的研究<sup>6</sup>。本文使用的是与老年人健康影响因素高度相关的数据库资源，而且运用的是本数据库的最新的调查数据开展研究，有利于掌握我国失能老人最新的健康状况和长期护理服务需求，数据来源可靠、真实，为得出接近实际情况的研究结论打下数据基础。

（3）在研究内容上，使用多个影响维度进行测量。本文通过文献的研读和梳理，将可能影响失能老人长期护理服务方式选择的因素分为个人特征、家庭情况、身体状况和社会保障 4 类，不仅分析哪些因素会对失能老人的长期护理方式选择产生影响，而且能够掌握不能类型的因素的影响力度，能比较系统和全面的分析我国失能老人长期护理方式选择的影响因素。

---

<sup>6</sup> 曾毅. 中国老年健康影响因素跟踪调查(1998-2012)及相关政策研究综述[C]// 世界老年学与老年医学大会·中韩论坛. 2013.

## 2 理论机理

### 2.1 相关概念界定

#### 2.1.1 失能老人

“失能老人”的概念由“失能”的老人衍生而来，目前，国内外的学者在研究与失能老人相关的问题时，通常都是根据各自的研究目的或者研究需要对其进行相关的界定，就目前而言，“失能老人”并没有官方的统一定义。要想对“失能老人”下定义，首先需要对“失能”进行界定。学者们对失能的定义经历了一个从医学视角到社会学视角的转变过程。从医学视角上看，失能是指由于自然衰老、罹患疾病或者外部损伤导致的身体机能下降的一种健康状态。从社会学视角上看，失能是指由于身体机能受损导致生活不能自理而需要他人帮助的一种生活状态。尽管各学者的界定不尽相同，但可以看出，身体机能受损和生活自理能力下降是他们共同关注的地方。因此，本文在界定失能老人的时候，也将身体机能和生活自理纳入其中。

失能是指丧失独立维持生活基本功能的能力，学术界通常用日常生活自理能力（Activities of Daily Living, ADLs）来测定老年人的独立生活能力和反映基本日常生活自理的状况。由于简单实用，易于操作，Katz<sup>7</sup>指数量表现阶段被广泛应用于评估老年人的日常生活能力。该量表分为6个评估指标：洗澡、穿衣、吃饭、上厕所、控制大小便和室内走动，通过对每项指标进行评分，根据分值与相应的失能等级进行匹配来判定老年人的失能程度。本文对失能等级的判定参照中国老龄科学研究中心课题组的标准，对失能程度做如下界定：6项指标全部能独立完成成为完全自理，有1~2项ADLs活动需要他人帮助完成的为轻度失能，有3~4项ADLs活动需要他人帮助的称为中度失能，5~6项ADLs活动需要他人帮助的称为重度失能（景跃军, 李元, 2014）。而对于老人的概念，国际上普遍认为当一个国家60岁及以上的人口数量占总人口的10%，或者65岁以上人口数量占总人口的7%以上时，就认为这个国家进入老龄化社会。考虑到老龄化趋势越来越严重，本文的研究对象限定在65岁及以上的老年人。因此，本文将失能老人定义为：65岁及以上，在洗澡、穿衣、吃饭、上厕所、控制大小便和室内走动等6项ADL活动中任意一项需要他人帮助

<sup>7</sup> Katz指数量表最早由Sidney Katz于1963年提出，经过修改和调整，各国研究者一直借助Katz量表来测定老年人的独立生活能力。

的老年人。

### 2.1.2 长期护理

长期护理 (Long-term Care, LTC) 是指长期生活无法自理的人们所需要的各种支持性的个人和社会性服务, 由于标准不一, 现存的各类定义在服务内容和服务标准方面存在一定差异。其中, 经济合作与发展组织 (OECD) 将长期护理定义为“在长时间内依赖他人日常生活基本活动帮助的人所需要的一系列服务”(OECD, 2007)。世界卫生组织 (WHO) 对长期护理进行了更加详细的定义, 认为有身体机能缺陷的人因缺乏基本日常活动能力所需要的一系列服务, 包括个人照料、家庭事务管理、协助性服务和技术性服务等 (WHO, 2013)。美国健康保险协会 (HIAA) 将长期护理界定为: 在一个较长时期内, 持续地为患有慢性病或处于伤残状态下的人提供的护理服务, 包括健康医疗服务 (如住院护理、康复训练)、社会服务、居家服务、运送服务或心理护理和临终关怀等其他支持性服务 (Koch V S, 2004)。一般来说, 长期护理是当个体经历残疾或者慢性疾病时需要他人提供的日常生活基本活动的支持性服务, 并且这个过程会持续很长时间甚至覆盖个体的余生。在澳大利亚, 长期护理是指为慢性病患者的治疗提供的护理服务, 其中, 服务的重点是护理而不是治疗, 是管理与衰老有关的慢性疾病, 并且通常将长期护理称为老年护理 (Aged Care) (Ergas H, Paolucci F, 2011)。在德国, “需要长期护理”是指由于身体、心理或精神障碍, 需要他人帮助来开展基本日常生活和经常性活动的人的时间 (至少 6 个月), 其中, 是否需要帮助的标准是至少 2 项 ADL 活动 (Schulz E, 2012)。

以上各类“长期护理”的定义主要包括两个维度: 一是导致出现长期护理服务需求的原因, 包括身体机能损伤和精神认知障碍; 二是服务内容可以包括日常生活照料、卫生医疗服务、技术性服务和临终关怀等精神支持服务。在一些人口老龄化较为严重的发达国家, 如日本、德国、澳大利亚, 长期护理也被称为老年护理。每一个服务维度包含的内容都与老年人特别是失能老人的养老和医疗保障息息相关, 对此, 许多国家都对长期护理进行重新定义以求精准覆盖老年人的护理需求。在中国, 虽然我国提出了“健康老龄化”的战略部署, 但由于我国长期护理服务及其保障体系建设起步较晚, 对长期护理的界定尚无定论。而考虑到本文的研究主题是失能老人的长期护理服务利用, 结合其他学者的界定标准 (Zhen Z, Feng Q, Gu D, 2015), 本研究将长期护理定义为“因身体机能损伤或疾病困扰



导致的需要他人提供日常生活的一系列服务”，同时将长期护理需求通过执行 6 项 ADLs 任务中是否需要帮助以及需要帮助的天数来衡量。如果被访者在 ADLs 的 6 项任务中的任意一项需要帮助超过 3 个月（90 天），则被认为有长期护理需求，否则，他或她被认为不需要长期护理服务。

### 2.1.3 长期护理方式

“长期护理方式”的概念由“长期护理”发展而来，是指提供长期护理服务的方式。由于失能老人的长期护理问题是一个世界性的难题，涉及个人、家庭、社会和政府等多方主体，长期护理服务的供给成为解决长期护理问题的重要环节。根据长期护理服务供给主体的不同，长期护理方式可以分为不同的子方式，如家庭护理方式、社区护理方式、机构护理方式，也有学者按照所提供服务的品质、服务人员的专业性以及服务是否需要付费，将长期护理方式分为正式护理方式和非正式护理方式。鉴于研究需要和研究数据的限制，结合前人对于长期护理方式的界定，本文将长期护理方式分为非正式家庭护理方式和正式社会化护理方式。非正式家庭护理方式是指居住在家中由家庭成员或亲戚朋友、邻居等人为失能老人提供的，不需付费的，生活起居照料、医疗保健和精神慰藉等服务的长期护理方式。正式社会化护理方式是指居住在家中或者社区中，由家庭雇佣保姆或使用社区提供的有偿的服务为主要照顾来源以及居住在机构中的长期护理方式。可以看出，本文对于长期护理方式的界定融合了居住方式和服务价格两点因素。

### 2.1.4 长期护理保险

20 世纪 70 年代长期护理保险以商业保险产品的形式最早在美国出现，往后的 80 年代和 90 年代，法国和英国的保险市场相继开设长期护理保险险种。以色列是第一个将长期护理保险立法实施并纳入全民社会保障体系的国家，《护理保险法》于 1986 年在以色列开始实行。之后，德国、奥地利、荷兰、日本、韩国等发达国家也相继建立并实施长期护理保险制度，以应对本国不断加重的老龄化趋势和长期护理负担。德国和荷兰强制要求全体的公民必须参加长期护理保险制度，其中德国要求参加工作的公民按照工资的 1% 缴纳长期护理保险费用。日本和韩国作为亚洲国家中仅有的 2 个实行长期护理保险制度的国家，其实施经验一直被广泛学习。日本作为老龄化最严重的国家，长期护理保险制度的颁布在一定程度上缓解了由老龄化带来的护理危机和“照顾赤字”。《介护保险法》于 2000 年 4

月在日本正式施行，要求 40 岁以上的公民都要参与长期护理保险费用的交纳，65 周岁以上的老年人则可以享受更多的制度优惠，如可以申请居家护理等额外服务。韩国 2008 年开始正式施行长期护理保险制度，与欧洲国家的长期护理保险系统主要以残疾人为服务对象不同，韩国的长期护理保险是在人口老龄化的背景下引入的。在韩国，老年人的年龄是划分长期护理保险等级的重要标准，65 岁或以上的老年人有资格获得所有类型的长期护理服务，但 65 岁以下的人的资格仅限于与年龄相关的长期护理需求，例如患有痴呆症、脑血管疾病的人。韩国的长期护理保险制度设计使年轻的一代为此做出贡献，虽然他们的受益资格受到限制，但在一定程度上促进了长期护理保险的财务可持续性。

对于长期护理保险的具体定义，美国健康保险协会认为长期护理保险是为消费者在发生长期护理需求时的潜在的巨额护理费用提供保障的一种保险险种。由于年老、疾病或意外伤害导致消费者需要长期护理服务时，对消费者支付的长期护理费用进行补偿的一种保险。在国内，长期护理保险的定义依然没有统一的结论，有的认为长期护理保险是对因年老、慢性疾病等导致生活部分或完全不能自理的老年人的护理费用进行的一种补偿（赵曼，韩丽，2015），有的认为长期护理保险是一种补偿被保险人在护理机构或家庭护理中所发生费用的津贴型保险险种（张瑞，2012）。从上述定义可以看出，国内外对长期护理保险的界定都以因发生长期护理时产生的费用进行补偿为核心观点，因此，本文将长期护理保险界定为对因年老、疾病或意外伤害导致生活自理能力下降的失能老人发生长期护理时，产生的高额的、长期的护理费用提供补偿的一种保险。

## 2.2 文献综述

### 2.2.1 国内文献回顾

#### （1）国内关于老年人长期护理方式选择的影响因素研究

失能老人的长期护理问题是目前备受各界关注的问题。失能老人的长期护理方式受到诸多因素的影响，对于这一问题的研究，不同的学者利用不同的数据样本、围绕不同的研究视角开展各自的调查。梳理已有的文献可以发现，国内学者主要集中在居住方式、城乡差异、经济收入、教育水平、存活子女数等方面。另外养老保险、医疗保险、社区资源可及性以及个人健康状况等因素也是学者研究的重点。顾永红通过对全国东、中、西部 9 省千户农村老年人家庭的调查，发现个体特征、家庭状况、经济状况和养老风险意识等因素

会对老年人养老方式的选择产生显著影响（顾永红，2014）。韩丽运用全国老年人口健康状况的调查数据，发现影响老年人护理方式选择的显著影响因素共有4类：自身特质类、健康状况类、社会经济地位类和社区服务供给类，其中年龄、现居住地、生育子女数、居住方式、医药费由谁支付、健康状况、收入、社区提供的起居照料服务等因素是具体的影响因素（韩丽，2015）。蒋岳祥等人通过浙江省5个城市的调查数据，除个人特征外，发现家庭状况、身体状况和经济状况对是老年人照顾方式选择有显著影响（蒋岳祥，斯雯，2006）。宋雪飞等人通过对我国长江三角州农村地区的实证调查，发现年龄、健康状况、家庭关系和晚年生活的孤独感对老年人养老选择有显著影响（宋雪飞，郭振，姚兆余，2015）。张瑞玲基于河南省12个地级市的调查数据，发现个人特征、家庭状况、经济状况、身心状态、医疗保障等因素是影响老年人选择机构养老的显著因素（张瑞玲，2015）。

通过对现有的文献的研究和梳理不难发现，影响失能老人长期护理方式选择的因素大致可以分为4类：个人特征（年龄、居住地、受教育程度等）、家庭情况（居住方式、存活子女数、家庭收入等）、健康状况（自评健康、失能程度、是否患重病等）、社会保障（养老保险、医疗保险、社区服务资源可及性等）。

在个人特征方面，学者们普遍认为，居住地和教育水平对老年人选择正式护理方式有显著的正向作用，农村老年人选择居家护理的概率更高，相比文化程度近乎文盲的失能老人，接受过教育的失能老人更倾向于选择机构护理方式（彭青云，2017；王莹，谷艳侠，夏小丽，2017）。文化程度越高，失能老人的观念更加开放，思想较为独立，生活上不依赖子女，对医疗健康有更高的追求，因此，文化程度越高的越倾向于选择机构养老（王莹，谷艳侠，2017）。年龄与长期护理方式选择的关系尚未达成一致，部分学者表示年龄越大的老年人越倾向于接受正式护理服务，因为年岁增长导致身体机能下降使得老年人更青睐专业护理水平更高的正式护理方式（韩丽，2017）。但也有研究得出了相反的结论，认为年长者更可能使用非正式护理（林莞娟，王辉，邹振鹏，2014）。

在家庭情况方面，无论从经济支持还是情感需求方面，家庭成员特别是成年子女一直是老年人的十分重要的照顾来源。是否与子女共同居住，家庭中成年子女的数量会显著影响失能老人的长期护理方式选择。独居、空巢、丧偶、受教育程度更高的老年人的长期护理服务需求更强烈，更愿意选择机构养老与正式护理方式（经济论坛课题组，2012）。由于子女承担了主要的护理责任，与成年子女共同居住的失能老人选择正式护理方式的可能

性大大降低，但在子女能够提供精神慰藉的情况下，老年人选择正式长期护理的意愿更强（同春芬，汪连杰，2015）。子女数量少、独居或不与子女同住的老年人对正式护理方式的偏好更为明显。有研究表明，没有存活子女的老年人更倾向于社会化照料方式，而有 2 个及以上健在子女的家庭对传统的照料方式更为偏好（陆华杰，张莉，2018）。存活的儿子数越多的家庭，选择非正式护理方式的概率更大，符合我国“养儿防老”的观念（韩丽，2017）。家庭收入对于失能老人选择长期护理方式的作用存在分歧，部分学者的研究表明，收入越高的老年人具有更高的购买力，将潜在需求转为有效需求的能力更强，因此更倾向于选择社会化护理（张文娟，魏蒙，2014），但也有研究发现，较贫困的老年人在机构中接受长期护理服务的可能性较高（汤军克，李惠英，陈林利，2010）。因为低收入老年人中包括更多的“三无”人员（无子女，无收入，无工作能力），他们能够得到更多的政府资助或政府统一将他们安置在医疗机构接受长期护理服务。另外，有研究显示家庭收入存在明显的“U 型”效应，认为相比低收入老年人有政府福利政策的支持，高收入老年人有较强的购买力，处于中等或中等收入以下的老年群体由于福利政策的排斥和经济能力的限制，选择付费的正式护理方式的比例明显更低（彭希哲，宋靓琚，黄剑焜，2017）。吕雪枫等人基于全国 12 个省 36 个县的一千多份调查数据发现，经济负担能力并不是农村老年人不愿意选择机构养老的首要考虑因素，生活方式和思想观念才是显著的影响因素（吕雪枫，于长永，游欣蓓，2018）。郝晓宁等人通过对北京市失能老人的照料现状和照料需求发现，超过 70% 的失能老人认为经济能力负担不起是其不愿意选择机构照料的主要原因（郝晓宁，薄涛，刘建春，2015）。

在健康状况方面，多数研究结果表明，在健康状况和生活自理能力弱化的预期下，选择机构护理的老年人口比例会增加（高晓路，季珏，2012）。但也有研究得出了相反的结论：身体健康状况较好、失能程度较低的老年人选择到机构接受正式护理服务的比例更高（王静，吴明，2008），健康状况较差的老年人选择正式照顾的可能性反而更小，这可能与护理机构在接收老年人时的选择偏好有关（苏群，彭斌霞，陈杰，2015）。因为大多数机构不愿意接收失能程度较高，健康状况恶化的老年人，即使这类老年人对正式护理方式的需求更为迫切。李强等人通过对山东省农村失能老年人的定量分析发现，视力退化严重、患有多种慢性病、健康状况越差的失能老人，其在起居照料、医疗护理和精神慰藉等方面的长期护理意愿更强，需求程度更高（李强，岳书铭，毕红霞，2015）。李伟峰和原翠娇

的研究发现，年龄、收入、健康状况和体育锻炼状况是影响老年人长期照护需求的重要因素，健康状况越差，老年人的长期护理需求越强，其中长期患有严重疾病的老年人所需的长期照护服务更多（李伟峰，原翠娇，2015）。

在社会保障方面，养老保险与医疗保险是当前我国社会保障体系的重要组成部分，是否拥有养老保险与医疗保险是探讨老年人长期护理方式选择的重要考虑因素。刘涵等人在分析北京市失能老人长期护理方式选择偏好的研究中发现，医疗保险与养老保险的参与情况会对老年人的长期护理方式选择产生显著影响，参与养老保险与医疗保险的失能老人选择正式护理方式的比例更高（刘涵，李星明等，2017）。吴海涛和宋嘉豪的研究也发现参与医疗保险的农村老年人选择正式化照料方式的倾向更明显（吴海涛，宋嘉豪，2017）。参与社会养老保险降低了农村老人主观贫困的发生比例，从而增强失能老人选择正式化护理方式的信心（刘仁鹏，张奇林，2018）。周玉芳通过对武汉市失能老人长期照料方式选择情况的调查研究，发现享有退休金的失能老人选择正式照料方式的比例高于不享有退休金的失能老人，其中拥有政府部门退休金的失能老人的比例也高于普通的失能老人（周玉芳，2014）。许明等人的研究结果表明，参与医疗保险显著提高了农村老人的经济独立性和居住独立性，对子女照料的需求减弱（许明，刘长庚，2014）。另外，社区是否提供起居照料服务在失能老人长期护理方式的选择中扮演重要角色，所在社区提供生活起居照料服务的失能老人选择正式社会化护理方式的概率显著高于所在社区未提供这项服务的老年人。在长期护理方式的选择上，社区照料服务的介入非常重要，不同的长期照料服务供给下失能老人的长期照料方式选择存在显著差异，其中社区起居照料服务，社区日常购物服务有显著影响（杨福，张利，余红剑，2015）。

### 2.2.2 海外文献回顾

#### （1）国（境）外关于老年人长期护理选择的影响因素研究

决定选择何种长期护理方式对老年人及其家庭来说是一个复杂而艰难的过程，这个过程通常涉及许多心理因素与家庭背景，包括如何分配家庭照顾和工作时间（Byrne D, Goeree M S, 2009）、家庭照顾者的可获得性、家庭照顾者的倦怠感以及护理文化的多元价值观等（Hoving C, Visser A, Mullen P D, et al, 2010）。在个人特征方面，海外学者普遍认为年龄越高的失能老人选择正式护理方式的可能性更高。Bravell 等人利用瑞典数据的研究结果显

示,年长的老年人使用正式护理的比例随着年龄的增长而增加 (Bravell, et al, 2008)。在韩国,与非使用者相比,正式长期护理服务的使用者更可能是女性、年龄更大、收入更低、独居,并且患病率更高 (Kim H, Kwon S, Yoon N H, et al. 2013)。台湾地区也不例外,有研究指出,年龄、单身婚姻状况、中风、痴呆和 ADL 残疾是长期护理服务使用的重要影响因素,长期护理服务的利用率与残疾程度成正比 (Wu C Y, Hu H Y, Huang N, et al. 2014)。在美国, Tsunn Kuo 等人的研究发现年龄和受教育程度对于移居美国的台湾人选择正式的护理方式有显著的影响 (Kuo T, Torresgil F, 2001)。另外,他们的研究结果显示,认同西方医疗方法的老年人比信奉中医治疗方法的老年人使用正式护理服务的比例更大。

不可否认,在“家庭主义”和“孝道”文化盛行的地方,家庭成员在提供长期护理服务中发挥了关键作用。但由于家庭结构和社会价值观的变化,家庭支持水平和支持来源变得越来越不稳定。在欧洲,老年人与成年子女一起居住的比率显著下降,独立居住的趋势弱化了失能老年人的代际间的支持系统,使得失能老人使用正式护理服务的比例增大 (Gierveld J, et al. 2012)。与中国情况类似,韩国家庭结构和照顾老人的态度在过去十年也发生了很大的变化,韩国家庭中与父母一起生活的成年子女的比率从 38% (2008 年) 下降到 29.2% (2016 年),更多独居的老年人在生活自理能力弱化的情况下选择由机构提供的照料服务 (Jeon B, Kwon S, 2017)。研究表明,由于家庭因素的影响,相比于社区护理和机构护理,拉丁裔人更倾向于接受家庭护理,并且该种族的老年人的长期护理服务使用率低于其他种族群体。特别是年长的墨西哥裔美国人,他们使用长期护理服务的可能性最低,更有可能严重依赖亲属为他们提供家庭护理 (Herrera A P, Lee J, Palos G, et al. 2008)。一项基于德国 SHARE 数据的初步调查结果显示,德国 50 岁以上的人口更多地在使用非正式护理。2010 年,德国超过 97% 的 60 岁及以上的仍然居住在私人住宅中,随着年龄的增长,老年人选择接受机构护理的比例增加,90 岁及以上的人中有 1/4 住在养老院 (Schulz E, 2012)。

关于健康状况对于长期护理方式选择的影响上, Gaugler J 等人通过定量研究发现日常生活活动能力下降、确诊痴呆、膀胱失禁、中风等因素是老年人选择机构护理的显著影响因素 (Gaugler J, et la. 2009)。失能程度与长期护理服务使用率关系密切,在美国,有学者发现老年人失能程度的下降导致了美国老年人长期护理使用率和护理费用的下降 (Manton K, et la. 2006)。Robert Newcomer 等学者的研究发现,失能程度在老年人长期护理方式选

择中有显著影响，超过 3 项 ADLs 活动需要别人帮助的老年人选择使用正式护理服务的概率显著高于少于 3 项 ADLs 活动需要帮助的老年人(Newcomer R , Harrington C , Hulett D, et al. 2016)。在荷兰的相关研究也证实了美国学者的观点，显示在排除了老年人的社会经济差异和人口家庭因素后，发现荷兰老年人的失能程度与长期护理服务使用之间存在正相关关系 (de Meijer C A, et la. 2009)。具体而言，选择机构护理的老年人比依赖家庭护理的老年人失能程度更严重，而使用居家护理的老年人与不需要长期护理服务的老年人之间的残疾程度差异不大。此外，他们发现，独自生活的年老的女性长期护理服务的利用率更高，这一点可能与女性的寿命更长和女性对自身健康的关注程度更高有联系。

在社会保障因素方面，海外学者非常重视长期护理保险对失能老人长期护理方式选择的影响，部分发达国家，例如德国、日本和韩国，已经通过实行长期护理保险制度来保障失能老人的长期护理需求。为了缓解人口快速老龄化带来的财政压力和护理负担，日本 2000 年开始正式施行长期护理保险制度，研究结果显示，长期护理保险对日本老年人使用正规护理服务有显著的影响 (Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Yoshie S, et al. 2017)。韩国于 2008 年开始实行长期护理保险，成为继日本之后亚洲第二个实行长期护理保险的国家。在韩国，Hongsoo Kim 等人的研究发现长期护理保险津贴显著增加了失能老人使用机构护理服务的概率 (Chon, Yongho, 2012)。发达国家和地区的社区在长期护理服务的供给方面比我国发展的更早。一项针对香港老年人长期护理服务使用情况的调查结果显示，对社区护理服务持积极态度、所在社区提供起居照料以及日常购物服务的老年人更倾向于选择由社区提供的长期护理服务 (Lou V , Chui E , Leung A , et al. 2011)。

### 2.2.3 研究述评

总体上看，失能老人的长期护理问题在国内外都引起了广泛的关注，其中，海外学者对于失能老人的长期护理服务问题的研究方法和研究资料相比国内更为成熟和丰富。通过归纳众多学者的研究结论可以发现，影响老年人或失能老人长期护理方式选择的主要因素可以分为个人特征、家庭情况、健康状况、社会保障等方面。由于国内外学者开展研究的调查地点、研究对象、研究方法和分析维度各不相同，所得的研究结论在某些层面存在分歧甚至相互对立的现象。例如，收入对于失能老人选择正式长期护理服务方式的影响来说，有正向，有负向，还有得出收入对长期护理方式选择的作用存在“U 型”效应的结论，这

主要是因为研究样本的多样性造成的。另外，年龄、存活子女的性别等因素对长期护理方式的影响也不一致，有正向，有负向，甚至还有无显著影响的。部分学者认为“养儿防老”是值得肯定的，但有些研究结论却显示失能老人家庭中真正起到显著影响作用的是健在的女儿，毕竟家庭中的女性照顾者是失能老人的最重要的照顾来源。大部分学者对与子女同住的居住方式是持肯定态度的，普遍认为与子女同住的失能老人选择家庭护理的比例明显高于独居或不与子女同住的老人。

学者们对于健康状况恶化会增加老年人的长期护理服务需求的观点较为一致，普遍认为健康状况会影响老年人的长期护理方式选择。但在失能程度的影响上存在不同的声音，有的认为失能程度越严重，选择正式护理服务方式的概率更高，也有学者表示失能程度较低的老年人更倾向于选择机构护理。在社会保障对老年人选择长期护理方式的影响方面，学者们的观点较为一致，多数研究都表明养老保险与医疗保险对老年人使用正式长期护理服务有积极的影响。但是，与发达国家（地区）相比，我国的长期护理保险制度尚未建立，二元结构使得城乡居民的社会保障体系并不一致，现有的社会保障体系是否能够满足老年人的长期护理方式选择还有待研究。

总体而言，近几年来，学术界对长期护理服务意愿和长期护理服务利用的影响因素研究不断深化，但存在几点的不足：（1）多集中在对普通老年人养老方式的选择影响因素分析，针对失能老人的研究较少（王一笑，2017；康蕊，2017；陶涛等，2014；魏民，邢凤梅，李颖，2016）；（2）已有的研究数据多基于局部区域或是根据项目课题需要设计问卷进行调查收集而来，基于全国性大样本和权威数据库的研究较少（戴卫东，2011；张强，高向东，2016；王雪辉，2016；李敏，2014；熊波，林丛，2009）；（3）学者们对养老服务相关问题的研究多于对失能老人长期护理服务的研究，对失能老人长期护理服务的分项研究较多，全面系统地针对全国失能老人的长期护理服务体系的研究较少。因此，结合以往研究的特点，本文试图利用全国老年健康跟踪调查 CLHLS 2014 年的最新调查数据对影响我国失能老人长期护理方式选择的因素进行研究，并结合个案访谈的方法，从个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障四个方面进行分析，有利于丰富失能老人长期护理服务问题的研究。



## 2.3 理论依据

### 2.3.1 “有限理性”决策理论

“有限理性”的决策思想最早由赫伯特·西蒙（Herbert·Simon）在《管理行为》一书中提出，他认为决策者在决策的过程中的行为并不是完全理性的，而是介于完全理性和非理性之间，表现为部分理性或有限理性<sup>8</sup>。传统经济学中“理性经济人”的假设认为在经济因素的刺激下，经济行为人拥有完全充分有序的价值偏好、完全预期和完全计算的能力，能够在所有的方案中做出最优选择，实现个人经济利益的最大化。西蒙对完全理性的经济人决策理论提出质疑，认为有诸多因素会影响个人的决策行为，除了经济因素外，个人的行为表现、态度、情感、经验等都会对决策产生影响。西蒙表示，在现实的社会经济生活中，决策者在识别和发现问题的过程中容易受到知觉上的偏差的影响，个人的选择是无法实现真正的完全理性的。由于受到决策时间和可利用资源的限制，个人根本无法掌握所有的决策信息去实现所有备选方案的预期，并且所有备选方案的预期都是不确定的，能够对所有备选方案的效果进行完全评价判断的人在现实生活中不可能存在，因此决策者选择的理性是相对的，有限的。

事实上，由于经济条件、自身认知、养老观念、家庭情感等原因的影响，失能老人的长期护理方式的选择也是有限理性的决策过程。在生活自理能力弱化的预期下，失能老人会出现长期护理的需求，但由于个人认知的局限性，无法对所有的护理方案都有全面的了解，也无法对所有护理方案的效果进行准确判断，导致在整个决策过程中失能老人处于比较被动的地位。长期护理方式选择过程中的参与主体存在信息不对称、个人逆选择和道德风险等行为，加重了失能老人长期护理方式选择的的风险。此外，个人的选择往往具有一定的偏好性，对于失能老人来说，由于所持养老观念的不同，对正式护理方式和非正式护理方式表现出不同程度的偏好。家庭观念深厚的失能老人认为家庭成员是其长期护理的主要照顾资源，倾向于选择非正式的护理方式，而认同机构护理文化的老年人可能更愿意选择正式护理方式。“有限理性”决策理论揭示了在风险决策中决策者往往对风险表现出厌恶的态度，倾向于接受风险较小的方案，这一特点也存在于失能老人长期护理方式的决策过程中。由于市场上存在着众多的护理机构和护理项目，由于个人认知的局限和护理信息的

<sup>8</sup> Simon H A . Bounded Rationality and Organizational Learning[J]. Organization Science, 1991.

限制，信息不对称导致失能老人选择正式护理方式的风险变大，失能老人很难在众多的护理机构中选择能够完全满足自身护理需求的服务，因此导致部分失能老人不愿意选择正式化的护理方式，而倾向于选择风险更小的家庭护理方式，在熟悉的家庭环境中接受长期护理服务。对于非正式照顾者而言，将失能老人送去养老院接受长期护理服务可能会受到社会舆论的谴责，加上正式护理方式的费用支出较大，需要承担较大的经济压力，相较之下，由家庭成员提供长期护理服务的非正式护理方式的风险更小。

### 2.3.2 社会支持理论

“社会支持”的专业概念最早是由 Cobb (Cobb·S, 1976) 提出，他将社会支持定义为导致主体相信他能够在某一个具有相互义务的社区中受到照顾和爱戴、感受到尊重和价值的信息<sup>9</sup>。20 世纪 80 年代，Cohen (1983) 指出，社会支持是保护人们免受压力事件不良影响的有益的人际交往，是个体对其人际关系密切程度的认知评价，有益于个体适应各种人际环境的变化<sup>10</sup>。随着研究内容的深入和研究视角的丰富，发展至今，学者们普遍认为社会支持是指来自于他人的一般性或者特定的支持性行为，这种行为可以提高个体的社会适应性，使个体免受不利环境的影响<sup>11</sup>。对于失能老人来说，社会支持对于保障他们晚年生活质量意义重大，失能老人的生活自理能力和社会适应能力不断下降，充分的社会支持有利于满足老年人的长期护理需求，保持晚年生活的尊严和质量。长期护理方式选择中老年人能够获得的社会支持可以分为两类，包括正式护理支持和非正式护理支持。正式护理支持包括国家或政府通过公共财政支出对失能老人及其家庭提供的政策性长期护理服务支持和物质性的经济补偿，而非正式护理支持主要指由家庭成员、亲属、邻居和朋友等群体提供的非制度性的、无偿的长期护理服务支持。

生活自理能力的弱化和精神情感世界的空虚导致失能老人需要多维度的社会支持，社会支持系统能够为失能老人提供认知支持、情感支持和行为支持等三个维度的支持。认知支持主要是为失能老人提供关于长期护理的各种信息、意见和知识，帮助失能老人更好地了解不同长期护理方式的区别，从而更好地在正式护理方式和非正式护理方式中做出更符

<sup>9</sup> Cobb, Sidney. Social Support as a Moderator of Life Stress[J]. Psychosomatic Medicine, 1976, 38(5):300-314.

<sup>10</sup> Sarason I G, Levine H M, Basham R B, et al. Assessing social support: The Social Support Questionnaire.[J]. J Pers Soc Psychol, 1983, 44(4):127-139.

<sup>11</sup> Uchino B N. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes.[J]. Journal of Behavioral Medicine, 2006, 29(4):377-387.

合自身护理需求的选择。情感支持是指为失能老人提供安慰、倾听、交流和理解等各种情感慰藉行为。从工作到退休，从健康到失能，失能老人普遍会经历较大的心理落差，导致精神状况出现较大变化。空巢家庭的失能老人或居住在护理机构的失能老人由于缺乏来自家庭的情感支持，精神慰藉的需求更为强烈。行为支持是指向失能老人提供实际的帮助行动，包括资金、体力和生理上的援助。对失能老人的日常生活活动进行长期护理是行为支持非常重要的组成部分，由于生活自理能力受到限制，需要对失能老人的长期护理投入时间和体力上的行为支持。经济负担能力是限制失能老人长期护理选择的重要因素，对失能老人进行资金的支持能够在一定程度减轻个人及家庭的经济压力。在社会支持的分工方式中，正式护理支持和非正式护理支持相互补充，共同承担对失能老人长期护理的责任和风险。一般而言，正式支持系统的护理方式有国家或政府的制度性支持，能够承担需要专业知识和技能的工作，为失能老人提供专业护理和康复支持。而非正式支持系统的护理方式有家庭或亲友的非制度性支持，适合承担比较简单或机械性重复的工作，为失能老人提供生活援助和情感慰藉。

### 3 我国失能老人长期护理方式的选择

#### 3.1 长期护理方式的分类

随着人口老龄化程度的不断深化，失能老人的长期护理问题成为世界性的难题。由于人口结构、家庭规模和赡养观念的变迁，我国失能老人的长期护理问题尤为突出。失能老人的规模不断增大，失能老人的长期护理需求日益强烈，满足失能老人的长期护理需求成为国家亟需解决的重要难题。据统计，中国 65 岁及以上的老年人中度以上的失能率为 12.3%，失能的比例随着老年人年龄的增加而增加，其中 85 岁及以上的老年人中度失能比例为 62.4%，中度以上失能老人的规模也会由 2015 年的 1560 万上升至 2050 年的 5600 万<sup>12</sup>。由于生活自理能力受到限制，失能老人需要通过正式或非正式的护理方式获取长期护理服务，来弥补日常自理能力的缺陷，提高晚年生活的质量。本文按照提供长期护理服务的主体、长期护理服务是否收费以及长期护理服务发生场地的不同，长期护理方式可分为正式社会化护理方式和非正式家庭护理方式。非正式家庭护理方式是指由家庭成员（配偶、子女、孙子女）、亲戚、邻居、朋友等主体为因年老、疾病或意外伤害等原因导致日常生活部分或完全不能自理的老年人提供的无偿的帮助和支持（Kalwij A, Pasini G, Wu M, 2012）；正式社会化护理方式是指在国家法律政策的基础上，通过公共融资的方式向符合条件的申请者提供长期照护服务，包括社区照护、机构照护以及其他对失能老人长期护理的支持行为，体现的是国家在老年人长期护理的责任（刘德浩，2016）。需要注意的是，目前我国尚未建立正式的长期护理制度，通过国家手段进行公共融资对失能老人的长期护理需求进行支持的制度尚未实行。我国失能老人的长期护理服务一般由家庭成员提供或者通过购买社区或机构的护理服务的方式来实现，因此，本文将正式社会化护理方式定义为居住在社区或者机构中，由经过专业训练的护理人员提供的有薪酬的长期护理服务。

#### 3.2 不同长期护理方式的特征比较

正式社会化护理方式与非正式家庭护理方式在服务供给主体、主体责任分配、服务费用支出和服务功能定位等方面存在明显的差异。对不同长期护理方式的特征进行比较，有利于了解正式社会化护理方式与非正式家庭护理方式之间的差异，为分析失能老人选择不

<sup>12</sup> 曹信邦. 中国失能老人公共长期护理保险制度的构建[J]. 中国行政管理, 2015(7).

同长期护理方式的影响因素奠定基础。

### 3.2.1 服务供给主体的差异

正式社会化护理方式与非正式家庭护理方式在服务供给主体方面存在明显的差异，正式护理方式更多的体现国家在老年照护的责任，其服务供给主体一般是专业的护理机构或社区护理服务机构等。而非正式护理方式更多的体现家庭对失能老人长期护理的责任，家庭成员特别是成年子女是主要的服务供给主体。服务供给主体的稳定性和充足性对于失能老人长期护理服务的使用非常重要，由于社会、经济、文化等多方面因素的影响，我国存在非正式家庭护理方式供给主体日益减少和正式社会化护理方式供给主体严重不足的现象。

长期以来，“养儿防老”是中国传统的家庭养老思想，依靠家庭成员或亲属网络的照料是中国老人普遍的养老选择，这也为失能老人的非正式家庭护理方式提供了情感基础和现实依据。当前学者对传统家庭照顾功能的弱化已经有所共识，认为人口流动严重削弱了传统家庭照顾功能，农村老人的照顾方式已经从传统的家庭成员经济支持、日常照顾、情感慰藉为主转变为老年人的经济自付、生活自理和情感自抚为主，非正式家庭护理方式开始受到挑战（陈芳，方长春，2014）。虽然我们不能否定家庭在老年照护方面的作用，但随着传统大家庭的逐渐解体和“421 家庭”以及空巢家庭的盛行，中国社会目前的家庭结构和家庭养老功能都发生显著变化，非正式护理的功能正在逐步弱化（王丽，2012）。甚至在农村地区，“土地”是老年人主要的经济来源，子女无法为老人提供相应的社会支持和护理服务，部分农村老人是“以地养老”而非“养儿防老”，并且这种养老方式也因政府主导的大规模的土地流转而受到冲击，家庭养老危机加剧导致非正式护理方式的根基受到一定程度的动摇（李永萍，2015）。此外，由于性别平等意识的普及和女性就业率的提高，失能老人非正式家庭护理方式的潜在照顾者不断减少。

中国进入老龄化社会以来，政府作为正式社会化护理方式的主要责任主体，开始提倡建立“以家庭为基础、社区为依托、机构为支撑”长期护理服务的发展方式，但实际上，我国正式护理方式的服务供给主体严重不足的现象依然存在。据民政部预测，2050 年，我国将有 4.8 亿人口步入老年，与庞大的失能老年人口数量形成鲜明对比的是，目前我国养老机构护理从业人员数量不到 100 万，其中，正式经过专业护理培训、持证上岗的护理人

员不足 10%，但按照国际公认的失能老人与护理人员 3:1 的比例计算，我国目前需要专业护理人员至少 1000 万，专业护理人员缺口约达 900 万。专业机构护理人员的缺乏，严重阻碍了机构护理的产业化发展。与此同时，支撑正式护理方式健康发展的养老服务机构数量的增长速度也令人担忧。民政部发布的 2010 年社会服务发展统计报告显示，截至 2010 年底，全国各类老年福利机构 39904 个，床位 314.9 万张，年末收养老年人 242.6 万人，这相当于每 1000 名老人共拥有 25 个床位。而现实中，中国有将近 1100 万完全失能的老人需要机构护理，机构护理的床位数量与完全失能老人的数量差距将近 800 万。政府的政策目标是到 2020 年每 1000 名老人拥有约 35 至 40 张病床，但截至 2016 年底，我国各类养老服务机构共有 6.4 万个，养老床位数 730.2 万张，每 1000 名老年人仅拥 31.6 张的养老床位数<sup>13</sup>。由此可见，与失能老人长期护理服务需求的增长速度相比，我国的养老服务的增长速度依然存在差距，正式护理方式服务供给主体的充足性受到挑战。

### 3.2.2 主体责任分配的差异

失能老人的长期护理责任如何在政府和家庭之间合理分配是保障失能老人长期护理服务质量的重要问题。在正式护理方式中，政府作为服务供给的责任主体介入长期护理服务的提供，并不意味着政府完全承担了对失能老人的长期护理责任，而是政府在“积极老龄化”的政策目标下，通过建立正式的长期护理制度来实现正式护理方式与非正式护理方式的协作和互补（丁怡，2012）。公共筹资的长期护理制度对于确保失能老人能积极应对长期护理风险至关重要，在发达国家，人们普遍认为失能老人的长期护理责任应该由政府而不是个人来承担。在欧洲国家中，荷兰失能老人正式护理服务的使用率（9.7%）高于德国（4.7%）和西班牙（5.7%），且这一差异正在逐渐变大，这是因为荷兰政府承担了大部分的长期护理责任<sup>14</sup>。在韩国，45.5%的人认为提供老年人长期护理是家庭、政府和社会的共同责任，30.8%的人表示将会主动承担照顾年迈父母的责任，可以看出，政府在失能老人长期护理方面承担重要责任<sup>15</sup>。欧洲健康、老龄化和退休调查(the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE))中一项针对欧洲 11 个国家的 65 岁及以上老年人的调查

<sup>13</sup> 人民政协网：我国每千名老年人拥有养老床位 31.6 张 <http://www.rmzxb.com.cn/c/2017-09-29/1823116.shtml>

<sup>14</sup> Plaisier I, Verbeek-Oudijk D, De K M. Developments in home-care use. Policy and changing community-based care use by independent community-dwelling adults in the Netherlands[J]. Health Policy, 2017, 121(1):82.

<sup>15</sup> Jeon B, Kwon S. Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: Policy Challenges and Lessons[J]. 2017(1):00-00.

结果显示,在被问及“失能老人的长期护理责任主要应该由谁承担”时,丹麦、瑞典和荷兰是认为政府应该承担失能老人长期护理责任比例最高的3个国家,分别占89.7%、66.6%和62.6%;与此相对,在“家庭文化”比较普遍的国家,认为政府应该承担长期护理的主要责任的比例较低,比如意大利和西班牙,仅为21.1%和22.9%,其中希腊的比例最低,仅有8.9%的比例认为政府应该对失能老人的长期护理负责<sup>16</sup>。

在探讨非正式护理方式时,无论是在发达国家还是发展中国家,家庭是失能老人长期护理责任的主要承担者,这一点得到诸多学者的认同。在失能老人的非正式支持系统中,配偶、子女、亲戚、朋友、邻居等主体都是重要的组成部分,其中成年子女是失能老人最重要的非正式照顾来源。由于性别角色意识的差异,男性成年子女和女性成年子女在承担失能老人长期护理责任中被赋予不同的角色分工和权重分配。哈罗维兹(Horowitz)针对家庭照顾者性别的研究报告显示,相对于男性成年子女,女性成年子女更多地承担了老年人非正式照顾的责任,且承担长期护理责任使她们的职业选择和工作时间都受到了影响(Horowitz, 1985)。失能老人的日常生活能力受到限制,女性成年子女会花费更多的时间投入到失能老人的长期护理工作中,为失能老人提供生活支持和情感慰藉。与之相对,男性成年子女对于失能老人的非正式照顾更多的是以经济支持的方式来表达,在日常生活的起居照料上大多只在家庭缺乏女性照顾者的情况下承担长期护理责任(黄何明雄,周厚萍,2003)。女性成年子女对于失能老人的长期护理投入密集型的体力劳动和持续性的情感支出,而男性成年子女对失能老人提供的长期护理服务大多属于偶发性和断续性的非正式支持,在社会支持不足的情况下,女性在照顾过程中经历了比男性更多的负面情绪,这也是女性照顾者在提供长期护理服务时更容易出现焦虑、抑郁等消极情绪的原因。

### 3.2.3 服务费用支出的差异

在本文长期护理方式分类的定义中,是否需要付费是区分正式社会化护理方式和非正式家庭护理方式的重要指标之一。不同的国家对长期护理资金采取不同的筹资方式,通常而言,发达国家建立了较为成熟的长期护理服务体系,通常根据长期护理政策和财政限制来调整长期护理服务支出。在北欧的一些高福利的国家,如瑞典和荷兰,长期护理支出主要由国家财政收入提供资金支持。在其他国家,如德国、日本和韩国,已经推出了覆盖全

<sup>16</sup> Klaus H, Marc S. State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries[J]. Ageing & Society, 2010, 30(2):25.

民的长期护理保险体系，这些国家的长期护理费用支出通过国家税收补贴和个人自付的混合体系运行。在我国，由于正式的长期护理制度尚未建立，通常需要失能老人自行负担正式护理方式的费用，有研究显示我国超过 85% 的长期护理费用由私人承担，这一比例在城市地区更为明显，因为城市老人使用机构护理的比例更高且经济能力更强(Feng Z, Liu C, et al, 2012)。然而，由于正式护理服务费用的上升，目前我国很大比例的老年人因无法负担得起长期护理费用而选择不使用正式护理服务的趋势愈加明显，这一情况在农村地区更为严重，有将近 31% 的农村老人表示无法负担得起相应的长期护理费用，使得农村失能老人正式护理方式的使用率明显低于城市失能老人。

有学者基于蒙特卡洛模拟对我国老年人的机构护理的费用支出进行估算，发现轻度失能老人的长期护理费用为 86 元/天，中度失能老人为 143 元/天，重度失能老人的长期护理费用支出最多，为 200 元/天，认为正式护理方式的费用支出超出了大部分失能老人的经济负担能力，这也是部分失能老人不愿意选择正式护理方式的原因。确实，相比部分享受福利的北欧国家和已经建立正式长期护理保险制度的国家，我国失能老人的正式护理费用没有公共筹资和财政补贴的支持，仅靠个人或家庭的收入难以支撑长期的费用支出。相比之下，选择非正式护理方式的失能老人，其长期护理服务主要由家庭成员负责提供，并不会产生直接的服务费用，但会造成较高的机会成本，因为家庭照顾者特别是成年子女，通常需要牺牲工作时间去完成对失能老人的长期护理。对于收入较高的子女来说，他们的时间成本相对较高，更愿意以经济支持的方式对失能老人进行援助；对于收入较低的子女而言，他们的时间成本较低，通常会选择亲自护理的方式赡养失能父母。相对于正式护理的费用支出，非正式护理过程中女性成年子女付出了更多的机会成本，在她们的一生中，甚至需要花费 18 年左右的时间去照顾年老的父母，长期经历生理上和心理上的双重压力(Baldwin, 1990)。甚至，在中国“孝文化”的影响下，经济能力较强的子女因为怕受到社会舆论的谴责而不能选择正式护理方式，只能被迫选择牺牲更高的机会成本来完成对父母的赡养。

### 3.2.4 服务功能定位的差异

国内外关于正式社会化护理方式与非正式家庭护理方式的功能定位和相互关系的研究中，大多数结论认为二者存在相互替代的关系。Van Houtven & Norton (2008) 发现非正式家庭护理对正式社会化长期护理有替代的趋势，由子女提供的非正式家庭护理服务可以



减少单身老人长期护理服务费用的支出。Lo Sasso & Johnson 研究发现非正式护理可以降低老人进入养老院的风险进而可以将其视为机构照顾的替代品 (Lo Sasso A T, Johnson R W, 2002)。Holly 在控制好内生性的前提下将欧美两国的护理方式进行比较后发现, 非正式照顾和正式照顾是相互替代的关系 (Holly A, Lufkin T M, Norton E C, et al., 2010)。Bolin et al. 的研究显示, 在欧洲国家, 认为非正式照顾对正式照顾有替代作用, 但是非正式照顾也会增加医生和医院的探视服务, 因此也可以认为是对老人健康医疗服务的补充 (Bolin K, Lindgren B, Lundborg P, 2010)。在中国, 家庭在失能老人的长期护理中一直发挥着基础性的作用, 但也认为正式护理方式与非正式护理方式在一定程度上是相互替代的关系。

在服务功能定位上, 我国政府一直以来倡导“家庭护理为基础, 社区护理提供必要支持, 机构护理为补充”的长期护理指导原则。无论从传统文化视角还是社会资本视角出发, 以家庭为中心的非正式护理方式在我国老年照护领域的基础性地位不可动摇, 家庭始终承担着失能老人长期护理的“第一道防线”。不可否认, 在部分发达国家(地区), 政府在失能老人长期护理方面承担了比家庭更多的责任, 但这是在社会、经济、政策和文化基础都完备的条件下产生的结果。目前而言, 我国尚不具备这样的条件, “未富先老”的特殊国情甚至让我国的失能老人家庭面临比其他国家(地区)更加沉重的负担。非正式护理方式在我国有深厚的文化基础, “就地老化”的观念让失能老人与家庭紧密地联系在一起。与之相对, 由社区护理和机构护理组成的正式护理方式的发展历史和发展程度都比较薄弱, 在功能定位上始终处于补充性和支持性的作用。特别是社区护理方式, 其在我国的发展历史更短, 2001年我国民政部发起“星光计划”为社区老年人提供体育休闲和健康保健等服务, 社区护理方式才开始在政府的政策支持下正式发展起来。“星光计划”的社区护理发展项目是在政府的指导下, 为老年人提供社交活动场所、社区护理服务平台, 以及对家庭护理的支持, 它包括一系列的社区支持服务, 如家政服务、送餐服务、运输和护送服务、康复护理和精神支持等。但在现实的运行过程中, 社区护理方式的预期效果尚未充分体现。

由于机构护理资源的昂贵与稀缺, 家庭护理资源的不足与简陋, 社区护理作为连接机构护理与居家护理的过渡桥梁近年来成为失能老人重点考虑的长期护理服务方式。因为大多数老年人有强烈的家庭观点, 想留在家中接受长期护理服务, 但是又不想成为孩子的负担, 加上与长期住院或者机构护理的成本相比, 社区护理同时满足了离家近、成本低和减轻家庭负担的条件, 因此, 在正式护理方式中, 社区护理方式的需求不断增加, 社区护理

方式发挥着日益重要的支持功能。机构护理作为正式护理方式的重要组成部分，其在失能老人长期护理服务中的补充和支撑的作用也越来越明显。机构护理服务一般是通过养老院、老年公寓和老年福利机构等机构提供的专业护理服务。

一项调查台湾老年人长期护理服务选择偏好的数据显示，70%的研究对象首选家庭护理，20%的台湾老人愿意接受机构护理，只有10%的老年人表示会选择接受社区护理(Chung M H, Hsu N, Wang Y C, et al, 2008)，在正式社会化护理方式中，机构护理发挥着比社区护理更重要的功能。此外，不同于由家庭成员、亲戚朋友和邻居等提供的非正式护理服务，机构护理接受的是由专业医务人员提供的正式护理服务，在服务项目上，正式护理方式更具优势。如果说非正式护理方式在服务数量上占优的话，正式护理方式的服务质量更高，不仅能为失能老人提供专业的长期护理服务，甚至能为失能老人提供情绪疏导、心理干预等方面的心理支持，满足失能老人的精神慰藉服务需求。因此，在服务功能定位上，正式护理方式更加注重专业性，发挥着注重质量的补充作用。

### 3.3 我国失能老人长期护理方式的选择情况

选择正式社会化护理方式亦或非正式家庭护理方式并不是一个简单的决定，它牵涉到社会、经济、文化、医疗和服务等多方面的因素，需要考虑到服务供给主体、主体责任分配、服务费用支出和服务功能定位等多方面的差异。许多研究结论表明，我国大部分的失能老人选择在家接受非正式的长期护理服务，因为在传统儒家孝道文化的影响下，子女送失能的父母去正式护理机构被视为不孝的行为，而年老的父母也会因为缺乏子女的照顾而感到羞耻。因此，当老年人经历失能面临长期护理需求时，往往更加渴望来自子女的照料，希望在家接受子女的长期护理，对正式护理方式的服务质量和价格认同度较低。研究显示，目前以家庭为中心的非正式护理方式仍然是我国失能老人选择比例最高的护理方式，将近90%的失能老人选择回归家庭接受长期护理服务（见表3-2）。不管是在城市还是在农村，选择在家接受非正式照顾的失能老人占比最大，其中农村地区的比例略高于城市地区。选择正式社会化护理方式的失能老人的比例较低，不到10%。值得注意的是，随着失能程度的加深，城市失能老人选择在机构接受正式护理方式的比例不断提高，但农村失能老人希望在机构接受护理服务的比例并没有相应提高。这说明，在失能老人生活自理能力下降的预期下，城市失能老人更愿意接受机构护理，而大部分的农村老年人对离开家庭接受正

式护理服务的行为依然表示不认同。社区护理方式的选择比例不足 1%。

表 3-1 城乡失能老人长期护理服务选择

护理类型	城市失能老人 (%)				农村失能老人 (%)			
	合计	轻度	中度	重度	合计	轻度	中度	重度
家庭护理	87.7	87.1	89.3	88.1	92.1	91.4	93.6	92.9
社区护理	0.6	0.9	0.7	0.1	0.9	1.2	0.4	0.7
机构护理	6.0	5.1	6.2	7.4	3.4	3.6	3.0	3.3
视情况而定	5.6	6.9	3.7	4.4	3.5	3.9	3.0	3.1

数据来源：党俊武、魏彦彦、刘妮娜 《中国城乡老年人生活状况调查报告（2018）》 2018 年 4 月第 1 版，第 161 页。

我国目前已经提出了构建“以家庭为基础、社区为依托、机构为支撑”的长期护理服务体系，家庭一直发挥着基础性的作用，但起依托作用和支撑作用的社区护理和机构护理发展还相对滞后。无论是在基础设施建设、服务人员培养、运作资金投入还是产业化发展方面，都无法与当前的需求相匹配。由于机构护理的运营成本和收益成本不匹配，专业的老年护理机构绝大多数由政府资助和运营，一些非政府组织和私人投资者进行小额投资。显然，不管是从机构数量还是服务质量上看，这些公立的护理机构并不能满足当前失能老人的长期护理需求，机构护理服务供需失衡现象严重。近年来，由于公共财政预算的限制，政府开始意识到鼓励私人资金投资建设长期护理机构是发展机构护理的有效方法，这一举措在很大程度上促进了城市老年人护理机构的快速发展。大多数私营的正式护理机构位于城市地区，虽然政府会对这些私营性质的机构进行补贴，但服务收费仍然是其重要的收入来源，这就导致决定失能老人能否享受到专业机构护理的关键因素是经济能力而不是需求程度，因为这些机构的收费标准通常比政府资助的公立机构高，因此人们普遍认为，私营的护理机构主要服务于高收入家庭的失能老人。这也是正式护理方式在我国失能老人中使用率不高的原因之一。

我国失能老人长期护理方式的选择情况基本形成了非正式家庭护理为主体，正式社会化护理为补充的局面，家庭在失能老人的长期护理中发挥着核心功能作用，失能老人渴望

在熟悉的家庭环境中老去，但近年来家庭护理功能的弱化已有所共识。此外，正式社会化护理方式发展的不足呼唤着政府和社会对失能老人的长期护理给予更多的支持。当前我国的我国机构护理和社区护理等护理设施虽然在覆盖范围上得到快速增长，但床位和设施的使用率仍有待提高。研究显示，与 2013 年相比，2015 年选择机构护理的老年人的数量减少了约 10 万，特别是在私人疗养院，可用的机构护理设施并没有以合理的价格在被使用，导致机构护理的入住率降低（Lu B, Liu X, Yang M, 2017）。自 20 世纪 90 年代以来，全国的长期护理机构的入住率一直保持在 75%左右，25%的机构护理空置率表明我国正式护理方式的服务功能并未得到充分发挥。失能老人选择正式护理方式的比例仍有待提高。

### 3.4 我国长期护理保险制度的试点情况

与部分发达国家的情况相似，由于社会经济结构变迁、家庭规模缩小、养老文化转变等问题的影响下，我国也正经历着由人口老龄化带来的护理危机。随着老年人长期护理费用的大幅增长，仅仅依靠现有的养老保险与医疗保险并不能有效地缓解老年人的长期护理压力，探索建立适合我国国情的长期护理保险制度成为政府政策讨论的焦点。中共中央“十三五”计划提出了“探索建立长期护理保险制度”的目标，表明老年人的长期护理问题已经引起并得到国家的重点关注。2016 年，我国人力资源和社会保障部办公厅正式颁布关于开展长期护理保险制度试点的指导意见，决定在广东、山东、江苏、浙江、四川、重庆、上海、河北、湖北、江西、黑龙江、安徽、吉林和新疆等 15 个省（市）进行长期护理保险制度的试点。可见，随着国家政策的颁布，探索建立长期护理保险制度成为我国当前重要的政策目标。下面，本文选取了几个试点较为成功的城市进行重点描述。

#### 3.4.1 青岛市长期护理保险实践

青岛市是人力资源和社会保障部于 2016 年启动的长期护理保险试点的城市之一。2012 年 7 月青岛市正式颁布了《关于建立长期护理保险医疗保险制度的意见（试行）》，开始在全市范围内实施长期护理保险制度，探索运用社会保险的模式来解决失能老人的长期护理问题，率先在我国地市级城市建立长期医疗护理制度。2017 年青岛市统计局发布数据显示，2016 年全市 60 岁及以上老年人口为 189.64 万，占全市总人口的 20.6%，65 岁及以上的老年人达 121.44 万，占总人口比重的 13.19%，老龄化水平高于全国的平均水平。青岛市严峻的人口老龄化趋势为其加快推进长期护理保险制度提供了现实基础。2018 年，为满足失

能老人长期护理需求，青岛市政府颁布《青岛市长期护理保险暂行办法》。长期护理保险主要为因年老、疾病、伤残等导致丧失自理能力的完全失能人员和重度实质人员提供基本生活照料及与基本生活密切相关的医疗护理服务或者资金保障。

表 3-2 青岛市长期医疗保险待遇

保险类别	待遇类别	服务项目	支付标准	基金支付比例	个人自付比例	基金最高支付金额	
职工护理保险	医疗护理	专护	三级医院 210 元/天	90%	10%		
			二级医院 180 元/天				
		院护	65 元/天				
		家护	50 元/天				
		巡护	2500 元/年				
	生活照料	三级照料	22 元/天				660 元/月
		四级照料	35 元/天				1050 元/月
		五级照料	50 元/天				1500 元/月
	失智专区	长期照护	65 元/天				1500 元/月
		短期照护	65 元/天				
		日间照护	50 元/天				

注：居民护理保险的待遇与职工护理保险待遇相似，只是基金支付比例变为 70%，个人自付比例变为 30%。

青岛市的长期护理保险分为职工护理保险和居民护理保险，要求参加职工社会医疗保险的参保人应同步参加职工护理保险，居民社会医疗保险参保人应同步参加居民护理保险。在资金筹集方面，青岛市的护理保险按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则进行筹集，按照基本医疗保险缴费基数总额 0.5%的比例和基本医疗保险个人缴费基数 0.2%的比例进行扣除，同时财政给予每人每年 30 元的补贴。在服务的供给方面，包括长期护理、生活照料、康复训练、健康管理、安宁疗护、临终关怀和精神慰藉等照护服务。根据失能老人多样化的护理需求，提供包括专护、院护、家护和巡护等长期护理服务。在待遇支付方面，职工护理保险参保者享受与基本生活密切相关的医疗护理费用 90%的报销比例。居民参保者享受 70%的报销比例。在服务管理与监督检查方面，青岛市实行信息公开制度，对护理服务机构实行动态管理，对保险受益人实行严格的待遇转入机制。在制度评价方面，经过科学合理的制度设计，青岛市的长期护理保险制度取得初步成效，实现了“患者减负

担、机构促发展、医保少支付”三方共赢的良性发展，有效地保障了失能老人的医疗护理权益、促进了定点护理机构迅速发展、减轻了医疗保险基金的支付压力。截至 2016 年，青岛市的长期医疗护理保险已经覆盖 802.8 万人，9.4 万名称乡失能老人成为护理保险的受益人<sup>17</sup>。

### 3.4.2 广州市长期护理保险实践

据广州统计局的数据显示，截至 2015 年末，广州全市常住总人口为 1350.11 万，其中 65 岁及以上人口为 106.62 万，占总人口的 7.9%。在经历了人口老龄化、家庭小型化的社会结构变迁后，老年人的长期护理风险逐渐增加。在现有的医疗保障制度和传统家庭护理模式无法满足失能老人长期护理需求的背景下，2017 年 8 月广州正式颁布并实施《广州市长期护理保险试行办法》。在覆盖人群方面，广州市职工社会医疗保险参保人员同步参加长期护理保险。广州市长期护理保险基金从职工社会保险统筹基金划拨，按照每人每年 130 元的筹资标准划入长期护理保险基金专户。在受益人员资格的评定上，市劳动能力鉴定委员会负责申请人长期护理需求的鉴定和评估，参保人员因年老、疾病、伤残等原因，导致生活完全不能自理已达或预期将达 6 个月以上的，可以申请长期护理保险待遇。在经历办理登记、提出申请、机构初评、现场评估、集体评审和结果公示等程序之后，通过资格审查的申请人可以享受相应的长期护理保险待遇和服务供给。享受长期护理保险待遇的参保人员，每 3 个月要接受一次护理效果和自理能力的评估，护理效果评定和生活自理能力发生变化的，会对受益人员的护理方案和护理等级进行调整。

广州市实行的长期护理保险制度分为基本生活照料和医疗护理两种服务项目，医疗护理服务由长期护理定点机构按评定等级进行提供，分为机构护理和居家护理两种待遇类别。在支付标准方面，机构护理的基本生活照料按照 120 元/天的标准支付，医疗护理按照具体的服务项目价格进行确定，其中长期护理保险基金支付的比例为 75%，个人承担 25%的自付比例。居家护理的基本生活照料按照 115 元/天的比例支付，医疗护理的支付标准也是按照具体的服务价格计算，90%由基金账户进行支付，个人只需付 10%。在长期护理保险制度评价方面，广州市作为广东省唯一的试点城市，面对老龄化程度不断加重的社会现实，

<sup>17</sup>潘屹. 长期照护保障体系框架研究——以青岛市长期医疗护理保险为起点[J]. 山东社会科学, 2017(11):74-81.

建立并实施长期护理保险制度有利于保障失能老人的基本生活权益，提升失能老人的生活质量，有利于促进养老健康产业的发展，拓宽护理从业人员的就业渠道。

表 3-3 广州市长期护理保险待遇

待遇类别	服务项目	支付标准	基金支付比例	个人自付比例	基金最高支付限额
机构护理	基本生活照料	120 元/天	75%	25%	90 元/天
	医疗护理	按照服务项目价格确定			1000 元/月
居家护理	基本生活照料	115 元/天	90%	10%	103.5 元/天
	医疗护理	按照服务项目价格确定			1000 元/月

### 3.5 本章小结

本节通过对正式护理方式与非正式护理方式的分析和比较，发现这两种长期护理方式在服务供给主体、主体责任分配、服务费用支出和服务功能定位等方面存在差异。正式社会化护理方式是以专业的护理机构和社区护理服务机构为主要的服务供给主体，由政府作为责任主体介入失能老人的长期护理服务供给。在我国，由于长期护理保险制度尚未建立，正式护理费用缺乏正式公共筹资和财政补贴的支持，现阶段主要由服务使用者自行承担。近年来，正式社会化护理方式虽然保持较快的发展速度，但是在功能定位上始终处于补充性和支持性的作用。非正式家庭护理方式是由家庭成员（配偶、子女、孙子女）、亲戚、邻居、朋友等主体组成的非正式支持系统提供长期护理服务，家庭是主要的责任主体。由子女特别是女性成年子女提供的长期护理服务虽然不会产生直接的经济费用，但是会造成较高的机会成本，甚至可能造成女性照顾者焦虑、抑郁等心理负担。总体而言，家庭在非正式护理方式中发挥着基础性的作用。具体的特征差异见表 3-4。

表 3-4 长期护理方式的特征差异

特征差异	正式社会化护理方式	非正式家庭护理方式
服务供给主体	专业护理机构，包括养老院、老年公寓、颐养院、康护机构、社区护理服务中心等机构。	主要家庭成员(配偶、子女、孙子女)、亲戚、邻居、朋友等主体。
主体责任分配	政府作为服务供给的责任主体介入长期护理服务的供给，试图通过公共筹资或建立正式的长期护理制度的方式承担失能老人的长期护理责任。	家庭作为主要的责任主体承担失能老人非正式的家庭护理任务。长期护理的责任在家庭成员之间的分配并不均匀，成年子女，特别是女性成年子女承担了大部分的长期护理责任。
服务费用支出	长期护理保险制度尚未建立，正式护理费用没有公共筹资和财政补贴的支持。研究显示，超过 85%的长期护理费用由私人承担，轻度失能老人的长期护理费用为 86 元/天，中度失能老人为 143 元/天，重度失能老人的长期护理费用支出最多，为 200 元/天。	长期护理服务主要由家庭成员负责提供，并不会产生直接的服务费用，但会造成较高的机会成本，因为家庭照顾者特别是成年子女，通常需要牺牲工作时间去完成对失能老人的长期护理。
服务功能定位	由社区护理和机构护理组成的正式社会化护理方式的发展历史和发展程度都比较薄弱，在功能定位上处于补充性和支持性的作用。	家庭始终承担着失能老人长期护理的“第一道防线”，发挥基础性的作用。“就地老化”的观念让失能老人与家庭紧密地联系在一起。

此外，在长期护理方式的选择方面，非正式的家庭护理方式仍是现阶段我国失能老人的主要护理方式，超过 90%的失能老人将非正式的家庭护理方式作为长期护理的首要选择，且这种趋势将会持续较长的时间。在长期护理保险制度的试点方面，参照国际上的成功经验可知，根据本国的人口老龄化趋势和国家财政能力的不同，德国、日本和美国制定了适合本国的长期护理保险制度，德国和日本选择的是社会长期护理保险制度，美国选择的是社会保险和商业保险相结合的长期护理保险制度。从我国目前的长期护理保险试点情况来看，我国的试行的长期护理保险制度与德日两国实施的社会化长期护理保险制度更为相似。



德日两国的长期护理保险运行 20 多年以来，取得了非常大的成效，其制度设计值得我国借鉴。

(1) 坚持广覆盖的参保原则。不管是德国、日本还是美国，都在尽力地保障长期护理保险制度能够惠及更多的人群。德国长期护理保险的保障对象包括所有参加医疗保险的人，日本介护保险的保障对象包括 65 岁及以上所有的老年人和 40-65 岁参加医疗保险且符合条件的人，而美国的社会保险和商业保险则构建了一个多层次的保障体系，覆盖了 65 岁及以上老年人和残疾人，低收入家庭和中高收入阶层。

(2) 适时调整保险费费率原则。随着长期护理需求的激增，国家在长期护理保险方面的财政压力也会相应增加，为了保证长期护理保险的财务可持续性，德国和日本在长期护理保险制度的运行中都对长期护理保险费率进行了相应的改革，例如，德国的保险费费率从 1995 年的 1% 上调至 2008 年的 1.95%。

(3) 多元化的资金筹集来源。德国、日本和美国三个国家均构建了资金来源多元化的长期护理保险制度。德国的长期护理保险制度经过不断改革，实现了政府、雇主和雇员资金合理分担的缴费制度，缓解了政府的财政压力，提高了老年人的护理质量；日本自 2000 年开始实施长期护理保险，也是由政府、企业和个人三方共同缴费，实现了社会保险制度的互惠互利，及时控制了长期护理费用的飞速上涨，有效地减轻了各方的经济负担；美国利用多元化的长期护理保险制度，对老年人、残疾人和低收入家庭等弱势群体实行社会长期护理保险，对中高收入阶层实行商业长期护理保险，多元的筹资主体实现了制度效用的最大化。

(4) 严格的资格审查制度。为了控制长期护理保险逆向选择的风险，德国和日本都对长期护理保险受益人资格进行严格的审查，防止在信息不对称的情况下长期护理服务和费用被滥用现象的发生。

## 4 失能老人长期护理方式选择的影响因素分析

### 4.1 研究设计

#### 4.1.1 数据来源

本文的研究数据来源于北京大学健康老龄与发展研究中心组织的中国老年健康影响因素跟踪调查 2014 年的调查数据（北京大学健康老龄与发展研究中心，2017），CLHLS 的调查范围覆盖全国 23 个省区市，调查对象为 65 岁及以上老年人和 35-64 岁成年子女。问卷的调查内容包括老人及家庭基本状况、社会经济背景及家庭结构、经济来源和经济状况、健康和生活质量自评、认知功能、性格心理特征、日常活动能力、生活方式、生活照料、疾病治疗和医疗费承担等。该调查项目在 1998 年进行首次调查，此后分别于 2000 年、2002 年、2005 年、2008-2009 年、2011-2012 年和 2014 年进行了跟踪调查，在 7 次的调查中，2014 年的数据是目前为止公布的最新调查数据。2014 年的跟踪调查共访问 7192 名 65+ 岁老年人，其中 47 人接受过 1998 年以来的历次调查，96 人接受过 2000 年以来的历次调查，1539 人接受过 2002 年以来的历次调查，2453 人接受过 2008 年以来的历次调查，821 人接受过 2011/2012 年的调查，1125 人为 2014 年首次接受调查。由于该项目自 1998 年正式启动以来成果突出，得到了国内外学者的高度重视，该数据的科学研究与实际应用价值得到肯定。本文利用 CLHLS 2014 年的最新数据分析失能老人长期护理服务方式选择的影响因素，数据的适用性和真实性得到保证。此外，2014 年调查的 7192 个数据样本覆盖全国 23 个省自治区 860 多个县，包括 3316 名男性，3876 名女性，其中 13.7% 的样本来自城市地区，30.9% 来自镇，55.3% 来自农村地区，样本分布具有较合理的城乡差异和性别差异。

#### 4.1.2 变量选取

##### （1）自变量

结合对文献综述的回顾和前人研究的结论，本文研究的自变量主要分为 4 类：个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障。个人特征类因素包括年龄、受教育程度、居住地；家庭情况用居住方式、家庭中存活子女的数量以及家庭收入等 3 个变量来衡量；健康状况由失能程度、是否患有重病等情况来确定；社会保障类因素用养老保险、医疗保险和社区

是否提供起居照料服务来判断。所选取的自变量在问卷中均可以找到对应的数据，具体的变量设计和赋值见表 4-1。

表 4-1 自变量编码方案

自变量	具体问题编码及指标	变量赋值
个人特征	年龄	A3 被访老人的年龄 0=65-89 岁之间 1=90 岁及以上
	受教育程度	F1 老人受教育年限 0=未接受过教育 1=小学及以下 2=初中及以上
	居住地	III 被访老人的现居住地 0=乡镇 1=城市
家庭情况	居住方式	A5-3 是否与子女（子女配偶）同住 0=否 1=是
	存活儿子数量	F10-3 您现在有多少个存活的儿子
	存活女儿数量	F10-3 您现在有多少个存活的女儿
健康状况	家庭收入	F3-5 去年你们家的家庭总收入是多少
	失能程度	E1-E6 ADL 活动中需要别人帮助的项目数 0=轻度失能(1~2 项) 1=中度失能(3~4 项) 2=重度失能(5~6 项)
	患重病情况	G13-1 过去两年中您是否患过重病 0=否 1=是
社会保障	养老保险	F6-4 您目前是否有养老保险 0=无 1=有
	医疗保险	F6-4 您目前是否有医疗保险 0=无 1=有
	社区医疗服务可及性	F14-1 社区是否提供起居照料服务 0=无 1=有

注：指标前面的问题编码为 CLHLS 2014 年调查问卷中实际的问题编号，或根据问卷中相应的问题整理而来。社会保障中的养老保险包括退休金和养老金；医疗保险包括公费医疗、城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗保险；社区提供起居照料服务包括起居照料和日常购物。

## (2) 因变量

本文定量分析的因变量是失能老人的长期护理方式选择，鉴于数据的限制和操作的需要，本文将长期护理方式分为 2 种，一种是非正式家庭护理方式，另一种是正式社会化护理方式。因变量的划分标准，采用问卷中 A5-1 号问题“您现在与谁住在一起？”E6-1 号

问题中“您目前在 E1、E2、E3、E4、E5、E6 六项日常活动中需要他人帮助时，谁是主要帮助者？（单选）”以及 E1-0~E6-0 六项 ADLs 活动需要他人帮助的天数等 3 个问题的回答来划分。居住在家中，接受由家庭成员、亲戚朋友、邻居等提供的无偿的服务的失能老人被认为是选择非正式家庭护理方式；居住在机构或者居住在社区或家中，主要将家庭雇佣保姆或者社会服务视为主要照顾来源的失能老人被认为选择的是正式社会化护理方式。因变量的具体编码方案见表 4-2。

表 4-2 因变量编码方案

因变量	具体问题编码及指标	变量赋值
长期护理方式	A5-1 您现在与谁住在一起	0=非正式家庭护理方式 1=正式社会化护理方式
	E6-1 您目前在 E1、E2、E3、E4、E5、E6 六项日常活动中需要他人帮助时，谁是主要帮助者？（单选）	
	E1-0~E6-0 六项 ADLs 活动需要帮助的天数	

#### 4.1.3 研究假设

通过对现有研究的整理和归纳可以发现，失能老人的长期护理方式选择涉及多方主体，过程复杂，受多种因素的影响。其中个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障等 4 类因素是结合以往的研究得出的可能影响失能老人长期护理服务使用的主要因素。由于各类因素对失能老人的长期护理方式选择的影响方向并不一致，甚至同一个因素在不同的研究中出现相反的结论，例如，年龄、收入、存活子女性别等，导致社会上出现年龄越大越倾向于选择正式护理方式还是年龄越小越倾向于正式护理方式？收入对护理方式选择会不会产生“U 型”效应？养儿防老还是养女防老？现有的社会保障能否满足失能老人的长期护理需求？等诸如此类的疑问。鉴于此，本文主要从个人特征、家庭情况、健康状况、社会保障等 4 个维度去展开对失能老人长期护理方式选择的影响，因此，本文提出的研究假设为：

- (1) 教育水平越高，失能老人越倾向于选择正式社会化护理方式；
- (2) 家庭年收入越高，失能老人越倾向于选择正式社会化护理方式；
- (3) 存活女儿数量越多，失能老人越倾向于选择非正式家庭护理方式。

#### 4.1.4 模型构建

本文的定量分析方法采用 Logistic 回归模型，由于本文的因变量为“失能老人长期护理方式的选择情况”，是一个二分变量，取值范围为 0 或 1，因此，本研究最终采用二元 Logistic 回归模型进行分析。当失能老人选择正式社会化护理方式时，表示事件发生，其发生的概率用  $P$  表示，取值范围为  $[0, 1]$ ，当老年人选择非正式家庭护理方式时，表示事件不发生，事件不发生的概率为  $(1-P)$ 。由此可知， $p/(1-p)$  则表示事件发生与不发生的概率比，称为事件的发生比 (Odds Ratio)。当发生比大于 1 时，表示事件发生的概率比事件不发生的概率高，即失能老人选择正式社会化护理方式的可能性高于选择非正式家庭护理方式的可能性。对事件的发生比进行 Logit 的转换，即对事件发生和不发生的概率比取自然对数，用  $\ln\left(\frac{P}{1-P}\right)$  来表示。通过对以往研究的实证模型的借鉴，以及结合本文自变量和因变量的设定，本文的模型构建如下：

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \alpha + \beta X + \varepsilon$$

其中， $X$  表示自变量，即本文选取的可能影响失能老人长期护理方式选择的个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障等因素； $\alpha$  表示常数项， $\varepsilon$  表示因变量中无法用自变量解释的误差项。

同时，为了分析个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障等因素对失能老人长期护理方式选择的影响方向和力度，本文构建了 4 个模型，将 4 类因素依次纳入模型进行检验，即模型 1 仅包括个人特征因素，模型 2 包括个人特征和家庭情况，模型 3 同时包括个人特征、家庭情况和健康状况等 3 类因素，模型 4 则包括全部的因素。通过对不同模型结果的对比，找出哪些因素是影响长期护理方式选择的显著因素，并比较不同类别因素的影响大小和影响方向。具体的回归模型表达式如下：

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right)^1 = \alpha^1 + \beta_1^1 X_{\text{个人特征}} + \varepsilon^1$$

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right)^2 = \alpha^2 + \beta_1^2 X_{\text{个人特征}} + \beta_2^2 X_{\text{家庭情况}} + \varepsilon^2$$

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right)^3 = \alpha^3 + \beta_1^3 X_{\text{个人特征}} + \beta_2^3 X_{\text{家庭情况}} + \beta_3^3 X_{\text{健康状况}} + \varepsilon^3$$

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right)^4 = \alpha^4 + \beta_1^4 X_{\text{个人特征}} + \beta_2^4 X_{\text{家庭情况}} + \beta_3^4 X_{\text{健康状况}} + \beta_4^4 X_{\text{社会保障}} + \varepsilon^4$$

在统计分析软件方面，本文使用 SPSS 22.0 软件对数据进行统计分析，显著性水平控制在  $P < 0.05$ ，描述性统计内容包括平均值、频数、百分比和极值等内容。t 检验、单因素方差分析（ANOVA）和卡方检验（Chi-square）用于解释各类预测因素与长期护理方式选择之间的关联；皮尔逊相关系数（Pearson）用来评价模型如何有效地描述预测变量及模型拟合数据的程度，以及用 Logistic 回归中调整后的 R 方（Nagelkerke R 方统计量）来描述长期护理方式选择的变动中由模型的预测因素所能“解释”的百分比。在二元 Logistic 回归中，非正式家庭护理方式被视为参照组，正式社会化护理模型作为对照组。

## 4.2 变量的描述性分析

为了更好地了解影响失能老人长期护理方式选择的因素，本文在描述性分析的基础上，运用二元 Logistic 回归模型，将个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障类因素依次纳入模型中进行回归检验，根据 P 值的大小和回归系数的大小以及正负性来判断各因素对长期护理方式选择的影响程度和影响方向。同时，在整体回归模型分析的基础上，根据本文的研究假设，重点分析教育水平、家庭收入和家庭中存活女儿数量等因素对失能老人长期护理方式选择的影响。

### 4.2.1 失能老人的个人特征

本文的主要研究对象是需要长期护理的失能老人，并将 65 岁及以上，六项用于测量日常生活自理能力的 ADLs 活动中任意一项需要别人帮助的天数达到 90 天以上的老年人定义为需要长期护理服务的失能老人。按照这个数据筛选标准，在排除了部分缺省值和极端值之后，最后获得了 1009 个符合条件的样本。根据本文对长期护理方式的划分，选择非正式家庭护理方式的失能老人有 951 名，选择正式社会化护理方式的失能老人有 58 名，

说明家庭护理方式选择比例超过 90%。从年龄上看, 1009 名失能老人中, 年龄最小的 66 岁, 最大的 116 岁, 年龄跨度较大, 平均年龄为 93.54 岁。本文按照联合国对老年人划分的最新标准, 将研究对象分为两类, 90 岁以下的一般老年人和 90 岁及以上的高龄老人。其中, 65-89 岁的失能老人有 311 人, 90 岁及以上的高龄失能老人有 698 人, 占比 69.2%, 说明失能老人群体中高龄老人的比例更高。从居住地分布上看, 失能老人的城乡分布差异较大, 超过 80% 的失能老人来自乡镇地区, 仅有 193 人来自城市地区, 城市地区的失能老人占比不到 20%。从教育水平的分布上看, 70% 的失能老人未接受过正式的学校教育, 小学学历的失能老人有 228 人, 初中及以上的为 75 人, 其中最高的受教育年限为 20 年, 说明失能老人的受教育程度普遍不高, 近乎文盲的失能老人占绝大多数 (表 4-3)。

表 4-3 失能老人年龄、居住地、教育水平分布表

变量	赋值	频率	百分比 (%)	极值
年龄	65-89岁=0	311	30.8	66 (最小值)
	90岁及以上=1	698	69.2	116 (最大值)
居住地	乡镇=0	816	80.9	
	城市=1	193	19.1	
教育水平	未接受过教育=0	706	70.0	0 (最小值)
	小学=1	228	22.6	20 (最大值)
	初中及以上=2	75	7.4	

#### 4.2.2 失能老人的家庭情况

表 4-4 为失能老人的家庭情况统计表, 从失能老人的居住方式来看, 选择与子女共同居住的失能老人占较大比例, 有 714 人, 占比 70.8%, 将近 30% 的失能老人并未与子女共同居住。成年子女是失能老人主要的照顾来源, 家庭中是否有存活的成年子女, 子女的性别和数量对失能老人来说都是非常重要的。从家庭中存活子女的数量和性别情况来看, 有 136 名失能老人没有存活的儿子, 194 名没有存活的女儿, 超过 80% 的失能老人家庭至少有 1 名存活的儿子和女儿。总体而言, 失能老人平均有 1.93 个存活的儿子, 1.77 个存活的女儿, 但有失能老人拥有的存活儿子数最长达 8 名, 健在的女儿数量最多也是 8 名, 这可能与我国“多子多福”的生育观念有关。而且, 在上世纪 80 年代以前, 我国尚未开始实行计划生育政策, 自由的生育政策也是导致生育子女数量较多的原因。在家庭总收入方面, 本文

按照四分位数的方法将失能老人家庭总收入分为 4 个等级, 1 万及以下, 1 万至 2 万, 2 万至 5 万, 5 万元以上。21500 元是失能老人家庭收入的中位数, 家庭的平均年收入为 33071.72 元。家庭年收入在 1 万元及以下的失能老人有 252 人, 占总体失能老人的四分之一。将近一半的失能老人家庭年收入在 2 万元以下, 家庭年收入在 5 万元以上的失能老人仅有 217 人, 占比 21.5%, 说明年收入在 5 万元以下的失能老人的比例几乎达到 80%, 失能老人家庭的总体收入水平偏低。

表 4-4 失能老人家庭情况分布表

变量	赋值	频率	百分比 (%)	极值
居住方式	与子女同住=1	714	70.8	
	不与子女同住=0	295	29.2	
存活儿子数	无=0	196	13.5	0 (最小值)
	有=1	873	86.5	8 (最大值)
存活女儿数	无=0	194	19.2	0 (最小值)
	有=1	815	80.8	8 (最大值)
家庭总收入	1万及以下=0	252	25.0	
	1万至2万=1	250	24.8	0 (最小值)
	2万至5万=2	290	28.7	10万以上 (最大值)
	5万元以上=3	217	21.5	

#### 4.2.3 失能老人的健康状况

本文采用失能程度和最近两年患重病情况这 2 个指标来衡量失能老人的健康状况, 其中失能程度的划分标准是按照 6 项 ADLs 日常活动是否需要他人帮助的天数达 90 天来计算。本文之所以没有将失能老人的自评健康纳入评判失能老人健康状况的指标体系中, 是因为绝大部分失能老人对自身的健康状况持消极态度, 而且在失能状态下, 老年人并不能很好地对自身健康状况进行评价, 这可能会导致由于失能老人主观认知的偏差导致统计结果与现实的不一致。而失能程度和患重病情况衡量的都是客观身体状况, 用这两项指标进行测量失能老人的健康状况更加客观。表 4-5 是年龄与失能程度、患重病情况的交叉表, 从表中的数据可知, 449 名老年人的失能程度为轻度失能, 占全体比例的 44.5%, 中度失能和重度失能的比例分别为 23%和 32.5%。与 65-89 岁的老年人相比, 90 岁及以上的高龄老人的失能比例更大, 共有 698 人, 占全体比例的 69.2%。其中 90 岁及以上重度失能的老年人



几乎是 65-89 岁老年人的 3 倍，说明随着年龄的增长，老年人的失能的比例和失能的程度都更大。在问及失能老人最近两年患重病的病史时，615 名失能老人表示最近两年并没有患有重病，394 名表示患有重病。与失能程度的情况相似，在患有重病的失能老人中，有 62.7% 是 90 岁及以上的高龄老人，只有不到 40% 的属于 65-89 岁的老年人。说明高龄老年人患有重病的比例比一般的老年人更高，这一点很容易理解，因为老年人各方面的身体机能会随着年岁的增长而下降，身体的免疫能力也随着下降，罹患重大疾病的风险也会相应增加。

表 4-5 年龄与失能程度、患重病情况交叉表

		失能程度			患重病情况		合计
		轻度失能=0	中度失能=1	重度失能=2	否=0	是=1	
年 龄	65-89岁=0	155	69	87	164	147	311
	90岁及以上=1	294	163	241	451	247	698
	合计	449	232	328	615	394	1009

#### 4.2.4 失能老人的社会保障

经过多次的改革和发展，目前我国已经基本形成覆盖城乡的全民医疗保险和养老保险制度，但在 2014 年及以前，我国的社会保障体系发展还没有达到目前的覆盖程度。当前，我国的医疗保险主要包括公费医疗，城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险。但在 2014 年实行调查之际，我国的城镇居民医疗保险和农村新型合作医疗保险还没有合二为一，因此，本文的研究将公费医疗、城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新农合均纳入医疗保险体系。养老保险主要包括退休金和养老金两项。从表 4-6 显示的结果可知，我国医疗保险的覆盖率比养老保险高得多，85.2% 的失能老人有医疗保险，但只有不到 38% 的有养老保险，没有养老保险的失能老人几乎达到总体的三分之二。从城乡差异来看，城市失能老人有养老保险的比例（60.1%）几乎是乡镇失能老人（32.6%）的 2 倍，但是城市地区的失能老人拥有医疗保险的比例（72.0%）却没有乡镇地区（88.4%）高。关于这一点，我们通过访问农村地区的居民得知，在我国很多农村地区的医疗保险费用会直接从农业补贴中扣除，或者会有村干部专门到村民家中挨家挨户询问并收取医疗保险费用，而且农村地区

医疗保险的缴费标准一般较低，导致很多农村人口参与医疗保险的积极性较高。在社区医疗服务可及性方面，85.4%的社区并没有提供起居照料服务，这一点，在城市社区（83.9%）和乡镇社区（85.8%）中并没有太大的差异，城市地区有提供起居照料服务的社区比例（16.1%）比乡镇地区（14.2%）稍高。说明目前我国能够生活起居照料服务的社区并不多，社区服务发展依然滞后。

表 4-6 失能老人社会保障分布表

	养老保险 (%)		医疗保险 (%)		社区起居照料服务 (%)	
	无=0	有=1	无=0	有=1	无=0	有=1
乡镇=0	550 (67.4%)	266 (32.6%)	95 (11.6%)	721 (88.4%)	700 (85.8%)	116 (14.2%)
城市=1	77 (39.9%)	116 (60.1%)	54 (28.0%)	139 (72.0%)	162 (83.9%)	31 (16.1%)
总计	627 (62.1%)	382 (37.9%)	149 (14.8%)	860 (85.2%)	862 (85.4%)	147 (14.6%)

### 4.3 Logistic 回归检验与结果分析

本文将个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障 4 类因素逐步依次纳入二元 Logistic 模型中进行回归分析，所得的结果如表 4-7 所示。根据模型的分析结果可知，受教育程度、现居住地、居住方式、存活女儿数量、家庭收入、患重病情况以及社区提供起居照料服务是影响失能老人长期护理方式选择的显著影响因素。其中教育水平、现居住地、家庭收入和社区提供起居照料服务对失能老人选择正式社会化护理方式有正向的影响，与子女同住的居住方式、存活女儿数量以及患重病情况对正式社会化护理方式选择的影响为负向。从显著水平上看，与子女同住的居住方式、家庭收入在 5 万元以上、社区提供起居照料服务等 3 个因素均在 0.01 的水平上显著，说明这 3 个因素是影响失能老人选择正式社会化护理方式最主要的因素。另外，结合表 4-8 所显示的模型的拟合优度结果可知，模型中调整后的 R 方系数依次变大，说明 4 个模型对于长期护理方式选择的解释力度是逐渐增强的。通过调整后的 R 方的系数变化程度可以看出，模型 2 在加入了家庭情况因素后，系数变化的幅度最大，从 0.112 变为 0.318，增长幅度为 0.206，其次是模型 4，在前 3 类因素的基础上加入社会保障因素后，模型拟合度涨幅 0.027。模型 3 加入在模型 2 的基础上加入了健康

状况因素后的变化幅度仅为 0.012，说明健康状况因素对失能老人选择正式社会化护理方式的影响力度较之家庭情况因素小。因此，从模型拟合度系数的变化的程度可以看出，在 4 类因素中，家庭情况在本文的研究中的影响力度最大，其次是个人特征和社会保障因素，健康状况的影响最小。

表 4-7 失能老人长期护理选择影响因素的回归分析结果

变量	模型 1		模型 2		模型 3		模型 4		
	B (*)	Exp (B)	B (*)	Exp (B)	B (*)	Exp (B)	B (*)	Exp (B)	
个人特征	年龄 (65-89 岁)	-.095	.909	.365	1.441	.286	1.331	.201	1.223
	教育水平 (0 年)								
	小学及以下	1.195***	3.302	.890**	2.436	.907**	2.477	.878**	2.405
	初中及以上	1.675***	5.334	1.056**	2.875	1.137**	3.117	1.163**	3.200
家庭情况	居住地(乡镇)	.848***	2.336	.742**	2.100	.847**	2.334	.759**	2.136
	与子女同住(否)			-2.748***	.064	-2.758***	.063	-2.735***	.065
	存活儿子数量			-.108	.898	-.102	.903	-.113	.893
	存活女儿数量			-.308**	.735	-.302**	.740	-.299**	.741
	收入(1 万以下)								
	1 万至 2 万			.325	1.384	.279	1.322	.213	1.238
	2 万至 5 万			.273	1.313	.285	1.329	.350	1.419
	5 万以上			1.341***	3.821	1.243***	3.465	1.338***	3.811
	失能程度(轻度失能)								
	中度失能					-.059	.943	-.038	.963
健康状况	重度失能					.546	1.727	.564	1.758
	患重病情况(否)					-.590*	.554	-.606*	.546
社会保障	养老保险(无)							.120	1.128
	医疗保险(无)							-.352	.703
	社区提供起居照料服务(无)							1.173***	3.230

注：\*\*\*  $P < 0.01$ ，\*\*  $P < 0.05$ ，\*  $P < 0.1$ ，变量括号内的为参照组；B 代表标准化的回归系数，表示预测变量和因变量的相关；Exp(B)代表事件的发生比，这里指失能老人选择正式社会化护理方式的概率与选择非正式家庭护理方式概率的比值。

表 4-8 模型拟合系数

参数	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4
调整后的 R 方	0.112	0.318	0.330	0.357
调整后 R 方的变化程度		0.206	0.012	0.027

#### 4.3.1 个人特征对失能老人长期护理方式选择的影响

如表 4-7 所示，模型 1 中仅仅将个人特征纳入模型去探讨年龄、教育水平和居住地对失能老人选择正式社会化护理方式的影响。在这 3 个因素中，年龄对失能老人长期护理选择的影响没有通过显著性检验，教育水平和现居住地对长期护理方式的选择呈显著的正相关性。从年龄上看，虽然没有显示出统计学上的显著性，但是从回归系数可知，与 65-89 岁的失能老人相比，90 岁及以上的高龄老人选择正式护理方式相对于家庭护理方式的发生比下降了 9%。从教育程度上看，与未接受过教育的失能老人相比，小学学历和初中及以上学历的老年人更倾向于选择正式护理方式，他们选择正式社会化护理方式的概率分别是未接受过教育的失能老人的 3.3 倍和 5.3 倍。小学学历的失能老人受教育年限每增加 1 年，选择正式护理方式的概率就提高 1.2 倍左右，这个概率在初中及以上学历的老年人中约为 1.7 倍，说明虽然本文所研究的失能老人的整体受教育水平并不高，但是教育水平显著提高了失能老人选择正式护理的概率。城乡居住结构导致失能老人的长期护理方式选择出现显著差异，城市地区的失能老人选择正式社会化护理方式的可能性明显更高。这个结果不难理解，因为长期以来的城乡二元制使得我国城乡居民在经济能力、生活方式、健康信念等方面出现明显差异，城市地区的失能老人不管在经济能力还是医疗资源等方面，均比乡镇地区的失能老人有优势。居住在城市地区的失能老人选择正式社会化护理方式的概率是乡镇地区的 2.3 倍。

实际上，不少的研究结果都表明年龄对影响老年人的养老方式选择存在显著影响（黄

俊辉, 李放, 赵光, 2015; 田北海, 雷华, 钟涨宝, 2012; 左冬梅, 李树苗等, 2011), 但在本文的研究中却出现与前人研究不一致的结果, 年龄对失能老人的长期护理方式选择并没有产生显著影响。对于这一点, 可能的解释是本文的研究对象主要是失能老人, 不是普通的老年人, 失能老人本身就具有普通老年人由于年龄增长导致的失能特征, 于是在回归检验中, 失能老人的“失能”的特征稀释了年龄对长期护理方式选择的影响, 导致年龄不再对失能老人的长期护理方式选择起显著影响。受教育程度和现居住地对失能老人长期护理方式选择的影响一直保持着正向的显著影响, 文化程度和居住地的差异会折射出失能老人在护理观念上的不同(张文娟, 魏蒙, 2014)。居住在城市地区的、文化程度较高的老年人, 对社会上的新型护理方式和现代护理观念的接受程度较高, 因此这类型的失能老人更容易接受正式社会化的护理方式。另外, 居住在城市、教育程度越高的老年人的经济能力一般较居住农村地区、受教育程度低的老年人强, 因此, 在选择需要付费的正式护理方式时受经济压力的牵绊较弱。

#### 4.3.2 家庭情况对失能老人长期护理方式选择的影响

模型 2 在模型 1 的基础上加入了家庭情况因素。在模型 2 中, 教育水平、现居住地、居住方式、存活女儿数量和收入都是影响失能老人长期护理方式选择的显著因素。受教育程度和现居住地在加入了家庭情况因素之后, 依然对失能老人选择正式社会化护理方式有显著的正向影响, 说明受教育年限越长、居住在城市地区的老年人更倾向于选择需要付费的正式护理方式。通过模型拟合度系数的变化我们知道, 家庭情况是影响老年人长期护理方式选择最主要的因素, 但其中各因素的影响方向并不一致, 居住方式和存活子女数对失能老人选择正式护理服务方式的影响为负向, 家庭收入的影响为正向。与子女共同居住、家中有存活的子女的失能老人选择非正式家庭护理方式的概率更高, 说明非正式的家庭护理方式依然是老年人的主要护理方式, 成年子女是老年人长期护理的主要照顾来源。值得注意的是, 拥有存活儿子的数量虽然有助于老年人选择家庭护理方式, 但是其并没有通过显著性检验, 说明相比儿子, 女儿在失能老人的长期护理问题中的作用更为明显, 这也从一个侧面证实了老年人的长期护理责任主要由女性照顾者特别是女性子女来承担。家庭中拥有的女儿数量每增加 1 个, 失能老人选择正式护理方式的可能性就降低 30.8%, 每多 1 名存活的儿子, 选择正式护理方式的概率下降 10.8%。从整体上看, 家庭收入对老年人选择正

式护理方式有显著影响，家庭年收入在 5 万元以上的失能老人，选择正式社会化护理方式的概率是选择家庭护理方式的 3.8 倍。相比年收入在 1 万元以下的老年人，收入在 5 万元以下的失能老人更倾向于选择正式护理方式。说明家庭年收入在 5 万元以上的失能老人拥有更高的经济自由度和服务购买力，更倾向于选择需要付费、但服务质量更好的正式护理方式。

实际上，与子女同住、存活的子女数越多的失能老人更倾向于选择家庭护理方式的结论很容易解释，因为相对于独居或居住在养老机构的失能老人，与子女共同居住的老年人更容易获得子女的照料，其长期照护的需求更容易得到满足（李运华，刘亚男，2019）。随着社会结构和家庭规模的变迁，成年子女成为失能老人重要的非正式支持来源，获得子女的经济支持对失能老人的非正式家庭护理具有重要的影响（刘晓婷，侯雨薇，2016）。相关研究表明，老年人的居住方式与生育并健在的子女数存在显著的相关关系，生育子女数量越多，在概率上增加了老年人与家人（子女）同住的可能性。值得注意的是，存活儿子数的回归系数为负，但并不具有统计显著性，其原因除了受研究样本偏差的影响之外，还可能因为虽然在我国“养儿防老”的观念深入人心，家中赡养老人的责任一般由儿子承担，但现实情况是成年儿子在成立了新的家庭之后，其照顾的重心大部分转移到对下一代的供养和教育，而减弱了对上一代老年人的照顾和支持（徐勤，1996）。另外，儿子数量多可能会导致相互之间计较赡养责任的大小，造成兄弟之间的矛盾，导致老年人的照顾任务在各个家庭之间“流转”或老年人出于无奈选择独居，老年人的长期照护需求并没能得到很好的满足（刘晶，2004），这也可能是存活儿子数量对失能老人长期护理方式选择的影响不具有统计显著性的原因。由表 4-7 的结果可知，存活女儿数的标准回归系数高于存活儿子数，并且在 0.05 的水平上具有统计显著性，说明在对失能老人的非正式家庭护理方式选择中，存活女儿数比存活儿子数的作用更大。其原因可能是由于传统性别意识的影响，女性照顾者更容易成为主要的照顾提供者，而且她们能够提高照料的时间更长，愿意更早地退出劳动市场，更多地承担家庭照料责任（刘岚，齐良书，董晓媛，2016）。

在本文的研究中，家庭收入在 5 万元以上的对失能老人选择正式社会化护理方式有显著的影响，收入越高的老年人，越愿意选择正式护理方式，这样的结论并不奇怪。经济收入越高的老年人，一般具有较高的社会经济地位，较强的服务购买能力，选择机构护理的意愿也更强（张再云，风笑天，郭颖，2018）。收入在 5 万元以下的失能老人也更倾向于

选择正式护理方式，但是并不具有统计上的显著性，其原因之一可能是相比家庭年收入在 1 万元以下的失能老人，年收入在 5 万元以下的家庭收入虽然有所上升，但是并不足以支撑正式护理方式的医疗费用，因而这类失能老人家庭选择正式社会化护理方式的意愿比收入在 5 万元以上的老年人来说相对较低。这也再次说明了经济负担能力是影响老年人机构护理意愿的重要因素（张栋，2017），收入水平越高，失能老年人长期护理方式的选择自由度也更高。

#### 4.3.3 健康状况对失能老人长期护理方式选择的影响

模型 3 同时纳入了个人特征、家庭情况和健康状况 3 类因素，相比模型 2，在模型 3 中对失能老人长期护理方式选择起显著影响的因素在原来的基础上增加了一个，就是失能老人最近两年的患重病情况。加入了健康状况类因素之后，个人特征类因素和家庭情况类因素中对长期护理方式选择的显著影响因素及其影响方向并没有改变，但是影响的程度发生了变化，这一点可以从回归系数的大小中看出来。例如，初中及以上教育程度因素中，Exp(B)的系数由 2.875 上升为 3.117，说明在模型 3 中，相比近乎文盲的失能老人，初中及以上学历的老年人选择正式护理方式的概率提高了 3 倍多。与前两个模型的结果相似，在模型 3 中，与子女同住的居住方式和家庭收入在 5 万元以上这两个因素依旧在 0.01 的显著水平上影响着长期护理方式的选择。在健康状况因素中，失能程度的检验结果并不显著。虽然不具有统计学上的显著性，但从回归结果可知，相比轻度失能和重度失能老年人，中度失能的老年人选择正式护理方式的概率上升，这可能与轻度失能老人因失能程度较轻容易在家接受护理服务，重度失能老人因失能程度较重容易被排斥在正式社会化护理方式之外有关。相比没有患重病的老年人，最近两年内患有重病的失能老人选择正式护理方式的概率显著下降。一种可能的解释是，患有重病的失能老人往往会导致常年卧床不起，极大地增加了长期护理的负担，一些护理机构出于成本收益或医护条件的考虑，会拒绝接收此类失能老人的入住申请，导致此类老人选择非正式护理方式的比率上升。

健康状况是学者们在探讨影响老年人养老方式或者长期照料方式选择情况的重要因素之一，健康状况会影响老年人的生活质量。在本文的研究中，相比近两年患重病的情况，失能程度对失能老人长期护理方式选择的影响并不显著。其原因可能是，对于普通老年人来说，是否失能以及失能的程度会显著影响他们的护理选择，但是本文的研究对象已经是

失能老人，在失能的前提下，失能程度影响的是他们需要别人帮助的程度，而不是是否需要帮助的问题。相较之下，是否患有重大疾病的影响更大。患有重大疾病对老年人的身体健康具有更为严重的打击，导致失能老人卧床不起，日常护理需求陡然增加，此类失能老人获取社会的正式护理资源较为困难，导致患重病情况对失能老人选择正式社会化护理方式有显著的负向影响。

#### 4.3.4 社会保障对失能老人长期护理方式选择的影响

模型 4 在个人特征、家庭情况和健康状况的基础之上加入了社会保障因素，综合分析 4 类因素对失能老人长期护理方式选择的影响。从模型的拟合优度中我们知道，模型 4 的模型拟合度最优，说明将 4 类因素全部纳入之后的模型对本研究的解释力度最强。在模型 4 中，教育水平、现居住地、居住方式、存活女儿数量、家庭收入、患重病情况和社区提供起居照料服务是 7 个显著的影响因素。在个人特征类因素中，除年龄外，受教育程度和现居住地均对失能老人选择正式社会化护理方式有显著的正向影响；家庭情况类因素中，除却存活儿子数量，其余全部通过回归模型的显著性检验，其中与子女同住和存活女儿数量影响为负向，家庭收入的影响为正向；健康状况类因素中，失能程度的影响并不显著，患重病情况具有显著负向影响；而在社会保障类因素中，起显著影响作用的因素只有社区提供起居照料服务，养老保险和医疗保险的影响并不显著。尽管不具有显著性，拥有养老保险的失能老人依然更倾向于选择正式护理方式。但令人惊讶的是，相比没有医疗保险的失能老人，有医疗保险的老年人选择正式护理方式的概率更低。关于这一点，正如本文在前面分析所说的，由于部分农村地区交纳农村新型合作医疗保险费用直接在农业补贴中扣除，缴费方便且缴费基数较低，导致农村地区医疗保险的参保率比城市地区更高。但在选择正式社会化护理方式上，农村地区的失能老人的比例显著低于城市地区，这就导致了医疗保险对正式护理方式选择的负向影响作用。并且现阶段我国的医疗保险的报销范围并不包括长期护理服务费用，进一步削弱了医疗保险的影响效果。社区是否提供起居照料服务对失能老人的长期护理方式的影响在 0.001 的水平上显著，所在社区提供起居照料服务的老年人选择正式社会化护理方式的概率是所在社区不能提供这项服务的老年人 3.23 倍。

从表 4-7 的回归系数可以看出，享有养老保险的失能老人选择正式护理方式的概率是没有养老保险的失能老人的 1.128 倍。在本文的研究中，养老保险和医疗保险对失能老人



正式社会化护理方式选择的影响均没有通过显著性检验，除了样本偏差的影响，其可能的原因是目前我国的养老保险与医疗保险的保障范围并不包括长期照料服务。虽然养老与医疗保险在减轻老年人养老与医疗方面的自付经济负担确实有作用（刘国恩，蔡春光，李林，2011），但是正式社会化的护理方式的长期照料费用花费巨大，且其费用并不能直接使用养老保险与医疗保险进行抵扣和支付，现有的社会保障制度并不能覆盖失能老人在这长期护理方面的费用支出。国外部分发达国家通过建立和实施长期护理保险制度来应对人口快速老龄化带来的“照顾赤字”和“护理危机”，而目前我国的长期护理保险制度尚未建立。大力发展社会护理方式是应对与日俱增的长期护理压力的重要途径，在我国，社区护理方式的实践起步较晚，不管在城市地区还是农村地区，能够提供生活起居照料服务的社区并不多。为社区内的失能老人的日常生活提供起居照料和日常购物等服务有利于弥补家庭照料方式的不足，对社区内的失能老人满足“护老、养老、终老”长期护理需要有重要的影响作用（张娴，俞群，徐东浩，2012），所在社区能够提供这类服务会显著提高失能老人选择正式社会化护理方式的概率。

#### 4.4 失能老人长期护理方式选择的个案访谈分析

在对我国失能老人长期护理方式选择的影响因素进行定量分析的基础上，为了丰富和完善调查研究的严谨性，本文通过采用个案访谈的方式对影响失能老人长期护理方式选择的因素进行更为深入的剖析，试图发掘出个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障因素中影响失能老人长期护理方式选择的真实原因。访谈的对象是主要是随机选取了广州市海珠区 CX 养老院中的 10 名失能老人，选取海珠区养老院的失能老人作为个案访谈对象是因为海珠区作为广州市老龄化最严重的三个城区之一，其人口老龄化率在 2017 年底就已经超过 20%，显示海珠区已经进入重度老龄化社会<sup>18</sup>。对这 10 名失能老人的访谈内容主要从个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障等方面了解失能老人长期护理方式选择的影响因素，本文选取了其中的几个典型事例进行重点描述与分析。

在访谈的过程中发现，生活自理能力下降、身体行动不便、独自居住、其他家庭成员由于工作需要没有时间照顾、雇佣保姆费用太高或者出于对家庭护工的不信任、养老院离

<sup>18</sup> 全国老龄工作委员会办公室：广州这三个区已进入中度老龄化社会 <http://www.cncaprc.gov.cn/contents/10/187476.html> 2018-08-29

家比较近等原因都成为影响失能老人选择正式社会化长期护理方式的因素。

#### 4.4.1 家庭护理资源缺乏

在调研访谈的过程中，发现失能老人对正式护理方式的评价褒贬不一，部分失能老人选择正式护理方式是因为缺乏家庭护理资源。由于多数失能老人独居或不与子女同住，缺少来自家庭成员的照顾来源，导致非正式的家庭护理方式难以为继，加上对家庭雇佣保姆的信任缺失，使得部分失能老人只能转而选择正式社会化的护理方式。

上述结论在访谈事例 A 中得以体现。

钟婆婆，女，82岁，广州本地人，患有高血压、关节炎，洗澡和上厕所需要护工帮忙，已在养老院住了4年，是轻度失能老人。有2儿1女，丈夫和大儿子在香港定居，小儿子和女儿在广州生活，但是平时由于工作需要没有时间亲自照顾老人，不信任雇佣的家庭保姆，选择离家近的养老院入住，儿子和女儿周末偶尔回来探望老人，母亲节或者中秋节等节日的时候会带老人出去一起吃顿饭，过年的时候会到香港的大儿子家住一个月。

“我在这里住了4年了，有2个儿子1个女儿，他们平时要上班没有时间，我自己一个人在家里他们又不放心，但是在家里请人照顾不行的。我们对面301房请了保姆，老人睡着之后，存折、房契、户口本都被偷了，请到信得过的保姆好难的。在养老院这里，我自己一间房，洗澡和上厕所会有护工帮忙，吃饭自己吃。每个星期小儿子和女儿都会拿着煲好的汤来探望我，每个月交3千多差不多4千元，我自己有一份退休金，不够就子女出。平时子女都会买好奶粉、麦片、饼干放在这里给我吃，怕我在这里肚子饿。从家里搭地铁来养老院这里很近的，一般都选这个老人院的，这里环境比较好，周围有荔枝树、菩提树、杨桃树，这里比较近。以前在东郎的老人院住过，那里一间房住5个老人，后来合并了就来这里了，在这里我住单人房。”

这一典型事例反映了老人的生活自理能力下降之后，生活照料需求成了非常重要的护理需求，由于主要家庭成员忙于工作，家庭照顾资源缺乏导致失能老人转而选择正式化的长期护理方式。其中，收入是非常重要的影响因素，失能老人自己有退休金，加上子女的经济支持使得失能老人具备选择机构护理方式的必要经济条件。由于最近两年曾经患有重病的情况，例如中风，导致子女更加不放心老人自己一个人在家，对雇佣的家庭保姆缺乏信任，于是选择离家近的机构养老的长期护理方式成为一部分失能老人的最优抉择。这样

失能老人既可以享受到更为专业的长期护理服务，又可以及时地得到来自子女的精神慰藉。

#### 4.4.2 收入较高减轻负担

通过本次的调研，发现选择正式护理方式的失能老人的家庭收入情况较好，每月都有退休金可以领取，说明收入较高的失能老人在选择需要付费的正式护理方式时的经济负担比低收入老人群体小。每个受访的失能老人都表示有自己的退休金，而且正式护理服务的费用基本靠自己支付。收入较高的失能老人有一定的长期服务购买能力，当出现长期护理需求且家庭护理资源比较缺乏时，此类失能老人群体通常在子女的建议下选择服务质量较好的正式护理方式。

上述结论在访谈事例 B 中得以体现。

曾婆婆，79 岁，女，广州本地人，有高血压，入住养老院 8 年多，轻度失能老人。有 2 个女儿，退休之后、入住养老院之前曾帮助女儿照看外孙，外孙长大后不再需要老人帮忙照顾。8 年前和丈夫一起入住养老院，因为她的丈夫行动不便，曾经在家跌倒 2 次，大腿做过换骨手术，需要坐轮椅，属于中度失能老人。女儿各自组建家庭后，曾婆婆和丈夫独立居住，女儿平时忙于上班和照顾孩子，没有时间回到老人的家中照顾老人，和家里人商量后决定入住海珠区的养老院。去年年底，丈夫去世，现在自己一个人住在养老院。

“我来这里很久了，有 8 年多了，我是和阿公（丈夫）一起来的，他去年年底去世了，现在一个人住在这里。阿公之前因为在家里摔倒了两次，大腿做过换骨手术，所以要坐轮椅。两个女儿个个都要上班，没时间照顾，在家里一不小心摔倒又要叫救护车，又要住院，她们又要请假去医院照顾，好麻烦的，所以女儿就建议我们来住老人院，我们自己也觉得住老人院比较好，所以就两个人一起来住了。加上外孙已经上初中了，不用我接他上下学，所以就和阿公一起来住了。阿公走了之后，我现在就一个人住一间房，每个月要交 3 千多的费用，这个费用是我自己交的，不用女儿来帮我交，我自己有退休金，我的存折都是自己保管的，没有给我的女儿拿着，所以每个月的钱都是自己给。阿公走了之后，我想着自己都老了，就一直在这里住着。我家里离养老院这里不算很近，选择这间养老院是因为女儿看中的，当时有个电视节目在宣传这间养老院，中秋节那时候拍摄一些老人在这里的生活，女儿看到节目后就过来这里考察一下整体的环境，觉得设施都挺好的，就决定入住这里。在家里住，请工人很贵啊，包吃包住都是钱，都是住老人院舒服点”

从这一访谈案例我们看到，不与家人同住、家庭收入较高、身体患有重病以及社区不能提供起居照料服务的失能老人选择正式化的机构护理方式的意愿更高。子女成家立业之后搬出原有的家庭，剩下老人和配偶独自居住，当配偶的失能程度不断加深，自己也出现轻度失能状况，在经济条件允许的情况下，老年人与子女共同商量决定入住老人院。因为所在社区并不能提供有效的生活起居照料服务，在家雇佣保姆的费用更高，因此选择入住价格适中的养老院。但是在访谈的过程中发现，入住养老院的失能老人，特别是高龄的失能老人，由于他们的子女大多数进入老年，有自己的家庭，常常无暇顾及居住在养老院的父母，因此失能老人在养老机构获得的精神慰藉较少。由于身体机能快速下降，有些失能老人常年没有离开过房间，非常希望与人交谈，看到到访者都显得十分亲切，有时甚至拉着我们的手不肯松开，有的希望我们帮他们打电话叫自己的孩子过来养老院探望自己。

#### 4.4.3 重病情况形成障碍

生活自理能力下降是失能老人的重要特征，患有中风、老年痴呆等严重疾病会大大增加老年人的长期护理需求。在调查的过程中，发现部分失能老人最近两年内曾患中风等重病，由于中风导致失能老人的身体状况变差，长期护理需求急剧增加，急需更为专业的医疗服务和长期护理，因此选择入住养老院等正式护理机构。当身体罹患重病时，普通的养老机构对此类失能老人的接受度较低，部分失能老人只能支付更高的护理费用到私立的养老机构接受护理服务。患重病情况会对失能老人的长期护理服务方式选择产生障碍，但同时也提高了失能老人选择正式社会化护理方式的可能性。

上述结论在访谈事例 C 中得以体现

张婆婆，女，85岁，有高血压，曾经中风过一次，洗澡和上厕所需要护工帮忙，入住养老院4年，是轻度失能老人。有3个女儿2个儿子，之前和配偶一起住，后来丈夫去世后自己一个人住，中风之后身体状况变差，最后决定入住养老院。

“我在这个养老院住了1年多，之前在别的养老院（私立）住了3年，加起来一共住了4年多养老院了。之前的养老院太贵了，女儿就说转来这个养老院，在这里我住在2人房，每个月交2千多元。我不想住在养老院的，但是子女说你不来这里谁有空照顾你啊，所以就进来住咯。是这样的了，他们的家庭都不容易，住进来这么久了就来看过我两次，他们都还没有退休，要去上班的。在这里的费用除着最开始那两个月是女儿给的，之后都

是我自己给的。我自己有份退休金，但是退休金不够的，还要自己拿钱出来给，老公去世的时候给我留了一些钱，加起来就差不多了。这间养老院的条件不算好，食宿条件都比之前的养老院差一些，但是这里便宜一些，离家里比较近，几个地铁站就到了。”

从以上这个访谈案例可以看到，由于丧失部分生活自理能力，缺乏非正式照顾资源的独居的失能老人通常会选择正式化的长期护理方式。这类失能老人虽然有存活的子女，但由于不住在一起，并不能为失能老人提供长期护理服务。即使并不愿意入住养老院，但是由于没有家庭成员的照顾，只能选择正式护理方式。是否离家近、价格是否合理也是他们选择养老院时考虑的因素，因为部分失能老人的机构护理费用需要自行负责，他们的精神慰藉较为贫瘠，非常渴望家人的感情支持，养老院离家近的话，方便子女周末的时候前来探望。选择正式社会化护理方式的失能老人，生活自理能力下降、社会交往严重受限，脱离了熟悉的社会环境之后，他们的精神社会交往的需求难以得到满足。因此，失能老人的长期护理需求不仅包括经济和物质方面，精神方面的需求也需要得到相应的重视。

#### 4.4.4 子女性别差异影响

在中国的“孝文化”的背景下，无论子女数量多少，一般情况下非正式家庭护理方式是失能老人的首选方式。女儿或儿媳妇等女性照顾者是失能老人重要的家庭照顾来源，相比男性成年子女，女性成年子女通常承担更多的护理责任。当失能老人出现长期护理需求而又无人照顾时，女儿出于对父母的情感支持和经济支持，通常力所能及地承担起照顾老人的责任，有时间有精力地会选择把父母接到身边进行照顾，时间精力不足时会选择金钱资助的方式将老人送至正式化养老机构接受长期护理服务。存活子女性别的差异也会影响失能老人长期护理方式的选择。

上述结论在访谈事例 D 中得以体现

罗婆婆，女，80岁，丧偶，广东清远人，有1子1女，轻度失能老人，入住养老院3年多。入住养老院之前和儿子一起住，后来子女决定将其送往养老院接受正式化护理服务，入住养老院的费用由女儿支付，女儿每周都会过来看望老人。大儿子与妻子为照顾老人的问题经常吵架；女儿有自己的家庭需要照顾，但是与母亲感情很好，很孝顺。

“我在这里住了几年了，这里环境挺好的，入住这里是我女儿决定的，钱都是她帮我给的，每个月要交多少钱我都不清楚。我们两公婆之前是和儿子儿媳妇一起住的，老公去

世之后，就剩下我自己一个人和他们一起住。和儿媳妇有矛盾之后，女儿就决定帮我办理入住养老院，女儿自己都年纪大了，不放心我就叫我住养老院了。在这里我自己住一间房，女儿每周都会过来看我的，平时我就自己看电视。”

从以上访谈案例可以看出，家庭照顾者是失能老人非常重要的照顾来源，在非正式照顾资源充足的情况下，失能老人通常会选择非正式的家庭护理方式，这样失能老人的长期护理需求和精神慰藉都可以得到满足。儿媳妇或者女儿等女性照顾者承担了大部分的长期护理责任，但是当出现“婆媳矛盾”时，家庭的照顾资源会减少，导致失能老人的家庭护理服务质量下降。“养儿防老”的功能有时候不能真正发挥作用，因为他们都有自己的家庭，失能老人的长期护理负担较重，子女在照顾的过程中感觉力不从心，一般的家庭难以承担长期护理服务的费用。家庭护工的成本较高，而且好的家庭护工很难找到，需要从护理质量和护理价格等方面进行考量，相较之下，入住养老院的性价比更高。

从以上的四个访谈的典型案例分析可以看出，选择养老院护理方式的失能老人一般是居住在城市、独自居住、虽有存活的子女但子女一般忙于自身的工作和家庭生活、家庭收入较高、有退休金、患有高血压等慢性疾病或者近两年内曾经患有重病、所在社区不能提供生活起居照料服务。他们选择养老院时主要考虑的因素包括是离家距离、养老院的价格是否合理、环境设施是否完善等。从访谈的过程中，我们发现部分失能老人对养老院提供服务的满意度不高，认为护工的护理态度和护理质量、养老院的食宿条件还有待改善。部分失能老人并不愿意住在养老院，但由于雇佣保姆或家庭护工的成本过高，一般的家庭很难负担得起，加上子女并无足够的时间和精力为老人提供长期护理服务，无奈被迫选择正式社会化护理方式。

同时，我们还注意到，入住养老院的失能老人普遍缺乏必要的社会交往和精神慰藉，十分渴望得到来自子女的情感支持和社会交往服务。随着年龄的增长，失能老人的生活自理能力和身体机能逐年下降，社会交往圈子逐渐缩小，入住养老院之后，由于行动不便或卧床不起，能够交往的次数和人数都下降，脱离熟悉的社会环境，身体和精神状态日益变差。因此，正式化护理方式在努力提高长期护理服务质量满足失能老人护理需求的同时，要注重提高精神慰藉、社会交往和临终关怀等服务水平。社会各界要意识到失能老人作为社会的弱势群体，其长期护理需求不仅包括身体上的，还包括精神上的。如果社会能够为失能老人提供更好的社会交往环境和精神慰藉服务，例如志愿者、社会工作者、社区工作

者的心理介入，为失能老人的社会交往提供更多的机会，帮助他们排解孤独等不良情绪，则有利于他们的心理健康。正式化护理方式在提高医疗服务的同时，提升和完善精神慰藉、社会交往和临终关怀等服务，有助于提高失能老人晚年的生活质量，保证在人生最后阶段的情感支持，体现社会文明的进步。

#### 4.5 本章小结

在本章的内容中，主要是对影响我国失能老人长期护理方式选择的因素进行描述性统计分析和逻辑回归检验。根据数据分析的结果可知，在 4 类因素中，家庭情况在本文的研究中的影响力度最大，其次是个人特征和社会保障因素，健康状况的影响最小。其中，受教育程度、现居住地、居住方式、存活女儿数量、家庭收入、患重病情况以及社区提供起居照料服务等 7 个因素是影响失能老人长期护理方式选择的显著因素。同时，在定量分析的基础上，本文采用了定性个案访谈的方式对影响失能老人长期护理方式选择的因素进行深入剖析，试图发掘出在现实生活中，失能老人选择正式社会化护理方式的深层次和真实的原因。个人访谈的材料一方面是为了将定性研究方法与定量研究方法结合起来，丰富本文的研究，另一方面是为了从侧面去检验本文定量分析结果的准确性和真实性。在访谈的过程中，我们发现不与子女同住，或子女忙于工作和生活无暇照顾老人，导致非正式的家庭护理方式难以为继，家庭护理资源缺乏、家庭收入较高、有退休金、有健在的女儿以及患重病情况等是失能老人选择正式社会化护理方式的主要原因。几乎每一位受访的老人都将子女没空照顾自己作为选择正式社会化护理方式的重要原因，这与定性分析中居住方式是影响失能老人长期护理方式选择的重要因素的结论大体一致。接受访谈的失能老人普遍在初中以上学历，退休前大多在国企工作，有自己的退休金，较高的家庭收入减轻了他们在选择需要付费的护理方式时的经济负担。相比儿子，女儿给予的经济支持和情感慰藉相对较多，中风等重大疾病使得他们的长期护理需求急增，在一定程度上提高了他们入住护理机构的概率。值得注意的是，在访谈的过程中，发现正式护理机构距离家庭的远近也是失能老人选择护理机构时考虑的重要因素。选择距离家较近的护理机构能够方便子女周末前去探望，失能老人非常渴望得到来自子女的精神慰藉。

## 5 结论与对策建议

### 5.1 主要结论

本文利用中国老年人健康因素跟踪调查 2014 年的调查数据,运用二元 Logistic 模型分析个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障 4 类因素对失能老人长期护理方式选择的影响,发现受教育程度、现居住地、居住方式、存活女儿数、家庭收入、最近两年患重病情况和社区提供起居照料服务均是对失能老人长期护理方式选择有显著影响的因素。整体而言,主要得出了以下结论。

#### 5.1.1 非正式家庭护理方式是失能老人的首要选择

在本文的研究中,将失能老人的长期护理方式选择分为两类,包括非正式家庭护理方式和正式社会化护理方式,其中,从调查数据显示,超过 90%的失能老人选择的是非正式家庭护理方式,这一比例说明家庭护理在失能老人的长期护理需求中占据十分重要的位置,非正式家庭护理方式仍然是失能老人的首选。这个结论与其他学者的研究结论一致,调查显示,超过 85%的中国老年人在患病时选择从配偶或者成年子女那里接受长期护理服务,这种方式在农村地区特别常见,因为与城市老人相比,农村地区的养老保险和医疗保险的覆盖率更低(Gu D, Vlosky D A, 2012)。家庭护理方式在农村地区盛行的原因不难预测,首先,中国的长期护理保险制度尚未建立,昂贵的机构护理费用让农村老人望而却步;其次,大多数农村老人的收入不稳定,以社区为基础的护理设施在农村地区发展缓慢,老年人独立生活并选择社区护理方式缺乏现实基础;最后,机构或社区护理等正式社会化护理方式需要大量专业的护理人员,而农村地区不管是专业护理人员数量还是专业护理人员质量都无法得到保障。所有的这些因素共同促使家庭护理方式在“孝道”文化根深蒂固的农村地区长期存在,学者预测,在未来几十年中,“孝道”主导的家庭护理方式将成为中国长期护理的主要方式(Chou J A, 2011)。

#### 5.1.2 家庭情况是影响失能老人长期护理方式选择最主要的因素

通过对研究数据进行 Logistic 的回归检验和分析后,我们得出从模型的拟合度系数可以看出,加入家庭情况因素后,模型的拟合度系数增幅最大,模型的解释力度增强幅度最大,说明在个人特征、家庭情况、健康状况和社会保障这 4 类因素中,家庭情况对失能老



人长期护理方式选择的影响最大。与子女同住、存活女儿数越多的失能老人选择非正式家庭护理方式的概率更大，家庭中成年子女依然是失能老人长期护理的重要照顾来源。同时，与儿子相比，女儿在失能老人长期护理中的影响作用在逐渐增大，说明女儿在失能老人长期护理过程中提供了更多生活照料和情感慰藉，失能老人更趋向于在女儿的照顾下选择家庭护理方式。另外，家庭收入也是失能老人选择正式社会化护理方式的显著影响因素，家庭收入越高，失能老人越倾向于选择正式社会化护理方式。这是因为与非正式家庭护理方式相比，正式社会化的护理方式需要花费更多的护理费用，如果没有较强的收入水平作为支撑，失能老人的长期护理方式选择就会受到限制，而经济状况越好的失能老人，具有更高的经济自由度，选择正式社会化护理方式的可能性就更高。

### 5.1.3 失能老人长期护理方式的选择出现明显城乡差异

我国失能老人对正式社会化护理方式的利用呈现明显的城乡差异，城市地区正式护理服务的利用率明显高于农村地区，在本文的研究中，城市失能老人选择正式社会化护理方式的概率是乡镇地区失能老人的 2 倍多。长期以来，由于我国特殊国情造就的城乡二元结构使得城市地区和农村地区在社会、经济和文化结构等方面出现明显差距，导致城乡失能老人在收入水平、健康信念和社会保障获取等方面存在显著差异。居住在城市地区的失能老人，其受教育机会、收入水平、社区医疗服务可及性等方面一般比农村失能老人更有优势，因此，城市地区的失能老人更倾向于选择正式社会化护理方式。这一点与苏群、彭斌霞等人在 2015 年的研究结论有所差异。他们在基于城乡差异的视角实证分析了影响我国失能老人长期照料方式选择的因素后，发现希望入住养老机构的失能老人选择社会化照料的可能性小于农村失能老人（苏群，彭斌霞，陈杰，2015）。

### 5.1.4 现有社会保障体系无法满足失能老人的长期护理需求

在社会保障类因素中，社区是否提供起居照料服务对失能老人长期护理方式的选择有显著的影响，相比社区没有提供起居照料服务的失能老人，社区提供起居照料服务的失能老人选择社会化护理方式的概率提高了 3 倍多。说明生活起居照料服务是失能老人长期护理的重要组成部分，社区的医疗服务可及性越好，老年人选择社会化护理方式的可能性越高。是否参加养老保险与医疗保险对失能老人长期护理方式选择的影响没有通过统计学上的显著性检验，这个结果在一定的程度上说明虽然现有的社会保障制度在覆盖率方面有了

较大的提升，但由于其并不包括长期护理方面的费用补偿，对失能老人长期护理方式选择的影响并没有达到预期的效果。这也为近几年政府一直在讨论并正在试点的长期护理保险制度的实施提供了研究支持，说明我国加快实施长期护理保险制度的重要性。

### 5.1.5 患有重大疾病增加失能老人对长期护理服务的需求

相比失能程度，患有重病对失能老人长期护理方式选择的影响更为显著，相比没有患重病的失能老人，最近两年患有重病的失能老人选择正式社会化护理方式的概率下降了45%左右。与一般老年人相比，失能老人在身体健康状况上本身就不具有优势，当他们出现患重病情况时，往往需要住院治疗或者在家卧床不起。此时，住院治疗需要支付一大笔的医疗护理费用，由于无法承担高昂的医疗费用致使失能老人选择正式社会化护理方式的概率下降。这个结果与前人的研究结论相一致。一项以城市老人在调查对象的研究结果显示，过去两周中报告患病的老年人中有近61.7%的没有使用医疗服务，其中14%将护理成本和经济困难列为主要原因。老年人的住院时间随着年龄的增长而增加，但同时护理费用也随着住院时间的延长而快速增加，导致无法支付护理费用的老年人往往会选择过早从医院自行出院（Sun J, Deng S, Xiong X, et al, 2014）。此外，无法持续承担药物费用是导致失能老人出院后不严格遵守治疗方案的主要因素，这使失能老人陷入一个恶性循环的困境——由于资金不足选择不遵守疾病的治疗方案，在家卧床不起导致老年人再次入院率变高，而住院后的费用不减反增，且住院治疗的失能老人想要再次过渡到长期护理机构的选择不足，因为大多数护理机构不愿接受患有严重疾病的老年人（Wang J, Xiao L D, et al, 2014）。部分失能老人在机构护理方式受阻时，会转而寄希望于社会护理方式，期望能在社区接受到较为专业的长期护理服务。从数据分析和定性访谈的结果可知，现阶段我国的社区护理方式发展较为缓慢，能够提供起居照料、日常购物和送药上门的社区护理机构较少，但社区是否能够提供此类服务会显著影响失能老人的长期护理方式选择。

## 5.2 对策建议

### 5.2.1 加大对正式社会化长期护理服务的供给力度

本文的研究表明，失能老人的长期护理主要由家庭成员提供，非正式家庭护理方式仍然是我国失能老人长期护理的首要选择，与成年子女共同居住会显著提高失能老人选择家

庭护理方式的概率。但是，由于人口趋势的变化、传统价值观的削弱、地域流动性的加强以及性别平等的改善，潜在的非正式照顾者的可获得性正在不断下降。这些变化的最大影响是将中国的家庭结构从传统的大家庭转移到核心家庭，降低了支持失能老人非正式家庭护理方式中可用的代际间的支持水平，使非正式的长期护理提供更为脆弱。因此，加大对正式社会化长期护理服务的供给成为弥补家庭护理资源短缺的重要途径。虽然早在 2009 年国家就尝试建立多层次护理保障机制，但在实际的发展过程中，“90-7-3”或者“90-6-4”的方式并没能得到很好的实现。超过 90%的失能老人只能依赖家庭来提供长期护理服务，导致失能老人存在大量未被满足的长期护理需求。

加大对正式社会化长期护理服务的供给力度，政府应该从增加护理机构床位数量、降低社会化长期护理服务费用、提高护理行业从业人员的数量与质量等方面入手。研究表明，服务质量和护理费用是失能老人选择正式社会化护理方式考虑的重要方面，其中经济负担重是大部分失能老人不愿意选择正式社会化护理方式的主要原因。民政部的数据显示，中国有将近 1100 万完全失能的老人需要机构护理，机构护理的床位数量与完全失能老人的数量差距将近 800 万，专业护理人员的缺口将近 900 万，说明现阶段我国正式社会化护理服务资源严重不足。因此，在服务质量方面，需要大力增加护理机构床位数量，加快正式护理机构的发展速度，缓解机构护理床位供不应求的现象。在服务质量方面，建立长期护理服务专业人员的培训体系，加强护理人员队伍建设，提高机构专业护理人员的服务质量。例如，由政府牵头，建立高校和专业护理机构联合培养制度，充分利用学校和医院两种不同的教学环境和教学资源，对专业护理人员的教学与培养工作进行统筹和协调。

### 5.2.2 加强对家庭非正式照顾者的支持措施

本文的研究表明，家庭成员特别是成年子女是失能老人主要的照顾来源，与子女同住、存活女儿数量会显著提高失能老人选择非正式家庭护理方式的概率。来自成年子女特别是女儿的家庭护理是失能老人非常重要的护理资源，为了保持家庭护理资源的稳定性和可持续性，应该加大对非正式照顾者的支持力度。因为，在现实生活中，年龄大、收入低、失能程度严重的失能老人往往需要成年子女的全职照料，牺牲自己的事业和生活去完成失能老人的长期护理任务使得主要照顾者背负巨大的经济压力和精神压力，这也是造成“久病床前无孝子”社会现象的部分原因。在长期照护的过程中，基于家人或者社会的期望，

女性照顾者通常承担了大部分的护理任务，其中，儿媳或女儿是最重要的照顾者。长时间的护理任务和精神紧张容易导致主要照顾者精力抑郁、焦虑等消极情绪，相比男性照顾者，女性照顾者在长期护理的过程中经历抑郁和焦虑情绪的比例更高。

为了减轻失能老人的家庭负担，政府需要加大对非正式照顾者的支持力度，可以从经济补贴和精神支持两个方面的措施入手。为了加强对家庭主要照顾者的经济支持，减轻他们的经济负担，政府部门可以以现金补贴或者税收减免等方式进行援助，也可以为主要照顾者提供更多兼职的机会，让他们可以兼顾工作和护理任务，增强他们的自我认同感。此外，“喘息服务”这种政府兜底的养老服务方式，对于失能老人家庭来说无疑是一大福音。为主要照顾者提供日间照料服务和“喘息服务”，帮助家庭主要照顾者从繁重的护理任务和沉重的心理压力中暂时解脱出来，有利于缓解照顾者的精神压力，提升失能老人的生活质量。由于家庭主要照顾者普遍缺乏专业的护理知识，社区定期举办专业护理知识讲座，也有利于提供家庭护理的效率。

### 5.2.3 完善农村地区长期护理服务的政策制度

从研究的结论可知，我国失能老人长期护理方式的选择存在明显的城乡差异，城市失能老人选择正式护理方式的概率高于农村地区。为了实现城乡一体化的发展，在构建长期护理服务体系时，政府应该按照公共服务均等化的理念，加大对农村地区长期护理服务方面的政策倾斜，加强对农村地区的重视，使城乡失能老年能够更加公平地享有长期护理资源。近年来，中央出台了振兴乡村的《乡村振兴战略规划（2018-2022）》中就提出“加快建立多层次农村养老服务体系”的政策设计，要求加快主要面对失能、半失能老人的农村养老服务设施建设。农村地区的护理服务在中央和地方政府的大力支持下虽有一定程度的发展，但长期以来城乡发展差异明显，要想实现公共服务均等化的目标，必须完善农村地区长期护理服务的政策制度，对农村地区实行更多的政策倾斜。包括（1）加大对农村基础设施投资的政策倾斜，改变过去注重城市发展，对农村基础设施投入较少的状况。例如，加大对农村地区的道路修建，解决偏远地区农村居民的出行问题，方便失能老人的外出就医和医疗资源的获取。（2）加大对农村社区建设的投入，鼓励更多的医务工作者、志愿者为农村地区的失能老人提供护理服务。通过优化农村医务工作者的薪资环境和税收减免的优惠政策吸引更多的专业人才投入到农村社区的建设中去。（3）加大对农村护理服务的购

买力度，缓解农村失能老人长期护理资源匮乏的局面。由于诸多因素的影响，农村失能老人的家庭护理资源逐渐减少，由政府出资加大对农村地区长期护理服务的购买是解决经济困难的失能老人长期护理需求较为可行的选择。

#### 5.2.4 加快建立适合我国的长期护理保险制度

由于长期护理的长期性和复杂性，一般的家庭和个人无法承担高额长期护理费用，现有的养老保险和医疗保险并不包括长期护理的服务项目，无法从根本上解决失能老人长期护理费用不足的问题，必须要有新的资金来源去弥补失能老人护理费用的资金缺口，减轻失能老人的经济负担。从德国、日本和美国的经验中我们知道，部分发达国家建立了适合本国的长期护理保险制度，有效地控制了快速上涨的护理费用，缓解了失能家庭的护理压力，在保证政府财政可持续性的前提下，提高了失能老人的生活质量。为此，我国应该尽快建立适合我国国情的长期护理保险制度，建立合理的长期护理费用分担机制，完善现有的社会保障体系，让长期护理保险与医疗保险、养老保险一起成为构成我国社会保险的重要支柱。我国可以借鉴其他国家的成功经验，在条件合适的前提下，尽快建立合理的资金筹集机制，政府、企业和个人三方共同出资缴纳长期护理保险费用，坚持社会保险和商业保险相结合的方式，为失能老人构建出广覆盖、多层次、可持续的长期护理保险制度。同时，鼓励一切社会力量对长期护理服务领域进行投资与捐赠，拓宽长期护理保险的筹资渠道。

#### 5.2.5 加强社区护理服务体系建设

从回归分析的结果可知，社区是否提供起居生活照料服务会显著影响失能老人的长期护理方式选择，说明社区医疗服务可及性对失能老人的长期护理非常重要。对于失能老人来说，社区护理作为跨出机构，走出家庭，迈向社区的服务方式近年来得到不断发展。因为大多数老年人有强烈的家庭观点，想留在家中接受长期护理服务，但是又不想成为孩子的负担，加上与长期住院或者机构护理的成本相比，社区护理同时满足了离家近、成本低和减轻家庭负担的条件，因此，社区护理需求正在增加。虽然社区护理方式受到失能老人的欢迎，社区能够提供起居照料服务会显著提高失能老人使用社会化护理服务的概率，但不管在城市还是农村，社区护理服务的建设效果并不理想。因此，要最大程度地发挥社区在失能老人长期护理方面的作用，必须加强社区护理服务体系建设。政府要加强对社区长

期护理服务的政策指导，为社区护理方式的健康发展保驾护航，同时督促社区护理服务政策落实到位。其次，动员和协调各方力量共同参与社区护理服务建设，为失能老人的长期护理贡献力量。例如，可以动员包括社区医务工作者、社工以及志愿者等力量，为失能老人提供起居照料服务、日常购物服务和上门送药、看病等服务，增强社区对失能老人服务能力。此外，政府应该加大对社区护理服务的投入，加大对社区护理服务的购买力度，改变过去重视机构护理服务、忽略社区护理服务的发展局面。社区护理和机构护理都属于正式社会化的护理方式，在机构护理方式发展受限的时候，应加大对社区护理方式的投入，使社区成为失能老人可靠的护理资源来源。

## 参考文献

- [1] Baldwin B A. Family caregiving: trends and forecasts[J]. *Geriatric Nursing*, 1990, 11(4):172.
- [2] Bolin K , Lindgren B , Lundborg P . Informal and formal care among single-living elderly in Europe[J]. *Health Economics*, 2010, 17(3):393-409.
- [3] Bravell M E , Berg S , Malmberg B . Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: A longitudinal study[J]. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2008, 46(1):1-14.
- [4] Byrne D , Goeree M S , Hiedemann B , et al. FORMAL HOME HEALTH CARE, INFORMAL CARE, AND FAMILY DECISION MAKING[J]. *International Economic Review*, 2009, 50(4):1205-1242.
- [5] Chon, Yongho. Long-term care reform in Korea: lessons from the introduction of Asia\'s second long-term care insurance system[J]. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 2012, 22(4):219-227.
- [6] Chou J A. Filial Piety by Contract? The Emergence, Implementation, and Implications of the “Family Support Agreement” in China[J]. *Gerontologist*, 2011, 51(1):3-16.
- [7] Chung M H, Hsu N, Wang Y C, et al. Factors Affecting the Long-Term Care Preferences of the Elderly in Taiwan[J]. *Geriatric Nursing*, 2008, 29(5):293.
- [8] de Meijer C A, Koopmanschap M A, Koolman X H, et al. The role of disability in explaining long-term care utilization.[J]. *Medical Care*, 2009, 47(11):1156-1163.
- [9] Ergas H, Paolucci F. Providing and financing aged care in Australia[J]. *Risk Management & Healthcare Policy*, 2011, 4(4):67-80.
- [10] Feng Z , Liu C , Guan X , et al. China\'s Rapidly Aging Population Creates Policy Challenges In Shaping A Viable Long-Term Care System[J]. *Health Affairs*, 2012, 31(12):2764-2773.
- [11] Gaugler J E , Yu F , Krichbaum K , et al. Predictors of Nursing Home Admission for Persons with Dementia[J]. *Medical Care*, 2009, 47(2):191-198.
- [12] Gierveld J, Dykstra P A, Schenk N. Living Arrangements, International Support Types and Older Adult Loneliness in Eastern and Western Europe[J]. *Demographic Research*, 2012, 27:167-200.
- [13] Gu D, Vlosky D A. Long-Term Care Needs and Related Issues in China[J]. *Social Science Electronic Publishing*, 2012.
- [14] Here R M. The 2015 Ageing Report[J]. 2013.
- [15] Herrera A P, Lee J, Palos G, et al. Cultural Influences in the Patterns of Long-Term Care Use

Among Mexican American Family Caregivers[J]. *Journal of Applied Gerontology*, 2008, 27(2):141-165.

[16] Holly A, Lufkin T M, Norton E C, et al. Informal Care and Formal Home Care Use in Europe and the United States[J]. 2010.

[17] Horowitz, A. Sons and Daughters as Caregivers to Older Parents: Differences in Role Performance and Consequences[J]. *The Gerontologist*, 1985, 25(6):612-617.

[18] Houtven C H V, Norton E C. Informal care and Medicare expenditures: Testing for heterogeneous treatment effects[J]. *Journal of Health Economics*, 2008, 27(1):134-156.

[19] Hoving C, Visser A, Mullen P D, et al. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education.[J]. *Patient Education & Counseling*, 2010, 78(3):275-281.

[20] Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Yoshie S, et al. Patterns of long-term care services use in a suburban municipality of Japan: a population-based study[J]. *Geriatrics & Gerontology International*, 2017, 17(5):753-759.

[21] Jeon B, Kwon S. Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: Policy Challenges and Lessons[J]. 2017,3(3):214-223.

[22] Kalwij A, Pasini G, Wu M. Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors[J]. *Review of Economics of the Household*, 2012, 12(2):379-404.

[23] Kim H, Kwon S, Yoon N H, et al. Utilization of long-term care services under the public long-term care insurance program in Korea: Implications of a subsidy policy[J]. *Health Policy*, 2013, 111(2):166-174.

[24] Koch V S. Group long-term care insurance helps employees and employers[J]. *Fairfield County Business Journal*, 2004(vember).

[25] Kuo T, Torresgil F M. Factors Affecting Utilization of Health Services and Home- and Community-Based Care Programs by Older Taiwanese in the United States[J]. *Research on Aging*, 2001, 23(1):14-36.

[26] Johnson S R W . Does Informal Care from Adult Children Reduce Nursing Home Admissions for the Elderly?[J]. *Inquiry*, 2002, 39(3):279-297.

[27] Lou V , Chui E , Leung A , et al. Factors affecting long-term care use in Hong Kong[J]. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi / Hong Kong Academy of Medicine*, 2011, 17(3):8-12.

[28] Lu B, Liu X, Yang M. A Budget Proposal for China's Public Long-Term Care Policy[J]. *J*



Aging Soc Policy, 2017, 29(1):84-103.

[29] Manton K G, Gu X L, Lamb V L. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population[J]. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2006, 103(48):18374-18379.

[30] Newcomer R , Harrington C , Hulett D , et al. Health Care Use Before and After Entering Long-Term Services and Supports[J]. Journal of Applied Gerontology, 2016:0733464816641393.

[31] OECD. Long-term care for older people. Health Care Manag [J]. 2007, 3(1): 725-731.

[32] Schulz E. Determinants of Institutional Long-Term Care in Germany[J]. Social Science Electronic Publishing, 2012(6):26.

[33] Sun J, Deng S, Xiong X, et al. Equity in access to healthcare among the urban, elderly in China: does health insurance matter?[J]. International Journal of Health Planning & Management, 2014, 29(2):e127-e144.

[34] Wang J, Xiao L D, He G P, et al. Family caregiver challenges in dementia care in a country with undeveloped dementia services[J]. Journal of Advanced Nursing, 2014, 70(6):1369-1380.

[35] Wu C Y, Hu H Y, Huang N, et al. Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan[J]. Plos One, 2014, 9(2):e89213.1-10.

[36] Zhen Z, Feng Q, Gu D. The Impacts of Unmet Needs for Long-Term Care on Mortality among Older Adults in China[J]. Journal of Disability Policy Studies, 2015, 25(4):243-251.

[37] 景跃军, 李元. 中国失能老年人构成及长期护理需求分析[J]. 人口学刊, 2014, 36(2):55-63.

[38] 《经济论坛》课题组. 城市居民养老意愿与养老方式研究——以石家庄市、邯郸市为例[J]. 经济论坛, 2012(4):126-128.

[39] 北京大学健康老龄与发展研究中心, 2017, “中国老年健康影响因素跟踪调查社区数据(1998-2014)”, <http://dx.doi.org/10.18170/DVN/UWS2LR>, 北京大学开放研究数据平台, V1 [UNF:6:mwXPPX2r8SnXlvyT9BTDlw==]

[40] 陈芳, 方长春. 家庭养老功能的弱化与出路: 欠发达地区农村养老方式研究[J]. 人口与发展, 2014, 20(1):99-106.

[41] 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, 35(4):85-93.

- [42] 丁怡. 失能老人照顾责任公共化与长期照顾制度的建立[J]. 统计与决策, 2012(6):65-68.
- [43] 高晓路[1], 季珏. 北京城市居民的养老方式选择及其合理性分析[J]. 地理科学进展, 2012, 31(10):1274-1281.
- [44] 顾永红. 农村老年人养老方式选择意愿的影响因素分析[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 2014, 53(3):9-15.
- [45] 韩丽. 中国老年人护理方式选择的影响因素研究——来自 CLHLS 数据的实证[J]. 社会保障研究, 2015(1):45-51.
- [46] 郝晓宁, 薄涛, 刘建春, et al. 北京市失能老人照料现状及需求影响因素研究[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(8):59-62.
- [47] 黄何明雄, 周厚萍. 老年父母家庭照顾中的性别研究概观——以香港的个案研究为例[J]. 社会学研究, 2003(1):60-70.
- [48] 黄俊辉, 李放, 赵光. 农村社会养老服务需求意愿及其影响因素分析:江苏的数据[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2015, 32(2):118-126.
- [49] 蒋岳祥, 斯雯. 老年人对社会照顾方式偏好的影响因素分析——以浙江省为例[J]. 人口与经济, 2006(3):8-12.
- [50] 康蕊. 养老机构与老年人需求分布的结构性矛盾研究——以北京市为例[J]. 调研世界, 2016(11):36-41.
- [51] 李敏. 社区居家养老意愿的影响因素研究——以北京为例[J]. 人口与发展, 2014, 20(2):102-106.
- [52] 李强, 岳书铭, 毕红霞. 农村失能老年人长期照护意愿及其影响因素分析——基于山东省农村失能老年人的问卷调查[J]. 农业经济问题, 2015(5):30-41.
- [53] 李伟峰, 原翠娇. 老年人长期照护需求及影响因素研究[J]. 山东社会科学, 2015(12):67-72.
- [54] 李永萍. “养儿防老”还是“以地养老”:传统家庭养老方式分析[J]. 华南农业大学学报(社会科学版), 2015, 14(2):103-112.
- [55] 李运华, 刘亚南. 城镇失能老人子女照料的影响因素分析——来自 CLHLS 2014 的经验证据[J]. 调研世界, 2019(01):30-35.
- [56] 林莞娟, 王辉, 邹振鹏. 中国老年护理的选择:非正式护理抑或正式护理——基于

- CLHLS 和 CHARLS 数据的实证分析[J]. 上海财经大学学报, 2014, 16(3):54-62.
- [57]刘德浩. 长期照护制度中的家庭团结与国家责任——基于欧洲部分国家的比较分析[J]. 人口学刊, 2016(4):36-47.
- [58]刘二鹏, 张奇林. 社会养老保险缓解农村老年贫困的效果评估——基于 CLHLS(2011)数据的实证分析[J]. 农业技术经济, 2018(1):98-110.
- [59]刘国恩, 蔡春光, 李林. 中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析[J]. 经济研究, 2011(3):95-107.
- [60]刘涵, 李星明, 程陶朱, et al. 北京市失能老年人长期护理模式选择偏好及其影响因素研究[J]. 中华健康管理学杂志, 2017, 11(6):553-558.
- [61]刘晶. 子女数对农村高龄老人养老及生活状况的影响[J]. 中国人口科学, 2004(S1):48-54.
- [62]刘岚, 齐良书, 董晓媛. 中国城镇中年男性和女性的家庭照料提供与劳动供给[J]. 世界经济文汇, 2016(1):21-35.
- [63]刘晓婷, 侯雨薇. 子女经济支持与失能老年人的非正式照料研究——基于 CLHLS 的分析[J]. 浙江大学学报:人文社会科学版, 2016(4):144-157.
- [64]陆杰华, 张莉. 中国老年人的照料需求方式及其影响因素研究——基于中国老年社会追踪调查数据的验证[J]. 人口学刊, 2018(2):22-33.
- [65]吕雪枫, 于长永, 游欣蓓. 农村老年人的机构养老意愿及其影响因素分析——基于全国 12 个省份 36 个县 1218 位农村老年人的调查数据[J]. 中国农村观察, 2018, No. 142(04):104-118.
- [66]彭青云. 老年人长期照料方式选择偏好的影响因素研究——基于中国老年社会追踪调查(CLASS)数据[J]. 老龄科学研究, 2017, 5(7):54-63.
- [67]彭希哲, 宋靓珺, 黄剑焜. 中国失能老人长期照护服务使用的影响因素分析——基于安德森健康行为模型的实证研究[J]. 人口研究, 2017, 41(4):46-59.
- [68]宋雪飞, 郭振, 姚兆余. 农村老年人养老方式选择及其影响因素分析——基于长三角地区的问卷调查[J]. 开发研究, 2015, No. 177(2):156-159.
- [69]苏群, 彭斌霞, 陈杰. 我国失能老人长期照料现状及影响因素——基于城乡差异的视角[J]. 人口与经济, 2015(4):69-76.
- [70]汤军克, 李惠英, 陈林利, 等. 上海市闵行区不同居住环境老年人生活质量及其影响

- 因素[J]. 中华老年医学杂志, 2010, 29(1):72-76.
- [71]陶涛, 丛聪. 老年人养老方式选择的影响因素分析——以北京市西城区为例[J]. 人口与经济, 2014(3):15-22.
- [72]田北海, 雷华, 钟涨宝. 生活境遇与养老意愿——农村老年人家庭养老偏好影响因素的实证分析[J]. 中国农村观察, 2012(2):74-85.
- [73]同春芬, 汪连杰. 我国老年人长期护理方式选择的影响因素分析[J]. 老龄科学研究, 2015, 3(7):64-71.
- [74]王静, 吴明. 北京市某城区居家失能老年人长期护理方式选择的影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2008, 11(23):2157-2160.
- [75]王丽. 人口老龄化背景下我国养老方式的思考[J]. 当代经济管理, 2012, 34(4):52-55.
- [76]王雪辉. 老年人长期护理服务需求影响因素研究——基于河南省的抽样调查[J]. 调研世界, 2016(3):32-36.
- [77]王一笑. 老年人“养儿防老”观念的影响因素分析——基于中国老年社会追踪调查数据[J]. 调研世界, 2017(1):11-17.
- [78]王莹, 谷艳侠, 夏小丽. 失能老年人长期照料方式选择意愿的影响因素[J]. 护理研究, 2017(15):1871-1873.
- [79]魏民, 邢凤梅, 李颖, 等. 社区老年人居家养老选择现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(9):1153-1155.
- [80]吴海涛, 宋嘉豪. 农村留守老人养老方式选择及其影响因素研究——基于 CLHLS 数据的分析[J]. 华中农业大学学报(社会科学版), 2017(5):63-70.
- [81]熊波, 林丛. 农村居民养老意愿的影响因素分析——基于武汉市江夏区的实证研究[J]. 西北人口, 2009, 30(3):101-105.
- [82]徐勤. 儿子与女儿对父母支持的比较研究[J]. 人口研究, 1996, 20(5):23-31.
- [83]许明, 刘长庚, 陈华帅. 是否参加“新农保”对中国农村老人的影响——基于中国老年健康影响因素跟踪调查数据的实证分析[J]. 山西财经大学学报, 2014, 36(11):12-24.
- [84]杨福, 张利, 余红剑, et al. 不同长期照料服务供给下的失能老人长期照料方式选择[J]. 卫生软科学, 2015(2):74-77.
- [85]张栋. 北京市老年人机构养老意愿及影响因素研究[J]. 调研世界, 2017(10):23-29.

- [86]张强, 高向东. 老年人口长期护理需求及影响因素分析——基于上海调查数据的实证分析[J]. 西北人口, 2016(2):87-90.
- [87]张瑞. 中国长期护理保险的方式选择与制度设计[J]. 中州学刊, 2012(6).
- [88]张瑞玲. 城市老年人机构养老意愿研究——基于河南省12个地市的调查[J]. 调研世界, 2015(12):13-17.
- [89]张文娟, 魏蒙. 城市老年人的机构养老意愿及影响因素研究——以北京市西城区为例[J]. 人口与经济, 2014(6):22-34.
- [90]张娴, 俞群, 徐东浩, et al. 社区失能老人一体化长期照料方式的探索与实践[J]. 中国全科医学, 2012, 15(34).
- [91]张再云, 风笑天, 郭颖. 从需求到资源——城市老人入住养老机构的影响因素分析[J]. 人口与发展, 2018(4):107-119.
- [92]赵曼, 韩丽. 长期护理保险制度的选择:一个研究综述[J]. 中国人口科学, 2015(1):97-105.
- [93]周玉芳. 武汉市失能老人照料方式选择的个人资本影响因素及对策[J]. 中国老年学杂志, v. 34(18):5221-5222.
- [94]左冬梅, 李树茁, 宋璐. 中国农村老年人养老院居住意愿的影响因素研究[J]. 人口学刊, 2011(1):24-31.

## 附录 1 失能老人长期护理方式选择的个案访谈提纲

### 一、访谈目标

为了能进一步探讨影响失能老人选择正式社会化护理方式的因素，本研究利用个案访谈的方式着重发掘调查问卷无法涉及的地方，对随机选取的被调查对象从个人特征、家庭情况、身体状况和社会保障等方面了解失能老人选择机构护理方式的原因，访谈的过程中特别注重失能老人过往的经历、个人的看法与感受。

### 二、访谈时间

2019 年 3 月到 2019 年 4 月

### 三、访谈地点

广州市海珠区养老院

### 四、访谈内容

#### （一）个人特征：

性别、年龄、文化程度、户口性质、户口所在地

#### （二）家庭情况：

##### 1. 婚姻状况：

2. 居住方式（入住养老院之前是独居？和配偶一起居住？和子女一起居住？子女是否愿意和你们一起居住，为什么？你们是否愿意和子女一起居住，为什么？）；

3. 家庭其他成员情况（家里一共有多少人，有几名存活的子女，他们在哪里工作，子女多久来养老院探望你一次，最近的一次探望是什么时候）；

##### 4. 家庭关系（与子女的关系如何，为什么？）

5. 家庭收入（养老院每个月花费多少？每个月的花费由谁支付？是否有来自子女的经济支持？子女每个月给多少钱？你的收入来源有哪些？）

#### （三）社会保障

##### 1. 是否有养老保险与医疗保险？是否有退休金？

##### 2. 入住养老院之前所在的社区医疗服务水平怎么样？是否有提供生活起居照料服务？

##### 3. 入住养老院之前是否雇佣过保姆，为什么？

#### （四）身体状况

1. 健康状况如何？入住养老院前后的身体状况发生什么变化？洗澡、穿衣、吃饭、上厕所、控制大小便和室内走动这 6 项活动中哪些需要护工帮助？

2. 最近几年是否有患过重病或者遇到重病病危的情况？身体和以前相比怎么样？

(五) 入住养老院情况

1. 您在现在的养老院住了多长时间？在入住这个养老院之前是否去过别的养老机构（敬老院、颐养院、老年公寓）？为什么？

2. 入住现在的养老院是您的决定，还是您子女的决定，或是您和子女共同商量决定的？

3. 为什么选择入住养老院接受长期护理服务，原因是什么？

4. 您对入住的养老机构是否满意？包括食宿条件、康复器材、保健护理服务质量、护工人员素质等。

5. 您对机构护理方式的看法如何？为什么？

## 攻读硕士学位期间取得的研究成果

攻读硕士学位期间发表的论文:

- [1] Xuelan Sun. Research on the Model of Cross-border Medical Tourism Decision-making Under the Background of Globalization [J]. Open Journal of Social Sciences, 2018(9):230-246.



## 致谢

6月是毕业的季节，是离别的季节，也是收获的季节。转眼之间，三年的研究生生涯即将结束，眼前无数的画面在闪现，来不及仔细回味就已经要道别离。依稀记得林毓铭老师为我们研究生生涯上的第一节课时的谆谆教诲和语重心长、第一次见到导师——周坚老师时的紧张和兴奋、第一次上王子成老师的《福利经济学》课程时的受到的鼓励与支持……暨大的教室和校园承载了我太多珍贵的回忆，值得我珍藏一生。毕业离别季，总是让人百感交集，即期待踏入社会后完成从校园到职场的完美蜕变，又对单纯美好的校园生活心存不舍，对遇到的同学和老师充满感恩之情。

来暨南大学完成我的研究生阶段的学习是我现阶段中做的最正确的决定，能够顺利完成全部课程的学习和通过毕业论文的答辩，离不开一群敬业的老师和可爱的同学的帮助。首先最需要感谢的就是我的导师周坚老师，从毕业论文的选题、开题报告的撰写、实证数据的分析、毕业初稿的修改、预答辩的准备和论文最终答辩的完成，周坚老师在毕业论文写作的每一个阶段都给予我细致入微的帮助和指导。特别是在毕业论文写作的初期，周坚老师除了对写作的整体构架进行指导之外，在一些章节的标题甚至是语句上也会进行细致的修改，有时候晚上12点左右还能收到老师对我论文修改意见的反馈，每一个小细节都会用红色的圈圈标注出来，并在旁边附上修改的意见。没有周坚老师的指导和帮助，我的毕业论文的写作不可能顺利的完成。其次，也要感谢林毓铭老师，从研一开始就一直非常负责地给我们讲授社会保障的专业知识，在我毕业论文写作遇到瓶颈的时候，及时地指点迷津，迅速地指导我找到正确的写作方向。还有王子成老师，用他严谨的治学态度，向我们介绍了许多非常有用的实证数据处理的工具和使用方法，帮助我们解决各种实证数据处理过程中遇到的问题。此外，还要感谢林文亿老师，总是用耐心地解答我们关于数据处理和数据结果解读的问题，不管多忙，总会用最快的速度在最短的时间内给我们答复，是一位非常敬业非常值得尊敬的老师。非常感谢以上老师们在我论文写作过程中给予的帮助，帮助我顺利完成毕业论文的写作和顺利地通过毕业论文的答辩。最后，还要感谢在暨大遇到的一群可爱的同学们，感谢我们社会保障专业的其他同学，在3年的学习过程中互帮互助，在论文的过程中相互鼓励相互支持，在遇到问题的时候毫不犹豫地伸出援助之手，让我感受到同学之间的坚固友谊。

在我最美的年纪度过了充满意义的3年研究生生涯，不仅丰富了我的知识，提高了我

的素养，更重要的是认识了一群敬业的老师 and 可爱的同学，收获了满满的友谊。感谢在研究生就读期间认识的每一位老师，每一位同学，你们指导和帮助为我往后的职业生涯和人生道路注入了无限的鼓励和支持，我会带着这份鼓励和支持，努力的去规划更美好的未来，谢谢！