

# 老人健康照顧與人權觀

李世代

## 一、前言

所有的社會工作必須有施行的主體和客體，因此所有的社會工作都離不開「人」，這些與社會工作息息相關的人，必然遍佈於各個年齡層，其中有相當之一大部分必須投入在眾多的老人當中。在現今之時空下，人口愈來愈趨老化，已形成一種既定的走勢，故在可以預見的未來當中，人口趨於高齡化，老年人口的激增也日益嚴重，所需要之社會工作也會因而擴充，在推動或施行老人社會工作的同時，當然必須涉及其健康照顧問題，尤其是長期性質之照顧。

在論及老人照顧的同時，也須兼及於健康照顧之權利與責任問題。大家均有這樣一

個共識，那就是「健康是人的一種基本權利」。但是，這種基本權利有其層次的不同，其基本權利之消極面在免於受到壓迫殘害，而積極面則須進一步臻於最大的安全、滿足和尊嚴。在人的基本權利普遍由消極轉向積極之情況下，健康乃最大安全、滿足和尊嚴中不可或缺的要項。所以，「健康是一種人權」。

任何人不可能完全免於病厄苦痛，欲免於病痛，且維持、達成或促成較佳或較為理想的健康水平，則須有良好的「健康照顧」。欲落實健康之人權便要作好必需的健康照顧，因此健康的人權觀念，在實質上又可進一步引伸為包含健康照顧的人權觀念。因此，在人的基本權利普遍由型式轉向實質之

情況下，「健康照顧也是一種人權」。

## 二、健康照顧人權之沿革

人類之發展歷史上面，健康照顧之發展有之，人權之發展亦有之，將健康照顧與人權之發展，適度結合起來者似乎不多，針對老年人健康照顧與人權之間的關聯性作探討者，似乎不甚普遍。

十六、七世紀時的消極人權，乃認為其為天賦者，須自我主宰，而免於受干預，因此只涵蓋了生命、自由及財產等權利；十九世紀的人權更進一步擴大爭取較為積極之權力，主要仍著眼於政治權力的擴大；到了二十世紀時的人權，已更進一步衍伸到積極化之經濟、福祉與社會人權。健康及健康照顧

在本質上近於社會經濟面之延伸，但也及於政治法律面之受益和平等權利。廣義而積極化的人權，若摒除健康及健康照顧內容時，則難以求得最大的安全、滿足和尊嚴，此會違背人權的基本觀念。

不同的人口群均各有其健康及健康照顧需求，其基本原則及目標有其一致性，但在內容及技術上，不同人口群之健康及健康照顧需求當有所不同。年齡層愈大之人口群，因衰退老化之故，本即面臨或承受著較大之健康風險，其健康及健康照顧需求恆比一般人來得大而繁多且廣雜些，本即不易維持較佳之健康水平，也不易規劃經營，因此較容易遭到忽視或略過，故老年人迫切需要落實完善的健康照顧。因此，強調人權的同時，老人的健康照顧便有強調的必要。

消極面的人權本然即應擁有，當無先決條件；而積極面的人權則非本然有之，需有相當之條件配合之情況下可能擁有；換句話說，即社會、經濟、人文及其他方面等須達某一水平以上，方可讓積極面之人權落實，而健康及健康照顧為其中之重要部分。

健康及健康照顧在人權的發展過程中，

較少直接被強調，但其乃是隱含於廣義之人權內涵當中，所以它是經由發展而來。因此，人權的重點，一為政治法律層面，另一為社會經濟層面。

### 三、老年人的健康照顧

#### 問題

「老人健康與照護問題」是一個極為繁瑣的話題，牽涉到所知之各種層面或領域，非三言兩語或是短時間之內易於說清或釐正。老年人的健康與照護問題，既與一般成年人或年輕人有相當之出入，其具有多種重要特徵，須加以作適度之闡明，方益於了解，進而掌握之。茲條列分述如下：

(一) 老年人之健康問題不一定是疾病，且常非屬單一，其間夾雜著老化與疾病，常跨越多個器官組織，而屬多重複雜之病情與健康地位(health status)。這些多重複雜之病情常屬共患或合併(co-morbidity)、併發(complication)、累積(cumulative)、加成(synergistic)之情況，以慢性疾病居多，彼此間常交互影響著；老化與疾病分界不清；其症狀與疾病之臨床情況，或與病理變化之

間的關聯性並不單純。

(二) 老年人健康問題常併含著身心社會問題，其表現的症狀或病徵，以非特异性者居多，如茶飯不思、食慾不振、便秘、眩暈、寡言、失眠、疼痛、紊亂、體重喪失或減輕……等。有的可能有臨床上的意義，有的可能臨床意義不大，所以在醫療保健之評估或判定上常不易迅速掌握，但應予重視與監控(monitoring)。

(三) 老年人在健康問題的訴求上恆屬低估(underestimating)之情況。老年人對於本身的健康問題常有低報(under-reporting)之傾向，同時醫事人員在健康問題上的查探亦常有低查(under-detecting)之情形。因此，老年人實際上的健康問題永遠要比所知者來得多。

(四) 老年人健康問題的表現常不很典型(atypical manifestation/fashion)；很多疾病在老年人身上常呈現無症狀(asymptomatic/symptomless)，或症狀隱晦(不明或次臨床(vague/subclinical))表現者。有些情況可能是老化所造成，有些則是疾病使然，兩者常共同促成身心功能的衰退。病

情表現不典型的情況，易造成病情診斷或評估的困擾，也易生誤導。將老化判定為疾病屬過度；將疾病判定為老化又屬不足。將所以在診斷上需隨時提高警覺，將老化與疾病作一區隔，難以傳統的一般思維或模式來進行。

(五)老年人常有深長久遠的既往經歷，其健康問題之潛伏期長且界線未必清楚，且常持續進行著，多伴有健康上之危險因子，以及不利於健康之行爲。老年人之前半生可多至數十年，其健康背景與經歷影響老年時的健康水平甚鉅，必須費時、費心、費力、費事將其整理釐清，以爲執行爾後健康照顧之參考，故老人健康照顧對社會資源的需耗鉅大而沉重。

(六)老年人身心功能之常態性衰退老化，常與疾病不易判別或區隔。老年人身心功能之衰退，可以是老化，或可以是疾病所造成，兩者之分界點並不很明朗，但仍應儘量有所區隔，因爲「老化」爲必須接受者，而「疾病」則應作好評估 (evaluation)、介入 (intervention)、追蹤 (tracking, follow-up)、矯正 (correction)、控制 (control) 或治療

(treatment)。

(七)老年人在疾病或病況罹患之外，常併有不等程度之功能剝奪 (functional deprivation) 及其他感官運動缺憾 (sensory/motor defect) 之情況。功能剝奪如各種從維持日常生活自主性的基本功能到較高層次

身心整體表現的缺陷；感官運動障礙如視聽障礙、語言障礙、甚或痴呆失智、各種功能不全、行動不便、殘障等缺憾。功能剝奪及感官運動缺憾必然影響生活功能及照護之施作，且往往構成照護之障礙與負擔。影響日常生活活動功能 (ADLs) 者，如進食 (用餐、吃飯)、穿衣、沐浴 (洗、擦澡)、如廁 (大小便)、移位 (上下床、上下椅子)、或加上室內走動、整理儀容等五至七項，必影響到自我照顧能力 (self-care)；影響工具性日常生活活動功能 (IADLs)，如備餐 (煮飯)、洗衣服、理財 (算錢、找錢、付賬)、打電話、吃藥、操作輕鬆家事、外出購物 (上街買日用品)、搭乘公共交通工具等八項，必影響到生活的獨立自主性 (autonomy)。

(八)老年人健康之功能儲備或預留力 (reservoir) 有限，年齡愈大功能儲備或預留力

愈小 (少)，其健康問題須儘早介入處理，方能爲老年人的健康謀最大之保障。

(九)老年人的健康問題不一定是疾病或病況 (conditions) 所致，也有跌倒、用藥反應、功能老化、偶見有超高齡卻不一定有病之情況；另外，有關於病外因、就醫情況、診療處置程序 (Procedures) 等之對健康的影響，仍然隱藏有複雜醫療保健照顧之問題或需求。

(十)老年人在健康問題的表現上，常充滿著高度的歧異性 (heterogeneity & diversity)：包括病徵、病程、診療之施作與對診療處置程序之反應)，且年事愈高，歧異趨向愈是突顯。照護時須就個案作分別處置，即高度個人化 (individualized)，難以互相比照或援引。

(十一)老年人遭遇健康問題時，所尋求協助之管道不一定朝向專業之照護人員，而常是先就教於周圍鄰近之親戚朋友；一旦就醫之後，其遵醫囑性也往往不會太好。

(十二)老年人「老化？疾病？死亡」之分界不明；老年人常見的死因爲腦中風、惡性腫瘤、心肺功能衰竭及其他衰老現象等，老化常非主要之潛在死因 (underline cause of

death)。

(5)老年人面對健康問題之處理解決，除了一般醫療院所門診、急診、住院及接續之臨床醫療保健內容之外，尚須有更進一步的「長期照護」設計與安排。

「長期照護」乃是指在一段長時間內，對身心功能障礙(不全、失能或殘障)者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護。其主要對象為居住於社區或機構中，因身心功能障礙，而須依賴他人之幫助，以行常態生活者；其目的在增進或維持身心功能，使其遂行自我照顧及獨立自主之生活能力，以減少其依賴程度，減輕他人或社會之負擔，或增進其尊嚴；其照護內容通常包含醫療、保健、護理、復健、心理、營養、社工等系列之維護或支持性的工作；在照護服務之類型上可分居家式(在宅服務、居家護理等)、社區式「送餐服務、日間照護、喘息服務(暫歇照護：respite care)、支持性服務等」、機構式(慢性病院(床)、護理之家、養護之家或安養中心等)，以及特殊服務「臨終或安寧照護(terminal or hospice care)、癡呆症照護、植物人照

護」等幾大類。

因此，應擇定最適切適所的照護場所與方式來執行長期照護，必對老人健康有相對較佳的保障，足以符合也是對人權本質與理想的落實。

如此一來，老年人的健康及健康照顧問題便顯得廣泛、多重、複雜、繁瑣及不易掌握等。欲達到、促成或保障老年人理想或較佳的健康水平，勢必要有良好的規劃與執行，再搭配保險、福利與安養之政治法律格局，否則難期望其能達到預期的健康目標，也難符合積極的人權要求。

從先進國家在老人健康與相關照顧的發展過程及經驗來看，此必然是一條崎嶇漫長之路，在宏觀上自與人權的發展演進有所關聯。

#### 四、國外之老人健康照顧

##### 較接近人權之理想

放眼當今各國老人照護之施作狀況，不難發現到建構完備長期照護體網絡之國家並不多，以北歐、西歐、北美等較為知名。當今長期照護較先進之國家如日本、英國、義

大利、西班牙、荷蘭、捷克、法國、德國、加拿大、瑞士、瑞典、冰島、丹麥、美國、挪威等十餘國，均有其稍可稱道之處。此長期照護較為先進之諸國除了在相關之研究上及照護體系之建立上有其完備之處，另一方面在周邊支持規範之標準及要件上，也就是品管系統及評鑑制度亦不乏上乘之設計與運作，彼此並互相交流，經驗分享。

當今世界各國在長期照護之推展上，可判然區分為四種型態或等級，上焉者以自然發展且衍生成醫療保健以及生活方面照顧之文化生態體系，雖具備相關所需之法令，但並不需要依賴太多繁瑣的法令規範來加以約束，即可令長期照護之運作水到渠成地臻於理想之境，使需要接受長期照顧者能方便自在獲得適切適所的照顧與安置，如北歐和西歐先進諸國屬之。

次焉者，缺乏類似主客觀之文化生態條件來臻於理想之境，但又欲達成相當之水平不可，則只能依靠法令來加以嚴格規範，因此只有制定一些規範標準及要件來律定或匡正行事，方足以確保長期照護能依理想狀況進行發展，如英美兩國屬之。

再其次者，長期照護千頭萬緒，連長期照護相關照護體系之建立仍未完備之際，遑論其他；雖知其問題之嚴重性與迫切性，既無理想之文化生態條件，完備之法令規範亦闕如，因此各層面之長期照護問題激盪紛擾不已，短時間之內不易理出頭緒，僅知其棘手，也無奈於缺乏貼切妥善的解決之道，往往為解決一小部分之問題，卻開創了更多的問題，如台灣和較進步之開發中國家屬之。

下焉者則一無具備，不只不具備優質之文化生態體系，相關資訊亦不足，也談不上規範之標準及要件，相關之法令不盡完備，甚至仍不知檢討此問題之嚴重性，當然也就無對應改善之具體舉措，如中國大陸及一些落後之第三世界國家即屬此典型。長期照護所不可或缺的這些個相關法令或規範，以及由此而衍生的標準及要件，即多少隱然含有品管及評鑑之雛型。

大體而言，較上乘者以瑞典或荷蘭為代表，其已修訂完善之相關法令或規範，以及進一步之標準及要件，足以確保其長期照護之落實；次焉者可以美國為代表，美國常由民間主導，而終由政府制定法令或規範，以

及進一步之標準及要件加以約束；而英國則由政府透過公權力及行政手段來強力主導長期照護。

瑞典早於上個世紀末即跨越「老人國」七〇年代老年人口之門檻，且於七〇年代老年人口更躍增至一四〇%。瑞典當局早在五〇年代即注意到此老人長期照護問題之複雜性，開始擬定服務政(對)策；六〇年代開始規劃社區照護，七〇年代建造有照護功能之住宅，八〇年代完成了「社會服務法」之立法工作，已略有品管之要求配合措施。發展至今的結果，長期照護之規模稍具，也有了更具體的品管及評鑑之配套措施。瑞典在九〇年代更是已經著手輔具、日間照護、巡迴居家照護、老人癡呆小規模住宅之營造，並以此為中心作政策面之變革。

美國早在一九六五年先通過了社會福利法案(Social Security Act)，其中之十八及第十九條款即包括了老人照顧及低收入戶照顧計畫(Medicare & Medicaid Program)。其所要求者相當嚴格，較最起碼之水平有過之而無不及；緊接著在一九七四年更進一步通過了社會服務計畫(Social Service Block

Grant)；一九八七年更通過著名的OBRA(Omnibus Budget Reconciliation Act)法案，對攸關老人之機構式長期照護作了鉅細靡遺的系統性約束或規範；緊接著於一九八九年又通過了老人法案(Older American Act，包括殘障部分)之立法，屬社會福利法案第三條款，對照顧老人之機構有更嚴格的約束或規範。根據OBRA法案，聯邦、州、及地方之層級分別立法約束或規範長期照護服務及機構，一如許多其他對公眾服務之行業，必須遵守某些最低標準(minimum standards or conditions)之規範，而由政府據此加以核准、立案、管理及監控。九〇年代以後，OBRA又稍事修正，而有OBRA90及OBRA93等之修訂版本。

## 五、台灣老人的健康照顧 仍未符合人權完全之 理想

台灣自八〇年代中期已完成人口轉型，並且開始迅速老化，並於九〇年代中期(一九九四)已正式步入「高齡化社會」。當前

國內的老年人口已屆總人口的七·七四%，

達一六五萬人。此後人口老化將加速進行，二十五年後老年人口將可達一四%，四十年後老年人口將增至二一·六%，也就是有五六〇萬之多，八十歲以上照護需求最多的老人成長迅速，老人健康照顧的發展需求將益形迫切。佔人口總數七—八%比例的老年人

口必須需耗國家社會總醫療支出的四分之一；而老年人個人的一般醫療花費約為一般成年人的四倍。

國內一百六十五萬的老年人口，自認健康良好少有病痛者佔四四·三一%；自認健康不太好，罹患慢性病患者佔五五·六九%；五·四三%無法自行料理生活；自認身心障礙者佔一五·三一%，其中僅三·六五%領有身心障礙手冊。無法自理生活之老人中大部分(八九·三七%)居住自家，另一〇·二七%則居於療養機構，尚有一千八百餘位之有病老年人口，處於無人照顧之情況下。

社區之調查資料顯示，一半之社區老人罹患有兩種以上之慢性病，機構中之老人更高達六成；無法獨立進行日常生活活動功能(ADLs)及工具性日常生活活動功能(IADLs)

者之盛行情況為二·七%到一四·八%。

另以就醫頻度、比率或是所耗費資源而言，老年人更是遠超過一般之成年人；而且此趨勢隨著人口老化的加速進行，將益形沉重。由此可見老人的健康照顧問題的重要性與急切性，此自為人權發展過程中所忽略不得者。

在人權觀念朝向積極化、實質化方向的今日來看，「健康既是一種人權，健康照顧也是一種人權」，老年人有著更多更廣的健康照顧需求，當然需要提供給與完善的健康照顧，方遂此基本權利。只是如此一來，需要國家社會能達到一相當之水平方有以致之；老人之健康與健康照顧需求必須得到充分適切的滿足，否則，人權的理想便不能算是完全落實。

衡諸國內當前之情形，距離積極化、實質化的人權理想，似乎仍有一大段差距。國內無論在老人健康照顧的推估、政策、法令、規劃、推廣、執行、配合、教育、訓練、管理、評價等方面，均未進入狀況，未來仍有極大的發展空間。落實老年人健康照顧的人權需求，將可加速其正面的發展。

首先，執行老人健康照顧主要還是依賴

現有的醫療保健體系。台灣之醫療保健系統對健康照顧結構與流程的設計和建構，早已趨向高度分工分科化，締造此現象者泰半基於研究之目的，而非服務之目的；因此常以器官組織導向來加以切割健康照顧工作，且均傾向於急性或亞急性之照護。雖發展出龐大之體系，自無法充分滿足老人健康照顧的需求，難符合老年人慢性長期照護之需要，也因此當然未能符合人權的積極需求。

基本上以學術導向的高度分科分工化格局，只為了圖研究上之方便，卻傷及健康服務的完整性、方便性及可近性。狹窄專精的研究領域，對研究或易有所突破，但對健康照顧或醫療保健服務徒然加以切割而片段化，接著就是整合不易，就醫不便，自然難以周延地照顧需要照顧的人，尤其是老年人。另外，高度分科分工化產製了片段化之健康照顧，無法將人視為一個整體，也談不上「全人化」之一般人及老人照顧，更無法論及人權理念之發展與落實。

## 六、結語

在世界人權宣言五十週年的今天，人權想必極爲接近人權本質與理想之境。

必須包含健康與健康照顧方算完整，健康與健康照顧均屬廣義積極的人權範疇。爲求人的最大安全、滿足和尊嚴，就必須要追尋攸關之所有內容與要項，那就必然包括良好的健康與完善健康照顧。

老人對於良好的健康與完善健康照顧需求迫切，必須要有完善的規劃與執行，但其所涉及之層面甚爲廣泛，舉凡政治經濟、醫療衛生、社會福利、保險制度、管理調控、法令規章、教育訓練、文化習性、研究發展等多重層面均無所不及、無所不包；是以須由多種角度來探討，以求周全。在實務上，除了形而上之政策規劃討論之外，也須顧及經濟面、執行面(可行性或阻力)、效益及效率面，尚須考量理想跟實際之間的可能落差，更須考量現有格局之不適切，以及「人」的主力因素，以讓老人健康照顧能得到較理想的運行與發展，以落實廣義積極的人權。

病患對健康的尋求與處置理應有選擇權及決定權，對健康照顧更爲殷切之老年人當然也不例外；但建構一足以供老年人選擇及決定之醫療環境並非容易，果真能夠如此，

參考文獻：

1. 廖峰香、陳煌遙、賴貞君 政治學入門 國立空中大學 民一九九一 頁一四八至五五
2. 凌渝郎 政治學 三民書局 民一九九四 頁二二二至四五
3. 呂亞力 政治學 三民書局 民一九九五 頁九七至一一七
4. 李世代等(國家衛生研究院老人醫學研究規劃小組 召集人郭重雄) 國家衛生研究院老人醫學研究規劃報告 國家衛生研究院 民一九九五
5. 李世代 老年人的健康照護與決策 復健醫學雜誌 二四(1)：專刊S 一—四 民一九九六
6. 內政部統計處 中華民國八十五年老人狀況調查報告 民一九九七
7. 李世代 國內老人醫學的發展與動態 長期照護雜誌 一(2)：三一—三三 民一九九〇
8. 吳淑瓊、張明正 台灣老人健康照護之現況分析 台大公衛生研究所暨衛生政策研究中心、台灣省家庭計畫研究所 民一九九七
9. 李世代 老年人的健康與醫療照護 長期照護雜誌 二(1)：一一六 民一九九八
10. Ijeh, U. Social-psychological correlates of longevity. A Rev Geront Geriatr, 1982, 3, 102-47.
11. Ijeh, U. The longevity revolution: impact on the society, family and the individual. Geronto-Geriatrics, 1998, 1, 7-24.