

衛生與福利的連結：

徐慧娟

丹麥與日本老人照護政策比較分析

壹、前言

衛生與福利為社會政策之兩大主題，廣義的福利應當包含健康照護與社會服務。一般而言衛生與福利各自發展體系與服務，然而兩者的分隔，可能造成幾種影響：資源重置的浪費，缺乏效率；組織架構的複雜性與民衆認知不足，造成可近障礙；單一提供者無法辨別民衆的完整需求；部門間的協調溝通不足；無法做到完善長期追蹤與評估回饋(Hokenstad, 1982)。隨著時代演進，社會政策關心服務接受者的全人(holistic)照護，政策本身則強調有限資源的管理效率，因此使健康照護與社會服務兩者的連結與整合漸受重視。老人照護的範圍同時涵蓋了健康照護與社會服務，因此這兩者連結程度的影響在老人照護政策上更為明顯。本文首先討論衛生與福利連結的障礙與可能影響，其次比較分析丹麥與日本兩國老人照護政策上的連結情形，最後對我國老人照護政策發展提出建議。在此討論的老人照護針對功能障

礙老人提供的各種照護服務，不包含老人年金在內。

貳、衛生與福利連結之障礙

衛生與福利連結上的障礙可能來自三方面：服務提供、組織架構、以及專業背景(Hokenstad, 1982)。由於服務性質的差異，尤其是新型服務的產生，導致衛生與福利兩部門個別擴張不同服務。其次是組織架構的差異，在垂直面不同部門各自發展不同的財源、計畫、架構、規則與報告系統，產生整合的困難；在水平面對同一個案，可能由不同層級提供不同服務，有協同上的困難，即使在試辦計畫中仍不易克服。第三點是專業的差異，衛生領域以醫師為主體，與其他衛生專業人員間尚且有地位與權力上的差別，再與福利體系的社工人員相較，不僅兩方面專業人員的自主性、地位、教育訓練和公眾認知不同，不易形成工作團隊。因此組織架構、服務提供、以及專業背景的差異，造成兩者在政策與行政上整合的困難。

參、衛生與福利之連結：國際比較

以下簡介丹麥與日本兩國的老人照護政策，並比較其衛生與福利的連結情形，主要從組織架構、服務提供與財源、專業人員三方面予以分析可能的影響。選擇丹麥與日本兩國比較的原因，一方面兩國同

為人口老化國家（見表

一），且均已發展老人照護政策以因應人口老化的問題，另一方面兩國在衛生與福利上的組織架構和服務提供方式不同，正可互為對照。

一、丹麥

(一)政策發展

丹麥將老人視為政策目標群體始於一九六〇年代，在一九六三年政府制法要求地方政府永久提供功能障礙者在宅服務。一九七〇年代的去機構化風潮影響丹

表一 丹麥與日本老年人口資料

老年人口資料	丹麥(%)	日本(%)
65歲以上人口占總人口比率		
1960年	10.64	5.72
1990年	15.59	12.05
2020年(估計值)	19.52	25.19
獨居老人比率，1992年①	53	12
與子女同住比率①②	4	65

資料來源：OECD，1996。

註①：丹麥為七十歲以上老人比率，日本為六十五歲以上老人比率。

註②：丹麥為一九八八年資料，日本為一九八五年資料。

麥政策，方向往居家社區化發展。一九七二年實施社會保險法，地方政府加強與擴張在宅服務。機構照護則予重整，主要針對嚴重功能障礙者提供，於一九七六年中央除去對輕微失能老人居住的老人之家補助，且於一九七四年開始設立並補助護理之家。一九八二年全國老年委員會對政策規劃提出建議，著重照護的持續性與居家化，老人有最高自決權，並強調老人自助原則；故一九八〇年代開始種種抑制護理之家繼續發展的政策。一九八八年社會發展計畫，補助地方自治區或私人部門加入提供。一九九〇年代政策仍繼續走向社區照護(Holstein et al., 1991; OECD, 1996)。

(二)組織架構

丹麥的衛生與福利組織架構在中央分屬兩部門，但至地方層次則合併為一。中央在內政部下設國家衛生理事會主管衛生醫療事務，社會部設社會服務理事會與社會安全理事會；郡縣層次設郡縣醫院委員會，主管醫院；社會及初級醫療服務委員會，主管初級健康照護與社會服務；並設有協調委員會，協調前二者；到地方自治區層次，自一九七〇年起進行體制改革，將一千三百七十九個地方自治區合併成二七五個市區，由市政府設立社會服務部門提供各類居家照護，護理之家服務與其他協助等長期照護(Holst & Ito, 1982; Holstein et al., 1991)。

(三)服務提供與財源

在丹麥，老人照護被視為是國家的責任。子女少與父母同住（見表一），家庭照護的角色（除了配偶以外）很少居重要地位。老人長

期照護服務包括居家照護（暫時性與永久性的個人照護與在宅服務、居家護理、安寧照護），日間照護，各類機構式照護，涵蓋身心障礙的社會救助，老人年金，與技術協助（其他輔具協助和安全措施）等。所有服務均由地方政府（市）提供，財源來自地方稅收，但中央政府補助社會救助與在宅服務的一半，並支付年金。因鼓勵居家式服務，使用居家護理、永久在宅服務、技術協助為免費，其餘則依收入與使用量計費。服務由老人與家人申請，或由醫師轉介；地方政府評估並提供服務，評估者通常為護理人員或行政人員，但各地服務提供標準並無一致規定(Holstein et al., 1991)。

(四)衛生與福利的連結

組織架構在中央衛生與福利分屬兩部門，在政策制定、財源、與發展上增加複雜性，且郡縣之協調委員會，似乎功能不大，醫院委員會與社會及初級醫療委員會各行其是(Holst & Ito, 1982)。然而因各類機構式與居家式長期照護服務，由實際執行老人照護的市政府提供，減少了部門的分隔，促進長期照護在衛生與福利的整合。主要的連結障礙應來自郡縣與市的權責劃分：郡縣提供醫院照護、精神醫療長期照護機構與初級醫療，市則提供居家護理、在宅服務、一般護理之家或設備協助等長期照護服務；又如復健服務由郡縣負責功能障礙者的訓練，由市負責其功能維持，導致老人照護在急性醫療與長期照護提供上的分隔。

長期照護服務由地方政府主管與提供，能同時考量醫療與社會服務的需要，有利連結衛生與福利；然而各地的評估標準不一，在服務

提供上受專業人員的經驗與背景影響較大(Holstein et al., 1991)。至於財源統一來自地方政府，配合服務居家化策略，使丹麥在費用控制上有不錯的成果(OECD, 1996)。

至於專業人員方面，社工人員人數不足；教育地位約等於護理人員，但教育訓練發展歷史較短；社工地位與權力不如醫師，在政策規劃上也常受到忽略，因此在工作連結上不易整合(Holst & Ito, 1982)。

二、日本

(一)政策發展

二次世界大戰後，日本老人福利政策主要始於一九六三年的「老人福利法」，其目的在促進老人的身心健康與生活安定，明定各級政府皆有責任，且老人亦應注意自己身心變化，保持自己身心健康，努力將其知識與經驗貢獻社會。該政策主要針對老人的健康與所得之安定，並同時重視政府與民衆個人責任(蔡宏昭，一九八九)。一九七三年曾實施七十歲以上老人免費醫療，在一九七〇年代老年人口與醫療費用快速成長。一九八三年實施「老人保健法」，由地方政府與國民健康保險共同負擔老人醫療費用；且加入部分負擔制，但受限於老人年金收入，付費能力不大。最近的改革為一九八九年的「老人厚生十年計畫」，即所謂Gold Plan，目標為維持老人健康與獨立，主要的策略有：(1)由各市發展居家社區式服務，包括在宅服務、短期臨托、日間照護、與居家照護支持中心。(2)減少臥床老人，提供更普及的公共資訊、復健訓練等。(3)建立長壽福利基金以鼓勵新型服務與研究計

畫。(4)擴展長期照護機構，增加特別老人養護所、老人保健院與老人之家。(5)發展各式老人之家居住計畫，以維持輕度障礙老人的獨立生活，如十年的照護之家計畫(Care House)、配備緊急呼救系統的銀髮居(Silver Housing)等(OECD, 1996)。

(二)組織架構

行政體系上，中央以厚生省為最高主管機關。一九六四年厚生省社會局設置老人福利課，一九七二年厚生省公共衛生局設置老人保健部，一九八八年則將老人福利課與老人保健部合併為「老人保健福利部」，隸屬厚生大臣管轄；另外年金局負責年金制度。地方政府由都道府縣的民生部與衛生部，市町村的福利事務所和保健所負責(蔡宏昭，一九八九)。

(三)服務提供與財源

日本的老人照護仍以家庭照護為主。正式照護在機構式照護方面，主要以醫院、特別老人養護所、老人保健院、老人之家與私人的老人安養中心為主(Okamoto, 1992; Kobayashi & Reich, 1993; Puruse, 1996; OECD, 1996)。日本的一般醫院對急性醫療與長期照護並沒有分開，是因大多家庭較能接受住進醫院而不願住進長期照護機構之故。醫院包含公立與私立的提供者，財源包括政府稅收與國民健康保險，分由中央付二〇%，都道府縣與市各付五%，國民健康保險付七〇%，老人須付部分負擔。服務提供以醫護人員為主，特別是護理人員。老人病院(Rojin-Byoin)亦屬醫院，但提供較少的醫療照護。特別老人養護所(Tokubetsuyogo-Rojinhoma)為社會福利單位機構(Syakai-

fukushihojin)，但實質上接近其他國家的護理之家，提供護理照護及有限醫療給身體或精神障礙者；財源來自稅收，中央與地方政府各付一半；使用者依每月費率付自費部分。老人保健設施(Rojinhoken-Shisetsu)為新型照護機構，為出院病人回歸家中的中途站，提供護理與復健服務，提供者可為醫療或社會福利非營利機構或地方政府。由於與醫院角色有所差別，保險支付較低，僅占財源的一半，其餘一半由中央與地方政府稅收支付。各類老人之家主要由社會福利機構提供，以提供住宿為主，加上有限的生活照顧，有收入資格限制。私立安養中心(Yuryo-Rojinhoma)接受衛生機關管理，由使用者全額付費。

居家社區式照護至一九八〇年代才開始發展，包括在宅服務、居家照護、短期臨托與日間照護、復健及其他居家服務，大多由政府與社會福利協議會提供，居家護理加入醫護協會與護士協會共同提供，短期臨托與日間照護則多由特別老人養護所協助提供。財源方面，國民健康保險支付有關醫療的居家護理，其他老人照護則均來自中央與地方政府共同補助。個人家戶自付方面，除了復健與某些居家服務為免費外，均須部分負擔。短期臨托與復健服務有收入資格限制。

(四)衛生與福利的連結

組織架構在中央合併福利與衛生為「老人保健福利部」，配合中央主導的政策改革，有利衛生與福利政策規劃方向的一致。然而日本老人照護服務體系十分複雜，而地方政府層次衛生與福利分屬兩部門，各類服務之間又未建立網絡連結，導致兩部門各自提供服務沒有連結。特別是急性醫療中包含長期照護在內，在服務提供上往往偏重過多醫

療而忽略福利，長期住院者個人照護可能不足，但又浪費醫療資源。加上財源上凡是醫療相關部分由國民健康保險支付，福利部分則來自稅收，多重財源增加管理複雜與行政成本，更難以控制費用。

由於長期照護服務（特別是居家式照護）在日本發展不久，目前政策上屬於擴張階段，專業人員仍屬不足。一九八七年通過社會工作與看護人員法，對社工與看護授予證照，並於一九九二年開辦社工大學課程，提升社會工作者的教育訓練(Furuse, 1996)。因此日本與丹麥同樣有專業不平衡的問題。

三、兩國比較

比較丹麥與日本在老人照護政策中衛生與福利的連結，發現專業人員的工作團隊連結與整合問題，或許是衛生與福利連結中最基本的障礙。Daley(1993)認為衛生與福利專業在團隊整合上的困難，一方面是工作方式與態度：醫療團隊面對上門的病人，自行組織與分配工作，而社工人員卻經常是被指派處理某類特定對象，事先劃定工作範圍，在合作上經常發生先把醫療照護問題與社會服務問題劃分清楚的情形；另一方面是意識型態的差異：衛生與福利兩方對功能障礙者的照護責任看法不同，醫師或護理人員多認為家庭應負擔最大照護責任，而社工則認為政府與家庭皆有照護責任，因此對照護問題的解決方式採取不同的觀點。如何增進衛生與福利兩方面專業人員的溝通與合作，將會是老人照護在執行面上最主要的課題。

至於兩國連結上的差異，包括組織架構、服務提供體系、財源、以及民衆參與和責任的差異。組織架構上丹麥中央為分，地方為合，

主管機關為地方政府，有利服務的連結與整合，但地方分權的結果，各地的服務提供沒有一致標準，連結程度可能也有差異；日本的組織架構中央為合，地方為分，政策規劃一致，但由於服務體系的複雜未連結，致使服務各自提供缺乏連結。財源方面丹麥統一來自地方政府稅收；而日本分醫療與福利個別來自保險與稅收，缺乏財務上的連結。在民衆參與和責任方面，丹麥把老人照護主要視為政府的責任，但老人的社會網絡資源與正式照護資源未能連結，且照護方式的決定上對老人本身意願的考慮不足(Holstein et al., 1991)：日本由家庭負擔主要照護責任，然而複雜的服務體系和衛生福利的分隔，使家庭不易進入正式照護體系使用服務，造成可近障礙。

肆、結論

衛生與福利在老人照護上勢必有某種程度的連結，此連結究竟是平行或整合將影響老人照護不同的結果。經由上述分析，組織架構、財源、與服務提供的分合對衛生與福利的連結有深遠的影響，特別當長期照護政策採取地方分權方式管理與提供時，兩者在政策執行上更有連結的必要。我國目前照護體系接近日本型態，但在中央組織仍為分治局面。近年來我國衛生與福利的組織整合成為熱門話題，建議我國發展長期照護政策時，應考量組織架構的統合協調，最好使用單一財源，並配合照護體系網絡的建立。另一方面，衛生與福利兩方面專業人員的團隊合作是連結與整合的界面所在，雙方專業人員必須有充分的對話和溝通，在團隊工作執行上尤其要共同配合進行，否則即

使在試辦計畫的形式下解決了組織架構、服務與財源的分隔問題，仍然無法達到衛生與福利連結並整合的目標。

(本文作者為台灣大學公共衛生研究所博士班研究生)

參考文獻

- 蔡宏昭 日本的老人福利政策與措施 於台灣省老人福利研討會實錄
中華民國七十八年八月二十五、二十六日 台北市 政治大學
社會學系暨研究所與台灣省政府社會處 一九八九年 一一四—
一五一頁
- Dalley G. Professional ideology or organizational tribalism? The health service-social work divide. In: Walmsley J, Reynolds J, Shakespeare P, Woolfe R editors. Health, welfare & practice: Reflecting on roles & relationships. London: Sage Publications, 1993: 32-39.
- Furuse T. Changing the balance of care: Japan. In: OECD. Caring for frail elderly people: policies in evolution. Paris: OECD, 1996: 143-155.
- Hokenstad MC. Introduction. In: Hokenstad Jr MC, Ritvo RA editors. Social service delivery systems, an international annual volume 5: Linking health care and social services: international perspectives. California: Sage Publications, 1982: 11-24.
- Holst E & Ito H. Denmark. In: Hokenstad Jr. MC, Ritvo RA editors. Social service delivery systems, an international annual volume 5: Linking health care and social services: international perspectives. California: Sage Publications, 1982: 61-80.
- Holstein BE, Due P, Almind G, Holst E. The home-help service in Denmark. In: Jamieson A editor. Home care for older people in Europe: a comparison of policies and practices. Oxford: Oxford University Press, 1991: 38-62.
- Kobayashi Y and Reich MR. Health care financing for the elderly in Japan. Soc Sci Med 37(3), 1993: 343-53.
- OECD. Caring for frail elderly people: policies in evolution. Paris: OECD, 1996.
- Okamoto Y. Health care for the elderly in Japan: medicine and welfare in an aging society facing a crisis in long term care. BMJ 305, 1992: 403-5.