

老人醫療照顧與福利政策之展望

李宗派

序言·

本文將探討老人醫療照顧與福利政策之現代概念，在衛生保健與社會經濟建設之重要性，說明老年人口急速增加對於醫療福利預算之最重負擔，對於全民健康保險之互動關係，強調對於社會大眾要實施預防醫學教育，預防保健政策，制定前瞻性與制度化之社會福利政策與社會醫療服務，提供老人所需要之社會經濟安全與醫療保健安全法案與措施。重視預防勝於治療，如果預防失敗，即應盡早診斷治療，如果治療失敗，應設法加以復健（Preventive, Curative and Rehabilitative）。更要喚醒朝野之政治領導與政策制定者，醫療保健與社會福利專業者以及社會仕紳賢達、意見領袖，能夠真正關心，未雨綢繆，維護老人之正常身心與社會經濟生活之運作，保有家庭親友與社區生活之支持體系，防患老人殘疾之發生，壓縮或遲緩老人疾病，積極控制老年期可能發生之慢性殘疾與情緒苦惱，展望人生面臨晚期生活，有所安養，面臨殘疾，有所就醫，面臨死亡能夠泰然笑納。期望透過公私立完整性之醫療照顧與福利服務，使得所有之老人都能夠享受一份全齡期之幸福快樂，瀟灑瀟灑安然度過一生。

一、老年醫療照顧之概念

人之一生猶如一年四季，可按節令分為春夏秋冬，老年即是人生之寒冬，不論經歷冰天雪地或是冷風吹襲，所有之老人均需面臨人生四大痛苦：生老病死之三大課題。今日社會上許多高齡老人，可稱為風燭殘年、體弱多病，有的

耳目失聰、行動困難，人際關係日趨疏遠，有的變為孤獨空虛、悶悶不樂。從前之社會地位、家長權力、事業成就、光輝日子全變為過眼雲煙，所留下來的都是挫折失望、焦慮不安、恐懼失落，常常引起身心健康不良，家庭不睦，日常生活之適應發生問題。聯合國之世界衛生組織宣示：一個人的健康必須是身體、精神與社會關係之健康，更進一步需要保持一個人的健全身心與社會功能之正常運作。健康的概念即是促使一個人的潛能發揮到最高境界。如果應用這個健康的概念來討論老人之醫療照顧，即是指老人之醫療照顧必須包括身體、精神與社會之三大功能。老人醫療照顧之概念係討論如何預防疾病之發生，如何維護老人身心之健康，以及如何促進老人之社會生活功能。過去之醫療觀念大部分注重在如何治療老人之疾病，如何延長老人之生命，缺乏預防措施，更缺乏研究老人潛能與社會功能之發揮。現代化醫療保健制度之目的，就是要維持醫療品質與數量並重，注意老人之急慢性治療，更加注意老人之慢性醫療照顧。老年之醫療照顧包括了內診服務、家庭保健、居家護理、社區照顧、住院醫護與長期照顧。在治療方面包括了身體之急性與慢性疾病，精神失常與神經體系之殘疾。在醫護層次上，可分為預防性之保健服務、治療性之醫療照顧，與復健性之功能維護。在社會功能上，要維持老人日常生活之最高獨立性與自主性，減少老人之依賴程度與隔離感度（註1）。

老人族群對於整個醫療保健制度與社會福利政策呈顯一種雙重之挑戰；一方面要預防老人殘疾之發生，另一方面要提供適當之醫療照顧，對於一個國家之公共衛生、醫療保健與社會福利政策之主要目標，必須定位在預防或延緩老

人功能性之殘疾發生。同時，在老人染患了身體的、或精神的殘障情況必須加以治療照顧。要達成這種雙重任務，無疑間地對於現代之醫療保健與福利政策即是一大挑戰。

以往之醫療政策只是治療或延長老人之生命，使得今日之老人可多活十多年，活得較為長久，但並不保證活的更快樂，或更健康。美國之人口統計顯示六十五歲以上之老人可預期多活十五年以上。台灣之老人也同樣可多活十多年之歲月。但是不論在美國或在台灣均缺乏醫療保健政策，來預防老年期急性與慢性殘疾之發生。雖然年歲增多，但是身心遭受慢性疾病之侵犯，卻不能享有自由活動之益處。加拿大之疾病統計顯示老年之疾病發生率比過去年代增加，（註1）。直到最近，美國之預防醫學均注重在年青一代，老年人口超過六十歲者，經常被預防醫學研究或試驗計畫所排斥。例如多元化之危險因素實驗研究（Multiple Risk Factor Intervention Trial and the Lipid Research Centers Coronary Primary Prevention Trial）對於老年人口開始試驗健康方案，試探老人族群能否得到益處。其研究結果卻是令人興奮的。歐門（Omen）引述了華盛頓大學之老人健康促進研究中心示範老年之戒煙與年青人之戒煙，其研究結果得到了同樣之益處（註2）。

對於公元二千年之老年醫療保健政策，應該包括預防醫學、預防老人疾病與殘障之發生。如果能夠延緩老人族群之依賴性與殘障性，就是對於老人生活品質與福利服務之增進。對於整個國家之社會經濟建設，也是非常重要之政策。除非我們努力減少老人疾病之發生與經濟依賴，將會有更多之老人需要醫療照顧與福利服務，而社會上要提供老人服務者反而減少。

二、老年人口增加之含意

老年人口急速增長對於醫療保健與社會福利政策有什麼含意或暗示？很明顯的，老年人口代表許多依賴人口，一個國家之依賴人口增多，其醫療保健與

社會福利負擔必定增加。老年人口增加是普世性的，不論在已開發國家或在開發中之國家，都顯示急速增長之趨勢。社會上之青壯年人口（廿至五十歲）並未顯著增加，尤其是卅至四十歲左右之醫生、護士以及其他醫療人員並沒有隨老年人口之比例增加，另外在傳統農業社會之婦女大多數習慣在家照顧老幼，但是在現代工商業都市社會中，很多婦女參與社會之勞動生產與服務行業賺取工資，無法分身待在家裡提供老人必須之生活照顧與醫療護理，遇到老人問題必須仰賴專業人員或約僱居家護理，提供老人之醫療照顧與福利服務。我們必須認識到老年人口之分布並不平均，有的集中在某城市或某鄉村，例如在美國，老人均喜歡居住在陽光地帶，例如南加州，拉斯維加斯（Las Vegas）或阿利桑那州（Arizona）或邁亞美（Miami）等地，這些老年人口集中之城市，其醫療設施、養老機構、社會福利機關、居家護理、社區照顧、老人服務中心、老人大學、老人議會，特別繁多。其醫療保健福利服務以及保險費用之負擔也極為沉重。要瞭解老年人口之分布可依氣候、地理環境、醫療設施、福利服務與經濟水準加以分析之，也可由老年人口之年齡、性別、種類與家庭收入加以研究預測（註3）。

在美國，一九八六年之估計約有二千九百廿萬人超過六十五歲，佔總人口數之十二%，其中一千七百卅萬人為六十五至七十四歲，九百十萬人為七十五至八十四歲，二百八十萬人為八十五歲以上。一九九一年之統計顯示，老人增加為美國總人口數之十二·六%，六十五至七十四歲為七·二%，七十五至八十四歲為四·二%，八十五歲以上為一·三%。七十五歲與八十五歲以上兩個人口族群是美國人口生長率最快之族群，這些統計數字具有重大之社會、經濟與醫療之含意。七十五歲以上，尤其是八十五歲以上對於醫療需要，福利服務急激增加。例如四十%之養老院床位為八十五歲以上所佔住。由一九八〇至二〇三〇年，八十五歲以上將增加四倍，至公元二〇五〇年將增加七倍。超過一〇〇歲以上者也在增加。在一九八〇年代，有一萬五千人，一九八五年代增為二萬

五千人，七十%為女性，三十%為男性，七十九%為白人，十八%為黑人，三%為其他種族。其中八十%為鰥寡，十%已婚，八%未婚，二%離婚，八二%在美出生，十八%移民。美國之人口統計局估計在公元二〇五〇年將有一百萬人超過一〇〇歲，二〇八〇年將有二百萬人（百歲人瑞）。包括了發展中之國家，老年人口一直急增，因為婦嬰死亡率下降，中老年期之心臟疾病與中風也開始下降。加上營養教育普及各地，中老年開始注意適當之食物攝取，避免脂肪過多，也大有幫助（註4）。就生產人口與依賴人口作一番比較，在一九七七年，美國之依賴人口，十八歲以下者佔有四十九·七%，六十五歲以上者佔有十八·二%，老年以及幼童少年之依賴人口計為六十七·九%，這個數字意味著每一百個從事生產之勞動人口要賺錢養活六十七·九人之老少人口。到了公元二〇〇〇年則變為十八歲以下者為四三·二%，六十五歲以上者為二十%，依賴人口總數為六三·二%（註5）。

在社會經濟生活方面，美國之老人有十二·四%（三百四十萬人）生活在貧窮線下（一九八六年），一年之收入為五、二五五美元至六、六三〇美元，這個收入數目要養活一個老人或一對老人的確很清苦。比較實際之估計約有二十五%之老人均為貧民。老年人口五分之二收入為二〇、〇〇〇美元至五〇、〇〇〇美元（年收二萬至五萬美元），十分之一收入為五萬元以上。老年人口尚有十七%要依靠自己之就業收入來維持生活。就老人之居住情況分析之，有十%之老人住在老舊失修，不適當之房屋，有四分之三住在自己早年購買之房屋，有四分之一租屋而居。這些統計數字可提供給醫療保健專家與福利政策制定者深思，分析老人之醫療照顧與福利服務方針與策略。

三、老年人人口面臨之嚴重問題

老人所面臨之問題很多，舉凡食衣住行育樂、醫療保健與臨終安排等等，但是最嚴重之問題即為貧病孤獨。也就是最迫切之醫療照顧與經濟獨立，最被

忽略之社會疏離與生活乏味四大課題。

比起年青人，老人比較多病，老人之身心遭受慢性疾病之困擾者很多，一九八四年美國之國家健康調查（National Health Survey）發現約為四分之一老人六十五歲以上者，具有個人日常生活之適應困難，（ADLS），住在社區中之老人遭遇日常生活活動度（Active Daily Living Acale）七項個人照顧活動中之一項以上，有二十七%之老人遭遇家庭管理活動（IADLS）中六項日常生活活動之一項困難（Home Management Activities）。在一九八四，為老人醫療之國民所得支出平均為四、二〇〇美元比一般國民為高，同時，老人之抑鬱症與精神病均大量增加，各州之州立精神病醫院約有二十七%係為老人病人。六十五歲以上之死亡原因以心臟病為第一位，其他開發中之國家也相類似，心臟病佔所有死亡疾病之三十三至四十三%，癌病佔了所有死亡疾病之十六—二十五%，中風死亡者佔有九—二十三%（註6）。

在台灣地區之老人超過六十五歲者，大約有六五·七%均患有一種以上之慢性或急性疾病，以高血壓最多、心臟病居次，糖尿病和白內障為第三位。吸煙者超過三十四%；男性為五十五%，女性為八%。六十五歲至七十四歲者平均有九·五顆缺牙。六十五歲以上者一半以上視力低於〇·四。意外事故之運輸與意外墜落為老人死因之第五位。這些老人殘疾與意外傷亡均可透過適當之醫療保健政策加以預防，減少事故發生之頻率。

台灣老人面臨之困境與歐美先進國家之老人相類似，其主要原因為生活方式之變遷與社會價值觀念之突變而引起。由農村社會變為工業都市型態，由依靠土地農業生產改為工資薪水之貨幣經濟型態，由大家庭之彼此照顧與互賴，變為小家庭之獨立自主生活，老人之人際關係愈來愈疏遠，養兒防老之觀念，不但不實際，也變為家庭親屬不睦之禍根，垂暮老年最難忍受唯利是圖，功利掛帥之都市競爭生活。現代社會強調速度工作效率與技藝創新，對於身心疲乏與患有慢性疾病之老人，引起極大衝擊。尤其台灣之社會價值觀念在卅年來突

變過速，由極權變為民主，由專制變為自由，舊有之傳統價值觀念，敬老與孝親之倫理道德日趨淡薄，社會平等思想抬頭，見錢思齊，見權便爭，物慾橫行，享樂掛帥，使得許多年老雙親獨居或與他人居住，寄人籬下者，日益增多。由民國六十年之一四·八%增加為二六·六%，有七四%之老人缺乏經濟來源，其生活費用係由其子女勉強供給。只有一〇·四%之老人尚能自食其力，自己維持。依靠退休金生活者只有九·八%，依賴政府之社會救助金生活者只佔三·三%。老年醫療費用之來源，由其子女之積蓄支付者佔五一·三四%，由自己或配偶之積蓄支付者佔四〇·一一%，由社會救濟者佔了〇·八八%（註7）。由此可見老年人口族群之大多數人，經濟不獨立，家庭財政不能自主，缺乏經濟能力，無法享受適當之醫療照顧。政府對於老人之生活照顧與醫療保健服務所扮演之角色，極其有限。如何發揮民主政府之功能延攬具有先知先覺之學者專家、社會領袖與老人工作實務者以及社區之老人代表，參與政府有關部門，諸如衛生、福利、社會保險、健康保險、醫療品質監督與消費者公平服務等等單位，研究擬定適合於老人生活與醫療照顧，應是老人醫療保健與福利政策之當前要務。

老人面臨之社會疏離與生活乏味係因社會變遷所引起，大多數之老人由於工作退休，生活適應不良，或由勞動市場撤退出來，在家閒散，不知所措，退休生活對於婦女較易適應，因為許多家事可使婦女忙碌終日，或者照顧孫子，照顧患有慢性疾病之老公。在情緒上覺得生命尚有一「剩餘價值」。但是男人退休後在家庭沒有身分地位，沒有適當工作，沒有賺錢就失去生存之價值，生活覺得乏味，人生失去意義，退休後缺乏適當活動之男人，其死亡速度較為快速。另一個老人面臨之危機即是老年時期之損失頻繁（Many Losses），在老年期，許多不可預期之損失，時常發生或同時發生，例如損失配偶、親友，損失健康，損失身分地位、權威，損失子女，以及損失家庭及團體之所屬感，變為孤苦伶仃，被人排拒，面臨失望，頓覺人生空虛。這些老人問題均值得醫療

保健，心理衛生與社會工作專家之深入研究並提供預防與治療之策略與方案來協助老人族群適應急變之社會生活，參與社區活動，使其感受人情之溫暖，與人類社會之歸屬感，增進其生存之意義，才是老人福利之實踐。

四、對於老人醫療照顧與福利政策之展望

先進國家之美國在一九九三年之醫療保健資料顯示老年人口之醫療保健支出，花費了全美醫療保健經費三分之一（二千七百億美元）（註8）。當我們瞭解老年人口之醫療費用與長期照顧將形成家庭與社會之嚴重負擔，在台灣，該如何落實老人之醫療照顧？如何促進老人福利政策之實施？

最明智與理性之作法，就是要減輕老人個人與其家庭之經濟負擔，為經濟困苦之家庭解決貧病之難題，將全部之老人醫療照顧併入全民之健康保險體系。一般而言，社會上遭受疾病殘障威脅最大之族群為老人，或是低收入階級與中產階級之老年與中年。他們一旦遭遇急症重病或慢性殘疾，經年累月所積蓄的，變為烏有，家庭經濟立刻失去安全保障。如果家有恆產，經濟充裕之老人，可以自己負擔醫療保險費用，如果低收入或其收入足夠維持日常生活者，應由政府每年編列預算，代為繳交老人之醫療保險。可學習日本之全民健康保險制度，或美國之老年醫療保險（Medicare）。凡在退休前繳交老年醫療保險者，均可享受老年醫療保險之服務與照顧，其家庭子孫也不必為他們年老之父母，坐困愁城，擔心醫療費用會拖垮家庭經濟，或犧牲子女之教育基金等等。

在醫療保險效益方面，所有之老人依其實際之醫療需要，應享有住院治療、醫療保健服務、初級與預防性之醫療服務、藥物治療、護理照顧、家庭保健與社區照顧之整體服務，要包括臨終安寧之服務，精神疾病之治療、心理衛生與社會工作之諮詢服務，戒酒、戒毒、戒煙等等之治療重健，牙科醫療之服務

，視力之檢查，以及長期使用醫療器材或輔助器材之供應服務，還有醫療團隊確認有關之治療與復健之服務等等（註9）。

在病人申請或接受醫療照顧時，可視醫療性質之輕重，或複雜程度，考慮酌收少額掛號費用，避免無知病人浪費昂貴之醫療資源。

政府現有之各地方衛生局行政體系下之衛生所或保健中心應該發揮老人醫療照顧之預防功能，提供老人保健教育，篩選老人疾病，從事老人醫學之研究，早期診斷，轉介個案至地區醫院，透過基層醫療網絡提供預防性之治療服務，盡量避免大批老人族群擁擠到各大醫學中心。各大學之醫學院、醫學中心應該訓練現代化之老人醫學或家庭醫學專科醫師，老人醫學護理師、藥劑師、醫療社會工作師，醫療心理師以及老人營養師，集體下鄉宣導，開拓老人醫療照顧之新領域。現有之醫療保健行政體制自上至下，必須徹底改革。四、五十年代前之農村社會所遺留之醫療保健型態已不適合現今之工商業社會與電腦時代，許多醫療保健政策與措施與實際之社會要求格格不入，不能再使用那些古老之衛生所或保健體制來滿足全民之醫療保健需要。醫療保健之領導人才，其思想意識型態必須改變，其專業作風必須符合民主時代之新潮流，社會消費者之新要求，更要學習科學之醫療體系管理知識與技術，才能夠將最新之醫藥發明與醫療技術在最有時效之條件下輸送到所有之病人身上，完成醫療照顧之神聖任務。在整個醫療體系下，各階層之醫療保健決策人士，必須認識到全民之醫療保健計畫與全民健康保險係為國家重大經濟建設之一，對於全國之生產與消費市場具有極其重要之影響力，也是達成現代化國家之重要政策，不得不深思熟慮，謹慎主持保健大計。政府當局對於保護全民健康，代替大家辛勞照顧老人長輩，行使孝道之醫師、護士、藥師、社工師，以及許許多多之醫療專業人員之薪水待遇，必須考慮，給予適當之調整，給予合理之經濟報酬，才能夠鼓勵他們專心一意為老人病患服務。

在社會福利政策方面，可仿效美國之老人法案以及社會安全法案，由社會

立法加以保障老人族群之福利權益。美國之老人法案在一九六五年通過立法，稱為Older Americans Act 在一九九二年九月三十日重新修訂。根據此法案，聯邦政府設立了全國性之老人福利行政局掌理全國之老人福利業務與政策之制定，在各州政府均成立了老人福利局，負責策畫全州之老人福利方案。由州政府之老人福利局授權各縣政府組成地區性之老人行政單位（Area Agencies on Aging = AAA）。聯邦政府之撥款透過州政府之老人福利局，再經過地區性之老人行政單位，可支援公私立之老人福利機關與社團，提供直接服務，給於地方上之老人族群。地區性之老人行政單位負有責任規畫老人之社會服務，代表老人發言、評估、檢查、監視老人之社會福利政策之執行，福利方案之效益評鑑，評估該地區之老人福利需要，並協調所有聯邦政府支援之老人服務方案。其提供之老人福利活動項目極其繁多，包括了老人服務使用度之考核，諮訊轉介之服務，提供老人之交通設施、個案協調管理，居家護理服務，個人照顧，家庭保健，餐食輸送到家，社區服務，集體供餐，老人活動中心，託老服務，法律及財稅申報服務，所有之福利服務均為免費，但歡迎老人捐款支援。老人福利之營養餐食方案最為顯著，提供老人在教會或社區活動中心集體餐食或是輸送到家，坐在輪椅，提供營養午餐或晚餐。這些服務係針對著貧窮缺乏營養，在家無法準備適當之餐食者，或是體弱乏力外出購物者，加以服務（註10）。

另外老人活動中心則提供多功能之老人服務，包括了保健、社會、教育以及康樂文化活動，有的中心甚至提供勞作、美術、圖書館、小型之高爾夫球場、集體餐廳、電話問候服務、就業輔導介紹、志願工作機會、社會交誼、舞蹈訓練等等活動，這些節目不但維持了正常之營養、運動，也促進了人際關係，減少精神上之悶悶不樂。

美國之社會安全法案提供老人退休保險金，以及老人福利救助金兩項保障了老人之基本經濟安全，不必仰賴兒孫之經濟支援。社會安全法案自一九三五

年實施以來，舉凡就業之勞動者，不論勞心或勞力者均加入社會保險，因此目前全美美國超過六十五歲以上之老人約有九十%以上可以享受老人退休保險金之利益（Old Age, Survivors and Disability Health Insurance），如果缺乏社會保險，不能領取老人退休保險金之老人，確實貧困也可申請公共救助之老人福利救助金（Old Age Assistance under Supplemental Security Income）（註11）。

在一九九二年全美申請老年退休、遺屬保險，計有三百卅萬人，申請殘障保險者計有一百五十萬人，申請補充安全收入（S.S.I.公共救助，包括老人、盲人及殘障者）計有二百十萬人。一九九二年之社會保險支出（OASDHI）佔全國生產毛額之六·二七%。在一九九〇年之統計，美國之老人主要收入來自社會安全給付包括老年退休金與老年救助金者佔九十二%，來自私人之退休金者佔三十%，來自政府公務人員退休金者佔十五%，來自私人財產積蓄者佔六十九%，來自老人自力更生賺取者佔二十二%（註12）。

由此可見一個國家之社會安全制度對於老人之經濟安全與經濟自主多麼重要。在台灣要真正落實老人之社會福利政策，必須建立一個健全之社會安全制度，提供社會保險與公共救助併行，將現在工作之勞動人口全部併入社會保險體系，預防將來高齡化社會之依賴人口拖累政府之財政。老年人口有了經濟收入之安全保障，可以減少許多社會上、家庭上之不幸事件發生，對於老年之醫療照顧也可形成第一線之預防作用，衣食足而知廉恥，可接受預防醫學保健教育，可與醫療人員合作，改變生活方式，接受社會工作，心理衛生等等服務，由消極之人生態度改為積極之人生樂趣，則在有形與無形之老人服務過程中增進老人之福利與醫療照顧。

結 論

老年是正常人生必經之一個階段，老人本身並非社會問題，而是伴隨著老人所處之家庭、社區與整個社會環境之變遷、社會結構與社會價值觀念之重大

改變，才產生了老人之生活適應困難與醫療照顧問題。整個老人之醫療保健與福利政策係針對著一個共同之社會目標，就是要維護老人身心之健康自由，老年經濟之獨立自主，以及享受敬老尊長之社會關懷。

不論對於老人醫療照顧與福利政策之改革或創新，應該注重預防措施，要改變社會大眾對於老年之貧困、老弱、多病、老廢無用之負面觀念，在政策上，對於老年之醫療計畫應該注重偏遠地區之老人醫療照顧問題，對於病弱殘障之老人族群，應考慮適當之長期照顧，對於慢性疾病之老人，應考慮其居家護理或機關照顧，衛生機關與福利機關必須配合，互相支援，才能解決老人之困境，對於被子女遺棄或遭受家人虐待之老人，政府之有關機關必須挺身而出，提出保護政策與措施。

對於社會大眾應該實施老人醫學之預防保健教育，禁煙，減酒，排除檳榔麻藥，營養教育，藥物控制，鼓勵運動與正常娛樂，旅遊或從事文化藝術活動，培養生活情趣，增加新知。更要鼓勵老人參與社會活動，藉以交友聯誼，精神有所寄託。在制定老年醫療保健與福利政策時，必須促進老人社團，或地區性之老人團體選出代表，參與政策之擬定與討論，使消費者之代表為自己之需要與利益發言，政府之官員與醫療福利之專業領導者不應該專權為老人包辦一切，為他們界定需要，應該鼓勵老人代表參與，可獲益良多。

中國之傳統倫理強調「百善孝為先」，要使用適當之社會福利政策、財稅政策來維護家庭功能，血緣之互助倫理，家族親情之支援，得以樂意事奉自己之雙親老人，減少政府之福利負擔。

要鼓勵老人族群改變生活方式，學習現代觀念，培養良好習慣，持守積極之心理衛生，「起得早，睡得好，七分飽，常跑跑，多笑笑，莫煩惱，天天忙，永不老」，心情開朗，自然健康。古語曰「人生疾病，外因易防，七情六慾，內賊難當……毋憂毋慮，即是長生聖藥，笑口常開，便是卻病良方」。

基督教之聖經箴言第十七章二十二節「喜樂的心，乃是良藥，憂傷的靈，

使骨枯乾」。保持老人愉快之心情，脫俗超凡之精神，不但可以預防身心之疾病，也可以增長老人之生命，我們從事於老人之醫療照顧與福利服務之專業者與關心老人生活幸福之朋友，不但要維護老年生命之延續生存，更要幫助老人生活的更快樂、更尊嚴，而且更有意義，今天我們努力為老人開創新天地、謀福利，就是明天為我們自己之幸福奠下基礎，願共勉之。

備註

- ¹ Brody, Stanley J. "Comprehensive Health Care for the Elderly: An Analysis", Contemporary Social Gerontology edited by Bill D. Bell, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1976, P.P. 138 - 145.
- ² Kovar, M. G. and Feinleib, M., "Older Americans Present a Double Challenge: Preventing Disability and Providing Care", American Journal of Public Health, Vol. 81, No. 3, March 1991, P. P. 287.
- ³ Butler, Robert N., Lewis, Myrna I., Sunderland, Trey, Aging and Mental Health - Positive Psychosocial and Biomedical Approaches, Macmillan Publishing Co. New York, 1991. P. 6 - 8.
- ⁴ Ibid. P. P. 9 - 10.
- ⁵ Ibid. P. P. 12 - 20.
- ⁶ Furner, Sylvia E. "Special Topics - International Aging" Vital and Health Statistics - Chartbook on Health Data on Older Americans: U. S. 1992, U. S. Department of Health and Human Services, May 1993, P. P. 39 - 40.
- ⁷ 行政院第十四次科技顧問會議，議題肆「科技研發以提昇國民生活品質」主題一，配合全民健康保險之實施，老人醫療保健政策與措施，民國八十一年九月八日，在台北市舉行，會議資料，第1—2頁。
- ⁸ Binstock, Robert H., "Older People and Health Care Reform", American Be-

havioral Scientist Vol 36, No. 6. July August 1993. Sage Periodicals Press. Newbury Park, P. P. 823 - 841.

⁶ American Public Health Association, Nations Health, January 1949. P. P. 14 - 16. "Comparison of Key Congressional Health Care Reform Bills 1993."

⁰¹ Poppel, Philip R., Leigthinger, Social Work, Social Welfare, and American Society, Allyn and Bacon, Boston, 1993. P. P. 550 - 552.

^{II} U. S. Department of Health and Human Services Social Security Administration, Fast Facts and Figures About Social Security, 1993, P. P. 1 - 4.

^{II} Ibid. P. P. 5 - 6.

參考書籍

- ^I Social Work, Social Welfare and American Society by Philip R. Poppel and Leslieheighninger 1993.
- ² Social Welfare - A Response to Human need - by Louise C. Johnson and Charles, Schwartz, 1994.
- ³ Aging and Mental Health - Positive Psychosocial and Biomedical Approaches, by Robert N. Butler/Myrna Lewis/Trey Sundesland 1991.
- ⁴ Health Security Act, Section by Section Analysis, December 1993, U. S. Government.
- ⁵ Older Americans Act Amen
- ⁶ The Medicare - 1993 Handbook, U. S. Dept of Health and Human Services.
- ⁷ 老人養護論叢(陳燕禎主編)，彰化老人養護中心印，一九八三。
- (本文作者現任美國長堤加州大學國際社會工作研究所教授兼所長，高雄醫學院醫學社會學系客座教授兼健康與社會政策研究中心主任)