

# 從老化現象談老人的醫療對策

蔡宏昭

## 壹、認識老化現象

### 一、老化現象

凡是有生命的東西都有老化的現象，這是生物界的普遍法則。人類到了某種年齡，內臟器官就會呈現有形的變化、化學的變化或機能的變化。所謂老化現象，就是內臟器官高度變化的程度。開始老化時，實質細胞會逐漸萎縮，色素與非生理物質也會減少分泌，但是，結合組織却會增殖。好比東西的實質雖然縮小，外殼却會加大，而生鏽的部分也不斷增加。因此，一旦開始老化，內臟器官的機能就會逐漸衰退。肌肉的筋力、胃腸的消化能力、眼睛的視力、耳朵的聽力等都會減弱，而且恢復能力也會降低。尤其對於外界的變化，例如天氣的變化或生活環境的變化，會難以適應。

上述各種老化現象到底是自然的生理現象，還是反常的病理現象，現代醫學仍然無法斷定。由於

絕大多數的老人都死於疾病，而非自然死亡，所以大部份的醫生都以病理學的方法，從事老人現象的研究與治療。其實，老人疾病通常是由自然的生理變化導致身心機能的衰退，進而易受疾病的侵襲和併發症的蔓延所造成。因此，老年人的病理現象應是由生理現象所產生。如果現代醫學能夠加強老人生理現象的研究，對防治老化現象，應會產生更大的效果。

### 二、老化現象的個別差異

由於個人的健康情形（如營養、血液循環、肝機能等）、個性、人生觀以及生活環境（如工作環境、家庭生活、社會生活、經濟條件等）的不同，老化現象就因人而異。有些人老化得早，有些人老化得晚。有些人由心臟、血管開始老化；有些人由腿部開始老化；有些人則從骨骼、牙齒開始老化。此外，由於身心使用狀況的不同，老化速度也有顯著的差異。例如，越不使用腦力，就會加速腦力的老化。在整個老化過程中，並非全都具有負面作用

，有時會因老化而變得穩重和成熟。

個別差異說明一個事實，相同年齡的老人不一定會有相同的老化現象。目前，以年齡決定老化現象的制度是否合理，是個頗值商榷的問題。如果能以科學的方法測定老化現象，老人的認定標準將會改變。此外，如果老人的健康、精神及生活環境能夠獲得改善和充實，對防治老化現象將有極大幫助。因此，老人福利的意義，是在協助老人防止老化，並對已經老化的老人提供醫療、精神及經濟的援助，以減緩老化的速度與程度。由於老化現象的個別差異，老人福利的作法，應該針對個別老人的需求適度提供。如果忽視老人的個別差異，採取強制收容或一律適用的措施，不僅徒增財政負擔，對防治老人老化也無多大益處。

### 三、腦與精神的老化

人腦的成長需要十幾年的漫長歲月，但是，超過二十歲，人腦就會呈現老化的現象。除非有特殊病症，人腦的老化並不十分顯著，有時還能配合知

識與經驗的累積，而更富創造力。人腦的老化與身心的老化有極密切的關係。腦一旦開始老化，身心也會開始老化；相反地，身心的老化也會導致腦的退化。腦的退化除了與身心機能的變化有密切關係之外，也深受精神活動與周圍環境的影響，而形成極為複雜的關係。

腦及其他身心機能（如自律神經、內分泌系統、循環系統）直接左右一個人的精神狀態。但是，影響老人想法、作法和情緒的重要因素，却是個人的觀念與習慣以及社會的文化與制度。精神的退化是生理、心理及環境三者的綜合產物，不能只從年齡的因素去歸納出單純的法則。因此，在制定老人福利政策時，不光從生物學的理论去推斷，必須從生理、心理及環境三種因素綜合考量，針對個別需求，提供適切的服務。

#### 四、知能的退化

從醫學的觀點，由於知能的退化比較容易測定和量化，所以變化的情形較為明確。茲從知覺、記憶、思考、知能、學習能力及適應能力六方面來說明老化現象。

知覺——知覺較弱、主觀較強、較易產生不正確的印象。

記憶——記憶力衰退，常會以同樣的順序、重複同樣的內容。

思考——思考範圍狹小，缺乏創造性、思想偏向保守。但是，對於事物的本質却有較高的洞察和掌握能力。

知能——在語言知能方面，綜合分析能力會減

弱；在行動知能方面，快速作業能力也會衰退。這兩種知能並非同時衰退，有時語言知能的衰退較快，有時行動知能的衰退較強。

學習能力——新知識的學習能力減弱，學習效果較差，較難培養新的生活習慣。

適應能力——對於新的行動樣式和生活環境難以適應，而且容易產生不安、不滿和不幸的感覺。尤其是個性剛強，缺乏彈性的老人更容易產生不適應症。

#### 五、情欲的退化

欲望與生命力有密切的關係。一般說來，步入老齡之後，運動欲望及性欲顯著降低，（可是，對性的關心則不一定會減退，有些老人反而會增強。但是，生命欲望及避難欲望卻會提高。至於權力欲、名利欲、安全欲、自我發展及被承認等欲望，則因個人條件的不同而有差異。關於老人的感情，由於缺乏生命的充實感，追求高尚情操和維持長久感情的能力會減弱，有時還有猜忌的傾向。對於自己和家人會呈現強烈關心，但是，對於他人則顯得冷漠。

情欲的變化必將造成個性的變化。老人的個性通常具有頑固、嘮叨、迷信、愚痴、依賴、主觀、過度關心、缺乏時代感等共同的特性。如果以價值觀衡量，具有正面價值的個性，有不追求時髦、關心事物的本質、考慮周延等；具有負面價值的個性，如守舊、頑固、猜疑、妬嫉、無恥、陰沉等。當然，老人的個性因人而異。通常自卑感、孤寂感、不安和不滿越強，負面價值的個性就越明顯。有些

老人正面價值的個性特別強，是年輕人學習的好榜樣。

#### 六、老人的精神障礙症

根據東京慈惠醫科大學精神科教授新福尚武的調查（註一），患有精神障礙症的比率，五十歲至五十九歲者約佔三分之一；六十歲至六十九歲者約佔二分之一；七十歲以上者約佔三分之一。可見，六十歲以上的老人，有半數患有老人精神障礙症。根據新福教授的說明，由老化直接引起的老人精神障礙症有痴呆症和腦動脈硬化性精神病；由老化間接引起的有精神分裂、憂鬱症等內因性精神障礙、神經症、反應性精神病等心因性精神障礙以及梅毒、酒精中毒、外傷等外因性精神障礙。下列六種症狀就是老人常患的精神障礙症。

腦血管障礙——隨著腦動脈的硬化，腦機能會減弱，各種精神障礙也會產生。最常見的有健忘、計算困難、意識混濁、無法控制感情、抽搐等症狀。腦萎縮精神病——腦萎縮會引起各種痴呆症。通常在六十五歲以後發生，而且女性多於男性。其症狀是嚴重的健忘，有時甚至忘記自己家人的名字；外出時常會迷路，回不到家；晚上常會無故起床，騷擾家人；常會偷竊或做出不乾淨的行為；有時因幻想過度，呈現嚴重的憂鬱，甚至自殺。

精神分裂症——老人由於對生活的空虛感及對死亡的恐懼，而產生不安、焦躁、頭痛、胃痛、胃腸障礙及心臟障礙等病症。對於同年老友的患病，去世特別敏感，也十分害怕自己生病時無人照顧。太多的幻想和顧慮，常使自己無法安眠。

憂鬱症——當老人從忙碌的工作中退休下來，就會逐漸出現情緒不穩的現象，例如憂鬱寡歡、衝動遽減、罪惡感（尤其會經常後悔）、缺乏生活的勇氣，甚至想自殺。憂鬱症的症狀與個性有密切關係，但是，仍有共同的病狀，例如頭痛、肩痛、疲勞、食欲不振、手脚麻痺等。

幻想症——由於感覺和聽覺的衰退，老人常有各種幻想症。最常見的是被害幻想症和關係幻想症。前者如懷疑他人說壞話、被中傷、被偷竊、被下毒，甚至被殺害，後者是將自己與毫無關係的事扯在一起，例如從他人的談話、表情和動作、幻想是在嘲笑自己。

酒精中毒症——長期飲酒會使身體和腦產生精神障礙。酒精中毒所產生的身體障礙有肝臟障礙、神經炎、神經痛、筋力衰退等病症。酒精中毒所產生的腦障礙有失眠、健忘、癡呆、個性轉變、意志薄弱、幻覺等病症。

七、老人的三大病因

由於身體機能的衰退及精神障礙的加重，老人的死因除了意外和自殺之外，大多來自疾病。雖然不同國家老人的病因結構都有差異，但是，惡性腫瘤、腦血管疾病及心臟疾病是先進國家老人的三大病因，所以稱之為「先進國家型的疾病結構」。根據日本厚生省的「人口動態統計」，一九七八年，三大病因佔死亡總人數的比率，瑞典為七一·七%，英國為六七·六%，美國為六七·〇%，日本為六二·三%。（註二）在三大病因中，因惡性腫瘤而死亡者，有顯著增加的趨勢；因腦血管疾病而死

亡者，則有逐漸減少的傾向。

惡性腫瘤有胃癌、肺癌、肝癌、腸癌、子宮癌、乳癌等多種。從先進國家的實例看來，（表一）罹患惡性腫瘤者，男性多於女性，老人多於年輕人。由於癌遺傳因子尚未解明，具體有效的治療方法尚未發現，一般人都談癌色變，認為是死亡的宣告。近年來，由於內視鏡診斷技術及放射線和藥物治療技術的進步，癌症患者的生存率（即接受治療後生存五年以上者之比率）已顯著提高。癌症病患若能早期發現，並定期接受治療，仍有很高的生存機會。

腦血管疾病和心臟疾病同屬循環器官的疾病。這些疾病通常是由運動不足、脂肪、鹽分和熱量的過度攝取、菸酒的過度飲用等生活習慣的長久累積而引發，也可以稱為「習慣病」。這些病症的最特徵是容易產生殘障的後遺症。例如腦血管疾病大都造成語言障礙和知能障礙。避免習慣病的方法，除了在日常生活中要特別注意健康管理之外，對環境的適應必須盡量減少不安和不满。

貳、老人的醫療對策

一、老人醫療的基  
本原則

維護老人健康，在基本上，是老人本身的責任。老人現象具有個別差異，如果老人能夠充分注意自己的健康，紓解自己的情緒，即使有生理的老化現象，也不致產生嚴重的精神障礙。如果老人本身都忽視自己的健康，却要求他人負擔責任，是很不合理的。當然，老化現

表一：三大病因男女比率之國際比較（1970年）  
（每十萬人口之比率）

| 死因／國別 | 男 性   | 女 性   |
|-------|-------|-------|
| 惡性腫瘤  |       |       |
| 美國    | 139.5 | 106.5 |
| 英國    | 175.2 | 114.0 |
| 西德    | 163.6 | 126.7 |
| 日本    | 134.9 | 96.1  |
| 腦血管疾病 |       |       |
| 美國    | 81.1  | 71.3  |
| 英國    | 100.8 | 92.0  |
| 西德    | 119.8 | 106.5 |
| 日本    | 226.7 | 159.4 |
| 心臟疾病  |       |       |
| 美國    | 369.6 | 202.8 |
| 英國    | 292.9 | 173.9 |
| 西德    | 192.5 | 119.6 |
| 日本    | 107.3 | 81.   |

資料來源：財團法人地域社會研究所編，高年齡

むはまる P.65

象存有許多自己無法克服的因素，必須扶養者和政府負擔部分責任。扶養者應該盡力改善老人的營養和生活環境，並負擔老人的醫療保健費用，這是扶養義務所應涵蓋的範圍。

政府爲了提昇國民的健康水準，對老人的醫療保健應該特別重視。目前，先進國家都以社會保險的方式，提供醫療給付，或以財政預算提供老人的免費醫療。但是，此種措施會造成貧者負擔富者（老人）醫療費用的不公平現象，也容易造成過度使用醫療資源的浪費情形。尤其在各國財政日益惡化之時，對體弱多病的老人提供醫療給付或免費醫療，更會造成財政的沉重負擔。因此，對於老人的醫療保健，應以特殊的方法，提供公平、有效的服務。

政府的老人醫療保健措施，應該加強三個方面。第一是醫療保健設施和人員的充實，例如老人醫院、衛生所、精神衛生機構、療養機構及護理機構等都應充分設置。此外，醫護人員、保健人員、在宅服務員、志願工作人員也應該大量培養。第二是醫療保健項目與服務水準的提昇。在醫療方面，除了提供一般老人的疾病治療之外，應該加強精神障礙老人的復健以及行動不便老人的介護與復健。在保健方面，應該充實健康教育、健康諮詢、健康檢查、機能訓練、訪問指導等保健服務。第三是老人醫療費用的補助。政府可依老人或其扶養者前一年度所申報的所得，規定補助標準。對於所得在一般標準以下的老人，應提供免費醫療；對所得超過一般標準，但低於富裕標準的老人，應採超額補助（即規定自行負擔標準，超過此一標準的費用給予補助

）；對於所得達到富裕標準者，應採完全自費。

許多老人病，尤其是精神障礙症，在家接受治療要比住進醫療機構更爲有效，而且可以避免醫療資源的浪費。把老人由醫療機構轉移至家庭，並非要把責任推卸給扶養者，而是要讓老人在熟悉的家庭與社區生活中盡速康復。此時，政府應該派遣保健員或復健員，提供老人在宅介護。在有必要時，也應該提供補助器材，以利用在宅介護的施行。此外，政府應該提供生活指導補助和介護或復健補助，以充分保障老人的健康。

### 二、美國的老人醫療對策

美國的老人醫療制度是由政府舉辦之「老人醫療保險」(Medicare)和「低收入戶醫療服務」(Medicaid)及民間的各種醫療保險所構成。老人醫療保險分住院保險和門診保險兩種。住院保險的保險費若爲年金受領者就可免繳；否則，每月必須繳納一七四美元。(一九八五年一月)住院費用在四百美元以下者，被保險人必須自行負擔；住院日數在六十天以上，九十天以下者，被保險人每天必須負擔一百美元。給付期間每年以九十天爲限。若由醫院轉介至療養機構(Nursing Home)，最初二十天爲免費，自第二十一天至第一百天止，被保險人每天須負擔五十美元。一百天爲療養的給付期限。至於門診保險的保險費，每個月爲一三五美元。(一九八四年四月)門診費用在七十五美元以下者，須自行負擔；在七十五美元以上者，也須自行負擔其超過金額的百分之二十。

低收入戶醫療服務的經費是由聯邦政府、州政府

府及地方政府共同負擔。給付內容雖因各州條件之不同而有少許差異，但是，在基本上，除了住院及醫療費用之外，也提供住院病人的照顧費、門診病人的照顧費、檢驗和X光檢查費、專業安養機構服務費、在宅健康照顧服務費等。(註四)自從雷根總統採取削減福利支出的政策之後，有些州也開始對低收入老人徵收象徵性的費用。(通常爲每月一、二美元)。

美國民間的醫療保險有各種不同的形態和限制。以一九八四年爲例，保險費最低的醫療保險，以家庭爲單位，每個月只須繳納一六、四美元(每年爲一九六、八美元)，其給付水準是由被保險人負擔首次受診的二十五美元；給付期間爲五十二週；給付金額以二千美元爲限。「保健組織」(Health Maintenance Organization=HMO)的「藍十字保險」(Blue Cross Insurance)，以家庭爲單位，每月保險費爲二八六、六美元(每年達三、四四二、三二美元)，得享完全免費的醫療服務。但是，看護機構、精神病院及治療酒精中毒者的醫療設施仍有給付期間的限制，看護機構爲每年一百天，後兩者各爲每年六十天。「保健組織」的醫療保險因保險費的不同，而有不同的給付內容，有些被保險人仍須負擔部分或定額的醫療費用。(註五)

老人療養機構是最重要的老人醫療設施。根據 Jay N. Greenberg 在一九七七年的調查，進住療養機構的比率，在六十五至七十四歲層爲一、四%；七十五至八十四歲層爲六、四%；八十五歲以上層爲二一、六%。(註六)根據美國衛生福利部

表二：美國的醫療費用與療養機構之醫療費用  
(單位：10億美元/%)

| 年 度  | 全國醫療費用(一) | 療養機構醫療費用(二) | 百分比<br>(二)/(一) |
|------|-----------|-------------|----------------|
| 1950 | 12.7      | 0.2         | 1.6            |
| 1955 | 17.7      | 0.3         | 1.7            |
| 1960 | 26.9      | 0.5         | 1.9            |
| 1965 | 41.7      | 2.1         | 5.0            |
| 1970 | 74.7      | 4.7         | 6.3            |
| 1975 | 132.7     | 10.1        | 7.6            |
| 1980 | 249.0     | 20.6        | 8.3            |
| 1982 | 322.4     | 27.3        | 8.5            |

資料來源：Jay N. Greenberg, Long-Term Care Financing and Delivery Systems: Exploring Some Alternatives, Washington D. C., Government Printing Office, 1984 P.10.

的估計，到公元二千年時，需要療養機構的老人將達一九五萬人，至公元二〇三〇年時，將高達二九五萬人。(註七)一九八二年，美國全國的醫療費用為三二二·四億美元，其中療養機構的醫療費用為二七·三億美元，佔八·五%。(表二)在療養機構的醫療費用中，聯邦、州及地方政府的「低收入醫療服務」佔四八·五%，(表三)成爲政府財政的沉重負擔。因此，紓解老人對療養機構的依賴，已成爲美國老人醫療對策的重要課題。

表三：美國療養機構的經費負擔狀況(1982年)  
(單位：10億美元/%)

| 負擔對象     | 支出額   | 比率     |
|----------|-------|--------|
| 合計       | 27.3  | 100    |
| 自行負擔     | 11.9  | 43.6   |
| 聯 邦      | 7.9   | 28.9   |
| Medicare | (0.5) | (1.8)  |
| Medicaid | (6.9) | (25.3) |
| 其他       | (0.5) | (1.8)  |
| 州及地方政府   | 7.1   | 26.1   |
| Medicaid | (6.3) | (23.2) |
| 其他       | (0.8) | (2.9)  |
| 民間的醫療保險  | 0.2   | 0.7    |
| 其他       | 0.2   | 0.7    |

資料來源：同表一，P.11

根據美國社會保障法(Social Security Act)第一一五條的規定，被允許進住療養機構的老人，若願意在宅療養，其必要的費用將以老人自由選擇的方式，由Medicare或Medicaid支付。老人在宅療養係在「在宅服務協會」(Home Care Corporation)、「訪問看護協會」(Visiting Nursing Corporation)、「協助家務者協會」(Home makers Corporation)及「家庭保健助手」(Home health aids)等的

配合下，依委託者的需求，提供必要的服務。問題是服務人員常有不足的現象，尤其是有資格的醫護人員更難掌握。

### 三、英國的老人醫療對策

英國的老人醫療制度是以醫院醫療、日間照顧(Day Care)及社區服務(Community Care)三者構成。由於在宅生活的老人約佔老人人口的九十%，英國的老人福利制度，特別重視社區服務。一九七四年，大幅修改「國民健康服務」(National Health Service=N.H.S.)，就是要結合醫療機構和社區組織，構成一個醫療福利的服務網。

在「國民健康服務」的保障下，男性六十五歲以上，女性六十歲以上的老人，均享有完全免費的醫療服務。老人得指定家庭醫生(family doctor)，接受其醫療服務，並依醫生處方，到藥局免費領取藥物。若有必要，則由家庭醫生將患者送往醫院，接受免費的醫療或住院服務。

一般醫院都設有老人科。病患必先進入精密檢查病房，接受身心各方面的檢查和治療。通常在住院四至六週後即可出院；否則，就會被送往介護病房，接受治療或復健，若無法治療或忍受復健訓練，就被送往長期療養病房，繼續接受治療。病患出院後，如果行動仍然不便，則以不住院的方式，定期前往醫院附設之「日間醫院」(Day Hospital)，接受檢查、復健、入浴、理髮、洗衣等服務。日間醫院備有專車接送老人，通常是早上十點鐘來院，下午四點鐘離院。如果因行動不便，而難以處理日常生活，則可轉介收容機構，接受短期養護(

Short Stay)或進住「庇護住宅」(Sheltered Housing)。庇護住宅置有管理員(Warden)，也派遣在宅服務員(Home Helper)為老人服務。此外，「日間照顧中心」(Day Care Center)亦有專車接送老人至該中心，享受各種服務。(註八)

一般老人的健康訪問是由家庭醫生、保健員、訪問護士、社會工作人員等專業人員共同組成之「初級保健服務隊」(Primary Health Care Team)提供。由各地區家庭醫生共同開設的「保健所」(Health Center)則為健康訪問的據點。保健所的醫生不僅提供醫療服務，在必要時，得要求有關機構，提供飲食服務或派遣在宅服務員。

一九七〇年代以後，由於政府財政的困難，英國的老人醫療政策逐漸由政府服務轉向民間服務，尤其是家庭責任益受重視。一九六七年，政府曾經提出「做個好鄰居」(Be a Good Neighbour)的口號，希望透過鄰里的互助，提昇社會福利水準。一九八一年，政府更標榜「協助老人」(Growing Older)，強調非正式的志願服務對改善老人身心的重要性。總之，英國的老人醫療政策不僅融合了醫療與福利的精神，也融合了由政府提供的「社區內服務」(in community service)與由社區提供的「社區互助服務」(by community service)。

#### 四、日本的老人醫療對策

日本是以社會保險的方式，提供老人的醫療服務。有工作的老人可以加入各種政府舉辦之健康保

險。(註九)無業老人可以加入國民健康保險或各種健康保險之被扶養親屬。由於醫療費用的激增和老人加入各種健康保險比率之不同，產生了醫療保險財政的惡化和各種健康保險制度負擔比率的不公平。譬如，一九八一年，一般勞工適用之「健康保險」，老人加入率為二·七%，而老人的醫療費用却佔了該保險醫療支出之一二·五%；「國民健康保險」的老人加入率為九·八%，但是，老人的醫療費用却佔其總醫療費用的三十%。(註十)為了克服此一缺點，而於一九八二年通過「老人保健法」，(一九八三年二月一日實施)將各種健康保險中七十歲以上之被保險人和被扶養家屬以及六十五歲以上經地方首長認定之殘障老人，列入老人保健法的適用對象。

老人保健法的醫療經費由中央政府負擔二十%，省縣政府負擔五%，市町村公所負擔五%，合計三十%。另外的七十%則由各種健康保險負擔。各種健康保險的負擔金額係根據該健康保險的老人醫療費用和各種健康保險之老人加入調整率為基準，各乘以二分之一所得之金額。(註十一)

為了避免老人濫用醫療資源，老人保健法採取「部分負擔制」。門診每個月必須自行負擔四百圓；住院每天必須負擔三百圓，但以二個月為限。(註十二)如果有特別理由，無法支付醫療費用者，得經地方首長之認可後減免。老人保健法的醫療給付，包括診察、藥劑或治療材料之支給、處理、手術及其他治療、醫療機構的收容、介護、轉介等。(老人保健法第十七條)

醫療以外的老人保健措施，包括健康記錄卡的發給、健康教育、健康檢查、機能訓練、訪問指導以及中老人病預防等。為了提昇老人保健水準，自一九八一年起，實施「五年整備計畫」，以充實各地區保健所的設施，培訓保健人員。原則上，老人保健的經費是由中央政府、省縣政府及市町村公所各別負擔三分之一。但是，老人健康檢查的費用，得依需要向老人或其扶養者收取部分費用。

為了充實老人的精神保健，自一九八二年起，實施「老人精神保健對策」，其主要內容如下：(註十三)

第一、在各地保健所設置「老人精神衛生諮詢室」。

第二、透過家庭訪問，促進在宅老人的精神保健。

第三、對於痴呆老人，以特別養護中心，短期收容及日間照顧等方式提供服務，並舉辦介護講習，協助家屬照顧痴呆老人。

第四、擴增精神病院的老人精神病房，充實介護施設與人員，提昇精神醫療機能，以加強精神障礙老人之看護體制。

第五、以各地保健所和精神衛生機構為中心，推動精神衛生活動。

### 參、我國的老人與老人的

#### 醫療對策

一、我國老人的健康狀況

民國七十五年，我國六十五歲以上的老人人口

爲一〇一萬人，約佔總人口的五%。根據經建會人力規劃小組的估計，到了八十五年，老人人口將達一五〇萬人，佔總人口的七·三%；至九十年時，老人人口將達一八五萬人，佔總人口之八·〇五%。若依聯合國衛生組織(WHO)的標準，我國將於八十五年起成爲「老人國」。

根據內政部台灣地區國民生命表編審工作小組的統計，七十四年度，我國的平均壽命男性爲七〇·七歲，女性爲七五·八歲。若依勞動基準法強制退休的年齡(六十歲)計算，男性勞工退休後仍有十七·七五年的餘命；女性勞工退休後則有二〇·一三年的餘命。如果以老人福利法所規定的年齡(七十歲)計算，男性老人仍有十一·二一年的餘命

；女性老人則有十二·七二年的餘命。(表五) 平均壽命的延長，並不表示老人的健康狀況有了改善。根據台大公共衛生研究所的調查顯示，我國老人自覺有病的比率高達七十%，其中自覺有慢性病的比率達六十%。又根據東吳大學徐震教授對台北縣老人所作的調查結果，自覺很健康的只有三二·五%，尚可的有四三%，經常多病的有二一·五%，殘廢行動不變的有三%。(註十四)一般老人自覺不健康的病症，雖無全國性的調查資料，但是，台中市立仁愛之家曾於七十年十二月所作的統計顯示，頭暈、食欲衰退、疲倦、老衰等是老人最常發生的現象，依次爲高血壓、精神病、皮膚炎、感冒、氣喘、便秘、糖尿病、腹瀉、胃病等。(註

十五) 七十三年，榮民總醫院曾對十三家榮民之家及十一家榮民醫院的老人病患作問卷調查，結果在六八八名病患中，發現以各種原因所造成之癱瘓最多，共二、六五九人，佔三九%，次爲排泄失禁一、〇八一，佔一六%，關節炎一、〇四八，肺氣腫與哮喘一、〇五九人，各佔一五%，明顯痴呆者九九一人，佔一四%，褥瘡者九六人，佔七%。(註十六)

根據行政院衛生署編印之「七十四年衛生統計」，我國的十大死因依次爲惡性腫瘤、腦血管疾病、意外災害、心臟疾病、高血壓性疾病、慢性肝病及肝硬化、糖尿病、支氣管炎、肺氣及氣喘、自殺

表五：台灣地區人口平均餘命按性別及年齡分 (中華民國六十五年~七十四年)

| 年 度    | 男     |       |       |       |       |       |       |       |      |       | 女     |       |       |       |       |       |       |      |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
|        | 0     | 10    | 20    | 30    | 40    | 50    | 60    | 70    | 80   | 0     | 10    | 20    | 30    | 40    | 50    | 60    | 70    | 80   |
| 民國六十五年 | 67.88 | 60.21 | 50.71 | 41.45 | 32.48 | 23.93 | 16.17 | 9.59  | 5.21 | 73.07 | 65.02 | 55.30 | 45.73 | 36.32 | 27.29 | 18.94 | 11.42 | 6.06 |
| 民國六十六年 | 67.60 | 60.15 | 50.66 | 41.50 | 32.45 | 23.96 | 16.24 | 9.56  | 5.16 | 73.09 | 65.13 | 55.41 | 45.83 | 36.37 | 27.33 | 19.02 | 11.48 | 6.08 |
| 民國六十七年 | 67.98 | 60.47 | 51.01 | 41.83 | 32.77 | 24.25 | 16.64 | 9.94  | 5.37 | 73.54 | 65.55 | 55.82 | 46.22 | 36.76 | 27.70 | 19.42 | 11.90 | 6.43 |
| 民國六十八年 | 68.29 | 60.70 | 51.26 | 42.09 | 33.02 | 24.49 | 17.76 | 10.48 | 6.05 | 73.02 | 64.93 | 55.22 | 45.62 | 36.12 | 27.07 | 18.62 | 11.22 | 7.24 |
| 民國六十九年 | 68.63 | 60.98 | 51.51 | 42.31 | 33.26 | 24.76 | 16.98 | 10.72 | 6.26 | 74.08 | 65.85 | 56.12 | 46.53 | 37.05 | 27.97 | 19.69 | 12.55 | 7.29 |
| 民國七十年  | 68.60 | 60.99 | 51.52 | 42.34 | 33.29 | 24.80 | 17.04 | 10.77 | 6.16 | 74.13 | 65.81 | 56.08 | 46.47 | 36.97 | 27.83 | 19.40 | 12.30 | 7.10 |
| 民國七十一年 | 69.16 | 61.42 | 51.89 | 42.68 | 33.62 | 25.14 | 17.39 | 11.03 | 6.52 | 74.52 | 66.26 | 56.53 | 46.90 | 37.39 | 28.24 | 19.79 | 12.56 | 7.28 |
| 民國七十二  | 69.18 | 61.31 | 51.81 | 42.59 | 33.48 | 24.96 | 17.15 | 10.78 | 6.28 | 74.25 | 66.11 | 56.36 | 46.74 | 37.20 | 28.05 | 19.58 | 12.33 | 7.04 |
| 民國七十三年 | 69.76 | 61.87 | 52.31 | 43.06 | 33.99 | 25.51 | 17.70 | 11.22 | 6.75 | 74.94 | 66.78 | 57.00 | 47.36 | 37.81 | 28.64 | 20.12 | 12.84 | 7.51 |
| 民國七十四年 | 69.99 | 62.11 | 52.56 | 43.31 | 34.19 | 25.62 | 17.75 | 11.21 | 6.67 | 75.24 | 66.86 | 57.08 | 47.44 | 37.90 | 28.68 | 20.13 | 14.72 | 7.33 |

資料來源：內政部編印，中華民國七十四年度台灣地區人口統計，PP.1010~1011

表六：我國老人的十大死因  
(中華民國七十四年)

| 年齡別     | ①     |       | ②     |       | ③           |       | ④           |      | ⑤           |      | ⑥            |      | ⑦            |      | ⑧            |      | ⑨            |      | ⑩            |      | 其他 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|----|
|         | 死因    | 百分比   | 死因    | 百分比   | 死因          | 百分比   | 死因          | 百分比  | 死因          | 百分比  | 死因           | 百分比  | 死因           | 百分比  | 死因           | 百分比  | 死因           | 百分比  | 死因           | 百分比  |    |
| 60 - 64 | 惡性腫瘤  | 25.44 | 腦血管疾病 | 19.25 | 心臟疾病        | 9.76  | 意外事故及不良影響   | 6.53 | 慢性肝病及肝硬化    | 4.60 | 高血壓性疾病       | 4.56 | 糖尿病          | 4.94 | 腎炎、腎臟候群及腎臟性病 | 2.82 | 結核病          | 2.72 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘  | 2.52 |    |
| 65 - 69 | 腦血管疾病 | 21.82 | 惡性腫瘤  | 21.56 | 心臟疾病        | 10.26 | 糖尿病         | 5.21 | 意外事故及不良影響   | 5.03 | 高血壓性疾病       | 4.84 | 慢性肝病及肝硬化     | 3.99 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘  | 3.47 | 結核病          | 3.23 | 腎炎、腎臟候群及腎臟性病 | 2.53 |    |
| 70 - 74 | 腦血管疾病 | 22.41 | 惡性腫瘤  | 17.70 | 心臟疾病        | 11.33 | 高血壓性疾病      | 5.62 | 糖尿病         | 5.09 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘  | 4.11 | 意外事故及不良影響    | 3.97 | 結核病          | 2.99 | 腎炎、腎臟        | 2.79 | 慢性肝病及肝硬化 347 | 2.55 |    |
| 75 - 79 | 腦血管疾病 | 21.69 | 惡性腫瘤  | 12.88 | 心臟疾病        | 12.02 | 高血壓性疾病      | 5.68 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘 | 5.06 | 糖尿病          | 4.19 | 意外事故及不良影響    | 3.01 | 結核病          | 2.84 | 肺炎           | 2.84 | 腎炎、腎臟候群及腎臟性病 | 2.35 |    |
| 80 - 84 | 腦血管疾病 | 19.65 | 心臟疾病  | 14.39 | 惡性腫瘤        | 8.61  | 高血壓性疾病      | 6.45 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘 | 5.36 | 肺炎           | 3.36 | 糖尿病          | 2.72 | 意外事故及不良影響    | 2.55 | 腎炎、腎臟候群及腎臟性病 | 2.29 | 結核病          | 1.80 |    |
| 85 - 89 | 腦血管疾病 | 15.00 | 心臟疾病  | 14.53 | 惡性腫瘤        | 5.46  | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘 | 5.41 | 高血壓性疾病      | 5.14 | 肺炎           | 4.92 | 腎炎、腎臟候群及腎臟性病 | 2.28 | 意外事故及不良影響    | 1.88 | 結核病          | 1.48 | 糖尿病          | 1.48 |    |
| 90 - 94 | 心臟疾病  | 13.92 | 腦血管疾病 | 13.71 | 肺炎          | 4.42  | 高血壓性疾病      | 4.13 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘 | 3.84 | 惡性腫瘤         | 3.63 | 意外事故及不良影響    | 1.74 | 腎炎、腎臟候群及腎臟性病 | 1.60 | 胃及十二指腸之潰瘍    | 0.97 | 動脈粥樣硬化       | 0.87 |    |
| 95 - 99 | 心臟疾病  | 12.93 | 腦血管疾病 | 11.67 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘 | 5.68  | 惡性腫瘤        | 5.05 | 肺炎          | 4.73 | 高血壓性疾病       | 3.47 | 意外事故及不良影響    | 1.89 | 動脈粥樣硬化       | 1.58 | 胃及十二指腸之潰瘍    | 1.26 | 糖尿病          | 0.95 |    |
| 100+    | 心臟疾病  | 16.42 | 腦血管疾病 | 7.46  | 意外事故及不良影響   | 7.46  | 肺炎          | 5.97 | 惡性腫瘤        | 4.97 | 腎炎、腎臟候群及腎臟性病 | 2.99 | 慢性肝病及肝硬化     | 1.49 | 支氣管炎、肺氣腫及氣喘  | 1.49 | 結核病          | 1.49 | 動脈粥樣硬化       | 1.49 |    |

資料來源：行政院衛生署等編印，中華民國七十四年衛生統計，PP. 90~91

、腎炎、腎徵候群及腎變性病。由表六可知，我國老人的第一大死因，在六十歲至六十四歲層為惡性腫瘤，在六十五歲至八十九歲層為腦血管疾病，九十歲以上的老人層則為心臟疾病。第二大死因在六十歲至六十四歲層為腦血管疾病，六十五歲至七十九歲層為惡性腫瘤，八十歲至八十九歲層為心臟疾病，九十歲以上層則為腦血管疾病。第三大死因在六十歲至七十九歲層為心臟疾病，在八十歲至八十九歲層為惡性腫瘤，在九十歲至九十四歲層為肺炎，九十五歲至九十九歲層為支氣管炎、肺氣腫及氣喘，百歲以上老人則為意外事故及不良影響。最值得吾人慶幸的是，自殺並不列入老人的十大死因，足見我國老人的自殺問題尚不嚴重。但是，隨著生活環境的改變，老人的精神障礙將逐漸增加，老人自殺問題不可不加防範。

## 二、我國的老人醫療對策

我國的老人醫療制度是由疾病預防、機構服務及醫療補助三者所構成。在疾病預防方面，有老人病防治、健康檢查、巡迴義診、居家護理（老人保健教室）、老人健康訪問等。在機構服務方面，有一般醫院、衛生所、療養機構、養護機構等。在醫療補助方面，有退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、老人傷病醫療優待、低收入老人免費醫療等。

衛生署於七十五年七月一日起，將「中老年人病防治計畫」併入「建立台灣地區區療網」計畫的，積極推動中老年人慢性病的防治工作。一般醫院將設置高血壓及糖尿病等疾病的特別門診。基層衛生所

將在各社區設置防治中心，並與一般醫院密切配合，相互轉介，使病患獲得完整而持續的醫療保健服務。

國內各大醫院均提供老人健康檢查的服務項目，內政部也頒訂有「老人健康檢查項目及方式」，對老人的健康管理幫助很大。問題是一般老人並不願意接受健康檢查，致使利用率相當低。其原因可能是嫌麻煩及不敢面對現實所致。因此，藉由社會教育的管道，改變老人的保健觀念，是老人醫療最重要的課題。

關於巡迴義診，在缺乏醫療人員的偏遠地區收效頗大。問題是一旦發現必須住院或接受長期治療的病例應如何處理。由於老人居所附近缺乏醫療設施，若由遠方的醫院治療，必會產生照顧上的困擾。此外，由於偏遠地區的老人經濟條件較差，是否能夠負擔得起醫療費用不無問題。

各地衛生所每月都舉辦多次的「居家護理」，教導老人家屬照顧老人的技巧，而且每三個月進行一次老人健康訪問。但是，由於保健人員的不足，服務品質難以提昇。尤其對偏遠地區，更難提供這種服務。

我國尚無老人專業醫院，老人科的設置也不普遍，而老人醫學的研究亦未受重視。一般老人除非不得已，都不太願意上醫院，因為害怕醫療人員的惡劣態度。（註十七）一般醫生對老人心理並無充分認識，通常都以病理方法加以治療，雖然能夠一時治癒老人的疾病，却容易產生併發症。因此，我國的老人醫學應該特別重視病理與精神的均衡治療

。今後，應在各大醫院廣設老人科，並鼓勵醫學院學生從事老人醫學的研究。榮民醫院是以退役老人為主要醫療對象，按理應可發展成專業的老人醫院及老人醫學的先驅。

根據蕭新煌等人的研究，（註十八）我國老人的療養機構和養護機構，在人員、設備及服務品質上，都未臻理想，有待大力改善。尤其是收容行動不便老人的特別養護機構，更應該大量擴充。目前，我國的養護設施都設置在安養機構之內，（註十九）造成管理上的困難。因此，將養護設施獨立出來，並充實人員與設備，是機構醫療當前的急務。此外，充實安養機構的醫療人員，也是機構醫療不可或缺的措施。

截至七十四年十月，參加退休公務人員疾病保險者計有四七、九三六人；參加退休公務人員配偶疾病保險者計有三〇、八七〇人；參加私校教職員退休疾病保險者有二九八人；參加私校教職員退休配偶疾病保險者有一二七人；參加退休公務人員保險者有四、二六五人，合計有八三、四九六人，（註二十）約佔老人人口之八·二七%。此外，對退役老人及低收入老人有免費醫療之特殊照顧；對一般老人則有「老人傷病醫療費用優待辦法」，提供七十歲以上老人（註二十一）無論在公私立醫院都可免付掛號費及住院保證金，其他醫療費用則依醫院及醫療性質，給予五折至八折的優待。問題是大部分的私立醫院都未完全按照規定辦理，部分私立醫院甚至置之不理。因此，優待辦法只可作為臨時性措施，部分負擔方式的醫療保險制度才是解決老

人醫療的根本對策。

### 三、我國老人醫療對策之檢討

老化防治對策的檢討——政府已將中老年病防治列入社區工作的重點，對於防治老化現象必能產生立竿見影之效。但是，防止老化現象的基本關鍵，還是在於老人本身及其家庭的努力。老人本身必須隨時注意自己的營養和保健、改善自己的生活環境、調適自己的個性和人生觀、參與社會活動等。家庭必須對老人加以關切、幫助老人改善生活環境、協助老人參與社會活動。為了協助老人及其家庭共同防治老人疾病，政府應該透過社會教育的管道，讓他們認識老化現象及其防治之道。

醫療費用的檢討——根據「台北市老人傷病醫療費用優待辦法」，老人就醫時之藥品、血液、伙食及X光檢查費，公立醫院應依成本收取，私立醫院則應依定價八折收取；住院、手術及其他診察費用，公立醫院七折，私立醫院八折收取；神經精神科診療費用，公私立醫院都以八折收取。若依市立醫院的收費標準打七折計算，住院一天所需的費用為診察費五十六元，病房費（三等）七十元，伙食費（乙等）七十元，合計一九六元。另外，藥品及檢查費當不止此數。若需介護，則每日約千元的介護費用更是一般老人難以承受的負擔。因此，盡速實施老人醫療保險，應是刻不容緩的事。政府一方面可以適度提高自行負擔的比率或金額，以防止老人濫用醫療資源；另一方面可以提高政府租稅結構中直接稅的比率，並以稅收補助老人醫療保險經費之不足，以避免貧者負擔富者醫療費用的不公平現象。

象。

### 機構醫療的檢討——我國老人對於一般醫院及

療養和看護機構的需求雖無正確統計資料，但有明顯供不應求的現象。尤其是慢性病患者常為一般醫院所拒收，而療養及看護機構又顯然不足。最近，有不少民營的養護中心出現，但設備差、人員不足，（大都沒有專業的醫護人員）收費也偏高。因此，政府必須大力推動在宅服務，從醫療和福利兩方面去服務在宅老人。目前，政府所舉辦的老人在宅服務均偏重於家事、文書、休閒及精神支持等服務，較少醫療性服務。事實上，由於在宅服務人員（包括在宅服務員、社會工作人員及志願工作人員）均缺乏醫療保健及復健的專業訓練，根本無法提供有效的醫療、保健及復健的服務。今後，衛生單位必須大力培訓醫療保健及復健的服務人員，並與社會福利單位密切配合，從量和質兩方面，全面提升老人在宅服務的水準。

平均壽命的檢討——我國的平均壽命雖已大幅提高，但是，精神壽命是否改善不無疑問。如果精神健康未能改善，身體壽命的延長對於老人、家庭和社會都非真正的幸福。我國對於老人的精神保健尚欠健全，家庭對老人的認識也不充分，將來，罹患精神障礙症的老人將與日俱增。為了未雨綢繆，大力倡導老人醫學的研究，制定老人精神保健法規，推動「認識老人運動」等措施，應是老人醫療對策的重點工作。希望在政府、社會、家庭及老人的共同努力下，我國的老人不僅活得久，也活得好；不僅活得健康，也活得快樂。

〔本文作者為明德基金會副研究員〕

註釋：

註一：新福尚武著「老人の心とからだ」，有斐閣，一九七二年十二月。第三四頁。

註二：日本厚生省編「一九八三年厚生白書」，一九八三年十月，第三九頁。

註三：財團法人地域社會研究所編「高年齢はまる」。一九七三年。第六五頁。

註四：陳小紅撰「美國的社會福利發展與其政經效益初探」，明德基金會編印。七十五年四月，第三七至三九頁。

註五：Preston, S. H., Children and the Family in the U. S., Scientific American, December, 1984, Vol. 251 No.6 pp. 44-49.

註六：Greenberg, Jay N., Long-Term Care Financing and Delivery Systems: Exploring Some Alternatives, Washington D. C. Government Printing Office, 1984, p.8.

註七：星野信也撰「未完の福祉國家アメリカの課題」，ジースト第四一期，一九八五年一月二日發行，第一五〇頁。

註八：請參閱DHSS, Priorities for Health and Personal Social Services in England, HMSO, 1976 DHSS, The Way Forward, HMSO, 1977.



註九：日本政府舉辦之醫療保險制度有健康保險

、國民健康保險、國家公務員共濟組合保險、地方公務員共濟組合保險、私立學校教職員共濟組合保險及船員保險等。

註十：健康保險組合連合會編「社會保障年鑑」，東洋經濟新報社，一九八五年五月，第一四八至第一四九頁。

註十一：計算公式如下：

$$\frac{\text{該保險之全部(老人醫療費)}}{\text{加入者}} \times 0.7 \times 0.5 +$$

$$\frac{\text{該保險之全部(老人醫療費)}}{\text{加入者}} \times 0.7 \times 0.5 \times \frac{\text{加入者}}{\text{調整率}}$$

加入者——各種健康保險之老人加入率  
調整率——設健康保險之老人加入率

註十二：一九八六年的「老人保健法修正草案」對部分負擔金額，修正為門診每個月一千圓；住院每天五百圓，且無期間限制。

註十三：厚生省編「厚生白書」，一九八三年十月，第四五至四六頁。

註十四：請參閱徐震等著「台北縣老人福利現況、需求及未來規劃之研究」，東吳大學社會系，七十五年六月。

註十五：胡人傑撰「我國老人福利需求之研究」，東海大學老人福利研討會論文集，七十七年三月，第九一頁。

註十六：鄭濟勳撰「老人醫療照顧應有因應之道」。

註十七：請參閱拙文「龍發堂與現代醫學」，七

十五年二月二十日自晚報。

註十八：蕭新煌等著「我國老人福利之研究」，行政院研究發展考核委員會編印，七十七年六月。

註十九：將於今（七十六）年十月開辦之省立彰化老人養護中心是我國唯一公立老人養護機構，但是，收容人數也只有三百人左右。

註二十：行政院主計處編印「中華民國統計月報」，七十五年十月，第二一〇至二一一頁。

註廿一：高雄市的六十五歲以上老人亦得享受公立醫院之醫療費用優待。

主要參考文獻

一、Preston, S. H., Children and the Elderly in the U. S., Scientific American, December, 1984.

二、Greenberg, Jay N., Long-term Care Financing and Delivery System's: Exploring some Alternatives, Washington D.C. Government Printing Office, 1984.

三、DHSS, Priorities for Health and Personal Social Service in England, HMSO, 1976.

四、新福尚武著「老人的心とからだ」，有斐閣，一九七二年十二月。

五、日本厚生省編「一九八三年厚生白書」，一九八三年十月。

六、健康保險組合連合會編「社會保障年鑑」，東洋經濟新報社，一九八五年五月。