

高齡化社會醫療福利體制與服務措施

——臺灣經驗的反思與前瞻

莫 藜 藜

探討高齡化社會老人的醫療福利體制，應特別強調衛生與社會福利單位的協調合作，因為 65 歲是政府規定可以開始享受老人福利措施的年齡，而老人醫療保健需求是老人福利中最重要的一項，其核心概念應兼顧健康的與有疾病的老人。

面對全球性的高齡化社會趨勢，這是人類社會過去未曾經歷的景況，對國家和社會來說，可能需要制訂相關政策與措施來因應各種衍生的問題或出現的需求；對家庭來說，需要思考如何改變照顧者的角色和功能來因應需求；而對老人個人來說，從健康促進和疾病預防也都是急需注意的問題。因此，本文擬從上述三個層面，先瞭解臺灣高齡化社會醫療福利的需求，再探討供給面的相關問題。

壹、高齡化社會與老人的醫療問題

根據聯合國的標準，一個國家之 65 歲以上人口占總人口數 7% 以上者稱之為「老人國」。而「經濟合作與發展組織 (Organization for Economic Co-operation and Development)」2000 年的統計，世界

上許多國家 65 歲以上人口占總人口數比例已超過 7%，例如：瑞士 (17.8%)、義大利 (17.6%)、日本 (16.7%)、英國 (15.7%) 和美國 (12.3%)。近年來，由於臺灣地區之衛生醫療服務大幅改善，國民健康狀況已有長足進展，死亡率已明顯下降，據內政部統計處 (2004) 指出，臺灣地區 65 歲以上人口已占總人口的 9.24%。再從臺灣人民的平均餘命來看，我們已由民國 40 年的男性 53.10 歲，女性 56.32 歲，延長為民國 92 年 2 月的男性 73.35 歲，女性 79.05 歲。由此可知，臺灣也已進入高齡化社會。

除了人口平均餘命數的增長，再加上出生率與死亡率都穩定下降，使得我國人口結構開始呈現老化現象。我們知道，人口老化指數是 65 歲以上人數對 0~14 歲人數之百分率，以此來衡量一地區人口老化程度。根據各縣市內政統計指標 (2004)，民國 87 年人口老化指數是 37.59%，至民國 92 年則為 46.58%，平均每年增 1.8%。這是另一項數據指出，我國正朝向一個高齡化的國家邁進，而其中金門縣、嘉義縣、雲林縣和臺南縣是老化指數成長較快的縣份。

人口老化的主要衝擊之一將是醫療需求的大幅成長，因為老年人生理上的改變使他們對疾病的抵抗力普遍降低，因為老化過程中各器官的最高生理功能大幅降低，對外來的刺激反應變得遲鈍而緩慢，使他們對外界變化之適應力亦降低，同時生理修復功能也減退。國外 Wagner(1999) 指出 65 歲以上的老人中有 3/4 表示有一種以上慢性病，1/2 至少有兩種以上慢性疾病，例如 1/4 有高血壓和風濕。我們知道慢性疾病會減低一個人的健康和生活功能，導致將來的失能風險和死亡。而依據民國 92 年之衛生統計，我國 65 歲以上人口主要死亡原因分別為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病和糖尿病等，此四大疾病亦同時分別高居臺灣地區十大死因之前四位。

人口老化對國家最大的衝擊更在醫療資源將會大量地移向老年人，特別是 80 歲以上的老人群體 (Blank & Burau, 2004)。其實不只如此，高齡化社會將改變其過去的健康照護型態，而必須更注重長期照護和非正式照顧機制。因為許多現代國家，婦女就業人口增加，家庭中子女減少，使得家人照顧意願和能力相對減低，因而勢必增加正式照護機構，同時也仍舊需要非正式照護人力。因此，進入高齡化社會的國家必須及早規劃適當的計畫及相關預算，以免將來形成嚴重問題才來後悔。

高齡化社會帶來的個人性的問題，各學者有不完全相同的分類方式，一定出現的問題是經濟問題和居住問題；然後是健康、醫療問題；其他是精神問題、社會參與問題等。例如：徐震（2000）指出，人生到了老年階段，其生活之問題與需求多

來自於其生活的困難。因此將老人生活中的問題與需求分為：經濟問題、醫療問題、居住問題、社會參與以及尊嚴問題等五類。在「醫療問題」部分，徐震認為抒解老人的健康與疾病上的困擾，除醫療服務外，對於提供如何維護健康的生活，以及如何預防疾病及早期治療等知識十分重要。而第五類之「尊嚴問題」是其他學者未提出的一類問題，特別是加入社會文化的觀點討論老人「生的尊嚴」與「死的尊嚴」之課題，值得關注。

由此，我們需瞭解老人生病時，常出現之特性。民國 91 年的「臺閩地區老人狀況調查」得知，65 歲以上老人自認為健康狀況還算好的占 32.95%，認為健康狀況普通的有 22.98%。然而 65 歲以上老人罹患慢性或重大疾病的前三項以循環系統疾病為最多（占 33.26%），其次為骨骼肌肉疾病（占 19.77%），再次為內分泌及代謝疾病（占 14.28%）。就老人之健康狀況與醫療使用情形來看，最近 1 個月曾經看病的占 63.04%，而最近 1 年未曾住院的占大多數為 79.59%，而曾經住院的占 20.43%，平均住院 1.4 次，平均每次 11.27 天。再根據民國 87 年衛生署統計 56% 的老人患有慢性疾病，其中每 10 人就有 1 位需人照顧，有 1/3 罹患心臟血管疾病。老年人口 3 個月平均就醫 5 次，每 20 位老人有 1 位住過院，且住院期間長達半個月以上，5.43%（約 9200 人）表示無法自行料理生活，需人照顧。其主要健康問題包括：意外事故及不良影響、腦血管疾病、心臟病、高血壓性疾病、糖尿病、眼及附屬器官之疾病、惡性腫瘤、結核病、泌尿系統疾病、下支氣管炎、肺氣腫及氣喘等，多為需長期照

顧之慢性疾病。所謂慢性疾病，是指疾病症狀可被控制，但不能痊癒的患病情況，需要持續的照顧和醫療。

總之，從宏觀的角度來看，在一個進入「老年社會」的國家，其花費在治療及照顧老年病人的醫療成本勢必較多。因此，如果能減少老年人的罹病率，將可能減少國家的醫療支出。政府為了達到這個目標，應該積極推動預防保健工作，強調預防醫學及預防醫療團隊。再從微觀的角度來看，強調預防醫學及推動預防保健工作，減少老年人的罹病率，使這個社會的老人較健康，較少受到身心疾病之苦，減少個人醫療開支，亦增加老年生活品質及滿意程度（莫藜藜，2002）。

貳、臺灣的老人醫療福利法令與服務措施

老人福利政策的主要目標應在保障老人的基本生活，使老人增加健康及有獨立生活的能力；而依據政策所表現出來的實際行動則是福利措施或方案。本文乃針對不同健康狀態的老人，提供促進老人健康（醫療面）及生活品質（福利面）之醫療保健服務。

一、老人醫療福利相關法令及其影響

老人醫療與福利的相關法規，主要是老人福利法與全民健康保險法及其衍生出之相關子法。「老人福利法」及「老人福利法施行細則」於民國 69 年由內政部頒布，民國 86 年第一次修正，從老人福利法對老人醫療福利服務來看，其影響包括：

（一）福利機構的設置提供長期慢性病老人之醫療照顧需求，例如：為照顧罹患長

期慢性疾病且需要醫護服務之老人設置「長期照護機構」；為照顧生活自理力缺損且無技術性護理服務需求之老人設置「養護機構」，提供這類老人之醫療照顧服務。為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之老人得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、居家環境改善、其他相關之居家服務。

（二）福利措施提供老人預防保健的需求：老人福利法第 20 條規定，「老人得依意願接受地方主管機關定期舉辦之老人健康檢查及提供之保健服務」。地方主管機關每年定期舉辦之老人健康檢查及提供之保健服務，滿足老人健康維護及預防疾病之需求。

（三）福利措施提供老人居家護理及保費補助：對於罹患長期慢性病且生活自理能力缺損，需專人照顧之中低收入戶老人所給與「特別照顧津貼」。地方政府對無力負擔醫療費用之老者予以補助參加全民健康保險之保險費、部分負擔費用或保險給付未涵蓋之費用，滿足老人醫療之可即性。

全民健康保險法第 32 條規定，「為維護保險對象之健康……，主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法……」。由是成人預防保健納入全民健保，而「全民健康保險預防保健實施辦法」於民國 84 年由衛生署頒布，及民國 87 年由衛生署訂定「老人健康檢查及保健服務項目及方式」，其中規定的成人預防保健服務中，65 歲以上，每年給付乙次。實施對象預防保健服務項目有：身體檢查、健康諮詢、血液檢查及尿液檢查等。從全民健康保險法

的實施對老人醫療福利服務來看，其影響包括：

(一)老人加保人數逐年增加，並可保障高齡者急性醫療費用：全民健保開辦之前，65 歲以上人口有四成強的人口尚未納入任何健康保險，健保開辦之後，迄民國 84 年底就只有不及 1/10 的高齡人口尚未納保(石曜堂等, 1996)。而由健保局(2003)按年齡層來看投保人數，發現 65 歲以上老人投保總數約為 206 萬 749 人，占有投保人數的 9.36%。但以 2003 年全國老人總數約為 208 萬 7,734 人來看，則尚有約 2 萬 6,985 人尚未納保。也就是說，老年人口中尚未納保人數只占 1.31%了。

(二)免費健康檢查，普及預防保健觀念：於民國 85 年 4 月正式開辦健康檢查，65 歲以上者可每年免費全身健康檢查一次，以期能早期發現疾病，做好預防保健工作。此由民國 91 年的「臺閩地區老人狀況調查」得知，對老人福利需求很需要和還算需要占最多的是「老人免費健康檢查」(占 62.39%)，其次是「中低收入老人生活津貼」(占 57.07%)，再次是「中低收入老人重病住院看護津貼」(占 35.33%)。再從曾經利用老人福利措施來看，使用最多的仍是「老人免費健康檢查」(占 53.21%)，其次是「中低收入老人生活津貼」(占 22.85%)，再次是「獨居老人關懷服務」(占 8.25%)。

(三)給付居家照顧服務，增加高齡者就醫之可近性：延續公保居家護理試辦服務，全民健保亦提供居家照護服務之給付，而由於健保給付的誘因，居家護理機構數由開辦前的 48 家成長至開辦後民國 84 年底的 85 家，9 個月內計成長 77%。至

民國 89 年底，國內計有 303 家居家護理機構，另有 18 家日間照護中心及 167 家護理之家機構。由此可知，應是需求甚殷，導致成長之快速。

(四)誘發對長期照護的需求：過去公勞農保之住院醫療皆採完全給付，且支付方式為論量計酬制，因此許多自覺尚未痊癒，或擔心返家後無人照顧的病患，便藉故拖延出院時間。全民健保實施採總額預算及部分負擔制，以控制醫療費用的浪費，使得許多病患為了節省住院費用，或需繼續療養照護，改而尋求長期照護服務。

相關的法令不只在於健康維護(第一級預防)和疾病治療(第二級預防)，也在於高齡者需要的照顧(第三級預防)。因此其它值得注意的相關法令包括：民國 69 年由內政部頒布的「社會救助法」(民國 94 年第 4 次修正)、民國 70 年內政部制訂的「老人福利機構設立標準」(民國 87 年第一次修正)、民國 87 年由衛生署制訂的「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」，以及民國 89 年由衛生署制訂的「老人參加全民健保無力負擔費用補助辦法」，和民國 92 年的「口腔健康法」等。由以上制訂或頒布的單位可知，老人醫療福利相關法規多由衛生署和內政部頒布，此說明了「衛生」和「福利」主管單位需要合併或合作的情形。

二、衛政單位對老人的醫療福利措施

今日許多進入高齡化社會的國家，其醫療體制已面臨壓力，而將服務逐漸轉移而回到初級照護、疾病預防和健康促進方面，因為當老年人口增加，疾病類型的改變而形成慢性疾病照護設施的需求更殷，

傾向採取花費較少的居家護理，而不是花費較高的醫院。

(一)有關老人健康促進之服務措施

原衛生署保健處(現改為國民健康局)於民國 78 年曾研擬「中老年病防治四年計畫」，省衛生處當年也已擬訂「臺灣省推行中老年病防治計畫」，由二百多位防癆保健員及四百多位家庭計畫護理助理員組成「八百保健大軍」。

國民健康局在民國 88 年「國民保健三年計畫」中推動「社區健康營造」，由各地衛生所或社區中的醫院，再結合社區熱心人士及公益團體，運用民間各種專業資源與力量，推動社區健康事業。同時，培養民眾健康的生活型態，降低罹病及殘障的發生。如果發現社區民眾之主要健康問題，則予以妥善處理。

(二)有關老人疾病預防之服務措施

自民國 75 年衛生署第一期之「醫療保健五年計畫—籌建醫療網計畫」也推展「中老年疾病防治」，針對高血壓及糖尿病做全面性的篩檢與追蹤工作，偏重在老人健康保健與疾病預防。接著在「醫療保健五年計畫第二期計畫」第八章，明示應「加強預防保健服務」，與老人有關的包括：健康危險因子之預防、中老年病預防保健、癌症預防、口腔衛生、視力保健等。各級衛生醫療機構皆可結合社會資源開辦有關國人健康生活促進之戒菸、安全教育與急救、體重控制、運動壓力調適等活動，董氏基金會多年以來在社區致力於戒菸之活動即為一例。

然後是民國 88 年「國民保健三年計畫」中之「中老年慢性病防治」，其目標在降低慢性疾病危險因子，追求健康有品質

的老年生活。其工作內容包括建立國人糖尿病、高血壓、高血脂之盛行率資料、加強民眾對慢性病防治之認知、提高 40 歲以上民眾接受慢性病篩檢比率、建立中老年慢性病個案管理追蹤系統，以及提高中老年慢性病之照護品質等。各地衛生局則負責各轄區 65 歲以上老人的保健服務，包括辦理醫院門診重點健康檢查每年一次並追蹤。

(三)醫療服務方面之服務措施

Calkins & Naughton (1999) 表示，現代化的醫院應強調快速且正確的疾病診斷，以及對嚴重疾病的有效管理。如今多數專業人員在急性醫院有精良的訓練，但對老年病患的瞭解卻不多，例如：潰瘍的預防與治療、蛋白質—卡路里的營養失調、常常會跌倒或失眠的問題等。

醫療院所之門診中以老年病患為最大宗，目前於一般急性醫療服務已廣闢家庭醫學科與慢性疾病相關科，提供老人及時的、專業的急性醫療服務和醫院中的復健醫療服務。首先，要做的是確認「高危險群的老年病患」(那些需要緊急及特殊治療的老人)，通常醫療機構透過三種方式來確認病人：定期篩檢、醫師門診檢查和病人基本資料分析。這些並非獨立完成的業務，需要彼此連接通力合作。

(四)長期照護方面之服務措施

在醫療網第二個五年計畫時，則進一步增列「加強復健醫學及長期照護服務」，於民國 80 年開始「居家護理」之實驗計畫。然後繼續於民國 87 年開始「老人長期照護三年計畫」，主要策略是健全長期照護體系，加強各層級衛生與社會主管機關之協調聯繫，使醫療、衛生及社會資源得以

有效結合，充分運用。

我國醫療服務體系下所提供之長期照護服務，基本上係以慢性醫療及技術性護理服務為主，如：慢性醫院、護理之家、居家照護、日間照護等長期照護機構，並由衛生醫療單位以「醫療法」及「護理人員法」等相關法規予以規範。

機構照護則以醫院慢性病床為主，衛生署於民國 80 年以「醫療發展基金」補助醫院設置慢性病床，以及健康保險只支付醫院慢性病床及特定居家護理項目的費用，此政策有利於醫院慢性病床的發展。但是後來為了促使護理之家儘速達到普及設置之目的，於民國 84 年 1 月公告修正「醫療發展基金申請作業要點」，則停止補助醫院設置慢性病床，將醫院附設護理之家列為優先獎勵設置之範圍，並希望將民國 99 年目標訂為：居家與社區照顧式占 70%，機構式照護占 30%。

因長期照護之特性係以生活照顧及護理照護為主，除少數疾病如脊椎損傷等仍需由慢性醫療機構提供持續性之醫療、復健及護理服務外，大部分慢性病患需求的是護理照護及生活照顧，是以衛生署在鼓勵長期照護機構的設置上，係重點發展護理機構而非慢性醫療機構。

本文不可避免的要提到老人的長期照護，只是從整體老人之社會醫療福利體制來探討。老人由於身體狀況和社會資源的不同，所需要的長期照護亦具多元化的特質。總之，目前長期照護體系包括：居家照護、社區照護和機構照護。同時，各縣市也開始推動並建立整合性的服務網絡，成立「長期照護管理規劃推動小組」，落實單一窗口制，使長期照護病患經專業評估

及個案管理方式，就近得到妥適之照護安排。

三、社政單位對老人的醫療福利措施

(一)醫療補助

筆者查閱臺灣地區 25 個縣市政府之老人福利措施，有以下幾項與醫療補助有關連，不過都是以低收入戶為條件，例如「中低收入戶老人傷病醫療補助」，計有 6 個縣市提供此項老人的傷病醫療補助措施。「中低收入老人重病住院看護補助」，是與醫療有關之社會福利措施，計有 23 個縣市提供此項措施，使老人因重病住院聘僱專人看護期間，能獲得妥善照顧並減輕其經濟負擔。個人的營養往往靠飲食，老人如果牙齒不健康將影響營養的攝取，但是「牙齒復健費用補助」只有一個縣提供此項措施，服務對象為針對低收入戶或中低收入戶老人提供牙齒復健費用補助。

(二)老人居家服務

任何形式的「在家」照顧，都可稱之為居家服務，包括對一般或特殊老人，也包括正式和非正式服務機制。Blank & Bureau (2004) 指出，老年人是使用醫院之外的照護設施最多的群體，老人的居家照護往往必須與醫療體系密切合作。

老人居家服務可視之為結合社會福利的預防保健醫療服務，筆者查閱臺灣地區 25 個縣市政府之老人福利措施發現，為使居住在家中之老人，仍能享受政府溫情關懷，全部 25 個縣（市）均有老人居家服務之提供。服務對象為年滿 65 歲之中低收入戶老人及獨居老人，以及領有身心障礙手冊，日常生活需他人協助之老人，提供家務及日常生活照顧、身體照顧服務、陪同

就醫、電話問安等平日的身心照顧，可謂之健康促進和疾病預防的一部分。

另社政單位委託專業服務團體（即外包制）提供居家服務與獎助辦理居家服務專業訓練，增進照顧者專業知能及心理調適與情緒支持，俾能持續有恆地提供適切的服務。根據各縣市內政統計指標（2004），由居家服務員到失依或失能亟需照顧之老人家中提供服務的個案量，從民國 88 年的居家服務個案數為 6,917 人，至民國 92 年已增至 1 萬 4,594 人，平均年增加數為 1,922 人，平均年增加服務人次為 24 萬 8,626 人次，由此可瞭解此項服務在臺灣持續成長的情形。

(三)老人社區照顧

與醫療有關之社會福利措施，亦可視之為結合社會福利的預防保健醫療服務，例如：由政府、公所、公私立老人福利機構及社區發展協會等，辦理對日間因需就業而無力照顧老人之子女提供「老人日間照顧」服務，使老人日間生活安全及品質得以保障。還有針對當家庭照顧者，因病或因故而短期或臨時無法照顧時，提供「短期或臨時性收托」，指的是每月照顧 12 日以下者。如此以舒緩家庭照顧者之壓力、情緒及增進專業知能，此更是結合社會福利與醫療服務的一個絕佳例子。根據各縣市內政統計指標（2004），日間照顧受託人數（含臨時收托），從民國 88 年的 624 人，至民國 92 年增至 2,610 人，平均年增加數為 497 人，平均年增加服務人次為 9,087 人次。

社政單位也獎助老人安養及養護機構辦理外展服務計畫，以利充分發揮機構資源，增進社區居民對機構的認識與支持，

此項服務最具代表性的是「營養餐食服務」。高齡化社會中國民平均餘命不斷延長，生活自理能力隨年齡增長或健康影響而退損，故須提供營養餐食以減少高齡老人炊食之危險及購物之不便。目前此項服務仍多是針對低收入戶和中低收入戶的老人，對行動自如的老人則選定適當地點提供餐食集中用餐；至於行動困難者則送餐到家。根據各縣市內政統計指標（2004），營養餐食服務人次，從民國 87 年的 3 萬 3,593 人次，至民國 92 年已增至 228 萬 157 人次，平均年增加數為 44 萬 9,333 人次。

另外，社區中的「生命連線緊急救援服務」亦可視之為社區照顧項目，服務對象為年滿 65 歲以上之中低收入戶，或領有身心障礙手冊之獨居老人，各縣市設置緊急救援系統連在用戶家中電話主機及一個無線遙控隨身按鈕，遇緊急事故可連線聯絡人或生命連線中心，以提供救援服務。目前由縣市政府評估老人在家狀況，如需求符合即給予安裝，根據各縣市內政統計指標（2004），獨居老人安裝緊急救援連線人數，從民國 88 年的 3,199 人，至民國 92 年已增至 5,087 人，平均年增加數為 629 人。由以上數據成長情形，可見對老人社區照顧有較高的需求。

(四)機構安養與養護

我國社會福利體系下所提供之老人福利照護服務，基本上係以提供一般日常生活照顧服務為主，如：安養及養護機構、日間托老、在宅服務等長期照護機構，並由社會福利單位以「老人福利法」，及民國 87 年訂頒「加強老人安養服務方案」三年計畫予以規範。老人養護中心是在社福機構對慢性疾病或癱瘓老人提供生活和醫療

照顧。按「臺北市私立老人養護所設置辦法」第二條「本辦法所稱老人養護所，係指提供慢性疾病或癱瘓老人寧靜、安全、衛生之環境及設備，照顧五人以上，未滿三十人之場所而言」。根據各縣市內政統計指標（2004），老人安養養護及長期照顧機構數，從民國 88 年的 237 個，至民國 92 年已增至 827 個，平均年增加數為 148 個。

參、反思：探討相關法規與政策執行面的問題

自從「老人福利法」公布以後，衛生單位與社政單位陸續推行相關措施，嘉惠不少老人，但其中也存在著一些有待解決的問題，尤其是「老化指數」成長較快的縣市更應積極正視這些問題。

一、預防性之老人照護系統仍不健全，且缺乏有效的早期篩檢工具

從需求面來看，老人預防保健之相關問題仍不少，例如：老人接受預防保健及健檢服務比率偏低、老人健康生活型態待改進、維持老人健康安全的居住環境尚待建立等（吳淑瓊，1994；李世代、賴美淑，1997）。根據張明正等（1999）在調查 65 歲以上，過去三年接受健康檢查的老人占 41.3%，其中男性多於女性；而 65~74 歲占 41.7%，75 歲以上占 40.2%。而健保局（2001）的統計，自民國 85 年開辦以來，成人健檢的受檢率已達 34%，其中超過一半（57%）因而發現疾病。因此對大多數未能接受檢查的老人，如何及早發現問題，以提供所需之照護，是當前老人照護有關單位的重要課題。

再從供給面來看，提供服務之單位和

相關措施的問題也不少，例如：臺灣地區至今一直缺乏預防醫學之專業訓練計畫與環境（李世代、賴美淑，1997）；健檢服務的設計並未對檢查之結果追蹤；而衛生所主要業務執掌為公共衛生與醫療服務，其工作仍舊龐雜，仍舊人少事繁，經費亦不充裕，加上民眾對醫療保健之需求提高，其功能及效率仍有待進一步檢討與改進。

早年內政部曾頒訂「老人健康檢查項目與方式」（民國 71 年），各地方主管機關，也先後訂定有關辦法，如臺灣省政府於民國 71 年 5 月頒布後於民國 74 年 11 月修正之「臺灣省老人健康檢查及保健服務實施要點」，規定各縣市每年定期舉辦 70 歲以上老人免費健康檢查一次以上，檢查後需再個別指導或精密檢查者，應給予免費診斷或指導；若需醫治者，其醫藥費用按老人經濟能力酌情減免。而後民國 85 年，健保硬性規定年滿 65 歲以上的老人，每年應接受定期健康檢查一次，由各地方保健單位負責執行。然而，進一步檢視健保實施之成人預防保健，例如張淑英（1994）指出，其檢查項目與公、勞保及老人福利法相比較，似乎偏少；而李世代、賴美淑（1997）指出，所有特約醫療院所普遍抱怨給付偏低、執行上缺乏標準作業程序、也缺乏品質管制之機制設計。

二、老人照護服務仍不普及，急性醫療可近性仍有待改善

老人醫療保健的首要工作在定期健康檢查，然而目前相關之服務侷限在高血壓、糖尿病患者之團體衛教，並未對老人的醫療需求做整體的評估。辦理這類活動的機構，則包括衛生所、醫院、醫藥相關

之基金會等不同單位與團體，通常缺乏協調，各自為政。

現階段的老人服務政策所訂的辦法中，醫療費用的補助及在宅服務對象僅及低收入戶的老人，而免費健康檢查或社區內的衛教活動，常只有較活躍或較易獲得資訊的老人參加，無法普及大多數的老人。

Michalakes 等人（1999）查閱相關調查與研究指出，在美國到急診室求醫的病人中，有 42%~81% 是老年病患；其中 1/3 至 1/2 的老年病患接著就住院了；而在所有老年病患中大約只有 2% 的人把急診室當成固定看診的地方，也就是說這些人一有不舒服，不論病情嚴重或緊急與否，就逕往急診室掛號。

老年病患會到急診室，通常是在疾病的自我照顧失效或家中照顧不適當，而到住家附近的醫院急診室求治。但是老年病患住院一般都是傳統的成年人病房，分散在其疾病診斷所屬科別，並未特別設置老人科病房，或老人科醫療團隊。

全民健康保險開辦以來，醫院陸續反應急性病床一床難求，部分病人占用急性病床等情形嚴重，江東亮（1999）指出慢性病人占用醫院急性病床的事實，可以說是衛生醫療體系內部出現組織與管理的問題，也可以說與機構是長期照護資源的嚴重缺乏有關。

國內醫療衛生界已深覺出院計畫的重要性。有時病人家屬認為病況未好，不肯出院，或因無人照顧而拒絕出院，形成滯留病患。尤其使用呼吸器之病人更有出院與轉院之困難。病人及家屬需要知道出院後可到那些醫院或診所繼續治療；而病人出院後，家庭護理也是一大問題，家屬須

先瞭解如何去照顧病人。

三、居家與社區照顧體系仍不健全， 同時長期機構立案的困難

Tester（1996）表示，醫院外的照護服務包括老人日常生活、自我照顧和興趣活動等的基本照護；對生理或心理問題的醫療和護理；以及身心健康的治療、諮商和情緒支持等（引自 Blank & Burau, 2004）。

在臺灣，現有的居家服務包括護理師公會及部分大醫院所提供之居家照護，社會局辦理之在宅服務及衛生所的訪視指導。而居家照護之普及率仍極為有限，在宅服務內容僅為一些簡單的陪伴、家事處理，而訪視指導偏重於高血壓、糖尿病方面的指導。而老人福利機構設立標準中，不論是安養或養護機構之設施規定，對許多想立案的機構似乎一直是不容易達到標準規定的任務，使得這些機構可能已開始提供服務，卻規避立案；而立案後的輔導管理又是另一個問題。

吳淑瓊（1999）認為，不論是民間的投資意願或政府的補助策略，均偏向機構式資源的發展，若不加以導正，我國長期照護機構資源將持續增多，進而壓縮居家支持設施的發展空間，將使我國長期照護系統導向過渡機構化發展，因此我們不但必須付出高額的照護成本，還無法滿足民眾偏好居家常態生活的意願。

甚至有時因為機構缺乏適宜的照顧，大部分需要接受長期照護的病人只好留置家中，接受非正式或非專業的家庭照護；或至急性醫療機構接受過度的醫療照護，必要時再另聘照護工，提供生活照顧，進而形成醫療資源與家庭照護資源的雙重浪

費；或將長期照護病人送至未立案之療養機構，接受不合品質與人性的照護。上述不合理的現象，必需仰賴有關單位儘速推廣合乎品質之長期照護相關服務，同時配合適當的人力培育與訓練，才能逐漸消弭不當使用現有醫療資源及福利之現象。

四、專業人力不足及人力素質的問題

專業人力不足的現象由來已久，特別在今天同時注重預防保健與長期照護方面時，更顯得專業人力（主要包括醫師、護理師、復健師和社工師）的不足，例如目前立案之安療養機構皆設有醫務室或醫療所，醫務室中雖有醫師編制，卻常常面臨醫師羅致不易及流動率過大之困擾。另外，護理人力也因編制不足及監護工人力之缺乏，造成護理人員工作量過大，必須兼辦護佐或監護工之工作，而無法顧及本身專業服務品質之提昇。至於社工人員雖有規定設置，有時並未被機構聘任，即使任用也往往和護理人員的困境一樣。

老人醫療福利服務為一綜合性的服務，其所需的照護人力就必需包括社會服務專業人力、醫事專業人力與生活照顧人力，甚至必需包括社區內之志工團體與人力資源。以長期照護特定人力的培訓來看，我國目前醫療網之醫事人員繼續教育課程已將長期照護相關專業課程零星納入其中，衛生署亦針對護理機構負責人及病房服務人員提供標準訓練課程，並鼓勵相關機構辦理訓練課程，以提高醫療專業人員及照護人員的照護品質。

但是，如此方式的人員培訓，成長速度十分緩慢，無法因應未來高齡化社會對長期照護的大量人力需求。而社政單位的

療養機構，其醫護及照護人員更因資源缺乏及人力不足，少有機會接受在職訓練，嚴重影響照護技術的提升與照護品質的維持。

江東亮（1999）曾指出，這些訓練計畫的規模不大，培養的人數也不多，但在市場需求的限制下，部分居家護理人員並未從事本行。其次，對長期照護十分重要的護理助理員則由社會福利與衛生單位自行培訓，不但缺乏整體規劃，而且養成人數多寡亦不詳。至於其它專業照護人員（例如老年科醫師等）的養成，可以說仍在起步階段。

五、長期照護發展缺乏制度化財源

目前我國長期照護的財源以及相關服務等，係分散於不同之行政與服務體系。體系的紛歧，往往使得需要醫療照護或生活照顧的老人及其家庭不知如何利用；且體系間各自發展，不但造成資源重複投資，亦容易形成發展不均及服務斷層等現象。目前我國長期照護的主要財源，仍以家庭為主，全民健康保險僅針對部分慢性病人及需居家照護之病人提供部分給付。社會福利對長期照護之病人，則多以低收入戶為主要的服務及補助對象（王正、曾薔霓，2000）。

吳淑瓊（1999）指出，全民健保對慢性病床給付，但對居住家中者卻只微薄給付居家護理，而不涵蓋居家復健和生活照顧服務，因此造成許多病人久占病床不願出院，不但浪費急性醫療資源，造成長期照護過渡醫療化的問題，並間接鼓勵民眾選用機構照護，十分不利居家人性化照護

模式的建構。林維言（2000）也指出，行政院主計處將過去對地方政府的計畫型補助經費改為統籌經費，於 90 年度起由行政院直接計算撥付地方政府，地方政府首長可自行決定如何分配使用，其中社福經費是否能專款專用，頗令社福團體質疑和擔心。因此，筆者認為我國長期照護的財務制度的健全化，不只有賴社政與衛生單位共同努力，還需中央政府的理解與支持。

六、社政與衛生的能力與資源配合

老人醫療福利問題是一連續且綜合性的問題，包括社會支持、保健、醫療、復健與財務等服務。目前我國的老人照護服務分散於不同之行政與服務體系，綜合性及連續性之體系尚未建立，且福利的獲得有不同的法源依據。體系的紛歧，往往使得需要醫療照護或生活照顧的老人及其家庭不知所措；且體系間各自發展，不但造成資源重複投資，亦容易形成發展不均與服務斷層等現象。此外，國內不論社會福利、衛生醫療及長期照護層面本身內部之轉介系統，也處於起步階段，各機構間僅透過私人關係提供轉診服務，而未有體系間的正式轉介的制度。

長期以來，衛生行政與社會福利行政兩部門均掌管長期照護業務，卻難共同建立長期照護服務網絡，更談不上雙方長期照護資源的整合。例如：養護機構與護理之家所照護老人的健康狀況大都相似，但社會福利行政與衛生行政兩部門則彷彿路人，不相為謀（江東亮，1999）。

吳淑瓊（1999）認為，行政體系紛歧，相關部會配合不足，無法凝聚力量有效發展則是一項重要問題。長期照護業務分屬

衛生與社政體系，又有獨立的退輔會體系，使長期照護業務遭到嚴重切割，導致資源分散、管理標準不一、獎助條件差異、跨領域專業無法整合等情況，阻礙整體發展，民眾只好面對殘缺零散的服務。

在目前社政與衛生單位分別獨立的狀況下，兩類單位彼此缺乏協調聯繫，以老人照護的範疇為例，社政單位有「在宅服務」計畫，衛生單位有「居家照護」計畫，但是並未配合統籌辦理。社區中的許多民間資源（如老人團體），應可加以運用以彌補政府措施的不足，但是目前未見納入老人服務系統之內。

對照「老人長期照護三年計畫」中之第二和第三項，發現其對醫院附設護理之家的發展，較積極明確；而對居家支持服務的發展策略卻相對保守不明。不知是否因擬定計畫之成員屬衛生行政之專長，較熟悉衛生行政之業務，而忽略或不熟悉社會福利行政之措施。

肆、前瞻：建議之解決方案

以老人之預防保健來看，初級預防保健服務是希望疾病慢一些才發生，或透過一些方法減低發病率的人口，如施打防疫注射、預防中風的保健活動、肺炎和流行性感冒的預防疫苗、預防心臟疾病和骨質疏鬆的的雌激素療法，或預防跌倒的保健活動等。

次級預防保健則是從人口當中找出患有潛伏性的疾病，然後提供及時的治療，亦即在疾病的初期（甚至零期）時，設法偵測和治療，以延長生命和減少疾病危害，例如癌症或骨質疏鬆篩檢，以便早期發現，早期治療。

至於第三級預防保健則指為有疾病的人提供適當的醫療照顧，以減低併發症發生的機會，並在預測所罹患之疾病未來的結果，及時做些預防疾病惡化的活動，例如風濕關節炎的復健運動、糖尿病患對飲食和胰島素的控制、或膀胱控制的訓練等。社政與衛政單位在實施老人醫療福利服務時，已開始有一些接觸，針對上述問題提出一些建議如下：

一、加強宣導與教育老人保健常識

由於老年人容易生病，其中罹患慢性疾病的比例增多，必須使用醫療服務。過去醫療服務常是重治療，而忽視預防保健，形成總體醫學發展的缺失。如果預防保健工作做得好，必能促進健康，減少疾病。因此，今後應積極從預防觀點，對老人提供預防照顧層級的服務（莫藜藜，2002）。

影響健康的因素遍及生物、環境、生活型態與醫療照護體系等，而治療性之臨床醫療服務僅能協助解決部分健康問題或暫時緩解健康問題，尚需要保健服務的努力才能克竟全功。其次在健康責任上，個人必須承擔自己的健康責任，國家也需擔負起督促良性影響健康生活型態及營造健康生活環境的重大責任（李世代、賴美淑，1997）。Blank & Bureau（2004）也曾表示，健康是要每一個人自己照顧自己，不能只靠醫療的照顧體系。因此，對老人預防服務的一個重要目標是維持獨立生活的能力，其又與文化價值有關，例如一個觀念應是「讓餘年增加生命力，而非只增加年歲而已」。所以可以說，預防保健是個人的健康責任，也是政府的重要義務。政府即

使有再好的預防保健服務，個別的老人不知或不願使用，也無濟於事。

預防保健應聚焦於臨床上能有效預防之疾病為重要項目，Pacala（1999）針對此建議血壓檢測、戒菸、流行性感冒和肺炎的預防疫苗注射、乳房檢查、視力及聽力檢查等。對某些疾病高危險群的篩檢，如高膽固醇引起的冠狀動脈疾病，或糖尿病引起的肥胖症等。預防保健服務應多注意並提供給低社經階層的人，因為他們個人多傾向於不去主動使用預防保健服務。

同時，衛生所及相關基層保健單位，應充實健康檢查設備，強化檢查功能。藉大眾傳播媒體、醫療院所、集會場所及老人活動場所，舉辦老人健康講座，加強宣導老人定期健康檢查和醫療保健常識的重要性。或者可以發行書刊、雜誌，指導老人如何促進身體健康，防止慢性疾病。實在應予融合規劃多樣化的活動，將相關的活動予以連貫，並避免重複。另外，老人精神上多趨於寂寞而孤獨，為應老人休閒娛樂活動的需要，實有增設老人休閒活動中心和加強社區老人娛樂活動的必要，使能促進老人身心之健康。

至於健康檢查項目，期待不斷檢視符合老人需求，給付特約醫療院合理費用，以及要求執行標準作業程序，再進而設計品質管制之機制。例如：鑑於健檢服務的設計未對檢查結果予以追蹤之事，健保局已在民國 91 年宣布將成人健檢分為二個階段，檢查項目不變，第一階段執行抽血、驗尿檢查，之後醫師再向受檢者約定一個星期後回醫院診所看報告，由醫師詳細解說檢驗結果。兩次都不必蓋健保卡，也不必付部分負擔，但受檢者需自付掛號費。

這一項修訂之措施，足見健保局與時俱進的在改善相關措施，並期待此項措施繼續落實。

另外，預防保健服務應在社區紮根，因為保健工作是一項基本且長遠的業務，人力財力不只來自中央和地方，更重要的是來自社區，再回饋社區。因為是長遠的基業，工作人員的毅力和使命感很重要，而過程中對工作人員相關的激勵因素與誘因是不可或缺的。在提供老年保健服務時，往往發現一些需要服務的獨居老人，卻不主動加入保健活動，此時可採用外展（outreach）工作模式將服務送到家，則更能落實社區紮根工作。

有長期照護需求的失能老人或其家屬，往往不知其就近之長期照護資源在那裡，以及如何運用，此時需要透過宣導，讓人們瞭解相關資訊與資源；同時透過教育方式達到公共衛生之三級預防效果，例如：可以製作各類宣導錄影帶、單張、手冊，於各類大眾傳播媒體播放，或置於醫院、車站及相關公共場所，以提升照顧者照護知能與技巧。或每年訂定長期照護宣導月，擴大辦理各項活動。或長期照護資訊登錄網頁，提供民眾查詢；以及鼓勵專業團體辦理自我照顧訓練課程，提升民眾自我照顧能力等。

二、建立連續性的老人健康照護體系

如何協助病人及家屬取得有效且適當之醫療及社會服務，建立連續性的健康照護體系為首要工作；而且建立體系之中不同類別服務之轉介與追蹤更是連續性服務體系建立之關鍵。

（一）普及機構式照護設施

依目前國際趨勢顯示，在家庭規模越來越小的現實情況下，不可能單靠家庭或子女來長期承擔照顧的責任，所以機構式照護設施的存在仍有其必要，尤其是針對三項以上「日常生活自我照顧活動（ADL）」或「機能性日常生活活動（IADL）」的失能老人，機構照護的確會減輕家庭照顧的負擔。至於，衛生署原有之醫療發展基金，已改獎勵設置護理之家；其它如日間照護機構亦應獎勵。而對於占床率極低的公立醫療院所或機構，應輔導轉型為長期照護機構，以減少浪費醫療資源。

另外，改善機構之醫療福利服務，督導養護機構確實設置物理治療室、職能治療室、社會服務室、宗教聚會所、安寧照護室及緊急觀察室、配膳、廢棄物焚化等所需空間與設備。同時確立護理人員、社工人員、專任或特約醫師、治療師、營養師等的有效服務。

（二）發展多元的居家支持方案

由於機構式的照護也有其缺失，特別是機構化所帶來的非人性化特質，常為人所詬病。因此，建議因應需求，而設置機構式照護設施的同時，也應注意其人性化的設施與服務品質。

在高齡化社會中，家庭功能急遽轉變遭衝擊不小。由於許多老人仍認為居家是最理想的養老居住方式，政府乃針對如何增強家庭照顧能力，提供必要的措施，促使老人得以居家安養，也符合我國傳統孝道倫理。以社區為基礎之健康照護對老年人及其家屬而言，能維持其家庭之完整性，兼顧老人居住安養的心理與社會需求，又可減輕醫療費用負擔；對醫療機構而言，可避免不必要的住院，使醫療資源

得以作最有效的運用（莫藜藜，2002）。

因此，建議充實社區化照護設施，包含在宅服務、日間照顧、失智症照護模式、送餐服務、問安服務、喘息服務、緊急通報救援等，並提升這些服務提供的專業素質。同時引進各種攜帶式醫療儀器，以擴大居家照護功能，使原來必須住院治療的個案，也能居家接受服務。

改進居家之醫療福利服務，由在宅服務人員或護理人員訪視老人家庭，為老人量血壓、外科換藥、打針、簡易復健服務、提供慢性病老人在家療養的知識，及生活所需之各種特殊用具。

(三)落實出院準備服務計畫

為能改善占用急性病床過長之情形，及鼓勵發展各類長期照護服務措施，提高住院部分負擔比例及住院費用上限，期望藉由出院準備服務計畫合作的過程，整合醫院內部流程與病人及家屬之參與，轉介社區長期照護服務，給予病人連續性的照護；同時達到減少醫療費用支出，增加急性病床之有效利用。

總之，老人醫療及照護是一種綜合性且連續性的問題健康照護體系，結合現有的預防保健、傷病服務和長期照護系統，有效協助病人及家屬取得適當的醫療及社會服務；同時確立不同類別服務之間的轉介與追蹤（莫藜藜，2002）。

(四)健全長期照護財務制度

由於老人醫療福利是一個動態的、連續的且綜合性的問題，包括生活照顧、社會支持、保健、醫療、復健等及其所對應之財務體系。雖然全民健康保險已經給付部分慢性醫療與長期照護的費用，但只期待由健康保險給付並非良策；且解決長期

照護財務問題並非唯有保險給付一途。如能參考國外發展長期照護之實例，以朝向結合老年年金與健康保險制度，或透過私人保險或「長期照護保險」，亦即如何整合社會與醫療福利，對長期照護病人及家屬提供完善及制度化之長期照護財源，實為目前我國長期照護財源籌措之思考方向。例如建議「充實社區化照護措施」的財務制度，以支持家庭照顧者的方式可以包括如何給予照顧津貼、減稅、實際服務的補助等，因為家庭提供照顧不但可以影響服務的品質，也可以影響長期照護的公共財政負擔。總之，我國長期照護的財務制度尚未健全，有待社政與衛生單位共同研擬，並作整體性之規劃。

三、積極培養老人醫療與福利服務人才

服務老人的專業人員需要更有效的知能，目前國內老年醫學人才仍非常缺乏，為因應高齡化社會的醫療需求，積極培訓老年專科醫師，提高老年醫學水準乃為當務之急，李世代、賴美淑（1997）建議可由專科醫學會以繼續教育方式辦理，且應不止於開辦講習而已，應定期或不定期的舉辦成效評估。

另外，專業人員的知能也有賴於對影響國民健康因子評估資料的瞭解，才能提出有效的方案，滿足受服務者的需求。因此，衛生行政單位與研究機構應加強辦理有關老人健康行為之調查研究，以瞭解老人健康狀態之改變，並全面普及運用。

雖然醫院也被人批評為非人性化或被一些老年人稱之為不是最理想的照顧環境，醫院的治療令人感到不舒服，甚至剝

奪病人的尊嚴，但其確實仍是治療急性病症的最需要的場所。因此，建議廣設老人醫療專業團隊和老人專科，並依序提供下列四類服務：(1)早期確認高危險群老年病患。(2)運用綜合性評估工具，掌握問題，治療計畫符合需求。(3)以團隊合作為導向之照護是未來趨勢。(4)結合急性醫院和社區繼續性照顧服務。當然如果也能推動團隊專業人員之訓練，如美國之「老年病的評估和管理中心（GEM）」、「老年病患急性照顧中心（ACE）」或「綜合評估和護理照顧中心」等（Calkins & Naughton, 1999）的模式，則更能彰顯我們對老年病患之醫療與福利的重視。

在各類老人福利需求中，令人最感沈重的是身心功能障礙者的照顧。由於老年人口中，老衰和慢性傷病導致的身心功能障礙盛行，因此對長期照護的需求也隨之增長。Blank & Burau（2004）曾表示，正式的居家照顧要由支領薪水的照顧者來服務，他們服務之前要完成一定的訓練，並提出結訓證明。

綜而言之，照護人力的養成要與學校教育相結合，不能只靠短期培訓。而除了居家護理人員和護理助理員外，老年科醫師、復健師、營養師和社工人員等的養成應儘早做長期規劃。

四、衛生與社福行政組織合併或合作

本質上，老人醫療福利的組織與管理包含衛生醫療與社會福利兩體系的內部，以及彼此之間的分工與整合，而臺灣在這兩方面的表現皆不盡理想。社政與衛生單位是老人照護的兩個主管單位，蔡宏昭

（1989）指出，理論上衛生行政是政府福利政策的一環，應納入福利體系中；實務上，衛生與福利息息相關，兩者若能密切配合，不僅可避免業務的重複與資源的浪費，更可以促進行政效率，提昇服務品質。

因此，建議協助病人及家屬取得有效且適當之醫療及福利服務，建立連續性之照護體系是為首要工作；而建立各層級服務間之轉介、追蹤、資訊分享等服務體系與資訊網絡，更為連續性服務體系之重要關鍵。而為使老人醫療福利服務模式有效實施，最直接的方法是採用「單一窗口」和「個案管理」制度，加強及鼓勵醫護人員和社工人員組成更有效的團隊，以發揮其集中責任之特點。

同時，期望老人醫療福利服務體系是以老人為中心，提供不同體系間的服務與聯繫，同時結合醫事人員、社會工作人員與社區志工之人力與資源，提供老人與家屬之社會性、支持性、護理性、復健性之整合性服務，才是減輕家屬負擔，使老年病患能在自己熟悉環境中，取得專業性照顧之可行措施。

行政院社會福利推動委員會「長期照顧制度規劃小組」已於 2004 年成立，這是較為務實的做法，但是應仍由衛政及社政繼續落實其個別之業務，並積極主動的聯繫與協調，做到避免重複，以及彼此支援。

一位老年病患可能會在家裡定期接受居家照顧，也可能又不定期的需使用機構式的照護，其所涉及的專業和機構仍在「衛政」和「社政」的範圍內。因此，除了希望以目前行政院組織架構中，落實「推動長期照護專案小組」的任務；也希望各級衛生及社政主管機關應設置或指定長期照

護專責單位，以策劃、督導及推行有關業務。更重要的是各級衛生機關應與各該層級社政主管機關組成工作小組，加強協調聯繫、定期協商、互相支援，以解決跨衛生及社政體系之相關問題，並於必要時邀請相關學者專家參與。

結語：

快速增加的高齡人口，加上疾病型態的慢性化，社會變遷削弱家庭照護的功能，使得國人對長期照護的需求遽增。慢性病老人之照護應結合社區資源，特別是衛生單位與社政單位共同辦理，其服務內容應包括早期發現問題及提供預防性、連

續性之照護；同時，此種照護應普及每位應接受照護的老人，使老人在自己的社區內安享天年。

綜上所述，高齡化社會之快速變遷，已引發新的需求與問題，成為政府及民間關注的焦點，因而需有相對應的規劃、因應的對策與措施，乃至法規的修訂，使得立法、政策與服務可以合一，有效落實老人福祉。高齡者的醫療福利從健康促進、預防保健、醫療服務到長期照護，將造成醫療資源的重新分配。

（本文作者現為東吳大學社會工作學系教授兼系主任）

參考文獻

- 內政部統計處（2004）臺閩地區人口統計，臺北：內政部。
- 內政部統計處（2004）各縣市內政統計指標，臺北：內政部。
- 內政部統計處（2002）臺閩地區老人狀況調查，臺北：內政部。
- 行政院衛生署（2001）衛生統計。
- 行政院衛生署（1998）老人長期照護三年計畫。
- 行政院衛生署（1999）國民保健三年計畫。
- 王 正、曾薔霓（2000）建構長期照護財務體系之初探—兼論與醫療年金財務之配合，社區發展季刊，92：32～43。
- 石曜堂、楊漢泉、蔡素玲、李孟芬（1996）老年醫療照護與全民健康保險，社區發展季刊，74：62～67。
- 李世代、賴美淑（1997）全民健康保險成人預防保健服務實施之檢討，中華家醫誌，7（2）：94～104。
- 林維言（2000）從「加強老人安養服務方案」的執行談長期照護制度的建構，社區發展季刊，92：6～18。
- 吳淑瓊（1994）從健康服務的供需探討我國老人健康照護問題，經社法治論叢，14：17～24。
- 吳淑瓊（1999）臺灣長期照護展望，社區發展季刊，88：162～167。
- 張明正等（1999）民國 85 年臺灣地區中老年保健與生涯規劃調查，國家衛生院委託。

- 張淑英（1994）老人醫療照顧政策，收錄自：呂寶靜等，老人福利政策之研究，第五章，內政部社會司委託，80～102。
- 徐震（2000）老人問題，收錄自徐震、李明政、莊秀美合著，社會問題，第八章，177～210。
- 江東亮（1999）醫療保健政策—臺灣經驗，臺北：巨流。
- 莫藜藜（2002）醫療福利，臺北：亞太。
- 蔡宏昭（1989）醫療福利政策，臺北：桂冠。
- Blank, R. H. & Burau, V. (2004) *Comparative Health Policy*. N.Y.: Palgrave Macmillan.
- Calkins, E. & Naughton, B.J. (1999) "Care of Older People in the Hospital." in Calkins, E. & et al. (eds), *New Ways to Care for Older People: Building systems based on evidence*. N.Y.: Springer Publishing Co.
- Michalakes, C.J., Naughton, B.J., Calkins, E. & Boulton, C. (1999) "Older Patients in the Emergency Department." in Calkins, E. & et al. (eds), *New Ways to Care for Older People: Building systems based on evidence*. N.Y.: Springer Publishing Co.
- OECD(2000)*Health Data: A Comparative Analysis of 30 countries*. Paris: OECD.
- Pacala, J.T. (1999) "Prevention of Disease." in Calkins, E. & et al. (eds), *New Ways to Care for Older People: Building systems based on evidence*. N.Y.: Springer Publishing Co.
- Wagner, E.H. (1999) "Care of older people with chronic illness" in Calkins, E. & et al. (eds), *New Ways to Care for Older People: Building systems based on evidence*. N.Y.: Springer Publishing Co.