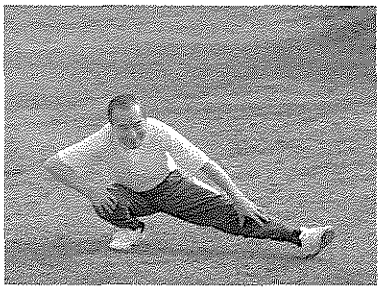
因應人口老化問題之政策建言
老人身心健康的預防保健與醫療政策

台北護理學院
長期照護研究所所長 李世代

人口的老化意謂著人口平均壽命的延長，以及高齡人口比例的攀升，也間接意謂著老人身心健康及保健醫療問題負擔變得更為沉重，有賴長時期之照護加以因應。如此一來，自須有一整體性長程之政策規劃以便能催化促成此長時期之照護問題。台灣於八〇年代(1993)中期已完成人口轉型，開始迅速老化，並在1994年老年人口跨越聯合國世界衛生組織(WHO)所定義老人國家7%的門檻，正式邁入老人國家之林。此後，人口的老化正加速進行，21年後老年人口比率將倍增為14%以上，諸多包括健康照護在內之問題將相繼而來。

從小到老，每一個人必須歷經生長、發育、成熟、衰老等人生之重要歷程，健康方面也自幼小時的高健康風險，及長漸次降低，越過中年而後又漸次上昇，至終老方止。人的健康機能隨著年齡的增長而遞變，一旦達到一生中健康之巔峰，身心功能即隨著年齡之日趨往下坡，以各種不同的風貌呈日漸衰退老化之勢，各種健康上的問題也隨之交織而來，包括死亡、罹病、功能障礙問題(如不全、失能等)及隱藏之各種健康風險，使得老年人的保健醫療照護介入之因應需求在未來愈發顯得迫切。人一生當中所面臨或承受的健康風險與保健醫療需求，乃隨著年齡之不同而會有相當之差異，年齡愈老，健康風險與保健醫療需求自然愈大。所以，在嬰幼兒時期之外，老年期之身心健康之保健醫療問題爲一生中之另一重心，其重要性隨著人口之高齡化而與日俱增。



維持老人身心健康，其保健醫療之道在消極面乃應於及早發覺掌握不利於老人健康之危險因子或致病因子、以及疾病早期狀況，透過適當合理的保健醫療介入，提供適時而特定之檢測、諮詢、處置、以及醫療保健之照顧，以期預防病況之發生、早期發掘問題、減輕病況之罹患或惡化，以達減少死亡率、罹病率、以及其他病況，以成就維護健康之目的；積極面乃在老人之長期照護體系網絡中尋得一能施予專業照護

臺灣大學學術期刊資料庫

之人、地、物，透過適切之機制流程加以照護安置。

國內之老人健康與其醫療保健則尚止於起步階段，離理想之境尚遙。欲維護國內老年人之身心健康，惟有透過完善周延之保健與醫療的落實。此須首從決策面大方向之擬定，再透過執行面之策略應用，知能技巧之傳佈、推廣、教育與訓練，終而確切評估、追蹤考核與管理。

老人身心健康及保健醫療問題系列之處理，有服務、教育訓練、研究、以及政策等數個層面，其中政策面又幾乎貫穿一切。欲從其政策面切入則須有幾個關鍵性之議題須加以了解或掌握，如此方得把握問題之本質，進而凝聚資源，擬定可行之策加以落實。這幾個關鍵性之議題即──老人身心健康及保健醫療問題之：1.界定與呈現；2.多寡、大小、嚴重或迫切程度之衡量；3.關鍵性因素之釐定；4.問題之介入策略；5.政策優先順序；6.政策之執行與評估。

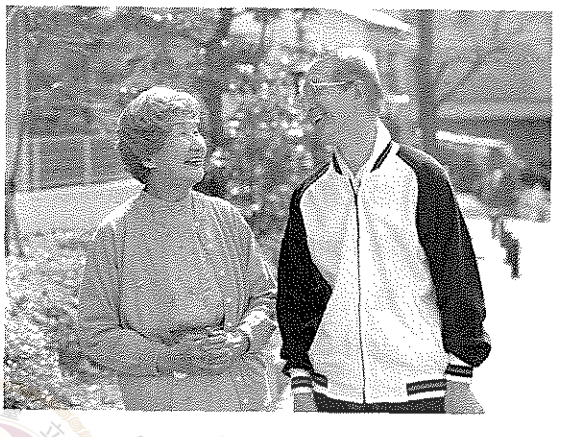
老人身心健康及保健醫療問題之界定與呈現

隨著年齡的增長，人之生理、心智、精神、行爲、性、社會動向等多方面之狀況都會有所改變，也必有所改變；各種隨年齡增加的健康弱勢傾向與問題，也無可避免地促動與加速這些改變。整體身心功能的衰退弱化(frailty)，超高齡的出現，加上隨年齡累增之各種疾病與病況，健康問題造成的身心功能剝奪、削弱或喪失，還有頻繁之跌倒意外傾向及因之而起的種種後遺症效應，常爲老年人健康上錯綜複雜之負面因素。老年人的健康問題不外乎包括死亡、罹病、功能障礙問題(如不全、失能等)及隱藏之各種健康風險，其包含多方，但種類及項目內容並不多，也有粗淺的一致性，只是進一步之詳細內容及保健醫療需求則殊異。

一般常習慣以十大死因來界定健康問題，正確的主要死因(main cause of death)當然有其一定之重要性，然而其在現有健康資訊系統之下並不一定可以獲致，況且死亡即無進一步之醫療保健負擔，反而是存活者之健康問題更值得重視。因此，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等，但是老年人的常見死因對其身心健康及保健醫療問題需求之重要性常不若老年人常見之疾病及病況(morbidity/condition)。其次，老年人之「老化?疾病?死亡」分界不明，老化常非主要之潛在死因(underline cause of death)，而各式各樣之疾病或病況仍是攸關死亡之主要內容。

老年人健康問題常併含著身、心及社會問題；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。老年人健康問題的表現有些可能是老化所造成，有些則是疾病使然，兩者常共同促成身心功能的衰退。

續下頁⟶



臺灣大學學術期刊資料庫

老年人的常見健康問題的內容包括多種習見之慢性病況及少許的急性病況。慢性病況遍佈全身各器官系統，構成老年人保健醫療問題之重點及由此衍生出之照護相關需求問題所在。

除了多種習見之慢性病況及少許的急性病況之外，還有多種容易在照護造成盲點的重點事項，如老年人的跌倒、用藥反應、功能衰退老化、超高齡卻不一定有病之情況，均可導致急慢性病況之發生，也應列為老年人的重要健康問題；再者，有關可能致病之外因、就醫情況、診療處置程序等對老人之健康影響，均可導致急慢性病況之發生，仍然隱藏有複雜之醫療保健照顧需求，而且老年人之病程常拖拉甚為久長，其健康照護對社會資源的需耗鉅大而沉重。

這些老年人身心健康及保健醫療問題，在服務面、教育面及研究面等並未獲得完整而周延的思考與處理解決，這一切有待政策的誘導及促成。

老人身心健康及保健醫療問題多寡、大小、嚴重或迫切程度之衡量

老年人身心健康及保健醫療問題之多寡、大小、嚴重或迫切程度，對更進一步之政策思考與運營作為影響深遠。舉凡老年人身心病況之發生與盛行，共患或合併症、併發症之多少及其嚴重情況，對國家社會的負擔及衝擊等均屬之，適度之實務評估或普查常無可避免。



老年人在一般疾病或病況罹患之外，常併有不等程度之功能受限情況，從維持日常生活自主性的基本功能（ADLs, IADLs）到較高層次身心整體表現的缺陷，往往構成照護之障礙與負擔。ADLs 影響自我照顧能力（self-care），IADLs 則影響到生活的獨立自主性（autonomy）。對身心功能層次，以及生活功能（ADLs, IADLs）狀況之檢測，乃為掌握老年人身心健康及保健醫療問題的基本要務者。

在老年人身心病況之發生率與盛行率、共患或合併症、併發症之多少及嚴重情況之評估與普查之外，對於老年人身心健康及保健醫療需求之提供、滿足與利用，照護體系之組織、定位與因應，老年人平均餘命，尤其是健康自主之平均餘命（active life expectancy）的確實掌握等，均可約略反映出老年人身心健康及保健醫療問題之多寡、大小、嚴重或迫切程度。

根據 1997 年底的本土資料，台灣的老人大半罹患有一種以上之慢性病況，需大小深淺不一之保健醫療照顧，而未來需要長期照護之老人人口數將達十萬人左右，需有各種長期照顧安排，其中有二到三成甚至需安置於各種相關之照顧機構中。

老人身心健康及保健醫療問題關鍵性因素之鑑定

老年人身心健康及保健醫療需求有很大的一部份須歸因於身心功能狀態的持續退化所致，此可因自然老化而起，也可因疾病、病況或不良環境或不良健康行為、生活型態而生，老化易招致疾病，疾病或病況也易促進或加速老化。「老化」自為必須接受者，而「疾病、病況」則應做好評估、追蹤、處置、矯正、控制或治療等介入。其次，老年人所長期

臺灣大學學術期刊資料庫

面臨的內外環境、自身之生活型態及健康行爲、以及保健醫療之健康照護體系之良窳各佔一定的比重。

無論是老化或疾病狀況，均可在老年人身上出現身心病徵或障礙，必然影響老年人獨立自主的生活能力，也波及到整體照護的負擔、療護計畫與目標。

老年人遭遇到健康問題時，所尋求協助之管道不一定朝向專業，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。所以，在現有之保健醫療照護體系之外，家庭及社區協助照護之機制亦須建立。

是以，老年人身心健康及保健醫療問題，在服務面缺乏完整而運作得宜之長期照護網絡系統，以及充足之相關軟硬體資源的投入與經營管理；在教育面缺乏系統化之專業教育訓練體系；在研究面缺乏系統化之實務研究。這一切當然有待政策的誘導及促成。

老人身心健康及保健醫療問題之介入策略

老年人健康問題常併含著身、心及社會問題，需要有予以重視及監控之軟硬體設計。包含多方的老人健康問題，其種類及項目內容並不多，有粗淺的一致性，但是老人健康問題所衍生的功能狀況及照護需求殊異，錯綜複雜，高度影響照護計畫的設計、規劃、執行與安排，也高度突顯出老人健康與醫療照護各種層次的專業需求。

面對老年人身心健康及保健醫療問題之處理解決，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「長期照護」的設計與安排。老年人之身心健康及保健醫療問題之介入處理，包含了老人之基本權力、身心健康之評估、行爲舉止、相關設施之操作、照護之轉介、生活之品質、照護之品質，以及護理、生活、醫事、特殊醫療保健、牙科、藥事、感染控制、周邊環境、照護及特殊需求之服務設施等，其多重複雜之內容，有賴長期照護體系之建構與推動。

基於品質保障之立場，對於規範長期照護機制之經營須具體而微，非常詳細不可，可大至整體照護方向、臨床服務、安全設計、評鑑之進行；小至防火、食物的儲存、甚至住房之尺碼等，均須有所涉及。

推廣老人長期照護須建構完善的照護體系及網路（health delivery system & network/web）來行長期照護事務，範圍包括整合性服務系統、充實並普及照護設施、人力培訓、品質管制、教育與宣導、建立健全之財務制度、與社政體系加強聯繫，而培訓籌組由醫療、護理、復健、心理、營養、社工及其他從業人員組成之專業照護團隊（care team）來加以執行。



爲能達此目標，理想的作法當然得是制定或修訂公佈周延之特別企劃案，如日本「黃金計畫」系列，台灣之「老人長期照護三年計畫」等。其中即少不了相關法令或規範（regulation），以及進一步之標準（standard）及要件（criterion），並開始擬定服務政(對)策，以確保其之落實。長期照護內容之相關項目，如護理

續下頁

臺灣大學學術期刊資料庫



、醫療、社會服務、飲食、活動、復健、藥事、持家、維繫、醫療記錄、管理等，均得要有具體而微的標準及要件。但是，以國內立法曠日費時之情況而言，可能緩不濟急，可先退而求其次，透過行政之途徑、技巧，亦稍可達成標準及要件之設定目標，而行政途徑當然是由「政府主導責成，民間加以配合」，如此仍可望達到規範的目的，成功的機會也較大。

醫療服務及預防保健服務本爲臨床照護一體之兩面，足以相輔相成。老年人之預防保健及醫療服務均屬臨床照護中之一環，須先有完善預防保健醫療之內容設計、流程與預備作業，而後方可談及其執行。在內容方面，老人醫療保健爲費時、費心、費力、費事之專業領域，須有在此領域中具專業素養之醫療從業人員來參與其醫療事務。預防保健針對某一健康問題之嚴重性，如造成生命年之損失（loss of life-year）、疾病殘障之發生、個人身心之負擔、以及家庭社會之負擔等，檢查項目之正負面比較、準確度（敏感性及特異性）、安全度、接受度、簡易程度、經濟可用度，選取符合成本效益（cost benefit）及健康效益（health benefit）之檢測項目極爲重要。從建議納入檢測項目之分類、到建議不納入檢查項目之等級分類，共有A至E五個等級分類（i.e. A—極力建議納入之檢測項目；B—部份建議納入之檢測項目；C—建議可納入可不納入之檢查項目；D—部份建議不納入之檢測項目；E—極力建議不納入之檢測項目）。各國均選擇A、B兩級之檢查項目，且依實際需要從C級挑出一些政策性之需求項目者，但通常將D、E級之項目排除在外。健康保險體系已納有一些保健的基本項目，可依實際需要及專業考量下酌情增加，亦或在醫療體系中增加其諮詢及後續照護安排之比重。

此外，老年人之健康與醫療保健照護問題屬多重層面者，須囊括到醫療(事)、護理、社工(生活照顧、活動設計、環境評估、維持與管理等)、用藥、營養、復健(含物理治療、職能治療)、福利、保險等廣泛而複雜之服務內容，本即需要有各種專業人員與相關機制之投入。

老人身心健康及保健醫療問題之政策優先順序

推動老人照護事務既多且雜，應優先從周延之特別企劃案著手，其中必少不了行政之規範與執行之管理監控。法令及規範，乃至再下之標準及要件須從老人之社區與機構照護之規劃開始，鼓勵相關之照護服務，營建有照護功能之處所，建立品管及評鑑之配套措施，著手輔具、日間照護、巡迴居家照護、老人住宅之營造，並以此爲中心作政策面之變革。品管系統及評鑑制度部分即可依此切入，循結構化之資訊落實管理監控之工作。

在服務面缺乏完整而運作得宜之長期照護網絡系統，因此，須思以適切建構，然事多且煩雜，權宜之計可以先建立「長期照護管理示範中心」，以及令現有之醫療保健照護機制轉型，以加速建構日程。

當前值得重點式大力推動且極爲重要之事務，爲擬定服務對策，建構長期照護體制網絡。透過「長期照護管理示範中心」之籌劃

臺灣大學學術期刊資料庫

建構，同時利用現有優勢之醫療院所資源爲後盾，在行政路徑之設計及誘導之下，乃可鼓勵誘導照護服務型態之轉型，並成立功能性、專業性之老人照護機制，往周邊作延伸性之服務(outreach services)。如此可累積足夠的經驗，迅速架設老人長期照護所需之軟硬體，爲長期照護體系催生。其次，以既有急性(亞急性)、片段式、高度分科導向、研究優於照護服務之價值系統等爲本，透過行政、財務、保險等路徑之設計與誘導，可令現有之醫療保健照護機制逐漸走上轉型之路，在一段時間之後自可爲老人長期照護網絡系統奠立基礎。

在教育面缺乏系統化之專業教育訓練體系，可從專業領域(discipline)之釐定、教育訓練內容指引之頒佈、教育課程與訓練計畫之設計調整、正統師資之培訓等著手。技術面則可先覓少數幾處試行推動老人照護各層次(大學部、研究所、住院醫師等)之專業教育及訓練。

在研究面缺乏系統化之實用性研究，須朝向建立老人照護研究之基本資料庫，以及國內老人與老化的常模資料著手；可規劃較大規模的(中)老年人之世代追蹤研究，就整合與委託研究重點分別選擇性進行；選擇建立中度規模之研究世代，針對各種組織、器官、系統、行爲心理及社會人文的健康變項，長期經營，定期追蹤聯繫；加強聯繫與整合臨床照護實務、環境影響、行爲心理及社會、醫療保健政策等層面，共謀實務研究之順利推行。研究發展所需資源中，除了國家編列預算配合或支援其他各相關之研究領域，尚須由社會各界協力推動促成。其資源則須暫以與國家社會最迫切攸關之重點領域爲主，於近程優先研究發展，再循序漸進。

老人身心健康及保健醫療問題政策之執行與評估

因應策略及優先順序經擬定之後，接下來即需責成其儘早落實。在因勢利導之下，建立一套相關之評估系統有其必要。然而，長期照護之品管及評鑑系統，須循結構面與程序面管控，乃爲一艱鉅而繁雜之照護的品質工程。

結 語

一切的服務、教育訓練與研究努力均有待政策的誘導及促成。所有政策之擬定、推廣主要繫於「人」及「資訊」之重要因素。「人」的因素方面需要有了解老人照護本質內含、發展趨勢，積極而適當人士來參與、推動、稟持，方足以臻於實理想之境。「資訊」的因素方面，應立即開始推動相關資訊的廣泛交流及傳佈，汲取國外發展之先進經驗，以讓國內加速進入狀況。

（本文爲行政院衛生署應行政院之委託，爲因應1999國際老人年所舉辦的「因應人口老化問題之政令建言」專題研討會有關老人醫療保健與長期照護政策之引言；本文作者爲台大醫院家庭醫學部主治醫師兼社區醫學科主任、老年醫學會秘書長、內政部老人福利委員會委員、衛生署指示用藥及老人長期照護委員會委員、家庭醫學會暨長期照護專業協會理事）

臺灣大學學術期刊資料庫