

## 目次

壹、 案由：有關失智症人權維護及促進等之權益案。	1
貳、 調查意見：	1
一、 衛福部於106年12月公告之失智症綱領暨方案2.0，雖已提出失智症對人權面之衝擊，但失智者人權保障議題仍屬停留在概念階段之主張，並未有具體之行動方案或工作項目充實之。為保障及促進失智者（people with demantia）人權，行政院及司法院允應督促所屬機關，共同致力提升社會對失智者人權保障之意識，盤點可能導致失智者無法在平等基礎上充分有效行使權利之各類阻礙，消弭歧視、移除障礙及進行合理調整，以確保落實身心障礙者權利公約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities，即CRPD）之宗旨，促進、保障與確保失智者充分及平等享有人權及基本自由，並促進對失智者固有尊嚴的尊重。	2
二、 教育部允應落實推動認識與關懷失智症相關教育，並透過中小學教育、樂齡學習中心及志工培訓等之宣導管道，提升社會大眾對失智症之認知，消除對失智症之污名化，有效傳達對失智者之友善理念，俾具體實踐在日常生活中，進而影響到家庭與社區。	24
三、 為保障失智者之工作權益，勞動部應強化對失智勞工就業情形之掌握，並於必要時，主動聯繫失智勞工，以提供年輕型失智勞工職務再設計之協助。	27
四、 交通部公路總局依據103年8月召開的「失智者用路安全保障會議」決議之準則，辦理駕照註銷作業	

，針對衛福部104年9月以前提供領有身心障礙手冊失智者資料，當中中、重度失智者之駕照註銷已完成98.0%，惟目前仍有126名中度以上失智者駕駛人尚未註銷，應賡續辦理；至於如何持續有效掌握104年9月以後駕駛人身心變化狀況之資訊，交通部與衛福部允應本於交通安全及病人照顧之職責，研擬可行之方案；另試辦影像事件偵測設備之布點，宜選定容易誤闖之匝道，若試辦有效確能達成主動偵知誤闖快速公路之功能，允宜擴大辦理，以確保交通安全。----- 30

五、失智症並非專屬於老人之疾病，學齡兒童或65歲以下之成人均可能罹患失智症，目前國內對失智者權益之保障，係以老年失智者為主要對象，允宜依據患者實際需求，不分年齡性別增設適切之服務；另部分失智者或其家屬，並無主動尋求社會資源及服務之能力，而相關機關若要主動協助時，卻囿於無法掌握失智個案之來源，爰衛福部於保障病患隱私之前提下，允應研議如何將病患主動轉介至相關機構，使患者能獲得適切之服務與照護。----- 34

六、發展失智症友善社區已為世界衛生大會（WHA）「2017-2025失智症全球行動計畫」之重點，因其推動涉及人、社區、組織團體、合作等面向，係屬需要高度整合之政策方案。行政院允應督促所屬，妥慎規劃並責成各縣市政府盤點轄內有意願且具服務量能之民間團體，投入失智友善社區之設置，以確實支持失智者享有自立生活以及充分融合及參與社區。----- 37

七、現行我國法定監護制度為監護及輔助宣告，其中經法院認定「受監護宣告之人」多已達生活不能自理之程度，法院能為監護宣告之範圍非常狹窄；另

輔助宣告適用範疇，卻得包含失智症患者漸進式疾病之各進程，顯得相對寬廣，由於民法第15條之2第1項各款須經輔助之事項已明文規定，法院僅能以失智者需求依第7款「法院依前條聲請權人或輔助人之聲請，所指定之其他行為」規定，擴張應得輔助人同意之法律行為，卻無法改變第1至6款規定之行為，使受輔助宣告者可能就該6款行為中之其中一項行為，實係具有行為能力時，可以毋庸得輔助人同意而為之，致失智症患者之真實行為能力受限，而欠缺彈性，不僅牴觸CRPD第12條第4項規定，亦不符失智症患者實際需求。雖法務部刻正研修納入「意定監護制度」，待立法完成後，或可適度緩解監護宣告制度之弊，但修法時程不易掌握，法務部應積極為之。就現行輔助宣告制度，法務部雖主張人身事項著重個人自主決定權，原則上應尊重受輔助宣告人之自我決定，如於其他專法例如優生保健法為特別規定時，自仍應注意須符合CRPD公約之要求等語，然法務部目前並未提出任何研議修正輔助宣告之進度或修正草案，有欠積極。至於金融監督管理委員會近日則將研議「監護支援信託」制度，並結合家事事件法之修正，以避免身為親屬或監護人違反失智症患者之信託意旨，作出不利於失智症患者之決定，此應符合失智人權之構想，值得肯定，司法院及金融監督管理委員會應儘速推動相關法案。

42

- 八、為符合CRPD第13條第1項規定，法務部及司法院應提供適切之法律程序保護機制，並詳加檢視失智症患者在刑事偵、審程序、民事單純財產訴訟程序、行政訴訟及家事事件程序中，失智症患者所受之待遇，有無因司法環境所形成之障礙，導致其與一般

人間有落差，司法機關應賦予失智症患者平等使用司法系統權利：-----	54
九、法務部及司法院就各司法人員之技職訓練，允應持續加強，提升司法人員對於失智症之認識，以提高保護其權利之意識。另為避免失智症患者從事交易活動易衍生民事糾紛；或涉嫌刑事犯罪時，無從為有利於己之主張，有文獻指出得透過不動產預告登記、金融註記、聲請監護或輔助宣告，以及申請法律扶助等方式，以利失智症患者伸張權利或避免紛爭，誠值重視。-----	62
參、處理辦法：-----	68
一、調查意見，函行政院並督促所屬檢討或研處見復。-----	68
二、調查意見一、七及八，函司法院並督促所屬檢討或研處見復。-----	68
三、調查意見七，函請金融監督管理委員會研處見復。-----	68
四、調查意見移請本院人權保障委員會參處。-----	68
五、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族、教育及文化、財政及經濟、交通及採購、司法及獄政委員會聯席會議處理。-----	68
附件1、失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0對於失智症造成人權面衝擊之說明內容-----	69
附件2、失智照護計畫	70
附件3、106年8月28日與國際失智症協會（Alzheimer's Disease International）主席Glenn Rees交換意見內容摘要	72
附件4、106年9月29日於國際失智症聯盟（Dementia Alliance International，即DAI）主席Kate Swaffer交換意見內容摘要-----	79

附件5、財團法人金融聯合徵信中心當事人辦理註記申請書	85
附件6、行文給銀行範例	86
附件7、「第一次被訊問」情形之認定	87

# 調 查 報 告

壹、案 由：有關失智症人權維護及促進等之權益案。

貳、調查意見：

本院前調查「失智症防治照護政策之資訊揭露未盡即時便民，服務量能仍有不足」一案，針對衛生福利部（下稱衛福部）辦理「失智者之醫療及照護」之措施是否適當及完善進行調查，調查報告於民國（下同）106年8月3日業經本院內政及少數民族委員會第5屆第37次會議通過在案。然國際間面對全球約有5千萬人確診、平均每3秒有1人被診斷為失智症（Dementia）之「失智海嘯」，已齊心對抗，並由世界衛生組織（World Health Organization，即WHO）將其列為公共衛生優先議題，期各國訂定防治行動方案，強化對失智者提供適當之醫療及照護，近年來更大力倡議失智者之人權維護及促進，鼓勵失智者為自己的權利發聲。本院向來致力於人權保障，深感國內人口快速老化，未來失智者人數必然快速成長，相關機關除應建置充足之失智者照護服務資源外，亦應維護失智者於患病前後所獲得之人權保障與非失智者同等，爰再針對「失智症人權維護及促進」進行調查。

本案於國際失智症協會（Alzheimer's Disease International，即ADI）主席 Glenn Rees 於106年8月28日拜會本院之際，向 Rees 主席請益並交換意見，另於同年，即106年9月29日於國際失智症聯盟（Dementia Alliance International，即DAI）主席 Kate Swaffer 應邀參加本院人權保障委員會舉辦的「106年老人人權研討會」<sup>1</sup>期間，向 Swaffer 主席請教，並就失智

---

<sup>1</sup> 監察院106年老人人權研討會於106年9月29日舉行，研討會議包括「老人經濟安全問題」、「失智與人權」、「長照服務網絡整合問題」及「長照制度之財源及人力供應問題」，Kate Sw

者人權內涵及國際間推動情形，以及我國對於失智者人權維護及促進之現況，交換意見。且向教育部、交通部、法務部司法官學院（下稱司法官學院）、司法院法官學院（下稱法官學院）、內政部警政署（下稱警政署）、勞動部等機關調取卷證資料，並諮詢社團法人台灣失智症協會（下稱失智症協會）湯秘書長麗玉、瑞智事工牛律師湄湄、天主教失智老人社會福利基金會陳社工主任俊佑等專家，以及詢問司法院行政訴訟及懲戒廳簡廳長慧娟、衛福部何次長啟功、交通部路政司陳司長文瑞、教育部終身教育司黃司長月麗、警政署防治組蔡組長鴻義、勞動部勞動力發展署施副署長貞仰、法務部法律事務司鍾司長瑞蘭、司法官學院顏主任秘書迺偉、矯正署黃署長俊棠及相關人員，業調查竣事，茲提出調查意見如下：

- 一、衛福部於 106 年 12 月公告之失智症綱領暨方案 2.0，雖已提出失智症對人權面之衝擊，但失智者人權保障議題仍屬停留在概念階段之主張，並未有具體之行動方案或工作項目充實之。為保障及促進失智者（people with demantia）人權，行政院及司法院允應督促所屬機關，共同致力提升社會對失智者人權保障之意識，盤點可能導致失智者無法在平等基礎上充分有效行使權利之各類阻礙，消弭歧視、移除障礙及進行合理調整，以確保落實身心障礙者權利公約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities，即 CRPD）之宗旨，促進、保障與確保失智者充分及平等享有所有人權及基本自由，並促進對失智者固有尊嚴的尊重。

（一）失智者人權保障倡議之國際趨勢：

- 1、世界衛生組織（WHO）於公元 2017 年 5 月 29 日

---

affer 主席全程在場，並擔任第 2 場「失智與人權」之子題「我有失智，但我有人權-談國內外失智症人權及照護議題之發展」的報告人。

第 70 屆世界衛生大會通過「2017-2025 年全球失智症行動計畫」(下稱全球失智症行動計畫)，呼籲各國政府積極提出具體之國家失智症政策，並編列足夠預算，且有相對監督機制定期考核實施現況，更呼籲各界改變對失智症之恐懼及消極作為，致力理解失智與友善包容。全球失智症行動計畫遵循 7 項基本準則及七大行動領域。第一個基本準則就是：「失智者的人權：所有策略及行動方案皆須反映失智者之需求、期望及人權，並符合聯合國身心障礙者權利公約」，而第二個準則為：「失智者及照顧者之參與權：包括參與失智症相關倡議、政策規劃、立法、服務提供、監督和研究」；至於七大行動領域分別為：

- (1) 失智症為公共衛生之優先任務。
- (2) 增進大眾對失智症之認識及友善態度。
- (3) 降低罹患失智症風險。
- (4) 失智症之診斷、治療、照護與支持。
- (5) 為失智症照顧者提供支持。
- (6) 失智症資訊系統。
- (7) 失智症之研究與創新發展。

2、國際失智症協會 (ADI) 在「2012 全球失智症報告：戰勝失智症污名化現象」(World Alzheimer Report 2012 : Overcoming the stigma of dementia ) 的序言指出：「因為不瞭解失智症而造成不同程度的誤解，導致長久以來的污名化現象，普遍存在於大多數的國家。失智症的病患通常被隔離、隱藏起來，因為失智症的行為和精神症狀可能會讓鄰居和親戚們對失智病友產生負面的反應。……增進大眾對失智症的瞭解，並去除社會對失智症的污名，是我們當務之急。」該



報告提出「十個戰勝失智症污名化的重要建議」，包括：

- (1) 教育社會大眾。
- (2) 減少對失智病友的孤立。
- (3) 讓失智病患有發聲的機會。
- (4) 承認失智病友及照護者的權利。
- (5) 讓失智病友融入當地社區。
- (6) 支持並教育非專業或受雇的照護者。
- (7) 提升居家或機構的照護品質。
- (8) 加強基層醫師在失智症的相關訓練。
- (9) 呼籲政府制訂國家失智症政策。
- (10) 增加改善失智症污名化的相關研究。

3、國際失智症聯盟（DAI）係以失智者為主體之失智症人權倡議團體，於公元 2015 年 3 月向 WHO 失智症第 1 次部長級會議提出三大訴求：

- (1) 我們有權享有更合乎道德規範的照護，包括確診前後的照護及復健治療。
- (2) 應當以「身心障礙者權益保障法（下稱身權法）」與「聯合國身心障礙者權利公約」為基準，享有與他人相同的人權。
- (3) 應給予失智症的相關研究與照護及治療，同等重視。

4、聯合國於公元 2006 年通過「身心障礙者權利公約」（CRPD）<sup>2</sup>，公約前言之要義包括：「同意人人

---

<sup>2</sup> CRPD為21世紀第一個人權公約，影響全球身心障礙者之權利保障。

為聯合國促進、保障及確保身心障礙者完全及平等地享有所有人權及基本自由，促進固有尊嚴受到尊重，降低身心障礙者在社會上之不利狀態，以使其得以享有公平機會參與社會之公民、政治、經濟、社會及文化領域。

2006年12月13日聯合國通過CRPD。

2008年05月03日CRPD生效。

CRPD的8大原則：1. 尊重他人、尊重他人自己做的決定；2. 不歧視；3. 充分融入社會；4. 尊重每個人不同之處，接受身心障礙者是人類多元性的一種；5. 機會均等；6. 無障礙；7. 男女平等；8. 尊重兒童，保障身心障礙兒童的權利。

有權享有該等文書所載之所有權利與自由，不得有任何區別」、「必須保障身心障礙者不受歧視地充分享有該等權利及自由」、「確認身心障礙是一個演變中之概念，身心障礙是功能損傷者與阻礙他們在與其他人平等基礎上充分及切實地參與社會之各種態度及環境障礙相互作用所產生之結果」、「確認必須促進與保障所有身心障礙者人權，包括需要更多密集支持之身心障礙者」、「承認身心障礙者存在之價值與其對社區整體福祉與多樣性所作出之潛在貢獻」、「確認身心障礙者個人自主與自立之重要性，包括作出自己選擇之自由」、「認為身心障礙者應有機會積極參與政策及方案之決策過程，包括與其直接相關者」……等，公約之宗旨係「促進、保障與確保所有身心障礙者充分及平等享有人權及基本自由，並促進對身心障礙者固有尊嚴之尊重。」

- 5、衛福部的「2017-2025 世界衛生組織全球失智症行動計畫」摘要第 20 點指出：WHO 給會員國之行動建議之一為「會員國應建立機制監督保障失智者之人權、意願和選擇，落實相關法規，遵循聯合國身心障礙者權利公約（CRPD）之目標及其他相關國際或區域人權規範。這些機制包括了維護失智者之法定行為能力、自我決定、協助決策（supported decision-making）與授權委託他人之權利，保護患者在機構或社區內，不受剝削和虐待。」
- 6、目前各國對「Dementia」對照中文之語辭，我國與美國、澳門、新加坡均使用「失智症」，中國、

澳洲使用「癡呆症」，日本早期一直沿用「癡呆症」，2004年4月1日日本政府將其更名為「認知症」<sup>3</sup>，以避免傷害高齡者尊嚴。香港使用「認知障礙症」。我國早期係用「老年癡呆症」，因用詞有誤解疾病、污名化患者之問題，且影響民眾就醫意願，以致錯失早期發現與治療之黃金時刻，又為推動身權法，遂於80年間將「老年癡呆症」正名為「失智症」，以達與疾病本質相稱及降低污名化。

- 7、綜上，從WHO於公元2017年5月29日通過之「全球失智症行動計畫」、ADI在「2012全球失智症報告：戰勝失智症污名化現象」及DAI向WHO失智症部長會議提出之訴求，可知國際間近年來已將失智症列為重要公共衛生議題，各國亦提出具體國家級政策，於此同時，失智者之人權倡議運動興起，且以CRPD及相關人權規範為遵循目標，除倡議禁止對失智者歧視、尊重其人性尊嚴外，更主張應為合理調整，使失智者能確實行使其權利。

## (二)國內失智者人權保障概述：

- 1、依據身權法第5條及衛福部所訂身心障礙等級，領有身心障礙證明之失智者，定義為「心智正常發展之成人，在意識清醒狀態下，有明顯症候足以認定其記憶、思考、定向、理解、計算、學習、語言和判斷等多種之高級腦功能障礙，致日常生活能力減退或消失，工作能力遲鈍，社交技巧瓦解，言語溝通能力逐漸喪失。」截至106年6月30日止，國內領有身心障礙證明之失智者，極重

---

<sup>3</sup> 引自李劭懷(2009)。失智症在日本的觀念與照護模式。全聯護訊，72。網址：<http://www.nurse-newsletter.org.tw/index.php/072e/07212>

度 3,822 人、重度 12,394 人、中度 18,803 人及輕度 13,890 人，合計 48,909 人；然衛福部推估 105 年國內失智人口數約 261,190 人，再推估極輕度約 101,860 人、輕度 91,410 人、中度 31,340 人及重度 36,570 人<sup>4</sup>。

2、查衛福部於 102 年 8 月公布「失智症防治照護政策綱領」(103-105 年)，作為我國失智症照護發展方向，並由跨部會各機關本於權責分別具體化為行動方案。衛福部再於 103 年 9 月 5 日公告「失智症防治照護政策綱領暨行動方案（下稱失智症綱領暨方案）」，使我國成為全世界第 13 個具有國家級失智政策的國家，但上述失智症綱領暨方案之內容，主要在於提升失智症防治與醫療照護等業務分工合作，但亦涉及其他部會之行動方案及工作項目，例如：

- (1) 教育部：推動認識與關懷失智症之相關教育及宣導活動。
- (2) 交通部：建立中度以上失智者之駕照管理機制、辦理對失智者服務之訓練及主動偵知誤闖快速公路案件。
- (3) 法務部司法官學院、警政署：於相關人員之基礎訓練、繼續教育或講座中，增加認識失智症相關課程內容。
- (4) 勞動部：針對年輕型失智者保障工作權益。

3、嗣衛福部於 106 年 12 月底公布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0(2018 至 2025 年)(下

---

<sup>4</sup>衛福部於 102 年 4 月 12 日公布該部 100 年委託失智症協會對全國失智症盛行情形（含輕度認知障礙，Mild Cognitive Impairment，或稱 MCI）(100-101 年)之調查結果，我國 65 歲以上長者失智症占率為 8.14%，其中「極輕度」3.17%，輕度以上為 4.97%。失智人口中，極輕度占 39%、「輕度」35%、「中度」12%、「重度」14%、與失智症發生有密切關聯之輕度認知障礙（MCI），占率為 16.04%。

稱失智症綱領暨方案 2.0)」，過程中已邀請失智者 1 人及家庭照顧者 2 人參與制定<sup>5</sup>，確保符合所需。失智症綱領暨方案 2.0 有關「貳、失智症所造成的衝擊」部分，已納入「人權面衝擊」，主張依據 CRPD 的精神，失智者及照顧者對於與失智症相關的倡議、政策、規劃、立法、服務提供、監督和研究，都應予以賦權及參與，以保障其維護自身權利的能力，其下列舉之議題包括：「性別議題」、「工作權議題」及「自主選擇權議題」，至於行動方案則包括「制定保障失智者人權的法規或規範」，而工作內容則包括：遵循 CRPD 之目標，建立保障失智者人權之機制，以及對年輕型失智者工作權之保障等（摘錄如附件）。

4、行政院於 105 年核定長期照顧十年計畫 2.0（下稱長照 2.0），服務項目擴大為 17 項，其中服務對象包括「失智者」之項目為：照顧服務、營養餐飲、交通接送、居家護理、居家及社區復健、喘息服務、安全性看視、失智症共同照護中心服務（下稱失智症共同中心）、失智症社區服務據點、家庭托顧、輔具服務、團體家屋、小規模多機能服務、強化社區預防性照顧服務等多項服務。

(1) 中、重度失智個案（失智且失能）核給之長照 2.0 服務，以 ABC 社區整體照顧模式<sup>6</sup>、日間照

---

<sup>5</sup> 2017-2025 世界衛生組織全球失智症行動計畫摘要第 19 點：不論是作為單獨的政策工具，或與非傳染性疾病、心理健康、老化、身心障礙及其他類似議題之行動計畫整合，各會員國應發展、強化及實施國家或地區之失智症相關策略、政策、計劃或架構。這些工作應顧及失智症患者之平等、自尊及人權，考量照顧者所需之支持，並諮詢患者及相關人士之意見。

<sup>6</sup> A 代表「社區整合型服務中心」，B 代表「複合型服務中心」，C 代表「巷弄長照站」。A 級「長照旗艦店」，會有「居家服務」+「日間照顧」2 個服務項目。B 級「長照專賣店」，則是原本就有提供居家照顧、社區照顧、機構照顧其中 1 項服務的單位。C 級「長照柑仔店」，失能長者可以在這裡得到共餐、健康促進、延緩失能等服務。ABC 社區整體照顧模式的目標是，每 1 個鄉鎮市區至少要有 1 個 A、每 1 個國中學區至少要有 1 個 B、每 3 個村里至少要有 1 個 C，而且

顧中心、團體家屋、24 小時住宿式機構為主要服務。

(2) 輕度失智者 (CDR=1)<sup>7</sup>、極輕度失智 (CDR=0.5) 及輕度認知障礙者 (MCI)<sup>8</sup>，此等階段個案服務大部分為「失智無失能」，主要由失智共照中心及失智症社區服務據點提供服務；其中輕度失智者經評估後得以核給長照 2.0 服務。

5、綜上，衛福部於 103 年 9 月公告之失智症綱領暨方案，著重於以醫療或照護模式之觀點，將失智者視為「病人」提供服務；繼之於 106 年 12 月公告之失智症綱領暨方案 2.0，雖已提出失智症對「人權面」之衝擊，但失智者人權保障議題仍屬停留在概念階段之主張，並未有具體之行動方案或工作項目充實之；而長照 2.0 已對失智者提供醫療及復健服務，但失智者若無失能，可能無法被核給相關之服務，至於其他失智症人權保障，則未及於實踐階段。(我國「失智照護計畫架構」及「失智照護計畫運作」如附件 2)

(三) 本案諮詢國際失智症協會 (ADI) Rees 主席時，據表示其於公元 2015 年時始親自確認失智者為 CRPD 所保障，適用 CRPD；他認為法律之權利義務固然重要，但過於複雜，民眾不易瞭解，對民眾而言，正常生活機能不受影響方為最直接之感受，而「失智友善社區」之推動，即係讓失智者感受自己為社會

---

會有交通車巡迴接送。

<sup>7</sup> 臨床失智症評估量表 (Clinical Dementia Rating, CDR)，0 分=沒有失智；0.5 分=未確定或仍待觀察 1 分=輕度失智；2 分=中度失智；3 分=重度失智；4 分=深度失智；5 分=末期失智。資料來源：邱銘章 (106)。失智症診療手冊。臺北市，衛生福利部醫事司。

<sup>8</sup> 輕度知能障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI) 為正常老化到失智症開始出現徵兆之間，存在著一個過渡區域。MCI 在臨床上每年約有 10%-15% 會發展為失智症，面臨較為複雜的工作任務或社會環境下會有問題，但簡易之日常生活並無影響。資料來源：台灣失智症協會網站，<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>。

一份子，未被排除在外。Rees 主席亦表示，對失智者使用鎮定藥物為最後手段，但許多醫院或療養院便宜行事，提前施打藥物以控制患者，或以器具限制患者人身自由等語。

- (四) 本案諮詢國際失智症聯盟 (DAI) Swaffer 主席時，她表示在 49 歲被診斷是年輕型失智症時，被診斷後，從醫師處得到「人生退場」的處方，建議她放棄工作、學業，回家享受餘命，甚至做好臨終安排；此一退場處方，讓她於 50 歲時放棄了護理工作，繳回了駕照，也使她面對失智時，深感無望、恐懼、無助，降低了對生活的期待，以為餘生只能依靠照顧者。然而，她在南澳大利亞大學 (University of South Australia) 提供之身心障礙服務協助下完成學業，她認為失智症雖會讓病患健忘、喪失空間感、讀寫困難、過馬路變成危險，有時感到無助、不想說話，覺得疏離與孤獨，但絕非如一般民眾對失智症者「無法溝通」、「聽不懂」、「講不通」等錯誤認知，成為失智後，她的期望不外乎「回到診斷前一樣的生活」、「人權受到重視」、「能有更多參與及貢獻」、「不必放棄原來的生活」、「能獨立生活」，於是她在國際間為失智者倡議及代言，主張「失智者應與一般人享有相同的人權保障，不應該因為疾病而有所改變」、「失智症不只談論治癒與否，更需要了解失智者的人權」、「希望回到診斷前一樣正常的生活」、「退場處方是出於對失智症先入為主的觀念與缺乏依據的傳言」、「具體邀請患者或家屬組成工作坊，讓失智者或家屬將其需求回饋予專業人員」等語。
- (五) 失智者由於疾病造成之差異，使其對於自身權利之維護或主張，有時不免受到影響。因此於確診後，

不乏需面對「都失智了，那還有人權？」之歧視，彙整本案諮詢專家學者所提示的失智者生活上之處遇，與人權有關之內容或感受，摘錄整理如下：

- 1、從照顧失智者家人之經驗，覺得「失智症」此一名稱具有負面評價，使其接受度潛在地被拒絕，子女不願承認父母有點奇怪，病人不願去求診，認為確診失智症後將失去所有，被人控制，建議名稱部分可再進行討論；有些失智症照護服務機構之名稱含「失智」兩字，曾遇長輩認為自己沒有失智，為何要至失智照護機構；有些機構之服務人員在失智者面前，則絕口不提「失智」兩字。
- 2、失智者被確診後，人生常「被」退場，不相信其有能力，亦不讓其參與決策的過程。曾有失智者表示，昨日尚未被確診，還能下樓去倒垃圾，才過了1天，被確診後就被家人「下令」不准再下樓去倒垃圾；而家屬陪同患者求診時，醫師只與家人及照顧者討論，幾乎不與失智者對話，失智者好像已經不存在，消失在人生的舞台上，已不屬於舞臺上的人，有事情也不會再問失智者的意見；有些失智者參加公共活動，遇到親友卻被當成空氣一樣，親友只問照顧者關於失智者之近況，而不問失智者本人，好像他是不存在的人，失智者就這樣自動地被社會隔離。
- 3、臺中有位失智的男性，於某個會議中主動提出訓練導航犬協助失智者之意見，這個意見當時是首次聽到，2日後在日本京都開會，發現澳洲正在發展失智者的陪伴狗政策。從這件事可知，過去我們太忽略失智者想什麼、需要什麼及觀點是什麼，失智者的能力經常被低估，其實他們可以提出有價值的觀點，應該要聽取他們的意見。



- 4、失智者被確診失智後，他的能力不是從「100分」變成「0分」，可能只是「100分」變成「80分」。例如：在學學生可能因失智症而有認知障礙之困擾，但其他功能未退化，仍有能力完成學業，其受教權應受保障；又如：有年輕型失智者確診前之工作為主廚，確診後因能力受限而離職，其家庭經濟受影響，生活失去重心，造成家人困擾，後來找到另一餐廳的工作，負責烹飪前之準備及之後的善後工作，其狀況獲得維持，對病患及家屬而言都是一件好事。
- 5、曾經有失智者於住院期間手痛，但不知原因，出院後仍一直疼痛，雖然持續就醫仍找不到手痛原因，只能吃止痛藥減緩。病人因為失智症，沒有辦法完整表達其狀況，直到將近1年後去看別的醫師，結果才發現是手關節脫臼，這1年的時間，病人是很痛苦的；另外有失智者接受檢查，檢查報告顯示有問題，但醫院告訴其配偶沒關係，不用做任何處理，事隔半年，另一位醫師看到了報告就問為什麼沒有馬上處理，要立即住院。從前述發生的事可知，失智者健康的狀況常會被輕忽、低估，失智者有時無法清楚表達其狀況，醫護人員應該更仔細、認真進行檢查，使失智者之醫療權受到保障，不能認為病人都已經失智了，無法治癒，將所有健康問題都歸諸於失智症而不進一步探究症狀找出真正的原因。
- 6、失智者誤闖高速公路及快速公路之情形愈趨嚴重，曾經發生失智者因誤闖而死亡之事件，因此主動偵知誤闖快速公路或高速公路之系統益形重要，但目前交通部公路總局擇定於台64線觀音山隧道匝道旁建置IID設備，也就是影像事件

偵測設備，並進行試辦，但該試辦地點偏僻，很少有人會走上去，應該選擇容易誤闖之匝道口辦理。

- 7、為避免失智者走失或出門在外發生問題，照顧者有時會將失智者鎖在家中，不讓其離家，此作法已違反比例原則；目前設有失智專區之照顧機構不多，但有的專區為考慮安全問題，會設置安全門鎖，避免住民走失，但有些失智者因不適應行動自由受到剝奪，覺得被拘禁，為尊重失智長輩需要的行動自由，失智專區的門禁管制與防其走失之間的問題，應思考如何取得平衡。
- 8、失智者涉及之訴訟案件中以監護宣告占大部分，其他則包括財產、遺囑、指定扶養……等案件；至於刑事案件，失智者有時被控成為被告，多是因竊盜、傷害、性騷擾等原因，其他尚有詐欺罪，詐欺罪的態樣有兩類型，一為被利用成詐欺的幫助犯，一為被害人。失智者因疾病導致腦部受損，可能出現錯誤判斷，而誤入詐騙陷阱去提領存款，或被騙簽約，或被騙將不動產產權移轉他人，亦可能發生家屬趁長者失智而將其財產轉移至自己名下；失智者亦可能失去金錢觀念或記憶發生障礙，拿了商店東西但未付錢而被誤認為偷竊等被移送法辦；另有失智者使用假鈔，儘管該假鈔只有單面印刷，仍被移送。失智者家屬面對愈來愈多法律相關問題，碰到官司、遇到詐騙，甚至因為失智而造成家庭破裂。曾有失智個案，因官司到法院出庭，該案件已超過1年訴訟期間，即使家屬曾提出相關醫療證明其為失智者，卻仍無法獲得店家諒解，幸法官以同理心認定是病症所致而未罰，若法官、檢察官瞭解失智

症，也許開 1 次庭就可以結案了，不需如此耗費國家司法資源。

- 9、透過法源資料網搜尋與失智有關之判決，地方法院有關之民事案件自 95 年之 115 件成長至 105 年之 1,990 件，滋長 17 倍；刑事案件由 94 件成長至 368 件，滋長 3.9 倍，均有明顯增加之趨勢，此與 98 年底開始實施「成年監護宣告制度」有關，目前家屬聲請監護宣告之態樣，一為合意聲請，擔心失智者被外人所騙，通常法院會依家屬意願；另一係家屬意見不一，可能需要透過家庭會議處理，但過程中若有醫師、社工、個管師等專業人士介入，可協助家屬較易達成協議。
- 10、以臺北地方法院民事判決為例，判斷「當事人是否失智（無行為能力）」之方式，簡析如下<sup>9</sup>：
  - (1) 鑑定：102 年度訴字第 354 號判決完全推翻鑑定報告，認定失智者有贈與之意識能力。
  - (2) 書證：
    - 〈1〉採認診斷證明：104 年度訴字第 2862 號判決認定失智者無簽立追還款項字據之意識能力。
    - 〈2〉採認診斷證明、電腦斷層檢驗：103 年度重訴第 485 號判決認定失智者無簽立追還款項字據之意識能力。
  - (3) 人證：
    - 〈1〉完全採信證詞而推翻診斷證明（書證），並且認為無鑑定之必要：102 年度家訴第 107 號判決認定失智者有遺囑能力（意識能力）。
    - 〈2〉完全採信證詞而推翻診斷證明（書證），102 年度重家訴第 38 號判決認定失智者有贈與

---

<sup>9</sup> 引用牛涓涓律師整理資料。

之意識能力。

〈3〉採認鑑定報告及診斷證明（書證）：100 年度訴字第 4215 號判決認定失智者無贈與之意識能力。

（4）自由心證：104 年度訴字第 679 號判決原告未提出任何證據證明罹患失智症，法院未為任何調查，認定失智者有簽訂協議書（和解書）之意識能力。

訴訟當事人由醫院提出失智症之鑑定意見或診斷證明後，法院有時採認，有時不採認，原因在於失智者之狀況不穩定，有時因接受詢問時，表達能力不錯，或證人表示失智者為法律行為當時口述流暢，法官寧採信證人證詞而不採醫院之鑑定意見。

11、以臺北地方法院刑事判決為例，判斷「行為人是否失智（刑法第 19 條之精神狀態）」之方式，簡析如下<sup>10</sup>：

（1）鑑定：103 年度重訴字第 11 號判決採認「被告為中至重度失智症」之鑑定報告，減輕其刑。

（2）文書：

〈1〉105 年度簡上字第 19 號判決，被告雖提出「腦波異常慢波、有失智可能」之診斷證明，仍以無刑法第 19 條之適用而為竊盜罪（竊取柚子 8 顆）之判決。

〈2〉105 年度簡字第 3134 號判決，被告提出「疑似患額顳葉型失智症」之診斷證明，仍以無刑法第 19 條之適用而為竊盜罪（竊取白蘿蔔 1 條）之判決。

（3）自由心證：102 年度簡字第 3198 號判決被告未

---

<sup>10</sup> 引用牛湄湄律師整理資料。

提出失智症之診斷證明，法院未調查文書，亦未鑑定，認定無刑法第 19 條之適用而為竊盜罪（竊取手提購物袋 1 個）之判決。

- (4) 自由心證、人證：102 年度訴字第 533 號判決，告訴人雖提出被害人「低血糖性腦病變合併老年失智症」之診斷證明，並經鑑定為「失智中度合併聽障」，法院卻以證人之證詞澈底推翻前揭診斷證明與鑑定，認定「被害人有辦理印鑑證明，將不動產所有權移轉過戶予被告之意識能力」，判決被告無罪。

失智者，有時候會像「通電」一般，意識很清楚，但對於特定的部分，判斷力差。在訴訟程序中，若詢問當事人時，懷疑其為失智或已提出確診失智症之診斷書，詢問之過程應讓當事人處於較平順、穩定之狀態，或引入專業社工師協助詢問；失智者不太有病識感，縱使未提出診斷書證明其罹患失智症，司法人員亦應主動依職權調查。

- (六) 失智者人權並非新創的權利，而係認可其與一般人享有相同之人權保障，透過消除歧視，根據具體需要，於不造成過度或不當負擔情況下，進行必要及適當之修改與調整，以確保失智者在與其他人平等基礎上，享有或行使其人權及基本自由，不因疾病而有所改變。因此，依據身心障礙者權利公約（CRPD）以及我國的身權法得知：

#### 1、失智者依據 CRPD 第 5 條<sup>11</sup>及身權法第 74 條<sup>12</sup>之規

---

<sup>11</sup> 身心障礙者權利公約（CRPD）第 5 條規定：

1. 締約國確認，在法律之前，人人平等，有權不受任何歧視地享有法律給予之平等保障與平等受益。
2. 締約國應禁止所有基於身心障礙之歧視，保障身心障礙者獲得平等與有效之法律保護，使其不受基於任何原因之歧視。
3. 為促進平等與消除歧視，締約國應採取所有適當步驟，以確保提供合理之對待。

定，有權不受歧視，或不得使用歧視性之稱呼或描述。Dementia 稱為「失智症」或「老年痴呆症」，其內涵或無不同，但使用不同之疾病名稱，確實讓患者或家屬有不同之主觀感受，是否與時俱進參考日本之「認知症」或香港之「認知障礙症」，允宜研議；另法院、醫院仍有使用「老年痴呆症」名稱之情形，以臺北地方法院民事案件為例，於 107 年 5 月 4 日在「司法院法學資料檢索系統」上以「老年痴呆症+老年癡呆症+老人痴呆症+老人癡呆症<sup>13</sup>」為關鍵字搜尋，計有 83 筆裁判文書使用此等歧視性字眼，雖多緣於當事人書狀自撰之字句或鑑定報告之用語，惟法院及醫療院所在製作相關判決、鑑定報告等文書之際，宜儘量避免使用此類歧視性用語。

- 2、失智者依據 CRPD 第 29 條<sup>14</sup>及身權法第 1 條<sup>15</sup>之規定，有平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會。失智症者係因認知發生障礙，而非全然失去其智識能力，以「國際失智症聯盟 (DAI)」為例，其人員組成係以失智者為主體，確能為全球失智者喉舌，可見失智者有能力參與跟他們有關的政策，其作為一個獨立個人之人格權，並不因確診

---

4. 為加速或實現身心障礙者事實上之平等而必須採取之具體措施，不得視為本公約所指之歧視。

<sup>12</sup> 身權法第 74 條規定：

傳播媒體報導身心障礙者或疑似身心障礙者，不得使用歧視性之稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽人對身心障礙者產生歧視或偏見之報導。

身心障礙者涉及相關法律事件，未經法院判決確定其發生原因可歸咎於當事人之疾病或其身心障礙狀況，傳播媒體不得將事件發生原因歸咎於當事人之疾病或其身心障礙狀況。

<sup>13</sup> 「+」號代表「或」之意。

<sup>14</sup> 身心障礙者權利公約 (CRPD) 第 29 條規定：

締約國應保障身心障礙者享有政治權利，及有機會在與其他人平等基礎上享有該等權利，並應承諾……。

<sup>15</sup> 身權法第 1 條規定：

為維護身心障礙者之權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展，特制定本法。

失智症即告喪失，其參與政治與公共生活之權利應受保障。

- 3、失智者依 CRPD 第 5 條<sup>16</sup>及身權法第 16 條<sup>17</sup>之規定，有權不受任何歧視地享有法律給予之平等保障，不因其罹患失智症前後而有差異。部分民眾對於失智者有所誤解，認為失智者聽不懂、講不聽，或不經意向家屬表示「不應該將失智者帶出家門」之歧視說法，可能影響失智者或家屬之人際關係，使其寧願自我隔離於家中，與社會、社區隔絕，放棄參與社會之機會，甚至放棄尋求醫療、照護或生活上之協助，無形中損害失智者的人權。
- 4、失智者依 CRPD 第 25 條<sup>18</sup>及身權法第 16 條<sup>19</sup>及第 25 條<sup>20</sup>之規定，有權享受醫療服務。因民眾對於失智症不瞭解，家屬對於患者早期出現之認知障礙未能警覺並協助及早接受診斷及確診，或認為失智症無法治癒，甚至諱疾而未協助患者就醫，因而不能適時地進行藥物與非藥物的介入，使失智者未能獲得適當之醫療。
- 5、失智者依 CRPD 第 4 條<sup>21</sup>及身權法第 10 條<sup>22</sup>之規

---

<sup>16</sup> 見註27。

<sup>17</sup> 身權法第16條規定：

身心障礙者之人格及合法權益，應受尊重及保障，對其接受教育、應考、進用、就業、居住、遷徙、醫療等權益，不得有歧視之對待。

公、私立機關（構）、團體、學校與企業公開辦理各類考試，應依身心障礙應考人個別障礙需求，在考試公平原則下，提供多元化適性協助，以保障身心障礙者公平應考機會。

<sup>18</sup> 身心障礙者權利公約（CRPD）第25條規定：

締約國確認，身心障礙者有權享有可達到之最高健康標準，不因身心障礙而受到歧視。締約國應採取所有適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別敏感度之健康服務，包括與健康有關之復健服務……。

<sup>19</sup> 見註33。

<sup>20</sup> 見註33。

<sup>21</sup> 身心障礙者權利公約（CRPD）第4條規定：

……為執行本公約以發展及實施立法及政策時，及其他關於身心障礙者議題之決策過程中，締約國應與代表身心障礙者之組織、身心障礙者，包括身心障礙兒童，密切協商，以

定，國家應使失智者積極涉入關於自己議題有關之決策過程，此亦符合國際失智症聯盟(DAI)「我們的事，我們都得參與」(Nothing about us, without us.)之主張。國內由相關機關或專家建立之失智症照護政策或方案，雖立意良善，但常非失智者或照顧者確實所需，應設身處於失智者之立場，認同失智者才是行使權利之「主體」，而非僅為權利保障之「客體」，並尊重失智者之意見，協助其繼續實現自我。

- 6、失智者依 CRPD 第 26 條<sup>23</sup>及身權法第 25 條<sup>24</sup>之規定，有權透過復健達到自立與融合參與社會。國際失智症聯盟(DAI) Swaffer 主席依其自身之經驗，認為輕度失智症或認知障礙者若能獲得以社區為基礎之復健對延緩其失智症之惡化有重大助益。國內部分失智者已參與失智症社區服務據點之短期課程，以延緩功能的退化及促進人際互動。至於目前失智者獲得之復健服務，部分係醫療院所提供，是合併其他慢性疾病(例如：中風、帕金森氏症)之復健治療，而日間照護中心或失智症照護機構提供的則是活動的參與；另國內長照 2.0 已提供「居家及社區復健服務」，但其補

---

使其積極涉入……。

<sup>22</sup> 身權法第10條規定：

主管機關應遴聘(派)身心障礙者或其監護人代表、身心障礙福利學者或專家、民意代表與民間相關機構、團體代表及各目的事業主管機關代表辦理身心障礙者權益保障事項；其中遴聘身心障礙者或其監護人代表及民間相關機構、團體代表之比例，不得少於三分之一……。

<sup>23</sup> 身心障礙者權利公約(CRPD)第26條規定：

締約國應採取有效與適當措施，包括經由同儕支持，使身心障礙者能夠達到及保持最大程度之自立，充分發揮及維持體能、智能、社會及職業能力，充分融合及參與生活所有方面……。

<sup>24</sup> 身權法第25條規定：

為加強身心障礙者之保健醫療服務，直轄市、縣(市)衛生主管機關應依據各類身心障礙者之人口數及需要，設立或獎助設立醫療復健機構及護理之家，提供醫療復健、輔具服務、日間照護及居家照護等服務……。



助內容為「無法透過交通接送使用全民健保復健資源者，提供本項服務，每次訪視費用以新臺幣1,000元計，每人最多每星期1次」，以106年為例，長照2.0提供失能及失智者之居家及社區復健的人數僅10,368人，輕度失智症或認知障礙而無失能者，恐因此標準而不符合為長照2.0之補助對象，而錯失在病程早期階段就獲得復健服務，而失去延緩失智惡化的機會。

7、失智者依CRPD第27條<sup>25</sup>、身權法第34條<sup>26</sup>及就業服務法第5條第1項<sup>27</sup>、第65條第1項<sup>28</sup>之規定，享有與其他人平等之工作權利，包括於一個開放、融合與無障礙之勞動市場及工作環境中，有自由選擇與接受謀生工作機會之權利。然失智症協會推估國內30至65歲的年輕型失智症患者約有1萬2,000人，他們是職場中堅，有些人甚至是家庭經濟的支柱，但確診後多數人離開職場，家庭頓失主要經濟來源，患者亦因生活失去重心退化更甚，其「工作權」如何獲得保障，應有所因應。

---

<sup>25</sup> 身心障礙者權利公約（CRPD）第27條規定：

締約國承認身心障礙者享有與其他人平等之工作權利；此包括於一個開放、融合與無障礙之勞動市場及工作環境中，身心障礙者有自由選擇與接受謀生工作機會之權利……。

<sup>26</sup> 身權法第34條規定：

各級勞工主管機關對於具有就業意願及就業能力，而不足以獨立在競爭性就業市場工作之身心障礙者，應依其工作能力，提供個別化就業安置、訓練及其他工作協助等支持性就業服務。

各級勞工主管機關對於具有就業意願，而就業能力不足，無法進入競爭性就業市場，需長期就業支持之身心障礙者，應依其職業輔導評量結果，提供庇護性就業服務。

<sup>27</sup> 就業服務法第5條第1項規定：

為保障國民就業機會平等，雇主對求職人或所僱用員工，不得以種族、階級、語言、思想、宗教、黨派、籍貫、出生地、性別、性傾向、年齡、婚姻、容貌、五官、身心障礙或以往工會會員身分為由，予以歧視；其他法律有明文規定者，從其規定。……

<sup>28</sup> 就業服務法第65條第1項規定：

違反第5條第1項、第2項第1款、第4款、第5款、第34條第2項、第40條第2款、第7款至第9款規定者，處新臺幣30萬元以上150萬元以下罰鍰。

8、失智者依 CRPD 第 12 條<sup>29</sup>之內容，是以身心障礙者的法律平權與法律能力為主，因此失智者應平等享有擁有或繼承財產之權利，掌管自己財務，有平等機會獲得銀行貸款、抵押貸款及其他形式之金融信用貸款，並應確保其財產不被任意剝奪，此一身心障礙者的平等公民地位及人格權，直接及間接將改變各國目前運作多年的「代理決定」(substitute decision-making)及監護制度。另依身權法第 83 條<sup>30</sup>之規定，主管機關應鼓勵信託業者辦理無能力管理財產之失智者之財產信託，使其財產權受到保障。為避免失智者財務權受到侵害，我國目前相關之保障制度包括：為避免不當辦卡、不當刷卡，可至「財團法人金融聯合徵信中心」申請「信用資料註記」，使金融機構依據當事人意願，不予以核卡或核貸；對於財產之不當移轉或詐騙之預防，可透過監護宣告、輔助宣告之保護機制，透過法律及監護人守護失智者財產，但多數失智者並未為確保其財產權之法律行為，

9、失智者依 CRPD 第 13 條<sup>31</sup>及身權法第 84 條<sup>32</sup>之規

---

<sup>29</sup> 身心障礙者權利公約 (CRPD) 第 12 條規定：

……於符合本條規定之情況下，締約國應採取所有適當及有效措施，確保身心障礙者平等享有擁有或繼承財產之權利，掌管自己財務，有平等機會獲得銀行貸款、抵押貸款及其他形式之金融信用貸款，並應確保身心障礙者之財產不被任意剝奪。

<sup>30</sup> 身權法第 83 條規定：

為使無能力管理財產之身心障礙者財產權受到保障，中央主管機關應會同相關目的事業主管機關，鼓勵信託業者辦理身心障礙者財產信託。

<sup>31</sup> 身心障礙者權利公約 (CRPD) 第 13 條規定：

1. 締約國應確保身心障礙者在與其他人平等基礎上有效獲得司法保護，包括透過提供程序與適齡對待措施，以增進其於所有法律訴訟程序中，包括於調查及其他初步階段中，有效發揮其作為直接和間接參與之一方，包括作為證人。
2. 為了協助確保身心障礙者有效獲得司法保護，締約國應促進對司法領域工作人員，包括警察與監所人員進行適當之培訓。

<sup>32</sup> 身權法第 84 條規定：

法院或檢察機關於訴訟程序實施過程，身心障礙者涉訟或須作證時，應就其障礙類別之特

定，應能和其他人一樣，公平、平等地使用司法救濟制度主張自己之權利，並有效參與法律體系；且司法領域工作人員包括警察、監所人員應進行適當培訓，使其能向法院、社福機構或直轄縣市聲請指派適任的輔佐人員（如社工），以協助確保失智者有效獲得司法保障。

10、失智者得依 CRPD 第 2 條<sup>33</sup>之規定，於不造成過度或不當負擔之情況下，因必要及適當之修改與調整，而行使所有人權及基本自由。例如：對失智者及家屬提供必要輔助措施、鼓勵公私部門興（改）建可負擔之無障礙住宅、對年輕型失智者之職務再設計、對在學階段失智者之個別化教育計畫、前往醫療或照護機構時之交通運輸服務、註銷中重度以上失智者之駕照、配置適當資源以確保所有失智者均能平等利用民、刑事司法體系等。

11、依據 108 年 1 月 6 日我國即將施行之「病人自

---

別需要，提供必要之協助。

刑事被告或犯罪嫌疑人因精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述時，直轄市、縣（市）主管機關得依刑事訴訟法第三十五條規定，聲請法院同意指派社會工作人員擔任輔佐人。依刑事訴訟法第三十五條第一項規定得為輔佐人之人，未能擔任輔佐人時，社會福利機構、團體得依前項規定向直轄市、縣（市）主管機關提出指派申請。

<sup>33</sup> 身心障礙者權利公約（CRPD）第 2 條規定：

為本公約之宗旨：

「傳播」包括語言、字幕、點字文件、觸覺傳播、放大文件、無障礙多媒體及書面語言、聽力語言、淺白語言、報讀員及其他輔助或替代性傳播方法、模式及格式，包括無障礙資訊及通信技術；

「語言」包括口語、手語及其他形式之非語音語言；

「基於身心障礙之歧視」是指基於身心障礙而作出之任何區別、排斥或限制，其目的或效果損害或廢除在與其他人平等基礎上於政治、經濟、社會、文化、公民或任何其他領域，所有人權及基本自由之認可、享有或行使。基於身心障礙之歧視包括所有形式之歧視，包括拒絕提供合理之對待；

「合理之對待」是指根據具體需要，於不造成過度或不當負擔之情況下，進行必要及適當之修改與調整，以確保身心障礙者在與其他人平等基礎上享有或行使所有人權及基本自由；

「通用設計」是指盡最大可能讓所有人可以使用，無需作出調整或特別設計之產品、環境、方案與服務設計。

「通用設計」不應排除於必要情況下，為特定身心障礙者群體提供輔助用具。

主權利法」，極重度失智者未來可以「預立醫療決定」，經醫療評估確認病情無法恢復，醫師可依病人預立意願，終止、撤除、不進行維持生命的治療或人工營養。失智者將被賦予更進一步的自主權，即得選擇接受或拒絕的治療，亦擴展至包含心肺復甦術、機械式維生系統（如機械通氣或體外循環維生系統）、血液製品、為特定疾病而設的專門治療（如透析治療）、重度感染時所給予的抗生素、人工營養及流體餵養等，任何有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施。

(七)綜上所述，從 WHO 於公元 2017 年通過之「全球失智症行動計畫」、國際失智症協會 (ADI) 在「2012 全球失智症報告：戰勝失智症污名化現象」及國際失智聯盟 (DAI) 向 WHO 失智症部長會議提出之訴求，可知國際間近年來已將失智症列為重要公共衛生議題，各國亦呼應提出具體國家失智症政策，以減少失智症造成之衝擊，於此同時，失智者的人權倡議興起，且呼應 CRPD 尊重人性尊嚴及禁止歧視之普世價值，以及透過合理調整以移除障礙，使失智者人權得以實踐。惟在國內，衛福部公布之失智症綱領暨方案著重以醫療或照護之觀點，將失智者視為病人提供服務，即使失智症綱領暨方案 2.0 提出可能之人權面衝擊，但對於失智者人權保障之具體作法仍流於概念性之論述，另多數國人已有禁止歧視之意識，但對於失智症不理解而形成之刻板印象或隱藏性歧視，仍會發生，而生活周遭之環境對於失智者難謂友善，甚至使失智者因此無法平等且有效地享有人權。爰為保障及促進失智者 (people with demantia) 人權，行政院及司法院允應督促所屬機關，共同致力提升社會對失智者人權保障之

意識，盤點可能導致失智者無法在平等基礎上充分有效行使權利之各類阻礙，消弭歧視、移除障礙及進行合理調整，以確保落實 CRPD 之宗旨，促進、保障與確保失智者充分及平等享有所有人權及基本自由，並促進對失智者固有尊嚴的尊重。

二、教育部允應落實推動認識與關懷失智症相關教育，並透過中小學教育、樂齡學習中心及志工培訓等之宣導管道，提升社會大眾對失智症之認知，消除對失智症之污名化，有效傳達對失智者之友善理念，俾具體實踐在日常生活中，進而影響到家庭與社區。

- (一)教育部於失智症綱領暨方案中之工作項目，包括：  
「1.2.3 將失智症認識納入國中、國小之衛生教育宣導或課綱教材」、「1.3.1 透過樂齡學習中心，納入失智症宣導，以增進民眾了解失智症議題」、「4.1.2 將認識失智症議題納入樂齡學習志工相關研習課程」及「5.2.1 將失智症納入相關會議或培訓議題」等。
- (二)依教育部函復說明，該部已將老化及失智等知能之相關內容納入現行「國民中小學九年一貫課程綱要」之「健康與體育學習領域」。該部復說明對於失智症相關知識或案例說明，學校得因應地區特性、學生特質與需求，選擇或自行編輯合適之教材，且教師亦可發揮自身專業知能，將失智症相關概念融入課程。另依教育部約詢時答復：十二年國民基本教育健康與體育領域（草案）的課程架構由「學習表現」、「學習內容」二個向度所組成。在學習內容部分，其中「生長、發展與體適能」包含「生長、發育老化與死亡」次項目，爰有關認識老化及健康促進等概念，業已納入十二年國教健康與體育領域課綱草案。惟本院查閱前述各領域之基本理

念、課程目標、分段能力指標，並未將失智症之種類、病程、症狀、預防及治療等基本知識納入，甚至未曾提及「失智症」此一名詞。

(三)教育部為落實 55 歲以上國民在地學習機制，於 97 年起逐年於全國各鄉鎮市區設置「樂齡學習中心(下稱樂齡中心)」，嗣於 102 年在「補助辦理樂齡教育活動實施要點」規範樂齡中心課程，並自 103 年 3 月實施，其中失智症議題係納入「政策宣導課程」之「預防及宣導老人心理問題(失智症、憂鬱症等)」，鼓勵各中心可單獨開設，或融入課程宣導實施，103 年全國 306 所樂齡中心辦理場次達 331 場。教育部再於 104 年調整全國樂齡中心課程架構，並將「活化記憶力」納入樂齡核心課程，「失智症防治」則納入「樂齡核心課程」之「宣導課程」，104 年 313 所樂齡中心辦理場次 382 場；105 年 339 所樂齡中心辦理場次計 465 場。又各直轄市及縣(市)政府強化宣導樂齡學習課程，於相關志工培訓活動中亦納入失智症議題，103 至 105 年全國樂齡中心將認識失智症議題納入樂齡學習志工相關研習課程，共計辦理 72 場次。又教育部 104-105 年辦理高齡自主學習團體帶領人培訓，納入失智症宣導，共計辦理 12 場次活動，讓該等帶領人具備宣導失智症知能，並於 105 年度成立 82 個自主學習團體於各社區或偏遠地區推動時，宣導失智症議題。

(四)另據教育部查復表示，已委請樂齡學習輔導團於歷年辦理相關培訓活動中，納入預防失智及活化記憶力與老化等議題，計辦理 25 場次，另於 105 年委請國立中正大學(樂齡學習總輔導團)辦理「教育部 105 年樂齡學習規劃師初階培訓計畫-樂憶規劃

師」培訓活動，以認識記憶力為主的課程，透過招募、甄選、培訓、教學等 4 個階段合計 88 小時的培訓課程，培訓 62 位樂憶規劃師，每位至少要至樂齡中心、社區關懷據點、社區發展協會、社區大學、高齡教育相關機構、政府機關、教會廟宇等地方宣講 4 場，經為期 3 個月的宣講成果，共計辦理 269 場，計有 4,995 人上課；中正大學復於 106 年辦理 11 場次樂齡學習規劃師培訓，規劃師完成研習培訓之課程主題為「失智症正確觀念與迷思」、「AD8 檢測方式」<sup>34</sup>與「宣講技巧與模式」等議題，完成培訓後，分別回到社區及原樂齡中心，配合中心政策宣導課程進行宣講。

(五) 綜上，透過教育及宣導以消弭對失智者之歧視，增進對失智症之理解，為國內外對提升失智症意識普遍建議之作法。且查國內隔代教養情形並不罕見，國中、小學生不乏與祖父母同住情形，祖父母在認知或個性發生轉變，常由唸國中小的孫子女先發現，因此若能讓國中、小學生對失智症有足夠認識，可早期警覺家中長輩可能有失智症之問題，及早確診，透過醫療及照護服務之介入而延緩惡化。惟現行國民中小學九年一貫課程綱要，有關失智症重要核心概念難謂有效融入，恐不足以讓學生認識或關懷失智症，教育部顯未落實失智症綱領暨方案之工作。至於目前樂齡學習中心及相關會議，已開設增進民眾了解失智症議題之課程或培訓認識失智症議題之樂齡學習志工，但辦理情形尚不普遍。爰教育部允應落實推動認識與關懷失智症相關教育，透過中小學教育及各類終身學習體制，如樂齡

---

<sup>34</sup> AD8 量表是提供早期失智症的篩檢，其中最主要包含阿茲海默症、血管性失智等較常見的疾病症狀，此量表用於民眾自我評估、專業人員親自詢問或電話中作答。

中心、志工培訓等之宣導管道，提升社會大眾對失智症之認知，消除對失智症之污名化，有效傳達對失智者之友善理念，俾具體實踐在日常生活中，進而影響到家庭與社區。

**三、為保障失智者之工作權益，勞動部應強化對失智勞工就業情形之掌握，並於必要時，主動聯繫失智勞工，以提供年輕型失智勞工職務再設計之協助。**

(一)身心障礙者權利公約第 27 條與「工作與就業」有關，其規定略以：

締約國承認身心障礙者享有與其他人平等之工作權利；此包括於一個開放、融合與無障礙之勞動市場及工作環境中，身心障礙者有自由選擇與接受謀生工作機會之權利。締約國應採取適當步驟，防護及促進工作權之實現，包括於就業期間發生障礙事實者，其中包括，透過法律……(k) 促進身心障礙者之職業與專業重建，保留工作和重返工作方案。

(二)就業服務法第 5 條第 1 項<sup>35</sup>及身權法第 16 條第 1 項<sup>36</sup>規定，皆已禁止基於身心障礙而有所歧視，強調在與他人的平等基礎上享有工作權，並推動各項協助就業措施，協助其就業。至於身權法第 33 條<sup>37</sup>亦

---

<sup>35</sup> 就業服務法第 5 條第 1 項規定：

為保障國民就業機會平等，雇主對求職人或所僱用員工，不得以種族、階級、語言、思想、宗教、黨派、籍貫、出生地、性別、性傾向、年齡、婚姻、容貌、五官、身心障礙或以往工會會員身分為由，予以歧視；其他法律有明文規定者，從其規定。

<sup>36</sup> 身權法第 16 條第 1 項規定：

身心障礙者之人格及合法權益，應受尊重及保障，對其接受教育、應考、進用、就業、居住、遷徙、醫療等權益，不得有歧視之對待。

<sup>37</sup> 身權法第 33 條規定：

各級勞工主管機關應參考身心障礙者之就業意願，由職業重建個案管理員評估其能力與需求，訂定適切之個別化職業重建服務計畫，並結合相關資源，提供職業重建服務，必要時得委託民間團體辦理。

前項所定職業重建服務，包括職業重建個案管理服務、職業輔導評量、職業訓練、就業服務、職務再設計、創業輔導及其他職業重建服務。

前項所定各項職業重建服務，得由身心障礙者本人或其監護人向各級勞工主管機關提出申



規定應參考身心障礙者之就業意願，由職業重建個案管理員評估其能力與需求，訂定適切之個別化職業重建服務計畫，其中即包括職務再設計等服務。其中職務再設計，係考量身心障礙或中高齡員工面臨身心功能退化、競爭力或工作技能相對落後、工作動機遞減等問題，由專業團隊與事業單位，針對個案之職場障礙進行評估，並協助在職勞工續留職場穩定就業。

(三) 勞動部於失智症政策及綱領之工作項目為：「7.7.2 針對早發性失智症者保障工作權益」。該部於 103 年 6 月針對 15 歲以上身障者（不含植物人）進行身心障礙者勞動狀況調查，推估失智症者就業狀況如下：

- 1、失智者就業人數為 335 人，失業人數為 269 人。
- 2、就業型態 63.4% 為典型就業，從事非典型就業<sup>38</sup>者（36.6%），部分工時者占 23.6%、臨時性（定期契約）工作者 12.9%。
- 3、失智者無法參與勞動之原因，73.5% 是因身心障礙疾病無法工作，其次 22.2% 為已退休者。

(四) 年輕型失智又稱早發型失智，患者發病年齡在 65 歲以前。年輕型失智症患者於確診時，有些仍有工作能力或在職場工作，卻因失智症確診而離開職場，從家中經濟支柱變成被照護之撫養對象，不僅家庭頓失經濟來源，患者可能因失去生活重心、退化更甚。失智者之工作能力並非完全喪失，若能對

---

請。

<sup>38</sup> 「非典型就業」包括非傳統或非標準的聘僱關係（Non-Traditional or Non-Standard Employment Relationship）、非典型的聘僱關係（Atypical Employment Relationship）或不安定的聘僱關係（Precarious Employment Relationship）；這些聘僱關係所指涉的是一種非全時、非長期受聘僱於一個雇主或一家企業的關係，大體上包括部份時間工作、定期契約工作、派遣勞動和自營作業者或自僱型工作。資料來源：成之約等(2012)。勞動政策。新北市：國立空中大學。

其職務再設計，仍能續留職場。例如：失智症協會聘用年輕型失智者開設咖啡坊，運用患者仍存之能力服務社會；林口長庚紀念醫院則結合桃園木匠的家關懷協會，讓失智者整理二手衣、做木工；又如針對原本的工作內容以溝通為主的失智者，在患者確診後，由家人安排打電話、當巡守隊，從原本擅長的工作抽掉複雜的部分，使其能夠在熟悉之領域穩定生活<sup>39</sup>。

(五) 惟據勞動部查復：

- 1、103年至105年尚無取得身心障礙證明或中高齡年輕性失智症者申請「職務再設計」服務，原因包括「家屬較不願意讓外界知悉其狀況」、「雇主對於僱用失智症員工仍有顧慮」等語。
- 2、詢據勞動部勞動力發展署施副署長貞仰表示：職務再設計只要是身心障礙者皆適用，雖失智者障別申請服務人數為0，但失智者併同其他障別申請職務再設計的很多，因無單一失智症障別者提出申請，故無相關統計數字等語。
- 3、為突破政策推動瓶頸，業加強連結各失智症相關團體、醫療院所及基層醫護人員建立服務網絡；運用傳播媒體，拓展宣導管道；提供諮詢及受理申請窗口等語。
- 4、對於能否主動協助失智症者藉由職務再設計重返職場一節，據施副署長答復：對於失智者身分之認定及需求，勞動部尚難掌握個案來源，惟可藉由衛政相關體系轉介須協助就業之個案，依其個別需求，轉銜並提供適當之就業協助，以協助其重返職場等語。

(六) 國際失智症聯盟有4千多名成員，全為失智者，患

---

<sup>39</sup> 參見 <https://health.ettoday.net/news/1152112>。

者可自行開會、討論，提出之意見甚至影響 WHO，可見部分失智者仍有能力維持原先的生活，故若透過醫療評估仍可以就業，且其個人亦有就業意願，即使因失智而發生退化，亦可透過職務再設計，讓失智者盡可能的留在職場，以延緩失智者的能力退化。惟如何設計適合失智者的工作、如何讓雇主同意失智者繼續工作，甚或失智者如何前往工作場所等，均需要細緻的討論與專業的協助，方能確實協助年輕型失智症患者於輕度失智階段能夠穩定就業。惟勞動部 103 年 6 月之身心障礙者勞動狀況調查結果推估失智症者就業人數為 335 人，失業人數為 269 人，與失智者之人數明顯不符，該部對於失智者就業問題之掌握與實際情形有明顯落差；且按該部之說明，截至目前無人以失智症患者申請職務再設計，該部囿於無法自衛福部處取得或轉介個案來源，故無法執行主動服務計畫，顯見對於失智症綱領暨方案針對年輕型失智者保障工作權益並未落實。

- (七) 綜上，提供失智者醫療及照顧服務，對失智者之權益保障固然重要，然對已罹患失智症之勞工，協助續留或重返職場除可對其家庭經濟有所幫助外，亦能助其增進體能、促進人際互動及提升自我尊嚴。爰為保障失智者之工作權益，勞動部應強化對失智勞工就業情形之掌握，並於必要時主動聯繫提供年輕型失智勞工職務再設計之協助。

四、交通部公路總局依據 103 年 8 月召開的「失智者用路安全保障會議」決議之準則，辦理駕照註銷作業，針對衛福部 104 年 9 月以前提供領有身心障礙手冊失智者資料，當中中、重度失智者之駕照註銷已完成 98.0%，惟目前仍有 126 名中度以上失智者駕駛人尚

未註銷，應賡續辦理；至於如何持續有效掌握 104 年 9 月以後駕駛人身心變化狀況之資訊，交通部與衛福部允應本於交通安全及病人照顧之職責，研擬可行之方案；另試辦影像事件偵測設備之布點，宜選定容易誤闖之匝道，若試辦有效確能達成主動偵知誤闖快速公路之功能，允宜擴大辦理，以確保交通安全。

(一)交通部於失智症綱領暨方案中有 4 項工作，公路總局有 3 項：「2.2.5 之 1. 中度以上失智症者駕照管理機制」、「2.2.5 之 2. 辦理公路監理機關窗口人員對失智者服務之訓練」，及「2.2.5 之 3. 研議以試辦方式擇重點布設影像事件偵測設備 (Image Incident Detector, IID, 下稱 IID 設備)，主動偵知誤闖快速公路案件。」；運輸研究所有 1 項為「6.3.7 就失智症與高齡者的關聯、高齡者交通安全課題等進行研究」。

(二)依據交通部查復資料，公路總局辦理失智症者駕照管理機制之情形如下：

1、對於中度以上失智者之駕照管理機制：

(1) 公路總局於 102 年 11 月 12 日、103 年 1 月 22 日及 103 年 8 月 7 日召開 3 次「失智者用路安全保障」會議，邀集衛生福利部社會及家庭署、中央健康保險署及醫學專家學者、失智症相關團體等開會討論後獲致共識；駕駛人確診為中度以上失智症患者，因生活難以自理，須有他人輔助，其症狀足以影響汽車駕駛，不適合繼續駕車作為管理基準，公路監理機關應據此依相關規定辦理駕照註銷作業。

(2) 公路監理機關接獲衛福部提供領有身心障礙手冊之失智症者資料計 4 萬 4,751 筆，其中 1 萬 4,917 人為汽、機車駕駛人，患有中度以上

失智症之駕駛人計 9,886 人。公路監理機關依道路交通安全規則第 76 條規定，在通知駕駛人繳回駕照後經統計完成駕照註銷計 7,938 人，完成率計 80.3%。惟衛福部自 104 年 9 月 15 日起停止提供領有相關類別之身心障礙者資料，公路監理機關僅能就此前已取得之資料辦理駕照註銷，統計至 107 年 5 月 25 日止，患中度以上失智症駕駛人計 9,888 人，完成駕照註銷者 9,545 人，另 131 人主動繳回駕照，合計完成 9,676 件，完成率為 98.0%。未完成者，有 86 件登錄之身心障礙類別錯誤，已將其失智程度改為輕度，另 126 件正辦理公告註銷作業。

## 2、對於輕度失智者之駕照管理機制：

據交通部查復表示，輕度失智症有認知功能障礙但不等於有開車功能障礙，複試機制應採取何種方式為妥適，及對於輕度失智之駕駛人是否能安全駕駛之判別標準難以界定，恐影響駕駛人權益，爰須有嚴謹的檢測方式及審核標準以建立管理制度。目前領有輕度失智症身障手冊繳回駕照辦理註銷者計 2,944 人。

## 3、對於高齡者之銀髮族駕駛關懷方案：

- (1) 為利駕駛人適時進行安全駕駛自我評估，交通部針對高齡駕駛人使用道路已發行「高齡駕駛人健康評估與交通安全常識宣導摺頁」，提醒其注意自身狀況與交通安全；另製作「我有駕照就適合開車嗎？」之駕駛人適性手冊供駕駛人及家屬參考。
- (2) 公路總局各區監理所針對高齡（65 歲以上）者辦理之交通安全講座，宣導長者依自我評估表，自行評估不適宜駕車者繳回駕照，經統計

103 年度繳回駕照 9,154 人、104 年度繳回駕照人 10,882 人、105 年度繳回駕照者 9,989 人、106 年 10 月止繳回駕照人 8,090 人。

- (三)原內政部社會司(102 年 7 月 23 日改隸衛福部)於 102 年 5 月起提供交通部公路總局身障者相關資料，衛福部並於 103 年 5 月起按月提供該局失智症中度以上領有身心障礙手冊者資料，但 104 年 9 月 15 日因顛癩團體抗議，該部遂停止提供介接之資料，並表示原則支持於法令明確增訂得提供資料之法令依據後，方可繼續提供資料，目前公路總局已研擬於道路交通安全規則第 76 條增訂第 3 項：「公路監理機關依第 1 項第 5 款規定，為有效掌握駕駛人體格體能變化情形，得請相關目的事業主管機關定期提供身心狀況改變之駕駛人資料，據以檢核駕駛人持照資格及辦理駕駛執照管理各項作業」之規定修正草案，並於 107 年 5 月底陳報交通部辦理後續法規修正之法制作業。
- (四)依交通部查復：業經失智症協會提供認識失智症議題之資料及宣導摺頁，由各監理單位對所屬人員實施教育訓練；另因規劃高齡駕駛人駕駛執照管理制度方案，對各監理單位監理人員實施認知功能檢查測驗教育訓練，委託台灣精神醫學會推薦專業醫師講授 2 小時認識失智症課程。對公路監理機關人員實施教育訓練 46 場次、1,460 人。
- (五)公路總局於台 64 線觀音山隧道匝道旁建置 IID 設備，係因該地點周邊設有多處療養機構，如樂山教養院、愛心教養院、八里療養院及社區復健中心等，故於該處進行試辦，以利第一時間即時通知當地警察局派出所引導誤闖匝道之行人離開危險區域。相關偵測軟體亦自 106 年 6 月起正式運轉，自

6月至7月24日偵測到之事件為行人誤入事件2件。

(六)另交通部運輸研究所103年完成「失智症患者運具使用能力分析」研究案。交通部業參考研究成果，於106年7月1日起實施高齡駕駛人駕照管理制度及配套，制定實施日期後屆滿75歲者進行體檢、認知功能測驗或未患中度以上失智症醫院證明等審查機制。

(七)綜上，部分失智者由於空間定向能力及判斷力出現不同程度之障礙，於開車時可能發生迷路，或無法處理突發情況，因而影響交通安全；行走時亦可能因欠缺判斷下誤闖高速公路或快速道路而陷入危險。爰交通部於失智政策綱領暨方案之工作項目包括了負責中度以上失智症者的駕照管理機制、監理機關窗口人員對失智者服務之訓練、試辦布IID設備，及針對失智症交通安全課題等進行研究。交通部公路總局依據103年8月召開的「失智者用路安全保障會議」決議之準則，辦理駕照註銷作業，針對衛福部104年9月以前提供領有身心障礙手冊失智者資料，當中中、重度失智者之駕照註銷已完成98.0%，惟目前仍有126名中度以上失智者駕駛人尚未註銷，應賡續辦理；至於如何持續有效掌握104年9月以後駕駛人身心變化狀況之資訊，交通部與衛福部允應本於交通安全及病人照顧之職責，研擬可行之方案；另試辦影像事件偵測設備之布點，宜選定容易誤闖之匝道，若試辦有效確能達成主動偵知誤闖快速公路之功能，允宜擴大辦理，以確保交通安全。

五、失智症並非專屬於老人之疾病，學齡兒童或65歲以下之成人均可能罹患失智症，目前國內對失智者權益之保障，係以老年失智者為主要對象，允宜依據患者

實際需求，不分年齡性別增設適切之服務；另部分失智者或其家屬，並無主動尋求社會資源及服務之能力，而相關機關若要主動協助時，卻囿於無法掌握失智個案之來源，爰衛福部於保障病患隱私之前提下，允應研議如何將病患主動轉介至相關機構，使患者能獲得適切之服務與照護。

- (一) 依據 105 年我國 CRPD 國家報告條約專要文件之附件「表 1.2 身心障礙者人數按類別及年齡別分」，失智症者有 46,054 人，其中「6-11 歲」7 人、「12-14 歲」5 人、「15-17 歲」10 人、「18-29 歲」177 人、「30-44 歲」835 人、「45-59 歲」2,397 人；截至 106 年 6 月底止，極重度失智者男性 1,207 人、女性 2,615 人，重度失智者男性 4,188 人、女性 8,206 人，中度失智者男性 7,070 人，女性 11,733 人；輕度失智者男性 5,778 人、女性 8,112 人，女性因失智症領有身心障礙證明之人數明顯多於男性。
- (二) 失智者年齡介於 6-17 歲者，一般係屬在學年齡階段，介於 18-29 歲者，部分仍於在學年齡階段。詢據教育部陳專員清風表示：特殊教育法所訂之學齡兒童階段中，目前並無失智類別，故歸類為智能障礙或自閉症類別，可能併隨其他障礙類別等語；另表示：教育部已有衛福部資料，具有身心障礙資格者，經過需求評估後，都會提供特殊教育，但不會特別區分是否為失智者等語。
- (三) 國內女性失智者之人數明顯多於男性，且失智者多數於家中由家人照顧，家庭照顧者也多為女性。依據國際失智症協會報告揭露，有關性別對照護需求與選擇之影響的研究甚少，且很少意識到性別差異的問題，也並未討論專業工作者該如何將性別意識納入健康及社會照護工作中，來幫助失智者及非專



業照護者。相對來說，女性在教育程度、工作機會、收入、資產及老年津貼等各方面本就可能居於弱勢，若再承擔失智者之照護責任可能會導致其產生社交孤立的問題，減少或停止工作，甚至有害她們的身心健康。

- (四) 年輕型失智者係指 65 歲以下失智者，臺灣失智症協會推估國內可能超過 1 萬 2 千人，此類患者發病時正值壯年，多半仍在職場，且有教育子女之責任，若其主要照護者為配偶，亦多仍在職場工作，則常要提早退休或減少工時，故年輕型失智者家庭常面臨財務困難；另因患者相對年輕，疾病初期肢體功能及外觀並無明顯差異，人數又較一般之失智者少，目前社會福利資源之配置多以老年失智者為主，鮮少有為年輕型失智者專屬設計之服務。惟查目前長照 2.0 服務對象已降低年齡納入 50 歲以上失智者，並創新設置失智症共同照護中心及廣布社區服務據點，前者可協助年輕失智症者及時確診、提供個管服務、協助了解資源並轉介，確保失智個案及家庭照顧者獲得所需服務，後者可同時供給年輕型失智症者及照顧者服務使用，然而，相對於晚發型失智症，年輕型失智症病程進展較快，個案大多身強體壯，且病狀具多樣性，未來於課程設計上更需要個別化設計，需要發展專屬年輕型失智症者之服務。此外，專業人員對於年輕型失智症之照顧相對不了解而無法提供適切服務，未來亦需提升專業人員的知能，並且擴增對年輕型失智症服務之內涵。
- (五) 目前國內對於失智者提供之服務資源，並未針對年齡、性別等而有不同之設計；且政府提供之資源，對部分失智者而言，服務之獲得並不具可親近性。

查：

- 1、不論是失智者或照顧者，都能受益於更有彈性之工作安排。詢據勞動部能否主動協助失智症者藉由職務再設計重返職場一節，據復：對於失智者身分之認定及需求，勞動部尚難掌握個案來源，惟可藉由衛政體系相關轉介須協助就業個案，依其個別需求，轉銜並提供適當之就業協助相關措施，以協助其重返職場等語。
- 2、詢據交通部表示：衛福部自 104 年 9 月 15 日起停止提供交通部領有相關類別之身心障礙者資料，故部分中度失智症以上者之駕照未完成註銷等語。

(六)綜上，失智症好發於老人，但非專屬於老人之疾病，學齡兒童或 65 歲以下之成人均可能罹患失智症，且女性居多，目前無論係長照 2.0 或失智症綱領暨方案 2.0，主要之保障對象均係以老年失智症患者為中心；而失智者有不同年齡、性別、疾病類型、病程、個性或現存能力，經歷不同之損傷經驗，遭遇不同之阻礙，但目前對於失智者醫療、照護或其他人權保障之措施，並未針對不同年齡、性別或損傷經驗之差異，提出個別化之支持與協助。另部分失智者或其家屬，並無主動尋求社會資源及服務之能力，而相關機關若要主動協助時，卻囿於無法掌握失智個案來源，爰衛福部於保障病患隱私之前提下，允應研議如何將病患主動轉介至相關機構，使患者能獲得適切之服務。

六、發展失智症友善社區已為世界衛生大會（WHA）「2017-2025 失智症全球行動計畫」之重點，因其推動涉及人、社區、組織團體、合作等面向，係屬需要高度整合之政策方案。行政院允應督促所屬，妥慎規劃

並責成各縣市政府盤點轄內有意願且具服務量能之民間團體，投入失智友善社區之設置，以確實支持失智者享有自立生活以及充分融合及參與社區。

(一)CRPD 第 19 條關於「自立生活與融合社區」，其規定以：

本公約締約國體認所有身心障礙者享有於社區中生活之平等權利以及與其他人同等之選擇，並應採取有效及適當之措施，以促進身心障礙者充分享有該等權利以及充分融合及參與社區，包括確保：

(a) 身心障礙者有機會在與其他人平等基礎上選擇居所，選擇於何處、與何人一起生活，不被強迫於特定之居住安排中生活；

(b) 身心障礙者享有使用各種居家、住所及其他社區支持服務，包括必要之個人協助，以支持於社區生活及融合社區，避免孤立或隔離於社區之外；

(c) 為大眾提供之社區服務及設施，亦可由身心障礙者平等使用，並回應其需求。

(二)國際失智症協會 Rees 主席於本院與之交換意見時表示，法律的權利義務固然重要，但往往過於複雜，民眾不易瞭解，正常生活機能不受影響，才是最直接的感受。推動失智症友善社區，就是希望能使失智症者感受到自己是社會的一份子，而非被排除在外等語；另依據該協會出版之「失智症友善社區重要原則」於前言中即說明「失智症友善」之觀念就是以「為失智症患者及其家庭提供更好的生活品質」，但實質意義遠超於此，即具體地要求人們改變觀念，重新形塑對失智者之印象，從注重滿足患者生理及健康之需求轉向協助患者獲得可能達到之最佳生活品質。

(三)依據衛福部查復說明失智症友善社區發展之原則如下：

失智症友善社區具有兩項基本目標，第一項目標是消除失智症的污名，提升大眾對失智症的認識，並讓更多人與各年齡層的失智症患者有意義的互動；第二項目標則是賦予失智症患者更多展現能力的機會，讓大眾瞭解失智症是一項障礙，必須提供協助讓失智症者盡可能地過著能實現自己的生活，其終極目標乃為使失智症者享有更好的生活。

失智症友善社區發展原則如下：

- 1、邀請失智症患者共同參與。
- 2、打造友善社會環境及實體物理環境。
- 3、發展友善組織團體。
- 4、取得適當的醫療照護及服務。
- 5、邀請各界進行跨領域合作。

(四)衛福部國民健康署(下稱國健署)自99年起推動高齡友善健康城市，刻正提出多項措施，邀請民間機構共同推動失智症友善社區。除加強社會大眾對失智症的認識及預防外，亦著手進行下列事項：

- 1、國健署正委託老年建築學及銀髮族環境之通用設計領域學者專家編製「失智友善居家環境手冊」及「失智友善社區環境手冊」，將提供一般民眾、失智症個案照顧者、社區營造單位、社區關懷據點及長者相關民間團體等參考運用。
- 2、國健署正委託失智症協會編製「失智症友善社區營造指南」，持續推展失智友善社區，使患者與其照護者能得到支持及照護。
- 3、結合民間團體辦理相關宣導活動，如：失智症協會「國際失智症月開幕記者會」及財團法人天主教失智老人社會福利基金會「阿嬤妮動畫第三季

-自我管理與活出健康新書發表」，均邀請民眾共同參與。

4、106 年以「失智照護服務計畫」創新設置「失智共同照護中心」，其共照平台服務項目之一即為建構失智友善社區。

(五)衛福部為建構失智友善社區，執行下列策略：

1、透過衛生局（所）、社區醫療機構，結合健康城市、社區健康營造、社區照顧關懷據點等，依社區老人特質與需求，辦理老人健康促進活動，維護老人獨立、自主的健康生活，降低老人依賴程度，並能積極參與社會與持續貢獻。107 年並將失智症防治議題納入補助縣市辦理高齡友善城市推動計畫議題之一。

2、採用世界衛生組織高齡友善城市指引，於「敬老與社會融入」、「社會參與」、「無障礙與安全的公共空間」、「交通運輸」、「住宅」、「通訊與資訊」、「社區及健康服務」、「工作與志願服務」八大面向，改善城市的軟硬體構面需有相關部會共同合作推動。

3、衛福部自 102 年補助民間團體倡議並推動失智友善社區，目前建立之型態包括：友善商家、友善教會、友善診所、友善組織等，每年透過研討會發表失智友善社區典範，以供作為知能訓練與學習。

(六)民眾對失智者之誤解，包括無法溝通、聽不懂、講不通，當不斷糾正失智者說的話，會讓他們感到無助，進而不想說話，變得疏離與孤獨；有些失智者會發生行為異常，人際互動時會發生糾紛，因此出門常遭遇民眾不理解、不友善之對待，讓失智者及家屬有被「歧視」的感受，甚至不敢出門，社會參

與大幅減少，可能讓失智者病程加速。本案諮詢專家學者提出對失智者不友善之真實案例如下：

- 1、有位妻子帶失智的先生出門，搭車時，先生坐進車內有困難，妻子向司機表示其夫失智了，竟獲回應：他這樣，你還帶他出門？
- 2、有位女兒帶失智的母親去國家音樂廳，表演中不應保持靜默，但失智的母親不時跟女兒交談而發出聲音，女兒安撫母親，設法不要影響到其他觀眾，但過程中後座的年輕人曾拍女兒肩膀示意，因此中場休息時，女兒向後座年輕人表示母親失智，請多包涵，後座的觀眾則說：這樣，妳更不要帶她出來。
- 3、有子女帶失智母親去速食店，母親高興起來就開始唱歌，有客人因此覺得吵，向店長反映，店長向子女表示：不好意思，人家覺得你們很吵，請你們出去。

(七)國內失智者推估約 26 萬餘人，其中 9 成居住在家中，生活於社區內，失智者確診後，多希望維持診斷前之生活方式，可繼續工作、日常活動、社交、運動、娛樂及社區參與等。失智症友善社區之建置，主要目的係建立支持患者獨立生活之社區，利用社區力量，透過教育讓社區居民了解失智症，消除對失智者的污名化和歧視，使社區居民具備基本友善理念，接納因失智出現之行為，適時提供協助。但失智友善社區更能透過障礙之移除提供協助，支持失智者有展現能力之機會，能生活於社區並融合於社區，避免孤立或隔離於社區之外，且儘可能地過著能實現自己的生活。目前衛福部發展失智友善社區相關作為包括：透過推動高齡友善健康城市、委託老年建築學及銀髮族環境之通用設計領

域學者專家編製「失智友善居家環境手冊」及「失智友善社區環境手冊」、委託失智症協會編製「失智症友善社區營造指南」、結合民間團體辦理相關宣導活動、設置失智共同照護中心等，各項推動失智症友善社區之工作已經開始，但仍於初步發展階段；且失智友善社區之建置，需要能連結社區資源，營造適合失智者居住的支持環境，因此，建置「無障礙與安全的公共空間」、「交通運輸」、「住宅」、「通訊與資訊」、「社區及健康服務」、「工作與志願服務」等面向，並非單一部會能獨立完成。

(八)綜上，發展失智症友善社區已為世界衛生大會(WHA)

「2017-2025 失智症全球行動計畫」之重點，因其推動涉及人、社區、組織團體、合作等面向，係屬需要高度整合之政策方案。衛福部已著手推動失智友善社區，使失智者願意走出家門、參與社會，值得肯定。然而，目前尚無系統性之政策規劃，且未能整合其他部會之資源建置失智症友善社區，爰行政院允應督促所屬，妥慎規劃並責成各縣市政府盤點轄內有意願且具服務量能之民間團體，投入失智友善社區之設置，以確實支持失智者享有自立生活以及充分融合及參與社區。

七、現行我國法定監護制度為監護及輔助宣告，其中經法院認定「受監護宣告之人」多已達生活不能自理之程度，法院能為監護宣告之範圍非常狹窄；另輔助宣告適用範疇，卻得包含失智症患者漸進式疾病之各進程，顯得相對寬廣，由於民法第15條之2第1項各款須經輔助之事項已明文規定，法院僅能以失智者需求依第7款「法院依前條聲請權人或輔助人之聲請，所指定之其他行為」規定，擴張應得輔助人同意之法律行為，卻無法改變第1至6款規定之行為，使受輔

助宣告者可能就該 6 款行為中之其中一項行為，實係具有行為能力時，可以毋庸得輔助人同意而為之，致失智症患者之真實行為能力受限，而欠缺彈性，不僅抵觸 CRPD 第 12 條第 4 項規定，亦不符失智症患者實際需求。雖法務部刻正研修納入「意定監護制度」，待立法完成後，或可適度緩解監護宣告制度之弊，但修法時程不易掌握，法務部應積極為之。就現行輔助宣告制度，法務部雖主張人身事項著重個人自主決定權，原則上應尊重受輔助宣告人之自我決定，如於其他專法例如優生保健法為特別規定時，自仍應注意須符合 CRPD 公約之要求等語，然法務部目前並未提出任何研議修正輔助宣告之進度或修正草案，有欠積極。至於金融監督管理委員會近日則將研議「監護支援信託」制度，並結合家事事件法之修正，以避免身為親屬或監護人違反失智症患者之信託意旨，作出不利於失智症患者之決定，此應符合失智人權之構想，值得肯定，司法院及金融監督管理委員會應儘速推動相關法案。

- (一) 國際失智症聯盟 (DAI) 於公元 2016 年 5 月 16 日出版之「失智症患者的人權：口號成真」，內容指出雖然眾多國家已簽署並承諾遵循 CRPD，但在失智者之權利實踐上，發現未能忠實反映 CRPD 內涵，因此該聯盟強調透過失智患者為自己發聲，持續提倡「人權取徑」模式 (Human-Rights Based Approach, HRBA)，藉由參與活動、會議及組織，投入與自身權益相關的政策與策略討論，長期倡導失智症患者應享有更多基本人權。
- (二) 我國於 69 年及 70 年相繼公布殘障福利法及其施行細則，86 年復將法案名稱修正為身心障礙者保護法，嗣於 96 年更名為身權法。從立法之演進，先



將「殘障」正名為「障礙」，並增加「權益」之人權概念，企圖對於身心功能損傷者之照料，從原先個人身體缺陷之填補，轉變為提供輔助，移除障礙，使其與他人無差異，能平等獲得參與社會、政治、經濟、文化等之機會，這種從「醫療模式<sup>40</sup>」、「福利模式<sup>41</sup>」轉變為「社會模式<sup>42</sup>」及「人權模式<sup>43</sup>」，與 CRPD 重視之面向一致。在「社會模式」下，強調國家應排除造成身障者之障礙，確認身心障礙是一個演變中之概念，身心障礙是功能損傷者與阻礙他們在與其他人平等基礎上充分及切實地參與社會之各種態度及環境障礙相互作用所產生結果<sup>44</sup>。至於「人權模式」之下，無論個體損傷程度與類別，只要是人，無論其條件與狀態，都享有基本的人權。權利的主體，並不以損傷狀態為主，在「人權模式」下的障礙模型，將強調個體損傷經驗的差異，需要不同程度的外部支持與協助，讓身心障礙者即使彼此之間因為損傷狀態與程度的不同，但仍有相同的權利基礎<sup>45</sup>。不論 CRPD 或我國身權法賦予身心障礙者之相關權利，透過憲法增修條文第 10 條第 7 項：「國家對於身心障礙者之保險與就醫、無障礙環境之建構、教育訓練與就業輔導及生活維

---

<sup>40</sup> 係對於身心障礙者以醫療觀點對待，認為他們是需要被治療對象，透過醫生、國家醫療資源協助其在社會上生活。

<sup>41</sup> 係對於身心障礙者以福利角度對待，認為他們是需要被同情對象，透過慈善家、國家福利資源使其得在社會上生活。

<sup>42</sup> 係對於身心障礙者以社會觀點對待，認為「障礙」是因外在社會環境不當運作而產生，透過國家排除其在社會生活上障礙。

<sup>43</sup> 係對於身心障礙者以人權觀點對待，認為不論哪種人均屬社會中一員，均應享有人權，國家應提供協助，以給予平等參與社會活動之機會。

<sup>44</sup> 原文為：Recognizing that disability is an evolving concept and that disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others.

<sup>45</sup> 王國羽，序-人權取向的身心障礙者權利公約，身心障礙者權利公約法規概要，頁 v-viii。

護與救助，應予保障，並扶助其自立與發展」之指引，並結合憲法第 2 章規定，實具基本權屬性，故國家除應給予身心障礙者基於權利可獲得之給付外，更有義務建立平等之社會制度，以落實權利保障，並符合國際人權公約之內涵。對於失智症患者，上述規定如何落實，亟待檢視。

(三)CRPD 第 14 條第 2 項規定：「締約國應確認身心障礙者於生活各方面享有與其他人平等之法律能力。」CRPD 之初次國家報告，提出結論性意見指出，我國應將「替代決策模式」轉向為「協助決策模式」：

1、106 年 11 月 3 日，國際審查委員會（IRC）針對我國實踐「身心障礙者權利公約」（CRPD）之初次國家報告，提出結論性意見。其中第 39 點意見提及，國家應修改相關法律、政策和程序，以符合第 1 號一般性意見以替代決策模式（substitute decision-making）轉向為協助決策模式（supported decision-making），並建議應培訓公務員及法官以瞭解法律能力（legal capacity）跟心理能力（mental capacity）之不同：前者是指享有權利和義務能力和行使這種權利和義務能力<sup>46</sup>；後者是指一個人的決策能力，這會因個人本質差異而不同，並可能受環境和社會等許多因素影響<sup>47</sup>。

---

<sup>46</sup> 相當於我國權利能力及行為能力，可參閱黃立宇，〈論身心障礙者權利公約第 12 條法律能力之憲法實踐—從歐洲經驗出發〉，國立臺灣大學碩士論文，106 年 6 月，頁 176。

<sup>47</sup> The IRC recommends that the State amend all relevant laws, policies, and procedures and that a system of supported decision-making be put into place that is compliant with the UN CRPD Committee's General Comment No. 1, including the provision of adequate resourcing for such a new system. Legal capacity and mental capacity are distinct concepts. The IRC recommends the training of all civil servants, including judges, on the following concept: Legal capacity is the capacity to hold rights and duties (legal standing) and to exercise those rights and duties (legal agency). Mental capacity refers to the decision-making s

2、此外，第 1 號一般性意見第 8 點提及：「在全世界的法律制度中，身心障礙者仍然是法律能力最常被剝奪的群體。在法律面前得到平等承認的權利意味著法律能力是所有人與生俱來的普遍特性，必須在與他人平等的基礎上維護身心障礙者的這一權利。法律能力是行使公民、政治、經濟、社會和文化權利所必不可少的前提。身心障礙者在就健康、教育和工作作出重大決定時尤其需要行使這種能力<sup>48</sup>。」因此，有學者認為，民法第 15 條規定：「受監護宣告之人，無行為能力。」實已牴觸 CRPD<sup>49</sup>。

(四)我國監護宣告制度之內涵：

1、我國民法承自歐陸法制，而歐陸民法制定時，一般人平均壽命多半低於其意思能力之界限，通常在判斷能力喪失或減損之前，即已盡其陽壽，成年人有行為能力，絕大多數亦有意思能力，以行為能力所為立法，已可保護交易安全。但在醫療水準提升，高齡化社會降臨，因老年認知判斷力衰減，已經無法判斷法律行為之重要性，為維護交易安全，監護宣告或輔助宣告制度於焉誕生<sup>50</sup>。

---

kills of a person, which naturally vary from one person to another and may depend on many factors including environmental and social factors.

<sup>48</sup> Legal capacity has been prejudicially denied to many groups throughout history, including women (particularly upon marriage) and ethnic minorities. However, persons with disabilities remain the group whose legal capacity is most commonly denied in legal systems worldwide. The right to equal recognition before the law implies that legal capacity is a universal attribute inherent in all persons by virtue of their humanity and must be upheld for persons with disabilities on an equal basis with others. Legal capacity is indispensable for the exercise of civil, political, economic, social and cultural rights. It acquires a special significance for persons with disabilities when they have to make fundamental decisions regarding their health, education and work.

<sup>49</sup> 黃詩淳，〈從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之成年監護制度〉，月旦法學雜誌，第 23 3 期，頁 150。

<sup>50</sup> 黃詩淳、陳自強主編，〈臺灣及中國任意監護研究的一些觀察〉，收錄於「高齡化社會法律

- 2、然而，97年將禁治產宣告修正為監護宣告之時，雖立法者已意識到外國立法例上受監護宣告之人不因監護宣告而完全喪失行為能力，惟因民法有關行為能力制度，係採完全行為能力、限制行為能力及無行為能力三級制；而禁治產人，係屬無行為能力，其所為行為無效。此一制度業已施行多年，且為一般民眾普遍接受，為避免修正後變動過大，社會無法適應，爰仍規定受監護宣告之人，無行為能力。
- 3、民法第75條規定：「無行為能力所為意思表示無效」，故受監護宣告人已無法取得實體法律之意思主體地位，然而民法第1112條規定：「監護人於執行有關受監護人之生活、護養療治及財產管理之職務時，應尊重受監護人之意思，並考量其身心狀態與生活狀況」又強制要求監護人應尊重監護人之意思；家事事件法第165條規定：「於聲請監護宣告事件及撤銷監護宣告事件，應受監護宣告之人及受監護宣告之人有程序能力。如其無意思能力者，法院應依職權為其選任程序監理人。但有事實足認無選任之必要者，不在此限」，亦彰顯受監護宣告人之主體地位。由以上兩例，足見現行的法規確有理論上不一致之情形。

(五)詢據司法院及法務部表示，監護宣告多係針對受監護宣告人生活不能自理時，始由利害關係人聲請，因此不牴觸CRPD相關規範：

- 1、根據司法院提供資料103年至106年9月「地方法院監護及輔助宣告事件終結情形」可知，監護宣告核准比率高達66% (19,524/12,928)，詳見下表所示：

---

之新挑戰：以財產管理為中心」，新學林出版社，103年2月，頁35-55。

地方法院監護及輔助宣告事件終結情形												
資料期間：103年1月至106年9月												
單位：件												
年別	監護宣告						輔助宣告					
	終結件數	終結情形					終結件數	終結情形				
		准許	部准部駁	駁回	變更為 輔助宣告	其他		准許	部准部駁	駁回	變更為 監護宣告	其他
總計	19,524	12,928	4	576	1,731	4,285	1,553	789	3	114	243	404
103年	4,814	3,104	1	155	477	1,077	400	191		33	65	111
104年	5,015	3,335	2	159	442	1,077	413	211		33	50	119
105年	5,410	3,619	1	162	437	1,191	386	204	3	26	57	96
106年1-9月	4,285	2,870		100	375	940	354	183		22	71	78

說明：1.本表司法院提供。  
2.本表監護(輔助)宣告事件係指案由為監護(輔助)宣告及變更為監護(輔助)宣告者。

- 2、惟據法務部書面資料表示：我國現行制度下，認定「應受監護宣告」之人，係以因精神障礙或心智缺陷而經常處於欠缺判斷能力狀況者為對象，例如：植物人、重度智能障礙或精神障礙者、無語言回答及認知功能明顯退化者<sup>51</sup>；又如尚能進行簡單的社會互動，但對時間、地點、人物之定向力有顯著障礙，記憶力、注意力、判斷力亦有顯著障礙者，則仍未達應受監護宣告之程度<sup>52</sup>。由是可知，受監護宣告之人多數近乎完全無法為意思表示或無法認知其意思表示之效果，從而，民法第 15 條規定，受監護宣告之人為無行為能力人，應由監護人代為意思表示，並代受意思表示，係為保護欠缺意思能力之人，其本意並非在限縮及阻礙其權利之行使，且事實上，多數受監護宣告人已無法自為意思表示，要透過「支援」或「協助」其為意思表示，恐有困難等語。
- 3、依上述說明可知，現今受監護宣告核准率雖逾 6 成，但根據法務部上開說明，核准案例多已達生活不能自理程度，始有為監護宣告，如未達此程度，至多僅能為輔助宣告。如此二階段式的宣告模式，顯然無法恰如其分地符合失智症患者知能

<sup>51</sup> 臺灣新竹地方法院 106 年度監宣字第 120 號民事裁定。

<sup>52</sup> 臺灣臺北地方法院 106 年度監宣字第 80 號民事裁定。

漸進式退化之各階段實際需求，不能依其意思能力欠缺程度，配合使用不同之監護宣告制度。況且，受監護宣告人生活不能自理，不等同完全無意思能力，更不可以忽視其可能可以辨明事理，進而作出有品質之意思表示。茲若僅因民法第 75 條前段「無行為能力人之意思表示，無效」之規定使失智者所有法律行為均歸於無效，剝奪其身為「人」得自由意志決定的可能，現行法縱有為保障其財產交易安全之善意考量，整體立法仍非恰當。

- (六)有鑑於上開監護宣告制度之不足，且我國目前已屬高齡化社會，隨著高齡人口的增加，須有更完善的成年監護制度，惟現行成年人監護制度係於本人喪失意思能力始啟動之機制，無法充分符合受監護人意願。因此法務部表示，業已提出修法草案<sup>53</sup>，創設「意定監護制度」，在本人之意思能力尚健全時，本人與受任人約定，於本人受監護宣告時，受任人允為擔任監護人，以替代法院依職權選定監護人，使本人於意思能力喪失後，仍然可依其先前之意思自行決定未來的監護人，較符合人性尊嚴及本人利益，並完善民法監護制度等語。
- (七)依台灣失智症協會說明，失智症病程可分為輕度知能障礙、輕度（初期）、中度（中期）、重度（晚期），因應疾病進程，患者將有不同的需求，自當依其需求設計不同之協助方法，但在我國僅有的監護及輔助宣告制度中，監護宣告制度依前揭說明，實務上受監護宣告人多已達生活不能自理之情形，範圍非常狹窄，反觀輔助宣告制度之適用範疇，於民法第

---

<sup>53</sup> 此外亦有 105 年立委吳玉琴、呂孫綾、周春米等立委之提案版本、103 年陳節如、林佳龍、李昆澤、陳明文等立委之提案版本。

15 條之 2 規定：「受輔助宣告之人為下列行為時，應經輔助人同意。但純獲法律上利益，或依其年齡及身分、日常生活所必需者，不在此限：一、為獨資、合夥營業或為法人之負責人。二、為消費借貸、消費寄託、保證、贈與或信託。三、為訴訟行為。四、為和解、調解、調處或簽訂仲裁契約。五、為不動產、船舶、航空器、汽車或其他重要財產之處分、設定負擔、買賣、租賃或借貸。六、為遺產分割、遺贈、拋棄繼承權或其他相關權利。七、法院依前條聲請權人或輔助人之聲請，所指定之其他行為」，卻得包含失智症患者所有漸進式之疾病進程，範圍過於寬廣，本調查報告認為，我國現行輔助宣告制度欠缺彈性，不僅抵觸 CRPD 第 12 條第 4 項規定，亦不符失智症患者實際需求：

- 1、輔助宣告制度，依民法第 15 條之 2 第 1 項規定：「受輔助宣告之人為下列行為時，應經輔助人同意。但純獲法律上利益，或依其年齡及身分、日常生活所必需者，不在此限：一、為獨資、合夥營業或為法人之負責人。二、為消費借貸、消費寄託、保證、贈與或信託。三、為訴訟行為。四、為和解、調解、調處或簽訂仲裁契約。五、為不動產、船舶、航空器、汽車或其他重要財產之處分、設定負擔、買賣、租賃或借貸。六、為遺產分割、遺贈、拋棄繼承權或其他相關權利。七、法院依前條聲請權人或輔助人之聲請，所指定之其他行為。」受輔助宣告人雖仍有完全行為能力，僅部分重大財產行為，須得輔助人同意，此種立法體力雖符合 CRPD 之「協助決策模式」，但內容缺乏彈性，詳如後述。
- 2、法務部書面說明表示，民法第 15 條之 2 第 4 項

規定：「應經輔助人同意之行為，無損害受輔助宣告之人利益之虞，而輔助人仍不為同意時，受輔助宣告之人得逕行聲請法院許可後為之」。此項設計應得適度解決同條第 1 項規定可能產生應得輔助人同意之事項過度擴張之疑慮，蓋如輔助人無正當理由而不同意，受輔助宣告之人得聲請由法院許可後為之，以確保自身之權益。再者，民法第 15 條之 2 第 1 項第 1 款至第 6 款所定之事項均可謂極為重大且影響第三人權益之事項，例如成為法人之負責人（第 1 款），此涉及交易安全維護且負責人依法負有相關民事、刑事及行政責任；又如為訴訟行為（第 3 款）、不動產之處分（第 5 款）、拋棄繼承權（第 6 款）等，倘能經由輔助人同意機制把關，較能確保受輔助宣告人之財產不被有心人士侵害。準此，民法第 15 條之 2 第 1 至 6 款規定，並非不具彈性之設計，而係立法者藉由日常生活經驗之累積，判斷上開行為堪屬重大財產行為，為求明確，始先由立法者將上開事項於法條中明文化，俾利適用，並可免除受輔助宣告之人需事事聲請法院許可之不便等語。

- 3、惟由於須經輔助之事項已明文規定，法院僅能以受輔助宣告之人需求依第 7 款「法院依前條聲請權人或輔助人之聲請，所指定之其他行為」規定擴張應得輔助人同意之法律行為，卻無法改變第 1 至 6 款規定之行為，使該 6 款行為毋庸得輔助人同意，無法讓失智症患者有更彈性地表示本人意思之空間，因此有學者認為，違反 CRPD 第 12 條第 4 項：「締約國應確保，與行使權利能力有關之所有措施，均依照國際人權法提供適當與有



效之防護，以防止濫用。……」<sup>54</sup>，本調查報告亦認為民法第 15 條之 2 第 1 項第 1 至 6 款所定事項，不無濫用之嫌疑。

- 4、申言之，法務部認為，民法第 15 條之 2 第 1 項重大財產事項，倘輔助人濫用其同意權時，受輔助宣告之人得聲請由法院許可後為之，以確保自身之權益。惟倘失智者本人僅有輕度知能障礙，仍具備該條文所列舉之某款行為所需之能力，例如不動產租賃之法律能力，但法院在為輔助宣告時，不能允許受輔助宣告之失智者自行為租賃行為，而必須一併按照民法第 15 條之 2 規定，使該輕度知能障礙者可自行為租賃行為之效力受到限制，仍必須經輔助人同意，即非妥適。此條文一概而論之限制方式，顯然欠缺彈性，無法反映本人實際之現況與需求，不言可喻，亦不符合比例原則，蓋保護措施必須密切符合本人現況<sup>55</sup>。易言之，如法院已確認列舉行為其中之一項，本人仍有為該行為之法律能力時，卻無從為更符合比例原則之輔助宣告，故本調查報告認為民法現行之輔助宣告制度，仍有修法研議空間。
- 5、觀諸失智症病程，依台灣失智症協會說明，可分為輕度知能障礙、輕度（初期）、中度（中期）、重度（晚期），因應疾病進程，患者將有不同協助決策需求，現行輔助宣告制度欠缺彈性，有無前述，法務部為民法之主管機關，應重視 CRPD 或我國身權法賦予失智症患者之相關權利，應儘速研議我國民法輔助宣告制度之修正。

---

<sup>54</sup> 黃詩淳，〈從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之成年監護制度〉，月旦法學雜誌，第 23 期，頁 143。

<sup>55</sup> 黃立宇，〈論身心障礙者權利公約第 12 條法律能力之憲法實踐—從歐洲經驗出發〉，國立臺灣大學碩士論文，106 年 6 月，頁 187。

- (八)又法務部主張，如涉及人身之事項較著重個人意思自主決定權之維護，原則應尊重個人之意思自主決定權，例外始由他人代為決定。觀諸病人自主權利法、安寧緩和醫療條例等，均未規定受輔助宣告之人為相關醫療決定，應經輔助人同意（病人自主權利法第8條第1項、安寧緩和醫療條例第5條第1項規定參照）。是倘特別法針對人身之重大事項（例如決定接受人工流產、結紮手術），認應由輔助人協助或經其同意，則允宜於特別法中明文規定（如優生保健法第9條第2項、第10條第2項規定），若無特別規定，原則即應尊重受輔助宣告人之自我決定。又為特別規定時，自仍應注意須符合CRPD公約之要求等語，本調查報告亦同此見解。
- (九)另據瞭解，金融監督管理委員會近日將研議「監護支援信託」制度，失智症患者為信託後，監護人通常是親屬，於信託人失智後，可能會有親屬去改變信託內容的風險，造成信託人的信託意旨不能貫徹，因此要引進「專家監護制度」，配合家事事件法修正，讓專家與家事法院結合，當家事法院核定信託內容後，親屬不能隨便更改，保障信託人的權益<sup>56</sup>。
- (十)現行我國法定監護制度為監護及輔助宣告，其中經法院認定「受監護宣告之人」多已達生活不能自理之程度，法院能為監護宣告之範圍非常狹窄；另輔助宣告適用範疇，卻得包含失智症患者漸進式疾病之各進程，顯得相對寬廣，由於民法第15條之2第1項各款須經輔助之事項已明文規定，法院僅能以失智者需求依第7款「法院依前條聲請權人或輔助人之聲請，所指定之其他行為」規定，擴張應得輔助

---

<sup>56</sup> 請參閱：<https://fund.udn.com/fund/story/7488/3216435>。

人同意之法律行為，卻無法改變第1至6款規定之行為，使受輔助宣告者可能就該6款行為中之其中一項行為，實係具有行為能力時，可以毋庸得輔助人同意而為之，致失智症患者之真實行為能力受限，而欠缺彈性，不僅抵觸CRPD第12條第4項規定，亦不符失智症患者實際需求。雖法務部刻正研修納入「意定監護制度」，待立法完成後，或可適度緩解監護宣告制度之弊，但修法時程不易掌握，法務部應積極為之。就現行輔助宣告制度，法務部雖主張人身事項著重個人自主決定權，原則上應尊重受輔助宣告人之自我決定，如於其他專法例如優生保健法為特別規定時，自仍應注意須符合CRPD公約之要求等語，然法務部目前並未提出任何研議修正輔助宣告之進度或修正草案，有欠積極。至於金融管理委員會近日則將研議「監護支援信託」制度，並結合家事事件法之修正，以避免身為親屬或監護人違反失智症患者之信託意旨，作出不利於失智症患者的決定，此應符合失智人權之構想，值得肯定，應儘速推動相關法案。

八、為符合CRPD第13條第1項規定，法務部及司法院應提供適切之法律程序保護機制，並詳加檢視失智症患者在刑事偵、審程序、民事單純財產訴訟程序、行政訴訟及家事事件程序中，失智症患者所受之待遇，有無因司法環境所形成之障礙，導致其與一般人間有落差，司法機關應賦予失智症患者平等使用司法系統權利：

(一)CRPD第13條第1項規定：締約國應確保身心障礙者在與其他人平等基礎上有效獲得司法保護，包括透過提供程序與適齡對待措施，以增進其於所有法律訴訟程序中，包括於調查及其他初步階段中，有

效發揮其作為直接和間接參與之一方，包括作為證人。」本項特別要求國家應加強司法機關內軟、硬體之無障礙設施，及司法程序之可使用性，以減少身心障礙者於自身權益遭受侵害欲利用司法制度尋求救濟時，所面臨諸多困境<sup>57</sup>。

(二)輔佐人指在法庭上輔佐原、被告從事訴訟行為或陳述事實與法律上意見之人，對於失智症等身心障礙者，具有協助訴訟進行之重要性，惟在不同訴訟程序中，有不同規範，於各司法程序之落實，仍有檢討空間：

1、行政及民事訴訟程序，輔佐人參與須審判長許可，刑事審判程序則無此限制：

(1) 行政訴訟法第 55 條第 1 項前段規定：「當事人或訴訟代理人經審判長之許可，得於期日偕同輔佐人到場。」民事訴訟法第 76 條第 1 項規定：「當事人或訴訟代理人經審判長之許可，得於期日偕同輔佐人到場。」惟刑事訴訟法第 35 條第 1 項規定：「被告或自訴人之配偶、直系或三親等內旁系血親或家長、家屬或被告之法定代理人於起訴後，得向法院以書狀或於審判期日以言詞陳明為被告或自訴人之輔佐人。」由上開條文可知，刑事訴訟法第 35 條輔佐人參與訴訟程序並無審判長許可之限制，對於失智症患者較為友善，而與行政訴訟法第 55 條、民事訴訟法第 76 條之規定有所不同。

(2) 對此，司法院說明如下：

〈1〉衡諸其立法目的應在於：輔佐人乃與本人或其法律上代理人偕同到場之人，故當事人在辯論日期所得為之一切訴訟行為，輔佐人皆

---

<sup>57</sup> 衛生福利部社會及家庭署，身心障礙者權利公約法規概要，頁 99-100。

得為之，例如得為事實上及法律上之陳述、聲請調查證據等，對於當事人之權益影響極大，尤其在行政訴訟領域專業性要求極高，且多為人民主動對政府機關提起之訴訟，與刑事訴訟被動應訴之特色不同，倘任何人均得為輔佐人，無須審判長之許可，身心障礙者之訴訟權恐有反遭侵害之虞，故前揭條文經審判長許可之條件，應更能保障身心障礙者之訴訟權，並核與外國立法例立法趨勢相符，爰認行政訴訟法第 55 條規定並無影響身心障礙者平等使用司法系統之機會。

〈2〉依民事訴訟法第 77 條規定：「輔佐人所為之陳述，當事人或訴訟代理人不即時撤銷或更正者，視為其所自為。」是以輔佐人須有得獨立為訴訟行為之訴訟能力。且民事事件係解決私權紛爭之程序，諸如應受判決事項之聲明或其他聲明、事實上之陳述、自認、訴訟標的之捨棄或認諾，甚至訴之變更、追加或提起反訴及其同意等，皆在輔佐人權限範圍之內，與當事人本人進行訴訟程序無異，且影響當事人身分、財產權益至鉅，故輔佐人雖經當事人於期日偕同到場，仍宜由審判長審酌輔佐人之素行及與當事人之關係等情形，裁量是否許可其擔任輔佐人，以避免對當事人造成不利。是以民事訴訟法第 76 條第 1 項規定當事人或訴訟代理人經審判長許可，得偕同輔佐人到場之規定，旨在保障當事人權益，並未影響其平等使用民事司法系統之機會。

2、此外，刑事偵查程序中，亦有輔佐人之適用：

- (1) 依身權法第84條第1項規定：「法院或檢察機關關於訴訟程序實施過程，身心障礙者涉訟或須作證時，應就其障礙類別之特別需要，提供必要之協助。」此訴訟程序，應兼指偵查及審判程序。
- (2) 刑事訴訟法第35條第3項規定：「被告或犯罪嫌疑人因精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應有第1項得為輔佐人之或其委任之人或主管機關、相關社福機構指派之社工人員或其他專業人員為輔佐人陪同在場。但經合法通知無正當理由不到場者，不在此限。」依司法院說明，自該項修法理由<sup>58</sup>觀之，於偵查中亦有適用。
- (3) 為保障被告或犯罪嫌疑人为精神障礙或其他心智缺陷無法為完全陳述者之訴訟權益，法務部業已修正「檢察機關辦理刑事訴訟案件應行注意事項」第33點，並自106年7月31日生效，訊問或詢問精神障礙或其他心智缺陷無法為完全陳述之被告或犯罪嫌疑人時，考量其溝通特質，應依法通知輔佐人陪同在場，以維其權益，爰依刑事訴訟法第35條第3項之規定，增訂本注意事項第33點第4項被告或犯罪嫌疑人为精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，應由刑事訴訟法第35條第3項所列之人為其輔佐人，陪同在場之規定。
- (4) 惟查，人權公約施行監督聯盟等 17 個民間團

---

<sup>58</sup> 86年12月19日該項增訂之理由略以：「身心障礙者保護法第57條規定：『實施刑事訴訟程序之公務員，於身心障礙者涉案或作證時，應就其障礙類別之特別需要，提供必要之協助。』故有於刑事訴訟法中仿兒童少年性交易防治法第10條『案件偵查審判中於訊問兒童或少年時，主管機關應指派社工人員陪同在場，並得陳述意見。』之規定，增列上述條款，以有專業社工人員在場協助前提下，使得進行訊問，以期發現真實並保障智能障礙者之權益。」

體共同提交「平行報告<sup>59</sup>」第 109、110 段提及：「在疑似心智障礙者遭受逮捕時，台灣法制並沒有『受訊能力』(competence to stand trial)<sup>60</sup>的設計，警察詢問並不需要尋找親屬以外之輔佐人、辯護人或是找專家到場確認當事人的受訊能力。實務上，警察多半不會因為受詢問者有疑似心智障礙之狀況即主動停止詢問；反倒利用當事人無法理解緘默權、徵求辯護人協助等狀況而大肆詢問，這樣的做法無異在刑事訴訟程序的初始，即剝奪心智障礙者應與其他人平等享有的程序保障跟一般性協助。」、「進入偵查及審判程序後，現行法律亦不允許檢方與法院以心智障礙者先前遭受不當詢問為由要求暫停調查、待進一步確認其就審能力，反而是容許檢方利用先前當事人在受訊能力有限之情況下所做出之調查結果，進行不利於當事人的偵查和起訴。」

- (5) 雖在刑事訴訟程序之偵查階段，對於失智症患者抑或其他身心障礙者，在法規上被告均可尋找專業輔佐人參與，然因檢警限於辦案時效，未必對於被告或犯罪嫌疑人有關身心狀況之陳述進行調查、瞭解，恐有違 CRPD 之精神。再者，依本院諮詢專家所提供相關判決，【臺灣基隆地方法院 106 年 2 月 23 日 106 年度基簡字第 67

---

<sup>59</sup> 網址：<https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=824&pid=6317>。平行報告乃由民間團體提出，用以「充實」(complement)、對應國家報告之報告，作為國際專家審查國家報告時，重要之補充資訊。

<sup>60</sup> 美國、英國、法國、或德國皆有保護身心障礙者權利之「受訊能力」確立的設計，意即如果當事人主張自己有精神障礙、持有重大傷病手冊、或是外觀上看起來疑似有精神障礙或智能缺陷，警官要及時停止詢問的程序，立刻請轄區配合的司法心理工作者或是司法精神工作者到場，確認當事人的精神狀態，了解他現在是不是處於物質濫用、精神病症發作、或是激躁的狀態，進一步了解過去的病史為何，如確立有類似上列的情形即不能進行詢問，因為當事人不具理解自己法律上權利的能力。

號刑事簡易判決】與【臺灣基隆地方法院基隆簡易庭 106 年 7 月 11 日 106 年度基簡字第 370 號民事判決】，進行比較分析，可發現法院於民事事件審理中，已發覺被告罹患失智症，且以其「因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之情形，堪認為無行為能力者。如不選任特別代理人，訴訟程序無法進行」為由，為其選任特別代理人。而刑事事件審理中，法院卻未發覺被告罹患失智症，致被告於刑事訴訟中，似未能被賦予妥善協助。本調查報告認為，縱使我國無類似外國立法例對於「受訊能力」設有規範，然上開人權團體之平行報告及諮詢學者所描述對於失智症患者不友善情形，應值司法人員重視。

(三)此外，欲將瞭解失智症患者之專業人士，納入民事訴訟程序之單純財產事件或行政訴訟事件，現行法規仍有不足：

- 1、家事事件法第 15 條第 1 項第 3 款規定：「處理家事事件有下列各款情形之一者，法院得依利害關係人聲請或依職權選任程序監理人：三、為保護有程序能力人之利益認有必要。」第 16 條第 1 項規定：「法院得就社會福利主管機關、社會福利機構所屬人員，或律師公會、社會工作師公會或其他相類似公會所推薦具有性別平權意識、尊重多元文化，並有處理家事事件相關知識之適當人員，選任為程序監理人。」由上開條文可知，程序監理人之設置，可吸納不同領域之專業人士，以輔助決策能力有瑕疵之患有失智症之當事人。而刑事訴訟法第 35 條第 3 項規定，亦有專



業輔佐人可協助患有失智症之被告。

- 2、然而在民事單純財產事件所應適用之民事訴訟法，或行政事件所應適用之行政訴訟法，對於輔佐人之資格，並無具體規定，僅能依靠審判長對於失智症患者之認識程度，就輔佐人之參與訴訟與否，為准駁之決定。實務上，對於輕微之失智症患者或年輕型失智症患者，其日常活動中「障礙」，不易引人注意，如能透過專業人士參與訴訟程序，來輔助當事人陳述，並協助法院調查，發現事實真相，保障自較周延，因此在民事單純財產事件、行政事件中，並無引進專業輔佐人之規定，端賴法官認知，似仍有所欠缺，實須再為研議。

(四)家事事件之監護、輔助宣告之聲請費、鑑定費用，司法院並未掌握部分縣市針對身心障礙者或中低收入戶之監護/輔助宣告聲請費（規費）及醫院鑑定費用，有補助之相關規定：

- 1、在家事事件中，依家事事件法第 167 條：「(第 1 項)法院應於鑑定人前訊問應受監護宣告之人。但有礙難訊問之情形或恐有害其健康者，不在此限。(第 2 項)監護之宣告，非就應受監護宣告之人之精神或心智狀況訊問鑑定人後，不得為之。鑑定應有精神科專科醫師或具精神科經驗之醫師參與。」第 178 條第 2 項規定：「第 166 條至第 168 條……於聲請輔助宣告事件準用之」，監護宣告、輔助宣告，均須經鑑定。
- 2、然以臺大醫院為例，自費精神鑑定費高達 16,000 元<sup>61</sup>，於當事人資力不足時，依最高法院第 101

---

<sup>61</sup> 請參閱：<https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjY3emuXXAhUIbrwKHVF0AFQ4ChAWCDkwAw&url=https%3A%2F%2F>

年第 7 次決議<sup>62</sup>，固得類推適用民事訴訟法規定聲請訴訟救助；惟查，部分縣市針對身心障礙者或中低收入戶之監護/輔助宣告聲請費（規費）及醫院鑑定費用，有補助之相關規定，經本院於詢問會議中告知後，司法院始於會後書面查復表示：

- (1) 有關聲請人或被聲請人如無資力支出鑑定費用，縣市政府對於失智症鑑定費用有無補助及補助現況如何等問題，非該院業管事項，該院尚無資料可提供。
  - (2) 惟據該院瞭解，衛生福利部於 105 年 5 月 30 日曾函頒「直轄市、縣（市）主管機關執行成年人監護或輔助職務注意事項」，另有直轄市、縣（市）主管機關為保障弱勢身心障礙者之權益，訂定補助身心障礙者或老人聲請監護及輔助宣告鑑定費相關計畫或要點，以期減輕弱勢身心障礙者經濟上之負擔，如臺中市、南投縣、彰化縣、苗栗縣、宜蘭縣、澎湖縣等。
- 3、是以，家事事件之監護、輔助宣告之聲請費、鑑定費用，司法院並未掌握部分縣市針對身心障礙者或中低收入戶之監護/輔助宣告聲請費（規費）

---

Fwww.ntuh.gov.tw%2Facc%2FDocLib4%2F%25E8%2587%25AA%25E8%25B2%25BB%25E9%2586%25AB%25E4%25BB%25A4%2F%25E8%2587%25AA%25E8%25B2%25BB%25E9%2586%25AB%25E7%2599%2582%25E6%2594%25B6%25E8%25B2%25BB%25E6%25A8%2599%25E6%25BA%2596%25E5%2585%25AC%25E5%2591%258A%25E6%25AA%2594.pdf&usg=AOvVaw3Js-Vu5Jeu6I1I6NhsrtTT。

<sup>62</sup> 最高法院 101 年度第 7 次民事庭會議決議（採乙說）：「一、家事事件法就費用之徵收及負擔等項並無規定，其中家事訴訟事件準用民事訴訟法之規定（該法第 51 條規定），固得準用民事訴訟法關於訴訟救助之規定，惟家事非訟事件，僅於該法第 97 條規定準用非訟事件法，而非訟事件法對訴訟救助則漏未規範，自應類推適用民事訴訟法第 107 條以下有關訴訟救助之規定。二、憲法第 16 條保障訴訟權，旨在確保人民於其權利受侵害時，有依法定程序提起訴訟，並受法院公平審判之權利，而民事紛爭事件之類型，有本質上為非訟事件，然因強調需以訴訟法理加以裁判，故依訴訟程序審理裁判（如分割共有物訴訟），亦有本質上為訴訟事件，因強烈需求適用簡速之非訟法理，而於非訟事件法中予以規定（如宣告停止親權事件），便利人民使用法院解決紛爭，增加實現權利之機會，實質上保障人民之基本權，則訴訟救助制度不應侷限訴訟事件始有適用，非訟事件法縱無規定，亦應類推適用之。」

及醫院鑑定費用，有補助之相關規定，就此部分，該院允宜詳加掌握，或可與衛生福利部建立聯繫平台，掌握相關福利事項。如屬地方政府自行訂定補助要點，亦應請各地方法院密切注意。

(五)綜上，為符合 CRPD 第 13 條第 1 項規定，法務部及司法院應提供適切之法律程序保護機制，並詳加檢視失智症患者在刑事偵、審程序、民事單純財產訴訟程序、行政訴訟及家事事件程序中，失智症患者所受之待遇，有無因司法環境所形成之障礙，導致其與一般人間有落差，司法機關應賦予失智症患者平等使用司法系統權利。

九、法務部及司法院就各司法人員之技職訓練，允應持續加強，提升司法人員對於失智症之認識，以提高保護其權利之意識。另為避免失智症患者從事交易活動易衍生民事糾紛；或涉嫌刑事犯罪時，無從為有利於己之主張，有文獻指出得透過不動產預告登記、金融註記、聲請監護或輔助宣告，以及申請法律扶助等方式，以利失智症患者伸張權利或避免紛爭，誠值重視。

(一)CRPD 第 13 條第 2 項規定：「為了協助確保身心障礙者有效獲得司法保護，締約國應促進對司法領域工作人員，包括警察與監所人員進行適當之培訓。」本項要求司法機構人員，透過對於身心障礙者需求認知的提升、與其溝通及協助技能的訓練，以確保身心障礙者經此調整後有機會平等及充分參與司法程序<sup>63</sup>。此外，IRC 在結論性意見第 41 點中，建議國家所建置各種保護措施<sup>64</sup>，須確保身心障礙者

---

<sup>63</sup> 衛生福利部社會及家庭署，身心障礙者權利公約法規概要，頁 99-100。

<sup>64</sup> 包括(但不限於)下列類型：透過無障礙及替代格式利用與傳達資訊 (the use of accessible and alternative formats for utilizing and conveying information)、手語翻譯 (sign language interpretation)、決策支持 (supported decision-making)、依年齡為身心障礙兒童提供適當支持 (age-appropriate support for children with disabilities)、於司法體系內進行適當調整 (within the justice system with a view to provid

有平等使用 (equal access) 刑事與民事司法系統機會，包含強制 (mandatory) 要求法官、執行者、監所人員參加在職訓練等<sup>65</sup>。

(二)有關司法機構人員之相關職前、在職訓練，近年執行情形，法務部及司法院查復如下：

1、法務部：

(1) 依據不同之研習對象，於職前研習安排基本權利保障之課程，並於在職進修期間規劃相關進階課程 (例如 103 年度、104 年度婦幼保護及性別平等研習會「兒童、智能障礙者身心發展特性、訊問技巧與證詞可信度評估」等課程)，以符合職務之需求。

(2) 該部司法官學院正研議開設身心障礙者保護相關數位課程，供該部所屬人員選讀。

(3) 於司法官養成教育、檢察官在職訓練中將認識失智症納入講授範圍，歷年辦理情形如下：

〈1〉103 年：計培訓司法官 53 期 90 人及檢察官在職訓練 20 人。

〈2〉104 年：計培訓司法官 54 期 87 人及檢察官在職訓練 2 梯次 76 人。

〈3〉105 年：計培訓司法官 55 期 69 人、56 期 56 人及檢察官在職訓練 2 梯次 59 人次。

2、司法院：

(1) 於 107 年度計畫中規劃：

〈1〉於「司法事務官家事專業研習會」安排：「身障公約-精神疾患與人格違常者之類型及處

---

ing adequate adjustments.)。

<sup>65</sup> the State develop, implement, and adequately resource measures that will ensure equal access to both the criminal and civil justice systems including the mandatory training of judges, law enforcement and prison staff on the human rights of persons with disabilities.

遇」；

- 〈2〉於「程序監理人進階研習班」、「家事專業法官培訓課程」、「家事調查官類科錄取人員訓練」安排：「從 CRPD 談身心障礙者之最佳利益—以監護（輔助）宣告事件為中心」、「認識失智症及罕見疾病」、「瞭解身心疾患、身心障礙者（含兒童及少年）之情緒特質及與其溝通、晤談等技巧」；
- 〈3〉於「家事調解委員研習」安排：「從 CRPD 談家事事件中身心障礙者之權益保障」。
- 〈4〉本院所屬法官學院 107 年亦規劃於法官、書記官、錄事、通譯等人員之在職訓練中辦理身障公約或失智症之認識、失智症照護等相關課程。

(2) 法官學院部分：

- 〈1〉於 103 年人權保障研習會（醫療倫理專題）開設課程：失智症患者照顧倫理，計 67 人參加。
- 〈2〉於 104 年第 1 期人權保障研習會（高齡人權專題）開設課程：聖若瑟失智老人養護中心實地教學，計 34 人參加。
- 〈3〉於 104 年司法特考三等考試家事調查官類科考試錄取人員訓練開設課程：人權系列-身心障礙者權利公約專題系列-認識失智症，計 13 人參加。
- 〈4〉於 105 年第 2 期庭長、法官家事專業在職研修班開設課程：人權系列-從看電影「我想念我自己」談失智症患者之權利與保護，計 76 人參加。
- 〈5〉於 105 年第 6 期法院書記官、執達員在職研

習會開設課程：人權系列-從電影「我想念我自己」談失智症患者之權利與保護，計 39 人參加。

- 3、由上開說明可知，自人權取徑觀點探究失智症患者之權利保護，在 CRPD 第 12 條 2 項之脈絡可知，法務部與司法院就其司法機構人員之職前及在職訓練，均已著重於失智症患者之認識，「我想念我自己」電影亦在闡述年輕型失智症之機轉與對於生活之不便，可見近年司法機構人員，已逐步建立對於失智症患者之認識，進而意識到司法環境對於其等所造成之障礙，尚符 CRPD 意旨；惟後續應持續加強，落實失智症患者之權利保障。

(三)此外，亦有文獻指出<sup>66</sup>，透過不動產預告登記、金融註記、聲請監護或輔助宣告，以及申請法律扶助等方式，可維護失智症患者人權：

- 1、為避免失智症患者在經濟上遭受損失，家屬可以協助失智症患者辦理自益信託，以失智症患者為信託人及受益人，由家屬協助患者找尋信託業者、研議信託契約及瞭解信託方式，訂定信託契約後，將財產交給受託人管理，患者可享有信託財產之收益。
- 2、就失智症患者所有之不動產，為避免遭有心人士詐騙，亦可依土地法第 79 條之 1 由請求權人（通常是繼承人）經失智症患者同意後辦理預告登記，於預告登記未塗銷前，失智症患者就其土地所為之處分，對於所登記之請求權有妨礙者無效。

---

<sup>66</sup> 下文整理自牛湄湄等著，《因為愛你教會我勇敢—失智症法律須知》，社團法人台灣失智症協會，106年6月，頁30-97。

- 3、為避免失智症患者之身分遭他人冒用，進而開立銀行帳戶、申辦信用卡或信用貸款，失智症患者家屬得透過財團法人金融聯合徵信中心之「金融註記<sup>67</sup>」方式（申請書範例如附件 5、），加強金融機構之審核義務，一旦完成註記，金融機構如未盡審核之善良管理人注意義務時，自應負損害賠償責任。如失智症患者有活期、定期存款，擔心遭到不當提領，家屬也可以自行或委託律師發函予存款帳戶之金融機構，於函文中敘明：「活（定）期存款帳戶之申設人 A 業經○○醫院於民國○年○月○日診斷為失智症，不具財物識別能力，是以，若前開帳戶出現異常、不當提領之情形，務請貴行立即通知家屬，以避免 A 之財產遭受損失。」（公文範例如附件 6、），並將函文副本寄送金融機構所在轄區派出所。此外，亦得透過向法院聲請監護或輔助宣告之方式，以保護失智症患者之財產權。
- 4、在疑似失智症患者誤觸法律而遭警察逮捕時，依法律扶助基金會自 96 年 9 月 17 日起成立「檢警第一次偵訊律師陪同到場專案<sup>68</sup>」（「第一次被訊問」之認定如附件 7、），失智症患者及其家屬，均可向該會申請，以落實被告辯護權之保障。

（四）法務部及司法院就各司法人員之技職訓練，允應持續加強，提升司法人員對於失智症之認識，以提高保護其權利之意識。另為避免失智症患者從事交易活動易衍生民事糾紛；或涉嫌刑事犯罪時，無從為有利於己之主張，有文獻指出得透過不動產預告登記、金融註記、聲請監護或輔助宣告，以及申請法

---

<sup>67</sup> 申請書網址：[http://www.jcic.org.tw/main\\_ch/fileRename.aspx?fid=29&kid=1](http://www.jcic.org.tw/main_ch/fileRename.aspx?fid=29&kid=1)。

<sup>68</sup> [http://www.laf.org.tw/index.php?action=service\\_product\\_detail&Sn=132&sid=3](http://www.laf.org.tw/index.php?action=service_product_detail&Sn=132&sid=3)。

律扶助等方式，以利失智症患者伸張權利或避免紛爭，誠值重視。



參、處理辦法：

- 一、調查意見，函行政院並督促所屬檢討或研處見復。
- 二、調查意見一、七及八，函司法院並督促所屬檢討或研處見復。
- 三、調查意見七，函請金融監督管理委員會研處見復。
- 四、調查意見移請本院人權保障委員會參處。
- 五、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族、教育及文化、財政及經濟、交通及採購、司法及獄政委員會聯席會議處理。

調查委員：江綺雯、林雅鋒

## 附件1、失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 對於失智症造成人權面衝擊之說明內容

依據聯合國身心障礙者權利公約的精神，失智症者及照顧者對於與失智症相關的倡議、政策、規劃、立法、服務提供、監督和研究，都應予以賦權及參與，以保障其維護自身權利的能力。

### (一) 性別議題

根據我國失智症流行病學研究調查結果，女性比男性更容易罹患失智症，且依領有失智症手冊的人數分析，女性占 59.6%。因失智者大部分由家人照顧，而照顧家人也多為女性。對於失智者及家庭照顧者因性別差異所造成，損害其自身權益及權利的相關問題，也應列入政策中人權面的考量。

### (二) 工作權議題

儘管年齡為目前已知的失智症主要危險因子，但這不表示失智就是老化的必然結果。事實上，並非只有老年人才會罹患失智症，研究顯示年輕型失智症(65歲前開始出現症狀)約占了全部病例的 9%。對在工作階段即失智所造成的工作歧視及家庭財務衝擊，更應依循聯合國身心障礙者權利公約的精神予以重視並協助。

### (三) 自主選擇權議題

對於失智者在財務、醫療、服務、居住、交通工具等各方面的自主選擇權等議題，都需在法律規範上特別研議，並納入其本人、照顧者及相關團體的意見，且政府機構人員亦須接受相關的教育訓練，了解失智症特性及如何提供適切的服務。

## 附件2、失智照護計畫

圖1 失智照護計畫架構

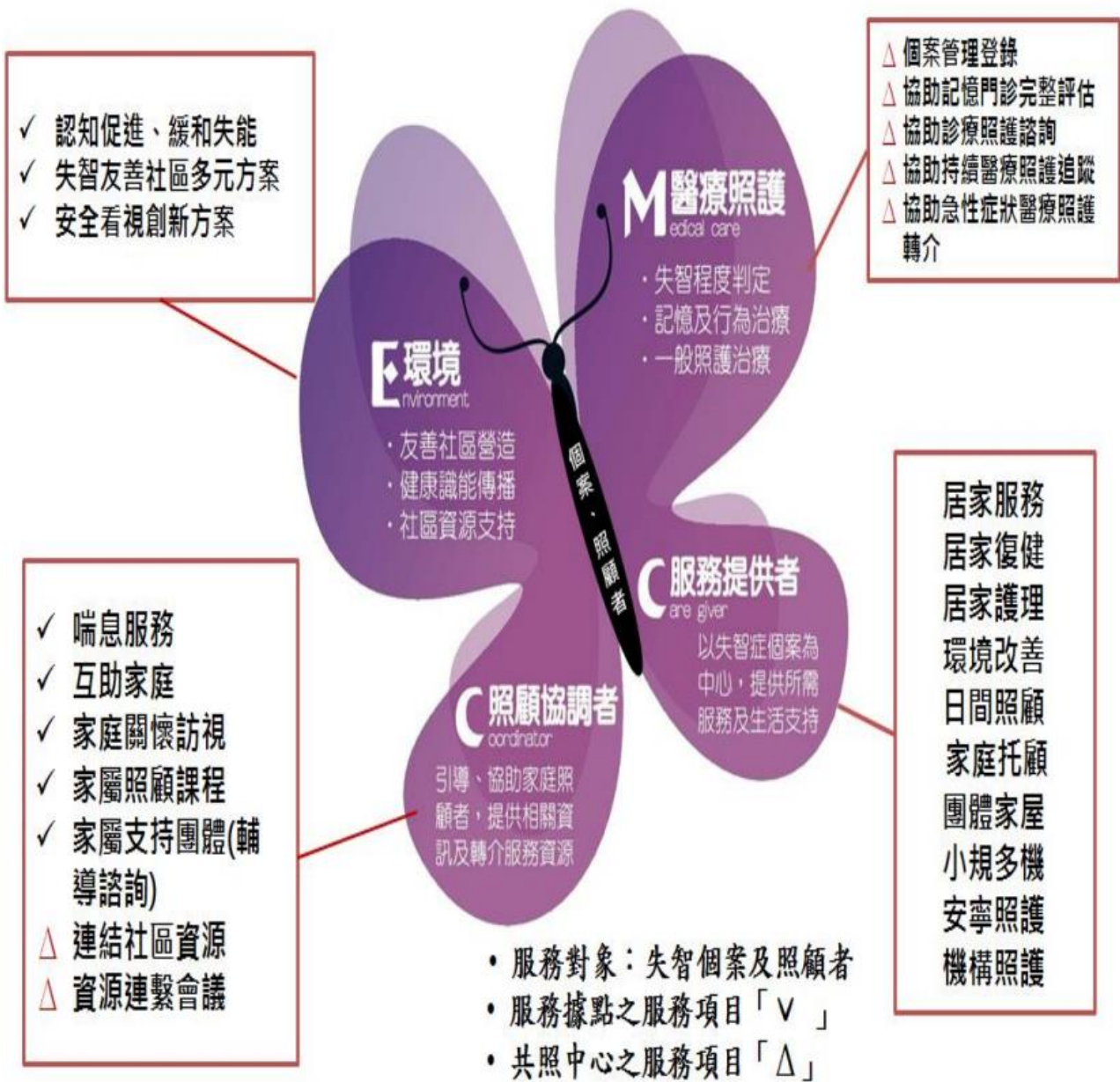
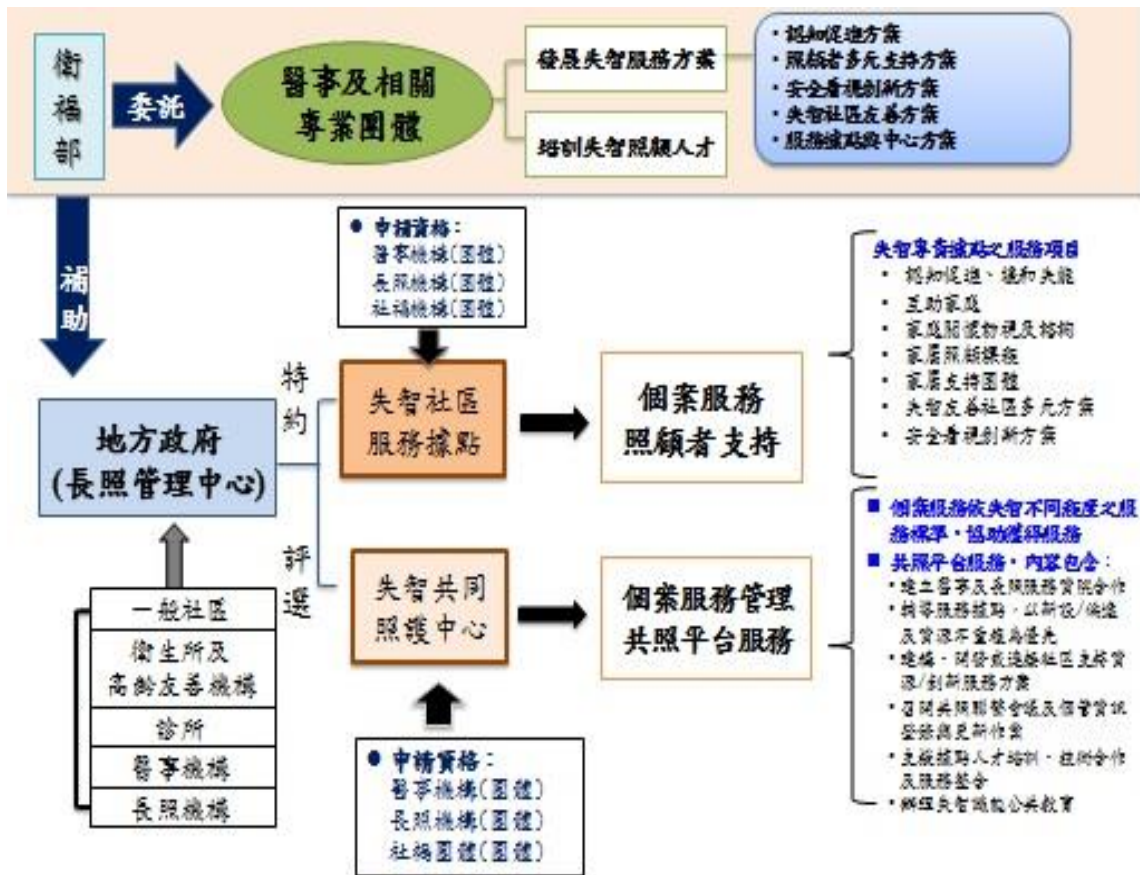


圖2 失智照護計畫運作示意圖



### 附件3、 106年8月28日與國際失智症協會(Alzheimer's Disease International) 主席 Glenn Rees 交換意見內容摘要

#### 【拜會部分】

張院長博雅：

我國自公元2009年起，陸續將5項國際人權公約內國法化，自此本院可依國際人權標準監督政府施政。

Rees 主席：

- 1、身心障礙者權利公約雖早在2006年通過，失智者是否為該公約所保障，一直到2年前與國際失智症協會的同事到日內瓦親自確認，才確定其適用性。
- 2、法律的權利義務固然重要，但往往過於複雜，民眾不易瞭解，正常生活機能不受影響，才是最直接的感受。推動失智症友善社區，就是希望能使失智者感受到自己是社會的一份子，而非被排除在外。但澳洲少部分的人對於「Friendly (友善)」背後所意味由上至下的慈善及憐憫有不同意見。
- 3、失智症的防治，有兩個重要關鍵字：「system (系統、制度)」及「flexibility (彈性)」。德國(1993年)及日本(2003)在失智症防治及照護的制度，可以提供參考。
- 4、有了「制度」，就可以訂定標準並追蹤及考核成效，以澳洲為例，失智症之診斷都有相關標準可依循，同時設立相關委員會監督其執行。但若無法像德、日設立完整的制度，「彈性」就很重要，這對於早發性失智症特別有幫助，包括設立記憶會館、緊急照護、床位，以及喘息服務等。就像樂高積木一樣，當堆砌起來就能發揮效

果。

- 5、失智者及其家屬，常遇到不人道對待。在許多醫院或是療養院的守則，都提到採用鎮定藥物係屬最後的手段，但往往為了便宜行事，即提前施打藥劑以控制患者，又或是以器具限制患者人身自由等。
- 6、居住亦為關鍵事項，但資源有限，往往有許多相關產業之利益團體居中遊說，但建議應健全社區支持之機能，且採混合型較為可行。

孫副院長大川：

某些人對於「失智」之用語頗有微詞，認有貶抑的意思。

Rees 主席：

「dementia」一字僅有在法文含有智障的意思，故某些法裔加拿大人不太喜歡，但英語系國家並無此問題，美國則是以阿茲海默症統稱之。還是要回歸到各文化的框架去討論出一個大家都能接受的用法。

臺灣失智症協會湯秘書長麗玉：

日本 2004 年將「癡呆」改為認知症，香港逐步調整為腦退化症，到近期的認知障礙症。臺灣部分，早年的「癡呆」更不尊重，失智已為國內失智症患者所接受之中性用詞。對於輕度及極輕度患者，或許可以再邀請他們一起討論出較適合的用語。「癡呆」也為中國大陸用語，並為聯合國所採用，失智症協會曾去函 WHO 等國際組織，希望他們審酌調整為中性的用詞。

Rees 主席：

- 1、性別議題（gender issue）近年來受到相當關注，在失智者的議題上，不論是照顧或是居住等服務，都需要將

- 性別議題特別考量。
- 2、確診率之提升，這不完全是醫師的問題，患者本身及家屬有時相當抗拒。因此如何提高民眾及專業人員對失智症的認知非常重要。
  - 3、失智症要以社會的手段去理解及處理，並非從醫療的角度，因為目前失智症並不可逆，且對整個社會的衝擊是有的，因此是一種社會疾病。

### 【諮詢部分】

Rees 主席：

失智症之目標為何？

江委員綺雯：

失智症的目標，基本上是服務失智症的人，照顧他們及家庭的需要，建立善待人民的社會。

Rees 主席：

- 1、我在 1985 年時為澳洲政府協助檢視老人照護的政策，政策的目標應愈簡單愈好，要讓人民能夠看得懂，當時的目標就是希望能夠讓人民在家裏住得愈久愈好。刻意強調機構式的照顧，可能會讓政策被某些利益團體所把持，除機構式照顧外，更重要的是診斷後之照顧，及結合社區提供失智者支援。
- 2、並非機構式的照顧不重要，但經費應運用於社區的照顧，增加據點，從運輸服務或食物提供等著力。
- 3、醫院設立失智症門診，並不覺得是好的方法，會有醫療上的聯想。失智症不只是醫學上的疾病，更會帶來對社會的影響，若將失智症之照顧放在據點，較不會為一般人恐懼或排斥，且在 WHO 的行動方案亦有提及此概念。

臺灣失智症協會湯秘書長麗玉：

一直以來，我國長照制度，政府太輕忽社區型照顧，應建構起來，儘量讓民眾留在社區。

江委員綺雯：

- 1、很久以來，我國對於失智者的照顧微乎其微，都在照顧失能。機構之服務在失能是顯著的，也有人認為把失智者與失能者一起照顧。
- 2、我國僱用了將近 60 萬名的外籍看護工，但他們也都不懂失智的照顧。

Rees 主席：

- 1、這是個如何分配資源的問題，做為政策的決定者，要如何決定將有限的資源，投注在少部分的人或大部分的人的服務上？又要如何讓少數的資源，能夠幫到最大多數的人？
- 2、對於失智者，只要我們投入資源，就可以使他們避免惡化，因此重點應該在居家照護、日照及喘息服務，走社區的路線會比機構式的好。

江委員綺雯：

- 1、在臺灣，失智症機構式照顧的單位非常少，已經是一個問題。
- 2、對於失智者之照顧有幾個基本觀念，一個是家人的角色，家人直接照顧的氛圍要建立，不要太靠外勞，但大家必需要工作，以工作為優先；第二個是社區的角色，社區要友善。
- 3、臺灣現在照顧者的人力，嚴重不足。

Rees 主席：



- 1、照顧者的薪資低是嚴重的問題，澳洲相當仰賴外籍的勞動力，儘管他們的語言能力不好，但是他們提供的服務與本地人是一樣的，在臺灣可能也有相同的問題，社會不斷老化，如何吸引更多年輕人投入，是有難度的。
- 2、有些人覺得不需要看護人員提供服務，只要訓練一般人，讓他們通過比較進階的訓練，也可以達到照顧的目的。這是個困難的問題，先要決定照顧的人要具備怎樣的技能，不然訓練了很多護理師或看護人員，他們也到醫院去工作，不會到社區去提供照顧服務。

江委員綺雯：

- 1、目前臺灣訓練的看護人員，走到居家去的，大概兩成，因為在醫院工作比較方便，到個案家裏需要交通安排，而且時間是短暫的，沒有辦法居住在案主那裏。
- 2、我們訓練了 100 人，有將近 30-40 人只是想學，而不去從事照顧服務員工作。

臺灣失智症協會湯秘書長麗玉：

面對日益短缺的勞動力，若希望失智者可以獨立生活，就需儘早診斷發現並接受治療，讓失智者提早適應，且讓其有獨立生活的能力。

Rees 主席：

在澳洲，照顧服務人力不足也是很大的問題，不論有酬、無酬的居家照顧者，人力都相當短缺，而且家庭照顧者的年紀會愈來愈大，這也是問題。

江委員綺雯：

我國對於工作者若要照顧老人，可以請事親假，期間 2 年，可以留職且領 5-6 成的薪資，但有這個福利，也要讓家屬

願意請事親假。

Rees 主席：

失智症可能還是要以社區的角度去關懷，而不只是醫療上的問題，亦是社會問題。

江委員綺雯：

非常同意社區據點的照顧，也非常同意友善社區，在臺灣已有網絡，例如：教育部下的樂齡中心，衛福部的社區照顧關懷據點，社會局的老人活動中心，都是為了年長者設立的據點，全國的網絡已算綿密，但都沒有涉及到「失智」。

Rees 主席：

- 1、根據過去 30-40 年的經驗，還是覺得要以社區照顧或家庭照顧為重點，是比較妥當的。從經費角度而言，機構式的照顧其實是相當花錢的，社區或居家照顧在經費上是比較經濟的。
- 2、以德國為例，可以選擇把經費放在機構式照顧，或是選擇現金，多數的人都是選擇現金給付。之前在澳洲做健康照護服務時，也認為經費使用在機構的照顧是比較不划算的。
- 3、雖然對臺灣社會不很瞭解，但有些價值是共通的，如果我們要走人本的理念，最大的目標應該是要幫助想繼續好好生活的人，可以維持他們的生活。
- 4、澳洲當年因政策上問題，機構式照顧的產業變得非常巨大，所以在 1985 年時需要有一個 10 年計畫來做轉型，而臺灣現在有一個很好的時間點，希望可以把握住機會。

江委員綺雯：

非常希望失智症防治及照護的系統及彈性可以建立起來，因此在擔任高雄市社會局長時，就建置了失智症的諮詢中心，後來教宗聖若望保祿二世於公元 2000 年要結束時，給全世界 100 個禮物，教宗要全世界的天主教徒去尋找政府該做沒做，人民非常需要，但還沒進行的事，我們當時就建立了機構型的失智症養護中心，並於公元 2000 年耶誕節剪綵，全世界都知道這件事。而且當時剪綵的衛生署署長就是現在我們的張院長，失智症的照顧從機構的模式開始走，現在也看到很多的需求，例如：社區、據點、共照都應該要做。非常感動 Rees 主席為民間機構的主席，能為全世界失智者發聲，也謝謝 Rees 主席提供許多寶貴意見。

## 附件4、 106 年 9 月 29 日於國際失智症聯盟（Dementia Alliance International，即 DAI）主席 Kate Swaffer 交換意見內容摘要

江委員綺雯：

- 1、監察院張博雅院長是國內早期的女性領導人，在公元 1991 年時，當時院長就針對臺灣的「痴呆症」，堅持改名為「失智」，很早就對失智症的正名做出相當的貢獻。
- 2、監察院就是人權院，我們於 2017 年 9 月 29 日辦理的老人人權研討會已邀請 Swaffer 主席擔任主講人之一，可以讓國人知道全世界對於失智者人權倡議的動態。

Swaffer 主席：

- 1、臺灣非常有機會成為國際失智者保障的領導者，因為臺灣為高度發展、富裕的國家，又有歷史悠久的東方哲學，西方雖然對失智者人權倡議較早發展，但有些地方應該跟臺灣學習。我於 2017 年 4 月來臺灣演說前，曾去過非常多的國家，多數的一般大眾很難將「失智症」與「人權」做聯結，但在臺灣演說的現場，馬上有人理解到失智症與人權有密切的關係，臺灣社會對這一塊有非常高度的敏感性。
- 2、很多失智者，如果將他們跟身心障礙者放在一起討論，他們會覺得這種作法比較負面，因此，我要強調，是要藉由人權的概念去幫助失智者，藉由這種轉化改變失智者的心態，使失智者得到應有的權利，失智者也比較能夠接受這種概念。

江委員綺雯：

國際失智症聯盟（DAI）設立以來，對於失智者人權倡議及保障有許多的貢獻，包括支持、教育各類型失智症患者，

為患者代言，提出一致主張、賦權與支持，也出版了「失智症患者人權手冊」，以及持續倡導失智症患者之權利加入身心障礙者權利公約（CRPD）等。其中，有那些是主席最想進行分享的成果？

Swaffer 主席：

- 1、失智症協會可稱為第一世界有關失智症的組織，那時英國首相為卡麥隆首相，他著力非常深，當時就強調除了第一世界的國家以外，應能將像奈及利亞或臺灣等涵蓋在內，有一個比較完整的保障，在他的力主之下，後來很多國家加入國際失智症協會，更重要的是，該協會也有失智症的代表。現在國際失智症協會有 2 位失智者為代表。
- 2、2015 年到日內瓦參加 WHO 大會，並受邀演講，原本已有核定的演講內容，但演講前覺得有些重要的觀念，例如從事失智症工作要有以人權為基礎之模式，CRPD 應將失智症包涵在內，於是藉此機會跟社會大眾溝通。另外，失智者之議題，除了治療外，更包括了對失智者的照顧及如何降低罹患失智症之風險。此次演說取得最大的成果是 WHO 通過了全球失智症行動計畫，並將前述建議列入行動計畫內。但要政策執行者及基層組織之合作，才有促成改變的動力。

江委員綺雯：

國際失智症聯盟為全球性的非營利組織，由不分年齡的失智症患者組成，而國際失智症協會（Alzheimer's Disease International，即 ADI）則由各國之機構代表組成，DAI 與 ADI 在失智症者人權保障之內容或優先推動之事項，是否一致？兩者如何合作進行失智者人權之倡議？

Swaffer 主席：

- 1、ADI 是成立很久的組織，為失智者及其人權做出非常多的倡議。ADI 與 DAI 的主要差別在於 ADI 是「為」失智症患者服務，DAI 本身就是失智症，這是最根本的差別，在 2015 年的日內瓦 WHO 部長會議之後，因為 DAI 有非常多的人權專家，ADI 因此與 DAI 有比較密切的合作，ADI 於 2016 年在布達佩斯召開會議的主題就是失智者人權。
- 2、DAI 已出版了失智者的人權手冊，亦針對 WHO 的行動計畫蒐集相關資料，希望透過手冊的出版，讓世界各國知道如何運用行動計畫並執行對失智者的教育。
- 3、WHO 下設身心障礙者的組織，即「身心障礙者聯盟」，這個聯盟要障礙者才能加入，ADI 的成員不是障礙者，而是各國失智者協會組成，DAI 才是失智者組成的組織，有其獨特的角色，目前是 WHO 身心障礙者聯盟的觀察員，希望能成為正式成員。

江委員綺雯：

我國近年來已針對上述計畫內容進行努力，且有一定進展，但對於失智症者基本人權及身心障礙者人權之倡議仍在起步階段，請問對我國失智症患者人權之推動，有何建議？

Swaffer 主席：

- 1、WHO 的全球失智症行動計畫涉及到的失智者人權議題並不多，主要內容在獲得治療及復健。臺灣與 DAI 可以成為重要的夥伴關係，而 DAI 最重要工作是作為平台，讓失智者可以發聲及爭取權利。
- 2、失智症協會的很多發起國是英語系的國家，為讓非英語系國家的失智者也有發聲的機會，所以與臺灣失智者協會合作，提供平台，讓臺灣失智者也可以發聲。

- 3、肯定臺灣的失智友善社區工作，如果未來國家制定政策或計畫，能導入 WHO 的行動計畫內容，是非常好且領先全球的。

江委員綺雯：

- 1、Swaffer 主席在本院、法務部演講內容，會做成紀錄，可將內容置於失智症協會網頁或放在監察組織網頁，做為發聲的工具。
- 2、國際失智症聯盟相信失智症患者的人權將「口號成真」，也主張「我們的事，我們都得參與，不分你我，因為這是我們的權利」，我們非常佩服聯盟的決心，只是感於各項人權的倡議過程是辛苦的，非常不容易。我國如要成立由患者組成的團體，可否依您的經驗分享可能遭遇的困難，或提出您的建議？

Swaffer 主席：

- 1、國際間由失智者組成的組織大概有 10 個左右，澳洲是世界第 3 個或第 4 個，最困難地方是失智者對自身的處境感到羞愧、對自己其實是否定的，要改善這情況，最簡單的方法是讓失智者聚在一起、發聲講話。2017 年 4 月到臺灣演講，現場有 3 位失智者上臺分享，其他失智者可以做到，自己也可以做到，我們要給予失智者支援及協助，但不是全部取代他的功能。
- 2、失智者家庭深愛他的家人，但觀念需要再教育、再改變，不是以保護方式，而是支援的方式。
- 3、於澳洲參加會議，當天有 12 位失智者及 4 位工作人員及 12 位失智者的照顧夥伴，當失智者發言時，照顧者會不斷想插話代替他發言，其實失智者可以做到為自己發聲。
- 4、失智者在有適當器具協助下，例如事前印好的資料或簡

報、投影片，可以跟一般人一樣發表自己的看法，也可以過得非常精采。

臺灣失智症協會湯秘書長麗玉：

- 1、在臺灣，失智者與家屬在一起時，多數時間都是家屬在說話，失智者沒有機會說話，甚至看醫師時，醫師也是跟家屬對話，不跟失智者對話。
- 2、時代改變很大，過去有關失智症被發現都已是中、重度痴呆的狀態，現在進步到輕度、極輕度都可以被確診，他們仍可以展現非常棒的能力，愈是這樣愈不會退化得那麼快到後面，對社會及家庭負擔都能減輕，是很大的翻轉，希望輕度失智者就能被診斷出，接受及時治療及幫助，可以維持得很好。

Swaffer 主席：

服務的不是失智症，而是失智症的人，且是在有困難時給予協助，讓失智者可以自立完成事情。





附件5、財團法人金融聯合徵信中心當事人辦理註記申請書<sup>69</sup>

## ※申請事項

申請日期： 年 月 日

本人因：

申請註記以下文字：(以下選項，限勾選一項，若有更改處請簽章)

- 本人已經成為身分偽冒案件被害人，請各金融機構加強身分確認。
- 本人已經成為身分偽冒案件被害人，並於 年 月 日換發身分證。請各金融機構加強身分確認。
- 金融機構核貸核卡，當事人特別要求須確認係本人辦理。
- 即日起不再申請貸款、信用(現金)卡。
- 即日起至 年 月 日止不再申請貸款、信用(現金)卡。
- 其他：

## ※親臨辦理證明文件：

- 本人(年滿 20 歲)：本人親持身分證正本辦理
- 當事人為未成年者(0-未滿 7 歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代為辦理。  
當事人為 7-未滿 20 歲或受輔助宣告者經法定代理人或輔助人同意會同辦理。)
- 當事人—1. 身分證(未滿 14 歲或尚未申領者得免)。
2. 健保卡、駕照、護照、居留證等足資證明本人身分之文件中選擇其中一項證明文件。
3. 新式戶口名簿(不限式別正本影本)。
4. 受輔助或監護宣告之證明文件(法院裁定書正本或戶籍紀事資料)
- 法定代理人/輔助人或監護人—1. 身分證。
2. 新式戶口名簿(不限式別正本影本)；與當事人同一戶籍為同一份。
3. 與當事人有輔助或監護關係之證明文件正本；與當事人之第 4 項可能為同一份。
- 新式戶口名簿得以最近 30 日內戶政機關發給之戶籍謄本正本、電子戶籍謄本列印本或其影本代替。

## ※郵寄辦理證明文件：

- 本人(年滿 20 歲)：
1. 身分證正反兩面影本。
2. 健保卡、駕照、護照、居留證等足資證明本人身分之文件中選擇其中一項證明文件影本。
3. 新式戶口名簿(不限式別)影本。
- ※以上 3 項文件缺一不可；即請將雙證件影本黏貼於「郵寄申請身分證件影本黏貼單」上，並於黏貼單上簽名或蓋章，請檢查 3 項證明文件皆附齊；提供本中心辨識本人身分及存證。
- 當事人為未成年者(0-未滿 7 歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代為辦理。  
當事人為 7-未滿 20 歲或受輔助宣告者經法定代理人或輔助人同意會同辦理。)
- 當事人—1. 身分證影本(未滿 14 歲或尚未申領者得免)。
2. 健保卡、駕照、護照、居留證等足資證明本人身分之文件中選擇其中一項證明文件影本。
3. 新式戶口名簿影本(不限式別)。
4. 受輔助或監護宣告之證明文件影本(法院裁定書正本或戶籍紀事資料)
- 法定代理人/輔助人或監護人—1. 身分證影本。
2. 新式戶口名簿影本(不限式別影本)；與當事人同一戶籍為同一份。
3. 與當事人有輔助或監護關係之證明文件影本；與當事人之第 4 項可能為同一份。
- 新式戶口名簿影本得以最近 30 日內戶政機關發給之戶籍謄本正本、電子戶籍謄本列印本或其影本代替。

<sup>69</sup> 請參閱：[http://www.jcic.org.tw/main\\_ch/fileRename.aspx?fid=29&kid=1](http://www.jcic.org.tw/main_ch/fileRename.aspx?fid=29&kid=1)。

## 附件6、行文給銀行範例<sup>70</sup>

受文者：如行文單位

發文日期：民國○年○月○日

附件：○○醫院診斷證明書乙紙

主旨：為請貴金融機構關於帳戶異常提領時予以通知以保障權益，請查照。

說明：

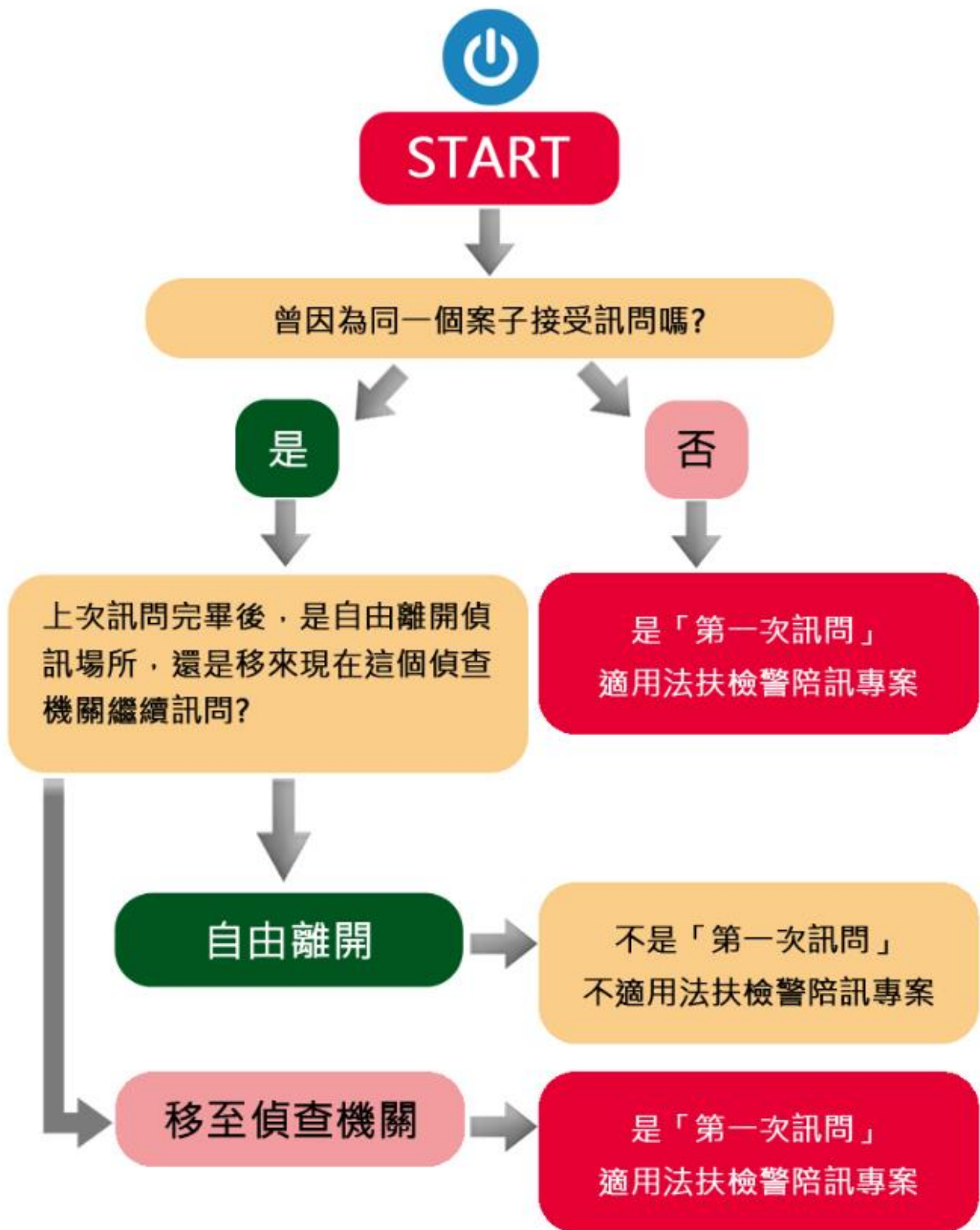
- 一、本件當事人即帳戶所有人為陳○○（國民身分證統一編號：○○○○○○○○○○○○○○○○○○）。
- 二、陳○○貴行申設有帳號○○○○○○○○○○○○○○○○之活（定）期存款帳戶，其於○年○月○日，業經○○醫院診斷為失智症，對於財物辨識能力已有不足，故為避免遭第三人詐騙、盜領、偽冒等不法行為至損害權益，懇請貴機構於上開帳戶有異常提領之情時，立即通知下述家屬：林○○，電話：0912-345678。

正本：○○銀行（臺北市中山區中山北路○○號）

副本：中山分局○○派出所（臺北市中山區中山北路○○號）

<sup>70</sup>牛涓涓等著，《因為愛你教會我勇敢—失智症法律須知》，社團法人台灣失智症協會，106年6月，頁45。

附件7、 「第一次被訊問」情形之認定<sup>71</sup>



<sup>71</sup>請參閱：[http://www.laf.org.tw/index.php?action=apply\\_detail&p=2&id=5373](http://www.laf.org.tw/index.php?action=apply_detail&p=2&id=5373)。