

目錄

壹、問題背景與現況分析	5
一、臺灣人口變遷趨勢	5
二、世界主要國家及組織揭示之老人人權內涵	17
三、我國相關政策與法規揭示之老人人權內涵	20
四、本案進行實地訪視情形	25
五、本案赴日本參訪情形	26
六、臺灣老年人權之內涵及項目	36
貳、台灣老人人權總論	40
一、老人人權涉及之部會甚多，但行政院未建立專責推動老人人權之協調整合機制，以促進跨部會、跨專業之協調聯繫，允宜儘速建立行政院層級之專責機制	40
二、政府未針對世界主要國家及組織對於老人人權之內涵項目與定義，制定老人福利政策白皮書，作為推動老人人權之指標，行政院允宜儘速制定老人福利政策白皮書	45

老人人權總論篇

壹、問題背景與現況分析：

一、臺灣人口變遷趨勢：

(一)總生育率下降：

1、依據內政部統計，40年我國婦女總生育率達7.04人之歷史高峰，之後呈現一路下滑之趨勢，至73年降為2.06人，首度低於人口替換水準之2.1人。75至86年間，總生育率均維持在1.75人左右，惟自87年起，總生育率繼續明顯下降，92年總生育率僅為1.23人，使我國成為世界上「超低生育率」的國家之一，97年更跌至1.05人之新低點（詳見圖1）。

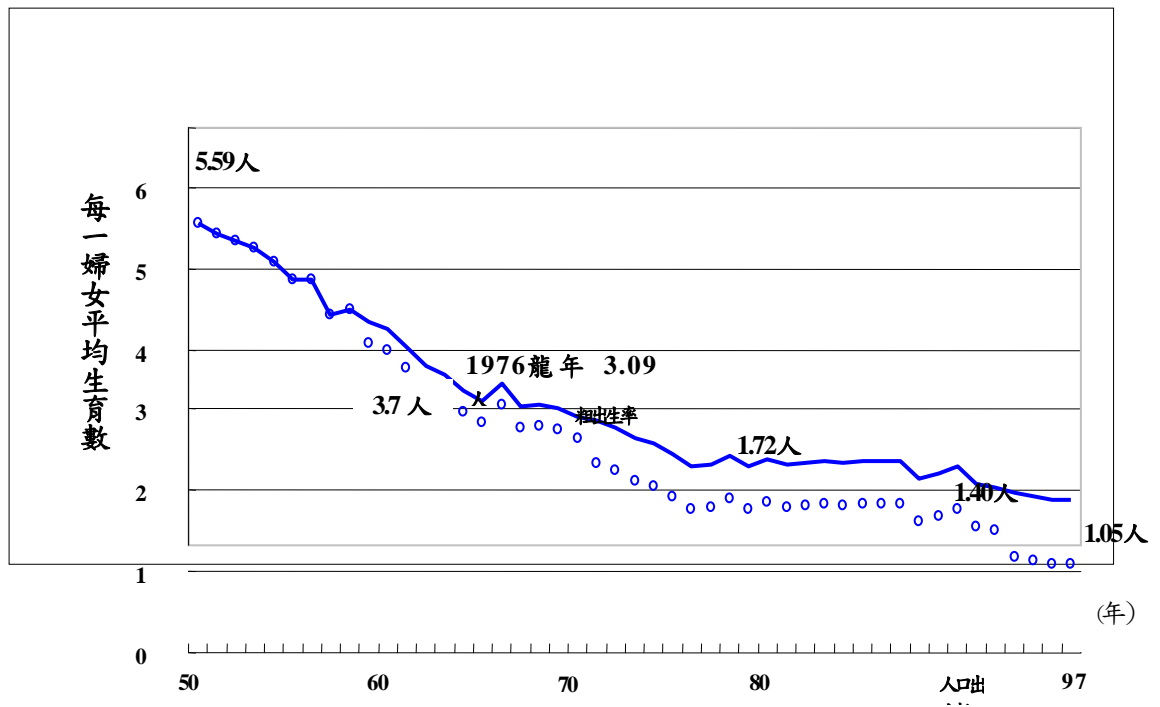


圖1．我國婦女總生育率下降趨勢

資料來源：育齡婦女生育率，內政部內政資訊服務網。上網時間：98年6月15日，檢自：

<http://sowf.moi.gov.tw/state/year/y02-04.xls>。

2、另我國與其他國家相較，2007年我國總生育率1.10人與日本、南韓、新加坡等國之世界最低水準相近，均已遠低於2.1人之自然遞補水準（詳見表1）。

表1. 主要國家總生育率 (單位：人)

國 別	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年
中華民國	1.34	1.24	1.18	1.12	1.12	1.10
新 加 坡	1.37	1.26	1.25	1.25	1.26	1.29
日 本	1.32	1.29	1.29	1.26	1.32	1.34
南 韓	1.17	1.19	1.16	1.08	1.13	1.26
美 國	2.01	2.04	2.05	2.05	2.10	--
瑞 典	1.65	1.72	1.75	1.77	1.85	1.88
芬 蘭	1.72	1.77	1.80	1.80	1.84	1.83
挪 威	1.75	1.80	1.83	1.84	1.90	1.90
英 國	1.64	1.71	1.77	1.78	1.84	1.90
德 國	1.34	1.34	1.36	1.34	1.33	1.37
瑞 士	1.39	1.39	1.42	1.42	1.43	1.46
法 國	1.88	1.89	1.92	1.94	2.00	1.98
荷 蘭	1.73	1.75	1.73	1.71	1.72	1.72
澳大利亞	1.76	1.75	1.77	1.79	1.81	1.93
紐 西 蘭	1.90	1.95	2.01	2.00	2.05	2.17

資料來源：內政國際指標，內政部內政統計服務資訊網。上網時間：98年12月7日，檢自：

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/national/j024.xls>。

(二)粗出生率¹下降：

依據內政部統計²，40年我國粗出生率高達49.97‰，當時嬰兒出生數為38萬5,383人，之後

¹ 粗出生率係指當年出生之活產數與年中人口總數之比率，亦即每千人口中之活產嬰兒數。

² 中華民國人口統計年刊，內政部，97年6月。98年第6週內政統計通報，內政部內政資訊服務網。上網時間：98年6月15日，檢自：
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9806.doc>。

即呈現逐年下降之趨勢。60年粗出生率降為25.64‰，約為40年之一半，甚至從93年起粗出生率跌破10‰，97年更降至8.64‰。至於嬰兒出生數亦呈現逐年下降之趨勢，出生人口數自68年之42萬2,518人，遞減至97年僅為19萬8,733人，首度跌破20萬人，已不及68年出生數之半（詳見圖2）。

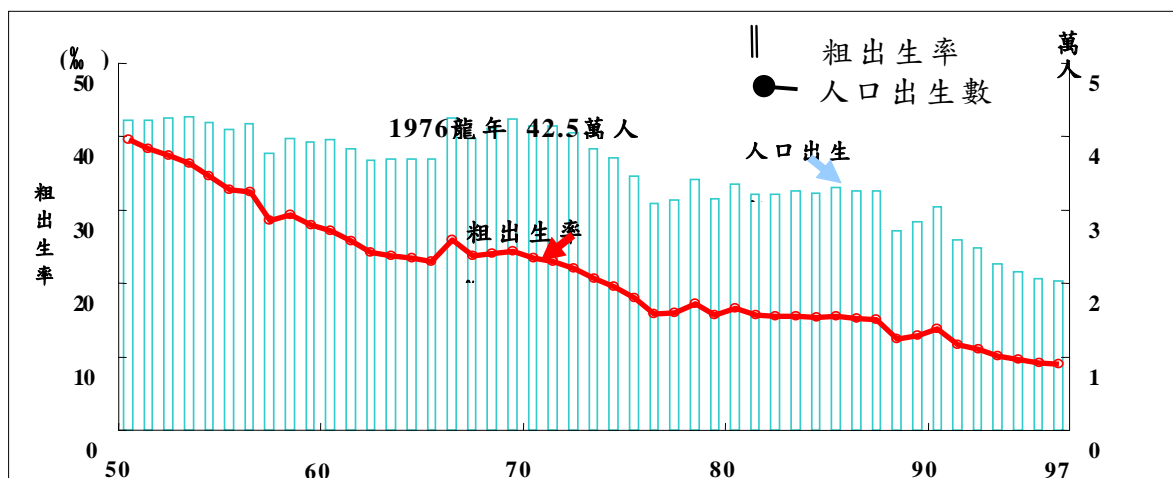


圖2. 我國人口出生數量下滑趨勢

人口出生數

(年)

資料來源：內政部「中華民國人口統計年刊」。

(三) 人口成長趨緩：

我國人口數受到人口自然增加率下降之影響，因而成長減緩，除38年時大量人口來台，以及58年時職業軍人納入戶籍人口統計，造成人口遽增外，人口成長率從36年之66.80‰，逐漸下滑，97年已降至3.43‰（詳見表2）。另由於出生數持續下降，依據經建會高、中、低推計，我國人口自然增加率分別於115年、113年、110年接近0‰，屆時人口即由自然增加轉為自然減少。

表2. 人口成長率

(單位：人；%)

年別	總人口數	人口成長率		
		計	男	女
36年	6,497,734	66.80	69.19	64.38
40年	7,869,247	41.68	42.27	41.06
50年	11,149,139	33.07	34.46	31.62
60年	14,994,823	21.73	20.98	22.55
70年	18,193,955	18.36	17.10	19.72
80年	20,605,831	10.03	9.45	10.64
90年	22,405,568	5.79	4.35	7.29
91年	22,520,776	5.14	3.82	6.52
92年	22,604,550	3.72	2.58	4.90
93年	22,689,122	3.74	2.30	5.23
94年	22,770,383	3.58	1.81	5.42
95年	22,876,527	4.66	2.53	6.86
96年	22,958,360	3.58	1.47	5.74
97年	23,307,031	3.43	1.51	5.38

資料來源：內政部戶政司。

附註：60年（含）以前資料不含金門縣及連江縣。

(四)人口趨高齡化：

1、平均餘命延長：

由於醫藥衛生進步、國民營養改善、生活水準提高及傳染性疾病有效控制，使國民零歲平均餘命（預期壽命）顯著延長。男性平均餘命已由75年之71.0歲，增加為97年之75.6歲，同期間女性則由75.9歲增為81.9歲，已達先進國家之水準（詳見表3及表4）。又依據經建會推估，男性零歲平均餘命至145年將增長為82.2歲，女性至145年則增長為89.0歲，兩性均延長約7歲。

表3．國民平均餘命

(單位：歲)

年別	男性	女性
75	71.0	75.9
80	71.8	77.1
85	72.4	78.1
90	74.1	79.9
91	74.6	80.2
92	74.8	80.3
93	74.7	80.8
94	74.5	80.8
95	74.9	81.4
96	75.5	81.7
97	75.6	81.9

資料來源：歷年生命簡易表平均餘命，內政部內政統計服務資訊網。上網時間：98年6月19日，檢自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/y02-11.xls>。民國97年簡易生命表提要分析，內政部內政統計服務資訊網。上網時間：98年12月7日，檢自：www.moi.gov.tw/stat/life.aspx。

附註：80年以前資料不含福建省。95年修正生命表編算方法，並追溯修正至85年。

表4．2008年世界主要國家零歲平均餘命之比較

(單位：歲)

國家別	兩性	男性	女性
中華民國	79	76	82
日本	82	79	86
中國大陸	73	71	75
南韓	79	76	82
馬來西亞	74	72	76
新加坡	81	78	83
美國	78	75	81
加拿大	80	78	83
英國	79	77	81
法國	81	78	85
德國	79	77	82

資料來源：民國97年簡易生命表提要分析，內政部內政統計服務資訊網。上網時間：98年12月7日，檢自：www.moi.gov.tw/stat/life.aspx。

2、人口快速老化：

(1) 老年人口比率快速增加：

由於醫療衛生進步，國民平均餘命延長，加上生育率下降，我國老年人口數占總人口數之比率呈現顯著增加之趨勢。38年老年人口比率為2.50%，82年時超過總人口7%以上，正式進入人口老化國家，至97年已達10.43%（詳見表5）。

表5. 歷年年底人口數三階段年齡百分比

年別	百分比分配 (%)		
	0-14歲	15-64歲	65歲以上
38	41.11	56.40	2.50
40	42.09	55.45	2.46
50	45.85	51.66	2.49
60	38.71	58.26	3.03
70	31.63	63.96	4.41
80	26.34	67.13	6.53
82	25.15	67.75	7.10
85	23.15	68.99	7.86
90	20.81	70.39	8.81
91	20.42	70.56	9.02
92	19.83	70.94	9.24
93	19.34	71.19	9.48
94	18.70	71.56	9.74
95	18.12	71.88	10.00
96	17.56	72.24	10.21
97	16.95	72.62	10.43

資料來源：依據內政部人口政策資料及內政部戶政司統計資料彙整編製。38至60年未包含金門縣及連江縣統計資料。

附註：三階段年齡，係指幼年人口年齡（0-14歲）、青壯年人口（15-64歲）及老年人口年齡（65歲以上）。

另依據經建會推估，我國人口老化速度將愈來愈快，分別在未來10年及20年後（107年及117年），老年人口比率將達14.7%及22.5%，進入「高齡社會」及「超高齡社會」，至145年更將增加為37.5%（詳見表6）。

表6. 高齡人口趨勢表-中推計

年別	年底人口結構（%）		
	0-14歲	15-64歲	65歲以上
102	14.5	73.9	11.6
107	13.0	72.3	14.7
112	12.6	68.9	18.5
117	12.2	65.3	22.5
125	11.3	60.8	27.9
135	10.1	55.9	34.0
145	10.2	52.3	37.5

資料來源：中華民國台灣 97 年至 145 年人口推計，行政院經濟建設委員會網站。上網日期：98 年 6 月 15 日，檢自：<http://new.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455>。

（2）老人人口倍化歷程較短：

人口高齡化雖為全球各國普遍之現象，目前日本及西歐國家65歲以上人口占總人口之比率已超過14%以上之「高齡社會」，惟各國自7%（高齡化社會）增加至14%（高齡社會）之速度各有差異。65歲人口比率自7%增加至14%所需時間，法國為115年、瑞典為85年、美國為73年、英國為47年、德國為40年，我國預估將歷時24年，與日本相似。至於達到20%之「超高齡社會」，我國預估與南韓相當，約於114年時達到，屆時平均每5人中即

有1位老（詳見表7）。

表7. 主要國家到達65歲以上人口比率之年次

國別	65歲以上人口占總人口比率 (到達年次)				倍化年數(年數)	
	7%	10%	14%	20%	7%→14%	10%→20%
我國	1993	2006	2018	2026	25	20
新加坡	2000	2010	2016	2023	16	13
南韓	2000	2007	2017	2026	17	19
日本	1970	1985	1994	2005	24	20
德國	1932	1952	1972	2009	40	57
英國	1929	1946	1976	2026	47	80
加拿大	1945	1984	2010	2024	65	40
荷蘭	1940	1969	2005	2022	65	53
澳洲	1939	1985	2011	2029	72	44
美國	1942	1972	2015	2036	73	64
瑞典	1887	1948	1972	2014	85	66
法國	1864	1943	1979	2018	115	75

資料來源：引自人口政策白皮書（核定本）。

3、老化指數及扶老比增加：

(1)我國人口老化指數及扶老比自60年起，呈現逐年遞增之現象。人口老化指數從60年之7.58%，增加至97年之61.51%，期間成長約8倍；扶老比從60年之4.52%，增加至97年之14.36%。又以15至64歲工作年齡人口扶養65歲以上高齡人口之比例觀之，則呈現逐年下降之現象，從50年之20.7:1(即20.7位工作年齡人口扶養1位老年人口)，降至97年之7.0:1，亦即7位工作年齡人口扶養1位

老年人口（詳見表8）。

表8. 歷年人口老化指數、扶老比及青壯者與退休者之比例

年別	人口老化指數 (%)	扶老比 (%)	青壯者與退休者之比
50	5.45	4.65	20.7 : 1
60	7.58	5.14	19.2 : 1
70	13.65	6.82	14.5 : 1
80	23.87	9.53	9.5 : 1
85	33.03	11.26	8.8 : 1
90	42.33	12.51	8.0 : 1
91	44.17	12.78	7.8 : 1
92	46.58	13.02	7.7 : 1
93	49.02	13.31	7.5 : 1
94	52.05	13.60	7.4 : 1
95	55.17	13.91	7.2 : 1
96	58.13	14.13	7.1 : 1
97	61.51	14.36	7.0 : 1

資料來源：85年以前資料係依據中華民國人口統計年刊編製，90年後資料係依據內政部98年9月11日書面說明。

(2) 另依據經建會推計，105年我國人口老化指數為100%，之後幼年人口續減、高齡者續增，至145年時將高達367.7%。至於扶老比，將由97年之14.4%，至117年大幅增加為34.5%，至145年再增加為71.8%。此外，生產者與退休者之比，將由97年7.0位生產者扶養1位退休者，至115年時演變成3.2位生產者扶養1位退休者，至145年時再降為1.4位生產者扶養1位退休者（詳見表9）。

表9. 人口老化指數與扶老比-中推計

年別	人口老化指數 (%)	扶老比 (%)	青壯者與退休者之比	幼年人口：高齡者之比
97	61.4	14.4	7.0 : 1	1.6 : 1
102	80.3	15.7	6.4 : 1	1.2 : 1
107	113.4	21.4	4.9 : 1	0.9 : 1
112	146.7	26.8	3.7 : 1	0.7 : 1
117	184.8	34.5	2.9 : 1	0.5 : 1
125	248.0	46.0	2.2 : 1	0.4 : 1
135	336.7	60.8	1.6 : 1	0.3 : 1
145	369.7	71.8	1.4 : 1	0.3 : 1

資料來源：中華民國台灣 97 年至 145 年人口推計，行政院經濟建設委員會網站。上網日期：98 年 6 月 15 日，檢自：
<http://new.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455>。

(五)88-97 年我國人口扶養比及扶老比情形：

依據內政部統計：我國在 82 年，老人人口達 149 萬餘人，占總人口比率 7%以上，正式邁入聯合國所定高齡化社會的標準；截至 97 年底，老人人口成長至 240 萬 2 千餘人，占總人口數的 10.43%；行政院經濟建設委員會（下稱經建會）預估，至 114 年，老人人口比率將高達 20.1%，平均每 5 人就有 1 位是老人。有關 88-97 年我國人口年齡組成、扶養比、扶幼比、扶老比、老化指數，（詳表 10）。

表 10. 88-97 年我國人口扶養比及扶老比 (單位：人；%)

年 別	總人口數按三段年齡組分人數(人)			扶 養 比	扶 幼 比	扶 老 比	老 化 指數
	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上				
88	4,734,596	15,492,319	1,865,472	42.60	30.56	12.04	39.40
89	4,703,093	15,652,271	1,921,308	42.32	30.05	12.27	40.85
90	4,661,884	15,770,327	1,973,357	42.07	29.56	12.51	42.33
91	4,598,892	15,890,584	2,031,300	41.72	28.94	12.78	44.17
92	4,481,620	16,035,196	2,087,734	40.97	27.95	13.02	46.58
93	4,387,082	16,151,565	2,150,475	40.48	27.16	13.31	49.02
94	4,259,049	16,294,530	2,216,804	39.74	26.14	13.60	52.05
95	4,145,631	16,443,867	2,287,029	39.12	25.21	13.91	55.17
96	4,030,645	16,584,623	2,343,092	38.43	24.30	14.13	58.13
97	3,905,203	16,729,608	2,402,220	37.70	23.34	14.36	61.51

(六)人口老化趨勢之國際比較情形：

我國從進入高齡化國家至邁入高齡社會約 24 年左右；歐美先進國家約為 50~100 年，故我國因應人口老化預作準備的時間較短。有關我國與世界各國人口老化速度相關統計數字（詳表 11）。

表 11. 人口老化趨勢之國際比較表

國 別	65 歲以上人口占總人口比率 (到達年次)					倍化期間 (年數)		
	7%	10%	14%	20%	30%	7%→14%	10%→20%	20%→30%
台灣	1993	2005	2017	2025	2040	24	20	15
新加坡	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	24	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	73	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	40	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大利	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	85	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	115	77	-

資料來源：United Nations, World Population Prospects: The 2006 Revision.

(七)我國百歲以上老年人口及國人平均餘命情形：

我國國民平均餘命呈現逐年增加的趨勢，88年男性平均餘命為73.3歲、女性為79歲，97年底男性部分提高為75.5歲、女性為82歲；90至98年我國百歲以上老年人口及國人平均餘命（詳表12）。

表12. 我國百歲以上老年人口及國人平均餘命表

年別	百歲以上人瑞(人)			最高年齡者歲數		平均餘命歲數		
	男	女	合計	男	女	男	女	合計
90	141	414	555	108	116	72.9	78.8	75.6
91	197	435	632	109	117	73.2	78.9	75.9
92	114	542	656	108	119	73.4	79.3	76.1
93	217	496	713	109	120	73.5	79.7	76.4
94	254	564	818	109	121	74.5	80.8	77.4
95	273	599	872	110	122	74.9	81.4	77.9
96	316	681	997	111	121	75.1	81.9	78.3
97	316	759	1075	112	122	75.46	81.72	78.38
98	370	853	1223	113	116	--	--	--

備註：97年度臺閩地區數據為估算值；98年度尚未有估算值。

(八)未來10年/20年/30年老人人口相關推計情形：

依據經建會所做人口中推計，未來10年、20年及30年老人人口數、人口結構比率、扶養比(扶老比)（詳表13）。

表 13. 未來 10 年/20 年/30 年老人人口相關推計

年別	65 歲以上人口數 (千人)	65 歲以上人口占總人口比 率(%)	扶老比 (%)
108 年	3,673	15.5	21.6
118 年	5,564	23.3	36.0
128 年	6,845	29.5	49.5

資料來源：經建會 97 年 9 月出版中華民國台灣 97 至 145 年人口推計

(九)88-97 年我國國人平均餘命情形：

我國國民平均餘命呈現逐年增加的趨勢，88 年男性平均餘命為 73.3 歲、女性為 79 歲，97 年底男性部分提高為 75.5 歲、女性為 82 歲；88 至 97 年我國國人平均餘命（詳表 14）

表 14. 88-97 年我國國人平均餘命 (單位：年、歲)

	性別	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
臺閩地區	兩性	75.90	76.46	76.75	77.19	77.35	77.48	77.42	77.90	78.38	78.54
	男性	73.33	73.83	74.07	74.58	74.77	74.68	74.50	74.86	75.46	75.49
	女性	78.98	79.56	79.92	80.24	80.33	80.75	80.80	81.41	81.72	82.01
臺灣地區	兩性	75.90	76.45	76.74	77.18	77.33	77.46	77.41	77.89	78.36	--
	男性	73.32	73.82	74.06	74.58	74.76	74.67	74.49	74.85	75.44	--
	女性	78.97	79.55	79.90	80.22	80.31	80.73	80.78	81.40	81.70	--
臺灣省	兩性	75.30	75.91	76.23	76.72	76.83	76.95	76.87	77.37	77.86	--
	男性	72.62	73.20	73.45	74.03	74.19	74.09	73.91	74.25	74.86	--
	女性	78.53	79.16	79.56	79.91	79.94	80.33	80.36	81.05	81.34	--
臺北市	兩性	79.87	80.12	80.25	80.70	80.91	81.36	81.21	81.79	82.00	--
	男性	77.86	78.07	78.21	78.74	78.99	79.03	78.77	79.40	79.69	--
	女性	82.17	82.44	82.52	82.82	82.95	83.85	83.86	84.32	84.42	--
高雄市	兩性	76.23	76.52	76.72	76.58	77.08	77.06	77.30	77.43	78.05	--
	男性	74.03	74.24	74.42	74.22	74.58	74.40	74.40	74.67	75.31	--
	女性	78.75	79.16	79.29	79.22	79.89	80.11	80.64	80.46	81.10	--

備註：97 年度臺閩地區數據為估算值。

二、世界主要國家及組織揭示之老人人權內涵：

(一)1948 年聯合國「世界人權宣言」及人權公約：

依據 1948 年聯合國「世界人權宣言」及人權公約，老人人權之意涵及指標包括下列 3 項內容：

- (1) 老人應有維持基本生活水準之所得；(2)

老人應有地點、設計及價格適當之居住環境；(3)
老人應有依個人意願參與勞動市場之機會。

(二)1982年維也納老化國際行動方案：

聯合國於1982年在維也納召開第一屆世界老化大會(Assembly on Ageing)，通過「維也納老化國際行動方案」(The Vienna International Plan of Action on Ageing)，通稱維也納方案(Vienna Plan)，該項方案係第一份引導思考及形成老化政策與方案之國際性文件，並為1982年聯合國會員大會所接受。該項方案之目標在於強化政府及公民社會之能力，以有效因應人口老化及解決老人需求。該項方案有62項行動建議，包括：研究、資料蒐集與分析、訓練和教育、健康和營養、老人保護、住宅和環境、家庭、社會福利、所得安全和就業等。

(三)1991年聯合國老人綱領：

維也納方案被接受9年後，聯合國於1991年通過「聯合國老人綱領」(United Nations Principles for Older People)，該綱領提出18項主張，並可歸類為獨立、參與、照顧、自我實現及尊嚴等5項主題(詳附錄一)，以宣示老人基本權益保障之共同目標，這些主張係當代發展老人福利之重要指標，亦是國際老人福利所應追求之共同目標。

(四)1992年老年宣言：

聯合國於1992年通過「老年宣言」，除期望政府與非政府組織、學校、私人企業能在社會相關活動上合作，以確保老人得以獲得適當之需求滿足外，並訂定1999年為國際老人年，希望透過各方合作，共同創造一個「不分年齡，人人共享

的社會」(A Society for All Ages)。該項宣言亦指定1999年為「國際老人年」(International Year of Old Persons 1999)，提醒各國政府結合個人、家庭、社區、學校、民間企業及媒體，採行住宅、交通、健康、社會服務、就業、教育等因應策略。

(五)2002年馬德里老化國際行動方案：

繼國際老人年之後，聯合國於2002年在西班牙馬德里召開世界高齡化會議(United Nations Assembly on Aging)，再次確認老化不僅係個人之議題，亦為社會之議題³。該次會議針對維也納方案進行修正且通過新的行動方案：「馬德里老化國際行動方案」(Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002)，強調人口老化之政策，應從生命過程發展觀點及整個社會角度作檢視，呼籲各部門之態度、政策及作法均需改變，以便在21世紀中使老人能夠發揮巨大潛力，進而使更多老人能夠獲得安全與尊嚴，並增強參與家庭及社區生活之能力。該方案為世界各國擬訂老人健康政策之主要參考架構⁴。

(六)其他：

- 1、歐盟基本權利憲章(2000年通過)第25條：
歐盟確認並尊重老人享有尊嚴與獨立之生活，及參與社會及文化生活之權利；第34條：歐盟依相關法律規定，確認並尊重於年老情況下，享有社會福利及社會服務。
- 2、歐洲社會憲章(1965年生效，修正案1999年

³ 該次會議中，美國健康與人群服務部長 Josefina G. Carbonell 提到：「老化，即使現在尚未成為你的議題，不久的將來，也會是你的議題。」

⁴ 劉見祥、吳秀玲，高齡化對全民健康保險制度之影響，社區發展季刊，126期，98年6月，第112-127頁。

生效)第2部第13條略以：任何沒有足夠經濟來源的人有權享受社會及醫療援助；第14條：每個人有權享受社會福利服務；第23條略以：年長者受社會保護的權利。

3、歐洲社會憲章附加議定書(1993年生效)第4條略以：年長者受社會保護的權利。

三、我國相關政策與法規揭示之老人人權內涵：

(一)為建立規範之人權立法、建立推展人權所必須之機制，並強調與國際人權實踐及潮流接軌之企圖與努力，總統府於89年10月24日設立人權諮詢小組，行政院亦於90年7月成立跨部會之「人權保障推動小組」(由行政院研究發展考核委員會擔任幕僚)，負責政策之規劃與執行，並發表國家人權政策白皮書：「人權立國與人權保障的基礎建設」，並撰寫國家人權(試行)報告。依「2005-2006年國家人權報告(試行報告)」及「2007-2008年國家人權報告(試行報告)」，有關老人人權係歸屬於「少數群體與特殊權利族群的保障」之範疇，內涵與實踐要項包括：政府部門因應高齡化社會之快速變遷，及老人人口日增，為保障我國老人經濟、健康、照顧，及社會參與等方面之權益，維護老人尊嚴、自主與人權，所積極推動之各項服務措施與方案。

(二)面對人口老化之趨勢，我國政府係以「聯合國老人綱領」所揭示之獨立、參與、照顧、自我實現與尊嚴等5個要點為目標，規劃推動相關政策與服務措施，以促進老人在經濟、健康、照顧、社會參與等各方面之權益。為落實老人人權之實踐，我國歷次之相關政策、綱領及法規說明如下

1、中華民國憲法及憲法增修條文：

依據憲法第155條：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟。」復依據憲法增修條文第10條第8項：「國家應重視社會救助、福利服務、國民就業、社會保險及醫療保健等社會福利工作，對於社會救助和國民就業等救濟性支出應優先編列。」我國已將老人人權及社會福利之實踐列為國家基本目標，亦為國家應提供人民之基本權益保障。

2、社會福利政策綱領：

行政院於93年2月13日核定修正社會福利政策綱領，明訂推動社會福利政策應包含「落實在地服務」，並強調「兒童、少年、身心障礙者、老人均以在家庭中受到照顧與保護為優先原則，機構式的照顧乃是在考量上述人口群的最佳利益之下的補救措施；各項服務之提供應以在地化、社區化、人性化、切合被服務者之個別需求為原則。」社會福利政策綱領共含括六大項目，分別為：社會保險及津貼、社會救助、福利服務、就業安全、社會住宅與社區營造、健康及醫療照護等。其中老人福利政策相關項目包括：社會保險及津貼、福利服務、社會住宅與社區營造、健康與醫療照護等，尤其指出營造並尊重老年生活環境之重要性，並清楚界定居家式服務、社區式服務及機構式服務在長期照顧體系中所扮演之角色。

⁵ 依據內政部98年9月18日書面說明資料。

3、老人福利法：

- (1)老人福利法於 69 年 1 月 26 日公布施行，並於 86 年進行第一次全面性修正，將老人之法定年齡由 70 歲降低為 65 歲，自此我國與先進國家相同，以 65 歲之年齡作為各項老人福利措施和相關給付之準則。
- (2)嗣因應國內人口快速老化，以及家庭結構與社會環境變遷所產生之需求，內政部依據「聯合國老人綱領」之 5 項要點及「社會福利政策綱領」有關老人福利服務之目標，經徵詢相關機關、專家學者、民間團體及各界意見後，採以權責分工、專業服務；促進經濟保障；在地老化、社區化服務；多元連續性服務；促進社會參與；強化家庭照顧支持；強化老人保護網絡等原則，完成老人福利法第二次全面性檢討修正，並於 96 年 1 月 31 日修正公布，修正規模之大，歷年罕見。

4、加強老人安養服務方案：

- (1)為順應社會發展趨勢及老人實際需求，整合家庭、社區、民間機構、團體及政府之力量，以提供完善之老人安養、養護及長期照護服務措施，並安定國民生活及增進老人福祉，行政院於 87 年 5 月 7 日核定「加強老人安養服務方案」，實施期程自 87 年 5 月至 90 年 6 月止，該項方案重點在於：提供支持家庭照顧者措施、擴大醫護服務之範圍，並將社區照顧列為實施要項，以及列出社區服務之項目等。第一期方案目標包含：保障老人經濟生活、維護老人身心健康、提升老人生

活品質、充實老人照顧人力、落實老人居住安養服務。

- (2) 「加強老人安養服務方案」實施3年後，因應時勢所需，檢討修正部分內容，結合相關部會續行推動，新實施期程自91年7月至93年12月止。此時方案主要內涵包括：居家服務與家庭支持、老人保護網絡體系、無障礙生活環境與住宅、保健與醫療照護服務、機構式服務、津貼與保險、社區照顧及社會參與、專業人力及訓練、教育及宣導等9大項，涵蓋老人經濟安全、健康維護、照顧服務及社會參與等，已規劃出新世紀老人福利服務體系，亦含括老人福利工作之大部分，而其主軸係朝著社區照顧方向辦理。
- (3) 嗣為擴展老人安養服務之整體性與連續性，並符合社會背景、世界潮流，建構健康、尊嚴、安全與快樂之老人福利服務，賡續推動「加強老人安養服務方案」第3期計畫，實施期程自94年1月至96年12月。此時方案目標包含：加強老人生活照顧、維護老人身心健康、保障老人經濟安全、促進老人社會參與，而採行措施強調：加強各服務點之連結，並依社區需求設置社區照顧關懷據點，建立預防照顧服務網絡；積極推動居家服務，配合照顧服務福利及產業發展方案，擴展服務時數；統一規劃完整之宣導計畫，以產品行銷概念重新包裝居家服務，期與外籍看護工服務區隔。另配合長期照顧制度規劃小組之規劃進度，宣導長期照顧相關措施。

5、人口政策白皮書：

行政院於95年6月14日函頒修正「中華民國人口政策綱領」，並於97年3月10日核定「人口政策白皮書—針對少子女化、高齡化及移民問題對策」，配合少子女化、高齡化及移民等當前問題及未來人口結構趨勢，擬定具體因應對策，籌謀有效可行且具前瞻性之人口政策，以提升我國生育率，促使人口合理成長，讓老年人得以頤養天年，並讓台灣成為移民者圓夢之理想家園。其中有關高齡化部分，提出：支持家庭照顧老人、完善老人健康與社會照顧體系、提升老年經濟安全保障、促進中高齡就業與人力資源運用、推動高齡者社會住宅、完善高齡者交通運輸環境、促進高齡者休閒參與、建構完整高齡教育系統等8項因應對策，目前正由相關部會推動實施中。

6、友善關懷老人服務方案：

為因應我國人口高齡化趨勢，內政部爰檢視相關方案執行成效，考量當前社會變遷與國際發展趨勢，配合社會福利政策綱領、老人福利法之宗旨與辦理原則，研擬「友善關懷老人服務方案」，業經行政院98年9月7日核定通過。期以積極預防、主動友善的原則，以「活躍老化」、「友善老人」、「世代融合」為方案三大主軸，規劃推動全方位的服務措施，結合各相關機關，推動16項執行策略、63項工作項目，以達成加強弱勢老人服務，提供關懷照顧保護；推展老人健康促進，強化預防保健服務；鼓勵老人社會參與，維護老年生活安適；健全友善老人環境，倡導世代融合社會等四大目

標，並維護老人尊嚴與自主，形塑友善老人的生活環境，強化老人身體、心理、社會參與的整體照顧，使老人得以享有活力、尊嚴與獨立自主之老年生活，實現「公益社會，永續福利」之社會福利政策願景。

四、本案進行實地訪視情形：

- (一) 98年6月8日實地訪視臺北市至善老人安養護中心、內政部核定並補助財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂試辦之「失智症老人團體家屋」⁶。
- (二) 98年6月16日實地訪視內政部彰化老人養護中心。
- (三) 98年7月9日實地訪視臺北市老人服務中心暨日間照顧中心、社區關懷照顧據點、老人公寓，並瞭解臺北市居家服務及獨居長者照顧服務之詳情。
- (四) 98年7月23日實地訪視臺南市長榮社區、老人養護中心、日間照顧中心、長青公寓，並瞭解臺南市政府辦理相關老人照顧服務措施之情形。
- (五) 98年8月11日舉行「日本老人福利措施及介護保險制度之推動情形」諮詢會議，邀請臺北醫學大學老人護理暨管理學系李教授紹懷提供專業意見。
- (六) 98年10月21日實地訪視嘉義縣農村地區社區照顧關懷據點、漁村地區長青活力站、老人養護中心、居家服務支援中心，並瞭解嘉義縣政府辦理相關老人照顧服務措施之情形。
- (七) 98年10月30日實地訪視雲林縣長期照顧管理中心、安生醫院附設護理之家、社團法人雲林縣老人長期照護協會—斗六幸福園老人日間照護中

⁶ 內政部於96年7月2日函頒「失智症老人團體家屋試辦計畫」，該試辦計畫係輔導並補助有意願營運之民間單位或老人福利機構成立團體家屋，以提供失智症老人一種小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化之服務模式，滿足失智症老人之多元照顧服務需求，並提高其自主能力與生活品質。

心、古坑小太陽老人日間照護中心，並瞭解雲林縣政府辦理老人經濟安全、照護及受虐老人保護措施之情形。

五、本案赴日本參訪情形：

(一)參訪目的：為因應台灣人口快速老化，高齡化社會之來臨，誠有必要借鏡先進國家長期照顧相關經驗，以作為我國規劃長期照護保險及老人政策之參考。日本老人養護機構及制度設計自2000年4月1日起採行強制性介護保險制度，其理念、制度及演變歷程，值得我國借鏡。本院遂於98年11月5至6日至日本進行考察。

(二)參訪行程：

1、98年11月5日下午2時到達仙台機場後，即赴東北福祉大學附屬機構「梅檀之館」參訪，由館長中里仁先生介紹參觀。

2、98年11月6日上午：

(1)上午9時參訪東北福祉大學附屬機構「梅檀之杜」，由中里仁先生介紹參觀。

(2)上午10時30分由該大學國際交流中心主任小笠原浩一教授講授「東北福祉大學及日本介護保險制度」。

3、98年11月6日下午：

(1)參訪東北福祉大學附屬機構「梅檀之里」，由館長柿沼利弘先生介紹參觀。

(2)參訪附屬機構「梅檀之丘」，由事務局長大森俊也先生介紹參觀。

(3)參訪日本老人失智照護研究中心「DCRC」，由研修部長阿部哲也先生介紹參觀。

(三)參訪結果：

1、東北福祉大學為一佛教大學，前身係曹洞宗專

科學校於1875年在仙台市設立之分校。

- (1) 1951年設立學校法人梅檀學園。
- (2) 1958年設立東北福祉短期大學。
- (3) 1958年設立東北福祉大學。該大學設福祉學院、管理學院、兒童科學院、健康科學院、福祉學研究所及福祉學通信研究所。在仙台市市內有三個校區，幅員遼闊。
- (4) 2009年學生人數9547人、教師436人、職員176人。
- (5) 東北福祉大學於2005年與台北醫學大學締結醫療、保健、福祉等領域之學術交流協定。該大學亦與中國東北師範大學、中國大連交通大學、韓國翰林大學、斯洛伐尼亞國之國立大學琉布尼亞、俄國之國立教育大學等締結各種交流協定。
- (6) 東北福祉大學設定21世紀福祉之目標為「預防」。亦即，在生病或需要養護前，「事先做好預防準備工作」的嶄新理念。為達成「預防福祉」的目標，須追求「知、心、體」的和諧，故必須鍛鍊「感性力」。東北福祉大學及其關係機構「梅檀之館」等將人生來即具有的「感性力」的重要性及研究成果經由教育機構傳達出去，在實踐福祉的現場，實現「預防福祉」的目標；並促進各種專業人員，如護理、社工人員等合作，以加強照護之效能。故該大學之宗旨為理論與實踐的融合：「行學一如」。

2、「梅檀之館」：

- (1) 2004年成立，日本介護保險指定機構（日本2000年採介護保險制度）。「梅檀之館」係與

仙台市及芬蘭政府合作之芬蘭型在地老化機構。除照護老人外，亦藉此蒐集評估相關資訊，以為研究發展之需要，實踐「行學一如」之理念。

- (2) 「梅檀之館」地上五層樓，地下一層，土地為國有地，面積9660平方公尺，其中建地面積7344平方公尺。設置特別養護老人中心（100人）、短期臨託照護（20人）、日間照護（35人），職員101人。
- (3) 收費方式：入住者依其收入繳介護保險費，嗣由caremanager評估入住（介護保險中制度之個案管理模式參閱附件一現任日本介護保險制度個案管理人Care Manager重永真琴2005年9月30日日本現行個案管理及輔具租賃制度座談會報告），並依其原收入狀況支付費用，倘係低收入戶，則由介護保險機構支付全部費用。故入住者係依其經濟狀況每月支付0-13萬日圓，其餘由介護保險機構支付90%-100%，約120-130萬日圓。惟因介護保險機構財務負擔過重，已將免費接送及午餐改為自費。
- (4) 「梅檀之館」採社區型、小規模、多機能方式營運，並於後院門口飼養白狗1隻，據悉，其主要目的讓入住者可保有入住前養狗、遛狗之習慣，儘可能讓老人繼續維持其原來的生活習慣，並有居家的感覺。又機構重視入住者之健康生活，設復健室、水療室、交誼廳等設施，除入住者可使用外，皆開放社區民眾申請使用。社區民眾得依個案管理人Care Manager評估介護上之需要使用復健室

及水療室。例如，每週2次，每次1小時使用水療室。另對外開放的交誼廳面積大，氣氛類似家庭式咖啡店，可讓機構入住者維繫與社區之互動關係。

(5) 依據書面資料，「梅檀之館」有7項特色：

- <1>提供附近社區居民水療等各式各樣設施及活動，與社區維持互動關係。
- <2>設置口腔照護、營養調理等預防照護設施。
- <3>以10名入住者為一單位之照護方式，可培養出家庭氣氛。
- <4>採一人一房方式，房內附設廁所、洗臉台，非常注重入住者之隱私。日照採光充足，創造有自我、尊嚴、機能齊全的居住空間（因已住滿，無法入內參觀）。
- <5>館內各種設施齊全，建築設計創造出與自然融合，讓入住者可感應當地春、夏、秋、冬四季變化的居住環境。
- <6>自立照顧方式：入住者自行選擇使用館內各種服務，無起床時間、無吃飯時間、無上課時間、無入浴時間等。亦不穿制服，照護職員亦同。入住者亦可與職員共同準備餐點，一起吃飯。
- <7>僱用附近社區老人，使其有談話對象、協助照顧其他老人，給予自立之機會，使其生活有目標，有意義。

3、「梅檀之杜」：

- (1) 1996年成立，設有特別養護老人中心、老人安養中心、短期照護、日間照護、介護訪問、課後輔導、保育園、兒童自立支援家屋等。

使用員額180人，職員116人。

- (2)「梅檀之杜」一樓出入口處為挑高二層空間，相當寬敞，自然光線充足。機構內志工辦公室，亦有介護管理員caremanager評估社區老人應受照顧之方式，擬訂介護計畫，並適時依被保險人之狀況修正之。較特殊者，志工辦公室旁設安寧室，讓入住者家屬來此探望臨終老人。據稱，機構內入住者及其家屬大部分選擇在安寧室往生。
- (3)「梅檀之杜」的目標為在地老化，讓老人在生活上繼續保有家族、近鄰及朋友關係。故在地老化是指養護方式回歸家庭與社區，用在地資源照顧老人，讓老人在自己熟悉的地方自然老化，不因年老而被迫搬離家園。讓老人有如同住在自己家裡的感覺。(在地老化請參附件二今週刊2007年12月25日專訪黃耀榮博士談老人社區的建構)
- (4)據照護員稱，入住者倘要自行外出，照護員不會阻止，但會陪同散步，再想辦法勸回養護機構。養護機構旁另有托兒所等幼兒照護設施，帶著朝氣與希望。創造老、中、幼三代同堂，和樂榮融的氛圍。對機構內日益消極的老人而言，在精神上有積極鼓舞的作用，對幼兒亦有親老敬老的教育意義。故老人照護制度設計上，以小學學區為單位，設老人關懷據點、照護站或小型老人安養中心。

4、依據中里仁先生說明日本老人介護的理念：

- (1)自1963年老人福利法通過後，老人入住養護機構由政府片面主導採取收容保護、集體管

理的大型醫療機構照顧養護方式（中里仁先生稱，最糟糕的方式），於1980年逐漸轉向家庭生活養護方式，惟當時亦僅止於表面、形式上如此而已。

(2) 日本受歐美各國觀念的影響，自2000年採介護保險制度，由老人與介護保險機構簽約，以老人為中心，重視老人個人之能力，並自行選擇機構或其他社區或居家照護方式的之多樣型在地老化方式。對失智症老人採團體家屋方式照護則為常態。（目前國內有3個團體家屋正試辦中，台北市士林區之團體家屋已住滿額，並有多人預約入住，惟嘉義市團體家屋之入住率不佳，顯示南北城鄉差距，有待進一步研究探討。）

(3) 團體家屋的照顧方式日後演變為現代老人照顧的理想方式-Unit Care，即小規模生活單位型的「單位照顧」。即強調單人房（一般4人房），可帶入自己的家具用品，自行布置，讓入住者保有熟悉生活環境，安心居住；原則上以10人為一生活單位，有生活同伴，共同起居室空間及設備，並由固定的照護員陪伴、幫忙、溝通式的照顧方式。故人力的充分配置極為重要。自2000年起日本政府將Unit Care納入介護保險制度給付範圍，陸續增加對Unit Care補助費，甚至包括新建及裝修費。小單位多機能生活型的Unit Care以個人化及人性化、共同生活家庭式照顧為主（人本照顧），並擺脫過去團體式、效率型的照顧方式成為現代日本老人長期照顧的最大特色。

(4) 2006年檢討修正介護保險制度後（請參考附件三陳維萍2006年日本介護保險修正要點簡介），現已採與社區密切結合方式，運用社區力量照顧老人，利用社區閒置民家作為小規模多機能型日間照護中心。並採逆向型日間照護，讓入住機構老人到日間照護中心與其他老人交流，並融入社區生活。又採介護預防理念，提供防止高齡者惡化之服務，主要加強老人現有的能力，老人能做的就讓其自行處理，不能做的再支援。對於居家老人提供到宅服務，但也希望老人到日托等機構。惟正因養護的理念不斷地進步，朝向更人性化方向修正，日本現有照護人力、設施及收入上已出現不足現象。故小單位生活型的多機能照顧方式（Unit Care），理念雖佳，要達成目標仍有一大段距離（有關Unit Care請參附件四莊秀美著「單位照顧」模式的環境建構與實踐理念的探討，台大社工學刊，第16期，97年1月）。

5、「梅檀之里」：

(1) 2001年成立，日本介護保險指定機構。設特別養護老人中心（使用員額150人）、短期照護（喘息服務，使用員額50人）、日間照護中心（使用員額50人）、居家介護支援、團體家屋（使用員額32人）。使用員額計282人，職員196人。

(2) 「梅檀之里」之團體家屋有4棟別墅平房，每棟入住人數以8人為原則（日本法律規定5-9人），採1人1房方式，房內床舖及設備為入住者所有，並以入住者之手工藝作品佈

置，既可愛又溫馨之家庭式設計，讓入住者保有居家的感覺，對老人情緒安定有相當正面效果。職員數與入住者約1比1，甚或多於入住者。

(3) 團體家屋原係由輕度失智症者入住，惟因自入住起持續居住未遷移，現多為原入住者，失智症亦多因年齡增長變成中重度。但機構負責人表示，不會因成為重度失智即令其移住其他專收中重度失智養護機構。惟其團體家屋皆額滿，等待入住者尚有數十人。故在日本照顧失智症者之團體家屋亦有設施、照護人力不足之問題。

(4) 團體家屋旁有失智症者日間照護中心，人數不多。鄰近年輕志工會來陪伴老人。

6、「梅檀之丘」:

(1) 2000年成立，醫療法人團體，日本介護保險指定機構，全館3層樓，分為6單位。每單位皆有療養室、浴室、餐廳、廚房等設施。照護員亦固定在同一單位照顧老人。讓入住者有團體歸屬感，不會疏離或排斥機構之養護。故其走廊或活動區並以入住者熟悉之仙台市之大馬路及公園命名。

(2) 「梅檀之丘」設介護老人保健設施、短期照護、居家介護支援、訪問看護站（居家護理站）、出院病人中途復健之家（復健期3個月）、復健中心、輪椅輔具借貸等。使用員額298人，職員120人。

(3) 「梅檀之丘」設牙醫門診及口腔美容室，可協助老人清理口腔，非常重視老人口腔保健。據事務局長大森俊也先生稱，老人牙齒

狀況良好，食量就好，營養充足，身體自然健康，生活品質亦佳（據聯合報98年11月15日報導，美國哥倫比亞大學針對60歲以上老人2300人測驗結果，五分之一牙周病者有記憶上問題，其牙周病發炎病菌並導致失智症之發炎狀況。研究人員發現口腔病菌亦可能導致心臟病、中風、糖尿病等）。

(4) 事務局長大森俊也先生稱，為因應政府給付之不足，該機構加強復健設備，開設自費項目，以彌補虧損，俾得永續經營。

7、日本失智症老人照護研究及照護指導員訓練中心「DCRC」：

(1) 按失智症是造成老人失能的主要原因之一，美國雷根總統及英國柴契爾夫人晚年深受失智症之苦。英國估計現有失智症人口數約為 70 萬人。台灣目前失智症人口估計超過 17 萬人，20 年後將倍增。但目前申請身心障礙手冊的失智患者不到 3 萬人。多數在家照護。

(2) 日本與我國一樣，早期稱失智症為「痴呆症」，現已改稱「認知症」，顯示對失智症之重新認識及人性化的看法。日本於1989年實施「高齡者保健福利推動十年戰略」中，推動各項失智症老人整合因應對策，主要包括：失智症知識之推廣、啟發，設置失智症資訊及諮詢系統；失智症之預防、早期發現、早期治療；落實失智症老人之治療、照顧；發展失智症治療法之研究；失智症老人之權利維護。

(3) 「DCRC」於2000年成立，為國家補助機構，

全日本有3所研訓中心，除仙台外，另有東京及九州大府，各有其責任區。惟各研訓中心之責任區並非其所在地周圍地區，例如，仙台研訓中心之責任區並非東北或北海道，而是分散其他地區，力求研究對象之多樣化，確保研究成果之客觀性及實效性。

- (4) 該研訓中心設立目標在實現「讓失智老人容易生活的社會」。除研究外，亦培訓照護指導員（種子教師）。據仙台研修部長阿部哲也先生表示，照護指導員（種子教師）訓練班開辦9年，全日本已有10萬人直接（在中心）或間接（在地方由種子教師訓練）受過照護員訓練。照護指導員訓練班研修期間9週，上課方式多採小組討論會，學員以發表報告取代考試。照護指導員結業後，回去講授照護員訓練課程。
- (5) 「DCRC」主要研究內容包括：失智症之預防（老化與健康的關係）；照護員的支援（如何調解照護員的壓力）；對失智者家屬的支援（有一半失智症老人在家照護，故研究開發家屬的教育課程）；照護的方法（防止養護機構內老人虐待之調查研究、建立標準的老人照護模式）。
- (6) 老化與健康的關係，「DCRC」仙台中心自2002年起針對宮城縣氣仙沼市大島地區55歲以上島民（位仙台市北方約100公里），每2年進行1次計4次大規模的長期調查研究，詢問下列事項：基本屬性、生活方式、地方上活動參與、身心狀況等，結果發現有下列特點的老人較無失智症：不自覺自己有變老；飲

食以魚類為中心；自中年起，有午睡習慣；
越是高齡，越是每日運動；重視鄰居交往；
常參加地方上各式各樣活動。

(7)「DCRC」之調查研究結果與我國醫界對失智症之了解亦相吻合。

8、本院透過行政院僑務委員會之安排，與仙台地區中華聯合總會常務代表委員郭安雄醫師及高野原曾木醫院院長曾木尚文醫師會談，聽取介紹日本政府對老人照護之現況：有關日本政府為因應老人人口增加，自1961年開始實施國民年金制度及國民健康保險制度、自1963年開始實施之老人長期照護制度及2000年介護保險制度之經緯及相互關係，並特別著墨於老人經濟安全部分。據說明，一般日本人在健康照護上，有強制參加之國民健康保險及40歲以上國民參加之介護保險制度（保費約2000日圓，相當低廉）。另所有國民自20歲起依法強制加入國民年金，須連續繳納40年保險費，退休後，每月可領國民年金約6-7萬日圓，其他尚有受雇工作或公教職業上之退休金、自行投保之商業保險年金（投保數個）。

六、臺灣老年人權之內涵及項目：

本案經參酌前揭世界主要國家及組織對於老年人權之內涵與定義，以及我國相關政策與法規，茲將臺灣老年人權所應涵蓋之內涵及項目，界定如表15：

表15. 臺灣老年人權之內涵與項目

類別	內涵	項目
經濟保障	老人應有足夠的經濟能力，以獲得妥適的食、衣、住、行、育、樂、保健與醫療照顧及其他維護基本人權應有之資源與服務。	1. 社會救助 2. 生活津貼及特別照顧津貼 3. 年金制度： (1) 職業退休給付方案 (2) 保險方案之老年給付 4. 財產交付信託 5. 經濟型就業 6. 失能補助
健康照護	老人應能獲得： 1、符合社會文化價值之家庭與社區照顧。 2、充分的身、心、靈及社會照顧與關懷陪伴，以維護身體、心理及情緒健康，並預防疾病及自殺的發生。 3、有效與必要的醫療與照護服務。 4、符合全人、在地老化及多元連續服務原則之照顧。	1. 預防保健（含心理衛生） 2. 醫療（含醫護與復健服務、健保費與醫療費用之補助） 3. 照顧服務（針對不同老人【如：一般老人；獨居老人；弱勢家庭老人；受疏忽；虐待、遺棄老人；身心障礙老人；貧窮老人；失能老人】之需求，提供居家式、社區式及機構式照顧服務，並含關懷陪伴）
生活環境	老人應能： 1、居住及生活在安全與適合的環境。 2. 依自己的意願選擇適合個	1. 住宅・居住環境 2. 無障礙之環境與交通運輸工具、生活輔具 3. 防災

類別	內涵	項目
	人身心狀況之居所。	4. 緊急救援系統
休閒與參與	老人應能： 1. 獲得適當休閒、娛樂與運動之資源，以維護身心健康，並促進社會參與。 2. 參與相關政策的制定。 3. 組織老人的團體或行動； 4. 與年輕世代分享知識與技能。 5. 有機會服務社區與擔任適合其興趣及能力的志工。 6. 有權要求主動與充分的社會參與。	1. 休閒、娛樂與運動
		2. 公民參與
		3. 志願服務
		4. 宗教活動
自我實現	老人應有： 1. 有追求充分發展其潛能的機會。 2. 能獲得教育、訓練、文化、宗教的社會資源。 3. 有適當工作的機會。	1. 學習與教育
		2. 成就型就業
		3. 自我實現型宗教
保護與尊嚴	老人應能： 1. 免於被忽視、虐待。 2. 免於有關年齡的歧視及污名化，如「依賴人口」。 3. 不因年齡、生活型態、生命風格、性別、種族及失能與否，均受到尊嚴對待。	1. 老人保護服務（含失蹤老人協尋及安置）
		2. 預防詐騙
		3. 免於因年齡而受到歧視與污名化，並應受到公平與尊嚴對待

類 別	內 涵	項 目
	<p>4. 在任何生活、居住及接受照顧、服務與治療的地方，均享有人權和基本自由，包含尊重其尊嚴、信仰、需求、隱私及其對照顧與生活方式的選擇。</p> <p>5. 在尊嚴和安全環境中生活，並自由發展身心。</p>	<p>4. 敬老優待（搭乘大眾運輸工具、進入康樂場所及參觀文教設施，應予以優待）</p> <p>5. 敬老倡導</p>

貳、台灣老人人權總論：

依據內政部統計，我國在 82 年，老人人口達 149 萬餘人，占總人口比率 7% 以上，正式邁入聯合國所定高齡化社會的標準；截至 97 年底，老人人口成長至 240 萬 2 千餘人，占總人口數的 10.43%；經建會預估，至 114 年，老人人口比率將高達 20.1%，平均每 5 人就有 1 位為老人，97 年我國人口老化指數已達 61.51%。145 年老人人口將增至 761 萬餘人，佔總人口數 37.5%，老年扶養比為 71.8%。隨著人口結構變化，及工業化社會造成之社會變遷，使得家庭結構與家庭傳統價值產生改變。依據內政部 94 年統計資料所示，82 年至 94 年間，「與子女同住」之老人比例由 67.17% 逐年下降至 61.06%；而「僅與配偶同住和獨居」同一期間由 29.1% 上升至 35.86%。

鑒於我國近年來人口結構呈現急速老化，隨著人口老化人數上升，僅與配偶同住和獨居之老人比例不斷增加，高齡化社會引發各項經濟安全、健康照護、文康休閒及保護等福利措施等老人人權福利服務需求，有待政府及社會加速規劃老人人權之建構體系。世界各國面對人口老化之趨勢，多以「聯合國老人綱領」所揭示之獨立、參與、照顧、自我實現與尊嚴等 5 個要點為目標、原則，規劃推動相關政策與福利服務，以促進老人在經濟、健康、照顧、社會參與等各方面之權益。我國亦遵循此等原則，於 69 年 1 月 26 日公佈實施「老人福利法」，並於 86、89、91 年及 96 年陸續增修法令，作為國家照護老人之主要依據，惟行政院未建立專責推動老人人權之整合機制，復未制定老人福利政策白皮書，茲說明如下：

- 一、老人人權涉及之部會甚多，但行政院未建立專責推動老人人權之協調整合機制，以促進跨部會、跨專

業之協調聯繫，允宜儘速建立行政院層級之專責機制：

(一) 老人人權涉及之部會甚多，但彼此間欠缺溝通、聯繫與整合：

本調查案將老人人權分為：1、經濟保障；2、健康照護；3、生活環境；4、休閒與參與；5、自我實現；6、保護與尊嚴六大項。上開老人人權涉及之部會高達 22 機關，且彼此間欠缺溝通聯繫與整合。如有多個部會分別推動相同服務，但彼此欠缺溝通整合。例如老人教育部分，社政單位辦理長青學苑，教育單位成立社區樂齡銀髮學習中心。失能老人照顧方面，社政單位主管養護中心、長期照護機構；衛政單位主管護理之家，退輔會也提供類似服務。據了解，長期照護機構及護理之家之人事配置及設置標準相同。就一般老人照顧部分，社政單位設置社區關懷據點，衛政單位推動「社區(部落)健康營造計劃」，原民會推展原住民部落老人日間關懷站，農委會也推廣高齡者生活改善班等。又各部會間協調不易，例如運用閒置校舍辦理老人日間照顧中心或關懷據點等相關設施，據悉內政部與教育部間遲遲無法達成共識。

(二) 經查政府為推動老人福利之之協調聯繫與資源整合機制及相關政策與法規揭示之老人人權內涵，茲分述如下：

1、我國相關政策與法規揭示之老人人權內涵：

行政院分別於 87 年 5 月至 91 年 6 月、91 年 7 月至 93 年 12 月、94 年 1 月至 96 年 12 月核定加強老人安養服務方案，復於 93 年 2 月 13 日核定修正社會福利政策綱領，明訂推動社

會福利政策訂定原則，包含：「落實在地服務」，並且強調「兒童、少年、身心障礙者、老人均以在家庭中受到照顧與保護為優先原則，機構式的照顧乃是在考量上述人口群的最佳利益之下的補救措施；各項服務提供應以在地化、社區化、人性化、切合被服務者之個別需求為原則。」又由實務得知，老人經濟安全係能否有效落實其他老人權益之基礎，98年9月7日內政部提出友善老關懷老人服務方案，惟內容欠缺老人經濟安全保障部分。共包括：社會保險及津貼、社會救助、福利服務、就業安全、社會住宅與社區營造、健康及醫療照護等6大項目。又為因應國內人口快速老化，以及家庭結構與社會環境變遷所產生之需求，內政部依據「聯合國老人綱領」及「社會福利政策綱領」，再於96年間修正「老人福利法」。嗣後行政院為建立有效可行且具前瞻性之人口政策，以提升我國生育率，促使人口合理成長，於95年6月14日函頒修正「中華民國人口政策綱領」，並於2008年3月10日核定「人口政策白皮書—針對少子女化、高齡化及移民問題對策」，經查老人人權之類別、內涵與項目，依據老人福利法及其他相關法令之具體措施，所涉及主管機關及目的事業主管機關計有：行政院、內政部、內政部警政署、財政部賦稅署、內政部營建署、內政部消防署、經建會、勞委會、行政院體育委員會、交通部、行政院衛生署、教育部、行政院文化建設委員會、行政院新聞局、行政院金融監督管理委員會、行政院農業委員會、行政院退除役官兵輔導委員會、國家通訊傳播委

員會(取締地下電台賣假藥)、銓敘部、國防部、行政院原住民族委員會、行政院青年輔導委員會等 22 個機關。

2、政府推動老人福利之協調聯繫與資源整合機制：

(1)內政部老人福利推動小組：

依據老人福利法第 9 條規定，內政部於 96 年 9 月 20 日函頒「內政部老人福利推動小組設置要點」，邀集老人代表、老人福利相關學者或專家、民間相關機構代表、團體代表及各目的事業主管機關代表，設置內政部老人福利推動小組，共置委員 23 人，由內政部長兼任主任委員，內政部次長及行政院衛生署副署長兼任主任委員，另有目的事業主管機關代表 7 人，包括行政院衛生署、教育部、行政院退除役官兵輔導委員會、財政部賦稅署、交通部及內政部消防署、內政部營建署、內政部社會司等相關單位、專家學者 4 人、民間相關機關代表 2 人、團體代表 2 人及老人代表 5 人，針對老人福利權益相關事項，每 6 個月召開委員會議進行研商討論，截至目前止，共計召開 3 次委員會議。各次委員會議主要針對老人福利權益相關事項進行研商討論。

(2)行政院社會福利推動委員會：

行政院於 90 年 5 月 17 日核定「行政院社會福利推動委員會設置要點」，並分別於 92 年 1 月 8 日及 93 年 9 月 23 日進行修正，委員包含老人、身心障礙、兒童及青少年、婦女福利等相關專家學者、團體代表及各目

的事業主管機關代表共 27 人；由行政院院長兼任召集人，行政院政務委員兼任執行長，內政部次長兼任副執行長，另有目的事業主管機關代表 9 人、專家學者 5 人、團體代表 10 人，針對社會福利政策及重大措施進行協調、諮詢、審議及規劃，並督導社會福利執行情形。

(3) 內政部人口政策委員會：

內政部為策劃推行人口政策及研究分析人口問題，特設人口政策委員會於 93 年 8 月 30 日函頒「內政部人口政策委員會設置要點」，並分別於 94 年 6 月 21 日、96 年 1 月 17 日及 97 年 10 月 24 日修正上開要點，該委員會共置委員 29 人，其中主任委員 1 人，由內政部部长兼任；副主任委員 4 人，由教育部、行政院經濟建設委員會、行政院衛生署副首長及內政部常務次長兼任；其餘委員由內政部就學者專家 13 人、行政院代表 2 人、行政院勞工委員會 1 人、財政部 1 人、臺北市政府 1 人、高雄市政府 1 人、內政部營建署 1 人、內政部入出國及移民署 1 人、內政部兒童局 1 人、內政部社會司 1 人、內政部戶政司 1 人等 24 人以聘、派兼任之，針對我國人口政策及人口問題進行策劃推行與研究分析。

綜上所述，有關老人人權之類別、內涵與項目之具體措施，所涉及主管機關及目的事業主管機關計 22 個機關，惟政府為推動老人福利之整合機制，係內政部老人福利推動小組、行政院社會福利推動委員會、內政部人口政策委員會等 3 委員會，惟內政部

老人福利推動小組係依老人福利法第9條規定，訂定「內政部老人福利推動小組設置要點」，由內政部長兼任主任委員，而老人福利涉及部會甚多，內政部位階尚難以有效指揮整合其他部會。行政院社會福利推動委員會雖針對社會福利政策及重大措施進行協調、諮詢、審議及規劃及督導執行，但社會福利項目甚多，與其他類福利相較，老人福利被邊緣化，得不到應有重視；內政部人口政策委員會，則係針對我國人口政策及人口問題進行策劃規推行與研究分析，重點並非老人人權之保障或老人福利之促進。本調查案發現老人人權涉及項目及部會甚多，而各部會間缺乏溝通整合，各行其事。除部分措施重疊外，更乏全面之老人人權願景及實施步驟。行政院並未建構專責推動老人人權之協調整合機制，提出全面願景，以促進跨部會、跨專業之協調聯繫與整合。政府宜儘速建立行政院層級之專責機制，以解決前述問題。

二、政府未針對世界主要國家及組織對於老人人權之內涵項目與定義，制定老人福利政策白皮書，作為推動老人人權之指標，行政院允宜儘速制定老人福利政策白皮書：

(一)本案於98年4月14日辦理討論會議，研析臺灣老人人權應涵蓋之類別、內涵及項目，同年4月27日召開「臺灣老人人權之內涵、定義與具體實踐項目諮詢會議」，邀請臺灣大學社會工作學系王教授雲東、世新大學社會心理學系邱教授天助、內政部曾常務次長中明、社會司黃司長碧霞及莊科長金珠，提供專業意見，綜整臺灣老人人權之項目與內涵如下：

1、經濟保障：老人應有足夠的經濟能力，以獲得

妥適的食、衣、住、行、育、樂、保健與醫療照顧及其他維護基本人權應有之資源與服務；項目為社會救助、生活津貼及特別照顧津貼、年金制度、(1)職業退休給付方案(2)保險方案之老年給付、財產交付信託、經濟型就業、失能補助。

- 2、健康照護：老人應能獲得：1、符合社會文化價值之家庭與社區照顧；2、充分的身、心、靈及社會照顧與關懷陪伴，以維護身體、心理及情緒健康，並預防疾病及自殺的發生；3、有效與必要的醫療與照護服務；4、符合全人、在地老化及多元連續服務原則之照顧；項目為預防保健（含心理衛生）、醫療（含醫護與復健服務、健保費與醫療費用之補助）、照顧服務（針對不同老人【如：一般老人；獨居老人；弱勢家庭老人；受疏忽；虐待、遺棄老人；身心障礙老人；貧窮老人；失能老人】之需求，提供居家式、社區式及機構式照顧服務，並含關懷陪伴）。
- 3、生活環境：老人應能：1、居住及生活在安全與適合的環境；2. 依自己的意願選擇適合個人身心狀況之居所。項目為住宅與居住環境、無障礙之環境與交通運輸工具、生活輔具、防災、緊急救援系統。
- 4、休閒與參與：老人應能：1. 獲得適當休閒、娛樂與運動之資源，以維護身心建康，並促進社會參與；2. 參與相關政策的制定；3. 組織老人的團體或行動；4. 與年輕世代分享知識與技能；5. 有機會服務社區與擔任適合其興趣及能力的志工；6. 有權要求主動與充分的社會參與。項目為休閒娛樂與運動、公民參與、志願服務、宗教活動。

- 5、自我實現：老人應：1. 有追求充分發展其潛能的機會；2. 能獲得教育、訓練、文化、宗教的社會資源；3. 有適當工作的機會。項目為學習與教育、成就型就業、自我實現型宗教。
- 6、保護與尊嚴：老人應能：1. 免於被忽視、虐待；2. 免於有關年齡的歧視及污名化，如「依賴人口」；3. 不因年齡、生活型態、生命風格、性別、種族及失能與否，均受到尊嚴對待；4. 在任何生活、居住及接受照顧、服務與治療的地方，均享有人權和基本自由，包含尊重其尊嚴、信仰、需求、隱私及其對照顧與生活方式的選擇；5. 在尊嚴和安全環境中生活，並自由發展身心。項目為老人保護服務、失蹤老人協尋及安置。

(二)鑑於維護老人尊嚴與健康、安定老人生活、保障老人權益、增進老人福利等，係我國面對人口快速老化應積極達成之目標。政府若不及早面對社會老化問題，針對未來老人之經濟安全、健康照顧、生活環境、休閒與參與、自我實現及老人保護與尊嚴等老人人權、福利服務需求，研訂各項政策目標，並從政府、家庭與社會三大層面，擬訂我國老人人權政策之具體實施方案，列入重要施政項目，據以推行，將難以有效面對人口快速老化之問題，老人人權亦無法得到充分保障。政府應制定老人福利政策白皮書，作為推動老人人權之指標並提出因應對策，方能因應我國人口嚴重老化之衝擊，並發揮保障老人人權之功能。