

2008-2009 年
監察院人權工作實錄

第四冊 老人人權

監察院 編印

院長序

民國 98 年 3 月 31 日立法院審議通過「公民與政治權利國際公約」、「經濟社會文化權利國際公約」(以下簡稱兩公約)及「兩公約施行法」,同年 4 月 22 日馬總統公布「兩公約施行法」,同年 12 月 10 日(世界人權日)行政院公布正式實施「兩公約施行法」。從此,我國即須善盡兩公約所揭示之國際人權義務。

依據兩公約相關規定,各締約國須各就其實施公約所確認權利而採取之措施,以及人民享受各種權利所獲之進展,提具報告書,送交聯合國秘書長,以轉送其相關委員會審議。由於我國並非聯合國之成員,可能難以適用上開程序,但目前「總統府人權諮詢委員會」仍邀集行政院各部會及其他 4 院共同撰寫國家人權報告,一方面對外說明我國致力於人權保障的成效,另一方面藉此檢討不足,以利改善。

依據國際上的實施經驗,一個國家要落實人權保障,至少需要兩個要件,第一是建立人權規範(norms),包括國內人權立法,或將國際人權法加以內國法化,第二是建立人權保護機制(mechanisms),這涉及執行機關之設立及運作。西元 1993 年,聯合國採行「巴黎原則」(Paris Principles),以鼓勵、倡導並協助各國設置國家人權機關(National Human Rights Institution),希望透過這類機關的職能,調查民眾陳情人權侵害案件,推動人權保護與教育等,以促進國內人權法與國際法規定之人權標準獲得實現。

依照維基百科(Wikipedia)的解釋,國家人權機關可被分成

兩大類，一是人權委員會 (human rights commission)，二是監察機關 (ombudsman)。本院的設立雖承襲我國古代御史制度，但擁有其他國家監察機關相近的職權；因此，自 1994 年起，即加入國際監察組織 (International Ombudsman Institute)，該組織會員分佈於 120 餘個國家。所以，本院職能與人權保護有著高度關係。

傳統監察機關之主要職能在追求行政正義 (administrative justice)，包括促成公部門的「善治 (good governance)」，乃至反貪腐 (anti-corruption)，但許多監察機關被法律賦予人權保障的職能；雖然有些監察機關之法定職掌未必涵蓋人權保護，但運作上仍具備人權保障的功能。主要原因是：當國際人權公約內國法化後，監察機關對公部門進行調查時，即得據以檢視人權落實執行情形。尤其，第 3 代人權觀念特別強調經濟、社會、文化，乃至環境與消費者等集體權利 (collective rights) 之保護，該等人權能否具體實現，多與公權力是否積極執行有關，自然也是傳統監察機關調查的範疇。

實際上，當我們回顧中外歷史，即可印證：許多重大的人權侵害事件多與行政部門有關，包括行政作為嚴重違反人權，及政府作為不足以保障人權。前述兩公約既已成為我國法律制度之一環，本院依據憲法與監察法行使調查、彈劾、糾舉、糾正及建議等權利時，同樣可以監督政府落實執行兩公約揭示之國際人權標準。

自 97 年 8 月 1 日第 4 屆監察委員就職至 98 年 12 月底止，本院共受理 41,079 件人民陳情案件，完成調查報告共 649 案；其中糾正 255 案、彈劾 42 案、糾舉 1 案、函請各機關改善 426 件。這些案件中，半數以上與人權問題相關，可細分為自由權、平等權、生存權、政治參與、司法正義、醫療照護、工作權、

財產權、文化權、教育權、環境資源權、社會保障等 12 類。為讓各界瞭解監察院行使職權情形，及各級政府機關於各人權面向之表現，本院篩選其中較為重要案件，擇要並彙整成人權工作實錄。範圍涵蓋「公民與政治權利」、「經濟、社會與文化權利」、「特定身分者權利」及「老人權利」等四個面向，探討及評析社會關注之人權發展議題。

聯合國於審查各締約國提送人權報告機制中，也鼓勵各該國非政府組織（NGOs）提出「影子報告（shadow reports）」，以利發掘官方正式報告不願據實揭露的人權問題及挑戰。本院人權工作實錄本質上似可視為國家人權報告之一種，但因本院職司監察，以發掘政府部門行政缺失，並督促其改正為主要職能，因此本院撰寫人權工作實錄既取材自調查報告，自然側重政府保障人權不足部分的揭露，似乎也具備「影子報告」的性質，亦即從另一個角度觀察政府於人權方面的作為，提供社會大眾及政府機關參考，尚祈各界惠予賜教。

王建煊

謹序

目 錄

| | |
|--------------------------|----|
| 前言..... | 1 |
| 第一章 國際間老人人權保障標準..... | 2 |
| 第二章 我國老人結構..... | 5 |
| 第三章 我國法制..... | 7 |
| 第四章 我國老人人權評析..... | 13 |
| 第五章 結論與建議..... | 55 |
| 結語..... | 71 |
| 參考文獻..... | 74 |
| 附錄一 聯合國老人綱領..... | 75 |
| 附錄二 第1層及第2層老年經濟保障制度..... | 77 |

前言

我們常說：「家有一老，如有一寶」；在中國傳統社會中，敬老是基本的道德觀，也是一種美德。然而隨著家庭結構的改變，小家庭逐漸成為趨勢；而出生率的降低，使臺灣快速步入高齡化的社會，老人亦面臨諸多問題。

老人議題與兒童、原住民族、移民移工、外籍配偶及消費者等均屬於特定對象之人權議題。然由於高齡化已成為未來的趨勢，臺灣需儘早正視人口結構老化的課題，提出相關政策並及早因應。所以本書將老人之人權獨立一冊，詳細介紹臺灣老人人權現況，並提出精要之建議與看法。

聯合國「世界人權宣言」第 25 條指出，「人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。」歐洲社會憲章第 23 條更明確指出，年長者有受到社會保護的權利，可見老人人權已受到先進國家之重視，成為特定的人權議題。

每個人都有機會面臨到年老階段，老人議題已成為先進國家重視之課題。「聯合國老人綱領」綜整老人之人權，提出了獨立、參與、照顧、自我實現及尊嚴五大面向。本冊以「聯合國老人綱領」為基礎，提出我國老人人權應包含經濟安全保障、健康照護、居住環境、休閒參與、教育與自我實現、尊嚴等 6 大人權構面，除檢視現階段行政機關作為及面臨之困難外，亦提出相關建議，供主管機關作為日後訂定相關決策之參考。

第一章 國際間老人人權保障標準

依據聯合國統計，1991 年全球老年人口（年滿 65 歲以上之人）為 3 億 3 千 2 百萬人，至 2000 年增加為 4 億 2 千 6 百萬人，短短 10 年間老年人口即增加將近 1 億人，顯示全球人口高齡化時代已快速來臨。目前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，規劃推動相關政策與福利，以促進老人在經濟、健康、照顧及社會參與等各方面之權益。此外，第二次世界大戰後之嬰兒潮（baby boomers）現已成為新興年長者（seniors），其面對許多有別於過去的新威脅，包括一般詐欺、居家安全及網路詐欺等，如何確保他們免於恐懼與匱乏，正考驗著政府部門。

一、世界人權宣言

1948 年聯合國「世界人權宣言」第 25 條揭示：「人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。」

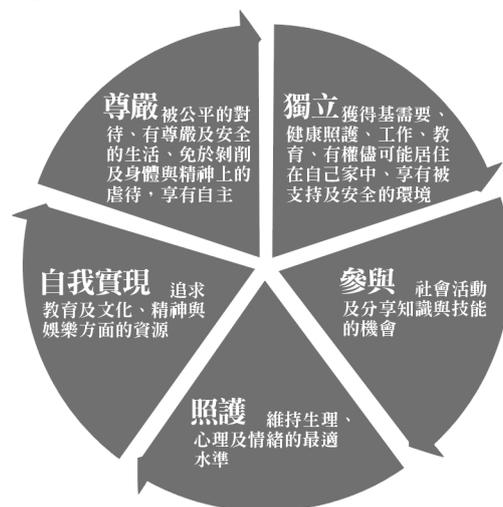
由本宣言觀之，老人人權之保障至少應包括下列三項內容：老人應有維持基本生活水準之所得、有適當之居住環境及有依個人意願參與勞動市場之機會。

二、聯合國老人綱領及老人之權利與責任宣言

聯合國於 1982 年在維也納召開第 1 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)。此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趨勢，並解決老人需求。該方案有 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。

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 Persons)及「老人之權利與責任宣言」(the United Nations Declaration on the Rights and Responsibilities of Older Persons)；另於 1992 年提出「聯合國老人原則」，確定老人應在五方面，獲得保障：獨立(Independence)、參與(Participation)、照護(Care)、自我實現(Self-fulfilment)及尊嚴(Dignity)。此不僅為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。



聯合國揭示五大老人福利目標

聯合國於 1991 年提出「老人之權利與責任宣言」，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。此宣言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，以滿足老人需求。另將 1999 年定為「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)。

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。該次會議針對維也納方案進行修正並通過新的行動方案－「馬德里老化國際行動方案」(Madrid International Plan of Action on Ageing)，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。

三、歐盟對老人人權相關主張

「歐盟基本權利憲章」(2000 年通過)第 25 條指出：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 條揭示：歐盟依相關法律規定，確認並尊重人民於年老情況下，享有社會福利及社會服務。

「歐洲社會憲章」(1965 年生效，修正案於 1999 年生效)第 2 部第 13 條揭示：任何沒有足夠經濟來源者，均有享受社會及醫療援助之權利。第 14 條則明文：每個人有權享受社會福利服務。第 23 條指出：年長者受社會保護的權利，此亦於「歐洲社會憲章附加議定書」(1993 年生效)第 4 條所規範。

第二章 我國老人結構

一、邁入高齡社會

當一個國家 65 歲以上人口數占總人口數之比率逾 7% 時，即進入「高齡化社會」(ageing society)；當此比率逾 14% 時，即稱為「高齡社會」(aged society)；又當此比率逾 20% 時，則稱為「超高齡社會」(super-aged society)。

近十年來，我國生育率下降、人口成長趨緩及人口高齡化；其具體表現為平均餘命延長、老化指數¹及扶老比²增加。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，已達聯合國所定高齡化社會的標準；然至 97 年底，老人人口成長至 240 萬 2 千餘人，占總人口數的 10.43%，已邁入高齡社會。依據內政部統計資料，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；至 97 年底男性部分提高為 75.5 歲、女性為 82 歲。

人口高齡化雖為全球各國普遍之現象，但依據行政院經濟建設委員會預估，97 年我國人口老化指數已達 61.51%。此外，歐美先進國家老人人口倍化期間約需 40 至 115 年，例如美國為 73 年、德國為 40 年、英國為 46 年、義大利為 61 年、瑞典為 85 年、法國為 115 年，然我國卻僅約需 24 年，甚至由高齡社會轉變為超高齡社會所需時間，更縮短為 8 年，**顯示我國人口高齡化之歷程愈來愈快，而因應人口老化所預為準備之時間也較先進國家短。**

¹ 人口老化指數係指 65 歲以上人口除以 14 歲以下人口數所得出之比例，又稱為「老幼人口比」。

² 扶老比係指對 65 歲以上人口扶養指數。

二、獨居老人增加

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。依據內政部統計，老人與子女同住之比例逐年下降，老人僅與配偶同住或獨居之比例逐年上升。另由於生活水準與醫療技術的不斷提升，退休後老人之平均壽命也不斷延長，導致退休後存活期增長，相對風險亦隨之提高。老年人必須在勞動期間積蓄更多資產，或以年金確定給付方式，以支應年老後生活費用。面對高齡化社會的來臨，再加上我國近年來快速都市化，家庭結構日益縮小，家庭扶持老人之傳統功能漸趨式微。如何建構老年國民生活之經濟安全保障體系，強化各項經濟安全、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，乃政府刻不容緩之一大課題。

第三章 我國法制

憲法第 155 條規定：「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，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。」憲法增修條文第 10 條第 8 項規定：「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。」因此，老人人權及社會福利之實踐為我國基本目標之一，亦為憲法明定國家應提供人民之基本權益。

一、老人福利法

我國於 69 年 1 月 26 日公布實施「老人福利法」，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，以遵循「聯合國老人綱領」揭示原則。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。該法於 89 年及 91 年再經修正。嗣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」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，並徵詢相關機關、專家學者、民間團體及各界意見後，於 96 年 1 月 31 日再度對老人福利法進行第二次全面性檢討修正，以作為國家照護老人之主要依據。

二、加強老人安養服務方案

為順應社會發展趨勢及老人實際需求、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。

「加強老人安養服務方案」實施三年後，行政院檢討修正部分內容，繼續推動相關方案，實施期程自 91 年 7 月至 93 年 12 月止。重點包括：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，並朝著社區照顧方向辦理。

為擴展老人安養服務之整體性與連續性，並符合社會背景及世界潮流，建構健康、尊嚴、安全與快樂之老人福利服務，行政院於 94 年 1 月至 96 年 12 月又再推動「加強老人安養服務方案」第 3 期計畫，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。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。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。

三、我國老人人權之發展

總統府於 89 年 10 月 24 日設立人權諮詢小組，行政院則於 90 年 7 月成立跨部會「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」，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，而積極推動之各項服務措施與方案。

老人面臨之問題及其人權之保障規劃與推動，涉及人口政策之制定。行政院早在90年5月17日核定「行政院社會福利推動委員會設置要點」，並先後於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。

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，由內政部長兼任；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。

(一) 社會福利政策綱領

行政院自 87 年至 96 年多次核定加強老人安養服務方案，又於 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涵括六大項目，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，強調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。

(二) 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，並讓臺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。

(三)修正老人福利法

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」，於 96 年間再度修正「老人福利法」。

此外，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、民間相關機構團體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副主任委員，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。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。

(四)國民年金制度

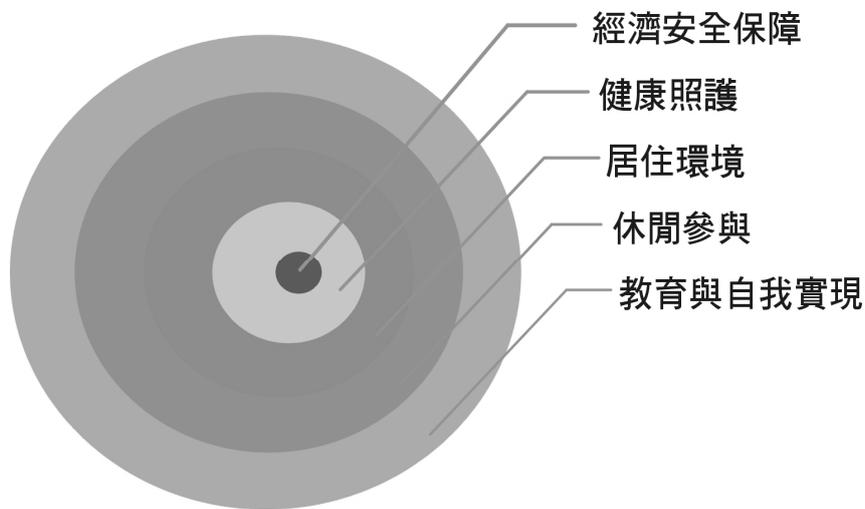
97 年 10 月 1 日開辦國民年金，以全體國民作為保障標的，將年滿 25 歲、未滿 65 歲，未參加勞保、農保、公教保、軍保之國民，強制納入保障範圍，並將失業者、家庭主婦、學生，以及身心障礙者，均納入強制保險之體系。依照社會保險精神，被保險人數越多，及經濟優勢者幫助經濟弱勢者，方能達到社會保險之效果。

(五)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」，並經行政院 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：1、加強弱勢老人服務，提供關懷照顧保護；2、推展老人健康促進，強化預防保健服務；3、鼓勵老人社會參與，維護老年生活安適；4、健全友善老人環境，倡導世代融合社會等四大目的。期由強化老人身體、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。

第四章 我國老人人權評析

世界各國多以「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 個要點為老人人權之標竿，作為規劃推動老人政策與福利基礎，以促進老人在經濟、健康、照顧、社會參與等各方面之權益。監察院為檢視臺灣老人人權現況，於 98 年間邀集學者、專家及政府機關代表，召開諮詢會議，瞭解我國老人人權保障內涵，並歸納出當前我國老人人權應包括經濟安全保障、健康照護、居住環境、休閒參與、教育與自我實現、尊嚴等 6 大項目。本冊即以這些面向，來檢視我國老人之人權保障情形。



檢視老人人權六大面向圖

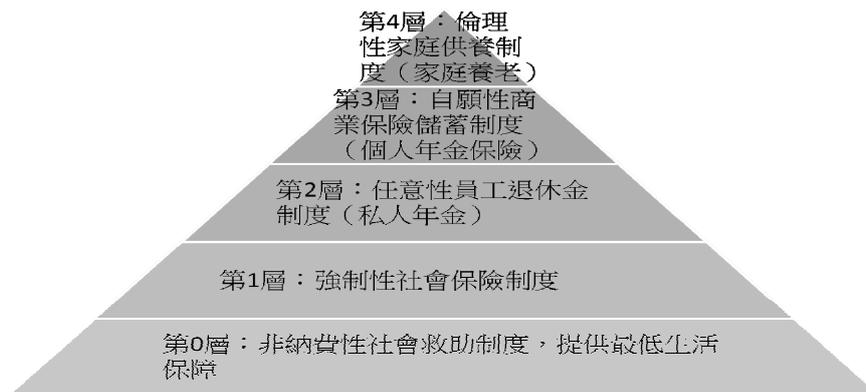
一、經濟安全保障

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，此乃維護老人人權最重要之基礎。

世界銀行於 1994 年發表「避免老年危機報告 (Averting the Old Age Crisis)」，提出三層式保障建構模式 (a three-pillar model)，希望透過再分配、儲蓄或保險等三功能，解決老年貧窮問題，並運用共同保險方式，避免因通貨膨脹、景氣蕭條，及低投資報酬等風險導致之所得損失，達成老年經濟保障目標。

所謂三層退休年金保障體系之構想為：第 1 層為政府責任之基礎年金，相當於我國現行制度之軍、公、勞保；第 2 層為雇主責任之職業年金，相當於我國現行退休金制度；第 3 層則為個人責任之私人商業年金。但世界銀行發現，由於現有老年所得保障普遍不足，產生所謂「年金貧窮化現象」，加上全球性退休危機衝擊等影響，故重新修訂保障層次之建構模式，於 2005 年 5 月提出「21 世紀老年所得維持研究報告」(Old-Age Income Support in the 21st Century)。該報告提倡發展多層次老年經濟保障模式，建構五層式保障模式。

新的模式具有兩大特色，一是將被保障適用對象從正式部門之勞工，擴大至終身貧窮者，且非正式部門勞工亦納入經濟保障範圍；另正式部門勞工，依規定應強制參加各類職業年金。如因工作年資不足，未能符合給付資格條件，致被排除最低年金制度外，而導致其退休經濟保障產生問題，亦應納入保障範圍。因此，多層次老年經濟保障模式係透過多層次年金設計，以多元化模式補充年長者之老年經濟生活。



世界銀行提倡建構五層次老年經濟保障模式

（一）臺灣老人之經濟概況

94年內政部對老人生活狀況調查，65歲以上老人平均每月可使用的生活費，以「6,000元~未滿12,000元」者占25.22%最多，「未滿6,000元」者占18.35%居次，「12,000元~未滿18,000元」者占8.96%再次之，而以「24,000元~未滿30,000元」者占1.34%為最低，65歲以上老人平均每月可使用生活費為11,715元。

依據行政院主計處97年家庭收支調查報告，所得較高三組經濟戶長年齡為65歲以上者，均不到10%。又全體家庭中，經濟戶長年齡為65歲以上所占比率，由69年之3.3%增為97年15.6%。其中最低所得家庭組中，經濟戶長年齡為65歲以上者更由69年之9.9%大幅增加至97年之45.7%，而最高所得家庭組，則僅由1.9%略增為3.3%。**顯見我國老年家庭不僅大幅增加，且多落入低所得家庭組**，而最低所得家庭組經濟戶長為65歲以上者將近50%，陷入老年收入匱乏、貧窮之困境。政府如不儘速採取因應對策，我國將面臨多數老人貧窮而需政府救助之困境。

依據經建會 97 年 9 月之「中華民國臺灣 97 年至 145 年人口推計」，82 年 65 歲以上老年人口占總人口比率開始超過 7%，至 97 年已超過 10%，估計至 117 年老年人口所占比率將達 22.5%。扶老比則由 97 年 14.4%，145 年增為 71.8%。即 97 年約每 7 個工作年齡者負擔 1 個高齡者，145 年將降為不到 2 個工作年齡者負擔 1 個高齡者。

另我國於 93 年家庭自有住宅比率達 86.8%，租賃為 8.1%，配（借）住者 5.1%，與 83 年比較，十年來住宅自有率提高 4.3 個百分點。與國際相較，我國屬高自有住宅率國家，此可能與人民握有不動產具保值、增值觀念外，租賃市場屋源不如歐美國家充裕，未能滿足多元化住宅需求，亦為其原因。**但年老者擁有房屋或土地等不動產，卻缺乏現金，一旦未符合社會救助對象，勢將導致生活陷入困境。**

（二）養兒防老觀念改變

據臺灣地區 82 年社會意向調查報告指出，傳統奉養父母觀念已逐漸淡化，45.4% 之受訪者不同意傳統「養兒防老」的觀念，且高達 26.6% 之受訪者不願意在經濟方面奉養父母。依據內政部 94



子女的關懷對老人至為重要

年統計資料所示，82 年至 94 年間，「與子女同住」之比例由 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%。

根據 94 年老人狀況調查報告，老人生活費的主要來源，來

自子女的奉養的百分比已由 78 年的 58.37% 減為 94 年的 46.68%；而政府救助或津貼自 78 年的 1.23% 上升到 94 年的 15.97%，此趨勢反映出**我國老人依賴子女情況減少，依賴政府比率上升**。

由於孝親倫理觀念逐漸瓦解，高齡者老年經濟生活仰賴子女奉養已逐漸困難，老年者唯有財產自主，方能保障經濟生活，甚至要避免老本被不肖子孫詐騙或侵吞。又老年人隨著年齡增長、生理與心理機能衰退，易引發嚴重或多重慢性疾病，一旦老人身心處於不穩定、不健康狀況，勢將造成生活自理之困難，使得老人財產易遭受他人詐騙、盜領，形成財務虐待之危機。另一大問題是，依據臺灣地區 97 年 5 月老年人口 236 萬人估算，目前約有 11 萬至 14 萬的老人罹患失智症；至 119 年嬰兒潮世代全數進入老年，推估老年失智人口將達 27 萬至 32 萬人之多，屆時老人將因失智成為遭受財務虐待之高危險群，老年生活無法獲得保障並危及晚年生命之安全。

(三)高齡老人面臨退休時之風險

行政院國家科學委員會於 95 年 9 月 18 日發布「高齡社會之老人經濟安全」專題研究報告指出，高齡老人面臨退休時之風險如下：

- 1、**退休金不足**：大多數人在退休後收入大減，如在退休時沒有累積足夠之資產，以供退休後之生活開銷、休閒娛樂和醫療費用，除非有其他移轉收入之來源，否則容易陷入經濟上左支右絀之窘境，難以有尊嚴地安養晚年。
- 2、**通貨膨脹之壓力**：在作退休金規劃時，必須考慮通貨膨脹之因素，以免在數十年後，即使順利達成退休金累積之目標，卻因通貨膨脹而無法享有富足之晚年生活。

- 3、**健保給付縮水**：我國全民健康保險自 84 年開辦以來，雖然民眾明顯感覺到平時之醫療支出較以前少，但這是為了順利推行政策，而收取偏低之保險費率所致。然各式道德危險之產生，如醫院診所高報醫療費用或病人無節制之浪費醫療資源，皆使全民健保之財務更形困難。全民健康保險制度已陷入財務逐漸惡化之趨勢。未來很有可能增加保險費之支出，減少健保給付之範圍。在作退休計畫時，須將全民健康保險之給付範圍調整或增加自己負擔之醫療費用情況，納入考量。
- 4、**長期看護之需求**：疾病或意外傷害都可能產生長期看護的需求。隨著醫療技術的進步，許多以前的絕症如今可能只讓人喪失健康或失去自理生活的能力，使得老年人所需長期看護之需求不斷提升。現代社會老年人之子女需投入職場，無法像傳統社會可將老人交給在家之家庭主婦，而須委由外人代為照顧。高昂的看護費用，很可能輕易的就把累積一生的退休資本耗盡，或加重兒女之負擔，此乃規劃退休金時必須考慮之潛在風險。
- 5、**壽命延長超乎預期**：全世界人口明顯老化之趨勢下，需將平均壽命延長情況納入退休金規劃之重要考量，否則很有可能面臨退休金耗盡，仍健在於人世情形。因此，退休規劃應將壽命延長的因素列入考量，才不會有退休準備不足的情形產生。
- 6、**政策之不利改變**：退休規劃面對的是未來十幾年或數十年之環境，此時之政治或政策可能產生很大的改變，例如稅率政策之改變。或因財政赤字而使稅率提高、降低或取消關於退休金提撥之稅賦減免，均是退休生活所面對之風險。

7、醫療及保健支出大幅上升：隨著醫療的進步，許多疾病都有治療方式，但也代表潛在的高昂醫療費用。又在生物科技發展下，許多抗老之有效物質也容易轉化成各式方便食用之保健食品，這也是在年老時，可能需要增加之消費支出。

由於平均餘命延長，養老費用增加，對於高齡社會老人所面臨之各種風險下，政府宜提早規劃高齡就業方案，協助高齡者從事其能力足以勝任之工作，以提升老人經濟安全保障。

(四)我國老年經濟保障制度

我國對老人的經濟安全保障，散見在各社會救助、生活津貼、特別照顧津貼、年金制度、職業退休給付方案、保險方案之老年給付、財產交付信託、經濟型就業、失能補助等項目。

經建會於 98 年 11 月 5 日到監察院說明略以：自 97 年 10 月 1 日開辦國民年金後，我國老年經濟保障制度體系分為下列四層：第零層為社會救助制度(如中低收入老人生活津貼)，第 1 層為法定之社會保險制度，包括軍人保險、公教人員保險、勞工保險、農民健康保險、國民年金；第 2 層為法定之職業年金，包括軍職人員退伍金、榮民就養給與、公務人員退撫基金、政務人員離職儲金、私校教職員工退撫基金、勞工退休金、約聘僱人員離職儲金、老農津貼；第 3 層屬個人意願之私人商業保險、儲蓄、家庭互助等保障體系(第 1 層及第 2 層之社會保險制度詳附錄二)。

我國各種退休制度係以特定對象為主體而獨立運作，彼此缺乏年資轉換機制，致轉換退休制度者，未能充分保障老年給付權益。目前就業市場之職業流動日趨頻繁，退休制度與就業市場間，已出現扞格；公、私部門退休制度缺乏轉換機制，也影響人才流動問題。另綜合檢視前述制度，我們可以發現因身分之不

同，仍有如下保障上之漏洞，有待政府全面檢視並設法彌補：(1) 農民參加農保並無老年給付，農民亦無職業退休給付制度。(2) 家務工作者（如無薪之主婦）雖得參加國民年金保險，但無職業退休給付。(3) 依現行政務人員退職撫卹條例規定，非軍、公、教人員（私立大學教師或自由業）等轉任之政務人員者，不得領取離職儲金。(4) 立法委員雖被強制投保公教人員保險，但無職業退休給付。(5) 政務人員及聘僱人員離職儲金制度採確定提撥之一次領取方式，影響老年經濟安全保障。(6) 私立學校教職員工自 81 年 8 月 1 日起參加私校退撫基金，但其養老給付卻為一次性給與。(7) 除參加勞保者外，各機關學校團體駐衛警察均僅採一次給付方式，欠缺退職老年年金保障，影響退休後之老年生活。

97 年 10 月 1 日開辦國民年金，係以全體國民作為保障對象，將年滿 25 歲、未滿 65 歲，未參加勞保、農保、公教保、軍保之國民，強制納入保障範圍。國民年金提供被保險人於發生「重度以上身心障礙」、「死亡」及「老年」事故時之保障，依規定繳納保費之被保險人，在加保期間若不幸發生重度以上身心障礙或死亡事故，其本人或遺屬可享有「身心障礙年金」、「遺屬年金」及「喪葬給付」等相關保險給付，其基礎老年金經濟保障中之老人津貼僅 3,000 元。國民年金給付係按投保年資計算，各類保險制度之目的在提供各類國民老年基本經濟安全保障。惟部分弱勢人口亦納入國民年金保險範圍，但其並無固定收入，往往無力繳納國民年金投保費用，明顯不符「社會互助、風險分攤」之社會保險基本精神。依據勞委會 98 年 11 月 9 日就國民年金法所需保險年資及老年可領取之國民年金情形觀之，**如加入國民年金年資 40 年，每月可領取之年金僅 8,986 元，無法滿足我國 65 歲以上**

老人平均每月使用的生活費 11,715 元，甚至低於 98 年臺灣省貧窮線之最低生活費標準 9,828 元，國民老年經濟安全保障明顯不足。

審計部 97 年度中央政府總決算審核報告指出，國民年金保險基金年度編列之預算為 468 億 1 千 6 百餘萬元，然辦理時發現：（1）保險費率未辦理精算，僅於開辦時，參酌行政院主計處統計數據、勞工基本工資、全民健康保險及勞工保險之政府保費補助比率等，進行保險費推估；（2）國民年金於 97 年 10 月 1 日開辦，但開辦次月起即持續發生各月份獲配之公益彩券盈餘不足以支應中央政府應負擔之保費、年金差額及業務費用之情事，計有 409 萬 3,308 人。截至 97 年度止僅 234 萬 9,686 人繳交保險費，約占 57.40%，納保率偏低。

在勞工退休金方面，依勞委會 98 年 11 月 9 日書面說明，假設被保險人係於 60 歲請領老年給付，退保前 3 年平均月投保薪資及加保期間最高 60 個月平均月投保薪資均為 43,900 元，以工作 30 年為例，每月僅領取老年給付金額 20,414 元，惟依內政部 98 年 2 月調查老人福利機構收費情形，以北區老人安養機構（入住者為健康老人），平均收費為 14,500 元至 25,000 元最低；失能老人入住之養護機構或長期照護機構，平均每月收費為 28,000 到 35,000 元；中、南、東區也在 16,000 至 33,000 之間。因此，我國現行之勞保老年年金給付額度，以最高投保薪資計算，僅能勉強支付老人每月基本生活費用，並無餘力支付老人失能時之養護及長期照顧費用。又勞工退休金制度於 94 年開始實施，開辦 20 年後之 114 年，老人人口佔總人口 20%。依勞退新制最高投保薪資為 43,900 元，如以提撥 6%，薪資成長率 1%，報酬率 4

%條件下，20 年後可領得之月退休金約為 6,000 元。勞保加計勞退，每月所得亦難以支應失能時照顧所需費用。勞工老年經濟安全制度實有不足。

勞退新制實施後，事業單位提撥勞工退休準備金不足，勞工老年給付欠缺保障。依據勞委會於 98 年 11 月 9 日之書面說明，現行勞退新制於 94 年 7 月 1 日開辦，就舊制勞工退休準備金開戶廠商家數及占全體廠商比率觀之，勞退新制開辦後，適用勞退新制人數已達 463 萬餘人。地方政府為查核事業單位是否應提撥勞工退休準備金，必須至事業單位現場先行查核事業單位是否有提撥之義務（如認定有無無酬家屬、是否依法結清年資、勞工是否具有勞退舊年資、有無僱用勞工等繁複之查核程序），再進行催設及限期改善。98 年 7 月依勞保局及各縣市政府已清查之結果，無提撥義務之廠商家數為 208,911 家，佔目前單位家數 48.27%。至 98 年 8 月底，累積提撥退休準備金之廠商家數 145,075 家，較 93 年 6 月勞退新制立法通過之初的 53,472 家，增加 171.3%。經清查全體應提撥家數 223,897 家，目前提撥退休準備金之家數為 123,527 家，家數提存率 55.17%，尚有 44.83% 尚未提撥。依經建會 118 年老人人口相關推計結果，65 歲以上人口數達 5,564,000 人，占總人口比率 23.3%，扶老比高達 36%。如新制退休金提撥勞工退休準備金不足，勢將嚴重影響勞工退休權益，屆時政府若編列預算支應，亦造成財政負擔。

現行「農民健康保險」，依農民健康保險條例第 2 條規定，農民健康保險之保險事故，分為生育、傷害、疾病、殘廢及死亡 5 種，並無老年給付，對於農民老年經濟安全保障，僅能依賴每月 6,000 元之「老年農民福利津貼」。又農民健康保險因保費低，

由政府負擔之保費補助高達 7 成，且投保無年齡限制，已偏離一般社會保險給付與權利相對原則。隨著人口老化，政府的財政壓力將更為沈重，然因農民並無老年給付制度，將造成農民退休權益之損失。

另審計部 97 年度中央政府總決算審核報告指出：「農民健康保險自開辦以來，每年財務均呈虧絀，惟未辦理精算，其應提存之責任準備數額不明；依據各類社會保險承保機關及臺灣銀行提供數據統計，各級政府積欠應行負擔全民健康保險、勞工保險、就業保險、農民保險等社會保險之補助費為 1,229 億餘元。」

(五)老人財產信託制度之研議

老人福利法第 13 條第 1 項規定：「對於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效果之老人，法院得因主管機關之聲請，為監護或輔助之宣告。」同條第 3 項規定：「監護或輔助宣告確定前，主管機關為保護老人之身體及財產，得聲請法院為必要之處分。」同條第 14 條規定：「為保護老人之財產安全，直轄市、縣（市）主管機關應鼓勵其將財產交付信託。無法定扶養義務人之老人經法院為監護或輔助宣告者，其財產得交付與經中央目的主管機關許可之信託業代為管理、處分。」身心障礙者權益保障法第 81 條規定：「身心障礙者有受監護或輔助宣告之必要時，直轄市、縣（市）主管機關得協助其向法院聲請。」關於監護或輔助之宣告，須依民法第 14 條或第 15 條之 1 規定辦理。而監護或輔助宣告對象限於精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示，或致不能辨識其意思表示之效果，或辨識能力顯有不足者。至於精神心智健康但失能之老人，則不能聲請監護或輔助宣告。然失能老人因行

動困難，亦有無法親自管理處分財產之困擾，主管機關亦有介入保護之必要。又處分財產不需長期時間，尤其是現金、股票等財物容易變現，如須經聲請法院為必要處分才進行保護，恐為時已晚。故目前老人福利法等相關規定，尚有不足。

我國老人之信託業務始自 81 年中央信託局開辦之「安養信託」，在信託法通過之前，陸續有交通銀行、世華銀行提供安養信託，然該商品獲利率極微，加以國人尚未普遍建立信託觀念，故意願不高。85 年之信託法及 89 年之信託業法公布施行後，確立我國信託法制度。目前我國財產信託制度主要架構於「信託法」之上，以行政院金融監督管理委員會為主管機關，財產信託制度係委託人將財產權移轉或為其他處分，使受託人依信託本旨，為受益人之利益或為特定之目的，管理或處分信託財產之關係，因信託契約須由委託人（老人）主動商洽信託業者簽訂，方能成立，故金管會已責成信託公會，對老人及其家屬、信託業者、信託從業人員與政府機關、社福機構等進行老人財產信託觀念宣導。雖每年約宣導 3,000 人次，但因宣導成效有限及法律保障制度未臻完善，目前老人將財產交付信託者為數甚少。政府如何兼顧信託業者業務發展及建立財產信託機制，以協助老人依自主意思及需求處分財產，亟待積極檢討。

(六)老人以房養老制度之研議

鑒於人口結構改變，國外紛紛推出新退休商品，以因應退休金不足之問題，尤以「反向抵押貸款」之發展最受關注，目前美、日、新加坡、澳洲、英及加等國均有類似住宅擔保機制。所謂「反向抵押貸款（reverse mortgages）」係屬房屋淨值轉換機制之一，乃針對達到法定年齡之老年人，為滿足其日常生活支出、長期看

護費用、房屋修繕費用或其他任何目的之需求，以其所有之房屋為擔保，向銀行或其他金融機構申請融資貸款，以維持其日常應有之消費水準。

98年9月7日行政院核定內政部提報「友善關懷老人服務方案」，並由金管會及內政部共同研議「反向抵押貸款」之可行性。內政部復於98年10月27日召開「研商房屋淨值轉換抵押貸款相關事宜會議」，並責成金管會研究此制度之基本架構，預擬各環節可能遭遇困難，以利進一步規劃本制度。該案經行政院院長於98年10月29日院會中裁示由金管會會同法務部研議其可行性。未來如能就「不動產逆向抵押貸款」訂定具體配套措施，將有助於解決老人所需之生活費及照顧費用，減緩我國因人口老化而衍生之退休金不足和養老資金不足之壓力，並符合在地老化之政策目標。

二、健康照護方面

聯合國於2002年提出「馬德里老化國際行動方案」，呼籲各國確保人民能在有保障及尊嚴之情況下步入老年，並持續參與社會。該方案為世界各國擬訂老人健康政策之主要參考架構。此外，世界衛生組織亦於2002年提出活躍老化（active ageing）之概念，透過改善老年人健康、參與及安全之過程，提升老年人之生活品質。

在可預見之未來，臺灣人口老化之現象將持續不斷。然臺灣經濟發展、人口結構、家庭型態、福利需求等已趨複雜及多元化，尤其家庭對於老人之照顧功能與方式，已不同於過去。故老人預防保健之內涵，不應僅限於身體功能狀況之檢查及健康生活形態之推動，更應強調心理健康及情緒問題。因此，如何建構長期照

顧服務制度也是未來老人最為迫切需求之項目之一。

依據行政院衛生署提供健保局醫療統計，95 年至 97 年間 65 歲以上保險對象占全國保險對象之比率約 10% 左右，惟其門住診醫療費用率已逾 30%，並有逐年上升之趨勢。可見 65 歲以上保險對象人數雖然較少，但醫療給付反而較高；此可預期隨著老年人口增加，全民健保費用將隨之上升，而造成國家財政之極大衝擊。又依據衛生署「96 年臺灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」，我國老人疾病，漸趨向以慢性疾病為主，88.7% 之老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，常見慢性病前 5 名分別為高血壓、白內障、心臟病、胃潰瘍或胃病、關節炎或風濕症。再以 83 年至 95 年臺灣老人主要死因及死亡率觀察，老人罹病及死因以慢性病為主，其中與生活型態有關之死因，慢性病即占七項（惡性腫瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、腦血管疾病、心臟疾病、腎病變、高血壓）。凡此俱見政府若未積極採取因應作為，未來我國慢性疾病死亡人數將持續增加，醫療與照護之負荷亦將加重，遑論國人於老年時能有良好之生活品質。

（一）老人慢性疾病之預防保健

世界衛生組織於 2008 年發表之「預防慢性病：一項重要的投資」報告指出，不健康、缺乏運動、吸煙等係導致慢性病之主要原因。例如體重過重及肥胖引發血壓升高，影響膽固醇異常和對胰島素敏感性降低，將引發心血管疾病、中風、糖尿病及多重癌症之風險。而高血壓與高膽固醇與攝取過多脂肪、鹽及糖有密切相關；若能採取適當且有效之政策及措施，至少有 80% 慢性病及 40% 癌症可被及早發現（吳肖琪、洪燕妮、黃俊哲，民國 98 年）。97 年成人預防保健服務中，透過乳房攝影及糞便潛血篩檢，

早期發現乳癌及結直腸癌，皆有助於提前預防。亦有學者提出「疾病壓縮理論」，主張將可能發生在一個人身上之疾病，壓縮到死亡的最後一段時間，最好一天或一個星期，亦可縮短老年人身心障礙臥床之時間。

1、臺灣慢性疾病老人增加

依據內政部統計資料，65 歲以上身心障礙者人數從 86 年之 148,001 人，增加到 97 年之 379,986 人，約增加 2.6 倍，其增加幅度僅次於 45 至 59 歲之身心障礙者（3.2 倍）。又 97 年身心障礙者人數計有 1,040,585 人，其中 65 歲以上老人即占 36.51%。

再從行政院衛生署資料觀之，北部某醫學中心之多重慢性病患，每人平均罹患之慢性病種類為 1.8 至 3.14 種，平均每人就醫科別數為 1.65 至 3.31 科。由於老人身體機能將隨年齡增長或罹患慢性疾病，逐漸退化或失去功能，成為身心障礙者，而我國老化人口逐年增加，老人身心障礙及多重慢性疾病之人數亦隨之升高。是以，醫院若能針對多重慢性疾病老人患者之就醫特性，積極提供整合性之醫療照護，將能保障該類病患之就醫品質與用藥安全。

2、多重慢性病整合照護計畫

國內在現行醫療過度專業化之環境下，醫療體系以醫院為中心，依疾病分科方式提供醫療服務，以致多重慢性疾病老人患者疲於多次掛號、多次就診，造成病人舟車勞頓、候診時間增加、重複用藥風險提高，以及醫療資源浪費等問題。監察院諮詢之學者亦指出，醫療服務高使用者以老年人、住院、慢性病及重症病患為主，故老人之醫療照顧為政府亟需準備與面對之課題，然目前急性醫療照顧體系未能因應我國人口急遽老化，而產生老年照

護觀念缺乏、老人友善之照護環境不足、缺乏老人友善之就診及求醫過程、單科照護模式無法滿足特定老年照護需求等問題。

行政院衛生署為提升醫療品質與用藥安全，自 98 年 12 月 1 日起開始試辦「多重慢性病整合照護計畫」。預定分三個階段：第一階段為 98 年至 99 年底（試辦期），主要係院內或整合團隊對忠誠病人照護之整合；第二階段為 100 年-101 年（推廣期），主要係跨院間之整合照護；第三階段為 102 年以後（成熟期），重點係醫院與基層醫療院所間之垂直整合。健保局各分局自 98 年 10 月起於各轄區公開徵求試辦醫院，並依其規劃之計畫書進行審查。審查通過之醫院自 98 年 12 月起，可提供此類患者積極之整合性醫療照護模式。目前已有 182 家醫院提出申請（醫學中心 18 家、區域醫院 62 家、地區醫院 102 家），預定照護人數約 60 萬人。未來，該署將視試辦醫院之辦理成效，額外提供誘因，鼓勵醫院積極投入改善病患之就醫品質。此外，該署於「99 年度醫療區域輔導與醫療資源整合計畫作業要點」中，新增輔導區域內醫院建立「跨科別」與「跨專業」之整合性醫療服務，以期醫院提供老人用藥門診或用藥諮詢等服務。

3、急性後期照護

急性後期照護（或稱亞急性、中期照護）係指病患在急性期由醫院處理治療後，暫無需依賴高科技監測或診斷，而仍需醫師、護理人員及其他相關專業人員協同照護時，即進入急性後期照護場所，以協助病患由疾病期過渡到恢復期，並協助返家休養或於病情穩定後進住養護機構，相關費用由政府依照護理時間長短全額或部分給付。

行政院經建會於「長期照顧保險制度初步規劃成果與構想」

中指出，長期照護保險所提供之失能照護與全民健康保險所提供之急性醫療，兩者本質上有相當大之差異。惟在急性醫療過渡到長期照護之間，尚需急性後續照護加以銜接，方能成為一套連續性、完整性之全人照護服務體系。是以，急性後期照護服務可謂急性醫療照護服務及長期照顧服務間之重要橋樑。

4、成人預防保健及癌症篩檢服務

為促進老人健康及預防相關疾病，政府透過老人健康促進計畫，推行成人預防保健及癌症篩檢服務，即以初級預防之概念，促進老年人健康，及早預防疾病之發生。具體措施包括：促進老人健康體能，推廣「每日一萬步、健康有保固」之觀念。加強老人防跌、口腔及視力保健、菸害防制、預防保健及篩檢服務、推行年度流感疫苗接種、在社區內不同型態之地點，廣設血壓測量站等。行政院衛生署推動之成人預防保健服務中，對 65 歲以上者，每年提供一次健康檢查服務；針對 40 至 64 歲民眾，提供每三年 1 次之免費預防保健服務。97 年經受檢發現血壓、血糖及血膽固醇值異常之比率，分別為 22.7%、7.8% 及 13.1%。此外，該署針對 50 至 69 歲民眾，提供糞便潛血檢查，經篩檢發現之結直腸癌約四成以上屬於 0 期或第 1 期，比癌症登記率 19% 為高；另針對 50 至 69 歲婦女，提供乳房攝影檢查，經篩檢發現之乳癌約五成以上屬於 0 期或第 1 期，比癌症登記率僅 37% 為高。以上顯示預防保健及篩檢服務確實有助於早期發現，可列為老人疾病防治策略之一。另內政部於 96 年 7 月會銜衛生署訂定「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」，其中第 5 條規定：「直轄市、縣（市）主管機關應將健康檢查結果通知老人；檢查結果無法判讀時，應通知其複檢；發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或

將其轉介至適當醫療機構治療。」

另衛生署、健保局、國民健康局等部門網站，均有提供民眾衛生教育及自我照護等相關資訊及知識，而各醫療機構亦皆設置網站，提供各類醫療問題之解答與資訊。

5、社區老人健康促進

衛生署已於 96 年至 97 年委託彰化縣衛生局及中臺科技大學，分別於彰化縣及臺中市各一處鄉鎮地區辦理資源整合式之社區老人健康促進工作模式。透過結合當地社區組織，依當地概況、老人特質及其既有行為，引發老人改善飲食、運動等日常生活行為之興趣，強化老人健康促進。但目前該項健康促進策略之實施範圍僅在 2 個鄉鎮，涵蓋率有限，且屬試辦性質。後該署雖於 98 年擴大持續推動，但僅擴大到 4 個縣市，每縣市 2 個社區，成效仍難以全面擴展。

相關部會為促進社區老人身心健康，延緩長者老化速度，採深入社區方式，設立基層提供服務單位或據點。包括衛生署推動「社區（部落）健康營造計畫」、內政部推動社區照顧關懷據點，教育部成立社區樂齡銀髮學習中心，原委會推展原住民族部落老人日間關懷站，農委會推廣高齡者生活改善班、漁民互助高齡班，同時提供關懷訪視、餐飲服務、健康促進活動或諮詢轉介等服務。

由於老年人罹患慢性疾病通常不易痊癒，需持續照顧及醫療，相關費用成本勢必增加，因此老年預防保健與健康促進不僅可免於疾病、減少醫療支出，並可增加生活品質。然目前衛生署未能提供足夠經費，以致符合成人預防保健及癌症篩檢服務資格之中老年人受檢率偏低，且對於新發現異常個案之後續健康狀

況，亟待落實追蹤及宣導。又該署未能全面深入社區及家庭推展預防保健觀念，亦未能充分結合相關部會之社區組織，提供健康促進服務方案，致效果仍有限。現階段實應整合各機關服務體系與資源，採取有效策略進行老年健康促進、及預防保健教育，使民眾充分理解「疾病壓縮理論」及「活躍老化」之概念，進而運用落實到日常生活中，改變個人之健康行為（例如：正確飲食與運動、創造健康環境，以及改變對健康之態度與期望），降低老年時疾病失能之發生。另可積極透過基層單位及組織，依當地老人特質、生活行為及健康狀況，採取有效健康促進工作模式，以全面深入推動老人預防保健工作。

（二）失能及身心障礙老人之照護

「老人福利法」第 16 條第 2 項規定：「直轄市、縣（市）主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」依據臺南市政府於 96 年 8 月 20 日至 97 年 2 月 29 日期間辦理之「疑似失能老人普查計畫」調查結果顯示，該市失能老人之比率為 10.66%，且該府逐一按轄內老人之失能程度，訪視評估其照顧需求，並媒合適當照顧服務。但目前內政部及地方政府多以 89 年行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率 9.7%，作為失能老人人數之推估標準。以距今 9 年之普查結果，推估現今失能老人人數，實無法發掘掌握老人及其需求之所在，進而連結相關照顧服務資源，且不能針對不同失能程度、家庭型態及經濟狀況者，提供服務及轉介，或布建適切的居家式、社區式及機構式照顧服務資源。針對此點，內政部已表示，行政院衛生署規劃於 99 年度進行失能需求調查，以利未來長期照護保險開辦之各項規劃。

(三)老人長期照顧

老人福利法第 16 條規定：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理。直轄市、縣（市）主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」

1、長期照顧十年計畫

為因應我國近年來人口快速老化，所導致長期照顧需求之增加，並考量資源開發之有限性，行政院於 96 年 4 月 3 日核定「我國長期照顧十年計畫」，結合社政及衛政等資源，以需求評估結果作為服務提供之依據，由地方政府長期照顧管理中心（由行政院衛生署負責編列預算）擔任連結資源之窗口，提供失能老人相關服務。

我國長期照顧十年計畫之服務項目包括：照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧服務）、居家護理、社區及居家復健、輔具購買租借及住宅無障礙環境改善、老人餐飲、喘息服務、交通接送、長期照顧機構等。其中居家護理、社區及居家復健、喘息服務等三項係衛生署負責項目（下稱衛政三項服務），其餘為內政部負責項目（下稱社政服務項目）。惟依據衛生署及內政部查復資料顯示，無論居家式、社區式、抑或機構式照顧服務，各地服務資源發展程度明顯不一與不均，致難以落實全人照顧、在地老化及多元連續服務之目標。

另該項計畫以補助服務使用為原則，考量個案家庭經濟狀況予以不同補助標準：低收入戶由政府全額補助，中低收入戶補助 90%，一般家庭則補助 60%。

依據衛生署提供之 97 年各縣市長期照顧管理中心收案及使

用服務情形統計表觀之，部分縣市未使用長期照顧服務人數占收案人數之比率偏高，逾 50% 者即包括新竹縣 63.09%、嘉義縣 69.71%、臺南縣 61.90%、高雄縣 81.79%、臺東縣 58.47%、基隆市 50.96%、新竹市 70.10%、臺中市 54.84%、嘉義市 74.30%、臺南市 81.78%、金門縣 57.71% 等 11 個縣市，顯示多數民眾經評估符合接受長期照顧服務之資格，實際卻未使用服務。

此外，98 年 6 月底各縣市均有居家護理、居家（社區）復健、喘息服務之提供單位，但部分縣市實際服務人數遠低於服務目標人數。服務使用率未達 40% 者包括基隆市、桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、臺南縣、屏東縣、臺東縣等 11 個縣市，其中部分縣市甚至未達 10%，使用率明顯偏低。可見民眾使用長期照顧服務之意願偏低，成效不如預期。

行政院衛生署表示，上開縣市使用率偏低係因：（1）部分縣市長期照顧管理專員未補足、流動率高，導致評估人力不足，無法有效連結服務資源，增加服務推動困難；（2）一般戶使用長期照顧服務，需自行負擔 40% 服務費用，地方政府反映民眾抱怨部分負擔過高，因而降低其使用意願。以上均待行政院督促中央主管機關正視此問題並擬妥解決之道，讓所有失能老人能夠獲得妥善之照顧。

以衛生署提供之 98 年各縣市衛政三項服務提供單位數統計觀之，各縣市雖均有居家護理、居家及社區復健、喘息服務提供單位，惟其數量多寡不一。例如：居家護理服務部分，基隆市、新竹縣、屏東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等 6 個縣市僅有 1-2 個服務提供單位；居家及社區復健服務部分，臺北市、基隆市、臺北縣、新竹縣、苗栗縣、臺中縣、臺中市、南投縣、雲林縣、

嘉義縣、臺南縣、臺南市、高雄市、高雄縣、屏東縣、宜蘭縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等 19 個縣市僅有 1-2 個服務提供單位；至於喘息服務部分，臺南縣、屏東縣、金門縣及連江縣等 4 縣僅有 1-2 個服務提供單位。

以內政部提供之 98 年各縣市社政服務項目之服務供給單位數觀之，部分縣市之社政服務項目缺乏服務提供單位。例如：苗栗縣、嘉義縣、臺南縣、高雄縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等 8 個縣缺乏日間照顧中心；僅臺北市、高雄市、臺北縣、臺中縣、彰化縣、屏東縣及嘉義市等 7 個縣市設有失智症老人日間照顧中心；僅南投縣、高雄縣、臺中市及嘉義市等 4 個縣市提供家庭托顧服務；高雄市、臺南縣、臺東縣、花蓮縣、臺南市及連江縣等 6 個縣市缺乏交通接送服務；屏東縣、金門縣及連江縣等 3 縣沒有老人營養餐飲服務。內政部亦坦承，各地照護資源服務發展程度不一、資源分配不均，實乃我國長期照顧十年計畫推動之障礙。

再以內政部統計資料及書面說明觀之，97 年底各縣市老人長期照顧及安養機構仍以養護型機構為最多（計有 949 家），部分縣市並無長期照顧型機構，包括嘉義縣、高雄縣、臺東縣、澎湖縣、基隆市、新竹市、金門縣及連江縣等 8 個縣市。以各縣市機構數量觀之，以臺北縣為最多，計有 198 家，其次為臺北市計有 162 家、高雄市計有 81 家。此外，南北各有一區塊之機構數較多，北部以臺北市、臺北縣及桃園縣居多，南部以臺南縣、高雄市、高雄縣及屏東縣居多。再就區域分布觀之，臺灣西部縣市較顯不足，且有鄰近區塊之現象，例如苗栗縣、臺中縣為一區塊，雲林縣、嘉義縣為一區塊，離島之澎湖縣、金門縣等 2 縣市資源最少。

又依據內政部網站公布之統計資料顯示，98年6月底7個縣市床位數之供給低於需求，包括臺北市、苗栗縣、臺中縣、雲林縣、嘉義縣、澎湖縣、金門縣等7個縣市。

內政部網站統計資料顯示，98年6月底老人長期照顧及安養護機構實際進住人數總計為38,642人。前揭數據與全國老人失能推估人數233,015人，以及全國極重度與重度失能老人推估人數69,904人相較，顯示絕大多數失能老人仍在家安養。基此，居家式及社區式照顧服務資源之充分發展與建置，對於在地老化之政策目標之推動，實有其必要性。然內政部資料顯示，97年12月底居家服務人數為22,305人，遠低於全國老人失能推估人數233,015人。又依據監察院實地訪視發現，長期照顧服務之補助標準未能因地制宜，例如：交通接送服務每趟最高190元之補助標準，居家護理及居家復健服務交通費200元之補助標準，難以適用於幅員廣大之鄉村地區（例如：嘉義縣山線地區至嘉義市之距離，至少為74.9公里），致影響民間單位投入長期照護服務之意願，造成地方政府推動服務及布建資源之困難，進而影響民眾使用居家服務之方便性。此外，長期照顧服務之補助標準未能考量不同需求老人在地安老之實際需要與經濟負擔，例如：部分縣市之山地及農漁村等偏遠地區缺乏社會福利資源，而居住當地之多數原住民族及農漁民雖未符合低收入戶或中低收入認定資格，其等多為經濟弱勢之邊緣戶。然長期照顧服務之使用涉及自行負擔部分服務費用（如家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用1.5倍至2.5倍者，民眾須自行負擔10%之服務費用；如為一般戶者，民眾須自行負擔40%之服務費用），致其等雖被評估認定為失能者，或有入進機構之需求，卻因缺乏經濟負擔

能力，而選擇放棄使用服務，嚴重影響其生活品質。另居家服務依個案失能程度，政府核予補助不同之服務時數，其中重度者每月補助上限最高僅 90 小時，亦即平均每日 3 小時居家服務，仍需依賴家人自行照顧；但當其家人身心俱疲時，最終只能選擇僱用外籍看護工，以解決家庭照顧之負擔。此現象將更不利於居家式及社區式照顧服務之發展。因此，目前政府對於長期照顧服務補助標準，尚未能因地制宜及考量不同需求及經濟弱勢老人之負擔能力。

中期照護服務試辦計畫一部分負擔費用吃重

行政院衛生署為強化持續性健康照護體系，發展中期照護服務模式，推動中期照護服務試辦計畫。除鼓勵獨立型護理之家試辦中期照護之創新照護服務模式，拓展其創新服務功能與發展整合連續性照護服務，98 年 8 月間又核定補助 7 家獨立型護理之家試辦中期照護服務模式，以提升其服務品質。此外，目前衛生署所屬屏東醫院及桃園醫院已設立中期照護單位（分別設立 60 床及 15 床），99 年將再增加兩家所屬醫院設立中期照護單位。然該署推動之中期照護服務係屬試辦方案，病患仍須自行負擔費用，健保醫療給付仍以照顧急性病患及慢性病患為主。

急性後期照護方案尚有不足

政府遲未全面規劃急性後期照護方案，現僅規劃暫以小規模試辦，以致急性後期患者處於模糊地帶，分散在住院體系、慢性療養機構或護理之家等不同機構，甚至有以急性病床照顧急性後期及長期照顧病患。

失能老人照顧服務仍需加強

目前失能老人除可接受「我國長期照顧十年計畫」所提供之各項居家式、社區式及機構式照顧服務補助外，另全民健保提供慢性病床及居家照護給付，社政單位則另提供中低收入老人及身心障礙者相關照顧服務與照顧者津貼。然相關照顧服務仍有不足，家庭負擔仍然沉重。政府對於長期照顧服務之補助係以低收入戶之重度失能老人為主要對象，中低收入及一般民眾仍須分別負擔 10% 及 40% 之費用。在缺乏財源下，高成本支出單由家庭自行承擔，甚至部分縣市偏遠地區老人及其家庭經濟狀況普遍較為弱勢，卻未能獲得更多之協助資源，致弱勢老人未能獲得妥善照顧。依據內政部表示，長期照顧服務補助時數之計算基礎，係由專家學者組成之研究團隊比較各國辦理情形而定（主要參考德國長期照顧保險制度，而德國長期照顧制度以保險方式辦理，其財源係依保險精算由保險人及被保險人分攤）。反觀我國長期照顧計畫現階段係以編列公務預算，由國家稅收補助方式辦理，基於國家財政負擔考量，權衡經費推動各項政務，至今長期照顧費用之財源尚乏制度化，以致無法有效擴展，完整長期照顧服務體系。

2、我國長期照顧制度問題

基於照顧管理之權責涉及政府資源之管理與配置，宜由地方政府設置長期照顧管理中心擔任長期照顧管理制度之執行單位，以提供失能者及其家庭之單一整合服務窗口。又為利長期照顧管理中心穩健運作，由行政院衛生署統籌編列專款，補助地方政府進用照顧管理專員、照顧管理督導等人力，其主要核心任務包括：需求評估、擬訂照顧計畫、核定補助額度、連結照顧資源、安排照顧服務、持續追蹤個案狀況並監督服務品質、定期複評等。

長期照顧人力不足

依據衛生署提供資料顯示，98 年 6 月底各縣市長期照顧管理中心之照顧管理專員平均每人服務個案量，除新竹縣、嘉義市及連江縣未逾 50 案外，其餘均逾 50 案，甚至臺北縣、臺中縣、南投縣及金門縣高達 2 百餘案。又部分縣市照顧管理專員未能補足，加以流動率高，導致評估人力不足，無法有效連結服務資源，更增加照顧服務推動之困難。

照顧服務員係長期照顧服務之第一線工作人員，但民眾對於照顧服務員之工作內容與範圍，仍存認知偏差，加以勞動條件不佳且薪資所得不高，致其留任意願偏低，或多轉至醫院擔任看護工或至機構任職。依據內政部表示，自 92 年至 97 年底，領有照顧服務員結業證明書者計有 5 萬 5,846 人，惟其中僅 4,111 人留在居家服務職場工作，9,903 人在老人福利機構服務，持續從事居家服務工作者之比率偏低。另衛生署 98 年提供資料顯示³，行政院經建會長期照護保險規劃初步成果，照顧服務員於長期照護保險開辦（民國 100 年）時之人力需求量為 37,298 人～54,802 人，惟 97 年供給量為 17,561 人（實際任職於居家服務機構及各類福利機構之人數為 9,375 人），供需差距顯著。主要因素為參加訓練及領有丙級技術士證照之照顧服務員並未投入勞動市場，足見照顧服務員實際從事居家服務工作者少，不利於長期照顧服務之推展，亦恐造成未來長期照護保險制度面臨人力供給不足之問題。

原住民族缺乏老人照顧

由於經濟產業結構與就業市場需求改變，原住民族中青壯人口大量外流，原住民族老人留在原鄉，此現象隨著臺灣工業與都市發展變得更為嚴重，導致原住民族家庭結構改變、原住民族地

³ 依據 98 年 8 月 28 日衛生署函復監察院巡察審核意見之書面說明。

區人口老化情形相對嚴重，原有家庭照顧功能亦面臨考驗，傳統由家庭成員負擔照顧老人之功能式微，取而代之為許多原住民族獨居老人必須獨力照顧自己，產生留在原鄉之老人照顧問題。

依據行政院原民會引用相關調查研究指出，原住民族鄉鎮市地區之長期照顧服務據點，僅占整體長期照顧服務資源之 9.8%，山地原住民鄉之長期照顧服務資源更少，僅 2.7%，而一半以上之長期照顧服務項目未設置於山地原住民鄉。況且既使資源據點存在，實質服務並未輸送到位，此由原住民鄉鎮市所接受服務量僅占 5.7%，山地原住民鄉鎮市所接受服務量甚至僅 1.3%等情，顯示原住民鄉鎮市之長期照護資源相當缺乏，且隨著地區愈偏遠，其服務量隨之下降。

其次，原住民族老人較為偏好社區照顧或居家服務，且期望由在地原住民族照顧自己原住民族長輩。惟許多需要照顧之原住民族因不是低收入戶或中低收入戶，便是無自行負擔部分服務費用能力者，致放棄使用照顧服務之機會。

我國自 98 年起全面推行長期照顧十年計畫，採取階梯式之補助原則（除低收入戶外，均由政府與民眾共同分擔費用），此種部分負擔制之居家服務造成原鄉案量急速銳減，形成需部分負擔之個案多半放棄此項服務。進一步分析發現，逾八成個案有照顧需求，但礙於經濟因素而放棄居家服務，尤其是獨居長者。他們主要經濟來源為政府每月津貼補助，甚少獲得子女之奧援，甚至許多長者之津貼由其子女所掌握支配，故長者無力且無法負擔部分服務費用。此外，依據原民會表示，各地方政府對原住民族老人之照顧服務量資料付之闕如，且重視原鄉程度有所不同，以致影響原住民族接受長期照顧服務之品質或數量。又各縣市長期照顧

管理中心及社工人員之辦公地點設置在縣市中心或都會區，當原住民族有臨時照護需要時，服務人員須從長期照顧管理中心驅車前往部落，往返皆相當耗時，服務效率易受影響，皆不利於原住民族使用服務。足見原住民族多因服務資源不足及無力支付自行負擔費用等困境，致影響其等對於長期照顧服務之使用狀況。

外籍看護為未來趨勢

基於我國照顧服務資源不足，為因應失能老人及身心障礙者人口增加趨勢所產生之照顧困境與需求，目前政府於人道考量之下，以補充性原則開放引進外籍看護工。但由於國內長期照顧服務量能遲未充足，開放外籍看護工後，僱用市場日益擴大，近年政府雖致力推行相關照顧服務方案及措施，然外籍看護工人數依然逐年成長。依據行政院勞委會網站公布之統計資料顯示，95 年外籍看護工為 15 萬 1,391 人，至 97 年已達 16 萬 5,898 人。

由於外籍看護工僱用成本相對較低，薪資僅本國照顧服務員的三分之一，並可協助其他家務工作，以致民眾愈來愈依賴外籍看護工照顧家中失能長者，相對壓抑民眾對於國內照顧服務之需求，使得民間照顧資源發展更困難，不利於照顧服務體系之建立。然臺灣既然已有高達十餘萬名外籍看護工，其等來台協助十餘萬個家庭承擔長期照顧之重擔，對於現今照顧體系已成為不可避免之一環。

外籍看護工家庭僅能就現行長期照顧計畫中非屬身體及日常生活照顧之服務項目申請使用（包括：交通接送、輔具購買租借及居家無障礙環境改善、居家護理、社區及居家復健等服務），無法享有居家服務及喘息服務，等於社會福利及居家服務員係與外籍看護工相互排斥，無法適度紓緩外籍看護工之負擔。

(四)失智老人之照護

監察院實地訪視士林靈糧堂試辦之「失智症老人團體家屋」發現，失智長者常出現角色錯亂情形，如將兒子誤認為丈夫，不讓兒子與媳婦同睡，使兒子左右為難。另長者易出現幻聽或幻想之症狀及其他精神症狀，如只記得年輕時之事物，或將某處誤認為廁所等情，有時亦會日夜顛倒或有暴力傾向，使家屬身心疲累。失智長者之家屬一方面疼愛其長者，一方面需忍受其等之異常行為，同時背負生活上之各種壓力，如工作、經濟等，導致心靈疲憊。曾有一名上班族，每日工作已甚疲憊，回到家中卻發現失智父親將房內牆壁上塗滿排泄物，當下便對其父親施與暴力，事後卻悔恨交加，此描繪出失智症老人之家屬所面臨到的身心壓力與矛盾。

隨著社會快速高齡化，失智症患者人數亦有快速增加之趨勢，世界各國均面臨同樣考驗，並積極採取因應對策。依據外交部查復資料顯示，以德國為例，目前患有失智症之老年人口約 120 萬人，預估每年將以 2 萬人之速度增加，至 2020 年時，德國失智老年人口預計將達 140 萬人，至 2050 年時，則將達 2 百萬人。該國政府認為，倘家中有失智老人需要照顧，將嚴重影響一般家庭生活並增加財務負擔，而造成社會問題。

依據內政部統計資料顯示，近十年來我國身心障礙老人人數以失智症增加速度最快，從 88 年之 6,638 人，至 97 年增加為 23,604 人，增加約 3.5 倍。前揭數據僅係經鑑定符合身心障礙之老人人數，而在民眾普遍對失智症缺乏認識情況下，此可能為低估之數據。民間團體則初估臺灣失智症人口已逾 10 萬人，且年齡愈高，失智症盛行率愈高。照顧失智長者係一條艱辛漫長之

路，家屬在摸索、嘗試與忍耐中，不斷承受壓力及挫折。倘政府再未積極採取行動，家庭及社會將面臨龐大之照顧壓力與危機。

依據內政部資料顯示，國內至今失智症照顧機構仍寥寥可數⁴，而各地方政府所提供之統計資料中，亦無失智照顧型機構，且也缺乏扮演社區式照顧重要角色之失智症老人日間照顧中心。目前僅臺北市、高雄市、臺北縣、臺中縣、彰化縣、屏東縣及嘉義市等 7 個縣市設有 1 至 2 家失智症老人日間照顧中心。

監察院委員實地訪視發現，士林靈糧堂試辦之「失智症老人團體家屋」在獲得政府補助之下，每人每月仍須收費 3 至 4 萬元，始能勉強支應機構之營運費用。該機構表示，團體家屋因考量服務長者個別需求不同，故須以 1 對 1 或 1 對多之照顧模式進行，須聘用本國籍照顧服務員，使長者與照顧服務員能有效溝通以達到適當之服務，故設置成本較高。未來內政部若取消補助，將難以繼續提供服務。足見高成本、高難度之失智症照顧工作，不僅使得長期照顧服務提供者望之卻步，一般老人及其家庭亦無力負擔。

(五)老人自殺之預防

1、臺灣老人自殺情形嚴重

行政院衛生署統計資料顯示，我國 65 歲以上老人自殺人數從 85 年之 504 人，至 97 年增加為 868 人，有逐年增加趨勢。此外，老人自殺死亡率為各年齡層中最高，此態勢在過去 10 年來

⁴ 相關照顧機構包括內政部所屬北區及南區老人之家分別設置 12 床及 32 床之老人失智照顧床位；臺北縣私立翠柏新村老人安養中心參與設置失智症專區 1 個照顧單元、9 個床位；士林靈糧堂、財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會、財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會已申請籌設完成失智症老人團體家屋，可照顧 64 名失智長者。

未曾改變，95年時一度高達每10萬名老年人口中有39.3人自殺死亡，97年雖降至36.6人，但與各年齡層相較仍為最高⁵。且較世界主要先進國家老人自殺死亡率，亦屬偏高⁶。然官方統計資料係以死亡證明書登記之死亡原因進行分析，故我國確切自殺死亡人數可能高於登記自殺死亡人數。

依據相關研究指出，老人最常自殺之方式是採吊勒法，其次為固體或液體物質中毒，顯示手段比年輕人決絕（劉慧俐，民國74-95年）。而老年人因退休、遷移、悲傷、憂鬱、健康等不良因素，易產生認同危機而有自殺念頭。歷年來臺灣地區自殺死亡之老人有90%以上者為身心障礙、久病或老衰，超過30%自殺老人之配偶已經去世，且憂鬱症與自殺間有相當之關聯性。

2、自殺防治通報關懷系統

行政院衛生署自94年11月啟動「自殺防治通報關懷系統」，該系統將依個案居住地，自動分案至當地衛生所或社區心理衛生中心，進行後續關懷訪視服務。惟97年1至12月該系統通報自殺企圖個案計24,180人次，其中65歲以上老人占7.5%，98年1至5月通報自殺企圖個案計10,170人次，其中65歲以上老人占8.7%。其通報比率與我國老人自殺死亡率相較，老人自殺個案通報之成效不佳。

⁵ 97年各年齡層自殺粗死亡率（每10萬人口中之自殺死亡人數），以65歲以上老人為最高，其次依序為45-64歲（24.4人）、25-44歲（21.6人）、15-24歲（6.1人）、14歲以下（0.2人）。

⁶ 依據衛生署提供之世界主要先進國家及亞洲國家老人自殺死亡率顯示，每10萬人口中之自殺死亡人數於1999年美國為15.9人、德國為24.8人、英國為7.8人、澳洲為13.1人，均較我國為低（88年老人自殺死率為35.5人）；另1999年日本為37.2人、2000年新加坡為24.7人、南韓為35.6人，均與我國差異不大。

自 96 年起，行政院衛生署逐年針對各縣市基層醫療院所醫事人員，辦理憂鬱症臨床醫療相關訓練，惟截至 97 年底尚未推廣至全國 25 個縣市⁷。此外，衛生署於 97 年 1 月至 12 月期間針對居家照顧工作者，辦理守門人訓練 44 場次，但由該署提供之全國防治自殺中心自 97 年起辦理與老人有關之守門人課程觀之，該項課程辦理場次多集中在臺北縣（25 場）及桃園縣（15 場次）等地，各縣市發展並不均衡。

三、老人居住環境

就生活環境言，老人應生活在安全與適合的環境，依自己的意願選擇適合個人身心狀況之居所。最理想的狀況為住宅具有無障礙環境與交通運輸工具、生活輔具、防災、緊急救援等系統。

(一) 臺灣老人居住情形－與子女同住者逐漸減少

內政部老人狀況調查報告指出，91 年尚有 63.71% 的老人與子女同住，94 年為 61.06%，97 年降至 57%。另家庭組成部分，65 歲以上老人則以三代家庭占多數（38%），次為兩代家庭（91 年、94 年平均占 24%），惟兩者所占比率有逐年漸減的趨勢。「獨居」與「僅與配偶同住」的比率，則從 89 年的 9.19% 和 15.11%，提升至 94 年的 13.66% 和 22.20%。

(二) 老人住宅

在老人公寓方面，截至 97 年政府興建者共有 5 所，分別為高雄市政府興建完工老人公寓「松柏樓」、臺南市政府之老人長

⁷ 96 年針對基隆市、桃園縣、彰化縣、高雄縣及高雄市等 5 個縣市；97 年擴展至宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、臺中縣、嘉義市及臺南市等 6 個縣市。

青公寓、高雄縣政府老人公寓「松鶴樓」、臺北縣五股老人公寓、臺北市陽明老人公寓。至於民間興建之老人住宅較著名者有淡水潤福生活心象、長庚養生文化村、康寧醫院之康寧生活會館等，多針對北部地區中高所得之老人而建。部分老人公寓或老人住宅甚至因入住率不佳而遭閒置。依據監察院訪察結果，經營者認為此乃因國人對入住老人住宅之觀念仍相當保守。至於是否有租金、地點、居住環境、建築設計或經營管理理念等問題，尚待進一步調查研究。

現代民主社會講求多元發展，由於各階層老人需求不同，故各類型之老人住宅亦應市場需求而生。外界一般認為老人住宅有成長空間，值得開發。然據「長庚養生文化村」之經理人表示，因老人住宅在營建管理上有特別規定及要求，與一般住宅相較，成本高出許多。行政院雖於 93 年 4 月 26 日核定「促進民間參與老人住宅建設推動方案」，然因無成功案例，於 97 年 1 月 4 日停止試辦。之後老人住宅無法再適用促進民間參與公共建設法規定辦理，而回歸一般住宅建築法令。對於有理念、又有心經營老人住宅之企業無法在用地取得及容積率、融資、租稅上獲有優惠以彌補老人住宅建造及經營上之高成本，致私人營建老人住宅之意願受到影響。爾後，全國唯一且屬優質之老人住宅「長庚養生文化村」（因係早期規劃興建而未能適用「促進民間參與老人住宅建設推動方案」），恐成絕響。

隨著年齡的增長，老人重新適應新環境的意願及能力勢必逐年降低。老人如能在自家三代同堂或熟悉的社區內自主活動，比到全為老人之大規模團體機構照顧，更為人性化，並可藉由家人或社區志工照護，減少專業機構之人力成本。依內政部 94 年老

人狀況調查報告顯示，有近 3 成老人認為自己健康與身心狀況不佳，1 成 3 老人表示在生活起居活動部分有困難，其中無人可協助而須自我照顧者近 3 成。近 6 成老人希望與子女同住，而未與子女同住之 4 成老人中，則有四分之一希望能與子女同住。老人目前對安養、養護機構服務狀況瞭解有限，未來願意進住安養機構者僅 15%，願意進住養護機構或護理之家者占 28%。綜上調查顯示，老人還是喜歡住在熟悉的環境中，期望儘可能和家人同住；願意選擇使用機構服務的比率不高。

(三) 在地老化

北歐及日本等國現行老人照護理念係以老人為中心，重視維持老人個人的能力，讓其自行選擇機構、社區日間照顧或居家照顧方式的多樣在地老化，並與社區密切結合，運用社區力量照顧老人。在地老化是現代老人養護的理念，老人住宅之規劃宜避免大規模集中機構式的大型建築，而應融入社區、回歸社會主流，避免老人集體孤立。我國 96 年 1 月修正老人福利法，即參考在地老化理念，並於其施行細則第 8 條規定：「本法第 33 條第 2 項所定住宅(老人住宅)設施小規模、融入社區及多機能之原則如下：1、小規模：興辦事業計畫書所載開發興建住宅戶數為二百戶以下。2、融入社區：由社區現有基礎公共設施及生活機能，使老人易獲得交通、文化、教育、醫療、文康、休閒及娛樂等服務，且便於參與社區相關事務。3、多機能：配合老人多元需求，提供適合老人本人居住，或與其家庭成員或主要照顧者同住或近鄰居住；設有共用服務空間及公共服務空間，同一棟建築物之同一樓層須有共用通道。」相關法令規定即為在地老化理念之法制化。

1、友善關懷老人服務方案

行政院「友善關懷老人服務方案」提出：「研議規劃三代同堂或與父母居所接近（同鄰）者，提供購屋貸款優惠」，且據報導，為了讓國內中低收入戶有房可住，行政院於 98 年 10 月 27 日審議住宅法草案，原則將不再興建国宅，而改由中低收入戶申請政府住宅補貼租金，未來亦有房屋修繕補貼。相關優惠及補貼，對政府施政上雖為簡易便捷之作法，然尚無政府機關之積極性措施，進一步營造適合老人居住的無障礙居家環境及多機能社區環境，恐不易達成，而與老人福利法第 33 條「專案興建適合老人安居之住宅」之規定意旨不符。另在「促進民間參與老人住宅建設推動方案」又已停辦的情況下，民間恐無意願興建適合老人安居之住宅。

2、在地老化

在地老化理念強調世代間之交流與合作，有如大家庭般，生活上可分工互助，知識及經驗可世代傳承。

據悉，荷蘭即建有適合老中青三代居住之新市鎮，銷售熱絡。歐洲等先進國家照護老人之作法，極有參酌之處。

四、老人休閒參與

老人需獲得適當休閒、娛樂與運動之資源，以維護身心健康。另應促進社會參與，包括參與相關政策的制定、組織老人團體或行動，並與年輕世代分享知識與技能；甚至讓老人有機會服務社區與擔任適合其興趣及能力的志工。

(一)老人社會參與

先進國家隨著醫療科技之發展，愈來愈多老年人得以在晚年

維持活躍的生活方式，如選擇退休後擔任義工、發展自我興趣、回學校攻讀學位或擔任企業顧問等。老人社會活動參與越多，其人際關係將會較好，生活滿意度亦可隨之提高，而且健康也更好，不易產生老化或失智症之情形。故老人應獲得適當休閒、娛樂與運動資源，維護身心健康。

(二) 友善關懷老人服務方案

社會參與是維持老人人際關係脈絡的重要支持體系，包括教育、志工、政治、組織、宗教以及其他各種社會活動的參與。尤其教育及志工的參與，最為受到關注與重視。行政院於 98 年 9 月 7 日核定「友善關懷老人服務方案」，以「活躍老化」、「友善老人」、「世代融合」為方案主軸，鼓勵推動老人參與志願服務、推廣屆齡退休研習活動、豐富老人退休生活內涵。另充實老人休閒設備，提供健康、休閒育樂服務及資訊等。

目前內政部採取各項鼓勵措施興設老人文康活動中心及老人文康巡迴車，鼓勵老人參與各項社會服務活動。據報載，老人文康巡迴車獲得相當良好之反應。教育部有退休老師擔任志工之「攜手計畫課後扶助方案」，支給編輯費或鐘點費。但 97 年至 98 年 6 月止，僅進用 370 人。行政院農委會國家森林遊樂區有 65 歲至 70 歲老人擔任售票員志工，約 70 人。行政院體委會亦有各項補助老人運動設施及活動方案，97 年參與人數有 6 萬餘人。退輔會有「欣榮志工」工作，提供所屬遊憩區長住優惠方案。

監察院參訪臺北市、臺南市、嘉義縣等地老人安養中心及關懷據點時，發現多能積極推展老人活動，使老人重新走入社會，活化老人生活。另發現，可藉由節慶活動或餐飲提供等方式，鼓勵老人走出家門、融入社會。

五、老人教育與自我實現

老人應有追求充分發展其潛能的機會，並獲得教育、訓練、文化、宗教等社會資源，以及有適當工作的機會，促進自我實現。換言之，老人可參與的自我實現項目涵蓋學習與教育、成就型就業、及宗教等面向。

(一)邁向高齡化社會老人教育政策白皮書

老人教育之主要目的在培養退休後社會參與之知能，協助老人成功老化，二者相輔相成⁸。教育部 95 年發布「邁向高齡化社會老人教育政策白皮書」提出完善老人教育環境四大願景，包括終身學習、健康快樂、自主尊嚴和社會參與。另公布 11 項推動策略，包括建構老人終身學習體系、創新老人教育方式及提供多元學習內容等。

(二)老人教育之推動

政府推動的老人教育包括內政部補助民間團體辦理長青學苑，另教育部於 96 年發布「補助設置社區終身學習中心實施計畫」，運用學校閒置空間，設置 19 所社區終身學習中心。98 年又補助 12 所學校成立高齡學習中心及社區玩具工坊。此外，教育部 97 年發布「教育部補助設置各鄉鎮市區樂齡學習資源中心實施要點」，結合各鄉鎮市區民間團體、學校及圖書館等單位，合計設置 204 個樂齡中心。97 年又參仿美國及法國等先進國家作法，委託 13 所大學推動「老人短期學習計畫」，計有 820 餘位老人參加。98 年 7 月又再推行「教育部補助大學校院開設『樂齡學

⁸ 參照教育部 95 年發布「邁向高齡化社會老人教育政策白皮書」，第 13-17 頁

堂』專案計畫」，並於技職教育及國民教育課程中納入老人失智症之教育相關課程，對老人教育具促進作用。

六、老人尊嚴

有關老人之保護與尊嚴係指老人有下列五大權利：(一) 免於被忽視、虐待；(二) 免於有關年齡的歧視及污名化，如「依賴人口」；(三) 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；(四) 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；(五) 在尊嚴和安全環境中生活，並自由發展身心。

(一) 老人保護－免於詐騙的威脅

老人福利法自 86 年起增訂老人保護專章，96 年 1 月 31 日修正之「老人福利法」更增訂相關人員執行職務時之通報責任，直轄市、縣(市)應結合警政、衛生、社政、民政及民間力量，定期召開老人保護聯繫會報，強化老人保護網絡，包括免於受到詐騙集團橫行之威脅。詐騙問題目前已列為十大民怨之前四大，警政單位實有肅清詐騙集團之必要。

1、廣播電視上醫藥及營養品之詐騙

針對廣播電視上醫藥及營養品之詐騙問題，國家通訊傳播委員會依廣播電視法等規定進行監理，發現有疑似違反醫藥法規者，即將相關側錄資料移送行政院衛生署依權責認定查處。國家通訊傳播委員會自 98 年 1 月至 10 月，共移送 245 件(無線廣播 138 件、無線電視及衛星電視 103 件、非無線非衛星 4 件)。非法廣播電臺自 97 年 10 月 9 日迄 98 年 10 月 31 日止，經國家通訊

傳播委員會大力取締 159 臺，已多數停播，依現有非法廣播電臺清冊查報資料，98 年第 2 季非法廣播電臺尚存在 101 家。衛生署接獲國家通訊傳播委員會函移或衛生署主動查獲之產品廣告涉及違反藥事法之規定者，則交由地方衛生機關進一步查明行為人並依違規情節進行處分。

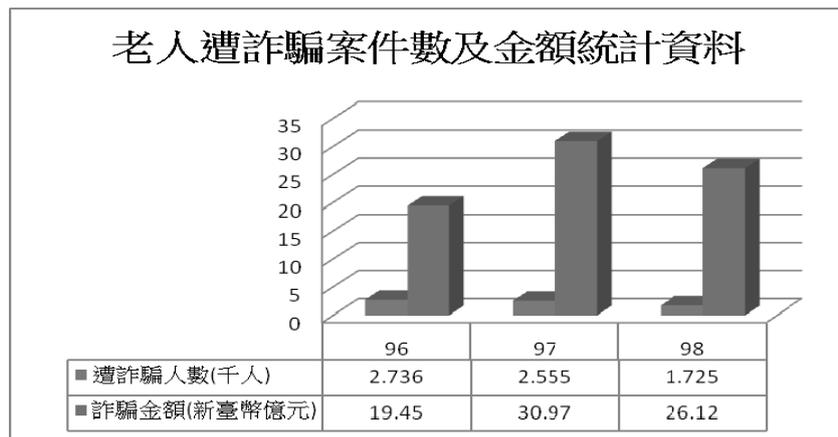
為加強廣播電視刊播食品違規廣告之取締工作，衛生署針對電視、電台進行「醫療、藥物、化粧品及食品違規廣告監控計畫」，98 年度 1 月至 10 月，查獲電視、電台刊播涉及違法之食品廣告件數分別為 417 件及 79 件，目前皆已交由地方衛生局查處，並請國家通訊傳播委員會通知各媒體停播違規案件。另衛生署與警政署、法務部、國家通訊傳播委員會等單位聯合成立「非法廣播電台聯合取締小組」，累計至今共查獲 529 件違規食品廣告，罰鍰金額高達新台幣 602.3 萬元。

依 98 年 12 月 20 日報載⁹，老人福利推動聯盟接受衛生署委託調查，監聽坊間電台販售保健食品廣告，竟發現短短 3 個月內就多達 886 種食品廣告宣稱療效，其訴求對象大多是老人，平均每小時就有 1 件違規。老人福利推動聯盟研究專員李碧姿分析，這類違規的保健食品廣告，最常見的依序是心臟循環類、骨骼肌肉類和肝臟類，剛好符合中老年人的好發疾病。進一步瞭解，其中竟有高達 7 成產品成分不明，近 5 成是違規宣稱療效。顯見國家通訊傳播委員會及衛生署等相關機關強力取締廣播電視刊播醫藥食品違規廣告結果，仍有許多廣播電視廣告或節目，特別是節目廣告化，以社會名人、醫師、營養師等專家代言者，游走法律灰色地帶，不斷挑戰公權力及政府之決心。

⁹ 參考 98 年 12 月 20 日聯合報「電視醫師／大談療效 每小時一件違規」。

2、電話詐騙

近 10 年來電話詐騙已成為干擾臺灣社會最嚴重的犯罪活動，詐騙集團之猖獗行徑，已令全國人民，尤其老人、老榮民財產損害嚴重。內政部警政署於 92 年 7 月 4 日成立打擊金融詐騙案件專責處理偵辦窗口，於刑事警察局暨各市、縣（市）警察局刑警隊成立專責窗口，偵辦詐騙案件。另於「反詐騙聯防平台會議」提請金管會銀行局，督促各金融機構，自 95 年 6 月實施櫃台行員對客戶臨櫃匯款、轉帳或大額提領，實施關懷提問制度，除提供「防範詐騙提領事項範本」及「臨櫃作業關懷客戶提問參考範本」外，對積極處理有效預防民眾受騙行員予以敘獎嘉勉。惟其防治策略偏重消極性宣導及被動受理報案，輕忽積極主動聯合其他相關機關系統地長期部署追緝。警政署刑事警察局長林德華於 98 年 8 月 6 日就任時表示，將積極偵辦兩岸詐騙集團案件，並全面提升兩岸打擊犯罪的合作。警政署並將 11 月 12 日定為「全國反詐騙日」，希望有效遏阻詐騙集團。依據警政署刑事警察局提出 96 年刑案統計資料，97 年度詐欺案件發生計有 4 萬餘件，破獲數近 3 萬 5 千件，破獲率逾 8 成，對於偵辦詐騙案件執行成效已略具成果。98 年詐欺案件破獲率逾 8 成 5。65 歲以上老人遭詐騙者占全部詐騙案件之比率為 1.22%。比率雖低，然而金額卻極為龐大，所受損害最為嚴重，非一般年輕人網路購物受詐騙數百元之案件可比擬。



近三年老人遭詐騙案件數及金額統計資料

(來源：監察院請警政署刑事警察局提供)

依據監察院蒐尋報載老人遭詐騙案件及金額發現，老人因單獨在家，又少有社會活動，不知詐騙集團之創新手法，最容易被詐騙集團騙取金錢財物，多則 1 億 5 千萬元，少則數十萬元。往往一生積蓄遭騙取一空，事後家屬發現已無法追回，致受騙老人抱憾以終，負責治安之警政署及相關機關實應積極面對。

(二)老人保護－免於受虐的威脅

98 年 10 月報載某地方私立老人養護中心長期壓迫外籍看護工超時工作，致受看顧之老人無法獲得妥適照護。監察院為瞭解案情，立即對本案進行調查¹⁰。調查發現部分地方政府未監督輔導私立老人養護機構，致衍生部分機構夜間無護士在職、護理人員欠缺專業服務能力、部分受約束之老人未有約束同意書、居住

¹⁰ 詳見監察院(派查文號：0980801011)調查報告。

品質欠佳、餐點與菜單不符等照護品質堪慮問題，影響受照護老人入住權益；內政部亦未善盡監督職責。

同年 11 月報載某地方正在申請立案之老人護理之家發生超設床位、超額收容老人、收容插管氣切個案及剝削外籍看護工等諸多違規情事，引發各界關注。監察院為瞭解該地方政府有無監督疏失，亦對該案進行調查¹¹，發現該地方政府未落實查核及積極輔導評鑑不佳



監察委員實地瞭解老人在養護中心之生活起居

之老人福利機構，且對護理及養護機構之管理或稽查，有檢討改善空間，又對縣內老人福利機構監督、檢查及輔導查核預算數偏低，致執行成效不彰。

未料 99 年 9 月凡那比颱風侵襲時，又有高雄縣岡山普德安養中心人員在大雨期間擅離崗位，僅留二名外籍照顧服務員，且發生老人泡水畫面，令人痛心。目前國內安養中心被評鑑為丙或丁等有 141 家。依法限期 1 年後如仍是丙等，主管機關就要通知停止營業，內政部已研擬對策，清查該 141 家安養中心，並與地方政府研議重新安置這些老人之方式，並對低收入或中低收入戶進行階段性補助¹²。

上開案件均受到監察院的重視，除調查外並積極請相關機關進行改善。

¹¹ 詳見監察院(派查文號：0980801162)調查報告。

¹² 參酌 99 年 9 月 27 日中國時報 A8 版「清查丙等老人院，該關就關」。

第五章 結論與建議

老人人權涵蓋經濟保障、健康照護、生活環境、休閒與參與、教育與自我實現、尊嚴等面向，監察院針對各面向進行分析，提出相關看法與建議。

一、老人經濟保障

(一) 勞工經濟安全保障不足

行政院主計處 97 年家庭收支調查顯示，我國家庭共計 7,544,629 戶，平均每戶 3.35 人，消費性支出每年平均 705,413 元，以工作 30 年勞保年金加計勞工退休金所得替代率 70% 計算，平均每人每月消費性支出為 12,283 元；另以臺北市家庭戶數 951,823 戶、平均每戶 3.29 人，消費性支出 961,630 元，以 70% 之所得替代率計算，平均每人每月消費性支出為 17,050 元。我國現行之勞保老年年金給付額度，以最高投保薪資計算，僅能勉強支付每月基本生活費用開支，並無能力支付老人失能時之養護及長期照顧費用。而勞退新制實施不久，退休金所得有限，勞工老年經濟安全制度實有不足。建議政府及早因應，擬具相關措施，例如提高投保薪資及提高費率等，以免未來必須以稅收彌補養護照顧費用之不足，影響財政負擔。

現行勞退新制於 94 年 7 月 1 日開辦後，新舊勞工退休金制度並存，適用勞退新制人數已達 463 萬 7,860 人，依地方政府查核事業單位應提撥勞工退休準備金之結果，98 年 8 月底提撥退休準備金之家數為 123,527 家，家數提存率 55.17%，尚有 44.83% 尚未提撥。依經建會 118 年老人人口相關推計結果，扶老比將高

達 36%。如新制退休金提撥勞工退休準備金不足，將嚴重影響勞工老年之年金請求權。政府宜提高企業提撥退休準備金比例，以防範惡性倒閉或資遣員工之雇主規避退休給付之行為，並建立勞工經濟安全保障制。

綜上，我國現行勞保老年年金給付額度，僅能勉強支付生活費用，並無餘力支付失能時之養護及長期照護費用；又因勞保新舊制老年給付及現行費率提撥不足，累積潛藏債務甚鉅，影響勞工老年經濟安全保障。政府建立勞工經濟安全保障制度，刻不容緩。

(二) 社會保險及職業年金制度欠周

臺灣 97 年家庭收支調查報告，最低所得家庭組經濟戶長為 65 歲以上者將近 50%，落入老年收入匱乏及貧窮之困境。而我國老年經濟安全體系，在責任歸屬及財源上言；第一層至第二層則強調企業雇主或個人之責任，係透過強制性社會保險方式之確定給付，及法定職業年金之確定提撥制或確定給付制，以建構公、私部門與職業相關退休制度。但仍有部分實際從事工作之國民無職業退休給付¹³，實應及早在體制上建構完整之多層次經濟保障制度，俾利於國內人才流動，並保障各職業身分別之老年給付權益。

(三) 各類社會保險及各職業退休制度欠缺整合

我國現行各種社會保險及退休制度，均以特定對象為主體，

¹³ 農民、家務工作者及民意代表等無職業退休給付；政務人員非由軍公教及其他公職人員或公營事業人員轉任公務人員者，不得參加離職儲金；職業退休給付部分如私立教職員工、聘僱人員、各機關學校團體駐衛警察、公保及軍保老年給付採一次給付方式，影響老年經濟安全保障。

各自運作，彼此缺乏年資轉換機制，致轉換退休制度未能充分保障老年給付權益。又我國各職業不同保障體系之社會保險及退休制度，因年資無法銜接，亦造成老年給付偏低，相關機關應妥慎考量現行依身分別辦理之相關社會保險及退休制度，做必要之整合與銜接，建立完整之老年經濟安全保障制度，未整合完成前至少保留年資，應予分開結算給付。另應確保各社會保險及退休制度維持安全之現金流量，維持世代間財務合理分攤責任，保障工作者之年金請求權，以利於老年經濟安全制度永續經營。

(四) 國民年金難以支持老人基本生活所需

國民年金係為國民建立經濟安全網絡，唯有生活保障穩定之國民，方能積極投入經濟生產活動，創造財富。然依國民年金法保險年資 40 年計算，老年每月可領取之年金無法滿足 65 歲以上老人平均每月使用之生活費，更未達臺灣省貧窮線之最低生活費標準，倘領取國民年金之老人無其他收入或資產，恐將淪為低收入戶，形成投保國民年金險 40 年之老人，仍無法免於淪為低收入戶之窘境。

又國民年金保險未辦理精算，且獲配之公益彩券盈餘不足支應政府應負擔保費，加以納保對象繳費金額不足，難以保障國民老年經濟安全，政府宜提高國民年金給付額度；另投保年資超過 30 年者，所領得之每月老年給付宜高於臺灣省最低生活費標準，以避免老人淪為低收入戶，造成政府財政負擔。同時政府應定期辦理國民年金保險費率精算審查作業，並規劃多元繳款方式，或實施預繳機制，廣為宣導，以增加納保率，方不致造成政府財政負擔。

(五)農民老年經濟生活保障不足

農民健康保險自開辦以來，每年財務均呈虧絀，且其應提存之責任準備數額不明；政府雖發放老農津貼以替代老年給付，惟隨著國人平均餘命延後、稅收財源不穩定，亦增加政府長期財政負擔。另因農民並無老年給付制度，致農民老年經濟安全保障不足。

針對上述問題，政府宜將老農福利津貼與農民健康保險整合，使農民老年給付納入農民（健康）保險中，且老年給付金額不宜低於現行老農津貼。除保障既有老年農民權益外，新農民未達 65 歲之農民亦應負擔一定比例之保險費用，如此方能減輕國庫負擔，並保障農民老年生活。

(六)失能或失智老人之財產保障

針對現行法律無法完善保障失能或失智老人之財產之問題，政府似可參照兒童及少年福利法第 49 條規定：「有事實足以認定兒童及少年之財產權益有遭受侵害之虞者，主管機關得請求法院就兒童及少年財產之管理、使用、收益或處分，指定或改定社政主管機關或其他適當之人任監護人或指定監護之方法，並得指定或改定受託人管理財產之全部或一部。前項裁定確定前，主管機關得代為保管兒童及少年之財產。」除現行對於失智老人得聲請監護或輔助宣告外，對於失能或失智老人如能認定老人財產權益有遭受侵害時，應修法增訂條文加以保障，並參考兒少福利法上開規定，主管機關於法院裁判確定前得代為管理失能、失智老人之財產，且為老人利益並得處分老人財產，例如以老人之存款支付老人醫療、照顧費用等，以保障失能、失智老人之權益。

(七)協助高齡就業及「以房養老」制度

由於平均餘命延長，養老費用增加，高齡社會之老人面臨許多經濟問題，包括退休金不足、通貨膨脹、健保給付縮水、長期看護之需求、壽命延長超乎預期、政策之不利改變等因素。針對收入不足而身心尚屬健康之老人，政府宜規劃高齡就業方案，協助高齡者從事其能力足以勝任之工作，以提升老人經濟安全保障。

我國奉養父母觀念逐漸淡化，年老者擁有房屋或土地之不動產卻缺乏現金，常因未符合社會救助對象，導致生活陷入困境，建議可研議「以房養老」方式，解決有房或不動產之老年人，在缺乏現金情況下，得將房地資產轉變為具有流動性現金，提供退休後所需之生活費及照顧費用，以保障有尊嚴之老年生活。

二、老人健康照護

(一)強化老人慢性疾病預防

衛生署為促進老人健康及預防相關疾病，透過老人健康促進計畫，推行成人預防保健及癌症篩檢服務。以初級預防之概念，促進老年人健康，及早預防疾病之發生。但因經費不足，致符合成人預防保健及癌症篩檢服務資格之中老年人受檢率偏低，且對於新發現異常個案之後續健康狀況，尚待落實追蹤及宣導。又衛生署未能全面深入社區及家庭推展預防保健觀念，亦未能充分結合相關部會之社區組織，提供健康促進服務方案。

衛生署、內政部、農委會、原民會為促進社區老人身心健康，延緩長者老化速度，雖分別推動老人健康促進相關服務，但因各行其事、未能整合，以致基層單位間缺乏整合性，彼此消耗能量及分散資源。

針對上述問題，衛生署宜積極正視並透過整合各機關現有服

務體系與資源，採取有效策略，進行老年健康促進與預防保健教育與觀念之宣導，使民眾充分理解「疾病壓縮理論」及「活躍老化」之概念，進而運用落實到日常生活之中，改變個人之健康行為（例如：正確飲食與運動、創造健康環境，以及改變對健康之態度與期望），以降低老年時疾病失能之發生及延緩老化。該署亦可透過基層單位及組織，依當地老人特質、生活行為及健康狀況，採取有效健康促進工作模式，全面深入推動老人預防保健工作。

（二）統合建立老人長期照護制度

由於臺灣地區老人壽命不斷延長，老人常罹患多重慢性疾病，然現行醫療體系欠缺整合性之醫療照護服務，以致甚難符合老人特殊就醫需求，不僅使得老年人疲於在各科診間候診，浪費時間及醫療資源外，並延伸多重用藥之問題。

1、多重慢性病整合照護計畫－整合體系，結合資源

衛生署雖已提出「多重慢性病整合照護計畫」，惟該計畫甫於試辦期間，各醫院間缺乏橫向及縱向整合，故現階段我國老人整合性醫療照護服務仍未全面建置完善，老人仍將面臨跨科就醫之障礙。政府宜提供有效獎勵機制，或在全民健保支付制度中，考量規劃針對高齡病症複雜患者之醫療服務給付方案，以積極鼓勵醫療院所針對多重慢性病及複雜照護需求者，提供整合性醫療照護服務（從門診就醫到急性住院或急性後期照護、長期照顧服務之全方位整合），並逐步從醫院內、到跨院間之橫向整合，再擴大醫院與基層醫療院所間之垂直整合，以提升老年人整體生活品質，而非個別器官疾病之治療。

目前長期照顧服務相關業務之主管機關分屬在內政部、行政院衛生署及退輔會等機關，法規方面亦分為社政（例如：老人福

利法、身心障礙者權益保障法)、衛政(例如:醫療法、全民健康保險法、護理人員法、精神衛生法)及退輔(例如:國軍退除役官兵輔導條例)等三大體系,資源難以統籌發展與管理。



退輔會設有榮民之家,提供老人照顧服務

老人長期照護機構分安養、養護、長期照護、榮民之家及護理之家等,隸屬不同行政體系,並有不同法源依據及機構品質管理標準。以長期照護型及護理之家為例,前者依據老人福利機構設立標準第2條規定,係以罹患長期慢性病,且需要醫護服務之老人為照顧對象。後者依據護理人員法第15條規定,係收容罹患慢性病需長期護理之病人及出院後需繼續護理之病人。兩者均有照顧罹患長期慢性病且需要醫護服務之老人,但其中央主管機關卻分屬於內政部及衛生署,地方主管機關又分屬於社政單位及衛政單位。在實際照護服務方面,前者重視護理人員之照護服務,後者則重視社工人員之關懷服務,亦存有重大差異。

我國長期照顧服務主管機關分屬不同行政體系,資源與服務難以統籌發展,加以民眾使用長期照顧服務之意願偏低,各地長期照顧服務資源發展程度不均、照顧人力不足、服務補助標準未能因地制宜及考量不同需求及經濟弱勢老人之負擔能力等,使得全人照顧、在地老化及多元連續照顧服務執行成效不如預期,無法與「聯合國老人綱領」接軌,亦使臺灣老人人權保障較為不足,亟待政府正視並妥謀對策。

2、失能者照顧－宜妥善規劃

內政部及各地方政府以 10 年前行政院主計處戶口普查所作全國失能老人比率，作為失能老人之推估標準，未能普查瞭解轄內失能老人之數量、所在位置、實際照顧困境與需求，不僅無法掌握需求個案，更難以規劃建置適切之照顧服務資源。建議參酌臺南市政府透過全面普查之方式，主動發掘長期照顧服務之需求人口及失能風險較高之弱勢老人，並訪視、評估其等實際照顧需求與困境，進而連結適當服務資源，使有照顧需求之弱勢老人皆能獲得妥適照顧，並藉以作為政府建置完善照顧服務資源之參考或依據。

現行長期照顧服務係針對經評估認定達一定程度以上之失能者，始提供相關服務措施，對於未達一定程度者，並未整體考量納入長期照顧服務之範疇，而採由其他關懷方案因應。日本對於申請需要照護服務者之認定與審查評估，有一套綿密運作機制，發展具信度與效度之評估工具，進行失能評估與需求評估，以依失能程度，提供切合需求之照顧服務。日本有介護保險制度，針對未達一定程度之失能者，及早給予預防性支持服務，以減緩失能之惡化，並降低未來照顧成本。為減少需要照護狀態之發生，及改善需要長期照護之狀態，我國長期照顧服務預算宜可考量訂定適當比例，針對未達一定程度之失能中高齡者，及早提供預防性服務。

3、急性後期照護－費用負擔應有全面規劃

我國對於急性後期與急性及長期照護之界線模糊，以致急性醫療照護與長期照顧服務之間缺乏銜接，常以急性病床來照顧亞急性及長期照護病人，致目前全民健保除支付急性醫療照護外，

亦支付部分急性後期照護費用，甚至部分急性後期病患受到全民健保住院天數之限制，經常進出醫院，不僅浪費有限之醫療資源，且造成老年人及其家屬身心之折磨，倘政府未能及早規劃因應綢繆，勢必對於全民健保及臺灣家庭，造成更為沈重之負荷。鑑於我國全民健保將於明年實施疾病診斷關聯群（以下簡稱 DRGs）支付制度，為避免實施 DRGs 支付制度恐造成各醫院縮短病人住院日數，使需持續醫療照護之老人受到衝擊，宜儘速建置急性後期照護服務體系，以求服務連續與完整。

4、外籍看護工照顧－人力應納入長期照顧服務體系之規劃範疇

由於國內長期照顧體系尚未健全，許多民眾依賴外籍看護工照顧家中失能長者，目前臺灣已有高達十餘萬名外籍看護工。為確保外籍看護工所照顧之老人能獲得妥善之照顧服務品質，並與其他長期照顧服務體系規範相等，宜將外籍照顧人力納入長期照顧服務體系管理與監督，以提升其等之照顧品質及被照顧者之生活品質。

5、心靈照顧服務－追求老人身心平衡

長期照顧服務之目的除使因老衰導致身心功能障礙者能獲得適切之健康照顧服務，及增進獨力之生活能力外，還需有心靈照顧服務，以維護失能者之尊嚴，提升其生活品質。

6、長期照顧服務補助－追求彈性化

對於長期照顧服務十年計畫之服務項目及補助內容、標準、次數及時數，政府宜考量針對不同失能程度、家庭型態及經濟狀況之老人，研訂具彈性、多元化且符合老人及其家庭實際照顧需求與負擔能力之服務項目及補助標準，以提高有需求之民眾使用

長期照顧服務之意願，避免需密集照顧或經濟弱勢（例如：未達低收入戶認定標準之近貧家庭，尤其原住民族及農漁民老人）之失能老人因無力負擔自付額或服務時數不足（例如：重度失能老人每月僅能獲得居家服務之補助上限最高 90 小時，亦即每日僅能接受 3 小時之居家服務，而德國每月補助時數為 150 小時），致產生放棄使用服務之窘境、或其家人因不堪身心負荷而將其送進機構居住，以致其等無法獲得妥善之照顧，影響生活品質與尊嚴，亦使在地老化之政策淪為空談。

長期照顧服務最大挑戰係需求者所需服務之多元化與複雜性，往往非單一社會福利服務提供單位可以滿足。目前在照顧服務單位明顯不足之情形下，宜檢討修正對於長期照顧服務提供單位及民間團體之相關獎勵及補助措施，尤其山區、離島與偏遠等服務輸送不易之地區，以及最為困難之服務項目，更需增加提供服務之有效誘因及補助機制，以鼓勵更多民間單位參與長期照顧服務資源之推展、建置與輸送。

7、充實長期照顧管理人力

監察院建議主管機關充實各縣市長期照顧管理中心人力，並因應各地實際需求，適度調整照顧管理專員之任用資格，尤其山地、離島及偏遠地區照顧管理人力之任用資格及配置標準，應予加強，以適量人力落實個案管理之目標。此外，建議政府可將老人長期照顧發展為一項專精領域，積極培育各類長期照顧服務之專業人力，以及增加照顧服務人力投入與留任之策略與誘因，並加強民眾對於照顧服務人員之正確觀念，以提高專業人力參與服務之意願，進而提升老人照顧品質。

長期照護係高成本、高壓力、綜合性及多面向之工作，財務

負擔相當沈重，非個別家庭所能承受。因此，財務規劃甚為重要。德國及日本已推動長期照護保險制度，作為長期照護之財務機制。鑑於我國高齡人口之快速增加、國人平均壽命之逐年提升及疾病型態之慢性化等趨勢，政府宜參考國外經驗，儘速建構完整長期照護財務體系，以減輕個別家庭之沈重負擔，並保障民眾老年之生活品質。

(三)強化失智老人之照顧

國內對於失智症患者之照顧服務資源相當貧乏，致失智症老人大多居住於家中由家人獨力照顧，影響老人及其家庭至鉅。失智症照護實乃漫長且艱辛之過程，宜整體考量並深入研究國人失智症之疾病歷程變化及其衍生之問題與照護需求，同時參考相關文獻資料，發展出符合本土失智症患者之照護需求模式，積極推動失智症老人支持方案，妥善建置適切之居家式、社區式及機構式照顧服務資源，使失智症老人及其家庭隨著不同病程進展，均能獲得妥適之健康與照顧服務。

(四)正視老人自殺預防工作

我國老人自殺人數逐年增加，且自殺死亡率居高不下，老年人自殺問題確有愈形嚴重之趨勢，建構老人自殺與憂鬱症之防治已為刻不容緩之工作。政府宜就老年人之生活適應、避免失能及心理衛生等方面，研擬相關對策，以減少其情緒障礙，同時建立有利於老年人生活之社區或居家關懷網絡，並配合適當之醫療照顧，強化社區及家庭之支持系統與服務輸送，以及老年急診及住院病患之諮商輔導及家庭慰藉。另可深入社區鄰里組織，以擴展對老人自殺企圖者之通報範圍。

三、居住環境

(一) 鼓勵營造適合老人居住的無障礙居家環境

我國政府宜積極營造適合老人居住的無障礙居家環境及多機能的社區環境，以符合老人福利法第 33 條第 1 項：「直轄市、縣（市）主管機關應推動適合老人安居之住宅」規定意旨；除提供經濟弱勢老人租金補貼外，更須兼顧社會不同地區特性及各階層老人之需求，積極推



提供老人良好的居住與生活環境，是社會大眾對政府的期許之一

動興建適合老人安居之住宅，同時以免費或補助租金之方式照顧中低收入戶老人；對企業依據不同階層老人的需求，興建各類型之老人住宅，提供更為完善之醫療及預防的照顧制度。

(二) 實現老人在地老化之理念

主管機關應採行具體措施，讓老人融入社區。藉由家人或社區志工照護，減少專業機構之人力成本。或提供各種獎勵及補助等優惠條件，鼓勵子女與父母同住或住於附近，就近相互照顧，發揮家庭互助功能，減少政府負擔。

行政院院長吳敦義於 98 年 11 月間責成研考會調查十大民怨，發現都會區房價過高是民怨之首¹⁴。為增加北臺灣房屋供給，

¹⁴ 參考研考會公布網路民調結果。

行政院已成立小組，將效法香港機場快線青衣站的發展模式，在桃園機場捷運沿線各站區，選勘多處距臺北火車站 20 餘分鐘車程內、臺北縣與北桃境內 100 公頃以上土地，透過區段徵收，興建讓年輕人用合宜價錢即可買到的大型住宅社區。臺北市政府亦為解決近 81 萬名北市 20 至 40 歲青年的住屋問題，規劃新住宅政策，研擬兩種利率補貼方案。又擬利用臺北市閒置的學校用地興建青年住宅，並以低價租給青年。

內政部「住宅輕鬆 GO」3 年計畫已出爐，計畫 3 年內投入近 88 億元，進行四大行動方案。一方面釋出八百多戶國宅餘屋平抑屋價，另一方面增加供給，選定淡海新市鎮土地 1,290 多公頃土地、臺北縣板橋浮洲工廠周邊約 277 公頃，另一塊土地在機場捷運 A7 車站周邊約 75 公頃，及 A9 車站至 A10 車站沿線約 56 公頃，興建合理價位住宅，以解決都會區的「居不易」問題¹⁵。為實踐在地老化及三代同居或同鄰之理念，監察院認為行政院應在興建青年住宅、解決房價問題之同時，一併將老人之居住問題納入考量。

行政院及臺北市政府規劃利用捷運沿線土地或市區內閒置土地興建青年住宅政策，有必要考量同時興建老人住宅，使老人得以融入社區，年輕人亦得就近照顧老人。

四、老人之休閒與社會參與

世界各先進國家因應高齡化社會的來臨，除醫療養護保健之外，莫不正視老人之社會參與及教育權，並藉由志工活動，促進老人身心良性發展及自我實現，並可善用老人之智慧，因應社會

¹⁵ 參考 98 年 12 月 17 日聯合報「抑房價 內政部造鎮，釋國宅」。

之變遷，以減緩老化對其個人、家庭及社會之衝擊。且老人社會活動之參與越多，其人際關係較佳，生活滿意度較高，而且健康也較良好，不易老化，亦不易有失智症之情形。因此，有關機關應積極規劃並推動各項老人之社會參與活動。

監察院委員實地訪視臺南市及嘉義縣等地區老人福利機構及相關照顧服務措施、老人巡迴文康車及社區關懷據點、廟宇活動時，發現藉由營養午餐、量血壓等服務之提供，各項音樂舞蹈健身操等休閒活動之安排，及志工服



監察院慶生會邀請壽星父母共同參加

務，可使老人走出家門，重獲社區及社會之關懷。因此，政府宜提供各項誘因，讓老人重回社會，活化身心。

五、老人教育與自我實現

近年來臺灣地區之人口結構正朝向少子女化進行，未來可預見的是，國民教育學校將面臨入學人數銳減、高等教育學校將面臨招生不足之困境。監察院建議可釋出各學區之校舍空間，妥善評估規劃作為老人社區式照顧服務場所（包含失智症老人之日間照護中心）之可行性，高等教育學校亦可轉型發展為老人福祉大學，提供老人照顧服務專業人才之教育與培訓，俾利推動各項多元化之照顧服務方案，使老人毋須離開自己熟悉之環境，得以在社區中生活，真正落實在地老化之政策目標，亦可預防老人急速

老化及失能（失智），避免老人提早入住機構。

老人教育之主要目的亦在培養退休後社會參與之知能，協助老人成功老化，二者相輔相成。政府應有效運用因少子化而閒置之空間，如學校、圖書館及社區活動中心等，針對老人需求，廣置社區終身學習中心及樂齡學習中心，積極推動大學校院辦理「老人短期學習計畫」，並主動積極廣為宣導，促請各階層老人參與，充實老人現代知識。

六、老人尊嚴

（一）防範老人詐騙事件

目前我國孝親倫理觀念逐漸瓦解，老人財產易遭他人詐騙或侵奪，雖有信託法等相關法規，惟宣導成效有限，老人將財產交付信託意願不高。常見老人失智或失能時，財產被親友挪用，乃至遭詐騙。

目前老人遭受財務詐騙問題仍然層出不窮，詐騙集團多以兩岸跨國經營方式逃避追緝，主管機關往往僅消極受理報案，查緝成效不彰。內政部宜推動兩岸攜手共同打擊詐騙集團，並積極主動聯合其他相關機關長期部署追緝，亦可衡酌提高破獲詐騙集團之績效考評分數，增加員警積極查緝之誘因。另不少老人有長時間看電視及收聽廣播之習慣，或出入於醫院診所及廟宇間，政府宜利用上述管道廣為宣導如何辨識詐騙行為。針對老人易受財物詐騙問題，政府宜採行主動積極有效解決方案。

（二）避免老人受虐

建議增加老人保護工作人力，有關老人保護個案，如為家庭暴力防治法第2條所定之家庭成員間實施身體或精神上不法侵害

之行為，係屬各直轄市、縣（市）政府家庭暴力暨性侵害防治中心受理之服務對象。96 年 1 月 31 日修正之老人福利法，明定醫療、社福及村里體系的相關工作人員於知悉老人有疑似受虐、遺棄等情事，或有生命、身體、健康或自由危難之情形者，應即通報當地縣市政府，以提供法律訴訟及諮詢、驗傷醫療、個案輔導、委託安置等相關服務。

監察院諮詢中華民國老人福利推動聯盟秘書長吳玉琴表示，老人受虐遺棄案件多，但 99 年度各縣市政府只編列 1 名員額，恐無法處理所有業務。另依據內政部說明，99 年計有 15 縣市申請專責人力辦理老人保護工作。顯見充實人力應為目前老人受虐問題之當前要務。

(三) 宣導敬老觀念

老人受虐原因或有不同，年輕世代視老人為無生產力之負擔或累贅，或不了解老人失智症等為主要原因。行政院「友善關懷老人服務方案」四、「健全友善老人環境，倡導世代融合社會」中提及「透過教育宣導或世代交流等傳承，營造悅齡親老社會」。為促進世代間相互了解與互動，教育部目前辦理「代間教育活動」及「全國祖孫週」，以彰顯祖父母對家庭社會的貢獻與重要性，倡導家庭代間互動共學，宣導祖孫世代之間的交流與互動，進而建構親老及尊老的社會。但對於老人失智症之行為態樣及其演變與應對方法及態度，因屬較新領域，一般家庭具充足知識者為數不多，仍有待加強教育宣導，以促進家庭及社會之和諧。

結語

臺灣出生率已為全球最低，人口老化速度又快，目前臺灣 65 歲老年人口約 244 萬人，占總人口 10.6%，平均每 7 個青壯年要扶養一位老年人。經建會推估，至 115 年老年人口將提升至 20%，成為超高社會，屆時將變成每 3.3 個青壯年扶養一位老人，很快地至 140 年將提升為 37%，超前北歐福利國高齡人口率的 20%，變成嚴重老化的國家。此意謂著臺灣未來的生產與消費力將下降，失能人口長期照顧與醫療負擔將提高¹⁶。

由社團法人中國人權協會於 98 年研究臺灣老人人權指標調查報告中指出，有五成左右民眾對我國老人人權保障持正面評價，但負面評價者占三成五。相較 97 年度，有三成一的民眾認為我國老人人權有進步，有二成六左右的民眾表示有退步，另有二成六的民眾表示兩年差不多。

強化老人照顧

監察院歸納學者及專家意見，認為老人應獲得：(一) 符合社會文化價值之家庭與社區照顧；(二) 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；(三) 有效與必要的醫療與照護服務；(四) 符合全人、在地老化及多元連續服務原則之照顧（含心理衛生等預防保健及各類醫療）。另監察院舉辦諮詢會議，相關學者指出，老人健康行為與其身心健康有著明顯之關連，健康行為不但可直接或間接減少老人身心功能之退化、降低死亡率，進而減少照顧費

¹⁶ 參考 99 年 9 月 29 日中國時報 A2 版「長照重擔別讓臺灣女人挑」。

用之支出；透過健康行為與避免危害健康之行為，將有助於提升老人健康與減少後續照顧之問題。另面對高齡化之挑戰，政府及國民皆應重視預防保健，始能降低醫療與照護之沉重負擔，預防保健不僅可免於疾病發生，並可提高生活品質。

臺灣家庭老少照護與家事勞動等責任，多半落在太太身上¹⁷，且依家庭照顧者協會指出，目前 5 成以上家庭照顧者是超過 50 歲以上的女性，平均時間達 10 年，其中 46% 缺乏親友協助。年輕世代的女性有 5 成以上為職業婦女，未來是否能擔負照顧老人之責，深值研究。政府實有必要提早規劃，建構平價、大眾化且符合需求的照護系統。

整合相關主管機關與推動機制

由於老人福利法及其他相關法令推動保障之老人人權之類別、內涵與具體措施甚多，涉及主管機關包括行政院、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、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。但彼此間欠缺溝通聯繫與整合，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及長期照護機構，衛政單位主管護理之家，退輔會也提供類似服務。長期照護機構及護理之家之人事配置及設置標準幾乎相

¹⁷ 同 11。

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」，原民會推展原住民族部落老人日間關懷站，農委會也推廣高齡者生活改善班等。而各部會協調不易，例如對於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，內政部與教育部即難以達成共識。

為推動老人福利之整合機制，政府雖設有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。但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、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。在老人人權涉及項目及部會多，各部會又缺乏溝通整合下，行政院宜建立專責推動老人人權之協調整合機制，促進跨部會、跨專業之協調聯繫。

臺灣高齡化速度快，未來政府負擔或稅賦徵收勢必增加，監察院基於老人人權立場，提出相關建議，期能促行政機關提昇老人福利制度，使所有老人安享晚年。

參考文獻

- 社團法人中國人權協會研究報告，「2009 臺灣人權指標調查報告」。
- 吳肖琪、洪燕妮、黃俊哲(2009)，「高齡化及少子女化衝擊下的健康照護」，社區發展季刊，125 期，第 78 頁。
- 教育部(2006)，「邁向高齡化社會老人教育政策白皮書」，第 13-17 頁。
- 監察院(2000)，「臺灣老人人權與實踐之探討專案調查研究」。
- 劉見祥、吳秀玲(2009)，「高齡化對全民健康保險制度之影響」，社區發展季刊，125 期，民國 98 年 6 月。
- 劉慧俐，「臺灣地區老人自殺之流行病學分析：1985-2006」。
<http://www.publichealth.org.tw/temp/28-2%20%20Recommended.pdf>，上網時間：98 年 12 月 12 日。

附錄一 聯合國老人綱領

聯合國大會在 1991 年通過的「聯合國老人綱領」提出了五個要點：

一、獨立：

- ◆老人應有途徑能獲得食物、水、住屋、衣服、健康照顧、家庭及社區的支持、自助。
- ◆老人應有工作的機會。
- ◆老人在工作能力減退時，能夠參與決定退休的時間與步驟。
- ◆老人應有途徑獲得適當的教育及訓練。
- ◆老人應能居住在安全與適合的環境。
- ◆老人應儘可能長久的居住在家中。

二、參與：

- ◆老人應能持續融合在社會中，參與相關福利的政策制定，並且與年輕世代分享知識與技能。
- ◆老人應能尋找機會來服務社區與擔任適合自己興趣及能力之志工。
- ◆老人應能組織老人的團體或行動。

三、照顧：

- ◆老人應能獲得符合社會文化價值、來自家庭及社區的照顧與保護。
- ◆老人應有途徑獲得健康上的照顧，以維持身體、心理及情緒的水準，並預防疾病的發生。
- ◆老人應有途徑獲得社會與法律的服務，以增強其自治、保護與照顧。

- ◆老人應能夠在人性及尊嚴的環境中，適當利用機構提供的服務。
- ◆老人在任何居住、照顧與治療的處所，應能享有人權和基本自由，包含了對老人尊嚴、信仰、需求、隱私及決定其照顧與生活品質權利的重視。

四、自我實現：

- ◆老人應能適當地追求充份發展的可能。
- ◆老人應有途徑獲得教育、文化、宗教、娛樂的社會資源

五、尊嚴：

- ◆老人能在尊嚴和安全感中生活，自由發展身心。
- ◆老人應不拘年齡、性別、種族、失能與否等狀況，都能被公平的看待。

附錄二 第1層及第2層老年經濟保障制度

一、第1層：社會保險部分

農民

臺灣光復後之經濟建設，採行以農業培養工業之發展措施，積極推動各種農業建設。為保障農民生活及增進其福利，74年政府參照開辦勞工保險之前例，先行以行政命令試辦農民健康保險，選定臺灣省41個鄉鎮市農會所屬會員約10餘萬農民加入保險。76年擴大試辦，並於試辦結束前進行立法，俾使全體農民均能納入保險保障。農民健康保險條例遂於78年3月23日公布，同年7月1日實施，84年配合全民健康保險法施行，醫療給付部分劃歸全民健康保險體系。另因社會經濟結構急遽轉型，農家所得相對較低，農民日趨高齡化，政府為照顧老年農民與增進農民福祉，爰於農民健康保險條例尚未修法增列老年年金給付項目前，採權宜措施，於84年5月31日公布施行「老年農民福利津貼暫行條例」，對年滿65歲符合申領資格之老年農民，發給每月3,000元老年農民福利津貼。嗣後該條例於87年11月11日修正，將年滿65歲，申領時已領取勞工保險老年給付之漁會甲類會員，且會員年資合計6個月以上者亦納入老農津貼發放對象，並分別於92年12月17日、94年12月28日及96年8月8日修正該條例，漸次將津貼額度由每月4,000元調高為至6,000元，以照顧老年農漁民生活。然依農民健康保險條例第2條規定：「農民健康保險之保險事故，分為生育、傷害、疾病、殘廢及死亡五種；並分別給與生育給付、醫療給付、殘廢給付及喪葬津貼」，故農民健康保險並無納入老年給付。

軍公教人員

公教人員保險於 94 年 1 月 19 日修法通過，建立年資保留機制，將被保險人退保改參加勞工保險或軍人保險，針對不合請領原保險養老給付條件者，其原有年資予以保留。自 97 年 10 月開辦國民年金，98 年 1 月 1 日施行勞保老年給付年金化後，國民年金及勞保間年資銜接併計，分開計算給付給與；軍人保險及公教人員保險則尚未比照勞保與國民年金建立年資銜接機制。

目前我國社會保險制度中，僅能領取一次老年給付者有軍人保險及公教人員保險。現行公保與勞保係屬不同社會保險，兩者在保險費率、保險費負擔等財務結構上皆有差異，依現行公教人員保險法及勞工保險條例規定，公、勞保年資互不併計予以給付，僅公教人員如因職業身分轉換，由公保改參加勞保或軍保，其公保年資得依公保法第 15 條之 1 規定予以保留，俟日後由勞保或軍保依法退職(伍)時，再請領該保留公保年資之養老給付。現行勞工保險條例第 76 條規定，勞工保險被保險人於轉投公務人員保險、軍人保險或私立學校教職員保險時，不合請領老年給付條件者，其原有勞工保險年資應予保留，並得於年老依法退職時，請領勞工保險年資保留部分之老年給付。因各職域保險財務各自獨立，政府爰採年資保留制度，故公、勞保年資採分別給付，不予併計。

國民年金

97 年 10 月 1 日開辦國民年金，係以全體國民作為保障標的，將年滿 25 歲、未滿 65 歲，未參加勞保、農保、公教保、軍保之國民，強制納入保障範圍，並將失業者、家庭主婦、學生，以及身心障礙者，均納入強制保險之體系。依照社會保險精神，被保險人數越多、經濟優勢者幫助經濟弱勢者，方能達到社會保險之效果。惟政府依國民年金法第 12 條規定，被保險人為符合社會救助法規定之低收入戶、重度及極重度之身心障礙者由政府全額

負擔保險費；而對於收入少於最低生活費標準1倍至1.5倍，及1.5倍至2倍之民眾，政府則分別提供70%與55%之保險費補助；此外，對於中度與輕度身心障礙者，政府亦分別提供70%與55%之保險費補助。因此，國民年金恐將由「社會保險」制度，落入「社會救助」制度。

目前我國各職業別之社會保險分屬不同主管機關，勞保之主管機關為勞委會、國民年金及農保為內政部、農民事務之主管機關為農委會，而勞、國、農保之業務及相關津貼發放均由勞保局承辦，形成我國社會保險制度事權分散，難以整合銜接之問題。

二、第2層：退休制度（職業年金）

軍公教人員

軍公教退撫制度係由政府與軍公教人員共同撥繳基金之提存準備制，並由政府負最後支付保證責任，公務人員退撫新制於84年7月1日實施，教育及軍職人員退撫新制則分別於85年2月1日及86年1月1日實施。然公教人員與軍職人員支領月退休俸等制度並不相同，且如轉職時會面臨各職業退休制度之年資無法銜接，致年資未能採計或年資保留分開給付之情形。再者，公教人員未滿5年之年資及軍職人員未滿3年之年資，因不符合退休請領老年給付條件，致年資不予採計，影響請領老年給付權益。

政務人員

政務人員退撫制度於93年1月1日「政務人員退職撫卹條例」施行後，改為「確定提撥制」，由服務機關及政務人員按月依其俸給總額12%之費率，分別繳付65%及35%之公、自提儲金，再由服務機關自行在銀行或郵局開立專戶儲存孳息，並按人分戶列帳管理。由於未採行集中方式辦理，僅能領取一次老年給付。例：原參加勞工退休制度者轉任政務人員，除不能適用政務人員離職

儲金條件外，亦無法參加勞退新制，提撥退休金，原勞工年資僅能保留無法與公保年資併計，嚴重影響老年經濟安全保障；原為公立教職身分轉任政務人員，雖適用政務人員離職儲金條件，因年資無法轉換併計，僅能保留教職年資，採分別給付方式領取老年給付；而無法按教職服務年資提敘薪級，亦影響老年退休所得。

約聘僱人員

約聘僱人員依 84 年 7 月 1 日施行「各機關學校聘僱人員離職儲金給與辦法」，係由各機關（構）、學校自行辦理儲存事宜，並未集中管理，僅能領取一次老年給付。

私立學校教職員

關於私立學校教職員之退撫新制，依據「學校法人及其所屬私立學校教職員退休撫卹離職資遣條例」係採確定提撥制，由教職員、學校及教育主管行政機關，按月提撥儲金至教職員個人帳戶，俟其符合現行退休、撫卹、資遣條件或中途離職時，領取其個人帳戶內儲金之本金及孳息總額。私立學校教職員工係參照公立學校教職員 85 年 2 月 1 日退撫新制施行前之一次退休金及一次撫卹金之計算方式辦理，僅有一次性給與，且私校教職員與各項職業別工作年資如何採計，亦產生年資轉換問題。

勞工

勞工則依勞工退休金條例採確定提撥制，國民年金則就年滿 25 歲至未滿 65 歲，未參加軍、公教、勞、農保，且未曾領取勞保老年給付、公保養老給付、軍保退伍給付之民眾及退休勞工（未滿 65 歲，未參加軍、公教、農保且未領取公保養老給付、軍保退伍給付，並有下列情形之一者：在勞保年金實施前，已領取勞保老年給付；或在國民年金開辦後 15 年內期間，領取勞保老年給付之年資未滿 15 年），得申領老年年金給付，採確定給付制。

國家圖書館出版品預行編目資料

2008-2009年監察院人權工作實錄 第四冊，老人
人權 / 監察院人權保障委員會編著. -- 初版.

-- 臺北市：監察院，民100.04

面；公分

ISBN 978-986-02-7703-6 (平裝)

1.人權

579.27

100007094

2008-2009年監察院人權工作實錄
第四冊 老人人權

編著：監察院人權保障委員會

發行人：王建煊

出版者：監察院

地址：100台北市忠孝東路1段2號

電話：(02) 2341-3183

網址：<http://www.cy.gov.tw/>

監察院檢舉專用信箱：台北郵政8-168號信箱

傳真：(02) 2341-0324

監察院政風室檢舉：

專線電話：(02) 2341-3183轉539 (02) 2356-6598

傳真：(02) 2357-9670

印刷者：神才印刷事業股份有限公司

地址：桃園市中山路507巷55號

電話：(03) 3373700

中華民國100年4月15日初版

定價：新台幣100元整

ISBN:978-986-02-7703-6

GPN:1010000882

著作權管理訊息：

著作權人：監察院

◎欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作權人同意或書面授權。

請洽監察院人權保障委員會（電話：02-23413183）