

編號：(95)060.809

## 主要國家因應人口老化社會福利政策之研究

行政院經濟建設委員會

民國 95 年 12 月

編號：(95)060.809

## 主要國家因應人口老化社會福利政策之研究

(本報告內容係屬研究單位觀點，並不代表委託機關意見)

計畫主持人：詹火生教授

協同主持人：李安妮副院長

戴肇洋所長

蔡貞慧助理教授

研究人員：林怡君、謝佳靜、

何彥慶、林松崎

研究助理：宋佳容

委託機關：行政院經濟建設委員會

研究單位：財團法人台灣綜合研究院

## 主要國家因應人口老化社會福利政策之研究」摘要

近年，許多主要國家受到結婚率下滑、生育率降低、醫療技術進步與生活水準提升等因素影響，導致人口結構呈現高齡化現象。台灣亦不例外，早在 1993 年高齡人口（65 歲以上）所佔比例達到 7% 以上，已符合聯合國世界衛生組織所訂高齡化社會指標。相較於其他主要國家，雖台灣人口高齡化程度較低，但根據行政院經濟建設委員會估計，未來台灣高齡化速度將會加速，由 2006 年的 10% 上升為 2051 年的 37%。

檢視目前日本、德國、瑞典、美國、加拿大等五個主要國家因應人口高齡化社會福利政策有些共同趨勢：在經濟安全方面，多元多重年金—除了透過繳納保險或稅收方式實施國民年金制度，以及鼓勵設立私人年金或商業年金保險之外，還有延長退休年齡與增加中、高齡人士部份工時工作機會。在健康醫療方面，實行「國民健康保險制度」。在居住安養方面，發展長期照護制度；然因各國財源不一，其所採取的方式有所不同，例如日本採取介護保險、德國採長期照護保險，至於美、加等國家則採健康稅捐方式，瑞典則由政府部門供給長期照護財源與服務。在社會參與方面，多數國家強調「終身學習」理念，以及鼓勵志願參與社會服務。

爰此，本研究除了探討人口結構高齡化對個人、家庭、經濟與社會所產生的影響，以及分析台灣因應人口結構高齡化社會福利政策供需及其之間落差之外，並且檢視日本、德國、瑞典、美國、加拿大等主要國家因應人口高齡化所採取的政策。最後，本研究從福利需求、供給、財政與社會公平等的理念切入，針對台灣人口結構高齡化所衍生的社會福利問題，研擬規劃相關因應政策。

## Abstract

The main purposes of this study are: (1) to analyze the impacts of aging on individuals, families, economy, and society, (2) to review the aging policies in aspects of economic security, health care, living arrangement and social participation among Japan, Germany, Sweden, the United States, and Canada, (3) to examine the service lag between the demand side and supply side in response to increased population aging situation, (4) to propose feasible policies in the short term, in the median term and in the long term.

In review of the aging policies of 5 targeted countries, some common strategies have been applied as follows. For economic security, a national pension financed by payroll or contributions is accompanied with encouraging private purchase of commercial pension insurance. Besides, extension of retirement age and development of part-time work opportunity for the middle-age or aged population are common, too. For health care protection, socialized health insurance system is commonly provided. For living arrangement and social care, the financing mechanism is varied by country, For example, there is long-term care insurance in Japan, Germany. And some others provide extension of health insurance coverage like US, Canada. As for Sweden, the long-term care is mainly provided/financed by the public sector. For social participation, the idea of “lifelong learning” is popular while volunteer service is also encouraged in most countries.

We therefore propose several policies in response to the increasing population aging situation in Taiwan. In economic security, a national pension should be developed based on integrating current retirement benefits of various social insurance programs. In health care, with the universal coverage of current national health insurance practice, health behavior promotion and preventive care are two emerging strategies. In living arrangement and social care, a long-term care insurance system is proposed. In social participation, the development of “time banks” through non-profit organization is proposed.

# 目 錄

<b>第一章 緒論</b> .....	<b>1-1</b>
第一節 研究動機與目的.....	1-1
第二節 福利政策理念詮釋.....	1-3
第三節 研究架構與範圍.....	1-9
第四節 研究方法與限制.....	1-10
<b>第二章 主要國家與台灣人口結構老化概述</b> .....	<b>2-1</b>
第一節 主要國家人口結構老化現況與趨勢.....	2-1
第二節 台灣人口結構老化現況與趨勢.....	2-21
<b>第三章 人口結構老化所產生的影響探討</b> .....	<b>3-1</b>
第一節 對個人之影響.....	3-1
第二節 對家庭之影響.....	3-5
第三節 對經濟之影響.....	3-8
第四節 對社會之影響.....	3-14
<b>第四章 台灣因應人口老化福利政策供需檢視</b> .....	<b>4-1</b>
第一節 高齡人口福利需求分析.....	4-1
第二節 高齡人口福利供給分析.....	4-10
第三節 高齡人口福利供需落差分析.....	4-26
<b>第五章 主要國家因應人口老化社會福利政策現況與經驗借鏡</b> .....	<b>5-1</b>
第一節 經濟安全政策現況.....	5-1
第二節 健康醫療政策現況.....	5-16
第三節 居住安養政策現況.....	5-29
第四節 社會參與政策現況.....	5-37
第五節 主要國家經驗借鏡.....	5-41

<b>第六章 因應人口結構老化福利政策策略規劃</b> .....	<b>6-1</b>
第一節 經濟安全策略規劃.....	6-5
第二節 健康醫療策略規劃.....	6-12
第三節 居住安養策略規劃.....	6-17
第四節 社會參與策略規劃.....	6-22
<b>第七章 結論與建議</b> .....	<b>7-1</b>
第一節 結論.....	7-1
第二節 建議.....	7-4
<b>參考文獻</b> .....	<b>8-1</b>
附錄一 雙連安養中心訪談摘要.....	A-1
附錄二 健康醫療、居住安養座談會議紀錄.....	B-1
附錄三 經濟安全、社會參與座談會議紀錄摘要.....	C-1
附錄四 期初審查會議記錄.....	D-1
附錄五 期中審查會議記錄.....	E-1
附錄六 期末審查會議記錄.....	F-1

## 圖 次

圖 1-1	福利供給財源的整合模型 (integrated model) .....	1- 6
圖 2-1	日本出生率及死亡率變化.....	2- 8
圖 2-2	日本平均餘命推移.....	2- 9
圖 2-3	日本人口增加率與總人口變化趨勢.....	2- 9
圖 2-4	日本 1950 年、2000 年及 2050 年人口結構比較.....	2-10
圖 2-5	日本主要年齡層占總人口之比重變化.....	2-11
圖 2-6	1995-2004 年德國粗出生率與粗死亡率變化.....	2-12
圖 2-7	德國 1950、2050 年人口結構變化.....	2-12
圖 2-8	瑞典出生率及死亡率變化.....	2-14
圖 2-9	瑞典各年齡層占總人口之比重變化.....	2-16
圖 2-10	美國出生率、死亡率與自然增加率變遷.....	2-16
圖 2-11	加拿大出生率、死亡率、自然增加率變化.....	2-18
圖 2-12	加拿大高齡人口占全體人口比重逐年趨勢.....	2-18
圖 2-13	加拿大 2001 年及 2041 年人口結構變化.....	2-19
圖 2-14	台灣地區未來人口轉型方向—中推計.....	2-22
圖 2-15	1974-2005 年台灣地區高齡人口趨勢.....	2-23
圖 2-16	台灣地區高齡人口數-按性別區分.....	2-26
圖 3-1	各經濟變數對台灣 GDP 實質成長之貢獻比重.....	3- 9

## 表 次

表 1-1 社會福利(費用、服務)供給混合模型.....	1-5
表 1-2 政府在高齡人口福利政策上所扮演的角色.....	1-9
表 2-1 人口結構高齡化速度國際比較.....	2-1
表 2-2 主要國家歷年平均餘命.....	2-2
表 2-3 主要國家粗出生率.....	2-3
表 2-4 主要國家粗死亡率.....	2-3
表 2-5 主要國家人口自然增加率.....	2-4
表 2-6 主要國家 65 歲以上人口占總人口之比重.....	2-4
表 2-7 主要國家高齡化指數.....	2-5
表 2-8 主要國家高齡人口依賴比.....	2-6
表 2-9 1990-2005 年主要國家高齡人口數及性別比重.....	2-7
表 2-10 日本主要年齡層人口數及平均年成長率.....	2-11
表 2-11 1950-2004 年德國各年齡層人口統計.....	2-13
表 2-12 瑞典人口統計摘要.....	2-15
表 2-13 美國 65 歲以上高齡人口統計.....	2-17
表 2-14 加拿大人口成長情形.....	2-20
表 2-15 台灣地區未來高、中、低推計粗出生率及粗死亡率.....	2-22
表 2-16 台閩地區高齡化指數/高齡人口依賴比/扶幼比/扶養比.....	2-24
表 2-17 65 歲以上高齡人口為身心障礙人口之比例.....	2-25

表 2-18 台灣地區 65 歲以上高齡人口性別比例.....	2-26
表 3-1 台閩地區各年齡層平均餘命統計.....	3-2
表 3-2 主要國家預期退休之後可度過之年限.....	3-3
表 3-3 高齡人口福利津貼支出相關統計.....	3-12
表 3-4 65 歲以上老人扶養比例.....	3-13
表 4-1 歷年 65 歲以上人口工作狀況統計.....	4-3
表 4-2 65 歲以上國民主要經濟來源.....	4-3
表 4-3 50 歲以上國民罹患疾病情形(2000 年-2005 年).....	4-7
表 4-4 65 歲以上高齡人口認為理想居住方式.....	4-8
表 4-5 高齡人口使用各類居住安養機構意願.....	4-9
表 4-6 50 歲以上國民活動參與情形(有參與之比重).....	4-10
表 4-7 設算分配福利經費基準.....	4-14
表 4-8 歷年內政部老人福利經費支出.....	4-16
表 4-9 2001-2005 年社會福利工作人員人數統計.....	4-16
表 4-10 2001-2005 年老人社會福利工作人員人數統計.....	4-17
表 4-11 歷年與老人福利相關之法規.....	4-18
表 4-12 台灣老人經濟安全制度.....	4-20
表 4-13 台閩地區居住安養機構統計.....	4-23
表 4-14 台閩地區老人文康休閒機構統計.....	4-23
表 4-15 65 歲以上國民對於各項服務利用情形.....	4-25

表 4-16 65 歲以上國民需要政府提供服務情形.....	4-26
表 4-17 歷年持有身心障礙手冊「失智症」類別人數統計.....	4-29
表 4-18 台灣失智症盛行率與發生率推估.....	4-29
表 4-19 台閩地區長期照護人力推估.....	4-31
表 5-1 日本現行經濟安全保障體系.....	5-3
表 5-2 德國現行社會安全體系.....	5-7
表 5-3 瑞典現行高齡人口經濟安全體系.....	5-11
表 5-4 不同退休年齡可請領給付之比例.....	5-14
表 5-5 瑞典醫療服務體系分層制度.....	5-23
表 5-6 主要國家平均退休年齡調整情形.....	5-43
表 5-7 高齡人口經濟安全策略國際比較.....	5-47
表 5-8 高齡人口健康醫療策略國際比較.....	5-48
表 5-9 高齡人口居住安養策略國際比較.....	5-49
表 5-10 高齡人口社會參與策略國際比較.....	5-50

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與目的

近些年來，許多主要國家受到結婚率下滑、生育率降低、醫療技術進步與生活水準提升等因素影響，人口結構呈現快速老化（「老化」與「高齡化」同義，以下以「高齡化」稱之）現象。台灣亦不例外，根據內政部統計年報（2006）所公佈的統計資料顯示，1985年時，老人人口（與「高齡人口」同義，以下以「高齡人口」稱之）（65歲以上）佔總人口的比例僅有5%，嬰兒出生人數尚有34萬人以上；至1993年底，高齡人口佔總人口的比例已至7%以上，達到聯合國世界衛生組織所訂定的高齡化社會指標，嬰兒出生人數已減少為32萬左右；到了2005年，高齡人口已達221萬左右，佔總人口數的比例高達9%以上，相對嬰兒出生人數則下降至19萬左右，顯示人口結構已有高齡化趨勢。

從上述資料中可以看出，台灣自1993年底起，已與許多主要國家一樣，正式進入高齡化社會時代。雖目前相較其他歐美、日本等主要國家，台灣人口結構高齡化程度仍較輕微，但根據行政院經建會「中華民國台灣民國95年至140年人口推計」（2006）估計，若以目前人口成長水準來說，其高齡化速度將會加速，由2006年的10%上升至2016年的13%，之後快速上升，至2051年達37%。其中，75歲以上高齡人口由2006年的95萬人，上升至2051年的369萬人，佔65歲以上人口的比例，由2006年42%增至2051年54%，其成長幅度可以說是極大。

此外，根據中推計結果，人口零成長將出現於2018年，出生人數自2006年的20萬左右，減少為2018年的17萬左右，與死亡

人數接近後持續下降，至 2051 年時僅約 8 萬人左右。另一方面，死亡人數由 2006 年的 14 萬人左右，逐年增加至 2016 年的 20 萬人左右，至 2051 年時達到 34 萬左右，亦即 45 年之後死亡人數約為目前之 2.5 倍。由此顯示，未來台灣人口結構高齡化問題，乃因出生人數快速下降才是關鍵所在，這些在在說明台灣整體人口結構高齡化趨勢極為嚴重，若與其他國家相較，實有過之而無不及。

很顯然地，由於子女人數的減少及平均餘命之延長，使得台灣人口結構高齡化加速。此一發展趨勢，不但對於個人、家庭帶來影響，而且亦將對經濟、社會造成影響，此對政府因應未來人口結構快速高齡化所採取社會福利政策而言，例如：經濟安全保障、社會救助、人力資源運用、健康醫療、福利服務、財政支出等各個層面，必須進行調整或重新規劃，才能因應高齡社會時代來臨，以達到「老有所養、老有所終」之社會福利最終目標。

爰此，本研究除了先就目前台灣及主要國家人口結構高齡化現況與趨勢回顧之外，將從政府財政、勞動倫理、社會公平正義等理念切入，針對台灣人口結構快速高齡化所衍生之社會福利問題與需求進行探討，分析現行社會福利資源分配，以及其所存在之供需落差；同時，參酌主要國家因應人口結構高齡化所採取的社會福利制度與改革經驗，以提供未來台灣研擬規劃或調整修正高齡人口社會福利政策整體策略之參考。

## 第二節 福利政策理念詮釋

### 一、政府在社會福利政策的角色與功能

在理論上，就以福利理念觀點，政府為能解決社會問題，滿足民眾福利需求，必須研擬相關福利政策。若從結構功能的角度而言，乃是維持社會整合，確保社會組織與結構正常運作；若從政治經濟的角度論之，則是調節社會各個利益團體之間，避免為了爭取福利資源而產生的對立或衝突，間接亦有助於政府管理效率與基礎。很顯然地，任何國家當社會出現社會問題或新興社會需求時，政府必須主動或是被迫研擬相關福利政策，以解決、紓緩社會問題或需求的嚴重性與迫切性。

至於政府在研擬相關社會福利政策時，如何確定政府在解決問題或滿足需求所扮演的角色？換言之，所謂社會福利政策係指，政府為解決或滿足個人或家庭的問題或需求所提供的各項福利服務，包括：金錢（in cash）、實物（in kind）或服務（in service）等範圍，因而必須介入或干預個人、家庭與市場經濟的傳統照顧或市場機制之供給功能。英國學者 Peter Taylor-Gooby & Jannifer Dale 兩人早在 1981 年就已提出，政府在提供社會福利上扮演三種角色（Gooby & Dale, 1981）：

#### 1、供給者角色

政府建立各項社會福利制度，或是設置各種福利服務機構，直接提供福利服務有需求的個人或家庭。

#### 2、規範者（Regulator）角色

政府並不直接提供各項福利服務，而是制訂各項福利相關法令或規定，要求雇主對於其受僱員工提供福利照顧，或要求非營利組織

(NPO) 或非政府組織 (NGO) 在提供福利服務時，應遵守的標準、條件或限制等。

### 3、補強者 (supplementation) 角色

政府僅對社會弱勢、失能人口或家庭提供福利服務，其目的在於補強或協助這些人口或家庭，能回復適應社會生活的能力。亦即政府針對缺乏經濟生活能力者提供福利服務。

如果把前述概念應用到高齡人口福利政策，是十分適用的概念。簡單地說，隨著台灣人口結構高齡化發展，政府為解決高齡化的各種社會問題與福利需求，必須儘速研擬相關高齡人口福利政策，此乃政府在高齡人口福利服務政策上，可以同時扮演著供給者、規範者與補強者等三種角色所致。

## 二、政府在福利供給的角色

Peter Taylor-Gooby & Jannifer Dale 對於政府在社會福利角色分類上，是一般性原則性的概念。1985 年倫敦大學政經學院教授 Howard Glennerster 更進一步把福利供給 (welfare provision) 區分為費用供給 (finance provision) 與服務供給 (service provision) 兩大項目。其中，費用供給意指各項福利服務所需經費，它可以是由政府稅收或社會保險繳費來支應，也可能是由民間捐款或民間資源來支應；至於服務供給意指福利服務提供，可以是由政府法定福利機構來提供，或是民間福利機構來供給。

因此，Glennerster 針對社會福利服務供給建構一個基本架構 (Glennerster, 1985 : 5)，(如表 1-1)，亦即在社會福利(費用、服務)

供給混合模型上，共可分成六種供給型態。茲將每一型態分別說明如下：

表 1-1：社會福利（費用、服務）供給混合模型

		費用供給			
服務供給		政府		民間	
	政府	I	III	IV	V
	民間	II			VI

- I：政府提供主要福利經費，並由政府機關提供各項福利服務。換言之，政府在財源和服務兩大方面上是福利服務的主要供給者(main provider)。
- II：政府提供主要福利經費，但主要由民間提供福利服務。這類供給模型較為少見，荷蘭在福利供給上較為接近這種模式，亦即其社會福利服務，主要仍由政府提供財源，但由民間非營利組織等提供福利服務。(Giddens,1998:112)
- III：政府提供主要經費，而由政府與民間共同扮演福利供給伙伴關係(partnership)，提供福利服務。在斯堪地那維亞半島的北歐福利國家，較為接近這種模式。
- IV：民間提供主要福利經費，而由政府與民間共同提供福利服務。這種模式比較少見，美國較常見的放任福利模式比較接近此種模式，其民間捐款是福利服務的主要經費來源，當然聯邦政府與州政府也提供了福利服務經費。
- V：民間提供主要福利經費，但由政府機關提供福利服務。這種模式屬於理念型態，在實際上此種模式十分罕見。
- VI：民間提供主要福利經費，也由民間福利機構提供福利服務，此種類型也存在於某些福利服務，但仍部分依賴政府經費協助支持。

Howard Glennerster於1992年再將前述模式更進一步修正，使得福利服務的財務供給及服務供給之模型，能更接近實際狀況，其修正重點為(Glennerster,1992:6)：

- 政府機構可區分為中央政府、地方政府與公立法人團體等。
- 民間機構可區分為營利機構(profit organizations)、非營利機構(non-profit organizations)。

Glennerster對於政府在社會福利供給角色的混合模型與前述Peter Taylor-Gooby & Jannifer Dale對於政府在社會福利服務的角色，可以說是適切符合1980年代以來歐洲福利學者所倡導福利多元主義(welfare pluralism)的核心理念(Johnson,1987)。亦即政府不再是各項福利服務的主要供給者(main provider)，民間部門包括非營利組織、非政府組織，甚至社區、市場、家庭等，都可以成為福利服務的供給者。其福利供給可以歸納如圖1-1所示：

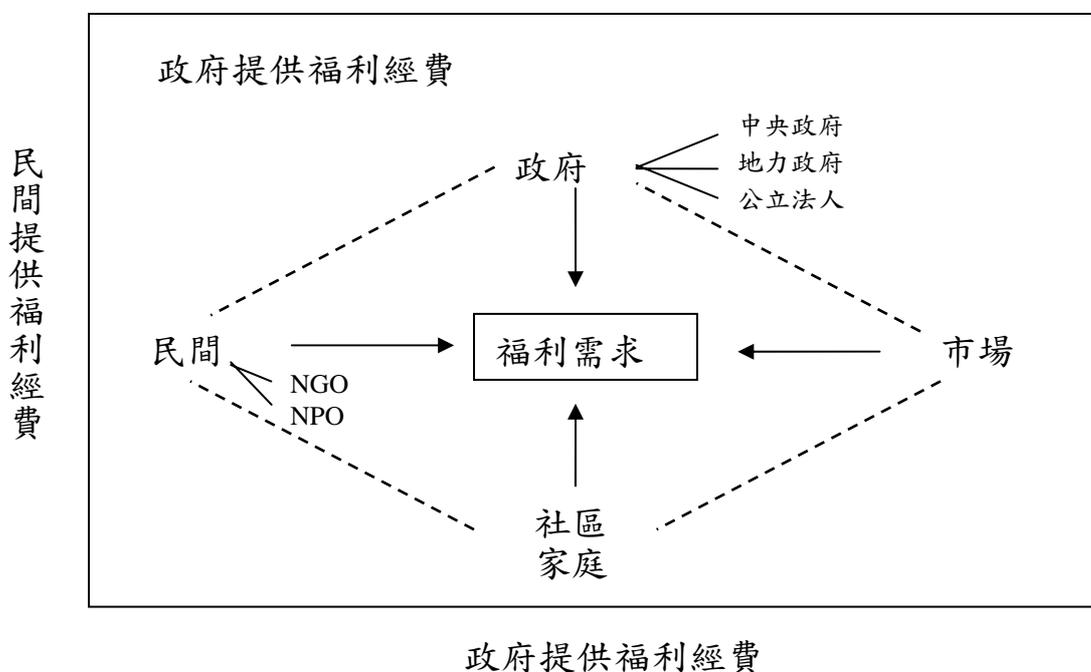


圖1-1 福利供給財源的整合模型 (integrated model)

1990年代末期以來，隨著歐洲各國對福利服務制度的修正，在傳統上，歐洲主要國家(如英、法、德、北歐諸國等)被視為福利國家(welfare state)的典範，強調政府在福利服務上扮演著主要福利供給關鍵角色。一般而言，政府在福利政策上介入程度之差異，將會呈現不同的福利模型，其中以Esping-Andersen的福利資本主義(welfare capitalism)三種福利體制(welfare regimes)最為學者討論。Esping-Andersen把採取市場經濟國家的社會福利制度，根據政府介入角色，將其區分為自由主義的福利國家(liberal welfare state)、組合主義的福利國家(corporatist welfare state)及社會民主主義的福利國家(social-democratic welfare state)。(Esping-Andersen,1990:26-29)。根據Esping-Andersen分析，政府在前述三種不同福利體制上所扮演的角色如下：

- 自由主義福利國家：政府主要扮演福利補強者(welfare supplementation)的角色。
- 組合主義福利國家：政府主要角色為規範者(welfare regulator)和補強者的角色，立法規範企業雇主應扮演福利供給的角色，其中規範雇主在社會保險制度中扮演著重要的角色，政府針對社會經濟弱勢者，扮演補強者角色。
- 社會民主主義福利國家：政府主要角色則為福利主要供給者(welfare provider)。政府在福利財政與福利服務上，均扮演著主要供給者角色。

另一方面，2005年比利時魯汶大學教授Sapir，針對歐盟主要國家福利制度更進一步區分四大類型(Sapir, 2005)，包括：

- 北歐模式（丹麥、芬蘭、瑞典、荷蘭），其特色是全民社會福利

普及。

- 安格魯撒克遜模式（英國、愛爾蘭），其特色是以社會救助為社會安全的最後一道防線，具有高度社會救助意涵。
- 萊因模式（奧地利、比利時、法國、德國、盧森堡），其特色是具有健全失業保險制度及退休制度。
- 地中海模式（希臘、義大利、葡萄牙、西班牙），其特色為政府社會福利支出以老年的退休制度為主，同時以繁瑣的法規保障（但也降低就業機會）。

### 三、政府在老人福利政策的角色

從歐洲主要國家福利發展的經驗，政府在福利供給的角色，隨著國家經濟的發展、民間公民社會力量的提升、社會價值文化的重視等因素，逐漸調整；換言之，政府在社會福利供給上，無論是財務或服務供給等方面，都已不再扮演著主要供給者（main provider）的角色，而是發展出所謂社會福利供給的混合模型（mixed model）。此外，政府在社會福利供給的角色，也因國家社會福利政策重點核心的不同，而有很大的差異。

在總體社會福利供給方面，目前歐洲各國已發展出福利供給混合模型，同時在高齡人口福利服務方面，也採取了混合供給模型方式，針對高齡人口福利需求，包括：政府、民間、市場、雇主、社區等，分別扮演高齡人口福利服務供給角色。亦即本研究參考前述政策理念與政府角色，在理念層次上，嘗試歸納政府在高齡人口福利政策上所扮演的角色，（如表1-2）。

表1-2 政府在高齡人口福利政策上所扮演的角色

老人福利需求	供給者		規範者	補強者
	財源	服務		
經濟安全	●	⊕	●	⊕
健康醫療	⊕	⊕	●	⊕
居住安養	⊕	⊕	●	⊕
社會參與	⊕	⊕	⊕	⊕
●表示政府扮演主要角色		⊕表示政府扮演部份角色		

資料來源：本研究整理

### 第三節 研究架構與範圍

根據上述研究動機與目的，本計畫研究範圍與架構將會包括以下五個層面：

- 敘述主要國家（日、德、瑞典、美、加等）及台灣人口結構高齡化現況與發展趨勢；
- 分析人口結構高齡化對於個人、家庭、經濟、社會等層面所產生的影響；
- 檢視現行台灣對於人口結構高齡化所採取的社會福利政策，歸納其所存在之供需落差；
- 探討主要國家及台灣因應人口結構高齡化，在經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與等層面上所採取的政策與策略，同時比較分析其異同所在；
- 參考主要國家人口結構高齡化社會福利政策實施與改革經驗，同

時考量政府財政負擔，研擬較適合的短、中、長期整體社會福利政策與策略。

## 第四節 研究方法與限制

### 一、研究方法

配合上述架構與內容，本研究從理論兼俱實務的角度切入，在執行上其所採取的方法，包括：

#### (一) 相關文獻資料回顧—次級資料彙整分析

##### 1. 主要國家與台灣人口結構高齡化現況與趨勢彙整分析

首先，蒐集主要國家包括：日本、德國、瑞典、美國、加拿大及我國人口結構相關文獻資料，並就其高齡化現況及其趨勢作一彙整，俾對這些國家人口結構高齡化全貌有初步的瞭解，以作為研究分析之根據。

##### 2. 人口結構高齡化所產生的影響分析

在對於主要國家人口結構高齡化現況與趨勢有所瞭解之後，接著就其所產生的影響，包括個人、家庭、經濟與社會等方面加以分析，俾以建立研究論述基礎，以及作為後續深度訪談及學者專家座談討論方向參考。

##### 3. 台灣因應人口結構高齡化所採取社會福利政策供需分析

另一方面，則是針對台灣因應人口結構高齡化趨勢之下，在社會福利上所採取的政策及相關資源配置作一概述，同時根據相關文獻資料，再就高齡人口對社會福利迫切之需求加以彙整，並且更進一步歸納其所存在之落差。

#### **4.主要國家因應人口結構高齡化社會福利政策實施與改革方向探討**

除瞭解各國人口結構高齡化現況與所產生的影響外，另就針對這些國家因應人口結構高齡化社會福利所採取的政策，包括：經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與等方面，探討其軟、硬體資源與配置，以及其因應人口結構快速高齡化之下，爲了有效控制財政支出免於過度擴大所進行的改革措施，試從其經驗之中，找尋可以作爲未來台灣借鏡之處。

### **(二) 深度訪談與專家座談－初級資料彙整分析**

#### **1.深度訪談－歸納問題所在**

在蒐集彙整國內、外相關文獻資料的同時，本研究在執行上針對與研究主題有關的民間社福機構進行訪問，除了從中佐證與前述之次級資料有無存在差異之外，進而發掘高齡人口所面臨之障礙與迫切需求所在。

#### **2.學者專家座談－參酌各界意見**

爲使計畫研究分析發現或初步所獲得的看法符合研究目的，本研究在執行期間中，針對不同主題邀請相關學者專家、民間社福團體、政府單位，例如內政部社會司、行政院衛生署國民健康局、財政部、行政院主計處、行政院勞委會勞保局等辦理座談，聽取各方意見，除了據以修正研究內容之外，並將其重要論點納入研究報告之中，俾使研究結論與政策建議，更加周延完備。

### **(三) 比較分析**

在完成次級研究資料彙整與初級研究資料分析後，本研究根據上述彙整分析所獲致的初步發現，從人口結構高齡化現象對個人、家庭、經濟及社會四大層面所產生的影響，分別與現行政府在社會福利政策上所採取的經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與等措施間作一對照，透過比較分析，藉以釐

清目前台灣社會福利政策在執行上所存在之問題與需求所在，以作為調整或研擬人口結構高齡化社會福利整體策略規劃之根據。

## 二、研究限制

由於本研究計畫所涵蓋的層面既寬且深，尤其過去以來陸陸續續已有許多學者先進針對與其有關的議題發表不少論述或著作，使得本研究必須從這些頗龐大的文獻資料中找到創新政策與具體建議，的確一項重大挑戰。此外，加上時間與經費限制，在研究上所引用的國外資料僅能從其敘述中加以分析，無法出國親自訪談，藉以更進一步瞭解這些國家政策可能調整方向，以及其整體策略，至為可惜。

## 第二章 主要國家與台灣人口結構老化概述

### 第一節 主要國家人口結構老化現況與趨勢

#### 一、主要國家人口結構老化現況（含跨國比較）

雖人口結構老化已成為世界之發展趨勢，但邁入高齡化社會步調卻是各國不一。從表 2-1 統計資料中可知，瑞典早在 1890 年即已成為高齡化社會<sup>1</sup>，並且於 1970 年代中期邁入高齡社會；至於日本高齡化速度則是急起直追，更於短短 24 年期間邁入「高齡社會」。相對台灣高齡化速度也有過之而無不及，1993 年正式邁入「高齡化社會」之後，在出生人數急遽下降下，根據推估將於 2018 年邁入「高齡社會」。探究人口結構大幅變化，主要受到平均餘命延長、生育率下降、死亡率減少、人口成長趨緩等因素影響。茲將幾個主要國家人口結構現況彙整歸納如下：

表 2-1：人口結構高齡化速度國際比較

國名	65歲以上人口比重到達年次（年）		所需年數 （年）
	7%	14%	
日本	1970	1994	24
德國	1932	1972	40
瑞典	1890	1975	85
美國	1942	*2013	71
加拿大	1950	*2010	60
中華民國 (台閩地區)	1993	*2018	25

資料來源：日本厚生省（2001），日本老人福祉手冊2001年版—中位推計；行政院經濟建設委員會（2006），中華民國台灣95年至140年人口推計。

說明：\* 表中推計預估年。

<sup>1</sup>高齡化社會指 65 歲以上高齡人口占總人口 7% 以上。

(一) 科技發達延年益壽，平均餘命遞增

由於衛生環境大幅改善、醫療技術不斷進步，各主要國家人民日益長壽。根據內政部所公佈之「主要國家歷年平均餘命」(如表 2-2) 資料顯示，主要國家平均餘命有逐年緩增之趨勢，平均約有 77 歲以上；其中，又以日本人最爲長壽，在 2005 年時，其平均餘命高達 81.2 歲。

此外，若從性別角度切入，主要國家平均餘命皆爲女性高於男性約 4 至 6 歲；而且年齡愈高則愈顯著，由此意味未來在高齡人口社會福利政策研擬規劃上，實有必要考量性別差異。

表 2-2：主要國家歷年平均餘命

單位：歲

國 別	2001 年		2002 年		2003 年		2004 年			2005 年		
	男	女	男	女	男	女	合計	男	女	合計	男	女
日 本	78.9	84.9	78.3	85.2	78.4	85.3	81.0	77.7	84.5	81.2	77.9	84.6
德 國	75.6	81.3	75.4	81.2	75.5	81.3	78.5	75.6	81.7	78.7	75.7	81.8
瑞 典	77.6	82.1	77.7	82.1	77.9	82.4	80.3	78.1	82.6	80.4	78.2	82.7
美 國	74.4	79.8	74.5	79.9	74.5	79.9	77.4	74.6	80.4	77.7	74.9	80.7
加 拿 大	77	82.1	77.2	82.1	77.2	82.1	-	77.2	79.7	80.1	76.7	83.6
中華民國 (台閩地區)	72.9	78.8	73.2	78.9	73.4	79.3	76.4	73.5	79.7	77.4	74.5	80.8

資料來源：2003 年以前資料來自 OECD 網頁,2004 及 2005 年資料來自 USA“*The World Factbook*”估計數，取自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2007.1）。

(二) 生死人數相抵，人口成長緩滯

除了平均餘命增加之外，人口自然增加率亦是人口結構變化影響因素之一。根據內政部統計處資料顯示，人口自然增加率與國家開發程度呈現反向關係，亦即上述主要國家人口自然增加率通常小於落後國家。若從表 2-3、表 2-4 來看，近些年來由於出生人數下降，以致

表 2-3：主要國家粗出生率

單位：‰

西元 國別	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日本	9.5	9.7	9.5	9.6	9.4	9.5	9.3	9.2	8.9	8.8	8.4
德國	9.4	9.7	9.9	9.7	9.4	9.3	8.9	9.0	8.6	8.6	8.3
瑞典	11.7	10.8	10.2	10.1	10.0	10.2	10.3	10.7	11.1	11.2	11.2
美國	14.6	14.4	14.2	14.3	14.2	14.4	14.1	14.0	14.0	14.0	14.0
加拿大	12.9	12.3	11.6	11.3	11.0	10.6	10.5	10.4	10.4	10.5	10.6
中華民國 (台閩地區)	15.5	15.2	15.1	12.4	12.9	13.8	11.7	11.0	10.1	9.6	9.1

資料來源：各國統計年報及月報、聯合國統計年鑑、各國網頁，取自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2007.1）。

附註：中華民國、德國人口為年終人口；美國人口為年中人口；日本人口為10月1日人口；加拿大人口為7月1日人口。

表 2-4：主要國家粗死亡率

單位：‰

西元 國別	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日本	7.4	7.2	7.3	7.5	7.8	7.7	7.7	7.8	8.0	8.2	8.6
德國	10.8	10.8	10.5	10.4	10.3	10.1	10.0	10.4	10.3	9.9	10.1
瑞典	10.6	10.7	10.6	10.5	10.7	10.5	10.5	10.7	10.4	10.1	10.2
美國	8.7	8.6	8.5	8.5	8.6	8.5	8.5	8.5	8.4	8.3	8.2
加拿大	7.2	7.2	7.2	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1	7.3	7.3	7.2
中華民國 (台閩地區)	5.6	5.7	5.6	5.6	5.7	5.7	5.7	5.7	5.8	6.0	6.1

資料來源：各國統計年報及月報、聯合國統計年鑑、各國網頁，取自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2007.1）。

附註：中華民國、德國人口為年終人口；美國人口為年中人口；日本人口為10月1日人口；加拿大人口為7月1日人口。

幾個主要國家粗出生率大多維持不變或略有下滑現象。另一方面，則是醫療技術的進步、衛生環境的改善，粗死亡率大多維持不變，使得這10年來粗死亡率與粗出生率差距逐漸縮小，上述主要國家人口自然增加率多是呈現不增反降情形。相對台灣而言，卻因近些年來粗出生率急遽遞減，以致人口增加率下降速度遠遠大於上述主要國家（表2-5）。

表 2-5：主要國家人口自然增加率

單位：‰

國別 \ 西元	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日 本	2.1	2.5	2.2	2.1	1.6	1.8	1.6	1.4	0.9	0.7	-0.2
德 國	-1.5	-1.1	-0.6	-0.7	-0.9	-2.0	-1.1	-1.4	-1.7	-1.4	-1.8
瑞 典	1.1	0.1	-0.3	-0.5	-0.7	-0.3	-0.3	0.1	0.2	1.2	1.1
美 國	5.9	5.8	5.7	5.8	5.6	5.9	5.6	5.4	5.7	5.7	5.8
加 拿 大	5.7	5.2	4.4	4.1	3.9	3.5	3.4	2.9	3.1	3.2	3.4
中華民國 (台閩地區)	9.9	9.5	9.5	6.8	7.2	8.1	5.9	5.3	4.3	3.6	2.9

資料來源：各國統計年報及月報、聯合國統計年鑑、各國網頁，取自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2007.1）。

附 註：中華民國、瑞典、德國人口為年終人口；美國人口為年中人口；日本人口為 10 月 1 日人口；加拿大人口為 7 月 1 日人口。

### （三）老漸多、幼趨少，高齡人口比重上升

由於壽命增長、人口成長停滯，使得日本、德國、加拿大等國家 65 歲以上高齡人口占總人口的比重年年緩升；瑞典及美國高齡人口比重則是十年以來維持相同水平。整體而言，雖早在 1995 年以前這些國家便已邁入高齡化社會，現今高齡人口比重至少達到 12% 以上，但台灣則有迎頭趕上其他國家趨勢（表 2-6）。

表 2-6：主要國家 65 歲以上人口占總人口之比重 單位：%

國別 \ 年份	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日 本	14.5	15.1	15.7	16.2	16.7	17.3	18.0	18.5	19.1	19.5	19.9
德 國	15.5	15.6	15.7	15.9	16.1	16.4	16.9	17.3	18.0	18.6	18.8
瑞 典	17.5	17.4	17.4	17.4	17.3	17.3	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2
美 國	12.7	12.7	12.6	12.5	12.5	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4
加 拿 大	12.1	12.2	12.4	12.5	12.6	12.7	12.8	12.9	13.0	13.1	13.1
中華民國 (台閩地區)	7.6	7.9	8.1	8.3	8.5	8.6	8.8	9.0	9.2	9.5	9.7

資料來源：各國統計年報及月報、聯合國統計年鑑、各國網頁，取自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2007.1）。

附 註：中華民國、瑞典、德國人口為年終人口；美國人口為年中人口；日本人口為 10 月 1 日人口；加拿大人口為 7 月 1 日人口。

此外，根據內政部所公佈的「主要國家老化（高齡化）指數」（如

表 2-7) 資料顯示，主要國家高齡化指數<sup>2</sup>有日漸攀升之趨勢；其中，日本、德國、瑞典等國家高齡人口數甚至多於 0-14 歲人口數，尤其以日本為最多，在 2005 年高達 145.8。相較而言，儘管台灣目前高齡化指數仍在 50 左右，不及他國比重，但是隨著近年出生人數急遽下降，將可預見的是，未來台灣高齡化指數增加速度，恐不亞於前述主要國家。

表 2-7：主要國家高齡化指數

單位：%

國別\西元	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日本	91.2	96.6	102.0	107.6	113.0	119.1	125.1	130.5	135.8	140.3	145.8
德國	95.3	96.9	98.3	99.9	102.2	105.4	109.4	113.8	122.2	128.9	136.2
瑞典	92.7	92.9	93.2	93.3	93.5	93.9	94.6	95.2	96.4	98.2	100.3
美國	57.9	58.1	58.1	58.1	58.0	58.1	58.4	58.6	59.0	59.6	60.4
加拿大	59.3	60.5	61.9	63.3	64.6	66.0	67.4	68.7	72.3	74.2	73.4
中華民國 (台閩地區)	32.1	34.0	35.7	37.6	39.4	40.9	42.3	44.2	46.6	49.0	52.1

資料來源：各國統計年報及月報、聯合國統計年鑑、各國網頁，取自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2007.1）。

附註：中華民國、瑞典、德國人口為年終人口；美國人口為年中人口；日本人口為 10 月 1 日人口；加拿大人口為 7 月 1 日人口。

#### （四）扶養比率提高，青壯人口負擔加重

誠如前述發展趨勢，不論現今階段或是未來世代，人口高齡化與出生率下降，將使高齡人口比重有增無減，而且高齡人口依賴比（=65 歲以上人口數/15-64 歲人口數\*100）恐將隨之上升，使得青壯人口必須承擔更多責任。若以日本、德國而言，平均每一青壯人口負擔，從 1995 年 1/5 增加到 2005 年約 1/3；瑞典、美國、加拿大等國家，則呈持平情形。至於台灣高齡人口依賴比，雖不若他國，但也呈現逐年增加的趨勢（如表 2-8）。

表 2-8：主要國家高齡人口依賴比

單位：%

<sup>2</sup>高齡化指數=(65 歲以上人口/0~14 歲人口)\*100，係指 65 歲以上人口占 0~14 歲人口比率。

國別 \ 年份	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日 本	20.9	21.8	22.7	23.6	24.4	25.5	26.5	27.6	28.5	29.2	30.3
德 國	22.6	22.9	23.0	23.2	23.6	24.2	24.9	25.6	26.8	27.8	28.9
瑞 典	27.4	27.4	27.3	27.1	26.9	26.8	26.6	26.5	26.4	26.5	26.4
美 國	19.3	19.3	19.2	19.0	18.8	18.8	18.7	18.6	18.5	18.5	18.5
加 拿 大	17.6	17.8	18.0	18.2	18.4	18.5	18.6	18.5	18.8	18.9	19.1
中華民國 (台閩地區)	11.1	11.4	11.6	11.8	12.0	12.3	12.5	12.8	13.0	13.3	13.6

資料來源：各國統計年報及月報、聯合國統計年鑑、各國網頁，取自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2007.1）。

附註：高齡人口依賴比係指 65 歲以上人口占 15~64 歲人口比率；中華民國、瑞典、德國人口為年終人口；美國人口為年中人口；日本人口為 10 月 1 日人口；加拿大人口為 7 月 1 日人口。

### （五）女性壽命較長，占高齡人口之比重大幅增加

若更進一步從聯合國人口統計資料（如表 2-9）來看早自 1990 年以前幾個主要國家 65 歲以上高齡人口性別比例，就已經小於 100 的共同現象；其中，又以德國的 67.91 為最低。惟較特別的是，台灣地區高齡人口性別比例，或因歷史因素影響，至 2005 年才小於 100。不過，近年上述主要國家女多於男現象略有趨緩，男女比例差距稍有拉進。

其次，再將前述主要國家 85 歲以上高齡人口性別組合作一分析，則可發現，以女性為主的高齡人口結構現象更為明顯。其中，仍以德國的性別比例 27.97 為最低，其次為日本的 37.45；不過，僅這兩個國家性別比例呈逐年遞減趨勢，顯然其女性高齡人口增加速度相較男性更快。

整體而言，在全球許多國家人口結構高齡化過程中，女性高齡人口數量增加速度，始終大於男性，而且隨著年齡增加，其所占比重不斷提高。

表 2-9：1990-2005 年主要國家高齡人口數及性別比重

國別	年度	65歲以上				85歲以上			
		合計 (千人)	男 (千人)	女 (千人)	性別比例	合計 (千人)	男 (千人)	女 (千人)	性別比例
日本	1990	14,810	5,964	8,244	<b>72.34</b>	1,125	354	770	<b>45.97</b>
	1995	18,265	7,509	10,755	<b>69.82</b>	1,580	479	1,101	<b>43.51</b>
	2000	21,863	9,125	12,738	<b>71.64</b>	2,218	636	1,582	<b>40.20</b>
	2005	25,268	10,651	14,618	<b>72.86</b>	2,869	782	2,088	<b>37.45</b>
德國	1990	11,881	4,005	7,877	<b>50.84</b>	1,112	290	823	<b>35.24</b>
	1995	12,634	4,517	8,117	<b>55.65</b>	1,396	341	1,054	<b>32.35</b>
	2000	13,483	5,129	8,353	<b>61.40</b>	1,610	373	1,237	<b>30.15</b>
	2005	15,525	6,278	9,245	<b>67.91</b>	1,377	301	1,076	<b>27.97</b>
瑞典	1990	1,523	648	873	<b>74.23</b>	147	44	102	<b>43.14</b>
	1995	1,542	653	889	<b>73.45</b>	179	54	123	<b>43.90</b>
	2000	1,533	653	880	<b>74.20</b>	200	61	138	<b>44.20</b>
	2005	1,556	674	882	<b>76.42</b>	215	68	148	<b>45.95</b>
美國	1990	31,282	12,927	18,355	<b>70.43</b>	2,908	826	2,082	<b>39.67</b>
	1995	33,403	13,943	19,458	<b>71.66</b>	3,318	955	2,362	<b>40.43</b>
	2000	35,078	14,712	20,366	<b>72.24</b>	4,115	1,221	2,893	<b>42.21</b>
	2005	36,711	15,448	21,263	<b>72.65</b>	5,012	1,531	3,481	<b>43.98</b>
加拿大	1990	3,121	1,307	1,814	<b>72.05</b>	275	84	192	<b>43.75</b>
	1995	3,510	1,479	2,028	<b>72.93</b>	333	99	232	<b>42.67</b>
	2000	3,869	1,658	2,216	<b>74.82</b>	415	127	291	<b>43.64</b>
	2005	4,238	1,840	2,400	<b>76.67</b>	505	156	350	<b>44.57</b>
台灣	1990	1,269	678	590	<b>114.97</b>	49	19	30	63.58
	1995	1,631	893	738	<b>120.92</b>	74	30	44	<b>69.02</b>
	2000	1,921	1,011	910	<b>111.07</b>	113	50	63	<b>79.89</b>
	2005	2,217	1,105	1,111	<b>99.46</b>	159	74	85	<b>86.82</b>

資料來源：World Population Prospects: The 2004 Revision. United Nations (2006.10) .及內政部統計處<http://www.moi.gov.tw/stat/>

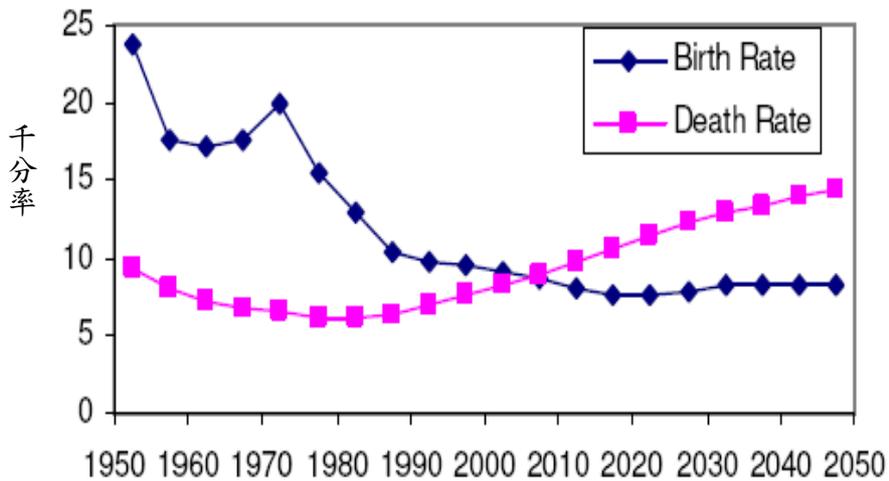
## 二、 主要國家人口結構老化趨勢

(一) 日本

1、平均餘命延長、人口自然增加率下降，高齡人口占總人口之比重遞增

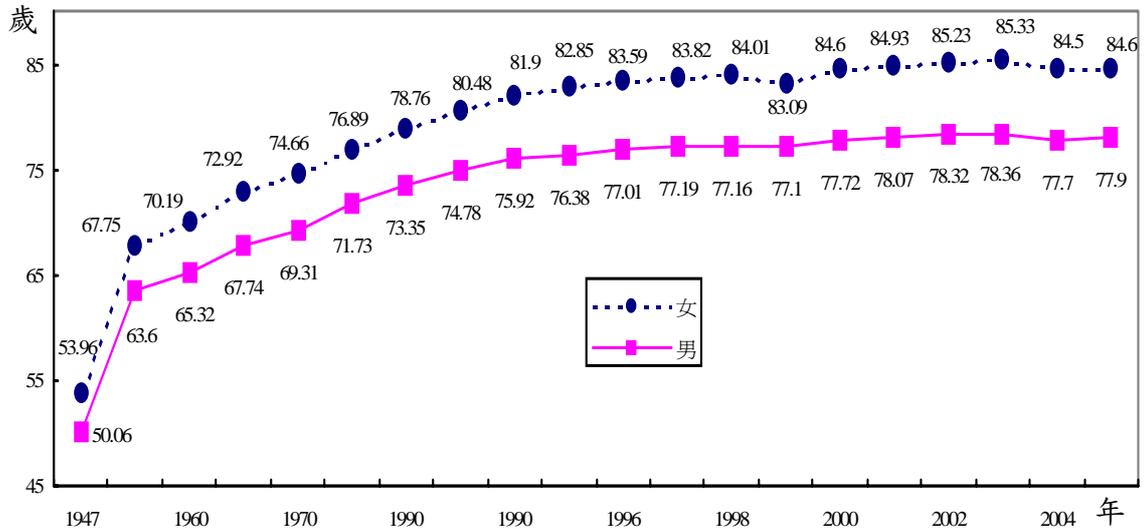
1950 年代，日本受到第二次世界大戰期間成年男性戰死，以及戰後嬰兒潮趨勢影響（出生率曾經高達 25‰ 左右）（如圖 2-1），未成年人口（0-19 歲）占總人口的比重極大。不過，自 1970 年代開始，隨著日本經濟高度成長、國民生活水準大幅改善，加上衛生條件提升、醫療技術進步，使得平均餘命不斷延長（如圖 2-2）。不過，同一期間，其生育率不斷下降，人口結構開始產生變化—高齡人口比重不斷上升（如圖 2-3、圖 2-4）。預估至 2010 年時，65-69 歲高齡人口可能超過 1,000 萬人；至 2050 年時，75-79 歲高齡人口將有 800 萬人；至於 0-4 歲新生兒人口數，則將少於 500 萬人。

圖 2-1：日本出生率及死亡率變化



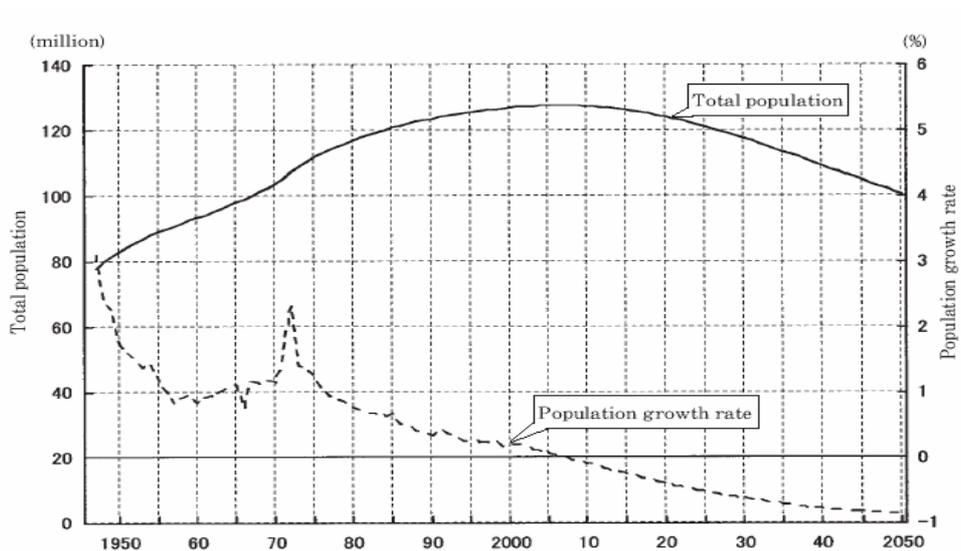
資料來源：Bloom 和 Canning (2004)。

圖 2-2：日本平均餘命推移



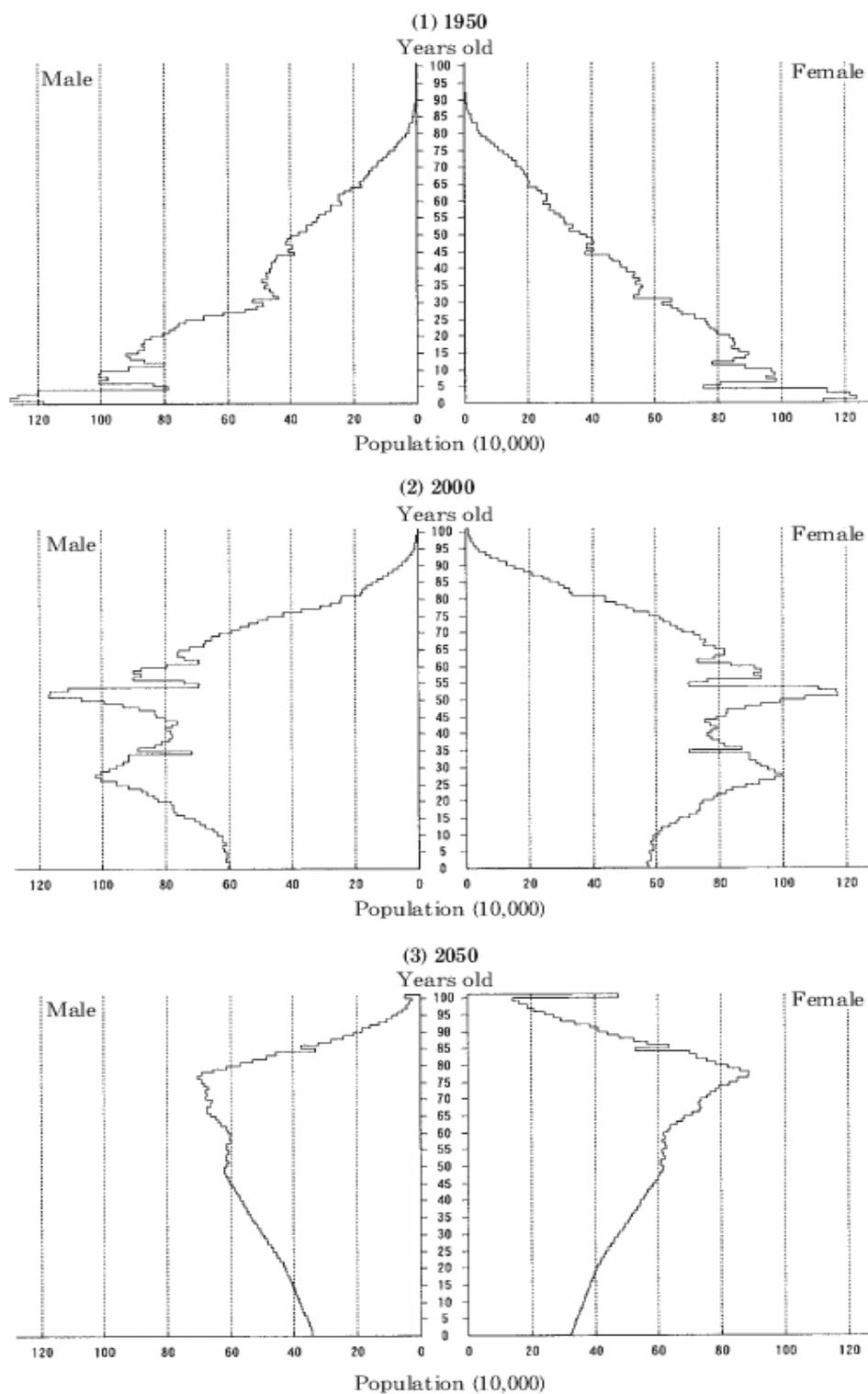
資料來源：1947年～2003年統計數據來自社會保障入門（平成17年版）；  
 2004～2005年數據來自內政統計資訊服務網  
<http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標（2006.11）。

圖 2-3：日本人口增加率與總人口變化趨勢



資料來源：日本國家人口及社會安全研究院（2006）日本人口統計。  
<http://www.ipss.go.jp/index-e.html>

圖 2-4：日本 1950 年、2000 年及 2050 年人口結構比較



資料來源：日本國家人口及社會安全研究院（2006）日本人口統計。  
<http://www.ipss.go.jp/index-e.html>

## 2、勞動人口成長率不及高齡人口，未來扶老比將會日漸上升

日本自 1970 年邁入高齡化社會後，人口結構日漸高齡化，至 2000 年將其 0-14 歲人口少於 65 歲以上人口（如表 2-10），而且 15-64 歲人口成長不及 65 歲以上人口成長速度，未來高齡人口占總人口的比重將會大幅增加，勞動人口扶養負擔勢必愈趨加重（如圖 2-5）。

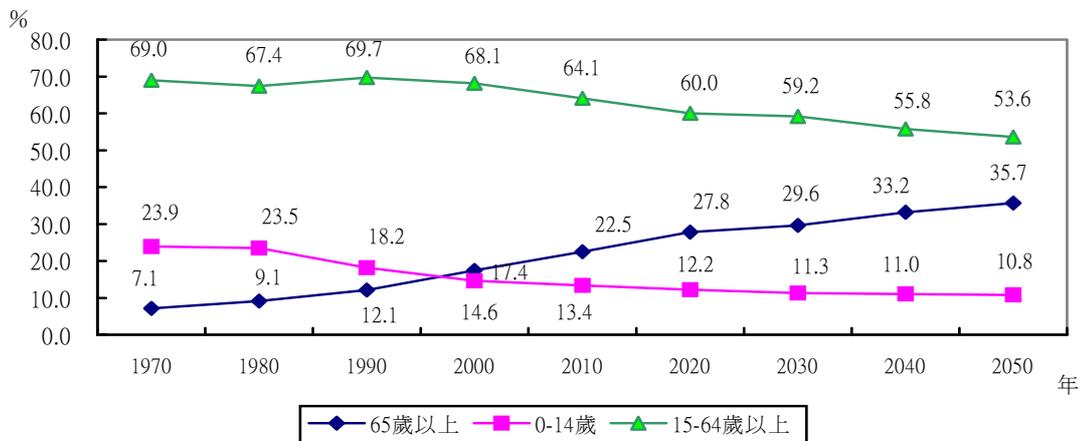
表 2-10：日本主要年齡層人口數及平均年成長率

年度	人口數 (千人)				平均年成長率 (%)			
	總計	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上	總計	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上
1970	103,720	24,823	71,566	7,331	1.08	-0.27	1.35	3.47
1975	111,940	27,221	75,807	8,912	1.54	1.86	1.16	3.98
1980	117,060	27,507	78,835	10,718	0.90	0.21	0.79	3.76
1985	121,049	26,033	82,506	12,510	0.67	-1.10	0.91	3.14
1990	123,611	22,486	85,904	15,221	0.42	-2.89	0.81	4.00
1995	125,570	20,014	87,165	18,391	0.31	-2.30	0.29	3.86
2000	126,926	18,472	86,220	22,234	0.21	-1.59	-0.22	3.65
2005	127,706	17,727	84,590	25,389	0.03	-0.59	-0.76	3.07

資料來源：日本國家人口及社會安全研究院（2006）日本人口統計。

<http://www.ipss.go.jp/index-e.html>

圖 2-5：日本主要年齡層占總人口之比重變化



註：未來人口推計為中推計數據。

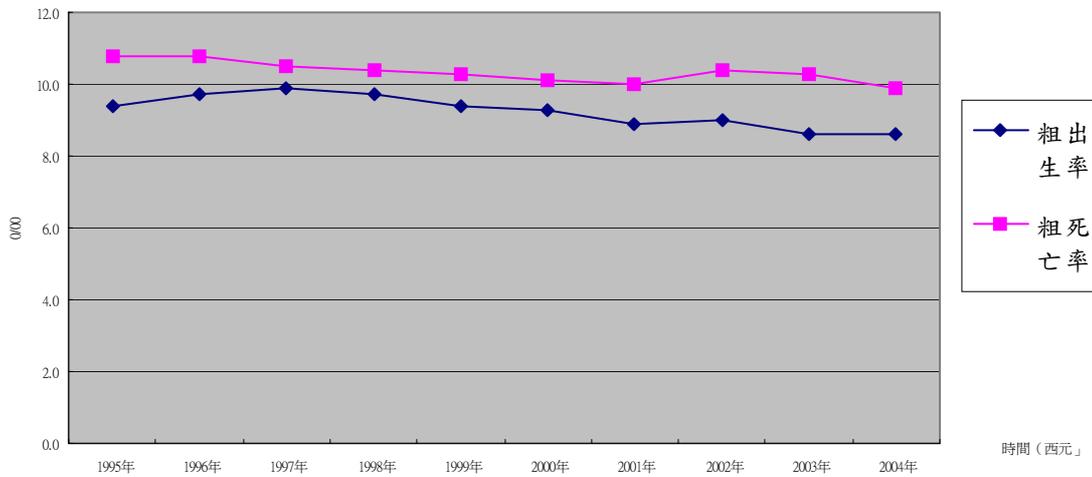
資料來源：日本總務省「國勢調查」，國立社會保障・人口問題研究所「日本的將來推計人口（2002年1月推計）」

## (二) 德國

### 1、死亡率大於出生率，人口呈現負成長

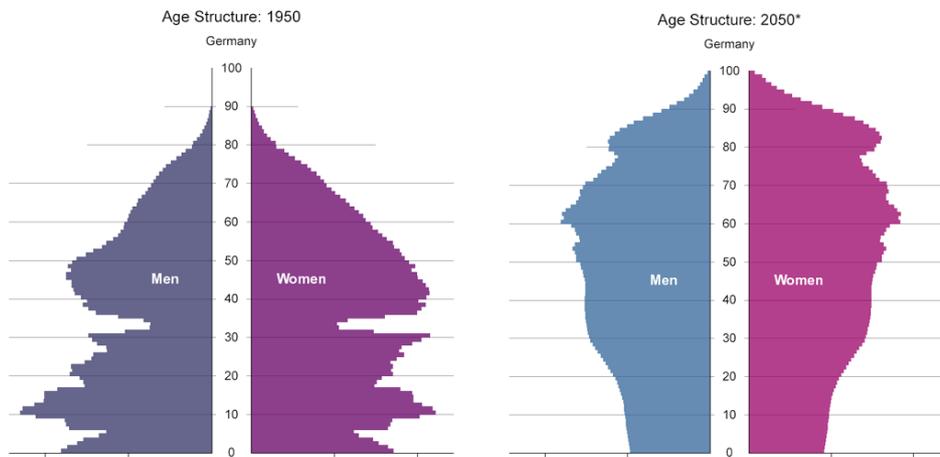
德國於 1932 年時便已邁入高齡化社會，1972 年達到高齡社會(日本厚生省，2001)。但是，自 1995 年至 2004 年近 10 年來死亡率均又大於出生率，使得人口自然增加率呈現負成長。

圖 2-6：1995-2004 年德國粗出生率與粗死亡率變化



資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標 (2006.11)。

圖 2-7：德國 1950 年、2050 年人口結構變化



資料來源：德國聯邦統計局 <http://www.destatis.de/basis/e/bevoe/bevoegra2.htm>

## 2、高齡人口占總人口之比重擴大，老化速度加劇

根據前揭資料顯示，幾個主要國家之中，德國是僅次於日本為人口老化嚴重的國家。若從 1950 至 2004 年的人口統計數字來看，其人口結構之中，由於平均餘命增加、人口呈負成長，因而 65 歲以上高齡人口占總人口比重愈來愈高，從表 2-11 中可以看出，自 1998 年高齡化指數超過 100 後，在出生率持續下降下，人口結構急遽老化，對於勞動人口而言，其扶養負擔相對增加。

表 2-11：1950-2004 年德國各年齡層人口統計

年度	總計 (A)	0-14 歲 (B)	15-64 歲 (C)	65 歲及 以上(D)	高齡人口 比例% (=D/A)	高齡化 指數 =(D/B)*100	高齡人口 依賴比 =(D/C)*100
1950	69,346,297	16,056,596	46,540,316	6,749,385	9.73	42.03	14.50
1955	71,349,915	14,954,773	48,739,350	7,655,792	10.73	51.19	15.71
1960	73,146,809	15,744,035	48,932,633	8,470,141	11.58	53.80	17.31
1965	76,336,308	17,486,796	49,212,263	9,637,249	12.62	55.11	19.58
1970	78,069,471	18,073,572	49,216,258	10,779,641	13.81	59.64	21.90
1975	78,464,873	16,675,132	50,044,299	11,745,442	14.97	70.44	23.47
1980	78,397,483	14,273,775	51,959,673	12,164,035	15.52	85.22	23.41
1985	77,660,533	12,320,131	53,951,588	11,388,814	14.66	92.44	21.11
1990	79,753,227	12,937,503	54,903,584	11,912,140	14.94	92.07	21.70
1995	81,817,499	13,238,485	55,846,564	12,732,450	15.56	96.18	22.80
1996	82,012,162	13,187,246	55,968,137	12,856,779	15.68	97.49	22.97
1997	82,057,379	13,098,411	55,992,553	12,966,415	15.80	98.99	23.16
1998	82,037,011	12,980,043	55,989,513	13,067,455	15.93	100.67	23.34
1999	82,163,475	12,897,014	55,915,209	13,351,252	16.25	103.52	23.88
2000	82,259,540	12,777,242	55,788,284	13,694,014	16.65	107.18	24.55
2001	82,440,309	12,618,844	55,755,743	14,065,722	17.06	111.47	25.23
2002	82,536,680	12,415,580	55,682,281	14,438,819	17.49	116.30	25.93
2003	82,531,671	12,162,110	55,509,566	14,859,995	18.01	122.18	26.77
2004	82,500,849	11,924,658	55,208,740	15,367,451	18.63	128.87	27.84

整理自德國 2006 年統計年報 (Statistical Yearbook 2006 For the Federal Republic of Germany)

[http://www.destatis.de/download/jahrbuch/jahrbuch2006\\_inland.pdf](http://www.destatis.de/download/jahrbuch/jahrbuch2006_inland.pdf)

### (三) 瑞典

#### 1、出生率、死亡率呈現長期下降趨勢，人口成長受到移入人口影響

就以出生率而言，1970年以前，瑞典大多維持在20‰至40‰之間，1970年之後，則是呈現長期走低趨勢，到了20世紀末1997年至2001年間，粗出生率已下降至10‰左右，甚至低於死亡率。不過，從表2-11、2-12、2-13中可以發現，自2000年後，其粗出生率略有上升，並且自2002年起，人口才開始由減轉增。

至於其死亡率方面，20世紀中期以後，由於人口結構之中，高齡人口占總人口的比重有上升之趨勢，所以自1960年起，死亡率開始呈現上升情形；不過，整體而言，其上升幅度並不明顯，仍維持在10‰左右。

另一方面，瑞典人口成長呈現穩定微幅增加，並且多為移入人口增加所致。至於65歲以上高齡人口占全體人口之比重亦是持續穩定，約占17%左右；加上出生率與死亡率變化不大，因而人口結構相當穩定（如表2-11）。

圖 2-8：瑞典出生率及死亡率變化

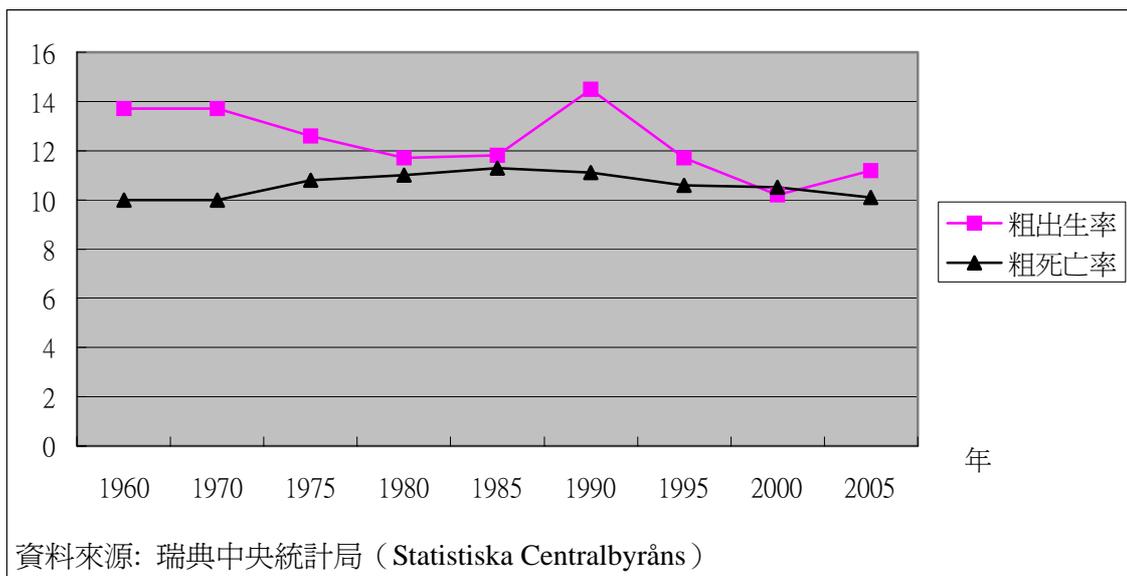


表 2-12：瑞典人口統計摘要

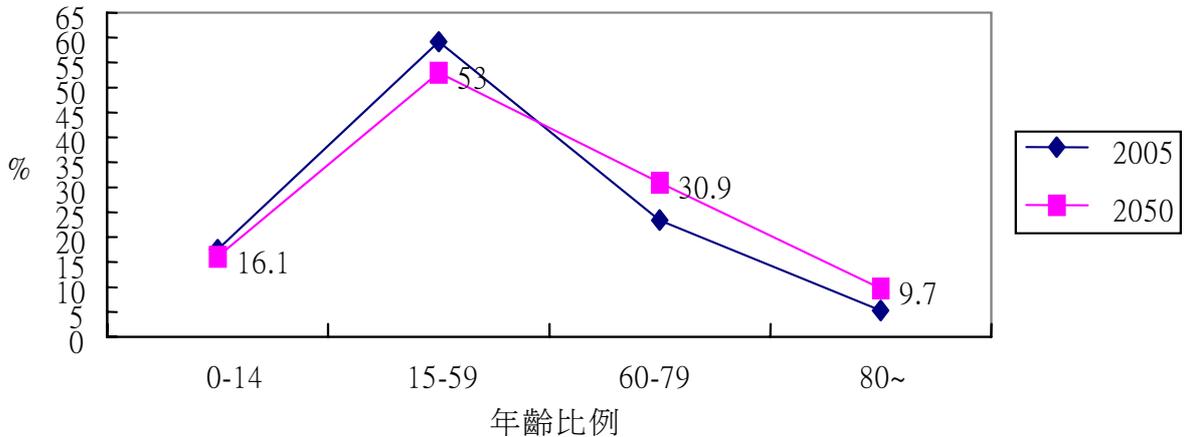
年度	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
年終人口數 (12/31)	7,497,967	8,081,229	8,208,442	8,317,937	8,358,139	8,590,630	8,837,496	8,882,792	9,047,752
男性	3,757,848	4,045,318	4,127,179	4,119,822	4,127,110	4,244,017	4,366,071	4,392,753	4,486,550
女性	3,740,119	4,035,911	4,081,263	4,198,115	4,231,029	4,346,613	4,471,425	4,490,039	4,561,202
65 歲以上人口數	887,964	1,113,239	1,250,785	1,362,099	1,454,111	1,526,196	1,543,332	1,530,887	1,565,377
65 歲以上占全體 人口比例	11.8	13.8	15.2	16.4	17.4	17.8	17.5	17.2	17.3
平均餘命-男性	71.24	72.20	72.12	72.76	73.79	74.81	76.17	77.38	78.42
平均餘命-女性	74.92	77.06	77.87	78.81	79.68	80.41	81.45	82.03	82.78
出生人口數	102,219	110,150	103,632	97,064	98,463	123,938	103,422	90,441	101,346
粗出生率 (每 1000 人)	13.7	13.7	12.6	11.7	11.8	14.5	11.7	10.2	11.2
死亡人口數	75,093	80,026	88,208	91,800	94,032	95,161	93,955	93,461	91,710
粗死亡率 (每 1000 人)	10.0	10.0	10.8	11.0	11.3	11.1	10.6	10.5	10.1
嬰兒死亡率 (每 1000 人)	16.62	11.00	8.63	6.91	6.76	5.96	4.15	3.42	2.43
移入人口	26,143	77,326	44,133	39,426	33,127	60,048	45,887	58,659	65,229
移入比率	3.5	9.6	5.4	4.7	4.0	7.0	5.2	6.6	7.2
移出人口	15,138	28,635	27,249	29,839	22,036	25,196	33,984	34,091	38,118
移出比率	2.0	3.6	3.3	3.6	2.6	2.9	3.9	3.8	4.2
人口成長數	35,827	76,872	31,751	14,927	15,518	63,594	21,115	21,366	36,360
人口成長率 (每 1000 人)	4.8	9.5	3.9	1.8	1.9	7.4	2.4	2.4	4.0

資料來源：瑞典中央統計局（Statistiska Centralbyråns）

## 2、高齡人口占總人口之比重提高，老化速度加劇

雖瑞典人口穩定緩增，但根據聯合國 2004 年所發佈的人口推計資料（如圖 2-9），比較 2005 年與 2050 年，其 0-14、15-59、60-79、80 歲以上各年齡層比重發現，15-59 歲人口比重減少幅度大於 0-14 歲人口比重，各年齡層之中，又以 60-79 歲人口比重增加幅度最大，顯示至 2050 年時，瑞典人口結構高齡化仍是頗為嚴重。

圖 2-9：瑞典各年齡層占總人口之比重變化



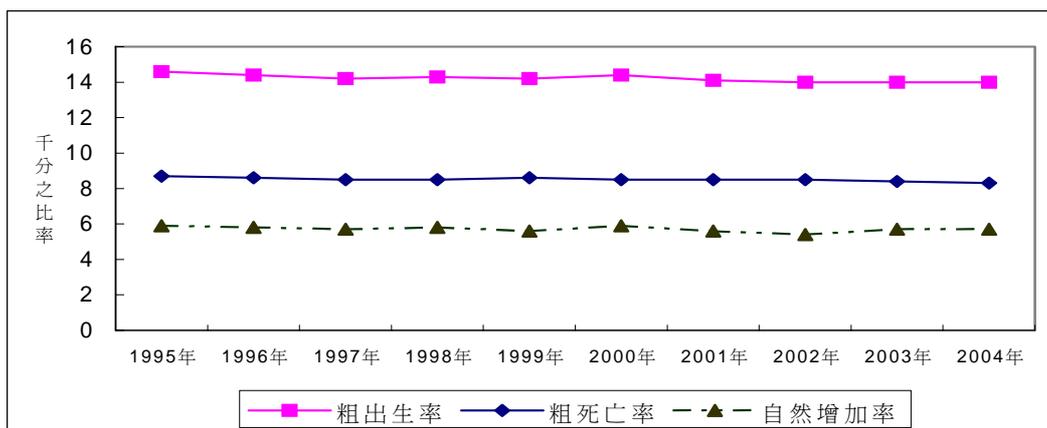
資料來源：World Population Prospects The 2004 Revision，United Nations(2004)。

#### (四) 美國

##### 1、平均餘命延長，高齡化即臨

美國自 1930 年代後期起，由於開始推行社會安全計畫，加上醫療及衛生條件大幅改善，其平均餘命從 1935 年的 63 歲，增加至 2005 年的 77.7 歲，平均餘命延長 14.7 年之多，使得美國即將轉變成一個高齡、中年人口多，青年人口少的國家。

圖 2-10：美國出生率、死亡率與自然增加率變遷



資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標 (2006.12)。

## 2、65 歲以上高齡人口遽增，加速高齡化程度

美國人口結構高齡化加速原因，乃是二次世界大戰之後，至 1965 年間，美國亦與日本一樣，曾出現過一個生育高峰，也就是所謂的“嬰兒潮”現象，在此 20 年之間大約增加 8,600 萬新生人口。不過，到了 60 年代中期之後，開始推動節育政策，雖造成人口出生率銳減，但隨著戰後嬰兒潮逐漸屆於退休之齡，65 歲以上人口增長速度越來越快（如表 2-13），其中增加最快的高齡人口是 85 歲以上，使得其人口結構高齡化現象將更趨於嚴重。

表 2-13 美國 65 歲以上高齡人口統計

年	65 歲以上人口（百萬）
1970	19.9
1980	24.2
1985	26.8
1990	29.6
1995	31.7
2000	32.6
2004	34.6

資料來源：美國人口普查局（U.S. Census Bureau）  
[http://www.census.gov/compendia/statab/population/elderly\\_racial\\_and\\_hispanic\\_origin\\_population\\_profiles/](http://www.census.gov/compendia/statab/population/elderly_racial_and_hispanic_origin_population_profiles/)

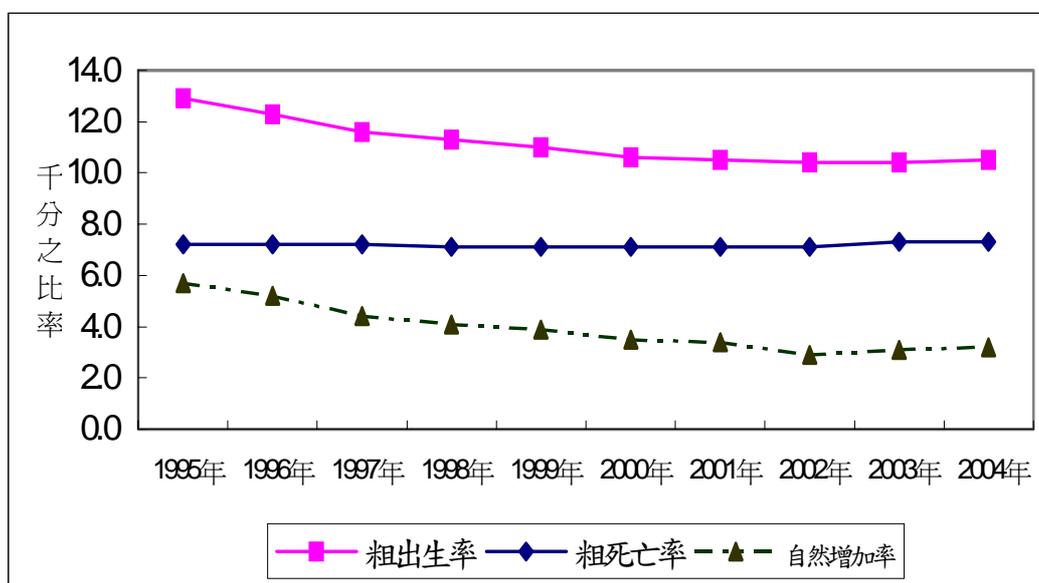
### （五）加拿大

#### 1、出生率下降、死亡率增加，人口自然增加率偏低

根據加拿大統計局所公布的人口普查統計顯示，近 10 年來其人口出生率下降至 10‰左右，相對其死亡率卻是從 2000 年起呈現微幅增加趨勢，促使其人口結構朝向高齡化；此外，根據加拿大統計局估計，在 2015 年前，其高齡人口將會超過 15 歲以下人口數量。此外，根據加拿大公共事務及政府服務部（2002）老年人口報告書（Canada's Aging Population）資料顯示，加拿大高齡人口成長快速，預計從 2001

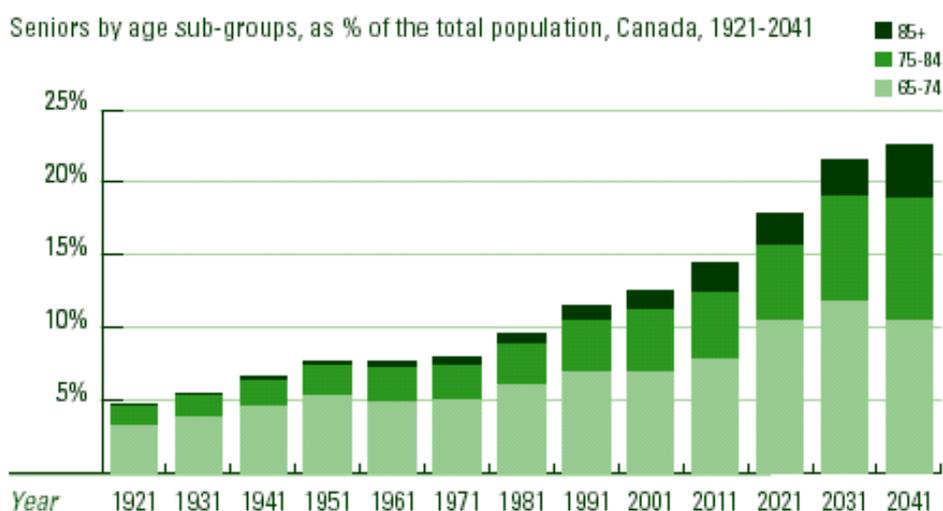
年的 392 萬人，至 2041 年時將可達到 920 萬人，更加顯示其人口結構高齡化將會日趨嚴重。

圖 2-11：加拿大出生率、死亡率、自然增加率變化



資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政國際指標。

圖 2-12：加拿大高齡人口占全體人口比重逐年趨勢



資料來源：加拿大公共事務及政府服務部（2002）老年人口報告。  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fed\\_paper/pdfs/fedpaper\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fed_paper/pdfs/fedpaper_e.pdf)

圖 2-13 加拿大 2001 年及 2041 年人口結構變化



資料來源：加拿大公共事務及政府服務部（2002）老年人口報告。  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fed\\_paper/pdfs/fedpaper\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fed_paper/pdfs/fedpaper_e.pdf)

## 2、擴大開放移民入籍，維持人口成長

近年，加拿大政府將永續發展<sup>3</sup>（sustainable development）訂為重要的政策目標，包括社會、經濟、環境層面，政府部門皆需按此發展策略與行動方案（Sustainable Development Strategy, SDS）。政府期望藉此可達到一個生活滿意、社會整合與公平正義的社會。在此一策略下，其移民政策包括：儲備及強化經濟實力、促進國民與移民融合、克盡保障難民之責、充實與強化文化及社會活動、保障全體國民健康及安全等五大方向。

爰此，在本國人口增加有限情形下，加拿大政府積極擴大開放外國人士利用各種名義入籍，其中不少移民屬於年青族群，不但減緩其人口高齡化，而且外來移民人口超過加拿大本國人口自然增加數量，使得加拿大人口尚可呈現一定比重成長。從表 2-14 中即可看出，

<sup>3</sup> 資料來源：加拿大公民暨移民署（Citizenship and Immigration Canada, CIC）  
<http://www.cic.gc.ca/english/policy/sds/sds-e.html>

加拿大 50 年來出生人數遞增、死亡人數遞減，人口仍呈現成長情形的主要因素在於移入人口之逐年增加。

表 2-14：加拿大人口成長情形 (單位：千人)

期間	普查 當期人數	人口成長 總計	出生數	死亡數	移入人數	移出人數
1851-1861	3,230	793	1,281	670	352	170
1861-1871	3,689	459	1,370	760	260	410
1871-1881	4,325	636	1,480	790	350	404
1881-1891	4,833	508	1,524	870	680	826
1891-1901	5,371	538	1,548	880	250	380
1901-1911	7,207	1,836	1,925	900	1,550	740
1911-1921	8,788	1,581	2,340	1,070	1,400	1,089
1921-1931	10,377	1,589	2,415	1,055	1,200	970
1931-1941	11,507	1,130	2,294	1,072	149	241
1941-1951	13,648	2,141	3,186	1,214	548	379
1951-1956	16,081	2,433	2,106	633	783	185
1956-1961	18,238	2,157	2,362	687	760	278
1961-1966	20,015	1,777	2,249	731	539	280
1966-1971	21,568	1,553	1,856	766	890	427
1971-1976	23,450	1,488	1,760	824	1,053	358
1976-1981	24,820	1,371	1,820	843	771	278
1981-1986	26,101	1,281	1,872	885	678	278
1986-1991	28,031	1,930	1,933	946	1,164	213
1991-1996	29,611	1,580	1,936	1,024	1,118	338
1996-2001	31,021	1,410	1,705	1,089	1,217	376

資料來源：加拿大統計 (Statistics Canada, Census of Population)  
[http://www41.statcan.ca/3867/ceb3867\\_000\\_e.htm](http://www41.statcan.ca/3867/ceb3867_000_e.htm)

## 第二節 台灣人口結構老化現況與趨勢

誠如上述，由於衛生環境的改善，醫療技術之進步，大幅提高人類平均餘命，高齡人口與日俱增，使得台灣地區人口結構與許多主要國家之趨勢一樣，其成長速度甚至高於許多先進國家，正在逐步邁入向「高齡社會」。

### 一、人口結構老化現況

#### (一) 出生率減少，死亡率微幅增加

由於外在環境變遷，年輕一代晚婚遲育，加上傳宗接代文化價值漸薄，使得近些年來出生率持續下降。根據內政部（2006）統計資料顯示，粗出生率由 1996 年的 15.18%，下降至 2005 年的 9.06%；同一期間，新生兒人數由 1996 年的 32 萬多人，下降至 2005 年的僅剩 20 萬 5 千人左右。

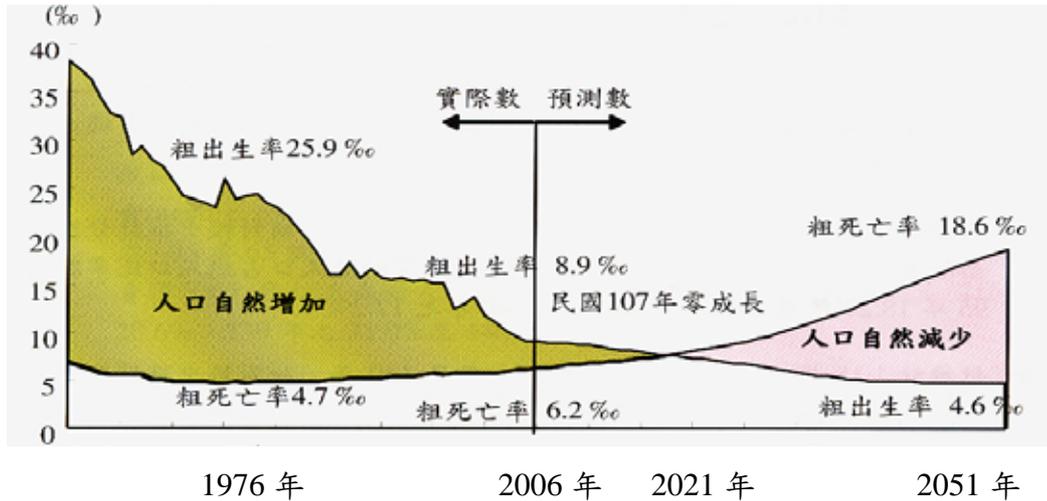
至於死亡率方面，根據內政部（2006）資料統計顯示，儘管死亡人數由 1996 年 12 萬 2 千多人，增加至 2005 年的 12 萬 9 千多人。但是，根據行政院經建會推估，隨著高齡人口增加，至 2051 年時，死亡人數可能達到 34 萬 8 千人左右，亦即死亡率將由目前的 6% 左右，逐年增加至 18.6%。

#### (二) 人口自然增率下降

由於出生率下降，死亡率卻又不斷上升，使得台灣地區人口自然增加率出現反轉趨勢（如表 2-15、圖 2-14）。根據行政院經建會「中華民國台灣 95 年至 140 年人口推計」（2006，p12）中推估結果，2006 年粗出生率尚有 8.9%，之後逐年緩慢下降，至 2026 年時，粗出生率僅有 6.6%，到了 2051 年其粗出生率將下降至 4.6%。此外，至 2018

年時，出生與死亡之人數均接近為 17.5 萬人，亦即粗人口自然增加率將會由 2006 年的正成長 2.7 ‰，約在 2014 至 2027 年之間轉為負成長。

圖 2-14：台灣地區未來人口轉型方向—中推計



資料來源：行政院經濟建設委員會(2006)：中華民國台灣95年至140年人口推計。

表 2-15：台灣地區未來高、中、低推計粗出生率及粗死亡率

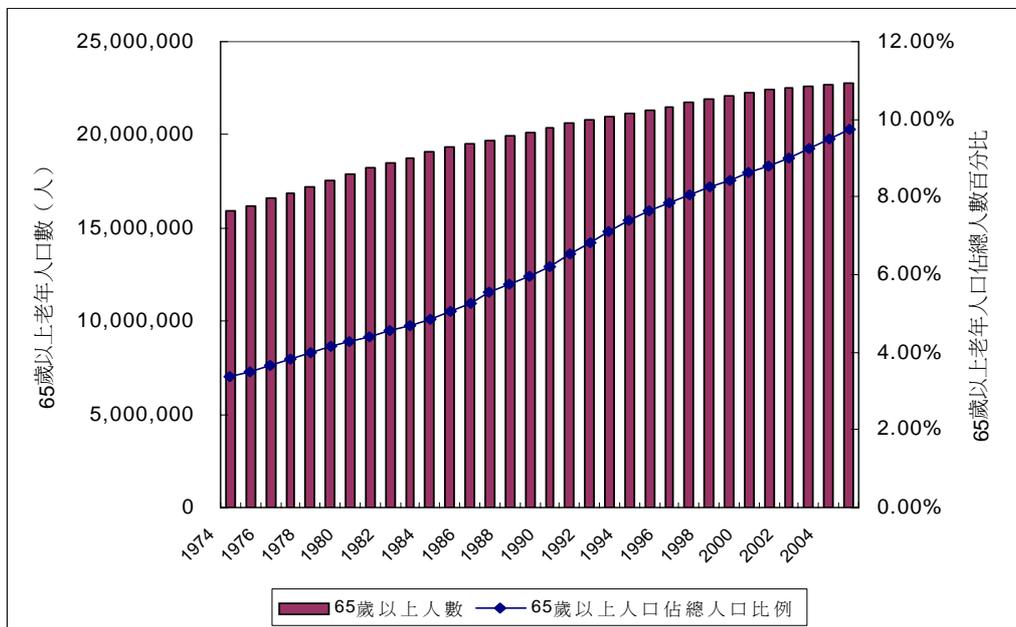
年別 (民國)	出生數 (千人)			粗出生率 (‰)			死亡數 (千人)	粗死亡率 (‰)
	高	中	低	高	中	低	中	中
95	202	202	202	8.90	8.90	8.90	142	6.23
96	209	202	198	9.15	8.84	8.67	144	6.31
97	215	201	193	9.40	8.80	8.45	147	6.41
98	221	200	189	9.60	8.74	8.23	149	6.50
99	225	199	184	9.76	8.66	8.00	152	6.60
100	228	196	178	9.84	8.53	7.73	154	6.70
101	229	193	171	9.87	8.38	7.43	157	6.79
102	231	191	166	9.91	8.26	7.19	160	6.90
103	232	188	160	9.93	8.13	6.95	162	7.01
104	233	185	155	9.94	8.00	6.72	165	7.12
105	233	183	150	9.94	7.87	6.52	168	7.24
110	231	169	130	9.72	7.27	5.70	184	7.95
115	217	152	113	9.06	6.61	5.02	206	8.92
120	191	131	92	8.00	5.78	4.22	237	10.46
130	174	101	65	7.58	4.81	3.25	307	14.57
140	170	86	48	7.99	4.61	2.80	348	18.60

資料來源：行政院經濟建設委員會(2006)：中華民國台灣95年至140年人口推計。

### (三) 高齡人口持續增加，人口結構急遽老化

再就高齡人口增加情形來說，根據內政部歷年人口統計數字顯示，台灣地區 65 歲以上高齡人口變化，自 1974 年的 91 萬人左右，上升至 2004 年的 221 萬人左右，大約成長 2.4 倍。另一方面，若從台灣地區 65 歲以上高齡人口占總人口之比重加以觀察，則是自 1974 年的 5.78% 攀升至 1993 年的 7.1%，於 2005 年時更已達到 9.74% (圖 2-15)。

圖 2-15：1974-2005 年台灣地區高齡人口趨勢



資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政統計年報 (2006.5)。

## 二、人口結構老化趨勢

相較其他主要國家，近 10 年來台灣地區人口增加率銳減 7%，此乃由於粗出生率大幅降低所致，平均餘命及粗死亡率則與各國差異不大，同時高齡化指數節節高升亦與其他國家相似 (如表 2-2、表 2-3、

表 2-4、表 2-5)。至於人口結構老化對於社會福利政策規劃究竟呈現哪些趨勢？若從統計數據來看，65 歲以上人口比重增加具有三大意涵，包括：1.勞動人口扶養負擔；2.高齡人口照護需求數量；3.高齡人口服務性別差異。茲將其分別說明如下：

(一) 依賴比逐年上升，相對扶幼比則呈快速下降，老化指數升高

根據表 2-16 資料顯示，從 1995 年至 2005 年之間，台灣地區人口結構之中，依賴比從 11.1%逐年上升為 13.6%；相對扶幼比，則由 34.7%大幅下滑至 26.1%。由於下滑速度高於上升速度，致使扶養比

表 2-16 台閩地區高齡化指數/高齡人口依賴比/扶幼比/扶養比

項目 時間	高齡化指數	高齡人口依賴比	扶幼比	扶養比
1995 年	32.1	11.1	34.7	45.8
1996 年	34.0	11.4	33.5	44.9
1997 年	35.7	11.6	32.6	44.2
1998 年	37.6	11.8	31.5	43.3
1999 年	39.4	12.0	30.6	42.6
2000 年	40.9	12.3	30.0	42.3
2001 年	42.3	12.5	29.6	42.1
2002 年	44.2	12.8	28.9	41.7
2003 年	46.6	13.0	28.0	41.0
2004 年	49.0	13.3	27.2	40.5
2005 年	52.0	13.6	26.1	39.7

資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，內政統計年報（2006.12）。

附註：1.高齡化指數係指 65 歲以上人口占 0~14 歲人口比率。  
2.高齡人口依賴比係指 65 歲以上人口占 15~64 歲人口比率。  
3.扶幼比係指 0~14 歲人口占 15~64 歲人口比率。

從 45.8%，逐年下降至 39.7%。很顯然地，由於高齡化速度穩定成長，致使台灣地區高齡化指數於 2005 年時，一舉突破 52.0，雖目前台灣

高齡化指數仍較歐美國家及日本為低，但在此一趨勢下，預估不久之後，將可迎頭趕上。亦即對於未來勞動人口而言，在老多於幼情形下，扶養負擔勢必加重。

### (二) 平均餘命延長，照護需求隨之同步成長

雖隨著平均餘命延長，高齡人口隨之增加，但並非意味高齡人口長保青春；相對其身體功能因隨著年齡增長而退化，健康已成為高齡人口生活之中的重要議題。從表 2-17 中可以得知，近十年來身心障礙者人數持續增加；其中，65 歲以上高齡人口，始終占有 1/3 左右比重。若更進一步參照全國高齡人數後發現，全國高齡人口之中，領有身心障礙手冊比重逐年增加。由此顯示，高齡人口照護需求，隨著平均餘命相對成長。

表 2-17：65 歲以上高齡人口為身心障礙人口之比例

年度	身心障礙人口			全國人口			高齡人口為身障者比例 (=A/B)
	總計	65 歲以上 人數(A)	百分比	總計	65 歲以上 人數(B)	百分比	
1997	500,138	148,001	29.59%	21,742,815	1,752,056	8.06%	<b>8.45%</b>
1998	571,125	185,155	32.42%	21,928,591	1,810,231	8.26%	<b>10.23%</b>
1999	648,852	222,249	34.25%	22,092,387	1,865,472	8.44%	<b>11.91%</b>
2000	711,064	247,900	34.86%	22,276,672	1,921,308	8.62%	<b>12.90%</b>
2001	754,084	263,927	35.00%	22,405,568	1,973,357	8.81%	<b>13.37%</b>
2002	831,266	295,287	35.52%	22,520,776	2,031,300	9.02%	<b>14.54%</b>
2003	861,030	299,951	34.84%	22,604,550	2,087,734	9.24%	<b>14.37%</b>
2004	908,719	315,232	34.69%	22,689,122	2,150,475	9.48%	<b>14.66%</b>
2005	937,943	327,699	34.94%	22,770,383	2,216,804	9.74%	<b>14.78%</b>

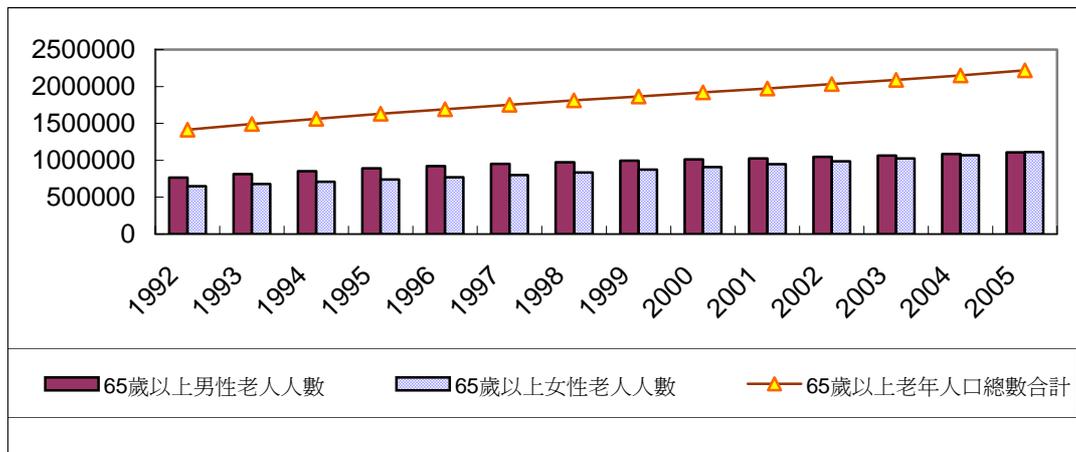
資料來源：整理自內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/>

### (三) 女性高齡人口逐年增加

根據內政部統計年報（2006）得知，自 1992 年起，台灣地區 65 歲以上女性高齡人口有逐年增加之趨勢（如圖 2-16）。尤其在人口結

構朝向高齡化、少子女化時代之際，另一值得注意的是，各國人口結構分佈均是女性平均餘命高於男性，而且隨著年齡增加，女性高齡人口比重更是大於男性。然而，台灣基於歷史背景脈絡發展，產生與前述主要國家迥異的結果。在 1950 年代時，由於隨著政府來台 200 萬人口中，不少屬於年青單身的政府官員或獨自來台軍人，時隔 50 餘年，這些為數頗眾多的人口逐漸凋零，使得高齡人口之中性別比重呈現反轉趨勢亦即在 2004 年前，雖 65 歲以上人口為男多於女，但自 2005 年起則轉為女多於男（如表 2-18）。由此可知，女性平均餘命高於男性，未來女性高齡人口成長速度將會大於男性，因而在政策規劃上必須考量性別差異，以提供符合不同性別需求之服務。

圖 2-16：台灣地區高齡人口數—按性別區分



資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，性別統計指標（2007.1）。

表 2-18：台灣地區 65 歲以上高齡人口性別比例

年度	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
性別比	98.5	115	111.1	108.4	106	104	101.5	99.5

資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>，性別統計指標（2007.1）。

## 第三章 人口結構老化所產生的影響探討

人口結構高齡化已近年許多主要國家普遍存在的現象，其發展趨勢不但對於國家整體發展有所影響，而且亦對社會型態帶來一些影響，舉例來說：高齡人口比重增加與消費型態改變，對於生活步調迅速的工、商社會及對於內需不足的經濟，或許產生效益。但是，不可否認的是，在脫離農業社會型態，轉為工、商業社會型態的同時，高齡人口增加，亦會對於個人及家庭，甚至對於經濟與社會層面可能造成負面衝擊，所以人口結構高齡化已成為現今世界主要國家社會福利政策發展過程之中不可忽略的一環。

因此，本章依據所蒐集彙整的相關文獻、調查報告，以及專家學者座談、機構訪問等資料作一歸納，針對人口結構高齡化對於個人、家庭、經濟以及社會所產生之影響進行探討，以期從中釐清人口結構高齡化所可能衍生之社會福利問題與需求。

### 第一節 對個人之影響

#### 一、正面效益

##### (一) 平均餘命不斷延長，促使高齡長者夢想實現

「人生七十古來稀」，然此對於當今社會而言並非難題。近些年來，隨著醫療技術水準提高，國民平均餘命延長（如表 3-1），至屆齡退休時，身體狀況若能維持一定健康，將有助於高齡人口利用平均餘命增加之際，從事個人於年輕時所預定尚未完成的夢想，例如：從事國外長期旅行、持續自我成長進修、擔任社會志工、參與各式社交聯誼活動等，這些休閒活動或社會參與，除了促使個人身心更加健康

之外，均有助於高齡人口在人生年終前能夠真正體驗一切，使得人生更加完美。

表 3-1 台閩地區各年齡層平均餘命統計

年別	組別		平均壽命		60 歲		70 歲		80 歲	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1960	62.31	66.40	13.76	16.65	8.11	9.94	4.08	5.06		
1965	65.10	69.71	14.63	17.17	8.70	10.47	4.52	5.45		
1970	66.66	71.56	14.90	17.07	9.05	10.96	4.84	5.89		
1975	68.27	73.42	16.10	18.94	9.49	11.40	4.83	6.00		
1980	69.57	74.55	16.86	19.49	10.10	12.27	5.80	6.72		
1985	70.82	75.81	17.37	19.88	10.65	12.40	5.83	6.84		
1990	71.33	76.75	17.93	20.51	11.11	12.88	6.12	7.19		
1995	71.85	77.74	18.44	21.35	11.65	13.57	6.41	7.57		
1996	71.89	77.77	18.41	21.40	11.57	13.65	6.24	7.71		
1997	71.93	77.81	18.21	21.23	11.38	13.34	6.56	7.50		
1998	72.20	77.96	18.47	21.30	11.78	13.45	6.47	7.61		
1999	72.46	78.12	18.65	21.55	11.88	13.60	7.04	7.52		
2000	72.67	78.44	18.61	21.66	11.88	13.56	7.15	7.51		
2001	72.87	78.75	18.65	21.88	11.69	13.79	6.83	7.67		
2002	73.22	78.94	18.76	21.94	11.92	13.99	7.19	7.99		
2003	73.40	79.31	18.85	22.28	11.83	14.20	6.99	8.10		

資料來源 內政部統計處網站

## (二) 人生價值詮釋改變，提升高齡長者社會自尊

「老吾老以及人之老」，雖是一向遵循的傳統文化，但面對工商社會所重視的生產效率，使得長期以來高齡人口始終被認定為依賴者、接受照顧者等。不過，這種刻板印象，隨著近些年來社會逐漸重視及運用高齡人口個人過去所累積的工作經驗或閱歷，亦即其對於社會所衍生出來之貢獻，例如：志願參與服務，不但可以改變過去社會對高齡人口之負面看法轉為重新認定其價值，進而促使社會更加重視這群高齡長者應有權益。

## 二、負面衝擊

### (一) 家庭內在資源移轉能力下降，增加高齡人口經濟風險

由於醫學技術的大幅進步及衛生條件的持續改善等因素，不論台灣或是先進國家國民平均餘命不斷延長，亦即其屆齡退休離開工作職場之後所存在的生命時間增長。在此一發展趨勢下，如果退休之前其儲蓄或保險規劃不足，尤其家庭結構改變等因素，以致家庭內在經濟資源移轉能力趨於薄弱，加上物價波動及通貨膨脹等現象，使得高齡人口經濟風險相對提高。

表 3-2 主要國家預期退休之後可度過之年限 單位：歲

國 別	男			女		
	1970 年	2004 年	差異數	1970 年	2004 年	差異數
中華民國	...	...	...	...	...	...
日 本	8.5	14.8	6.3	13.1	22.0	8.9
美 國	11.0	17.1	6.1	14.7	21.0	6.3
加 拿 大	13.1	17.8	4.7	16.2	21.3	5.1
瑞 典	11.9	17.8	5.9	14.9	22.9	8.0
德 國	10.5	18.9	8.4	13.9	23.8	9.9

資料來源：OECD“Live Longer, Work Longer, 2006”。

說 明：1.OECD 以實際退休年齡時之平均餘命估計而得。

2.差異數=2004 年-1970 年。

資料來源：內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/>

### (二) 社會福利供給不定，加深貧窮高齡人口生活威脅

由於高齡人口多數屬於已屆退休，其經濟收入來源恐將減少，雖然日常生活支出可能下降，但是健康醫療等支出相對增加，如果個人退休儲蓄或保險準備不足，通常均需透過政府社會福利支出介入，以

補強個人經濟安全的缺口。

不過，隨著高齡人口大量增加，其所需要的社會福利資源亦會急速擴張，在經濟景氣好轉，且又持續擴張時，政府稅收可以穩定成長，財政尚可支應社會福利支出擴張；然而，當經濟景氣擴張程度趨緩，甚至景氣反轉向下時，政府稅收將會相對下降，財政結構隨即面對收入減少壓力。政府在財政不勝負荷下，若不調整提高各項社會保險負擔費率，未來將有可能降低退休給付、減少健保給付等，相對將會使得高齡人口在使用醫療與照護費用上增加支出。亦即大量高齡人口社會福利需求倚重政府財政支出以為因應，一旦財政收入大幅降低之時，政府在財政收支分配考量下，將有可能緊縮高齡人口社會福利支出，此時平時以仰賴政府補助津貼維生的高齡人口，其生活可能因而更加困頓。

### （三）智力退化、心理老化，提高高齡人口生活悲觀

高齡人口隨著年齡增長，不但智力將會逐年減退，甚至罹患失智，而且心理亦會逐漸老化，導致衰退轉劇。雖高齡人口以往在社會上是經驗及閱歷豐富的象徵，得到相當敬重；但由於社會環境改變，極有可能使得其轉變成為被歧視的高齡人口，因而形成自感沒有價值、又無地位，亦即在社會沒有賦與他們新的角色下，相對將會提高其對生活之悲觀。

### （四）親友逐漸凋零，增加高齡人口孤獨渡過餘年恐懼

在對於生活逐漸悲觀的同時，其所熟悉的同輩親友亦將可能年老開始凋零。事實而言，台灣地區高齡人口平均餘命不斷延長，百歲以上人瑞也是年年增加；不過，根據內政部老人狀況調查報告顯示，65歲以上高齡人口獨居比例，從 2002 年的 8.52%，增加至 2005 年的

11.32%。尤其近些年來，家庭結構轉變更趨明顯，將使高齡人口增加對未來孤獨透過餘年之恐懼。

## 第二節 對家庭之影響

### 一、正面效益

#### (一) 傳統家庭結構受到重視，促使三代同堂興起

「家有一老，如有一寶」。是指 60、70 歲高齡人口，如果體力尚佳，將可從旁協助子女照料家事，乃至看顧孫兒，重新建構家庭價值。家庭倫理一直是台灣福利發展過程之中不斷面對的文化障礙，也是需求詮釋政治之中，將甫進入公領域討論的福利需求加以再私化最常使用的論述。例如，1992 年修憲所引發的朝野對於福利國家路線展開激烈辯論，當時政府數度明確表示「台灣不走北歐國家福利國家路線，而是中國傳統老人福利是由家人照顧」，因而提出所謂「三代同堂」理念，倡導三代同堂好處。這種由國家藉由家庭倫理建構的三代同堂，對於在「公領域社會權」論述日益茁壯的同時，進行重新匡定，正是 Fraser(1989)所提及的「再私化」論述。

不可否認，經濟成長與產業發展造成工業化與都市化過程之中，導致青壯人口大量由鄉村地區轉移至都市地區發展，尤其青壯人口在成家立業後，大多留在都市地區落地生根，高齡家人則仍留在鄉村地區生活，或是輪流在各個子女家庭中寄居。是故，這種廣被華人社會所接受的家庭倫理論述價值理念，若能將其運作特性使用在理所當然的假設「高齡人口都應該有家庭可以提供照顧」上，充分發揮私化照

顧責任功能，對於子女人數下降人口結構之下，將促使兩代的核心家庭，擴增為三代同堂的折衷家庭。

## （二）家庭倫理價值重塑，扮演耆老角色

工、商業社會之下，由於生活步調快速，使得傳統家庭倫理觀念越趨淡薄，尤其近些年來離婚對數逐年攀高，衍生不少單親家庭，其對於子女管教時間通常較為不足。此外，尚有雙薪家庭忙於家計生活，對於子女管教亦有可能疏忽，這些情形將來均有可能造成許多問題家庭，增加社會負擔。

是故，在高齡社會即臨之同時，高齡長者以扮演耆老之角色，配合三代同堂折衷家庭重新建構，不但可以對於年幼子女在生活上給予必要照顧，而且更可對於尚未成年子女在處世上提供正確觀念，重新塑造家庭倫理價值。

## （三）協助家務處理，減輕家庭生活支出

日本管理大師大前研一所提出的 M 型社會，是目前日本及全球許多先進國家普遍的發展趨勢。相對台灣現況亦可發現，在經濟環境變化下曾代表富裕與安定的中產階級正快速消失，其中不少轉向下沈淪為中、下階級。亦即在 M 型社會下，青壯人口所面對的經濟壓力，例如房屋貸款與一般生活開銷較之以往為大，此時與父母同住的三代同堂家庭興起，退休高齡人口可以參與幫忙照顧家庭、管教年幼子女，減少家庭生活支出。

## 二、負面衝擊

### （一）照顧需求增加，衍生家庭人力負擔

眾所周知，過去農業社會之下為了配合人力調度，盛行擴大家庭

制度，四代或五代同堂家屬人數通常超過數十人或百餘人，高齡人口享有配偶及子孫照顧。但是，現代社會工業化及都市化發展過程之中，不但吸收不少青壯人口朝向都市發展，而且多數於成家立業後，另覓新居生活，剩下年老夫妻倆人，尤其在配偶過世後，往往成為獨居高齡人口，缺乏照顧及支持。

亦即在社會環境變遷下，家庭結構產生極大變化，後三代以上同堂傳統家庭逐漸轉變成核心家庭。根據內政部資料統計調查顯示，1965-1986年之間，台灣地區家戶型態之中，「核心家戶」從31%增加至54%，相對「擴大家戶」由31%減少為8%，主幹家戶則維持在35%至39%之間。

很顯然地，家庭子女人數減少，使得家庭外型窄化、變長，亦即表示家庭結構旁支變少、直線枝幹變長，形成所謂竹竿家庭（pole family）型態。此一發展趨勢，對於子女而言，照顧高齡長者已成為生活之中無法避免的一項負擔。

## （二）健康醫療支出增大，加重家庭撫養責任

由於高齡人口生理及心智隨著年齡增加逐漸退化，獨立生活能力不斷喪失，將會衍生需要家人或外人照顧，假若長期罹患慢性疾病，更會對於家庭造成衝擊。亦即除了機構照顧可能增加家庭經濟負擔之外，高齡人口隨著年齡增加，其疾病所衍生出來的醫療支出費用，儘管其中部分可以透過政府現行醫療保險給付之外，但是仍有一些重大疾病，尚需自行籌措醫療支出費用。在此一情形下，一旦個人無法經由各項商業醫療保險作為給付必要醫療支出之時，則必仰賴其家庭負擔，不但長期下來可能增加其子女經濟負擔，而且甚至可能造成其子女精神壓力。

### (三) 機構安養收費高昂，提高家庭經濟壓力

誠如上述，由於所謂竹竿家庭增加，子女因忙於工作或事業，而無暇照顧家中高齡長者，一旦高齡人口身體衰退或獨立生活能力逐漸喪失之時，勢必進入安養機構接受照顧。根據 2005 年「老人狀況調查報告」（內政部統計處，2006）顯示，65 歲以上高齡人口之中約有 13% 無法自理日常起居活動；其中，由配偶、子女或媳婿擔任照顧者約佔四成，由外籍或本國看護工照顧者約佔 18%，由機構、居家服務員（含志工）照顧者約佔 9%，但是無人可以協助必須自我照顧者則占有三成。由此顯示，亦即目前台灣地區約有 29 萬人左右需要接受協助照顧。若以機構安養設置現況來說，姑且不論既有私立機構服務品質是否符合標準，其高昂收費水準，或多或少將會對於其家庭經濟帶來一筆頗可觀之負擔壓力。

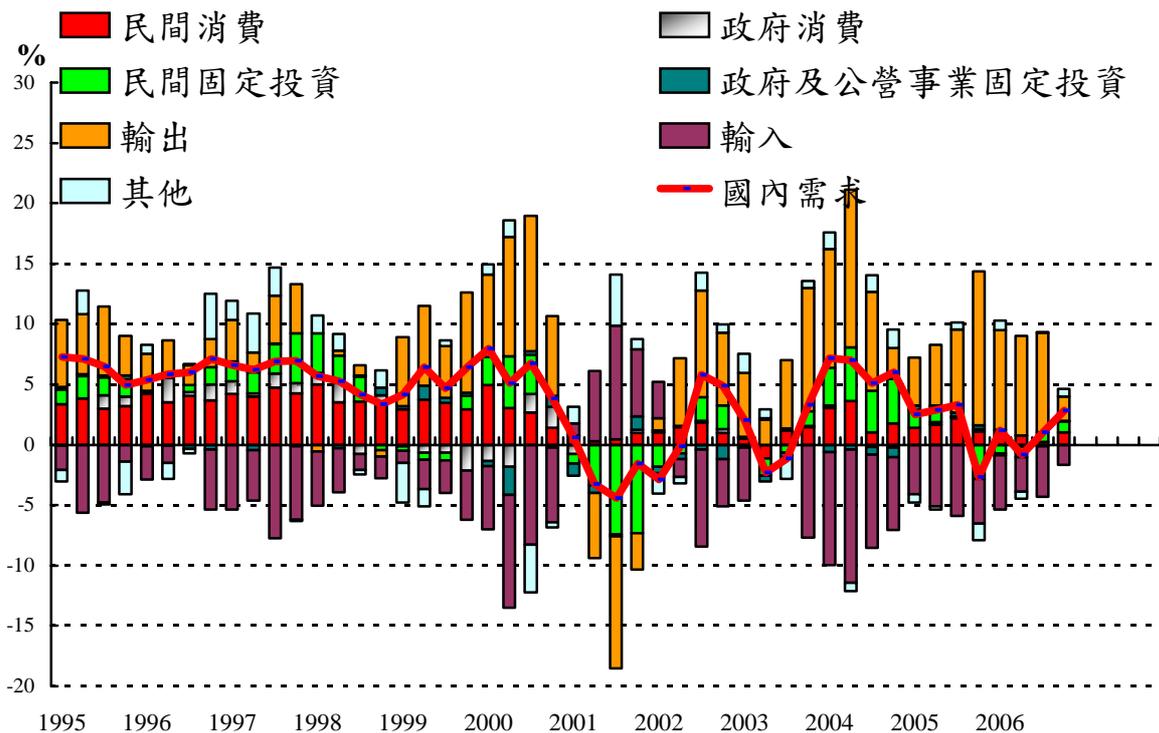
## 第三節 對經濟之影響

### 一、正面效益

#### (一) 新的消費族群形成，促進國內生產毛額成長

人口結構逐漸老化，雖對於勞動市場供給有所影響，但是隨著高齡人口不斷增加，形成頗龐大的消費族群，對於整體經濟成長有一定之影響。亦即若以近年台灣經濟結構來看，其實早已不再缺乏資本投資所必須的資金累積，加上國內民間消費占整體國內生產毛額(GDP)之比重高達60%以上，若從最近十年各項經濟變數對台灣GDP實質成

長之貢獻比重（如圖3-1）加以觀察可以發現，民間消費對經濟成長的貢獻有大幅萎縮的趨勢，此時大量高齡人口所形成的退休消費能量，將可補充目前民間消費不足所存在的缺口，對於促進經濟成長有所正面效益。



資料來源：行政院主計處

圖 3-1 各經濟變數對台灣 GDP 實質成長之貢獻比重

## （二）養生生活逐漸重視，提升健康醫療服務數量與品質

根據行政院主計處「民國 90 年工商及服務業普查統計結果分析報告」顯示，90 年「醫療保健服務業」總生產值約為 4,397 億元，隨著高齡人口增加，對醫療保健的需求，不僅在「數量」上會有大幅增加，而且由於國民所得提高，在「品質」上亦會逐年提升。整體而言，在「數量」的增加與「品質」的提升帶動下，除了醫療保健產業在國

內生產毛額中所佔的比重，亦會逐年成長之外，更可藉此帶動其關聯產業吸收就業人口。

### （三）退休理財需求多元多樣，帶動金融服務產業商品創新

目前待完成立法的國民年金（national pension），是台灣延續全民健康保險制度之後，政府在政策上另一以全民為對象的社會保險方案，其實對一些目前仍未參與任何退休保險給付的弱勢族群在老年或死亡時，本人或遺屬能夠獲得一定程度經濟支持，以維持生活的基本需求。

儘管如此，若從現行所初步規劃的方案內容來看，未來恐將無法滿足高齡人口面對各項醫療保健與長期照護所可能延伸的需求支出。亦即高齡人口退休之後，由於平均餘命延長，使得高齡人口財務需求擴大，加上在政府既有社會安全體系仍有缺口下，將可能帶動金融服務產業以老人為對象之創新商品蓬勃發展。

### （四）子女人數減少，誘發長期照護相關產業發展

由於女性生育子女人數逐年下降及延後，在子女人數逐年減少趨勢下，將使未來照顧高齡人口成為老人福利需求之中最迫切的項目。根據內政部調查資料統計顯示，目前台閩地區有需要長期照護之 65 歲以上高齡人口約有 17.2 萬人，占全體高齡人口之 9.1%；其中，需要輕度照護者佔 38.1%、中度照護者佔 17.8%、需要重度與極重度照護者則是高達 44.1%。

這些具有多項生活功能障礙高齡人口之中，雖仍有 8 成左右住在自己家中，委由親人或雇用外籍看護工進行照顧，但隨著家庭子女人數下降趨勢，對於長期照護人力需求，將會逐年提高。此一發展趨勢，除了可以促進老人醫療體系建立更健全的網路之外，這些高齡人口在

生活上所衍生的服務需求，亦會更進一步誘發長期照顧製造及服務相關產業發展。

#### (五) 人力素質提升，有利產業升級轉型

近些年來，由於晚婚及育兒成本上升，台灣地區新生嬰兒人數由1981年的41.4萬人，下降至2006年的20萬餘人，僅有25年前半數左右，其下降幅度超過許多先進國家。儘管出生人數減少，對於人力資源供給數量有所影響，但是每一家庭平均子女人數下降，將會使得家庭增加對子女的教育需求支出，同時每一子女所獲得的教育資源，亦會相對提高。

此一現象，對於國家整體人力資源結構而言，將有助於人力素質提昇。尤其在平均餘命不斷延長及國民健康品質逐年改善情形下，配合未來勞動人口退休年齡逐步延後，藉由高齡勞動人口長期累積所擁有經驗與知識進行傳承。亦即更對整體勞動人力供給，由傳統「量」的增加，轉變成「質」的提升，對於促進台灣產業升級轉型而言，有所正面效益。

## 二、負面衝擊

### (一) 勞動力高齡化日深，不利勞動供給

由於年輕族群晚婚與遲育，加上子女人數大幅減少，不但使得勞動潛在供給逐步緊縮，而且更會加速勞動力高齡化。此一發展趨勢之下，其對於經濟所造成之衝擊，包括：整體生產力下降、勞動力供給減少等。Boersch-Supan(2001)以德國及其他歐陸國家為實例，分析人口年齡結構對勞動市場與政府政策的關係發現，人口年齡結構改變，除了影響租稅負擔之外，將會影響消費結構及勞動生產力。此外，

Bloom 和 Canning (2004) 以愛爾蘭和台灣為實例，探討人口結構轉變對經濟成長的影響亦有指出，新生嬰兒出生人數下降對於提升勞動供給及勞動力有所不利。

(二) 養老年金支出增加，佔財政支出之比重提高

高齡人口不斷增加，對政府衝擊最大的乃是，不但加重政府財政支出負擔，而且亦會排擠其他政策支出項目。亦即高齡人口持續成長，政府必須持續增加對養老年金的財政支出。例如，日本是世界高齡人口增加速度最快的國家，其政府對養老年金的財政支出，從 1995 年僅佔日本國內生產毛額的 6%，至 2030 年時預估將升至 13.4%，成長 2 倍以上。由此可見，高齡人口持續增加，將會對於政府財政支出造成龐大壓力，甚至亦有可能因嚴重排擠其他資本項目支出，而影響國家整體經濟建設計畫。

表 3-3 高齡人口福利津貼支出相關統計 單位：千元

項目 年別	中、低收入 老人生活津貼	中、低收入老人 特別照顧津貼	老年農民 福利津貼	原住民敬老 福利生活津貼
1994 年	1,792,000	-	-	-
1995 年	10,982,000	-	5,627,721	-
1996 年	15,567,711	-	12,426,828	-
1997 年	10,590,908	-	12,426,828	-
1998 年	8,978,115	-	14,210,445	-
1999 年	9,994,304	-	15,742,716	-

2000 年	10,425,760	-	24,327,396	-
2001 年	9,823,860	-	23,188,599	-
2002 年	9,992,655	-	23,761,377	-
2003 年	9,879,475	35,535	24,129,852	-
2004 年	9,259,999	39,710	32,107,394	659,800
2005 年	8,929,251	36,459	33,198,715	-

資料來源：整理自內政部與原住民族委員會網站

### （三）長期照護支出擴大，佔健保費用之比重增加

一般而言，由於高齡人口健康較差，相對較易罹患慢性疾病，其中長期臥病失能者增加，需要照護者也會增多，使得政府對長期照護的支出也將相當龐大。根據資料統計所知，台灣地區 60 歲以上高齡人口之中，罹患一種以上慢性疾病佔 89%，患有兩種以上慢性疾病佔 72%。據此推估，目前台灣地區高齡人口需要不同程度照護人數超過 17 萬人，佔高齡人口之比重已達 8.2%（林萬億，2004），此對健保財務支出，增加不少負擔。

### （四）社會福利支出增加，提高工作人口負擔

正如 Kolutkoff 和 Burns（2004）指出，在人口結構中，勞動力減少將會造成資本深化（capital deepening），使得每一勞動者可用資本增多。儘管此一現象對於勞動生產力有正面的影響，但是高齡人口成長速度過快，政府為了支付高齡人口退休安養所必須編列的社會福利經費，必須提高薪資稅率以為因應，如此一來其資本深化所帶來的正面影響將被抵銷。

以台灣為實例（如表 3-4），65 歲以上高齡人口扶養比，在 1991 年時，約 10 名青壯人口撫養一名 65 歲以上高齡人口，隨著出生人數

表 3-4 65 歲以上老人扶養比例

年別	人口年齡分配 (%)		65 歲以上老人 扶養比 A/B
	15-64 歲 (A)	65 歲以上 (B)	
1991 年	67.13	6.53	10.28
1992 年	67.42	6.81	9.90
1993 年	67.75	7.10	9.54
1994 年	68.21	7.38	9.24
1995 年	68.60	7.64	8.98
1996 年	68.99	7.86	8.78
1997 年	69.34	8.06	8.60
1998 年	69.79	8.26	8.45
1999 年	70.13	8.44	8.31
2000 年	70.26	8.62	8.15
2001 年	70.39	8.81	7.99
2002 年	70.56	9.02	7.82
2003 年	70.94	9.24	7.68
2004 年	71.19	9.48	7.51

2005 年	71.56	9.74	7.35
--------	-------	------	------

資料來源：整理自行政院主計處

急遽下降，至 2005 年時，則已降至約 7 名青壯人口撫養一名 65 歲以上高齡人口。此一發展趨勢之下，推估至 2036 年時，則更進一步下降為約 3 名工作人口負擔一名高齡人口所必須之社會福利支出，屆時無論如何加重工作人口稅率，恐將不易滿足高齡人口最低生活需求（沙依仁，1995）。

#### （五）服務項目擴大且多元，恐將排擠其他公共投資

此外，高齡人口需要多種社會照顧與服務，例如：高齡人口住宅、到宅服務、家庭協助、餐飲服務、交通接送服務、休閒娛樂安排、居家安全、財務管理等。在許多先進國家中，政府對高齡人口福利服務方面的承諾，佔國內生產毛額之比重，已達 9%~12%，對於政府財政支出而言，不但是一項沈重的負擔，而且可能因而排擠其他公共投資，乃至影響國家整體發展。

## 第四節 對社會之影響

### 一、正面效益

#### （一）在地老化逐漸蔚為潮流，大幅提升社區服務功能

面對家庭子女趨勢加速，家庭負擔高齡人口照顧功能日益緊縮，在強調「在地老化」理念下，促使社區功能再度受到重視，亦即提高社區功能近便性與易取性，讓高齡人口能在社區中獲取其所需要的相

關服務與協助，俾使高齡人口能夠「在地老化」。事實而言，目前日本、德國、瑞典、加拿大等高齡人口比例較高國家，對於高齡人口老年安養，在政策上逐步由先前的機構安養，調整為居家安養的在地老化方向。

不可否認，落實居家服務目的，乃是對於高齡人口在自己住家中提供各種服務，俾讓其可以在自己熟悉的家中繼續生活，並且藉由發揮社區力量，設立銀髮族群服務網絡、提高長青老人服務品質，使得高齡人口獲得較高品質的服務與心理之滿足，進而節省政府補助收容安養機構經費。很顯然地，在經由居家服務高齡人口過程中，不但可以強化整體社區功能，緊密社區居民之間聯繫，而且更可藉此提高整體社區凝聚力量，協助社會安定。

## （二）社會參與程度日深，深化社福團體扮演角色

高齡人口平均餘命延長，促使其參與社會各項活動保持身心健康；但是，隨著參與程度擴大，與其有關的權益將會逐一顯現出來，相對使得這些社會團體所扮演的角色日益重要。亦即高齡人口在參與社會活動過程中，社福團體如何從高齡人口的立場、社會整體角度，爭取高齡人口權益，保障其權益，使得其高齡歲月活得更有尊嚴、意義，格外重要。

另一方面，則是長青老人社團更可藉由提供高齡人口各式社會福利服務、各式社交聯誼活動、文康休閒設施、書籍期刊、藝文活動、專題演講、諮詢服務等，充分扮演政府社會福利部門與長青老人之間的溝通平台。

## 二、負面衝擊

### （一）人口結構老化過速，降低社會整體活力與進步

社會組成份子結構的配比情形，可以決定一個社會活動能力之旺盛程度。一般來說，年輕族群的思考、創意與行動模式，有別於高齡人口，同時年輕族群的活動能力，也明顯地高出於高齡族群。亦即人口結構之中青壯族群比重越高，不但社會整體活力的表現將會越加旺盛，而且社會進步的步調也會愈快。

很顯然地，如果家庭子女人數減少，未來補充青壯人口人數亦會隨之降低，加上國民平均餘命逐步延長，高齡人口逐漸增加，將會導致社會人口結構之中，高齡人口比重提升，青壯人口比重降低，最後將會降低社會整體活力與進步。

### （二）高齡人口成長過快，增加照顧服務工作需求與壓力

一般而言，高齡人口身體機能或獨立生活能力，隨著年齡增加逐漸喪失，因而通常需要家人給予必要協助；不過，誠如前揭所述，由於家庭結構轉型，加上工作壓力，亦即一旦在家人無法妥善照顧情形下，勢必選擇居住安養機構或療養機構。

簡單地說，面對家中子女人數減少之下，如果高齡人口增加過速，不論落實在地老化，或是接受機構照顧，將會增加許多照顧服務需求，其所增加之服務工作，對政府社會福利部門之工作而言，勢必增加不少壓力負擔。

## 第四章 台灣因應人口老化福利政策供需檢

### 視

溯及上述，由於台灣人口結構高齡化現象晚於主要國家，所以與人口結構高齡化有關的社會福利政策，相較主要國家仍在發展階段。不過，近幾年來，隨著人口結構高齡化加速，政府開始正視高齡人口所衍生的各項社會福利需求，並且積極研擬相關政策。然而，受到政府財政赤字影響，與高齡人口相關的社會福利預算的成長速度，似乎不及高齡人口的成長速度。

由於受到研究期間與經費限制，本研究無法針對台灣地區高齡人口面對高齡化社會時代來臨之下所迫切的需求進行問卷調查，所以與其有關的社會福利需求，除了根據所蒐集彙整的相關文獻與歷次調查統計資料之外，另又配合訪談、學者專家座談等所歸納的意見，從中檢視台灣因應人口結構高齡化所衍生的需求與供給情形，同時透過比較分析其落差所在，以作為之後研擬規劃高齡化社會相關福利政策策略之參考。

#### 第一節 高齡人口福利需求分析

根據內政部統計資料顯示，於 1993 年 9 月時，台灣地區 65 歲以上老年人口達到 1,485,200 人，佔總人口之 7.09%，符合聯合國世界衛生組織所訂定的高齡化社會指標；迄 2005 年底，老年人口則增加到 2,216,804 人，佔總人口之 9.74%。另一方面，根據行政院經建會推估，至 2026 年時，老年人口將

會佔總人口的 20%，即每 5 人中就有 1 位是老年長者。由此可見，醫療、衛生的快速進步，促使國民平均餘命之不斷延長，也突顯出人口高齡化現象加劇。

此外，前揭資料另又指出，2005 年底人口高齡化指數（65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲以下人口數乘以 100）為 52.05%，老年人口依賴比（65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100）為 13.60%，相較 82 年增加 23.81% 及 3.12%，平均 6~7 位工作年齡（15 至 64 歲）人口需要負擔 1 位高齡人口。從以上統計資料中顯示，台灣亦與其他先進國家一樣，正在快速邁入高齡化社會。茲就台灣在高齡化社會下，高齡人口面對經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與等層面所存在之需求及其變化，分別說明如下：

## 一、經濟安全方面

一般而言，65 歲以上高齡人口多已退休，從 1996 年、2000 年、2002 年及 2005 年「老人狀況調查報告」（如表 4-1）中即可看出，僅有 1 成左右人口仍有工作。就以 2002 年為例，高齡工作人口占全體高齡人口的 13.58%；其中，所從事之職業則以農林漁牧工作人口占 56.63% 為最高。相較 2005 年，其工作人口比重有小幅上升為 15.65%；其中，所從事之職業仍以農林漁牧工作人口占 61.51% 為最高（內政部統計處，2006）。此外，工作人口隨著年齡遞減，85 歲以上人口之中，僅有 3.51% 尚有工作。

另就性別而言，根據同一調查報告所知，2005 年 65 歲以上女性仍有工作之比重占 9.41%，相較於 65 歲以上男性仍有工作之比重占 21.88% 為低，兩者均以從事農林漁牧工作人口較多；至於從事非技

術工及體力工方面，女性占女性工作人口的 25.03%，高於男性所占比重 10.38%。

表 4-1 歷年 65 歲以上人口工作狀況統計 單位：%

年 次	年 齡	無工作	有工作	
1996 年	65 歲以上	90.93	9.07	
2000 年	65 歲以上	86.28	13.72	
2002 年	65 歲以上	86.42	13.58	
2005 年	65 歲以上	84.35	15.65	
	年 齡 層 別	65-69 歲	73.35	26.65
		70-74 歲	84.67	15.33
		75-79 歲	89.61	10.39
		80 歲以上	96.49	3.51
	性 別	男	78.12	21.88
女		90.59	9.41	

資料來源：內政部統計處（1996）、內政部統計處（2000）、內政部統計處（2002）、內政部統計處（2005）。

此外，根據歷次「老人狀況調查報告」資料顯示，由於 65 歲以上人口大多已無工作收入，所以主要經濟來源不分性別仍以「子女奉養」最高（如表 4-2），其比重均在五成以上。不過，值得注意的是，或因受到近年經濟景氣低迷及平均薪資所得成長有限影響，中、高齡失業人口大幅增加，以致需要政府救助或津貼所佔比重，有逐年漸增

表 4-2 65 歲以上國民主要經濟來源 單位：重要度

年次	工作或營業收入	配偶提供	儲蓄、利息、租金或投資所得	退休金、撫卹金或保險給付	子女奉養	向他人借貸	政府救助或津貼	社會或親友救助	其他
1996	8.37	5.72	4.90	30.73	64.12	*	13.25	1.91	1.20
2000	13.72	*	9.26	15.39	47.13	*	12.33	0.53	1.14
2002	11.81	3.32	12.23	17.35	51.72	0.13	22.58	0.55	0.53
2005	11.78	4.40	10.79	14.15	53.37	0.10	33.34	0.56	0.38

男性	16.95	1.20	13.54	23.60	40.98	0.14	30.00	0.51	0.15
女性	6.61	7.60	8.04	4.68	65.77	0.05	36.69	0.60	0.61

\* 表示調查結果中未含該項分類

資料來源：內政部統計處（1996）、內政部統計處（2000）、內政部統計處（2002）、內政部統計處（2005）。

的趨勢。相對依賴退休金、撫卹金或保險給付作為經濟來源所佔比重，卻是呈現逐年下滑趨勢，這意味著儘速建立一套較完善週延的基礎年金制度，替代子女奉養或政府救助，藉以保障高齡人口經濟來源，在政策上的確有其重要性與迫切性。

另一方面，若從性別角度切入，從表 4-2 中亦可發現，65 歲以上高齡人口之中，由於男性就業比重高於女性，因而其在高齡歲月時依賴子女奉養比重，明顯低於女性，相對依賴就業退休金、撫卹金作為經濟來源所佔比重，則是遠遠高於女性。

從上述分析中大致可以歸納，目前國內高齡人口或多或少存在著仍有傳統家庭觀念，強調子女必須奉養父母；必須提高女性就業機會，使得其也能依賴工作退休金、老年給付金作為高齡經濟安全保障；兩性若無法從其子女得到較足夠的經濟安全保障，仍待政府儘速建立國民年金制度，以發揮補強的功能。

由於高齡人口通常代表工作角色喪失，但是隨著近些年來國內經濟景氣持續低迷，以及中、高年失業及再度就業困難等，皆對高齡人口經濟安全提早造成負面影響。茲就根據相關次級資料對於高齡人口在經濟安全上需求加以彙整如下：

#### （一）「經濟補助」需求

根據 2002 年與 2005 年「老人狀況調查報告」（內政部統計處），65 歲以上國民對老年生活的期望之中，希望過著「經濟來源無虞的生活」雖各為 19.06%、17.03%，但從上述表 4-2 中可以看出，高齡人口依賴子女奉養比重略有下降，加上依賴退休金、撫卹金或保險給

付比重更是明顯減少，因而認為需要政府提供服務項目之中，以經濟補助為首要項目。這些補助項目，包括：增加敬老福利津貼發放金額、以及擴大發放對象等。

## （二）「國民年金制度」需求

若從先進國家經驗來說，為能保障其高齡人口經濟安全，不論採取任何模式，大多實施國民年金制度作為因應。根據 1991 年、1993 年、1996 年「老人狀況調查報告」資料顯示，高齡人口認為政府應優先提供之福利措施之中，「建立老年國民年金制度」所佔比重呈現逐年增加趨勢，從 1991 年的 9.52%，上升至 1996 年的 34.44%，僅次於健康醫療之需求。此外，根據 2005 年「老人狀況調查報告」（內政部統計處）之中，贊成國民年金採取保險制度比重，更是高達 72% 左右。由上可知，面對少子女化時代來臨，加上外在環境改變，儘速建立一套較公平、合理的國民年金制度，藉以保障高齡人口年老生活無虞，的確有其必要性與迫切性。

## （三）「財產信託服務」需求

近些年來，由於家庭結構轉型、少子女時代來臨，養子防老觀念亦在改變，為使高齡人口免於老無所依，乃至僅有財產亦被子女假借其他名義移轉，因而政府參酌先進國家做法，推動財產信託完成立法。但是，根據 2005 年「老人狀況調查報告」（內政部統計處）顯示，65 歲以上國民僅有 0.20% 認為政府需要加強提供「財產信託服務」。究其原因，或許「財產信託制度」甫剛推動，高齡人口對於其制度尚不瞭解所致，相對 50-64 歲國民對財產信託制度的看法，則有三成左右認為重要。

很顯然地，「財產信託制度」對於保障高齡人口年老生活有所助

益，因而如何促使高齡人口參與此一制度，加強政策宣傳是不可或缺的一環。亦即藉由財產信託制度，將可強化高齡人口個人責任，同時亦可減輕政府財政負擔。

#### (四)「就業輔導」需求

儘管衛生、醫療條件大幅改善，促使國民平均餘命不斷延長；然而，由於國民年金立法延宕多年，迄今仍未完成立法，加上勞工現行退休請領或保險給付額度有限，或許仍與因應未來高齡歲月生活需求有所落差。根據 2000 年「老人狀況調查報告」(內政部統計處)資料顯示，65 歲以上高齡人口對就業輔導之需求情形，認為很需要與還算需要占全體高齡人口的 16.57%，認為不需要與很不需要最多占 80.94%。從此一調查報告中可以看出，雖高齡人口工作意願不如 50-64 歲族群，但誠如上述，隨著平均餘命增長，退休金、撫卹金或老年給付可能有所不足，加上少子女化時代來臨之下，使得其經濟來源將會隨著年齡增加相對減少，因而有就業輔導需求之高齡人口，仍佔一定比重以上。

## 二、健康醫療方面

隨著年齡增長、生理功能退化等因素，使得高齡人口身體健康狀況不如 50-64 歲族群。根據 2000 年、2002 年、2005 年「老人狀況調查報告」資料得知(如表 4-3)，或許醫療保健觀念普及，加上制度已見成效，雖高齡人口罹患疾病情形有下降之趨勢，但是同一調查報告卻又顯示，高齡人口之中，仍有 62.39%認為免費健康檢查很需要與還算需要。另一方面，再從 2002 年、2005 年「老人狀況調查報告」資料來看，50-64 歲及 65 歲以上高齡人口對老年生活的期望項目之

中，皆以擁有「身體健康生活」最多，顯示高齡人口對於老年健康生活相當重視。

表 4-3 50 歲以上國民罹患疾病情形（2000 年-2005 年） 單位：人；%

年次	年 齡	有（註）	無	不知道或拒答	
2000 年	50-64 歲	54.39	44.21	1.40	
	65 歲以上	74.78	23.94	1.28	
2002 年	50-64 歲	38.83	60.54	0.63	
	65 歲以上	65.72	33.96	0.31	
2005 年	50-64 歲	38.46	61.10	0.44	
	65 歲以上	65.20	34.42	0.38	
	65 歲以上	男性	60.33	39.49	0.18
		女性	70.07	29.35	0.58

註：心血管疾病、骨骼肌肉疾病、骨骼肌肉疾病、內分泌代謝疾病、肝胃腸消化系統疾病、眼耳疾病、呼吸系統疾病、泌尿系統疾病、血液疾病神經系統疾病、癌症、精神疾病、皮膚疾病、免疫系統疾病、其他等。

資料來源：內政部統計處（2000）、內政部統計處（2005）、內政部統計處（2006）。

#### （一）「醫療保健」需求

根據 2000 年「老人狀況調查報告」（內政部統計處），65 歲以上高齡人口對於其福利措施需求之中，以醫療保健需求佔 72.00% 為最高。此外，根據 2002 年「老人狀況調查報告」，以免費健康檢查 62.39% 為最高。由此可見，相對經濟安全需求，高齡人口對醫療保健之需求更高。

#### （二）「疾病治及協助治療」需求

再從 1993 年「老人生活狀況調查報告」（行政院主計處與內政部合編，1994）加以分析得知，「給予高齡人口看病醫療費用優待」福利措施，隨著全民健保開辦，而有下降趨勢。此外，對於「增設長期慢性病療養機構」福利措施方面，亦有一成左右高齡人口認為仍有需求。再者，「提供高齡人口急性醫療照護」服務方面，根據 1996 年「老人狀況調查報告」顯示，約近五成高齡人口認為重要。另一方面，「提供失能者持續醫療照護」服務方面，亦有四分之一高齡人口認有重

要。至於「中低收入高齡人口重病住院看護補助費」方面，則有三分之一高齡人口認為重要。由上可知，高齡人口對疾病治及協助治療方面之各項需求，均有相當比重。

### 三、居住安養方面

根據 2005 年「老人狀況調查報告」(2006)，65 歲以上高齡人口於認為較理想的居住方式(如表 4-4)，仍以「與子女同住(含配偶、子女配偶及孫子女)」最高、其次則為「與配偶同住」、第三才是「獨居」。由此可知，對於高齡人口而言，「機構」安養僅為輔助性質，「在地老化」仍是高齡人口較偏好之方式。

表 4-4 65 歲以上高齡人口認為理想居住方式 單位：%

年 別	與子女 同住	與配偶 同住	獨居	住在老 人安養 機構	住在老 人、安 養或養 護機構	住在養 護機構 或護理 之家	與親戚 朋友同 住	其他	很難說 或拒答	總 計
2002 年	60.19	18.98	8.17	-	5.62	-	0.57	2.07	4.39	100.00
2005 年	59.95	20.01	11.32	1.03	-	0.96	0.42	0.39	5.91	100.00
男性	53.33	25.78	11.00	1.45	-	1.10	0.53	0.35	6.46	100.00
女性	66.58	14.24	11.65	0.60	-	0.81	0.31	0.44	5.37	100.00

資料來源：內政部統計處(2006)。

#### (一)「在地老化」需求

先就在地老化需求來看，根據 2002 年、2005 年「老人生活狀況調查報告」，50-64 歲及 65 歲以上高齡人口之中，雖約有二至三成希望老年「能與家人團圓和樂生活」(2002 年 21.52%、26.49%；2005 年 22.53%、30.98%)，其重要僅次於對於身體健康的期待，但三代同堂可能性卻隨生育率漸低，使得老年生活型態因而有所轉變。由於「在

地安養」(aging in place) 已成為今後世界許多先進國家面對人口結構高齡化的政策方向，亦即利用在地資源照顧老人，讓老人在自己較熟悉的地方自然老化，而非被迫搬離家園。同時，雖子女同住是理想的方式，但人口結構轉型及經濟型態改變，照顧人力不足，將使高齡人口對於「居家服務」、「居家照顧」、「日間託老」、「送餐服務」等需求與日增加。

## (二)「機構安養」需求

再以機構安養來說，根據 2002 年「老人狀況調查報告」(內政部統計處)，65 歲以上人口之中，僅有 19.42% 認為需要「進住老人安養及養護機構」。若更進一步檢視高齡人口對機構安養的瞭解程度與進住意願時卻又發現，僅有四分之一高齡人口瞭解機構安養服務，願意進住的比重甚至高於需要進住的比重。另一方面，或因年齡差異，50-64 歲人口進住意願相對較高。雖高齡人口多半期待能與子女同住，但或許考量家庭照顧人力有限，選擇機構安養已成為未來無法在地老化之時的可能趨勢。

表 4-5 高齡人口使用各類居住安養機構意願 單位：%

年度	機構類型	50-64 歲	65 歲以上
2002	瞭解安養或養護機構服務	28.85	24.65
	願意進住安養或養護機構	27.11	9.18
2005	瞭解安養或養護機構服務	-	20.99
	願意進住安養機構	34.45	14.96
	願意進住老人住宅	47.95	21.28
	願意進住養護機構或護理之家	51.13	27.88

## 四、社會參與

隨著平均餘命延長，活到老學到老已成為高齡人口轉換生活的趨勢。根據 2002、2005 年「老人狀況調查報告」，50-64 歲及 65 歲以上人口參與各類社會活動種類皆以「宗教活動」最多，其次則為「休閒娛樂團體活動」。整體而言，除了 50-64 歲人口參與進修服務比重略有減少情形之外，二組參與社會活動比重，皆是隨年增加趨勢，顯見高齡人口已逐漸重視生活安排而願意參與各項社會活動。此外，若從性別差異角度觀之，女性較男性傾向於參與「志願活動」、「進修服務」、「養生保健團體活動」，這意味著女性期待乃是從追求身體、精神及知識層面的發展之中，得到自我成長。

表 4-6 50 歲以上國民活動參與情形（有參與之比重）

單位：%

項目	宗教活動		志願活動		進修服務		養生保健 團體活動		休閒娛樂 團體活動		政治 團體活動	
	50-64 歲	65 歲 以上	50-64 歲	65 歲 以上	50-64 歲	65 歲 以上	50-64 歲	65 歲 以上	50-64 歲	65 歲 以上	50-64 歲	65 歲 以上
2002 年	28.37	22.67	16.26	6.34	11.91	4.53	13.27	12.5	27.17	20.33	4.13	2.68
2005 年	38.85	29.86	22.54	12.49	9.37	5.10	19.34	15.15	34.71	22.37	11.06	7.01
男	38.42	30.31	21.72	13.50	6.92	4.53	16.22	14.99	37.41	26.43	13.66	9.63
女	39.28	29.41	23.35	11.47	11.67	5.68	22.41	15.31	32.06	18.32	8.50	4.38

資料來源：內政部統計處（2006）

## 第二節 高齡人口福利供給分析

### 一、老人社會福利政策演變歷史脈絡

#### （一）老人福利政策萌芽階段

在論述台灣老人福利政策的同時，必須先就與其有關的歷史脈絡做一回顧。許錦汶（1993）從歷史的角度分析途徑回顧台灣老人社會福利政策發展認為，從 1949 至 1989 年之間，政府在老人福利政策上幾乎乏善可陳，其所研擬的福利政策不但大多僅是宣告性質，而且缺乏具體可行實施方案及行政配合。亦即此一時期所受惠的高齡對象，僅局限於以「社會救助」的方式，提供中、低收入戶老人生活津貼；至於榮民、勞工和軍公教人員則以「社會保險」方式，提供老年退休給付和經濟生活保障，其他身分老人所領受的福利服務，可以說是完全缺乏。

換句話說，此一時期政府所推行的老人社會福利政策屬於局部性、零散性、殘補式、選擇性，而非全民式普及化社會福利取向。尤其是基於「家庭主義」和「企業自由主義」的反集體主義福利政策，同時隨著身分的相異而有不同的待遇，例如：對榮民、退職民意代表予以相對優渥的國家保障，公教人員對政治社會有益，勞工對於經濟發展有所幫助，因而給予退休給付。至於其他老人，則以長期以來所遵循的傳統孝道文化、家庭倫理、個人責任等理由，藉以卸除國家應照顧的責任（鍾佩珍，1995）。

不可否認，雖攸關全國老人福利頗重要的「老人福利法」早在 1980 年就已訂定，但更進一步觀察可以發現，整部法規內容係以「經濟救助」作為主軸，大多屬於消極、救急措施。然而，值得一提的是，該法訂定過程之中，隱含諸多政治妥協，尤其為了降低經費、財政負擔將老人界定為 70 歲以上，引來社會各界諸多批判。換句話說，雖「老人福利法」立法工作業已完成，但卻無相應社會行政體系與政策

進行推動、執行，以達到法定之目標，以致造成陳義過高、宣示意義大於實質目的（王國慶，2005）。

簡單地說，從 1980 年代到 1990 年代期間，伴隨台灣政治體制轉型過程，在社會上興起各式各樣請願抗爭事件。這些事件背景均存在著對於政策有所不滿，因而採取集體抗爭。其中，與社會福利有關的議題只有「殘障人士與其他福利弱勢團體運動」與「老兵福利運動」，並無任何與一般老人福利或年金政策相關的請願或抗爭。由此可見，1990 年代之前，台灣社會內部對於老人福利政策及其相關需求、問題意識，並未受到較普遍的重視，更別遑論具體有效政策規劃或福利方案實施。

## （二）老人福利政策成長階段

不過，1990 年以後，由於政治解嚴，社會環境急遽變化，加上高度工業化、都市化之後，家庭結構亦產生了變化，尤其隨著老人增加，其所衍生生之福利需求問題，開始受到重視，因而要求政府提早面對人口結構改變，制定一套完善老人社會福利政策，俾以因應此一新的社會課題。

另一方面，則是隨著老人急速增加，老人福利議題逐漸受到重視，尤其在 1993 年選舉中，攸關老人的高齡生活經濟安全保障之「老人年金」議題，不僅成為台灣在選舉上政黨競爭、選舉所主要訴求的社會政策議題，而且引起相當程度社會動員。亦即在競逐具有龐大老人選票考量下，促使 1997 年修正「老人福利法」，並且參考國際認定，將老人的界定年齡，從 70 歲降低為 65 歲，以作為各項老人福利措施和相關給付的準則。

很顯然地，在此之前，政府在社會福利預算或行政人力上，並未隨著社會結構改變相對有所提升，政策宣示意義大於福利實質功能，尤其對於老人經濟安全、健康醫療、社會參與、就業等需求，仍與實際情形有所落差。至於對於老人福利服務需求有整體周延的政策考量，乃是 1997 年 5 月 31 日「老人福利法」修正通過之後，才將包括國民年金、居家服務、老人住宅、社區照顧服務、機構分類等具有高度共識項目，納入社會福利政策範圍。

### （三）老人福利政策發展階段

配合前倡老人福利法修正，1998 年 7 月特別召開全國社會福利會議，全面檢討既有福利政策並制定未來社會福利走向，同時在行政院下設置跨部會「社會福利推動小組」，邀請社福團體及專家學者參與社會福利政策擬定。亦即政府對於與老人社會福利需求有關的議題討論、政策研擬、策略規劃、方案執行等，有了較正式系統的管道做為推動依據。

然而，值得一提的是，由於受到 50 年代人口遷徙影響，台灣人口邁向高齡化過程，有別於其他人口高齡化的國家，呈現數量增加在先，性別分佈不均現象發生在後，所以對於高齡女性所衍生的各項福利需求，也一直到了近年來才逐漸地獲得重視。是故，從前揭老人福利需求性別分析中可以看出，男女老人在經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與上，以及期待政府提供福利需求等方面所存在的差異，在在顯示未來從性別觀點的角度規劃老人福利措施，是有其必要性與迫切性。

## 二、老人社會福利資源配置

誠如上述，面對高齡人口遽增加，其所衍生的福利需求，已成為政府在整體政策規劃不可忽視的一環。由於經費來源與人力配置，是推動與執行社會福利工作不可或缺的兩大條件。茲將目前台灣老人社會福利經費來源、老人社會福利經費支出淨額概況、老人社會福利工作人力配置等，分述如下：

(一) 老人社會福利預算經費配置

1. 老人社會福利預算來源

(1) 中央相關部會所編列之預算

目前中央政府對縣市政府社會福利補助款之核算及分配方式，係自 2001 年開始，除了補助或獎助團體之外，從原先由內政部補助地方政府（含直轄市、縣市政府及鄉鎮市區公所）社會福利預算方式，改由行政院主計處設算地方政府定額社會福利經費或採取一般性補助款直接補助方式。至於其設算指標，係以縣市政府財政能力，以及參酌身心障礙者、低收入戶、老人、幼兒及婦女等人數為主，另又加計役男、傷殘退伍軍人等生活扶助等項目（如表 4-7）；此外，為能保障縣市政府所獲得之社會福利經費均較上一年度增加，每次在設算縣市政府補助額度時，則以縣市政府上一年度相同基礎之補助全額加計 10% 為下限。

表 4-7：設算分配福利經費基準

設 算 基 準 項 目		權 數
(一)	財政能力	20%
(二)	身心障礙者生活補助,輔助器具及教養費	45%
	(1)生活補助(80%)	
	(2)輔助器具(10%)	
	(3)教養費(10%)	

(三)	低收入戶生活扶助 (1)家庭生活輔助(80%) (2)其他生活輔助(20%)	20%
(四)	轄區 65 歲以上老人人數	5%
(五)	轄區 0-5 歲幼童人數	5%
(六)	轄區婦女人數	5%

資料來源：周麗芳（2001），頁 17。

## (2) 地方政府所編列之預算

至於縣市政府用於老人社會福利相關業務經費方面，除部分係由中央補助之外，另一部份則由縣市政府自籌，其自籌經費部分主要係為配合縣市歲入財源實收情形及各項福利津貼實際支領人數，先行編列相關經費，如支應後確有不敷時，則再於年度進行中，視實際需要辦理追加預算支應。

## (3) 公益彩券盈餘分配

除了上述各級政府所編列之預算之外，近些年來所實施的公益彩券盈餘分配，亦是社會福利資源來源之一。根據「公益彩券發行條例」明文規定，除了規定彩券經銷以身心障礙者、低收入戶、單親家庭、原住民者為優先之外，發行機構應將各種公益彩券發行盈餘，專供政府補助國民年金、全民健康保險準備、社會福利及慈善事業等公益活動之用。

## (4) 民間社會資源勸募

政府經費有限，民間資源無窮。目前亦有部分縣市政府為了開拓更多社會福利資源，透過主導運用社會福利機構團體聯合勸募運動方式，協助縣市之內老人社會福利機構團體募集，包括：企業捐助、善人人士捐款等社會資源，藉以寬裕高齡人口社會福利資源，增加對老人之福利服務。

## 2. 老人社會福利經費支出

若從內政部老人福利經費歷年支出（如表 4-8）可以看出，政府對於老人社會福利資源配置方面，1990 年之前，其成長幅度可以說是極微；不過，隨著老人社會福利需求成為政策所關注的議題之後，其福利經費均維持在 10 億元以上。

表 4-8 歷年內政部老人福利經費支出 單位：億元

年度	73 (1983.7 -1984.6)	74 (1984.7 -1985.6)	75 (1985.7 -1986.6)	76 (1986.7 -1987.6)	77 (1987.7 -1988.6)	78 (1988.7 -1989.6)	79 (1989.7 -1990.6)
預算	0.15	0.18	0.18	0.18	0.2	2	2.23
年度	80 (1990.7 -1991.6)	81 (1991.7 -1992.6)	82 (1992.7 -1993.6)	83 (1993.7 -1994.6)	84 (1994.7 -1995.6)	85 (1995.7 -1996.6)	86 (1996.7 -1997.6)
預算	12.63	10.6	16.3	19.6	20.6	18	16
年度	87 (1997.7 -1998.6)	88 (1998.7 -1999.6)	88 下半及 89 (1999.7 -2000.12)	2001	2002	2003	2004
預算	17	20	30	14	12	15	14

資料來源：王國慶（2005）整理自歷年中央政府預算書以及參閱內政部 2003 年社政年報 <http://sowf.moi.gov.tw/17/92/index.htm>。

### （二）老人社會福利工作人力配置

根據「內政統計年報」統計，2005 年台灣共有 13,961 名社會福利工作相關人員（含行政人員、社工員、輔導員、保育員、復健治療師等）；不過，若再加以觀察卻又發現，其中社會工作人員只有 1,180 人（如表 4-9），而且從事老人社會福利社會工作人員更是區區 168 人（如表 4-10），約占專業社會工作人員的 14%。此一現象，若與高齡人口增加速度來說，將可預見的是，未來台灣地區社會福利工作人口的確存在嚴重不足。

表 4-9：2001-2005 年社會福利工作人員人數統計

年底別 End of Year	行政人員 (人)	社會工作人員 (人)	專業人員 (人)	其他人員 (人)	總計 (人)
2001	2,759	1,231	5,486	—	9,476
2002	3,032	1,185	5,770	3,544	13,531
2003	3,146	1,159	6,153	3,733	14,191
2004	3,231	1,252	6,184	3,663	14,330
<b>2005</b>	<b>3,192</b>	<b>1,180</b>	<b>5,900</b>	<b>3,689</b>	<b>13,961</b>

資料來源：內政部（2006），內政統計年報。

表 4-10：2001-2005 年老人社會福利工作人員人數統計

年底別 End of Year	老人福利			
	行政人員 Admini. (人)	社會工作人員 Social Workers(人)	專業人員 Specialist(人)	其他人員 Others (人)
2001	533	144	341	—
2002	582	151	678	740
2003	588	152	672	574
2004	548	147	679	584
2005	528	168	556	636

資料來源：內政部（2006），內政統計年報。

### 三、老人社會福利服務提供現況

政府在老人社會福利中所扮演的角色，包括：其一，規範者—制訂各項老人福利相關法令或規定，要求雇主或非營利組織在提供福利服務時應遵守的標準、條件或限制等，或是鼓勵民間資源投入老人福利服務；其二，供給者—建立各項老人福利制度或設置各種老人福利服務機構，直接提供福利服務；其三，補強者—僅對弱勢、失能老人或其家庭提供福利服務。

就以規範者角色而言，原有保障僅限於針對特定對象退休給付的老年經濟安全，直至 1980 年制訂老人福利法之後，始才擴大服務範圍。亦即藉由規範福利機構的設置、福利措施的提供、保護措施的執行等相關內容，以維護老人健康、安定老人生活、保障老人權

益、增進老人福利為方向。之後，陸續訂定與其相關之法令（如表 4-11），以作為執行高齡人口社會福利服務工作之依據；不過，其所涉及的層面大致仍以「經濟安全」、「健康維護」、「居住安養」等方面為主。

表 4-11：歷年與老人福利相關之法規

時間	法規名稱
1953. 1.19 發布、2005. 1.12 修正	軍人保險條例
1958. 7.21 發布、2003. 1.29 修正	勞工保險條例
1958. 1.29 發布、2005. 1.19 修正	公教人員保險法
1980. 1.26 發布、2002. 6.26 修正	老人福利法
1981.11.30 發布、1998. 6.17 修正	老人福利機構設立標準
1995. 5.31 發布、2005.12.28 修正	老年農民福利津貼暫行條例
1995. 6. 8 發布、2006. 2.27 修正	老年農民福利津貼申領及核發辦法
1998. 9.16 發布	內政部老人福利促進委員會組織規程
1999. 5.31 發布	直轄市縣（市）老人福利促進委員會組織規程
1999. 6.29 發布、2004. 2.13 修正	內政部各老人之家暫行組織規程
1999. 6.29 發布、2003. 3.31 修正	內政部彰化老人養護中心暫行組織規程
1998.11.25 發布	老人福利機構設立許可辦法
1998.12.22 發布	老人長期照護機構設立標準及許可辦法
1998. 6. 3 發布、2004. 5. 4 修正	中低收入老人生活津貼發給辦法
1999. 8.11 發布、1999.11.24 修正	私立老人福利機構接管辦法
2000. 5. 1 發布	私立老人福利機構獎勵辦法
2000. 6.14 發布	老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法
2002. 5.22 發布、2003. 6.18 修正	敬老福利生活津貼暫行條例

2002. 5.22 發布、2003.12.17 修正	原住民敬老福利生活津貼暫行條例
2005. 6.30 發布	勞工退休金條例年金保險實施辦法

資料來源：本研究整理

## (一)經濟安全方面

面對高齡人口急遽增加，加上社會結構大幅轉型，如何對於高齡人口提供一個較完善的經濟安全制度，可以說是政府今後，在福利供給上極重要政策方向之一。茲將目前政府對於高齡人口所提供的經濟安全制度概述如下：

### 1、職業退休制度：

此一制度主要實施對象乃是，針對工作人口在工作一定期間後，提供保障其高齡歲月經濟生活，例如：軍公教人員退撫制度、私校教職員工退撫制度、(新、舊制)勞工退休制度等，其所強調的均為雇主應有社會責任，俾使其於退休之後邁入高齡歲月中，可以過著有尊嚴、安全的生活。

### 2、社會保險制度

其次，則是老人社會保險制度。目前台灣與保障高齡人口經濟安全有關之社會保險，包括：軍人保險、公教人員保險、勞工保險、農民健康保險等項目；其中，除了農民健康保險之外，均採一次給付方式。不過，為了顧及投保人口最多的勞工退休之後的經濟安全，正在研議將其老年給付朝向年金的方式轉型，以及規劃將尚未加入任何保險與農民健康保險人口，納入未來國民年金保險立法通過開辦初期優先保險對象。

### 3、社會津貼制度

除了上述退休與保險制度之外，為了保障老人生活，在國民年金實施前過渡時期，目前尚有提供一些社會津貼，這些包括：老年農民福利津貼、敬老福利生活津貼、原住民敬老福利生活津貼、榮民就養給付等，其目的在於協助維持經濟弱勢的老人之經濟安全。亦即衡量國家財政負擔與社會公平原則之下，先就經濟弱勢之老人的安全，提供部分照顧。

表 4-12 台灣老人經濟安全制度

區分	重點	範圍
職業退休	就業者退休金 (雇主責任)	1.軍公教人員退撫制度 2.私校教職員工退撫制度 3.(新、舊制)勞工退休金度
社會保險	就業者保險金 (一次給付)	1.軍人保險 2.公教人員保險 3.勞工保險 4.農民健康保險
	未納保者保險金	5.國民年金保險(立法審議中)
社會津貼	國民年金開辦之前過	1.老年農民福利津貼 2.敬老福利生活津貼 3.原住民敬老福利生活津貼 4.榮民就養給付
社會救助	渡措施	1.低收入戶老人生活補助 2.中、低收入老人生活津貼 3.中、低收入老人特別照顧津貼 4.中、低收入老人住宅設施設備改善補助

資料來源：本研究整理

### 4、社會救助制度

此外，內政部社會司為了對部分生活無法達到一定標準的老人提供必要保障，另又設置「低收入戶老人生活補助」、「中、低收入老人生活津貼」、「中、低收入老人特別照顧津貼」、「中、低收入老人住宅設施設備改善補助」，俾使這些在社會上屬於最弱勢的老人亦能獲取基本生活需求。

不過，若更進一步觀察上述高齡人口各項經濟安全保障措施時可以發現，其受益高齡人口性別分佈之中，其中仍存在著幾項性別差異現象，包括：越低階的殘補給付（社會救助），女性所獲得的給付人次越高；越高階的法定給付（社會保險），女性被保險人人數、所領取給付的件數、平均給付金額等，都較男性為低。但是，若以現行公教人員保險養老給付來看，當被保險人申請養老給付年齡在 40 至 60 歲之間時，女性給付金額則明顯較男性為高，這意味著女性提早退出勞力市場，在養老給付領取上是相對有利的；然而，其並不表示對女性老年經濟生活的保障相對較好，因為高齡女性的貧窮率還是高於男性之貧窮率。

## （二）健康醫療方面

其次，再從高齡老人健康醫療供給來看，目前政府對於老人所提供的福利包括：

其一，根據老人福利法第 20 條規定：地方主管機關定期舉辦老人健康檢查及提供保健服務；

其二，則是為使居住於機構內老人，因重病住院無專人看護期間，能夠獲得妥善照顧並減輕其經濟負擔，另由內政部編列經費，提供財團法人老人福利機構，辦理中、低收入老人重病住院看護費補助，亦即透過預防及治療策略，提升整體高齡人口健康生活。

## （三）居住安養方面

至於老人在居住安養上，則是配合其需求提供在地老化、機構照顧服務等。茲將其服務內容分述如下：

### 1、在地老化：

目前政府為了落實居家老化、在地老化精神，仍以社區照顧為主、機構照顧為輔；同時，輔導醫院及護理之家，協助辦理居家護理服務。至於其服務範圍，包括：

### (1) 居家照顧

為了因應老人居家安養需求，以及減輕家庭照顧負擔，在居家照顧上，除了針對中、低收入失能老人使用居家服務之外，自 2000 年起，另將其服務範圍擴大，特別增列一般家庭之中有極重度的失能老人，俾以減輕其家庭照顧壓力。

### (2) 社區照顧

為能促進社區老人身心健康，落實在地老化及社區營造精神，內政部配合行政院 2005 年核定並實施「台灣健康社區六星推動方案」，積極推動「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，其實施期程至 2007 年止。其目的乃是希望結合有意願的社會團體，參與社區照顧關懷據點設置，並由當地民眾擔任志工，提供老人關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務，並視當地需求特性，提供餐飲服務或辦理健康促進活動。亦即透過在地老化社區照顧，俾使高齡者留在較熟悉的社區中生活，同時亦可提供家庭內照顧者適當喘息服務，進而發揮社區自助互助照顧功能。

### (3) 營養餐飲服務

由於老人生活自理能力隨年齡增長或健康影響而退損，因而透過營養餐食服務，關懷照顧老人；此外，自 2004 年起，另以補助方式，鼓勵從事社區服務較具有績效之社福團體，對於行動自如高齡人口，選定適當地點提供餐飲集中用餐；至於行動困難高齡人口，則以送餐

到家方式，除了解決老人炊食問題之外，可讓老人與社會之接觸，獲得情緒支持。

#### (4) 日間照顧服務

至於沒有接受居家服務或機構安養之獨居老人，或因子女均在就業，無法提供家庭照顧之老人，則是鼓勵地方政府設置日間照顧中心，提供生活照顧及社會參與服務，並對中、低收入老人補助日間養護照顧費用。

## 2、機構照顧

在推行在地老化提供相關福利服務的同時，另又整合家庭、民間機構、團體及政府力量，針對老人之中較需要長期照顧的老人，提供完善安養、養護及長期照護等福利服務措施，以補充家庭照顧功能之不足。

整體而言，由於台閩地區仍需要長期照護之 65 歲以上人口約有 17.2 萬人，占全體老年人口之 9.1%，這些具有多項生活功能障礙老人之中，8 成左右住在自己家中，委由親人或僱用外勞看護照顧，對於一般家庭而言，係屬沉重負擔。從表 4-13 統計中可以看出，其收容人數共計 46,797 人，供給數量仍不及需要長期照顧人數之 30%，亦即需求量則遠大於供給量。

表 4-13 台閩地區居住安養機構統計

機構類別		機構數	收容人數		使用率 (%)
長期照護機構		27	1,499	1,499	68.9%
安養機構	公立	14	5,237	11,333	66.6%
	私立	33	6,096		
養護機構	公立	1	360	32,826	72.5%
	私立	837	32,466		
社區安養堂		10	345	345	32.5%

老人公寓	4	794	794	48.4%
------	---	-----	-----	-------

資料來源：內政部(2006)，內政部統計年報

表 4-14 台閩地區老人文康休閒機構統計

類別	機構數
長青學苑	246
老人文康中心（含老人福利服務中心）	312
社區長壽俱樂部	3517

資料來源：內政部(2006)，內政部統計年報

#### （四）社會參與

溯及上述，台灣業已邁入高齡化社會，在平均餘命延長情形下，為使 65 歲以上老人退休之後生活有所安排，除了協助部份老人投入再度就業市場之外，另又透過地方政府、民間團體等管道，提供較適合老人的休閒、文康活動，或是鼓勵老人志願參與地方或社區公共服務，這些項目包括：

- 辦理各項老人福利活動或長青學苑課程等，維持老人社會人際關係、提昇生活情趣、充實精神生活及自我實現。
- 興設老人福利服務（文康活動）中心，作為辦理各項老人活動暨提供福利服務場所。
- 鼓勵老人休閒育樂志工活動，以及安排老人參加各項教育活動等。
- 提供老人搭乘國內公、民營水、陸、空公共交通工具，優待進入康樂場所及參觀文教等設施（備）等，落實宏揚敬老美德，充實老人精神生活。

## 四、老人社會福利服務使用情形

綜觀政府在經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與等層面上所提供的各項服務，是否在質量上皆已充分滿足老人需求？從歷次內政部老人狀況調查報告（2000、2002、2005）中可以看出（如表

4-15)，65歲以上國民對於各項服務多半傾向於不知道、抑或知道但未曾利用，顯示服務推廣或宣導不足，仍為少數服務使用。另一方面，調查結果（如表 4-16）亦又指出，較多受訪老人認為服務需求項目之中，以經濟補助及醫療照顧保健服務為優先。是故，在政策及服務規劃上，除了必須審慎思考政府在服務供給上所應扮演的角色之外，更應整合各項資源提供貼近國民所需要之服務，俾使資源配置符合公平、合理與正義，提高服務成效。

表 4-15 65 歲以上國民對於各項服務利用情形 單位：%

服務利用情形		曾利用				知道但未利用			不知道	
		計	滿意	普通	不滿意	計	無法利用	不想利用		不知如何申請
<b>2000 年</b>										
經濟安全	中低收入老人生活津貼	<b>15.43</b>	8.59	4.63	2.21	<b>43.93</b>	25.01	11.08	7.84	<b>40.65</b>
健康醫療	老人免費健檢	<b>45.03</b>	25.26	14.71	5.06	<b>32.32</b>	3.53	21.70	7.09	<b>22.66</b>
	醫療保健補助	<b>15.22</b>	9.12	5.24	0.86	<b>20.80</b>	4.06	9.19	7.55	<b>63.98</b>
居住安養	居家照顧服務	<b>2.10</b>	1.10	0.71	0.29	<b>36.01</b>	5.02	26.04	4.95	<b>61.88</b>
	日間托老	<b>1.22</b>	0.57	0.36	0.29	<b>25.69</b>	3.63	19.17	2.89	<b>73.10</b>
	老人公寓	<b>0.61</b>	0.29	0.32	-	<b>22.23</b>	5.74	14.64	1.85	<b>77.16</b>
社會參與	優待搭乘交通工具	<b>52.97</b>	38.15	11.76	3.06	<b>32.39</b>	7.91	21.70	2.78	<b>14.64</b>
	出入公共場所敬老優待	<b>21.70</b>	13.86	6.91	0.93	<b>21.98</b>	4.77	13.68	3.53	<b>56.32</b>
	長青學苑及老人大學	<b>2.77</b>	1.92	0.64	0.21	<b>48.16</b>	9.90	33.74	4.52	<b>49.06</b>
	文康休閒設施	<b>10.16</b>	5.99	3.42	0.75	<b>26.19</b>	4.60	17.39	4.20	<b>63.66</b>
<b>2002 年</b>										
經濟安全	中低收入老人生活津貼	<b>22.85</b>	14.81	5.10	2.94	<b>48.64</b>	29.39	13.93	5.32	<b>28.51</b>
健康醫療	老人免費健檢	<b>53.21</b>	34.05	14.37	4.79	<b>30.31</b>	2.59	24.78	2.94	<b>16.48</b>
	中低收入老人重病住院看護補助費	<b>1.41</b>	1.10	0.18	0.13	<b>29.22</b>	8.52	17.71	2.99	<b>69.38</b>
居住安養	居家照顧服務	<b>0.96</b>	0.79	0.13	0.04	<b>39.01</b>	4.61	32.07	2.33	<b>60.02</b>
	老人送餐服務	<b>0.83</b>	0.66	0.13	0.04	<b>35.76</b>	5.27	28.95	1.54	<b>63.40</b>
	老人保護專線	<b>1.01</b>	0.70	0.13	0.18	<b>28.34</b>	3.25	21.18	3.91	<b>70.65</b>
	遭虐待遺棄老人保護服務	<b>0.22</b>	0.18		0.04	<b>39.37</b>	5.54	33.08	0.75	<b>60.41</b>
	日間托老	<b>0.39</b>	0.22	0.04	0.13	<b>31.50</b>	4.88	24.91	1.71	<b>68.10</b>
	進住老人安養及養護機構	<b>6.60</b>	5.54	0.88	0.18	<b>47.75</b>	4.96	41.21	1.58	<b>45.65</b>
	獨居老人關懷服務	<b>8.25</b>	5.67	2.06	0.52	<b>32.48</b>	0.52	25.77	6.19	<b>59.28</b>
社會參與	長青學苑及老人大學	<b>4.35</b>	3.21	0.92	0.22	<b>50.97</b>	6.55	42.53	1.89	<b>44.68</b>
<b>2005 年</b>										
經濟安全	中低收入老人生活津貼	<b>8.79</b>	4.58	2.36	1.84	<b>34.51</b>	19.30	12.20	3.00	<b>56.71</b>
	敬老福利津貼	<b>51.40</b>	32.08	13.47	5.86	<b>26.64</b>	20.62	4.48	1.54	<b>21.96</b>
	中低收入老人特別照顧津貼	<b>0.66</b>	0.36	0.15	0.15	<b>14.53</b>	5.45	7.65	1.43	<b>84.80</b>

健康醫療	中低收入老人重病住院 看護補助費	<b>0.97</b>	0.65	0.27	0.05	<b>15.98</b>	6.43	8.28	1.27	<b>83.06</b>
居住安養	居家護理	<b>1.28</b>	0.71	0.46	0.10	<b>18.05</b>	4.13	12.85	1.08	<b>80.67</b>
	居家照顧服務	<b>2.01</b>	1.09	0.83	0.09	<b>29.12</b>	3.92	23.68	1.53	<b>68.87</b>
	老人營養餐飲服務	<b>1.21</b>	0.82	0.22	0.17	<b>28.69</b>	4.65	21.47	2.57	<b>70.10</b>
	日間照顧	<b>0.69</b>	0.39	0.30	0.00	<b>26.36</b>	3.94	20.59	1.83	<b>72.95</b>
	獨居老人關懷服務	<b>1.13</b>	0.80	0.17	0.16	<b>32.30</b>	9.85	20.74	1.71	<b>66.57</b>
	中低收入老人住宅設施 設備改善補助	<b>0.50</b>	0.49	0.01	0.01	<b>9.01</b>	3.87	4.33	0.81	<b>90.49</b>
	遭虐待遺棄老人保護服 務	<b>0.28</b>	0.23	0.00	0.04	<b>25.36</b>	6.57	18.24	0.55	<b>74.36</b>
社會參與	長青學苑及老人大學	<b>5.40</b>	3.93	1.21	0.27	<b>39.94</b>	9.50	29.06	1.38	<b>54.66</b>

資料來源：內政部（2000）、內政部（2002）、內政部（2005）

表 4-16 65 歲以上國民需要政府提供服務情形

單位：%

服務需求 年度	經濟補 助	增加敬 老福利 津貼發 放金額	擴大敬 老津貼 發放對 象	醫療照 顧保健 服務	休閒娛 樂活動	心理諮 詢輔導	財產信 託服務	未來生 涯規劃	其他	無意見 或拒答
2002 年	14.41	8.35	8.26	8.30	1.67	0.66	0.09	-	16.87	55.84
2005 年	13.49	-	-	7.48	0.88	1.41	0.20	0.81	5.02	77.35

資料來源：內政部（2002）、內政部（2005）

### 第三節 高齡人口福利供需落差分析

老化是每人必經的過程，在生理、心理、家庭、社會層面上均會顯現各種特徵，因生理機能退化而行動不便、因老化而引起疾病、因需要依賴他人扶養或照顧而產生自尊心喪失、因失去社會角色與地位而感到被社會遺棄等，這些在在影響生活方式、人際互動、個人、成就感的消失、社會歸屬感的改變，無形之中增加經濟、健康、居住、活動參與等方面需求。

從上述社會福利資源配置分析中可以看出，目前政府在推動老人福利服務工作上，投入資源的速度的確不如高齡人口增加之需求。此一結果亦反映出，政府在老人福利服務上必須未雨綢繆，以充分滿足

高齡人口之需求。

另一方面，依據前述調查結果顯示，高齡人口生活保障已深受人口結構改變的影響，越是晚近（或未來）將進入退休年齡的人口，於生育期間中所生育的子女人數越少，在老年退休時所能夠依賴的家庭資源相對減少，社會移轉與生命週期移轉（老人自身積蓄）益形重要（陳寬政，1995）。

再者，人口結構老化代表未來家庭養老資源衰減（詹宜璋，1997），以往所依賴的傳統家庭責任制度逐漸喪失，使得老人經濟安全策略將會受到衝擊，建立保障老年經濟安全與居住安養制度，有其必要性與迫切性（詹火生、王怡人、蕭惠如，2002）。此外，隨著平均餘命增長，對於生活安排與生活品質重視，使得未來高齡人口更加需要投入社會參與各項活動。

爰此，面對高齡人口增加，政府部門在供應人民需求應要扮演何種角色，據以推動高齡人口社會福利政策，將對於高齡人口生活具有舉足輕重的影響。茲就根據上述針對高齡人口可能需求，以及政府針對高齡人口社會福利資源供給進行檢視之後，將其所存在之落差彙整歸納如下：

## 一、經濟安全方面

### （一）現行社會保險制度仍有侷限，尚未涵蓋弱勢高齡人口

溯及上述，儘管目前參加勞、軍、公、教保等類別工作人口，未來在退休時尚有較完善的退休給付與養老、老年給付，但是根據相關統計資料顯示，尚有包括農保人口、家庭主婦，到了高齡歲月時極易陷入經濟窘困。此外，上述職業保險對象之中涵蓋人數最多的勞工保險之給付採一次給付方式，由於老人壽命延長，以致一次給付退休

方式對於高齡歲月經濟安全之保障相對降低，實有必要朝向年金制度方向調整。

#### (二) 生活津貼給付有限，無法提供完善經濟保障

在國民年金完成立法正式實施前，為能照顧弱勢高齡人口生活，儘管政府實施老年農民福利津貼、敬老福利生活津貼、原住民敬老福利生活津貼、榮民就養給付等措施作為替代，但是面對高齡人口急遽增加，以及財政赤字不斷成長之下，未來恐將不易調整其給付金額，對目前請領此類生活津貼之老人而言，必須另尋其他經濟來源，才能確保老年生活。

#### (三) 社會安全制度存在性別階層差異，影響高齡女性權益

由於目前各種社會保險法源各異，以致保障對象、給付範圍、給付條件等方面自然有所不同，造成不同國民身份高齡人口經濟安全保障產生極大落差。此外，即便在同一種保險制度內，由於職場生涯型態差異，兩性之間老年經濟生活保障也產生明顯的落差。例如：勞工保險老年給付較不利於女性，公教人員保險養老給付也存在著性別差異現象。

#### (四) 制度設計不足，不易誘發高齡人口再度就業

面對全球許多先進國家高齡人口急遽增加，聯合國大會乃在 1991 年通過「聯合國老人綱領」，其綱領所提出之範圍，包括：獨立、參與、照顧、自我實現與尊嚴。其中，特別強調對於高齡人口應給予工作的機會，並且在各項基本需求上獲得滿足（內政部社會司網站），其目的旨在因應高齡人口平均餘命不斷延長所致。然而，若以台灣現行「就業服務法」來看，其服務對象並未納入 65 歲以上國民；再者，「老人福利法」之中，亦未納入高齡人口部分退休制度及促進就業措

施，使得超過 65 歲以上高齡人口即便具有工作意願或是延後退休，恐也不易持續工作或再度就業。

## 二、健康醫療方面

### (一) 城鄉醫療資源分配不均，不利構築高齡人口健康管理網路

根據內政部社會司於 93 年度中所完成的『社會資源城鄉差距與政策』研究報告顯示，目前台灣地區醫療資源和人力資源，的確存在分佈不均現象，尤其偏遠地區、高山地區和離島地區老人較為不易享受較高品質先進醫療設施與照顧。此一情形，將不利於未來構築高齡人口健康管理網路，而且亦有可能因預防保健不足而增加失能高齡人口，導致長期照顧需求成長，對於現行已赤字不斷擴大的健保財務造成極為不利影響。

### (二) 失智老人照顧資源投入不足，形成新的社會問題

隨著社會環境急遽變化，國內失智老人有逐年增加之傾向（如表 4-17），其中罹患比例也隨著年齡的增加而提高。根據盛行率與發生率推估（如表 4-18），其人數只增不減，因而對於這些過去較易被忽略的失智老人照顧，已漸形成新的社會議題。舉例而言，雖目前民間團體早已相繼推出老人協尋服務，但協尋網絡並不健全、管道不夠暢通，所以如何整合警政、社政、衛生資源，構築一個較完整的協尋網絡，實為刻不容緩課題。

表 4-17 歷年持有身心障礙手冊「失智症」類別人數統計

年度	2000	2001	2002	2003	2004	2005
失智症人數	10,188	11,582	13,996	15,108	17,186	18,228
佔身心障礙者 總人數比例	1.43%	1.54%	1.68%	1.75%	1.89%	1.94%

資料來源：內政部統計處（2006）

表 4-18 台灣失智症盛行率與發生率推估

單位：每千人

年度	2005年	2020年	2050年
盛行率	138.0	253.4	659.3
發生率	43.1	76.6	199.4

資料來源：失智症亞太地區盛行率報告（2006）

### （三）長期照護資源尚未整合，無法發揮整體服務功能

雖社區將成為老人長期照護的發展趨勢，但因與其相關資源分散政府不同部會，使得部分相關服務或福利資源，並無一套標準化或制度化作為補助規範。亦即目前地方政府社會主管單位並未完全採取主導地位，進行全面清查現有相關資源，並且統一訂定服務方案所可以遵循的收案評估指標、收費、或補助標準等配套措施，以致不易有效發揮整體服務功能。

## 三、居住安養方面

### （一）老人社區照顧服務網絡不足，增加家庭負擔

高齡人口福利在地化、社區化，是現今許多國家社會福利的趨勢，此乃由於機構照顧方式，不僅成本高昂，而且強迫老人從自己熟悉的環境及社區離開，到一個遠離社區、集中方式的機構，重新適應新的環境、人、事、物，對於年老長者而言，是相當不太符合人性的照顧方式。

簡單地說，如何讓老年的生活仍享有應有尊嚴的對待，是未來高齡人口福利的走向。但是，目前政府所提供的社區照顧服務甫才剛起步，其所提供的服務範圍略顯不足，使得照顧高齡人口工作仍得依賴家庭提供，形成家庭負擔。

(二) 長期照顧人力不足，影響在地老化推動

老人年紀愈長，尤其失能高齡人口其所需要的長期照護資源愈多，從表 4-19 資料統計中可以看出，未來長期照顧人力需求，將會呈現大幅增加趨勢。但是，若以數量來看，2005 年從事高齡人口服務工作各類工作人員之中，其中社會工作人員僅有 168 位，此與上述未來長期照顧人力需求推估作一比較，呈現極大落差，此對未來推動在地老化政策而言，將會有所影響。

表 4-19 台閩地區長期照顧人力推估 單位：人

年別	老人(千人)	護理	社工	照護	醫師	物治	職治	營養
2006	2268	6100	430	18801	453	385	249	408
2007	2320	6774	464	21645	556	417	278	510
2008	2372	7448	474	24573	640	474	308	593
2009	2417	8145	507	27553	749	531	338	676
2010	2438	8776	512	30328	828	560	365	755
2011	2473	9471	519	33336	915	618	395	840
2016	3047	15113	700	56857	1645	1036	670	1493
2021	3928	23960	982	93682	2788	1649	1099	2553
2026	4839	29517	1209	115410	3435	2032	1354	3145
2031	5673	34605	1418	135301	4027	2382	1588	3687

資料來源：陳惠姿，2006

(三) 居住安養機構良莠不齊，影響服務品質

在推行在地老化的同時，尚有許多老人因家庭因素或個人需求而無法進行居家照顧，必須轉介進入機構安養。儘管如此，但是目前存在於市場上安養機構，其中合法已立案的機構之中，或因各自資源不一，加上在評鑑過程中不易實際瞭解其狀況，以致形成良莠不齊現象，影響其服務品質。

## 四、社會參與方面

### (一)老人文康休閒教育設施規劃不佳或資訊不足，降低使用頻率

從內政部歷次針對高齡人口所進行的「老人狀況調查報告」統計資料中可以看出，國內高齡人口對於政府所提供既有的文康休閒教育等各項設施之中，除了優待搭車交通工具利用率或滿意度較高之外，其他項目則是較少使用或不太清楚，至於知道但未曾利用，更是佔高齡人口的四分之一以上。其實，此與既有設施在設置時未對高齡人口需求所在進行整體規劃考量，以及設置完成之後來讓高齡人口瞭解如何有效利用有關。

不可否認，由於地方自治實施與權限下放考量，的確有部分的公共設施係因地方政治人士為了承諾其選舉政見之下所設置的，或是為了顧及地方政治生態進行資源分配，而非配合高齡人口實際需求進行規劃，以致造成一些公共設施因位置偏遠、交通不便、使用程序繁雜、軟體設施不足、收費過高、內容欠佳等因素，而降低高齡人口使用頻率，或是使用之後不太滿意，影響高齡人口能夠利用這些場所作為社交或活化身心。

### (二)銀髮志工服務內容設計不足與網絡欠缺，影響參與意願

儘管高齡人口屆齡退休離開工作職場，但是隨著衛生、醫療條件大幅改善，平均餘命不斷延長，使得許多健康高齡人口仍有極高意願，透過各種志工管道參與社會，提供一般性或專業性服務。其實，目前各級政府機關或一些民間社團均有設置一些志工服務項目，提供高齡人口參與。

不過，往往因部分志工服務內容在設計上未從高齡長者所重視的自利特質進行規劃，導致常使部分志工長者認為無法發揮其角色或未能感覺有所收護，而不易留住其持續參與服務。此外，社會或企業對於高齡長者仍存在有一些刻板印象，使得一些具有特殊專業技能高齡長者，無法將其珍貴的經驗透過志工服務網絡進行傳承，日久必然影響高齡長者參與志工服務意願。

## 第五章 主要國家因應人口老化

### 社會福利政策現況與經驗借鏡

台灣刻正邁入人口結構高齡化國家行列，環顧世界許多先進國家，咸已進入高齡化社會，其在因應是項問題所實施之社會福利政策，以及在面對財政壓力所進行的改革經驗，許多作法均可提供台灣作為今後借鏡。茲以日本、德國、瑞典、美國、加拿大為例，並以經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與等四個面向，分析該國政府因應高齡化社會所推行的相關政策與改革措施，俾以從中吸取其經驗作為政策規劃之參考。

#### 第一節 經濟安全政策現況

根據國際勞工組織（International Labor Organization, ILO）所規劃之高齡人口經濟安全保障體系共可分為四個層次：第一層以消除貧窮為任務，政府實施「國民年金」制度，財源主要來自稅收，給付水準較低；第二層為強制性職業年金制度，採取隨收隨付方式，所得替代率為 40%-50%；第三層為強制性個人帳戶制度，藉由租稅優惠獎勵企業辦理，旨在補充前二層公共年金保障不足；第四層為自願性個人帳戶制度，依據市場供需機制及個人負擔能力，期能補充第三層不足（吳明儒，1997；辛炳隆，2002）。

此外，世界銀行（World Bank）亦有相似規劃，其高齡人口經濟安全保障分成三層保障體系（pillar）：第一層為強制性公營層次，透過資產調查提供年金，採取隨收隨付，財源來自稅收，其形態包括社會救助、最低年金保證或差額補貼方案、定額年金、就業相關定額年

金等；第二層為強制性職業年金或個人儲蓄帳戶，採取強制儲蓄完全提存準備確定提撥制度；第三層為自願性職業年金、商業年金或個人儲蓄，採取自願儲蓄（World Bank, 1994）。不過，於 2005 年增加為 5 層（Holzmann, Hinz, and Bank staff, 2005）。

第 0 層：以處理貧窮問題為目標。

第 1 層：強制、不須提存準備、公共管理確定給付系統。

第 2 層：強制、提存準備、民營確定提撥系統。

第 3 層：自願退休儲蓄。

第 4 層：社會政策脈絡，例如家庭支持、健康照顧及住宅提供。

從上述國際組織所規劃的高齡人口經濟安全制度中可以發現，其共同特性包括：（1）皆以公共年金結合私人年金制度為主、社會救助為輔，提供較完整的保障；（2）多由政府提供基礎保障，採取強制參加保險；（3）鼓勵透過私人或企業方式，提供額外保障，減輕政府照顧責任與財政支出；（4）強化個人自我照顧責任，減輕企業與政府負擔。茲將五個主要國家對於高齡人口經濟安全所採取的政策現況略述如下：

## 一、日本

### （一）政策變遷

#### 1、1990 年之前，採取社會救助高齡人口

戰後，日本在美日安保條約保護下致力經濟建設，並且一躍成為經濟大國。但是在產業化、都市化發展的同時，其人口結構開始改變，逐漸成為少子高齡社會。日本政府為使高齡弱勢人口能夠得到安全保障，採去社會救助方式作為因應，不過，由於高齡人口增加快速，使得「下一代扶養上一代」理念，開始產生動搖。

## 2、1990 年代之後，強調高齡人口個人責任。

1990 年代之後，日本受到泡沫經濟影響，財政赤字不斷擴大。政府為求財政收支平衡，並且兼顧世代公平，開始進行福利政策改革。尤其許多高齡人口資產或儲蓄並不遜於年輕世代，而且更具消費能力，因而提升高齡人口負擔比率，以強調個人責任為訴求（李光廷，2001）。

### （二）實施現況

溯及上述，日本政府在謀求財政收支平衡與重視國民基本生活保障前提下，針對高齡人口經濟安全制度開始進行改革，並且發展不同體系，以滿足不同的族群需求（如表 5-1）。

表 5-1：日本現行經濟安全保障體系

層級	年金類別	保障範圍	加入	財源	給付	目前提撥率	退休年齡	
第三層	商業年金	老年	自願	1. 確定提撥制 2. 完全提存基金	與提撥金額相關	-	-	
第二層	員工年金 (Employees' Pension) 或 公教人員共濟年金 (Mutual Aid Pension)	老年、身心障礙、遺屬	強制	1. 確定提撥制 2. 完全提存基金	1. 依據保障項目給付 2. 依據家庭型態給付	1. 自雇者：提撥定額保費 2. 私人公司員工	1. 65 歲為原則 2. 隨退休年齡提早或延後可減少或增加給付金額	
第一層	基礎年金			1. 確定提撥制 2. 國家補助 (以基礎年金支出之 1/3 為原則) 3. 隨收隨付	(1) 按月薪比例提撥 (2) 勞雇共同分擔 3. 被保人配偶：無需負擔保費			
社會救助				稅收	1. 資格：無收入或低收入者 2. 給付： (1) 需資產調查 (2) 基本生活水準之給付			

整理自日本勞動厚生省網站資料：

<http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p36-37a.html>

## 1、採取多重年金多層保障：逐年調高保費、降低給付，鞏固財源

日本早自 1959 年開始實施國民年金，雖歷經多次改革<sup>4</sup>，但已成為其高齡人口基本生活保障。然而，面對政府財政赤字壓力，2000 年其國民年金制度改革之後，除了第一層、第二層年金保障之外，自 2001 年 10 月起，導入確定提撥企業年金制度，期以強化儲蓄、改變消費方式等手段，保障高齡人口經濟安全。另一方面，值得注意的是，日本政府考量女性大多在勞動市場中缺席，因而在改革制度設計中納入：家庭主婦加保、因離婚而中斷保險處理原則，以及中、高齡喪偶婦女給付，以保障婦女失依的風險。

## 2、研訂再度就業或延後退休制度：藉由就業制度及老年年金給付特別設計，鼓勵高齡人口人力資源利用

配合 2000 年年金制度改革，自 2013 年起，其支領附加年金年齡由 60 歲提高至 65 歲，而且給付亦得縮減 5%；如果 65-70 歲在職高齡人口，亦須繳交保費。此外，若薪資過高時，酌量減少在職期間附加年金給付。亦即日本除了將雇用年齡延長至 65 歲之外，另又訂定「高齡人口雇用安定法」，採取補助方式，藉以提升高齡人口再度就業或延長退休年齡。

## 二、德國

### (一) 政策變遷

德國在社會安全制度上重視「社會保險」，其所得重新分配效果

---

<sup>4</sup> 1959 年頒布「國民年金法」，採取國家、職業別、個人共同分擔的辦法，強制 20 歲至 60 歲的國民都參加國民年金。1963 年，日本政府推出了倡導保障高齡人口整體生活利益的「老人福利法」，推行社會化養老。在 1985 年導入基礎年金制度，給付提高至全國高齡人口一致，附加年金（即厚生年金或所得比例年金）給付比率相對降低，1989 年導入隨物價波動調整制度，1994 年導入稅後淨所得浮動制度，且提升高齡人口國民基礎年金、殘障基礎年金、遺族基礎年金部份等給付，附加年金部份所占比率更下降。

較低。因而，其實，早自 1889 年，以社會保險制度為基礎開辦國民年金，提供高齡人口經濟安全保障。雖其國民年金屬於公共年金性質，但並非交由國家管理，而是採取統合主義原則，交由工會組織與資方代表依法管理基金制度，並且依據所得決定給付（Eberhard Eichenhofer，1999，劉黃麗娟譯）。至於其國民年金制度特色（林志鴻，2000）包括：

- 1、透過國家干預，透過社會各階層間合作建立制度；
- 2、落實國民年金保險制度，以國會、行政、被保險人三方為經營主體責任；
- 3、建立以追求社會合作的互助組織，以及推動與經濟場域相互配合之體制；
- 4、導入動態年金財務調整機制，採取隨收隨付制度(pay-as-you-go)<sup>5</sup>。

除了國民年金之外，其退休保障尚有包括職業年金、私人年金。另一方面，為了因應人口結構轉型，開始進行改革，包括：1992 年廢除提早退休方案；給付水準隨著淨工資調整而非總工資；降低失業者、減免就學者保費；婦女若因養育子女而離開職場，提高減免保費；提高低收入戶給付金額。同時，引進自動計算機制，提高對年金基金的補助。

然而，由於高齡人口增加速度極快，導致財務壓力更加沉重，1997 年再度提出改革方案，其所得替代率逐步由 70% 降低至 64%，同時增加政府稅收補貼。2001 年及 2004 年更將年金保險財務處理原則轉為「量入為出」，亦即改採類似商業保險經營方式運作，以維持收支之平衡。

---

<sup>5</sup> 由 1889 年的基金制，到 1959 年建立動態國民年金調整機制，以準備提存為原則，而自 1969 年迄今，改以隨收隨付為原則。

## (二) 實施現況

德國年金制度歷經多次改革，其政策現況大致可以分成四個層面加以探討：

### 1、制度運作層面：多元年金，公營國民年金僅為基礎保障

國民年金開辦迄今，雖歷經多次改革，但仍是採取社會保險制度，至於其差異在於：被保險人負擔降低，政府補助比例逐年增加。不過，由於私人補充年金保險被引入制度中，國民年金占高齡人口收入的比重相對縮減，轉為提供基本保障。

### 2、保險對象層面：除就業不穩定人口外，所有人口強制納入

德國年金制度歷經多次改革，年金保險對象幾乎囊括所有就業人口，甚至擴及家庭主婦。至於其國民年金被保險人對象，以職業為區分，分為三類：

- (1) 強制保險被保險人：依法必須加入年金保險，包括：從事家務配偶依附在職伴侶加保。
- (2) 自願加保被保險人：不在強制保險範圍職業，可以自願加入國民年金保險。
- (3) 重新加保被保險人：自願加保被保險人，因離職或其它因素，而失去領取自願加保工作高齡人口年金資格，此時可以重新加入年金保險。

### 3、給付金額層面：隨著前年物價指數調查、預期餘命彈性調整

此制度施行初期，依據繳納保費等級，按月發放定額給付；不過，隨著時代演變，目前年金與退休之前所得密切相關，固定每年7月，依據前年物價指數、預期餘命、毛所得及淨所得成長加以調整，並將所得、物價及人口動態變化納入考量。

表 5-2：德國現行社會安全體系

層級	方式	對象	資格	備註
第三層	個人選擇方案	1. 儲存方案 2. 私人年金保險 3. 投資方案		以減稅或補助方式作為誘因
第二層	企業年金	公司自願為員工投保		以減稅或補助方式作為誘因
第一層	老年年金	一般原則者	1. 年滿 65 歲 2. 投保年資滿 5 年	
		提早申請者	1. 年滿 63 歲 2. 投保年資滿 35 年	
		重度障礙者	1. 年滿 63 歲 2. 投保年資滿 35 年 3. 具有重度障礙	
		失業或部份退休者	1. 達最低年齡限制（目前為 60 歲） 2. 投保年資滿 15 年 3. 工作時已強制提存保費或近 10 年內至少繳納達 8 年保費 4. 滿 58.5 歲且已失業至少 52 週；或最近 24 個月內為部份退休	
		女性	1. 年滿 60 歲 2. 投保年資滿 15 年 3. 工作時已強制提存保費或 40 歲後至少繳納 10 年保費	
		礦工	1. 年滿 60 歲 2. 投保年資滿 25 年	
	薪資縮減年金	部份縮減 全部縮減 部份障礙 全部障礙	1. 工作薪資縮減或喪失 2. 投保年資滿 5 年	1. 支付至年滿 65 歲止 2. 之後申請一般老年年金，至少給付同等金額
		礦工	1. 因病或殘無法繼續從事礦業或類似產業，且在礦業投保年資已滿 5 年 2. 年滿 50 歲、投保年資達 25 年，且無法再做類似工作	
	遺屬年金	鰥寡年金	1. 喪者投保年資符合規定（一般為 5 年） 2. 鰥寡者未再婚 3. 鰥寡者滿 45 歲或工作能力減少，最多給付為喪者可領年金之 55%	1. 享有所得稅扣除 2. 為保障女性權益，投保年資達 25 年之已婚對偶，可選擇將年金分割
		孤兒年金	略	
		養兒年金	略	

整理自德國社會安全報告（2006）。資料來源：德國聯邦勞動暨社會事務部（Federal Minister of Labor and Social Affair）<http://www.bmas.bund.de/Englisch/Navigation/root.html>

#### **4、請領年齡層面：逐步調高申領年齡，以減緩高齡化壓力**

在俾斯麥時期時，健康高齡人口必須 70 歲以上才能申請；隨後則變革為 65 歲以上高齡人口便可申請給付，而且在保險年資足夠，可以提前退休。不過，2006 年 11 月 29 日德國政府批准退休年齡從 65 歲提高至 67 歲，同時宣布將致力於促進更多中、高齡人口重返工作崗位。

### **三、瑞典**

#### **(一) 政策變遷**

瑞典為全球最早實行普及性及強制性年金制度的國家，目前年金制度以積極的勞力市場政策及龐大的公共服務部門為其特色，其給付方式則以公共年金為主，尚有私人年金。至於其具有特性，包括：提供最低保障、設有專屬年金、退休準備年金與計算方式簡明等。此一制度歷經多次修正，其內容如下：

#### **1、朝向普及且多重年金制度，保障基本生活**

##### **(1) 基礎年金制度**

瑞典於 1913 年通過國民年金法 (National Pension Act)，其初期並非普及式，而以資產調查為基礎的殘補式給付。1935 年才修正為基本年金系統 (Basic Pension System)，從殘補式轉變為普及式給付，其對象為 67 歲以上人口及無年齡限制身心障者，規定年齡在 16 至 66 歲國民，依據收入等級每年繳納不同定額保費。由於其給付偏低，多數高齡人口仍需依靠貧民救濟渡日，便有「新濟貧體系」(New Poor Life System) 之稱。直至 1946 年通過基本年金制度之後，保障對象擴大、給付提高，並且依據身份定額給付，以及依據有偶與否給予不

同年金。1950年，年金給付則修正為依據通膨調整；1951年，改採新的給付模式，並將年金緊扣「生活成本指數」(Cost-of-life-Index)；1952年，再修正為每年隨著實際工資連動調整，使得年金給付更具彈性。

## (2) 附加年金制度

除了國民年金之外，於1959年通過國民附加年金法(National Supplementary Pension)，針對在職國民建立附加年金制度，並將先前國民年金制，轉成包含基礎年金加上附加年金雙層國民年金制。至於費率方面，基礎年金採取均等費率制(flat rate system)，附加年金則按所得比例制。由於其「支領年金所得」認定方式，以及年金俸點設計，具有明顯所得重新分配目的，使得高低所得高齡人口形成一個社會連帶一體，而且依據消費者物價指數調整年金基數，適時調整年金給付水準。

## (3) 部份年金制度

另一方面，瑞典於1976年，又將勞工退休年齡由67歲降低為65歲，同時實施彈性退休制度，勞工可以自行選擇在60歲至70歲之間退休，因而建立「部分年金制度」，使得60歲至64歲受雇勞工在自願縮短工時前提下，享領部分年金(Partial pension)，以彌補工時減少之所得損失；1980年起，其適用範疇再擴及至自營業者亦可領取部分年金。

## 2、採取名目式確定提撥制，固定年輕世代財政負擔

在此同時，為了考量年輕世代財政負擔，瑞典最近又將年金改為名目式確定提撥制<sup>6、7</sup>(NDC)帳戶設計，由隨收隨付制改為類似確

---

<sup>6</sup> Diamond, P.(2005). Conceptualization of Non-Financial Defined Contribution Systems. [http://econ-www.mit.edu/faculty/download\\_pdf.php?id=1235](http://econ-www.mit.edu/faculty/download_pdf.php?id=1235)

定提撥制，被保險人依據個人薪資所得比例繳納保險費用，存記於個人帳戶下，給付和保費之間的連結是個別化的，透過名目式確定提撥計算機制確認。亦即當期保費收入用以支應當期保險給付支出，並無基金提存儲蓄性質及投資報酬意味，而且具有緩衝基金（buffer fund），成為「混合隨收隨付基金系統」。對於每個世代而言，年輕世代財政負擔固定且由 G-value 決定。

（二）實施現況：

### 1、發展準社會保險制度—整合基礎年金、職業年金、勞工個人儲金專戶彈性退休金制度

1997 年，瑞典政府為了因應財政負擔，進行更具體的年金改革行動，除將先前雙層國民年金制度壓縮為「單層所得比例代表職業年金制度」外，建立保費勞雇均攤制度及「最低年金保障制度」，以確保經濟弱勢人口之基本經濟安全。此外，另又建立「勞工個人儲金專戶」，待被保險人符合退休要件時，專戶本金與利息依據個人意願，將年金劃分為 5 年、10 年或終生給付方式附加於老年年金內。亦即先前單純的社會保險轉型為具有個人退休儲金專戶之準社會保險制（如表 5-3）。新制給付自西元 2000 年起開始實施，此種彈性退休年金模式具有兩大特色，包括：

(1)年金給付按請領年齡為提前或延後計算，對於延後退休有利

依據瑞典現行規定，其法定退休給付年齡雖為年滿 65 歲，但被保險人配合身心狀況，有權依據意願自年滿 61 歲起提前請領年金；不過，每提前 1 個月必須扣減年金額 0.5%。另一方面，年滿 65 歲被保險人，有權依據意願延後請領年金，每延後 1 個月可享附加年金額

---

<sup>7</sup>柯木興（2006）談年金保險改革的替代策——種無財務準備式的個人帳戶制（NDC）  
<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/095/SS-B-095-004.htm>

0.7%，其延後年金請領，最遲不得逾越年滿 67 歲。

(2)建立部分退休年金制度，調節不同世代職務分配

依據瑞典現行規定，自年滿 61 歲至未滿 64 歲被保險人，若符合一定條件時，可以請領部分年金給付，以彌補減少工時所造成的所得損失，給付金額為被保險人工時所得損失之 55%。由此可見，部份年金制度在提前或延後年金給付搭配下，由於延後給付可以增額計算，不但可以遏止彈性退休制度可能造成提前退休趨勢，而且具有增強延長服務動機、增加保費收入、減輕年金給付壓力等功能。另一方面，部分年金制度更有助於擬以全職退休高齡人口逐漸適應退休生活，以及協助共職制度 (Job Sharing) 推行與經驗傳承，進而使得工作職位充分分配及降低失業人口。

表 5-3：瑞典現行高齡人口經濟安全體系

層級	年金類別	保障範圍	加入	財源	給付	目前提撥率	退休年齡	
第三層	個人選擇式年金	老年	自願	1. 確定提撥制 2. 完全提存基金	與提撥金額相關	-	-	
第二層	職業年金	老年	半強制	1. 確定提撥制 2. 完全提存基金	與提撥金額相關	1. 薪資之 3%~5% 2. 由雇主提撥	-	
第一層	個人帳戶年金 (Premium Pension)	老年、身心障礙、遺屬	強制	1. 確定提撥制 2. 提存基金	與提撥金額相關	1. 薪資之 2.5% 2. 勞雇各半	61~67 歲	
	生存年金 (Earnings-related Pension/ATP)		強制	1. 確定提撥制 2. 隨收隨付	與提撥金額相關	1. 薪資之 16% 2. 勞雇各半	61~67 歲	
	保障年金 (Guaranteed Pension)		強制	1. 稅收 2. 隨收隨付	1. 均等費率 2. 資產調查	-	65 歲	
社會救助				稅收	1. 資格： <ul style="list-style-type: none"> <li>● 無收入或低收入者</li> <li>● 或 65 歲以上</li> </ul> 2. 給付： <ul style="list-style-type: none"> <li>● 需資產調查</li> <li>● 基本生活水準之給付，約為平均工資 30%</li> </ul>			

整理自 Natali (2004) Sweden: the Reformed Pension System

2、提倡延長工作 (A Prolonged Working Life)，增加勞動供給、永

## 續福利體系

由於失業人口比率愈高，將使社會福利系統負擔日增，所以瑞典政府另從預算原則及提高就業機會著手，藉此持續保有較高品質公共福利。因此，透過現行年金確定提撥制度，促進財務穩定、提高工作誘因；另一方面，則是推動延長工作政策，提供高齡人口工作機會直至 67 歲<sup>8</sup>。

## 四、美國

### (一) 政策變遷

#### 1、建立社會安全制度，逐步擴大保障對象範圍

美國對於高齡人口經濟安全保障始於 1935 年訂定社會安全法，1939 年將其老人年金給付對象擴大至被保險人扶養親屬和遺屬，此一方案稱為老年遺屬保險（簡稱 OASI）。1956 年另又增加殘障年金給付，此一方案改稱「老年、遺屬與殘障保險」（Old-Age, Survivors, and Disability Insurance，簡稱 OASDI）；不過，其給付對象財務則是各自獨力運作，此為美國現行各種社會保險制度之中規模最大也是最重要的制度。此外，其保險對象隨著法令修正，從初期的工商業受僱者，擴大至 95% 有酬勞動者。至於女性則按依賴者（以先生所得記錄為基礎）；雙重資格者（同時考量先生和自己所得記錄）；無配偶工作者等不同身份，領取給付。

除了 OASDI 之外，美國聯邦政府在財政負擔考量下，由於無法提供退休高齡人口完整經濟保障，因而於 1974 年又將鼓勵私人企業年金計畫列入高齡人口福利政策方向。另一方面，為能落實私人企業

---

<sup>8</sup> 資料來源：瑞典就業部（2005）The Swedish Reform Programme for Growth and Employment 2005-2008. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/5145/a/52862;jsessionid=aWp0ozlNYvU6>

增加保障受雇員工，於 1975 年再行訂定「受雇人員退休所得安全法」(Employee Retirement Income Security Act)，針對年資超過一年、年滿 25 歲員工提供年金保險，並且於 1984 年再將年齡降為 21 歲 (Gordon, 1988)。

## 2、建立社會救助制度，保障社會保險制度未能涵蓋對象

此外，聯邦政府另又提供社會救助計畫，以貧窮高齡人口及身心障礙為對象，保障其基本經濟安全生活。例如：聯邦政府於 1974 年實施「補充安全所得 (S.S.I)」，運用社會安全稅捐，經由資產調查，針對貧窮高齡與身心障礙人口提供現金補助；以及各州政府所實施的「補助方案」(G.A.)，針對不符申請老年、遺屬及殘障年金保險與社會安全補充安全所得等類似方案高齡人口提供救助。

### (二) 實施現況

#### 1、調整社會安全制度：採取老年、遺屬及殘障年金保險 (OASDI)

為主，私人年金、社會救助為輔，保障高齡人口經濟安全

##### (1) 透過彈性退休給付制度，鼓勵延後退休

若以美國現行制度而言，年金給付標準係採薪資比例制度，年金所得與薪資之高低相關，並非等比關係。其計算公式使得所得較低者可獲得的年金比例，相較所得較高者為高，以及與實際退休年齡及法定完全退休年齡的差距有關，亦即提早或延後退休勞工，將可領取減額或增額年金 (表 5-4)。

此外，對於未達完全退休年齡領取年金之後，繼續工作且又領有薪資，視其年齡及工作所得 (每年依據全國平均薪資調升)，酌予降低年金給付額度，藉以遏止過多高齡人口選擇提前退休。

##### (2) 性別差異退休給付漸獲重視，保障高齡女性生活

一般而言，女性賺得少、活得久，因而在高齡時更需要依賴社會安全給付。1999 年全美婦女團體協會（NCWO）結合 IWPR，提出為婦女規劃的社會安全改革措施，分別針對低所得者、寡婦、失依失能、離婚婦女等強化其核心給付，並且賦予家庭服務價值（NCWO & IWPR,1999）。若從 2004 年底資料來看，女性受益人身份隨著婦女勞參率提升有顯著之變化，例如，以依賴者之身份領取給付比例，從 1960 年 57% 下降至 2003 年 32%，雙重資格者從 5% 上升至 28%。此外，於 2006 年美國期中選舉時，布希政府另又提出包括個人帳戶制度與縮減或重建給付等社會安全改革方案，例如提高與婚姻狀況脫鉤的最低給付（minimum benefits）等，確實帶給女性較公平之待遇。由此看出，與所得相關的社會安全制度，確實影響女性高齡人口經濟安全保障。

表 5-4：不同退休年齡可請領給付之比例（單位：％）

開始領取退休給付之年齡	身份別	
	被保險人可領取之 退休給付比例	被保險人可領取之 退休給付比例
62 歲	70.0	70.0
63 歲	75.0	75.0
64 歲	80.0	80.0
65 歲	86.7	86.7
66 歲	93.3	93.3
67 歲 (法定完全退休年齡)	100.0	100.0

註：

- 1.給付水準依不同出生年之完全退休年齡而異，本表係為 1960 年及以後出生者之標準
- 2.給付比例係按月調整，本表僅以年度呈現
- 3.資料來源：美國社會安全署網站 <http://www.ssa.gov/retirement/1960.html>

## 2、鼓勵高齡人口再度就業，強化人力資源運用及保障經濟安全

除了改革高齡人口年金給付制度之外，另又鼓勵高齡人口重返工作職場，藉以保障經濟安全。至於其措施，包括：提供志願服務機會；擴大社區就業服務計畫，提升 55 歲以上低收入未就業者，從事社區部分工時工作，俾使其經濟能夠獨立自足；加強中、高齡人口就業訓練與輔導工作；鼓勵接受救助高齡人口從事工作；禁止歧視高齡人口就業等。

## 五、加拿大

### （一）政策變遷

加拿大在 1908 年訂定「國民年金法」，其目的在於保障高齡人口經濟生活安全。此外，為了落實社會福利制度，於 1952 年訂定免經資產調查「老年安全法」，藉以擴大保障適用範圍及取代早期各省相關法例。事實而言，加拿大與美國之狀況類似，均屬移入人口頗高國家。雖其高齡人口不若美國，但其比重已有上升趨勢，所以其政府為了因應高齡人口快速成長，在措施上亦進行了一些調整，包括：年齡由 70 歲下降至 65 歲、每季得按生活成本指數調整給付、另按居住年期折算給付、提供海外給付等。

### （二）實施現況

#### 1、實施雙層國民年金制度，保障高齡人口經濟安全

加拿大國民年金制度分為雙層：

- （1）第一層為「高齡人口保障金（Old Age Security）」，其財源主要來自稅收，由中央聯邦政府負責。亦即凡是加拿大國民或合法居民年滿 65 歲即可請領給付，並且依據居住期間（以 40 年為計算）比例給付；不過，此一年金收入必須繳稅，所以有工

作收入之高齡人口仍會退回部分年金收入。

- (2) 第二層為「加拿大退休金計畫 (Canada Pension Plan)」，其財源主要來自保險費用，由勞雇雙方各半分攤或雇主全額自負。亦即係指曾在加拿大工作並加入此項計畫，年滿 60 歲即可按加入期間之繳納金額多寡請取不同補助，而且一旦身亡其遺族仍可繼續請領，屬於社會保險範圍。

## 2、提供收入補貼，保障弱勢高齡人口生活

除了上述年金措施之外，另又依據高齡人口收入及婚姻狀況，針對年金給付較不足的高齡人口提供補助。其中，前者係指年金收入愈少，提供保證收入補助津貼 (Guaranteed Income Supplement) 愈多；至於後者，則指在 60 歲至 65 歲之間，已在加拿大住滿 10 年，而且配偶正在領取高齡人口保障金，其給付金額則視申請人及其配偶收入而定。

## 第二節 健康醫療政策現況

由於醫學科技的進步、衛生條件之改善，雖使得人類平均餘命不斷延長，但對於疾病始終無法逃脫。亦即高齡人口由於身、心退化，抵抗能力將會隨著年齡增加變弱，因而對醫療資源的需求，也隨著罹病嚴重程度成正比成長。

同時，高齡人口由於疾病纏身，對長期照護的需求隨之增加，上述五個主要國家在長期照護體系上，除了美國屬於殘補式原則之外，其餘四個國家皆為普及式原則；其中，日、德採取社會保險方式，瑞

典、加拿大則採稅收方式。茲就其在健康醫療方面所採取之政策現況說明如下：

## 一、日本

日本醫療保險制度大致可以分成「職域保險」與「地域保險」；其中，前者又可分為受雇者保險及自營者保險；地域保險則指尚未加入任何職域保險者，又稱國民健康保險，每一行政區成立獨立一個保險人。不過，各大健保體系給付內容大致相同，涵蓋疾病治療、死亡、分娩等，除在醫院場所內使用有所資助外，居家療養管理及護理亦是包括在內（羅紀瓊，2005）。

### （一）政策變遷

#### 1、健康醫療體系

日本自 1973 年起實施 70 歲以上高齡人口免費醫療制度，或因促使醫院「濫給濫用」醫療浪費，於 1983 年修正，所以目前高齡人口患者就診，仍得酌收部分負擔。至於其內容包括醫療給付，以及提供健康教育、諮詢、檢查、機能訓練及訪視指導等保健服務；不過，2002 年 10 月 1 日再次修訂高齡人口保健制度。依據醫療給付原則，給付對象若為 75 歲以上高齡人口、65 歲以上 74 歲以下臥床高齡人口，在運用醫療給付時，必須負擔 10% 醫療費用（一定所得以上負擔 20%），每月負擔設有上限。至於其財源，除就診部份負擔外，70% 來自所有受雇者健康保險、國民健康保險提撥，其餘 30% 來自中央及地方政府公費（稅收）負擔。此外，受雇者退休後年滿 75 歲前，可以自願加入「退休者健康保險」，其給付方式、內容，均與受雇者相同（李光廷，2006）。

#### 2、長期照護體系：

日本於 2000 年開始實行「公共介護保險制度」之前，其政策歷經「黃金計畫」（1989~1999）、「新黃金計畫」（1995~1999）、「黃金計畫 21」（2000~2004）三個階段：

（1）「黃金計畫」：

此一階段旨在，提升高齡人口保健機構、日間照護中心、養護機構服務，並且推動居家高齡人口福利服務等。

（2）「新黃金計畫」：

此一階段旨在，強調本位暨自立普遍主義，推動高齡人口福利綜合性服務及社區型服務理念，針對需要照護服務高齡人口在居住社區內能夠獲得適當服務。至於其措施包括：培養並確保高齡人口照護人力對策、推動福利輔助器具開發與普及、整合綜合服務供給體制、運用民營機構服務、提昇福利提供多樣化及彈性化、推動長壽科學研究、推動住宅政策、推行社區總體營造、推動志工活動及福利教育、居民參與等。

（3）「黃金計畫 21」

此一階段旨在，經由多年宣導及推動，於 2000 年開始實施，公共介護保險制度，規定 40 歲以上國民必須加保，65 歲以上高齡人口為第一類被保險人，40~64 歲者為第二類被保險人，並且由市町村及照護認定審查會審核照護需求，依據照護需求認定支付保險給付。亦即將高齡人口保健福利與公共介護保險事業之計畫化整為一，並且重新規劃制訂充實照護服務基礎綜合計畫—「今後五年高齡人口保健福利政策方向」（厚生勞動省，2001）。其目標在於：促使高齡人口活力充沛、確保尊嚴與支持自立、建構互助地域社會、確立服務使用信賴照護服務等；其具體措施包括：加強照護服務基礎；推動支持失症

高齡人口對策；推動健康高齡人口對策；充實社區生活支持體制，營造互助溫馨的社區；建構保護可信賴之照護服務；確立支持高齡人口保健福利社會基礎。

至於其財源方面，其中保險費用占 45%、稅收占 45%、私人財源（部分負擔）占 10%；此外，在執行上，國家介入立場為普及式，照護體系組織類型為地方分權化。另一方面，在照護使用型態上，以機構照護（醫院照護）為主、社區及居家照護為輔；其保險給付方式，以實物給付（服務給付）為原則。同時，規定 65 歲以上人口才有給付資格，40 歲至 64 歲人口在罹患老化疾病時亦得符合。

## （二）實施現況

### 1、健康醫療方面：

#### （1）提高部分負擔醫療費用，減輕政府財政負擔

由於高齡人口增加，為免醫療費用支出擴大，自 2001 年 1 月 1 日起，將高齡人口醫療保險自付額度提高至 10%，亦即其實質負擔從 7.7% 提高至 7.9%，增加負擔有限，並不影響其生活。

#### （2）設置高齡人口保健機構，加強服務高齡人口

其次，則是設置保健機構，對於病情穩定不必入院治療，需要復健、看護介護等臥病高齡人口，提供健康醫療與日常生活等必要服務。

### 2、長期照護方面：

日本甫剛實施公共介護保險，並非毫無缺失，例如：地區保費不等，造成地區之間保費負擔不一；專業長期照護人力分佈不均，使得城鄉之間差異頗大；長期照護提供發展不均，機構照護過度偏重；長期照護排除現金給付方式，在既有專業照護人力不足下，無法對於家庭照護提供給付，以補充專業照護人力之不足；長期照護給付之中，

日常生活費用、照護費用以及醫療費用三者之間區分不夠明確等。爰此，其改革方向，包括：

(1) 推行居家訪視看護服務

為避免造成機構照顧負擔過大，經由醫師指示，透過護士進行居家訪視，提供看護服務。

(2) 重視失智高齡人口健康服務

面對工商社會急劇衝擊，失智高齡人口快速增加，因而將失智預防工作列為國家政策方向之一，同時已在東京、大府、仙台等三個地方成立失智研究中心，除了每年投入研究經費之外，透過地方政府培育其所需要之醫師、護理人力，以為因應。

## 二、德國

### (一) 政策變遷

德國對於高齡人口健康醫療措施，包括：健康保險與長期照護保險，兩者皆由法定疾病保險基金會<sup>9</sup>負責。其中，健康保險給付分成：疾病預防、疾病治療、生育與母性保護、傷病現金給付、死亡給付、預防注射及車資等；長期照護費用分成三大部份：醫療服務由健康保險負擔，個人身體照顧由長期照護保險負擔。至於服務給付標準核定，統一由「健康保險醫事鑑定服務處」評估。茲就健康保險及長期照護保險政策發展變遷分述如下：

#### 1、實施健康保險制度，保障國民健康

德國健康保險制度始於 1883 年，其後歷經多次改革調整之後，採取強制納保，目前規定保險薪資上限以年金保險薪資上限之 75% 設

---

<sup>9</sup> 該基金會分成七大類型團體，分別為：區域疾病基金會、企業疾病基金會、同業工會疾病基金會、農業疾病基金會、海員疾病基金會、聯邦礦業基金會及補充基金會。

定，其又分：一般保險費，適用於一般受雇者；以及優惠保險費適用於弱勢者。

## 2、推行長期照護保險制度，支持在地老化目標

為了因應高齡人口增加與長期照護需求提升，德國政府又於1995年開辦長期照護保險，個人與雇主共同負擔長期照護費用。不過，為免造成財務負擔，以預防功能障礙、支持「在地老化」為首要目標，所以在支付標準中，居家相對機構照護領取更高額給付。

至於在財源籌措上，仍以社會保險為主占80%、稅收為輔占20%；若被保險人領取退休年金，其保費1/2則由退休年金扣除。此外，在使用資格上，則無年齡限制；同時，提供住宿、飲食、護理等服務，以減輕有工作人口之照護負擔。

### （二）實施現況

#### 1、推行依據所得自行選擇健康保險方式

雖德國強制納保，但年收入較高國民，可以採取自願方式加入健康保險或購買私人保險。至於保險費用方面，採取部分負擔制度，分為定率及定額二種制度混合使用，依據服務內容不同訂有上限，亦即依服務內容與年薪資之比例訂定，若該年部分負擔超過年薪總額2%時，得可停止繳納部份負擔（羅紀瓊，2005）。

#### 2、實施與全民健保平行的長期照護保險方式

根據葉秀珍（2004）分析，德國在長期照護保險制度推行後，由於高所得者可以選擇是否加入，以規避風險分擔之責任、保費徵收累退模式、隨收隨付制度加重未來世代財務負擔、採取均一給付等均已違反「量需受益」原則，這些造成是項制度未能達到高所得者所得重新分配效果，反而不利低所得者，而且不同疾病種類分屬醫療體系（法

定疾病保險)與照護體系(SDI),更是造成「相同需要,不同待遇」水平不公,已成為其未來政策的改革方向。

### 三、瑞典

#### (一) 政策變遷

##### 1、強制性國民健康保險,高齡人口不必繳納保費

瑞典屬於強制性國民健康保險制度(Compulsory national health insurance system),雖其制度可遠溯至中古世紀基爾特(Guilds)時代,成立以職業為主的「疾病給付社」(Sick-benefit Society),但直至1891年瑞典中央政府補助「疾病給付社」行政費用,同時完成立法。之後,政府不僅撥款補助行政費用,而且補助給付;不過,由於此時在制度上屬於自願加入,加上各種職業收入差異頗大。因此,瑞典政府於1953年通過「國民健康保險法(National health insurance act)」,於1955年1月開始實施。目前瑞典國民健康保險分成就診及住院服務方面,高齡人口如未繳納保險費用,亦可接受國民健康保險提供就診服務、住院服務。

另一方面,再就其高齡人口醫療服務體系加以觀察可以看出,在實際服務上較傾向於授權地方,其層級權責分明(如表5-5)。亦因如此,其高齡人口健康醫療財務來源上,除了中央政府補助約佔19%之外,保險費用收入僅佔30%,相對地方政府負擔超過五成以上,負擔相當沉重。至於其高齡人口給付方面,包括:醫療費用、疾病現金及津貼給付三種。

表 5-5：瑞典醫療服務體系分層制度

分級	中央政府	地方政府	
職責	立法、督導、評估	財務、組織、追蹤	
主管單位	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 衛生及社會事務部 (Ministry of Health and Social Affairs)</li> <li>● 衛生福利委員會 (National Board of Health and Welfare)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 瑞典當地地區協會 (Swedish Association of Local Authorities and Regions)</li> </ul>	
服務單位	20 縣 (county councils)		290 鄉鎮市區 (municipalities)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 8 個區域醫院</li> <li>● 65 個地區醫院</li> <li>● 1000 個衛生所</li> </ul>		針對老人及身心障礙者之住宅、照顧及社會支持服務

資料來源：<http://www.sweden.se>

## 2、普及式長期照護體系，強調居家與機構長期照護同等重要

其次，為能滿足高齡人口長期照護需求，透過稅收方式，另兩實施普及式該國長期照護體系。至於長期照護體系方面，同樣採取地方分權，以方便高齡人口之使用；其公共照護方案方面，強調醫療則是強調居家與機構長期照護同等重要，致力發展居家照護與庇護之家。此外，在福利政策理念上，為使照護服務容許窮人與富人均能平等享用，政府扮演抑制市場機制成長，使得營利福利服務部門只能扮演次要角色。

### (二) 實施現況：

事實而言，瑞典健康醫療制度，經由長期發展，早已建立一套頗完整的服務體系。但是，隨著高齡人口大幅增加，因而另行訂定社會服務法 (Social Service Act)，以作為推動長期照護制之依據。其整體而言，係以去醫療化 (de-medicaliation)、整合照顧 (integrated care)、補償親屬照顧者 (relative-care benefits) 作為原則。亦即提供以居家協助為主的照護服務，並將高齡人口所需要的各種專業服務加以整合，透過補助替代國家應承擔之照護責任。<sup>10</sup>

<sup>10</sup> 資料來源：Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. (2005). Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European

儘管如此，但是其制度發展迄今同樣亦存在了一些缺失，已成為其今後改革的方向，這些包括：

- (1) 實施 block grants，補助額度並非依據照護人力供給數量、以及各類服務數量，而是依據地區特性，恐易造成供需落差。
- (2) 實施 block grants 迫使地方自治地區必須審慎分配經費資源，雖採取最符合的經濟效益方式，但未必滿足最迫切之需求。
- (3) 在傳統上，高齡人口照護均由地方政府提供，以致在不同自治地區之內，所提供之組合與數量存有極大差異，極易造成不公現象。
- (4) 長期照護若由政府部門完全提供，當高齡人口愈來愈多時，政府財力恐將無法支撐。

## 四、美國

### (一) 政策變遷

#### 1、健康醫療保險體系：雇主需替員工購買商業保險與醫療保險

美國雖早自 1935 年就已訂定「社會安全法」，但該法並未納入健康醫療相關措施，直至 1965 年美國國會通過醫療照顧法與醫療救助法之後，政府始才介入健康醫療事務。目前美國健康醫療制度係由私人與政府共同承擔責任，其中私人承擔絕大部份保障責任，例如雇主購買員工商業保險與醫療保險（Medicare）。此外，另有針對弱勢人口提供醫療救助（Medicaid）。

#### 2、長期照護體系：以殘補式照護為原則、以機構式照護為前提

美國長期照護體系係以私人財源籌措為主（占 50%）、稅收財源

(Medicaid) 占 42%、社會保險 (Medicare) 占 8%。在執行上，其依據補充原則，僅有針對特別需要且又無能力負擔高齡人口，例如中、低收入戶提供醫療救助；至於勞動人口則是加入社會醫療保險。另一方面，照護體系在組織上屬於地方分權，交由地方政府掌理；至於在使用上，仍以機構照護（護理之家）為主，相對社區及居家照護提供相當有限。

不過，值得一提的事，美國長期照護使用資格限制與年金制度之配套措施連結，亦即其醫療救助必須透過資產調查，符合資格才可享用，其理念乃是提供尚無能力人口仍有權利使用。

## (二) 實施現況<sup>11</sup>

### 1、健康醫療體系：

目前美國對於高齡人口醫療保險係以私人機構提供為主，政府僅對弱勢族群提供補充服務為輔，其醫療保險類型包括：

- (1) 私人醫療保險，例如：非營利健康保險機構、健康維護組織 (Maintenance Health Organization)、PPO(Preferred Provider Organization)組織。
- (2) 醫療照顧保險 (Medicare)，針對年滿 65 歲以上者；65 歲以下且身心具有某程度障礙者；任何年齡嚴重腎臟病者。
- (3) 醫療救助 (Medicaid)，針對低收入戶個人或家庭高齡人口，提供基本醫療服務；不過，本項措施因地方政府規定不同，而在給付上有所相異。

### 2、長期照護體系

雖美國高齡人口長期照護政策推動已久，但根據其衛生及人群服

---

<sup>11</sup> 資料來源：美國衛生及人群服務部 (Department of Health & Human Services) 網站  
<http://www.cms.hhs.gov/>

務部在 2006 年 9 月 28 日所提出的「長期照顧改革計畫」(Long-Term Care Reform Plan) 顯示，或因政策偏差，以致目前仍存在著一些問題，包括：

- (1) 醫療救助 (Medicaid) 過於偏重機構式服務，對於較適於弱勢族群採取家庭式或社區式照顧 (home and community-based options) 服務不足。
- (2) 給付政策誘使照護設施發展未能有效整合，使得服務往往缺乏一貫性、連續性，尤其慢性病患無法獲致多重服務。
- (3) 資訊提供不足，因而服務選擇與品質受限。
- (4) 人口結構高齡化快速、婦女勞動參與率增加，長期照護體系服務人力不足。

爰此，美國衛生及人群服務部在高齡人口服務上所提出之改革方向，包括：增加高齡人口服務選擇權與自主性；規劃合宜支付機制，鼓勵家庭式或是轉向社區化服務；改善長照與急性醫療體系的協調連繫等。

## 五、加拿大

### (一) 政策變遷

#### 1、健康保險體系：

1947 年加拿大薩斯喀徹爾省率先建立醫院就醫保險制度，已為推動加拿大發展全民健康醫療保險制度開創先河。之後，聯邦政府為了鼓勵所有省份都能發展醫院就醫保險計畫，乃於 1957 年訂定「醫院保險與診斷服務法」採取中央與地方政府 1：1 比例，分擔病情診斷費用、住院治療費用。至 1960 年時，已建立「全面公費的醫療保

險計畫。」

接著，又於 1968 年訂定「醫療保健法」，同樣採取共同分擔方式，分擔各省醫院醫療服務費用。1984 年再行訂定「健康法」<sup>12</sup>(The Canada Health Act)，旨在保障、提升、重建全體國民身心福祉，並且促進醫療服務便利性、可近性，以及免於財務或其他阻礙 (to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers)。其中心理念，包括：

- (1) 增加普及性：健康照顧服務應普及於各類族群；
- (2) 提高可攜性：各類族群移居各地均受保障；
- (3) 涵括全面性：健康照顧包括各類醫療需求服務；
- (4) 增加近便性：不分個人所得高低，接受同等健康照顧服務；
- (5) 提昇公共行政效率性：省級健康服務計畫遵循非營利原則，以及加強經營管理效率。

## 2、長期照護體系：

加拿大高齡人口長期照護體系屬於全面性、普及式，其財源籌措主要來自稅收；在組織上，則由地方政府主導。不過，為能強調全人照護，所以在執行上仍以社區及居家照護為主（約占 84%）、機構式照護為輔。至於其所推行之公共照護方案，包括：健康服務保險方案、延長健康照護服務方案、健康社會服務轉移方案，除住宿費與額外設備費用外，不必另行付費，而且亦與年金制度脫勾。

### (二) 實施現況<sup>13</sup>

加拿大健康保險制度可以說是全球首屈一指，其經費來自國家稅

---

<sup>12</sup> 資料來源：健康加拿大 (Health Canada) 網站 [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index_e.html)

<sup>13</sup> 資料來源：加拿大衛生部 (2005) Canada's Health Care System. [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss_e.pdf)

收（另有三省徵收健保費用），採取公費醫療為主；此外，勞雇雙方亦可依據需求購買私人保險。至於其醫療體系分為；初級醫療服務（Primary Health Care Services）、二級醫療服務（Secondary Care Services）、補充醫療服務（Additional Services）等三級。

### **1、初級醫療服務：**

係指一般疾病或傷害預防與治療、急診、轉介直接提供服務，以減少轉換服務系統的移動距離。

### **2、二級醫療服務：**

係指需要更專業照顧的病患被轉介至醫院、家庭或社區之中，提供專業照顧：

- (1)醫院照顧：其經費來自中央政府年度預算，並由地方政府衛生局或地區醫療委員會彼此協調分配。
- (2)短期家庭或社區照顧：提供部份或全部失能病患服務，例如專業護理照顧、家事協助、日托服務等。不過，退伍軍人及原住民族居家照護服務則由聯邦政府提供。
- (3)長期照護機構：其照護費用大多可由地方政府支付，住房費用則需個人負擔。

### **3、補充服務：**

係指地方政府對弱勢族群的額外保障，提供公共醫療保險所未能涵蓋的給付項目，例如特殊處方、牙齒治療、視力治療等。

儘管加拿大對於高齡人口所建立的健康醫療體系極為完善，但是不可否認的是，由於近年服務輸送方式改變，加上財政負擔壓力，促使其逐漸轉向廣設社區保健中心及居家照護服務，以達到「去醫院化」、「預防勝於治療」、「全人照顧」的目標；同時引進「電話醫療」（telehealth）提供醫療諮詢，俾以減少急診數量。

整體而言，加拿大醫療體系特性，包括：（1）一視同仁：公費承擔符合資格國民醫療費用；（2）公私分工：公部門募集資金，但私部門提供服務；（3）分層負責：聯邦政府提供資金，地方政府及地區管理醫療服務；（4）永續發展：強調醫療衛生體系規劃重視持續發展性與適用性。

### 第三節 居住安養政策現況

#### 一、日本

日本在居住安養政策上係以構築「銀髮族綜合社區」作為目標，因而對於健康人口採取「在地老化」服務為主，對於失能或弱勢高齡人口提供各式安養機構與服務為輔。

##### （一）強化軟、硬體服務，推動「在地老化」

##### 1、改善高齡人口居住環境，提供行動空間無障礙化

面對高齡人口日增，為能減少高齡人口因住宅設計不良而導致意外或增加醫療費用支出，積極推動高齡人口住宅政策，除了加強改善居住空間設備，俾使高齡人口安全行動之外；同時促進住宅與保健、醫療、福利措施之緊密連結，提供就近及時服務。另一方面，則是提供多樣居住方式（公共出租住宅、民間出租住宅、團體居住或住宅等），以利高齡人口安心居住<sup>14</sup>。

---

<sup>14</sup>內政部營建署（2000）開發實現高齡社會的居住環境兼論阪神震災災後重建。行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。出訪人員：郭秋福等、黃秀芳、李春美、廖佳展；出訪國：日本；出訪期間：89年7月9日至8月4日。

## 2、結合各項輸送服務，推動安養社區化、家庭化

為使高齡人口在自己所熟悉的家中繼續生活，並且節省政府援助機構經費，日本政府對於鼓勵居家安養或在宅服務措施，包括：設立居家看護支援中心、設立日間托老中心、提供家事服務、送餐服務、家庭護理等。

## 3、利用科技設備，促使服務多元化

此外，為使獨居高齡人口安養，日本政府提供銀髮族綜合住宅（Silver Peer Housing）<sup>15</sup>，同時利用科技設備，例如危險呼叫警報器具來讓高齡獨居人口有安全舒適、自給自足的住所，並且藉由設立服務網絡，提高銀髮服務品質、使得高齡人口獲得較高品質服務與達到心理滿足。

### （二）結合社區特性與需求，發展多元安養型態

其次，則是依據各地社區相異特色與不同需求，發展多元型態安養機構。至於在設置型態上，除了公立之外，鼓勵財團法人參與提供安養服務，這些型態包括：自費老人之家或安養中心、部分負擔養護之家或特別照護養老院所、老人醫療中心或專門醫院、日間照顧托老及短期留院照顧等。此外，另在各地普遍設置諮詢中心，處理影響老人及其家庭各種問題。

## 二、德國

德國在高齡人口安養政策上，係以「可能讓高齡人口在自宅中獨立生活」作為目標；至於其服務提供方面，則由政府、市場與第三部

---

<sup>15</sup> 資料來源：[http://hrm.nsysu.edu.tw/projects/pdf/project6-3-3\(8810\).pdf](http://hrm.nsysu.edu.tw/projects/pdf/project6-3-3(8810).pdf)

門協力合作，共同集思因應方案與行動。例如：消費暨糧農部則從老年健康營養著手，推動「活力銀髮計畫」，藉以保護高齡人口飲食安全與健康消費權益。亦因強調「在地老化」政策，據此發展各式多元高齡人口居住型態（a chain of housing possibilities）<sup>16</sup>，以滿足不同高齡人口的需求。

#### （一）提供在宅與社區服務，維護高齡人口安全與健康

德國政府為能落實高齡人口在地老化政策，除了調整居住環境，以協助高齡人口適應其身體功能的改變之外，包括：

##### 1、提供多元在宅服務，俾讓高齡人口有舒適的生活

(1) 提供老人餐飲服務（meals on wheel）：針對無力自行備食、營養不均獨居老人，或是家中有老年病患或身心障礙老人，經由專業營養調配與飲食控制，提供養生膳食。

(2) 設置緊急求救系統（emergency call systems）：針對提供獨居高齡人口，提供緊急聯絡服務，能讓其在發生急診事件時，可以及時協助處理。

##### 2、實施訪視與陪伴服務（visiting and accompanying services）

為避免高齡人口與社會之隔離，結合當地社區各種團體、教會等資源，藉由訪視與陪伴服務，或是提供休閒活動與交通服務，增進高齡人口社會參與。

#### （二）提供多元安養機構，滿足高齡人口不同需求

##### 1、設置部份安養型態，提供高齡人口日間或短期照護

(1) 日間照護（Tagespflege）：針對高齡人口提供包括：營養膳食供應、

---

<sup>16</sup> Hildegard Theobald (2004) Care services for the elderly in Germany-Infrastructure, access and utilization from the perspective of different user groups.

日常生活活動（daily living activities, DLA）照顧、輔助式復健治療及住院式醫療照護等。

- (2)短期照護（Kurzeitpflege）：針對高齡人口出院之後，提供療養與密集看護；或是針對無法自行居家照護或無法取得部分住院醫療照護之時，提供應急專業看護服務。

## 2、設置全天安養型態，滿足不同高齡人口獨立生活需求

- (1)老人公寓（Altenwohnung）：提供高齡人口特殊生活需求所設計的獨立生活空間，服務對象則以身體健康，能夠獨立生活與自我照顧老人為主。
- (2)托老照護中心（betreutes Wohnen）：提供獨立居住空間與各項專業照護服務，例如：居家生活協助、聯繫社會福利機構照護服務、協助赴醫就診，俾以維護高齡人口身體安全。
- (3)老人安養中心（Altenheim）：提供住宿、膳食、照顧與看護等專業服務。
- (4)老人養護中心（Altenpflegeheim）：提供較安養中心更有專業的醫療照顧。

## 三、瑞典

由於瑞典高齡人口多為獨居或與配偶同住之型態，亦即在法律上並無規範成年子女必須擔負高齡父母財務及照顧責任，高齡人口照顧乃成為政府之責任。是故，政府對於高齡人口上係採分層負責方式，包括：中央政府透過立法及經費預算實現政策目標；區域政府提供健康醫療照顧服務；地方政府提供各項服務滿足高齡人口社會需求、住宅需求。亦即瑞典在福利政策理念上強調的是，國家責任、取得服務

機會均等。在其社會服務法（Social Services Act）中更是明文規範，政府必須為高齡人口打造一個能夠「獨立生活、安全無虞、保有尊嚴與隱私」的生活環境，因而提供各項服務措施<sup>17</sup>。茲就其在居家與機構照顧服務上所提供之項目說明如下：

（一）推行「居家/社區安養」，促使高齡人口「在地老化」

### 1、提供各項居家安養措施，以讓高齡人口可以獨立生活

- (1) 住宅服務：例如住宅津貼、住宅改造補助及貸款、政府興建老人公寓
- (2) 家事服務：協助高齡人口購物、備餐、整理臥室和處理家務等家事服務
- (3) 家庭照護服務：派遣照護人員訪談之後，主要提供給身心功能衰退高齡人口服務，以協助其自立日常生活。
- (4) 交通費用優惠：提供乘坐公共交通工具享有車資優惠。

### 2、辦理日間托老中心，作為社區聯絡的服務平台

另一方面，則是設置日間托老中心，提供社區居家高齡人口照顧服務場所，同時做為高齡人口交誼及兼俱家庭照護據點。

（二）設置安養機構，協助無法在地老化高齡人口有居住之場所

瑞典高齡人口之家早期係以收容無力生活高齡人口安養為主，但在 1970 年代之後，為了符合人性需求及減少收容人數，逐漸由公辦民營型態服務之家所取代。其服務之家為統合住宅與照護服務而成的居住型態，規模由 20 戶至 100 戶所構成，提供有年金給付且經由照護可以獨立生活的高齡人口居住安養。

## 四、美國

---

<sup>17</sup> 資料來源：[http://www.sweden.se/templates/cs/InformationObjects\\_\\_\\_\\_1983.aspx?cats=59](http://www.sweden.se/templates/cs/InformationObjects____1983.aspx?cats=59)

### (一) 訂定相關配套措施，協助高齡人口在地老化

根據 1965 年美國「老人福利法」規定，聯邦政府補助地方政府（州政府）及地方社區滿足高齡人口生活需求，其目標包括提供高齡人口充足收入、身心健康、適當住宅、機構照顧、退休、活動及社區服務，使得高齡人口自由獨立規劃自己生活（Charles Zastrow, 1986）。2006 年另又提出修正，包括：支持性服務中心、家庭照顧者支持方案、集合用餐或居家送餐、疾病預防與保健服務等，藉由提供家庭或社區為基礎的服務，促進高齡人口「健康、自主、長壽」在地老化。

#### 1、提供各項居家服務，協助身心健康高齡人口在地老化

目前美國對於高齡人口居住安養所提供之措施，包括：餐飲服務、志願服務、寄養父母計畫、居家服務、電話問安、提供低租金住宅、提供住宅貸款、房屋補助、分租住宅以及減稅等。

#### 2、協助身心失能高齡人口家庭喘息服務，能讓其在地老化

另一方面，為使身心失能高齡人口亦能在地老化，針對這些家庭提供喘息服務，亦即派人到家中照顧高齡人口，或是將高齡人口送至機構進行短期照顧。至於鄉村地區除了現有健康照顧服務之外，補助 NPO 改善交通、辦理社區心理衛生篩檢或治療服務，增辦高等教育以培育照顧產業人力，促進在地老化。

### (二) 設置安養機構，協助無法在地老化高齡人口另項選擇

由於美國高齡人口居住安養政策係以在地老化為主、機構居住安養為輔，所以安養中心與療養機構設置標準相當嚴格，雖允許營利行為，但嚴密監督並定期檢查，藉此協助無法在地老化高齡人口亦能得到良好安養環境。

#### 1、選擇適合場所，興建高齡人口公寓

由於高齡人口住宅需求有所不同，除了考量住屋不宜太大、居住設備重視安全之外，必須位於交通便利以及靠近教堂、購物中心、娛樂設施、運動設施、醫療中心等；此外，尚需考量高齡人口經濟狀況與社交喜好不同，因此在興建條件規定上較為嚴格。

## 2、採取多元分層模式，設置療養機構

由於身心失能需要照護高齡人口種類多樣，所以在設置提供這些身心失能高齡人口療養機構上，除了允許部分營利行為之外，並將其服務進行分層，例如：行動不便、精神妄想、失智、植物老人等，俾以妥適分類。

# 五、加拿大

## (一) 推行「社區/居家照顧」，落實在地老化為主

加拿大為了因應高齡人口增加，自 1990 年代起，中央開始逐步控制預算支出，並將初級醫療服務費用支付責任交由省級單位負責，使得省級單位對於社區或居家照顧方案，由提供慢性病與身心障礙者照顧，轉向以替代急性醫療為目標的服務，亦即採用「次級醫護（sub-acute）」社區照顧服務—從醫療人員提供照護服務，調整為政府補助辦理。此外，在照顧管理模式上，亦是由單一管理者服務，轉型為整合性照顧服務，以促進被照顧者可以獲得及時性、可近性、全人化、統合性的照顧服務。

## 1、推動居家式社區照顧，落實高齡人口在地老化

加拿大居家式社區照顧服務主要仍是協助高齡人口可在家中接受照顧服務，以利在社區中獨立生活。其服務包括：護理服務、個人身體服務、居家

服務、心理治療、職能治療、語言治療、社會工作、飲食服務、家事服務及喘息照顧等。其實施方式分爲：

- (1)提供及時適當服務、減少醫院及緊急服務，促進服務相互系統連結，俾以增加疾病管理、減少入住機構，以利維持或增進健康與生活品質；
- (2)減少照顧負擔、支持家庭處理家人照顧需求、支持非正式照顧者需求；

## 2、加強補充式居住服務，協助經濟狀況較差高齡人口在地老化

另一方面，為能對於經濟狀況較差高齡人口亦能在地老化，另又提供補充式居住服務，例如補助高齡人口租金、補助房屋修繕等措施，俾使高齡人口居家生活更加舒適。

### (二) 設置居住安養機構，幫助有需求之高齡人口得到滿足

另一方面，則是設置高齡人口居住安養機構，其目的除了讓無法在地老化高齡人口有另一選擇之外，尚有暫時提供有需求的弱勢高齡人口協助功能，提供家族短期救助或休息，俾以提昇高齡人口安養照護品質。此外，尚有設置高齡人口公寓，提供經濟較困難的高齡人口居住安養。

## 第四節 社會參與政策現況

### 一、日本

### (一) 鼓勵高齡人口參與回流教育，提升生活品質

由於日本高齡人口增加急速，所以其政府重視高齡人口教育，透過政府補許多社團或學校機構提供各種學習教室，例如：「趣味、教養」、「維護健康知識、技能」、「瞭解社會變化」、「瞭解年輕世代」、「社會服務」等各種學習，俾使高齡人口能夠保持吸收新知，減少腦力退化所引發對病症。

### (二) 鼓勵高齡人口參與活動，建立新的社會支援系統

其次，則是針對高齡人口退休之後建立新的社會支援系統，減少其孤獨生活。日本於 1989 年設置「充實高齡人口與增進健康推展事業」、「長壽社會開發中心」與「溫馨長壽社會推展機構」，同時透過廣告宣傳、辦理體育活動、增進健康活動與推展區域活動等方式，其主要目的旨在，促使高齡人口積極參與社會活動。至於其所辦理之活動如下：

- 1、補助辦理分齡運動大會，維護高齡人口健康，進而降低疾病罹患機會。
- 2、補助廣設俱樂部組織，調節高齡人口生活情趣，增進彼此聯誼。
- 3、以市或郡為單位，推動志工服務，鼓勵高齡人口參與社會服務，充分發揮運用高齡人口退休前之專長和經驗。
- 4、透過政府補助與民間共同參與，推動高齡人口模範街坊，舉辦各種有益高齡人口身心事業，包括：供膳服務、入浴服務、訪問看護服務、高齡人口服務中心、趣味中心、高齡人口大學等，以提升高齡人口所居住街坊週邊的生活機能。

## 二、德國

### (一) 廣設多元學習管道，提供高齡人口學習機會

## 1、透過正統教育體系，辦理高齡人口教育課程

從 1979 年起，德國高等教育學府開始提供高齡人口教育課程，其課程型態主要分為四種（Kaiser, 1997）：

- (1) 提供大學正規教育課程，除了能讓高齡人口與年輕學生共同學習機會之外，並且取得學分證明。
- (2) 針對專門學術領域設計系列學習內容，例如語言學、文化學、夏季大學課程，增進社會能力。
- (3) 提供從事職業之後或榮譽工作活動資格課程，修習相關學分課程，並且取得從事該項工作資格證書。
- (4) 提供大學旁聽課程，高齡人口繼續學習新知。

## 2、辦理民眾高等學校，提供社會生活相關學習課程

自 1960 年代中期後，德國政府透過民眾高等學校，提供包括健康教育、藝術與手工藝創作、戲劇、電腦資訊處理、地理學與地方誌、政治與當代歷史、法律問題等，以利高齡人口就近學習（Nehren, Roellinghoff, 1996）。

## 3、敘述咖啡館

此外，為能滿足並促進高齡人口社會參與、持續學習，免於社會隔離，透過敘述咖啡館場地探討及分享彼此生活經驗（Jansen and Schulte, 1994），藉此達到經驗交流與分享功能。

## 4、工作坊

另一方面，為讓高齡人口參與藝術創作，透過各類工作坊學習技能，進而增進高齡人口發揮創造機會。

（二）開發休閒設施，提供高齡人口生活更加充實

其次，德國更在農村地區設立鄉村長春俱樂部、高齡人口渡假村

等，使得高齡人口透過其休閒娛樂認識更多新的朋友、新的經驗，促使生活更加充實。

### 三、瑞典

#### (一) 提倡終身教育，促進高齡人口學習新知

瑞典政府提倡高齡人口學習新知，提倡終身教育，其具體措施大致如下（陸光，1989）：

- 1、自 1966 年起，圖書館設有高齡人口讀書興趣意見調查、或送書到府專門服務，提高高齡人口閱讀興趣。
- 2、採取經費補助，透過國民高等學校提倡高齡人口，持續從事人文與社會等方面學習。
- 3、自 1971 年起，大學解禁年齡和性別限制，開放高齡人口上大學就讀。
- 4、透過電視、廣播等管道，實施高齡人口教育或播出特別節目。

#### (二) 鼓勵參與志願服務，增進社會參與

另一方面，財是鼓勵高齡人口自願從事各種活動，或是透過義工組織從事志願服務，例如照顧居住地區兒童，或是對於其他高齡身心障礙、人口伸出援手。

### 四、美國

#### (一) 推動高齡人口進修教育與參與活動，改善生活品質

- 1、透過州立大學、社區學院、短期進修學校辦理進修活動，除了採取固定場所之外，另行實施旅遊進修活動。
- 2、利用社區高齡人口活動中心、教堂、日間托老中心等，提供休閒、

### 娛樂或進行復建日托服務。

#### (二) 鼓勵高齡人口參與志願服務，減少社會隔離

美國政府為了鼓勵身心健康高齡人口有效運用空閒與時間，以及善用本身專長投入志願服務、關懷社會，除了提供必要交通費及餐飲費之外，實施各項志工方案，其工作內容包羅萬象，例如：送餐到家服務。同時，政府委託 NPO 辦理符合社區需求方案，促進高齡人口參與活動等，例如：針對擔任隔代教養責任高齡人口，辦理支持方案；或是邀請高齡人口擔任志工，提供身障兒童或慢性病者家庭適當支持或資訊等。

## 五、加拿大

加拿大政府對於高齡人口社會參與政策方面，目前各省設置「高齡人口中心」（Canada Senior Centers），至於其經費補助，包括：聯邦政府高齡人口刊物出版補助費、省級與地方政府補助。這些高齡人口中心不僅提供高齡人口作為休閒娛樂場所之外，同時提供居家協助服務、諮詢、心理調適與生活輔導。若高齡人口因身心障礙而無法參與高齡人口中心活動時，政府亦將提供其他休閒活動與復健服務，俾使其障礙程度不再惡化。

另一方面，由於加拿大政府積極推廣志願服務運動，所以高齡人口參與志願服務比例頗高。根據 2000 年統計資料顯示，65 歲以上人口從事志願服務的比例為 18%，而且平均志願服務時數也較其他年齡層更多。

### 第五節 主要國家經驗借鏡

綜觀目前主要國家高齡人口福利政策，無不強調政府推動各項「老有所養」政策，全面構築維持基本生活保障國民年金制度、健康保險制度、在地老化服務作為主要政策架構，另再依據文化意識型態、財源充裕程度、第三部門活絡情形補充各種服務，從經濟、生理、心理、自尊、自我實現的需求層級，逐漸滿足高齡人口多元需求。尤其值得一提的是，政府角色隨著政治意識型態及財政負擔變遷，雖在政治光譜左右兩邊中擺盪，但最終仍是趨向中間定位，同時著重政府與市場之功能，以及強調服務供給協力合作。茲就依據前揭四大層面分析，將主要國家之經驗歸納如下：

## 一、經濟安全借鏡方面

溯及上述，為能保障高齡人口經濟安全，世界主要國家所採取之社會福利政策，大多以衣食無虞、充分參與為目標。茲將其可供借鏡之處，大抵分為四項：

### （一）發展多元多重年金制度，提供高齡人口經濟安全基本保障

綜觀主要國家國民年金制度，不論肇始以勞動人口為基礎而發展的選擇性社會保險，或是普及式全民保障，之後發展皆趨向於多層架構—儘量涵括全民的基礎年金為根基，再按個人在勞動市場上貢獻給予附加年金，並且鼓勵有餘裕之企業或個人依據經濟實力增加企業年金或私人年金，作為多重保障。

在財務基礎規劃上，究竟該強調個人責任或政府責任？則視各國政府福利意識型態而定。例如瑞典及加拿大，長久以來皆以「從搖籃到墳墓」福利制度享有盛名，雖其以稅收為主要財源，但也隨人口結構改變漸受威脅，所以在年金制度改革歷程中，不難發現亦已納入個人責任；不過，仍不脫其保障全體國民「機會均等」、「公平正義」的

理念。相較之下，實施結合與所得相關年金制度的日本及德國，其財務負擔在世代之間轉移下，對未能參與勞動人口及後代的影響，易受環境變遷衝擊。至於美國年金制度則是不盡完善，反而使得弱勢族群更易落入社會安全體系之外。

整體而言，主要國家年金保費徵收仍與所得相關，保障範圍與台灣現行各職業別保險之內容相似，故宜同時考量社會救助與津貼制度，全面整合與建立包含與所得無關的基本保證年金、以及與所得相關的職業附加年金，以成為保障全民的社會安全制度，俾使高齡人口及弱勢族群的經濟安全無虞。

## (二) 延長退休年齡或規劃部份退休制度，促進高齡人口人力彈性運用與穩定政府財源

由於醫學進步、衛生條件及生活水準提高，許多高齡人口皆身心健全，故為鼓勵高齡人口持續參與生產，主要國家皆有延長退休年齡設計。從高齡人口的角度而言，除了可以增加收入之外，則是持續貢獻心力，使得生活充實及具有成就感。另一方面，從政府的角度來看，延後領取退休給付年齡，亦可舒緩社會福利負擔，更可充分善用高齡人口人力資源，對整體社會有益。

若以主要國家法定退休年齡來看，目前日本法定退休年齡計畫由 60 歲延長至 65 歲，德國、瑞典、美國、加拿大則將法定退休年齡訂為 65 歲（如表 5-6），美國已計畫延長至 67 歲，德國則是由 70 歲修正為 65 歲。至於其實際退休年齡方面，日本男、女性勞動人口實際退休年齡皆比法定退休年齡為高，顯見其高齡人口投入勞動市場也較其他國家積極。

再從退休給付方式來看，日本、瑞典、美國年金制度皆已訂有延長退休（最高至 67 歲）增額給付；德國及瑞典則是訂有部份年金制

度，對於高齡人口減少工作給予部份年金，以補償收入之減少，使得高齡人口可以自由選擇參與勞動市場程度，兩相配合措施將會促進高齡人口退休機制更為彈性。

表 5-6 主要國家平均退休年齡調整情形

項目 國別	男			女		
	實際退休 年齡	法定退休 年齡	差異數	實際退休 年齡	法定退休 年齡	差異數
日 本	69.6	60.0	9.6	65.70	60.0	5.7
德 國	60.9	65.0	-4.1	60.20	65.0	-4.8
瑞 典	63.5	65.0	-1.5	62.00	65.0	-3.0
美 國	65.0	65.0	0.0	62.90	65.0	-2.1
加 拿 大	63.1	65.0	-1.9	61.40	65.0	-3.6
中華民國 (台閩地區)	-	60.0	-	-	60.0	-

資料來源：OECD 網頁與內政統計網（2006）。

說明：差異數=實際退休年齡-法定退休年齡。

相對照台灣法定退休年齡，似較其他國家略低，故宜延長退休年齡或規劃部份退休制度，增加高齡人口人力彈性運用，不但可以藉此因應人口老化趨勢所可能帶來的勞動人力不足、福利需求增加等問題，而且亦可傳承經驗。

### （三）增加部份工時工作機會，促進高齡人口再度就業

溯及上述，提升高齡人口人力資源運用，乃各國之趨勢，鼓勵增加部份工時工作機會亦為其主要措施，除了可以減少高齡人口與社會之隔離之外，同時又可增加收入維持消費能力，進而鞏固社會安全制度財源。

值得注意的是，從上述表 2-9 中可以看出，目前主要國家女性高齡人口所占比率皆已高於男性高齡人口，同時女性在就業年齡時勞動參與率不若男性勞動參與率，因而高齡經濟安全保障更應重視女性需求，規劃符合女性就業與經濟安全保障制度。

(四) 提供財產信託典範，協助高齡人口建立安全的穩定財產管理。經濟安全首重開源節流，除了前述各種增加所得來源經濟安全保障方式，各國亦有針對高齡人口財產管理訂定相關法令規範。亦即藉由信託業務，協助高齡人口管理財產、辦理繼承與處理遺產等事項，以避免高齡人口的資產因使用不當而花費殆盡。不過，此一措施主體屬於財產而非個人，加入與否依據個人意願，是否採取強制頗具爭議，故宜建議加強宣導促進加入財產信託意願。

## 二、健康醫療借鏡方面

(一) 實施健康保險制度，保障高齡人口基本健康

健康保險制度為解決高齡人口健康問題的首要工作，各國所發展之體制從普及性公費健康保險到選擇性私人醫療保險皆有；其給付項目則以醫療服務為主，亦有針對因病導致收入損失所提供的現金給付。由於各自相異健康保險制度係以各國對於「照顧責任」意識型態而定，素以全民為己任的加拿大及瑞典，即發展出偏向以稅收支應之健康醫療體系，提供高齡人口完善與全面照顧，所以其長期照顧亦成為醫療服務體系之中的一環。德國及日本則是實施有所得重新分配效果之健康保險制度，另有長期照顧保險作為延伸保障。相較之下，美國則傾向以私人保險支付國民醫療支出，僅對收入低者提供協助，對於國民取得醫療所提供之服務照顧顯有不足。

至於台灣所實施之全民健康保險，係構築在各職業別保險之中原有疾病給付，將醫療服務之給付部份加以整合所成立的，發展脈絡與前述國家之模式並不相同，然而其型態卻較接近德國及日本，亦即國

民依據身份加入健保體系，且以醫療服務給付為主；不過，台灣迄今並未實施長期照顧保險，面對高齡人口不增加之下，兩者分立或類似加拿大與瑞典之併行制度，值得考量。

#### （二）發展長期照護制度，促進高齡人口獲得良好服務

長期照護制度係為基本醫療服務與「在地老化」之銜接體制，對於身心具有疾病者或障礙者，提供支持程度不等協助，促進高齡人口盡可能在原居所內獨立生活。此一制度在各國發展上往往順應其健康保險制度所延伸的，爾後甚至促使各國因重視預防保健，而對於醫療服務去醫院化、去機構化，顯見日益強調高齡人口生活品質與尊嚴，其理念值得作為政策借鏡。

### 三、居住安養借鏡方面

#### （一）強調獨立生活，提供社區化、家庭化服務與空間

「在地老化」已成為當前世界之趨勢，主要國家對於居住安養方面皆有考量高齡人口不同需求提供多元服務。亦即高齡人口生活品質與生命尊嚴日獲重視，因而獨立生活、自主漸成高齡人口政策目標。據此，高齡人口居住服務在地化、可近性、多元化、安全化，乃成為滿足其需求之首要課題。各國依據高齡人口不同需求所規劃的各種方案，不論是由政府提供或是鼓勵民間興辦，盡可能地量身訂作兼顧不同需求。整體而言，居住空間安全化、便利化係為符合高齡人口身體移動的需要，相對服務社區化、家庭化則是考量服務取得的近接，兩者皆可作為未來政策理念參考。

#### （二）著重妥善養護，提供多元安養或照護機構與服務

另一方面，為能符合在地老化理念，機構照護應為提供高齡人口

居住安養最後選擇，其主要功能在於解決部份高齡人口未能在地老化或是急須機構照顧問題。據此，使用機構照顧高齡人口多為弱勢族群，其選擇機會往往受限於經濟能力不足。是故，政府應有必要提供多元措施，以滿足不同之需求，不論公辦公營、公辦民營、私人經營等方式，均應避免依據市場機制訂定使用價格，以防再度排除弱勢族群取得福利服務機會；或由政府至少給予相關經費補助，以增加其使用服務之能力。

#### 四、社會參與借鏡方面

##### （一）藉由學習而參與，提倡終身學習

面對知識經濟來臨與資訊科技進步，主要國家均是強調終身教育對高齡人口的重要，讓高齡人口有機會不斷學習新知，例如：強化社區大學辦理高齡教育等措施，不但可以促進高齡人口學習意願，更可延緩腦力惡化所衍生之疾病。

##### （二）推動志工服務，落實經驗傳承

長期以來，社會各界對高齡人口常存在著已過去之印象，因而主要國家均有透過獎勵機制，鼓勵具備專業知識高齡人口從事志願服務，例如法律諮詢、財稅服務等，能讓高齡人口擺脫退休即依賴社會的偏見，貢獻豐富經驗。另一方面，則是利用老人服務老人，不僅可以充分運用高齡人口人力資源，而且由於其能夠同理彼此處境，使得照顧者與接受照顧者兩者都能從中獲得接納與關懷。

表 5-7 高齡人口經濟安全策略國際比較

措施 國別	現金給付	就業保障	其他
日本	1.公共年金 (1)基礎年金:全部高齡人口一致。 (2)厚生年金(所得比例年金,社會保險):保費 2.企業年金 3.個人商業年金。	1.頒布法令延後退休年齡,鼓勵中、高齡就業。 2.提高國民年金附加年金給付年齡,促進高齡人口延長退休年齡。	
德國	1.國民年金保險 2.私人補充年金	延後退休給付年齡,致力中、高齡失業	
瑞典	1.公共年金 (1)基礎國民年金 (2)附加國民年金 (3)部份退休年金制度(針對中、高齡部份工作人口) 2.個人年金 3.企業年金	鼓勵高齡人口從事有意義的職業或部份工時工作。	
美國	1.OASDI(社會保險):保障工作人口高齡歲月經濟生活,屬於強制性。 2.私人企業年金計畫,強化保障員工高齡經濟安全,並非強制性。	鼓勵中、高齡就業,例如:提供志願服務機會,擴大社區就業服務計畫,加強中、高齡人口就業訓練與輔導工作,鼓勵接受救助高齡人口從事工作,禁止歧視高齡人口就業。	1.社會救助計畫(SSI,GA),保障貧窮高齡及身心障礙人口基本經濟安全生活。 2.保障女性經濟安全。
加拿大	1.國民年金 (1)高齡人口保障金:稅收(例如高齡人口津貼) (2)加拿大退休計畫(社會保險):保費 2.私人年金 3.商業年金		1.提供收入補助:依據收教、配偶津貼,提供保證收入。 2.稅務優惠:賦稅減免。

資料來源：本研究整理

表 5-8 高齡人口健康醫療策略國際比較

措施 國別	醫療保險	長期照護
日本	1.設置高齡人口保健機構。 2.推動健康保險 (1) 職域健康保險 (2) 國民健康保險 3.高齡人口保健制度:75 歲以上人口 或 65~74 歲臥床高齡人口	1.實施公共介護保險制度，屬於社會 保險，提供實物給付(看護服務)。 2.推行居家訪視看護服務制度。 3.重視失智高齡人口權益。
德國	實施強制健康保險，不過所得較高國 民可以自由選擇加入或購買私人保 險。	1.實行長期照護保險，支持在地老 化。 2.長期照護保險(社會保險):與健康 保險之制度平行。
瑞典	強制性全民健保，高齡人口不須繳 納保費，但可使用；給付包括：其 醫療給付、私人醫院就診給付差 額、傷病/看護津貼。	政府部門提供家庭照護服務，推動普 及式長期照護體系，強調居家與機構 長期照護同等重要。
美國	1.雇主購買商業保險 2.Medicare(社會保險):勞動人口繳納 保費，65 歲以上才開始給付。	1.補充性質長期照護體系，以機構式 照護為前提。 2.提供弱勢族群 Medicare 補充方案 及醫療救助。
加拿大	全民健保:單一保險、公辦公營	擴大全民健保給付範圍，其長期照護 財源來自稅收，強調在地老化，居家 及社區照護為主、機構照護為輔。

資料來源：本研究整理

表 5-9 高齡人口居住安養策略國際比較

措施 國別	在地老化	機構安養
日本	1.居住空間無障礙 2.安養社區化、家庭化 3.服務多元化	強調與社區之結合、發展多元養老型態，落實「在地老化」。
德國	1.調整居住環境，設計行動自如生活空間。 2.提供多元在宅服務：老人餐飲服務、緊急求救系統、訪視與陪伴服務	1.部份安養型態：日間照護、短期照護。 2.全天安養型態：供應食宿、老人公寓、托老照護中心、老人安養中心、老人養護中心。
瑞典	推動「居家/社區安養」，促使高齡人口能「在地老化」。 (1)提供各項居家安養措施，例如：住宅服務、家事服務、家庭照護服務、交通費用優惠。 (2)辦理日間托老中心，作為社區服務聯絡平台。	設立高齡人口之家，提供無法在地老化人口居住。
美國	1.協助身心健康高齡人口在地老化：餐飲服務、志願服務、寄養父母計畫、居家服務、電話問安、提供低租金住宅、提供住宅貸款、房屋補助、分租住宅及減稅等。 2.協助健康失能高齡人口家庭提供喘息服務。 3.擴展鄉村地區健康照顧服務、補助NPO改善交通服務、辦理社區心理衛生篩檢或治療服務，增辦高等教育培育照顧產業人力。	1.設立休養機構（類似仁愛之家）。 2.興建高齡人口公寓。 3.設立療養機構。
加拿大	社區/居家照顧，落實在地老化，包括：.推動居家式社區照顧，協助「在地老化」；對於經濟狀況較差高齡人口提供補充式居住服務。	1.機構照顧，提供無法在地老化高齡人口另一選擇。 2.提供短期救助場所，包括：日間照顧中心、虛弱高齡人口照顧日間照顧中心、高齡人口精神日間照顧、暫時照顧、喘息服務。 3.興建老人公寓，提供經濟困難高齡人口居住。

資料來源：本研究整理

表 5-10 高齡人口社會參與策略國際比較

措施 國別	教育	休閒運動	志願服務
日本	推動高齡人口進修教育。	鼓勵高齡人口參與活動，例如：運動大會、俱樂部組織等	促進高齡人口參與志願社會服務
德國	推動高齡人口進修教育，包括：正統大學教育型態、民眾高等學校高齡人口教育、敘述咖啡館、工作坊、工作坊	1.鄉村長春俱樂部 2.高齡人口渡假村	
瑞典	提倡終身教育，包括：圖書館送書到府服務、透過國民高等學校、開放大學門戶及其他措施：如空中教育等。		鼓勵高齡人口志願從事各種照顧活動與義工。
美國	推動高齡人口進修教育，包括：透過一般州立大學、社區學院、短期進修學校及社區高齡人口活動中心(都市地區)		鼓勵身心健康高齡人口有效運用空閒時間及善用本身專長投入志願服務。
加拿大	設置高齡人口中心，提供各種教育補助。	提供休閒與復健服務	推廣志願服務

資料來源：本研究整理

## 第六章 因應人口結構老化福利政策策略規劃

雖目前台灣地區人口結構高齡化程度不及上述主要國家嚴重，但若就最近數年人口結構高齡化發展趨勢來看，在短期內極有可能迎頭趕上，甚至與鄰近的日本並駕齊驅，邁入高齡社會。面對此一發展趨勢，政府社會福利政策主管相關部門必須未雨綢繆，針對未來高齡人口劇增之下所可能衍生之需求，儘速研擬規劃較妥適的高齡人口福利因應策略。

不可否認，1990 年代之前，由於追求經濟持續成長與推動產業不斷發展是國家整體政策方向，加上高齡人口比重尚低，與高齡人口有關的社會福利政策並未受到重視。不過，隨著社會環境的急遽變化與家庭結構之大幅轉型，在高齡人口比重快速成長下，使得政府開始重視其所衍生的問題。

另一方面，值得一提的是，傳統以來女性一直被視為家庭照顧的責任，此與兩性平權觀念及鼓勵婦女勞動參與思潮有所違背，因而政府在高齡人口政策上必須提出家庭照顧責任多元選擇發展機會與支持管道。例如：在經濟安全方面，納入照顧人力生產價值指標，同時在其家庭或個人收入中得到相對補償；在健康醫療方面，鼓勵提供高齡人口家庭照顧者或專業照顧者健康篩檢；在居住安養方面，規劃設計包括老夫少妻在內多種不同照顧型態老人住宅或安養護機構；在社會參與方面，重視高齡女性保守個性發展多元社會參與管道等。因此，未來在社會福利供給與需求相關制度設計規劃上，亦要考量性別因素，以提供符合兩性高齡人口的福利措施。

他山之石，可以攻錯。從上述先進國家政府對於高齡人口所實施的諸多經驗中可以看出，這些國家因應高齡人口不斷增加之下所實施

的社會福利政策策略，以及面對財政負擔壓力之下所採取之改革方向，的確存在諸多策略值得我們作為借鏡。簡單地說，未來台灣在進行高齡人口社會福利政策研擬時，必須從國家整體發展的方向進行思考，俾使所規劃出來的策略更加具體可行，同時促使政府極有限的資源能夠有效配置，以及符合社會公平正義。至於在政策上其所必須遵循的原則，包括：

● 福利資源配置均衡化：

台灣城鄉社福資源差異頗大，尤其部分縣市或因產業發展較為落後，其人口結構高齡化程度較高，地方政府所可能掌握的資源更是明顯不足，所以中央政府在處理高齡人口社福資源配置上，必須考量城鄉資源如何均衡，俾使極有限的資源達到最有效的配置，充分發揮其應有功能。亦即依據高齡人口數量分佈妥適配置資源，而非任憑地方因經濟發展而自行呈現福利能量差異。此外，在資源配置上亦應有所選擇，例如：在經濟安全上，應考量基本生活消費的區域差異；在居住安養上，應鼓勵都會地區的日間安養工作及非都會區居家照護服務的提供；在健康醫療上，應加強非都會區的老人預防保健工作；在社會參與上，應考量不同教育程度的偏好及城鄉特色，發展相異社會參與模式。

● 服務輸送工作在地化

台灣人口結構逐漸高齡化之際，需要提供福利服務需求高齡人口日益增加，在考量自由選擇較熟悉的環境前提下，如何落實在地老化及對於這些高齡人口給予有尊嚴妥適的照顧，必須因地制宜推動相關措施，俾以提升福利服務品質兼顧深層發展。例如：在經濟安全方面，配合當地經濟或產業發展的程度或高齡人口能力與興趣之偏好，開發

高齡人口人力資源；在健康醫療方面，加強社區衛生中心的角色及社區心理衛生之功能，深入關照每位高齡人口，並且配合地區高齡人口特性提供健康醫療資訊；在居住安養方面，建立足以在家安養的環境或留在社區長期照護之支持系統，減輕家庭照顧者的負擔，以及因提供照護資訊/知識而改善高齡人口被照顧之品質；在社會參與方面，回歸「家有一老，如有一寶」的觀念，發揮高齡人口在社區中所扮演的社會功能。

● 資源開發組織民營化

政府資源有限，民間資源無窮。政府在有限資源下，應有必要針對服務對象排定先後優先順序，妥適分配資源。亦即除了透過社會保險機制之外，也要強化並鼓勵民間福利服務機構的非營利或志願性資源之投入，同時更要引進營利性質資源發展照顧產業，提供不同需求民眾有更多之選擇。例如：在經濟安全方面，強化現行社會救助及社會保險體系，同時鼓勵私人年金市場及非營利組織開發高齡人口福利服務；在健康醫療方面，結合社區活動，鼓勵高齡人口從事預防保健及施打流感疫苗，而非被動等待高齡人口就醫；在居住安養方面，積極全面檢討住宅、交通等產業設施，提供無障礙居住與行動；在社會參與方面，鼓勵私人企業加入開發銀髮教育、休閒產業，強化無障礙參與環境與空間。

● 照護服務制度保險化

由於近些年來政府財政赤字不斷擴大，加上高齡人口急遽增加，將使未來在高齡人口照護上所需要的經費受到一定程度限制，因而必須朝向保險方向進行規劃。亦即就以目前台灣既有全民健保運作來看，雖未來在推動長期照護服務上似乎值得以全民健保制度之運作為

基礎，但卻又不宜將現行健保與長期照護合而為一，以免造成其在財務管理上風險。至於長期照護保險保費費率推估方面，假如目前高齡人口約使用 1/4 醫療資源，儘管長期照護需求將會耗用較多重的資源，但是考量高齡人口長期照護(失能)需求應會小於醫療需求(生病)(失能約佔高齡人口之 10%)，加上照顧需求時間會比醫療需求更短，估計長期照護使用支出應會小於醫療支出規模；此外，部分非高齡身心障礙者也可能有長期照護需求，因而初步估計長期照護財源籌措規模為全民健保之四分之一。是故，未來若將長期照護採取保險模式，不僅可以完整確保因為失能所導致的醫療經濟、照顧等多元需求，而且也可正向鼓勵民間資源投入長期照顧產業，並且對於家庭照顧者相對予以部分補償，以減輕家庭照顧者之負擔，或是增加家庭照顧者在就業與照顧之間選擇的空間。另一方面，推動長期照護保險，也可減少目前急性醫療資源被濫用的不公平、不合理現象，而且更有助於提升既有全民健保財務管理。

很顯然地，人口結構高齡化與少子女化急劇轉型，已成為現今台灣在國家整體發展上極為迫切且又重要的政策議題，其不但攸關未來台灣經濟成長，而且更是影響未來台灣社會發展。亦即對於高齡人口社會福利策略，並非單純僅是消極面與高齡人口相關之福利設施興建或提供補助策略規劃，而是涉及更加多元涵括積極面，例如：銀髮相關產業發展、銀髮人力資源運用策略規劃等。因此，在針對高齡人口社會福利策略規劃的同時，必須從國家整體發展的角度進行思考，如此才有可能使得各項福利策略滿足高齡人口需求，又可兼顧社會公平正義。茲就配合前揭分析，針對未來政府因應高齡人口增加之下應有策略，分成經濟安全、健康醫療、居住安養、社會參與等四大層面，

分別進行研擬規劃。

## 第一節 經濟安全策略規劃

根據諸多研究文獻或調查報告資料顯示，經濟安全仍是許多高齡人口在年老時最迫切的需求。晚近數年，隨著家庭結構的調整、少子女化時代之來臨，長期以來所遵循「養子防老」、「子女奉養父母」的傳統倫理價值觀念，早已隨著外在環境改變日趨淡薄，使得政府在高齡人口經濟安全上所扮演的角色更形重要。

從上述先進國家因應人口結構高齡化經驗中可以看出，其在高齡人口經濟安全政策規劃上，均以實施各種不同模式國民年金制度，藉以保障其基本生活為首要的策略。此外，為了補充前者額度恐有不足，以及減輕政府財政負擔，另又透過租稅優惠制度，誘發高齡人口參與商業年金；或是經由立法，鼓勵高齡人口加入財產信託制度，以期更進一步充裕年老所需要的經濟財源。

另一方面，則是由於衛生、醫療條件的大幅改善，加上國民所得與生活水準之提升，國人平均餘命不斷延長，使得許多高齡人口不論屆齡退休，或是因企業為了降低成本而迫使勞工提前退休，其生理或心理等方面，仍是存在相當活力。

若從近些年來許多先進國家經驗來看，為能因應少子女化時代來臨之下所衍生的勞動需求不足，紛紛透過增修勞動相關法令，採取各種延長就業年齡措施，藉以保障這些高齡人口留在職場持續參與工作，例如：訂定部分退休制度，延長勞工保險年齡、建立媒合工作平台、排除就業障礙法令等，俾以充分運用這些高齡人口所累積的知識與經驗，保障高齡人口就業機會。

爰此，未來對於高齡人口經濟安全政策，大致可以歸納分成：提供退休養老各類「現金給付」及「就業協助」兩大方面。茲就其短期及中、長期配合作法，分別臚列如下：

## 一、積極推動高齡人口多重年金制度

參考先進國家經驗，考量公平正義原則，除了提供全體高齡人口基本保障之外，亦要提供根據功績（merit）所建制之經濟安全制度。實施多重年金制度，將使一般高齡人口獲得基本生活需求給付；相對於工作多年且又對社會經濟發展具有貢獻的高齡人口，亦應提供更周延的職業年金；至於對經濟狀況較佳的高齡人口，更可參與商業年金，藉以更多一層保障。

### （一）整合現行福利相關保險制度，儘速建立國民年金與職業年金

從上述中可以看出，國民年金制度可以說是現今許多先進國家保障高齡人口經濟安全第一層最基本的策略。儘管政府已將國民年金（national pension）保險方案視為延續「全民健康保險」之後，另一採取全民為對象的社會保險方案；但是，多年以來，卻因諸多意見尚未完全整合，例如：既有軍、公、教、勞保老年退休給付整合併入或單獨運作問題，家庭主婦、失業人口等給付方式及水準如何訂定問題等，以致迄今仍是無法完成立法。

另一方面，則是目前世界銀行所建議的第二層企業年金制度，亦即有如台灣在過去的勞動基準法中所規定的「企業或職業勞工退休制度」，轉型為企業雇主所負責提存的勞工「個人退休金專戶制度」，則因負責勞退基金實際運作的勞工退休基金監理委員會之組織法尚未完成立法，以致無法正常運作。

## 1.短期作法

- (1) 在國民年金制度未實施前，研擬整併目前敬老福利津貼、老農福利津貼等之給付水準或性質相同之高齡人口津貼，以符社會公平原則並節省行政成本。
- (2) 儘速通過國民年金制度立法及研訂相關配套措施，以利推動國民年金制度。
- (3) 儘速建立有效監督、管理勞工退休基金營運機制，以利落實勞工退休新制。
- (4) 研擬國民年金制度與相關社會保險制度之中老年退休給付整合方案，以符社會正義。
- (5) 儘速推動勞保 / 公保退休給付及勞退新制全面年金制度。就以勞工對象為例，目前勞保老年給付之所得替代率為 16%，加上勞退新制之所得替代率為 24.8%，合計僅有 40.8%，若要符合 70%理想所得替代率，則需擴張兩倍以上財源，或者配合建立其他型式年金系統。

## 2.中、長期作法

- (1) 考量平均餘命延長與各國年金制度改革趨勢，健全各種社會保險老年退休制度與退撫制度財務，並且構築較公平合理之高齡人口退休給付制度。
- (2) 彈性調整各種高齡人口給付準備金投資策略與修訂相關法令，以利提升投資報酬率。
- (3) 推動附加年金制度，勞工退休金制度改為勞工附加年金制度，確保勞工晚年生活。

## (二)提高租稅減免，鼓勵高齡人口參與私人商業年金

在上述既已推動的各項年金制度中，除了軍、公、教退休給付尚有較多經濟安全保障之外，佔就業人口最多的勞工，雖其個人退休專戶制度自2005年7月起開始運作，但相對於前者而言，其給付額度仍是有限。亦即為使高齡人口高齡歲月經濟無憂，尚須強調個人或企業責任，俾讓高齡人口有多重的經濟來源。

因此，政府可以針對一定年齡以上高齡人口（或中、高齡人口）提高現行綜合所得稅額之中個人保險扣除額度，鼓勵個人自行購買商業年金保險；或是透過租稅優惠方式，鼓勵企業從其盈餘中，提撥部份作為補助員工購買商業年金保險，俾為高齡人口生活經濟安全負擔更多社會責任。至於其作法，包括：

### 1.短期作法

修正所得稅法，針對中、高齡人口提高現行保險費支出扣除額度，或是新增年金保險保費支出扣除額度，俾以鼓勵個人購買私人商業年金保險。

### 2.中、長期作法

- (1) 透過租稅優惠，鼓勵企業雇主從盈餘中提撥部分作為員工購買可攜式個人制商業年金保險。
- (2) 訂定商業年金保險給付合理免稅上限，以避免形成富人的逃漏稅管道，進而惡化稅制結構合理性與公平性。

## (三)加強推動與宣導，促進高齡人口參與財產信託制度

面對家庭結構急劇轉型、少子女化時代來臨，由於「養子防老」傳統觀念逐漸淡薄，相對「存錢防老」則已成為新的趨勢。亦即強調個人責任，鼓勵個人從年輕時開始進行「退休安養信託」，逐年逐筆

將資金交付給受託銀行，委由銀行根據其投資專業進行資產配置與規劃，俾使未來能夠以年金給付的方式，定期給付自己固定資金，以當作老年之生活費用。

### 1.短期作法

- (1) 透過宣導與教育方式，鼓勵中、高齡人口進行財產交付信託。其中，對於身心健康高齡人口，採取自願信託方式；至於失智、失能高齡人口，則是透過相關法令進行財產強制信託，藉以保障其經濟安全。
- (2) 增修現行遺贈稅法，減輕高齡人口參與信託所衍生的資產移轉與遺贈稅賦。

### 2.中、長期作法

- (1) 推動公、私部門合作建立高齡人口財產信託制度
  - 信託受託人的選任：施行之初，可先由具社會公信的銀行負責經營辦理。
  - 信託監察人的選任：採取公、私部門合作，由民間社福機構或者由各地區高齡人口福利組織，負責信託監察業務；至於政府則是擔任總監察人職務，負責監察民間社福機構。此外，由於監察業務工作多元，最好能由法律、財務會計、身體療養與心理扶助等專家共同組成，共同保護高齡人口生活福祉，確保其基本生活品質與尊嚴。

- (2) 開放民營參與高齡人口財產信託制度規劃

未來若施行成效良好，高齡人口對於財產信託亦有更進一步認知與接受度後，可以開放民營銀行加入參與經營，俾讓高齡人口自由選擇受託機構。

## 二、排除高齡人口就業障礙

由於衛生與醫療條件改善，促使國民平均餘命不斷增加，因而可以參酌上述主要國家經驗與作法，在兼顧勞工健康、安全前提下，透過相關產業雇主、勞工團體進行勞資對談，共同研擬「彈性工作制度」、「彈性退休制度」、「部份退休制度」、「延後退休年齡」制度等，俾以排除銀髮人口就業障礙。

另一方面，則是為能因應產業人力需求，除了應與世界接軌，促進國際人才流動，活絡教育體系之外，尚須重視人力資本投資，積極提供多元適性職訓管道，擴大專業或技術證照國際相互認證；同時，鼓勵企業推動員工參與回流教育與在職訓練，強化企業與個人國際競爭能力，俾以有效協助中、高齡人口就業及提升其就業競爭優勢。此外，為能提升女性參與，應就中、高齡女性就業所存在之限制進行排除，以利改善其經濟生活。

### (一)研訂彈性退休制度與輔導機制，提升高齡人口就業機會

醫療科技進步，加上健康品質提升，已屆齡退休之高齡人口，若其身心狀況良好時，則可鼓勵其持續就業。因此，為能保障其工作權益與促進人力資源運用，亦應調整現行勞動相關規定並引進協助資源，以減少高齡人口之就業阻礙。

#### 1.短期作法

- (1) 放寬勞動基準法之中有關勞動契約規定，推動彈性退休制度或延後退休年齡。
- (2) 排除就業服務法之中有關服務對象年齡限制，促進高齡人口取得個別化、專業化就業諮詢服務機會。
- (3) 透過輔助制度，鼓勵企業或民間社會福利團體配合部分工時制度

僱用高齡人口。

- (4) 由於地區服務資源分配不均，例如偏遠地區的高齡人口幾乎無法享有任何服務，規劃高齡人口可參與之經濟產業，鼓勵偏遠地區高齡人口從事經濟活動。
- (5) 透過以工代賑協助方式，提供身心健康低收入、中低收入高齡人口參與，俾讓其可以自立與社會參與。

## 2.中、長期作法

- (1) 推動專業技術證照國際認證，擴大高齡人口再度就業空間與服務對象。
- (2) 構築全國銀髮族人力銀行資料網絡，並且透過分類認證，以作為推介輔導就業等之依據。
- (3) 重視終身職能訓練，定期透過需求調查，研擬開發適合高齡人口就業機會與工作。

### (二)運用政府及民間既有資源，擴大中、高齡女性就業空間

除了研訂彈性退休制度，藉以增加高齡人口就業機會之外，亦要考量多數女性在青、壯年時期時，均以家務工作為主，職場經驗通常較少，不利其於中、高齡時再度就業，因而需要透過政府及民間資源給予更多協助與輔導，開發較適切的工作職種與機會，以增加其晚年經濟安全保障的來源。至於其作法，包括：

#### 1.短期作法

- (1) 擴大運用既有中小企業育成中心資源，結合學校師資，設計較符合女性創業需求的課程。
- (2) 增加提供有幼小子女婦女完善的學前教育及托育設施，增加照顧高齡人口，提升婦女工作意願或吸引高齡人口就業，俾使其高齡

歲月經濟生活更受保障。

## 2.中、長期作法

- (1) 設置女性創業知識分享平台，獎勵專業研究機構或協會舉辦女性創業博覽會或創業圓夢坊，俾以提供女性創業家知識交流管道，達到跨領域創業知識交流。
- (2) 鼓勵企業或民間社會福利團體採取部分工時作法僱用銀髮人力，尤其配合推動長期照護服務產業發展，擴大運用女性中、高齡人口再度就業。

## 第二節 健康醫療策略規劃

根據諸多研究資料與調查報告顯示，除了經濟安全之外，健康醫療仍是許多高齡人口在年老時頗迫切的需求。從上述主要國家高齡人口社會福利經驗中可以看出，其在高齡人口健康醫療政策規劃上，雖國情不同有所相異，但大多實施各種不同模式醫療保險制度作為因應。台灣亦不例外，政府從1995年起開始實施全民健保制度，已將醫療體系作一整合。

不過，由於高齡人口就醫頻率相對增多，除了考慮高齡人口求診便利，以便就醫或家人就近照顧之外，更要顧及高齡人口多已退休，在支出增加、收入減少情形下，政府實有必要加速構築社區長期照護網絡，建立長期照護制度，進而推動長期照護保險，減輕高齡人口與其家人身、心壓力與經濟負擔。

爰此，未來政府在高齡人口健康醫療政策規劃上，大致可以歸納分成：其一，建立社區高齡人口健康管理保護網絡；其二，構築社區高齡人口長期照護網絡兩大方面。

## 一、建立社區高齡人口健康管理保護網絡

配合在地老化政策原則，以社區為基礎建立高齡人口的健康管理保護網絡，將可提升服務的可及性、便利性，以及提供服務的時效性與功能性。至於其策略，包括：

### (一)強化地方衛生單位體系功能，落實預防保健管理

由於預防勝於醫療，為使65歲以上高齡人口重視其健康，地域社區之中衛生單位必須扮演更積極的角色，將高齡人口的健康情形進加以分類與進行健康管理，以維持高齡人口之健康品質。至於其作法，包括：

#### 1.短期作法

- (1) 加強推廣高齡人口健康促進與預防保健活動<sup>18</sup>，以及落實健康管理教育，促進其重視養生保健，降低罹患疾病機會或及早治療，俾以維持身心健康。
- (2) 結合既有村里辦公室場所，設置高齡人口健康緊急通報據點，建立完整通報制度。

#### 2.中、長期作法

調整現行地方衛生單位在國家醫療體系上所存在之任務與功能，亦即利用其設置單一窗口，從事地方或社區高齡人口健康管理、安養福利服務工作，俾以落實高齡人口預防保健服務網絡，進而提升高齡人口健康服務品質。

---

<sup>18</sup> 根據全民健保局資料，65歲以上人口使用免費健康檢查的情形，91年至93年的使用率分別為40.6%、40.3%、38.2%。

## (二)推動公立醫療院所與社區之結合，提高資源使用效率

除了建立高齡人口健康管理保護網路之外，未來亦要推動地方公立醫療院所協助社區衛生單位扮演社區高齡人口健康管理的角色。亦即對於高齡人口健康服務方面，在提供醫療服務之同時，加強從事高齡人口疾病防治及控制等，即走進社區，與社區相關團體合作，共同構築一個健康生活環境。

另一方面，則是全面評估公立醫院所在地區醫療資源分佈及醫療需求，適度調整公立醫院資源配置，俾使公立醫院資源得以有效運用。至於其作法，包括：

### 1.短期作法

- (1) 提升公立醫護人員高齡人口相關專業醫學知識與常識，將高齡人口相關醫學知識與「老人醫學」<sup>19</sup>列入醫護等科系必修課程；另一方面，則是針對已畢業的醫護人員，提供高齡人口相關專業醫學知識等在職進修機會，以利提供高齡人口最適切的醫療服務與治療。
- (2) 根據公立醫院所在地區醫療資源分佈以及醫療、照護需求情形，將公立醫院的資源配置做適當的調整，例如將原有使用偏低的急性病床改成護理之家或慢性病床、提供日間照護等，促使公立醫院資源得以有效運用。

### 2.中、長期作法

透過公立醫療體系與社區之資源結合，並且均衡城鄉醫療資源，加強偏遠地區高齡人口就醫可及性與便利性，使高齡人口易於接受醫療服務。

---

<sup>19</sup> 目前僅有台灣大學四系所共同開設老人學整合課程、成功大學獨創老人學研究所、輔仁大學規劃設置老人學學程；不過，仍無醫學院科系規劃相關課程。

## 二、構築社區高齡人口長期照護制度

雖長期照護制度規劃已有多年，但制度並不完善，為了因應國內高齡人口成長速度，勢必加快落實制度推動腳步，以滿足高齡人口之需求。至於其策略，包括：

### (一)加速構築社區長期照護網絡，滿足提高服務可及性與便利性

近些年來，由於台灣高齡人口急劇成長，導致長期照顧需求急為殷切。根據「89年戶口及住宅普查」（行政院主計處，2003）資料顯示，台閩地區高齡人口需要長期照護人口約有18萬2千人左右，占全體高齡人口的9.7%，亦即每百名高齡人口之中有10位需要長期照護。此外，需要長期照護高齡人口居住方式，目前多與配偶、子女或親友同住，使得長期照護責任仍由家庭獨力負擔，造成頗沉重的身心壓力與財力負荷。

另一方面，同一調查報告亦又指出，雖未來台灣地區長期照護有迫切之需求，但目前長期照護體系卻又存在一些困境，包括：尚未建立整合性與連續性長期照護體系；各類型長期照護人力與服務普遍不足；長期照護費用缺乏制度化、長期性財務來源；家庭財務負擔沉重；長期照護個案佔用急性病床；以及急性醫療資源無法有效利用等。至於其作法，包括：

#### 1.短期作法

- (1) 整合各類長期照護服務與醫療服務資源，建立完整社區照護網絡；並且設立單一窗口，負責接案與轉介工作，簡化個案申請服務流程。
- (2) 透過正規教育體系，擴大培育長期照護所須福利服務人力資源，以提供適足的服務能量。

## 2.中、長期作法

推動以全人照顧、在地老化、多元連續服務為高齡人口社區長期照護服務原則，促進照顧服務普及發展，以符合高齡人口需求。

### (二)加速推動長期照護保險制度，減輕高齡人口及其家人負擔

面對目前台灣推動長期照護所存在的困境，在法制上，除了增修現行「老人福利法」部分條文內容，以滿足各類不同層次高齡人口的需求之外，從上述主要國家高齡人口福利政策發展方向中可以發現，因應高齡社會來臨，研訂「長期照顧保險法」，藉以發展長期照護保險制度已成為未來不可避免的發展趨勢。

是故，台灣在面對急遽變化高齡社會即將來臨的同時，可以整合既有與高齡人口需求相關的法令，配合目前長期照護服務發展情形，並且借鏡國外（例如：日本、德國）經驗，採取功能性或目的性立法方式，研訂較適合國情的長期照護制度，其內容涵蓋：照顧資源開發、服務輸送、財務制度、資訊管理等，以作為研擬規劃長期照顧實施計畫與具體行動方案之依據。至於其作法，包括：

#### 1.短期作法

整合失智高齡人口照顧資源，並且建立諮詢及教育宣導機制，俾以促進社會大眾對失智症及相關資源的了解與運用。

#### 2.中、長期作法

- (1) 整合勞保、公保、農保中有關醫療保險長期照護部份，同時借鏡國外經驗，推動較適合國情的長期照護制度，以作為研訂制定長期照顧法之基礎。
- (2) 在正式開辦國民年金制度的同時，進行研擬規劃「長期照護保險」體系，採取德國模式，與全民健保完全分立而平行，但是被保險

人認定、保險費繳交方式，則與全民健保一致。

### 第三節 居住安養策略規劃

近幾年來，政府因應高齡人口急劇增加所衍生的居家安養需求，積極推行社區照顧，其目的在於，透過建構初級預防照顧服務體系，提供高齡人口各項服務，促進社區高齡人口身心健康，以落實在地老化及社區營造之精神。

事實而言，或因受到中華文化傳統習慣影響，長期以來在家終老是許多高齡人口年老之時的需求，從相關研究文獻或調查報告中亦可發現，目前高齡人口之中多數仍希望與子女或家人同住，少數則與配偶同住或獨居，至於對進住機構之意願仍是偏低。但是，面對少子女化時代來臨，加上子女工作因素，使得部分高齡人口在居住安養上，仍得依賴機構安養提供較適切的服務俾以安養晚年生活。是故，未來在高齡人口居住安養政策規劃上，應以居家服務為主、機構安養為輔，如此才能適切滿足高齡人口需求。

爰此，未來在落實高齡人口居住安養政策上，大致可以歸納：其一，結合社區資源並加強培育在地老化人力資源，落實在地老化；其二，強化安養機構功能並適度開放經營採取公益兼顧營利模式，吸引更多民營機構加入，俾以提供高齡人口有更多的選擇。

#### 一、落實高齡人口在地老化

為能落實在地老化目的，在服務規劃上以社區為基礎，同時進行

整合社區相關服務資源（例如設施設備、服務人力、經費支援等），營造一個較適合高齡人口居住的社區環境，使得其身、心靈需求皆可在地獲得滿足。至於其策略，包括：

(一)結合社區服務資源，營造對高齡人口精神兼俱物質的善意環境

所謂在地老化（aging in place），就是能讓高齡人口在家庭或社區內老化，而非為了接受照顧必須離開高齡人口所熟悉的家庭或社區，遷到另一社區或機構接受照顧。

根據內政部歷次所進行的「老人狀況調查報告」顯示，65歲以上高齡人口認為較理想的居住方式，以「與子女同住（含配偶、子女配偶及孫子女）」為最高；其次，則為「與配偶同住」；第三，屬於「獨居」；其後，才是住在高齡人口安養或養護機構。因此，在策略規劃上，應以在地老化為主、機構安養為輔。亦即避免年老還要重新適應新的生活、新的環境、新的朋友所帶來的衝擊，以及降低經濟負擔。至於其作法，包括：

**1.短期作法**

- (1) 加強宣導固有文化敬老思想，不論國民教育教材或是宣導短片，以營造社區中對高齡人口的友善環境。
- (2) 落實老人福利法第 15 條規定，責由政府辦理或獎勵民間興建高齡人口住宅或高齡人口社區，並且配合高齡人口生活需求進行規劃，提供綜合服務。

**2.中、長期作法**

全面檢討住宅、道路、交通運輸工具、休閒場所無障礙設計與標準，創造社區無障礙空間與設施，促進社區融合，以營造適合高齡人口居住安養、社會參與的生活環境。

## (二)培育在地老化人力資源，強化服務品質

配合高齡人口快速增加，為能落實在地老化目的，其所需要的服務人力資源培育，更是刻不容緩。亦即若要落實在地老化政策，其所涵括的高齡人口在宅服務、高齡人口營養午餐提供、高齡人口日托中心設置及家庭內照顧者支持系統建立等，均需要透過龐大的服務人力資源參與與投入，才能使得在家庭中在地老化成為可能。至於其作法，包括：

### 1.短期作法

- (1) 根據高齡人口數及需求量制訂服務標準，在縣市政府組織內充分配置高齡人口服務員額（包括社工員、居家服務員、喘息服務員等），確保服務品質。
- (2) 鼓勵縣市村里社區發展協會開發社區服務志工（尤其已退休之健康高齡人口），充分運用社區人力資源提供喘息服務，發揮社區自助互助精神。

### 2.中、長期作法

- (1) 全面調查社區已閒置之公共設施，評估改建作為設置托老中心之用，加強運用社區資源協助在地老化。
- (2) 建立從事在地老化服務人力生涯規劃、升遷管道等條件，藉以吸引更多社工人力投入服務工作。

## 二、提升高齡人口機構安養功能

儘管受到傳統習慣影響，多數高齡人口仍是較希望能與子女或家人同住；但是，誠如上述，其子女因工作因素而無法居家，加上第子女化時代來臨，透過機構安養替代在地老化，已成為無法避免的趨

勢。另一方面，在此同時，為使高齡耆機構安養有更多的選擇，適度開放民間機構在兼顧公益下採取營利行為，實有其必要。不過，為使高齡人口享受類似家庭式溫暖、社區式環境，安養機構朝向家庭化、社區化設計規劃，俾讓高齡人口安養生活更為舒適愜意，更是不可忽略。至於其策略，包括：

(一)輔導安養機構與社區生活文化之結合，俾以融入社區形成一體

### 1.短期作法

- (1) 落實「私立老人福利機構獎勵辦法」，鼓勵安養機構營造家庭化、社區化環境，規劃辦理各項聯誼或戶外活動。
- (2) 鼓勵機構結合所在社區，辦理各項交誼或休閒活動，讓高齡人口融入當地社區，使其生活更加豐富、舒適、充實。

### 2.中、長期作法

設置部分公辦或公辦民營安養、養護機構，加強安頓弱勢高齡人口，例如：社經地位較低、或是特殊狀況高齡人口（獨居或遊民），亦即透過社會福利和社會救助體系協助，維護其居住生存權與健康權，並且融入社區生活文化。

(二)適度開放機構經營採取公益兼顧營利行為，吸引民間資源投入

政府資源有限，為使高齡人口在機構安養時有更好的選擇，可以適度開放市場，吸引更多民營機構加入，形成多元競爭市場，以維持機構居住安養之品質。不過，民營企業在經營上仍以利益多寡作為是否投資考量，為了吸引更多民營機構加入，若過度強調公益，則民間參與意願不高。

因此，若要提供高齡人口有更多的選擇與提高安養機構服務品質，則可適度開放安養、養護等機構經營可以公益兼顧營利行為；同

時，為免過度營利行為，規定其營利行為獲利部分，必須提供適當比例(例如50%)用於改善高齡人口機構品質。此外，善用機構功能更加多元，俾讓機構發揮更大效果，並且強化機構評鑑制度，維持機構品質。至於其作法，包括：

### 1.短期作法

- (1) 先行調查已立案之高齡人口安養機構利用現況，進行全面評估與督導改善；至於未立案之高齡人口安養機構，則應積極輔導其完成立案。
- (2) 針對高齡人口機構安養需求較殷切及安養機構缺乏的地區，提供融資優惠措施，優先獎助民間或非營利組織投入興建，以滿足高齡人口之需求。
- (3) 整合社政與醫療管理制度，採取共同一套標準落實評鑑制度，提高安養、養護機構服務品質。
- (4) 配合「老人福利機構設立許可辦法」，積極查核安養機構是否參與公共意外責任保險，以讓高齡人口居住更加保障。

### 2.中、長期作法

- (1) 適度開放安養機構營利行為，吸引更多民間資源投入，提供多元服務，以滿足高齡人口多元之需求。
- (2) 透過市地重劃、區段徵收、都市更新等方式取得高齡人口特區用地，再由政府或鼓勵民間興建與經營管理高齡人口福利設施（例如安養、療養中心、高齡人口大學等），並且以適宜高齡人口為原則，規劃設計區內軟、硬體設備。
- (3) 清查既有公有院舍及公有土地，如果適合變更改用途，採取公設民營或公辦公營方式辦理興建高齡人口機構式安養中心，優先安排

弱勢無依高齡人口進住。

## 第四節 社會參與策略規劃

由於衛生、醫療條件的改善，加上養生觀念之重視，使得許多高齡人口屆齡退休之後，仍有活力可以從事各項活動。其實，鼓勵高齡人口參與社會，不但不會與社會之現況阻隔，而且可以保持身心更加健康。雖目前政府每年均有編列經費補助地方政府或人民團體辦理各項活動，例如：長青學苑、社會志工、文康等，但從前述內政部所進行的調查報告中卻又發現，除了免費健檢與優待搭乘夜通工具較有利用與較為滿意之外，其餘項目存在極大落差。探究其原因，應與整體規劃不足有關，以致無法滿足高齡人口需求。

是故，未來對於鼓勵高齡人口社會參與在政策調整上，大致可以歸納分成：設計規劃與建立高齡人口社會支持網絡；以及研擬鼓勵及推動高齡人口參與志願服務認證機制兩大方面。

### 一、設計規劃與建立高齡人口社會支持網絡

高齡人口退休之後，持續參與社會各項活動，設計規劃較適合的活動內容與提供充分資訊，是增進其參與各類社團意願較佳的作法。因此，各級政府除了可以從讓高齡人口瞭解社區之中已存在的既有社團及積極鼓勵社區成立各類社團之外，更要引進民間資源參與設計規劃較適合的各項活動內容，俾以吸引更多高齡人口加入參與，進而建立其社會支持網絡。至於其策略，包括：

### (一)加速整合政府相關單位資源，落實倡導高齡人口終身教育

根據教育部最新所公佈的「邁入高齡社會老人教育政策白皮書」，其四大願景之一便是「社會參與」<sup>20</sup>。亦即政策白皮書之中指出，未來在老人教育全民體系網絡上，將以正規學校教育<sup>21</sup>及社會教育兩大方面共同推動；其中，社會教育係以結合社教館、社教工作站、社區大學及家庭教育中心，以及內政體系長青學苑及衛生體系相關單位，辦理社區老人終身學習、代間家庭教育及退休之前準備教育等活動，同時廣設「社區老人學習中心」，以配合「在地老化」的理念推動老人終身教育工作。儘管如此，但是在執行前實有必要先就其資源作一整合，俾使高齡人口各項教育活動內容更具實用性與多元性。至於其作法，包括：

- 1.縣市政府先行整合中央政府相關單位各項補助資源，並且以鄉鎮為單位，配合各地社區資源、特性與需求，進行規劃較適合之活動內容。
- 2.透過社區組織、村里幹事、村里長、社工員等管道，加強宣導高齡人口福利設施，鼓勵社區高齡人口利用。

### (二)引進民間資源參與設計規劃，提供多元休閒活動

政府資源有限、民間活力無窮。在推動高齡人口參與各項休閒活動上，除了有效整合中央政府相關單位既有資源之外，亦要積極引進民間資源投入參與，包括硬體設備的投資興建、軟體活動內容的設計

<sup>20</sup>藉以落實「邁入高齡社會老人教育政策白皮書」四大願景一「終身學習」、「健康快樂」、「自主尊嚴」和「社會參與」。

<sup>21</sup>幼稚教育規畫進行世代交流活動，國民教育將老化知識納入九年一貫的議題，教導學生認識正確老化知識，高中職教育開設老人學相關課程或進行校外體驗教學，技職教育可因應人口高齡化所產生的老人照護人力問題，而調整相關科、系、所，培養照護的人力，並開設適合老人學習的技能活動，讓有能力及有需要的退休人事可以重回職場，師培機構則培育未來教師具備老化知識，而高等教育除開設老人學相關課程外，更可運用學校的優勢，規劃辦理老人寄宿所活動或第三年齡大學。

規劃，俾以提供更加多元活動，符合高齡人口生活需求。至於其作法，包括：

- 1.藉由專案協助業者合理使用土地、合法取得營建及經營證照，或以低利融資、租稅優惠等獎勵措施，吸引民間企業投資興建高齡人口休閒運動場所，並且以低價之方式經營，以提供高齡人口更多休閒活動場所、種類之選擇。
- 2.結合民間團體開發規劃「多元」、「寓教於樂」課程，以提升高齡人口參與學習的意願。

## 二、研擬鼓勵及推動高齡人口參與志願服務認證機制

除了結合民間活力參與設施投資興建與內容設計規劃，藉以吸引高齡人口參與社團各項活動之外，鼓勵其參與社會志願服務，亦是另一可行策略。誠如上述，隨著教育的普及，具備各類專業知能高齡退休人口之日益增加，若能藉由志願服務參與，不但可以提供年青世代傳承專業經驗，而且更可藉此引導年青世代正確價值觀與人生觀。至於其策略，包括：

### (一)設計鼓勵回饋機制，提升高齡人口參與志願服務意願

- 1.提倡志願服務運動，運用高齡人口志願人力協助他人，並且藉由定期感恩活動，讓高齡人口的貢獻獲得回嚮與肯定，進而促進高齡人口投入意願。
- 2.建立回饋制度，讓高齡人口志願服務時間轉換成讓人服務時間，俾使其從「施」—付出與「受」—回饋，進而更加樂意從事社會志願服務。

## (二)推動分類認證機制，提高高齡人口投入志工服務品質

由於社會或企業對於高齡人口運用尚有刻板印象，若將志工服務專業領域進行分類認證，不論法律、財經、管理、科技、醫藥、工程等專業，或是生活相關技能、手藝等領域，分為「專業」志工及「一般」志工類別，加以歸納建檔，不僅可作為高齡人口參與志工服務參考，更可藉由認證維持志工服務品質，建立社會或企業對高齡人口的正面形象，俾以促使社會或企業各界擴大運用身心健康且具有專業技能已退休之高齡人口經驗，進而提升高齡人口志工服務社會地位。至於其作法，包括：

- 1.建立志工分類認證制度，提升志願服務制度化、專業化，將可促進高齡人口參與志願服務價值獲得肯定。
- 2.建立全國高齡人口志工人力資料網絡，作為媒合銀髮志工與有意願引進運用的各機構或單位之平台，俾以提升志願服務工作便利性與時效性。

## 第七章 結論與建議

### 第一節 結論

綜合以上研究分析，近些年來隨著人口結構快速轉型，加上福利多元主義思潮興起，因而針對高齡人口構築一套較完整的社會福利政策，可以說是已成為現今全球許多先進國家（包括台灣在內）政府在國家整體發展政策研擬或策略規劃上重要的一環。茲將本研究結論彙整歸納如下：

#### 一、借鏡先進國家老人福利政策發展經驗

隨著高齡人口急速增加與結構變化，先進國家政府對於高齡人口福利政策方面，除了提供傳統消極經濟保障、福利服務保護措施之外，針對人口高齡化所衍生之勞動力萎縮、經濟成長率下降、政府財政支出成長、醫療照顧需求增加等

問題，正在朝向多元發展模式轉型。至於其政策所調整的方向大致分成：

其一、經濟安全方面：在政府財政籌措上，強化財政收入基礎，提高就業率、減少移轉性支出；加速降低政府債務，減少利息支出，藉以彌補年金與醫療支出；改革年金制度，穩健財務基礎。至於在高齡人口人力資源運用上，加強高齡員工職業訓練，維護員工安全與健康，引進新的工作設施，調整工作時間；以及推行高齡員工積極就業政策，例如延後退休年齡等；透過賦稅與福利增加工作誘因、消除性別歧視等。

其二、健康醫療方面：透過保險機制針對 80 歲以上年老老人提供較具有成本效益之長期照護、增加各種醫療與照護設施、推動醫療與社區資源之結合、加強各種醫療與照護服務技術發展、確保醫療品質與醫療資源公平使用。

其三、居住安養方面：設置老人公寓、提供餐飲服務、提供日托中心、透過派遣人力照護老人日常事務；此外，另又設置各類機構，以滿足無法在地老化之老人需求。

其四、社會參與方面：加強高齡人口終身學習、延長工作年數、採取逐步退休、鼓勵退休之後積極參與社會活動等，俾以提高生活品質；同時，重視預防保健、加強或維持個人身心健康，進而降低對年金支出與醫療服務之依賴。

## 二、重新規劃多元社會老人福利政策策略

從上述主要國家與台灣人口結構變遷分析中可以看出，戰後由於經濟快速的成長與產業高度之發展，帶動國民所得的提高，同時隨著衛生環境的改善與醫療技術之進步，促使人類平均餘命之延長。此一發展趨勢，使得先進國家因產生老人依賴比例的上升、人口成長速度之減緩等人口結構高齡化現象，而必須重新思考與更進一步調整修正其與高齡人口有關的社會福利政策策略方向。此外，從上述研究中亦可發現，高齡人口之中女性所佔比重，隨著年齡增加而有提高趨勢，顯示如何保障較為弱勢的高齡女性之福利，亦是未來在社會福利政策規劃研擬策略上重點所在。

另一方面，值得一提的是，在人口結構逐漸朝向高齡化發展的同時，1990 年代以後，由於知識經濟的蓬勃發展與資訊科技的大幅進步，知識腦力取代傳統勞力，已成為（包括台灣）許多先進國家經濟成長或產業永續生存發展的關鍵。

是故，將可預見的是，隨著高等教育普及，未來高齡人口結構素質將會有所提升，亦即具有相當知識老人，勢必逐漸增加。在此一情形下，如何有效整合與妥善運用這些已從工作職場退休且又有豐富知識的銀髮族群所累積的智慧資本，再度參與社會從事較適合的各項工作，已成為今後對於老人福利配套措施之中不可忽略的一環。

### 三、儘速建立高齡社會安全福利服務體系

近些年來，台灣人口結構隨著高齡人口大幅成長與生育子女人數急遽下降，產生快速變化，面對高齡社會已漸來臨，其已實質衝擊到既有福利政策。儘管受到財政赤字不斷成長壓力，但是政府在高齡人口福利政策上，不但應扮演福利政策主導的角色，而且更要結合民間福利資源，以建立更安全多元的老人福利政策，來滿足不同社經地位高齡人口實際需求。

是故，在此同時必須儘速以更周延、前瞻的思維來規劃基礎性和發展性老人福利政策，尤其積極推動完成國民年金制度立法程序，貫徹實施國民年金制度，以確保整個國民之基本生存權利。另一方面，則是落實在地老化策略，透過家庭政策健全家庭功能，同時透過社區發展策略健全社區功能，以維護其具有尊嚴及獨立自主之生活。但是，對於經濟能力較低老人，政府亦要介入，以公費的方式，有效解決此一類型老人生存權和健康權。

### 四、擴大引進民間資源投入老人福利服務建設

儘管社會福利制度具有保障國民基本生存、促進家庭和諧穩定、增進社會互助團結、提升人力品質、累積經濟資本及維持民主政治穩定等任務與功能，因而近些年來社會福利預算逐年增加、服務供給範圍不斷擴充。但是，面對經濟景氣仍未完全復甦之際，除了導致各級政府財政負擔壓力之外，已更進一步引發資源配置公平性與運用合理性的爭議，如何在極有限的資源下提高政府社會福利經費使用效率，已成為重要之課題。

面對上述高齡社會即臨所帶來的挑戰，例如：政府財政赤字壓力、社會福

利資源不足限制等，許多先進國家自 1980 年代起，紛紛積極從事社會福利制度改革，其中「福利多元主義」、「社會夥伴關係」等理念逐漸成形，「民營化」與「分權化」等要求順勢而生。亦即未來在高齡人口公共服務上，除了政府持續投入之外，如何提供誘因與善用競爭機制引進民間資源，藉以降低政府購買社會福利成本，進而提升福利服務品質，顯得格外重要。

## 第二節 建議

配合上述所彙整歸納的結論，人口結構轉型已成為政府在社會福利政策研擬與策略規劃上重要的一環。茲從法令修正與政策調整兩大層面，分別建議如下：

### 一、法令修正方面

(一) 短期方向—增修「老人福利法」部分條文，加強高齡福利服務

雖「老人福利法」是老人福利相關政策研擬與策略規劃的根本法令，但隨著人口結構改變，現行老人福利法部分不合時宜條文，實有必要配合未來可能需求作一增修，才能因應高齡人口福利需求。其修法方向建議如下：

#### 1、改革退休制度及促進就業措施，保障高齡人口工作權益

隨著知識經濟的蓬勃發展與資訊科技之大幅進步，在中、高齡人口中有相當比重之人數，因年齡限制或企業為求降低高齡勞工成本，而被迫離開工作職場。從行政院主計處統計資料中可以看出，2004 年台灣地區 60-64 歲勞動參與率與 65 歲以上高齡人口勞動參與率，分別僅有 33.49% 與 7.42%，的確仍遠低於日本（54.7% 與 19.8%）、南韓（53.6% 與 29.8%）與美國（50.5% 與 13.2%）等先進國家。很顯然地，若能透過增修法令，藉以大幅調整高齡人口就業政策與改革退休制度相關規定，除了可以保障高齡人口就業機會與權益，而且更有助於減輕個人或家庭經濟負擔。是故，為能確保高齡人口收入與充分傳承其實務經驗，現行「老人福利法」第二章第 14 條之中，實有必要針對中、高齡人口退休制度與再度就業措施作一增修。至於其範圍包括：

(1) 研擬規劃高齡人口部分退休制度，舒緩社會衝擊

此一制度源自 70 年代，挪威首創部分退休制度，瑞典繼之；80 年之後，包括法國、英國、西班牙、芬蘭、丹麥等國家陸續實施。所謂部分退休（partial retirement），係指對於個人邁向全面退休之前，採取漸進方式安排其個人工作改變，包括：雇主變更、職業轉換或工作時間減少、報酬降低等，俾使高齡人口避免遽然退出勞動市場，導致適應不易；舒緩高齡失業壓力，導致收入來源頓失等。同時，高齡人口可以用多餘時間規劃工作轉換，開創另一人生方向；相對雇主亦可藉此留住部分高齡技術員工傳承經驗等，尤其更可解決人口結構高齡化所衍生的勞動力不足問題。

## （2）排除高齡人口持續就業與再度就業障礙，以利經驗傳承

在改革退休制度的同時，亦要在老人福利法中增列排除其持續就業與再度就業障礙。亦即藉由加強宣導高齡老人工作經驗所累積之價值，除了可以改變對高齡員工工作能力較差之印象之外，又可增加高齡員工受僱機會；此外，配合放寬就業服務法或勞動基準法對雇用高齡員工之規定，俾以保障其延長工作期間應有權益。另一方面，值得一提的是，配合知識經濟時代來臨，更應建立按專長或技能而非按年齡或服務年資給付報酬，減少年資較長員工被辭退之威脅，以及加強年長員工專業訓練。

## 2、放寬經營限制與鼓勵民間投入，提升高齡人口福利服務能量

在人口結構快速高齡化下，近些年來，對高齡人口提供之服務及照顧，受到政府財政赤字不斷成長影響，其福利服務資源增加有限，所以未來如何提供誘因與透過競爭機制引進民間資源，應有其必要性與迫切性。但是，現行「老人福利法」第 4 條：中央主管機關之權責，以及第 16 及 17 條有關居家與社區服務之提供，則僅提及政府部門在資源供給上所扮演之角色。因此，未來在條文內容修正時，應在中央主管機關之權責中增列，藉以鼓勵「民間資源」投入參與高齡人口福利服務工作。至於其範圍包括：

### （1）放寬經營營利老人福利機構限制，提供更多福利服務選擇

如上所述，面對人口結構快速高齡化趨勢，鼓勵民間資源投入參與福利服務是有其必要性與迫切性。尤其現今許多先進國家政府受到財政負擔壓力，其福利正朝多元主義方向轉型，所以未來我們可以依據市場運作原則，引進多元照顧服務體系，以讓有不同需求的老人有更多福利服務選擇之機會。簡單地說，只有在有利潤可圖前提下，或是在政府配合「提供誘因」鼓勵下，才有可能吸引民間

有資格之個人或團體投入參與此一市場發展意願。

## (2) 擴大引進民間資源投入與參與規劃，構築完善在地老化環境

隨著人口結構老化加速，與老人居住安養有關的產業發展潛力極大，因而政府應該以積極的作為及系統的規劃，投資有高度經濟價值的老人產業能夠更迅速發展。不過，政府資源有限，所以可能透過競爭機制，吸引企業投資興建老人社區造鎮計畫，以完善周延的社區規劃，以及與醫療體系之相互結合，建構完整老人安養、療養和醫療機構，吸引社經地位和已有妥善生涯規劃老人進入周全規劃老人社區，度過充實而完美的老人退休生活。

## 3、透過正規教育擴大培育福利服務人力資源，改善高齡人口服務品質

誠如上述，相對其他先進國家，由於台灣人口結構高齡化速度來得又急又快，使得與高齡人口服務有關的人力資源極端不足。不可否認，人力資源培育並非一蹴可及，因而在老人福利法第三章第 25 條中，納入老人服務人力資源培育。亦即為了因應人口結構高齡化需求，各類高齡人口服務相關人力資源培育，應有前瞻性考量與突破性規劃，尤其大學課程更要在社會、人口、公共衛生、心理、醫學、生物科技、社會工作等相關科系中設置老人相關課程，乃至成立「老人」學系，培育高齡人口服務人力資源，俾以因應未來高齡人口快速成長所可能衍生之服務需求。

## 4、積極發展長期照顧服務相關產業，造福高齡人口生活需求

戰後 1950 年代嬰兒潮世代是目前人數最多的一個世代，推估全球至少 2 億人。隨著此一世代年歲增加，其投資、理財、醫療、照護、休閒、旅遊，乃至食、衣、住、行等日常生活均有極大需求，其未來需求方向勢必對於諸多產業發展造成影響。亦即「照顧服務產業」將成為具有發展潛力之新興產業。是故，政府應要積極發展照顧服務產業，除了造福高齡人口未來在生活上可能需求之外，更可藉由新的產業發展促進經濟成長。

### (二) 長期方向—研訂「長期照護（保險）法」，因應高齡社會來臨

除了增修現行老人福利法部分條文內容，以滿足各類不同層次高齡人口需求之外，從上述主要國家近些年來調整修正其老人福利政策中可以發現，為了因應高齡社會來臨，這些國家多以推動長期照護制度作為發展方向。

是故，台灣面對急遽變化高齡社會即將來臨，在推動長期照顧制度的同時，可以先行整合既有與老人需求相關的法令，例如：老人福利法、老人福利生活津

貼暫行條例、身心障礙保護法、醫療法、全民健康保險法、護理人員法、精神衛生法、國軍退除役官兵輔導條例等法令，亦即參酌當時研擬制訂現行全民健康保險條例之時，係以整合勞保、公保、農保之中有關醫療保險條文模式，同時借鏡國外發展經驗，採取「功能性」或「目的性」立法，儘速研訂較適合國情的「長期照護法」；或是為了避免政府財政負擔或全民健保費用支出過大，未來在實施國民年金的同時，採取社會保險模式，研訂「長期照護保險法」，藉此落實長期照護制度。至於其所涵蓋之內容，包括：照顧資源開發、服務輸送、財務制度、資訊管理等，俾以作為未來研擬規劃長期照顧實施計畫與具體行動方案。

## 二、政策調整方面

### (一) 整體政策

#### 1、儘速建立高齡人口福利統計指標監測系統

面對台灣地區家庭子女人數快速下降，以及未來高齡人口急遽增加趨勢，其不但對於國家整體經濟或產業發展有所影響，而且對於社會與家庭結構亦會產生衝擊，因而政府應有必要儘速建立更齊全的高齡人口統計指標監測系統，俾以瞭解高齡人口需求變化，以及其所因應而生之社會問題型態，進而提供政府相關單位作為未來政策研擬規劃參考。

這些與高齡人口相關的社會統計指標應是跨部會、整合性業務，亦即對於現有社會相關統計指標加入年齡變項，尤其高齡人口各個面向所呈現之數據加以掌握。例如：在經濟安全方面，包括：高齡人口就業情形、行業分佈、消費行為、犯罪行為、自有房屋比重等。在健康醫療方面，包括：高齡人口使用多少醫療資源、不同城鄉區域醫療資源在使用上所存在的落差、死亡分析、自殺行為、健康狀況等。在居住安養方面，包括：高齡人口交通事故發生率、住宅安全事故發生率、高齡住宅型態分布(公寓、大廈、平房...)、居家防火設施、居家擁有通訊設備比重、在家照顧幼兒比重等。在社會參與方面，包括：高齡人口加入各民間團體會員比例、持有私人小客車行照、駕照比重、使用優惠車票比重等。

簡單地說，透過對於高齡人口生活現況的瞭解，甚至問題所呈現的時間趨勢意涵的掌握，如此才能在高齡社會時代來臨時，能夠建立一套極健全的因應政策。

## 2、落實高齡人口福利支出必須兼顧保險理念

高齡人口不斷增加，已成為台灣人口結構之發展趨勢，從上述主要國家與高齡人口有關的社會福利政策研析中可以看出，目前台灣不論在經濟安全方面，或是在安養照護方面，其所提供之服務的確存在不足，因而將可預見的是，未來政府在高齡人口社會福利支出上勢必大幅增加。

儘管服務高齡人口是政府責無旁貸之任務，但是隨著政治意識型態糾葛，尤其國民年金制度猶待實施，或是高齡人口整體福利措施未能完成規劃之前，凡是與高齡人口有關的津貼、補助，往往不顧國家整體發展或社會環境變遷，早已被部分政治人士作為選擇操作之議題，不但排擠其他社會福利項目支出，而且影響經濟建設發展需求，使得已赤字不斷擴大的財政更是雪上加霜。是故，我們可以從近些年來先進國家社會福利發展中學習一些經驗，亦即高齡人口社會福利服務支出必須建立在「補助」兼顧「保險」理念下，否則其所衍生之財政壓力，將帶給下一代沈重之負擔。

### (二) 個別政策

#### 1、構築多元多重經濟安全體系

##### (1) 積極推動多元多重年金制度，構築高齡人口財源來源

###### ● 加速推動建立基礎國民年金制度，保障弱勢族群生存

近些年來，台灣社會發展型態急遽轉型，使得老人福利政策必須從基礎性和發展性兩種策略進行規劃，才能有效因應社會需求。儘管政府業已從立法方向來規劃建立基礎國民年金制度，以維護退休老人的基本生活保障。這種基礎國民年金制度必須普及全體國民，以及在老人基本生存權確保下，才能從更積極性角度來規劃為發展性的老人福利政策。當然，在建立國民年金制度的同時，必須注意國民年金制度公平性的原則及所得再分配之功能，避免社會財富分配更加不均及家庭貧富差距持續擴大。

###### ● 整合現行各類年金制度，彰顯社會公平正義

由於過去特殊政治因素或社會型態，對於當時屬於弱勢軍公教人員有較為特殊的社會福利政策，但是隨著社會變遷，為能符合社會正義，現行軍公教退休制度合理化、公平化設計，有其迫切之需求。亦即高齡人口福利政策走向公平、合理，將可促使社會相對剝削和相對貧窮現象逐漸消除。因此，為使社會正義能夠確保，社會公平、合理能夠有效貫徹，例如在退休後再度就業之時，避免重複領取薪金和退休年金，必須儘早有效加以解決，其作法包括：暫停請領退休年金，或是僅領部分年金方式，如此才能彰顯社會正義。

##### (2) 排除就業障礙，促進中、高齡人力資源運用

- **訂定高齡人口漸進退休制度，提升社會適應能力**

雖高齡化社會和少子女化社會現象，將造成依賴人口的增加，但從另一角度來分析，由於醫療照護體系的建立和全民健康保險制度之實施，使得國人健康狀況大幅提高、平均生命餘年逐年增加。是故，若以現行女性工作人口年滿 55 歲和男性工作人口 60 歲就已退出勞工職場，或是一般達到 65 歲退休年齡，將有可能造成很多身體健康、工作經驗極成熟的中、高齡工作人口提早退出工作場所。此一現象，不但是人力資源的浪費，甚至是年齡歧視的社會現象，而且男女性別不同退休年齡，更是性別歧視。因此，應該從個人的意願與健康狀況、個人生涯規劃，採取漸進退休制度，訂定個人最適當的退休年齡，藉以延長與社會之關係，進而提升適應能力。

- **健全高齡人口受雇能力制度，維護工作權益**

誠如前揭所述，在排除高齡人口持續就業與再度就業障礙的同時，亦要思考如何強化高齡人口受雇制度。亦即面對外在環境變化，政府對於高齡人口在職場中能夠延長工作年限，必須整備一套較週延完善的制度，包括：研發高齡員工職業訓練課程、訂定高齡人口就業勞動條件與環境、透過優惠措施鼓勵雇主引進新型設備、提供高齡人口創業所需輔導資源、建立高齡人口再度就業媒合管道等，亦即從提升高齡人口受雇能力來更進一步保障其就業機會。

## 2、強化社區健康醫療網路

### (1) 結合公立醫療體系，建立社區高齡人口健康管理與保護網絡

- **建立老人健康管理與保護資訊網絡，提升醫療服務品質**

溯及上述，為能構築完善社區長期照護網絡，必須有效掌握社區之內高齡人口健康情形。亦即社區之中衛生單位應要針對高齡人口健康資料加以列管，同時進行分類與管理，以能有效掌握其健康品質。此外，設置緊急通報據點，建立完整通報制度，以及強化緊急醫療系統，建立獨居老人安全網絡。另一方面，亦要設置單一諮詢窗口，落實老人健康管理、安養福利服務各項措施，俾以建立老人福利服務網際網路資訊，提升老人醫療服務品質。

- **落實公立醫療體系與社區之結合，發揮整體資源使用效益**

由於高齡人口隨著年齡增加，將會提高醫療需求，所以未來公立醫療院所應具備扮演社區民眾健康管理的角色，在老人健康照護上，除了提供醫療服務之外，加強從事老人疾病防治及控制等。亦即走進社區，與社區之相關團體合作，

共同構築一個健康生活環境。另一方面，則是配合公立醫院所在地區醫療資源分佈及照護需求，適當調整資源配置，例如將使用偏低的病床改成護理之家或慢性病床、提供日間照護等，俾使醫院資源更加有效運用。

#### (2) 整合各類醫療資源，構築社區高齡人口長期照護制度

配合高齡人口需求，除了政府資源之外，應要整合各類與長期照護服務與醫療服務有之資源，構築一個完善社區照護網絡，同時設置單一服務窗口負責接案，以及訓練護士或社工人員擔任高齡人口直接服務人力，進行個案管理、評估，擬定長期照護計畫。此外，針對社區之中居家支持服務團體進行品質監控，定期予以評估，並且在個案需要時提供適當資訊及轉介服務，減少個案家庭在選擇這些服務上所存在的困難。若個案情形嚴重無法居住家中時，也可藉由網絡組織，引介至社區內機構接受照顧。

### 3、提供優質居住安養環境

#### (1) 結合社區資源並加強培育在地老化服務人力，落實在地老化

##### ● 結合社區資源，營造高齡人口精神兼俱物質善意環境

除了對於具有較高消費能力特殊高齡人口，可以鼓勵其自費自行選擇較適合之場所安養之外，對於廣大中產階級或中等社經地位，中上或中下階層高齡人口，則是採取在地老化政策。所謂在地老化（aging in place）就是讓高齡人口在家庭或社區老化，而非為了接受照顧必須離開其所熟悉的家庭或社區，遷到另一社區或機構接受照顧，除了可以避免年老還要重新適應新的生活、新的環境、新的朋友衝擊，而且亦可降低經濟負擔。

##### ● 加強培育在地老化服務人力資源，強化服務品質

因應人口結構變化，配合在地老化，培育其所需要的服務人力資源，更是刻不容緩。亦即若要落實在地老化政策，其所涵括的老人在宅服務、老人營養午餐提供、老人日托中心設置及對家庭內照顧者支持系統的建立等，需要頗龐大的服務人員投入參與，才有可能使得家庭功能更為健全，甚至透過宣傳，重新建立現代社會孝道觀念，更使在家庭中老化成為可能。然而，不可忽視的是，這些服務人員生涯規劃、升遷管道等亦要納入整體規劃考量，藉以吸引更多社工人員投入在地老化服務工作。

#### (2) 強化機構安養能量，提升服務品質

##### ● 透過公設機構提供弱勢高齡人口安養，促進社會安全

由於社會貧富差距仍大，為免社經地位較低老人、低收入戶老人或特殊老人，例如獨居老人或遊民老人年老無依，政府必須建立公設或透過委託經營老人安養、療養和醫療機構進行安頓這些弱勢高齡人口。亦即這些弱勢老人通常沒有經濟能力負擔自費安養、療養和醫療機構費用，或是缺乏親人照顧進行在地老化，因而必須透過社會福利和社會救助體系支援，以及社會福利基金協助，俾以才能有效維護這些弱勢高齡人口生存權和健康權。

- 適度開放機構經營採取公益兼顧營利，吸引民間資源投入

政府資源畢竟有限，為使高齡人口在機構安養時有更好的選擇，可以開放市場，吸引更多民營機構加入，形成多元競爭市場，維持機構居住安養品質。不過，民營企業在經營上仍以利益作為考量，為了吸引更多民營機構加入，若強調公益，則民間參與意願不高。因此，適度開放安養、養護等機構經營可以公益兼顧營利行為；同時，為免過度營利行為，可以規定營利行為獲利部分，必須提供適當比例(例如50%)用於改善高齡人口機構品質，如此才能吸引民間業者投入。此外，善用機構功能更加多元，讓機構發揮更大的效果，並且強化機構評鑑制度，維持機構品質。

#### 4、提升投入社會參與意願

- (1) 引進民間活力參與設計規劃，建立高齡人口社會支持網絡

誠如上述，既有高齡人口文康休閒教育設施規劃不佳與資訊不足，是影響高齡長者社會參與意願的因素之一。若要促使高齡長者退休之後，持續參與社會各項活動，提升其參與各類社團比率是其中最佳的做法。當然，政府亦要積尋找社區既有社團，然後鼓勵高齡長者加入，如此不但可以提升其退休之後生活滿意，藉以填補所可能面對的心靈空虛，同時亦可從參與社團活動中建立高齡長者本身已逐漸失去的社會支持網絡。但是，政府資源有限，民間活力無窮，因而各級政府可以透過高齡人口社團組織或民間業者，協助參與設計規劃因地制宜高齡人口文康休閒教育活動。亦即活用高齡人口知識與經驗，以結合民間資源來豐富高齡人口退休生活，進而落實高齡人口社會參與更加在地化與社區化。

- (2) 推動志工分類認證制度，提高銀髮族群參與社會服務意願

除了結合民間活力，藉以吸引高齡長者參與社團各項活動之外，鼓勵其參與志願服務，亦是另一可行策略。誠如前揭所述，隨著教育的普及與接受高等教育機會之增加，已有越來越多且又擁有各類專業領域高齡退休長者，希望能夠將其畢生工作所累積的經驗傳承給年青一代。是故，在建立全國志工人力資源網絡的同時，若能針對志工專業領域進行分類認證，不論法律、財經、管理、科技、醫藥、工程等專業，或是生活相關技能、手藝等領域，分成「專業性」志工及「一般性」志工類別，分別加以歸納建檔，不但可以提供高齡人口作為參與志工選擇依據，而且更可藉由認證維持志工服務品質，俾以改變社會對高齡人口之刻板印象，進而促使社會各界，乃至企業各界，擴大運用這些身心健康且又擁有豐富專業領域已退休的高齡人口，提升志工在社會參與上所扮演的角色。

## 參考文獻

### 一、中文文獻

1. 內政部統計處（1997）中華民國八十五年老人狀況調查報告，台北：內政部。
2. 內政部統計處（2000）中華民國八十九年老人狀況調查報告，台北：內政部。
3. 內政部統計處（2005）中華民國九十一年老人狀況調查報告，台北：內政部。
4. 內政部統計處（2006）中華民國九十四年老人狀況調查報告，台北：內政部。
5. 王俊豪（2004）德國活力銀髮族計畫與鄉村老人安養照護服務，農政與農情，146，頁 63-71。
6. 王國慶（2005）社區發展季刊，109，頁 52-65。
7. 王增勇（1992）制定完善的福利政策—讓老人活得更尊嚴，中國時報，1992年10月26日，第39版，頁 267-294。
8. 王增勇（2000）誰代表老人發言？臺灣老人社會福利運動的回顧與展望研討會，收錄於 12/ 18-19. 台灣：台北。
9. 行政院主計處與內政部合編（1994）中華民國老人狀況調查報告，台北：內政部。
10. 行政院經濟建設委員會（2006）中華民國台灣 95 年至 140 年人口推計，台北：行政院經濟建設委員會。
11. 吳明儒（1997）台灣未來企業退休金制度改革之分析，社會政策與社會工作學刊，1（2），頁 137-187。
12. 李光廷（2001）以臺灣的家庭價值觀看—日本介護保險制度成立的背景與條件，人口學刊，22，頁 71-103。
13. 李光廷（2006）日本健康保險制度，於羅紀琮編：健康保險制度：日德法荷的經驗與啟示，台北：巨流，頁 7-86。
14. 李安妮（1996）我國勞工保險老年給付的性別差異分析：社會安全制度性別

- 階層化之初探。收於楊文山、李美玲主編「人口變遷、國民健康與社會安全」，頁 105-138。中央研究院中山人文社會科學研究所叢書第 37 號。
15. 沙依仁(2005) 高齡社會的影響、問題及政策，社區發展季刊，110，頁 56-65。
  16. 辛炳隆(2002) 由建構老人經濟安全體系談我國勞工保險年金化，國家政策論壇，2(3)，頁 47-51。
  17. 周麗芳(2001) 社會福利資源之有運用及財源籌措簡報資料，台北市立政治大學財稅系。
  18. 林大侯、戴肇洋(2001) 因應經濟永續發展提昇我國就業水準的最適策略研究，行政院經建會委託研究。
  19. 林志鴻(2000) 德國照護保險照護需求性概念與制度化意涵，社區發展季刊，92，頁 258-269。
  20. 林萬億(1994) 福利國家—歷史比較的分析，臺北：巨流圖書。
  21. 林萬億(2000) 社會抗爭、政治權力資源與社會福利政策的發展：1980 年代以來的臺灣經驗，收錄於蕭新煌、林國明主編「臺灣的社會福利運動」，臺北：巨流圖書。
  22. 韋 端、戴肇洋(2002) 非營利組織(NPO) 經營管理及財務規劃，世界宗教博物館委託研究。
  23. 林萬億(2004) 論我國的社會住宅政策與社會照顧的結合，政策季刊，2(4)，頁 52-82。
  24. 許錦汶(1993) 臺灣海峽兩岸老人福利之比較研究，臺北：國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。
  25. 陳惠姿(2001) 「臺灣地區未來長期照護人力供需分析與評估」，行政院衛生署九十一年科技發展計畫。
  26. 陳惠姿(2006) 長期照護資源的供給面分析，「社會暨健康政策的變動與創新

- 趨勢：邁向多元、整合的福利體制」國際學術研討會。
27. 傅立葉 (1994) 從老年所得保障看臺灣社會福利體系的階層化，臺北：行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
  28. 傅立葉 (2000) 老年年金、政黨競爭與選舉，收錄於蕭新煌、林國明主編「臺灣的社會福利運動」，臺北：巨流圖書。
  29. 黃松林、胡若瑩 (2004) 福利社區化模式之研究，於黃松林、趙善如編：老人生活需求與社會照顧相關研究，屏東：睿煜出版社，頁 55-118。
  30. 葉秀珍 1(2000)各國長期照護財務機制與實施經驗探討，於國家衛生研究院論壇編：長期照護財務問題：各國經驗及台灣前景研討會論文集，台北：國家衛生研究院，頁 21-39。
  31. 葉秀珍 2 (2000) 長期照護各國實施經驗之比較分析，長期照護財務問題--各國經驗及台灣遠景研討會論文集，台北：國家衛生研究院，頁 127-131。
  32. 詹火生、戴肇洋 (2004) 社會福利城鄉差距與對策之研究。內政部社會司委託研究。
  33. 詹火生、戴肇洋 (2005) 因應人口結構變遷市政服務轉型之研究。台北市政府研究發展考核委員會委託研究。
  34. 詹宜璋 (2007) 由風險觀點探討老年經濟安全與保障，社會政策與社會工作學刊，1 (2)，頁 3-38。
  35. 蔡沁蓓 (2001) 老人年金政策之排擠效果，臺南：國立成功大學政治經濟學研究所碩士論文。
  36. 鄭毓霖 (2004) 少子化現象在教育上的因應之道—日本經驗，台灣教育，630，頁 14-20。
  37. 盧政春 (1995) 利益團體與社會福利資源—透視我國軍公教福利，收錄於林萬億等著「臺灣的社會福利：民間的觀點」，臺北：五南圖書。

38. 薛曉華 (2004) 少子化的教育生態轉變是危機或轉機？兩種價值觀的檢視--兼論因應少子化時代以學習者為中心的教育政策，台灣教育，630，頁 21-30。
39. 戴肇洋、梁玲菁 (2005) 第三部門產業化策略之研究—以公益性非營利組織為例，行政院研考會委託研究。
40. 謝高橋 (1994) 老人福利需求初步評估報告，臺北：內政部。
41. 鍾佩珍 (1995) 臺灣老年年金制度政策形成過程研究—政府作為之初探，臺北：國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。
42. 鍾俊文 (2004) 少子化、人口老化及人口減少的成因、衝擊與對策，台灣經濟論衡，2 (6)，頁 11-46。
43. 龐建國 (1997) 國家在東亞經濟轉化中的角色，收錄於羅金義、王章偉編：「解構東亞現代化—奇跡背後」，香港：牛津大學出版社。
44. 羅紀瓊 (2005) 日德法荷健保制度及其對台灣的啟示，社會安全制度—普世價值與面對的挑戰，台北：2005 兩岸社會福利學術研討會。

## 二、外國文獻

1. Bloom, D., and D. Canning (2004), Global Demographic Change : Dimension and Economic Significance, NBER Working Paper Series, No.10817.
2. Bloom, D., and J.G. Williamson (1998), Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia, World Bank Economic Review 12:419–56.
3. Bloom, D., D. Canning, and J. Sevilla (2002), The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change, Santa Monica, California : Rand, MR-1274.
4. Bloom, D., D. Canning, and P. Malaney (2000), Demographic Change and

- Economic Growth in Asia, *Population and Development Review* 26:257–90.
5. Boersch-Supan, A.(2001), Labor Market Effects of Population Aging, NBER Working Paper Series, No.8640.
  6. Deaton, A., and C. Paxson (2000), Growth, Demographic Structure, and National Saving in Taiwan, *Population and Development Review* 26, Supplement : 141-173.
  7. Esping-Andersen, Gosta (1990), *The Three Worlds of Worlds of Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge : Polity Press.
  8. Fehr, H., S. Jokisch and L. Kotlikoff(2003), *The Development World's Demographic Transition—The Roles of Capital Flows, Immigration, and Policy*, NBER Working Paper Series, No.10096.
  9. George, Vic & Paul Wilding (1976), *Ideology and Social Welfare*, London: RKP.
  10. Giddens, Anthony (1998), *The Third Way*, Cambridge : Polity Press.
  11. Glennerster, Howard (1985), *Paying for Welfare*, London : RKP.
  12. Glennerster, Howard (1992), *Paying for Welfare, in the 1990s*, London : RKP.
  13. Gruber, J., and B.C. Madrian (2002), *Health Insurance, Labor Supply and Job Mobility : A Critical Review of The Literature*, NBER Working Paper Series, No.8817.
  14. Immergut, Ellen M. (1992), *Health Politics: Interest and Institutions in Western Europe*, New York: Cambridge University Press.
  15. Jansen, J. and Schulte, G. (1994). *Aelterverden und Bildung. Eine Einfuehrung*. In B. Aachen (Hrsg.) *Weiterbildung im Alter*. Neuwied: Luchterhand.
  16. Johnson, Norman (1987), *The Welfare State in Transition, the Theory and Practice of Welfare Pluralism*, Brighton : Wheatsheaf Books.
  17. Kaiser, M. (1997), *Bildung durch ein Studium im Alter. Auswirkungen der*

- Teilnahme an einem allgemeinbildenden wissenschaftlichen Weiterbildungsangebot auf aeltere Studierende. Muenster: Wazmann.
18. Koltikoff, L.J. and Scott Burns (2004), The Coming Generational Storm: What You Need to Know About America's Economic Future. Cambridge, MA: MIT Press.
  19. Nehren, B.: Roellinghoff, D. W. (1996). Die obile Volkshochschule fuer Aeltere In B. Lammers; J.Lange (Hrsg.) Neue Wege der Weiterbildung: Modelle und Projekte fuer die Volkshochschule. Essen: Klartext.
  20. Skocpol, Theda (1995), Social Policy in the United States: Future Possibilities in Historical Perspective, Princeton, NJ: Princeton University Press.
  21. Taylor-Gooby, Peter & Jannifer Dale (1981), Social Theory and Social Welfare, London : Arnold.
  22. Wilensky, Harold & Charles N. Lebeaux (1965), Industrial Society and Social Welfare, N.Y.: Free Press.
  23. World Bank (1994) Averting the Old Age Crisis: PoLicies to Protect the Old and Promote Growth. London: Oxford University Press.
  24. World Population Prospects (2006), The 2004 Revision. United Nations.
  25. 日本厚生省 (2001) 日本老人福祉手冊 2001 年版—中位推計。
  26. 日本總務省 (2002) 國立社會保障, 「國勢調查」, 日本: 人口問題研究所。
  27. 厚生省監修 (1994) 厚生白書, 日本: 財團法人厚生問題研究會。
  28. 厚生省監修 (1996) 厚生白書, 日本: 財團法人厚生問題研究會。
  29. 厚生省監修 (1996) 厚生白書, 日本: 財團法人厚生問題研究會。
  30. 厚生省監修 (2001) 厚生白書, 日本: 財團法人厚生問題研究會。
  31. 厚生省編印 (2006) 厚生勞動白書, 日本。

32. 莊村多加志 (2000) 社會保障入門，日本：中央法規株式會社。

### 三、網站資料

1. NCWO & IWPR (1999), "Strengthening Social Security for Women": A Report from the Working Conference on Women and Social Security, [www.women4socialsecurity.org.sp?s=5&o=torn14294&ctNode=2389](http://www.women4socialsecurity.org.sp?s=5&o=torn14294&ctNode=2389) (2006.11)
2. 行政院內政部 (2006) 性別統計指標，內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp> (2006.10)。
3. 行政院內政部 1 (2006) 內政統計年報，內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp> (2006.10)。
4. 行政院內政部 2 (2006) 內政國際指標，內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp> (2006.10)。
5. 行政院內政部 3 (2006) 內政統計通報九十五年第二十週，內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp> (2006.11)。
6. 行政院內政部 4 (2006) 內政統計通報九十五年第二十一週，內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp> (2006.11)。
7. 行政院內政部 5 (2006) 2006 啟動女人的活力列車-「台灣性別圖像」發表會新聞稿，內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw>。
8. 行政院內政部 6 (2006) 內政統計通報九十五年第四十週，內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp> (2006.11)。
9. 行政院主計處 (2006)，<http://www.dgbas.gov.tw/>
10. 行政院主計處 1 (2006) 台灣地區歷年勞動力之年齡，[http://win.dgbas.gov.tw/dgbas04/bc4/manpower/year/year\\_sr\\_t4.asp?ym=1&yearb=82&yeare=94&tt=6](http://win.dgbas.gov.tw/dgbas04/bc4/manpower/year/year_sr_t4.asp?ym=1&yearb=82&yeare=94&tt=6) (2006.11)。

11. 行政院主計處 2 (2006) 各級學校縣市別學生數(按學校所在地)九十二學年度  
[http://www.edu.tw/EDU\\_WEB/EDU\\_MGT/STATISTICS/EDU7220001/user1/student.htm?open](http://www.edu.tw/EDU_WEB/EDU_MGT/STATISTICS/EDU7220001/user1/student.htm?open) (2006.11)。
12. 行政院主計處 3 (2006) 國情統計通報，取自  
<http://www.stat.gov.tw/public/Data/6881641171.pdf>，150 卷 (2006.11)。
13. 行政院勞動委員會網站 (2006) 勞工退休基金運用及勞退新制，  
[http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM\\_msg\\_control?mode=viewnews&ts=456125df:7a0c&theme=](http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=456125df:7a0c&theme=) (2006.11)。

## 附錄一 雙連安養中心訪談摘要

一、貴機構在提供各項服務時，如何發揮專業人力配置、人性化空間設計等機構特色於實際營運中？請分別就居住安養（安養、日托等，包括外展服務）、醫療照顧服務及促進社會參與服務（高齡者教育、休閒娛樂、志願服務）等項目回應《註一》。

（一）居住安養部份：

- 1、本機構現有 366 位(滿床位)高齡者住在雙連安養中心，其平均年齡為 84-85 歲，安養年紀為 77 歲；性別比例方面，女生占 68%，男生占 32%。安養人數占住民的 2/3，養護人數占住民的 1/3。隨著養護人數增加，目前養護地區 2 樓樓層控制在 102 床，將輕度養護安排在安養樓層，之後則視住養護人數多寡，必要時再增加護理站及其相關設備。
- 2、工作人員：直接服務人員有 70 人，其包括：社工、護士、照服員；間接服務人員則有 58 人，包括：行政人員、警衛、廚房工作者、清潔人員等，總計有 128 人，為三班輪班制。
- 3、外展服務：外展服務範圍涵蓋三芝鄉、石門鄉、後厝等地區，本機構的外展服務除了送餐服務之外，尚有居家服務、照顧等，這些增加的服務項目增加的成本有限，又目前有 90 多名志工協助，並不會造成本機構太大負擔。因而，未來將積極參與社區照顧，不僅能節省照顧成本，又能增加與社區高齡者互動機會，有時候，甚至可以邀請社區高齡者參與機構活動。
- 4、日托、臨托服務目前已暫停辦理，然若從經營的角度來看日托、臨托服務時，需思考下列問題：
  - (1) 需求市場的多寡：都市地區人口較多，需求較高，但本機構地處人口較少地區，日托、臨托服務的需求可能較低。
  - (2) 交通接送網絡的健全性—支持性網絡建置是否健全

（二）醫療照護方面：

- 1、本機構的護理人員與直接照顧者約占工作人員的一半；醫師則是以特約方式與院外醫院合作，而非專聘醫師。
- 2、部分科別是與醫療院所合作，請醫師至機構內看診，提供高齡者所需醫療服務。

（三）社會參與（高齡者教育、休閒娛樂、志願服務）方面：

- 1、高齡者教育：
  - (1) 本機構首先是從設立社區老人大學開始，1993 年內政部統計我國高齡者已達到總人口的 7%，雙連先辦理老人大學，第一年只有 42 個學生，第三年的學生人數則增為 500 多個，本機構看見高齡者學生增加快速，更發現高齡者教育的需求。
  - (2) 善用院內高齡者專業，依據個人專長而擔任某科別教師，在其他非自己專業科目，則擔任學習者的角色。本機構在此過程中發現，高齡者非常尊師

重道，學習意願強烈。

- 2、高齡者休閒娛樂：本機構會替高齡者安排休閒活動，並提供運動器材讓其使用。
- 3、高齡者志願服務：本機構特別成立院內關懷小組，於社工對每位高齡者每日至少訪查三次之外的空隙時間內，加入關懷行列，讓居住於本機構之高齡者得到更多關懷。

二、針對不同經濟條件、健康狀況的高齡者，貴機構如何設計特殊性的服務照顧方案與收費標準？

- (一) 低收入者：本機構與臺北縣、市政府簽約，提供最多 20 床名額給低收入者使用，不需繳交保證金，住在本中心者亦不再收取任何費用；
- (二) 經濟有困難者：在本機構中經濟有困難者約有 60 位，只要具有牧師、村里長等 2-3 份證明，保證金可以酌收 3、5、10 萬左右（保證金最高 25 萬元）。

三、從非營利組織的角度來看，貴機構在老人照護上有何優勢？有何限制？例如在法令、經費、人事等方面。

(一) 優勢：

- 1、稅制優勢：由於財團法人免稅，使本機構在稅制上佔有優勢，又將 70% 的收入投入目的事業上，可有效提昇目的事業品質。
- 2、特定目的事業用地優勢：取得農地變成特定事業目的用地。
- 3、外界捐助：本機構可以接受民間、政府機構等捐款。
- 4、機構定位：由於財團法人、非營利、宗教團體等機構從事公益相關事務時，較容易取得民眾信任，亦容易得到社會的信賴。
- 5、提升工作人員專業能力：秉持「員工成長，機構才能成長」的信念，鼓勵工作人員不斷地提昇專業，並有實質鼓勵措施：每年每位員工編列一萬三千元的訓練費用，讓他們去參加機構外提昇專業能力的活動、課程，包括研討會報名費、書籍費、學費等，同時，有評鑑機制，如參加研習活動，須繳交參加該研討會的資料與心得，以提昇專業與吸收新知，年終時並作為隔年調整薪水的參考等。此外，院內也有舉辦能提昇專業的研習活動，截至今年 9 月底止，已舉辦 18 場。

(二) 限制：

- 1、機構規模受限：贊成「在地老化」的概念，但不要限制療養機構的床數，否則難以確保服務品質，而有浪費行政費用、社會資源之虞，甚至造成「上有政策，下有對策」等負面情形發生。主管機關可以裁量，因為一家機構若要參與評鑑審核，至少要有 80 床，若再加上折舊，則至少會有 150 床，若以現行規定的 200 床為上限，恐難提升機構的服務品質，間接降低經營者的投資意願。本機構建議可以鼓勵機構參與社區照顧，為其外展服務，讓政府節省

照顧成本，因此希望政府法令不要限制養護機構的床數。

- 2、政府在醫療方面開放給安養中心、養護中心的合作醫療機構種類可以增加，否則，若有行動不便之高齡者，恐難提供完善的醫療照護，且現行規範安養中心、養護中心只能與教學醫院合作才能用健保給付的限制，則會產生診所醫師出診至安養中心、養護中心，但無法使用健保給付的情形發生。

四、貴機構與其他機構或組織，如醫療院所、社福團體、宗教組織等，有無連結關係？目前合作關係如何？

- (一) 本機構無專聘醫師，透過與醫療院所合作的方式，讓機構內長者也能得到醫療服務，如：馬偕醫院家醫科，每週會派一名醫師至機構內看診，另有關渡醫院、其他診所等。
- (二) 有資源互動關係的社福團體約有 30 多個，如：扶輪社、基金會，與其它民間機構，如：婦女會等，讓居住於本機構的高齡者生活更加充實、豐富，目前持續合作中。

五、貴機構對未來高齡者社會福利的期待如何？

支持更多不同背景之機構、組織進入高齡者社會福利領域，安養部分，透過評鑑機制，提昇臺灣高齡者福利產業。

## 附錄二 「健康醫療」、「居住安養」座談會議紀錄

一、時間：10月16日上午9：30

二、地點：台大校友會館3B

三、主席致詞：李安妮副院長（略）

四、背景說明：台灣綜合研究院（略）

五、討論題綱

六、座談摘要：

（一）台北市社會局 薛局長承泰：

- 1、應先對我國老人現況有充分了解，進而再參考其它國家經驗，作為我國政策制定的借鏡。
- 2、台灣的老人特質與其它國家不太相同，而且人口老化速度發生的時間點亦與其他國家不同。根據調查顯示，現今台灣老人具有兩特色：(1)擁有成年子女數及比例皆高，(2)擁有自我住宅比例高，這在國外是少見的。有鑑於此，我國安養（健康老人）與養護服務的發展，應會走出與國外不同的路，建議本研究應考慮家庭機制產生的影響。
- 3、建立特殊的財產信託制度：有些獨居老人或老榮民收入非常微薄，但只因其擁有自己的房子而無法符合低收入資格，而無法領取津貼補助，造成其生活困苦。因此台灣應該針對這群特定對象設計一套能與社會福利接軌，不同於一般的財產信託制度。

（二）行政院經建會 周專門委員毓文：

- 1、人口推計資料需更新。
- 2、建議研究單位先了解行政院所推行「大溫暖計畫」中的旗艦計畫—長期照護十年計畫架構，並將部分焦點放在這計畫上。此外，希望在行動方案部分，能提出更多建議。
- 3、政策規劃方面，可以提出短期、中期、長期等不同時程的政策建議，但每一時程的政策之間應有所串連。
- 4、長期照顧服務的性質不是 in cash，而是 in kind，此需要人提供服務，但目前不僅專業人力不足，其它照顧服務方面的人力亦顯不足。經續會結論中提及政府要推動中、高齡失業者接受照顧服務職訓，但一方面受培訓者意願不高，另一方面培訓後亦不願從事此類工作，可見人力不足的問題尚待克服。此外，研究單位是否有辦法蒐集關於人力開發的資料，如參考日本的作法，冀望可借鏡國外經驗。

（三）衛生署國民健康局 莊主任義利：

- 1、疾病擴張現象是指當老人得了慢性病，接著失能，進而死亡的過程中，從失

能到死亡的過程拉長。政府希望可以讓老人「健康老化」，即希望高齡長者擁有健康狀態的時間拉長，罹病與失能的時間縮短。但台灣目前追蹤的資料顯示，疾病擴張現象持續發生，即因失能而需人照顧的時間拉長，希望此現象不要長期下去，不然長期照護的負擔會很重。政府希能透過預防保健措施，減少高齡者失能機率；對於已罹患慢性病患者，則給予妥善照顧，密切注意其飲食、運動、身體狀況，使其不要進入失能階段，或讓慢性病到失能這段過渡期時間拉長或避免發生。

- 2、勿將老人一視同仁，至少要分成健康老人與失能老人，居住安養服務的對象主要為健康老人；至於失能老人部分，目前政府計畫投入 15 萬名照顧者。健康老人在居住安養方面有其需求，但失能老人耗費資源較多，如民國 93 年的健保統計，65 歲以上老人的花費約占健保總經費的 47%；從民國 85 年至 93 年這近十年中，老年人口增加 26% 左右，醫療經費則增加一倍左右。
- 3、衛生署將與老人健康有關的部分，切成三塊：
  - A. 健康促進—預防保健：減少罹患疾病（即壓縮疾病），減少失能。
  - B. 醫療保險—健保部份，我國全民健保制度，成本低，服務多。目前經續會提出一項建議：推動老人醫學，方便老人使用醫療資源，台灣目前有老年醫學會，推動專科醫師，讓老人在罹病與失能的過渡期，得到好的醫療服務。
  - C. 長期照顧—針對失能者。

(四)周教授麗芳：

- 1、在健康醫療策略規劃方面，可由短、中、長期去探討每個項目。
- 2、老人經濟安全問題—年金制度的建立：目前所推動或籌畫軍、公、教、勞保、勞基法等退休金制度是採年金制；另外，如中、低收入老人生活津貼等社會津貼亦有年金雛型。所以目前的重點在於如何整合這些制度，讓老人經濟安全有「合理」的所得保障。所謂「合理」即有權利、義務對等之意涵。但除了軍、公、教、勞之外，尚有家庭主婦，面對其高齡化問題，政府該扮演什麼角色？其次，老人經濟安全的保障議題為何如此重要，原因在於老人安養、醫療照護等方面最大的問題皆來自於其財源，而觀察先進國家之所以能建立良好的老人照顧系統，最重要原因之一就在於其有個穩定的財源，且多半皆是仰賴年金制度的建立。
- 3、長期照護的問題：
  - A. 現階段的一個重要問題是要有個穩定的財源。
  - B. 依據高齡者失能程度，可將長期照護區分為居家、社區、機構三種類型，在居家類型中，有提供居家服務及居家看護，而每一縣市政府會依據財政情況給予適當的補助。
  - C. 在居家照護方面：軟體部分，目前居家照護的照顧者有二種方式，一為外籍看護工，此存在人權問題；一為本國籍照顧者，此需提昇投入意願。而在硬體部分，需改善居家環境、無障礙設施、緊急拉鈴、社區通報系統、安全扶手等硬體設備。

4、社區部份：希望社區推行「日間托老」，但許多縣市實行「日間托老」並不太成功，其中一個原因是許多日間托老機構並無交通車接送服務，需由家人自行接送老人至日間托老中心，致使其可近性產生問題。因此建議讓政府、非營利組織等協助提供接送服務；其次，需作人力資源的整合與運用，俾有效解決可近性問題。

5、機構方面：

A.目前遇到的瓶頸：一方面供需失調，另一方面管理單位不同，有社政單位（內政部）與醫療單位（衛生署），都各有一套管理系統，造成有些機構投機取巧，在內政部與衛生署間游移。但對民眾而言，應注意機構提供的服務能否滿足其需求。內政部、衛生署在供給審核方面應加以整合，才能以單一窗口面對機構、民眾，在中央與地方之間亦需垂直整合。

B.需注意機構僱用的照顧者，因為政府在評估機構時，發現有些機構會用投機取巧的方式，主管單位需深入探討為何機構會用投機取巧的方式，癥結點何在？

(五)王教授增勇：

1、在家庭方面，目前是規定多於支持，透過家庭不斷強化婦女的照顧責任，且有福利互斥問題，讓老人照顧功能無法妥適地得到支持。

2、全民健保對於社區長期性照顧部份有很多限制，如居家護理、復健等，都有使用次數限制，不完全符合剛出院老人的需要，且全民健保過度醫療取向。

3、從國外經驗得知，需調配醫療與長期照護間的資源分配，同時，大部份長照的資源用在社區，其分配資源的方式，採用「區域化」進行規劃，以「區域」老人照顧需求為依據，把醫療照顧、病床規劃、長期照護、居家照顧等資源一起規劃，由社區按照區域網的人口特性進行規劃。

4、目前長期照護係由衛生署、內政部共同負責，而且整個長照政策還會牽扯到勞委會的外勞政策。使用居家服務或機構照顧，衛生署應考量外籍看護所扮演的角色，不只看國人是否有能力聘用外勞，更重要的是要依需求進行評估，讓需求評估與長期照護扣連起來。又我國在外勞政策方面，外籍看護工的勞動條件似沒有給予相對的保障，福利措施又將使用外勞的家庭排除在外，使其無替代人力，必須獨自面對與管理外籍看護的問題。故政府在政策方面，應給予外籍看護工適當定位與某種程度的自由化。

5、政府介入長期照護的公共性：長期照護管理中心為長期照護體系中非常重要的一環，但目前政府體制內並無明確規範，人員無法正式納編，不僅不利此體制的建立，甚至影響每個區域掌管長期照護體系政策規劃與服務規劃——具有公權力的人——其勞動條件缺乏適度的保障，皆屬臨時約聘人員，且無法留住有工作經驗者。

6、長期照護服務體系的規劃，應作區域性的規劃，才能啟動社區現有力量，不宜過度委託民營，亦不應把台北按時計酬的補助方式推行到各地方政府，應視該地政府、環境條件等而改變。

7、居家服務留不住人才的原因：大抵有二：

A.居家服務員無任何升級規劃，較難吸引年輕人投入；

B.給薪方式：目前政府以論時計酬，無法提供良好的勞動誘因。

8、長期照護可透過社區組織發展：目前在台灣只有 NGO 與營利機構，但根據日本的發展經驗，他們是由需要照顧服務的家庭結合起來，成立一個照顧合作社，成為日本介護保險中一個很重要的承辦單位，可供我國仿效學習。我國目前各地的合作社有收益分配，同時，又能回應社區的共同需要，試著從制度上、服務內容等方面去開發，減少城鄉差距，讓地方承辦照護的單位可以長期發展。

(六)雙連安養中心 蔡執行長芳文：

1、安養部份：從機構觀點來看老人照顧，牽扯到醫療等部分，老人為何會選擇到像雙連這種機構居住？根據本機構對目前新住進來及在排隊者進行問卷訪問，結果發現，比例最高者，與其生涯規劃有關；其次為對此機構有正面的看法；再其次，住在家中比較孤單；最後，單獨在家若身體不適時，如心臟病突然發作，無人幫忙送醫治療，機構裡有很多人可以協助。

2、養護部份：

A.疾病關係的改變（身體健康的改變），若到機構居住，最起碼機構與一些醫療院所有合作關係；同時，在衛生單位同意下，有的醫師可到機構來看診。

B.在家照顧，需有專業人力，若家庭無法妥善照顧，或住家不適合生病高齡者居住，可能就會選擇至養護機構。

3、若機構在經濟、人力、社區等方面的規劃能符合老人的需求，則這個機構就會成功，而且機構內也可以創造家庭溫暖。

4、機構與非機構間，應是功能互補，機構可以與居家照護連結在一起，政府在政策訂定上，可透過機構推動居家、社區服務，如電話問安、送餐服務，以降低成本。

5、住在機構的老人，喜樂與擔憂之處：

A.喜樂：機構環境適合高齡者生活—居住安養，且服務內容的設計規劃，符合高齡者，如雙連規劃老人大學，讓其得到肯定等—社會參與。

B.擔憂：排名第一是經濟問題—經濟安全；第二是疾病、終生教育（生命終點教育）—健康醫療、社會參與；第三是子女的成就、生活情況。

6、希望醫療主管單位能彈性規劃管理機制，讓更多醫療院所、診所等，都能投入機構、社區照顧，增加高齡者就醫的可近性。

7、雙連安養機構並無聘用外勞，皆用本國照顧服務員，費用較貴，但品質（如：語言上的互動）較佳。

(七)弘道基金會

1、提倡三代同鄰，家庭的支撐力可能更大。

2、推動二十四孝，但有些已不合時宜，應捨棄，如：臥冰求鯉；但有些新的現代孝道，如使用正確照顧服務、「即時 call，安心 call」，應予倡導。

- 3、人力資源部分—照顧服務員：可參考日本吸引青年人力投入照顧服務員的作法；同時，對照顧服務員應予尊重、對照顧服務員應有創新管理等。此外，政府應讓 NPO 在照顧服務市場有清楚的定位，但募款應保留給 NPO。
- 4、本機構規劃套餐式服務，試著推行服務管理，設有照護經理，希望可以做到一次評估，服務到手。此「套餐式服務」強調二個重點：一為發展各式服務，二為品質，運用評估量表的方式予以落實。
- 5、推動「人力時間銀行」，創造老人生命價值觀。

(八)內政部社會司 李專門委員美珍：

- 1、目前政府推動長期照護工作，是由衛生署與內政部分工。
- 2、評估量表的整合（整合衛生署與內政部的長期照護量表），希望以個案的需求為考量，再進入照管中心。公權力需介入的部分，目前已經在做，照護安養中心預期於明年7月1日啟動。
- 3、成立照管中心的用意，是希望各縣市能將衛政與社政窗口整合。
- 4、在政策規劃上，補助對象仍以弱勢族群為主。
- 5、在策略規劃上可再強化，歸類更詳細，如短期加強安養機構評鑑調查並且持續監管，希望此研究能放大其廣度，不要只限於內政部、衛生署。
- 6、政府扮演的角色，是要讓民間一起投入，共同合作推動。
- 7、部分鄉鎮已透過合作社系統，發展老人福利服務，如泰山鄉。

七、主席結論：(略)

八、散會：12：32分

## 附錄三 「經濟安全」、「社會參與」座談會議紀錄摘要

一、時間：10月16日下午2:00

二、地點：臺大校友會館3B

三、主席致詞：詹火生教授（略）

四、背景說明：台灣綜合研究院：（略）

五、討論題綱：（略）

六、座談會議摘要：

（一）雙連安養中心 蔡執行長芳文：

- 1、本機構曾對住在中心的老人財務狀況進行調查，其費用支出分配情形：約57%由子女支付，約26%用自己退休金支付，其他部分則由政府補助，由此不難看出，住在機構的老人最擔心的問題之一就是經濟問題。
- 2、高齡者社會參與：機構設有老人大學，高齡者參與意願強烈；院內志工97位中，有1/3是由院內老人擔任，透過此活動讓其重新找到自己存在的價值並對生命感到更有意義。

（二）弘道基金會 林執行長依瑩：

- 1、社會參與：配合行政院推行六星計畫，強調社區照顧，設立社區關懷中心，如本基金會於大里設有大里志工站，志工平均年齡為75歲，透過社會參與創造老人生命價值，另設有時間人力銀行，當志工的時數可轉變成接受別人協助的時數，若三個月沒用即歸零。
- 2、針對失能老人，要有輔具的發展與協助。

（三）行政院勞委會勞動條件處 藍處長福良：

- 1、第一層：政府主要透過國民年金及勞保等其他配套，主要是以保障老年經濟安全為優先考量；第二層：勞退休金部分，目前已推出勞退新制並受到社會局很大支持，其主要是希望能提供老人未來生活的安頓；第三層：鼓勵勞工自行儲蓄、信託等方式存下自己的老本。
- 2、適度延後退休年齡及推行部分工時等措施，俾以提高老人的社會參與及勞動參與率。
- 3、勞退新制中，對於老人部分是強調延後年金，讓老人擁有尊嚴生活。

（四）政治大學 傅教授立葉：

- 1、我國與西方主要國家不同之處，在於人口老化速度非常快，從高齡化社會進入高齡社會約需要1/4世紀，但其他約需半個至1個世紀時間，且其他國家在到達此一長期照顧需求階段時，之前已有成熟年金制度（已實行半個至3/4世紀），且目前台灣的老化速度比其他國家快，但年金制度卻仍未成熟，因此這是台灣目前面臨到的一個重要問題。

2、政府針對不同需求，所介入角色即不同，但若牽涉到強制性，政府就需強制介入。但目前趨勢：政府人事、組織等希望勿再膨脹，政府提供的服務勿官僚化、僵化等，且政府在人民基本需求部分，須保障足夠與合格的服務供給。

(五) 中央研究院 吳研究員中書：

- 1、在提高保費增加財源的同時，也要規範其用途，使勞工退休金、退撫基金等得以運作，且應增加現代化的財務、資金管理彈性。
- 2、隨著老年人口增加，老人消費型態對經濟亦會產生影響。
- 3、鼓勵高齡者再就業，保障其經濟安全：領取勞、公保等老年給付之年齡可往後延，以利鼓勵其再就業。

(六) 行政院經建會 周專門委員毓文：

- 1、現在的老人子女數最多，但未來的老人，他們的子女數會減少，因而目前長期照護制度的規劃應著眼於未來，如大溫暖旗鑑計畫—長期照護十年計畫。
- 2、人口老化問題嚴重，在 2006 年每名老人是由 7.2 個工作人口負擔，預估至 2026 年每名老人僅由 3.3 個工作人口負擔，而到了 2051 年將進一步降至每名老人僅由 1.5 個工作人口負擔。

(七) 財政部賦稅署 張署長盛和：

- 1、老人最大的問題之一是心理自閉，旁人應引導其多參與社會活動，讓其生活更有目標。
- 2、福利若只要求政府當供給者，則重稅是必然趨勢，如北歐國家；但重稅會打擊工作的動力與投資誘因。為了有效分配有限資源，應將照顧範圍進行切割：將老人分成需要與不需要照顧的不同族群，把需要照顧的老人界定出來，集中政府與社會的力量幫助他們。

(八) 行政院內政部社會司 李專門委員美玲：

- 1、社會福利具有安定社會的功能，大部分社會福利措施皆有排富條款，以讓有限資源作有效地運作。目前社會福利的走向是朝向積極面，如創造就業機會。
- 2、從老人狀況調查報告中，發現老人最關心的議題：(1) 健康；(2) 經濟來源；(3) 照顧。照顧與經濟間有連帶關係。目前我國政府推行敬老福利津貼、中低收入老人生活津貼等，約有九成以上的老人已在此經濟安全保護網絡下；敬老福利津貼暫行條例是推行國民年金的過渡性政策。
- 3、國民年金制度的規劃方向：將勞保老年給付改成年金制，再將未有任何保險者(如家庭主婦)納入即可，希望能在 2007 年實施。
- 4、鼓勵老人財產信託，加強保障其經濟安全。
- 5、社會參與部份，目前設有長青學園、松年大學等，皆無排富條款，參與者的滿意度不錯，然仍欠缺有效宣傳，應是未來應加強之工作重點之一。
- 6、領域，政府與民間在社會福利當中是公私伙伴關係，民間無法做的項目，政府會去做。在福利提供方面，經續會的結論，私部門應以非營利為原則。老人照護方面，經濟部也可將科技導入居家照護領域，提升老人居家安全。

(九) 勞委會勞保局 彭研究員德明：

- 1、勞保財務危機：目前符合領取勞保老年給付的被保險人約有 145 萬人，若全都一次申領，給付金額約需新臺幣一兆元，但目前勞保基金餘額只有 4200 多億，若全都來請領，則勞保將面臨破產窘境。目前可能採行對策之一是調高費率，但要推行有其困難，勞委會欲透過修法，建立勞保費率自動調整機制，以解決現有勞保財務問題。
- 2、勞保老年給付年金化是未來的發展方向，但成本較高，在勞保財務吃緊的狀況下，費率須一次調高較多，但有一好處，對勞保短期財務危機有紓緩的作用，但後代子孫負擔會較大。
- 3、保險財務問題，需要政府、雇主、勞工共同面對才能解決。
- 4、需要透過修法以延後領取老年給付的年齡。

(十) 行政院主計處 李專門委員秋嫻：

政府財政困難：目前我國用在社會安全的費用約一兆伍仟億元，占 GDP—11 兆元—的比例約一成，其中完全給付給老人部份（公教、勞保老年給付、中低收入老人生活補助、榮民就養給與、敬老福利津貼等），一年約需四仟六佰億元，若再加上全民健保等，約占整個社會安全費用 8 成 2，政府財政吃緊。

(十一) 勞委會職訓局 施專門委員淑惠：

- 1、將來老人要有新體認—隨著退休時間延長，未來的經濟安全靠自己增加經濟保障。
- 2、延後退休與職訓局相關之處，在於再就業與創業輔導之相關職訓，我國法令對於中、高齡就業之界定為 45-65 歲(OECD 所界定之高齡就業為 50 歲以上)，目前我國 50 歲以上勞參率偏低。45-55 歲與 55-65 歲對職場的需求不同，45-55 歲群體需要的是職業訓練、創業輔導；55-65 歲則為社會參與、服務勞動。
- 3、鼓勵老人再就業，禁止年齡歧視，目前已送至立法院修法，欲將其納入就業服務法中。
- 4、擴大老人就業機會，在不同制度下退休的老人，會有不同的就業需求，有的需社會服務、福利勞動，有的靠其本身的專門知識與技能等，依其需求與能力等，選擇不同的就業機會。

七、主席結論：

- 1、下午討論經濟安全與社會參與問題，一般認為經濟安全較重要，但經今天的座談，發現社會參與也很重要，兩者不可偏廢。
- 2、約 80%以上老人希望可以在自己居住的社區老化，因此，須設計社區參與，政府與民間須扮演更積極的角色。
- 3、經濟安全可分成三部分：一、有無參加保險：參加保險者、無參加保險者；二、雇主責任；三、個人責任：個人儲蓄，針對此三部份，都會提出一些政策建議，包括：基本的國民年金制度、保險費率合理化等。

八、散會：(16:35)

## 附錄四 期初審查會議記錄

一、時間：中華民國 95 年 6 月 7 日上午 9 時 15 分

二、地點：行政院經建會 B138 會議室

三、主席：曾副處長文清

四、出（列）席人員：

（一）學者專家（依姓氏筆劃排列）：

林教授志鴻（台北大學社會工作學系）

陳教授肇男（亞洲大學健康管理研究所）

傅教授立葉（政治大學社會學系）

（二）政府部會：

內政部社會司（書面意見），財政部 江稽核枝華、陳稽核縵璜，行政院勞工委員會 王編審雅芬，行政院衛生署 陳科長瑞菊，行政院主計處 吳視察慧玲，行政院經建會 劉參事玉蘭，行政院經建會人力規劃處 周專門委員毓文、謝專員佳宜、陳專員正民、王專員明聖、邱專員如妍

（三）研究小組成員：

詹計畫主持人火生，李副院長安妮，蔡助理教授貞慧，郭助理研究員曉茹，

謝助理研究員佳靜

五、主席致詞：(略)

六、引言報告：(略)

七、討論與建議：

（一）亞洲大學健康管理研究所 陳教授肇男：

- 1、建議研究團隊不須進行焦點團體分析，宜將研究重心放在策略規劃部分。建議研究方法可以偏重於實際策劃，才能使政策與現實更加契合。
- 2、贊成將研究主要範疇界定於福利服務的提供（in kind service），此外，希望政策能針對整合社區資源加強規劃。

（二）台北大學社會工作學系 林教授志鴻：

- 1、報告中對於臺灣人口老化議題並無很明確的表示，但由於我國人口老化速度在未來十年內會加速，因此建議將人口老化加速的因素納入討論。
- 2、人口老化不應該只侷限於字面意義上，人口老化也是少子化互動的過程，冀望本研究能整合高齡化與少子化的問題，做出全面性的探討。此外，在研究報告中，宜說明選樣國家的原則。
- 3、在高齡化、少子化現象下，應先界定有那些最基本需要？又國家、家庭、市

場應該如何互動與分工，以滿足這些最基本需要？因此本研究重點之一在於有效連結需要與供給，以及有效率的運用資源。

- 4、確認基本需要之後，可以利用制度式保障，來滿足人民基本需要。至於基本需要以外的其他需要方面，國家應該扮演何種角色以滿足之？又當私人可以自行購買服務滿足其他需要時，國家可否透過租稅誘因作為鼓勵？

(三) 政治大學社會學系 傅教授立葉：

- 1、研究團隊在界定研究範圍時，特別強調的是 in kind 部分，我個人也頗為贊同。但經濟安全仍是社會福利制度很核心的一個部分，不應該完全不討論。舉例來說，國民年金制度已規劃多年，但仍未能正式實施，期望此研究能提出一些前瞻性的看法。
- 2、選樣的國家中，是否可以加入德國？抑或跳脫國家範疇，參考國際組織所做過的相關研究與建議，探討歸納可供借鏡之處。
- 3、報告中提到的服務提供者有公部門與私部門體系，私部門包含那些？如何去界定？私部門是指市場，還是第三部門呢？甚至有無包括家庭等等，宜將其界定清楚。
- 4、「醫療照護」策略規劃方面：多偏重於志工、社區部分，較少談到一些制度性的建構，建議可參考照顧服務產業發展方案、健康社區六星計畫等正在推動的方案。除了強調志工部分，也可以強調國家在此方面扮演的角色與功能。
- 5、「居住安養」策略規劃部分，多強調空屋改建，或未來資源重新調配，因為在地老化是目前盛行的趨勢，建議可以將改建現有住宅、規劃無障礙空間納入考量。

(四) 內政部社會司（書面意見）

- 1、研究將老人社會福利供給區分為四類制度，其中將「老人保護與安置」列入「其他優惠制度」，似有不妥，建請補充列入之理由或予以修正；另優惠制度列入「老人財產信託」，依現行信託法或老人福利相關規定並無優惠措施，建請補充說明列入之理由予以修正。
- 2、有關日本及瑞典等主要國家因應人口老化社會福利政策，建請充實各項福利措施之實質內涵，例如於居住安養項下，日本與瑞典皆列有「老人之家」，其內涵是否相同？另瑞典於居住安養項下所列之「老人之家」、「日間托老中心」及「服務之家」之實質內涵為何？有何區別？另日本於休閒娛樂項下所列之「充實感農藝事」內涵為何？等項目，建請補充。
- 3、在策略規劃（經濟安全）之短期策略：「針對身心障礙老人，採取強制信託。」部分：(1) 有鑑於財產權係憲法第十五條保障之人民基本權利之一，受憲法之保障，而老人為完全行為能力之人，對其財產之處分及管理已有民法等相關規定規範，研究建議由醫療院所等單位鑑定後即由主管機關介入，是否妥適，宜請洽法務部表示意見，審慎研議。(2) 基於信託業主管機關為行政院金融監督管理委員會，配合機關建請增列該會。
- 4、在策略規劃（經濟安全）之中期策略：「妥善運用並強化現有職業退休制度。」

部分：配合機關，基於勞保局係業務執行單位，而就業服務相關政策之主管機關為行政院勞工委員會，建請將行政院勞工委員會增列為配合機關。

- 5、在策略規劃（醫療照護）之中期策略：「重新規劃現有公共安養機構。」方面：
  - (1) 基於本項目為醫療照護，涉及行政院衛生署主管之醫療院所、護理之家及本部主管之老人安養、養護機構，建請將「重新規劃現有公共安養機構」修正為「重新規劃現有公有之醫療、安養、養護等機構」，以求周延。(2) 另本項配合機關建請配合建議策略修正增列衛生署。(3) 因社會司非獨立機關，配合機關列社會司者，建請修正為內政部（社會司）。
- 6、策略規劃（居住安養）之中期策略：「整合老人福利資源與分配。」部分：基於研究初步規劃之政策方向已列有「城鄉均衡化」項目，將「整合老人福利資源與分配」列於「居住安養」中期策略是否有特別考量？宜再補充說明。
- 7、策略規劃（居住安養）之長期策略：「強化老人保護網絡服務。」部分：基於「居住安養」項下，短、中、長期之其他策略皆屬老人住宅相關措施，將「強化老人保護網絡服務」列於「居住安養」長期策略是否有特別考量？建請補充說明。
- 8、策略規劃（休閒娛樂）之長期策略：「極引進民間參與老人休閒活動」部分：基於建議策略列有租稅優惠，建請於配合機關增列財政部，以求周延。

(五) 財政部江稽核枝華、陳稽核縵璜：

- 1、租稅會配合政策做一些減免，但「保障租稅化」這個部分，財政部必須重申，要解決高齡化、少子化問題，減免稅賦對於納稅人只具有宣示效果，不具實質誘因，甚而造成稅制上的複雜與稅收的不公平等問題，因此財政部對於減免稅這部分的立場是比較保留。
- 2、針對「休閒娛樂」的長期策略規劃部分—藉由專案協助、租稅優惠獎勵等方式，吸引民間企業投資興建及經營休閒運動場館設施，因牽涉範圍廣泛，故建議在政策規劃時，應該先行考慮我國財政負擔情形，若牽涉到租稅減免，必須讓稅制委員依相關規定做財源上的估算。
- 3、關於遺產稅與贈與稅這個部分：若牽涉信託財產移轉，則會有財產稅的問題；若是生前移轉，則又有贈與稅的問題，然老人的財務交給信託單位管理，且受益人為本人時，則無稅賦方面的問題。

(六) 行政院勞工委員會 王編審雅芬：

- 1、經濟安全部分有提到退休金的問題，其實退休金的給付由 15 年投保時間去作切割，仍存在很多的問題。例如，時常換工作，不適用勞退新、舊制的人，還是無法領取到退休金。若選擇舊制，也只能領到少數的退休金，無法保障其退休生活。
- 2、在人口老化的情形下，延後退休年齡是未來的一個趨勢。希望研究團隊能夠針對如何讓老人延長在職場的時間，做出建議或提出對策。

(七) 行政院主計處 吳視察慧玲：

- 1、民國 95 年發放的老人福利津貼為 281 億，推估至民國 99 年將增為 360 億，

而迄民國 114 年將是人口老化的高峰。單從民國 94 年統計，老農津貼等各種津貼發放金額便高達 800 多億，占總預算比重相當高。就長期的觀點來看，津貼發放方式實為不可行的政策，應改採其他更為有效的方式。

(八) 行政院衛生署 陳科長瑞菊：

- 1、老人健康檢查是全民健保的給付項目之一，因此，政策規劃時，宜偏重於強化老人健康管理。
- 2、目前衛生署有推動活躍老人計畫，宣導並教育民眾了解健康是重要的資產，希望讓民眾有更積極的想法去延後老化。

(九) 行政院經建會劉參事玉蘭：

- 1、研究背景中之「生育子女以質換量」應是結果而非原因。此外，結婚年齡延遲造成的應該是生育率下降；在醫療衛生條件方面「長期照護體系的形成」應放在影響面；影響面這邊「子女負擔加重」，建議改成工作人口負擔加重。
- 2、計畫目標是委託單位提出，但研究範圍中提及只做福利服務的提供這部份，這與其要求不一致，所以，研究範圍還是宜以委託單位所提出之需求為準。
- 3、家庭狀態中之「兩老同住」，建議改成「與配偶同住」。
- 4、保障租稅化這部分，有無可能實施？目前發放的津貼，是否真的是老人受益？宜再審慎研議。
- 5、建議未來從事政策規劃時，必須考慮到可行性與財務面的因素。

## 八、研究小組說明：

(一) 詹計畫主持人火生回覆：

- 1、首先，謝謝各位學術同仁、主席所提出的一些構想，這份報告只是初步構想，研究團隊想用創新與整合的角度進行研究並提出政策建議。我非常同意剛才各位先進所提的幾個大原則，誠如陳教授所提見解，也讓我想一個很好的想法，如果政府能夠把老人需求做成一個長期檔案，例如，內政部從 1989 年以後的「老人生活狀況調查報告」，若能將這份資料做成一個完整的檔案，對於評估老人需求，將會有很大助益，我們會在報告中寫進這一點建議。
- 2、提到福利供給應由公、私部門提供部分，私部門包括非政府組織 (NGO)、市場、第三部門，將來我們會於報告中說明其範圍。在經濟安全部份，未來研究報告會在財務上做一些初步估計。
- 3、國家選樣原則部分，是採用三種福利國家模式的分類，我國的發展模型與日本很接近，較不適合美國模型，而德國這部分我們可以考慮進去，OECD、EU... 等資料也可以參考。
- 4、本土一般民眾的價值觀、想法，礙於經費、研究時程之限制，僅能從文獻去探討。未來研究將著重於策略大方向的規劃，希望走向整合與創新的政策規劃，不會太過於繁細。

(二) 李副院長安妮回覆：

這個計畫的主要重點是社會福利政策，但人口老化的問題涉及層面廣泛，在此說明為何我們要把研究重點放在 in kind。老人除了照顧的問題之外，經濟安全

也是關心的主題，但兩者不能將其擺在一起談，若擺在一起談，恐會產生矛盾。故在規劃老人經濟安全部分，基本上，應該是要做預防性的規劃。因此，我們希望把研究的焦點放在一個比較可以操作的部分去做。所以，希望將研究重心聚焦在 in kind 部分，經濟安全則放在政策建議。

#### 九、主席結論

- 1、經濟安全是本計畫的核心之一，希望能夠按照當初所提的研究需求進行。
- 2、財務評估是計畫中很重要的一環，希望可以加強討論。
- 3、請研究團隊按照所提意見與建議修正研究內容，若有需要相關研究資料，可與本會相關部門聯繫。

#### 十、散會（上午 11 時 20 分）

## 附錄五 期中審查會議記錄

一、時間：中華民國 95 年 9 月 7 日上午 9 時 30 分

二、地點：行政院經建會 B137 會議室

三、主席：陳處長世璋

四、出（列）席人員：

（一）學者專家（依姓氏筆劃排列）：

陳教授肇男（亞洲大學健康管理研究所）

張教授菁芬（東吳大學社會工作學系）

傅教授立葉（政治大學社會學系）

（二）政府部會：

內政部 林副研究員婉如，行政院勞工委員會 王編審雅芬，行政院衛生署  
石科長炫堯，行政院主計處 吳視察慧玲，行政院經建會 劉參事玉蘭，行  
政院經建會人力規劃處 王專門委員 玲、周專門委員毓文、陳專員正民

（三）研究小組成員：

詹計畫主持人火生，李副院長安妮，戴所長肇洋，蔡助理教授貞慧，何助理  
研究員彥慶，謝助理研究員佳靜

五、主席致詞：（略）

六、引言報告：（略）

七、討論與建議：

（一）行政院勞工委員會 王編審雅芬

台灣年輕女性勞動參與率非常高，約有 70-78%，此與先進國家的比率不相  
上下，然在婚後生育時期勞動參與率則呈下降，此為我國女性勞動參與率的問題  
所在。但是女性若選擇不結婚，將造成社會人口減少，若選擇結婚則會退出勞動  
市場，造成勞動參與率下降，因此女性會在家庭與參與勞動市場之間做一選擇。  
本研究在經濟安全部份，除了老人部份，建議可加入一研究主題—如何讓勞動市  
場的女性人力不會快速流失，又如何透過社會福利制度支持女性婚後再度就業—  
這對延緩人口老化、解決勞動力不足等問題將有助益。

（二）行政院衛生署 石科長炫堯

1、日本是將介護保險與醫療保險分開，我國是將兩者合併，其差異性為何？以  
日本介護保險而言，歷經黃金階段、新黃金階段等過程，為何有此演變，其  
階段性變革為何？

2、供需這方面的資料較少，盼能強化。

（三）行政院經建會 劉參事玉蘭

1、報告中有些修辭、描述待加強，建議有些資料可用「表」呈現，會比「圖」

表示更為詳細；人口結構老化對社會的影響部份，似乎未寫完。報告 3-6 頁，應是「勞動高齡化」而非「勞動生產力高齡化」。

- 2、由於多數國家中的醫療服務是採取保險方式，而只有在德國、日本、荷蘭少數國家才有照顧保險，因此建議此報告應將醫療與照顧分開談。另在報告中談到醫療不足，但事實上照顧資源、居住安養等問題比醫療不足的問題更大。
- 3、在政策方向初步規劃中，我國過去高齡人口中，男性比較多，係因大陸來台者大部份是男性。但在各國的高齡人口皆以女性居多。我國對榮民有不錯的照顧措施，但女性高齡者呢？因此，性別主流化確實是未來需擔心的問題。
- 4、在政策方向初步規劃中，本研究建議在保障租稅化方面，將目前所得稅法規定扶養老人的免稅額度(1.5 倍)增加 50%，但若再提升，必須要限定確實有扶養事實者，但要確認此一事實有其困難；再者，增加免稅額度，對高所得者有利，對所得不高者並無助益。至於老人津貼方面，津貼一定要真正用於照顧高齡者，而非落入年輕子女手中，但此亦難以限定。
- 5、在策略規劃（初步構想）中所言，中期妥善運用並強化現有職業退休制度，落實勞退新制，並針對工作未滿 15 年之老人，提出補救措施，具體作法為何？是否該補救？財源從何處來？若使用舊制所產生的問題，政府是否應該負責？又其有無能力負責？是否該提出如此建議，值得再探討。
- 6、關於居住安養方面，短期鼓勵民間建商將空屋改建為老人住宅以供老人租賃之策略，目前內政部已在實行。至於中期策略所提保留國民住宅一樓空間作為社會福利設施用地，目前國民住宅已飽和，政策上已不再推動興建。
- 7、人力資源運用的中期策略方面，鼓勵企業或民間團體運用銀髮人力很困難，若要補助費，財源從何而來？同時尚須配合鬆綁現行勞動法規才有可能，需要再進一步檢視有礙高齡者就業的相關勞動法規。

#### (四) 行政院經濟建設委員會人力處規劃組 王專門委員玲

- 1、部分資料須更新、更正，如簡報第 7 頁關於女性晚婚比率、第 8 頁臺灣已婚婦女生育子女數等，國外方面的資料也請適時更新。
- 2、數字表達格式須統一，避免陷入雜亂無章的情境。

#### (五) 行政院經濟建設委員會人力處社會組 周專門委員毓文

- 1、報告 1-12 頁的立論宜再斟酌：臺灣人口老化的問題是非常嚴重，是後發先至，1-12 頁的描述—「…台灣地區人口結構高齡化程度仍略不如先進國家嚴重，…」請考量修正。
- 2、本研究的理論架構與後面的政策規劃似缺乏密切的關聯與可運用性，又國民年金幾乎已經定型，不需著墨太多，建議可將研究重心放在照顧服務支持體系範圍較好，因目前政府與民間各自應扮演何種角色還未定型，若可行的話，建議可在這方面多做一些研究。
- 3、經費來源是推動社會福利很重要的一環，但報告中並無針對國內、外社會福利經費之編列與運用有所著墨。

(六) 東吳大學社會工作學系 張教授菁芬

- 1、主要國家的社會福利發展面向，有自由主義、社會民主等不同模式，在因應人口老化問題時，所採行的社會福利政策有何不同?本研究所列出的相關討論議題，是採較分散式的方式，但有的國家不一定是將醫療、經濟安全、居住安養等分開來談，例如日本，係採取配套措施，試著把年金與長期照護做整合式的配套，但美、加地區的發展模式又不相同，這方面可以多做一點探討，對於我國該採取何種福利模式，應會有所助益。
- 2、第二章人口老化趨勢的分析，可否增列第三節，在各個國家討論完後，發現主要國家老化速度與進程是不一致，其不一致會產生一個意涵，臺灣在老化進程中屬於那一塊，對我國政策上的發展可以重新再去思考。老化是一個同質性的東西，可是邁向老化是一個異質性取向，如果仔細去思考在老化異質性的面相上，對政策規劃會有幫助。
- 3、在第三章部份人口老化所產生的影響，每個國家對老化的解讀與影響不一樣，每個國家如何看待人口老化的問題，會影響其所提出因應的政策及服務模式，不同的福利模式在因應人口老化對策上會有所不同，如日本與瑞典，若這塊沒有解釋會有跳過去之感，很難讓人理解其政策模式為何會有如此大的差異性，建議在第三章多點討論。
- 4、在第四章部份主要國家因應人口老化會有一些改革策略或取向，如日本有新配套措施後，便做了一些轉變，這其中便牽涉到該國如何去思考該問題，而影響其改革方向，改革後曾做了那些評估，那部份確實值得檢討，這會牽涉到這些政策對該國有何意涵?建議在文獻上可以多加強人口轉型如何影響到該國福利政策。
- 5、在第一章所提理論部份，相關理論在政策運用確實有些困難，有些文獻中有特別討論到人口變遷結構如何影響到福利轉型與改革，建議在文獻上若可以再加一點，福利轉型與改革上如何去解讀更好。
- 6、建議對我國人口政策的建議，可以參考歐盟人口政策白皮書配套及其預設的福利意涵等。
- 7、對於國外政策改革的借鏡上，由於每個國家的福利思想不同，如提倡自由主義的國家，會強調經濟安全的推動，在社會民主國家如日、德，則強調照顧與安養，在歐盟則強調社會參與，因為思維模式不同，而有不同的措施，如果沒有這些背景討論，便會陷入不知該參考或學習何種模式的困境。
- 8、關於標題的問題，在第四章教育休閒方面，建議標題可改為社會參與，下面再細分為教育、休閒、志願服務等部份，較能與後面的政策規劃有所呼應。

(七) 亞洲大學健康管理研究所陳教授肇男

- 1、在研究時間及條件許可的範圍內，建議可就老人福利目前的供需情形進行分析，至於要如何進行?舉個具體例子來說明，如老人休閒方面，目前有許多老人休閒活動與設施，其使用率為何?預期將來要達到怎樣的使用率?如此便可把研究架構與理論結合。

- 2、在借鏡別的國家這部份，報告現階段存在兩個問題，一為內容過於簡要，其採行措施未交代清楚，且欠缺利弊得失的分析，若有這些具體的分析，較能讓我國參採借鏡；二為性別主流化的問題較不容易釐清，一方面女性就業率比較低，但另一方面女性年老之後，多與子女同住，其經濟問題等較易解決，所以真正的問題是獨居老人，但若一直強調性別主流的話，則獨居老人問題一直無法釐清，這部分建議可再多找一些文獻資料來參考，以作適度釐清。
- 3、關於第二章部份，應以文章為主，圖表為輔，圖、文相互呼應，問題是目前兩者各自獨立，而且分成很多細節，為何要分成如此多細節，開頭並無說明。此外，許多內文用語、措辭、格式等並無統一，盼能一致。同時，有些資料在敘述上有問題，如報告 2-6 頁，「1950 年代初期，日本出生率曾高達千分之 25 左右，但 1970 年之後，受戰後嬰兒潮趨勢影響，開始急速下降」，其因果關係可能有點顛倒，請研究修正。另外，報告內容有些部分寫得太過簡短，建議能補充以符合需要。
- 4、人口結構老化對家庭的影響部分，家庭結構從很早以前就開始改變，從陳寬政等的研究便可看出此一改變趨勢，許多新的家庭型態已經產生，如新型式的擴大家庭，雖沒住在一起，但彼此間常聯絡、往來等。
- 5、總之，希望將來的建議是比較深入、具體化，非用一句話即帶過，建議能把需求、供給面都能提出來分析，這樣會較具體，會更有助益。
- 6、政策規劃方面，建議要考慮現狀、可行性等，如老人住宅方面，是否要推此計畫，要看老人意願、建商意願、空屋量等；關於照護方面，吳淑瓊等之研究應可供參考。

#### (八) 政治大學社會學系傅教授立葉

- 1、在有限時間要處理這麼大的題目，可以在開頭就將問題界定清楚，如上述人口問題：包括高齡化與少子化帶來的問題，這部份是否要處理？若不處理，要界定好。
- 2、教育休閒部份離社會安全政策較遠，若要討論，其範圍會不會太大？用社會參與來取代較適當。
- 3、第一章第二節相關理論的回顧，與後面要探討、研究的問題之間，其關聯性不是很強，這節是否有存在的必要性？建議若一定要有這一節作理論性的探討，可轉成福利思潮的變遷，包括人口老化、全球化等對福利思潮的影響，特別是針對人口老化問題，許多國際組織皆有相關的報告，可以引用一些重要的理念、原則、思考方式等來做討論，對後面的研究較有直接相關性。
- 4、第二章部分，建議可再增加我國人口老化特質與世界主要國家人口老化特質之異同分析。
- 5、第三章部分，人口老化所產生的影響，有些部分有點簡略，比如：對經濟的影響，現在主要是從生產面來考慮，但其對消費面也會有影響，消費人口結構改變，會影響相關產業的發展；第四節對社會的影響，提及一、社會角色扮演日淡，較屬於個人層面，對社會的影響可以談些較結構性的層面，原先

想到是家庭，但前面已提及家庭結構的變遷。除了這四個面向外，是否也有考慮到其它更重要的面向，如對空間配置的影響，將來在社會上會看到許多老人及許多失能的長者，這時空間設計就變得很重要。在此謹提供想法，在有限的時間下，是否要納入，由研究團隊自行考量。

- 6、第四章部分，目前的討論方式是依照國家及其不同的政策面向去探討，較屬於描述性的討論，最好是能夠將這些討論作一個總結，整理出一些共同的方向、原則、理念或差異性，若能提綱挈領的整理出來，較容易引導讀者了解，才能夠從不同的福利國家模式中，尋找出較適合我國的發展方向。
- 7、關於保障租稅化問題，是否為研究團隊非常強調的重點？是要強調福利要有固定的財源類似租稅、保費？還是真的是目前內容所指的，強調所得稅的減免？租稅福利不一定會令人滿意，且減免的較多會是有錢人的稅，同時會使得稅收減少，而且還要認定扶養事實，在政策上很難做到。
- 8、關於資源社區化方面，會不會讓人想像資源大部分來自社區，若都來自社區，由於每個社區差異性很大，窮社區沒有足夠資源來解決社區問題，與本來要達到城鄉均衡的目標是相反的，改成資源多元化會較好，資源不一定來自政府，亦可來自民間、社區等各個層面。或者這裡所指的福利社區化，是指福利服務管理、決策的社區化？這也可作為下一步與專家、學者座談、機構訪問等之後再調整。
- 9、在策略規劃的長、中、短期劃分部份，其理由為何？如經濟安全，短期方面，推動老人財產信託，目前還未做；長期方面，落實個人退休帳戶，如勞退新制，現在已經在做了，研究團隊可能需要作些說明或調整。人力資源運用方面也有類似問題，有時也須法令修訂的配合，如老人勞動、彈性工時等問題，其相關的年金、勞退等也須配合考量、修正。
- 10、期中報告後，預定的工作項目頗多，希望今天所提出來的建議，不致於要讓研究團隊增加太多工作壓力。此外，預定要完成分析現行老人社會福利供需落差部分，現在整理出來的是目前的供需現況，若要推估未來，須考量我國未來老化會特別快速，未來推估是否一定要推估到量？還是做到質的討論即可？研究團隊可再去思考。
- 11、照顧是福利還是產業？照顧這部分，希望在使用時是非營利化、公共化、一種福利、權利，但供給是否要非營利化？供給面若能走向產業化，供給量才會充足。
- 12、關於我國究應走向何種福利國家模式？北歐模式是較理想，但我國目前財政結構與北歐不同，若透過社會保險方式籌措福利財源，則與德、日模式較接近，但又不完全一樣，如全民健保，我國透過社會保險追求北歐模式，但與德、日模式不同，二代健保改革方向與北歐模式更接近。雖然這些外國模式可供我國參考，但最後仍須走自己的路。

(九) 行政院主計處吳視察慧玲

若要求此計畫要估算服務供給量、需求量，是較空洞，不如看我國目前財政、

稅收等狀況，再來檢視我國適合走向何種福利模式會較務實。雖然，有些人希望我國福利模式走向北歐模式，但我國的財政、稅收與北歐不同，我國稅賦依存度只有 50%，但北歐高達 90% 以上，他們的國家財政來源幾乎都是固定的，但我國僅一半是固定，一半是浮動，可參考財政部有關財政依存度的資料。

#### 八、研究小組說明：

##### (一) 詹計畫主持人火生回覆

- 1、首先，謝謝各位學術同仁、主席所提出的一些構想及問題，在我們研究團隊能力所及範圍內，會儘快做些修正。
- 2、謝謝經建會所提供的資料，我們會予以更新。
- 3、關於主要國家取樣的立論基礎，這部分會重寫，當初我們選擇這些國家，主要是基於有三個模型的考量，一、北歐模型，由國家扮演主要角色；二、德、日模型，由國家、企業、民間三者共同扮演福利供給的角色；三、美國模式，較傾向由企業、個人扮演主要角色，國家（包括聯邦政府與州政府）的角色較弱。至於我國較屬於何種模型？個人認為我國較接近德、日模型，我會在第一、二章修正，將此問題交待清楚，之後所辦理之專家、學者座談亦會提及此問題，這樣下來，各位所提的許多問題，諸如國家應扮演何種角色，福利經費來源等，會作適當的闡述。
- 4、關於醫療與照顧的關係，德國與日本係將全民健保中負擔最重的這一塊，即中、高齡人口的照顧，從中切割出來，這種模式也可解決目前我國全民健保的問題。
- 5、歐盟分成四大體系：北歐模型、萊茵河模型、盎格魯撒克遜模型、地中海型模型，到底我國接近何種模型，會在報告中作分析；同時，對於政府、企業、NGO 等所應扮演的角色，我們皆會增加進去。
- 6、名稱上的修正，我們全盤接受，謝謝陳教授將您的大作送給我們參考，我們會將它納入報告中；關於參考文獻不夠完整的問題，我們會修正。

##### (二) 李副院長安妮回覆

關於照顧這一塊，婦權會是希望能由非營利組織來推動，並營造一個有利於非營利組織生存的環境。至於其發展模式，希望能採北歐模式，非德、日模式。

#### 九、主席結論

- 1、期末報告會邀請更多部會參與，檢視報告所提政策是否可行？有無配套措施？
- 2、經建會有更新的統計資料可以提供給研究單位，讓研究單位可以深入去思考更深入的問題。
- 3、主要國家因應人口老化社會福利政策改革經驗之借鏡，若能點出人口老化對臺灣政治、經濟、社會可能產生的衝擊與後果，則對臺灣的政策規劃會有警醒的效果。同時，可呈現主要國家推動這些政策改革的利弊得失，是否有無創新的作法用以解決人口老化相關問題，這些都非常值得我們借鏡。
- 4、期中報告之後，預定要繼續進行的工作項目相當多，希望努力如期完成。

- 5、希望研究團體參考了國外改革經驗及其利弊得失後，在政策規劃的建言上，能提出較具體、可行的政策，以利政策研擬與推動。至於報告所提的短、中、長期政策規劃時程，其立論依據為何？希望能再多加闡明其理念及所考量之相關因素。

#### 十、散會（上午 11 時 40 分）

## 附錄六 期末審查會議記錄

一、時間：中華民國 95 年 12 月 18 日上午 9 時 30 分

二、地點：行政院經建會 B138 會議室

三、主席：陳處長世璋

四、出（列）席人員

（一）專家學者（依姓氏筆劃排列）：

台北大學 林副教授志鴻

台北大學 孫教授健忠

亞洲大學 陳教授肇男

（二）政府機關：

內政部 駱專員巧玲，行政院勞工委員會 王編審雅芬，行政院主計處 吳視察慧玲，行政院衛生署 蔡副處長淑鳳，行政院經建會 劉參事玉蘭，行政院經建會人力規劃處 曾副處長文清、王專門委員 玲、周專門委員毓文、陳專員正民、王專員明聖、邱專員如妍

（三）台灣綜合研究院：

詹計畫主持人火生、李副院長安妮、戴所長肇洋、蔡助理教授貞慧、謝助理研究員佳靜、何助理研究員彥慶

五、主席致詞：（略）

六、引言報告：（略）

七、討論與建議：

（一）亞洲大學健康管理研究所 陳教授肇男

1、計畫內容的研究方法、結論建議等應再強化，並將為何要舉辦座談會的目的更明確化，另探討主要國家因應人口老化社會福利政策實施與改革經驗，所發現的研究結果有許多較佳的構想，但應具體落實於政策規劃內，例如：女性人口老化的趨勢等。

2、在研究內容上，應多多利用數據資料佐證，建議可參考內政部、行政院主計處等相關單位的統計資料，並藉由研究結果再加上統計資料推估未來數據及所造成之影響，例如：延長退休對年金計畫、在地化、機構安養等的影響，以強化研究報告的可信度。

（二）台北大學社會工作學系所 孫教授健忠

1、應修正研究內容措詞，且內容中有提到之參考資料應註明於參考書目中，另應說明為何選取這些國家，是否有類型可劃分？

2、人口結構高齡化所產生的影響中，應加強說明選定四個構面：個人、家庭、經濟、社會的理論基礎，且計畫內容中前段提及社會高齡化的影響，後段提

及的少子化問題，兩者之間有何相關連必須說明。而少子化也必須要說明與最初所提之四個構面是否有相關？

- 3、在第二章應加強各主要國家之背景，探討比較不同國家之政策異同，同時應一併將台灣發展現況納入一起比較。第三章對個人影響部分缺乏實證資料支持報告真實性的強度不足，此外最近常於報紙報導的老人自殺人數升高亦應加入報告中討論，另於此一節需更清楚地說明對於個人的影響是因個人老化的影響或者是整個社會對於個人的影響。家庭構面，可引用西方與東方家庭的差異與政策的適當性，對政府政策的走向做出建議。對於整個報告，這章應是最重要的部分，必須提出具體的說明以利未來政策方針的決定。
- 4、第四章內容提到各國所實施的改革政策，但卻未提及各國政府在政策執行上所扮演的角色。說明主要國家的因應政策時，內文點出各國政策的改革方向，應清楚突顯改革原因、理由，以及各國改革的差異比較；並在第五節「改革經驗借鏡」的部份每個改革經驗都有好處，但卻未提出我國採用與否的評斷標準。
- 5、第五章探討台灣因應人口老化的社會福利政策供需落差分析，應再針對目前老人福利政策及高齡化等相關問題詳加說明，並進行深入分析，以尋找未來因應之道。
- 6、第六章從主要國家與我國計畫內容中所提及之論證與計畫最後的建議規劃應加強兩者間的關聯性，例如：鼓勵女性的作業是否有新的管道等。第七章應加強說明短、中、長期策略之劃分依據及論證基礎，且可參酌目前政府已推動之相關計畫，重新調整短、中、長期策略。

(三)台北大學社會工作學系所 林副教授志鴻

- 1、在研究架構中，建議先研究台灣因應人口老化社會政策整體現況，作為與其他國家比較之基礎，其次再探討主要國家因應人口老化之社會福利相關政策，如此一來，國家間的差異分析比較具有意義，而後續的研究結論也較能符合台灣未來發展趨勢之需要。在報告中應該更要清楚區分長期照護與居住安養的部份，並對不同年齡的老人是否最初就進入安養機構作討論。在社會福利措施上，在報告中將健保與老人年金部分作同一措施看待，於歐洲與日本等社會福利較先進國家將健康與年金兩部分分離有所不同，因為這是一種趨勢，建議報告也將此二部分作分別探討。
- 2、台灣在醫療照顧體系多元化過程中，該選擇統整這些體系或是延伸現有各體系，須在研究建議中加強論述，以確定主要政策方向。
- 3、建議年金制度可考量各個不同環境情況下，所造成的影響及相對的因應政策，例如：不同的工作地位、儲蓄方式等皆會影響年金制度。在國外已實行多年的社會福利最後才決定目前的制度，臺灣目前有很多社會福利政策卻無法適當的整合，建議研究團對可針對政策整合提出建議。
- 4、健保制度隨著人口結構老化愈來愈值得重視，建議研究團隊應加強提出我國健保制度施行成效不佳的政策建議，例如：65歲以下的人，醫療健保將採行

自費方式，而 65 歲以上，則採行健保已付等。

(四)內政部 駱專員巧玲

- 1、在頁 5-34 中提到提供居家安養照護服務中至少三項，應修正為至少四項。
- 2、於頁 5-35 中，喘息服務的定義應該更清楚的說明。
- 3、頁 5-36 中，人口普查結果顯示原以人數作為資料說明，應修正為「45 歲以上約有 9.7%需要長期照護」。
- 4、頁 6-17 中所提及的家庭托顧定義應更清楚的說明；同頁中的喘息服務應為專人照護，並且在類型上應分為機構喘息與居家喘息。

(五)行政院衛生署 蔡副處長淑鳳

- 1、研究內容過於強調經濟與社會層面，對於健康與醫療的部份甚少提及，建議須加強醫療照顧體系相關論述，其中包括現行體制、未來發展方向、整體醫療照顧體系的定位，以及與社會福利關聯。
- 2、健康與醫療的規劃應屬於健保或是社會福利的範疇，報告中應提出建議。
- 3、在未來政策的實行中，政府有些辦法已經在實施，不應在報告中以原則性定義方向。
- 4、研究內文 p. 21 論述中，主管機關應屬於內政部，建議該內容調整修正。
- 5、研究架構的呈現是否能將供需落差更明顯的說明，並以世界人口與臺灣人口的比例比較出台灣在老人照護需求，與世界的需求作比較突顯需求與供應的落差。
- 6、在策略規劃的原則中所提的幾項大項中，是原則還是方向必須說明清楚。

(六)行政院主計處 吳視察慧玲

報告內容中提及的供需部分建議應加強數據資料的顯示，以及推估照顧量，並再考慮政府的財政狀況，是否能有效支援社會福利支出等，以利未來短、中、長期政策規劃與國家財政配置措施。

(七)行政院研考會(書面意見)

- 1、第一章第二節二、政府在福利供給所扮演的角色中，引用 Glennerster 建構之福利服務供給基本架構(表 1-1，頁 1-5)，服務供給部分應增加政府、民間等來源。
- 2、第一章第三節一、研究架構(頁 1-10)，除以架構圖呈現外，建議增加文字敘述。
- 3、第四章第四節一、日本，提出日本設有高齡人口福利中心(頁 4-43)，建議補充說明其設立方式，及與我國現有的老人福利服務中心、長春學苑、社區照顧關懷據點等功能是否相似？並請就值得我國學習之處加強陳述。
- 4、第七章第二節一、經濟安全(三)協助高齡人口之社會救助措施(1)短期策略建議強化中低收入高齡人口在重病看護補助、醫療補助、住宅改善居住環境費用等措施(頁 7-20)，目前政府皆已提供(中低收入年滿 70 歲以上老人之保險費已全額補助；中低收入老人每人每日補助 750 元看護費；中低收入老人住宅設施設備補助改善每戶最高補助 10 萬元)，建議進一步說明應如何強化？

(八)行政院經建會 劉參事玉蘭

- 1、頁 3-7 原「勞動生產力高齡化」應修正為「勞動高齡化」。
- 2、頁 3-8 應加強補充健保保費支出是否應提升的看法。
- 3、頁 4-15 應確認 OASDI 稅率的數據資料。
- 4、頁 5-17 內容中提及流浪教師是由於學生減班的因素並不正確，應修正。
- 5、頁 5-21 表 5-12 中 2000 年佔政府支出比率的數據資料應修正為正確數據。
- 6、頁 5-39 內容中原提及國民年金制度歷經 8 年規劃，但到目前為止，應修正為超過 8 年的規劃。
- 7、頁 6-5 的表 6-1 台灣國民年金保險概要目前已無實行，且內容中提及「國民年金與工作年資年金掛勾」，應修正為「國民年金與繳費年資年金掛勾」，另在第六章所提出之短、中、長期策略應多考量是否符合目前的趨勢潮流及台灣需求。

(九)行政院經建會人力規劃處 王專門委員玲

報告內容中應注意數據資料的正確性、用詞的一致性（如頁 2-8、頁 7-3）。

(十)行政院經建會人力規劃處 周專門委員毓文

- 1、建議對各國醫療保險部分應作更深入說明。
- 2、有一些國家對於長期照護的政策是採用稅收制，建議內容可再增加 1 至 2 個稅收制的國家，以比較其不同之差異性。
- 3、內容中提到「在地高齡化」與「在地老化」是否相同意思，若是，請將名詞統一化，而目前台灣政府是採用「在地老化」的用詞。
4. 頁 7-21 內容中所提及增加外勞人口並未清楚說明是採用在幼兒托育部分或是在老年人口照顧部分，建議應減少外勞照顧在幼兒托育的部分，但可增加在老年人口照顧的部分。

(十一)行政院經建會人力規劃處 王明聖

- 1、報告內容的數據資料需更新至最近，如日本、德國、瑞典等。
- 2、頁 2-5 中表 2-5 人口增加率應加強說明瑞典、加拿大等與其他各國幅度變化不一致的原因。

(十二)行政院經建會人力規劃處 陳專員正民

- 1、建議應加強修飾字詞說明的流暢度。
- 2、報告內容主要最重視第六章、第七章，以作為政府將來政策規劃及其他各機關執行之參考。

(十三)行政院經建會人力規劃處意見(書面資料)

1、資料更新、修正部分

- (1) p. 2-3 有關台灣 2005 年平均餘命已有數據，應補上。
- (2) p. 4-2 提到世銀的三層保障體系，惟世銀已在 2005 年修正三層保障體系為五層保障體系，請更新資料。

第 0 層：明顯處理貧窮問題為目標。

第 1 層：強制、不須提存準備、公共管理的確定給付系統。

第 2 層：強制、提存準備、民營的確定提撥系統。

第 3 層：自願退休儲蓄。

第 4 層：非財政策略更廣的社會政策脈絡，如家庭支持、健康照顧的可獲得性及住宅。

- (3)表 5-6 內日期為民國，但表名稱卻用西元，請統一敘述方式。
- (4)表 5-17 標題為台灣高齡人口經濟安全制度發展，但其所羅列為目前的各類制度，故標題改為制度內容較為妥適。另「榮民就養給付」，請修正為「榮民就養給與」。
- (5) p. 4-33 表 4-1 中日本照護體系之組織類型為中央集權，然實際上是由各市町村為保險人，較屬於地方分權形式，請再確認資料的正確性。
- (6) p. 6-5 所提到的表 6-1 之國民年金版本係為 91 年版，目前行政院已重新規劃，採用 91 年版內容進行檢視是否妥適，請再斟酌。且分析中提到國民年金與工作年資掛勾，此項敘述恐對 91 年之國民年金版本有所誤解，請研究單位再予檢視。
- (7) p. 6-7 經濟安全長期策略中 C.推動附加年金制度，此項與目前政策方向不符，建議刪除。
- (8) p. 6-17 (3) 規劃喘息服務中的 A 所提的內容並非喘息服務，請修正。
- (9)日本、德國及瑞典年金改革之資料皆非最新，如德國點數制度及瑞典 NDC 制度的設計：名目式確定提撥制 (NDC) 的帳戶設計是將隨收隨付制設計成類似確定提撥制。年金給付的支付方式，像傳統的隨收隨付制，但在給付和保費之間的連結是個別化的，且是透過名目式確定提撥計算機制來確認。最終，純粹的名目式確定提撥制是一種特別形式的純粹隨收隨付制 (a “pure” NDC system as a special form of a “pure” PAYG system)。在真實世界中，幾乎所有的隨收隨付制，特別是名目式確定提撥制都有緩衝基金 (buffer fund)，使成為混合的隨收隨付基金系統。對每個世代而言，年輕世代的財政負擔是固定且由 G-value 決定 (如 the notional interest rate 和預期平均退休期間)。
- (10) P. 5-31, (2) 社會保險，目前台灣保障高齡人口經濟安全之社會保險項目：應將農民健康保險拿掉。
- (11) P. 2-26、2-27 引用 (行政院內政部 3, 2006) 資料，括號內出現小的註釋符號，意義為何？
- (12) P. 5-32、5-39, 國民年金保險 (立法院審議中)，應改為 (行政院審議中)。
- ## 2、資料內容強化部份
- (1)關於第四章主要國家實施經驗的第一節經濟安全部分，所呈現之各國資格似乎遺漏近期的改革，如瑞典於 1999 年已實施年金制度改革，引入 Notional Pension Account，此屬重大變革卻未出現在本研究報告中，請再加以檢視各國資料予以 update。
- (2) p. 3-3 (二) 提及目前照顧機構不足，但目前各類照顧機構平均入住率僅約七成，呈現供過於求的問題，且現今的長照政策重點與民眾偏好均為在地老化，

故需補強社區、居家照顧，故本段所稱獨立生活受阻直接導入機構不足之結論，需再斟酌。

- (3) p. 4-19 第二節健康醫療政策中，所介紹日本之黃金計畫、新黃金計畫等，其實為日本實施介護保險前的先導計畫，此部分資料應移入第三節居住安養政策較為妥適。
- (4) P. 2-6，提及 P. 2-5 表 2-5，人口總增加率，美、加每年皆高於台灣，日、德、瑞典則低於台灣，然瑞典 2004 年 4.0 是高於台灣 3.7，但是瑞典的人口增加率自 1996 年是逐年遞增，與各國趨勢都相反，應細部探討是否係國家政策造成的影響。
- (5) P. 2-18，提及加拿大利用移民政策來減緩人口減少的情形，係因未採行鼓勵生育之人口政策（家庭政策），抑或推行無效或成本太高，而改採用移民政策，抑或直接採用移民政策，可否花一些篇幅多作描述。
- (6) P. 3-9，針對「勞動力減少將造成資本深化（capital deepening），使每一勞動者可用資本增多，此現象對勞動生產力有正面的影響。」應多加描述，論述清楚。
- (7) P. 5-4、5-5 表 5-4、5-5 一個是看比例，一個是看重要度，其中表 5-5 的重要度是要如何解釋？
- (8) P. 5-6 從性別的角度看出 65 歲以上之男女經濟安全的重要度皆是以子女奉養為主，但女性 65.77 大於男性的 40.98，政府救助或津貼為次，女為 36.69 大於男 30。然男性第三、四個順位主要依賴退休金、撫卹金或保險給付為 23.6（女性僅為 4.68，相差甚遠）及自己工作或營業收入 16.95（女性僅為 6.61），女性第三、四順位主要依賴為儲蓄、利息、租金或投資所得 8.04（仍低於男性 13.54）及配偶提供 7.6（大於男性的 1.2），如此解釋較能呈現性別差異。但因其係重要度的解釋，所以各項經濟來源累加會超過 100，解釋上如何闡述？
- (9) P. 5-8 內政部統計處 2006 針對 65 歲以上高齡人口之調查，認為需政府加強提供之服務項目，其 2002、2005 年無意見與拒答比例分別高達 55.84% 和 77.35%，其最後調查出的結果又以「其他」占首位，這樣的資料是否具代表性，「其他」指什麼，報告納入此項結果，能呈現出什麼特別的意義？
- (10) P. 5-12 表 5-9 除了看 65 歲以上高齡人口認為理想的居住方式外，也應相對看實際的居住方式會較佳（就如同預期生育數與實際生育數有無差距）。

### 3、結論建議部分

- (1) p. 6-27 經濟安全的中期策略提到以社會保險辦理育嬰留職停薪津貼，目前正在研議中，建議可改為短期策略。
- (2) 第七章第二節政策建議部分，希望內容能夠細緻且具體可轉化為政策建議。其中針對第二章第二節影響台灣人口老化現況與趨勢中，提及生育率降低等相關問題，雖於第六章第三節提及針對少子女化提出之因應原則，但結論似乎未提出相對應之具體解決策略，文章脈絡應前後呼應，先找出問題並尋求具體解決策略，若未採某種策略，其原因為何？

## 八、台灣綜合研究院研究小組說明

### (一) 詹計畫主持人火生回覆：

- 1、資料引用、統計數據的佐證，以及資料時效性，會在研究報告中一併改正。
- 2、與會專家學者及政府機關代表對研究內容所提各項應加強之建議，本研究團隊會逐一調整修正。
- 3、研究重點仍將會著重於策略大方向的規劃，朝向內容整合與創新的政策方向提出研究結論與建議。

### (二) 李副院長安妮回覆：

人口老化所造成的衝擊，涵蓋層面相當廣泛，性別主流化也是一個重要的議題，故將重新考慮研究架構再行調整。

## 九、主席結論

- (一) 研究內容宜增加統計數據作為佐證資料，提升報告可信度；敘述方式應力求簡潔，並以讓讀者簡明易懂(Reader friendly)為原則。
- (二) 衛生醫療是否納入社會福利一環有待研究，在研究報告論述時，宜進一步說明。
- (三) 在政策規劃上，透過國外因應人口高齡化經驗的借鏡，可以提供臺灣發展社會福利政策之參考，研究中所提短、中、長期策略規劃時程，請再進一步補充說明。

## 十、散會（上午 12 時 00 分）

民國 95 年 12 月

主要國家因應人口老化社會福利政策之研究 /  
詹火生計畫主持

—初版

—台北市：行政院經濟建設委員會，民 95  
面：表，公分

編號：(95)060.809

委託機關：行政院經濟建設委員會

研究單位：財團法人台灣綜合研究院

1. 老人福利、經濟安全、長期照護、高齡社會  
548.15

主要國家因應人口老化社會福利政策之研究

計畫主持：詹火生

委託機關：行政院經濟建設委員會

研究單位：財團法人台灣綜合研究院

出版機關：行政院經濟建設委員會

電話：02-23165300

地址：臺北市寶慶路 3 號

網址：<http://www.cepd.gov.tw/>

出版年月：中華民國 95 年 12 月

版次：初版 刷次：第 1 刷

編號：(95)060.809

平裝