

依行政院經建會的預測：

民國八十五年臺灣地區六十五歲以上的人口比率將增加到總人口數的百分之七·〇九，

屆時我國將邁進聯合國定義中的「老人國」之林。

我國老人福利政策之探討

楊三東

(私立高雄醫學院副教授)

近

年來，我國國民的生活水準提高，醫藥發達，公共衛生改善，國民壽命延長，老年人口逐漸增加，為因應人口結構漸趨高齡化所伴隨而來的老人問題，政府曾於民國六十八年間，提出老人福利法案，經立法院三讀通過後公布施行。惟所謂老人福利政策，雖屬古代禮記禮運篇：「故人不獨親其親，不獨子其子，使老有所終，壯有所用，幼有所長，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養。」句中的「老有所終」，是讓老年人安享天年之意，然其包括的範圍相當廣泛，例如：扶養、療養、休養等問題無不均是。故在本稿宜以概括性探討老人福利的需求為重點，其目的在檢討過去政府各級單位對於老人福利的處理方式，以及影響績效的各種因素，從而就變遷社會中老人福利需求，分析政策上應予改進之處，以期提高因應施政的效率，能達事半功倍的指標。

依據人口學者的研究指出，我國未來人口的老化將是不可避免的事實(註一)，此有兩種現象顯





示如次：

一、老年人口數量的增加：臺灣地區老年人口在民國五十年為二七七、九九三人，佔全國總人口的百分之二點四九；民國七十年為九七八、九六一

人，佔全國總人口的百分之四點四一；民國七十六年為一、〇八九、四〇六人，佔全國總人口的百分之五點五四。此種趨勢，依行政院經建會的預測，至民國八十五年，臺灣地區六十五歲以上的人口比率，將增加到總人口數的百分之七點〇九（註二），屆時，我國亦將邁進聯合國定義中的「老人國」（Aged population）之林。（註三）

二、老年人口平均壽命的增長：臺灣地區近年來由於經濟的快速發展、社會安定、衛生醫療進步，促進人的平均壽命（life expectancy）呈現顯著上升趨勢。是以男性的平均壽命在民國三十九年為五十二點九歲之現象，至民國七十年提高至六十九點七四，民國七十六年更升到七十一點〇九歲。

而女性平均壽命，民國三十九年為五十六點三二，民國七十年亦提高至七十四點六四，至民國七十六年再升為七十六點三一歲。由此可知，在過去三十六年之間，臺灣地區居民的「延年益壽」跡象，男性增加十八點一九歲，女性更是提高十九點九九歲。本來，人的平均壽命延長，是顯示國家的富足與安定及進步的表現，但是由於延壽帶來老年人口的驟增，將是造成老年人口扶養比的加重。所謂老年人口的扶養比，乃指六十五歲以上的人口，相對於十八歲至六十四歲的勞動人口之比重而言，依行政院經建會的「低推估」（按人口老化水準最低、速度最慢而預估），臺灣地區的扶養比將從民國七十六年的百分之七點八八，升到民國一百年的百分之十四點〇八。老年人口扶養比超過一定的水準，則不僅給予家庭帶來生活的失衡，又能造成整體社會的危機，故有「老人國」著稱的瑞典、英國、

美國、德國、挪威等國，早有一套針對老人福利的政策與措施，消弭高齡化社會所帶來的問題，所以稱其為「福利國家」。

所謂老人福利，係針對老人的需要，藉社會工作方法，利用社會資源，依據國家訂立的社會政策與法令，提供各項服務的意思。因藉老人福利服務的提供，一方面解決老人所遭遇的各種問題，另一方面在協助老人適應退休後的生活，增進其社會參與的能力，使其能够安享晚年，真正「老有所終」。我國雖未雨綢繆，早在民國六十九年一月二十六日公布老人福利法，以期避免人口老化而造成問題發生；但自該法公布施行已逾十年，其成果如何？筆者認為要去知道實施成果，莫如先由了解老人的需求去追尋，知道老人需求什麼，然後進一步了解福利措施，隨之自然可以知道今後應該怎樣去努力。所以本文係以運用實證資料，配合相關理論，先予探討老人福利的需求，進而檢討我國老人福利措施。

我國老人福利的需求

老化是人生過程中無能避免的現象，一旦成為老年人，或多或少總會在生理、心理、經濟、人際關係或社會活動上產生問題。例如在生理上、視力、聽力、記憶力減退，健康情況欠佳，工作意願與活動能力遠不如前等；在心理上：感覺社會地位喪失、家庭自主力淪落、自尊心衰退；在經濟上：收入減少或中斷，生活依賴子女或拮据度日；在人際關係上逐變淡薄，失却往日的社會角色，易感成為



被遺忘的人，自然而然減少甚至不去參與社會活動，益增孤獨感。此種情形當然因人而異，故其需求顯有不同，茲將政府機關以及學者對老人福利需求，所作調查資料臚列如次：

第一案例：臺北市政府社會局於民國七十五年，對轄區七十歲以上之老人作訪問，在二萬八千零一十二位受訪者的回答中，以「醫療保健」的需求者最多，佔百分之六十二點二，其次為「經濟扶助

」佔百分之十四點七；「文康活動」佔百分之九點四，「關懷訪問」佔百分之六點四，「安養服務」佔百分之六點一，其他佔百分之一點二之順位。（註四）

第二案例：行政院主計處於民國七十六年，對一萬八千六百戶六十五歲以上的老人所作的抽樣調查資料顯示：對政府應優先提供之老人福利措施，其回答以「老人看病醫療費用優待」的需求者等最

多，佔百分之五十三點三五，次為「增設老人休閒活動中心」佔百分之二一點〇六；「長期慢性病療養中心」佔百分之十三點九六，「增設老人安養機構」佔百分之五點八七，「提供老人在宅服務」佔百分之二點七五。（註五）

第三案例：詹火生氏於民國七十五年，對臺北都會區六十五歲以上的老人為對象，在一千四百三十三位受訪者中，有百分之六十六點二的人，表示目前無需幫助；其餘需要幫助的人，其需求項目為「經濟生活」問題居首，佔百分之十八，次為「健康醫療」佔百分之四點五，「家事服務」之需求者佔百分之二點四等狀況。（註六）

另外，陳字嘉氏於民國七十二年，對高雄市三民、鹽埕及前鎮等三區，以有高齢老人家戶之戶長為對象，所進行抽樣訪問發現：其所需要福利服務項中，以健康檢查、醫療半價、巡迴醫療等三種，有關老人醫療服務措施之需求者最多，其次則老人休閒活動（如老人活動中心、老人旅遊活動）措施，以及老人安養之需求（如生活補助、在家癱瘓老人起居照顧等）。（註七）

綜合上列四種實證研究資料可知，雖然因研究者的不同，而對老人福利服務項目之分類不一，及其探討方式略異，但在發現老人福利的需求上却屬一致，其排列順序為需求健康醫療者最多，其次為經濟需求，再則休閒活動、安養，以及社會參與的需求等。

茲就我國老人福利需求的問題背景，區分醫療需求、經濟需求及休閒需求等三項，分述如下：
一、醫療需求問題

老人平均壽命延長，並不代表身體健康狀況一切如常；人的身體機能，一般均隨年齡的增長而逐漸衰退，導致易於罹患疾病。依據曾文賓氏等人於民國七十四年在臺灣地區，對三千五百零八人所作抽樣調查的資料顯示：一週內之老人有病率為百分之四十九點九，佔受療率之百分之三十二點三；如依傷、病類型區分老人之有病率，則其順位為①循環系統疾病佔百分之三十五點四（其中高血壓有病率佔百分之二十點五），②呼吸系統佔百分之二十二點八（其中急性上呼吸道感染佔百分之十六點五），③肌骨骼系統結合組織疾病佔百分之十一點五，其他疾病佔百分之三十點三。又從罹病在一年以上者計佔百分之六十點八言，顯然表示老人以患慢性疾病居多（註八）。另閱行政院衛生署民國七十六年統計，老人之死因，以腦血管疾病、心臟疾病、高血壓性疾、惡性腫瘤、肺炎、糖尿病等為主要原因（註九）；可知老人較青年人易生疾病，且屬慢性疾、病為多。再據連倚南氏之研究報告，老人患病常有下幾種特點出現：①常常同時具有幾種病症；②容易誘發其他併發症；③症狀常較一般成人不甚明顯，易被疏忽；④恢復過程緩慢，病後常需一段時間之調養復健（註十）。此與國外文獻記載多項調查資料所顯示的結果相近，例如：老年人的住院時間，往往是年輕人的兩倍，且在一年之中，老人住院的頻率亦為六十五歲以下之人的兩倍（註十一）。因為進入老年後之身體，極少甚至無法貯存多餘的能量，故偶染疾則其身體組織功能易被破壞，因此恢復健康之時日亦須較久（註十二）。

國父孫中山先生嘗謂：「譬如一人醫病，予其

醫於已發，不如防於未然」（註十三）。由此更可證明老年人之健康檢查格外重要。因為如上數據與例證證明，老年人所患的疾病多為慢性病，且在染疾初期難以察覺，一直發現則於治療頓感棘手，故除平時先予健康檢查，期以提前發現及早治療外，別無其他更佳對策。至於我國老人接受健康檢查青



形，依據曾文賓等人於民國七十四年所做的調查發現，接受健康檢查的比率為百分之五十點四，而從未接受過健康檢查者高達百分之四十九點六，幾達半數。

究其不作健康檢查原因可分二類，其一為自認健康狀況很好，不需費錢檢查；另一種為行動不便或對醫生有所忌諱，忽視自己健康（註十四）。

基於以上所述各種特性，我們應該透過何種管道、採取何種因應措施，以達改進指標，即是本研究課程之一。

二、經濟需求問題：

我國的老年人之經濟狀況，依據行政院研考會於民國七十八年七月印行「我國老人福利法執行成效之評估」記載，其對一般居家老人所作調查結果顯示：年老同胞目前的經濟情況以普通（收支平衡）者最多，佔總數百分之五十一點七；其次為小康（稍有積蓄）佔百分之二十二，清寒（偶或不足）和貧苦（靠救濟生活）者，分別佔有百分之十九點二與五點八；如將清寒與貧苦併成一級，則屬平均四位老人中就有一位仰賴救濟者（註十五）。

至於老人的經濟來源方面，依據綜合調查資料如表一顯示：以子女奉養為主要來源，其餘則依就業、退休金之順位，而靠政府救助者，為數不多。又依羅紀瓊氏從「臺灣地區家庭收支調查」資料發現，不論是否就業，如以老人為戶長之家長，幾乎均有經常的移轉收入維持生活；惟退休的戶長，較之仍在工作的戶長，其移轉收入金額約多十五倍以上，其中大部份的移轉收入，乃由子女或親友所提供。（註十六）

表一 老人生活費用來源

研究者	年度	地區	樣本數	自己工作收入 (本人或配偶)	子女	退休金	政府救濟	其他	備考
行政院主計處	七十六	臺灣地區	一八、六〇〇	三一·八六%	六四·〇%	—	一·七〇%	二一·四五%	
曾文賓 曾春典 曾淵如	七十四	臺灣地區	三、五〇八	—	六九·一%	七·二%	—	二二·七%	
臺北市 社會局	七十五	臺北市	三五、一七五	七·九%	六六·八%	一四·八%	六·九%	三·六%	
高雄市政府 社會局	七十七	高雄市	二一、三〇九	一一·六%	七七·〇%	一八·五%	四·二%	二二·六%	可複選

資料來源：綜合整理註釋四、五、八及高雄市政府社會局七十八年「高雄市六十五歲以上老人生活狀況及需求調查與研究」之資料而成。

退休金本屬維持老年生活的重要來源，但其金額並不寬裕。以民國七十四年薦任一級服務滿三十年，領取月退休金之退休公務員為例而見，每月可領取月退休金為一三、一九三元，此與同級現任公務員之薪俸二二、一〇〇元相較，僅有現職人員之六成不到（按自民國七十五年已作逐年調薪，其現領金額雖均倍增，但兩者之比，却仍相同。）倘若委任或中級薦任以下人員，殊有偏低現象，則其生活相當拮据。至於勞工老年給付，依據民國七十七年臺灣地區勞工保險統計（第二三八頁）資料顯示，民國七十六年之老年給付件數為二四、四七七件，給付金額五、一五〇、〇四二、〇〇〇元，等於平均每件發給二十一萬四百零三元，以此區區之

數，如存定期儲蓄存款生息，每月僅能獲得約二十元利息，倘無子女扶養或另謀收入實難維持退休後之生活。

三、休閒需求問題

依據前述民國七十六年的國人平均壽命計算，凡自六十五歲退休以後，男性的平均餘命為七年，女性則為十一年，換句話說，將有七年以上時間尚待安排。在此期間經濟問題固然重要，但更實質且重要者應屬休閒空檔的安排問題。因依上項經濟需求分析，我國需靠救濟之貧苦老人僅佔老人比例百分之五點八，為數顯然不大。再從醫療需求上言，誠如前述曾文賓等人調查，老人病之順位為第一循環系疾病，第二呼吸系疾病，第三肌肉骨骼系結合組

織疾病等佔百分之七十，而這些疾病，直接間接與休閒生活具有密切關係，所以常聽說：某人退休下來後突然變老了，或突然死掉了！應有此種道理。

休閒之適當，可維持身心之健康。所謂健康，依據世界衛生組織（W.H.O.）憲章的定義：「健康是一種心理、生理和社會的完全安寧狀態，而不是僅免於疾病和虛弱而已。」換句話說，係要處於內心愉快、身體並不急遽老化，又能從中發揮潛能，達成自我實現的形狀，而非僅指免於疾病或虛弱的狹義健康現象的意思。因此，如欲做到這種廣義的健康，必須要靠適當的休閒活動（leisure activity）才能達成。

那麼，由實際且廣義健康作用的休閒需求着眼



，要如何安排老人餘年的適當活動呢？不妨先就國內各界發表的相關資料分述於次：

甲、依據陳宇嘉、吳美玲曾就國內學者的研究加以整理發現：老人休閒活動以看電視者最多，其次為聊天，第三是散步（註十七）。

乙、張隆順於民國七十一年所作「社區辦理老

人休閒活動之研究」發現：都市社區與鄉村社區的老人休閒活動狀況不同，都市社區以看電視最多，次為與鄰居好友聊天，第三為散步，第四是與兒孫玩樂；鄉村社區則與鄰居好友聊天佔最多，次為觀看電視，第三至寺廟休息、聊天、聽講故事，第四與兒孫玩樂，第五才是散步（註十八）。從以上的老人活動項目的內涵顯示，我國老人的休閒活動，較為偏向消極與靜態性，而缺少身體運動與邁向大自然空間的活動。

再就徐麗君於民國七十三年在臺北市所作調查報告而見，受訪的老人中，以常參加休閒活動者佔百分之三十一點一，偶而參加休閒活動者佔百分之三十二點八八，從未參加休閒活動者佔百分之三十六點零一（註十九）；從此資料顯示，老人參加休閒活動之頻率不高，同時對羣體性型態的活動並不熱烈，似較傾向於脫離廣泛社會的層面。但另從老人休閒設施方面來看，依據歐陽良裕於民國七十二年所作的調查資料顯示，臺灣地區的老人休閒活動中心設置比例為：臺北市百分之五點四二，高雄市百分之三十點四三，臺灣省百分之三十點三五（註二十）。此與行政院主計處於民國七十六年，針對老人認為政府應優先提供何種老人福利措施之調查中，反應「增設老人休閒活動中心」者佔百分之二十一點〇六，高居老人需求第二位（註二十一）。又於民國七十年的「臺灣地區國民休閒生活調查」時，老人最希望政府建設的休閒設施項目：以社區公園居首，佔百分之七十二點二一，活動中心為次，佔百分之十一點零六（註二十二）。

綜合上述可知，過去由於政府籌設休閒設施的

不足，兼之國人自小忽略休閒活動興趣的培養，導致年青力壯階段，只一味致力於事業或為工作而忙碌，一旦退休之後，對於突然增加之時間，無法掌握去加以利用，形成縮小活動空間，始有不應該急遽老化而老化，加之，失却社會角色與減少經濟收入而無法開擴心胸等，各種複雜因素造成精神障礙，繼則頻發所謂老人病。所以老人休閒設施與各種活動的規劃，不僅直接造福老人，在間接上亦有減少醫療需求的實際問題的功効。

老人福利措施現況剖視

我國自從推翻滿清建立民國以後，由於國家多難致對社會福利事業的推展亦較遲晚；迨民國五十四年始以建立社會安全制度，增進人民福祉為目標，訂頒「民生主義現階社會政策」為開端，分別採取：社會救助、育幼養老及殘障福利、以及勞工保險等主要措施。近年來，再因經濟建設的蓬勃發展，社會結構的急遽變化，加之均富觀念的逐漸溝通，益使中央改革政策快速推動，遂於民國六十九年一月二十六日公布老人福利法。依據該法第一條規定，本法係為宏揚敬老美德，安定老人生活，維護老人健康，增進老人福利之目的而制定，簡單來說，是要讓在社會奮鬥四、五十年的老人多活幾年，尤其使其活得更有人的價值為目的。

按老人福利制度的良窳，端視法制架構的完善與推行之貫徹與否而定。自老人福利法公布施行之後，民國六十九年四月二十九日，由內政部發布「老人福利法施行細則」（民國七十年一月六日第一



次修正)，民國七十年十一月卅日發布「老人福利機構設立標準」，民國七十一年二月十一日，行政院函准發布「老人健康檢查項目及方式」，再於本（七十九）年六月二十二日，內政部令布「省（市）縣（市）兒童少年老人及殘障福利促進委員會組織規程」。簡要來說，有關老人福利措施的法令架構，則如附圖一所示。由此法令架構說來，既有老

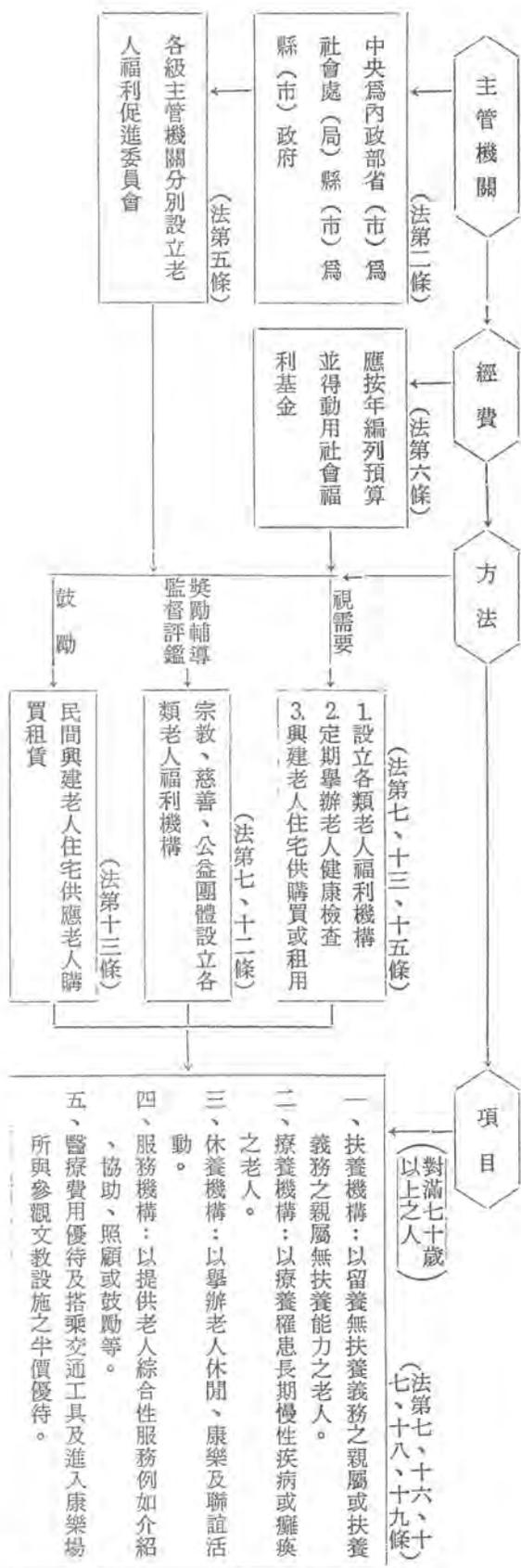
人福利範圍，亦有辦理機關、經費來源、實施要領等各種要件之明文規定，應屬成功的一半，何以仍有學者專家乃至老人本身多持異議？此除老人的年齡界定過高之外，主要認為法令中缺乏積極性與創建性，尤其對於福利服務與行政職責不夠具體規定。茲依我國老人福利措施之法令架構，逐項作一簡要分析如次：

一、老人福利主管機關與促進業務機關

依據本法第二條規定「老人福利之主管機關，在中央為內政部，在省（市）為社會處（局），在縣市為縣市政府」，這種組織體系，在表面上而言，雖有主管機關之名，却無專責主管之實。因社會行政的主管機關為內政部，而實際主管社會行政業務的幕僚機構為社會司；又社會行政的範圍非常廣泛，而負責主辦老人福利業務的社會福利科，僅為社會司轄下的一科而已。何況社會福利再分：兒童青少年福利、老人福利、殘障福利之別，可見其在政府行政體系中的位階偏低，自然影響承辦老人福利業務應有的人員組織編制，故其效率不彰乃是必然因素之一。此以老人福利法第五條明文規定之「為促進有關老人福利事項，各級主管機關得聘請有關單位代表及專家、學者，分別設立老人福利促進委員會；其組織規程，由中央主管機關定之。」；費經十年歲月，始於民國七十九年六月二十二日出爐是為明證。

社會福利行政組織的位階偏低原因，主要起源於我國的社會政策的不明確，導致社會福利行政體系紊亂所影響。因此，不僅籌劃設立各類老人福利機構困難重重，甚至間接可以發揚光大老人福利業務的輔導、監督、評鑑、獎助、鼓勵社會宗教、慈善、公益團體或民間共襄盛舉的工作，例如：老人福利法第四條、第七條、第十二條及第十三條之業務，亦因缺乏人手無法積極執行。據報載：正在立法院審議中的行政院組織法修正案，即將衛生署改為社會福利暨衛生部，並將有設立專責老人福利的組織之議，倘能提高組織編制位階，同時組織嚴密

圖一、我國老人福利措施之法令架構



、事權明確，則對業務之推進，必能發揮極大的功效。

二、老人福利預算與基金

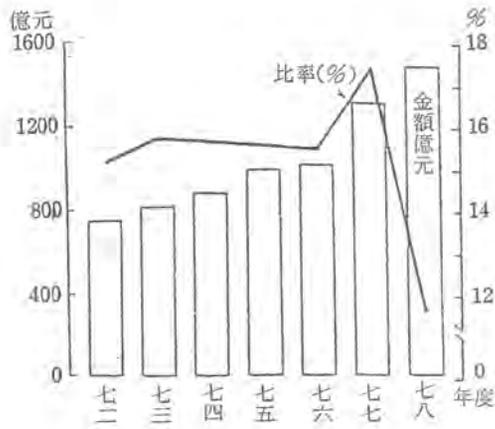
俗說「巧婦難為無米之炊」，舉辦老人福利首要建立完整的行政體系之外，次則應有足够的經費配合，才能按照計畫順利推展。有關老人福利經費問題，在表面上因有老人福利法第六條「各級政府應按年編列老人福利預算，並得動用社會福利基金。」之規定，似可解決一切，但從實際而言，難免形成「口惠無實」之結果。因其內容複雜，宜將預

算與基金分別探討如次：

(一) 老人福利預算問題：預先核計錢財收支的數目謂之預算，老人福利行政上的經費，須在每一施政年度之前編列，並經民意機關審議通過始可執行。老人福利屬於社會福利之一小部份，由於社會政策的明確，導致老人福利法中，對於經費問題亦未標明各級政府編列老人福利預算，究竟應該佔有多少比率。故其經費預算的多寡，全靠執事者與其機關首長的意向為憑藉；預算充裕則對老人福利工作的推動力大，反之則其績效自然相對的小，這是

必然的道理。觀諸世界主要先進國家一九八六年的社會福利支出，竟佔各該國生產毛額百分之十五以上；亦屬佔其政府支出比率百分之三十以上。然看民國七十七年度我國狹義的社會福利支出數字，僅佔國內生產毛額的百分之三點九，又佔政府支出的百分之八點九，相互比較我國顯然偏低（註廿三）。如再以廣義的社會福利支出來說，其所佔的比例，猶不及先進國家之半數，茲將近年來我國各級政府社會安全支出的淨額，以及所佔總支出比率，一併附列如表二及圖二，以供參考（廿四）。

圖二、社會安全支出占政府總支出比率



我國之社會福利支出項，本來包括：社會救助(含(1)災害救助；(2)低收入民衆施醫；(3)家庭補助；(4)大陸災胞救助)、育幼養老及殘障福利(含(1)兒童青少年福利、(2)老人福利、(3)殘障福利)、勞工保險等三項八種；但自民國七十八年度起，經將原「社會福利支出」修正爲「社會安全支出」以後，其內容擴大爲：社會保險、社會救助、福利服務、國民就業、國民住宅及社區發展、醫療保健、環境保護等七大項，前者即稱之爲狹義的社會福利，後者爲廣義的社會福利。再就上列圖表所呈現的廣義之社會福利支出來說，民國七十二年度各級政府社會福利淨額(即已扣除各級政府間之移轉收支金額)爲七百五十五億元，佔當度政府總支出的百分之十五點二；然以七十三年度爲近七年中最高之一

年，合計支出八百十七億元，佔百分之十五點八；其後在金額上雖有逐年增加，惟在所佔比率却反而降低，形成七十八年之比率降至百分之十一點五爲最低潮。難怪老人福利經費未受重視，僅佔社會福利總支出的百分之零點一至零點一九間游離，以金額計，未曾超過二億五千萬美元。(註廿五)

(二)社會福利基金：

所謂基金者，做事業的母金也。社會福利基金的來源，主要爲政府編列預算充墊，次爲接受社會捐贈而來。按邇來的社會福利基金，限於既定國家特定政策下支應，並非法條上「得動用」三個字，就得開支。故此三個字的實質意義，須俟維持國家安全爲優先、經濟建設爲其次的施政目標變位後，始能發生效用，自不贅述。

三、老人福利的方法與項目

社會福利事業的建立和推展，以及是否能夠適當且有效提供福利服務的目的，除了上節所說的經費之外，其次就是規劃設計提供服務的方法，與提供的項目最重要。對於這個問題，有些學者專家認爲應要受過訓練的專業人才之供應最重要，其理由是說：社會福利工作必須經由受過專業訓練的工作人員來執行，才能够公平合理地分配有限的社會福利資源，使社會福利措施得以收到預期的目的或效益，兼且可避免社會福利資源無謂的浪費。筆者對於這個說法並無異議，因在「隔行如隔山」的現代社會，每一行的工作，在基本原則上主要由學那一行的人擔任，始能駕輕就熟自然不在話下，惟所不同者是在觀點與層次的差異而已。筆者注重的是「規劃設計」，與其「執行」有別，譬如治病之首要，

附註：已扣除各級政府間之移轉收支金額，另七十七年度以前係社會福利支出資料。

年度	各級政府社會安全支出淨額		平均每人政府社會安全支出淨額
	金額(百萬元)	占政府總支出比率(%)	
七十二年	七五、五〇一	一五、二	四、〇三〇
七十三年	八一、七一四	一五、八	四、三六二
七十四年	八八、四〇〇	一五、七	四、六五〇
七十五年	九八、七二八	一五、六	五、一二七
七十六年	一〇二、四八二	一五、五	五、二六八
七十七年	一三一、四五七	一七、五	六、六八二
七十八年	一五一、〇〇九	一、五	七、五八七

表二、各級政府社會安全支出淨額

在於正確診斷生病之癥結所在，至於能夠調劑藥物與能打針應屬其次。是以針對目前我國老人福利措施之法令架構，探討原所規劃的推行方法以及所做項目，是否行得通？有那些問題。

(一)方法問題：

依照老人福利法有關係文規定，各級政府及公立機構，對老人提供服務與福利，係要先「視需要」，再藉「設立」、「舉辦」、「興建」以及「獎勵設立」、「鼓勵興建」為手段，然後採取輔導、監督、評鑑等作用，以求達成服務與福利的目的。由此說來，應以首先瞭解「需要」為主要關鍵之所在，進而逐項覓求其他各項之創辦狀況。

政府需要提供服務與福利的老人之多寡，係受老人的家庭狀況、健康情形、經濟狀況、生活習慣、人際關係等多種因素影響。如有這些的確切資料，則能供作完善之分析，與採適當的規劃，進而依據規劃採取必要的措施，不僅可以真正解決問題，猶能節省人力與物力。至於老人歲數之多寡，似非絕對的要因。

目前臺灣地區雖無具體且詳細的老人資料，但由各級政府機關或學者專家的抽樣調查資料，尚可知其概況。例如家庭狀況方面：(1)行政院主計處的調查資料顯示，老人「獨居」者佔百分之十一點四九，「僅與配偶同住者」佔百分之十三點四三，「與子女同住者」佔百分之七十點九七，「與親朋同住者」佔三點〇二，「現住安養機構者」佔零點六四，「其他」佔零點四六。(2)臺北市政府社會局的調查資料則「與配偶子女同住者」佔百分之十一點五，「與子女同住者」佔百分之五十九點五，「與

配偶同住者」佔百分之十六點一，「單獨居住者」佔八點四，「其他」佔四點五。(3)高雄市政府社會局對六十五歲以上作調查的結果，「固定與某子女同住者」佔百分之六十一點二，「輪流與子女同住者」佔百分之六點三，「僅夫妻同住者」佔百分之十六點一，「獨居者」佔百分之九點二，「與朋友同住者」佔一點三，「其他」佔五點八。(4)詹火生對臺北都會地區所作調查研究，曾文賓等人對臺灣地區做研究，以及江玉龍分別對臺北市、臺中市、高雄市等三地區作調查研究結果，「與子女同住者」亦分別為七十三點八、七十四點四、與八十七點四七。

從上述六項不同來源的資料，如採「算術平均數」計算，即「與子女同住者」佔百分之七十三點三六，另外「與配偶同住者」佔百分之十五點二一，由此可知，目前臺灣社會的老人，將近百分之九十與其家屬同住。然再另從其他角度印證，依據文崇一在一項關於「社區生活規範與價值觀」的調查研究發現，子女與父母同住的原因，係基於「照顧」者，佔百分之六十七，基於「責任」者，佔百分之二十一。同時再進一步追詢，與父母同住或是不與父母同住者意願，「有無需要改進之處？」，結果發現與父母同住者中，計有百分之八十贊成保持現狀；而不與父母同住者，則有百分之六十的父母，係因住在老家致未一齊同住；文崇一根據這些數據，認為係受傳統文化影響所得之結果（註二十六）。

另從主觀意願層面來說，詹火生在前述「臺北都會地區老人福利需求與家庭結構關係之研究」

，對有關「年輕人婚後是否應與父母同住」的問題，其結果認為「應該」者佔百分之五十八點三，「不必」者佔百分之二十四點五，而「視情況而定」者佔百分之十七點二。又對「是否願意與已婚子女同住」項目，表示「願意」者佔百分之七十八點七，「不願意」佔百分之十三點七，「視情況而定」佔百分之七點六。又行政院主計處與明德基金會生活素質研究中心合作做類似問題的調查報告（民國七十四年）顯示，贊成與已婚子女同住者佔百分之五十九點六九，不贊成者佔十五點九五，沒有意見者佔二十四點三六。就此行政院主計處的「七十六年臺灣地區青少年及老人狀況調查報告」（第十一頁）進一步對五十歲至六十四歲的中老人，問其將來養老問題，希望與子女同住者佔百分之七十三點三二。至於養老責任的歸屬方面，依據楊孝濂在「如何發展家庭倫理功能以配合社會福利推展之研究」報告中，有一項關於「照顧老人的責任由誰負責」（第七十四頁）的調查數據顯示，認為是子女的責任者佔百分之九十點四，老人自己負責者佔百分之三點五，政府、社會要負責者百分之三，其他佔百分之三。

綜合上述，儘管經濟與社會結構發生變化，子女與父母同住奉養之文化傳統難免有受影響，但絕大多數（幾達百分之九十）的臺灣居民，不僅仍認父母應與子女同住，尤其認為子女奉養父母是義不容辭，是一種責任。是以，政府對老人福利所採的方法，不論是否依照老人福利法第四、七、十三條規定積極在做，主要重點在其比重，以及是否在方法上仍有遺漏欠缺之處。參照行政院研究發展考核

委員會民國七十六年編印，中華民國行政概況（第一五四、一五五頁），與行政院主計處編印，民國七十三年至七十八年中華民國重要施政統計（第一五五、一五六頁）資料顯示，至目前為止，設立或獎勵設立之收容老人安養的公私立仁愛之家，已自民國七十二年的三十七所，增加至四十所；另外提供老人療養慢性病及醫療保健之機構六處。至於其他項目之設立、興建，或獎勵設立與鼓勵興建，似均闕如。

(二) 項目問題：

依據老人福利法規定的服務項目，表面上雖僅本法第七條之扶養、療養、休養、服務，與第十三條之安居、第十四條之辦理、第十五條之保健、第十六與十七條之優待、第十八條之介紹或協助，以及第十九條之鼓勵參與活動等項，但實際要做或正在做的項目繁多。行政院研考會曾對這類問題（註廿七），採用幾個重點問卷，其所獲得的結果如下：

1. 對老人福利項目的瞭解程度方面，換句話說，對政府現在施行的十四項老人福利服務措施中，為老年人同胞所知的項目，超過半數以上者僅有(1)老人乘坐公共交通工具半價優待（佔百分之九十一點六）；(2)定期為老人辦理免費健康檢查（佔百分之六十）；(3)提供老人文化康樂中心等休閒活動場所（佔百分之五十五點五）；(4)為老人舉辦各項敬

老活動（佔百分之五十三點三）等四項而已。其餘十項中，竟有四個服務項目為百分之八十以上的老人所不知道，即(1)對行動不便的老人提供在宅服務（百分之八十七點七）；(2)協助老人尋找工作或志願服務（百分之八十六點九）；(3)興建適合老人居住的住宅出租或售給老人居住（百分之八十六點二）；(4)舉辦老人問題巡迴講座等活動（百分之八十三點二）。

2. 對政府的老人福利措施利用狀況方面，其使用頻率高低順位：(1)搭乘公共交通工具半價優待（百分之七十七點三）；(2)免費健康檢查（百分之四十七點六）；(3)敬老活動（百分之四十點七）；(4)進入康樂場所及參觀文化設施半價優待（百分之三十八點二）；(5)進入康樂中心等休閒場所（百分之二十七點四）。其餘九項利用率偏低，計有六項不及百分之十五，另三項亦不及百分之二十。

如就上述現象觀察，可謂政府已有盡力籌謀老人福利，祇因老人無意接受多項福利措施，抑或宣導不足，導致效果不彰，不能非議政府。但再依行政院研考會這篇「我國老人福利法執行成效之評估」，從另一個角度所做的調查資料顯示：

1. 老人福利之主管機關，自中央至縣市，合計二十四行政機關中，計有十八單位（佔百分之七十五），並未依法設立老人福利促進委員會。（按依老人福利法第五條末段規定，「其組織規程，由中

央主管機關定之」；然其規程，於民國七十九年六月廿二日始由內政部，以臺內社字第八〇〇七三九號令發布，故其已設立之六個單位，在法律立場言，是依法無據）。

2. 有十七單位（佔百分之七十點八）未訂「中長程工作計畫」。

3. 有十六單位（佔百分之六十六點七）未從事老人福利研究工作。

4. 有十三單位（佔百分之五十四點二）沒有辦理老人福利專業人員訓練。

5. 有十五單位（佔百分之六十二點五）未曾辦理老人福利研討會或座談會。

綜合上述可知，所謂老人福利措施推行成效不大，究其原因，既非出自民衆對於老人福利項目的不瞭解，亦非出在老人不接受政府的加惠；而根本原因，應該出在經費問題。以我國當前的財政狀況，如前述老人福利經費，僅佔社會福利總支出百分之零點一五左右，必然無法落實；其最重要的關鍵應在中央政府的政策，更具體說，在中央決策階層，是否真正想要「宏揚敬老美德，安定老人生活，維護老人健康，增進老人福利」的立法意旨。

改進老人福利政策芻議

老人福利事業，係民生主義社會建設重要的一環，政府在臺灣地區創辦老人福利措施，本是據此理念自發創起，然隨政治、經濟、社會發展而漸進。

。說其真正有計畫地追求老人福利，應自民國六十九年一月二十六日，公布老人福利法（以下簡稱「本法」）為開端。本法實施迄今已逾十年歲月，由於成效不彰，引起各方面不少批評。此間，最值得探討改進的約有下列幾項：

一、福利的概念運作太狹窄：本法第十四條至第十九條所規定的老人福利服務，稍偏消極又被動的做法，如貧苦老人喪葬處理，交通、娛樂、文教設施與醫療費用的優待等，顯與現代福利國家所謂福利標準，頗有一段差距。似應改消極為積極，改被動為自動，並擴大層面，例如老年年金制度、老年保險、社區照顧等，才能真正增進老人福利。

二、家庭的養老功能未發揮：參見國外老人福利立法，均在強調立法價值觀念，說明老人福利重視個人尊嚴的維護、生活安排的自由、繼續服務的歡迎，並特別強調家庭的功能，使老人儘可能留在自己家中安享晚年，除非確實無法照顧，始入其他收容安養或療養場所。本法雖亦強調倫理意識，惟在內容却有偏重於無依老人「機構式」(Institutional Pattern) 福利，對於約佔全體老人百分之七十至九十，仍過家庭生活的老人，竟然加以忽視，未為透過對於家庭的獎勵措施，使各家庭扮演養老的重心功能，顯與國情有所不合，實為一大缺失。

。故應採取加強家庭養老功能的有效措施，不僅可使中國的倫理文化意識，落實到實際的層面，又可使財政運用，發揮更佳的效果。

三、組織的運用機能不嚴密：不論科學如何發達進步，思想觀念如何正確合理，如果沒有健全的組織，來予有效運用，科學與思想本身並不能發生力量。本法第二條「老人福利之主管機關，在中央為內政部，在省市為社會處局，在縣市為縣市政府。」雖有主管機關之名，而無專責推行業務主管之實，加之，縣、市、鄉、鎮是最直接服務老人的政府行政機關，竟然未為列入。同時在組織體的運用機能上，以及前述法令架構上之方法與業務項目，本法尚無明確規定，易使老人福利服務不能落實。

四、經費的比例不具合理化：本法第六條「各級政府應按年編列預算，並得動用社會福利基金。」之規定，顯不確實。我們都知道，將近四十年來，由於民國四十年所訂頒的「財政收支劃分法」，造成稅源皆由中央政府吸納，再從中央撥省、省撥縣市、縣市撥市鄉鎮，如此層層節制，使中央有效控制地方政府的經費。依據統計資料顯示的數據，歷年來中央政府幾乎囊括各級政府收支淨額的二分之一以上經費；以八十年代為例，臺北市稅入佔全國總收入的百分之十點八，而臺灣省二十一縣市稅入總和僅佔全國的百分之九點九，亦即全臺灣省二十一縣市收入總和不及臺北一市。因此全省半數以上縣市的財政，要去仰賴上級政府補助百分之五十

以上經費，甚至有些縣市的補助款數高達百分之八十以上。如此財政結構，「各級政府應按年編列預算」之條文，怎麼不會形成「徒法不能自行」的後果。故除應在「政策面」作合理調整外，另在「福利項目」的實施方面，亦應配合修訂，使可達成名符其實的指標。

五、老人的年齡界定不邏輯：在本法未訂定之前，已有的各種社會福利措施，均以年滿六十五歲以上的人為對象，同時公務員的強迫退休年齡亦以六十五歲為界限，此外，英、美、法、德、蘇、日及聯合國，亦均界定六十五歲為標準，據聞經濟狀況較我落伍的中共，仍以規定六十五歲為「白領階層」退休年齡（勞工等「黑領階層」則縮短為六十歲），本法在立法當時，由於財政顧慮決定七十歲以上為老人福利的適用對象。按內政部原提案亦以六十五歲為準，後因財政部與中央銀行，顧慮日後政府將無法負擔鉅大支出為由，而提高至七十歲（註廿八），其實，由前述各種調查分析數據，以及上項經費收支結構來看，根本不會又無可能造成無法負擔的地步。故宜採取世界公認的六十五歲為標準，及早修法以使老人能夠享受實質福利，而合社會倫理。

六、基金的籌措沒有確定化：基金的籌措問題，已如前述困難重重，但自大陸探親開放以後，政府實際對於大陸工作跡象，亦已逐漸浮現於國人眼前。因此，從前用之於大陸之經費，不如乘此機會

，將其部份經費轉移做爲老人福利基金，既可直接造福有形同胞，又因該項款項之來源，源源不息，轉瞬即可如轉雪球，不虞經費之匱乏。例如行政院研考會編印，民國七十六年中華民國行政院概況第一五三至一五四頁中，有關社會福利第四節記載，政府委託「中國大陸災胞救濟總會」，辦理救助事宜，至七十五年底止經救助受益者計五十萬二千二百一十一人，歷年累計救助服務次數達八、〇九五、九三三人次；僅在七十五年空飄實物給大陸同胞，計有三、五七二、六一〇餘件、慰問傳單四億九、三三〇萬三千份……等。有關經費來源，除經內政部每年編列社會福利項下預算支應外，另由地方政府列入影劇、歌舞廳附捐之收入運用等類似情形，如果將其轉變爲老人福利基金，料將獲得國人的讚賞，尤能確切充實基金。

結 論

面對日益增多的高齡人口，如何妥善解決其所引發的老人問題，的確是值得國人共同關切的課題。根據西方福利國家的經驗，機構式的留養，不但造成政府財政的負擔，鑑於先進福利國家，其福利設施的收容能量，亦僅能達百分之五左右而已；何況這種方式，對於大多數留養的老人來說，普遍產生一種因似精神失依，造成孤獨感的加重現象，使其有如置身於「長壽地獄」的恐懼（註廿九）。因

此，西方國家近來亦有強化家庭養老功能的主張，如美國前總統尼克森，在一九七一年白宮老人會議演說中指出：「對於老人最好的服務，即係幫助更多的老人生活在自己的家中」。一九八六年在日本東京舉行的第二十三屆國際社會福利會議時，以如何增進家庭功能爲大會討論主題，由此可證，家庭的養老功能特別值得重視。觀乎此景，我國自然不宜一味想欲仿效西方國家，以崇尚個人主義的「養老院」式的養老制度，宜予透過政府政策上的支持，強化家庭的養老功能，一方面既可減輕公共財政的負擔，另一方面又可使老人在晚年享受天倫之樂，才是正道。

政府除依前述政策，強化家庭養老功能外，宜連檢討十年來之優缺點，據以作爲修正法令之準繩，建立完善而嚴密之行政組織體系，同時集思廣益，縝密研討前述福利基金與老年年金保險制度實施的可能性，並鼓勵與獎勵民間大企業與公益團體，設立各種老人與兒童休閒設施，加之培養專業人員作擴大宣導與對老人作精神上之開導、安慰及服務，充分發揚「仁愛」及「老吾老及人之老」的精神，以提高老人的生活品質。倘若以家庭爲重心的養老方式，並獎勵、鼓勵民間參與，政府即站於輔導立場，相互配合進行之下，必能發揮最大的效果。

民生主義的目標在求「均富」，必須「發達生產以求富，合理分配以求均」，其方法就是「實行

工業化以求富，實行社會化以求均」。今天，中華民國在臺灣地區，歷經四十年的努力，始有現在經濟上的成就。但於社會福利方面，猶待積極充實者甚多。福利服務是現代化社會最能代表人道主義，以及民主政治對人民權益尊重的理念，也是執政者對社會變遷與社會問題的最有效因應（註三十）。老人福利是社會福利重要的一環，盼望國人共同努力，使早日達到二千多年前著作的禮記禮運大同篇所說的美好境界。

註 釋

- 一：參閱陳寬政著，「因應我國人口高齡化之對策」，第二章，行政院研究發展考核委員會，民國七十六年一月。
- 二：見行政院經建會編印，「中華民國臺灣地區民國七十三年至一百年人口推計」，民國七十三年十月，頁一四、一六。
- 三：依據聯合國定義，凡六十五歲以上之高齡人口佔該國人口百分之七以上即謂「老人國」。
- 四：臺北市政府社會局編印，「臺北市老人關懷訪視暨需求、人力資源評估報告」，民國七十六年五月，頁五一。
- 五：行政院主計處編印，「中華民國七十六年

- 臺灣地區青少年及老人狀況調查報告」，頁一八。
- 註六：見詹火生著，「臺北都會地區老人福利需求與家庭結構關係之研究」，中央研究院三民主義研究所叢刊（二五），「臺灣社會現象的分析」，民國七十八年六月，頁六五。
- 註七：高雄市政府社會局編印，「高雄市社會福利中、長程計畫之研究（老人福利）」，民國七十四年四月，頁九三。
- 註八：曾文賓、曾春典、曾淵如合著，「老人生活及醫療狀況調查」，刊於「臺灣醫界」，第卅一卷二期，一九八八年，頁五八至六。
- 註九：行政院衛生署編印，「七十六年衛生統計」，頁九二。
- 註十：連倚南著，「我國老人醫療服務的現況及其展望」，臺灣省政府社會處、東海大學合辦「老人福利研討會」論文集，民國七十一年，頁七一。
- 註十一：秦慧珍等譯，「實用內外科護理」，南山堂出版社，民國七十六年，頁二六四。
- 註十二：同註十一，頁二六六。
- 註十三：孫文著，「民生主義與社會革命」，中國國民黨黨史會編，國父全集，第二冊，民國六十二年六月出版，頁二一五。
- 註十四：徐麗君、蔡文輝合著，「老年社會學」，巨流圖書公司，民國七十四年二月，頁二五二。
- 註十五：見該書（我國老人福利法執行成效之評估），頁五七。
- 註十六：羅紀瓊著，「我國老人的經濟現況」，中央研究院三民主義研究所叢刊（一八），第四次社會科學研討會論文集，民國七十四年十二月，頁六〇。
- 註十七：陳宇嘉、吳美玲合著，「臺灣地區老人休閒活動型態之研究與檢討」，刊於「社區發展」，第廿七期，民國七十三年九月，頁七九。
- 註十八：張隆順著，「社區辦理老人休閒活動之研究」，中華民國社區發展研究訓練中心研究報告，民國七十一年，頁三九至四〇。
- 註十九：同註十四，頁二五三。
- 註二十：臺灣經濟研究所印行，「社會福利十年計畫調查研究報告」，民國七十二年九月，頁四一—二十。
- 註廿一：同註五，頁一八。
- 註廿二：行政院主計處編印，「中華民國七十七年臺灣地區國民休閒生活調查報告」，頁九八。
- 註廿三：蔡宏昭著，「現階段我國社會福利政策與法制的提案」，刊於「社區發展」，第五〇期，民國七十九年六月，頁一三四。
- 註廿四：行政院主計處編印，「七十三年至七十八年中華民國重要施政統計」，頁一五三。
- 註廿五：詹火生等著，「現階段我國社會福利經費支出水準、經費結構與財源籌措之研究」，行政院賦稅改革委員會，民國七十八年五月，頁二六。
- 註廿六：文崇一著，「社區生活規範與價值觀」，刊於「當前經濟發展中社會變遷及其因應措施之研究」，中華民國社區發展訓練中心出版，民國七十二年，頁八四至八五。
- 註廿七：行政院研考會編印，「我國老人福利法執行成效之評估」，民國七十八年七月，頁五九、六〇、六八。
- 註廿八：參閱蕭新煌著，「我國的老人福利政策及其評估——鉅視社會學的分析」，刊於「思與言」，第二〇卷第五期，一九八三年一月，頁四四九。
- 註廿九：楊菊吟著，「論高齡化社會與我國老人福利的需求及展望」，刊於「復興崗學報」，第四一期，民國七十八年六月，頁三七六。
- 註三十：引用江玉龍著，「推行民生主義社會發展方法之研究」，民國七十四年六月，頁三七。

美國亞利桑那州醫療抉擇法案之介紹

陳淑敏譯

生

命是無價的，因此自己必須珍惜，他人也應該尊重。但如一個人在傷病無法治愈活存時，而依賴醫療科技活着，醫療人員基於對性命之尊重而施以醫療技術，暫時維持延續其活着，對於該傷病者是否有其實質意義，乃係繼能否「安樂死」之後為世界各地所嚴肅討論的問題。

美國亞利桑那州議會對於該問題首創立法，賦予成年人在健康時可預告當其病被診斷瀕臨病危情況時，有其權利要求醫生給予、不為或停止維持生命的處置，或指定他人代為作該項醫療上的抉擇。

該項法案與安樂死有所不同，前者乃指傷病者在無法治愈之病危情況下，得以自己之意思表示或事前委請他人代為意思表示，請求醫療人員不必或停止為其作暫時維持生命之處置；後者則係指傷病者在無法治愈或在無知覺情況下，為免其繼續存活期間之痛苦，由自己或他人依據有關規定決定以特殊方式終止其生命。前者之目的在於停止可能促使生命暫時延續之外力，而後者則在於以外力對可能延續之生命即時予以終止，故二者之意義雖類似，但在適用上却迥然不同，是以將就前者之法案介紹如後：

《亞利桑那州醫療抉擇法案》

修訂亞利桑那州法增列第三六一三三〇一至三三二一〇（一九八五）項

（衆院第二〇二九號議案）一九八五年四月制訂

一九八五年一月十一日由衆議員 Bart Baker 和 Janice Kay Brewer 提議

一九八五年三月十四日衆議院通過

一九八五年四月十七日參議院通過

一九八五年四月二十六日州長 Bruce Babbitt 公佈實施

本法案攸關公共衛生與安全，並用以規範醫療抉擇法案之制定；規範定義之規定在病危情況時不為或停止維持生命處置之聲明手續；規定聲明之撤銷；規定醫生之責任；規定責任之免除；規定主治醫生知悉病人懷孕時，聲明之效力；規定監護人之責任；規定聲明在保險與衛生護理補助上之效力；規定不為或停止維持生命處置非屬自殺行為；規定安樂死為不可寬宥行為；規定罰則；規範觸犯刑法之定義與類別；並於修訂亞利桑那州法第三十六篇增列第三十二章修訂之。

亞利桑那州立法議會於茲制定：

第一部分：立法決議州議會決議認為人之生命自始至終向為珍貴的與神聖的，因此，人自出生及至死亡，有其以尊嚴、自由與自決的方式出生、生活與死亡的不可剝奪權利。

州議會決議認為成年人對其自己醫療上的護理，包括是否不用或停用人工的、非常的、成功率不大的醫療處置以延長生命的決定有其基本權利。

為使有此境遇之人的權利與意願，即令在其無法自己作決定時亦受到尊重，同時也為促使病人，其家屬和其醫生間的溝通，州議會是以宣佈本州法應賦予成年人當其病被診斷已達於病危情況時，有其權利作成書面聲明要求其醫生給予、不為或停止維持生命的處置，或指定他人代其為醫療上的抉擇。

第二部分：修訂亞利桑那州法第三十六篇加列下述第三十二章修改之。

《第三十二章醫療抉擇法案》

第一條：通用條款

三六一—三二〇一項 定義。除條文中另有規定，本條款所稱之：

(1)「主治醫師」係指經選定或指派負責醫治與照顧某病人的主要醫師。

(2)「聲明」係指由聲明人依三六一—三二〇二項規定，自願簽立並經他人見證之文書。

(3)「監護人」係指依第十四編第五章所訂弱病者之監護人。

(4)「維持生命的處置」係指經由主治醫師判定，加諸適格病人以延長其死亡過程的醫術處理或干擾。藥物、食物或流體之施予，以及減輕痛苦所必需的醫術處理並非維持生命的處置。

(5)「適格病人」係指經包括一位主治醫師在內的兩名親自為之檢查醫師的書面診斷、證明患病達於病危情況，並依本條規定簽立聲明的十八歲以上病人。

(6)「病危情況」係指根據主治醫師之判斷，不為維持生命之處置，即無以活存的不可治癒或無以挽救病情。

※

※

※

三六一—三二〇二項 聲明之簽立。

(a)任何人均得簽立在病危情況時，不為或停止維持生命處置之聲明。聲明人須於二名共同在聲明內，簽署之見證人前簽署聲明文件，下列之人不得為見證人：

(1)聲明人之血親或姻親

(2)在聲明簽立時，依聲明人之遺囑、依當時已記載或因依法執行遺囑所生之遺囑附錄，有權取得聲明人任何財產之人。

(3)在聲明人死亡或簽立聲明時就聲明人之任何財產為請求之人。

(4)直接負責聲明人醫療費用之人。

(b)聲明人應向其主治醫師為簽立聲明之通知。主治醫師於接獲通知後應將該聲明載入或以該聲明之副本併附聲明人之病歷。

(c)聲明之內容應以下列格式為準，但亦得加列其他特別說明。如任何其他特別說明依規定為無效時，聲明中其餘除去無效說明部分仍具效力之說

明，不該無效說明失其效力。

※ 聲 明 ※

茲於××年××月××日簽立此聲明。本人某某某，於心智健全下，以自由意思表示在下列情況時不願以人為方式延長死亡過程並鄭重聲明：當經包括一位主治醫師在內的兩名親自為本人檢查的醫師證明本人遭受、罹患無法治癒之傷害或疾病，且經該二醫師判定除非進行維持生命的處置以人工方式延長死亡過程，本人即無以活存時，本人要求不必或停止對本人作維持生命的處置，僅於為減輕本人痛苦時，對本人施予藥物、食物或流體以及進行醫術處理，俾本人得自然死亡。

當本人欠缺能力表示是不接受維持生命處置時，本人之家屬和主治醫師應視此聲明為本人依法拒絕醫藥或手術治療並因此自我承擔一切後果的確切意思表示。

本人確切明瞭此聲明之涵義，並於情緒與心理正常下簽立此聲明

某某某 簽章
住所

本人認識聲明人並認為其心智健全。

見證人 某某某
見證人 某某某

三六一—三二〇三項 聲明之撤銷。

(a)聲明人在任何心智狀態或能力下，均得以下列方式隨時撤銷其聲明。

(1)由聲明人本人或由其指示之人在其面前刪除、污損、塗銷、燒掉、撕破或以其他方法毀壞之。

(2)由聲明人記入日期簽立載明撤銷意旨之撤回書。

(3)由聲明人口頭表示撤銷聲明之意思。

(b)聲明撤銷後，聲明人應即通知原受其聲明通知之醫師。該醫師應將接到

撤銷通知之時日載於病人之病歷。口頭之撤銷於聲明人或以認定為聲明人之代理人的意思表示到達主治醫師時生效。主治醫師應於該病人之病歷內載明病人為撤銷之時日與地點，如非在同一時日、地點接到撤銷通知，並應載明接到通知之時日與地點。

三六一三二〇四項 醫師之責任、書面證明、轉診：

(a) 接到根據本條規定所簽立的聲明通知之主治醫師，於診斷聲明人處於病危情況時，應即採取必要措施，出具聲明人處於病危情況之書面證明和證據，俾聲明人得以適格病人接受處置。

(b) 主治醫師違反本項規定時，視為拒絕履行聲明，應設法將適格病人轉予或不得阻礙將該病人轉予願履行適格病人聲明之其他醫生處置。

三六一三二〇五項 聲明之效力；責任之免除

(a) 有行為能力之適格病人得以意願反對其聲明之效力。

(b) 如適格病人於須決定不用或停用維持生命處置時，喪失行為能力，則依三六一三二〇二項規定簽立之聲明推定有其效力。為履行本條之規定，

醫生或醫護機構除接獲相反之確切通知外，得推定簽立聲明之人於簽立時心智健全。簽立聲明之情事不得作為聲明人心智能力之評判，年齡本身亦非決定行為能力的一種限制。

(c) 除非聲明人已確切提出聲明之撤銷，任何因善意相信聲明而據之對適格病人不為或停止維持生命處置之醫師、醫護機構或領有執照之護衛專業人員，不因此而負民事或刑事責任或被判觸犯未執行專業人員職務之罪過。

(d) 經主治醫師知悉已懷孕之適格病人，因維持生命處置之繼續施行，胎兒可生長至活產者，其聲明不具效力。

三六一三二〇六項 監護人之責任；通知、撤銷

經指定為依本條規定簽立聲明之人之監護人，應：

(1) 遵守並承認根據本條規定所簽立之聲明及其書面或口頭撤銷。

(2) 通知主治醫師聲明簽立之情事及其內容。

(3) 查證所謂代理聲明人之人代理聲明人對監護人所作之聲明撤銷指示。

(4) 於接獲醫師所發之病危情況之書面證明通知時，依照聲明執行其權力。

三六一三二〇七項 保險與衛生護理補助；聲明之效力。

(a) 三六一三二〇二項關於聲明簽立之規定對於人壽保險保險之銷售、取得或發行不具任何影響，亦不得被視為用以修改現存有有效人壽保險保險單條款。不論人壽保險保險單作如何規定，該保險單在法律上不因適格病人不為或停止維持生命處置而無效或減少其效力。

(b) 醫生、衛生護理機構、提供衛生護理之人，衛生護理補助計畫、殘疾保險之保險人、受雇人員之自己保險福利計畫或非營利醫院計畫均不得要求他人簽立聲明以為取得保險或衛生護理補助的條件。

三六一三二〇八項 自殺。適格病人根據本條規定不為或停止維持生命處置，無論在任何情況下，均不構成自殺行為。

三六一三二〇九項 安樂死之禁止。除得以自然方式死亡外，不得以本條規定解釋為寬宥、准許或同意安樂死或容許以確切或蓄意的作為或不作為結束生命。

三六一三二一〇項 罰則；違犯；類別。

(a) 未經聲明人同意，故意隱匿、刪除、污損、塗銷或毀壞他人之聲明或竄改、偽造他人聲明之撤銷者，對因此而受有損害之人負民事責任。

(b) 竄改或偽造他人之聲明或以違反聲明人是否接受維持生命處置之意思為目的，故意隱匿或不轉達其所知之。

三六一三二一〇三項 所規定的撤銷，致直接造成維持生命處置未予或停止施行並促使死亡者，以觸犯第一類重罪罰之。