

序

「本學理開拓研究境域，以經驗致力服務改進」是本中心懸以追求的目標。是以多年以來，本此信念宣導社區發展理念，探討研究方法，介紹措施項目，無不皆環繞著「吸收潮流與反映國情互為表裏，研究訓練與社政措施交互為用，訓練成果與服務績效凝成一體」為工作方向，並經常配合社區發展的實際需要，舉行各類專題座談、研討會，用求研究成果落實於實際，期使我國社區發展工作能與時俱進，日新又新。

無疑的，號召參與是社區發展工作主要內蘊之一，不僅要號召學者專家參與；更要號召社區民眾參與，但參與的關鍵要在了解中擬成共識，知得深才能行得力，是以對促進參與之各項媒介，諸如文字、聲音、圖畫、影片……等等均予重視，復鑒於本中心於民國六十二年曾編印「社區發展訓練叢書」二十冊，印行以來，頗獲好評，中心教育委員乃有再接再厲之提示，是以再選新題，用補前者之不足，而為求內容之通俗與趣味兼有，乃於本次叢書出版，採文字為主，插圖為輔，融二者於一爐，期收實際具體、簡明可讀、保存容易、費用經濟等多重效益，總期集學者之心智、弘專家之經驗，供工作同仁在實務上作援引，社區民眾在瞭解中產生動力，同本服務最榮，助人最樂的心情，來提升社區民眾之生活品質。

茲值書成，既敬仰各學者專家辛勤撰寫，亦感謝同仁盡心編務工作，惟以社區發展境域範疇至大，編印內容自難周全，至祈學界先進，不吝指教，是所企盼。

中華民國社區發展
研究訓練中心

執行長

蔡漢賢

謹誌

八十年十二月

因應高齡社會 再創安養新境

——我們的理念、策略與措施

目錄

壹、引言.....	一
貳、老人居住狀況與問題分析.....	三
參、安養老人的理念、策略與措施.....	五
一、在理念方面——以敬老迎高齡.....	六
二、在策略方面——權變需求彰顯尊重.....	七

三、在措施方面.....

八

(一)融策略於法令——督促近親扶養.....

八

(二)政府與民間攜手——獎助與委託並採.....

九

(三)貧困者無懼飢寒——機構設施予關懷.....

一〇

(四)富裕者自得其樂——地點、型態自選所好.....

一一

肆、其他配合措施——無所不至的關懷.....

一二

伍、結語.....

一五

註釋.....

一六

附錄一：老人福利機構設立標準（核定本）.....

一七

附錄二：台灣省各縣市辦理兒童、少年、老人醫療補助實施計畫.....

二三

附錄三：台北市中低收入老人醫療補助計畫.....

二七

附錄四：高雄市中低收入老人傷病醫療補助作業要點……………三〇

附錄五：中低收入老人醫療補助計畫（金門、馬祖地區）……………三三

因應高齡社會 再創安養新境

蔡紹明

陳素春

——我們的理念、策略與措施

壹、引言

台灣地區近四十年來，由於營養改善、醫學進步，生育率和死亡率下降，而平均壽命逐年延長，老年人口漸增，有邁向高齡化社會趨勢。根據人口統計資料顯示，在民國三十五年，六十五歲以上老年人口只有十五萬餘人，佔總人口數的百分之二點五；到了民國六十九年，老年人口增為七十六萬人，約佔總人口數的百分之四點三；七十九年老年人口為一百二十六萬餘人，佔總人口數的百分之六點二，十年之間，幾乎成長一倍（註一）。根據行政院經建會的推估，民國八十五年時，六十五歲以上老年人口將佔總人口數的百分之七點五（註二），屆時，將正式邁入高齡化社會（註三）。面對逐年增加的老年人口，我們應該以老人為本位而規劃，評析我們提供老人的福利措施，是否確能為老人所需要。也就是說，老人福利在今日有其必要性，但更要注意其前

瞻性。

我國傳統文化一直是講求循孝道來敬老。如孝經上言「孝子之事親也，居則致其敬，養則致其樂，病則致其憂，喪則致其哀，祭則致其敬，五者備矣，然後能事親」，具見居與養、愛與敬乃事親之要項。

惟社會變遷的結果，家庭制度、結構漸在轉變中，形成成員日少，關係日疏。成員間的親密關係與倫理往來也受了影響。因此，家庭原有的養老功能受到了新的挑戰。申言之，工業化帶動了都市化，興建了無數的工廠，成年子女投入生產線上，甚至為職業遠走他鄉另立門戶，留下年老父母在老家中，或由兄弟姐妹輪流接到家中奉養，或由鄉親好友代為照顧，倘家庭關係演變至此，已將傳統的養老功能日漸破壞，究其原因，乃係個體的獨立而導致家庭功能的萎縮。歐美國家雖已普遍建立社會安



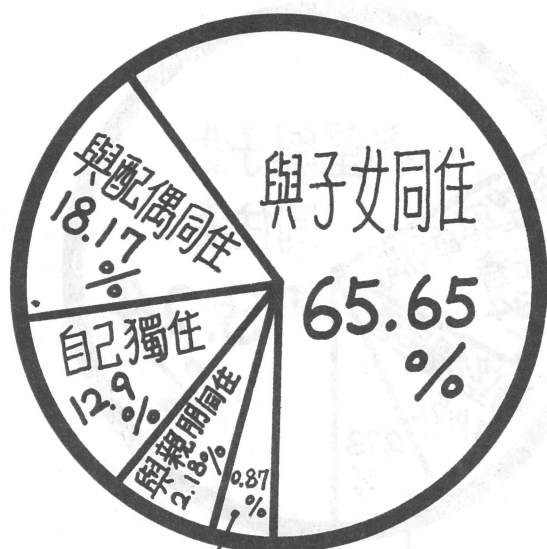
◎敬老崇孝為我國固有的傳統美德。

全制度，惟過分仰賴政府關懷服務的輸送，雖是衣食無缺但容易減退諸親好友的溫情。因此在當前狀況下，爲因應高齡化社會，如何爲高齡長者規劃安定的居與養，爲我國傳統敬老崇長再創新境，亟應予以重視。

貳、老人居住狀況與問題分析

依據七十八年行政院主計處「老人狀況調查報告」顯示，目前老人之居住情形，以與子女同住（包括固定與某些子女同住及至子女家中輪住）之情形居多，占百分之六五點六五，其次則爲與配偶同住（百分之一八點一七），再次爲自己單獨居住（百分之一二點九），餘有百分之二點一八是與親朋同住，百分之零點八七是住在扶養機構或療養機構者僅占百分之〇

◎目前老人的居住情形。



住在扶養機構或療養機構者

點八七。如與七十七年比較，與子女同住之情形呈遞減，較上年減少百分之二點二三，與配偶同住的情形則大幅增加百分之三點一九，其餘變動甚微（註四）。雖然顯示仍有六成以上的父母與子女同住，但子女願意與父母同住的意願顯然在下降當中，而倆老單獨居住的情形則在增加中。這讓我們必須思考一個問題，根據七十八年簡易生命統計，台灣地區男性平均壽命為七十一歲，女性為七十七歲，而以往兩性結婚，女性平均年齡又較男性小六歲左右，也就是說，婦女到高齡，平均會有十二年喪偶獨居的生活，這期間如何來填補生活的空虛，尤其在年金制未全面實施情況下，由誰來給予溫飽，的確是值得重視的問題（註三）。

如果再比較老年人認為將來理想的居住方式，發現有七成以上（七三點二四%）老年人希望自己能與子女的家庭內安享餘年，較實際與子女同住的

◎老人認為理想的居住方式。



比例高出百分之七點五九。其次希望僅與配偶同住者，占百分之一五點三四，再次希望自己單獨居住者，占百分之七點四五，希望住進扶養機構者，占百分之二點七三，較實際比例高出百分之一點八六。（註六）

由以上的分析，我們發現三個重要議題：(1)愈來愈多的子女認為婚後與父母同住不是理想的生活安排；(2)多數的老年人仍希望與子女同住；(3)希望住進扶養機構的比例在增加中。亦即在都市房價高昂、個人收入不多及青壯對與老人共住的意願日減情況下，家庭能提供養老的資源正在日益削減中，而我國迄未建立全面性老年年金制度，因此愈來愈多而且愈老的老年人將對社會與家庭產生日見增大的壓力，無論在財力、人力、房居或醫療設施方面都逐漸形成嚴重問題。政府業已未雨綢繆規劃出一個全面性的安養新境，提供合情、合理、合法的安養措施，以因應老人需求。茲分就理念、策略、措施敘介如后。

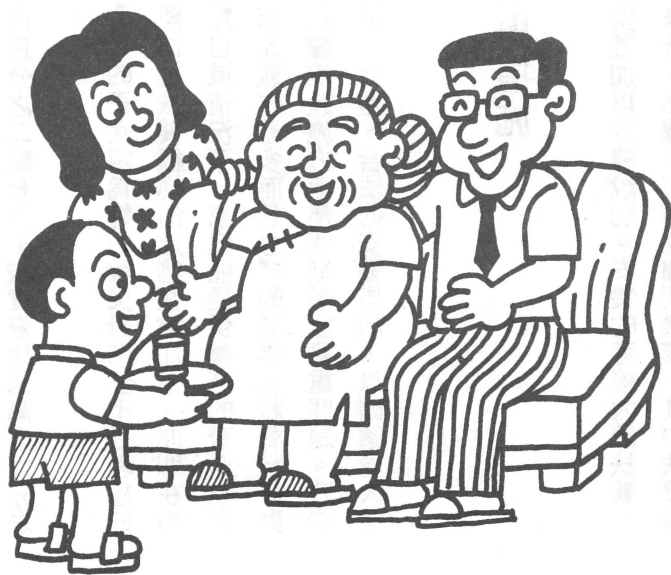
叁、安養老人的理念、策略與措施

在介紹老人安養的理念、策略與措施之前，先將安養加以定義說明。安養的意義大於扶養。民國六十九年老人福利法中規定，政府應設置扶養、療養、休養、服務等福利機構，其中扶養機構為留養一些無扶養親屬的老人。因此所稱扶養意義範圍較安養狹隘。又今日老人福利不只限於

照顧不幸者，亦對一般的老人提供多樣福利措施。由是可見扶養兩字無法完全表達政府的老人福利政策，本文乃以安養代之。且於未來修訂老人福利法中亦以安養機構稱之。意即老人皆能安心養身，樂享餘年。

一、在理念方面 ——以敬老迎高齡

孔子的儒家學說是我國傳統文化的經脈，更是社會福利哲理根本。儒家學說的基本就是「孝順」，孝是子和老二字構成，表示為人子者必須善待老邁的雙親，故孔子主張孝道不只在於物質供養，更應重視精神上的孝敬。又「孝，德之本也」，更說明盡孝道方為完滿人格的表現。顯現，敬老崇孝是中國自古既存的文化特質。因此，論及老人安養理念，尤應強調敬老崇孝、家庭養老的功能，進而延



◎早期的大家庭制度，發揮極大的孝養功能。

展達到「老吾老以及人之老」的理想境地。

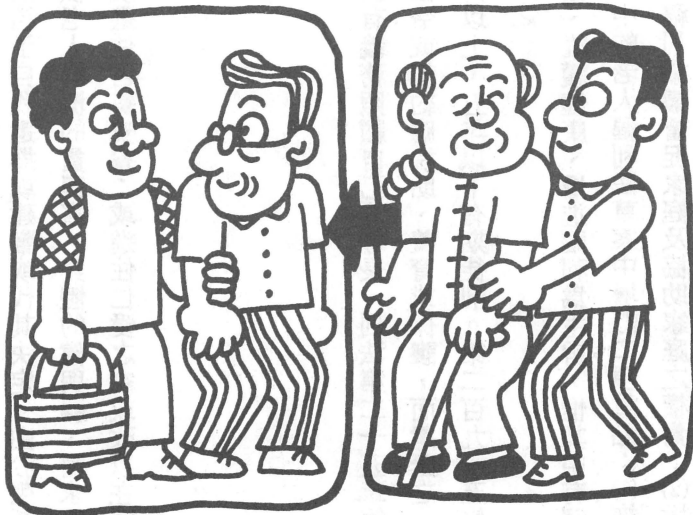
是以，發揚敬老尊長的倫理傳承，除了要來自血緣的家屬親情關係外，還要社會上瀾漫著尊老敬長的傳統美德；從自我到社會人士一致的尊崇，才能形成充分被接受的價值觀。將「老吾老」推演到「及人之老」，使其超越血緣，在理性及正義的前提下更邁向地緣與職緣的支持。也就是自己在青壯時敬老，到了老年時接受青壯的尊敬，在良性的循環中使得人人可品享生命歷程中的融洽。

二、在策略方面

——權變需求彰顯尊重

理想的安養制度，有其不變的原則及可變的策略。不變的原則是(1)人權尊嚴的維護，(2)個別差異的承認，(3)助人自助的堅持。這三項原則有其個別性，但亦不失其連貫性。因積極的協助其自助，首

◎我們要以敬老迎高齡。



先須了解不同的個體特性；自力更生的自助尊重，落實的貫徹就顯示出尊嚴的維護；至可變的策略則是承其不變的原則而來，視個別的特性與需求而給予自我選擇或建議或代其決定。由於生活畢竟是一種選擇，即使年老亦能選其所愛。也就是依老人經濟的貧與富、身體的健與弱、需求的久與暫以及一己的喜好，而由其自選居住於家中，或選住自資安養；或進住仁愛之家或改以在宅服務、日托中心、居家護理等配合措施。

三、在措施方面

(一) 融策略於法令——督促近親扶養

爲使老人獲得應有的保障和照顧，及使民衆自己有義務照顧自己的尊長，刑法第二十五章第二百九十四條遺棄罪規定，對於無自救力之人，依法令或契約應扶助、養育或保護，而遺棄之，或不爲其生存所必要之扶助、養育或保護者，處六月以上，五年以下有期徒刑。第二百九十五條復對直系血親尊親屬犯前條之罪者，加重其刑至二分之一。

民國六十九年公布的老人福利法，是以安定生活、維護健康、增進福利爲主旨，惟其中有關於家庭奉養老人職責並未特予明文規定。乃於此次修訂中的老人福利法草案中增訂二項重點：(1)恢宏家庭奉養老人傳統美德之規定，並賦予政府及老人福利機構督促家庭及協助家庭之權責；(2)增列與老人同住可申請減低共住房地稅捐及應准予列報扶養老人親屬特別扣除額之規定，以示提倡

與獎勵老人留養於家庭之傳統美德。

這些條文主要強調反哺之恩，貫徹近親扶養的職責，並強調精神、物質二者應兼而有之。以中國文化而言就是養志——承其歡笑，給予情緒的滿足；養口體——提供衣溫食飽，使物質上不虞匱乏。養志和養口體二者不可或缺，亦即硬體與軟體並重，使老人怡然自得、樂享餘年。

(二) 政府與民間攜手——獎助與委託並採

政府預算制度謹嚴有餘，迅捷不足。創設機構又恐員額膨脹，每受阻於人事部門，至於既有機構，事務人員比率偏高，與其因維持法定員額而負荷偏高之人事費，則毋寧改仿採美、澳等國，由政府對各類老人機構明訂設置標準，凡立案法人機構，願提供足夠土地（市區五百坪、郊區三千坪以上），並願參照政府標準與收費者，可申請不超過三分之一之建築補助費，如服務重殘老人，不在此限，

◎ 自費安養中心為非經濟因素長者服務。



以鼓勵民間能迅即配合設置更多老人相關服務機構，庶敷實際需要，此外，並為協助其營運不墜，政府亦可撥付安養費用將孤苦無依老人委其收養。這種做法看起來好似對民間機構有所偏愛，實則係以部分經費，發揮整體養老的功效，也可讓很多有意願參與社會服務者，展抱素志。

(三)貧困者無懼飢寒——機構設施予關懷

對於孤苦無依或乏人照顧者，仍應使其擁健康、享衣食、品知識、樂悠遊以彌補生活的空虛，具體做法有：

1. 恢復健康為先——在全民健保未實施之前，政府已先有低收入戶健康保險，但貧與病每每相連，低收入戶患病時雖可免費醫療，但照料與營養仍須另行關懷；另清寒老人罹患疾病，限於財力仍有無法充分就醫者，政府亦有中低收入醫療補助辦法之實施，總求不幸罹病時，不致被排除醫療服務之外。

2. 推行在宅服務為輔——對貧困而一時乏人照顧者，提供老人保健、居家護理、飲食指導、心理衛生輔導、用具贈送、生活照顧、老人諮詢服務等福利措施，其目標在協助老人，使不因任何主客觀因素的影響，儘可能留在原住家屋，保持既有的生活環境，增進其老年生活的安適。

3. 院內扶養解決居住問題——對於貧苦民眾、無法自謀生活、經濟狀況劣，且年滿六十歲或以上，無人扶養者，則由公私立仁愛之家收容之。除其所需食、衣、住、行、育樂、醫藥，甚至善後均有照顧外，並採溫情照顧、飲食營養、美化綠化、休暇工藝等方案來提昇服務品質。目前國

內公私立仁愛之家有三十八所，共收容一萬餘人。另由退輔會主管之榮民之家有十三所，安養七萬餘人，皆無衣食不繼，病痛無醫之苦。

④富裕者自得其樂——地點、型態自選所好

老人不因富裕而沒有問題，只是富裕老人的問題是偏向非經濟性的為多，故對沒有經濟壓力的老人，亦提供老有所安、老有所樂的措施。

1. 自費中心——對非經濟因素老人的居養，提供統籌式服務，採自給自足原則，房舍設計配合其特性與需求，飲食考量營養均衡與腸胃功能，活動安排顧及體力與興緻。目前國內純粹是自費中心已營運的有三所，籌設中有六所，另部分仁愛之家亦有附設，政策上，政府鼓勵民間興建，並採各單位自給自足。

2. 孝親日托中心——針對個別老人需要，如子媳上班、家中空無一人時，不如伴送尊長至孝親中心

◎仁愛之家提供長者各項關懷。



與同年者晤敘，參與不同活動，此種中心分健康老人、療養老人，不使健康或病痛老人獨留在家中，藉由家庭、社區、鄰里多方的支持體系來調整其身心機能。

3. 敬親旅遊方案——配合觀光部門，洽商風景名勝區，對非假日或旅遊淡季時，如有子女陪同尊長光臨，應給予特優折扣，獎勵孝親，繁榮觀光事業，一舉兩得。

肆、其他配合措施——無所不至的關懷

今日，政府的力量是濟造化的不幸，補變遷中的失調為先。因此除給予老年人生活的維護外，仍須提昇其生活品質，於是必須兼採其他相關配合措施：

1. 保健重於治療——對糖尿病、心臟病、癌症、肺病、血壓等，經常作定期健康檢查，期能防患於未然。

2. 休閒與交誼合一——補助地方籌建綜合性老人文康中心，提高老人休閒、康樂與社交活動。

3. 培養情趣，增添新知——補助地方政府設立長青學苑、老人大學，也辦理將退休老人研習營，融新知與生活情趣活動於一爐。

4. 將歡樂深植於基層——利用寺廟廣場、社區活動中心成立長青、松柏俱樂部及老人會，促進老人社交活動。

5. 交通文康優待的加強——老人搭乘國內公民營水、陸、空交通工具，進入康樂場所及參觀文教設施，得享半價或免費優待。

6. 慢性病的扶持——補助省市籌建或擴充老人療養與生活養護設施，以加強對長期慢性病人的照顧。

7. 倡導予重於取的人生觀——鼓勵老人成立老人志願服務團體，以興之所在來開展服務工作，使老人才智不隨歲月減退，反日增其功能。

8. 民間宗教、公益性團體予借重——政府財力有限，民間潛力無窮，倘引導得法、鼓勵有方，不僅可動員民眾的身，亦動員民眾的心，以協同推展老人福利措施，如植物人照護中心、敬老亭。

9. 其他各項福利服務——老人福利是不斷在成長，並非僅止前述各項措施，例如將來省市政府可依轄區內老人所需，設立「人力銀行」以輔導就業；

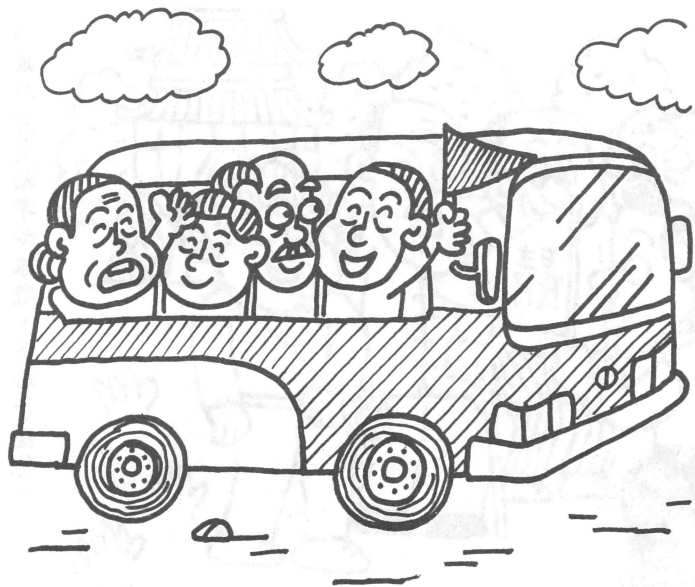
◎ 政府宜獎勵孝親旅遊，並給予優待。



或籌設「老人公寓」以解決居所問題；提供食物券、熱餐服務來補充營養；經由不同團體撮合婚姻，呼籲器官捐贈、預立遺囑以杜家人糾紛；倡行火葬保育環境惠澤後代，在在都是福利自己，惠及他人的可行措施。

10. 相關機關配合以相輔相成——高齡老人所面臨的主要壓力包括醫療、經濟、社會、居住等層面。醫療有賴全民健康保險紓解，經濟須養老年金制度補充，社會生活則由社政主管機關規劃。另鼓勵興建三代同堂之國宅，或凡與年老父母同住之子女，得優先申請配購或配租國民住宅，雖是事屬初創，更應力求貫徹，務須權責兼顧，職掌和組織配合，方能面對挑戰，解決問題。

◎老人參與情趣活動樂享天年。



伍、結語

老人安養政策的發展，應兼重時間與空間的遞移。時間上，我們曾經年輕，我們也都將會年老，是今日及時給予老人合情、合理、合法的安養，他日自己老至時的生活便無憂慮。空間上，更應以家庭安養爲本，社區服務爲輔，機構照顧最後，方足稱之爲具有中國文化倫理的老人安養政策，這樣，縱是夕陽黃昏的晚年屆臨之時，也是彩霞處處，瑰麗不已。

◎國民養老年金使長者生活無憂。



註釋：

註一：中華民國七十九年內政統計提要，頁六三，內政部，七十九年。

註二：中華民國台灣地區民國七十九年至一百二十五年人口推計，頁二八、二九，行政院經建會，八十年。

註三：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「高齡化社會」。

註四：中華民國台灣地區老人狀況調查報告，頁七，行政院主計處、內政部合編，七十九年。

註五：民國七十八年台灣地區簡易生命表，頁三一，內政部統計處，七十九年。

註六：同註四，頁八。

附錄一

老人福利機構設立標準（核定本）

中華民國七十年十一月卅日
內政部 70 台內社字第
五八四九五號令發布

第一章 總 則

第一條 本標準依老人福利法第七條第二項規定訂定之。

第二條 老人福利機構應提供老人寧靜、安全、衛生之環境及完善設備，並應擇用專業人員服務。

第三條 老人福利機構應按其業務性質並含有宏揚敬老之意義命名。

第四條 私人設立之老人福利機構，應寬籌經費，以應業務需要。

第二章 老人扶養機構

第五條

老人扶養機構應具有留養三十人以上之規模。房屋建築面積以人數計算，每人不得少於二十平方公尺，其中寢室、盥洗衛生設備合計不得少於十三・二平方公尺。每一寢室安養最多以不超過四人爲原則。

第六條

老人扶養機構應有左列各種設備（設施）：

一、寢室。

二、餐廳、廚房。

三、盥洗衛生設備。

四、醫務室。

五、康樂活動室。

老人扶養機構得視業務需要設置圖書室、健身房、會議室、服務室、值日室、會客室或其他各種服務性之設備。

第七條

老人扶養機構應依受扶養老人人數設置工作人員，其規定如左：

一、扶養三十人以上至二百人以下者，應置院長（主任）、護士、營養人員、事務人員、服務工，並酌用社會工作人員。另定期洽安鄰近醫療院作診療。

二、扶養逾二百人以上至四百人以下者，應置院長（主任）、醫師、護士、營養人員、社會工作人員、業務人員、服務工。

三、扶養逾四百人以上者，應置院長（主任）、專任醫師、護士、社會工作人員、營養人員、事務人員、服務工。

第三章 老人療養機構

第八條 老人療養機構應具有療養三十人以上之規模。房屋建築面積以人數計算，每人不得少於十六・五平方公尺。每一寢室安養最多以不超過四人為原則。

第九條 老人療養機構應包括左列設備（設施）：

一、寢室。

二、餐廳、廚房。

三、盥洗衛生設備。

四、醫務室。

五、復健室。

六、康樂活動室。

七、其他必要設施或設備。

第十條 老人療養機構應依受療養人人數，設置工作人員，其規定如左：

- 一、療養三十人以上至一百五十人以下者，應置院長（主任）、醫師、藥師、護士、營養人員、復健人員、事務人員、服務工，並應視實際需要酌用社會工作人員。
- 二、療養逾一百五十人以上者，應置院長（主任）、醫師、藥師、護士、營養人員、復健人員、社會工作人員、事務人員、服務工。

第四章 老人休養機構

第十一條 老人休養機構應具有提供三十人以上之休閒、康樂、聯誼、活動之規模，房屋建築面積不得少於二百平方公尺。

第十二條 老人休養機構依其業務需要選擇左列設施或設備：

- 一、康樂活動室。
- 二、聯誼廳。
- 三、會議室。
- 四、服務室（辦公室）。
- 五、圖書閱覽室。
- 六、盥洗衛生設備。

七、書畫室。

八、技藝研習室。

九、醫務室。

十、儲藏室。

十一、庭院。

十二、運動場所。

十三、其他必要設施或設備。

第十三條 老人休養機構應置左列工作人員：

一、主任。

二、社會工作員。

三、事務人員。

第五章 老人服務機構

第十四條 老人服務機構應有左列設施：

一、社會工作室：辦理老人諮詢服務，在宅服務，戶外活動服務及個案輔導。

二、圖書室：提供圖書、報刊、雜誌閱覽。

第十五條 老人服務機構應置左列工作人員：

一、主任。

二、社會工作人員。

三、事務人員。

第六章 附 則

第十六條 老人福利機構綜合辦理者，其設立標準依本標準第二章至第五章之規定，但其設備、人員性質相同者得併同設置。

第十七條 本標準施行前已設立之老人福利機構未達本標準者，主管機關應輔導其改善。

第十八條 本標準自發布日施行。

附錄二

台灣省各縣市辦理兒童、少年、老人醫療補助實施計畫

一、依據：

(一)兒童福利法

(二)少年福利法

(三)老人福利法

(四)社會救助法

(五)內政部訂頒「兒童、少年傷病醫療補助計畫」

(六)內政部訂頒「中低收入老人醫療補助計畫」

二、目的：在全民健康保險實施前，透過本計畫辦理兒童、少年、老人傷病醫療費用之補助，以減輕家庭負擔，並真正落實對兒童、少年、老人之照顧。

三、補助對象：凡設籍本省未滿十八歲之兒童、少年及年滿七十歲以上之老人，其家庭總收入平均分配全家人口，每人每月總收入在最低生活費用二·五倍以下，未具左列情事之一

而罹患嚴重傷病者。

二四

(一) 縣市政府予以免費醫療之低收入戶兒童、少年、老人。

(二) 已參加社會保險可取得醫療給付者。

(三) 合於役政單位，行政院退除役官兵輔導委員會及其他提供醫療補助及服務者。

(四) 依自費洗腎病患、自費血友病患醫療補助要點可獲得補助者。

前項第二、三、四款所提供之醫療補助低於本計畫標準者，分別補助其差額。

四、補助項目：以疾病、傷害之醫療為限，惟左列費用，不予補助：

(一) 義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、洗牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、疾病預防、與非因疾病而施行預防性之手術。

(二) 住院期間之膳食費、看護費。

五、補助標準：

每人每次申請所需醫療費用之數額累計三個月內超過五萬元者，補助醫療費用百分之七十，病患自行負擔百分之三十。每人每年以補助新台幣三十萬元為限。

六、申請程序：

(一) 申請人應於醫療行為發生後三個月內填具申請書（如附件一）並檢附下列證明文件逕向戶籍地之鄉鎮市（區）公所申請。

1. 全戶戶籍謄本。

2. 稅捐稽徵機關綜合所得稅證明書。

3. 醫療院（所）醫療診斷證明書、醫療費用收據正本或繳費通知單。

（二）資格審定及醫療補助費之核發：

1. 鄉鎮市（區）公所於受理申請時對申請表件予以初核，並填造查定表（如附件二），於一週內彙送縣（市）政府複核。

2. 縣市政府社會科（局、課）於收到申請文件時，應即登錄補助紀錄卡（如附件三），並確實審核其補助資格後，迅予核定再函復申請人及核轉之鄉鎮市（區）公所，對審定補助之申請案件，鄉鎮市（區）公所應另行登錄補助紀錄卡。

3. 經審定合於補助資格者，由縣市政府立即核發醫療補助費。

七、申請人如因戶籍遷移，應向戶籍地之社政主管機關敘明其已獲得補助之事實，如以虛偽不實之申請接受補助或重複申請者，上述之社政主管機關應即予以停止，追回其已領之費用，並於發現後二年內不再予以補助，涉及刑事責任者，移送法辦。

八、門診就醫：申請醫療補助者之醫療應於省、縣市政府指定設備完善之公私立醫療院所辦理。

九、醫療補助費之核付應繕造印領清冊（如附件四）一式四份，一份縣市政府自行留存核銷。中央及省補助款于每年七月底及十二月底前由縣市政府製據報中央及省撥款，省府補助款應納入預

算執行，於年度結束後十五日內辦理結算，如有結餘應予分別繳回，並將印領清冊三份彙送省社會處及內政部報結。

十、本計畫報奉內政部核備後自八十年七月一日起開始實施至中央實施全民健康保險止。

附錄三

台北市中低收入老人醫療補助計畫

一、爲使在全民健康保險未完成以前加強照顧中低收入老人，提供醫療服務，以增進其福利，特訂定本計畫。

二、補助對象：凡本市民年滿七十歲以上，設籍並實際居住本市半年以上未具左列情事之一而罹患傷病之老人。

(一) 政府予以免費醫療之低收入戶老人。

(二) 已參加社會保險可取得醫療給付者。

(三) 合於役政單位，行政院退除役官兵輔導委員會及其他單位提供醫療補助及服務者。

(四) 依自費洗腎病患，自費血友病患醫療補助要點可獲得補助者。

(五) 家庭總收入平均分配全家人口，每人每月總收入超過最低生活費用二·五倍以上者。

三、補助項目：以疾病、傷害之診察、醫療爲限，惟左列費用，不予補助：

(一) 義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、洗牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、疾病預防、與

非因疾病而施行預防性之手術。

(二)住院期間之膳食費、看護費。

四、補助標準：

(一)家庭總收入平均分配全家人口，每人每月總收入在最低生活費用二·五倍以下者，依老人每人每次申請所需醫療費用之數額計，除自付其中百分之三十之醫療費用，超出自付醫療費用額部分得申請補助，補助款每年度每人最高累計以三十萬元為限。

五、申請程序：

(一)申請人應於醫療行為發生後三個月內填具申請書並檢附有關證明文件逕向社會局三科申請，需檢附申請表及1.2.3.之資料。

1.全戶戶籍謄本。

2.稅捐稽徵機關全戶不動產暨所得稅證明書。

3.本市指定之醫療機構最近三個月內診斷證明書正本、醫療費用收據影本（收據正本留置通
知請款時繳交）。

六、老人傷病醫療院所，由本府指定設備完善之公立、市立及財團法人（附設）醫療機構辦理。
七、申請人如有虛偽不實之申請接受補助或重複申請者，本府將予以停止，追回其已領之費用，並於發現後二年內不再予以補助，涉及刑事責任者，移送法辦。

八、本計畫自七十九年七月一日起施行，至全民健康保險實施日止。

附錄四

高雄市中低收入老人傷病醫療補助作業要點

一、依據：(一)老人福利法暨社會救助法有關規定。

(二)內政部訂頒中低收入老人醫療補助計畫。

二、目的：在全民健康保險實施之前，加強照顧中低收入老人，提供醫療服務，以增進其福利，特訂定本作業要點。

三、補助對象：設籍並實際居住本市滿六個月以上，年滿七十歲以上之老人，家庭收入平均每人每月未達當年度最低生活費二．五倍，其醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔，且未具左列情形之一者：

(一)已獲政府免費醫療者。

(二)已參加社會（或其他）保險可享受免費醫療或取得醫療給付者。

(三)合於役政單位、行政院國軍退除役官兵輔導委員會或其他單位提供全額醫療補助或免費醫療者。

(四) 依自費洗腎病患、自費血友病患醫療補助要點可獲得補助者。

四、補助項目：以傷害、疾病之醫療爲限，惟左列費用不予補助：

(一) 義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、洗牙、齒列矯正、整容、整形、病人運輸、指定醫師特別護士、疾病預防與非因疾病而施行之手術等。

(二) 住院期間之膳食費、看護費。

五、補助標準：視病患醫療費數額與實際需要酌予補助，最高補助百分之七十，但每人每年最高補助以新台幣三十萬元爲限。

六、申請程序：申請人應於醫療行爲發生後三個月內填具申請書並檢附有關證明文件向戶籍地區公所提出申請。

(一) 全戶戶籍謄本。

(二) 國稅局全戶所得暨不動產證明。

(三) 醫療院所診斷證明書。

(四) 醫療費用收據（或以醫院繳費通知單申請辦理直接撥付醫院）。

七、申請人已在外縣市獲得相關補助者應主動敘明已獲得補助之事實，如以虛偽不實之申請接受補助或重複申請者，除立即停止補助，追回其已領之費用外，並於發現後二年內不再給予補助，涉及刑責者，移送法辦。

八、經費來源：

(一)由內政部補助本局辦理中低收入老人醫療補助專款項下支應。不足時由本局社會福利基金年度預算——社會救助——低收入暨清寒市民醫療補助費項下勻支。

(二)在社會福利基金項下編列預算支應。

九、本作業要點自七十九年七月一日起施行，至全民健康保險實施日止。

附錄五

中低收入老人醫療補助計畫（金門、馬祖地區）

一、爲使在全民健康保險未完成以前加強照顧中低收入老人，提供醫療服務，以增進其福利，特訂定本計畫。

二、本計畫由省市、縣市政府社政單位辦理。

三、補助對象：凡本國國民年滿七十歲以上，未具左列情事之一而罹患傷病之老人（以下簡稱老人）：

- (一)省市、縣市政府予以免費醫療之低收入戶老人。
- (二)已參加社會保險可取得醫療給付者。
- (三)合於役政單位，行政院退除役官兵輔導委員會及其他單位提供醫療補助及服務者。
- (四)依自費洗腎病患，自費血友病患醫療補助要點可獲得補助者。
- (五)家庭總收入平均分配全家人口、每人每月總收入超過省、市當年公布每人每月最低生活費用（以下簡稱最低生活費）四倍以上者。

四、補助項目：以疾病、傷害之診察、醫療爲限，惟左列費用，不予補助：

(一)義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、洗牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、疾病預防、與非因疾病而施行預防性之手術。

(二)住院期間之膳食費、看護費。

五、補助標準：

(一)家庭總收入平均分配全家人口，每人每月總收入在最低生活費二·五倍以下者，依老人每人每次申請所需醫療費用之數額計，除自付其中百分之三十之醫療費用，超出自付醫療費用額部分得申請補助，補助款每年每人最高累計以二十萬元爲限。

(二)家庭總收入平均分配全家人口，每人每月總收入超過最低生活費二·五倍未至四倍者，依老人每人每次申請所需醫療費用之數額計，除自付其中百分之四十之醫療費用，超出自付醫療費用額部分得申請補助，補助款每年每人最高累計以十五萬元爲限。

六、申請程序：

(一)申請人應於醫療行爲發生後三個月內填具申請書並檢附有關證明文件逕向戶籍地之鄉鎮市區公所申請：

1.全戶戶籍謄本。

2.稅捐稽徵機關全戶不動產暨所得稅證明書。

3. 醫療院（所）醫療診斷證明書、醫療費用收據。

(二) 社政單位應確實審核病患之補助資格並迅予核定。

七、老人如因戶籍遷移，應向新戶籍地之社政主管機關敘明其已獲得補助之事實，如以虛偽不實之申請而接受補助者，上述之社政主管機關應即予以停止，追回其已領之費用，並於發現後二年內不得再予補助，涉及刑事責任者，移送法辦。

八、本計畫之醫療由省市、縣市政府指定設備完善之公、私立醫療院所辦理。

九、本計畫所需之經費，依左列原則由各級政府分別籌措支應。

(一) 台灣省部分，由台灣省政府社會處及縣市政府各負擔百分之十五，中央負擔百分之七十。

(二) 台北市及高雄市部分，由北、高市政府社會局各負擔百分之三十，中央負擔百分之七十。

(三) 金門縣、連江縣則比照台灣省屬之縣負擔百分之十五，中央負擔百分之八十五。

十、本計畫之中央補助款于每年七月底及十二月底前由省、市政府社會處（局）製據報部撥款，並於每年六月底截止動支報結。

十一、本計畫所需之書表格式，由省、市社會處局另定之。

十二、本計畫自七十九年七月一日起施行，至全民健康保險實施日止。

本中心已出版之「社區發展實務叢書」目錄

1. 托兒所的空間設計與環境佈置 (鄭淑燕)
2. 都市托兒所應如何在社區中發揮兒童福利功能 (孫梅芳)
12. 韓國鄉村社區發展之概況 (蔡美華)
13. 訂定貧窮之方式與標準的探討 (陳琇惠)
14. 如何辦理社區家政推廣教育 (高淑貴)

3. 如何辦理社區青少年群育活動 (林振春)
4. 老人安養機構專業化的實際做法 (張秀卿)
5. 自費安養中心如何營運、管理 (熊亞民)
6. 社區如何推動媽媽教室 (林平洋)
7. 如何加強社區理事會組織功能 (林平洋)
8. 如何將傳統民俗童玩在社區中推廣 (周步坤)
15. 社會福利機構如何委託民間辦理 (張雅麗)
16. 如何發展智障者的社區生活安置 (張培士)
17. 鄉村社區發展推展模式 (高淑貴)
18. 自己動手塗裝 (周明發)
19. 都市社區的守望相助 (黃清高)
20. 提昇臺灣寺廟參與社會福利服務之路 (黃維憲)

9. 容易在社區中推廣的團康遊戲 (張學真)
10. 善用社區資源推動社區發展工作 (金天倫)
11. 組織社區合作社推動社區發展 (李玉梅)
21. 推行統一勸募改革社區發展 (陸光)
22. 如何辦理社區評鑑 (傅正綱)
23. 如何發掘與運用社區(會)資源 (翁毓秀)

24. 影戲開鑼

(陳秀美)

25. 社區童子軍

(宇軒)

26. 溫情四播社工愛

(孫麗珠等)

27. 運用學校資源參與社區發展工作

(林振春)

28. 老人日托中心的類型與功能

(徐麗君)

29. 老人日托中心活動項目的設計

(徐麗君)

30. 如何籌募社區發展經費

(翁毓秀)

31. 社區工作人員的任務與職掌

(翁毓秀)

32. 如何在社區中推展福利措施

(李瑞金)

33. 老人安養與醫療社會工作

(翁毓秀)

34. 學童課後安排與服務機構營運之道

(鄭望崢)

道

35. 自助團體

(許釗涓編譯)

36. 建立社會工作專業制度

(蔡漢賢)

37. 推展老人在宅服務

(蘇麗瓊)

38. 老人中心的規劃與運作

(樓毓梅)

39. 痴呆症老人的理解與養護

(鄭淑華)

40. 慎終追遠——墓政功能與民俗改革

(蕭玉煌)

41. 如何辦理殘障福利工場

(林嘉湧)

42. 貢獻有方向——服務要技巧

(章金鳳編)

43. 如何發展社區內家庭日間托育

(郭耀東)

設施

44. 英國社會教育的現況及發展趨勢

(楊瑩)

45. 安危相扶持——近鄰勝遠親

(蔡紹華等)

46. 開創社會福利新紀元

(蔡漢賢等)

47. 析介新修訂的「社區發展工作綱要」

(蔡紹明等)

綱要」

48. 自發與互助兼有傳承與創新併存

(蔡紹華)

49. 人間有情義——處處溢溫馨

(張煜輝)

50. 認識社會保險真象

(陳琇惠)

51. 以關懷服務殘障讓愛心廣被四處

(陳美杏)

52. 因應高齡社會——再創安養新境

(陳素春)



「社會福利標誌」圖意說明：

兩手交握，象徵全民同心，政府與民間協力共同致力於社會福利，四瓣心形酢漿草置於右手掌中象徵秉持愛心、信心、恒心、耐心，可產生源源不絕的動力與無窮的希望，而左邊三個圓圈則為社會工作個案、團體、社區三大工作方法，綜合而言，社會福利工作，應本信念與方法，並匯成愛心，溫馨社會。

