

國際養老政策及理論研究報告

澳門特區養老保障機制跨部門研究計劃

目錄

| | |
|---|-----------|
| 第一章：人口老齡化及其背景 | 3 |
| 1.1 人口老齡化的定義及其成因 | 3 |
| 1.2 國際老齡化現況與老齡化所帶來的挑戰 | 4 |
| 1.3 澳門老齡化預測 | 6 |
| 第二章：人口老齡化的對應及長者需求 | 8 |
| 2.1 社會政策與人民需求 | 8 |
| 2.2.1 長者需求概覽：前言 | 9 |
| 2.2.2 長者需求概覽：國際分析 | 10 |
| 2.2.2.1 世界衛生組織《積極老年政策框架》 | 10 |
| 2.2.2.2 歐洲聯盟委員會 —《健康老年》文本..... | 11 |
| 2.2.2.3 紐西蘭《正面老年戰略》(Positive Ageing Strategy) | 12 |
| 2.2.3 長者需求概覽：澳門本地分析 | 13 |
| 2.2.3.1 《澳門老齡指標體系》 | 13 |
| 2.2.4 長者需求概覽：分析及討論 | 14 |
| 第三章 國際事例 | 23 |
| 3.1 社會政策模式與國際事例 | 23 |
| 3.2.1 地區事例分析：香港 | 24 |
| 3.2.2 地區事例分析：新加坡 | 27 |
| 3.2.3 地區事例分析：日本 | 30 |
| 3.2.4 地區事例分析：台灣 | 34 |
| 3.3 分析及討論 | 37 |
| 第四章：國際組織建議及總結 | 43 |
| 4.1 國際組織例子：前言 | 43 |
| 4.1.1 世界衛生組織 —《積極老年政策框架》 | 43 |
| 4.1.2 國際性組織建議：聯合國 —《馬德里老齡問題國際行動計劃》 | 45 |
| 4.2 總結及發展方向 | 47 |

前言

從二十世紀中後期開始，人口老齡化的進程急速，世界大多國家的老年人口的比例急速上升。澳門在人口老齡化的洪流下亦難以倖免。根據世界衛生組織定義，若一個國家/地區的長者人口（65歲及以上）佔總人口比例達到7%時，該國家/地區便進入“老齡化社會（ageing society）”階段，表示人口老齡化開始在該國家/地區出現；若長者人口比例達到14%時，稱為“老齡社會（aged society）”；一般超過20%即為“超老齡社會（super/hyper aged society）”¹。早於1993年，澳門的長者人口比例已達到7%²，即進入了“老齡化社會”的階段。另一方面，根據統計暨普查局《2011－2036澳門人口預測》，至2026年時，澳門的長者人口比例將達到16.8%，並預測在2036年時達到20.7%³，屆時澳門將邁入“超老齡社會”階段。

人口老齡化的快速發展，將對社會、經濟及政治等層面構成影響，有見及此，澳門特區政府於2012年11月設立了由十多個公共部門組成的“澳門養老保障機制跨部門研究小組”（下稱：“研究小組”），負責就澳門長者的醫療、住屋、退休保障等議題進行綜合研究，並在研究的基礎上逐步建立系統化的“澳門養老保障機制”，與此同時，制訂2016年至2025年的“長者服務十年行動計劃”，以及早應對人口老齡化所帶來的挑戰。

本研究報告將透過：

- 一）探討國際及澳門老齡化基礎現象及成因；
- 二）綜合分析長者的需求；
- 三）研究其他國家/地區與國際性組織在養老政策上的趨勢。

藉此為日後澳門養老保障機制的政策框架和行動計劃的制訂工作提供基礎理論、學術層面及實際現況的參考依據。

第一章：人口老齡化及其背景

1.1 人口老齡化的定義及其成因

根據聯合國定義，人口老齡化指的是總人口中長者人口所佔的比例逐漸上升的現象，而人口老齡化是二十世紀世界人口結構轉變的主要趨勢⁴。同時，人口老齡化共有四個特點：

- 一) 人口老齡化是前所未有的，這是人類社會首次面對的問題；
- 二) 具有高度的普遍性，不論男女老幼均會受到人口老齡化的影響；
- 三) 人口老齡化的影響亦極為深刻，人口老齡化在人類社會上有多方面的重大影響，例如在經濟、社會、政治方面；
- 四) 人口老齡化是持續地進程，老齡人口的比例只會繼續上升，而此趨勢亦不會逆轉⁵。

然而，出現人口老齡化的原因為何？

構成人口老齡化的主要原因有兩項：其一是高死亡率轉為低死亡率，其二是高生育率轉為低生育率⁶。一方面，隨著醫療及護理技術的發展，人類更能抵抗疾病及老化所帶來的健康問題，使人均壽命延長並減低長者人口的死亡率。根據統計，1950年代的全球平均預期壽命為46歲，在短短半世紀後已升至68歲，這升幅是人類史上從未發生過的。在某些較為先進的地區，如日本、新加坡等，人均預期壽命更能高達80歲⁷。

另一方面，人類逐步由農、工業社會發展成商業社會，意識型態亦隨之有所轉變。而造成生育率下降的原因包括：女性教育水平和勞動參與率的提高，造成女性的結婚年齡延後和生育意願降低、育兒費用上升和家長集中投放資源於養育少數子女、以及國家實施節育政策等。由於上述的因素，全球每名女性的生育率由1950年代的4.97下降至2010年的2.53，亦即在60年間生育率就減少了一半。而澳門在2010年的每名女性生育率更低至1.07⁸。

以長壽聞名的日本，將生育率下降和人均壽命延長的現象稱為“少子高齡化”。在世界各地的數據中亦可以發現，“少子高齡化”多出現於已發展國家/地區，故已發展國家/地區的人口老齡化情況亦最為嚴重，而非洲等發展比較慢的地區，人口老齡化的問題則相對輕微。

在大部份已發展國家/地區中，除了上述的“少子高齡化”外，1950年代的嬰兒潮亦是令老齡化加劇的主因。在第二次世界大戰之後，已發展國家/地區的生育率急速上升，在1950-1965年間平均每名女性會產下4.97-5.02名嬰兒⁹。嬰兒潮的出現令當時人口大增，世界人口由1950年的25億人急增至1965年的33億人，而已發展國家/地區的人口則由1950年的8.1億增加至1965年的9.7億人。對已發展國家/地區而言，嬰兒潮時期的人口升幅是近代最急劇的¹⁰。嬰兒潮期間出生的龐大人口於2010年代陸續步入晚年，成為長者人口的一份子，令長者人口的數字大幅上升。

1.2 國際老齡化現況與老齡化所帶來的挑戰

1950年全球有約2億名60歲及以上的長者人口，2010年時已升逾2倍至約7.6億人。當中已發展國家/地區、發展中國家/地區及低度發展國家/地區中的長者人口升幅分別為1.9倍、3.6倍和3.3倍¹¹。然而，發展中國家/地區中包含了印度、中國等人口較多的國家，故以長者人口的數量來衡量老齡化程度可能會產生偏差，因此亦需要檢視長者人口佔整體人口的比例。已發展地區的長者人口比例是60年前的兩倍¹²，遠超其他兩組地區，可見老齡化情況在已發展地區尤其嚴重，詳細數字可參照下表1.1。

| | 1950年60歲及以上人口人數 | 1950年60歲及以上人口佔總人口比例 | 2010年60歲及以上人口人數 | 2010年60歲及以上人口佔總人口比例 |
|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| 全球 | 2.02 億 | 8.0% | 7.65 億 | 11.1% |
| 已發展地區 | 0.94 億 | 11.5% | 2.71 億 | 21.8% |
| 發展中地區 (不包括較落後地區) | 0.98 億 | 6.4% | 4.50 億 | 9.3% |
| 較落後地區 | 0.1 億 | 5.2% | 0.45 億 | 5.3% |

表 1.1 老年人口人數及比例, 1950 及 2010 比較
來源：United Nations Population Division (2012d, e)

德國首相卑斯麥於十九世紀末首次設立退休年齡基準，那時世界公認的退休年齡介乎 60 至 65 歲間¹³。而在醫療技術的進步下，已發展地區的 60 歲及以上人士平均有 16-22 年的剩餘壽命¹⁴，在這段頗長的時間中，亦需要確保長者人口的生活質素，因此，退休生活規劃亦逐漸成為人口老齡化的重點議題。

首先，人類在步入老年後，生理機能亦會出現一些較負面的轉變，如體能下降、免疫力下降、記憶力衰退等等，往往會對其日常生活構成一定的影響。同時，長者亦會變得比較容易受長期病患影響，最嚴重更會導致其失去獨立生活的能力，需要別人協助才能生活。這些生理上的轉變，將令長者對醫療及長期照顧服務的需求大為提高。

另一方面，長者在脫離勞動市場後，收入將會大幅減少，如何應付生活開支亦會是一項課題，而上段所述的生理轉變亦會進一步令其經濟開支增大。此外，大部份成年人每天把大部份時間投放在工作上，在退休後將會出現大量空餘時間。根據心理學家的“持續理論 (Continuity Theory)”¹⁵，長者會希望在退休後，維持原來的生活模式，否則的話就會影響到心理健康¹⁵。如何運用退休後空餘時間充實自我，增強身心健康亦成了人類一道新的課題。

老齡化並不只對長者構成影響，對整個社會亦會帶來重大的轉變。首先老齡化會對經濟帶來極大的壓力，特別是在醫療照顧或養老金等項目的公共開支將大幅上升。在醫療開支的影響尤見顯著，根據經濟合作與發展組織 (OECD) 的分析，每名 65 歲或以上的長者的平均醫療開支是年輕人口的五倍¹⁶。而在長者人口日益增大，年青人口的補充速度將追不上，不少地區的人口結構將成“漏斗形金字塔”。然而，支撐社會的主要是 65 歲以下的勞動人口。根據聯合國的數據，1950 年全球平均的老年人口扶養比率 (100 個 15-64 歲的勞動人口與 65 歲以上長者的比率) 為 8.4，2010 年時則升至 11.7。而在已發展地區，老年人口扶養比率的平均值由 11.9 增至 23.8，這意味著更少勞動人口將要支撐起更多長者人口的生活。在人口老齡化的趨勢下，不僅需要大量提供長者相關服務的人力資源，而勞動人口的減少更會直接影響政府一系列收入 (例如直接稅)。在收入下降而開支上升的情況下，政府的財政會面臨極大的壓力。

1.3 澳門老齡化預測

在世界性的人口老化現象下，澳門亦不能獨善其身。人口老化早已在澳門出現，若以現時的狀況而言，澳門的人口老化問題並不算嚴重。但根據不同學者的預測，上節所述的大部份問題均會在未來二三十年內陸續浮現。

澳門居民的人均壽命在世界上名列前茅，澳門居民 2013 年預期壽命為男性 78.9 歲，女性 85.6 歲¹⁷，遠高於世界平均壽命的 68 歲。預期未來 20 年澳門人均壽命仍然會上升，預料 2036 年的男性平均壽命達 79.6 歲，女性則 86.9 歲¹⁸。

長者人口的數量亦在近年急速上升，在 1990 年至 2011 年之間，長者人口由 22 400 人上升近一倍至 40 900 人，惟該段時間有年輕的中國大陸移民移入，故此長者人口比例上升不大，只由 6.6% 上升至 7.2%¹⁹。可是，依照統計暨普查局的預測，長者人口將會在 2036 年劇增至 157 300 人，佔澳門總人口 23.7%。屆時五個澳門人中，將會有一個是 65 歲或以上的長者，可見澳門長者人口不僅在數量上，在比例上亦將日益龐大。此情況與上節所提及的嬰兒潮亦有關連，由於上世紀五六十年代出生率比較高，每位澳門女性平均會生育 5 名嬰兒²⁰，此嬰兒潮中出生的人口在現時漸漸步入老年，令長者人口進一步上升。

近年本澳亦出現“少子女化”。雖然本澳的新生嬰兒數量在過去數年持續增加，但仍未能達到出生替代率（fertility replacement rate）的水準，如 2010 年時每名女性平均只生育 1.07 名子女²¹，是世界生育率最低的地區之一。在人口急劇老化的同時，年輕人口數量不夠補充勞動人口，將會導致一系列的社會問題。其中最顯著的將會是撫養問題，澳門的老年人口撫養比率根據預測將會由 2011 年的 10.9，年急升三倍至 2036 年的 38.6²²。意味著勞動人口在支撐長者人口上將會面對三倍的壓力，能否有效地供養起如此龐大的長者人口，繼續社會的穩定發展將成一疑慮。

除撫養問題外，由人口老化衍生出的一系列挑戰，如醫療開支的上升、長期照顧服務需求增加、維持長者人口穩定收入等都急需處理。若問題不能順利解決，不只是長者人口，整個澳門社會民生都會受影響。有見及此，澳門特別行政區行政長官在 2013 年施政報告中明確指出：廣大長者為本地社會進步作出了重要的貢獻，我們有責任關懷長者的晚年生活。特區政府成立了由社會工作局牽頭的跨部門研究小組，對長者醫療、住屋、退休保障等方面作綜合評估。政府鼓勵“家居

照顧，原區安老”，同時，不斷完善長者權益保障的相關法律法規，努力提供更多的安老服務。明年，我們將制訂中、長期的長者服務發展計劃，讓長者“老有所依、老有所為”。

為此，澳門養老保障機制跨部門研究小組在 2012 年 11 月成立，小組將透過評檢分析澳門現時養老保障政策服務狀況，以及參考國際的養老政策發展，設立澳門養老保障機制的政策框架，並制定 2016 年至 2025 年的長者服務十年行動計劃，為澳門的長者謀求福利之外，亦希望推動澳門成為“積極老年(Active Ageing)”的城市。澳門特區政府社會工作局亦特別邀請嶺南大學亞太老年學研究中心為有關工作進行學術性的支援研究。

第二章：人口老齡化的對應及長者需求

2.1 社會政策與人民需求

當人口老齡化日益嚴重，將對民生、經濟及政治等方面造成一定的影響。有見及此，澳門特區政府須及早制訂應對的養老保障機制，以減低人口老化對本澳社會的衝擊。

根據政治學家 Richard M. Titmuss 的定義，社會政策 (social policy) 為社會對人民的需求或問題作出的回應，故其存在是為解決需求問題²³。針對長者人口的需求而建立的政策或制度，亦為一項社會政策。Titmuss 提出了三個描述西方世界社會政策的模型，即一) Residual Welfare Model (剩餘福利模型)，強調當個人的需要無法從私人市場或家庭等兩個系統中獲得適當的滿足時，政府的社會福利系統才會介入，並且應該只是暫時性的；二) Industrial Achievement-Performance Model (工業成就模型)，指政府所提供的社會福利是與經濟生產相關聯，並根據個人的功勞、工作表現和生產力等因素作為提供福利的標準；及三) Institutional Redistributive Model (制度型福利)，視福利為一種重新分配社會資源的機制，並因應個人需求提供服務²⁴。不論是任何一組分配社會資源的方式，社會福利政策最終的理念都是滿足人民的基本需要，可見社會政策是由“需求”主導的。

另一位學者 John Kingdon 於 1995 年發表的改良版多源流框架 (Multiple Streams Framework) 中指出在制訂社會政策時有三大“源流 (stream)”需要考慮，分別是“問題 (problem)”、“政策 (policies)”、“政治活動 (politics)”。政治活動和政策之間的分別，在於政策為指導性方向，而政治活動為實則的解決行動。他強調“人們在發現問題後，會找出在政策上的解決方法，然後便會以政治活動例如選舉等來令政策實現”²⁵。Kingdon 的框架不只把“問題”和“需求”的重要性帶出，亦在當中說明了“人”在政策制訂中的重要性。

聯合國於 2002 年發表的《社會政策：國家發展戰略政策筆記》(Social Policy: National Development Strategies Policy Notes) 把人民放在重心位置上。在該筆記上明確表示“要把人民帶到政策制訂的核心，不只是提供剩餘福利，而是要把他們的需求主流化，並在各界別層面上廣傳，從而創造既穩定又有凝聚力的社會”²⁶。所謂的需求主流化 (mainstreaming)，即在政策制訂時，把人民的需求視為政策考慮的第一步。這方針一直受聯合國推崇，在不少行動領域上，聯合國主張“由下

而上”（Bottom-up Approach）的模式：先了解政策所面向群眾的需要，並把他們的意見作為政策制訂的重要考慮因素，以制訂出符合人民需要的政策。而澳門特區政府一向秉承以人為本的政策理念，尤其重視居民的生活需，致力於改善居民的生活品質，有關的政策理念基本和上文提及的政策制訂模式大致相若。

因此，澳門養老保障機制是一項重要的社會政策，制訂過程中需要確實掌握目標群組的需求。故必先要研究長者的需要，在下節開始，將會嘗試分析長者生活上的需求，並將其分類，構建一個涵蓋度較高的長者需求概念框架。

2.2.1 長者需求概覽：前言

人類的需求一直為學術界所研究，較有名的人類需求理論是由心理學家 Abraham Maslow 創立的需求層次理論（Hierarchy of Needs）。這理論把人類的需求按重要性分為五個層次，並以層層遞進的方式尋求滿足，即前一層次的需求得到最低限度的滿足後才會追求下一層次的需求。依序為最底層次的基本生理需要（physiological needs），如食物、水、空氣等；第二層是安全需要（security needs），例如安全的居住環境、穩定的收入、有效醫療服務等；第三層是社會需要（social needs），即人際關係、家庭及愛情等；第四層是自尊上的需求（esteem needs），即認同感、自我價值及成就上的需求；而第五層則是自我實現的需要（self-actualizing needs），即達成對自身的期望。

Maslow 認為首四層是因為生理上或心理上缺失而導致的需求，一般稱之為缺失性需求或匱乏性需求（deficiency needs），而第五層是個成長的需求²⁷。一般發展較成熟的國家都有機制確保生理需要得到滿足。第四層及第五層與個人心理及價值有關，較難以政策服務去滿足，故一般社會政策都集中處理在第二層的安全需求及第三層的社會需求。

然而，每位長者都是獨特的，人生經歷和生活環境令每個人的晚年在行為、能力及身體狀況等方面都有相當大的差異²⁸，這亦會令長者有其獨特的需求。社會政策不可能為每位長者的獨特需求作個別的回應，最有效的方法是全面綜合長者於各層面上的需求，再發展出一套覆蓋度高的安老政策，盡力顧及不同長者的各項服務需求。

國際及本澳均有不少長者需求的研究或文獻，在此章節中將選取較有代表性的國際事例以及本澳的研究作檢視，並進一步把長者的需求作歸類，整合成長者需求概覽的概念框架，以便之後的分析。

2.2.2 長者需求概覽：國際分析

社會文化因地區而異，故不能以其他國家之情況直接套用至澳門，惟一般長者政策可解決的長者需求，多是 Maslow 理論中第二及第三層的需求，故具有一定的共通之處。藉國際長者需求的分析，再配合澳門實際情況，應能歸納出一套宏觀全面的長者需求概念框架。以下將檢視三個較具代表性的文本中所示的長者需求，包括：

- 一) 世界衛生組織《積極老年政策框架 (Active Ageing: A Policy Framework)》；
- 二) 歐洲聯盟委員會《健康老年 (Healthy Ageing)》文本；
- 三) 紐西蘭《正面老年戰略 (Positive Ageing Strategy)》。

2.2.2.1 世界衛生組織 — 《積極老年政策框架》²⁹

世界衛生組織（下稱“世衛”）在 2002 年推出《積極老年政策框架 (Active Ageing: A Policy Framework)》。強調以推動“積極老年” (Active Ageing) 減低人口老齡化對社會帶來的衝擊，並改善長者的生活。根據世衛的定義，“積極老年”為“以加強獲得健康、參與和保障的機會，以提高人們在老年時的生活質素。³⁰”

生活質素 (quality of life) 為此框架的重點。世衛認為生活質素能透過一個人能否在其生活中達成自我訂立的目標來量度，多以身心健康、社交關係、獨立自主程度計算³¹。同時，世衛亦認為獨立生活 (independence) 及自主生活 (autonomy) 的能力是確保生活質素的基礎。所以“積極老年”的概念在於延長長者自主獨立生活的能力及無病無痛的“健康預期壽命” (healthy life expectancy)，而非單純的延長預期壽命。

世衛在眾多研究中，歸納出要達到令人能“積極老年”的優良生活質素是需要滿足一系列的“積極老齡因素 (determinants of active ageing)”。此一類因素和需求層次理論所提出的缺失性需求十分類近，是需要透過滿足來確保生活質素。

以下將簡介各項“積極老齡因素”：

- 一) 醫療與社會服務因素：生命周期取向 (life course approach)，即兼顧所有年齡層人士的需要而提供疾病預防及健康宣傳、治療服務、長期照顧服務、心理支援服務；
- 二) 行為因素：包括煙草使用、運動、健康飲食、口腔健康、酒精使用、藥物使用、醫原病 (iatrogenesis, 即醫療過程所引起之疾病)、藥物依賴；
- 三) 個人因素：包括生物學層面與基因、心理因素等；
- 四) 物理因素：即物理環境、安全的住房、預防跌摔、乾淨的空氣、食水及食物安全等事項；
- 五) 社會因素：即社會支援、暴力與虐待問題、教育與識字率等項目；
- 六) 經濟因素：包括收入、社會保障、工作等範疇。

這六因素之上，還有兩項總則性的因素需滿足：性別及文化。因此，世衛建議在制訂政策行動時，亦必須保證長者不會因性別、種族、文化、宗教等原因而得不到其應有的資源。

2.2.2.2 歐洲聯盟委員會 — 《健康老年》文本³²

歐洲預期於 2025 年時會有超過三份一人口超過 60 歲，為及早回應人口老齡化並減低對社會的影響，歐洲聯盟委員會聯同世衛、European Older People's Platform 及 EuroHealth-Net 等組織於 2004 年至 2007 年合作，展開《健康老年》行動計劃以提高 50 歲以上人民的健康福祉，令其可以“健康老年 (Healthy Ageing)”。

《健康老年》計劃一共列出了十大的長者需求範疇，分別是：

- 一) 退休與退休準備：內容包括年長人士參與勞動市場、工作能力、延長工作時間和退休準備等；
- 二) 社會資本：主要關於義務工作、社會支援、防止社會隔離及孤獨；

- 三) 精神健康：涵蓋心理治療介入方法、預防及減低抑鬱症、對照顧者的支援；
- 四) 生活環境：包括室外活動性、技術環境、天氣氣溫和空氣品質、住房改善（包括有利健康與減低受傷）等範疇；
- 五) 營養：概括對飲食的正面態度、常見老年病的預防和風險包括骨質疏鬆、糖尿病和癌症等；長期的體重下降；
- 六) 運動：提高運動量的介入手段、運動與健康的關係、階段性的抗性訓練（*resistance training*）、基礎照顧體系提供的運動訓練（*primary care-based intervention*）；
- 七) 預防受傷：主要包括社區介入手段、對長者的暴力、跌摔的風險管理及評估、停用精神科藥物時的副作用（*withdrawal of psychotropic drugs*）、預防性醫療器材；
- 八) 物質濫用：包括煙草使用及酒精使用；
- 九) 藥物使用及其相關問題：包括錯誤用藥、不適當處方、藥物反作用；
- 十) 預防性的健康服務：包括健康知識（*health literacy*）、防疫、家訪等。

此十項需求與世界衛生組織的《積極老年政策框架》所示的“積極老齡因素”相似，在健康預防上的著墨也比較多。此文本亦設有需跨範疇處理的因素，包括社經因素、性別、少數社群（*minority*）以及不平等問題（*inequality*），即在制訂政策時，必需要確保各社經狀態、性別、種族的人都能平等地得到應有的社會資源。

2.2.2.3 紐西蘭 — 《正面老年戰略》（*Positive Ageing Strategy*）³³

紐西蘭政府在 2001 年發表該國長期養老機制政策藍圖 — 《正面老年戰略》（*Positive Ageing Strategy*）。此戰略的思想與聯合國後來制訂的《馬德里老齡問題國際行動計劃》相當接近。故聯合國於 2003 年推出的《聯合國馬德里老齡化問題國際行動計劃政策制訂及實業者指導框架及工具（*The Madrid International Plan of Action on Ageing: Guiding Framework and Toolkit for Practitioners and Policy Makers*）》中把此戰略列為最佳範例（*best practice*），確認其參考價值，故此在本文中亦會以此作參考。

紐西蘭政府確認了多項有助正面老年的決定性因素（*determinants of positive ageing*）。簡單來說，就是要達到正面老年，必先要處理的長者需求問題。當中提

出了不少重點，例如：一）需要一個穩定的入息；二）由小開始養成的健康生活習慣；三）要有合適的健康及社會服務支援；四）能推動居家安老的可負擔住房；五）提供參與和貢獻的機會；六）交通配備需齊全；七）需提供工作及終生學習的機會；八）改善大眾對長者的印象等等。紐西蘭政府向不同的社會團體作諮詢後，確認這些需求是需要處理的，從而制訂了十個養老目標，該十個目標如下：

- 一) 入息 (*Income*)
- 二) 健康 (*Health*)
- 三) 住房 (*Housing*)
- 四) 交通 (*Transport*)
- 五) 居家安老 (*Ageing in Place*)
- 六) 文化多樣化 (*Cultural Diversity*)
- 七) 鄉郊問題 (*Rural*)
- 八) 態度 (*Attitude*)
- 九) 就業 (*Employment*)
- 十) 機會 (*Opportunities*)

因《正面老年戰略》是以“需求”作主導，故每個的戰略目標上，我們便可以歸納出紐西蘭政府所認定的長者需求能分類成以上十個範疇。

2.2.3 長者需求概覽：澳門本地分析

單靠分析國際研究是不足以為澳門制訂一個宏觀全面的長者需求框架，正如以上三個文本中均提及的“文化因素”所示，因每個地區有其獨特文化，亦有其獨特的社會特徵，故有必要分析澳門本地研究。在此將會簡介《澳門老齡指標體系》研究，以檢視澳門地區的長者需要。

2.2.3.1 《澳門老齡指標體系》³⁴

預料到人口老化問題將為澳門帶來影響，為了預早建立妥善的應對機制以維持社會穩定及保障長者的權益不受影響，澳門特區政府於2013年完成了“澳門老齡指標體系”的研究。

澳門老齡指標體系採用“由下而上”(Bottom-up Participatory Approach)的調研方式，直接聽取年滿55歲或以上的澳門居民對政策和服務的需求，除了提供機會給居民，尤其是長者表達自身訴求，令他們與政策制訂者直接溝通，亦可為政策制訂者提供更全面的信息，藉此制訂更能貼合澳門長者需要的安老政策。此調查把長者需求分為六大範疇，並根據聯合國《馬德里老齡問題國際行動計劃》中所示的方向，在每大範疇中設立相應的子範疇項目，詳細如下：

- 一) 醫療健康：包括健康與營養；醫療及照護服務；長者生活質量；
- 二) 家庭關係：包括長者與家庭；對照顧者的關懷與支持；疏忽、虐待及暴力；
- 三) 社區參與和認同：包括長者積極參與；老有所為；社會服務和社區支援；
- 四) 經濟支持：包括長者與消費市場；社會保障；長者與貧窮；
- 五) 住屋：包括房屋及居住環境；
- 六) 心靈健康：包括對殘疾及心理病的支援。

在此調查的結果中，顯示以上六個範疇均被長者認為與他們的需要相近。而研究亦得出澳門長者最重視的是醫療健康、住屋及經濟支持，另外其他項目亦有不少長者認為有需要改善。這除了能證明該六範疇能貼合澳門長者的需求外，亦能反映到每位長者需求的獨特性。

2.2.4 長者需求概覽：分析及討論

從以上三個國際例子及澳門本地例子中，可發現當中對長者需求的概念存在許多相同之處且均能套入Maslow需求層次理論的第二及第三層。例如健康、經濟、住房、社會因素等都在上述四個事例中重複出現。為了方便分析，故現把上述四個事例按世界衛生組織的《積極老年政策框架》中的“健康”、“保障”、“參與”等三大支柱進行分類。此外，由於住房及交通等物理因素亦較多被提及，可見其重要性，故除了上述的三大支柱外，亦會將住房及交通從“保障”及“參與”中抽出，成為獨立的“生活環境”以下將會把各項長者需求歸類，並嘗試提出一個覆蓋澳門長者的大部份需求的概覽框架模型。

| 範疇 | 世界衛生組織 — 《積極老年政策框架》 | 歐盟委員會 — 《健康老年計劃文本》 | 紐西蘭 — 《正面老年戰略》 | 澳門老齡指標體系 |
|----|--|---|-------------------|---|
| 健康 | <p>醫療與社會服務</p> <ul style="list-style-type: none"> — 疾病預防及健康宣傳 — 治療服務 — 長期照顧 — 心理支援服務 <p>行為因素</p> <ul style="list-style-type: none"> — 煙草使用率 — 運動 — 健康飲食 — 口腔健康 — 藥物使用 — 醫原病 <p>個人因素</p> <ul style="list-style-type: none"> — 生物學層面與基因 — 心理因素 <p>物理因素</p> <ul style="list-style-type: none"> — 空氣、食水及安全的食物 — 預防跌摔 | <p>精神健康</p> <ul style="list-style-type: none"> — 心理治療 — 預防和減低抑鬱症 — 照顧者支援 <p>營養</p> <ul style="list-style-type: none"> — 正面飲食態度 — 預防常見老年病 — 體重下降 <p>運動</p> <ul style="list-style-type: none"> — 提高運動量 — 運動與健康 — 抗性訓練 — 基礎照顧體系的運動訓練 <p>預防受傷</p> <ul style="list-style-type: none"> — 社區介入手段 — 跌摔風險管理及評估 — 停用精神科藥物的副作用 — 預防性醫療 <p>物質濫用</p> <ul style="list-style-type: none"> — 煙草濫用 — 酒精濫用 <p>藥物使用及其相關問題</p> <ul style="list-style-type: none"> — 錯誤用藥及處方 — 藥物反作用 | 健康 | <p>醫療健康</p> <ul style="list-style-type: none"> — 健康與營養 — 醫療及照護服務 — 長者生活質量 <p>心靈健康</p> <ul style="list-style-type: none"> — 對殘疾及心理病支援 — 社會服務和社區支援 — 對照顧者的關懷與支持 |

| | | | | |
|-------------|---|--|-----------------------------|--|
| | | 預防性的健康服務 — 健康知識 — 防疫 — 家訪 | | |
| 保障 | 經濟因素 — 收入 — 社會保障 — 工作 — 暴力與虐待 | 退休與退休準備 — 參與勞動市場 — 工作能力 — 延長工作時間 — 退休準備 預防受傷 — 長者與暴力 | 入息 就業 態度 | 經濟支持 — 長者與消費市場 — 社會保障 — 長者與貧窮 — 疏忽、虐待及暴力 |
| 參與 | 社會因素 — 社會支援 — 教育與識字率 | 社會資本 — 義務工作 — 社會支援 — 防止社會隔離及孤獨 | 文化多樣化 鄉郊問題 機會 居家安老 | 家庭關係 — 長者與家庭 社區參與和認同 — 長者積極參與 — 老有所為 |
| 生活環境 | 物理因素 — 物理環境 — 安全的住房 | 環境 | 住房 交通 | 住屋 — 房屋及居住環境 |

表 2.1 各文本中所示的長者需求總合表

健康相關

在以上四個事例中，最被重視的是健康及醫療相關的需求。根據 1978 年的《阿拉木圖宣言 (Declaration of Alma-Ata)》，健康被定義為“總體的身心及社交健康狀態，不限於不受疾病和體弱的影響”³⁵，此定義之後亦被多個國家及組織，包括世界衛生組織採用。上述各事例中亦可見不只身體健康，心理及社會健康都被受重視，《積極老年政策框架》、《健康老年》、引申自《聯合國馬德里老齡問題國際行動計劃》的《澳門老齡指標體系》均有提及心理健康，以及社會服務的項目。

《阿拉木圖宣言》把基礎醫療體系分為四個性質：宣傳性 (promotive)、預防性 (preventive)、治療性 (curative) 及復康性 (rehabilitative)。在 2008 年世界衛生組織以此宣言為基礎，發表了《基礎醫療體系文本 (Primary Health Care: Now More Than Ever)》，當中把紓緩服務 (palliative Service) 納入了基礎醫療體系的一環³⁶。由於宣傳性服務多是教育健康相關知識、防病及控病的方法³⁷，而預防性服務例如防疫，目的亦為預防或減低疾病發生率。為方便分析，在此把兩者統合為“預防及宣傳”。

俗語云：“防病於未然”，故在此先論“預防及宣傳”範疇。在上述四個事例中，《積極老年政策框架》中指出的“行為因素”中強調要處理的煙草使用率、運動、健康飲食、口腔健康等需求，以及“物理因素”內的“乾淨的空氣、食水及安全的食物”等項目，目的是為了增強長者的健康而減少疾病的發生率，乃預防性之手段。《健康老年》文本中所提的提議例如“營養”、“運動”、“預防受傷”、“物質濫用”等，亦是需透過預防及宣傳性質的活動才能推動。至於澳門本土的《澳門老齡指標體系》中分別有“疾病預防”、“健康與營養”的項目。從此亦看到，在長者的健康層面上，有必要推動預防疾病和健康宣傳。

然而，如預防措施未能防止疾病發生時便需要治療服務。“治療”服務一向是整個醫療體系中最受重視的一環。上述每個事例中均有提及醫療服務，而某些項目更被特別指出，例如在《積極老年政策框架》所指出的“藥物使用”、“防止出現醫原病”、以及《健康老年》文本中提及的“藥物使用及其相關問題”，亦與治療方法有關。

復康服務的目的是改善身體機能及推動社會融入。在治療服務後，有不少人身體機能仍未能應付日常生活，這時便要接受復康服務³⁸。一些長者常見的疾病

如中風、血管疾病、骨折等都會構成身體失能，在接受治療後，大部份長者都需透過復康服務才能回歸社會生活³⁹。然而，在上述的四個事例中，並沒有特別提及復康服務的需求。這可能是因為一般復康服務已能滿足長者的需要，又或長者病癒後的身體比較虛弱，往往對復康治療反應不大。此外，由於不同的因素，例如較難照顧的長期病患、失智症、家居環境阻礙、家庭照顧者未能提供照顧等都會令長者難以回歸社區生活，這時便需要長期照顧服務，由專業人員提供照顧的支援在以上各文本都可見長期照顧服務對長者來說極其重要。雖然，各個事例中對復康服務的著墨不多，但考慮到復康服務對長者有其重要性，因此把復康服務和長期照顧服務合為“復康及長期照顧服務”處理會較為適當。

如長者病患嚴重，醫療服務沒法醫治，在確保長者的生活質素為大前題下，便需要使用紓緩服務。紓緩服務的目的地以減輕痛楚和病徵、提供精神和心理上的支援，以此提高患有致死疾病的病者及其家人的生活質素⁴⁰。簡單而言，即以“減輕痛楚 (relief)” 取代“治好疾病 (treatment)” 作為醫療目標。如上述所言，紓緩服務已被納入為醫療體系重要的一環。在上述的事例中，雖無特別強調，但在世界衛生組織的《積極老年政策框架》文本中，長期照顧項目便包括了紓緩服務⁴¹。而《澳門老齡指標體系》中亦有提及臨終照顧。故此，在“復康及長期照顧服務”之下，亦需顧及此項目。

在身體健康外，心理健康亦需重視。各事例中大多會提及心理支援，例如歐洲聯盟委員會的《健康老年》文本中強調對抑鬱症的預防服務及心理治療等項目。而《積極老年政策框架》中亦強調心理因素的重要性，例如是否能正面面對自己年老的事實等等。這類支援多由社會服務推動。社會服務包括心理輔導、教育、社區支援網絡、外展服務、護老者支援等⁴²。值得注意的是對護老者的支援。不少長者行動不便或患有疾病，需要別人協助照顧才能正常生活。照顧長者是需要一定技巧的高壓力工作，對家庭中身為傳統照顧者的女性影響尤其大⁴³，故此對照顧者的支援亦是需要的。於《健康老年》文本、《澳門老齡指標體系》中均有指出此項需要。以上項目雖有不同的目標，但都是透過“社會服務”來提供服務，故此處將以“社會服務”來概括描述心理健康及護老者支援等服務。

故此，在健康相關的項目上，可看到主要由“醫療服務”及“社會服務”提供，故建議把“健康”改為“醫療及社會服務”。共可分成以下四個範疇：一) 染上疾病前的預防及健康宣傳；二) 染上疾病後的治療服務；三) 接受治療後的復康及長期照顧服務；四) 對心理及護老者的社會服務支援，詳細如下：

- 一) 預防及宣傳服務：包括疾病預防及健康宣傳（例如防疫注射或健康知識教育等服務）、減低使用物質濫用（包括煙草及酒精）、健康飲食及營養、運動、預防受傷等項目；
- 二) 治療服務：包括疾病治療、藥物使用問題及依賴、醫原病等事項；
- 三) 康復及長期照顧服務：除了復康及長期照顧服務外，亦包括紓緩服務；
- 四) 社會服務：包括社區支援服務、心理健康支援以及對護老者的支援等。

保障相關

根據世界衛生組織的定義，保障是指社會保障、經濟保障、以及物理層面上的保障，並需要政策和行動去確保沒能力支援自己的長者，能有權利去享受這些保障而不失其尊嚴⁴⁴。

要確保長者生活的尊嚴，最需要的是建構一個尊老重老，認同長者對社會的貢獻的氛圍，這樣便可減少許多因對長者有負面印象而產生的問題，例如年齡歧視以及虐老等問題，紐西蘭的《正面老年戰略》便把對長者的態度放為其中一個主要需求範疇。另外，在各事例中均有提及與虐老相關的事項。在改變社會對長者的態度上，需要改善整個社會的氛圍，推動尊老敬老的教育等。而法律亦經常成為保護長者的最後防線，不只保護長者不受歧視和虐待，在《澳門老齡指標體系》中也有提及，長者在消費市場中亦需得到一定的法律保障，所以法律保障必需是全面，以及適合長者使用的。故此在保護長者的尊嚴時，需要從兩個角度入手，即“法律保障”及改善“社會氛圍”。

而在經濟上的保障，多與長者的收入相關。不論是靠退休保障制度、自己的儲蓄或子女的供養，又或是由政府提供，沒有經濟收入便不能生活。故“收入”是多個文本中有提到的重要議題。在這兒可以把收入分成兩大類別：由社會保障提供，透過經濟援助向無法維持日常生活開支的長者提供經濟支援，亦即世界銀行的“五支柱退休金模型”所指的第二百零四支柱⁴⁵；另一類別則是非社會保障性的經濟收入，例如工作薪金、子女或親友供養、退休金，退休前的準備等等，亦即世界銀行模型中的第一至第四支柱⁴⁶。在勞動人口下降，扶養比上升時，很多子女都因生活壓力難以供養父母，不少長者會重新投入勞動市場以獲取經濟收入如《正面老年戰略》中強調長者再就業的重要性，故在經濟保障下，保障長者有再就業的機會將會是一項重要議題。

故此，在長者的“保障”層面上，可看到有三個主要的需求：

- 一) 法律保障：防止長者被虐待或歧視以令他們得到公平公正的對待；
- 二) 社會氛圍：透過公民教育、塑造長者正面形象、確認長者的貢獻達成；
- 三) 經濟保障：可分為就業、個人或家庭支援、社會保障等。

參與相關

根據世界衛生組織定義，參與是指長者在社經、文化、靈性（spiritual）等活動中，按他們的權利、需求和興趣而給予參與的機會，使長者能進行有償或無償的具有生產力的活動。生產力的定義除了實際經濟產出外，亦包括對身心的正面影響⁴⁷。

參與對長者來說亦相當重要。綜合以上四個事例來說，在此範疇中最多被提及的是社會支援，例如《積極老年政策框架》、《澳門老齡指標體系》亦有提及，而在《正面老年戰略》及《健康老年》文本中，社會支援是分別是“居家養老”及“社會資本”中的一部份。

社會支援大多可分為感情上的支援（emotional support）及實際上的支援（instrumental support）⁴⁸。而社會支援的多寡和長者的人際及資源網絡是否足夠有關，而社會參與對建構其社會網絡有關鍵的作用。長者有機會因缺乏社會支援和人際網絡導致生活問題，例如獨居長者⁴⁹，所以“社會支援”將放進“參與”範疇。

建立跨代與家庭關係是推動社會支援的一大重點，除了《澳門老齡指標體系》有明確指出家庭和跨代關係的重要性外，《正面老年戰略》亦有在“態度”部份中確定了跨代關係的重要性⁵⁰，而跨代共融亦能實現《健康老年》文本中“社會資本”項目，除了能直接提供“社會支援”外，亦能“預防社會隔離及孤獨”。故此“跨代與家庭關係”將會是“社會支援”下一個重要的需求。

《澳門老齡指標體系》很清楚指出，長者的積極參與社會活動是十分重要，在《正面老年戰略》中的“機會”一環中有明確指出，要提及要增加長者的學習機會和訓練機會，以及推動義工活動⁵¹。在《積極老年政策框架》中，亦有提及要增加長者參與學習活動的機會以及提高識字率。而根據世界衛生組織的“生命

周期”概念（Life Course Approach），學習不只是在年輕或年老後才進行，是要一生中持續學習的。因此，“持續學習”亦為參與範疇中另一個重要的需求。

根據世界衛生組織對參與的定義，具生產力的有償或無償的活動相當重要，包括有薪受僱及義務工作。長者參與有薪受僱，除了可以增加其社會參與率外，亦能提供經濟收入令生活輕鬆；至於參與義務工作，可造福社會，助人同時亦自助，最重要的是兩者均能令長者繼續他們之前生活的模式，滿足在第一章提及的延續理論（Continuity Theory）的需求。於《健康老年計劃》文本中，均有直接提及長者進行義務工作的事項。而在《積極老年政策框架》、《正面老年戰略》中的“機會”、以及《澳門老齡指標體系》中的“長者積極參與”，亦與有償或無償工作有關。故此在“有償及義務工作”在“參與”範疇中亦為另一大項目。

而在《澳門老齡指標體系》中，因應聯合國“由下而上”的政策取向，故亦鼓勵長者多參與政策相關事項，提供令其可以發聲為自己爭取福利，所以“公民參與”亦為參與下的其中一項內容。而在這些參與活動之外，正如其他年齡層的人一樣，長者亦需要娛樂，娛樂亦能使長者身心得到健康⁵²，所以，“文娛康樂活動”等亦是重要的需求。

總的來說，在“參與”層面上，可看到有五個主要的需求：

- 一) 社會支援
- 二) 有償及義務工作
- 三) 公民參與
- 四) 持續學習
- 五) 文娛康體活動

生活環境相關

在範例文本中所有環境因素相關的議題都是環繞兩個方向去看，一是住房及環境相關，另一是交通相關。華人社會認為生活基本是“衣、食、住、行”，“住”與“行”同樣重要，故在“生活環境”中，將分為兩大需求事項，一是需要一個安全而適合長者居住的環境，另一是要確保住房供應充足，令長者都能“老有所住”。

而在“交通因素”方面，交通系統首先必需安全和適合長者使用，另一方面則要方便長者在住所和目的地之間往返，亦即令他們能便利地使用交通工具和快捷地到達目的地。簡單來說，對交通的需求即是要安全和便捷。

把上述的分析歸類後，就能得到以下總結長者需求的簡表：

| 主範疇 | 次範疇 | 項目例子 |
|---------|--------------|--|
| 醫療及社會服務 | 1. 防疾及宣傳 | <ul style="list-style-type: none"> · 防疫注射或健康知識教育等服務 · 減低煙草及酒精等物質濫用 · 健康飲食及營養 · 運動及預防受傷 |
| | 2. 治療服務 | <ul style="list-style-type: none"> · 治療服務的質素 · 藥物使用問題及藥物依賴 · 醫原病 |
| | 3. 復康及長期照顧服務 | <ul style="list-style-type: none"> · 復康服務 · 長期照顧服務 · 臨終/紓緩服務 |
| | 4. 社會服務 | <ul style="list-style-type: none"> · 心理支援 · 社區介入 · 照顧者支援 |
| 保障 | 1. 法律保障 | <ul style="list-style-type: none"> · 針對長者的暴力行為 · 長者與消費市場 |
| | 2. 社會氛圍 | <ul style="list-style-type: none"> · 對長者的態度 |
| | 3. 經濟保障 | <ul style="list-style-type: none"> · 個人、家庭及社區責任 · 就業與收入 · 社會保障 |
| 參與 | 1. 社會支援 | <ul style="list-style-type: none"> · 社會人際網絡 · 跨代及家庭關係 |
| | 2. 有償及義務工作 | <ul style="list-style-type: none"> · 長者的生產力及貢獻 |
| | 3. 公民參與 | <ul style="list-style-type: none"> · 長者為自己發聲的平台及機會 |
| | 4. 持續教育 | <ul style="list-style-type: none"> · 學習機會 · 技能訓練 |
| | 5. 文娛康體活動 | |
| 生活環境 | 1. 交通 | <ul style="list-style-type: none"> · 方便使用的便捷交通 |
| | 2. 住房 | <ul style="list-style-type: none"> · 住房供應量 · 適合長者居住的安全居所 |

表 2.2: 老人需求概念框架整合

以上簡表可概況地綜合出一些最常見的長者需求和應對方向，亦作為長者需求的簡單概念框架。在下一章的國際養老事例及趨勢中亦會以這個框架進行較聚焦的分析。

第三章：國際養老事例及趨勢

前文雖然歸納出初步的長者需求概念框架，然而，各地區政府以甚麼原則訂立長者政策？有甚麼目標？是怎樣去應對？有甚麼可參考的例子？本章中將會研究幾個與澳門社會政策模式比較相類近的地區之養老政策及行動計劃，務求分析出一些國際的趨勢，作為澳門特區政府在訂立養老保障機制時的參考。

3.1 社會政策模式與國際事例

有學者認為東亞地區的社會模式與歐美的截然不同⁵³，故西方學者如在本文中提及的 Richard Titmuss、又或是 Esping-Andersen 等提出的社會政策模式，因為文化和福利體制都比較難以套入亞洲國家的情況。有不少學者另立其他理論去為東亞社區的福利進行定義，例如“儒家福利國家”等等。

在 Ian Holliday 於 2000 年的文章中嘗試解釋東亞國家的社會政策取向，他在 Esping-Anderson 所提出的《三個福利資本主義世界（The Three World of Welfare Capitalism）》之上加上第四個世界——“生產主義（Productivist）”，與其他三個福利資本主義模式，即“自由（Liberal）”、“保守（Conservative）”、及“社會民主（Social Democracy）”最大的分別，是其社會政策受制於經濟政策。社會只提供最低限度的社會權（Social Right），而且會和生產活動掛鉤。社會政策所帶來的分層效應（stratification effects）亦與生產相關。而國家、市場及家庭之間的關係，都會重視社會增長（growth objective）。

然而，世上沒有一個能完全符合“生產主義”模式的社會，故 Holliday 把該模式分成促進式（Facilitative）、發展性—全民式（Development-universalist）、發展性一個別式（Development-particularist）三種。三種模式的社會政策均是受制於經濟政策，比較大的分別在於國家、市場及家庭之間的關係。Holliday 認為促進式社會會完全以市場作優先，而發展性一個別式社會則會由國家直接控制社會福利和家庭活動，而全民式的發展性社會則介乎兩者之間⁵⁴。

有學者認為，“生產主義”的概念框架最能解釋現時澳門的社會政策，而根據澳門社會政策的取向，澳門是屬於促進式生產主義模式。因為澳門社會政策從屬於經濟政策，社會權發展度亦不高，澳門政策亦奉行自由市場，對社會的干預亦是最低限度的。而在提供社會福利方面，政府、民間、市場及家庭於各社會範

疇中擔任不同的角色⁵⁵。以上各項目與促進型的生產主義社會的特徵比較一致。

就如上述所言，東亞社會與歐美地區的社會政策模式有著很大的不同，特別是北歐福利國家，所以參考歐美地區的養老政策作用不大。最有效的是比較模式相近的地區。根據 Holliday 的分析，東亞社會泛指日本及亞洲四小龍，即台灣、新加坡、香港、南韓。當中只有香港是採用跟澳門相同的促進式生產主義社會政策。故在此文件中，亦會採用其他採用生產主義社會政策模式的地區作國家事例參考分析，令分析層面更廣。除香港外，亦會分析發展性—全民式模式的日本及台灣，以及發展性一個別式的新加坡。而南韓和日本的社會政策模式有著一定的相似度⁵⁶，鑑於本文篇幅亦有限，日本應付老齡化的較久，故只採用日本作事例。

3.2.1 地區事例分析：香港

香港的人口老化情況

香港人口老化進程頗為急速，於 2010 年時 65 歲以上長者人口為約 91 萬，佔總人口 13%。在 2039 年時，預測會上升三倍至約 250 萬，佔總人口的 28%⁵⁷。香港居民於 2013 年的預期壽命為男性 81.1 歲、女性 86.7 歲⁵⁸，是為世界最長壽的地區之一。同時，香港的出生率亦為全球最低地區之一，每名香港女性平均只會產下 1.03 名嬰兒⁵⁹，可見香港亦有出現“高齡少子化”的現象。

香港長者政策簡介

香港現時尚未有完整的老年政策框架計劃，老年政策主要由不同政府機構，例如社會福利署、積金管理局、衛生署等負責。香港的養老宗旨為“居家安老為主，院舍照顧作支持”⁶⁰，養老主要為個人及家庭的責任，之後才是機構院舍，政府則處於一個輔助性的角色。1997 年時，香港特別行政區行政長官把“照顧長者”訂為一項重要的策略性目標，設立安老事務委員會，為政府提供安老政策上的意見。整體來說，香港的安老目標是“老有所養、老有所屬、老有所為”⁶¹。

香港的醫療及社會服務

香港的醫療體系為公私營混合模式。公營醫療設施及服務由政府提供，收費極為廉宜，私營醫院及診所都會比較昂貴。在人口老齡化的進程下，醫療開支亦有上升趨勢，令香港財政出現壓力，故早前有人就政府推行強制性醫療保險作出

議案，但經諮詢後覺得不及自願性的私人醫療保險制度適合香港⁶²。同時，香港醫療體系的人手亦不算充裕，前線員工壓力相對較大⁶³。

而安老院舍全面由商業及民間機構營運，政府只提供輔助。香港長期照顧院舍分為完全私人經營的院舍、政府買位院舍、政府資助院舍等，政府的社會福利署負責發牌及監管⁶⁴。而在社區服務上，政府亦有支援及管理一些非政府組織（NGO）創立的養老設施，提供照顧服務及活動給長者，例如長者日間中心、長者地區中心等等。有社區團體亦設立上門支援的家居照顧服務，推動居家養老⁶⁵。而面對失智症等失能問題，香港亦設有專門的法律例如監護令⁶⁶及專門的機構去處理。在養老人力上，政府推出如“護老培訓地區計劃”⁶⁷等，確保香港有足夠人力資源去應付老齡化社會。

香港的經濟及保障

正如上述所說，香港現時的養老責任以個人及家庭為主，退休後的經濟保障也主要為個人責任。在退休保障上，香港採用“強制性公積金”，由政府監管，私營機構如銀行及保險公司營運。在港工作者及其僱主需每月供款，僱員和僱主的供款率均為該僱員月入的5%⁶⁸。供款人能透過不同的投資組合令公積金增值。供款可在年屆65歲後提取，用來支援退休生活的開支。同時，香港市面上亦有不少私人的投資及退休保險組合⁶⁹。

香港的社會保障採用“安全網”的概念，政府鼓勵有能力的人自食其力，社會保障只是一張提供給低或無收入而無工作能力的人的安全網⁷⁰。政府主要透過“綜合社會保障援助計劃”向這類市民提供經濟支援，申請此項援助時需要通過入息審查⁷¹，“綜合社會保障援助計劃”亦設有高齡津貼及傷殘津貼等項目，令長者及殘疾人士能獲得一些額外補貼應付醫療及生活開支。早前政府亦推出了以扶貧為目的的“長者生活津貼”，有關津貼需要入息審查。此外亦有以“敬老”為原則的“高齡津貼”，透過提供金錢津貼認同長者對社會的貢獻，所有65歲或以上的長者均能參與⁷²。

香港政府亦認同長者就業能促進長者的福祉，及減低年老時對社會保障的需求⁷³。香港於2011年的65至74歲長者中有約12.2%就業，75歲以上的長者亦有少數繼續工作。主要擔任一些非技術性的工作（約30%）及輔助專業人員（約17%）⁷⁴。香港亦有不少社區機構及社會企業推動及鼓勵長者就業，例如社會企業“銀杏館”、耆康老人福利會的“流金頌社區計劃 — 友待長者就業計劃”及

香港社會服務聯會等。

香港長者的社會參與

香港提供不少機會給長者參與社會。在學習方面，不少機構也有舉辦長者課程，包括一些學校、社區中心等。香港現時亦設有一百多所長者學苑，和學校及社會機構及大學合作，向長者提供不同的教育服務，包括一些大學程度的課程，藉此推動終身學習老有所為、維持身心健康、促進跨界及長幼共融⁷⁵。

而香港亦大力提倡長者服務社會，在社會福利署的長者支援服務隊中，亦有鼓勵發展長者義工計劃，鼓勵長者通過義工貫徹老有所為的精神⁷⁶。香港亦有一些由長者組成的社區關注組，例如救世軍轄下的“長者政策關注組”等，以長者身份，對其設身處地的需求，推動社會政策發展⁷⁷。

香港長者的生活環境

香港的公共房屋有特別為長者住房需要而設的政策，包括令獨居長者能更快捷輪候到公共房屋的“高齡單身人士優先配屋計劃”、支援兩位或以上的60歲以上人士同住的“共享頤年優先配屋計劃”，及推動與子女同住的“天倫樂優先配屋計劃”。同時亦設有已安裝無障礙設備的長者專用住屋，並為長者申請公屋設立“一站式”申請平台，方便申請⁷⁸。

此外，香港的非政府組織如香港房屋協會亦有提供一系列的長者住房，除了無障礙建設外，亦有比較新穎的概念。例如把衣食住行融於一所大廈內的“一站式服務”概念，以及以“長期租約”的模式租給長者，減低其經濟負擔和確保住處的穩定。香港房屋協會亦開展了“擬同住（Quasi co-residence）”的模式，鼓勵長者與家人在相鄰地方，例如大廈的不同層數居住，達至能提供家庭支援時，亦能確保個人的獨立生活。

而香港對無障礙環境亦十分重視，例如建築署發表了《暢道通行 — 戶外環境建設》指引⁷⁹、屋宇署發表對建築物內部的無障礙設計的《設計手冊：暢通無阻的通道 2008》指引⁸⁰等等。而在一般交通工具上亦有無障礙的設計，如低地台巴士，鐵路月台幕門，車站升降機等等。

3.2.2. 地區事例分析：新加坡

新加坡的老年化情況

新加坡的老齡化進程十分急速，根據聯合國的預測，到 2050 年時，新加坡將會是全球第四老的國家，人口平均年齡由現時的 40 歲⁸¹上升至 54 歲⁸²（第一的將會是澳門，人口平均年齡為 56 歲，第二和三分別是日本和韓國，平均年齡 55 歲）。在 1965 年時，新加坡 65 歲或以上的長者人口只佔總人口的 2.5%，到 2002 年時已升至 7.8%，於 2013 年更升至 11.7%，可見長者人口的增長在近年尤其急速⁸³。新加坡的人均壽命亦有頗大的升幅，於 2012 年時的預期壽命為 82.3 歲，比 2003 年的 79.1 歲有明顯的增長⁸⁴。

新加坡的長者政策簡介

新加坡於上世紀八十年代已有開設跨部門的老年政策諮詢委員會，對近年養老政策影響力比較廣泛的有 1998 年設立的 Inter-Ministerial Committee on Ageing Population (IMC)、2004 年的 Committee on Ageing Issue (CAI)、以及 2007 年的 Ministerial Committee of Ageing (MCA)。每個委員會均是由不同政府部門及民間機組成，而 2007 年的 MCA 更是一個有著高度政治層面的重要組織，由總理公署部長主持⁸⁵，統合各政府部門及社會團體制定長者政策，可見新加坡政府對長者政策的重視。

IMC 在 1999 年訂立新加坡養老願景：“成功老年 (Successful Ageing)”⁸⁶，並立下三項沿用至今的政策原則，包括：

- 一) 承認及著重長者的貢獻；
- 二) 長者的照顧由家庭為主要單位；
- 三) 採用 Many Helping Hands 概念，養老為個人責任、社區作後盾，政府的角色則是支援個人及社區發揮自己的角色⁸⁶。

新加坡的養老政策框架亦一直在演化，政府依 IMC 的建議於 2000 年起開始了其“養老政策發展五年計劃 (Five Years Master Plan)”、於 2006 年 CAI 為其五年計劃作總結以及提供後續建議。到 2007 年 MCA 正式成立，除了跟進 CAI 所提出的意見的執行情況，亦把新加坡的養老框架與世界衛生組織的“積極老年”概念接軌，發展至現時的三支柱式框架，三個政策方向支柱分別以“積極老年及就業 (Active Ageing and Employability)”；“養老基建 (Aged Care

Infrastructure) ”；“優質養老照顧及人力資源(Quality Aged Care and Manpower)”⁸⁷為目標。

新加坡的醫療及社會服務

新加坡長者的醫療開支主要分為三大支柱，一是個人儲蓄、二是保險金、三是政府的資助。個人儲蓄方面包括私人儲蓄，以及 CPF 的 Medisave 戶口。該戶口由僱員僱主每月供款，可以用以支付醫療開支及支付醫療保險的保險金。

另一支柱是醫療保險，較重要的是 MediShield，這保險能在 Medisave 戶口不足以應付時資助高達 80% 的醫療開支。另有專門對應長期照顧開支的 ElderShield 保險。以上兩個計劃都有不少補充產品可供自願購買以加強保險的覆蓋度。最後支柱便是政府的資助金 Medifund，用以協助未能通過 Medisave 及醫療保險支付醫療開支的市民。2007 年設立專門為長者而設的 Medisave Silver⁸⁸。

新加坡的社會服務由官民合作推動。根據 CAI 於 2006 年的報告的建議，需要加強醫療服務及長期照顧體系的協調性，實現更暢順的處理程序，加快長者離院後的收容及減少不必要的行政手續⁸⁹。為回應該建議，政府於 2009 年把 Integrated Care Services 部門改革為 Agency for Integrated Care (AIC) 作為協調單位，統合及協調全國長期照顧服務，所有相關單位亦轉為由 Ministry of Health 管轄以加強效率⁹⁰。

而社區服務例如長者中心及義工服務等，則是由 Ministry of Social and Family Development (MSF) 以及民間的 Voluntary Welfare Organization (VOW) 及 Non-profit Organization (NPO) 負責，藉此構成官民合作網。AIC 亦有提供 Caregiver Training Grant 令護理者能獲取更多護理上的知識⁹¹。

新加坡的經濟及保障

公共援助金 (Public Assistance) 為新加坡的最主要的長期社會保障政策，對象是無收入或低收入的新加坡市民。現由 Ministry of Social and Family Development (MSF) 管理，此計劃會在每月提供兩層式的支援給受助人，第一層為現金給付，第二層則為直接提供日常生活的必需品。有時亦會因受助人需購買的必要傢俱或醫療儀器而提供一次性資助⁹²。

中央公積金 Central Provident Fund (CPF) 是新加坡最主要的退休保障體系。由法定的中央公積金管理局 (Central Provident Fund Board) 管理。在 2013 年時，每名僱員必需每月供款，供款率約為月收入的 11.5% - 36%，僱主和僱員分別負擔當中的 6.5% - 16% 及 5% - 20%，而供款率則會隨著年齡上升而下降。有關的供款會存放在不同的戶口，包括專為退休後生活使用，可於 55 歲時提取的 Special Account、用於醫療開支的 Medisave Account 及可在 65 歲前用於購買公共住宅的 Ordinary Account⁹³。CPF 與居民的生活息息相關，例如長期疾病控制及健康檢查⁹⁴、住房、工作等等，令長者能維持自己的退休生活。

新加坡政府亦考慮到退休保障的可持續性，鑑於剩餘壽命延長，CPF 可能未必足以應付較長時間的退休生活。因此，政府在 2008 年把本來的 Minimum Sum 制度優化改良成 CPF LIFE (Lifelong Income For Elderly)，保障長者能在任何時間都可得到每月的固定收入，有關制度為強制參與⁹⁵。

除了 CPF LIFE，新加坡亦鼓勵長者除了退保外，亦能自食其力，在老齡政策的框架中有重點提及“就業”，多年來政府推出了如鼓勵低收入的較年長人士留在勞動市場的 Workfare Income Supplement Scheme、鼓勵低收入市民進行技能培訓的 Workfare Training Support⁹⁶、鼓勵私營機構提供就業機會給長者的 Advantage! Scheme 等計劃，推動長者就業。同時，官商民三方亦合作發展了推動長者就業的 Retirement and Re-employment Act (RRA)，目標為加強長者員工的僱用機會、提升競爭力、塑造長者員工正面形像等⁹⁷。

新加坡長者的社會參與

“積極老年”是新加坡的養老目標，故此新加坡政府在長者的社會參與上亦有不少發展。在 2000 年代，Ministry of Education 及其他機構已在公眾教育上大力提倡長者積極參與和提升長者正面形象，例如規定學童必需在課程中做義工，服務長者一定時間⁹⁸，National Library Board 亦有舉辦長者講故事活動推動跨代共融⁹⁹。

新加坡政府於 2007 年成立 Council for Third Age (C3A) 以推動積極老年。C3A 與不同團體合作舉辦不少教育性項目，如 Young-at-Heart 社區學院的老年學及社會工作課程給長者報讀，以及於 UniSIM 大學的通識學科中預留了 500 個名額給長者¹⁰⁰。

在義工服務上，National Volunteer & Philanthropy Centre (NVPC) 於 2006 年製作了招聘長者義工的指引手冊。亦有特定 VWO 專注推動長者義工服務。此外，新加坡各界亦為長者提供不少康體活動以保持其身心健康。

新加坡長者的生活環境

新加坡的住房主要由政府的 Housing & Development Board (HDB) 及私人發展商供應。現時主要的房屋類別為租住及購入的公營房屋、專為長者設計的小型公寓 (Studio Apartment)、私人發展而售政府管制的執行共管公寓 (Executive Condominiums) (購入時會有入息上限)、以及一般的私人房屋，長者亦可向合資格的 HDB 單位持有人租住房間或整個單位。新加坡市民能以 CPF 的 Ordinary Account 購買住房，故此 HDB 亦有一系列和 CPF 相關的政策以方便市民及長者購入自己的居所，而 HDB 亦有一些優惠措施，鼓勵長者和家人同住，例如 Multi-Generation Priority Scheme 及 Married Child Priority Scheme 等¹⁰¹。

在社區設計方面，新加坡採用了 Universal Design 以取代無障礙建築為其社區及樓宇建築的方向，所謂 Universal Design 是能令所有人，包括長者、殘疾人士、小童等都能輕鬆通行的設計。並設有不同的建築守則如《Code on Accessibility in the Built Environment》等等。

3.2.3 地區事例分析：日本

日本的人口老化情況

日本的老年化在東亞地區最早發生，老齡化情況亦相當嚴重。這是因為日本人一直是全球壽命最長的民族之一，於 2005 年至 2010 年之間的男女平均預期壽命高達 82.6 歲¹⁰²。現時日本長者人口佔總人口的 14% 以上，而極低生育率亦令日本的人口出現萎縮。現時日本婦女一生只平均生產 1.3 名嬰兒，而令日本人口老齡化情況更嚴重的是日本並沒有大量年輕外來移民，在“高齡少子化”的情況下，人口預期將會繼續下滑¹⁰³。

日本的老年政策簡介

面對人口老化的急劇發展，日本於 1990 年推行稱為“黃金計劃” (Gold plan) 十年的長者健康及福利計劃，以增加國內長者公共服務的發展速度。於 1994

年修改成“新黃金計劃”。該計劃的目標為一)加強服務使用者的獨立能力，實現非院舍化；二)令養老服務普及化；三)以家居照顧為本，提供綜合形式的服務；四)把安老照顧責任放回社區的“地域主義”¹⁰⁴。於2000年，日本政府再推出由2000年至2004年之“黃金計劃21”(Gold Plan 21)。該計劃繼續貫徹黃金計劃的宗旨，在把養老責任交給社區，加強長者支援服務外，亦指明會打造“活力長者”的形象及以“介護保險法”為重點優化長期照顧體系的手段¹⁰⁵。

在這養老行動計劃外，日本政府亦於1996年首次為養老政策立法，訂立《高齡社會對策大綱》，該法例於2001年修訂，並立下三大宗旨：一)建立平等而有活力的社會以確保人民能在他們生命中有機會參與各式各樣的社會活動和工作；二)建造人人都能被尊重的和諧獨立社會；三)建立能讓人民和平生活和自我充實的富裕的社會。

為實現這三大宗旨，日本政府訂立了六個基本的原則，包括：一)改革對“長者”的定形意識；二)確立可令老後安心的社會保障制度；三)活用長者的意欲和能力；四)實現安定的地域社會及強化社會凝聚力；五)實現安全的生活環境及；六)實現由年輕到“90歲”的全年齡和諧社會。並分別從推動就業和年金保障、優化健康醫療及長期照顧、推廣社會參與和學習、改善生活環境、開拓及活化銀髮市場、以及全年齡參加的社會六個方向實現上述原則¹⁰⁶。

日本的醫療及社會服務

由於日本所有國民都要參加健康保險，故此公營和私營醫院的收費相同，公營醫院正常亦不設免費服務。健康保險會支付醫療開支的七成。而保險分為兩大類：社會保險及國民健康保險，前者供大部份全職僱員使用，後者則為非就業或自僱人士使用，兩者保障範圍均為“三等親”。

對長者而言，日本政府於2008年設立“後期高齡者醫療制度”，為一項健康保險，供75歲或以上的長者使用，而65-74歲有一定身體殘障的長者亦能參與。保險將可以在特定情況下支付受保人醫療開支高達九成。在此制度下，高齡人士的醫療費用一半將會是稅收承擔，另一半將由年輕人的健康保險及高齡者醫療制度保險金支付，餘下的由長者負責¹⁰⁷，能有效減輕國庫及健康保險的壓力。

因應長者人口數量劇增，導致由政府推行的長期照顧及社會服務需求增加，令政府財政開支大升。日本於2000年推行“介護保險”(即護理保險)。65歲及以上的長者及40-64歲參加了醫療保險的人均要支付保險金。保險金將可協

助支付九成社會及長期照顧服務的金額，覆蓋的服務包括到戶支援、日間中心、短期院舍護理等社區支援，亦包括養老院及療養院一類長期照顧的開支。在推行此政策後，養老服務將由政府主導改為主要由民間團體提供。

日本近年亦偏向推廣社區養老，社區養老均是“黃金計劃”及“黃金計劃21”中的焦點，包括發展社區服務，例如到戶訪問、失智症服務、減少“睡眠長者”（即因身心機能下降而長期在家卧床或足不出戶的長者）、整合長期照顧服務，例如以舊校舍等設施改建成長期照顧設施等都是重點行動。亦有培訓更多的長期照顧及醫療人手，以及在以科研的方式尋求對應老齡化的科技。同時，在“黃金計劃21”中亦有明確提及要增強全體國民對長者護理的意識¹⁰⁸。

日本的經濟及保障

日本的養老保障制度主要來自“年金”制度（即養老金，pension），並設有不同的組合，只要是年齡在20歲至60歲之間，且在日本居住的人便一定要加入的年金保險系統。投保人需因應自己的就業狀態加入其所屬的年金體系。而年金體系亦分成三種，分別是“國民年金”、“厚生年金”、“國民/厚生年金基金”。

“國民年金”是為自僱人士、學生、無業人士等而設，2013年時，每月供款為14,980日圓，經濟上有困難的人士可申請減免或全免供款。如投保人供款達25年，便可以在65歲起領取“老齡基礎年金”，倘在20歲至60歲之間都有供款，即能年屆65歲起拿取滿額的“老齡基礎年金”，如申請了全免供款的只能拿到半額¹⁰⁹。

“厚生年金”是為一般的僱員而設。每月需為厚生年金供款，2013時的每月供款率為月薪的約17%，由僱員和僱主各分擔一半。僱員亦可在基準供款之上自己再加額供款。若供款超過25年，即能在65歲拿到“老齡厚生年金”，給付金額與之前的供款多少有關。因應家庭構成和供款時期的長短，亦可得到附加的金額。在特定情況下能於65歲前拿取非全額的“老齡厚生年金”¹¹⁰。

而“國民/厚生年金基金”是一種延後課稅的積金政策，可用於補充年金的不足。營運模式與香港及新加坡的公積金亦相近，由僱主或國民年金基金營運。積金可選擇不同的投資組合以令其有增值的可能。

日本政府亦支持長者就業。統計顯示超過八成日本長者均希望在退休後繼續工作¹¹¹。在上述的《高齡社會對策大綱》中，推動長者就業便是其中一大政策方向。日本政府亦制訂了《高齡人士僱用安定法（高年齡者等の雇用の安定等に関する法律）》確保受僱長者的權益，該法案亦促成“銀髮人才中心（シルバー人材センター）”的設立。銀髮人才中心為民間營運政府監察的機構，為長者進行工作培訓，亦為他們找尋適合他們，比較輕鬆的職業¹¹²。

日本長者的社會參與

《高齡社會對策大綱》中長者的社會參與是一大政策方向，長者學習和參與社會活動是當中的焦點所在。日本有“終身學習振興整備法”（“生涯学習の振興のための施策の推進体制等の整備に関する法律”）作為終身學習的法律指引¹¹³。在日本終身學習的提供機構主要以民間舉辦為主，政府部門如文部科學省的角色為資助及統籌監察。各政府部門亦有合作，例如國土交通省在城鎮發展¹¹⁴及發展公營住宅時均有將終身學習放在考慮之列。

而在社會活動上，日本國內有多所長者活動中心，每年受政府資助高達 27 億日圓，有關中心主要舉辦興趣班及交誼活動，亦會提供義工機會。日本各地有時亦會舉辦不少長者的運動大會，推動長者的身心健康¹¹⁵。由於日本人經常會進行國內旅行，通用旅遊（Universal Tourism）亦在近年開始得到重視，由民間團體、旅遊業界及政府推動無障礙的旅行¹¹⁶。

日本長者的生活環境

《高齡社會對策大綱》指出，除了要確保有足夠的住宅供應給長者外，亦要推廣通用設計（Universal Design），日本的城區設計上亦把長者的生活加進考慮因素之內。在一些比較舊的城區市街地活化計劃上，為長者而設的交通基建及建設並不少見¹¹⁷。在住房模式中亦有改變，例如“黃金計劃 21”中便要求發展一些有社區支援的長者住房¹¹⁸。

在交通上，日本早已設立無障礙設備的標準及立法（交通無障礙法，交通バリアフリー法）。該標準規範交通設備，例如列車月台、列車、巴士、渡輪等的無障礙設備要求¹¹⁹。而日本比較特別的是其地理位置位於地震帶，故較常發生地震，在 2011 年東日本大震災後，考慮到有受災長者逃生困難，日本的城區亦研究加入無障礙的逃生路線，給長者和殘障人士使用¹²⁰。

3.2.4. 地區事例分析：台灣

台灣的人口老化情況

1993 年時，台灣已有 7.09% 的人口是 65 歲以上的長者人口，正式踏入世界衛生組織所訂的高齡化社會。在 2011 年台灣已有 252 萬以上的長者人口，佔整體人口的一成以上。而老齡化的速度亦極快，預期於 2025 年長者人口將會倍增至佔整體人口的 20%。人口老化指數及長者人口扶養比亦急速上升中¹²¹。2002 年時，行政院推算在長者人口中，有 9.7% 是失能長者¹²²。

台灣的長者政策簡介

台灣長者福利政策是以殘補式為主，一直以來主要向低收入及獨居長者優先提供支援，而在近年的長期照顧事業發展下有提供福利給一般長者的趨勢¹²³。

在 2004 年修訂的《社會福利政策綱領》中，台灣政府明確表示無論長者、青年、身心受障礙人士以家庭照顧為主，落實在地服務，對長者來說就要以“在地老化”（即港澳地區的社區養老，Ageing in Place）為目標，院舍式服務則作為補充支援。故除“在地老化”外，“社區照顧”亦為台灣養老政策的一大原則¹²⁴。

台灣亦有專門為長者而設的福利政策，例如《友善關懷老人服務方案》。該方案的第一期行動已於 2009 - 2011 年進行，以“活力老化”、“友善老人”、“世代融合”為原則。並以加強對弱勢長者的支援、推展老年健康、鼓勵社會參與、建構友善長者環境空間為主要目標。在 2012 年第二期行動正式通過，訂下由第一期深化而來的五個目標：“提倡預防保健，促進健康老化”、“建置友善環境”、“促進在地老化”、“引進民間投入，促進智慧老化”、“推動社會參與，促進活力老化”、“鼓勵終身學習，促進樂學老化”¹²⁵。

台灣的醫療及社會服務

台灣亦有推行類似日本及新加坡的全民醫療保險制度，稱為“全民健康保險”，根據《全民健康保險法》，所有國民均需以他們的在職情況或經濟狀況，進行對保險金的供款，如無能力供款者，可通過入息審查免除。保險能協助投保人支付部份的醫療費用，例如八成門診費用或九成半家居照顧費用等。為保持保險金的持續性，保險基金會進行投資等項目以令其增值¹²⁶。

政府亦有推行對長者的特別醫療服務。例如於 2006 年立法推行的老人預防保健服務。除此之外，中低收入的長者亦可在裝置假牙或因重病而需要住院看護時，得到一定的補助金¹²⁷。

由於人口老齡化嚴重，台灣早前制訂了從 2007 年至 2017 年的“我國長期照顧十年計劃”。目標為建構完整的長期照顧體系以保障身心功能受障礙者能得到適切的服務，並增進其獨立生活能力、提升生活品質、維持尊嚴及自主。此計劃中共有三大原則：一）給付型態多以實物或長期照顧服務提供為主，現金給付為輔；二）政府所提供的補助會因失能程度及家庭經濟狀態而異，失能度高，或家庭狀況欠佳人士會獲更多的補助額；三）服務使用者需負擔部份經費，收入越高者負擔費用就越高。

該十年計劃中重點的服務內容為整合居家服務及日間照顧服務、長者營養及用膳、輔具及無障礙家居設置、機構式長照服務。亦把長期照顧與居家護理、社區及居家復康服務、喘息服務等連結。最後，亦開展新型的服務如家庭托顧、交通接送等等。十年計劃除了服務外，亦有其他方向，包括提供各類補助，整合長期照顧管理制度、發展人力資源及財務制度規劃及引進民間服務提供者等¹²⁸。另外，近年台灣政府亦建立了不少社區照顧關懷據點，亦有對失智症推行教育、護理人力培訓，照顧者家庭支援等項目。

台灣的經濟及保障

台灣的退休保障制度與日本類似，都是以保險年金為主導。而年金亦主要分為兩種，一是於 2008 年 10 月正式啟用的國民年金，供未有參加勞保、軍及公教等社會保險的 25 歲至 65 歲人士參與。在年金啟動初期每月的供款額為 674 新台幣。在供款 40 年後能在年屆 65 歲時每月得到約 9,000 新台幣的給付，給付期限為直至供款人死亡¹²⁹，國民年金亦有包括生育及喪葬等額外給付。

另一種是勞保年金，亦與日本的厚生年金相約，在台工作的人一般都要加入（從事軍事、公教活動則有其他年金保險）。每月供款在 2009 年時為月薪的 6.5%，而預期於 2016 年時會上升至 9%。現時年滿 60 歲在退休後即能提取養老年金，年金的給付金額會與每月平均供款額有關。而提取年齡將於 2018 年提高至 61 歲，並在之後每兩年提高一歲直至 65 歲。合資格受保者亦能以減額年金的方式提前最多五年領取年金¹³⁰。

對於中低收入而又未接受政府公費收容安置的長者，台灣政府亦有提供老人生活津貼以維持基本生活。而如果領取生活津貼的長者未有接受機構收容服務、居家服務、未有使用政策提供的日間服務等，根據其失能程度，台灣政府亦會提供一定金額的老人特別照顧津貼¹³¹。

在《友善關懷老人服務方案》中“活力老化”的前提下，台灣政府亦鼓勵長者就業，除了能增加其社會參與，改善身心狀態外，亦能提供一定的收入，達至自食其力，減低政府的養老開支。除了計劃開設和日本的銀髮人才中心類近的“銀髮就業資源中心”外，亦會向僱主宣傳長者就業的意識，以及以退休人士訓練負責高年齡教育的老師¹³²。

在法律保障方面，台灣於1997年增訂《老人保護專章》以強化長者保護網絡，項目包括設立資訊平台以提高大眾對長者保護的認知，以及專業人士的能力、強化獨居長者的關懷服務、提供如“生命救援連線”或“警民連線”等緊急救援服務、以及成立“失蹤老人協尋中心”等¹³³。

台灣長者的社會參與

《友善關懷老人服務方案》明確指出會推動老年的學習與社會參與，從而達至“樂學老化”和“活力老化”的目標。現時在推動老年學習時中，台灣設有長青學苑，於2011年時受政府資助的長青學苑共380所，接近5萬多人就讀。內容包括“益智性、教育性、欣賞性、運動性”等動態靜態課程。在《方案》的第二期中，消除數碼鴻溝成為了其中一大政策目標，故現時已將生活資訊科技訓練放為優先補助項目。

在社會活動的參與上，現時有超過300所長者文康活動中心，推動一系列康樂、進修及交誼等活動。而活動中心亦會協助提供福利服務，如日間照顧和居家支援等。為了使偏遠地區的長者也能得到康樂資訊，台灣政府亦設立了行動式長者文康休閒巡迴服務。長者義工亦被鼓勵，在2011年時全台約有2萬多名長者義工¹³⁴。

台灣長者的生活環境

在第一期的《友善關懷老人服務方案》中，台灣政府已在交通和無障礙環境進行了不少改善，包括在交通工具系統推行通用設計，並引進了大量低地台公車。在行人道等環境進行了無障礙的考察和改善。在第二期的計劃中，將會向中低收

入長者提供住宅修繕及租屋補助、研究世代同住的購屋貸款優惠、繼續加強社區的無障礙化及建造更多適合長者的場所如公園等等。

除此之外，台灣政府亦於 2012 年正式試辦“不動產逆向抵押貸款制度”，推動長者以房養老，把其住房物業資產流動化，增加其現金流量以方便他們的生活開支¹³⁵。

3.3 地區事例分析：分析及討論

以上資料包括四個地區的養老政策理念，一些比較關鍵的政策如養老金、醫療體系等等，亦包括一些比較長期的長者政策發展計劃，如新加坡的“五年計劃”、日本的“黃金計劃”系列、以及台灣的《關懷老人服務方案》等等。總合各地的養老政策，可看到幾個比較明顯的趨勢：

一) 養老責任趨向個人化、家庭化、社區化

生產主義地區的養老責任近年越趨偏向個人及家庭。香港的養老政策早在 90 年代已強調個人家庭為主要的概念，於 2000 年落實的強制性公積金更能體現該概念。而新加坡亦早在 1999 年就訂立了 Many Helping Hands 的原則，強調以個人為首，推動家庭和社區對養老的支援，其中央公積金及各類相關的保險如 Eldersfield、Medisave 都強調個人的供款，而因這類保險覆蓋比較全面，新加坡人對政府的依賴度極低(於 2009 年時只有 3000 多個戶，包括一部份非長者人口申領了公共援助金¹³⁶)，完全實現個人化的養老責任。

雖然日本和台灣在政策上沒特別強調養老責任誰屬，但在它們的年金體系中以及健康保險系統中可看到在這兩個地區中，養老所用的開支雖不像香港的強積金和新加坡的中央公積金完全由與薪酬掛鈎的供款主導，但都需由個人去負上部份責任。而在醫療體系上，除了香港外，其他地方都採用了醫療保險體系，強調個人對自我健康的責任。

而社區和家庭的角色更為明顯，在華人為主的地區如香港和台灣，又或是新加坡，都以家庭為照顧長者的中心力量。一系列的配套如在住房推動長幼同住、喘息服務、家庭的護理技術培訓等等也令家庭可以發展其照顧能力。而以上事例亦可見生產主義地區趨向提倡減少使用院舍服務的“社區養老”的概念。日本的黃金計劃清楚指出要實現“非院舍化”的養老照顧，而台灣的《關懷老人服務方

案》亦要推動“在地老化”。各地區亦大力推展如到戶照顧、社區支援服務、日間中心等服務體系，甚至致力在生活環境及住房上進行改善，推動無障礙及通用設計，藉此打造令長者能進行“社區養老”的社會環境。

二) 長者福利的提供原則以長者能力及需求優次為本

與西方福利國家不同，生產主義地區的社會福利並不是全民（universal）平等地提供給社會上每個個體。經濟援助方面，香港的“綜合社會保障援助計劃”和新加坡的“公共援助”兩者皆是需通過入息審查及通過某些健康驗證（如身體殘障等）才可領取的福利。除此兩項經濟福利外，兩地政府所提供的福利性經濟支援實佔少數。

日本和台灣這兩個發展性—全民式生產主義地區雖然沒有香港及新加坡般限制經濟支援福利，例如在日本和台灣中的年金及醫療保險，如通過入息審查，亦可減免供款，甚至不用供款，在年老後仍是可享受到養老金及醫保帶來的福利。然而，例如日本申請了供款減免的國民年金領取者，所領的金額亦會有所減免。可見其實在這兩地區中的福利亦不是無償地平等發放。

總的來說，在生產主義的地區中，社會福利的供應模式，都是因應其人民對滿足自身生活需求的能力為本，以入息審查、殘疾程度等作為標準，個人能力越低，支援越多，對長者亦如是。例如台灣的《我國長期照顧十年計劃》中便明確指出，支援和服務費用會和個人能力及入息掛勾。

三) 長者的角色轉變

在這四個地區中，長者的定位亦隨著長者政策的發展有所改變，由從前的受助者，轉化為社會上的可用人力資源。新加坡早於1999年的IMC報告中已提及強調長者能對社會作的貢獻，所以新加坡政府在期後的長者政策上，亦多次強調長者的就業為主要目標，亦透過提供勞動福利（workfare）吸引長者工作。在有償工作之外，亦設立如C3A等機構，推動長者提高自身技能，亦鼓勵他們以義工等形式對社會作貢獻。

日本由上世紀末開始已推行長者就業的措施，鼓勵長者就業，設立“銀髮人材中心”一類設置，亦為中年人及長者的就業立法以提供保障，日本政策亦積極提高長者的“活力”，鼓勵他們進行更多義務工作。台灣在其《關懷老人服務方案》中亦提倡“活力老化”，當中包括鼓勵長者就業及成為志工。香港的政策在

長者就業方面雖然著墨較少，但亦鼓勵長者進行義工服務。

由此可見，生產主義社會都視老年人為可用的社會資源，他們不論在正式工作及義務工作上都可以發揮所長。在“少子女化”的進程下，社會的勞動人口將會漸漸減少，如長者能以有償或無償的工作去補充社會勞動力，可解決很多社會問題：老年人能自力更生，亦為一種個人化的養老責任，並減少他們對社會及政府的依賴，令政府可以有效調配資源去幫助最有需要幫忙的群組。同時，長者透過從事工作或義工能提高身心健康水平，對於減低醫療開支亦有所幫助。

四) 養老政策及服務強調可持續性

在老齡化的急速發展下及長者的壽命延長下，政府的長者相關開支亦會相應不斷上升，養老政策的可持續性會成為各國政府的主要考慮，亦有不少行動，如於 2000 年日本政府為了加強其醫療體系的持續性而開設了“介護保險”、同年香港亦開設了“強制性公積金”取代一般機構提供的長期養老金，又在 2013 年開始討論醫療保險體系發展、新加坡亦於 1999 年及 2003 年開設了 Medishield 及 Eldershield 保險等等。

一般來說，要令服務可持續共有多個方法：一) 如上述把養老責任交回個人及家庭，政府只作輔助角色，開支自然會大大下降；二) 又如上述把社會福利清晰定位，以幫助最有需要的人士為主旨，其他急切性較低的需求交回社會處理，亦能有效減低資源的浪費。

另一點則是考慮社會福利及服務的融資模式。以上地區不少政策都採用了社會保險基金的形式進行。採用保險基金方式，除了可加入個人自身的投放，加強個人責任外，亦能透過投資等活動為保險基金進行增值，某程度上比完全或大部份由政府資助的政策有著較高的可持續性。

例如在新加坡的中央強積金為例，於 2012 財政年度，收入為 3,400 萬新加坡元，其中 25% 為投資回報，物業及資產增值及銀行利息，71% 為居民供款，政府的開支只佔當中約 3%。可見社會保險基金營運模式能有效減低政府開支，而最值得一提的是，於 2012 年度中央強積金共有 2,274 萬新加坡元的盈餘，進一步增強了其持續性¹³⁷。現時台灣和日本的醫療都以社會保險形式營運，香港的強制性公積金亦是以類近方式運作。在此可以看到不同的融資模式，對養老政策的可持續性有一定的影響。

除了開支外，支撐服務的人力資源亦是左右該服務持續性的一大因素。在老齡化的進程下，勞動人口將會減少，社會上各行業對人手的需求亦會變得緊張。除了上述繼續活用長者作為人力資源外，長者在體能下降、記憶力減弱時，有些工作會較難勝任，故培訓年輕一代亦是非常關鍵。

在日本的“黃金計劃 21”中，有重點強調培訓長者照顧及醫療的人才，在台灣的“長期照顧十年計劃”內，亦有提出完整機制去培訓相關專業人才。香港雖然沒專門政策培訓人才，但對社福機構的人手亦相當重視，如 2014 - 15 年度的財政預算案中，亦增撥了 1 億 6 千多萬港元協助津助長者中心增聘人手及開辦活動¹³⁸，同時亦設置照顧行業學歷架構，展開了如青年安老服務啟航計劃等吸引年青人投身長者照顧行業¹³⁹。此外，各地亦有不少政策推動居民及家庭照顧者學習護理照顧技巧，推動家庭負起照顧責任，減少使用院舍及社區設施的服務，藉此減低對照顧業人手的需求。

五) 推行養老政策上的官民協作

在社區養老的前題下，民間機構在養老服務上將會負起更大的責任，政府與民間組織的合作關係亦變得重要，在合作關係中政府的定位為何？在香港特區及新加坡的政府強調其定位為輔助角色，其特徵可在安老事業上看到。例如香港特區政府的社會福利署基本上沒有直接提供安老院舍及長者社區服務，而是以資助的方式支持民間團體提供相關服務，促使非政府組織朝政府的長者政策方向提供服務、並透過監管去確保服務提供者的質素。而新加坡的情況亦類同，比較特別的是新加坡政府開設了不少半政府機構去協調民間組織提供養老服務，如協調醫療機構及長期照顧的 Agency of Integrated Care、協調民間團體提供長者的社會參與機會的 Council of the Third Age 等。各政府部門亦會重新為其職責定位，例如 Ministry of Health 於早年就負起了整個長期照顧行業的監管工作。如使用得宜，這些協調機制能有效理順各類服務，減少人力及資源的浪費，保障長者的福祉。

而日本的“黃金計劃 21”中，亦強調加強民間投入，民間投入能以競爭令長者服務業的質素上升，亦能令長者有更多的彈性去選擇服務。日本政府除了訂立政策及提供資助外，亦會協助活化一些舊的社區設施作社會服務之用。日本政府亦承諾會設立資訊平台令長者及其照顧者更易選擇服務，亦能處理長者在社區服務中遇到的不當對待。台灣的《關懷老人服務方案》第二期為達成“智慧老化”除了一般非政府或慈善組織，亦推動商業機構合作，開發不同的服務商業模式，以及推動社會企業概念。

除了官民的合作外，政府內部的跨部門協作亦非常重要。在推行政策上，往往需要多個政府部門合作。如日本在推行長者學習時，文部科學省會是主力帶動政策的部門，而國土交通省會在城鎮及住宅發展配合該政策、總務省統計局會協助進行統計調研、厚生勞動省會協助確保教育人員等等。新加坡更為了在制訂長者政策時協調不同的部門而成立了高層次的協調機關 MCA。

六) 老年服務的改變與社會氛圍

除老齡化帶來的壓力外，時代及科技的轉變亦會導致長者的身心需要有所不同。在五十年代出生的人士陸續成為長者，這些人士教育水平亦會比較高。現時提供給長者的文娛活動，多是興趣班、太極班、或是一些健康講座。雖然這類活動能令身心健康，亦應會受新的長者人口歡迎，但各地區都開始開發一些新形態的服務提供給長者。

以長者學習為例，新加坡、香港及台灣都轉趨專業化。如上述所說新加坡政府有與一些大學合作舉辦一些高學術程度的學位課程給長者就讀。香港的長者學苑亦把資訊科技放為必修科目。而在台灣，“樂學老化”中亦強調減少長者的數碼科技鴻溝。可見現時的長者學習將會由單純的興趣手工班，轉為一些比較學術性、技能層面而較有系統的課程。這類課程除了能令長者實現自我充實外，亦能加強長者的技能知識水平，加強他們在勞動市場的競爭，有效推動長者就業。

而為了鼓勵長者更多參與社會活動，無障礙或通用設計亦為各地重視，如新加坡的《Code on Accessibility in the Built Environment》等。無障礙設計除了能令長者更容易到達服務中心進行活動，有利他們使用醫療等服務，亦可以減低他們的受傷率，從而減輕對醫療開支的壓力。

要令長者更多參與社會，過富有活力的老年生活，除了要確保有一個適合的物理環境，一個長者友善的社會環境亦極為重要。一般來說，都是靠教育及法規相輔相乘去建立。各地亦有不少服務及活動去增進長者的正面形象，如新加坡的祖孫政策，由長者為小孩說故事，及把服務長者的義工服務放進正規學習課程等，藉著公民教育，加強年輕一代的敬老精神。各地推動長者義務工作亦能有效加強長者的生產力及活力形象。針對長者的法規亦被重視，一面保障長者的權益及安全，另一面方便他們在社區中自由地活動。

總括而言，現時東亞地區實行長者政策有幾個趨勢：

- 一) 加強個人、家庭與社區的養老責任；
- 二) 養老及其他社會福利集向最有需要及能力最低的群組分配；
- 三) 確認長者身為社會資源的角色，善用長者資源補充勞動力；
- 四) 老齡化會導致資金及人手問題，養老政策及服務的可持續性需重點考慮；
- 五) 要建設官民間跨部門、跨界別的合作網；
- 六) 長者服務需追上社會潮流，並需創造有利長者參與社會的環境。

同時，我們亦可以看到，四個地區的養老政策，發展方向均和第二章的長者需求概覽框架相符，故此可推斷該概念框架應能較為全面地反映長者的需求，在制訂澳門養老保障機制時也能一定程度地使用作為分類用途，分析澳門長者的獨有需求及情況，以發展有效的政策框架。

第四章：國際組織建議及總結

4.1 國際性組織建議：前言

在檢視採用生產主義社會福利模式的地區的養老政策體系後，以下將會簡單歸納其他地區的養老政策發展趨勢，以便更全面地分析國際間養老政策的方向。在此章中將會參考兩個比較有代表性的國際性組織所提出的養老政策指導性框架，分別是世界衛生組織的《積極老年政策框架》，以及聯合國的《馬德里老齡問題國際行動計劃（簡稱 MIPAA）》。

4.1.1 世界衛生組織 — 《積極老年政策框架》¹⁴⁰

如第二章所述，世界衛生組織在 2002 年推出了《積極老年政策框架(Active Ageing: A Policy Framework)》的文本。在該政策框架內，世界衛生組織提出了“積極老年”的三條支柱：“參與”、“健康”及“保障”。在世界衛生組織的文本上亦強調，要達至“積極老年”是一個終生過程(Life course approach)，故此，該三項支柱需自小開始準備：從小養成參與的習慣、從小養成健康的生活模式、從小開始為退休後的經濟開支作儲備。世界衛生組織亦提供了達成三項支柱的具體的政策目標及執行建議，可參考下列的簡表。

支柱一）健康：

- *目標：預防和減少殘障、長期病患以及過早死亡所帶來的負擔：*
 - 對應政策包括：設立目標去改善長者健康狀況；減低經濟狀況欠佳的人士，其經濟狀況對他的影響；確立有效的預防和治療；建立老年友好的安全環境；減低視力和聽力退化對長者的影響；無障礙生活環境；提高生活質素，令長者能自主獨立地生活；加強社區支援網絡；加強對長者愛滋病的關注；加強對精神健康的關注；保持環境清潔等。

- *目標：在生命週期減低患上主要危疾的風險因素及加強保護健康的因素：*
 - 對應政策包括：對毒品、酒精和煙草進行控制；推廣運動的重要；推廣營養和健康飲食，以及口腔健康；增強長者的心理素質；令安全的藥物更易被有需要的長者購入，提高長者對治療的堅持等項目。

- *目標： 建立有連續性而價廉物美而便於兩性人士使用的醫療及社會服務：*
- 對應政策包括：建立終生可用的無縫照顧服務；使長期服務或初級健康服務變得可承擔及能被公平使用；對正式及非正式護理者提供支援；推廣綜合式的精神健康服務；加強照顧服務提供者的道德操守；減低醫原病(Iatrogenesis)發生率；加強在家或社區養老的支援；建立官民之間的合作關係,建立機制確保醫療及照顧服務的質素；對護理者提供教育和訓練。

支柱二) 參與

- *目標： 提供終生學習的機會：*
- 對應政策包括：加強基本學習和健康知識；推廣終生學習等。
- *目標： 承認並提供機會給人們積極參與社會。並根據其能力、喜好和需要提供正式或非正式的有償工作及義務工作的機會：*
- 對應政策包括：以創造收入的計劃，減低長者貧窮狀況；加強對正式、非正式以及義務工作的支援等。
- *目標： 鼓勵人們在年老後全面參與家庭社區生活：*
- 對應政策包括：加強交通配套；建立長者在社會中的領導地位，特別是女性長者，使他們能在地區事務中擔任不同的角色，例如策劃或執行，同時也可協助預防疾病和愛滋病的傳播；創造一個適合全年齡居住的社會；建立老年的正面形象；減低女性在參與社會時所遇到的不平等；支援代表長者的組織等。

支柱三) 保障

- *目標： 長者的社會、財政和物理上的安全，確保長者能得到保護及尊嚴：*
- 對應政策包括：足夠的社會保障；對愛滋病的支援；保障消費者，特別是老年消費者；推進社會公義；為有需要長者提供庇護、亦要設立制度協助於危機中（例如天災）的長者；正視虐老問題；減少對女性長者在保障上的不平等，確認她們的權利和需要等。

世界衛生組織亦表示，制訂推廣“積極老年”對長者、對社會有不少的好處，例如能減少人民在有生產力時過早死亡，減低與老年相關的長期病之發病率，長

者能得到較佳的生活質素，亦能使更多人口參與在社會、文化、政治、經濟等範疇，進行有償或無償的工作。在以上的種種的優化之下，對長者的醫療及照顧的需求將會大大減低，令社會在此方面的經濟及資源開支能減低不少，解決一部份人口老化所帶來的衝擊。

“積極老年”的概念亦沿用到世衛於 2008 年提出的“老年友好城市”計劃中。該計劃主要以“積極老年”的三條支柱為主幹，在與多個國家及地區的政策制訂者及人民進行焦點訪談後，歸納出一套城市規劃方針。與“積極老年”政策框架最不同的是，“友善老年城市”中對物理生活環境比較重視，其八項“老年友好城市”的特徵中，有四項與實際的物理環境構建有關¹⁴¹。這亦是第二章的概念框架中特別加開“生活環境”一項的原因。

4.1.2 國際性組織建議：聯合國 — 《馬德里老齡問題國際行動計劃》¹⁴²

人口老化問題在已發展國情況遠比發展中國家遠為嚴重。所以各國都希望在老齡化對社會構成不可逆轉的負面影響之前，尋求方法減輕老齡化的衝擊，維持國家的穩定。為了達成這個目標，聯合國早於 1982 年已在奧地利維也納舉行“第一次老齡問題世界大會”(First World Assembly On Ageing)。試圖集各國的力量，找出老齡化的原因，亦尋求減輕其造成的社會問題之方法。惟在此次會議，得出的結論並不明顯，因在不少發展中國家，老齡化現象還未浮現，得不到全部成員國的積極參與。而是次會議的議題集中在如何解決老齡化所帶來的經濟問題，長者的生活福祉並未能成為焦點，亦處於較為被動的位置。

老齡化問題在之後嚴重化，一部份發展中國家也出現老齡化的先兆。故此，在 1998 年以及 2002 年間，聯合國亦兩度舉行了和老齡化問題相關的會議。1998 年為地區性會議，由聯合國亞洲及太平洋經濟社會委員會主辦，假澳門舉行的“亞洲及太平洋老齡問題澳門行動計劃地區會議”。在會議上以 1982 年第一次會議確立的方案為本，發展出一個為亞太區而設的老齡問題框架¹⁴³。

而在 2002 年，聯合國共 159 個成員國的政府及非政府組織代表於西班牙馬德里舉行了“第二次老齡問題世界大會(Second World Assembly On Ageing)”。會中以第一次會議的成果為基石，訂下了一個解決老齡化問題的長遠策略，被稱為《馬德里老齡問題國際行動計劃》(Madrid International Plan Of Action On Ageing, 簡稱“MIPAA”)。MIPAA 的方針與 1982 年第一次會議所得出針對減輕老齡化所帶來的經濟開支為主的共識不同。MIPAA 並非把把長者單單當作為

社會的負擔，而是把他們看成資源和財產，活用長者的特質，把挑戰轉化為機遇。另外亦加入“發展”、“可持續”、“跨代”、“全人全年齡”的概念，以建設長幼共融的“全齡社會”為最終目的。

MIPAA 鼓勵“老齡主流化”，即在鼓勵政府制訂任何政策時，也把長者的需要加進考慮的範疇內，而非把他們當作一個獨立的弱勢團體看待。同時亦鼓勵長者能成為制訂政策的一份子¹⁴⁴。而因老齡問題覆蓋層面太廣，所以應以跨界別、跨層面的方法應對。養老問題並非單由政府去解決，亦不能把責任全部推至個人家庭或社會組織身上。官、民、商應通力合作，才能有效地應對老齡化所帶來的重大衝擊¹⁴⁵。

在 MIPAA 的文本中，一共指出了三大優先方向，並圍繞三大方向提出了一系列的行動建議。三大優先方向及其政策行動建議分別是：

- 一) 老年人和發展；
- 二) 促進老年人的健康和福祉；
- 三) 確保建立有利的支援性環境。

優先方向一：老年人和發展

在這方向中所強調的是長者的參與，把長者看作為寶貴資源而非受助者，並提倡長者在社會中應和其他人有平等的地位。所以在這優先方向中相對地強調長者在社會中的參與，以及活用銀髮勞動市場的概念。在這方向中，MIPAA 提出了八大項目可以推行：

- 一) 長者在社會的積極參與及個人發展；
- 二) 就業及勞動人口老化；
- 三) 市郊發展、人口遷移及城市化；
- 四) 獲取知識及接受教育及培訓；
- 五) 跨代共融；
- 六) 消除貧窮；
- 七) 穩定收入、社會保障及預防貧窮；
- 八) 確保在緊急情況下得到保障。

優先方向二：促進老年人的健康和福祉

任何一個人要能夠積極參與社會，健康的身體和心靈是必需的，對長者來說更為重要。故此，提高長者的健康和福祉，有助加強他們的社會參與度，增加其生產能力，亦能減低醫治疾病及長期照顧的開支。當然，對病弱的長者亦需要有效的醫療系統及優質的長期照顧服務，以令長者能回復健康，重回社會。在此範疇上，MIPAA 提議了可從六個項目入手：

- 一) 整個人生歷程上促進健康及福祉；
- 二) 全面及平等地提供醫療服務；
- 三) 關顧年長愛滋病患者的需要；
- 四) 培訓醫護及照料專業人士；
- 五) 加強長者的精神健康；
- 六) 處理長者身體功能的障礙。

優先方向三：確保建立有利的支援性環境

除了健康和福利外，一個支援性的環境亦對長者的養老生活極為重要。對構築一個老年友好的環境，必需從社會、經濟、政治等方面著手。一個支援性的環境能為長者充權 (empower)，令他們能有動力繼續在社會上參與各式各樣的活動，使其由受助者變成有生產力的資源。故此，政府必需推動長者人權和平等，使長者能不受障礙、不受歧視地在社會上活躍。此外，亦需從最基本的實質環境著手，例如改善社區的交通設施，以令長者便於獨立生活。在此範疇上，MIPAA 建議在四大範疇著手：

- 一) 改善住屋及生活環境；
- 二) 照顧並支援照顧者；
- 三) 消除長者的疏忽照顧、虐待及暴力行為；
- 四) 改善大眾對老化的印象。

4.2 總結及發展方向

在這兩個文本中所建議的長者政策方向，與上章所分析的四個地區之養老政策亦相當符合。雖然在分類上有少許差異，但在養老政策的方向，離不開“健康”、“保障”、“參與”這三大“積極老年”的支柱。同時，在養老原則的發展趨勢

上，前文分析的四個地區亦與聯合國所建議的相當符合。在各個地區事例上，長者的定位亦由“受助者”開始走向 MIPAA 所稱的“社會資源”，以就業及學習機會等顯示其對長者“發展”的重視、多項政策確保開支和人手“可持續”、以不同政策推動“跨代”共融而打造“全人全年齡”的社會、並“官商民合作”以分散養老責任。

在人口老齡化日漸嚴重下，連西方的國家養老政策亦開始採取類似生產主義地區或 MIPAA 所示的方向，以減少政府及社會的壓力。根據 OECD 的報告指出，現時 OECD 成員國在養老政策上採取了以下方針，藉此減輕老齡化帶來的衝擊，穩定社會的福祉：一是單純減少福利以減低開支；二是以改變養老金模式來改變開支，現時多了國家如德國、芬蘭等使用了與入息相關的私人養老金取代傳統的公共養老金；三是以開發長者的能力 (Marketable Skills)，令長者能於勞動市場立足，自力更新減少政府開支¹⁴⁶。

上章分析的養老政策趨勢，以及本章所介紹的兩個政策框架中的建議項目，不僅在東亞地區有用，連世界各地也正推行類似的政策，故應在澳門亦能有效地套用，以全面覆蓋長者的需求，增進他們福祉的，推動“積極老年”的同時，亦能確保政策的可持續性，並減低社會對養老的壓力。然而，澳門的文化比較特別，尤其是在博彩業開放後，澳門特區政府的收入模式在世界上可稱得上是獨一無二，社會結構亦有重大改變。澳門的地理因素亦令其養老服務發展有一定的限制。故此，即使是同樣採用生產主義社會政策模式的國家的政策方向，又或是國家性組織所提出的建議，都未必能完全適用於澳門的情況上。

本研究團隊會以此文本所導出的長者需求框架，對澳門特區現時長者的生活狀況以及養老服務提供作出二次研究分析的桌面調研，亦會採取由下而上的研究取向，直接向長者、護老者、前線服務提供者、學術界及養老業界持份者等組群進行訪談，了解澳門長者於生活上的需要，以及澳門社會上獨有的情況。綜合各地的養老政策的方向作為基礎，去除不適合澳門的項目，再加入能滿足澳門獨特需求的元素，務求打造一套全面而又能急澳門人之所急的建議性政策框架草案，為澳門養老保障機制和長者服務的十年行動計劃立下指導性的基石，協助澳門特區達成“老有所依、老有所為”的政策目標。

¹ WHO Centre for Health Development. (2004). The Development of Community Health Care in Shanghai: Emerging Patterns of Primary Health Care for the Ageing Population of a Megalopolis. Retrieved from: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol4_shanghai.pdf

² 統計暨普查局統計數據庫。(2013)。按歲組統計之期末人口 [報表]。

³ 統計暨普查局。(2012)。《2011-2036 澳門人口預測》。

- ⁴ United Nations. (2002). World Population Ageing: 1950-2050. Retrieved from: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
- ⁵ United Nations. (2002). 同 4.
- ⁶ United Nations. (2002). 同 4.
- ⁷ United Nations Population Division. (2012a). Life expectancy at birth (both sexes combined) by major area, region and countries, 1950-2100 [Excel]. World Population Prospects: The 2012 Revision. Retrieved from: http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/EXCEL_FILES/3_Mortality/WPP2012_MORT_F07_1_LIFE_EXPECTANCY_0_BOTH_SEXES.XLS
- ⁸ 統計暨普查局統計數據庫。(2013)。總和生育率[報表]。
- ⁹ United Nations Population Division (2012b). Total fertility by major area, region and countries, 1950-2100 [Excel]. World Population Prospects: The 2012 Revision. Retrieved from http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/EXCEL_FILES/2_Fertility/WPP2012_FERT_F04_TOTAL_FERTILITY.XLS
- ¹⁰ United Nations Population Division. (2012c). Total population (both sexes combined) by major area, region and countries, 1950-2010 [Excel]. World Population Prospects: The 2012 Revision. Retrieved from: http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/EXCEL_FILES/1_Population/WPP2012_POP_F01_1_TOTAL_POPULATION_BOTH_SEXES.XLS
- ¹¹ United Nations Population Division. (2012d). Total population (both sexes combined) by five-year age group, major area, region and countries, 1950-2010 [Excel]. World Population Prospects: The 2012 Revision. Retrieved from: http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/EXCEL_FILES/1_Population/WPP2012_POP_F07_1_POPULATION_BY_AGE_BOTH_SEXES.XLS
- ¹² United Nations Population Division. (2012e). Percentage total population (both sexes combined) by major area, region and countries, 1950-2010 [Excel]. World Population Prospects: The 2012 Revision. Retrieved from: http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/EXCEL_FILES/1_Population/WPP2012_POP_F09_1_PERCENTAGE_OF_TOTAL_POPULATION_BY_BROAD_AGE_GROUP_BOTH_SEXES.XLS
- ¹³ Social Security Administration. (n.d.). Age 65 Retirement. Retrieved from Social Security History website: <http://www.ssa.gov/history/age65.html>
- ¹⁴ United Nations Population Division. (2012f). Life expectancy at age 60 (both sexes combined) by major area, region and countries, 1950-2010. World Population Prospects: The 2012 Revision. Retrieved from: http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/EXCEL_FILES/3_Mortality/WPP2012_MORT_F14_1_LIFE_EXPECTANCY_80_BOTH_SEXES.XLS
- ¹⁵ Cox, H.G. (1988). *Later life: The realities of aging (2nd Ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ¹⁶ Casey, B., Oxley, H., Whitehouse, E.R., Antolín, P., Duval, R., & Leibfritz, W. (2003). Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform, Retrieved from the OECD Economic Department website: <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp%282003%2923>
- ¹⁷ 統計暨普查局。(2014)。《2013 統計年鑑》。
- ¹⁸ 統計暨普查局。(2012)。同 3。
- ¹⁹ 統計暨普查局。(2014)。《人口老化的趨勢與挑戰》。
- ²⁰ United Nations. (2012b). 同 9.
- ²¹ 統計暨普查局統計數據庫。(2013)。人口估計[報表]。
- ²² 統計暨普查局。(2012)。同 3。
- ²³ Titmuss, R.M. (1976). *Commitment to Welfare*. London: Allen and Unwin.
- ²⁴ Titmuss, R.M. (1974). What is Social Policy. In S. Leibfried and S. Mau (Ed.), *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- ²⁵ Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies (2nd ed.)*. New York: Harper Collins.
- ²⁶ United Nations. (2002). Social Policy: National Development Strategies Policy Notes. Retrieved from: http://esa.un.org/techcoop/documents/PN_MacroGrowthPolicyNote.pdf
- ²⁷ Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality (2nd Ed.)*. New York: Harper & Row.
- ²⁸ 梅陳玉輝、齊鈺、徐玲。(2006)。老人學。台北市：五南圖書。
- ²⁹ World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: Author.
- ³⁰ 原文為 Active Ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.
- ³¹ World Health Organization. (1994). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- ³² National Institute of Public Health. (2006). *Healthy Ageing: A Challenge for Europe*. Stockholm: Author.
- ³³ Ministry of Social Policy, New Zealand. (2001). *The New Zealand Positive Ageing Strategy*. New Zealand: Ministry of Social Policy.
- ³⁴ 嶺南大學亞太老年學研究中心。(2013)。澳門老齡指標體系。香港：嶺南大學。
- ³⁵ World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata. Retrieved from WHO website: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
- ³⁶ World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever*. Geneva: Author.
- ³⁷ World Health Organization (1978). 同 35.
- ³⁸ World Health Organization (2011). *Rehabilitation: World Report on Disability*. Geneva: Author
- ³⁹ Young, J. (1996). Caring for Older People: Rehabilitation and Older People, *BMJ*, 313. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7058.677>
- ⁴⁰ World Health Organization (n.d.), Palliative Care is an Essential Part of Cancer Control. Retrieved from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- ⁴¹ World Health Organization. (2002). 同 29.
- ⁴² 香港特區政府。(2013)。為長者提供的社會服務及福利。摘自香港政府一站通網頁: <http://www.gov.hk/tc/residents/housing/socialservices/elderly/elderservices.htm>
- ⁴³ Womenshealth.gov. (2012). Caregiver stress fact sheets. Retrieved from the Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services website:

- <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/caregiver-stress.html>
- ⁴⁴ World Health Organization. (2002). 同 29.
- ⁴⁵ Holzmann, R. & Hinz, R. (2005). *Old Age Income Support in the 21st century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. Washington D.C.: The World Bank.
- ⁴⁶ Holzmann, R. & Hinz, R. (2005). 同 45.
- ⁴⁷ World Health Organization. (2002). 同 29.
- ⁴⁸ Seeman, T. (2008). Support & Social Conflict: Section One – Social Support, Research Network on SES & Health, Retrieved from the Regents of the University of California website: <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/socsupp.php>
- ⁴⁹ 鏡湖護理學院及澳門仁伯爵綜合醫療。(2013)。澳門社區長者活躍老化與成功老化之間的關係。摘自鏡湖護理學院網頁: http://www.kwnc.edu.mo/worldcongress_info2013/doc24.pdf
- ⁵⁰ Ministry of Social Policy, New Zealand. (2001). 同 33.
- ⁵¹ Ministry of Social Policy, New Zealand. (2001). 同 33.
- ⁵² Bowling, A. (2005). *Ageing Well: Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: Open University Press.
- ⁵³ Kwon, H.J. (1998). as cited in Holliday, I. (2000). Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia, *Political Studies*, 48: 706-723.
- ⁵⁴ Holliday, I. (2000). Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia, *Political Studies*, 48: 706-723.
- ⁵⁵ 賴偉良 (2003)。澳門社會政策模式。澳門：澳門理工學院。
- ⁵⁶ Holliday, I. (2000). 同 55.
- ⁵⁷ 香港房屋協會(2011)。第三冊：人口老化的房屋需要，變遷中的房屋需要。香港：作者。
- ⁵⁸ 政府統計處，香港特別行政區政府。(2014)。生命事件，人口估計 [網頁]，摘自：http://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/sp150_tc.jsp?ID=0&productType=8&tableID=004
- ⁵⁹ United Nations Population Division. (2012b). 同 9.
- ⁶⁰ Hong Kong Government. (1991). *White Paper: Social Welfare into the 1990s and Beyond*. Hong Kong: Hong Kong Government Printer.
- ⁶¹ 安老事務委員會。(2013)。關於我們。摘自網頁: http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/About_Us/Introduction.html
- ⁶² 政府新聞網，香港特區政府。(2013)。食物及衛生局局長談自願性醫療保障計劃。摘自：<http://www.info.gov.hk/gia/general/201305/30/P201305300583.htm>
- ⁶³ 香港護士協會。(2010)。「醫保計劃，由我抉擇」醫療改革諮詢文件意見書 [立法會 CB(2)505/10-11(03)號文件]。摘自：<http://www.legco.gov.hk/yr10-11/chinese/panels/hs/papers/hs1211cb2-505-3-c.pdf>
- ⁶⁴ 社會福利署，香港特區政府。(2013)。安老院舍照顧服務簡介。摘自：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_residentia/id_introducti/
- ⁶⁵ 社會福利署，香港特區政府。(2007)。改善家居及社區照顧服務 [傳單]。摘自：<http://www.swd.gov.hk/doc/elderly/EHCCS%202007.pdf>
- ⁶⁶ 監護委員會。(n.d)。申請監護令。摘自：<http://www.adultguardianship.org.hk/content.aspx?id=apply&lang=tc>
- ⁶⁷ 勞工及福利局，香港特區政府。(2013)。護老培訓地區計劃。摘自：[http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/download/Programmes and events/EC%20Website carer%20training%20\(c\).pdf](http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/download/Programmes and events/EC%20Website carer%20training%20(c).pdf)
- ⁶⁸ 積金管理局。(2013)。強積金制度：供款。摘自：http://www.mpf.gov.hk/tch/mpf_system/system_features/contributions/index.jsp
- ⁶⁹ 投資者教育中心。(2013)。退休保障計劃。摘自：<http://www.hkiec.hk/web/tc/retirement/retirement-protection-schemes.html>
- ⁷⁰ 社會福利署，香港特區政府。(2014)。綜合社會保障援助 (綜援) 計劃。摘自：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_socsecu/sub_comprehens/
- ⁷¹ 社會福利署，香港特區政府。(2014)。同 70。
- ⁷² 勞工及福利局，香港特區政府。(2012)。長者生活津貼：善用有限資源助有需要長者。摘自：http://www.swd.gov.hk/oala/doc/OALA_leaflet_final_single_page_c.pdf
- ⁷³ 政務司司長辦公室轄下行政署，香港特區政府。(2012)。人口政策督導委員會二零一二年進度報告書，檔號 CSO/ADM CR 1/3581/12。摘自：http://www.legco.gov.hk/yr08-09/chinese/hc/sub_com/hs52/papers/hs520605-csoadmcr1358112-c.pdf
- ⁷⁴ 政府統計處，香港特區政府。(2013)。2011 人口普查主題性報告：長者。摘自：<http://www.statistics.gov.hk/pub/B11200642013XXXXB0100.pdf>
- ⁷⁵ 長者學苑。(2011)。關於長者學苑。摘自：<http://www.elderacademy.org.hk/tc/aboutea/index.html>
- ⁷⁶ 社會福利署，香港特區政府。(2014)。長者支援服務隊。摘自：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_csselderly/id_supporttea/
- ⁷⁷ 救世軍油麻地長者社區服務中心。(2011)。長者政策關注組：對政策「醫保計劃 由我抉擇」之意見。摘自：<http://www.myhealthmychoice.gov.hk/pdf/report/organizations/O106.pdf>
- ⁷⁸ 香港房屋委員會。(2013)。公屋申請：申請指引 (長者)。摘自：<http://www.housingauthority.gov.hk/tc/flat-application/application-guide/elderly-persons/>
- ⁷⁹ 建築署，香港特區政府。(2007)。暢道通行—戶外環境建設。摘自：<http://www.archsd.gov.hk/archsd/html/ua2-chinese/index.html>
- ⁸⁰ 屋宇署，香港特區政府。(2008)。設計手冊：暢通無阻的通道 2008。摘自：http://www.bd.gov.hk/chineseT/documents/code/c_bfa2008.htm
- ⁸¹ Department of Statistics, Singapore. (2013a). *Population in Brief 2013*. Retrieved from: http://www.singstat.gov.sg/statistics/browse_by_theme/population/statistical_tables/popinbrief2013.pdf
- ⁸² United Nations Population Division. (2006). *World Population Prospects: The 2006 Revision*. NY: Author.
- ⁸³ Department of Statistics, Singapore. (2013a). 同 81.
- ⁸⁴ Department of Statistics, Singapore (2013b). Complete life table 2007-2012 for Singapore resident population. Retrieved from: http://www.singstat.gov.sg/publications/publications_and_papers/births_and_deaths/lifetable07-12.pdf
- ⁸⁵ Ministry of Community Development, Youth and Sports, Singapore. (2008). *Good Progress Made in Preparing for an Ageing Population*. Retrieved from: <http://app.msf.gov.sg/Portals/0/Summary/pressroom/03-2008.pdf>
- ⁸⁶ Inter-ministerial Committee, Singapore. (1999). *Inter-ministerial Committee (IMC) Report on the Ageing Population, 1999*. Retrieved from: http://app.msf.gov.sg/portals/0/summary/research/materials_imcreport.pdf

- 87 Health Promotion Board, Singapore. (N.D.). Active ageing in Singapore [PowerPoint], Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/english/policy/affairs/asean/dl/11th_5_Presentation_Singapore.pdf
- 88 Ministry of Community Development, Youth and Sports, Singapore. (2009). Adding Life to Years! Retrieved from: <http://app.msf.gov.sg/portals/0/summary/publication/AddingLifetoYears.pdf>
- 89 Committee on Ageing Issues, Singapore. (2006). Report on the Ageing Population. Retrieved from: http://app.msf.gov.sg/portals/0/summary/research/cai_report.pdf
- 90 Agency for Integrated Care. (n.d.). Key Milestones. Retrieved from: <http://www.aic.sg/page.aspx?id=131>
- 91 Agency for Integrated Care. (n.d.). Caregivers Training Grant. Retrieved from: <http://www.aic.sg/CaregiversTrainingGrant/>
- 92 Ministry of Social and Family Development, Singapore. (2013). Public Assistance (PA) Scheme Enhanced to Provide Greater and More Flexible Help for the Needy. Retrieved from: <http://app.msf.gov.sg/PressRoom/PublicAssistancePASchemeEnhanced.aspx>
- 93 Central Provident Fund Board, Singapore. (2013a). Overview. Retrieved from: <http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/About-Us/Intro/Intro.htm>
- 94 Ministry of Health, Singapore. (2008). Medisave. Retrieved from: http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave.html
- 95 Central Provident Fund Board, Singapore. (2014). CPF LIFE: Retire with Peace of Mind. Retrieved from: <http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/rdonlyres/09EA0C05-C8E9-4705-9D91-E8BD1D12CF1E/0/LIFEBrochure.pdf>
- 96 Workfare, Singapore. (2014). Workfare Income Supplement (WIS) Scheme. Retrieved from: <https://www.workfare.gov.sg/Pages/Home.aspx>
- 97 Ministry of Manpower, Singapore. (2013). Retirement and Re-employment Act. Retrieved from: <http://www.mom.gov.sg/employment-practices/employment-rights-conditions/retirement/Pages/retirement.aspx>
- 98 凌展輝。(2010)。新加坡祖父母方案：機會與創新。2010 祖父母節國際實務論壇〔講解〕。摘自：<https://b001.senioredu.moe.gov.tw/ezcatfiles/b001/download/attdown/0/%B7%7C%C4%B3%A4%E2%A5U.pdf>
- 99 Committee on Ageing Issues, Singapore. (2006)。同 89。
- 100 Ministry of Community Development, Youth and Sports, Singapore. (2008)。同 85。
- 101 Committee on Ageing Issues, Singapore. (2006)。同 89。
- 102 United Nations Population Division. (2012a)。同 7。
- 103 葉兆輝。(2014)。日本如何面對人口老化挑戰。明報。摘自：<http://news.sina.com.hk/news/20140115/-6-3165920/1.html>
- 104 厚生省。(1988)。高齢者保健福祉推進十か年戦略。摘自：<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/souron/17.pdf>
- 105 厚生、大藏、自治大臣。(1999)。今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン 2 1～。摘自：http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2_17.html
- 106 内閣府。(2012)。高齢社会対策大綱。摘自：<http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/h24/hon-index.html>
- 107 厚生労働省。(2010)。後期高齢者医療制度について。摘自：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pamphlet01.html>
- 108 厚生、大藏、自治大臣。(1999)。同 105。
- 109 日本年金機構。(n.d)。日本国民年金制度(中國語/中文)。摘自：http://www.nenkin.go.jp/n/open_imgs/free3/0000000011_0000005864.pdf
- 110 日本年金機構。(2013)。厚生年金保険<健康保険(協会けんぽ)>について。摘自：<https://www.nenkin.go.jp/n/www/service/detail.jsp?id=5172#kousei>
- 111 厚生労働省。(2010)。厚生労働白書：社会保障の各分野之變遷。東京：作者。
- 112 日本政府。(2012)。高年齢者等の雇用の安定等に関する法律(昭和四十六年五月二十五日法律第六十八号)。摘自：<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S46/S46HO068.html>
- 113 日本政策。(2002)。生涯学習の振興のための施策の推進体制等の整備に関する法律(平成二年六月二十九日法律第七十一号)。摘自：<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H02/H02HO071.html>
- 114 国土交通省。(n.d)。地方都市再生のための人材基盤等地域力整備に関する調査。摘自：http://www.mlit.go.jp/kisha/kisha03/00/000715/suishinhi_15.pdf
- 115 Promotion Division, Health & Welfare Bureau for the Elderly, Japan. (2011). Promotion of purpose of life for the independent elderly, senior citizens' club, participation in volunteers [PowerPoint]. Retrieved from: http://www.mhlw.go.jp/english/policy/exchange-program/dl/en_roukenkyoku.pdf
- 116 国土交通省観光廳。(2013)。ユニバーサルツーリズム促進に向けた地域活動実態調査。摘自：<http://www.mlit.go.jp/common/000999215.pdf>
- 117 国土交通省。(2013)。中心市街地活性化ハンドブック。摘自：http://www.mlit.go.jp/crd/index/handbook/2013/2013tyukatu_handbook.pdf
- 118 厚生、大藏、自治大臣。(1999)。同 105。
- 119 国土交通省。(2006)。移動等円滑化のために必要な旅客施設又は車両等の構造及び設備に関する基準案の概要。摘自：<http://www.mlit.go.jp/pubcom/06/pubcomt90/03.pdf>
- 120 国土交通省。(2013)。災害時・緊急時に対応した避難経路等のバリアフリー化と情報提供のあり方に関する調査研究報告書概要版。摘自：<http://www.mlit.go.jp/common/000996096.pdf>
- 121 内政部。(n.d)。伍、老人福利。摘自：<http://sowf.moi.gov.tw/17/98/005.htm> (Archived)
- 122 曾中明。(2006)。台灣老人福利概況及政策展望。台灣老年醫學雜誌 2006 1(3), 112-121。
- 123 吳尚琪。(2011)。臺灣的老人福利政策與法令制度。摘自：<http://www.cares.org.tw/files/4200/80/3-4--%E5%90%B3%E8%82%96%E7%90%AA--new.pdf>
- 124 曾中明。(2006)。同 122。
- 125 衛生福利部，台灣。(2013)。友善關懷老人服務方案第二期計畫(核定版)。摘自：<http://www.sfaa.gov.tw/activity/684.jhtml>
- 126 衛生福利部，台灣。(2011)。全民健康保險法。摘自：<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT0201.asp?lslid=FL014028>
- 127 內政部，台灣。(n.d)。同 121。

- ¹²⁸ 衛生福利部，台灣。(2007)。我國長期照顧十年計劃摘要本(核定本)。摘自：
http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%E6%88%91%E5%9C%8B%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E9%A1%A7%E5%8D%81%E5%B9%B4%E8%A8%88%E7%95%AB%E6%91%98%E8%A6%81%E6%9C%AC_0003412000.pdf
- ¹²⁹ 勞動部勞工保險局，台灣。(2014)。國民年金簡介。摘自：<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=DUBMXxAoFv4%3d>
- ¹³⁰ 勞動部勞工保險局，台灣。(2014)。勞保年金簡介。摘自：<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=MsTEcrrcKgM%3d>
- ¹³¹ 內政部，台灣。(n.d.)。同 121。
- ¹³² 衛生福利部，台灣。(2013)。同 125。
- ¹³³ 內政部，台灣。(n.d.)。同 121。
- ¹³⁴ 內政部，台灣。(n.d.)。同 121。
- ¹³⁵ 內政部，台灣。(n.d.)。同 121。
- ¹³⁶ The Online Citizen. (2009). Is the public assistance scheme adequate for elderly folks? Retrieved from:
<http://www.theonlinecitizen.com/2009/08/is-the-public-assistance-scheme-adequate-for-elderly-folks/>
- ¹³⁷ Central Provident Fund Board, Singapore. (2013c). Financial Statement. In *Annual Report 2012*. Retrieved from:
http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/ronlyres/2758D6AA-2B61-4E0B-9E5B-FADA74D5F2E4/0/Financial_Statements.pdf
- ¹³⁸ 香港特區政府。(2014)。2014 至 15 年度政府財政預算案。摘自：<http://www.budget.gov.hk/2014/chi/budget34.html>
- ¹³⁹ 圓玄學院。(2013)。計劃詳情。青年安老服務啟航計劃〔網頁〕。摘自：<http://www.ycnse.org/details.php>
- ¹⁴⁰ World Health Organization. (2002). 同 29。
- ¹⁴¹ World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities a guide*. Geneva: Author.
- ¹⁴² United Nations (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- ¹⁴³ United Nations, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2000). *Plan of Action on Ageing for Asia and the Pacific*. Retrieved from: http://www.unescap.org/ageing/macau/plan_of_action.htm
- ¹⁴⁴ United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2008). *The Madrid International Plan of Action on Ageing: Guiding Framework and Toolkit for Practitioners & Policy Makers*. Retrieved from:
http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf.
- ¹⁴⁵ United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2008). 同 144。
- ¹⁴⁶ Casey, B., Oxley, H., Whitehouse, E.R., Antolín, P., Duval, R., & Leibfritz, W. (2003). 同 16。