



人权理事会

第三十届会议

议程项目 3

增进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会和文化权利，包括发展权

老年人享有所有人权问题独立专家罗莎·科恩菲尔德—马特的报告

概要

在本报告中，老年人享有所有人权问题独立专家对其视为重点领域的自主权和照顾权进行了阐述。本报告简要介绍了现行国际和区域人权标准，深入分析了这两个关键概念及其范围，进而列举独立专家的结论和一些建议。提出这些建议一是为了协助各国落实适当、有效的框架，以便加强老年人自主，确保老年人积极参加和参与生活的方方面面，改善老年人的福祉和生活质量；二是为了保证照顾场所采用以人权为本的方法。



目录

	页次
一. 导言	3
二. 独立专家的活动	3
三. 自主与照顾	4
A. 法律框架	5
B. 自主	8
C. 照顾	12
四. 结论和建议	15
A. 结论	15
B. 建议	15

一. 导言

1. 本报告由老年人享有所有人权问题独立专家罗莎·科恩菲尔德—马特依照人权理事会第 24/20 号决议提交。

二. 独立专家的活动

2. 在报告所述期间，独立专家访问了以下国家：斯洛文尼亚，2014 年 11 月 17 日至 21 日(见 A/HRC/30/43/Add.1)；奥地利，2015 年 1 月 22 日至 30 日(见 A/HRC/30/43/Add.2)；毛里求斯，2015 年 4 月 28 日至 5 月 8 日(见 A/HRC/30/43/Add.3)。独立专家对上述国家政府在她访问之前和访问期间给予的配合表示感谢。

3. 独立专家把虐待老年人作为其任务的重点领域，并在过去一年中参加了一些与之有关的活动。2014 年 9 月 12 日，她出席了关于“虐待老人和暴力侵害妇女：全球危机”的边会。该活动由美利坚合众国常驻联合国日内瓦办事处及其他国际组织和机构代表团在人权理事会第二十七届会议的间隙举办。独立专家在致辞中，强调大规模研究、数据和指标以及法律和制度机制对切实遏制虐待老年人的问题起到重要作用。

4. 独立专家还于 2015 年 6 月 15 日参加了联合国认识虐待老年人问题世界日的边会，名为“被遗忘的角落：虐待和暴力侵害老年妇女——纪念‘认识虐待老年人问题世界日’十周年”。该边会由联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)和日内瓦老龄化问题非政府组织委员会联办，并得到联合国人口基金和若干日内瓦民间社会组织的支持。

5. 独立专家在致辞时，特别提请注意并呼吁落实《马德里老龄问题国际行动计划》中有关虐待老年人包括老年妇女问题的建议。她还鼓励所有各方深入合作，打击一切形式的虐待和暴力侵害老年人行为，促进老年人的人权。

6. 6 月 15 日当天，独立专家还通过录像发言参加会议——“在欧洲打击虐待老年人行为：重申承诺抑或丧失机会？”。该会议由欧洲委员会、欧盟委员会、欧洲老龄问题平台和欧洲国家人权机构网络在布鲁塞尔举办。独立专家重点提到了在区域一级采取的积极措施，回顾了成员国的义务，并促请成员国重申承诺：确保老年人在一切情况下免遭虐待和暴力侵害。

7. 2014 年 10 月 1 日，联合国国际老年人日二十四周年纪念活动在日内瓦举办。独立专家参加了名为“携手共进：构建全民共享型社会”的会边活动。她在发言中强调，需要采取通盘筹划的方式保护和尊重老年人的人权，解决老年人日常面临的挑战。

8. 照顾是任务负责人的另一重点专题。2014 年 10 月 8 日，独立专家在受长期照顾的老年人人权会议上发表录像讲话。该会议由欧盟委员会和欧洲国家人权机构网络在布鲁塞尔举办。在录像讲话中，独立专家提倡要用以人权为本的方式对待受长

期照顾的老年人，确保他们有尊严地生活。2014年11月5日，独立专家在七国集团在日本举办的第三次全球痴呆症遗留问题会议上致辞，强调必须采取以人权为本的方式处理痴呆症治疗、护理创新和降低风险问题。

9. 2015年3月16日和17日，独立专家在世界卫生组织于日内瓦举办的抗痴呆症全球行动首届部长级会议上发表主旨演讲。她强调，重要的是把患有痴呆症的老年人当成权利人；把各国当成义务人，负有尊重、保护和促进人权的国际义务。独立专家欣然指出，各国在呼吁行动起来抗击痴呆症时首次提到以人权为本的方式，且该呼吁在3月17日作为会议成果获得通过。

10. 独立专家受权特别关注不同类型的老年群体，包括难民、气候造成的流离失所者以及受冲突、紧急状况或灾害影响者。2015年3月18日，她参加了在日内瓦举办的边会。该活动在人权理事会第二十八届会议的间隙由人权高专办、流离失所问题解决办法以及司法、和平与发展应用研究协会联办，名为“建设气候适应能力：重点关注群体的权利”。

11. 2015年6月11日，独立专家参加了在日内瓦人道主义对话中心举办的有关“气候引发流离失所问题与人权”的后续专家圆桌讨论会。她在发言中强调老年人较其他人受气候变化影响的程度更大，并谈到一些考虑到老年人特有需求的举措，例如机构间常委会(机构间常设委员会)的《自然灾害情况下人员保护业务准则》、《国内气候引发流离失所问题的半岛原则》和《2015-2030年仙台减少灾害风险框架》，最后一个文件在2015年3月14日至18日于日本仙台举办的第三次联合国减少灾害风险世界大会上获得通过。

12. 独立专家依照授权继续与不限成员名额的老龄化问题工作组密切合作，参加了该工作组2015年7月14日至16日在纽约举行的第六届会议。她作为老年人人权问题近期政策动向与举措专家组成员，简要介绍了老年人享受所有人权方面的积极措施和既有挑战。

三. 自主与照顾

13. 预计到2050年，世界总人口的20%以上年龄至少为60岁。发展中国家老年人口增幅最大、增速最快，亚洲的老年人口最多，非洲的老年人口比例增长最大。

14. 2011年，秘书长在其关于第二次老龄问题世界大会后续行动的报告称：

有鉴于此，显然需要更加重视许多老年人的特殊需要和挑战。但同等重要的是，大多数老年人，无论男女，仍可为社会运转作出重大贡献，前提是有充足的保障措施。在此方面的所有努力中，人权居于核心地位。¹

15. 尽管老年人常被视为同质群体，而实际上却是所有年龄段中异质程度最高的一个群体。有些老年人身体建康，可以独立或自主地走完一生；有些老年人则由于疾

¹ 见 A/66/173 第 4 段。

病、伤残或行动能力丧失等缘故，晚年愈发依赖他人帮助，而且可能需要不同程度的专门照顾。

16. 确保老年人无论身体、精神及其他方面的状况怎样都能最大限度地自主生活，需要扭转社会对衰老的看法。这就有必要建立年龄敏感型社区、营造年龄友好型环境，从而帮助老年人保持自主性和积极性，并将老年人有效纳入生活的方方面面。

17. 因此，要摒弃以需求为基础的生物医学方法，把侧重点从疾病和功能依赖挪开，转而采用兼容并包的、以人权为本的方式：凡对老年人有影响的政策和项目，包括照顾的规划和提供，均将老年人享受所有人权作为必然组成部分。

18. 年龄歧视态度在世界各地依然存在，从中滋生出对老年人的歧视性做法，包括在照顾机构中的歧视性做法。年龄歧视挫伤自尊、削弱能力、动摇老年人对自主的看法。当老年人需要他人照料才能保持或重获自主时，尤其如此。

A. 法律框架

1. 自主

19. 自主是《残疾人权利公约》的核心原则。虽不应把衰老与残疾挂钩，但这一法律框架可适用于老年残疾人，也可为自主概念的范围提供指导。

20. 《公约》在序言中承认，个人的自主和自立，包括自由作出自己的选择，对残疾人很重要。第三条第一款提到尊重固有尊严和个人自主，包括自由作出自己的选择，以及个人的自立。

21. 《公约》还提及在医疗卫生和受暴力或虐待后恢复方面的自主。第二十五条第二款规定，医疗卫生应提供旨在尽量减轻残疾和预防残疾恶化的服务，包括向儿童和老年人提供这些服务。第十九条进一步指导了应采取何种措施促进老年残疾人独立生活和完全融入并参与社区。

22. 《联合国老年人原则》中的独立原则说明了以下问题的重要性：老年人通过向其提供的收入、家庭和社会支助以及通过自助，享有足够的食物、水、住房、衣着和医疗服务。老年人还应有机会找到有偿工作或能接受适当的教育和培训，以便独立生活。

23. 根据《原则》，可将参与理解为确保老年人积极参与制定和执行影响其福祉的政策，将知识和技能传给后辈，并能发起运动或组办协会。

24. 关于自我充实的部分设想老年人应能享用社会的教育、文化、精神和文娱资源，追寻充分发挥自己潜力的机会。《原则》关于照顾的内容提到自主。

25. 《马德里老龄问题国际行动计划》提出的建议之一是，在各级决策中兼顾老年人的需求和关切，包括加入劳动力市场、参与志愿活动、获取知识、接受教育、参加写算与技术培训、并享受社会保护和保障。

26. 《美洲保护老年人人权公约》近期已获通过，现开放供批准。其核心原则是老年人的尊严、独立、主动和自主。第七条首次明确将独立和自主称作真正意义上的权利。这包括作出决定的权利、规划生活的权利，以及依照传统与信仰自主、独立生活的权利。第十一条进一步规定了对医疗事务给予自由、知情同意的权利。

27. 《关于拉美和加勒比地区老年人权利的圣何塞宣言》是另一无约束力的文书。其序言表明，老年人参与政治、公共和社会事务既是一项基本人权，也是对老年人自主、独立决策的尊重。《宣言》第七段表示，无论患者的年龄、健康或治疗状况为何，都有权对任何医疗干预措施给予自由、事先和知情同意。《宣言》提到需要推出并保障必要社会服务，以提供符合老年人独有特点和需求的照顾，并增进老年人的独立、自主和尊严，同时再次提及自主。《宣言》第十段鼓励改善生活条件与环境，以增强老年人的自主和独立。

28. 在欧洲，《欧洲联盟基本权利宪章》第二十五条呼吁成员国承认并尊重老年人有尊严地独立生活的权利以及参与社会和文化生活的权利。此外，《欧洲社会宪章》第二十三条规定老年人有享受社会保护的权力，包括通过向老年人提供符合其需求及健康状况的住房或提供充分支持帮助其改造住房，让老年人自由选择生活方式，并在他们愿意且能力允许的情况下，在熟悉的环境中独立生活。

29. 最近，欧洲委员会在关于促进老年人人权的建议中明确提到自主。特别是，欧洲委员会表示老年人有权自决、自主地独立生活。其含义是，老年人可就与之有关的全部事宜独立作出决定，包括财产、收入、财务、住所、健康、医疗或照顾以及丧葬安排。

30. 在这方面，在欧洲委员会关于促进老年人人权的建议中，自主被理解为社会、文化、教育与培训活动和公共生活的全面参与权、隐私和家庭生活权、法律能力，以及在作决定并行使法律能力时，如自认必要，寻求适当支持的权利，包括自行选择并指定受到信赖的第三方，协助自己作出决定并采取安全措施，使免受到侵害(见第 9-15 段)。

31. 《非洲人权和人民权利宪章》关于非洲老年人权利的议定书草案使用了“独立”一词，将之作为一项核心原则。第三条规定“各缔约国应确保老年人的独立、尊严、自我实现、参与和照顾原则纳入国内法，且具有法律约束力，成为保障老年人权利的基础”。第七条名为“决定权”，其中间接提到自主，表示各国应确保有适当的立法，承认老年人有权就自身福祉作出决定，家人及其他有关人员不得无理干涉，而且承认老年人有权自行选择并指定一方执行其意愿或指示。

2. 照顾

32. 因此，照顾被作为以下权利的组成部分：社会保障(含社会保险)权利；人人享有最高可及身心健康标准的权利。《世界人权宣言》第二十五条第一款规定，人人有权享受为维持其本人和家属的健康和福利所需的生活水准，包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务；在遭到失业、疾病、残废、守寡、衰老或在其他不能

控制的情况下丧失谋生能力时，有权享受保障。《经济、社会、文化权利国际公约》第九条和第十二条分别提到社会保障(含社会保险)和医疗卫生。

33. 在《联合国老年人原则》中，照顾以专节列出。该节提到居家、社区和机构照顾，也提到为提高老年人的自主能力而使之享有医疗服务与社会和法律服务。该节还强调老年人居住在任何住所、安养院或治疗所时，均应能享有人权和基本自由，包括完全尊重其尊严、信仰、需求和隐私，以及完全尊重其决定自身所受照顾和生活质量的权利。自我照顾的概念未有提及。

34. 经济、社会、文化权利委员会对健康权作了广义解读，不仅将概念延伸到提供及时、适当的医疗服务，而且还延伸到健康的潜在决定因素，例如获得安全的饮用水和足够的卫生条件，提供充分的安全食物、营养、住房及健康的工作和环境条件，获取健康(含性健康和生殖健康)方面的教育和信息。

35. 委员会强调，重要的是，这部分人口要参与所有关于健康的决定。² 委员会还建议，健康政策应覆盖预防、康复乃至末期照顾，³ 包括对老年男子和妇女定期进行体检；采取生理和心理康复措施，以保持老年人的机能和自主能力；关注和照顾慢性病人和末期病人，帮助他们免受可以避免的痛苦，有尊严地离开人世。⁴

36. 委员会进一步强调，日益增多的慢性、退行性疾病和高昂的住院费用并不能仅靠治疗加以解决，为此，各缔约国应铭记，要保持老年人的健康就得在整个生命周期进行投资，根本性的做法是推广健康的生活方式。根据老年人的需求定期进行检查，该预防措施与保持老年人身体机能的康复措施一样，都起到决定性作用，减少了医疗卫生和社会服务的投资成本。⁵

37. 委员会还提出国家政策应帮助老年人尽可能长久地住在自己家中，为此需要修缮、开发和改善住房，并且为便于老年人出入和使用对住房进行改造。⁶

38. 此外，《残疾人权利公约》中的“通用设计”概念可能对老年人有益。第二条对此所下定义是产品、环境、方案和服务设计最大可能地让所有人都可使用，无需进行改造或特别设计，因此，各国有义务促进通用设计产品、服务、设备和设施的提供和使用。

39. 《马德里老龄问题国际行动计划》建议确立预防性和治疗性照顾，包括康复和性保健，认识到贯穿整个生命过程的促进健康和预防疾病活动要侧重于保持独立、预防疾病、避免延误疾病治疗，以及改善失能老年人的健康和生活质量。

40. 鼓励采取特别措施，提供有关健康生活方式和自我照顾的建议和指导。⁷ 设计具体行动，进一步鼓励采用兼顾老年人年龄和多样性的照顾措施，包括由正规和非

² 第 14 号一般性意见第 11 段。

³ 第 6 号一般性意见第 34-35 段。

⁴ 第 14 号一般性意见第 25 段。

⁵ 第 6 号一般性意见第 35 段。

⁶ 同上，第 33 段。

正规护理人员提供的初级卫生保健、急性医疗照护、康复、长期照顾和安宁疗护、自我照顾和老年医学服务。特别关注为老年人制定住房方案，鼓励减少有碍独立的不便之处，包括公共空间、交通和其他服务中的不便之处。⁸

41. 在区域层面，《非洲人权和人民权利宪章》承认健康权、家庭在社会中发挥的作用，以及老年人享有符合其身体和精神需要的特殊保护措施的权利（第十六条和第十八条）。《宪章》关于非洲老年人权利的议定书草案清楚提到照顾、支持和享受医疗服务，包括在冲突和灾难状况下。例如，根据第十二条，各国应发现、促进并加强传统支持系统，包括采用居家医疗，加强家庭和社区照顾老年家庭成员的能力，通过政策和法律为包括成年子女在内的所有利益攸关方提供激励措施，以支持社区中的老年人，确保他们尽久地在家居住。

42. 在美洲，《美洲人权公约关于经济、社会和文化权利领域的附加议定书》承认社会保障权和健康权(第九条和第十条)。此外，《美洲保护老年人人权公约》专条规定老年人有权受到长期照顾，同时保持独立和自主。第十九条对健康权采用了综合方法，包括在所有阶段促进健康、预防和治疗疾病，包括康复和安宁疗护。

43. 在欧洲，欧洲委员会关于促进老年人人权的建议列出照顾专题，建议各国推广在老年人医疗服务和社会照顾中采用多维度方法，并鼓励相关服务机构之间的合作。建议中提到若干措施，包括居家、寄住、机构和长期照顾与安宁疗护方面的培训、医疗同意以及对照顾服务的监管。

B. 自主

1. 定义与范围

44. 自主系个人或人群体确立自身规则和偏好的原则或权利。它包括自行作出决定的自由和能力，以及贯彻这些决定的法律能力。自主有三块主要内容：个人方面，包括作出决定的能力；经济和财务方面，理解为自给自足以及创造和得到收入的能力；社会方面，意味着具有年龄敏感型和年龄友好型社区与环境，以确保老年人能够自己作出决定或行事。

45. 全面享受自主涉及范围广泛，不仅包括在法律面前获得平等承认的权利、法律能力、尊严、自我决定、赋权与决策，而且包括择居权、工作权、投票权和积极参与社会各方面生活的权利。否认或限制法律能力直接影响老年人的自主，因为这样他们就无法行使上述权利，包括就涉及自身福祉的民事、商事、行政、司法或健康事务作出决定。

46. 自主和独立相互加强，在法律文书和框架中往往可以通用。自主指行使自由选择的能力和掌控影响自身生活之决定的能力，包括如有必要由他人帮助完成之情形；独立指无需协助在社区居住，或起码所受帮助之程度不至令老年人受制于他人的决

⁷ 《马德里老龄问题国际行动计划》第 67 段 d 项和第 105 段。

⁸ 《马德里老龄问题国际行动计划》第 90 段 f 项和第 98-100 段。

定。就此而言，独立的概念比自主广博。然而，考虑到随着年龄的增长，愈发需要协助，自主则更好地反映出老年人的现实。

2. 法律能力及在法律面前获得平等承认

47. 有多种工具可用以衡量生理、认知和心理自主程度，通过考虑行动、沟通和日常完成的任务，确定老年人的生理机能和精神自主水平。然而，在以人权为本的方法中，自主就个人而言，不仅指机能自主，而且主要指在法律面前获得平等承认的权利和法律能力。也就是说法律人格受到承认且有作为具有法律人格者行使权利。这样老年人的意愿和偏好就受到尊重，进而行使自由、知情同意。因此，凡是影响老年人福祉的决定，都应向老年人征求意见并请其参与。

48. 法律能力是自主的关键方面，老年人籍此可行使公民、政治、经济、社会和文化权利。如老年人因痴呆症等精神原因或因身体极度虚弱，部分或完全丧失维护自身利益的能力，可能需要由他人辅助作出决定。然而，有必要确保，在此情况下，个人不因让其无法就生活的特定方面作决定的监护措施而被剥夺法律能力。在此方面必须注意，《残疾人权利公约》规定，禁止以个人是残疾人或有伤残为由否认其法律能力。残疾人权利委员会在关于《公约》第十二条的第 1 号一般性意见中强调，因主观感知的或客观存在的精神能力缺陷而否认法律能力的做法，不为《公约》所认可。

49. 独立专家注意到近年在法律能力和监护法律改革方面呈现的积极趋势。第 1 号一般性意见还可指导各缔约国改革现行法律和立法(尤其是涉及剥夺残疾人法律能力的精神健康立法)，并鼓励各国改替代决定制为辅助决定制。

50. 针对老年人自主，应制定并实施有效保障措施，确保老年人的权利、意愿和偏好受到尊重，避免遭受无理干涉。残疾人权利委员会提出了关于辅助措施的指导意见，强调若已尽了重大努力，但仍无从判定个人意愿和偏好的，须以“对意愿与偏好之最佳解读”取代对“最大利益”之判定。⁹ 另外，《美洲保护老年人人权公约》第十一条和第三十条亦可就此给各国以指导。

51. 法律能力尤其关乎老年人在自身的社会和健康照顾方面特别是医疗作出基本决定。尊重和强化照顾场所老年人的自主性，意味着他们须能允许、拒绝或另行选择医疗干预措施。

52. 人人有权享有最佳身心健康问题特别报告员在关于知情同意对尊重、保护和实现健康权的基本作用的一份报告中强调，知情决定不是仅仅接受医疗干预措施，而是在自愿和充分知情的基础上作出决定，保护患者参与医疗决策的权利，并为医疗服务提供者分配相关的责任和义务。¹⁰ 其道德和法律规范的依据源自对患者自主、

⁹ 第 1 号一般性意见第 21 段。

¹⁰ 见 A/64/272。

自决、身体完整性和福祉的提倡。¹¹ 因此，应鼓励老年人事先规划与其照顾有关的任何决定。事先规划可让老年人预防晚年经常遭遇的侵害。

3. 适足生活水准和社会保护

53. 与自主生活密切相关的是享受适足生活水准、社会保障、收入保障和足够公共养老金的权利。社会保护的重要作用在若干国际和区域文书中受到承认，应全面贯彻和执行，从而促进老年人自主。

54. 贫穷会消磨老年人的自主，妨碍老年人获得足够的营养、水、卫生条件及社会和医疗服务。老年人常因没有养老金或保险而放弃寻求医疗救治，进而增加了社会隔离和无法享受医疗服务的风险。即使有保险的老年人，也会由于经济负担而拖着不去公共医疗卫生机构或抓处方药。贷款、按揭或保险等金融服务，老年人要么享受不了，要么享受不起，因为年龄被不当地用作一项指标，包括以此评定风险。

55. 社会转移支付和养老金计划往往是老年人所掌握的最大一部分资源，保障了一定程度的财务安全，从而极大地降低了老年人的贫困风险率。¹² 所以，它们是很重要的因素，可使老年人自主生活，而无需依赖家庭内部的转移支付或任何其他个人收入。加入社会保险计划和享有养老金，对于妇女、农村劳动者和非正规部门工作者来说更是晚年自主生活的基础。

56. 独立专家强烈鼓励对紧缩措施和财政整顿方案加以检讨，尤其是那些增加了老年人贫困风险、社会隔离和不安全感，进而可能对老年人经济和财务自主产生负面影响的紧缩措施和财政整顿方案。社会保护无论是缴费型还是非缴费性计划均应加强，方法包括增加资源，提高服务的可用性和可及性，利用通信技术以及消除接收保险金的障碍。

4. 工作权

57. 另外，重要的是，在老年人愿意或能力允许的条件下，支持他们积极参与经济活动，从而确保老年人的工作权。老年人在职业生涯中积累了丰富的技术、智慧、专业知识和经验，可以作出很多贡献，应鼓励老年人如有意愿就继续工作。因此，应设计接纳老年工作者的办公场所、职位选择及志愿工作。老年人在协助同僚和参与代际活动方面起着不可或缺的作用，既可以扶持年青一代，也可以帮助教育孙辈。这有利于增强社会凝聚力，增进老年人与其他社区成员的交往。

5. 适足住房权和无障碍通行权

58. 年龄敏感型社区和年龄友好型环境是老年人自主生活和持续融入社会的前提。老年人应能生活这样的环境：安全并兼顾老年人的个人偏好和能力变化。因此，环境应适应老年人的需求。这应包括诸如城市和农村地区的户外公共空间、自然环

¹¹ 同上，第9段。

¹² A/HRC/14/31。

境、建筑、交通、社会参与和融入、公民参与和就业、信息和通讯，以及其他设施和服务。

59. 物质障碍严重削弱老年人的自主，使之无法享受医疗卫生等基本服务。老年人如不能开车，公共交通缺乏就会带来极大不便，尤其在农村和偏远地区。即便老年人能使用公共交通，体质条件还是要达到合理水平，得看得懂公共汽车行车路线方向，经得起长途行驶和换乘，此外还需要一个等候和进入的安全环境。

60. 无障碍通行包括进出城市和农村地区的基础设施、建筑物、交通工具、信息和照顾场所。各国应提供综合无障碍环境，努力消除现有障碍。公共建筑、设施、道路和交通应易于进出。为此，可能需要修订建筑管理法律和城市规划准则，要求各部门和设施运用通用设计标准。各国应为参与改造公共空间以适应人口结构变化的所有利益攸关方提供培训，包括工程师、设计师、建筑师、城市规划师、交通主管机关和乘务员、服务提供商和学者。

61. 自主生活的另一重要元素是住房。老年人有权选择住地，居所应尽可能满足老年人的需求。如老年人出于行动要求，愿意或认为有必要改换或改造住房，国家应保证其有免租住处，或者至少为其提供租金补贴或信贷安排，帮助老年人以负担得起的成本在自己的住房安居。

62. 老年人的住房选择有多代合作居住社区、适老房与合住公寓，这些应进一步发展。其他一些方案包括信贷便利、税收激励和补贴等，它们涉及到私有和公共部门，也应受到鼓励，以便为老年人建设无障碍、宜居的住房。应格外关注倾向于独居且无家人照料的老年妇女和丧偶者。

6. 参与和社会融入

63. 年龄友好型社区还要考虑老年人参政的问题，即不能以年龄为由拒绝其参与决策过程并不让其成为积极公民。参与政治和公共生活意味着有投票和被选举的可能，有时就得准备设施和材料供老年人使用，包括在护理和机构照顾场所。各国应提供交通以便往返投票站、出席公共机关会议并参与工会和宣传活动。

64. 老年人在选举系统的参与度不断降低，这在 80 岁及以上年龄段尤为突出，原因是歧视性做法导致了社会隔离和政治边缘化。因此，应通过地方、区域和国家一级的论坛或磋商、协调或顾问机构实现老年人参与的制度化。

7. 教育、培训和终身学习

65. 自主包括享有教育、培训和终身学习的渠道，这有助于保持自尊，拓宽知识水平，提高适应文化和社会变化的能力，尤其是适应信息技术发展的能力。为促进代际学习和理解，教育项目的目标群体不应仅局限于老年人。各国应开发用于老年教育的教学法，例如老年教学法硕士学位项目。还应格外重视信息技术和计算培训项目。

66. 随着新技术的迅速发展，自主还意味着能接入网络和利用信息通信技术与服务。有时在线注册是购买商品和服务唯一或最便捷的途径，老年人应能无需依靠他人就

可获得此类商品和服务。老年人是独特的消费群体，有特殊的需求、兴趣和偏好。技术有助于增强老年人自主，可利用技术改造产品，使产品顾及因年龄增长而发生的变化，例如调整物体的尺寸或提供技术支持。

67. 自主还意味着为老年人提供交通和受补贴的文化活动入场券并减免入场费，从而使老年人享受文化活动。剧院、博物馆和其他文化设施应提供针对听觉受损者的服务，例如隐藏字幕和开放字幕。

8. 健康权

68. 在照顾场所，自主意味着老年人能参与其照顾服务的设计、监测和评估，并能参与临床试验以评判疗效。¹³ 老年人不应被视为照顾的被动接受者，而应被看作照顾的主动使用者。¹⁴ 由被动照顾到主动照顾的范式的改变标志着从单方提供式照顾到双方协作式照顾的转移。¹⁵

69. 老年人应受到健康教育，并收到有关老年人社会和医疗服务和老年人在照顾场所享权利的信息。老年人还应受到有关充足营养和各种病理知识的指导，包括传染病和非传染病方面的指导。就此而言，自我照顾有助于老年人积极参与并管理自己的健康。

C. 照顾

1. 定义与范围

70. 关于照顾，目前尚无普遍接受的定义。¹⁶ 照顾旨在保持或重新达到身体、精神和情绪状态的最佳水平，预防或延缓疾病发作。尽管通常根据提供此类服务的地点和人员来区分社会和医疗服务，但为了老年人的利益，对照顾的理解应做到互促互促和互融互通。照顾囊括一系列服务、设施、知识和支持，目的是增进个人身体、精神和社会福祉，提供者是正规或非正规照顾者，提供途径是公共或私有部门。

71. 照顾涵盖门诊医疗、机构照顾或居家照顾中的多种服务，例如日常活动辅助、社会收入、保护和保障、健康宣传、疾病预防、治疗和康复以及初级、二级和三级医疗服务。老年人终生都能平等地享受社会和医疗服务，这也是自主生活和积极、健康安度晚年的基础。

¹³ 见 A/HRC/18/37 第 16 段。

¹⁴ 欧洲经济委员会关于老龄化的第 15 号政策介绍，《照顾的创新和赋能战略》(2015)，第 5 页。

¹⁵ 同上。

¹⁶ 世界卫生组织老年人社区医疗卫生服务词汇表(2004)。词汇表可为下列词语的范围提供指导：“社会照顾”、“医疗服务”“急性医疗照护”、“门诊医疗”、“长期照顾”、“居家或住家照顾”、“成年人护理中心”、“日托中心”、“临终关怀”、“安宁疗护”、“寄住照顾”和“正规与非正规照顾者”。(www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf)

2. 照顾场所

72. 许多国家把照顾老年人视为家庭责任。在那里，居家和家庭照顾是最普遍的老年人照顾形式。尽管对于很多老年人来说，家庭照顾是晚年更好的选择，但是仍有必要给予家庭成员和其他非正规照顾者足够的配套支持。这包括喘息服务、需求评估、心理辅导和咨询、自助团体、护理实务培训，以及关于照顾者身体和精神健康保护措施、周末休息和老年人及家庭综合照顾规划的信息。照顾由家庭成员提供的，将该家庭成员纳入社会保障系统尤其重要，因为照顾者往往是妇女且无有偿工作，况且老龄化社会对于照顾的需求也在日益增加。

73. 独立专家强调，家庭成员和社区提供的协助不能取代国家在促进和保护老年人的所有人权方面应尽的义务。她还指出，一些社会正在急剧改变，例如家庭模式或生活方式产生了变化，并且人口迁徙和城市化也带来了挑战，对此都应有所考量。

74. 入住照顾机构可能是人在老年所做的自主决定。然而，强迫或强制入住照顾机构的情况也时有发生，尤其是在别无他选或亲属不能或不愿给予照顾时。¹⁷ 如在照顾场所方面有适当法律、制度机制和程序可保障选择自由和知情同意自由，那么需要照顾的老年人就能有尊严地生活。因此，关键要保证老年人自主，特别是在作出影响其照顾的任何决定时。

75. 为避免上述入住照顾机构的情形出现，若干国家已建立灵活和开放式照顾机构，免费提供居家医疗服务，包括喂药和输液。此类服务可让老年人在家安享晚年，从而提高了他们的生活质量。

3. 质量控制与无障碍

76. 确保在照顾场所进行质量控制是主要挑战之一。有人指出，社会和医疗服务机构的工作时间不近人情，对老年人不利。例如，经常要老年人一早就到，而且还得排队取号并按号就诊。于是，老年人就要在不舒适甚至不人道的环境下长时间等候，而且缺少体恤其特有需求的适当协助。此外，缺乏受过老年病学和老年学正规教育并兼具性别和残疾专业知识的社会和医疗服务专业人员。

77. 大多数本科医疗课程的大纲中不含老年病学和老年学，因此医务人员没有受过关于帮助和理解老年人的全面培训。有的老年人无亲无故或无社区支持，所能依靠的只有未经此类培训或不具此类资质的正规照顾者，因此生活就可能特别艰难。

78. 照顾的碎片化也引发问题，因为多个单位同时存在，却没有连成服务网络。结果为了获得社会和医疗服务与设施，要花几个小时来填写各种复杂的表格。这还导致服务质量低劣、现有资源使用低效、用户满意度低下。根源往往可能是各级、各地的照顾机构特别是医院缺乏协调。在此情况下，老年人受到的照顾时断时续，而且为其提供的服务参差不齐，难以满足其需求。

¹⁷ 见 E/2012/51 第 25 段。

79. 平等地获得医疗服务是很多国家面临的另一挑战。照顾设施、产品和服务要让所有老年人用得了、用得上、用得起、用得心甘情愿并且质量好。这就需要保证城市、农村和偏远地区的所有老年人都能享受到同等服务，无论照顾类型为何，无论照顾对象住在何处。如此，老年人就可能需要有交通工具往返适合其要求和需求的照顾服务项目和设施，还需要有关于与此类项目和设施的信息和通讯方式。

80. 照顾工作的特点是负荷高、工时长、会有情感耗竭的现象。照顾者往往地位低、工资低、受培训程度低。有证据表明，受照顾者的满意度与其照顾者的福利待遇相互关联。

4. 虐待和暴力侵害老年人

81. 老年人在家和照顾机构遭到正规和非正规照顾者的虐待和暴力侵害，此问题在许多国家仍属禁忌且被少报。这些老年人可能受恐吓、受侵犯、被施以不当的行为控制手段、受忽视、得不到妥善或必要的照顾或受其他形式的虐待。

82. 照顾场所的虐待和暴力风险因素可能涉及制度层面的问题，例如人员未经适当培训，也有可能是因为职业前景渺茫、跳槽率高、以及有姑息侵犯患者行为的文化。

83. 有必要定期检查和跟踪持证照顾者上门服务的情况，保证老年人照顾和保护的质量达标，杜绝绝对老年人实施身体和精神暴力的现象，禁止侮辱和忽视老年人。

84. 某些国家已推出技术服务，由公共检察官为非自愿住院或非自愿就诊的老年人提供帮助。监察员办公室也已成立，以支持老年人表明自己的需求和决定，并寻求救济。¹⁸ 在照顾设施方面，建立了由老年人组成的委员会，以监督和评估服务质量，重点关注食物、卫生以及与工作人员的互动。

5. 老年病服务和安宁疗护

85. 老年人的病状特征有异于年轻成年人。他们对治疗和疗法的反应不同，并会因慢性病而频繁产生复杂的社会需求。因此，重要的是保证配备充足的医生、工作人员和具有老年医学从业资格的其他人员，从而确保这些老年人完全享受健康权。

86. 安宁疗护需格外受到重视。在某些国家，安宁疗护作为医学专科尚未正式受到认可，而且出于一些原因用于此类照顾的药物有限，包括实施限制性药品规定，未能建立运转良好的供应和分配系统，以及医疗服务系统能力不足。

87. 独立专家强调，健康权问题特别报告员与酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员表示，未能确保获得管制药品用以缓解疼痛或痛苦，威胁到基本的健康权利和免受残忍、不人道和有辱人格的待遇的权利。¹⁹

¹⁸ 拉丁美洲和加勒比经济委员会，《晚年的自主与尊严：老年人政治权利理论与实践》，第 82-83 页，网址：http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37523/S1421014_es.pdf?sequence=1。

¹⁹ A/HRC/22/53。

6. 重点关注群体

88. 在设计与采用照顾政策、物品和服务时，应重点关注老年人中的特定群体，尤其是老年妇女、老年残疾人、慢性病、非传染性疾病和痴呆症患者。应提升照顾场所的性别、残疾和文化敏感性，从而使不同背景的老年人有效地掌握信息并能作出决定。应开发并实施专门化的社会和医疗综合服务，以应对令人丧失自理能力的痴呆症及其他退行性疾病。

四. 结论和建议

A. 结论

89. 鉴于许多社会的人口老龄化日益加重，需要确保老年人有能力自主生活。这就要求转变范式，着眼于让老年人融入社会的各个层面，推广年龄友好型社区和环境，提倡照顾要以人为本，增进老年人的自主和尊严。

90. 凡是社会和医疗服务立法、政策、项目、战略和场所，其设计、实施、监测和评估，均须考虑到尊重和加强老年人的自主。为提高老年人自主，针对老年人的有效照顾需结合经济、身体、心理、社会、精神和环境因素。

91. 老年人罹患慢性病和退行性疾病的情况愈发普遍，这对开发和实施适当的老年人照顾模式提出了挑战。以疾病为主的各级照顾方式都要改为更有效的以人权为本的模式，从而满足这个异质化现象最为突出的年龄段所特有的需求。

B. 建议

92. 为协助各国制定和执行适当、有效的措施确保老年人自主，包括在社会和医疗服务场所确保老年人自主，独立专家兹建议如下：

法律、制度和政策框架

93. 各国必须全面履行其有关自主和照顾的国际义务。独立专家强烈鼓励各国批准所有核心人权条约，包括《残疾人权利公约》，以及所有相关区域文书，尤其是近期通过的明确提到自主和照顾的《美洲老年人人权公约》。

94. 各国应全面并以多部门方式设计和有效实施老龄化问题国家政策和行动计划，包括关于自主和照顾的具体规定。

95. 各国应成立老龄化问题国家理事会，吸纳老年人作为成员，围绕照顾等问题设计和制定符合老年人需求并尊重老年人自主的政策。此类理事会应兼收并蓄，体现老年人的多样性，并有充足的资金，以正常有效运作。

研究与统计

96. 各国应确保在全国范围内系统、定期地收集分类统计数据，研究评估老年人的状况和需求，制定有针对性的老龄政策。数据必须妥善利用，避免污名化问题和潜在滥用。数据的收集和分析应慎之又慎，尊重和落实数据保护与隐私。调查和官方统计应系统地纳入老年人，包括高龄老人和接受机构照顾的老人，从而确保更好地按照年龄进行区分，更好地反应老年人的广泛差异。

97. 各国应持续进行调查研究，并按年龄和性别采集自理和他理老年人受虐待和暴力侵害的数据，以评价当前形势并采取适当措施遏制虐待老年人的行为。

歧视、虐待和暴力侵害

98. 有必要出台国家反歧视战略，连贯一致地从多个方面解决歧视问题。各国应通过立法，禁止直接或间接歧视老年人的现象，包括金融和保险服务行业及照顾场所的此种现象。

法律能力和在法律面前获得平等承认

99. 独立专家强调，针对智力或社会心理障碍者(含老年人)的辅助决定制，其重要性在于尊重老年人在以下方面的自主和个人权利：自行给予和撤销医疗知情同意、诉诸司法、投票、结婚、工作和择居。法官应遵循确保老年人尽久地自决、自立生活这一目标。

100. 须为老年人提供保障，确保在与之生活相关的一切事宜（包括治疗、住所或资产等）中，其偏好、意愿和最大利益皆受到考虑。应对利益冲突和不当影响作出规定，尤其是涉及家庭成员和照顾者的利益冲突和不当影响。

101. 应通过符合国际和区域标准的立法、政策和行政程序，采取针对自由、知情同意的保障措施。应特别关注老年文盲或受正规教育程度不高者。

适足生活水准和社会保护

102. 各国必须在国内法中承认社会保障是一种人权。非缴费型和缴费型养老金计划必须遵循有关社会保障权的国际人权标准。

103. 各国应设置专为老年人包括老年残疾人开发的社会保护和减贫项目。人权原则和标准应始终贯穿社会养老金计划的设计、执行和评估，确保老年人全面享受人权。

104. 独立专家回顾说，社会保障权包括缴费型和非缴费型福利，福利既可以是现金也可以是实物，其数量和期限都应充分，且所有人均可不受歧视地享受。非缴费型老年人福利或其他补助应向适龄且无资源的老年人发放，并应特别关注在非正规行业工作的老年人、老年妇女、老年丧偶者及农村和偏远地区的老年人。

105. 鉴于社会转移支付和养老金计划的重大作用，应修改紧缩措施和财务整顿方案，确保向老年人提供基本收入以及充分的社会和医疗服务与支持。

106. 必须围绕当前和未来对不同类型的照顾或经济适用、适老、无障碍住房的需求进行彻底的循证分析，这有助于满足迫切需求，对未来进行规划和准备，并制定适当措施以构建一个所有人不分年龄均受关照的包容社会。

工作权

107. 各国应推出面向雇主和雇员的激励措施，争取把工作寿命延长到强制退休年龄之后。工作环境和条件应为老年工作者作出调整，采取灵活的工作安排，包括实行阶段性退休。独立专家还指出继续教育、获取新技术和职业康复的重要性。各国应确保社会保障和养老金系统不对选择在正常退休年龄之后仍然从事工作的老年人造成不利影响。

108. 应承认并鼓励老年人的贡献，包括但不限于其在照顾家人、料理家事方面和在志愿与社团活动中所起的作用。

适足住房权和无障碍通行权

109. 各国应出台兼顾老年人特殊需求的住房政策，让老年人能够自主生活。居家养老需要住房行业的创新，包括开发针对老年人的替代住房模式，例如混居和专有社区、适老房或有助于代际互动的合住公寓等概念。推出替代住房模式并允许对房屋进行适老改造，可确保老年人在家安度晚年、自主生活。

110. 各国应实行税收刺激和补贴，鼓励开发商建设无障碍的老年宜居房。还应鼓励公共和私有银行提供信贷安排，以便老年人改造或购买住房。鉴于老年人在获取金融和保险服务与资源方面存在困难，独立专家谨此提醒企业有义务遵循防止一切类型的歧视等国际标准以及《工商企业与人权问题指导原则》，它们为以负责任的方式订立合同和国家-投资者合同谈判提供了指导。

111. 鉴于身体能力、个人特质和交通环境对老年人出行有关键影响，鼓励各国通过综合性国家无障碍政策。此外，有必要纳入强制性条款，要求设置无障碍通道。各国还应确保在公共空间和建筑包括照顾场所中移除现有障碍。独立专家建议，建筑师和工程师在设计公共和私人建筑时，运用以人权为本的方法。

112. 各国应保障老年人出行，包括在城市、农村和偏远地区提供负担得起的无障碍公共交通。这可能涉及免费或折价交通、低地板式公共汽车和火车，以及帮助老年人在线或在售票点买票的设施。

教育、培训和终身学习

113. 促进终身学习对老年人很重要，这样他们才能应对不断变化的环境、要求和挑战，积极参与社会，在晚年仍能自主生活。在规划和设计教育项目时，应考虑老年人的特有需求。

114. 应向老年人提供远程学习和数字培训，以弥合代沟，并避免老年人因缺乏信息通信技术知识而依赖他人。

照顾

115. 各国应改善各个部门在整个照顾周期中的互相协调，这涉及预防、推广、康复直至长期和安宁疗护，并包括社会照顾和其他社区服务，并应防止不必要的机构照顾。还应实现普遍覆盖并进行统一的国内立法，以避免社会和医疗服务碎片化。
116. 社会或医疗相关服务和设施应将老年人纳入照顾的设计、规划、实施和评估。应在各照顾场所实施性别、残疾和文化敏感性项目，以兼顾老年人的多样性，满足老年人的要求和需求。
117. 各国应为家庭和其他非正规照顾者提供支持。这应包括人权、医学和人力资源培训、心理辅导和财务、社会与心理支持。各国应强化机制以正式承认非正规照顾者的工作，包括酌情发放允许弹性时间安排的工作许可，以将有偿工作和对老年人的非正规照顾相结合，并将非正规照顾者纳入社会保障系统。应特别关注老年妇女所承担的照顾工作。
118. 各国应制定全国性、也包括农村和偏远地区的居家照顾项目和社区照顾服务。此类项目和服务的设计与实施应征求老年人及其家人的意见。
119. 各国应采用跨部门综合方式提供长期照顾，并提倡这一做法：如老年人愿意，将之从照顾机构转入社区照顾居所和家中。
120. 各国应制定培训项目，改善老年人的自我照顾。老年患者教育可包含健康教育和病理认识，以增进老年人的自尊和自信。
121. 强迫入住照顾机构侵犯了老年人的权利。各国应修改法律法规，特别是与精神医疗场所有关的法律法规。应就照顾场所尤其是精神医疗服务机构中的自由、知情同意建立一套清晰的标准。
122. 应在照顾机构建立在住人员理事会，成员中应有老年人，以便促进老年人积极参与组织日常活动。
123. 各国应为公共和私有照顾场所建立质量跟踪机制和有效、透明的问责机制，把老年人的评价和评估纳入考虑范围。这就需要设置清晰的标准，例如执业和行为准则，以便数量足够且受过良好培训的员工在居家和机构照顾场所据以评价并检验遵守情况。
124. 优质照顾与照顾者的工作条件和福利相关。为了确保照顾者怀着同情与尊重提供服务以满足老年人的情感和身体需求，也为了吸引人才进入并留在照顾行业，应提供更好的培训机会，包括学术认证。这反过来也有助于把照顾工作塑造为具有良好前景的职业。
125. 虐待和暴力侵害老年人行为有多面性，因此需要采用综合、一体化和包容性方法，带动不同学科、组织、行动者和老年人本身的参与，寻找应对虐待和暴力行为的良策。

126. 各国应出台相关的法律和政策，预防、发现、调查、起诉虐待老年人的行为，并将此种行为列罪入刑。必须设置程序报告公共和私有照顾场所等地发生的虐待和暴力行为。独立专家呼吁各国特别注重保护受害者免遭报复，尤其是那些虐待或暴力行为由家人和亲属所实施或因亲密关系而导致的案件中的受害者。

127. 对老年人的集体偏见和大众意识影响人们如何看待、辨识并报告虐待和暴力行为。各国应制定提高对虐待和暴力侵害老年人行为的认识的战略。提高认识的宣传工作既应针对老年人本身，也应针对他们所处的社会环境，例如家人、朋友和照顾者。此外，还应将家庭和机构的雇员、医生、护士、照顾者和广大社区作为宣传对象。

128. 有关救济、转诊途径和现有服务的信息应在老年人、公共领域，特别是老年人的社会环境中广而告之。向老年人宣传关于其权利的信息，有助于进一步改善对虐待经历的披露，并更加有效地执行有关虐待老年人的现行法律。照顾者和执法人员应接受培训，以便发现并处理虐待和暴力侵害老年人的案件。

129. 各国应在机构照顾场所设置类似监察员的职位，借其改善老年人的照顾和生活质量，通报虐待和暴力侵害行为，包括医疗欺诈。

130. 老年人的病状特征有异于年轻成年人。他们对治疗和疗法的反应不同，并会因慢性病而频繁产生复杂的社会需求。因此，各国应保证各类照顾服务和设施均配备老年病学和老年学专业人士。需要进一步宣传老年医学，确保有足够数量的合格老年病医生，以满足老龄化社会的需求。

131. 安宁疗护权应载入法律框架，以使老年人在生命的最后岁月有尊严地生活，免受不必要的痛苦。各国应确保全部有需要的老年人，特别是那些饱受重病和绝症折磨的老年人，用得了、用得上安宁疗护。在公共和私有照顾场所，应提供培训以及充足且负担得起的药物和治疗措施。

132. 应通过公私伙伴关系，汇聚包括科学和学术界在内的各方力量，鼓励在照顾身患慢性病和痴呆症等退行性疾病的老年患者方面进行创新，从而改善受影响者的生活质量和福祉。