



政策分析

檢視長照 2.0 對於高齡身心障礙者之規劃

*劉雅文¹ 何立博²

¹東海大學 社會工作學系博士班研究生

²陽明大學 衛生福利研究所博士生

摘要

隨著高齡人口的增加，身心障礙者同樣面臨高齡化的問題，他們的需求要比一般老人更為多重與複雜，但是我國政府長照2.0中對於高齡身心障礙者的政策，除了失智症之外，幾乎缺乏對於精神疾患、心智障礙、聽障與視障等其他身障老人的服務策略。各障別高齡身心障礙者照顧政策，需要依據其身心各方面的需求，包括各障別的特殊需要，從社會教育、專業培訓、需求調查研究、個案管理流程、社區照顧機制建立等規畫長期照顧服務，才能使有各類障別高齡身心障礙者均能得到適切且完善的照顧。

關鍵詞：長期照顧、老人、身心障礙

1. 前言

我國老人人口將於2018年超過14%，成為超高齡社會(super aged society)，而高齡身心障礙者的比例也隨著老人人口增加逐漸上升(國家發展委員會, 2015)。在2011年內政部統計中，身心障礙老人占總身心障礙者人口37%，遠高過同時期老年人口占總人口10.89%，如何針對這些弱勢中的弱勢族群—高齡身心障礙者給予協助，是長期照顧的重要課題(許昕媛, 2013)。

但是高齡身心障礙者，不只是有老化的照顧需求，不同障礙類別者(我國在2012年將原身心障礙者保護法中的身心障礙16類別改為國際健康功能與身心障礙分類系統 International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF的八大系統，但本文為方便說明，仍沿用舊法的障別名稱。)的問題與需求也不同，長期照顧政策應評估各障別高齡身心障礙的失能狀況及需要，整合醫療資源，配置合理且適切的長期照顧資源，滿足其不同需求(郭耿南, 2009)。但在2015年核定的長期照顧十年計畫2.0核定版中，並沒有提出對於精神疾患、心智障礙、聽覺障礙與視覺障礙等各障別老人的具體長照策略，故本文針對我國長期照顧十年計畫2.0對於各障別高齡身心障礙者現況的照顧政策進行探討並提出建議，其研究目的為：長照2.0須滿足不同障別高齡身障者的不同照顧需求，期望促使政府重視各障別高齡身障者之長期照顧規劃。

本研究之具體研究問題如下：

- (1) 各障別高齡身障者之長照需求為何？
- (2) 長照 2.0 對各障別高齡身障者的照顧規劃為何？
- (3) 長照 2.0 是否符合高齡身障者之需求？

2. 文獻探討

2.1 高齡身心障礙者的現況與困境

隨著台灣邁入高齡化社會，我國身心障礙者老化人口逐漸增多，加上一般老人因身心功能退化受損也列入身障者行列，使得高齡身心障礙者人口增加。而高齡身心障礙者相較於一般老人或非高齡的身心障礙者，健康狀況較差，醫療利用也較高。尤其身障原因發生在生命早期的身心障礙者，老化後容易發生二度障礙與次級健康問題，其健康與照護需求可能迥異於老年之後才成為身心障礙的老人，故其照顧規劃應該有所差異（陳伶珠、黃源協，2008）。以下說明我國目前高齡身心障礙者的現況及困境：

高齡身心障礙者的人口比例逐年上升

我國近十年來 65 歲以上之高齡身心障礙者人口有上升趨勢。根據內政部 2017 年的統計資料顯示，我國身心障礙人口從 2005 年到 2016 年底增加了二十多萬人，占總人口比增加了 1.7%，其中 65 歲以上高齡身心障礙者占身心障礙總人數的 40%（詳見表 1）。而 2016 年年底的全國總人數 23,539,816 人，65 歲以上的老年人有 3,106,105 人，占總人口比率 13%，高齡身心障礙者的比率高出一般高齡者三倍之多。在 65 歲以上的老年人口中，有 15.1% 是身心障礙者（衛生福利部，2017）。

由於國內現行法規將身心障礙者 50 歲以上也視同老人提供服務，2015 年 9 月底身心障礙者有 1,148,936 人（占總人口 4.9%），65 歲以上身心障礙者有 444,576 人（占身障總人口 39%），若是再加上 50 歲以上身心障礙者，中高齡身心障礙者計有 760,682 人（占身心障礙總人口 66.21%），50 歲以上的高齡身心障礙者比率是一般高齡者的五倍之多（李玉春，2016）。可見高齡身心障礙者比例不但逐漸遞增，而且隨著 50 歲—64 歲身心障礙者的老化，高齡身心障礙者的人口將更加攀升。歐美等先進國家同樣也發現隨著醫療科技跟公共衛生的進步，身心障礙者的餘命延長，越來越多高齡身心障礙者需要長期的照顧與援助(Lopez et al., 2016; Fisher, 2004)。

各障別的老年人口比例逐年上升

我國身障者占全國老年人口的比例在 13%—16% 區間（右邊座標軸），從 2012 年起，比例雖然稍有和緩的趨勢。但是除了身心障礙人口的增加外，各障別的老年人口比例依然有上升趨勢（見圖 1），各障別老年人口比率（左邊座標軸）前七名依序為肢體障礙、聽覺障礙、重要器官、多重障礙、失智症、視覺障礙與慢性精神障礙者。各障礙類別年齡分佈與組成，顯示出許多與老化相關之障礙

類別，例如聽覺障礙、視覺障礙、失智症、重要器官失去功能、多重障礙等，這些障別主要集中在 65 歲以上，顯示老化現象增加許多的身心障礙者（郭耿南，2009）。這些障別也是我們政策上需要加強重視其需求的障礙者，特別是重要器官、多重障礙、失智症與慢性精神障礙者，無論在所有老人人口的比例或是高齡身障人口中的比例，都有逐年增加的趨勢（見圖 2）。

表 1. 我國身心障礙人口結構

年別	身心障礙者				
	人數	占總人口比	身心障礙人口結構		
			0-未滿 18 歲	18 至未滿 65 歲	65 歲以上
人	%	%	%	%	
1995	393,630	1.8
2000	711,064	3.2	7.2	58.0	34.9
2005	937,944	4.1	6.5	58.5	34.9
2006	981,015	4.3	6.4	57.9	35.7
2007	1,020,760	4.4	6.2	57.4	36.4
2008	1,040,585	4.5	6.1	57.4	36.5
2009	1,071,073	4.6	5.9	57.1	37.0
2010	1,076,293	4.6	5.8	57.6	36.6
2011	1,100,436	4.7	5.6	57.4	37.0
2012	1,117,518	4.8	5.6	57.6	36.8
2013	1,125,113	4.8	5.3	57.2	37.5
2014	1,141,677	4.9	5.1	56.7	38.2
2015	1,155,650	4.9	4.9	56.1	39.0
2016	1,170,199	5.0	4.7	55.2	40.1

原始資料來源：衛生福利部，2016；衛生福利部，2017

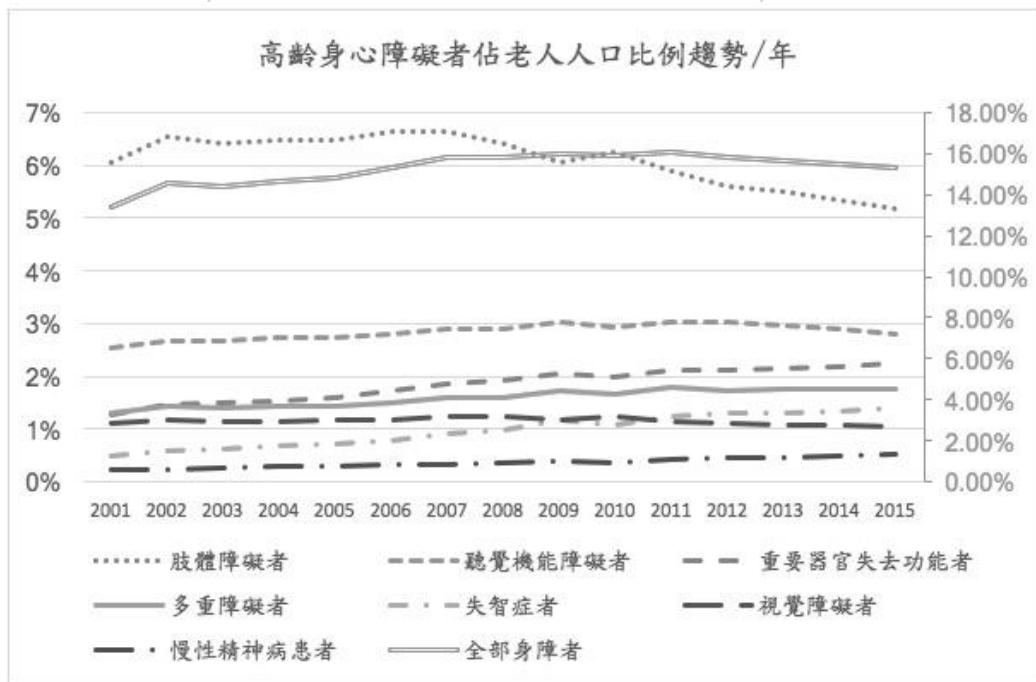


圖 1. 高齡身心障礙者佔老人人口比例趨勢（資料來源：衛生福利部統計處(2017)）

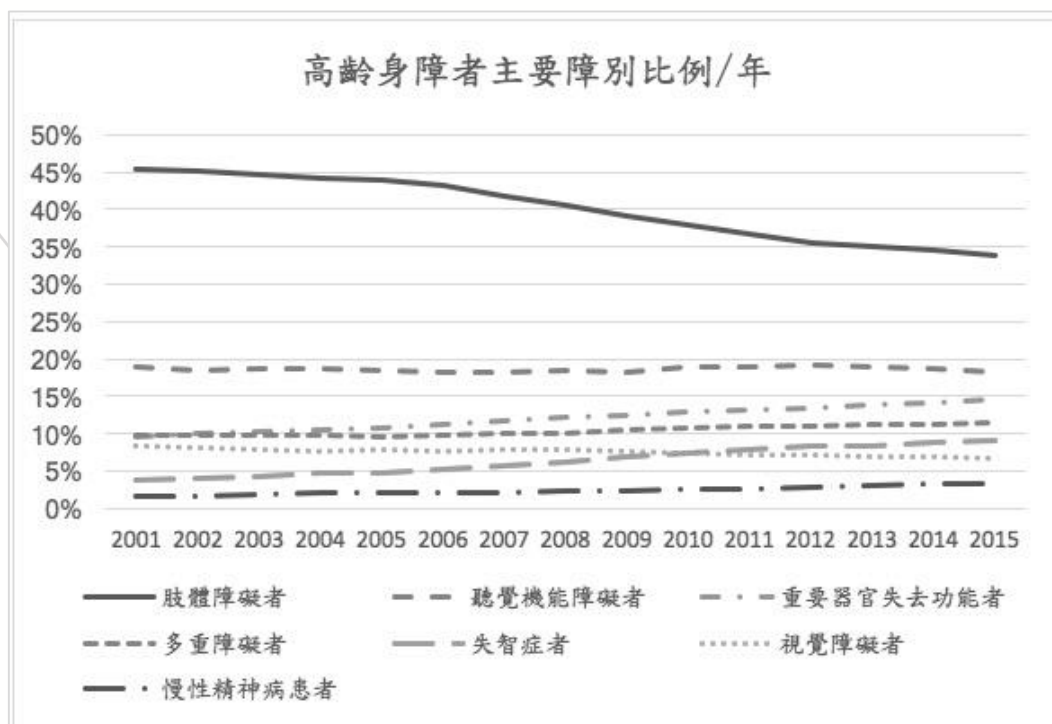


圖 2. 高齡身障者主要障別比例 (資料來源：衛生福利部統計處(2017))

各障礙程度的高齡身障人口占全部身障人口的比例逐年升高

從障礙程度來看，各障礙程度的高齡身障人口占全部身障人口的比例也是逐年升高 (圖 3)。從圖 4 可知，單獨以高齡身障者的數據看來，輕度與中度的比例較高，顯見有多數的高齡身障者，有可能從環境、助理人員與輔具的改善，就可以獲得生活品質的提升。

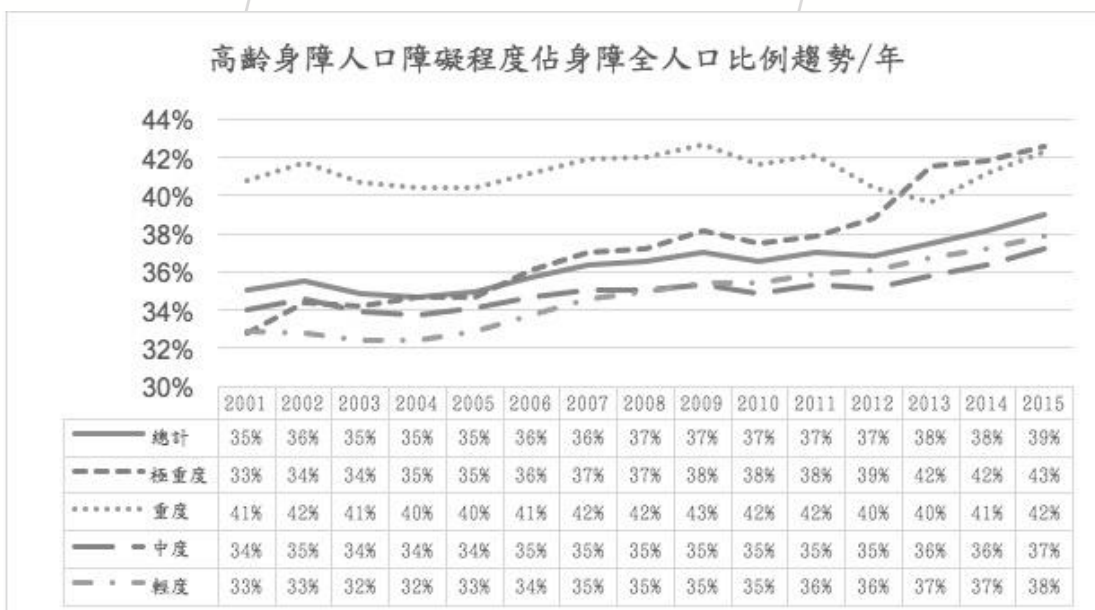


圖 3. 高齡身障人口障礙程度佔身障全人口比例趨勢 (資料來源：衛生福利部統計處(2017))

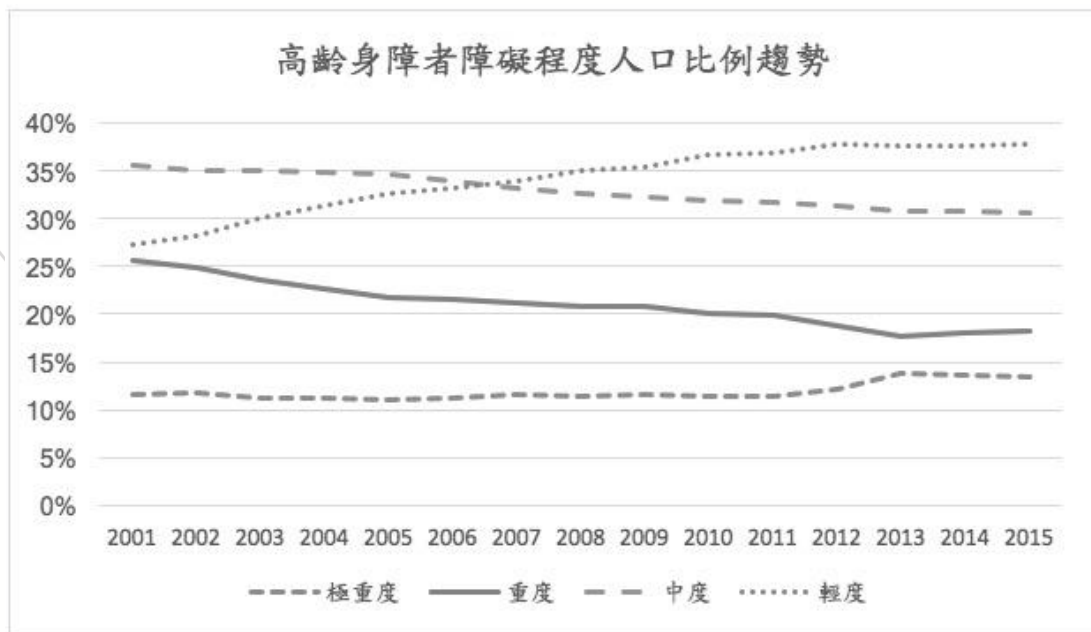


圖 4. 高齡身障者障礙程度人口比例趨勢 (資料來源：衛生福利部統計處(2017))

高齡身心障礙者的照顧需求

身心障礙者相較於一般人在生活上會遭遇較多的困難，因此在健康照顧上有更多的需求，但卻面臨更多的阻礙，尤其是非常重要的醫療照顧，在 2011 年身心障礙者生活需求調查發現身心障礙者需要定期就醫者有 68.77%，其中無法獨立就醫者佔了 57.27%，85%無法獨立完成掛號，31%難以克服交通問題。而這些問題，他們的照顧者常常也無力承擔。根據調查，他們的主要照顧者，配偶占 35.8%，父母占 26%，子女（孫子女）占 3.6%，可見父母與配偶是其主要照顧者；但是智能障礙或精神障礙等高齡身障者則大都由父母、手足等擔起照顧工作，不管是父母、配偶或手足，高齡身障者家庭常要面對照顧者與受照顧者雙重老化的問題（任麗華、林堤塘，2008；陳伶珠，2011；陳姿廷等人，2015）。而且身障者大多數在 50 歲以前即會出現老化現象，使身障者家庭很早就得開始面對老年照顧負荷（林昭吟，2008）。

不同障別高齡身心障礙者，有不同照顧議題要面對。以智能障礙者而言，陳伶珠(2011)發現，高齡智障者欠缺子女或孫子女等家庭照顧資源，容易形成「雙重老化家庭」(two generation elderly family)的困境，尤其當主要照顧者衰老死亡，他們又未能順利銜接合適的社區照顧時，容易造成經濟安全、心理支持、健康維護等問題，使他們較易罹患精神疾病，若再加上聽力、視力等衰退，年紀越長，照顧則更加困難（李明政，2009；Janicki et al., 2002）。

聽障老人較能生活自理，但是需要社會資源，尤其是手語翻譯人員，需要為其提供的「聽障老人安養中心」，協助聽障者解決養老問題（陳燕禎、趙任民，2013）。

高齡視覺障礙者部分，因視力限制易發生危險，需在廁所衛浴設備加裝防滑裝置及輔助設施（杞昭安，2001）。他們因視力障礙使其常處於被動狀態，不願跨出原有的生活圈；參與一般老人

常有的運動、旅遊等休閒活動也會有壓力，視力的限制使他們的社會關係更加封閉，社會網絡難以拓展，甚至比較會感到自己遭到社會歧視（柯瑞英、陳明鎮，2013）。

高齡精神障礙者則要面對照顧轉銜的問題。劉蓉台(2007)認為對於精神障礙者，照顧的目標不只是個人精神疾患的治療，而是要協助他們找到個人、社會、經濟及社區的資源，幫助他們有完整的生活。過去精神醫療政策發展「醫院為基礎」的照顧模式，缺乏社區精神醫療與復健服務的認識與建構，但是有 80%的精神障礙者生活在社區，在精神障礙者需求轉變時，很難找到可以照顧的地方，因此常會被遺棄在醫院、社區兩個系統之間，隨著老化，其照顧問題更顯複雜（劉蓉台，2007）。

高齡自閉症者的照顧對其家庭更是挑戰。自閉症者的特殊習慣、情緒和行為問題，是家庭長期且沉重的壓力，即使自閉症者已成年，獨立生活還是相當困難。隨著自閉症者年齡、家庭生命週期，家人要面對不同的照顧壓力和需求，單靠家庭本身的力量很難負荷（顏瑞隆、張正芬，2014；Smith et al., 2010；Gray, 2006）。

由上可知，不同障別的高齡身心障礙者的照顧重點及需要並不完全相同，長期照顧政策應以「案主為中心」理念或是以個案管理模式針對不同高齡身心障礙者的需求提出照顧計畫與方案管理，使各障別的高齡身障者都能受到合適的照顧，而他們需要解決的問題如下：

- (1) 身障、老人照顧系統切割，未能顧及身障兼高齡者之需求；
- (2) 醫師、護理人員未接受身障訓練，也沒有認識及照顧身心障礙者之相關課程，容易造成醫病關係的困擾；
- (3) 高齡身障者之照顧者如家庭照顧者、我國照顧服務員、外籍照顧服務員等，未具有對照顧身心障礙者之知識，容易影響其照顧品質；
- (4) 老人健康促進活動只針對一般健康老人設計，除失智者外，沒有為其他障礙類別做個別化設計，使高齡身障者不易參與活動；
- (5) 老人福利法規定每五年進行老人生活狀況調查，但是調查表中並沒有針對各障別高齡身障者需求進行問卷設計，難以了解高齡身障者之現況與需求（衛生福利部，2017b）；
- (6) 高齡身心障礙者因跨越身障、老人兩項特質，造成服務切割，影響服務的連續性。

2.2 高齡身心障礙者照顧政策的原則

衛生福利部出版的「2020 健康國民白皮書」中，認為對於身心障礙者的政策原則，應採用國際身心障礙者社群運動精神與 WHO 對於身障者的概念（郭耿南，2009）。此原則同樣適用於各障別高齡身心障礙者的照顧政策，依其精神述明如下：

- (1) 參與(nothing about us, without us)：所有與高齡身心障礙者相關的照顧議題、政策、方案，都需要身心障礙者及團體共同參與，讓他們有為自己發聲的機會；

- (2) 普及主義(universalism)：每個人在人生歷程中都可能成為身心障礙者。尤其老年後身心功能退化，也會自然成為身心障礙者。身心障礙是每個人都可能會遇到的議題；
- (3) 融合(inclusion)：政府應該將高齡身心障礙者照顧納入國家照顧政策，避免社會對身心障礙者的歧視，讓無論是否為身心障礙的所有高齡者，得到相同的生活品質。

除上述原則外，2006年聯合國「身心障礙者權利公約」(the convention on the rights of persons with disabilities)提出要尊重身心障礙者個人的尊嚴和個人的自主，讓身心障礙者有同等的機會和地位，並且受到尊重與接納，能夠自己決定符合自己需求的選擇。長期照顧規劃應秉持上述原則，為各障別高齡身心障礙者建立尊重及合適的照顧政策。因為在沒有尊重及接納基礎下，身心障礙者從發生障礙延續到老年時期，容易面臨各種社會排除，如人際互動、家庭、社會參與、勞動參與、以及各種制度的排除；社會也會忽略各軟體與硬體的無障礙環境，使許多身心障礙者欠缺累積老年生活資本的機會，處境比一般人更為困難（陳伶珠，2010）。站在人權的觀點，身心障礙者應該與一般人一樣有被照顧的人權，從年輕到老年都該如此，嚴嘉楓、林金定(2003)甚至強調身心障礙者的人權應該要在人權結構的最頂端，以擁有合理的保障。

當政策未能同理身障者困境時，會造成制度的僵硬及障礙。我國現行身心障礙者照顧政策與服務是依照目的性質跟人生階段的發展需求，切割給不同的主管機關，不管是教育或是就業、醫療、社會與無障礙環境等都各自為政，各服務之間缺少轉銜機制，甚至重疊。因此當身心障礙者有福利需求時，必須去了解不同主管機關的分工、各個方案的服務申請流程及規定，自己想辦法銜接各跨部門或跨方案的服務（嚴嘉楓、林金定，2003）。若再加上老化的議題，高齡身心障礙者不只要了解身心障礙的福利與措施，還需要了解長期照顧政策，包括預防、矯治、照顧、健康促進等，複雜性更高，又因為身障與老人的福利重疊性甚高，有時還得去考慮如何二選一為最有利。造成這種困擾現象，主要是因為我國並沒有針對各障別高齡身心障礙者進行整體性及連續性的規劃（郭耿南，2009）。

我國對於各障別高齡身心障礙者的照顧，沒有擬出其長照政策的原則，因此造成照顧服務片段、切割，也沒有融合與參與。長期照顧政策需要一併思考身心障礙者照顧問題與老人照顧議題，才能因應高齡身心障礙者多元照顧需求，並減少服務銜接的落差（杜秀秀，2016）。

2.3 檢視我國長期照顧的福利體制

國家長期照顧的福利體制取向，影響高齡身心障礙者的福利規劃方向。在後工業社會的國家福利體制的照顧工作大致可分為下列三類：公共化、市場化與家庭化（傅立葉、王肇慶，2011；傅立葉，2009）。

公共化：政府提供大量公共化照顧服務。當照顧工作具公共化的效果時，將創造大量照顧服務業的工作機會、增加國民所得、支持雙薪家庭，較能因應產業變遷的衝擊，也有利於打破性別角色分工與性別的經濟平等，使滿足家庭照顧需求的方式較為平等。

市場化：政府放任自由市場運作。因為照顧工作原本是無酬的家務勞動，照顧工作若是具市場化效果時，使用市場的能力將受家庭消費能力影響。家庭消費能力若不高，使用照顧服務業的機會較為有限。國家福利若採市場化將造成照顧服務體系階層化，也容易使家庭照顧工作女性化。

家庭化：政府提供家庭照顧津貼等補助。福利政策採家庭化，照顧工作將無法成為正式工作，尤其是單薪家庭面對產業變遷易陷入貧窮時，更會持續性別角色分工與經濟的不平等，造成人力資本的浪費。

從上述三項發展看來，照顧工作朝向公共化是對整體國家經濟及滿足家庭需求最好的方法。在照顧經費上，當國家財務政策若採取稅收則走向公共化，使用者自行付費將偏向市場化。稅收與自費之間，各國長期照顧的財源籌措方式大概可分為三種方式，如美國的殘補式結合私人市場；德國、德國、日本、荷蘭、韓國採長期照顧保險；英國、瑞典採稅收制度（林萬億，2009）。林萬億(2009)認為我國已是全民健保的國家，不應該再走回殘補式的長期照顧制度，只能從社會保險制度或稅收制作選擇。

我國政府的長期照顧財源政策原本以社會保險制來規劃長期照顧保險，由政府、雇主及被保險人三方負擔，雇主、個人及政府三方分攤比例為 4：3：3，其中政府每年法定支出約 400 億元。長照保險法以過去長照十年計畫財務規模約 40 億元，服務對象約 15 萬人，精算出長期照顧經費每年支出總預算約 1,000 億元（衛生福利部，2015）。但是 2017 年開辦長期照顧十年 2.0 版，服務對象推估最高可能有 737,623 人，約需 1,100 億元（衛生福利部，2015）。長照 2.0 服務對象的激增，除了老化人口增加外，擴大服務對象也是一個原因。在身心障礙者部分，從原先 50 歲—64 歲的失能身心障礙者，擴及未滿 50 歲的身心障礙者，加上原有 65 歲以上的失能且符合身心障礙標準的高齡身心障礙者，等同是全部的身心障礙者都包含在其服務範疇，也因此增加了長照經費（衛生福利部，2016b）。

2016 年新政府就任後，對原本規劃的長期照顧保險有不同看法，分別說明稅收制與保險制的不同觀點（衛生福利部，2015；林萬億，2009；傅立葉，2009）：

民眾負荷與政策執行

稅收制：行政院提出的長照保險法規劃附加於健保收取保費，將增加薪資階級的經濟負擔及複製現在全民健保不公平的問題。主張長期照顧經費採用稅收制。

保險制：我國跟北歐高稅收的國家不同，長期照顧龐大的經費無法從國家稅收來支應，而且我國近年來又不斷地減稅，要改變國家財稅結構跟社會意識形態很困難。若採稅收制，可能只能提供殘補式的福利，主張採取保險制度。

外籍看護工的使用量

稅收制：在目前長期照顧服務量尚不足的狀況，民眾繳了保費卻沒有服務可提供時，將導致長期照顧保險淪為以現金給付為主，反而刺激外籍看護工的使用增加。

保險制：目前機構照顧的品質落差大，好的機構一床難求，中小型私人經營的機構很多，但是照顧品質不佳，將迫使家庭大量聘僱外勞。若能藉由保險將機構服務納入給付的項目，訂出合理的價格與品質規格，提升機構照顧的品質，就可以減少外勞的依賴。

長照經驗與資料累積

稅收制：實施長期照顧保險，若無足夠服務供給經驗、資料累積與研究，將無法精確計算出保險費率、給付額度與品質評鑑指標，所以目前不宜貿然推動長期照顧保險，應該在服務提供到達一定數量之後，再來討論是否要推行長期照顧保險，主張目前應以稅收制為主。

保險制：過去長期照顧十年計劃前，我們已經有「長期照顧先導計畫」及「照顧福利服務與產業發展計畫」也將近十年，加上全民健保的實施經驗，我國的經驗及資料應已足夠。

照顧服務的壟斷與管控

稅收制：若使用長期照顧保險制度，長照服務容易走向「大型化」、「機構化」、「營利化」與「在地老化」、「社區化」、「小型化」的理念相違。林萬億擔心長照保險將造成照顧產業財團化或醫療化問題。

保險制：傅立葉主張可透過單一保險人形成的買方市場，將市場服務納入國家管理，管控服務價格跟品質。光靠國家無法提供大量的服務供給，需要透過吸引民間資本投資長期照護產業，才能滿足供給量及避免服務僵化。

上述兩種觀點均各有立場，不過我國政府在 2016 年決定採用稅收制的觀點，停止原先長期照顧保險的規劃，改以調增「遺贈稅」、「菸稅」等方式，做為長照特種基金財源，並提出長期照顧政策將朝向社區化、普及化及平價的長照體系，希望能夠借助社區的資源，減低財務支出。

為執行長期照顧十年計劃 2.0 的社區化，中央擬成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站，提供社區型服務；此外提出多項新作法，其中與身心障礙者較直接相關的服務為建立失智症團體家屋及家庭照顧者支持服務據點；設立整合與發展資訊系統，整合長照及身心障礙等照護相關系統資訊。延續以往長照十年計劃但增加服務內涵及彈性的服務有照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧）、交通接送、餐飲服務、輔具購置租借及居家無障礙環境改善、居家護理、居家復健、長期照顧機構服務、喘息服務。為滿足身心障礙者提早老化需求，提供在地化社區日間照顧及增加住宿型機構的照顧功能（衛生福利部，2016b）。

社區化是我國長期照顧的趨向，但是高齡身心障礙者有許多醫療照顧的需求，不同的障別需要的醫療資源不同，此非社區志工或半專業人員所能夠提供。而且政府停止長期照顧保險的規劃，靠特定項目的稅收及公務預算，支應龐大長期照顧費用，對各障別高齡身心障礙者的照顧經費之編列與規劃似乎更為悲觀。

3. 研究方法與架構

本文為政策分析之論述。研究方法採用方案評估法之精神，將長期照顧十年計畫 2.0 視為一個方案，論述該方案中有關高齡身心障礙者之服務規劃。方案是指對於服務對象產生的社會問題，經過需求評估、決策擬定、執行規劃、預算編列等等程序，擬定之服務計畫（黃松林等人，2005）。方案評估的目的是為了改善該方案（羅國英、張紉，2007）。長期照顧十年 2.0 的目標為「實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎之照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質」(衛生福利部，2016b) 依上述該方案之目標，應提供服務對象妥適的照顧服務體系，以連續性之服務來提升服務對象及其照顧者的生活品質。在本文中探討長照 2.0 的規劃對於各障別高齡身心障礙者之照顧需求。

本方案評估目的為形成性評估(formative evaluation)。形成性評估主要是用來協助設計跟改善方案，通常放在方案規劃的初期，以釐清方案過程之規劃，並引導修改服務程序或方案輸送等，改善該方案之執行與成果（許素彬等人，2013）。本文以我國在 2016 年剛核定的長期照顧十年 2.0 來探討該計畫對高齡身心障礙者的規劃，期待能夠藉由本文之探討，督促政府重視不同障別高齡身障者的照顧規劃，針對其需求規劃長期照顧政策，以真正照顧到所有老人的照顧需求。

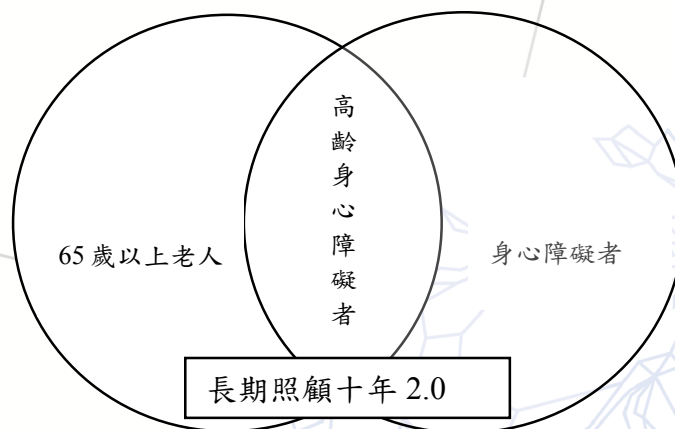


圖 5. 研究架構圖

4. 研究結果與建議

陳伶珠、黃源協(2008)的研究顯示身心障礙老人同時受到老化跟身心障礙雙重的問題，比一般老人的健康狀況普遍較差，但是我國現行各障別身心障礙者的照顧政策，並無針對其需求作個別性

規劃，照顧政策也是零散且不足的。2020 健康國民白皮書認為「我國的身心障礙者健康照護政策目前仍欠缺一套理論、政策與評估的系統。除全民健康保險制度因採取全面與普及式提供健康醫療，身心障礙者同樣納入健保外，政府對身心障礙者並沒有健康照護政策的具體策略與方法（郭耿南，2009）。」在老化問題嚴重，高齡身心障礙者人口激增的此際，我國政府應該要迅速建立各障別高齡身心障礙者之長期照顧服務網，而且站在人權及公民權益上，我們更不可漠視各障別高齡身心障礙者的照顧問題，將其硬性納入一般老人的照顧體系或因為無法符合現行長期照顧體系，而被排除在外。

長照政策對於各障別高齡身心障礙者的照顧服務網，要重新檢視及規劃。吳肖琪等人(2011)建議可從「有、夠、好、用、均、大、快」來考慮，亦即從「資源有沒有」、「資源夠不夠」、「品質好不好」、「服務用不用」、「分布均不均」、「是否大型化」、「輸送流程快不快」等七大面向，尤其要著力於各項服務的整合性及持續性，不要讓高齡身心障礙者陷入長期照顧服務的叢林，在各項服務中茫然地遷移轉換。以下針對我國各障別之高齡身心障礙者照顧服務規劃，提出建議如下：

統整長照與身障照顧系統，避免申請程序與評估作業的重複性

我國目前照顧服務，身心障礙者照顧系統與長期照顧服務系統的評估與申請機制是分開的。當高齡又身障兩項特質都有的長者該依何體系申請福利呢？就以輔具為例，身障福利跟長照福利都有輔具申請的補助，申請者得評估何種有利，以哪種身分申請，而不是以同一系統做整體性評估。類似這樣的福利重疊很多，因此在規劃各障別高齡身心障礙者服務時，需要將兩系統整合起來思考，重新調整來建立一個完整的照顧系統。林昭吟(2008)也認為老人人口與身心障礙人口重疊性越來越高，應該要調整原來的身障福利體系及老人福利體系，以滿足同時具備老化跟身障特質的服務對象需求。由於高齡身障者的問題比一般老人多，所以除了統整長照與身障照顧系統，並納入不同障別的特殊性考量外，在長照服務系統中，也建議設立高齡身心障礙者單一窗口的整合服務及個案管理中心，減少其到處奔波的困擾；同時在行政作業上選擇合適的評估工具，避免因長照跟身障不同體系而需要重複性的評估與申請作業。

增加醫師與護理人員等醫療提供者對各障別高齡身障者身心狀況之了解，提升醫療照顧品質

目前衛福部的長照專業人員訓練，依「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」規定之訓練課程，仍是以一般老人服務為主，除了無障礙環境及身障權益保障議題外，鮮少提到高齡身障者的議題（衛生福利部，2017）。作者們所參與受訓的長期照顧 level I、II、III 的長照人員認證訓練課程中，身障類別只有提及失智症者、肢障者的照顧，對其他障別也無介紹及說明，建議在這些課程加強對各障別高齡身障者的認識及處遇方式之訓練。此應從學校端開始建立知識，在醫學院及護理學院加入各障別身心障礙課程及老年學課程，增加醫學生與護理人員對於各障別高齡身心障礙者的認識，並了解如何與其溝通及協助，使醫療提供者可對於各障別高齡身心障礙者健康問題有基本的認知，具備篩檢、診斷的能力，以增加高齡身心障礙者就醫時，良好的醫病溝通、正確診斷，享有尊嚴的醫療照顧品質。

增加照顧者有關各障別高齡身心障礙者的照顧知識及實務指導，以提供妥適照顧

任麗華、林堤塘在 2008 年針對彰化縣身心障礙者所作的調查中，發現八成的身心障礙者住在家中，其中 16.9% 的家人反應有心照顧，但不知如何照顧家中的身障者。林昭吟的研究同樣有此發現，她提醒家庭照顧者面對家中身心障礙者的老化，除了要有延長照顧時間的準備外，也要充實身心障礙與老化過程相關知識與訓練，才能及早察覺到身心障礙者身心的變化，及時因應（林昭吟，2008）。因此身為老人的照顧者—外籍看護工及本籍照顧服務員皆需增加對身障者的照顧知識。我國籍的照顧服務員依「照顧服務員訓練實施計劃」要接受 90 小時的訓練才能取得照顧服務員資格，外籍照顧服務員在來台前也要比照該計畫完成同樣時數的訓練，但是在該計畫所規定課程中並無對各障別身心障礙者的特質介紹或照顧說明等課程（內政部，2012；行政院勞委會職訓局，2012）。

當本籍或外籍照顧者對各障別高齡身障者的狀況不清楚時，照顧時易耗費很多摸索的時間，而且在照顧過程容易造成誤解與衝突，甚至危險。因此任麗華、林堤塘(2008)認為政府在長期照顧福利系統中，應該增加照顧身心障礙者的訓練或諮詢服務。建議政府提供家庭照顧者相關訓練課程，並在本籍或外籍照顧者的訓練課程中，增加對各障別身心障礙者的認識及實地體驗課程，以深刻了解身心障礙者的不方便與了解合適的協助方式。而政府補助照顧單位在實務工作上提供照顧者足夠的照顧指導，甚或發展跨專業團隊，來因應同時具備身障與老人的高齡身障者多重需求。

設計適合各障別高齡身心障礙者軟硬體設施與活動，維護其健康

不管是居家、社區或機構所規劃的健康促進活動，通常針對一般健康的老人，各障別的高齡身心障礙者困難參與。呂彥萱等人(2014)的研究發現在日間照顧中心所設計的課程雖然對老人的問題改善跟生活品質均有助益，但是因為通常以團體方式進行活動跟課程，對於每位老人的個別狀況沒有配套措施，造成老人無法參與活動。建議應用各種科技輔具來幫助各障別高齡身障者融入活動中，例如普設適合聽障者使用的語音輸入文字系統、視障者使用的文字轉語音或點字系統、肢體障礙者與腦性麻痺者的視覺操作電腦系統等公共系統與無障礙環境等等。

在活動設計上，可依據各種不同障別的高齡身心障礙者的特質，規劃其合適的健康促進活動，讓他們也能在社區或機構進行社交與身心活動。董和銳(2003)認為在不同社會文化、不同角色期待及不同環境因素對個人之執行能力與限制並不相同，高齡身心障礙並非單純只是個人老化的問題，它與個人所處之社會環境密切相關（董和銳，2003）。因此改變環境因素，就可以增加高齡身心障礙者的參與性，降低其障礙程度，使他們也可藉各項健康促進活動增進身心健康。

調查高齡身心障礙者的需求調查與研究，規劃其整體性適切的照顧服務

我國老人福利法第十條規定，至少每五年要辦理老人生活狀況調查，並出版統計報告。民間學術團體有很多老人的健康或生活需求調查，但是卻少有對各障別的高齡身心障礙者照顧需求進行調查，以致我們對各障別高齡身心障礙者的困難與需要，無法掌握其真正的資訊。林昭吟(2008)認為政府若能定期收集貫時性健康資料，可以更瞭解老化身障者健康狀況改變的程度與速度，她呼籲

政府透過調查研究或公務資料的串聯，收集其健康狀況、醫療狀況、居住型態等等資料，作為政策分析與推估的依據。建議政府辦理老人生活狀況調查時，將各障別高齡身障者的照顧狀況及需求也納入調查內容，以取得各類高齡障礙者的貫時資料，作為政策的重要參考基礎；同時鼓勵學術界進行各類身心障礙者老化之相關研究，掌握其困難與需求，為不同障別的高齡身心障礙者提出整體性且適切的長期照顧政策。

以案主中心理念，建立各障別高齡身障者整合性與連續性的照顧體系

過去長期照顧政策將老人及身障分為兩個不同照顧政策的群組，分別規劃成兩個不同的福利體系，但是隨著人口老化及身障老化的發展，高齡身心障礙者逐漸增多，兩個福利體系的界線逐漸模糊，長照政策要特別重視高齡身障者在健康照顧跟福利服務的雙重需求(陳伶珠、黃源協, 2008)。林昭吟(2008)認為身障者異質性大，不同障別、障礙程度、障礙發生時間都可能影響老化情形，可考慮採用身心障礙者個別需求評估模式。陳伶珠(2010)的研究亦顯示面臨多重老化與健康衰退的高齡障礙者需要個別化設計以及提供其可負擔的輔具與醫療科技資源，以緩解及改善生活與生理的不適。2025 衛生福利白皮書提出以社區為基礎的健康照顧體系最能夠提供可近性、連續性、周全性的照顧(衛生福利部, 2016)。

建議政府採取案主中心理念，以社區照顧為基礎，建立整合性與連續性的照顧體系。此外，生活在家裡的高齡身心障礙者，不同障別的老化差異性高，照顧上容易面臨「雙重老化」問題，更需要運用個案管理機制，即時銜接現有的老人照顧機制，也為在家受照顧的高齡身心障礙者及其家人提供居家醫療服務、替代性照顧、諮商輔導等機制。同時也可將社區關懷的功能帶入居家，或將可外出的身心障礙者及照顧者帶入社區活動中，以社區融合的理念，讓他們同樣有社區關懷與情緒支持，並增加社區對身心障礙者的接納與照顧，與一般老人一起終老。

以社區為基礎的照顧，也包括在機構內生活的身心障礙者，對他們而言，機構就是他們生活的社區。因此規劃高齡身心障礙者的長期照顧政策時，身心障礙照顧機構也要視同是社區的一部分。對於年輕時就安置在機構的身心障礙者，在以障礙類別進行的機構安置服務下，他們的老化照顧問題與年老致殘需要照顧的身心障礙者兩者的照顧安排也會不一樣。傅立葉(2009)認為對於身心障礙機構的照顧服務，要以整個大社區來評估，跨越身心障礙機構本身，協助其銜接其他專業服務及可終老的安置機制，讓機構的身心障礙者也可以在機構內「在地老化」，無需強迫在身障機構住了大半輩子的身心障礙者遷移到老人養護機構，在年老時去跟對他們很陌生的一般老人及照顧者一起生活，造成他們在晚年還要面對適應的困擾與陌生環境的痛苦。

機構內在地老化將面臨目前身障機構與老人福利機構、護理之家等之專業人員與設施設備標準的差異，需由政府來整合老人福利機構、身心障礙福利機構及護理之家等相關法規，以協助現有之身心障礙機構能夠持續收容機構內高齡身障者。社區化照顧需要大量照顧機構，除了現有的社區照顧單位(如社區發展協會等)及照顧機構之外，2016 年底全台已經有一萬位的社工師，但是卻

不到二十家的社工師事務所，如果加強輔導社工師成立社工師事務所投入長期照顧的服務，更能夠達到小型化、社區化整合照顧服務。

5. 結論

高齡身心障礙人口逐漸增加，目前在長期照顧十年 2.0 版核定本的照顧政策除了失智症者外，對於其他障別的高齡身心障礙者的長期照顧政策並沒有看到整合且具體性的作法。2025 衛生福利政策白皮書雖已提出對於各障礙類別的福利構想，卻仍不脫離過去將身心障礙者與老人的福利政策分開規劃的思考邏輯。長期照顧十年 2.0 也試圖將身障與老人的資訊做整合，但是照顧服務上還是沒有整合概念。因此呼籲政府能夠以案主中心的理念，依據老人身心各方面的需求，包括各障別的特殊需要，從社會教育、專業培訓、需求調查研究、個案管理流程、社區照顧機制建立等規劃整合式的長期照顧服務，使各類障別高齡身心障礙者均能得到適切且完善的照顧。

參考文獻

1. Fisher, K. (2004, January). Nursing care of special populations: issues in caring for elderly people with mental retardation. In *Nursing forum* (Vol. 39, No. 1, p. 28). Blackwell Publishing Ltd..
2. Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 970-976.
3. Janicki, M. P., Davidson, P. W., Henderson, C. M., McCallion, P., Taets, J. D., Force, L. T., ... & Ladriagan, P. M. (2002). Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(4), 287-298.
4. Lopez, N. M., Ponce, S., Piccinini, D., Perez, E., & Roberti, M. (2016). From Hospital to Home Care: Creating a Domotic Environment for Elderly and Disabled People. *IEEE pulse*, 7(3), 38-41.
5. Smith, L. E., Hong, J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Almeida, D. M., & Bishop, S. L. (2010). Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 167-178.
6. 內政部(2012)。照顧服務員訓練實施計畫。2017 年 11 月 26 日取自 http://www.tws888.com.tw/files/yuanfu/104_putplan.doc
7. 行政院勞委會職訓局(2012)。外籍家庭看護工訓練與管理。2018 年 1 月 6 日取自 file:///C:/Users/user/Downloads/05_%E8%AD%B0%E9%A1%8C%E5%9B%9B_%E5%A4%96%E7%B1%8D%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%B7%A5%E7%9A%84%E8%A8%93%E7%B7%B4%E8%88%87%E7%AE%A1%E7%90%86_0033022005.pdf
8. 任麗華、林堤塘(2008)。身心功能障礙者服務需求之探討：學習、醫療、就業服務及照護體系——以彰化縣為例。復健諮商，(2)，29-48。
9. 呂彥萱、陳心怡、唐宜楨、童伊迪(2014)。老人因病致障於社區照顧介入其生活影響之研究——以中部地區為例。台灣社區工作與社區研究學刊，4(1)，41-82。

10. 李玉春(2016)。從障礙者觀點談長期照顧服務規劃及發展趨勢。台北市：衛生福利部。
<https://www.slideshare.net/ROC-MOHW/20160205-58352424>
11. 李明政(2009)。新興福利國家與高齡化社會：學習與創新。台北市：松慧文化。
12. 杞昭安(2001)。視覺障礙老人安養問題之研究。《特殊教育研究學刊》，(20)，147-169。
13. 杜秀秀(2016)。長照十年計畫推動下身心障礙者照顧服務現況分析-實務社工的觀點。私立東吳大學社會工作學系研究所碩士論文，台北市。
14. 吳肖琪、林麗嬋、葉馨婷、蔡閻閻(2011)。百年大計建構我國長期照護服務網。《社區發展季刊》，(133)，209-221。
15. 林昭吟(2008)。身心障礙者老化現象之概念探討與初探性實證研究。《東吳社會工作學報》，(19)，37-80。
16. 林萬億(2009)。開辦長期照顧保險不可冒進。2017年3月6日取自
<http://www.taiwansig.tw/index.php/政策報告/社會安全/1314-開辦長期照顧保險不可冒進>。
17. 柯瑞英、陳明鎮(2013)。視障老人壓力及壓力因應。《身心障礙研究季刊》，11(3)，193-209。
18. 國家發展委員會(2015)。中國民國人口推計(105-150年)。2016年10月21日取自
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
19. 許昕媛(2013)。以世界衛生組織障礙評估手冊 2.0 (WHODAS 2.0) - 36 題版初探台灣成年身心障礙者之失能狀況。私立慈濟大學公共衛生學系研究所碩士論文，花蓮縣。
20. 許素彬、呂朝賢、朱美珍、趙善如、王篤強、鄭夙芬、曾華源(2013)。《社會研究法：歷程與實務》。台北：洪葉文化。
21. 郭耿南(2009)。2020 健康國民白皮書。台北市：行政院衛生署。
22. 陳伶珠、黃源協(2008)。身心障礙老人的健康狀況與需求—以南投縣為例。《長期照護雜誌》，12(1)，42-56。
23. 陳伶珠(2010)。「礙」到老？中高齡終身障礙者老化經驗初探。《社會政策與社會工作學刊》，14(1)，118-162。
24. 陳伶珠(2011)。雙重老化智能障礙者家庭照顧經驗初探。《台灣高齡服務管理學刊》，1(1)，138-165。
25. 陳燕禎、趙任民(2013)。聽覺障礙者社會福利供需服務之探討。《社區發展季刊》，(141)，489-502。
26. 陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之(2015)。臺灣精神障礙者手足照顧經驗之初探：以父母照顧經驗做對照。《臺大社會工作學刊》，(31)，55-103。
27. 黃松林、趙善如、陳宇嘉、萬育維(2005)。《社會工作方案設計與管理》。台北：華杏出版。
28. 傅立葉(2009)。對政府推動長期照護保險的看法。《新社會政策雙月刊》，(4)，31-34。
29. 傅立葉、王肇慶(2011)。照顧公共化的改革與挑戰—以保母托育體系的改革為例。《女學學誌：婦女與性別研究》，(29)，79-120。
30. 董和銳(2003)。身心障礙之概念架構與社會意涵。《身心障礙研究季刊》，1(1)，32-42。
31. 劉蓉台(2007)。精障個案社區整合照顧模式。《護理雜誌》，54(5)，11-17。

32. 衛生福利部(2015)。長照保險制度規劃。2017 年 3 月 6 日取自
http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%E9%95%B7%E7%85%A7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E5%88%B6%E5%BA%A6%E8%A6%8F%E5%8A%83_0044943001.pdf
33. 衛生福利部(2016)。2025 衛生福利政策白皮書。2017 年 2 月 15 日取自
<http://tagv.mohw.gov.tw/TAGVResources/upload/Resources/2017/4/2025%E8%A1%9B%E7%94%9F%E7%A6%8F%E5%88%A9%E6%94%BF%E7%AD%96%E7%99%BD%E7%9A%AE%E6%9B%B8.pdf>
34. 衛生福利部(2016b)。長期照顧十年計劃 2.0 (106-115 年)核定本。2017 年 9 月 2 日取自
file:///C:/Users/user/Downloads/586c496b3ea6f-__-1051219%E9%95%B7%E7%85%A7_0%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E6%9C%AC_pdf.pdf
35. 衛生福利部(2017)。長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法。2018 年 1 月 6 日取自
<http://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A040170020006900-1060603>
36. 衛生福利部統計處(2017)。3.1 身心障礙者人數按縣市及年齡別。2017 年 3 月 8 日取自
http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4198
37. 顏瑞隆、張正芬(2014)。臺灣自閉症者家庭碩博士論文回顧與分析。《中華民國特殊教育學會年刊》，247-262。
38. 羅國英、張紉(2007)。《方案評估：方案及案例討論》。台北：雙葉書廊。
39. 嚴嘉楓、林金定(2003)。身心障礙者人權與福利政策發展。《身心障礙研究季刊》，1(1)，20-31。

Long-term care policy for aging people with disabilities

*Liu, Y.-W.¹, Ho, L.-P.²

¹Doctoral Student of Institute of Social Work, Tunghai University

²Doctoral Student of Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University

Abstract

With the increase in the elderly population, people with disabilities are also aging. Unfortunately, government services only cover elderly citizens who have dementia. This study examines government policy for the welfare of elderly persons with disabilities, in addition to dementia, mental disorders, hearing impairment, and visual impairment. It is necessary for the government to consider all aspects of physical and mental health and include the special needs of the aforementioned groups when planning its policies, from social education, professional training, additional research, case management, and long-term community care, that cover all elderly persons, including those with disabilities, so that they are able to receive appropriate and comprehensive care.

Keywords: long-term care, elderly, disability