

從衰弱到老化、從周全到簡化： 智能障礙者的老化及評估

黃憶湄・陳政智・黃鈺婷

壹、緒論

近年來隨著醫療科技進步與生活環境的改善，國人平均壽命增加，老年人口比例越來越高，如何早期發現老年人老化的高危險族群，進而預防失能，已經成為重要議題。國外相關研究發現，智能障礙者如同一般人，平均餘命也逐年增加（Maaskant et al., 2002; Patja et al., 2000）。因此智能障礙者的老化的問題及照顧需求都應受到重視。

儘管智能障礙老年人同時具有身心障礙及老年人的雙重福利身分，智能障礙老年人的老化需求卻無法與一般老年人口的需求服務相提並論，因為在與一般老年人口同樣呈現老化的趨勢下，智能障礙者在老化速度與過程上與一般老年人口卻是不同的（陳妮葦、林藍萍、林金定，2015）。且智能障礙老年人較一般老年人口有更顯著的生理健康需求，其身體功能的衰退與老化歷程較一般老人更為明顯（林金定等，2001）。智能障礙者的老化

因著障礙與病理的交互關係會顯得更加嚴重，且年齡漸增其併發或惡化的機率也會隨之增加，使得醫療及照顧需求都會高於一般老年人口（陳玠汝，2013）。但目前有關智能障礙者出現老化徵狀、進行老化評估之相關資料不足，加上因著每位智能障礙者不同病理及退化速率，智能障礙者的老化仍然缺乏明確的定義及評測。

在實務工作上，除了了解智能障礙者老化的程度及需求外，提供積極性的服務，秉持「預防老化」及「延緩老化」的概念更能提升智能障礙者老年階段的生活品質。學者曾明月、徐亞瑛（2008）提出「衰弱（Frailty）」是一般老年人老化過程中功能受限及失能的臨床前階段。也就是生理系統機能退化的表現型。若在智能障礙者老化之前，可以有工具評估衰弱的程度，並藉由衰弱篩檢的評估工具，早期發現智能障礙者是否邁入老化，進而提供預防老化或延緩老化的相關服務，將是更為積極的服務措施。

綜合以上，智能障礙者與一般老年人

認知功能及溝通等層面上的不同，老化評估的策略也會有所不同，並且重要的不是在智能障礙者已經老化後才提供服務，而是老化以前就已經提早發現及預測，更是積極且適切的服務模式。因此，本文試著從智能障礙者老化的現況與需求角度出發，討論老化評估的內涵與必要性，同時藉由探討一般老人衰弱老化評估工具發展的經驗與現況，期能引發智能障礙者衰弱及老化相關研究的對話，並提供社會工作實務上的建議及參考。

貳、智能障礙者老化的概念

「老化 (aging)」一詞是指人體的功能和結構隨著時間進行而累積的變化，是一種正常但不可逆的持續過程 (Zhang & Herman, 2002)。Hall (1976) 提出老化有四項特性：普遍性、內因性、漸進性及有害性 (引自陳伶珠, 2010)。也就是說老化是每個人必經的過程，且生理上的改變是源自於個人內在生理因素，而非外在因素所導致；老化對人的改變會損害生理機能的正常運作，產生退化。在老人醫學和老人學中常使用「衰弱 (frailty)」表示退化的過程、現象 (Pel-Little et al., 2009; Rockwood et al., 1994)。吳風鈴等人 (2013) 提出衰弱診斷的重要性就是評估一個人是否面臨功能衰退、失去自主能力的臨床表現。藉由衰弱的表徵去預測是否老化，無論老化或衰弱，所牽涉的概念甚為廣泛，不同的族群學者們有不同的定義。

Buchner 和 Wagner (1992) 最早提出衰弱的定義，認為衰弱是指減少生理儲備能力的狀態，與增加失能的發生有關。Rockwood 及 Fried 是目前衰弱研究中相當重要的兩位學者暨老年醫學專家。Rockwood et al. (1994) 提出，衰弱是指個體在維持健康和威脅健康的資產中呈現不穩定的平衡。Fried 等人 (2001) 則認為衰弱是指身體多處系統發生進展性生理功能下降的狀況，具有喪失功能、生理儲備能力，增加發生疾病、死亡、跌倒、失能和機構化等不良健康結果的危險。Markle-Reid 和 Browne (2003) 統合相關文獻後，認為衰弱是一多面向的概念，必須考慮身體、心理、社會和環境之間相互的影響，不一定和年齡有關，但必須考量與個人相關的脈絡情境及主觀知覺。綜合上述，衰弱是一個複雜、多面向的焦點刺激，它會立即影響人類的身體、心理、認知、社會功能，並且與個人背景脈絡有關。

關於衰弱的測量及評估方式，Fried 等人 (2001) 提出衰弱包含體重下降、虛弱、耐力差、活動變慢和活動力下降等五個向度，其中符合三個以上稱為衰弱 (引自柯莉珊, 2013)。學者柯莉珊 (2013) 將目前衰弱的評估工具大致分為兩類：Rockwood 等人於 1999 年所發表的衰弱量表 (frailty scale)，以及著重周全性老人評估 (comprehensive geriatric assessment, CGA) 之工具。目前國內外的老人醫學及老人學領域專家學者，特別是護理領域，也逐漸朝向運用周全性老人評估的概念

發展相關的評估方式。

2012 年底，臺灣 45 歲以上智能障礙者，約占有智能障礙者人口的 20.45%，65 歲及以上者占 2.79%。而截至 2016 年底，臺灣 45 歲以上的智能障礙者占智

能障礙總人口數的比例上升至 23.39%，65 歲及以上者則增加為 3.75%（衛福部統計處，2016）。由此可見，臺灣智能障礙者的老化人口有逐漸增加的趨勢，老化照顧的需求應受到關注。

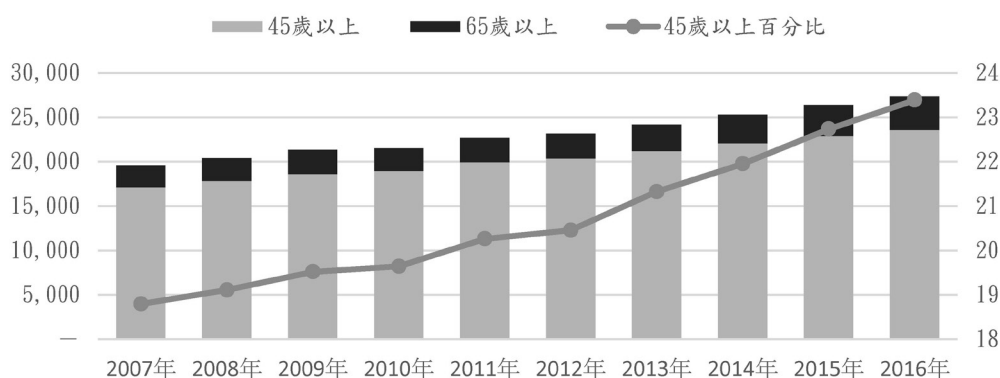


圖 1 2007 年至 2016 年底智能障礙者 45 歲以上人數成長趨勢圖

近年來，智能障礙者老化議題愈來愈受到重視，國內外對此議題的研究愈來愈多，但是對於智能障礙者老化並沒有明確的定義（周月清、尤珮蓉、張淑娟，2016）。我國目前對一般人口群「老人」定義為年滿 65 歲者（老人福利法，民 104）。無論是國內外文獻或實務經驗，均發現智能障礙者的老化年齡有提前的趨勢，稱之為「提早老化（premature aging）」，此時智能障礙者雖然還不到法定老化年齡，但他們生活的形態與相關需求卻已經相當接近老人（楊馥宣，2013）。因此智能障礙者的老化會比一般人早，但確切的老化年齡會因為障礙程度、損傷、罹病情形等影響而無法定義標準（Patja et al., 2000;

Iwakuma, 2001）。

學者 Krauss（1994；引自王國羽、張簡儷詩，2006；呂錦綸，2010）指出許多西方國家學者將智障者老化的年齡切點訂在 40 歲開始（Krauss, 1994; Lifshitz & Merrick, 2003）。針對 40 歲以上的智障者調查其健康狀況，發現心血管疾病、肌肉與骨骼、呼吸狀況、以及感覺等都隨著年齡逐漸退化（Janicki et al., 2002）。另外也有界定 45 歲為老化年齡（Cuskelly, 2006; Eley DS, Boyes J, Young L, Hegney DG., 2009; McConkey, R. et al, 2011）。從文獻上可以確定的是國外的智能障礙者老化年齡界定在 40-45 歲左右為主。

國內學者王國羽等人（2007）將智能

障礙者老化界定為 40 歲；許志成（2012）則依據 2011 年身心障礙者提前老化及平均餘命基礎研究資料分析推估，臺灣男性智能障礙者 53 歲、女性 55 歲，可稱為老年，男性與女性智能障礙者的中老年則分別可推估為 43 歲和 45 歲及以上者。在實務界，國內服務智能障礙者的財團法人心路社會福利基金會則是針對 35 歲以上的智能障礙者家庭進行老化需求調查，考量障礙者老化的程度會因為障礙跟疾病有個別化差異，所以期望透過降低篩選年齡，達到提早預防的效果。也有學者建議因身障者的生理功能大約自 30 歲左右開始走下坡，對於提前老化的預防應提早到 30 歲開始（林昭吟等人，2004；孫健忠、林昭吟，2003）。透過以上文獻顯示智能障礙者的健康狀況會隨著年齡逐漸衰退，大致上是從 40-50 歲開始老化。若納入提早預防的概念，以 30-35 歲為老化服務的標準較為恰當，即提供所謂的中高齡服務。

Webber et al.（2010）研究指出智能障礙者老化的現象包含：1.動作變遲緩：沒有體力、易感疲勞。2.體能狀況：50-60 歲會開始發展出慢性疾病，常見的有心臟病、腎臟問題、失禁、癌症、神經疾病、糖尿病、皮膚病等。3.認知和行為改變：癡呆是最常出現的情形。國內學者陳政智、陳玠汝（2015）在研究中指出照顧者意識到障礙者開始老化主要有三個面向，包含：障礙者的外觀與平時表現的改變、障礙者在疾病上的類別開始趨近於老人疾病、障礙者在機構的同儕陸續死亡等。綜

合以上可以知道智能障礙者老化除了從年齡界定外，從生、心理層面需求及透過旁人、同儕的觀察也可以瞭解智障者已經邁入老化。

因此，衰弱和老化是兩個不同但相關聯的名詞。衰弱是老化過程的前階段，代表著生理系統累積性的機能退化，臨床指標包含體重減輕、費力、體能活動度低，行走速度慢及肌握力不良。透過評估衰弱的程度去發現是否邁入老化，進而提供預防及延緩老化的相關服務，將可降低老化帶來的衝擊與傷害。

參、智能障礙者老化評估之必要性

對於智能障礙老化評估有兩大面向：一個是以預防老化及延緩老化的概念，從老化的表象－「衰弱」評估智障者是否快要面臨老化的問題，照顧者可以透過篩檢及測量，並提供預防老化及延緩老化的相關服務。二是，當智能障礙者已經進到老化歷程中，照顧者及工作人員應要處理其老化後的需求評估，透過記錄老化情形，一方面了解老化的狀況及程度，以及衍生的照顧服務需求、家庭生活及社會參與需求等，再視個別老化狀況給予服務計畫。綜合上述，透過以預防角度出發的衰弱評估以及老化後的老化需求評估，可以瞭解智能障礙者因為老化歷程而產生的需求及問題，服務提供者針對這些需求問題提出處遇及服務計畫，以便達到提早預防、延緩老化，以及適應老化的目標，進而達成

成功老化。

「老化」對於一般人是生命中的一段歷程，但對於智能障礙者，可能會因為老化而衍生出更多的障礙與需求。智能障礙者的老化評估不論從照顧者的角度或智障者本身的角度都有其必要性，如：

一、預防導向、早期發現及延緩老化

身心障礙者權利公約中指出應提供身心障礙者因其身心障礙而特別需要之健康服務，並提供適當之早期診斷與介入，及提供設計用來極小化與預防進一步障礙發生之服務。我國老人福利法（民 104）針對身心障礙者的長照服務提供，資格的認定是要符合 50 歲。其他 50 歲以下的身心障礙者之照護未來則必須回歸到身心障礙權益保障法內的所稱的「需求評估」來加以認定（潘佩君、嚴嘉楓，2011），所以未達法定年齡的智能障礙者，出現提早老化的跡象時，將有賴老化的評估工具。

許多長照工作者擔憂目前民眾對老化的警覺性不高，甚至介意「老」這個字眼，否定、拒絕承認自己已經老了的事實，智能障礙者除了同樣有此情況外，智能障礙者本身的認知限制使得大部分智能障礙老年人即使生理狀況接近老人，但心態上未必能認同自己老了，老年知覺及老化認同感較低（蔡和蔡、陳武宗、王馨，2012）。筆者在財團法人心路基金會的實習經驗中，體會到智能障礙者的生活習慣、自我覺察、自我照顧能力不佳等因素，影響健康而提早退化的現象較一般老年人明顯

，智能障礙者原有生理上的限制，加上家庭等支持系統薄弱會更容易產生錯失就醫時機、就醫成效不佳，或是過度使用醫療資源等問題。

老化評估除了對應智能障礙者的需求外，同時也提醒其照顧者、家庭及工作人員預防、延緩及面對此議題。財團法人臺灣省私立啟智技藝訓練中心等（2012）提出工作者對智能障礙者若無法早期發現、無法精確的了解其意識表達，也很難進行健康預防保健的工作，可能會使健康照顧與需求之落差日益明顯。因此不只是智能障礙者，其工作人員及家庭也都該重視此議題，了解老化的意義及重要性，並學習初步篩檢評估議題，早期發現、早期進行處遇服務。

二、達成活躍老化（Active ageing）目標

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）於 2002 年提出活躍老化的觀念，並定義為「提升民眾老年期生活品質，並達到最適宜的健康、社會參與及安全的過程。」劉文瑜等人（2013）提出為促進智障者活躍老化之過程，必須有賴家庭成員或相關服務團隊成員能夠瞭解並辨識他們提早老化的現象，並適時提供社會服務，使其了解提早老化之健康情形和功能，並促進他們社會活動之參與。

肆、一般老人衰弱老化評估工具發展之概況

「老化（aging）」此名詞出現迄今，超過三十年，但專家學者卻對此名詞的概念非常分歧（柯莉珊，2013）。隨著不同老化衰弱的定義，不同特質的評估工具可以用來評估不同類型的老化衰弱情形，不同研究者亦會使用不同的測量工具組合為研究工具（郭梅珍、陳靜敏、鄭綺，2013）。以下為筆者整理國外學者的評估方式：

表 1 國外學者衰弱評估方式

作者（年份）	分類項目		評估計算方式
Strawbridge 等人 (1998)	身體功能	平衡感、上下肢無力、當快速站起時感到頭暈	每個項目分數介於 1 至 4 分，分數愈高表示該項目困難程度愈高，當該面向有一項目分數高於 3 分（含）以上時，表示該面向功能已發生問題，當二個面向（含）以上功能出現問題時即被定義為老化衰弱。
	營養功能	食慾降低及無法解釋的體重下降	
	認知功能	注意力、記憶力等	
	感覺功能	視覺功能、聽覺功能	
Rockwood et al. (1999)	執行日常生活功能、失禁情形		總分為 0 分-3 分。3 分代表除了失禁外，出現二項（含）以上日常生活活動功能需完全依賴的情形。
Fried 等人 (2001)	沒有特殊原因的體重下降		當五項指標符合其中三項（含）以上即定義為老化衰弱
	虛弱無力	指握力下降百分之二十	
	精疲力竭	從憂鬱量表中抽取 2 題施測	
	走路緩慢	測量行走 15 呎的時間變慢百分之二十	
	身體活動量降低		
格羅寧根衰弱指標 (GroningenFrailty) (2001)	身體功能	活動功能、多重健康問題、身體上的疲憊、視力和聽力	以二分量表進行評估（0 或 1 分）。加總分數愈高代表老化衰弱程度愈嚴重，大於等於 5 分代表有中度的老化衰弱
	認知功能	認知功能評估	
	社會功能	評估情緒上隔離	
	心理功能	憂鬱和焦慮	
Jones, Song, and Rockwood (2004)	認知狀態、情緒和動機、溝通（包含視力、聽力和語言）、活動力、平衡、腸道功能、膀胱功能、日常生活活動功能能力和工具性日常生		以三分量表進行評估（分數介於 0 至 2 分），總分介於 0 至 7 分者為輕度老化衰弱，大於 7 分至 13 分者為中度老化衰弱

	活活動功能能力、營養和社會資源等十個面向		，大於 13 分者則為嚴重老化衰弱
Studenski (2004)	內在面向	活動力、平衡、力量、耐力、營養和神經運動力量	每個面向各有二至四個臨床指標，以此十三個面向內容評估老年人在六個月的期間的改變情形，並將此改變情形分為七個等級（1 至 7 分），分數愈高表示改善情形愈佳，照護計畫具有顯著成效。
	結果面向	醫療複雜性、健康照護使用情形、外觀、自我知覺健康情形、日常生活活動功能能力、情緒狀態和社會狀態	
Rockwood (2005)	內容包含 70 項臨床上常見的問題，主要評估認知、情緒、動機、溝通、活動能力、平衡、腸道和膀胱功能、日常生活活動功能、營養、社會資源以及共病數		每個項目評分介於 0 至 1 分，每個項目評分標準視該項目問題的嚴重性或出現的頻率被區分為不同幾等級，在完整評估完此 70 個項目後，將個案的老化衰弱程度分為七個等級（1 至 7 分），分數愈高代表老化衰弱程度愈嚴重。

說明：此表由筆者自行整理。

可以發現一般老人的衰弱測量大致上分為四個面向：身體及日常生活功能、認知、心理功能及情緒、其他社會性功能。國內外的老人醫學及老人學領域專家學者，特別是護理領域也已逐漸朝向運用周全性老人評估（comprehensive geriatric assessment, CGA）的概念發展相關的評估方式。Rubenstein, Stuck, Siu, & Wieland（1991）指出周全性老人評估是指針對衰弱老年人（frail elderly）的生理疾病、心理狀況和生活功能，整合多種專業、多個面向的診斷及處置過程，藉由各專業整合的照護計畫，進行治療及長期追蹤的服務（引自吳麗芬，2007）。周全性老人評估需由一個多學門的團隊（multidisciplinary

team）互相合作，並且共同承擔責任。評估團隊成員由一位資深且具有老年醫學經驗的醫師擔任領導者，並負責臨床評估，護理師擔任協調者以及負責身心功能評估工作，以及一位社工師負責社會及社區資源整合、轉介，復健師及職能治療師也常包含在此醫療團隊中提供復健照顧，其他相關工作人員則可視需要而邀請加入此工作團隊（Ellis & Langhorne, 2005、吳麗芬，2007）。以周全性評估概念所發展的量表指標包含羅寧根衰弱指標（the Groningen frailty indicator, GFI）、愛德蒙特衰弱量表（the Edmonton frail scale, EFS）和衰弱分級系統（the frailty staging system, FSS）（引自柯莉珊，2013）。以及學者

Jones, Song, and Rockwood (2004) 以周全性老人評估為標準所訂定的老化衰弱指標 (frailty index based on a standardized comprehensive geriatric assessment)，評估內容分為認知狀態、情緒和動機、溝通（包含視力、聽力和語言）、活動力、平衡、腸道功能、膀胱功能、日常生活活動功能能力和工具性日常生活活動功能能力、營養和社會資源等十個面向。國內學者張家銘、蔡智能（2003）、李文宏、顏啓華

、李孟智（2005），以及臺灣老年學暨老年醫學會（2009）也對於老年人之周全性評估的概念及工具有詳細的探討。

以下介紹國內以周全性概念進行老化評估的評估工具。李文宏、顏啓華、李孟智（2005）提出由於老年人健康功能不佳的原因往往是多重因素影響，評估內容一般需要包含七個面向：社會資源、環境因素、醫療層面、心理層面、生活功能、照顧者資源、經濟因素。

表 2 以周全性概念進行的老化評估內容

評估面向	評估內容	評估方式或工具
社會資源	老年人的婚姻、家庭狀況、家人的互動關係、社會角色、社交活動與個人嗜好	訪談
環境因素	居家安全的評估、各項資源可近性的評估	Home Safety Assessment Checklist
醫療層面	病史詢問及理學檢查	訪談
	藥物評估	訪談
	營養評估	測量 BMI 指數、albumin 及膽固醇值
	感官功能評估	視力評估：Snellen 視力量表 聽力評估：聽力計
	平衡及步態評估	Get Up and Go test、Timed Up and Go test
心理層面	認知評估（失智症、譫妄）	SPMSQ、MMSE、Confusion Assessment Method
	情感評估（憂鬱症篩檢）	Geriatric Depression Scale (GDS)、老年憂鬱量表
生活功能	基本日常生活活動功能 工具性日常生活活動功能 高階性日常生活活動功能	Katz Index of Independence in ADL (Katz ADL)、巴氏量表 Lawton IADL
照顧者資源	照顧者資源、主要照顧者與病人的關係、資源的可利用率與可近性、照顧者資源的照護能力評估、照顧	訪談

	者之身心負荷	
經濟因素	個案目前保險狀態、經濟能力	訪談

說明：此表由筆者自行整理。

周全性老年醫學評估所使用的量表及評估方式多且完整，但若在醫護人力及時間有限的情況下，為求有效率的發現其衰弱老化問題，臺灣老年學暨老年醫學會（2009）提出可將評估的四大方向，並用

問題導向的方式融入傳統病史詢問及理學檢查中，篩選出主要問題，再進行詳細的評估。以下引用臺灣老年學暨老年醫學會（2009）的簡短老年醫學篩選評估表。

表 3 簡短老年醫學篩選評估表

問題	評估方式
視力	1.詢問從事日常活動時會因視力不佳而受影響嗎？ 2.以視力量表檢查。
聽力	1.在病人側方距耳朵 15-30 公分處輕聲說話。 2.聽力測量 1000 及 2000Hz。
上肢功能	1.雙手舉起於頭部後方。 2.拿起筆。
下肢功能	要求病人：從椅子起身，儘快往前走 3 公尺，再轉身走回椅子，坐下。
尿失禁	是否有不自主滲尿弄濕褲子的情形，總天數是否超過 6 天以上。
營養	過去半年間體重是否有減輕 5%以上，並測量體重、身高、BMI。
記憶	請病人記住三個名詞，一分鐘後再詢問。
憂鬱症	詢問病人是否覺得難過或憂鬱。
活動功能	詢問從事以下活動是否困難：費力活動、粗重的家務、購物、洗澡、穿衣。

說明：此表引自臺灣老年學暨老年醫學會（2009）周全性老年醫學評估的原則與技巧。

綜合以上，國內外對於一般老人的老化評估均發展得相當完善，有各式評估方式與量表工具進行評估工作，更考量到醫護人力及時間有限的情況，發展簡短版的評估表。但智能障礙者與一般老人的需求不同，尤其是一般老人的照顧模式無法套用在老年智能障礙者，需要給予老年智能障礙者特別的協助，否則他們一樣會生活

在充滿障礙的環境（陳政智，2004；林昭吟，2008；陳玠汝，2013）。智能障礙者在老化之後，福利需求為智能障礙者本身的需求再加上老年人之需求，陳奎安（2015）提到智能障礙老年人之老化現象複雜，包含一般慢性疾病以及多重合併症的狀況，再加上溝通能力不佳，導致無法明確診斷出問題所在。因此智能障礙老年

人之老化照護需求評估方式需要特別再加以研究及設計。我們以國內外幾個評估方式及工具為例，分別進行分析探討。

伍、國內、外現有智能障礙者老化評估工具

一、日本「高齡智障者協助、介護手冊」

日本知的障礙者福祉協會 2007 年修訂「高齡智障者協助、介護手冊」(今村里一, 2009)。其中提到「對高齡者協助時的審查及評估」, 共分為兩種評估方式: 一是以「預測老化及避免功能低下」的概念, 共評估三大項: ADL、外表的老化程度、運動機能(單腳站立、握力、走路), 此評估的對象考量到個人差異, 為獲取提早老化危險族群, 因此以 40 歲為基準, 在意義層面上有預防的目標。二是針對已經老化, 並且進到服務體系中的智能障礙者, 編制「高齡智障者簡易評估」, 內容分為七大項, 共 50 題, 項目包含診斷與症狀、營養狀態、特別護理、認知與溝通、日常生活機能、情緒和行為, 以及生活。透過此份量表掌握高齡智障者老化狀況及需求, 並分析及回應, 再進行處遇方案的討論, 擬定生活照護方案。

日本知的障礙者福祉協會所發展的評估方式不論是意涵或是過程都非常的清楚, 在第一部分的預測老化評估, 以日常生活功能、外表及運動機能評估其老化的狀況, 沒有考慮到智能障礙者本身的障礙程度以及原有的疾病, 或者是採納「衰

弱」的概念, 評估其認知、心理功能及情緒, 及其他社會性功能, 例如一位智能障礙者可能生理功能一切正常, 但心理及情緒上出現譫妄、憂鬱的情形, 需要進一步協助。另外, 以「外表」評估其老化的標準是筆者首次看到的評估內容, 包括毛髮稀疏與否、眼睛及眼皮狀況、牙齒變化、皮膚狀況及是否駝背, 但考量到外表的標準難以訂立, 以及各民族外表仍有差異性, 因此筆者建議本國在制定相關評估方式時可斟酌考慮。

二、我國「心智能障礙者老化評估使用手冊暨紀錄表」

目前國內在實務上, 有財團法人育成社會福利基金會的「心智能障礙者老化評估使用手冊暨紀錄表」, 針對機構內的 35 歲以上智能障礙者, 評估面向有七: 日常生活活動、身體功能活動狀況、疾病與用藥、營養與排泄、口腔狀況、認知及知覺、情緒與行為及參與娛樂活動狀況。此份量表的目的是針對已經老化, 並進到服務體系內之智能障礙者, 針對其老化後的各層面需求進行需求評估。此份量表的優點是面向廣且豐富, 評估的面向也採納周全性評估的架構, 目前實務界普遍使用此份量表, 使用時也發覺其缺點, 例如項目非常詳盡, 以至於評估時會陷入見樹不見林的狀況, 使得老化狀況過於片面, 無法知道整體的老化情形。另外因為題數過多, 導致工作人員使用不易, 需耗費過多的心力及時間進行評估工作, 甚至有些題目不易執行。

三、我國長照 2.0「照顧管理評估量表」

在 2016 年底，我國開始推行新的長照 2.0 計畫，並配合擴大服務對象及項目，精簡「照顧管理評估量表」，以適用不同服務對象之需求，反映各種身心失能樣態。其評估面向共 11 項，包含個案及主要照顧者之基本資料、個案溝通能力、認知功能、日常生活功能及工具性日常生活功能，以及特殊複雜照護需求、居家環境與社會參與、情緒及行為型態，更包含主要照顧者之負荷及其工作與支持。推估的目標群體包含 65 歲以上失能老人、50-64 歲失能身心障礙者、55-64 歲失能原住民、50 歲以上失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者，以及衰弱老人（衛福部，2016）。與長照十年計劃相同的採用綜合性量表進行失能的評估，並且目標對象擴大。

針對預防端的評估工作，此份照顧管理評估量表主要是測量「衰弱」，以 SOF（Study of Osteoporotic Fractures）工具進行評估，項目有三項：體重是否減輕、下肢功能、是否降低精力。納入服務對象之衰弱者，界定條件為滿足以下三點者：1. 無 ADL 失能，2. 但有 IADL 失能，3. 且經 SOF 評估三項指標中有一項以上者（衛福部，2016）。對於早期發現智能障礙者有衰弱、老化的跡象，除了以 ADL、IADL、以及 SOF 的衰弱評估指標，考量到智能障礙者的醫療需求較一般老人多且複雜，而且心理層面的問題難以評估，所

以篩檢老化的跡象時可增加醫學層面的評估，以確認智能障礙者是否有老化的跡象。

目前國內外對於一般老人的衰弱老化評估已朝向周全性的概念，除了生理、心理、社會環境外，更具體評估環境因素、生活功能、照顧者資源、經濟等因素，評估工具亦發展得相當完備。智能障礙者如同一般老人平均餘命有延長的趨勢，且日漸趨近於一般老人，但老化年齡又較一般老人提早，顯示智能障礙者老化歷程有可能較一般老人更長、更久，加上其問題及需求更較一般老人複雜，因此智能障礙老年人的老化評估甚為重要。從一般老人的周全性評估可以發現，老化評估逐漸演變成一個跨專業合作的專業，整合醫學、護理、社工、心理、職治、物治等專業領域，而智能障礙因本身的障礙及疾病等因素，老化後的需求更為多元，基於此，為了滿足障礙者老化需求，一個完備、可確實評估老化障礙者的評估工具更為重要。目前國內對此議題的研究不足，國外所使用的評估工具不完全適用本國人，實務界評估方式仍沒有固定的老化評估標準。目前國內現有的老化評估工具，在使用上仍有不便之處，例如：育成基金會的心智能障礙者老化評估使用手冊暨紀錄表項目過於詳盡，執行不易，反而無法從評估的結果知道整體的老化情形；而且題數過多，工作人員使用時需耗費過多的心力及時間。另外，政府所制定的照顧管理評估量表，若要專門特定以智能障礙長者為對象時，仍有醫療層面需要再多加考量。有鑑

於此，期待未來學術領域或實務界進行跨領域的結合，研擬本國智能障礙老年人適用之衰弱及老化評估工具，提供更完善的服務標準及服務輸送機制。

陸、結論

老化是每個人生命中一段不可逆的過程，但智能障礙者的老化會因為障礙與病理的交互關係而顯得更加嚴重，產生更多的需求及問題。因此，在實務工作的操作面上，學術所強調的周全性未必是最重要的，而是要透過學術及實務界的合作，簡化、整合目前現有的評估工具，學術界研擬精確且能有效率進行評估的指標，發展出簡單、容易執行的評估工具，讓第一線的工作人員可以透過篩檢及測量，判斷出智能障礙者已經有「衰弱」的表徵，已經

「開始」老化，並提供許多預防老化、延緩老化或機能活化等積極性的服務，以延緩老化歷程所產生的需求問題。所以，不是要用一個工具評出一個分數來劃定老化與否，而是要能掌握老化的進程，甚至是判斷出衰弱已經到來，若不及早介入，提早老化或快速老化將會使人措手不及。

（本文作者：黃憶湄為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系碩士班學生；陳政智為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授；黃鈺婷為財團法人心路社會福利基金會社區支持服務處研發專員）

關鍵詞：身心障礙（disability）、老化評估（aging assessment）、周全性老人評估（comprehensive geriatric assessment, CGA）、老化衰弱指標（frailty index）。

參考文獻

- 今村理一（2009）。高齡智障者協助介護手冊。台北市：第一社會福利基金會。
- 王國羽、林筱真、陳敬忠、林梅雅（2007）。台南教養院住民老化：問題、研究、服務改善與未來政策。社區發展季刊，117，163-185。
- 王國羽、張簡儷詩（2006）。居家中老年智障者健康照護資源利用與相關問題：兩個時間點的觀察。發表於臺灣社會福利學會主編，2006 臺灣社會福利學會年會暨國際學術研討會手冊。嘉義：臺灣社會福利學會。
- 老人福利法（民國 104 年 12 月 09 日）。
- 吳風鈴、陳慶餘、許志成、謝博生（2013）。以衰弱症為導向的老人三段五級預防。臺灣醫界，56(9)，17-22。
- 吳麗芬（2007）。周全性老人評估與護理。護理雜誌，54(6)，61-66。
- 呂錦綸（2010）。雙重老化智障者家庭照顧負擔與社會支持之研究。東吳大學社會工作學系碩士論文，台北市。

- 李文宏、顏啓華、李孟智（2005）。老人周全性評估。基層醫學，20(9)，212-221。
- 身心障礙者權利公約正體中文版（2015年9月2日）。線上檢索日期：2017年8月5日。取自：<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=637&pid=4140>
- 周月清、尤珮蓉、張淑娟（2016）。比較中老年與非中老年智障服務使用者支持需求與生活品質。臺大社工學刊，34，85-128。
- 林金定、吳佳玲、李志偉、嚴嘉楓、張茂榕、賴朝英（2001）。臺灣地區智能障礙者醫療照護政策發展。行政院衛生署委託研究計畫報告。
- 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。
- 林昭吟等人（2004）。身心障礙者提前老化現象與健康照護需求之研究。內政部委託研究。
- 柯莉珊（2013）。老人衰弱之概念分析。護理雜誌，60(1)，105-110。
- 孫健忠、林昭吟（2003）。老年身心障礙者與人福利整合規劃之研究。內政部委託研究。
- 財團法人臺灣省私立啓智技藝訓練中心、周月清、傅立葉（2012）。探討心智障礙者老化支持性服務與因應。內政部委託研究。
- 張家銘、蔡智能（2003）。老年人之周全性評估。老年醫學，7(3)，364-374。
- 許志成（2012）。身心障礙者提前老化及平均餘命基礎研究。行政院衛生署委託研究。
- 郭梅珍、陳靜敏、鄭綺（2013）。老人老化衰弱指標臨床效度之初步測試。臺灣老人保健學刊，9(2)，71-93。
- 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)，119-162。
- 陳妮葦、林藍萍、林金定（2015）。智能障礙者老化對健康與未來照護需求之影響。身心障礙研究，13(1)，26-34。
- 陳玠汝（2013）。智能障礙者及其主要照顧者雙重老化的福利服務需求與使用情形之研究。高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系碩士論文，高雄市。
- 陳奎安（2015）。智能障礙者活躍老化發展：社會參與及生活安全調查。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文，台北市。
- 陳政智（2004）。高雄市身心障礙者生活需求調查。高雄市政府社會局委託研究。
- 陳政智、陳玠汝（2015）。我們必須面對的議題：智能障礙者及照顧者雙重老化衍生的需求。社區發展季刊，149，311-326。
- 曾明月、徐亞瑛（2008）。老人衰弱之概念分析。護理雜誌，55(6)，P80-85。
- 楊馥宣（2013）。智能障礙雙重老化家庭使用住宿型機構之決策歷程。高雄醫學大學醫

- 學社會學與社會工作學系碩士論文，高雄市。
- 臺灣老年學暨老年醫學會主編（2009）。周全性老年醫學評估的原則與技巧。台北市：合記圖書。
- 劉文瑜、王鐘賢、何清雯（2013）。應用 ICF 架構探討智能障礙者的老化。物理治療，38，126-136。
- 潘佩君、嚴嘉楓（2011）。老年身心障礙者的福利資源配置及服務輸送：以臺灣與英國為例。身心障礙研究，9(2)，111-122。
- 蔡和秦、陳武宗、王馨（2012）。高雄市三民區中齡智能障礙者社區生活現況及老化需求調查分析。2012 年「邁向優質服務社會工作專業的對話與省思」研討會，地點：台鐵大樓演藝廳。
- 衛生福利部（2016）。長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）核定本。
- 衛生福利部統計處（2016）。2007 年至 2016 年底身心障礙人數按類別及年齡別分。線上檢索日期：2017 年 8 月 1 日。取自：<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2976-13825-113.html>
- Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(1), 1-17.
- Cuskelly, M. (2006). Parents of adults with an intellectual disability. *Family Matters*, 74, 0-25.
- Eley, DS., Boyes, J., Young, L., & Hegney, DG. (2009). Accommodation needs for carers of and adults with intellectual disability in regional Australia: their hopes for and perceptions of the future. *Rural and Remote Health*, 9(3), 1239.
- Ellis, G., & Langhorne, P. (2005). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*, 71(1), 45-49.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56, 146-156.
- Hall, D. A. (1976). *The Aging 01 Connective Issue*. New York: Academic.
- Iwakuma, M. (2001). *Ageing with disability in Japan*. In Priestley, M (Eds.), *Disability and the Life Course-Global Perspectives*, Cambridge University Press.
- Janicki M.P., Davidson P.W., Henderson C.M., McCallion P., Taets J.D., Force L.T., ... Ladri-gan, P.M. (2002). Health characteristics and health services utilization in order adults with intellectual dusability living in community residences, *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(4), 287-298.
- Jones, D. M., Song, X., & Rockwood, K. (2004). Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*,

- 52(11), 1929-1933.
- Lifshitz, H., & Merrick, J. (2003). Ageing and intellectual disability in Israel: a study to compare community residence with living at home. *Health & Social Care in the Community*, 11(4), 364-371.
- Maaskant, M. A., Gevers, J. P. M., & Wierda, H. (2002). Mortality and life expectancy in Dutch residential centres for individuals with intellectual disability, 1991-1995. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(3), 200-212. doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00115.x
- Markle-Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58-68.
- McConkey, R. et al (2011). Ageing and Intellectual Disability: a feasibility study in Northern Ireland.
- Patja, K., Livanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: A 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(5), 591-599. doi: 10.1046/j.1365-2788.2000.00280.x
- Pel-Littel, R. E., Schuurmans, M. J., Emmelot-Vonk, M. H., & Verhaar, H. J. J. (2009). Frailty: Defining and measuring of a concept. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(4), 390-394. doi: 10.1007/s12603-009-0051-8
- Rockwood, K. (2005). What would make a definition of frailty successful? *Age & Ageing*, 34(5), 432-434.
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: An evolving concept. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 150(4), 489-495.
- Rockwood, K., Stadnyk, K., MacKnight, C., McDowell, I., Hébert, R., & Hogan, D. B. (1999). A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*, 353(9148), 205-206.
- Rubenstein, L. Z., Stuck, A. E., Siu, A. L., & Wieland, D. (1991). Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence. *Journal of American Society*, 39(1), 8s-16s.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Balfour, J. L., Higby, H. R., & Kaplan, G. A. (1998). Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *The Journals of Gerontology*, 53(1), S9-S16.
- Studenski, S., Hayes, R. P., Leibowitz, R. Q., Bode, R., Lavery, L., Walston, J., et al. (2004).

Clinical global impression of change in physical frailty: Development of a measure based on clinical judgment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1560-1566.

Webber R., Bowers B., & McKenzie-Green B. (2010). Staff responses to age-related health changes in people with an intellectual disability in group homes. *Disability & Society*, 25(6), 657-671.

Zhang, Y., Herman, B. (2002). Ageing and apoptosis. *Mech Ageing Dev*, 123(4), 245-260.