

# 老化身心障礙者與長期照顧2.0的距離

陳政智

## 壹、前言

行政院衛生福利部辦理之《身心障礙者提前老化及平均餘命基礎研究》報告指出，身心障礙者老化年齡較一般人提早，尤其極重度與重度身障者分別提早老化7.7與7.5歲（許志成，2012）。近年來醫療科技進步及環境衛生的改善，人們的平均餘命（Life expectancy）逐漸延長，身心障礙者也同樣有壽命延長的情形。許志成（2012）研究顯示我國2011年1-4歲的身心障礙者平均餘命為66.6歲，一般人口為77歲，兩者的餘命差距與十年前差距少了8.4年。以身心障礙者來看，老化是未來的趨勢；但從平均壽命來看，他們比起一般人還是有提早老化的現象。

依據衛生福利部統計處截至2018年底止統計資料顯示，全國身心障礙者人口數為1,173,978人，其中45至未滿65歲人口計有407,049人，65歲以上者有492,399人，

合計中高齡的身心障礙者計有899,448人，已占有身心障礙人口的76.6%。顯見身心障礙人口高齡化之趨勢，其老化照顧需求更為殷切。

「老化」一詞含義豐富，所牽涉的概念和範疇甚為廣泛。通常，對個體的「老化」而言，大多依據其實際年齡來界定，老化亦可被定義為隨著年齡增長而逐漸出現的機能退化，包括生理、心理、社交和認知各方面的功能逐漸下降的過程。對於身心障礙者老化的界定，存在多種不一致的觀點。一些學者認為僅根據實際年齡的大小並不足以界定身心障礙者的老化過程。因為一般我們所認定的健康，指的是生理、心理及社會，這三個層面達到平衡的狀態。以生理老化來定義，即代表個體達到身體器官開始衰退的年齡，但身心障礙者因障礙及老化交互作用之影響，隨著年齡增加易發生其他相關併發症等，導致提前老化的現象發生。

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，以及提供服務來極小化與預防進一步障礙之發生。我國《老人福利法》（2015）針對身心障礙者的長照服務，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所稱的「需求評估」來加以認定。現在的《長期照顧十年計畫2.0》（簡稱長照2.0）雖然不限年齡，不再限定老人才能使用，任何年齡的失能身心障礙者都能申請服務，但要經過長期照顧管理中心使用照顧管理評估量表評估後才能核定服務。此評估工具適用於身心障礙者嗎？能真的評估出他們的照顧需求嗎？是很多人質疑的重點。

以智能障礙者為例，他們因為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（蔡和藁、陳武宗、王馨，2012）。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。老化評估時，照顧者或評估人員對障礙者若無法早期發現衰弱徵象，無法精確的了解其意

識表達，也很難進行評估，可能會使健康照顧需求與提供的服務之落差日益明顯。

所以，本文的目的在探討老化的身心障礙者使用長期照顧服務的現況，以及使用與否的考量何在？期待可作為推動長期照顧服務和身心障礙者老化服務之參考。

## 貳、文獻探討

### 一、衰弱與老化

「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）。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）。Rockwood等人（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。

身心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，顯示身心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，因此其老化評估甚為重要。當身心障礙者已經進到老化歷程中，家屬和工作人員要評估其老化後的需求，一方面了解老化的狀況及程度，以及衍生的照顧服務、家庭生活及社會參與等需求，再視個別老化狀況提供服務計畫，以達到預防老化、延緩老化、機能活化及適應老化的目標，進而達成成功老化。

陳政智等人（2013）在中高齡智障者需求及服務模式之研究中傾向以45歲作為初步的界定年齡，再輔以適合的評估工具。但在此研究中也發現，目前在欠缺評估工具的狀況下，大家是以：（1）障礙者的外觀與平時表現的改變、（2）障礙者在疾病上的類別開始趨近於老人疾病、（3）障礙者周遭的同輩過世，才思考到自己所照顧的障礙者是不是也開始老了。但現況是不同障礙類別之身心障礙者老化歷程不盡相同，目前國內對於身心障礙者出現老化症狀、老化年齡等相關資料不足，加上身心障礙者之障別、性別、退化速率、是否因伴隨病狀而加重失能程度等因素影響老化的定義與測量。

## 二、身心障礙的長期照顧服務

目前身心障礙者可以使用的長期照顧服務措施包括：居家服務、日間照顧服務、小規模多機能、家庭托顧、送餐服務與居服備餐、安心手鍊、喘息服務、交通接送服務、老人修繕住屋補助、居家無障礙環境改善及生活輔具、購置或租賃補助、輔助器具補助、輔助器具服務、醫療輔具補助、輔具用電優惠等。以小規模多機能為例，其提供日間照顧服務、居家服務、夜間臨時住宿（機構喘息）等服務，身心障礙者有需求時先向縣市長期照顧管理中心提出申請，但此服務有部分負擔比率。而以送餐服務為例，需經長期照顧管理中心評估符合失能且有餐食需求者，其部分負擔比率為列冊低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助者，每人每餐最高補助70元，依使用者自行負擔比率，低收入戶免部分負擔、中低收入負擔10%，一般戶須自費。

## 參、研究設計

本研究是以設籍於高雄市領有身心障礙手冊者或證明書者為主要研究對象。根據高雄市政府市政統計截至108年第一季領有身心障礙手冊或證明者共計141,482人，分佈於38個行政區內。除以下特定年

齡與障礙別（鑑定與需求評估舊制），受訪對象由其監護人（如父母雙親）或照顧者代替回答，其餘一律由本人接受訪問為主，身心障礙者及照顧者共同受訪為輔。

一、未滿12歲的身心障礙兒童

二、植物人

三、失智症者

四、自閉症者

五、智能障礙者

六、慢性精神病患者

七、中重度以上多重障礙等嚴重溝通功能受限者

本次調查依據市府38個行政區進行問卷抽樣調查，預計完成總樣本數至少1,100人。本研究採分層二階段系統隨機抽樣法，先將身心障礙者依障礙類別分8層

（鑑定與需求評估新制），然後第一段抽樣單位定為「行政區」，第二段抽樣單位定為「人」。最後，抽樣時依據身心障礙者之障礙等級（極重度、重度、中度及輕度共4層）及實際年齡、性別排序後，再以系統隨機抽樣法依序抽出所需之樣本。

此調查於108年7月至9月之間以面談方式執行，共完成1,171份訪談問卷。受訪者居住的行政區分佈，西區（楠梓區、左營區、三民區、前金區、新興區）共323人，占總樣本的27.6%；中區（鼓山區、鹽埕區、苓雅區、前鎮區、旗津區、小港區）共304人，占總樣本的26.0%；南區（鳳山區、大寮區、鳥松區、林園區、仁武區、大樹區、大社區）共313人，占總樣本的26.7%；北區（岡山區、

表1 受訪者的障礙類別（n=1171）

單位：人；%

變項	次數	百分比（%）
ICF1 神經系統構造及精神、心智功能	358	27.4
ICF2 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	214	16.4
ICF3 涉及聲音與言語構造及其功能	50	3.8
ICF4 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	79	6.0
ICF5 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	43	3.3
ICF6 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	111	8.5
ICF7 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	405	31.0
ICF8 皮膚與相關構造及其功能	33	2.5
舊制轉換新制暫無法歸類者	14	1.1

資料來源：作者整理。

路竹區、橋頭區、梓官區、彌陀區、永安區、燕巢區、田寮區、阿蓮區、茄萣區、湖內區）共128人，占總樣本的10.9%；東區（旗山區、美濃區、內門區、杉林區、茂林區、桃源區、六龜區、甲仙區、那瑪夏區）共103人，占總樣本的8.8%。

受訪者的障礙類別，以新制類別區分，以ICF7「神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能」最多，占31.0%；其次為ICF1「神經系統構造及精神、心智功能」，占27.4%，最後以「舊制轉換新制暫無法歸類者」占1.1%最少。

在障礙等級方面，以「輕度」障礙者最多，占38.6%；其次為「中度」障礙者，占30.3%；再其次為「重度」障礙者，占22.2%。

## 肆、資料分析結果

受訪的身心障礙者在性別方面，「男性」共687人，占58.7%；「女性」共484人，占41.3%，男女比例約為1.4：1。本研究抽樣對象是以設籍於高雄市政統計截至108年第一季領有身心障礙手冊或證明者共計141,482人為主。全高雄市在性別方面，男性78,436人；女性63,046人，各占56%及44%，與此次抽樣比例誤差在正負3%以內。在年齡分布分面，以「51歲-60歲」最多，占29.0%；其次「61歲-65歲」，占20.8%；再其次為「65歲

以上」，占11.8%。在障礙類別方面，以「神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能」最多，占31.0%；其次為「神經系統構造及精神、心智功能」，占27.4%。

在居住狀況方面，「在家照顧」最多，占總樣本的95.3%；「機構照顧」居次，占總樣本的3.8%；「社區家園」最少，占總樣本的0.9%。而「在家照顧」者中「與家人親友同住」的占89.8%，獨居者占4.1%，與看護/照顧員同住者占1.4%。

長照2.0的使用資格，不以年齡為限，而是以「失能」狀況作為開案標準，所以，先以全齡身障者來分析。結果此次受訪的身心障礙者，長照2.0的使用現況，有使用過《長期照顧十年計畫2.0》

（簡稱長照2.0）服務的占3.9%；未使用過的占96.1%，使用過的比例非常低。其中60歲以上者使用過的占8.2%，50-59歲使用過的占3.5%，40-49歲使用過的占2.7%。另外，若以身心障礙者常用的45歲作為提早老化的分界線，45歲以上者使用過的占6.3%，45歲以下者使用過的占1.9%，卡方檢定達顯著差異。所以，老化與否確實是使用長照2.0的重要因素。至於覺得目前照顧管理評估量表，「適切」的占50.0%，「普通」占39.1%。在申請到取得長照服務時間的期待，「尚可」占48.1%，「符合」占37.0%。在目前核發服務時數的需求，「尚可」占



41.3%，「符合」占34.8%。但因為受訪者中使用過的只有46位，所以屬於主觀感受，此結果難以支持長照評估工具可以反應老化身障者需求。

在長照2.0服務的需求方面，需求程度最高為「居家照顧」，平均分數3.54；其次是「居家護理」平均分數3.38；再其次為「生活輔具服務」，平均分數3.35。而使用後的滿意度，滿意度較高的項目為「居家照顧」，平均分數3.21；其次是「居家護理」及「生活輔具服務」，平均分數皆為3.10；滿意度較低者為「家庭托顧」，滿意度為2.93。

我們試著想瞭解那一類的身心障礙者比較會使用長照2.0的服務，所以將使用狀況與障礙類別新制交叉分析，發現有使用過的以ICF第七類（神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能），占43.5%為多；其次以ICF第一類（神經系統構造及精神、心智功能），占30.4%；再其次為ICF第二類（眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛），占19.6%。但身障人口數第一類是最多的，比第二多的第七類多了17%左右，所以此使用現況突顯出目前長照2.0服務對象仍以身體失能者為主，對於認知功能造成自我照顧能力不足者可能在需求評估時就被忽略了。

至於不同障礙類別者在長照2.0服務的項目分佈方面，針對身障人數比例較多的類別進行分析，發現ICF第一類方面，

需求程度平均最高者為「長照2.0居家護理」，平均數為3.40；其次為「長照2.0居家復健」，平均數為3.33；再其次為「長照2.0居家照顧」，平均數為3.27。ICF第二類方面，需求程度平均最高者為「長照2.0喘息服務」，平均數為3.22；其次為「長照2.0日間照顧」，平均數為2.89；再其次為「長照2.0多元照顧中心」，平均數為2.78。ICF第七類方面，需求程度平均最高者為「長照2.0居家照顧」，平均數為4.00；其次為「長照2.0送餐服務」，平均數為3.55；再其次為「長照2.0生活輔具服務」，平均數為5.3。

本研究為了採用多元檢定的方式，以求得更真實的需求。於問卷回收後，有初步統計分析成果時，邀請身心障礙者團體代表、身心障礙個案管理中心代表、需求評估新制代表、學者專家等共8人，進行一場焦點團體，以蒐集相關所需的資料。

究竟何種原因讓身心障礙者鮮少使用長照2.0服務？經彙整焦點團體中成員分享的資料，可以歸納出以下的原因：

### 一、申辦流程產生的不便利和經濟負擔，優先選擇其他替代資源

對於身障者而言，可近性與可及性是非常重要的因素。由於長照2.0是近年來的新政策，必須經過一系列的評估才能取得福利資源。長照2.0的政策，有自負額的經濟負擔、等待服務時間較久，在銜接

服務上經常產生落差，因此，在多方資源可選擇的狀況下，身障者較不會把此資源列為首選之要素。

## 二、福利選擇時一定以負擔的成本低且熟悉的資源為優先

身障福利服務與長照2.0的服務，存在著福利互斥的議題。對於照顧者或身障者本人而言，必定在二者之間選擇最符合經濟效益的。換句話說，就是能取得較多補助金額或不用付費的服務，且自身熟悉的資源一定優先考慮。尤其有熟悉的或金錢負擔較低的身障福利服務可使用，就不會選擇長期照顧服務。

## 三、長照2.0使用的評估工具無法真正反應出身障者的需求

取得長照資源必須透過照顧專員的評估，但目前使用的評估工具是以失能評估為主要設計內涵，評估工具除了以IADL及ADL為核心之外，已經納入衰弱評估（SOF）及納入失智但未失能者的相關評估，如MMSE、AD8或SPMSQ評估，但這些評估為何仍不能評估第一類身障者的需求？有可能是評估對於心智障礙者的認識不足、溝通有困難、長期照顧障礙者的家屬影響、評估操作方面的問題。心智類的身障者經常無法評估為失能，但在現實生活中卻又確實需要他人協助照顧。因此，造成所需的福利服務無法申請。

## 四、長照2.0領域的服務提供者對於身障者的熟悉度不高

照顧專員或居服員的主要服務對象是老人，對於身障者確實比較陌生，尤其身障者的障別眾多，而且溝通與照顧方式也有差異。長照2.0領域的服務人員較少接觸到身障者，即使上過一些課程和訓練，但無法在短時間內掌握身障者的特殊性。因此，造成居服員害怕照顧身障者，以及身障者家屬因擔心居服員對身障不熟悉而不願意使用的二大困境。

## 伍、研究結論與建議

針對以上的發現，筆者建議：

### 一、協助身心障礙機構或社區中的身心障礙家庭善用國家長期照顧的資源，以滿足不同的老化需求

長期照顧2.0已經建立了一個完善的服務體系，滿足老化的不同階段的不同需求，並顧及服務對象與照顧者。所以針對老化衍生的服務需求，身心障礙領域不宜再自行建立一套複雜的體系，建議能運用長照服務者以該體系的服務為優先，身心障礙領域則要建立比較獨特性的服務，在身障者有異於一般老人時，可以補足服務的不足。也就是把長期照顧2.0視為一個大水庫，身心障礙領域則自己有一個小水

庫備用，而政府部門則要提供一個「橋接計畫」（Bridging Project），協助解決使用上的落差，以便無縫接軌。而且需要有更瞭解身心障礙者特殊狀況的照專、個管、居服督和照服員，所以如何在既有的制度內強化服務人員的知能，這不是安排「身心障礙照顧服務20小時訓練」就能解決的。

## 二、建立完整的身心障礙者老化相關資料及預防保健，深入研究身心障礙者提早老化帶來的影響

此次調查發現老化的身心障礙者使用長照服務的比例非常低，且以肢體障礙者為主；其他障礙別的不是沒有需求，而是目前對身心障礙者提早老化的瞭解不夠，所以服務的開案標準或評估工具根本不適合他們。建議提供服務時不應以年齡為服務提供與否之主要評量標準，而應依據每年健檢的老化相關數據，提供符合身心障礙者需求的個別化服務。

因應鑑定與需求評估新制的推動，以及身心障礙者定期的健檢資料，政府應建立跨年度彙整及分析的身心障礙者老化資訊之資料庫，以建立身心障礙者老化的指標與常模。另外，進行鑑定與需求評估時，應加強鑑定者與評估員對於中高齡身心障礙者老化需求與資源運用的敏感度。因此，須定期提供評估員專業教育訓練，以提升其敏感度，才能落實身心障礙者的

需求評估，並提供更適切的福利與服務，做到真正個別化服務。

## 三、調整心智障礙者申請長期照顧服務之評估工具與機制

由於長照2.0是近年來新政策，必須經過一系列的評估才能取得福利資源。長照2.0的政策，有自負額的經濟負擔、等待服務時間較久，在銜接服務上經常產生落差，因此，在多方資源可選擇的狀況下，身障者較不會把此資源列為首選之要素。此外，身障福利服務與長照2.0的服務，存在著福利互斥的議題。對於照顧者或身障者本人而言，必定在二者之間選擇最符合經濟效益的。換句話說，就是能取得較多補助金額或不用付費的服務，且自身熟悉的資源一定優先考慮。

取得長照資源必須透過照顧專員的評估，但目前使用的長期照顧服務評估量表是以失能評估為主要設計內涵，運用了ADL或IADL，但ADL不易被評估出心智類障礙者的支持需求，但他們在現實生活中卻又確實需要他人協助照顧。因此，造成所需的福利服務無法申請。另外，運用IADL量表比較可以評估出智能障礙者的日常生活失能，故建議心智障礙類別能多運用IADL量表評估其需求，並增加補充選項供長期照顧管理專員依實際支持需求填寫。



（本文作者為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授）      **關鍵詞：**身心障礙者、長期照顧、老化

## 參考文獻

- 《老人福利法》。檢索自 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050037>。2020/10/30 作者讀取。
- 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。
- 陳政智、簡秀玲、周耕妃、劉婉華、陳玠汝、楊馥宣、楊雯羽（2013）。《中高齡智能障礙者需求及服務模式之研究》。內政部社會司委託研究。
- 蔡和綦、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〉，「邁向優質服務社會工作專業的對話與省思」研討會會議論文。臺北：臺鐵大樓演藝廳。
- Fried, L. P., Tangen, & C. M., Walston, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a pheno-type. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56, 146-156.
- Markle-Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58-68.
- 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., 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.
- Zhang, Y., & Herman, B. (2002). Ageing and apoptosis. *Mech Ageing Dev*, 123(4), 245-260.