

建構超高齡社會尊嚴與共融的身心障礙者照顧體系

壹、前言

依據行政院國家發展委員會（2024）最新人口推估結果顯示，我國未來總人口將由2024年之2,340萬人，減少至2070年之1,497萬人，其間青壯年人口將大幅減少，而老年人口則持續攀升，實際上臺灣已於2025年底正式邁入「超高齡社會」，65歲以上人口占比突破總人口數的20%，預計至2070年，老年人口將占總人口的46.5%，「高度老化」現象，儼然成為政府與社會各界必須優先面對的急迫課題。

再者，依衛生福利部截至2025年9月底的統計資料，我國約有124萬餘名身心障礙者，已超過總人口比率為5%，顯示國內每20位國民中就有1位是身心障礙者，而124萬多的身心障礙者總人口數中，65歲以上身心障礙者61萬8,279人，占身心障礙總人口比率的49.7%，人口結構的簡單質變，身心障礙人口的老化速度驚人，預示著整體社會照顧壓力的劇增。老化與障礙的雙重挑戰，使得照顧政策不再僅是少數人的福利，而是攸關整體社會韌性的核心議題。

本期以「超高齡社會時代身心障礙者照顧」為議題，收錄的論文共計29篇，其中專題論述20篇，一般論述9篇，相當多元、豐富。分別從不同觀點探討超高齡社會中心身障礙者的照顧議題，包括：社會參與和照顧支持的現況、挑戰、策略，不同障礙類別的特殊性，文化脈絡與偏鄉特性的考量，愈來愈受正視的失智症者照顧議題，以及身心障礙機構的照顧服務等，茲分別探討之。

貳、建置身心障礙者照顧服務的新典範

邁入「超高齡社會」的浪潮，身心障礙人口的「高度老化」成為不容忽視的議題，這意味著「老化」與「障礙」高度重疊，傳統分流的福利體制已難以應對日益複雜的照顧需求。面對此一挑戰，制度整合、文化安全及社會參與，是不容忽視的三大面向。

政府於2026年推行的長期照顧十年計畫3.0（115~124年）融合《長期照顧服務法》

與《身心障礙者權益保障法》兩套體系，納入「身心障礙者長期照顧」專章，以確保「障礙主流化」能落實於政策核心，兼顧了因老化而導致障礙的族群獲得照顧，與本身先存在障礙情形，隨著年齡增長進入老化階段的這群對象，使之能夠提早獲得支持，提供高照顧負荷家庭分級服務，並建構一個兼具連續性與整合性的支持網絡。

障礙者的需求不僅止於「被照顧」，從「障礙形成過程觀點來看，障礙並非來自於單純的生理缺陷，而是個體與環境互動後產生的結果，若政策過度強調補助與安養，可能會加速高齡身心障礙者退出社會，使其社會角色在制度實務中被邊緣化。「自立生活」不應只是重度障礙者的口號，而應成為所有高齡身心障礙者的權利指標，透過「個人助理」與「同儕支持」機制，確保障礙者擁有在社區生活的選擇權，讓「社會參與」成為衡量政策成功與否的最終標準，才能逐步遠離封閉式機構化的狀況。

參、破除單一框架，回應非典型老化與主體尊嚴

一、醫療與社福系統的制度落差與合理調整

以唐氏症者與心智障礙者為例，其所面臨的是「提早且非典型老化」的嚴峻考驗，且伴隨高的阿茲海默症與慢性病共病風險。由於溝通能力受限與健康風險辨識困難，障礙者常在繁複的就醫流程中被延誤診斷。傳統醫療體系偏重疾病治療，社福體系則著眼於生活功能維持。化解此落差，必須依據障別特性進行「合理調整」，透過建構整合門診與醫療個案管理，提供醫療決策的支持，方能落實非典型老化群體的健康權。

二、實務介入的創新案（以綠色照顧為例）

面對中高齡智能障礙者的情緒波動、空間轉換焦慮與運動精細動作的退化，實務上機構導入以自然環境為媒介的「綠色照顧」模式，透過「綠種植、綠體驗、綠休閒、綠行銷」的漸進式結構化介入，大自然的多感官刺激能發揮行為治療般的「重複性動作療效」，顯著舒緩焦慮並減少情緒行為，讓高齡智能障礙者從「被動接受照顧者」翻轉為「生命照顧與成果分享的提供者」，重塑自我效能與主體自尊。

三、感官障礙者的尊嚴、自主與安全抉擇

以中途失明之視覺障礙者或視多障長者為例，照顧需求牽涉到深刻的心理權衡，研究指出，許多視障長者在現實情境中，往往展現出「自立生活重於替代照顧」的價值取向，寧可透過定向行動與生活重建訓練來保有採買隱私與生活主權，亦不願全然配合居

服員的時間或接受不專業的人導法技巧的催促。同時，針對視多障者，機構需引進定向師等專業人力進行教育訓練，規劃聽覺學習導向的個別化日照課程；甚至需透過智慧手機教學等現代科技輔具，重新編織其超高齡社會下的社會參與網絡，因此在在證明，相關的服務應重視障別、心理、特質等差異，提供所需的服務，方能給予接受服務的障礙長者該有的尊嚴。

四、支持障礙者的親職權利

在家庭規模縮小的社會趨勢下，另一個被長期忽視的群體是「智能障礙父母」，當其原生家庭的支持（如外婆、祖父母）因老化或死亡而消失時，這群家長也漸趨老化，往往則陷入無力照顧障礙家人，而導至家庭崩潰的危機，突顯了「老障照顧」作為當代社會重要議題的迫切性。父母是障礙子女的一片天，是障礙孩子生涯發展的守門人，「父母身亡後子女的照顧安排」一直都是難以真正放手的生命課題，尤其是當子女伴隨高度支持需求時更是如此，然而如何協助智能障礙子女逐步發展自立與自主生活能力的議題，在本期的專論中，分享了日本在協助智能障礙者邁向自立生活過程中的經驗，在論文中指出，實踐協助智能障礙者邁向自立生活，並非單一模式或標準路徑，而是一段動態的歷程，在此歷程中，家長不僅是照顧責任的承擔者，更是轉銜啟動、生活想像與支持網絡建構的重要行動者。而自立生活的關鍵並不僅在於「是否離開原生家庭」或「是否具備自我照顧能力」，而在於家長能否在自身仍具備行動力與判斷餘裕的階段，逐步將生活的決策權與實踐空間，轉移並開放給障礙子女，亦即社會工作應從「單方面要求改變」轉向「與父母一起工作（work with parents）」，尊重障礙者的家庭及親職權利。

肆、超越義務的束縛：在失智照護中重建孝道與靈魂的連結

隨著醫療科技進步帶來長壽社會，以及全球人口結構快速老化，失智症已成為二十一世紀最具挑戰性的公共衛生議題。世界衛生組織（WHO）指出，全球失智者已超過5,500萬人，且每三秒就有一人罹患此病。在台灣，預計到2050年，失智人口也將大幅增加至86萬人以上。本期兩篇專題論述和失智症的探討相關，分別審視隱藏在照護背後的文化枷鎖——「孝道信念」，以及長期被醫療體系忽略的核心維度——「靈性健康」。

一、隱形的病人：孝道信念的雙面刃

在中華文化中，「百善孝為先」是根深蒂固的倫理規範，對家庭照護影響深遠。

然而，研究指出，孝道信念對照顧者而言是一把雙面刃。當照護者受限於「權威性孝道」，將照護視為不可違抗的義務、責任或家族期待，往往會陷入「抑己順親」的困境。這類照顧者常因社會期待而承擔一切，忽視自身的身心負荷，導致焦慮、憂鬱等生理壓力。特別是傳統家庭結構中的女性（如媳婦或女兒），常在職場與家庭間承受雙重壓力，「孝道」變成一種強制性的枷鎖，而非情感的流露時，照顧者往往成為了體制下「隱形的病人」。然而若照護者抱持「相互性孝道」，即源於親子間自然的愛與感恩，將照護視為情感的回饋時，往往能賦予照護行為意義感，進而減輕壓力會有主動尋求外部支持的現象，因此相關的服務宜有機制加以協助克服上述的挑戰。

二、遺落的維度：失智者的靈性尊嚴

與照顧者的壓力並存的，是受照顧的失智症患者被簡化的存在感。目前的長照政策雖強調「以人為本」，但實務運作仍過度聚焦於生物醫學模式與行政管理，往往忽略了失智者的「靈性需求」。靈性健康不應被窄化為宗教信仰，它涵蓋了個體對生命意義、自我價值、人際連結與超越性的追尋。

失智症者雖然認知功能衰退，但其靈魂並未混亂。他們仍保有情感反應與對意義的渴望，若靈性需求未獲滿足，將導致絕望感、無意義感等「靈性痛苦」，進而加劇行為問題。目前長照體系缺乏靈性評估的專業訓練，常將靈性照護誤解為僅是安排宗教活動，忽略了透過「理解性溝通與同在」來維護患者的人性尊嚴。文中指出破解失智照護的困局，急需要從政策、教育與文化層面進行全面轉向：（一）重構孝道內涵；（二）整合靈性照護至政策核心；（三）強化社會支持體系：如強化喘息服務、心理諮詢與經濟補助等。

伍、偏鄉身心障礙照顧的在地解方

隨著超高齡社會，高齡與障礙交織的照顧議題，已成為無法迴避的深層社會現實。現行的福利制度，套到原鄉部落與前線離島時，如何調整，將之轉化為實質支持，是偏鄉服務的重要課題。本期透過兩篇原鄉、一篇離島的實證研究，應可引導讀者重新反思制度與文化的共同作用，供作政策調整之參考。

一、文化本身就是最豐厚的身障支持資本

長期以來，主流社會福利政策較易將偏鄉視為「資源匱乏」的被動救濟對象。然

而，實證量化研究翻轉這種想法。在屏東排灣族部落的調查中發現，受訪者自評「受到族人文化影響（如家屋、長嗣制度、親族互助連結）」的程度越高，其對身心障礙者的認知、友善程度及整體接納態度皆顯著高於未受文化影響者。在排灣族的宇宙觀與生活脈絡中，「障礙」不被視為獨立個體的醫療問題，而是鑲嵌在「家」的集體性與生命共同體之中。

同樣地，在布農族原鄉的質性訪談中，高齡身障者會強烈渴望在熟悉的部落「在地安老」，是因為布農族核心的「部落互助」與「無私分享」文化，讓長者在田間勞動、教會聚會或文化傳承中，能延續尊嚴、安全感與存在感。這是促進身障平權與非正式照顧網絡最寶貴的「社會資本」。未來政策的介入，宜導入「文化安全」概念，將共享文化轉化為社區型支持網絡，打破「家族過度負荷」與「公共排除」的現象，並支持具有文化主體性的充權作法。

二、改善繁瑣行政與鑑定流程，順暢弱勢者的使用權

現行的申請鑑定制度與長照的流程，對於資源不足的偏鄉是困難重重一些調查顯示，申請居家照護或福利身分時，因為手續繁複、評估審核刻板、年齡門檻與不動產認定不公等因素，導致使用者常有「看得到、吃不到」的看法。另外，長照宣導缺乏具有族語翻譯與文化對等觀念的轉譯，易使正式制度與偏鄉原民之間築起了一道厚實的「文化落差」與資訊斷層。

在交通不便、地理空間限制、經濟效益不佳的偏鄉，若要去除制度性的冷漠與排除，政策手續的簡化、評估指標的因地制宜，是需好好思考的議題。

三、檢視並落實對家庭照顧者的支持

離島因交通不便、專業人力匱乏，導致相關服務未能充分發揮功能，因此相關的照顧體系很難不仰賴「家庭」來承擔與配合。在提供離島經驗的論文中發現，離島家庭不僅需負起（非正式）照顧責任，更需是正式制度得以運作的「先備條件」，亦即，家屬必須一肩挑起資訊取得、繁複行政申請、跨體系協調與跨島交通銜接等事務。過度承按照顧的責責，一旦家庭承受不了而導至崩潰時，社會的不幸事件就發生了，故政策的擬定，應將家庭視為制度最重要的夥伴、減少其為障礙家人的奔波，及實質資源的挹注，服務的績效方能彰顯。

陸、身障機構的尊嚴轉型與政策考驗

當臺灣已進入「超高齡社會」時，社會目光多聚焦於一般長者的長期照顧。然而，在社會的隱蔽角落，一群特殊的「資深住民」正正面臨更為嚴峻的生存賽局：身心障礙者。研究指出，身障者平均提早10至20年進入老化階段，這種「中年即老化」的現象，讓身障住宿機構陷入了「老中有障，障中有老」的雙重挑戰，亟需政策與實務界的轉型因應。

以雲林教養院的實證研究為例，高達85.2%的住民已超過40歲，步入老化轉折期，更令人關注的是「高齡久宿」的趨勢：超過六成的住民在機構居住超過21年，機構已成為他們生命終點的實質歸宿，這是服務數據的移轉，也是照顧強度的結構性質變。當住民的功能從「自理訓練」轉向「高密度護理支持」時，現有的身障福利體系相對需做好準備

當前身障機構在轉型老化照顧時，面臨著的結構性瓶頸主要包括：（一）「不同工卻同酬」而引發的人才流失：也就是說，老化專區的工作人員承受著極高的醫療照顧壓力與心理負荷，但薪資待遇若未能與非專區同工做出差異化，是難以維持人力穩定；（二）醫療銜接的斷層：隨著住民慢性病與失能加劇，機構必須與醫療院所建立更緊密的協作機制，甚至是導入智慧醫療與科技應用，方能降低照護風險並提升效率。

面對上述困境，該教養院的經驗提供了值得借鏡的策略，包括：（一）所推動的「多層次老化服務」，不僅包含硬體上的老化照顧專區設置，更擴及法律層面的「監護與輔助宣告」，確保雙老家庭在父母離世後，住民的財產與醫療決策仍能獲得法律保障；（二）跨專業團隊的整合照顧，機構和醫療院所、心理支持系統、家屬等，建立更緊密的協作機制；以及（三）針對住民認知的生死議題，整合靈性照護，結合至政策核心體現了對障礙者生命尊嚴的最終關懷。

柒、結論

超高齡社會的挑戰是全民的，而對身心障礙者的對策則是檢驗社會文明度的試金石，因此不能僅依賴單一體系的延伸，而應透過制度性、系統性的資源整合，結合政府與民間的力量，建構出兼顧個別化、族群文化、地緣差異性、機構服務對象老化與生命尊嚴的照顧支持體系。讓每一位高齡身障者，無論身在何處、屬於何種族群，都能在熟悉的社區中，享有平等的自立生活權利。