

高齡身心障礙者社會參與 困境——交織性與障礙形 成過程的結構分析

姚奮志

壹、問題陳述

依據衛生福利部統計處資料，截至2025年6月底，我國領有身心障礙證明者共計1,238,505人，其中65歲以上者達611,234人，約占全體身心障礙人口的49.4%（衛生福利部統計處，2025），顯示身心障礙者（以下簡稱身障者）中「每兩位即有一位為高齡者」。這意味著高齡身障者已不再是身心障礙政策中的邊緣對象，而是牽動整體身心障礙福利、長期照顧及社會參與政策設計的關鍵角色。

臺灣現行制度與多數研究傾向「一般高齡者」或「一般身障者」作為主要研究對象，即使有結合兩者之研究則多描述參與的重要性與阻礙樣貌（吳舜堂、陳欽雨，2017；古國宏等人，2022；邱懿瑩，2019；陳政智，2021；張淑卿、潘妍婷，2023），高齡身障者的社會參與限制並非單一健康問題，而是涉及生理功能、心理

負荷與社會條件等多重因素交互作用的結果（Levasseur et al., 2010; World Health Organization, 2010; Putnam et al., 2022）。當個體因功能限制而逐步減少外出與社會互動時，社會參與機會也隨之下降，並可能影響後續參與的持續性（Putnam et al., 2022）。

其次，教育程度偏低、就業身分退出、家庭經濟弱勢與照顧支持不足，往往透過環境限制與社會角色中斷，放大功能限制對高齡身障者社會參與的影響（Fougeyrollas, 1995; Putnam et al., 2022）。臺灣實證研究亦呈現類似趨勢（姚奮志、鍾武中，2025），依「障礙形成過程模型（Disability Creation Process, DCP）觀點」，功能狀態、環境因子與社會角色會在互動時間流中相互作用，使原本的能力逐步轉變為實際的參與障礙，使社會參與困境成為結構性結果（Fougeyrollas, 1995）。且現行政策制度

多以單一身分邏輯設計，高齡身障者常被分流至老人福利／長期照顧或身心障礙福利體系，需求因而被片段化處理（衛生福利部，2016）。以我國身心障礙鑑定與需求評估制度，與長期照顧政策為例，兩者在制度設計都有評量重疊、制度分流不清的情況，使高齡身障者的社會角色在制度實務中被邊緣化或提前終止，進而加速其退出社會（國家衛生研究院，2022；姚奮志，2022；衛生福利部，2016）。

綜合上述，本文旨在說明高齡身障者社會參與受限的結構性樣貌與形成脈絡，有三個主要目標：首先，描繪高齡身障者社會參與受限的整體情況，釐清不同功能層面與社會參與障礙之間的關聯。其次，結合交織性與DCP觀點，分析功能限制、環境條件與制度安排如何在實務運作中相互影響高齡身障者的社會參與。最後，反思現行以照顧與補助為核心的制度設計，如何削弱高齡身障者持續參與社會的可能性，並加速其退出社會，進而凸顯將社會參與納入政策核心目標的重要性。

貳、文獻探討

一、高齡身障者的人口交織脆弱性

（一）交織性的意涵與相關研究

交織性（intersectionality）作為一種分析視角，強調不同社會分類指標並非各自獨立運作，而是在制度安排與資源分配

過程中相互作用，共同形成個體的不利處境。交織性觀點指出，年齡、性別、障礙與社經地位等因素，並非單純疊加，而是在權力關係與制度運作中彼此強化，在生命歷程中持續累積，形成各種不平等（Crenshaw, 1989; Hankivsky, 2012）。故，不利處境不再被視為個人特質或單一身分的結果，而是結構性條件相互作用的產物。

相較於僅以年齡作為分析指標，交織性視角有助於揭示老化經驗如何受性別、階級與社經地位影響。若忽略這些結構差異，將難以理解不同高齡者在健康狀況、照顧安排及社會參與上的不平等結果（Calasanti & Slevin, 2001）。此外，主流「成功老化」與「活躍老化」論述往往隱含能力導向與中產階級規範，使同時具備多重不利條件的高齡族群，在理論與政策層次上被邊緣化（Katz & Calasanti, 2015）。因此需引入更能回應結構差異與理論層次的分析視角。

從障礙經驗出發，交織性有助於說明障礙如何與性別、年齡與社經地位交互作用。障礙不再被理解為單一因素，而是與勞動市場結構、照顧體系與福利制度密切相關；當障礙與老化歷程交互作用時，其影響往往累積，使個體更容易在制度運作中遭遇多重排除（Putnam, 2002; Priestley, 2003）。同時，「老化伴隨障礙（aging with disabilities）」族群的概念意

涵，往往同時面臨年齡歧視與健全主義的限制，導致他（她）們在政策與服務體系中處於模糊且不利的位置（Putnam et al., 2022）。

綜上，交織性不僅是描述多重身分的概念工具，更是用來理解結構性不平等在生命歷程中累積的觀察視角，也提供檢視回應不同處境的制度設計與服務提供的分析基礎。

（二）高齡身障者的交織脆弱情境

當老化歷程與障礙經驗交互作用時，教育、經濟與居住條件會在生命歷程中相互疊加，逐步累積結構性不利位置，並轉化為具體的社會參與限制（Clarke et al., 2019; OECD, 2022; Priestley, 2003）。低教育程度與有限的經濟資源，會削弱高齡身障者在資訊取得、制度理解與自我倡議上的能力，因而不易將既有資源有效轉化為實際行動。在此情況下，個體外出、參與社區活動或使用支持性服務的可能性隨之降低，在實務上面臨較高的參與門檻（Clarke et al., 2019; Putnam, 2002）。即便在控制健康狀況後，教育程度與就業身分仍對社會參與具有獨立影響，顯示早期累積的社經不利，會在老年階段具體轉變為參與障礙（Putnam et al., 2022）。而在高收入國家的制度與社會環境中，年齡、障礙、性別與社經地位等因素同樣在生命歷程中交織影響高齡身障者的社會參與，

使之在勞動市場、照顧體系與公共空間中更容易面臨多重排除（Desai et al., 2024; Grenier et al., 2020）。可見，上述因素並非個別作用，而是在生命歷程中交織影響高齡身障者的社會參與。

在上述社會參與受限的脈絡下，國內研究發現，具有功能限制且社會參與程度較低之中高齡者，其長期照顧服務使用率亦相對較低，顯示社會參與不足可能進一步降低制度資源的可及性，形成參與與支持同時受限的循環（呂宗學等人，2022）。高齡身障者所面臨的交織脆弱情境，為教育程度、經濟條件、性別位置與障礙經驗等因素在生命歷程中持續累積的結果（姚奮志、賴宏昇，2020；Grenier et al., 2020; Priestley, 2003）。在此結構脈絡下，臺灣現行制度對不同障別之服務規劃仍顯不足，且多以失能導向進行資源配置，較難回應身障者多元生活及社會參與需求（劉雅文、何立博，2017）。因此，若政策分析僅以「一般高齡者」或「一般身心障礙者」作為對象，將難以掌握高齡身障者在生命歷程中累積而成的實際參與限制。

二、高齡身障者社會參與困境的形成機制

為理解高齡身障者社會參與困境的形成歷程，本文採用障礙形成過程模型（DCP）作為分析視角。DCP強調，功

能限制本身不一定導致障礙情境，而是透過環境與制度條件等因素，在互動時間流中逐步影響參與效果（Fougeyrollas, 1995）。因此，透過DCP與交織性觀點，將高齡身障者所面臨的功能限制、社會角色變化與制度安排共同分析。相關分析概念詳如表1。

（一）功能與健康條件

在生理層面，移動能力、生活自理與居家活動等日常功能出現限制時，往往會影響個體在日常情境中的社會參與表現（World Health Organization, 2010）。在控制年齡、教育與經濟條件後，功能因素仍具有高度解釋力，顯示功能狀態在

表 1 高齡身障者社會參與困境之分析視角：DCP 與交織性之分工

分析層次	交織性觀點的 關注重點	DCP模型的 分析重點	本文對應分析內容
結構位置	年齡、障礙、性別 與社經地位交互形 成的不利處境	-	高齡身障者的人口 交織脆弱性
功能條件	不利結構下功能退 化的累積風險	功能限制是參與的 重要因子	功能與健康條件
環境與制度	制度分流與資源配 置的不平等影響	制度是影響能力的 環境因子	環境與制度條件
社會角色	勞動、家庭與社會 角色的中斷風險	社會角色在互動時 間流中的中介作用	社會角色與心理歷 程
參與結果	結構性不利的具體 化表現	能力在制度回應下 形成參與障礙	社會參與受限

註：交織性觀點主要用以描述高齡身障者所處的結構性不利位置；障礙形成過程模型（DCP）則用以分析功能限制如何在環境與制度條件的回應下，轉化為實際的社會參與障礙。

資料來源：研究者整理。

參與歷程中具有關鍵地位（Putnam et al., 2022）。然而，功能退化的影響並非僅止於當下的活動表現，而是隨時間推移，在既有環境與制度條件下逐步累積，並形成實質的參與障礙（姚奮志、鍾武中，2025）。因此，功能狀態不宜被視為純粹的健康結果，而需放在能力、環境與制度互動中加以理解。

從生命歷程觀點來看，「老化伴隨障礙」歷程中的功能限制，會在環境與制度條件的作用下隨時間累積；當個體長期處於就業不穩定、經濟不安全與制度支持不足的狀態時，這些不利條件在老化歷程中相互疊加，使社會參與的流失呈現結構性，且難以逆轉（Grenier et al., 2020; Putnam et al., 2022）。此外，早期的輕度功能下降，往往先影響較複雜的社會角色，如工作、志願服務或社團參與；若能及早介入復能服務或提供適切輔具，參與仍有部分維持的可能。然而，當功能退化進一步影響基本生活自理（ADL）時，社會參與的流失通常更難逆轉，並伴隨社會角色的快速中斷（Putnam et al., 2022）。

DCP觀點提出的「互動時間流」概念，有助於理解上述歷程。功能限制並非立即導致社會參與障礙，而是在時間累積中與環境條件、社會角色交互作用，逐步將原本尚可維持的能力轉化為障礙情境，使社會參與受到影響（Fougeyrollas,

1995）。因此，為預防或減少社會參與障礙的發生，政策或服務應該及早介入功能與健康因素的維持，才能避免這些條件因時間累積而逐步轉化為結構性的障礙。

（二）環境與制度條件

高齡身障者的交通可及性、公共空間與居家無障礙設計，直接影響外出與社會互動的可能性（World Health Organization, 2010）。當環境中存在阻礙因子時，即便個體仍具備一定功能能力，實際參與表現仍可能受限，形成能力與表現之間的落差（Fougeyrollas, 1995）。環境與交通面的投入能在短期內提升高齡身障者的社會參與（OECD, 2022; World Health Organization, 2010），而當這些改善與社區支持服務同步推動時，更有助於縮小能力與實際參與之間的落差（Buffel et al., 2021; World Health Organization, 2010）。

除了物理與社會環境條件外，當福利制度以單一身分邏輯進行分類，高齡身障者往往被分流至老人福利或身心障礙福利體系之一，其需求因此被片段化處理。以臺灣ICF制度設計來看，即便鑑定與需求評估工具皆源自ICF理念，制度實務中仍呈現分立運作，使活動、參與與環境因素在評估流程中難以被整合，造成評量重複、未以身障者為服務核心、使身障者參與程度不一（姚奮志，2022；國家衛生研究院，2022；衛生福利部，2018）。當

制度未將參與視為核心目標，而只是功能評估的延伸時，制度環境會使功能限制在日常情境中被放大，讓原本可維持的參與逐步受到壓縮，最終在結構運作下形成實質的參與障礙（Clarke et al., 2019）。可知，制度並非中立的服務輸送工具，而是塑造高齡身障者參與機會與限制的重要結構因素。

（三）社會角色與心理歷程

個人社會角色與心理狀態，以及照顧者的健康狀況與照顧負荷，會直接影響高齡身障者外出與社交活動的可能性；同時，教育程度偏低與數位落差，使制度資源在實務上難以被理解與使用，既有支持因此無法有效轉化為實際參與（Clarke et al., 2019; Levasseur et al., 2010）。此外，綜合相關研究（Santini et al., 2020; Villar et al., 2023），孤獨感與憂鬱的產生可能源於參與受限，也會進一步影響參與動機，使參與困境持續累積。相對而言，穩定的人際互動與具意義的社會角色，有助於維持持續性參與與主觀福祉；然而，缺乏長期社會連結與支持網絡，或是短期一次性的活動介入，都難以形成穩定的社會參與。

就業不穩定與提早退出勞動市場，使高齡身障者的社會角色容易在中高齡階段即出現中斷，而退休期反而被拉長。這樣的就業脆弱性並非單純由健康狀況所決

定，而是與制度未能提供彈性就業、支持性工作安排與參與導向服務密切相關，使社會角色的流失成為社會參與受限的重要結構因素（姚奮志、賴宏昇，2020；Jones-Cobb & Turner, 2025; OECD, 2022; Schur et al., 2013）。因此，社會角色的維繫需被視為參與支持的重要制度議題，而非僅屬個人適應或勞動市場選擇的結果。

三、小結

高齡身障者的社會參與困境，在實務上很難歸因於單一因素，而是功能與健康條件、環境與制度安排，以及社會角色與心理歷程等多層次，在生命歷程中相互作用的結果。功能退化雖構成參與的直接限制，但其影響往往是在制度與環境回應不足的情況下被放大（Fougeyrollas, 1995; Putnam et al., 2022）。無障礙設計與支持性服務雖能在一定程度上減緩功能限制的影響，卻難以單獨支撐長期且穩定的社會參與（吳舜堂、陳欽雨，2017；邱懿瑩，2019；張淑卿、潘妍婷，2023），使社會參與被視為服務的效果，而非真正的積極目標。

即便高齡身障者仍具備參與潛能，制度與服務支持不足，仍可能使其社會角色提早中斷。現行鑑定與需求評估制度在流程與權責上的分離，使活動、參與與環境面向難以進入決策，制度因而無法有效回應社會參與需求（姚奮志，2022）。同

時，家庭照顧資源、經濟與就業條件，以及孤獨感與心理健康狀態，會交互放大功能限制與環境阻礙，使參與不足逐步累積為結構性的參與障礙（Putnam et al., 2022; Santini et al., 2020）。高齡身障者的社會參與困境應被理解為一項結構性且具時間動態性的問題，需從制度與環境調整、功能支持，以及社會角色與心理支持等多重層次加以回應。

參、討論：制度設計的檢視與定位

高齡身障者的社會參與受限，並非僅能從個人功能或服務使用情形加以理解，需進一步回到制度設計與政策運作的層次加以檢視。從生命歷程與制度分析的觀點來看，老化經驗本身即深受政策安排、福利制度與社會結構影響，制度不僅須回應個體需求，更在無形中塑造可行動的生活路徑（Bolster-Foucault et al., 2024; Settersten & Mayer, 1997）。因此，社會參與不再只是個體能力的延伸結果，而是制度如何界定需求、配置資源與設定政策目標的產物。

一、制度分流下的社會參與限制

在高齡身障者人口快速成長的背景之下，現行政策與制度設計多以功能或年齡作為福利服務分類原則，使高齡身障者可

能依年齡被分流至老人福利或長期照顧體系，或依身心障礙身分歸入身心障礙福利體系，因而不易從整體性視角評估與回應其需求。此一現象與近年對成功老化概念的批判性反思相互呼應，顯示當制度過度強調個人功能與自我責任時，反而容易忽略結構性條件對參與機會的影響（Katz & Calasanti, 2015）。

就制度設計而言，身心障礙服務與長期照顧服務分別依循不同法規與評估體系進行資源配置，進一步加深制度切割的問題。身心障礙服務係依《身心障礙者權益保障法》及其相關子法，以國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）作為鑑定與需求評估基礎，並依障礙類別與程度提供對應服務；長期照顧服務則依《長期照顧服務法》，以長期照顧管理中心所採用之失能評估工具（CMS）作為服務分級與給付依據（長期照顧服務法，2015；衛生福利部，2021）。兩套評估制度在對象、功能面向與服務內容上存在高度重疊，卻分屬不同制度體系與主管機關，事權未能統一，使高齡身障者在實務上需反覆接受評估，並在不同制度間轉換身分與服務角色。此外，身障服務與長期照顧體系在制度設計與服務輸送上仍存在整合不足與銜接困難的問題，使部分高齡身障者在制度轉換過程中出現服務落差與未滿足需求（國家衛生研究院，2022）。

雖然「障礙程度」與「失能程度」在

實質上皆指涉個體功能受限與支持需求的程度差異，但在制度設計上卻分別被納入身心障礙服務與長期照顧服務體系中加以定義與操作。由於兩套制度缺乏共同的參與導向目標，服務設計多以照顧與支持為核心，而未能回應高齡身障者持續參與社會生活的需求，社會參與可能成為制度難以承接的空白地帶。

二、健常主義制度預設下的社會參與排除

國內外高齡研究長期將社會參與視為影響老年人身心健康與生活品質的重要因素，並逐步發展出多層次的理解架構，將其納入個人行動、社會互動，以及制度與環境條件等不同層面加以討論（Bukov et al., 2002; Levasseur et al., 2010）。在這樣的架構下，社會參與不僅與身心功能維持與老化歷程相關，也與教育背景、社會資源分配及政策制度安排密切交織（Gilleard & Higgs, 2011; Mendes de Leon et al., 2003）。然而，部分成功老化與活躍老化論述在強調自主、活動與生產力時，往往預設特定的能力狀態，將參與視為個人選擇與努力的結果，較少處理能力差異與結構限制所造成的不平等（Gilleard & Higgs, 2011; Katz & Calasanti, 2015）。國內相關討論亦顯示，高齡政策與服務體系多以照顧與支持作為主要取向，社會參與常被放在次要位置，成為服

務介入後的附帶結果，而非政策設計中需被明確承接的目標（吳舜堂、陳欽雨，2017；邱懿瑩，2019；張淑卿、潘妍婷，2023）。同時，多數研究以功能相對完整的一般老年族群為分析對象，隱含老年人仍具備一定程度的行動能力與制度可及性。

一旦功能限制與環境障礙交織出現時，以健常能力為前提的社會參與想像便顯得不足。健常主義（ableism）指出，制度與政策往往將特定能力狀態視為理所當然的「正常」，並透過分類、評估與資源配置加以制度化，使無法符合此一標準者被推向照顧與管理的位置，而非被視為參與主體（Wolbring, 2008）。近年研究表明，成功老化與活躍老化論述在強調自主、活動與生產力時，往往延續這種能力預設，將參與理解為個人選擇與努力的結果，較少處理能力差異與結構限制所造成的不平等（Katz & Calasanti, 2015）。隨著高齡與障礙交叉議題受到重視，年齡歧視與健常主義（ableism）在政策與服務設計中相互交織，使功能受限的高齡者更容易被排除於主流參與安排之外（Gendron et al., 2024）。在此情況下，若高齡研究與政策實務仍直接沿用以一般老年人為對象所建立的社會參與框架，制度便容易預設高齡身障者具備參與所需的能力與條件，並將參與不足理解為個人動機或適應問題，而非制度與環境支持不

足的結果。社會參與也因此政策與服務設計中逐步退居次要位置，成為缺乏明確承接機制的制度空白（Putnam et al., 2022）。

總之，一般高齡研究所建立的社會參與論述，雖然為理解老年生活品質提供重要基礎，卻同時隱含對健全能力的制度性預設。若未正視健全主義制度設計帶來的影響，社會參與不僅難以回應高齡身障者的實際處境，也容易將社會參與視為個人責任問題，削弱政策與服務設計本身所應承擔的角色。

三、社區化制度下的社會參與區域不平衡

近年高齡政策普遍以「社區化」作為主要推動方向，透過在地服務與支持網絡，使高齡者得以持續生活於熟悉的生活環境中，並將社會參與納入健康老化的重要構成要素（World Health Organization, 2010; 2023）。在這樣的制度安排下，參與條件高度繫於地方層級的資源配置與制度承載能力，不同社區在服務密度、可近性與支持網絡上的差異，直接影響高齡者實際可及的參與空間。

長照制度在推動社區化時，常將社區視為可直接動員的單一資源單位，忽略不同地區在人口結構、資源密度與服務可及性上的差異，因而在偏鄉與高度高齡化地區放大既有的空間不平等（張世

雄，2018）。當社區化推動未同步處理無障礙環境、交通可及性與跨制度支持時，照顧服務的可近性即使有所提升，社會參與的實質空間仍難以擴展（Buffel & Phillipson, 2018; Buffel et al., 2021; World Health Organization, 2023）。在功能限制與社經不利同時存在時，缺乏制度性支持與資源整合的社區容易成為參與排除的場域，使社區化在實務上加劇既有不平等，而非促進參與（Clarke et al., 2019）。

對高齡身障者而言，制度若長期僅以照顧服務的配置與輸送作為主要回應方式，而未同步建構參與所需條件，社會參與便容易在長期存在的區域資源差異中，在制度實踐中被邊緣化。姚奮志（2022）即指出，這類制度運作在不同區域所產生的效果並不一致，不同地區身障者的生活條件與參與機會已受到結構性限制。在高齡與障礙交織的情境中，這種區域不平衡進一步削弱社區化政策的承接能力，使參與受限成為制度設計與空間結構共同作用的結果。從DCP觀點來看，制度並非中立背景，而是實際影響參與可能性的環境條件；當參與支持未被納入制度調整與資源配置的核心考量時，社會參與的限制便在既有制度與空間配置下被持續再製（World Health Organization, 2010）。因此，社會參與不應被視為區域差異的自然現象，而是制度設計與資源配置不均衡需面對的政策課題。

肆、建議

高齡身障者社會參與受限並非源於個人能力不足或服務使用意願低落，而是現行制度在回應老化與障礙交織風險時，仍以照顧與服務輸送作為主要運作邏輯，未能將社會參與視為制度必須承接的核心議題。未來政策調整的重點，並非另行建立全新制度，而是在既有法制與服務架構下，重新界定社會參與在制度中的位置，並強化不同制度之間在評量、執行與轉銜上的整合。

首先，在法制理念層次上，身心障礙者權益保障法已明確揭示身障者平等參與社會生活的權利內涵，並將參與、無障礙與社會融合列為重要政策原則。然而，制度設計仍多以照顧、補助與服務給付作為主要服務方式，使社會參與多停留於原則性規範，而未成為制度運作中需被具體回應的政策目標（身心障礙者權益保障法，1980 / 2014修正）。建議將社會參與明確納入政策目標與制度設計，使相關服務不僅回應基本照顧需求，亦支持社會角色與公共參與的實踐。

其次，在資源配置層次上，現行身心障礙鑑定與需求評估制度雖以ICF為理論基礎，強調功能、活動與參與的整體觀點，但在實務上仍多作為資格認定與補助分流之依據，使社會參與及環境支持在資源配置中相對邊緣；再加上長期照顧制

度之失能評估工具（CMS）另以服務分級與給付判定為目的，與既有評量機制重疊，致使服務使用者面臨重複評估與資源整合不足之困擾。建議未來除整合身心障礙鑑定與需求評估中的評量與實質運用機制外，亦有必要在身心障礙服務與長期照顧制度之間，建立更具一致性的評量與執行邏輯，使評估結果不僅用於給付判定，亦能作為後續參與支持、環境調整與跨制度服務銜接的重要依據（衛生福利部，2018；衛生福利部，2021）。

第三，在服務輸送層次上，現行制度多以年齡或身分作為主要分流依據，使高齡身障者在進入高齡階段後，容易被轉銜至以照顧為核心的服務體系，其原有的就業、社區參與或社會角色支持，反而在轉銜過程中被中斷。建議未來轉銜制度設計宜避免僅以年齡作為服務轉換的單一標準，而應結合功能狀態、參與意願與社會角色維繫等面向，使轉銜成為支持參與延續的制度安排，而非預設社會退出的起點。此一方向亦可與長期照顧十年計畫2.0所強調的「在地老化」與「連續性照顧」原則進行更具實質內容的制度銜接（衛生福利部，2016）。

第四，在地方服務層次上，建議中央持續透過《身心障礙者服務資源布建計畫》及《身心障礙者服務中心提升品質及人力補助計畫》（衛生福利部，2023），支持地方政府建構更完整之在地服務體

系，並進一步強化身障中心在高齡身障者社會參與支持中的制度性角色，將其定位為整合在地資源網絡的重要樞紐。具體而言，地方政府可強化身障中心之跨制度協調、個案整合及在地連結功能，並定期召開與社區行政、社會福利、衛生醫療、警政及相關體系之網絡合作會議，建立涵蓋家庭、社區、經濟與防救災等面向的共同行動機制，以更周延地回應高齡身障者所面臨之多重需求。同時，亦建議地方政府規劃將身心障礙服務融入長期照顧據點，發展共生型服務模式，透過促進在地資源之整合與共享，提升身心障礙者參與社區生活及社會互動之機會（歐紫彤等人，2024）。整體而言，未來政策推動宜朝向跨制度整合與服務網絡協作之方向發展，以提升服務可近性，並進一步強化高齡身障者的社會連結與公共參與。

總之，高齡身障者社會參與制度的調整，關鍵不在增加服務項目，而在於重新理解制度如何界定與設計參與條件。在既有法制與政策架構下將社會參與明確納入制度運作的核心考量，並在評量、轉銜與在地服務層次強化制度整合，維持社會角色與有意義的社會參與。

伍、結論

在我國正式邁入超高齡社會的背景
下，高齡身障者已成為身心障礙人口中最

具規模與政策意義的族群，其生活處境不僅涉及個別支持安排，更牽動高齡政策與身心障礙政策之間的整體配置。然而，長期以來，相關討論多以單一族群作為分析與服務對象，使高齡與障礙同時存在時所衍生的制度問題，未能被清楚辨識。本文以高齡身障者作為獨立的討論對象，嘗試跳脫既有分類框架，從社會參與的角度出發，重新檢視現行政策與服務體系對一族群的回應方式。所關注的並非個別條件的差異，而是制度在分類、分流與回應過程中，如何界定哪些需求被視為核心，哪些生活面向則被視為次要。

本文認為，當政策設計仍以照顧與補助作為主要回應方向，而未同步處理參與相關安排時，高齡身障者原有的生活位置與社會連結，往往在制度運作中被弱化。這些並非源於個人選擇，而是反映制度如何理解老化、障礙與社會角色之間的關係。因此，高齡身障者的社會參與困境，並非偶發或個別現象，而是現行制度分類與設計下的必然結果。若政策欲調整或改善此一處境，有必要重新檢視相關制度如何界定社會參與的意義與位置，而非僅將社會參與視為服務介入後的成果或效益。更重要的是，需從制度設計與政策取向加以理解，實際回應其日常生活中所遭遇的限制，而不致停留於零散的支持或服務補充。

（本文作者為國立臺南護理專科學校老人服務事業科副教授）

關鍵詞：高齡身心障礙者、社會參與、制度分流、交織性、障礙形成過程模型

參考文獻

- 古國宏、李秀鳳、陳志明（2022）。〈國內高齡身心障礙者之休閒運動參與及概況探討〉。《屏東大學體育》，8，99-108。
- 吳舜堂、陳欽雨（2017）。〈高齡長者社會支持、社會參與與活躍老化關係之研究〉。《福祉科技與服務管理學刊》，5（4），331-352。https://doi.org/10.6283/JOCSG.201712_5(4).331
- 呂宗學、吳肖琪、陳肇文（2022）。〈臺灣中老年人身心健康及社交參與之潛在類別與長照2.0服務認知與使用意願〉。《臺灣公共衛生雜誌》，41（4），445-457。https://doi.org/10.6288/TJPH.202208_41(4).110127
- 身心障礙者權益保障法（1980 / 2014修正）。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050046
- 邱懿瑩（2019）。〈從高齡社會探討老年族群之社會參與關係〉。《高科大體育》，2，36-49。
- 長期照顧服務法（2015）。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0070040
- 姚奮志（2022）。〈身心障礙鑑定與需求評估分析：分立？或整合？〉。《臺灣公共衛生雜誌》，41（1），81-95。https://doi.org/10.6288/TJPH.202202_41(1).110136
- 姚奮志、賴宏昇（2020）。〈身心障礙者經濟安全與就業安全的圖像建構：以新竹市為例〉。《臺灣健康照顧研究學刊》，22，71-105。
- 姚奮志、鍾武中（2025）。〈從障礙形成過程模型看臺灣高齡身障者之社會參與〉。《臺灣公共衛生雜誌》，44（3），306-324。https://doi.org/10.6288/TJPH.202506_44(3).113095
- 國家衛生研究院（2022）。《失能身心功能障礙者之照顧需求及服務模式初探》。
- 張世雄（2018）。〈高齡社會中的社區照顧與社區政策：社區要怎樣照顧？〉。《臺灣社區工作與社區研究學刊》，8（3），1-34。
- 張淑卿、潘妍婷（2023）。〈數位科技下高齡者社會參與發展障礙與策略〉。《社區發展季刊》，182，34-52。
- 陳政智（2021）。〈老化身心障礙者與長期照顧2.0的距離〉。《社區發展季刊》，176，198-206。

- 劉雅文、何立博（2017）。〈高齡身心障礙者納入長期照顧服務體系之規劃與挑戰〉。《福祉科技與服務管理學刊》，5（4），341-352。
- 歐紫彤、鄭清霞、洪惠芬、李佩芳（2024）。〈障礙服務融入長照據點的在地共生型服務：嘉義實驗〉。《臺灣社會福利學刊》，20（1），1-50。https://doi.org/10.6265/TJSW.202406_20(1).01
- 衛生福利部（2016）。《長期照顧十年計畫2.0》。
- 衛生福利部（2018）。《身心障礙鑑定與需求評估制度作業手冊》。
- 衛生福利部（2021）。《長期照顧服務申請及給付辦法》。
- 衛生福利部（2023）。《身心障礙者服務中心提升品質及人力補助計畫》。
- 衛生福利部（2023）。《身心障礙者服務資源布建計畫》。
- 衛生福利部統計處（2025）。《身心障礙者人數按年齡及等級別分》。https://dep.mohw.gov.tw/dos/
- Bolster-Foucault, C., Levasseur, M., Bédard, M., & Garon, S. (2024). Social inequity in ageing in place among older adults in OECD countries: A mixed-studies systematic review. *Age and Ageing*, 53(8), afae166. https://doi.org/10.1093/ageing/afae166
- Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Urban ageing: New agendas for geographical gerontology. In M. W. Skinner, G. J. Andrews, & M. P. Cutchin (Eds.), *Geographical gerontology: Perspectives, concepts, approaches* (pp. 123-135). Routledge.
- Buffel, T., Phillipson, C., & Scharf, T. (2021). Age-friendly cities and communities: A global perspective on social participation. *Urban Studies*, 58(2), 326-343. https://doi.org/10.1177/0042098020907499
- Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *The Journals of Gerontology*, 57(6), P510-P517. https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.P510
- Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, social inequalities, and aging*. AltaMira.
- Clarke, P., Twardzik, E., Meade, M. A., Peterson, M. D., & Tate, D. (2019). Social participation among adults aging with long-term physical disability: The role of socioenvironmental factors. *Journal of Aging and Health*, 31(10 Suppl), 145S-168S. https://doi.org/10.1177/0898264318822238
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of anti-discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Desai, R. H., Hamlin, E., Eyler, A., Putnam, M., Stark, S., & Morgan, K. (2024). Identifying built environment factors influencing the community participation of adults aging with long-term physical disabilities: A qualitative study. *Disability & Society*, 39(11), 2962-2987. https://doi.org/10.1080/09

687599.2023.2233683

- Fougeyrollas, P. (1995). Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences. *Disability and Rehabilitation*, 17(3-4), 145-153. <https://doi.org/10.3109/09638289509166709>
- Gendron, T., Camp, A., Amateau, G., Mullen, M., Jacobs, K., Inker, J., & Marrs, S. (2024). The next critical turn for ageism research: The intersections of ageism and ableism. *The Gerontologist*, 64(2), 062. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad062>
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2011). Ageing abjection and embodiment in the fourth age. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.018>
- Grenier, A., Phillipson, C., & Settersten, R. A. (Eds.). (2020). *Precarity and ageing: Understanding insecurity and risk in later life*. Policy. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447340850.001.0001>
- Hankivsky, O. (Ed.). (2012). *An intersectionality-based policy analysis framework*. Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Jones-Cobb, B., & Turner, N. (2025). Examining valued social participation of disabled older adults through the frameworks of critical gerontology and critical disability studies. *The Gerontologist*, 65(4), gnaf030. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf030>
- Katz, S., & Calasanti, T. (2015). *Critical perspectives on successful aging: Does it “appeal more than it illuminates”?* *The Gerontologist*, 55(1), 26-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: The New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology*, 157(7), 633-642. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg028>
- Priestley, M. (2003). *Disability: A life course approach*. Polity.
- Putnam, M. (2002). Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment. *The Gerontologist*, 42(6), 799-806. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.799>
- Putnam, M., Morgan, K., Heeb, R., Yan, Y., Chen, S.-W., & Stark, S. L. (2022). Aging with disability symptoms and ability to participate in, and satisfaction with, social participation among persons aged 45-64. *Healthcare*, 10(5), 903. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050903>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Mad-

- sen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Schur, L., Kruse, D., Blasi, J., & Blanck, P. (2013). *People with disabilities: Sidelined or mainstreamed?* Cambridge University Press.
- Settersten, R. A., & Mayer, K. U. (1997). The measurement of age, age structuring, and the life course. *Annual Review of Sociology*, 23, 233-261. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.23.1.233>
- Villar, F., Serrat, R., & Pratt, M. W. (2023). Older age as a time to contribute: A scoping review of generativity in later life. *Ageing & Society*, 43(8), 1860-1881. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001379>
- Wolbring, G. (2008). The politics of ableism. *Development*, 51(2), 252-258. <https://doi.org/10.1057/dev.2008.17>
- World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule (WHODAS 2.0)*.
- World Health Organization. (2023). *Global report on social participation and healthy ageing*.