

身心障礙住民老化照顧服務策略之探究——以衛生福利部雲林教養院為例

劉淑喜、許智如、蔡美芳、謝朝宗、張雅婷

壹、前言

一、研究背景與動機

依據內政部戶政司2025年12月戶口統計資料分析，臺灣65歲以上人口占總人口數20.06%（內政部戶政司，2025），正式邁入超高齡社會（Super-aged Society）。惟相較一般人口，身心障礙者面臨提早老化現象，平均提早10至20年進入老化階段（Bigby, 2004），特別是智能障礙者與唐氏症患者，其老化徵兆在40至50歲間便開始顯現（Ballard et al., 2016），形成「老中有障，障中有老」的雙重挑戰（周月清等人，2018）。

國內身心障礙住宿機構主要照顧中重度以上障礙者，面臨住民老化照顧議題，肩負多重挑戰：需求面上，照顧需求日益複雜化與醫療化，需因應慢性疾病管理、失能照護、失智共病、跌倒風險控制及臨終關懷等（王光旭等人，2023）；資源面

上，照顧人力短缺、專業能力未能因應老化照顧需求、硬體設施老舊等結構性問題；制度面上，身心障礙福利服務與老人福利服務分屬不同法規與體系，服務銜接困難（張恆豪，2017）。

衛生福利部雲林教養院（下稱本院）以女性智能障礙住民為主，近年住民高齡化趨勢日益明顯。65歲以上住民人數及比例持續上升，部分住民居住年資逾30年，甚至40年，形成高齡久宿型群體，此現象不僅加劇健康照護與人力負荷，亦使得既有服務模式與資源配置面臨重大挑戰。

基於住民權益與照顧品質，本院自2007年起即關注並回應住民老化議題，發展多元老化照顧策略，包含老化評估、照顧專區、專業培力及環境改善等。本研究即以本院為實證場域，系統性整理老化照顧制度演進與實務經驗，期能回應身心障礙住宿機構在超高齡社會下所面臨之核心課題。

二、研究重要性

有鑑於國外研究多以社區居住為主要情境，對機構式照顧中的障礙者老化議題，相關研究仍較為有限。爰此，本研究以系統性整理身心障礙住宿機構因應住民高齡化之照顧策略與實務經驗，補充國內以機構式照顧為主體之身心障礙者老化研究缺口，並提供政策規劃與資源配置之實證參考；同時回應活躍老化與在地安老理念，並以《身心障礙者權利公約》為基礎，促進障礙者於老化歷程中的權利保障與生活尊嚴。

貳、文獻探討

一、心智障礙者提早老化與照護需求

唐氏症是最常見的染色體異常症，臺灣地區活產新生兒發生率約千分之1.18（臺中榮總，2024）。唐氏症患者通常在30至40歲間便開始出現明顯老化現象，相較一般人提早約20至30年進入老化階段（Ballard et al., 2016）。

特別值得關注的是，幾乎所有唐氏症患者在40歲時，其腦部已呈現顯著的阿茲海默症病理特徵（Head et al., 2017）。40至49歲的唐氏症患者中，約55%出現進行性認知障礙，60至69歲者更高達77%（Hartley et al., 2015），照顧需求更加複雜且急迫。

心智障礙者老化特徵主要表現在認知

功能與生理機能加速衰退、慢性疾病高發生率及精神行為問題增加。機構內心智障礙住民隨年齡增長，常見問題包括心血管疾病、糖尿病併發症、呼吸道感染、跌倒骨折及壓瘡等（陳政智等人，2017）。

國際間「在地安老」（aging in place）與「活躍老化」（active aging）兩大理念逐漸成為主流（World Health Organization, 2002）。在地安老強調讓障礙者在熟悉環境中持續生活，避免被迫遷移；活躍老化著重透過適當活動設計與參與機會，促進障礙者保持身心功能、維持社會連結（Bigby, 2004）。

二、從身心障礙者權利公約探討老化權益與問題

（一）身心障礙者權利公約與老化權益

《身心障礙者權利公約》以人權為基礎，強調尊嚴、自主及社會參與權利，其中第19條自立生活與融合社區強調障礙者有權選擇居住地點，不被強制在特定居住安排中生活（United Nations, 2006）以及涉及第25條健康權、第26條適應訓練與復健，均為機構在地安老提供重要權利基礎。

前揭權利基礎不僅保障高齡障礙者不因生理退化而與社會中斷，透過「在地安老」落實生活主體性，更確保其在面對老化與障礙之雙重脆弱時，仍能維持尊嚴、自主與社會參與。

（二）從雙老家庭壓力探討身障機構老化專區的設置需求

身心障礙者家庭面臨雙老困境，照顧壓力與經濟負擔極大（姚奮志等人，2021）。雙老家庭照顧困境主要表現在：家庭支持功能薄弱、經濟壓力沉重、心理壓力巨大，當家庭照顧功能逐漸喪失時，機構往往成為身心障礙者唯一且終生的安置場域（沈志勳等人，2019）。

政府近年推動身心障礙福利機構設置老化專區，但也引發是否符合CRPD在地安老精神、如何避免隔離等討論（王國羽、張恆豪，2015）。多數機構在面對服務使用者老化時，缺乏明確政策指引與資源支持，現行人力配置與專業要求未充分考量老化照顧特殊性（周月清、詹宜璋，2018）。

三、全日型身心障礙福利機構老化照顧政策與因應

現行《身心障礙者權益保障法》對機構內服務使用者老化後的照顧需求與服務提供包括：個案需求評估、個別化服務計畫（ISP）、日常生活照護、健康管理等，多數規定仍以身心障礙為主要考量，缺乏老化照顧具體規範。另機構設立標準、人力配置、空間設施等規定，亦缺乏老化後所增加的醫療照護、環境無障礙及專業人力等規範，使機構陷入無具體法規可循的困境。

王光旭等人（2023）研究指出，機構因應住民老化時面臨主要挑戰包括人力資源不足與流動率高、專業訓練缺乏、硬體設施老舊、醫療資源連結困難及服務模式僵化等，這些挑戰不僅影響照顧品質，也增加機構營運壓力與風險。

四、本院住民老化照顧制度與發展歷程

（一）面對的挑戰

1. 住民快速老化與資源配置受限

心智障礙住民老化與失能進程早於一般長者，對空間、設施與輔具需求特殊。惟受限於經費、空間更新有限及地區醫療資源不足，機構在高齡、失能及重症住民照顧上面臨資源配置瓶頸。

2. 照顧人力不足與專業承載壓力

高齡心智障礙住民照顧涵蓋健康管理、急症處理與臨終照顧等高專業服務，人力需求持續攀升，惟機構照顧人員流動率高、培訓期長，形成照顧品質與人力量能間之結構性張力。

3. 服務模式亟需轉型與家庭支持弱化

既有團體式照護模式難以全面回應高齡住民個別化與尊嚴需求，對失智及精神共病住民之跨專業支持亦顯不足。加以住民與家屬同步老化，家庭支持功能弱化，使機構長期全面承擔照顧責任。

（二）服務策略

1. 設置老化照顧專區，調整人力配置與提升專業能力以回應高齡與高護理需求。

2. 結合數位系統，推動智慧醫療與科技應用。

3. 整合性保健服務方案，包括推動醫養整合照護、強化營養與復健介入、建構用藥安全機制、維持疫苗接種高覆蓋率、推動骨質保健與跌倒預防措施以強化健康管理與醫療可近性。

4. 提供多層次老化服務與個別化支持，包括生死教育、復健導向的多元休閒、適齡適性的體能活動以及符合個別需求與落實地域共生的社區參與。

5. 強化跨專業團隊合作，並進一步提供家庭協作與社區連結支持、監護與輔助宣告的法律保障與權益維護，以及善終照顧與身後支持服務（詳見附錄一）。

（三）老化照顧制度發展歷程

1. 概念萌芽期（2007–2013）

本院於2007年身障機構評鑑後開始關注住民高齡化及雙老家庭議題，進行需求盤點與環境改善規劃，推動無障礙設施與生活空間調整，並試辦更年期保健服務，作為老化照顧制度之起點。

2. 基礎建構期（2014–2018）

以個案需求為導向，導入骨質保健、護牙吞嚥與營養膳食等健康促進措施，並

建立老化徵兆記錄機制，逐步形成跨專業合作之老化照顧架構。

3. 制度轉型期（2019–2021）

因應住民老化加劇與人力壓力，本院整合空間與人力資源，建立住民轉銜機制，規劃老化照顧專區，並導入科技輔具與醫療系統連結，促使照顧模式邁向制度化。

4. 整合深化期（2022–迄今）

老化照顧專區正式運作後，本院整合智慧照顧、跨專業團隊及家屬支持系統，並推動漸進式轉銜與在職訓練，提升照顧連續性與制度永續性。

參、研究目的

本研究旨在探討身心障礙住宿機構面對住民高齡化趨勢所衍生之照顧挑戰與服務策略，並以雲林教養院為實證場域，分析其制度演進與實務因應，研究目的包括：

（一）分析機構住民老化之人口結構與服務特性。

（二）蒐集多元利害關係人對住民老化照顧需求與策略之意見。

（三）歸納住宿機構因應住民老化之挑戰與可行作法。

肆、研究設計與方法

本研究採混合研究法（Mixed Methods Research），整合定量統計趨勢與質性訪談經驗，旨在建構雲林教養院住民老化照顧之實證基礎，透過多重驗證確保結果兼顧制度導向與實務脈絡。

一、研究方法

（一）定量統計分析

運用描述性統計梳理住民人口結構與老化現況，並透過R語言進行數據彙整與趨勢推估，為機構資源配置提供科學化的預警資訊。

（二）質性焦點團體法

採焦點團體訪談法，邀集利害關係人深度對話，旨在挖掘定量數據難以呈現的動態照顧情境、家屬心理需求與制度銜接困境。

（三）研究倫理考量

本研究於資料蒐集過程中遵循研究倫理原則，於焦點團體訪談前向受訪者說明研究目的、資料使用方式及匿名處理原則，並取得受訪者知情同意。受訪者得於訪談過程中隨時表達停止參與之意願。研究資料於整理與分析過程中均採去識別化處理，以確保個人隱私與資料保密。

本研究之訪談對象均為具備完整行為

能力之成年人，且研究內容未涉及醫療介入或個人敏感醫療資料，故依研究倫理相關原則進行審慎處理。

本研究屬組織經驗研究與政策實務分析性質，未涉及人體試驗且風險低，故未申請IRB審查。

二、研究對象

（一）196位住民（統計分析）

研究整理本院196名住民之基本資料（含年齡、居住年數、障礙類別與等級），透過描述性統計呈現人口結構特徵。同時，依據2020至2025年之實際數據進行趨勢分析，並推估2026至2030年65歲以上住民比例之變動，作為服務策略規劃之量化依據。

（二）20位受訪者（焦點團體法）

本研究以「多元利害關係人」取向構建焦點團體成員，涵蓋照顧現場、社區網絡與政策制度三層面，具體分為三類（參見附錄二）：

1. 社區在地人士／重要他人（6人）：涵蓋長期合作之醫療院所代表及住民家屬，反映社區合作需求與家庭支持。

2. 中央主管機關及同性質機構之管理者（3人）：邀請主管機關（社會及家庭署）代表以及具備身心障礙住宿式機構經營管理經驗之主管，提供政策導向與宏觀制度視角。

3. 直接服務提供者（11人）：涵蓋教保、生服、護理、復健與社工人員，提供第一線照顧與健康管理經驗。

三、研究工具

（一）R語言統計分析系統

利用R語言進行資料框架（Data Frame）之建置、資料清理（Data Cleaning）及描述性統計運算，確保數據處理之精確度與科學性。

（二）訪談題綱

採半結構式設計，其開發經歷以下嚴謹流程：

1. 專家審核與預試：初稿經預訪本院保健中心主任後，由專案小組召開2次會議修正，並由外部專家進行內容效度審閱。

2. 結構化內容：題綱包含受訪背景調查與四大核心提問。訪談現場並提供「服務策略簡表」（同附錄一），作為討論之實體參考。

3. 問題範疇：聚焦於現行策略之需求符合度、執行之系統性阻礙、服務精進之具體建議，以及未來在地安老之前瞻構想。

4. 訪談主持人之專業準備度：質性訪談主持人亦屬研究工具之一，本研究由雲林教養院院長親自主持，其具備社會工作專業背景，曾任內政部社會司視察及北區

兒童之家主任，具深厚的社政歷練與跨部會溝通經驗。於本院服務期間歷經建構老化照顧制度「概念萌芽期」至「整合深化期」四個階段，熟悉研究主題並草擬訪談題綱，且受過團體動力與主持訓練，能確保訪談討論內容扣緊研究主題，是本研究合適的焦點團體主持人。

四、資料分析與信效度維護

（一）量的分析

利用R語言進行原始數據清理與轉碼，計算各變數之次數分布與組成結構。為確保準確性，統計結果均經人工交叉比對，以排除運算誤差並建構量化分析之信度。

（二）質性分析

將訪談轉錄為逐字稿後，依序進行資料整理與品質檢核：

1. 資料分析程序

（1）初步編碼：建立匿名編號系統，以A（社區在地人士／重要他人）、L（管理者）、S（直接服務者）區分受訪屬性並輔以數字標記（如S1），作為分析引用單位。

（2）探尋意義：反覆閱讀文本以掌握脈絡，琢磨深層意義並懸置個人偏見。

（3）歸類：歸併相似資料並區辨異同，提煉核心主題並建立邏輯關聯，作為結論基礎。

2. 品質檢核（信效度）

採同儕探詢，經由本院跨專業成員交叉比對與討論，以多元視角排除主觀偏見，確保資料詮釋之客觀性。

以上住民比例已達85.2%，顯證服務結構已顯著移轉。此「早衰生理特性」與「中高齡照顧需求」的重疊，預示機構正全面面臨高強度照顧負荷的結構性轉變。

伍、研究發現與分析

一、機構住民老化問題彙整——本院服務實務分析

（一）住民結構呈現「中年即老化」現象

圖1顯示，本院50歲以上占60.2%，65歲以上占19.4%。參酌文獻指出智能障礙者約於40歲進入老化轉折期，本院40歲

（二）「生命歸宿」與人口結構封閉化之趨勢

圖2數據指出，居住本院21年以上者占65.8%，其中23.5%超過31年。此「高齡久宿」現況反映機構已成為住民生命終點的歸宿與核心心理、社會支持。然人口結構封閉化導致流動性降低，機構須在有限人力與資源下承載沉重的照顧強度，挑戰服務供給韌性。

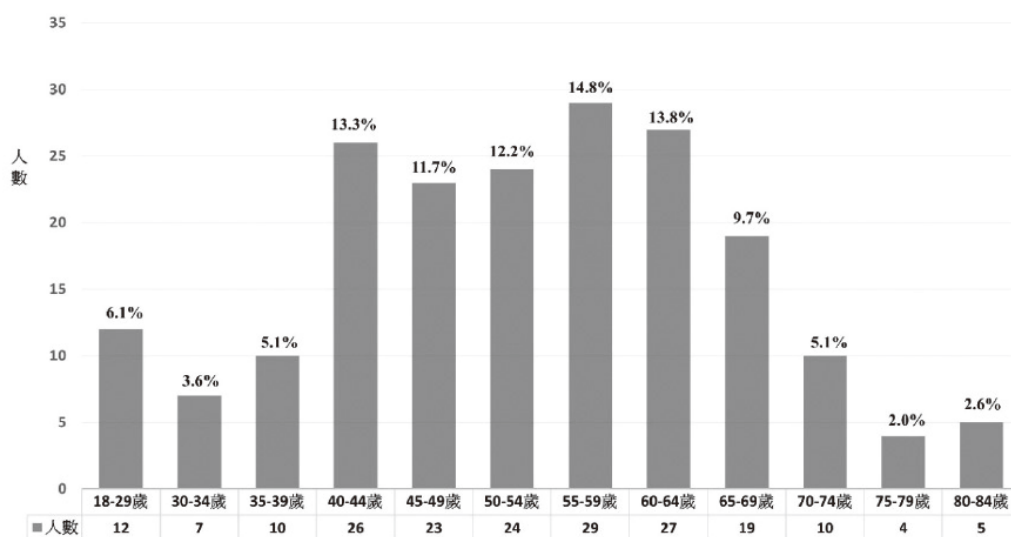


圖 1 住民年齡分布圖

資料來源：研究者自行整理。

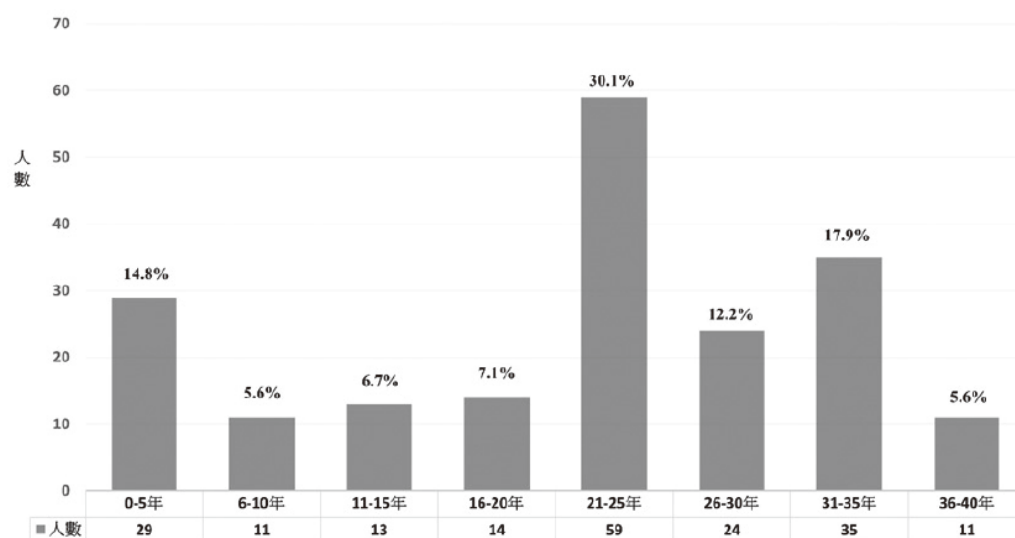


圖 2 住民居住年數統計圖

資料來源：研究者自行整理。

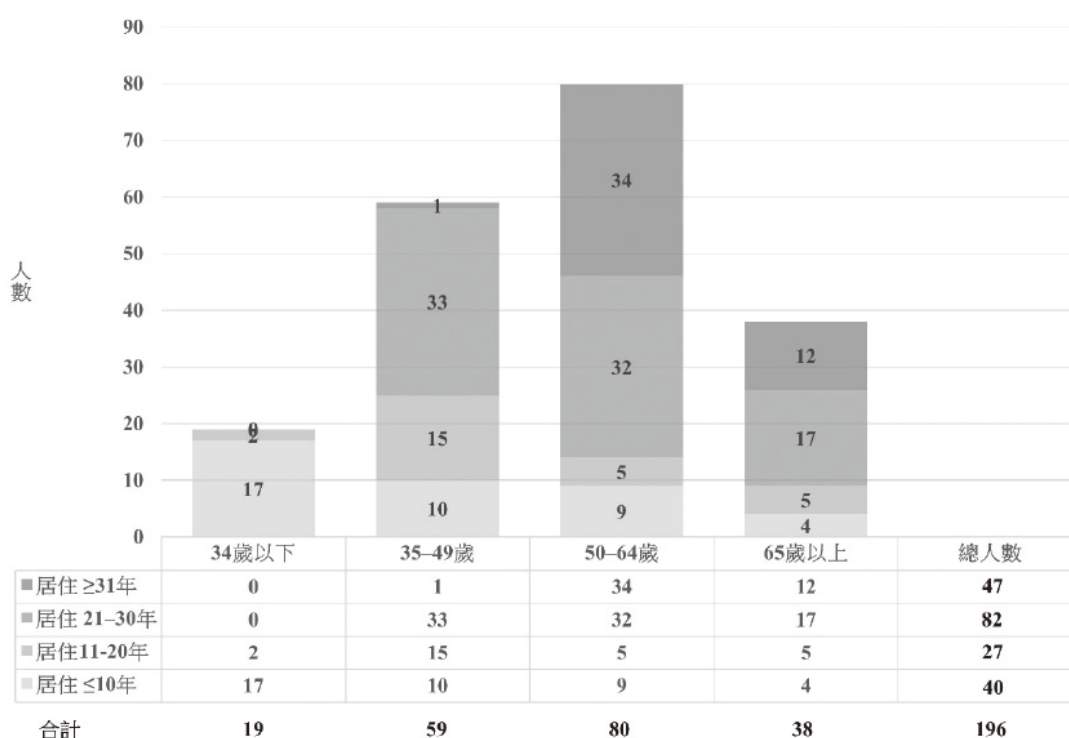


圖 3 住民年齡 × 居住年數交叉分析圖

資料來源：研究者自行整理。

(三)「高齡久宿」交織的照顧挑戰

圖3交叉分析發現，65歲以上高齡者中，76.3%為居住逾21年之資深住民。此族群同時面臨生理衰退與長期機構化之適應僵化；50至64歲者亦多集中於高居住年數，預示未來十年將迎來高密度的長照需求波峰。

(四)生命品質與尊嚴維護的挑戰

表1數據顯示重度與極重度住民合計達83.2%。當「極重度」與「高齡化」重疊，生理功能受限與認知轉變不僅增加實務照顧風險，更挑戰住民的生活尊嚴與主體性。機構應超越單純風險防範，建構兼顧安全與人文溫度的個別化支持環境。

(五)服務模式的精進與調適壓力

趨勢推估（圖4）顯示，2030年高齡住民將升至近25%。現有服務需在生活支持基礎上，導入「跨專業健康整合」與「預防性復能策略」，並建立醫療轉銜機制，方能因應系統性照顧挑戰，落實「在地安老」。

二、焦點團體訪談意見分析

本研究採焦點團體法，依訪談大綱蒐集多元利害關係人意見。對象包含本院教保、生服、護理、復健及社工人員，合作醫院代表、住民家屬，以中央主管機關業務主管與同性質機構管理者。透過彙整

實務經驗與訪談資料，分析身心障礙住宿機構於高齡化趨勢下之服務轉變與制度挑戰，並提出實證導向之政策與服務建議。彙整結果如下：

(一)為因應身心障礙住民老化，與醫院協作共推整合性醫護照顧刻不容緩

隨著住民逐步高齡化，其慢性病共病、功能退化速度及急性醫療需求顯著提升，機構照顧模式已需由日常生活支持與基礎健康管理，轉向與醫院協作之整合性醫護照顧。訪談顯示，透過建立正式合作機制與單一聯絡窗口，可強化住（出）院之照護銜接與即時回應；未來於臨終照護空間規劃上，亦可結合合作醫院安寧團隊之專業指導，以完善相關服務流程。

A5：若針對個案照顧有任何狀況，貴院可隨時反映給醫院，醫院將會針對個案的照護品質進行改善。

A5：貴院曾希望建立一個遠端平台，取代目前以電話回報病情的模式，透過該平台回報個案住院時的病情資料及狀況。

機構亦可配合醫院推動之醫療方案進行合作，並視需求連結鄰近縣市醫療資源或駐點指導，例如在宅醫療服務或特殊需求者機構潔牙支持方案等，以延伸醫療服務深度與廣度，並提升服務之可及性與可近性。

表 1 住民障礙等級分布表

障礙類別	障礙等級				合計
	輕度	中度	重度	極重度	
第1類 (b117智力功能障礙為主)	2	31	67	44	144
跨二類別以上 (第1類b117+其他類)	0	0	20	24	44
舊制無法對應新制	0	0	1	7	8
合計	2	31	88	75	196
百分比(%)	1	15.8	44.9	38.3	100

資料來源：研究者自行整理。



圖 4 高齡化趨勢圖

資料來源：研究者自行整理。

A6：醫院在養護機構潔牙方面擁有豐富經驗，牙科團隊堅強，並有專案持續執行。該團隊有三位牙醫師，其中兩位院外診所醫師對此領域有專門技術，並配備有整套的移動式設備。

A6：貴院預計專設臨終照護空間，惟因位置較遠，建議應評估是否可轉介給當地的在宅醫療團隊。待確認是否能與雲林在地居護所合作提供服務及貴院空間整修完畢後，可就軟體充實與流程提供指導。

(二) 身心障礙者老化速度超乎預期，復加機構封閉性人口組成，易出現斷崖式老化，造成照顧過度負荷

本院原規劃設置單一老化專區以因應老化住民照顧需求，惟住民快速老化，復加高齡久宿的組成，老化需求者人數超出預期，未列入專區之住民亦具醫療照護需求，即便提前配置設施設備與人力，現有服務量能仍顯不足。

S1：住民A退化速度甚快，僅半年就從會正常行走退化到臥床。

S3：蘭軒雖不是老化專區，但住民老化及退化者眾多，資源也沒有老化專區多，亦無護理師常態進駐。

S7：即使是護理師每天看到住

民，也對其退化速度之快感到驚訝。

相同情形亦見於其他機構，同性質機構管理者指出，若僅以日常生活活動（Activities of daily living，簡稱ADL）作為老化專區篩選標準，則近半數住民均符合篩選條件，顯示機構住民老化趨勢隨超高齡化現象日益加劇。

L2：如果採用的是ADL指標來看的話，或許我們（機構）就有一半（住民）都必須要住到所謂的老化專區裡面去。

(三) 照顧壓力的轉變與同工不同酬現象造成機構照顧服務人力流失

本院成立老化專區初期，教保員與生活服務員之工作內容由生活自理訓練轉為高密度生活、護理支持，並因住民頻繁就醫與住院，承受顯著增加之照顧壓力；惟人力、薪資福利與職務誘因未能隨照顧負荷同步調整，導致專區成立初期人力流動率偏高，服務量能一度吃緊。

L3：那時候也是跟你們（雲林教養院一樣）面臨就是流動率（問題），（工作人員）他們因為沒有照顧過所以心理上會有恐慌。另外，因為大家會覺得同工同酬，但是相對來講照顧專區的住民跟非專區的住民，工作人員辛勞程度是有落差的，（專區）他們的工作確實

會辛苦很多。

同工不同酬情形亦出現在轉調至老化專區之督導人員，受限於原有人力編制，轉任後未獲相應補助或誘因，卻須承擔住民頻繁就醫與住院所帶來之高度照顧與管理壓力。

L2：因為（專區）這個督導他沒有額外獲得收益。他的薪水跟別人一樣，他為什麼要擔任督導？目前各家都是這樣，我們督導都沒有多（領）錢。所以督導沒有任何誘因，這也是我們遇到的一個問題。

（四）因應住民老化需要更多人力挹注，惟彈性支援人力仍有其隱憂

以本院為例，老化住民就醫與住院頻率偏高，致使大量人力投入醫療陪同與照護，為維持機構現有營運及運作方式，支援人力挹注相當重要。惟依據訪談結果顯示，即便引進支援人力紓解人力不足，仍伴隨管理與服務品質之潛在風險。例如：

S1：志工也會擔心服務不當造成糾紛。

S4：志工未經訓練，進入老化專區也可能心生膽怯。

S6：老化專區社區參與需要大量人力，建議可引入志工。

依據主管機關訪談結果，即便機構未來開放兼職人力或外籍看護，在人員管理上亦是一大問題：

L1：外籍看護也許是大家未來人力需求的一個選擇，但是可能在管理上真的會需要更多的心力，而且法規規定外籍看護要給他宿舍，這也是你們可能自己要思考的一件事情。

（五）機構應建構機構、醫院及家屬三方溝通橋樑，提供家屬照護資訊及所需求持

鑑於家屬對於住民老化狀態接受度不一，對退化進程易出現意見分歧，機構應主動說明與釋疑，協助家屬釐清住民現況，並為後續醫療決策與照護安排預作心理準備：

S1：家屬接受度不一致：久住院內的住民老化緩慢，家屬較可以接受；惟因疾病急速退化者，家屬接受度多不佳，且有較多期待與要求。

S4：住民發燒要不要送醫，機構家屬想法不一致，例如住民B家屬依（其醫療）專業背景及過往經驗的處理方式與院內工作人員SOP顯有落差。

L1：當今天很明確知道這個住民我們真的已經為她做了機構所有能做最好的，但她就是因為個人年齡老化、身體因素等變成今天這樣子時，就要告訴家屬、讓家屬知道她

今天變成這樣不是因為機構沒有顧好。

家屬普遍肯定機構在生活照顧上的穩定性與專業度，惟於住民送醫或住院期間，對醫療照護品質與資訊回饋之期待明顯提高。

A4：你們（機構）照顧得很好，比我們在家裡照顧的好。家裡照顧都沒有那麼仔細……。

A2：小文（化名，A2的女兒）住院的時候我常常去看她……，醫院的照顧沒有教養院來的好……，醫院的人（團體照護）對小文不熟悉，不了解小文的特性……，餵水小文不喝就不餵……。

A3：希望能減少到醫院住院，因為她們（住民）的身體抵抗力相較我們來的弱，在住院時候容易受到（醫）院內感染。

由於機構、家屬與醫院三方角色與立場不同，家屬在醫療決策、照護品質及資訊透明度上易產生較高期待，進而形成認知落差。

S2：機構目前的角色「我們比家屬更像家屬」。

S2：醫院端只願意和家屬溝通。有嘗試讓家屬透過視訊和醫院說明，但醫院方不要，要求當面講。

S11：部分家屬並非服務使用者事務都不碰，但態度偏消極、關心程

度也低。

機構在同理並支持家屬之餘，亦應協助其理解家屬於住民老化歷程中的角色定位，並於銜接醫療與生活照顧過程中承擔必要的溝通責任，以降低三方認知落差，確保住民於機構與醫院間獲得一致且連續之照顧品質。

（六）以監護法律保障雙老家庭權益

鑑於住民與家屬同步老化，照顧者對身後照護銜接深感焦慮。

A1：老實說有可能我比她（住民）先走，這是很難講的事情，所以我就很擔心了。

為回應此困境，本院將「監護宣告」持續列為老化服務核心保障，由社工協助透過法律程序維護住民在財產與醫療決策上的安全。

S9：住民直系血親年老且旁系血親也無意願擔任監輔人時，我們會協助住民聲請監輔宣告。

此舉能有效減輕家屬心理負擔，並保障照護穩定性不因原生家庭消亡而中斷，體現老化服務的人本價值。

陸、結論與建議

一、研究結論

(一) 機構面臨「提早老化 × 長期居住 × 高支持需求」交疊之複合挑戰

住民老化並非單一生理現象，而是「中年即老化」與「高齡久宿」交疊形成之系統性困境。並在封閉人口結構下，放大照顧強度與心理依存效應。未來機構須超越單一生活支持，建構兼顧健康管理、尊嚴維護與分級支持之照護體系，以實踐「在地安老」、「活躍老化」。

(二) 醫療照護品質與轉銜成為機構與家屬共同關注的核心

住民老化使慢性病、急性處置、失能照護與住院照護需求顯著增加，機構除維持院內生活品質外，亦須回應就醫與住院期間照顧品質與資訊落差所引發之家屬焦慮與溝通壓力，進而加重第一線與跨專業人員之協調負荷。

(三) 老化速度往往超出家屬與機構預期，既有量能難以全面涵蓋，促使 老化照顧策略需及早規劃、持續擴 充與滾動修正

研究顯示，部分住民功能退化具急遽性，即便機構已設置老化專區並調整設備與人力，醫療與照護需求仍可能遠超預期；若僅以單一指標（如ADL）作為篩

選條件，亦導致大量住民同時符合門檻，顯示機構有必要發展更細緻之分級支持架構以回應快速老化趨勢。

(四) 老化服務負荷驟升造成機構面臨內 部人才流失與彈性支援人力管理雙 重挑戰

住民老化使醫療與照顧需求大幅增加，第一線教保員、生活服務員及督導人員之工作負荷與心理壓力同步升高。惟薪資結構與職務誘因未能相應調整，形成高責任、低報酬與「同工不同酬」之落差，加劇人力流動與留任困難。志工、兼職人員或外籍看護等彈性支援人力雖可作為短期補充，然其專業培力、管理成本與法規限制，或反生新的管理風險。解決之道仍需以人力配置制度與待遇優化為主，彈性支持人力為輔，始能提供穩定照護品質。

(五) 機構作為三方溝通平台為降低衝突 與提升信任的關鍵策略

住民老化提高醫療決策與照顧安排之不確定性，家屬需求差異亦趨明顯；機構若能建立清楚的角色界線與溝通機制，並提供情緒支持與相關資源連結，將有助於降低誤解與衝突，維護合作關係與住民權益。

二、建議與未來發展方向

依據研究結論，提出以下建議，供機

構實務精進及主管機關政策研擬參考。

(一) 建構具彈性之人力支持模式，提升留任誘因與現場韌性

建議依老化照顧特性調整人力配置，增補彈性與支援人力，並強化跨專業支持；同時針對高負荷工作型態提供適度補貼或誘因，以改善同工不同酬感受、降低人力流動，維持照護連續性。

(二) 持續推動環境與設施設備升級，落實通用設計與無障礙原則

採分期分區方式更新院舍，優先改善高風險空間與主要動線，逐步強化無障礙與安全照護設施；並建議主管機關提供具延續性之硬體補助與維護支持，以減輕機構長期營運負擔。

(三) 整合科技導入、流程重整與教育訓練，提升照顧效能

導入智慧照護與AI科技以強化紀錄品質與風險預警，同步建立資安、隱私與倫理規範，並規劃分級教育訓練與現場導入輔導與實務支持機制，確保科技真正轉化為照顧效益。

(四) 發展分級支持與螺旋轉銜機制，提升照顧適切性

建議以功能狀態、健康風險與照護密集度為基礎，建構分級支持架構，並結合

滾動式個案檢討與跨專業會議，形成可進可出之螺旋式轉銜機制，使資源配置能回應住民狀況變動。

(五) 制度化家屬支持與三方溝通，降低照顧衝突風險

建立常態化溝通與家屬支持機制，包含固定聯繫、住院資訊回報原則、醫療決策支持與資源連結，以強化機構、家屬與醫療端之協作，降低醫療與住院照顧落差所引發之衝突。

(六) 建構末期照顧跨專業合作模式，落實尊嚴善終

整合護理、教保、生服、社工及心理等跨專業資源，建立末期照顧啟動評估、家屬溝通、倫理議題處理、生命回顧與身後支持作業流程，並逐步形成可複製之作業指引與訓練模組，降低照顧團隊不確定性與壓力。

三、研究省思——機構老化照顧的人本價值

相較一般養護型照顧場域，身心障礙住宿機構除提供生活與醫療照護外，亦承載住民長期生活歷程所累積之關係、信任與情感連結，對久住型高齡障礙者而言，機構往往成為其主要甚至唯一的生活場域。研究發現，長期投入照顧工作的工作人員，透過持續陪伴與互動，形成關鍵

卻難以量化的照顧默契與情感支持，使照顧工作超越技術與流程，成為實踐尊嚴老化與人本照顧的重要基礎。正如一位於本院服務逾三十年的資深生活服務員所言：「我希望我老了以後去機構，也能接受機構工作人員溫柔的服務、耐心的對待，以及善意的溝通。」此一回饋具體映照出機構老化照顧在制度、資源與專業之外，亦重視以尊重、理解及與關係為本的核心精神。

（本文作者：劉淑喜為衛生福利部雲林教養院院長；許智如為衛生福利部雲林教養院科長；蔡美芳為衛生福利部雲林教養院社會工作員；謝朝宗為衛生福利部雲林教養院輔導員；張雅婷為衛生福利部雲林教養院護理師）

關鍵詞：身心障礙機構、超高齡、老化照顧

參考文獻

- 《身心障礙者權益保障法》（1980 / 2025修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?ppcode=D0050046&kw=%e8%ba%ab%e5%bf%83%e9%9a%9c%e7%a4%99%e8%80%85%e6%ac%8a%e7%9b%8a%e4%bf%9d%e9%9a%9c%e6%b3%95>
- 內政部戶政司（2025）。〈戶籍人口統計速報（資料檢索範圍：2025年12月）〉。<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>
- 王光旭、陳美燕、林秀娟（2023）。〈身心障礙福利機構住民老化照顧挑戰與因應策略〉。《社會福利研究季刊》，48（2），45-68。
- 王國羽、張恆豪（2015）。《CRPD與臺灣身心障礙者權益》。五南。
- 沈志勳、林萬億、鄭元棻（2019）。〈從社會支持角度探討臺灣雙重老化智能障礙者家庭照顧者之照顧負荷〉。《臺灣社會工作學刊》，22（1），1-41。
- 周月清、李婉萍、王文娟（2018）。〈兩代「三老」家庭照顧轉銜與老年遷移：老年父母、中老年智障者與手足〉。《臺大社會工作學刊》，37（1），99-149。
- 周月清、詹宜璋（2018）。〈智能障礙者老化照顧需求與服務現況〉。《社會政策與社會工作學刊》，22（1），1-38。
- 姚奮志、顏惠羣、詹巧綾、林宜臻（2021）。〈臺灣雙老家庭服務政策實施現況與發展——以心智障礙者為例〉。《臺灣社區工作與社區研究學刊》，11（2），35-86。

- 張恆豪（2017）。〈身心障礙者社區居住與在地老化〉。《臺灣社會福利學刊》，14（2），1-32。
- 陳政智、黃鈺婷、黃憶湄（2017）。〈從衰弱到老化、從周全到簡化：智能障礙者的老化及評估〉。《社區發展季刊》，160（1），292-303。
- 臺中榮民總醫院（2024）。〈唐氏症〉。<https://www.vghtc.gov.tw/UnitPage/RowViewDetail?WebRowsID=1ecef52-eb43-4235-b386-9d62c36f7525&UnitID=e9033ff7-7292-47f7-9742-4f30b4d8c63b&CompanyID=e8e0488e-54a0-44bf-b10c-d029c423f6e7&UnitDefaultTemplate=1>
- Ballard, C., Mobley, W., Hardy, J., Williams, G., & Corbett, A. (2016). Dementia in Down's syndrome. *Lancet Neurology*, 15(6), 622-636. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)00063-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00063-6)
- Bigby, C. (2004). *Ageing with a lifelong disability: A guide to practice, program and policy issues for human services professionals*. Jessica Kingsley.
- Hartley, D., Blumenthal, T., Carrillo, M., DiPaolo, G., Esralew, L., Gardiner, K., ... & Wisniewski, T. (2015). Down syndrome and Alzheimer's disease: Common pathways, common goals. *Alzheimer's & Dementia*, 11(6), 700-709.
- Head, E., Powell, D., Gold, B. T., & Schmitt, F. A. (2017). Alzheimer's disease in Down syndrome. *European Journal of Neurodegenerative Diseases*, 1(3), 353-364.
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-19-living-independently-and-being-included-in-the-community.html>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. <https://iris.who.int/handle/10665/67215>

附錄一 「身心障礙住民老化照顧服務策略-以雲林教養院為例」訪談大綱

一、焦點團體受訪者人數：共計訪談20人

- (一) 社區在地人士／重要他人（6人）
- (二) 中央主管機關及同性質機構之管理者（3人）
- (三) 本院直接服務提供者（11人）

二、訪談提問內容：

- (一) 您認為目前的老化服務策略是否符合服務使用者的需求？
- (二) 您在實際操作老化服務策略時，遇到的阻礙及困難？
- (三) 您認為老化服務策略有哪些地方是可以改善精進的？
- (四) 對於未來老化服務策略的建議或想法？

三、針對本院面臨服務使用者老化提供照顧服務策略供參，臚列如下表：

服務策略	項目	說明
回應高齡與高護理需求	設置老化照顧專區	設置老化照顧專區，專責照護高齡及高護理需求住民，並依其功能狀況與管路使用情形，提供個別化照顧服務與紀錄，確保照護安全與服務品質。
	人力組織調整與專業能力提升	因應住民老化照顧需求，調整教保員、生服員、護理師之人力配置與工作分工，持續推動在職訓練與外部督導，強化高齡、失能及失智共病照護能力，提升組織照顧量能與人力穩定性。
結合數位系統	推動智慧醫療與科技應用	導入智慧照護科技、行動健康管理與數位輔具，協助工作人員即時掌握住民健康狀況與照顧需求，降低照護風險，並提升照顧效率與服務品質。
整合性保健服務方案	推動醫養整合照護	結合社區醫療資源，整合營養諮詢、定期健康檢查、復健服務、骨質保健、藥事管理及醫師到院診療等措施，提供整合性與持續性健康照護，落實疾病預防、早期發現與治療。

整合性保健服務方案	強化營養與復健介入	依住民健康狀況提供個別化營養照護與膳食調整，並透過物理治療、職能治療及適度運動訓練，協助維持肌力、活動能力與日常生活功能，延緩老化造成之失能風險。
	推動骨質保健與跌倒預防措施	定期進行骨質密度檢查，並結合運動、營養及醫療追蹤等多元策略，降低骨質疏鬆、跌倒與骨折風險，同時加強工作人員相關專業知能。
	建構用藥安全機制	透過藥師定期到院進行用藥評估與諮詢，強化藥事管理制度，預防重複用藥與不良反應發生，確保住民用藥安全。
	維持疫苗接種高覆蓋率	結合社區醫療院所推動流感及COVID-19疫苗接種與防疫衛教，降低傳染病風險，確保機構防疫安全。
多層次老化服務與個別化支持	生死教育	依住民認知能力推動生死教育與支持性活動，協助其面對生命歷程與失落經驗
	結合復健導向的多元休閒活動	透過職能治療師入院指導活動設計，將復健活動融入日常活動，並同步進行輔具評估，使復健介入生活化。
	適齡適性的體能活動	依體適能檢測結果及年齡、功能分級，規劃分眾體能活動：青年族群著重肌力與心肺耐力；中壯年族群以規律運動維持體能；高齡族群採低強度個別化訓練以降低跌倒風險；行動不便或臥床者以溫和肌力與關節活動，維持基本生活功能。
	落實地域共生與符合個別需求的社區參與	依住民期望與支持需求，安排不同形式之社區參與活動，透過支持性陪伴，協助進行購物、用餐等生活體驗，強化社區參與能力，並深化與在地社區連結，落實地域共生與社會融合目標。

強化跨專業 團隊合作與 人力培力	家庭協作與 社區連結支 持與實踐	強化與家庭之溝通與合作，促進家屬參與住民服務歷程；並連結在地社區與志工資源，規劃支持性陪伴與社區參與活動，提升住民社會參與、角色認同與生活品質。
	監護與輔助 宣告的法律 保障與權益 維護	依住民個案狀況評估需求，協助辦理監護或輔助宣告，必要時向法院聲請由主管機關擔任監護人，以維護住民權益並確保照顧之穩定與延續。
	善終照顧與 身後支持服 務	於臨終及身後階段整合跨專業與相關資源，提供陪伴、善終照顧與具尊嚴且符合文化脈絡之支持。

附錄二 焦點團體受訪者一覽表

代碼	身分別	受訪場次
A1	本院住民父，74歲	重要他人場次
A2	本院住民母，72歲	
A3	本院住民兄，70歲	
A4	本院住民女，60歲	
A5	南投縣醫院主任	社區在地人士場次
A6	嘉義市醫院執行長	
L1	中央主管機關業務主管	管理者場次
L2	公立身心障礙福利機構首長	
L3	公立身心障礙福利機構中階主管	

S1	本院中階主管	本院直接服務提供者場次
S2	本院教保員	
S3	本院教保員	
S4	本院教保員	
S5	本院生活服務員	
S6	本院中階主管	
S7	本院護理師	
S8	本院復健員	
S9	本院中階主管	
S10	本院社會工作員	
S11	本院社會工作員	