

高齡社會下的離島障礙者照護 困境與出路——以金門為例

梁美榮

壹、前言：高齡化、障礙化與 離島條件的交織

近十餘年來，臺灣社會快速邁入高齡化階段，依內政部戶政司公布之戶籍人口統計資料顯示，截至2025年12月底，65歲以上人口占總人口比例已達20.06%，正式跨越超高齡社會的門檻（內政部戶政司，2026）。人口結構的轉變，使照顧體系面臨新的壓力與調整需求。

伴隨人口結構的轉變，身心障礙的樣貌亦出現明顯變化。依衛生福利部統計處113年第3季資料顯示，全國身心障礙者中，65歲以上占24.81%，顯示障礙議題已高度與高齡化歷程交織（衛生福利部統計處，2024）。相較於過往以先天或青壯年事故致障為主的結構，近年障礙人口逐漸呈現高齡化與後天化趨勢，慢性病、退化性疾病及老化相關失能，已成為主要障礙成因之一（World Health Organization

[WHO], 2022）。

在此脈絡下，障礙議題已逐漸與高齡生活風險交織，成為高齡社會中普遍面臨的生活議題。高齡往往伴隨功能受限，而功能受限又進一步牽動照顧、醫療、交通與社會支持體系的需求重組。如何在高齡社會中重新理解對身心障礙者的照護，已成為當前社會福利與社區發展政策的重要課題。以金門縣為例，依同一統計資料顯示，金門縣身心障礙者中65歲以上者占25.70%，略高於全國平均24.81%（衛生福利部統計處，2024）。此一數據可見金門地區高齡化與障礙化的交織程度並不低於全國。當高齡人口結構變化疊加於離島人口規模有限與服務密度較低之條件上，照顧體系所面臨的壓力亦更加明顯。

既有研究已指出，金門地區在高齡與障礙議題上呈現家庭高度承擔、正式服務補充化的特徵（劉香蘭，2018，2019a，2019b）。在此研究基礎上，本文進一步

結合官方統計資料與地方生活調查結果，檢視制度設置與實際使用之間的落差，並討論在高齡社會與離島條件交織下，金門身心障礙照護所面臨之實際挑戰；例如離島社會長期受限於地理隔離、人口規模有限與服務密度不足等結構條件，使醫療、交通與公共服務的可近性普遍低於本島地區，照顧安排所面臨的限制更為明顯（Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2025）。

在居住與生活型態上，金門地區多數身心障礙者仍居住於自有住宅，並與家人同住，顯示家庭在離島照顧體系安排中仍是難以逃避的責任。劉香蘭（2018，2019a，2019b）指出，金門地區家庭在照顧安排上具有高度集中性，正式服務多屬補充性介入，家庭仍為照顧體系的核心單位。近年研究亦發現，金門地區家庭照顧者之健康識能與健康行為之間存在顯著關聯，顯示制度資訊的可理解程度與支持方式，將影響照顧品質及照顧者身心狀況（林佳芬、翁瑞宏，2025）。在實務運作層面，家庭除了承擔日常生活照顧外，亦需負責服務申請、資料準備、資訊蒐集及跨單位協調等工作。當制度申請程序與資源整合高度仰賴家庭完成時，家庭在教育程度、時間安排與社會支持上的差異，將進一步影響制度的實際使用情形（Huang et al., 2024；林佳芬、翁瑞宏，2025）。因此，在離島情境中，家庭既是照顧提供

者，也是制度運作得以落實的重要環節。

然而，在家庭中擔任主要照顧者本身多為中高齡者，甚至已進入老年階段，「老老照顧」與「中年夾心照顧」逐漸成為日常現象。當家庭結構小型化、勞動力外移與高齡化同時發生，家庭照顧的韌性與能否長期維持其支持功能，亦逐漸成為值得關注的問題（衛生福利部，2022）。

在制度面向上，金門縣並非缺乏身心障礙照顧與長期照顧相關政策。中央規範之身心障礙福利措施及長期照顧服務項目多已設置。然而，在《金門縣111年度身心障礙者生活狀況及需求調查》（以下簡稱金門調查）調查結果指出，部分受訪者對正式制度提供的服務不熟悉，並表示若了解服務存在則有需求，顯示制度資訊尚未充分進入生活場域，可能影響服務的實際使用與可近性（金門縣政府，2023）。

基於上述背景，本文以金門縣為案例，聚焦高齡化、障礙化與離島條件交織下之照顧困境，從政策實務與社區生活現場的角度，檢視現行身心障礙福利與長期照顧制度在離島情境中的實際運作狀況。本文並非以實證研究為取向，而係透過次級資料分析、官方調查報告與政策文件整理，結合地方照顧實務經驗，探討制度設置與實際使用之間的落差。期能透過整理金門的經驗，在高齡社會脈絡下，照顧問題已不僅是制度是否已完備，更涉及制度能否在特定社區與生活條件中成為可近、

可用且具持續性的支持。藉此，本文嘗試從離島的社區脈絡出發，為長期照顧制度邁向3.0之際提供制度調整與政策反思的在地觀察，補充現有以本島為主的政策討論。

貳、金門障礙人口的高齡化樣貌與家庭結構

一、金門照顧政策與家庭角色之既有研究

既有研究指出，金門地區照顧家中失能長輩或障礙者的安排，長期呈現家庭高度承擔與正式制度補充化的特徵。劉香蘭（2018，2019a，2019b）從社區發展與家庭照顧角度分析金門照顧體系，指出離島地區家庭不僅承擔主要照顧責任，亦在制度銜接與資源協調上扮演重要的角色。此外，近年來在金門地區長期照顧與家庭照顧者研究中，亦逐漸關注家庭承擔與制度使用之間的互動關係。例如，劉香蘭、許美鳳與高郁婷（2025）以社會照顧分析架構探討後戰地金門家庭照顧者之圖像與服務現況，指出制度措施與在地文化之間存在互動與調適過程，部分照顧者在制度使用上仍面臨理解與取得上的困難，顯示制度推動與生活場域之間仍需進一步銜接。林佳芬與翁瑞宏（2025）則發現，家庭照顧者的健康識能將影響制度資訊理解與實際使用情形，反映制度可近性與家

庭能力之間存在著連動關係。Huang 等人（2024）則從質性研究指出，在離島條件下，跨區就醫與資源取得往往增加家庭負擔。綜合而言，金門相關研究已指出照顧議題已有家庭集中化、制度補充化與資源取得受地理條件影響等特徵。

二、障礙人口高齡化的具體輪廓

隨著臺灣整體人口結構快速老化，身心障礙人口亦呈現明顯高齡化趨勢。國際研究指出，在高齡社會中，障礙不再是少數族群的固定身分，而是與老化歷程高度交織的生活狀態，特別與慢性疾病與退化性功能限制密切相關（WHO, 2022）。金門調查顯示，金門身心障礙人口中，65歲以上身心障礙者占比顯著，顯示金門地區障礙議題已高度與高齡生活風險交織（金門縣政府，2023）。相較於早期以先天性或事故致障為主的結構，近年金門地區的障礙成因多集中於後天疾病與老化歷程。

三、以家庭為核心的照顧型態

在照顧安排上，金門縣身心障礙者仍高度仰賴家庭支持。劉香蘭（2018，2019a，2019b）指出，金門家庭在照顧制度運作中不僅提供日常支持，亦實際承擔制度銜接與資源承接功能。金門調查結果顯示，多數障礙者與家人同住，主要照顧者以配偶與子女為主，正式照顧服務多扮演補充角色。然而，在高齡化背景下，家

庭照顧型態逐漸顯露出結構性風險。主要照顧者年齡偏高，使「老老照顧」與「夾心世代照顧」成為離島家庭的常見樣貌。當照顧責任集中於少數家庭成員，且缺乏穩定外部支持時，家庭照顧體系的脆弱性亦隨之升高（衛生福利部，2022）。

四、與臺灣本島情境的對照

相較於臺灣本島地區可透過多元服務據點與跨區資源配置，分散高齡與障礙照顧所伴隨的風險，金門地區在服務密度與選擇彈性上仍相對有限。以本島為例，截至111年底，長照2.0全國社區整合型服務中心（A級）已達684個據點，居家照顧服務契約約1,712份、日間照顧服務約764份、喘息服務約3,324份，顯示本島各地長照服務已形成高密度且具替代性的服務網絡（衛生福利部長期照顧司，2022）。

相較之下，金門縣社區整合型服務中心（A級）數量有限，複合型服務中心（B級）與巷弄長照站（C級）之整體配置規模亦相對較小，服務密度與替代性明顯低於本島多數縣市（金門縣政府，2021；衛生福利部，2024）。在服務類型方面，金門縣目前可提供之正式照顧資源包括約4家居家喘息服務特約單位、1家日間照顧中心、2家機構式喘息服務單位，能即時承接家庭照顧負荷的正式替代選項相對有限（金門縣政府，2021）。

自106年起推動之ABC照顧模式，確

實促使金門地區社區型服務據點逐步擴增，長照專業人力亦由2017年約134人增加至110年約365人，顯示制度推動已有初步量能累積（金門縣政府，2021）。然而，受限於離島人口規模、市場誘因與地理條件，金門地區長照服務仍高度集中於少數單位，難以形成如本島般具備高度彈性與替代性的服務網絡（衛生福利部，2024）。

在醫療可近性方面，中央政府近年來透過強化區域醫療網絡、偏鄉醫療支持計畫及離島醫療補助等政策，持續挹注離島醫療資源，惟在醫師人力配置、專科完整度與醫療資源密度上，臺灣本島整體條件仍顯著優於離島地區（行政院，2023）。此一結構性差距，使金門縣在面對高齡、失能或障礙家庭時，跨體系即時銜接醫療與長照服務的彈性相對不足。

綜合而言，金門縣的照顧經驗顯示，當家庭照顧者面臨突發或長期照顧負荷時，可即時承接的正式照顧選項有限，家庭往往被迫成為唯一且持續的照顧選項，可見的照顧風險，亦凸顯離島地區在長照服務密度、替代性與風險分散機制上的結構性不足（衛生福利部，2024）。

參、制度看似齊備，為何照顧仍然困難？——從長照2.0到3.0的轉折觀察

在中央政策架構下，身心障礙者福利與長期照顧制度已歷經多年建構，相關服務項目與給付規範亦日趨完整。從制度設計層面來看，金門地區並非照顧資源完全缺乏的地區，中央所規範之多項身心障礙照顧與長期照顧服務，在金門縣多已設置。然而，金門調查卻顯示，在制度看似齊備的情況下，身心障礙者及其家庭仍普遍感到照顧困難，呈現制度存在與生活感受之間的明顯落差（金門縣政府，2023）。該調查亦顯示，雖有相當比例受訪者符合使用相關照顧服務資格，但實際使用居家服務、喘息服務或日間照顧者比例偏低，部分受訪者表示「不知道有這項服務，但若知道會有需要」，顯示制度設計與實際使用之間仍存在著落差現象（金門縣政府，2023）。這樣的落差並非個別使用經驗所致，而是制度設計與實際生活條件之間的結構性問題。特別是在高齡化與障礙化同步加劇的背景下，制度是否能順利轉化為生活中的支持，已成為比制度是否存在更為重要關鍵的議題。

一、制度存在與被使用之間的落差

從金門調查結果來看，金門地區多項障礙照顧與長期照顧相關服務的實際使用

率偏低。例如，居家服務、日間照顧與喘息服務的使用比例皆未達多數受訪者的實際需求程度，部分受訪者更表示「不知道有這項服務，但若知道會有需要」，顯示制度資訊尚未有效進入身心障礙者的生活脈絡（金門縣政府，2023）。可見制度並非單純設置即可被使用，而是高度仰賴使用者對制度的理解能力、行動能力與外部支持。對障礙者而言，制度使用往往涉及多重行政流程與專業評估，若缺乏陪伴與協助，如何使用制度的過程即可能成為新的門檻。

OECD（2025）亦指出，在高齡人口比例偏高且家庭照顧仍占主要地位的社會中，正式照顧制度若過度依賴被動申請與個人行動能力，實際使用率往往低於政策預期，特別是在離島與偏遠地區，此一落差更為明顯。

二、長照2.0架構下的結構性限制

長期照顧2.0自推動以來，強調「在地老化」、「社區整合式服務」與「服務可近性提升」，為臺灣高齡照顧體系奠定重要基礎（行政院，2023）。然而，從制度實際運作情形來看，長照2.0仍以「高齡或失能者」作為主要設計對象，對於同時具有障礙身分、且生活需求更為多元的身心障礙者而言，制度銜接並非完全順暢。

在金門地區，這樣的制度限制尤為明

顯。首先，服務據點與人力配置受限於人口規模與地理條件，使長照2.0所仰賴的社區服務網絡難以全面鋪設。其次，服務提供的時間與彈性有限，較難回應障礙者不規則、但高度依賴支持的生活需求。此外，長照制度與身心障礙福利體系之間仍存在分流設計，使同時符合兩套制度資格的障礙者，需分別面對不同窗口與申請流程。對家有障礙者而言，這樣的制度分流並非選擇增加，反而造成理解制度與行動成本的提高（衛生福利部，2022）。

三、制度銜接仰賴家庭，反而加重照顧負荷

在制度銜接未臻順暢的情況下，家庭往往成為實際承接制度落差的關鍵。金門調查顯示，多數高齡的身心障礙者在制度使用上，仍高度仰賴家屬協助，包括資訊蒐集、申請流程與服務協調（金門縣政府，2023）。

這樣的運作模式，使家庭不僅承擔日常照顧責任，也被迫成為制度的實際操作單位。當主要照顧者本身亦為中高齡者時，制度複雜性將直接轉化為家庭照顧壓力。從結果來看，制度雖然存在，卻未能有效降低家庭負擔，反而在無形中加重家庭所需承擔的責任。WHO（2023）指出，若照顧制度未能降低家庭在制度操作上的負荷，長期而言不利於照顧體系的永續發展。

四、邁向長照3.0：制度升級的期待與風險

長照制度朝向3.0架構逐步推動，強調醫療、照顧與社會支持的整合，並關注服務連續性與使用者經驗（衛生福利部，2024）。從政策論述來看，長照3.0若能落實整合與以人為本原則，理論上有機會改善身心障礙者在制度間來回穿梭的困境。然而，金門縣的經驗亦提醒，制度升級本身並不必然等於制度可近性的提升。若長照3.0的設計仍以本島資源條件為主要前提，未同步調整離島在人力、交通與服務輸送方式上的限制，制度升級反而可能擴大實質的落差。OECD（2025）指出，制度整合若未納入地理與人口結構差異，將使資源密度較低地區在制度升級過程中處於不利位置。此一風險，在離島高齡障礙照護情境中尤需被正視。

五、從制度反思生活——為何制度齊備仍不足夠

綜合以上分析可以看出，金門地區身心障礙者所面臨的照顧困難，並非單純源自於制度不足，而是制度設計與離島生活條件之間的結構性落差。當制度過度仰賴個人行動能力與家庭承接時，即使制度齊備，也難以轉化為穩定可用的生活支持。隨著長照制度朝向3.0架構逐步推動，金門縣的經驗提醒，制度調整不應僅關注服務項目與整合架構，更需回到地區特色與

實際生活現場，重新檢視制度是否真正降低了身心障礙者與其家庭照顧者的使用門檻。

肆、醫療與交通——離島身心障礙者最現實的照顧門檻

在高齡障礙照護議題中，醫療可近性與交通條件往往被視為外在環境因素，然而對離島地區而言，這兩項因素實際上深刻形塑了照顧制度是否能在生活中被使用。相較於臺灣本島地區可透過醫療量能與交通網絡分散照顧風險，離島地區的醫療與交通限制，往往成為障礙者日常照顧中最直接、也最難克服的門檻。

金門調查顯示，部分身心障礙者因交通不便或缺乏陪同人力，難以穩定前往醫療院所或照顧服務據點，即使符合服務資格，仍因交通安排困難因素而降低使用意願，在此情境下，交通條件不僅影響外出便利性，也直接關係到照顧服務能否被實際使用（金門縣政府，2023）。

國際研究亦指出，對身心障礙者而言，交通限制往往與健康及照顧不平等相互連動（WHO, 2023）。在人口密度較低且交通網絡有限的地區，服務使用率容易受到交通可近性影響（OECD, 2025）。WHO（2022）進一步指出，醫療取得與交通支持是維持整體健康與生活功能的基本。當這些條件無法穩定提供時，其他制

度性的照顧安排，即使形式上存在，其實際效益仍可能受限。

一、離島醫療量能的結構性限制

金門縣雖設有地區醫院與基層醫療體系，能回應一般急性與慢性疾病需求，然而在專科醫療、復健醫療與長期追蹤方面，仍存在結構性限制。金門調查顯示，部分障礙者需定期接受專科診療或復健服務，但在地可選擇的醫療資源有限，使跨區就醫成為常態（金門縣政府，2023）。對身心障礙者而言，跨區就醫並非單純的醫療選擇，而是涉及體力負荷、時間成本與陪同人力等多重因素。當醫療需求與生活能力受限同時存在時，跨區就醫的可行性往往高度依賴家庭支持，使醫療可近性與家庭照顧能力緊密連動。

二、醫療需求與照顧服務之間的斷裂

在制度設計上，醫療體系與長期照顧體系分屬不同政策架構，雖近年已強調跨體系整合，但在實際運作中，兩者之間仍存在明顯斷裂。對金門地區身心障礙者而言，醫療評估結果未必能順利轉化為後續照顧服務，導致需求被辨識，卻無法即時獲得支持。衛生福利部（2022）指出，當醫療與照顧服務缺乏有效銜接時，家庭往往被迫承擔協調角色，包括醫療建議的理解、服務轉介與後續追蹤。這樣的制度運作模式，在資源密集地區尚可由專業人員

分擔，但在離島地區，家庭承接的比例明顯提高。

三、交通條件對照顧可近性的實際影響

相較於本島地區多元且密集的公共運輸系統，金門縣的交通條件在班次、路線與時間彈性上皆相對有限。對身心障礙者而言，交通不僅是移動工具，更是成為能實際使用醫療與照顧服務的前提。

金門縣政府（2023）調查顯示，部分身心障礙者因行動不便或缺乏陪同人力，難以自行前往醫療院所或服務據點，即使符合服務資格，仍因交通因素而放棄使用。此一情形在需要定期往返的復健與追蹤治療中尤為明顯。相關經驗亦見於金門地區有早期療育服務需求的照顧者之質性研究，研究指出離島專業資源不足與跨區就醫需求，使照顧者在時間、交通與心理壓力上承受顯著的負擔（Huang, Chang, & Hsieh, 2024）。此一現象顯示，交通條件不僅影響醫療取得，更影響整體照顧制度之可近性。OECD（2025）亦指出，在人口密度低且交通網絡有限的地區，交通可近性往往成為影響照顧服務使用率的關鍵因素，特別對高齡與障礙人口而言，交通障礙將直接轉化為健康與照顧不平等。

四、跨區就醫與交通安排是家庭照顧責任

由於離島醫療量能有限，跨區就醫

在金門地區成為部分身心障礙者的必要選項。然而，跨區就醫涉及航班安排、住宿、接駁交通與時間調度等複雜流程，制度支持相對有限，使家庭成為實際承擔者。

金門調查顯示，跨區就醫的安排多由家屬負責，包括陪同就醫、交通接送與生活照顧（金門縣政府，2023）。當家庭成員需兼顧工作與照顧責任時，跨區就醫的可持續性便受到限制，使部分身心障礙者即使有醫療需求，仍選擇延後或放棄就醫。WHO（2023）指出，當醫療與交通支持過度仰賴家庭時，制度實際運作將受到家庭所擁有的資源差異的影響，進一步擴大了健康不平等。

五、醫療與交通限制下的制度再思考

綜合以上分析可見，醫療與交通條件不僅是離島身心障礙照護的外在限制，更深刻影響制度是否能在生活中被使用。即使照顧制度逐步設置，若缺乏與醫療與交通條件相匹配的配套設計，制度效益仍將受到侷限。

在長照制度已邁向3.0的政策脈絡下，醫療、照顧與交通的整合已被視為重要方向。然而，金門地區的經驗提醒，制度整合不應僅停留在政策層次，更需具體回應離島地區在交通、人力與服務輸送上的現實條件。唯有如此，醫療與照顧體系才能真正成為身心障礙者可持續依賴的生

活支持。

伍、家庭照顧者——被制度低估的離島身心障礙照顧支柱

在離島身心障礙照護體系中，家庭長期扮演核心角色。相較於正式照顧服務，家庭不僅提供日常生活照顧，也實際承擔制度銜接、資訊取得與服務協調等功能。Lipsky（2010）指出，公共制度在基層實踐中往往仰賴家庭與地方相關權責單位進行銜接，此一觀點有助理解在金門情境下家庭角色的制度性意義。

金門調查顯示，多數身心障礙者目前仍與家人同住，主要照顧者以配偶與子女為主，顯示家庭仍是離島照顧體系中最重要的支撐力量。調查亦指出，主要照顧者中有相當比例本身已屬中高齡者，部分家庭甚至呈現「老老照顧」型態，顯示家庭照顧能力正同步面臨高齡化挑戰（金門縣政府，2023）。

一、家庭成為制度運作不可或缺的一環

在制度設計上，長期照顧與障礙福利多以家庭可協助使用視為理所當然。然而，在離島情境中，家庭並非僅是輔助角色，而是制度能否實際運作的重要條件。從金門調查結果來看，多項正式服務的申請與使用，皆高度依賴家屬協助完成，包

括資訊取得、行政流程與後續溝通（金門縣政府，2023）。這樣的運作模式，使家庭在無形中承擔了制度設計未能處理的複雜性。當家庭功能健全時，制度得以勉強運作；一旦家庭照顧能力下降，制度支持即可能隨之中斷。研究指出，當正式制度仰賴家庭完成行政申請與資訊整合時，家庭能量的差異性將直接影響制度的可近性，進而影響照顧資源取得的公平性（Huang et al., 2024；林佳芬、翁瑞宏，2025）。

WHO（2023）指出，當正式照顧體系過度仰賴家庭承接制度操作時，家庭差異將直接轉化為照顧不平等，特別是在高齡化與障礙交織的情境中，此一風險更為明顯。

二、照顧壓力的累積與不可見性

金門調查顯示，部分主要照顧者同時需兼顧工作、家庭與照顧責任，長期處於高度負荷狀態（金門縣政府，2023）。然而，這些照顧壓力多未被正式制度即時辨識，也未必能轉化為實質支持。該調查中亦有受訪家庭反映，雖符合喘息服務資格，但因服務時段、交通或申請程序限制，實際使用情形有限，顯示制度設計尚未完全貼近家庭生活節奏（金門縣政府，2023）。這樣的落差，使家庭照顧成為一種被期待卻未被充分支持的角色，長期而言，將影響照顧體系的穩定性。

三、家庭並非問題來源，而是制度的重要夥伴

值得注意的是，家庭並非照顧問題的根源，而是長期支撐離島身心障礙照顧的重要夥伴。金門縣的經驗顯示，若能在制度設計上更積極回應家庭實際需求，例如降低行政負擔、提高服務彈性，將更有助於強化整體照顧體系的韌性。

陸、從金門經驗反思——離島身心障礙照護的可能出路

綜上而論，金門縣身心障礙照護困境並非單一制度失靈所致，而是高齡化、障礙化與離島條件交織下的結構性結果。因此，出路的思考亦需跳脫單一制度修補，轉而從整體照顧生態系統的角度出發。

一、從制度齊備轉向為制度可用

金門調查顯示，部分身心障礙者對現行服務「有聽過，但不知道如何使用」，反映制度資訊與生活現場之間仍存在距離（金門縣政府，2023）。未來政策應更重視制度是否真正降低使用門檻，而非僅著眼於服務項目是否完備。

二、以生活圈為基礎的在地整合

在離島情境中，服務據點的數量不如可達性重要。OECD（2025）指出，小規模地區的照顧政策，應優先強化跨服務整

合與生活圈配置，以降低使用成本。金門縣可思考以鄉鎮或生活圈為單位，整合醫療、照顧與交通資源，使服務更貼近實際生活動線。

三、在長照3.0架構下重新定位離島角色

長照制度邁向3.0，強調整合、連續與以人為本（衛生福利部，2024）。金門地區的經驗提醒，離島不應僅被視為制度末端，而應成為檢視制度彈性與包容性的關鍵場域。若制度能在離島順利運作，亦更有能力回應臺灣本島地區多元且複雜的照顧需求。

柒、在超高齡社會中重新想像金門的照顧未來

綜合前述對金門縣身心障礙者照護處境的分析，離島地區的照顧困境並非源於制度不足或缺失，而是制度設計與生活條件之間長期存在的落差。相較於以制度完備度或服務項目數量為主的政策討論，本文嘗試從社區生活現場出發，重新檢視照顧制度如何在特定地理、人口與家庭結構條件下被使用，或無法被使用。本文可從以下三個面向理解。

一、從制度是否存在轉向制度是否可被生活使用的分析視角

現有長期照顧與身心障礙福利相關研究，多著重於制度架構、服務設計與政策推動成效，較少深入探討制度在不同社區與生活條件下的實際可近性。本文透過金門縣的經驗指出，即使照顧制度在形式上已相對齊備，若未能回應離島在交通可近性、人力配置與服務輸送彈性上的限制，制度仍可能難以轉化為身心障礙者日常生活中的實質支持。

此一觀察有助於將照顧制度的討論，從制度是否設置完成，推進至制度是否能被生活使用，補充了以生活脈絡理解制度運作的分析視角，亦回應社區發展研究中對制度與生活世界落差的核心關懷。

二、重新定位家庭在離島照顧體系中的角色——從照顧者到制度承接者

在離島身心障礙照護情境中，家庭不僅是非正式照顧的提供者，更實際承擔了制度運作所需的多項功能，包括資訊取得、行政申請、跨體系協調與服務銜接。當制度設計預設使用者具備一定行動能力與制度理解能力時，家庭即成為制度得以實際運作的先備條件。

此一分析有助於重新理解家庭照顧壓力的來源，指出家庭負荷並非單純源於照顧需求本身，而是來自制度未能有效降低使用門檻的結構性結果。對實務與政策而

言，這樣的視角提醒，家庭不應被視為理所當然的支持背景，而應被納入制度設計與需被支持的對象。

三、將離島視為檢視長期照顧制度彈性與包容性的重要場域

在政策層次上，離島地區不應僅被視為長期照顧制度的末端或特殊例外，而應成為檢視制度是否具備因地制宜能力的重要場域。隨著長照制度朝向3.0架構逐步推動，強調整合、連續性與以人為本，金門縣的經驗顯示，若制度設計仍以本島資源密度與服務條件為主要前提，恐將在離島情境中產生制度上的落差。

透過離島身心障礙照護的分析，制度彈性與包容性不能僅著重於服務項目的增加，更應將焦點放在能否回應不同社區在交通、人力與家庭結構上的差異。此一觀點有助於將離島經驗轉化為對整體長期照顧制度發展具有指標意義的反思。

捌、結語：在超高齡社會中重新想像金門的照顧未來

隨著臺灣已於2025年正式進入超高齡社會，身心障礙與高齡照顧者的交織已成為無法迴避的社會現實。金門地區的經驗顯示，離島的身心障礙者照護困境並非源自制度缺席，而是制度設計與生活現場之間長期存在的落差。本文透過金門縣官方

調查資料與政策分析，檢視身心障礙者在制度使用、醫療交通與家庭照顧層面的實際處境，指出若制度未能同步回應離島在人力、交通與家庭結構上的限制，仍難以轉化為穩定且可持續的生活支持。

隨著長照制度朝向3.0架構逐步推動的同時，金門經驗提醒，制度調整不應僅著眼於服務項目與整合架構，更需回到不同社區的生活條件，檢視制度是否真正降低了障礙者及其家庭的使用門檻。離島情

境不僅是地方特殊案例，更是一個檢驗制度彈性與包容性的場域。唯有將地理條件與家庭現實納入制度思考，方能建構更具韌性的照顧體系。

（本文作者為國立金門大學社會工作學系
助理教授）

關鍵詞：高齡社會、身心障礙者、離島地區、長期照顧、家庭照顧、制度可近性

📖 參考文獻

- 中華民國內政部戶政司（2026）。〈2025年65歲以上人口統計資料（戶籍人口統計）〉。內政部。
- 行政院（2023）。《長照2.0政策概述與推動成效》。
- 行政院（2023）。《強化偏鄉及離島醫療照護政策說明》。
- 林佳芬、翁瑞宏（2025）。〈金門長照家庭照顧者之健康識能對健康行為的影響〉。《醫務管理期刊》，26（1），1-26。
- 金門縣政府（2021）。《金門縣長期照顧服務資源盤點與推動成果說明》。
- 金門縣政府（2023）。《金門縣111年度身心障礙者生活狀況及需求調查委託研究案成果報告》。金門縣政府。
- 劉香蘭（2018）。〈跨界前線：揭開金門人口紅利下的社會風險〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，8（3），35-98。
- 劉香蘭（2019a）。〈從前線到邊緣的轉折：金門的家庭變遷與家庭政策〉。《台灣社會福利學刊》，15（1），1-89。
- 劉香蘭（2019b）。〈誰來照顧：離島金門家庭照顧的十字路口〉。《東吳社工學報》，37，1-41。
- 劉香蘭、許美鳳、高鈺婷（2025）。〈制度與文化的共同作用：後戰地金門家庭照顧者的圖像與服務反思〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，15（1），47-91。

- 衛生福利部（2022）。《臺灣高齡健康與長期照顧服務年報》。
- 衛生福利部（2024）。《長期照顧十年計畫3.0政策方向說明》。
- 衛生福利部（2024）。《長期照顧服務發展報告（含各縣市ABC據點統計）》。
- 衛生福利部長長期照顧司（2022）。《長期照顧十年計畫2.0服務資源統計（111年）》。衛生福利部。
- Gréaux, M., Mettler, J., & Groce, N. (2023). Health equity for persons with disabilities: A global scoping review on barriers and interventions in healthcare services. *International Journal for Equity in Health*, 22, 1-14.
- Huang, Y.-P., Chang, L.-J., & Hsieh, H.-F. (2024). Insisting on help, facing challenges, and maintaining balance: The lived experiences of caregivers raising a child with developmental delay in the remote islands of Kinmen. *Journal of Pediatric Nursing*, 75, 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.12.011>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary ed.). Sage.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Ageing and long-term care*.
- World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*.
- World Health Organization. (2023). *Integrated care for older people in community settings*.