

南 華 大 學

非營利事業管理研究所

碩士論文

老年智能障礙者養護問題—以某機構為例

Institutional Care for the Mentally Retarded Elderly-
A Case Study of a Specific Social Welfare Organization



研究生：羅 春 月

指導教授：呂朝賢博士

中 華 民 國 九 十 九 年 六 月

南 華 大 學
非 營 利 事 業 管 理 學 系
碩 士 學 位 論 文

老年智能障礙者養護問題—以某機構為例

研究生：羅春可

經考試合格特此證明

口試委員：郭俊巖
謝和均
呂朝賢

指導教授：呂朝賢

系主任(所長)：呂朝賢

口試日期：中華民國九十九年六月二十九日

謝 誌

感謝上帝，讓我在研究所的學習過程中，依然得到您的看顧！考上南華是奇蹟-因為這裡有阿彌陀佛，上帝依然應允我的禱告，實現我再學習的心願，在南華學習的路上，一路走來皆是平安、喜樂！

能夠順利完成學業是驚喜-因為還沒開學就先辦休學的人應該也不多！二年半的學習期間，一手奶瓶、尿布，一手公文、電腦、報告，家庭、工作與學業三者交織，為人婦與人母的生活是既忙碌又充實，這段經歷肯定終身難忘，不過重要的是--畢業證書可不可以領兩份？！

完成論文是滿滿的感謝-首先要感謝的當然是指導教授呂朝賢老師，感謝老師在寫作過程中不厭其煩地指導，及時引領我從混沌中找到新的方向，因為老師真誠親切的教學態度以及包容，讓這篇有如龜速行進的論文總算完成。同時由衷感謝口試委員謝聖哲老師、郭俊巖老師對於本論文的指導與建議，讓學生在思維上更加縝密，論文得以及時修正。最重要的是也要感謝兩年多來在課堂上認真教學與解惑的諸多師長，尤其是黃德舜老師的「財務」概念與「責信」深植我心，無論是在為人、處事上帶給我許多反省與思考，獲益良多。

要感謝的人實在太多，有一路相伴與切磋的同學與學弟妹，默默給予支持鼓勵的雙親、丈夫、兩個小孩與關心我的家人，還有陪伴我一路成長的機構同仁、憨兒們，以及不斷為我代禱的牧師、牧師娘，紙短情長，表達不盡，謹以這篇論文向大家致謝。

摘要

隨著現代醫學的進步與生活品質的改善，智能障礙者得以延長壽命並有機會使用到社會福利資源，但近年來國內長期照顧政策的發展與規範，老年智能障礙者並未得到足夠的支持服務，面對其先天障礙的限制與身體機能退化而衍生的特殊照顧需求，為身心障礙教養機構在照護工作上帶來許多挑戰與困境。

本研究以某教養機構為例，透過資料檔案的回顧與整理、以及參與觀察和深度訪談等方式，解析老年智能障礙者家庭的照顧負荷與需求、以及身心障礙教養機構服務的供需現況和目前所面臨的服務困境。

本研究發現，老年智能障礙者家庭的照顧負荷相當多樣化，就質性訪談內容而言，結果顯現出家庭因為照顧工作普遍受到生、心理層面與社會層面的壓力，其中經濟負荷是主要影響家庭尋求老年智能障礙者照顧轉銜的因素。對於使用照顧服務資源的需求則以經濟安全、醫療與健康照顧、以及社會支持等三個層面為主要訴求重點。

從機構服務者的角度探究目前照顧服務供需落差的情形，針對研究分析結果發現，老年智能障礙者現階段的服務需求以生活照顧、健康與復健醫療、休閒娛樂活動的參與為主，但因受限於現行的法令政策之規範，使得老年智能障礙者在就養與就醫需求的層面上無法得到滿足與福利資源的支持，而對服務提供者而言，因各自分立的福利法案與照顧服務體系，使得照顧轉銜服務無法落實；機構方面，則因缺乏老年智能障礙者照顧相關之醫療專業知能與人力的投入、以及財務資源不穩定的情形下，使得照顧服務工作未能有效執行；此外低參與度的家庭支持亦會影響照顧服務的提供。

整體而言，老年智能障礙者的養護問題需要政府關注，並與民間社福機構或團體共同合作，才能有效舒緩目前身心障礙教養機構所面臨的服務困境，本研究依據以上的結論，對政府與政策、機構實務工作者、以及家庭等三個層面提出建議以供參考。

關鍵字：老年智能障礙者、機構照顧、照顧負荷、照顧轉銜服務

Abstract

Modern medicine and higher quality of life extend people's life. Accordingly, the mentally retarded have more chance use the social welfare resources in their elderly stages. Unfortunately, they are not supported well by recent policy making and regulations of long-term care. The mentally retarded elderly have difficulties due to their innate disabilities and degenerate physical functions. Institutional care services need to cater to the challenge.

This study focuses on a specific social welfare organization and involves review of documents, participant observation, and in-depth interview on the mentally retarded elderly. The analysis has two sides incorporated: their family care burden, particular needs, as well as the demand-supply situation of the institutional care providers and the real difficulties.

A variety of family care burdens are identified. Qualitative interview results indicate triple factors of care burden (physical, psychological, and social pressures). Economic impact on the mentally retarded elderly families calls for assistances from institutional care providers, especially in three aspects—economic security, medical and health care, and social support.

The gap between demand and supply of care service are explored from the point of view of institutional care service provider. It is found that the mentally retarded elderly need daily and health/therapy care, as well as leisure participation mostly. However, the needs are not fully supported by current law policies and not satisfied in the allocation of social welfare resources. Service providers have a common voice that current welfare system in Taiwan has divided two systems under which to deliver service to people with disabilities and the elderly. The care transition service of mentally retarded elderly would not function well. Experts and staff shortages are found in the institutional provider. Unsecured financial conditions further impede the work. In addition, low participation by the family members has a certain impact on the

institutional care.

Care for the mentally retarded elderly—as a whole set of issues—demands the attention of the government. It also calls for a social welfare alignment between the public and the private sectors so as to relief the difficulties faced by institutional care service providers. This research has based on the conclusion above and provided some suggestions for reference in every aspect of policies, practical workers and families.

Key word: mentally retarded elderly, institutional care, care burden, care transition

目 錄

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機·····	1
第二節 研究問題·····	3
第三節 研究目的·····	4

第二章 文獻探討

第一節 智能障礙者接受教養機構照顧服務的歷程·····	5
第二節 身心障礙福利服務機構的服務·····	15
第三節 身心障礙福利服務機構的服務困境·····	31
第四節 小結·····	35

第三章 研究方法

第一節 選擇質性研究·····	37
第二節 研究對象·····	38
第三節 資料蒐集方法·····	41
第四節 資料分析方法·····	44
第五節 研究的嚴謹度·····	46
第六節 研究倫理·····	48

第四章 研究結果

第一節 機構的服務·····	50
----------------	----

第二節	照顧服務之觀察	59
第三節	家庭在照顧老年智能障礙者過程中面臨的壓力、困境與需求	68
第四節	教養機構的服務現況與老年智能障礙者照顧需求之間的差異	92
第五節	教養機構在老年智能障礙者照顧服務工作上所面臨的服務困境	129
第六節	小結	138

第五章 結論與建議

第一節	研究結果	143
第二節	研究建議	145
第三節	研究限制	147

參考文獻

中文部分	149
英文部分	163
網站部分	165

附錄

附錄一	訪談大綱	166
附錄二	訪談同意書	169
附錄三	個案入院檢測記錄	170
附錄四	家屬訪談引述編碼表	181
附錄五	機構工作人員訪談引述編碼表	184

圖 目 錄

圖 4-1 機構的組織架構.....	52
--------------------	----

表目錄

表 2-1	直轄市、縣市身心障礙福利機構及身心障礙人口數	16
表 2-2	身心障礙者人口結構	17
表 3-1	受訪者基本資料表	40
表 3-2	訪談引述範例表	46
表 4-1	院生基本特徵次數分配表	53
表 4-2	院生障礙類別程度分布表	54
表 4-3	院生設籍分布情形	55
表 4-4	院生教養費收費情形	56
表 4-5	院生起始行為次數分配表	57
表 4-6	機構教養服務類別、目標與內容	57
表 4-7	院生生活日課表	59

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

根據內政部統計處資料（內政部，2010），截至 2009 年底止，經鑑定依法領有身心障礙手冊人口數，已達 107 萬 1,073 人，身心障礙人口占總人口比率為 4.6%。按障礙類別分計有 16 類，其中以肢體障礙者 39 萬 6,652 人占 37.03% 最多，重要器官失去功能者 11 萬 6,889 人占 10.91% 次之，聽覺機能障礙者 11 萬 5,322 人占 10.77% 居第三，餘依序為慢性精神病患者 10 萬 7,663 人占 10.05%、多重障礙者 10 萬 7,317 人占 10.02%、智能障礙者 9 萬 5,375 人占 8.9%、視覺障礙者 5 萬 6,928 人占 5.32%、失智症者 3 萬 605 人占 2.86%、聲音或語言機能障礙者 1 萬 3,318 人占 1.24% 及自閉症者 9,160 人占 0.86%、其他障礙者 2 萬 1,844 人占 2.04%；各障礙類別人口數與 97 年底比較，以失智症者增加 13.28% 最高，自閉症者增加 12.38% 次之，重要器官失去功能者增加 6.42% 居第三。

台灣自 1993 年起邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所占比例持續攀升，2009 年底已達 10.6%，老化指數為 65.1%，雖仍較歐美及日本等已開發國家為低，但較其他亞洲國家為高。身心障礙人口同樣也有老化的趨勢，其中心智障礙者屬終身性障礙人口，在原有的身心障礙基礎下，其老化速度快，年齡結構趨於老化時，45 歲即相當於一般人 65 歲的身體，且引發其他併發症狀較一般老人複雜（Seltzer and Krauss, 1989，轉引自陳奕齡）。目前台灣地區 65 歲以上身心障礙者占整體身心障礙人口數 16.13%，其中年滿 45 歲且障礙等級為中重度以上之身心障礙者，推估近五十萬人，顯見整體身心障礙人口持續朝老化趨勢發展。對於身心障礙者人口占全國人口 4.6% 的台灣，這群身心障礙的朋友們，因身體機能平均四十五歲即開始走下坡，比一般人提早十五~二十年（Walsh et

al., 2001; 林昭吟等, 2004), 並隨著高齡社會的來臨, 身心障礙者的平均餘命在現今醫療的進步與生活水平提升的同時, 使其存活率攀升, 形成獨特的基本特質及生活需求, 其年齡越大, 自我照顧能力越低, 造成在身體、心理、經濟及社會等層面的依賴。而這中間身心障礙者的主要照顧者也同樣有老化及死亡的問題, 其原生家庭為提供生活照顧已付出相當的心力, 然而因生命延長與老化現象提前到來, 除了加速耗盡年邁父母所剩不多的經濟資源外, 更增添其手足同輩協同照顧的壓力, 形成沉重的負擔。因此當家庭資源不足以持續提供老年身心障礙者之照顧時, 傾向選擇由機構提供照顧服務的可能性便會提高。

然而, 觀察政府對於老人之福利服務部份, 因受限於法律之規範, 服務對象必須是 65 歲以上老人, 其所提供的照顧服務主要是以安養為目的, 有別於政府對「身心障礙者」所提供的照顧服務, 強調「教、養」功能之期待, 兩者間看似有差異性, 但也有其共通性。老化的智能障礙者不是老人福利的主流, 他們被排除在長照體系之外, 而有限的長期照護資源也很難照顧到老年智能障礙者, 有鑑於此, 許多家屬認為目前老人的機構或居家式照顧, 其工作人員都未針對老年身心障礙者的狀況特別訓練, 對於提供老年身心障礙者服務的能力感到存疑。隨著智能障礙者的年齡愈大, 除了自我照顧能力愈低外, 對非正式的支持體系形成更加依賴現象, 例如心理支持、照護、醫療、法律等支援 (林純真, 1999)。有鑒於老年智能障礙者因年老被遷移到另一個地方接受照護, 而引發負向的心理發展, 目前許多智能障礙者家屬與服務團體期盼提供全日型教養服務的身心障礙福利服務機構能以在地老化、社區化、多元化的觀點, 建構多層級的照護模式, 讓已老化或逐漸步入高齡的身心障礙者能夠終期一生都在自己熟悉的環境及社區度過, 並接受各項長期照護服務。(王國羽等, 2007)

第二節 研究問題

台灣政府自 1998 年起推動的長期照護相關計劃，雖然朝多元方式發展，但對於需要長期照顧服務的人口群（包含老人、身心障礙者、發展遲緩兒少、精神障礙者），卻各由社政、衛政、及退輔會三大體系共同管理長期照顧機構，造成長期照顧機構的分類、歸屬、品質監測與服務網絡整合困難，而且對於逐年增長的身心障礙者所需特殊的照顧需求、理想的照護模式與服務品質亦顯得不足且無效率，尤其是未滿 65 歲但已提早老化的心智障礙人口群，始終無法進入長期照顧體系。

許多身心障礙者因障礙程度輕重不同，問題行為也愈多，以及原生家庭的照顧能力不足或因經濟問題困難的情形下，早期即被安置於住宿型機構接受教養，極少數的身心障礙者能再度回歸社區及家庭。隨著身障者的平均餘命延長，其居住於機構的時間也更長，甚至在機構內老化、死亡。大多數機構面臨身障者瀕臨年老，而且其原生家庭主要照顧者無力照料或不在人世的窘境，此時身心障礙福利機構則須擔負起扮演照顧身心障礙老人關鍵的角色。對於機構未來如何規劃生涯轉銜服務以滿足老年智能障礙者之需求，目前僅只少數學者專家深入討論與研究，在長期照顧規劃上的議題，最常見於有關成年智能障礙者離校轉銜相關議題之研究（陳麗如，2000；陳亭仔，2001；蘇盈宇，2003；陳思妤，2003；黃璽璇，2004），或關於成年智能障礙者社區生活之相關研究（吳政裕，2000；林宏熾，2000b；李婉萍，2002；王育瑜，2004；邱克豪，2004；周月清，2006），以及智能障礙者的健康照顧相關議題（陳奕齡，2000；李志偉，2002；王國羽，2003；蔡豔清，2004；），鮮少從身心障礙教養機構的服務供給角度切入，探討身心障礙教養機構對照顧老年智能障礙者的服務過程中，其所提供的福利服務或措施對老年智能障礙者是否有實際助益？如何因應？等相關議題。

隨著身心障礙者的年齡結構朝老化的趨勢發展，傳統家庭的照顧功能會因為家庭同時背負雙重的照顧壓力（身心障礙者與主要照顧者同時衰老所衍生的照顧問題）而逐漸式微，並轉向尋求替代家庭的機構照顧模式。因此，在國內外學者逐漸關注身心障礙人口與智障者老化議題下，如何以在地老化的觀點來規劃老年智障者的理想生活照顧模式並得到滿足等，是研究者關心的問題，因此本研究的問題為下列三項：

- （一） 老年智能障礙者家庭在照顧過程中所面臨的壓力、困境與需求為何？
- （二） 目前國內身心障礙教養機構提供老年智能障礙者的服務有那些？與老年智能障礙者實際需求的服務內容有何落差？
- （三） 在當前的政府政策的規範下，身心障礙教養機構如何因應當前的服務困境與可能因應的方式？

第三節 研究目的

觀察台灣近十年受到西方國家在去機構化與正常化運動的影響，開始重視教養機構對於身心障礙者照顧服務朝正常化的概念發展，而福利政策也逐漸強調社區照顧模式，雖然台灣的身心障礙福利機構仍不斷地增加，但因受現行訂定的身心障礙福利機構設施及人員配置標準的規範與評鑑制度的檢討下，國內機構式的教養服務發展與西方國家發展的狀況不盡相同。

基於上述研究動機與問題，本研究將以身心障礙教養機構提供照顧服務的實務工作者的觀點，探討身心障礙教養機構面臨老年智障者的服務困境、可能的因應方式與未來在服務老年智能障礙者擬定合適的照顧模式或方案，以作為身心障礙福利服務機構未來規劃老年智能障礙者服務之參考。

第二章 文獻探討

為了進一步瞭解目前國內身心障礙教養機構對老年智能障礙者照顧服務工作的規劃與作深入探討。本章內容一共分成三個部分，第一節將回顧智能障礙者接受教養機構照顧服務的歷程，從中探討家屬安置個案進入教養機構，對於照顧轉銜的需求與看法為何？第二節從供給的角度來看，目前住宿型教養機構受到政府政策的規範下所應提供的服務項目有那些，以及從生涯轉銜服務的觀點去檢視目前身心障礙教養機構提供智能障礙者照顧服務之供給現況，並且探討身心障礙教養機構的服務現況與老年智能障礙者實際所需要的照顧服務有何助益或落差；第三節彙整身心障礙教養機構在當前的政策規範下與服務過程中所面臨的主要困難、可能的因應方式與討論未來在長期照顧福利政策上正式資源能給予的協助。

第一節 智能障礙者接受教養機構照顧服務的歷程

一、 照顧工作的起點—家庭

孩子是父母永遠的寶貝，當一個家庭處於新形成的階段時，迎接新生命的到來總是被期待的，但是當面對有智能障礙的子女出現時，父母與家人除了受到很大的心理衝擊、震驚，更須經歷長時間的情緒調適以及照顧上的負擔與挑戰。對智能障礙者來說，家庭一直是最主要的支持來源，不斷地提供照顧、協助與支持，這角色的扮演是沉重的，儘管他們年長了，因為其身心發展特質上的缺陷，沒有獨立生活的能力，與父母親或其他家人同住仍是較佳的安排。在美國大約有 60% 的成年智能障礙者終其一生與他們的家庭生活在一起，而僅有少於 15% 居住於

公私立教養機構 (Seltzer & Krauss, 2001)。反觀國內也有相同情形，根據 2003 年台閩地區身心障礙者生活需求調查，有 93.34% 的身心障礙者居住在家中接受照顧，選擇入住公私立教養機構者只有 6.25%，至 2006 年時也僅有 6.6% 的身心障礙者接受教養機構的服務 (內政部，2003；內政部，2006a)，這表示大多數的身心障礙者仍然居住於社區中，家庭是提供身心障礙者生活支持的主要力量，與家庭密不可分。

二、 家庭照顧工作的負荷

然而隨著社會逐漸邁向現代化、家庭結構與型態改變等因素的影響，家庭承擔照顧老年人或智能障礙者的能力愈來愈薄弱，面臨的壓力與困境亦愈來愈廣泛多元，當過多的照顧壓力與困境同時出現時，可能會使家庭失去有效處理問題的能力 (Brown & Brown, 2003)，因此轉而尋求將家中的智能障礙者送往機構安置的選擇。

許多研究指出，智能障礙者的照顧工作可能為家庭帶來特殊的挑戰與壓力，例如障礙者本身的年齡漸增長、障礙程度過重、疾病變化或行為問題層出不窮、長期照顧壓力影響父母婚姻以及其他家庭成員的互動關係、對家人社交生活的限制、手足間無法負荷照顧之責、社會資源無法提供或協助解決照顧問題、影響家人正常工作造成經濟困難等等 (林季芬，1992；王天苗，1993；陳訓祥，2000；黃秀美，2003；利翠珊，2005；楊蔭芝，2005)，因為照顧工作對照顧者與家庭產生的壓力與困境就是所謂的照顧負荷。

有關照顧負荷 (caregiving burden) 的定義，由於國內外學者將其應用於研究對象的不同，所以發展出不同的量表，因此各有不同的定義與描述 (宋麗玉，2002a)。Zarit 等人 (1980) 針對老人癡呆症的照顧者研究，將負荷分為主、客觀兩種，包括：身體、心理、社交與財務等方面所感受到的困擾 (引自賴鵬聖，

2003); Hoenig and Hamilton (1996) 則以較具體、可觀察、足以破壞原來照顧者生活之特殊事件加入『負荷』(burden) 的概念化意含中，界定負荷為：「所有因病患疾病帶來之問題」，並將其區分為「客觀負荷 (objective burden)」與「主觀負荷 (subjective burden)」兩類。客觀負荷指對日常生活所造成之干擾 (disruption)，包括：家庭生活 (家中財務、家人健康、日常生活作息、對小孩的影響)，亦即因家中被照顧者而產生之特殊影響；主觀負荷則指照顧者因照顧工作在個人主觀意識裡產生的一種負荷感受 (引自宋麗玉，1999，2000)。國內學者邱啟潤等 (1988) 則採用 Robinson (1983) 的概念，將所發展的照顧負荷測量方式分為身體負荷、心理負荷和社會負荷三個向度。而李淑霞 (1994) 則是將照顧負荷定義為由於照護失能老人的身心問題，而造成照顧者在身體、心理 (或情緒)、社交 (家庭關係、個人時間限制) 和財務方面所產生的困擾或衝擊 (李淑霞，1994)。

雖然國內外學者的研究對於照顧負荷的定義與測量包含多面向理論，但彼此之間多有重疊之處，因此本研究將老年智能障礙者家庭的照顧負荷分為身體負荷、情緒負荷、社會功能負荷與財務負荷等四類，並加以說明如下 (引自李淑霞，1994)：

(一) 身體負荷

指因提供照護，而使照護者身體健康受到影響、睡眠受到干擾，或造成照顧者體力的負擔，或當照顧者本身身體不適的時後，仍必須提供照顧給老人等。

(二) 情緒負荷

指因照護老人引起的情緒反應，如感到厭煩、孤獨、失去控制感、害怕自己無法長久地再一直照顧老人、感到心力交瘁、對老人感到生氣或敵意、產生罪惡

感等。

(三) 社會功能負荷

指因照護老人而對照護者社交生活的影響、個人的限制（包括時間、自由、隱私、工作衝突、未來計劃等）、家庭互動的改變（如無法兼顧到其他家人的照護、對其他應照護而未照護老人的親友產生敵意、感到被家人拋棄等）。

(四) 財務負荷

指因照護老人而對照顧者的財務造成潛在威脅或衝擊。

三、 影響家庭照顧負荷之相關因素

依據上述文獻探討，再進一步回顧相關研究發現，影響家庭照顧負荷的因素是由多重層面所構成的，而影響照顧負荷的因素除了照顧者本身的特性（如性別、年齡、社經地位、婚姻狀況、健康狀況、教育程度等）外，還包括被照顧者的特性（如年齡、障礙程度、日常生活功能程度、健康狀況等）、以及照顧情形等因素。

(一) 照顧者本身特性

有一些研究指出，較年輕、社經地位較低的比較有可能損失其存款，其所能採取的因應策略較差而造成家庭的經濟負荷（Flynt & Wood, 1989；Covinsky 等人, 1994；阮慧沁, 1997；林敬程, 2000）。不過亦有其他研究發現，主要照顧者年齡愈大其負荷愈高（林媪彩, 1994；劉春年等, 1998）。以及女性照顧者相較男性負荷較小（林秀純等 1998；蕭金菊, 1995），但亦有研究顯示女性照顧者承受的負荷比男性重（阮慧沁, 1997；蔡淑美, 2003）；此外亦有研究顯示，照

顧負荷與照顧者的健康狀況相關（李淑霞，1998；邱惠慈，1993），較年長的照顧者健康情形較差則負荷亦較大。

（二） 被照顧者特性

許多研究均顯示照顧負荷與被照顧者的功能狀況有關，包括健康狀況、認知功能、日常生活功能及行為問題等方面。一般而言障礙者的日常生活功能愈差、障礙程度愈重、健康狀況較差以及行為問題愈多者者，照顧者與家庭所感受的整體照顧負荷愈重（張珏，1993；鄭洵華，1987；湯麗玉，1992；邱惠慈，1993；阮慧沁等，1997；李淑霞，1998；林敬程，2000；陳昱名，2004）。也有研究指出，隨著智能障礙者年齡的增長，家庭負荷愈大，並且一直持續到病童的青春期中（Bristol，1987；Bristol & Schopler，1984；Gallagher 等，1983/引自蔡淑美，2003）。

（三） 照顧情形

相關研究指出參與照顧的時間愈長、或頻率愈高等，因為照顧工作沒有得到喘息的時間，所以會加重其生、心理及經濟層面的負荷進而影響照顧者及家庭整體負荷的感受就愈重（蕭金菊，1995；李淑霞等，1998；王亞妮，1999；林敬程，2000；陳昱名，2004）。若有家人可以輪替或擔任次要的照顧者，則其感受的負荷會較小（邱惠慈，1993；林欣緯，2001）；但有研究呈現不同的結果，認為參與照顧的時間愈長，對障礙者的情況比較瞭解，技巧也會愈熟練，所感受到的照顧負荷就會愈低（吳聖良等，1992；林秀純等，1998）。從上述的研究中發現，照顧者參與照顧的時間與次數、是否有人輪流照顧、以及照顧者與障礙者之互動關係等皆與照顧負荷有關。

四、 智能障礙者家庭對機構安置的需求與考量

智能障礙者因獨特的個人特質在一般常態生活上有相當程度的困難，同時也產生不同的面向與程度的需求。智能障礙者常因文化環境的不同，以及社會大眾接納程度的差異，影響了他們日常的生活甚至外界對其智能障礙者的看法，這也直接或間接地影響了家長對智能障礙者生活需求的看法（Mutua, Miller & Mwavita, 2002），而智能障礙者本身的需求因必須透過家長的尋求與表達，所以須將家長或家庭因素納入考慮以滿足智能障礙者多面向的福利需求（萬育維、羅惠玲，1997）。

就前述有關老年智能障礙者家庭在照顧工作上所面臨的壓力與困境做一整理發現，影響家庭照顧負荷之相關因素亦相對地影響主要照顧者及其家庭對於支持性服務的需求，而關於支持性服務的種類繁多，本節所欲探討的是家庭選擇機構安置的照護服務方式，其中主要考量因素或當時最迫切的需求層面，因此就經濟安全、醫療與健康維護、社會支持、對子女獨立生活的期待與未來安置等四個需求面向略述如下。

（一） 經濟安全

老年智能障礙者的照顧需求會隨著其障礙程度等級與疾病的變化呈現多元迥異的樣貌，但照顧工作並非一時之工作，隨著照顧時間延長，家庭在照顧人力、金錢、精神與時間上的付出須有相當程度的投入，舉凡在就醫、就學、就養的處置上都會有一定程度的花費，更何況家中有一人辭去工作全力照顧智能障礙者的可能性頗高，家庭少了一份收入的支持，經濟負荷就容易成為智能障礙者家庭潛在威脅或最直接的衝擊。通常在低社經背景且又雙重老化¹的智能障礙者家庭中，還會因福利資源的資訊取得不易、不理解，更不知道哪裡找人幫忙、怎麼問，所

¹ 雙重老化，指障礙者與照顧者同時衰老，家庭須面臨障礙者因生理系統提早老化帶來的健康照護問題，而父母或主要照顧者亦逐漸老邁，家庭仍必須同時擔負雙重照顧壓力，家庭的照顧能量則會減弱。

以也不懂如何申請社會福利，在就養服務或生活津貼方面的資源與支持度就會更有限，家中財源的張羅仍是沉重的負擔（Vaughn & Wyatte & Dunlap，2002；王家榮，2005）。

然而家庭在面臨智能障礙者本身平均壽命延長（Lustig，1997）的同時，其照顧的責任也相對地必須延伸至主要照顧者的老年期（陳淑瑜，2003），因此在主要照顧者逐漸老化、家庭經濟能力減弱的情形下，智能障礙者家庭整體的照顧功能可能因此而衰退（王國羽等，1994；呂朝賢等，1997），對照顧者本身甚至整個家庭亦會產生多層面的影響，若缺乏適當的社會資源，對家庭系統的平衡會造成負面的結果。由此可知，家庭對於經濟安全需求的迫切性，亦即是促使家庭必須考量成年智能障礙者下一個照顧階段的議題。

（二） 醫療與健康維護

由於老年智能障礙者的生理特質，常合併有其它慢性病症，所以容易有較多的健康問題，對於醫療資源以及後續的復健服務需求度相當高（蔡豔清，2004）。以智能障礙者為例，國內智能障礙者的癲癇盛行率大約為 13.2%，癲癇會造成智能障礙者以及其家庭極大的負面衝擊與壓力（嚴嘉楓等人，2006）。李志偉等人於 2005 年針對台灣地區智能障礙者的醫療利用特性與影響因素的研究中發現，在智能障礙者就診科別部份，以內科、精神科及牙科為主，其中又以神經系統疾病、精神疾病和肝膽腸胃消化系統疾病等種類最常見（李志偉等，2005）。王國羽教授於 2007 年的研究中也提到，身心障礙者老化，即在成年後期開始出現如一般老年人的老化現象，例如：聽力、視力退化、關節骨骼退化、腸胃道消化系統、心血管系統等出現各種退化現象（王國羽等，2007）。雖然這些疾病並不會直接影響智能障礙者的生命與行為表現，但可以藉此推知，他們因為疾病的影響造成對醫療資源的高度依賴，同時也因為高醫療利用率而增加醫藥負擔（如掛號

費、健保自付額、購買輔具等）容易造成照顧者及家庭的經濟負擔。

大部分的智能障礙者多有合併其他的疾病與障礙，以及嚴重的溝通障礙，因此無法具體地表達其真正的醫療需求。在疾病的陳述方面無法完全使醫療人員了解，因此他們在醫療照護體系中面臨了許多障礙與困難，以致於被誤診、不適當的治療及甚至不治療的機率很高，許多疾病往往被忽略或未能有效的處理，反而造成更嚴重的後果（林金定，2003）。再加上現行健保制度上的規劃與限制，許多特殊醫療服務（如口腔牙齒診療），讓智能障礙者與其家庭主要照顧者更不易親近。再者，醫療資源城鄉分佈不均、長久以來醫療資訊的不對等，生硬的醫療環境與艱澀的專業用語、對身心障礙者家庭不友善的醫病關係等等，亦都會造成智能障礙者之主要照顧者與家庭的壓力或受傷的情境。家庭在醫療照護體系中面臨到的障礙與困難會再一次地加重整體照顧負荷，並逐漸消耗家庭資源。

（三） 社會支持

家庭在照顧智能障礙子女或有障礙的家庭成員的同時，亦需面對家庭關係、社區觀念及在社會角色與地位等帶來的挑戰。過去傳統宗教文化上對於智能障礙者的偏見與理解，以及媒體不時地複製負面報導，常造成許多智能障礙者家長因擔心家庭被標籤化，擔憂烙印長期累積的結果，不願意參與家庭外的社交活動，逐漸與外界隔離。漫長的照顧過程與身心俱疲，使得長期處在負面壓力情境中的身障者家庭面對各種情緒的抒發管道與諮商協談的意願更加封閉，對於社會資源的網絡連結與資訊取得與的機會也就愈加減少。雖然這些對家庭的影響也會因智能障礙者的嚴重程度、父母的特質、教育程度、職業的性質、家庭因素和社會福利的資源運用而有所不同（陳秋麗，2005；林純真，2001）。但提供智能障礙者家庭與主要照顧者足夠的社會支持，都能有效地增進障礙者家人的身心健康，同時促進家庭成員之間良好的互動關係和正面的生活態度（陳淑瑜，2003）。

許多研究指出，社會支持可以減輕照顧負荷，是調解壓力重要的中介變項(引自程少筱，2005)。社會支持的網絡或來源，一般分為正式支持與非正式支持；而支持的形式又可分為具體式(工具性)或非具體式(情感性)的支持，具體式支持包括經濟提供、與照顧相關之具體協助，非具體式支持指情緒性支持、心理支持與資訊提供(呂寶靜，2001；宋麗玉，2002b；周月清，2007)。

(四) 對子女獨立生活的期待與未來安置之問題

智能障礙者家庭中非障礙子女邁入成年期時，父母開始期望他們成家立業、奉養父母，但對智能障礙者而言，卻由於先天的限制以及其他身心發展的缺陷，儘管成年了、老了，還是需要家人協助照顧其日常生活起居，所以家庭仍是最主要的支持來源，持續扮演照顧、支持與協助的角色。Mutua 與 Dimitrov (2001) 指出家長對其智能障礙子女未來生活期待包含有：成人責任、社區適應以及教育成就 (Mutua & Dimitrov, 2001)，這些期待包含了父母希望自己智能障礙子女能學習如何打理家庭環境與照料自己的生活、參與技藝訓練機會並擁有一份工作、參與公民的活動甚至照顧年邁雙親、能被社區接納與尊重、會使用社區設備與擁有社區支持網絡、適應更高階段的學校生活以及有機會接受高等教育等等 (Moningstar, Turnbull & Turnbull, III, 1995; Mutua & Dimitrov, 2001; Mutua, 2002/引自陳思好, 2007)。部分成年智能障礙者的家長對他們的兩性交往與婚姻生活也有所期待，希望他們能與一般正常人一樣，有機會與異性朋友相處、組織家庭，生育下一代 (陳寶珠, 2006)。

從國外的研究發現有近 2/3 的家庭對老年智能障礙者的未來安置是沒有規劃的，但因為障礙者本身的疾病、障礙程度、年齡增長，甚至活得比父母親更久、慢性病或精神狀況變多等原因而促使老年智能障礙者家庭開始擔心其照顧問題與尋求照顧轉銜 (舒昌榮, 1993; Bigby, 1996; Heller & Factor, 1991; Kaufman,

Adams, & Campbell, 1991/引自陳淑瑜, 2003)。

五、 中高齡智能障礙者家屬對照顧轉銜的看法

近年來，報章雜誌、電視新聞裡經常會有報導：「年邁或疾病纏身的智能障礙者父母，在無法可想、無路可走的情形下彼此攜手共赴黃泉」的不幸事件，這對邁向福利國家的台灣而言，是多麼諷刺的寫照。當成年障礙者開始進入老年階段，父母或主要照顧者也逐漸進入老年期，隨著家庭的雙重老化，照顧問題也愈來愈多（劉佳琪，2006），家庭的長期照顧責任與負擔影響了家屬與老年智能障礙者的分化，同時也影響了對老年智能障礙者未來生涯規劃的安排，如何為漸老的智能障礙者規劃未來長期安置的計畫，成為老年智能障礙者家長壓力來源與挑戰（柯文娟，2003）。

綜合上述身心障礙者家庭對照顧中高齡智能障礙者的需求面向，看到了多樣貌的智能障礙者家庭與他們所需要的多元服務需求。以台灣目前的安置情況來看，還有約九成三的身心障礙者居住在家庭中，他們或許正背負著永遠無法卸下的包袱，很多父母因為「親情連帶」與「終生持續的承諾（commitment）」盡可能地將智能障礙者留在家裡照顧，以為自己可以照顧一輩子，但其實自己也正承受老年病痛的折磨，無法繼續承擔照顧的重任（Bigby, 2004; Veitch, Bray, & Ross, 2003），總認為撐得住時自己照顧，撐不住時再急迫去找全日型機構；也有些父母其實已經沒辦法撐下去、不放心但只好將這些中高齡的智能障礙者送到機構去，不過也有因對機構照顧的不信任、或無力支應安置費用、社會福利的資源中斷等原因而來來去去（郭芳嫻，1999）。對於尋求機構照顧服務的轉銜歷程，他們的擔心不外乎於，如果哪天老父母不在了，這些老憨兒能到哪去？家人是否能持續照顧？財產或監護責任誰來承擔？有哪些機構可以選擇？生活環境適當嗎？費用可以負擔得起嗎？環境安全嗎？或者是有無專業的訓練可以讓他們以

後可以謀生？醫療與復健的服務會不會持續？日間活動的設計有誰能共同參與討論……。身為智能障礙者的父母，都有一個願望，那就是：【只要能比子女晚走一天！】。

第二節 身心障礙福利服務機構的服務

一、 供給概況

台灣近年來身心障礙人口成長快速，1992 年時領有身心障礙手冊者為，22 萬 6,642 人，至 2009 年 12 月底已達 107 萬 1,073 人(45 歲以上者高達 76 萬 3,085 人)，其中有 1 萬 7,918 位(45 歲以上者就有 4,133 人)身心障礙者安置在 270 所身心障礙福利機構接受住宿養護、日間服務或夜間住宿、部分時制托顧等服務，占身心障礙總人口數 1.67%；如按服務型態分，以全日型住宿安置 1 萬 2,140 人占 67.75%較多，其他非全日型則占 32.25%；全日型可安置量平均使用比率為 79.00%，就長期觀之，男性比重與全日型比重均呈緩步增加趨勢；另從身心障礙者各類補助概況來看，98 年補助總金額為新臺幣 210.17 億元，較 97 年增加 5.95%；各類補助以生活補助 156.53 億元占 74.47%最多，由此可以看出我國身心障礙者之經濟來源多依賴政府之補助款；而托育養護補助 47.55 億元占 22.62%，亦可以看出我國成人身心障礙者的生活安置傾向於身心障礙福利服務機構之選擇者占有一定的比重；此外，輔助器具補助 6.10 億元僅占 2.90%。目前身心障礙福利機構及身心障礙人口數概況如表 2-1。

表2-1 直轄市、縣市身心障礙福利機構及身心障礙人口數

縣市別	機構數	身障人口	縣市別	機構數	身障人口
台北縣	30	139,298	嘉義縣	7	38,052
台北市	47	112,643	嘉義市	5	13,352
基隆市	2	18,992	台南縣	17	59,433
宜蘭縣	5	34,523	台南市	7	29,939
桃園縣	24	70,374	高雄縣	8	56,934
新竹縣	3	19,723	高雄市	17	66,112
新竹市	8	14,162	屏東縣	8	49,584
苗栗縣	11	30,291	台東縣	2	20,366
台中縣	10	67,917	花蓮縣	5	26,463
台中市	11	37,320	澎湖縣	2	6,008
彰化縣	13	64,990	連江縣	0	376
南投縣	7	33,189	金門縣	2	4,941
雲林縣	3	56,091	—	—	—
內政部直轄	16	—	總計	270	1,071,073

資料來源：內政部統計處（2010）

從表 2-2 身心障礙者人數結構來看，各年齡層之身心障礙人口占各該年齡層總人口之比率與年齡呈正比，其中 0 至未滿 18 歲之身心障礙者占身心障礙人口數 5.92%，主要以智能障礙者占最多 37.24%，多重障礙者次之 16.64%；18～65 歲以上身心障礙者則占 57.06%，主要為肢體障礙者與慢性精神病患者居多；65 歲以上之身心障礙者占 37.02%，障礙類別則以肢體障礙及聽覺機能障礙者為多數。由於身心障礙人口中 65 歲以上人數比例已逾 37%，且因身體老化結果常常造成身心障礙者二度障礙及失能，更易導致身心障礙者比例提升。

表2-2 身心障礙者人口結構

性別、年齡別及障礙等級別	總計	按年齡分				按障礙等級分			
		0~未滿12歲(兒童)	12~未滿18歲(少年)	18~未滿65歲	65歲以上(老年)	極重度	重度	中度	輕度
總計	1,071,073	32,878	30,562	611,154	396,479	120,597	193,224	360,414	396,838
視覺障礙者	56,928	640	912	24,999	30,377	-	21,424	16,421	19,083
聽覺機能障礙者	115,322	1,897	1,756	39,076	72,593	-	17,506	34,100	63,716
平衡機能障礙者	3,094	21	16	1,511	1,546	-	141	679	2,274
聲音機能或語言機能障礙者	13,318	1,266	325	8,348	3,379	-	3,577	2,855	6,886
肢體障礙者	396,652	3,518	3,377	234,358	155,399	4,626	51,739	150,618	189,669
智能障礙者	95,375	10,787	12,838	69,036	2,714	9,320	16,296	34,955	34,804
重要器官失去功能者	116,889	1,924	1,768	63,612	49,585	57,765	9,855	16,065	33,204
顏面損傷	4,415	169	287	3,444	515	-	209	703	3,503
植物人	4,956	47	40	2,477	2,392	4,956	-	-	-
失智症者	30,605	1	12	3,691	26,901	2,195	10,747	11,040	6,623
自閉症者	9,160	4,674	2,850	1,630	6	160	1,278	2,576	5,146
慢性精神病患者	107,663	15	295	98,172	9,181	1,558	18,650	61,451	26,004
多重障礙者	107,317	5,725	4,832	55,082	41,678	39,604	40,175	27,538	-
頑性(難治型)癲癇症者	4,179	186	228	3,651	114	-	-	-	4,179
因罕見疾病而致身心功能障礙者	1,399	557	154	642	46	62	383	424	530
其他障礙者	3,801	1,451	872	1,425	53	351	1,244	989	1,217

資料來源：內政部統計處（2010）

從不同年代的官方統計資料可以大略看到智能障礙者年齡組成的變化，2000～2008年間，18歲以下智能障礙者人數逐漸減少，顯示成年智能障礙者人數占大多數，尤其45歲以上的智能障礙者占所有智能障礙者的比率從2003年底約17.61%，上升至2008年底的19.11%，約有17,800人，占身心障礙福利服務機構安置人數23.1%，由此可知智能障礙者人口組成逐漸呈現老化現象，若再加上多重障礙之智能障礙者，則約每四名智能障礙者就有一位是45歲以上。根據「中華民國智障者家長總會」於2006年4月對全國身心障礙福利服務機構所作的調

查顯示，「67%的身心障礙機構面臨院生老化的狀況，老化年齡多從35歲開始，1/4的機構認為近年來到機構求助的60歲以上家長越來越多」(劉佳琪，2006)。由此顯見住宿型教養機構可能成為未來老年智能障礙者主要照護服務的場所，而整體身心障礙人口結構面的改變，以及早已住在身心障礙教養機構裡的智能障礙者因年齡的增長與提前老化、退化的現象，更將成為身心障礙福利服務機構即將面臨的照顧問題與挑戰。

二、身心障礙福利服務機構的類型與服務內容

身心障礙福利服務機構的分類部分以王國羽(1995)對福利機構的供給分析內容為參考，同時對照2008年1月30日新修正的「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」規定分類可區分為三大類型，分別為住宿機構、日間服務機構、福利服務中心等，以下分別就目前身心障礙福利服務機構的類型與服務內容略述如下(王國羽，1995；內政部，2008c)：

(一) 第一類，住宿機構

為提供經需求評估需二十四小時生活照顧、訓練或夜間照顧服務之身心障礙者住宿服務之場所。此類型機構又依其照護服務提供時間以及服務內涵不同分為生活重建機構、生活照顧機構與夜間型住宿機構三類。

1. 生活重建機構

主要是提供身心障礙者生活、心理與生理等相關功能之訓練及輔導，促進其回歸家庭及社會生活之場所。其服務期間以二年為限，期滿經專業團隊評估須延長服務期間者，得延長並以二年為限。此類型機構如桃園縣脊髓損傷潛能發展中心、宜蘭縣慕光盲人重建中心。

2. 生活照顧機構

則是提供身心障礙者長期性、持續性生活照顧、訓練與社會活動參與等相關服務，促進其身心功能發展及維護之場所。此類型機構服務對象的年齡通常橫跨所有年齡層，且對障礙類別與程度沒有特別的限制，為傳統以「收容教養」型態為主的機構，占目前國內身心障礙者服務供給比例頗高，但因目前社福、家長團體不斷重視身心障礙者的權益保障以及要求機構提升照顧品質，因此此類傳統型的教養機構對其照顧服務方式面臨改革或轉型的壓力；國內目前亦有部分機構的收容對象設有年齡限制，大約設定在 15 至 45 歲之間（約莫於國民義務教育後期至成人之間），此類機構似乎為因應國內現況而做，試圖將機構服務對象的年齡集中化，它和傳統單純以收容教養的機構特質不同，其不全以訓練為主，同時亦提供全日教養。此類型的機構屬於一般性住宿生活照顧的例如有八德殘障教養院、台北市育成和平發展中心；屬於照顧慢精為主的住宿生活照顧機構例如高雄仁愛之家附設玫瑰園養護所、台南縣菩提林教養院；屬於照顧失智或重癱為主的住宿生活照顧機構例如創世所屬安養院、台北縣愛維養護中心。

3. 夜間型住宿機構

係指僅提供身心障礙者夜間住宿之機構服務，如提供 16~45 歲心智障礙者的社區家園服務、團體家庭等。此類型機構例如有台北市健軍團體家庭、喜慙兒基金會附設高雄市私立紫羅蘭園等。則是機構會因本身的訓練而設定其收容對象的年齡範圍在國民義務教育階段為主。

（二）第二類，日間服務機構

為提供經需求評估需參與日間作業活動、技藝陶冶或生活照顧、訓練之身心障礙者日間服務之場所，且此類機構並無提供住宿。此類機構的收容對象年齡大

多限制在 0 至 6 歲或青少年之前，主要提供早期療育、學前教育、日間托育以及學齡教育等，服務對象從中、重度的智能障礙者到發展遲緩嬰幼兒甚至其家人，其強調愈早接受早期療育，對其未來生活自理能力的可塑性愈高。不過由於此類機構對所服務對象的年齡限制，容易造成當未來受服務的對象超過規定的年齡限制時，如何克服在相關訓練與日間照顧服務銜接上的問題，以及倘若進入住宿機構或回歸社區時的適應困難。此類型機構屬於一般性的日間生活照顧機構例如有桃園縣私立天使發展中心、台南縣私立德蘭啟智中心、光仁社會福利基金會附設育仁啟能中心；屬於照顧精慢為主的日間生活照顧機構例如有伊甸基金會附設臺北市活泉之家。

（三）第三類機構，福利服務中心

是提供身心障礙者及其家庭支持性服務之場所。其服務項目多元化，得以滿足身心障礙者及其家庭之需求；服務方式可分為外展性服務及機構內服務二種。此類型機構的服務性質非為直接提供照顧、訓練與安養等工作，例如各縣市的身心障礙福利服務中心。

三、 政府政策對身心障礙福利服務機構服務內容的規範

我國政府為了因應目前工商社會的發達、身心障礙者需求以及身心障礙福利服務機構服務的多元趨勢，一方面為保障身心障礙者的基本權利，一方面也為確保與增進收托收容者家屬、提供服務機構、地方政府間的交易安全，也開始強調政府多元性的責任，因此訂定了「○○直轄市、縣（市）政府轉介安置身心障礙者收托收容契約書範本」及「機構收托收容身心障礙者契約書範本」供各界參考運用。其中「○○直轄市、縣（市）政府轉介安置身心障礙者收托收容契約書範本」第十條即載明了住宿機構、日間服務機構應提供給服務使用者那些服務項目，如住宿機構應提供食宿、生活自理訓練、技藝陶冶、作業活動、社會適應能

力訓練等服務；日間服務機構則應提供生活自理訓練、技藝陶冶、作業活動、社會適應能力訓練，其遇中餐時間者應提供中餐等服務項目。

政府因身心障礙者權益保護法的法令架構提供特殊障礙者的權利保障與共識，對身心障礙福利服務機構有監督之責，對於機構是否能隨著整體大環境條件變遷與人權保障議題的驅使而扮演好福利供給的角色以及其服務是否能滿足身心障礙者的需求，遂採取了機構評鑑制度，集結專家學者與家長團體共同擬定一套相關評鑑標準，其評鑑內涵含蓋了機構的組織管理、建築物及設施設備、專業服務、權益保障到改進及創新措施等指標，藉以檢視機構是否符合專業的要求與達到具體的效益。

本節所欲探討的是住宿型生活照顧機構提供老年智能障礙者的服務內容，以下就前段所述內政部所頒布的「身心障礙福利服務機構評鑑指標」內容略作說明。其中因組織管理項目內有關行政制度、財務管理與改進及創新措施等指標對收托收容個案的生活照顧服務較不涉及直接影響，因此本段先行對評鑑指標中的建築物與設施設備、專業服務、權益保障等三個項目做討論。

（一）建築物與設施設備

住宿機構的硬體設施是在申請合法立案的基準，舉凡公共安全、消防與交通設施及措施、衛生保健設施及措施等等都羅列於審核的標準之內，近年國際社會對身心障礙者的人權保障與服務品質的要求，為了避免再度落入早期教養機構的服務方式與機構照護（institutional care）型態，對於身心障礙者的安置服務焦點著重在「正常化」與「最少限制環境」的設置原則，因此除了著重無障礙環境的設計更是強調「正常化」原則的內涵，所以舉凡在逃生避難設施的設計是否安全無虞、日常生活空間是否有符合小單元照顧（unit care）（莊秀美，2004）及居家設計、廢棄物的處理與飲食衛生管理等無一不是現在住宿型機構合法設立

的基本要件，亦是傳統收容教養的機構所力求改善的方向，這與早期大型機構照顧的弊端如隔離、居住環境惡劣、缺乏隱私與個人化的生活條件等大不相同（王育瑜，2004；黃源協，2004）。

（二）專業服務

自 1960 年代後期以來，身心障礙者的安置問題引起廣泛的爭論後，去機構化、正常化、回歸主流、獨立生活、統合、融合、生涯規劃和無障礙觀念已成為世界特殊教育發展的時代潮流（簡明建等，2000）。就提供身心障礙者之學習、生活及升學或就業轉銜等服務需求來說，現在的專業服務強調的是透過各種如教育、衛生、醫療、社會福利及就業服務等相關專業團隊的協調與整合，以合作的方式提供完整性的服務，並共同解決服務過程所面臨的問題（鈕文英，1998）。同理，將這種須透過專業團隊彼此分享與諮詢、共同參與和努力以及團隊共識等三要素的決策合作方式，同時強調個別差異與權利機會均等的思維，引進到身心障礙福利服務機構對成年智能障礙者的生活照顧上，則衍生出個別化服務模式與運作。內政部於 2008 年公佈的「第七次全國身心障礙福利服務機構評鑑指標」，專業服務的內容即涵蓋了對個別服務模式與運作、日常活動規劃與執行、個人健康促進與安全維護、社區融合、家庭支持服務等五個項目。

（三）權益保障

我國由於深受西方 1990 年至 2007 年代所公佈一系列之身心障礙者相關法案影響，身心障礙者的人權內涵與生活品質（Quality of life，簡稱 QOL）逐漸在國內引起高度的探究與重視（林宏熾，2002）。在聯合國身心障礙者權利公約的脈絡中，其強調身心障礙者的生存權、自主權、無障礙環境權利以及參與經濟、社會和文化等權利內容，而我國於 2008 年 6 月修正的「身心障礙者權益保障法」亦揭示為維護身心障礙者之權益，保障其平等參與社會、政治、經濟文化等之機

會，促進其自力與發展（內政部，2007b），顯示我國亦逐漸與國際提升身心障礙人權運動接軌。

在國內近期的身心障礙福利服務機構評鑑計劃中，亦將去機構教養化、強調身心障礙者權利與獨立生活概念的思維，落實於機構對身心障礙者的服務與權益保障的評定基準，因此權益保障的內涵則包括了身心障礙者的參與權、平等待遇權、隱私權、自主權與申訴權等項目。

四、 從生涯轉銜服務觀點探討身心障礙教養機構對智能障礙者的照顧服務

（一） 生涯轉銜服務的意義及內涵

生涯，是一個發展的過程，生涯的概念主要在強調個人一生的發展，其重點在探討個人的生命是如何成長、如何經歷、如何發展的過程，係個人一生職業、社會與人際關係的總稱，亦即個人終生發展的歷程。（林幸台，1997）。而生涯的歷程是連續不斷的探索、決定與實踐的歷程，包含從過去、現在、未來，以及精神層面、物質需求等各方面個人自我實現的綜合（林宏熾，1996）。對身心障礙者而言，生涯規劃的目的乃在透過系統性地教育與訓練以統攝身心障礙者於家庭、學校、社區、公民、經濟、休閒等各種不同的生活領域中取得平衡的發展。因此，身心障礙者的生涯規劃係強調身心障礙者潛能的開發運用而非傳統觀念中生命缺陷的補強（林幸台，1997）。

轉銜（transition），指個體由一個現今的階段轉換至另一個未來的階段，即指目前的結束以及一個嶄新未來的開端。生長與發展即是個體持續不斷的轉銜歷程，生命亦可視做一系列的轉銜（魏俊華，1996）。對身心障礙者而言，早期對轉銜的定義係指身心障礙者由學校生活過渡到社會生活的階段，目前其概念則擴展至生涯發展與生活品質，以身心障礙者一生中各發展階段與階段間的轉換與

銜接，及各生活型態中角色與角色間的轉換，或是不同生活環境的調適（吳慧英，1999）。轉銜的理念在於具體而客觀地指導身心障礙者，讓他們在潛能發揮的許可下，做自己的主人，自己決定日後的生活模式，並且透過親友的關心與協助，共同謀得一定的生活品質及享有令人滿意的成人生活（林宏熾，2002）。

依據我國「身心障礙者保護法」第四十二條與「特殊教育法」第二十二條及施行細則等對轉銜服務的概念與內容指出，所謂轉銜服務計畫，係指針對身心障礙者於不同的生涯發展階段，所需要之個別化的輔導理念而發展之整體的教育措施或社區生活訓練服務計畫，以協助身心障礙者獲至最佳的自我實現，提高其生活品質，並輔導身心障礙者於踏入社會時有最佳的適應結果，而且此計畫共包含一系列活動與服務。林宏熾（2002）於「轉銜計畫在身心障礙者福利服務的運用與發展」的論述中對轉銜服務提出四項基本理念：（1）轉銜的主要目的在於生涯輔導與安置。（2）轉銜服務發生之階段在於進入新的（或不同的）單位或生命階段之前。（3）轉銜服務係以身心障礙者為主。（4）轉銜的內容係以個案中心之不同階段生涯需求為主要內容。轉銜階段包括：學齡前早期療育階段、國小階段、中學及五專階段、大專院校階段、成人階段及老人階段的轉銜。就內容而言，尚包括家庭生活轉銜、教育轉銜、就業轉銜、休閒娛樂轉銜、成人生活轉銜等（林宏熾，2002）。

歸納前述所探討有關生涯、轉銜服務的定義，所謂的生涯轉銜是一個人由出生至往生中，一連串有酬或無酬職位與生活角色的綜合。相關領域包括居家休閒、就業訓練、個人責任關係、休閒娛樂、社區參與、心理-生理健康等，其過程是連續的，其內涵是全方位的。至於身心障礙者全方位終生轉銜生涯規劃的內涵，狹義而言，主要係以就業輔導與職業訓練為核心的有關服務，包括工作經驗、工作學習、工作適應訓練、一般的技能訓練、特殊的技能訓練、生涯教育、工作崗位上訓練、庇護性工廠、支持性就業。廣義而言，則以生活品質為內涵，以學

習成果為導向之一系列綜合協調的活動。包括中學後教育、職業訓練、整合性就業（含支持性就業）、成人與繼續教育、成人服務、獨立生活與社區參與（林宏熾，2000a）。

（二）身心障礙教養機構對智能障礙者的服務現況

透過前一段內容對生涯轉銜服務意義與內涵的初步理解，窺見目前身心障礙教養機構受現行相關法規之規範，有關機構內各專業人員所應負責的事宜，如一般的行政事宜、生活照顧與訓練相關事宜、社會工作相關事宜、護理相關事宜以及其他專業服務事宜等之服務內容，這些服務內容其實就是提供身心障礙者的生涯轉銜服務，只是這些服務內容的運作與考核，被分別歸類於身心障礙福利服務機構評鑑指標五大評鑑指標中的專業服務與權益保障項目內作評比，關於專業服務項目內的個別化服務模式與運作、日常活動規劃與執行、個人健康促進與安全維護工作、生活照顧與訓練、社區融合、家庭支持服務以及權益保障項目內的參與權、平等待遇權隱私權、自主權、申訴權等服務準則，這些都是身心障礙教養機構提供生涯轉銜服務工作的內容，是為了解決身心障礙者在生涯面臨轉換的過程中發生的各種需求而提供各種必要的服務。下面就分別依照身心障礙福利服務機構評鑑指標中的專業服務與權益保障兩大服務內的項目略述目前身心障礙教養機構所提供的服務現況：

1. 個別化服務模式與運作

個別化服務計畫（individualized service plans，ISP）的內涵有五個重點，分別為運作模式、專業評估、目標確立、計畫執行與成效評量、跨專業整合。ISP 是身心障礙教養機構服務的核心依據，其涉及案主接受服務的內涵與品質，計畫的內容須視案主的需求由團隊人員（含教保員/訓練員、社工、護理人員、治療師、專業督導/部門主管、案主或/及家長/家屬）等跨專業整合共同評估、

擬定，除重視個別化的訂定，同時也強調評估方式的多元性以及評估內容的涵蓋面向（如案主的發展能力、興趣、對生活環境的適應狀況或案家/長的期待等）。在目標確立部分則重視目標須符合評估結果且能反應多元領域需求，對於計劃的執行與成效評量強調督導機制以及定期檢討（內政部，2002；內政部，2005；賴美智等，2009）。

2. 日常活動規劃與執行

日常活動規劃與執行包含了課程及作息規劃、教學及活動資源應用、空間規劃與佈置等三個內涵，主要的意義則是強調課程表作息活動的正常化，並與 ISP 配合，兼容個別指導和團體輔導課程，同時提供養護照顧、生活自理訓練、職前教學或職業陶冶、社會適應與休閒娛樂活動等教養服務。而休閒活動的設計是必須確實符合服務對象之年齡、能力和興趣等有計畫性安排；此外在教學及活動資源應用方面則強調活動器材豐富、難度適中，桌椅和大型機具符合人體工學且安全性高，方便案主取拿，並且活動中實際的照顧人力足夠以減少意外和行為問題產生；空間規劃與佈置則強調服務對象活動空間要有變化和功能性之區隔（內政部，2008c；內政部，2008a）。

3. 個人健康促進與安全維護

在護理相關事宜的處理，涵蓋了身心障礙教養機構提供服務對象在有關健康促進、健康維護、緊急事件及意外傷害之處理與預防、感染控制等四項業務內容。在健康促進方面，主要服務內容是必須定期提供服務對象健康檢查與健檢後的追蹤、符合案主程度之多元化的衛教方式、復健醫療與體適能活動；健康維護方面，則須針對案主特殊體質提供個別化的均衡飲食及衛生的膳食處理、遵照醫囑確實給藥、對於長期臥床者提供專人照護及進行生命徵象測量；緊急事件及意外傷害之處理與預防、感染控制部分，則是機構須對前述事項有完整的處理辦法，包括

處理流程、通報及聯絡管道之清晰度、處理記錄、檢討及防範未來再次發生的措施記錄等（內政部，2005；內政部，2008b）。

4. 社區融合

社區融合的主要服務內涵則是在強調機構是否有計畫性的協助個案融入社區，依課程活動作息表安排到社區與人互動及學習。辦理社區交流或宣導活動促進社區人士瞭解和接納機構和障礙者，並有活動紀錄和檢討（內政部，2008a）。

5. 家庭支持服務

家庭支持服務的內涵包含了定期家庭訪視、媒合家庭需求的資源連結、辦理親職活動、提供家庭與機構服務目標的銜接、運用社區資源及執行服計畫、提供諮詢及轉介服務（內政部，2002；內政部，2008a）。

6. 權益保障

權益保障的服務內涵包含了參與權、平等待遇權、隱私權、自主權、申訴權等四大項。參與權，內容是指機構必須提供服務對象有權參與決定與自身有關事項之機會，以及參與權益組織的運作等；平等待遇權則是指機構收托收容服務身心障礙者的服務契約須明確保障服務對象權益、依據政府核定標準收費、服務對象能被尊重，且平等使用生活空間與設備；隱私權，對於服務對象的個人資料管理與保密性訂有管理辦法並盡妥善保管之責；自主權，對於服務對象在有關財務自主、參與作業活動之獎勵、生活用品管理、休閒活動的選擇等都須充分尊重並具變化性，避免集體統一的現象；申訴權，機構須成立服務對象權益委員會或同性質組織，有受理申訴與意見反應的管道與流程，並有明確回應、定期進行服務滿意度調查與檢討（內政部，2002；內政部 2006b；內政部，2008a）。

五、身心障礙教養機構的服務現況與老年智能障礙者照顧服務需求的落差

(一) 服務供給與現實需求層面的差異

歸納目前國內身心障礙福利服務機構設立分布的情形來看，雖然國內共設有 267 所機構，能提供住宿照顧的機構也僅有 169 所，北、中、南部地區服務機構設立分布情形明顯不均，仍多集中於北部地區。舉例來說，以台北市 47 所最多，台北縣 30 所次之，如台北縣市地區合計就共計有 77 家身心障礙福利服務機構可供 24 萬 5,750 位身心障礙者選擇、利用；宜蘭縣內雖有 5 家身心障礙福利機構，但實際能提供身心障礙者之收容及日間照顧的也僅有 2 家約 210 名，而目前已收托安置於機構的身心障礙者就約有 400 名。由此可以看出國內整體身心障礙福利服務機構資源供給數其實已經滿足需求數，主要存在的問題是機構地理區域分佈不平均（內政部，2010）。

再者，從各身心障礙福利服務機構的服務型態與服務對象來看，目前身心障礙教養機構提供直接照顧服務者多是以障礙程度較重度且需要多種服務與協助的智能障礙者為主，所服務對象的年齡分布多偏向青少年與成年階段，而服務的內涵基本上是以住宿、日間照顧、職訓、教育訓練為主（陳亭仔，2001；吳爾敏，2002），占總服務量近八成。目前身心障礙福利服務機構整體的使用率為 79%，全日型住宿機構的使用率則有 67.75%，在身心障礙福利服務機構總服務量逐年增加的情況下，住宿機構的使用率卻只有些微變動，這並不代表智能障礙者不需要住宿型的照顧方式或家庭照顧能力的提升，而是機構服務的可近性、適當性受限於機構目前的服務型態，且較少機構關注智能障礙者成年後期（或老年期）的生活照顧。整體而言，大多數的住宿機構實際服務量是低於核准服務量，仍有閒置的空間且有供過於求現象。因此全日型住宿機構這種替代家庭功能的服務類型，其所轉換的替代功能及其適用性則仍有待爭議！

(二) 現行服務潮流與老年智能障礙者照顧服務供需概況的差異

因為受到國外服務潮流的反思以及社區化的結果，成年以下的身心障礙者多被鼓勵使用鄰近社區或鄰近機構的多元服務方案，例如日間照顧、職業訓練機構與福利服務中心等，減少入住住宿型機構，小型的、私立的社區型服務機構在政府大力推動下快速地成長，主要目的是希望身心障礙者能夠離開機構式照顧、回歸到自己原本熟悉地區，盡可能過著正常化的生活。但是，就目前已邁入 35 歲以上的中高齡智能障礙者家庭來說，在家庭生命週期逐漸進入空巢期時，主要照顧者走到人生盡頭以及其他親屬接手照顧心力有限時，部分的智能障礙者卻仍被選擇送到機構安置（李侃璞，1990），或者是如前文所述，原本已使用機構服務的身心障礙者亦可能會從第二類、第三類的日間照顧、福利服務中心再輾轉到第一類的住宿機構（王國羽，1995）。尤其是在主要照顧者面臨智能障礙者老化的問題時，多數家庭仍以教養機構為選擇其託付的場所（陳亭仔，2001）；吳慧婷（1994）亦指出成年智障者的父母，對永遠安置的需求大於其他類型（日間托育、在宅服務、臨時托育）的服務需求；而楊曄玟（2004）的研究同樣發現，成年智能障礙者在離校後以及即將步入老年時，約有 62.9% 的主要照顧者選擇將其安置於教養機構，安置年齡以 31 歲至 45 歲最多（楊曄玟，2004）。從前述幾個相似的研究結果可以推論出，老年智能障礙者因為其障礙特質、自理能力、健康狀況、以及老化等多重因素之影響，使得其家庭或主要照顧者在生活照顧上面臨許多問題與困難，持續累積的照顧責任與壓力、以及福利資源不充足的結果，反而使得家庭的照顧能量減弱、障礙者本身也未能得到適當的照顧與足夠的資源支持（中華民國殘障聯盟，2007；），雖然照顧居住安排模式的轉換往往會對適應能力較差的老年智能障礙者之生活造成巨大衝擊，但是家庭卻必須對他們作出家外安置的抉擇。相較之下，家庭對於住宿型的機構照顧服務模式仍有一定程度的需求，同時這也意謂著教養機構在提供中高齡智能障礙者照顧服務的課題中依然扮演

重要性的角色，以及有其存在的必要性。而這個現象顯然與目前國內極力推行與欲落實的「去機構化」、「正常化」、「社區照顧」服務理念大相逕庭。

從目前住宿型教養機構所服務對象的年齡結構與特性作分析，大約可分成四種類型（王國羽，1995；李幸娟，2006；陳美花，2006）：第一種類型為原本年輕就入住機構的智能障礙者，經安置期間多已長達 10 年之久，現多已是中高齡且經功能評估不適合再回到社區生活；第二種類型是長年由家庭照顧，中高齡時才入住機構（或者是個案本身年輕，但其家屬已老邁無法照顧）；第三種類型為之前是接受日間照顧服務，但因年齡漸長與功能退化而現在需要全日服務的轉換；第四種類型則是原本由其他機構服務，但因狀況超出服務負荷轉介由本機構服務。這四種類型的身心障礙者對住宿機構來說，由於年紀大的身心障礙者功能退化更易生病，在醫療與健康服務的需求相當高，教養機構必須增加教保與復健等專業人員的薪資負擔，因此概算其照顧成本相當高（嚴嘉楓等，2004；中華民國啟智協會，2009）。此外，老年智能障礙者的監護問題也是一大挑戰（陳開農，2001；邵慧綺，2002；林欣毅，2008），所以就目前「身心障礙福利機構辦理身心障礙者托育養護收費原則」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」、以及「身心障礙福利機構評鑑指標」等相關問題，很多機構為了能提高服務品質與維持正常運作，根本不願意「自找麻煩」收容安置這群老年智能障礙者（劉佳琪，2008）。總括來看，目前 3、40 歲以上這一代的身心障礙者是社會進步的「犧牲品」，他們小時候，社會沒有早療觀念，就學時學校拒收，更沒有輔導就業，如今他們開始進入中高齡，卻沒有家庭、父母親的照顧，社會福利的大網又無法照顧到他們，照顧包袱如此沉重，顯然成為社會福利的漏網之魚，也因此而造成老年智能障礙者在機構照顧服務這個層面上供需落差的現象（林偉妃，2007）。

整體而言，近年來雖然政府已逐漸重視智能障礙者和其他身心障礙者的早期療育、就學、就醫、就業和就養等需求，但實際上目前逐漸成年的障礙者未來的

「養老」安排才是真正的大工程，而且他們的家庭與主要照顧者對整個照顧體系與社會環境資源的需求比想像的多更多（中華社會福利聯合勸募協會，2008；王增勇，2008），國內關於身心障礙者及家庭之福利服務與權益維護的支持措施仍然有限，身心障礙福利與老人福利行政分立的情況下，轉銜服務資源的連結與福利措施的傳遞仍存在著供需落差現象，對於老年智能障礙者所提供的福利服務之適用性仍待進一步探討與研修（中華民國殘障聯盟，2007；劉佳琪，2009）。

第三節 身心障礙教養機構的服務困境

一、 教養機構的服務內涵不再適合智能障礙者老年階段的服務需求

根據 Zigler 與 Hokapp 兩位學者於 1988 年陸續提出的雙因子模型概念（轉引自陳奕齡，2001），智能障礙者老化的情形因受其致病原因的影響，導致其智力水準與生理健康狀況及壽命各會有不同的發展模式。尤其智能障礙群體中占「器質性」障礙者（即病理原因確定，如感染、基因突變等）的比率重，有加速衰老（accelerated aging）狀況（Bigby，2004；Evenhuis et al.，2001；引自張庭璋，2008），與一般人相比較，其老化、退化的時間早約 10-20 年，唐氏症者更早。亦即三、四十歲的智能障礙者，看似壯年，卻已面臨老化的慢性病威脅與感官生活功能的下降，生活依賴程度上升。倘若智能障礙者年齡再屆滿 45 歲以上，以其生涯發展階段的服務需求來看，其迫切需要的是成年生活轉銜服務或老年轉銜服務的規劃與安排。

近年來國內針對身心障礙者的轉銜服務發展趨勢和美國相同朝向兩個部分，其一為身心障礙者轉銜的年齡層次擴大到終生，第二則為服務項目從「傳統」的就學、就業與復健到全方位的福利服務（賴金雀，2004）。然而就國內身心障

礙教養機構的服務現況來看，其原本服務內涵主要為提供身心障礙者生活訓練、職業訓練、就業訓練、就養服務以及醫療服務等，顯見從過去到現在對於身心障礙者的轉銜服務仍多侷限在以「教育」與「就業」為核心的服務措施，以重視青年期以前的發展服務為重點，此與中老年以後的智能障礙者照顧轉銜的需求強調以生活照顧、醫療保健與休閒活動為服務重點的照顧需求有所不同，因此身心障礙教養機構的服務內涵、環境、與硬體設備等並不適合老年智能障礙者現階段的特殊照顧需求，而目前以教育訓練為主的活動設計與服務模式可能對其老年期所需求的服務滿足並不大（王國羽，2003）。此外國內相關單位在成年轉銜服務與老年轉銜服務的相關作法之論述與呼籲相當缺乏（林宏熾，2006），而在欠缺一套具信效度、有多重用途、且又能同時兼顧老年智能障礙者個別需求的評估工具基礎下，身心障礙教養機構針對老年智能障礙者提供合適的個別化老化服務內容與服務模式仍需一段時間的摸索與發展。

二、 照顧政策與法令制度的規範造成轉銜服務工作的斷層

目前國內的長期照顧相關業務隸屬於不同行政主管機關管轄，包括內政部、衛生署及退輔會，法規方面亦有不同規範，主要分為三大體系：社政（老人福利法、身心障礙者權益保障法等）、衛政（醫療法、全民健康保險法、精神衛生法等）、及退輔會（國軍退除役官兵輔導條例等）（陳惠姿，2009）。由於與照顧服務相關之法令分散，因此各照顧體系的服務對象與服務目標可能是一致的，但因其所依據的法源不一致而導致福利給付的對象與條件不同，並且造成各部會資源重疊且服務輸送系統分歧的現象，然而對於需要照顧服務資源的老年智能障礙者而言，雖然其同時具備身心障礙與老人資格，但長期照顧政策因缺乏完整規劃與配套措施，以及各相關部會服務體系的資源欠缺整合與橫向連結的情形下，使得老年智能障礙者因為資格的限定而無法接近服務，或找不到轉銜窗口，以致服務資源轉銜困難，有關智能障礙者在長期照顧與福利服務的轉銜服務方面便容易出

現斷層，無法得到持續且整體的服務（陳玫玲，2004）。因此現行的各項福利服務在政策面與執行面上面臨了服務整合與可近性的問題，而身心障礙教養機構為提供老年智能障礙者連續性的服務，在連結各項服務資源的轉銜服務運作上亦會因前文所提及的長期照顧服務推行的問題而有困難之處，與實際的需求層面產生落差，其不但不符合福利服務強調的便利性，長期照顧政策所預期的成效更無從發揮（邱汝娜等，2004）。

三、 營運成本造成身心障礙教養機構苦撐經營

長期以來身心障礙教養機構的收入主要源多來自於政府補助款、托育養護費收入、以及社會慈善捐款，但依據新的「身心障礙者權益保障法」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」與「身心障礙福利機構評鑑指標」逐次的修訂，教養機構面臨各項服務品質須提升、財務收入減少、經營成本大幅增加的壓力，無不苦撐經營（TCLC，2009；中華民國啟智協會，2009）。

收入減少的主要原因諸如：內政部對機構服務費用補助制度生變，讓機構因進用不到合格教保員產生恐慌；更多的身心障礙者家庭因為失業因素導致托育養護費自付額部分繳不出來而產生許多呆帳；社會經濟環境不景氣的衝擊下民間捐款縮減；以及教養機構的收費標準限制不敷機構經營之用而損益無法平衡。

探究機構新增經營成本之問題，主要是因為新的「身心障礙者權益保障法」和「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」與「身心障礙福利機構評鑑指標」中各種管理辦法的修訂影響各機構經營成本新增進而威脅機構生存，例如：教養機構投保公共意外責任險、工安消防以及無障礙設施的改善、每一寢室床位數減少至四床、相關建築及消防法規溯及既往的規定等，使得機構想符合標準反而衍生龐大資源浪費且障礙重重。此外，又面臨物價波動與電價飆漲、勞工退休準備金的提撥等，亦讓機構的經費支出如雪上加霜。

四、 可能因應的方式

近幾年來因服務個案年齡增長衍生的特殊照顧需求，與陸續新修訂的法令制度之影響導致身心障礙教養機構面臨經營成本增加以及服務輸送困難之問題。針對專業服務方案，許多社福團體（例如：心路基金會、中壢啟智技藝訓練中心、新竹仁愛社會福利基金會等）共同合作發展與推廣評估智能障礙者支持需求的工具，並且辦理一系列的培訓工作坊積極推廣；就專業人員配置部分（如醫療、復健專業人員），多數機構則結合醫療院所採取合作方式提供醫療與健康服務，以減輕機構之成本負擔；此外，就機構設施標準的規範部分，一些身心障礙教養機構選擇不斷地改建、修改原有的建築物以解決設施無障礙問題，亦或者是申請減少核准收容人數以因應經常修改的規範標準，但不論採取何種改善方式，仍然會造成經營成本提高甚至增加舊有硬體設備修繕的風險；再者，照顧老年智能障礙者除了前文所提及之軟硬體適用性問題，機構所服務的個案亦會隨者其障礙類別程度與年齡的不同而衍生不同的需求與成本支出，因此多數的機構可能會依據政府對全日型養護機構一視同仁的收費標準規範下，選擇性地限制服務對象的條件（如中低收入戶之智能障礙、多重障礙等重度與極重度者），甚至拒絕可能會增加機構財務負擔的身心障礙者（如非低收入戶之生理機能嚴重退化、或重度以上精神障礙者），使得部分身心障礙者成為邊緣人無法接近福利服務。總括來說，無論各個身心障礙教養機構採取任何可能的因應方式去解決目前所面臨的服務困境，仍需要政府能正視目前各身心障礙教養機構的需求與問題，並對身心障礙者的權益有充分重視與保障，因此就目前國內推廣社會福利服務現況、強調政府應負起責任之相關議題，社福團體最常採取的一種手段即是召集各身心障礙福利機構代表、家長團體代表及中央、地方主管機構代表共同組成專案小組，定期會議與研商因應對策，向主管部門提出建言以期能獲得政府之正視。

第四節 小結

過去的歷史中，多數人對智能障礙者一直有不同的看法、爭議和態度，認為他們的「心智」就像小孩子一樣，將他們視為「永遠的兒童」或是麻煩製造者，所提供的照顧是過度保護、隔離甚至不人道。1950年代西方國家有一些論述認為智能障礙者應住在機構才能得到比住在家中更好的生活品質（Department of health, 2001），或者是鼓勵智能障礙者的父母將其安置於機構以避免阻礙其他非障礙子女的正常發展（Free, 2006），以替代性服務（substitutional service）來減少家庭在照顧智能障礙者或行為偏差者的壓力與困難（Segal, 1987）。早期的機構照護（institutional care）曾經在我國國內提供重度、極重度身心障礙者替代性照顧服務的歷史中扮演重要的角色。但是由於東方傳統家庭倫理觀念，認為身心障礙者的照顧是個人與家庭的責任，家庭一直是最主要的長期照顧者，所以時至今日，雖然國內提供身心障礙者的相關福利服務以及機構照顧服務資源有顯著的成長，但由於智能障礙者與其家庭之間存有深厚的依存度，因此仍有接近九成三（92.96%）的身心障礙者住在社區與家庭中（內政部，2007a），仰賴家庭處理其生活照顧需求。而高度依賴家庭解決照顧需求的結果，也提高了家庭的照顧壓力與困境，使得其更迫切需要支持性服務的資源。

然而隨著社會的變遷、障礙者運動以及社會模型觀點的反動，社會看待智能障礙者的論述有了改變，從過去的醫療模式使用病理標籤障礙者到近年來的社會模式以支持觀點試圖減少障礙者的限制，這些「殘障福利運動」的訴求，使得智能障礙者的政策與照顧服務發展逐漸受到重視（曹愛蘭，1995）。

面對上述社會對障礙論述的變遷以及社會福利運動的興起，近年來為了因應中高齡智能障礙者家庭的照顧轉銜需求，正式資源的支持對家庭產生了正向的影響，由教育、社福體系提供照顧協助，或由勞政與社政體系提供就業服務等，或

是直接由機構替代家庭扮演主要照顧者的角色等，接受正式資源的服務不僅能使家庭的照顧壓力獲得緩解，亦可使得中高齡智能障礙者可以維持社會參與的機會。相形之下，原本長期居住在身心障礙福利服務機構的智能障礙者，亦讓機構面臨許多不同層面的問題與挑戰，對於步入成年後期與老年階段的服務對象，機構必須考慮生活照顧模式的改變與服務內容的調整等現實面的問題，其範疇甚為繁複，是目前身心障礙教養機構迫切思考的，這些包含了機構未來如何提供老年智能障礙者在居住安排的選擇、財務與法律等相關資訊的協助與規劃、專業服務層面的品質如何能依循原本機構的服務內容而達到「在地老化」最佳化？就目前機構的設施設備、專業人力及相關法令的限制，如何才能讓老年智障者在安全的環境下獲得適切的照顧服務？這就是本研究想要探討的目的。

第三章 研究方法

第一節 選擇質性研究

質性研究 (qualitative research)，是對研究資料蒐集來源的統稱，其涵蓋深度、開放式訪談、直接觀察，或書面或視覺文件等，都可稱之為質性研究。其係非由統計程序或其他量化方法來獲得研究發現的任何類型研究。它可能指涉有關人們生活 (persons' lives)、生活經驗 (lived experiences)、行為 (behaviors)、情緒 (emotions) 和感覺 (feelings) 等的研究，也包括了有關組織功能 (organizational functioning)、社會運動 (social movements)、文化現象 (cultural phenomena) 及國家間互動 (interactions between nations) 等的研究 (吳芝儀等，2001)。Wolcott (1982) 指出質性研究在本質上乃自然取向的，是密集地並長時間地與一個「現場」或生活情境作接觸，這些情境基本上是很平凡的或普通的，它可以反映日常的生活，包括個人、群體、社會、組織等的日常生活。質性資料同時具有豐富性與整體性的特徵，除可能展現複雜性外，更可提供詳實的描述，生動地嵌入其脈絡裡，猶如能揭示真相的指環，讓讀者產生深刻的印象 (引自張芬芬譯，2006)。質性研究方法中多元的、彈性的、創造的、省思的、行動的、過程動態的、參與的這些特質，使得質性研究能捕捉被研究者的觀點及檢視日常生活的允諾。並從方法步驟將研究行動具體化，由實例中刺激思考及得到寫作創作的參考。(胡幼慧，1999)。

質性和量化研究不僅在資料收集上有極大的不同，在科學思考上亦有不同的典範。量化研究單純著重於代表性的取樣，透過數據量化程序、統計分析而就變項之間的關係做解釋與探討的研究方法；質性研究則強調開放性、動態互動、自由、彈性、共構意義的過程，且更重視受訪對象的個別經驗、主觀感受與獨特見

解，研究結果是非預設的（高淑清，2008）。由於本研究的對象是以一身心障礙教養機構為例，需要從老年智能障礙者接受照顧服務的個別需求、生活經驗與教養機構提供服務之雙層面向，從中探究當前身心障礙教養機構所面臨的困境與可能因應的方式，又基於質性研究較能接近人類的真實生活情境，進入主觀世界，能得到較為豐富又詳實的資料，研究者認為基於此研究題目的性質，透過本人進行現場觀察研究與面談，將蒐集的資料分析並再予以概念化、分類，藉由明確、有系統和具有科學嚴謹的程序及技術，在科學與創意間推進模式的建構，並賦予意義。因此本研究選擇以質性研究之方式進行。

第二節 研究對象

本研究對象係以立意取樣，選取台南縣某家傳統教養機構為主要研究對象，該機構是屬於全日型住宿的私立教養機構，服務對象來至全國各地，主要服務對象為重度、極重度的智能障礙者，專責照顧服務的歷史已將近二十年，照護收容的對象平均年齡層有往上提升之現象，為滿足機構內老年智能障礙者照顧服務的需求，正面臨服務型態如何轉型、改變以及對服務使用者個別化服務計畫如何修正的蛻變期，同時該機構亦有較長時間及大規模的生活經驗可以提供較寬廣與成熟的觀察議題。訪談部份則針對機構工作人員與個案家屬對機構照顧服務的看法作深入訪談，藉以了解機構工作人員的服務態度與思維，以及個案家屬對個案的教養態度與未來安置計畫。

個案家屬的訪談名單則是由該機構之社工員提供，而受訪者的選取原則，就前述所提及的研究問題之一，研究者欲探討「老年」智能障礙者家庭在照顧過程中所面臨的壓力、困境與需求，是故在受訪對象的選取上仍以「老年」（60歲以

上) 智能障礙者之主要照顧者為選取指標之一。然而，在前一章文獻探討中，國內相關學者的研究顯示，智能障礙者因為其不同障礙特質、認知功能受限、以及疾病與健康狀況之影響，相較於一般人口會提前 15 至 20 年產生老化現象 (林昭吟等，2004；王國羽等，2003b；2003c)，認為不應以年齡作為界定標準。據此，本研究也選擇以「35 歲以上」作為中高齡智能障礙者的年齡標準，而父母或主要照顧者年紀則為「60 歲以上」，盡量選擇符合「雙老家庭」條件做訪談。此外，除了以年齡為界定標準外，為同時能使樣本較為多元、同時受訪者也能分別代表家屬將他們在照顧歷程中所面臨的壓力與困境得以完整表現出來，豐富研究資料之獲得，研究者再依個案轉介來源篩選受訪家屬是否曾經使用過機構照顧服務 (包含合法或未立案機構) 為選樣原則，兩組各選取三個個案家屬為受訪對象。因此研究者在個案家屬的選樣上分別以 A1、A2、A3 與 A4、A5、A6 為代表，此六位受訪者與智能障礙者之間的關係分別有父母、手足、子女等特性，期待能藉由訪談內容了解中高齡智能障礙者的主要照顧者或家屬對其照顧轉銜的看法與未來對其安置的計畫或期待，並進而代表目前台灣地區中高齡智能障礙者主要照顧關係的趨勢變化與需求。

在機構工作人員的受訪對象之選取方面，研究者為全面性地了解智能障礙者在住宿型教養機構的生活管理模式以及所接受的服務內涵，因此受訪對象來源從教保組、醫務組、與社工組三個部分著手，共訪六位工作人員，分別為教保員 B1、B2、B3，護理人員 B4，社工員 B5、B6 等進行訪談，研究者期待能透過教養機構專業的從業人員之角度，去探究其對所服務對象的照顧服務內容之看法以及對於未來安置服務型態的期待或規劃。因此，本研究訪談對象共十二位，分別有六位個案家屬與六位機構工作人員，為方便辨識，研究者將個案家屬與機構工作人員的代號分別以 A、B 開頭加以區隔。受訪個案家屬與工作人員編碼與特性如表 3-1 所示：

表 3-1 受訪者基本資料表

編號	受訪對象與個案關係	個案年齡/ 家屬年齡	教育程度	受訪者特性/側寫
A1	欸丫之女	62/36	高職	案女現於代工工廠打工，工作時間長但每月收入不穩定，育有 3 位子女，現皆就學中。
A2	阿來之兄	60/66	高中	案兄目前經營中藥房，子女皆已成家，案主其他手足分別散居於北、中、南部與國外。
A3	阿善之兄	62/62	國小	案兄目前無從事任何勞動工作，配偶為主要經濟來源。
A4	小天使之母	27/59	大學	案父母皆從事教職，案父因身體健康狀況不佳為由提早退休，目前於私立學校兼課。案母今年亦退休，現當代課老師。家庭經濟狀況小康。案主曾被安置於未立案機構。
A5	阿蓮之嫂	49/51	國中	案嫂目前在市場擺攤賣熟食為生，育有 2 女，案主原由案兄協助照顧，案兄過世後由案嫂與案女（美髮業）協同照顧。案主曾被安置於未立案機構。
A6	泰山之弟	53/46	高中	案弟為自營加油站站長，現與案父母同住，案父現仍從事漁貨生意，家境優沃。案主曾被安置於未立案機構。
B1	教保員	32/女	高中	工作年資 8 年，現擔任教保組副組長，協助掌理女院生教保事務，主責班級園藝班。
B2	教保員	32/女	大學	工作年資 5 年，相關機構工作年資亦有 5 年，現擔任教保組副組長，協助掌理男院生教保事務，主責班級洗車班。
B3	教保員	37/男	大學	工作年資 8 年，主責班級洗衣班。
B4	護士	31/女	大學	工作年資 3 年。
B5	社工員	27/女	大學	工作年資 3 年。
B6	社工員	25/女	大學	工作年資 4 年。

第三節 資料蒐集方法

質性研究的資料蒐集主要方法包括：參與 (Participation)、觀察 (Observation)、深度訪談 (In-Depth Interviewing)、資料檔案或文獻回顧 (Review of Documents)，次要的方法包括：生命史與敘事探究 (Life Histories & Narrative Inquiry)、歷史分析 (Historical Analysis)、影片、錄影與照片 (Film, Video & Photograph)、人體動作/體態學方法 (Kinesics)、空間關係學方法 (Proxemics)、非介入的方法 (Unobtrusive Measures)、問卷與調查 (Questionnaire & Survey)、投射技術與心理測量 (Projective Techniques & Psychological Testing) 等 (引自李政賢譯, 2007)。本研究採取的方法有資料檔案或文獻回顧、觀察與深度訪談，藉由機構既有的相關資料檔案，作為研究資料的來源，用以輔助觀察與訪談資料的不足，以助於分析。

一、 資料檔案回顧

所謂資料檔案或文獻回顧是研究人員藉由蒐集與分析各種檔案資料，以資補充參與觀察、訪談與觀察等方法所蒐集得到的資料。檔案資料的來源可能是產生於日常事件的自然過程，也可能是特別為了手邊進行的研究而建構的。檔案的回顧乃是一種非介入的方式，能夠具體而微地描繪參與者在特定場地當中的各種價值與信念。舉凡會議紀錄、工作日誌、公告、正式的政策宣言、信件等等，都是極有用途的檔案，可以用來發展關於特定場地或團體的理解 (Marshall, C. & Rossman, G. B. / 李政賢譯, 2007)。本研究所收集的檔案資料來源有：機構自行出版的季刊、簡介以及各組室的相關記錄、報告。

二、 參與觀察法

嚴祥鸞 (2008) 指出，我們的生活不是在參與，就是在觀察。參與觀察是研

究者長時間在生活的現場，將自己融入現場的生活中，並維持一個專業的距離，藉以觀察人們的生活，瞭解人們的活動信念，並有系統的做成紀錄（黃瑞琴，1994）。Jorgensen(1989)主張參與觀察具有以下特質：內部者的觀點(insider's viewpoint)、開放式求知的過程(an open-ended process inquiry)、一種深度個案研究方法(an in-depth case study approach)、研究者直接參與訊息者的生活(the researcher's direct involvement in informants' lives)以及直接觀察為蒐集資料的方法(direct observation as a primary data-gathering device)(轉引自嚴祥鸞，2008)。而學者Raymond Gold將觀察者在觀察過程中，依參與和觀察的程度和角色分為四種：完全參與者(complete participant)、參與者觀察(participant-as-observer)、觀察者參與(observer-as-participant)、以及完全觀察者(complete observer)(轉引自嚴祥鸞，2008)。

本研究的研究過程採用「觀察者參與」進行資料的蒐集，研究者不但表明自己的身份，還可以在不干擾機構生活作息與照顧服務過程的情境下，不定期地以第三者的角度來看待研究對象的互動、參與課程活動的情況，期能獲得深入的意見和資料。

三、 訪談

Mishler(1986)認為訪談是一種交談行動，是受訪者與訪談者共同建構意義的過程。而對於訪談的分析，應理解其訪談的情境以及現象的社會文化脈絡(引自畢恆達，2008)。Crabtree與Miller(1992)將訪談解釋為一種「對話之旅」的對話過程，研究者(或訪問者)與受訪者是一種夥伴關係，透過語言與非語言的溝通與情感的交流，達到對話的目的(引自潘淑滿，2004)。訪談不像量化的標準訪談有標準化程序可供遵循，它沒有固定的訪談規則，且訪談的進行常因訪

談者與受訪者的互動情形而有很大的差異。雖然不同的學者對訪談的定義不完全一致，但相同的是，大部分學者將訪談視為一種會話及社會互動，它的目的在於取得正確的資訊或了解訪談對象對其真實世界的看法、態度與感受（王仕圖、吳慧敏，2005）。

訪談有許多種不同型式，以研究過程來區分，主要區分為結構式訪談（structured interviews）、半結構式（focused or semi-structured interviews）或非結構式訪談（unstructured interviews）以及群體訪談（group interview）（Williams, 1997；Minichiello et al., 1995/引自林金定等，2005）。結構化的訪談，通常被用來做調查或蒐集量化的資料，它的問題形式、回答方式及進行方式都有一定的程序，訪談者決定了談話的順序與方向。半結構的訪談型式較結構訪談有彈性，研究者列出感興趣的主題作為訪談指引，問題的型式或討論方式的方式較具彈性，其優點是可以提供受訪者呈現較真實的認知感受。非結構化的訪談不強調結構訪談的標準化程序或問題的順序，所著重的是研究者與受訪者間的互動情形，常以日常生活會話方式進行，但訪談範圍是一個有控制的會話，是針對研究者的研究興趣而進行的談話，其目的是為了能瞭解受訪者對其生活與經驗世界的解釋。群體訪談，為研究者設法使一群受訪者聚集在一起為共同的研究主題而彼此對話討論，其主要功能在於經由訪談得到探索性及一些研究現象學的資料，使用時機為因涉及研究的急迫性或者是經費與時間的侷限因素等。

本研究以接受機構安置服務的老年智能障礙者家屬以及機構的工作人員為訪談對象，依據文獻探討與檔案資料建立問題大綱，並設立開放式問題，採用半結構式的訪談進行資料的蒐集，以進一步驗證研究者所觀察資料的正確性，同時瞭解老年智能障礙者家屬對教養機構所提供服務的看法與教養機構對照顧老年智能障礙者過程中所扮演的功能。

第四節 資料分析方法

質性研究的資料分析是隨研究者的典範及風格而有所異，其分析方法並無一致的標準。典型的資料分析程序可區分為六個階段：(1) 將資料予以組織；(2) 從資料組織當中，找出範疇、主題與樣式或模式；(3) 針對資料的範疇、主題與樣式或模式，加以編碼；(4) 檢驗逐漸浮現而出的理解；(5) 尋求其他可能的解釋；(6) 撰寫報告。研究者透過洞視，將蒐集到的雜多資料轉化為比較容易管理的組織，並且反覆查看該等資料，從中構思適當的詮釋，以釐定研究參與者們的言說與行動所可能蘊含的意義 (Marshall, C. & Rossman, G. B. / 李政賢譯, 2007)。

一、 資料整理與分析步驟

(一) 逐字稿轉錄工作

深度訪談的資料處理第一步驟就是寫逐字稿，理想的型態是在每一次訪談結束，立即進行錄音帶的內容謄寫為逐字稿，反覆聽取錄音帶，以確定逐字稿的正確性，且每份錄音資料與逐字稿標示受訪次數與受訪日期。

(二) 與受訪者進行再次確認的工作

將逐字稿編寫內容交予受訪者，並與受訪者討論其中是否有轉錄錯誤的地方，文中的內容是否為其本欲表達的原意，並再次與受訪者確認其個人基本資料。

(三) 逐字稿編碼

經過反覆仔細閱讀逐字稿內容後，根據研究主題與逐字稿內容的關聯性進行初步的概念化定義，並紀錄在逐字稿的頁面空白處。

(四) 開放性編碼 (open coding)

此階段是將前一步驟所分析出的概念，藉由持續的分析、比較與檢視的步驟，將其屬性與面向相似的概念予以聚集，形成一個自然類別，並給予此類別適當的命名。

(五) 主軸編碼 (axial coding)

針對前一步驟開放編碼中所被分割的資料 (類別)，經過反覆的檢視、比較後，依各類別間的關聯性，再加以類聚起來，藉以瞭解各類別與次要類別間的脈絡關聯性，主要任務是發現和建立概念類屬之間的各種聯繫，以對現象形成更精確且更複雜的解釋。亦即研究者對分類結果進行類別間關係的探索，以發現概念類別間的關係 (田秀蘭，2000)。而主軸編碼的目的在於發展主要的範疇以及連結次範疇。

(六) 選擇性譯碼 (selective coding)

此階段主要的目的是找出核心類別 (central category)，是經過反覆的統整與修潤後所獲得的。在找出核心類別之後，便以此核心類別為中心，發展本研究的理論架構，若是與此架構邏輯不一致的類別將予以剔除。

二、 編碼範例

在深度訪談部分，由於質的資料之分析是一個創造性的歷程，並沒有一種對質的資料進行組織、分析和詮釋的固定方式 (吳芝儀、李奉儒譯，1995)。陳明傑 (2004) 以逐字稿轉錄工作—與受訪者進行再次確認工作—逐字稿編碼—開放性編碼—主軸編碼—選擇性譯碼步驟進行。本研究也將採此模式進行編碼的程序。本研究在資料整理部分是將搜集到的資料先加以整理，再進行逐字稿編碼、歸納，將同屬性的資料加以分類在一起，以下是編碼的範例。

表 3-2 訪談引述範例表

代號	概念	逐字稿內容摘錄	
A3	經濟依賴	<p>Q: 整體來看, 在照顧的過程中最辛苦的部分與擔憂有那些?</p> <p>A: 我自己也有家庭要養, <u>現在人老ㄚ沒人要請, 鐵仔工廠也倒了沒倘好領退休金, 又轉無吃! 我攏靠老婆養, 阿我那些小孩我嘛沒宰調(能力)栽培他們, 當初時阿那無去央人說低收入戶, 看要怎麼辦!</u></p>	<p>第十一行</p> <p>第十二行</p> <p>第十三行</p> <p>第十四行</p> <p>第十五行</p>
訪談引述範例		<p>現在人老ㄚ沒人要請, 鐵仔工廠也倒了沒倘好領退休金, 又轉無吃! 我攏靠老婆養, 阿我那些小孩我嘛沒宰調(能力)栽培他們, 當初時阿那無去央人說低收入戶, 看要怎麼辦! (A3-5-2/12-15)</p>	

收入減少: A3 (受訪者)、5 (提項)、2 (頁數)、/12-15 (行數)

資料來源: 本研究

第五節 研究的嚴謹度

在社會科學領域中, 幾乎沒有一位質性研究者, 不會被質問有關信度與效度的問題, 相對於傳統實證主義 (positivism) 量化研究強調以信、效度為判定標準, 對嚴謹性的界定成為質化研究者的困擾 (姚美華、胡幼慧, 1996)。在面臨實證主義者之質疑, 質的研究者形成不同的思考方式來反應「信度」和「效度」的問題。Lincoln 與 Guba 在 1984 年對質性研究的信度與效度提出見解, 認為信度是可重複性 (replication), 效度則是指可靠性 (dependability)、穩定性 (stability)、一致性 (consistency)、可預測性 (predictability) 和正確性 (accuracy), 故在控制質化研究的信度與效度上提出了方法 (姚美華、胡幼慧, 1996)。而本研究將運用 Lincoln 和 Guba 所提出之下述控制質化研究信、效度之方法, 以確保本研究之信度與效度。

(一) 確實性(credibility)：

即內在效度，指質化研究資料真實的程度，即研究者真正觀察到所希望觀察的。而增加資料的真實性的方式，包括：(1)運用深入訪談方式，將訪談過程全程完整錄音並於事後將內容逐字轉述資料以增加資料的確實性，(2)利用時間與指導教授和研究同儕討論所收集的資料與內容分析部分，(3)訪談進行前，先經由受訪者同意並運用足夠的輔助工具（如錄音筆）收集資料，避免資料呈現上有所遺漏，(4)當研究者發現受訪者提供的資料不一致時，會輔以觀察所得或者再深入探問方式探索疑慮之處並驗證其相關資料的確實性。

(二) 可轉換性(transferability)：

即外在效度，指經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的做資料性的描述與轉換成文字陳述，增加資料可轉換性的技巧為深厚描述(thick description)。受訪者在原始資料所陳述的情感與經驗，研究者能謹慎地將資料的脈絡、意圖(intention)、意義、行動轉換成文字資料，也就是指資料的可比較性與詮釋性。所以，研究者在資料分析過程中，會先將受訪者受訪時的陳述內容謄寫成逐字稿，再經由開放登錄與歸納類屬的過程，不斷的思考、歸納，再一次體會受訪者的經驗，最後，在整個報告寫成的過程不斷反覆翻閱受訪者之逐字稿、重聽訪談的錄音帶、或藉由電話再訪方式澄清，儘量呈現出受訪者欲表達之真正原意。

(三) 可靠性(dependability)：

指內在信度，指個人經驗的重要性與唯一性，因此，研究者必須將整個研究過程清楚地陳述或加以說明，並且忠實記錄研究過程以提供判斷資料取得的可靠性。此外，研究者於訪談過程會謹守研究倫理中的保密原則，讓受訪者可以安心的接受訪談，自然的提升資料的可靠性。

第六節 研究倫理

任何一種研究都會面臨到倫理議題，質化研究也不例外（王金永等譯，2000）。Rubin 和 Babbie 於 1998 年提出了有關在社會研究中，普遍需要面臨倫理規範的議題。本研究主要是採用質化研究參與觀察與深度訪談的方式進行資料蒐集，因此會直接進入工作場域裡面，訪談過程中亦可能會涉及到個人較隱私的資料或意見，為保護受訪者之權益，研究者將遵行的研究倫理整理如下（簡春安、鄒平儀，1998；王金永等譯，2000；李美華等譯，1998；嚴祥鸞主編，2001；潘淑滿，2004）：

一、 告知後同意以及自願參與

研究者必須在研究前充分告知被研究對象參與研究的意義與相關資訊，以便能做出最有利、最適當的選擇，而決定是否參與。告知的內容包括：研究的流程與內容及目的、被研究者的各項權利與義務、可能發生的風險與收穫、資料處理過程的保密措施、中途撤銷的同意書、被研究者了解研究者的身份與贊助單位等。

所以在研究過程中，研究者亦會將進行方式、錄音器材，以及相關的權利、義務等，向受訪者做詳細的解釋與溝通，並再次確認其意願，同意且自願參與研究。在訪談過程中，隨時注意受訪者之狀況，必要時暫停訪談，並確實讓受訪者了解其有拒答的權利，以避免造成受訪者不愉快、不舒服之感受而受傷。

二、 對參與者無害

在研究過程中，由於質性研究重視的是個人經驗的分享，所以研究者盡量提供一個安全的表達空間，表達將謹守研究倫理，讓受訪者能夠暢所欲言，謹慎的避免受訪者因參與研究而受到傷害。在研究結果呈現上，會盡量避開有關個人資

料之背景，避免對受訪者造成傷害。

三、 遵守匿名與保密及隱私權的保護

研究者將對受訪者所提供之有關個人隱私資訓內容予以保密，並妥善保管研究資料。對於受訪者的姓名將遵守匿名化原則來處理，故在文中的訪談內容均經過代號編碼的處理，以確保匿名性。此外，在社會工作的服務中，被服務者多是較弱勢的族群，所以在研究的過程中，為避免二次的傷害，會確實遵守社會工作的倫理，個案的資料要更重視匿名、保密原則及隱私權的問題。另外，有關逐字稿、錄音資料在研究期間將妥善保管，研究論文完成時，將全數予以銷毀。

四、 收益、投入與互惠

在整個研究的過程中，若非許多人的參與，研究便無法完成，因此研究結果應歸功於所有的研究參與者；同時亦應將研究成果和社會工作同業分享，為社會工作知識的累積略盡微薄之力。

第四章 研究結果

本章則進入研究結果的分析。首先第一節呈現研究對象的服務概況，接著第二節就觀察機構的生活照顧服務作描寫與檢討，第三節從訪談內容分析老年智能障礙者家庭在照顧轉銜過程中主要面臨的壓力、困境與需求的情形，第四節則以教養機構工作人員的角度切入，討論目前機構對老年智能障礙者之服務與實際需求之間的差異，第五節從服務提供者的角度省思機構目前面臨的服務困境以及對可能因應的方式作討論。

第一節 機構的服務

一、 機構的概況

研究者所至的教養院，前身為主要收容各地貧苦失怙的障礙者，成立於 1988 年，1995 年順應當時內政部推動「加強未立案殘障福利機構輔導」系列規定，於 1997 年依循新修訂的身心障礙者保護法及教養機構設立相關法規申請立案。合法設立以來，在身心障礙者家庭逐漸選擇替代性照顧服務，且恰逢當時許多家長團體在身心障礙者保護法修訂後幾年間，針對全國未立案機構的問題、身心障礙者照顧需求的變動以及政府相關政策供給的發展與演進等等，大力地進行倡議與運作，使得我國福利提供的福利體制形成為政府鼓勵民間參與社會福利的提供，而身心障礙者照顧服務的市場需求數量明顯增加的情況下，2000 年遂向台南縣政府申請擴充服務收容人數至 134 人，2006 年更申請變更為財團法人。

教養院地處台南縣之東南端，位於台 20 線旁的小丘上，因此機構的周邊寬廣無遮蔽、空氣清新且綠蔭盎然，雖然位處於偏鄉郊區，但因鄰近有其他社會福利機構，鄉紳耆老亦常往來，機構與社區居民的互動頻頻，同時也投入相當心力

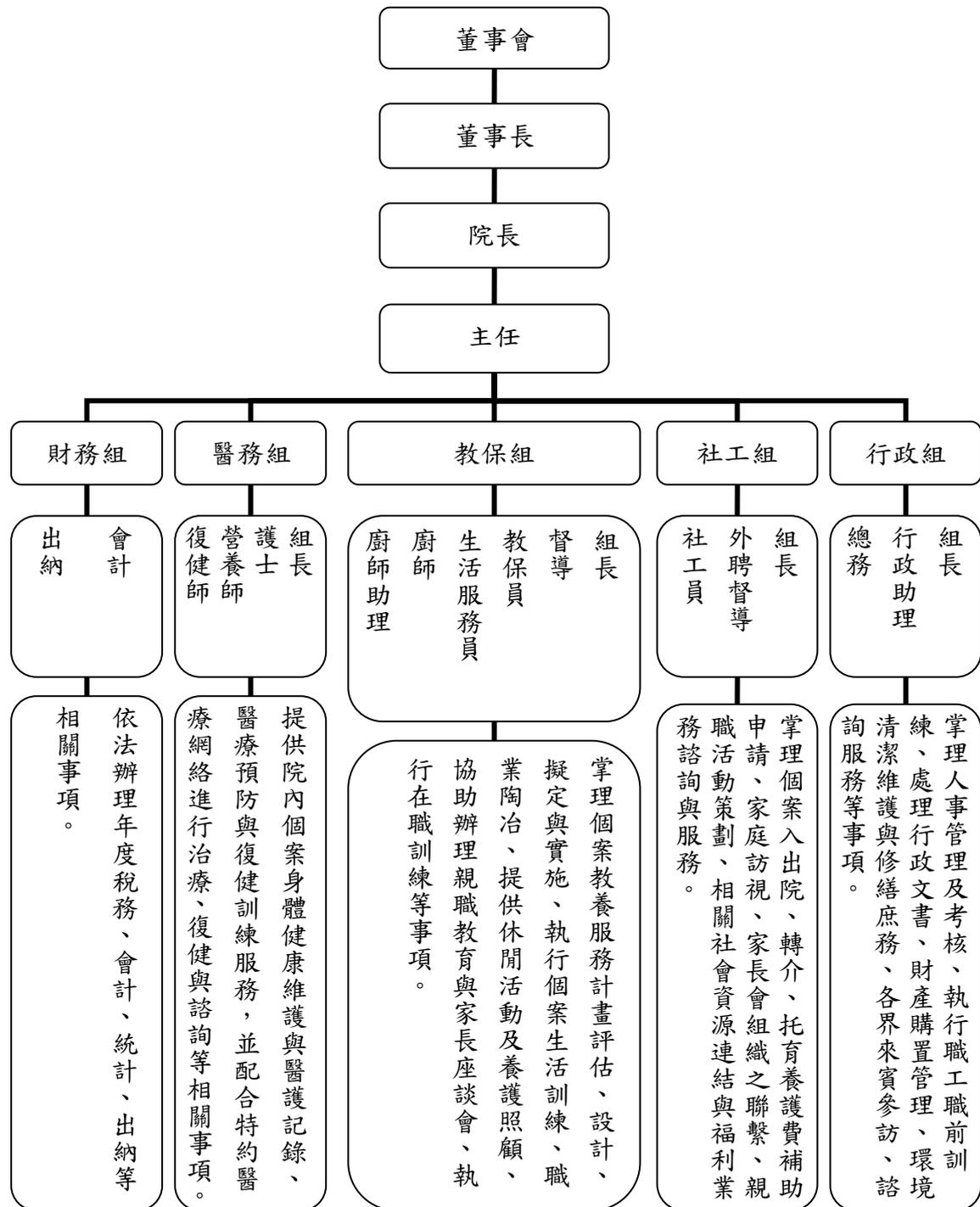
於關係培養上，因此雖然沒有豐裕的社會資源挹注，但並無早期教養機構的神祕感或不易親近的印象。機構內的工作人員與初次到訪者也屢屢反應，對機構的第一印象是有如與外世隔絕且自有一套生活方式與紀律的大型機構，但機構內的智能障礙者臉上卻總掛著甜甜的笑容，與機構工作人員之間的互動情形親密、且機構與外界之間交流的頻繁等，又沒有感覺到封閉性或退縮的景象，這與一般民眾心中根深柢固地認為教養機構應有的印象有著不小的衝突！

二、 機構的組織架構

機構自成立以來，服務量成長迅速，人員的編制也不斷擴充，由原本草創時期的工作人員僅七、八人到目前的所聘任的員工數達六十人，同時對於身心障礙者的進用率也達到 5%（3 人）。組織架構分層為：由董事會指派院長與主任各一人，院內各組室權責為求扁平化，業務分為行政組、社工組、教保組、醫務組及財務組等五個組別。

組織架構分層為：由董事會指派院長與主任各一人，院內各組室權責為求扁平化，業務分為行政組、社工組、教保組、醫務組及財務組等五個組別。其組織架構及各組執掌如圖 4-1 所示。目前總共有工作人員 60 位，包括院長 1 人、主任 1 人、行政組 3 人、社工組 3 人、教保組 46 人、醫務組 4 人以及財務組 2 人。其中因受內政部頒布的「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」的規範，且加上機構為全日型的教養機構，工作人員以兩班制的方式調配，教保組為機構內第一線工作人員，與院內個案日常作息接觸密切，因此教保組與其他組別的工作人員之比例落差很大。

圖 4-1 機構的組織架構



資料來源：整理自機構書面簡介

三、 服務對象的基本資料

該機構服務對象之基本概況方面，機構核准收容人數為 134 人，實際入住人數為 108 人，收容人數已達 81%，其中主要服務對象是年滿 16 歲以上且領有身心障礙手冊之重度、極重度智能障礙及多重障礙者。以機構內九十八年十二月所服務個案的基本資料顯示，個案的年齡分布以 16~30 歲為最多，占全部的 36%，其次為 31~45 歲占 33%，再其次為 46~60 歲占 25%，15 歲以下占 1%(見表 4-1)。

表 4-1 院生基本特徵次數分配表 (N=108)

變 項	次數	百分比
性別		
男	58	53.7
女	50	46.3
年齡		
15 歲以下	1	0.9
16-30 歲	39	36.1
31-45 歲	36	33.3
46-60 歲	27	25.0
60 歲以上	5	4.6

資料來源：整理自機構院生基本資料量化分析報告，2009。

從服務對象的障礙類別來看，可以看出機構內院生以智能障礙者為最多，占全部的 66%，其次為多重障礙者占 32%，再其次為精神障礙者占 2%，肢體障礙者占 1%，失智症者占 1% (見表 4-2)。其次從障礙等級來看，中度障礙以下院生僅 13 位，占 12%，重度障礙院生 49 位，占 45.4%，極重度障礙院生 46 位，占 42.6%，由此可以看出機構收容對象以重度、極重度之智能障礙與多重障礙者為主。其中精神障礙與肢體障礙之個案，於 2000 年 6 月 14 日因台南縣政府取締

未合法立案機構眾生教養院而緊急安置入住，在配合慢性精神疾病的藥物治療與監控下，無安全疑慮的情況下繼續留住至今，形成此一專為服務智能障礙者的教養機構內的特殊障別群。

表 4-2 院生障礙類別程度分布表 (N=108)

變項	次數	百分比
智能障礙		
中度	12	11.1
重度	34	31.5
極重度	26	24.1
多重障礙		
中度	1	0.9
重度	11	10.2
極重度	20	18.5
肢體障礙		
中度	0	0.0
重度	1	0.9
極重度	0	0.0
精神障礙		
中度	0	0.0
重度	2	1.9
極重度	0	0.0
失智症		
中度	0	0.0
重度	1	0.9
極重度	0	0.0

資料來源：整理自機構院生基本資料量化分析報告，2009。

有關機構服務對象設籍所在地的分布情形，則因機構為考量身心障礙者家屬探視上的近便性，以及收托收容個案障礙類別的適用性，近年刻意避免遠距離縣市身心障礙者的入住，且逐年協助轉介遠距離縣市籍和服務不適用或不符合家屬期待的個案回歸其設籍所在地的鄰近機構就養，目前則以台南縣籍個案最多，計

26 人 (24.1%)，其次為高雄縣籍個案計 24 人 (22.2%)，再其次為台南市籍及高雄市籍個案，均為 9 人 (各 8.3%)，而宜蘭縣、台北市、新竹市以及彰化縣籍個案最少，均僅有 1 人 (各占 0.9%) (見表 4-3)。

表 4-3 院生設籍分布情形 (N=108)

變 項	次數	百分比
宜蘭縣	1	0.9
台北縣	3	2.8
台北市	1	0.9
新竹市	1	0.9
台中縣	5	4.6
台中市	3	2.8
南投縣	7	6.5
彰化縣	1	0.9
雲林縣	4	3.7
嘉義縣	7	6.5
台南縣	26	24.1
台南市	9	8.3
高雄縣	24	22.2
高雄市	9	8.3
屏東縣	7	6.5

資料來源：整理自機構院生基本資料量化分析報告，2009。

目前機構對院生教養費的收費情形，由各縣市政府補助托育養護費的統計可以看出，其中以免繳自付額者 (全額補助) 最多，有 58 人占全部的 53%，其次是自付 15% 的有 27 人 (占 25%)，而必須全額自費者僅有 3 人 (占 3%) (見表 4-4)。一般來說，因為福利不重複原則所以院生原本在家照顧時所領的生活津貼會於入住教養機構之後由托育養護費補助取代，而其托育養護費之補助款則須先

經由各地方主管機關審查其家庭收入狀況，分別給予不同額度或等級的補助，因此從各個院生之補助情形約莫可以看出其個別家庭經濟面普遍不佳，這一部分與國內歷年針對身心障礙者生活經濟處境的調查報告相似，調查結果中顯示身心障礙者家庭因為支持或照顧之成本較非身心障礙者家庭為高，家庭收支狀況入不敷出的比例約 46% 至 51%（內政部，2000；內政部 2006），且其主要收入來源多仰賴政府社會福利補助或津貼，對於替代性服務的需求也逐漸上升。

表 4-4 院生教養費收費情形 (N=108)

變 項	次數	百分比
免自付額（全額補助）	58	53.7
自付 15%	27	25.0
自付 25%	18	16.7
自付 30%	2	1.9
自付 100%	3	2.8

資料來源：整理自機構院生基本資料量化分析報告，2009。

透過 2009 年機構院生的檢測記錄，觀察院生的身體活動功能，就各項行為能力的次數百分比來看（見表 4-5），在動作發展部分可以完全獨立的以粗大動作比率最高（76.85%），顯示目前教養機構內的院生活動能力尚佳。在穿著能力部分，由於機構過去提供院生的服裝多以套頭式、運動褲為主，所以穿衣動作較為簡單，有 43.52% 可以獨立完成，但在其他生活自理能力部分，則因多數的生活活動或工作內容涉及院生本身的認知能力與語言溝通能力障礙，且很多屬於精細動作，需要手眼協調或較耗時、複雜，例如飲食、如廁、盥洗、儀容整飾與家事處理等，因此約 70.93% 之院生皆需透過他人協助才能順利完成動作。由此可知，機構在提供院生日常生活照顧工作上須大量仰賴工作人員協助的程度。

表 4-5 院生起始行為次數分配表 (N=108)

變項	完全不會		需要協助		完全獨立	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
粗大動作	5	4.63	20	18.52	83	76.85
精細動作	11	10.19	54	50.00	43	39.81
飲食能力	17	15.74	57	52.78	34	31.48
如廁能力	22	20.37	47	43.52	39	36.11
盥洗能力	37	34.26	43	39.81	28	25.93
穿著能力	31	28.70	30	27.78	47	43.52
家事能力	47	43.52	56	51.85	5	4.63
儀容整飾	50	46.30	51	47.22	7	6.48
語言能力	52	48.15	33	30.56	23	21.30
認知能力	47	43.52	56	51.85	5	4.63
平均值		29.54		41.39		29.07

資料來源：整理自機構院生基本資料量化分析報告，2009。

四、 服務項目與內容

機構的服務類別與內容大致可分為五大類：1. 生活照顧服務（養護照顧、生活自理訓練）2. 職業陶冶與適應 3. 單元活動課程（居家生活訓練、社會適應、社區適應社會情緒的控制與性教育與衛生保健教育、休閒娛樂活動）4. 醫療保健服務 5. 親職活動。

表 4-6 機構教養服務類別、目標與內容

服務類別	訓練目標	執行內容
養護照顧	對極重度障礙者給予生活上的照顧協助與適時地關懷及支持。	每日定時協助餵食、沐浴盥洗、衛生修剪、肢體復健與藝文欣賞活動等。
生活自理訓練	經由生活自理的各項訓練，以培養院生基本獨立生活的能力，建立自	獨立用餐、如廁、漱洗與衛生、穿脫衣物等個人自理。

	信心。	
職業陶冶與適應	培養院生工作習慣與態度、求職能力以及獨立生活能力和良好的人際社會能力，以作為就業前的準備。	評估院生的就業興趣、工作性向與能力，以做為就業支持的參考，同時提供參與相關技能訓練課程，提升求職能力，促使其順利進入就業市場。
單元活動課程	藉由簡易的單元教學活動之設計，豐富院生之生活學習領域。	下午茶活動、散步、說故事、體能活動、歌曲教唱等活動。
居家生活訓練	從日常生活的家事參與，以訓練院生基本的處理家事能力，藉以提高院生的獨立性。	擦桌子、洗碗、拖地板、晾曬衣物等簡易居家清潔。
社會情緒的控制與社會適應	讓院生在日常生活中培養如何與人互動、處理事物，並藉由定期舉辦的社會適應活動，增添生活內容、建立基本的社會互動行為以減少不適應行為發生。	藉由旅遊、購物、文物觀賞等社會活動，參與並學習交通安全、用餐禮節、人際關係等日常行為。
社區適應	以機構周遭的社會環境為主，擴展院生的生活空間，增加與社區大眾互動的機會，以及利用社區情境直接教導相關技能達到適應社區及生活的目的，同時增加休閒及體能活動。	每週二以徒步方式接觸大自然和社區產生互動，並透過如購物、運動、工作等社區行為建構友誼。
性教育	由單元式循序漸進的方式，讓院生瞭解正確的性觀念，懂得保護自己並表現適當的性別行為。	採小班式教學，教導院生對自己生理需求的處理方法，以及如何尊重別人。
衛生保健教育	加強院生的衛生知識，養成正確的衛生習慣，並增進健康生活與預防疾病、維護身心發展。	採階段式教學，依機構院生的健康特性安排衛教課程，循序漸進地養成院生健康概念。
醫療保健服務	提供完善的健康服務與健康環境，促使機構內院生身心健全法展。	結合相關醫療專業、遵照醫囑並定期舉辦健康檢查、預防接種、口腔保健、營養諮詢、衛教宣導等活動。
親職活動	定期舉辦各項親職活動，以增進親子間的互動、處理事物。	親職講座、親子旅遊活動、省親、家電訪等。

資料來源：整理自該機構院 2009 年度相關業務、課程計畫，2009。

第二節 照顧服務之觀察

本節主要參考研究者在教養院參與觀察的田野調查筆記與機構的書面資料，從中擷取教養院在照顧服務過程中重要及出現頻率高的現象作為資料分析的基礎，並希望能藉以展現院生在教養院中的生活情況與機構的服務內涵。以下研究者將對機構觀察期間的院生作息略做描述。

一、院生的生活管理模式

機構所服務對象的作息安排（如表 4-7）。

表 4-7 院生生活日課表

時 間	日課（作息）安排
06:00~07:00	起床、疊被、盥洗、如廁
07:00~08:00	早餐、儀容整飭
08:00~08:30	環境打掃
08:30~09:00	晨間活動（早操、帶動唱）
09:00~10:00	職業陶冶～各別進行（園藝班、洗車班、洗衣班、清潔班、資源回收班）
10:00~11:00	單元活動課程 居家生活 知覺運動與體育、復健 社區適應 社交行為的控制與性教育 實用學科 休閒娛樂、藝文欣賞（每週末團體進行） } （每周一至五各班分別進行）
11:00~12:00	午餐時間
12:00~13:30	甜美の午休時間
13:30~14:00	T V 時間

14:00~15:30	職業陶冶～各別進行（園藝班、洗車班、洗衣班、清潔班、資源回收班）
15:30~17:00	單元活動課程 班級時間 舊情綿綿—我的身體真奧妙 } (週一至週五以開設社團方式由 多運動多健康—鹽巴小尖兵 } 各院生自由參加，每一單元活 歡樂動一洞—神奇香泡泡 } 動由3位教保協同教學) 天生一對—創意果汁吧 團康活動（每週末團體進行）
17:00~18:00	晚餐時間
18:00~19:00	沐浴
19:00~21:00	T V、休閒時間
21:00~21:20	刷牙、漱洗、就寢準備

資料來源：整理自該機構院 2009 年度相關業務、課程計畫，2009。

二、生活照顧工作的檢討與反省

（一）生活作息的安排

機構裡的院生每日的生活步調非常明確、簡潔，每一項活動的進行通常是集體的、固定的模式在運轉著，不論是院生或者是工作人員，都有如螞蟻般地辛勤生活著。從起床、盥洗、用餐、單元課程、沐浴、就寢等作息完全照表操課，儘管沒有特別的強制性或賞罰規則，但依舊會為了維持團體生活運作的流暢與秩序感遵循日課表的作息去完成。

院生：「阿我剛來的時候，大家都這樣早起，不過我還有點想睡，也不認識別人，阿醜（化名）就來牽我說：你來阿ㄟ！幾天後我就跟他走就對了，習慣就好！」（田野筆記 98.02.11）；生服員：快～一點、快一點，不然你會跟不上吃飯喔！（田野筆記 98.04.06）。

「晨間運動的音樂已響起，部分院生還懶散地四處遊走，生活服務員一邊忙著收清潔用具一邊推著養護組的院生去做體操，教保員站在各班前面帶著或牽著院生的手用力地隨音樂扭動、手足舞蹈。」(田野筆記 98.04.06)。

機構裡多數的院生自理能力欠缺、行動能力限制，使得院生的獨立生活能力受限，需要高度依賴工作人員的協助或是口頭提醒，以完成日常生活作息或所有的活動。研究者觀察機構整體的生活作息發現，院生住在樣樣都被安排好的環境裡，他們不用去煩惱明天要吃什麼、作什麼，看似全能式的生活照顧，卻似乎逐漸降低他們本身求生的本能與自主性。集體生活的模式與院生容易倦怠的特質，讓每一作息的變換也變得沒有新鮮感；而生活作息表的設計因牽涉到機構工作人員工時的調度，早餐必須等到工作人員上班時才能吃，晚餐則須在工作人員下班前吃完，整體來看，院生們必須在最多工作人員上班的這段時間內完成吃、喝、玩、樂，難免還是有強迫性的感覺存在。

「下午的單元活動課程，一些男院生顯得興致缺缺」(田野筆記 98.07.12)。

「晚餐才剛用完，所有的院生回到客廳，有的看電視、下棋、聽收音機、洗澡…等等，但已有些院生在打盹、發呆、傻笑、摳指甲！」(田野筆記 98.07.12)。

(二) 身體的清潔

教養機構為了形塑每個院生乾淨外表的形象以及環境衛生，通常會特別注重院生的身體清潔，以避免產生特殊的味道，而機構裡每日最忙亂且必須集結最大的人力支援的工作就是院生沐浴。雖然日課表安排的沐浴時間是下午 6~7 點，但往往因為團體生活的運作不能如軍隊操演般的迅速、確實，有時也常為了因應多變的突發事件，或者是任何時間因大小便無法控制而便溺在褲子上，往往在每

日下午的單元活動課程時間（約下午 3~5 點），低功能的院生或養護組的院生就必須先行清潔與更衣，或者鼓譟著想開始趕快進行沐浴清潔。

「他又大便下去了!」、「今天天氣太冷!早點洗應該會比較好。」(田野筆記 98.02.06)；「大家洗澡時間都排在一起，水壓會不夠啦！」(田野筆記 98.03.06)；「明天會停水，今天先洗好了，這樣子洗衣班才能趕快在大家下班前完成串衣、整理與清洗！」(田野筆記 98.08.10)。

「養護班的…○○，腸子又不想動了！解便解不出來，所以常會待在廁所裡一待就是一兩個小時，有時還會坐到高功能的院生都要準備沐浴了還沒解出來。多佔用了一間浴廁，其他人洗澡就容易塞車！」(田野筆記 98.05.1)。

沐浴工作常須投入大量人力協助，雖然時間充裕但往往會因為工作人員存有較勁的心態，趕著洗澡、趕著清洗院生的內衣褲、趕著準備用餐、趕著打電腦或收教具、趕著……，無形地加快了沐浴動作壓縮了時間，對院生或者是工作人員形成一種壓力，而浴廁的出入口與穿衣間之間竟是院生最常發生跌倒意外的事故地點。

「98 年上半年發生意外傷害的地點在浴廁出入口處就有 2 次，原因調查結果：結束沐浴後從浴室推回寢室途中自輪椅上跌落撞傷」(田野筆記 98.07.5)。

(三) 膳食的準備

院生的膳食沒有供個人特別選擇的自由，菜色如何也沒有太多抱怨，少數幾位院生有特別挑食的習慣，可以表達自己的不悅，但沒有讓它成為廚餘的機會。營養師的評估與特殊個案的飲食建議往往會讓部分院生情緒低落或是暴躁一段

時間。此外，在進食的部分，因為高功能的個案是採自助餐方式用餐，有時很難控制院生的食量，甚至有一些院生會趁教保員不注意時搶食別的院生的餐點。

「今晚的菜色其中一道是青椒肉絲以及紅燒魚，小萍見到肉類食物放在餐盤裡便開始哭泣停止用餐，喚來廚房阿姨確認食物沒有問題、教保老師與生活服務員極力勸說無效，由護士以禁止零食為恐嚇理由脅迫她吃完」(田野筆記 98.03.07)。

「毛阿公是糖尿病患者，對於澱粉類與甜度高的水果食用份量須減半，○○護士的提醒引起他的咆哮與奮怒，情緒激動地隨手搶奪○○的點心」(田野筆記 98.08.07)。

有些教保員因過於害怕院生吃太快容易噎著了，常會用剪刀來來回回地剪碎，或者是會幫忙先將飯菜裡的骨頭、魚刺挑掉，但是對於牙口咀嚼能力還不錯的院生，似乎保護過了頭，反而會讓他們的咀嚼與吞嚥的功能減弱。

「今天有位用完餐的院生因經過餐廳，隨手搶奪某位院生餐盤裡的貢丸吞下，結果噎住了立即臉色發黑，所幸一旁的教保員○○立即衝上前用哈姆立克法急救，並取出貢丸」(田野筆記 98.05.02)。

「某位妥瑞氏症院生因平日進食速度快，結果一碗飯一股作氣全吞進嘴裡，因為吃太大口沒有咀嚼而噎到，反而噴得到處都是飯粒，結果一陣哀豪聲四起」(田野筆記 98.02.16)。

「清潔班的阿茹因為沐浴時突覺不適，不斷流口水、嘴巴無法緊閉且表示不舒服，○○老師向醫務組○○反應後立即送醫，當天下午先送耳鼻喉科診所再輾轉至奇美醫院掛急診，午夜 12 點 45 由急診部醫師以胃鏡夾出

一塊長 3 公分左右沒咬碎的豬肝。」(田野筆記 98.02.16)。

(四) 物質需求的提供

院生在機構裡的物質需求幾乎都是由機構統一供給，統一採購為機構省去許多麻煩同時也能賺得部分物品的折價，但是現在的服務一直強調個別化與功能性，衣服不再像以前天天穿一樣，也不再只以套頭式或鬆緊帶的運動服、休閒服為主要選擇。現在機構訂作的運動制服只有在週末或特別活動日時象徵性地穿一下，他們可以依自己的喜好選擇並擁有私人物品。教保員或生服員平常會視院生需要適時協助代購個人生活用品，例如鞋子、衣服、皮帶、內衣褲、衛生棉甚至飲料等。而教保員也善於利用以幫忙院生代購、參加社適活動或者滿足其特殊需求為交換條件的手段輕鬆達到管理的目的。

「○德最近常欺負○○、又搗蛋，○○教保員屢勸不聽，因此將他從這個星期的社適活動名單中劃掉，並告知他若再不聽話下個星期也不能出去玩，還有這個月的工作獎勵金也要扣錢。」(田野筆記 98.04.20)。

「阿道看到其他同伴剪了個不錯的髮型，要求老師自己也要剪那樣（但阿道是禿頭！）」(田野筆記 98.05.12)。

以賞罰為基礎的管理特質造成機構的工作人員與院生間權力位置懸殊，利用管理院生實務性的物品或參與活動機會給予的賞罰機制，有時會帶來其他問題，例如引發院生更多負面的情緒反應、或者是養成工作人員特別偏愛某些院生、疏忽其他院生的服務，反而要為此付出更多的安撫與處理工作。

「○航最近鬧脾氣鬧的很兇，會故意去推打同儕，因為他氣別人搶了他的工作，讓他又少了一次老師誇獎他的機會，連同今天算來他已經來辦公室

告狀了五次！」(田野筆記 98.08.22)。

(五) 空間與設備的使用

院生平日的活動空間沒有過多的限制，寢室、客廳、教室、活動中心與各單元活動課程的空間是自由進出的（除了醫務室與廚房以及大型洗衣機房的區域是被禁止的），標榜家園式的生活管理方式對機構的院生固然是好的，但往往無法達到自約、自治的自我管理就更容易見到管理上的疏漏，例如公物設備損壞率過高、飲水機燙傷意外、危險物品的藏匿等等。

「老師～啦日又（收音機）閣壞器丫！」、「ㄉ又ㄌ，搖控器亂丟！」、「洗衣機的轉鈕又被○○拔掉了！」每天都會聽到的報告聲。(田野筆記 98.07.20)。

「總務人員：公物損壞待修的維修單每天都滿滿的，在教養院裡每天都有修不完的東西，你們家的孩子那ㄟ架呢間（台語:搗蛋）？」。(田野筆記 98.08.06)。

(六) 健康照顧

對於教養機構的醫療需求，健保局對身障團體的照顧就顯得特別薄弱、苛刻，復健醫院、家醫診所或其他相關醫護人員駐點服務的限制重重，教養機構內院生看診量本來就多，若再加上固定復健的時段，機構外出診率非常頻繁，跟診報告病情、記錄就醫概況、給藥與追蹤用藥反應、外傷用藥、復健服務、定期衛教…等，機構內的護理人員疲於奔命的程度不雅於消防隊員出勤務的效率，而且還必須常常向社工組、醫院與家屬回報就診情形。

「今天一早機構內四輛公務車出勤記錄表內已排滿了出診的預約。」(田野

筆記 98.03.04)。

「一早新化分院的候診間已坐滿了患者，裡面有鄰近社區的老人，其他的都是鄰近教養機構還有自己機構的院生。」(田野筆記 98.05.09)。

(七) 情感依賴

在機構內，直接提供照顧服務的教保組是第一線的工作人員，因為貼近所有院生的生活照顧細節，所以容易產生極大的依賴與信任感。院生只將機構內的所有工作人員區分為老師與阿姨兩種，老師是教保員、社工、護士甚至行政人員的統稱，雖然各專責人員的工作各有所司，但這稱謂代表了管理者的身份，是權利、敬畏的象徵，舉凡機構內發生所有的大小事務，院生都會向「老師」報告，老師要會處理及解決所有的疑難雜症；至於負責院生在生理層面需求滿足的，如吃、喝、拉、撒、睡等生活照顧及環境清潔工作的是生活服務員（簡稱生服員），由於朝夕相處的共同生活，彼此間的互動更為密切，院生都叫「阿姨」，這角色形同母親一樣的地位。在機構中為維護院生的「安全」與照顧過程的方便性，主要負責直接照顧工作的全為女性工作者，男性生服員的參與通常是有條件限制的，例如僅直接服務男院生或者是較耗體力的粗重雜事。

「清早白天班的生服員換班時，院生三三兩兩地在停車棚前來回踱步，等著迎接他們班的阿姨來上班。」、「阿姨妳來丫喔～」、「阿姨早！」問候聲不絕於耳。(田野筆記 98.01.04)。

院生與家人之間的親情關係，往往從他們被安置入院後，和家人間的互動機會隨著入住的時間愈長次數就愈少、關係愈疏離。由於機構內工作人員對每位院生的生活習性與個性都瞭若指掌，很容易熟悉、了解院生的生活世界，並進一步影響其生活，因此工作人員漸漸成為家人的替代角色，而真正的「家人」卻成為

多數院生嘴裏念念不忘的對象。

「九十七年度歲末團圓飯活動過了，部分院生的家屬已陸續來接院生返家過年，但今天Y霖仔一臉不悅，因他不想回去，直嚷著說這裡才是他的家！」
(田野筆記 98.01.30)。

「老師～明天我阿母會拿飯團來看我喔！」(田野筆記 98.06.07)。

「阮大仔就久沒來看我了(台語)」(田野筆記 98.06.18)。

院生在機構內的團體生活中，看似有許多與其他同儕互動的機會，但也有可能因為癖好不同、血緣或者是「能力」高低等因素而有不同的友伴、互動關係。然而友伴的關係並不堅固，新進的院生可以很快地熟絡、接納並建立友誼，但一同生活一、二十年的伙伴可能因為離院後就立刻淡忘。

(八) 高功能院生的角色

在機構內高功能的院生一向是工作人員的得力助手，藉由以賞罰為基礎的管理特質，他們很容易因為一句讚美或特別重視而成為「協同照顧者」。機構內服務的對象有多數都是重度與極重度者，即使是人力充足的情況下為了要達到全能式的照顧模式、減輕部分的工作壓力與體力負荷，工作人員通常會適時運用高功能院生的助力，順利完成打掃、餵飯、推輪椅、搬重物、管理秩序等瑣事，這些院生在其班級的地位與權力儼然像個班長，僅次於「老師」之下。對於自動自發協助工作之後就能得到物質上或精神上的獎賞，似乎又隱藏者工作人員與院生之間的權利關係，其實他們亦有可能不是自願的奉獻者。

小結

一直以來，教養機構內所服務的對象大多是重度及極重度的身心障礙者，他們對於生活的照顧意涵沒有特別的理解，也沒有完整的口語表達能力去表示任何的意見，更不會自主地去決定自己要什麼，機構的服務與計劃是依照管理者或工作人員所認為的去主導，投入這個照顧場域也很快地會產生認同感，覺得一切是理所當然、應該要這麼做、這樣才安全、用保護的觀點去照顧這些身心障礙者，其實已經形構成限制的生活條件與環境。照顧身心障礙者尤其是程度如此重度的個案，在家庭支持與社會支持的功能又很薄弱的情形下，我們很容易忽略服務工作後的自省，再次迷失照顧智能障礙者的初衷，最後就會變成保護愈多但愈受傷、退化的愈多也愈快，研究者認為住宿機構的生活照顧方式與團體生活的規範模式其實還有很多重新思考與突破的空間。

第三節 家庭在照顧老年智能障礙者過程中面臨的壓力、困境與需求

在前文中看到了教養機構對智能障礙者生活照顧服務工作，以及對照顧工作的檢討與反省，本節將選定部分院生家屬進行深度訪談，就老年智能障礙者家屬在照顧過程中主要面臨的壓力與需求作探討。根據訪談內容分析結果，茲將家庭照顧老年智能障礙者所面臨的壓力與需求分別列舉如下：

一、 經濟安全

老年智能障礙者的照顧工作對一個穩定的家庭系統生態來說，無疑是一種衝擊與狀態的改變，家庭成員容易為了一分不知時間長短的照顧責任而使得彼此的互動關係受到影響，甚至整個家庭生活型態都會跟著改變，無論障礙者的身份是子女、手足亦或是父母。而造成照顧工作最大的壓力來源主要來自經濟負荷。一般來講，當家庭照顧者必須同時兼顧工作與照顧責任時，往往會因為照顧上的原

因而使工作受到影響，因為提供照顧工作而減少工作產出，甚至是不再工作，吳淑瓊於 1999 年的全國調查發現，擔任照顧工作者有 18% 曾經調整工作，24% 曾辭去工作（吳淑瓊，1999）。蕭金菊（1995）於探討家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求的研究中也指出，在經濟負擔方面，超過二成的照顧者認為個人收支狀況受到老人照顧之影響，照顧者就業狀況、是否因照顧離職、參與照顧的頻率皆會影響照顧者的經濟負擔程度，特別是會面臨較高的貧窮風險（蕭金菊，1995）。因此，許多老年智能障礙者家庭可能為了避免繼續背負龐大的經濟負荷，希望保有原本「家庭照顧」的功能，而尋求可以替代家庭照顧的方式。

（一） 入不敷出

1. 經濟依賴

老年智能障礙者的照顧工作通常是需要高度協助與大量服務資源的，但一般老年家庭在進入空巢期後，會因為成年子女陸續離家另組新家庭而使得老年智能障礙者家庭的支持系統逐漸縮減，此時主要照顧者若未參與勞動市場有固定的經濟來源，將容易陷入貧窮及經濟依賴的不安與憂慮。

「現在人老ㄚ 沒人要請，鐵仔工廠也倒了沒佢好領退休金，又轉無吃！我攏靠老婆養，阿我那些小孩我嘛沒宰調栽培他們，當初時阿那無去央人說低收入戶，看要怎麼辦！」（A3-5-2/12-15）。

「不過後來我知道她曾經被先生載出去高雄鳳山丟在市場裡爬、賣東西、向路人乞討。」（A5-3-1/13-15）。

「最主要是阮阿嬤看錢重，因為我母阿都給她照顧所以平常都加減靠我和我姐每個月給阿嬤家用」（A1-6-2/37-38～A1-6-3/1）。

2. 工作衝突

部分的家庭照顧者在面對老年智能障礙者的照顧工作的同時，如果還必須要額外兼顧工作責任時，可能會對其個人的時間、精力、壓力等多方面造成莫大的負荷，在工作上也比較容易有缺席的情形發生（賴鵬聖，2003）。

「我的父母親都是種田的，父母親都是被人僱去種田養家，所以那當時爲了要顧一家夥ㄚ根本也沒辦法好好給他照顧到。」(A2-1-1/6-8)。

「阿那伊想要出去吃頭路又沒法度全心照顧阿來，阿嘛走不開腳，所以對阿來的照顧比較不好。」(A2-3-1/21-22)。

「我老婆白天要去工廠上班，下班回來或是休息時還要給人剃頭，忙完喇還要卡伊ㄟㄟㄟ、（整理），很欠債（台語）！」(A3-7-3/2-4)。

「因爲我和我先生都有工作要教書，沒辦法照顧他，所以阿洲之前還特別請一個祿姆全責照顧他。」(A4-3-1/19-20)。

「我們那個時候日子過的也很辛苦，小孩也還小，要忙去工廠、市場還要照顧她們母女倆，以前我工作很晚回家還要幫忙她整理身體，給我大小便到處都是臭摸摸。」(A5-5-2/1-3)。

「我妻子剛嫁過來時要做工作阿嘛ㄟ幫忙照顧，大家都有忙到，」(A6-3-1/17-18)。

其他相關訪談引述：(A4-1-1/4-6)。

從訪談分析結果與個案的基本資料統計發現，機構裡有過半數的院生家庭是中低收入戶，除了經濟條件較不佳以外，家庭成員的教育程度也不高，尤其是 45

歲以上的院生父母幾乎都不識字，會選擇將照顧了大半輩子的老慇兒送進教養院的理由都是「沒有餘力」再照顧下去。早期因為家庭中出現了這樣的孩子所以沒能好好出去賺錢，沒有特別的儲蓄為經濟基礎，年老後必須向其他成年孩子「伸長手」，而成年子女也為了兼顧自己家庭生計所以多傾向將身心障礙者送到機構去，由「政府」去養。

（二）捉襟見肘

老年智能障礙者的照顧工作容易造成家庭日常生活開銷大增，而使得家庭收支逐漸負荷不了，即使省吃儉用、節省開銷以及一些社會福利的生活津貼，仍然不足以應付龐大的照顧費用，時常會發生月底就左支右絀、捉襟見肘的情形，甚至可能無法再負擔額外的照顧費用而須向他人借貸。

1. 照顧費用龐大

在照顧老年智能障礙者的過程中往往因為他們的基本生活能力退化、特殊行為問題以及疾病特質等因素，容易增加個人或家庭日常照護以外的額外支出，例如看護費、交通費、購買醫療輔助器具等花費，使得照顧者家庭無法再負擔其他額外的開銷。

「到教養院去每個月只要繳三千元，我和姐姐輪流付，以前我和姐姐每個月要各付五，六千元給外婆貼補家用，當然和現在差很多！」
(A1-7-3/8-10)。

「阿當初時也沒有去多想說那錢要付多久！所以那段時間的確是花了不少錢。」(A2-4-1/32-33)。

「因為以前照顧阿洲的裸姆費每個月就要一萬元，再加上看醫生就花費好

幾萬，以前還沒有健保，所以開銷很大」(A4-5-1/36~A4-5-2/1)。

「那時我們只好把他送到眾生教養院去，也繳了好幾十萬」(A6-4-1/24)。

2. 借貸

當家庭的財務資源無力再負荷起照顧工作時，往往可以立即解決經濟困境的方法就是向他人借貸，但因為照顧負荷、與家庭經濟收入來源縮減等因素依然存在，在入不敷出、捉襟見肘的惡性循環下，老年智能障礙者家庭很容易因此陷入經濟困境，甚至與經濟弱勢者劃上等號。

「我們也是沒辦法可想才會將他送到眾生去當時還東湊西湊借了一筆錢把他送到眾生去，希望那邊能照顧他！」(A4-6-2/20-22)。

「攏麻是別人介紹我們去眾生教養院，不過說要繳多少錢才行，那時爲了湊出那筆錢四處去向人借」(A5-4-1/22-23)。

「又透過老板的朋友說想要到妳們教養院就趕緊送過去，那無，妳看我當初時要去卡桑（誰）ㄉㄨㄟ（借）錢？」(A3-6-2/32-34)。

機構內有 28 位院生是 2000 年 6 月 14 日自「眾生教養院」解散時轉安置入院的，他們的家屬當年以 20~50 萬不等的價格用買斷的方式將這些身心障礙者送進眾生教養院，因為多數的家屬認為比起每個月要繳數千元到兩萬元不等的費用給立案的教養院，比較起來較一本萬利。根據孫一信（2003）以未立案身心障礙教養機構為例觀察社會福利服務從無酬家務勞動轉型為市場經濟的研究，發現眾生教養院當時被轉安置的 102 位院生中有高達 52% 未領有身心障礙手冊，有 30% 未加入全民健康保險，76% 未曾領取任何津貼補助。由這些數據可以明顯的看出，研究者所至的教養機構內超過五分之一的院生家屬當年對於相關社會福利

資源的使用是不清楚的，所謂的健保與生活津貼的福利給付都沒有照顧到他們，而且也因為這些院生的障礙程度都是重度以上，身體與精神狀況皆不佳，家庭在照顧上勢必承擔龐大醫療負擔，在整個家庭資源快耗盡、無法持續照顧之下才會將他們送到眾生教養院去。除了這些有特殊轉介歷史緣由的院生外，機構內其實也有為數不少的院生家屬，同樣也是因為家庭經濟條件太差，主要照顧者也無法繼續照顧障礙者，進而尋求替代性的服務。

二、 醫療與健康照顧

老年智能障礙者的身心發展特質與健康疾病的變化受其早期致病原因的影響而有所不同，因為異質性相當高，所以面臨老化狀況也可能不盡相同（何華國，1988；王國羽，2003），但可以確定的是他們會隨著年齡的增長而合併的慢性病症增多，增加醫療資源的利用率。老年智能障礙者基本生活能力的退化以及視、聽力退化、心血管疾病與腸胃道消化系統功能退化等就已增加就醫的複雜度，倘若又伴隨患有癲癇或者是合併精神疾病問題，其所需要的醫療處置與復健服務更是令家庭照顧者感到就醫之路遙遠艱辛。

（一） 疾病的影響

1. 生理疾病

大多數的智能障礙者長期以來可能因為飲食障礙、口腔問題、營養素攝取不均、以及長期用藥等因素交互影響容易合併許多代謝性疾病，較常見的生理疾病部分多是心血管疾病、內分泌系統與消化系統疾病、以及感官疾病等。這些生理健康狀態的改變隱含了他們較高的罹病率以及對醫療資源的高度需求和家庭資源的消耗（林金定等，2004）。

「因為她沒辦法講話，也很固執像小孩一樣，還常常會自己拿零角Y（零錢）去雜貨店買紅茶喝，所以後來什麼時候得糖尿病我們也不清楚，只是糖尿病一直控制不好、身體又胖，阿也都瘦不下來，那下半身尤其是兩隻腳常常腫的像麵龜一樣，而且躺下來會喘所以每天晚上也沒辦法好好睡，就這樣也已經好幾年都是坐著睡，我們也不知道該怎麼辦才好。」
(A1-6-2/29-35)。

「阿妳看伊現在又有糖尿病，后～真害！」(A3-2-1/13-14)。

「我們都知道他的病情，小時後就會自傷、會打頭、會撞牆，還會抓大便來玩來吃、腸胃吸收什麼都不好」(A4-10-3/7-9)。

「我都嘛跟伊女兒說，自己媽媽老了，ㄍㄟ西總會壞去，慢性病就一定會多，骨頭會疏鬆所以容易會骨折才要開刀，阿閣嘛ㄟ貧血，頭殼嘛ㄟ未清醒！」(A5-10-3/16-18)。

2. 合併特殊疾病

智能障礙者最常見的合併特殊疾病有一口腔疾病、癲癇、營養失衡與精神疾病等四種。口腔疾病與營養失衡是最常見的健康問題，Beange (1995) 指出 86% 的智能障礙者有口腔疾病的健康問題，但卻因為照顧者缺乏認知以及智能障礙者本身害怕的原因所以比一般人的治療比率低；而營養失衡可能與智能障礙者先天的新陳代謝疾病、或合併其他障礙以及自我認知較弱的影響有關；另外國內研究指出單純智能障礙者癲癇盛行率約為 13.2%，他們較差的健康狀況對其家庭生活造成極大的負面衝擊；至於智能障礙者的精神疾病則是一直處於被忽略的狀態，而近來相關研究卻指出單純智能障礙者的精神疾病盛行率約為 12.1%，他們服用精神科藥物情形非常普遍，且照顧工作者深受其精神和行為問題的困擾（蔡

豔清，2004；嚴嘉楓，2006；胡雅各等，2002）。

「所以後來什麼時候得糖尿病我們也不清楚，只是糖尿病一直控制不好、身體又胖，阿也都瘦不下來，」（A1-6-2/31-33）。

「當初只知道她舉（患）神經，也不知道要帶她去那看醫生，只知道到處去問神明四處寇寇跑，…」（A3-2-1/10-12）。

「只不過看到最近用藥方面似乎產生不了效果，而且加上他的精神狀態很沒力量、變的那麼瘦弱，…」（A4-10-3/9-10）。

「祇是成大醫院要拔牙齒全身麻醉部分（因為聽說嘴巴裡有一個傷口極易引發風窩性組織炎，也可能因為這樣所以情緒一直很躁動），…」（A4-10-3/12-14）。

「至於奇美醫院精神科就診，醫師表示他躁動情形過於嚴重有生命危害之虞，建議住院治療（醫師認為給藥三天若沒任何起色就應立即住院，而且醫師從腦波檢查發現他有癲癇），…」（A4-10-3/17-19）。

「有時候那在幫忙清洗裡面時他還會整天碎碎念，一直咆哮，大小聲的，好像作勢要打人，好像稍微會舉神經（精神病發作）多緊張、真的不好照顧！」（A6-5-2/3-5）。

根據醫護組整理的院生長期用藥統計發現，目前機構內計有 40 位院生罹患慢性病（如高血壓、糖尿病）或合併特殊疾病（如癲癇、躁症、強迫症、精神分裂等），其中 45 歲以上者就計有 25 位，由此可以顯見機構內院生的健康狀況受疾病的影響之趨勢與國內近年來對於身心障礙者健康疾病變化之研究結果不謀而合，同時也可推估當這些家庭面臨障礙者健康狀況變化時必須承受的照顧負荷

是如此棘手。

(二) 醫療利用

1. 就醫障礙

智能障礙者雖然有較高的醫療照顧需求，但其需求隱含著高度的複雜度與解決的困難性，所以在醫療利用上受到極大的障礙（林金定等，2003）。大部分的智能障礙者多有合併其他的疾病與障礙，以及嚴重的語言障礙，因此無法具體地表達其真正的醫療需求。此外，家庭照顧者因為缺乏相關醫療資訊、或者是在面對醫療照顧體系時，常感受到醫療人員的負面態度、以及可能因為醫療人員對他們的認知與瞭解不足而造成誤診、不當治療或者是延誤治療時機等嚴重後果（Beange et al., 1995；引自林金定，2003），這些都凸顯出智能障礙者在醫療利用上的限制與醫療資源近便性不足的問題。

「以前的人看醫生要錢、鄉下地方去醫院也很不方便，而且也不知道要怎麼醫，阿都變成這樣了看了醫生也不會好所以也只能默默接受，…」
(A1-2-1/11-13)。

「他差不多是在小時候四五歲時因為腦膜炎造成這樣，不是先天的，而且因為他是第一個小孩得到這種病，所以可能也不知道要怎麼養、怎麼醫，所以比較沒照顧到。」(A2-1-1/4-6)。

「當初只知道她舉（患）神經，也不知道要帶她去那看醫生，只知道到處去問神明四處寇寇跑，也是到妳們那裡才知道說原來是要去看精神科拿藥吃，情緒才有穩定下來。」(A3-2-1/10-13)。

「後來是裸姆和我們開始發現他為什麼發展、成長、外觀都不太一樣後，

我們就開始跑醫院了，但那時候還沒有成大。」(A4-2-1/9-10)。

「如果生病要帶去哪裡看，妳想哪裡有醫生有辦法卡伊醫好？人家連看攏嘛不要給他看！」(A6-7-2/25-27)。

2. 反覆就醫

前面提到老年智能障礙者因退化與合併特殊疾病等因素造成醫療處置的複雜度以及高度的醫療資源利用率，其中高醫療利用率以及現行健保制度補助不足的因素使得非低收入戶的身心障礙者家庭必須負擔龐大的醫療費用，以致加速消耗家庭資源，因此障礙者家庭無法從醫療體系的照顧獲得其所期待的安全感與支持的結果，也易導致家庭尋求家外安置的替代照顧方式。

「因為她常會抓癢，抓成風窩性組織炎然後住院，我們最怕她又住院，因為一住都要很久才控制的住，所以我和我姐除了醫藥費外還要多付一筆看護費！」(A1-8-3/19-21)。

「精神藥Y要吃，糖尿病ㄟ藥Y嘛愛吃，卡吃藥當做吃補，攏免錢呢？」(A3-2-1/14-15)。

「我們從台南醫院、高雄醫學院，所有能跑的大、小醫院都去檢查、就醫，連西醫、中醫、民間療法全都嘗試，花盡了我們家的財產，為得就是想醫好他的病，但就是檢查不出什麼結果。」(A4-2-1/10-13)。

「伊ㄟ手腳壞功能本來就不好會更容易退化，現在還要常常去醫院做復健，阿那生病或住院就配合就好阿，…………怎麼可以還去跟人家怨嘆伊說她狀況太多太頻繁還要花看護費！」(A5-10-3/18-21)。

前段提到機構內院生長期用藥的情形以及對家庭照顧負荷的預想，在此段的訪談內容分析更可以理解與印證這些院生家屬在使用機構照顧前因缺乏經濟資源、醫療專業知識、不友善的醫病環境與龐大的醫療負擔下，為了得到喘息的機會轉而尋求機構照顧與正式資源支持的迫切性。

三、 社會支持

老年智能障礙者的照顧工作對照顧家庭的直接影響首當其衝的是整個家庭生活型態的大幅改變，其中除了對家庭照顧者的經濟及工作造成負荷外，同時也會造成身體負荷、情緒負荷以及社會功能的負荷等等，許多研究指出，社會支持是調解壓力的重要中介變項，家庭獲得支持愈多，其主觀感受的負荷就愈低，反之，也就容易因長期照顧工作而累積的負荷影響整個家庭系統的平衡，造成家庭生活型態改變（Boss，1994）。而這些負荷源都是促使家庭將老年智能障礙者作家外安置選擇的主要原因之一（李淑霞等，1998；林敬程，2000；徐畢卿，2002；蔡淑美，2003）。

（一） 身體負荷

是指因提供老年智能障礙者之照顧，而造成家庭的照顧者體力的負擔以及身體健康狀況發生改變，而最常見的症狀有：失眠、頭痛、食欲不振、持續性眩暈、肌肉緊張及疼痛、腸胃問題、心跳加快、心臟血管系統的疾病、呼吸系統的疾病以及免疫功能變差等情形。

1. 體力負荷

「不過她也沒辦法，因為老了體力身體都不好，只好同意把我媽送走，外公和舅舅一家也都非常贊成！」（A1-6-3/3-4）。

「阿就帶到Y（已成事實）自己身命嘛不好，無嘿了氣力（體力）阮嘛只好認命！」（A3-9-3/15-16）。

「以前我工作很晚回家還要幫忙她整理身體，給我大小便到處都是臭摸摸，有夠添頭（累）！」（A5-5-2/3-4）。

「以前阮毋仔或是阮太太在照顧他時，雖然都卡伊關在ㄟ三樓，不過他常常黃金（大便）不落地，大小便在身上就算了，還會拿大便到處塗，洗都洗不完！」（A6-5-1/35-36～A6-5-2/1）。

2. 身體健康受影響

「在身心煎熬下，加上我個人長期憂慮、失眠，致腦神經長期衰弱，才想將他轉送到療養院讓人照顧。」（A4-5-2/2-4）。

「當初就是我們也沒辦法再照顧她了，我真正是累了！阮頭仔也是爲了顧伊身體攏敗下去了。」（A5-6-2/20-21）。

「阿阮也是因爲毋仔老了，實在是身體也不好，妳看她瘦又薄板，瓊瓊ㄟ（快要）被他操死，常生病！」（A6-6-2/21-22）。

從機構院生入院的檢測記錄與轉介諮詢記錄單中發現，有高達七成院生的家屬選擇將他們送進教養院的原因除了家庭經濟狀況不佳外，次要原因是因爲這些身心障礙者在家時多半沒有接受適當的生活自理訓練並且常有許多行為問題，而且年齡愈大身體與精神的健康狀況也跟著產生變化，照顧問題越來越多，在主要照顧者年紀逐漸老邁、體力不支或者是無人可以繼任照顧工作時，被送到教養機構去也就變成不得不的決定。

(二) 情緒負荷

照顧工作時常會使家庭氣氛沉悶、或者是照顧者容易覺得被過分依賴心情常顯沉重、缺乏自尊、感到孤獨、焦慮、憂鬱、挫折與疲倦。

1. 情緒低落

「我和我姐讀書時一切只能靠自己，沒像妳們這麼好命，有爸爸媽媽疼還很甘花錢栽培孩子！現在也只能去工廠上班。」(A1-2-1/18-20)。

「那時我爸一直嚷著說他是被我外婆騙了，娶了個智障的老婆，他想離婚，所以我那時很擔心爸爸沒把我們姐妹倆看在心理，不要我們了！我自己也怕爸爸不讓我把書讀完，所以我自己申請轉夜校半工半讀，白天幫忙照顧媽媽，那時也沒人可以說心裡話，只能把苦往肚裡吞，沒人能懂！」(A1-5-2/7-12)。

「所以兄弟姐妹才會想做夥出錢請人卡照顧，阿不過這樣也是要我們大家心都掛在那裡，常煩惱不知道別人有顧得好不好，所以才會想說將他送到教養院。」(A2-4-1/30-32)。

「現在吃老了萬項事都不方便，又還要被人養…(嘆氣、無言)。阿就帶到Y(已成事實)自己身命嘛不好，無嘿了氣力(體力)嘛只好認命！」(A3-9-3/14-16)。

「大家因為他個人支出太大，使得家庭入不敷出，在身心煎熬下，加上我個人長期憂慮、失眠，致腦神經長期衰弱，才想將他轉送到療養院讓人照顧。」(A4-5-2/1-4)。

「後來實在是沒法度阿，自己的細小阿攏無顧到，我們也是不知道有哪裡可以送去給人家顧，煩惱了很久」（A5-4-1/20-21）。

2. 負向情緒

有些家庭照顧者在照顧過程中因為對障礙者存有罪惡感，怕無法給予適當的照顧反而傾向將障礙者送到機構去。亦或者因緊張引起其他心理層面的負向衝擊，其情緒反應如：躁動、生氣、罪惡感、慢性哀傷、低自尊、缺乏耐性，甚至對家人及障礙者產生憤恨感。

「那說到伊也是真給我出么ノ去所、（惹麻煩），被丈夫離離去又跑回來這，丈夫沒理伊沒打緊連兒子也按ろへ！」（A3-5-2/6-7）。

「如果不是我的太太這麼明理卡我擋へ，說：煞煞去啦！畢竟是自己妹妹咱就加減倒桑岡一勒（幫忙一下）！」（A3-3-1/26-27）。

「阿煞煞去啦！被鐵牛仔撞到不代誌，只斷了兩根肋骨死沒去，去妳們那裡沒多久又偷跑出去吃農藥，整個嘴巴、喉嚨都爛掉了，都靠您阿ろへ照顧好起來，妳看阿ろへ有出么ノ去所、（麻煩）無？」（A3-5-2/9-12）。

「花盡了我們家的財產，爲得就是想醫好他的病，但就是檢查不出什麼結果，讓我們很傷心！嗜…他真是多生的！」（A4-2-1/12-14）。

「后！嘿那說到他，真正是三暝三日都說不完，真正是有夠陋（麻煩）。」（A6-5-1/34-35）。

雖然家屬對身心障礙者的照顧經驗不完全是負面的，但也不可否認的是家庭成員面對一份永無止境的照顧責任時，常會有怨懣的情緒產生，即使是障礙者已

經入住機構一段時間，但每每在進行家訪時家屬仍然會不斷回想、訴說當時在家照顧時的辛苦歷程。

(三) 社會功能負荷

長期的照顧工作會導致照顧者的社交生活受阻、個人限制以及家人之間互動關係的疏離等社會壓力（秦燕、游育蕙、黃笑鏗，1999；李淑霞，1994）。而家庭為因應此壓力干擾，則會考量改變現階段的照顧狀況，並傾向將老年智能障礙者送到教養機構接受照顧。

1. 影響社交生活

繁重的照顧過程，使得家庭的照顧者必須付出一天之中大半的時間與精力來看顧、安置、協助老年智能障礙者，甚至將他們的生活變成自己生活的一部分，而且還必須經常調整他們的工作及日常作息甚至未來計畫等，所以個人與家庭原有的生活空間和習慣也都必須被犧牲掉，有時可能因此出現了孤寂和與社會疏離的感覺。同時也因為自由與空閒的時間減少，容易造成社交生活與參與娛樂活動的阻礙，例如必須放棄度假旅遊、需經常減少外出、休閒與參加社團活動、以及婉拒朋友的邀約。

「媽媽從沒有出去過，即使嫁人了還是住在家裡讓外婆照顧，我們也都是他們帶大的，所以我阿嬤從來沒有離開過我媽一腳步。」(A1-4-1/32-34)。

「阿那伊想要出去吃頭路又沒法度全心照顧阿來，阿嘛走不開腳，所以對阿來的照顧比較不好。」(A2-3-1/21-22)。

「自己跑回去老家，有吃沒吃都不知道，她命多大阿，鐵牛壓過去只斷了兩根肋骨，還是靠我老母去卡照顧她，她嘛死未去阿!阿喇下來就是卡綁緊

緊、顧著。」(A3-1-1/5-7)。

「我們的鄰居不知道我們有這樣的孩子，我也不希望別人知道後又來對我們問很多造成我們的困擾。」(A4-4-1/26-28)。

「阿那去被他跑出去，有時還一跑就失蹤四五個月，所以我們都必須有人給他顧緊緊，嘛攏走不開！阿伊攏跟著廟會到處跑，那裡有吃的或熱鬧的就去，阿都沒餓到！」(A6-5-2/1-4)。

2. 家庭互動改變

主要是因為長期的照顧工作使得家人之間的溝通減少、親密關係無法獲得滿足、尋求家人支持亦感困難，同時家庭成員間的緊張關係亦容易造成爭吵、父母離異、拋棄等問題。

「雖然舅舅和舅媽住在隔壁也會常幫忙照顧，只是舅媽的娘家因為自己的女兒嫁到人家家裡還要幫忙照顧大姑，很有點意見，至於照顧的態度和內情我就不方便說。」(A1-3-1/26-28)。

「阿善變成Y內，成天蒙蒙紗紗，根本也沒人理，大家都說隨人一家代公嬾隨人擺，阿我和她是一起出來的，所以要我自己想辦法去處理。幹！（大聲咆哮、氣憤）當初時所有ㄟ兄弟姐妹都叫叫回來，還請里長來到家裡調解做公親，說要大家簽切結書做伙分擔照顧，結果還是沒用大家都惡臉相看，氣嘎那天我還拿菜刀將他們趕出去。」(A3-3-1/21-26)。

「那時為了湊出那筆錢四處去向人借，說到伊那個小弟也不理，實在是夠沒良心，大家攏嘛裝殿殿（默不吭聲），根本沒人願意幫忙出錢，只說不用管那麼多。」(A5-4-1/23-25)。

受訪的家屬通常在照顧工作上經歷體力不支或健康狀況受影響、負面情緒的同時，不僅照顧者本身內心時時牽掛著障礙者不敢出門，連同其他家庭成員的互動關係、生活習慣與生活空間也受到影響，封閉、孤寂的社交生活當然就不容易有福利資訊的來源，再加上來自於親朋好友的非正式支持系統也沒有適時提供協助，那長期累積下來的照顧壓力就更易促使家庭選擇家外安置的方式替代家庭照顧工作。

從部分家屬參與機構舉辦的親職活動期間的細微動作反應就可觀察到，雖然家庭脫離照顧工作已一段時日但通常與會的家屬一定會有兩個以上，他們滿懷雀躍的心情參加活動（因為以前個案在家時不曾外出旅遊或參加活動），但明顯可以感受到他們充滿不安的眼神不曾離開個案身上，發現只要個案一有個動作陪伴家屬會立即一人一手地緊抓著，毫不容許他們有任何躁動或是搶奪的行為發生，往往一場活動下來家屬緊繃的心理壓力會擊退下次參與活動的動力；亦或者是每年的春節返家省親，有意願配合的家屬寥寥無幾，高達七成的家屬不希望個案返家做短暫停留，最主要除了沒人可以協助照顧的理由外，還包括家裡已沒有特別為他們空出來的活動空間、怕影響其他手足婚配、家人外出旅遊等等。由此可以推知，長期照顧工作所累積的社會層面的負荷對其家庭考量改變照顧現況的影響之深，以及未來機構在推行家庭支持工作的困難度。

四、 未來安置計畫

（一） 現階段的生活品質

前述訪談分析結果指出家庭在照顧工作中長期累積的照顧負荷，是促使家庭選擇將老年智能障礙者照顧工作轉銜由教養機構接手，Blacher 與 Baker (1994) 以及 Seltzer (2001) 分別研究智能障礙者照顧轉銜後，家庭普遍有獲得照顧負荷減輕、家庭成員的互動關係改善、社會生活利益與經濟利益等益處，而且對於

機構安置的照顧現況較為滿意、且較不擔智能障礙者的未來（張庭瑋，2008）。

1. 照顧負荷減輕

「因為到教養院去每個月只要繳三千元，我和姐姐輪流付，以前我和姐姐每個月要各付五，六千元給外婆貼補家用，當然和現在差很多！現在只要偶而給外婆零用錢和帶點伴手禮就好，現在壓力輕一點！而且我待的工廠每個月收入不一定，有時要常加班，那個月可能就會領到三萬多，可是我也有領過一個月只有幾千元的，再加上我三個孩子都在讀書，還好他們在學校都拿獎學金，否則開銷會更大！」（A1-7-3/8-15）。

「阿來到教養院去我和家人都比較放心，不用常常掛慮他生活的好不好，大家心理的壓力、負擔減輕不小。對阿來有幫助，對我們的家庭各方面也都有幫助！」（A2-7-2/30-33）。

「送到機構最主要的目的，就是不須要特別額外負擔或找人手去照顧他，而且他也能像其他家人一樣有正常的生活作息，」（A2-10-3/18-20）。

「我頭仔之前就有帶她去看她媽媽，要她以後要學著負責媽媽的生活，擔頭都放給她，我也只能在旁邊幫忙看著，如果有要辦什麼申請的，我就幫忙代跑。」（A5-7-2/27-30）。

「妳們機構對她的照顧我們很放心，還會告訴我們說她可以申請特製的輪椅不用自己花太多錢（若無一台輪椅那麼多錢，我們要去哪裡生錢去付），也讓廠商服務的便便，我們只要去送件申請就好，很感謝！」（A5-10-3/9-12）。

「現在大家都有自己的工作與生活，他去被人照顧好好的，這樣卡好，阿

我們也不用煩惱他又跑出去，還是說如果生病要帶去哪裡看」
(A6-7-2/26-28)。

2. 家庭成員關係改善

「我們不會刻意說什麼時間一定去看他，若有空就會去，而且其他的兄弟姐妹從外地回來也會約一約一起去，基本上還蠻頻繁，大家感情也很好！」
(A2-9-2/38~A2-9-3/1-2)。

「我也不要說說那麼多，他們現在也沒有很好過，自己都要讓人照顧，有辛苦到就知道！」(A3-6-2/36-37)。

「她女兒如果有回來台南我們通常會邀一邀和我的女兒歡喜鬥陣去院內看她，大概兩個月會去看一次，阿嘛是這樣看一看」(A5-9-2/37-38)。

「阿我每個月去繳會仔錢（教養費）！可以順便看看他，阿阮毋仔若遇到我姐姐有空也會帶她喜歡吃的東西一起去教養院看他，大家自由自在卡清心這樣不是很好！卡免被他害嘎ㄍㄟ無營（多麻煩）。」(A6-7-2/29-32)。

從訪談分析結果與教養機構 97 至 98 年兩個年度針對服務使用部分之家長滿意度分析報告發現，家庭接受機構照顧服務後，平均有高達 91% 的家庭對於政府提供正式的福利資源補助身心障礙者安置於教養機構的托育養護費之措施表示滿意，家人不必再為了照顧責任與生活費用惡臉相向，家庭的經濟壓力普遍獲得減輕；生心理層面的負荷部分，則因為照顧工作轉移亦有獲得緩解，對於機構整體服務內容也有高達 93% 感到滿意並表示放心機構的照顧，此外從家屬到院訪視的記錄來看，陪同探視的家屬人數有明顯增加、與院生或機構工作人員的對談也不再是埋怨或是數落的內容，顯示其家庭互動關係亦有獲得改善。

(二) 照顧安排

由於家庭受到長期照顧老年智能障礙者而累積的負荷影響，對於現階段正式資源的使用多會考慮很多面向，例如機構服務的可獲性、可近性、可適用性、可負擔性、可接受性等等 (Penchansky & Thomas, 1981)，也因此希望他們能在機構終老。不過也有一部分的家庭可能因為過去使用機構照顧資源的不愉快經驗影響造成心理障礙，會逃避或拒絕再做任何照顧安排。因此，家庭對於老年智能障礙者照顧轉銜的安排，有些家庭選擇消極以對、有些則沒有定論，選擇走一步算一步。

1. 在地老化

對家屬來說，機構可以提供替代家庭功能的照顧，讓他們可以得到專業性及全日的照顧服務，同時也減輕了家庭長久擔負的照顧責任與心理壓力，對於在地老化概念的理解則較傾向於「就近老化」(aging in neighborhood) 或「在機構老化」，主要理由是這群障礙者可能因為嚴重的功能障礙早期就已被安置進教養機構，家庭能提供的照顧能量有限，所以希望他們儘可能繼續居住在自己熟悉、習慣的地方終老。

「我們很放心妳們的照顧，去教養院有三餐都打理的好好的，血糖也控制的很好，最重要的是我媽去教養院那裡妳們有照顧到飲食的均衡還能有辦法讓她減肥成功，現在晚上也能好好躺在床上睡覺休息，這樣很好，不然我們一開始最擔心她健康的問題和不能睡覺，當然也希望她能在這裡繼續住下去！」(A1-10-3/29-33)。

「尚重要ㄟ是，要有像妳們這種機構能夠這樣給他照顧下去，各人的家庭會平安，社會才進步。」(A2-10-3/18-20)。

「我是告訴她女兒千萬不通去想要轉出去別家，妳都不知道以前照顧媽媽實在很辛苦很心酸，在眾生ㄟ時被苦毒，阿閣從那裡被解散移到這來，住在這裡好好的就好妳要很感謝了！」(A5-10-3/13-16)。

「阿阮家裡就剩我一個男丁，哪一天長輩百歲年後總嘛是要我為他負責！甘不是？阿我是想要他能一直住在這裡給妳們照顧。」(A6-8-2/34-36)。

2. 消極想法

「阿伊去妳們機構已經快二十年了，阿那ㄟ攏麥死？我嘛管無那寬，別再來麻煩我們就好了。」(A3-4-1/33-34)。

「總共一句！人平安就好，伊去妳們那裡就是妳們的了，你們自己看著辦，不要再來找我麻煩就好！」(A3-7-3/7-8)。

「我知道妳們機構對阿洲照顧很好，我只希望他能不要那麼痛苦，他看起來很弱，我很謝謝大家對他的用心…（無言）」(A4-8-2/34-35)。

「萬一用藥仍無改善，我們父母仍非常感謝院方一切的付出，直到他生命走到盡頭，……………，請院方高抬貴手，感激之情，不勝表達於萬一，祉願上蒼多庇佑他，減輕痛苦。」(A4-10-3/29-36)。

3. 且暫且走

「阿那是伊ㄟ這個問題就到我們這代就好了，我也跟我的那些孩子說，卡你自己顧好就好，這裡你們不用管太多，時到架閣講！」(A3-8-3/10-12)。

「爲了減輕他的負擔、痛苦，才建議暫緩使用全身麻醉，真的不行時再說就好。」(A4-10-3/16-17)。

「我是堅持她不可以轉出去，阿妳們機構就好心一點繼續這樣給她照顧，如果有一天碰到插管了要轉去養護中心再說就好！現在先不要說這個。」

(A5-10-3/21-23)。

因為過去在家照顧的經驗或者是曾經使用未立案教養院粗俗、不人道的照顧服務經歷，45 歲以上的院生家屬一致傾向希望他們能繼續留住在機構裡直到終老，而其他成年障礙者家庭對於其未來的照顧安排多是消極、沒有行動因應的，有些甚至希望障礙者能先走一步，或者是基於親情的連帶關係，在家庭中對於未來議題的討論常是不被允許的對話亦或者是根本無人可以參與討論，往往都是主要照顧者（如父母）倒下後才會被拿出來討論。對於生理機能嚴重老化或者精神疾病控制不佳，超出機構所能服務範圍而必須轉介其他機構的院生家屬，多會以逃避或拒絕再作選擇、或因害怕個案必須重新適應等問題而不願轉出，對於未來抱持「走一步算一步」、「時來時擔當」的態度。而機構在協助尋找轉介機構時常面臨機構收費標準不同、福利補助條件不一、服務對象限制與環境等因素，使得在提供諮詢服務與資源連結部分的工作進展並不順遂。

（三） 服務期待

以目前選擇機構安置服務的老年智能障礙者家庭來說，大多因為機構照顧確實減輕了家庭的照顧負荷以及適時地替代家庭照顧功能，多數家屬都能滿意現階段的家庭生活品質，對於老年智能障礙者是否能復原如正常人或是具備謀職的技能回歸社區之期待並不大，所以對機構照顧服務亦沒有具體的期待或要求，僅單方面強調能健康平安就好。

1. 沒有具體要求

「對教養院我們很滿意，老機構又沒什麼，只要乾淨、舒適且對我媽照顧

用心，所有的人對我們都像家人讓我們很放心，一間住五、六個人也很好，都是好朋友也才有伴，以前我們在家裡也是像這樣一個房間大家一起住，一間住幾個人沒有特別意義，最重要的是家的感覺！」(A1-10-3/34-38)。

「對教養院寢室、空間或是活動的安排沒有特別的意見或想法，每家機構的特色不一樣，我們的訴求並不是在那裡，只覺得他能和其他人像家人一樣生活我們就很放心、很滿意。」(A2-10-3/13-15)。

「要教什麼手工藝隨便妳們就好，她也老了，若能教她做什麼事就叫她幫忙，不要懶骨去就好」(A3-10-3/23-24)。

「我們絕沒有任何怨言，我們保證這一輩子會感激所有為他付出的人及心血、愛心及關心。」(A4-10-3/31-32)。

「我們也沒什麼期待，只要有人能照顧她就好，阿阮嘛～常常來看她。」(A5-8-2/34-35)。

「妳們機構照顧好好比眾生那裡清企那麼多倍，有吃有睡閣讓伊笑咪咪，該看醫生就看醫生，又常常辦活動讓我們參加，服務便便！怎麼還有什麼建議？」(A6-10-3/7-9)。

2. 健康平安

「我和姐姐從不避諱媽媽的養護問題與責任，因為她是媽媽，我們會一直負責下去，至於對她有什麼期待，也沒什麼特別，只要身體健康就好」(A1-8-3/17-19)。

「送到機構最主要的目的，就是不須要特別額外負擔或找人手去照顧他，

而且他也能像其他家人一樣有正常的生活作息，大致上我很滿意教養院對他的照顧，他不須要特別的教學、訓練出什麼…特殊ㄟ工藝，只要平安健康就好。」(A2-10-3/20-23)。

「我能有什麼意見？攏攏無！總而言之就是人忙有身苦病痛，平安健康就好！阿麥閣來找我麻煩的好！」(A3-10-3/25-26)。

「阿那伊ㄟ應做工作，就盡量讓伊定動（勞動）不要變懶骨頭就好，說要教伊學會什麼也不是很重要，人乾淨、健康、平安最重要！」(A6-10-3/10-12)。

以目前機構內的院生家庭生活適應現況來看，照顧工作的轉銜改善了他們的生活品質，因家庭承擔照顧的主觀負擔減少，有關家人的互動關係、社會生活利益與經濟負擔等普遍獲得正面評價，且表示對於現況較為滿意、較不擔心智能障礙者的未來。對於機構所提供的服務現況上沒有具體要求或建議，僅強調個人健康照護與安全維護工作的落實，至於參與機構活動或會議以及與智能障礙者情感的維繫部分則顯得較被動、薄弱。

小結

綜合上述家屬訪談分析結果，機構所服務的老年智能障礙者家庭在照顧過程中主要面臨的壓力與困境大致有四個面向，分別為經濟負荷、身體負荷、情緒負荷與社會功能負荷。在經濟負荷部分，主要是由於長時間且繁瑣的照顧工作大幅改變整個家庭的生活型態與家庭資源結構，家庭因為照顧工作造成經濟收入來源減少，而相對應必要的支出（例如無法外出工作、醫藥費、看護費、購買輔具等）卻加速家庭資源消耗，家庭的照護能力因而衰退（王國羽等，1994；呂朝賢等，1997）。此外，因為原本主要照顧者（如父母）因病或生命結束停止照顧工作，

老年智能障礙者這群特殊人口群的存在與照顧問題才會浮現與被正視，而其因身心發展特質、行為問題與健康狀況變化加重了對醫療資源的利用率與醫療負擔，更進而影響繼承照顧工作者及家庭之沉重與疲憊（Kaufman，1989）。因此家庭在肩負老年智能障礙者的照顧責任下，長期累積的身體負荷、情緒負荷與社會功能負荷亦會影響整個家庭系統的平衡，造成家庭生活型態的改變，而這些負荷都是促使家庭選擇將老年智能障礙者安置於教養機構的原因之一。對於正式支持資源的運用主要以滿足家庭在經濟安全、醫療照顧與社會支持等三個需求層面為主（吳聖良等，1992；黃秀美，2003；利翠珊，2005）。

第四節 教養機構的服務現況與老年智能障礙者照顧需求之間的差異

從生涯的概念去了解每個人老化的經歷，許多人會因為生活的經驗與資源反應出不同的老化經驗，老年智能障礙者往往因為他們原來身心障礙情形的發生，之後二、三十年即出現衰老、退化的生理變化現象，這是屬於一種長期效果，較不受年齡增長因素影響。但也有些身心障礙者會因為長期醫療與復健的因素影響在年華老去時生理變化的情形更加惡劣（葉琇嫻等譯，2004）。衰老的威脅造成老年智能障礙者在照顧服務需求上過度的依賴，提供照顧者及其家庭也因為照顧負荷衍生尋求機構安置之需求。

「身心障礙者生涯轉銜服務整合實施方案」依生涯發展階段分為七個轉銜實施方案（內政部，2002），由於老年智能障礙者涉及成年障礙者轉銜服務與老年障礙者轉銜服務兩個發展階段，就其服務的要領中，則以中老年之生活、休閒娛樂、醫療復健、老人安養服務等服務需求最具迫切性與重要性。然而現階段身心障礙教養機構對於老年智能障礙者的服務內容與項目，大都建立在健康與疾病的

管理部分，服務方面的具體內容並不多，理論上沒得參考，實務方面則以老年服務體系的經驗做為借鏡，向「老人服務」內容取經是各國的經驗與辦法。

如何達到好的老年階段生活？對於「老的好」的服務規劃其實已有不少教養機構面臨了住民老化需要特殊照顧的相關問題，普遍認為老年智能障礙者的個別化服務計畫、醫療與健康照顧、休閒活動的設計與參與是當前機構服務改變與更新的重點（王國羽，2000；林昭吟，2008）。以下就訪談教養機構的工作人員所收集之資料，經由整理分析目前機構提供老年智能障礙者照顧服務的內涵，並就其供給內涵做整體討論以窺探教養機構在照顧服務供需之間的落差與問題，略述如下：

一、 個別化服務計畫

一般身心障礙教養機構均會為機構內的個案定期擬定年度的個別化服務計畫，依照每個個案現有的能力與需求去設計一份屬於個人專屬的服務計畫，但教養機構的服務宗旨及主要服務對象是在提供「教養」身心障礙者，為了因應老年智能障礙者的特殊照顧問題與需求，必須與一般成年智能障礙者的服務計畫之設計有所區隔，對於服務內容的設計不再強調『學習』生活自我照顧技能或職業訓練，而是著重休閒活動的『參與』，在心理層面的需求，尤其是必須特別給予一些個別化的關懷，讓其感受到類似「家」(home-like)的感覺（陳明珍，2001；謝美娥，2003b），盡量避免「機構化」的照顧。

（一） 人力限制

目前教養機構的服務模式必須逐步朝向人性化、家庭化的全人服務，但是因為機構所服務的對象障礙程度不一，以及受到年齡與其障礙特性的影響除了問題行為較嚴重外亦容易併發多種疾病，且較難照顧（何東墀，1987；陳新霖，1994），

因此教保人員在照顧個案的工作上就顯得相當辛苦，而經常處於高情境壓力下便容易有工作無力感（莊永智，1984）。

1. 人力不足

「我覺得機構裡在…生活服務員的人力編制可能不夠，他們在照顧服務的過程可能比較吃力一點。」（B6-1-1/3-5）。

「以我們自己護士的職責我是覺得各組的工作或是內容是可以的，還可以負擔、ok 的，阿有的時候像人力…像我們出診需要人力支援時，對於人力的配比要大一點，要不然這個部分是可以的！」（B4-1-1/3-6）。

其他相關訪談引述：（B1-3-1/15-19）。

以目前機構工作人員的就離職情況來看，人員流動率是偏低的，但是往往碰到出缺的情形時，想要立即補足工作人員的編制員額卻是很困難。

「人力的話…目前是缺少了一點點…是教保員還有一個缺！怎麼都沒有人來應徵？」（B3-1-1/3-4）。

2. 混合照顧

此外機構在人力結構方面的規劃，第一線服務人員（教保組、醫務組）的因人力編制的不充裕與照顧工作的負荷繁重（陶蕃瀛，2002），在實際執行日常規劃活動（作息表）的工作時難免會採取集體活動、混和照顧的方式，容易呈現照顧體制的有限性，使得個別化服務計畫的各項專業服務不容易落實。

「所以機構有按照個案的個別化去設計，但是實際上要去做起來還是很難，因為你必竟一個班級…一位教保員要去 COVER 那他的學生很多，那不可能

這樣一個個別化服務計畫寫出來，那你要在執行上其實有很大的困難點在，所以就沒辦法去落實的很徹底就對了。」(B6-7-2/11-17)。

「那一方面就是我覺得我們目前遇到有一個困難就是在執行課程的時候，我們的生服員啦~有時候他們會比較專注於自己的事情上，不過也不是說他們不能溝通啦！只是說我們在尋求協助的時候，他們會說~喔~不好意思ㄉㄟ，我們現在還在忙這樣子！那我們就會沒辦法要求他們來幫我們做什麼這樣，阿其實他們有他們事情，那相對的我一個人沒辦法帶很多院生，那通常雖然說功能不錯，可是有時候是要一對一、一對二這樣子，沒辦法一個一個進行有時候會蠻累的，所以說有時候人員就容易倦怠，然後就會導致說…又…好~~那就休息這樣子。」(B1-8-3/10-19)。

其他相關訪談引述：(B3-14-3/38~B3-14-4/1-3)、(B5-9-3/2-5)。

3. 專業知能

另外依照「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」，機構必須依安置人數配置一定比例的不同專業人員，但目前多數的專業人員普遍不願意進入身心障礙教養機構服務，他們主要的訴求大多落在公職或醫療單位，因此專業人員進用不足亦是許多身心障礙教養機構的共同面臨的問題(林欣毅，2008)。然而為了能達到法令標準避免遭受補助款降低的命運，教養機構依據「身心障礙福利服務專業人員遴用訓練及培訓辦法」提供在職工作人員教育訓練機會以加強實務工作者的認知、並且培訓非專業背景人員取得同等認可資格，同時累積服務經歷，藉以提升服務品質，進而達到落實個別化服務的工作。

「機構提供的在職與職外訓練兩種，內容大致上都受用，當然有很大一部分原因是因為我們有些人員本身並不是專業本科畢業的，也不是相關科系或是

有相關經歷，所以一開始是不得不參加這些訓練，才能達到擔任教保員資格還有被要求的訓練時數，阿理所當然地也就繼續上下去，一直到督導班。不過在機構待這麼多年有實務的經驗之後，發現所接受到的不管是理論或者是一些老師給予的實務方享，包含所碰過的困難與處理經驗，確實會呼應到我們工作上的內容，有一定程度上的幫忙！」(B1-5-1/34-36)。

「教育訓練~又…，這是必備的！因為必竟我們一開始就不是相關科系畢業的，阿對於這方面教保員的工作內容、工作認知完全不瞭解！所以這些職外訓練與在職訓練對我們來講是必備的！起初的時候都會覺得什麼都很受用~~，因為不瞭解！那慢慢到了後期，對教保員的工作內容有基本的認知，就會覺得…比如說是像進階班或督導班之類的訓練應該以實務為主，不應該再以學術理論。因為學術理論應該是針對初階或者是新進人員一些基本概念，然後中後段應該著重實務經驗的分享，這樣對於我們這第一線的工作人員會比較有益處，必竟學術理論在應用上一定會問題點或者是不適當，Y透過經驗分享可以找尋另外的解決方式。」(B2-5-1/27-36~B2-5-2/1)。

其他相關訪談引述：(B3-5-1/20-22)、(B4-5-1/20-24)、(B5-5-1/20-24)。

從研究對象的創立過程可以發現，早期因為機構位址於鄉郊，社會大眾對身心障礙者的認知不足以及社會新鮮人各有不同的職業期待，所以較少專業人員願意進入身心障礙教養機構服務，再加上機構照顧服務的對象需要仰賴大量的生活協助與照顧，所以一開始投入照顧服務工作者大多是非相關專業科系畢業的工作者，本著「做愛心、善事」的態度為身心障礙者服務，然而長期累積下來的照顧經歷與精益求精的態度，反而使機構的工作人員皆負荷龐大的工作壓力與服務使命。或許是因為機構藉由有計劃性地提供在職教育訓練課程充實工作人員的專業知能，以及機構同仁間彼此提供情感支持與工具性支持，因此人員的流動率相較

於其他身心障礙教養機構的流動率來的低，此外因為現行評鑑制度對各機構服務品質提升的要求，機構內多數教保人員深感對於專業知能的不足紛紛踏上在職進修之路！

（二） 服務內涵

近年有鑑於身心障礙者的就養環境品質與生活條件受到整體社會意識與態度的影響甚鉅、社會權亦逐漸受重視，早期教養機構以救助、收容為主的服務觀念與以失能的個別模式（the individual model disability），現轉而朝向失能的社會模式（the social model of disability）方向為身心障礙者建構以「正常化」、「人性化」、與「社區化」為目標的福利服務內涵（林千惠，2003）。

1. 服務類型

身心障礙教養機構的服務宗旨及主要服務對象主要是在提供「教養」身心障礙者，原本的需求評估標準與服務內涵實已無法再滿足老年智能障礙者的需求，而且在服務計畫的設計、執行與評量重點方面又必須與其他成年個案有所區隔，例如不強調學習與訓練、著重休閒活動參與與加強老年個案的健康照護。

「機構內的整體平均年齡其實有在增加，就我們的單元活動的設計與評量的重點，就不再是以訓練和達成度的部分為目標、那麼重視，而是著重在參與的部分，僅希望延緩功能退化為目的。所以對於一般成年院生與高齡院生的服務內容或要求就不會一樣。」（B2-14-7/3-7）。

「目前以教養機構來講的話針對較老個案的服務這個區塊我覺得還蠻欠缺的。甚至就包括我們教保組在做個別化服務計畫的時候，其實我們很早以前就有碰到老化這樣的問題，但是沒有一個人可以很明確的告訴我們說，我們

到底該怎麼去服務這些年老的個案，那一直以來我們都先朝所謂的休閒、然後培養識好，適齡、適性的識好，比較不偏重教養的部分。」(B1-14-7/12-17)。

「高齡院生要注意的…就是除了一些說…他們本身有一些慢性病，像糖尿病、高血壓那些，他們本身健康就要稍微注意一下！阿那些癲癇的或是精神疾病的…其實應該有…增加的趨勢，因為之前就是…他們本身不知道是先天還是後天的，本來就有腦傷，阿陸陸續續就是有可能…因為天氣阿~或是…有可能隨時會有併發症出現。」(B4-16-5/5-10)。

其他相關訪談引述：(B2-14-7/13-15)、(B6-14-5/24-25)。

2. 服務方向

隨著老年智能障礙者年齡與身體機能各方面的改變，對於照顧服務有較多特殊的需求，這使得教養機構必須從照顧理念到照顧環節各個細節都必須有很大的改變空間，尤其是機構的服務方向如何去重新定位？過去機構提供個案的教養服務模式是分別參照教育部頒布的「特殊教育法施行細則」(教育部，1998)與內政部頒布的「身心障礙者接受社會福利服務轉銜實施要點」(內政部，2002)辦理，同時參考第一社會福利基金會所出版的「中重度智障者教學功能綱要」以及「個別教學課程綱要」設計個案的個別化服務計畫，強調「功能性」和「生態」取向且能反應成人生活的各個領域(鈕文英，2008)，但現在智能障礙者老了，教養機構需要一套有信度、又有效度的服務綱要以及明確的規範，去設計一份好的老年個別化服務計畫。

「服務方向阿！我覺得是大家共同的需求，就像我們之前去上的 SIS 或是後來第一社福開發的成人服務綱要，尤其希望是在對於教養機構目前對於老年智能障礙者的服務應該有一個標準，就像一個教學準則或主軸這樣子，告訴

我們說什麼時候該做什麼，或者是什麼服務是必須加進來的，而不是讓我們自己像無頭蒼蠅一樣自己去摸索，那摸索的過程沒有人可以協助，也沒有人跟我們指導，沒有背書，就是所謂政府公信力的支持或是來指導我們，有可能我們試著做出來的東西會再次遭受到二次打擊，就是會被否定說，不行就是不行這樣子，這樣的衝突矛盾的地方一定會影響機構的發展。」(B1-21-8/28-33)。

「我知道的是教保組從之前是 SIS 嘛~但好像又不適用，阿那最近可能是會尋找第一社福的成人服務，不過好像還沒有結論與共識。」(B5-11-3/36-38)。

其他相關訪談引述：(B6-8-2/25-28)。

3. 評鑑指標

機構針對老年智能障礙者的特殊需求開設休閒性較高的課程以及增加醫療照顧費用與人力，但卻不符合當時的評鑑指標，(例如服務對象的年齡已超出年齡限制或者是其生理機能已嚴重退化或插管)，機構必須為無法繼續提供老年智能障礙者「教養訓練」的質疑提出合理辯解，以及設計服務前評估的依據來源、協助不適住個案轉介情形、資源連結與諮詢服務績效等亦須一一提出說明，機構評鑑的指標項目與歷屆評鑑委員的建議，使得機構在專業服務工作上無所適從。

「我參加過三次機構評鑑，但我覺得意義不大，因為很多是…那所謂專業的東西跟生活照顧服務的實務上是有差距的，有時候那些專業理論很好，但實施下去有時候機構就很難去做，其實要達成是落差太大。」(B3-17-4/28-31)。

「可是它訂出來的標準，可能實務跟那個…專家學者的看法可能又不

樣，但是專家學者他們的標準又或許是目前社會的…一些潮流走向…是比較偏理論，但是因為它有個準則在，其實某方面可以提升我們自己的服務品質或是按照現在的趨勢在走。阿但是…我覺得中間還是會有一個落差在，因為必竟學者訂出來的標準，那每間機構的型態和性質又不一樣的話，那就不適合所有的機構。」(B6-17-6/20-26)。

「因為我覺得它對我們機構不了解，它只是一次來看我們機構呈現給他看的，機構平常所提供給個案的服務、所做的服務內容，其實就是評鑑委員沒有看到，他看到的只是表面上的東西而已，真正的實際上我們所提供的一些服務本質他們沒有看到也不瞭解、不清楚我們院內的特性，小孩子們個案們的習性是什麼，有時候我覺得他們只是這樣，可能他們只有那天的時間來到我們機構審閱資料，我覺得比較沒有意義！是表面的！」(B5-17-7/24-32)。

「而且妳說嘛我們現在其實有很多個案不適合我們這種機構，不要說轉不出去沒人要啦！待在這裡我們還是很用心的在照顧！什麼 ISP、復健的、社適的都嘛有給～一樣也沒少，老師都要累翻了，結果那些評鑑委員還不是批評的一無是處？連縣政府都給罵下去了，說什麼督導不周！讓我們收的類別那麼雜人也多的，沒一樣專精！人家外面都說不可以挑個案，結果那個評鑑委員自己就有挑個案的心態！這樣重症的孩子沒有我們誰還會要？」(B2-18-8/11-18)。

其他相關訪談引述：(B2-17-7/33-38)。

為了因應服務思潮的改變，並且也認同更新老年智能障礙者的服務模式，機構依照 2005 年「第六次台閩地區身心障礙福利服務機構評鑑」當時評鑑委員的建議著手進行更新服務內容與調整執行方式，對於生理機能老化又合併慢性疾病

者編列為生活照護班，其健康照顧與安全維護是主要的照顧服務重點；另外針對45歲以上之個案的相關職業訓練課程改成職業陶冶，活動單元目標的評量標準強調「適性」與「彈性」原則，以參與度取代達成度；此外，機構也為了提升工作人員的專業知能得以因應老年智能障礙者特殊照顧需求，調整每一年度不同專業類別在職進修訓練課程與授課時間使其能更具結構性；至於對機構服務不適性的個案亦提供轉介資源的諮詢服務，加強個案家庭支持服務；機構的日常作息活動逐步朝向人性化、正常化的安排，而居住環境更為能營造出家庭化的氛圍，特地由教保人員引領院內個案親自設計與佈置…。但無奈的是在接受第七次的機構評鑑時，前一次評鑑委員給的建議事項其論點無法獲得部分評鑑委員的認同，兩次的受評結果與建議事項形成極大反差同時也重重打擊機構工作人員服務熱誠與士氣。機構評鑑制度對於機構服務品質的提升與監督是有幫助的，但教養機構的部分服務受限於某些法令制度規範不明，卻僅以統一的標準規範所有機構，反而對機構的服務發展有很大的限制，沒有彈性的評鑑制度其實內涵則值得再省思。

（三） 家庭參與率低

以往智能障礙者的家庭對其致病的原因不了解，現在對於這些智能障礙者的老化情形更是一無所知，因為老而殘的生命經歷以及其所耗費的家庭資源，容易惡化家庭關係，在沒有充足的社會資源支持下，身障者家庭愈來愈難肩負照顧的工作，於是選擇機構安置來替代家庭的照顧功能。不過智能障礙者家庭對於與機構共同設計個案個別化服務計畫的參與率明顯偏低，家庭無法提供個案最佳訊息的來源造成個案的需求評估困難，對於服務方案的選擇、學習目標的設定亦無法與家庭合作諮商，這樣的結果容易使機構工作人員感到挫折感與無力感。

1. 家長本身因素

曾睡蓮(2006)綜合整理國內外文獻指出家長參與個別化服務計畫的困難因素，基本上分為家長本身因素、家庭因素與學校相關因素三個層面，其中家長本身因素包含了工作時間衝突、自覺教育程度低、以及感到自卑感等(曾睡蓮，2006)。

「就我們班來講我覺得家長的參與度是偏低的，這跟他們家長的個性阿、社經背景、學歷等等都是有關係的，如果是他們關心的、願意參與的那參與度就會很高，可是如果以家裡的經濟環境因素阿、或者是教育程度阿、還有對智能障礙的認知程度阿、關心程度阿都有關係，所以如果家裡的經濟環境不好的或者是教育程度不高的那對個案的關心程度就不會高，那當然對個案的個別化服務計畫的擬訂的參與度就不高」(B2-12-6/14-21)。

「我覺得…家長好像不知道什麼關係…是時間關係吧！好像比較沒有那麼熱情的參與阿！參與度很低就對了！」(B3-12-3/24-25)。

「家長有些意願參與度是有的，有些可能就是…沒那麼關心。可能是個案的家庭經濟狀況都不好，然後可能是他們家也是都忙於賺錢忙於然後照顧他們的家庭生活，比較沒有多餘的心力來照顧到個案這個部分！」(B5-12-4/6-9)。

「我覺得家長的參與度不高！那相對的配合度上他可能也不是很了解我們到底針對個案在做什麼設計與訓練！可能一方面也是礙於…可能家長上班的時間沒辦法配合。」(B6-12-4/32-34)。

2. 缺乏相關認知

部分的智障者家長對個別服務計畫的認知缺乏，認為那只是一份靜態的文

件，而且在會議前就已先擬定，沒有太大作用（劉曉娟，2003），或者認為個別化服務計畫內容不易了解（李肇富、陳明聰，2003）。

「但是對教保組一些什麼較專業的服務內容反而沒表示什麼意見就對了！」（B4-12-3/35-37）。

「即使是參與了討論也沒有什麼具體的建議，大都只會說尊重專業！你們自己做就好！」（B2-12-6/21-22）。

「基本上家屬參與什麼活動阿或者是 ISP 的擬定意願都不高，應該說普遍都安於現狀，只是希望他們有人照顧就好，也不是漠不關心（除非是失聯的啦），他們會聽教保員的解釋，但是有沒有明白在我看我是不瞭解！」（B2-12-6/27-30）。

「那相對的配合度上他可能也不是很了解我們到底針對個案在做什麼設計與訓練！」（B6-12-4/32-33）。

3. 不同教養期待

家長的社經背景、教育程度與價值觀及對子女未來發展的期待因素影響參與身心障礙子女活動課程的程度（陳麗如，2004；楊雅琪，2005，2006；賴怡蓉，1999）。主要照顧者家庭會因為智能障礙者本身的障礙特質以及其照顧經驗，並不預期智能障礙者可以復原或回歸家庭，所以對其教養期待不高。因此在參與子女 ISP 會議的比例偏低，且大多表現出被動、只當個聽眾或同意者的角色，很少提出問題或意見（劉曉娟，2003）。不過也有部分家庭會向機構提出具體要求，但僅著重於健康照護。

「其實我覺得那也跟家屬與個案之間是不是曾經為直接照顧者有關，因為

家屬會比較了解個案當初的障礙特質，有被出么ノ去所・ク一又、（曾被惹麻煩）可以理解機構在執行照顧工作上會面臨的問題，所以不會過度期待個案能有什麼改變！或者是機構到底為什麼為他設計這些服務內容？」（B1-12-6/29-33）。

「阿對於他們未來的發展期待也不高。來教養院這裡就是單純的解決照顧問題而已，當然對個案未來也沒有任何規劃甚至也從未提及！」（B2-12-6/30-32）。

「大部分的家屬他們就是希望他們的孩子在這邊阿！能平安Y~健康Y~快樂就好。其他的一些比較專業的服務阿、學習課程設計什麼的都不在意！」（B3-13-3/33-35）。

「我們在教保組一起參與 ISP 擬訂時，通常家長對我們的支持度是還蠻高，只是會有一些家長他們的要求可能就比較多一點，例如是健康照顧或術後的復健那一方面的，但是對教保組一些什麼較專業的服務內容反而沒表示什麼意見就對了！」（B4-12-3/33-37）。

「以目前我們機構的個案家屬他們並沒有抱持這樣的希望(回歸社區)，他們只是希望他們在機構裡面平安健康的生活這樣就可以了！所以對機構的安置或未來沒有具體的想法或要求」（B5-20-8/5-8）。

一般被家庭安置於教養機構的身心障礙者多因為障礙程度重、年紀增長、疾病狀況複雜、與行為問題而需要長時間的照顧，受限於經濟壓力、醫療照護、人際互動關係與社交生活等多方面的需求而促使智能障礙者家庭無法再承擔負荷，轉而尋求家外安置的正式資源服務。目前機構內有過半數的個案家庭具有低收入戶資格，且不識字家屬占多數，這表示其家庭社經地位較低，在缺乏相關專

業知能下對障礙者未來又沒有太多教養期待，因此其參與討論個案個別化服務計畫的意願就顯得較低落，此外這些家庭亦有可能不認同個案能有什麼進步與發展，與機構間無法有效地合作諮詢，亦容易引發機構工作人員的挫敗感，長期之下對家長累積了負面想法進而可能影響機構服務品質，個別化的服務更無法落實。

二、 休閒娛樂活動的設計與參與

在休閒活動時尚之際，智能障礙者藉由休閒活動的參與，可以與人發展良好的社會互動關係（張淑娟，1995）、獲得生活壓力的舒解、陶冶性情並減少不適當行為的發生（張蓓莉、孫淑柔，1995）進而提升其生活品質。特別是智能障礙者本身比非障礙者擁有更多的空閒時間，可效地利用空閒時間參與休閒活動，對身心障礙者而言能兼具治療、娛樂以及建立人際關係的功能（胡雅各，1992；胡文婷，1994；毛亞玲，2003），它不僅可以訓練身心障礙者手眼協調的能力、認知能力、應變技巧、同時還可以得到身心的紓解與滿足、促進其身心健康，以及增進人際互動的機會。不過一般人簡單、容易獲得的休閒活動，對身心障礙者而言卻是阻礙重重，影響智能障礙者參與休閒活動的因素相當多，例如個人能力、家長態度、時間、金錢、資訊、設備等等。研究者閱讀相關實證研究與文獻後歸納整理將這些阻礙因素區分為：障礙者的個人內在限制、外在環境阻礙與家庭態度三個面向（胡雅各，1992；李芄娟，1992；許義雄、陳皆榮，1993；胡文婷，1994；張淑娟，1995；洪榮照，1995；張蓓莉、孫淑柔，1995；鄭麗月，1998；張照明；1999；毛亞玲，2003；許家璇，2003；許媛婷，2007；郭耿丞，2008）。

（一） 個人內在限制

阻礙智能障礙者參與休閒活動的個人因素：包括性別、障礙類別與程度、認知能力、情緒與溝通障礙、健康情形、興趣、休閒同伴等（洪榮照，1995；張照

明，1999；許家璇，2003)。雖然智能障礙者在休閒上有其需求，並希望可以參與在有興趣的休閒活動之中，可是智能障礙者本身內在的限制，造成他們在參與休閒活動時受到阻礙。

1. 缺乏休閒的知識

智能障礙者的智能發展較同年齡者明顯遲緩，且在學習及生活適應能力表現有嚴重困難，常見的特質有眼神呆滯與動作緩慢的外顯行為，以及因為智能上的限制讓他們較一般人有較多的失敗經驗，因此較易產生預期失敗的心理，所以在學習動機的表現上較為薄弱，除此之外在認知能力方面的表現則普遍有注意力不集中、短暫記憶差及統整能力低的特質等（許媛婷，2007）。整體而言，智能障礙者因前述特質的影響，阻礙其對生活環境周遭新知的刺激與學習，所以也就容易缺乏休閒的知識，例如不會使用休閒設施、不會到達休閒場所等。

「那有時候我們的課程確實是沒什麼新意，因為我們的小孩子可以運用的教材也比較有限，不是因為說~喔~其實機構裡面的孩子我們能提供的東西就是這樣，最主要是因為我們這些孩子的特質，阿像是認知Y~，它可以提供的東西其實很少，所以我們教保組的組長會要求我們腦力激盪！就是做一個不樣的輔具讓他們運用。」(B1-8-3/19-24)。

「所以我們會用輪流的方式讓他們去參與這些單元活動，所以幾乎每一班每一個人都會去輪流參與到每一個單元活動，雖然看起來是有點半強迫性地要他們去接受部分的訊息或刺激，但因為他們大多是被動的，所以這個單元活動課程的執行只好採取這樣的方式。」(B2-9-4/21-25)。

「我們會就那個單元某一項領域特別加強，分別以不同個案不同能力去加強訓練與刺激」(B2-9-4/29-30)。

「……會依照當時的比如說…時勢~…現在的潮流下去設計，要不然就是可能會想說是可能會符合個案的年齡、需求然後或者是說可以刺激個案腦力開發那一部分，像之前就有設計那個~味覺的阿、觸覺的阿、來刺激個案，所以單元活動課程的設計部分其實都會依照院生個別的能力、需求下去設計就對了！」(B5-9-2/37-38~B5-9-3/1-4)。

2. 社交技巧低

對於長期居住於機構內的院生而言，往往因生活自理能力不足的先天劣勢，須仰賴他人的大量協助與照護，健康狀況不理想、被動的學習意願再加上朝夕相處的同儕多是重度、多重障礙、合併情緒及行為障礙者，所以容易缺少一起參與休閒的同伴或者是與他人進行正常化的社交活動的機會，寂寞感的產生相對地也會影響智能障礙者參與休閒活動的意願（陳啟森、林曼蕙，2006），因此為促進個案參與休閒活動，機構依照鄭麗月（1998）提出之建議，以多樣化的單元活動課程設計，並藉由刻意的安排、半強迫的方式達到增強的效果。

「所以我們會用輪流的方式讓他們去參與這些單元活動，所以幾乎每一班每一個人都會去輪流參與到每一個單元活動，雖然看起來是有點半強迫性地要他們去接受部分的訊息或刺激，但因為他們大多是被動的，所以這個單元活動課程的執行只好採取這樣的方式。」(B2-9-4/21-25)。

「以我們工作人員的角度來看，我是覺得作息的安排是還可以的，教學內容的吸收度部分怎麼講，他們本來就比較差、慢一點，而且有時還要配合隨堂復健，所以這樣的時間點與活動的安排對他們來說這個步調與安排是可以的。」(B4-8-2/4-7)。

「那種課程是比較休閒，對他們是很有意義的！就是讓他們參與不同教保

老師上的，有動的阿！也有靜的阿！~」（B4-9-2/30-31）。

「因為阿…個案可能早期生活環境影響或者是刺激不足，在社會參與這個層面上顯得比較被動，連帶的他們在課程參與上也就顯得被動，常有的情形就是老師在進行課程活動時，個案與個案間好像沒什麼交集，但又好像不是這樣！」（B5-9-3/6-9）。

3. 健康狀況不佳

張蓓莉、孫淑柔（1995）將特殊學生的休閒活動分為室內活動與戶外活動兩大類（張蓓莉、孫淑柔，1995），雖然休閒活動的項目很豐富，但一般智能障礙者本身因為其障礙特質（或常有精神不振、鬧脾氣與社會行為偏差）參與休閒活動的意願原本就不高，倘若再加上年紀增長、生心理功能退化、社交能力缺乏等因素，其所能選擇的休閒活動項目更少，想要藉由休閒活動的參與發展社會互動關係、紓解生活壓力與提升生活品質的目標就愈不容易達成。

「……再來因為我們機構裡的個案都不是單一障礙，所要克服的問題就很多，有很多個案有功能程度不一的問題、還有就既有的行為問題（例如強迫症）」（B1-9-4/17-20）。

「就比如說以一個體能活動來講！對於年紀比較大的來講他的體能活動就不能來得那激烈，比較年輕的他的體能活動就會比較高！」（B2-14-7/13-15）。

「高齡院生要注意的…就是除了一些說…他們本身有一些慢性病，像糖尿病、高血壓那些，他們本身健康就要稍微注意一下！阿那些癲癇的或是精神疾病的…其實應該有…增加的趨勢，」（B4-16-5/5-8）。

「因為我們的個案其實是年齡趨向於老化的現象嘛，那他們的功能一定會慢慢的退化」(B5-10-3/29-31)。

「我發現不知道是不是因為我們個案的年齡老化，他們身體機能退化的因素，我發現我們院內個案的就醫情況明顯增多」(B5-16-7/7-9)。

觀察機構智能障礙者的日常生活習慣不難發現，他們因為障礙的特質生活圈就侷限於教養院內，本身又受限於社交能力不足與同儕間的互動極少，智能障礙者在眾多休閒娛樂活動種類選擇中，絕大部分是靜態且被動的觀看電視或聽音樂。近年來機構內老化或高齡個案在教保、醫務與社工人員共同策劃下，增加休閒單元活動的設計，透過結構性的參與休閒娛樂活動，個案內在的情緒壓力獲得紓解，問題行為的發生率也明顯減少，同儕間彼此的互動明顯增加，在體能與健康部分也有一定程度的增進，因此適度的參與休閒活動的確具有「治療」、「預防」、「發展」的功能。

(二) 外在環境阻礙

外在環境阻礙是指個體在硬體設施環境中所受到的規定與限制，其包括了交通條件、環境資源、社會態度等，都是影響身心障礙者參與休閒活動的阻礙因素(張照明，1999；許家璇，2003)。以目前教養機構的生態環境與休閒服務供給現況來看，歸納出機構在提供個案參與休閒活動服務的外在環境阻礙為，環境設施資源、經費來源與社區態度等三個面向。

1. 環境設施資源

老年智能障礙者在硬體設施環境中所受到的規定與限制，如社會環境、交通問題、場地器材以及政策法令等也都是影響智能障礙者參與休閒活動的環境阻礙

因素。Maynard (1983) 亦提出舉凡公共設施、娛樂場所等建築物的設計不良而阻礙障礙者進入，或者是大眾運輸缺乏合適的設計限制了障礙者的移動等等都是屬於環境的阻礙（轉引自陳啟森，2003）。

「比方說硬體上面的東西，有些我們也沒辦法達成啦，不見得能迎合他們的要求。」(B3-19-4/36-37)。

「例如可以提供我們復康巴士，如果可以載我們去外面復健、參加活動也不錯。」(B4-21-5/26-27)。

「雖然機構內能夠提供個案許多的休閒活動進行…但都是熟悉的生活空間對外界的刺激較少，」(B5-16-7/14-15)。

「講白一點，其實機構也沒有多少能耐、就算有心也沒有太多資源或心力去尋找這方面的資源一直去供應這群特殊個案的需求，你我心裡都明白，在外面上的老師也分享過，雖然不是很正式的就業或簡單的代工，但城鄉差距與資源不均的缺點，再加上交通困難、路途中的安全、所耗費的時間、精力、或者是陪同的人員等等」(B1-9-4/6-11)。

「因為我覺得我們院內其實最大的優點是很寬敞，他們有足夠的活動空間，而且我們院內…阿就是有山有水阿。所以對我們院內比較年長的個案來說這樣的生活環境是很適合的，那在硬體軟體的部份機構也有在做改善，然後因應個案的需求，所以我覺得這個部分是還不錯的。」(B5-14-6/5-9)。

2. 經費來源

經濟的障礙也是影響機構內的個案無法經常參與或體驗休閒活動的外在環

境因素之一（陳啟森，2003；郭耿丞，2008），而個案參與休閒活動的經費來源不外乎是教養機構與案家。以機構目前所服務的智能障礙者家庭來說，其中有高達53%是低收入戶家庭，許多家庭選擇將家中的智能障礙者安置於機構的目的，無非就是希望能減輕家庭照顧的負荷，對於福利服務使用的觀念認為應該是免費提供，更沒有所謂的使用者付費的概念，理所當然的也會認為個案在機構內所參與的休閒娛樂活動費用、生活用品花費、與醫療費用等都應該由教養機構吸收。

「那至於個案參與機構外的休閒活動或社區適應的費用，因為絕大部分都是由機構去提供金錢支持，……………一般以我們的家長來講，其實他們會覺得說…我們個案入住在機構他們是不須要花費的，也沒必要出去玩什麼的，對！~然後他們就是平常很少來院內探視之外，就是個案零用金的部分也很少給予」（B5-12-4/26-32）。

「那如果參加機構外的活動，就會用到個案的零用金！以目前來說我們班的都還很夠用！阿那零用金的來源就是機構會發一些工作獎勵金嘛！阿還有家屬也會在過來看個案時會順便填一些錢進去，因為我們班的個案都是青壯年而且參與職業訓練的獎勵金都拿的蠻多的，家屬在這方面都有支持，阿其實如果沒有參加職訓課程的…像養護班的就沒什麼零用金，經濟條件就差很多！」（B3-9-2/27-34）。

「如果個案需要用到一些什麼錢都會希望先從個案私人的零用金先扣除，不足的部分另外再說！不過一些沒有工作獎勵金的那些個案…像養護班的，如果有要花費到什麼的時候，家屬就會有抱怨聲出現，因為他們家屬會覺得個案到機構來，應該所有的開支都是含在托育養護費裡面，……………」（B6-9-3/27-31）。

「我們覺得政府的資源、經費…分配的很不平均，尤其是公立機構與私立機

構明顯很不均，你看嘛，光是從上面撥下來他們院生的零用金就多的嚇人，結果還是在反應說不是很夠，那像我們這種私立機構什麼事都要自己想辦法的不就氣死。」(B1-21-8/27-31)。

「阿那機構通常也不會以個案的家庭能不能支持、支付或個案本身能不能用獎勵金去支付他參與休閒活動的花費，而去剝奪他使用或參與休閒活動的權利，個案如果有這部分的困難幾乎都是由機構吸收，應該說以往只要有任何的活動都是機構付費的！」(B2-9-4/35-37~B2-9-5/1-2)。

目前教養機構為提升休閒服務品質在改善軟硬體設施部分必須有一定經費的開支，所以資本性的支出會增加機構的經營成本，但現在又因為社會環境不景氣，已經有一部分的家庭因為經濟困難而繳不出教養費，在這個時候倘若向家屬提出個案有參與休閒的需求時，可能也很難得到有效的經濟支持，所以機構在呆帳可能增加的同時又缺少來自於個案家庭的經濟支持的雙重壓力下，無疑地亦會造成個案參與休閒活動的阻礙。

「但是我希望我們的社工能就這方面的困難去加強社會資源的連結，比如說用認養阿，義賣阿等等的方式去應付或提供這些個案的需求，這樣也可以減少機構的負擔。不過我也知道現在景氣這麼差，要做善事的人都有一些條件，不是我們三言兩語的就能掏腰包出來說要幫忙就幫忙的！阿…那有些家屬對於個案要不要給他參加休閒活動也常會顧及說是不是要付一些費用為考量的前提！」(B2-9-5/2-9)。

「講一句難聽的我們這裡是鄉下偏遠地方，而且我們又是舊機構，第一點我們的經費可能也有些不足，而且鄉下地方誰有那麼多錢可以老是在那邊翻修、翻修、翻修成新的建築物？基本上我是覺得建築物只要舒適就好了」(B2-17-8/2-6)。

「你說要政府有什麼某部分的補助，沒什麼補助啦！整體的成效是如果沒有政府補助款就更不好推動！」(B2-21-9/8-9)。

「當然希望政府方面盡量補助我們這種教養機構多一點設施設備阿，讓這些個案能被照顧的更好！」(B3-21-5/9-10)。

「如果政府能給機構更多的支持，那機構就能將更多的資源回饋服務於這些智能障礙者。」(B5-21-8/13-14)。

3. 社區態度

態度的阻礙因素，大多是因為社會大眾不瞭解智能障礙者的限制而造成排斥、拒絕等態度上的障礙，或者是過度幫助、同情的態度，也會讓智能障礙者產生不舒適、恐懼的感覺，進而影響障礙者參與休閒活動的意願。

「比方說…我們羊仔之前他姐姐和姐夫不是有帶他回去老家走走嗎？但都回去一兩天就回來了，結果我問他怎麼沒多玩一會再回來？他就說：可能阮姐阿拍謝帶我出去，怕人家會說他們家有一個不正常的ㄟ！」(B1-9-5/21-25)。

「再來因為我們機構裡的個案都不是單一障礙，所要克服的問題就很多，有很多個案有功能程度不一的問題、還有就既有的行爲問題（例如強迫症），所以有多少僱主能去支持這樣的孩子或去忽略他們的這些問題？」(B1-9-4/17-21)。

「阿外出就業的可能性是有幾個個案，但很可能找不到工作，因外外面的就業、環境…都比較苛刻，不好找就對了！」(B3-9-2/13-14)。

「…但是前提之下是你家庭的支持度跟社區的資源可以提供的程度到那裡？」(B6-20-6/35-36)。

從訪談內容發現，以第三者的角度去看目前住於教養機構內的智能障礙者其實是幸福的，雖然他們有很多的障礙、疾病、問題行為以及在參與休閒活動時受到種種阻礙，但那些大多是個案自身的限制因素，他們不必去為生活瑣事煩惱。許多家屬甚至埋怨，他們生活在教養機構中比原本居住在家庭中受照顧時來的幸福，因為在這裡有特定的照顧人力和機構資源可以讓他們得到完善的生活照顧，食、衣、住的需求滿足之外，還可以得到育、樂的支持，就多數家庭的照顧資源來說，是很奢侈的享受。而另一方面，因為機構必須時時接受主管機關的監督以保障個案的權益、與一定的服務品質，所以說，即使是參與休閒活動的外在環境阻礙因素似乎也輪不到這些智能障礙者或他們的家庭去克服。仔細比較之下，教養機構的照顧環境和條件與過去已迥然不同，長期以來外界對教養機構負面的標籤，現在他們須要得到一個不同以往的感觀與正名的機會。

(三) 家庭態度

造成阻礙智能障礙者參與社交休閒活動的外在因素中尚包含了家人的不支持態度以及過度保護或不適當的期待(李芄娟, 1992)，在教養機構中的院生因無法得到家庭的全責照顧而住進機構一段時間後，來自家庭親情的關懷其實已幾乎其微，若再加上家人對休閒觀念不甚瞭解的情形下(許義雄、陳皆榮, 1993)，對於機構所安排的休閒活動支持度或配合度自然就不佳！

1. 漠不關心

很多個案的家庭一開始因為照顧問題產生許多摩擦，家庭成員關係並不是很緊密，急於擺脫對障礙者的照顧責任，所以害怕甚至於與機構有任何連繫的接觸

都很反感，毫不關心個案在機構內發生的任何瑣事，機構舉辦的任何親職活動、個別化服務計畫的會議也未曾參與，同理的對個案沒有任何教養期待、僅安於現狀，而個案的任何需求更不能從案家取得支持。

「但是我們這種機構的院生他們的原生家庭、家長可能不是很願意，支持度是很低的！比方劉姓那兩位兄弟其實他們是可以的，只是他們的家人不是很支持，甚至是拒絕的，他們會認為在裡面好好的、安全，阿照顧好就好，」（B1-9-3/35-38~B1-9-4/1）。

「因為我們班的個案都是青壯年而且參與職業訓練的獎勵金都拿的蠻多的，家屬在這方面也都多少有支持，阿其實如果沒有參加職訓課程的…像養護班的就沒什麼零用金，家屬嘛也沒什麼互動、動靜的，當然經濟條件就差很多！」（B3-9-2/31-34）。

「其實…對啦…一般以我們的家長來講，其實他們會覺得說…我們個案入住在機構他們是不須要花費的，也沒必要出去玩什麼的，對！~然後他們就是平常很少來院內探視」（B5-12-4/28-31）。

「其實…~中間…~個案與家長之間的情感可能已經沒這麼密切了，就會疏離，那加上有些家長阿，就是原本就覺得個案可能是一個障礙者，然後可能也不喜歡讓別人知道他們家有這樣一個小孩，那相對的他來探望的次數也不可能會很頻繁！」（B6-12-5/3-7）。

2. 心有餘而力不足

機構中仍有過半數的家庭是關心個案的，雖然因為經濟狀況不佳、教育程度與學經歷較低，常為照顧家庭而無法與教保人員一同參與個案的相關教養決定，

但仍能尊重機構為個案所提供的服務，由於對各項專業服務的認知不足，因此「尊重專業」、「你們決定就好！」的回答是最常收到的請託。

「但是每次若老師有提及零用金的問題與需求，就只能以工作和收入不穩回應，其實還蠻無奈的！這給老師的感覺真的是家庭經濟因素！」（B2-9-4/1-3）。

「基本上家屬參與什麼活動阿或者是 ISP 的擬定意願都不高，應該說普遍都安於現狀，只是希望他們有人照顧就好，也不是漠不關心（除非是失聯的啦），他們會聽教保員的解釋，但是有沒有明白在我看我是不瞭解！阿對於他們未來的發展期待也不高。來教養院這裡就是單純的解決照顧問題而已」（B2-12-6/28-33）。

「我覺得…家長好像不知道什麼關係…是時間關係吧！好像比較沒有那麼熱情的參與阿！參與度很低就對了！」（B3-12-3/24-25）。

「家長有些意願參與度是有的，有些可能就是…沒那麼關心。可能是個案的家庭經濟狀況都不好，然後可能是他們案家也是都忙於賺錢忙於然後照顧他們的家庭生活，比較沒有多餘的心力來照顧到個案這個部分！」（B5-12-4/15-18）。

「因為我們的家長大多數來自勞工階層，在金錢的支持度上是很薄弱的，常常沒有辦法供應個案的需求，是不足夠的！」（B5-16-7/15-17）。

「我覺得家長的參與度不高！那相對的配合度上他可能也不是很了解我們到底針對個案在做什麼設計與訓練！可能一方面也是礙於…可能家長上班的時間沒辦法配合。」（B6-12-4/32-34）。

3. 不適當的期待

不同前述兩種家庭態度，極少部分的個案家屬會對機構有過度的期待，因對個案致病原因與障礙程度的不了解，期待將個案交託於機構教養後能有復原的機會，所以針對個案的服務計畫內容與學習進度常發表不符現況的預期目標，造成教保人員在為個案設計每一年度的服務輔導重點時無法取得家長認同，使得服務目標與實際執行結果落差很大；另外也有少數參與職業訓練課程的高功能個案家屬，主動支持與贊同個案參與職業訓練課程並可以得到工作訓練獎勵金，但卻不曾參與過個案的個別化服務計畫會議討論、托育養護費仍持續積欠著，過度期待個案未來可以自己自足，家屬所應該盡的撫養義務全拋諸腦後。

「因為我也曾經聽過阿和他們班個案的媽媽有要求過說，希望她兒子能夠敢快學會自己洗澡，那她帶他回家就不會這麼累，可是教一個有自閉症的智能障礙者，整天恰恰ㄉ一又ㄤ，要教會一樣簡單的自理動作就要好久了，洗澡這種大工程怎麼可能沒三五年就馬上教的會？妳說這算不算一種過度的期待？」(B1-12-6/34-38)。

「阿不過也有聽過一些家長反應他們的孩子來這麼久怎麼還是那麼憨，阿沒卡進步！」(B4-12-3/37-38)。

「第三種就是像阿欽仔和侯~香的爸媽，嘴裡會說…嗯~非常支持這個職業訓練課程與獎勵金的制度，但是知道個案有這部分的收入後，從此不再支付任何個案所需要的花費，甚至他們不會去理解機構為什麼要為這個個案所做的任何服務內容、獎勵金的用意與服務目的（例如要讓他們感覺到自我價值的存在、自我肯定的感覺），家屬對這部分的認知就好像有點過度期待和要求！高度希望他們的孩子能夠得到更多甚至可以去支應他自己日後所有的支出，例如教養費、生活用品、就醫等等，講明白一點就是

已經曲解了我們老師、機構為這個個案設計的服務目標，並且誤以為所有的服務就是應該理當然，完全忘記了家屬或家庭本身的照顧責任與義務！」(B2-9-4/3-14)。

統整受訪工作人員對家庭支持個案參與休閒活動態度的看法，多數家屬對於「障礙者」參與休閒活動的意義與目的並不了解，同時對於參與休閒活動所能帶來的助益也不具信心。然而機構雖然無法取得多數家庭的支持，但仍持續提供且逐漸增加老年個案休閒活動的項目與經費支出。與機構互動較為頻繁的家屬表示其能明顯感受個案的身心狀況、體能變好，易怒的情緒反應也有減緩，對於將個案安置於機構的決定感到放心，除了對機構的休閒服務表示肯定與支持外也期待未來能有更大的效益產生。

三、 醫療服務與健康照顧

智能障礙者平均餘命的提升讓他們有機會進入老年期，與一般老年人相同的是因為生理功能的改變使得他們對疾病的抵抗力普遍降低，但不同的是老年智能障礙者需要更多的照顧心力與資源，我們注意到被安置於機構的智能障礙者極有可能在機構中終老，所以以「在地老化」的概念提供老年智能障礙者長期照護，使老年生活可以過得獨立、自主有尊嚴，對他們而言這個意義非常重大。

(一) 醫療資源需求

一般而言身心障礙者較容易經歷生理面的提前老化，而身心障礙者的病症多偏向於與障礙有關的疾病，例如精神疾病、眼耳疾病，其中又以患有消化系統疾病與皮膚疾病的比例明顯高於一般老人（李志偉，2005；王國羽，2007），他們自身的生涯發展與生理限制以及逐漸走下坡的健康狀況對於教養機構特殊的照顧需求愈形依賴，反映了教養機構在醫療照顧人力的配置、醫療費用負擔與醫療

資源運用愈來愈吃重。

1. 健康影響

從目前教養機構所服務個案的用藥記錄中得知，現年滿 45 歲以上者就有 32 位，占全部院生的 30%，其中患有慢性病且合併精神疾病者就有 24 位院生，此外癲癇的發作率以及肝膽胃腸消化系統功能退化的個案隱含了未來機構在老年智能障礙者的健康照顧服務方面有高度的困難與複雜性。

「現在我覺得我們的醫務組在照顧院生部分他們也是蠻辛苦的，那是有時候會覺得就是說~可能出診數啦…或是出診比較頻繁像最近天氣變化引起的…，」(B1-10-5/29-31)。

「除了剛說的課程設計上的部分，再來就是我們的個案慢慢出現了一些慢性疾病或者是一些行為問題，尤其是行為問題那些是我們以前沒有碰到的！」(B1-16-7/35-37)。

「高齡院生要注意的…就是除了一些說…他們本身有一些慢性病，像糖尿病、高血壓那些，他們本身健康就要稍微注意一下！阿那些癲癇的或是精神疾病的…其實應該有…增加的趨勢，」(B4-16-5/5-8)。

「我想到了！是疾病。我發現不知道是不是因為我們個案的年齡老化，他們身體機能退化的因素，我發現我們院內個案的就醫情況明顯增多，然後有很多是屬於比如是說…有可能…你會發現怎麼無原無故就要去住院接受治療，這是近來的發現！阿機構院內個案合併精神疾病的案例有逐漸在增長的趨勢！」(B5-16-7/7-12)。

「我覺得因為我們個案的年紀愈來愈大，家長其實很擔心他們因為個案的

年紀大，家長的年紀也大，很擔心他們以後自己沒辦法照顧，那也擔心以後的一些…如果有生病、有問題的話，他的醫療方面他們是很擔心的。」

(B6-13-5/14-17)。

2. 資源需求

由於智能障礙者不同的生理特質與自我保護功能較弱，身體健康狀況普遍較差，其年平均就醫次數較一般民眾的就醫次數要高（李志偉等，2005）；而受到不同生活環境與照顧品質的影響，也較容易比一般老年人口更早出現老化、退化現象（王國羽等，2007）；為了維持良好的身體機能與減緩老化帶來的照顧問題，往往必須藉由長期性的物理、職能與語言等復健治療的協助（林金定等，2001）。因此智能障礙者較一般人有較多的健康問題與高度的醫療利用，不難從其相關健康醫療的研究與論述中得到印證。

「我不了解目前機構與復健醫院配合運作的方式，但以目前每星期院生接受復健服務的時段其實並不是很足夠的，那當然會希望機構能直接聘請 OT、PT 來服務效果應是會比較好！」(B1-10-5/38~B1-10-6/1-3)。

「就是針對復健服務這個部份來說，我個人認為應該到機構外面的醫療院所去做復健比較好，因為他們有比較充足的設施設備、復健器材，那比較完善。」(B2-10-5/27-30)。

「復健的內容是受用，但是如果次數和時間可以再增加，可以使他們的生理機能或職能部分都能提高就對了。那如果機構可以增加專業的治療人員的話，那更好！復健的效果應該就比較好，因為院生偶而會有行為問題，那我們有問題時都可以隨時和他們討論！」(B3-10-3/9-13)。

「可是像這樣子發現跟比較起來，其實這樣的方式不見的比較好，例如帶去新化分院，比如說他們有可以幫我們做 X 光、抽血、…有些檢查可以一併做，……區域型大型的醫院他們的儀器與設備可以合併檢查、追蹤、轉診…等等對院生的服務比較完善！」(B4-10-3/10-16)。

「那他們的年紀如果愈來愈大毛病越來越多，那他們需要的醫療資源以及人員的配比、負荷可能會愈來愈大！」(B4-14-4/19-20)。

「像…營養師的部分就對我們的院生當然是有幫助的，就不錯，能夠由她的評估與建議給我們的院生特殊飲食的設計，對廚房供膳與院生慢性病的控制這些效果都是不錯的，」(B4-14-4/28-30)。

「因為我們的個案其實是年齡趨向於老化的現象嘛，那他們的功能一定會慢慢的退化，那在復健服務的這個部分我是覺得可以再加強！」(B5-10-3/38~B5-10-4/1-3)。

「因為其實就像個案生病的原因很多啦，那你是不是要針對他的病症，是感冒的阿！精神的阿還是那一個類別，那到外面如果有比較…就是那一類較專門的醫師看診的話我覺得會比較了解個案的狀況。」(B6-10-4/16-19)。

3. 醫療負擔

目前台灣的醫療保健制度與全民健保制度雖然可以提供智能障礙者得到好的醫療照顧，但是部分負擔的設計、住院看護費的支出或者是復健治療人員的人事編制等對智能障礙者家庭與教養機構而言是一筆沉重的負擔，容易造成智能障礙者的醫療與復健治療中斷的情形發生（林金定等，2003）。

「當然啦！如果機構可以、能夠且願意花多一點錢直接聘請 OT、PT 在機

構內作評估、作服務是更好，那對於我們個案的服務以及我們老師在帶課程會比較好，有個連貫、一致性」(B2-10-5/30-32)。

「在復健這個部分，因為機構目前內部復健的器材與空間跟大醫院比起來是比較薄弱的，如果有醫院外派專門的司機到機構接院生去那裡做復健的方式其實也可以，不過我知道這樣的風險與人力調度和費用支出會比較不可行。當然如果機構採取另一種方式直接聘請專職的 OT、PT 進來服務，在專業服務這部份的作法也可行！」(B4-10-3/20-25)。

「那他們的年紀如果愈來愈大毛病越來越多，那他們需要的醫療資源以及人員的配比、負荷可能會愈來愈大！」(B4-14-4/19-20)。

「以目前每週服務的天數或次數來說，我是覺得可以再增加，因為我們的個案其實是年齡趨向於老化的現象嘛，那他們的功能一定會慢慢的退化，那在復健服務的這個部分我是覺得可以再加強！對於復健服務的部分應該是偏重於物理治療吧！就是加強他們的生理功能就是了。」(B5-10-3/37-38 ~B5-10-4/1-4)。

「僅希望機構能朝增設職能治療專業人員這一塊去發展，那是指屬於職能治療這一部份，但並不是指單純的物理治療喔！因為有些行為問題的處理我們是希望由職能治療師給我比較專業的建議，」(B2-11-6/3-6)。

老年智能障礙者因為醫療衛生與生活品質的提升，有機會活得更老，但相對的他們的家庭也必須背負照顧責任的時間更長，不管是障礙者或是非障礙者隨著年紀增長生心理機能也會出現老化的現象，在生活照顧、休閒活動、以及醫療照顧等需求的資源愈高。根據機構醫務組所整理的年度就醫概況統計以及全院健康檢查報告書，可以發現機構內院生罹患消化系統、心血管疾病以及精神疾病的人

數有增加的趨勢，而教保組針對個案特殊行為問題處置所召開的個案研討會次數愈來愈頻繁，於月定院務會議提出的服務建議則是希望增加復健治療時段與職能治療人員的投入，以便能提供相關服務諮詢，由此可以看出近年來機構在醫療與健康照顧服務的工作對於醫療資源有愈來愈高的需求。然而國內目前雖然有社會福利與醫療福利措施，但因福利制度所設限的資格條件與補助門檻不見得人人都受用的到，身心障礙者於醫療利用時可以得到的優惠亦有限；此外現行健保制度的規範亦容易造成醫療照護單位提供身心障礙者永續性治療服務的阻礙，整體來說，老年智能障礙者對於使用醫療照護資源方面，在可近性及適當性上受到限制容易形成醫療資源供需落差的情形。

（二）專業能力

前述有關老年智能障礙者在醫療資源的需求部分提到老年智能障礙者因其障礙特質、生理機能老化以及久住機構併發許多慢性疾病與精神疾病，個案健康照顧需求除了對於醫療資源的需求度提高外，也反映出教養機構提供照顧服務的專業能力限制。

1. 環境設備

國內教養機構的設施設備與專業人員進用是依照「身心障礙福利服務機構設施標準」辦理，其中有關個案的健康照顧與醫療服務則是依照機構評鑑指標的內容去實施。以機構現有的空間設計與設施設備主要是針對年輕的智能障礙者，強調的是「教養」、「訓練」的服務，但對於提供生心理機能逐漸退化的老年智能障礙者的生活照顧，其所需要的硬體空間與輔具可能無法立即得到滿足，因此教養機構必須與原有的環境與設施設備重新取得一個平衡的因應模式進行調整。

「其實我們機構還蠻寬廣的所以還可以，設備都還足以應用。」

(B1-14-7/19)。

「活動空間目前我們這邊很大很寬敞，所以是還足夠的！」(B3-14-4/5)。

「有些是有，比方說硬體上面的東西，有些我們也沒辦法達成啦，不見得能迎合他們的要求。」(B3-19-4/36-37)。

「在復健這個部分，因為機構目前內部復健的器材與空間跟大醫院比起來是比較薄弱的」(B4-10-3/20-21)。

「活動範圍空間我們是還夠的，暫時應該還不須要特別整修什麼的，阿如果病床或是特殊的輔具因為不是每個人不是現階段就一定要用或適用的，所以那個部分應該還是要看個案就對了，有需要再調整就好。」(B4-14-4/20-24)。

「因為我覺得我們院內其實最大的優點是很寬敞，他們有足夠的活動空間，而且我們院內…阿就是有山有水阿。所以對我們院內比較年長的個案來說這樣的生活環境是很適合的，那在硬體軟體的部份機構也有在做改善，然後因應個案的需求，所以我覺得這個部分是還不錯的。」(B5-14-6/5-9)。

2. 專業人力

一般老化或老年智能障礙者因其本身的障礙特質與認知上的缺陷，沒有自我照顧及獨立自主的能力，因此有關醫療服務與健康照顧的需求必須大量仰賴照護人員的協助，而機構所需的照護人力包括教保員、生活服務員、護理人員、以及社工人員等，有時甚至必需包括志工團體。然而一般長照機構專業人力不足的現象由來已久，特別是醫師、護理師、復健師和社工師的不足，以目前國內身心障

礙教養機構專業人力的培訓方式來看，因為多是由社會福利與衛生單位自行辦理相關訓練課程，缺乏整體規劃與市場需求的限制，其所養成的人力與素質並無法立即提高醫療專業及照護人員的品質（江東亮，1999）。

「除了剛說的課程設計上的部分，再來就是我們的個案慢慢出現了一些慢性疾病或者是一些行爲問題，尤其是行爲問題那些是我們以前沒有碰到的！」（B1-16-7/35-37）。

「目前我感覺在職訓練都一直著重在教保的部分，雖然說我們教養機構本來就是以教保服務為主沒錯，但那社工跟醫務的服務專業應該算是橫向的連結，所以如果能以教保為主軸，再加上橫向的兩組一起連結，平均分配的話對服務的內涵會更完善！我可以說…現在教保的認知很強，但對於護理與社工方面沒什麼概念，那這一方面就會弱一點，例如家庭訪視 Y、家庭支持 Y 或是醫療照護的認知都會比較少，那如果能透過在職進修稍微平均分配的補充一下，讓大家能夠具備一些基本概念，那對個案的服務較不會像有斷層出現！」（B2-5-2/2-10）。

「如果機構可以、能夠且願意花多一點錢直接聘請 OT、PT 在機構內作評估、作服務是更好，那對於我們個案的服務以及我們老師在帶課程會比較好，有個連貫、一致性，因為那部份畢竟不是我們教保人員的專業，所以如果在教學的過程、活動的過程我們會有一些問題，那如果有一個 OT、PT 我們可以直接跟他們討論，同時提供我們一些諮詢。」（B2-10-5/30-35）。

「希望機構能朝增設職能治療專業人員這一塊去發展，那是指屬於職能治療這一部份，但並不是指單純的物理治療喔！因為有些行爲問題的處理我們是希望由職能治療師給我比較專業的建議」（B2-11-6/2-6）。

「那如果機構可以增加專業的治療人員的話，那更好！復健的效果應該就比較好，因為院生偶而會有行為問題，那我們有問題時都可以隨時和他們討論！」(B3-10-3/10-13)。

「當然如果機構採取另一種方式直接聘請專職的 OT、PT 進來服務，在專業服務這部份的作法也可行！」(B4-10-3/23-25)。

「我覺得引進一些醫療院所到我們機構做服務，或許是可以直接地去瞭解個案，那也可以減少在外面奔波的一些危險性。」(B6-10-4/13-15)。

整體來說，目前機構的工作人員多數對照顧老年智能障礙者的看法與觀念具備相當程度的了解，且看法趨於正向，但為了滿足逐漸增加的老年智能障礙者及其多元的健康照顧需求，普遍認為復健治療專業人員與設備的增加能對目前機構的服務有加成的效果，此外對於在職訓練的課程內容建議同時著重醫護專業與社工專業，避免工作人員因欠缺相關知識造成服務不連續。不過工作人員的照顧負荷、醫療專業人員的投入與照顧老年智能障礙者相關醫療專業知識的缺乏仍是教養機構照顧老年智能障礙者服務工作必須一一克服的限制。

3. 資源連結

老年智能障礙者的醫療與健康照顧工作在醫療資源、福利補助與專業人力上都有很大的需求，與一般老人醫療及照護一樣，是一種綜合性且連續性的問題健康照護體系，但是因為社會福利行政與衛生行政分屬於不同的行政與服務體系，沒有建立綜合性與連續性的體系，福利的獲得各有不同法源的依據，往往使得需要醫療照護或生活照顧的老年智能障礙者家庭不知所措，並且容易造成服務斷層的現象（江東亮，1999）。因此有效協助個案及其家屬取得適當的醫療與社會服務，同時確立不同類別服務之間的轉介與追蹤（莫藜藜，2002），是教養機構社

工人員與護理人員的專業能力所能提供的協助。

「那至於家屬要求的部分，以我接觸到的是，並不是要求我們能夠教給他們什麼，而是要求身體健康！以健康照顧為主，因為他們常提出的是，個案漸漸在年老，而他們自己也漸漸在年老，或許他們以後不能像現在這樣常常來看他，但是他們希望他們家屬不用這樣擔憂這些個案的健康問題！」(B1-12-6/20-24)。

「是會碰到有些個案要住院的阿，也都會聽到家屬會擔心醫藥費或看護費的問題，不過這個部分的細節都是交由社工組去幫他們找資源，這個我就比較不清楚。整體來說大部分接觸到院生家屬的建議事項都是希望著重健康照顧這個部分。」(B4-13-4/9-13)。

「那諮詢的服務～也是會有些需要啦…像是福利阿或是申請一些看護費補助、教養費用複查之類的，那家屬可能不是很清楚，然後會透過我們社工員幫他們做解釋，然後請他們去當地的公所去申請這樣子」(B5-13-4/5-8)。

「那我剛所講的關於申請一些補助什麼的…這部份在執行上，我想輔具申請上可能會有較多的問題出現，例如身障手冊上的障礙類別阿…不同或個案老化之後會出現像行動不便之類的需要輔具協助，或者是早期在做鑑定時它的類別並沒有很明確地註記說多障的部份是什麼，所以申請輔具的補助時又必須重新鑑定加註障別後才能符合補助標準。再來就是如果要辦重新鑑定的話手續又有點複雜，我想這對身心障礙者或者案家屬來說是一種困擾及不便。」(B5-13-4/11-18)。

「那如果真的因為功能性退化必須到其他教養養護機構的話，我們會事先

幫案家先找好相關的、近便的機構，然後做好事先的詢問，然後再給案家給他們實際去看看是否適合，讓他們去挑選。在轉介上大致沒特別的問題，轉介考量因素上主要還是以近便性為主，因為在協助尋找適養機構時通常會考量案家可能出現交通不便或雙老化問題，所以會首先挑選案家鄰近的適合機構，在來則是考量障礙程度、年齡是否符合新機構入住資格，最後才詢問入住收費標準。不過收費卻是案家屬考量是否要將個案轉介出去最重要的原因，尤其是低收入戶與非低收入戶的負擔差別很大！」（B5-14-6/29-38）。

「基本上很多家長的需求就是他們的希望就是希望個案在我們的機構健康、快樂就好，就不要有任何的生病，其實很多家長都擔心個案生病，那生病的話相對的就會有一些可能經濟狀況比較不好的就會有比較擔心生病醫療費用的負擔！」（B6-13-5/17-21）。

「如果真的不適合機構的服務範圍，那還是回提供一些轉銜轉介的服務！就是針對個案看他適合去那方面的機構，以及那些機構的關資料，那我們也是會幫他們洽詢。」（B6-14-5/38～B6-14-6/1-3）。

老年智能障礙者家屬對教養機構的服務期待不外乎個案「健康、平安」，主要用意無非就是擔憂其未來身體機能退化疾病纏身時所帶來的龐大醫療費用，那對照顧者家庭或是教養機構都是一個沉重的負擔。目前教養機構提供的協助也多是由社工人員提供個案家屬諮詢服務、連結相關資源協助與轉介失能情形過於嚴重個案到合適機構等服務，值得慶幸的是到目前為止都能讓家屬得到滿意地協助，但擔憂的是近年來因類似問題而轉介的服務成了最夯的業務重點，對於不穩定的福利資源尋找或者是在後送機構資源的建立上都將成為實務工作者須面臨的挑戰。

小結

智能障礙者因為現代醫學的進步與生活品質的改善延長了壽命，但不可避免地他們因為障礙的特性加上年紀增長帶來的身心理狀況改變，使得老化與退化的情形提前到來，成年期間的延長或老年期的進入以及社會家庭型態的改變衍生出了雙老家庭（老年智能障礙者和老父母凋零）的需求問題，例如經濟、照顧、資訊取得、醫療與健康維護、情感支持、社交支持與安全等等需求，而當老年智能障礙者家庭無法再承擔照顧負荷時，往往會尋求家外安置的方式接受正式服務支援。面對可能服務到的中高齡智能障礙者以及原本就長住在機構裡慢慢老化的身心障礙者，教養機構逐步陷入老化的服務議題與挑戰。

首當其衝的是老年智能障礙者需要的特殊照顧服務需求與教養機構原本服務內涵的差異，因為服務對象的個別差異大而必須重新調整個別化服務模式與更新服務內容；此外接踵而來的是老年障礙者的醫療與健康照顧，疾病的影響造成生理機能嚴重退化，且無奈的是對機構服務不適用的老年智能障礙者無法得到適當的轉介出口，而高度的醫療資源需求與利用產生了龐大的醫療費用，更造成家庭與機構的財務負擔。機構專業人力與環境設備的有限、現行法令規章的規範、社會環境的態度、以及家庭的態度與觀念等等限制，造成教養機構的服務供給未能滿足老年智能障礙者照顧需求的落差。

第五節 教養機構在老年智能障礙者照顧服務工作上所面臨的服務困境

對照近年來去機構化、正常化、在地老化與社區照顧潮流的反思，「教養院」的照顧服務似乎飽受批評，台灣有許多學者急著引進國外的服務模型與方式，忽

略了本土社會歷史背景的不同發展以及文化因素，社會福利政策與醫療照顧制度的不同以及都會與鄉村資源分布差異等，對於台灣推動智能障礙者老化照顧服務的工作經驗均具有不同層面的啟示。無法滿足智能障礙者老年階段需求服務的因索何其多，以下就前一節所整理出造成教養機構照顧老年智能障礙者服務供需的落差，歸納分析目前教養機構在照顧服務工作上所面臨的服務困境如下：

一、 法令政策面

(一) 就養

身心障礙者高齡化問題已浮現一段時間，但政府對於他們的照顧方案仍處於規劃階段。機構多數的工作人員都認同「在地老化」的服務概念，因為老年智能障礙者適應環境較困難不適合再轉換至其他的照顧機構，他們相較於一般老人更需要一套具有個別化的長期照護服務。然而老人與身心障礙者的重疊性大，有許多高齡的身心障礙者符合老人福利與身心障礙福利體系，但兩種福利給付條件或服務的標準不一，很容易因此而影響到個案的權益，甚至造成社會福利資源的浪費。身心障礙者的異質性大老化的情形也不相同，有些成年身心障礙者因障礙特質的影響其 ADL 失能的情形不亞於實際年齡，在生理面、心理面與社會面的老化情形與一般老人老化現象較相近，若單以年齡為切點界定其取得社會福利與社會保險給付的資格，那長期照顧政策對於未老先衰的身心障礙者則沒有實質意義與幫助。

身心障礙者轉銜服務是近年來對身心障礙者服務的重要政策，但要如何落實政策的推行，需要各個不同專業領域及相關行政單位充分地溝通、協調與整合，共同制定法令以指引各機構行事方向。目前教育部的「各教育階段身心障礙學生轉銜服務實施要點」(教育部，2002)中只聲明在身心障礙者轉銜階段應在個別化教育計畫中擬定轉銜服務內容，但進一步的轉銜計畫之具體內容並未明定，亦

未指令應配合單位的具體措施。而「身心障礙者生涯轉銜服務整合實施方案」中雖然也指示應執行轉銜計畫，並要求身心障礙老人安養服務應依行政院「加強老人安養服務方案」相關規定辦理，但卻未指明權責機關單位為何（內政部，2002）。而「加強老人安養服務方案」乃是依據「老人福利法」與「護理人員法」及「國軍退除役官兵輔導條例」訂定，其中甚至隻字未提及身心障礙老人的照顧措施，此使老年障礙者轉銜服務之執行法則過於模糊空洞，雖然各相關法規所指的服務對象可能相同、理想可能一致，但卻形同各自為政、資源浪費的體系。在推動專業團隊工作上不謹沒有一套可供依循的規範條例，恐空有理想而未能徹底執行，對於照顧老年身心障礙者的照顧政策其實際效益將受到折扣。

在現行的照顧政策下，當智能障礙者超出教養機構照顧能力必須轉介出去時，往往因為護理之家或老人養護機構與一般身心障礙福利機構的主管機關不同，福利補助條件也不同，各機構的收費標準不一，服務對象也有一定的條件限制，常拒收持有身心障礙手冊的個案，並且因為所依據的法源不同其補助款也可能因為轉換不同機構而消失，家屬要自費負擔的部分可能更高，因此要協助重度失能或高齡個案轉介合適的機構安置其困難度很高。

（二）就醫

由於智能障礙者本身智能缺陷加上合併有許多障礙，所以他們比其他群體有較高的罹病率與造成二次障礙的機會，因此他們隱含較高的醫療需求及醫療花費，相對地大多經歷醫療利用的困難（林金定，2003）。目前國內有許多的與醫療相關的照護政策，但因過去國內的醫療照護政策及研究極少論及身心障礙課題，因此在相關政策的制定上就容易產生適切性的問題，無法真正滿足身心障礙者的醫療需求。例如「憲法增修條文」第十條有提到國家必須保障身心障礙者之保險與就醫、無障礙環境之建構、教育訓練與就業輔導及生活維護與救助（總統

府，2000)，而在「全民健康保險法施行細則」第十一條中雖然有特別聲明保障身心障礙者為全民健康保險之被保險人資格（衛生署，2001b），但目前尚有少數身心障礙者未納保，少數地區（如外島、偏遠地區）就醫仍未具便利性。

在「身心障礙者保護法」第十五條及第四十條中分別指出各級相關主管機構必須依身心障礙者的實際需求建立個別化專業服務與持續性照顧制度，但以目前各級相關主管機構提供醫療服務的現況來看，其對於健康資訊、醫療費用的補助、老年照顧、長期照顧、環境障礙、輔具發展、健康促進、跨領域的合作等等仍缺乏持續性的支持；此外在「身心障礙者保護法」第二條、第十七條、第十八條、第十九條與第五十八條，亦分別指出衛生主管機關須針對身心障礙者之需求提供適當之醫療復健、早期醫療、健康檢查等服務，鼓勵發展醫療復健機構、醫療復健輔助器具、及研究發展機構，與設立醫療、護理及復健機構等（內政部，1996）。「特殊教育法」第二十二條與第二十四條中也強調以專業團隊的方式提供在學身心障礙者之復健服務，但以目前衛生體系的服務供給現況來看，發現除了在身心障礙者鑑定作業部分其障礙等級的鑑定標準不一以外，對於重大傷病的預防、多重疾病、持續性照護、老年照護等項措施沒有整合的健康照護計劃，且人員不具專業資格，而醫療資源分配不平均、醫療照護政策亦不是專為智能障礙者所設計，這些對身心障礙者的健康政策而言是缺乏公平性的，整個衛生體系的醫療服務不僅未能有效執行更顯得發展成效不彰。

雖然「全民健康保險法」第三十六條以及「全民健康保險法施行細則」第五十九條分別指出重大傷病者與身心障礙者得免部分負擔費用（衛生署，2001a），「身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法」中亦明白指出減輕身心障礙者保險之自付額，保障其保險權益之內容，「身心障礙者醫療及輔助器具費用補助辦法」的訂定也是為增加身心障礙者就醫及使用輔助器具的機會（內政部，1999e），但是現行的全民健康保險保費以及醫療費用的補助似乎無法滿足身心障礙者的需

求，而且特製的醫療輔助器具所須的自付額對於非具低收入戶資格的家庭仍是令人卻步。

歸納整理目前國內的相關醫療照護法案發現，身心障礙者在利用醫療服務時所接受的醫療補助與復健內容仍受到相當多的限制。如對象未全面化、就醫費用補助未盡完全、醫療資源設置地點未能普及、種類未周全、健保保險制度的規範等，使得普遍需要長期醫療與復健治療的身心障礙者及其家庭仍肩負相當沉重的負擔，同樣地提供身心障礙者照顧服務的機構也必須面臨財務負荷的增加，在不得不的情況下，機構會選擇以簽約合作的方式由機構外的醫療院所提供相關的醫療服務，但此種合作模式的醫療服務無法全面滿足身心障礙者就醫的需求，而且復健治療的服務方面也可能無法持續下去，整體而言可能還會因此造成醫療資源的重複利用，醫療資源的效益也無從發揮。

（三） 制度

評鑑制度對身心障礙福利機構的服務與發展是具有指導與監督的雙重作用的，但政府對各機構的評鑑卻沒有考慮其異質性，僅以一套標準做為評鑑工具，很可能會限制機構的發展與創新。例如，建築物及設施設備項目，早期身心障礙教養機構依照「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」申請核准設立時，有關空間及設施之設計、構造及設備須符合當時的建築法及相關法令規定，但隨著前列法規幾經修訂，其「溯及既往」之原則，使得許多已核准興建或已立案之機構建築物變成通通不合格，依「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」第三條第一、二項規定，主管機關嚴格要求機構必須符合相關規定予以改善。再者，每一次機構評鑑指標也跟著修訂，身心障礙教養機構常礙於受評成績會受到影響而不得不隨著新訂法規與指標改善現有建築設計與消防設備、無障礙空間與寢室配置，往往為了符合新規定以及迎接一場評鑑而使得教養機構的人力與財力元氣大

傷，衍生龐大資源浪費。

在專業服務項目內有關個別化服務模式與運作方面，因其標準除強調須有專業團隊合作、評估規劃、跨專業整合外，其中評估向度要能涵蓋個案適性領域、計畫的執行與成效亦要有定期評量與記錄。但是教養機構所服務的對象障礙類別與功能程度有很大的差異，再加上年齡與生理機能的變化，他們所需要的照顧或服務綱要應有較明確的規範。過去教養機構的服務模式強調「治療」、「補救」身心障礙者的缺陷，課程內容則著重符合心理年齡的「發展性」課程，並擬定行為目標，但這樣服務的概念與作法已不再適合這些老化或高齡的身心障礙者，取而代之的是從障礙者本位出發，依其各別的需求層面以「支持模式」、「正常化」與「在地老化」的服務思維，針對他們能力不足的部分，運用環境資源提供支持並以滿足其需求，強調「充權賦能 (empowerment)」，服務計畫的設計則強調「功能性」和「生態」取向，且能反映符合其年齡之生活的各個領域，而評量的參照標準則依據多元的理論觀點以「適性」與「彈性」原則 (鈕文英，2008)。因此目前各個教養機構會參考相關機構的出版，依其所認同的學理依據去發展規劃服務內容，如：以生活經驗為中心、以核心單元方式去規劃、或者是從生態評量觀點去發展功能性課程等，並且須經過一段期間的實際執行、評量後再不斷地修正，所以各個教養機構都會各自發展一套適合自己機構的服務模式與特性，但評鑑指標中仍隱含「套餐」式的服務內容以及要求只有「標準本位」、或「表面效度」的個別化服務計畫，僅強調績效評鑑的觀念與作法，卻沒有提供一套適切、客觀且具公信力的服務綱要或強調個別化的評估工具做為依據與參考，在這樣的一個框架下使得教養機構在專業服務的運作於執行顯得滯礙難行。

此外，在評鑑項目與實施方式部分，依規定每三年評鑑一次，評鑑內容也都會有所修改，但最新修訂的評鑑指標往往是在施行機構評鑑前六個月到一年間才會公佈，教養機構為了使前三年的服務記錄資料能符合精細的評鑑項目，常須花

費許多時間進行繁複的書面文件整理及紙上作業，甚至影響機構院生的照顧工作，反而形成為評鑑而評鑑的表面工作。而且評鑑項目過於精細，常有重疊的現象，評鑑指標中涉及質化與量化的資料如何客觀地標準化，尤其評鑑標準以 0 或 1 二分法，實在無法看出品質。不僅如此，雖然評鑑委員在事前會召開說明會建立共識，但分派至各機構的評鑑委員對不同項目的標準看法不一，例如：對 ISP 運作的評鑑標準有不同看法、對評鑑優缺點評語的一致性或相通性經常讓受評機構感到困惑並質疑其可靠性，是故評鑑結果就很容易因評鑑委員的主觀性不同而有不同的結果，相對的受評結果就更易引發爭議。

二、 機構實務工作層面

(一) 專業知能與人力

專業人員聘請不易以及工作人員的流動率太高，似乎一直是各身心障礙福利服務機構共同面臨的問題，而工作人員的專業知能與穩定性對機構的服務品質具有相當的影響力。過去，因為社會大眾對身心障礙者的誤解以及接納度不高，投入身心障礙福利服務機構工作的意願也不高，所以早期許多教養機構為解決專業人員設置不足的問題，會依據「身心障礙福利服務專業人員遴用訓練及培訓辦法」進用非專業背景的工作人員從事第一線的服務工作，然後再透過薦派參與身心障礙福利服務專業人員的培訓課程取得教保人員資格，所以目前教養機構內有一部分教保人員是非專業背景的。不過一般來說，不論本身是否為相關專業科系畢業的機構工作人員同樣也具有個別差異，實務工作上都會面臨因個人的知識與經驗不足而影響其工作之執行與成效，特別是現在所服務的對象已逐漸老化，其所需求的照顧服務問題之多元與複雜，對於其相關的醫學病理知識、復健醫學知識以及相關評估工具與服務技巧等專業知能顯得較缺乏，機構雖思忖透過內部自身的能力以在職教育訓練的方式提升工作人員的專業知能，但往往受限於機構本身的

服務模式與人力調度的考量可參與在職教育訓練的人員有限等因素，是以教育訓練的預期效果不大，也因此突顯了機構在執行專業服務工作時有力不從心的感覺以及對相關老化照顧專業知能不足的問題。

除了教保人員的專業知能外，專業醫療人員的投入亦是教養機構目前面臨的服務困境之一。並非每家身心障礙教養機構都擁有屬於自己機構的醫療團隊，大部分都是與機構附近的醫療院所簽約以合作方式來提供醫療相關服務，所以目前機構內個案的復健治療是依循全民健保所規定的復健方式，由治療師到機構為個案進行復健治療或提供諮詢與協助。但因為受限於全民健康保險制度所規定的復健模式（為蓋一格健保卡，可享有六次復健治療，患者可以接受復健醫療直到痊癒為止；而醫院必須在做完一次復健療程時，要有一定的效果，否則不能向健保局申請給付），所以絕大多數醫院並不是以身心障礙者群體的利益為前提，而是以醫院管理的成本效益角度為考量並與教養機構合作，因此其所提供的復健治療通常就會被定位在「會康復」的疾病假設上，而不是常規性的訓練課程，在現行的健保制度下，醫院很容易因為無利可圖而停止復健醫療，致使機構無法提供永續性的復健治療（林金定等，2003）。然而相較於身心障礙者的復健成效緩慢以及需要長期或終生療程的特性，教養機構在醫療專業人力的配置上卻因受限於人事經費與復健器材不足的條件限制無法聘請專職的治療師，因此在既有的復健模式下，對於每一位身心障礙者的特殊醫療需求及其所能發揮的醫療資源效益顯得有些侷限。

（二） 財務面

目前身心障礙福利服務機構的財務來源主要來自於政府補助款、托育養護費、外界捐款與機構自籌等四大部分，其中對於政府的補助款收入甚為依賴（黃瓊滿，2007）。現圍於政府財政困難、資源減少的情況下，社會福利資源多朝向

法定社會福利事項集中，但隨著福利人口增加其平均分配社會福利資源的水準卻沒有符合人口成長速度，而身心障礙福利服務機構之經常性補助項目不多，大致包括人事服務費與交通費的補助，此外「內政部推展社會福利補助作業要點」(內政部，2009)對於社會福利機構建築及設施設備的補助經費申請亦有諸多限制。然而教養機構往往因為不是盈利性質且其主要財源仍須大量仰賴政府的經費補助，以致於在服務的多樣化與長遠規劃的功能上造成一定程度的限制，現階段對於機構增聘專業人員的薪資負擔也可能因此會受到影響，同時亦限制了機構在修繕老舊建築物或增購設施設備等資本性支出的計劃時程。

三、 家庭支持層面

(一) 參與度低

許多身心障礙福利服務機構的服務或活動是需要有家屬的參與或配合的，但無可奈何的是常遭遇到家屬參與意願低落或配合度不佳的困難。研究者發現，不論教養機構辦理那一類型的會議或活動，常常參與的家屬幾乎都是固定的臉孔，部分的家屬可能囿於工作或有其他待處理的事務、對機構服務的認知不足、亦或者是因為家庭經濟狀況不佳有欠費情形覺得與機構人員接觸會有壓力等等而缺乏參與的動機，這些因素都會影響家庭參與的程度與成效。

(二) 相關知能不足

多數的家屬並不瞭解個別化服務計畫的內容與親職活動的目的，僅認為是型式上的文書作業與年度的例行事務，對於法規賦予家屬的權利、義務並不關心，認為智能障礙者在機構中該得到什麼服務與待遇的決定權利是在機構與教保員身上，完全信任機構的安排。即使家屬有心積極參與各種會議或活動，但對於相關服務計畫一無所知，無法表達其意見、無力也不知該如何配合，因此在家庭參

與部分也就缺少其實質的內涵與意義。不過也有一部分家屬因為對障礙者本身的障礙類別與功能程度不瞭解，會對機構教保人員提出不適當的期待或想法，讓人覺得不尊重專業，需要多次與家屬溝通、解釋才能避免不必要的誤解。

(三) 觀念

許多身心障礙者家屬將個案安置到機構後，便會將照顧的責任推卸到機構身上，好像個案與家屬已經沒有什麼關係似的；也有一部分的家屬會認為所有的福利服務是免費性質，既然是財團法人、是慈善事業，那麼就應該要做愛心、且有足夠的財源去支應機構所有的開銷，對於使用者付費以及家屬應負的責任的概念是不足夠的，也因此容易養成福利依賴 (welfare dependency) (王順民，1999)。政府在規劃福利供給時除了有一套給付標準亦會將家庭的責任納入考量，正式資源不可能完全取代家庭功能，且基於福利不重複的原則，不會再額外支付安置在機構裡的身心障礙者與家庭其他費用，家長應自付責任。所以家屬在使用者付費這個觀念上還需要加強。

第六節 小結

本節根據研究目的，探討關於老年智能障礙者其家庭在照顧工作上的需求、身心障礙教養機構提供老年智能障礙者的服務現況與落差、以及當前身心障礙教養機構面臨的服務困境等問題，將所得之結果與相關文獻比較分析，並將研究結果作一綜合性之討論。

一、 老年智能障礙者家庭的照顧負荷是影響其安置教養機構的原因

中華民國殘障聯盟根據「95 年度身心障礙者生活需求調查報告」所撰寫的

「2008年身心障礙者處境報告」中指出，目前仍約有九成三的身心障礙者仍居住於社區中，也就是說還有許多家庭關於老年智能障礙者照顧轉銜的安排尚未發生，所以任何的變動都可能影響未來的照顧安排。在一些研究中指出，家庭的照顧能力會隨著障礙者的年齡增長而衰退（王國羽等，1994；呂朝賢等，1997），對照本研究的資料分析也呈現相似的結果，許多家庭在照顧身心障礙者的同時還要額外兼顧工作責任，因為工作衝突所以家庭收入並不穩定，在沒有充裕的經濟能力與儲蓄為基礎的條件下，當家庭生活週期進入空巢期階段時，家庭中主要照顧者（如父母）多半也已老邁且負擔家計的能力較弱，是屬於經濟依賴的角色，因此經濟負荷對老年智能障礙者家庭無疑是個沉重的負擔，亦是影響家庭選擇將老年智能障礙者安置於機構的主要原因之一。

而在其他家庭照顧負荷方面，本研究發現身心障礙者的障礙程度越重、生活自理能力越差、以及因老化與疾病的影響產生許多健康照護問題者，其家庭的照顧負荷越重，並且會影響家庭傾向於選擇家外安置計畫，由機構照顧替代家庭照顧功能，此發現亦與相關研究發現一致（李侃璞，1990；舒昌榮，1993；李淑霞等，1998；陳淑瑜，2003；利翠珊，2005）。而根據質性訪談結果也發現身心障礙者障礙程度愈重，年齡愈大時往往會產生許多行為問題，增加家庭照顧者的身體負荷、情緒負荷與社會功能負荷，當他們身體健康狀況也變差且又合併特殊疾病時就更需要極高的醫療利用與醫療負擔，因此可以想見家庭會隨著身心障礙者的年齡漸漸升高，其照顧責任與照顧負荷會呈正比增加，但整個家庭照護能力卻因而衰退，這個時候如果家庭缺少來自於社會支持網絡的協助處理照顧工作上所遭遇的困境，更可能促使家庭選擇家機構照顧的決定。

本研究發現老年智能障礙者家庭為維持家庭功能平衡，對於機構照顧與相關福利服務的運用主要以解決照顧工作上所面臨的壓力與困境。家庭因為照顧工作影響生活層面之廣，而隨著智能障礙者年齡遞增、身體健康狀況不佳，因照顧工

作產生的經濟負擔使得整個家庭整體照顧負荷也日益增加，也因此老年智能障礙者家庭對於照顧負荷的需求則以經濟安全、醫療與健康照顧、社會支持與未來安置等層面的需要為主，這與相關研究結果也呈現一致（周月清等，2003；吳麗英，2007；蘇愛娟，2007；翁毓秀，2009）。

二、身心障礙教養機構提供老年智能障礙者的服務現況與服務落差

相關文獻與研究報告指出目前身心障礙教養機構可能面臨兩種不同的院生老化情形，一種是原本住在家庭中的智能障礙者，因為年齡漸長家庭照護功能衰退而被送至教養機構，亦即入院時即已是老年智能障礙者，另一種是自年輕時就住在教養機構中，隨著住宿時間長而在機構內慢慢老化的智能障礙者。雖然這兩種老年智能障礙者在照顧服務需求不同，但同樣的是為教養機構的服務模式帶來衝擊，對照本研究結果亦有一致的發現（王國羽，1995；李幸娟，2006；陳美花，2006）。過去，教養機構依據核准設立時的服務宗旨以及政府統一規定的活動設計與制式課程施予教育訓練，但對於老年智能障礙者的照顧需求較不適當且欠缺彈性。近年來教養機構有發現機構內老年智能障礙者因生活自理功能退化以及健康狀況變化的影響，以「教育」、「訓練」為主軸的個別化服務不再適合他們，因此考量其老化的情形以及心理與社會層面的需求，在同樣強調個別差異的服務計畫下多以健康照顧與疾病的管理、休閒娛樂活動的設計與參與為主要服務規劃與更新的重點。

老年智能障礙者因本身的身心發展特質與生理健康狀況的差異而有獨特的服務需求，主要集中在生活照顧、醫療復健與休閒參與的服務領域，不過以目前教養機構對老年智能障礙者照顧服務的供給現況來看，仍顯見照顧服務供需之間的落差，呈現在不同角色身份上。在質性訪談過程中可以發現教養機構為了使老年智能障礙者能與一般成年智能障礙者的服務有所區隔，但受到自身人力的限制

而無法落實個別化的服務，並且也因為老年智能障礙者特殊的照顧需求與教養機構的服務內涵不相符，超出機構的服務範圍；在醫療服務方面，內容主要以疾病和復健治療為主，但因為現行健保制度的規範無法完全滿足他們的需求，其高度的醫療利用率以及醫療資源的需求度，使教養機構與其家庭無法負荷龐大的醫藥費用；在休閒活動參與方面，因為老年智能障礙者個人的內在障礙因素，使得他們所能參與的休閒活動之種類選擇性較少，而外在環境設施資源、社區態度、經費來源以及家庭的態度等，更是影響其休閒參與的意願與動機，因此藉由休閒參與達到提升生活品質的預期目標就不容易達成。影響教養機構服務供需落差的原因與相關研究之發現比較也有相當程度之契合（林金定等，2002；邱瑜瑾等，2003；黃育晟，2003；劉素珍，2006）。

三、 目前身心障礙教養機構在老年智能障礙者照顧服務工作上所面臨的服務困境

本研究從機構實務工作的層面去探討構成老年智能障礙者照顧服務供需落差的原因發現，目前國內並沒有一套針對老年智能障礙者設計的照顧計畫。檢視相關文獻發現，台灣雖然逐步邁向福利化國家，並努力研究及推動長期照顧相關政策，但是由於資源的有限與多元服務的需求，對於身心障礙人口整體服務制度之規劃與配套，未能完整的規劃與連結，使得身心障礙教養機構在提供老年智能障礙者就養與就醫需求服務的工作上面臨困境（陳麗如，2001；廖俊松，2003；嚴嘉楓等，2003；邱汝娜等，2004）。

從法令政策面看，目前照顧服務體系還是依據特殊教育法、身心障礙者保護法、老人福利法、全民健康保險法以及其相關規定提供身心障礙者各項服務，但在就養需求上卻因為相關法令在制定時沒有做充分的交流、建立分工責任與合作體制，以致缺乏老年智能障礙者轉銜服務計畫之具體內容的明確指示以及權責機

構不明，在未制定相關的規範條例下，老年智能障礙者就像邊緣人一樣未能獲得完善的轉銜服務（中華民國殘障聯盟，2008）。在就醫需求部分，即使許多相關辦法紛紛制定，但仍因現行健保制度的規範，使得身心障礙者在醫療利用受到相當多的限制（林金定等，2003；李志偉等，2005）。而在評鑑制度方面，則由於現行的評鑑方式委員們未能於短時間內觀察到機構的真實照顧情形，評鑑指標也未考量各機構的異質性且趨於一致，教養機構可能礙於受評成績而影響整體的服務本質或阻礙多元化服務的發展（邱瑜瑾等，2003；黃育晟，2003）。

從機構實務工作面看，評鑑制度規範了教養機構應該提供身心障礙者的服務內容，但老年智能障礙者的生心理狀況的變化造成對教養機構的環境設備與專業人力的需求增加，為了提供適當的環境設備與充實照護專業知能與人力勢必增加機構的營運成本，對於主要財源來自於政府補助款的教養機構，財務負荷容易造成機構面臨照顧工作的困境。此研究發現與相關研究的發現一致（施麗紅，2003；陳美花，2006；林欣毅，2008）。

再者，從家庭支持層面看，本研究結果與劉素珍（2006）、李幸娟（2006）、林欣毅（2008）等研究結果相符，老年智能障礙者接受替代式的照顧服務是不能完全取代家庭責任與功能的，機構的服務決定與活動仍需要有家屬的參與和配合，但老年智能障礙者家庭往往因為低社經背景、缺乏相關專業知能影響家庭對機構服務的參與度，另外對福利服務免費供給觀念的誤解，同樣會阻礙機構服務工作的進行，因此家庭支持度薄弱亦是造成機構照顧服務困境的因素之一。

第五章 結論與建議

本研究在以身心障礙福利服務機構實務工作者的角度探討老年智能障礙者的養護問題，應用質性研究方法，透過參與觀察法與深入訪談法彙整分析，綜合歸納前面各章節的探討、整合與分析結果，整理成綜合性的結論並且提出研究建議，供作身心障礙福利服務機構未來規劃老年智能障礙者服務之參考。

第一節 研究結果

本節依據研究問題與研究分析結果，分為三大部分做結論，依序為老年智能障礙者家庭在照顧過程中所面臨的壓力、困境與需求；身心障礙教養機構對老年智能障礙者的服務現況與服務落差；目前身心障礙教養機構照顧老年智能障礙者的服務困境。列述如下：

一、 老年智能障礙者家庭在照顧過程中所面臨的壓力、困境與需求

智能障礙者因為其身心發展的限制與認知功能的缺陷，必須大量仰賴家庭的照顧與支持，而多數的家庭因長期的照顧工作累積了生、心理及社會層面的負荷與經濟壓力，但隨著智能障礙者的年齡增長，其生理機能與健康狀況與一般老年人一樣起了變化，甚至老化情形提早 10~15 年發生，加諸而來的生活照顧與健康醫療照護更加重了家庭的照顧負荷。研究中發現老年智能障礙者家庭在家庭資源逐漸減弱、主要照顧者又老邁的情況下，面臨的壓力與困境有身體負荷、情緒負荷、社會功能負荷以及經濟負荷等四大類型，而經濟負荷是主要影響家庭尋求老年智能障礙者照顧轉銜的因素。在尋求正式資源的協助部分，多數家庭則以經濟安全、醫療照顧與社會支持三個層面為主要訴求。

二、身心障礙教養機構對老年智能障礙者的服務現況與服務落差

本節探討老年智能障礙者的照顧需求以及身心障礙教養機構服務供給的現況，老年智能障礙者生涯發展階段的福利需求以生活照顧、醫療復健及休閒娛樂為主，又目前國內身心障礙教養機構針對重度智能障礙者及其家庭所提供的個別化服務以生活照顧與訓練服務為主，對於老年智能障礙者的照顧服務多著重於疾病與健康管理部分。從研究分析結果發現，教養機構受到現行政策法令的規範影響服務提供的層面最大，再者，有關機構專業人力的限制、外在環境設備資源不足、家庭支持度不夠以及障礙者個人的內在限制等因素，也會使得老年智能障礙者在醫療與健康照顧以及參與休閒娛樂活動的需求無法獲得滿足，致使其個別化的服務無法落實。

三、目前身心障礙教養機構照顧老年智能障礙者的服務困境

經由前一章對教養機構提供老年智能障礙者照顧需求的服務落差原因分析，總結發現其所面臨的服務困境，依服務供需的角度分為三個層面，分別為法令政策面、機構實務工作面與家庭支持度等層面。源自於法令政策面的服務困境，乃是因法令制度規範尚未健全，社政與衛政之主管權責不明，使得照顧服務措施無法普及、服務資源未達到區域均衡發展，且造成福利服務輸送系統分歧、銜接困難；機構實務工作面則是因為缺乏醫療專業知能與人力的投入以及財務資源不穩定，使得在提供老年智能障礙者照顧服務上發生落差情形；而家庭支持度層面則是由於低參與度、缺乏相關知能以及對福利給付的觀念偏誤等因素，對機構的服務支持度薄弱影響照顧服務工作的進行。

第二節 研究建議

根據以上的結論，提出下列幾項建議，以供身心障礙福利服務機構未來規劃老年智能障礙者照顧服務工作之參考。分述如下：

一、 對政府與政策的建議

- (一) 整合社福、醫療、教育等相關行政體系與資源的橫向連結，健全法令及規範，建構完善的長期照顧服務制度、服務資源與資訊管理的整合系統，提供連續、全人、全方位的服務，避免造成資源的重複浪費。
- (二) 目前許多身心障礙教養機構其照顧方式與環境設備並不適合生理機能嚴重退化的身心障礙者，而且其家庭也無法提供妥善的生活照顧，政府應關注雙老家庭的需求，針對身心障礙者老化現象進行基礎的研究與福利人口需求調查，提高資料庫的精確程度，並且重新規劃其未來的長期照顧機制、訂立機構在提供老年智能障礙者照顧服務的標準與目標，以及鼓勵增設特殊需求照顧機構發展新型服務，以切合老年身心障礙人口的獨特需求，縮短服務供需的落差。
- (三) 內政部機構評鑑指標中有規定機構需定期辦理親職活動以及視家庭需要提供相關家庭支援與諮詢的服務，但研究結果發現許多身心障礙者家屬參與相關親職活動與服務擬定會議的配合度極低，建議主管機關除賦予家屬權利外亦應從法令面制定其應盡的責任。
- (四) 出版中高齡身心障礙者照顧服務的相關著作、教材、評量工具與指導手冊，或者是增加培訓管道、辦理具系統性的相關研習課程，供各界參考並協助教養機構的第一線服務人員提昇其照顧老年身心障礙者的專業知能。同時應訂定符合機構發展特性的評鑑指標與制度，統一評鑑指標之定義以健全長期照顧機構的服務效能，並用以做為機構經營管理的參考

依據。

二、 對機構實務工作者的建議

- (一) 確立人力資源的規劃與管理，強化機構工作人員的教育訓練、認知與能力，以因應未來即將面臨的更多身心障礙者老化的照護問題。
- (二) 健全財源的籌措、財務規劃與預算，加強資產管理與成本控制，培養開源節流的機構文化，以確保機構永續經營。並且可與同業機構建立策略聯盟機制，分享彼此專業人力與醫療資源、聯合辦理在職進修訓練課程、建構後送轉介資源解決照顧問題，共創雙贏局面。
- (三) 建構主動介入的社會支持服務，結合社會資源主動關懷家庭需求，並且研擬其他機制以激發家屬配合參與機構活動與會議的誘因。

三、 對家庭的建議

- (一) 為協助教養機構工作人員儘速了解身心障礙者的生活習性、身體健康狀況以及對機構的服務期待，家屬與機構間的連繫與合作應要更緊密，才能有效幫助身心障礙者提升其在機構的生活照顧品質。
- (二) 雖然主要照顧者的角色轉移到機構工作人員身上，但仍須常到機構探視身心障礙者，定期的探視能帶給障礙者較多的安全感，減少被遺棄的感受，亦能增進其在機構的生活適應與同儕互動關係。

四、 對未來研究的建議

未來身心障礙福利服務機構將會面臨更多身心障礙人口老化所帶來的特殊照顧需求與問題，由於本研究僅以某教養機構為例探討其老年智能障礙者的養護問題，無法做廣泛的推論，因而無法將本研究成果類推到其他身心障礙福利

服務機構，故在未來的研究設計上可考慮擴大研究對象的類別以及採質與量同時進行的研究方法，不但可以獲得深度訪談的資料，亦可彌補質性研究方法不足之處，同時亦能建構老年身心障礙者照護管理機制的相關因素與模式。

第三節 研究限制

一、 研究方法的限制

質性研究在研究過程中，重視被研究對象個別經驗的特殊性，本研究雖然以深度訪談方式去瞭解並剖析老年智能障礙者家庭的照顧負荷與需求以及目前教養機構的服務困境，但可能因為受訪者當時的身心狀況、對此議題的熟悉度，以致所收集的資料不完整；另外也可能因為研究者本身能力問題，在訪談過程遺漏豐富的訊息而使得探討的層面有限。每個研究對象都有其特殊性，無法廣泛地探討家庭照顧負荷之感受與其需求情形，所以研究的結果無法被複製或是進一步推論到類似情境的對象，因此本研究結果並不強調概推性。

二、 研究對象的限制

本研究訪談家屬與機構工作人員的選取除了考量提供資料的豐富性外，尚須徵得家屬與受訪者的同意，因此訪談對象深受其個人受訪意願的影響，而不同受訪者的社經背景、家庭型態、照顧歷程對於家庭照顧負荷亦有不同影響，在工作人員的訪談部分亦有類似的差異，不同的學經歷背景、服務對象、工作態度與認知、工作性質與服務年資等，對於其工作適應與服務困境的感受亦有不同影響。因此受限於受訪者的數量不多，無法廣泛代表所有身心障礙者家庭與身心障礙福利服務機構工作人員的普遍情形，因此本研究並未處理受訪者的個別差異。此

外，由於研究者為機構現職人員，受訪家屬或機構工作人員極易因訪談者的身份而表達較為趨正向或保守，且未能含括所有受訪者的意見，不足以代表所有人的看法。

三、 研究資料限制

由於國內有關老年智能障礙者照護問題的研究有限，大多以智能障礙者的醫療利用、教育轉銜議題、社區照顧服務或者是失智老人照顧服務為主，且少有針對此一主題作有系統的研究報告，是以研究者在搜集相關文獻上具有一定的難度，因此僅能引用相關研究上的文獻資料。

參考文獻：

【中文部分】

Free, C. (2006), 妹妹的守護者,《讀者文摘》,九月號:64-69。

內政部(2002)。身心障礙者生涯轉銜服務整合實施方案。台內社字第 0910061218 號函頒。

內政部(2003)。九十二年身心障礙者生活需求調查報告。

內政部(2005)。身心障礙者接受社會福利服務轉銜實施要點。台內社字第 0940066852 號函頒。

內政部(2006a)。九十五年身心障礙者生活需求調查報告。

內政部(2006b)。身心障礙福利服務機構辦理身心障礙者托育養護收費原則。內授中社字第 0950716170 號函頒。

內政部(2007a)。九十六年身心障礙者生活需求調查報告。

內政部(2007b)。身心障礙者權益保障法。台北：內政部印行。

內政部(2008a)。內政部身心障礙福利評鑑及獎勵辦法。內授中社字第 0970715363 號令修正發布並施行(原名稱：身心障礙福利機構評鑑辦法)。

內政部(2008b)。身心障礙者健康檢查及保健服務準則。行政院衛生署署授國字第 09606006732 號令、內政部台內社字第 0970009883 號令。

內政部(2008c)。身心障礙福利機構設施及人員配置標準。內授中社字第 0970715365 號令修正發布並施行(原名稱：身心障礙福利服務機構設施及人員配置標準)。

內政部(2009)。內政部推展社會福利服務補助作業要點。台內社字第 0980228161 號令修正發布並施行。

中華民國殘障聯盟(2008)。2008 身心障礙者處境報告。

毛亞玲 (2003)。高職特教班學生休閒活動參與休閒教育需求之探討。國立彰化師範大學商業教育學系在職進修專班碩士論文。

王天苗 (1993)。心智發展障礙兒童家庭需要之研究。《特殊教育研究學刊》，9：73-90。

王仕圖、吳慧敏 (2005)。深度訪談與案例演練。載於齊力、林本炫 (編)。質性研究方法與資料分析，P97-116。嘉義：南華。

王育瑜 (2004)。障礙者與社區照顧：議題與觀點。《社區發展季刊》，106：230-236。

王亞妮 (1999)。居家護理主要照顧者之負荷。國立台灣大學護理學研究所碩士論文。

王金永等譯 (2000)。質化研究與社會工作。台北市：洪葉文化。

王家榮 (2005)。身心障礙者家庭所需社會資源之研究。《網路社會學通訊期刊》第 46 期。嘉義大學家庭教育研究所。

王國羽、呂朝賢 (1994)。智障國民老化與安置。人口變遷、國民健康與社會安全國際學術研討會。台北中央研究院。

王國羽 (1995)。殘障福利機構的供給面分析：由服務面與財源論政府在私有部門的規範與支持性角色。臺灣的社會福利：民間觀點。台北市：五南出版。

王國羽 (譯) (2000)。老年與智能障礙者延長壽命與促進健康摘要報告。國際智能障礙科學研究學會&國際促進智障者融入社會協會。

王國羽 (2003a)。中老年身心障礙者安置轉銜機制規劃之研究：以心智障礙者為例。內政部委託研究。

王國羽 (2003b)。居住在機構之成年智能障礙者健康與疾病型態分析：性別與年齡之考量。《台大社會工作學刊》，8：91-128。

王國羽 (2003c)。智障者老化與健康維護—性別與年齡之考量。《台大社工學刊》，8：91-128。

王國羽、林筱真、陳敬忠、林梅雅 (2007)。台南教養院住民老化：問題、研究、服務改善與未來政策。《社區發展季刊》，117：163-185。

王順民 (1999)。社會福利服務：困境、轉折與展望。台北市：亞太圖書。

田秀蘭 (2000)。紮根理論在諮商心理學研究中的應用。《輔導季刊》，36 (4)：35-40。

江東亮 (1999)。醫療保健政策—臺灣經驗。台北：巨流。

何東墀 (1987)。國民中學益智班教師工作滿意工作壓力與工作倦怠之調查研究。《特殊教育學報》，4：1-67。

何華國 (1988)。特殊兒童心理與教育。台北：五南。

吳芝儀、廖梅花譯 (2001)。質性研究入門：紮根理論研究方法。嘉義：濤石。
原著：Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research* (2nd ed.). Sage.

吳政裕 (2000)。鄉村社區成年智障者之照顧—以嘉義縣新港鄉為例。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

吳淑瓊、林惠生 (1999)。台灣功能障礙老人家庭照護者的全國概況剖析。《中華衛誌》，18 (1)：44-53。

吳聖良、林豐雄、張瑛召、姚克明 (1992)。台灣省社區殘障老人主要照顧者之壓力與需求之調查研究。《公共衛生》，19 (2)：166-177。

吳爾敏 (2002)。公立教養機構成人身心障礙者生涯轉銜服務之研究。中國文化大學政治學研究所碩士論文。

吳慧英 (1999)。探討父母對身心障礙子女發展和轉銜的影響力。《特殊教育園丁》，14 (4)：34-38。

吳慧婷 (1994)。台北市殘障居家生活補助對成年智障者家庭影響之研究。東吳大學社會工作研究所碩士論文。

吳麗英 (2007)。成年智能障礙者家庭生活品質現況之研究。國立嘉義大學家庭

教育研究所碩士論文。

利翠珊 (2005)。身心障礙兒童家庭中夫妻的壓力、付出與恩情。《中華心理衛生學刊》，18 (2)：P25-54。呂朝賢、鄭清霞 (1997)。由政府殘障福利擴張探討無自願能力殘障者之安置問題。中華民國人口學會，p397-425。

呂寶靜 (2001)。老人照顧：老人家庭正式服務。台北：五南。

宋麗玉 (1999)。精神病患照顧者之探究：照顧負荷程度與相關因素。《中華心理衛生學刊》，12 (1)：1-30。

宋麗玉 (2002a)。精神病患照顧者負荷量表之發展與實證—以實務應用為取向。《社會政策與社會工作學刊》，16 (1)：61-101。

宋麗玉 (2002b)。社會工作理論：處遇模式與案例分析。台北：洪葉。

李侃璞 (1990)。成年智障者年老父母之需求探討。東海大學社會工作研究所碩士論文。

李芄娟 (1992)。啟智教師與家長對智能障礙學童教育態度之研究。《特殊教育與復健學報》，2：97-131。

李美華、孔祥明、林嘉娟、王婷玉譯 (1998)。社會科學研究方法 (下)。台北市：時英。

李淑霞 (1994)。照護失能老人對家庭照護者的負面影響。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。

李淑霞、吳淑瓊 (1998)。家庭照護者負荷與憂鬱之影響因素。《護理研究》，6(1)：57-68。

李肇富、陳明聰 (2000)。家長參與發展子女個別化教育計畫現況及其問題之研究—以嘉義啟智學校為例。載於 89 年度輔導區特殊教育學術研討會論文集。國立嘉義大學特殊教育系所中心。

李婉萍 (2002)。成年智障者生活經驗—以某教養院機構教養與社區家庭服務為例。東吳大學社會工作學系碩士論文。

李志偉 (2002)。智能障礙者醫療照顧需求評估—以台閩地區智能障礙者的醫療利用情形為例。國防大學國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。

李志偉、嚴嘉楓、羅慶徽、李宗楠、林金定 (2005)。台灣地區智能障礙者的醫療利用特性與影響因素：以 2001 年門診利用分析。《身心障礙研究》，13 (1)：5-16。

李幸娟 (2006)。圍牆外的藍天—心智障礙機構的照顧與生活。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

李政賢 (譯) (2007)。Marshall, C. & Rossman, G. B. 著。質性研究設計與計劃撰寫。台北。五南。

阮慧沁 (1997)。失智症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。高雄醫學院護理學系執行。

周月清、李文玲、林碧惠 (譯) (1994)。Boss, Pauline (1988) .Family stress management。家庭壓力管理。台北：桂冠圖書公司。

周月清、鄒平儀 (2003)。成年心智障礙者及其主要照顧者使用臨托服務調查研究。

周月清 (2006)。現行居住政策檢視—以推動智能障礙者社區居住與生活為例。國科會專題研究成果報告。計畫編號：NCS-91-2412-H-031-008。

周月清 (2007)。老年婦女照顧負擔與社會支持之研究—以智障者和精神障礙者老年女性照顧者為例。內政部委託研究報告。計畫編號：095000000AU631001。

林千惠 (2003)。身心障礙福利機構評鑑研究。國立彰化師範大學。

林宏熾 (1996)。身心障礙者全方位的社會福利無接縫式的生涯轉銜與規劃。《社會福利》，127：14-19。

林宏熾 (2000a)。身心障礙者生涯規劃與轉銜教育。台北市：五南圖書。

林宏熾 (2000b)。身心障礙青年社區生活品質狀況之分析。《特殊教育研究學刊》，20：1-21。

林宏熾 (2002)。轉銜計畫在身心障礙福利服務的運用與發展。《社區發展季刊》，97：60-79。

林宏熾 (2006)。身心障礙學生成年轉銜服務相關理論與實務之探討。《特教園丁》，22 (2)：1-19。

林秀純、徐亞瑛 (1998)。失能老人家庭照顧者之照顧回饋與負荷及相關因素探討。《長庚護理》，9 (2)：1-10。

林幸台 (1997)。生計輔導的理論與實施。台北：五南。

林季芬 (1992)。啟智教養機構對家長機構安置之調查研究。國立彰化師範大學特殊教育研究所碩士論文。

林欣毅 (2008)。我國身心障礙教養機構面臨困境之初探研究。台北醫學大學醫務管理學系碩士論文。

林欣緯 (2001)。失智老人家庭福利服務使用情形影響照顧負荷之探討。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

林金定、吳佳玲、李志偉、嚴嘉楓、張茂榕、賴朝英 (2001)。《台灣地區智能障礙者醫療照護政策發展》，行政院衛生署委託計畫。

林金定、卓妙如、嚴嘉楓、林雅雯、李志偉、吳佳玲 (2002b)。智能障礙托育養護機構健康管理之研究。行政院衛生署九十一年度科技研究發展計畫。(DOH91-TD-1054)。

林金定、吳佳玲、嚴嘉楓、李志偉、李宗派 (2003)。新世紀台灣啟智專業展望—以醫療衛生為例。《身心障礙研究》，1 (1)：1-19。

林金定、李志偉、嚴嘉楓、吳佳玲 (2003)。智能障礙者醫療需求評估與就醫障礙之分析。《台灣衛誌》，22 (2)：108-117。

林金定、蔡豔清、嚴嘉楓、吳佳玲、羅元婷、張書菱 (2004)。健康促進：身心障礙福利機構健康管理新策略。《身心障礙研究》，2 (1)：1-13。

林金定、嚴嘉楓、李志偉、吳佳玲、陳美花 (2003)。以醫療社福專家觀點初探智能障礙者理想醫療照護模式。《身心障礙研究》，1 (2)：32-42。

林金定、嚴嘉楓、陳美花 (2005)。質性研究方法：訪談模式與實施步驟。《身心障礙研究》。2 (3)：122-136。

林昭吟、林季平 (2004) 身心障礙者提前老化現象與健康照護需求之研究。內政部委託研究報告。計畫編號：093000000AU631001。

林昭吟 (2008)。身心障礙者老化現象之概念探討與初探性實證研究。《東吳社會工作學報》，19：37-80。

林偉妃 (2007)。雙重老化問題嚴重-慙兒老得早 8 萬智障家庭苦。中國時報。

林純真 (2001)。安置於社區家園之成年智障者友伴關係之研究。國立台灣師範大學特殊教育研究所碩士論文。

林純真 (1999)，智能障礙者的老化及相關課題。《特殊教育季刊》，70：7-14。

林媞彩 (1994)。台北市智障青少年母親壓力、身心症狀與資源之探討。台灣大學護理研究所碩士論文。

林敬程 (2000)。失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。

邱汝娜、陳素春、黃雅鈴 (2004)。照顧服務社區化—當前老人及身心障礙者照顧服務之推動與整合規劃。《社區發展季刊》，106：5-18。

邱克豪 (2004)。成年智能障礙者社區家園環境建構之研究。淡江大學建築學系研究所碩士論文 (未出版)。

邱惠慈 (1993)。社區失能老人非正式照顧者的特性與負荷。國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。

邱瑜瑾、許素彬、林純瑜、謝文元、葉祖欽 (2003)。身心障礙者就養服務評估。內政部委託研究報告。計畫編號：092-000000AU631007。

邵慧綺 (2002)。成年智障者生活安置之初探。《特殊教育季刊》，85：18-23。

姚美華、胡幼慧 (2008)。一些質性方法上的思考。於胡幼慧主編，質性研究。(二

版)。台北市：巨流。

施麗紅 (2003)。台灣地區老人安養與養護機構照顧失智老人之現況調查研究。東海大學社會工作學系碩士論文。

柯文娟 (2003)。合夥組織模式探討：以台北市心智障礙者老年安養護為例。民主治理與台灣行政改革學術研討會。

洪榮照 (1995)。特殊學校、教養機構休閒教育及障礙學生休閒活動之探討。《台中師院學報》，第 9 期：28-55。

胡文婷 (1994)。淺談智能障礙兒童的休閒生活。《社教資料雜誌》，193：16-19。

胡幼慧 (1999)。質性研究—理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。

胡雅各 (1992)。談智能不足者休閒活動之輔導。《特教園丁》，8 (2)：8-11。

胡雅各、林千惠、徐享良 (2002)。啟智教養機構內重度障礙院生問題行為及其相關因素之調查研究。《台灣人文生態研究》，4 (1)：19-52。

徐畢卿 (2002)。智能障礙的婦女家庭照顧者—以自閉兒母親為例。《護理雜誌》，49 (2)：22-28。

秦燕、游育蕙、黃笑鏗 (1999)。台中市老人主要照顧者的壓力與需求。《中華醫務社會工作學刊》，7：75-103。

翁毓秀 (2009)。身心障礙者生活滿意度與其影響因素之研究。《靜宜人文社會學報》，3 (2)：31-70。

高淑清 (2008)。質性研究的 18 堂課—揚帆再訪之旅。台北：麗文。

張珣 (1993)。智障青少年家人照顧的困境與需求。台北：台大婦女研究室。

張芬芬 (譯) (2006)。M. B. Miles & A. M. Huberman 著。質性研究資料分析。台北：雙葉。

張庭瑋 (2008)。「甜蜜的負荷」？家庭對於中高齡智障家人的照顧轉銜。國立台灣大學社會科學院社會工作研究所碩士論文。

- 張淑娟 (1995)。成年智障社會生活技能訓練。《特教園丁》，10 (4)：15-16。
- 張照明(1999)。高職身心障礙學生休閒生活之研究。《特殊教育學報》13:239-279。
- 張蓓莉、孫淑柔 (1995)。特殊需求兒童親職手冊。台北：台灣師大特教中心。
- 教育部 (2002)。各教育階段身心障礙學生轉銜服務實施要點。
- 曹愛蘭 (1995)。福利消費者運動之興起與社會福利發展。臺灣的社會福利：民間觀點。台北市：五南出版。
- 畢恆達 (2008)。詮釋學與質性研究。於胡幼慧主編，質性研究。(二版)。台北市：巨流。
- 莊永智 (1984)。啟智教養機構工作人員工作疲乏之研究。東海大學社會學研究所碩士論文。
- 莊秀美 (2004)。長期照護的新趨勢-日本的小團體單位照護。《社區發展季刊》，106：345-357。
- 莫藜藜 (2002)。醫療福利。台北：亞太。
- 許家璇 (2003)。高職階段智能障礙學生休閒娛樂轉銜服務之研究。國立彰化師範大學特殊教育學碩士論文。
- 許媛婷 (2007)。非營利組織推展智能障礙者休閒方案之個案研究—以育成社會福利基金會智障者青年友誼社會為例。國立臺灣師範大學運動與休閒管理研究所碩士論文。
- 許義雄、陳皆榮 (1993)。青少年休閒活動現況及其阻礙因素之研究。台北：行政院青年輔導委員會。
- 陳明珍 (2001)。養護機構老人之生活適應過程研究。國立暨南大學社會政策與社會工作學系研究所碩士論文。
- 陳明傑 (2004)。醫院志願服務督導管理之研究—以馬偕紀念醫院贊助會為例。南華大學非營利事管理研究所碩士論文。

陳玫玲(2004)。身心障礙者的社區照顧—社區支持性就業服務之困境與建議。《社區發展季刊》，106期：245-261。

郭芳嫻(1999)。智能障礙兒童家庭社會支持及其調適—以台北市立陽明教養院院生及申請入院者為例。中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。

陳亭仔(2001)。重度智能障礙成人階段生涯轉銜服務之研究—以台北市立陽明教養為例。彰化師範大學特殊教育研究所碩士論文。

陳奕齡(2001)，初探智障者老化之相關健康與照顧議題。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

陳思妤(2003)。高職智障學生家長對其子女未來生活需求之研究。國立彰化師範大學特殊教育學系碩士論文。

陳思妤(2007)。智障者中學後生活需求之初探。《特殊教育季刊》，102:15-19。

陳昱名(2004)。社會福利資源與需求的落差：以老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷、需求與困難為例。台北醫學大學醫學研究所碩士論文。

陳秋麗(2005)。標籤理論與成人心智障礙者之照顧歷程—母親的觀點。國立中山大學中山學術研究所碩士論文。

陳美花(2006)。身心障礙福利機構管理者對智障老人照顧需求認知之研究。私立實踐大學家庭研究與兒童發展研究所碩士論文。

郭耿丞(2008)。家庭支持對於智能障礙者參與休閒活動之影響。亞洲大學休閒與遊憩管理學系碩士論文。

陳訓祥(2000)。智障者父母學習需求及其相關因素之研究。國立彰化師範大學特殊教育所博士論文。

陳啟森(2003)。青少年階段智能障礙者休閒活動阻礙因素之探討。《勤耕兩讀》，第5期。高雄：高雄啟智學校。

陳啟森、林曼蕙(2006)。青少年階段智能障礙者休閒活動阻礙因素之探討。《國立臺灣體育學報》，8：123-136。

陳淑瑜(2003)。父母或主要照顧者參與智能障礙子女未來照護規劃之調查研究。《特殊教育研究學刊》。25：85-106。

陳惠姿(2009)。長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估。行政院經濟建設委員會委託研究報告。計畫編號：(98)026.809。

陳開農(2001)。監護與信託制度對身心障礙者安養保障之研究。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

陳新霖(1994)。智障兒童機構住宿安置與日間托育、父母決定因素與安置經驗、及其未來安置計畫之研究—以台北市陽明教養院為例。中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。

陶蕃瀛(2002)。身心障礙福利機構教保工作人員需求調查。台中健康管理學院。未出版，台中市。

陳麗如(2000)。高中職特殊教育學校(班)學生離校轉銜服務之研究。國立彰化師範大學特殊教育研究所博士論文。

陳麗如(2001)。我國轉銜服務相關條文之整述與評析。《特殊教育季刊》，81：19-27。

陳麗如(2004)。特殊教育論題與趨勢。台北：心理。

陳寶珠(2006)。成年智障者常見的兩性交往狀況及如何協助。《推波引水》，48:1-5。

曾睡蓮(2006)。家長參與個別化教育計畫之現況及其問題之探討—以高雄市立成功啟智學校為例。國立高雄師範大學特殊教育學系碩士論文。

湯麗玉(1992)。癡呆症老人照顧者及其相關因素之探討。《護理雜誌》，39期：89-98。

程少筱(2005)。二間失智老人日間照顧中心服務方式之觀察與分析。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

舒昌榮(1993)。智障者家長選擇教養機構型態影響因素之研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

- 鈕文英 (1998)。 「身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法」之制定研究。台北：教育部。
- 鈕文英 (2008)。身心障礙教育觀念與作法之轉變。《中華民國特殊教育學會年刊》，p247-270。
- 黃秀美 (2003)。智能障礙者之家長生命意義之研究。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 黃育晟 (2003)。身心障礙福利機構管理服務之探討。元智大學管理研究所碩士論文。
- 黃源協 (2004)。從「全控機構」到「最佳價值」-英國社區照顧發展的脈絡與省思。《社區發展季刊》，106：308-330。
- 黃瑞琴 (1994)。質的教育研究方法。台北：心理。
- 黃瓊滿 (2007)。新管理主義下非營利組織的變遷：個案研究。靜宜大學青少年兒童福利學系碩士論文。
- 黃璽璇 (2004)。高職階段特殊教育學校(班)智能障礙學生生活轉銜之研究。國立彰化師範大學特殊教育研究所碩士論文(未出版)。
- 楊雅琪 (2005)。團體式親職教育課程對家長教導智能障礙孩子觀念及技巧之成效。國立高雄師範大學特殊教育系碩士論文。未出版。
- 楊雅琪 (2006)。家長參與身心障礙學生個別化教育計畫相關問題之探討。《特教論壇》，1：67-76。
- 楊蔭芝 (2005)。成年智障者家庭壓力因應之研究。高雄師範大學碩士論文。
- 楊擘玟 (2004)。成年智障者轉銜服務議題之現況分析—以花東地區為例。臺東大學教育研究所碩士論文。
- 萬育維、羅惠玲 (1997)。從福利社區化的意涵評析—「臺北市私立托兒所收托發展遲緩兒童計畫」。《社區發展季刊》，77：57-69。
- 葉琇姍、陳汝君 (譯) (2004)。Michael Oliver & Bob Sapey 著。失能、障礙、

殘障：身心障礙者社會工作的省思。台北：心理。

廖俊松（2003）。身心障礙者保護法之執行檢討與修訂建議。《社區發展季刊》，101：429-444。

劉曉娟（2003）。中部地區國中啟智班家長參與個別化教育計畫會議之研究。國立彰化師範大學特殊教育學系碩士論文。

劉佳琪（2006）。誰許我們一個未來？智障者與智障者家長老化的雙重課題。《推波引水—中華民國智障者家長總會會訊》，49：1-4。

劉佳琪（2008）。智障者服務的老問題與新挑戰-智障者家庭雙重老化議題與其家庭服務模式。兩案四地智障人士服務研討會，台北。

劉佳琪（2009）。台灣身心障礙者老化與因應對策：以智障者為例。新興福利國家與高齡化社會：學習與創新研討會，新竹：玄奘大學。

劉春年、胡月娟、李孟智（1998）。住院中風病人主要照顧者負荷及其相關因素之探討。《公共衛生》，25（3）：197-209。

劉素珍（2006）。學齡前中重度以上智能障礙者福利供需之研究。暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

潘淑滿（2004）。質性研究—理論與應用。台北：心理。

蔡淑美（2003）。智障兒母親之照顧者緊張、社會支持與憂鬱的相關性。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。

蔡豔清（2004）。台北市某教養院智能障礙者健康特質、醫療利用與影響因素之縱貫性研究。國防大學國防醫學院公共衛生研究所碩士論文。

蔡豔清、嚴嘉楓、林金定（2004）。精神疾病與智能障礙：流行病學與醫療照護需求分析。《身心障礙研究》，2：95-108。

鄭洵華（1987）。智能不足兒母親壓力知覺與身心適應之研究。東吳大學社會學研究所碩士論文。

- 鄭麗月 (1998)。智能障礙者的休閒教育。《國民教育》，38 (5)：106-112。
- 蕭金菊 (1995)。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探討。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 賴怡蓉 (1999)。國民中學啟智班教師與家長對家長參與之態度之研究。國立彰化師範大學特殊教育學系碩士論文。
- 賴鵬聖 (2003)。家庭照顧者就業狀況與其照顧負荷之關係。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 賴金雀 (2004)。台中市成年智障者生涯轉銜服務現況之研究。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 賴美智、張文嫻 (2009)。成人心智功能障礙者服務綱要使用指南。台北：財團法人第一社會福利基金會出版。
- 賴鵬聖 (2003)。家庭照顧者就業狀況與其照顧負荷之關係。臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 謝美娥 (2003)。失能老人的生活現況與品質—且看親子兩代怎麼想。《國立政治大學社會學報》，34：1-33。
- 簡明建、邱金滿 (2000)。特殊教育的發展與指標。摘錄至林寶貴主編特殊教育理論與實務。台北，心理。
- 簡春安、鄒平儀 (1998)。社會工作研究法。台北：巨流。
- 魏俊華 (1996)。特殊兒童的轉銜方案。《國教之聲》，30 (1)：4-10。
- 嚴祥鸞主編 (2001)。危險與秘密—研究倫理。台北市：三民。
- 嚴祥鸞 (2008)。參與觀察法。於胡幼慧主編，質性研究。(二版)。台北市：巨流。
- 嚴嘉楓、林金定 (2003)。身心障礙者人權與福利政策發展。《身心障礙研究》，1 (1)：20-31。

嚴嘉楓、林金定、羅慶徽 (2004)。台灣地區智能障礙福利機構醫療服務提供模式之分析。《身心障礙研究》，2 (1)：44-55。

嚴嘉楓等 (2006)。機構內智能障礙者合併特殊疾病之健康管理制分析。《身心障礙研究》，4 (1)：1-17。

蘇盈宇 (2003)。高職特教班智能障礙學生就業轉銜服務現況與需求之研究。國立彰化師範大學特殊教育學系碩士論文 (未出版)。

蘇愛娟 (2007)。重度以上成年身心障礙者之照顧供需現況—以臺北市為例。國立台北大學社會工作學系碩士論文。

蘇麗華 (1998)。台北市兒少寄養服務工作簡介。《社會福利》，135：33-36。

【英文部分】

Bigby, C. (2004). *Ageing with a Lifelong Disability: A Guide to Practice, Program and Policy Issues for Human Services Professionals*, London, Jessica Kingsley.

Brown, I. & Brown R. I. (2003). *Quality of life and disability: An approach for community practitioners*. New York: Jessica Kingsley.

Covinsky, K. E. et al. (1994) *The Impact of Serious Illness on Patient' Families*. *JAMA* 272:1839-1833.

Department of Health (D o H) (2001) . *Valuing People : A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century*. Available on: <http://www.valuingpeople.gov.uk/>.

Flynt, S.W. & Wood, T. A. (1989) . *Stress and coping of mothers of children with moderate mental retardation*. *American Journal of Mental Retardation*, 94:278-283.

Kaufman, A., Adams, J., & Campbell, V. (1991) . *Permanency planning by older parents who care for adult children with mental retardation*. *Mental Retardation*, 29: 293-300.

Lustig, Daniel C. (1997) ° Families with an Adult with Mental Retardation : Empirical Family Typologies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 41(2):p138.Retrieved December 1, 1997 from EBSCOHOST database (Master file) on the World Wide Web: <http://www.ebsco.com>.

Moningstar, M. E., Turnbull, A. P., & Turnbull, III, H. R.(1995). What do students with disabilities tell us about the importance of family involvement in the transition from school to adult life? *Exceptional Children*. 62(3):249-260.

Mutua, N. K., & Dimitrov, D. M.,(2001). Parent’s expectations about future outcomes of children with MR in Kenya: Differential effects of gender and severity of MR. *Journal of Special Education*, 35(3):172-181.

Mutua, N. K., Miller, J. W. & Mwavita, M. (2002) . Resource utilization by children with developmental disabilities in Kenya: Discrepancy analysis of parents' expectation-to-importance appraisals. *Research in Developmental Disabilities*, 23:191-201.

Penchansky, R., & Thomas, J. (1981) . The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2):127-140.

Segal, S. P. (1987) , “Deinstitutionalization”. *Social Work Encyclopedia* 376—382. Maryland: NASW.

Seltzer, M. M., & Krauss, M. W.(2001).Quality of life of adults with mental retardation/developmental disabilities who live with family. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 7(2): 105-114.

Vaughn, B. J., Wyatte, M. L. & Dunlap, G. (2002) We can’t expect other people to understand: Family perspectives on problem behavior. *Exceptional Children*, 68:437-450.

Veitch, B. M., Bray, A., & Ross, N. (2003) .“It was the hardest and most painful decision of my life!” : seeking permanent out-of-home placement for sons and daughters with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(2):99.

Wolcott, H. F. (1982). Differing styles of on-site research. *The Review Journal of Philosophy and Social Science*, 7(1):154-169.

【網站部分】

內政部統計處。身心障礙福利統計資料。(2010/02/20)。
http://www.moi.gov.tw/stat/news_list.aspx。

中華民國啟智協會(2009)。98年度身心障礙福利團體暨機構負責人座談會會議記錄。(2010/01/30)。<http://blog.xuite.net/rocamhp/blog/28053001>。

中華民國智障者家長總會。福利服務-照護養護。(2009/10/08)。
http://www.papmh.org.tw/ugC_Service4.asp。

中華民國殘障聯盟(2007)。身心障礙 e 能網-身心障礙者權益保障白皮書。
(2009/03/05)。<http://www.enable.org.tw/ser3/03.htm>。

中華社會福利聯合勸募協會(2008)。聯勸觀點-近期新聞稿。(2009/10/08)。
https://www.unitedway.org.tw/news/index_detail.asp?id=63&flag=B。

王增勇(2008)。長期照顧-我其實是家庭照顧者。(2009/08/15)。王曾勇個人部落格：
<http://tywangster.blogspot.com/2008/08/blog-post.html>。

台灣社區居住與獨立生活聯盟(TCLC)(2008)。活動專區。(2010/03/02)。
<http://www.communityliving.org.tw/sitebuilder/page13.php>。

身心障礙 e 能網。資源 e 能找-處境報告、議題文章。(2009/10/15)。
<http://www.enable.org.tw/res/index.php>。

附錄一：訪談大綱

一、 家屬訪談大綱

(一) 智障者的家庭照顧分工：

1. 障礙者之障礙類別、家庭基本資料
2. 造成障礙原因、與鑑定過程
3. 在家中主要照顧者以及照顧內容、有無替代或協助照顧者？家庭成員關係？
4. 正式或非正式服務使用情形？

(二) 長期提供智障者照顧的心路歷程：

5. 先前不同照顧轉銜階段的感受？（與現在情況相比較？）

(三) 對於安排智障者照顧轉銜（到機構）的看法與討論過程：

6. 持續照顧智障者至送到機構的理由與決定過程？
7. 現階段生活適應？家庭生活有什麼改變？
8. 對智障者未來的照顧有什麼期待？
9. 對於入住機構後與智障者的互動情形（ex:探訪頻率）？
10. 對於機構所規劃的各項服務或活動，對智障者是否有幫助、影響？

(四) 對於機構整體服務看法與建議？

二、 教養機構工作人員訪談大綱

(一) 機構行政組織架構與各組室管理：

1. 目前的人力編制是否夠用？
2. 各組的職責是否恰當？
3. 薪資結構？人力流動率？（原因？）
4. 彼此的合作方式？
5. 教育訓練的提供方式？適用與否？
6. 對於運用高功能院生的人力之看法？

(二) 專業服務部分：

7. 個別化服務計畫(ISP)對院生的幫助為何?如何擬定?執行?檢討?
8. 覺得現行的日常活動規劃(含作息表)、執行上的安排是否適當?
9. 對於教學活動的設計部分：
 - A、職業陶冶(課程的意義?獎勵金的發放準則?外出就業的可能性?)
 - B、單元活動課程(如何選擇這些課程?領域怎麼樣訂出來?有無一套標準?)
10. 健康照護與醫療、復健服務
 - A. 內容?是否有與相關機構進行合作、醫療資源網絡?
 - B. 為何合作?在照護上實質的意義與執行效果?未來可能的作法?
11. 有無其他服務項目的規劃(或課程安排)?
12. 家長是否樂意與機構共同設計個別化服務計畫?親職活動的參與

度？

13. 根據以往與案家接觸的經驗，詢問度最高、最迫切需要的服務？

14. 對於目前高齡院生的服務適合嗎？看法？

A. 活動空間？設施設備有無限制？人力是否充足？

B. 作息安排？課程內容？是否與一般的服務有所區隔或特殊照顧方案？

C. 或是適合到老人養護機構？有無轉銜安置的相關諮詢？

15. 對在地老化的瞭解與看法？自覺理想的照顧模式？

16. 目前對於高齡院生照顧服務上所面臨的困難？

(三) 對機構評鑑的看法？

17. 意義？

18. 評鑑項目與服務本質的關連性？

19. 目前服務的困境？

(四) 現行政策與思考未來

20. 去機構化？回歸社區的看法？

21. 希望從政府或民間得到那些協助？

附錄二：訪談同意書

訪談同意書

您好，我是南華大學非營利事業管理研究所的學生羅春月，目前正在進行『老年智障者養護問題』之研究，擬以貴家屬入住的教養機構為例，期待透過訪談中高齡智障者家庭的照顧經驗與感受，了解家庭是如何安排智障家人的未來照顧，藉由經驗的分享與教養機構相關資料及訪談內容的整理，作為論文的呈現，亦可以讓教養機構未來提供高品質照顧服務的參考。

本研究熱切的邀請您參與，您的寶貴經驗能讓我們更深入了解此議題，請您不用擔心，本研究並不是什麼正式性的訪問，並沒有所謂的對錯，希望您能與我們一起分享這些經驗與心得。本研究預計進行一至二次的訪問，每次訪談時間約1~2個小時，將依訪談內容來決定是否增減訪談時間，另外為確實並完整呈現您的想法，將於訪談中錄音以詳實記錄。您的訪談內容與資料將以匿名方式呈現，所有資料將僅供於本次研究之用，並且不外洩。若您對訪談過程中不願意參與，我們將停止訪談及一切記錄方式，我將會尊重您的個人意願。

諸多打擾，春月在此致上最誠摯的感謝！

南華大學非營利事業管理研究所

指導教授 呂朝賢博士

研究生 羅春月 敬上

受訪者簽名：_____

研究者簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

附錄三：○○機構個案入院檢測記錄

個案入院檢測紀錄

檢測時間： 年 月 日

受測者姓名： _____

身心障礙手冊
影本黏貼處

個案
照片黏貼處

檢測人姓名：

單 位	簽 名
行 政 組	
教 保 組	
醫 務 組	
社 工 組	

案家陪同人員(簽名)： _____

縣府轉介(複查)函文資料：

原始轉介日期文號		補助額度	
復核函文日期文號		補助額度	

壹、個案基本資料

姓名(小名)				出生日期	民國 年 月 日		
身分證字號				血型			
身心障礙類別	<input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 多重障礙		等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度			
縣府補助比例	/ (補助 , 自負)		核定文號				
家長姓名			職業			關係	電話
家長姓名			職業			關係	電話
通訊地址							
次要聯絡人	性別	關係	通訊處				電話
家 系 圖							

貳、個案家族史

一、家庭狀況：

(一) 父母婚姻狀況：良好 尚可 不佳 分居 離異 其他__

(二) 經濟狀況：富有 小康 普通 中低收入戶 低收入戶

(三) 主要經濟來源：祖父 祖母 父親 母親 其他_____

(四) 主要照顧者：祖父 祖母 父親 母親 其他_____

(五) 主要親密者：祖父 祖母 父親 母親 其他_____

二、家族病史：

(一) 造成智能不足原因：

先天因素：1. 父母遺傳 2. 隔代遺傳

3. 胎期藥物影響4. 其他(請說明：_____)

後天因素：1. 因病致使(請說明：_____)

2. 難產

3. 災害(請說明：_____)4. 其他

(二) 家族之特殊疾病：無 有(請說明：_____)

(三) 家中有無身心障礙者：無 有(請說明：_____)

三、家人教養方式：

(一) 管教方式：

(二) 社會適應模式：

參、個案生活史

一、生活習性及癖好：

1. 一餐食量：_____碗，喜吃：麵食 米食 其他(_____)

2. 一天大約喝_____杯水 (500cc 為一杯)

需要提醒喝水：是 否 需要協助拿水：是 否

3. 慣用那隻手：右手 左手 其他：_____

4. 是否會挑食：是 否 (填否者 5. 6. 免填)

*5. 喜歡吃何種食物：_____

*6. 不喜歡吃何種食物：_____

7. 增強物：_____

8. 是否對異性感到興趣：是 否

有無性別差異概念：有 無

9. 是否有自慰行為：否 是 (家人如何處理?_____)

二、生活作息：(家裡 機構)

* 每天大概作息情形：

早上何時起床：

何時吃早餐：

上午做何活動：

何時吃中餐：

是否有午睡習慣：是，何時起床：否

下午做何活動：

何時吃晚餐：

晚飯後做何活動：

何時就寢：

其他活動：

三、健康及就醫情形：

(一) 入院前測量：身高 _____ cm，體重 _____ kg，血壓 _____ mm/hg

(二) 身體狀況：

1. 視覺狀況：正常 全盲 視覺障礙 (左：_____ 右：_____)

2. 聽覺狀況：正常 全聾 聽覺障礙 (左：_____ 右：_____)

3. 肢體狀況：正常 肢體障礙

* 障礙類型 左上肢 左下肢 右上肢 右下肢

脊椎 平衡感_____ 其他_____

* 障礙程度 能自行行動 靠輔助器具 需別人協助

需坐輪椅 完全無法行動

* 障礙原因 小兒麻痺 腦性麻痺 股關節疾病 先天性畸型

截肢 脊椎損傷 腦部損傷 其他_____

(三) 特殊狀況：

1. 神經精神檢查：活動量過多 自閉症 腦傷 癲癇

其他 (_____)

2. 特殊異常行為：無 會無故攻擊他人 不時地哭叫、吶喊

自傷行為(請敘明： _____)

其他(請敘明： _____)

* 家人對於異常行為之處理方式： _____

3. 特殊疾病：無 有 (疾病名稱： _____)

(四) 醫療狀況：

1. 開刀情形：無 有 (_____)

2. 目前有無疾病：無 有 (_____)

3. 固定服用之藥物：無 有 (藥物名稱： _____)

4. 服用方式：藥粉 藥丸 其他 (_____)

5. 慣性藥物：無 有 (_____)

6. 目前是否仍有生理期：是否；生理期是否正常：是否

每月生理期日期約在何時？ _____

生理期來時是否會表示：是 (如何表示： _____) 否

生理期來時，是否會自行處理：自己會需協助完全不會否

(五) 過敏狀況：

1. 過敏體質：否 是 (_____)

2. 藥物過敏：否 是（藥物名稱：_____）

3. 食物過敏：否 是（食物名稱：_____）

4. 皮膚狀況：_____

四、就學情形

1. 是否上過學校：是 否（填否者 2. 3. 4. 免填）

2. 學校性質為：一般學校 特殊學校

3. 就讀學校名稱及年級：_____

4. 就學情形：_____

五、求助情形

1. 是否曾求助相關之社會福利機構、團體：（如教養機構、社政單位…）

否 是（機構或團體名稱：_____）

2. 求助內容：

1. 詢問專家學者有關如何照顧事宜 2. 尋求政府生活扶助

3. 尋求教養機構收容 4. 其它（_____）

肆、個案起始行為評量（請於適當位置勾選或說明）

一、動作發展

（完全不會— 需要協助 P 自己會+）

	項目	家長評估	院方評估	備註
粗	爬行			
	坐			
	站立			

大 動 作	行			
	翻身			
	跑			
	跳			
精 細 動 作	推疊			
	穿串			
	撕			
	剪			
	貼			
	抓握			
	釋放			
	腕部旋轉			
	敲擊			

二、生活自理能力

(完全不會— 需要協助 P 自己會+)

項	目	家長評估	院方評估	備註
飲食能力	使用餐具	<input type="checkbox"/> 湯匙 <input type="checkbox"/> 筷子		
	準備餐具			
	進食能力			
	飲水容器	<input type="checkbox"/> 吸管 <input type="checkbox"/> 茶杯 <input type="checkbox"/> 奶瓶		
	飲水			
	收拾餐具			
如廁能力	排便方式	<input type="checkbox"/> 蹲式 <input type="checkbox"/> 坐式 <input type="checkbox"/> 男生會站立小便		
	小便處理			
	便後處理			
	便後沖水			
盥洗	洗臉			
	刷牙			

	洗	澡					
	洗	頭	髮				
穿著能力	穿	衣	服				
	脫	衣	服				
	穿	褲	子				
	脫	褲	子				
	穿		襪				
	脫		襪				
	穿		鞋				
	脫		鞋				
家事能力	擦	洗	能	力			
	晾	曬	能	力			
	洗	衣	服				
	摺	疊	衣	物			
	整	理	床	鋪			
	掃	地	、	拖	地	能	力
	烹	煮	食	物			
儀容整飾	添	加	衣	物			
	整	理	衣	服			
	吹	、	梳	頭	髮		
	刮		鬚	子			

三、語言能力

1. 口語表達能力：有(使用之語言：_____) 無

2. 表達能力：清楚地整合語句，表達意思 以少數言詞表達意思

無法使用語言，但可藉由其他方式表達，如點頭、微笑

無表達能力

3. 閱讀能力：無閱讀能力 可以瞭解圖片/標誌

認讀單字 認讀生詞/片語 認讀文章

4. 寫字能力：無 只能仿寫 會自行書寫表達

四、認知能力 (完全不會— 需要協助 P 自己會+)

項 目	家長評估	院方評估	備 註
認 識 圖 形			
認 識 數 字			
認 識 顏 色			
認 識 身 體 部 位			
認 識 時 間			
認 識 實 物			
認 識 錢 幣			
辨 別 方 向			

五、社會適應能力

1. 是否具有購物能力：完全不會 需要協助 自己會

2. 是否具有使用現金能力：完全不會 需要協助 自己會

3. 是否可以自行外出並返家：完全不會 需要協助 自己會

4. 是否曾經外出工作：

否

是(工作內容為：_____，工作年資：_____年)

5. 平時喜歡從事之休閒活動：_____

6. 心理特質：內向 外向

7. 與他人相處態度：

和善

會攻擊他人(於何種情況下：_____)

冷漠 其他(_____)

伍、家人期待之教養目標

陸、家人互動情形

* 主要探訪者及探訪情形：

* 家庭成員彼此互動關係：

柒、接案評價及建議

尚符合本院收容規定，擬予收容試養。

1. 說明：

2. 分派組別：養護組 生活自理班

職前組 職陶組 院外就業組

3. 其他建議：

不符合本院收容規定，擬不予收容。

1. 說明：

2. 建議：

附錄四：家屬訪談引述選譯編碼表

家庭照顧老年智能障礙者過程中面臨的壓力與需求

核心 意涵	主要 類別	概 念	辭句概念化引述訪談者					
			A1	A2	A3	A4	A5	A6
經濟 負荷	入不 敷出	經濟依賴	A1-6-2/37-38 ~A1-6-3/1		A3-5-2/12-15		A5-3-1/13-15	
		工作衝突		A2-1-1/6-8 A2-3-1/21-22	A3-7-3/2-4	A4-1-1/4-6 A4-3-1/19-20	A5-5-2/1-3	A6-3-1/17-18
	捉襟 見肘	照顧費用龐大	A1-7-3/8-10	A2-4-1/32-33		A4-5-1/36~ A4-5-2/1		A6-4-1/24
		借貸			A3-6-2/32-34	A4-6-2/20-22	A5-4-1/22-23	
醫療 與健 康照 顧	疾病 的影 響	生理疾病	A1-6-2/29-35		A3-2-1/13-14	A4-10-3/7-9	A5-10-3/16-18	
		合併特殊疾病	A1-6-2/31-33		A3-2-1/10-12	A4-10-3/9-10 A4-10-3/12-14 A4-10-3/17-19		A6-5-2/3-5
	醫療 利用	就醫障礙	A1-2-1/11-13	A2-1-1/4-6	A3-2-1/10-13	A4-2-1/9-10		A6-7-2/25-27
		反覆就醫	A1-8-3/19-21		A3-2-1/14-15	A4-2-1/10-13	A5-10-3/18-21	

家庭照顧老年智能障礙者過程中面臨的壓力與需求 (續 1)

核心 意涵	主要 類別	概 念	辭句概念化引述訪談者					
			A1	A2	A3	A4	A5	A6
社會 支持	身體 負荷	體力負荷	A1-6-3/3-4		A3-9-3/15-16		A5-5-2/3-4	A6-5-1/35-36 ~A6-5-2/1
		身體健康受影響				A4-5-2/2-4	A5-6-2/20-21	A6-6-2/21-22
	情緒 負荷	情緒低落	A1-2-1/18-20 A1-5-2/7-12	A2-4-1/30-32	A3-9-3/14-16	A4-5-2/1-4	A5-4-1/20-21	
		負向情緒			A3-3-1/26-27 A3-5-2/6-7 A3-5-2/9-12	A4-2-1/12-14		A6-5-1/34-35
	社會 功能 負荷	影響社交生活	A1-4-1/32-34	A2-3-1/21-22	A3-1-1/5-7	A4-4-1/26-28		A6-5-2/1-4
		家庭互動改變	A1-3-1/26-28		A3-3-1/21-26		A5-4-1/23-25	

家庭照顧老年智能障礙者過程中面臨的壓力與需求 (續 2)

核心 意涵	主要 類別	概 念	辭句概念化引述訪談者					
			A1	A2	A3	A4	A5	A6
未來 安置 計畫	現階 段的 生活 品質	照顧負荷減少	A1-7-3/8-15	A2-7-2/30-33 A2-10-3/18-20			A5-7-2/27-30 A5-10-3/9-12	A6-7-2/26-28
		家庭成員的關係改善		A2-9-2/38~ A2-9-3/1-2	A3-6-2/36-37		A5-9-2/37-38	A6-7-2/29-32
	照顧 計畫	在地老化	A1-10-3/29-33	A2-10-3/18-20			A5-10-3/13-16	A6-8-2/34-36
		消極想法			A3-4-1/33-34 A3-7-3/7-8	A4-8-2/34-35 A4-10-3/29-36		
		且戰且走			A3-8-3/10-12	A4-10-3/16-17	A5-10-3/21-23	
	服務 期待	沒有具體要求	A1-10-3/34-38	A2-10-3/13-15	A3-10-3/23-24	A4-10-3/31-32	A5-8-2/34-35	A6-10-3/7-9
		健康平安	A1-8-3/17-19	A2-10-3/20-23	A3-10-3/25-26			A6-10-3/10-12

附錄五：機構工作人員訪談引述編碼表

老年智能障礙者的服務需求與教養機構服務現況落差的原因

核心 意涵	主要 類別	概 念	辭句概念化引述訪談者					
			B1	B2	B3	B4	B5	B6
個別 化服 務計 畫	人力 限制	人力不足	B1-3-1/15-19		B3-1-1/3-4	B4-1-1/3-6		B6-1-1/3-5
		混合照顧	B1-8-3/10-19		B3-14-3/38~ B3-14-4/1-3		B5-9-3/2-5	B6-7-2/11-17
		專業知能	B1-5-1/34-36	B2-5-1/27-36 ~B2-5-2/1	B3-5-1/20-22	B4-5-1/20-24	B5-5-1/20-24	
	服務 內涵	服務類型	B1-14-7/12-17	B2-14-7/3-7 B2-14-7/13-15		B4-16-5/5-10		B6-14-5/24-25
		服務方向	B1-21-8/28-33				B5-11-3/36-38	B6-8-2/25-28
		評鑑指標		B2-17-7/33-38 B2-18-8/11-18	B3-17-4/28-31		B5-17-7/24-32	B6-17-6/20-26
	家庭 參與 率低	家長本身因素		B2-12-6/14-21	B3-12-3/24-25		B5-12-4/6-9	B6-12-4/32-34
		缺乏相關認知		B2-12-6/21-22 B2-12-6/27-30		B4-12-3/35-37		B6-12-4/32-33
		不同教養期待	B1-12-6/20-21 B1-12-6/29-33	B2-12-6/30-32	B3-13-3/33-35	B4-12-3/33-37	B5-20-8/5-8	

老年智能障礙者的服務需求與教養機構服務現況落差的原因（續1）

核心 意涵	主要 類別	概 念	辭句概念化引述訪談者					
			B1	B2	B3	B4	B5	B6
休閒 娛樂 活動的設 計與參 與	個人 內在 限制	缺乏休閒的知識	B1-8-3/19-24	B2-9-4/21-25 B2-9-4/29-30			B5-9-2/37-38 ~B5-9-3/1-4	
		社交技巧低		B2-9-4/21-25		B4-8-2/4-7 B4-9-2/30-31	B5-9-3/6-9	
		健康狀況不佳	B1-9-4/17-20	B2-14-7/13-15		B4-16-5/5-8	B5-10-3/29-31 B5-16-7/7-9	
	外在 環境 阻礙	環境設施資源	B1-9-4/6-11		B3-19-4/36-37	B4-21-5/26-27	B5-14-6/5-9 B5-16-7/14-15	
		經費來源	B1-21-8/27-31	B2-9-4/35-37 ~B2-9-5/1-2 B2-9-5/2-9 B2-17-8/2-6 B2-21-9/8-9	B3-9-2/27-34 B3-21-5/9-10		B5-12-4/26-32 B5-21-8/13-14	B6-9-3/27-31
		社區態度	B1-9-5/21-25 B1-9-4/17-21		B3-9-2/13-14			B6-20-6/35-36
	家庭 態度	漠不關心	B1-9-3/35-38 ~B1-9-4/1		B3-9-2/31-34		B5-12-4/28-31	B6-12-5/3-7
		心有餘而力不足		B2-9-4/1-3 B2-12-6/28-33	B3-12-3/24-25		B5-12-4/15-18 B5-16-7/15-17	B6-12-4/32-34
		不適當期待	B1-12-6/34-38	B2-9-4/3-14		B4-12-3/37-38		

老年智能障礙者的服務需求與教養機構服務現況落差的原因 (續 2)

核心 意涵	主要 類別	概 念	辭句概念化引述訪談者					
			B1	B2	B3	B4	B5	B6
醫療 服務 與健 康照 顧	醫療 資源 需求	健康影響	B1-16-7/35-37			B4-16-5/5-8	B5-16-7/7-12	B6-13-5/14-17
		資源需求	B1-10-5/38~ B1-10-6/1-3	B2-10-5/27-30	B3-10-3/9-13	B4-10-3/10-16 B4-14-4/19-20 B4-14-4/28-30	B5-10-3/38~ B5-10-4/1-3	B6-10-4/16-19
		醫療負擔		B2-10-5/30-32 B2-11-6/3-6		B4-10-3/20-25 B4-14-4/19-20	B5-10-3/37-38 ~B5-10-4/1-4	
	專業 能力	環境設備	B1-14-7/19		B3-14-4/5 B3-19-4/36-37	B4-14-4/20-24 B4-10-3/20-21	B5-14-6/5-9	
		專業人力	B1-16-7/35-37	B2-5-2/2-10 B2-10-5/30-35 B2-11-6/2-6	B3-10-3/10-13	B4-10-3/23-25		B6-10-4/13-15
		資源連結	B1-12-6/20-24			B4-13-4/9-13	B5-13-4/5-8 B5-13-4/11-18 B5-14-6/29-38	B6-13-5/17-21 B6-14-5/38~ B6-14-6/1-3