

《人口變遷、國民健康與社會安全》 楊文山、李美玲主編
中央研究院中山人文社會科學研究所專書 (37)，頁193-218
民國85年2月，臺北，臺灣

在家成年智障國民老化與養護： 以智障人口本質與臺灣本土資料檢證

王國羽* 呂朝賢**

壹、前言

我們以臺灣省電子資料處理中心所建檔的「殘障手冊鑑定資料」中「智障」類人口群，分析居住在家中成年智障者的養護與相關議題。分析結果發現，目前 95% 以上智障人口以家庭為主要居住場所。居住在教養院所與機構、醫院等約為 5%。如果考慮這群人口自我照顧能力與家庭內可供照顧能力的縮減，這群智障者的照顧未來勢必成為這些家庭的負擔。

我們主要論點是國內相關研究資料非常有限，而任何措施與政府政策的推展皆有其時間急迫性，成年智障者的安置與相關措施不同於其它的殘障人口群，他們需要的是社會集體力量的關照與投入。在目前的社會福利制度結構的先天限制之下，嚴重性往往不易被突顯，因此在我們討論人口老化與國民健康和經濟安全的關係之時有必要對此特殊人口群給於適當的注意與關懷。

* 國立中正大學社會福利研究所副教授

** 國立中正大學社會福利研究所博士班研究生

貳、智能障礙的定義與概念釋疑

目前各國採用「智能不足」的定義是依美國智障學會 1983 年版 Grossman 教授所建議的定義：智能不足指十八歲以前被檢測出來，智力水準低於平均智力水準兩個標準差以下，具有明顯的適應行為障礙者 (Grossman, 1983: 11)。滿足這定義的條件有三：低於平均的智能水準以下 (IQ 70 以下)，適應機能的損傷 (以 Vineland Scales 適應行為量表或臨床診斷的結果) 作為判斷適應行為遲緩的標準；第三，必須是在發展時期之前被診斷出來所造成的損傷 (通常是 18 歲以前)。這個定義採取的是發展心理學的觀點以「認知能力」與「生理年齡」的差距作為智能不足的判準。

智力測驗分數所代表的是受測者在智力測驗分數分配的落點。就測驗結果而言，智障者是相對一般人平均智力分數 (100) 在兩個標準差 (一個標準差分數約 15 分) 以下就是智能不足 (Zigler and Hodapp, 1993)。人的智力是人體的特質之一，它是一種三角型的層級狀態，每個人都有一些基本的智力特質 (最底層) 在這部份是共同的；在進一階的智力表現是每人在語言與邏輯能力的差異，最頂端的是智力發展是特殊與不同於常人的認知、推理、抽象思考、藝術與其他較特別的表現。因此，智能不足的意義是在普通任何人皆具有的基礎部份有所缺陷 (Zigler and Hodapp, 1993)。這種基本的缺陷會使他們的整體表現如語言、理解力、溝通、社交技巧、概推能力等要低於一般人。這個看法是基於生物進化定向論而來的，它的意思是人的智力是生物進化的結果，智力如同生物的發展，必須有一個最基本的基礎。智能不足的意義就是顯示智力底層欠缺或是發展不足的部份 (Zigler and Hodapp, 1993)。即使極重度智障者都會保留最基本的人類智慧基因。

依據發展心理學的觀點，人類的發展在 18 歲以後是呈現停止的現象。18 歲以後的發展是趨向成熟與穩定的發展。因此，智能不足的診斷以在 18 歲之前發現為準。

根據智力測驗分數低於正常水準的兩個標準差的定義，智障人口群可分為「器質性」的智障與「非器質性」的智障兩個大類。前者如唐氏症、小腦症、新陳代謝異常、生產時缺氧、腦傷、細菌感染、發燒等這些在臨床上可以被診斷出明確病理原因的智障者。他們的智力傷害是不可彌補，且通常是重度與極重度的智能不足者。同時也會伴隨著其他生理器官的疾病，如唐氏症兒童有先天性心臟病 (Marino, 1992)。目前為止，這部份可確定病理原因的智障者，約佔智障人口的 20% (Zigler and Hodapp, 1993; Crnic, 1990)。絕大多數智障者的發生原因是不明的。

另一類不明原因的智障者可分為家族性遺傳與其他原因，他們的智力水準通常較病理原因智障者要高，在智力測驗的分數落點約在 50 至 70 之間，而且通常沒有其他伴隨的生理疾病。易言之，我們可以由測驗的分數，加以區分受測者為病理性，或是非病理性的原因所導致的智障 (Zigler and Hodapp, 1993)。這個看法早在 1963 年 Gottesman 教授就已經計算證實 (Gottesman, 1963)。

一般我們把 IQ 水準在 50-69 者視為輕度智障，IQ 水準在 40-54 為中度智障者，而 IQ 分數在 25-39 範圍的為重度智障者，IQ 分數在 25 以下為極重度 (profound) 智障者。而 Organic Etiologies (器質性智障) 大多集中在低 IQ 分數，unknown etiologies (不明原因) 大多集中在高 IQ 分數 (Zigler and Hodapp, 1993)。可見我們一般俗稱的智障者，事實上並不是一個同質的群體。在致病的原因、認知的能力與社會的適應上都是不一樣的。唯一的共同點是他們的認知能力比同年齡者的一般平均水準更低。而且僅以 IQ 來分類亦是太粗略，因為至少有二百種以上的疾病是造成智障的原因，所以他們的需要可能要更仔細的評量。

本文另一個重要的概念是「養護」，這個字在國內的用法是指智障者無法自我照顧而需其他人協助洗澡、穿衣、餵食、翻身、或是行

走與其他照顧的意義。易言之，此類智障者的生活自理能力非常差。他們可能住在家中、機構內(大型)、醫院、特殊學校等。例如，衛生署界定的醫療機構設置標準中，屬於慢性醫院的收容對象是指「平均住院日在 30 日以上之長期住院療養病人」，此類慢性病醫院可配置醫師、護理人員、藥劑人員、物理治療人員、職能治療人員、社會工作人員等(衛生署，1992)。而所謂的「教養」是指殘障者收托於日間托育單位，「養護」指殘障者居住在住宿養護機構而言(內政部，1991)。在我們分析的資料中，手冊發放時會填註殘障者需要哪種服務一欄，其中就有「需要養護」一個選項，這個判斷由醫師或是社會工作人員填寫。

參、智障者成年後期安置議題

為何智障者成年後期的安置需要特別的注意與政府的介入？以美國的發展而言，基本上受到幾個相關事件發生的影響。首先是「去機構化」(deinstitutionalization) 運動的影響，促成原先一直居住在機構，尤其是大型機構的智障者回到社區中生活。所謂去機構化的意義有兩個層面：第一是指將原先終身住在機構內的智障者由機構收容轉回社區與家庭居住；第二是將大型機構關閉或是縮小所有機構的床位至人數只有 30 或是更低(Wolfensberger, 1980)。這樣的改變對智障者本人、他的家庭、社區或是機構都是一個嶄新的經驗。因此如何有效的讓智障者能在正常的生活環境與其他人同樣的生活，成為這項運動後期的重點，也促成相關研究工作的投入(Dunst et al., 1993)。

另外一個原因是醫療科技與抗生素的運用，已幫助智障者(尤其是智障類中的唐氏症兒童)存活機率的上昇(參見附錄 1)。這個發展使得許多智障者父母，積極倡導成年後期的社區安置措施(Eyman, Grossman, Tarjan and Miller, 1987; Seltzer and Krauss, 1987)。因為這些父母開始面臨孩子愈來愈大，但是相關措施卻相對減少的困境。這

困境是導因於去機構化運動時，社區內並未準備會有大批由機構轉出的成年智障者。所以對社會與這些家庭都是全新的經驗。

平行於以上實際運動的發展，學術界研究的重點有兩個，一個是處理智障者的平均餘命與生活型態和社區安置之間的關係，並著重智障者老化後的政府相關對策的選擇。這個發展的核心問題是以智障者平均餘命趨勢，作為所有規劃相關政策與措施的基礎。此部份的研究在亞洲只有日本曾發表相關的文獻 (Masaki et al., 1981)，我國還沒有這方面的研究報告。

另一個研究工作的重點是家庭內照顧智障者能力長時期變化的掌握。這方面的討論有幾個值得注意的方向，兒童時期智障兒的照顧與訓練是父母親最有能力的階段。此時的服務選擇性亦較多，例如早期療育、學前訓練、教育、生活自理訓練等。而且，此時父母尚年輕在經濟與體力方面較佳。但是，隨智障者年紀漸長與家庭內其他成員逐漸出外獨立，再加上父母親體力衰退與家庭經濟能力的下降，智障者成年後應何去何從的議題成為目前研究的重點 (Turnbull, 1986; Dunst et al., 1993)。

研究家戶內照顧智障者能力的變化，主要仍是前述「去機構化運動」的影響結果。以 Turnbull 的研究指出，政府與社會對智障者的長期照顧應有生命週期規劃的概念；它的意思是指無論智障者的智力水準，皆需要程度不等的從旁協助。因此，規劃照顧他們的政策也應是以人一生發展階段，各式不同的醫療、教育、訓練與老化等全程的規劃為主。基本的精神仍是以協助智障者在社區與家庭中生活為主，而非將他們與社會隔離。家庭內照顧智障者的能力，也因為他們活得較長而愈形迫切。智障者年長時，他們的父、母也漸漸步入中、老年階段，體力與經濟能力衰退期。家庭內可以照顧他們的成年人，如兄弟、姐妹也因各自發展自己的家庭，而相對的縮減提供照顧的時間與能力。換句話說，愈至成年後期，智障者家庭內照顧能力減低、衰退

的問題愈形嚴重 (Seltzer and Krauss, 1987)。因此，當他們老化之後，究竟是將他們再送回教養院等機構安養，或是我們在社區中設計一般老人的居家安養與看護時，也一併考量他們的需要。這些問題促進研究智障者領域與研究一般人老化議題的領域，促成最近這兩個部份研究工作的整合 (Wisniewski and Merz, 1985)。

既然大型機構的安養已不再合適，如何促進社區與家戶內照顧成年智障者的能力？以美國的例子來說，最主要的策略是以增進家庭選擇的能力。例如提供社區式的小型群居之家、日間照顧、社區訓練與教育中心和以醫療復健為主的日間照顧中心等 (Seltzer and Krauss, 1987)。他們的研究亦指出由於 1960 年代的「去機構化運動」的結果，成年智障者的安置不可能再走回隔離式機構安養的回頭路。因此，美國政府的政策也以提供家庭能夠使用社區的相關資源為重點。

他們的研究結論是影響成年智障者家庭選擇各式不同服務的因素包括：智障者本人的障礙程度、年紀、智力水準、生活自理能力、其他醫療需要與復健的情況。他們發現，隨著智障者年紀愈大，他們選擇有專業照顧人力的護理之家、群居之家的機會愈大。障礙程度愈輕活得愈長，可以選擇的服務項目偏重社區與居家為主 (Seltzer and Krauss, 1987)。隨著他們活的時間拉長與家庭內照顧能力的縮減，勢必要有一套較完善的規劃，才能解決他們的問題。

就智障者來說，他們為何需要一套來自家戶以外，或是可以減少家戶內重擔的制度，因為他們的認知、推理與理解事實與外在環境的能力較低，再完善的訓練與教育只能達成控制狀態不惡化，但是卻無法完全改善他們。因此，照顧他們的責任勢必需社會集體力量的協助，而非任由個別家庭承擔。但是，我們也並非提倡建立大型的收容機構，而是思考透過更有效的方法協助這些特定的人口群。我們由其它國家的經驗學到大型機構安置基本上對智障者並不好。社區與家庭

照顧能力的加強，和不同安置方式選擇性的增加也許是一個可行的方向。

肆、臺灣地區智障者的居住型態與智障人口特質分析

影響智障者成年後期養護需求的因素，可以分為家庭內資源與家庭外可提供養護的資源。就家庭因素而言，因為智障者通常無法清楚的對自己未來作打算，家中成員，尤其是父母親就成為他們需求表達的重要代言人，相關的研究亦指出 (Sloper et al., 1992) 智障者父母應付其成年智障子女的壓力會影響他們接受服務的能力。家庭的經濟能力亦影響父母對智障者未來的照顧計劃 (Kaufman et al., 1991)。但是，家庭內的照顧能力，卻會隨著智障者生命時間的延長而減弱 (Turnbull, 1986)。Suelzle and Keenan (1981) 的研究就指出，年老的家長通常比年輕的家長使用較少的服務與支持網絡的資源。因為，年老的家長資訊吸收比較慢，而家庭內的經濟、資訊與家長年齡等因素深深影響老年智障者的養護。換句話說，父母年紀愈大、家庭的經濟能力愈差者，家庭的資源網絡愈少、智障者的生活自理能力愈差、年紀愈大則相對的對成年後期的生活安排需要愈大。這種生活安排方式包括再住進機構養護、在社區的群居之家 (group home) 生活或是由家長照顧但是有護士或是相關的社會服務人員定時訪視。

目前國內的殘障福利機構的服務品質而言，不僅在數量上有限，機構分佈不均。而且，一般機構普遍沒有提供 40 歲以上智障者的床位。大型收容機構的服務品質因工作人員薪資低、與被照顧者的人力比低且專業醫師等進駐機構的人數有限 (王國羽, 1994、1995)。因此，我們社會中照顧智障的重擔仍然以家庭為主，這也是將近 95% 的智障者居住在家庭的理由所在 (參見表 1)。但是，家庭內照顧成年智障者的能力，卻隨著他們年長而資源減少且外在服務提供數量相當有限，尤其是面對生活自理能力差的智障者更是如此。而從表 1 中，

我們發現這一群人口的居住地點都是以家庭中為主。目前國內的提供成年後期住宿式的機構是三間公立機構教養單位，床位計 1000 床。分佈以中、南部地區的雲林、南投、臺南為主。北部地區的收容以私立機構為主。

表 1：臺灣地區智障人口居住地點

居住地點	戶數	比例	有效比例
家庭	37419	94.2	95.2
醫院	157	0.4	0.4
特殊學校	326	0.8	0.8
慈善教養機構	1221	3.1	3.1
其它	198	0.5	0.5
不詳	398	1.0	Missing
總數	39719	100.0	100.0

資料來源：臺灣省電子資料處理中心，近十年來領有殘障手冊人口磁碟檔。

我們的現象與其它國家很不相同的地方是，其他的國家在智障者的各式服務措施已經經歷「去機構化照顧」的發展經驗，因此他們注意到成年後期智障者的社區安置與服務的研究。但是，我們的資料告訴我們大多數的智障者，卻是由家庭負擔照顧的責任，並不是因為我們有相同的「去機構化」運動原因，而是一直以來我們社會各式服務提供的不夠，與許多智障者的家庭自行負擔照顧的責任。這部份的資料可以由台灣的現實狀況中去瞭解。例如，至 1994 為止臺灣地區的智障機構數是 85 家，其中公、私立機構的比是 1:7。總收容床位是 7,826 (王國羽, 1994)。如果再細分，這些床位中可以提供給成年智障者收容的不到 1,000 床，且大多已經被利用。因此，絕大多數的智障者是由家庭照顧。這已經被利用的床位，除非目前使用這些床位的智障者死亡，否則空床的機會很少。

伍、研究資料

本文所使用的分析資料是政府於 1980 年第一次發放殘障手冊的電子資料檔。該筆資料前後有十年的資料時間 (1982 至 1992)，當年是依第一次殘障手冊的鑑定標準建檔。在當年的鑑定標準中，智能不足是定義在智力測驗分數在 52 分以下者 (比西測驗量表或是魏氏測驗量表其中之一)。

智障鑑定的過程分為三階段：(一) 醫療院所的醫師檢定，(二) 智障者皆需接受在各國小、國中啓智班的特教老師施測做「智力測驗」，(三) 社政單位依以上結果發給殘障手冊 (內政部，1981)。依據當年的智能不足定義：智力水準在 52 分以下者才給手冊，也成為此筆資料中分析的主體。這群智障者理論上是落在中、重度、極重度的範圍內。

依當年的定義智能障礙分為三級：一級智障者：智商在 20 以下 (或以成人其智力年齡仍然在 3 歲以下者) 幾無謀生能力，終身需依賴他人養護。二級：智商在 21 至 36 (或已成人其智力年齡仍然在 6 歲以下)，在監督下可學習極簡單的身邊自理技能。三級：智商在 37 至 52 (或已成人其智力年齡在 9 歲以下)，在監督下可學習簡單的謀生技能 (內政部，1981)。

作者認為該筆資料的建立時間雖然是舊資料，但是在 1992 年依新法放寬標準之前，它所代表的是一群「自我照顧能力」最薄弱的智障者。

陸、分析對象的描述分析

從表 2 中我們可以發現，智障人口在民國 70 年領取殘障手冊人數最多，且與其它各年相距很大，這基本上是因為政策效果所致。民國

70 年的智障人口數，我們可以視為是集結了至民國 70 年為止的法定智障人口的總數，因為在民國 70 年以前並沒有法定殘障人口的鑑定。而接下來的各年中我們可以發現這些數字有愈來愈多的趨勢，這並不能代表是當年期的智障者盛行率或發生率下的人口總數，頂多可以稱之為當年期智障者的被檢查到的人口總數。目前為止，我們沒有找到有關臺灣智障人口盛行率的研究報告，所以我們很難判斷我們數字的大、小。而且政府在不同的調查中所採用的定義與標準都不相同，例如第二次特殊兒童普查所採用的是要教師通報學區內未就學的學齡兒童，採用的是主觀判定法。殘障手冊的方法是要經過醫師鑑定，但是智商卻需在一定標準以下才採計。

表 2：各年度智障人口比例

民國	人數	比例	有效比例	累計比例
70	25690	64.7	64.7	64.7
71	385	1.0	1.0	65.7
72	685	1.7	1.7	67.4
73	594	1.5	1.5	68.9
74	773	1.9	1.9	70.9
75	1169	2.9	2.9	73.8
76	1190	3.0	3.0	76.8
77	1255	3.2	3.2	80.0
78	1885	4.7	4.7	84.7
79	3054	7.7	7.7	92.4
80	3012	7.6	7.6	100.0
缺漏人數	27	0.1	Missing	
總數	39719	100.0	100.0	

說明：上述的智障人口包括多重障礙者中屬於智障者。

資料來源：臺灣省電子資料處理中心，近十年來領有殘障手冊人口磁碟檔。

而表 3 則顯現這一群智障人口中大約有十分之一是屬於低收入戶，在前面的文獻中我們提到一般低社經地位的家戶，他們較可能產生非器質性與輕度的智障者(智商 55-75)。但是，在我們所使用的這筆資料裡的智障則是中重度者之所以有如此的分配應該是我們目前對殘障者的各種補助皆是以「經濟能力」而非殘障者的個別需要為主(王國羽、溫建仁，1994)。智障者家庭如果要申請各式的政府補助，必須先申請殘障手冊，而且有手冊之後又需符合低收入資格者才能得到政府的協助。而這個現象自當年第一次發放手冊至今都沒有多大的改變。因此，在我們的資料中低收入佔約百分之十的比例是相當可以接受的。另外，結合表 1 來看我們可以發現低收入者的智障人口的受檢率似乎特別的高。作者以為這與我們社會救助政策的執行方式有關，因為低收入者通常會得到較直接的訊息，而傾向去申請殘障手冊。

表 3：智障人口的家庭經濟屬性

家戶屬性	家戶數	比 例	有效比例
一般家戶	35302	88.9	89.9
低收入戶	3967	10.0	10.1
不 詳	450	1.1	Missing
總家戶數與比例	39719	100.0	100.0

說明：低收入戶定義依該年政府法定貧窮線定之。

資料來源：臺灣省電子資料處理中心，近十年來領有殘障手冊人口磁碟檔。

表 4 中我們可以發現在 5 至 19 歲之間的智障人口最多，換言之在這三個年齡組中的智障人口的「被檢測率」是最高的，為何有如此的現象呢？主要的理由是因為在理論上而言，各國皆是在學齡組的檢測率要高於其它組，因為這個時期正值求學期，在智力的表現上進入記憶與概念發展期(Zigler and Hodapp, 1993)。因此，當小孩在學校的學習需要運用智力中較抽象的能力時，也是父母與老師開始注意智能力能

力與測驗的時機。因此，幾乎每一位能存活至學齡期的智障兒童都可能在教育體系內被檢測到，如果此時智障兒童與一般兒童的差異隨著學校課程的愈抽象化，差別也就愈大。因此，就較容易被檢測系統所發覺。而 0-4 歲年齡組的人數相對上較少，可能與我們有不完善的衛生檢查制度有關。因為，一般中重度的智障兒童，尤其是具有器質性病因的兒童，是很容易在 3 歲以前就被檢查出來的。如果要一直到學齡期再被檢查出來就可能會使政策處遇 (早期療育) 無法奏效。

表 4：智障人口的年齡分佈狀況

年 齡	人 數	比 例	有效比例	累計比例
0-4	1371	3.5	3.5	3.5
5-9	8320	20.9	21.0	24.4
10-14	7881	19.8	19.9	44.3
15-19	6292	15.8	15.9	60.1
20-24	4212	10.6	10.6	70.8
25-29	3320	8.4	8.4	79.1
30-34	2591	6.5	6.5	85.7
35-39	1828	4.6	4.6	90.3
40-44	1135	2.9	2.9	93.1
45-49	944	2.4	2.4	95.5
50-54	635	1.6	1.6	97.1
55-59	420	1.1	1.1	98.2
60-64	281	0.7	0.7	98.9
65以上	445	1.1	1.1	100.0
不 詳	44	0.1	Missing	
總 數	39719	100.0	100.0	

資料來源：同上。

從表 5 中我們可以發現，這群智障者的社會生活能力普遍來說都是較差的。至少部分需要別人輔助者達全體智障人口的 60% 左右。這

至少告訴我們，這群人口每二個人至少就有一人需要社會或家庭的協助才得以生活是極待協助的一群人口。而這個資料也合理的印證我們在文獻中所了解的智障人口特質，如果智障者屬於重度與極重度者通常他們也伴隨有其他的生理器官障礙。因此我們的資料也顯示同樣的趨勢。

表 5：智障人口的社會生活能力

社會生活能力	人 數	百 分 比	有效百分比	累計百分比
起居可自理並單獨旅遊	795	2.0	2.1	2.1
起居可自理	12853	32.4	34.6	36.8
起居部分須靠別人	14741	37.1	39.7	76.5
起居完全依賴別人	8719	22.0	23.5	100.0
不 詳	2611	6.6	Missing	
Total	39719	100.0	100.0	

資料來源：同上。

表 6 則告訴我們，這群智障人口以男性居多，而表 7 則顯示這群人口大致屬於重度與極重度的人口群，而特別注意的是，在當年的標準中，智力水準在 52 以上者並不被認定是智障人口。因此下段的分析並不會把這群人納入。而在表 8 則顯示，有明顯症候的智障兒佔全體智障者的人數較多，而事實上這群人皆是可以在學齡之前就被檢測出的，如果我們有更好的早期檢測系統，應有助於對這群人的協助。

表 6：智障人口的性別分佈

性 別	人 數	百 分 比	有效百分比
男 性	23901	60.2	60.2
女 性	15803	39.8	39.8
不 詳	15	0.0	Missing
總 計	39719	100.0	100.0

資料來源：同上

表 7：智障人口智力等級分佈

智力等級	人 數	百 分 比	有效百分比	累計百分比
IQ 20 以 下	16696	42.0	42.8	42.8
IQ 21-36	12687	31.9	32.5	75.3
IQ 37-52	9559	24.1	24.5	99.8
IQ 53-75	68	0.2	0.2	100.0
不 詳	709	1.8	Missing	
總 計	39719	100.0	100.0	

資料來源：同上

表 8：智障人口的病因分佈

病 因	人 數	百 分 比	有效百分比
A	15352	38.7	44.0
B	19573	49.3	56.0
不 詳	4794	12.1	---

說明：病因 B 包括六種病型，1. 慢性腦症候群，2. 呆小症，3. 道恩氏症候群，4. 小頭症，5. 水腦症，6. 腦性麻痺。而病因 A 則指病因 B 以外的病因。至於不詳者則是資料的缺漏值。在此必須特別說明的是在殘障鑑定表中這些病型都是複選的，所以上述二類如果有病因是 A 也有病因是 B 者就被當做是缺漏值。

資料來源：同上。

上述幾種病因，都是醫學上可以早期被檢定出的智障病因。其中的道恩氏症候群就是唐氏兒。而所謂的可以複選是因為這些病因都會伴隨有其他的生理性障礙，而且當年的鑑定標準是以中、重度、極重度的智障者為主。因此，病理性智障者 (或是器質原因智障者) 才會佔約 44%。這與理論上的解釋契合。而病理性智能不足的比例在我們的資料中偏高，就政府當年的手冊發放標準來看應是可以被接受的。

柒、研究變項

爲了更進一步的了解居於家中的智障養護需要的狀況，在考慮上述文獻探討中的研究結果與本文的資料限制，我們選擇出下列幾個變項以做爲下節分析的基礎。

1. 年齡：在上述的文獻探討中研究者發現智障者的年齡愈大，則他們的需要家庭以外協助或是安置與養護的需求就會愈高，在以下邏輯迴歸中將只把年齡分爲七大類，這是因爲就前面文獻中我們可以發現，智障者的需要大約在 20 歲左右就有可能發生 (尤其是智障程度重者)，所以如此分類可以使我們看到各年齡組間的不同。

2. 經濟戶別：家戶的經濟現況，影響智障者家庭對服務資源的使用，家戶狀況較佳的人較有能力四處尋求協助，家庭經濟狀況較差的較依賴政府的救助系統解決他們的問題。而在本研究所使用的資料中只把家庭經濟狀況區分爲二類，一是一般戶，一爲低收入戶。低收入戶則以政府的社會救助的低收入戶的設定爲區分的標準。

3. 個案的特徵：我們以個案的 IQ 水準、生活能力、病型、性別來代表這個屬性，這些條件愈差者，安置需求應愈高。在此必須特別說明的是，在下面的分析中並未把 IQ 水準 53-75 者納入分析，因爲這一個群體在當時是不符合政府法定智障者的水準。

4. 需要養護：殘障者鑑定表中最後一項爲鑑定結果需要輔導或安置建議事項，在這一個項目中一共分爲九大類建議事項，之中的一類爲「需要養護」。這個建議事項的判斷是由醫生與社工員共同合作做判斷。

捌、分析結果

接下來我們以邏輯迴歸分析目前居住於家中的智障者之養護需要，表 9 即是分析結果。從此表中我們可以發現，當控制其它自變數時，智障者的年齡與依變項 ($\log(\text{odds})$) 成正比，這表示年齡愈大，則需要養護的機會 (odds) 就愈高。此變項的顯著，支持我們前面所討論的文獻的研究結果，即年紀愈大的智障者需要家庭以外任何協助的機會愈高。接著，智障者的 IQ 的水準亦影響其對養護需要度，在三個 IQ 層次中，皆與依變項成正比。換言之，智障者隨著 IQ 分數的增高，需要養護的機會就愈低。我們分析的結果，智力水準愈低，生活自理能力愈差者，需要養護的需求會提早出現。

而智障者的生活能力亦影響他們對安置的需要，且隨著生活自理程度的加強，而降低對養護需要的機會。至於在病型方面，如果在特殊病型是屬於鑑定表中的六大病型者 (慢性腦症候群，呆小症，道恩氏症候，小頭症，水腦腫，腦性麻痺) 則相對上較其它病型 (或病型不確定者) 的養護需要機會為高。這一部分部分支持了我們文獻中所說的，具有明確器質性病因素者，其需要養護的需要愈高的假設。因為這批人的智力更低且通常伴隨其他生理器官的障礙。

另外，被剔除於邏輯迴歸模型中的二個變數「經濟戶別」與「性別」兩變項都不達顯著。可能的解釋有二：一、對智障者而言，雖然國外的研究發現在機構中的唐氏症兒童中女性比男性存活的機率高些，但這種狀況並不適當推論至所有的智障類別之中；二、因為本次所使用的資料是檢查率或稱自報率，並不能真正的掌握智障群的母體實際的狀況所致。而經濟戶別的不顯著，與文獻中所說的經濟戶別會影響安養資訊的使用有差距，可能的解釋理由是因為國外的文獻所說的是，使用服務的狀況。但是，本研究所探討的則是智障者養護需要時機，會因為智障者本人的殘障程度影響而提早，二者所指涉的差異所致。

表 9：智障者安養需要邏輯迴歸分析

依變項 Log (需要養護/不需要養護)				
自變項	B	S.E.	R	Exp (B)
年齡			0.0890	
10-19 歲	0.3698***	0.0373	0.0478	1.4475
20-29 歲	0.6322***	0.0411	0.0746	1.8817
30-39 歲	0.6166***	0.0472	0.0633	1.8526
40-49 歲	0.6858***	0.0606	0.0547	1.9853
50-59 歲	0.7249***	0.0799	0.0437	2.0644
60 歲以上	0.9096***	0.0945	0.0464	2.4834
(0-9 歲)				
智力			0.2030	
IQ 20 以下	1.4669***	0.0413	0.1732	4.3356
IQ 21-36	0.4327***	0.0141	0.0505	1.5145
(IQ 37-52)				
病型 A	-0.2487***	0.0264	-0.0454	0.7798
(病型 B)				
社會生活能力			0.1700	
起居自理可獨自旅遊	-1.6586***	0.1212	-0.0664	0.1904
起居自理	-1.3905***	0.0407	-0.1663	0.2489
起居部分依賴他人	-0.8835***	0.0341	-0.1261	0.4133
(起居完全依賴他人)				
常數項	-0.8453***	0.0498		
模型正確預估率	71.99%			
N = 37371				
Missing cases =	5585			
-2 Log Likelihood	35515.061			
Goodness of Fit	31774.040			
Model Chi-Square	Chi-Square	df	Significance	
	6559.421	12	0.0000	

說明：(1) *** 表 $P < .001$
 (2) 括號中的變數分項，為該變項的參考組。
 (3) 資料來源同上。
 (4) 各變項的相關請參見附錄 1-1。

因此，依整個分析結果來看，智障者的養護需要與其個人的殘障特徵的相關很大；易言之，智障者的生活自理能力、年齡、智力、病型等影響他們對於安置的需要程度。而在未來研究上有必要再把一些本研究所無法考慮或細分的因素再納入考慮，如在病型上必須更為仔細，至少要分為器質性與非器質性的智障者。又如安養機構的供給因素，父母的經濟狀況（實質的所得而非簡單的分為一般戶與低收入戶）等等，都是未來研究必須考量的。

表 10：依年齡、智力水準不同而造成的養護需要機率值
（在病型為 B，生活自理能力為「起居完全依賴別人」之狀況下）

年齡別	0-9 歲	10-19 歲	20-29 歲	30-39 歲	40-49 歲	50-59 歲
智力水準						
IQ 20 以下	0.6505823	0.7293643	0.7779569	0.7752505	0.7870777	0.7935568
IQ 20-36	0.3982888	0.4893016	0.5546804	0.5508238	0.5678783	0.5774465
IQ 37-52	0.3004197	0.3833152	0.4469256	0.4430729	0.4602093	0.4699363

說明：(1) 資料來源同上。

(2) 之所以設定病型B與生活能力為「起居依賴別人」的理由是，這群人口是比較能夠早期被檢定出來的，且檢定的標準較客觀與有定論。

此外，我們依上述的模型來推計不同類別中養護需求的機率值。我們設定在病型為慢性腦症候群、呆小症、道恩氏症候、小頭症、水腦腫與腦性麻痺其中之一類智障者，及社會生活能力為「起居完全依賴別人輔助」的條件下，估算出表 10 的結果。我們可以發現養護需要的機率值，有隨著年齡愈大、IQ 水準愈低，需要養護的機率值愈高的趨勢。而我們也可從此表中發現一般生活起居完全依賴別人者，在 10 歲之前養護需要的機率值就已超過 65%。這類個案約佔居於家庭中的全體智障者的 20% (7,373 人)。更深一層來看，這些都居住在家庭的亟需別人幫助者，目前的養護資源還是依靠家庭來提供。但一如前述我們討論過的，家庭的照顧能力會隨著生命週期而減弱。況且還要照顧這類高依賴性的個案，那負荷之重可想而知。是以，在未來的智障

者長期照顧中，有必要對這群人更加的關懷與服務的支持。而隨著年齡增長需要養護的趨勢說明了智障者這群人口的特質，亦即告訴我們在政策上的設計應有「發展性的概念」納入考慮。

玖、結 論

我們的研究結論指出，成年智障者的養護需求與他們的智障特質有關，無論智障家庭的經濟狀況如何，愈重度的智障者他們需要養護的機率愈提早。但是，相對的約有 20% 的此類智障者依賴家庭給予照顧。另一方面，隨著醫療科技的運用，他們存活的機率上升的同時，家庭內可提供照顧的資源是下降的，因此成年智障的養護議題成為政府與社會必須共同面對。

政府的政策在最近幾年針對此一問題採取幾個策略。第一是給予家中有殘障人口的家戶每年一定的免稅額。第二是在過去幾個會計年度要求地方政府設立綜合式的殘障福利服務中心，並指明要設置重殘的養護床位。第三在全民健康保險中免除重殘者的保費負擔。第四是擴充目前機構的床位。這些都是政府的具體措施，但是確有不周延的地方與理論上的缺陷。

以稅賦減免的方式可以說是一種對家有殘障者家庭的補償。但是如果以智障者本人而言，是照顧他的家人受益甚於本人。因為這些免稅額是不足以負擔居家看護費用，也不足以支付到家提供護理等照顧費用。例如，以內政部民國 83 年所發佈的統計資料顯示，極重度智障者機構養護費用（臺灣省與高雄市）每月為 11,625 元，政府補助額是以經濟狀況為主，列冊為低收入戶一級者全額補助，第二類低收入戶補助 80%，第三類者補助 50%，家庭總收入平均每人每月在最低生活費 1.5 至 2 倍者補助四分之一（內政部，1994）。至於臺北市的機構養護費用更高達每月費用為 14,325 元，補助標準與方式與其他省市相同。因此，就一般家庭如果有重度智障者，但是經濟收入尚可未達補

助標準來說，這所有的養護費用都要由家庭成員自行吸收。因此，政府採用所得稅特別扣除額的方式，對一般家庭的實質意義其實是有限的。

以興建綜合式的殘障福利服務中心計畫來說，政府在 80 至 82 會計年度計補助全臺灣 15 個縣市設立這些中心。全部的重殘床位計可收容 1,029 個床位。使用經費約為 20 億，建築時間長達四年。有的縣市已經動工，有的縣市正在規劃中(內政部，1994)。整體的費用尚未包括未來的人事、設備、維持、開辦與其他費用。每個計畫所能收容的重殘人數最低 45 床，最高可達 250 床。但是，這些床位都需要至少等上三年或是更長的時間才能利用。同時，政府採用擴充硬體設備的方式，並未對未來這些中心的使用與相關的醫護人員等加以事先規劃，中心預算的編列不等於未來成年智障者的生活與照顧有任何的保證。在目前政府又縮編人事支出的同時，我們很替這項政策未來的命運擔心。理論上而言，大型機構的養護在許多其他國家已經是淘汰的措施，但是在我國卻方興未艾。這與社區化照顧的方向相反的政策，未來的走向很值得觀察。

在全民健康保險方面，政府採取全免重殘者的保費負擔方式。但是他們的醫療措施卻沒有詳細的計畫。例如居家看護部份的給付，如果是衛生署公佈的慢性症範圍，或是重大傷病類才給付。智能不足很顯然的不在上述兩個類別內，因此他們的醫療與居家看護又回到家庭內負擔。而目前在機構內接受照顧的智障者，因為這些收容機構不是醫療單位，依規定不能從事醫療行為。所以住在這些機構內的智障者他們的醫療與照護品質也不能有效的滿足。

未來的規劃方面，我們認為目前政府繼續擴充教養機構床位的作法應檢討。因為，實際上智障者是以家庭為主要的居住場所，而非教養機構，而一但住進機構之後床位的利用是非常低的。不斷的擴充硬體設備沒有相對的人員增加，只會讓目前的服務品質下降且重複其他

國家已經走過的回頭路。我們認為應以終身照顧的觀點區分智障者在不同的人生階段所需要的服務，並且運用社區的概念整體規劃才是較長遠的方法。同時，政府應對其他的專業人員如護士、醫師、復健師等提供較高的誘因，鼓勵他們服務機構內的智障者。否則機構內的照顧品質仍不易提高。至於，一般用於規劃老年人口的計畫或是相關的設施標準要運用在智障者之時，仍應以智障者老化後，其他生理機能的衰退為主。這兩者有共同的地方，但是畢竟這兩群人口特質差異大於同質處。因此，仍以分開較恰當。

總之，我們認為目前國內欠缺一套針對智障者照顧的長期政策規劃。政府目前的政策是頭痛醫頭腳痛醫腳，既無法掌握智障者最基本的人口資料，也無法針對他們的特殊處加以規劃，更沒有長期的計畫與全觀的考量。其實，多年以來照顧他們的負擔是個別的家庭，政府的工作只顧及約十分之一的智障者，其他的十分之九都是社會與家庭在做。即使政府大量的預算支出，它的使用與方式卻與潮流相反。國內相關研究的缺乏也是另一個問題。多年以來，我們甚至無法提供一個讓自己滿意的基本答案，那就是臺灣智障人口的出現率、病因、病型與預期壽命。沒有這些資料，政府的政策是無法具有全面與長期觀點的。本文的完成與提出只是一個開始，我們希望下一步能繼續回答以上這些基本問題。

參考資料

王國羽

- 1994 〈以次級資料分析未來殘障福利資源設定優先順序之研究〉研究報告。中華民國殘障福利聯盟委託，內政部贊助。
- 1995 〈殘障福利機構供給面分析：由服務與財源論政府在私有部門規範與支持性角色〉。臺北：五南出版社，頁309-345。

王國羽、溫建仁

- 1994 〈殘障福利措施現況分析〉，規劃殘障福利政策報告書初期報告
中華民國殘障福利聯盟委託，內政部贊助。

內政部

- 1981 《殘障福利法規彙編》，頁 12。
1991 《殘障福利法》。
1994 《全國社會福利會議：殘障福利組會議資料》。

中華民國殘障福利聯盟

- 1994 《民間殘障福利需求分析報告》，中華民國殘障福利聯盟出版。

衛生署

- 1992 《復健醫療工作手冊》。

Crnic Keith.

- 1990 "Families of Children with Down Syndrom: Ecological Contexts and Characteristics," in Cicchetti, Dante and Beeghly, Marjorie (eds.), *Children with Down Syndrome: A Developmental Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Dunst, Carl. et al.

- 1993 *Ethics of Dealing with Person with Severe Handicaps toward a Research Agenda*. Baltimore: Paul. H. Brooking Publishing Co..

Eyman, Richard K., Herbert J. Grossman, G. Tarjan, and Miller Curtis R.

- 1987 *Life Expectancy and Mental Retardation*. Monographs of the American Association on Mental Dedicency, No.7. Washington, DC.

Gottesman, I.

- 1963 "Genetic Aspects of Intelligent Behavior," in N. Ellis (ed.), *Handbook of Mental Deficiency*. New York: McGrew Hill.

Grossman, H. J. (ed.)

- 1983 *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*.
(3rd rev.). Washington, D.C.: American Association on Mental
Deficiency.

Kaufman, Alan V., James P. Adams, and Vincent A. Campbell

- 1991 "Permanency Planning by Older Parents Who Care for Adult
Children with Mental Retardation," *Mental Retardation* 29(5): 293-
300.

Marino, Bruno

- 1992 "Cardiac Aspects," In Pueschel, Siegfried M. and Pueschel, Jeanette
K. (eds.), *Biomedical Concerns in Persons with Down Syndrome*.
pp.81-90. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co..

Masaki Motofumi et al.

- 1981 "Mortality and Survival for Down Syndrome in Japan," *American
Journal of Human Genetics* 33: 629-639.

Oster J., Mikelsen M. and Nielsen, A.

- 1975 "Mortality and Life-Table in Down's Syndrome," *Asta. Pediat. Scan.*
64: 322.

Seltzer, M. M. and M. W. Krauss

- 1987 *Aging and Mental Retardation: Extending the Continuum*. AAMR
Monographs. No.9. Published by American Association on Mental
Retardation. Washington DC.

Sloper, Patricia and Stephen Turner

- 1992 "Service Needs of Families of Children with Severe Physical
Disability," *Child: Care, Health and Development* 18(5): 259-282.

Suelzle, M. and V. Keenan

- 1981 "Changes in Family Support Networks over the Life Cycle of
Mentally Retarded Persons," *American Journal of Mental
Deficiency* 86: 267-274.

Thase, M. E.

- 1982 "Logevity and Mortality in Down's Syndrome," *Journal of Mental Deficiency Research* 26: 177-192.

Turnbull, Ann., et al.

- 1986 "Family Life Cycle: Theoretical and Empirical Implications and Furture Directions for Families with Mental Retarded Members," in Gallagher James and Perter M. Vietze (eds.), *Families of Handicapped Persons: Research, Programs and Policy Issues*. Balitmore: Brookes Publishing Co..

Wisniewski, H. and G. Merz

- 1985 "Aging, Alzheimer's Disease, and Developmental Disabilities," in Janicki, M. and Wisniewski, H. (eds.), *Aging and Developmental Disabilities: Issues and Approaches*. Baltimore: Pual. H. Brookes Publishing Co..

Wolfensberger, Wolf

- 1980 *The Orgin and Nature of Our Institutional Models*. Handbook of Mental Retardation. AAMR. 35-82.

Zigler, Edward and Robert M. Hodapp

- 1993 *Understanding Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press. (Reprineted).

附錄 1：唐氏症者的存活機率 (%) (1960-1980)

研究者	Oster et al. (1975) (n=524)	Gallagher & Lowry (1975) (n=927)	Mulachy (1979) (n=231)	Fabia & Drolette (1970) (n=2421)
年 紀				
1/2	—	—	89.2	83
1	—	89.4	83.5	76
2	—	87.3	77.8	73
3	—	85.8	75.4	70.5
4	—	84.9	—	68
5-9	100(60)	82.8	—	67
10	92(57)	82.1	74.8	64
20	88(53)	78.7	52.0	—
30	81(49)	52.5	36.0	—
40	77(44)	35.0	19.0	—
50	63(36)	14.3	4.0	—
60	43(25)	—	3	—

說明：1. 本表取自 Thase (1982) 之表二。

2. Oster et al. (1975) 的研究人口群是以在 5 歲還存活者為研究對象，而括號中的數值來自出生後保守估計的存活率，以 5 歲存活率為 60% 為推計基礎。

附錄 1-1：各自變項間的相關 (Cramer's V 值與 Gamma 值)

	智力	性別	病型	社會生活能力	經濟戶別
年 齡	-0.085 (0.146)	0.003 (0.032)	-0.087 (0.071)	-0.242 (0.149)	-0.234 (0.141)
智 力		0.072 (0.043)	-0.195 (0.117)	-0.656 (0.377)	-0.056 (0.026)
性 別			-0.024 (0.012)	-0.048 (0.042)	0.200 (0.057)
病 型				0.217 (0.138)	0.122 (0.034)
社會生活能力					0.131 (0.048)

說明：(1) 括號內的值為 Cramer's V 值，無括號者為 Gamma 值。

(2) 本表只計算居於家庭，且智力水準在 52 之下者。

附錄 1-2：需要與不需要養護的次數分配與 CODING 方式

養護需要	Coding	次 數
需要	1	12743
不需要	0	20700