

老年、障礙：研究概念取向與我國資料討論¹

王國羽

國立中正大學社會福利學系暨研究所

通訊地址：621 嘉義縣民雄鄉三興村 160 號；E-mail: lisa@sw.ccu.edu.tw

摘要

本文討論兩個主要研究『障礙』概念的取向，一個是以世界衛生組織為主，直接研究障礙經驗的『功能取向』，一個是以公共衛生預防角度出發的『疾病取向』。這兩個取向都指出，隨著人口老化，社會中障礙人口的數量將逐漸增加，因此『障礙經驗』並不侷限於國內目前所瞭解的終身障礙的群體，未來經歷障礙經驗的人口群將以老年人口為主。只是兩個群體的障礙歷程不同而已，囿於目前國內將老人與障礙福利體制，行政上分立且給於不同服務的趨勢，勢必無法應付未來障礙人口的需要。最後，作者使用九十二年身心障礙國民生活需求調查資料，說明這兩個模型基本上都無法在國內既有的身心障礙人口分類系統內，收集完整的障礙人口資訊。最後，針對目前的身心障礙人口分類方式，作者提出可能改善方向與修正的重點。

關鍵詞：世界衛生組織、功能取向、老化、疾病取向、身心障礙

¹本文部分研究成果為國科會研究計畫『我國身心障礙人口定義系統之評估』，計畫編號：NSC91-2412-H-194-005-SSS

本文將就老年期產生障礙狀態與終身障礙，釐清基本的障礙特質。老年學研究而言，社會因人口老化所產生老年人口身心功能狀態改變，對醫療與照顧體制的負擔，為老年學研究『障礙』過程的重點，研究模型以瞭解與分析老年人口的障礙率變化，文獻方面依循疾病壓縮或擴張的趨勢發展研究，這部分國內研究不多，最重要且被美國社會安全署引用的是陳寬政教授與涂肇慶教授在一九九四年發表於 *Social Science and Medicine* 對台灣老年人口障礙率的研究。由人口老化角度，分析障礙率、罹病率與死亡率之間的關係是模型的重點。研究資料與年齡切點，會選在六十五歲為參考點。概念層次而言，老年期產生障礙屬於人生晚期障礙與身體功能退化兩者的動態關係，障礙持續至死亡或恢復。這個取向的研究，可歸類為『疾病取向』角度分析障礙率與其變化。

另一取向，為身心障礙（disability study）研究，以障礙本身為研究焦點，偏向對障礙本質的討論，以世界衛生組織為主要推動機構，由身體器官功能角度為主，不只強調老年人口的障礙率，重視的跨越不同年齡的障礙人口特質，這個取向可被歸類為『功能取向』研究，過去二十幾年世界衛生組織改版 ICD-ICF 的過程可為代表，這方面的研究重視的是障礙概念的測量、統計資料收集與比較。不同國

家的定義系統，所發現的身心障礙人口數量都深受各國對『障礙定義與測量工具』的影響。在這個研究取向下，不同年齡組身心障礙發生率與持續時間、需要各種政策與服務支持等程度都是關心重點。過去二十幾年，被歸類為屬於終身障礙（life long disability）組人口，因觀察到他們平均餘命延長所引發的各種健康、照顧議題，成為最新的身心障礙研究領域。西方國家在八〇年代中期以後，觀察到終身障礙者進入成年後期的數量逐年增加，以往認為屬於終身障礙者類別的各式障礙者，最多活到成年前期，但是隨著醫療科技、教育、藥物、服務等發展，終身障礙者亦開始進入所謂的『老年』期，這個群體的老化過程與障礙的變化，與前述團體不同，引起研究者、政策制訂者之注意。但是不可否認的，各國亦都觀察到終身障礙者的死亡年齡切點比一般人口要來得早。隨著社會不斷進步與發展，未來這兩批人口的醫療與照顧問題，勢必衝擊目前的福利體制與醫療體制。目前國內的政策，這兩個群體是分開考慮，各有不同的政策與措施，但是相當程度兩個人口團體需要考慮重疊使用資源的可能性。

壹、前言：

本文屬於概念性論文，目的在討論社會經歷人口老化過程，健康經驗的改變所

帶來之退化性功能障礙與終身障礙，這兩個概念在身心障礙研究的主要論述與政策應用。就身心障礙本身而言，基本上無論哪種研究取向，都是廣泛的人口健康狀態變動的過程，研究者的問題是隨著人口老化，是否老年人口活得更健康？或老年期大部分時間，活在障礙狀態？身心功能的退化所帶來的逐漸障礙過程，成為各國政府在處理人口老化問題時，必須面對的政策挑戰。

文獻上，討論與發展測量『障礙』概念的文章非常多，不同的國際組織與不同國家的統計部門都在過去幾十年間，不斷發展有關『障礙』測量的理論模型與收集資料的方法。國內因為身心障礙研究累積經驗不多，且學群不大，大多數的討論都集中在實務面的應用，實務取向的討論，無形中影響重要公共政策的方向，但是在欠缺好的障礙研究模型與理論基礎下，對於『身心障礙經驗』瞭解偏向臨床經驗，忽略將障礙經驗放在社會結構面整體人口老化的面向分析，因此在修訂法令過程中，老人服務體系與障礙服務體系，分開處理，資源重疊或不足之時，再藉由行政方式，處理問題。理論上而言，老年期產生的身心機能的退化是漸進式，老年期退化基礎是在個體發展成熟各種社會、經濟、健康條件下退化，每個老人的速度不一、方向與程度不同，發生慢性症狀態，

直到非常老的階段，身心功能退化的情形與終身障礙者相同(Verbrugge & Jette, 1994)。

本文提出目前研究障礙概念的取向，無論是老年退化觀點，或疾病後果影響身心功能角度、或障礙概念本身等不同取向的研究，都無無法將老年與障礙經驗兩者的討論切斷，而是需要放在一起討論『障礙過程』對個體的影響：例如社會層面、經濟、醫療、照顧等因為障礙所產生的相關問題。目前對障礙模型的討論，有採取『疾病取向』為主的哈佛大學公共衛生學院的 Lopez and Murray 教授，與採取『功能取向』的世界衛生組織的模型(Mayhew, 2001)。本文先由障礙概念研究開始，接著討論這兩個不同取向下，所發展出來的資料收集方法與測量方式。最後作者再以剛完成的九十二年身心障礙國民生活需求調查部分資料，說明台灣系統的問題與現狀。

貳、障礙、功能與老化

本文中，作者將英文 disability 翻譯為障礙一詞，雖然國內老人學領域學者使用「失能」一詞，但是就概念而言，障礙一詞包含兩個層面：一個是「生活功能限制」層面客觀可觀察的事實，另一個是「窒礙難行」強調身心障礙者的功能無法完全發揮，導因於外在環境欠缺支持與協助，

屬於超出身心障礙者本身可控制的社會條件範圍，屬於社會結構的問題，因此作者避免使用失能一詞。『失能』意指身心障礙者失去能力與功能，採取較為否定的意涵，所以在本文中，作者使用「障礙」一詞，希望能展現研究者相信身心障礙者或老人雖有各種生活、身心理功能限制，但是仍然是具有發展與社會參與潛能的個人。本段分為三個部分，先交代世界衛生組織的模型，接著討論疾病取向的障礙研究模型。然後再舉其他國家經驗。

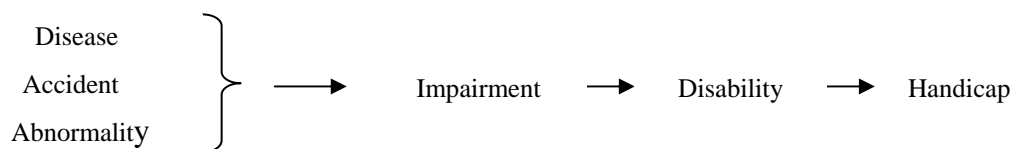
一、世界衛生組織：WHO 模型

釐清疾病、健康與能力的關係是世界衛生組織關切瞭解身心障礙概念定義系統的核心理論基礎，與研究身心障礙概念模型的基礎（WHO, 1987）。它仿照國際疾病分類典的歸類方式，在一九八〇年代出版第一版的 ICDH（International Classification of Impairment, Disability and Handicap）身心障礙定義與分類模型（如圖一）。在這個模型之下，它提出四個主要的概念：個體出現異常狀態，有人注意到個體的異常，異常出現在行為與身體部分，易於常人的異常導致個體與其他人相對不利地位的出現（WHO, 1980）。以疾

病後果對個人的影響為主的概念下，身心障礙現象是放在個人疾病後果與個體身心理條件下討論，而身心障礙者被詮釋為病人、障礙者等角色。

出現疾病當然不一定代表疾病的後果對個體一定產生身心障礙。例如，類風濕性關節炎患者，雖然需要長期服藥，但是卻不一定會成為身心障礙者，因為近代醫學的發展，這類病人的病情控制可以經由藥物控制產生很好的效果。但是正確的疾病診斷仍然是瞭解身心障礙人口的重要依據，將疾病診斷有系統的分類，並且依據身體系統的位置發展出疾病的分類編碼，且在疾病分類系統下，對照每個身體系統疾病所帶來的損傷、障礙等後果為身心障礙分類的重要原則。雖然，疾病與身心障礙之間的關係，並不是絕對的因果關係，但是生物醫學模型的貢獻是，建立診斷、病徵、指標三個參數，為世界衛生組織身心障礙定義與分類系統模型的基礎（Marks, 1996）。

世界衛生組織最早的的身心障礙人口定義系統就是建構在上述生物醫學模式的推論基礎下，當年世界衛生組織的模型，它是以圖一的邏輯解釋身心障礙現象：



圖一、身心障礙醫學模式邏輯

世界衛生組織第一版 ICIDH 模型，對疾病與障礙之間的關係提出解釋。它將概念分為三個層次，首先是生心理系統的損傷 (Impairment)，世界衛生組織第一版的定義中，個體會因為疾病、意外與先天缺陷產生身心理系統的損傷，它的分類是依據世界疾病分類的分類方法，將身體由頭到腳分成幾部分，每個部位疾病都有相對應的編碼系統，因此損傷的測量以疾病為主，損傷的概念是描述身體系統具體的傷害，將身體損傷的部位與世界疾病分類整合在一起，成為第一層次的概念 (Duckworth, 1982)。

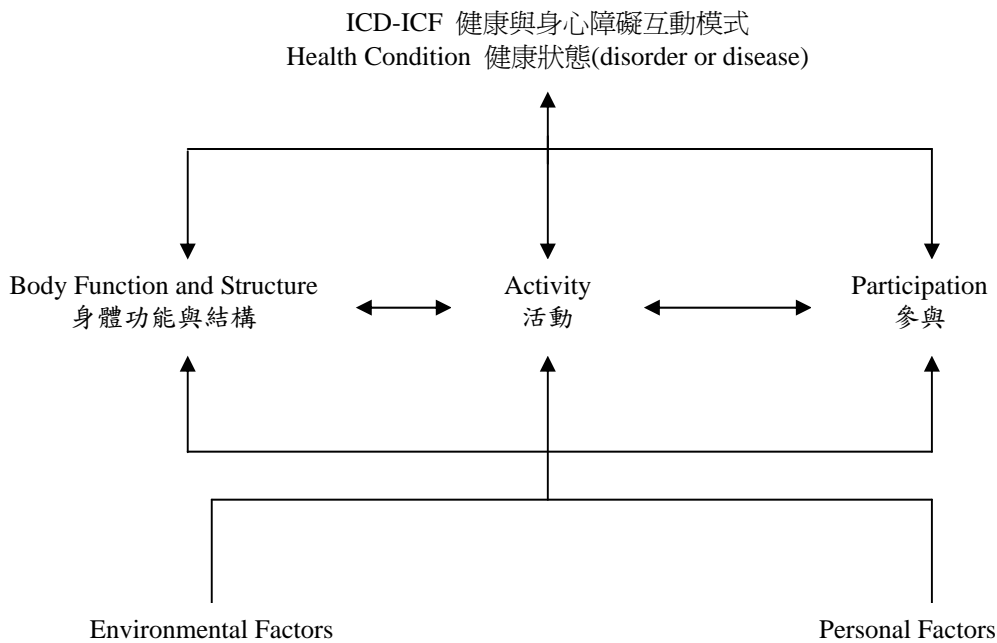
第二層次身心障礙過程，是指因身心理系統產生損傷，導致個體障礙，障礙 (disability) 的意義，當年世界衛生組織定位為個體因為損傷所產生的身體功能限制 (WHO, 1987)。當年世界衛生組織第一版障礙分類概念中，損傷對個體造成的影響，以影響個體日常生活功能限制 (functional limitation) 概念為判準的依據，換句話說，當年的版本，即是疾病後果影響個體，仍然要看個人生活、社會、職業等角色功能是否受到影響為主 (Badley, 1995)。

第三層次的殘障 (handicap) 概念屬於社會層次測量，在世界衛生組織的架構中，認為身體系統的損傷造成對人體的障

礙，但是身心障礙者，卻因為外部社會環境對身心障礙者異於常人的反應或排除與歧視等，讓身心障礙者處於社會弱勢與不利的地位。在這個模型中的核心概念是對障礙過程的瞭解 (disability concept and process)。當年世界衛生組織的模型已經帶入社會結構與制度對身心障礙者需求無法滿足所形成的結構障礙。同時，採取功能限制角度進一步的討論身心障礙與功能限制之間的關係。

最初世界衛生組織採取的生物醫學角度，視身心障礙為疾病的後果，接著在過去二十年間帶入社會面角色理論的討論，身心障礙概念模型的進展，由個體微觀的角度，朝向個體與社會結構互動的角度，定義與解釋身心障礙過程，世界衛生組織在發表它的第一版定義系統後，因各國學者與各國衛生醫療單位的不斷研究與參與修改，世界衛生組織的改版過程，歷經二十年的修正與試用、修改，終於在二〇〇一年發表，最新出版 ICD—ICF 身心障礙定義與分類系統 (WHO, 2001)，融合了過去二十幾年間各國對身心障礙研究的觀點與解釋，新版的定義系統中，世界衛生組織更重視外在環境因素對個人身心障礙過程的影響。在新版的概念架構中，世界衛生組織對身心障礙定義概念如圖二：

圖二、2001 年 ICD-ICF 健康與身心互動模式



新版 ICD-ICF 分類架構，將障礙過程放在健康狀態架構下討論。這次改版，它將身心障礙定義系統的內涵分為四個主要的組成元素：第一面向是身體系統功能與身體結構；第二向度是活動，在世界衛生組織的概念中，每個身體系統與功能都相對應著各種活動的機能，它採取活動概念取代第一版障礙的負面描述。第三向度，它採取參與取代第一版殘障概念。第四向度是外在環境因素，包括環境與個人兩個層次的因素（WHO, 2001）。

新版世界衛生組織的定義系統，它將障礙過程定義為上述四個因素彼此之間的動態關係，換句話說，它是四個層面的測量與評估身心障礙者的各種身心理功

能的限制與能力的過程。它保留第一版損傷概念，且改變對障礙與殘障的名詞使用，它採取活動與參與的正面與積極字彙，強調身心障礙者所具有的活動能力而不強調限制面，同時它採取參與的概念，取代原先的殘障概念所隱含的社會排除之負面意義。強調外在環境與條件對個人能力的影響，換句話說，同樣的障礙者因為居住地點的不同，外在環境所提供的支持條件不一樣，也許參與社會的能力會不同。這個概念相當程度的將身心障礙者所處的社會制度條件等因素，都納入它的考慮（Bickenbach et al., 1999）。

新版的概念架構中，世界衛生組織帶入損傷與活動的互動觀念，認為隨著醫療

科技的進步，疾病對身體系統所形成的損傷將會受到更好的控制，而身心障礙者參與社會的機會與管道，也會受到外部社會環境的改善與他們本身活動能力的影響，這個互動影響的作用力，所反映出來的正是各國的外部社會環境與相關政策的進步情形（WHO, 2001）。新版的身心障礙人口定義系統，概念的核心是『功能限制 Functional Limitation』，世界衛生組織將健康狀態的測量放在對身體功能限制的層面操作化它的定義。這個部分是改版後最大的不同，例如聽覺障礙，除聽力損失外，重要的障礙指標是聽力損傷如何影響個體的生活功能，例如行動感、與人互動、就業等。換句話說，在新的定義系統中，那種類別的障礙不是重點，而是這個障礙對個體行使日常各種功能的限制情形。另外一方面，世界衛生組織的版本，亦測量個體所具有的能力，例如，雖然聽力損傷到一個程度，但是它仍會評估個人所具有的行動與各種能力。這些能力就是外在環境可以協助的地方，比方說配戴助聽器以降低聽力損傷所帶來的不便。但是，當聽力完全不可恢復時，外在環境對聽力障礙者的各種指示協助、行動協助等，卻是決定『障礙限制』多寡的要素。這個要素也就是世界衛生組織納入社會模型對障礙解釋的重點。

目前新版的身心障礙者分類與鑑定

系統正式版本稱為 ICF International Classification of Functioning, Disability and Health（WHO, 1997 & 2001）。我們由這版本的書名中，就可以看出，這個版本注重的面向是身心障礙、健康狀態與功能限制三者之間的互動關係。根據最新出版的世界衛生組織期刊所刊登的一篇有關各國使用 ICIDH-2 的研究論文顯示；各國逐漸採取聯合國世界衛生組織的這套分類與鑑定系統，收集與統計各國的身心障礙人口。這套系統未來採取的國家愈多，則愈容易建立起一個全球性的身心障礙人口統計與分析系統，收集與統計各國的身心障礙人口，資訊以利各國資料的跨國比較與分析之用。

世界衛生組織在推動與持續研究障礙概念方面的工作，將它的新版概念定義為『功能取向：functional approach』研究障礙概念，強調障礙結果對個體各種身心功能的限制與可以持續發揮殘存能力的狀態（Mayhew, 2001）。世界衛生組織的新版系統，它可以運用到各種年齡層人口的鑑定與測量，因此它沒有特別指定為身心障礙者的專用分類系統，而是依據不同個人的身體健康狀態作評估。換句話說，這套分類系統，可以用在對老年人身體功能的評估，也可適用到一般身心障礙人口的評估，適用人口範圍擴大，且評估向度增加，這是世界衛生組織版本的最

大貢獻。

二、疾病取向的障礙研究

另外一個也是世界衛生組織所推動的工作，但是採取公共衛生觀點研究障礙預防與老年障礙的模型，這是由哈佛大學公共衛生學院 Lopez and Murray 等教授所提出的模型。他們所進行的研究計畫是『The Global Burden of Disease』，概念上他們強調的是：因障礙損失的年數 Years lost to disability (YLDs)。這個在疾病盛行率架構下所發展出來的障礙率計算方法，注重障礙產生時間與持續時間之間的變動關係，每種障礙程度都在模型中給一個權數，而權數的調整，要看這個疾病是否在醫學上可以治療 (medical treatable condition or not)。他們在一九九七年，發表論文，非常詳細的介紹他們的概念，同時他們也提出幾個對疾病與障礙之間的觀察，他們提出下列幾點 (Murray & Lopez, 1997)：

第一：平均來看障礙盛行率約為百分之八，散佈於各國、各種疾病狀態與障礙年數，而全球每年約五億人口受障礙狀態威脅。

第二：整體人口的健康狀態分佈，『障礙』扮演核心角色，可是這個問題往往在公共衛生中被忽略，因為死因別與產生障礙的疾病別，這兩

者是不同的疾病型態與分佈。模型的估算中，也需將疾病分為這兩個主要的類別。

第三：精神疾病是所有疾病類型中，最顯著的障礙負擔疾病。十個疾病當中，有五個是精神方面的疾病，這些精神疾病類型約佔 YLDs 的 28%，但是死亡卻只有 1.4%。

在他們的研究中，不同疾病導致的障礙比率不同，各國可以依據這個估計，對某些可能導致人口產生各種障礙的疾病進行干預及預防工作，這也是這整個模型最主要的用意 (Murray & Lopez, 1997)。就性別而言，老年女性是經歷身心障礙經驗的主要團體，因為她們活的時間比男性長，平均壽命的增加，也增加障礙風險。這個模型的估計是以疾病盛行率在各地分佈為主，同時考慮各地區的經濟與社會發展程度，與人口老化程度與年齡組成等因素，估計全世界各地的障礙發生率與年數等。這個模型是繼 DALE (Disability Adjusted Life Expectancy) 模型，障礙調整的平均餘命指標後，另外一個企圖估計健康與障礙盛行率的疾病模型。

DALE 是由 Sullivan 等在一九七一年所提出的模型，DALE 指標是為了要估計出健康平均餘命與障礙調整平均餘命兩者的變動趨勢，以估計是否隨著平均餘命的上升，老年人口是否活在健康且無障礙

的狀態時間也會延長或是老年人口雖然平均餘命增加，但是障礙年數也跟著增加（Mayhew, 2001）。疾病取向的障礙研究，重點是給於不同疾病權數，這個權數需要先區分，那些疾病是可被醫治的，那些疾病是經過醫療後，仍會產生持續障礙，同時區別慢性症狀(chronic condition)與非慢性症狀。

疾病模型的核心過程，是對上述各種疾病的權重過程，世界衛生組織同時支持另一個研究計畫，徵求十七個國家的醫療與公共衛生專家，採取專家提供訊息方式，針對十七個因疾病導致的障礙風險，給於權重（Ostun et al., 1999）。結果與 Murray and Lopez，所列的疾病權重相同。不同的是不同地區的醫療專家，對當地可以提供照顧某些疾病的能力與處遇能力，在地區別的差異上達到顯著水準（Ostun et al., 1999）。疾病取向的障礙模型，需要取得地區人口的罹病率、死因別與疾病死亡率等參考指標，作為估計障礙率的參考數據。這部分 Murray and Lopez 已經在他們的研究結果中發表主要的疾病權數與類型。在此，作者將不再贅述。

無論理論上採取『功能取向』或『疾病取向』，收集身心障礙人口資料與統計數據，各國政府面臨的問題是發展出可適用的障礙指標（disability indicator），障礙指標不僅可以篩選出老年人口的障礙

率，也可以偵測到兒童與青少年、成年組的障礙率。接著作者舉些國家的作法，讓我們瞭解他們收集身心障礙人口統計資料的方法與過程。作為我們學習參考之用。

三、其他國家收集身心障礙人口資料的作法：

身心障礙人口統計資料部分，目前以聯合國在一九八八年所設之 United Nations Disability Statistic Data Base（DISTAT）最具代表性。這個統計資料庫收集全世界各國所使用的測量身心障礙人口的工具、調查結果、問項、資料庫等最為齊全與收集的時間最長。目前這個資料庫已經收集一百七十七個國家地區有關身心障礙人口的統計資料與資訊。這個資料庫的管理與分析交給 Research Institute of Gallaudet University 管理（Metts, 2000）。由於台灣不是聯合國的會員，因此，在討論亞洲各國的身心障礙者統計資料時，台灣的現況與發展，沒有包括在資料庫中。

聯合國世界衛生組織推出身心障礙人口的定義與分類系統之前，全世界只有九十五個國家地區，收集身心障礙人口的統計資料。在一九八八年聯合國成立上述統計部門之後，配合世界衛生組織的身心障礙人口定義系統，全世界各國與地區才

開始依據相同的分類與定義架構，有系統的收集身心障礙人口的統計資料。世界銀行專家依據聯合國世界發展部門（United Nations Development Program）所提供身心障礙人口相關資料，依據不同國家地區的發展程度，將世界各國分為三個發展類估計身心障礙人口的可能數量：高度、中度與低度，高度發展地區的身心障礙人口約為 9.9%，中度地區的身心障礙人口約為 3.7%，低度發展地區為 1.0%（Metts, 2000）。

他們的研究指出，身心障礙人口佔整體人口的比例顯示出國家地區發展程度成熟度高的地區身心障礙人口的比例較高，發展程度較低的國家則身心障礙人口的比例較低。這個估計數量，雖是粗略的估計，但是我們可以知道，目前台灣身心障礙人口的登記註冊人數，佔整體人口的數量大約是 3.7%（參見附表 1），剛好落在聯合國估計的中度發展國家地區的數值。但是因為我們的身心障礙人口統計是靜態資料，同時以登記註冊者為主，也許低估實際的身心障礙人口數。可是這個可以數字提供我們瞭解自己在國際上的身心障礙人口統計的相對位置。未來隨著我國人口的老化速度，老年人口身心障礙人數將會逐漸上升且相關問題會逐漸浮出抬面。

另外，世界衛生組織對身心障礙人

口數量的估計，從早期認為身心障礙人口約佔整體人口 10%，到近期採取已開發國家 7%，與未開發國家 4% 的水準。而聯合國自己估計為 5.2%（整體不分國家的發展程度）。相對的，加拿大的健康統計部門估計身心障礙人口約為 13% 到 20%（Ottawa, 1997; Toronto, 1998）。這些不同國家與世界組織對身心障礙人口的估計，只是參考數量，因為各種數據核心問題是各種不同的估計方法中，所引用的身心障礙人口的定義與分類、測量系統。不同的定義系統涉及收集資料的範圍與內容，自然形成身心障礙人口數量的差異。上節所介紹的兩種不同取向，定義與收集身心障礙人口數量的方法，基本上各國都採用過。接著，以幾個國家的經驗，說明身心障礙人口的統計資料收集方式與取向。

各國政府收集身心障礙人口的統計資料方面，以澳洲的經驗可以值得我們參考與改進。澳洲政府在 1981、1988、1993、1998 四個不同的時間點收集身心障礙人口的統計資料，但是最近的一次最具價值。在一九九八年的身心障礙人口調查中，澳洲政府修改問卷內容與方法，以收集更正確的身心障礙人口統計資料（Australian Bureau of Statistics, 2001）。一九九八年澳洲政府的調查，澳洲政府請受訪者（或監護人）明確指出身心障礙者受到限制的生

活領域 (Specific Restrictions) 清楚的將領域界定在兩個層次：第一個層次是 Core Activity restrictions (核心活動限制：自我照顧、移動、溝通、健康照顧、家務工作、管理財產、準備餐點、交通、方向)：再將上述十個活動分為三個面向 self-care, mobility and communication。之後再分為四個障礙程度極重度、重度、中度、輕度。第二個層次是 Schooling and Employment restrictions：上述核心活動限制而妨礙受訪者上學與就業的程度。澳洲政府所採取的是功能限制取向，將核心活動集中在上述十個項目分成三大類：自我照顧、移動與溝通。然後，在依據所填答的核心項目數量多寡與類別，區分不同的障礙程度 (Australian Bureau of Statistics, 2001)。

當年調查結果，澳洲總人口中總共有將近 5.1% 的身心障礙者，在調查中表示至少在一個至十個生活核心領域部分受到限制，程度為重度與極重度 (Australia, 2001)。其中六十四歲以下身心障礙者佔澳洲六十四歲以下人口的比例為 3.9%，六十五歲以上身心障礙者佔澳洲六十五歲以上人口的比例為 14.3%，整體而言身心障礙者需要協助的領域為移動 (3.9%)，所得維持 (3.0%)，健康照顧 (2.9%) 與自我照顧 (2.8%) 與交通 (2.8%)。這些需要協助的向度都是以整體人口為母數的估計數目 (Australian

Bureau of Statistics, 2001)。換句話說，澳洲政府的身心障礙人口的調查本身是以評估身心障礙者在核心活動的限制程度與需要協助的向度為主，並非請身心障礙者主觀敘述他的需要是甚麼，而核心活動的限制，就是依據世界衛生組織的身心障礙者定義系統所設計的問題。另外，澳洲政府再依據這些數據具體的擬定相關的身心障礙者政策，所以在調查中，集中焦點評估教育與就業問題，而不是依據不同的障礙類別計算就業比例或就學比例 (Australian Bureau of Statistics, 2001)。

澳洲政府的報告中，進一步指出一九九八年的調查結果與一九八一年的調查相比，身心障礙人口比例呈現上升趨勢，主要是在這十七年期間澳洲人口結構的改變、調查方法與測量問題的修正、與澳洲人對身心障礙狀況的自覺度有關 (Australian Bureau of Statistics, 2001)。尤其一九九八年的調查問卷，找到許多年齡在十四歲以下的兒童、45-64 歲成年組男性報告身體骨骼肌肉系統疾病的比例上升與 75-79 歲組男性報告率的提升等。這些數量的增加是因為調查方法與問題的改善，讓澳洲政府能較正確的捕捉整體身心障礙人口的圖像。另外在此次調查中，澳洲政府讓訪員當場使用電腦輸入與許多可以直接操作的量表，也間接促進此次調查身心障礙人口比例的上升，尤其是

對認知障礙者，使用電腦輔助受訪者看圖例作答等都是有效的調查輔助與收集資料的方法（Australian Bureau of Statistics, 2001）。

整體而言，各國政府無論採取怎樣的調查方法，身心障礙人口的統計資料，仍然要以如何定義身心障礙這個概念作為收集人口統計資料的依據。目前的發展趨勢各國都逐漸朝向採取世界衛生組織的身心障礙人口定義與分類系統為收集身心障礙人口統計與調查的依據，前述澳洲政府的調查也是以 WHO 的架構為主，採取『功能評估』的角度，設計問卷題目收集資料。澳洲身心障礙人口亦需要向政府登記註冊，如同我國的制度，但是澳洲政府的身心障礙人口調查則是以評估身心障礙人口的整體變化趨勢為主，而非生活需求調查。但是經由評估身心障礙者需要協助的項目多寡與程度，澳洲政府同樣可以做到整體需求的估計與衡量。同時澳洲政府在做這項身心障礙人口調查時，並沒有特別將老年人口與身心障礙人口分開，而是針對不同的年齡組採取適度修正問題的內容與訪問的方法，以收集更完整的資料。

另一個國家是以美國為例，美國政府的身心障礙人口的統計資料，採取不一樣的收集方法，主要是以聯邦政府為主要的收集資料機制。美國政府的作法是由使

用聯邦政府提供給身心障礙者領取各種補助、津貼、補助等政策方案的使用者（Survey of Income and Program Participation, SIPP）著手收集統計資料，再配合每五年一次的家戶健康狀況調查資料，拼出身心障礙人口的圖像。在 SIPP 資料檔中，美國政府將使用該項補助的受益者，依據年齡組（21-64），在這個年齡範圍內看受益者是否為身心障礙者，接著再分析使用者是否有聽覺、視覺、行動、溝通認知等功能限制（Waidmann & Manton, 1998, 2000）。美國政府再細分這些不同方案受益者，各種功能嚴重程度與需要協助的程度。因此，美國聯邦政府可以在這些資料中，看出整體受益者的心身障礙狀態。這樣的統計資料也可以協助聯邦政府瞭解各種方案的受益者中，身心障礙者的比例與人口特質。因此，美國的身心障礙人口不是採取登記制，而是採取實際使用方案的人口，作為瞭解身心障礙人口特質的統計資料（U.S. Census Bureau, 2000）。

美國政府身心障礙人口資料的另外來源，是 National Health Interview Survey 家戶健康調查資料，調查程序分為兩部分。先做一般人口家戶調查，在問卷中，針對樣本戶，先問戶內是否成員為身心障礙者？如果有成員是身心障礙者，接著需要填答另外一份問卷，然後半年後再追蹤

一次同樣一個樣本家戶，以了解身心障礙者之健康變化情形 (Verbrugge, 1997)。這份調查只針對居住在家中的身心障礙者，並不包括居住在機構內的樣本。兩階段的收集身心障礙者健康變化資料，雖說耗費時間與經費，但是對瞭解身心障礙人口群體的健康變化，這份資料卻是相當的寶貴。同時，這份健康調查資料對追蹤瞭解終身發展障礙者的居住與健康變化也極具參考價值 (Verbrugge, 1997)。

不同國家使用的身心障礙人口的定義與測量系統影響身心障礙人口的調查結果，因此如何定義所謂的身心障礙人口，與使用測量的量表與方法等都會對人數的多寡產生影響。以英國為例，英國政府在一九八五年的一般住宅普查中，採取一般性的定義：『因長期疾病導致身體限制』，所估計出來的身心障礙人口佔成年人口約為 20%，但是相同的資料，對所謂『限制』採取 13 個 ADL 問項量表，則估計出英國的身心障礙人口為 14%，後者的估計數目因為採取較為清楚的定義，因此身心障礙人口的數量，來回差距六個百分點 (United Nations, 2000)。這些先進國家對身心障礙人口資料收集的都是採取沒年齡限制的觀點，也就是將身心障礙狀態視為整體人口健康照顧問題的一環，針對老年人口與成年、幼兒人口細部的發展出不同的醫療政策，例如幼年組重視預防與

復健、治療、教育等。成年組重視健康促進、保健與就業。老年組重視照顧、慢性疾病控制與預防等。

世界衛生組織的架構，最早是由醫療角度切入，最後在二〇〇一年定版時，將外在環境納入，同時採取動態、回溯與互動觀點評量身心障礙過程。這些努力是企圖建立一個可以全球適用的收集身心障礙人口統計的方法與步驟。但是這些努力的背後，都是回應各國社會中，身心障礙者仍然面對根深蒂固的歧視與社會排除。換句話說，客觀的測量與評估身心障礙現象，也無法真正排除各國社會身心障礙者實際生活的困境。相對的，各國老年人口比例逐年增加，老年階段因為身體機能退化所帶來的各種生活、行動、社交、溝通等限制，造成醫療與衛生體系的負擔。各國的資料顯示出老年人口的身心障礙比例最高，換句話說年老是身心障礙的主要威脅因子之一。這個趨勢告訴我們，目前國內在討論各種制度時，將老年人口與身心障礙人口分開處理的方向，勢必需要修正。

前述各國身心障礙人口統計，在評量身心障礙狀態時，都是採取各種可以衡量自我照顧、行動、溝通、社交等功能的量表。對老年人口而言，身心障礙過程是由『會作動作、功能完整』到『失去完成動作與功能』的漸進式障礙過程。對非老年

的身心障礙者而言，是在人生發展階段時『行使日常生活功能』的能力就已經無法完全表現的障礙過程。易言之，老年人口是由『會』到『不會』，而身心障礙者是『不能』到『可以』的復健過程。即使再多的醫療資源投入，這兩者本質上的不同，各國政府的施政與醫療衛生重點也不盡相同。

參、台灣資料：九十二年身心障礙國民生活需求調查部分資料

本節將以去年所收集的九十二年台閩地區身心障礙國民生活需求調查資料，就上述討論分析我國的身心障礙人口資料所呈現的問題，與未來可以改革的方向。本次調查總計回收 10,720 份問卷，調查完成率為 92.93%。母體資料是以九十一年底為止，註冊登記領有身心障礙者手冊國民為母體，將台閩地區分為十個區域，依據不同類別身心障礙比例之抽樣。有些類別障礙者，採取全查方式進行訪問，調查訪問時間為九十二年八月十五日到十月三十日為止。本節將僅就其中的重要人口特質提出分析。性別、各障別年齡組成、障礙原因等討論（表一）。

教育程度方面，我們觀察到女性教育程度明顯的偏低，尤其是不識字的比例男性為 9.81，可是女性身心障礙者不識字的比例高達 20.50%。男性身心障礙者具國

小教育程度者為 33.12%，女性為 29.61%，兩者相差不大。可是男性身心障礙者具國中教育程度者為 20.55%，但是女性具有國中教育程度者為 12.35%。男性身心障礙者具高中職、大專與研究所以上學歷者之比例，都較女性身心障礙者高。女性身心障礙者的基本教育程度以國中、小學為主，將近國小加上不識字的比例，將近五成。男性身心障礙者比例為 58.04% 女性為 41.96%。我國身心障礙人口中，男性的報告率高於女性，且差距將近百分之十七，這方面的原因仍然有待深入的瞭解與分析。目前推測應是男性身心障礙者的報告率高於女性。

調查資料（表二）顯示聽覺、視覺知覺系統障礙者，以六十五歲以上者居多，其中聽覺障礙者，六十五歲以上者 53%，而視覺障礙六十五歲以上者佔 44.77% 這個數字符合一般我們理論上對老年人口的障礙特質之瞭解。中年期之視覺障礙者為 33%，而聽障者為 27%，這個年齡組屬於勞動年層，聽力與視力的損失會影響他們的勞動市場參與與就業機會。平衡機能障礙者也是以老年組為主，比例是 42.98%，我們明顯的觀察到，六十五歲以上平衡機能障礙的比例幾乎是六十四歲組的三倍。但是六十四歲以下的中年組則是維持在 10% 左右的比例。知覺系統的變化是觀察老年健康變化的指標之一，很明

顯的，我們看到身心障礙類別中，聽覺、視覺障礙類別者，以六十五歲以上者居多。這符合我們對老年人口的觀察。

受老年影響的另一類別是失智症患者，超過 83.1% 為六十五歲以上者為主，這與理論上我們對失智症的瞭解是一致的。除少數障礙者類別之外，六十五歲以上障礙者的比例都顯著的增加，聽覺、視覺、平衡機能、語言機能、肢體障礙、失智症、重要器官失去功能等障礙類別，六十五歲以上所佔的比例都超過百分之三十。

自閉症患者以兒童少年為主，也在統計資料中呈現出來，超過 64.26% 的自閉症患者集中在年齡十一歲以下，十二到十七歲之自閉症患者為 22.25%，接著我們觀察到自閉症患者隨著年齡增加，但是數量減少。這個與其他國家的統計趨勢相同。目前科學家無法解開成年後期自閉症患者統計通報人數降低的原因。在幼兒組值得注意的現象是顏面傷殘的比例高達 12.69%，罕見疾病為 14.29%。兒童燒燙傷的預防將是未來政府工作的重點。這個比例也反應我們兒童意外的問題。但是兒童意外燒燙傷問題應是可以預防的。罕見疾病兒童的數字，代表醫療資源的投入與持續的復健工作。

值得注意的是慢性精神病患者的年齡，將近 76% 集中在三十歲到五十九歲的

勞動年齡層，這同時代表著他們潛藏的就業、照顧、醫療等問題。肢體障礙類別也與慢性精神病患者的年齡分佈類似，集中在三十到五十九歲，約為 51.48%，六十五歲以上之肢障比例為 30.81%，反映出年老後，行動遲緩與相關走動問題。

智能障礙者的年齡結構也相當有趣，雖然幼兒組只有 1.95%，但是學齡層卻高達 25.08%，這與其他國家的統計類似，智力發展障礙往往到學習階段，最容易被學校體系檢測出來。我們的智障人口將近四分之一為學齡兒童，也不離譜。成年組的智障者將近 56.19%，集中在十八歲到四十四歲，但是智障者的數量在六十歲組只剩 1.72%，由四十五歲到五十九歲的 12.45%，急遽下降。這樣數量的改變趨勢，是否意味著智障者可能的死亡高點？但是因為我們目前死亡資料中，看不出登記死亡者生前的障礙狀態，因此也無法判定。目前值得的是未來注意他們的身體健康變化、疾病與死因變化。成年智障者超過一半，未來他們的安置、照顧與支持性服務將需要提早規劃的政策方向。罕見疾病障礙者的年齡分佈，我們觀察到兩個年齡的峰點，第一個點是十七歲之前，將近 50% 的罕見疾病患者，年齡集中在這個峰點。第二個是成年後三十歲到五十九歲，約為 46.51%，其餘是六十歲以上約為 10%。罕見疾病者的年齡分佈，顯示出

這個障礙類別的特性，由於目前沒有資料可以計算出每種罕見疾病類別的存活機率，因此這次調查資料提供政府實證的數據，以瞭解他們可能需要醫療、照顧等的

高峰期與持續期間。這次也是第一次將罕見疾病納入身心障礙人口類別中，此次調查也是第一次收集有關他們的年齡資料。

表一、身心障礙者性別與教育程度

項 目 別	實數	百分比
總 計	846,181	100.00
男	491,131	58.04
教 育 程 度		
幼稚園	4,121	0.84
未上幼稚園之學齡前兒童	5,035	1.03
不識字	48,203	9.81
自修(識字)	15,144	3.08
國小	162,653	33.12
國(初)中	100,910	20.55
高中、高職	106,447	21.67
大專院校	45,875	9.34
研究所以上	2,743	0.56
女	355,050	41.96
教 育 程 度		
幼稚園	2,849	0.80
未上幼稚園之學齡前兒童	7,753	2.18
不識字	104,744	29.50
自修(識字)	13,915	3.92
國小	105,120	29.61
國(初)中	43,840	12.35
高中、高職	55,984	15.77
大專院校	19,913	5.61
研究所以上	932	0.26

表二、不同身心障礙類別之年齡組成 (%)

項 目 別	總計		年齡別							
	實數	百分比	0~5 歲	6~11 歲	12~17 歲	18~29 歲	30~44 歲	45~59 歲	60~64 歲	65 歲以上
總 計	846,181	100.00	1.35	3.04	3.52	9.67	21.14	24.09	7.32	29.86
視覺障礙	44,780	100.00	0.47	1.62	2.53	6.94	13.21	20.64	9.82	44.77
聽覺機能障礙	89,967	100.00	0.94	2.52	2.52	6.14	8.48	18.52	7.88	53.00
平衡機能障礙	805	100.00	0.00	1.37	1.37	4.84	14.04	22.61	12.80	42.98
聲音機能或語言機能障礙	10,891	100.00	2.72	3.75	5.40	12.57	19.63	24.52	7.42	23.98
肢體障礙	363,595	100.00	0.91	1.35	1.44	5.87	24.13	27.35	8.13	30.81
智能障礙	78,490	100.00	1.95	9.80	15.28	33.22	22.97	12.45	1.72	2.61
重要器官失去功能	78,216	100.00	1.40	2.15	2.25	4.06	12.56	33.56	12.15	31.84
顏面損傷者	3,121	100.00	12.62	9.93	9.26	11.86	21.44	23.23	5.35	6.34
植物人	4,953	100.00	1.05	0.71	1.47	11.69	14.25	23.04	8.56	39.23
失智症	14,253	100.00	0.00	0.00	0.00	1.15	3.45	6.12	6.27	83.01
自閉症智能障礙	3,173	100.00	14.18	50.08	22.25	11.72	1.01	0.41	0.00	0.35
慢性精神病	68,342	100.00	0.28	0.42	0.42	11.47	45.79	30.97	3.69	6.95
多重障礙	82,007	100.00	2.83	5.92	5.97	13.68	16.97	18.83	6.23	29.56
頑性(難治型)癲癇症	643	100.00	2.02	5.44	4.35	23.79	38.57	23.48	1.40	1.09
罕見疾病	126	100.00	14.29	22.22	14.29	3.17	23.02	13.49	8.73	1.59
其他經主管機關認定者	2,819	100.00	24.23	32.95	16.64	16.74	5.60	3.05	0.00	0.74

身心障礙者之年齡組成特性，我們觀察到以疾病類別（失智症患者、自閉症、慢性精神病患者、頑性癲癇、罕見疾病患者、植物人）進入身心障礙人口分類之障礙類別，年齡組成除失智症以老年為主外，基本上都是偏向年輕組。而以障礙篩選進入身心障礙人口分類者（聽覺障礙、視覺障礙、平衡機能障礙、肢體障礙、語言機能、顏面損傷重要器官失去功能），基本上以老年居多。功能障礙者（智障者、多重障礙）則是偏向年輕，且持續終生的狀態。多重障礙的類別，理論上應是

指身心障礙者有多種的生活限制，例如可能包括移動、溝通、語言、自我照顧等，也就是如澳洲政府所評量多種核心活動（core activity）限制，在這個限制下，影響身心障礙者的就學與就業。核心活動的限制愈多，則程度屬於重度障礙者。因此，多元與多重的概念，屬於障礙程度的判定，而非類別的判定。但是，我國目前將這樣的身心障礙者歸為一個類別，因此可能這個類別的障礙者主要與次要的障礙都可能來自不同的其他類別。而無法真正的區別，他們所需要的服務。

表三、非先天性身心障礙者發生障礙時年齡 (%)

致殘原因	總計		0~5 歲	6~11 歲	12~17 歲	18~29 歲	30~44 歲	45~59 歲	60~64 歲	65 歲以上
	實數	百分比								
總 計	699,155	100.00	16.67	4.42	4.93	14.03	15.29	19.69	7.71	17.51
疾病而致	357,790	100.00	24.84	4.32	2.98	5.53	11.73	22.50	9.40	18.70
交通事故	74,203	100.00	3.32	3.04	5.36	28.93	22.16	22.14	6.79	8.26
職業傷害	63,659	100.00	0.00	0.00	7.62	28.12	35.48	24.88	2.83	2.35
老年退化	51,422	100.00	0.88	0.71	0.70	0.54	1.80	9.19	14.85	73.28
戰爭影響	5,143	100.00	6.07	6.20	5.97	46.12	19.48	4.01	4.94	7.21
家庭或社會環境因素	21,007	100.00	4.77	3.48	11.12	38.72	25.77	10.30	2.55	3.30
其他事故傷害	51,912	100.00	21.11	10.45	8.43	18.71	10.21	14.66	5.19	11.25
不明原因	62,336	100.00	16.18	8.54	10.58	25.20	18.92	13.64	2.65	4.29
其 他	11,683	100.00	20.86	9.06	8.64	23.20	12.81	14.47	5.69	5.25

接著我們再看非先天性身心障礙者發生障礙的年齡(表三)。整體而言,非先天性身心障礙者,以疾病導致障礙者最多佔 51.17%, 交通事故為 10.61%, 職業傷害為 9.11%, 老年退化 7.35%, 其他傷害事故佔 7.42%, 不明原因為 8.92%。疾病致殘者年齡分佈時間有兩個峰點, 一個是集中在零歲到五歲, 約是 28.84%, 另一是四十五歲到五十九歲, 比例為 22.50%。另外則是老年因病導致障礙者約為 18.70%。交通事故導致障礙者集中在十八歲到二十九歲(28.9%), 三十歲到四十四歲為 22.16%, 與四十五歲到五十九歲(22.14%)。職業災害導致障礙者, 集中在三十歲到四十四歲, 比例高達 35.48%。其次是十八到二十九歲, 比例為 28.12%, 其次是四十五歲到五十九歲, 比例為 24.88%。加強職業場所的就業安全措施, 以避免勞工受傷導致身心障礙而失

去工作與保障, 這應是未來勞動單位, 應加強注重之處。另外則是因老年退化, 產生障礙, 雖然大多數集中在六十五歲以後, 比例高達 73.28%。但是我們也觀察到身心障礙人口, 在四十五歲到六十四歲之間, 老年退化的比例也高達 24.04%, 這也許身心障礙人口提早身體機能退化有關, 但是尚須另外查證。

與上次調查結果相比, 上次調查顯示非先天性身心障礙者, 發生障礙最主要的原因是疾病, 發生年齡集中在十五歲到二十四歲, 比例為 57%, 交通事故者集中在十五歲到二十四歲, 比例為 86.7%。這兩次調查結果的差異, 在於此次調查的資料分析時, 年齡分組較上次細, 因此可以看出集中的年齡組, 上次調查資料的年齡分組較粗略。另外不同的地方是, 因職業災害導致障礙, 本年的調查資料, 因為年齡分組的關係, 我們看到集中在勞動年齡,

上次調查資料則顯示出集中在十五歲到二十四歲，且比例高達 82.6%。

接著我們分析，不同類別身心障礙者的障礙程度的分佈（表四），以便進一步瞭解不同障礙類別之基本特質的差異。障礙程度在我國是以每個不同類別的身心障礙者，領取手冊時，衛生署的規定與相關的評量而定。如果我們參考澳洲政府的作法，基本上，他們不分類別，但是對每個身心障礙者，在主要核心活動的受限制項目愈多者，表示需要他人協助程度愈高，程度愈重。澳洲政府看重的是重度障礙者的比例（Australian Bureau of Statistics, 2001）。

我們觀察到，知覺系統障礙者，障礙程度以輕度、中度為主。平衡系統障礙者，超過 65.09% 為輕度障礙。但是植物人則是百分之為重度障礙者，失智症患者，障礙程度分佈也以 44.14% 為重度，8.73% 為極重度，47.09% 為輕度與中度。換個角度，我們看到新增加的罕見疾病患者與癲癇患者，都是以輕度與中度障礙者為主，癲癇患者百分之百為輕度，罕見疾病患者，76.19% 為輕度。而智能障礙者則有 33.98% 為重度與極重度，約有三分之一為中度，三分之一為輕度。

整體而言，因為我們在各類別判定障礙程度的標準不一，因此無從比較，不同障礙類別之間，障礙程度的輕重，所代表

的意義。如果未來，能建立一套評量不同障礙類別之間，障礙程度的判准依據，例如以核心活動為主，再依據核心活動細分，每個身心障礙者，鑑定依據不是障礙部位，而是這些活動限制的程度，則障礙程度的反映出來的是需要他人協助的情形，這樣的鑑定與分類才真正有意義。目前，我們的資料，只是提供參考的意義大，能協助規劃政策的意義較有限。

肆、討論

本文作者提出兩個研究障礙的模型，疾病取向與障礙取向，就台灣現有的資料來看，要依據這兩個模型推估台灣人口的障礙率，並不容易。以疾病取向的估計而言，需要收集各種疾病的罹病率、死亡率與障礙率，同時需要考慮各年齡層發生各種疾病的罹病率，目前可以發展的是依據 Global Burden of Disease Study 所發展出來的十個主要疾病的權數，再依據台灣人口的組成與其他參數作推估。這個模型是以公共衛生預防障礙產生為出發的估計取向。對我們未來預防身心障礙產生的疾病風險部分將有所助益。這個模型要全面推廣的最大問題是發展疾病詳細的區域醫療資料，也就是各個疾病可被治癒、預防的能力。各地區的差異如何處理，將是這個模型推廣運用的主要問題。

另外是以功能取向的障礙研究模

型。這個取向以世界衛生組織的 ICF 架構為代表。這個身心障礙分類與鑑定系統是依附在疾病分類的架構下，採取評估功能限制的程度，作為依據。目前我國的身心障礙人口鑑定與分類系統，採取登記制，然後再經由醫師依據衛生署所制訂的標準，核發障礙手冊。我國的身心障礙人口的分類系統，最主要問題是分類依據欠缺紮實的身心障礙研究理論基礎，也欠缺一套一致且周延的分類依據。目前我國的分類系統，身心障礙人口進入系統可以分為三種篩選機制，以疾病為主的類別、以損傷為主的類別與以障礙功能為主的類別，三個不同的篩選入口如圖三。

我國的身心障礙人口分類與鑑定系統，會產生三種狀況。第一是分類的基準不同，有五種身心障礙者是以疾病為主要的依據，只要被診斷是這五類的病人，都可以申請身心障礙手冊。第二種是以申請者的損傷部位作為申請的依據，這種鑑定稱為損傷篩選 (Impairment Screen)，通常它的判定基準較為特定，例如視力損傷範圍、聽力損傷範圍、皮膚燒傷範圍等，因此採取這個基準的障礙篩選，所篩選出來的身心障礙者較低。而第三種是障礙程度為判定的依據，通常這稱為障礙篩選 (Disability Screen) 它是以身心障礙者的活動、生活、社交、溝通等功能向度的限制為依據。採取障礙篩選的結果，通常篩

選的身心障礙人口數量較多，因為活動限制項目數量，可能在多少的範圍內，找到身心障礙者人口數較損傷為主的篩選來得多 (Metts, 2000)。

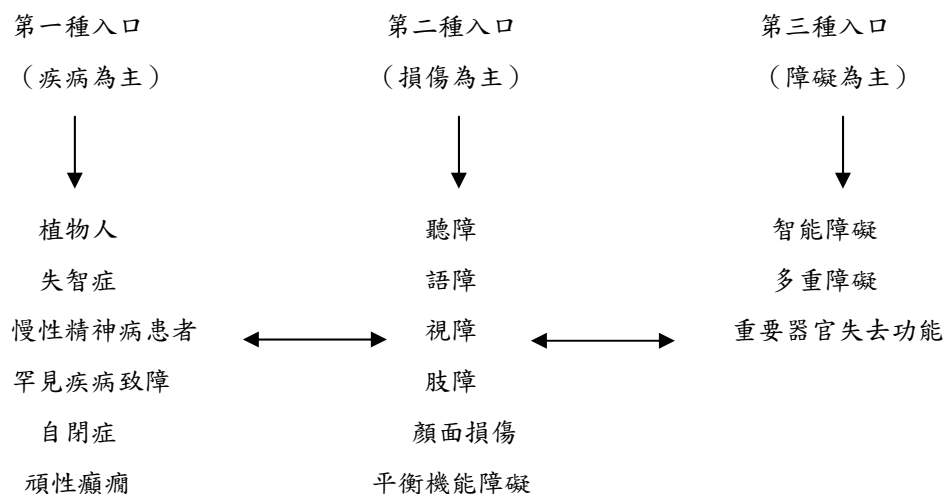
圖三顯示，我國的身心障礙人口的分類與鑑定標準內部的不一與欠缺周延互斥，因此不同層次的身心障礙類別的入口，也反映出我國身心障礙人口統計的根本問題，有些類別的人數較多，而有些類別的人數過少，以致於身心障礙人口呈現出來的趨勢是偏向某些類別的分佈，例如我們的肢障類別數量約佔整體身心障礙人口數量的 42%。

第二種狀況是目前的身心障礙人口數量與老年人口之間的關係不容易區辨。各國的身心障礙人口統計都將整體身心障礙人口納入統計範圍，但是我國因為制度設計的關係。

表四、身心障礙之障礙等級分佈 (%)

項 目 別	總計		障礙等級			
	實數	百分比	極重度	重度	中度	輕度
總 計	846,181	100.00	11.17	20.95	36.55	31.33
視覺障礙	44,780	100.00	0.00	42.68	28.60	28.72
聽覺機能障礙	89,967	100.00	0.00	21.50	33.89	44.61
平衡機能障礙	805	100.00	0.00	7.95	26.96	65.09
聲音機能或 語言機能障礙	10,891	100.00	0.00	31.59	24.90	43.51
肢體障礙	363,595	100.00	0.74	14.92	43.01	41.33
智能障礙	78,490	100.00	12.50	21.48	37.58	28.45
重要器官 失去功能	78,216	100.00	54.22	13.37	13.10	19.30
顏面損傷者	3,121	100.00	0.00	2.56	17.81	79.62
植物人	4,953	100.00	100.00	0.00	0.00	0.00
失智症	14,253	100.00	8.73	44.18	32.43	14.66
自閉症智能障礙	3,173	100.00	1.76	23.61	36.94	37.69
慢性精神病	68,342	100.00	3.14	21.54	58.66	16.67
多重障礙	82,007	100.00	37.62	37.59	24.02	0.77
頑性(難治型) 癲癇症	643	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00
罕見疾病	126	100.00	5.56	17.46	44.44	31.75
其他經主管機關認 定者	2,819	100.00	11.64	38.38	26.04	23.94

圖三、我國身心障礙人口鑑定與分類系統的區分



目前的身心障礙人口統計，所掌握的是有意願通報，且願意申請身心障礙手冊的人口，但是這個制度無法機動且有效的捕捉因為年老產生行動、語言溝通、社交、生活照顧等限制的人口。換句話說，因為行政體制的設計，身心障礙人口的結構，可能低度反應老年的障礙人口數量，這是我國身心障礙人口統計的問題。

第三種狀況是目前身心障礙人口的鑑定與資料管理分離，身心障礙人口的鑑定由醫院進行，衛生署依據相關規定，各級醫院辦理鑑定。但是鑑定後，身心障礙手冊與資料，交給社政部門負責。但是與其他國家相比，身心障礙人口的統計資料，是交給衛生或統計部門負責管理。例如澳洲政府的統計局（Australian Bureau of Census）或美國政府的人口統計局（America Bureau of Census），實際負責調查與工作為各國的衛生醫療、或社會福利部門，很少將兩者分開運作與管理。我國的分開管理，造成身心障礙者人口統計自成一個系統，與政府其他人口統計資料無法作整體的整合與比較。這三種現象屬於我國身心障礙人口特別之處，往往也是身心障礙人口統計資料系統不容易讓不同單位使用與分析的主因。

目前各國將逐漸採取聯合國世界衛生組織的ICF系統，因為這個系統基本上建構在疾病分類典的系統下面，就臨床醫

師而言，比較容易學習，同時它出版的操作手冊也對不同身體系統的詳細功能評估，有很仔細的說明（WHO, 2001）。以台灣的現況，採取這個系統，可能是未來考慮的發展方向之一。政策面來看，未來人口老化趨勢，老年人口的障礙率勢必超過成年組、幼年組的障礙率，因此目前的身心障礙體系，需要面對與處理這樣的人口結構問題，而不再是兩個體系分開。相對的，政府應針對終身長期障礙者，發展出整體的預防、復健、教育、訓練、安置等政策。就目前我國的系統的問題，應先改革目前的分類方法，以更有效的篩選出需要協助的身心障礙人口，而不在固守老人與身心障礙體系目前的分工方式，以更符合未來身心障礙人口的長期發展趨勢之所需。

附表 1：1982-2003 台灣地區身心障礙者人數

年(季) 底及地 區別	總人數	視覺障 礙者	聽覺機 能障礙者	平衡機能 障礙者	聲音機能或語 言機能障礙者	肢體 障礙者	智能 障礙者	重要器官失 去功能者	顏面損傷 者	植物人	失智症者	自閉症者	慢性精神 病患者	多重 障礙者	其他障 礙者	占總人 口比率
1982	128420	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.7
1983	133574	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.71
1984	136359	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.72
1985	138797	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.72
1986	140859	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.72
1987	142557	16623	3482	-	4212	72970	23525	-	-	-	-	-	23037	18	-	0.72
1988	143970	16702	3536	-	4234	73684	23898	-	-	-	-	-	23252	32	-	0.72
1989	148287	16811	3668	-	4355	75218	25013	-	-	-	-	-	23693	225	-	0.74
1990	154162	17191	3848	-	4389	77881	26166	-	-	-	-	-	24349	338	-	0.76
1991	204158	19408	5458	-	5299	102370	38316	489	31	29	5	28	32710	15	-	0.99
1992	226642	19423	7476	-	5592	112165	41774	5902	197	352	152	202	33097	310	-	1.09
1993	263557	20002	13166	-	7528	129727	44695	10929	485	726	466	352	34900	581	-	1.26
1994	312671	22402	23786	-	7730	149659	49237	16435	914	1272	920	514	38867	935	-	1.48
1995	393630	25894	35124	-	9378	181652	54604	23416	1334	1885	1841	693	44380	1406	-	1.84
1996	456683	28224	43055	-	7516	205713	59570	29114	1530	2558	2832	854	49797	1596	-	2.12
1997	500138	29063	50349	-	7718	219817	61416	35082	1689	3109	3978	1043	53031	1723	-	2.32
1998	571125	32019	59298	-	8333	248122	65111	43370	1889	3985	5574	1253	40658	1917	-	2.63
1999	648852	35752	69034	422	9015	280632	68044	53059	2209	4551	7888	1549	48464	2121	-	2.94
2000	711064	38747	76592	524	9467	306169	71012	60974	2448	4582	10188	2062	54350	2380	-	3.19
2001	754084	41190	81952	606	9728	323542	73609	64979	2640	4159	11582	2550	60453	2627	-	3.37
2002	831266	44889	89129	934	10582	354903	76976	75323	2983	4631	13996	3135	68763	3355	-	3.69
2003	849822	45188	90303	924	10804	362115	78174	78300	3040	4846	14567	3310	71291	3683	-	3.77

資料來源：1.1992年(含)以後資料取自，內政部統計處(2003)，<http://www.moi.gov.tw/W3/stat/month/m3-05.xls>。2.1990-1991年資料取自，行政院主計處(1998)中華民國統計年鑑，p.164-165。

3.1990年之前的總體身心障礙人口數取自，行政院主計處(1996)，社會指標統計，p.194。

4.1987-1989年各障礙類別人口數取自，高雄市主計處(1995)高雄市統計年報，p.612-612。台北市主計處(2001)台北市統計要覽，p.54-549。台灣省主計處(1998)，台灣省統計年報，p.690-691。

5.由於資料來源有異，1987-1989年的各障別人口總數與總人數之數字有些微差異。

參考文獻

- Australian Bureau of Statistics (2001) *Australia's Welfare Report*, Chapter 7: Disability Service.
- Badley E.M. (1995) The genesis of handicap: definition, models of disablement and role of external factors. *Disability and Rehabilitation* 17, 53-62.
- Bickenbach J.E., Chatterji S., Badley E.M. & Ustun T.B. (1999) Models of Disablement, universalism, and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science and Medicine* 48, 1173-87.
- Duckworth D. (1982) The Classification and Measurement of Disablement. Department of Health and Social Security, *Social Research Branch, Research Report*. No. 10. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Mayhew L. (2001) Disability-Global Trends and International Perspective, paper presented to the Center for Pensions and Social Insurance.
- Marks D.L. (1996) Models of disability. *Disability and Rehabilitation* 19, 85-91.
- Metts R.L. (2000) Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank. Report prepared to World Bank.
- Murray C.J. & Lopez D.A. (1997) Alternative Projections of mortality and disability by causes 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 349, 1498-1504.
- Murray C.J. & Lopez D.A. (1997) Regional Pattern of Disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 349, 1347-52.
- Tu E.J.C. & Chen K.J. (1994) Changes in Active Life Expectancy in Taiwan: Compression or Expansion? *Social Science and Medicine* 39, 1657-65.
- United Nations Statistic Division, United Nations Children's Fund, Statistic Office of the European Communities and Center for Disease Control and Prevention of the United States of American. (2001) International Seminar on the Measurement of Disability: An Inventory of Health and Disability related surveys in OECD countries.

- Verbrugge L.M. & Jette A.M. (1995) The Disablement Process. *Social Science and Medicine* 38, 1-14.
- Verbrugge L. (1997) A Global Disability Indicator. *Journal of Aging Study* 11, 337-62.
- Waidmann T.A. & Manton K.G. (2000) Measuring Trends in Disability Among the Elderly: An International Review. Urban Institute.
- Waidmann T.A. & Manton K.G. (1998) International Evidence on Disability Trends among the Elderly. U.S. Department of Health and Human Service.
- World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1997) International Classification of Impairments, Activities and Participation, *A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning*. Geneva. WHO.

Aging and Disability: Conceptual Approaches on Research and Discussion on Taiwanese Data

Kuo-Yu Wang

Department of Social Welfare, National Chung Cheng University, Taiwan

Corresponding address: 160 San-Hsing, Min-Hsiung, Chia-Yi 621 Taiwan, R.O.C.

E-mail: lisa@sw.ccu.edu.tw

Abstract

This paper focus on discussion two research approaches to the concept of disability. The first approach is led by WHO; under which disability itself is main focus for conceptualizing disabilities. The WHO approach to disability can be categorized as functional approach, under which to study how and at what aspect disability impact on human body function. The other approach is disease approach of which focus on prevention of disability. The disease model focuses on the impact of diseases, treatments and related medical resources to their effect on prevalence rate of disabilities. Despite the difference existed in these two models, both camp agree that along with the increasing of aging population, in the future, aging population with disabilities would be majority among disability population. The current welfare system in Taiwan has divided two systems under which to deliver service to people with disabilities and the elderly. This division would not function well, when Taiwan could face it ever increasing trend of population aging in next two to three decades. Finally, the author using data collected from 2003 Sample Household Survey of Disability Population on Taiwan to further analyze the problem in current disability system and proposed how to reform existing system in the future.

Key words: aging, disability, disease approach, functional approach, WHO