

中華民國行政院勞工委員會職業訓練局委託

國立臺灣大學辦理

「北部地區區域性身心障礙者職業輔導評量服務資源網」

「身心障礙者提早退休、勞工保險失能年金給付與
職業重建機制之探討」

成果報告

研究主持人：張彧副教授

「身心障礙者提早退休、勞工保險失能年金給付 與職業重建機制之探討」

期末報告

壹、緣起與目的

對於多數人而言，工作提供給我們生活及經濟上的保障，象徵社會地位及成就，可以實現人生目標，讓我們有歸屬感、獨立自主及感到受人尊敬，在心理上能充滿自信及獲得滿足。

但隨著年齡的增長，失能發生的機率也愈高，且愈會影響工作活動的執行。一般人的老化現象，可能要到 70 歲甚至 80 歲之後才會明顯影響其工作能力與社會參與；然而，從許多文獻資料及臨床實務上可以發現，身心障礙者似乎有提早老化的現象，且不同的障礙類別其老化的程度及所面臨的問題也有所不同，老化現象對於工作能力的影響也有所差異。

依據身心障礙者權益保障法第 47 條規定：「為因應身心障礙者提前老化，中央主管機關應建立身心障礙勞工提早退休之機制，以保障其退出職場後之生活品質。」，以及身心障礙社會福利團體要求勞工保險應針對身心障礙者較一般人提早老化之現象，建立提早退休、提前請領老年年金之機制。

惟有鑑於勞工保險為社會保險制度之一環，為建立身心障礙者提早退休、提前請領老年年金之機制，應符合整體制度基本公平、公正之原則，且因各障礙類別間的差異，故需考量其提早退出勞動市場之影響，以及職業重建服務如何因應。

貳、方法與過程

本主題探討以文獻資料回顧、專家會議等方法，進行資料蒐集、整理與分析：

- 一、 **文獻資料回顧**：針對國內外身心障礙者提早老化之狀況、各障礙類別老化現象之差異、國外身心障礙者提早退休制度之設計、社會保險及社會福利之因應機制等相關法規、實施情形或研究，進行資料蒐集、翻譯及整理。

本主題探討採用文獻回顧的方式，透過 Google Search、Medline 等資料庫蒐集相關資料，經過整理、歸納及分析後撰寫報告。

- 二、 **專家會議**：針對提早老化現象之影響、提早退休、社會保險制度及身心障礙者職業重建服務如何因應，擬定相關議題後，邀請國內專家學者、勞工主管機關代表和職業重建專業人員代表與會討論。
- 三、 **報告撰寫**：根據文獻資料的分析以及專家會議結果，歸納出相關實務與研究建議，提供職業重建服務或其他相關政策及福利措施參考。

詳細工作進度如表 1。

表 1 工作進度一覽表

	項目	工作進度
一	文獻蒐集與整理	<p>於1至9月間持續蒐集相關文獻資料，並著手整理、翻譯及分析</p> <p>1月8日進行內部會議討論</p> <p>2月26日針對文獻資料進行內部會議討論</p> <p>3月9日針對文獻蒐集資料進行初步彙整</p> <p>3月15日三區成果發表會中進行報告</p> <p>5月24日內部討論後續專家會議議程</p> <p>6月2日出席參與勞委會「研商身心障礙者權益保障法第47條建立身心障礙者勞工提早退休機制」會議</p> <p>6月8日出席參與內政部「國民年金保險身心障礙（基本保障）年金視為無工作能力類別及等級表」會議</p> <p>6月10日進行內部會議，針對出席6月2日勞委會「研商身心障礙者權益保障法第47條建立身心障礙者勞工提早退休機制」會議及6月8日內政部「國民年金保險身心障礙（基本保障）年金視為無工作能力類別及等級表」會議之內容討論</p> <p>7月6日進行報告內容內部討論</p>
二	期中報告	4月20日完成期中報告
三	專家會議	<p>於7月30日確定召開專家會議時間、議程，並開始進行與會人員之聯繫</p> <p>8月20日辦理第一次專家會議</p> <p>10月5日辦理第二次專家會議</p>
四	期末報告	<p>10至11月間整理文獻及專家會議資料，完成期末報告後，於11月25日送審</p> <p>12月10日出席先期審查「98年度區域性身心障礙者職業輔導評量資源服務網（99年度後續擴充）」三區主題探討期末報告會議，並於會議後針對審查委員意見進行修正</p>

參、發現與建議

一、文獻回顧

有鑑於勞工保險為社會保險制度之一，應符合整體制度之基本公平正義原則及適當性，故先行瞭解身心障礙者提早老化之狀況、各障礙類別老化現象之差異，再行探討提早退休及社會保險制度。

以下分別針對「老化」及「各國提早退休機制」兩個部分進行文獻回顧及探討：

第一節 老化

高齡 (aged) 與老化 (aging) 不同，各國雖然對於到達什麼年齡才稱做高齡者的標準不一，不過大部分都是以超過 65 歲者才稱之為高齡者；而「老化」是指人們到達最大發展點之後，在生物、心理及社會功能上的自然退化 (Birren, Schaie, 1985)。

生物學上的老化開始於 25 歲，人們的器官或系統功能每年喪失 1%，但即使如此，直到 70 歲時身體因器官或系統功能損傷所引起的疾病盛行率並沒有顯著增加，主要是因為所有的器官或係通都有很大的保存能力 (reserve capacities) (Kailes, 2001)；而心理的老化速度比身體老化速度要慢，是因為人們具備學習補償的能力 (compensatory abilities) (Kailes, 2001)；而以收入、所扮演的重要社會角色的數量以及生涯發展來看，社會成熟度要到 55 歲才達到高峰期，正常狀況下，人們可以維持社會角色直到 70 或 80 歲 (Kailes, 2001)。

以下分別針對「正常老化」及「身心障礙者老化」進行探討：

一、正常老化

隨著年齡的增長，每個人在生物、心理及社會功能上都會有所變化，但每個人老化過程的快慢，以及何時開始老化都不盡相同 (Goodman, Bonder, 2008)。

(一) 感覺功能的改變：

有些感覺功能是隨著年齡的增長而發生改變，有些則是因為疾病所造成的；除了觸覺功能在文獻資料上呈現的證據較不一致外，高齡者最常見的感覺功能改變包括：視覺、聽覺、味覺、嗅覺及前庭功能。

1. 視覺功能

當人們的年紀越來越大時，眼盲與弱視為常見之損傷。高齡者常見會影響視力與視覺的問題包括：因眼睛水晶體彈性逐漸喪失與睫狀體的無力，造成眼睛無法集中近焦，導致近視力大約從 40 歲開始逐漸惡化，稱為老花眼(presbyopia)(Goodman, Bonder, 2008)。此外，眼睛的問題還有：白內障、糖尿病視網膜病變、色素性視網膜炎、黃斑部病變、眼動肌肉群無力、淚液分泌減少等，會造成視力、視覺品質、亮/暗適應、夜間視力、對顏色的敏感度等視覺問題 (Goodman, Bonder, 2008)。

根據美國於 2002 年的統計資料顯示，18%非機構、年齡超過 65 歲之高齡者為全盲、部分盲或其他視覺損傷；65~74 歲視覺損傷的盛行率為 14%，85 歲以上視覺損傷的盛行率為 33% (Goodman, Bonder, 2008)。在英國，約有 42%超過 75 歲之高齡者有白內障，50%有與年齡相關之視網膜病變，7%有青光眼，且大多數人有超過一種以上之眼睛問題 (Sargeant, 2005)。

根據美國盲人基金會 (the American Foundation for the Blind) 於 2004 年之統計資料顯示：全美約有 55.3%、年齡在 21~64 歲間的視覺障礙者 (有困難或不能看到一般新聞字體的字) 有持續工作；如果只計算不能看到字的視覺障礙者的話，僅有 48.0%的就業率。相較於非身心障礙者的就業率 88.2%，視覺障礙者的就業率要低許多。即使有工作，視覺障礙者的平均薪資比非身心障礙者的薪資低 33%，也比其他障礙類別的平均薪資低 4% (Lighthouse International, 2009)。

2. 聽覺功能

因年老而造成聽覺器官與功能降低，稱之為老年性耳聾（presbycusis），常見的功能損失包括：對於高音頻的聲音的反應、交談中濾過背景噪音、維持平衡等方面會有困難（Goodman, Bonder, 2008）。

在美國，47%超過 65 歲之男性及 30%超過 65 歲之女性有嚴重之聽覺損失的問題，尤其是對高音頻之聲音（Goodman, Bonder, 2008）；在英國，超過一半以上年齡超過 60 歲的人有聽力損失，其中 30%使用助聽器。最常造成聽力損失的原因為疾病或內耳器官之傷害，或是聽神經受損（Sargeant, 2005）。

根據丹麥社會研究機構針對 1,600 名聽覺損傷者所進行的研究報告顯示：聽覺損傷者因為聽覺損傷而離開職場的比例為 20%。參與研究者表示，聽覺損傷讓他們無法充分參與工作及社會生活（Hear-it.org, 2009）；聽覺損傷者離開就業市場的比例，要比沒有聽力損傷的同事來得高，在聽覺損傷組中 18%接受障礙支持，非聽覺損傷組則僅有 7%接受障礙支持。

大多數聽覺損傷者在工作上的表現適宜，但由於聽覺損傷使得他們在電話交談，以及同時與數個同事進行討論時會有困難（77%）；由於溝通上的阻礙，導致聽覺損傷者經過一天工作下來，會比沒有聽覺損傷者覺得有較高比例的精神疲憊（47%：36%）及身體無力（51%：31%）。

3. 味覺與嗅覺

隨著年齡的增長，味覺與嗅覺的敏感度會下降；除了對於食物的香味及味道敏感度下降，影響食慾導致營養不良外，更重要的是，高齡者較不能發現到環境中危險的氣味或味道，例如：瓦斯、煙（火災引起）、腐壞食物等（Goodman, Bonder, 2008）。

除了特定職業外，味覺與嗅覺上的功能改變並不會影響高齡者執行日常活動或職務的能力，主要是會造成高齡者居家與職場上的安全問題，如：在居家環境中，高齡者無法聞到或感覺到食物腐壞而造成消化系統問題，或無法聞到瓦斯外洩、著火時的煙味而發生死亡意外。在職場環境中，高齡者可能因此無法聞到著火時的煙味或有毒氣體而發生中毒及工傷意外。

4. 前庭功能

前庭功能的改變造成高齡者平衡功能下降，而導致在職場、居家及社區環境中移動時跌倒的風險增加。高齡者跌倒的年盛行率接近 33%，這些跌倒者當中 15% 有嚴重的健康問題，如：髖關節骨折 (Goodman, Bonder, 2008)。

(二) 神經系統的改變：

隨著年齡增長，大腦逐漸萎縮，腦脊髓液的空間增大，神經元（特別是在中央前回、中央後回、顳上回、小腦、小腦皮質中層內的普金吉氏細胞）損失或萎縮，突觸的數目減少，神經傳導系統及神經傳導速度改變等問題，降低了高齡者對環境刺激的敏感度、動作協調與認知能力，以及對刺激的反應時間增加與神經行為功能上的改變 (Goodman, Bonder, 2008)。

(三) 肌肉骨骼系統的改變：

隨著年齡增長，肥胖組織與結締組織逐漸增大與增厚、肌力下降，肌肉彈性及耐力降低，關節功能從 20 歲以後開始逐漸下降，韌帶與肌腱慢慢地變得沒有彈性且較容易受傷；重量承受、壓力以及疾病（如：關節炎）的影響，造成軟骨損壞，甚至需要手術加以矯正，影響較大的關節包括：髖關節、膝關節等 (Goodman, Bonder, 2008)。

骨質會隨著年齡增加而逐漸喪失，根據統計，超過 39 歲的女性其骨質喪失速度為男性的 2 倍，女性在停經後更為嚴重；

到了 65 歲時，至少 50% 的女性會有某種形式的骨質疏鬆，退化的速度要到 70 歲才會減緩 (Goodman, Bonder, 2008)。

在英國，大多數的女性都有程度不一的骨質疏鬆現象，50~70% 的女性在人生某個時間點，會因為骨質疏鬆而出現骨折現象，12 個男性中則有 1 個會有嚴重的骨質喪失。骨質疏鬆使得人們容易在脊椎、髖關節、大腿、手腕及前臂等處發生骨折 (Sargeant, 2005)。

(四) 心臟血管功能之改變：

隨著年齡增加，心臟血管的問題也會增加，包括：心臟傳導系統的規律性及頻率改變 (因心臟起搏點的細胞減少)、血壓改變 (因血管壁變厚及缺乏彈性) 等 (Goodman, Bonder, 2008)。

因心臟血管問題所造成的疾病，如：中風、高血壓、心臟病等，是高齡者死亡及失能最常見到的原因。在英國，每年平均約有 10 萬人發生第一次中風，其中有 90% 的人年齡超過 65 歲 (Sargeant, 2005)。近年來，心臟血管疾病也成為我國人十大死因的第一、二位。

(五) 心理、認知功能之改變：

人們的智能、問題解決、抽象推理、記憶力、記憶過程及注意力，從 30 歲以後開始逐漸下降，到 70 歲以後，這些功能表現的改變會更加明顯，因此高齡者在處理複雜事物或工作上會有顯著的變化 (Goodman, Bonder, 2008)。在英國，65 歲以上的高齡者，有將近 5% 的人有癡呆症狀，而每 8 個人中有 1 人有憂鬱症狀 (Sargeant, 2005)。

綜合以上所述，隨著年齡增長，人們在生物、心理、認知及社會功能的表現會逐漸下降，但功能改變的速度及程度則是因人而異。雖然老化早在 25 歲即開始發生，但由於器官或系統都有很大的保存能力，且人們具備學習補償的能力，大部分有明顯功能退化的情形，多

是在 65 歲甚至 70 歲以後才會發生，而個人所扮演的社會角色，如：工作角色，甚至可以維持到 80 歲或更久。

二、身心障礙者老化

高齡身心障礙者的老化與一般人相同，但由於不同障礙類別的獨特性，以及慢性或長期失能（chronic disability）的影響，讓高齡身心障礙者同時也面臨獨特的挑戰（Kailes, 2001）。

一般正常老化並不會合併高比例的醫學及功能上的問題，直到 70~75 歲時才會發生；但若與非身心障礙者相比，身心障礙者會提早 20~25 年出現較高比例醫學及功能上的問題，而與同年齡的非身心障礙者比較，身心障礙者出現的健康問題是非身心障礙者的 3~4 倍（Kailes, 2001）。

多數的身心障礙者若失能超過 20 年，或年齡超過 40 歲後，會碰到在年輕時所沒有預期或計劃的、新的、重大的生理、心理或社會問題。這些改變大多出現在中年，甚至有些人的改變在 30 歲左右或失能 10 年後就出現，但造成「提早老化（premature aging）」的原因仍不清楚。

由於在文獻資料的回顧中發現，其他障礙類別並無系統化的研究結果，因此本次主題探討就目前文獻資料較充足的生理障礙與心智障礙者兩個方向，分別描述不同障礙類別或診斷的老化，與年齡相關之功能改變，以及長期失能後功能改變的狀況。

主要資料來自於：（1）澳大利亞國家身心障礙部（National Disability Administration）委託 Fyffe、Bigby 及 McCubbery 三位學者進行的文獻回顧，以及針對接受支持性服務的高齡者所進行的調查後，於 2006 年所發表的研究報告，（2）Kailes 於 2001 年所進行的文獻回顧，以及（3）本報告利用網路及 Medline 資料庫所搜尋到的資料（Kailes, 2001; Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006）。

(一) 生理障礙類：

主要探討的診斷包括：脊髓損傷 (spinal cord injury)、腦性麻痺 (cerebral palsy)、後小兒麻痺症候群 (post-polio syndromes)、創傷性腦部傷害 (traumatic brain injury)。

1. 與年齡相關之功能與健康改變：

早年的失能可能降低一個或更多器官或系統的保存能力，若再加上正常老化的影響，會使得身心障礙者更容易生病 (Kailes, 2001)。因此，高齡生理障礙者 (包括：小兒麻痺、脊髓損傷及腦性麻痺) 有其獨特的功能及健康改變型態 (Kailes, 2001; Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006)。

後小兒麻痺症候群患者出現呼吸系統方面的疾病，其比例是非身心障礙者的 4 倍；許多身心障礙者患有糖尿病的比例是非身心障礙者的 5~6 倍；而心臟血管疾病則是造成脊髓損傷患者死亡的第二大死因。

脊髓損傷患者提早出現不正常之膽固醇值，表示較易罹患心血管疾病 (Bauman, Adkins, Spungen, Herbert, Schechter, Smith, Kemp, Gambino, Maloney, Waters, 1999; Bauman, Spungen, 1996; Bauman, Spungen, Zhong, Rothstein, Petry, Gordon, 1992; Brenes, Dearwater, Shapera, LaPorte, Collins, 1986)，其血糖濃度和糖尿病盛行率明顯較一般族群高 (Bauman, Spungen, 1994)，有膽結石的比例也顯著較對照組高 (Apstein, Dalecki-Chipperfield, 1987)。

罹患後小兒麻痺症候群患者，與非身心障礙者及仍保有行走能力之小兒麻痺患者比較，有較高比例會出現高膽固醇值 (Kailes, 2001)。

在失能期間 (time since the onset of disability)，如：脊髓損傷患者，因長期使用輪椅的影響，會造成肩膀及膀胱功能等與

姿勢方面有關的問題 (Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006; McColl, Arnold, Charlifue, Glass, Savic, Frankel; 2003)。脊髓損傷患者的老化，經常受到失能的影響，如：使用上肢活動、推動輪椅及移位，過度使用衰弱的肌肉及肌肉的不平衡，造成慢性肩部疼痛及手肘、腕部疼痛 (Kailes, 2001)。

其他如：皮膚的改變讓脊髓損傷患者容易感染壓瘡、骨質疏鬆讓脊髓損傷患者容易骨折、心肺耐力下降、感染 (泌尿及呼吸系統)、身體衰弱 (deconditioning)、疼痛，以及因過度使用而造成的關節退化 (Kailes, 2001)。

失能發生的年齡 (age of onset of disability)：肢體障礙者如果愈早發生肢體障礙，愈可能擁有較差的身體功能，以及較難獲得良好家庭互動及非正式的支持 (Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006; McColl, Arnold, Charlifue, Glass, Savic, Frankel; 2003)。

脊髓損傷患者在發生傷害後的 20 年開始出現老化的問題，有 1/4 的脊髓損傷患者會有提早老化的問題。如果 20 歲受到脊髓損傷的影響，會在 40 歲時就出現老化問題，原本可以獨立在家庭或社區活動的患者，可能要開始尋求協助 (Kailes, 2001)。

為了要補償因失能、意外、體能降低及骨質疏鬆所造成的姿勢或行走不便，以及因為肢體活動、行動長期受到限制的影響，導致脊髓損傷患者會過度消磨及損耗 (wear and tear)，造成許多肌肉骨骼問題，進而影響每日功能與生活品質，這些肌肉骨骼問題包括：骨質損失 (bone loss)、骨折、脫臼、rotator cuff injuries、脊柱側彎 (scoliosis) 及過度使用症候群 (over-use syndrome) (Murphy, Molnar, Lankasky, 1995; Sie, Waters, Adkins, Gellman, 1992; Waters, Sie, Adkins, Yakura, 1995; Garland, Maric, Adkins, Stewart, 1993)。

脊髓損傷患者，造成容易得到骨質疏鬆症 (Fyffe, Bigby,

McCubbery, 2006; McColl, Arnold, Charlifue, Glass, Savic, Frankel, 2003; Garland, Maric, Adkins, Stewart, 1993)或肩關節退化的現象 (Lal, 1998)。

Thompson 針對脊髓損傷患者生理功能退化年齡進行調查，平均在 36 歲時開始產生生理功能退化，相對於非身心障礙者的 45 歲顯著較早，且一半以上的脊髓損傷患者在自我照顧活動上需要協助 (Thompson, 1999)。

另有研究顯示：接近 70% 移動能力受到限制的身心障礙者罹患骨質疏鬆症 (osteoporosis)。較常出現的問題包括：高血壓、壓瘡、高膽固醇、肥胖、心臟病、糖尿病、呼吸疾病及骨質疏鬆症，出現這些問題的機轉並不清楚，可能是多重因素也可能是一起作用 (Goodman, Bonder, 2008)。

腦性麻痺患者因為行動限制和施力不當等問題，在 50 歲之前合併有多重骨骼肌肉系統問題的 (如：關節退化、肌肉拉傷等) 就佔 63% (Murphy, Molnar, Lankasky, 1995)，平均在 14 ~ 40 歲間就產生功能退化情形 (Treves, Korczyn, 1986)；在自我照顧活動功能方面，Strauss 等人發現腦性麻痺患者於步行功能的退化最多，且步行功能和存活率呈現正相關 (Strauss, Ojdana, Shavelle, Rosenbloom, 2004)。

高齡腦性麻痺患者發生骨折的機率是非身心障礙者的 5 倍 (Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006)。

小兒麻痺患者也常因肌肉麻痺和無力所導致的行動限制，出現較嚴重肌肉骨骼系統功能退化的問題；如：Mohammad AF 等人發現，一半以上的小兒麻痺患者有骨質疏鬆症的問題，也有高比例 (82%) 的患者在近五年內有跌倒的經驗，骨折的危險性也較高 (Mohammad, Khan, Galvin, Hardiman, O'Connell, 2009)。

小兒麻痺患者於罹患小兒麻痺 50 年後，甚至於提早在 30~40 歲開始就會出現疲累、肌肉和關節疼痛，以及肌力不足的現象（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006; Halstead, Rossi, 1981）。

2. 認知與心理變化：

生理障礙族群在年輕時一直被鼓勵及要求過著與非身心障礙者一樣的獨立生活，可是一旦年紀漸長，逐漸喪失功能後，從一直都在證明自己的能力與非身心障礙者一樣的過程，轉變為一切都不可能的狀況時，他們對於這個事實特別難以接受，往往因此而衍生出許多心理議題，而且他們在調整生活型態上也出現困難（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006）。

根據美國一個研究結果顯示：與非身心障礙組比較，小兒麻痺組多了 21% 的參與者有 A 型人格特質；同時，小兒麻痺組多了 15% 的參與者對於批評很敏感（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006; Bruno, 1995）。

有些個案因為在第一次損傷時所獲得的醫療照護及社會服務中有不好的經驗，使得個案傾向於拒絕承認之後新的損傷，且不願意尋求協助（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006）。

心理社會改變的重要性，不僅是因為會影響到高齡身心障礙者，同時也會影響他們的家人；高齡身心障礙者出現憂鬱症狀的比例是非身心障礙者的 2~3 倍，而其憂鬱症狀與無法應付隨著年齡增長而產生的健康、功能及社會角色的改變有關。

在心理問題方面，Kemp 等人發現小兒麻痺患者與一般族群憂鬱症的盛行率雖無明顯差異，但在憂鬱症評估量表中憂鬱指數顯著較高，與健康相關之生活滿意度也較低；同時，也發現高齡小兒麻痺患者，憂鬱分數會比較高的情況，只有在小兒麻痺後功能有極大改變或家庭凝聚力較差時才會發生（Friedenberg, Freeman, Huber, 1989; Hazendonk, Crowe, 2000;

Trieschmann, 1992; Kemp, Adams, Campbell, 1997)。

脊髓損傷患者較容易出現焦慮、憂鬱、減少活動力及增加依賴等 (Trieschmann, 1992; Atkins, 2008)。

針對創傷型腦部外傷患者所進行的研究中，因許多患者有認知功能缺損的問題，因此許多研究著墨在與阿茲海默症 (Alzheimer's disease) 好發率之關係。例如：平均 77 歲之創傷型腦部外傷患者之阿茲海默症盛行率為 22.4%，高於年齡相近之一般族群的 14%；創傷型腦部外傷患者實際發生阿茲海默症的平均時間 (受傷 10 年後) 比預期的要來得早 (受傷 18 年後) (Jellinger, Paulus, Wrocklage, Litvan, 2001; Nemetz, Leibson, Naessens, Beard, Kokmen, Annegers, Kurland, 1999)。然而，也有其他學者的研究結果顯示，創傷型腦部外傷患者的認知功能 (如：記憶、注意力、訊息處理速度) 老化情形和一般人相比並無差異 (Johnstone, Childers, Hoerner, 1998)。

(二) 心智障礙類：

1. 老化速度及預期生命：

智能障礙者的老化速度並不比非身心障礙者快，但是多數的唐氏症患者會經歷提早老化 (Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006; Evenhuis, Henderson, Beange, Lennox, Chicoine, 2001)。

超過一半的智能障礙者其預期生命能與非身心障礙者一樣，但重度及多重障礙的唐氏症患者其平均預期生命較非身心障礙者為低 (Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006)。

與非身心障礙者比較，智能障礙者在各個年齡層都有較高的死亡率 (Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006; Evenhuis, Henderson, Beange, Lennox, Chicoine, 2001)。

Hennekens 等人發現，精神分裂症患者之平均死亡年齡為

61 歲（一般族群為 76 歲），雖然此一族群的自殺風險較高，但 2/3 的患者死因為冠狀動脈心臟疾病（一般族群則為 1/2）（Henekens, Henekens, Hollar, Casey, 2005）。

2. 與年齡相關之功能與健康改變：

高齡智能障礙者出現與年齡相關症狀（包括：感覺喪失、移動能力降低、跌倒及意外發生次數增加）的比例，與非身心障礙者一樣或較高（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006; Evenhuis, Henderson, Beange, Lennox, Chicoine, 2001; Day, Jancar, 1994）。

與非身心障礙者相比，高齡智能障礙者罹患無法治療症狀的比例較高（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006）；造成智能障礙者不健康的高風險因子，包括：運動、飲食及社經狀態（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006）。

發展障礙者（developmental disability）常罹患視覺損傷、聽覺損傷、肥胖、牙齒病變、癲癇、骨質疏鬆、心臟疾病、便秘、感染疾病等；因為不正確的使用藥物，而導致多重藥物的使用，沒有注意藥物間的作用（The Washington State Developmental Disabilities Council (DDC), 2008）。

在生理功能方面，Center 等人的研究結果顯示，智能障礙者的骨質密度較一般同年齡族群低（尤其是唐氏症患者），骨折頻率也較一般族群高（Center, Beange, McElduff, 1998）；在心血管系統方面，Pueschel 等人發現唐氏症患者的三酸甘油酯濃度較高，也較容易罹患冠狀動脈疾病（Pueschel, Craig, Haddow, 1992）。

Hummer 等人則發現精神分裂症患者腰椎部分的骨質密度明顯較一般族群低，其中男性有骨質疏鬆的比例較女性高（Hummer, Malik, Gasser, Hofer, Kemmler, Naveda, Rettenbacher, Fleischhacker, 2005）。

3. 認知及心理健康：

在三篇與阿茲海默症相關的研究中發現，唐氏症患者罹患阿茲海默症的風險較高且年齡較低，此與唐氏症患者之基因表現型（ApoE ϵ 4 基因）、腦部功能變化等相關（Ball, Holland, Hon, Huppert, Treppner, Watson, 2006; Prasher, Krishnan, 1993; Sekijima, Ikeda, Tokuda, Satoh, Hidaka, Hidaka, Ishikawa, Yanagisawa, 1998）。

唐氏症患者提早罹患阿茲海默症的風險高於非身心障礙者，唐氏症患者罹患阿茲海默症的機會在 30~39 歲為 2%，在 40~49 歲為 9.4%，在 50~59 歲為 36.1%，在 60~69 歲為 54.5%，而非身心障礙者在 65 歲以上罹患阿茲海默症的機會僅為 5%（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006）。

唐氏症患者罹患阿茲海默症的風險較高，且在極短的時間內會喪失其功能性能力與技巧（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006），如果不計算唐氏症患者，智能障礙者罹患阿茲海默症的年齡、症狀及期程，都與非身心障礙者雷同（Fyffe, Bigby, McCubbery, 2006），但比例到底多少，文獻上仍沒有一致的結果。

精神分裂症患者在青年、中年、老年族群中，認知功能退化的情形皆較一般族群來得快（Fucetola, Seidman, Kremen, Faraone, Goldstein, Tsuang, 2000）。

4. 社會關係及融入：

後雙親照護階段（post-parental care phase）：雙親支持有部分被非正式網絡成員所取代，但得到重要他人（significant others）及非正式社會網絡的機會則會隨著年齡增長而減少（Bigby, 1998; Bigby, 2002）。

三、 文獻探討整理

綜合上述文獻回顧結果，在與年齡相關之功能改變中，不論是生理障礙或心智障礙者發生健康問題（如：心血管疾病、肌肉骨骼系統問題等）的機率都較非身心障礙者高，退化年齡普遍來說也較非身心障礙者早；除了受到症狀的影響，疾病對於身心障礙者也造成行動限制，生理疾病患者除了生理功能退化外，其心理功能方面的問題也不可忽視，長期臥床或行動不便帶來生活滿意度的下降，甚至造成憂鬱傾向。

心智障礙者和創傷型腦部外傷患者在老年時出現阿茲海默症等認知疾病的風險較非身心障礙者高，且值得注意的是，高齡智能障礙者由於雙親照顧減少，卻無法獲得非正式的照顧（親人、子女或朋友的照顧），因此對於正式照顧模式（專業人員或機構照顧）的需求，勢必造成政府的福利支出。

因此，無論生理障礙或是心智障礙者，在面對老化所帶來的功能改變相關議題時，皆應從生理健康、整體功能性、心理社會健康情形等各方面進行探討；而對於身心障礙者較一般族群提早老化的問題，除了需要更多研究於各方面進行實證，也亟需針對身心障礙者提早老化問題建立相關配套措施。

第二節 各國提早退休機制

本次主題探討，選擇澳大利亞（Australia）、法國（France）、德國（Germany）、日本（Japan）、瑞典（Sweden）、英國（United Kingdom）、美國（United States of America）以及我國等八個國家，探討這些國家的社會安全制度中，老年與失能給付政策之現行狀況及差異。八個國家的基本資料如表 2 所示。

表 2 選擇國家基本人口學及平均國內生產總值資料

國家	全部人口數 (百萬)	65歲以上佔全 部人口之%	預期生命值		平均國內生 產總值 ^(註4) (美元)
			男	女	
澳大利亞 ^(註1)	21.4	14.2	78.9	83.6	31,794
法國 ^(註2)	61	16.3	77.1	84.1	30,386
德國 ^(註2)	82.7	18.8	76.5	82.1	29,461
日本 ^(註1)	127.8	22.5	79.0	86.1	31,267
瑞典 ^(註2)	9.0	17.2	78.7	83.0	32,525
台灣 ^(註1)	22.9	10.5	74.9	80.9	17,507 ^(註5)
英國 ^(註2)	60.2	16.1	77.2	81.6	33,238
美國 ^(註3)	299.8	12.3	75.6	80.8	41,890

註 1：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific, 2008. Washington, DC: Author; 2009.

註 2：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Europe, 2008. Washington, DC: Author; 2008.

註 3：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: The Americas, 2007. Washington, DC: Author; 2008.

註 4：Gross Domestic Product (GDP) per capita.

註 5：行政院主計處：國民所得統計常用資料；2008。Accessed date at 2009/12/2. Available in <http://www.stat.gov.tw/public/Attachment/9112616142471.xls>.

以下針對八個國家老年給付方案的類型、符合領取的資格及條件、各種退休狀況等，以及八個國家的失能給付方案類型、所需的資格及條件等進行說明。

一、 老年給付

(一) 方案類型：

澳大利亞、法國、德國、日本、瑞典、英國、美國以及我國等八個國家所採取的社會安全制度，以及老年給付方案類型如表 3 所示。

一般而言，各國的社會安全制度中，在退休後收入維持方案下，各國所提供的金錢補助方式可分為：與就業相關(employment-related)或與薪資相關(earnings-related)，全民普及(universal)，資產調查(means-tested)，以及其他方案(Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009)。

1. 與薪資相關：與就業或薪資相關之老年給付方案是屬於「社會保險制度(social insurance system)」之一種。

社會保險建立在以全體被保險人為危險共同分擔及互助的基礎上，以工作或工作所得為基礎，並以被保險人及雇主所繳納的保險費作為此制度的經濟來源，領取的金額通常取決於工作年資及所繳納之保險費(Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009; 謝榮堂, 社會法規彙編, 民 90)。在法國、德國、瑞典、英國、美國都有與薪資相關之老年給付。

2. 全民普及：全民普及式老年給付方案是屬於「社會福利制度(social welfare system)」之一種。

「社會福利制度」是社會安全體系中的第二道防線，其財政來源完全是納稅人的稅金，國家編列預算補助作為制度運轉

的經濟基礎；但有些國家的社會福利制度中，部分經費也會來自於雇主及工作者繳納之保險費支應（Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009; 謝榮堂，社會法規彙編，民 90）。

此方案又可分為「定率方案（flat-rate pension）」及「定率全民方案（flat-rate universal pension）」，兩種方案均在不考慮收入、就業狀況或是資產狀況之下，提供定額金錢給付給在一定年齡（通常指的是 60~65 歲）以上之居民或國民。

「定率方案」之財源來自於受雇者及雇主繳納之保險費支應；而「定率全民方案」之財源則全部來自於國家稅收（Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009）。本報告所選擇的國家如：英國、日本、台灣等國，都用此制度作為社會安全體系的第二道防線。

3. 資產調查：資產調查式老年給付方案是屬於「社會救助制度（social assistant system）」之一種（Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009）。

「社會救助制度」為社會安全體系最後一道生存保障的防線及手段。資產調查式老年年金方案，申請給付者通常須先被調查其生存需要，以及計算其個人、家庭資源是否符合申請的標準。

此方案對於平均值、需求、或收入測試，以及是否包括家庭資源的考量，會因各國的制度與考量不同而有所差異（Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009），財源則通常全部來自於國家稅收。僅有少數國家（如：孟加拉國）以資產調查為唯一或主要的社會安全制度，本報告所選擇的國家如：美國、

法國、瑞典，都用此資產調查式方案與社會保險方案共同組成社會安全網。

4. 其他形式老年給付方案：包括：法定個人帳戶（mandatory individual accounts），法定職業年金（mandatory occupational pensions），法定私人保險（mandatory private insurance），公家操作預備基金（publicly operated provident funds），以及雇主責任制度（employer-liability systems）（Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009）。

- (1) 法定個人帳戶（mandatory individual accounts）：**每一個涵蓋對象或其雇主，必須繳納一定薪資比例的保險費到涵蓋對象的個人帳戶中，此帳戶由約定之公立或私人基金管理機構管理，帳戶內的金錢是退休、身心障礙、生病或失業時之替代收入。本報告所選擇的國家沒有採用此種方案。
- (2) 法定職業年金（mandatory occupational pensions）：**雇主依法必須提供私人職業退休方案；保險費由雇主繳納，但有時員工也必須繳納保險費，給付可以用一次現金、養老金或年金方式給予。本報告所選擇的國家中有採用的是瑞典、法國、澳大利亞。
- (3) 法定私人保險（mandatory private insurance）：**每個人依法必須直接從私人保險公司購買保險。本報告所選擇的國家沒有採用此種方案。
- (4) 公家操作預備基金（publicly operated provident funds）：**通常這些基金存在於開發中國家（如：印尼、馬來西亞、新加坡等），為一種強迫儲蓄方案，從員工的薪水中扣除一定金額，加上雇主配合款當作保險費，將此保險費放入每位員工之個人投資帳戶中，交由管理基金管理；當員工符合一定規定可以請領給付，給付金額通常一

次給予帳戶中的金額及其孳息，有些會允許員工在退休前領取部分帳戶內的金錢，有些會讓員工可以在退休時，選擇以養老金或年金的方式給予。本報告所選擇的國家沒有採用此種方案。

- (5) **雇主責任制度 (employer-liability systems)**：在此制度中，勞工通常在勞工法的保護下，要求雇主有責任直接提供員工特定報酬或服務。特定報酬或服務包括：給予高齡者或身心障礙者一次現金式的報酬、提供醫療照護及有薪病假、生育給付或家庭津貼、提供工作傷害者暫時或長期現金及醫療照護給付、離職金等。補償責任全部都在雇主，雇主可以為自己購買雇主責任險，有些國家則強制要求雇主須購買雇主責任險。本報告所選擇的國家沒有採用此種方案。

表 3 選擇國家老年給付方案類型及保費分攤

國家	社會安全方案類型	老年給付方案類型	保費率(%)	
			被保險人	雇主
澳大利亞 ^{(註 1)α}	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會救助 ● 法定職業年金 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭或自己收入或/及財產低於特定值 ● 雇主依法必須提供私人職業退休方案 	0	9
法國 ^{(註 2)β}	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會保險 ● 社會救助 	<ul style="list-style-type: none"> ● 與薪資相關 ● 家庭或自己收入或/及財產低於特定值 ● 雇主依法必須提供私人職業退休方案 	6.65 ^δ	9.9 ^δ
德國 ^{(註 2)β}	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會保險 	<ul style="list-style-type: none"> ● 與薪資相關 	9.95	9.95
日本 ^{(註 1)α}	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會保險 <ul style="list-style-type: none"> ■ 國民年金 ■ 雇用保險 	<ul style="list-style-type: none"> ● 定額以及根據服務年資計算但與薪資無關 ● 與薪資相關 	7.675	7.675
瑞典 ^(註 2)	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會保險 ● 全民普及式 	<ul style="list-style-type: none"> ● 與薪資相關 ● 家庭或自己收入或/及財產低於特定值 ● 雇主依法必須提供私人職業退休方案 	7 ^δ	11.91
台灣 ^{(註 1)α}	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會保險 <ul style="list-style-type: none"> ■ 國民年金 ■ 勞工保險 	<ul style="list-style-type: none"> ● 定額以及根據服務年資計算但與薪資無關 ● 與薪資相關 	1.3 ^β	4.55 ^β
英國 ^{(註 2)β}	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會保險 ● 社會救助 	<ul style="list-style-type: none"> ● 定額以及根據服務年資計算但與薪資無關 ● 與薪資相關 ● 家庭或自己收入或/及財產低於特定值 	11 ^β	12.8 ^β
美國 ^(註 3)	<ul style="list-style-type: none"> ● 社會保險 	<ul style="list-style-type: none"> ● 與薪資相關 ● 家庭或自己收入或/及財產低於特定值 	6.2	6.2

註 1：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific, 2008. Washington, DC: Author; 2009.

註 2：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Europe, 2008. Washington, DC: Author; 2008.

註 3 : Social Security Administration. Social security programs throughout the world: The Americas, 2007. Washington, DC: Author; 2008.

α : 某些給付所需要繳納之保險費會有最高值。

β : 此保險費包括其他給付方案。

δ : 保險費僅支付老年給付；其他如身心障礙給付及遺屬給付則需另繳保險費。

5. 符合老年年金之資格

要符合領取老年年金、一次現金給付或養老金的資格，通常除了年齡之外，還要符合一定的工作或投保年資，有些還需要接受資產調查、居住權或國民調查。

(1) 退休年齡：

理想上，工作者可依據勞動市場的變化，自己決定什麼時候退休 (Gokhale, 2009)。然而，每個國家為了要設定一個讓人們能夠領取全額老年年金或養老金的年齡，於是訂定一個「法定退休年齡 (mandatory retirement age)」。

世界上第一個社會安全退休計畫，乃是 1889 年德國首相 Otto von Bismark 所制訂，為了訴諸於勞工階級及對抗德國社會黨 (Socialist Party)，於是選擇 65 歲為退休年齡 (Schulz, 1988; Social Security Administration, 2007)。

一般而言，「法定退休年齡」有三種型式：(1) 年金退休年齡；(2) 契約化退休年齡；(3) 真正或正常退休年齡 (Sargeant, 2005)。

根據 2007~2008 年美國社會安全行政部門 (Social Security Administration) 贊助國際社會安全協會 (International Social Security Association, ISSA) 針對全世界 172 個國家社會安全制度的調查結果顯示：全世界 172 個國家之法定領取老年年金之年齡最低為 50 歲，最高為 67 歲；大多數歐美國家的法定領取老年年金退休年齡都設定在 65 歲 (Social Security Administration, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009)。

大多數國家男女的退休年齡相同，如：美國、法國、德國、瑞典、日本、台灣等，也有些國家有差異，如英國男性的退休年齡為 65 歲，女性退休年齡為 60 歲 (到 2020 年女性退休年齡

將提高到 65 歲，與男性退休年齡相同)；又如澳大利亞男性的退休年齡為 65 歲，女性退休年齡為 63 歲(到 2013 年女性退休年齡將提高到 65 歲與男性退休年齡相同)(參考表 4)(Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009)。

由於醫學進步、健康照護系統的完備、男女預期生命值提高，因此各國除了逐漸將男女的退休年齡拉平之外，有些國家也逐漸提高法定的退休年齡(Sørensen, Buhl, 2007; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009)。例如：美國將在 2027 年將退休年齡提高到 67 歲；德國將在 2029 年提高退休年齡到 67 歲；日本受雇者年金領取年齡男性到 2025 年與女性到 2030 年將提高到 65 歲；台灣全額退休年齡在 2008 年為 60 歲，在 2018 年時為 61 歲，到 2027 年將逐漸增加到 67 歲。

雖然各國訂有「法定退休年齡」，但允許人們選擇提早退休或延後退休，甚至允許退休後仍繼續工作(Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2009)。一般而言，提早或延後退休所得到的終身社會安全給付金額應該差不多，如果提早退休，由於請領老年給付的時間較長，因此每月所給付的金額就會比較少；反之，如果延後退休，由於請領老年給付的時間較短，因此每月所給付的金額就會比較多。

(2) 身心障礙者退休年齡：

本報告所選擇的八個國家中，僅有法國與德國對於嚴重失能者有降低退休年齡(參考表 4)。

在法國，嚴重失能者只要年齡滿 55 歲，再符合最低保險及投保年資的話，就可以提早退休；而在德國，嚴重失能者(失能程度至少 50%)也可以在 63 歲提早退休(Social Security Administration, 2008; Early retirement Schemes, 2007)。

(3) 提早退休：

有些國家之社會安全制度有允許被保障對象選擇提早退休的設計。本報告所選擇的國家中僅有德國、美國、瑞典、台灣、日本允許工作者提早退休，但所領取的年金金額都會依退休時間有比例上的減少（Social Security Administration, 2009; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2008）。

如在德國，可自 63 歲開始領取且具有至少 35 年投保年資，每提早一個月減少年金指數 0.003；日本依照國民年金方案，可自 60 歲開始領取，每提早一個月減少 0.5%；瑞典可自 61 歲開始請領，每提早一個月減少 0.5%；台灣依照勞工保險方案可自 55 歲開始領取，每提早一年減少 4%，最多可減少 20%（Social Security Administration, 2009; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2008）；美國年滿 62 歲可以申請提早退休，每提早一個月年金減少全額年金之 0.56%（Social Security Online, 2009）。

(4) 部分退休：

有些國家的社會安全制度有提供部分退休設計，允許領取部分退休給付時，也可以從事部分工時工作（Sørensen, Buhl, 2007）。

本報告所選擇的國家中，僅有法國、瑞典、英國有明訂部分退休之規定。在法國，領取老年年金者可以在退休時立即開始另外一份新的工作，但如果要回去退休時同樣工作的話，則必須等待六個月；如果退休後仍然在工作，則其年金與工作收入總額不得超過被保險人退休時的工作薪資（Social Security Administration, 2008）。在英國則沒有訂定提早退休的符合條件，但若投保年資未達規定，則年金按比例減發，未說明在領取減額年金時是否允許工作（Social Security Administration,

2008)。

瑞典則允許 60 歲以上之工作者減少他們的工作時數，並領取補償損失薪資之給付；為了要符合部分退休資格，工作者必須在 45 歲後擁有 10 年可計算為投保年資之年資，且在減少工時前，每週工時至少 22 小時。所領取的金額為領取部分退休年金前後薪資間差異的 65% (Social Security Administration, 2008)。

有些國家雖然沒有明訂部分退休，但允許領取全額退休者仍可繼續工作，如美國在 2000 年柯林頓總統簽署「高齡者自由工作法 (the Senior Citizens' Freedom to Work Act of 2000)」，讓高齡者不會因為退休薪資調查 (the Retirement Earnings Test)，導致仍在工作者受到減少老年給付的懲罰 (但針對沒有到達正常退休年齡 (the full retirement age) 而領取老年年金者，則仍然有退休薪資調查) (Social Security Administration, 2007)。

又如在日本，領取受雇者年金時，不需要停止工作，但是當年金加上薪資超過一定金額的話則是發給減額年金，年齡介於 60~64 歲者，如果其每月收入及年金不超過 280,000 日圓的話，則發給全額年金；若超過 280,000 日圓的話，則年金減少其每月收入的 50%；如果收入每月超過 480,000 日圓，則減發每月收入的 100%；年齡介於 65~69 歲者，如果其每月收入及年金超過 480,000 日圓的話，則年金減少其每月收入的 50% (Social Security Administration, 2009)。

我國則是依據勞工保險條例的規定領取老年給付者，應辦理離職退保，且不得再行參加勞工保險，但並沒有規定不能工作。

(5) 延後退休：

工作者可以在法定退休年齡後，或依法可領取政府、雇主

所提供之退休金、養老金的年齡後一定期限內申請退休 (Wikipedia: The free encyclopedia, 2009)。

本報告所選擇的八個國家，都允許工作者延後領取年金，且所領取的年金金額都有比例上的增加 (Social Security Administration, 2009; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2008)。

在英國，每延遲一年加發年金之 10.4%，如果延後連續 12 個月以上的話，被保險人可以選擇以一次現金給付方式，領取延後的國家年金及孳息；在澳大利亞，延後領取退休年金的金額，取決於延後時間的長短，符合資格者退休時可領到一次現金給付之年金紅利 (最多五年的紅利) 及老年年金；在法國，超過領取全額老年年金者，或年齡超過 60 歲但沒有達到領取全額老年年金者的工作時間，每超過 1 季則年金金額增加 0.75%；在德國，每延後一個月加計年金指數 0.005；在日本則是依照國民年金方案，可自 65 歲後開始領取，每延後一個月增加 0.7%；在瑞典，每延後一個月增加 0.7%；在台灣，每延後一年增加 4%，最高可增加 20%；美國則是每延遲一年就多領取 8%。

有些國家 (如：英國、日本、德國) 則沒有明訂申請延後年金的上限，但有些國家 (如：澳大利亞、美國、台灣、瑞典) 對於延後領取年金的時間則有上限。以澳大利亞為例，工作者可以延後申請年金的時間最少 1 年，且被保險人每年應工作 960 小時，最多可延後 5 年；而此方案不適用於接受收入支持，或申請延後年金時年齡超過 75 歲者。

表 4 選擇國家老年給付領取年齡（歲）

國家	法定領取年金年齡		提早領取年金最低年齡	延後領取年金最高年齡	部分年金領取最低年齡	身心障礙者提早退休年齡
	男	女				
澳大利亞 ^(註 1)	65	63	沒有規定	可延後 1-5 年，超過 75 歲(含)申請者不適用	沒有規定	沒有規定
法國 ^(註 2)	60	60	沒有規定	某些狀況可延後退休	60	嚴重失能者 55 歲
德國 ^(註 2)	65	65	63	無最高年齡規範	沒有規定	嚴重失能者 63 歲
日本 ^(註 1)	65	65	60	無最高年齡規範	沒有規定	沒有規定
瑞典 ^(註 2)	65	65	61	70	60	沒有規定
台灣 ^(註 1)	60	60	55	65	沒有規定	沒有規定
英國 ^(註 2)	65	60	沒有規定	無最高年齡規範，80 歲以上有年齡加給	無特別年齡規範，領取金額按比例減發	沒有規定
美國 ^(註 3)	65.8	65.8	62	70	沒有規定	沒有規定

註 1：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific, 2008. Washington, DC: Author; 2009.

註 2：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Europe, 2008. Washington, DC: Author; 2008.

註 3：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: The Americas, 2007. Washington, DC: Author; 2008.

(6) 投保年資或工作年資：

各國符合老年給付領取之條件，除了年齡外，還需要有一定的工作或投保年資。詳如表 4 所示，本主題探討所選擇的八個國家中，少則如瑞典的 3 年，多則如法國的 160 季或德國的 45 年。

計算年資的方式各國也有所不同，在瑞典，工作年資必須以收入超過 16,800 kronor 才會被計算；在法國，投保年資除了工作年資外，還會併入領取失業給付、退休前給付或失能年金（評估失能程度至少 80%）的期間，用以計算投保年資，同時對於必須請產假的婦女、照顧生病或身心障礙孩童而導致工作中斷的人，有投保年資加值（coverage period bonuses），最高每個需要照顧的小孩可加值 8 季。

在英國，如果被保險人需照顧孩童、老人或身心障礙親人的話，則其領取全額國家年金的投保年資將酌予降低，而領取特定給付（如：失能給付、失業給付、尋找工作津貼等）期間也可以採計列入投保年資中；在日本，投保年資的計算為自己個人的投保年資，加上被保險人依賴或合法配偶在受雇期間參加任何與職業相關方案的投保年資（Social Security Administration, 2009; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2008）。

本報告所選擇的八個國家中，有些國家也擬定在未來調整投保年資的年限。如在法國，領取全額老年年金之投保年資在 2012 年將提高到 41 年，2020 年將提高到 41.75 年；而在英國，一般而言，領取基本國家退休年金所需的投保年資，男性約為 44 年、女性約為 39 年，但如果年金領取者是在 2010 年 4 月 6 日（含）起到達基本國家年金領取年齡的話，則其領取全額基本國家年金的投保年資將會減到 30 年（Social Security Administration, 2008）。

表 5 選擇國家領取老年給付之符合資格

國家	類型	給付條件
澳大利亞 ^(註 1)	社會救助	(1)年滿 65 歲的男性或年滿 61.5 歲的女性； (2)申請時必須居住在澳大利亞；且 (3)居住期間必須連續住滿 10 年（若居住年數超過 10 年的話，則僅須連續居住 5 年）（須資產調查）
	法定職業年金	55 歲以上且永久退休者
法國 ^(註 2)	一般方案	(1)任何方案須年滿 60 歲且具備 160 季投保年資；或 (2)一般方案須年滿 60 歲且具備 150 季投保年資。但如果工作者從 14、15 或 16 歲開始工作且具備 160 季投保年資的話，可在 56~59 歲間開始領取全額老年年金
	老年人連帶責任補助金	年滿 65 歲（失能者 60 歲）之低收入年金領取者（須資產調查）
	特定對象	嚴重失能者年齡滿 55 歲，且擁有最低保險及投保年資，工作母親及退伍軍人有特別條件
德國 ^(註 2)	一般方案	年滿 65 歲且具有 45 年的投保年資
	薪資調查	年齡若小於 65 歲的年金領取者，其領取的年金將會依據個人薪資所得程度調整 每月薪資若低於 335 歐元，則領取全額年金；若每月薪資高於 355 歐元的話，則依其薪資多寡發給 2/3、1/2、或 1/3 的年金
	特定對象	(1)年齡 60 歲礦工，且具有至少 25 年投保年資是從事長期地底下工作者 (2)年滿 63 歲且具有至少 35 年投保年資的嚴重失能者（評估失能程度至少 50%）
日本 ^(註 1)	國民年金	年滿 65 歲且具 25 年投保年資者，不需要停止工作，且不需要進行資產調查
	受雇者年金	年滿 60 歲（若是船員、礦工則為 55 歲）且具至少 25 年以上之投保年資者，包括在國民年金方案下投保的年資，不需要停止工作，但若年金加上薪資超過一定金額的話會發給減額年金

表 5 選擇國家領取老年給付之符合資格（續）

國家	類型	給付條件
瑞典 ^(註 2)	與薪資相關（新）	可從 61 歲開始請領，採用彈性退休年齡規定。年金領取金額取決於被保險人就業生涯期間之所有收入為基礎，其年資必須以收入超過 16,800 kronor 才會被計算
	與薪資相關（舊）	年滿 65 歲且具有至少 3 年的投保年資
	保險費年金	領取之金額取決於被保險人自 16 歲起就業生涯期間之所有收入為基礎
	保證年金	年滿 65 歲、居住在瑞典至少 3 年、且從與薪資相關年金領取之金額低或沒有的收入者
台灣 ^(註 1)	國民年金	年滿 65 歲且過去 3 年至少居住在台灣 6 個月之台灣國民
	勞工保險方案	(1)年滿 60 歲、具有至少 15 年以上之投保年資（全額退休年齡在 2018 年時為 61 歲，到 2027 年逐漸增加到 67 歲），且自投保的工作上退休後不可再加保 (2)年滿六十歲，且保險年資合計未滿十五年者，請領老年一次金給付
	老年一次金給付	2008 年 7 月 17 日修正條文施行前有保險年資者，且符合下面任一項規定者，在退休時可以選擇一次現金給付。這些規定包括： (1)年滿 60 歲（男性）或 55 歲（女性）以及至少有 1 年之投保年資，或 (2)年滿 55 歲男性且具有至少 15 年以上投保年資，或 (3)年滿 50 歲以及具有至少 25 年以上投保年資，或 (4)任何年齡在同一雇主有至少 25 年以上之投保年資者，或 (5)擔任具有危險、堅強體力等特殊性質之工作合計滿五年，年滿五十五歲退職者

表 5 選擇國家領取老年給付之符合資格（續）

國家	類型	給付條件
英國 ^(註 2)	基本國家退休年金	年齡 65 歲男性及 60 歲女性，且繳納保險費年資等於工作年資之 90%（一般而言，男性約 44 年，女性約 39 年） 如果年金領取者是在 2010 年 4 月 6 日（含）起到達國家年金領取年齡的話，則其領取全額國家年金的投保年資將會減到 30 年
英國 ^(註 2)	國家第二年金	適用於年齡 65 歲男性及 60 歲女性，此年金乃是附加的基本國家年金
	老年年金（非繳費式方案）	(1) 年齡 80 歲以上， (2) 60 歲以後連續 20 年間居住在英國 10 年，且 (3) 領取之年金低於全額國家年金的 60% 者
	資產調查式津貼	(1) 年齡在 60 歲以上， (2) 居住在英國，且 (3) 收入低於既定程度者
美國 ^(註 3)	老年年金	(1) 年滿 65 歲 10 個月，且 (2) 具有 40 季的投保年資
	老年補充收入津貼	(1) 年齡 65 歲以上， (2) 低收入及 (3) 資源有限。資產調查包括所賺薪資及非薪資部分，如補助金或津貼

註 1：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific, 2008. Washington, DC: Author; 2009.

註 2：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Europe, 2008. Washington, DC: Author; 2008.

註 3：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: The Americas, 2007. Washington, DC: Author; 2008.

二、失能給付

所有國家都有失能給付方案，提供因年齡增長、疾病或傷害所造成的健康損傷，而導致工作能力下降的工作者一個提早退休的安排（Sørensen, Buhl, 2007; Social Security Administration, 2009; Social Security Administration, 2008; Social Security Administration, 2008）。

失能年金方案之福利政策目的與其涵蓋之基本概念，乃是認為失能為一種社會風險，失能保險的目的是讓領取失能年金者能夠回到正常工作崗位，而不是將他們拉離職場。

可運用的策略包括：提供領取失能年金者適當就業機會；預防失能發生，如：對於請病假者能夠早期介入並持續追蹤，避免疾病轉變成慢性疾病，甚至發生失能；給予適當與重返工作相關之復健/重建服務（Sørensen, Buhl, 2007）。

以長程來看，因為工作安全衛生的改善、較佳的工作環境、科技祛除危險工作與單調工作，增加衛生標準及生活水準等，以失能方式提早退休的人數應會逐漸減少；但為了防止失能年金的過度花費，以中程、短程來看，仍要以某些策略來保障失能年金方案，如：失能年金僅能給予在工作能力上有損失的人們（參考表 6）（Sørensen, Buhl, 2007）。

以瑞典為例，失能年金方案為 65 歲以前退休常用的方法，工作者自 16 歲開始起就可以領取失能年金，但為了要取得領取失能年金資格，必須獲得醫師的證明，證明個人之工作能力因為生病或類似理由永遠喪失 25% 以上。

在瑞典，領取失能年金的金額也會隨著工作者喪失工作能力之百分比而有所不同，如：工作者之工作能力喪失在 25%~50% 的話，領取 25% 之失能年金；如果喪失 50%~75% 的話，領取 50% 失能年金；僅有工作能力完全喪失的情況下，才能領取全額失能年金，如果喪失 75% 以上工作能力的話，也有可能領取全額失能年金。根據 1994

年瑞典的調查顯示：有 37% 的男性，35% 的女性領取全額失能年金。

三、文獻回顧整理

由文獻回顧結果發現，身心障礙者在生理、心理、認知等方面均會有提早老化的現象發生，且會因障礙類別等級的不同，

但本篇報告所回顧的八個國家中，僅法國、德國有針對嚴重失能者訂定提早退休年齡，但法國（訂在 55 歲）、德國（訂在 63 歲且要有 35 年投保年資）所訂定的規定，與我國（60~67 歲且要有 15 年投保年資）相比較，其實是與我國一般退休年齡之規定雷同。

表 6 選擇國家領取失能給付之符合資格

國家	類型	給付條件
澳大利亞 ^(註 1)	社會安全	(1) 男性年齡介於 16~65 歲，女性年齡介於 16~61 歲 (2) 經評量失能程度至少 20% 以上，且每週無法工作至少 15 個小時或在未來兩年內因為被保險人之身心損傷或永久性目盲導致無法再工作 (3) 必須是澳大利亞居民（須資產調查）
	法定職業年金	給予完全及永久性障礙者退休金
法國 ^(註 2)	一般方案	(1) 年齡小於 60 歲， (2) 經評估喪失從事任何一種工作能力程度至少 2/3 者 (3) 在失能前 12 個月已投保，且 (4) 在最後 12 個月中至少有 800 個小時的工作年資，其中必須包括在最近 3 個月內具有 200 個小時的工作年資
德國 ^(註 2)	一般方案	(1) 完全喪失賺錢能力（指無法從事任何形式工作每天超過 3 個小時）或是部分喪失賺錢能力（指可以從事任何形式工作每天超過 3 個小時但不到 6 個小時；對於 1961 年 1 月 2 日以前出生之被保險人，則為不能從事一般或類似工作每天不能超過至少 6 個小時）；以及 (2) 被保險人必須擁有 5 年投保年資，且在最近的 5 年中有 36 個月的繳納保險費紀錄
日本 ^(註 1)	國民年金方案	(1) 經評量為完全失能，且需要持續照護（第一級）或失能程度嚴重到讓被保險人沒有辦法獨立生活（第二級） (2) 被保險人同時必須在失能時符合領取國民年金方案中之老人年金資格；或 (3) 從 20 歲到失能年齡時，曾有 2/3 期間是有保險費繳納紀錄或具投保年資績點者
	受雇者年金保險	(1) 經評量為完全失能且需要持續照護（第一級），或失能程度嚴重到讓被保險人沒有辦法獨立生活（第二級）或失能程度嚴重到讓被保險人沒有辦法工作（第三級） (2) 被保險人同時必須在失能時，符合領取國民年金方案中之老人年金資格；或 (3) 從 20 歲到失能年齡時，曾有 2/3 期間是有保險費繳納紀錄或具投保年資績點者（對於低收入或身心障礙者或接受公共協助者可以增加投保年資績點）

表 6 選擇國家領取失能給付之符合資格（續）

國家	類型	給付條件
瑞典 ^(註 2)	一般方案	(1)經評估工作能力必須至少喪失 25%，且 (2)當失能發生時已投保 年金包括兩部分：(a)與居留時間相關之保證年金：以居留時間為基礎，至少須是瑞典居民 3 年；(b)與薪資相關之年金：被保險人必須至少在瑞典有 1 年的收入
台灣 ^(註 1)	國民年金	(1)台灣國民或曾經在最近 3 年內居住在台灣超過 6 個月 (2)經評量為重度身心失能且永久完全不能工作者
	勞工保險	經評量為永久性身心失能，且永久完全不能工作者
	失能給付	2009 年 1 月 1 日修正條文施行前有保險年資者，被保險人經評量為永久性失能，依照失能程度可選擇領取一次現金給付
英國 ^(註 2)	長期失能給付	被保險人在申請此項給付前，以其在一個納稅年度內繳納之保險費為每週較低薪資的 25 倍，再加上在領取給付前的最近兩個納稅年度內所繳納的保險費或績點達每週較低薪資的 50 倍。在失能（須經醫學評量）52 週開始領取；若是終極性疾病或領取高額失能生活津貼者則在 28 週後發給
	失能生活津貼 （非繳費式、無薪資調查）	如果失能發生在 65 歲以前（給付可以超過 65 歲），將在失能後 3 個月（如果是終極性疾病則例外）給予，金額多寡取決於照護及移動能力，其他尚可領取看護津貼、照護者津貼等
美國 ^(註 3)	一般方案	(1)因身心損傷造成從事實質性有酬工作能力喪失者，且預期失能情形將持續 1 年以上或死亡 (2)自 21 歲起到致殘時年齡止，被保險人至少每年均有 1 季的投保年資，最高具有 40 季投保年資；或被保險人在致殘前 10 年內若具有 20 季投保年資也可適用

註 1：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific, 2008. Washington, DC: Author; 2009.

註 2：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Europe, 2008. Washington, DC: Author; 2008.

註 3：Social Security Administration. Social security programs throughout the world: The Americas, 2007. Washington, DC: Author; 2008.

二、結果探討與建議

(一) 身心障礙者提早離開職場的途徑

身心障礙者提早離開職場的途徑有二：一是符合提早退休年齡與投保年資；一是經過失能評估符合失能條件而提早離開職場。

1. 符合提早退休年齡與投保年資

老化是自然發生的現象，隨著年齡的增長，一般人及身心障礙者都會面臨。一般人的健康狀況出現問題時，其老化的發生也會提早，而身心障礙者除了要應付工作活動外，同時也要應付日常生活、休閒活動、家務處理等方面在心理及生理方面的要求及負荷，而造成身心障礙者老化發生的時間提早。

依據文獻資料呈現，身心障礙者確實有提早老化之現象，但文獻回顧的結果也同時指出：不同障礙類別間的差異大，所面臨的問題也不同，與非身心障礙者比較，部分障別的平均餘命也較少（如：脊髓損傷、唐氏症），有些則無明顯差異。

雖然如此，但是本報告中所回顧的國家，僅有德國及法國針對嚴重失能者有調降退休年齡之規定。如在法國，一個嚴重失能者在 55 歲若擁有最低保險及投保年資的話，就可以提早退休；而一般人則要年滿 60 歲，且具備 160 季投保年資的話才可以退休。又如在德國，若失能程度至少 50% 的嚴重失能者可以在 63 歲且具有至少 35 年投保年資的話，也可以提早退休；而一般德國人須年滿 65 歲且具有 45 年的投保年資才能申請退休（若年齡為 63 歲，且具備 35 年的投保年資者可選擇提早退休，但領取之年年金將減少）。

由於身心障礙者因障礙類型不同、個別差異大，以及受到環境因素的影響，造成老化發生的年齡有所差異，同時也因老化而影響身心障礙者執行工作活動的程度。國內在缺乏相關基礎研究的情況下，沒有足夠的資訊來證明身心障礙者何時開始

進入老化階段，以及老化與工作能力的關係，因此，建議先進行相關基礎研究，針對身心障礙者不同障礙類別，出現提早老化現象、年齡及所面臨的相關問題進行分析，以作為制度訂定的參考。

此外，由於退休給付的計算是根據投保薪資與年資，若身心障礙者之退休年齡提早的話，接下來要考量的可能是所領到退休給付是否足以應付老年生活，若不能應付老年生活的話，應儘早規劃其他社會福利或補助方案因應。

另一方面，在訂定身心障礙者的退休年齡時，應考量非以強迫制的方式，而是允許身心障礙者自行選擇退休與否；同時也應考量在生活經濟安定的情況下，開放部份退休或於退休後仍可繼續工作。

2. 經過失能評估符合失能條件

若身心障礙者因為心理或生理提早老化以致於無法執行工作活動，但又不符合退休年齡與投保年資時，身心障礙者離開職場的途徑就只有經過失能評估且符合失能條件而提早離開職場。根據本報告所回顧的國家資料顯示，各國對於失能給付的條件通常沒有年齡的限制，但有失能程度的限制。

如在澳大利亞，須經評量失能程度至少 20% 以上，且每週無法工作至少 15 小時；在法國須經評估喪失從事任何一種工作能力程度至少 2/3 者；在德國則是無法從事任何形式工作每天超過 3~6 小時；日本則是經評量失能程度為 1~3 級。

我國的失能年金給付條件為經評量為永久性身心失能且終身無工作能力。若依照此規定，身心障礙者只要經過評量證明沒有工作能力的話，就可以領取失能年金。

(二) 職業重建服務如何因應身心障礙者提早老化

從整體經濟安全的角度來看待老化問題時，應提早進行預防性、治療性或維持功能的處遇，而非僅以社會保險的老年給付或退休金，作為身心障礙者進入老年階段時的唯一經濟保障。

職業重建服務在面臨身心障礙者提早老化的現象時，雖然各障別及年齡層的特性不同，但提供服務時所掌握的原則卻是一致的。

1. 預防提早老化的發生

根據文獻回顧及專家會議的結果，得知不同障礙類別提早老化的現象會有所不同，如：肢體障礙者，或因過度使用、因疾病造成的肢體障礙者，會在關節、肌肉骨骼系統、心肺功能上出現提早老化；又如唐氏症患者罹患阿茲海默症的風險較高等。

因此，職業重建個案管理員及職業輔導評量人員在評量或選擇適合身心障礙者的工作時，應同時考量工作的要求對於身心障礙者是否有短期或長期負面影響，若有或可能有則應在評量或選擇適合身心障礙者工作時，同時考量職務再設計。透過適才適性的評估，考量個案的體能、生理狀況、工作能力與期望等方面，安排合適的工作內容，必要時改變工作方式、調整職務內容、改善環境或輔具應用，在安全、有效率並符合職務要求的考量下，使得工作不會對身心障礙者造成負擔，避免因不恰當或錯誤的工作方式，造成身心障礙者二次傷害，同時也可做到預防老化，讓個案得以延長工作年限。

2. 維持工作能力

老化乃是一個自然的過程，雖然可以透過審慎評量及職務再設計讓身心障礙者找到適才適性的工作，讓老化對於工作能力的顯著影響得以不提早發生，但仍然無法避免身體與認知功能隨著年齡而下降。

因此，可透過主動及被動的方式發現老化對於身心障礙者

工作能力的影響，並運用職務再設計、職業輔導評量、轉換工作等方式，讓身心障礙者能夠維持工作者角色及工作能力。

- (1) **個案主動、職業重建服務人員被動方式**：乃是讓身心障礙者知曉身體功能與工作能力關係，了解什麼時候應該尋求職業重建服務，個案主動到職業重建服務窗口尋求協助處理其工作上的困難。
- (2) **個案被動、職業重建服務人員主動方式**：運用身心障礙者鑑定每5年的方式，職業重建人員主動在身心障礙者鑑定的同時詢問身心障礙者在工作活動執行上是否有困難。若身心障礙者覺得有困難，則職業重建人員可提供主動的服務，如：職業輔導評量、職務再設計。

隨著身心障礙者的年齡逐漸增長，工作活動的執行通常會面臨困難，但不致於離職。目前的職業重建服務除了職務再設計可以服務已有工作者之外，其他的服務多半是沒有工作或要找/換工作者，因此，建議未來職業重建服務對象應增加只要在工作執行上有困難的身心障礙者。對於這群身心障礙者提供職業輔導評量、職務再設計等適當服務。

3. 延續工作—部分工時工作或改變工作型態

當個案進入中高齡，或是老化的現象已開始明顯影響其身體功能及工作能力時，無法繼續勝任其原有的職務內容。此時職業重建服務的重點，應是如何延續工作，透過職業輔導評量，瞭解老化對個案各方面能力的變化，以及職務內容對身體的影響，必要時安排職務再設計的協助。

職管員應考量老化對於個案的影響，在完成工作能力的評估後，嘗試透過減少工作要求、部分工時等改變工作型態的方式，延續個案的工作時間；此外，個案在日常生活方面是否有困難，如：生活起居、家事處理、飲食等，應協助連結相關社政資源給予支持。

4. 失能評估

當個案的障礙狀況較為嚴重，或因老化現象影響，透過失能評估與職業輔導評量的鑑定，確認其無法繼續於職場從事工作活動時，則可直接給予失能年金。

(三) 工作能力評估機制之建立

1. 工作之定義

工作能力評估需考慮兩方面，一方面為工作者之能力，另一方面為執行工作所需要的能力；建立工作能力評估機制時，需考慮兩方面才能決定一個人的工作失能狀況。

我國雖然於 2007 年訂定及修正失能等級表，但是對於「工作」及「參考工作」並未定義，如「工作」是指所有工作嗎？庇護性工作算嗎？如在澳大利亞，對於工作就有清楚定義為工作時數為 15 小時以上之任何工作，而非先前從事之工作。因此，對於「工作」應先討論出一個符合國內情況的定義。

在職業重建服務中，職業重建個案管理員或職業輔導評量人員可藉由工作分析得到目前身心障礙者所從事的，以及可能可以從事的工作對於工作者之能力要求，同時運用功能性能力評估及其他評估方式，得知身心障礙者目前的能力；若兩者間有差異，導致身心障礙者在執行工作活動上有困難或不能執行工作活動的話，則可以進行職務再設計或尋找其他適性適才工作。

2. 建立統一服務窗口

結合高齡者所需社會福利服務，與身心障礙者之就業服務，運用工作能力評估，以期能夠全面瞭解身心障礙高齡者及高齡身心障礙者在就業、生活、社區參與上所遇困難，並提供整合性服務；如在澳大利亞，以 Centrelink 為統籌單位，評估

個案狀況，依照評估結果給予就業服務、社會福利服務、各項津貼給付與補助金。

3. 建立標準化、整合性之工作能力評估表格

為了要準確的評估工作者之工作能力，宜進行工作能力評估表格之信效度研究，以建立工作能力評估表格之適用性。

(四) 職務再設計

「職務再設計」是指為協助身心障礙者排除工作障礙、以提升工作效能、促進就業，所進行之改善職場工作環境、工作設備、工作條件、提供就業所需輔具及調整工作方法之措施。職務再設計在整個預防身心障礙者老化、維持身心障礙者工作能力、延續身心障礙者的工作等過程中扮演極重要的角色。下表 7 提出常見職務再設計。

表 7 常見職務再設計（範例）

阻礙	介入方式
<ul style="list-style-type: none"> ● 無法駕駛或搭乘大眾交通工具，以致於無法往返職場 	<ul style="list-style-type: none"> ● 調整上下班時間：允許方便家屬接送之上下班時間 ● 搭乘復康巴士 ● 允許在家工作
<ul style="list-style-type: none"> ● 無適當停車空間 	<ul style="list-style-type: none"> ● 依據建築物無障礙設計原則改建無障礙停車空間
<ul style="list-style-type: none"> ● 無法自由的在職場中移動，以致於無法使用職場的廁所、餐廳、休息室、娛樂室、保健室等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 依據建築物無障礙設計原則改建工作場所環境，如改裝無障礙廁所、安裝斜坡、加寬通道、電動門、加寬室內外出入口、無障礙電梯及樓梯等
<ul style="list-style-type: none"> ● 姿勢維持、姿勢變換、或/及移動耐力缺失，以致於無法長久站立、坐、行走、蹲、跪等，造成職務上如果需要這些能力的話，無法執行或是有困難；有些勉強為之，會造成二度傷害 	<ul style="list-style-type: none"> ● 重新指派工作者可勝任的職務 ● 重新分配或指定工作者無法執行的次要職務給其他工作者；改變主要或次要職務執行的時間及方法 ● 對於無法持續工作很久的工作者可以將休息時間縮短但增加休息次數 ● 職務儘量用坐姿完成，如果需要長時間站立則使用高腳椅；如需長時間走動，則用代步車取代步行 ● 將需要經常拿取之物品、檔案等放置在距地面40~120公分處，工作者不需要經常蹲、跪、彎腰或站立拿取 ● 調整工作區域，依照職務使用工具、設備設施的頻率及順序安排物品之位置
<ul style="list-style-type: none"> ● 力量不夠，以致於無法抬舉或搬運物品或檔案文件 	<ul style="list-style-type: none"> ● 儘量使用搬運設備如：台車、輸送帶、吊架、堆高機等來搬運物品、檔案或零件
<ul style="list-style-type: none"> ● 無法使用職場中的設備、儀器、工具、工作檯、椅子等，以致於無法操作職務上所需要的工具、設備與儀器 	<ul style="list-style-type: none"> ● 改變工具或設備與工作者間的距離，讓工作者可以較舒適及省力的方式進行工作 ● 使用符合工作者能力及人體計測之工具、工作檯、椅子等
<ul style="list-style-type: none"> ● 無法全時工作 ● 無法執行原工作 	<ul style="list-style-type: none"> ● 調整為部分工時工作 ● 調整職務
<ul style="list-style-type: none"> ● 感官功能損失 	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供助聽器、放大鏡、擴視機等

(五) 職業重建服務人員的知能提升

1. 職業重建個案管理員、職業輔導評量人員、就業服務員、職務再設計人員以及其他職業重建人員，必須對於各障礙類別的特性，老化對於各障礙類別的影響，老化對於身心功能及工作能力的影響，以及各障別間的差異應有更清楚的認識；在進行身心障礙者需求與就業能力評估時，瞭解身心障礙者的能力與需求後，提供個別化的服務及適當的資源連結。
2. 職業輔導評量員、就業服務員未來也將面臨更多、更為複雜的個案狀況，因此也需更加瞭解各障別間的差異，以及對身心障礙者提早老化的狀況，各職務內容對生理狀況、認知功能的長期影響，提升職務再設計相關的概念與知識，才能進行適性適才的評估，或提供適所的職務內容。

（六）結語

老化並不代表工作能力下降或不能工作，但在就業上確實較易受到老化的影響。工作對於個人的重要性，除了經濟保障外，還包括獨立自主、自我認同感、社會參與等；且從文獻回顧發現，持續工作不僅能夠延緩認知及生理功能退化，亦與高齡者憂鬱症的發生有負相關。因此，有些研究結果報告顯示身心障礙者會主動減少娛樂、家務活動，或在這些方面尋求協助以繼續維持工作者的角色，在工作上也尋求協助，如：調整職務內容、降低工作負荷與工時，以期其工作者的角色能夠持續更久。

不論是一般人或身心障礙者，工作除了獲取報酬之外，有時更是一項重要的身心活動安排，因此在失能給付評估機制的標準上或可考慮減少其限制，而從功能及能力貢獻上來評量並給予協助，讓身心障礙者得以繼續於職場工作。

目前的失能給付評估，依照職業災害勞工的評量機制，除了評估個人意願、生理狀況及工作能力表現外，也應包含勞動市場的分析，能否繼續留在原工作崗位上，是否需要職務再設計、輔具的協助，或有無轉業的可能性，是否需要職業訓練等等。而目前的職業輔導評量服務，其實被現行的運作方式所限制而未能發揮功用，職務再設計也不該僅是基本能力的滿足，應考量在勞動人力市場的機會，才能延長身心障礙者的工作年限。

提早退休機制的設定，其實應該考量不是一個強制性的規定，而是基於個人意願的主動申請，以及被動的失能狀況；不論一般人或身心障礙者，均有自我決定是否提早退休、規劃未來生活的權利，或是經過評量後判定為失能而需要提早退休。

公共政策在面對人們壽命不斷地提升、退休後照顧、經濟、少子化現象時，世界各國如：美國、英國、日本等，多朝向延後退休年齡，以鼓勵高齡者留在職場及延長其生產者角色。若考慮提早退休，其退休金是根據其工作薪資及投保年資計算，若愈早退休代表所給的金額

就愈少，是否能夠維持後續的生活？若要拿到全額，那麼是否保費就要增加？提早退休後其實需要各種社會福利政策來給予支持及協助，才能維持生活與經濟安定。

若職業重建服務能夠提供更為有效的協助與支持時，個人主動性選擇提早退休就會延後，如：透過部分工時或群組安置的方式，讓身心障礙者可以獲得工作機會，而延長工作年限。中央主管機關在相關資源的核定供給上，若能確實掌握與需求之間的平衡，透過職業重建服務提供足夠的支持及推廣，亦能延緩提早退休的時間。

參考文獻

中文部分

身心障礙者權益保障法（民 98.7.8）。

謝榮堂（民 90）：社會法規彙編。台北：元照出版有限公司。

葉琇姍（譯）（民 90）：身心障礙者重返勞動市場—歐陸各國政策的比較，台北：洪葉文化事業有限公司。

林昭吟（民 97）：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； No. 19, pp. 37-80。

西文部分

- Age concern. How will the new law on age discrimination affect you? (February 2009). Retrieved June 11, 2010, from http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/Documents/IS17Age_Discrimination_new_law.pdf.
- Apfel KS. Talking points. Washington D.C., USA: Symposium on Retirement Age and Disability; 2000. Retrieved September 14, 2010, from http://www.utexas.edu/lbj/faculty/apfel/documents/retagedis_092200.pdf.
- Apstein MD, Dalecki-Chipperfield K. *Spinal cord injury is a risk factor for gallstone disease*. *Gastroenterology* 1987; 92(4):966-968.
- Atkins MJ. Spinal cord injury. In Radomski MV, Trombly Latham CA, editors. *Occupational therapy for physical dysfunction, 6th ed*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Australian Institute of Health and Welfare. Australia's Welfare 2007. AIHW cat. No. AUS 93. Canberra, AU: AIHW; 2007.
- Ball SL, Holland AJ, Hon J, Huppert FA, Treppner P, Watson PC. *Personality and behaviour changes mark the early stages of Alzheimer's disease in adults with Down's syndrome: findings from a prospective population-based study*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 21(7):661-73.
- Bauman WA, Adkins RH, Spungen AM, Herbert R, Schechter C, Smith D, Kemp BJ, Gambino R, Maloney P, Waters RL. *Is immobilization associated with an abnormal lipoprotein profile? Observations from a diverse cohort*. *Spinal Cord* 1999; 37(7):485-493.

- Bauman WA, Spungen AM. *Disorders of carbohydrate and lipid metabolism in veterans with paraplegia or quadriplegia: a model of premature aging*. *Metabolism* 1994; 43(6):749-756.
- Bauman WA, Spungen AM. *Disorders of carbohydrate and lipid metabolism in veterans with paraplegia or quadriplegia: A model of premature aging*. *Metabolism* 1996; 43:946-956.
- Bauman WA, Spungen AM, Zhong YG, Rothstein JL, Petry C, Gordon SK. *Depressed serum high density lipoprotein cholesterol levels in veterans with spinal cord injury*. *Paraplegia* 1992; 30(10):697-703.
- Bigby C. Shifting responsibilities: The patterns of formal service use by older people with intellectual disability in Victoria. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 1998; 23(3): 229-243.
- Bigby C. Ageing people with a lifelong disability: challenges for the aged care and disability sectors. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2002; 27(4): 231-241.
- Bigby C. Ageing with a lifelong disability: Policy, program and practice issues for professionals. London, UK: Jessica Kingsley; 2004.
- Birren J, Schaie W. *The handbook of the Psychology of Aging*. New York, NY: Van Nostrand; 1985.
- Brenes G, Dearwater S, Shapera R, LaPorte RE, Collins E. *High density lipoprotein cholesterol concentrations in physically active and sedentary spinal cord injured patients*. *Archives Physical Medical Rehabilitation* 1986; 67(7):445-450.
- Bronstein M, Aylott C. Europe. Retrieved July 20, 2010, from <http://www.efa.org.uk>.
- Bruno R. *Predicting hyperactive behavior as a cause of non-compliance with rehabilitation: the reinforcement motivation survey*. *Journal of Rehabilitation* 1995; 61:50-57.

- Butt N, Dhanecha N, Ellerd-Elliott S, et al. Family resources survey: Great Britain 2000-01. Department for Work and Pensions; 2001. Accessed date at 2009/12/4. Available in <http://www.dwp.gov.uk/asd/frs>.
- Center J, Beange H, McElduff A. *People with mental retardation have an increased prevalence of osteoporosis: a population study*. *American Journal of Mental Retardation* 1998; 103(1):19-28.
- Centrelink. Centrelink—the basic: A guide to your options and our services. Retrieved July 23, 2010, from <http://www.centrelink.gov.au>.
- Centrelink. Disability employment services. Retrieved July 23, 2010, from <http://www.centrelink.gov.au>.
- Consortium for Citizens with Disabilities. CCD fact sheet: Social Security facts: What benefits do people with disabilities and their families get from Social Security? Washington, DC: Author; 2005. Retrieved June 1, 2010, from http://www.thearcuppervalley.com/_1031405.pdf.
- Copeland C. Employment status of workers ages 55 or older. *Employee Benefit Research Institute Notes* 2007; 28(8). Accessed date at 2009/11/28. Available in <http://www.ebri.org>.
- Cullinan J, Gannon B. Ill-health and early retirement in Ireland. *Irish Center for Social Gerontology Economics of Ageing Bulletin* 2009; 2.
- Day K, Jancar J. *Mental and physical health and aging in mental handicap: A review*. *Journal of Intellectual Disability Research* 1994; 38:241-257.
- Dijkers M. *Quality of life after SCI*. *American Rehabilitation* 1996; 22:18-23.
- Directgov-employment. Employment: Discrimination at work. Retrieved June 11, 2010, from <http://www.direct.gov.uk/en/Employment/ResolvingWorkplaceDisputes/DiscriminationAtWork/index.htm>.

- Disability Discrimination Act 1995. Retrieved April 11, 2010, from <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50/contents>.
- Disability Discrimination Act 2005. Retrieved April 11, 2010, from http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/13/pdfs/ukpga_20050013_en.pdf.
- Discrimination in employment. Retrieved July 30, 2010, from <http://www.employersattorneys.com/employment-law/California-employment-discrimination.html>.
- Early retirement Schemes, 2007. Retrieved August 12, 2010, from http://www.ifo.de/portal/page/portal/DICE_Content/LABOUR_MARKET_AND_MIGRATION/LABOUR_MARKET/LM070_LABOUR_FORCE_PARTICIPATION/earl-ret-schem07.pdf.
- Employee Benefit Research Institute. Facts from EBRI: Assets in qualified retirement plans, 1985-2005: Updated. Employee Benefit Research Institute Notes 2007; 28(8). Retrieved July 28, 2010, from <http://www.ebri.org>.
- Evenhuis H, Henderson C, Beange H, Lennox N, Chicoine B. *Health aging—adults with intellectual disabilities: Physical health issues*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2001; 14(3):175-194.
- Friedenberg D, Freeman D, Huber S. *Postpoliomyelitis syndrome: Assessment of behavioral features*. Neuropsychiatry, Neuropsychology & Behavioral Neurology 1989; 2:272-281.
- Fucetola R, Seidman LJ, Kremen WS, Faraone SV, Goldstein JM, Tsuang MT. *Age and neuropsychologic function in schizophrenia: a decline in executive abilities beyond that observed in healthy volunteers*. Biologic Psychiatry 2000. 48:137–146.
- Fuhrer MJ, Rintala DH, Hart KA, Clearman R, Young ME. *Relationship of life satisfaction to impairment, disability, and handicap among persons with spinal*

- cord injury living in the community*. Archives Physical Medicine and Rehabilitation 1992; 73:552-7.
- Fyffe C, Bigby C, McCubbery J. *Exploration of the population of people with disabilities who are ageing, their changing needs and the capacity of the disability and aged care sectors to support them to age positively*. Australia: National Disability Administrators; 2006.
- Garland DE, Maric Z, Adkins RH, Stewart CA. *Bone mineral density about the knee in spinal cord injured patients with pathologic fractures*. Contemporary Orthopedics 1993; 26:375-379.
- Gerhart KA, Bergstrom E, Charlifue SW, Menter R. *Long-term spinal cord injury: Functional changes over time*. Archives Physical Medicine and Rehabilitation 1993; 74:1030-4.
- Gokhale J. *Mandatory Retirement Age Rules: Is It Time To Re-evaluate?* Washington, DC: CATO Institute; 2004. Retrieved August 6, 2010, from <http://www.cato.org/testimony/ct-jg040909.html>.
- Goodman G, Bonder BR. Preventing occupational dysfunction secondary to aging. In Radomski MV, Trombly Latham CA, editors. *Occupational therapy for physical dysfunction*, 6th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Halstead LS, Rossi CD. *New problems in old polio patients: results of a survey of 539 polio survivors*. Orthopedics 1981; 8(7):845-50.
- Haveman M. Disease epidemiology and ageing people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2004; 1(1):16-23.
- Hazendonk KM, Crowe SF. *A neuropsychological study of the postpolio syndrome: Support for depression without neuropsychological impairment*. Neuropsychiatry, Neuropsychology & Behavioral Neurology 2000; 13(2):112-118.

- Hear-it.org. Hearing loss and early retirement. Retrieved July 30, 2010, from <http://www.widex.com/New%20and%20Press/News/2003?EarlyRetirement.aspx>
- Hello Work Office. Retrieved July 10, 2010, from http://www.tokyo-icc.jp/guide_eng/gov/04.html.
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. *Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease*. American Heart Journal 2005; 150(6):1115-1121.
- Hummer M, Malik P, Gasser RW, Hofer A, Kemmler G, Naveda RCM, Rettenbacher MA, Fleischhacker WW. *Osteoporosis in patients with schizophrenia*. American Journal of Psychiatry 2005; 162:162-167.
- Jellinger KA, Paulus A, Wrocklage C, Litvan I. Traumatic brain injury as a risk factor for Alzheimer disease. Comparison of two retrospective autopsy cohorts with evaluation of ApoE genotype. BMC Neurology 2001 1:3. Retrieved August 3, 2010, from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2377-1-3.pdf>.
- Job Accommodation Network. Accommodation and compliance series: Employers' practical guide to reasonable accommodation under the Americans with Disabilities Act. Retrieved May 27, 2010, from <http://www.jan.wvu.edu>.
- Johnstone B, Childers MK, Hoerner J. *The effects of normal ageing on neuropsychological functioning following traumatic brain injury*. Brain Injury 1998;12(7):569-76.
- Kailes JI. Aging with disability. 2001. Retrieved September 25, 2010, from <http://www.jik.com/awdrtcawd.html>.
- Kemp BJ, Adams BM, Campbell ML. *Depression and life satisfaction in aging polio survivors versus age-matched controls: Relation to post-polio syndrome, family functioning, and attitude toward disability*. Archives Physical Medicine and Rehabilitation 1997; 78:187-92.

- Kennedy J, Minkler M. Disability theory and public policy: Implications for critical gerontology. *International Journal of Health Services* 1998; 28(4):757-776.
- Klosse S, Uijl SD, Bahlman T, Schippers J. *Rehabilitation of partially disabled people: An international perspective*. Amsterdam: Thesis Publisher, 1998.
- Lal S. *Premature degenerative shoulder changes in spinal cord injury patients*. *Spinal Cord* 1998; 36(3):186-189.
- Lighthouse International. Employment status and earnings of working age persons with visual impairment. Retrieved July 4, 2010, from <http://www.lighthouse.org/research/statistics-on-vision-impairment/employment-status/>
- Louisiana State Employees' Retirement System (LASERS). Disability Retirement. Baton Rouge, LA: the LASERS. Retrieved June 22, 2010, from http://www.lasers.louisiana.gov/PDFs/Publications_and_Reports/Fact_Sheets/Disability%20FS.pdf.
- Martin JP, Whitehouse E. Reforming retirement-income systems: Lessons from the recent experience of OECD countries. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers* No, 66. Paris, France: OECD; 2008.
- McColl M, Arnold R, Charlifue S, Glass C, Savic G, Frankel H. *Ageing, spinal cord injury, and quality of life: Structural relationships*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003; 84:1137-1144.
- McNeal DN, Somerville N, Wilson D. Use of technology services to maintain employment among people aging with a disability. Final report. Downey, CA: Rehabilitation Research and Training Center on Aging with Disability, Rancho Los Amigos Medical Center; 1996.
- Ministry of Foreign Affairs of Denmark. Factsheet Demark: Social and health policy. Denmark: the Ministry of Foreign Affairs of Denmark; 2003.

- Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. Annual health, labor and welfare report 2007~2008. Retrieved August 10, 2010, from <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw2/index.html>.
- Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. Textbook for the Study Programme for the Senior Social Insurance Administrators; 2005. Retrieved July 10, 2010, from <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p36-37a.html>.
- Ministry of Health and Social Affairs. *Fact sheet: Old age pensions in Sweden*. Stockholm, Sweden: Government Offices; 2000.
- Mohammad AF, Khan KA, Galvin L, Hardiman O, O'Connell PG. *High Incidence of Osteoporosis and Fractures in an Aging Post-Polio Population*. *European Neurology* 2009; 62(6):369-374.
- Murphy KP, Molnar GE, Lankasky K. *Medical and functional status of adults with cerebral palsy*. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1995; 37:1075-1084.
- Nemetz PN, Leibson C, Naessens JM, Beard M, Kokmen E, Annegers JF, Kurland LT. *Traumatic Brain Injury and Time to Onset of Alzheimer's Disease: A Population-based Study*. *American Journal of Epidemiology* 1999;149(1):32-40.
- Palme M, Scensson I, Department of Economics Stockholm University. *Social security, occupational pensions, and retirement in Sweden*. Stockholm, Sweden: Working paper series in economics and finance No. 184; 1997.
- Prasher VP, Krishnan VHR. *Age of onset and duration of dementia in people with Down syndrome: integration of 98 reported cases in the literature*. *International journal of geriatric psychiatry* 1993. 8(11):915-922.
- Priestley M. Whose voices? Representing the claims of older disabled people under New Labour. *Policy & Politics* 2002; 30(3):361-372.

- Pueschel SM, Craig WY, Haddow JE. *Lipids and lipoproteins in persons with Down's syndrome*. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 1992; 36 (4):365-369.
- Sargeant M. Disability and age-multiple potential for discrimination. *International Journal of the Sociology of Law* 2005; 33:17-33.
- Schulz JH. *The economics of aging*, 4th ed. Dover, MA: Auburn House Publishing; 1988. Retrieved June 5, 2010, from <http://www.medrounds.org/encyclopedia-of-aging/2006/01/retirement-age-history-of.html>.
- Sekijima Y, Ikeda S, Tokuda Ta, Satoh S, Hidaka H, Hidaka E, Ishikawa M, Yanagisawa N. *Prevalence of Dementia of Alzheimer Type and Apolipoprotein E Phenotypes in Aged Patients with Down's Syndrome*. *European Neurology* 1998; 39(4):234-237.
- Sheets DJ, Liebig PS, Campbell ML. State rehabilitation agencies, aging with disability, and technology: Policy issue and implications. *Journal of Disability Policy Studies* 2002; 12(4):243-252.
- Sie IH, Waters RL, Adkins RH, Gellman H. *Upper extremity pain in the post-rehabilitation spinal cord injured patient*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1992; 73:44-48.
- Social Security Administration. *Social security: A brief history*. SSA Publication No. 21-059. Washington, DC: Author; 2007. Retrieved August 6, 2010, from <http://www.ssa.gov>.
- Social Security Administration. *Social security programs throughout the world: The Americas, 2007*. Washington, DC: Author; 2008.
- Social Security Online. Retrieved June 3, 2010, from <http://www.ssa.gov/>.
- Sørensen OB, Buhl O. *The interplay of retirement systems, social security, labour market policies and taxation in shaping retirement patterns*. Moscow: Technical

- Commission on Old-age, Invalidity and Survivors' Insurance World Social Security Forum; 2007. Retrieved April 9, 2010, from <http://www.issa.int/Resources>.
- Strauss D, Ojdana K, Shavelle R, Rosenbloom L. *Decline in function and life expectancy of older persons with cerebral palsy*. *NeuroRehabilitation* 2004;19(1):69-78
- The Employment Equality (Age) Regulations 2006. Retrieved June 11, 2010, from <http://www.legislation.gov.uk/ukxi/2006/1031/contents/made>.
- The Washington State Developmental Disabilities Council (DDC). *Aging with developmental disabilities: 2008 task force recommendations*. Olympia, WA: Washington State Developmental Disabilities Council; 2008.
- Thompson L. *Functional changes in persons aging with spinal cord injury*. *Assistive Technology* 1999; 11(2):123-129
- Treves T, Korczyn AD. *Progressive dystonia and paraparesis in Cerebral Palsy*. *European Neurology* 1986;25(2):148-53.
- Trieschmann R. *Psychosocial research in spinal cord injury: The state of the art*. *Paraplegia* 1992; 30(1):58-60.
- Tuff A. *Germany abolishes its compulsory retirement age for doctors*. *BMJ* 2009;338:b97
- Verbrugge LM, Yang L. *Aging with disability and disability with aging*. *Journal of Disability Policy Studies* 2002; 12(4):253-268.
- Waters R, Sie I, Adkins RH, Yakura JS. *Injury pattern effect on motor recovery after traumatic spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1995; 76:440-443.
- Wikipedia: The free encyclopedia. *Mandatory retirement*. Retrieved August 6, 2010, from http://en.wikipedia.org/wiki/Mandatory_retirement.