

結果指標資料來源：第 19 條

自立生活及社區融合



UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER



身心障礙者權利公約

先行版本

© 2020 United Nations

《資料來源指引》為聯合國人權事務高級專員辦事處（OHCHR）編訂之 [SDG-CRPD 資源包 \(SDG-CRPD resource package\)](#) 的一部分。此為 SDG-CRPD 資源包之先行版本，最終版本將於 OHCHR 審查流程結束後發行。

本文件使用之名稱及提出之資料，皆不表示聯合國秘書處對任何國家、地區、城市或區域或其權力機關之法律地位，或其邊疆或國境之定界表達任何意見。

聯合國文件的符號由大寫字母與數字構成，提及此數字時表示參照聯合國文件。

《資料來源指引》係於歐盟之財務援助下建立而成。本文內容由 OHCHR 全權負責，且不必然代表歐盟之意見。



19.27 作為戶長的身心障礙成人人數和比例，依性別、年齡、身心障礙類別與法定權利類型（屋主、租戶等）區分，並與其他人對照。

第二級：該指標可以通過對現有的資料蒐集工作，進行簡單的添加或修改

某種程度上，戶長的概念可視為一種代理指標，在某種程度上說明身心障礙者行使生活安排和自立生活的選擇權。鑒於選擇權之主觀因素的評估具有一定複雜性（尤其是選項及資源有限情況下），這個概念有其意義。

所有家庭調查（例如 HIES、DHS、MICS）都有記載家庭成員與戶長關係的名冊，只要調查其中包含身心障礙的相關問題，就能編製此指標。因此，雖然絕大多數的國家尚未這麼做，但其應該早已有能力得出此指標。

帛琉是有針對此指標提出報告的國家，根據 [2017 年帛琉身心障礙報告](#) 顯示，4955 位戶長中有 154 人（3%）為身心障礙者。

19.28 居住於社會住宅之人數，依性別、年齡和身心障礙類別區分。

第二級：該指標可以通過對現有的資料蒐集工作，進行簡單的添加或修改

如果住宅方案的行政資料包含身心障礙狀態記錄，則可透過該行政資料獲得這部分的資訊。表 1 為美國的範例，內容記錄了住在公共住宅或接受租金援助之家庭的特徵。資料來自美國住宅與城市發展部（U.S. Department of Housing and Urban Development）的庫存管理系統。鑑於已經記錄了家庭成員數量的資訊，將這些數據轉換為人數是很簡單的。

表 1：美國住宅與城市發展居民特徵報告，2020 年 6 月

	居民人數	佔總數的比例
家庭類型		
老年人、沒有小孩、無身心障礙	127,053	16%
老年人、有小孩、無身心障礙	5,042	1%
非老年人、沒有小孩、無身心障礙	117,213	14%
非老年人、有小孩、無身心障礙	249,613	31%
老年人、沒有小孩、有身心障礙	141,805	17%
老年人、有小孩、有身心障礙	5,894	1%
非老年人、沒有小孩、有身心障礙	130,151	16%
非老年人、有小孩、有身心障礙	39,034	5%
社會住宅單位中有身心障礙成員之家庭的比例		39%

資料來源：美國住宅與城市發展部，居民特徵報告（Residents Characteristics Report）（2020）

註：用詞以資料來源為依據。

利用調查是另一種選擇。在英國，相關資訊係透過年度人口調查（Annual Population Survey）蒐集而來，該調查報告表示，有 24.7% 的身心障礙者住在社會出租住宅；相比之下，非身心障礙者在這方面的比例則是 8.2%。

19.29 對於安排自己生活之獨立程度表示滿意的身心障礙成人人數和比例，依性別、年齡和身心障礙類別區分。

第二級：可用現有資料編製但未經通報的指標

在身心障礙和／或生活品質調查或研究中，自我評估回報可視為呈現選擇權行使程度代理指標的方法，有助於掌握身心障礙者對於自身生活安排和獨立程度的滿意度。

WHO 標準身心障礙調查（Model Disability Survey）有一系列滿意度相關問題（例如「您對居住地條件的滿意度如何？」），也有賦權相關問題（包括當事人有多大的個人生活控制權），這些問題可在[單元 7000 與單元 8000](#) 取得。

許多其他調查可經過調整提供此指標，並且已經提供相關指標，例如：

- 澳洲的「家庭、收入與勞動力動態調查」(HILDA)，包括了身心障礙相關問題，以及與伴侶和子女的關係、自由時間多寡、對當地社區的歸屬感、整體生活滿意度等相關問題。該調查並未特別詢問獨立程度或生活安排。
- 義大利身心障礙調查 (Italian Disability Survey)，其問題涵蓋與朋友和親戚之間關係的滿意度、經濟狀況與休閒時間，但並未問到獨立性。
- 歐洲社會調查 (European Social Survey)，其第 6 輪調查中有個人與社會幸福感的相關問題，但沒有身心障礙相關問題。該調查利用李克特量表 (Likert scale)，要求受訪者針對「我能夠自由決定如何生活」的描述，表達同意或不同意。
- 歐洲健康、老化與退休調查 (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)，其內容有身心障礙與滿意度相關問題，但對象僅為 50 歲以上 (含) 的人。關於運用該調查的研究，請參閱 www.netspar.nl。
- 美國國家核心指標計畫 (National Core Indicators Project) 以獲得州立心智障礙機構的協助者為調查對象，面訪調查包括了選擇權相關問題，包括「您當初是否自己選擇一起生活的對象 (或選擇自己生活)？」

19.30 社區本位支持服務 (包括個人協助) 的總要求次數中，獲得服務的身心障礙者人數和比例，依性別、年齡、身心障礙類別和提供之支持服務區分。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標

有數個調查的報告中，提供獲得社區本位支持服務者的人數和比例。[澳洲某項調查](#)還針對所需的支持服務蒐集資料，以利推斷尚未獲得滿足的需求，並蒐集獲得協助後的滿意度資料。表 2 範例顯示有協助需求的兒童比例，依類型區分。

表 2：有協助需求的 0 到 14 歲兒童比例 (依類型區分)，澳洲，2018

醫療照護 (c)	27.9
自我照顧	32.0
行動方面	36.1
溝通方面	38.2
認知作業或情緒任務	59.3

資料來源：澳洲統計局，*澳洲身心障礙、老化與照顧者之調查：結果總結 (Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings)* (2019)。

表 2 顯示之有協助需求的 264,300 位 0 到 14 歲身心障礙兒童中，有 256,800 位（約 97%）已取得某些協助。有協助需求的身心障礙兒童最有可能獲得協助的面向，為認知作業或情緒任務（77.4%），另外，有將近一半的人獲得溝通（48.1%）與行動（45.3%）方面的協助。

西班牙也有蒐集類似的資料，蒐集的面向包括協助服務的申請、評估決議、有權獲得福利待遇的受益人、獲肯認之福利待遇的受益人，以及獲得之服務類型（防止依賴性及促進自主權、個人協助、收容照顧、日間與夜間中心、居家協助、遠距照護等）。如需這些資料，請參考 www.ine.es 網站內容。

[WHO 標準身心障礙調查](#)針對受訪者的支持需求進行提問，但該報告並未顯示當事人是否獲得所求或所需的支持。以下為調查問題範例：

- 「[名字] 是否需要身體照護或支持，例如協助進食、穿衣、洗澡、家中移動、或搭乘交通工具等外出時需要協助？」
- [名字] 是否需要情緒照護或支持，例如慰問、建議或諮詢？」

另一個例子是美國的凱撒家庭基金會（Kaiser Family Foundation），其每年針對各州醫療補助機構進行調查，表 3 摘錄自[完整結果表](#)中蒐集到的資訊。

表 3：從醫療補助單位與社區豁免服務單位獲得服務的人數，美國，2018

豁免類型	獲得醫療補助單位與社區服務單位之服務的人數
心智和發展障礙	785,800
高齡	162,500
高齡／有身心障礙	667,000
有身體障礙	128,200
兒童	17,100
愛滋病毒／愛滋病	3,600
心理健康	25,100
創傷性腦損傷／脊髓損傷	17,500
參與者總數	1,806,800

資料來源：凱撒家庭基金會，醫療補助部分 1915(c) 家庭與社區服務之豁免服務參與者，依豁免類型區分（Medicaid Section 1915(c) Home and Community-Based Services Waivers Participants, by Type of Waiver）（2018）

註：豁免類型如資料來源所示。

理論上，此指標也可透過行政資料取得。雖然目前沒有相關範例，但有些行政系統應該可以支持這個指標。以美國為例，該國透過給予各州的資金，以醫療補助單位與社區豁免服務單位，提供社區本位支持服務，該方案的支出資料係以聯邦層級蒐集，但獲得服務的人數資料以州層級蒐集。各州有服務候補名單人數的相關紀錄，但這些候補名單大多不會公開。然而，該方案確實有提供一些[已通報之身心障礙類別的統計資料](#)，以及使用之服務類型的統計資料。

19.31 要求於自立生活中，提供輔具與輔助科技的總次數中，獲得輔具與輔助科技幫助的身心障礙者人數和比例，依性別、年齡、身心障礙類別和提供之輔助產品區分。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標

[澳洲發起調查](#)蒐集這部分的資料。根據 2018 年調查顯示，有 53.1% 的人口因自身狀況，而使用輔具或設備。資料依生活安排類型而有所不同：獨居受訪者使用輔具的比例為 58.3%，非獨居受訪者使用輔具的比例為 49.3%，居住照護收容機構的受訪者使用輔具的比例則為 94.8%。該調查也提供了使用之輔具類型的報告。

[WHO 標準身心障礙調查](#)是可蒐集類似資訊的調查範例，其內容區別所需服務與支持，以及這些服務與支持的實際獲得情況。

[土耳其某項調查](#)針對工作場所的支持與調整提供報告；調查結果的樣本重現於表 4。這種調查可進一步擴大規模，以探討生活各方面的輔助科技與支持情況。

表 4：已登記之身心障礙者在其勝任／可勝任之工作中，所需的工作條件／安排百分比，依身心障礙類別區分，土耳其，2010

工作條件／安排	總計	視覺障礙	聽覺障礙	言語障礙	骨骼障礙	心智障礙	心理社會與情緒障礙	慢性病	多重障礙
工作不用任何粗重體力勞動或出體力	55.7	49.8	42	49.3	66.3	47.3	41.4	64.8	53.7
由於健康狀況而增加工作短暫休息次數	33.3	27.2	27.3	36.6	34.4	25.6	37.4	39.9	35.5
兼職作業	27.6	26.5	24.9	26.1	26.7	31	30.8	26.1	29.6
在部分工作階段取得他人支持	16.2	17	26.2	24	14.2	18.9	19	10	19.4
為進行治療而取得 30 天以上正式許可	16	16.8	12.8	16.1	18.6	6	13.5	20.1	16.4
工作不用出差或進行實地研究	13.5	14.4	16.1	17.6	17.8	6.5	14.6	14.4	10.8
居家工作	13.5	15	14.8	16.6	10.3	20.6	15.4	10.7	13.2
透過特殊支持或設備執行業務	10.7	17.4	19.5	17.7	11.2	8.5	4.7	6.3	9.7

資料來源：土耳其統計局，「身心障礙者問題與期待調查（Survey on Problems and Expectations of Persons with Disabilities）」，2010

在提供輔助科技的國家，申請輔助科技的人數資料也可透過行政資料取得。根據中低收入國家的[輔助科技提供狀況報告](#)顯示，輔助科技主要由非政府組織提供，且取得機會有限，輔助產品（例如輪椅或義肢）的範圍也很狹隘，這個情形會分裂市場，並掩蓋部分協助需求。北歐國家可能是例外，這些國家有政府提供的輔助科技，但我們無法找到其資料。

19.32 目前居住於收容機構（例如精神醫療機構、心智障礙者收容機構等，從大型設施到團體家庭均包含在內）的身心障礙者人數和比例，依性別、年齡、身心障礙類別和機構／設施類型區分。

第三級：取得資料的過程較為複雜，或需要設立資料蒐集機制（目前尚未建置）的指標。

2007 年進行的歐洲重大研究「[去機構化與社區生活－成果與成本 \(Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs\)](#)」發現，許多國家即便有區域或地方層級的資料（通常來自行政紀錄），也不一定會在國家層級蒐集資料。

雖然報告中的資料已過時，但其仍是鼓勵各國針對這項議題提出報告的良好示範。大多數的歐洲國家不會定期蒐集報告中的資料，但這些國家均特地為這項研究進行資料蒐集，相關內容請參閱[各國報告](#)。

表 5 提供來自保加利亞報告之相關表格的範例。

表 5：保加利亞：根據服務類型提供的資料－依性別和年齡細分，2001 - 2005

機構類型	總計	性別			年齡			
		男性	女性	性別資料不清楚	兒童	青少年	18 歲以上成人	年齡資料不清楚
心智障礙兒少收容所	1,766	920	693	153	1,766			
感官與心智障礙兒童 36 週寄宿學校	2,856				2,856			
肢體障礙兒少收容所	130	43	29	58	130			
社會職業培訓機構	1,347	541	267	539		1,347		
兒童醫療社會照護收容 所病房	1,213							1,213
團體家庭	120							120
社會職業寄宿學校								
醫院精神科病房								
感官障礙成人收容所	148	47	85	16			148	

心智障礙成人收容所	2,513	1,220	1,200	93	2,512	
肢體障礙成人收容所	1,800	760	724	316	1,600	200
失智症成人收容所	869	352	386	738	869	
精神失調成人收容所	1,376	549	799	28	1,376	
精神醫療機構						
總計	14,138	4,432	4,183	465	4,752	1,347 6,506 1,533

資料來源：Julie Beadle-Brown 與 Agnes Kozma 合編，去機構化與社區生活－成果與成本：歐洲研究報告（*Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*），第 3 冊，Country Reports（坎特布里，Tizard Centre, University of Kent，2007），第 41 頁
註：類別如資料來源所示。

馬其頓的「馬其頓共和國 2018–2020 年『Timjanik』國家去機構化策略與行動計畫」中，列有接受機構化照顧的兒童與成人數資料（如表 6 所示）。

表 6：馬其頓：接受機構化照顧的兒童與成人數，依身心障礙程度區分（2005）

團體	照顧機構住民人數
身心障礙兒童	42
遇到社會困境的兒童	200
無父母照料的兒童	146
遇到社會與教育相關困難的兒童／觸法兒童	54
身心障礙成人（65 歲以下）	收容機構 356 人與養老院 122 人
有長期心理健康困難或困擾的成人	650 張床
老年人	988
總計	2,358

資料來源：馬其頓共和國勞動暨社會政策部，馬其頓共和國 2018–2027 年「Timjanik」國家去機構化策略與行動計畫（*National Deinstitutionalisation Strategy of the Republic of Macedonia for 2018–2027 'Timjanik' & Action plan*）（史高比耶，2018），第 20 頁

2018 年底，芬蘭的一份近期報告顯示，受監督與支持的收容住宅中，針對「心理社會障礙者」的非全天候服務共有 3,735 位是受照護者。受監督的收容住宅有 1,859 位受照護者，與 2017 年相比少了 6.4%。在 2018 年底，住宿型受照護者有 1,876 人，人數與前一年相比幾乎沒變。2018 年底，「心智障礙者機構」共有 631 位受照護者，比前一年減少 14.6%。受援助之收容住宅的心智障礙受照護者數，則增加了 2.1%，2018 年底共 8,664 人。根據報告，機構化照顧的受照護者中，有 89% 係由公共服務提供者收容。

19.33 被送進收容機構的身心障礙者總人口中，已離開收容機構（例如精神醫療機構、心智障礙者收容機構等）並享有自立生活安排的身心障礙者人數和比例，依性別、年齡和身心障礙類別區分。

與

19.34 自收容機構出院，並獲得所要求之程度的社區本位支持服務（包括個人協助）的身心障礙者人數和比例，依性別、年齡、身心障礙類別和提供之支持服務區分。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標。

美國運用的行政資料有助於記錄此指標。該國聯邦醫療保險和補助服務中心（Centers for Medicare and Medicaid Services），是為心智或發展障礙者機構、收容所和社區本位服務提供資金的單位，其發起「錢隨人走（Money Follows the Person）」倡議，透過適當服務，將住在護理之家或機構的人轉移至社區。聯邦政府提供各州補助，要求各州提交涵蓋接受轉移之人數的年度報告。

第一波轉移進行於 2007 年底。截至 2018 年 6 月，44 個州與哥倫比亞特區共有 91,540 位機構住民接受轉移，其中有 14,856 人為心智或發展障礙者，他們從心智障礙者機構或護理之家轉至社區場域，例如他們自己的家、家庭式住宅，或小型團體環境。剩下的 76,684 人有身心障礙或成人認知障礙，主要轉移至護理之家。如需這些資料的報告，請參閱[此處](#)的出版品。

19.35 使用主流服務的身心障礙者人數，以及在總服務使用者中的比例，依性別、年齡、身心障礙類別和服務類型區分，並與其他人對照。

第二級：可用現有資料編製但未經通報的指標

此指標旨在彙整不同主流服務（例如政府行政服務、教育、健康等）資訊，幫助大家概略瞭解該等服務，對於身心障礙者的融合與積極回應。

根據 [世界身心障礙報告 \(World Report on Disability\)](#) 表示，「行政資料蒐集可提供使用者、服務類型與數量、服務成本等相關資訊。蒐集主流行政資料時可納入身心障礙識別條件，以監測身心障礙者利用服務的情形」。

若使用服務的身心障礙者比例與身心障礙者在總人口（考慮年齡、地理覆蓋範圍等）的比例相近不遠，則可能表明該特定服務之提供是融合的；舉例來說，普通教育中的身心障礙者入學率，可反映出教育制度的融合程度。然而，其中還涉及服務之特定目的或特徵等其他數種因素（例如復健服務的使用者中，身心障礙者所佔比例可能較高）。

透過與不同政府服務相關之其他條目的各種指標，可取得此指標的元素；前述政府服務包括教育（24.27、24.28）、健康（25.22）、復健（26.11、26.12）與社會保障（28.16）。

19.36 身心障礙者為使用主流服務，而提出的合理調整要求中，獲得同意的數量和比例。

第二級：可用現有資料編製但未經通報的指標

管理合理調整資金或登記合理調整申請的行政資料系統可為此等資料來源，然目前並未找到任何對此進行報告的國家可供參考。

19.37 身心障礙者對於主流服務之滿意度，依服務類型、性別、年齡和身心障礙類別區分。

第二級：該指標可以通過對現有的資料蒐集工作，進行簡單的添加或修改

如指標 19.31 的部分所述，[澳洲發起調查](#) 蒐集此指標的資訊。該國還有展開 [地方政府社區滿意度調查 \(Local Government Community Satisfaction Survey\)](#)，內容包括老年人口所獲服務的相關問題；其雖然沒有針對身心障礙相關服務提問，但調查內容經過簡單調整後，就可達成目的。

英國展開 [地方政府滿意度調查](#)，內容包含針對兒童與老年人之地方服務的問題。該調查並未問到身心障礙相關服務，但將其簡單調整後，就可達成目的。

另外，此指標同指標 19.35 和指標 19.36，著重於各種服務的滿意度，因此可透過其他條文的指標取得。

[蓋洛普世界民意調查 \(Gallup World Poll\)](#) 是調查各部門的資料來源範例，在不同國家各以 1000 位公民為代表性樣本，詢問對於健康照護、教育與司法系統和警察的滿意度。然而，該調查並沒有身心障礙資料，且如果要依身心障礙類別區分資料，則必須取得更多樣本數。

許多調查有健康照護滿意度的相關問題。如需有助於進行患者滿意度跨國比對的調查清單，請造訪 www.ncbi.nlm.nih.gov。這些調查大多並未包含身心障礙內容。

美國的[醫療保險受益人調查](#)和[國民健康訪問調查 \(National Health Interview Survey\)](#) 中，均有身心障礙和健康照護滿意度的相關問題。