

身心障礙鑑評新制的下一哩路： 談運用個案管理銜接後續服務之規劃



陳政智・許庭涵

壹、前言

我國於民國 101 年全面實施身心障礙者權益保障法（簡稱身權法）後，將過去被視為個人問題的身心障礙認定轉變為一種人權與政治問題的中性概念。身權法採用國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health, 簡稱 ICF）的概念重新定義身心障礙者，其中的概念包括採取了生心社(bio-psycho-social)觀點，重視生理上的健康、個人層面、社會層面的活動和參與等三度空間的關係(WHO, 2002)。

在 ICF 架構下，將健康經驗的架構與障礙的概念相互結合，使障礙的經驗成為普同的概念，且為一動態的生命經驗，也就是每一個人都可能因年齡的增加或環境的限制成為身心障礙者。所以，「障礙」的意涵會隨時間變遷而不同，過去無能力參與生產過程者會被稱為「殘障者」，現在則將個人生理/心理有損傷者稱為「身心障礙

者」，未來身心障礙者指的是「處於障礙情境中的人」，意即每個人都有可能是處於障礙情境中的個人，也都可能會有障礙經驗（李英琪，2009）。因此「身心障礙」的定義反應的是各國對公共資源的控制，也決定了誰會被照顧與誰不會被照顧的計算(Barbara, 2001)。更顯現出身份別的取得是接近福利資源的第一步，是入場的門票。

在公共資源的分配上，為了有系統且提供多元化的服務，西方國家在 80 年代興起了「個案管理」的工作方式，綜融社會工作的三大工作方法：個案工作、團體工作及社區工作，形成一個套裝式、量身訂做的服務策略，並採用了協調與倡導的概念。個案管理主要用以解決處於多重問題且需多種助人者同時介入者，以避免提供重複、片段、欠缺周延的服務，建構統整性的服務輸送方式（Ballew & Mink, 1996/2008；王增勇，2003；黃源協、陳伶珠、童伊迪合著，2008）。所以，身心障礙鑑評新制是確定福利服務的領受資格和內容，而個案管理則是福利服務提供的策略。

身權法新制實施後服務輸送方式改變，若身心障礙者欲使用法定福利服務項目必須經由需求評估結果辦理，而各縣市針對服務輸送也各自有不同的流程規劃。部分縣市成立身心障礙資源中心，將評估後有法定福利服務需求之身心障礙者經由該中心提供服務；部分縣市則直接於評估後將有需求之身心障礙者連結至相關單位主動提供服務。基於資源使用的公平與正義，需求評估後服務輸送的方式，應採取系統化的服務方式並求資源的整合，以發揮鑑評新制主動提供服務的精神。

貳、身心障礙者福利服務辦理方式的改變

我國於身權法實施至今，除身心障礙類別改採八大類外，在鑑定方式上，也採用全人觀點來定義身心障礙者。除了以往依醫師專業判定外，另需經過鑑定專員評估「活動及參與」和「環境」；而且在福利服務使用上，改變了過去只要取得身心障礙資格者，即可享有所有法定福利服務的提供方式，改採要依「需求評估結果」來辦理相關服務，如身權法第 50、51、56、58、59 及 71 條即可看出福利服務使用的改變（如表 1）：

表 1 身心障礙者權益保障法中規範須經需求評估結果辦理之法定服務項目

條號	條 文
第 50 條	直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，提供身心障礙者獲得所需之個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自立生活： 一、居家照顧。 二、生活重建。 三、心理重建。 四、社區居住。 五、婚姻及生育輔導。 六、日間及住宿式照顧。 七、家庭托顧。 八、課後照顧。 九、自立生活支持服務。 十、其他有關身心障礙者個人照顧之服務。
第 51 條	直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，以提高身心障礙者家庭生活品質： 一、臨時及短期照顧。

條號	條 文
	<p>二、照顧者支持。</p> <p>三、照顧者訓練及研習。</p> <p>四、家庭關懷訪視及服務。</p> <p>五、其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。</p> <p>前條及前項之服務措施，中央主管機關及中央各目的事業主管機關於必要時，應就其內容、實施方式、服務人員之資格、訓練及管理規範等事項，訂定辦法管理之。</p>
第 56 條	<p>公共停車場應保留百分之二停車位，作為行動不便之身心障礙者專用停車位，車位未滿五十個之公共停車場，至少應保留一個身心障礙者專用停車位。非領有專用停車位識別證明者，不得違規占用。</p> <p>前項專用停車位識別證明，應依需求評估結果核發。</p> <p>第一項專用停車位之設置地點、空間規劃、使用方式、識別證明之核發及違規占用之處理，由中央主管機關會同交通、營建等相關單位定之。</p> <p>提供公眾服務之各級政府機關、公、私立學校、團體及公、民營事業機構設有停車場者，應依前三項辦理。</p>
第 58 條	<p>身心障礙者搭乘國內大眾運輸工具，憑身心障礙證明，應予半價優待。</p> <p>身心障礙者經需求評估結果，認需人陪伴者，其必要陪伴者以一人為限，得享有前項之優待措施。</p> <p>第一項之大眾運輸工具，身心障礙者得優先乘坐，其優待措施並不得有設籍之限制。</p> <p>國內航空業者除民航主管機關所訂之安全因素外，不認同身心障礙者可單獨旅行，而特別要求應有陪伴人共同飛行者，不得向陪伴人收費。</p> <p>前四項實施方式及內容之辦法，由中央目的事業主管機關定之。</p>
第 59 條	<p>身心障礙者進入收費之公營或公設民營風景區、康樂場所或文教設施，憑身心障礙證明應予免費；其為民營者，應予半價優待。</p> <p>身心障礙者經需求評估結果，認需人陪伴者，其必要陪伴者以一人為限，得享有前項之優待措施。</p>
第 71 條	<p>直轄市、縣（市）主管機關對轄區內之身心障礙者，應依需求評估結果，提供下列經費補助，並不得有設籍時間之限制：</p> <p>一、生活補助費。</p> <p>二、日間照顧及住宿式照顧費用補助。</p> <p>三、醫療費用補助。</p>

條號	條 文
	<p>四、居家照顧費用補助。</p> <p>五、輔具費用補助。</p> <p>六、房屋租金及購屋貸款利息補貼。</p> <p>七、購買停車位貸款利息補貼或承租停車位補助。</p> <p>八、其他必要之費用補助。</p> <p>前項經費申請資格、條件、程序、補助金額及其他相關事項之辦法，除本法及其他法規另有規定外，由中央主管機關及中央目的事業主管機關分別定之。</p> <p>直轄市、縣（市）主管機關為辦理第一項第一款、第二款、第六款、第七款業務，應於會計年度終了前，主動將已核定補助案件相關資料，併同有關機關提供之資料重新審核。但直轄市、縣（市）主管機關於申領人申領資格變更或審核認有必要時，得請申領人提供相關證明文件。</p> <p>不符合請領資格而領取補助者，由直轄市、縣（市）主管機關以書面命本人自事實發生之日起六十日內繳還；屆期末繳還者，依法移送行政執行。</p>

說明：本表由研究者根據身心障礙者權益保障法(2015)自行整理。

由表一可以發現，不論在個人照顧服務、家庭照顧服務或身障者權益保障等福利服務，其使用前提是必須「依需求評估結果」來提供。此處所謂的「需求評估」，係指依據「身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法」中的「身心障礙者福利與服務需求評估訪談表」進行需求評估，並依據同法第二條籌組專業團隊進行審查。經過專業團隊審查後，才能進行福利資源的供給與輸送。

參、各縣市福利服務輸送現況

為配合身權法所明定：直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理各項法定福利服務項目，新制上路至今，各直轄市、

縣（市）政府依轄內身心障礙人口特性發展出需求評估後服務輸送的不同方式。如新北市、臺中市、彰化縣等三個縣市設有身心障礙者資源中心或身心障礙者社區資源中心，身心障礙者完成需求評估後，政府部門可依其個別化之需求，轉由身心障礙者資源中心提供服務。而該中心通常整合了身心障礙者個案管理、身心障礙者生涯轉銜等服務，可以依服務對象的需求再進行內部派案。此外，多數縣市在服務輸送上，會由需求評估專員協助個案直接連結服務提供單位，再由服務提供單位協助身心障礙者申請或由身心障礙者自行提出申請（如表 2）。

對於鑑評新制的規劃而言，需求評估是後續服務的啟動裝置或扳機(trigger)，但

這時候常面臨的問題是需求評估專員要介入多深？第一種是需求評估只用來決定服務使用的資格，完成評估即結束關係。第二種是除了決定服務使用的資格，還要依據個案的需求協助連結服務，提供後續的服務轉介。第三種是不僅針對個案多元複

雜的需求擬定完整的照顧計畫，亦需要針對服務提供的情況進行複評，考量是否需要調整照顧計畫；所以，除了轉介還要執行追蹤，確定服務順利銜接才能告一段落，評估人員扮演類似個案管理的角色。

表 2 各縣市服務輸送方式差異比較

辦理縣市	服務提供單位	優 點	缺 點
新北市	身心障礙者家庭資源中心	整合各福利服務資源，避免重複，且可追蹤服務使用情形以及有效管理各服務之提供。	因需與跨專業合作，可能產生各專業間本位主義的溝通困境
臺中市	身心障礙者生涯轉銜通報中心暨社區資源中心		
彰化縣	身心障礙福利服務中心		
其他縣市	社會局或委辦單位	藉由需求導向創造服務，建置更符合多數身心障礙者所需的服務項目。	缺乏整合性服務，易產生服務重疊且提供服務方式較為片段。需求評估專員的角色易混淆，造成介入較多的需求評估專員工作量過大。

說明：本表由研究者自行整理。

過去身心障礙者可於取得身心障礙資格後，逕行申請所需要的服務，然而在身權法實施後，確認身心障礙者有身權法第五十條個人照顧服務、第五十一條家庭照顧者服務及第七十一條經濟補助需求時，應進行需求評估，並籌組專業團隊確認評估結果後，以書面通知申請人，並依需求評估結果提供相關服務或進行轉介。上述就是不同縣市採用不同的提供相關服務或

進行轉介方式。若「非」採用身心障礙資源中心提供服務者，如需建置需求量較少的服務項目，則所需投注的人力、財力與物力成本較高，且無法提供個別化服務。因此藉由身心障礙資源中心作為整合性服務窗口，除可即時滿足需求外，更可有效管理資源使用情形。由資源中心依服務對象的不同需求，將個案派往個案管理服務或一般服務，可以確保服務對象得到所需

的服務，似乎是一種可行的服務模式。

肆、運用個案管理方法規劃身心障礙鑑評新制服務輸送

個案管理的發展在 80 年代蔚為風行，因個案管理可以是一種服務體系，一種服務策略，也是一種服務過程。在體系上，個案管理是一種資源網絡的服務模式。在策略上，個案管理是針對個人與家庭執行資源管理，也就是將資源管理以一個系統化、組織化的行動計畫，提供實務上執行的藍圖。在服務過程上，個案管理以統整、有效能與有效率的方式提供案主所需要的服務，以確保服務對象案主可以接收到服務、處置、照顧與機會(DuBois & Miley, 2013; Weil & Karls, 1989)。而個案管理所適用的對象必須面臨多重問題且需多項資源介入者，透過需求導向的包裹式服務避免服務重疊以在有限的資源內發揮最大作用(王玠等人，2008；王增勇，2003；黃源協等人，2008)。因此，如何在跨專業領域中合作，以提供身心障礙者全人的服務便成為首要課題。

由服務人員的角色及服務機構間的關係，有幾種模式是類似臺灣目前的執行現況(Banks, 2004; Van Mierlo, et al, 2014)：

一、密集模式(Intensive model)

以有複雜需求的人為對象，所有服務的功能都由同一人承擔；服務提供者可能受雇於單一機構或聯合組織。其目的為促使服務可滿足個案在不同時間及地點的需

求，這是以需求為主要取向的服務模式。但因為一己之力可能無法提供全面的服務及資源，所以服務提供者必須花費較多的時間和精力來執行跨機構及跨專業間之合作。如：臺中市的「身心障礙者生涯轉銜通報中心暨社區資源中心」即具有此模式的概念。

二、分擔核心任務模式(Shared core tasks model)

評估、個別照顧計畫及定期複評是不連續的階段，換言之，上述服務流程中不同階段的任務可能由超過一人以上之工作人員來執行，專業分工明確，如此可服務的人數較多，也比較專精。但對服務使用者而言，缺乏一個連續性的聯繫窗口。部分縣市是採此一模式，需求評估專員只負責需求評估，實際的服務提供則由後續的單位或個管中心來負責。

連結模式(linkage model/Joint agency model/key worker model)：由一個資源網絡組成的連結模式，當中包含了多個服務提供者，而服務提供者是由跨專業團隊執行，團隊成員來自不同機構，而個管人員的角色是充當服務使用者和多個服務提供間的調解者(mediator)。這有助於跨專業服務的提供，但管理者本身要扮演服務提供者和服務管理者，可能出現兩難的情況。有些縣市採用這種模式，需求評估專員兼有資源連結和調解的角色，這常常和個案管理中心的角色混淆，也造成需求評估專員的工作量負荷過重。

密集模式是將個案管理和其他身心障

礙者所需要之相關服務網絡包含在一個獨立的組織中，所需的跨科際專業人士，均統籌設置於一個組織中，所以服務設施、人員和資源均相當完整與充沛，相互協調容易，服務計畫較周全，且能充分掌控和落實執行。密集模式可視為一種 *total solution* 豪華型的服務模式。若加入鑑評新制來思考，就是由身心障礙資源中心或個管中心發揮服務供給或資源連結的功能，需求評估專員只負責需求評估與確認。但這時候負責提供服務者能否看到完整的鑑定與需求評估結果，就影響甚鉅。若有完整的資訊將可減少需求評估的內容，對於身心障礙者或服務提供者都可以不用短期內面臨重複的問題。

分擔核心任務模式則像一個生產線，各自分工，表面看來比較專業，也比較有效率。但若個案的問題比較複雜，需要多方的協調，則此模式將會產生問題，使得服務斷裂或重疊。

連結模式則是將需求評估專員視為個案和服務提供者間的中介角色。在福利服務輸送上，案主所需之各項資源都需要有人負責整合或協調，方能提供有效率和效能之服務，但各個資源或服務提供者有不同的服務模式或組織文化，因此這位中介者在聯繫上需要耗費較多的心力，此點也是連結模式的弱點之一。

在臺灣，身心障礙鑑評新制中，藉由需求評估反映身心障礙者的選擇與參與，以達到需求導向的服務輸送方式，進一步提升服務的效率，其實與英國 90 年代所施行的「照護混合經濟(*the mixed economy of*

care)」的概念雷同。在 1988 年 Griffiths 報告書(*Agenda for Action*)中建議英國政府應以去機構化、進行適當需求評估，以及完整的個案管理，其目標在於提升服務品質、公私部門協力、有效運用納稅人的錢等；且在執行面上應發展個案管理，以作為評估和服務輸送上需求導向的概念（黃源協，1998）。現行的身心障礙個案管理中心（簡稱身障個管中心），即提供一個提供整合性服務的窗口，可以協助身心障礙者解決多重與立即性問題。

在身心障礙鑑評新制執行過程中，亦有實務工作者提出相關建言，認為應整合身心障礙專業人員，使需求評估人員與各地方政府舊有的身心障礙通報轉銜暨個案管理中心人員整合，以使需求評估後服務輸送可有連續性，並且因應身心障礙人口增加而專業人力不足的情形。而服務輸送上，也可將社區化概念帶入，提供偏鄉地區身心障礙者近便性的服務，減少城鄉差距所帶來的服務不均情形（林義盛、曹愛蘭、鄭捷虹，2013）。但那一種模式較適合其實要思考的是財源，若經費可以支應，面對多元需求的狀況下，許多是偏向於密集模式，由身心障礙資源中心肩負需求評估再確認、服務計畫訂定及複核之職責；需求評估專員只負責需求評估，如此可更貼近真實的服務資格認定之角色。所以，服務制度的實施模式深深受財務結構影響，這是規劃時不得不思考的。

需求評估專員與個管專員的角色分工，需要有更進一步的整合和釐清，如前述各縣市的服務模式，要整合到一個資源

中心，或者依階段分工，需求評估專員只做好確定服務使用的資格即可。另外，即使是連結模式，也有很多連結的方式可以討論，如：後續的個管專員可以看到鑑評的結果，減少自己再花費時間重新需求評估。更可以像德國，針對 ICF 模式發展核心鑑定項目(core sets)的 ICF 檢核表工具，使後續的個管中心、輔具中心等可以審視身心障礙者的需求和範圍，以協助改善身心障礙者的活動與參與的情況（林堤塘、張嘉文，2008）。也就是鑑定與需求評估之後的服務人員，包括輔具中心、個管中心、身心障礙機構，除了運用 ICF 的架構圖來了解服務對象之外，更可以運用根據特定對象所設計的核心項目組方式，開發服務對象群的開案標準。如提供社區家園服務的單位，可以從現有的服務對象，反推其核心鑑定項目，其內容可能包括「有酬勞的工作（表現）」（參與）、「自我時間管理的功能」（身體功能）、「陌生人的態度」（環境）、「職業訓練」（活動）、「排便功能」（身體功能）等項目。服務單位自行再加入「年齡」因素，就成為社區家園的開案指標。

在身心障礙鑑評新制實施的過程中，其實除了服務模式的思考之外，身心障礙者需求評估後，對於欲使用的服務項目各縣市應檢視目前資源建置情形，特別是對於部分需求量較少的服務項目（如：心理重建…等），可依個別需求連結相關服務提供者，可避免資源不足或建置服務需花費的龐大成本。而需求量大但在該區域缺乏的資源，則要藉由倡導的方法，思考資源建制的方法。因為若服務和資源不存在，

個案管理是不可能填補所有的落差，不應個案管理有不合理的期待。

伍、結論

在身心障礙鑑評新制實施前，即有實務工作者針對福利服務輸送與資源配置等議題提出相關建議做法，包括在需求面上對現有資源需進行全面盤點；在服務體系建置上，可參考 ICF 試辦計畫實驗階段成果報告中所呈現的需求評估結果，以做為服務資源建置之參考；在服務輸送上，可召開相關共識會議以整合各專業或各局處之間的服務（林萬億、吳慧菁、林珍珍，2011；林義盛等人，2013）。在鑑評新制實施一段時間之後，更應思考需求評估後的服務輸送，畢竟這才是鑑定與需求評估的目的所在。所以，如何運用或結合原有的個案管理制度，以提供身心障礙者具整合且彈性的福利服務，是鑑評新制的下一哩路。中央及各縣市政府應重新檢討「通報暨生涯轉銜服務流程」和「個案管理服務流程」，確定這二者與鑑評新制的角色與分工，才能真正建構完整的服務體系。

以臺灣身心障礙者個案管理的發展，密集模式(Intensive model)是一種比較符合大家期待的模式，藉由整合式、套裝式的服務輸送，避免服務的重疊、片斷與零散，進而讓有限的資源能發揮最大的效用。需求評估專員的角色就回歸到需求評估，而個案管理師則努力讓各資源和專業整合，同心協力與服務對象共同克服困難，甚或協助服務對象充權，透過讓他們參與的過

程逐漸擔負起更多的責任，方能發揮出個案管理最高的功效，也能讓個案獲取最多利益。鑑定與需求評估新制是一種觀念的革命，不但讓我們知道服務對象現在能做什麼、不能做什麼，而且更讓我們瞭解服務對象在什麼樣的環境下接受什麼協助，就能夠什麼。這樣的角度來思考，就可以從「個案什麼都沒做…」這樣的看法，轉

變為「因為沒有接受必要的協助」，然後發展後端更完整的服務體系。

（本文作者：陳政智為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授；許庭涵為高雄市政府社會局約聘社工員）

關鍵詞：身心障礙鑑評新制、個案管理、服務輸送

參考文獻

- 王玠、李開敏、陳雪真合譯（2008）。個案管理(Case Management in Social Work)。臺北：心理。
- 王增勇（2003）。照顧與控制之間－以「個案管理」在社工場域的論述實踐為例。臺灣社會研究季刊，51，143-183。
- 李英琪（2009）。ICF 的基本概念與精神－身心障礙者權益保障法研習座談會。高雄市社會局無障礙之家。
- 身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法（2012 年修正）。
- 身心障礙者權益保障法（2015 年修正）
- 林堤塘、張嘉文（2008）。國際功能、障礙與健康分類系統(ICF)的發展、應用及其對特殊教育的影响。特殊教育季刊，106，1-8。
- 林義盛、曹愛蘭、鄭捷虹（2013）。現實與掙扎：從社會福利組之觀點談臺南市 ICF 制度之實踐經驗。社區發展季刊，144，374-387。
- 林萬億、吳慧菁、林珍珍（2011）。國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)與我國身心障礙者權益保障。社區發展季刊，136，278-295。
- 黃源協（1998）。福利混合經濟下的社區照顧－英國的經驗、臺灣的借鏡。社會政策與社會工作學刊，2(1)，39-85。
- 黃源協、陳伶珠、童伊迪合著(2008)。個案管理與照顧管理。臺北：雙葉。
- Banks, P. (2004). Case Management. In H. Nies & P. Berman (Eds.), Integrating Services for Older People: A resource book for managers. Ireland: European Health Management Association.
- Barbara, A. M. (2001). Disability Definitions, Models, Classification Schemes and Applications. Handbook of Disability Study. Pp.97-122.

- Bilbao, A., Kennedy, C., Chatterji, S., Üstün, B., Barquero, J., Luis V., & Barth, J. T. (2003). The ICF: Applications of the WHO model of functioning, disability and health to brain injury rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 18(3), 239-250.
- Cieza, A., Ewert, T., Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(44), 9-11.
- DuBois, B., & Miley, K. K. (2013). *Social work: an empowering profession* (8rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Grill, E., Ewert, T., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2005). ICF core sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability & Rehabilitation*, 27(7/8), 361-366.
- Khan, F., & Pallant, J. F. (2007). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to identify preliminary comprehensive and brief core sets for multiple sclerosis. *Disability & Rehabilitation*, 29(3), 205-213.
- Ustün, B., Chatterji, S., & Kostanjsek, N. (2004). Comments from who for the journal of rehabilitation medicine special supplement on ICF core sets. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(44), 7-8.
- Van Mierlo, L. D., Meiland, F. J., Van Hout, H. P., Dröes, R. M. (2014). Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. *BMC Geriatrics*, 14:84. from the World Wide Web: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/84>
- Weil, M., & Karls, J. M. (1989). Historical origins and recent developments. In M. Weils & J. M. Karls (eds.), *Case management in human service practice* (pp.1-28). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- World Health Organization (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. Geneva: WHO.