



從國際健康功能與身心障礙 分類系統的引進談我國 智能挑戰者福利服務未來的變革

林惠芳

壹、國際健康功能與身心障礙分類系統的發展與引進

世界衛生組織於1972年開始系統的探究疾病威脅所帶來除了死亡與痊癒之外的可能結果，並且在1980年首度提出了對障礙形成的立論，當時對障礙的看法主要是「將障礙視為是疾病疾患所造成的後果」(ICIDH)，障礙為一不可逆的狀態，其導因於疾病或異常的發生，因疾病與異常的發生而致身體器官或是系統產生一定程度的損傷，而這些損傷又影響器官與系統原應產生的功能，造成限制的出現，從而外顯於行為上出現障礙的實況。此一線性發

展的模型影響了世界對障礙形成的看法並且深深的影響了對障礙者的評估診斷發展與服務建構。當時對障礙的認定是一種最終的狀態、是不可改變的，這樣的線性思考所帶來的影響，讓障礙成為個人的問題，有障礙的是人這個個體，因此障礙者的認定判定一定是要到個體所處的狀態已是沒有改變可能時才發生，如：中風病人出現動作控制的異常並不能立即被認定為障礙者，而需要經過至少半年的復健而不能恢復功能時，才有可能透過鑑定認定其為具肢體障礙者。在半年的復健階段中，當事人確實有移動、居家生活、個人清潔維持等等日常生活上協助與支持的需求，但因其當下仍不能被認定為障礙者，因

此只有來自醫療單位提供的治療相關資源可以對其提供。此外，過度個人歸因的結果，讓障礙者成為需要被解決的問題、成為社會上的少數且特定的群體，也漸漸從社群中消失了身影。

隨著國際社會人權意識的抬頭及社會學的發展與加入討論，聯合國世界衛生組織從1993年開始檢討過去對身心障礙形成的說明架構，對於過去障礙形成存在於疾病、損傷及失能與障礙之間的線性關係，重新做了一個省思，並且加入了對功能的正向描述；提出以活動及參與的能力與表現狀況取代原來失能與障礙的判定；並且接納了在障礙形成過程有關環境與個人因素對障礙形成的影響，終於在經過61個國家的參與田野調查的研究與討論之後，於2001年提出對障礙的系統性觀點與分類系統，(International Classification of Functioning, Disability and Health,台灣譯為國際健康功能與身心障礙分類系統，簡稱ICF)。

ICF的目標主要是要提供一個統一的標準語言及架構來描述健康狀況及與健康有關的資訊，使全世界不同學科及不同領域的工作者可以對有關健康和保健情況進行交流，以及提供對有關人類功能及其受

限情況的描述。ICF主要由身體功能與身體結構、活動與參與以及環境因素構成，每一個構成部分都可以發展出更細的組成部分如同莖-枝-葉的模式，每一細分層均包含於上一層的描述當中，共分為四層，做為描述一個人狀況的依據。

在2001年世界衛生組織提出新的國際健康功能與身心障礙分類系統中提到，障礙者是處於障礙情境中的個體，此一障礙情境不單單只是個體的因素使然，更強調的是障礙往往是來自個體與環境之間交互作用的形成，而此一關係是變動而非一成不變的。ICF代表整合了醫療模式與社會模式的各項論述，將障礙視為是動態關係的過程而非結果，摒除了將人來做為分類的單位，而是一套針對身體結構、身體功能、活動、參與及環境的不同描述，來說明每一個人所處的狀態。同時認為每一個人在其一生的歷程當中都有機會經歷到健康狀況受到威脅以及可能形成障礙的經驗，而這樣的歷程可能發生也有可能復原，因此障礙不再是一成不變的，同時障礙亦不過是伴隨而來的狀況而已，更重要的是認為障礙是普遍的人生經驗而非特殊團體的少數經驗。

ICF



貳、ICF引進對我國相關服務理念之啓示

國際健康及身心障礙分類系統(以下簡稱ICF)所帶來的是一個更積極正向的觀點，障礙不再是不可改變的事實，這顯示了『可能』性，透過支持的提供、國家政策的提供、法制的保障、針對需求提供有效資源等等的努力，改變障礙是可能的。同時，聯合國也在2007年12月通過了國際身心障礙者權利公約，揭示了身心障礙者在公民權、政治參與權、教育權、醫療健康、工作受雇、社會保障權上應享有與一般人一樣的公平對待與機會均等。由此可知，未來如果我們仍以傳統習慣上的稱呼『智能障礙者』，我們仍不免落入原來的陷阱，視障礙為個人的歸因，如此則將無法反應這個新的價值觀點，也不容易帶來新的工作視野。因此個人以為，「智能挑戰者」或許更能夠代表著在腦組織及神經系統結構功能損傷，以致認知功能有產生限制者，對於他們來說，每一時每一刻其實都是在面對著智能的挑戰。

我國於民國69年首度提出殘障福利法，發展到民國79年修法、86年更名為身心障礙者保護法的條文當中，對於障礙者的分類其實是深深受到ICIDH影響的。在這幾個階段的立法過程中，人還是分類的依據，診斷鑑定仍主要是醫生的職責，只

問醫療診斷生理缺損的結果來定義。而在我國既有的16類身心障礙類別當中，我們可見到有些是以功能障礙為命名的依據，如：智能障礙、視覺障礙、聽覺障礙、平衡機能障礙等；有些是以疾病診斷為命名的標準，如：罕見疾病、自閉症、失智症等；有些又以成因為命名，如：染色體異常；有些又以狀況為命名，如：肢體障礙、顏面損傷、植物人、重大器官失去功能者等，分類基礎之不一致，造成在分類上出現混淆不清的狀況，如：唐氏症患者，其成因為染色體異常，但又常伴隨有智能障礙、心臟重大器官失去功能等等問題，在身心障礙手冊的障礙類別上就出現有些醫生診斷發給染色體異常的障別、有些發給智能障礙的類別而有些又發給多重障礙的手冊；自閉症者其成因不明，但部分有口語部分沒有口語、部分伴隨智能障礙但部分卻又智能高乎常人，發給的手冊有些是自閉症、有些是多重障礙(自閉症+聽覺障礙；自閉症+智能障礙)、有些是精神障礙等，在分類無法滿足分類學上的周延而互斥、普遍性、大數原則之下，這樣的分類並不能夠引導服務的形成或是出現，反而造成服務在輸送過程中的謬誤。

因此，當民國九十六年進行身心障礙者權益保障法修法，學者專家期待導入世界衛生組織的統一分類語言時，便很快的獲得共鳴，實務工作者認為如果手冊或是證明上能以ICF的編碼語言告知服務使用

者目前的處境，那麼將可以在最初的接觸中即有服務提供的方向，比起只記載某某障礙某某程度的手冊將可以帶來更多的訊息以準備服務的提供；學者專家們認為如果能以國際共通的語言來描述障礙者的處境，未來在進行國外新知能引進或是進行跨國性比較時將更具有可靠的基礎點；行政單位的代表認為如果ICF可以提供更明確的需求訊息，資源的分配將可以更有效益；障礙團體的代表對於命名的關切遠不及對服務提供的關切，如果明確的處境可以帶來更適切的服務，可以有利於政府掌握障礙者更多元的需求，那麼引用ICF則為可行的方式。在多方思考之下，便共識接納了ICF的引進，只是當時真正瞭解ICF的專家真的太有限，在法條擬定的過程與現實的條件的折衝之下，在鑑定條文的書寫上仍不免難脫ICIDH的影響。為了在民國101年可以真的落實新的鑑定制度與標準的執行，學習與認知ICF的運用在近年來已成了國內身心障礙相關領域的重要工作之一。

從國外運用ICF的經驗看來，ICF重大的價值在於改變對障礙者的看法，並因此對國家資源的分配產生重要的改革、對服務提供的方式產生了變遷、對服務對象的需求掌握改變了作法。從國內學者、障礙者、家屬的觀點也均可以看到對政府執行的期盼，不僅僅是在鑑定方法的改變，更期待有充足的預算、有落實反歧視及實踐

人人有權追求幸福感的機會、有合理的社會對待、有貼進需求的政策措施、有機會均等的實踐、真正落實公民權的參與。

參、國際健康功能與身心障礙分類系統對未來智能挑戰者服務的影響

透過ICF這個分類系統的運用，我們可以清楚的看到服務使用者本身的重要性。如果評估不是為了服務的提供，評估就失去了價值；同樣的，如果服務的提供只是為了服務而服務時，同樣也失了價值。要知道無論是評估或是療育的過程，服務使用者本身的參與與關切即具有最重要的正當性。

我國實施ICF究竟對智能挑戰者的服務工作會產生什麼樣的影響呢？首先面對的就是分類的價值轉變，過去我們習慣以手冊之有無或是障礙類型的多少來區辨智能挑戰者們的身分，但是在引進ICF之後，各界逐步瞭解在新的分類系統當中，人不再是分類的基礎，分類的目的就是想要瞭解服務需求的所在。因此，如果評估者不能或不曾考量服務使用者自己的意願及參與機會的提供、且服務的提供者未能以服務使用者為關注的核心，那麼改變就微乎其微。從過去的經驗歷程來看，智能挑戰者多半被家庭或協助者保護極好，智

能挑戰者對於自己的生活幾乎都不需要自己決定些什麼，透過個案研究的過程，我們也清楚的看到對智能挑戰者來說選擇(決策)是困難的一件事。選擇常常是需要冒險以對的，承載著做決定的權力感的同時，個體也是被要求要對自己的行為負起責任的。

此外，對掌握資源的分配者來說，在既有法定的基礎上來判定需要與否是較為容易的事，但ICF的精神是以每一個服務使用者為關鍵核心，當需求存在時，制度或服務就必須要去面對。因此，需求的評估不應只是在既有的服務框架之下，來認知智能挑戰者的需求，而是需要去發展一套可以奠基在智能挑戰者的想望之下的評估過程，才能真的實踐參與的精神。

第三，ICF強調以活動及參與的能力及表現來取代傳統的缺陷與限制，因此對於過去常因為受到社會性因素影響而致活動及參與經驗受到限制的智能挑戰者，要如何才能真的落實自主表達的精神，也是極具挑戰性的。

第四，當ICF不再視障礙為個人歸因時，環境成為影響障礙形成的重要關鍵因素，因此可期的是未來將可能有更多機會可以發展從環境介入的策略性運用，同時也逐漸可以看到對支持的需求可能將高於訓練與引導的需求。

第五，透過個案研究的過程中看到，在ICF的架構之下，要評估以服務使用者

為核心的需求是需要更多時間成本的。特別是在服務使用者自主溝通能力及表現的有限性下，形成需求與後續服務策略運用的重責常常也會落到民間組織的身上。

第六，需求評估的過程本身就是服務的提供。在以服務使用者為中心的評估過程中，因為強調自我決策與表達、強調以達成典型生活為目標的前題下，評估需求的過程就需要提供大量的支持協助。

第七，個人的想望與需求評估的結果有可能相同也有可能不同。個別化服務的原則在新的評鑑委員會議上也引起巨烈回應與討論。

肆、未來展望

協助每一個人達成自立生活的目標是我國身權法開宗明義就已有明確表達，在引進ICF做為鑑定分類的標準的新制度規劃過程當中，經常面臨研究團隊或行政團隊與民間組織之間資訊不對等的情形發生，以致無法在制度形成之前做充份有效的溝通，針對此一問題，個人認為一般人對新的、以及不熟悉事物的抗拒，是很常態發生的狀況，其主要均肇因於陌生、不認識、不瞭解，如果民間組織也可以做為政府與家長之間或政府與教師之間的溝通助力；而政府也能如家屬與障礙者本人的觀點，確保有對應的政策及不陷於空談的

話，逐步落實將不再是口號！（本文作者現為中華民國智障者家長總會秘書長、實踐大學社工系兼任講師）

參考文獻

中華民國智障者家長總會、育成基金會(民99)。陪伴成年智能挑戰者的家屬及服務提供者面對自立生活需求的歷程 跨障別ICF個案研究經驗分享與交流研討會手冊,頁3-24。

李英琪(民98)。引進ICF的身權法是惡法嗎。愛盲基金會網站http://www.tfb.org.tw/new/ICF/icf_980423.html

何永裕 (民98)。從身心障礙者的觀點看ICF。愛盲基金會網站http://www.tfb.org.tw/new/ICF/icf_980422.html

林美瑗 (民98)。從身心障礙者家屬觀點看ICF。愛盲基金會網站http://www.tfb.org.tw/new/ICF/icf_980729.html

林惠芳(民98)。國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)的發展及對台灣的影響。推波引水第61期,中華民國智障者家長總會。

林惠芳(民97)。從ICF看身心障礙社會工作專業的發展 愛盲基金會網站。http://www.tfb.org.tw/new/ICF/icf_980612.html

陳美智(民98)。身心障礙者的社會建構。愛盲基金會網站http://www.tfb.org.tw/new/ICF/icf_980611.html

謝發財(民98)。如果評估不是為了服務。愛盲基金會網站http://www.tfb.org.tw/new/ICF/icf_980809.html

WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health World Health Organization, Geneva

Lynn Bufka 等(2006) An Introduction to the International Classification of Functioning(ICF) 12th Annual North American Collaborating Center Conference on ICF ,Canada

Reed, Bufka(2006) Using the ICF in Clinical Practice 12th Annual North American Collaborating Center Conference on ICF ,Canada

People First of Oregon(2002) People First Chapter Handbook www.people1.org