

我國身心障礙福利政策與體系： 身心障礙者保護法的分析

王國羽

前言

我國身心障礙者福利政策，自一九九七年「身心障礙者保護法」修正通過之後，政策實施體制由福利部門主導的服務輸送，轉為廣泛的以保障身心障礙者個別權利為主的體制。本文將討論此次修法的改變與實施後的幾個問題，同時將以最近完成的「身心障礙國民生活需求調查」資料，討論身心障礙者結構性的政策問題。文章的內容將分為幾部分：第一部分簡述身保法的修正，第二部分討論修正後實施的問題，最後則是以調查資料呈現出未來我國身心障礙人口老化的基本特質與需面對的政策議題。

身心障礙者保護法的修正

西方國家而言，身心障礙者權利實質內容的實踐，展現在國家

各項社會福利、健康醫療、經濟保障、社會環境等外部社會結構方面的改善而逐步實踐。有關身心障礙者基本權利宣言，國際文獻而言，應是聯合國在一九九三年大會通過採取的 *Standard Rules for the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*。這份文件列出二十點各個聯合國會員國應提供與滿足該國內身心障礙者基本權利的實質政策。其中包括醫療、教育、工作、就業、無障礙環境等等促進身心障礙者參與社會的各式政策宣言 (*United Nations, 1993*)。這份宣言前身是聯合國世界人權宣言的一部分，在理念上認為任何人的基本權利都需要受到公平的對待。經過二十世紀最後幾十年的發展，九〇年代聯合國具體的將這份文件改為政策行動綱領，政策綱領只有基本且重要的部分：預防、復健與機會均等。在這三個原則之下，各會員國再提出各國的具體政策。聯合國在最近一次的社會發展會議中，特別強調身心障礙者的參與與機會的均等，同時強調社區照顧的概念與原則 (*United Nations, 1993*)。

放在這個國際發展的趨勢與潮流背景下，我們可以回頭檢視我國的身保法與它所宣示的政策原則。身保法修正的時空背景：一是身心障礙團體在九〇年代初期，第一次修正「殘障福利法」實踐結果的不滿意，他們盼望當年的修正條文內容可以保障與促進身心障礙者的工作機會，但是當時的行政體系的架構無法滿足這樣的請求。另一是政府內部也因該法實施的困難而需修法，因而在九〇年代中期開始第二次修法，修正後法案名稱改為「身心障礙者保護法」，在法案精神與執行部分作大幅度的翻修（立法院，一九九七）。這個法修正的最大意義，在於它突破以往社會福利政策實施與制定的僵化結構，以往的社會福利政策只侷限於有限的政府行政單位，因此實施的過程不易呈現政策實質內容的多樣化。身保法的修正，理念上以保障身心障礙者的基本權利出發，強調政府責任的多元與多面向格局。因此，身保法的實質內容呼應聯合國的政策精神，但是實踐的層次卻受限於我國根深蒂固的官僚體系本位主義思維，而產生困難。

身心障礙者保護法通過之後，政策提供輸送的改變是將實施的行政體制，依其目的性質分給不同的部會主管（內政部社會司，一九九九）。同時依身心障礙者不同人生階段的發展需要，由原來以社政單位為主導的服務體制，改為依不同性質的目的事業主管機關負責。同時，法令要求在中央與地方政府設立「身心障礙者保護委員會」負責單位間橫向的聯繫與綜理業務。因此，政策服務輸送體制改為垂直式的分工；不同的單位針對其主管的事業內容，由中央到

地方政府形成單向行政體系。因此，教育、醫療、就業、社會與無障礙措施改善等等皆各自成爲不同的行政作業流程。就身心障礙者的權利保障而言，體制的改變讓他們的實質服務更爲豐富。但是，體制的改變也意味著，身心障礙者本人如要獲得服務，則自己需要了解不同體制的流程與規定，無形中個人成爲自己得到服務的管理者。可是，這樣的後果也許不是當年參與修正者可以預見的事實。身保法內容中，我們可以看到與美國ADA（American Disability Act, 1990）法案的影子。但是境遇卻有不同。

美國的ADA法案的定位是美國身心障礙者基本權利保障的憲法，任何其他法案的精神如果與這個法案的精神相違背或不一致的地方，需以ADA法案爲最後的判準依據（Silverstein, 2000）。換句話說，美國政府是以這個ADA法案爲整個身心障礙者政策的最高政策指導原則，而聯邦政府的具體作爲是訂定該法規範的最低實踐標準，各州政府依此準則再自訂當地的實施細則。例如美國政府的五〇四號公法（West, 1993），爲防止身心障礙者的就業與工作機會受到不平等的待遇，它規定受聯邦政府補助的任何單位不得在就業機會方面歧視身心障礙者。因此，當受約束的單位發覺制度可能對它們造成衝擊時，申請法院裁決成爲兩方解決衝突的方式（West, 1993）。在ADA法案通過之後，原先的五〇四公法仍然有效，但是該法的實施對象將以ADA法案的規定爲主。換句話說，由ADA法案精神統整所有與身心障礙者相關的法令規定與內容，包括它們的相關教育、衛生醫療與社會福利等等法案。而我們的身保法，它只在內

容方面更新不同政府部門政策的責任，但是尚未建立身保法在保護身心障礙者權利部分的法律位階，因而即使政府其他的法令規定與身保法精神互相違背，但是兩者是平行的狀態下，形成身保法實施的根本困難。

另一方面，我們看英國政府的政策，它是在英國政府的福利國家政策架構之下，以增強身心障礙者社會功能角度，強調政府採取各式社會手段，例如津貼、補貼、就業保障等手段，以促進身心障礙者的福祉與權利保障（Barton, 1996）。不同的政策路線與政府角色，表現出大西洋兩岸社會福利制度精神的基本差異。同時，英國也是在理論上完成近代福利國家有關公民權利內涵論述的地方（Olive, 1995）。但是，英國也是全世界各國反對聯合國世界衛生組織有關身心障礙人口定義系統最力的國家。雖然當年聯合國第一版的身心障礙人口的定義系統是由英國皇家醫學院所協助完成的，可是英國的學者如 Olive 等人至今仍倡導以社會模式取代醫療模式的身心障礙人口定義系統。英國對身心障礙者最重要的社會政策應屬一九九〇年通過的 1990 National Health Service and Community Care Act，該法賦予地方政府可以採取簽約方式，替需要照顧的案主購買所需服務（Knapp, Hardy and Forder, 2001）。這裡所謂的「需要照顧者」包括老人與身心障礙者，由英國的法令與政策來看，它授權地方政府經由購買服務的方式，針對社區中需要的身心障礙者提供服務。同時，英國工黨政府上台後，所發表的社會照顧白皮書，基本上也是延續九〇年代的精神：授權地方政府、採取私有化政策、

迅速發展的社會照顧市場等。地方政府成爲最主要購買服務的買主，而各地方所發展出來的照顧服務提供者，無論是營利或非營利機構，皆以簽約方式提供服務。社會照顧逐漸採取市場化或近似市場化的安排提供案主所需要的服務（Knapp, Hardy and Forder, 2001）。將近十年的政策推動後，目前英國各地由公部門所直接提供照顧的比例，逐漸下降至百分之三十的照顧市場佔有率，其餘皆由各地私部門提供。

我們看到兩個不同國家政府部門的角色與政策，美國基本上是以州政府爲主，聯邦政府在法令通過後，它是間接監督的角色，以法令爲主，如果各地方政府或個人認爲法令窒礙難行或對本身權益有損傷時，在美國可以透過司法體制做最後的裁決。這個以法制體制作爲政府施政最終判準的制度，在我國是相當的欠缺，因此不同部會或政府部門的施政不合法令規定精神時，亦欠缺適當的機制做仲裁。造成我國常採取修法的方式解決爭議，徒增社會成本且法令愈改愈細，卻不見政策方向。英國中央政府的角色是採取直接與間接並重，它每年負責政策的預算總額度，但是交給地方政府執行。前節所述的社會照顧政策就是如此運作。而政策的制定與修改，在英國有一定的程序與規則。西方國家的法令與制度都有長遠的福利發展與變革歷史，作爲任何制度改變的基礎。這樣的簡述，即提醒我們不同的身心障礙者，由於人口特質的差異，所謂的「權利保障」意義也不同。身保法的內容既要兼顧所有不同類別身心障礙者的需要，又要規範各個政府部會的行政職責與角色，在實踐上自會呈現

法律內容與實際施政不一的現況。

身心障礙者保護法的內容而言，除訂定政策原則之外，亦在法令中訂定許多的服務措施與執行方式。如第五章訂定的福利服務與第六章的福利機構等，將可以依行政程序裁量的內容納入正式法令中規範。例如訂定居家服務與社區服務的具體內容，訂定補助不受設籍限制、社會保險的補助原則，減免歲捐的原則方式等等。另外，則是在第六章訂定身心障礙福利機構的設置原則與其他相關規定等（內政部社會司，一九九九）。這些規定與細節，其實可以放在施行細則，定入法案的本文後，只會減少整部法案的政策定位，而形成規範公務員不法的行政細節。

法案的內容雖然已修改，且修改的方向以確保各主管部會能確實的實踐法案精神為主。法案的內容除原則的規範之外，對行政程序的細目規定，可看出防弊的用意。因此，該法的具體內容除政策原則外，亦有不少行政措施的具體規定。這樣的法令內容組合也是較少見到的。原先法案中所設計的類似仲裁角色的身心障礙者保護委員會，自該法實施之後，各地方政府的運作方式與組成不盡相同，可以發揮多少的功能尚待觀察。但是，對地方政府或中央部會，如果行政命令違反身心障礙者人權時，該法內卻沒有可以懲罰的依據。

同時，身保法的修正，雖然將權益保護的內容指派給不同的部會執行，但是這樣的改變對許多基層人員仍屬新的經驗，不免增加政策學習與累積經驗的時間。因此，法令修改的同時，我們看到的

是政府行政人員的質與量的不足。尤其是相關專業人員的欠缺；例如受過特別訓練的職業復健諮詢人員、專科醫師、工程設計技術人員、護士、社會工作人員等。甚至，各級政府應具有對該法內容嫻熟的法律專業人員等。這些相關人員的欠缺，致使法的執行仍依循原有的架構，尤其是基層政府行政人員知識與專業能力皆尚待加強。因此，上層法律結構的改善並不代表下層執行者能力的相對提高。這是目前身保法在執行面最大的考驗。

其實，我國目前為止政府並沒有一套完整的身心障礙者政策，雖然身心障礙者保護法由最早的殘障福利法修正而來，基本上我國的政策仍欠缺一個完整的觀點與方向。身保法的內容方面；假使我們以普遍且平等公民資格的觀點分析我國的身心障礙者手冊定義系統，它的行政程序正好是這個概念的反證。這個手冊定義自設立以來，就是以行政上方便計算身心障礙者人數為主，而不是以身心障礙者「公民資格」為出發所設計的統計制度。因此，政府的手冊發放系統，其實是設立一個對國民身體健康狀態過濾的機制。所有身心障礙國民必須通過這個鑑定標準，取得身份後，才進入所謂的社會福利系統。他們需要的滿足與福利的保障都必須以符合政府的門檻為基準（註一）。同時，政府的發放手冊標準與身心障礙人口類別是隨時可以調整與修正。

人為疆界的行政界定過程，不是將身心障礙者以平等公民地位對待，而是從國家政府所提供的福利措施是一種恩給的概念出發。因此，政府的鑑定標準與類別放寬時，傳達給社會的訊息是身心障

礙人口的急速增加，人口的增加也同時增加社會福利財政負擔。如果就身心障礙者的資源分配的觀點，政府整體社會福利制度的資源分配，是國家政府本身的行政措施所創造資源分配不公的現象。而對許多需要政府協助的身心障礙者，如果沒有進入這個身份認定系統，他的需求便不易在現有的體制中獲得滿足。所謂社會分配的正義在他們身上，成爲國家行政措施的犧牲品。

即使是已經進入所謂身心障礙體系者而言，政府的社會福利政策是單一方面思考。既未依身心障礙者不同特質設計其相關福利制度，同時在社會福利制度的設計與執行時，將社會保險、救助與津貼等給付內涵混淆。例如：身心障礙者中低收入生活津貼，是一種特殊給付型態。它的設計並沒有依循西方國家津貼制度的普及及精神，反而是以社會救助的精神發給。因此，要領取有限的給付，身心障礙者家庭必須符合一定程度的資產水準。而且爲防止過多的身心障礙者提出申請，政府規定必須每年提出申請，申請時所附的證件，各地方政府的要求不一，類似的行政程序改革，作者多年以前就已經提出，但是一直以來，行政程序未見減輕，反而更是擾民。這項生活津貼的設計制度時，既不是以賠償精神爲主，也不具有補充所得性的給付內涵。它的行政措施形成對領取福利者更大的權利挫傷。因此，即使法令的名稱改爲「身心障礙者保護法」，如果不能釐清制度的根本精神，且各級政府的政策執行者無法謙虛使用行政裁量權，身保法保護的對象反而不是身心障礙者，而是各級的行政人員合理自己不合理行政規範的藉口。

作者認爲我們的制度政策之所以混亂的理由：是因爲我們社會基本上仍視身心障礙者爲一個次要的社會團體，認知層面上定位爲社會中的弱勢族群。因此，「保護」與「特別待遇」成爲社會其他份子與特殊人口彼此互動的基礎。同時，因爲基礎研究資料的欠缺，致使政策的辯論在缺乏實證基礎下，討論流於情緒，反而不能在根本觀念釐清政策的目標與方向。過去十年間，我們親眼目睹台灣社會的改變，最初的衝擊是看到許多身心障礙者走上街頭，訴諸社會要求他們的基本工作權利與要求福利擴張。身心障礙團體採取運動手段與方式要求與主張他們的權利，相當程度反映出我們社會仍有可以期待與改善的空間。

整個過程的社會意義，作者認爲是一種公民社會的表現，在平等公民地位下，個體以組織與結社的方式表達與爭取屬於個體的自由與權利。就身心障礙者而言，無論生理或心理障礙者，都是社會中的一份子，對他們權利的保障，社會中每一份子都有責任也有義務，同時身心障礙者也在善盡國民義務與責任的基點下，希望能在平等公民地位基礎下，貢獻與改善社會。當醫療科技愈進步，社會中各式障礙者的類別與人數會愈多，未來的社會將會因爲壽命的延長，每個人都有機會因爲疾病、意外、老化而有機會體驗障礙的經驗，因此它不再會是少數人的問題，身心障礙成爲所有人口生命經歷之一（Zola, 1980）。無論在人生哪個階段成爲身心障礙者，基於人權的精神與社會互助的理念，我們都應在討論與設計任何公共政策時，將他們的需要納入（Zola, 1993）。這個對身心障礙人口轉向

採取普遍生命經驗的看法，在西方與國際方面促成聯合過世界衛生組織第二次修訂它的身心障礙人口定義系統的理由（Bickenbach, et al., 1999）。因此，我們也可回頭再次檢視自己的制度與政策，許多當年因特殊時空背景考量的政策應到修正的時候，重新再檢討我們的身心障礙人口定義系統就是一個具體的例子。

殘障福利法在第二次修正時，身心障礙團體與立法委員，鑒於上述的行政防弊心態而採取不同的立法策略，以遷就我國科層體制本位主義與極端被動的行政性格，不得已將身心障礙者各項需求與權利的保障工作，依性質劃分給不同的行政主管機關。它的意義是希望能由根本的制度面，強制國家政府施政時將特殊人口納入政務範圍，以期解決保障不足的問題。當然只期待政府角色的擴張，不足以完全達成提昇福利的目標。可是，身心障礙人口的性質不同，許多角色與任務除政府外，社會其他部門可以承接的空間是非常有限的。例如環境無障礙措施的改革就是一例，除政府以公權力強制推動外，社會中其他部門的正當性不足以實施這項政策。換句話說，社會福利發展至今，在特殊人口權利保障方面，公部門的角色是不可能完全推卸的。那麼，政策的問題是如何在既有的制度與法治基礎下，將該法的實質精神予以彰顯，同時切實的檢討實施的問題，以讓該法的實施真正的可以保障身心障礙者的基本權利。下節，作者將以最近完成的身心障礙國民生活需求調查資料為例，說明幾個基本的未來的發展趨勢與問題。

身心障礙國民生活需求調查：

實際觀察的現象與問題

本節將針對身心障礙者保護法實施後，第一次依據該法規定，由內政、衛生與勞政單位所共同辦理的身心障礙國民生活需求調查資料作為釐清問題的依據。如上所述，身保法實施之後，在政府的行政體制之間，形成不同部會垂直的分工，但是橫向的協調與溝通，就成為推動該法最困難的部分。本節將針對兩個未來身心障礙政策發展趨勢，舉例說明上述制度可能的盲點。

首先，身心障礙人口老化的趨勢將是目前制度的考驗。人口老化的意義是身心障礙人口組成中，六十五歲以上人口所佔的比例逐漸增加。六十五歲以上人口比例的增加是因平均餘命延長的關係。在我國的身心障礙人口資料中，最早建檔的資料是一九八〇年，至今已有一二十年的歷史。以前年所進行的「身心障礙國民生活需求調查」資料而言，我們可以看到不同障別的身心障礙者，平均年齡不同且年齡分佈不同的趨勢（如表一）。

聽覺機能障礙與失智症兩類的平均年齡超過六十歲。聽覺機能障礙者的類別是在第一次身心障礙手冊鑑定時，就已經在我們的身障人口資料中。同時，聽覺障礙者，如果沒有伴隨其他的身體系統疾病，平均餘命與一般人口類似。而失智症，本身就是威脅老年人口的主要疾病，因此它的平均年齡集中在六十歲以上是合理的

分佈。視覺障礙者、肢體障礙者、重要器官失去功能、植物人等四類身心障礙人口，平均年齡分佈以五十歲至五十九歲為主，這四類身心障礙人口中，重要器官失去功能與植物人兩類別，也是以中高龄爲主的特殊疾病類型的身心障礙者。肢障與視障者屬於生理身體器官功能障礙，與聽覺障礙者相似，如果本身沒有伴隨其他器官疾病，平均餘命的趨勢也是類似一般人口。

表一 身心障礙類別人口之平均年齡

身心障礙類別	人數	平均年齡	標準差
視覺障礙	四一九	五七·四	二〇·六
聽覺或平衡機能障礙	八四八	六〇·六	二一·五
聲音或語言機能障礙	三三二	四四·六	二一·九
肢體障礙	二六〇一	五一·八	一八·九
智能障礙	七二五	二七·五	一五·六
重要器官失去功能	五二三	五三·六	一九·三
顏面損傷	二五八	三一·〇	二一·七
植物人	二〇九	五六·七	二一·二
失智症	二二六	七四·一	一三·四
自閉症	二三一	一三·二	一二·五
慢性精神病患	五〇二	四二·五	一四·三
多重障礙	六一六	四二·七	二三·六
其他經主管機關認定者	二三五	一三·九	一三·〇

值得注意的是心智類的身心障礙者，智障者的平均年齡是二十七歲，標準差爲十五點六歲，跨越年輕與中年組，目前其他國家的研究資料顯示，智障者的平均餘命可以趨近正常人口。威魯智障者存活的主因是其中唐氏症患者罹患歐滋海默型失智症(Dementia)的機率是一般人口的一倍。因此，智障者的老化歷程與特殊疾病型態是另一個值得注意的發展趨勢。另一類心智類的障礙者是慢性精神病患者，平均年齡是四十二歲。而所有的障礙類別年齡最小的是自閉症患者，平均年齡爲十三歲。

整體而言，我國身心障礙人口未來發展方面，政府要特別提早注意的是老化趨勢與相關問題。例如老年期的經濟生活保障、健康疾病變化、安養等議題。而這些老化的議題是否目前的制度可以應付呢？究竟目前的身心障礙福利體系與老年人口的福利體系彼此之間是如何看待身心障礙者的老化呢？目前的制度設計之下應以政府的那個部會爲主管呢？這也是作者所看到的目前制度的盲點之一。同時，此次調查資料也顯示，未來將會有更多的老年身心障礙者，可是如果依目前的社會福利體制的分工，那麼老年的身心障礙者究竟屬於那個法所管轄，可能就會爭執相當一段時間。

調查結果顯示，我國身心障礙人口，男性爲六〇·二一%，女性三九·七九%。教育程度分佈方面：國小教育程度(三一·五二%)，不識字(二三·六八%)，國中與高中教育程度者各佔一五·九六%與一六·二三%，大專以上者爲七·六六%，有約三·一八%是自修(識字)，學齡前人口(一·七七%)。身心障礙人口的致

殘原因；調查結果顯示，因疾病致殘的比例是五六·八一%，先天（出生即有）的比例是一八·二七%，其次是交通事故八·七五%，職業災害六·一一%，老年退化的比例是一·二四%，戰爭影響一·一〇%，社會因素〇·六八%與其他原因致殘七·〇四%。

身心障礙者的主要居住地點方面，有九二·五二%以家宅為主要居住地點；只有七·四八%身心障礙者居住在各式公私立教養機構。換句話說，家庭仍是負擔主要照顧身心障礙者的任務。這個趨勢與前兩次調查結果類似，可知對這些家庭的支持與協助應是政府政策的重點。以居住在家中的身心障礙者而言，調查資料顯示；有四九·五八%的身心障礙者可以獨立自我照顧。各類身心障礙者中居住在家宅中，可以獨立自我照顧的比例分別是聽障者（六三·九一%）、聲音或語障（五九·八二%）、顏面損傷（五八·七一%）、肢障（五七·六一%）、重要器官失去功能者（五一·六八%）、視覺障礙（五一·一一%）。各類身心障礙者可獨立自我照顧能力比例最低的是：失智症（七·〇九%）、自閉症患者（二〇·七二%）、其他障礙者（二九·六六%）、多重障礙者（二八·六三%）、慢性精神病患者（三八·九九%）、智障者（三八·〇一%）。身體器官障礙的身心障礙者可以獨立自我照顧能力的比例，高於心智類身心障礙者；心智與認知障礙類的身心障礙者，無論在照顧需要等都需政府單獨的考慮與區隔。才可以適當滿足不同類別障礙者的需求。這個簡單的事實，很明顯的需要政府在政策設計與規劃時將它納入考慮，如果政策不能依身心障礙者的基本特質加以區分，更多的調

查也是顯示更多的不同需求無法有效滿足的事實。

居住在家中的身心障礙者，主要照顧者方面；以配偶最多（一五·〇三%），其次是母親（一〇·二三%）、媳婦（三·六四%）、兒子（三·〇二%）、女兒（一·八三%）、其他親戚（二·一六%）、父親（一·九七%）、兄弟（〇·八七%）、姊妹（〇·五二%）。提供照顧者與身心障礙者的關係可看出，照顧工作仍以女性為主，例如母親、媳婦等。身心障礙者家庭組成方面；主幹家庭者（二一%）、核心家庭（一五·四八%）、單親家庭（一〇·三六%）、僅與配偶同住（九·九八%）、獨居（四·四六%）、混合家庭（一·五三%）、祖孫二代（一·二六%）、單親三代（一·一一%）。

身心障礙者人口的家庭開支方面；四六·一五%的身心障礙者家庭支出大於收入，四四·七八%的身心障礙家庭開支是收支平衡，而九·〇七%身心障礙者家庭是收入大於支出。不同支出水準的身心障礙者家庭；每月支出在二〇、〇〇〇元以下的家庭（二五·六七%）；支出大於收入者佔一三·九九%，收支平衡者九·九八%，收入大於支出者一·七九%。支出在二〇、〇〇〇元至二九、九九九元的身心障礙者家庭（一九·九四%）；支出大於收入者為九·二八%，收支平衡者九·二二%，收入大於支出者是一·四四%。一個月家庭開支在三〇、〇〇〇元至三九、九九九元的身心障礙者家庭（二九·四八%）；收支平衡的比例是一四·四九%，支出大於收入的比例是一二·四二%，收入大於支出的比例是二·五七%。每月家庭開支在四〇、〇〇〇元至五九、九九九元的身心障礙者家庭

(一七·四八%)；收支平衡者比例是八·一四%，支出大於收入的比例是七·三〇%，收入大於支出的比例是二·〇四%。每月支出在六〇、〇〇〇元至七九、九九九元者(四·一三%)，支出大於收入的比例是二·二一%，收支平衡者比例是一·九二%，收入大於支出的比例是〇·六一%。每月開支在八〇、〇〇〇元以上的家庭(二·六〇%)，收支平衡者佔一·〇四%，支出大於收入的比例是〇·九五%，收入大於支出的比例是〇·六一%。整體而言，身心障礙者家庭的每月開支以三萬元至四萬元最多佔約三成。其次是每月開支在兩萬元以下者約四分之一，易言之身心障礙者家庭的支出水準以中低水準為主。

調查資料亦顯示，五三·九一%的身心障礙者未領取居家生活補助，領取居家生活補助者是四六·〇九%。領取居家生活補助的身心障礙者中，二九·九九%領取三、〇〇〇元至四、九九九元，七·五二%領取三、〇〇〇元以下的居家生活補助，五·五七%領取五、〇〇〇元至六、九九九元，二·〇一%領取九、〇〇〇元以上，一·一%領取七、〇〇〇元至八、九九九元。領取居家生活補助的身心障礙者居住地區別而言，金馬地區比例最高為九一·三九%，其次是台北市八四·九三%，高雄市五二·八一%，南部地區五一·二八%，台灣省三九·八一%，中部地區三七·九〇%，東部地區三六·九三%，最低的比例是北部地區的三一·一五%。不同地區的身心障礙者領取居家生活補助的比例高低，反映出過去幾年身心障礙福利政策執行的區域差異。同時亦顯示不同地方政府的

本身財源的好壞。

身心障礙者醫療部分的資料顯示，九九·六七%的身心障礙者持有健保卡，〇·三三%的身心障礙者沒有加入健康保險。平均使用健保卡的張數是四·六八張，三五·五一%身心障礙者使用到第三張至第五張健保卡，一九·八四%的身心障礙者使用第六張到第十張健保卡，使用第一張者佔一九·九四%，使用第二張健保卡者一六·七六%，使用健保卡超過十張的是七·六二%。身心障礙者就醫情況，最近一年沒有住院的比例是七二·九六%，住院過的例子是二七·〇四%，平均住院次數是二·六一次。

身心障礙者過去一年的主要就診科別，內科(五二·三〇%)、精神科(七·一三%)、神經內科(六·一七%)、骨科(四·七四%)、耳鼻喉科(四·五四%)、復健科(四·三三%)、泌尿科(四·一%)、眼科(二·九〇%)、外科(二·二二%)、小兒科(一·四二%)、神經外科(一·七七%)、牙科(一·七六%)、中醫(一·六一%)、皮膚科(一·六〇%)、家醫科(一·三一%)、婦產科(一·一一%)、整形外科(〇·五八%)、民俗療法(〇·三九%)。

身心障礙國民就醫困難的資料顯示：擔心醫療費用太貴無法負擔者四四·三五%，無法獨立完成掛號手續者四二·五三%，交通問題難以解決者二六·三六%，不知道該去哪家醫院或看那位醫師者二四·七四%。前兩項的回答與身心障礙者本身所具有的經濟與知識資源有關，如果參照整個身心障礙人口的受教育程度以國小與不識字的比例高達百分之五十，因此在就醫過程中這些困難也是可

以理解的。此次調查特別針對回答「就醫時交通問題難以解決者」，在交通問題部分繼續了解其困難為何？表示沒有人可以接受者佔四一·八四%，醫院太遠者二二·六三%，交通費用太貴者二二·六三%，通行環境的障礙者一三·二五%。就醫可近性與協助就醫等將是政府可以努力改善的方向。而以地區別來看，居住在金馬地區的身心障礙者回答就醫時交通困難的比例最高為四〇·六一%，其次是南部地區為三一·八四%。未來可針對這部分的資料繼續作深入的分析與了解。

不同障別的身心障礙者部分，就醫困難的原因也與本身的障礙特質有關；例如六二·二〇%智障者表示無法獨立完成掛號手續，而有高達九八·三九%自閉症患者也是有相同的就醫困難。這資料顯示，未來政府的醫院就醫宣傳與方式應可針對不同特質的身心障礙者特別設計，以減輕就醫時的可近性障礙。這些與障礙者本身能力與特質有關的因素應特別注意以協助他們可以有有效的使用醫療資源。

就醫的理由方面，此次調查也詢問身心障礙者過去一年發生意外需要就醫的情形；七七·八八%表示過去一年未發生意外需要就醫，因發生意外需要就醫的比例是二二·一二%。發生意外的比例最高的是擦傷（二二·二八%）、骨折（五·六三%）、耳鳴（五·〇五%）、刺切傷（二·七二%）、燒燙傷（二·〇五%）、吞食異物（一·五四%）、中毒（〇·六四%）。而不同障別的身心障礙者發生意外需要就醫的比例，以聽覺障礙者發生意外的比例最高是二

八·一〇%，其次是視覺障礙者二六·六四%，其他障別發生意外傷害的比例約是二十%。發生意外傷害的比例，反映出不同障礙者，面對大環境的無障礙措施不佳，因聽不到聲音或看不到而發生意外機率高於其他的障別。

身心障礙者認為政府應優先辦理的醫療照護方面，重要度的選擇以提供醫療補助者重要度是五二·二三，其次是定期免費健康檢查二六·八七，接著是提供社區就近醫療服務二一·七〇，提供居家照護二〇·九八，提供醫療資訊一六·五一，擴大重大傷病認定範圍一六·〇四，提供營養諮詢與輔具諮詢等九·四八，早期治療七·九三。身心障礙者的回答可看出，仍以經濟方面的補助為主。其次是屬於資訊提供與社區醫療資源等。醫療需求也反映出身心障礙者囿於經濟能力的不足，對政府的醫療照戶也偏向福利補助為主。但是整體而言，增加就醫可近性與提供相關醫療資訊也是政府可以努力的重點。

最後，身心障礙者認為政府應優先辦理的生活福利措施方面，生活補助的重要度為六七·九六，其次是身心障礙者的老年安養四一·九三，建立國民年金制度一八·四二，保障有工作身心障礙者合理薪資一六·四六，就業政策一〇·五一，建立社區安置措施一〇·〇四，解決交通問題八·三七，無障礙措施改善七·居家服務六·七三，喘息服務二·四六，信託基金二·七九與其他一·六一。調查資料非常一致的顯示，身心障礙者仍希望政府能協助他們改善經濟生活的現況，因此在每項的政策方面都以補助的重要度最高。

值得政府特別注意的是此次調查中，身心障礙者選擇老年的安養，為政府優先辦理的生活福利事項，與前面所分析的我國身心障礙人口有逐漸老化的趨勢是相呼應的。因此，未來政府在身心障礙者老年安養應提早規劃。更應針對他們的老化歷程與疾病型態繼續深入研究。以提早因應身心障礙者老化趨勢。

結語

整體而言，我國的身心障礙者仍屬社會的中低階層，教育程度低，資訊不足與相關資源不夠充分的特殊人口團體。經濟生活的困難反映在他們希望政府能提供各種的現金補助以改善生活。過去幾年政府對身心障礙者的預算投資不可說少，但是仍有將近一半的身心障礙者沒有領取政府的任何補助。增加各種政策資訊的可近性與可見性是政府可以努力的方向。更重要的是政府應以協助身心障礙者取得資源的角度，設計與提供各項福利措施，而不是以減少行政負擔為主，防弊心態對待身心障礙國民。此次調查過程中，許多身心障礙者是第一次了解政府可以提供有限的補助與協助，可見，福利資訊的滲透力不夠。

我國的身心障礙者保護法通過後，實施至今不過五年，雖有多項政府規章的訂定；目前，仍難看出該法在保護身心障礙者權利部分的實質效益。該法實施的根本癥結仍是欠缺長期基礎資料作為政策規劃的依據。前年實施的身心障礙國民生活需求調查，是該法通

過後第一次辦理。無論在問卷內容、問題、福利、健康與就業等資訊都是第一次有系統的建立資料庫。未來的調查資料如能繼續，將是身心障礙政策的重要資料庫。

最後，作者認為應將身心障礙人口分為生理器官系統障礙類與認知心智功能障礙類。這樣的分類可以很清楚的觀察到不同的身心障礙者，本身特質的差異，在使用服務措施時的問題也不相同。能把握基礎人口特質且持續收集重要的資訊，才是真正實踐身心障礙者權利的根本方向。例如美國政府的相關部門，在每隔幾年的人口醫療衛生調查時，都會針對特殊人口詳細的調查它們的醫療健康、教育、訓練、工作等資訊，這些資訊的收集與提供是美國聯邦政府相關政策制定的基本根據(Larson, et al 2001)。政府每三年舉辦一次的身心障礙國民生活需求調查，如果能以建立長期資料庫的觀點規劃，持之以年，那麼未來我們對身心障礙人口的議題會掌握得更清楚。

另一方面，目前身心障礙者保護法的諸多規定與設計仍以身心障礙者本人為主，對長期提供身心障礙者照顧的家人與其家庭，該法的制度設計無法有效的予以提供支持與協助。換句話說，身心障礙者保護法仍以個別的身心障礙者為受益對象，家庭支持與協助並未在該法政策設計之中。過去幾次的身心障礙國民生活狀況調查與本年的調查都顯示；至少百分之九十以上的身心障礙者是居住在家中接受家人的照顧。雖然身保法中規定，政府未來的福利服務提供以社區型為主，法案中規定了服務的方式與內容，但是服務的對象

與具體方式仍看不出是否會以家庭為主？

在法制方面，身保法將不同身心障礙者需要的滿足分派給政府不同單位負責實施。但是，這樣分工遷就行政執行，卻也造成各不同單位彼此間推託藉口。例如，醫療衛生單接手作身心障礙者的鑑定，但是手冊的發放與管理屬於社政單位。同一個工作依性質分給不同的行政系統負責，彼此之間的銜接成爲問題。又如身心障礙者保護委員會的設計，主要是能建立一個仲裁的機制，當不同的業務單位彼此之間無法做橫向聯繫或協調時，委員會的任務就是作裁決與協調。中央政府到地方政府依法皆須設立，可是目前委員會的功能力尚無法具體的看出。各地方政府的首長是否重視與當地是否有足夠的人才與專業人員可供諮詢等，都是目前需要評估該法這個保護委員的功能。

(本文作者爲中正大學社會福利學系暨研究所副教授)

◎註釋··

註一：我國殘障手冊鑑定系統，建立於一九八〇年。兩次殘障福利法的修改，都是以放寬手冊的發放標準與增加類別爲主。該系統是採取累計人數的方式，因此並無法由系統中得知當年新生的殘障者人數與年齡結構。目前沒有更好的替代系統以前，這是唯一政府殘障人口的依據。

◎參考書目·

- 中文書目：
- 內政部社會司 一九九九 身心障礙者保護法規彙編 台北 內政部社會司出版
- 內政部統計處 二〇〇〇 身心障礙國民生活需求調查報告 台北 內政部、勞委會、衛生署出版
- 立法院 一九九〇 殘障福利法修正案 第一二六輯 台北 立法院秘書處出版。
- 立法院 一九九七 身心障礙者保護法修正案 第二二一輯 台北 立法院秘書處出版
- 英文書目·
- Barnes, C and Oliver, M. (1995) "Disability Rights: Rhetoric and Reality in the U.K". *Disability and Society*, Vol 10, No.1, pp.111-116.
- Barton, L. (ed)(1996) *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*. Harlow: Longma. Press.
- Bickenbach, Jerome E., Chatterji Somnath., Badley, E.M. and Ustun, T.B. (1999) "Models of Disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps." *Social Science and Medicine*, 48. 1173-1197

- Knapp, Martin., Hardy, Brian and Forde, Julien. (2001) Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England. *Journal of Social Policy* 30. 2. 283-306.
- Larson, Sheryl A., Lakin, C.K., Anderson, L., Kwak, N., Lee H. J., and Anderson D. (2001) "Prevalence of Mental Retardation and Developmental Disabilities: Estimates from the 1994/1995 National Health Interview Survey Disability Supplements." *American Journal of Mental Retardation*, Vol. 106, No.3 231-252.
- Silverstein, Robert. (2000) "Emerging Disability Policy Framework: A Guidepost for Analyzing Public Policy" *Iowa Law Review*, 85. 1691-2000.
- United Nations. (1993) Standards rules for the equalization of opportunities for persons with disabilities, adopted by United Nations general assembly in resolution 48/96 of Dec. 1993.
- West, J. (1993) The Evolution of Disability Rights. In Gostin L and Beyer H. (ed) *Implementing the American with Disabilities Act: Rights, and Responsibility of All* American. Baltimore: P. H. Brookes Publishing Co.
- Zola, I. K. (1989) Toward the necessary universalizing of a disability policy. *The Milbank Quarterly* 67. 401.
- Zola, I.K. (1993) Disability Statistics, What we count and what it tells us: A personal and Political Analysis. *Journal of Disability Policy Studies* 4.9.