

林萬億 · 吳慧菁 · 林珍珍

## 前言

1948 年聯合國世界衛生組織(World Health Organization, WHO)，開始提倡健康就是「一個完整國家的生理、心理和社會福祉，而不僅僅只是沒有疾病或不虛弱」。2001 年，世界衛生組織發表國際健康功能與身心障礙分類系統(International classification of functioning, disability and health, ICF)，試圖用一個全球通用的健康分類系統以方便獲得、追蹤和增強健康、障礙與功能。愛惜福(ICF) (林萬億，2010) 的目標和運用，焦點在於功能、活動、參與和環境因素的構成，對健康促進和衛生教育工作的影響是明顯的。對個體而言，無論是否身心障礙，在其生活的社區內遭遇到的健康議題，是被個人和環境因素的複雜交互作用所影響。ICF 如何能被好好使用以促成社會變遷，尤其對身心障礙和慢性疾病者來說格外重要。

健康促進的概念和生態觀點及 ICF 的產生連結，已使社會變遷和社會支持的關係相對提升。以 ICF 立場來說，出現疾病不一定代表疾病的後果對個體一定會產生身心障礙。例如，類風濕性關節炎患者，雖然需要長期服藥，但是卻不一定會成為身心障礙者，因為近代醫學的發展，這類病人的病情控制可以經由藥物控制產生很好的效果。但是正確的疾病診斷仍然是瞭解身心障礙人口的重要依據，將疾病診斷有系統的分類，並且依據身體系統的位置發展出疾病的分類編碼，且在疾病分類系統下，對照每個身體系統疾病所帶來的損傷、障礙等後果是為身心障礙分類的重要原則。但疾病與身心障礙之間的關係，並不是絕對的因果關係 (Marks, 1996 引自王國羽，2006, 2008a)。

由於我國 2007 年修正的身心障礙者權益保障法已納入採用 ICF 作為鑑定、評估身心障礙者的依據，且規定自 2012 年起

實施。內政部與衛生署從 2009 年起分別委託學者專家進行二年的前置作業與選定縣市（新北市、彰化縣、高雄市、花蓮縣）實驗。然而，實驗尚未結束，雜音就滿天飛，認為採行 ICF 是錯誤的立法與不可行的制度。本文試圖重新檢視 ICF 制度的精髓，以正視聽。

## 壹、身心障礙權益保障法緣起與目的

在 1980 年我國「殘障福利法」立法以前，身心障礙福利政策的意識型態主張，身心障礙者的照顧責任是屬於家庭及慈善組織，政府只有在「家庭無法照顧」的情況下才介入。當時，我國的身心障礙福利幾乎是以機構收容養護為主，教育與職訓為輔（林萬億，2006）。1980 年，受到當時的政治、社會外部環境關係，與社會救助法、老人福利法一起通過，與殘障者的權益關係較小。「殘障福利法」中明示殘障福利由消極的養護，轉變為積極的扶助；並期待殘障者能自力更生。然而，該法所規定的殘障福利事項，除了福利身分界定外，大多是已施行的服務項目，可知當時的殘障福利法的宣示意義大於實質（林萬億，2006）。而對於身心障礙的界定也來不及參考 1980 年世界衛生組織(WHO)公布的障礙分類系統(International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH)。致使往後的若干次修法，對於身心障礙者的界定範圍都是在臺灣自創的身心障礙定義基礎上加碼。

依 1997 年修正公布的「身心障礙者鑑定作業辦法」規定雖然直轄市及縣（市）衛生主管機關應依該辦法組成任務編組方式之鑑定小組，其成員包括：衛生局代表、社會科（局）代表、教育局代表、醫療人員、身心障礙者團體代表，及地方人士。但是，鑑定人員還是由衛生署所指定之鑑定醫療機構的合格鑑定醫師執行。除智能障礙者、自閉症、或慢性精神病患者之鑑定，必要時由所在地直轄市或縣（市）衛生主管機關邀集醫師、臨床心理人員、特殊教育人員、社會工作人員、職能治療人員組成鑑定作業小組予以鑑定之外。顯示，舊法實施多年的殘障鑑定主要是由醫療機構的鑑定醫師單獨進行。亦即，我國雖未採行世界衛生組織(WHO)的障礙分類系統(ICIDH)，其實也是採醫療模式，或個人模式的殘障定義。但是，對殘障的定義比世界衛生組織(WHO)的障礙分類系統(ICIDH)更沒章法。

殘障福利法第一次修正於 1990 年 1 月公布施行。將殘障類別擴大為 11 類，首次納入強制無障礙環境、定額雇用制的規定。第二次修法是在 1995 年 6 月進行，該次修法只將殘障範圍擴大，並沒有解決根本問題，也就是政府的主管機關權責不明，執行頗多障礙。1997 年 4 月殘障福利法第三度修正，擴大為 65 條，並更名為「身心障礙者保護法」，專章列有醫療復健、教育、就業、福利服務、福利機構等，並明確劃分主管機關與目的事業主管機關的權責。2000 年 11 月，身心障礙者保護法第五度修正；2003 年 6 月，身心障礙者保護

法第六度修正。2004年6月，身心障礙者保護法第七度修正，加入導盲犬的規定。至此，身心障礙者的範圍已擴大到16類。

身心障礙者保護法可能是國內社會福利法規中，修正次數最為頻繁者。然而，隨著社會福利觀念的改變，例如，身心障礙者的分類要不斷擴大嗎？一種等級標準可以適用所有不同障別嗎？身心障礙者的身分與福利的取得到底是一種身分取得所有福利，還是依需求提供福利？還有，身心障礙者只需要福利嗎？身心障礙者的居住權、社區參與等不需要被保障嗎？內政部在民間身心障礙團體的倡議下，遂於2004年啟動身心障礙者保護法第八次修法，新修訂的法律名稱改為「身心障礙者權益保障法」，以求名實相符。該法於2007年6月5日完成立法，此為我國殘障福利法的八次修法。

該次修正名稱係視身心障礙者為獨立自主的個體，與一般人一樣享有相同的權益。除修正各專章名稱，彰顯政府保障身心障礙者健康權、教育權、就業權、經濟安全、人身安全之決心外，對於個別身心障礙者的特殊需求，則給予支持服務。此外，為能符合國際對身心障礙者權益與能力重視，本次修法更有數項重大變革，強調以就業、教育機會的提升，增進身心障礙者的生活品質，不再偏重金錢補助，以積極的福利取代消極的救濟等，另參採聯合國世界衛生組織(WHO)頒布的國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)，定義身心障礙者為其身體系統構造或功能有損傷或不全，且因此影響其社會功能者，以正本

清源，明確區辨服務對象，因應身心障礙者確切之需求，提供適切服務。

身心障礙者權益保障法的大修代表我國身心障礙福利正邁入另一個劃時代的階段。無論從法令名稱的改變或實質條文內容的大幅修正，皆可看出我國對於身心障礙者的價值理念有了重大的轉變，除代表了政府與民間組織對於身心障礙者權益的重視外，也代表了整體社會觀念的提升。從修法的方向來看，不難發現法定的各項服務已更朝向滿足身心障礙者全人及生命歷程的需求來提供，同時更尊重身心障礙者基本的社會參與權。

該次修法關鍵性的改變在於身心障礙者的鑑定與需求評估。我國身心障礙的類別從一開始「殘障福利法」時的7類，至2007年「身心障礙者權益保障法」修正通過前，已經擴增為16類，分類的方式最早依身體部位損傷為主的障礙類別，如肢體障礙、聽覺障礙、語言機能障礙、視覺障礙、平衡機能障礙、顏面損傷、多重障礙、重要器官失去功能等；或以身心理功能限制致障礙者為分類，如智能障礙；有依疾病致障礙分類，如頑性癲癇症、自閉症、慢性精神病患者、失智症、罕見疾病與植物人等。分類原則、標準莫衷一是，且不斷擴大範圍，使我國領有身心障礙者手冊的人數不斷增加。然而，身心障礙人口數仍受限於有意願、有資訊接受鑑定的疑似身心障礙者，對那些沒有有意願或資訊，而沒有接受鑑定請領身心障礙手冊的人，在目前的體制中是無法掌握的，因此是否與實際的身心障礙人口數有所差距，不得而

知，甚而影響到身心障礙福利政策的規劃與推動。

世界衛生組織(WHO)於 1980 年公布的障礙分類系統(ICIDH)中，損傷(impairment)指的是個體在心智、語言、聽力、視力、肢體、或顏面等功能上的缺損；而障礙(disability)是指顯現在行為、溝通、自理、動作、手靈巧度、學科等情形的異常，導致身體受限或缺乏一般人在正常範圍內所能表現出的方式或能力；殘障(handicap)，則指個人在所處的社會生活環境狀況下，因其在行為或能力的異常，而有行動、社會參與、職業、經濟獨立等困難者。障礙分類系統(ICIDH)的身心障礙定義基本上是依醫療模式，或是個人模式的觀念。被質疑將身心障礙者醫療化、個人問題化(Oliver, 1996)。

美國政治學者史東(Stone, 1985)在《障礙者國家》(The Disabled State)乙書中曾提到：「如何界定身心障礙概念，成為所有西方福利國家最不容易達成的任務之一。也因為如此，身心障礙這個類屬的界線是人為界定過程。」換句話說，身心障礙的概念是如何在一個人類身體連續狀態下，畫出一個切點，這個切點的內外，同時反映出社會對身心障礙人口的價值。因此，無論我們怎樣定義身心障礙的概念，它都是一個人為的定義過程，也是一個反映整體福利資源不足的結構事實，而不是單獨身心障礙者的問題(林萬億，2010)。

由此我們不難看出，要全面檢討身心障礙福利政策，不可避免的必須去反省如何定義身心障礙的問題，且如何看待整體

福利資源的配置，尤其目前身心障礙福利的獲得，除了部分需要經由資產調查才能請領的補助費用外，包括綜合所得稅的減免、使用牌照稅的減免、專用停車位識別證的申請、搭乘國內交通工具半價的優惠、進入風景區的優惠措施等，皆是憑著身心障礙手冊即可獲得，這種不問需求及資源配置優先性的提供方式，必然排擠其他福利與服務的提供，更影響到真正有需求的身心障礙者適足使用各種服務的機會，實有違公平正義的原則。是以在整體社會福利資源有限的情況下，如何合理的讓社會各個不同的弱勢族群共享社會福利資源，成為政府與身心障礙福利領域的專家學者及實務工作者的共識。此外，在政策制訂過程中使否考量參與服務使用者的意見，WHO 即強調服務使用者應參與健康照護的發展與輸送政策的制定，此建議已影響到歐洲各國家健康照顧政策的制定(Crawford et al., 2003, 410-414)。

鑒於國內身心障礙分類系統存在有：  
1.分類系統欠缺一致性原則；2.分類系統既無法周延涵蓋所有障礙類別，亦無法在不同類別之間達成互斥效果；3.分類系統無法與國際通用系統接軌、互通援引、彙整、統合、分析，及對照比較；4.難以作為臨床診斷與評估工具之用；5.難以作為統計、研究之用；6.難以作為教學訓練之用；7.難以作為國家社會政策制訂之工具等問題(洪瑞兒，2006)。「身心障礙者權益保障法」在草擬過程中，即朝向援引世界衛生組織(WHO)的「國際功能、障礙和健康分類標準」(ICF)的分類方式，作為身心障

礙的分類原則，同時改變須經由需求評估的程序，決定服務資源取得為依據。至此，依新法身心障礙者從民國 101 年起，必須全面以 ICF 的編碼方式換領身心障礙證明；同時在取得身心障礙證明後，也不再是一證終生適用，必須至少每 5 年或生涯產生變化時重新評估及確認新的需求；此外，取得身心障礙證明後也不代表可以得到所有法定的服務項目，必須再透過另一個整體評估的機制，以確認其實際需求。這樣的變革改變了過去我國習慣的鑑定方式與需求滿足方式。新的鑑定評估方式必須儘速建立，始能奠定後續的福利與服務需求評估的指標、評估的工具、評估的流程，以及評估人員的條件等，進一步才能貫穿從鑑定到需求評估，乃至於服務提供的過程。

## 貳、社會模式與 ICF

理論上，身心障礙者有什麼需求，政府與民間社會福利部門就應該提供相對稱的服務以滿足人民的需求。事實上，社會福利的提供通常少於需求。主要受到幾個

變項的影響：資格要件、社會配置(social allocation)、財源和輸送體系，以及服務方式。也就是，身心障礙者及其家人能根據法定的政策中享有權利去獲得需求的滿足與服務的提供，但通常能獲得資格的符合是相當嚴苛的。社會福利提供的變數決定「誰可以得到何種服務？數量多少？及如何得到。」(Gates, 1980: 22)。

誰可以得到社會福利？是最常被社會大眾關切的議題。是不是所有身心障礙者都能得到社會福利？這個問題在社會福利界的爭議較少，因為身心障礙者通常被認定為弱勢者(the disadvantaged)，社會大眾對弱勢者有道德上的歉疚感，容易想到直接給予福利的補救，以補償身心障礙者的不足與受損。

從身心障礙者定義觀點的演進，可以看出身心障礙者作為一個社會福利「服務使用者」的改變。早期是以個人模式(individual model)來界定身心障礙者，1976 年之後，社會模式(social model)逐漸成形(Oliver, 1996)。其間的差異如下表 1。

表 1 身心障礙模式

個人模式	社會模式
個人悲劇論	社會壓迫理論
個人問題	社會問題
個人處置	社會行動
醫療化	自助
專業範疇	個人與集體責任
專家鑑定	經驗
適應	肯定
個人身分	集體身分

---

偏見	歧視
態度	行為
照顧	權利
控制	選擇
政策	政治
個人調適	社會變遷

---

資料來源：Oliver (2009) p. 45.

個人模式與社會模式最大的差別，舉例來說：

1. 你是否因為聽力有問題而有瞭解他人的困擾？你是否因為有健康問題/障礙而無法工作？你是否因健康問題/障礙而使居住出現困擾？

2. 你是否因為他人無法與你溝通而有瞭解他人的困擾？你是否因為物理環境或他人態度導致工作發生問題？你是否因住所的門戶設計不當導致你住的需求沒有被滿足？

前者是個人模式，後者是社會模式(Oliver, 1996)。很清楚地，社會模式將障礙者的障礙置焦於社會與環境阻礙(social and environmental barriers)，而非功能限制。亦即強調社會脈絡(social context)的重要性。進一步，社會模型結合政治行動，促進公民權利、機會均等與社會包容(social inclusion)。凸顯障礙者集體的社會正義，而非個人的生存策略。

至此，可以確定社會模型無意否定障礙者的生理、心理、智能損傷造成的功能限制，而是進一步理解障礙者面對的現實與經驗中的障礙與限制。社會模型不是要解釋何者是障礙？而是理解障礙的本質，造成障礙的原因，以及障礙者經驗到的現

實是什麼？(Oliver, 1996)

社會模式認為身心障礙的客觀事實是身心理系統的損傷，損傷是個體的客觀事實與狀態，但是障礙過程(disablement process)的本身卻是社會結構所外加於障礙者此所謂的障礙是外在環境與社會制度的問題，並非障礙者本身的問題(Marks, 1996)，社會模式的論點認為應移除外在環境對身心障礙者的各種不利的結構性因素，以降低障礙者的社會參與。例如：環境障礙、交通、就業、工作歧視、所得保障等等，因此所謂障礙過程是因地而異也是因人而異，它是一個相對的概念，並非可以絕對測量的概念與經驗。

社會模式的貢獻是將身心障礙研究的論述由個人層次提升到社會結構的討論。社會模式的倡導者Oliver (1996a)認為世界衛生組織的分類架構以醫療為主，其實外部社會環境的障礙是身心障礙者障礙經驗的來源，改善社會環境、制度、社會價值、政策等對身心障礙者的偏見與歧視才是重點(Oliver, 1996a)。社會模式的提出，與英國當時對身心障礙者所提供的社會福利保障不足有關，當時英國的身心障礙者團體認為，與其他人口群相比，英國身心障礙者的各種福利給付與保障水準都偏低，且

欠缺身心障礙者的參與，相對的他們認為英國身心障礙者的基本公民權利受到不平等的對待，甚至認為身心障礙的過程與經驗是社會對身心障礙者的壓制與歧視的結果(Barnes, Mercer, and Shakespeare, 1999)。

社會模式將身心障礙經驗視為社會歧視與偏見的結果，認為身心障礙的經驗應以移除外在環境與制度的障礙，而非要求身心障礙者改變自己符合社會對所謂「正常人」的想像，正常與不正常的二分方式，是社會模式學者研究身心障礙者障礙經驗(disability experience)的主要論點(Verbrugge and Jette, 1994)。由於社會學觀點帶入研究疾病經驗，自從 Nagi 採取角色理論納入討論身心障礙概念後，Oliver 將外在結構因素列為障礙過程的重要結構因素，這兩位社會學者將所謂社會正常規範的討論，正常或不正常的論述納入身心障礙經驗的研究，促成理論層次討論身心障礙的來源。在社會學家的分析中，障礙對照的是正常的社會規範與價值，但是所謂正常的規範性論述通常是社會所建構出來的，例如社會對精神病人的瞭解，相當程度反映出社會建構精神障礙的產生過程(王國羽, 2008a)。

社會模式強調個人與環境互動的動態觀念，在產生障礙路徑的過程中，保留世界衛生組織的分類與功能限制的概念。他們認為個人的身心障礙過程以功能限制為主要的判準，但是在這個限制因素之外，他們同時強調個人與外在環境因素的重要性，例如在下層的條件是指個人層次能力的條件：復健、治療、藥物等與個人行為

習慣等都是影響個體障礙產生的因素。在上層的結構或環境因素方面，他們提出環境條件與外在制度、支持與服務等可能影響身心障礙者在社會參與部分的能力與便利因素等，另外他們也提出外在環境對個人所加諸的需求，這些需求是個體要完成各種角色、任務等所必須的調整(Verbrugge and Jette, 1994)。

無庸置疑，社會模式觀點是近年來研究與探究身心障礙的一個主要典範，對於因環境所引起的障礙重新加以定義和解說，並重新建構他們的公民權利，和建立責任，並且去克服自己的障礙。社會模型承認了障礙者的權利與地位被社會所邊緣化；社會模型將傷殘做了重新的解釋，使他們的相互作用成為了一種結果。但是，這並非意謂障礙者自行處理所有事務，而是指對障礙者的協助必須提供障礙者選擇與渴望。但是，社會模式這種來自白人中產階級的觀點，也可能忽略種族、階級、性別對身心障礙的差異性。因此，障礙者的差異仍必須被看見(Llewellyn, Agu and Mercer, 2008)。而且，社會模式也過度強調環境限制與障礙。事實上，生理缺損仍然是排除障礙者參與生活經驗的限制。亦即，眼前的第一步都跨不出去，何來遙遠的社會參與。何況，每個人經驗到的社會障礙不同，不能過度期待集體的社會環境改善(Barnes and Mercer, 2010)。

## 參、ICF 的基本架構

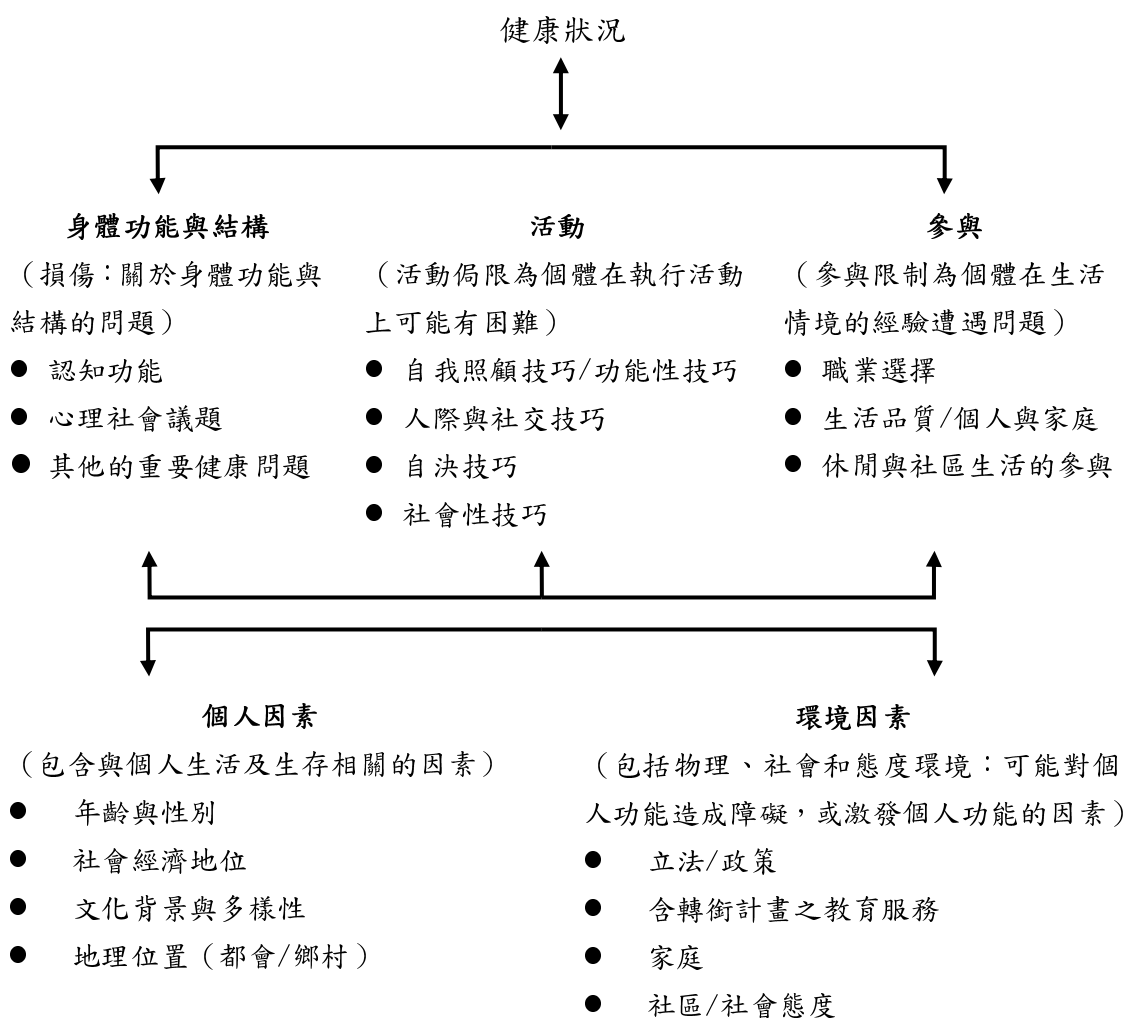
身心障礙概念化的轉變是在 2001 年

國際衛生組織(WHO)將身心障礙分類系統的修正由 ICIDH 改為 ICIDH-2，也就是後來的 ICF。基於 1946 年 WHO 定義「健康」是一種完整的生理、心理和社會情形的美好，不只是沒有疾病。隨著這種健康的定義，僅僅針對死亡率和罹病率的測量，對於評估健康和介入是不夠的。此外，健康的自我察覺和生活的健康相關質量測量是必要的。檢視 ICF 的產生背景，其目標是要提供一種統一和標準的語言和架構來描述健康狀況和與健康有關的問題，因此作為一種分類，ICF 把某人所處的健康狀況系統地分組到不同的領域，並且列出了與這些概念有相互作用的環境因素(WHO, 2001)。由於 ICF 是一種設計用於不同學科和領域的多目的性的分類，它可以作為科學研究的基礎，可以建立一種共同的語言，以便改善不同使用者間的交流，可以對不同國家和不同時間點的數據進行比較，也可以用於包括預防和健康促進在內的個人衛生保健，以及減輕社會障礙與鼓勵提供社會支持和改進個體的社會參與等的評估和政策制定。因此儘管 ICF 原來只是作為一種健康和與健康有關問題的分類，現在已經被接受作為聯合國(United Nations)社會分類的一部分了(WHO, 2001)。

正因為 ICF 具有寬廣的可利用性，因此我國「身心障礙者權益保障法」將其作為未來身心障礙分類的主要依據，也將其評定的結果作為後續服務獲得的基礎。惟

從 ICF 的分類範圍分析，當前 ICF 的分類訊息主要由兩個部分組成，第一部分處理功能和障礙的問題，可以藉由四個相互獨立而又相關的結構加以說明，即身體功能(Body Functions)、身體結構(Body Structures)、活動和參與(Activities and Participation)。其中身體功能和結構可透過在生理系統或解剖結構上的變化來說明，而活動和參與成分則使用能力和活動表現來說明；第二部分則包括環境和個人在內的背景因素，且其中環境因素與所有的功能和障礙成分交互作用，個人因素(包括性別、種族、年齡、生活方式、習慣、教養、社會背景、教育、職業、過去與現在的經歷、性格類型、個人心理優勢和其他特徵等)因為與過多的社會和文化差異相關，因此沒有進行分類(WHO, 2001)。

由此可知，ICF 顯示出個體在特定領域的功能是健康狀況和背景因素間的交互作用和複雜關連的結果，這種交互作用是獨特的，常常彼此間不是一種一對一的可預測關係，例如有許多疾病可能降低日常活動表現，但沒有顯著的損傷；在沒有輔具協助的情況下有能力受限的問題，但在現實環境中沒有活動表現的問題，是以如果要說明整體的健康經歷，所有的構成成分都是有用的(WHO, 2001)。換句話說，當我們預備將 ICF 作為福利服務獲得的依據時，恐怕難以藉由單一的評估原則來認定是否符合申請服務的條件。



資料來源： Bigby & Frawley (2010) p.19

圖 1：ICF 的基本架構圖

與 ICIDH 相似的是，ICF 定義人的功能為三個層次：身體(body)或身體部位層次、全人(whole person)層次、全人在社會脈絡下的層次。再被區分為四個面向：身體功能 (b 碼) 與結構 (s 碼) (生理與精神損傷)、活動與參與 (d 碼)，以及脈絡因素：環境(environmental) (e 碼) 與個人的(personal)因素。據此來建立編碼系統，

編碼允許正向/激發或負向/阻礙表述。每一碼再分為四層，例如身體功能第一層是 b+1 位數，第二層是 b+3 位數，第三層是 b+4 位數，第四層是 b+5 位數。例如，b1 是心智功能，b114 是定向功能，b1142 是人物定位，b11420 是自我定位。但是，活動與參與 (d 碼)、環境 (e 碼) 只有到第三層。

活動指任務的執行，是在標準環境下的臨床評估。參與則較有社會的概念，即在現實情境下的能量(capacity)與確實表現(actual performance)。實務上，ICF 在個人與社會觀點間的差異會相對小於 ICIDH。但是，還是會落入誰是操作者(players)的質疑，亦即評估專家、障礙者本人及其所處環境間會有不一致的解釋。至於能量與表現也會因個人在支持性工具或個人助理有無下，有能力完成某種行動或任務完成的差異(WHO, 2001)。

脈絡因素指個人生存與生活的背景。環境因素包括個人生存與生活的物理、社會與態度的環境。個人則是在生命歷程中從家庭、職場、學校，到社會層次的正式與非正式結構、服務，如氣候、地理、交通系統、政策與意識型態。但是，這些指標的限制或激發仰賴個人的自我報告；且不同的理論與方法論關係到編碼的選擇，如支持與關係、影響行為與各層次的社會生活。

此外，ICF 中的個人因素包括：性別、種族、年齡、其他健康狀況，身材、生活型態、習性、教養、因應方式、社會背景、教育、專業、過去與現在經驗（過去的生活事件與併發事件）、整體行為模式與性格型態、個人心理資產、其他特質，及其他可能扮演影響障礙的各方面因素。這些種種留下諸多空間給使用者增刪加減。可見 ICF 的確試圖將更多的因素納入，成為寬廣的生理－心理－社會模式。

由於身心障礙的問題多元複雜且個別差異相當大，現有的福利服務項目未必能

滿足不同身心障礙者的需求，同時現有的服務體系也未必能回應身心障礙者的需求，因此當未來必須以專業團隊的方式進行需求評估的時候，誰應該是這個團隊中的成員？又身心障礙者自我表達的需求是否可以作為獲得服務的參考依據？從近二次全國性的生活需求調查結果可以發現，身心障礙者自我表達最需要的福利服務項目，皆有相當高的比率是在各式的現金補助項目上（內政部，2006，2008）。這可以表示政府應當優先提供現金補助嗎？還是呈現的只是受訪者的主觀意願，凡此均指出發展客觀的評估方式與工具的工作刻不容緩。藉由客觀的需求評估方式與工具得出的身心障礙者需求，才是政府與民間提供各項福利與服務的參考依據，也是據此建構完善的服務輸送體系的原則。

然而，ICF 也有一些缺憾。首先，它仍然有些與 ICIDH 相似的損傷定義，如從統計的規範中找出顯著性變異。就會引來相似的批判，到底疾病或損傷的變異內容是什麼？基本上這是一個社會團體與社會長期經驗的社會過程。再者，個人能量與表現是在不相同的健康狀況下被評估。進一步，ICF 的障礙定義包括各種身體（損傷）與社會參與的限制，範圍過於一般性。

雖然 ICF 已採納社會模式中的健康與疾病的個人－環境互動觀念，但是，針對活動、參與、環境與個人因素的互動關係討論相對不足。總之，ICF 缺乏一種與社會行動緊密的理論來理解障礙者。重點似乎僅限於有效地定義與測量障礙者，並提供復健服務的成效，而忽略了寬廣的社會

排除(Barnes and Mercer, 2010)。

## 肆、獨立生活與 ICF

社會配置是一個社會願意提供多少量與多好的品質的社會福利給上述有需求的個人或團體。通常，這受到成本效益考量的影響，以及一個國家的社會福利意識型態的左右。前者包括考慮工作誘因，也就是社會福利提供是否影響勞動意願，如果福利的提供高於勞動的收入，那麼所謂的「福利依賴」情形可能會產生。其次，生育誘因的考量，亦即提供社會福利是否帶來更高的結婚率、生育率等，例如兒童津貼、新婚家庭的住宅津貼等即是。第三，考慮家庭穩定的效果，一部分人擔心社會福利取代家庭，造成家庭瓦解，出現所謂的去家庭化(de-familization)的情形。相反地，另一部分人主張透過社會福利可以支持家庭，如針對低收入家庭的經濟補助。第四，考慮是否產生烙印(stigma)或創造社會整合的效果，通常採取資產調查式的判斷，較容易將申請社會福利者刻上「窮人」、「懶惰者」的污名；反之，若所有人們都不經資產調查皆可獲得其屬性需求的社會福利，則被認定較具有社會整合的效果。

就福利意識型態而論，一個國家傾向擁護新自由主義的福利意識型態，越不主張提供普及式的社會福利。他們認為福利會弱化家庭、破壞社區結構、惡化種族關係，同時不鼓勵工作、造成懶惰和不道德，至於形成財政負荷更是不在話下。

反之，如果一個國家越是具有社會主義的意識型態，則越是主張國家應提供普及式社會福利。他們認為社會福利可增強勞工階級的團結，同時也使老人、失業者、單親家庭等社會弱勢者獲益。雖然從馬克斯主義的觀點看來，社會福利與資本主義是相互矛盾的，具有正反兩面的特質，可能阻擋勞動階級的團結，也可能使勞工階級獲得經濟安全的保障。不過，兩害相權之下，支持社會福利是務實的考量(George & Wilding, 1994; Fitzpatrick, 2001; Fives, 2008；林萬億，2010)。

社會福利服務的旨在於協助身心障礙者擴大其獨立生活(independent living)與平等生活條件的機會。獨立生活仍然是當今工業先進國家對待身心障礙者的主流價值。獨立生活運動源於反機構收容照顧(asylum care)與醫療模式(medical model)，認為身心障礙者不是因個人的疾病而有障礙，而是因社會、政治、經濟的限制而有障礙。這樣的觀點後來被概念化為障礙的社會模式(Llewellyn, Agu and Mercer, 2008)。

美國的獨立生活運動直到 1973 年的復健法案(the Rehabilitation Act)才受到重視，真正獲得實現是到 1990 年的美國身心障礙者法案(the Americans With Disabilities Act, ADA)通過以後。1999 年因最高法院對 Olmstead v. L. C.案的判例，美國以個人支持服務(Personal Assistant Services)輸送來取代機構安置，也不可能普遍被推廣(Stout, Hagglued and Clark, 2008, 44-51)。在英國，1974 年英國的身心障礙者發起殘

障者對抗隔離聯盟(the Union of the Physically Impaired Against Segregation)，於是，獨立生活運動就成為英國身心障礙者追求去機構化的替代方案(Morris, 1993)。獨立生活本身就代表著一種目的：這是一種人們行使人權及公民權的一種管道。身心障礙者和非身心障礙者共同享有一樣的人權及公民權益，但身心障礙者的不同點在於他們有額外的需求，例如與其損傷及能力阻礙相關聯的社會照顧等等。如果這些需求沒有被滿足，將會造成其人權及公民權被剝奪。換言之，若是援助資源只有在居住照顧機構裡才能使用，那麼將會抑制了個人擁有家庭生活以及隱私的權利。此外，被抑制的人權可以把「損傷」創造出更深一層的意義：例如每天被社會排除的經驗會造成心理健康的問題(Morris, 1993; Llewellyn, Agu and Mercer, 2008)。

獨立生活運動哲學基礎與 ICF 強調身心健康狀況與社會參與、環境因素相關的精神相符，認為：

1. 所有人類生活都有其價值，
2. 任何人，不論殘缺都有選擇的能力，
3. 各類型的身心障礙者，不論是肢體、智能、感官或是情緒，都有全力控制其自身的生活權利，
4. 身心障礙者有權完整參與社會。

獨立生活並非等同於去機構化，也不是非正式照顧化。亦即離開機構，回到家庭、社區的身心障礙者如果沒有完整的支持服務，身心障礙者不必然能成為獨立的人，控制其自身的生活(Morris, 1993)。雖然英國身心障礙運動在爭取獨立生活已取

得了重大的成就。然而，現今的社區照顧架構對於身心障礙者獨立生活仍包含許多障礙，例如就業機會、養育、休閒以及社會服務專業人員對於「危險」以及「能力」的失能態度也是主要障礙之一。誠如前述，除非獨立生活的權利被修法納入立法架構，否則身心障礙者會持續被剝奪其充分的人權和公民權利。

荷蘭的身心障礙政策也明示身心障礙者與慢性病人有平等機會成為公民。據此，其身心障礙政策的目標是促進身心障礙者的生活品質，並促成社會是一個整體，其要素如下：(Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004)

1. 身心障礙者能完全參與社會，社會不能造成障礙；
2. 資源與設施應該足以補償人們的限制；
3. 身心障礙者不必要生活在隔離的設施或生活情境中；
4. 身心障礙者應有個別的，或集體型態的組織與設施品質，夠其使用。

## 伍、ICF 制度推動面臨的困境

當 ICF 新制正如火如荼地展開規劃、實驗的當下，一些反對的聲浪也浮現。主要是對 ICF 新制的誤解，當然也有利益的考量。

對 ICF 的誤解的說法是認為由於 ICF 過於厚重繁瑣，大多數國家或許有引進但也不怎麼用(魏福全, 2011)。甚至認為 ICF 新制是「一場學者說謊、政府暴衝、全民

埋單的災難」(魏福全, 2011)。如前述, ICF 制度在世界衛生組織的推動過程中, 絕不是突然出現, 而是演進的過程。從 1980 年的 ICIDH 到 2001 年的 ICIDH-2(即 ICF), 其間也進行過多次修正。只因臺灣從 1980 年的殘障福利法開始即未依 ICIDH 來鑑定身心障礙者, 導致身心障礙者的界定毫無章法。當我們思考要回歸世界衛生組織的國際標準時, 人家已經進步到 ICF 了。我們總不能放著新制不管, 回到 ICIDH 舊制吧。何況說, ICIDH 舊制的缺失已如前述。何忍於此時還將身心障礙者的界定醫療化。

國際上採用 ICF 來進行身心障礙鑑定的例子已有很多, 如脊椎損傷(Dunn, Sinnott, Nunnerley & Scheuringer, 2009)、中風(Tempest & McIntyre, 2006; Beninato, Portney, & Sullivan, 2009)囊腫性纖維化(cystic fibrosis) (Mandrusiak, MacDonald and Watter, 2009)、小兒科(McDougall & Wright, 2009)、視力(Möller, Eriksson, Sadeghi, Möller, Danermark, 2009)、老人(Okochi, Utsunomiya and Takahashi, 2005)、後天腦傷(Ehrenfors, R. Borell, L. & Hemmingsson, 2009)、兒童移動障礙(Palisano, 2006)等。

雖然, 有學者擔心 ICF 新制有可能帶來進兩步、退一步的困境, 其編碼適用的效果有待更多驗證, 但是, 開啓新的辯論的機會總是好事(Tempest & McIntyre, 2007)。

的確 ICF 並不是單獨為身心障礙而設計。雖然世界衛生組織於 2001 年通過 ICF

之後立即被全世界 191 個國家接受作為國際描述健康與障礙的標準。但是, 並非全世界 191 個國家都拿 ICF 來鑑定身心障礙, 因為每個國家身心障礙立法的歷史經驗不同, 社會、經濟條件也不同。而我們所處的環境也很特殊。誠如上述, 我國的身心障礙定義, 一開始就沒有依世界衛生的 ICIDH 來定義。

至於, 反對者認為「即使花再多的人力和經費來評估得再仔細, 到了服務端就是分等級給與補助而已。而且, 對於很多經費原本就不足的縣市來講花大筆的經費和人力用於評估, 會導致根本就沒有經費實際使用在身心障礙者的福利上面, 反而造成身心障礙者的權益受損, 這是本末倒置的做法。」(魏福全, 2011) 這個說也是似是而非。這個說法反映了觀念的改變比技術變遷還難的事實。

如前所述, 過去殘障手冊的發放依醫療鑑定結果來判定類型與程度。據以提供福利。但是, 卻缺乏需求評估以作為判斷身心障礙者需求什麼? 而提供身心障礙福利的單位包括社會局、勞工局、教育局、衛生局, 並無法從身心障礙手冊的類型與程度逕自判斷身心障礙者需求服務的項目、範圍與質量。教育局才會有自己的鑑定、安置與輔導。勞工局才會有職業評量。唯獨社會局承載最多的身心障礙福利項目, 除了與低收入戶有關的補助外, 其餘福利項目如何給予, 實非單憑一張身心障礙手冊可以處理。才會出現只要有身心障礙手冊就可申請殘障車位的情形, 事實上並非所有身心障礙者均有殘障停車位的需

求。至於，誰需要殘障停車位，當然不能靠社會局或交通局的承辦人員自己決定。因此，就需要靠 ICF 的鑑定結果來判斷是否有此需求。而 ICIDH 是建立在個人模式，或醫療模式的理論基礎下，缺乏社會活動與參與的環境變數考量。身心障礙者的權益受到嚴重的限制。ICF 新制提供了一個嶄新的機會讓界定身心障礙者的社會因素被納入考量，也藉此進行社會價值的改變。

如果因為擔心依新制鑑定與評估之後，資源沒有跟隨到位，而導致白忙一場，那是另一個資源配置的問題。的確，如果沒有資源，哪一種鑑定方式的確都一樣，就是不提供服務。然而，今天的身心障礙者已非全然是昨日的福利依賴者，身心障礙者期待國家給予正確的鑑定與評估，適足的福利與該有的權益保障。其他人何需阻擾。身心障礙者不應該承擔莫須有的社會負面評價。例如，身心障礙者使用車輛，依法可免徵牌照稅，不過卻有不少名牌車藉此逃稅。根據交通部公路總局資料，2011 年全國身障免稅車輛約 59 萬輛，不乏千萬元的勞斯萊斯、林寶堅尼、法拉利等名車，免稅額近 60 億元。這就是因為缺乏正確的需求評估系統造成的後遺症。但是，如果因部分身心障礙者或其家人的貪小便宜，導致將責任歸咎於所有身心障礙者，就不公平了。良善制度建立的目的即在此，而不是思考諸如《使用牌照稅法》排富條款的殘補作法。

質疑 ICF 新制的另一個理由是擔心福利被刪除。的確依舊制，有些福利項目，

殘障停車位或牌照稅減免並非每一位身心障礙者都有需求，沒有需求的福利一定會被取消。反之，立基於 ICF 的鑑定結果所進行的需求評估之後，必然可以使身心障礙者的真正需求被看到，尤其是社會環境的限制。

質疑 ICF 新制的另一個理由是擔心鑑定程序繁瑣。的確 ICF 要求跨專業團隊鑑定。加入活動與參與，考量個人與環境因素，會使鑑定時間加長、人力負擔增加。反過來說，為了省時間、省人力，單憑少數醫師斷定身心障礙者的權益，從身心障礙者的角度來看，冒險太大。醫學不就是要精確地診斷，才能對症下藥嗎？身心障礙者要求精確地鑑定、評估，以取得應有的權益服務，有何過份呢？何況說，ICF 複雜的編碼也不是非一一複製到臺灣的身心障礙者鑑定不可。由衛生署、內政部分別委託進行的第一期（2009~2010 年）兩年的實驗的，本來的目的之一，不就是要 ICF 新制下發展出適合國內的身心障礙者鑑定與評估指標與程序嗎？

## 陸、結論

ICF 的使用對積極社會改革有很大的潛力。尤其是因為 ICF 超越了傳統的醫療模式成為廣泛的綜合模式。讓我們了解到關於福利資源的提供與身心障礙的協助是需要超越個人層面的事實。當認知不同障別的個人受到環境障礙相關知識的日益成長，就需要更多排除障礙的知識。尤其對身心障者，排除環境障礙對他們的健康與

福祉的參與和實現是關鍵的。在消除障礙的社會層面上，增強身心障者在社區參與是重要步驟。ICF 可能扮演的角色是使用統一的術語和了解健康、功能和殘障的概念。

遺憾的是，由內政部委託「規劃我國在國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)下身心障礙者相關福利服務輸送規劃及整合委託研究案」團隊，在第一期兩年(2009~2010年)規劃結束後，由於政治的干擾，而被排除在後續推動之外。從此，ICF 制度不可行的聲浪也跟著暗潮洶湧，致各縣市政府無所適從，此絕非身心障礙者之福。

橫亙在眼前的挑戰是，醫療鑑定機構對 ICF 的熟悉程度仍不足，甚至比身心障礙團體對 ICF 的瞭解還不夠，加上行政成本的考量，致反彈聲浪不斷。為使誤解降低，於各縣市普遍進行鑑定試辦前，宜再舉辦公聽會說明，邀請身心障礙鑑定相關的醫師公會或社區機構參與提供意見，而非逕行執行鑑定人員訓練。尤其在強調醫療模式的醫療機構醫事人員，面對 ICF，多數尚未清楚其背景與目的，僅知須因應 101 年的鑑定需求，直接被要求接受訓練，而引起反彈與不適應。而部分講員本身也對 ICF 不具信心，致參與受訓者未被說服。一旦鑑定機構醫事人員對 ICF 有嫌惡感，可想而知，往後於鑑定過程中，怎可能正確地反映 ICF 的價值。新制度實施前，跨專業對話與教育相當重要，跨專業的誤會常因不熟悉制度的內涵、變革造成的不習慣，復加上政策更替而流傳似是而

非的觀念，使得 ICF 推動難度更高。

此外，相關配套必須同步跟上，例如鑑定費用的補助偏低，這是很現實的考量；其次，尚未熟悉的操作過程而耗時，致行政成本升高，更不討喜；第三，鑑定所需的硬體空間可能多於既有的空間，導致無法配合。主管機關不可能既要馬而跑，又要馬而不吃草。

實務上，教育和社會變革之間的不同應該被進一步探索；在教育方面，可能會提高整體對 ICF 的意識，也可能得到支持，但這種可能並不一定會導致社會變革。除了在身心障礙相關議題教育個人之外，首要的挑戰可能是解釋決策者與社區領導人為何確信環境障礙需要被解決。這不僅僅是成本效益問題或法律規定，但也是一個道德問題。健康促進是一種多層次概念的現象，ICF 的應用和注重於功能、活動和參與，以及環境因素的分類將協助各國政府、城市、社區及有關專業人士須和社會群眾確實有效地一起工作。未來衛生福利部宜對新制概念透過媒體正確宣導與推廣，避免不必要的猜疑與否定。

倘若新的衛生福利部對 ICF 的理解也停留在傳統的醫療模式，過去身心障礙團體與社會福利學者五年來的努力，恐怕有被連根拔起之虞。當 ICF 推動最後敗在觀念不改、行政考量之下，那就太不值得了。

(本文作者林萬億現為臺灣大學社會工作學系教授；吳慧菁現為臺灣大學社會工作學系副教授；林珍珍現為輔仁大學社會工作學系助理教授)

## 📖 參考文獻

- 內政部(2006)。中華民國 92 年身心障礙者生活需求調查報告 (編號：9860043329)。臺北市：內政部統計處。
- 王國羽(2008a)。規劃我國在國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)下身心功能障礙者福利與服務需求評估作業前導計畫建議書。內政部委託研究。
- 王國羽(2008b)。聯合國身心障礙者權利公約對我國的啓示。社區發展季刊，123 期，頁 106-116。
- 林萬億(2006)。臺灣的社會福利：歷史經驗與制度分析。臺北：五南出版。
- 林萬億(2010)。社會福利。臺北：五南出版。
- 洪瑞兒(2006)。身心功能障礙者福利與服務評估機制、流程與服務需求評估指標之研究。內政部委託研究。
- 魏福全(2011)。說謊與暴衝 累死醫療，蘋果日報，2011 年 08 月 02 日。
- Barnes, C. and Mercer, G. (2010). *Exploring Disability*, 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge: Polity.
- Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: a sociological Introduction*. Malden: Polity Press
- Beninato, M., Portney, L. G. & Sullivan, P. E. (2009). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a Framework to Examine the Association Between Falls and Clinical Assessment Tools in People With Stroke. *Physical Therapy*, 89: 8, 816-825.
- Bigby, C. and Frawley, P. (2010). *Social Work Practice and Intellectual Disability*. Basingstoke: Macmillan.
- Crawford, M. J., Aldridge, T., Rutter, K. B. D., Manley, C., Weaver, T., Tyrer, P., & Fulop, N. (2003). User Involvement in the Planning and Delivery of Mental Health Services: a Cross-Sectional Survey of Service Users and providers. *Acta Psychiatr Scand*, 107, 410-414.
- Dunn, J., Sinnott, A. K., Nunnerley, J. & Scheuringer, M. (2009). Utilisation of patient perspective to validate clinical measures of outcome following spinal cord injury, *Disability and Rehabilitation*, 31(12): 967-975.
- Ehrenfors, R. Borell, L. & Hemmingsson (2009). H. Assessments used in school-aged children with acquired brain injury-Linking to the international classification of functioning, disability and health, *Disability and Rehabilitation*, 2009; 31(17): 1392-1401.

- Fives, A. (2008). *Political and Philosophical Debates in Welfare*. NY: Palgrave.
- Fitzpatrick, T. (2001). *Welfare Theory: an Introduction*. NY: Palgrave.
- Gates, B. (1980). *Social Program Administration: The Implementation of Social Policy*. NJ: Prentice-Hall.
- George, V. & Wilding, P. (1994). *Ideology and Social Welfare*. London: RKP.
- Llewellyn, A., Agu, L. and Mercer, D. (2008). *Sociology for Social Workers*, Cambridge: Polity Press.
- Mandrusiak, A., MacDonald, J. and Watter, P. (2009). The International Classification of Functioning, Disability and Health: an effective model for describing young people with cystic fibrosis, *Child: care, health and development*, 35:1, 2-4.
- Marks, D. I. (1996). Models of disability. *Disability and Rehabilitation*, 19:3, 85-91.
- McDougall, J. & Wright, V. (2009). The ICF-CY and Goal Attainment Scaling: Benefits of their combined use for pediatric practice, *Disability and Rehabilitation*, 2009; 31(16): 1362-1372.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. (2004). *People with Disability in the Netherlands-the government's health and welfare policy*.
- Möller, K., Eriksson, K. Sadeghi, A. M., Möller, C. & Danermark, B. (2009). Long-term ophthalmic health care in Usher Syndrome type I from an ICF perspective, *Disability and Rehabilitation*, 31(15): 1283-1292.
- Morris, J. (1993). *Independent Lives: community care and disabled people*. London: The Macmillan Press.
- Okochi, J., Utsunomiya, S. and Takahashi, T. (2005). Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care, *Health and Quality of Life Outcomes*, 3:46.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disabilities: from theory to practice*. Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, M. (2009). *Understanding Disabilities: from theory to practice*. 2nd ed. Basingstoke: Macmillan.
- Palisano R. J. (2006). A Collaborative Model of Service Delivery for Children With Movement Disorders: A Framework for Evidence-Based Decision Making, *Physical Therapy*, 86: 9, 1295-1305.
- Stone, E. (1985). *The Disabled State*, London: Mcmillan.
- Tempest, S. & McIntyre, A. (2006). Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical

- cal reasoning in stroke rehabilitation, *Disability and Rehabilitation*, 28(10): 663-667.
- Stout, B., Hagglund, K. and Clark, M. (2008). The Challenge of Financing and Delivering Personal Assistant Services. *Journal of Disability Policy Studies*, 19:1, 44-51.
- Tempest, S. & McIntyre, A. (2007). Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), *Disability and Rehabilitation*, 29(18): 1475-1479.
- Verbrugge, L. M., Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38:1-14
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF* (No. 11502088). NLM classification: W15.