

賴兩陽

我國在 2007 年 7 月 11 日修正公布的身心障礙者權益保障法(以下簡稱身權法)內容有許多重大的突破，其中在身心障礙認定方面，改採國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下簡稱 ICF) 方式最令人矚目。ICF 的架構與分類方式，在臺灣尚屬首創，如何認定？如何執行？如何在此一架構下滿足身心障礙者的福利及服務需求？對身心障礙者的影響為何？政府部門如何加以因應？這些問題均需在执行之前作充分的了解。由於 ICF 制度攸關身心障礙者權益至鉅，在制度推動的過程又有許多社會工作專業必須介入的地方，因此，社會工作人員需要瞭解在制度當中的角色與功能，俾利於制度的推動。

## 壹、ICF 概念介紹

當前我國的身心障礙人口鑑定與分類系統，多屬於政府基於不同壓力團體遊說

結果，在過去幾年增加類別以應付壓力而來。但是整體的身心障礙人口定義與分類系統卻欠缺根本的理論與研究作為基礎。而身心障礙概念的演進軌跡，逐漸著重在「身心障礙」與「社會」兩個概念的互動與關係。就理論層次而言，社會與身心障礙者的關係，分析的焦點是社會如何處理差異與不同的社會經驗為主。世界衛生組織在 2001 年新版的 ICD-ICF，即是這種趨勢之下的產物，逐漸由個體微觀的角度，朝向個體與社會結構互動的角度，定義與解釋身心障礙過程。ICD-ICF 將身心障礙定義系統的內容分為四個主要面向測量身心障礙經驗：第一個面向是身體系統功能與身體結構；第二個面向是「活動」，每個身體系統與功能都與身體活動機能相對應，它採取「活動」概念取代第一版第二層次「障礙」描述身體功能狀態。第三向度測量，它採取「參與」取代第一版「殘障」概念。第四向度是外在環境因素，包括環境與個人兩個層次的因素(王國羽、呂朝賢，2004；賴兩陽，2009)。

在 ICF 的概念下有兩個部分組成：一個是身體系統功能與活動參與；第二個是背景因素（包括環境與個人因素四個向度組成）。第一部分身體系統功能、活動參與這兩個部分，將身體由頭部往下，分為八個身體大部分編碼，例如由頭部開始，中樞神經系統、知覺系統、聲音系統、心臟循環呼吸系統、消化內分泌系統、腸胃生殖系統、神經肌肉與移動、皮膚等，每個相對應的身體部位都有相對地身體功能。第二部分則是環境與個人系統的評估。在評估身心障礙功能分為正面與負面兩個角度，障礙的概念只有在負面向度時，才會成為障礙者。外在環境是否提供身心障礙者足夠的協助，以促進他的能力，或外在環境成為「阻礙」(barrier)來源，也是很重要的判別指標。

## 貳、障礙的認定

### 一、世界衛生組織障礙定義

1990 年代中期，WHO 針對此「國際損傷、障礙與殘障分類」(the International Classification of Impairment, Disabilities & Handicaps; ICIDH)予以修訂，自此，不再使用「損傷」(Impairment)與「殘障」(Handicaps)的字詞，以「功能」(Functioning)和「健康」(Health)取代—國際健康功能與身心障礙分類系統，簡稱為「ICIDH-2」且於 2001 年 5 月將其簡稱改名為 ICF (Press Releases WHO/48, 15 November 2001)；主要目的在改變過去使用損傷 (impairment)、障礙 (disability)、殘障

(handicap)等負向名詞，而使用身體的結構與功能(body structure and function)、活動 (activity) 及參與 (participation) 等中性陳述；其次更大的改變在將環境因素放入分類考量中，認同環境因素角色的重要性，會影響甚或對人的障礙(disability)帶來阻撓，環境可能對一個人健康狀況會產生更大障礙或是可以維護功能，扮演重要角色，即個人健康狀況是否會對此人的活動和社會參與帶來阻礙，則取決於環境是扮演促進者(facilitator)亦或是阻礙者角色 (role of environment factors in functioning and disability)。ICIDH-2/ICF 整合醫療與社會模式，是一個「生理心理社會」(biopsychosocial)策略，重視生理上的健康以及個人和社會層面的活動及參與等三度空間的關係 (WHO 網站，2010；周月清，2000，2008)。

### 二、我國對「障礙」的定義

現階段(在 2007 年新法執行之前)我國對障礙的定義，僅由衛政單位的醫生從事醫療診斷，而醫務人員的醫療診斷只強調生、心理的損傷的部分；並未觸及 disability，更談不上「環境」的變項；因此完全建立在醫療模式，且只由單一的醫療人員決定。因此我國現階段只限於「損傷」的定義，未考慮“disability”，也未考慮「環境」因素(含 participation, activities)；其缺點會導致忽略障礙者的個別差異、需求，包括其生活環境等。

另外，將身心障礙的觀點從「特殊」、「少數」的角度演變成「普同」的人生經

驗，是近來新的理論論述。Zola 認為，隨著社會進步與醫療科技的發達，我們今天所看到的身心障礙人口已經不同於以往，一方面因人口老化影響，未來將會有更多的人會在老年階段經驗身心障礙過程，一方面醫療科技的進步愈來愈多的人會受益於醫療科技而存活下來，相對的也會有更多的人處於終身的身心障礙狀態。因此，就身心障礙人口數量與身心障礙本質而言，身心障礙將是「普同」人生經驗，大家都會經歷身心障礙風險。但是，目前國內對身心障礙人口的討論與分析，仍將身心障礙侷限在少數與特殊的範圍內設計政策（引自王國羽、呂朝賢，2004）。

從政策層面來看，我國身心障礙人口統計系統獨立於一般人口統計之外，由內政部單獨的將身心障礙人口統計資料上網公告，這份統計資料是延續過去二十幾年來因「殘障福利法」與「身心障礙者保護法」之規定而來。身心障礙人口的統計定位是依法領取身心障礙者之人數，這份統計既無法提供我們整體人口健康功能的變化，也無法提供給我們身心障礙人口的基本資訊，例如死亡率、罹病率等。它只發揮告知社會大眾領取身心障礙手冊人口數量、性別分佈、年齡分佈等。目前的身心障礙人口鑑定與分類系統，以法令的規定與改變為主，類別與類別間缺乏分類的有效依據與區辨能力。例如，多重障礙類別很可能包括患有腦性麻痺患者、罕見疾病患者、重度智障者等不同屬性類別的障礙人口都有可能出現在這個類別的登錄資料中（王國羽、呂朝賢，2004）。

未來如果改用 ICF 系統，首先要做的分類是將這類障礙者歸類為第一部分的腦中樞神經病變，接著評估患者的各項生心理功能狀態與限制、能力等面向。接著再依據患者的情況評估患者在學習、工作、移動、社交、生活等需要協助與外在環境支持的程度與內容。因此，它不再只是統計數量而已，也包括可能需要的服務等。在臨床上，可以讓不同的專業人員瞭解身心障礙者的問題與需要。在流行病學的統計方面，可以提供有關身心障礙者人口的罹病趨勢與狀態等資訊（王國羽、呂朝賢，2004）。因此，ICF 制度不止突破當前對身心障礙特殊化的認定，而符合先進國家「普同經驗」的理念，更可以將身心障礙狀況做較細緻的歸類，並與後續的服務供給相互結合，應該是較為理想的身心障礙人口分類與鑑定方式。

### 三、醫療模式抑或社會模式

根據世界衛生組織的資料指出（WHO 網站，2009），醫療模式（medical model）視障礙（disability）為個人問題，只論及障礙受疾病、創傷或其他健康狀態影響，因此，此模式只重視個人在專業人員的治療之醫療照護；障礙管理只重視個人適應與個人行為改變的治療；醫療照護（medical care）被視為主要議題，因此只重視健康照護政策的修訂為主要反應機制。反之，社會模式（social model）不同於醫療模式，社會模式觀點則視障礙為社會產物，因此其強調個人與社會的整合；主張障礙並非個人成因，而是一個複雜的集合體，尤其大部分

是因為社會環境造成（如表 1）。此觀點下的問題管理會著重社會行動(social action)，以及視為社會集體的責任以共同改變環境，促使障礙者完全參與社會生活；此觀點強調社會改變，重視人權議題的討論，視障礙(disability)為一項政治性議題（周月清，2000，2008；吳秀照，2005）。

### （一）醫療模式

Sapey 和 Hewitt 評論指出，我們的社會環境無論是在生理、社會、情緒或政治方面，對障礙者而言是有障礙的；加上目前的社會系統、專業工作者或是社會政策和立法，也是使用醫療模式(medical model)觀點看待障礙者，視障礙為障礙者個人的問題，因此所有的醫療、復健、預防或福利服務是被動的；而社會工作者在社會系統部門內從事障礙服務工作，成為資格審核者、福利接受者的把關者、社會控制的代言人，失去社會工作專業源起強調「充權」(empower)案主群及案主自決(self determination)的工作原則，非但沒有增強這些弱勢族群擁有平等的機會，公平分享社會資源，反而促使其更遠離資源，更損及其人格尊嚴（引自周月清，2008）。

根據上述文獻針對損傷(impairment)的定義，當醫療人員將身心障礙者障礙問題建立在個人生理的非功能性問題，即為一種醫療模式定義；這就是所謂的病態學

(pathology)觀點，將身心障礙者社會系統，包括家庭、教育、就業、社會生活適應等等困難，歸因於個人心理的損傷所致。因此基於這種論點，對這些身心障礙者及其家人的介入，強調醫療性或是治療性服務，致力於修正、改變個人，使兒童可以恢復生理功能，家庭服從專業權威，得以適應社會。

### （二）社會模式

從社會模式觀點探討障礙的相關文獻，強調障礙為社會問題而非個人問題，是社會產物，不能歸因於個人因素，之所以會有障礙是受到外在因素所影響，如弱勢的生活環境導致，是社會要共同負責的後果，是社會和文化性及是受社會壓迫的問題，包括主流社會被可以活動的人(able-body)所操縱；同時，障礙的定義也是來自政治、社會和經濟的因素。

從社會阻礙(social barrier)模式觀點解釋「障礙」，一致強調要改變的是社會系統，呼籲社會政策的制定與社會工作者的介入當以障礙者需求為基礎，而非遷就社會制度。如 Oliver (1983)呼籲服務工作者，當重視所謂的社會模式觀點介入，以障礙者及其家庭需求為基礎，協助他們改變社會的有障礙環境，而非只是去改變個人以適應環境（引自周月清，2008）。

表 1 醫療模式與社會模式障礙觀點的比較

障礙觀點 比較面向	醫療模式	社會模式
哲學理念	障礙是身體或心智的損傷對個人身心功能所造成的限制；身心障礙者需要治療、復健與照顧	障礙是社會與文化對身心障礙者身心認知的構建過程所形成的歧視與阻礙；社會態度與組織必須改變
對身心障礙者的看法	身心障礙者是不幸的、無法自我照顧、需要長期依賴他人或社會的服務	身心障礙者與一般人一樣，其公民權、自由表達的意志及獨立自主的社會能力應被尊重。
政策方向	治療、保護、照顧有特殊需求的身心障礙者	消除社會歧視與改變社會組織結構，提供身心障礙者平等機會、全面參與社會生活
服務決策	專業工作者作主	身心障礙者參與決策
服務輸送	以專業體系運作的機構式服務為主	以身心障礙者熟悉的社區式生活為主

資料來源：吳秀照(2005)

### (三) ICF 中社會模式觀點的重要性

早在 WHO1999 年的 ICF 執行及提出社會模式觀點，在英國 UPIAS (the Union of the Physically Impaired Against Segregation) 於 1970 年代就開始述及社會模式觀點，質疑傳統視障礙為個人悲劇、偏差行為、依賴，忽略社會因素以及來自社會的阻礙。英國的身心障礙者運動，以及其以集體力量訴求障礙者的參與的重要性，譬如參與相關政策服務的規劃和制定。近 30 年在英國、歐洲，社會模式業已普遍受到關注。英國障礙者對社會模式的訴求，走過 30 年，希望由他們來主導他們的生活，而非由專業工作者來主導；30 年後，障礙

者內部也開始反省，基本上，社會模式觀點的重要性不容置疑，但對損傷的處境也不能忽略(Shakespeare, 2006)。臺灣目前無論是來自障礙者本人或是專業工作者，對社會模式觀點仍然是陌生的，亦即，障礙者本人的經驗是被忽略的，專業工作者主導十分明顯，包括專業工作者內部反省也尚未開始。在臺灣社會，社會模式觀點的呼籲仍有其必要性。

### 參、身心障礙者權益保障法對 ICF 之規定

身權法並沒有明文出現 ICF 的文字，但從相關規定中就可發現其實是依循著此

一制度的架構作為執行的方式。依據 ICF 的架構，我國身權法第 5 條至第 7 條即是此一制度最重要的法規依據。第 5 條對身心障礙者的認定加以規範：

本法所稱身心障礙者，指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：

- 一、神經系統構造及精神、心智功能。
- 二、眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛。
- 三、涉及聲音與言語構造及其功能。
- 四、循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能。
- 五、消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能。
- 六、泌尿與生殖系統相關構造及其功能。
- 七、神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能。
- 八、皮膚與相關構造及其功能。

據此，國民在身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，符合第 1 款至第 8 款事實者，即被認定為身心障礙者。加上了社會因素與專業團隊鑑定及評估的精神，迥異於現有身心障礙鑑定僅由醫生判定的方式。

針對身心障礙鑑定與評估方面，直轄

市與縣市政府必須組成專業團隊鑑定評估（第 6 條），完成之後，再籌組專業團隊進行需求評估，評估合於規定者，核發身心障礙證明，據以提供福利服務（第 7 條）。相關規定摘錄如下：

直轄市、縣（市）主管機關受理身心障礙者申請鑑定時，應交衛生主管機關指定相關機構或專業人員組成專業團隊，進行鑑定並完成身心障礙鑑定報告。

直轄市、縣（市）主管機關應於取得衛生主管機關所核轉之身心障礙鑑定報告後，籌組專業團隊進行需求評估。

前項需求評估，應依身心障礙者障礙類別、程度、家庭經濟情況、照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素為之。

直轄市、縣（市）主管機關對於設籍於轄區內依前項評估合於規定者，應核發身心障礙證明，據以提供所需之福利及服務。

因此，在本法規當中，直轄市與縣市政府至少必須籌組兩個專業團隊，第一個由衛生主管機關就身心狀態籌組專業團隊，作初步評估，再送主管機關籌組之專業團隊進行評估（流程圖如附 1）。該縣市是否有足夠資源可以組成「專業團隊」？資源狀況如何？整套流程如何運作？各相關單位如何配合？均需進一步瞭解。

由於身權法與身心障礙者保護法之間差異甚大，ICF 即是重要改變之一。為有效執行法律的依據，中央與地方政府勢必依據職責分工合作，才能達成「依法行政」的目標。在身權法當中，中央政府與地方

政府均列有與 ICF 相關的規定，在中央政府方面第 3 條主要條文包括：

一、全國性身心障礙福利服務權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導事項。

二、對直轄市、縣（市）政府執行身心障礙福利服務權益保障之監督及協調事項。

五、身心障礙福利服務相關專業人員訓練之規劃事項。

八、全國身心障礙者資料統整及福利服務整合事項。

直轄市與縣（市）政府在身心障礙福利業務上具有重要的地位，依據身權法第 4 條條文當中與 ICF 制度關係比較密切的條文包括：

一、中央身心障礙福利服務權益保障政策、法規及方案之執行事項。

二、直轄市、縣（市）身心障礙福利服務權益保障政策、自治法規與方案之規劃、訂定、宣導及執行事項。

五、直轄市、縣（市）身心障礙福利服務相關專業人員訓練之規劃及執行事項。

七、直轄市、縣（市）轄區身心障礙者資料統整及福利服務整合執行事項。

ICF 的架構與分類方式既已成為法定內容，中央政府必須依法加以規劃、訂定及宣導，並對直轄市與縣（市）政府加以監督及協調；直轄市與縣（市）政府必須依法執行。但是對於一個陌生制度，如何有效執行，卻是重大挑戰，如能經過實驗過程，累積經驗，將有助於未來各直轄市

與縣市政府的推動。

## 肆、ICF 制度的相關研究

內政部為對此一制度的操作模式作進一步的瞭解，委託中正大學社會福利系王國羽等教授加以研究，研究團隊依據期中審查與各地焦點團體建議，和過程中分析與探究各國實施 ICF 制度經驗的研究結果，提出具體的 5 個建議委託研究案，以利主辦單位能委託相關單位進行下階段的規劃工作。內政部遂於 2009 至 2010 年兩年期間分別委託學者進行 5 個 ICF 的整合研究。

本整合計畫之子計畫分別由 5 位計畫主持人提出，連同協同主持人計算，分佈於國內 10 所大學，跨越社會工作、特殊教育與復健諮商等領域，這也凸顯本研究整合學術資源之全面性，有助於身心障礙研究的跨界資源整合與流通。各子計畫主持人如下：

總主持人兼子計畫 4:ICF 下身心障礙者相關福利服務輸送規劃，由總主持人林萬億教授擔任主持人。

子計畫 1：身心障礙需求分析、資源盤點與政策規劃，由邱滿豔助理教授擔任主持人。

子計畫 2：我國在國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)分類架構下身心障礙者福利與服務需求評估之流程、指標與工具之建立與實務操作模式，由林敏慧副教授擔任主持人。

子計畫 3：我國在國際健康功能與身

心障礙分類系統(ICF)之福利需求評估作業試辦縣市實驗計畫，由賴兩陽副教授擔任主持人。

子計畫 5：規劃身心障礙者權益保障法 ICF 系統下福利服務需求評估專業團隊之人員資格、培訓及課程實施方案，由王國羽教授擔任主持人。

這 5 案中彼此相互關連，例如對身心障礙進行需求分析並對當地進行資源盤點，可讓各地方政府瞭解供需之間的差距；第 2 案之評估指標需交由第 3 案實驗縣市加以試作，以修正內容，建立實施模式。第 5 案有關專業人員的資格認定、培訓制度與課程設計更是 ICF 是否能夠順利上路很重要的因素。

## 伍、ICF 制度當中社工的主要功能

在 2009 年至 2010 年兩年實驗期間，可以看出社會工作在 ICF 制度建構過程有許多參與的地方，同時在未來正式實施之後，社會工作可以擔任許多具體的工作。

### 一、積極協助鑑定作業

身心障礙鑑定階段由衛生單位依據 ICF 的學理與實務經驗，研訂鑑定指標，在指標當中應用 bsde 分別代表：身體功能 (Body functions, 代碼 b)、身體構造 (Body structures, 代碼 s)、活動與參與 (Activity and participation, 代碼 d)、環境因素 (Environmental factors, 代碼 e) 與個人因素 (Personal factors)。在 ICF 分類系統的

組成要素之下，可再分為 4 層分類：以第 2 層分類的一組 3 到 18 個編碼，通常足夠描述一個人的健康狀態。第 2 層分類多用於調查統計及評估健康結果；而最詳細的第 4 層分類是用於專業服務（如：復健結果、老人病學...等）。

在 bs 碼部分涉及身體功能與身體構造大抵上是由醫療專業團隊負責，但在 de 碼的部分，則有許多社會工作專業必須介入之處。依據李淑貞、黃玉怡、何季蓉所編《國際健康功能與身心障礙分類系統編碼》(2009)，d 碼當中涉及溝通、自我照護、居家生活、照顧家用物品與協助他人、人際互動與關係、主要生活領域、工作與就業、社區、社交與公民生活等面向，均需要社工專業協助鑑定。在 e 碼部分更是社工專業必須著力之處，有關產品與科技、自然環境與環境中人為改造、支持與關係、態度、服務、體系與政策等各章節中許多指標，更需社會工作發揮專業加以評量。

### 二、參與研訂福利及服務需求評估指標

福利與服務需求評估指標影響身心障礙者權益至鉅，其指標的訂定自然不能偏離實務的現狀。現行福利與服務需求評估內容包括：

- 1.個人照顧服務 (身權法第 50 條)
- 2.家庭支持服務 (身權法第 51 條)
- 3.專用停車位識別證明 (身權法第 56 條)
- 4.搭乘國內大眾運輸工具陪伴者半價

優待（身權法第 58 條）

5. 進入收費風景區、康樂場所或文教設施陪伴者免費或半價優待（身權法第 59 條）

6. 各項經費補助（身權法第 71 條）

這些項目內容以指標方式呈現，社會工作人員必須發展出可評量的方式，以進行有效的評量。同時必須設想出評量可能發生的問題，規劃出評量的操作手冊。

### 三、擔任福利及服務需求評估人員

這是社會工作人員在 ICF 制度當中最主要的工作，亦即前端的鑑定工作完成之後，需交由縣市政府主管機關進行福利與服務需求評估。在試辦期間，有關福利與服務需求評估人員包括具有社工人員、物理治療師、職能治療師、特教老師等，不同的專業背景有不同的優缺點，例如社會工作人員對於福利與服務項目較為熟悉，但是，對於輔具評估則較不專長；物理治療師與職能治療師剛好相反（賴兩陽、許素彬、陳政智、李宜興，2010：290）。不過主要人員還是社工背景居多，現行內政部補助各縣市政府 ICF 需求評估人力，即規定需具有社工背景。歸納直轄市、縣政府社會工作人員主要工作內容包括：

1. 接受 ICF 相關訓練
2. 作為需求評估時聯繫協調窗口
3. 與受測者建立良好的關係
4. 安排專業團隊進行評估
5. 參與需求評估團隊
6. 觀察瞭解需求評估過程
7. 提供需求評估過程之建議

由於身心障礙人口已逾 108 萬人，均需在 7 年內完成鑑定與需求評估，數量龐大，只靠政府人力恐有未逮，因此，結合民間機構專業人力，共同辦理需求評估作業，勢在必行。據此，民間專業人力亦宜早日完成訓練，以備不時之需。

### 四、參與專業團隊會議

需求評估人員透過實地訪視之後，將受訪者資料帶回之後，主管機關即必須召開專業團隊會議，進行福利及服務需求評估確認工作。專業團隊會議的人員大抵包括：社會工作人員、物理治療師、職能治療師與職業重建人員，有些會議會因應審查案件需要加邀語言治療師或特教老師參與（賴兩陽、許素彬、陳政智、李宜興，2010：339）。社工人員在專業團隊會議當中需針對受訪者所處社會環境與福利服務之間的關係提供專業上的意見，以作為決議的參考。

### 陸、結論與建議

社會工作專業參與 ICF 制度，可更符合 ICF 制度重視參與社會環境因素的精神，尤其是福利及服務需求評估更是社工人員責無旁貸，必須要發展出的專業制度。透過準確的需求評估讓身心障礙者享有個別化的福利及服務，而不是集體式的福利及服務供給，是我國身心障礙權益保障中重要的階段性發展。為使 ICF 制度能順利推動，謹提供以下建議供社工專業相關人員參酌：

(一)大學社工相關科系應在身心障礙有關的課程中，介紹 ICF 的基本概念與制度內涵。

(二)大學社會工作相關實習應納入 ICF 制度運作過程的瞭解及操作方法。

(三)政府社政部門宜透過各種方式，加強宣導 ICF 的基本觀念，讓一般民眾與身心障礙者均能瞭解。

(四)鑑定與需求評估人員均應接受完整的 ICF 課程訓練，課程內容不只是基本概念介紹，也應加入實際操作的學習。

(五)加強鑑定與需求評估人員的在職訓練，透過個案研討會、督導會，彼此交換心得，以精進操作技術。

(六)結合民間資源，讓民間機構的社工人員亦可參與鑑定與需求評估作業。

(七)加強專業團隊的溝通協調，以真實反映 ICF 著重專業整合的精神。

(八)社工專業是需求評估重要的人員，對於制度的運作與管理，要發展出足夠的掌控能力。

(九)要能精確掌握身心障礙者及其照顧者的需求，做好後續福利及服務的供給與轉介。

(十)要能確實反映身心障礙者對於制度的疑慮與問題，以作為制度改善的依據。

ICF 制度之實施，公私部門大都憂慮新制是否可以落實執行。但 ICF 改變以往「醫療模式」對待身心障礙者的方式，走向更具人性與人權的「社會模式」，立意良好，值得落實執行。相信透過經驗累積，改善缺失，將可使制度的推動更為順利，為我國身心障礙福利寫下嶄新與美好的篇章。

(本文作者賴兩陽現為東吳大學社會工作系副教授)

## 📖 參考文獻

- 王國羽(2008)。《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》。內政部委託研究報告。
- 王國羽、呂朝賢(2004)。〈世界衛生組織身心障礙人口定義概念之演進：兼論我國身心障礙人口定義系統問題與未來修正方向〉，《社會政策與社會工作學刊》，8(2)，193-235。
- 李淑貞、黃玉怡、何季蓉(2009)。《國際健康功能與身心障礙分類系統編碼》。行政院衛生署委託研究。
- 周月清(2000)。《障礙福利與社會工作》(三版)。臺北：五南圖書公司。
- 周月清(2008)。《我國在國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)之福利需求評估作業試辦縣市實驗計畫服務建議書》。東吳大學研究團隊。
- 吳秀照(2005)。〈從理論到實踐：身心障礙者就業服務的理論與實務之探討〉，《社區發展季刊》，112，頁 104-116。
- 賴兩陽(2009)。〈建立我國「國際健康功能與身心障礙分類系統」(ICF)介紹〉，《空大學訊》，

411，頁 30-37。

賴兩陽、許素彬、陳政智、李宜興(2010)。《我國在國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)之福利需求評估作業試辦縣市實驗計畫期末報告暨操作手冊》。內政部委託研究。

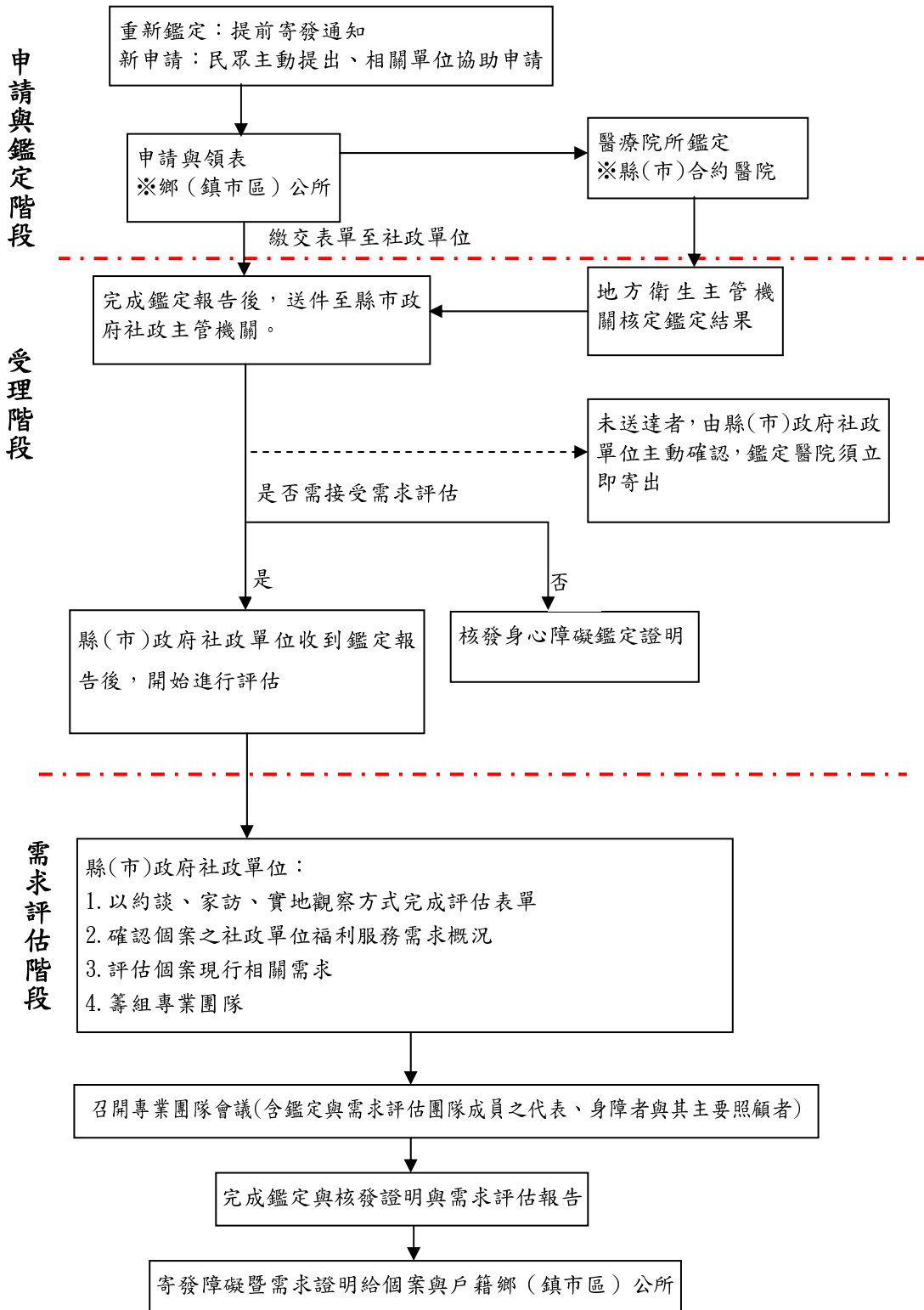
WHO(2010). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>。瀏覽日期：2010/10/6

Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. Oxon, UK: Routledge.

WHO (1999). [www.WHO.int/icidh/introduction.htm#\\_toc458327342](http://www.WHO.int/icidh/introduction.htm#_toc458327342).

WHO(2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva.

WHO (2002). Press Releases WHO/48, 15 November 2001.



附圖 1 鑑定與福利及服務需求評估具體作法流程圖