

聯合國國際衛生組織 ICF 緣起與精神： 文獻檢視



周月清·張恆豪·李慶真·詹穆彥

壹、WHO ICF 緣起暨臺灣立法使用背景及爭議

ICF 在 WHO 發展背景，源自國際身心障礙者社會模式運動。譬如，繼先進國家 1970 年代身心障礙者推動社會模式運動，WHO 對身心障礙的定義及名稱也多有變革，一直到 2001 年發佈 ICF 的名稱使用 (WHO, 2001)。WHO 在 1980 年出版所謂的「國際損傷、障礙、殘障的分類」，即所謂的 ICIDH (the International Classification of Impairment, Disabilities & Handicaps); 1990 年代中期，WHO 針對此 ICIDH 予以修訂，自此，不再使用「損傷」(Impairment) 與「殘障」(Handicap) 的字詞，以「功能」(Functioning) 和「健康」(Health) 取代--「國際功能、障礙與健康分類」(the International Classification of Functioning, Disability and Health)(國際功能、障礙、健康的分類)，簡稱為「ICIDH-2」，且於 2001 年五月將其簡稱改名為 ICF (International Classification of

Functioning, Disability and Health; ICF) (Press Releases WHO/48, 15 November 2001) (<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/pr2001-48.html>, 2002/9/28)。

ICF 使用主要目的在改變過去使用損傷 (impairment)、殘障 (handicap) 等負向名詞，而使用身體的結構與功能 (body structure & 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 (barrier)，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次的「活動」和「社會參與」帶來阻礙，則取決於「環境」是扮演促進者 (facilitator) 亦或是阻撓者 (barrier) 角色 (role of environment factors in functioning & disability; <http://www3.who.int/icf/>, 2002/9/26)。

簡言之，ICF 整合醫療與社會模式 (詳見備註解釋)，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」和「參與」等三度空間的關係 (WHO, 1999; www.WHO.int/icidh/introduction.htm#_toc458327342) (詳見周月清等, 2004; 周月清、許昭瑜, 2004)。

爲了與國際接軌，我國於 2007 年身心障礙者權益保障法(簡稱身權法)中將 ICF 放入條文中，目的在回應 WHO 推動 ICF 的精神，期許需求評量不只重視「損傷」(impairment) 的單一醫療診斷，而是也能強調環境障礙 (social barrier) 的影響，包括將當事者生活環境所需的活動與社會參與納入評量，提供其所需的支持，讓來自環境的限制降到最低 (Hurst, 2003)，以落實身權法宗旨 (第一條)。因此，我國對身心障礙的定義在 2007 年新法 (身權法) 有重大改革，採用 WHO ICF 的定義，從原來的十六類，修改爲八大類 (詳見身權法第五條)。其中並且指出，在新法通過後五年 (亦即 2012 年)，臺灣身心障礙者全面以此新定義參與鑑定，以重新取得身心障礙的福利身份。2012 年 ICF 在臺灣作爲鑑定依據正式上路，過去單一以醫生鑑定「損傷」者被稱爲「舊制」，而現階段依據 2007 年新法而進行的鑑定方式，被稱爲「新制」，即所謂的「身心障礙新制鑑定」，由社政和衛政結合執行 (衛生福利部社會及家庭署, 2013; 衛生福利部護理及健康照護司, 2013)。

臺灣在 2007 年新法的修法過程中，由社福背景林萬億教授主持的修法會議，參與者中含來自社福健康背景者 (包括本文

第一作者) 及民間社福團體，當初放入 ICF 主要目的，同 ICF 在 WHO 國際障礙者運動的訴求，期許 ICF 將「活動」、「參與及社會環境」放入，以跨領域專業團隊方式進行評估，而非如舊制單一由醫生診斷，只看損傷部分。而在 2012 年上路前，依身權法第六條，衛政必須介入，因此由當時衛生署照護處負責 ICF 中文版翻譯工作，而社政則另有五個相關實驗研究案的執行 (賴兩陽, 2011)。

爲回應 ICF 強調健康與環境互動關係、整合醫療與社會模式及強調「生理心理社會」(biopsychosocial) 策略，我國 2007 年身權法在第五條、第六條、第七條，皆明文指出整合「專業團隊」進行鑑定及評估含活動與社會參與需求，以及第一條也指出新法目的在維護身心障礙者之權益，「保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展」；然自 2012 年執行「身心障礙者新制鑑定」以來，新制鑑定是否如預期般，鑑定評估含括評估受評者「活動與參與社會生活」的影響 (第五條)，及執行「需求評估」時也納入受評者「照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素」(第七條)? 事實似乎備受質疑，譬如，張恆豪 (2013) 指出，ICF 執行以來，社政與衛政缺乏溝通與理念交流，社福幾乎沒有參與空間，社會模式觀點也不再被討論；另，各種教育訓練似乎只強調操作細節，ICF 的精神理念不一定在訓練課程內涵 (詳見教育訓練的相關執行手冊)，現階段 ICF 相關規劃、訓練、執行、檢視，也缺乏跨不同專

業的參與；而所謂第一階段醫院鑑定及第二階段的福利需求評估，事實上也非以「專業團隊」方式進行（詳見新制執行流程）。在周月清、張恆豪訪談身心障礙者本人針對新制鑑定經驗的研究（2015），發現受評者生活環境所需的活動與社會參與並未納入評量，提供其所需的支持，從障礙者觀點來自環境的限制，並未因此降低，以及身心障礙者自立生活，即平等權益保障落實與否，未如預期放入新制鑑定及福利需求評估考量，亦即，仍然重視「損傷」（impairment）的單一醫療診斷，強調鑑定工具的標準化，但個別獨特性及需求、活動參與、環境障礙（social barrier），在現階段 ICF 鑑定新制，形同口號，ICF 強調的社會模式觀點，幾乎不被討論。

2012 年我國所謂「ICF」障礙鑑定新制上路，至今二年有餘，已經約有 33 萬 8,645 人（2014 年第三季）身心障礙者完成「新制鑑定」（衛生福利部社會及家庭署，2015），國內現階段 ICF 新制執行與當初修法時將 ICF 放入條文的期待是有所落差，基本上，臺灣現階段新制執行與 WHO 推動 ICF 的精神是背道而馳，現階段政府委託規劃及執行團隊，包括相關協會成立（社團法人臺灣國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）研究學會），仍然以醫療訓練背景為主；鑑定執行包括後續福利服務給付，仍然只看重損傷、仍然停留在醫療模式觀點、仍然只強調障礙的分類等級、和過去舊制只關心資格審查與資源配置的程度分級差異不大（詳見周月清、張恆豪研究，2015）。

因此，值此之際，有必要回顧國際與 WHO ICF 相關文獻，以及國內的相關文獻，藉此文獻檢閱，提供國內相關讀者，包括執行的政府人員與專業工作者，尤其身心障礙的被鑑定者，了解國內目前執行和當初 WHOICF 制定哲學和原則的落差，以有助於即時修正，回歸原來的立法精神與目的。本文目的，即在檢視國內外與 WHOICF 相關文獻，並針對當今新制執行與 WHOICF 制定強調精神落差提出討論。

貳、文獻探討

一、國內文獻

（一）新舊身障鑑定制度之比較

1.ICF 是兼具健康功能與外部環境評估的工具

國內相關文獻及研究（林金定等，2009；Chiu et al., 2013；Teng et al., 2013）指出，「舊制」和 ICF「新制」最大不同在於前者是以疾病、損傷為唯一鑑定基準，而 ICF 的不同在於功能。ICF 的精神是什麼？林金定等（2009）指出，以「參與」及「活動」來鑑定障礙者比只評估「功能」和「身體結構」更重要；同時受評者的生活品質應該被考量進來。

學者呂淑貞指出 ICF 將人的功能和障礙視為身體功能和構造、活動及參與、環境背景及個人因素動態交互作用的結果（轉引自邱大昕，2011）。ICF 鑑定有別於過去舊制身心障礙鑑定以生理結構、器官

或心智缺損作為鑑定依據，增加考量身心障礙者所處環境及活動參與的面向。從兒童身障者的鑑定內容 ICF-CY 版本（International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth）來看，其所要傳遞的訊息與成人一樣，兒童的身心障礙經驗是人與社會環境互動的結果，不是單純的疾病與疾病後果單向模型解釋（王國羽，2011）。

2. ICF 強調專業團隊評估

邱滿豔（2010）指出，有別於「舊制」，ICF 的精神除強調專業、團隊，也重視服務及全人化的概念。

在 ICF（身心障礙新制鑑定）於 2012 年上路之前，林金定等（2009）針對社福與衛生專家學者、民間團體收集資料，與會者對 ICF 的期許，包括期待 ICF 展現其發展精神、突破舊制的限制，這些突破含將受評者的「活動」、「參與」與「環境」含括進來評估，而非只評其「損傷」、「疾病」而已，同時是跨科別、跨領域的合作之下執行此項評估。另，林金定等（2009）指出，目前只有臺灣將 ICF 立法要求行政單位執行，與會者多人指出有其限制，因此述及 ICF 的執行要「本土化」。依據本文第一作者訪問北歐國家，未聞北歐五國使用 ICF 作為政策福利提供之資料鑑定工具；參訪中受訪者回應，標準化工具使用是另一種型式的醫療模式控制觀點（周月清，2010）。

國內另兩位社會科學研究者也指出 ICF 所評估出來的功能限制和需求服務之間並沒有絕對的關聯，須依據個人及所處

環境交互作用後的結果，才有辦法真正確定身心障礙者的多樣需求，所以相同功能限制也可能有不同的介入或提供不一樣的服務，故建立專業團隊進行評估或許可以讓我們以更多元的觀點看待身心障礙（王國羽，2011；邱大昕，2011）。

黃寶等人（2012）針對花蓮縣內身心障礙者進行新制鑑定試辦計畫發現，原舊制身心障礙鑑定由醫師完成，而新制則改由跨專業團隊進行，在新制若個案需鑑定屬性超過一種時，除原本鑑定團隊醫師外，需額外加入其他科別醫師的判斷，導致個案須花更多時間來完成鑑定。周宇翔等人（2013）對身心障礙者、相關團體代表、評估人員及專家學者進行焦點團體檢視需求評估量表，研究發現描繪身障者生活經驗及環境因素的訪談表應在編碼選擇或評估方式進行部分調整，同時建議需求評估資訊應不只侷限於社政，其運用範疇應擴及社政之外的領域。

3. ICF 可以應用的領域廣泛

林燕玲等人（2011）針對現行特殊學校高中職教育階段智能障礙類課程綱要對應 ICF 中活動與參與部分，如職業生活能力、家庭／個人生活能力及社區生活能力，經逐層勾稽分析均能對應於 ICF 中活動與參與成分。分析 ICF 中活動與參與成分未對應課程之部分，主要包含「溝通」、「行動」、「居家生活」、「人際互動與關係」、「主要生活領域」之部分編碼，顯示 ICF 之活動與參與內容較特殊學校高中職教育階段智能障礙類課程綱要內涵更廣，應用 ICF「活動與參與」成分作為建構智

能障礙學生效能指標應屬可行。

江俊漢等學者(2012)提出 ICF 在各領域的應用非常廣泛，因為 ICF 可以從兒童到老人(lifespan)作為評估的年齡範圍，人人適用可降低歧視；在醫學上可以提供詳細檔案並記錄疾病或健康發展情形；研究者可以使用共同編碼作為受試者選取依據；在教育方面提供多面向評量的資料，以供專業團隊設計教育介入方案；在政策上可作為提供相關服務立法的依據，如臺灣的身心障礙權益保障法(2007)。

劉文瑜等人(2013)以 ICF 架構分析智能障礙者老化的結果，做為未來智能障礙者生涯規劃及法規制定之參考。

張光華及劉燦宏(2014)指出復健專科醫師在訓練過程中，比其他專科醫師更了解身心障礙的理論，而且更熟悉跨專業、跨領域的團隊合作模式。其並引用文獻指出 ICF 的發展與應用，包括如以下所列：

(1)ICF 可以促進不同使用者間的溝通，例如醫療工作者，研究學者，政策制定者和身心障礙者。

(2)ICF 提供完整的健康資訊和系統性編碼架構。

(3)以 ICF 為基礎的系統資料能夠提供身心障礙者在參與社會活動時，明確了解什麼是環境的促進因子或是阻礙因子。

(4)以 ICF 為架構的研究可以提供不同國家、不同專業、不同服務與不同時間之間的比較。

(5)由 ICF 的相關資料可以組合成一個國際性的資料庫，讓醫療提供者可以更進

一步了解醫療的後續情形。

(6)ICF 可以產生個人的檔案，了解個人的身體功能、失能和健康狀況，這些資料可以提供給健康照護者作為進一步的參考。

以上國內文獻作者背景幾乎全是專業工作者，來自醫療者較多，次為教育；而這些論述似乎關心的是操作面、資料處理，而主體之身障者的需求卻被忽略了，也沒有受評定者的聲音。

綜上，新制鑑定法規與舊制鑑定最大的不同點：舊制鑑定將身體上的健康問題視為障礙，新制則認為個人身體障礙是在健康及生活上需要協助，為一種功能需求的缺乏，訴求從身障者的角度出發，透過社會環境再造及意識型態重塑，讓身障者能充分融入社會生活。另身心障礙鑑定新制的目標依衛生福利部(2014)的規劃提出朝向以下的理想邁進：

1.運用新的分類系統，澈底解決類別及等級問題。

2.運用團隊鑑定，減少誤差。

3.運用需求評估，避免資訊落差造成的福利不公平，同時減少資源損耗。

4.身心障礙證明最長效期 5 年，定期主動檢視身心障礙者之需求。

從前述衛福部針對 ICF 新制執行的目的，可見，在節省資源而非在滿足身障者的需求。

(二) ICF 鑑定服務實施之現況

我國自民國 101 年 7 月 11 日起，實施新制身心障礙鑑定制度，初期以身障手冊

有效日期到期與新申請鑑定的人會優先採用。過去之作法，民眾只要到區公所領取表格後，來院掛號門診，只需經過一位醫師鑑定，即可取得身障手冊，但新制則必須經過需求評估的程序，即身心障礙功能鑑定由醫院進行，與需求評估由社會局進行。

目前我國領有身心障礙手冊之人數約有 113 萬人（衛生福利部，2014），新的鑑定制度實施迄今已滿 2 年，依衛生福利部之統計（衛生福利部，103 年），至 103 年 9 月底止，提出申請且已完成醫療鑑定共 33 萬 8,645 人，然依據身權法第 106 條規定，身心障礙證明換發，分為二階段辦理：第一階段為 101 年 7 月 10 日至 104 年 7 月 10 日，完成初次申請、申請重新鑑定、領有註記效期手冊者之鑑定與評估；第二階段：104 年 7 月 11 日至 108 年 7 月 10 日，完成執永久效期手冊者之重新鑑定及需求評估或換發身心障礙證明。

針對 ICF 運作的流程，其鑑定的執行面主要在醫療機構，在醫院經過醫師及相關鑑定人員針對功能鑑定量表的確實評估，才能核發身心障礙者證明。然 ICF 的鑑定在醫院內涉及各類專業人員及服務的流程，如精神科、神經內科、復健科等各科醫師、護理師、社工師、行政人員，故需整合各專業的團隊合作及行政流程的工作模式，且身障者涉及的障別及輕重程度不同，醫院是否以使用者需求設計工作流程、且此工作流程是否順暢可行？根據臺北市立聯合醫院陽明院區 2012 年一份報告資料指出在身障鑑定的過程中，發現一

般身障者在鑑定過程中常見下列問題：

1.對於新制的不熟悉，造成種種疑問：例如流程、後續影響（福利給付）等。民眾對於看診科別不確定，流程不清楚，可能沒完成就回家。

2.等待時間太長，從申請到真正知道結果比以前耗時。

3.醫院看診程序繁複：除了看 1 位醫生外，還需要第二位鑑定人員花很多時間。以陽明醫院為例，精神科之身心障礙鑑定必須分 2 次到醫院才能完成。因為第 2 位多為心理師或職能師，時間預約不易，故必須來院 2 次。

4.目前雖有提供身心障礙到宅鑑定服務，然必需符合特定障礙條件才能申請，例如 24 小時臥床（類植物人），且申請程序很麻煩。

5.取消終生免重新鑑定，鑑定最久效期五年，有時 1 年就需重新鑑定，對民眾來說增加許多不便。

6.異議複檢未過，要自付 40%鑑定費用。

7.交通不便：肢體障礙、年長者來院不易。

8.ICF 題目內容造成案主不舒服感受。

新的鑑定制度對於民眾最大的衝擊是，鑑定與需求評估流程變更、鑑定時間增長、以及至少每 5 年需重新鑑定一次，且 ICF 鑑定流程變更增加時間成本，排擠原來工作時間，佔據醫院更多的資源從事鑑定工作；其次，在人力上：人員培訓時間成本提高、專業人力需求提高；第三，在硬體上：鑑定與評估的空間難以增加；

最後，在併同辦理上：醫院鑑定人員與需求評估人力如何相互搭配以達簡政便民皆是新制度執行上須考量的面向（林義盛、鄭潔虹，2012）。

許慧芬等（2014）指出身心障礙者認為新制鑑定等待鑑定時間太長且取得證明時間太過耗時，其針對高雄醫學大學附設醫院（醫學中心）調查發現鑑定平均等待天數為 25.7 天，而法定期限為 14 天內須完成鑑定，此外由於流程繁雜多數身心障礙者須往返醫院兩次方可完成鑑定，此外發現院內醫師對新制鑑定填表內容及規定不夠熟悉且主動學習意願不強，此外新制資料須要透過特定平臺建入也增添工作複雜度。

ICF 的編碼無法直接轉譯為障礙者的需要，ICF 只不過是個評估工具，問題在於 ICF 評估的內涵，在國內過度被臨床的專業人員解釋與運用為是一種需求的評估（王國羽，2015）。

如同前述，ICF 自 2012 年執行以來，已經有 30 萬人完成受評，其中 ICF 是如何被本土化呢？究竟舊制與 ICF 新制差異為何？而這些議題是否第一線執行的專業工作者皆有共識？國內 ICF 執行以來是否落實 ICF 全人化及重視服務的精神？國內社會學者（邱大昕，2011；張恆豪，2013）文中指出，ICF 在臺灣發展不如預期，擔心醫療模式一面倒，因為在現階段執行幾乎完全回到醫療模式，受評者的主體性及跨不同學門的合作對話也不見蹤影。邱大昕（2011）進一步指出，從行政部門角色，身心障礙鑑定衍伸出的意涵，其實是站在

資源配置及如何防止「詐領」社會福利給付。張恆豪（2015），也指出單就停車位優惠政策的轉變來看，新制鑑定實質上造成減少障礙者的『福利』，增加鑑定的成本，根本違反 ICF 的精神。

李英琪（2012）指出「身心障礙鑑定報告」並不能直接做為資源給付判斷的標準，從 ICF 的概念來看，是「健康狀況」的事實認定，只能做為申請福利給付與服務前提。直轄縣市政府（社政）取得衛生主管機關核准的身心障礙鑑定報告後，須另籌組專業團隊進行需求評估。礙於許多縣市評估、服務人才與人力及資源等地方條件不足，又留下為利地方政府彈性結合轄區資源，故需求評估作業得併同衛政的鑑定作業辦理，但探究 ICF 的初衷，就會了解臺灣若為行政便利，將鑑定等同需求評估，實則是違反了 ICF 的真正涵義。

洪蕙芬（2012）指出新制將福利需求評估從身障身分的鑑定獨立出來，有助於政府提升福利資源的配置效率。站在身障者及其家庭的立場，新制使他們在取得身障身分與申請相關福利資源的行政過程變得更加繁瑣：多一道個別化需求評估的行政程序，必然導致身障者對福利資源的取得更不具確定性。新舊制轉換期間，某些身障者在舊制底下習慣享有的福利資源，很可能因為新增設的福利需求評估程序而被取消。

因此 ICF 在 WHO 發展緣起及主要目的，所訴求的是整合社會模式觀點，促進受評者可以充分參與社區生活，成為社區完全公民，及生活品質的提升，然在現階

段臺灣的社會福利提供氛圍之下，恐與 ICF 前述精神與宗旨有所違背，如邱大昕（2011）及張恆豪（2013）指出的 ICF 在臺灣的本土情況，事實上目的在資格鑑定（qualification screen），而非在滿足個人的需求，也因此即使 ICF 強調的「需求」，不只在健康照護上，更要含括活動參與，及與社會環境的整合，而所謂 ICF，預期要達成的「全人化」的服務，是否只成爲口號而已。

二、國外文獻

（一）WHO ICF 發展背景

1. ICF 是國際障礙者運動的結果（Hurst, 2003）

ICF 的緣起，如同前述是回應 WHO ICIDH 的缺點，即 ICIDH 以單一醫療模式觀點定義障礙；因此 ICF 的發展是障礙者自己發起的運動（disabled people's movement）介入改革的結果，其中國際障礙者組織（Disabled People's International, 2013）介入許多（DPI 訴求：Nothing about us without us），Hurst (2003)（註 1）指出，障礙者於 1987 年向 WHO 提出修改，1990 年開始正式介入參與修改，於 1998 年成立「環境執行委員會」（Environment Task Force），於是將「社會模式」整合進來，並且強調活動、參與及環境因素，因此 ICF 取代過去的 ICIDH，並以互動模式（Interactive model）稱之。

2. WHO 醫療模式與社會模式的服務介入觀點之比較

世界衛生組織也提出醫療模式與社會模式的服務介入觀點之比較（WHO, 1999, 2001）：

醫療模式（medical model）視障礙（disability）爲個人問題，只論及障礙是受疾病、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治療之醫療照護；障礙管理只重視個人適應與個人行爲改變的治療；醫療照護（medical care）被視爲主要議題，因此只重視健康照護政策的修訂爲主要的反應機制。

反之，社會模式（social model）不同於醫療模式，反對「障礙」個人歸因觀點，視「障礙」（disability）爲一項政治性議題，主張「障礙」是社會產物，是一個複雜的集合體，尤其大部分是因爲社會環境造成；因此其強調個人與社會整合。據此，社會模式觀點下的障礙管理著重社會運動（social action），以及視此爲社會集體的責任，應共同致力於環境的改變，以促使障礙者完全參與社會生活；亦即，此觀點強調社會改變，重視人權的討論，主張障礙是項政治層次的議題。

前述世界衛生組織 ICF 的定義，則建基於兩者對立模式的整合，爲了能夠同時兼顧不同觀點，使用「生物心理社會」（biopsychosocial）的策略，目的在提供一個足以結合生理、心理、社會觀點的定義及評定指標（WHO, 2001, p.20）。

（二）ICF 意涵與價值理念

1. ICF 增加的面相：「活動與參與」（activity and participation）、「環境與個人

因素」(environment and personal factors) 有別於 ICIDH, ICF 增加的面向定義如下。

ICF 的活動與參與含九個領域：學習與應用知識、一般任務與需求、溝通、自我照護、居家生活、人際互動與關係、主要生活領域(教育、工作)，及社區、社交與公民生活。

ICF 「環境」與「個人」因素，前者含：產品與科技、自然環境與人為改造環境、支持與關係、態度及服務、制度與政策；後者含個人之性別、年齡、其他健康狀態、因應方式、社會背景、教育、專業、過去經驗及性格特質等。

Scherer 和 Glueckman (2005) 指出，社會角色與其「活動」有關，因此受評者的社會角色當被考量到，以及社區全面參與亦為 ICF 重要精神。

2. ICF 「環境」的意涵

Hurst (2003) 指出 ICF 環境含括兩個面向：自然環境及態度與信念，也可以區分為三個主要領域：個人是否接近「住家」(home)，科技、及個人助理(personal assistant)；而影響個人是否接近其「住家」、「科技」、「個人助理」，則與以下幾個因素有關：服務系統、政策法案及科技。譬如如果沒有個人助理，是因為個人負擔不起，或相關服務無法提供，而導致無法「參與」「活動」，而這些因素在 ICF 中都被納入考量；亦即 ICF 如何定義障礙/失能，是一個損傷、功能和環境共同要檢視的互動模式。而在操作上，為了評估個人的全部能力，則設想了「標準化的環境」(standardized environment) 的概念，去中

立化不同環境對障礙個人的衝擊。以精確地進行跨國比較，以及臨床的觀察與判斷 (WHO 2002)。

3. ICF 強調「機會」的描述

Nordenfelt (2003) 指出「能力」(capacity) 是要有「機會」才能展現，而機會則與自然與社會文化環境皆相關，而這也是 ICF 必須從多元面向來看有關。因此，ICF 在進行評量一個人時，必須把社會背景都放入考量，如「描述」某人無法自立行走時，必須說明清楚是在什麼情況下(場合、輔具)，不能自我行走多遠。亦即我們在「描述」(describe) 一個人失能時，必須說明其在什麼情況下，含括「機會」的說明。

4. ICF 三大原則：普及性、整合及互動模式

Schneider et al. (2003) 等人指出「障礙/失能」的了解是一個連續性的，而非「有」、「無」的二元分類。

ICF 三個主要原則：

(1) 普及性—是適用於任何一個人的健康經驗，而非只針對障礙者。

ICF 強調普及主義 (universalism) (WHO, 2001; Imrie, 2004; McDougall et al., 2010; Conti-Becker, 2009; Schneider et al., 2003)，如 WHO (2001) 指出 ICF 並非只針對少數的障礙者，而是適用所有人，因為所有人都有可能損傷及有慢性疾病，因此應該發展普及的障礙政策 (Imrie, 2004)；而普及主義並非指不看特別性 (particular) 需求 (Zola, 1989)，或是忽略社會的多元性 (Thompson & Hoggett,

1996)；而「特別性」(particularistic)並非與普及主義衝突或互斥。

(2)是一個整合模式－含括個人及社會的各種和健康有關的因素；不只在對障礙的了解，同時也重視介入服務的提供。環境的角色可以說是 ICF 的核心 (Schneidert et al., 2003)。

(3)是互動模式 (interaction)－強調多元觀點及面向的交互作用；人與環境的互動。

ICF 使命是強調多元面向、交互模式觀點 (Irmie, 2004) 及關注整體 (holistic) 的模式。此含括強調身體 (body)、人 (person) 與大環境、社會因素的交互關係，整合各個照護系統，含生理心理社會 (bio-psycho-social) (Camargo, 2011)，同時 BPS(生心理社會)是 ICF 的核心 (Anner et al., 2012; Dahl, 2002; Camargo, 2011; Imrie, 2004)，ICF 強調生理的檢視要建基在社會環境；整合生理、社會結構；ICF 是協助健康專業工作者以生心理社會觀點，而非只是生理醫療觀點描述障礙/失能；同時 McDougall 等人 (2010) 指出生理心理社會不應該分開評，因為強調的是「the whole」(全面性)，而非「the sum」 of the parts (部分的加總)；亦即，ICF 並非是一個總加起來的分數 (the whole rather than the sum)。

因此，**ICF 重視環境面向和健康的互動關係 (Schneidert et al., 2003; Nordenfelt, 2003)**。多位障礙運動者在 1970 年代以降，不斷呼籲社會環境的阻礙 (barriers) 會影響障礙者功能行使，也因此有所謂「社

會模式」的訴求，繼而推動 WHO 對障礙定義的改革，ICF 於焉發展。因此障礙不能被視為是個人因素，而是與環境互動的結果，而這也正是 ICF 的重點。因此 ICF 在了解「障礙/失能」，是不能不去探討環境因素，包括社會背景 (居住區域、社經地位、社會支持、老化與否、受孕與否等等)；了解障礙/失能不是靜態的，而是個人與環境互動結果 (Schneidert et al., 2003)。

5. ICF 是以人權為基礎 (rights-based) 而發展的，呼應 2006 年聯合國身心障礙者權利公約 (CRPD)

如同前述，ICF 是障礙者運動的結果，ICF 是強調權益為基礎的模式 (Rights based approach) (Hurst, 2003)；同時 ICF 強調受評者的意見參與 (McDougall et al., 2010)，回應國際障礙者組織 (DPI) 倡議之 nothing about us without us (Harpur, 2012)。

6. ICF 是主張去醫療化 (Imrie, 2004; McIntyre & Tempest, 2007)

Imrie (2004) 指出，ICF 當強調損傷 (impairment) 是如何和社會文化的交互作用；同時批評指出生物醫學觀點，只看“病”不看“人”；醫生的角色只看「障礙/失能」及失功能的身體及“偏差”、“不正常”(異常)。

Pfeiffer (2000) 仍然擔憂 ICF 還是以醫療模式為基礎，障礙議題仍是被醫療化的，與障礙者社群所期待的相違背 (Dahl, 2002)。

McIntyre & Tempest (2007) 指出，ICF

被障礙者權益倡議團體所期待，因為 ICF 放入社會模式觀點，以互動模式（interactive）取代過去唯一的醫療模式觀點，引進「背景因素」（contextual factors）。無論如何 ICF 還處在發展中，各專業工作者各有不同解讀，因此持續的對話是必要的（Imrie, 2004）。

7.ICF 認同障礙是社會文化建構的，是**政治議題**（Imrie, 2004; Oliver, 1990; Dahl, 2002）

ICF 和 ICIDH 不同處，即認同來自「社會文化」對「損傷」的影響；「障礙」是大環境社會態度的結果，是個人（健康）和背景因素（環境和個人）的交互產物；ICF 探討的含括態度、意識型態，因此 ICF 是政治及人權議題，看一個人的身體（body）必須檢視社會建構（Imrie, 2004）。

8.ICF 如何處理，不只是人權議題，也是倫理議題（Bickenbach, 2012）

依據 CRPD 第 31 條，收集適當的資訊，包括統計資料及研究資料的適當性，以發展和執行相關的政策；因此 Bickenbach（2012）指出，ICF 資料處理恰當與否，是否促使受評者有更好生活品質及受評者尊嚴是否受到重視，是倫理議題，是人權議題，也是普及性主義（universalism），含括所有的人，同時社會正義層面當被放入 ICF 執行中檢視（Bickenbach, 2012）。

過去在流行病學工具應用上經常有生物倫理上的考量。如：告知同意、保密、尊重個人。Bickenbach（2012）指出，ICF 做為一種新工具，未來可能碰觸到的新的

倫理議題。Bickenbach 從 ICF 三個重要特徵進行討論(1)普遍主義（universalism）：ICF 所蘊含的全體論意味著權利是屬於所有人所共享的，而非限定資格。因此資源分配的正義需要重新被考量；(2)互動模式（interactional model）的倫理意義雖然目前未明，但無疑是重要的。過去可能會將損傷的本質視為壞的（badness）、價值低落，若以互動模式便會有不同的考量，直接連結到社會正義的議題；(3)病源學的中立性（etiologiical neutrality）：典範從純醫療或純社會的理解，轉換到更全面的捕捉造成障礙的劣勢因子。障礙經驗並不由本質性的醫療標籤所決定，而需要依據參與限制來設計健康或社會的介入。Bickenbach 認為倫理焦點除了對臨床研究（告知同意、保密）應用的重視，ICF 內在的倫理意義在未來仍有待釐清，但典範的轉移使人們在理解障礙上更能捕捉到障礙的實存（reality），也是達到正義與人權的基礎（Bickenbach, 2012）。

9.ICF 的宗旨是要促進服務品質、受評者融入社區、自立生活，以受評者生活品質提升為目標（Hurst, 2003; McDougall et al., 2010; Bickenbach, 2012）

Hurst（2003）呼籲，政策制訂者當重視「環境因素」，提供服務，ICF 目的是要促進服務品質（Dahl, 2002）。而 ICF 重視活動與參與，亦即，重視受評者在社區自立生活（Hurst, 2003）。

Hurst（2003）指出 ICF 的執行，另一個目的是要改變對障礙/失能的想法，障礙/失能是「權利」議題，ICF 是要回應對

個人尊嚴，人格多元性、獨特性的被尊重，並且以提升生活品質為最終目標。

McDougall 等人 (2010) 指出，ICF 是一個關注整體 (holistic) 的模式、生活品質促進及人類發展 (human development) 的概念；而這也是新修正版本所要強調的精神；另也強調視功能及障礙是一個動能，與背景因素是互動關係，因此 ICF 是一個整體 (whole) 互動觀點。

10. ICF 重視受評者生活經驗，目標是為了解對障礙/失能看法促進其生活品質 (Conti-Becker, 2009)

ICF 自 2001 年發展以來受到很多批判 (Imrie, 2004; Lutz & Bowers, 2003; Barile, 2003; Pfeiffer, 2000)，Conti-Becker (2009) 從女性主義觀點分析 ICF 運作，其指出女性主義觀點認為知識是建立在對話的過程，因為所有的知識都是建立在個人經驗、信念及價值；因此「過程」和「對話」很重要，「障礙」亦同。

ICF 目的在呼應女性主義觀點改變對「障礙」的看法，也因此執行 ICF 者不能只強調生理醫學訓練，而是當重視受評者和專業工作者的互動，及不同專業彼此之間的互動；而彼此間的對話要不斷的繼續；也要改變過去傳統醫生與病人的階層關係，強調受評者的「日常生活」經驗。

總結 ICF 是一個整合系統的：多元面向、全面的 (holism)、非線性、是自我可以組織的，視障礙及功能是變動的 (changing)，目的是為了讓「人」更好的福祉 (well-being) 及正向發展 (positive growth) 的。(如圖一，McDougall et al., 2010,

p.208)。McDougall et al. (2010) 針對新修改的 ICF 強調生活品質及發展，此生活品質含括物質、生理、心理，關係與環境；發展不是線性的，而是重視過程與結果間系統互動的差異性。

(三) ICF 的限制

ICF 發展源自障礙 (disability) 的社會模式觀點運動及期突破舊版 ICIDH 過於強調損傷 (impairment) 的限制，期許對障礙的認知可以整合微觀 (micro)、宏觀 (macro)，個人及其社會環境一起含括進來檢視，同時也期盼專業介入及操縱可以降低到最低 (社會模式運動者的訴求)；但無庸置疑，ICF 的發展本身也有限制。

1. 只看「活動」的「表現」，但卻不檢視「機會」(Nordenfelt, 2003)

瑞典學者 Nordenfelt (2003) 提出「能力」(capability) 和「機會」(opportunity) 對活動表現的差別，而機會和個人的意願 (will) 有關，這兩者皆與「活動」和「參與」有關，但在 ICF 中是不討論「機會」，只看「能力」。而個人的「機會」是和身體、心理社會及文化有關。因此瑞典學者 Nordenfelt 在 2006 年撰文語重心長指出 ICF 應該增加「機會」的評量。

2. 受評者主觀看法沒有納入受評項 (Ueda & Okawa, 2003; Wade & Halligan, 2003)

多位學者指出 ICF 沒有含括受評者的意願 (will) (Nordenfelt, 2003; Wade & Halligan, 2003)；日本學者 (Ueda & Okawa, 2003) 從臨床試驗指出，受評者的主觀「功

能」和障礙/失能沒有放入 ICF 的鑑定中，其建議未來修正版中應該放入受評者自己主觀看法，含其主觀對「活動參與」的看法，自尊、自我價值、信念、情感生活、生活滿意度、對生活態度等應該放入 ICF 評量題中，因為這些也都與受評者個人因素、生活方式、生活經驗有關。2003 年臨床復健期刊 (clinical rehabilitation) (17 期, 頁 349-354) 主編 (Wade & Halligan, 2003)。以「舊瓶裝新酒」來形容 ICF，指出 ICF 的缺點，包括忽略受評者自由意志 (free will) 的選擇，因為有一些因「損傷」而影響「活動」，是很難以語言呈現 (甚至類別化到選項中)，個人的價值及生活品質沒有被考量進來。Solli 和 Silva (2012) 在其提出以多元－全體的本體論 (Pluralistic-Holistic Ontology) 的哲學架構重新修訂 ICF，特別強調需要納入目的論的思維，重視個人的意圖。能力取徑 (Capability Approach) 的理論家經常批評 ICF 在活動及參與部分，忽視了個人選擇，忽略個人意圖與目標，缺乏對人類行動足夠的描述 (Bickenbach, 2013)。

另外的缺點，有一些疾病及診斷未被含括，使用的語言讓受評者不舒服，不去探討過去和未來，讓受評者更像個「病人」被對待，而非視為一個有尊嚴的「個人」，受評者是「人」是被忽略的；檢視活動的表現 (performance)，沒有加入受評者的選擇，例如某受評者在生理上是有人協助完成某件事 (如沐浴)，但並不表示他/她對沐浴這項活動不能有所選擇的，或不能有任何/她的想法，或其不能「參與」沐浴這項

活動。但 ICF 在評量「活動」「參與」或「表現」時，卻只評「活動」的“能不能” (capability) 或“表現” (performance) (Perenbrom & Chorus, 2003)。因此在身體「結構」及「活動」和「參與」關係的評量上，要有更多的討論。

3. ICF 沒有含括障礙/失能動態 (dynamics) 過程 (process) 及因果關係 (casual relation) (Anner et al., 2012)

障礙/失能是一個身體、社會、文化互動的過程，而非一個靜止狀態 (state)；ICF 以標準化方式評量，但是「能力」(capability)、「表現」(performance) 動態的發展無法評量，是 ICF 的限制 (Anner et al., 2012)。另外，社會醫療歷史 (sociomedical history) 即因果關係無法描述，也是 ICF 的限制之一 (Anner et al., 2012)。障礙經驗是否是心理或生理損傷的直接因果，則連結到了相關的倫理議題 (Bickenbach 2012)。

4. ICF 脫離不了「醫療模式」限制

McIntyre & Tempest (2007) 提出 ICF 兩個優勢 (two steps forward) 及一個限制 (one step back) 作為論述，提醒 ICF 操作上應該注意。兩個優勢是指 ICF 認同「障礙」是一個複雜的，是與環境、生活情境相關，因此重視受評者的選擇，是以受評者為中心 (user friendly)；另其生活情境是被考量，也放入在服務規劃中。然 ICF 仍然脫離不了醫療模式，此乃 ICF 的最大限制。譬如在評“core set”(碼)，個人「參與」不見了，發展「機會」也未被考慮到，core set 仍然只放在「健康」面向。因 McIntyre

& Tempest (2007) 建議，這是未來 ICF 該突破之處，顧及到原本發展 ICF 的初衷，是要達到全面性 (holistic) 觀點來解釋「障礙」。

總結，ICF 限制包括：(1) 仍然太重視損傷 (Egilson & Traustadottir, 2009)；(2) 因為過度強調客觀觀察 (如 capacity 和 performance)，個人的主觀經驗、自主性、自決被忽略 (Hemmingsson & Jonsson, 2005; Wade & Halligon, 2003; UEDA & Okawa, 2003)；(3) 不檢視機會 (opportunity) (Nordenfelt, 2003) 及動態過程 (Anner et al., 2012)；(4) 難以跳脫醫療模式 (McIntyre & Tempest, 2007)。

5. ICF 在操作上的相關爭議：ICF 是一種分類，而不是測量工具

Taylor 與 Geyh (2013) 討論了 ICF 的相關爭議，認為測量與分類實際上是兩種不同的取徑，兩者最主要的區別在於：分類是作為不同測量工具的參照，作為架構及組織原則，即使在不同國家，可以將所有資訊匯集到同一個系統之中。這意味以分類為基礎的工具，可以被使用於組織質化和量化的資訊。目前主要問題在於：如何連結測量與分類兩種取徑。

ICF 的分類的操作上，目前並沒有很好的方法去區分活動限制 (activity) 與參與 (participation)，這在臨床上對決定介入策略十分重要。此外，活動的概念比較易於測量，目前也有許多可供使用的問卷與尺度。然而，參與在概念上卻很難被分層，由於其複雜且多向度的特質，仍有待發展適合的量表。此外，ICF 的很多部分，一

直被去量測、了解健康相關的生活品質 (Quality of Life, QoL)。然而目前並沒有普遍被接受用來測量個人感知生活環境的 QoL 的模型。雖然近期有人提出將個人因素納入個人感知的方式，但目前 ICF 在個人因素的部分，仍有待進一步分類與修訂，尤其需要嚴謹的科學過程支持，並非一蹴可幾 (Taylor & Geyh 2013)。

(四) 案例：以一位青少年轉銜為例 (Camargo, 2011)

Camargo (2011) 以青少年轉銜為例論述 ICF 的系統整合觀點及應含括的面向；首先其提出來第一要件，受評的青少年要含括進來，亦即少年他/她個人的選擇參與要在過程中。譬如針對一位 14 歲少年，轉銜 (transition) 過程必須：(1) 認同個人是一個連續的、(2) 個人是一個主動及動態的、(3) 專業人員相互協調合作的。

因此 Camargo (2011) 建議，介入方案必須是以此少年「背景」(context) 及「參與」為目標，而非只探討生活心理而已。譬如：健康照護系統(1) 持續健康照護，盡可能維持身體功能與結構；(2) 著重個人活動參與及目標；(3) 選擇適合的照護從業人員，配合個人特殊照護需求。教育系統關心的是(1) 轉銜過程是個別化的 (個人因素)；(2) 含括「參與」；(3) 減少對就業的障礙 (環境因素)；(4) 個人能被充權 (empowered)，依其意願可以去選擇，可以自立生活 (個人因素，活動加參與)。

在社福系統部分要關注：(1) 在各個背景之下 (身體功能、生理結構、活動) 的

心理健康；(2)關係的品質（心理、生活功能與環境因素）；(3)情緒福祉；介入和支持是建基在生心理及背景因素，是跨不同學門整合。

無論在健康照護、教育或社會福利系統當中，都需要重視個人意願。不同系統間可能因為目標不同，可能有其限制。為了達到整合及個人化的服務，促進個人功能的最佳化，不同系統間需要頻繁地交換個案資訊。除了有整合式的機構來提供服務，亦需要整合資訊的關鍵人員（key worker），協助個案與機構間的聯繫（Camargo, 2011）。

（五）ICF 與能力取徑

（Capability Approach, CA）的協同

近十年來，開始有不同領域的學者開始使用能力取徑（Capability Approach, CA）來定義障礙。在 CA 之下，障礙被概念化為一種功能（成就）和實際能力（實際機會）被剝奪的形式。一個有損傷或健康問題的人是否有障礙，取決於其功能或能力是否受限（Mitra 2013）。Bickenbach（2013）比較了 CA 與 ICF，認為兩者雖然看似難以比較，但實際上是可調和、協同作用的，尤其在障礙政策制定的層面上，更有協同的必要性。Bickenbach 整理了諸多能力取徑理論家的觀點，認為 CA 提供了一個架構，去評估客觀的福祉，對平等主義式的正義（egalitarian justice）提供一個政治理論的敘述。反觀 ICF 的旨趣不在於評估福祉，或任何倫理或政治的領域，ICF 明顯被設計為科學測量目的，作

為一種描述性的分類系統，來描述功能及障礙，生產可比較的資訊，ICF 中立於任何的分配正義概念。

Bickenbach 認為 CA 更可以較好地解釋障礙是社會正義的問題，尤其關於不平等與歧視，聚焦在保留障礙個人的選擇自由。CA 採取的經濟理解，將社會劣勢和不正義應用於障礙的分析。認為社會劣勢不只是缺乏經濟資源，也缺乏能力去轉換資源成為真實的機會（去做或成為他所選擇的），去追求目標和生活計畫。由於許多障礙者的邊緣身分，以及損傷事實上創造了實質的“轉換困難（conversion difficulties）”去將資源轉換成為福祉。然而，雖然 CA 提供了一個開放性的規範指標，但缺乏測量的可能性。相較之下，ICF 提供了跨國的共通語言與實際的編碼架構，蒐集穩定、有效、可比較的資料，提供了科學的客觀性；但 ICF 由於缺乏分析劣勢、不正義、壓迫的形式，被 CA 理論家認為僅描述障礙，但無助於形成政策。從兩者的比較中，Bickenbach 認為兩種取徑雖然目標設定不同，但兩者可補足雙方的弱點，因而有協同的可能性，尤其在政策制定的面向，有協同的必要性。

參、討論

ICF 意涵在去醫療化、強調整合、多面向、互動觀點，促使個人自主性、自決。國外 ICF 相關文獻也指出，WHO 發展 ICF 源自障礙者運動結果，期許服務使用者/受評者人權、參與、選擇、尊嚴、生活情

境和生活方式在鑑定過程中被關注，服務得以滿足其需求，其生活品質因此提升。不可否認，ICF 一再強調整合及全人觀點，國際 ICF 發展仍有其限制和爭議處，譬如，個人意見仍然難以被標準化的評量含括，此為現階段 ICF 最大限制。

換言之，ICF，是繼 1960 年代美國自立生活運動、1970 年代英國社會模式的倡議，以及視障礙者為主體參與（nothing about us without us）。反觀國內在 ICF 從規畫到執行，截至目前，仍然停留在由行政加上專業工作者領導、控制，障礙者沒有參與管道，障礙者只有處在被動、被鑑定、被操控位置；又，國外許多文獻也指出，ICF 雖然已經融入社會模式觀點、活動與社會參與，但其限制仍然很多，甚或有文獻指出，ICF 不應當被視為福利資格給付的評量工具（Taylor & Geyh, 2013）。林金定等（2009）指出，臺灣是全世界僅有的國家以 ICF 作為資源配置資格認定的工具；同時 ICF 規劃過程中沒有使用者參與，似乎又回到從前，只由中央政府和「專家」主導，和過去殘補式福利意識形態有何差異呢？

根據國外文獻，除前述 ICF 本身的限制外，針對當今國內 ICF 新制執行，我們

應該提出以下問題作為檢視之指標：

1. ICF 新制鑑定和舊制有何不同？是否仍然只是關心資格鑑定、資源的分配，而非服務使用者需求的滿足。

2. 我們的服務使用者/身心障礙者在 ICF 的鑑定過程中或是結果，是權能展現（empowered）抑或消權（de-empowered）？

3. ICF 的發展到執行，是以專家學者、工作者為中心，抑或受評的服務使用者/身心障礙者的聲音有機會被聽到？

4. ICF 制定和執行過程，服務使用者/身心障礙者有機會參與嗎？

5. 服務使用者/身心障礙者的意見和看法在鑑定過程有機會表達嗎？

6. 服務使用者/身心障礙者自決、自主性有機會展現嗎？

7. 服務使用者/身心障礙者的背景、意願、社會角色、自立生活、生活品質是否納入 ICF 鑑定過程中考量？

8. ICF 鑑定是單方面醫療模式主控？抑或整合醫療與社會模式觀點？

9. 是否「活動」、「參與」、「環境」和「功能」、「結構」的交互作用在鑑定機制中，被納入服務提供的考量？

10. 身權法第五、七條精神在 ICF 鑑定過程中有落實嗎？

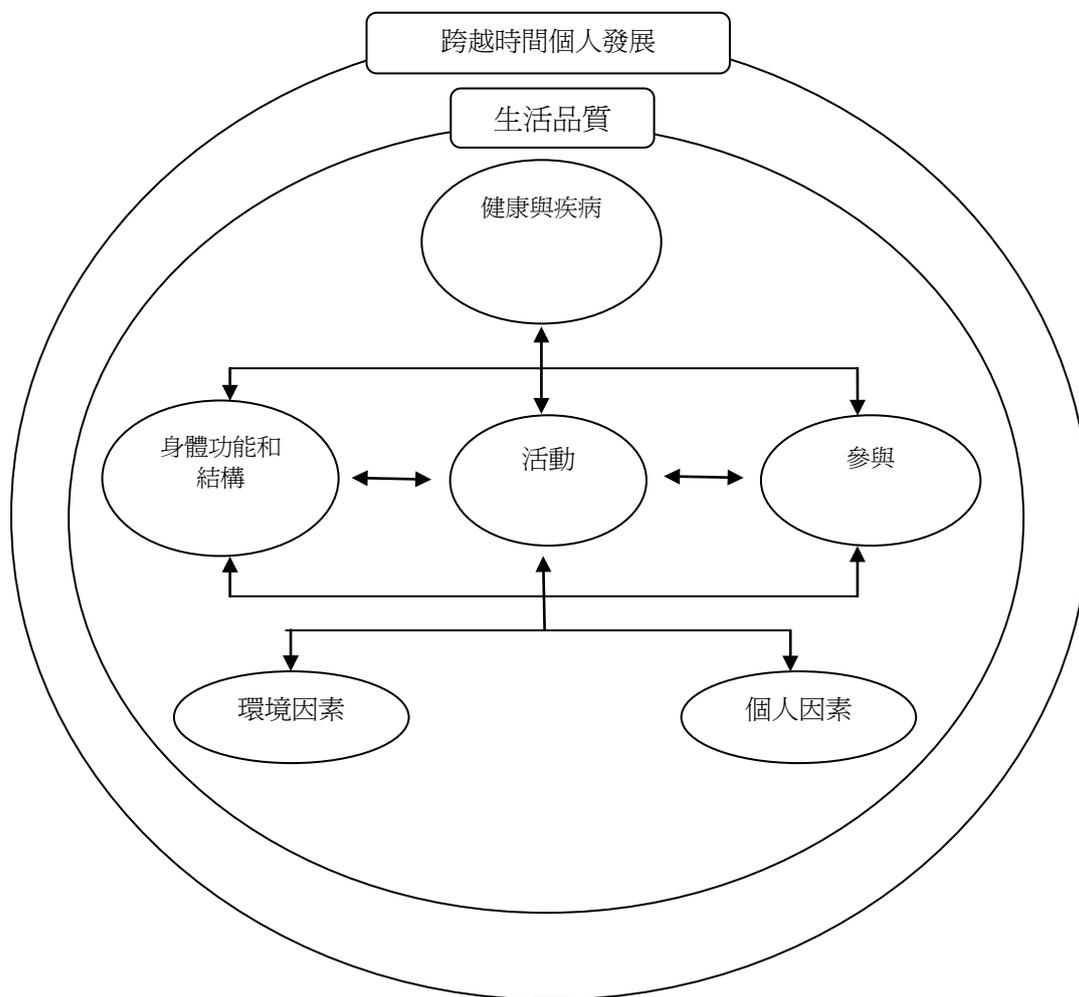


圖 1 WHO 功能與障礙修正版 (McDougall et al., 2010, p.208)

備註：相關名詞定義

1. **WHO ICF**：指 WHO 於 2001 年以 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) 取代過去 ICIDH，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 & 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，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和參與等三度空間的關係 (WHO, 2001)。

2. **醫療模式 (medical model)**：指視障礙 (disability) 為個人問題，只論及障礙

是受疾病、創傷或其他健康狀態影響；重視專業人員治療之醫療照護，強調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（WHO, 1999, 2001）。

3. **社會模式 (social model)**：不同於醫療模式，反對「障礙」個人歸因觀點，主張「障礙」是社會產物的問題，是項政治層次的議題，尤其大部分是因為社會環境造成；強調個人與社會整合，重視人權的討論，因此著重社會運動 (social action)，視此為社會集體責任，共同致力於社會環境的改變，促使障礙者完全參與社會生活（WHO, 1999, 2001）。

4. ICF(身心障礙新制鑑定)：指自 2012

年開始在各地方政府，依據 2007 年通過身心障礙者權益保障法第五條、第六條、第七條而進行之身心障礙鑑定，含來自衛政與社政之醫療鑑定與福利需求評估（衛生福利部社會及家庭署，2013）。

5. 舊制：指於新制執行之前的身心障礙鑑定，即依據舊法單一由醫生診斷證明者，共十六項身心障礙類別。

（本文作者：周月清為陽明大學衛生福利研究所教授；張恆豪為臺北大學社會系暨研究所副教授；李慶真為臺北市立聯合醫院陽明院區社會工作課課長；詹穆彥為臺北大學社會學系專任研究助理。）

關鍵詞：ICF、身心障礙新制鑑定、活動、社會參與、環境

📖 註 釋

註 1：Hurst 本身也是身心障礙者。

📖 參考文獻

王國羽 (2011)。由障礙研究典範改變觀點論 ICF 與 ICF-CY 在教育與療育的運用與貢獻。**特殊教育季刊**，118，1-12。

王國羽 (2012)。ICF 應用在健康資訊與身心障礙人口統計之意義。載於李英琪 (主編)，**更好的改變，還是更多的限制？—國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 概念與運用**。臺北：財團法人愛盲基金會。

王國羽 (2015 年 01 月 23 日)。臺灣障礙者的需求是什麼？從 ICF 談起【部落格文字資料】。取自 <http://twstreetcorner.org/2015/01/23/wanguoyu-2/>

王順民 (2012)。身障鑑定新制之社會性溝通的方案構思。國家政策研究基金會。

江俊漢等人 (2012)。由障礙模式的演變談 ICF 分類系統。**特殊教育季刊**，125，19-28。行政院衛生署。新制身心障礙鑑定規劃與前置作業說明會資料，100 年 1 月 26 日。

李英琪 (2012)。更好的改變，還是更多的限制？—國際健康功能與身心障礙分類系統

(ICF) 概念與應用。臺北市：財團法人愛盲基金會。

- 周月清 (2010)。瑞典、丹麥支持身心障礙者社區居住與獨立生活政策服務探討。**社區發展季刊**，132，490-503。
- 周月清、許昭瑜 (2004)。醫療模式抑或社會模式—早期療育個案管理實例研探。**國立政治大學社會學報**，36，113-147。
- 周月清、彭淑芬、舒靜嫻、鄭芬芳 (2004)。中途障礙社會模式介入與生活重建服務整合—伊甸、新事暨陽光服務方案為例。**臺灣社會工作學刊**，2，123-157。
- 周月清、朱鳳英、劉玉珊、蔡秀妹、黃淑文、黃鈴雅、許昭瑜 (2009)。協助拒絕接受服務之家庭進入早療體系—方案發展與評估。中華民國發展遲緩兒童早期療育協會，第一屆早療專業論文。
- 周宇翔、李淑貞、何季蓉、張聿淳、劉旻宜 (2013)。從理念到落實—ICF 在臺灣的實踐經驗：以身心障礙者福利與服務需求評估訪談表為例。**身心障礙研究季刊**，11(4)，249-261。
- 林金定、嚴嘉楓、羅慶徽 (2009)。推動以 ICF 為基礎的身心障礙者鑑定標準之困境與建議。**身心障礙研究**，7(1)，1-18。
- 林義盛、鄭潔虹 (2012)。身心障礙鑑定與需求評估新制之實踐經驗，臺南市政府社會局。
- 林燕玲、呂淑美、林子建 (2011)。應用 ICF 作為建構智能障礙學生學習效能指標之可行性研究。**特殊教育季刊**，118，24-33。
- 邱大昕 (2011)。誰是身心障礙者：從身心障礙鑑定的演變看「國際健康功能與身心障礙分類系統」(ICF) 的實施。**社會政策與社會工作學刊**，15(2)，187-213。
- 邱滿豔 (2010)。回應「以國際健康功能與障礙分類系統 (ICF) 架構為基礎的身心障礙者職業重建成果評估」。**復健諮商**，4，47-48。
- 洪惠芬 (2012)。「分配正義」還是「形式正義」？身心障礙作為福利身分與歧視的雙重意涵。**臺灣社會福利學刊**，10(2)，93-160。
- 張光華、劉燦宏 (2014)。身心障礙與復健醫學--復健專科醫師在身心障礙領域的挑戰與機會。**臺灣復健醫學雜誌**，42(2)，71-79。
- 張恆豪 (2013)。**缺了一半的 ICF 臺灣本土實踐。推坡引水。**
- 張恆豪 (印製中)。障礙的鑑定與再分配政治：以大臺北地區的『殘障』停車位爭議為例。**社會政策與社會工作學刊**。
- 張彧 (2012)。從職能治療看 ICF。載於李英琪 (主編)，更好的改變，還是更多的限制？--國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 概念與運用。臺北：財團法人愛盲基金會。
- 許慧芬、江秀珠、徐菁寧、陳天文、黃茂雄 (2014)。運用醫品圈手法進行新制身心障礙

- 鑑定服務之改善。安泰醫護雜誌，20(1)，27-41。
- 黃寶、吳佩霖、樊志成、梁忠詔（2012）。2010年新制身心障礙鑑定試辦結果花蓮縣資料分析：初步研究。臺灣復健醫學雜誌，40(2)，61-70。
- 臺北市立聯合醫院陽明院區（2012）。身心障礙健康福利轉運站，公衛特色評比計畫書。
- 劉文瑜、王鐘賢、何靖雯（2013）。應用 ICF 架構探討智能障礙者的老化。物理治療，38，126-136。
- 衛生福利部社會及家庭署。身心障礙鑑定與需求評估新制執行報告，ICF 在國際與國內實施狀況與爭議論壇，發表「ICF 在國際與國內實施狀況與爭議論壇」，2013年12月11日。
- 衛生福利部護理及健康照護司。新制身心障礙鑑定暨醫療復健輔具所需醫療費用及醫療輔具補助，發表「ICF 在國際與國內實施狀況與爭議論壇」，2013年12月11日。
- 賴兩陽（2011）。衛生與社福整合：ICF 制度中社工專業的功能。社區發展季刊 136，296-307。
- Anner, J., Schwegler, U., Kunz, R., Trezzini, B., & Boer, Wout de (2012). Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not? *BMC Public Health*, 12, 470-478.
- Barile, M. (2003). Globalization and ICF Eugenics: Historical coincidence or connection? The More Things Change the More They Stay the Same. *Disability Studies Quarterly*, 23(2), 203-223.
- Becker, A. C. (2009). Between the ideal and the real: reconsidering the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, 31(25), 2125-2129.
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Ustun, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*, 48, 1173-1187.
- Bicknbach, J. (2012). Ethics, disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91 (13), S163-S167.
- Bicknbach, J. (2013). Reconciling the capability approach and the ICF. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 8, 10-23.
- Camargo, O. K. (2011). Systems of care: transition from the bio-psycho-social perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *C hild: Care, Health and Development*, 37(6), 792-799

- Chiu, W. T., Yen, C. F., Teng, S. W., Liao, H. F., Chang, K. H., Chi, W.C., Wang, Y. H., & Liou, T. H. (2013). Implementing disability evaluation and welfare services based on the framework of the international classification of functioning, disability and health: experiences in Taiwan. *BMC Health Services Research, 13*, 416-425.
(doi: 10.1186/1472-6963-13-416)
- Dahl, T. (2002). International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*, 201-204.
- Disabled People's International (DPI) (2013). Nothing about us without us. Retrieved December 20, 2013, from <http://www.dpi.org/>
- Egilson, S.T., & Traustadóttir, R. (2009). Theoretical perspectives and childhood participation. *Scandinavian Journal of Disability Research, 11*(1), 51-63.
- Harpur, P. (2012). Embracing the new disability rights paradigm: the importance of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Disability & Society, 27*(1), 1-14.
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). The issue is-An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health-Some critical remarks. *American Journal of Occupational Therapy, 59*, 569-576.
- Hurst, R. (2003). The international disability rights movement and the ICF. *Disability and Rehabilitation, 25*(11-12), 572-576.
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health and Illness, 26*(3), 287-305.
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2003). Understanding How Disability is Defined and Conceptualized in the Literature. *Rehabilitation Nursing, 28*, 74-78.
- McDougall, J., Wright, V., & Rosenbaum, P. (2010). The ICF model of functioning and disability: Incorporating quality of life and human development. *Developmental Neurorehabilitation, 13*(3), 204-211.
- McIntyre, A., & Tempest, S. (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.
- Mitra, S. (2014). Reconciling the capability approach and the ICF:A response. *ALTER, European Journal of Disability Research 8*, 24-29.
- Nordenfelt, L. (2003). Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation, 25*(18), 1075-1079.

- Nordenfelt, L. (2006). On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1461-1465.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. London: MacMillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From Theory to Practice*. Basingstoke: Macmillan.
- Perenboom, R. J. M., & Chorus, A. M. J. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 577-587.
- Pfeiffer, D. (1998). The ICIDH and the Need for its Revision. *Disability & Society*, 13(4), 503-523. (doi: 10.1080/09687599826579)
- Pfeiffer, D. (2000). The Devils are in the Details: the ICIDH2 and the disability movement. *Disability & Society*, 15(7), 1079-1082. (doi: 10.1080/09687590016421)
- Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J., & Ustun, B. (2003). The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 588-595.
- Solli, H.M., & A.B. da Silva. (2012). The Holistic Claims of the Biopsychosocial Conception of WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Conceptual Analysis on the Basis of a Pluralistic-Holistic Ontology and Multidimensional View of the Human being. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(3): 277-294.
- Stucki, G., Ewert, T., & Cieza, A. (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 24(17), 932-938. (doi: 10.1080/09638280210148594)
- Taylor, W.J., & S. Geyh. (2013). A rehabilitation framework: the international classification of functioning, disability and health. In Sarah G. Dean, Richard J. Siegert and William J. Taylor (1st ed.), *Interprofessional Rehabilitation: A Person-Centred Approach*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Teng, S. W., Yen, C. F., Liao, H. F., Chang, K. H., Chi, W. C., Wang, Y. H., & Liou T. H. (2013). Evolution of system for disability assessment based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Taiwanese study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112, 691-698.
- Ueda, S., & Okawa, Y. (2003). The subjective dimension of functioning and disability: What is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 596-601.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medi-*

- cine*, 38(1), 1-14.
- Wade, D. T., & Halligan, P. (2003). New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behavior. *Clinical Rehabilitation*, 17, 349-354.
- World Health Organization (WHO) (1999).
http://www.WHO.int/icidh/introduction.htm#_toc458327342.
- World Health Organization (WHO) (2001). ICF –International Classification of Functioning Disability and Health. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2002a). Agenda Item 3.5. 22 January 2001. Twelfth meeting. <http://www.who.int/icf/icf>.
- World Health Organization (WHO) (2002b).
[http://www.who.int/icf/icftemplate.cfm?mytitle=literature%2002/9/26](http://www.who.int/icf/icftemplate.cfm?mytitle=literature%202002/9/26).
- World Health Organization (WHO) (2002c). Press Releases WHO/48, 15 November 2001.
<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/pr2001-48.html>, 2002/9/28.
- World Health Organization (WHO) (2002d). Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. Geneva: WHO.
- Yen, C. F., Lin, J. D., Loh C. H. (2009). Health Care Professionals' Perception on Planning and Implementation of WHO International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Disability Research*, 7(2): 144-154. [in Chinese]