

# 新制身心障礙鑑定與需求評估 (ICF) 執行之探討：身心障礙服務使用者觀點\*

周月清\*\*

國立陽明大學衛生福利研究所教授

張恒豪

國立台北大學社會學系 教授

## 摘 要

2012 年 ICF 在台灣作為鑑定依據，即「新制身心障礙鑑定與需求評估」(簡稱「新制」)，過去單一以醫生鑑定「損傷」者被稱為「舊制」。本研究從障礙服務使用者觀點，探討其對新制看法與經驗，是否回應 ICF 精神及落實「新制」鑑定相關規定。以半結構訪談大綱深度訪談 24 位障礙者，含曾接受新舊制、只有新制及等待「新制」鑑定者。結果發現已經接受「新制」鑑定者：資訊不清楚、城鄉差距大、環境因素沒有被考量、專業人員和受評者權力不平等、受評者沒有參與機會、第三位鑑定者不存在，等待「新制」鑑定者擔心程度變輕福利變少。如同舊制，現階段國內新制執行與福利服務提供仍只看損傷。建議「新制」鑑定與需求評估規劃與執行重視障礙服務使用者參與、選擇，重視活動與社會參與及需求的個別差異。

**關鍵詞：**ICF、障礙者、新制鑑定與需求評估、環境因素、服務使用者

---

\*感謝：24 位接受本研究訪問的參與者，沒有他們對本研究案的信任、慷慨分享，本研究不可能完成；協助介紹本研究參與者之所有相關單位及個人；陽光基金會協助本研究案研究倫理審查。最後，本研究要特別謝謝「財團法人台灣省私立啟智技藝訓練中心」及李崇信董事長的信任支持，贊助為期兩年一名兼任助理的費用。

\*\*本文通訊及主筆作者：choucyc@ym.edu.tw

收稿日期：2016/11/22

接受刊登日期：2017/05/25

## 壹、前言

我國於 2007 年身心障礙者權益保障法（簡稱身權法）中將 ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）放入條文中，以回應世界衛生組織（WHO）推動 ICF 的精神，期許需求評量不只重視「損傷」（impairment）單一醫療診斷，也能強調環境因素的影響，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，讓來自環境限制降到最低（Hurst, 2003），落實身權法宗旨<sup>1</sup>。因此，我國對身心障礙定義在 2007 年新法（身權法）有重大改革，採用 WHO ICF 定義，從原來十六類，改為八大類<sup>2</sup>，並指出，新法通過後五年（即 2012 年），台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福利身份。2012 年 ICF 作為鑑定依據正式上路，過去單一以醫生鑑定「損傷」者被稱為「舊制」，依據 2007 年新法進行的鑑定與需求評估，稱為「新制」，即所謂的「新制身心障礙鑑定與需求評估」（簡稱新制），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）。

身權法第六條規定，身心障礙鑑定機構或專業人員之指定、鑑定人員之資格條件、身心障礙類別之程度分級、鑑定向度與基準、鑑定方法、工具、作業方式及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關負責執行。身權法第七條明示：「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」。在衛生署主導下成立「新制」鑑定研修團隊負責，發展標準化鑑定工具，即台灣版 ICF「身心障礙者鑑定表」；新制鑑定分成三部分，醫院負責第一、第二部分鑑定及完成障礙分類與程度分級；地方政府社政負責第三部分需求評估與服務提供的確認（Teng et al., 2013；周宇翔、李淑貞、謝東儒、張聿淳，2015a）。

---

<sup>1</sup> 身權法第一條：為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，特制定本法。

<sup>2</sup> 身權法第五條：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。

ICF 在 WHO 發展乃源自國際身心障礙者社會模式 (Social Model of Disability) 運動 (Hurst, 2003; Imrie, 2004; Oliver, 1990; Dahl, 2002)。如繼先進國家 1970 年代身心障礙者推動社會模式觀點，WHO 對障礙定義及名稱多有變革，直到 2001 年發佈 ICF。不再使用殘障 (Handicap) 字詞，以「功能」(Functioning) 和「健康」(Health) 取代 (WHO, 2001)；將「環境因素」放入分類考量中，認同「環境因素」角色重要性，整合醫療與社會模式，為「生理心理社會」(biopsychosocial) 模式，重視生理「健康」以及個人和社會層面「活動」和「參與」等三度空間的關係 (WHO, 2002；周月清、彭淑芬、舒靜嫻、鄭芬芳，2004；周月清、許昭瑜，2004)。

自 2012 年執行以來，新制身心障礙鑑定與需求評估是否如預期般，回應 ICF 所強調的精神？本研究從身心障礙服務使用者觀點探討其對新制主觀看法與經驗，檢視此新制是否回應 WHO ICF 精神及落實新法立法宗旨提供更適切服務，以滿足個人需求。本研究資料收集亦提供障礙服務使用者發聲管道，增強障礙者權能展現；亦有助國內累積服務使用者觀點相關知識。本研究結果提供障礙者及相關單位參考，作為 ICF 未來執行與修正依據，期台灣 ICF 發展更接近 WHO ICF 精神，以符合當初放入新法的期待。

## 貳、文獻探討

ICF 發展是障礙者自己發起的運動 (disabled people's movement) 介入改革的結果，國際障礙者組織 (Disabled People's International, 2013) 將「社會模式」整合進來，強調活動、參與及環境因素，ICF 取代過去 ICIDH，以互動模式 (Interactive model) 稱之 (Hurst, 2003)。

WHO 也提出醫療模式與社會模式服務介入觀點之比較 (WHO, 2001)。醫療模式 (medical model) 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，此模式只重視個人行為改變治療；醫療照護 (medical care) 被視為主要議題。反之，社會模式 (social model) 異於醫療模式，反對「障礙」個人歸因觀點，視「障礙」(disability) 為政治性議題，著重社會行動 (social action)，視為社會集體責任，應共同致力環境改變，促使障礙者完全參與社會生活；強調社會改變，重視人權討論。ICF 定義，整合兩者對立模式，使用「生物心理社會」(biopsychosocial) 策略 (WHO, 2001: 20)。

有別於 ICIDH, ICF 的活動與參與含九個領域<sup>3</sup>, 強調「環境」<sup>4</sup>與「個人」因素<sup>5</sup>( WHO, 2001)。Scherer 和 Glueckauf (2005) 指出, 社會角色與個人「活動」有關, 受評者社會角色當被納入考量, 強調社區全面參與, 此為 ICF 重要精神。Hurst (2003) 指出 ICF 的「環境」含兩個面向: 自然環境、態度與信念; 區分為三個主要領域: 個人是否接近「住家」(home)、科技、及個人協助 (personal assistance); 影響個人是否接近其「住家」、「科技」、「個人協助」, 則與服務系統、政策法案及科技有關。如, 無個人助理提供協助, 是因為個人負擔不起或相關服務無法提供, 導致無法「參與」「活動」, 這些因素在 ICF 中都需納入考量。

ICF 亦強調普及主義 (universalism)、整合 (integration) 與互動 (interaction) 模式原則。即, ICF 適用於任何個人健康經驗, 非只針對障礙者 (WHO, 2001; Imrie, 2004; McDougall, Wright, & Rosenbaum, 2010; Conti-Becker, 2009; Schneider, Hurst, Miller, & Ustun, 2003; Koutsogeorgou et al., 2014)。ICF 亦含個人及社會各種和健康有關因素 (Schneidert et al., 2003; Nordenfelt, 2003), ICF 進行評量時, 須把社會背景放入考量。同時, ICF 使命強調多元面向、交互模式觀點 (Imrie, 2004)、關注整體 (holistic) 模式, 強調身體 (body)、人 (person) 與大環境、社會因素交互關係, 含生理心理社會 (bio-psycho-social) (Anner, Schwegler, Kunz, Trezzini, & Boer, 2012; WHO, 2002; Kraus de Camargo, 2011; Imrie, 2004), 生理心理社會不應該分開評, 是「the whole」(全面性), 而非「the sum」of the parts (部分的加總) (McDougall et al., 2010)。執行 ICF 者當重視受評者和專業工作者的互動, 不同專業彼此間的互動; 持續彼此間的對話; 改變過去傳統醫生與病人階層關係, 強調受評者「日常生活」經驗 (Conti-Becker, 2009)。ICF 亦強調受評者意見參與 (McDougall et al., 2010), 回應國際障礙者組織 (DPI) 倡議之「沒有我的參與就不要替我們做決定」<sup>6</sup> (nothing about us without us) (Harpur, 2012) (詳見 Disabled People's International, 2013)。

雖然 ICF 融入許多新觀點, 重視受評者環境因素與主體性, 執行時, 仍有其限制。多位學者指出 ICF 評量時未納入受評者的意願 (will) 和選擇 (choice) (Bickenbach, 2014;

<sup>3</sup> 學習與應用知識、一般任務與需求、溝通、行動、自我照護、居家生活、人際互動與關係、主要生活領域 (教育、工作及經濟)、社區、社交與公民生活。

<sup>4</sup> 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。

<sup>5</sup> 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。

<sup>6</sup> 也可以翻譯為『所有關於我們的事情都要有我們的參與』。

Hemmingsson & Jonsson, 2005; Nordenfelt, 2003; Solli & Silva, 2012); Ueda 和 Okawa (2003)、Wade 和 Halligan (2003) 曾建議受評者主觀看法，如其主觀對「活動參與」的看法，自尊、自我價值、信念、情感生活、生活滿意度、對生活態度等應放入 ICF 評量。Anner 等人 (2012) 批評指出，障礙／失能是身體、社會、文化互動的過程，非靜止狀態 (state)，ICF 以標準化方式評量，使「能力」(capability)、「表現」(performance) 動態發展無法評量。有些研究者 (Kraus de Camargo, 2011; McIntyre & Tempest, 2007; Trani, Bakhshi, Bellanca, Biggeri, & Marchetta, 2011; Pfeiffer, 2000) 甚或批判 ICF 仍脫離不了醫療模式，如評編碼時 (“core set”)，個人「參與」不見了，發展「機會」未被考慮，這些編碼仍太重視損傷 (Egilson & Traustadóttir, 2009)。

國內文獻亦指出，ICF 強調障礙經驗是人與社會環境互動結果 (王國羽，2011)、重視服務及全人化概念 (邱滿豔，2010)、考量身心障礙者所處環境及活動參與面向 (林金定、嚴嘉楓、羅慶徽，2009; 林燕玲、呂淑美、林子建，2011)、普及主義 (universalism) 廣泛運用 (林燕玲等，2011; 江俊漢、洪儷瑜，2012; 劉文瑜、王鐘賢、何靖雯，2013; 張光華、劉燦宏，2014)。周宇翔等 (2013, 2015a, 2015b) 以政府委託研究及其同時也是此新制代表官方執行團隊，針對各縣市需求評估人員 (醫院鑑定專員及各縣市政府個管中心學者專家) 身障團體代表與障礙者本人收集資料，前述三個研究都一致指出「環境面向的重要性」，期待新制，更完整描述身障者生活經驗。

總結前述中外文獻，ICF 精神或價值理念為：重視受評者參與及主觀意見、重視人與社會環境互動非單一身體損傷面向、重視生心理社會／「環境」「活動」「健康」「功能」整合與多元面向、重視當事者活動與社會參與、重視全人化觀點、重視受評者「日常生活」經驗和選擇；目的是讓「人」更好福祉 (well-being) 及正向發展 (positive growth)。

官方文件 (衛生福利部，2014) 指出，新制目標為：(1) 運用新的分類系統，徹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，定期主動檢視障礙者需求。參與規劃研究團隊的兩份研究 (Chiu et al., 2013; Teng et al., 2013) 針對台灣新制執行文章中指出，此新制是整合生心理社會模式，連結障礙與需求評估，以提供更多需求資源 (“provide more resources to people in need”)，安排更適切福利支持 (“arrange appropriate welfare support”)，以滿足需求和促進社會參與。

相關研究普遍指出，不論是受評者或醫院，新制時間成本高(林義盛、鄭潔虹，2012；許慧芬、江秀珠、徐菁寧、陳天文、黃茂雄，2014；黃寶、吳佩霖、樊志成、梁忠詔，2012)。國內 ICF 執行以來是否落實 ICF 專業團隊整合、全人化觀點及提供適切服務？國內多位學者(邱大昕，2011；李英琪，2012；洪惠芬，2012；張恆豪，2013；王國羽，2015)皆提出質疑。以上國內文獻作者背景為專業工作者，來自醫療者較多，次為教育；前述周宇翔等(2013，2015a，2015b)三個研究較關心的是鑑定該如何執行，其研究團隊本身也是此新制受政府委託規劃者，研究政治立場較為敏感(Rubin & Babbie, 2008)；即使周宇翔等(2015b)以標準化問卷收集當事受評障礙者的資料，整體而言，國內這些論述或實證研究似乎關心的是操作面、資料處理，加上量化研究限制，主體身障者的需求仍被忽略，受評者真正聲音尚未被呈現。

## 參、研究方法

本研究探討之研究問題如下：

- 一、針對國內 ICF (新制身心障礙鑑定與需求評估) 執行，障礙者從如何獲知、申請、鑑定過程與結果的看法與經驗為何？
- 二、從障礙者觀點現階段 ICF (新制) 執行與新法 (身權法) 立法宗旨 (第一條) 及第五、六、七條「新制」鑑定相關規定之相關性與落差為何？

為回應前述 ICF 精神強調障礙者參與及主觀意見，同時也回應障礙研究 (disability studies) 典範，呼籲研究者要向障礙者學習 (Zarb, 1992)，研究要重視障礙者「真實經驗」(Shakespeare, 1996)，研究是要提升障礙者權益 (Walmsley, 2001) 等；障礙研究者 Barnes (2003) 指出，探討與障礙者相關議題研究，不只是從社會模式觀點 (social model approach)，也該是以質性方法作為資料收集的策略。

本研究目的乃從障礙者，也是服務使用者 (service users) 觀點探討其接受 ICF 「新制」鑑定的受評主觀經驗。又，本研究除屬於探索性研究並回應障礙研究典範，以質性研究深入訪談方法收集資料。接受訪談之障礙者，含三種情況：(1) 已經持有舊制身心障礙手冊且已進行「新制」鑑定者 (本研究簡稱為「有新舊制者」)；(2) 新制執行後，第一次申請身心障礙證明者，表從未接受舊制鑑定者 (本研究簡稱為「只有新制者」)；(3) 已經持有舊制身心障礙手冊，但等待「新制」鑑定者 (本研究簡稱為「只有舊制者」)。

或「等待新制鑑定者」)。

本研究原邀請接受訪談障礙者指標為「有新舊制者」，盡量涵括來自各不同地方政府（北中南東）、跨不同類型者（八個類型）。研究參與者招募，首先由相關單位或人員介紹，及以滾雪球方式邀請參加。資料蒐集過程中，發現限於規定（已有舊制手冊者，接受「新制」鑑定乃從 2015 年 7 月才開始），「有新舊制者」不容易找尋，擴大也針對「只有新制者」和「只有舊制者」：針對等待「新制」鑑定之「只有舊制者」，只針對那些知道有新制者。最後完成本研究訪談者，「有新舊制者」11 位，「只有新制者」9 位，「等待新制鑑定者」4 位<sup>7</sup>，共 24 位。其中女性 5 位，男性 19 位；年齡最小 5 歲，最大 66 歲；7 位有工作，3 位為零工（含賣口香糖），9 位因發生障礙後或障礙因素失業或無法就業；3 位使用住宿服務，一位日托，一位兒童。被鑑定的類別，含「新制」鑑定第一類（神經系統構造及精神、心智功能）、第二類（眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛）、第三類（發聲、語言）、第四類（循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能）、第五類（消化、代謝、內分泌）、第六類（泌尿、生殖）、第七類（神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能）、第八類（皮膚與相關構造及其功能）；來自縣市有台北市、新北市、桃園縣、台南縣、嘉義縣、台東市、高雄市、宜蘭縣、澎湖縣、屏東縣等十個縣市。受訪者中有四位智障者，三位由其使用住宿服務陪同接受「新制」鑑定之社工代訪，一位由陪同接受鑑定之母親代訪，一位五歲者，亦由母親代訪（詳見表一）。

訪談大綱乃依據 ICF 相關文獻及身權法第 1、5、6、7 條發展，亦收集受訪者基本資料（居住地、性別、年齡、障別、障礙程度、家庭、婚姻、工作等）及新舊制鑑定相關資料（醫院、鑑定科別）。訪談過程錄音後謄逐字稿。

由研究主持人親自到受訪者家中或所屬協會面訪；限於經費，對非居住在大台北地區者，經聯繫受訪者並取得同意，以電話訪談方式進行。資料收集時間從 2013 年 12 月至 2015 年 1 月。面對面訪談最大優點為同時可以進行觀察，缺點為費時及費用高及受訪者覺得失去隱密性；前述面訪優缺點與電訪優缺點相左 (Rubin & Babbie, 2008)。Novick (2008) 針對文獻中以電訪進行之質性研究檢視指出，電訪收集質性資料受訪者較放鬆且更願意分享，不會因此影響資料收集的品質。本研究目的在於了解受訪障礙者針對新制看法，發現面訪確實有助訪談者觀察受訪障礙者的障礙情形，電訪則受訪者可以放鬆侃

---

<sup>7</sup> 四位「只有舊制者」中，一位曾經驗過新制實驗研究的被鑑定者，另三位曾數次陪同或分享過其他障礙者參與「新制」鑑定的過程；同時其中三位來自障礙團體者，皆參加過相關單位舉辦的新制說明會。

侃而談；本研究以面訪和電訪兩種方式收集資料，資料品質上並無差異。

資料分析由本研究主持人先逐字閱讀逐字稿，針對所有受訪逐字稿進行第一次編碼、形成主題（**theme**）後，與所有逐字稿比較並與第二位作者討論，最後只保留大家共同同意的主題，同時針對形成的主題形成標題與次標題。

所有受訪者受訪之前，先以電話聯繫口頭知情同意告知後才進行。針對面訪者，正式訪談錄音前，先邀請簽署知情同意書及錄音許可；電訪者，亦先再一次徵求口頭知情同意，也告知錄音，訪談後再寄書面同意書請其簽名。受訪後錄音逐字稿也寄發給受訪者確認修改，才作為資料分析使用。本研究通過財團法人陽光社會福利基金會研究倫理審查委員會審查（SU103003）。

表一 研究參與者基本資料

編號	性別	年齡	婚姻狀況	職業	舊制障礙程度	新制障礙類型與程度	受訪方式
1	女	30+	未婚	賣彩卷	重度	第四、七類 / 重度	面訪
2	男	35+	未婚	賣口香糖	重度	第七類 / 重度	面訪
3	男	50+	已婚	無	極重度	第二、七類 / 中度	面訪
4	女	25+	未婚	無	無	第一類 / 輕度	面訪
5	男	30+	未婚	無	中度	第一類 / 輕度	面訪
6	女	35+	已婚	教師	重度	第二類 / 重度	電訪
7	女	35+	未婚	教師	無	第二類 / 中度	電訪
8	男	65+	未婚	無	中度	第一、七類 / 重度	電訪
9	男	25+	未婚	無	中度	第一類 / 中度	電訪
10	男	25+	未婚	店員	輕度	第七類 / 中度	電訪
11	男	40+	未婚	清潔工	中度	尚未鑑定	電訪
12	男	40+	未婚	無	無	第六類 / 極重度	電訪
13	男	45+	已婚	失業	無	第三、八類 / 中度	電訪
14	男	45+	未婚	無	重度	第一、七類 / 極重度	電訪
15	男	45+	已婚	無	輕度	第八類 / 中度	電訪
16	男	45+	已婚	無	無	第三、八類 / 中度	電訪
17	男	50+	未婚	無	無	第三、八類 / 中度	電訪
18	男	40+	已婚	無	無	第三、五、八類 / 中度	電訪



19	男	50+	已婚	無	無	第三、八類／中度	電訪
20	男	60+	已婚	無	無	第三、八類／重度	電訪
21	男	30+	已婚	自由業	極重度	尚未鑑定	面訪
22	男	5+	兒童	兒童	中度	第二類／輕度	電訪
23	男	30+	未婚	無	極重度	尚未鑑定	電訪
24	女	30+	未婚	全職	極重	尚未鑑定	面訪

備註：受訪者居住地來自以下縣市：台北市、新北市、桃園縣、台南縣、嘉義縣、台東市、高雄市、宜蘭縣、澎湖縣、屏東縣等十個縣市（為匿名性考量，不逐一呈現受訪者居住縣市）。

## 肆、研究發現

### 一、有「新制」和「舊制」鑑定者

共有十一位受訪者曾經接受新舊制鑑定，即其本來就持有身心障礙手冊（綠色），受訪時已經申請並完成「新制」鑑定取得新的身心障礙證明（粉紅色）。依據前述衛福部規定，已持有舊制手冊者從 2015 年 7 月才開始全面重新鑑定，本研究受訪者提早重新鑑定，有以下幾種狀況：（1）覺得自己障礙程度變高，想要有更好福利，如申請電動輪椅補助。（2）住宿單位發現服務使用者手冊到期，需重新鑑定，否則喪失托育養護補助費的福利。（3）障礙程度變重，醫師建議重新鑑定。

其中一位研究參與者完成「新制」鑑定後，結果比他原本障礙程度輕，申請複評；另一位鑑定後障礙程度也變輕、福利變少，受訪當時，他正在申請複評中。有四位智障者，三位使用住宿服務者由陪同其鑑定住宿單位社工代答，一位使用日托者由陪同其鑑定母親代答；另一位是五歲孩童，亦由母親代答。這兩位由母親代答者，「新制」鑑定結果，障礙程度皆從「舊制」的中度變成輕度。

#### （一）資訊不清楚

受訪者對鑑定流程、誰是鑑定者、手冊號碼意涵、可以申覆、對說明會的說明、服務勾選等資訊不清楚。

代訪母親分享，整個過程她都不知道，只是把孩子帶過去。不清楚手冊上面的號碼是甚麼，也有受訪者表示不知道有號碼這件事，背後寫甚麼也不知道；另一位受訪者則說這些號碼要上網查才知道自己屬於什麼障別。代訪母親表示他的孩子原本是障礙中度

改為輕度，津貼少了一千元，她不知道可申覆；有位受訪者因參加團體才知道可申請申覆。在區公所拿鑑定表時須自己勾選服務，多數受訪者不清楚，有位受訪者表示區公所工作人員沒有說甚麼就直接幫他勾選「以上皆不需要」；有位受訪者表示自己需要心理重建服務，但不知道須勾選；另有一位受訪者分享說他不需要停車位卻有停車位。三位受訪者有參與新制執行前中央政府委託民間團體舉辦的公聽會，但聽不懂，有一位受訪者是學校老師，本身學過特教，他覺得說明會很粗糙，評鑑者到底是誰？醫院社工？縣府社工？他也搞不清楚。

那時想用個助，才去申請新制鑑定。...我有去參加 IGF 研討會，是 X X (某協會) 問我要不要去，好像是 X X 辦的。聽不懂，很複雜。活動參與甚麼那些的。( #1, 女, 30+, 肢)

臺北市有辦三場說明會，我都去聽。聽得模稜兩可。( #2, 男, 50+, 肢+視)

他有讓我們看，也有讓我們勾，坦白說，我都看不懂了，何況是一般民眾？( #9 社工代智障者回答)

從前述受訪者經驗，政府舉辦相關說明會可更為白話，連其中一位有特教訓練背景的老師也聽不懂，知道去參加說明會者屬少數，且都多數為有參與相關障礙團體者，新制宣導的普及與使用的語言可更友善；新制證明的文字不是針對所有障礙者設計的，此資訊究竟對多少障礙者及其家人是有意義的，值得探討。福利服務的勾選，代訪社工也指出「看不懂」，本研究受訪者多數都不知道這些服務，也不清楚勾不勾選差別何在；國內相關研究曾指出，多數障礙者沒有使用服務，是因為「不知道」(Chou et al., 2008)，資訊的接近性，也包括是否服務接受者都充分被告知這些福利服務的意義。

## (二)新制和舊制有差別嗎？

十一位受訪者都經驗過新制和舊制鑑定，表示新舊制鑑定後對福利給付和服務需求並無差別，只是新制過程較複雜。有一位提到新制舊制的不同，就是舊制鑑定完就沒下文，新制有縣府社工打電話來關心，但受訪者也表示之後就沒有下文。代智障者回答的社工表示，有一位姐姐跟智障服務使用者聊天，還滿好的，當問他新舊制的結果是否有所不同，他恍然大悟發現好像沒有不同。一位受訪者提到，新制要靠關係比較困難，舊制只要跟醫師關係好，醫師給的障礙程度就比較高，新制要經過三位鑑定人，作弊空間

就比較小<sup>8</sup>。

我覺得新制和舊制最大差別，可讓需要的人得到幫助，像我很多朋友新制鑑定後，從中度變成輕度。...舊制我就聽說很多人會找關係，新制等於經過三層，靠關係比較難。（#10，男，25+，肢）

一位受訪者提到，他過去是輕度現在是中度，也是低收入戶者，每個月政府給他NT\$14,000，他認為新制「環境」因素評量有進來，如有考量到他的經濟狀況。受訪者對環境因素的解釋，在於經濟補助提高。然而這和舊制有何不同？舊制也提供經濟補助。即，當受訪者程度變高，福利補助提高，對「新制」鑑定結果會比較滿意，反之，則不然。

### （三）專業人員和受評者權力不平等

區公所人員及鑑定者的態度、鑑定場所安排會影響權力不平等。不同於只申請新制者（鑑定者大多是主治醫師），已有舊制障礙手冊者，申請接受「新制」鑑定者，鑑定醫師不一定是認識的醫師。第一階段的鑑定在一般門診，醫師病人多時，兩三分鐘就結束鑑定，受訪者因此覺得不舒服，產生醫病關係權力不平等。

有受訪者表示，第二位鑑定者在辦公室內進行，覺得有壓力，安排在走廊開放空間，他覺得比較輕鬆。有受訪者建議，醫師可以更有同理心、區公所人員可以更友善、更專業。

參與者：他（醫生）沒有跟我談，只有看我的舌頭 ...就勾一勾。

訪員：你跟醫生這樣走下來幾分鐘？

參與者：十分鐘。...為什麼要用電腦決定，很奇怪，這不是電腦可以決定的啊？...他們（鑑定者）會自我回答，不會把你的話聽進去。

（#1，女，30+，肢）

我說我需要個助，他（區公所工作者）回我一句話說，你要達到重度你才能（還是只依身體損傷決定服務）。...他（醫生）沒有在我面前勾，我出來外面他才勾。...差不多六分鐘左右，他就請我出去了...醫師態度很傲慢。（#2，男，50+，肢+視）

不知道她（第二位鑑定人）問甚麼，我沒有安全感，明明在跟我聊天，

---

<sup>8</sup> 受訪者不清楚障礙程度其實只由第一位鑑定的醫師決定。

怎麼已經訪完了？...編碼如何轉換成手冊，不清楚。...他們說評估機制很專業，但被問的人有點被專業霸凌。...覺得一個人被如此細分，連歸屬感都被排除，可以相信的東西越來越少了。（#23，男，30+，肢）

#### **(四)不同地方政府、醫院鑑定個別差異、城鄉差距**

在不同區公所申請評鑑表單，區公所工作人員的態度和介入程度，會有不同。每家醫院鑑定狀況不一樣，含醫師的態度，醫師是否和受評者本來就認識，有差異。一位受訪者表示：「第一次做「新制」鑑定的醫師他不認識，複評時他找認識的醫師，評鑑的結果就不一樣。有的醫院鑑定流程一天就跑完、有的兩三個禮拜或一個月，可能和醫院個案量多寡有關。福利給付地方政府有城鄉差異，有別於其他地方政府，台東沒有提供任何障礙津貼。住宿單位代訪社工反應，針對住民新制規定日期通知到了，有些地方政府會積極地和他聯繫，有些地方政府就不會」。（如 #8，男，65+，智 及 #14，男，45+，智）

之前（第一次新制初評）幫我開的是中度，在 XX 醫院，現在是重度。這是覆評結果，我跑兩趟，後來換到 YY 醫院，醫生認識很久了，他有同理心。...（福利服務）沒有勾就沒有。...自立生活，是我覆評後才勾的。...沒有（沒有人會跟你解說）。我都自己勾。...沒有（初評的時候沒有社會局的人來）。我覆評時還沒通過，社會局的人就來了。沒有（不是跟你談你需要甚麼福利），他來看我勾的是不是真的需要。（#1，女，30+，肢）

#### **(五)活動、社會角色和參與沒有被考慮**

依據受訪障礙者，新制有評量行動與社會參與表現，但行動與社會參與上的需要沒有被看見，即，沒有放入服務提供的考量。如一位受訪者針對第二位鑑定者的部分，他分享說：

他沒問我參與的活動，也沒有問到我的生活環境。（#3，女，25+，精）

一位視障受訪者社會角色生活重建對他非常重要，會影響他的工作生活參與，很擔心「新制」鑑定後生活重建會被拿掉。另一位受訪者表示第二位鑑定者有問他社會活動

相關問題，但沒有實地到現場看他的工作、他的生活、他的活動參與，他懷疑問卷上制式問題是否對他夠了解？在給付的部分，這些生活因素也沒有被考量進來，沒有考量到個別差異性。

政府應該主動告知我們，怎麼接受重建服務？主動提供、主動介入。我們變成障礙了（如失明），在職場上可能快丟掉工作了，他們可以馬上介入，在職場上立刻進行重建，保住工作。...沒有實際來評估過我的生活、工作、行動，...我懷疑，這樣半小時問一問，也不知道能評估甚麼？（#6，女，35+，視）

前述兩位受訪者皆屬於壯年、中途發生障礙者，職場支持及職能重建對其非常重要。現階段體制，職能重建與職場支持屬於勞政部門，然在新制，包括 ICF 強調的活動參與、環境、及整合與全人觀點 (Anner et al., 2012; WHO, 2002; Kraus de Camargo, 2011; Imrie, 2004)，醫院第二部分的鑑定表確實也涵括 d/e 碼。從服務使用者觀點，倘新制目的是回應、滿足活動參與及社會角色需求，就該到受評者實際生活環境評量，才能真實了解受評者的環境狀況與需求，而職場是其重要的活動與社會角色，目前卻被體制切割。限於標準化問題，加上受評者被要求到鑑定場所被動接受評量，這些限制，也正凸顯新制忽略受評者的活動、社會角色和參與。

五歲兒童的媽媽提到，舊制有停車位，新制就被拿掉了，他的孩子發展比較慢、聽力也被診斷有問題，需積極做復健，需常開車帶著他的孩子到處做復健。母親表示，拿鑑定表的時候有問她需要什麼服務，但他不知道其中也包括停車的需要，「新制」鑑定下來時，停車識別證就沒有了，鑑定後也沒有社工來訪問，後來，他主動和政府溝通協調，縣府派人來了解是否他真的需要停車位（#22，男，5+，發展遲緩）。這位母親的分享，表示福利服務需求評估，第一，受評者要很清楚哪些服務，才有可能成為使用服務的被考量者，否則需求評估不會主動考量當事障礙者的復健需求、活動參與，包括其主要照顧者的照顧者角色。第二，如同其他受訪障礙者的分享，社工出現的目的是確認服務使用的資格，而非在於了解障礙者的需求是否被滿足。第三，針對停車位議題，受評者並無從得知停車位識別證被取消的理由。張恒豪（2015）針對停車位的爭議指出，需求的分配本來就是政治的問題，不是單一醫療模式甚至互動模式的鑑定可以決定的，這跟資源以及社會認知都有關，如這位五歲發展遲緩的兒童是否有行動困難及其需要經常性的復健，家人可能有無障礙停車的需求，因此被忽略。

另一位二十多歲年輕受訪者，喜歡環島旅行，鑑定結果是中度不是重度，不能申請電動輪椅補助費用，只有助行器（#10，男，25+，肢）。就 ICF 精神，若他的年紀和活動參與有納入考量，當然需要電動輪椅。可見新制和舊制並無不同，電動輪椅補助與否仍只看生理損傷程度。另一位三十歲受訪者表示，有電動輪椅，他可以參加社團、到市政府參與跨年晚會，過去他在家裡關了二十多年，現在有電動輪椅終於可以走出來社會參與，新制鑑定後，他從重度變中度，社會參與的輔具補助反而變沒有了（#1，女，30+，肢）。

另一位受訪者中年失明，鑑定後他的家人沒有獲得相對應的支持，事實上在身權法中，有提到家庭支持與家庭諮商，他覺得很需要，但沒有服務提供以回應家人的需求。有做過試測的受訪者不認為新制有把環境放進來，如果環境有放進來，只能說是輔具，他也分享說輔具申請和「新制」鑑定無關，要另外申請。

我們變成身心障礙者的過程中，家人也很需要協助，他們也很痛苦。

（#6，女，35+，視）

IGF 本來的優點沒有發生，活動參與、環境，整合的東西沒有進來。

我要申請輔具，還需要再做輔具評估，等於 IGF 的目的完全不見了。

（#23，男，30+，肢）

電動輪椅對移動困難的障礙者自立生活非常重要，這些障礙者最擔心的就是障礙程度鑑定變輕，電動輪椅補助被取消，一台電動輪椅，尤其需要特製的，往往需十萬元以上。新制強調關心活動參與與環境，但輔具補助規定卻只依據損傷程度，和新制強調的精神剛好背道而馳。輔具申請又必須到輔具中心重新評估，從障礙者觀點，如#23 障礙者曾參與新制相關說明會，認為新制不但沒有考量活動參與，「整合」醫療與社會模式觀點沒有進來，亦即，需求來自身體損傷及環境，包括社會角色與活動參與等，沒有被滿足。

#### （六）第三位鑑定人存在嗎？

服務使用者表示有勾需要的服務者，如重建服務、個人助理，縣府社工才會跟他接觸，來看是否真的需要這些服務；要不然，醫院鑑定後不會有縣府社工主動接觸，跟舊制沒有不同。其中有一位新舊制差了三個月（開完刀障礙程度變重），覺得新舊制的不同就是輕變中、中變重這樣的差別，也沒有任何社工和他連絡。

訪員：鑑定後參與者，縣政府有沒有社工做家訪？

參與者：沒有

訪員：有沒有打電話給你？

參與者：都沒有

訪員：你第一次(舊制)的社會福利是甚麼？

參與者：只有坐火車（半價）。

訪員：第二次(新制)呢？

參與者：也只有坐火車(半價)。

訪員：兩次鑑定對你來說有甚麼不一樣的地方？

參與者：都差不多，只有一些健保、勞保啦，有補貼多一點（障礙程度從輕度變成中度）。(#15，男，45+，顏)

此位受訪障礙者和前述受評障礙者經驗一致，沒勾福利服務，第三位鑑定者，亦即代表地方政府社福單位的社工不會出現，第三位鑑定者會打電話來或來訪視，因勾選福利服務。從障礙者角度，第三位鑑定者出現或打電話來，目的是審查障礙者所勾選的福利服務的福利資格，如前述#22 母親申請停車證明、#1 障礙者覆評時勾自立生活支持服務，社工才出現，形成社工的「關心」並非來針對障礙者的活動參與、社會角色和環境等需求進行評估。

從以上障礙者受評經驗可以發現，新制宣稱建立一套更客觀，有更多專業介入，並納入環境因素考量的鑑定制度，然實際操作上，各地方政府操作方式與專業介入不同，形成只有標準化鑑定編碼工具，沒有標準化鑑定『過程』與『機制』。再者，以損傷程度決定補助及輔具的線性邏輯並未改變，停留在「損傷決定論」，個人個別差異並未被納入考量，如行動的目的，生命歷程及環境因素影響。同時，障礙分級與補助連結並未改變，新制『號稱』納入環境因素，提供更多樣支持，並未落實，實際上，使用端看到的是障礙程度影響補助經費。簡言之，從受評障礙者訪談資料，沒有經驗到其個別性需求可透過新制被「看到」及被滿足，如，對電動輪椅補助還是看損傷程度，個人助理服務需求、家庭與職場社會角色等，靠自己勾選或自己面對，即，實質上新制到底帶來什麼更細緻多樣支持系統，從以上分享並未被經驗到。

## 二、只有新制沒有舊制者

九位受訪者只接受「新制」鑑定沒有舊制，即，其申請身心障礙手冊是在新制開始執行後。多數這些只接受「新制」鑑定者不知道有新舊制障礙鑑定區隔，幾乎在就醫時，被通知申請鑑定，多數來自主治醫師。多數表示不清楚鑑定者的身分是醫師或是物理治療師、社工或其他專業人員，也不太清楚第一位、第二位鑑定者區別。

### (一)城鄉差距

受訪者住在宜蘭的要遠到台北做鑑定，住台東的到高雄或花蓮做鑑定，主因是鄉下醫療資源缺乏。台東福利給付部分也和其他縣市有落差，住台東的受訪者沒有任何身心障礙津貼。

台東縣府很窮，... 在高雄鑑定，我回來後，台東市府社會處就給我這張證，問他殘障有沒有津貼？他說台東沒有，不知道這張證要幹嘛？...身心障礙福利、工作權保障、簡化辦的手續，中央要統籌辦，城鄉差距，富者越富窮者越窮。( #16，男，45，顏+語)

### (二)資訊來源靠自己

一位有參加新制說明會者表示聽不懂新制的精神、無法分享。資源資訊靠自己、朋友口耳相傳，比如說職務再設計、輔具申請，鑑定完如需要輔具，還要再跑一趟，輔具公司哪裡找，都要靠自己。

換新制後也都沒有來通知，...社會福利機構也都是我們自己去找的。...他沒有問我，也沒有跟我說有甚麼資源...比如說我需要輔具，我也不知道什麼是輔具公司，包括在哪裡。( #7，女，35，視)

### (三)申請鑑定依賴醫師或家人告知

只有接受「新制」鑑定者在就醫過程就鑑定了，醫師就變得很重要。一位受訪者的醫師忘了告訴他，就醫過程就沒有獲得醫療減免補助，後來病友告知；有些是家人告知，因家人也是障礙者。即，受訪者得知參與鑑定要靠運氣，如遇到會告知的醫生、會分享訊息的病友，及是否有身心障礙的親友。

我比較晚申請，我的主治醫師沒有跟我說。...有病友跟我說他們都有申請身心障礙手冊，我怎麼沒有申請？( #20，男，60+，顏+語)



#### （四）活動參與社會角色沒有進來

只接受「新制」鑑定的使用者，多數原來有工作，中途障礙失去工作，最希望回到職場，但無法如願；多數也反應接受完「新制」鑑定也沒有任何服務，一位國小教師，障礙後無法擔任導師，擔任導師薪水有加給、跟同事關係比較平等，其分享障礙後尊嚴有受影響，如能有助理員協助（職場個人助理），對他來說較能夠勝任，他對福利沒有信心。

比如說定向行動、申請輔具，都是我聯絡後他們來家裡... 如果沒有志工，我自己一個人沒有辦法，...（擔任導師）有加給...當然一定要有工作才有尊嚴...我之前那個職務再設計...是我自己去挖掘的，是別人跟我講也不是政府跟我講。（#7，女，35，視）

此位中途障礙中年受訪障礙者最關心的是能回到職場，融入職場生活，這是他最想要的活動參與與社會角色實踐，亦是新制的精神。新制強調需求評估，為何障礙者這些需求，還是沒有被看到？倘限於當下體制分工，職能重建不屬於社福或當今衛福部範疇，對障礙者而言，新制和舊制差別何在？何謂關注活動參與、環境面向，何謂關注整體需求？ICF 強調的「整合」在台灣的實踐，僅屬口號而已。

一位受訪者生病前做觀光事業，生病後顏面口腔受到傷害，無法回到原本觀光的工作，鑑定後也沒有獲得相關協助（#16，男，45+，顏）。有一位提到原本有上社區大學課程，障礙後沒有辦法參加，職業重建對他很重要，鑑定完後也沒有任何後續服務（#7，女，35+，視）。依據這些受訪者經驗，其社會角色和活動、社會參與，沒有被「新制」鑑定考量。

#### （五）社會局（第三位鑑定人）缺席：都是書面資料

新制三階段鑑定，第一、第二階段在醫院，只接受「新制」鑑定者並不清楚此流程，沒有太多印象，第一位鑑定人大多是自己的主治醫師，醫師也沒有問就直接勾選；第二位鑑定人可能是職能治療師、護理師、社工，受評的障礙者不清楚；第三位社會局部分，多數受訪者回應沒有社會局的人跟他們聯絡，鑑定完，社會局就寄來一張卡片。

訪員：鑑定完有沒有市府社工和你聯繫？

參與者：沒有，只叫我去領（手冊）。（#17，男，50+，顏+語）

訪員：有沒有社會局的人跟你們聯絡？

參與者：沒有。

訪 員：社會局有來家訪嗎？

參與者：沒有。都書面資料。（#19，男，50+，顏+語）

訪 員：醫院身心障礙鑑定完，社會局社工有沒有跟你聯絡？

參與者：沒有。

訪 員：有打電話來嗎？

參與者：沒有。（#20，男，60+，顏+語）

他(醫師) 沒有問我意見，...也沒有跟我說有甚麼資源。...鑑定後，縣政府也沒有打電話來，只給我一個公文。...不知道哪邊(縣府)有甚麼資源。...換新制以後也都沒有來通知，社會福利機構，也都是我們自己去找的，口耳相傳。（#7，女，35，視）

### (六)個別差異的需求沒有被看見

根據新制的架構，接受鑑定者個別差異要被看到，事實不然；如有一位極重度腎臟有問題、領低收入受訪者，一個月含低收，來自政府共四千七，慈濟基金會目前額外補助他一個月給六千（每年須重新評估），已經積欠醫院十三萬，他分享他的需求是「生活」(使用台語分享)，需要付得起房租、需要有錢可以吃飯，但醫院社工告訴他目前能給的只能是醫療補助。他也指出房租太貴，房東因為擔心扣稅問題不願意給證明讓他去申請房租津貼，對障礙者而言，福利服務「看得到，卻吃不到」。

政府說只能給我醫療補助，但是我最缺的是生活（有足夠收入），那我乾脆去住院就好了。（#12，男，40，腎）

有一個朋友，需要一個電動輪椅，讓他可以外出、在街道上到處跑，評估出來是中度，重度才能有的輪椅補助。... 我需要一個輪椅跟我是被評為中度或重度的關聯性是什麼？（#24，女，35+，肢）

以前述兩個案例，新制還是只看身體的損傷，受評者實際生活上的個別需求並未被納入考量，包括實際生活的經濟困難，及#24 描述的活動需求所需的電動輪椅，越是輕度者，越想要出門，輪椅就越需要，否則和舊制有何不同，即活動、參與、社會角色都沒考慮進來。可見，新制宣稱「需求評估」強調「整合」環境、受評者的角色、活動參與，以滿足個別需求提升生活品質，事實不然，下游福利服務補助，還是又回到舊制只看「損傷」。

### **(七)服務使用者沒有參與的機會**

ICF 目前最大挑戰之一，受評者自己的意願(Will) 和選擇是否有被考量進來 (Bickenbach, 2014; Hemmingsson & Jonsson, 2005; Nordenfelt, 2003; Solli & Silva, 2012)，ICF 一方面又強調障礙者的參與(nothing about us without us) (Harpur, 2012)。本研究的受訪者表示在過程中服務使用者只有被問的機會，卻沒有給服務使用者機會表達自己的看法（如前述 #1、#2、#3 等的分享），從公所拿鑑定表格開始，到醫生的鑑定、第二位鑑定人及後續社工追蹤與否，障礙者都處在被動的、被削權的位置。

希望醫生和社工多聽受評者意見，...走出門很開心，想要出門參加活動，但需要有個助，但新制評估活動參與時，根本不想瞭解您的生活或你想要的生活，...中度不能補助電動輪椅，...想要出門，需要電動輪椅。（#1，女，30+，肢）

IGF 一路走來，沒有人跟我們討論。（#24，女，35+，肢）

### **(八)對評鑑的結果無從得知、有比沒有好、知足就好**

受訪者對整個過程都是不清楚的，也不清楚障別如何被決定，醫院鑑定人的角色他們也不清楚。

兩三位受訪者表示，有津貼不無少補；有位受訪者表示，生病是自己的事情，已經習慣國家政府沒有介入，所以沒有期待。

只有接受新制受訪者表示，目前身心障礙鑑定結果的好處，包括去風景區不用錢、搭車半票；事實上這些舊制就有了，受訪者沒有接觸過舊制，所以也無從比較。

訪 員：拿手冊對你有甚麼好處？

參與者：加減啦，看病啦、健保啦、有優待（#16，男，40+，顏+語）

ICF 制度的發展是建立在納入社會模式觀點，看到障礙者主體性 (Harpur, 2012; McDougall et al., 2010)。然，在台灣的應用卻強調客觀、科學評估，實行新制目的是要讓資源更有效分配（衛生福利部，2014）。從以上只接受「新制」鑑定評估的障礙者經驗我們可以看到，中央政府預設的客觀制度與資源分配議題對地方政府、障礙者有不一樣的想像。區域差異、資訊不足、操作人員配置等，使中央治理鑑定邏輯到地方操作個別差異大。被評鑑的障礙者只能被動的被迫接受『鑑定』。

### 三、等待「新制」鑑定者

有四位已經持有身心障礙手冊，尚未被通知申請「新制」鑑定，處於等待「新制」鑑定情境。

#### (一)擔心程度變輕、福利變少

四位只有舊制受訪者在等待「新制」鑑定，從其他已經接受鑑定的障礙朋友得知，新制在障礙程度鑑定上比較嚴格，如本來障礙程度在舊制是中度者在新制會變輕度、重度變中度，福利給付會減少，這對靠津貼生活者，津貼變少對其生活影響很大；尤其重度變中度者，電動輪椅補助從有變沒有，尤其需要特製電動輪椅者影響更大，包括影響外出社會參與。

我聽很多人說，我本來是重度，有電動輪椅，現在（新制）變中度就沒了...。（#21，男，30，肢+罕）

...第一個影響津貼等級...。（#23，男，30+，肢）

#### (二)等待「新制」鑑定感覺像待宰羔羊

受訪者分享等待「新制」鑑定很緊張，怕受傷害、不公平、沒有安全感。三位有參加身心障礙團體及新制公聽會者，有比較多資訊，一位參加過新制試測者表示鑑定過程一堆編碼，跟手冊沒有任何關係，這位試測者和另一位有參加團體者，兩位都是重度，對新制沒有信心，聽朋友說他們可以是極重度，因此趕在新制上路前再去做一次舊制鑑定。另外一位沒有參加團體，聽身心障礙朋友說，新制會比較嚴格，也沒有參加公聽會，沒有在「新制」鑑定前再做一次舊制；又受之前舊制鑑定不舒服經驗影響，他對新制更緊張，擔心「新制」鑑定程度變輕，福利會因此受到影響。

（新制）對我們不公平...會受傷害...希望他喊卡（新制）...很緊張會變成輕度...換新制壓力比較重...像是被石頭砸到...很痛啊。（#11，男，40，顏）

...沒有必要去冒風險。攞爛到最後一刻，他要追殺我再說。（#21，男，30，肢+罕）

我決定不要冒險，...IGF 編碼原則，不知道她在問甚麼，我沒有安全感。明明在跟我聊天，怎麼會已經訪完了？（#23，男，30+，肢）

### (三)寧可選擇舊制

新制舊制比起來，前述這些「只有舊制者」寧願選舊制，舊制跑一趟、新制要跑三趟，程度也會變輕，認為政府要限縮資源，管道很多，弄個新制搞得很複雜，並不是真的考量身心障礙者的需求。另一位受訪者雖然尚未接受「新制」鑑定，觀察到障礙朋友接受「新制」鑑定，認為新制和舊制一樣，福利服務提供還是只看損傷程度，非為了促進障礙者的生活品質。

...花了一堆錢也沒有意義。...我們好像只是在運作一個評估工具，...而且太麻煩了，以前去醫院一趟，現在要跑三次。...ICF 好像要限縮資源，其實限縮資源可以有很多管道，...不要玩這麼複雜...如果是現在的狀況下，我會選擇舊制。（#23，男，30+，肢）

ICF 說是新的鑑定方式，環境因素要放進來，最後還是和舊的一樣，只看程度。我是中度或重度，跟我的需求這件事情的關聯性是什麼？重點應該是讓他在社區裡生活更有品質，而不是這麼辛苦。（#24，女，35+，肢）

圖一:本研究發現摘要

新/舊制	新制	舊制
1.資訊不清楚 2.新制和舊制有差別嗎? 3.專業人員和受評者的權力不平等 4.不同地方政府、醫院個別差異、城鄉差距 5.活動、社會角色和參與沒被考慮	1.城鄉差距 2.資訊來源靠自己 3.申請鑑定依賴醫師或家人告知 4.活動參與社會角色沒有進來 5.社會局（第三位鑑定人）缺席：都是書面資料 6.個別差異的需求沒被看見 7.服務使用者沒有參與機會 8.對鑑定結果無從得知、有比沒有好、知足就好	1.擔心程度變輕、福利變少 2.等待新制鑑定感覺像待宰羔羊 3.寧可選擇舊制

## 伍、討論

### 一、研究發現摘要與討論

本研究發現國內 ICF 從規畫到執行，截至目前，仍然停留由上而下的科層機制，由行政和專業工作者領導、控制，障礙者沒有參與管道，只有處在被動被通知、被鑑定、被操控位置；即使有所謂新制說明會，一來多數障礙者或家人沒有管道獲知而參加，二來，少數有與相關障礙團體接觸者，有參與但聽不懂。本研究針對有新舊制經驗者訪談發現，如同國內文獻（林義盛、鄭潔虹，2012；洪惠芬，2012；黃寶等，2012），相較舊制，新制流程較複雜，如同舊制，要和區公所工作者及醫生互動外，且要與第二位鑑定者互動，被問很多問題；互動窗口、專業人員增加，擔心是否遭受更多「專業人員」的不友善態度。不同醫院在「新制」鑑定流程有差異性，受評者感受因此不同。怎樣的流程？空間設計？評鑑人員的態度？評鑑人員和受評者的關係？各地方政府、各醫院不太一樣，值得相關單位討論。如同受訪者表示，從區公所申請就被刁難；受評者覺得在鑑定過程中和鑑定者權力不平等，有被矮化、不舒服，只有被問問題的位置，個人選擇和想法，在鑑定過程中沒有任何機會展現。

針對第三部分，亦即來自地方政府的第三位鑑定者的需求評估<sup>9</sup>，值得提出來討論包括：（一）多數受訪障礙者及其家人不清楚所謂的福利服務，尤其是個人支持服務（如自立生活支持服務、社區居住等），如何自己「勾選」？在資訊不被充分告知下，如何「自己進行需求評估」？（二）即使受評者知道需要什麼服務，如一位受訪障礙者，需要心理重建服務，但並不清楚使用服務必須自己先勾選。（三）如果沒有勾選，第三位的需求評估者就不會進來。本研究受訪者也分享，沒有社工和他聯絡，鑑定完證明就發

<sup>9</sup> 現階段我國身心障礙的福利服務包括：身心障礙者專用停車位識別證、身心障礙者個人照顧服務、身心障礙者家庭照顧者服務及身心障礙者經濟補助。針對第三部分，亦即來自地方政府的第三位鑑定者的需求評估，依據衛生福利部「身心障礙鑑定與需求評估流程」，身心障礙者在取得身心障礙證明後，縣市政府社會局(處)會再次確認申請者填寫「身心障礙證明申請表」時的福利服務項目，如果受評者有勾選個人支持服務(生活重建、心理重建、社區居住、婚姻與生育輔導、日間照顧服務、住宿式照顧服務、課後照顧、自立生活支持服務、行為輔導)和家庭支持服務(臨時及短期照顧、照顧者支持、家庭託顧、照顧者訓練及研習)，縣市政府社會局(處)的需求評估人員會依據「身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法」裡的「身心障礙者福利與服務需求評估訪談表」來進行評估。此「身心障礙者福利與服務需求評估訪談表」包括收集障礙者的基本資料、家庭概況、表達性需求及政府資源使用情形，及進行「需求評估訪談」部份。需求訪談採用「國際健康、功能與身心障礙分類碼」中「活動與參與」的編碼架構，透過九大面向(學習與運用知識、一般任務與需求、溝通、行動、自我照顧、居住生活、人際互動與關係、主要生活領域、社區社交與公民生活)的問項來了解受評者的「表現」、「能力」、「重要環境因素」您的生活面貌與需求(身心障礙e能網，2015)。

下來；又，有申請複評一位受訪者分享，第一次不知道使用福利服務須事先勾選，社工和他聯絡一直到他申請複評時他有勾個人助理服務。就障礙者而言，此第三位或第三階段的需求評估不算存在。(四) 當障礙者有勾選所謂的福利服務第三位鑑定者才出現，出現的目的是否只為了審核障礙者使用該勾選服務的資格？(五) 如果第三階段的「需求評估」，目的是為了落實需求評估，為什麼只針對那些有勾選者？如本研究發現，沒勾選者，多數是不知道要勾選，並非表示不需要福利。(六) 第三位需求評估者使用的需求評估訪談表，也是依據 ICF 中的「活動與參與」(d/e) 編碼收集資料，和現行醫院第二位鑑定者的鑑定其實是重疊，而醫院第二位鑑定者的鑑定意義何在？為什麼不能整合？(七) 如同前述討論的限制外，與身權法第七條不符，此第三階段的需求評估並未整合生理健康情況(障礙類別與程度)、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。

就 ICF 在台灣的運用，即所謂「新制」鑑定與需求評估，並未回應 ICF 取代 ICIDH 宗旨—從醫療模式觀點移轉為強調障礙是來自環境的影響，包括強調環境與個人的互動與整合 (Bickenbach et al., 1999; Hurst, 2003; Imrie, 2004)。如同前述，現階段身權法第五、六、七條，並未落實，我國仍然是持醫療模式觀點定義障礙，將「人」分類成四個損傷程度的等級，以及和舊制只關心資源分配沒有兩樣。譬如，目前新制的規定福利給付，包括後續服務提供的多寡(如個人助理與居家服務時數)與資格(如電動輪椅補助、各項個人照顧與家庭支持服務的自付額部分)，仍只依據損傷程度；而新制，在第一位鑑定者(醫師)，障礙程度就已經決定(b/s 碼)，這一點和舊制並無不同。因此，鑑定與需求評估的結果和後續服務，讓受評者失望、有被騙的感覺，不但所謂 ICF 強調社會因素及服務提供可以結合個人活動、社會參與與環境，期望落空。

本研究發現，ICF 在台灣執行與 WHO 發展 ICF 的目的與精神相違背。針對國內 ICF 執行，本研究從障礙服務使用者觀點的發現摘要如下：

- 一、分立而非整合：身體結構功能、活動參與環境、暨需求，分開評量而非整合，由三位「專家」評，而非跨專業團隊進行，與原身權法第五條不一致，也與 ICF 強調整合醫療模式和社會模式整合有落差。
- 二、醫生完全操控：醫生單獨評 bs 碼，放在一般專科門診，出現問題包括：時間倉促，醫生和使用者都不舒服，醫生自己勾了算，受評障礙服務使用者沒機會表達自己的意見，也不知道醫生勾了什麼。

- 三、「分數」加總取代全人觀點：福利給付、服務提供基於醫生評量之 b/s 碼總分，而非受評者之全人觀點 (sum of b/s codes > a person as a whole) (McDougall et al., 2010)。
- 四、與後續服務提供無關的評量：第二位專家單獨 (e.g. 社工/OT) 評 de 碼，問題包括：專家勾了算，受評者社會角色、追求生活品質提升，和活動參與環境，與後續服務提供未聯結。
- 五、福利服務需求仰賴障礙服務使用者自己知道、看到、自己勾 (e.g. 自立生活/個人助理不知道或沒看到，就不會有這項服務)。
- 六、障礙者在 ICF 的鑑定過程中或是結果，資訊不暢通、和專業人員位置不平等，對結果無從得知、無奈的，而非權能展現 (empowered)。
- 七、ICF 鑑定是單方面醫療模式主控，整合醫療與社會模式觀點或是「活動」「參與」、「環境」和「功能」、「結構」的交互作用、全人觀點，在鑑定機制中，沒有被看到。
- 八、ICF 的發展到執行，是以行政者、專家學者、鑑定者為中心，受評障礙者的聲音沒有機會被聽到，沒有機會參與；同時其意見和看法在鑑定過程沒有機會表達；其個別差異、背景、社會角色、活動、社會參與及是否促進其自立生活，未被納入後續福利服務提供的考量。
- 九、ICF 新制和舊制並無不同，仍然只是關心損傷、資格鑑定、資源的分配，而非障礙者活動參與及社會角色實踐需求的滿足。如前述分析障礙者的經驗，電動輪椅補助即為一例。
- 十、身權法第一、五、七條在 ICF 鑑定過程與結果，沒有落實。

## 二、建議

- (一)所有與 ICF 相關規劃、執行、鑑定與需求評估工具、流程製定及內涵，邀請障礙服務使用者參與 (nothing about us without us)，回應 ICF 的精神，視受評者、服務使用者為主體。
- (二)修改並「整合」現階段的鑑定與需求評估工具：包括醫師的鑑定工具、第二鑑定人員的「活動與參與」鑑定工具，第三部分地方政府的需求評估工具，強調及重視受評者的主觀看法，並增加開放性問題。鑑定及需求評估過程，能有了解現階段社福



措施及相關福利與服務之第三者，如社福工作者或障礙者團體的障礙同儕的陪同。同時這些福利服務的鑑定與需求評估，亦能與輔具評估和職能重建整合，讓障礙者的生活需求和服務的滿足，是被整體規劃及提供，以真正落實 ICF 的精神強調生心理的整合。

(三)整合第二部分和第三部分的鑑定與需求評估（d/e）：目前醫院及地方政府都分別針對社會角色、活動、參與、環境，納入其鑑定及需求評估範疇，目前第二部分的鑑定是針對所有障礙者，卻與後續福利服務提供切割；第三部分需求評估，卻只針對有「勾選」服務者。受評者個人因素（性別、年齡、工作、家庭、文化）、社會角色、活動、參與、環境因素，皆應納入需求評估範疇及最後服務提供的考量，譬如就業權的保障、家人的需求、職業重建、心理重建等服務。如何整合第二部分及第三部分實有迫切須要。

(四)整合職能重建及輔具補助：如同前述，從障礙者觀點，關心的是需求的滿足、生活重建、活動參與、社會角色實踐等；新制強調回應 ICF 精神，服務使用者是服務規劃與提供的主體、強調整合生心理社會面向、重視全人(wholeness)觀點，此「新制」鑑定與需求評估，涵括後續的福利給付、服務的提供，有必要全面整合，包括所有和障礙者整體生活相關的需求評估（經濟、健康/復健、教育、工作/職能重建、家庭與社會照護等）及其相關服務措施，如本文受訪者分享的職能重建及輔具補助可以整合。

(五)資訊的普及性、接近性及積極性：新制相關資訊含申請相關規定、鑑定流程，及服務提供資訊更暢通，針對第三部分身心障礙者各項福利與服務（身權法 50、51 條）須更多宣導，讓障礙者及其家人充分被告知有哪些服務，以及服務的意涵。

(六)鑑定流程更為友善，包括區公所工作者與鑑定人員（含醫師）的態度、鑑定流程、空間與時間安排，如何讓受評者有被尊重及參與的感受，當視為鑑定過程修改主要目標，包括檢視第一鑑定的醫師在門診進行是否恰當以及流程簡化。

(七)成立新制評估中心，以改進現階段執行上的問題：

- 1.單一窗口(one stop): 集中在一個定點完成，從領表至三階段的鑑定與需求評估，地點不一定在醫院，同時間進行（現階段三位「專家」) bs, de 碼及福利服務需求一起評量。

- 2.整合專業團隊(含醫師、社工、OT、PT 等),以回應 ICF 精神,生心理社會整合,以及身權法第五條(...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)。
- 3.與受評者社會角色、包括其期待活動、參與、生活形態整合,以回應身權法第七條之規定。
- 4.障礙服務使用者聲音、意見有機會表達。
- 5.人被視為整體,而非只是編碼的總和(As a Whole > sum of the parts)。
- 6.受評者覺得被尊重的、有尊嚴的,彰顯障礙者人權為基礎。
- 7.目的是促進使用者的自立生活與生活品質提升,回應聯合國身權公約第 31 條及落實身權法宗旨(第一條)。

### 三、研究限制

- (一)ICF「新制」鑑定自 2012 年 7 月 11 日上路,主要針對新申請的障礙服務使用者與身心障礙手冊有期限者為對象;過去受評為身心障礙手冊永久有效者,2015 年 7 月才開始申請重新鑑定,在徵求有新舊制之受訪者較為不易。
- (二)本研究目的是探討障礙者主觀經驗,除一位幼童外,另有四位成年智障者的受訪對象為其陪同鑑定的社工師和母親代為回答。由於社工師及母親提供的受訪資料有參考價值,仍納入分析,成為本研究「障礙者觀點」的限制。
- (三)本研究希望了解不同縣市的障礙者進行「新制」鑑定的情況,受限於地理位置及研究經費,台北市、新北市以外地區,只能以電訪方式進行。本研究最後仍然有些縣市(新竹縣市、苗栗縣、台中市、彰化縣、雲林縣、嘉義市、基隆市、南投縣、花蓮縣、金門縣、連江縣)及障別(第六類-泌尿、生殖)沒有含括進來。
- (四)本研究屬於回溯性方式收集受評者經驗,受訪者有記憶遺失的可能,而影響到資料的真實性。
- (五)本研究以非隨機取樣、經由民間團體機構介紹與滾雪球方式,邀請研究參與者參與,屬於小樣本的質性方法收集資料,本研究結果有推論上之限制。

#### **四、未來研究建議**

新制在 2015 年 7 月針對有舊制使用者開始上路之後，針對使用者有新舊制，可以繼續探討，尤其針對沒有參與本研究縣市及障別者。另，針對智障者的研究，避免找其工作者或家人代答，因此失去這些智障者有表達主觀經驗的機會。

## 參考書目

### 一、中文部份

- 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 (2015 年 1 月 23 日)。〈台灣障礙者的需求是什麼？從 ICF 談起〉，《巷子口社會學》。瀏覽日期：2015 年 10 月 20 日，網址：  
<http://twstreetcorner.org/2015/01/23/wanguoyu-2/>
- 江俊漢、洪麗瑜 (2012)。〈由障礙模式的演變談 ICF 分類系統〉，《特殊教育季刊》，125，19-28。
- 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》。台北：財團法人愛盲基金會。
- 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。
- 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〉。台南市政府社會局。
- 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〉，《台灣社會工作學刊》，2，123-157。
- 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。
- 周宇翔、李淑貞、謝東儒、張聿淳 (2015a)。〈ICF 架構下的身心障礙者需求評估制度現況與挑戰〉，《社區發展季刊》，150，40-57。

- 周宇翔、李淑貞、何季蓉、張聿淳、劉旻宜（2013）。〈從理念到落實--ICF 在台灣的實踐經驗：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》，11(4)，249-261。
- 周宇翔、李淑貞、謝東儒、陳政智、張聿淳（2015b）。〈從服務使用者觀點探討身心障礙者鑑定與需求評估制度流程之研究〉，《身心障礙研究》，13(2)，86-106。
- 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。
- 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。
- 身心障礙 e 能網。(2015)身心障礙者福利與服務需求評估訪談表。瀏覽日期：2017 年 5 月 5 日，網址 <http://www.enable.org.tw/res/pdf/20151229-15.pdf>
- 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〉，《台灣復健醫學雜誌》，42(2)，71-79。
- 張恒豪（2013）。〈缺了一半的 ICF 台灣本土實踐〉，《推波引水》，72，17-19。
- 張恒豪(2015)。〈障礙的鑑定與再分配政治：以大台北地區的『殘障』停車位爭議為例〉，《社會政策與社會工作學刊》，19（1），91-138。
- 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〉，《台灣復健醫學雜誌》，40(2)，61-70。
- 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(2)，126-136。

衛生福利部。(2012)身心障礙鑑定與需求評估作業併同辦理流程圖。瀏覽日期：2017年1月20日，網址

<https://dpws.sfaa.gov.tw/uploaddowndoc?file=/disb/idfbook/2012122800081&table=IdfBookFile&flag=doc>

衛生福利部。(2014年8月21日)。  
〈身心障礙新制實施現況及未來策進作為〉，行政院第3412次會議。瀏覽日期：2015年10月20日，網址  
<http://www.slideshare.net/OpenMic1/ss-38200103>

衛生福利部社會及家庭署(2013年12月11日)。  
〈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〉，論文發表於「ICF在國際與國內實施狀況與爭議論壇」，台北。

衛生福利部護理及健康照護司(2013年12月11日)。  
〈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〉，論文發表於「ICF在國際與國內實施狀況與爭議論壇」，台北。

## 二、英文部份

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.

Barnes, C. (2003). What a Difference a Decade Makes: Reflections on doing 'emancipatory' disability research. *Disability & Society*, 18(1), 3-17.

Bickenbach, J. (2014). Reconciling the capability approach and the ICF. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 8, 10-23.

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.

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.
- Chou, Y. C., Lee, Y. C., Lin, L. C., Chang, A. L., & Huang, W. Y. (2008). Social Services Utilization by Adults with Intellectual Disabilities and Their Families. *Social Science & Medicine*, 66(12), 2474-2485.
- Conti-Becker, A. (2009). Between the ideal and the real: reconsidering the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, 31(25), 2125-2129.
- 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 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.
- Koutsogeorgou, E., Leonardi, M., Bickenbach, J. E., Cerniauskaite, M., Quintas, R., & Raggi, A. (2014). Social capital, disability, and usefulness of the International Classification of Functioning, Disability and Health for the development and monitoring of policy interventions. *Disability and Society*, 29(7), 1104-1116.

- Kraus de Camargo, O. (2011). Systems of care: transition from the bio-psycho-social perspective of the International Classification of Functioning, *Disability and Health. Child: care, health and development*, 37(6), 792-799.
- Mcdougall, J., Wright, V., & Rosenbaum, P. (2010). The ICF model of functioning and disability: Incorporating quality of life and human development. *Developmental Neurorehabilitaion*, 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.
- Nordenfelt, L. (2003). Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*, 25(18), 1075-1079.
- Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health*, 31(4), 391-398.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. London, England: MacMillan.
- Pfeiffer, D. (2000). The Devils are in the Details: the ICIDH2 and the disability movement. *Disability & Society*, 15(7), 1079-1082.
- Rubin, A., & Babbie, E. (2008). *Research methods for social work* (6th Ed.). Belmont, CA: Thomson.
- 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.
- Scherer, M. J., & Glueckauf, R. (2005). Assessing the Benefits of Assistive Technologies for Activities and Participation. *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 132-141.
- Shakespeare, T. (1996). Rules of engagement: Doing disability research. *Disability & Society*, 11(1), 115-121.
- 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*, 0,



1-18.

- 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.
- Trani, J-F., Bakhshi, P., Bellanca, N., Biggeri, M., & Marchetta, F. (2011). Disabilities through the Capability Approach lens: Implications for public policies. *ALTER-European Journal of Disability Research*, 5(3), 143-157.
- 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.
- 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.
- Walmsley, J. (2001). Normalization, emancipatory research and inclusive research in learning disability. *Disability & Society*, 16(2), 187-205.
- World Health Organization (WHO)(2001). ICF –International Classification of Functioning Disability and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World H World Health Organization (WHO)(2002). Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zarb, G. (1992). On the road to damascus: First steps towards changing the relations of research production'. *Disability, Handicap, & Society*, 7 (2), 125- 38.

# **Implementation of the ICF: Perspectives of the users with disabilities**

Yueh-Ching Chou

Professor, Institute of Health & Welfare, National Yang-Ming University

Heng-Hao Chang

Professor, Department of Sociology, National Taipei University

## **Abstract**

Since July 2012, according to the new act of disability issued in 2007, a person's eligibility for disability benefits has been assessed based on the ICF. This study interviewed disabled people who were assessed by this new assessment system to explore their experiences of the new assessment. An in-depth, semi-structured interview was employed and 24 persons with disabilities (including three groups: those assessed by the old and new assessment system, only assessed by the new system and waiting for assessment by the new one) had completed the interviews between December of 2013 and January of 2015. From the participants' view, the new assessment is: information not accessible, welfare benefit and service delivery based on the level of impairment, a gap of welfare benefit existed between different local authorities, environmental factors excluded of the consideration in the assessment, the absence of the third assessors, lack of concern of the individual uniqueness and needs, no opportunity for the users involved in the assessment process, worried about the welfare benefit cut due to the level of disability level reduced. The findings suggest that the users' choice, social roles and activities could be considered in the assessment to meet their individual needs.

**Key word:** ICF, person with disability, service user, new assessment system, environmental factor