

活動參與功能評估對臺灣身心障礙者 鑑定系統之意義與衝擊



嚴嘉楓·廖華芳·紀廷宙·劉燦宏

壹、前言

臺灣身心障礙者鑑定現制已於民國101年7月11日全面實施，至今已快屆滿三年，根據身心障礙者權益保障法（以下稱身權法）（民國96年7月11日公布）第五及第六條，可以了解現制對於身心障礙的定義、分類以及鑑定方式有著重大改變，第五條指出：『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。』以及第六條：『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。』其內容與之前身心障礙保護法（身保法）相較，身權法用「身體構造或功能」與「影響其活動與參與社會生活」分別取代了原來「生理或心理因素」及「致其參與社會及從事生產活動功能受到限制或無法發揮」，新制用較為客觀且非工具性的概念來重新詮釋障礙，這也點出目前鑑定設計中，其內容必須涵蓋身體構造功能、活動參與及社會生活面向。這和我國長期僅由專科醫師專責鑑定的時代有著巨大的變革，尤其是活動及社會參與功能的具體評估被納入身心障礙鑑定系統中。現制實施至今，學界及實務界也透過非常多的焦點團體、工作坊、研討會等討論新制意義、設計及對障礙者本人及其家庭的影響，但其意義與衝擊較少被系統性地整理，也較少有實證性的研究數據提供參考，討論焦點還是多在

現制設計是否符合國際健康功能及身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health) (以下簡稱 ICF) 的精神、鑑定的公平性及評估測量本身是否能真正了解障礙者需求(WHO, 2001; 2007)。所以本文嘗試以身心障礙鑑定現制發展軌跡及執行過程，與相關委託計畫所公布的成果為材料，來探討現制的設計與『活動參與功能評估』對臺灣身心障礙者鑑定現制之意義與其可能帶來的衝擊；以下將由身心障礙鑑定現制設計與發展以及活動參與功能評估兩方面來闡述其可能產生的衝擊；本文的衝擊(impact)定義，是以政策實施後所可能產生的立即效應為主要討論範圍。

貳、身心障礙鑑定現制之設計與發展

身心障礙鑑定現制的發軔，早在民國 96 年身權法修法前就被納入討論，但當時僅有 ICF 概念，並將其概念放進身權法中，但卻無具體的執行方案，真正開始發展及規劃，起始於身權法公布當年，前行政院衛生署於民國 97 年即委託德澤基金會研擬第一階段的身心障礙鑑定工具初稿，當時現制執行架構尚未清晰，僅以 ICF 為基礎，從醫療診斷面向切入，研擬身體功能及構造八大類別之鑑定內涵；同年度，內政部也啟動福利資源盤點、需求評估工具研議、教育訓練及需求評估試辦等五個子計畫，主要在於規劃整體的需求評估系統(內政部，2012)。在鑑定方面，前

衛生署自民國 97 年起則委託德澤基金會、臺北醫學大學、衛福部雙和醫院(原名衛生署立雙和醫院)、臺灣復健醫學會及臺灣 ICF 研究學會接續完成現制身心障礙鑑定工具成人及兒童版、鑑識人員(評估專員)訓練、規劃鑑定流程及執行現制鑑定實驗計畫等工作，並於 101 年 6 月前完成二次的身心障礙鑑定現制的試辦計畫，直至身心障礙鑑定現制正式開辦後，至今仍持續進行現制整備計畫、鑑定工具的修訂及身心障礙者鑑定及需求評估資訊系統的建置等(劉燦宏等人，2011; 2012; Chi et al., 2013; Chiu et al., 2013; Teng et al., 2013)。在現制發展過程中，有幾項變革所造成的衝擊是值得加以討論：

一、身心障礙分類的改變

從障礙的分類邏輯及脈絡來看舊制 16 類障別，改變其實是有其必要性，分類的改變並不僅在於要滿足身權法第五條對障礙分類的規定，或為符合 ICF 分類架構。舊制的障礙分類是為單向思維的 16 種分類，分類依據可以從疾病，亦可從功能導向來解釋，界線較為模糊，只要有兩類以上的障礙者，皆會被歸類為舊制中的多重障礙，而疾病或功能導向不清的分類系統，則是忽略全人概念，未考慮同時或漸進式的多項功能退化或限制的現實狀況。隨著人口老化，壽命延長，個人障礙現況將會呈現多元複雜的現況，若依據舊制分類邏輯，多重障礙者將會愈來愈多，且以疾病為訴求之障礙類型很可能會被不當擴張，此不合邏輯的分類系統除了將會

造成障礙需求不易被辨識之外，更會失去障礙分類的意義與功能。而現行現制在分類設計上採用 ICF「身體功能及構造八大分類」作為目前身障者的分類依據，以清晰的功能導向且具多項思維的概念進行分類，在邏輯上較能表達個人在哪些系統功能上的損傷情形，所以符合個人多項功能退化及損傷的現實狀況，個體各系統的功能限制或損傷都是多重的概念，未來不管因為何種原因（基因、疾病、意外、自然老化或不明致因等）來進行身障鑑定，只會真實呈現各系統的損傷情形，不會只能被歸類為一種障礙的狀況，所以可以表達或適應個體同時多項功能損傷的現況。

障礙分類的改變對障礙者本身及其家屬而言，其衝擊是最容易被直接反應出來，因為身心障礙證明上所載記的類別，不是能夠輕易被辨識出來，除了以往承受障礙烙印的障礙類別者，或許比較傾向同意新的載記方式之外（如舊制的慢性精神障礙或智能障礙等），大部分障礙者還是無法明確知道其障礙類型；另外在所有法條規定尚未同步修正下，障礙類別的改變還影響了部分障礙者相關福利取得資格，這些影響或不便尚可藉由資訊公開、加強宣導或現制實施時間較久後，待所有相關法條全面統一等方式，逐漸減緩其負面效應。

二、鑑定方式及流程

現制鑑定的方式，由過去採專科醫師單一鑑定，修改為由專科醫師、活動及社會參與功能評估專員共同完成身體功能構造、活動與參與功能及環境的評估，這即

為身權法第六條所提及之『專業團隊』鑑定方式，先不論目前執行方式是否符合團隊概念，整體而言，現制鑑定的內容確實必須涵蓋身體損傷（身體功能構造）、活動社會參與及環境面向，相較舊制而言，多了社會模式所強調的角色執行功能與社會參與狀況的意涵。所以除了由專科醫師負責身體功能及構造（損傷情形）的鑑定工作之外，仍需其他專業執行活動社會參與功能及環境的評估工作。所以，目前鑑定的最少人力成本是一位專科醫師再加一位功能評估專員；若申請人健康情形多元，或合併多項障礙，則需要多位專科醫師共同評估，鑑定流程方式的改變，首要衝擊就是鑑定成本的增加以及民眾的便利性。

（一）鑑定成本

身心障礙鑑定費用是依據各縣市之預算核定公告，每個縣市並不相同，根據民國 96 年臺灣省各縣市身心障礙鑑定費用申請一覽表，可以發現舊制各縣市鑑定單項鑑定費用每案約在臺幣 400-500 元，多項鑑定每案費用則在臺幣 800-1,000 元；目前現制的單項鑑定費用每案約在臺幣 1,000-1,300 元（現制的單項鑑定意指一位專科醫師加上一位功能評估專員），多項鑑定費用每案約在臺幣 1,300-2,600 元，到宅單項鑑定則是臺幣 2,000 元起跳，到宅多項鑑定費用可達臺幣 4,800 元（衛生福利部，2013a）；從上述單價估計可以發現，在總案量不變的假設下，現制鑑定成本最低會較舊制時期增加約兩倍，若申請多項鑑定的人數增加愈多，則鑑定總成本將會

更高。

另外，因為現制鑑定多了活動及參與功能的評估，而醫療鑑定後還有需求評估，所以申訴或申請重鑑的機會勢必增加，這點也應納入鑑定成本的考量。目前民眾對現制鑑定或需求評估結果有疑慮，申請重鑑之經費要先自行擔負約 40% 的費用（如嘉義及屏東），在異議成立後，則會退還該費用給申請人，也就是民眾若申請重鑑費用，在異議成立前提下，費用是由政府支出。

在新申請鑑定案量及身心障礙人數變動幅度不大的前提下，鑑定成本是可以被預先估計，政府也應有所準備，但我們可想見，鑑定的費用的擴張是否會壓縮其他的身障福利預算？我們可接受的壓縮程度為何？這在未來新制的執行成效監測上，勢必需要加以檢討；另一方面除了鑑定費用之外，卻未考慮到因為身心障礙鑑定工具的改變，申請者若需要額外進行醫療相關檢查（檢驗），其相關費用是因現制鑑定所必要執行的檢查，此費用是要以民眾自費、全民健保還是由政府全額給付方式來支應？目前並沒有這方面的相關研究或討論，但費用的來源的確是一項重要的公共議題。

（二）民眾便利及鑑定醫院執行狀況

民眾的便利性是現制鑑定流程改變所可能產生的衝擊之一，舊制鑑定方式較現制單純，直接經由專科醫師看診確立後，開立證明即可返家；現制鑑定及需求評估完整的流程則包含：「身體功能及構造」醫

療鑑定、「活動及參與功能及環境評估」以及「需求評估」三階段，身心障礙證明的取得僅需要經過前兩個階段，若需要其他福利服務才需進行需求評估，經需求評估專員評估後，方能享有相關的法定服務或福利（身心障礙權益保障法，2008）。站在民眾（使用者）的角度，現制鑑定的流程及程序的確比舊制更繁複。

由鑑定供給面的實證資料來看現制流程的執行現況，衛生福利部（前衛生署）於民國 101 年曾針對參與鑑定現制試辦之四家種子醫院之鑑定醫師及功能鑑定專員進行調查，20% 的專科醫師與 72.6% 功能鑑定專員表示於鑑定工作中曾因為院內鑑定流程設計不良而遭遇到困難。而 46.7% 的醫師表示在其服務單位遇到需要兩位醫師會診鑑定時曾發生流程上的困難，29.6% 的功能評估專員表示醫師完成鑑定後，個案的功能鑑定銜接不易（嚴嘉楓等，2012a）。除了在宅鑑定外，鑑定場域幾乎皆在醫療院所內完成，從專科醫師到功能鑑定專員評估的銜接過程，主要還是交由各醫院自行斟酌其鑑定案量及行政流程的便利性加以安排，在流程設計上醫院是否會以「申請人為中心」，目前無法得知，但若從醫院鑑定品質、動線或管理流暢、申請鑑定者的滿意度的角度加以調查或檢視，相信更能具體了解民眾對於現制鑑定流程安排的滿意度。

參、活動參與功能評估意義及困境

由於我國是全球第一個明確以 ICF 架構做為身心障礙鑑定設計依據的國家，所以活動參與功能及環境評估即被納入鑑定系統的規劃中，鑑定系統除了流程設計之外，最重要就是評估工具的發展及評估者的訓練，雖然 ICF 提供了完整且清晰的架構理論，國際上也有很多臨床試驗的實證資料，但 ICF 終究是一套功能分類系統，並非為一套可以應用於身心障礙者鑑定的評估工具。發展一個活動參與功能的評估工具並非難事，工具信效度，是可以藉由科學的發展歷程加以客觀呈現，但工具的困境在於該工具使用的目的會影響此工具的應用成效，換句話說，我們要將客觀的分類系統發展成一套用來鑑定並要做為障礙分級的評估工具，這個障礙資格及分級結果將會影響障礙者及其家庭的福利獲得，所以評估目的，不再是為了臨床介入或治療目的，而是一種獲取福利資格的門檻，障礙分級本身即是一種『比較』，將所有障礙情形進行程度上的比較，讓津貼或補助可以在此比較下有所依據，這樣的概念源自於殘補式福利的概念，在此不討論這是否符合公平正義原則或身權法的真正意涵，在執行上就會有幾個問題要被思考或挑戰：(1)評估工具的完整以及評估過程的客觀性；(2)評估過程如何防偽；以及(3)個人活動參與功能的評估結果如何被納入分級計算。既然身障鑑定中的活動參與功能因為其評估目的受到質疑，那為何還要納入身障資格的鑑定依據之一？以下先說明活動參與功能評估放入鑑定的意義，再來檢視其可能的衝擊。

(一)活動參與功能評估之意義

「障礙」概念因著世界衛生組織於 2001 年公布了 ICF 以及我國現制鑑定的發展，各界研究學者與實務工作者對障礙的定義及解釋逐漸清晰與一致，皆同意障礙是一種動態的過程，健康或障礙應由身體功能構造、活動及社會參與、環境及個人因素個面向相互影響下的狀況(WHO, 2001)，所以障礙鑑定放入活動及社會參與功能評估結果，其意義在概念上的確有其必要，若僅用醫療模式觀點的鑑定方式，就會發現下列情形：個人在有較為嚴重的生理損傷，卻完全能夠執行（或僅部分限制）其社會角色；或完全無法執行其社會角色卻沒有顯著的生理損傷的人，所以，以整合模式來界定或討論障礙是比較能夠符合公平正義原則，尤其是當我國將障礙鑑定作為享有福利資格的門檻時，活動及社會參與功能更要納入評估。

(二)活動參與功能評估納入身障鑑定之衝擊

前段已經說明 ICF 是一套功能分類系統，並非評估工具，所以要將客觀的分類系統發展成一套用來鑑定並要做為障礙分級的評估工具，尤其是用以評估個人活動及社會參與情形，所以本段即針對(1)評估工具的完整以及評估過程的客觀性；(2)評估過程如何防偽；以及(3)個人活動參與功能的評估結果如何被納入分級計算來討論活動參與功能評估放入鑑定系統的可能衝擊。

(1)評估工具的完整以及評估過程的客觀性

目前我國用於身障鑑定的活動參與功能評估工具稱為身心障礙評估量表(The Functioning Disability Evaluation Scale, FUNDES)分成兒童版及成人版，其涵蓋活動及社會參與功能與環境評估的完整性及評估過程的客觀性，即工具本身信效度都陸續有實證性研究發表，在該工具的操作手冊也有詳盡的說明（廖華芳等人，2013a；2013b；嚴嘉楓等人，2012b；黃靄雯等人，2012；Yen et al., 2014; Chiu et al., 2014; Kang et al., 2015; 2014; Hwang et al., 2013），在此就不討論。

(2)評估過程如何防偽

『評估過程如何防偽』此議題其實是伴隨評估目的而來，由於該評估結果涉及福利資格判定，所以根據個案描述的活動參與能力與表現的答案，其真實性才變成是一個重要的議題，若該評估結果是用於治療依據，受評者就沒有說謊的必要，也因為治療與切身健康有關，愈真實對自己愈有利。許多活動參與、生活品質等測量工具都是屬於自我陳述，其結果皆依據受測者的個人感受與經驗，ICF 所強調的障礙限制或活動及社會參與情形，原本就應該回歸個人經驗與感受為主體，所以如何讓受訪者覺得沒有說謊或隱瞞的必要，才是成功評估最重要的關鍵。但用於與福利身分資格的鑑定評估實在不容易，這並不是換另一套評估工具就能解決。所以僅能藉由題目設計、評估方式或多元題目等方式來做為因應，但目前功能評估受到最大

的質疑與挑戰，其實是在於該評估結果將被應用於鑑定，所以自我陳述且主觀性的答案是否該被採納。對此，ICF 研究團隊在施測方式與量表設計上其實是有做一些調整，例如量表的主要施測者規定是由經過專業課程受訓之醫事、社工、特教與職評等專業人員，這些專業人員就著自己本身的專業背景加上評估課程的訓練，較僅依據個案自行填寫或描述的答案更具客觀性，鑑定工作交由專業人員的意義也是期待評估者專業背景能夠發揮其功用；另外檢視 FUNDES 成人版評估工具，可以發現在測量面向上，設計了『表現』、『生活情境下能力』兩個面向分別測量；另外加上直接施測的項目，大大增加測量本身的客觀性，但由於量表題目目前並無多元題目設計，民眾可能會有練習效應，故防偽機制似乎是需要被思考的，如何讓評估者變成國家福利客觀的守門員，也讓民眾信任評估結果的確是功能評估最大的挑戰。

(3)個人活動參與功能的評估結果如何被納入分級（嚴重程度）計算

障礙分級是我國福利分配重要的依據之一，舊制的障礙分級是依據專科醫師診斷而來，若為多重障礙，就依據單項障礙等級之加總的規定來決定最後障礙程度，從民國 101 年現制實施至今（民國 104 年），雖然已經將個人活動參與功能評估納入鑑定流程，但其實 FUNDES 的功能評估分數，尚未納入鑑定結果的障礙等級判斷，目前僅根據身體功能及構造的鑑定結果決定身心障礙綜合等級，所以功能分數未來被納入分級計算後，個人障礙等級的

改變對國家預算或民眾將是一大衝擊。

根據嚴嘉楓等人於 101 年針對現制試辦時期資料分析（試辦時期的資料是每一位已擁有舊制身心障礙手冊之成人，同時接受舊制及現制兩種評估方式所得結果），將 FUNDES 分數粗分幾個計算方式，再與身體功能及構造的等級結合，該結合方式主要以『身體功能與構造』與『FUNDES』不同權重加以計算，此結果暫且稱為『現制之最終等級』將其結果與舊制鑑定結果做比較，計算新舊制轉換後各等級人數的改變狀況，各等級人數的改變最直接的衝擊，就是現金津貼的支出改變情形，如生活補助費等。本文對於功能評估放入鑑定系統的衝擊分析，先僅以障礙分級人數的改變比例來加以討論。以下是以嚴嘉楓等人於 101 年所作之分析結果為依據（嚴嘉楓等人，2012a）。

從 101 年度之試辦資料結果發現，舊制鑑定結果被判定可領有身心障礙手冊者，同時以現制鑑定後，沒有人被排除；但約有 25 人(0.35%)以舊制鑑定評估後被判斷為未達列等標準（即非具身障者資格），以現制鑑定後仍被判定為身心障礙者，也就是說現制鑑定之綜合等級方式較舊制標準寬鬆，但這也意謂整體的福利支出將會較以舊制鑑定結果增加。

進一步本研究選擇不同加權方式對現制進行障礙綜合等級模擬，並分析人數改變衝擊分析，方式 1 為現制綜合等級（依據目前公布之鑑定作業辦法）僅納入『身體功能及構造（b, s 碼）』評估結果，b/s 占 100%，『活動及參與』生活情境下能力

分數(WHODAS 2.0)未納入，占 0%；方式 2 為現制綜合等級 b/s 占 50%，『活動及參與』占 50%；方式 3 為 b/s 占 30%，『活動及參與』占 70%；方式 4 為 b/s 占 70%，『活動及參與』占 30%。從表 1 可以發現採納的【方式 1】現制與舊制分級結果一致性最高(49.7%)，因此方式是完全以身體功能及構造評估結果作為最後的障礙綜合等級，這種方式也是 101 年 7 月 11 日現制實施後至今所使用的方式。【方式 1】只是沿襲原有的舊制鑑定邏輯，著重於身體功能及構造，其實是悖離 ICF 精神。與舊制鑑定結果一致性最低的是【方式 3】(39.8%)，亦即若『身體功能及構造』權重為 30%，『活動及參與』面向權重為 70%的話，未來身心障礙者的人數將會變動較大，且較多比例是分級變得更嚴重(48.0%)。【方式 2】則是取(b, s 碼)及『活動及參與』各占 50%的方式，其改變的人數比例在這四個方式來說是較為居中的，表面上來說此權重是兼顧兩者的方式，但回歸到『障礙』的本質，我們應該著重於個體在其社會情境之下『活動參與』的受限情形，根據此限制給予生活或社會支持，『身體功能及構造』的損傷只是社會參與限制下的其中一個致因，若此致因就占 50%，嚴格說來與舊制鑑定的意義並不會改變很大，只能說【方式 2】僅是將『活動參與』納入障礙鑑定，但卻是建立在醫療模式的邏輯之上，這樣是不是與保留舊制鑑定方式，再納入活動參與評估即可，是一樣的意思，失去現制改革的本意。【方式 4】則是將『活動參與』分數的權重降低至 30%，b, s 碼提高為

70%，此方法的優勢是降低主觀性較大的功能評估權重，提高客觀性較高的身體損傷的權重，但有可能會輕判身體損傷不易測量，而在活動參與受限很大的障礙者；此外此種方式受到 bs 選碼限制影響也較大。不管是應用哪一種模擬方式進行權重模擬，大致而言，個案障礙嚴重程度皆受到『活動及參與』權重比例增加而增加。然而，此研究以舊制障礙等級當比較標準，舊制障礙鑑定其完全不符合 ICF 之精神，因此未來宜另找黃金標準。

另外，此研究也發現在舊制鑑定結果為未達列等標準者之 25 人當中，有 2 至 5 人在現制鑑定分級方式 1-4 改變為極重度，即同樣個案以舊制鑑定結果為無法領有手冊，以現制鑑定後卻是極重度，主要因【方式 1】是完全考量身體功能及構造 (bs 碼)，未將活動及參與之分數納入考

量，導致這顯示身體功能及構造 (bs 碼) 評估工具是必須加以進一步探討其信效度。

該報告更深入的探究，個人在身體功能與構造的綜合等級與 FUNDES 分數之間，各種計算方式的改變，如 FUNDES 分數評估結果為 0 分 (即顯示活動參與無困難者)，其身體功能構造鑑定卻有列等者，是否該判定具有為身心障礙者身分，這些方法的模擬與推論牽涉了更多公平正義的議題。這些因為功能評估放入障礙分級計算的鑑定結果將攸關具有身心障礙身分的人口數，若能夠配合中低收入相關資料、是否居住機構，更能精算出生活補助費、托育補助費或養護補助費的支出變動，更能掌握現制執行後可能產生的經濟衝擊，對於中央政府及地方政府來說也較能預測未來福利支出的變動。

表 1 舊制鑑定分級結果與現制鑑定各種分級模擬方式之比較

【方式 1】現制綜合等級僅納入『身體功能及構造』評估結果，b/s 占 100%，『活動及參與』分數未納入，占 0%						人數 改變情形
N=6827	舊制鑑定之嚴重等級					
現制綜合等級	未達列等標準	輕度	中度	重度	極重度	
輕度	11	1481	451	55	11	一致：3391 (49.7) 變輕：826 (12.1) 變重：2610 (38.2)
中度	5	535	885	235	16	
重度	7	364	865	473	58	
極重度	2	88	324	409	552	
【方式 2】現制綜合等級：『身體功能及構造』占 50%，『活動及參與』分數占 50%						
N=6805	未達列等標準	輕度	中度	重度	極重度	
輕度	12	1352	404	21	3	一致：2992 (44.0) 變輕：684 (10.1)
中度	3	692	810	106	35	

重度	5	356	865	346	115	變重：3129 (46.0)
極重度	5	94	433	691	484	
【方式 3】現制綜合等級：『身體功能及構造』占 30%，『活動及參與』占 70%						
N=6810	未達列等標準	輕度	中度	重度	極重度	
輕度	10	1161	469	48	28	一致：2713 (39.8)
中度	4	742	763	119	69	變輕：826 (12.1)
重度	9	443	810	342	93	變重：3271 (48.0)
極重度	2	117	473	661	447	
【方式 4】現制綜合等級：『身體功能及構造(b, s 碼)』占 70%，『活動及參與』占 30%						
N=6816	未達列等標準	輕度	中度	重度	極重度	
輕度	10	1349	317	23	6	一致：3196 (46.9)
中度	5	696	894	112	9	變輕：540 (7.9)
重度	6	314	885	404	73	變重：3080 (45.2)
極重度	4	108	423	628	549	

註：綜合等級先轉化成 100 分，與 WHODAS 2.0 分數加權，之後再以四分位數分成輕、中、重、極重四級

肆、結語

活動及社會參與功能是障礙情形及執行社會角色的重要面向，在身心障礙判定上納入活動及社會參與功能的評估不僅符合 ICF 的精神，更能夠完整表達個體障礙或受限情形，並可以發掘個體本身或家庭所需要的社會環境支持，但由於鑑定制度本身的設計其實是來自專家及各界討論，不斷妥協之下的產物，又牽涉資源成本的配置，所以判定標準的設置(鑑定及障礙分級制度)就成爲必要之惡。在不可不爲的情況下，現制實施後的衝擊勢必要被審慎考量。本文僅針對制度及工具可能所造成的

衝擊加以討論，尚缺乏民眾及需求評估執行後的衝擊估計，未來若能增加這部分的實證研究，將有助於現制的修正，並可建立適切的政策評估指標。

另外本文在衝擊面上的討論，所使用的研究數據是試辦時期的資料，但在衝擊數據的計算上是以政府所公告的分級標準進行模擬，試辦時期的身體功能及構造評估項目與目前所執行的公告版有所差異，本文爲了未來政策實用性，以公告版的編碼爲準，但公告版所增加的評估項目，如 b139 整體心理功能：發展遲緩、b16701 閱讀功能、b16711 語言功能、b415 血管功能，則無法列入計算，這可能會低估實際

的綜合等級，所以衝擊的預估將會更大 (b16701 閱讀功能、b16711 語言功能是屬於兒童專屬的編碼，所以對兒童資料的推估影響較大 (衛生福利部，2013b)。

(本文作者：嚴嘉楓為慈濟大學公共衛生學系副教授；廖華芳為中華民國發展遲緩兒童早期療育協會常務理事、臺大物理治

療學系兼任副教授；紀彥宙為中山醫學大學職能治療學系助理教授；劉燦宏為臺北醫學大學公共衛生暨營養學院傷害防治學研究教授、臺北醫學大學部立雙和醫院復健醫學部主任)

關鍵詞：身心障礙者鑑定新制、活動參與功能評估、衝擊

📖 參考文獻

內政部 (2012)。2012 身心障礙鑑定與需求評估新制。上網日期：2012 年 11 月 9 日。檢自：<http://www.topwin.com.tw/moi/system.html>

身心障礙權益保障法 (2008)。全國法規資料庫衛生福利部社會及家庭目。

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050046> (102/6/11 修正)。

衛生福利部 (2013a)。身心障礙者鑑定作業辦法修正條文。

<http://www.enable.org.tw/res/detail01.php?id=9>

衛生福利部 (2013b)。身心障礙鑑定類別、鑑定向度、程度分級及其基準。

http://w3.matsu.gov.tw/upload_files/download/0212031706.pdf

黃靄雯、劉燦宏、Bedell GM、康琳茹等。身心障礙鑑定 d 成分工作小組：兒童及青少年參與量表應用於臺灣新制身心障礙系統之心理計量特性—初步研究。第二次 ICF 學術研討暨論文發表大會。新北市雙和醫院 13 樓國際會議廳 2012 年 3 月 31 日至 4 月 1 日。

劉燦宏，廖華芳，嚴嘉楓等 (2011)。100 年度「新制身心障礙鑑定整備計畫」成果報告 (計畫編號：100M4145)。

劉燦宏，廖華芳，嚴嘉楓等 (2012)。101 年度新制身心障礙鑑定計畫成果報告 (計畫編號：101M4100)。

廖華芳等人 (2012)。身心障礙鑑定功能量表 7.0 操作手冊，衛生福利部。

廖華芳、嚴嘉楓、黃靄雯、劉燦宏、張本聖、吳亭芳、呂淑貞、紀彥宙、張光華 (2013a)。身心障礙鑑定功能量表之運用。《臺灣醫學》，17(3): 317-31 (Formosan J Med 2013)。

廖華芳、范家榕、劉燦宏、嚴嘉楓、吳亭芳、張本聖、呂淑貞、黃靄雯、紀彥宙、盧璐 (2013b)。身心障礙鑑定功能量表成人版之鑑定專業人員訓練課程與初步成果。《臺灣醫學》，17: 368-80 (Formosan J Med 2013)。

嚴嘉楓、李宜興、梁忠詔 (2012a)。新制與現制身心障礙者鑑定及需求評估結果差異之

- 潛在衝擊研究，行政院衛生署 101 年度委託科技計畫（計畫編號：DOH101-TD-M-113-101004）。
- 嚴嘉楓、廖華芳、劉燦宏、黃靄雯等（2012b）。臺灣身心障礙成人「活動與參與」表現與能力評估之信效度。第二次 ICF 學術研討暨論文發表大會。新北市雙和醫院 13 樓國際會議廳（2012 年 3 月 31 日至 4 月 1 日）。
- Chiu WT, Yen CF, Teng SW, Liao HF, Chang, KH, Chi WC, Wang YH, Liou TH (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: 416-424.
- Chi WC, Liou TH, Huang WI, Yen CF, Teng SW, Chang IC (2013). Developing a disability determination model using a decision support system in Taiwan: A pilot study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112 (8):473-481.
- Chiu TY, Yen CF, Chou CH, Lin JD, Hwang AW, Liao HF, Chi WC (2014). Development of traditional Chinese version of World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 36-item (WHODAS 2.0) in Taiwan: Validity and reliability analyses. *Research in Developmental Disabilities* 35: 2812-2820.
- Hwang AW, Liou TH, Bedell GM, Kang LJ, Chen WC, Yen CF, et al. (2013). Psychometric properties of the Child and Adolescent Scale of Participation – Traditional Chinese version. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36(3): 211-220.
- Kang LJ, Yen CF, Bedell G, Simeonsson RJ, Liou TH, Chi WC, Liu SW, Liao HF, Hwang AW (2015). The Chinese version of the Child and Adolescent Scale of Environment (CASE-C): validity and reliability for children with disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities* 38:64-74.
- Teng SW, Yen CF, Liao HF, Chang KH, Chi WC, Wang YH, Liou TH (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: 691-8.
- World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2007). International classification of functioning, disability and health: Children and Youth version: ICF-CY. Geneva: World Health Organization. Geneva, World Health Organization.
- Yen CF, Hwang AW, Liou TH, Chiu TY, Hsu HY, Chi WC, Wu TF, Chang BS, Lu SJ, Liao HF,

Teng SW, Chiu WT (2014). Validity and reliability of the Functioning Disability Evaluation Scale-Adult Version based on the WHODAS 2.0d36 items. *Journal of the Formosan Medical Association* 113, 839-849.