



身心障礙福利服務 10 年回顧 及前瞻

簡慧娟 · 尤詒君 · 吳宜姍

壹、前言

1980 年我國通過殘障福利法，開啟我國身心障礙法令制度，此法主要是立基於慈善救助觀點，期待透過殘補式福利扶助身心障礙者自力更生；1997 年修正公布身心障礙者保護法，將身心障礙者公平參與社會生活之機會視為基本保障；而 2007 年全面修正的身心障礙者權益保障法（以下簡稱身權法），則是主動參採 2006 年 12 月 13 日聯合國通過的「保障身心障礙者權利及尊嚴國際公約」（International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities），即身心障礙者權利公約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities，簡稱 CRPD）之前身，以人權模式精神通盤檢討修正身權法，強調障礙是個人與環境互動結果，必須積極消弭障礙，包括以積極福利與權益取代消極救濟，對個別身心障礙者特殊需求給予支持服務等方式，保障身心障礙者

充分及平等享有所有人權及基本自由，並促進對身心障礙者固有尊嚴之尊重。

2007 年身權法全面修正的重要意義，除了是確立與國際接軌的方向，這也是國內首次將社會福利立法提升到權益保障位階，將身心障礙者視為獨立自主的個體，與一般人享有相同權益，彰顯過往社會福利的「案主」不再僅是爭取福利，而是更在乎個人的人權與社會正義（林萬億，2014），同時，亦引進「國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health，簡稱 ICF）」做為身心障礙鑑定依據，並設立需求評估制度，成為身心障礙服務取得的整體評估機制，至此，我國身心障礙福利的價值理念與實質內涵正式邁入新的里程碑。

為了展現我國積極參與、維護國際人權事務之決心，我國在 2014 年施行身心障礙者權利公約施行法（簡稱 CRPD 施行法），這是繼 2009 年通過公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施

行法之後，第五個透過施行法方式，自主宣示履行聯合國通過之人權公約，要求各級政府機關依照 CRPD 的精神全面檢視及調整各項法規及行政措施，逐步漸進地為身心障礙者建立友善無障礙的社會。因應身權法的大幅修正，以及 CRPD 施行法的通過，我國一方面落實從鑑定到需求評估，再到服務轉介與提供的過程，一方面積極建置身心障礙服務體系，致力於可近性環境之建構，在在都是希望讓身心障礙者能夠自主選擇在社區生活的方式，實踐個人最佳福祉。

貳、從國際潮流看臺灣身心障礙政策發展歷程

國際上對於身心障礙政策之研究依各國歷史背景及國家福利政策取向而有不同分類，經濟合作暨發展組織（OECD）以著重現金給付的補償（compensation）功能及重視重返職場的「整合」（integration）功能為分析基礎，分類出五種身心障礙政策模式，這五個模式分別為 1. 負面消極模式（negative policy model）：身心障礙者人權及公民權被國家忽視。2. 自由放任模式（lassies-fair policy model）：國家在身心障礙者生活不扮演任何角色。3. 拼湊物模式（piecemeal approach）：國家係被迫回應各方壓力而成產生政策，因此對身心障礙者的保障亦不足。4. 最大化模式（Maximal policy model）：國家提供身心障礙者之協助為大範圍協助措施，但身心障礙仍被認為是個人損傷而非社會建構之結果。5 社會

或人權模式（social or rights-based policy model）：身心障礙是社會產物，國家應確保所有人（包括身心障礙者）的公民權。（周怡君，2016）除此之外，國際上亦有以生物醫學、經濟、社會政治等三個模式分類國家身心障礙政策之論述（Bickenbach, 1993；周怡君，2016），而 Lyn（2003）分析加拿大身心障礙政策時，也以這幾個模式分析加拿大身心障礙政策的典範轉移經驗，二十世紀初智能障礙及精神障礙者在加拿大被視為是法律及秩序的威脅，需要被安置於機構以保護他們個人及社會。

到了 1920-1970 年之間盛行醫療模式（medical model）及經濟模式（economic model），醫療模式下強調醫療診斷，在此模式下身心障礙者被視為是生理上弱勢及功能受限的一群人，代表他們是一群有特殊醫療需求的群體，需要以慈善服務方式提供各種所需的服務，醫療專業人士成為福利身分守門員。而整體政策認為身心障礙者參與社會最大的障礙是他們的職業及醫療限制，所以政策重點放在提供治療及支持性服務，改善他們的能力以便能扮演他們的工作角色，而經濟補助只提供給經醫師證明無法工作的身心障礙者。但誠如 Bickenbach 所說醫療模式低估了社會層面對於身心障礙者的影響，在北美的個人主義的哲學思想下，幫助人們經濟獨立是重要的議題，醫療模式一再強調人們是因能力受損而無法工作，反而較少思考可否創造一個可以接受身心障礙者的工作環境（Lyn, 2003）。

到 1970 年代後因社會對於人權之重

視及各種公民組織之影響，政治社會模式（sociopolitical model）應運而生，該模式一改將身心障礙視為個人限制之觀念，而認為身心障礙是社會環境失能無法滿足身心障礙者需求所致，這個理論直接挑戰了醫療及經濟模式對身心障礙者的定義，強調要調整修正社會環境，並去除對特定團體之歧視；此模式下身心障礙者有三個目標希望達成：（一）希望受到尊重。（二）有權利掌控自己的命運。（三）有機會參與社會各層面的活動。整體而言，政治經濟模式強調藉著增加交通、建築物及就業可及性以強化身心障礙者社區參與。但 Lyn（2003）認為一個政策典範從未直接取代另一個，不同觀點下的政策常常是同時並存的，醫療模式及經濟模式同時存在於 1910-1970 年代，而後的政治社會模式及經濟模式也並存於目前的政策當中；而這樣並存的模式也的確發生在臺灣身心障礙政策的演進史中。

張恆豪、顏詩耕（2011）將臺灣身心障礙政策分為三個時期，分別是身心障礙者權利拓荒期（1980-1986）、從慈善到權利：工作權、參政權與無障礙環境（1987-1990 中期）、邁向權利模式：福利體制的公辦民營與制度化身心障礙者的公民參與（1997-2010）；從整體立法的歷程的確可以看到臺灣從慈善邁向權利的軌跡。

殘障福利法自 1980 年訂立以來共計歷經 18 次修正，其中載明立法意旨的第 1 條共計修正過 4 次，而這些法條沿革也反應了我國身心障礙福利政策的歷程，在 1980 年的殘障福利法第 1 條明定「政府為

維護殘障者的生活，舉辦各項福利措施，並扶助其自力更生…」，到了 1990 年立法宗旨則修正為「為維護殘障者生活及合法權益，舉辦各項福利及救濟措施以扶助其自力更生…」，從立法意旨之改變可以看到當時受到英、美 1990 年代社會政治模式的影響，法案中首度強調「合法權益」，並將「反歧視」觀念更加落實，對於歧視身心障礙者之行為首度訂定罰則於第 25 條中明定處以 6 萬元罰鍰；不過整體而言還是以醫療模式來進行鑑定，並以慈善及救助補助為主要政策主軸。

對於社會模式的內涵，王國羽（2018）提到社會模式強調外部社會環境造成身心障礙者處於不利與不平等的權利地位，因此政策重點在於去除環境中的障礙，檢視 1997 年修正的「身心障礙者保護法」即採取這個觀點，於該法第 2 條中明定各目的事業主管機關權責，舉凡社會福利、交通、勞工、建設、工務、國民住宅、財政等均納入目的事業主管機關並明定權責，企圖將整體社會環境重新設計。

如果說「社會模式」檢視身心障礙經驗是以外部社會脈絡為主，那麼「人權模式」檢閱身心障礙經驗係強調不同身心障礙者在損傷經驗的差異與特質（王國羽，2018），整體身心障礙政策更強調個別經驗的尊重，更強調身心障礙者為權利主體，即便是極重度身心障礙者之權利實踐也不因損傷狀況而減少，應透過外部各種服務與支持，使其享有與他人相同之權利。我國在透過施行法將 CRPD 公約國內法後，正式宣告引入「人權模式」作為身心障礙政策的未來走向，王國羽（2018）

提到當公約國內法化後，國內相關身心障礙政策、法令與服務都必須隨公約精神而有所調整，未來實務界提供服務時應更落實尊重隱私與自尊，例如居住型機構在提供住民服務，如洗澡、如廁、換衣等需提供個別化服務才能符合公約精神；另外極重度障礙者如何參與各項決策，這些都是公約執行的重要細節。

雖然 CRPD 施行法係於 2014 年 8 月公布施行，但事實上自聯合國 2008 年公布 CRPD 以來，臺灣身心障礙團體即開始將其概念倡議引入各項政策，衛生福利部社會及家庭署 2013 年所公布的第 9 次身心障礙福利機構評鑑指標就是引入其概念之成果，在該評鑑指標中首度新增「5302. 個人生活隱私的維護」指標，該指標明定監視設備不得裝置於影響身體隱私之空間（如廁所、浴室及寢室內）、執行日常生活如廁、盥洗、更衣及生理照護時，應有維護個人之隱私措施。而對於服務對象參與決策部分，更早在 2008 年第 7 次身心障礙福利機構評鑑指標中納入「服務對象或其家屬均有機會參與決定與使用者有關之活動及決策」，至最近一次的 2017 年評鑑指標仍然保留這個重要評鑑項目；而未來隨 CRPD 國內法化的影響，身心障礙政策將更傾向「人權模式」，更加強調身心障礙者個人參與與決策，特別針對重度障礙者應透過各項輔助措施，如易讀服務、溝通輔具等協助身心障礙者作出決策，家屬的角色將更淡化。

參、臺灣身心障礙政策十年回顧

過去十年由於 ICF 鑑定新制的引入，正式宣告我國身心障礙政策脫離純粹「醫療模式」，而較傾向於「社會模式」，而 CRPD 施行法更是直接移植國際「人權模式」至我國，當然作為一個後進國家，臺灣身心障礙福利的立法與訂定，通常是追隨世界潮流，學習或借用不同國家的福利制度與設計，然後修改成為本土的政策與制度（張恆豪、顏詩耕，2011），面對這些移植自國際的觀念，國家整體制度透過觀念的撞擊磨合的確發展出不少本土經驗，如 ICF 鑑定新制便是國際上少數全面實施的制度；而在福利服務部分，身權法於 2007 年修正及訂定相關授權辦法時，針對提供身心障礙者之支持性服務，納入多項創新服務，例如社區居住、社區日間作業設施、生活重建、家庭托顧、輔具服務、情緒支持與行為輔導等，明定直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理各項服務，並自 2012 年實施；另立法院於 2011 年修正身權法第 50 條規定，將自立生活支持服務納入個人照顧服務之一環，使身心障礙支持性服務更向前跨越符合平等參與自立之精神，並與國際上倡議身心障礙者自立生活之潮流接軌；以下茲就身心障礙者鑑定新制與需求評估、促進身心障礙者享有於社區中生活之平等權利的多元支持性服務，以及遭遇問題與因應策略等面向逐一說明。

一、身心障礙鑑定與需求評估制度

我國身心障礙分類定義，起始於 1980 年殘障福利法將殘障者訂為 7 類，期間歷經 1990 年修正為 11 類、1995 年修正為

12類、1997年修正為14類，到2001年第5度修法時，已經擴增為16類，主要是以特定疾病類別、身體損傷部位及功能限制為主，偏重於醫療模式，直到2007年修正身權法，才正式援引ICF做為身心障礙鑑定依據。ICF本身並非一個評估工具，而是一種分類方式，但提供了一個相對公正客觀的評估架構來定義身心障礙：一個人的功能不全，係因疾病、意外事故或其他健康方面因素，在與環境因素互動後，所造成日常生活中的限制或社會參與有所侷限的結果（劉燦宏，2014），在此脈絡下，我國將身心障礙者定義為「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」，不再將身心障礙者醫療化或是個人問題化，而是透過明確區辨服務對象，因應身心障礙者確切的需求，據以提供適切服務（林萬億、吳慧菁、林珍珍，2011）。

除了改變身心障礙的分類原則，也進一步設立需求評估制度，身心障礙者在取得法定服務前，皆須經過需求評估以確認其實際需求，破除以往取得身心障礙資格後，即可獲得所有法定項目的方式。其次，身心障礙證明效期調整為最長5年，身心障礙者必須至少每5年或是生涯產生變化時重新評估及確認新的需求，政府則被賦予積極、主動透過需求評估制度瞭解身心障礙者需求並連結各項服務措施，以協助其全面參與社會生活的責任（簡慧娟、宋冀寧，2015）。我國需求評估制度是藉由ICF「活動與參與」九大面向架構及分級制度，以全人觀點完整蒐集身心障礙者的

生活樣貌，並將該評定結果做為後續服務獲得的基礎，由於身心障礙是人與環境互動的結果，即便處在相同環境下，不同的身心障礙者遭遇的阻礙亦不相同，故服務資格認定是立基於9大面向評定結果、需求評估人員建議及專業團隊審查意見等綜合因素（周宇翔、李淑貞、謝東儒、張聿淳，2015）。為能積極回應身心障礙者是獨立自主的個體，法定服務的提供必須是以滿足身心障礙者全人與生命歷程所需為目標，也就是，看見身心障礙者的差異，提供最適切的服務，呼應身權法第19條：「各級主管機關及目的事業主管機關應依服務需求之評估結果，提供個別化、多元化之服務。」

二、增進社會參與及提升無障礙意識

身權法第1條開宗明義闡示，本法制定目的係「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。」要增進身心障礙者社會參與的機會，前提是必須確保身心障礙者在與其他人平等的基礎上，無障礙地進出物理環境，使用大眾運輸、利用資訊及通訊傳播，平等享用公共設備與公共服務。然而，身心障礙者具有多元性，不同身心障礙類別，所需要的協助方式也可能不同，在過去十年內，政府除了持續致力於提升整體物理環境的無障礙，包含公共建築物及活動場所，應規劃設置便於各類身心障礙者行動與使用之設施及設備，更透過身權法明定市區道路、人行道及市區道路兩旁建築物之騎樓應符合無障礙相關法規，藉以改善騎樓常有遭佔用或

有高低落差等情形，以及大眾運輸工具應規劃設置便於各類身心障礙者行動與使用之無障礙設施及設備，保障身心障礙者最基本行的權利。

再者，政府也進一步關注到視覺功能障礙者、聽覺功能或言語功能障礙者所需要的個別支持性措施，包含為保障視覺障礙者、聽覺功能障礙者、肢體功能障礙者及導盲犬、導聾犬、肢體輔助犬得自由出入各公共場所的權利，並且教育民眾與上開輔助犬相處時的正確觀念，以及能充分理解及尊重身心障礙者公平享有的權利，分別於 2007 年、2015 年增修身權法相關條文。為協助聽覺功能或言語功能障礙者參與公共事務，透過手語翻譯或同步聽打服務滿足其完整接受資訊的權利，於 2007 年、2009 年、2015 年三度增修身權法相關條文。

人權是人類與生俱來，是做為人類應享有的權利，身心障礙者參與不只是需要，更是必要。CRPD 第 3 條一般性原則，即指出身心障礙者必須充分有效參與及融合社會，要達成此目標，有賴於降低社會環境的障礙，建構平等參與和不歧視的基礎，才能弭平身心障礙者和非身心障礙者之間的不一樣，把權利還給每一個人，政府除了物理環境的改善及軟體服務的提供，未來更必須採取有效與適當措施，破除民眾以往對身心障礙者的偏見與刻板印象，提升整體社會對身心障礙者的平等意識。

三、福利服務多元化、社區化、小型化

身心障礙福利服務之發展，早期係以機構式服務為主，近十年之發展，則著重

於居家式及社區式服務模式之發展；除了模式更加多元外，服務的價值理念不再只是「照顧」，更多導向「支持」與「發展」，重視身心障礙者自立與自主，透過各種支持與協助，使身心障礙者能與一般人有同等參與社會之機會。

過去十年身心障礙服務的重要發展就是照顧服務朝向社區化，從原本以住宿機構式的服務型態為主，轉為強調小型、社區的社區式服務，現行身心障礙者社區日間作業設施、社區式日間照顧、家庭托顧、以及社區居住，皆是因應社區化而產生的服務，惟因各地資源發展不均，且因朝社區化、小型化方向推動，故每服務單元可服務人數少，資源發展及服務量能有待提升。自 2008 年起開始發展社區式服務只有 118 個社區服務據點，至 2018 年共有 637 個社區式服務據點，約可服務 1 萬 2,346 人，而住宿式機構則有 175 個機構服務 1 萬 3,159 名身心障礙者，可以明顯看到過去十年以來，住宿式機構僅成長 11.5%，且近五年機構成長數呈現停滯狀態，但社區式服務則成長 5 倍之多（見表 1）。若以涵蓋率來看，於 2017 年底社區式服務涵蓋率為 14.87%（註 1），整體而言服務涵蓋率仍不足，因此為協助地方政府發展社區式服務資源，衛生福利部社會及家庭署自 2016 年起推動「建置未來 5 年（2016 年 -2020 年）身心障礙照顧服務資源計畫」，地方政府經由盤點轄內身心障礙人口分布、以及資源情形，擬定五年布建計畫並提供經費補助予地方政府，以逐年達成社區式服務成長之目標。

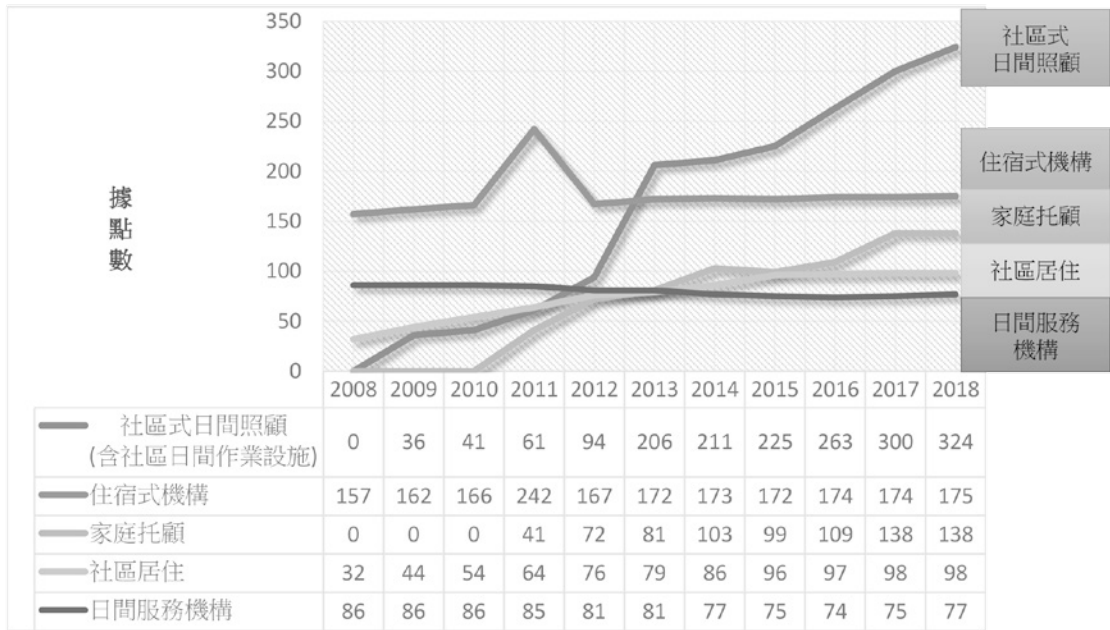


表 1 身心障礙社區式及住宿式服務資源一覽表

在機構資源布建上，補助新建機構規模在 99 人以下以及推動機構融合社區相關計畫，朝「小型化」、「社區化」目標前進。

四、推動自立生活服務

最能代表人權模式下的身心障礙政策應屬自立生活支持服務，受到 CRPD 公約第 19 條的影響，歐洲自立生活運動近年相當活躍，而國內自立生活團體受國際思潮影響而開始倡議，於 2011 年身權法修法將其納入，並自 2012 年起運用公彩回饋金補助各地方政府開辦自立生活支持服務，該服務係藉由同儕支持的協助並提供個人助理服務，讓身心障礙者得以自我決定、自我選擇、自我負責，依其想望而能自立生活於社區。該服務 2013 年提供 278 名身心障礙者 1,517 人次之服務。至 2018

年全國已提供 532 名身心障礙者 4 萬 689 人次之服務。

在分析身心障礙者個別需求評估及不同障別身心障礙者使用個人助理服務使用狀況時發現，2017 年經需求評估結果建議使用之人數為 3,065 人，使用自立生活支持服務人數為 508 人，服務涵蓋率為 16.5%，顯示有倡議宣導及增加服務可近性之精進空間。經檢視辦理成效，發現服務使用者占全體身心障礙者涵蓋率偏低，原因可能是：

(一) 由服務單位派遣的個人助理媒合不易

1. 身心障礙者無法自主選擇，有時個人助理特質與技能非身心障礙者所需。

2. 特殊時段、偏遠地點需求之身心障礙者有時無法媒合到服務者。

(二) 身心障礙者對自立生活概念及

技巧仍不熟悉

1. 身心障礙者缺乏自立意識及自立生活技巧，導致無法按其個別要求、生活環境及偏好做出決定。

2. 主要照顧者或一般大眾對於身心障礙者在社區自立生活概念仍須培力倡導。

(三) 個人協助無法涵蓋所有障別，部分身心障礙者無法使用自立支持服務：研習合格之同儕支持員過於集中肢體障礙者，其它障別或行動不便障礙者較少參與研習，較難提供不同障別之同儕支持員服務。另因勞動條件保障尚不足，無法擴大個人助理服務者參與，有限之個人助理服務提供者亦無法滿足身心障礙者多元需求。

上開原因皆顯示現有服務方式有進步空間，為改變現有媒合派遣模式，規劃改由身心障礙者僱用個人助理，2017 年邀請專家學者及全國身心障礙團體，針對身心障礙者自立生活召開 5 次專家學者諮詢會議，決議未來朝向由身心障礙者僱用個人助理方向規劃，2018 年度將再召開 5 次會議討論具體配套措施，並依 CRPD 審查委員意見辦理（包含尊重身心障礙者個別需求、自主選擇個人助理權利、提供客製化服務，補助身心障礙者個人助理相關經費等）。

五、推動長照 2.0 與身心障礙體系之整合工程

面對人口老化，身心障礙者的結構也發生巨變，2017 年起推動之長期照顧服務十年 2.0 計畫（簡稱長照 2.0）擴大納入 49 歲以下失能身心障礙者，至此不分年齡之失能身心障礙者確定納入長期照顧服務

對象，不過也讓身心障礙服務體系與長照體系面臨如何重新分工整合之議題。現行身心障礙者如符合照顧管理評估量表之評估結果為第 2 至第 8 等級，即屬長照服務對象，可享有照顧服務、專業服務、交通接送、輔具補助及居家無障礙環境改善等長照服務。

長照 2.0 施行後，身心障礙團體不斷質疑長照體系對於身心障礙者需求無法完全滿足，衛生福利部持續與身心障礙團體溝通，並採取以下措施以進行身心障礙服務與長照服務體系之整合：

(一) 推動失能身心障礙者單一窗口評估作業：失能身心障礙者之評估工作過去向以 50 歲做為服務輸送體系分水嶺，49 歲以下由身心障礙體系評估，50 歲以上則由長期照顧管理中心評估，在長照 2.0 後已整合至長期照顧管理中心進行評估（註 2）。

(二) 長照給付納入身心障礙特殊需求：增修「長期照顧給付及支付基準」之 AA05 碼照顧困難加計、AA11 碼照顧服務員進階訓練加計及將教保員專業納入 CA05、CA06 碼專業人員範疇，並於 2018 年 12 月 1 日實施。

(三) 布建失能身心障礙者特殊需求服務資源：推動「失能身心障礙者特殊需求服務資源增值計畫」獎助地方政府布建照顧困難失能身心障礙者特殊需求之服務資源，2018 年計獎助臺北市等 7 縣市政府，共計布建 14 處日照中心之服務資源，2019 年度獎助臺北市等 15 縣市政府，共計充實 59 處日照中心之服務資源。

(四) 提升長照照顧服務員之身心障

礙專業知能：公告並辦理「身心障礙支持服務核心課程訓練」（20 小時），以提升長照專業人員服務身心障礙者之專業知能。

（五）長照與身心障礙輔具整合：將失能身心障礙個案之長照輔具與身心障礙輔具整合至地方輔具中心評估；並逐年充實輔具中心人力，以縮短評估時效。

（六）放寬身心障礙日間照顧服務使用者使用長照居家服務：過去身心障礙日間機構服務使用者不得申請居家照顧服務，導致部分身心障礙者因家庭支持不足，只能選擇入住機構。為落實支持身心障礙者生活於社區之政策目標，於 2019 年 7 月起開放身心障礙日間照顧服務使用者使用長照居家服務，以提供身心障礙者更完整的社區支持服務網絡。

（七）推動社區式身心障礙服務銜接長照專案：為提高身心障礙服務體系補助水準，使其與長照體系可以朝並立方向發展，衛生福利部自 2019 年 7 月啟動「社

區式身心障礙服務銜接長照專案」總經費為 6,753 萬元，預計 6,352 名身心障礙者受益。

身心障礙服務體系因應長照推動，目前逐步推動相關專案計畫以提升身心障礙服務體系之量能，目標是使身心障礙專業服務人員能夠留在身心障礙體系，減少人力流動之磁吸效應，與長照體系互創雙贏。

六、身心障礙福利機構評鑑指標接軌國際潮流

截至 2019 年 3 月底，設有身心障礙福利機構（以下簡稱身障機構）266 所（含日間服務機構 76 所、住宿機構 172 所、福利服務中心 18 所），可服務 2 萬 2,215 人，實際服務 1 萬 8,009 人（如表 2），服務使用率 81.07%。其主要服務項目包括日間照顧、住宿照顧、早期療育、技藝陶冶及福利服務等。

表 2：2009-2019 年身心障礙福利機構類型、家數及服務人數一覽表

年度	合計	全日型住宿	夜間型住宿	日間服務	福利服務中心	核定安置服務人數	實際安置服務人數
2009	270	154	8	86	22	22,990	17,918
2010	276	158	8	86	24	23,455	18,598
2011	271	157	8	85	21	23,554	19,023
2012	271	159	8	81	23	23,813	19,092
2013	276	164	8	81	23	24,326	19,467
2014	273	165	8	77	23	23,454	18,967
2015	271	166	6	75	24	23,326	18,744
2016	272	167	7	74	24	22,607	18,687
2017	271	168	7	75	22	22,429	18,450
2018	271	168	7	77	19	22,387	18,221
2019.3	266	167	5	76	18	22,215	18,009

為維護身障機構品質，自 1982 年起每 3 年定期辦理身障福利機構評鑑，由於評鑑成績直接影響各機構補助款，對於評鑑成績不佳者除補助款減少外，亦得處以停辦的處罰機制，因此評鑑的確成功引導身障機構服務走向及內涵；而過去 10 年來身障福利機構評鑑指標之訂定也深受國際潮流影響，從 2008 年的第七次身心障礙福利機構評鑑便將「權益保障」占比自 10% 提升至 15%；另以 2011 年舉辦之第八次身心障礙福利機構評鑑為例，更深受當時 2008 年國際身心障礙權利公約（CRPD）思潮之影響，強調入住機構身

心障礙者應保有「參與機會權」、「平等待遇權」、「隱私保護權」、「自主活動權」及「保護申訴權」（如表 3），各項權利均有對應指標要求機構落實，且特別強調身心障礙者的隱私權及回歸社區常態化的生活理念，對於自主活動權上更細緻訂定「協助服務對象財務自主」、「服務對象對於生活用品得到充分尊重」及「服務對象對於休閒之活動方式有充分選擇權」；也明定「回歸社區常態化生活」原則，明定機構應提供身心障礙者合宜的作息活動，對常態化生活亦有明確定義為作息活動時間與一般人生活無異。

表 3 身心障礙福利機構評鑑指標之各項權益及其對應指標項目表

權益面向	對應指標
參與機會權	4101. 服務對象或其家長（屬）均有機會參與決定與使用者有關之活動及決策。 4102. 家長（屬）或服務對象自主組織及參與運作情形。 4103. 服務對象參與作業活動之機會及鼓勵。
平等待遇權	4202. 契約內容明確保障服務對象權益。 4204. 平等使用生活空間與設備。
隱私保護權	4301. 個人資料管理與保密性。
自主活動權	4401. 協助服務對象財務自主。 4402. 服務對象對於生活用品得到充分尊重並有選擇權。 4403. 服務對象對於休閒時間之活動方式有充分之選擇權。
保護申訴權	4501. 服務對象權益委員會的組織與運作。 4502. 申訴與服務對象意見處理。 4503. 服務對象個人財物保護。

資料來源：內政部第八次身心障礙福利機構評鑑指標說明會。

七、強化身心障礙機構性議題之處遇能力

身障機構之服務在強調個別化服務的國際思潮影響下，在過去 10 年漸漸觸及過去較少觸及的「性議題」，在性侵害

犯罪防治及保護上，於 2012 年頒訂「身心障礙福利機構疑似性侵害事件處理原則」，讓各機構面對疑似性侵害事件可以有統一處理原則，並將性侵害初級防治教育及適時辦理演練列為重要工作，且納入

評鑑指標中。另外，也更加關注機構如何提供身心障礙者個別化及適切性教育，在評鑑指標中明定機構應提供性別教育相關活動等支持措施。

肆、未來挑戰與策進作為

身權法在 2007 年 6 月 5 日全文修正公布，是 1980 年通過殘障福利法之後的第 8 次修法，最大轉變是扭轉身心障礙者是有待保護對象的觀念，強調身心障礙者為獨立的個體，彰顯政府對於身心障礙者的健康權、教育權、就業權、經濟安全、人身安全的完整保障，並且依循 ICF 概念，適切評估身心障礙者的個別需求，提供其所需要的支持服務。但在實務推動過程中，不免有身心障礙者及其代表團體、第一線工作者與專家學者等提出建言，提醒政府必須重新檢視與調整一些作法，同時提出新的服務策略，以完善落實身心障礙者的平等權利與充分參與社區生活。

一、抽象的公約條文具體落實問題

CRPD 國內法化後，必須面對公約條文直接適用性的爭論，由於公約規範對象為國家，條約用語通常較為抽象，難以直接轉換為具體可操作的法律條文，當公約內容涉及資源分配時，還是要回到國家憲政秩序、權力分立與法制框架處理。（簡慧娟、宋冀寧、李婉萍，2017；孫迺翎，2015）目前衛生福利部已經啟動法規檢視之工程，將具有歧視性用語或實質影響身心障礙者的法令一一列管，共計列管 372

部 674 條法令，並要求各部會及地方政府予以修正，但這僅僅只涉及最基礎的不歧視的公約精神，除此之外公約還有更多實質內容之條文需要落實；但由於公約的抽象特質，如何落實為具體行動方案或法規命令，仍有待各級政府共同努力，目前針對 2017 年國際審查會議之 85 點結論性意見，行政院已召集各部會擬具行動回應計畫，該計畫於 2019 年 1 月 8 日經行政院身心障礙者權益保障推動小組通過，後續將追蹤管考各部會落實進度，以期將抽象公約落實於政策制度中。

二、回應人權模式下的「回歸社區常態化生活」的服務模式

「回歸社區常態化生活」理念來自北歐國家針對智能障礙的去機構化運動，去機構化倡議者認為許多身心障礙者的行為問題來自於機構教養方式，讓身心障礙者在社區中和一般人生活才能處理長期社會排除的問題，主張應該全面關閉機構。（張恆豪、顏詩耕，2011），相較於歐美國家大型機構化的服務模式，臺灣身心障礙者大多數居住於家中，依據衛生福利部辦理之「2016 年身心障礙者生活狀況及需求調查」顯示居住於「教養、養護機構」之身心障礙者僅占 5.22%，大部分身心障礙者係居於「家宅」約占 94.66%。上開數據顯示我國使用機構式服務對象占比並不高。且身心障礙者居住於教養、養護機構之比率相較 2011 年 6.82% 已降低 1.6%，顯示於社區式服務漸趨完備下障礙者居住於機構之比率呈現下降趨勢。

再以年齡區分，65 歲以下居住於機

構之人數為 2 萬 8,793 人，占全體身心障礙者人數之 2.46%，約占全國 18-64 歲人口的 0.18%。以北歐國家 2016 年統計資料來比較，2016 年丹麥 65 歲以下居於住宿機構人數為 1 萬 5,345 人，占其 18-64 歲人口的 0.4%；芬蘭 65 歲以下居於住宿機構人數為 2 萬 629 人，占其 18-64 歲人口的 0.5%；挪威 65 歲以下居於住宿機構人數為 2 萬 2,848 人，占其 18-64 歲人口的 0.5%；瑞典 65 歲以下居於住宿機構人數為 2 萬 8,463 人，占其 18-64 歲人口的 0.5%（Nordic Social Statistical Committee, 2017），比較之下，臺灣身心障礙者入住機構之比率並不高。但是人權模式下「回歸社區常態化生活」的概念如何涵納進入身障機構的服務內涵，的確是下一個十年應認真面對之議題，可以確定的方向是身障機構應該朝更小型、社區化規劃，而身障機構的服務模式也應更落實「回歸社區常態化生活」之服務原則。

為落實這樣理念，衛生福利部也首度在 2020 年的公益彩券補助作業要點中將「身心障礙福利機構住民融合社區之調適計畫」列入主軸計畫中，針對有意願自機構回歸社區居住之身心障礙者建立支持服務模式，讓身心障礙者不是被迫居住於機構中，而是更有選擇權、自主權。未來應該要透過評鑑指標之引導讓機構照顧服務要朝人性化居住空間、注重保障個人隱私及個人選擇權與社會融合的方向前進。

三、強化鑑定與需求評估資訊的連結運用

身心障礙鑑定與需求評估新制均是依

循 ICF 所建立，在鑑定端的主要評估內容是身體功能、身體構造與活動/社會參與及環境因素，需求評估端則是蒐集身心障礙者的個別日常生活經驗，尤其重視環境因素對於其執行日常生活困難程度的影響，進而發掘需求，因此，外界曾質疑何以身心障礙者要接受重複評估，特別是當身心障礙者具有長期照顧服務需求、輔具服務需求，還得接受照顧管理評估、輔具評估的時候。其實，不同的評估工具發展有其個別目標，但這些評估工具的確可能出現相似問項，因此，在兼顧個人資料安全的前提下，開放資訊有效連結運用是重要的，目前，身心障礙者的基本資料（例如年齡、性別、障礙類別、障礙程度…等）已經和長期照顧資料庫串連，可針對服務使用者進行分析，做為後續政策規劃的重要參考。未來則規劃讓需求評估人員透過訓練方式理解身心障礙鑑定功能量表，並能精準掌握每個問項內涵，期待透過事前瀏覽鑑定功能量表的完整資訊，減少需求評估進行時的問項，降低身心障礙者短期內面臨重複問題之困擾。再者，服務提供者在經由授權後，也能夠看到完整的評估資料，一則減少行政面的重複評估，一則理解身心障礙者真實需求以即時提供適切服務。

四、分眾教育宣導以提升障礙平權意識

落實身心障礙平權的目標需要全民一同努力，為培養社會大眾尊重身心障礙者權利之態度，衛生福利部已完成製作 7 款分眾海報、宣導摺頁、繪本、動畫、廣播

帶、CRPD 宣導影片等多元素材，持續對一般民眾宣導平等不歧視、無障礙及社會參與等重要概念。此外，身心障礙者在生活、就醫、教育…等各層面常有密切互動的專業人員，這些專業人員有必要以更敏銳的視角規劃提供身心障礙者相關服務，因此，衛生福利部自 2015 年起，每年均針對相關部會、地方政府及社會服務相關從業人員辦理種子教育訓練，培訓重點包含無障礙、通用設計、反歧視與合理調整等。考量智能障礙者、多重障礙者可能在語言表達較困難、缺乏抽象思考能力，相關資訊應具有可近性，才能讓其理解自身權益，衛生福利部也在 2019 年舉辦易讀版工作坊，培養相關部會的易讀版種子人員，期待未來政府相關服務資訊均能規劃轉譯為易讀格式（註 3）。

2019 年 6 月，衛生福利部彙編完成身心障礙者融合式會議及活動參考指引，並提供各級政府及身心障礙團體宣導運用，該指引主要是以聯合國出版的身心障礙者融合式會議操作指引（Disability Inclusive Meetings An Operational Guide）為基礎，納入我國一些實例進行說明，過程中邀集相關部會、身心障礙者及其代表團體共同討論，希望提供一些基本原則讓政府部門在辦理會議或活動前，能夠自我檢視軟、硬體等各方面是否符合身心障礙者的多元性，以確保身心障礙者的參與無礙。

身心障礙者平權意識的培養必須持續推進，並且以人權模式進行更細緻的分眾教育訓練。未來規劃持續開發製作定型化教育訓練素材，邀請身心障礙者及其代表團體參與，以身心障礙者觀點發展由基礎

至進階 CRPD 意識提升教案手冊。同時透過納入公益彩券回饋金主軸計畫的方式，鼓勵地方政府和民間團體共同辦理 CRPD 教育訓練課程及意識提升活動，建立每一個人都能彼此平等尊重的態度。

五、持續擴大並深化社區式服務及自立生活服務以落實公約精神

為落實 CRPD 公約第 19 條，未來身心障礙福利重點不再以興建住宿型大型機構為主，而改以擴大社區式服務為政策重點。目前為讓身心障礙者或其家屬不要以機構式服務為其優先選擇項目，衛生福利部已努力布建社區式服務資源，截至 2017 年底社區式服務涵蓋率為 14.87%，未來將持續輔導地方積極布建資源，提升服務量能，預計於 111 年底照顧服務涵蓋率將達到 24% 之目標值，並研議建立各項服務評鑑指標，以提升各項服務之專業性，持續挹注資源辦理各項個人及家庭支持服務。並持續推展自立生活觀念之倡議，落實 CRPD 之精神，使身心障礙者得以自立生活於社區。

伍、總結

因應身權法的修正，我國近年來積極建置身心障礙服務體系，並且以 CRPD 精神為主軸，持續檢視與調整身心障礙相關法規與政策。透過身心障礙需求評估的結果，可以讓各直轄市、縣市政府檢視現階段資源布建情形，據以規劃資源發展及提升服務量能的步驟，政府將積極採取策略讓身心障礙者能夠便利地取得在地服務資

源，促進其充分享有自立生活及融合社區的權利，也期待各界能持續以夥伴關係一起攜手合作。

（本文作者：簡慧娟為衛生福利部社會及家庭署署長；尤詒君為衛生福利部社會及家

庭署身心障礙福利組組長；吳宜姍為衛生福利部社會及家庭署身心障礙福利組權益發展科科長）

關鍵詞：身心障礙福利服務、身心障礙政策

註釋

註 1 社區式服務涵蓋率計算方式：各項社區式服務人數之合計 / 居住社區且需被照顧之身心障礙人口數 *100%。（各項社區式服務包含長照服務、日間服務機構、社區式日間照顧、社區日間作業設施、家庭托顧、社區居住、自立生活支持服務、生活重建等類型）

註 2 目前失能身心障礙者之長期照顧評估工作已有 21 縣市整合至長期照顧管理中心進行，僅新竹市仍維持由身心障礙服務體系進行評估。

註 3 易讀格式是指將艱澀難懂的文字轉換為大眾使用性高、較容易理解的用語，再搭配插圖說明，這種轉譯過程稱為「資訊易讀化」（Easy to Read）。

參考文獻

王國羽（2018）。人權取向之障礙模型對臺灣身心障礙政策與服務的運用。社區發展季刊。162。頁 125-136。

林萬億、吳慧菁、林珍珍（2011）。國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）與我國身心障礙者權益保障。社區發展季刊，136，頁 278- 295。

林萬億（2014）。了解身心障礙者：概念與觀點。臺灣身心障礙者權利與福利，頁 25-30。

周宇翔、李淑真、謝東儒、張聿淳（2015）。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，頁 40-52。

劉燦宏（2014）。身心障礙的病因與流行病學。臺灣身心障礙者權利與福利，頁 87-106。

張恆豪、顏詩耕（2011）。從慈善邁向權利：臺灣身心障礙福利的發展與挑戰。社區發展季刊。133。頁 402-416。

周怡君（2016）。德國與臺灣身心障礙者政策與失能者長照政策的比較分析：復健模式的觀點。臺大社工學刊。34。頁 1-40。

簡慧娟、宋冀寧（2015）。我國身心障礙新制之規劃歷程 - 建構需求評估與服務建置之

模式。社區發展季刊，150，頁 6-15。

簡慧娟、宋冀寧、李婉萍（2017）。從聯合國身心障礙者權利發展脈絡看臺灣身心障礙權利的演變 - 兼論臺灣推動「身心障礙者權利公約」的歷程。157。頁 151-16。

衛生福利部（2017）。105 年身心障礙者生活狀況及需求調查。台北：衛生福利部。

Lyn Jongbloed（2003），Disability Policy in Canada -An Overview,Journal of Disability Studies,vol.13,No.4,pp203-209.

Nordic Social Statistical Committee（2017），Social Protection in the Nordic Countries 2015/2016-Scope, Expenditure and Financing Version 63,Denmark, Nordic Social Statistical Committee.