

## 台灣推動ICF制度面臨的挑戰與問題

中正大學社會福利學系暨研究所 王國羽

當立法院於九十六年通過【身心障礙者權益保障法】時，台灣正式宣告將採取世界衛生組織於二〇〇一年大會通過的ICF工具做為未來我們判定身心障礙狀態的依據。所謂ICF全文是指International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001)。二〇〇六年世界衛生組織同時通過一個附加的ICF-CY版本，這個是以發展期間的兒童與青少年為對象，在原有ICF內容與編碼系統下，加上適合的編碼數字以利評估兒童與青少年的障礙狀態。因此，在這篇短文中，我是將這兩個版本視為一體，放在一起討論。

首先，ICF是套世界衛生組織希望用來收集身心障礙狀態的統計與分析工具，它的發展歷史將近二十五年，由最初英國皇家醫學會替世界衛生組織所建議的雛型概念到現在，歷經世界衛生組織會員國的健康統計、醫療社會、政治運動、經濟保障、社會安全、勞動政策等各領域的專業人員投入修改、討論、試測與建立模型等漫長的發展過程而來。最初的用意是希望建立一套可以測量與分類健康或疾病狀態對人身體系統所產生後果之系統。他們採取生物分類學的概念，與當時的疾病分類典為基礎，逐漸發展而來。

我們現在看到的ICF版本，實際上只有編碼系統與對照表，真正對這個工具的討論與背後的理論與抽象概念，大概出版將近千篇論文，更不用說使用這個工具在各個專科醫學領域內所發表的文章與結果。在此，我將這篇文章的焦點，放在台灣推動這套制度的挑戰與困境，而不處理整個制度研發的歷史過程與背後的辯論。

世界衛生組織推動測量身心障礙狀態的工作，最初始是為因應未來社會逐漸增加的老年人口，也為了要由預防疾病的角度，預防與介入治療障礙狀態而衍生出來需要發展一套健康狀態的工具。因此，就世界衛生組織的立場來說，開發與研究這套工具，是正當且恰當的做為。換句話說，他的最初始目的不是研究身心障礙概念與模型，也不是提出所謂的醫療模型或與社會模型對抗等等，它只是站在世界衛生組織的立場，推動疾病預防與治療的初衷而已。

我想放在台灣目前只要討論到身心障礙研究與相關概念模型，相當多的人，會直接或直覺的認為世界衛生組織的模型就可簡單的歸類為【醫療模型】，更直覺的認為社會模型是優於醫療模型的選擇。這些過於簡單且二分法的論述，正是讓今天這個工具推動過程中，最大的阻力。實際上，在歷經將近二十五年的研發過程中，世界衛生組織也並非只重視醫療或個人疾病結果，它逐漸的加入外部社會結構與環境對個人影響進入這個模型中，其中一個是將健康狀態與功能概念兩者關係的討論，另外一個是採取【普遍風險】概念。這兩個關鍵性的概念才形成我們今天看到的模型。

世界衛生組織要發展的是一套工具，在發展工具的過程中，需要提出一個公共衛生上的概念架構，在這個架構下討論人的健康狀態與過程。在第一版時，確實沒有將外部環境與社會因素帶入討論，但是他們也注意到，在三個不同層次概念時，第三個層次的handicap 概念已經具有社會環境互動的初衷在當年三個不同障礙層次的概念中。當開始改版後，WHO發現社會環境因素的重要性與差異性。同時，他開始重視所謂的【功能】的面向，也就是早在一九六〇年代時，美國社會學家NAGI的論點，他認為重要的關鍵不是損傷的部位或器官，而是對這個人社會、職業角色與工作的影響，後者的影響往往大於身體器官損傷本身對個體的影響。世界衛生組織在後期整個朝向功能概念移動，受到他的論述影響最為深遠。而功能這個概念就反映出互動與環境的想法。

對【身心障礙風險】的解釋，WHO在後期採用也是美國著名的醫療社會學家ZOLA的想法，認為每個人一生中，都會有身心障礙的風險，這個風險發生時間在每個人身上的不同，因此個體經歷障礙經驗的時間長短也會不一樣，他不認為身心障礙經驗是屬於少數人的特殊經驗。因此，如果將身心障礙風險產生的普遍經驗放在整體人口來看，那麼我們大家都會遲早面對障礙這回事。但是風險是普遍的，可是並不代表所有人口都需要做身心障礙鑑定或篩選，後者的看法來自台灣許多非社會科學領域者，這些都是對這個風險概念不了解所產生的誤會。採用身心障礙經驗普及化的觀點，最主要希望能讓社會逐漸降低對障礙者的偏見與歧視。WHO採取這個論點的主要動機是未來ICF編碼系統的運用，是不分年齡與類別的，就政策上來說，世界衛生組織認為因應人口老化趨勢，老年人口的障礙狀態或失能狀態(國內的用法)可以在ICF內，評估的更為完整與全面。因此，ICF不只是評估障礙者，老年人口更是使用這套系統評估功能的最大多數的對象。

由於國內將老人與身心障礙兩個群體截然劃分為兩個服務體系，國內大多數的人都將ICF歸類為障礙鑑定的分類系統，而沒有仔細深究這個系統與工具可以使用到老人的相關服務體系之中。相同的狀況也發生在這套系統在兒童與青少年發展障礙群體的運用之上。前述的ICF-CY就是一個例子。這是在ICF架構下發展出來給成長期兒童的評估工具，非常適用於早期療育評估與計畫過程。且能用於評估療效的結果。但是因為相關的療育中心與人員並不清楚這個工具背後的发展與系統，在現有的各種評量工具中，為何要多學一個評估的工具。但是很少人去仔細的研究這個工具與當前使用工具的差別與分析不同工具的優缺點。

CY版本的初衷就是建構在發展心理學理論之下，加強與衍生原本ICF版本的適用人口至兒童與青少年。這個青少年兒童版本更為詳細與週延，與原始版本對照的話，我們發現它增加許多更為細緻的編碼，對當前台灣的早期療育功效的評估將非常有助益。由上述老人與早期療育相關領域的專家與學者反對或不願意採取ICF系統做為評估功能的工具來看，甚至醫療專科醫師對普遍風險概念的解釋，都可以說是因為對ICF不了解所衍生出來的問題，這些問題本身不在這個工具，而是對這個工具解釋與想像。

政府單位彼此之間，也是對這個工具不熟悉，但是因為法令已經通過須要採用，而不得已的被動接受這個工具。但是政府本身卻給自己加了

許多不必要的框框架架，影響這個工具的推動。行政官僚在法令通過之初始，無論社政單位或衛生單位只願意針對本身業務選擇性的決定該單位在政策制定上的角色，放棄可以從宏觀角色看待這個工具的機會。衛生署只在意未來鑑定過程的各專科醫師與相關利益應如何分配，對政策上是否應借此機會整合社會福利與衛生兩種不同的政府單位，有效的運用這個工具的優點，收集有意義的人口健康資料做規劃。取而代之是目前只針對鑑定部分委託相關醫院與醫療專科醫師發展檢核表，至於整合的問題，兩個單位彼此互相推託且不願做決定。這樣的行政官僚心態與狹窄的眼界，無形中是自毀前程的做法。這是一個參與世界衛生組織的好時機與好機會，理論上應積極的學習與了解這套制度究竟是甚麼，但是多年以來我們中央政府單位習慣於將事情外包給學術單位或相關單位去研究，科層人員連學習的意願都非常低落，就不用提所謂積極規劃與整合相關機制了。衛生單位如此，社會福利單位有過之而無不及，只要這個工具可以告訴行政官僚如何判定停車位的資源怎樣分配就可以了。

更為深層的問題是我們長久以來對身心障礙研究的欠缺了解與相關的知識。以至於實務界與學者都是採取片面的解釋與詮釋身心障礙研究。身心障礙研究與發表有關的身心障礙者服務利用的論文兩者之間是有差距的。所謂的身心障礙研究是以分析障礙者社會處境如何【阻礙】障礙者的發展與社會參與。要能在抽象層次理解障礙者不利處境的源頭，無論在論述、社會科學相關學科知識的運用、基礎社會科學方法運用等都需要持續且累積資料才有辦法理清這背後的來龍去脈。就如同二十年前，台灣開始採取性別觀點研究各項社會政策是相同的過程。身心障礙研究在其他國家已經逐漸成為學術研究的一個新興的議題與領域，相對的目前台灣的障礙研究才剛開始，過去將近二十年，我們忙於修補與提供服務，但是忘了應回頭看看我們做了甚麼與身心障礙者究竟在這個過程中得到那些東西。實務界不斷的將各國的制度、典章、法規、做法透過各種管道搬移到台灣。在搬移的過程中，我們往往忘了這個社會才是所有國外這些制度、規定、做法要去實踐的場域，但是對台灣這個場域的了解卻非常的有限。以至於搬到台灣的制度都不能好好的長大與茁壯。

ICF也許是另外一個實驗的開始，更重要的是以往的制度移植與搬動，都是片面的做法，這個工具本身經過將近六十幾個國家地區的實際資料收集與各專科醫師的使用，它背後累積的實際經驗更為可觀且全面。與之前搬移各國經驗不同的地方在於，我們使用這套工具，無形中台灣成為全球推動這套制度的一環，台灣剛好在這個推動的契機參與國際社會的活動。如果大家能看清，我們今天怎樣推動這個工具，未來台灣的資料與身心障礙人口的動態特質，才有辦法做國際的比較與分析。以往的跨國研究，因為涉及工具與資料不容易收集，因此範圍有限，目前我們透過這個制度的實施，第一次有機會讓台灣的狀態與其他國家的狀態做全面性的比較與分析，錯過或是做錯都是非常可惜的一件事。

實際上，復健科學在過去將近二十年間，已經累積不少使用這個工具的資料與經驗，甚至世界衛生組織也都有公開的課程資料與個案可以供大家練習與使用推廣。就這個層面來說，我們既使在台灣推動這個工具，這個過程本身也比較有可以學習與參考的經驗。但是問題仍然屬於比較深入層次的心理抗拒與因為反對而反對的情緒。對許多以往慣於採取當前障礙鑑定程序與制度的第一線工作者來說，新的方法代表挑戰與不確定感，這樣的不確定感讓推動過程中，很容易因為對工具片面的了解而過度擴大ICF本身的問題。

例如整個ICF是以【功能】觀點了解身心障礙過程，例如有些人會自然的採用我們雙手的概念，尤其是慣用手的概念，運用到視覺器官功能的評估，提出為何ICF編碼中，欠缺左右眼的概念。實際上，單眼沒有視力與另外一隻眼睛視力值剩餘多少，需要整體來看對個案本身各項生活與職業功能的影響，而不需要如左右手般的區別。實際上，如果我們放在慣用手概念來看，這個區分左右手本身附予兩隻手功能不同，尤其當與職業相關時，慣用手的概念與損傷部位在左手或右手，這就是有意義的功能編碼。但對視覺來說，可能就是不同。我們會看他整體視力值的多寡與職業、生活等綜合做判斷。目前舉出上述的例子，做為說明與突出這個工具的特點。

說到底ICF與ICF-CY都是評估工具，兩者都企圖對健康狀態與人之間互動關係的結果給予全面性的評估。它不是萬靈丹，無法替個別政府官員解套，也無法告訴個別政府官員如何做分配資源的決定，甚至無法告訴個別政府官員停車位應該怎樣擬定適當的計畫，它只能提供給我們對障礙者，障礙者本人與照顧他的家人或專業人員，這位障礙者有那些各種功能的限制與問題，至於這些問題與限制要如何處理，那是下一步要做的事，但是並不是工具本身可以提供正確答案的。回歸事情的本質與原始的初衷，將我們參與推動ICF這件事，放在全球的眼界下去思索，錯過歷史的時機，空留給社會成事不足，敗事有餘的遺憾。

ICF歷經將近二十五年的修訂與試用和各種辯論，這些參與製作的各行各業專業人員與學者，應該不會無知到我們所質疑的細節都會不處理的境界。最後，任何一個新的制度的推動都會有陣痛期，但是當制度化之後，十年或二十年之後，我們再回頭看這段歷程，應該會有不同的體會與感受。目前德國政府將ICF納入社會保險制度的給付架構，日本政府用ICF做為評估長期照護給付的依據，澳洲政府依據這個架構重新調查它的障礙人口數量，義大利政府將ICF整合到全國的基層醫療門診與復健部門，各國政府採行的經驗告訴我們它是一個有用的工具，看你怎樣用它。台灣選擇用來做為鑑定障礙者的工具，那麼我們就應該發揮它鑑定與評估的功能，不需要將它未來在臨床醫學上運用的問題與評估鑑定的問題混在一起，這樣也許會給這個工具一個合理的定位。說到底，它是一本很複雜且結構化的編碼系統，無論在背後對障礙者經驗討論與各種模型的辯論都非常豐富，需要的是我們耐心的學習與深入的了解。更期盼在這個難得的契機中，我們彼此學習與成長。