

中華民國行政院勞工委員會職業訓練局委託  
國立高雄師範大學辦理南部地區  
區域性身心障礙者職業輔導評量資源服務網

## 主題探討二

國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）  
應用在勞政政策之探討  
期末報告

主辦單位：中華民國行政院勞工委員會職業訓練局

承辦單位：國立高雄師範大學

中華民國 99 年 12 月 31 日

## 99 年主題探討二

# 國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）應用 在勞政政策之探討

## **Application of the ICF in Labor Policy-Making: Perspectives from Vocational Rehabilitation Professionals**

主持人：吳明宜

小組成員：陳靜江

徐淑婷

賴淑華

戴富嬌

紐文英

張瀚云

黃國裕

李春寶

## 目 錄

壹、緣起與目的	1
貳、方法與過程	1
參、研究發現	
(壹) 國內外文獻資料回顧與分析	2
一、國際健康功能與身心障礙分類系統簡介	2
(一)、ICF 的緣起	2
(二)、ICF 的特質	4
(三)、ICF 的重要意涵	6
(四)、ICF 的架構及評分方式	7
(五)、ICF 的限制與願景	7
二、核心碼的概念	10
(一)、發展核心碼(編碼核心組合)的意義	10
(二)、如何發展出核心碼	10
(三)、目前核心碼發展現況	11
(四)、核心碼可以如何使用?	13
(五)、核心碼的特質與限制	14
三、ICF 的推廣與應用	16
四、ICF 應用範例	19
五、由文獻分析 ICF 之運用	21
(一)、ICF 在評量的應用	21
(二)、ICF 在服務介入、教育與訓練的應用	30
(三)、ICF 在政策制定的應用	32
(貳) 以 ICF 架構的評估作為銜接職業重建服務的共識	36
(參) 國內實務工作者焦點團體之結果分析	37
肆、結論與建議	42

## 表 目 錄

表 1	ICF 檢核表的內容架構及評分方式	8
表 2	ICF 架構下健康狀態、損傷、活動局限和參與限制的示例	9
表 3	WHO 公告之職業重建核心碼完整版第一版	12
表 4	12 種慢性疾病簡略版與完整版核心組合的類別數目	14
表 5	已發展和正發展的 ICF 核心碼	15
表 6	推廣 ICF 的 SWOT 分析表	17
表 7	ICF 在服務提供之應用	21
表 8	Graham和Cameron對於復健服務成效檢驗的計分公式	24
表 9	ICF 架構輔具選用評量之建議	26
表 10	Chan et al. (2010) 所建議的成效指標架構與 WHO 職業重建核心碼的比對	27
表 11	澳洲 CSTDA NMDS 的需求支持架構	33
表 12	澳洲 CSTDA NMDS 的參與成效架構	34
表 13	『基本就業力問卷』回應者的背景 (N=60)	36
表 14	焦點團體討論題綱	37

## 圖 目 錄

圖 1	ICIDH 的概念架構	3
圖 2	《ICF》分類系統之內涵	3
圖 3	ICF 在口吃的診斷應用	9
圖 4	ICF 核心碼的研究設計與歷程：以職業重建核心碼為例	10
圖 5	利用 ICF 的架構分析癌症病患的相關問題	22
圖 6	利用 ICF 的架構去分析 CTS 患者的相關問題	23
圖 7	工作評估的連續概念	25
圖 8	環境與個人因素相對於能力與表現評量的關係	26
圖 9	身心障礙者的職涯發展：生涯模式	30
圖 10	MAGPIE 模式	32
圖 11	沙盤推演圖	45

## 附 件 目 錄

附件一	以 ICF 編碼系統看身心障礙者基本就業能力調查問卷	57
附件二	『基本就業力』問卷調查結果分析 (N=60)	69
附件三	焦點團體逐字稿	83
附件四	專家會議會議記錄	112
附件五	針對 11 月 13 日專家會議職訓局初步書面意見與研究小組回應	114
附件六	「ICF 應用在勞政政策之探討」意見回饋 - 李英琪	115
附件七	工作小組會議紀錄	117

## 國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討

### 壹、緣起與目的

《身心障礙者權益保障法》(96.07.11, 以下簡稱身權法) 修訂通過後, 重大變革之一為以聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, 簡稱 WHO) 所頒布之「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)」之身心功能與結構的 8 大分類來界定身心障礙者, 使我國身心障礙者之分類與國際接軌, 並重新建構合於現況之身心障礙相關需求保障。依法身心障礙者須經過專業團隊的鑑定與需求評估, 對於符合資格者除發給身心障礙證明外, 也配合提供後續福利與服務, 以建構完整的服務網絡。但由於鑑定及評估等指標設定極為專業且影響甚鉅, 故條文中預留 5 年之過渡準備期, 預定民國 101 年起正式施行。

依據身權法, 勞工主管機關負責身心障礙者之職業重建、就業促進與保障、勞動權益與職場安全衛生等相關權益之規劃、推動及監督等事項。且直轄市、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。而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。直轄市、縣(市)主管機關對於設籍於轄區內依前項評估合於規定者, 應核發身心障礙證明, 據以提供所需之福利及服務。

由於職業重建專業人員是上述專業團隊成員之一, 故勞工主管機關對於培訓職業重建專業人員 ICF 概念、需求評估方法與編碼、以及連結現有職業重建體制與資源等十分重視, 對於 ICF 在勞政政策上的應用更是迫切需求。故本資源網接受委託, 進行 ICF 應用在勞政政策上的探討, 並追蹤蒐集 WHO 正在進行的職業重建核心碼建立的研發資訊。本計畫以文獻回顧、焦點團體和專家座談會等方式, 來研析外國如何應用 ICF 在其勞政政策上, 以及其利弊為何? 並探討最適合台灣之以 ICF 架構為基準的身心障礙者職業重建服務模式, 以及 WHO 職業重建核心碼對於勞政政策制定之應用。

### 貳、方法與過程

本主題探討採文獻回顧、焦點團體、和專家座談會等方法進行資料蒐集與分析, 分述如下:

1. **文獻回顧**: 藉由文獻探討蒐集世衛組織 (WHO) 正在進行的職業重建核心碼 (core set on vocational rehabilitation) 研發資訊, 並分析比較其他國家應用 ICF 於勞政政策之差異與其利弊得失, 並據此擬定本研究之「焦點團體討論題綱」。執行期間為 99 年 1 月到 4 月。
2. **焦點團體**: 選取並邀請能提供豐富資訊的學者專家、各級勞工主管機關代表、和職業重建專業人員代表與會, 以地域分場進行。由研究人員根據研擬的「焦點團體討論題綱」帶領團體探討其認為 ICF 應如何應用於勞政政策擬定以及最適合台

灣的模式等。焦點團體會議記錄將進行內容分析，歸納分析重點並理解其意涵。執行期間為 99 年 5 月到 8 月。

3. **專家座談會**：研究人員將焦點團體會議記錄逐字稿作內容分析，並與先前之文獻回顧做交叉驗證，形成結案報告初稿。再邀請焦點團體與會人員代表參與座談會，做建議的再次聚焦。執行期間為 99 年 9 月到 11 月。

## 叁、研究發現

### (壹) 國內外文獻資料回顧與分析

#### 一、國際健康功能與身心障礙分類系統簡介

##### (一)、ICF 的緣起

WHO 為了統整世界各國的疾病與健康狀況資訊，建置《國際疾病分類系統》(International Classification of Disease, 簡稱 ICD) 以及《國際健康功能與身心障礙分類系統》(ICF) 兩種分類系統作為國際通用的分類標準。前者以「疾病」作為障礙診斷的依據，是一種完全以「醫學」為導向的分類模式。後者則結合了身體結構與功能上的障礙、個人從事活動的能力和參與情形，以及環境對個人健康的影響等因素，來考量個人的整體健康狀態，是一種整合生理、個人及社會環境的綜合分類系統。

ICF 的前身為 WHO 於 1980 年所制定《國際損傷、障礙和殘障分類系統》(International Classification of Impairment, Disability and Handicaps, ICIDH)。ICIDH 的目的在於描述疾病的後果，以作為 ICD 的補充，並連結醫學與社會學對於障礙觀點；其概念架構如圖 1 (p. 3)。WHO 於 1993 年再度修訂 ICIDH，定名為《國際損傷、活動和參與分類系統》(International Classification of Impairments, Activities and Participations, ICIDH-2, WHO, 1998)。ICIDH-2 使用活動局限 (activity limitation) 和參與限制 (participation restriction) 二個較為正向的名詞來取代 ICIDH 所使用的障礙和殘障。雖然 ICIDH 擴充了疾病到殘障的層級概念，但隨著慢性疾病的增加，非外顯化的障礙變多，以及環境對於損傷是否會造成失能有著重大影響，故以醫學概念為主的 ICIDH 逐漸受到挑戰 (Halbertsma et al., 2000)。

於 2001 年，WHO 提出 ICF 以取代 ICIDH-2。從 ICIDH 到 ICF 最大的改變是移除原來具負面含意之「損傷」一詞，而改成以其中性含意之「功能」一詞，作為這套分類系統中之主要用語。ICF 採用功能、障礙和健康三個向度，「功能」涵蓋身體功能、日常活動和社會參與；「障礙」意謂個體之身體構造或功能受損，造成其在活動和參與上的表現受限；「健康」是指個體生理、心理和社會等方面的健康情形；同時強調情境因素對個人功能表現之影響 (Stucki et al., 2002; WHO, 2002; Wittgenstein, 2004)，如圖 2 (p. 3)。於此，情境因素包括環境性因素和個人因素。環境因素泛指個體所生活的物理、社會、和態度環境等的外部因素，如：氣候、地域、建築特色、社會態度、法律與社會結構等。而個人因素則指個體特定背景的內部因素，如：性別、年齡、社會階級、教育程度、專業、經歷、調適能力、行為類型、人格特質、和其他影響個體殘障體驗的因素。



也因為個人因素受到社會和文化的影響甚大，故 ICF 沒有制訂統一編碼規則。

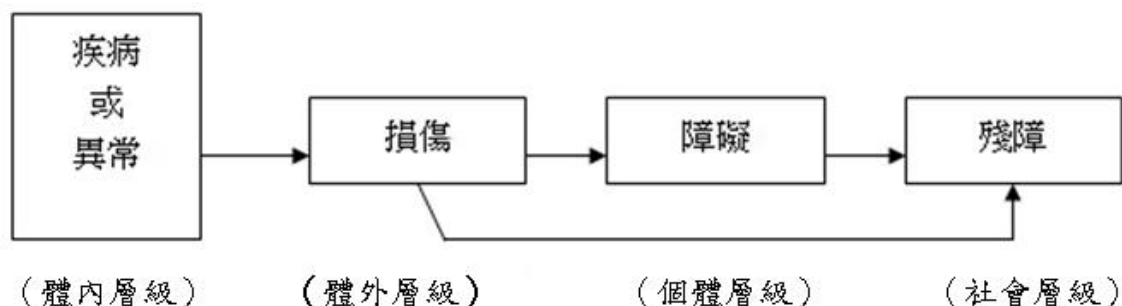


圖 1 ICIDH 的概念架構

資料來源：Kleijn-De, V., & Marijke, W. (2003). The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability & Rehabilitation*, 25 (11/12), p. 562.

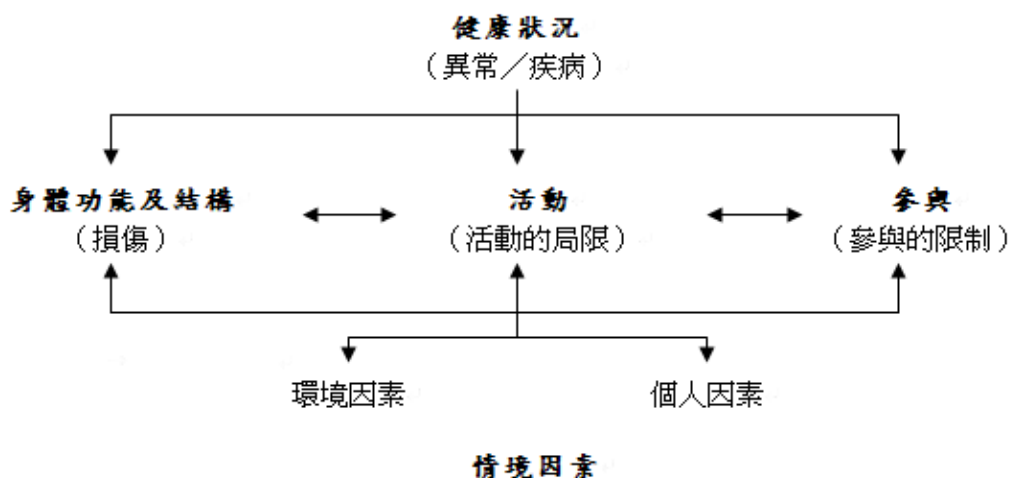


圖 2 《ICF》分類系統之內涵

備註：修改自 World Health Organization (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF (p. 9). Retrieved November 12, 2009 from online: [http://www.unescap.org/stat/meet/widd/icfcommon.htm].

ICF 將障礙定義為四個因素（身體功能與結構、活動、參與、情境因素）彼此之間的動態關係的產物，使用障礙一詞來表示個人與其物理及社會環境互動所導致在多重領域（multidimensional）方面的影響（WHO, 2001）；障礙程度及活動限制的測量以多元的向度呈現。其架構設計為多元層面的互動，用以描述健康狀況在身心損傷、功能執行、

社會參與方面的經驗，以及與環境和個人因素的相互影響，並具有充分的彈性允許依照特定疾病的特質在此架構下進行不同的陳述。

## (二)、ICF 的特質

為一個多元的分類系統，ICF 的主要的目標有三。首先，提供一個科學的基礎去瞭解及研究健康及健康相關的狀態、結果與決定因素。第二，建立共同的語言來描述健康及健康相關的狀態來改善不同使用者間之溝通，如健康照顧工作者、研究人員、政策制定者、社會大眾及身心障礙者。第三，為健康資訊系統提供一個系統化的編碼 (coding) 方式與概念 (WHO, 2001)。因此，相較於其他分類系統，ICF 具有下列特質：(1) 具全人觀點，(2) 重視環境因素，以及 (3) 全方位適用。分別描述如下：

### 一、具全人觀點

ICF 採取生物心理社會模式 (bio-psycho-social model)，強調須以身體、個人、社會與環境間的關係判定障礙的內容。除了考量傳統的生理與醫學的理論觀點之外，也將可能導致障礙的社會因素納入考量。當醫學與生物觀點的「個人是障礙的」與社會觀點的「個人變成障礙者」的論點衝突時，均可被 ICF 的生物心理社會模式所解決。ICF 採取活動與參與的正面與積極的字彙，不強調限制面，而是強調於身障者所具有的活動能力。

ICF 評估個人在日常生活中遇到的障礙採用全人觀點，它是同時考量人們個人生活環境下的健康特質及環境因素影響交互作用結果的分類系統。在 ICF 架構論述裡，「障礙」(disability) 被定義為是個人健康狀況與其環境與個人因素相互作用下的負向結果。理論上，只有當個人健康狀況與情境因素 (包含環境與個人因素) 的相互作用結果呈現障礙情形，才是真正的障礙。如果改變情境，障礙程度就大幅降低的話，那麼情境因素即是造成障礙的主因。

損傷、活動局限與參與限制在關係上有如下特點 (王國羽, 2003)：(1) 線性的連接關係：損傷可能來自生理或心理結構、功能的限制，在活動與參與上可能都產生限制，此時三者限制呈現線性關係；和 (2) 無線性關係的功能限制：有些情況則是存在某種身體功能或結構的損傷，但可能因醫療等方式的控制良好，不致使活動產生限制，卻可能因整體環境因素導致參與限制；有時，參與限制也可能在沒有損傷與活動限制下產生。故 ICF 在功能主軸下拉出生理、心理、社會三個範疇以建構健康的分類系統，亦代表著三類功能限制的層次可能各自獨立呈現障礙，但也可能因不同功能範疇相互影響形成不同層次的障礙。

在 ICF 生物心理社會模式的模型下，每個人都可能因為生理上、心理上及社會環境上的問題而感受到某種程度的障礙。而評估一個障礙者他的需求不應只著重於醫學上，而需擴大範圍的評估其社會、教育、自然環境的功能的需求。有時候過度著重醫療，亦有可能引起依賴，並因此造成個人更長遠的障礙。ICF 架構植基於個體健康狀態的介面，衡諸身體功能與結構、活動、參與向度，標定不同層次與類型的功能限制，此限制可能連續隸屬、兼含三種層次，亦可能平行出現。

## 二、重視環境因素

人跟環境的互動是複雜且多層次的。不論是個人直接經驗到的環境，或是間接對個人造成影響的環境，都會對個人造成明確且廣泛性的影響。前者可定義為直接環境，是對特定個體的資源描述（如：存在或缺乏教育機會），也指其最可及的、特殊的、獨有的資源，以及身分地位或曝光程度；後者則被定義為間接環境，是指個體的背景環境或廣義的社會（如：存在或缺乏相關教育政策）。這些不同關係階層將造成一個複雜且交互作用的關係。收集個人層面與社會環境層面這此二層面的訊息，才能獲得一個全面性的環境描述，得以解讀直接和間接的環境如何共同對個體造成障礙。

ICF 從功能向度界定障礙，認為障礙不是人的一個靜態特點，其產生是個人與環境之間的交互作用所產生的結果（Schneidert, Hurst, Miller, & Üstün, 2003）。ICF 強調外在環境條件對個體功能的影響；同一個障礙者會因為不同環境所提供的支持條件不同，造成其參與的社會能力不同。若物理環境無障礙，社會對障礙者的態度正向支持，政策制定有思量到障礙者的需求，則縱有身心障礙也不會導致其在活動與參與的限制。

ICF 的環境因素分成五類（產品與科技、自然環境與環境中人為改造、支持與關係、態度、和服務、制度與政策），試圖以此來完整呈現環境的不同面向。在這個分類中，部份明顯地著重於直接在個體上的影響（即為個人使用的產品和技術，溝通與機動性），部份則探討其他較間接與廣義的作用（即系統和政策）。它將身障者所處的社會制度等因素都納入考慮，倡導「身心障礙者參與社會的機會與管道，受到外部社會環境的改善與本身活動能力的影響」之概念，這個概念也相對的影響各國相關政策的制定與無障礙環境的改善狀況。在這個架構下，對於服務介入的概念也同時被修正。不再是單純地評估身心障礙者的功能限制，以改變個體來適合社會期望；亦同時考量外在環境對於身心障礙者所提供協助之多寡與向度之多元，以發展融合與便利的社會。

但，ICF 的環境架構仍是有缺點。Chapireau (2005) 指出 ICF 在物理環境的描述比社會環境的描述更為清晰，故在此架構下有生理障礙的人可能比其他障礙者能獲得更多的幫助。此外，ICF 的環境因素較難進行操作化定義，故國際性的資料比較研究難以非常精確。

## 三、全方位適用

ICF 另外一個重要的特點是「普遍性 (universal)」。有很多人誤解 ICF 僅是關於身心障礙者；實際上它是關於「所有人」。根據 ICF 的概念，每個人都可能因為健康上的問題而感受到某種程度的障礙，換言之，障礙不再是用來指稱少數群體用語，而是一種人類的共同經驗 (WHO, 2003)。每個人健康和與健康相關的狀況都可以使用 ICF 描述。故以 ICF 的普遍性特點來處理汙名化及隔離，是非常強而有力的論調。

WHO 倡導使用 ICF 來做為多元專業 (multi-disciplinary) 間的溝通語言以及擬定復健計畫的架構。舉例來說，Mcintyre 及 Tempest (2007) 試著用 ICF 去辨識中風復健專業團隊中不同成員的角色與臨床上介入的理由。該研究以部分關鍵字搜尋 WHO 網站上的相關文獻，提供給專業團隊的成員閱讀及分享，並收集各個團隊專業人員的專業建議進行分析。結果顯示，在團隊成員瞭解 ICF 的架構及疾病的核心碼 (core set) 後，ICF 可促進多元專業團隊在專業語言的溝通及相關服務的建構，雖然團隊成員在學習及瞭解

ICF的過程是需要一些時間的。此外，團隊成員支持ICF可以協助專業團隊角色與職責的釐清，也可協助臨床上的推論。因為不同的團隊成員可能會在同時間介入，但臨床上的推論與介入的目標均不同，ICF可以協助溝通彼此的差異性，及協助雙方了解同時介入的必要性。

在2010年2月份的《障礙與復健期刊 (Disability and Rehabilitation)》(Ewert, Allen, Wilson, Ustün, & Stucki, 2010)，對ICF多元化面向的理論架構進行建構效度。從32個國家中，選取3,227位長期在下背痛(low back pain, LBP)、風濕性關節炎(rheumatoid arthritis, RA)、退化性關節炎(osteoarthritis, OA)、肥胖(obesity, OB)或是中風後(post-stroke)五個方面有健康狀況的個案，以ICF核心碼的方式進行資料收集。結果顯示ICF的多重領域的理論模式較只有少數或沒有任何特別分類描述的理論架構更適合代表所收集到的資料。

### (三)、ICF 的重要意涵

綜合文獻(Hemmingson & Jonsson, 2005; Stucki et al., 2002; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, & Schneider, 2003)，ICF有以下幾項重要的意涵：

1. 每個人都可以使用此分類系統來評量個體的整體健康狀態。
2. 有疾病不一定有障礙，個體是否有障礙，須考量個體的身體狀況，以及他在環境中參與活動的能力與限制。
3. 障礙不再是一個固定的標記，而是個體身體功能與環境互動的結果，個體的功能或環境的支持度改變時，障礙的情況也會跟著改變。
4. 了解疾病或障礙如何影響個體的功能表現，能為長期障礙或患有慢性疾病的對象規畫出更好的服務、介入與復健。
5. 障礙是可以改變的，可以由身體、活動參與及環境等層面來改善。
6. 個體參與活動的表現與能力上的差異，凸顯環境對障礙造成的影響。
7. 調整環境可減少個體在能力與表現上的差異，減輕障礙，進而提升整體的健康狀態。
8. 障礙或困難程度的改變可作為評量介入成效的依據。
9. 活動參與及環境的考量可減少生理因素對障礙概念的影響，使介入的觀念由過度依賴醫學對個人的治療轉換為外在環境的調整概念，以降低限制的方式促進個人充分展現其能力水準。

ICF促使我們重新思考「障礙」的意涵，和改變障礙的可能。儘管分類的必要性存在許多爭議，但分類仍是很多國家提供特殊教育和復健服務的依據。傳統的教育十分仰賴分類的概念以提供不同的教育需求，這種類別的概念隱含了人類異質性的假設(Florian et al., 2006)。Florian等人指出分類的目的可能與鑑定和介入、父母的期望、法律上的權利、公平性、及績效責任有關，但基於臨床、教育或行政考量所做的分類與教育並沒有多大的關聯，被分到相同類別的兒童在學習上遭遇的困難可能有很大的差異。這種分類的概念將兒童面臨的困難歸咎到其本身，無法了解他們在學習上遭遇的困難及其實際需求。ICF可以改進傳統分類方式的限制，包括：(1)無法了解人類差異的複雜性；(2)對個體造成不必要的標記；以及(3)對被分類的個體通常幫助有限(Florian et al., 2006)。ICF移除了障礙的分類與標記，改以人類共同經驗的角度來看待障礙的本質，除了可去除負向標記的刻板印象與不良影響之外，也引導大眾以正向、改善健康狀

態的思維來面對可能遭遇的障礙。

#### (四)、ICF 的架構及評分方式

ICF 以個人、活動及環境三個層面來考量個人整體的健康狀態。在 WHO (2003) 提出的 ICF 檢核表中，每個層面都採用 0 到 4 分的五點量尺來評分，0 分表示沒有障礙或沒有困難，4 分表示完全有障礙或完全有困難。其中，個人的層面包含身體功能及結構兩個部分，而活動的層面則分成能力與表現兩個向度來評分。在環境層面，除了同樣採用 0 到 4 分的五點量尺來評分之外，為凸顯環境的優劣對個人健康生活的影響，特別採用了正、負的雙向評量標記，來代表環境對個人健康的支持或造成個人障礙的影響程度。ICF 檢核表的內容架構及評分方式整理如表 1 (p. 8)。

其中用來評量個體的表現與能力時，使用的環境定義是不同的。評量「表現」時，須以個體目前所處的環境，即實際的情境來評量；而評量「能力」時，則須使用「標準環境」來評量 (WHO, 2002)。標準環境是指「統一」的環境，可以用來評量個體在完全沒有協助下的表現。WHO 指出標準環境有以下三種可能的形式，包括：(1) 真實、常被用作能力評量的測驗情境；(2) 假設、有相同影響力的情境；(3) 以科學研究為依據、有明確標準的環境。換言之，在評量個人的能力時，須在一個一致性較高的標準環境下進行，其結果才能在客觀的基礎下相互比較。以下舉例說明如表 2 (p. 9) 和圖 3 (p. 9)。

#### (五)、ICF 的限制與願景

ICF 的概念改變了傳統以疾病作為障礙指標的觀念，使其立意被廣為接受，但 ICF 仍有一些須要進一步釐清的問題。雖然將環境納入評量個體健康狀態的指標是 ICF 一項很重要變革，但亦有學者指出，環境的評量在執行上可能會面臨許多問題。例如 Chapireau (2005) 表示：即使在明定標準環境的情況下，我們也無法確定不同國家的使用者，是否會按照相同準則或以相同方式執行。Dahl (2002) 指出有些國家對於活動和參與的定義不一致，甚至發展他們自己對於活動和參與的特色。Dahl 和 Chapireau 都認為不同國家或不同的使用者得到的資料，不見得能做直接的比較。而 Imrie (2004) 也指出 ICF 在概念上的發展尚不健全，無法對某些理論基礎的內容及適切性提出詳細的說明。

Peterson、Mpofu、和 Oakland (2009) 指出 ICF 的應用包含：增加不同使用者之間的溝通，提供全球健康資訊系統系統性的編碼架構基礎，辨別身心障礙者在社會中參與活動時促進或障礙的因子，以及促進在文化、健康照護學科、服務和時間上的比較。而當採取這套系統的國家越來越多，越容易建立起一個全球性人口健康統計與分析系統，收集及統計各國的人口健康資訊，以利各國資料的跨國比較及分析之用。故以 ICF 為基礎所收集的資料，能促進健康情況的研究，可為個體功能、障礙和健康等資訊塑造出一個輪廓，因而加強健康照護服務的標準。

表 1 ICF 檢核表的內容架構及評分方式

內容綱要	評分方式	
	第一項評分	第二項評分
<b>第一部分 身體障礙</b>		
<b>1a 身體功能障礙</b>	<b>障礙程度</b>	<b>無</b>
b1. 心智功能	0 沒有障礙	
b2. 感官功能與疼痛	1 輕微障礙	
b3. 噪音與言語功能	2 中度障礙	
b4. 心血管、血液、免疫及呼吸系統功能	3 重度障礙	
b5. 消化、代謝與內分泌系統功能	4 完全有障礙	
b6. 泌尿及生殖功能	8 無法評分	
b7. 神經肌肉骨骼及動作相關功能	9 不適用	
b8. 皮膚及相關結構功能		
其他身體功能		
<b>1b 身體結構障礙</b>	<b>障礙程度</b>	<b>結構改變</b>
s1. 神經系統結構	0 沒有障礙	0 沒有改變
s2. 眼睛、耳朵及相關結構	1 輕微障礙	1 完全消失
s3. 與噪音及言語有關的結構	2 中度障礙	2 部分消失
s4. 心血管、免疫及呼吸系統結構	3 重度障礙	3 部分增加
s5. 消化、代謝與內分泌系統結構	4 完全有障礙	4 異常
s6. 泌尿及生殖系統結構	8 無法評分	5 不連續
s7. 動作相關結構	9 不適用	6 脫位
s8. 皮膚及相關結構		7 結構上的質的改變
其他身體結構		8 無法評分
		9 不適用
<b>第二部分 活動局限與參與限制</b>		
d1. 學習與應用知識	<b>表現</b>	<b>能力 (未協助下)</b>
d2. 一般工作與要求	0 沒有困難	1 沒有困難
d3. 溝通	1 輕微困難	2 輕微困難
d4. 移動性	2 中度困難	3 中度困難
d5. 自我照顧	3 重度困難	4 重度困難
d6. 家庭生活	4 完全有困難	5 完全有困難
d7. 人際互動與關係	8 無法評分	8 無法評分
d8. 主要生活領域	9 不適用	9 不適用
d9. 社區、社會與公民生活		
其他活動及參與		
<b>第三部分 環境</b>		
e1. 產品與科技	<b>阻礙</b>	<b>助益</b>
e2. 自然環境與人為的環境改變	0 沒有阻礙	0 沒有助益
e3. 支持與關係	1 輕微阻礙	+1 稍微有益
e4. 態度	2 中度阻礙	+2 中度有益
e5. 服務、系統與政策	3 重度阻礙	+3 大量有益
其他環境因素	4 完全有阻礙	+4 完全有益

表 2 ICF 架構下健康狀態、損傷、活動局限和參與限制的示例

健康狀態	損傷	活動局限	參與限制
癱瘓病	四肢感覺喪失	有困難達成目標	大眾的刻板印象導致失業
恐慌症	焦慮	無能力獨自外出	他人反應導致沒有社會參與
脊柱損傷	癱瘓	無 (因醫療控制)	大眾運輸工具缺乏導致無法參與宗教活動
少年糖尿病	胰臟功能失調	無	因對疾病的刻板印象，以致無法就學
白斑症	顏面傷殘	無	因害怕接觸而無法建立社會關係。
有精神異常家族史者	無	無	因雇主偏見求職被拒

資料來源：World Health Organization (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health ICF* [electronic version]. Geneva, Switzerland: Author, P17.

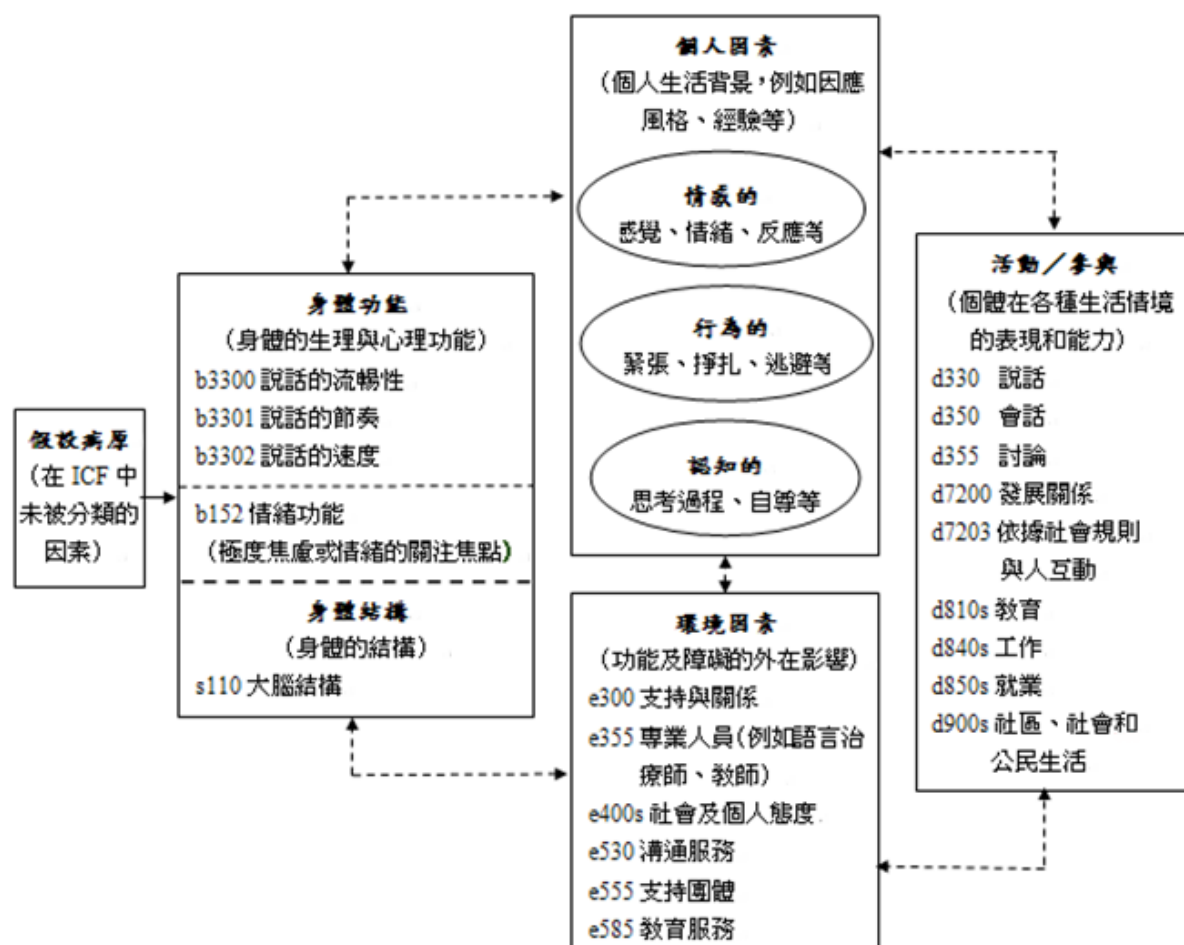


圖 3 ICF 在口吃的診斷應用

資料來源：Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), p. 48.

## 二、核心碼 (core set) 的概念

### (一)、發展核心碼 (編碼核心組合) 的意義

ICF 的身體功能 (body functions) 共 493 個類別，身體結構 (body structures) 共 310 個類別，活動和參與 (activities & participation) 共 384 個類別，而環境因子 (environmental factors) 也有 253 個類別，總共有 1454 種類別，可謂書帙浩繁，不可能每個病人以 ICF 的各個類別從頭到尾都加以評估，使用上必須簡化流程與類別。但是，即便是患有相同疾病的病人群，也可能因臨床、個人、與環境差異而有相當變異。既要簡化，又要包含足夠廣度的類別來描述某種健康/疾病/殘障的狀況，是核心碼發展的主要意義。

因此，為描述某種健康/疾病/殘障狀態，選取部份的類別碼而發展核心組合，是「根據 ICF 發展而且實用的工具，既可以滿足使用者的需求，也可以顧及衛生統計與健康報告所需資訊 (Cieza, Ewert, Üstün, Chatterji, Kostanjsek, & Stucki, 2004, p. 9)」。換言之，核心碼的發展可以有共同但又足夠特殊的工具來測量臨床結果 (clinical outcomes) 的需要，也可以讓病人與不同的專業間有共通的語言。

### (二)、如何發展出核心碼

發展編碼核心組合的目標在於要測量些什麼，而不在於如何測量；也就是要選出足以描述某種健康/疾病/殘障狀態的編碼來。因此發展過程類似發展量表的研究來選取適當的題目。自 2002 年以來，慕尼黑大學的 G. Stucki 與 A. Cieza 等學者領導的研究小組開始進行核心組合研究，大致都以三個階段來進行 (見圖 4, p. 10)。

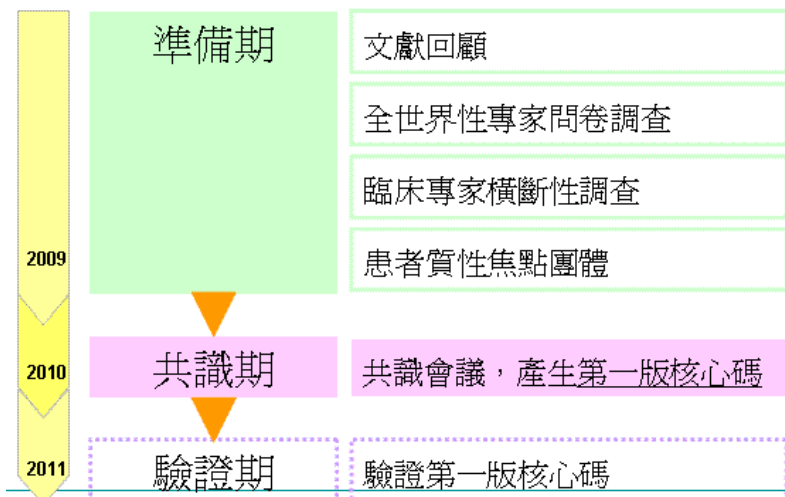


圖 4 ICF 核心碼的研究設計與歷程：以職業重建核心碼為例



第一階段是準備期，步驟包括文獻回顧，蒐集患者的經驗，以三回合的德菲法（Delphi exercise）蒐集專家的意見並以 Kappa 值計算共識程度，以及由患者與專家同時報告的縱斷面研究。經由這樣的一系列過程後，會蒐集到非常多和該種疾病或健康狀態的一長串的編碼項目，做成了檢核表，這是核心組合的初步雛型。

第二階段是發展期，將這一長串編碼的檢核表，經過來自全世界各地跨專業專家共識會議後，產生第一版的核心碼組合。此核心碼的組合共識為類別越少越好，但其實用性與涵蓋性仍能夠完整描述疾病狀況或處遇實務。核心碼有完整版與簡略版兩種：完整版涵蓋可以充分描述健康/疾病/殘障狀態的類別、以提供多元專業評估和介入的指導方針；而簡略版精簡自完整版的一部份，是描述疾病狀況或處遇實務最起碼的類別或指標，適用於所有服務使用者。

第三階段是效度與可行性的驗證期。這類研究通常是在同一群病人上同時以所發展的核心碼組合及其他有信效度的工具做比較；或者是經由病人與專業人員的焦點團體來確定所要評估的項目。

### （三）、目前核心碼發展現況

核心碼組合的發展，由世界衛生組織的國際分類研究部門於慕尼黑大學健康與復健科學學院的 G. Stucki 與 A. Cieza 等學者領導。這個小組與全球其他地區不同的專業學會或有臨床經驗的協會合作，到 2004 年為止，一共發展了 12 種慢性疾病的 ICF 核心碼（Cieza, Ewert, Üstün, Chatterji, Kostanjsek, & Stucki, 2004），並將其發表在復健醫學期刊（Journal of Rehabilitation Medicine）第 36 期。此 12 種慢性疾病分別是：類風濕性關節炎、骨質疏鬆、骨關節炎、下背痛、慢性廣泛性疼痛、慢性缺血性心臟病、糖尿病、肥胖、阻塞性肺部疾病、乳癌、憂鬱症、和中風。

在 2005 年提出了急性期和急性期後的早期復健期病患的核心碼（Grill1, Ewert, Chatterji, Kostanjsek, & Stucki, 2005），並將其發表在障礙與復健期刊（Disability & Rehabilitation）第 27 期。根據該中心 2008 年的通訊顯示，以上這些已發展出第一版的核心碼組合正在進行的信效度檢驗。而該群研究人員目前也正在進行脊髓損傷、多發性硬化症、手部功能等的核心碼發展的研究中。這個小組也與其他區域的研究中心共同發展下列疾病狀況的核心碼組合，包括：牛皮癬與牛皮癬性關節炎、僵直性脊椎炎、躁鬱症、兒童青少年期腦性麻痺、紅斑性狼瘡與全身性硬化症、頭頸部腫瘤、失眠、頭部外傷、視力缺損等。必須一提的是，核心碼組合不必然與疾病狀態相關的橫斷面來做切割；有二類是屬疾病或健康歷程的情境核心碼組合，包括急性期和急性期後的早期復健期，以及職業重建。

於 2009 年起，由瑞士的瑞士癱瘓研究中心的 Reuben Escorpizo、Monika Finger 和 Andrea Glässel 等人領導，職業重建的核心碼也正在發展中。其發展的步驟遵循上述的核心碼發展過程，包括準備期（文獻回顧，專家意見調查，橫斷面研究，以及質性焦點團體訪談），然後才有共識會議、及驗證期。主要任務包括：（一）從不同觀點看職業重建中的重要因素，和（二）發展核心碼可作為職業重建過程與結果的重要指標。此團隊於 2010 年 6 月公告了共識會議所得的第一版職業重建核心碼（見表 3，p. 12-13）。其中完整版共 90 碼，只有 1 個為第三層次（e1101），其餘均為第二層次，且沒有身體結構領域碼；簡略版共有 13 碼，均為第二層次。

表 3 WHO 公告之職業重建核心碼完整版第一版

身體功能 (17 碼)	活動、參與 (40 碼)	環境因素 (33 碼)
b117 智力功能	d155 學得技能*	e1101 藥品
b126 氣質與人格功能	d160 集中注意力	e115 個人用於日常生活的產品與科技
b130 精力與驅動力功能*	d163 思考	e120 個人用於室內外行動與運輸的產品
b134 睡眠功能	d166 閱讀	e125 溝通用產品與科技
b140 注意力功能	d170 書寫	e130 教育用產品與科技
b144 記憶功能	d172 計算	e135 就業用產品與科技
b152 情緒功能	d175 解決問題	e150 公用建築物之設計、建造及建築的產品與科技
b160 思考功能	d177 做決定	e155 私用建築物之設計、建造及建築的產品與科技
b164 高階認知功能*	d210 從事單項任務	e225 氣候
b210 視覺功能	d220 從事多項任務	e240 光線
b230 聽覺功能	d230 執行日常例行事物	e250 聲音
b235 前庭功能	d240 處理壓力與其他心理需求*	e260 空氣品質
b280 痛覺	d310 口語訊息的溝通-接收	e310 核心家庭*
b455 運動耐受功能*	d315 非口語訊息的溝通-接收	e320 朋友
b730 肌肉力量功能	d350 交談	e325 熟人、同儕、同事、鄰居與和社群成員
b740 肌肉耐力功能	d360 使用溝通裝置與技術	e330 權威者*
b810 皮膚的保護功能	d410 改變身體基本姿勢	e340 個人照護提供者與個人助理
	d415 維持身體基本姿勢	e355 健康專業人員
	d430 舉起與攜帶物品	e360 其他專業人員
	d440 手部的精細使用	e430 權威者的個人態度
	d445 手與手臂的使用	e450 健康專業人員的個人態度
	d450 步行	e460 社會的態度
	d455 四處移動	e465 社會常模、作法和意識型態
	d465 使用設備四處移動	e525 住房服務、制度與政策
	d470 使用運輸工具	e535 通訊服務、制度與政策
	d475 駕駛	e540 運輸服務、制度與政策
	d530 如廁	e550 法律服務、制度與政策
	d540 穿著	e555 社團與組織的服務、制度與政策

(續下頁)

表 3 WHO 公告之職業重建核心碼完整版（續）

身體功能（17 碼）	活動、參與（40 碼）	環境因素（33 碼）
	d570 照料個人健康	e565 經濟服務、制度與政策
	d710 基本人際互動	e570 社會安全服務、制度與政策
	d720 複雜人際互動*	e580 健康服務、制度與政策*
	d740 正式人際關係	e585 教育與訓練服務、制度與政策
	d820 學校教育	e590 勞動與就業服務、制度與政策*
	d825 職業訓練	
	d830 高等教育	
	d840 學徒（職前準備）	
	d845 取得、保有與終止一份工作*	
	d850 有報酬工作*	
	d855 無報酬工作*	
	d870 經濟自給自足	

\* 為簡短核心碼

#### （四）、核心碼可以如何使用？

運用類別核心組合的目的不是評估後打個分數，而是應用在臨床或研究上跨專業的溝通。在研究運用上，目前以簡略版核心碼的評估與其它有信效度的工具的比較研究正在進行，可以看出研究小組推廣以 ICF 作為健康與殘疾狀態的共同語言的努力。一旦證明簡略版核心碼信效度可被接受，又足夠敏銳地反映病程的發展或復原的狀況，以 ICF 的類別項目作為健康/衛生統計指標的可行性與可比性的機會也就大為提高。

研究小組也與臨床研究中心合作，將完整版類別核心組合運用在臨床與復健計畫上。以脊髓損傷為例，研究小組與瑞士 Swiss Paraplegic Association 提出運用 ICF 的一套工具來協助 Rehab-cycle 復健計畫的評估與施行。先是以完整版核心碼描述功能狀態，並考慮病人的短期與長期目標。接下來考慮在這些核心類別中，哪些是和目標有關的、而且是可改變的？短程復健計劃與治療該著重在哪些項目，而長期復健下來又可以著重再哪一些 ICF 類別（核心碼）？而經過一段時間以後，也再以相同的類別來評估復健治療的結果，以做為臨床的回饋（Swiss Paraplegic Research, 2007）。

## (五)、核心碼的特質與限制

核心碼組合不是只有身體功能、或構造的部份。表 4 (p. 14) 整理出公佈的 12 種慢性疾病簡略版與完整板核心組合的類別數目，顯示活動與參與以及環境因子的評估在慢性疾病狀態的重要性，顯然不亞於功能與構造的評估。在臨床運用上，通常以種類縱斷面圖 (categories profile) 的方式來呈現核心碼的評估，並導引後續的治療計畫的系統性方式，加上清楚的分類級距 (qualifiers) 的定義。但是否能同樣如此運用在職評與職業重建上，尚值得觀察。

ICF 目前所發展的以及疾病或某類狀況編碼的核心組合，與目前台灣現行以障別分類有極大的差異，請詳見表 5 (p. 15) 的比較。最後一列列出 ICF 核心碼中有多種未能歸類於國內現行身心障礙中的核心碼組合，這些疾病狀態多是影響全身性的疾病，對整體健康與生活品質影響很大。給予全身性疾病患適當的重視，特別是看到他們在活動與社會參與因為疾病而受到的限制，將帶來新的視野。而又什麼樣的種類與什麼樣的分類級距的組合可以納入身心障礙福利的範圍，勢必將掀起一番爭論。

表 4 12 種慢性疾病簡略版與完整板核心組合的類別數目

	Number of categories in Brief core sets				Number of categories in Comprehensive core sets			
	b	s	d	e	b	s	d	e
ICF 該類別總數	493	310	384	253	493	310	384	253
乳癌	11	5	11	13	26	9	22	23
慢性缺血性心臟病	10	1	13	12	14	1	17	29
慢性廣泛性疼痛	10	0	10	6	23	1	17	29
憂鬱	9	0	12	10	45	0	48	28
糖尿病	12	6	5	10	36	16	18	29
下背痛	10	3	12	10	19	5	29	25
肥胖	3	0	4	2	30	18	28	33
阻塞性肺部疾病	5	3	5	4	19	5	24	23
骨關節炎	3	3	3	4	13	6	19	17
骨質疏鬆	5	4	6	7	15	7	21	26
類風濕性關節炎	8	7	14	10	25	18	32	21
中風	18	2	7	3	41	5	51	33

註：b 身體功能 (body functions)；s 身體結構 (body structures)；d 活動和參與 (activity and participation)；e 環境因子 (environmental factors)。

表 5 已發展和正發展的 ICF 核心碼

現行身心障礙類別名稱	已發展的 ICF 核心碼	正發展的 ICF 核心碼
視覺障礙		視力缺損
聽覺機能障礙		
平衡機能障礙		兒童青少年期腦性麻痺
聲音機能或語言機能障礙	中風	
肢體障礙	類風濕性關節炎 骨關節炎 中風	兒童青少年期腦性麻痺 脊髓損傷 手部功能 僵直性脊椎炎 中風
智能障礙		
重要器官失去功能		
心臟	慢性缺血性心臟病	
肝臟		
呼吸器官	阻塞性肺部疾病	
腎臟		
吞嚥機能障礙		
胃		
腸		
膀胱		
造血機能		
顏面損傷		
植物人	中風	頭部外傷
失智症	中風	頭部外傷
自閉症		
其他：染色體異常、先天代謝異常、其他先天缺陷		
多重障礙		
慢性精神病患者	憂鬱	躁鬱症
頑性（難治型）癲癇症者		
經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者		
未能歸類於現行身心障礙	骨質疏鬆 糖尿病 肥胖 下背痛 慢性廣泛性疼痛 乳癌	失眠 紅斑性狼瘡與全身性硬化症 多發性硬化症 牛皮癬與牛皮癬性關節 頭頸部腫瘤

### 三、ICF 的推廣與應用

自 2001 年 10 月世界衛生組織於瑞士日內瓦公告 ICF 後，ICF 的推廣與實施就成了國際分類群合著中心總部（WHO Family of International Classifications, WHO-FIC）所關心之事。在 2003 年德國柯隆會議時，WHO-FIC 便決定先進行優勢、劣勢、機會、威脅（Strength、Weakness、Opportunity、Threat, SWOT）分析來檢視實施 ICF 會遇到的強處、弱處、機會和威脅。委員們於會議中先初步進行 SWOT 分析，然後再由推廣工作小組（roadmap working group）進行批判檢視，基於其回饋再次修訂 SWOT 分析。此結果（請見表 6，p. 17-18）於 2004 年 10 月在冰島雷克雅維克會議公告（Caulfeild, & de Kleijn - de Vrankrijker, 2004）。

基於上述 SWOT 分析，WHO-FIC 於 2004 年提出四個施行策略：（1）於會員國中將 ICF 建立成量測一般人口健康和失能的官方架構，如在人口普查和問卷調查時；（2）制定 ICF 作為臨床與服務層級的健康成效評量架構，以量化治療活動的健康獲得，並了解此健康獲得如轉成個人和人口層級的生產力獲得；（3）將 ICF 變成行政與臨床資訊系統，包括電子健康記錄和臨床專有名詞的主流；以及（4）將 ICF 施行於社會政策領域，透過使用 ICF 架構來校準身心障礙認定流程，以及發展 ICF 對於教育、勞動市場和法律的應用等方式，並依據此施行策略逐年提出年度任務（Caulfeild, & de Kleijn - de Vrankrijker, 2004）。

在 2005 年，WHO-FIC 推動了 12 項 ICF 施行相關任務，分別為：（1）發展人口普查和問卷調查的施行計畫和示範專案；（2）針對實施計畫的優先執行處發展最佳實務的標準；（3）發展臨床與服務層級的健康成效的施行計畫和示範專案；（4）發展資訊系統的施行計畫和示範專案；（5）發展社會政策的施行計畫和示範專案；（6）資訊分享；（7）評估工具、分級尺度製圖、系統性紀錄、意見分析和改善提議；（8）邀約能力（Ability, A）與表現（Performance, P），以及環境（Environment, E）測量的經驗分享；（9）與其他 WHO-FIC 委員會合作，將 ICF 焦點加入其工作中；（10）參與兒童青少年版的 ICF 審議；（11）歐盟健康與失能測量（Measuring Health and Disability in Europe, MHADIE）專案的進度報告；以及（12）核心碼專案的進度報告（WHO-FIC, 2005）。

於 2006 年，WHO-FIC 的施行策略導向聚焦於四個部分：健康與失能統計、臨床與服務層級的健康成效、資訊分享、和社會政策。在健康與失能統計部份，WHO/UNESCAP（the United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific）專案（旨在促進失能統計）完成，有亞太地區 20 個國家參與，成效結果包含（一）完成以 ICF 為基準的人口普查和問卷調查建議題組，並實地於 5 個國家試測；（二）發展並出版 ICF 失能統計訓練手冊；和（三）UNSIAP（United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific）建立一套以 ICF 架構為基礎的失能統計訓練的 5 天課程。使用 ICF 有促進功能和失能統計得可及性、品質和可比較性，並且強化量測方式。在健康的成效量測方面，以 ICF 為基礎的 WHO 失能評估表 II（The World Health Organization's Disability Assessment Scale II, WHO DAS II）被採用為世衛組織專案的成效評估測量工具。另外與世衛組織的職業健康單位合作，探索使用 WHO 健康與生產力問卷（World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire, WHO HPQ）來建立健康與生產力數據的可行性。在 ICF 施行的支持部分，改進 ICF INFO 資料庫並架構在 WHO-FIC 網站。下一步將彙整施行 ICF 時所學得的經驗以及發展最佳實務的模式，使質性分析資料用於施行細則與建議的發展。最後，在失能評估部分，持續在希臘、

表 6 推廣 ICF 的 SWOT 分析表

	強處 (S)	弱處 (W)	機會 (O)	威脅 (T)
1	有長期致力於 ICF 的專家。有些國家提供經費來實施 ICF，且願意將工具與經驗與其他國家分享。且在 WHO-FIC 裡面有很好的 ICF 網絡。	部分團體的成員會不斷改變。網絡是依地理性分區建構，且成員數有限。且若無很好的領導，熱情很快就減弱。	利用地域性的主動倡議與專門知識。	團體不再參與。熱情與國際串聯會不時的中斷。
2	WHO-FIC 其他分類系統的行銷與施行經驗可轉移至 ICF。	缺乏 ICF 的行銷與施行經驗。	經由網際網路有先進的通訊與行銷機會。應建立中央網站以分享 ICF 資訊。可與 WHO-FIC 其他分類系統和行動方針（如：維持與更新，教育推廣）作合力投資與策略聯盟。ICD 的更新過程可以運用至 ICF 的更新。	缺乏國家層級的贊同與合作。
3	ICF 可應用至不同的用途，如：問卷調查、臨床機構、政策制定。	難以將 ICF 整合進基礎照護領域。	大學已支持 ICF。學界亦對 ICF 研究興趣。當試行實施計劃後可以移至新的部份或國家。	在國際層級方面，ICF 的使用與應用並不持續。
4	對疾病和其他健康相關問題介入的功能性成效的數據可藉由 ICF 來蒐集。		部份政府和臨床人員在搜尋成效數據。ICF 可以提供 ICD 和治療介入分類的連結，以及照護的持續性與有效性的數據。ICF 協助做決定者組織數據和成效資訊。許多國家正推動電腦化病歷紀錄（EHR）。	在急症照護機構，功能性狀態資訊沒有定期蒐集。對於 ICF 在電腦化病歷紀錄（EHR）的使用無支持者。
5	身心障礙者代表有參與 ICF 的發展。身心障礙者已經正式認可 ICF 和其障礙定義。	ICF 和其潛在好處尚未被良好建立與了解。	與殘障社群有關的污名已經減低。身心障礙者的權益已被正視。	

(續下頁)

表 6 推廣 ICF 的 SWOT 分析表 (續)

強處 (S)	弱處 (W)	機會 (O)	威脅 (T)
6 ICF 提供基於科學原則和可應用於全球的概念架構的共通語言與國際標準。ICF 不會偏於任一文化、生態或提供者。它是多元專業觀點。已經被翻譯成 WHO 六大官方語文和許多其他語文。	事業體的位置是地理上分散的。ICF 中缺少個人因素的代碼。	有越來越多的政府對於身心障礙以及老人人口的議題有興趣。	全球的政治穩定性變異很大。部分國家的政治並不穩定。執政者變更則政策目標會改變。不同的國家對於健康相關資訊發展有不同的優先順序。而收集功能性數據的理由與動機尚未被指認或支持。各國之新法規正在產生，會影響該國對於 ICF 的接受與施行政策的穩定。

資料來源：Caulfeild, D. & de Kleijn – de Vrankrijker, M. W. (2004). *Roadmap for the implementation of the ICF: A proposal for an implementation vision and strategy*. p10. Retrieved November 9, 2009, from the World Wide Web: <http://www.rivm.nl/who-fic/Annuals/reykjavik54.pdf>

德國、突尼西亞和美國專案探討身心障礙認定流程的校準，以及在教育、勞工與就業領域的應用 (WHO-FIC, 2006)。

於2007年，持續上述四個ICF施行策略導向，並推動了40項ICF施行相關任務，主要分為ICF更新建議、ICF運用於ICD、ICF測量與統計、ICF訓練教材、ICF倫理議題、環境因素探討、電子版ICF的名詞解釋、最佳實務模式、其他相關專案等任務 (WHO-FIC, 2007)。

於2008年，由各個功能與失能參議小組 (the Functioning, and Disability Reference Group, FDRG) 分組研議的資料彙整成個案與人口層級ICF資料收集指引 (草稿)，參與ICF施行的國家亦擴及拉丁美洲、歐洲、法語系國家、以及亞太地區。2008-2009年共成立8個任務導向的FDRG，分別執行下述任務的研討：(1) ICF使用原則、編碼規則與指引；(2) ICF更新建議；(3) ICF運用於ICD；(4) ICF測量與統計；(5) ICF教材發展；(6) ICF、倫理與人權；(7) 環境因素；和 (8) ICF名詞解釋 (WHO-FIC, 2008)。

除了 WHO 在其會員國大力推廣 ICF 外，各個專業組織對 ICF 與其專業理論架構的整合與應用皆相當重視，包含醫師、護士、物理治療、職能治療、語言治療、社工、復健諮商...等等。幾個職業重建的著名期刊都分別發行以 ICF 為主題的特刊 (special issue)，例如，2003 年之『障礙與復健期刊 (*Disability and Rehabilitation*)』、2005 年之『復健心理期刊 (*Rehabilitation Psychology*)』與 2005 年之『復健教育期刊 (*Rehabilitation Education*)』。ICF 提供國際以及不同學科在身心障礙與復健領域的共通語言，不論是職業復健、復健科技、還是復健管理。Üstün、Chatterji、Bickenbach、Kostanjsek 和 Schneider



(2003) 預測 ICF 的功能描述將會變成復健領域普遍能接受的框架。

Haruna、Matsui、Matsui 和 McFarlane (2005) 指出，將 ICF 應用在職業復健領域中，能夠有效地反應身心障礙與復健的理論和過程。Chan (2010) 指出 ICF 能夠應用在健康和障礙的統計、臨床實施和管理、政策決定、學術研究各種方面；並以職業復健的流程為例，將 ICF 的架構融入服務對象資格確定、服務計畫發展、確實提供服務、和工作的配置 (job placement) 等職業復健流程四個步驟中。他認為 ICF 模式能夠有效應用在復健諮商實務的結構化上。

對於職業重建的服務對象與專業人員而言，使用 ICF 是具有意義的。對服務對象的意義在於 ICF 取代了以往只關心個人的醫學診斷結果，整合了個人健康狀態在醫學與社會方面的觀點，並且把一個人其生活世界的所有層面 (發展、參與、環境等) 都表現在 ICF 分類當中。雖然醫學診斷對於定義疾病原因、決定醫療介入相當重要，但功能性狀態的局限往往才是用來規畫或執行適當介入的最佳資訊 (Lollar & Simeonsson, 2005)。一旦職業重建專業人員意識到服務對象每天所需的日常活動參與，便能利用 ICF 規畫解決問題的先後順序；例如職業重建專業人員可以觀察服務對象是如何進行每天的活動，並且記錄他們的功能表現，這項紀錄可用來確認服務對象功能表現如何獲得改善，及如何改善環境，以促進他們的功能表現 (Bornman, 2004; Hemmingsson & Jonsson, 2005)。

#### 四、ICF 應用範例

依據 WHO (2002)，ICF 的概念可應用在許多相關的領域，包括政策發展、科學研究、介入成效之研究、環境障礙與助益之應用等。檢視 WHO-FIC 推動 ICF 的策略與歷程，並回顧十年來的相關文獻，發現已有不少範例試圖應用 ICF 架構於實務運作之中。舉例來說，2003 年澳洲健康和福利機構 (Australian Institute of Health and Welfare, 簡稱 AIHW) 提出 ICF 應用的 9 個例子，包含：將 ICF 應用在國家身心障礙者服務資料的收集、將 ICF 架構應用在健康結果的測量、將 ICF 架構應用在身心障礙運動員的分類、將 ICF 架構應用在澳洲意外事故的賠償、將 ICF 架構應用在語言病理學方面、將 ICF 架構應用在蕾特氏症 (Rett Syndrome, RTT) 上、將 ICF 架構應用在身心障礙者的支持分類與需要評估、將殘障評估和資源工具 (Handicap Assessment and Resource Tool, HART) 與 ICF 架構結合、以及將 ICF 架構應用在口腔健康。

Bruyère、Looy、和 Peterson (2006) 彙整 ICF 相關文獻為 5 類，包含 ICF 簡介、ICF 在特定專業領域的應用、特定疾病的 ICF 分類應用範例、使用 ICF 編碼檢視各國身心障礙相關調查資料、以及各國政府使用 ICF 的情況。在 ICF 簡介方面，許多作者支持 ICF 的架構和使用可以從事跨機構、應用方式、和國家之間在健康資訊方面的比較。他們也認為 ICF 架構可促進了解環境因子對於健康和功能的重要性。然而，部分作者指出 ICF 無法明確指認損傷和失能的本質，也不易區分有某種行動的能力和該行動的真實表現；需要進一步的研究和發展。在特定專業領域的應用方面，已有實證資料指出，將 ICF 應用在護理、職能治療、語言病理學和聽力學等四種專業領域中有明顯的益處，顯示 ICF 是一個有用的概念架構，可以擴展專業人員的思維。但各專業中的部分細節仍未被詳細描述，也可能不存在於 ICF 的編碼，也尚未轉換取代其專業術語。在特定疾病的 ICF 分類應用方面，目前已針對慢性疾病、神經骨骼肌肉、認知障礙、精神障礙、感覺

疾病、以及小兒復健等六大類進行研究。越來越多國家使用 ICF 來作為健康狀況和後續功能狀態的分類工具。研究者們非常的熱於分享他們使用 ICF 的經驗，希望藉此提供臨床介入的新觀點和健康狀況測量的核心參考。

至於使用 ICF 編碼檢視各國身心障礙相關調查資料，以及各國政府使用 ICF 的情況二項，可以作為我國政策的參考，敘述如下所示。在使用 ICF 編碼檢視各國身心障礙相關調查資料方面，其中一個發展方向是將 ICF 各分類項目和現存的復健醫學與其他專業的工具做一個比對，以建立現有文獻和 ICF 的連結。例如：Schere 和 Glueckauf(2005) 將 ICF 的編碼和其他量表作概念比較以選擇適切的輔助科技；Granlund、Eriksson 和 Ylven(2004)將 ICF 的活動參與領域之編碼與現存的分級工具結合；Wolff 等學者(2004) 指出 ICF 在臨床成效評估上可提供一個有用的參考架構；Swanson、Carrothers 與 Mulhorn (2003) 則使用 ICF 來設計問卷，以比較 5 個國家間的身心障礙狀況調查。這些文獻對於 ICF 和其他分類系統的比較，以及美國和其他國家的比較，提供許多的範例，結果都指向 ICF 是一個很好、甚至更好的分類架構。故以 ICF 作為成效指標並從事跨國比較，是未來進一步的研究走向。

而在各國政府使用 ICF 情況方面，美國的生命現象和健康統計國家委員會 (National Committee on Vital and Health Statistics) 提供一份關於 ICF 如何使用的報告給健康和人類服務部門 (Department of Health and Human Services, DHHS)，建議使用 ICF 作為功能狀態的紀錄工具；美國人力資源管理辦公室 (U.S. Office of Personnel Management) 將聯邦政府雇員表明自己是障礙者的人事表格，依據 ICF 項目勾選表的主要活動項目作修訂；DHHS 也修訂現有全國性調查問卷，將與障礙、功能相關的項目都使用 ICF 分類系統的編碼方式呈現 (Kennedy, 2002)。澳洲則在全國障礙調查中使用 ICF 架構來發展題項，其昆士蘭大學的老人溝通障礙研究小組則將 ICF 應用在專業人員教育和臨床實務上 (Madden, Choi, & Sykes, 2003)。荷蘭將障礙與功能狀況的資料整合入國家公共衛生資訊結構中，以及探討整合 ICF 概念與荷蘭疾病巡察電腦系統所需作的微調 (Savel, Autry, & Lollar, 2004)；並且在 10 個復健中心以 ICF 架構為基準來研究身體主動性行為，希望促進身心障礙者要活要動的生活風格 (Van der Ploeg, Van der Beek, Van der Woude, & Van Mecgelen, 2004)。至於聯合國統計部門 (United Nations Statistics Division) 則致力於改善國際間比較的方法以及標準化的測量，希望能增加 ICF 在障礙測量方面的使用率 (Mbogoni, 2003)。從此可以看出，各國政府多及早將 ICF 的概念導入國家調查的題項設計，將官方資料以 ICF 架構來分析呈現，特別是已開發的國家。

另如 Maart、Eide、Jelsma、Loe 和 Ka Toni (2007) 以 ICF 中的環境評量項目研究身心障礙者在都市及郊區感受到的環境阻礙，結果顯示都市中較常遇到產品與科技，以及自然與建築的阻礙；在郊區則較常面臨態度上的阻礙。換言之，ICF 的概念與分類系統在使用時可依研究的目的做彈性的選擇，而這種彈性也使得 ICF 的應用層面更多元、更廣泛。表 7 (p. 21) 為 ICF 在服務提供之應用的整理。

表 7 ICF 在服務提供之應用

應用層面	應用內涵
在個人層次的應用	1.評量個體的能力現況 2.發展能擴展個體功能的介入 3.評鑑介入的成效 4.專業人員間溝通個體的特徵 5.使用者評鑑自我的能力
在機構層次的應用	1.規畫教育和訓練 2.計畫和發展資源 3.增進服務的品質 4.評鑑介入的實施過程和成效 5.提供最符合經濟效益的健康照護模式
在社會層次的應用	1.建立取得福利的資格標準 2.發展社會政策 3.進行需求評量 4.實施全方位設計的環境評量

資料來源：整理自 World Health Organization (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health ICF* (p. 6). Geneva, Switzerland: Author.

## 五、由文獻分析 ICF 之運用

本資源網研究小組根據文獻，將 ICF 的應用分為評量 (assessment)、服務介入 (intervention)、教育 (education) 與訓練 (training)、以及政策制定 (policy-making) 三方面來論述，內容說明如下：

### (一) ICF 在評量的應用

ICF 是世界衛生組織分類系統家族內最新的一個分類系統，這個以全人觀點的模式出來之後，讓全球的專業人員無不想要去使用這個架構模式作為評量個案的一個範本。因此，很多不同的專業人員就開始在 ICF 的架構下的內容去針對特殊族群去建立相關評估內容和評量工具的資訊。而他們主要的處理方式是先分析在 ICF 的架構下，列出特殊族群的可能需求的評估向度，並針對該向度找出該專業人員熟悉的評量工具，作為評量的準則，再利用評量的結果達到研究者想要了解的訊息或是研究的內容。

研究小組自 2009 年 11 月至 2010 年 3 月初，利用 EBSCO、ERIC、Primary Search、Medline 等資料庫和網路，以 International Classification of Functioning 為關鍵字，進行搜尋和檢索，經過整理和歸類後關於 ICF 評量工具研究的文章約 120 篇。進一步分析可知，許多研究是利用 ICF 的理論架構選擇呼應的評估工具，廣泛地應用在不同族群的功能評估上。其不同之處在於各專業間依其目的和研究需要，選擇不同的評估向度和工具；但其共通處則是都能使用 ICF 的架構來解釋與分析，再次呼應 ICF 可以做各專業間的共通語言。舉例來說，Gilchrist, Galantino, Wampler, Marchese, Morris, & Ness (2009) 針對各種腫瘤手術後接受復健的個案，嘗試以 ICF 的模式作為評量架構，詳見圖 5 (p. 22)。並指出選擇適當評量工具的原則，包括 (1) 評量的內容能符合 ICF 的架構內容；以及 (2)

考慮標準化心理測驗的原則，相關的信效度的內容都要符合測量學的標準。此外，臨床的診斷和篩選評估與一般的成效評估是有很大的不同，臨床的診斷和篩選評估更強調它的敏感性和特異性。

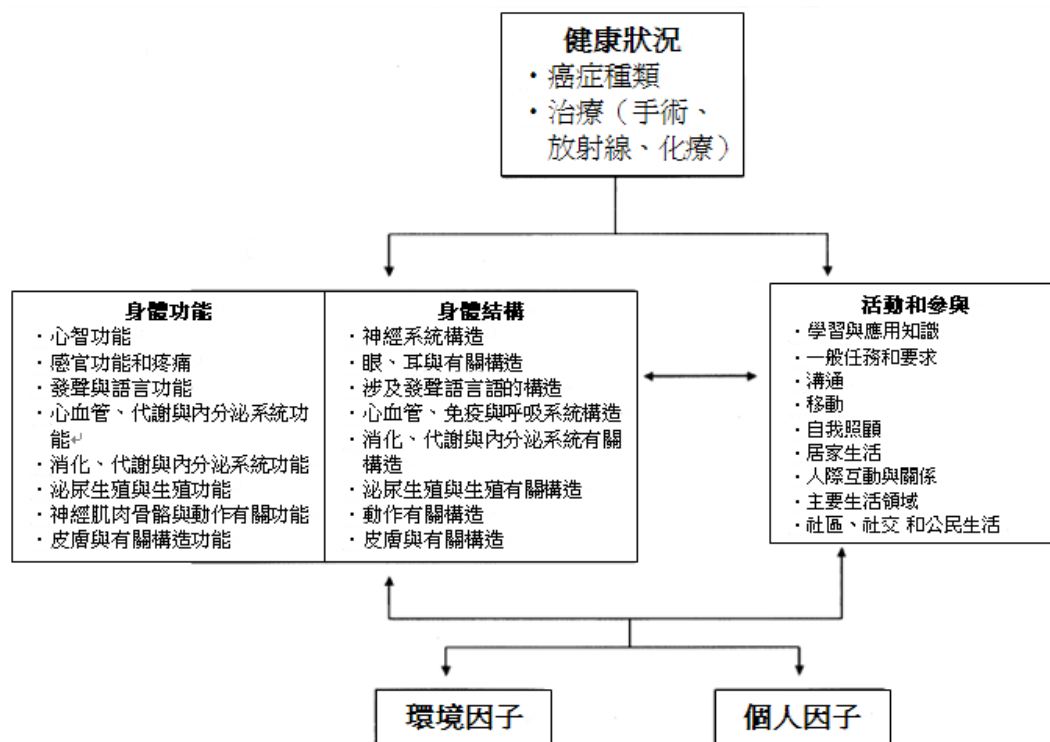


圖5 利用ICF的架構分析癌症病患的相關問題

資料來源：Gilchrist, L. S., Galantino, M.L., Wampler, M., Marchese, V. G., Morris, G. S., & Ness, K. K. (2009). A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Physical Therapy*, 89(3), p. 288.

其次，不同的專業組織不約而同地使用ICF架構作為其成效評量架構。舉例來說，Jerosch-Herold, Leite, & Song (2006) 以Medline、AMED 和CINAHL資料庫，針對腕隧道症候群 (carpal tunnel syndrome, CTS) 手術治療的文章進行搜尋，一共回顧了28篇文章，將其結果測量和分類方式與ICF架構連接，詳見圖6 (p. 23)。結果發現，最常評量的成效為症狀減緩自述、手握力、指力以及是否返回工作，大多數的成效評量使用「身體功能和結構」向度，只有少數使用「活動和參與」向度。由此可知，ICF提供一個有用的框架作為CTS手術介入的成效測量，以及可幫助選擇最適切的評估向度，特別是當研究是設計來找出介入對於個體和社會層級的衝擊。使用一套可以含括ICF各個向度的標準化核心成效評量，可以促進不同研究的相互比較和後設分析研究 (meta-analysis)；故進一步的核心碼發展是非常需要的。

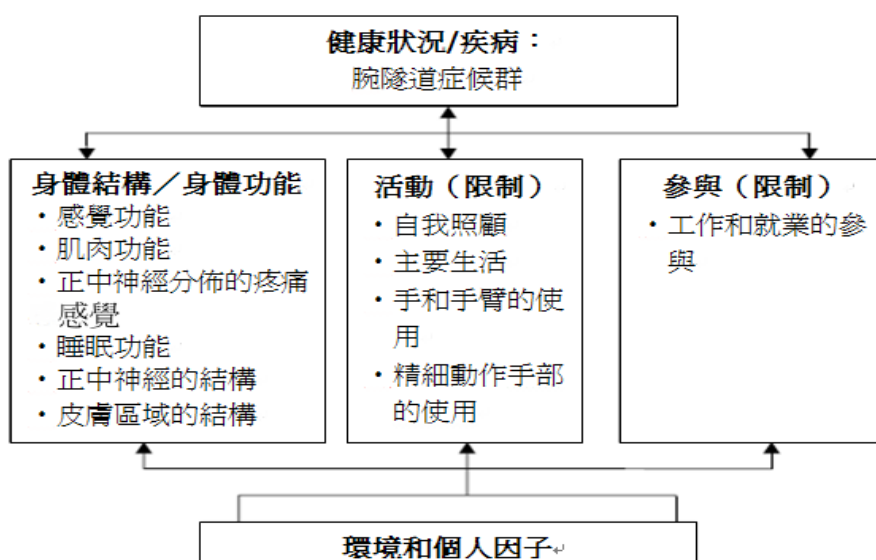


圖6 利用ICF的架構去分析CTS患者的相關問題

資料來源：Jerosch-Herold, C., Leite, J. C. & Song, F. (2006). A systematic review of outcomes assessed in randomized controlled trials of surgical interventions for carpal tunnel syndrome using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference tool. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, p.102.

Graham & Cameron (2008) 以2004年7-8月某澳洲大都會復健中心的住院和社區復健個案服務記錄各30份為研究範本，採用包含澳大利亞復健醫學學會 (Australian Faculty of Rehabilitation Medicine, AFRM) 所制定之臨床指標、與治療目標達成相關的指標、以及ICF領域的表格，來進行分析。研究者依據個案服務紀錄指認出每位個案在活動參與和環境因素的ICF領域 (domain)，以及該領域是否呈現在服務記錄中。並分別針對指標的評估流程 (process) 與成果 (outcome) 依公式計分 (見表8, p. 24)，來檢驗復健服務的成效。結果發現：絕大多數的指標都可以從個案服務紀錄中找到，但其目標設定多未明確，且未記錄成效量測結果；而在起始階段與社區健康照護人員的溝通以及環境因素評估 (無論是起始階段或是定期審視) 都未做到。以AFRM臨床指標為基礎的題項，其服務紀錄的顧及程度幾乎達100%；但以活動參與和目標達成為基礎的題項，其得分平均為0.23~0.43 (中數0.0~0.6)。Graham和Cameron認為：由於服務提供者高程度地遵循AFRM臨床指標，表示這些指標可以用來作為服務提供的最低標準，但難以區別不同服務的成效差異。而以活動參與、目標達成為基礎的題項，則較適合用來評估不同復健機構的服務成效。他們並提出未來需進一步使用ICF中的環境促進或障礙的概念，來妥善評估影響服務成效的潛在共變因子。

表8 Graham和Cameron對於復健服務成效檢驗的計分公式

**評量臨床指標是否進步的流程**

(0分表示最佳狀況，即：相關領域都有成效量測或目標設定；1分表示最壞狀況，即：沒有成效量測或目標設定。)

**題項**

**計分公式**

多元專業復健計畫 (起始階段)	沒有起始多元專業復健計畫的個案數/總個案數
多元專業復健計畫 (定期審視)	沒有定期審視多元專業復健計畫的個案數/總個案數
與社區健康照護人員的溝通 (起始階段)	沒有起始與社區健康照護人員溝通的個案數/總個案數
與社區健康照護人員的溝通 (定期審視)	沒有定期與社區健康照護人員溝通的個案數/總個案數
活動和參與的評估 (起始階段)	沒有起始活動參與評估的個案數/總個案數
活動和參與的評估 (定期審視)	沒有定期活動參與評估的個案數/總個案數
環境因素的評估 (起始階段)	沒有起始環境因素評估的個案數/總個案數
環境因素的評估 (定期審視)	沒有定期環境因素評估的個案數/總個案數
適切目標設定 (起始階段)	沒有起始適切目標設定的個案數/總個案數
適切目標設定 (定期審視)	沒有定期適切目標設定的個案數/總個案數
復健計畫未預期地中斷	未預期中斷復健計畫的個案數/總個案數
個案死亡	死亡的個案數/總個案數

**評量臨床指標是否進步的結果**

(0分表示最佳狀況，即：所有評估到的領域都有進步；1分表示最壞狀況，即：所有評估到的領域都沒有進步。)

**題項**

**計分公式**

**在活動與參與方面有進步**

個案之活動與參與的流程得分	$(\text{有相關的領域數} - \text{有標準化成效量測的領域數}) / \text{有相關的領域數}$
個案之活動與參與的結果得分	$(\text{有成效量測的個數} - \text{有進步成效的個數}) / \text{有成效量測的個數}$
服務之活動與參與的流程得分	個案之活動與參與的流程得分總和
服務之活動與參與的成果得分	個案之活動與參與的成果得分總和

**在環境因素方面有進步**

個案之環境因素的流程得分	$(\text{有相關的領域數} - \text{有標準化成效量測的領域數}) / \text{有相關的領域數}$
個案之環境因素的結果得分	$(\text{有成效量測的個數} - \text{有進步成效的個數}) / \text{有成效量測的個數}$
服務之環境因素的流程得分	個案之環境因素的流程得分總和
服務之環境因素的成果得分	個案之環境因素的成果得分總和

**在目標達成方面有進步**

個案之目標達成的流程得分	$(\text{有相關的領域數} - \text{有標準化成效量測的領域數}) / \text{有相關的領域數}$
個案之目標達成的結果得分	$(\text{有成效量測的個數} - \text{有進步成效的個數}) / \text{有成效量測的個數}$
服務之目標達成的流程得分	個案之目標達成的流程得分總和
服務之目標達成的成果得分	個案之目標達成的成果得分總和

針對職業重建的評量，Gibson & Strong (2003) 建議使用ICF架構作為職災勞工復工判斷基準的功能性評估 (functional capacity evaluation)。他們認為功能性評估中所關心的 (1) 損傷以及其對於體能要求表現的影響，是呼應到ICF的「身體功能與結構」，可以用身體表現要素 (physical performance component) 去評量之，如：關節角度、肌肉力量、活力等；(2) 體能要求表現的狀況和限制，是呼應到ICF的「活動限制」，可以用職能表現 (occupational performance) 去評量之，如：工作職務實作表現；(3) 基於損傷和表現的量測所推測之復工阻礙和建議，是呼應到ICF的「參與」，可以用角色表現 (role performance) 去評量之，如：家庭、職場、和社交的多元角色表現；以及 (4) 其他影響體能要求表現和復工的因素，是呼應到ICF的「環境和個人因素」，可以用表現情境的時間和環境觀點 (temporal aspects and environmental aspects of performance contexts) 去評量之，如：輔具、無障礙環境、傷病假時間等。故整合ICF和職能表現模式，可以獲得工作評估的連續概念 (work assessment continuum, 見圖7, p. 25)。在此概念中，「損傷」可以由量角器、握力器等計量尺規來評量，「活動限制」由功能性評估來評量，而「參與」則可以由現場試作或調整式的復工來評量。

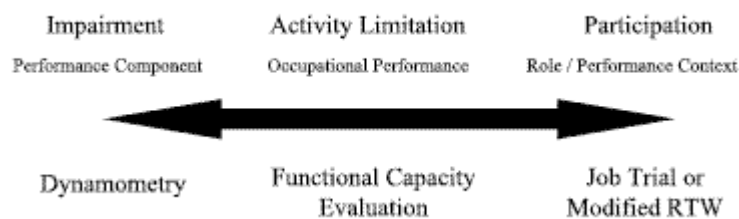


圖7 工作評估的連續概念

資料來源：Gibson, L., & Strong, J. (2003). A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(2), p.69.

Scherer & Glueckauf (2005) 發現ICF與輔具選用評量的「人與科技媒合模式 (Matching Person and Technology Model, MPT)」可以相呼應。MPT模式的輔具評估過程使用三類工具：(1) 人與科技媒合初評單，用來決定專家與個案共同建立的目標，和紀錄可支持此目標的服務介入和科技；(2) 過往的輔具使用紀錄，用來了解個案的輔具使用史和使用滿意度，以及有哪些想要使用卻沒有機會使用的輔具；和(3) 特定的科技媒合工具，如：輔具使用問卷 (Survey of Technology Use, SOTU)、輔具適用傾向評量 (Assistive Technology Device Predisposition Assessment, ATDP)、教育輔具適用傾向評量 (Educational Assistive Technology Device Predisposition Assessment, ETDP)、工作職場輔具適用傾向評量 (Workplace Assistive Technology Device Predisposition Assessment, WTDP)、和健康照護輔具適用傾向評量 (Healthcare Assistive Technology Device Predisposition Assessment, HCTDP)。Scherer & Glueckauf (2005) 建議使用MPT模式的輔具評估工具於ICF架構中，方式如表9 (p. 26)。

表9 ICF架構輔具選用評量之建議

ICF領域	評量重點	建議工具
身體結構與功能	個案對於其動作與知覺能力技能的自評	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 人與科技媒合初評單</li> <li>■ SOTU</li> <li>■ ATDPA</li> </ul>
活動和參與	個案對於其日常生活活動達成程度的自評，或教育、就業、和休閒活動的自評	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ATDPA</li> <li>■ ETPA</li> <li>■ WTPA</li> </ul>
環境因素	包含物理、社會、和態度面向，以及特定的環境與科技媒合題項，如：輔具的價錢、補助機制、訓練與支持服務、服務傳遞機制、輔具的特色、一般大眾對於該輔具的反應等	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ATDPA</li> <li>■ ETPA</li> <li>■ WTPA</li> <li>■ HCTPA</li> </ul>
個人因素	個人資源和社會心理狀態	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ SOTU</li> <li>■ ATDPA</li> <li>■ ETPA</li> </ul>

Haruna, Matsui, Matsui, & McFarlane (2005) 則認為 ICF 的出現改變了職業重建對於障礙的定義，許多與工作相關的活動（如：學習、執行任務、溝通、移動、人際關係等）都已經操作定義並完整呈現。此架構可以用來分析工作所需的功能，是傳統工作分析的另一形變，且比醫療描述更易瞭解，有助於服務介入與就業促進。此外，障礙是個體與環境互動下的產物，故環境的評量變成職業輔導評量的重點之一，著重對於個體生產力和自給自足的自然支持與阻礙因素的指認。特別是能力與表現的等級評量的區別，可以作為環境因素改造或是個人服務介入選項的依據架構，如圖 8 (p. 26)。Haruna 等人支持以 ICF 代碼來呈現個案的全人特質，認為如此一來人人皆有自己獨特的代碼，職業輔導評量勢必會個別化。

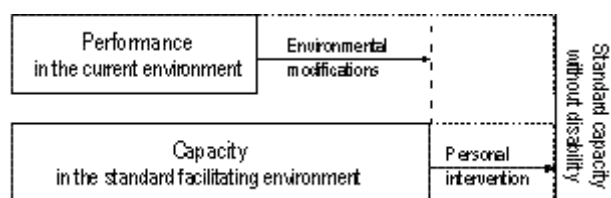


圖8 環境與個人因素相對於能力與表現評量的關係

資料來源：Haruna, Y., Matsui, N., Matsui, R., & McFarlane, F. (2005). Applicability of ICF for Vocational Rehabilitation. Retrieved November 9, 2009, from the World Wide Web: [http://plaza.umin.ac.jp/~haruna/icf/icf\\_vr\\_e.html](http://plaza.umin.ac.jp/~haruna/icf/icf_vr_e.html)



隨著照護與福利成本的增加以及利率與公家補助的縮減，服務使用者和補助提供者開始要求職業重建專業提出實驗證據和嚴謹分析，來支持其服務效益。從Pruett, Rosenthal, Swett, Lee, & Chan (2008) 等人的研究指出，公立職業重建服務體系通常依據全人觀點來評量個案需求，由多元專業團隊來提供從急性醫療到社區安置的連續性服務，導致公立職業重建服務體系難以進行隨機抽樣的實驗驗證研究。雖然可以從復健專業人員的核心職能 (essential function)，如：諮商、工作同盟 (work alliance)、以及社交、生活、調適和自我效能等技能訓練，去檢視其對於個案就業與否的效益；事實上也已經證實有效，但也有「難道職業重建的成果就只有就業這個單一指標」的思辯。Chan 等人 (2009) 倡議使用ICF的全人化生理、心理和社會觀點來呈現多元的職業重建成效指標，並提供具有良好測驗計量的評量工具建議。其依據ICF的功能、活動、參與、環境因素、個人因素、和總體成效等六個部份，分別列舉1~5個不等的成效評量工具。與2010年6月世界衛生組織所公告的職業重建核心碼相較 (見表10, p. 27-29)，所檢視向度對於簡短核心碼的呼應性極高，而政策方面的檢驗則是較欠缺的評量工具。

表10 Chan et al. (2010) 所建議的成效指標架構與WHO職業重建核心碼的比對

ICF 領域	職業重建簡短核心碼	職業重建成效指標	評量工具	工具所檢測的概念
身體功能和身體結構	b130 精力與驅動力功能	功能	Functional Independence Measure (FIM).	■ 動作
	b164 高階認知功能		Functional Independence Measure and Functional Assessment Measure (FIM + FAM).	■ 認知
	b455 運動耐受功能		Functional Assessment Inventory (FAI).	■ 動作 ■ 認知
活動與參與	d155 學得技能	活動	Functional Assessment Inventory (FAI).	■ 職業能力與缺損
	d240 處理壓力與其他心理需求		Life Skills Inventory (LSI).	■ 特殊優勢
	d720 複雜人際互動			■ 總體分數
	d845 取得、保有與終止一份工作			■ 一般就業技能
	d850 有報酬工作			■ 工作相關溝通能力
	d855 無報酬工作			■ 自我導引能力
			■ 自我照顧能力	
			■ 工作耐力	

(續下頁)

表 10 Chan et al. (2010) 所建議的成效指標架構與 WHO 職業重建核心碼的比對 (續)

ICF 領域	職業重建簡短核心碼	職業重建成效指標	評量工具	工具所檢測的概念
活動與參與	d155 學得技能	參與	Craig Handicap Assessment and Reporting Techniques (CHART).	■ 身體獨立
	d240 處理壓力與其他心理需求			■ 移動
	d720 複雜人際互動			■ 職業
	d845 取得、保有與終止一份工作			■ 社會融合
	d850 有報酬工作			■ 經濟自足
	d855 無報酬工作			■ 認知獨立
		總體成效	Impact on Participation and Autonomy Questionnaire.	■ 室內的自主性
			Short Form 12 (SF-12).	■ 所扮演的家庭角色
			The Sense of Well-Being Inventory (SWBI).	■ 室外的自主性
				■ 社交生活和關係
				■ 就業和教育
				■ 健康相關生活品質
				■ 心理的安康
				■ 家庭和社交的安康
				■ 身體的安康
				■ 財務的安康
			The World Health Organization Quality of Life – Brief Version (WHOQOL-BREF).	■ 身體能力的品質
				■ 心理的品質
				■ 社會關係的品質
				■ 環境的品質
			Satisfaction with Life Scale (SWLS).	■ 生活滿意度

(續下頁)

表 10 Chan et al. (2010) 所建議的成效指標架構與 WHO 職業重建核心碼的比對 (續)

ICF 領域	職業重建簡短核心碼	職業重建成效指標	評量工具	工具所檢測的概念
情境因素 - 環境	e310 核心家庭 e330 權威者 e580 健康服務、制度與政策 e590 勞動與就業服務、制度與政策	環境因素	Social Support Questionnaire (SSQ).  Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Disability Questionnaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 社會支持的數量與滿意度</li> <li>■ 社會支持的適切度</li> <li>■ 雇主對於身障員工和職場再設計的態度</li> </ul>
情境因素 - 個人	無	個人因素	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Acceptance of Disability Scale (ADS).  The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). COPE Inventory (COPE). Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R).	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 自尊</li> <li>■ 接納障礙的價值觀改變</li> <li>■ 個人彈性</li> <li>■ 調適能力</li> <li>■ 問題解決</li> </ul>

## (二) ICF 在服務介入、教育與訓練的應用

如前所言，ICF 對障礙的定義是以互動的概念去探討功能的分類，此一概念強調健康狀況、身體功能與結構的缺損、活動的限制、社會參與的限制，以及環境因素、個人因素都會形成交互作用，影響一個人的障礙程度。此一模式將障礙的觀點與「生物-醫學」的模式轉換到「社會-生態」的模式。也就是說以前的復健強調的是醫學的介入，以治療症狀、避免二度傷害、維持高生活品質的方式來處理身心障礙者；而「社會-生態」的模式則是強調不光是身心障礙者需要復健以適應環境，法規、政策也需改變使身心障礙者能達到社區融合、獨立生活的目的。所以改變的責任是大家所要共同負擔的 (Smart, 2004)，而服務介入模式也可以是多元的。

此一模式對職業重建系統產生了很大的影響，不僅評量的重點被轉移到人與環境適配性的生態評量，生活品質也被當成復健成果的測量指標。此外，在職業重建的服務提供上，其介入策略可以是改變個人因素或是改變個人所處之情境因素，除了強化個人之功能外，服務提供者漸漸認知到就業、居住、社區情境的改變，或是福利政策的倡導改變，也是身心障礙者復健服務的重要環節之一。

根據 Szymanski (1996)對於身心障礙者生涯發展的論點 (見圖 9, p. 30)，個人因素指的是生理及心理屬性，包括：性別、種族、生理及心理能力，包涵了工作能力 (skills & habit)、性向傾向 (predisposition) 與限制、興趣、需求、價值觀、健康狀況等，皆為個人屬性。介入策略包含：(1) 個體積極參與能力、興趣及價值觀的評量；(2) 特殊技能的教導；以及 (3) 輔助器具。

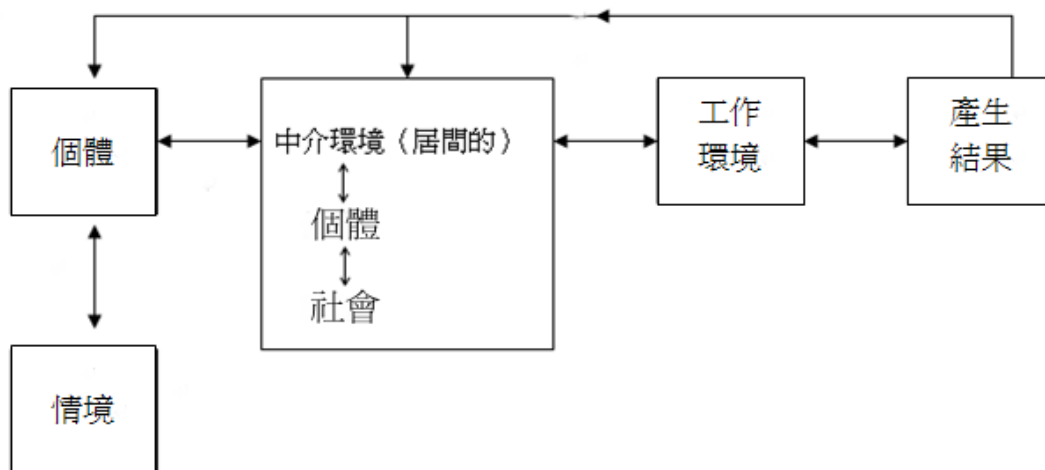


圖 9 身心障礙者的職涯發展：生涯模式。

資料來源：Szymanski, E. M., & Hanley-Maxwell, C. (1996). Career Development of People with Developmental Disabilities: An Ecological Model. *Journal of Rehabilitation*, 62(1), p. 51.

情境因素指的是個體所處外在情境的面向，例如：社經狀況、家庭、教育、非、相關的立法、經濟障礙 (disincentives) 等等。介入策略包含：(1) 在家或學校的雜物、家務 (chores)；(2) 早期就要讓家庭參與計畫；(3) 工作角色的示範 (exposure to work role models)；(4) 工作經驗的輔導 (guided work experiences) 等。

此外，中介因素也可以歸類於情境因素，中介因素是指三個團體因素互相關連（環境、個人、社會），而對人與環境關係所產生的影響。中介因素包含：(1) 個人中介因素：習慣或行為模式，個人對能力與特質的信念，例如：自我概念、工作人格、自我效能、任務取向技能、生涯成熟、生涯決定以及障礙調適；(2) 社會中介因素：影響個體與環境互動的文化結構信念，例如：文化、宗教信仰、性別或障礙角色的社會化、歧視、刻板印象、缺乏物理環境的可及性 (lack of physical access)、有限的機會結構、對障礙者的態度；以及 (3) 環境中介因素：影響個體與環境互動的環境信念，例如：結果期待、世界觀概論。介入策略包含：(1) 個人中介因素：成功工作經驗，工作俱樂部 (job club)、生涯工作坊或課程、心理教育學、生涯側面圖、個別諮商；(2) 社會中介因素：做計畫時需要考慮文化及宗教信仰、倡導以提供門路 (access) 和機會、教導大眾知道障礙者的工作能力；以及 (3) 環境中介因素：評估個體對未來環境的信念，例如：對工作將會發生什麼或該要預期什麼的信念，並視需要提供修正的訊息。

工作環境因素則是描述工作環境的面向，例如：在此環境工作者的類型、任務要求、增強系統、組織文化、工作環境的可及性、工作任務的機會、工作調整。介入策略包含：(1) 將組織文化以及增強系統納入考量的工作分析；(2) 工作重組；(3) 工作調整；以及 (4) 發展及運用自然支持。

產出因素係指從個體與其他因素互動而產生的行為或狀態因素，例如：持續性、滿意、滿足、個體與組織產能、競爭性。介入策略包含：(1) 提供工作教練（工作現場輔導、現場指導）與個別諮商；(2) 增強系統的調整；(3) 減壓技術；以及 (4) 轉換工作。

另外 ICF 的生理心理社會觀點（多面向觀點）可以提供專業團隊人員共通的語言及概念架構，以促進跨專業的溝通與合作，如果能透過訓練或教育課程介紹 ICF 概念給健康相關專業人員，使他們能從 ICF 的架構，分析辨識個案的需求，進而找出所需的專業人員並清楚界定其角色功能，並整合成團隊，以生態的觀點提供有系統之服務，如此才能讓個案獲得更好之服務品質，並使服務成果符合有效性及經濟性之原則。

澳洲的昆士蘭州政府於 2008 年推行「社區復健勞動力專案 (Community Rehabilitation Workforce Project)」，在其教學手冊中建議使用 MAGPIE 模式來將 ICF 應用於社區復健之中 (見圖 10, p. 32)。所謂 MAGPIE，指的是會面 (meet)、評估 (assess)、目標設定 (goal set)、計畫 (plan)、施行 (implement)、和成效評鑑 (evaluate) 等六個步驟。會面時主要與個案建立和睦關係，向個案介紹自己與所提供之服務，告知個案其權利與責任 (包含申訴管道)、取得同意書、並了解個案文化背景。會面的場所盡可能在個案的居家或主要生活環境，以獲取更多的資訊。評估則需使用全人觀點，可以從個案或其家人/照顧者處取得 (1) 傷病的影響資訊，如：身體結構和功能的損傷、活動案參與的限制；和 (2) 情境因素，包括個案個人和所處環境的資訊。服務的需求和目標需與個案和其家人/照顧者一起設定，包含短期、長期、以及照顧者所需的服務。計畫的制定也需與個案和其家人/照顧者一起合作，包含三個步驟：(1) 分析目標達成的促進與阻礙因子；(2) 找出增強促進因子和克服阻礙因子的策略；和 (3) 與個案討論服務方案的優先順序，並獲得個案對於此行動計畫的背書。服務方案的施行包含上述所探討的任何策略，包含：評估與專業介入、個案管理、權益倡導、慢性疾病的自我管理、轉介其他服務... 等等。成效評鑑則包括量性與質性的量測指標，且需與個案的服務需求和目標有呼應。

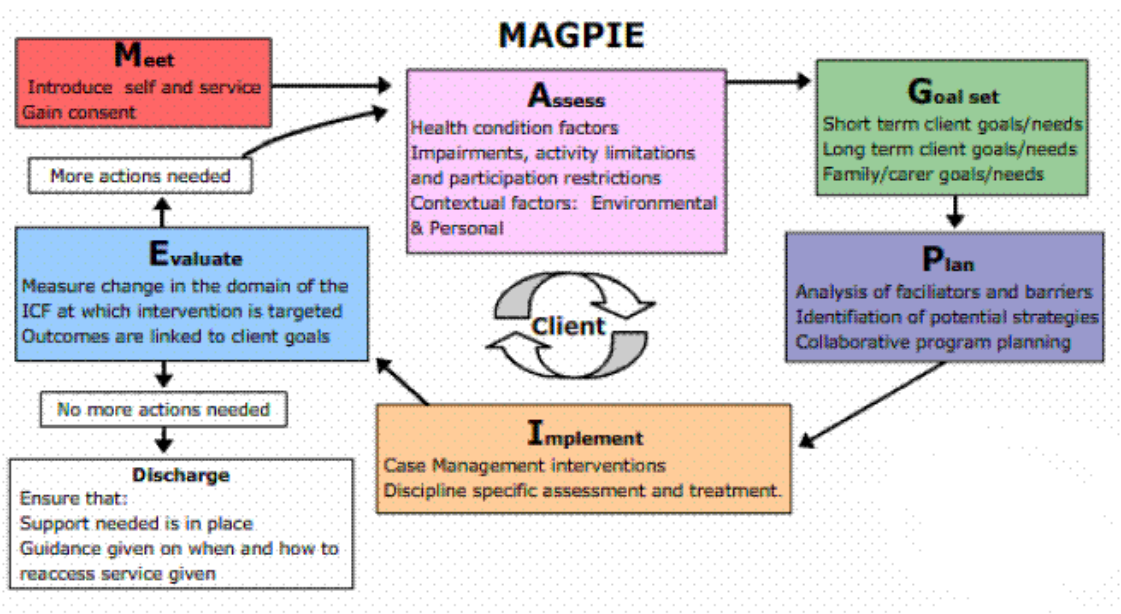


圖 10 MAGPIE 模式

資料來源：The State of Queensland (2008). Community Rehabilitation Student Workbook. Retrieved from the World Wide Web: <http://www.health.qld.gov.au/qhcrwp/docs/crstudentworkbook.pdf>

### (三) ICF 在政策制定的應用

ICF 能夠運用在社會安全、就業政策、保險賠償、身心障礙者政策、長期照護等等政策方面 (AIHW, 2003; WHO, 2002)。Bruyère、Looy 和 Peterson (2006) 指出 ICF 可以有效促使社會政策制訂者，規劃介入、提供策略和政策，以增加工作的參與率。Chan (2010) 則指出，在政策決策方面 ICF 能夠作為人口健康評估、身心障礙者經濟和社會層面所受到的衝擊、以及提供服務的責任、效益和表現評估等數據作為政策的實證基礎。其中，澳洲的澳洲健康和福利機構 (Australian Institute of Health and Welfare, 簡稱 AIHW) 的二項應用 (將 ICF 應用在國家身心障礙者服務資料的收集以及身心障礙者支持分類與需求評估) 與我國政策需求類似，細述於下。

在澳大利亞，聯邦和州/地區之間擬訂協議 (Commonwealth-State/Territory Disability Agreement, CSTDA)，制定一個國家型的服務計畫 (2001-2002 年度預算 2,500,000,000 澳幣)，為身心障礙者的持續性支持需要提供專業支助服務。並為此發展一個全國性身心障礙者服務基本資料庫 (Commonwealth State/Territory Disability Agreement National Minimum Data Set, 簡稱 CSTDA NMDS)，每年定期收集障礙支持服務資訊。從 1994 年起，CSTDA NMDS 就開始提供障礙支持服務的重要資訊給經費提供者、服務提供者和服務使用者等相關人士。

在 2002 年，澳洲政府決定將 CSTDA NMDS 與 ICF 架構作結合，並運用下述三種方式來將 ICF 應用在 CSTDA NMDS 的發展，包括：(1) 作為組織的**理論架構** (framework)，確保障礙支持服務的主要因素不會被 CSTDA NMDS 忽略；(2) 作為利害關係人的利益**選擇領域** (domains) 分類，並經由 CSTDA NMDS 的單一題項或最小

題組來收集資料；以及(3)提供**分類級距**(qualifiers)來協助研究者選擇直接與 ICF 指標相關的量表，或是確保資料收集可依 ICF 的分類級距來繪製分類。其中最能凸顯 ICF 活動與參與的應用是在衡量身心障礙者的支持需求 (support needs) 和參與成效 (participation outcomes) 二方面。

在澳洲，支持需求的概念架構與身心障礙的定義息息相關。在 1998 年 CSTDA 定義身心障礙者為：「當一個人有智能、精神、感官、身體或神經方面的損傷或腦傷，導致在自我照顧管理、移動和溝通功能中，至少一項有永久性功能顯著降低，且需要持續性或定期性的支持 (AIHW, 2003, p. 67)。」其次，支持需求的概念架構要能與人口資料做比較，故其架構屬於一般性的 (general) 指標，而非服務需求的 (service-specific) 指標。最後，支持需求的概念架構要與現存的資料和身心障礙支持服務有相關，包括：(1) CSTDA 對身心障礙者的定義；(2) 1998 年障礙、老化和照顧者的 ABS 調查；(3) 全國社區服務資料字典版本 2.0；(4) 當前運用在司法上的評量工具；(5) 現有的 CSDA MDS；以及 (6) 其它主要的資料收集、評量工具、資料發展活動和相關的概念。

CSTDA NMDS 在支持需要議題所採用的方法為：(1) 回顧相關的文獻，包括國家和國際資料字典和分類；(2) 審查相關澳大利亞資料；(3) 檢驗一些已知的工具使否適合作為支持需求的評量；(4) 分析當前運用或發展中的司法檢定資訊、詳述政策方向、以及評量工具和理論架構；以及 (5) 綜合上述資訊，在 1999 年 11 月的 AIHW-NDA (National Disability Administrators) 研討會中討論。然後 AIHW 根據研討會的結論，從事進一步的研究和分析，並發展支持需求的資料選擇作為 NDA 的考量。表 11 (見 p. 33) 為 CSTDA NMD S 參照 ICF 的活動與參與概念所設計的支持需求架構量表，無論分類選項或是分類級距都是使用 ICF 的概念架構。

表 11 澳洲 CSTDA NMDS 的需求支持架構

服務使用者在下列生活領域的活動與參與中，需要個人協助或督導的頻率有多少？					
身心障礙者能執行此領域的活動與參與所需的個人協助或督導	1)無法執行或永遠需要協助或督導	2)有時需要協助或督導	3)不需要協助或督導，但使用輔具	4) 不需要協助或督導，也不使用輔具	5)不適用
A) 自我照顧					
B) 移動					
C) 溝通					
D) 人際互動和人際關係					
當個案為 0-4 歲時，下列問題才可以選「不適用」					
E) 學習、應用知識、以及一般任務和命令					
F) 教育					
G) 社區 (公民) 和經濟生活					
當個案為 0-14 歲時，下列問題才可以選「不適用」					
H) 居家生活					
I) 工作					

由於 CSTDA 的目的在於協助身心障礙者成為社區有價值的參與成員，以促進其生活品質，故生活的品質和參與是測量服務成效的重要指標。ICF 對於參與的定義是指「對生活情況的介入」，表示有自主性的角色，並有真實的介入感與滿足感，而非僅是從事活動。故 CSTDA 運用 ICF 的活動與參與作為其參與成效架構中生活領域的分類，且使用參與的範圍（extent of participation）和參與的滿意度（satisfaction with participation）作為參與成效架構的衡量（表 12，p. 34）。

表 12 澳洲 CSTDA NMDS 的參與成效架構

生活領域	參與的範圍	參與的滿意度
	由服務提供者或評估流程來判斷： 1. 完全參與 2. 輕微參與限制 3. 中等參與限制 4. 嚴重參與限制 5. 完全參與限制	由身心障礙者基於服務時程、頻率、方式或成效來判斷： 1. 高度滿意 2. 中等滿意 3. 中等不滿意 4. 極度不滿意 5. 未參與 6. 未參與且無參與意願
在溝通和對話的參與		
在居家和社區環境移動的參與		
在居家生活的參與		
在人際互動和人際關係的參與		
在教育、工作和就業的參與		
在經濟生活的參與		
在社區、社交和公民生活的參與		

使用參與成效架構時，必須注意下述事項：(1) 此架構所指的是產出（output）和概念，而不是使用在問句中的精確字詞；(2) 針對身心障礙者和服務提供者要根據所建立的原則（即生活品質須同時具備客觀與主觀的量測），分開收集資訊與記錄；以及 (3) 一旦採取參與成效架構，需要編撰使用指南，說明 ICF 的架構，包括環境因素的重要性。

接續上述架構制定，澳洲政府進一步委託學者進行身心障礙者支持分類與需求評估的工具研發。其所依循的原理是：身心障礙者（以及他們的家庭和倡議者）被預期參與各式各樣的日常活動，故多樣化的支持類型和強度是需要的，以為他們的活動參與做準備。對政府來說，善用可用資源以提供這樣的服務，是一個重大的挑戰。必須要求一個更加有效和有經驗地的健全系統，方能確保可利用的資源可以延伸到有需要的身心障礙者身上。

依據 ICF 架構，在此認定障礙為一個動態狀態，通常是因下述變項產生限制而導致，包括：(1) 個人健康狀況和損傷的互動關係；(2) 想從事的活動和無法執行的難處；



和 (3) 環境和個人因素的影響。故，支持需求分類和評量系統需包含：(1) 將身心障礙者和熟悉該身心障礙者的人納入需求指認和評量的流程；(2) 在原生態環境觀察和評量支持需求的可靠方法；以及 (3) 指認生活活動的支持需求的有效測量，且此測量需考慮到健康狀況和損傷、想從事的活動、和情境（環境和個人因素）的相互影響。

其運作方式是由受過訓練的促進者來引導的評量會議，以指認身心障礙者的個人的目標和活動，以及要做到這些的有效和實用方式。促進者的角色是為了鼓勵公開辯論，以發展呼應身心障礙者偏好的行動計劃。這個會議通常為時 2 小時，有時也會需要再次會議才能決定個案的個人目標與支持需求。其模式是基於最佳媒合 (best fit) 的假設，即是個案的支持需求和所獲得支持的類型和強度可以相媒合，使個案可以達到所設定的生活活動目標。所期望的結果為：(1) 呈現身心障礙者支持需求的多層面和動態本質；(2) 對於不同的身心障礙，此支持需求的評量和分類系統都能有信度和效度；(3) 建置訓練和計劃，來確保此系統可以被實施在不同的環境之中；以及 (4) 建構此系統與服務計劃和資源分配直接聯結的方式。

近年來還有一個關於勞工政策修訂的重要事件發生在英國。於 2005 年起，Dame Carol Black 受英國政府委託，主導「健康、工作和安康 (Health, Work, and Well-being)」的跨部門計劃，檢視英國勞工的身心健康與勞動狀況。她發現英國有 260 萬人因無工作能力而接受福利津貼，每年便有 60 萬人申領這項津貼，而有 140 萬年齡界於 50 至 59 歲的人士，因健康欠佳而要提早退休。有許多人因輕微病況（例如：壓力、焦慮、背痛）或其他慢性疾病（例如：糖尿病）而離職，這些疾病並不容易在早期察覺，但卻嚴重地影響個人的生活和機構的運作。事實上，每年因為勞動人口健康欠佳，英國共損失了一億七千二百萬個工作天及超過 100 億英鎊，政府用於非就業人士的費用更足以供應整個國家衛生服務的運作。

故 Black 認為健康、工作和安康關係緊密，若要改善勞動人口的健康，首先要找出問題的根源，並且儘早介入。她認為在職人士的健康狀況不僅影響自己，還觸及他們的家庭和工作場所；且勞動人口健康欠佳更為社會帶來沉重的經濟負擔。在 2008 年 Black 向英國政府提交了『共創更健康的明天 (Working for a Healthier Tomorrow)』報告，全面檢討英國適齡工作人口的健康狀況。此報告著眼於三方面：首先，僱主和工會要確切明白到投資在職業勞工的健康會帶來更高的生產力、更少的病假缺勤和人手更替；第二，要重新界定醫務人員（如家庭醫生）的角色，並改革現行的病假紙 (sick note) 制度至健康便條 (fit note)，希望讓僱員迅速恢復工作；最後，是建立部分復工的制度，鼓勵那些早已離開職場，並依靠福利津貼生活了一段長時間的僱員重新就業。

英國政府積極回應 Black 的報告，其中一項就採用她建議的「健康便條」政策。現時一般醫生發出的「病假紙」主要著眼在僱員不能擔任哪些工作，與及他們應該離開工作崗位多久。然而，Black 建議的「健康便條」卻聚焦在僱員可以做哪些工作，以及僱主如何因應情況配合支持，例如：修訂職責範圍、轉換工作等。「健康便條」政策已經被英國政府接納，有望於 2011 年 4 月實施。Black 指出這項試驗計劃將健康和工作聯繫起來；與其說是醫療，不如說是一種職能判斷，它有賴良好的個案管理，以及提供適當的社會治療或心理治療（香港綠十字雜誌，2010）。Black 的報告雖然未直接與 ICF 相關，但其研究結果卻支持 ICF 的動態健康狀態，以及政策制度改變所帶來的多元機會選項可以促進復工，甚至減少貧窮。

## (貳) 以 ICF 架構的評估作為銜接職業重建服務的共識

在蒐集國內資訊的過程中，研究小組發現未來職業重建專業人員是否參與身心障礙者 ICF 需求評估的不確定性高，但是身心障礙者的職業重建服務需求並不會因為職重專業人員在哪一個的階段介入評估而減少。意即，職重專業人員介入需求評估的時程不確定，但後端服務還是要做。因此，以 ICF 的架構來檢視職重服務是否適合個案的就業需求，是專業人員在計劃職重服務之初要考量行。研究小組以 WHO 所公告的『ICF Checklist』來設計『基本就業力問卷』（見附件一，p. 56-67），向出席 99 年 6 月職業重建學術研討會的與會人員進行調查，藉以了解其對於進入職業重建服務系統的個案所需具備之基本能力要求以及所需資源的看法。問卷採用兩個不同指標，針對是否為先備條件/所需資源，採用意見表態指標（是跟否），針對重要性，則採用意見強度指標（1-5 分）。

有 60 位與會人員回應，包含 19 位職業重建現職人員，12 位非職業重建專業人員，和 29 位學生和其他人士（見表 13，p. 36），回應率 46%。採用同意度（agreement）達八成以上以及重要性分數達 4 分以上的選項來分析，結果發現（見附件二，p. 68-81）：雖然此三類回應者的觀點仍有歧異，但普遍有共識的就業先備能力為：解決問題、從事單項任務、口語訊息的溝通-接受、產生非口語的訊息、自我照顧（清洗、照護身體部位、如廁、穿著）、基本人際互動、和正式人際關係；就業所需資源為：支持與關係（核心家庭、朋友、鄰居同事等、健康專業人員）、態度（核心家庭、社會）、和服務、制度與政策（住房、運輸、社會安全、一般社會支持、健康、教育、勞動與就業）。

表 13 『基本就業力問卷』回應者的背景（N=60）

	個數	百分比
職業重建專業督導	7	11.7
職業重建個管員	3	5.0
職業輔導評量員	4	6.7
就業服務員	4	6.7
職業訓練員	1	1.7
非職業重建專業人員，但屬於業務相關人員	6	10.0
非職業重建專業人員，但屬於其他專業相關人員	6	10.0
學生-復健諮商所	22	36.7
學生-其他系所	1	1.7
其他	6	10.0

此問卷結果可以大略呼應 WHO 所公告的職業重建的完整核心碼，但是與職業重建簡短核心碼有所差距，反映出國內職業重建實務與學界的經驗和以瑞士癱瘓中心為主的核碼發展的有所差異。職業重建核碼是否可以應用於國內，甚至與國際接軌，需要繼續觀察核碼未來的驗證狀況，並持續於國內蒐集實務經驗。但現階段仍需以教育訓

練凝聚職業重建專業人員的進一步共識。

### (參) 國內實務工作者焦點團體之結果分析

研究小組經討論後，認為因應 101 年 ICF 架構於身心障礙鑑定的全面實施，台灣勞政主管機關將面臨下列挑戰：(1) 勞政需求評估應由誰去做？何時去做？評估哪些內容(哪些碼)？該如何做？進一步的思維包括：以職業適應為核心的 ICF 碼有哪些？與其他部門的需求評估該如何分工與合作？(2) 現有職業重建專業人員之能力能否勝任執行需求評估的任務要求？和(3) ICF 編碼中關於職業的編碼雖然只有少數幾項，但如何連結勞政現有資源？而 101 年重新鑑定評估後所產生之新需求，又如何創造？故召開焦點團體蒐集彙整國內學者專家與實務工作者對這些挑戰的意見。

焦點團體於 99 年 7 月分南北二場舉行，邀請能提供豐富資訊的學者專家共十人出席，包括中央暨縣府單位代表(侯君、簡君)、學者代表(王君 1、張君)、就服中心代表(曹君 1)、試辦縣市代表(鄧君、曹君 2)、和社福單位代表(余君、蔡君、王君 2)。由研究人員根據研擬的「焦點團體討論題綱」(見表 14, p. 37)，帶領團體探討其對於身心障礙者就業需求評估、勞政資源連結、以及勞政中央主管機關對於 ICF 的應用與專業人員培訓的立場之看法。焦點團體的逐字稿請見附件三 (p. 82-110)。

表 14 焦點團體討論題綱

#### 引導問題

1. 您近期是否參與過 ICF 相關研討或培訓課程？其內容重點為何？
2. 就您對於 ICF 的瞭解，您認為該由哪些專業來進行身心障礙者的鑑定和需求評估呢？理由是甚麼？又該如何來做？
3. 針對職業重建資源，您認為該由哪些專業來決定身心障礙者是否有此需求呢？理由是甚麼？又該如何來做決定？
4. 若由您來進行身心障礙者是否有就業方面需求的評估，哪些是您會考量的重點？您會使用什麼方式去評估？
5. 本研究小組先前做過一個小型問卷調查，發現職重專業人員 (N=19)、相關業務或其他專業人員 (N=12)、和學生 (N=29) 對於就業的先備能力和資源等之看法。請問您對於這份數據有何看法？
6. 若從資源連結面來看，您覺得現有勞政資源該如何與 ICF 編碼做連結？以及需求評估後所產生之新的需求，又該如何創造資源來提供服務？
7. 您認為勞政中央主管機關對於 ICF 運用於身心障礙者方面，應採取的立場與主張為何？有沒有相關策略建議？
8. 您認為勞政中央主管機關對於專業人力規畫方面，應採取的立場與主張為何？有沒有相關策略建議？

結果分析發現，與會代表對於 ICF 概念的獲得大致來自於衛生署和內政部所委託的研究團隊所辦理的種子教師培訓課程，其次是專業組織（如：職業重建專業協會、殘障聯盟）所舉辦的研討會或個案研究；學者代表則會閱讀國外的期刊文獻。與會代表普遍認同 ICF 概念，認為其對於職業重建服務有正向的影響，但身障者擔心原有福利消失的恐慌心理已經呈現。

王君2：我覺得我們職重系統裡面其實都有ICF概念，可是我們統整部分跟他們不太一樣。

蔡君：我們推廣支持需求很久，ICF進來之後更讓員工覺知這是一個潮流，一定要走的。

余君：ICF講的是在情境中所產生的障礙，這樣的哲學價值在就服員所推的「在生態當中人跟生態媒合」是一致的。只不過服務使用者沒有覺得這是一個正面的助力，或者是說他覺得我的權益會喪失很多，不過這個部份就服員會扮演一個橋樑的角色，去教導我們的家長，去教導我們的服務使用者。

鄧君：整個ICF架構對我個人來說是還蠻正向的，如：對福利輸送是可以需求性給與，不再是普及性。但對身心障礙者而言，我看到恐慌，甚至會覺得原有的福利會不見。本市要做試辦，我覺得那是辛勞且非常重要的工作，不只讓工作人員和障礙者了解什麼是ICF，也讓他們瞭解對的福利衝擊是什麼。

簡君：ICF對現有的身心障礙者的福利是限縮的。

但對於現行的身心障礙者的鑑定和需求評估機制，與會代表則有較為負面的看法。有的質疑此作法違背了ICF的精神，有的則質疑現行的運作機制不夠完善且公開透明。大致尚無人質疑 b、s 碼由醫事人員來評，對於勞政相關的碼由非職重專業人員來鑑定與需求評估，則有不同看法；但都堅持要依職重專業人員的判斷作為最後是否提供服務的依據。

王君1：我們是不是把重點弄錯，一直在編碼那部份...，我們應去思考如何貫徹ICF精神於我們的服務模式與方式；現在把重點放在鑑定與需求評估也是錯的。...如果從法律觀點我們是希望能夠區別有需求的身心障礙者，不想用原本障別損傷的觀念，而是從需求的觀點。可是為了達到這個目的，還要進行許多需求，特別是環境的評估。我們知道ICF原本的概念是人在環境中，環境可能隨著時間序列成長或改變，可是現在在前端就要判定個案未來的需求可能會有些，我覺得此觀念是完全違背ICF的精神。反而的是後端順著你的時代、順著環境之後，去配合你的需要、了解你的需要，那才是ICF的觀點。

蔡君：核心碼對我來說也是一個價值衝突，因為我們都覺得既然已經有一個ICF的架構，又跑出一個叫核心碼，到底我們會不會片段看這個人？可是又覺得可以兼顧品質的立場，...經過篩選之後，我們再去聽服務使用者的聲音，這讓我自己覺得可以被說服。我比較憂慮的是剛談很多東西，都沒有把個人因素納進來，...勞政政策其實沒有辦法推行得一致，也沒辦法很落實。d碼的各方面，如果把個人因素納進來，107個碼就是107個情境。

張君：我覺得他們的資料其實沒有什麼可用的，45分鐘評量比我們職重個管的還要少，資料能用多少？我要等他們資料出來我才能知道可以用的有多少，我們這邊還是要做我們自己的需求評估。

曹君2：我覺得他們應該要釋放資料，不然勞政單位得到的資訊不足也不全。我跟他們接觸的經驗是覺得資料沒什麼好用的。

王君 2：參與的衛政跟社政會議都不給資料，每次就是現場發，看完就收回去，搞得很神秘。

蔡君：如果把鑑定與需求合併處理就很可怕，鑑定是為了需求嗎？如果沒有這個需求，鑑定就會被踢除了。所以我們現在很多場合聽到「我們沒有這個資源」，是政府應該去思考的，而不是用沒有資源來去框限需求。我覺得鑑定跟需求應該不能夠一起處理的。

王君 2：我們覺得更失望的是，連社政這邊的需求評估，他很多都認為是不需要的。比如說我們認為這個服務對象明明有生活重建或是諮商或是臨托的需要，他們在這個部份通通很簡化，所以我知道他三十分鐘可以評出來。我們現在爭取這部分應該由社區個管員來做，而不是醫院的社工師，因為醫院的社工師對社區資源是根本不了解的。我們現在根本不敢想後面有沒有資源這個問題，不過內政部的委託單位傾向評估從嚴，希望未來要跟他們的補助扣在一起，可是這個部份我們是反對的。因為我們覺得你需求評估怎麼可以跟你補助扣在一起，那根本是兩回事。

簡君：我反而擔心加入社政需求團隊，因為問題會更大。...如果去參加社政需求評估，實務上可不可能做得到？有沒有那麼多人力？因為光台北市十一萬身障人口，台北縣變十三萬身心障礙人口，要多少人力是問題？經費也是大問題，那位加入社政評估團隊的人，他的錢要誰編預算？一旦參加，整天、整年、甚或好幾年要在進行，這預算難道要勞政出？

曹君 2：其實...我們也有考量到人、錢的問題，這出席費誰出？車馬費誰出？職管員本來在服務個案，被抽走去做需求評估，那他的個案怎麼辦？只能等在那裡，不然就是分散給其他人，分散給其他人就是大家負擔又更大，會影響服務的時日與品質？這是我們目前實際操作上會有的狀況。

王君 1：假如我們前面評得太細，或者我們把個案的意願變得比較少了，我想要工作可是專業人員很多的拒絕，其實那與 ICF 精神不合。...我們先不要講他能不能勝任，隨著歷史他可能會改變。但是我會覺得與其在前面迅速草率地決定可不可以進入職重，倒不如寬鬆讓他進來；在這裡我們可以提供更好的生涯諮商。

蔡君：看到需求評估表...，只要是障礙者本身有提到他想要工作，他就會列進來。按照法國做法也是每一字每一句寫下來，「我要工作」，之後才分流下去。...這是彰顯說個案想要工作，情境是機會，但人準備還沒有到位，那就回到資源倡議的部份。因為我相信專業的能力，就算是社工也不會把一個在日托的人評估為社區化就業，因為這是很基礎的概念。

鄧君：在試評的過程，社工跟職評人員在編碼的部份比較弱，因為 ICF 是醫院已經在用的系統，所以醫事人員就負責編碼，到需求評估時我們會再進來，因為我們專業裡面生理功能結構的部份評估較少。在我們團隊真的就發生專業人員看法不同的情形，社政人員認為個案可以去支持性就業，可是在我們的評估裡這個個案去庇護都會有問題，觀點會有落差。

王君 2：我覺得就像法規說只要評估有需求，我們不管社政、勞政、衛政，都要提供服務。現在就很擔心社政那邊誤判，他判有需求，那我們這邊變成是說我們評估可不可以推翻你呢？...這個回流的流程他要認，不然會卡住。

簡君：我建議我們還是提供服務，只是我再重新確定你的判斷是否適合我的服務。我服務完之後為什麼會轉介出去，是他有個別需求是沒辦法滿足，所以再轉介去。...我是從專業服務的角度出發，任何個人不可能命令另一個專業人員一定要做什麼，以人的服務來說絕對不可能。比如說醫生判斷我應該要去做復健，復健部門是否一定要收？收完之後可能有很多狀況，復健一定要留在復健科嗎？不是，我可能不去做復健，我自會評估是否要接受醫囑，我也可能會跟醫生講我不願意，或我到其他的醫院再看一次，

也可能復健一段時間後又到其他醫院。所以依社政需求評估，然後指定一定要勞政後續服務，從專業服務的角度上不可行。

侯君：衛生署...鑑定方式會採取兩個階段，bs 碼給醫師，de 碼是他機構內其他醫事人員。...我就說如果要這樣做，申請者有就業需求，在第二階段麻煩讓我們職評人員進去，他說原則可以。但我在想這應該不太可能，他能簡化就盡量簡化，就變成在就業部分的編碼可能無從判斷。所以我們現在的做法，如果申請者有就業端的需求，你的評估人員至少要接受過職評人員相關訓練，或是職重相關訓練。

簡君：衛生署自己已經有立場，未來就是要採用日本檢核模式。你可以想像鑑定出來的結果一定跟現在一樣，你在醫院做完以後，需求就各自帶。我唯一跟科長不一樣的是他希望我們職評派到那個團隊裡面，這點我比較保留。假設我職評進去那邊，人力經費的問題就大了；與其跟你一起審，到不如勾一勾有需求帶過來，用現在的服務系統來做評估。

無論對現行身心障礙者的鑑定和需求評估機制的看法為何，與會代表的共識為：應由職業重建個管員以全人觀點來評量身心障礙個案的需求，以利後續服務提供。並預期無論職重人員是否參與鑑定或需求評估，101 年後轉入職重窗口的案量必定暴增。

蔡君：身權法第七條是把職評人員納進來做評估，那時候是因為職重的角色不明顯。眼前來講，我不覺得職評是最適合的，職重比職評較適合。

侯君：我們有給內政部與衛生署說，職業評估專業人員比較傾向的方向是屬於職業重建個案管理員。其實我們覺得職業重建個案管理員在整個評估跟鑑定流程可以掌握較完整的資訊跟資源，所以我們也有要求職重個管在最近這兩年一定要受完 160 小時的課程。

簡君：我大膽預測未來我們台灣職評員的數量跟需求會大量減少，未來存在不會是職評員存在，是職重員。但是未來職重員的整體規劃跟需求不明確，勞委會要對職重員的發展規劃、人力配置跟專業要有更長遠的政策出來。

王君 1：我們一直在講一個概念，能力要跟環境配合，但能力初篩的線是很難畫的，因為這會影響到你的支持資源，你所居住的環境，你個人的特質。如果要由幾個指標決定個案的基本就業能力，我是覺得做不到，要從職重來看你整個就業目標在哪裡，整個去評估，最後決定有沒有辦法達到目標，決定是否要落實計畫，就是這樣。不然指標是有點違背理論與實際操作，當然你說直接用獨立生活指標還是可以掌握他能不能獨立個人衛生，是否有幾個簡單指標，那就不要用工作技能，太難去判斷。你用幾個基本自我照顧能力，篩掉太嚴重的個案。

余君：需求跟能力部分不能劃上等號，可是問題是有時是環境變動或是輔具的部分，他是可以提供一些相對支持。

蔡君：要把促進因素囊括進去，如果沒有把促進因素納進來，很多中途致殘的就沒有辦法進入職場。

張君：我覺得不管你要給他什麼都要做需求評估。...所以 ICF 來的時候，說他有就業需求想要做職業重建服務，我們一定要先決定他適不適合？如果適合，當然是做你的需求是什麼？雖然聽起來好像是兩個階段，其實你要證明他需不需要已經在做能力評估。...如果 ICF 得來資料夠齊全，直接填入，但是如果不齊全，自己評。對需求評估，職管員一定要做。

簡君：你需求人數一定會增加。...我們沒有要進團隊，所以他評出來的需求一定會大走樣，

很多人就會來我職重櫃檯。我們職重櫃檯就要應付這些人，所以我要更多的職管員來因應，否則就沒有辦法。

曹君 2：需求量有多少，也是我們目前勞政在看的。以目前台北縣一個標的物可能是職災勞工，職災勞工沒有拿到身心障礙手冊，但領有傷殘補助的一年有一萬人。

王君 2：失能給付...評估之前都希望傷病勞工能作職業重建，所以人數是會更多的。

關於 ICF 編碼與勞政現有資源的連結與創造，與會代表建議要開始盤點，依需求的缺口規劃預算以提供服務，但也會擔心是否有充足經費來執行。至於勞政中央主管機關應採取因應策略，建議要盡速進行人事規劃與專業訓練，並修訂職重服務提供的模式，採美國、澳洲的服務購買機制來提供個案多元的個別化服務；相對配套措施（如：機構審查、專業認證、繼續教育等）亦須同時規劃。亦建議要搜集 ICF 數據進行我國身障者對於勞政需求的分析，作為上述規劃的依據。

蔡君：我在看 ICF 需求評估之後，想看的反而是...用地理區去看哪個地理區某個碼比較缺的，比較需要的，再盤缺口。...會覺得人的需求基本上評出來後，連結沒有到位就是缺口。...資源連結一定會有缺口，缺口部分應列入縣市考核中，只有考核才有辦法促進他們去做。

鄧君：基本上需求盤點要出來，沒有出來來不及編預算。需求東西什麼時候出來，才有辦法去要求編多少預算，提供多少資源。

曹君 2：在行政端部分，財源或是經費來源一定會有法規依據，會變成 100 年時行政端在分配資源上怎麼合作？而且本來資源取得只需要到鑑定，但以後需求評估也要納入。因為目前還不知道需求會到哪裡，在我們行政端很大的苦惱是未來面臨到的經費編列該如何編。

張君：期待...能給我們詳細的資料，因為 ICF 裡面很多項度我們其實是可以用的。

簡君：所以說資源不可能變成購買服務，職管員手上有很多資源，就可以...按照個案的需求購買各式各樣的服務；個別購買，不要是那種開班式購買。只要制度改變，民間提供者的市場就跑出來。...我覺得整個制度面要改，像職管員評估完後才去購買服務，所以整個制度在資源創造面要購買服務。

王君 2：職管專業的質跟量一定要出來，不然大家還是會質疑職管員的專業判斷。此外就業服務的多元性不足，這是很嚴重狀態。

蔡君：如果沒有把個人因素納進來提前退休制度，會是在勞政政策裡面現切在哪裡很重要的。所以個人因素在退休制度是要被考慮進來，如果碼有編到有些是有就業能力，可是潛在維持部分是有疑慮，是不是應該列入另外一個考量。

王君 1：現在 ICF 過度重視編碼，...將來把 ICF 幾個重要的點跟核心精神，把它寫下來然後再將來制度規劃是有依據的，支持的觀點，或是個案本位觀點，或是環境跟人互動的觀點，會造成我們在服務概念上的一致。

曹君 1：專業人力規劃部分，因為現在遴用準則就是把就服乙級的人員納進來，可是他們在相關背景部分是很不足夠。在這部分未來在專業人力上又賦予很多任務，在這部分有沒有其他配套？

簡君：職管員的部份當然也要改進，現在有關認證、薪資、人才培育的規畫都不足，這要有

長期的規劃。到底未來要因應多少人口，配多少職管員，職管員的專業程度要到哪裡，專業證照要怎麼作，未來需要職業重建發展的相關藍圖，這些需要做一個建設計畫，讓人力能夠提升增加，專業提昇。

蔡君：職重人員本身的生命歷程也會去影響如何看障礙者的生命歷程，所以是否有培訓是我們怎麼去看生命的周期，他自己生命歷程部分。...遵用準則可以去定義取得資格後要有繼續教育，才能維持資格。你看評鑑指標有提到繼續教育，但是以目前來說，其他遵用準則並沒有提到繼續教育，有些單位法令通過三十六小時，就不會讓就服員出來。

簡君：依美國、澳洲目前的經驗，政府要購買服務都是要經過認證，不必再經公告委託的程序比較單純。例如有一個單位叫做 CARF，委託它去做服務的認證。只要想標政府單位的案子，就要經過 CARF 的認證，政府就直接跟你購買服務。...機構認證的制度改變才能徹底改制資源提供的問題，單位要去取得認證做好專業。

總結焦點團體的結果，參與的實務界與學界代表普遍認同 ICF 概念，認為推廣 ICF 的概念對於職業重建服務的理論與實務有正向的影響。對於 101 年後依法要實行的身心障礙者鑑定和需求評估機制，與會代表則因為目前鑑定與需求評估機制尚未明朗化而有相異的意見，但都堅持需依職重專業人員（尤其是職重個管員）的專業判斷，以全人觀點來評量身心障礙個案的需求，作為最後是否提供服務的依據。並預期無論職重人員是否參與鑑定或需求評估，101 年後轉入職重窗口的案量必定暴增。

與會代表建議勞政主管機關要定期搜集 ICF 數據，如：今年度試辦縣市所測得的個案 ICF 代碼與功能評分、有就業需求者的比例等，以此進行我國身障者對於勞政需求的初步分析，作為規劃資源與專業人力培訓的依據。目前需要開始盤點勞政現有資源，並依需求的缺口規劃預算與服務配套措施；並建議修訂職重服務的提供模式，採美國、澳洲的服務購買機制來提供個案多元的個別化服務。

## 肆、結論與建議

經過資料蒐集、分析、問卷調查、並與實務經驗者討論之後，研究小組肯定 ICF 架構與職業重建專業理論可以相輔相成，且 ICF 在修正障礙概念和成為共通語言二個部份，促使職業重建的理論架構更加圓融與普世化。其契合性包括下列四點：

第一點、ICF 採用全方位的觀點看待障礙，提供了對人類功能及其限制的具體描述，強調它是個人生活環境下的健康特質及環境因素交互影響的結果；而職業重建亦是使用有系統的流程去概念化身心障礙者的身體、心理、發展、認知與情緒障礙等對於其職涯發展的影響，使身心障礙者可以在最整合的環境中進行溝通、生活及工作。基本上，兩者皆是採用全人觀點來看個體在日常生活中遇到的障礙。

第二點、ICF 分類內容包含了廣泛與工作相關的活動定義，以職業相關的功能性敘述，避免傳統障礙定義與程度認定的爭議，比起傳統醫學導向的敘述更能讓消費者、復健專家和雇主做出具體的介入措施。且 ICF 使用正向、普遍性的詞彙，可以降低障礙者背負的原罪，有助於改善大眾與雇主對障礙者的接受度。



第三點、ICF 的功能描述能夠有效地反應身心障礙與復健的理論和過程，故可成為復健領域普遍能接受的框架。ICF 整合了醫療與社會模式，對障礙的看法包含多方的資訊，如醫療與心理診斷資訊、能力與實際的工作表現、環境因素與個人因子，故使用 ICF 作為操作定義的工具，有利於擴大復健服務的網絡規模，能提供職業重建和其他專業間共通的語言，以促進彼此的合作和發展。且 ICF 可作為國際共通的語言，能克服不同國家體系的政策差異，比較在不同背景環境中身心障礙者的各種功能狀態。

第四點、個人在標準情境下的發揮（能力面）與在現實環境中的所為（表現面）並非一致，這是環境因素介入影響障礙的表現層級。這與身心障礙者之職業評量重視情境評量與現場試作，以及強調職務再設計或輔助科技在職業重建之應用理念不謀而合。因此，執行整合了 ICF 概念的職業重建並不困難，但需修訂部分名詞定義以及思考架構，使得在實作時能確實落實 ICF 的全人觀點及人與環境互動的精神。

而回應最初的探討問題：（一）外國如何應用 ICF 在其勞政政策上，以及其利弊為何？（二）以 ICF 架構為基準且最適合台灣的身心障礙者職業重建服務模式為何？以及（三）WHO 職業重建核心碼對於勞政政策制定之應用為何？研究小組的評析於下：

### 一、外國如何應用 ICF 在其勞政政策上，以及其利弊為何？

WHO-FIC 和各國政府對於 ICF 的應用，一般以 2004 年的四個施行策略為依據，(1) 先在人口普查和問卷調查時使用 ICF 架構量測一般人口的健康和失能；(2) 再制定 ICF 作為臨床與服務的成效評量架構，以量化介入的健康獲得，並了解此健康獲得如轉成個人和人口層級的生產力獲得；(3) 將 ICF 變成行政與臨床資訊系統，包括電子健康記錄和臨床專有名詞；以及 (4) 將 ICF 施行於社會政策領域，透過使用 ICF 架構來校準身心障礙認定流程，以及發展 ICF 對於教育、勞動市場和法律等的應用方式。但是外國政府如何應用 ICF 於勞政政策制定，現有的學術文獻與網路上可搜尋到的資訊並未提供直接的範本。

目前各國政府多為修訂表單，使用 ICF 編碼檢視身心障礙相關資料，如：美國 DHHS 的全國性調查問卷和澳洲的身心障礙者支持分類與需求評估。少數則以 ICF 作為服務介入的成效指標、從事跨國比較、或是建立國家公共衛生的資訊結構，如：荷蘭。簡言之，國外的政策發展前端大都投資在現況分析，以澳洲為例，其身心障礙資料庫的建立研究超過五年的時間，先服務再編碼，然後再從中研究其身心障礙者的需求為何？再依此建立需求評估機制。同時從中可以分析各類型個案的服務成本與績效，再依此數據規範日後的服務補助機制。或許與前端分析需要長期累積數據有關，特別標示應用 ICF 於身心障礙勞工與職業重建服務政策的文獻資料，目前仍付之闕如。

雖然研究小組未能尋獲國外已依 ICF 而發展的勞政政策，但是透過上述的文獻可以窺見國外運用 ICF 於政策制定的方法學。建議職訓局仿效其法，先從職重服務體系的表格修訂開始做起，檢視表格與 ICF 架構以及 WHO 職業重建核心碼的呼應性，並可參酌澳洲 CSTDA NMDS 的需求支持和參與成效架構，和 Chan 等人（2009）建議的多元成效評估架構，制定我國職業重建服務的成效指標。待以此修訂後之表格與指標蒐集一段時間（如 5 年）的個案數據後，與鑑定單位所得之 ICF 編碼、需求評估單位所得之個案社會福利需求等數據進行交叉抽分析，將可以獲得我國身心障礙者的就業需求特性，並檢視其需求被滿足的程度。到時，職訓局將有詳實數據作為職業重建服務內容規劃、

預算分配、資源創建、和人力規劃等政策制定的依據，也可以作為 WHO 職重核心碼的研究驗證。

從 ICF 的精神是還給服務使用者參與權的觀點來看，勞政政策的問題可能不是不知道個案的服務需求，而是找不到個案所需要的服務。我國目前的資源盤點是著重在現有資源，而非無法呼應個案需求的資源缺口，這與 ICF 真正的精神是違背的。而要做到資源缺口的創建，亦需要從上述的數據蒐集與分析開始做起。此外，法國、日本在政策正式實施前，會有一年半的宣導期，用各種方式讓身心障礙者認識自己的權益；此點亦是我國自身權法修訂通過後做得最少的。因此對未來可能的職業重建服務使用對象進行宣導，使其瞭解職重服務對其的助益與服務限制，亦應是我國勞政政策規劃的重點之一。

## 二、以 ICF 架構為基準且最適合台灣的身心障礙者職業重建服務模式為何？

我國對於 ICF 的應用，作法與國外大大不同。經過衛生署與內政部的二年前期研究與一年試作，目前（99 年 10 月 29 日於北區職評資源中心「ICF 進階研習」的公開演講資訊）是使用 ICF 的生理功能領域來做障礙分類，由醫療團隊（醫師和鑑定專員）評量各障礙核心碼的所有功能層級，再來換算其失能等級（且此失能等級只考量 b、s 碼和 d 碼，不包含 e 碼），以此作為身心障礙的鑑定方式。再由社工團隊進行個人照顧服務（身權法 50 條）、家庭支持服務（身權法 51 條）、專用停車位識別證明（身權法 56 條）、搭乘國內大眾運輸工具陪伴者半價優待（身權法 58 條）、進入收費風景區、康樂場所或文教設施陪伴者免費或半價優待（身權法 59 條）、與各項經費補助（身權法 71 條）等的需求評估。最後再由直轄市、縣（市）主管機關對於設籍於轄區內，且依前項評估合於規定者，核發身心障礙證明，並據以提供所需之福利及服務。

於 99 年 4 月底時研究小組推擬出以 ICF 為架構之職業重建服務需求評估運作方式之沙盤推演圖（如圖 11，p. 38），解析日後可能的需求評估運作方式。若是依照身權法的規範，勞政單位可推派具有職評經驗的資深職管員加入 d、e 碼的鑑定與需求評估團隊，進行就業需求方面的評估。根據 99 年 10 月 29 日於北區職評資源中心「ICF 進階研習」衛生署鑑定研究團隊的報告，對於就業需求相關的 d 碼會在詢問個案是否有就業需求後編碼，但其評分將只有 0（沒有困難）和 8（有困難但無法評分）二個尺度。另檢視 99 年 8 月 23 日內政部「身心障礙者福利與服務需求評估新制規劃與前置作業說明會」的會議手冊資料，需求評估表單中關於就業的部分只有：（1）工作狀況中的目前是否有工作，和近 30 天內的工作天數、每日工時、與工作內容；以及（2）資源使用現況中的職業重建和輔具協助服務；由此表單所得的個案就業需求資訊將遠不及現行職業重建服務所建制的表單系統。此外內政部主張需求評估應力求簡化，若服務提供單位有更細緻的評估，則計畫採轉介方式將表明有此需求的個案轉給該服務提供單位。上述資訊顯示國內目前的試辦規劃中，職業重建專業人員在鑑定和需求評估的參與是被邊緣化的，且在時程限制與評估經費難以分配的情形下，法規路線實行的可能性不高。

若是依照現行試辦方式，以醫事人員來執行功能鑑定、社工來執行需求評估，會遇到的問題則是：以此功能鑑定和需求評估方式所獲得的個案就業需求，是否真能代表個案適合接受職業重建服務？於 99 年 10 月 29 日於北區職評資源中心「ICF 進階研習」的公開演講中，內政部代表明確說明就業需求不屬於需求評估內容，希望以轉介方式將

有就業需求的個案轉到職重窗口。內政部期待服務提供單位在接受轉介後可以進行專業評估，再決定個案是否適合所提供之服務的作法雖獲專業認同，但可能與身權法第七條規範「直轄市、縣（市）主管機關對於...依前項（需求）評估合於規定者...據以提供所需之福利及服務」不合。故在現行法規下的最佳狀況是，針對有就業需求的個案邀請職業重建專業人員加入鑑定與評估。如：台北縣會視個案需求照會職管員一起進行需求評估，一但發現個案適合職業重建服務就立刻開案。否則，職業重建服務體系將落入被動接受轉介的狀況，恐將造成專業消失。

若是職業重建服務體系在新制度下將落入被動接受轉介，則研究專案小組建議務必堅守專業立場，爭取由 ICF 需求評估轉介的個案還是應接受職管員的初評，再決定是否開案；不宜無條件全盤接受轉介。故，請法規會解釋或修訂身權法第七條可能勢在必行，以確保職管員在接受轉介、進行晤談初評後，可以有回流機制將不適合由職業重建體系來服務的個案再轉介到更適合的單位。並需建立下述共識：若要判定個案是否有職業重建需求，應先檢視出其基本就業力；而此基本就業力要以 ICF 的 d 與 e 碼呈現。以 d 碼為主的考量屬「先訓練後安置」思維，以 e 碼為主的考量屬「先安置後訓練」思維。

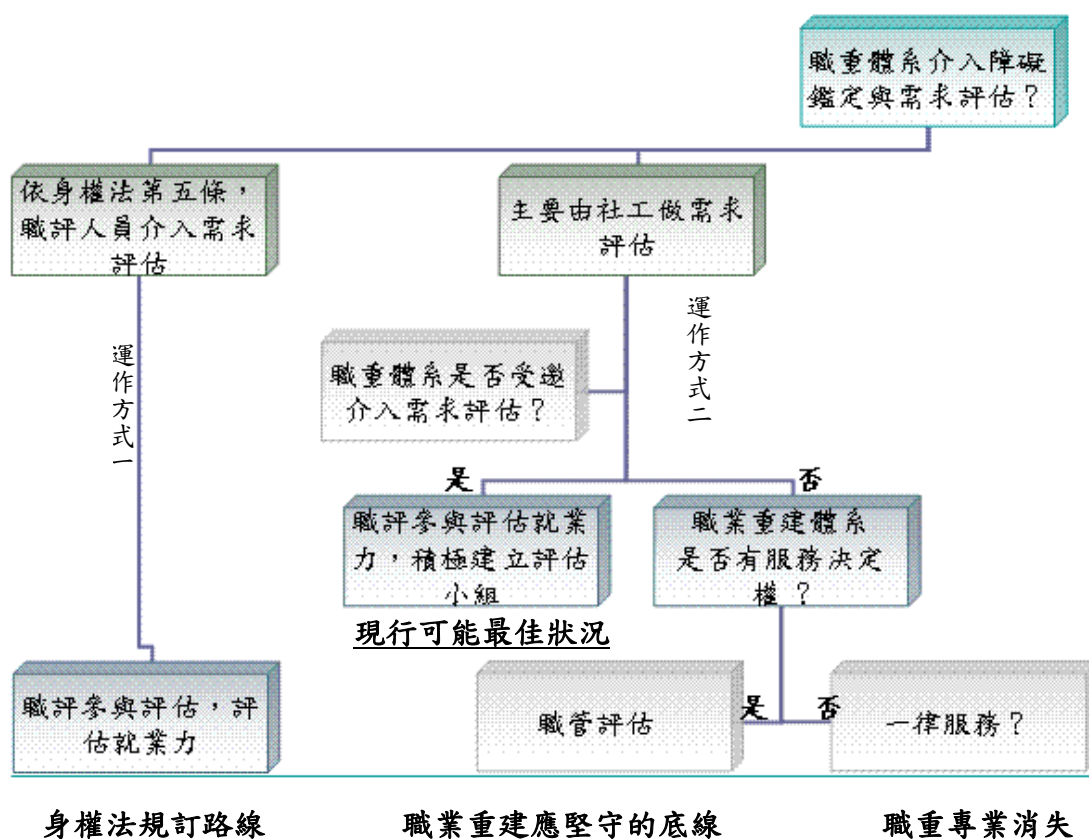


圖 11 職業重建體系介入身心障礙鑑定與需求評估之沙盤推演圖

且就目前的人員培訓狀況，職業重建人員通常不被列為衛生署培訓的鑑定專員或是內政部培訓的需求評估人員的優先名單，勢必造成職業重建專業人員在法定流程上的失聲。故研究專案小組考量衛生署和內政部對於鑑定與需求評估的職責分屬規畫，日後以特定受訓後之專業人員來執行鑑定和評估，建議職訓局向衛生署和內政部積極爭取，依法（身權法第五條）將具備職業輔導評量員資格的資深職業重建專業人員納入 ICF 鑑定和需求評估的培訓人員。若有困難，則建議職訓局編列經費，自行辦理相關培訓課程。

此外，研究小組推估無論職重人員是否參與鑑定或需求評估，101 年後轉入職重窗口的案量必定暴增。除了原本擁有手冊但不善使用就業資源者和怯志工作者外，ICF 的實施能使職災勞工受惠，因為有很多職災勞工有職業重建或其他社會福利的短期但立即性需求。故建議勞政主管機關要定期搜集 ICF 數據，從今年度試辦縣市所測得的個案 ICF 代碼與功能評分、有就業需求者的比例等開始，以此進行我國身障者對於勞政需求的初步分析，作為規劃資源與專業人力培訓的依據；並需要開始盤點勞政現有資源，依需求的缺口規劃預算與服務配套措施。

當然，仍有專家認為勞政既然要負解決身障就業問題的責任，就應有充份的權力。既然內政部堅持只針對身權法明文有規定要做「依需求評估結果」的法訂「福利」項目做評估，不進行跨部門整合，勞政方向則不該是修訂身權法第七條，而是應「依法行事」，要求落實身權法第五條，讓職重人員是專業團隊的一員。並建議勞政應朝向參與衛政的鑑定階段，爭取 d 碼之職訓與就業活動與參與，以及職重相關 e 碼的評估。如此便可以仿照法國模式，在各縣市設置身心障礙單一窗口，和公部門跨部門間及地方公私部門間的資源整合，依障礙者「個人計畫」以 ICF 全人觀點進行專業團隊需求評估。於此，職管員扮演的角色功能是：(1) 陪伴個案訂定職業計畫；(2) 搜集地方上目標人口需求，認識處於「被就業市場排除」情境的人，進行其生涯發展的「質性」觀察；(3) 提出對這群人口的能力進行更正向的理解，聚集已操作觀察到的資料，找出地方上不利就業的環境阻礙因素，並提出去除阻礙應採取的行動；和 (4) 辨識在地方上能成功就業安置的變項/要素，以回饋 e 碼的介入方向，提出促進就業政策與預算規劃建議。

### 三、WHO 職業重建核心碼對於勞政政策制定之應用為何？

至於職業重建核心碼，在個案功能初評部分可以提供全人化的思考。事實上，職重核心碼的內容與職業重建從生理面、心理面、社會面、和職涯面去分析個案有相呼應。以簡短核心碼為例：生理面可以包含 b130 精力與驅動力功能、b164 高階認知功能、b455 運動耐受功能、和 d155 學習技能，心理面可以包含 d240 處理壓力及其他心理需求，社會面可以包含 d720 複雜人際互動、e310 核心家庭、e330 權威者、e580 健康服務、制度與政策、和 e590 勞動與就業服務、制度與政策，至於職涯面則是回答 d845 取得、保有與終止一份工作、d850 有報酬工作、d855 無報酬工作三碼的功能狀態。

但職涯面的功能是受到生理面、心理面和社會面的各因素相互影響，故改善個案的身體功能、心理適應、以及所屬社會環境等，皆可能改善其就業狀況。因此勞政政策（e590）的重點應著重在增強就業促進因子和克服阻礙因子方面，包含：維持勞工健康、多元化勞動力、部分復工機制、專業的評估與介入、個案管理、權益倡導、慢性疾病的

自我管理...等等。

由於職重核心碼是今年 6 月才公告，其驗證研究尚在進行中，故建議尚不宜貿然使用此核心碼作為服務對象篩選的指標。但若以此作為職業重建服務相關向度，並開始進行數據蒐集，則可以協助 WHO 進行實證研究。可以仿照國外研究，使用 d 碼頓號後面那四個尺規（第一個尺規代表個案在日常環境中的表現；二個尺規代表個案在標準環境下的能力；第三個尺規是代表有輔助下的能力表現；第四個尺規是無輔助下的能力表現）去驗證職重服務的成效。舉例說明：支持性就業，若支持前後的表現有改變，或是在有輔助下的能力表現比無輔助時好，就是一個很好的成效驗證。實證研究是未來的主流，但實證研究並不好執行，需要一個有系統的政策支持以進行長時間紀錄與追蹤，所以建議中央主管機關在未來二十年應該大量鼓勵這類型的研究，並以此類研究的結果作為未來政策制定的依據。

#### 四、總結

研究小組經過一年來的文獻回顧、小組與焦點團體討論、衛政與社政研討會的參與，針對應用 ICF 在我國勞政政策做出下面結論，並對勞政主管機關、職業重建專業人員、以及未來研究方向提出建議。

#### 結論

- 一、身權法將 ICF 制訂為我國身心障礙者鑑定與服務提供機制，雖立意良好，但實作邏輯與 ICF 原意矛盾，造成原本應依個案生態去思考服務介入的策略，卻膠著在特定服務資格的取得。但由於我國政策已定，因此只能在現有制度下尋找因應措施。
- 二、若堅持依法來進行鑑定與需求評估，以具有職評經驗的資深職管員最為適合，但如此一來會造成現有人力與服務時程很大的負擔，也難以仲裁鑑定與需求評估費用的分配。
- 三、現有的試辦機制已將職重專業人員邊緣化，勞政服務的提供預計採轉介制度，但若不釋疑或修訂身權法第七條，法律位階問題將造成職業重建體系只能被動收案，無法依專業進行個案適性服務需求評量與轉介。
- 四、ICF 架構與職業重建專業理論可以相輔相成，對於個案評量、計畫擬定、服務提供、與成效評估可以提供良好架構，應該檢視現有表格並擴充其向度，以符合 ICF 的全人精神，從人與情境互動的思維去提供服務。
- 五、職重專業人員對於 ICF 的認識尚不足，除了衛政、社政目前已經研發的鑑定與需求評量方法外，亦需強調如何運用 ICF 於職重服務的策略。
- 六、101 年正式施行新的身心障礙鑑定機制後，預期職業重建服務體系的個案量會暴增，且職重資源缺乏的問題依舊存在，故因應的人力配置、服務經費、資源開創需要事先規劃。
- 七、國外運用 ICF 或職重核心碼於勞政政策制定的文獻目前仍付之闕如，但可仿效國外運用 ICF 於政策制定的方法，從職重服務體系的表格修訂開始做起，檢視表格與 ICF 架構以及 WHO 職業重建核心碼的呼應性，以利搜集具 ICF 架構的勞政相關數據。

- 八、 衛政與社政所蒐集的 ICF 數據對於勞政政策制定是有用的，但須與勞政的數據交叉檢驗，方能得知勞工的健康狀態與其勞動狀態的相關性，以及個人與環境資源對於其勞動參與的影響，再依此制定勞政政策。
- 九、 盤點資源缺口和對服務對象進行宣導是我國目前做得最少的，應加強規劃。

### **建議：對勞工主管機關**

- 一、 **確立職業重建服務在鑑定與需求評估的角色與功能：**勞政主管機關對於「鑑定與需求分析的前置作業與職業重建的銜接或扮演角色」事項，應與衛政和社政協商，確定合作路線與把關底線。在衛政負責 b、s 碼，社政負責大部分 d 碼的情況下，建議職訓局要按照職重服務系統原有流程，由受過 ICF 培訓的職業重建個案管理員作為接受轉介的窗口，進行晤談初評以判斷職重服務是否符合個案的需求，再做後續服務轉介；不符職重開案標準者，如未有合適服務可轉介，建議轉回社政成人個管提供服務。同時建議職訓局應先確認轉介職重服務之個案（即社政評估有就業需求者），職管員如評估個案不適合接受職重服務時，其轉介或結案之合法性。
- 二、 **成立跨部會工作團隊，以整合人力與意見：**身權法強調跨專業的合作，以提供全人化的服務，身心障礙者的職業重建亦是在此大前題下運作。現階段，除內政部及衛生署兩部會的「鑑定及需求評估」服務的實際運作正在強力謀合外，其他部會與業務難有切入之處，少見有整合的作法。因此建議應成立跨部會層級的組織，統整各業務的內容、建議、時程等，並在 101 年 7 月 11 日準備妥當，並預編妥當所需之經費。
- 三、 **從試辦縣市的數據推估未來所需之專業人力與預算經費：**正式施行 ICF 鑑定機制後，預期職業重建服務體系的個案量會暴增，且職重資源缺乏的問題依舊存在。建議勞政主管機關可先從今年度試辦縣市所測得的個案 ICF 代碼與功能評分、有就業需求者的比例等資訊，進行我國身障者職業重建需求的初步分析，作為規劃資源與專業人力培訓的依據。然後修訂「全國身心障礙者就業轉銜暨職業重建服務資訊管理系統」，使其能自動標示轉介過來的個案是否已經於系統開案服務，並顯示服務狀態，以節省人工查詢時間。
- 四、 **依據 ICF 的 d、e 碼，進行資源缺口盤點與資源連結創建：**目前就業服務資源缺口的盤點尚未完成，建議以 e 碼來陳述個案在環境層面的需求，以 d 碼來陳述可促進功能改善的程度，以此來盤點資源缺口。在補助項目的分類方面，建議採用 ICF 系統的分類和用語；只要是用於促進身心障礙者職業功能表現的，都應該納入職業重建系統的輔助科技服務的輔助內容。
- 五、 **有結構性的培育職業重建服務專業人力，並建立專業制度：**因應使用 ICF 作為鑑定指標所帶來的衝擊，未來職業重建相關人員（包括：個案管理、職業評量與就業服務等人員）務必了解 ICF，並對如何運用 ICF 精神服務個案具備基礎概念。政府相關部門應依 ICF 概念修訂職業重建各專業人員的工作手冊，有結構性地進行人才培訓計畫，規劃職前養成與在職訓練。專業人員訓練課程須有階段性，第一階段是 ICF 的基本概念與核心精神推廣，第二階段則可從具有 ICF 架構的職重相關表格帶動符合 ICF 精神的服務模式。可加強對已取得的 ICF 編碼的評量概念，當需進一步了解個案的就業訊息時，可適切運用及搭配評量工具，而不重覆使用。除應建立專業標準、專業倫理與發展專業教材，並應嚴謹規範培訓單位之

資格，以確保訓練品質，避免資源的重疊或不足。此外，目前『身心障礙者職業重建服務專業人員遴用及培訓準則』中的規範恐難以呼應運行 ICF 鑑定機制後的專業要求，更應建立專業認證及後續進修制度，以提升服務品質。

- 六、**持續關注職業重建有關服務之成效：**因應身心障礙者權益保障法帶來的新作法與變革，勞政機關可檢視專業制度與服務上是否符合 ICF 精神，且可主動開啟實證方案或研究，快速找到勞政機關在 ICF 模式的定位。例如：如何運用 ICF 的編碼？或如何發展出目前在 ICF 編碼中欠缺個人評量方式？如何結合衛政與社政的資料，發展日後勞政單位的成效評量機制等。建議勞政主管機關應長期監控分析上述數據，再依此制定勞政政策；並應鼓勵實證型方案或實驗計畫，持續編列經費予以支持，並監督其執行面與成效面，以促進身心障礙者之就業與生活素質。
- 七、**重視職業重建服務使用者的權益：**身心障礙者權益保障的精神非常重視服務使用者的意見，因此建議服務使用者在接受鑑定與需求評估過程，職業重建服務相關單位應有鼓勵身心障礙者自主、充權的實質作為，如：設定 100 年為 ICF 宣導年，推廣 ICF 的核心精神於服務傳遞中。

### **建議：對職業重建專業人員**

- 一、**以 ICF 作為個案需求的分析架構：**在評估時，可以依 ICF 的功能性定義來解讀個案的功能表現與能力水準。從個案功能編碼（鑑定）與福利獲得（需求評估）的資訊可以提供更充足的資訊，以人（生理、心理）和環境（社會）互動的觀點去解析個案的職涯發展需求。基本工作技能的部分指標可以由 ICF 編碼中獲得訊息，但工作意願指標仍然是最難評估的。
- 二、**以 ICF 作為服務計畫的提供思維：**d 碼能力與表現指標是思考所需服務的基礎，e 碼阻礙與促進因素是連結資源的重要訊息。比之於過去，職管員所需具備與醫療、教育、社會福利、與保險系統之專業相關能力，複雜度將增加很多。
- 三、**以 ICF 作為專業間溝通語言：**ICF 提供我們架構，使各專業從評估、策略到執行都有共通語言，可以針對需求與成效進行溝通。
- 四、**以實證本位提供服務介入：**實證研究絕對是未來的主流，很多研究是使用 d 碼頓號後面那四個尺規（第一個尺規代表你的表現；二個尺規是你在標準境下的能力；第三個尺規是代表有輔助之能力表現；第四個尺規是無輔助之能力表現）建立資料庫，用這四個碼去比對可看到我們的服務方案及目的功能有效性是什麼，可針對它的局限評估出問題來，並決定介入策略的整體效果。

### **建議：對未來研究方向**

- 一、**近期：**
  1. 從今年度試辦縣市所測得的個案 ICF 代碼與功能評分，以及有就業需求者的比例等資訊，進行我國身障者職業重建需求的初步分析，作為規劃資源與專業人力培訓的依據。
  2. 修訂職重服務所使用之表格，使其能呼應 ICF 架構以及職業重建核心碼，以利搜集具 ICF 架構的勞政相關數據。
- 二、**中期：**
  1. 以修訂過的職重服務表格搜集勞政相關數據，並設立資料庫。再定期分析該資料庫，檢視個案的就業需求與現有資源的缺口，並依此規劃配套措施與經費預算。

**三、長期：**

1. 將勞政所蒐集的數據與衛政與社政所蒐集的 ICF 數據交叉檢驗，以得知勞工的健康狀態與其勞動狀態的相關性，以及個人與環境資源對於其勞動參與的影響，再依此制定勞政政策。



## 參考文獻

### 一、中文文獻

王國羽 (2003)。身心障礙研究概念的演進：論障礙風險的普同特質。台灣社會學會年會論文。

身心障礙者權益保障法，內政部 (2007)。

林金定 (2008)。世界衛生組織「國際功能、失能和健康分類(ICF)」- 理論架構、範圍、分類與編碼原則。身心障礙研究，6 (2)，102-127。

### 二、英文文獻

Australian Institute of Health and Welfare (2003). ICF Australian User Guide Version 1.0. Retrieved November 10, 2009, from the World Wide Web: <http://www.aihw.gov.au/publications/dis/icfaugv1/icfugv1.pdf>

Bornman, J. (2004). The World Health Organization's terminology and classification: Application to severe disability. *Disability and Rehabilitation*, 26, 182-188.

Brach, M., Cieza, A., Stucki, G. Fußl, M., Cole, A., Ellerin, B. E., Fialka-Moser, V., Kostanjsek, N., & Melvin, J. (2004). ICF core sets for obstructive breast cancer. *J Rehabil Med*, 44, 121-127.

Bruyère, S. M., Looy, S. A., & Peterson, D. B. (2006). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary Literature Overview. *Rehabilitation Psychology*, 50(2). Retrieved November 9, 2009, from the World Wide Web: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1116&context=edicollect>

Caulfeild, D. & de Kleijn - de Vrankrijker, M. W. (2004). *Roadmap for the implementation of the ICF: A proposal for an implementation vision and strategy*. Retrieved November 9, 2009, from the World Wide Web: <http://www.rivm.nl/who-fic/Annuals/reykjavik54.pdf>

Chan, F. (2010). The World Health Organization ICF Model as a Conceptual Framework for Evidence-Based Rehabilitation Counseling Practice. Presented at Conference on Career Transition and Vocational Rehabilitation Services for Individuals with Disabilities, January 5, 2010, Changhua, Taiwan.

Chan, F., Keegan, J., Sung, C., Drout, M., Pai, C. H., Anderson, E., & McLain, N. (2009). The World Health Organization ICF Model as a framework for assessing vocational rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation Administration*, 33(2), 91-112.

Chapireau, F. (2005). The environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 18, 305-311.

Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, M., Melvin, J., Stucki, G. & Bie, R.

- (2004). ICF core sets for depression. *J Rehabil Med*, *44*, 128-134.
- Cieza, A., Ewert, T., Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G.(2004). Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*, *44*, 9-11.
- Cieza, A., Schwarzkopf, S. R., Sigi, T., Stucki, G., Melvin, J., Stoi, T., Woolf, A. D., Kostanjsek, N., & Walsh, N. (2004). ICF Core Sets for osteoporosis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *36*, 81-86.
- Cieza, A., Stucki, A., Geyh, S., Berteanu, M., Quittan, M., Simon, A., Kostanjsek, N., Stucki, G., & Walsh, N. (2004). ICF core sets for chronic ischaemic heart disease. *J Rehabil Med*, *44*, 87-93.
- Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Disler, P., Jäckel, W., Linden, S., Kostanjsek, N., & Bie, R.(2004). ICF core sets for low back pain. *J Rehabil Med*, *44*, 69-74.
- Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Kullmann, L., Stoll, T., Kamen, L., Kostanjsek, N., & Walsh, N.(2004). ICF core sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med*, *44*, 63-68.
- CRCC and CORE: The Foundation for Effective Rehabilitation Counseling.(2010). Retrieved March 26, 2010, from the World Wide Web:  
[http://www.crc certification.com/mightysite/filebin/pdf/CRCC\\_CORE\\_Foundation](http://www.crc certification.com/mightysite/filebin/pdf/CRCC_CORE_Foundation)
- Dahl, T. H. (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*(5), 201-204.
- Dreinhofer, K., Stucki, G., Ewert, T., Huber, E., Ebenbichler, G., Gutenbrunner, C., Kostanjsek, N., & Cieza, A.(2004). ICF core sets for osteoarthritis. *J Rehabil Med*, *44*, 75-80.
- Ewert, T., Allen, D. D., Wilson, M., Ustün, B., & Stucki, G.(2010). Validation of the International Classification of Functioning Disability and Health framework using multidimensional item response modeling. *Disabil Rehabil*. Retrieved March 04, 2010, from the World Wide Web:  
[http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/20158371/full\\_citation/Validation\\_of\\_the\\_International\\_Classification\\_of\\_Functioning\\_Disability\\_and\\_Health\\_framework\\_using\\_multidimensional\\_item\\_response\\_modeling\\_](http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/20158371/full_citation/Validation_of_the_International_Classification_of_Functioning_Disability_and_Health_framework_using_multidimensional_item_response_modeling_)
- Ewert, T., Allen, D. D., Wilson, M., Ustün, B., & Stucki, G.(2010). Validation of the International Classification of Functioning Disability and Health framework using multidimensional item response modeling. *Disabil Rehabil*. Retrieved March 04, 2010, from the World Wide Web:  
[http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/20158371/full\\_citation/Validation\\_of\\_the\\_International\\_Classification\\_of\\_Functioning\\_Disability\\_and\\_Health\\_framework\\_using\\_multidimensional\\_item\\_response\\_modeling\\_](http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/20158371/full_citation/Validation_of_the_International_Classification_of_Functioning_Disability_and_Health_framework_using_multidimensional_item_response_modeling_)

- Florian, L., Hollenweger, J., Simeonsson, R. J., Wedell, K., Riddell, S., Terzi, L., & Holland, A. (2006). Cross-cultural perspectives on the classification of children with disabilities: Part I Issues in the classification of children with disabilities [electronic version]. *The Journal of Special Education, 40*(1), 36-45.
- Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson, H., Frommelt, P., Omar, Z., Kostanjsek, N., Ring, H., & Stucki, G. (2004). ICF core sets for stroke. *J Rehabil Med, 44*, 135-141.
- Gibson, L., & Strong, J.(2003). A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal, 50*(2), 64-71.
- Gilchrist, L. S., Galantino, M.L., Wampler, M., Marchese, V. G., Morris, G. S., & Ness, K. K. (2009). A Framework for Assessment in Oncology Rehabilitation. *Physical Therapy, 89*(3), 286-306.
- Graham, S. K., & Cameron, I. D. (2008). Assessing outcomes in an Australian rehabilitation service: Using an ICF-based approach. *International Journal of Therapy & Rehabilitation, 15*(9), 392-399.
- Granlund, M., Eriksson, L., & Ylven, R. (2004). Utility of international classification of functioning, disability and health's participation dimension in assigning ICF codes to items from extant rating instruments. *Journal of Rehabilitation Medicine, 36*, 130-137.
- Grill, E., Ewert, T., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G.(2005). ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability & Rehabilitation, 27*(7/8), 361-366.
- Halbertsma, J., Heerkens, Y. F., Hirs, W. M., de Kleijn-de Vrankrijker, M. W., Dorine Van Ravensberg, C.D., & Napel, H.T.(2000). Towards a new ICIDH. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. *Disability and Rehabilitation, 22*, 144-156.
- Haruna, Y., Matsui, N., Matsui, R., & McFarlane, F.(2005). Applicability of ICF for Vocational Rehabilitation. Retrieved November 9, 2009, from the World Wide Web: [http://plaza.umin.ac.jp/~haruna/icf/icf\\_vr\\_e.html](http://plaza.umin.ac.jp/~haruna/icf/icf_vr_e.html)
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Some critical remarks. *The American Journal of Occupational Therapy, 59*, 569-576.
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: A review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health and Illness, 26*(3), 1-19.
- Jerosch-Herold, C., Leite, J. C., & Song, F.(2006). A systematic review of outcomes assessed in randomized controlled trials of surgical interventions for carpal tunnel syndrome using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference tool. *BMC Musculoskeletal Disorders, 7*, 96-107.

- Kennedy, C. (2002, November). *Federal activities related to the World Health Organization's international classification of functioning, disability and health (ICF)*. Retrieved November 19, 2004, from <http://www.cdc.gov/nchs/data/icd9/agencyuseICF.pdf>
- Lollar, D. J., & Simeonsson, R. J. (2005). Diagnosis to function: Classification for children and youths. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 26*, 323-330.
- Maart, S., Eide, A., H., Jelsma, J., Loeb, M. E. & Ka Toni, M. (2007). Environmental barriers experienced by urban and rural disabled people in South Africa [electronic version]. *Disability and Society, 22*(4), 357-369.
- Maeda, S., Kita, F., Miyawaki, T., Takeuchi, K., Ishida, R. & Shimada, M. (2005). Assessment of patients with intellectual disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health to evaluate dental treatment tolerability [electronic version]. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(4), 253-259.
- Mbogoni, M. (2003). On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: Evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT). *Disability and Rehabilitation, 25*, 644-658.
- 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 & Rehabilitation, 29*(18), 1475-1479.
- Peterson, D. B., Mpofu, E., & Oakland, T. (2009). Concepts and Models in Disability, Functioning, and Health. In Mpofu, E., & Oakland, T. (Eds.), *Rehabilitation and Health Assessment Applying ICF Guidelines* (pp. 3-26). New York: Springer Publishing Company.
- Pruett, S. R., Rosenthal, D. A., Swett, E. A., Lee, G. K., & Chan, F. (2008). Empirical evidence supporting the effectiveness of vocational Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation, 74*(1), 56-63.
- Rauch, A., Cieza, A., & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 44*, 329-342.
- Ruof, J., Cieza, A., Wolff, B., Angst, F., Ergeletzis, D., Omar, Z., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). ICF core sets for diabetes mellitus. *J Rehabil Med, 44*, 100-106.
- Savel, T., Autry, A., & Lollar, D. (2004). The National Electronic Disease Surveillance System (NEDSS) and the international classification of functioning, disability and health (ICF): Integrating disability and functional status data into the national public health information architecture. In M. Fieschi, E. Coiera, & Y.-C. J. Li (Eds.), *Medinfo 2004: Proceedings of the 11th World Congress on Medical Informatics* (CD-ROM). Amsterdam: IOS Press.
- Scherer, M. J., & Glueckauf, R. (2005) Assessing the benefits of assistive technologies for activities and participation. *Rehabilitation Psychology, 50*, 132-141.

- Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J., & Üstün, B.(2003). The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability & Rehabilitation*, 25(11/12), 588-595.
- Stucki, A., Daansen, P., Fuessl, M., Cieza, A., Huber, E., Atkinson, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., & Jörg, R. (2004). ICF core sets for obesity. *J Rehabil Med*, 44, 107-113.
- Stucki, A., Stoll, T., Cieza, A., Weigl, M., Giardini, A., Wever, D., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). ICF core sets for obstructive pulmonary diseases. *J Rehabil Med*, 44, 114-120.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Ustun, T. B. (2002). Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 24, 281-282.
- Stucki, G., Cieza, A., Geyh, S., Battistella, L., Lloyd, J., Symmons, D., Kostanjsek, N., & Schouten, J. (2004). ICF core sets for rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*, 44, 87-93.
- Swanson, G., Carrothers, L., & Mulhorn, K. (2003). Comparing disability survey questions in five countries: A study using ICF to guide comparisons. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 25, 665-675.
- Swiss Paraplegic Research.(2007). *Introduction to the implementation of ICF tools in rehabilitation management*. Available on line:  
<http://www.icf-casestudies.org/index.php?id=104>
- Szymanski, E. M., & Hanley-Maxwell, C.(1996). Career Development of People with Developmental Disabilities: An Ecological Model. *Journal of Rehabilitation*, 62(1), 48-55.
- The ICF Research Branch Newsletter*, volume 2, April 2009. Available on line:  
[http://www.icf-research-branch.org/material/2008/ICF\\_Research\\_Branch\\_Newsletter\\_Vol2.pdf](http://www.icf-research-branch.org/material/2008/ICF_Research_Branch_Newsletter_Vol2.pdf)
- The State of Queensland (2008). *Community Rehabilitation Student Workbook*. Retrieved November 10, 2009, from the World Wide Web:  
<http://www.health.qld.gov.au/qhcrwp/docs/crstudentworkbook.pdf>
- Üstün, B., Chatterji, S., & Kostanjsek, N.(2004). Comments from who for the journal of rehabilitation medicine special supplement on ICF core sets. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36, 7-8.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25, 565–571.
- Vondracek, F. W, & Fouad, N. A. (1994). Developmental contextualism: An integrative framework for theory and practice. In M. L. Savickas & R. W. Lent (Eds.), *Convergence in career development: Implications for science and practice* (pp. 207-214). Palo Alto, CA: CPR.

- Wittgenstein, L. (2004). The international classification of functioning, disability, and health (ICF): Application to physiotherapy. *NZ Journal of Physiotherapy*, 32(1), 1-2.
- Wolff, B., Cieza, A., Parentin, A., Rauch, A., Sigl, T., Brockow, T., & Stucki, A. (2004). Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on four internal disorders using the international classification of functioning, disability and health as a reference. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 37-42.
- World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability and health. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2002). Towards a common language for functioning, disability and health ICF [electronic version]. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2003). *ICF checklist for International Classification of Functioning, Disability and Health* [electronic version]. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization Family of International Classifications, WHO-FIC. (2005). *WHO-FIC Meeting 2005 Tokyo, Japan Executive Summary*. Retrieved March 26, 2010, from the World Wide Web:  
<http://www.who.int/classifications/network/Executive%20Summary%20Tokyo%202005.pdf>
- World Health Organization Family of International Classifications, WHO-FIC. (2006). *WHO Family of International Classifications Network Meeting Tunis, Tunisia Executive Summary*. Retrieved March 26, 2010, from the World Wide Web:  
<http://www.who.int/classifications/network/WHOFIC2006%20Executive%20Summary%20and%20Annexes.pdf>
- World Health Organization Family of International Classifications, WHO-FIC. (2007). *WHO-FIC Network Meeting Strategy and Workplan 2007-2008*. Retrieved March 26, 2010, from the World Wide Web:  
[http://www.who.int/classifications/network/WHOFIC2007\\_A003\\_List\\_of\\_participants.pdf](http://www.who.int/classifications/network/WHOFIC2007_A003_List_of_participants.pdf)
- World Health Organization Family of International Classifications, WHO-FIC. (2008). *WHO-FIC Strategy and Workplan 2008-2009*. Retrieved March 26, 2010, from the World Wide Web:  
[http://www.who.int/classifications/network/A005\\_WHO\\_FIC\\_StrategyWorkplan2008\\_09.pdf](http://www.who.int/classifications/network/A005_WHO_FIC_StrategyWorkplan2008_09.pdf)
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35-52.

附件一

## 以 ICF 編碼系統看身心障礙者基本就業能力調查問卷

親愛的專業工作人員：

您好！本中心目前正進行國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）應用在勞政政策之專題探討。故設計此問卷瞭解您對於身心障礙者從事就業活動前所需先具備之活動能力與就業相關資源的看法，以及此兩者對於成功就業的重要程度。您的寶貴意見，對本研究將有很大的幫助。請依您的工作經驗和專業判斷逐題填答，不要有所遺漏。相關資料僅供學術研究用，並遵守倫理規範進行保密。非常謝謝您的協助，謹此致上衷心的謝忱！

南區身心障礙者職業輔導評量資源中心 ICF專案小組 敬上

小組召集人：吳明宜

聯絡人：李春寶 電話：7172930-2306

## 基本就業力問卷

請就您的觀點，判讀下述各項活動是否為個體可從事就業活動前的先備活動？以及可成功執行該活動的能力對於成功就業的重要性。

代碼	項目	說明	是否為先備活動？			對成功就業的重要性				
			否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
<b>d1</b>	<b>學習與應用知識</b>	論及學習、應用所學習的知識、思考、解決問題和做決定。								
d110	看	有意識地用視覺去經驗視覺刺激，例如觀看一場體育比賽或兒童遊戲。	1	2	3	1	2	3	4	5
d115	聽	有意識地用聽覺去經驗聽音刺激，例如聽廣播、音樂或演講。	1	2	3	1	2	3	4	5
d140	學習閱讀	發展流利而準確地閱讀書面文字材料(包括點字)的能力，例如辨認字和字母、正確的發音讀字詞，以及了解字詞和片語的含義。	1	2	3	1	2	3	4	5
d145	學習書寫	發展產生代表聲音、字詞或片語之符號來傳達意思(包括點字書寫)的能力，例如有效地拼字和使用正確的文法。	1	2	3	1	2	3	4	5
d150	學習計算	發展運用數字以及完成簡單和複雜之數學運算的能力，例如用數學符號作加法和減法運算及應用正確的數學演算法以解決問題。	1	2	3	1	2	3	4	5
d175	解決問題	經由確認和分析問題、發展出取捨和解決方案、評估解決方案之可能的效果以及執行所選擇的解決方案，來找出解決問題或狀況的辦法，例如調解兩人間的爭論。	1	2	3	1	2	3	4	5
<b>d2</b>	<b>一般任務與需求</b>	論及執行單項任務或多項任務、組織例行事務和處理壓力之一般面向。這些項目能被用於與更特定的任務或行動結合，以確認在不同情境下執行任務的基礎特徵。								
d210	從事單項任務	執行與心智和身體有關的簡單或複雜和協調的行動之單項任務，例如啟動一項任務、組織一項任務的時間、空間和材料、調整任務的進行步調、以及執行、完成和維持一項任務。	1	2	3	1	2	3	4	5
d220	從事多項任務	執行依序或同時進行之多項、整合和複雜任務的簡單或複雜及協調的行動。	1	2	3	1	2	3	4	5



代碼	項目	說明	是否為先備活動？			對成功就業的重要性				
			否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
<b>d3</b>	<b>溝通</b>									
d310	口語訊息的溝通-接受	理解在口語訊息中字面和隱含的意思，例如瞭解一個陳述是一個事實或是一種慣用語的表達。	1	2	3	1	2	3	4	5
d315	非口語訊息的溝通-接受	藉由姿勢動作、符號和圖畫傳達訊息理解字面和隱含的意思，例如當一個孩子揉眼睛時知道她疲勞了或警鈴響表示有火災。	1	2	3	1	2	3	4	5
d330	說話	以口語訊息之字面和隱含的意思產生字詞、片語和較長的段落，例如表達一個事實或講一個故事。	1	2	3	1	2	3	4	5
d335	產生非口語的訊息	使用姿勢動作、符號和圖畫傳達訊息，例如搖頭表示不同意或畫一張圖片或圖形以傳達一個事實或複雜概念。	1	2	3	1	2	3	4	5
<b>d4</b>	<b>行動</b>									
		論及藉由改變身體姿勢或位置或藉由從一處移至另一處，藉由攜帶、移動或操作物品，藉由行走、跑步或攀登，以及藉由使用各種運輸工具來移動。	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
d430	舉起與攜帶物品	舉起物品或將一物品從一處拿到另一處，例如舉起一隻杯子或將孩子從一房間攜帶至另一房間。	1	2	3	1	2	3	4	5
d440	手部的精細使用	以個人的手、手指和姆指之協調的行動來處理、撿起、操作和放開物品，例如需要時從桌子上拿起硬幣或轉動刻度盤或球型握把。	1	2	3	1	2	3	4	5
d450	步行	以足順著地面一步步移動，而總有一足在地上，例如散步、閒逛、向前、向後或向側邊步行。	1	2	3	1	2	3	4	5
d465	使用設備四處移動	以使用有助於移動或創造四處移動之其他方式的特定裝置，在任何地面或空間上將全身從一處移動到另一處，例如以溜冰鞋、滑雪板、或潛水設備，或以輪椅或助行器在街上移動。	1	2	3	1	2	3	4	5
d470	使用運輸工具	以乘客身份使用運輸工具四處移動，例如乘坐坐在汽車或公共汽車上、人力車、小型公共汽車、畜力載運工具，或私人或公共計程車、公共汽車、火車、有軌電車、地下鐵、船或飛機。	1	2	3	1	2	3	4	5

代碼	項目	說明	是否為先備活動？			對成功就業的重要性				
			否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
<b>d5</b>	<b>自我照顧</b>	論及照護自己、清洗和擦乾自己、照護個人身體和身體部位、穿著、進食和飲用飲料與照料個人的健康。								
d510	清洗個人	用水和適當清潔及乾燥材料或方法清洗和擦乾自己全身或身體部位，例如沐浴、淋浴、洗手及足、臉及毛髮、和使用毛巾擦乾。	1	2	3	1	2	3	4	5
d520	照護身體部位	照料那些不僅需要清洗和擦乾的身體部位，例如皮膚、臉、牙齒、頭皮、指(趾)甲和生殖器。	1	2	3	1	2	3	4	5
d530	如廁	規劃和執行人體廢物(月經、排尿和排便)的排泄，然後清潔身體。	1	2	3	1	2	3	4	5
d540	穿著	依氣候和社會風俗及依序執行穿衣、脫衣和鞋襪之協調的行動和任務，例如穿上、調整或脫掉襯衫、裙子、襯衫、褲子、內衣、莎麗服、和服、緊身衣、帽子、手套、大衣、鞋子、靴子、涼鞋和拖鞋。	1	2	3	1	2	3	4	5
d550	進食	執行協調的任務和行動來食用被提供的食物，將食物送進口中並以文化可以接受的方式進食，把食物切開或切成小塊，打開瓶罐，使用餐具、吃飯、赴宴或進餐。	1	2	3	1	2	3	4	5
d560	飲用飲料	手握飲料，將其送進口中並以文化可以接受的方式飲用，混合、攪拌和倒出液體以飲用，打開瓶罐，使用吸管飲水或飲用流水例如來自水龍頭或泉水，吸母乳。	1	2	3	1	2	3	4	5
d570	照料個人健康	確保身體舒適、健康和良好的身心狀態，例如維持平衡飲食、適當身體活動量、保持溫暖或涼爽、避免對健康損害、遵循安全性行為(包括使用保險套)、接種疫苗和定期體檢。	1	2	3	1	2	3	4	5
<b>d6</b>	<b>居家生活</b>	論及執行居家和每天的行動和任務。居家生活的領域包括取得住所、食物、衣服和其他必需品，家庭的清潔和維修，照護個人和其他家用物品以及協助他人。								
d620	取得商品與服務	挑選、獲得和運送日常生活所需的所有商品和服務，例如挑選、獲得、運送和儲存食物、飲料、衣服、清潔材料、燃料、家用品、用具、烹調器具、居家器具和工具；獲得公用事業服務(水、電、瓦斯等)和其他家庭服務。	1	2	3	1	2	3	4	5
d630	準備餐點	為自己或他人規劃、組織、烹飪和提供簡單和複雜的餐點，例如製	1	2	3	1	2	3	4	5

代碼	項目	說明	是否為先備活動？			對成功就業的重要性				
			1	2	3	1	2	3	4	5
		作菜單、挑選適合食用的食物和飲料、為預備餐點收集食材、烹飪熱食及準備冷食和飲料、以及上菜。								
d640	做家事	以清潔房屋、洗衣服、使用家用器具、儲存食物和清理垃圾來管理家庭，例如掃地、拖地、清洗櫥櫃、牆壁和其他表面；收集和清理家庭的垃圾；收拾房間、壁櫥和抽屜；收集、清洗、晾乾、折疊和熨燙衣服；清潔鞋襪；使用掃帚、刷子和真空吸塵器；使用洗衣機、烘乾機和熨斗。	1	2	3	1	2	3	4	5
d660	協助他人	協助家庭成員及其他人在室內外的學習、溝通、自我照護、動作；並關心家庭成員和其他人之健康。	1	2	3	1	2	3	4	5
d7	人際互動與關係	論及以社會背景適宜的方式執行與人(陌生人、朋友、親戚、家庭成員和愛人)基本或複雜的人際互動所需的行動和任務。	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
d710	基本人際互動	以與社會及情境適宜的方式與人互動，例如在適當的時候表現出體諒和尊敬，或對別人的感覺有反應。	1	2	3	1	2	3	4	5
d720	複雜人際互動	以與社會及情境適宜的方式與其他人維持和管理人際互動，例如管控情緒和衝動、控制言語和身體侵犯、在社會互動中獨立行動、和根據社會規則和習俗行動。	1	2	3	1	2	3	4	5
d730	與陌生人相處	由於特定的目的與陌生人發生暫時的接觸和連結，例如問路或買東西時。	1	2	3	1	2	3	4	5
d740	正式人際關係	以正式的形式產生並維持特定的人際關係，例如與雇主、專業人員或服務提供者。	1	2	3	1	2	3	4	5
d750	非正式社會關係	與他人開始人際關係，例如與生活在同一社區或居住地的人或與同事、學生、玩伴或具有相似背景或專業人員不具正式的人際關係。	1	2	3	1	2	3	4	5
d760	家庭關係	產生並維持親屬關係，例如與核心家庭、擴展家庭(大家庭)、養育和收養家庭以及再婚關係成員、血緣更遠的例如遠房堂(表)兄弟姐妹或法定監護人間的關係。	1	2	3	1	2	3	4	5
d770	親密關係	個別間(例如丈夫和妻子、愛人或性伴侶)產生並維持親密或浪漫關係。	1	2	3	1	2	3	4	5

代碼	項目	說明	是否為先備活動？			對成功就業的重要性				
			否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
<b>d8</b>	<b>主要生活領域</b>	論及進行教育、工作和就業及經濟交易時所需執行的任務和行動。								
d810	非正式教育	在家裡或在其他某些非機構環境的學習，例如從父母或家庭成員學習手工藝和其他技術，或在家教育。	1	2	3	1	2	3	4	5
d820	學校教育	得到入學許可、從事所有與學校有關的責任和權利，並學習課程材料、科目和在初級或中級教育課程的其他課程需求，包括按時上學、與其他學生共同學習、接受教師的指導、組織、學習並完成指定的功課和計畫，並晉級到教育的其他階段。	1	2	3	1	2	3	4	5
d830	高等教育	從事在大學、學院和專業學校的高等教育課程中的活動並學習取得學位、文憑、認證和其他評鑑合格所需課程之所有內容，例如完成大學學士或碩士課程的學習、醫學院或其他專業學校的學習。	1	2	3	1	2	3	4	5
d840	學徒	從事與準備就業有關的課程，例如完成學徒、實習、定有年限契約的學習和在職培訓所需的任務。	1	2	3	1	2	3	4	5
d850	有報酬工作	以全職或兼職、或自己開業的方式，從事有報酬的職業、行業、專業或其他各項就業形式，例如尋找工作並獲得一份工作、做工作所要求的任務、按要求準時上班、督導其他工作人員或被其他人管理、和以獨自或群體形式完成所要求的工作任務。	1	2	3	1	2	3	4	5
d860	基本經濟交易	從事任何形式的簡單經濟交易，例如用錢購買食物或以物易物、交換商品或服務；或儲蓄。	1	2	3	1	2	3	4	5
d870	經濟自給自足	從私人或公共來源支配經濟資源，以確保現今和未來需求的經濟之安全。	1	2	3	1	2	3	4	5
<b>d9</b>	<b>社區、社交與公民生活</b>	論及從事家庭以外之有組織的社交生，在社區、社會和公民生活領域所需的行動和任務。								
d910	社區生活	從事社區社交生活的各方面，例如從事慈善組織、服務性俱樂部或專業性社會組織。	1	2	3	1	2	3	4	5
d920	娛樂與休閒	從事任何形式的遊戲、娛樂或休閒活動，例如非正式或有組織的遊戲和運動、體適能課程、舒壓、娛樂或消遣、參觀藝術畫廊、博物	1	2	3	1	2	3	4	5

代碼	項目	說明	是否為先備活動？			對成功就業的重要性				
			1	2	3	1	2	3	4	5
		館、去電影院或劇場；從事手工藝或嗜好活動、為享受而閱讀、演奏樂器；為快樂而觀光、旅遊和旅行。								
d930	宗教與信仰	從事宗教或信仰的活動、組織和實行以得到自我充實、追尋真義、宗教或信仰價值並與神聖能力建立連結，例如涉及宗教目的和信仰的冥想而到教會、寺廟、清真寺或猶太會堂禱告或詠唱聖歌。	1	2	3	1	2	3	4	5
d940	人權	享有為所有國家和國際上所承認之符合人道精神的權利，例如由聯合國之世界人權宣言(1948 年)和聯合國之身心障礙者機會均等標準公約(1993 年)所承認的人權；自決權或自主權；控制自己命運的權利。	1	2	3	1	2	3	4	5
d950	政治生活與公民權	公民從事社交、政治和政府生活，具備作為公民的合法地位和享有與其角色相關的權利、保障、基本權利和職責，例如投票和競選政治職務的權利、組織政治性社團；享有與公民權相關的權利和自由(如言論、結社、宗教、保障不受無理搜查或逮捕、審判中辯護和其他司法權以及保障不受歧視之自由權利)；具備作為公民的法定地位。	1	2	3	1	2	3	4	5
	其他	請具體描述說明	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
1										
2										
3										
4										

## 就業相關資源問卷

請就您的觀點，判讀下述各項是否為個體從事就業活動所需的資源？以及此資源對於成功就業的重要性。

代碼	項目	說明	是否為所需資源？			對成功就業的重要性				
			否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
e1	產品與科技	論及在個人所處周圍環境中被組裝、創造、生產或製造之天然或人造產品或產品系統、設備與科技。ISO9999分類系統將輔助器具定義為『身心障礙者所使用之任何產品、儀器、設備或技術系統，特殊生產或一般可獲得之用於預防、代償、監控、舒緩或平衡障礙』。ISO 認為任何產品或科技都具有輔助性(見 ISO 9999:身心障礙者之輔助器具-分類(第二版); ISO/TC 173/SC 2; ISO/DIS 9999 (修訂版))。然而，為了本環境因素的分類目的，輔助產品和科技的定義較為狹義，乃指為改善身心障礙者功能之任何改造或特殊設計的產品、儀器、設備或科技。								
e110	個人食用產品或物質	為攝食而收集、加工或製造之任何天然或人造的物品或質。	1	2	3	1	2	3	4	5
e115	個人用於日常生活的產品與科技	人們日常活動中使用的設備、產品和科技，包括那些改造或特殊設計而置放於使用者體內、身上或身旁者。	1	2	3	1	2	3	4	5
e120	個人用於室內外行動與運輸的產品與科技	人們使用於建築物內外移行活動的設備、產品和科技，包括那些改造或特殊設計而置放於使用者體內、身上或身旁者。	1	2	3	1	2	3	4	5
e125	溝通用產品與科技	人們使用於發送和接收資訊活動中的設備、產品和科技，包括那些改造或特殊設計而置放於使用者體內、身上或身旁者。	1	2	3	1	2	3	4	5
e150	公用建築物之設計、建造及建築的產品與科技	為公共用途而規劃、設計和建造之組成個人室內外人造環境的產品和科技，包括改造或特殊設計者。	1	2	3	1	2	3	4	5
e155	私用建築物之設計、建造及建築的產品與科技	為私人使用而規劃、設計和建造之構成個人室內外人造環境的產品和科技，包括改造或特殊設計者。	1	2	3	1	2	3	4	5

代碼	項目	說明	是否為所需資源？			對成功就業的重要性				
			否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
e2	自然環境與環境 中人為改造	論及自然或物理環境中之有生命和無生命的元素、以及環境經人為變更的部份及其環境中的人口特性。	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
e225	氣候	氣象的特徵和事件，例如天氣。	1	2	3	1	2	3	4	5
e240	光線	藉由陽光或人造光(如蠟燭、油燈或石蠟燈、火及電)使物體可被看見的電磁輻射，其可提供關於世界有用或令人分心的資訊。	1	2	3	1	2	3	4	5
e250	聲音	一種可被聽見的現象，例如以任何音量、音質或音調發出的重擊聲、鈴聲、巨大的聲音、歌聲、口哨聲、喊叫聲或嗡嗡聲，其可提供關於世界有用或令人分心的資訊。	1	2	3	1	2	3	4	5
e3	支持與關係	論及在家中、工作場所、學校或遊戲中或日常活動的其他方面，以人或動物提供實際的身體或情緒上支持、養育、保護、協助和關係。本章不包含提供支持者的態度，所描述的環境因子不是指人或動物，而是指人或動物所提供之身體和情緒的支持程度。	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
e310	核心家庭	因出生、婚姻或其他被文化傳統認為核心家庭關係之有關者，例如配偶、伴侶、父母、兄弟姊妹、子女、養父母、繼父母和祖父母。	1	2	3	1	2	3	4	5
e320	朋友	彼此親近並且以信任和相互支持為特性而持續交往關係者。	1	2	3	1	2	3	4	5
e325	熟人、同儕、同事、 鄰居與社群成員	在工作、學校、娛樂或生活之其他方面的情況下而彼此熟悉者，如熟人、同儕、同事、鄰居和社群人員，具有共同的人口學特徵，例如年齡、性別、宗教信仰或種族或追求共同的興趣。	1	2	3	1	2	3	4	5
e330	權威者	對他人有決策權以及基於他們在社會上的社會、經濟、文化或宗教角色而具有社會所賦予影響力或權力者，例如教師、雇主、監督者、宗教領袖、決策代理人、監護人或受委託人。	1	2	3	1	2	3	4	5
e340	個人照護提供者 與個人助理	服務提供者以透過公共或私人基金的支付，或出於自願，支持那些在日常活動及在工作、教育或其他生活情況之表現維護需要被幫助者，例如家務料理和維持的支持者、個人助理、交通助理、付費服務者、褓母和其他具基本照護功能者。	1	2	3	1	2	3	4	5
e355	健康專業人員	在健康系統內作的所有服務提供者，例如醫師、護士、物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、義肢矯具師、醫療社會工作師。	1	2	3	1	2	3	4	5

代碼	項目	說明	是否為所需資源？			對成功就業的重要性				
			1	2	3	1	2	3	4	5
e360	其他專業人員	在健康系統外工作的所有服務提供者，包括律師、社會工作師、老師、建築師和設計師。	1	2	3	1	2	3	4	5
e4	態度	論及態度，由習俗、作法、意識形態、價值、常模、事實的信念和宗教信仰等導致可觀察到的結果。這些態度在各層次影響個人的行為和社交生活，從人際關係和社區組織到政治、經濟和法律架構；例如對於某人的可信賴性以及做為一個人的價值之個人或社會態度，可能激發正面、崇敬的作法或負面和歧視的作法(如污名化、成見化、邊緣化或輕忽此人)。本章以其他人對被描述者之態度來歸類，並非被描述者本身的態度。本章的個人態度分類，遵循環境因素第三章「關係」的分類。而價值和信念部分，並未在態度之外另予編碼，因為它們被當成是態度的幕後驅動力。	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
e410	核心家庭成員的個人態度	核心家庭成員對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	1	2	3	1	2	3	4	5
e420	朋友的個人態度	朋友對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	1	2	3	1	2	3	4	5
e440	個人照護提供者與個人助理的個人態度	個人照護提供者或個人助理對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	1	2	3	1	2	3	4	5
e450	健康專業人員的個人態度	健康專業人員對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	1	2	3	1	2	3	4	5
e455	健康有關專業人員的個人態度	健康有關專業人員對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	1	2	3	1	2	3	4	5
e460	社會的態度	在某種文化、社會、次文化或其他社會團體中的人對其他個人或其他社會、政治和經濟議題通常持有之一般或特定的看法和信念，這將影響到團體和個人的行為和行動。	1	2	3	1	2	3	4	5
e465	社會常模、作法與意識形態	習俗、作法、規則及抽象領域的價值和標準信念(如意識形態、普世觀念和道德哲學)，其在社會背景中形成並且影響或創造社會和個人作法和行為，例如社會道德常模和宗教行為或禮儀；宗教教條及其導致的常模及作法；管理儀式或社會聚會的常模。	1	2	3	1	2	3	4	5



代碼	項目	說明	是否為所需資源？			對成功就業的重要性				
			否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
e5	服務、制度與政策	論及：1.服務：為滿足個人需要而設計對社會不同層面提供福利、結構化計劃和運作(包括服務提供者)。服務可以是公共性、私用性或自願性者，且可以由個人、社團、組織、機構或政府建立之地方性、社區性、區域性、州、省、全國性或國際性的服務。這些服務所提供的商品可能是一般性，也可能是經改造或特殊設計。2.制度：為行政管理和組織機制，由地方性、區域性、全國性或國際性的政府或其他公認的權威部門所建立。這些制度被設計來組織、控制和監督在社會的不同層面提供各種福利、結構化計劃和運作的服務。3.政策：為由地方性、區域性、全國性及國際性的政府或其他公認的權威部門所制定的規則、法令、公約和標準所構成。政策統轄及管控用於組織、控制和監督社會不同層面之服務、結構化計劃和運作的制度。	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
e525	住房服務、制度與政策	為人們提供避難所、住宅或寄宿的服務、制度與政策。	1	2	3	1	2	3	4	5
e535	通訊服務、制度與政策	用於傳遞和交換資訊的服務、制度與政策。	1	2	3	1	2	3	4	5
e540	運輸服務、制度與政策	使人或商品能移動或被從一處移動到另一處的服務、制度與政策。	1	2	3	1	2	3	4	5
e550	法律服務、制度與政策	關於國家立法和其他法律的服務、制度與政策。	1	2	3	1	2	3	4	5
e570	社會安全服務、制度與政策	提供收入支持給因年齡、貧困、失業、健康狀況或身心障礙而需要得到公共救助者為目的之服務、制度與政策，所需的公共救助可以通過一般稅收或捐獻方案獲得。	1	2	3	1	2	3	4	5
e575	一般性社會支持服務、制度與政策	針對提供支持給例如在購物、家務、運輸、自我照護和照護他人等方面，需要被幫助者的服務、制度與政策，以使他們更能充分發揮在社會的功能。	1	2	3	1	2	3	4	5
e580	健康服務、制度與政策	為預防和治療健康問題，而提供醫療復健和促進健康生活方式的服務、制度與政策。	1	2	3	1	2	3	4	5
e585	教育與訓練服務、制度與政策	為取得、保有和增進知識、專業經驗和職業或藝術技能的服務、制度與政策。請參閱聯合國教育、科學及文化組織(簡稱聯合國教科文組織UNESCO)的《國際教育標準分類(ISCED)》。	1	2	3	1	2	3	4	5

代碼	項目	說明	是否為所需資源？			對成功就業的重要性				
			1	2	3	1	2	3	4	5
e590	勞動與就業服務、制度與政策	為失業或正在找尋其他工作者尋找合適的工作或支持已就業者謀求晉升有關的服務、制度與政策。								
	其他	請具體描述說明	否	沒意見	是	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
1										
2										
3										
4										

請問您是屬於下列那一類職業重建專業人員：督導 職業重建個管員 職業輔導評量員 就業服務員 職業訓練員  
非職業重建專業人員，但屬於業務相關人員：\_\_\_\_\_   
非職業重建專業人員，但屬於其他專業人員：\_\_\_\_\_   
非職業重建專業人員，但屬於專家學者：\_\_\_\_\_   
學生：復健諮商研究所 其他系所：\_\_\_\_\_   
其他：\_\_\_\_\_

謝謝您熱心提供意見，辛苦了！請再檢查一次是否有漏填，並將此問卷交給出口處的服務人員，以領取小禮物。

南區職評資源中心 ICF 專案小組 敬上

附件二 『基本就業力』問卷調查結果分析 (N=60)

下述各項活動是否為個體可從事就業活動前的先備活動？以及可成功執行該活動的能力對於成功就業的重要性。

代碼	項目	說明	是否為先備活動？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
			職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生,其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生,其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生,其他	全部
d1	學習與應用知識	論及學習、應用所學習的知識、思考、解決問題和做決定。												
d110	看	有意識地用視覺去經驗視覺刺激，例如觀看一場體育比賽或兒童遊戲。	63	50	76	66	3.84	1.01	3.75	0.87	3.93	0.92	3.87	0.93
d115	聽	有意識地用聽覺去經驗聽音刺激，例如聽廣播、音樂或演講。	58	58	80	68	3.63	1.01	3.83	0.83	3.89	0.88	3.80	0.91
d140	學習閱讀	發展流利而準確地閱讀書面文字材料(包括點字)的能力，例如辨認字和字母、正確的發音讀字詞，以及了解字詞和片語的含義。	53	58	94	73	3.53	0.96	3.67	1.07	4.21	0.69	3.88	0.91
d145	學習書寫	發展產生代表聲音、字詞或片語之符號來傳達意思(包括點字書寫)的能力，例如有效地拼字和使用正確的文法。	37	50	87	63	2.95	1.08	3.58	1.16	4.03	0.78	3.60	1.06
d150	學習計算	發展運用數字以及完成簡單和複雜之數學運算的能力，例如用數學符號作加法和減法運算及應用正確的數學演算法以解決問題。	42	58	66	57	2.89	1.05	3.75	1.06	3.62	0.90	3.42	1.03
d175	解決問題	經由確認和分析問題、發展出取捨和解決方案、評估解決方案之可能的效果以及執行所選擇的解決方案，來找出解決問題或狀況的辦法，例如調解兩人間的爭論。	79	58	89	80	4.16	1.07	3.67	0.89	4.52	0.57	4.23	0.87
d2	一般任務與需求	論及執行單項任務或多項任務、組織例行事務和處理壓力之一般面向。這些項目能被用於與更特定的任務或行動結合，以確認在不同情境下執行任務的基礎特徵。												

代碼	項目	說明	是否為先備活動？(%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
			職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部
d210	從事單項任務	執行與心智和身體有關的簡單或複雜和協調的行動之單項任務，例如啟動一項任務、組織一項任務的時間、空間和材料、調整任務的進行步調、以及執行、完成和維持一項任務。	84	92	97	92	4.26	0.99	4.17	0.58	4.48	0.63	4.35	0.76
d220	從事多項任務	執行依序或同時進行之多項、整合和複雜任務的簡單或複雜及協調的行動。	58	50	41	48	3.58	1.22	3.42	1.00	3.62	0.86	3.57	1.00
d3	溝通													
d310	口語訊息的溝通-接受	理解在口語訊息中字面和隱含的意思，例如瞭解一個陳述是一個事實或是一種慣用語的表達。	63	92	86	80	4.00	1.11	4.17	0.58	4.34	0.86	4.20	0.90
d315	非口語訊息的溝通-接受	藉由姿勢動作、符號和圖畫傳達訊息理解字面和隱含的意思，例如當一個孩子揉眼睛時知道她疲勞了或警鈴響表示有火災。	59	75	83	73	3.89	1.05	3.75	0.75	4.07	0.81	3.95	0.88
d330	說話	以口語訊息之字面和隱含的意思產生字詞、片語和較長的段落，例如表達一個事實或講一個故事。	26	75	72	58	3.16	1.01	3.75	0.75	3.64	1.03	3.51	0.99
d335	產生非口語的訊息	使用姿勢動作、符號和圖畫傳達訊息，例如搖頭表示不同意或畫一張圖片或圖形以傳達一個事實或複雜概念。	84	83	79	81	4.26	0.81	3.75	0.62	3.89	0.75	3.98	0.76
d4	行動	論及藉由改變身體姿勢或位置或藉由從一處移至另一處，藉由攜帶、移動或操作物品，藉由行走、跑步或攀登，以及藉由使用各種運輸工具來移動。												
d430	舉起與攜帶物品	舉起物品或將一物品從一處拿到另一處，例如舉起一隻杯子或將孩子從一房間攜帶至另一房間。	58	75	72	68	3.47	1.26	3.67	0.78	3.66	0.90	3.60	0.99

代碼	項目	說明	是否為先備活動？(%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
			職業重建人員	非職業重建專業人員	學生其他	全部	職業重建專	非職業重建專業人員	學生其他	全部				
d440	手部的精細使用	以個人的手、手指和姆指之協調的行動來處理、撿起、操作和放開物品，例如需要時從桌子上拿起硬幣或轉動刻度盤或球型握把。	32	67	59	52	3.32	1.16	3.42	0.90	3.45	0.91	3.40	0.98
d450	步行	以足順著地面一步步移動，而總有一足在地上，例如散步、閒逛、向前、向後或向側邊步行。	32	58	48	45	3.26	1.15	3.25	0.97	3.10	1.05	3.18	1.05
d465	使用設備四處移動	以使用有助於移動或創造四處移動之其他方式的特定裝置，在任何地面或空間上將全身從一處移動到另一處，例如以溜冰鞋、滑雪板、或潛水設備，或以輪椅或助行器在街上移動。	58	75	62	63	3.63	1.07	3.58	0.90	3.79	0.98	3.70	0.98
d470	使用運輸工具	以乘客身份使用運輸工具四處移動，例如乘坐坐在汽車或公共汽車上、人力車、小型公共汽車、畜力載運工具，或私人或公共計程車、公共汽車、火車、有軌電車、地下鐵、船或飛機。	79	84	76	78	4.26	1.10	3.83	0.83	3.83	0.93	3.97	0.97
d5	自我照顧	論及照護自己、清洗和擦乾自己、照護個人身體和身體部位、穿著、進食和飲用飲料與照料個人的健康。	職業重建人員	非職業重建專業人員	學生其他	全部	職業重建專	非職業重建專業人員	學生其他	全部				
d510	清洗個人	用水和適當清潔及乾燥材料或方法清洗和擦乾自己全身或身體部位，例如沐浴、淋浴、洗手及足、臉及毛髮、和使用毛巾擦乾。	95	92	79	87	4.58	0.51	3.92	0.67	3.90	0.82	4.12	0.76
d520	照護身體部位	照料那些不僅需要清洗和擦乾的身體部位，例如皮膚、臉、牙齒、頭皮、指(趾)甲和生殖器。	100	75	76	83	4.47	0.77	3.83	0.39	3.86	0.88	4.05	0.81
d530	如廁	規劃和執行人體廢物(月經、排尿和排便)的排泄，然後清潔身體。	95	92	94	93	4.53	0.61	4.17	0.58	4.31	0.71	4.35	0.66
d540	穿著	依氣候和社會風俗及依序執行穿衣、脫衣和鞋襪之協調的行動和任務，例如穿上、調整或脫掉襯衫、裙子、襯衫、褲子、內衣、莎麗服、和服、緊身衣、帽子、手套、大衣、鞋子、靴子、涼鞋和拖鞋。	84	83	79	81	4.11	0.74	3.83	0.58	3.82	0.94	3.92	0.82
d550	進食	執行協調的任務和行動來食用被提供的食物，將食物送進口中並以文化可以接受的方式進食，把食物切開	79	58	86	78	3.95	1.03	3.83	0.72	3.72	0.84	3.82	0.87

代碼	項目	說明	是否為先備活動？(%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
		或切成小塊，打開瓶罐，使用餐具、吃飯、赴宴或進餐。												
d560	飲用飲料	手握飲料，將其送進口中並以文化可以接受的方式飲用，混合、攪拌和倒出液體以飲用，打開瓶罐，使用吸管飲水或飲用流水例如來自水龍頭或泉水，吸母乳。	63	58	62	62	3.63	1.07	3.83	0.94	3.28	1.03	3.50	1.03
d570	照料個人健康	確保身體舒適、健康和良好的身心狀態，例如維持平衡飲食、適當身體活動量、保持溫暖或涼爽、避免對健康損害、遵循安全性行為(包括使用保險套)、接種疫苗和定期體檢。	76	83	76	77	4.11	0.66	4.00	0.74	3.93	0.80	4.00	0.74
d6	居家生活	論及執行居家和每天的行動和任務。居家生活的領域包括取得住所、食物、衣服和其他必需品，家庭的清潔和維修，照護個人和其他家用物品以及協助他人。	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部				
d620	取得商品與服務	挑選、獲得和運送日常生活所需的所有商品和服務，例如挑選、獲得、運送和儲存食物、飲料、衣服、清潔材料、燃料、家用用品、用具、烹調器具、居家器具和工具；獲得公用事業服務(水、電、瓦斯等)和其他家庭服務。	42	75	46	51	3.00	0.94	3.58	0.67	3.26	1.06	3.24	0.96
d630	準備餐點	為自己或他人規劃、組織、烹飪和提供簡單和複雜的餐點，例如製作菜單、挑選適合食用的食物和飲料、為預備餐點收集食材、烹飪熱食及準備冷食和飲料、以及上菜。	11	25	21	18	2.53	0.96	3.17	0.72	2.63	0.97	2.71	0.94
d640	做家事	以清潔房屋、洗衣服、使用家用器具、儲存食物和清理垃圾來管理家庭，例如掃地、拖地、清洗櫥櫃、牆壁和其他表面；收集和清理家庭的垃圾；收拾房間、壁櫥和抽屜；收集、清洗、晾乾、折疊和熨燙衣服；清潔鞋襪；使用掃帚、刷子和真空吸塵器；使用洗衣機、烘乾機和熨斗。	47	67	34	45	3.47	1.26	3.83	0.94	2.89	0.83	3.27	1.06
d660	協助他人	協助家庭成員及其他人在室內外的學習、溝通、自我	47	34	48	45	3.53	0.96	3.25	0.97	3.48	1.02	3.45	0.98

代碼	項目	說明	是否為先備活動？(%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
		照護、動作；並關心家庭成員和其他人之健康。												
<b>d7</b>	<b>人際互動與關係</b>	論及以社會背景適宜的方式執行與人(陌生人、朋友、親戚、家庭成員和愛人)基本或複雜的人際互動所需的行動和任務。												
d710	基本人際互動	以與社會及情境適宜的方式與人互動，例如在適當的時候表現出體諒和尊敬，或對別人的感覺有反應。	90	100	97	95	4.63	0.76	4.09	0.30	4.59	0.50	4.51	0.60
d720	複雜人際互動	以與社會及情境適宜的方式與其他人維持和管理人際互動，例如管控情緒和衝動、控制言語和身體侵犯、在社會互動中獨立行動、和根據社會規則和習俗行動。	47	45	59	52	4.05	0.78	3.50	0.67	3.97	0.78	3.90	0.77
d730	與陌生人相處	由於特定的目的與陌生人發生暫時的接觸和連結，例如問路或買東西時。	42	66	66	58	3.58	0.84	3.83	0.58	3.69	0.76	3.68	0.75
d740	正式人際關係	以正式的形式產生並維持特定的人際關係，例如與雇主、專業人員或服務提供者。	73	92	90	85	4.21	0.85	4.08	0.29	4.41	0.50	4.28	0.61
d750	非正式社會關係	與他人開始人際關係，例如與生活在同一社區或居住地的人或與同事、學生、玩伴或具有相似背景或專業人員不具正式的人際關係。	42	66	55	53	3.63	0.96	3.83	0.58	3.62	0.94	3.67	0.88
d760	家庭關係	產生並維持親屬關係，例如與核心家庭、擴展家庭(大家庭)、養育和收養家庭以及再婚關係成員、血緣更遠的例如遠房堂(表)兄弟姊妹或法定監護人間的關係。	47	58	66	58	3.58	1.17	3.82	1.25	3.59	0.82	3.63	1.02
d770	親密關係	個別間(例如丈夫和妻子、愛人或性伴侶)產生並維持親密或浪漫關係。	11	34	48	33	2.74	0.81	3.17	0.94	3.17	0.85	3.03	0.86
<b>d8</b>	<b>主要生活領域</b>	論及進行教育、工作和就業及經濟交易時所需執行的任務和行動。												
			職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他				全部	
d810	非正式教育	在家裡或在其他某些非機構環境的學習，例如從父母或家庭成員學習手工藝和其他技術，或在家教育。	68	68	62	60	3.84	0.83	3.73	0.65	3.62	1.01	3.71	0.89

代碼	項目	說明	是否為先備活動？(%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
d820	學校教育	得到入學許可、從事所有與學校有關的責任和權利，並學習課程材料、科目和在初級或中級教育課程的其他課程需求，包括按時上學、與其他學生共同學習、接受教師的指導、組織、學習並完成指定的功課和計畫，並晉級到教育的其他階段。	78	78	79	78	3.53	0.96	4.00	0.60	3.79	0.82	3.75	0.84
d830	高等教育	從事在大學、學院和專業學校的高等教育課程中的活動並學習取得學位、文憑、認證和其他評鑑合格所需課程之所有內容，例如完成大學學士或碩士課程的學習、醫學院或其他專業學校的學習。	21	21	24	20	2.94	1.11	2.67	1.07	2.86	0.97	2.84	1.02
d840	學徒	從事與準備就業有關的課程，例如完成學徒、實習、定有年限契約的學習和在職培訓所需的任務。	58	58	59	58	3.68	0.82	4.08	0.67	3.75	0.65	3.80	0.71
d850	有報酬工作	以全職或兼職、或自己開業的方式，從事有報酬的職業、行業、專業或其他各項就業形式，例如尋找工作並獲得一份工作、做工作所要求的任務、按標準時上班、督導其他工作人員或被其他人管理、和以獨自或群體形式完成所要求的工作任務。	68	68	62	67	4.16	1.12	4.17	0.39	3.86	0.92	4.02	0.91
d860	基本經濟交易	從事任何形式的簡單經濟交易，例如用錢購買食物或以物易物、交換商品或服務；或儲蓄。	63	63	90	82	3.47	1.17	3.91	0.70	4.10	0.77	3.86	0.94
d870	經濟自給自足	從私人或公共來源支配經濟資源，以確保現今和未來需求的經濟之安全。	26	26	55	47	3.26	0.99	3.67	0.78	3.62	0.98	3.52	0.95
d9	社區、社交與公民生活	論及從事家庭以外之有組織的社交生，在社區、社會和公民生活領域所需的行動和任務。	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生其他	全部				
d910	社區生活	從事社區社交生活的各方面，例如從事慈善組織、服務性俱樂部或專業性社會組織。	32	32	59	42	3.11	0.94	3.18	0.75	3.31	0.85	3.22	0.85
d920	娛樂與休閒	從事任何形式的遊戲、娛樂或休閒活動，例如非正式或有組織的遊戲和運動、體適能課程、舒壓、娛樂或消遣、參觀藝術畫廊、博物館、去電影院或劇場；從	42	42	59	52	3.42	0.90	3.58	0.79	3.55	0.83	3.52	0.83



代碼	項目	說明	是否為先備活動？(%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
		事手工藝或嗜好活動、為享受而閱讀、演奏樂器；為快樂而觀光、旅遊和旅行。												
d930	宗教與信仰	從事宗教或信仰的活動、組織和實行以得到自我充實、追尋真義、宗教或信仰價值並與神聖能力建立連結，例如涉及宗教目的和信仰的冥想而到教會、寺廟、清真寺或猶太會堂禱告或詠唱聖歌。	11	11	14	15	2.53	0.90	3.00	0.85	2.68	1.09	2.69	0.99
d940	人權	享有為所有國家和國際上所承認之符合人道精神的權利，例如由聯合國之世界人權宣言(1948年)和聯合國之身心障礙者機會均等標準公約(1993年)所承認的人權；自決權或自主權；控制自己命運的權利。	47	47	55	58	3.00	1.05	3.92	0.79	3.36	1.19	3.36	1.11
d950	政治生活與公民權	公民從事社交、政治和政府生活，具備作為公民的合法地位和享有與其角色相關的權利、保障、基本權利和職責，例如投票和競選政治職務的權利、組織政治性社團；享有與公民權相關的權利和自由(如言論、結社、宗教、保障不受無理搜查或逮捕、審判中辯護和其他司法權以及保障不受歧視之自由權利)；具備作為公民的法定地位。	42	42	48	52	2.95	1.27	3.64	0.81	3.29	1.15	3.24	1.14

請就您的觀點，判讀下述各項是否為個體從事就業活動所需的資源？以及此資源對於成功就業的重要性。

代碼	項目	說明	是否為所需資源？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
			職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生,其他	全部	職業重建專業人員		非職業重建專業人員		學生,其他		全部	
e1	產品與科技	論及在個人所處周圍環境中被組裝、創造、生產或製造之天然或人造產品或產品系統、設備與科技。ISO9999分類系統將輔助器具定義為『身心障礙者所使用之任何產品、儀器、設備或技術系統，特殊生產或一般可獲得之用於預防、代償、監控、舒緩或平衡障礙』。 ISO 認為任何產品或科技都具有輔助性(見 ISO 9999：身心障礙者之輔助器具-分類(第二版)；ISO/TC 173/SC 2；ISO/DIS 9999 (修訂版))。然而，為了本環境因素的分類目的，輔助產品和科技的定義較為狹義，乃指為改善身心障礙者功能之任何改造或特殊設計的產品、儀器、設備或科技。												
e110	個人食用產品或物質	為攝食而收集、加工或製造之任何天然或人造的物品或質。	42	33	48	43	3.53	1.02	3.36	0.50	3.17	0.93	3.32	0.90
e115	個人用於日常生活的產品與科技	人們日常活動中使用的設備、產品和科技，包括那些改造或特殊設計而置放於使用者體內、身上或身旁者。	63	75	73	70	4.00	0.82	3.83	0.58	3.66	0.90	3.80	0.82
e120	個人用於室內外行動與運輸的產品與科技	人們使用於建築物內外移行活動的設備、產品和科技，包括那些改造或特殊設計而置放於使用者體內、身上或身旁者。	63	75	86	77	3.95	1.13	3.92	0.79	3.93	0.84	3.93	0.92
e125	溝通用產品與	人們使用於發送和接收資訊活動中的設備、產品和科技，包括那些改造或特殊設計而置放於使用者體內、身	63	75	90	80	3.79	1.32	3.92	0.79	3.97	0.78	3.90	0.97

代碼	項目	說明	是否為所需資源？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
	科技	上或身旁者。												
e150	公用建築物之設計、建造及建築的產品與科技	為公共用途而規劃、設計和建造之組成個人室內外人造環境的產品和科技，包括改造或特殊設計者。	63	83	79	75	4.05	1.08	4.00	0.85	3.93	0.80	3.98	0.89
e155	私用建築物之設計、建造及建築的產品與科技	為私人使用而規劃、設計和建造之構成個人室內外人造環境的產品和科技，包括改造或特殊設計者。	52	75	62	62	3.89	1.10	3.92	0.90	3.59	0.82	3.75	0.93
e2	自然環境與環境中人為改造	論及自然或物理環境中之有生命和無生命的元素、以及環境經人為變更的部份及其環境中的人口特性。	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生其他	全部				
e225	氣候	氣象的特徵和事件，例如天氣。	63	34	45	48	3.47	0.94	3.17	0.39	2.93	1.00	3.14	0.91
e240	光線	藉由陽光或人造光(如蠟燭、油燈或石蠟燈、火及電)使物體可被看見的電磁輻射，其可提供關於世界有用或令人分心的資訊。	74	58	76	72	3.94	0.56	3.33	0.89	3.52	1.02	3.60	0.90
e250	聲音	一種可被聽見的現象，例如以任何音量、音質或音調發出的重擊聲、鈴聲、巨大的聲音、歌聲、口哨聲、喊叫聲或嗡嗡聲，其可提供關於世界有用或令人分心的資訊。	58	45	62	58	3.59	0.87	3.18	0.87	3.48	0.99	3.46	0.93

代碼	項目	說明	是否為所需資源？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
e3	支持與關係	論及在家中、工作場所、學校或遊戲中或日常活動的其他方面，以人或動物提供實際的身體或情緒上支持、養育、保護、協助和關係。本章不包含提供支持者的態度，所描述的環境因子不是指人或動物，而是指人或動物所提供之身體和情緒的支持程度。												
e310	核心家庭	因出生、婚姻或其他被文化傳統認為核心家庭關係之有關者，例如配偶、伴侶、父母、兄弟姊妹、子女、養父母、繼父母和祖父母。	79	92	86	85	4.32	1.11	4.42	0.51	4.10	0.62	4.23	0.79
e320	朋友	彼此親近並且以信任和相互支持為特性而持續交往關係者。	84	84	100	92	4.21	0.79	4.08	0.67	4.21	0.56	4.18	0.65
e325	熟人、同儕、同事、鄰居與社群成員	在工作、學校、娛樂或生活之其他方面的情況下而彼此熟悉者，如熟人、同儕、同事、鄰居和社群人員，具有共同的人口學特徵，例如年齡、性別、宗教信仰或種族或追求共同的興趣。	94	100	87	90	4.50	0.51	4.25	0.45	4.03	0.78	4.22	0.67
e330	權威者	對他人有決策權以及基於他們在社會上的社會、經濟、文化或宗教角色而具有社會所賦予影響力或權力者，例如教師、雇主、監督者、宗教領袖、決策代理人、監護人或受委託人。	58	58	35	47	3.89	0.74	3.92	0.79	3.28	0.70	3.60	0.79
e340	個人照護提供者與個人助理	服務提供者以透過公共或私人基金的支付，或出於自願，支持那些在日常活動及在工作、教育或其他生活情況之表現維護需要被幫助者，例如家務料理和維持的支持者、個人助理、交通助理、付費服務者、褓母和其他具基本照護功能者。	74	83	52	65	3.95	0.71	4.17	0.58	3.59	0.78	3.82	0.75
e355	健康專業人員	在健康系統內作的所有服務提供者，例如醫師、護士、物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、義肢矯具師、醫療社會工作師。	84	83	62	73	3.68	1.11	4.17	0.58	3.76	0.74	3.82	0.85
e360	其他專業人員	在健康系統外工作的所有服務提供者，包括律師、社會工作師、老師、建築師和設計師。	73	50	49	65	4.40	0.52	3.88	0.83	3.50	0.79	3.83	0.81

代碼	項目	說明	是否為所需資源？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
			職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部	職業重建專業人員		非職業重建專業人員		學生、其他		全部	
e4	態度	論及態度，由習俗、作法、意識形態、價值、常模、事實的信念和宗教信仰等導致可觀察到的結果。這些態度在各層次影響個人的行為和社交生活，從人際關係和社區組織到政治、經濟和法律架構；例如對於某人的可信賴性以及做為一個人的價值之個人或社會態度，可能激發正面、崇敬的作法或負面和歧視的作法(如污名化、成見化、邊緣化或輕忽此人)。本章以其他人對被描述者之態度來歸類，並非被描述者本身的態度。本章的個人態度分類，遵循環境因素第三章「關係」的分類。而價值和信念部分，並未在態度之外另予編碼，因為它們被當成是態度的幕後驅動力。												
e410	核心家庭成員的個人態度	核心家庭成員對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	89	92	90	90	4.26	0.81	4.33	0.49	4.10	0.67	4.20	0.68
e420	朋友的個人態度	朋友對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	63	84	69	70	4.00	0.88	3.92	0.67	3.76	0.91	3.87	0.85
e440	個人照護提供者與個人助理的個人態度	個人照護提供者或個人助理對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	74	75	69	72	3.95	0.91	4.00	0.60	3.59	0.82	3.78	0.83
e450	健康專業人員的個人	健康專業人員對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	63	67	66	65	3.72	0.96	3.75	0.87	3.52	0.91	3.63	0.91

代碼	項目	說明	是否為所需資源？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
	態度													
e455	健康有關專業人員的個人態度	健康有關專業人員對某人或其他事務(如社會、政治和經濟議題)之一般或特定的看法和信念，這將影響到個人的行為和行動。	58	58	62	60	3.63	0.96	3.67	0.89	3.45	0.83	3.55	0.87
e460	社會的態度	在某種文化、社會、次文化或其他社會團體中的人對其他個人或其他社會、政治和經濟議題通常持有之一般或特定的看法和信念，這將影響到團體和個人的行為和行動。	100	84	80	87	4.37	0.60	4.08	0.90	3.93	0.84	4.10	0.80
e465	社會常模、作法與意識形態	習俗、作法、規則及抽象領域的價值和標準信念(如意識形態、普世觀念和道德哲學)，其在社會背景中形成並且影響或創造社會和個人作法和行為，例如社會道德常模和宗教行為或禮儀；宗教教條及其導致的常模及作法；管理儀式或社會聚會的常模。	79	75	69	73	3.74	1.05	3.75	1.14	3.93	0.70	3.83	0.91
e5	服務、制度與政策	論及：1.服務：為滿足個人需要而設計對社會不同層面提供福利、結構化計劃和運作(包括服務提供者)。服務可以是公共性、私用性或自願性者，且可以由個人、社團、組織、機構或政府建立之地方性、社區性、區域性、州、省、全國性或國際性的服務。這些服務所提供的商品可能是一般性，也可能是經改造或特殊設計。2.制度：為行政管理和組織機制，由地方性、區域性、全國性或國際性的政府或其他公認的權威部門所建立。這些制度被設計來組織、控制和監督在社會的不同層面提供各種福利、結構化計劃和運作的服務。3.政策：為由地方性、區域性、全國性及國際性的政府或其他公認的權威部門所制定的規則、法令、公約和標準所構成。政策統轄及管控用於組織、控制和監督社會不同層面之服務、結構化計劃和運作的制度。	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部	職業重建專業人員	非職業重建專業人員	學生、其他	全部				

代碼	項目	說明	是否為所需資源？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
e525	住房服務、制度與政策	為人們提供避難所、住宅或寄宿的服務、制度與政策。	84	92	65	77	4.10	0.81	4.08	0.67	3.61	0.92	3.86	0.86
e535	通訊服務、制度與政策	用於傳遞和交換資訊的服務、制度與政策。	74	75	72	73	4.05	1.08	3.92	0.79	3.64	0.87	3.83	0.93
e540	運輸服務、制度與政策	使人或商品能移動或被從一處移動到另一處的服務、制度與政策。	89	92	83	87	4.47	0.61	4.17	0.72	4.14	0.89	4.25	0.78
e550	法律服務、制度與政策	關於國家立法和其他法律的服務、制度與政策。	74	75	76	75	3.95	0.85	4.00	0.74	3.93	0.66	3.95	0.73
e570	社會安全服務、制度與政策	提供收入支持給因年齡、貧困、失業、健康狀況或身心障礙而需要得到公共救助者為目的之服務、制度與政策，所需的公共救助可以通過一般稅收或捐獻方案獲得。	100	100	80	90	4.21	0.63	4.33	0.65	3.86	0.80	4.07	0.74
e575	一般性社會支持服務、制度與政策	針對提供支持給例如在購物、家務、運輸、自我照護和照護他人等方面，需要被幫助者的服務、制度與政策，以使他們更能充分發揮在社會的功能。	95	100	90	93	4.42	0.51	4.25	0.62	4.00	0.77	4.19	0.68
e580	健康服務、制度與政策	為預防和治療健康問題，而提供醫療復健和促進健康生活方式的服務、制度與政策。	84	83	86	85	4.16	0.69	4.09	0.83	3.93	0.81	4.03	0.77
e585	教育與訓練服	為取得、保有和增進知識、專業經驗和職業或藝術技能的服務、制度與政策。請參閱聯合國教育、科學及文化組織(簡稱聯合國教科文組織UNESCO)的《國際教育標準	95	92	76	85	4.37	0.60	4.25	0.62	3.93	0.81	4.14	0.73

代碼	項目	說明	是否為所需資源？ (%)				對成功就業的重要性 (M/SD)							
	務、制度與政策	分類(ISCED)》。												
e590	勞動與就業服務、制度與政策	為失業或正在找尋其他工作者尋找合適的工作或支持已就業者謀求晉升有關的服務、制度與政策。	100	100	72	91	4.72	0.46	4.42	0.51	4.15	0.73	4.39	0.65



附件三

「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
第一次焦點團體逐字稿

時間：99年7月6日上午14點30分至16點40分

地點：南區職評資源中心

主席：吳明宜主任

紀錄：李春寶

參與人員：王敏行主任、曹敏君督導、余德玲督導、鄧瑛珠督導、蔡和綦主任

明宜老師：南區今年度接受職訓局委託的研究案，其中一個就是ICF在勞政政策的探討。我們上半年主要是在做文獻回顧，去收集國外相關文獻，並追蹤職重核心碼的發展狀態。可是當我們去瞭解文獻後，發現與職訓局要我們研究的，其實是有落差。畢竟我國的政策發展與國外的政策發展，在層次上有些不一樣，又有些燃眉之急的問題必需處理，如：ICF要運用在國內的身心障礙鑑定，職訓局要如何因應？但我們又不想陷於這個架構，因為發現其實還是有些小問題。透過之前的文獻回顧，和大家的問卷回應，加上職業重建協會辦理的研討會的多元聲音，發現大家同中有異、異中有同。像職重體系與社政之間過去常攜手合作，可是針對ICF的運用卻有一點兄弟鬩牆的感覺，因為觀點有些不一樣。所以我擬了幾個問題，想聽聽大家意見。第一個問題先瞭解大家對ICF這個議題的接觸狀態。因為我發現，我們參與不同的研討，會受到不同意見的影響。我想知道你們對ICF看法與基本知識。

敏行老師：最近的是職業重建協會年會，主要是ICF跟職業重建有關的議題，再往前有參加過幾次台北三軍總醫院的研究計畫會議，98年初有衛生署代表的那一次，和98年8月王國羽老師辦的課程發展培訓；都會介紹ICF基本概念。國外文獻閱讀主要是在翻譯陳方老師以ICF為架構的職業重建成果評估。

德玲督導：通常我們參加研習或是培訓，都會由人事那邊判斷要給誰參加，所以有些活動就不會輪到就業服務這一塊。不過上禮拜我有參加一場台南市政府社會處所主辦的演講，由陳政智老師來講ICF的基本概念跟架構的介紹，裡面談到ICF的哲學理念和編碼，也稍微提到實行ICF之後對整個身障福利的影響。今年有辦一場有關身權法的就業服務80小時初階研習，那堂課和綦督導有帶到ICF的部份。

和綦督導：我是從去年殘盟組成一個跨障別的障礙研究團隊時開始接觸ICF，殘盟最早的主講者是英琪，所以最早接觸是法國的觀念。接觸之後他們有邀我們心路加入跨障別的研究，我們被賦予ICF跟支持需求的結合，以及支持需求的評量；我們有三個人參與，我是主責人員，發表了兩個案例。另外，殘盟還有組一個帶領ICF的焦點團體，去年第一次帶的時候效果非常不好，因為很多人都還不清楚ICF的部份，所以進行一次之後就停了。之後邀請督導層級以上的人員當種子人員，再到各區去做焦點團體。人員分成組織領導者，督導層級，一線工作人員，跟家屬、服務使用者幾個部份，分成北中南東的區域舉辦。當初殘盟所組成這個團體的時候，是希望變成種子人員，到各區蒐集資料，希望蒐集資料彙整成政策回應給中央。我負責帶家屬跟督導者，督導者已經帶兩次，跟英琪一起帶家屬四次。督導者第一次帶時，覺得他們對ICF沒有想像中瞭解，甚至ICF進來後對他們有什麼關聯，對服務有什麼改變，其實是沒有概念的。

明宜老師：我的解讀是你們在宣導ICF，宣導之後再去看被宣導者對ICF政策的結盟。

和藹督導：應該是說宣導其實已經做過了，可是宣導完之後，他們沒有辦法去理解，甚至不敢對他們的個案說ICF進來了，因為他們怕自己不夠熟，個案問他們也答不出來。

明宜老師：你們進行的成效？

和藹督導：我們有一套彙整起來的教材，分成不同層級，當初在調查的時候，有人負責談公民權的影響，有的負責談對一線工作人員的影響。我是負責一線工作人員的影響，就是ICF進來之後一線工作人員專業與思維的翻轉。

和藹督導：其他還包括零零散散半天、一天的研討會，像職重研討會或是我們內部員工在職訓練。當我們開始接觸ICF的時候，我們曾經在內部也把所參與的部份做說明。如：我們麗英主任與慶鑽主任被邀請參加d2和d3鑑定部份的研究探討，慶鑽主任負責d2，麗英主任負責d3，他們有稍微把參與的部分在內部會議做分享。現在是對全部的家長做一次課程宣導，員工也做過兩次的在職訓練。在職訓練不是訓練他們怎麼編碼，而是訓練ICF的架構和價值，以及公民權的概念。解碼的部分我們會跟他們說不用擔心，因為需求結束之後的資源連結如何解碼不是現階段要去做的，可是概念的翻轉是很重要的；就是我們不再用損傷看個人，而是看其障礙情境。

瑛珠督導：最近參加職業重建協會的研討會，在這之前因為高雄市是試辦單位，所以高雄市社會局跟內政部配搭進行種子教師的培訓，所以我有參加種子教師培訓課程。初階上了兩天課程，由中正大學王國羽老師的團隊授課，再來是三天進階課程，講師為林敏慧老師的需求評估研究團隊。也參加一天李淑貞老師職務再設計課程。6/21內政部委託林萬億老師做的ICF之下的服務輸送的研究報告草案公聽會，裡面有談到針對社團怎樣看待ICF後續服務輸送的焦點團體研究報告。這些大概是我最近參加的ICF相關課程。我們內部社團的部分我們也會辦教育訓練，讓社團了解ICF整個架構跟概念。

敏君督導：我的部分一開始是局裡面辦的，找李淑貞老師來介紹ICF的理論跟編碼，還有李英琪來介紹ICF應用在促進就業安置跟政策的法國經驗。去年底時，忘記是內政部還是衛生署辦理的課程，也是針對ICF的介紹，下午的場次就是由王國羽老師主持的課程。

明宜老師：請問大家一個沒有在題綱上的問題，上了這麼多課，又是從不同來源，到底對你來說，ICF對你工作的影響是正面的？還是負面的？

和藹督導：我們其實有討論過，我們心路推廣支持需求很久，所以ICF進來之後，更讓員工覺知這（支持需求）是一個潮流，一定要走的。在推支持需求時，我們成人機構有遲疑的態度，一直到我們執行長說心路要全面導入支持需求，全部成人機構都要使用支持需求系統。目前我們翻譯的是成人版的，所以我們會覺得，過去我們在談的語言，對外申請補助或是服務沒有那麼容易，但是對未來來定位方向反而是正向的，是一個助力。

德玲督導：我會覺得較遺憾的是ICF導入之後，整個機構的敏察力還是擺在社政這個部份，沒有到職重，所以參加研習還是社政的人（社工員）為優先。可是我覺得ICF講的是在情境中所產生的障礙，這樣的哲學價值在就服員所推的在生態當中人跟生態媒合是一致的。所以就像和藹督導說的思潮，對就服員而言是正面的。只不過服務使用者沒有去覺得這是一個正面的助力，或者是說他覺得我的權益會喪失很多，不過這個部份就服員會扮演一個橋樑的角色，去教導我們的家長，去教導我們的服務使用者。我們就服員雖然知道這是一個潮流要走的，可是他自己的準備可能還不夠。

瑛珠督導：因為縣市合併的關係，我們一線工作人員的壓力蠻大的，因為勞政的需求還有社政因應還沒有配搭得很完整，舊法的福利輸送都是在社政，我們勞政服務都是免費的，故只要我們評估後核發手

冊，他就可以進來。未來要獲得職業重建或是就業服務都需要進行評估，但需求評估社政參與比較多，勞政參與比較少；我們會變成是後端。如果就業需求是社政人員或是醫療人員評估出結果，我們要怎麼因應？因為他們是不是了解我們的庇護就業？或是什麼程度的個案適合轉介過來？未來銜接上如何合作？目前我覺得前端與後端沒有辦法連結上，但整個ICF架構對我個人來說是還蠻正向的，如：對福利輸送是可以需求性給與，不再是普及性。但對身心障礙者而言，我看到恐慌，甚至會覺得原有的福利會不見。本市要做試辦，我覺得那是辛勞且非常重要的工作，不只讓工作人員和障礙者了解什麼是ICF，也讓他們瞭解對的福利衝擊是什麼。

敏君督導：以我們來講，就服中心所服務的民眾對於ICF沒有那麼熟悉。且對就服中心的工作者衝擊沒那麼大，因為就服中心不參與需求評估和發證明，我們只看證明、看他的需求來提供服務。只是就服員還是有些擔心，進來的這些人我們到底可不可以提供服務，或者是說他們的需求我們可不可以滿足。就我個人而言，衝擊沒有那麼大，因為會覺得服務上面還是依照我們服務流程來走與提供，只是在對象的部份，以往有些人可能會進來這個服務體系，有些人可能是會變成被排除掉，這樣子而已。

明宜老師：從輔導的制高點，敏行老師您覺得呢？

敏行老師：我覺得ICF的概念不是新的，只是過去幾年的理論把它整合起來。這個概念對於我們復建諮商人跟環境的互動是呼應的。我們是不是把重點弄錯，一直在編碼那部份，其實我覺得核心價值的觀念是要把握住。很同意和綦督導講的，其實我們看重的是價值，我們應去思考如何貫徹ICF精神於我們的服務模式與方式；現在把重點放在鑑定與需求評估也是錯的。

和綦督導：尤其是放在鑑定是錯的，那是一個分類系統。

明宜老師：老實說今天的焦點團體我們也是預設立場，所以一定要問這個問題。如果非要用ICF來鑑定和需求評估，我們該怎樣因應？因為我們沒辦法把它推翻。

敏行老師：如果從法律觀點我們是希望能夠區別有需求的身心障礙者，不想用原本障別損傷的觀念，而是從需求的觀點。可是為了達到這個目的，還要進行許多需求，特別是環境的評估。我們知道ICF原本的概念是人在環境中，環境可能隨著時間序列成長或改變，可是現在在前端就要判定個案未來的需求可能會有些，我覺得此觀念是完全違背ICF的精神。反而的是後端順著你的時代、順著環境之後，去配合你的需要、了解你的需要，那才是ICF的觀點。

和綦督導：對於有些還有在進化性或退化性的障礙者會更困難，因為一個需求評估的取得，研究團隊他可承諾的最快是3-4個月。

明宜老師：政智老師說他們半天就要評完。

和綦督導：但是你要從鑑定再跑到需求，才能夠整個下來，拿到資料是要三到四個月。如果把鑑定與需求合併處理就很可怕，鑑定是為了需求嗎？如果沒有這個需求，鑑定就會被踢除了。所以我們現在很多場合聽到「我們沒有這個資源」，是政府應該去思考的，而不是用沒有資源來去框限需求。我覺得鑑定跟需求應該不能夠一起處理的。

明宜老師：聽起來大家普遍對ICF持較正面的看法，也覺得跟我們職重架構沒有差很遠，只不過大家對於如何使用他，在解決問題的思考模式和實務上依法律執行的形式是有差異的。所以接下來的問題是，應該是由誰來進行身心障礙鑑定跟需求評估？雖然我們的立場覺得ICF的用法是錯誤的，可是因為身權法第六與第七條有明載，除非我們修法把它剔除，不然原則是101年要實行；雖然我已經聽說要延後到105年，可是至少目前還沒有公開。如果101年就要全面實施，馬上就遇到到底誰要去鑑定？當然透過先前的正式管道非正式管道，我們知道衛政打算全都包下來，由醫師評

bs碼，由其他醫事人員評de碼。

和藹督導：可是他們只能做到在標準情境之下去評估，這有很大問題的。

明宜老師：他還是說希望由他們自己評估，如果是要別的團隊，從醫院很容易找到醫療社工、OT、PT等，可以組一個多元團隊。如果照政智老師的分享，事實上試作單位也是由醫療團隊評bs，政智老師他們評de。

德玲督導：因為bs是醫事人員才能做，他們才能界定。

明宜老師：可是問題是他還是把它切的很開，就是說他並不是整合性地評估。如果用身權法第六條和第七條來解說，第六條是醫療單位先用bs作鑑定，之後再由地方政府用de去作需求評估。不過政智老師那裡也被爭議他的團隊只有單一專業，並不是多元專業團隊，所以也是另外一個的問題。所以先不管上述爭議，就你的專業觀點，如果照身權法走，你覺得哪些專業團隊該去做鑑定，或者是去做需求評估？你的理由是什麼？

敏行老師：是不是可以先界定清楚我只是去參加人家的團隊，但我並不賦予後續的功能？還是說我賦予個案將來接受職重系統後續服務的權責？可能要切開一下。

明宜老師：這個也是大哉問。就我們目前知道的，之前衛生署第六團隊（d789組）的說法是希望培訓需求評估的專業人員，他們受訓後拿到證明，將評估所有de需求，後續服務提供以他們的評估結果為依據。我曾爭論至少職重那三個碼（d845, d850, d855）應該給職重專業人員來評，因為這也比較符合我們原來的運作方式，但未被採納。

明宜老師：所以我們這個研究小組也有針對這個做討論，繪出一個沙盤推演圖。如果依照身權法規定，職評人員是需求評估團隊之一，照理是應被邀請去參加職業重建相關評估。不過現況是，醫療希望整個包，社工界正在跟它抗衡，勞政可能變成被動參與。如果我們有被社政邀請進來評d845-855的話，那我們也是會變成團隊之一；如果沒有受邀請的話，那就會有問題產生。如果社政的同仁去做個案的就業需求初評，說個案有職業重建需求，那是不是職業重建窗口的職重員可以做初評再決定是否開案？如果可以這樣的話，對我們的影響沒有很大，甚至會有好處，因為現在很多職管找不到個案，以後有人會幫他找個案。可是在法律的位階上，若需求評估後，後端服務一定要接，那會變成之前沒有職管那階段，只要進來就全盤收，也只是單純提供服務，沒有專業的計畫的部份，這樣職重的專業性會消失。我們會建議職訓局至少要去守底線，如果真的變成後端的話，讓職重窗口可以再做一次初評。

和藹督導：目前看到需求評估表，我覺得應該不會有這個問題，只要是障礙者本身有提到他想要工作，他就會列進來。按照法國做法也是每一字每一句寫下來，「我要工作」，之後才分流下去。

瑛珠督導：明宜老師在問時我一直在想，是評估的時候進來？還是進來的時候分流，再去初篩，決定他到哪個位置？

明宜老師：針對法國的作法，我也有一些想法。我看英琪所提供的表，依法國的服務體系，個案最開頭接觸的專業人員應該不是單純問個案需不需要職業重建，而是已經在做生涯諮商，並跟個案解釋到底有沒有可能進入就業服務。這個會很大的差別，如果個案對自我判決是符合現實感的，其實後面不會有問題，怕是前面是個案說我要工作，可是專業人員沒有去檢視其就業能力，那個就會尷尬。

和藹督導：因為我不太樂觀一千四百多個碼能夠在半天內評完，所以服務使用者怎麼說很重要。

敏行老師：假如我們前面評得太細，或者我們把個案的意願變得比較少了，我想要工作可是專業人員很多的拒絕，其實那與ICF精神不合。

明宜老師：所以我認為需求評估人員很重要。我覺得此人的功能與職重個管的基本精神很像，因為職重的基本精神是諮商，真正在乎的不是個案有進來或沒進來，而是讓個案去思考：你如果要做這些，要去想過後續要做些什麼？要相對付出什麼努力？我可以協助你連結什麼資源？讓他多元去思考之後再做決定。

和藹督導：身權法第七條是把職評人員納進來做評估，那時候是因為職重的角色不明顯。眼前來講，我不覺得職評是最適合的，職重比職評較適合。

明宜老師：還是要資深的職重員，老實說很多新手職重員是沒有辦法勝任的。

敏行老師：我們先不要講他能不能勝任，隨著歷史他可能會改變。但是我會覺得與其在前面迅速草率地決定可不可以進入職重，倒不如寬鬆讓他進來；在這裡我們可以提供更好的生涯諮商。

和藹督導：呼應敏行老師，我也很擔心第一關被篩的很嚴進來，能夠進來的就是資優生。那職管就沒有案量了，就業服務可能就會是高門檻的服務。我們相信每個人都有基本就業的潛力，只是有沒有辦法在目前職場上被納進來，所以是不是要在初篩的時候，篩這麼緊？

明宜老師：我同意，但是很擔心在法律位階上由不得我們說拒絕收不適合的個案。

和藹督導：這是彰顯說個案想要工作，情境是機會，但人準備還沒有到位，那就回到資源倡議的部份。因為我相信專業的能力，就算是社工也不會把一個在日托的人評估為社區化就業，因為這是很基礎的概念。

明宜老師：但我去年帶學生去試行ICF的時候，就發現不是每個人的素養都是這樣。問個案、家長、日托老師，都說這個案需要就業，原因是日托服務不足以滿足個案需求，可是初評個案能力，此個案要進入社政性質庇護安置都有困難，所以那時候是讓大家都很有困擾。其實台灣要推ICF，而ICF不是共有的知識架構，大家是不是用同一個觀點看ICF，這個我覺得會變成實務操作上會遇到的困難。這也是我們在沙盤推演最壞的情況，因為的確是遇到這樣的事情。

瑛珠督導：分享一下我去上王國羽老師的種子人員課程的時候，我們有分小組做鑑定編碼跟需求評估。我們團隊有十個人，包含OT、PT跟社工，組成架構比較像法裡面的規範。在試評的過程，社工跟職評人員在編碼的部份比較弱，因為ICF是醫院已經在用的系統，所以醫事人員就負責編碼，到需求評估時我們會再進來，因為我們專業裡面生理功能結構的部份評估較少。在我們團隊真的就發生專業人員看法不同的情形，社政人員認為個案可以去支持性就業，可是在我們的評估裡這個個案去庇護都會有問題，觀點會有落差。如果照我的受訓，需求評估基本上還是大漏斗的架構，進來的漏斗還是會比較大，不會職管都沒個案。

和藹督導：這就回到明宜老師說的位階的問題。如果他一進來就要提供他就業的服務，若他沒有辦法工作，會挑戰職管員在表2-4目標的判斷。

瑛珠督導：問題是說，如果法律位階還未定，評出來的需求很多，我們一定要提供服務嗎？如果資源不足？資源不適用？會挑戰到需求評估的有效性跟適切性。

明宜老師：以專業來講，我們還是希望特定的服務由最接近的專業人員去評估來做判斷，精準度才高。所以我們沙盤推演後心裡也很擔心，我們相信一定是其中某一條路，希望對我們職業重建服務的運作

不會有太大影響，最好是可以讓他們篩進來，可是讓我們可以再過濾一次的機制，如此會是多贏的狀態。但恐怕法律上不允許我們這樣做，這是我們擔心的。

敏君督導：我一直在想需求跟能力的部份，因為評估他能不能進來，很多時候是判斷能力能不能進來，但評估他要去支持性、一般性或庇護，我們已經在幫他考量環境支持。但如果我有就業需求，可是我可能還沒有能力到達，我可不可以進來就業服務這一塊？

明宜老師：我覺得這個是大哉問，這也可能是我接下來要問你們的問題。現在以ICF的架構來看個案，要判定個案是否有就業方面的需求，我們是要用哪一些代碼去看？我手上有一份我問卷數據，我覺得其樣本代表性還不是很好，不過可讓大家看看使用de碼指標，相關人員對於基本就業能力與資源的看法。我暫時跳過第二、三個問題，先來問你們第四個問題，如果今天委託你來決定哪些個案適合來職業重建接受服務，換句話說，就是他們就業方面的需求評估，就上面這些碼你會選擇哪些為你評量的重點？或者說不一定要看那個碼，會有哪些條件是你要看的，然後你會怎麼去評估所考量的重點？

敏行老師：我覺得這命題的假設是錯的，我們知道人跟環境的互動才會產生就業，所以基本上不會假設說他前面必須要具備什麼樣的能力，我們可能會跟我們的目標、就業狀況、能夠提供的支持，也許是針對個人去看哪些是重要的。所以這些向度，我也沒辦法挑選先備條件，也很難去一個一個分開來看對成功就業的重要性。

明宜老師：命題本身或許不是一個很好的東西，不過參與世衛組織的職重核心碼第一輪的回應，世衛組織當時讓我們填的是類似的向度，當然他不是量化，只是問說你覺得在b碼裡面，在職業重建裡面你會考量哪些事項？他希望我們儘量不要寫的很簡短，去描寫是怎樣情境下的東西。我們當初設計這個問卷是在思考，如果你要去判斷一個人能不能接受服務，你會考量的是哪些點？當然這些點如果能夠跟ICF這些碼對應，是相對會比較簡便；這也是另外一個假設。也有可能我們應該去看的不是這些定義碼，所以這也是我要先問你們覺得哪些是重點？然後再來呈現我們這些數據，因為這數據很有趣但不見得站的穩。敏行老師說的我同意，從生態觀點來說會比較符合ICF的精神，可是生態觀點跟現行制度其實落差很大，這是一個現況我們可以來討論。

瑛珠督導：需求評估團隊有考慮到生態，評量的時候有兩個對象，一個是案主本身，一個是主要照顧者，林敏惠老師團隊的資料裡面就有一個量表是屬於生態的，用家訪評量。

和藹督導：他現在改成是不是團隊評估的模式，鑑定編碼前面評完，我再去需求評量，後者不能修改前者的編碼。

明宜老師：為什麼不能改？

瑛珠督導：王國羽老師說，先不要討論誰評，碼出來後，後續再依碼去需求評估。現在的問題是碼都還沒有出來，可是我們時間不過，被迫在沒有碼的情況之下去做需求評估。

明宜老師：不過這也是另一個問題，為什麼一定要有碼才能需求評估？現在很有趣的是，為了因應現況，大家都違法，因為論法規是要先有碼才能去評估。再追一層問，這個法規可能不適宜，因為它不合邏輯。所以說難聽點，這是一個錯誤政策，我被賦予為錯誤政策殺出一條血路，也是很為難。

和藹督導：在填這份問卷時有跟敏行老師一樣的困擾，第一天填幾個就很想放棄，第一個是我沒有目標對象，很難去填這個部份。如果我們要找先備條件做為初篩的門檻，我發現我的觀點跟大部分回應者的觀念一致，從整個環境的阻礙因素跟促進因素進來看d2一般任務和d5生活自理是必備的。也就是說，如果連從事單項任務都有困難的時候，或許適合的是另外一種服務型態；如果連有輔具、促進因素進來之後，在d5的部份差距還很大時，不適合在勞政的服務。其他的並不代表它不重要，

而是考量工作時的次要指標是什麼，如果他d3溝通的部份功能也可以的話，個案在職場的壽命可以維持比較久。所以其實每一個都很重要。

明宜老師：關於職重核心碼，感覺是有顧慮到多元，因為綜合碼可以看個案的特殊性去用。但即使如此，還是會有人會覺得為什麼我覺得重要的它不用，比如說他覺得朋友的支持很重要，可是朋友支持卻沒有在職重核心碼裡面。後來比較擔心是個案那麼多元，你怎麼可能用部分的碼就說他有職重需求？但我覺得如果你不是用特定的碼、而是用概念去檢視，其實跟我們職業重建基本要看的向度沒有差很多。可是你只要屈就於碼的定義，就會跟我們講的沒有那麼的密合。不過職重核心碼本來就是一群人的綜合意見，它還沒有經過驗證。就像我們這次做的問卷，其實也是意見組合，還是要去實證驗證。不過概念上的運用不等於編碼的運用，如果要做生態的職業重建，我就應該放棄碼，應該去整合ICF概念於實務中。

和藹督導：其實剛開始在推核心碼對我來說也是一個價值衝突，因為我們都覺得既然已經有一個ICF的架構，又跑出一個叫核心碼。到底我們會不會片段看這個人，可是又覺得可以兼顧品質的立場，這是第一關。經過篩選之後，我們再去聽服務使用者的聲音，這讓我自己覺得可以被說服。我比較憂慮的是剛談很多東西，都沒有把個人因素納進來，我知道實驗縣市本來就沒有把個人因素納進來，包含一個勞動者在市場多久才能提前退休，這沒有把個人因素納進來絕對是一個很大的問題。上次遇到一個委員有研究提早退休的部份，我問「老師你認為身障者應該提前幾年退休才是合理的？」因為對就服員來說，你定義他五十歲退休，我一個個案48歲你要不要讓他進來，接案兩年後他被迫退休，其實能力是還可以維持在市場上。所以當線要切割出來時，可能有些人因此而受損，有些人因此而受惠，那線要切在哪裡？這就很關鍵，我覺得ICF個人因素沒有納進來，勞政政策其實沒有辦法推行得一致，也沒辦法很落實。所以d碼的各方面，如果把個人因素納進來，107個碼就是107個情境。

明宜老師：我會想秀問卷結果，請大家看黃色的部份，先告訴大家我怎麼標。問卷採用兩個不同指標，一個是你的意見表態（是跟否），一個是你的意見強度（1-5分）。針對是否為先備條件，我只採同意度（agreement）八成以上的選項。針對重要性，我則採4分以上者。我本來在想要不要把學生拿掉，因為學生跟大家的意見較不一樣；可是我發現如果我標準放寬到同意度七成以上，回應的相似性又提高很多。所以這帶給我第一個想法是，標準稍微鬆一點，職業重建人員（包括學生）對於就業先被條件的看法差異不大；那也是為什麼把全部弄出來。此外，我們所標出來的重點碼跟職重核心碼也沒有完全一致。國內認為從事單向任務很重要，但這碼沒有在職重簡短核心碼裡面，簡短核心碼著重在d1學習，這可能是實務間的差異。或是溝通的部份我們重視個案具體能夠呈現出來的東西，像是聽得懂人家的口語指示和可以用非口語去表達。很有趣是，我們國內很重視BADL基礎照顧的部份，對於社區生活相關生活的能力沒有那麼在意，所以d6和d9通通沒有出來。d7的話則是在基本互動跟正式人事關係，這兩個與我們的問題「什麼是就業前重要」有關係，很多跟穩定就業相關的反面沒出來。我們一般認為的就業前準備，如學校、學徒職訓那一類沒有出來，可是也不是說很低，學校就有將近八成，都是在78-79。相對國外的看法，仍是可以看見我們文化的價值觀呈現的部份，如在e碼環境資源裡面，大家比較有共識是溝通類產品，有趣的是職重專業人員在e1的部分沒有特別凸顯到。但也不代表不重視，你從得分來說，對於輔具的得分，對於公共建築環境的得分，他事實上還是有衝到4分，可能是大家對於認為他很重要的部份分數打很高，有人也會覺得可有可無，只是參考條件之一。

和藹督導：可是在媒合時就可以把他個人因素考慮進去，所以我在填這份問卷時我沒有把它列在非常重要的因素

明宜老師：我提到這是兩個不同指標，一個是你的意見表態，一個是你的意見強度，可以說是不同向度的呈現。對於支持與關心，國內普遍認為來自核心家庭、朋友、熟人與同事，態度的話則是家人的態度跟社會的態度，其實反應的是我們台灣的普遍價值。制度面的話，回應者其實還蠻有社會觀點，e5除了三個沒有之外，大家通通都覺得從交通、社會安全、社會支持服務，健康服務、教育訓練、

勞動就業通通都要有政策配合，所以某方面來說台灣更強調社會注入的觀點。

敏行老師：我覺得你這個研究顯現出我們的價值觀跟資源重視的部份，不重要不是代表把他剔除，而是可能已經具備，或是覺得應該要加強的、倡導的。

敏行老師：國外核心碼是怎麼挑出來的？

明宜老師：首先是針對全世界職重專家大概發一百多份問卷，用的文字資料。他們有個小組會再找專家把我們第一輪的資料再整合，整合之後他再找另外一群核心小組來討論，就如同焦點團體，討論你覺得哪個應放進來或是屬於核心的，從綜合核心碼再去找出簡短碼，那就是達菲法。可是意見聚焦他們承認也有弱點，如有文化背景差異，尤其是焦點團體都是歐洲歐美人士為主。他也說如果各個國家要用，可依我們的文化背景再去修，所以也沒有說非要用他的核心碼不可。因為核心碼還需要做驗證，目前階段只能看到部分東西，其實職訓局知道有核心碼後，在與我們簽約時追加條款，要我們去追核心碼，我們也已經把它翻譯出來。

和藹督導：會不會他們就拿去用了？

明宜老師：所以我們要跟他們說不能拿去直接用於政策制定。此碼在對應不同障別時是可能有多餘或不足的，可能要從綜合核心碼去挑選，若有不足再增加，方能反應出個案的個別性。

和藹督導：用這綜合核心碼將會有許多障別是進不了勞政，如肌萎縮就完全進不了，肌肉不夠力氣的也不用進來了。

明宜老師：所以這都需要驗證，目前職重核心碼時只算半成品階段。回到第四個問題，如果現在硬要我們找出一群人來評，還是堅持走需求評估的制度，到底我要去抓哪個重點？哪些是我要把關的？

敏行老師：你「用什麼方式去評估」指的是什麼？

明宜老師：比如說你覺得學習或是從事單項任務很重要，那你如何知道什麼是去從事單項任務？你可以叫他梳頭、煎個蛋或是幫你買東西，你會覺得怎樣去評估才叫做可以從事單項任務？

和藹督導：理論上是要從實際情境去看他的行為表現，可是如果這樣來說評量人員真的不好做，要花很多時間。

敏行老師：就業方面的需求評估是指支持需求評估嗎？

明宜老師：我沒到那麼細，我說的是初篩的部分，就是決定他該不該進入職業重建。

敏行老師：所以你的就業需求是由專家來判斷嗎？

明宜老師：那其實是我第三個問題。或許我再倒回來問另外一個問題，就目前現況，你覺得需求評估除了考量個案的意見外，可以個案說他想要就業，就可以進來，還是需要再結合其他的流程，確定這是他真的想要。當然我這樣的講法代表對個案的不信任，也是跟專業助人理論有些違背，但卻是第一線人員會想問的。

敏行老師：我先講我的想法，一個是意願的問題，要先有意願，另外一個是有意願還有沒有能力。我們一直在講一個概念，能力要跟環境配合，但能力初篩的線是很難畫的，因為這會影響到你的支持資源，你所居住的環境，你個人的特質。如果要由幾個指標決定個案的基本就業能力，我是覺得做不到，



要從職重來看你整個就業目標在哪裡，整個去評估，最後決定有沒有辦法達到目標，決定是否要落實計畫，就是這樣。不然指標是有點違背理論與實際操作，當然你說直接用獨立生活指標還是可以掌握他能不能獨立個人衛生，是否有幾個簡單指標，那就不要用工作技能，太難去判斷。你用幾個基本自我照顧能力，篩掉太嚴重的個案。

和藹督導：要把促進因素囊括進去，如果沒有把促進因素納進來，很多中途致殘的就沒有辦法進入職場。

明宜老師：這是另外一個論點，等於是讓職重來說，前面你評個案有就業意願，可是職重可以用更專業的方法去思考適合個案的支持方式，這樣就可以解決很多問題。如果現在大家有共識，我們要請職訓局去堅持，需求評估後要讓我們能做一次深入的職業重建評量跟計畫（沙盤推演的右邊數來第二個軸線）。這樣的話，說不定可以把傷害減最低，最可能讓職重去發揮他的功能跟特色。

瑛珠督導：因為有些促進因素是後來才給的，初評時沒有促進因素或是輔具設計。

德玲督導：剛敏君督導提的需求跟能力部分不能劃上等號，可是問題是有時是環境變動或是輔具的部分，他是可以提供一些相對支持，所以用d2跟d5來篩的話，可能不會讓職重人員綁手綁腳，或者是說篩掉可能可以就業的。

明宜老師：現在有另外一個問題，第六組他們看的這些碼並不是去你前面這些碼有沒有需求才給，因為要進入職重體系是你d845-855這其中三個碼有標出需求才會進來，所以第六組只是一個問卷題項「你在這方面有無需求？」

和藹督導：站在專業立場，需求本來就是很主觀性，你本來就不能把他有需求就看成有就業能力。

明宜老師：如果是這樣的論點，那第六組就可以用問的，只要有需求都可以進來。這樣職重一定會馬上獲利，而不會有案量不足。可是另外一方面的問題，其實要跟個案密集接觸才能深入輔導。法國典範跟國外制度一樣，先前跟個案已經是很平等的服務與互信的基礎，個案在對自己全盤了解下說我要做什麼，這個個案對自己全盤了解是國內還沒有辦法的。

和藹督導：那是國外有人陪著他做生涯探索。

敏行老師：國高中就要慢慢培養。

瑛珠督導：認識生涯規劃很多是從學校裡面。高職再來談生涯其實太慢了，要從小就開始。

和藹督導：沒有被諮商的經驗一開始要諮商其實速度非常慢，以智能障礙者為例，我們以前在推時，有人質疑的，包含聯勸給經費都存疑。我們發現個案在諮商介入後，第二次諮商速度較快，可以看其內在部分。可是沒有使用過就一直在繞圈圈。

明宜老師：所以專業人員被訓練，個案也要被訓練。

和藹督導：訓練他怎麼表達他需求

德玲督導：可是我會覺得依照我們的文化來說，需求部分變成我先拿再說。你會發現心智障礙者几乎是家長代言，家長會覺得說不管怎樣，我就是先說我要就業，可是又不會去考慮是否適合個案。

瑛珠督導：這問題還可以加上城鄉差距，就像我服務高雄縣與高雄市，其個案心態是不同的。比如說服務美濃或是六龜地區，個案會很珍惜這資源，他們認為可以出來工作是很感謝的，在市區的是會覺得

這是應得的權利，先卡位再說。

和藹督導：這樣你怎麼編碼？你e碼要編什麼？

明宜老師：這真的很三條線。因為如果把碼弄掉，職重會很輕鬆，我們就隨專業按部就班做。現在聽起來大家似乎較想走這樣的路。大家其實對ICF編碼作鑑定的意義是存疑的，感覺政府做這件事是有疑義的，這疑義不見得是專業人員的能力問題，包含個案問題，也包含誰的意見重要，文化的問題。若是這樣，大家並不想照我的問題邏輯走，大家打算走另外一條的路。

和藹督導：用什麼方式去評估，我覺得以d2跟d5來說，只用訪談基本上還OK，所以變成資料蒐集的能力是很先備的。如果可以先初篩再進來分流，我們可以不用這麼堅持。

明宜老師：順著和藹督導這個想法我再問，你覺得以d2跟d5來初篩外，還有其他重要的考量？

和藹督導：動機意願的部分。沒有碼，需再增加。

瑛珠督導：其實晤談很危險，個案跟工作者本身的認知可能會去引導案主的回答。

和藹督導：以基本d2跟d5不會影響太多。

明宜老師：不過從動機意願可能刪掉有能力卻不想就業者，不需要服務的個案至少會被刪掉。

瑛珠督導：牽扯到後需資源的提供，定的位階或是評出來的大漏斗小漏斗，後面資源可不可以提供滿足？

明宜老師：那是後面第六問題。

和藹督導：到多少限定值才會去給？

明宜老師：有些地方根本也寫不清楚。

敏行老師：如果照法規他們邀請我們職評去幫忙評碼，他們下放還是要從職重窗口進來，再照我們現在模式去運作。至少職評去評會比較有工作的敏感度。

明宜老師：從職重的概念，進來一定是職重窗口。

瑛珠督導：也有人說ICF之後，生理評估都評完，那功能在之前的編碼就已經評了。

和藹督導：職評專業不會這麼容易被取代。

明宜老師：他可能是在決定你可以拿什麼資源，有一組人去決定。之前大家躍躍欲試覺得是大餅，後來知道一人四百五後就死心了。

瑛珠督導：原先是希望調動公部門人員，試評時比較好調，統一就出去，社團是比較不好調，現在是公部門不能領津貼，故以不調動為原則。

明宜老師：除非你這裡面的人都具有同質性，不然你評出來的效益會被質疑。

瑛珠督導：現在是以團隊去評，但人力跟資源的有限時，就變成要一個人去評。

明宜老師：現在回來和綦督導剛剛提的，如果有一群人會來做ICF的編碼以決定個案可以得到的需求，那使用服務的限定值應為何？我們所要求的不是說能力要達0（沒有問題）或1（百分之二十五有問題）才能進來，而是2（百分之五十有問題）或3（百分之九十五有問題）。

德玲督導：可是百分之五十很多重度就進不來。

敏行老師：可是他又牽扯到表現。

明宜老師：所以我們抓的是表現，還要加第三個有輔具下的表現。

和綦督導：如果拉到3的話，幾乎都進了。

明宜老師：或是服務點三的績效算三倍，服務點二的算兩倍，嚴重重度服務的先被服務，然後加權，那是很理想化但很亂，

瑛珠督導：可是他全部都進來了，進來優先順序也可能不會排到他，因為進來太多，我們會先從點二點一的先服務。

明宜老師：依法規可能要先從點二點三先做，因為輕度是最後被服務的。

瑛珠督導：可是我們如果很寬的權限，這些點一點二的輕中度等級，已經有很大的量。

敏君督導：到3就不用評，百分之九十五根本不用評，只能做加分題。

明宜老師：就業技能還未去考慮，只是先篩進來的限定質會是點一或點二，碼除了d2d3d5外還有沒有別的？為什麼沒有d1學習能力？

和綦督導：如果d1跟d3，我覺得d1是進入職場的入場卷，d3只要一些輔助系統設計還OK。

敏行老師：學習比較不好評，會牽扯到怎麼教。

和綦督導：所以我們才沒有選他，不過d1裡面解決問題是很重要。可是把它放進去很多人又進不了，所以剛會覺得想先有大量案源的話，我們不要一開始把人擋在門外。

明宜老師：可是問題是d2也很難評，

和綦督導：其實點二、一、零在標準值之下還可以，你用樣本還可以操作

明宜老師：單項任務我們剛有說過他範圍很廣，我們是可以建議他做什麼事情比如說他可以做清潔，或可以把訊息記錄。

敏行老師：你如果把他評太多，他會有很多的期待。且牽扯到障別跟特性，可能要設計十種單一任務。

明宜老師：這其實是真的，這我們就留給社政，因為我沒有看過d210的問題。

和綦督導：我看的是d1的。他d1的評估是放了幾個球他會辨識什麼，用勾的。我看到時我想我們為什麼要用ICF，還是回到原來鑑定不是？

敏行老師：其實應該會使用標準測驗來做，才去填。

明宜老師：沒錯，如果是衛生署引導，醫界會希望用標準測驗去評。

和藹督導：所以我在想如果用標準測驗d210的時候，我就要推薦某幾項工作樣本，工作樣本對應職場的部分會比較容易，只要對應出範圍就可以了。

瑛珠督導：衛政會納入我們一起去評嗎？

和藹督導：基本上目前聽到是沒有。法裡面說成員三個以上，專業團隊兩個以上，也可以你評完換我評，不用一起去，他們這樣解讀。沒有規定一定要職評，也沒有規定一定要社工，所以他們只要PT、OT、心理師就可以去，標準情境之下，那棟建築物就可以做，所以不用社工也不用職評。

明宜老師：我們現在大概知道大家的立場，我們走第二條路線。然後看第六個問題，資源的問題。其實現在的資源很有限，以勞政就我們這邊就只能用職管下面的系統，所以無論如何用ICF還是要進入職管去連結資源，職管相對資源是還可以繼續開拓。現有勞政資源跟ICF碼可以接起來嗎？這是第一個問題。就我自己初步看過是沒有，頂多在身體輔具、聽語輔具、還有無障礙環境這三個碼勉強勾一下，就業準備度、訓練、職業訓練等等，其實是在d8碼，可是沒有很完整的東西。這是一個很大廣泛的議題，這當然很有趣，不過如不隨ICF起舞，事實上這問題意義不大，這只是在職重裡面自己發展，不知各位對我的解讀是否有要補充？是否有不同看法？

和藹督導：其實我在看ICF需求評估之後，想看的碼反而是，也許是用地理區去看哪個地理區某個碼比較缺的，比較需要的，再盤缺口。

明宜老師：跟政策有關。

和藹督導：是的，如果評出來這一大項都是交通需求，這縣市就要有焦點工作在交通需求的部分，所以不是他想做什麼就做什麼，須回頭去看ICF編碼之後的結果，所以資源面向絕對不可能在ICF101年就到位，再過十年也不會，所以在還未到位下如何排序？那要看障礙者在情境下所排出來的障礙是什麼？

明宜老師：我們是否可以把牠列為下面主管機關的運用，如果做ICF評估需求之後，照和藹督導講的由中央主管機關要去看該區需求以及該區資源媒合度，我們建議職訓局至少102年或是103年要去做的事。

德玲督導：如果按照那天周組長說的以後沒有身障組時，這要盯得更緊。

和藹督導：所以就資源連結一定會有缺口，缺口部分應列入縣市考核中，只有考核才有辦法促進他們去做。

瑛珠督導：基本上需求盤點要出來，沒有出來來不及編預算。需求東西什麼時候出來，才有辦法去要求編多少預算，提供多少資源。

和藹督導：我很怕你要求需求他花三年在盤點，創建資源都沒有。

敏行老師：我剛剛聽講需求的程度，我們現在職重手冊可能要設計一個東西，變成大家計畫裡面真正使用到，可以歸到系統去統計。我們把現在的盤點跟歸類可以運用在系統，清單是要看滿艷老師的統整。

和藹督導：剛在講資源連結，我很擔心政府一直到101年還未盤完，其實資源盤點林萬億老師去年已經有發

問卷要大家提供目前的資源，我們所有表單都提供過，還掃描整箱寄給他們。

明宜老師：這樣的盤點感覺比較小，沒有廣義的架構面或政策面的盤點，

和藹督導：我會覺得人的需求基本上評出來後，連結沒有到位就是缺口。目前不需要去盤點，環境會一直在改變的。

明宜老師：跳到後面兩個對於中央勞政主管機關的問題，你覺得ICF的運用勞政主管機關該有什麼樣的立場跟主張？就你目前為主有沒有什麼政策建議，以及相對的專業人力規劃部分，立場跟主張？以及有沒有策略建議？

和藹督導：如果講勞政立場的部分，剛談起來是沒有說到提前退休的部分。其實法裡有談，我知道那是另外一個研究案要進行的部分，把個人因素納進來，因為目前談需求評估並沒有把個人因素納進來，ICF強調的個別部分障礙情境考量就沒有納進去。

明宜老師：我們能夠有一個說法，現有ICF沒有考慮個人因素，我們才會要求職重人員做個別化的計畫，個別化就會有個人因素，所以不管如何都要重評。

和藹督導：我擔心這樣說在需求評估小組就過不了關，那要叫他們做什麼？會這樣問。所以這也是兩難的部分。可是如果個案個人因素沒有考慮，就只是切一個線，就退休了，對聽語障者可以做到六十五的怎麼辦？

明宜老師：提早退休是有些人的需求，問題是現在連一般人因經濟的問題退休年都要被拿掉，就跟歐美一樣，當你生活津貼不足、需要工作才能活時，你沒有所謂的退休。

和藹督導：這關係到他拿到多少的退休金，因為太早退休是不夠養老的。可能五十五被迫退休，餘命到七十五，二十年可能只領到五十或一百萬，不夠未來安養生活，如果你沒有這樣切時，你強迫她到做到六十五歲，可是他五十五歲就無法勝任職場要求，他被迫退休就領不到退休金，這是兩難。如果沒有把個人因素納進來提前退休制度，會是在勞政政策裡面線切在哪裡很重要的。所以個人因素在退休制度是要被考慮進來，如果碼有編到有些是有就業能力，可是潛在維持部分是有疑慮，是不是應該列入另外一個考量。

明宜老師：現在好像還沒有把ICF跟提早退休連在一起。

和藹督導：法裡面有要做，ICF裡面有規定要做，可是這兩條線不連在一起。

瑛珠督導：可是如果提早退休成立的話，身心障礙者還是無法拿到足夠的生活津貼。

明宜老師：因為如果是ICF你無法賺到，必須由政府救助，由社政部分補生活費（經濟安全）。

瑛珠督導：國民年金是否可補助那一塊，因為社會救助錢不夠他才會弄出國民年金，讓一般民眾多繳錢來補。

和藹督導：他當初有一個評定不具有就業能力的評估，只要你有投保紀錄的，他就篩掉了。

敏行老師：如果我們的功能只是評剛剛簡易的部分，我倒覺得不會只有職評員才勝任，職管員也要讓他勝任，就服員也應該有這能力，所以並沒有恐慌到加速去培養職評員。

明宜老師：我也不覺得，因為職評員在職重系統裡本來就是市場很小，走專精的路線。反而是三種工作人員

要能溝通。在國外都是同樣培養背景，只是後來各自有專精，現在最大問題是發覺每個人都是講不同的話，概念上有落差。

和藹督導：職重人員本身的生命歷程也會去影響如何看障礙者的生命歷程，所以是否有培訓是我們怎麼去看生命的週期，他自己生命歷程部分，

明宜老師：在國外是有特別選修課會讓人家去體驗，跟身心障礙互動的關係

敏行老師：這跟諮商訓練有關。

德玲督導：就像剛瑛珠督導講的對諮商是很渴望，可是知能是不具備的。像台中市有一個計畫是委託中山醫大，在訪談過程發現有諮商需求，連結資源去做諮商。

敏行老師：我現在台中市有在做，彰化縣也開始在做。

明宜老師：不過相對有個問題，現在諮商系統大部分是排斥RC進去，所以這樣並行的過程，聘請的諮商師如何跟RC結合，還是RC以後有能力可以做？

敏行老師：以我們台中市是我們執秘瑋姍去，我們自己畢業生也都去。中山醫大也沒有要求非諮商師不可，所以廣納社工人員，只要覺得自己勝任就可以。所以身心障礙諮商還未建立一個標準，這是好事，還有空間。我們要有自己的東西，我們會請現在比較有經驗的諮商師，或是諮商教授來，但是他對身心障礙他不熟，所以變成兩相結合我們還有空間，我們不會想心理諮商，結果還是講諮商，有些教授會說不要跟他們碰，我們改輔導，可是我叫復健諮商為什麼？

明宜老師：有些法規是你要有諮商才能夠進去。

和藹督導：真的嗎？你講心理諮商，心理諮商學派的就有意見，他們覺得我們沒有諮商師資格。

敏行老師：可是我們講身心障礙諮商，要建立自己的復健諮商。現在要去建立國際復健諮商的認證，如果建立我們就有自己的範疇跟領域，不用去競爭場地。

明宜老師：建立國際復健諮商的認證後，會讓國內有個專業制度走向。因為發現專業人員還是兩極，願意往師級走不是沒有，要努力也不是沒有，大多數人還是想維持現狀。維持現狀對勞委會有利，可是如果維持現狀就是技術士，藍領級，很難往師級走。藍領給你三萬二就偷笑，你要往師級走一定三萬以上，可是你要有相對證照制度，這可能是我們後面再發展。

敏行老師：我還有個想法，因為現在ICF過度重視編碼，可不可能今天或是將來把ICF幾個重要的點跟核心精神，把它寫下來然後再將來制度規劃是有依據的，支持的觀點，或是個案本位觀點，或是環境跟人互動的觀點，會造成我們在服務概念上的一致。

敏君督導：我想說一下專業人力規劃部分，因為現在選用準則是把就服乙級的人員納進來，可是他們在相關背景部分是很不足夠。在這部分未來在專業人力上又賦予很多任務，在這部分有沒有其他配套？其實有發現幾個狀態是有就服乙級也進到體系，可是都做不久，因為發現他們自己跟這區塊距離拉很遠，可是他們又可以進來，把個案有點當嘗試。

明宜老師：那牽扯靜江老師那個案，照目前為止沒有辦法，完全依照選用辦法走，你有乙證就是可以進來，進來後再上三十六小時培訓。

和綦督導：三十六小時，那個案工作、問題解決都沒有在裡面。

敏君督導：那我們可以給一些建議嗎？因為他專業是可以再增加。

明宜老師：因應ICF，所以進用的人通通需再修ICF相關課程才可以去服務個案，除非是用這樣的方式去思考，但不保證可以強制要求。

瑛珠督導：之前也面臨到人力不夠，資格才會放寬，當初就是這樣放寬這領域人員進來，可後來才發現人又太多。

明宜老師：我們在想用什麼動力，讓臨床人員都來上進階教育課程。

和綦督導：我們社工師有繼續教育的部分。遴用準則可以去定義取得資格後要有繼續教育，才能維持資格。你看評鑑指標有提到繼續教育，但是以目前來說，其他遴用準則並沒有提到繼續教育，有些單位法令通過三十六小時，就不會讓就服員出來。

## 「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」 第二次焦點團體逐字稿

時間：99年7月15日上午10點00分至12點30分

地點：台北市勞工局

主席：吳明宜主任

紀錄：李春寶、許貽雅

參與人員：侯松延科長、張彧主任、王嘉蕙總經理、簡明山執行長、曹麗娜督導

明宜老師：本專案先透過文獻回顧了解跟ICF相關的勞政政策探究到底做了多少？跟大家報告：其實做的不多。不過在過程中發現國外ICF的研究主要著重在學理部分，跟身心障礙服務相關的文章寫得不錯，有些醫療團隊也有做一些評估工具的探究，當然在國外目前最多的研究是關於核心碼。我覺得國內把核心碼的重要性看得太重了，核心碼目前在國外研究是屬於中間階段，因為還需要後期的驗證狀態，而驗證部分幾乎都還在進行中，尚未完成；所以要直接運用剛發表的職重核心碼於勞政政策，是很莽撞的。接下來台灣面對的問題會覺得有點可怕，不過還是需要解決問題，我們就這裡面列了幾個問題讓大家討論。首先第一個請問大家對於ICF的相關了解與接受的培訓課程，會問這樣問題是大家對於ICF的了解不一致；同樣都是受訓，有的是屬於醫學方面，有的是屬於社會學的部分，觀點會不太一樣。從這裡也希望了解大家的背景，也知道這些意見是比較從哪些觀點呈現。接下來是針對國內會遇到的問題，雖然我們聽說過可能會延遲執行，但都沒有正式的文，所以依照已公告的法規是要從101年開始執行鑑定跟需求評估。現在國內之現況有點複雜，大家不是照身權法走，如同戰國時代，每個人開始在畫餅；而這塊餅勞政聲音出不去，侯科長非常清楚。所以在這樣的狀況下，勞政在職重這一塊我們該如何做會比較好？當然這也牽扯到職重的相關資源。等一下會給大家看的沙盤推演圖是我們在四月時討論出的，那時我們遇到國外資訊跟國內現況接不起來的問題，故做沙盤推演思索可能最壞狀態，跟我們應該堅守的路線。第四個問題是，若要去評個案的就業需求與能力，那我們應該去評什麼？你們在身心障礙者就業服務方面比較有經驗，我想聽聽你們的觀點。之前的焦點團體與小組會議有很多不同的聲音，有的會覺得不應該從能力面去看，而是要依個案需求；不過我是覺得各種不同聲音可以聽聽看。上個月底我們有做一個小小的問卷，拜託參加職業重建協會研討會的人幫忙填寫，因為取樣代表性有些問題，數據只能參考。雖然這份資料嚴謹度不夠好，不過也可以看到台灣的某些觀點。後面幾題是勞政資源面該怎麼跟ICF去結合？中央主管機關政策的立場該如何？另外的問題針對我們應該要進行的策略，是不是有執行的方向、基本的把關等。今天會依這八個問題來請教各位。張彧老師因為要先走，我們先請她來談談。先從第一個問題開始，我知道你是最早接觸ICF的人，2002年到瑞典的時候就是報這個。

張彧老師：其實是從ICIDH，我就覺得ICF根本是ICIDH的再延伸，最重要的其實是名詞變換。從2001年時系上就有發給老師一本ICF的資料，那時候還是β版本。後來出版時，我應該是全台灣第一個擁有這本書的。參加課程本身而言，參與這次衛生署的研究部分，包含行動 (d4) 和自我照顧 (d5) 的部分。今年度也有四個縣市在試辦，上禮拜他們才有第一個個案開始鑑定和需求評估。我們去時順便問他們你們怎麼執行，以及課程訓練？現在來說，b跟s的部分大概是由醫師來主導，他們大概是45分鐘結束；d的部分也是希望45分鐘內完成。鑑定從一開始到結束只付三個人的錢，所以就分三種專業來做，bs的部分由醫師來做，d的部分由社工師、心理師與OT來做，至少兩個專業來做。後來發現治療師與社工師有部分功能評量 (編碼) 會重疊，所以治療師的部分會補社工師來做。那個單位未來也會作需求評估，但現在需求評估小組還在日本訪查，要等考察回來才有需求評估。

侯科長：衛生署主導，內政部一起去。



張彧老師：他們想仿日本以比較簡易的方式評，希望花一天或半天完成評量。在裡面是用個案管理方式，但因時間問題，醫院就說所有病人都會在復健部，由治療師來做個管，用這樣的方式進行。這小組作需求評估也是會由治療師或社工師來進行。事實上他們那邊也是一團亂，不知道該運用什麼方式來做，需求評估只評社政部分，只要這個案是在學校，直接就由學校那邊做教育需求評估，只要覺得個案有就業困難，就把他轉到勞政，深入需求評估是由勞政自己在做。我覺得他們的資料其實沒有什麼可用的，45分鐘評量比我們職重個管的還要少，資料能用多少？我要等他們資料出來我才能知道可以用的有多少，我們這邊還是要做我們自己的需求評估。

明宜老師：你知道的醫院代表是哪些醫院？

張彧老師：北醫為主。

嘉蕙總經理：台北市要加入成為第五個試辦縣市，所以台北市已經辦過一次評估人員訓練，都是通知社政跟OT。

麗娜督導：醫院不可能全部都做。

侯科長：我知道的訊息是今年四個縣市，明年拉到十二縣市。

張彧老師：不過我覺得一切都沒有很穩，他們不是有需求評估跟先前計畫，這都沒有職訓。我參與的也只有我自己的評估方式，沒有整個計畫的評估方式。

麗娜督導：我覺得他們應該要釋放資料，不然勞政單位得到的資訊不足也不全。我跟他們接觸的經驗是覺得資料沒什麼好用的。

侯科長：像我們部會的協調，在前面鑑定部分衛生署那邊也是出不來。試辦的時候，後端需求評估等不到或是沒有資料，所以才會請他們先做，等衛生署的資料出來再去核對與修改。現在衛生署的部份我們拿不到。

張彧老師：不是已經訓練了，搞不好可以拿到他們的資料，像他們的評估core set等等。

嘉蕙總經理：台北縣市辦的訓練是需求評估訓練，不是bs碼鑑定。他們現在開始收集個案，發通知給所有手冊的個案；民間單位只要符合資格者都可以去參加訓練。我之前參加的都是研討會，聽過法國的模式，三四年前去日本收集到一些資料而已。我們收集了他們的評估報告，他們有126項的評估指標。目前主要是厚生省負責此業務，厚生省是包含社政、衛政、勞政合在一起做，他的需求評估主要是在社福的部分。我們沒有再去細問就業轉銜的部分，只知道縣府他們有一個類似就業中心的建置，他們會轉到那邊去。澳門的狀況是就業服務系統發展很晚，到現在才剛起步，他們是在四年前引進ICF，所以我們也想利用暑假時間去看一下。我們去看時他們評估中心才剛弄好，所以這部分不是很清楚。關於研究部分，北醫本來有邀請我參加e碼的訂定，可是約的時間都沒有辦法所以就沒有參加。內政部那幾個研究，如滿豔老師需求調查部分，我也是彰化縣的ICF顧問。敏惠老師那一組就是負責需求評估，就我的了解跟張彧老師講的差不多。因為是內政部補助的研究，所以目前研究的範圍都在社政，所以他的評估工具的問題、流程，全部都跟勞政無關。殘障聯盟的參與也很無奈，所有參與的衛政跟社政會議都不給資料，每次就是現場發，看完就收回去，搞得很神秘。都要考記憶馬上要記住，能抄多少算多少，也只能當場看到給意見。因為久久才開一次會，在殘盟這邊也是持續的關心他們的發展。

麗娜督導：台北縣是試辦單位，勞工局有配合社會局試辦，我有參加王國羽老師在去年辦的三個梯次培訓，包含ICF概況、編碼介紹等。在試辦部分，上禮拜社會局有開一個會議，試做11個個案，他們社工

先去蒐集資料，再召開專業團隊會議，我們勞政有參與在裡面。那個會議是另外一位同仁去參與，會後有些討論，關於在這專業團隊中，勞政的職重員或職評員進入的時間點為何？當初台北縣在規劃的時候，需求評估本來有兩種方式，一個是社工員先去評估蒐集資料，之後再召開專家會議；另一個是所有專業團隊都拉到現場。目前試辦是先以第一種，先有一個專案人員或是社工人員去蒐集完資料，可是這人背景是什麼？可否代所有專業領域？另外，在找試辦樣本時，我們會先有評鑑再作需求，可是後來醫院有無法配合的狀況，變成這方面沒有協調好，以目前試辦狀況先跑需求那一部分。

明宜老師：聽起來跟高雄一樣。

張彧老師：台北縣的評鑑醫院有哪幾所？

麗娜督導：我記得是雙和。

麗娜督導：在人員培訓部分，台北縣在五月份又辦了一場，目前需求評估人員是以今年三月參加王國羽老師在嘉義辦的那一場的人員為主。

張彧老師：不過台北縣市對於評估人員的要求不一樣；台北縣要求都要有師級輩，要物理治療師、職能治療師、社工師，特教老師，可是台北市沒有要求要師級輩，一定年資以上的社工員就可以，不一定要社工師。我聽和蒹講高雄市也沒有一定要師字輩，可是台北縣有。

明宜老師：高雄市是社會局辦，所以是以作社工相關人員的培訓為優先，其他真的靠人情進去。不過講到專業團隊一起去做需求評估，我想這也是牽扯到印給大家的沙盤推演圖。我們在討論理想狀態就是照身權法規定，就是醫療團體作bs鑑定，再由一群團隊依據個案需求作需求評估。就我們來說，這時候職評不是指職評員，而是有接受過職業評量、經歷資深的工作人員，因為資深個管來做會比單純職評員來的適當。因為法規是寫職評員，所以我們是暫時使用這個名稱。以理想狀態來說，由資深人員進入團隊，針對個案的就業需求做評量。不過這是非常理想狀態，實際可能無法走A路線。

張彧老師：我認為他們現在這樣運作，我們就為何要去湊熱鬧？而且他們的core set也不見得會有用。

明宜老師：南區焦點團體的共識是希望走B路線，就像張彧老師說的，反正目前是由衛生署與內政部主導，需求評估多是由社工人員去做受訓，我們勞政是被動邀請的。如果有邀請我們就去參與，不過也需要符合被邀請資格，故勞政需要辦自己的研習。現在職重人員要去排ICF受訓都排不進去，可能要自己自辦。

嘉蕙總經理：我贊成張彧老師的看法，回到之前北醫跟內政部有關於鑑定跟需求評估的流程，會受限於未來給付的部分。現在傾向鑑定與需求評估就在一個醫院，在醫院的需求評估可能就是由OT或是社工師一人完成。我很懷疑他會不要邀請我們職評或是職管進入，即使進入他們也不會付費。我覺得一開始要所有團隊進來，可能花耗的資源太大，不妨使用轉銜，不管是教育轉銜或社政轉銜，轉到我們職管這邊。我也會覺得受訓的部份我們也要拉出來，而不是跟他們一起做。因為他們目前做的部分，還是偏在社政。

明宜老師：我順著嘉蕙所說的，我們發現可能實現的路線是推演圖最右邊。鑑定部分雇及成本，醫院會希望由他們的人員編制內去做；社工團體也希望爭取專門作需求評估。衛政跟社政可能不會邀請我們參與評估，如最右邊這一條，可是他們做就業編碼的效益有多高？有碼是不是一定要提供服務？假使需要勞政服務就使用轉介機制，這樣對職業重建體系當然很好，我們現在擔心案源不夠的，只要待在家中等，就會源源不斷。因為他們不會評就業需求，他們訂的晤談題目是「你有沒有就業需求？」就這一句。

嘉蕙總經理：我們上次看他們的報告，評估項目制訂出來有試做幾個個案，你的擔心絕對是百分之百。我們覺得更失望的是，連社政這邊的需求評估，他很多都認為是不需要的。比如說我們認為這個服務對象明明有生活重建或是諮商或是臨托的需要，他們在這個部份通通很簡化，所以我知道他三十分鐘可以評出來。我們現在爭取這部分應該由社區個管員來做，而不是醫院的社工師，因為醫院的社工師對社區資源是根本不了解的。我們現在根本不敢想後面有沒有資源這個問題，不過內政部的委託單位傾向評估從嚴，希望未來要跟他們的補助扣在一起，可是這個部份我們是反對的。因為我們覺得你需求評估怎麼可以跟你補助扣在一起，那根本是兩回事，可是內政部是傾向做這樣的方式。

明宜老師：這也是我們擔心會變成最右邊或是右邊第二個的路線，因為如果照嘉蕙講的官方觀點，如果能夠扣好是最好，但容易會有爭議，如：你評估的方法有疑義，不是以最標準的方式去評需求的領法。可是你若要把標準弄好，或許過十年、二十年都還無法弄好。現在回來職重，我們很希望能夠走中間那一條路線，可是擔心沒有辦法。其實那天南區焦點團體也沒有結論，擔心法律位階的問題。如果中央政府機關的看法是有那碼一定有相對服務，那完了，職業重建就又回到先前沒有職業重建系統的時候，你有來就要提供服務，就算我評估這個人沒有就業力，也是要提供服務。除非是他允許我們職業重建再重評，以我們做的評估為主。雖然先前講得很好聽，我轉給你們自己再做，希望如他講的，只要轉給你們做就好。個人各自畫自己小地盤，對我們而言會與現在運行方式沒差太多，可能的好處是個案不用去找了，職管員只要在家裡等就有收不完的個案。

麗娜督導：不過他只要轉過來我們職重個管就會服務，所以也沒有違反。

明宜老師：有個不一樣，是變成強制接案，不適合的可以轉介出去嗎？

嘉蕙總經理：我覺得就像法規說只要評估有需求，我們不管社政、勞政、衛政，都要提供服務。現在就很擔心社政那邊誤判，他判有需求，那我們這邊變成是說我們評估可不可以推翻你呢？

明山執行長：我建議我們還是提供服務，只是我再重新確定你的判斷是否適合我的服務。我服務完之後為什麼會轉介出去，是他有個別需求是沒辦法滿足，所以再轉介去。

嘉蕙總經理：你要再去RUN這流程，因為是社政認為這個案有d850的需求，我們這邊評估暫時不適合，是需要社政服務的話，這個回流的流程他要認，不然會卡住。

明宜老師：南區那邊是聽種子教師說，鑑定碼不能改，要改也是五年後。現在因為法律位階，你只要有那個碼非收不可。

明山執行長：哪有這種可能。

嘉蕙總經理：如果收了我們覺得不適合，他必須回社政。

明宜老師：現在就是卡在那裏。如果那條線可以回去就不會有問題，但照目前機制是沒有。如果中央認為這碼定了五年內不能改的話，我們無論如何都要去加入編碼團隊。

明山執行長：我反而擔心加入社政需求團隊，因為問題會更大。如果我們派職評員去當團隊，評有就業需求，那職重怎麼安排服務流程呢？是依照職重服務原有的服務，還是依照社政的需求評估？我們派進去的職評員會懂縣市所有的服務項目與資源嗎？而且如果是這樣，職重就更沒有不服務個案理由，接著職重就得要另想不同的服務流程。

明宜老師：理想狀態是不管誰編碼，進來專業評估是專業團隊最大，可以再提出申訴修改的話，是我們覺得最理想狀態。老實說職業重建很年輕，不是很堅強可以經大風大浪，所以如果能夠照這樣弄對我們

影響會最小。

明山執行長：我是從專業服務的角度出發，任何個人不可能命令另一個專業人員一定要做什麼，以人的服務來說絕對不可能。比如說醫生判斷我應該要去做復健，復健部門是否一定要收？收完之後可能有很多狀況，復健一定要留在復健科嗎？不是，我可能不去做復健，我自會評估是否要接受醫囑，我也可能會跟醫生講我不願意，或我到其他的醫院再看一次，也可能復健一段時間後又到其他醫院。所以依社政需求評估，然後指定一定要勞政後續服務，從專業服務的角度上不可行。

明宜老師：你講這樣沒錯，但現在制度就只有寫到：碼下去，然後做。

明山執行長：沒寫也不見得按照你的位置去定位，沒寫我也要依我的評估提供服務。

明宜老師：之前很多人想搶鑑定市場，聽到所有的碼編好才四百五，很多人都跑掉。

嘉蕙總經理：真的，如果你評一個四百五，也沒有人要做。

明山執行長：我也擔心我們如果去參加社政需求評估，實務上可不可能做得到？有沒有那麼多人力？因為光台北市十一萬身障人口，台北縣變十三萬身心障礙人口，要多少人力是問題？經費也是大問題，那位加入社政評估團隊的人，他的錢要誰編預算？一旦參加，整天、整年、甚或好幾年要在進行，這預算難道要勞政出？

明宜老師：另外一個是醫院要不要聘職評員進去評這個碼？

嘉蕙總經理：可是醫院也不會聘。

明宜老師：除非他的量大到一定程度。

明山執行長：所以我的想法是，這一關千千萬萬一定要守住，不要變成我們要派職評員進去團隊，那會死得更慘。萬一找不到職評員，可能是沒有相對的pay給他，結果就是用職管員，因為我們現在要求職管員都要上職評員的課。假設我們派職管員評估，那我現階段職業重建制度就完了，因為人整個被吸納過去。

明宜老師：如果照這流程圖，侯科長你們要守住最右邊第二條的線路。可能要跟大家講，編碼之後還是玩舊規則。某方面講我們浪費這幾年。

侯科長：跟之前制度一樣的

明山執行長：但是跟現在制度也不會完全一樣，因為你需求人數一定會增加。第一個我們沒有要進團隊，所以他評出來的需求一定會大走樣，很多人就會來我職重櫃檯。我們職重櫃檯就要應付這些人，所以我要更多的職管員來因應，否則就沒有辦法。

嘉蕙總經理：非常有可能，原來內政部非常期待d碼要跟現有的補助卡住，原來法在訂的時候是理想，希望身心障礙者有這樣的需求他就有這樣的服務，可是現在社政單位從中央到地方都擔心他們會破產。他們很希望de碼可以卡住你得到這個服務的資格，甚至希望年金濟條件也可以在這裡卡住。如果是這樣子，很可能很多個案會跑到我們勞政這邊，我們要去考量回流評估的機制。還有我們職管員很顯然是不夠的，我們要怎樣去盡快改善？最快就是說看目前這幾個試辦縣市的經驗，不過因為現在試辦他還是用比較多的能量跟資源。

明宜老師：這影響到後面跟中央提出政策建議，我們要怎麼樣去預估推估以後進入勞政的人口增加還是減少？增加多少？至少從四個試辦縣市去研究。

麗娜督導：像剛剛明宜老師提到的部份，到底這需求量有多少，也是我們目前勞政在看的。以目前台北縣一個標的物可能是職災勞工，職災勞工沒有拿到身心障礙手冊，但領有傷殘補助的一年有一萬人。

嘉蕙總經理：失能給付評估的部份，一個是工作能力部分，另外一個是有無工作事實；但在評估之前都希望傷病勞工能作職業重建，所以人數是會更多的。但是現在不知道走向，而且我覺得他才剛試辦，年底時是一個契機。因為他現在所抽取的人是原來有手冊的，所以我們先從有手冊部分開始，如果已經在接受我們勞政服務就不算，所以試辦的勞政單位是要先勾選以前已經接受過或是正在接受的，這些人不算是增加的案量。增加案量是以前沒有，或者是現在沒有接受的，經過這ICF鑑定進來需要做職業重建部分。我覺得這樣的個案你需要先抓出人數占了百分之多少，才能推估未來增加的量。

明山執行長：我覺得量不管怎樣推估都很多，一定增加。你看需求評估假使不是我們真正去評估工作需求，像大溫暖、以工代賑，基本上問他有沒有需求？「有」，你想不想要工作？「要」。他們團隊沒有辦法像我們職管員評估工作意願、能力、需求做這麼完整。就會如檢核表，你想不想要工作？想、要，所以這一定會增加。增加百分之多少，我們初估不要多，如果是五分之一就很可怕。

明宜老師：問一個現實問題，明年縣市要自籌職業重建經費，這樣可以嗎？

侯科長：我們還是訂今年一百五十萬，一開始適用自籌的概念，你需要執行的量大，你可以編多一點，我相對補助的高，補助額度不一定低於一百五十萬。

明山執行長：自籌越高變成補助越高。

明宜老師：這要縣市政府要有辦法規劃，我現在擔心有些縣政府沒有概念，連自己需求都不知道，他連自籌都不會。我實很擔心明年遇到縣市政府說來不及規劃，要怎麼辦？

侯科長：因為我們截止日期是七月二十號，現在其實已經有些縣市回來。如果有不會寫，可以輔導他們去寫。

明宜老師：有聽說大家擔心101年沒有辦法辦，可能要往後推，但只是聽說而已。

侯科長：立法院修法才有用。

嘉蕙總經理：不是我們怕，社政更怕。他五十條、五十一條的內容都還沒有出來，項目要配補助項目，這部份通通沒出來。在內政部吵過一次，他們也不想定也不敢訂，回到地方政府，地方政府就開始罵中央，你們訂這麼多你都不看我們沒有錢。

明山執行長：不過聽說內政部醞釀要修身權法。

侯科長：我聽到兩種版本，一個是實施時程往後挪，把身權法對身心障礙者的定義要重新修正，他是因為身體性能構造有損傷不全、有影響他活動參與造成障礙的話，經過團隊的鑑定評估，才能決定他成為身心障礙者，這是第五條的定義。第六條在受理申請者辦理鑑定時，指定相關機構或是專業人員團隊鑑定，完成鑑定報告，鑑定報告完成之後在第七條，送到主管機管，受專業團隊進行需求評估，評估若評估合於規定，他的類別、程度還有家庭經濟，照顧服務需求、成人需求、社會參與跟綜合評估之後，他是身心障礙者。看起來邏輯是我先鑑定完再交到需求評估，是不是因為這些功能的偏移或是喪失造成障礙者，確定障礙才有後端給予你就業資源或是福利的資源、一般支持的協助，概念是這樣。現在的做法是衛生署規劃bsde碼在那邊完成，他評完之後，內政部現在做的需求評估是

什麼？內政部的需求評估如果不是家庭需求、照顧服務需求、生活需求與社會參與，他怎麼承認他是障礙者？他評估完的資訊沒有辦法改變衛生署的評估，沒有辦法變更表示衛生署做完就已經決定他是不是障礙者，現在做的需求評估只是在第五十條、五十一條該給他多少資源。如果是這樣，內政部沒有辦法決定他是障礙者，他只能決定該給他什麼服務而已。如果是這樣的話，照理說我們從頭到尾都不需要加入，他要給他什麼資源，跟勞政沒有關係，我們應該是在衛生署做bsde碼參與。但更奇怪的是第七條，他說到依鑑定報告作需求評估，因為衛生署已經做完了，需求評估就沒有辦法做。所以我聽到的版本是說內政部現在想要修的身權法第七條第三項經評估合於規定，這段直接拉到第六條去講，衛生署做完bsde碼直接決定他是不是障礙者，所以他要把這工作推給衛生署，他純粹做需求。

嘉蕙總經理：那跟現在有什麼兩樣？只是把十六個障礙類別分成八項。

侯科長：所以衛生署就很頭大，做不來de碼的部份，因為生活參與不可能拉到外面去做，因為以後鑑定方式會採取兩個階段，bs碼給醫師，de碼是他機構內其他醫事人員。他們這一次要去日本看一人評估的模式，把成本降到最低，一個人就可以做完需求評估。當初我在那會議說，如果真的要採兩階段，而且都在你那邊做，偏向在機構內評估，真的有需要才會拉到申請者的住居，去看他的環境參與。所以那天我就說，如果你們要這樣做，如果申請者有就業需求，在第二階段麻煩讓我們職評人員進去，他說原則可以。但我在想這應該不太可能，他能簡化就儘量簡化，就變成在就業部分的編碼可能無從判斷。所以我們現在的做法，如果申請者有就業端的需求，你的評估人員至少要接受過職評人員相關訓練，或是職重相關訓練。

明宜老師：如果這樣的話，請不要用162小時訓練。這樣太少，要給他什麼特殊訓練課程。

嘉蕙總經理：我覺得沒有必要弄那麼詳細，我覺得你要確實告訴他們怎麼轉介，向醫院的社工師與治療師你做這樣的宣導，跟他們講要什麼叫做職業重建，什麼樣的個案需要職業重建，我想這是我們未來三區裡面要加的課程。

明山執行長：我的訊息跟侯科長是一致的，我知道他們去看日本的一人評估方式。衛生署自己已經有立場，未來就是要採用日本檢核模式。你可以想像鑑定出來的結果一定跟現在一樣，你在醫院做完以後，需求就各自帶。我唯一跟科長不一樣的是他希望我們職評派到那個團隊裡面，這點我比較保留。假設我職評進去那邊，人力經費的問題就大了；與其跟你一起審，到不如勾一勾有需求帶過來，用現在的服務系統來做評估。

明宜老師：我是覺得明山你把他切割，如果這邊只是要求他評的人要有職評專業，那就不要把他等同於職評人員。

侯科長：我們有給內政部與衛生署說，職業評估專業人員比較傾向的方向是屬於職業重建個案管理員。其實我們覺得職業重建個案管理員在整個評估跟鑑定流程可以掌握較完整的資訊跟資源，所以我們也有要求職重個管在最近這兩年一定要受完160小時的課程。

嘉蕙總經理：如果內政部要修法就把他修掉，就把職業重建管理員放進去，在當時並沒有職重個管。

麗娜督導：可是後來我們有職重個管變第一線，跟其他連結部分，這也是對職重個管繫以很大的責任。

明山執行長：所以我才大膽預測未來我們台灣職評員的數量跟需求會大量減少，未來存在不會是職評員存在，是職重員。但是未來職重員的整體規劃跟需求不明確，勞委會要對職重員的發展規劃、人力配置跟專業要有更長遠的政策出來。如果持續用現有模式，沒有辦法因應未來的需求。

嘉蕙總經理：職評員現在是變成專業評估，變成職管員在判斷某些向度時的支持專業。至於這個時候你不見得轉職業輔導服務，你甚至可以轉給其他專業人員。要給職管員一些彈性運用的錢，可以購買這些服務。

明宜老師：目前職管員可以去購買服務的好像只有台北市。但是如果要職管員能夠判斷怎麼購買或是有些成效的話，現有的36小時訓練是不夠的。

明山執行長：要看其他配套措施，我們有個案委託方案才可以購買服務，假設沒有採個案委託服務方式就不可能做到，像現在庇護性工場就不行。

嘉蕙總經理：現行辦法要把縣市政府職管員跟庇護工場或就服中心職管員要分開。

明宜老師：名字完全一樣會搞混。

嘉蕙總經理：位階訓練都不太一樣，受訓一樣會完蛋，所以一定要分開。就是你就服中心跟庇護工場、職訓中心裡面的，你就不要叫職管員，叫個案管理員或是其他，不要叫一樣的名字，會與縣市政府搞混。我覺得縣市政府的職管員受的訓練是要比較有深度的，比較多元的。

明山執行長：職業重建管理放在哪個地方，因為現在台北縣委託民間去做，我也在觀察他們未來若賦予公權力購買，他們職管員的位階角色放在什麼樣的位置上。假如我是受委託職管員，我可不可以用，這部分公權力可不可以委託職管員，給他經費去買其他服務。用買的服務問題就來了，你要監控那個服務。

明宜老師：這是一個很有趣的點，是說在國外職管員其實都是有點公務員的身分，直接就聘於縣市政府，我們現在委託方案變成一個機構在弄。

麗娜督導：我覺得有一個部分要回歸到縣市政府的人力編制，這部分是沒有辦法去變的。

明宜老師：也跟國內縣有的縣市政府編制概念不一樣，一般縣市政府編制以行政人員為主，現在是專業角色，那種專業角色要拿去跟縣市政府組織內談，縣市政府也是會覺得很奇怪，既然是我聘就要做行政，所以那角色其實很難切割。

侯科長：要人很難。

明山執行長：這是矛盾，其實你看以現在我們職管員都放在台北市政府本身，所以我們職管員要購買每一個款項都要正式到科長級、首長級蓋章才能購買，所以對內部來講我們有行政體系層層控管，甚至我們會會計會審錢怎麼用，對購買服務的明確性，權力上與行政上都OK，因為審計監察我都沒有問題。但如果像北縣委託給民間機構，例如他委託給心路，心路職管員再去跟自己組織購買委託服務，誰管控他購買夠不夠、多少錢？或是心路願不願意購買伊甸或是購買育成的服務？問題來了，誰要去監控？你是事後核銷才會知道。購買的公正性，購買的必要性你會被質疑，監察、審計一定會來看你這一塊，最容易出問題是這一塊，你這個案為什麼跟他買這麼多，這個個案為什麼買這麼少，問題就來了。

嘉蕙總經理：到時候你說那個被委託的民間單位會有事嗎？

明山執行長：一定會有事。

嘉蕙總經理：比如說民間聘的職管員來來去去，到時候有責任的是誰？會不會回到他的身上？

明山執行長：行政部門縱然沒有問題，審計也不會跳過你，到時候合約一定會定得很清楚，有問題被委託的機構要負全責，行政角度上這是要解決的困難。但如果是在政府的職管員購買服務，人力編制員額沒有辦法解決，職管員人力不足，沒有時間做很多仔細評估了嘛！那麼職管員的專業內容是什麼？只剩下行政購買權囉？

嘉蕙總經理：他還是要做需求評估。

明山執行長：做不到，因為實務上做不到，量大到一定的程度，假設一萬名身障來登記服務，要職管購買服務，難道我要變成waiting list？

明宜老師：明山你講得有可能是現實面，從專業角度還是會去對抗他，變成說你如何運用你專業角度說明這個人用一百萬買服務，這個人兩百萬，這個人只有一萬，一定要有一個正義存在，你要正義存在一定要評估。

明山執行長：但是在縣市地方政府基於人力不足且要滿足個案的需求，能不能做專業這是另外一回事。臺北市現在職管員有十五個，服務的容量只能有七百多個，假如突然爆量來了三千多個，要像現在做到仔細評估，作得到嗎？加上個案來陳情怎麼可能作得到？

嘉蕙總經理：如果不行你就轉給職評做評估。

明山執行長：職評一樣，三千個你也做不來，

明宜老師：明山講的例子像是現在比較貧窮的縣市，比如屏東前一陣子有短期就業專案，政府首長直接叫職管員作，對職管員來說，這些又不一定能寫在自己的案子，但是要做。職管員不能做就要看就服員，就服員也一樣，也不能算在她的案量。所以這是很奇怪，他做很多很忙，可是案量很少。我知道這是現實狀態，我覺得這還是要解套，我先拉回來，現在再講下去我們會講到下午，都不會講到ICF。

張或老師：關於需求評估，其實我覺得不管你要給他什麼都要做需求評估。從去年度開始做研究時，我們就對身心障礙者職業重建服務的需求評估的部份，還有他就業能力評估的部份，發展一套的量表，裡面是參考ICF跟參考澳洲的問卷，校正我們原先的2-1，或是3-1裡面案主評估的部份。我們有參考把skill的部份整個拿到，從最輕微到嚴重都可以評估。我們現在做這個量表直接用在聽障部分，為什麼挑聽障，有個好處是從嚴重到輕度都有，不是像智能障礙全部偏到最嚴重部分。所以ICF來的時候，說他有就業需求想要做職業重建服務，我們一定要先決定他適不適合？如果適合，當然是做你的需求是什麼？雖然聽起來好像是兩個階段，其實你要證明他需不需要已經在做能力評估，兩量表一模一樣。這時候不管在任何階段你覺得需要專業評估，或者是說某些項度不是很清楚，像很多專業能力不是我們職管員當場可以評出來的，需要較長時間的。我想未來職評的角色會是這樣，他就會變成職管員沒有時間做某些測驗的時候，或者需要實際現場做但是職管員沒有辦法做時，職評員就是分身。或者是說你對生理條件非常不了解，你可以購買，我們講職評原先的概念就是一個團隊，並不是一個人。所以像我剛會講到購買這一部分，因為你變成要在醫院裡面去購買其他服務，但是ICF到底給於我們什麼樣的提示，當初我們在做這個評估表時，在三區聯繫會報的時候有被質疑，你跟ICF有什麼差異？我們那時說如果ICF得來資料夠齊全，直接填入，但是如果不全，自己評。對需求評估，職管員一定要做。

明宜老師：你說四月十五日那一次的東西嗎？

張或老師：對，因為去年度已經決定項度，今年度是整個量表都出來，今年已經在試辦。需求評估評量完畢後，區分哪個比較需要很多很多服務的，有些是比較輕微服務的。因為有些個案只是需要一般服務就可以，評量完畢很快速分流到一般服務，有些則需要支持。所以我覺得未來需求評估是非常非常重要的項目，裡面有些項目沒有辦法做的時候，不妨轉介其他單位做其他評量。現在需要在很快時



間完成初評，但是未來有些個案的評量是需要等待其他專業幫你評完後，再回來做計劃。

明山執行長：像美國那邊大概有60天的評估時間，做不來就等待，半年通知一次。

張或老師：我們期待ICF能給我們詳細的資料，因為ICF裡面很多項度我們其實是可以用的，但是如果照現在這樣，我還在期待最後版本出來會怎樣？

明宜老師：我們來摘要一下，感覺這裡的共識是我們專業自己發展、自己來做，不一定需要參與鑑定與需求評估。我不知道各位是不是跟我有一樣的想法，現在是該把表格重整的階段了。

嘉蕙總經理：我覺得我們職重系統裡面其實都有ICF概念，可是我們統整部分跟他們不太一樣。

明宜老師：我另外要講的是說，我們發展歷程智障者相關服務最早，所以我們一直脫不掉那個影子，其實現有表格對於大多數輕中度的個案來說沒有區辨性。對敏行老師負責的職管工作手冊有很大的預期，希望他們的指標不要太著重於哪個障別，而是可以廣泛性適用。

嘉蕙總經理：我也一直跟三科說，社區化就業跟庇護部分能不能統整成一個評估的系統？不然你現在把它分開來，對於評估人員他會有個困難，他區辨度也不夠。

明宜老師：如果表格跟系統整合運作真的有困難，是明年研究案在處理嗎？

侯科長：現在應該還好，等敏行老師職重手冊出來後，再改現在系統的欄位跟表格。

明宜老師：我跟大家報告一下問卷調查研究數據，我們母群不夠好，職業重建專業人員只有19人，非職業重建專業人員是12人，學生跟其他加起來有29人。曾被質疑過，不應這樣用ICF，但如果我們非要評需求評估，我們就必須要去查這樣的指標。所以我們問的第一個問題是，你覺得這些d碼或e碼哪些是就業的先備條件？第二個問題則是這些先備條件的重要程度？我們是使用WHO網路的檢核表的，有些指標比較簡短，職重核心碼有更細的指標。問卷調查的結果，在d1有關學習運用方面，是屬於高階認知的解決問題；在d2任務需求，是從事單項任務，至少可以把一事情做出來；d3溝通的話，主要能夠產生非口語訊息，其次是接收別人口語訊息；在d4行動方面，就只有在使用運輸工具部分；d5自我照顧，我們一直著重在BADL的部份，著重個人基本衛生，上廁所、個人穿著。也發現專業人員對於個人健康、居家生活較未注重。d7人際關係的話，出現兩個，一個是基本的人際互動，另一個是正式的人際關係；然後在d8主要生活領域，大部分出現學校教育、學徒、有報酬工作，基本經濟交易；d9屬於公民生活面的也是全部沒有出來。在輔具的部份，著重在國內熟悉的輔具，不管是室內個人行動或是溝通輔具、建築物無障礙空間；自然環境是沒有出來。支持關係主要是核心家庭、朋友、還有熟人，其他包括醫療健康專業人員或是其他專業人員。態度部份是核心家庭跟社會，個人朋友或照顧者是部分出來。以及最後法規政策的部份，包括住房、通訊、運輸、法律、社服機制，都會支持，健康教育勞動等等。我發覺不知道是因為我們的訓練是比較社會觀點，還是我們真的覺得不足，才呈現這樣的現象。上次南區焦點團體問我那跟世衛組織的核心碼什麼關係？因為用綜合核心碼幾乎沒有差很多，我用簡短核心碼來比對，國外的專家跟我們臨床本土人員還是有意見上的不同。比如說d1的部份，發現所出現的是習得技能，也是處理比較複雜的學習事務；d2的部份，是看你能不能承受壓力；d7人際互動的部份，是複雜人際互動。在e的部份，家人與權威者的支持會影響個案就業，此外還有健康和勞政政策。所以某方面，國外職重也是呈現這些人不能就業是跟社會環境等等有關的。我國臨床人員的觀點跟國外目前還沒有經過驗證的核心碼有點呼應，但又不大一樣；可是若放寬到綜合碼，其實就沒有差距。不過我們會指出這些，就如同北醫去做評鑑會去評核心碼，如果有天我們要去評個案是否需要職重服務，我們該用哪些碼？不過就算是這樣，上次滿豔老師也批判過沒有個人碼，我們都知道身心障礙者能不能就業個人因素影響很大，這是現階段ICF沒有考量進去的。如果你真的要考慮到p碼，可能需要有一段長期研究，才能決定p碼是什麼？不過後來有個問題，就算我知道核心碼，我應該怎樣去評估才是合理的評估，這是

目前還未有人真正在做的。

嘉蕙總經理：不過我覺得很有趣的是d5為什麼不是核心碼，對就業權力的看法跟支持的程度是有國情上的差異。

明宜老師：我在想他們會不會覺得那是一種先備能力，不算在核心；核心只是在看就業最重要的功能要求。

嘉蕙總經理：我是在想他們會不會覺得就業是每個人應有的權利，因為他們給的支持跟輔具是比較多的。

明宜老師：我現在無法揣測。回應你剛才說法，每個人應有的權利是社會主義的想法，從醫學背景的看法並不覺得那是你的天賦人權，可是社會學觀點會覺得你什麼都可以試。制度要怎麼做就要看國家。

明山執行長：可能北美的福利比較重視人權，如果只要身心障礙者每個月可以領6百塊美金，不工作就可以有生活費，那幹麻工作？你要工作可以，但是有規定，假設你月薪可以拿到九百塊美金，給你的六百塊津貼會減少，變成可能只給你五百塊，你加九百就有一千四。所以他是配有配套的。每週工時一小時、兩小時，就算是工作了。

明宜老師：我們南北區的焦點團體都傾向走舊制，這樣問題就不會難以解決。又都建議要後續的研究，幾年內把現有的系統跟ICF連在一起。

嘉蕙總經理：我在想說以後有更多資源來做這個部份，就可以再進一步分析。不同的工作人員，不管是職重、非職重或是學生，大家背景不同或是服務不同障別，抓出來的東西會有些小差異。我剛看學生真的蠻重視聽說讀寫，可是我們服務智障就覺得這並不重要；可是聽障又很重要，因為他們的工作可能會屬於文書類。可是我們智障很少做文書類工作，我們都覺得這個不重要。

明宜老師：我想日後需要搭配勞委會對職重專業人員的培訓，等陪完訓再發這個問卷，才能夠比較有意義。資源面剛才大約講過，大家都很有意資源面，可是大家都不敢碰那問題，因為現在沒有。所以侯科你們真的需要輔導團隊，縣市政府不是每個都像台北縣市那麼有組織。有人曾經形容縣市就像諸侯割地，我覺得形容得非常有趣，大家照縣長人馬做事，跟專業無關。如果真的要縣市首長願意配合一定要評鑑，可是評鑑身就組還在修。雖然上次南區焦點座談有代表說要有職重的評鑑，要強迫他們更往專業走，這跟中央很多政策有關係。

嘉蕙總經理：是不是組織法改了之後，就沒有身就組了？

侯科長：沒有身就組，但是業務會在。

明山執行長：組織不在之後，主管是誰影響很大。像現在臺北市身障就業科可以往上簽，其他科要不要同意你，就得要協調，不是一個科就能決定。勞委會身就組這麼重要，全國ICF訂完後，中央勞政主責單位就不見了，一定要倡導。

明宜老師：繼續我們的討論，我們勞政資源不夠是不夠，但可以不跟ICF掛在一起。

明山執行長：不過我覺得整個制度面要改，像職管員評估完後才去購買服務，所以整個制度在資源創造面要購買服務。

嘉蕙總經理：職管專業的質跟量一定要出來，不然大家還是會質疑職管員的專業判斷。此外就業服務的多元性不足，這是很嚴重狀態。現在是講案主的權益，可是大部分縣市都只有社區化就業服務，庇護性就業少之又少，社區化就業的案量又很大，你要12個支持性就業案量，每一個又要密輔兩個禮拜以

上，會變成就服員挑個案挑得很兇。就服員每一個月都至少要輔導一個個案在線上，那就服員能不挑個案嗎？他一定挑。他挑一定會跟職管員專業上有衝突，即使職管員覺得這個案需要被陪伴，需要用比較密集的支持，可是就服員就覺得我有案量的壓力，我怎麼可能？常常發生把個案拒絕掉的情形。

明山執行長：所以說資源可不可能變成購買服務，職管員手上有很多資源就可以購買不同的支持服務，按照個案的需求購買各式各樣的服務；個別購買，不要是那種開班式購買。只要制度改變，民間提供者的市場就跑出來。職管員的部份當然也要改進，現在有關認證、薪資、人才培育的規畫都不足，這要有長期的規劃。到底未來要因應多少人口，配多少職管員，職管員的專業程度要到哪裡，專業證照要怎麼作，未來需要職業重建發展的相關藍圖，這些需要做一個建設計畫，讓人力能夠提升增加，專業提昇。

明宜老師：這點還是會去參考美國如何是放在公部門，一個專業人員級制。

嘉蕙總經理：社會局的社工室不是人員編制也很多，家暴中心也是阿，他們都是專業編制，專人專用、約聘僱，可是他也可以解決人員編制的擴大大性。

明山執行長：社會局在我們組織修編時，增加很多中心。只要有中心，組織的配置下來就有人員配置，可以自主提議會這中心要配置五個或十個。但是員額編制就是這樣，五個就是五個，也不可能增加到第六個。你有中心出來，你有員額編出來。為什麼說我們的職重沒有員額，就是因為我們沒有一個單位出來，沒有職重的中心這樣的單位，所以就編不出員額編制。

嘉蕙總經理：如果我們修法呢？說勞政機構要訂一個職業重建個案管理中心。

明宜老師：現在各縣市都有職評中心，只是把職評中心改成職重中心。但現在很多職評中心都委外，之後不能委外，要隸屬在縣市政府才行。

明山執行長：這是要像社會局設很多附屬中心，才有辦法這樣做。像我們這中心真的很特別，現在在組織定位上是單獨成科，編制式85人，外為身障就業科。這85個人含約聘僱，含身障就業基金僱用，這85個不包含勞委會補助的人，所以是85外加。所以我才一直跟松延科長爭取35%全額可以用人事費。人事費的編列方式，是不可能編出65%人事費。沒有員額，也編不出來，沒有員額就沒有科目。所以現在的作法便只有依賴中央全額補助，才可以用85加6、加7或加8，這是法規限制沒有辦法突破。101年中央給地方政府部份只剩下百分比補助，一樣道理，本市社區化沒問題，但是要給我補助的35%讓我可以聘就服員，這是因為委託民間才沒有問題，如果是聘在本局就會有如上的問題。

嘉蕙總經理：在就業服務的部分第三 四條有提到，勞工主管機關對有就業意願跟能力，不足以在競爭就業市場工作者，應依其工作能力提供安置訓練，或其他工作協助等支持性就業服務。所以我會比較期待中央，能不能把其他支持性就業服務更具體化。各縣市實務單位不是不行，民間也不是不知道需求在哪裡，可是因為縣市政府沒有資源出來，民間團體大部分是資源取向，你政府沒有像這樣的職前訓練，職前工作適應等等這樣的資源出來，我就不可能做。可是政府釋放資源又限定模式，像限制你只能團體，而團體是只能八個人，就卡住很多個別化就業服務需求對象。

明宜老師：幾年前美國的勞工部開始推faith group，它有幾個特性，第一，一定在社區內，第二，有點像是個案委託，這個人包給你，有一套個別服務計畫，每年你依照個案的特性寫一個計畫。你一年最多可以服務多少人，就補助多少錢，有點像是明山講的員額委託。這樣可以脫離嘉蕙講的團體統包，而是個人個別化服務，又是就近在該人的社區；他們過去五年常常有很多方案是鼓勵社區的團體來申請這種小方案。

明山執行長：依美國、澳洲目前的經驗，政府要購買服務都是要經過認證，不必再經公告委託的程序比較單

純。例如有一個單位叫做CARF，委託它去做服務的認證。只要想標政府單位的案子，就要經過CARF的認證，政府就直接跟你購買服務。這樣就更快了，我可以跟你談我要什麼服務，你經過認證有品質我就直接跟你買，不需要為你個別方案審資格。臺北市現在個案委託都要花很大的力氣做前端資格審核。

明宜老師：台灣現在才開始在做。大學評鑑，還有醫院評鑑是採美國的方式。

明山執行長：機構認證的制度改變才能徹底改制資源提供的問題，單位要去取得認證做好專業。

嘉蕙總經理：如此單位自己就會做好專業人員培訓的部份。要不然縣市評鑑會很弔詭，縣市希望能夠做到品質認證，定了評鑑指標；但又擔心要求太多單位會跑掉，所以又希望委員盡量打寬鬆。

麗娜督導：就第六題部份，對勞政來講，現金給予的部份是讓身障民眾最深刻感受的，你只要是有殘障手冊的台北縣民，你就可以有一個月三萬塊的房屋租金補助，所以我現在要領有一個證明，是要經過你們職重？還是職評？

明山執行長：ICF對現有的身心障礙者的福利是限縮的，例如現在每個身心障礙者都可以停專用停車位，未來聽語障者可能沒有專用停車證，這一點是很多身心障礙朋友沒有意識到的。教育部已經限縮補助對象了，身心障礙者或是其子女要去讀書，依障礙程度免學雜費，現在要資產調查，依每戶收入120萬為限，以上學雜費補助就沒有了；又如現在像每一戶車子免牌照稅，也已經限縮了，三千CC以上的沒有了，現在的福利在做資產調查已經限縮，未來ICF福利限縮會更多。

侯科長：像現在自立更生，我們做專業審查，我不是說你有資格就可以，我還要看你能力。

明宜老師：怕是衝擊面，都會區已經習慣既得利益者，不會去理解我應得福利的概念，所引起的民怨衝突。南部某些縣市還有個案每天就是要你去找工作，沒有的話要找立委，我要在哪邊跟你叫記者來，就變成勞工處處長親自下來安撫，指定職管員服務他。因此接下來幾年我們給予專業人員的培訓要包括衝突處理，如何去跟個案作適性的排解跟解說。

麗娜督導：在行政端部分，財源或是經費來源一定會有法規依據，會變成100年時行政端在分配資源上怎麼合作？而且本來資源取得只需要到鑑定，但以後需求評估也要納入。因為目前還不知道需求會到哪裡，在我們行政端很大的苦惱是未來面臨到的經費編列該如何編。

明宜老師：侯科長去打中央那個戰，還是得打，是不是那一群人編碼之後，就一定要。如果我們可以真的爭取到不用，變成是加強職管的功能，職管的需求評估對我們整個體系，怎麼分配變成專業人員來說，就會比較單純化。

侯科長：你們現在是在試辦ICF對不對，你們那個職評員是怎麼做？

麗娜督導：我們目前沒有，台北縣是用公部門的職管去協助需求評估，屬於專業團隊那一環。我們有跟他反應，職管是這時候要進來做？得到回應是說先再試做幾回，流程才會慢慢成熟。

明宜老師：侯科，有沒有可能跟內政部要到試辦案年底的結案資料，讓我們勞政做次級資料分析？假設他已經做好500份需求評估，我們再拿來做次級資料分析，推估身障者的勞政需求。

麗娜督導：其實它試辦的部份，我們也有考量到人、錢的問題，這出席費誰出，車馬費誰出？職管員本來在服務個案，被抽走去做需求評估，那他的個案怎麼辦？只能等在那裡，不然就是分散給其他人，分散給其他人就是大家負擔又更大，會影響服務的時日與品質？這是我們目前實際操作上有會有的狀

況。

明山執行長：社會局找我們談未來試辦ICF要合作，我跟他們說可以參加你們的會議，提供服務表給你參考，你就用你專業表格給我，有需求再回來我這裡評估，人基本上派不出。

明宜老師：因為時間也差不多，我做個焦點團體的摘要，感覺跟前一場的結論很像，殺盤推演路線部分是右邊第二個，雖然在法規上怪怪的，法規問題可能請中央盡量去捍衛，我們會來寫這樣的結論，搭配這樣路線後需要的配套措施，以這種路線我們專業跟ICF掛鉤會最少。變成這人有需求，轉介來職重系統，進行我們內部初評，照我們原來制度走。把我們職重表單等等改得有ICF的精神，相對有思考概念的一貫性。對職管的培訓要有完整的培訓，就服資源跟互惠制度的規劃，還有職評也會是相對的支持人力。照這樣的結論是跟美國現行狀況是類似的。謝謝大家給了我們很多資料。

附件四

行政院勞委會職業訓練局委託國立高雄師範大學辦理  
南區身心障礙者職業輔導評量資源中心  
99 年度「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
專家會議會議記錄

壹、時間：99 年 11 月 13 日（六） 下午 14：00～16：30

貳、地點：南區職評資源中心

參、與會人員：如簽到表

紀錄者：李春寶

肆、議程

一、主席致詞：略

二、工作報告：閱會議資料

三、會議摘要：

**王敏行所長**：在服務個案過程中，個案主觀有就業意願，專業人員如何判斷就業需求？需求評估階段要達成目的為何？尚須釐清。應透過較周延方式與時程，再告知個案其服務計畫與需求。

**簡明山執行長**：目前地方縣市政府若要加入評估團隊，其經費與人力可能有困難。在今年試評個案中可初步了解多少比例有就業需求，以目前台北市為例約有五分之一個案有服務需求，卻可能涵蓋現有服務個案數，需再釐清哪些是尚未服務之個案。若有轉介，個人看法可先寄問卷進行需求初篩，並電話聯絡邀其晤談評估。

**王敏行所長**：職重個案手冊中有包括 ICF 核心精神推廣，如：個案自主與參與概念。「是否就業」在方案成效的定義為何？以 ICF 擴充未來評估向度，制度是否也會改變呢！以 WHO 職重核心碼建立職重服務資料庫，對之後服務驗證將有所幫助。

**蘇昭如副組長**：我們也關心是國外應用與發展，但國外相關資料卻沒有太多發現，是否因實施 ICF 經驗時間太短、太少，或者 ICF 新制度在國外職業重建體系中沒特別影響與改變，也代表某種意義須在報告中呈現。

**王敏行所長**：ICF 核心精神與國外職業重建概念其實並沒有衝突，只是 WHO 將其推廣。國內因專業尚在發展，僅只有職業輔導評量訓練是生理-心理-社會-職涯之全人觀點來服務評估。

**簡明山執行長**：ICF 職重碼與職重體系相關連程度，須檢測職評與職重訓練是否符合 ICF 精神，讓彼此更加緊密。職評與職管人員評估若要呼應 d、e 碼，目前應緩一緩或調整現階段的評估。

**戴富嬌顧問**：內政部需求評估專員受訓內容與我們所需不同，需進一步了解其評估內容。

**王敏行所長：**ICF 所傳達核心應在專業間精神落實，目前觀察職業輔導評量報告中部分較缺乏家庭與環境支持度描述，但其他方面其實落差不大。

**蔡和蕙主任：**關於 ICF 鑑定與需求，96 年內政部祝科長有設計可回流重新評估的機制。有關勞政政策如何配套與因應，可從各縣市職重資源缺口如何回應 ICF 評估後職重需求供給面來看。

**賴淑華顧問：**因應方面在策略介入與成效評估很重要，專業人員須有共同語言。ICF 精神讓我們看到環境改變的重要性，過去雖然有職務再設計，但須在法規與政策規劃中建議，在第 46 頁第三點「依據 ICF 的 e 碼，進行資源連結與創建」中需要將環境資源檢視與專業人員訓練更具體寫出，如：如何以 ICF 架構發展介入策略與團隊分工。

**王敏行所長：**在第 46 頁第五點有結構的培育職業重建服務專業人力並建立專業制度，可檢視專業制度與服務上是否符合 ICF 精神。兩年前復諮所研究生有做過 ICF 簡短碼檢視，也可參考。

**蔡和蕙主任：**在第 46 頁第五點是否需修改職重相關人員培訓課程、折抵學分與在職進階課程，可試做幾個個案研究從職評報告並連結 ICF 編碼與需求。另在最後結論與建議中除對勞工主管機關、職重專業人員外可再增加，對未來研究上的建議方向。

**張瀚云督導：**若我們已經有 d、e 碼，職評人員是否須再重新評估？是否須發展一些測驗進行補強？

**簡明山執行長：**應去檢視轉介之 d、e 碼評估資料，實務工作中是否可被運用？或提供開案評估表給評估人員以利轉介品質？另在勞工主管方面應建議未來如何因應之人力與預算經費。

**楊茹憶主任：**綜合文獻回顧資料來會回應在第 36 頁最初探討三個問題，後面第 45 頁結論與建議可再針對這三個問題更具體陳述，我們接下來該如何做，國外若無更具體作法供勞政或職重參考，應在報告內容中寫明。

**戴富嬌顧問：**報告中有關鑑定部分可能要提出說明，及有關職管初評重點可加入國際驗證；另在 ICF 訓練課程須有階段性，第一階段是核心精神推廣，第二階段則可從職重相關表格帶動其服務。

**蘇昭如副組長：**有關報告中提到與衛社政協商與合作路線與把關底限，不容喪失職業重建專業的功能角色，要如何做才不會喪失須在報告中更具體描述。

附件五 針對 11 月 13 日專家會議職訓局初步書面意見與研究小組回應

職訓局初步書面意見	研究小組回應
<p>1. 所提出其他國家應用於 ICF 之情況，尚未見有針對應用於勞政之資料與分析以及各國之差異、利弊得失分析等，建議補充說明。</p>	<p>● 在初稿的 37 頁有說明，依專家座談會建議在定稿時(第 43-44 頁)更具體說明。</p>
<p>2. 已提出 WHO 公告之職業重建核心碼，及國內之 ICF 應用規劃現況，惟與建議書之預期成果所列包含「台灣職業重建服務相關學者專家、主管機關、服務提供者與其主管、和服務使用者對於世衛職業重建核心碼之應用」未盡相符，後續是否有相關的規劃作法，請補充。</p>	<p>● 在初稿的 36 頁有說明，依專家座談會建議在定稿時(第 46 頁)更具體說明。</p>
<p>3. 所提對 ICF 於勞政政策提出建議，多屬本會於 98 年 9 月 30 日提送本會促進身心障礙者訓練與就業推動委員會第 17 次會議所規劃之因應策略範疇，本案目的應在於 ICF 施行後勞政如何因應及需否改變服務模式等，並藉由所蒐集之國外經驗，分析建議我國最合適之運作模式，惟全案未見適合台灣模式意見分析，爰所提未盡完整，建議緊扣衛生署及內政部作法，提出國內爾後勞政運用模式。</p>	<p>● 在初稿的 37-39 頁有說明，依專家座談會建議在定稿時(第 44-46 頁)更具體說明。</p>
<p>4. 建議增加邀請李英琪老師參加或有所助益。</p>	<p>● 由於時程上來不及邀請李英琪老師參與 99.11.13 專家座談會，已於 99.11.15 寄發資料請李老師以書面方式回應對本主題探討之建議。</p>



## 附件六 「ICF 應用在勞政政策之探討」意見回饋 - 李英琪

一、 本研究中「基本就業力」是以「先備活動」假設了身障者的「可雇用性」為何。

以法國應用 ICF 在勞政政策為例：在 2006 年 1 月 1 日參照 ICF 進行「身心障礙補助與服務需求評估」新制前，過去一直以「可雇用性」概念進行職業評量，將身心障礙者區分工作品質為 A（進一般競爭性職場/給予一般性或社區化支持性就業）、B（進職業訓練，或實習，或訓用合一/即有進入競爭性職場潛能者）、C（進庇護工場/判定可雇用性無法提昇者）三類。若連庇護工場都無可雇用性，即由勞政決定誰應轉入社政或衛政安置。

然而 ICF 強調障礙是由人與其環境互動造成，不同工作需不同活動之「能力」外，還得視實際職場環境與職務分析，以及主管、同事、顧客對障礙者的接受程度（包括 e3 支持與關係、e4 態度）之真實環境中的「表現」。法國已於 2006 年新制實施後放棄以「可雇用性」決定身障者工作品質。

而是法國參照 ICF 進行全人需求評估，在各省設置身心障礙單一窗口，進行公部門跨部門間及地方公私部門間的資源整合，依障礙者「個人計畫」進行專業團隊需求評估，由特教、職重、社工等組成。所有涉及福利及支持服務的補助決定與財源皆來自「障礙者自主權委員會（CDAPH）」。研究法國 56 個省所設 56 個身心障礙單一窗口的經驗，我們可看見：人才資源夠的其中 25 個省一組需求評估專業團隊有 7~8 種不同的專業；22 個省有 5~6 種不同專業組成，資源最少的 9 個省則有 1~4 種專業組成。法國經驗應可做為成立跨部會工作團隊，以整合人力與意見之參考。

二、 勞政既然要負解決身障就業問題的責任，就要有充份的權力的角色。

若把就業年齡人口等同找勞政解決，那可預知在 ICF 實施後的結果是：衛政社政做完鑑定與需求評估，決定多少人口進勞政，勞政預算無限擴張買單，不但是勞政服務能量不足，更重要的是就業年齡層中不等於職業重建需求，有更多僅是生活重建需求。

因此，回看我國內政部堅持只針對身權法明文有規定要做「依需求評估結果」的法訂「福利」項目做評估，不進行跨部門整合，勞政方向不該是修訂身權法第七條，而是應「依法行事」要求落實身權法第五條，職重是專業團隊的一員。

三、 勞政參與在鑑定位置對實踐 ICF 精神的意義

參照 ICF 鑑定依據的是個人活動與社會參與功能限制(d 碼)，以下分別以肢障、精障、智障為例說明。

- (一) 法國參照 ICIDH-2 / ICF 所訂之法訂身心障礙鑑定標準，以肌肉、骨骼、移動損傷類別（即肢體障礙）為例：考慮的是個人日常生活自主性，和社會、職業、居家生活的表現 是否受到其健康狀況影響，由這四個生活領域面向決定輕、中、重與極重度。

- (二) 再以成人精神/心理損傷類別為例，其鑑定標準通則：以 20~45%失能率有藥物或心理治療後能僅能假定維持家庭生活與職業生活；50~75%失能率有藥物或心理治療，還伴有親朋的激勵，仍必須有家庭生活或/與職業生活再設計；80~95%失能率有藥物或心理治療，且有一位重要家人親朋的持續性激勵，不能在一般日常生活情境中生活或工作。
- (三) 按「比較台灣現行與法國參照 ICIDH-2 / ICF 之身心障礙鑑定標準」(李英琪，2010.2)，智能障礙成人(分主要與次要標準) 2 項次要標準中「與職業的關係」，指僅管工作有困難，但此人可被老闆、同事、顧客接受，直至在全部工作上都無能力/無法勝任，依此加權成人心智障礙程度。80~未滿 90%失能率(中度智能遲緩)：雖然此人需要被激勵/引導、協助與(或)監護，但其社會職業安置可以在庇護環境；90%以上失能率：此人在沒有他人持續性的協助照護下會置自己的生活於危險。即使是庇護環境下，其社會職業安置的可能性被評估為不可能，且語言(口語、非口語等)與自主性能力非常低。

由上可知，就業年齡的成人是否能參與職業生活在鑑定障礙等級是項重要指標，我國勞政應朝向參與衛政的鑑定階段，爭取 d 碼之職訓與就業活動與參與，以及職重相關 e 碼的評估。

#### 四、職重員的角色與功能

因應 ICF 新制，法國職重員除了陪伴個案訂定自己的職業計畫，主要扮演的任務功能如下：

1. 搜集地方上目標人口需求，認識處於「被就業市場排除」情境的人，進行其生涯發展的「質性」觀察。
2. 提出對這群人口的能力進行更正向的理解，聚集已操作觀察到的資料，找出地方上不利就業的環境阻礙因素，並提出去除阻礙應採取的行動。
3. 辨識在地方上能成功就業安置的變項/要素，以回饋 e 碼的介入方向，提出促進就業政策與預算規劃建議。

對「地方就業的環境促進與阻礙因素(e 碼)」的敏感化皆是職重員因應 ICF 而轉變/新增的角色功能。

附件七

行政院勞委會職業訓練局委託國立高雄師範大學辦理  
南區身心障礙者職業輔導評量資源中心  
98 年度「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
第一次工作小組會議紀錄

壹、時間：98 年 11 月 13 日（五） 上午 14：00～16：00

貳、地點：南區職評資源中心

參、與會人員：如簽到表

記錄者：李春寶

肆、議程

一、主席致詞:略

二、工作報告:閱會議資料

三、討論事項

提案一：有關 99 年度工作進度與工作小組分工？提請討論。

決議：

(一) 工作進度

月份	項目	說明
98 年 12 月 28 日（一） 2：00-5：00PM	復諮所 ICF 課程成果發表	邀請相關專家學者座談討論
99 年 1 月 18 日（一） 10：00-12：00AM	工作小組第二次會議	各組需交 5 到 10 頁之文獻回顧綱要，進行意見交流
99 年 1-4 月	預計每月定期召開進度會議	逐步完成主體探討之文獻回顧
99 年 4 月底	繳交期中報告	報告內容將以文獻回顧為主
99 年 4 月底 5 月初	開焦點團體會前討論會	擬訂焦點團體討論題綱、場次、與會人員等，預計舉辦 6-9 場次
99 年 5-8 月	召開焦點團體	透過焦點團體彙集意見
99 年 8 月	整理焦點團體會後相關資料	
99 年 9 月	針對焦點團體資料，進行討論 並完成期末報告草稿	
99 年 10 月	召開專家座談會，針對報告草稿進行討論	
99 年 11 月	完成期末報告，並舉辦 ICF 進階課程	

(二) 小組分工

徐淑婷醫師：將已經出版之核心碼中有關疾病特質進行分析—障別/核心碼篇

吳明宜主任：整理網路有關資料—網路篇

陳靜江副主任、紐文英教授：職業重建與 ICF 概念的比對—ICF 介紹篇、專業應用篇

賴淑華顧問：ICF 介紹篇

戴富嬌顧問、黃國裕執秘：評估工具篇

張翰云督導：環境篇

李春寶：收集五大結案報告、內政部去年與今年期末報告，並定期了解工作小組閱讀進度

(三) 未來主題方向

以職業觀點探討身心障礙者之需求評估與初篩指標，讓 ICF 精神融入職重人員發展之訓練。

伍、散會：中午 16 時 10 分

行政院勞委會職業訓練局委託國立高雄師範大學辦理  
南區身心障礙者職業輔導評量資源中心  
98 年度「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
第二次工作小組會議紀錄

一、時間：98 年 12 月 28 日 (一) 中午 14:00~17:00

二、地點：高師大活動中心六樓(南區職評資源中心)

三、主席：吳明宜主任

四、與會人員：

中心顧問：賴淑華、戴富嬌、鈕文英、陳靜江、徐淑婷、賴陳秀慧、張瀚云

相關單位代表：博愛職業訓練中心楊茹憶主任、伊甸基金會(南區)林美專區長

復健諮商所學生：范文昇、林雅玲、楊舒雯、連乙靜、謝佩霓

五、記錄：李春寶、林雅玲、楊舒雯

六、與會人員建議：(依發言順序)

**吳明宜主任：**

透過復健諮商所學生對於本學期 ICF 課程的整理報告，希望提供參與 ICF 專案的顧問對議題之暖身，並請與會人員對報告內容提供指正與建議。

**賴淑華顧問：**

針對「以各專業人員的角度來看身心障礙者需求評估之實施」中的特教人員角色部份，應該要評估的是目前的需求是什麼，而非之後的學習能力。

**戴富嬌顧問：**

有關引言人文昇所提及 ICF 目前沒有體工具施測部分，因參與南區職評中心 ICF 團隊，剛好閱讀的是工具施測部分，提供以下建議：

1. 已有文獻指出 OT 結合量化之工具來進行 ICF 編碼，雖剛在發展中，但人是多元的，此工具之發展是否會造成限制，有待進一步研究。
2. ICF 提供各專業間一個共通語言，但其服務理念與 RC 相同，兩者整體概念發展是一致的 (bio-psycho-social 觀點)。
3. 法國的 ICF 文獻中有提及編碼是編到第二層級，但對於身障證明換証部份，我個人比較悲觀，如果 core set 沒有出來，是否換証時間會往後延，仍為未知數。

**楊茹憶主任：**

1. 希望多了解職訓局在 ICF 的議題上期待高師大協助的部份是什麼？
2. 個人在看 ICF 簡報中，若在 b、s 架構上能再細一點會比較清楚。
3. 引言人文昇有以舉例方式說明 ICF 的實務應用，建議可以再詳細解說一點。
4. RC 與 ICF 的哲理概念比較上，較偏實務，在哲理上較無提及。
5. Core set 的章節還算完整，但希望多了解有觀核心碼已經有哪些國家在應用？
6. 針對專業人員角度部分：(1)身權法是 96 年修正而非 98 年；(2)有關提及身權法第七條，因該法條內容較長，建議於簡報中呈現能分開點，看起來會較清楚；(3)有關以專業人員角度來說明部份，建議版面能夠統一。

**吳明宜主任：**

目前只有澳洲應用 ICF 在身心障礙需求評估中，另外日本有提及如何應用於職評，但並未實地施行。

**林美專區長：**

1. 98年5月5日伊甸社會福利基金會印製的ICF-CY版本有勘誤表，若有向伊甸購買者可以索取。
2. 建議簡報頁碼可以編碼，若簡報共有15張，建議於簡報中可以編碼，例如：15-1、15-2等，提供建議時會較清楚。
3. 活動參與有關能力部分，假設環境有特殊衝擊或不是標準化環境，如何比較？
4. 針對較具代表性之多類障別中先去編碼，當成範例(包含就學、就養、就業等)，是否會較容易？
5. 參與核心碼之研究人員是否皆偏醫療人員？
6. 取碼部分是誰優先編碼？誰決定編碼？
7. 特教人員雖說是學生的個案管理員，若是這樣認定，建議要往此方面邁進。
8. 若已有60多個國家編碼，建議可以依該分類去分類，偏長照或是其他福利需求等，找體質與台灣相近的比照。

**張瀚云顧問：**

1. 針對佩霓部份，各專業評估的優缺點中，所報告的專業角色，如PT、特教師、職評員等，這些角色不足以代表全部的職重人員；特教師部分可找不同的文獻來呈現。
2. 在有關RC與ICF哲理的比較，應多點資料來論述

**陳靜江顧問：**

1. 在介紹ICF時，可強調為什麼要有ICF，例如，對健康的界定有什麼不同，或是出了什麼問題，而有ICF呢？並可說明ICF的架構可行嗎，如何來行？
2. ICF與RC的比較，這樣的比較方式很好，是一個起步，但可另外從個案管理、獨立生活等方面來看。

**鈕文英顧問：**

1. 報告的呈現，可由源起、因應、趨勢或脈落等方面來多做介紹。
2. 特教定義也逐漸從單一走向多元分類系統，與ICF的精神類似。

**賴陳秀慧顧問：**

1. ICF全人觀點好好實行，以免在101年上路時，違背原本的精神。
2. 透過此次茶會也讓我更認識ICF，另外可以再思考RC教師該如何準備教學。

**徐淑婷顧問：**

1. ICF的編碼究竟要為鑑定，還是需求呢？
2. 核心碼有更核心的部分，應與實務蒐集相關資料。

七、散會：下午：17：00

行政院勞委會職業訓練局委託國立高雄師範大學辦理  
南區身心障礙者職業輔導評量資源中心  
99 年度「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
第三次工作小組會議紀錄

壹、時間：99 年 1 月 18 日（一） 上午 10：00～13：00

貳、地點：南區職評資源中心

參、與會人員：如簽到表

紀錄者：李春寶

肆、議程

一、主席致詞:略

二、工作報告:閱會議資料

三、討論事項

提案一：有關 ICF 文獻整理與心得分享？提請討論。

摘要：

1. 身心障礙者需求評估中若個案意識知道後才提出，會造成資源與標準不一。其本篇作者的背景可再進一步瞭解。(The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) -2003)
2. 內容需系統性回饋收集相關資料與ICF驗證的程度為何？(A systematic review of outcomes assessed in randomized controlled trials of surgical interventions for carpal tunnel syndrome using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference tool)
3. 常用職評工具或舊的評估工具是否適用ICF評估，其具有多少代表性與可用到的程度，值得探討。(A cross-sectional look at patient concerns in the first six weeks following primary total knee arthroplasty、A Framework for Assessment in Oncology Rehabilitation)
4. 請賴淑華顧問整理專業上的運用閱讀文獻中提到內容與架構，可以放到此專案期末報告中 (A conceptual model for interprofessional education：The International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF))
5. 麻煩各位小組老師將整理之文獻資料篇名以光碟整理之 APA 格式呈現。
6. 相關文獻整理請各位小組老師將整理資料寄到 ICF 專用信箱，以利各組交流。
7. 下一次會議時間：3 月 1 日 15：30，4 月 2 日 13：30
8. 下一次文獻整理分工表如下：

主題	負責人
一、ICF 介紹 (1) WHO (2) RC 觀點	WHO：鈕文英、RC 觀點：陳靜江
二、ICF 特質 (1) bio-psycho-social (2) universal (3) environment (4) multi-dimension	鈕文英、張瀚云
三、core set 的概念	徐淑婷

主題	負責人
四、ICF 的應用	Assessment：黃國裕、戴富嬌
(1) Assessment	Intervention：賴淑華
(2) Intervention	Evaluation：吳明宜
(3) Evaluation	Education & Training：賴淑華
(4) Education & Training	Research：吳明宜
(5) Research	Policy：吳明宜
(6) Policy	

伍、散會：中午 13 時 00 分



行政院勞委會職業訓練局委託國立高雄師範大學辦理  
南區身心障礙者職業輔導評量資源中心  
99 年度「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
第四次工作小組會議紀錄

壹、時間：99 年 3 月 1 日 (一) 下午 15:30~18:00

貳、地點：南區職評資源中心

參、與會人員：如簽到表

紀錄者：李春寶、連乙靜

肆、議程

一、主席致詞：略

二、工作報告：閱會議資料

三、討論事項：

提案一：有關 ICF 文獻整理進度與心得分享？提請討論。

摘要：

1. ICF 介紹中鈕文英老師所負責的部分，陳靜江老師已做後續的補充。惟陳靜江老師所負責的 RC 觀點尚未完成，也請助理連乙靜協助彙整關於 RC 觀點的文章，製作成 excel 檔，在星期五前給鈕文英和陳靜江老師。
2. 請助理連乙靜協助整理 ICF 四項特質 (bio-psycho-social、universal、environment、multi-dimension) 的文章，製作成 excel 檔，在星期五前寄給每一位工作小組成員。
  - 賴淑華老師提到，從 ICF 的觀點是否會過度放大職務再設計在環境碼的功効與重要性，此方面資料將進一步補充。
  - multi-dimension 包含許多專業，例如：PT、醫生、OT 等等，在此方面需加入身心障礙者的觀點。請助理連乙靜協助整理以身心障礙者觀點為主的文章，製作成 excel 檔，在星期五傳給前工作小組每一位老師。
3. 核心碼：徐醫師會再整理關於達菲法技術中有關於百分比的部分，請助理連乙靜提供世衛組織公告職重核心碼佐證的文章。
4. 請賴淑華老師將 ICF 應用文章改成描述性段落式，並將 education & training 和 research 部分各補充兩個例子。每個例子 1-2 頁。
  - 請助理連乙靜找出賴淑華老師所整理的文章寄給每一位工作小組成員。
  - Bartlett, D. J., Macnab, J., Macarthur, C., Mandich, A., Magill-Evans, J., Young, N. L., Beal, D., Conti-Becker, A., Polatajko, H. J. (2006). Advancing rehabilitation research: An interactionist perspective to guide question and design. **Disability & Rehabilitation**, 28 (19), 1169-1176.
5. 吳明宜老師提到 WHO-FIC 在 2003 年就開始有明確的計畫，做 SWOT，陸陸續續請會員國開始試做。請助理連乙靜協助 (1) 以 census (人口普查)、USA、WHO 關鍵字，找出 ICF-based census 相關題組內容；(2) 以 outcome measure、service、clinical 關鍵字，找出 ICF 相關文章；(3) 整理林幸台老師「從 ICF 演變檢視我國特殊教育障別系統」文章，做內容摘要 1~2 頁；(4) 找出 WHO DAS II 和 WHO HPQ 量表內容；(5) 整理 WHO DAS II 相關研究，以 labor、disability、職災、身障復健為主；和 (6) 整理 WHO-FIC 2008 和 2009 年 tasks 中，有關於 labor 和 employment 的部分。
6. 戴富嬌老師與黃國裕執秘有關於勞工出缺勤評估 (absence assessment) 與 ICF 相關性，請再行補充。也請助理連乙靜找出其文章寄給大家。

- Donceel, P. (2007). 3.10. Workshop: The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in disability assessment. **European Journal of Public Health, 17**, 67-68.
7. 請助理連乙靜將李英琪老師從 ICF 觀點來看身障需求評估的文章寄給陳靜江老師。
  8. 請助理連乙靜將 ICF checklist 的 d、e 碼部分中文化，寄給吳明宜老師。
  9. 吳明宜老師會在 3/26 前整理好關於澳洲評估身障者流程的部分給工作小組。也請助理連乙靜協助 (1) 整理 ICF Australian user Guide Version 1.0 中相關部分；(2) 收集勞工安全衛生所中張彧老師及有關於澳洲模式的文章；(3) 找尋 Commonwealth of Rehabilitation Services (CRS) 相關文獻。
  10. 請各位老師在 3/15 前將上述文稿補齊，寄給春寶轉寄助理連乙靜彙整。預計 3/28 會將整理好的文稿寄給大家檢閱，並於 4/2 討論修訂處以及焦點團體討論題項。

提案二：請就相關閱讀以及專業立場發表 ICF 在勞政政策應用的見解，以利後續焦點團體籌備工作。

摘要：

1. 勞委會職訓局須在 105 年前將收集 ICF 相關資料委託學者進行全國數據分析，以利 106 年後制定相關政策與措施。
2. ICF 案例目前有愛盲李英琪老師 (視障個案)、中華民國殘障聯盟與智障者家長總會 (8 個案例) 完成個案編碼範例，可收集並邀請他們分享。
3. 建議勞委會之相關統計資料須以 ICF 為架構整理如：勞動檢查報告。
4. 需求評估與 ICF 之 D845、850、855 應由資深職管人員負責評估，但目前職管人員素質不一，需再強化此方面能力。
5. 協助職業重建專業人員使用 ICF 內容架構作為共通語言，以促進溝通，落實 ICF 實務運作的效益；特別是 d 碼 (活動與參與) 和 e 碼 (環境) 的部份。

伍、第五次工作小組會議時間為 4 月 2 日下午 1 點半。

行政院勞委會職業訓練局委託國立高雄師範大學辦理  
南區身心障礙者職業輔導評量資源中心  
99 年度「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
第五次工作小組會議記錄

壹、時間：99 年 4 月 2 日 (五) 下午 14：30～18：00

貳、地點：南區職評資源中心

參、與會人員：如簽到表

紀錄者：李春寶

肆、議程

一、主席致詞：略

二、工作報告：閱會議資料

三、討論事項：

提案一：有關 ICF 文獻回顧彙整資料之相關意見與修訂，提請討論？

摘要：(一) 修改大綱如下：

一、國際健康功能與身心障礙分類系統簡介

- (一)、ICF 的緣起
- (二)、ICF 的特質
- (三)、ICF 的重要意涵
- (四)、ICF 的架構及評分方式
- (五)、ICF 的限制與願景

二、障別核心碼 (core set) 的概念

- (一)、發展核心碼 (編碼核心組合) 的意義
- (二)、如何發展出核心碼
- (三)、核心碼發展現況
- (四)、核心碼可以如何使用？
- (五)、核心碼的特質與限制

三、ICF 對於職業重建的啟發

四、ICF 的推廣與應用

五、ICF 運用範例

- (一)、ICF 在評估的應用
- (二)、ICF 在服務介入、教育與訓練的應用
- (三)、ICF 在政策的應用

(二) 文獻整理中因應 101 年 ICF 架構於身心障礙鑑定的全面實施，台灣勞政主管機關將面臨下列挑戰，初步討論如下：

- 1 需求評估方面：勞政需求評估應由誰去做？何時去做？評估哪些內容(哪些碼)？該如何做？進一步的思維包括：以職業適應為核心的 ICF 碼有哪些？要進入職業重建體系應該有哪些碼？與其他部門的需求評估該如何分工與合作？
- 2 人員培訓方面：現有職業重建專業人員之能力能否勝任執行需求評估的任務要求？若不能，則人力該如何培訓與調度以因應 101 年的業務要求？

- 3 資源連結方面：現有勞政資源該如何與ICF編碼做連結，以利服務輸送？  
以及需求評估後所產生之新的需求，又該如何創造資源來提供服務？

提案二：有關5月到8月焦點團體辦理方式與議題，提請討論？

摘要：有關焦點團體討論議題為提案一中第二項，工作小組建議邀請對象如下：

1. 中央暨縣府單位：職訓局代表、內政部代表、四個試辦縣市（高雄市、台北市、花蓮縣、彰化縣）代表、楊茹憶主任（政府、機構）、簡明山執行長（政府&身障代表）、曹麗娜督導（政府&專業人員）
2. 專家學者代表：林幸台老師、王敏行老師、王雲東老師、王華沛老師、邱滿艷老師、林敏慧老師、嚴嘉楓老師、吳亭芳老師、張彧老師、賴美智主任、李崇信主任、李英琪研究員
3. 專業人員代表：馮雪鴻（就服）、曹敏君（就服）、梁美榮（就服）、余德玲（就服）、蔡和蓁（就服&職評）、黃玉華（就服）、王嘉惠（就服）、林惠芳（就服）、賴炳良（職管&職評）、張瑋珊（職管&職評）、李洺俊（就服）、陳艷芳（就服）、中部代表
4. 身障或家屬代表：黃慶鑽、王增勇（家屬&學者）、王珊（家屬）

行政院勞委會職業訓練局委託國立高雄師範大學辦理  
南區身心障礙者職業輔導評量資源中心  
99 年度「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 應用在勞政政策之探討」  
第六次工作小組會議記錄

壹、時間：99 年 5 月 24 日 (一) 下午 13:00~16:00

貳、地點：南區職評資源中心

參、與會人員：如簽到表

紀錄者：李春寶

肆、議程

一、主席致詞：略

二、工作報告：閱會議資料

三、討論事項：

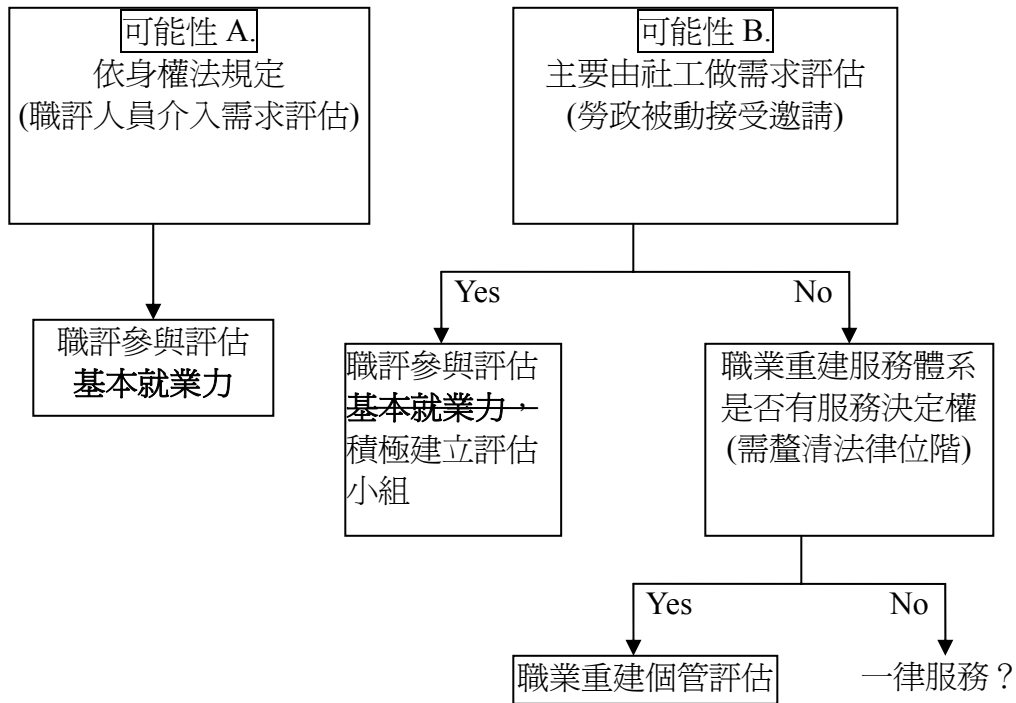
提案一：ICF 焦點團體之試行，提請討論？

說明：第五次工作小組會議有關討論議題決議如下：

1. 需求評估方面：勞政需求評估應由誰去做？何時去做？評估哪些內容（哪些碼）？該如何做？進一步的思維包括：以職業適應為核心的 ICF 碼有哪些？要進入職業重建體系應該有哪些碼？與其他部門的需求評估該如何分工與合作？
2. 人員培訓方面：現有職業重建專業人員之能力能否勝任執行需求評估的任務要求？若不能，則人力該如何培訓與調度以因應 101 年的業務要求？
3. 資源連結方面：現有勞政資源該如何與 ICF 編碼做連結，以利服務輸送？以及需求評估後所產生之新的需求，又該如何創造資源來提供服務？

決議：考量衛生署和內政部對於鑑定與需求評估的職責分屬規畫，日後可能以特定受訓後之專業人員來執行需求評估，故本專案工作小組應同時進行下列事項：

1. 督促職訓局向衛生署和內政部積極爭取，依法（身權法第五條）將資深職業重建專業人員（具備職業輔導評量員資格者）納入 ICF 需求評估的培訓人員。
2. 規劃出「ICF 需求評估運作方式」沙盤推演圖（如下），得到共識為：無論是由誰執行需求評估，若要判定個案是否有職業重建需求，應先檢視出其基本就業力；而此基本就業力要以 ICF 的 d 與 e 碼呈現。以 d 碼為主的考量屬「先訓練後安置」思維，以 e 碼為主的考量屬「先安置後訓練」思維。
3. 故修訂焦點團體討論主軸，以「什麼是適合進入職業重建體系接受服務的基本就業力？」為題，探討身心障礙者進入職業重建服務系統的基本能力要求。確定基本就業力後，將建議以此作為勞政需求評估的訓練重點，請職訓局於明年開始進行培訓。
4. 並設計『基本就業力問卷』，預計向出席 99 年職業重建學術研討會的專業人員進行調查，了解其對於進入職業重建服務系統所需之基本能力要求的看法。問卷結果將提供 7 月份焦點團體參考。
5. 並請研究生同時文獻回顧，彙整歷年之實證研究報告中所述之「影響身心障礙者就業的因素」。
6. 會後獲得歐洲方面回信，職業重建的核心碼已完成，將於 99/6 以 email 通知我們；接獲資料後將立即進行翻譯。



「ICF 需求評估運作方式」沙盤推演圖

提案二：焦點團體主題改變後，邀請對象之調整，提請討論？

說明：有關焦點團體邀請對象，工作小組建議如下：

1. 中央暨縣府單位：職訓局代表、內政部代表、四個試辦縣市（高雄市、台北市、花蓮縣、彰化縣）代表、楊茹憶主任（政府、機構）、簡明山執行長（政府&身障代表）、曹麗娜督導（政府&專業人員）
2. 專家學者代表：林幸台老師、王敏行老師、王雲東老師、王華沛老師、邱滿艷老師、林敏慧老師、嚴嘉楓老師、吳亭芳老師、張彧老師、賴美智主任、李崇信主任、李英琪研究員
3. 專業人員代表：馮雪鴻（就服）、曹敏君（就服）、梁美榮（就服）、余德玲（就服）、蔡和蓁（就服&職評）、黃玉華（就服）、王嘉惠（就服）、林惠芳（就服）、賴炳良（職管&職評）、張瑋珊（職管&職評）、李洺俊（就服）、陳艷芳（就服）、中部代表
4. 身障或家屬代表：黃慶鑽、王增勇（家屬&學者）、王珊（家屬）

決議：焦點團體預計於七月份分二場舉行，邀請對象如下：職訓局代表（蘇昭如副組長或侯松延科長）、簡明山執行長、曹麗娜督導、林幸台老師、王敏行老師、邱滿艷老師、張彧老師（若無法前來改王雲東老師）、賴美智主任、李崇信主任、馮雪鴻督導、曹敏君督導、余德玲督導、蔡和蓁主任、王嘉惠執行長（若無法前來改林惠芳秘書長），共十四人。