特殊教育季刊　民101年12月　第125期　第19-28頁

由障礙模式的演變談ICF分類系統

江俊漢
國立臺灣師範大學特殊教育學系
博士班學生

洪儷瑜*
國立臺灣師範大學特殊教育學系
教授

摘　要

本文從歷史演進的觀點來分析障礙模式的轉變與趨勢，除了說明及歸納分類系統的目的及重要性之外，主要探討醫學模式、社會模式與生物心理社會模式的發展原由及各模式之間轉變的原因，藉以了解不同障礙模式下其分類系統的哲學依據，並以當代生物心理社會分類模式為主的ICF分類系統，檢視我國應用的現況。

關鍵詞：障礙模式、國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)

The Evolution of Models of Disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health

Chun-Han Chiang
Doctoral Student,
Department of Special Education,
National Taiwan Normal University

Li-Yu Hong
Professor,
Department of Special Education,
National Taiwan Normal University

Abstract

The purpose of this article was to analyze the trends and evolutions of models of disability. In addition to describing the importance and function of the classification systems, we attempted to explain the development and shift in the medical, social, and biopsychosocial models. The International Classification of Functioning, Disability and Health, which was based on biopsychosocial model and applied to classification in Taiwan, was also discussed.

Keywords: models of disability, ICF

壹、分類系統的目的與重要性

分類系統的目的，就政策或是行政層面主要在於分配資源(Oswald & Coutinho, 2007)，如就此原由僅需分成一類，皆稱為教育性障礙即可，但如此分類無法提供合適的課程及教學給不同特殊需求的學生，因此像英國在Warnock報告中就提出屏棄障礙類別，而強調提供兒童在教育課程上需求為主的特殊教育資源，作為分類系統的依據(Norwich, 2007)；就教育層面上分類的目的在於區分所提供的課程與教學，主要是依學生類別的不同來取決於提供合適的課程與教學並安置學生。當然這也關聯到教師的職前訓練，會依據學生種類的不同而培訓相關的教師資源(Norwich, 2007)。而這樣的分類模式就比較屬於是傳統的醫學模式，傾向給予學生評量診斷後，在依據診斷的結果提供教學。雖然這樣診斷—介入的醫學分類模式，將診斷出來的原因以提供有用的介入處遇作為目的，但如此的分類模式卻也無法從所提供的介入中看出一致的成效（王國羽，2011；Norwich, 2007）。

以學習方面的困難做分類依據已是特殊教育歷史中重要的爭議之一，因為分類可以決定誰是比較特殊且獲得額外的資源，這也意味著沒有分類系統也就沒有特殊教育的存在(Norwich, 2007)。雖然有學者提出分類切截點的問題，會有過度主觀與武斷的爭議存在(Reynolds & Zetlin, 1993; Reynold, 1996; Reynolds & Heistad, 1997)，但是在形成障礙事實與價值之間仍有討論的空間，即使障礙並不是單一個測驗分數就可以表示，不過測驗或是量化的方式仍可以代表著較客觀或是臨床的資訊，相對來說亦為較可信賴的支持證據(Kauffman & Hallanhan, 2005)。如果分類系統經過立法上的確立且規定接受服務的資格，如此在公平性與正義性上就會降低爭議性，基於種種分類系統的用意與重要性，也因此許多學者強調分類系統存在的必要(Florian et al., 2006；Kauffman & Hallanhan, 2005；Oswald & Coutinho, 2007)。因此本文主要從分類模式的演變來探討與了解當今使用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)的原由，並試從身心障礙相關文獻與研究分析ICF目前在我國施行和應用的狀況。

貳、障礙模式的演進

目前世界各國的分類系統大致上可歸類為Norwich (2007)所提出當代建立分類系統的四種方式：一、兒童表現出與教育相關的特別功能組型(patterns)；二、強調兒童在教育中展現出的疾患、障礙或是損傷狀況；三、特別的安置與提供經允許的資源；四、課程設計、教育內容和教學策略的種類。但是這些分類系統其來有自，主要是不同時代中所產生的分類模式，依據分類模式的型塑與轉換之間，所發展出來的分類系統。以下本節介紹障礙分類的派典轉變原由，以了解並歸納當代使用的障礙模式之趨式為何。

註解：

1. 為了統一英文文獻英譯成中文的名詞，本文所提到的障礙是指disability，損傷是指impairment，殘障是指handicap，疾患是指disorder。
2. 以下本文中的各種模式係指由英文文獻中的以下名詞
   Medical model／biomedical model統稱“醫學模式”。
   Social model／social construction model／constructive model統稱“社會模式”。
   Social-relational model稱為“社會相關模式”。
   Biopsychosocial／Bio-psycho-social model統稱“生物心理社會模式”。

* 本文以洪儷瑜(t14010@ntnu.edu.tw)為通訊作者。

一、醫學模式

最早從醫學模式來定義障礙(disability)源自於Down於1887年提出障礙的醫學派典(medical paradigm of disability)，主要在於區分先天病原學(etiology)上的原因或是產後開始在功能上逐漸惡化所造成的障礙。而Down將障礙分成兩種層級：第一個層級是種族，認為障礙是不同種族由不同基因所造成的;第二個層級是病原所造成的，其下有三個次分類，分別是先天，意外或是發展性的障礙(引自Simeonsson, Simeonsson & Hollenweger, 2008, p.70)。後來因為醫學和科學的發展，種族並無法符應分類的原則，因此種族的層次沒有維持下去，不過病理學的分類即成為障礙醫療模式的核心(Simeonsson, 2009)。

醫學模式主要強調障礙是由病因(etiology)，病理的變化(pathology)，或是健康情形的偏態所造成的結果(manifestation)，並依據醫學診斷的結果給予醫學上的處遇（董和銳，2003；Castro, Pinto, & Maia, 2011），像是ICD-10(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) 或是 DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)都是採用醫療模式作為障礙分類的系統 (Simeonsson, Simeonsson & Hollenweger, 2008)。

不過，因為這樣直接因果的歸因原則，忽略了因為障礙所帶來的社會及行為的限制，也無法瞭解因為障礙所造成生活上的挑戰與困難（董和銳，2003），雖然醫學模式以個人健康為主，且有具體的分類依據，但將身心障礙侷限在醫療疾病的單一面向之解釋，這樣的解釋無法滿足身心障礙者的障礙經驗（王國羽，2011），且在教育、職業與家庭上，這些層面都指向是社會態度對於障礙者的能力或是需求上的刻板印象與忽視所造成的結果，單純使用醫學模式無法完全解釋障礙造成的原因是由生理疾病所致(Bickenbach, Chatterji, Badley & Ustun, 1999)。所以，另有一股浪潮反駁醫學模式，提出另一種對障礙分類的看法，那就是社會模式(Farrell, 2010)。

二、社會模式

Nagi於1965年首先將社會與心理互動的條件帶入身心障礙研究的學者（引自Simeonsson, 2009），而在1976年由英國的肢體障礙聯合團體(Union of the Physically Impaired Against Segregation, 簡稱UPIAS)提出的社會模式(social model)（引自Anastasiou & Kauffman, 2011），之後一些英國及美國的學者針對障礙分類的醫療模式提出了質疑，否認將疾病(disease)、創傷(trauma)或是身體結構與功能狀況異常視為障礙主因的觀點，其中英國學者Oliver認為醫療模式將人視為一種不正常的偏態狀態，會有歧視與標記的問題(引自Farrell, 2010)。因此，社會模式提供了另一種觀點，將障礙視為個人與社會文化和環境下互動的產物，障礙是因社會限制及壓迫所導致的結果，並不單純歸因於個人身體損傷，只要社會提供個人足夠的支持及環境就能弭除障礙，故除去社會環境上的障礙是解決問題唯一的選擇(Gallagher, 2007; Farrell, 2010)。而Anastasiou與Kauffman (2011)更統整了兩位提倡社會模式的主要學者Barnes與Oliver的看法，提出社會模式對醫學模式的幾點批評：1.醫學模式將個人視為障礙主要起因，忽視社會因素在建構障礙的角色；2.醫學模式依據醫療病因建立分類系統，並依此將人類標記成不同障礙類別，認為身心障礙者可經由醫療處遇的方式治癒與預防；3.把身心障礙者視為病人終其一生形同烙印。社會模式不僅是反駁了生物醫學的哲學論點，其主張更為身心障礙者融合社會之障礙主客關係重新定位，並同時賦予身心障礙者更多的權能(empowerment) (Hughes & Paterson, 1997; Palmer & Harley, 2011)。因此，社會模式將身心障礙詮釋的面向由個人層次提升到社會結構層面（王國羽，2011）。

隨後社會模式因面臨發展與研究上的限制，本身也是肢體障礙的學者Oliver與Shakespeare也開始對之前所提出的社會模式批評（引自Anastasiou & Kauffman, 2011），認為社會模式無法以科學的角度來呈現事實，這表示社會模式所指的障礙事實，無法經得起邏輯分析與驗證，亦即社會模式所強調的社會環境影響障礙的程度，無法精確的從科學研究中呈現，所以學者們也開始反思起社會模式之缺失(Anastasiou & Kauffman, 2011; Bickenbach, et al., 1999; Terzi, 2004)。再者，社會模式認為如果消除社會阻礙，所有的損傷者在社會上將不再有障礙，此觀點難以推論到所有障礙者，無法涵蓋所有障礙者在社會上的生活經驗，例如自閉症者除去社會的歧視與偏見，並不會使他們的溝通或互動能力改善(Anastasiou & Kauffman, 2011)。即便社會模式將障礙定義著重於社會的壓迫、受限制的環境與社會政策的侷限，但就實質方面要如何測量社會障礙與如何建立社會模式的指標，仍有很大的問題。因此社會模式亦無發展出明確的分類系統，且生理損傷確實會造成心理情緒問題，不單只因社會的因素。社會環境或生理損傷產生的障礙很難區別清楚，障礙者可能同時經驗了社會產生的障礙以及個人身心損傷所產生的障礙，兩者是不可能分開的，故此社會模式過度強調社會環境所造成障礙的立場，忽視感官生理上損傷便成為被批評的主要問題(Bickenbach, et al., 1999; Farrell, 2010; Terzi, 2004)。

因此，僅從醫學或是社會的單一觀點來論述障礙被視為過度簡化(reductionism)，雖然後續仍有一些學者提出社會相關模式(social-relational model)來彌補社會模式的不足(Reindal, 2009)，不過社會相關模式仍然與社會模式一樣強調對於損傷者必須降低社會阻礙，對障礙者必須屏除社會歧視與偏見的態度，即便包含個人與社會對損傷的影響，仍然無法滿足當下趨勢的需求(Palmer & Harley, 2011; Reindal, 2009)。

三、生物心理社會模式

經過醫學模式和社會模式長達近一世紀的轉變之後，現今的分類模式不再從單一面向看待障礙，而是多面向(multidimensional)或是綜合(comprehensive)的觀點來詮釋障礙，且障礙類別是趨向跨類別(cross-categories)或不分類別的取向(non-categories)(Florian et al., 2006; Hollenweger, 2008; Oswald & Coutinho, 2007; Simeonsson, Simeonsson & Hollenweger, 2008; Simeonsson, 2009; Reindal, 2009)。

首創生物心理社會模式的是G. L. Engle於1977年在科學(Science)期刊所提出的一篇文章「新醫學模式的需求：生物醫學的挑戰」(The need for a new medical model: A challenge for biomedicine)，強調傳統的生物醫學模式的不足之處和侷限，在過去強調將有疾病的病人治療到健康(health)的狀況，但卻忽略了在心理精神層面將生病(sick)的病人恢復到健全(well)的狀況。因此提出生物心理社會模式，從生物、個人與社會的觀點來描述健康狀況(Engel, 1977)。雖然生物心理社會模式結合了生物醫學、社會脈絡與個人心理等向度，似乎綜合的之前分類模式所提出的面向，但Smith和Strain（2002）整理一些學者提出了對生物心理社會模式的批判，認為生物心理社會模式蒐集太多的資料，造成過度廣泛的評估，與特定症狀並無特別的相關，且僅依賴醫生評估並判斷各向度之間的互動關係會無規則及邏輯可循，造成無法解釋症狀的歸類。不過目前尚未有學者提出更具體的分類模式，就現今來看生物心理社會模式則是一個綜合醫學模式與社會模式等多面向的分類模式，可視為符合現代潮流與趨勢下較佳的分類模式。

參、分類模式的趨勢與當代分類系統

從上述醫學模式、社會模式與生物心理社會模式的出現與轉變來看，可從時間點上

前後出現的順序發現，分類模式的派典是隨著時間而持續轉移，因為不同時代背景下，各家派典對於之前存在的分類模式有所爭議，或是因為當時的一些運動思潮所造成的模式轉移(Kemple, Ahmad, & Girijashanker, 2011)，因此分類模式並不曾消失或停止變動，且在將來仍然會出現依照當代思潮派典的轉變而有所調整或變動。而分類系統便是隨著分類模式的趨勢所產生與發展，在不同的分類模式下，便會發展出對應的分類系統，像是以醫學模式為主的ICD，或是以生物心理社會模式為主的ICF，雖然社會模式沒有發展出一個明確的分類系統，但對之後的分類系統亦造成相當大的影響與貢獻（王國羽，2011；Ebersold & Evans, 2008; Simeonsson, 2009; Reindal, 2009）。

世界衛生組織（World Health Organization, 簡稱WHO）於1980年代發展國際損傷、障礙與殘障分類系統（International Classification of Impairment, Disability, and Handicap, 簡稱ICIDH），雖然曾被誤認為以醫學模式為主，但其實ICIDH除了以醫學模式為基礎之外，亦將健康狀況導致的社會後果也列入分類系統中考量，並非單純以醫療模式為主(Anastasiou & Kauffman, 2011; Bickenbach, et al., 1999)。不過ICIDH分類系統並無法解決當時的困境，仍被視為帶有標籤及歧視的意涵，於是WHO持續廣集各領域專家學者修定分類系統，直到2001年時發展出國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)，其主要的精神在於身心障礙者的生命經驗同樣也是屬於所有人類的生命經驗，不僅是健康及疾病損傷的後果，也是人與外部環境、制度政策不斷互動結果(Reindal, 2009)。因此ICF從過去的醫學模式典範轉移到生物心理社會模式典範，提供功能和障礙的普遍性模式並呈現出互動的過程亦符合現代的分類模式，且ICF強調障礙過程是一個動態且不斷改變的經驗，不像特殊教育的其他分類系統，僅限於單一向度去定位個人的障礙類別(Conti-Becker, 2009; Florian et al., 2006; Norwich, 2007; Simeonsson, 2009)。

台灣內政部社會司於2007年公布的《身心障礙者權益保障法》，其身心障礙證明之評估障礙狀態的工具，即依據聯合國世界衛生組織頒佈之ICF為主，以明確區辨服務對象，並因應其需求，提供適切服務（王國羽，2011）。不過依據ICF分類系統作為社會福利或是服務需求的評估工具，對於國內醫療衛生、社會工作與特殊教育體系都是一大衝擊與挑戰，仍有許多疑慮待專業上的釐清，像是身心障礙者如何鑑定分類、需求評估及提供服務，這之間的連續性歷程如何整合與執行，都是目前政府必須透過研究及實務的規劃與推動之後，才有辦法確實掌握規劃符合ICF的相關政策（邱大昕，2011；林堤塘、張嘉文，2008；林金定，嚴嘉楓、羅慶徽，2009；黃文慧、林幸台，2007；盧台華、邱滿艷，2012）。

肆、ICF分類系統在特殊教育上的應用與發展

筆者整理幾位本身參與ICF制定的學者(Florian et al., 2006; Simeonsson, Leonardi, Lollar, Bjorck-Akesson, Hollenweger & Martinuzzi, 2003；Simeonsson, 2009)所提出ICF的優點與功能，包含以下幾點：一、ICF符合現代潮流中的分類系統，以需求為主可避免不必要的標記；二、使用編碼(code)建立描述人類的功能上共通的語言；三、可紀錄功能障礙的程度及變化狀況；四、多面向的參照，提供制定政策參考依據；五、考量個人與環境互動過程所產生複雜的功能性；六、作為提供服務及取決服務資格的執行工具；七、可提供跨專業團隊針對兒童，青年及成人的身心障礙者作為評量及介入的概念架構。因此，應用ICF到不同的領域便有不同功用，例如在社會上的應用可降低歧視，因為ICF可以從兒童到老人(lifespan)作為評估的年齡範圍，所以人人適用；在醫學上的應

用，則可以提供詳細檔案並記錄疾病或健康發展情形；在研究上的應用，研究者可以使用共同編碼作為受試者選取依據；在教育上的應用則提供多面向評量的資料，以供專業團隊設計教育介入方案；在政策上的應用，可作為提供相關服務立法的依據，如台灣的身心障礙權益保障法(2007)，葡萄牙以ICF做為取決提供特殊教育或早期介入資格服務的法律依據工具(Castro, Pinto, & Maia, 2011)。

一、ICF 於特殊教育上的相關研究

雖然ICF是由許多不同領域、不同國家的專家共同擬訂，參與ICF制度之發展國家就有61個，並實際經過測試，顯示ICF的效度很高，但目前限於臨床上少數疾病，症候群或失能等少數研究，需要更多不同國家，不同宗教或是不同文化下實證研究的支持（林金定、嚴嘉楓、羅慶徽，2009；Simeonsson, 2009）。就我國目前以ICF為研究工具或架構的研究並不多，在特殊教育領域更少，其中有幾個研究是擷取ICF的內容為研究工具的架構，作為探討身心障礙者的量表或評估工具，像是甘蜀美（2008）依據ICF-CY發展「自閉症兒童功能性問卷」，研究對象三到六歲自閉症兒童，各面向之間皆有中度到高度以上相關，使用結構方程模式分析發現其問卷其信度與效度良好。簡芳伶（2009）依據ICF所發展之中文檢核表，分析職業輔導評量內容，以瞭解參與職業輔導評量之智能障礙者特質與就業情形，研究發現心智功能（b1）和對個案的態度（e4）項目方面，顯示穩定成功就業者比無穩定成功就業者有較好的功能表現，依據身體功能（b）及心智功能（b1）項目之功能表現可以有效解釋與預測樣本有無穩定成功就業。而在新加坡，Poon (2011) 在針對20位自閉症(Autismspectrum disorders，簡稱ASD)青少年學生，施行文蘭適應量表（第二版）(Vineland Adaptive Behavior Scale，簡稱VABS)和依據ICF的因素自編的活動參與評量表(Activities and Participation Rating Scale)，顯示在兩個量表的分測驗間有高度相關，且ASD青少年在參與向度比活動向度要困難許多，在行動向度上沒有困難，在自我照顧方面有輕度困難。

另外有直接使用ICF為研究工具，使用ICF來直接檢核身心障礙學生活動或是課程上是否符合ICF所提出的架構，如林燕玲，呂淑美，林子建（2011）使用ICF中的「活動與參與」編碼進行勾選和審視，分析智能障礙類課程（高中職教育階段）於ICF活動及參與成分，針對課程綱要內容分析，顯示部分ICF的編碼並沒有包含在裡面，如在溝通，行動，居家生活，人際互動與關係與主要生活領域等，其五個部分以下有幾個細項編碼未包含在課程綱要其中，但研究者分析高中職課程，未包含之ICF向度可能是因為在國中小就已列入課程中。另有何淑萍（2009）以ICF模式，檢視國小肢體障礙學生問題，研究顯示肢體障礙學生「學校功能參與情形與活動」所需協助程度明顯受到學生之身體功能構造因素、環境因子、個人因子中之變項所影響。在國外Ogonowski、Kronk、Rice與Feldman, (2004)針對60位年齡介於9個月至17.75歲不同障礙類別和不同嚴重程度兒童分成三組，分別接受文蘭適應量表(VABS)、功能障礙評估表(Pediatric Evaluation of Disability Inventory)、學校日常生活量表(School Functional Assessment)測試，顯示ICF活動／參與面向的40題項中，符合兒童需求的與上述三個量表皆達到高的信度（平均Kappa ≧ 0.70）。

比較特別的是在國內評估障礙證明時，所引發較大的爭議在於以ICF作為評估架構時，許多專業人員對於ICF存有不少疑惑，無從了解哪些面向適合哪些專業人員來評估。不過針對這個問題，陳盈君（2011）針對14位早期療育臨床實務工作者組成德菲法(Delphi)專家小組探討專業人員的合作方式，其研究中可發現，ICF中參與的專業團隊人員分別有：專業醫師、職能治療師、物理治療師、語言治療師、臨床心理師、特殊教

育教師與社工師，其中ICF的向度中在「身體功能」及「身體結構」方面可由醫師擔任主要評估者，而職能治療師、物理治療師、語言治療師、臨床心理師擔任輔助評估者，在「活動及參與」和「環境因素」面向，則需要所有的專業人員共同合作執行評估。這樣的合作的方式符合跨專業團隊的運作模式，也符合生物心理社會模式，結合醫學方面與心理層面的專業評估，同時又顧及社會環境層面，因為上述研究是針對早期療育領域，因此如將社會環境鎖定在特殊教育範圍，障礙者所處的教育環境則需由特殊教育教師加入執行評估的專業團隊中。

二、ICF 應用於我國身心障礙鑑定之發展與現況

內政部目前在ICF分類系統下，針對社會實際資源規劃與福利需求分析（邱艷滿、韓福榮、洪淑琴、貝仁貴、簡宏生，2010）、福利與服務需求評估之流程與試辦（林敏慧、柯平順、朱貽莊，2010；洪瑞兒、熊正一、陳政智，2006；賴兩陽、許素彬、陳政智，2010），還有專業人員之基礎專業培訓課程（王國羽、張恆豪、陳昭榮、張越翔、蔡宜倩、嚴嘉楓，2010）等實務層面作研究與探討。

邱滿艷等人（2010）所執行的身心障礙者需求分析、資源盤點與政策規劃之計劃中發現，在97年度時所提供的法定服務福利項目，尚無法滿足ICF需求評估的內容，且縣市之間存有很大的差異，因此建議在施行政策前，仍須真正掌握身心障礙的需求，確實盤點各縣市政府所必須提供及擁有的資源，再著手規劃相關政策及配套措施，以符應新制鑑定的精神並保障身心障礙者可以依據法規獲得相關的福利及服務。

針對福利與服務需求評估之流程方面，林敏慧等人（2010）發現我國所提供的社會福利與服務對照ICF編碼之後，確實可以透過該項服務來改變個人障礙或環境的阻礙，但仍有些經過修法後新增的福利與服務項目（如：生活重建、心理重建、婚姻與生育輔導等）沒有具體定義作為評估依據，故無法找出對應編碼，因此在這些新增服務項目方面，尚須經過討論及調查其服務的正確性與適切性。另外，為了避免鑑定有太多重疊內容，造成身心障礙者被重複鑑定及評估，此計劃參照ICF的精神與內容，發展身心障礙者福利與服務需求評估之指標與工具，建立福利與服務需求評估之實施流程及作業方式；在評估工具方面，可以結合現有相關直接服務評估流程，發現其評估工具目前是可行的；在實施流程及作業方式層面，將流程規劃為受理申請階段、需求評估階段、服務核定及轉介階段、證明核發階段以及定期或申請需求評估階段等五部分，建議可行的方式是透過分區組成六大區專業團隊跨區服務並輔導17個子區域，進行統籌調度及培訓人力。

而賴兩陽等人（2010）則依據ICF的服務需求流程、指標與工具進行實際的施測，選定四個縣市政府進行實驗，試行後建議內政部需成立推動ICF團隊輔導各縣市政府進行新制業務的流程，持續補助各縣市政府辦理ICF相關專職人力及培訓相關專業人員，建立一個完整的資訊平台，以處理身心障礙者評估的龐雜資料等；對縣市政府的建議除了向大眾說明及宣傳新制度的施行，主要仍是在於建立起跨專業課程規劃小組，有系統地進行培訓相關需求評估人員，以因應實施新制後的機制。後續王國羽等人（2010）參考ＷＨＯ及其他國家之經驗和課程作為架構與內涵，發展一套有系統與組織的ICF訓練課程模組，主要是訓練和推廣相關專業人員如何進行臨床上的評估，目前已完成初階及進階課程規劃，也有人員完成該課程訓練，另外尚蒐集各縣市專業人員的分佈現況，因為目前各縣市政府相關專業人員分佈不均，亦建議採跨區支援評估方式進行，以彌補目前資源不均的現況。

目前內政部也發展身心障礙者服務專業手冊（盧台華、邱滿艷，2012）以確立與連

貫身心障礙者之鑑定與服務，此手冊將ICF中複雜的編碼轉化成簡易明瞭的文字，以ICF的身體功能、構造等八大類分類方式編製，除了緒論的內容介紹手冊編製理念與應用方式之外，每冊主要包含（一）構造（s碼）與功能（b碼）的定義、類型及參與限制；（二）需求服務與資源網路，從活動與參與（d碼）、環境因素（e碼）的觀點談身心障礙者所需的相關資源服務；（三）應用實例，根據不同年齡提供不同疾病或不同障礙的分析實例，可以更精確的依據ICF的精神來鑑定障礙及了解需求後再提供相關的支持與服務。

從2007年立法以ICF作為身心障礙主要類別之架構，到2012年7月開始施行新制身心障礙者鑑定，雖已經過探索與籌備階段，但目前仍處於建立一個具體且明確之架構的發展階段。實際上要如何精確地將功能評估轉換成障礙資格，仍然是個多層面的問題，因各編碼之間的障礙程度比重，都牽涉到社會資源分配的問題；此外，ICF所評估出來的功能限制和需求服務之間並沒有絕對的關聯，須依據個人及所處環境交互作用後的結果，才有辦法真正確定身心障礙者的多樣需求，所以相同功能限制也可能有不同的介入或提供不一樣的服務，故建立專業團隊進行評估或許可以讓我們以更多元的觀點看待身心障礙（王國羽，2011；邱大昕，2011）。

伍、結論

分類的爭議確實仍困擾著實務工作者、研究者和決策者，在過去，頭痛醫頭、腳痛醫腳的方法來緩減問題已經無法滿足現在的需求(Adelman, 1996)。但不論分類系統如何演變，最終還是要回歸到滿足需求的層面，如果順應的政策、提供的服務與福利可以滿足需求，即便分類系統非常複雜非常細微，但經得起考驗，符合當代所有人的需求，便是一個當代適配的分類系統。不過從歷史的經驗來看，分類系統並不可能永久不變，即使ICF看似順應現在的障礙分類模式，卻仍有其限制性（林金定、嚴嘉楓、羅慶徽，2009；Simeonsson, 2009; Reindal, 2009）。

特殊教育對障礙之分類並不是一個自然分類系統，就特殊教育的專業而言，分類之目的應尊重學生和學生需求為主，並以哲學基礎為考量，來探討分類是否能提供學生更佳的教育以滿足其需求(Adelman, 1996；Oswald & Coutinho, 2007)。我國社會福利已經採用ICF分類系統作為障礙評估架構，基於多面向的生物心理社會模式，雖然符合當代哲學分類模式的根基，掌握當代的分類潮流，但就實務層面要如何執行，仍需再進一步的做整體的評估，其對特殊教育之影響尚不得而知。

從歷史的障礙模式來看，其發展有階段性與時序性。事實上，每個人一生中都有可能體驗到因健康或環境等威脅而造成障礙的經驗，所以障礙是人類一生中普同的經驗，而非少數人的特殊經驗（王國羽，2011；邱大昕，2011；Reindal, 2009），要如何發展出一套符應當代思維的分類系統，並提供能有效界定與評估個人生活需求的評估工具，不僅讓障礙者也讓所有的人都可以適用，在未來實施上仍有許多空間可以討論。就如同之前所論述，分類模式並不曾消失或停止變動，在未來仍可能會出現因新思潮而有所改變，不論如何，我們都可以從新趨勢潮流去檢視我們對障礙概念之理解與因應。

參考文獻

王國羽、張恆豪、陳昭榮、張越翔、蔡宜倩、嚴嘉楓（2010）：**「規劃我國在國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）下福利服務需求評估專業團隊之人員資格、培訓及課程實施方案」**期末報告。內政部委託研究報告（計畫編號97AA07）。臺北：內政部。

王國羽（2011）：由障礙研究典範改變觀點論ICF與ICF-CY在教育與療育的運用與貢獻。**特殊教育季刊，118**，1-12。

甘蜀美（2008）：**國際功能分類為基礎的功能性評**

量在自閉症兒童應用之研究。國立彰化師範大學特殊教育學系博士論文，未出版，彰化。

何淑萍（2009）：**國小階段肢體障礙學生學校功能活動參與與協助情形調查研究**。臺中教育大學特殊教育學系碩士論文，未出版，臺中。

邱大昕（2011）：誰是身心障礙者-從心身障礙鑑定的演變看『國際健康功能與身心障礙分類系統』(ICF)的演變。**社會政策與社會工作學刊**，**15**(2)，187-213。

邱滿艷、韓福榮、洪淑琴、貝仁貴、簡宏生（2010）：**身心障礙需求分析、資源盤點與政策規劃**。內政部委託研究報告（計畫編號PG9712-0242）。臺北：內政部。

林堤塘、張嘉文（2008）：國際功能、障礙與健康分類系統(ICF)的發展、應用及其對特殊教育的影響。**特殊教育季刊**，**106**，1-8。

林金定、嚴嘉楓、羅慶徽（2009）：以ICF為基礎的身心障礙者鑑定標準之困境與建議。**身心障礙研究**，**7**(1)，1-18。

林敏慧、柯平順、朱貽莊（2010）：**「我國在國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）分類架構下身心障礙者福利與服務需求評估之流程、指標與工具之建立與實務操作模式」委託研究計畫**。內政部委託研究報告（計畫編號PG9712-0207）。臺北：內政部。

林燕玲，呂淑美，林子建（2011）：應用ICF作為建構智能障礙學生學習效能指標之可行性研究。**特殊教育季刊**，**118**，24-33。

洪瑞兒、熊正一、陳政智（2006）：**身心功能障礙者福利與服務評估機制、流程與服務需求評估指標之研究**。內政部委託研究報告（計畫編號95M04）。臺北：內政部。

陳盈君（2011）：**早期療育聯合評估專業團隊於國際健康功能分類之評估角色**。長庚大學早期療育研究所碩士論文，未出版，桃園。

黃文慧、林幸台（2007）：從ICF演變檢視我國特殊教育障別系統。**特殊教育與復健學報**，**17**，89-108。

董和銳（2003）：身心障礙之概念架構與社會意涵。**身心障礙研究**，**1**(1)，32-42。

賴兩陽、許素彬、陳政智（2010）：**我國在國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)之福利需求評估作業試辦縣市實驗計畫期末報告暨操作手冊**。內政部委託研究報告（計畫編號PG9712-0194）。臺北：內政部。

盧台華、邱滿艷（2012）：**「身心障礙者服務專業手冊之規劃製作」委託研究計畫期末報告**。內政部委託研究報告（計畫編號CCT1000222）。臺北：內政部。

簡芳伶（2009）：**「國際功能分類系統」在智能障礙者職業輔導評量之應用初探**。國立高雄師範大學復健諮商所，碩士論文，高雄。

Adelman, H. S. (1996). Appreciating the classification dilemma. In W. Stainback & S. Stainback (Eds.), *Controversial issues confronting special education: Divergent Perspectives* (pp. 96-109). Boston: Allyn & Bacon.

Anastasiou, D., & Kauffman, J. M. (2011). A social constructionist approach to disability: Implication for special education. *Exceptional Children, 77*(3), 367-384.

Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Ustun, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine, 48*, 1173-1187.

Castro, S., Pinto, A. I., & Maia, M. (2011). Link the Carolina curriculum for preschoolers with special needs to the ICF-CY. *The British Journal of Development Disabilities, 57*(2), 133-146.

Conti-Becker, A. (2009). Between the idea and the real: Reconsidering the International Classification of Function, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation, 31*(25), 2125-2129.

Ebersold, S., Evans, P., (2008). A supply side approach for a resource based classification system. In M. McLaughlin, & L. Florian (Eds), *Disability Classification in Education: Issues and Perspectives* (pp. 31-46). Thousand Oaks', Corwin.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.

Farrell, M. (2010). *Debating special education*. Abingdon, Oxon: Routledge.

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. *The Journal of Special Education, 40*(1), 36-45. doi:10.1177/00224669060400010401.

Gallagher, D. J. (2007). Challenging orthodoxy in special education: on longstanding debates and philosophical divides. In L. Florian (Ed), *The SAGE Handbook of Special Education* (pp. 515-527), SAGE Publications.

Hollenweger, J. (2008). Cross-national comparisons

of special education classification system. In L. Florian, M. McLaughlin (Eds.), *Disabilities classification in Education: Issues and perspectives* (pp. 11-30). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Hughes, B., & Paterson, K. (1997). The social model of disability and the disappearing body: Towards a sociology of impairment, *Disability & Society, 12*(3), 325-340.

Kauffman, J. M., & Hallanhan, D. P. (2005). *Special education: What is it and why we need it*. Boston, MA: Pearson Allyn & Bacon.

Kemple, M., Ahmad, F., & Girijashanker, S., (2011). Shaping disabilities rights through shaping the disability movement. *Journal of Human Rights Practice, 3*(3), 355-363. doi: 10.1093/jhuham/hur019

Norwich, B. (2007). Categoriesof special educational needs. In L. Florian (Ed), *The SAGE Handbook of Special Education* (pp. 55-66), SAGE Publications.

Ogonowski, J. A., Kronk, R. A., Rice, C. N., & Feldman, H. M. (2004). Inter-rater reliability in assigning ICF codes to children with disabilities. *Disability and Rehabilitation, 26*(6), 353-361. doi:10.1080/09638280410001658658

Oswald, D. P., & Coutinho, M. J. (2007). On disaggregating disability, whatever it means. In J. B. Crockett, M. Gerber, T. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 5-14). New York: Lawrence Erlbaum Association.

Palmer, M., & Harley, D. (2011). Models and measurement in disability: An international review, *Health Policy and Planning*, 1-8. doi:10.1093/heapol/czr047

Poon, K. K. (2011). The activities and participation of adolescents with autism spectrum disorders in Singapore: Finding from an ICF-based instrument. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*(8), 790-800.

Reindal, S. M. (2009). Disability, capability, and special education: Toward a capability-based theory. *European Journal of Special Needs Education, 24*(2), 155-168.

Reynolds, M. (1996). *Fostering resilience and learning success in school: 20/20 analysis*. Mid-Atlantic Laboratory for Student Success, Philadelphia, PA.

Reynolds, M. C., & Heistad, D. (1997). 20/20 analysis: Estimating school effectiveness in serving students at the margin. *Exceptional Children, 63*(4), 439-449.

Reynolds, M. C., & Zetlin, A. G. (1993). *A manual for 20/20 analysis: A tool for instructional planning*. Philadelphia: Temple University, Center for Research in Human development and Education. Retrieved from ERIC database. (ED358183)

Simeonsson, R. J. (2009). ICF-CY: A universal for documentation of disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 6*(2) 70-72.

Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Lollar, D., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J., & Martinuzzi, A. (2003). Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. *Disability and Rehabilitation, 25*, 602-610.

Simeonsson, R. J., Simeonsson, N. E., & Hollenweger, J. (2008). International classification of functioning, disability and health: A common language for special education. In L. Florian & M. McLaughlin (Eds.), *Disabilities classification in Education: Issues and perspectives* (pp. 207-226). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Smith, G. C., & Strain, J. J. (2002). George Engel's contribution to clinical psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 458-466.

Terzi, L. (2004). The social model of disability: A philosophical critique. *Journal of Applied Philosophy, 21*(2), 141-157.

來稿日期：2012.04.06
接受日期：2012.11.21