

出國報告（出國類別：考察）

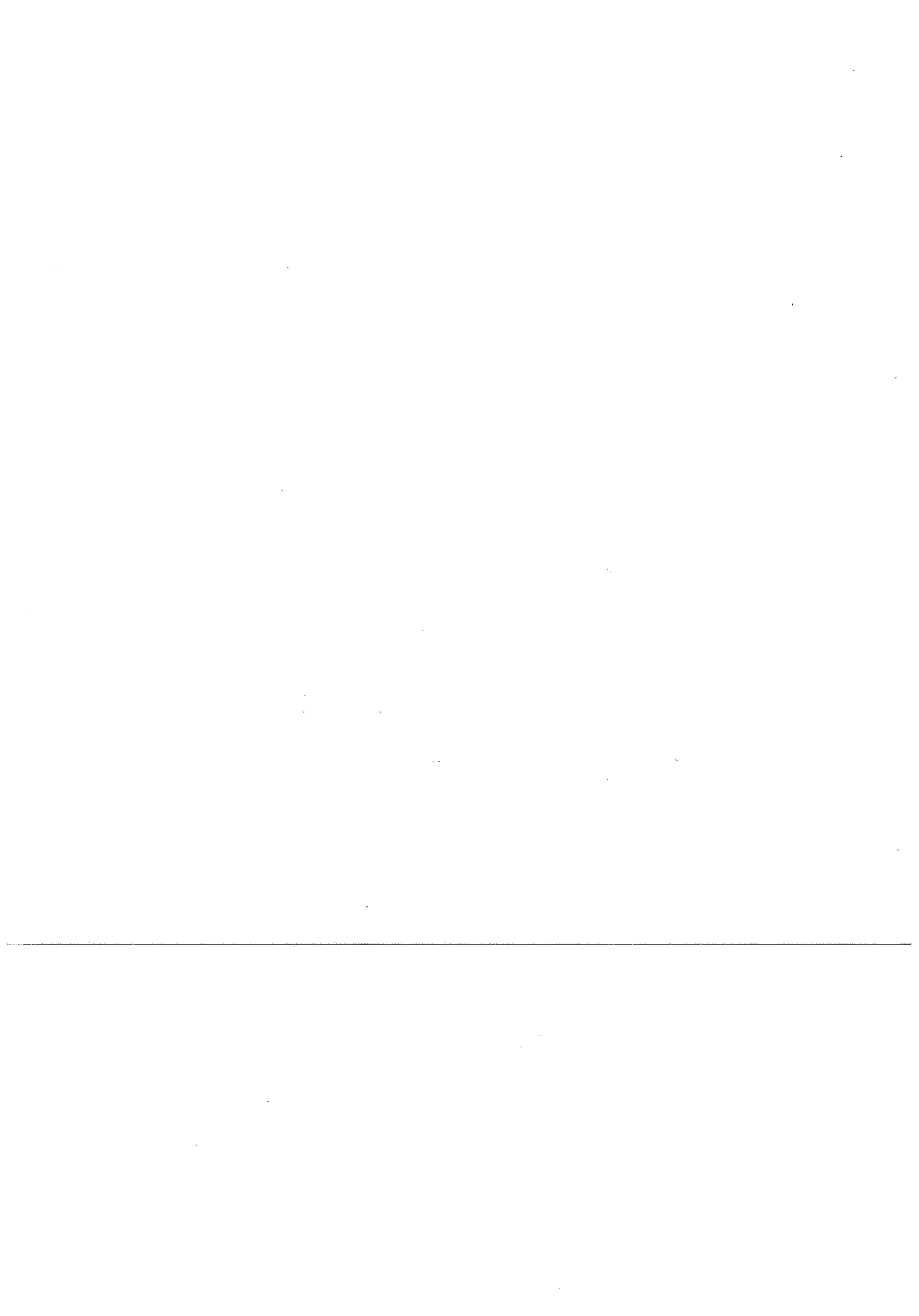
日本 ICF 暨障害者福祉制度

出國人員：

姓名	職稱	服務機關 / 服務單位
王國羽	教授	國立中正大學社會福利學系
李淑貞	副教授	國立陽明大學物理治療暨輔助科技學系
賴兩陽	副教授	私立東吳大學社會工作學系
陳榮枝	處長	台南縣政府社會處身心障礙者福利科
許芝綺	科長	臺北縣政府社會局身心障礙者福利科
陳麗華	社工師	台中市政府社會處身心障礙者福利科
粟惇璋	科員	彰化縣政府社會處身心障礙者福利科
劉函昱	社工員	花蓮縣政府社會處身心障礙者福利科
謝秉曄	社工員	高雄市政府社會局身心障礙者福利科
楊逸文	理事長	社團法人中華社會福利協會
吳安	科長	內政部社會司身心障礙者福利科
謝鑫敏	專員	內政部社會司身心障礙者福利科

派赴國家：日本

出國期間：2010年7月13日至7月17日



摘要

身心障礙者權益保障法(以下簡稱本法)業於 96 年 7 月 11 日奉 總統公布，自 101 年 7 月起，身心障礙證明申請及各項福利與服務，需由醫事、社工、特教、職評等人員籌組專業團隊，在國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 分類架構下完成身心障礙者鑑定及其福利與服務需求評估，並據以提供服務。為依本法規定辦理身心障礙鑑定與需求評估事宜，本部及行政院衛生署爰共同推派身心障礙鑑定與需求評估相關領域之人員共 30 人 (本部推派代表共 12 人) 至日本進行經驗交流與學習觀摩，以吸取國外經驗、拓展相關專業人員學習領域及開闊國際視野，並提供國內在 ICF 架構下規劃與建置身心障礙鑑定與需求評估機制之參考。

本次參訪內容包含 ICF 研討會議；京都心身障害者福祉中心、府中市立特別養護老人之家『あさひ苑』、行田福祉用具消毒工場暨物流中心等機構之參訪；及東京都福祉保健局及府中市福祉保健部進行有關「介護保険」、「障害者福祉」判定與審查等相關業務之觀摩等；內容如下：

一、ICF 研討會：本研討會為期一天半，會議議題包含實際應用 ICF 於政策和統計的問題、ICF 於日本的應用、日本的障礙者定義與界定標準、台灣身心障礙福利政策、日本身心障礙福利系統之改革與展望等。

二、機構參訪：參訪地點包括東京都心身障害者福祉中心、府中市立特別養護老人之家『あさひ苑』、行田福祉用具消毒工場暨物流中心等，主題為日本障害者認定標準及辦理方式、障害者福祉措施、老人養護服務、輔助器具的回收與租賃等。

三、業務觀摩：至東京都福祉保健局及府中市福祉保健部進行有關日本「介護保険」、「障害者福祉」判定與審查等相關機制與運作現況之觀摩。

經過 5 日緊密的參訪行程安排，參訪團員得以深入了解該國推動 ICF 之過程及現況、身心障礙鑑定和需求評估之政策架構、內涵與監督機制及其福利與服務輸送辦理情形。日本是 WHO 的會員國，非但可以參與 ICD 的修訂，所獲得的 ICF 相關資訊亦較為直接且立即，另外，該國政府部門中也有一個獨立的部門專責與國際合作及接軌的工作，儘管如此，ICF 在日本仍屬於推廣及凝聚共識的階段，在障害鑑定上仍以醫療鑑定為主，惟在福利服務輸送上，雖未發展出統一的 d、e 碼評價標準，但嚴格說來已逐步納入 ICF 架構與精神。另透過研討會的進行及相關參訪觀摩活動，參訪人員深覺在制度變革中，須審慎思考下列幾個重點：

一、在評估工具的建置與發展方面

- (一) 利用 ICF 架構評估的目的在於突破傳統醫療模式作法。
- (二) ICF 鑑定與需求評估的推動需透過研究及實作來累積經驗。
- (三) 身心障礙者福利之評估工具應與 ICF 架構及精神接軌，需求評估宜以障礙者之需求為依歸。
- (四) ICF 鑑定評估工具，宜思考與現有評估機制（如長照）整合的可行性。

二、在評估流程及執行方式方面

- (一) 身心障礙鑑定及評估時限，應加以明定。
- (二) 身心障礙鑑定與需求評估判定流程與服務輸送體系間，應兼顧流暢性及完整性。
- (三) 「一人訪視，團隊審查」的作法足以參採。
- (四) 鑑定或需求評估之辦理，應該考量地區生態條件的差異。

三、政府部門應有的準備：

- (一) 推動 ICF 制度，需有充足的人力及財源，相關專業訓練應加緊推動。
- (二) 結合各專業建立 ICF 推動諮詢小組，適時提供相關部會意見做為推動與運用的參考。
- (三) 成立專責單位或專責人員負責整個身心障礙者鑑定與評估工作的執行與協調。
- (四) 持續進行 ICF 鑑定與需求評估新制的宣導。

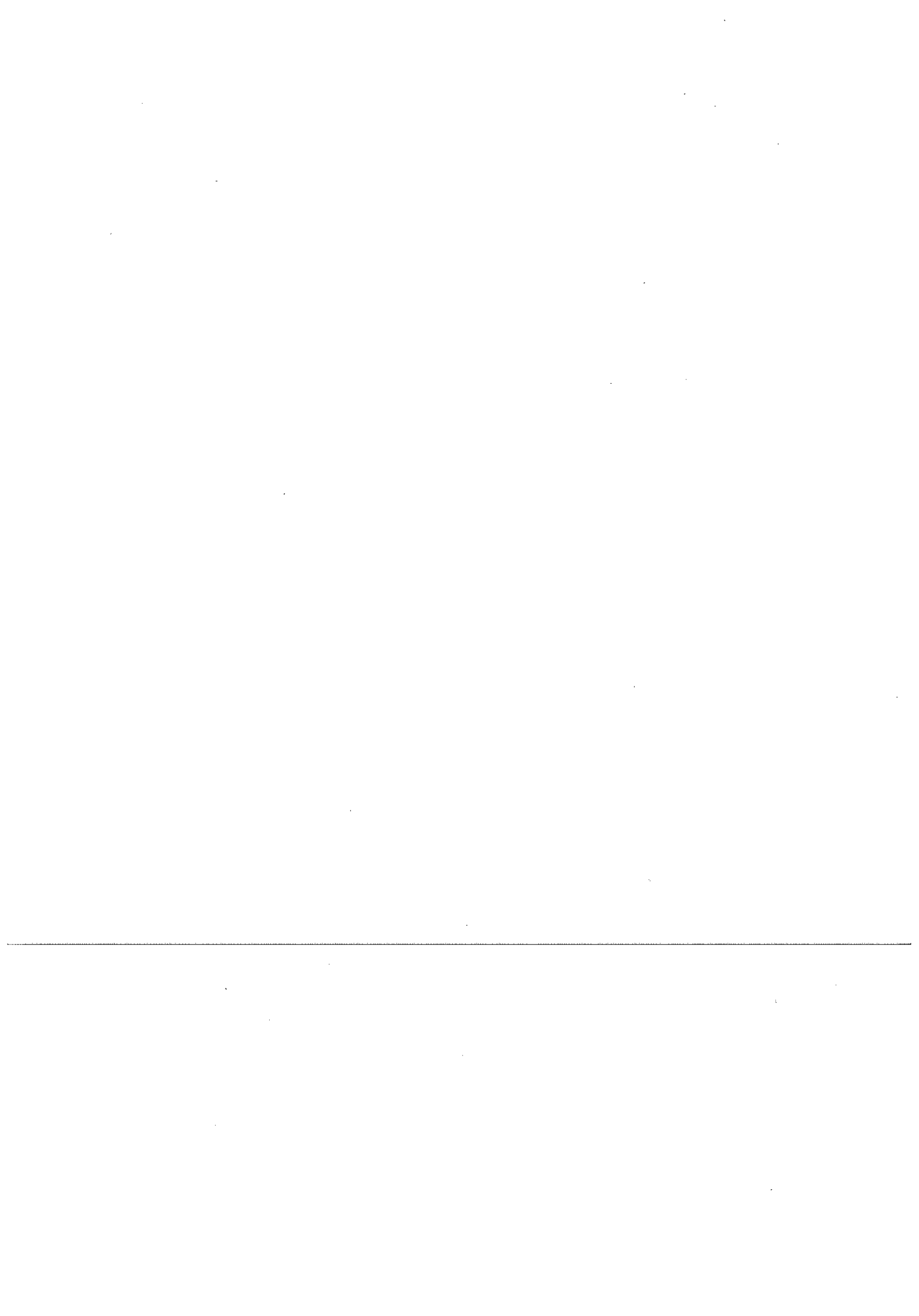
四、日本身心障礙者團體的參與、溝通協調及採取全體共識的決議方式值得參採。

目次

壹、參訪目的	01
貳、參訪成員	03
參、參訪行程	04
肆、ICF 之政策運用、統計與推動研討會	06
一、實際應用 ICF 於政策和統計的問題	06
二、ICF 於日本的應用	12
三、日本的障礙定義與等級	14
四、簡介臺灣身心障礙福利政策	17
五、日本身心障礙福利系統之改革與展望	19
六、綜合討論	22
伍、機構參訪	26
一、東京都心身障害者福祉中心	26
二、府中市立特別養護老人之家	36
三、行田福祉用具消毒工場暨物流中心	43
陸、日本介護保險及障害者福祉制度	48
一、東京都福祉保健局	48
二、府中市福祉保健部	57
柒、結論與建議	62

表次

表一 赴日參訪成員一覽表	03
--------------	----



壹、參訪目的

目前國內對身心障礙者、身心障礙者家庭及照顧者的需求滿足，均係由身心障礙者本人提出申請，並由政府部分依據其身心障礙者類別、等級、家庭經濟狀況等條件進行補助或服務核定，但資源畢竟有限，在多元、近便及全人服務的思維下，資源如何以更公平合理的方式加以分配，如何才能使有限資源發揮最大效益，成為我國身心障礙者事業發展的重要議題。睽諸歐、美、日等先進國家對身心障礙者的觀點，已由醫療導向與個人模式，轉為更形積極的權益導向與社會模式，在此潮流趨勢的引導下，國內亦於 96 年 7 月 11 日修正公布「身心障礙者權益保障法」（以下簡稱本法），並明定自 101 年 7 月起，身心障礙證明申請及各項福利與服務，需由醫事、社工、特教、職評等人員籌組專業團隊，在國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）分類架構下完成身心障礙者鑑定及其福利與服務需求評估，並據以提供服務。

本法修正後，納入「國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）」之架構與精神，使我國的身心障礙認定制度與國際接軌，障礙的發生，將不僅僅是身體構造或功能缺陷的問題，個人在活動與參與方面的限制及環境對個人的影響，同時應該加以重視，至在福利服務輸送部分，因為對於身心障礙者的生活及所處的環境進行更為深刻的描述，將使服務得以切中身心障礙者的困境，使資源能做有效之分配與運用，故為吸取國外經驗、拓展相關專業人員學習領域及開闊國際視野，俾依本法規定辦理身心障礙鑑定與需求評估事宜，本部及行政院衛生署爰共同規劃辦理有關赴國外參訪 ICF 之事宜，並推派身心障礙鑑定與需求評估相關領域之人員共 30 人（本部推派代表共 12 人）參與。

鑑於日本為世界衛生組織（WHO）之會員國，在政府部門當中設有推動 ICF 制度之專責機構，至在學術單位及民間團體組織等部門，亦均積極投入 ICF 之研究與實用工作，在 ICF 之推動上已有一定成效，爰擇定於本（99）年 7 月 13 日至 7 月 17 日共 5 日赴該國進行觀摩參訪。本次參訪內容包含為期 1 天半之 ICF

研討會議；京都心身障害者福祉中心、府中市立特別養護老人之家『あさひ苑』、行田福祉用具消毒工場暨物流中心等機構之參訪；及東京都福祉保健局及府中市福祉保健部進行有關「介護保險」、「障害者福祉」判定與審查等相關業務之觀摩等；期透過完整的參訪行程及內容規劃，深入了解該國推動 ICF 之過程及現況、身心障礙鑑定和需求評估之政策架構、內涵與監督機制及其福利與服務輸送辦理情形，作為國內推動 ICF 之參考。

貳、參訪成員

本次本部指派赴日參訪成員共計 12 位，包括本部委託辦理 ICF 需求評估相關研究團隊代表 3 位、地方政府代表 6 位、內政部代表 2 位及隨團翻譯人員 1 位，其背景資料如表一所示（依姓氏筆劃順序排列）：

表一 赴日參訪成員一覽表

序號	姓名	服務機關 / 服務單位	職稱
1	王國羽	國立中正大學社會福利學系	教授
2	李淑貞	國立陽明大學物理治療暨輔助科技學系	副教授
3	吳安	內政部社會司身心障礙者福利科	科長
4	許芝綺	臺北縣政府社會局身心障礙者福利科	科長
5	陳榮枝	台南縣政府社會處身心障礙者福利科	處長
6	陳麗華	台中市政府社會處身心障礙者福利科	社工師
7	粟惇璋	彰化縣政府社會處身心障礙者福利科	科員
8	楊逸文	社團法人中華社會福利協會	理事長
9	劉函昱	花蓮縣政府社會處身心障礙者福利科	社工員
10	賴兩陽	私立東吳大學社會工作學系	副教授
11	謝秉曄	高雄市政府社會局身心障礙者福利科	社工員
12	謝鑫敏	內政部社會司身心障礙者福利科	專員

參、參訪行程

時間	第一天：2010年7月13日（星期二）
13:05~	臺北→日本（桃園機場→成田機場）

時間	第二天：2010年7月14日（星期三）
東京 ICF 研討會第一天課程 (JSRPD) 日本障害者リハビリテーション協会（東京都新宿区戸山一丁目 22-1）	
09:30-12:30	主 題：歡迎與介紹(Welcome and Introduction) 主講者：上田 敏(Satoshi Ueda) 主 題：實際應用 ICF 於政策和統計的問題(Problems in practical application of ICF to policies and statistics) 主講者：上田 敏(Satoshi Ueda) 大川 彌生(Dr. Yayoi Okawa) 國立長壽醫療研究中心(National Institute for Longevity Sciences, National Center of Geriatrics and Gerontology)
12:30-13:30	午餐時間(Lunch Time)
13:30-14:30	主 題：ICF 於日本的應用(Utilization of ICF in Japan) 主講者：厚生労働省統計情報部(Dept. of Statistics and Information, MHLW)
14:30-16:00	主 題：日本的障礙定義與等級(Definition and grading of disability in Japan) 主講者：厚生労働省障害保健福祉部(Dept. of Health and Welfare of People with Disabilities, MHLW)
16:00-17:00	主 題：簡介臺灣身心障礙福利政策（Introduction of ICF to Disability Welfare policies in Taiwan） 主講者：署立雙和醫院 劉燦宏 主任；內政部社會司 吳安 科長

時間	第三天：2010年7月15日（星期四）
東京 ICF 研討會第二天課程 (JSRPD) 日本障害者リハビリテーション協会（東京都新宿区戸山一丁目 22-1）	
09:30-11:00	主 題：日本身心障礙福利系統之改革與展望(Prospects of reforms in the disability welfare system in Japan) 主講者：藤井克徳(Mr. Katsunori Fujii) 日本障害論壇幹事會議長 日本障害者協議會常務理事

	(Chairman of the Executives' Meeting, Japan Disability Forum; Co-Chair, Governmental Committee for Innovation of Services for People with Disabilities)
11:00-11:30	休息時間(Break)
11:30-12:30	主 題：綜合討論(General Discussion)
12:30-14:00	午餐時間(Lunch Time)
14:00-16:00	主 題：參訪東京都心身障害者福祉センター(Visit Tokyo Metropolitan Center for the Welfare of the PWD) (東京都新宿區戸山三丁目 17-2)

時間	第四天：2010年7月16日(星期五)
09:30-11:30	主 題：參訪東京都福祉保健局(〒163-8001 東京都新宿區西新宿二丁目 8 番 1 號 TEL：03-5320-4032 FAX：03-5388-1400)
11:30-14:00	午餐時間(Lunch Time)
14:00-15:00	主 題：參訪府中市立特別養護老人之家『あさひ苑』(住院設施、日間照護服務設施)
15:00-15:40	主 題：府中市役所 西門(府中街道旁)接待
15:40-17:30	主 題：參訪府中市福祉保健部(〒183-8703 東京都府中市宮西町 2 丁目 24 番地 TEL：042-364-4111) ※由高齢者支持課及障害者福祉課之業務承辦職員舉行說明會與提問應答
17:30-18:30	休息時間(Break)
18:30-18:50	主 題：參訪介護認定審査會(設置模擬審査會) ※審査會委員，由醫療、保健、福利的專家組成 ※模擬審査會，以個案分享的方式進行，僅準備 1 件案例

時間	第五天：2010年7月17日(星期六)
09:00-11:00	主 題：參訪行田福祉用具消毒工場暨物流中心(レンタル運営部会社) (日本メディケア 北関東物流センター 埼玉縣行田市持田 2165 番地 テスココンポ 7F TEL：048-550-2200)
11:00~	日本→台北(成田機場→桃園機場)。

肆、ICF 之政策運用、統計與推動研討會

● 2010 年 7 月 14 日 (星期三)

時間	內容	報告人
9:30-12:30	主 題：歡迎與介紹(Welcome and Introduction) 主講者：上田 敏(Satoshi Ueda) 主 題：實際應用 ICF 於政策和統計的問題(Problems in practical application of ICF to policies and statistics) 主講者：上田 敏(Satoshi Ueda) 大川 彌生(Dr. Yayoi Okawa) 國立長壽醫療研究中心(National Institute for Longevity Sciences, National Center of Geriatrics and Gerontology)	賴兩陽 副教授

一、參訪內容：

參訪首日的行程係為 ICF 之政策運用、統計與推動研討會，先由上田敏教授代表日方致歡迎詞，隨後由臺灣考察團團長劉燦宏主任說明此行重點，並感謝日方的安排。儀式過後隨即由「日本障礙者復健協會」常務理事片石修三，介紹該協會的歷史沿革與會務內容。

(一)「日本障礙者復健協會」介紹

「日本障礙者復健協會」在 1964 年成立，當時名稱為「財團法人日本肢體不自由者復健協會」，在 1970 年修正為現行名稱。其主要工作包括：

1. 障礙者復健相關業務的推動與研究：包括召開總和復健研究大會，結合醫療、教育、職業與社會等領域的專家學者共同研擬障礙者福利相關課題。
2. 辦理障礙者復健相關研究：包括對智慧障礙者認知研究、障礙者權利條約的制定、緊急災害時障礙者的支持、障礙者政策的綜合研究、對障礙者歧視的調查研究與對 WHO 所推動 ICF 相關問題的研究。

究。

3.推動障礙保健福利綜合研究：邀請外國學者到日本從事研究，促成國際交流；遣送日本研究人員到外國研修、委託國外研究機構研究與建立教育與研究夥伴關係。

4.出版事業：出版「正常化-障礙者福祉」(Normalization)月刊、「復健研究」季刊 與「復健研究」季刊的「CD-ROM 版」。

另該協會亦積極推動國際交流，分別參加與推動「國際復健協會」(Rehabilitation International:RI) 相關會議；舉辦第 2 屆「亞太障礙者十年」的研討會、建立「亞太復健行動網路」、推動障礙者國際合作與日本障礙者 NGO 網路合作等活動。在國際研修事業上，推動職能復健專家和領導者訓練課程並接受亞太國家派遣身心障礙者到日研修，近幾年來臺灣也固定有身心障礙者以此一方案到日學習觀摩。

在障礙者復健研究與資訊服務方面，建立障礙保健福祉研究情報資源網站平臺、障礙者資訊網路、發展與推動「數位便利資訊系統」(Digital Accessible Information System, DAISY) 讓視覺障礙者透過聲音瞭解資訊的內容、志工 PC 指導者養成訓練，以協助障礙者使用電腦。

日本有許多身心障礙的民間團體，他們為集結共同的力量，建立了「日本障礙者論壇」、「日本障礙者協議會」與「障礙者廣播協議會」，後面這個協議會設有著作權委員會、廣播、通信無障礙委員會與災害時情報保障委員會。

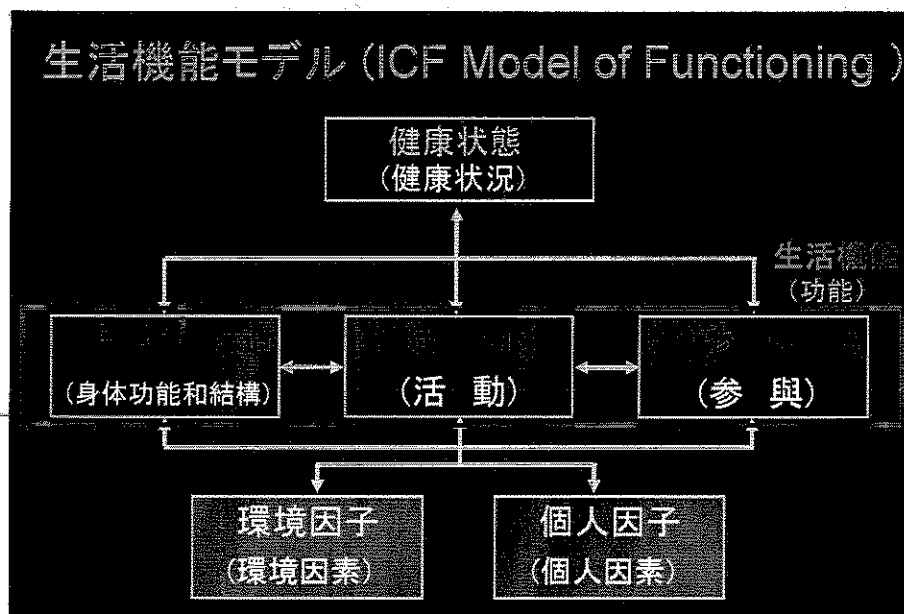
「日本障礙者復健協會」並接受政府委託承辦「全國身體障礙者總合福祉中心」的運作，本次研修即在此一中心舉行，該中心的業務包括諮詢、訓練、資訊服務與文化事業的推動。該中心並有住宿設施，共有 33 間房間可容納 74 人住宿，平時可提供教育訓練場地、災害時緊急資訊與備災物質的儲存、亦舉辦一些障礙者的休閒娛樂活動。片

石常務理事在提到與政府合作關係時特別指出，近年來政府對該中心的補助逐漸減少，使他們必須自行設法籌募更多資源，以維持營運。

(二)以 ICF 為基礎之障礙評估的基本問題(**Fundamental Problems in ICF-based Evaluation of Disability**)

第一天早上研修課程另一個重頭戲是日本障礙者復健協會顧問、日本社會事業大學客座教授上田敏與獨立行政法人國立長壽醫療研究中心生活機能賦活研究部部長大川彌生對 ICF 如何運用在障礙評估上加以說明，其內容分成兩部分：一是對障礙觀念的釐清；二是障礙評估的重要議題。

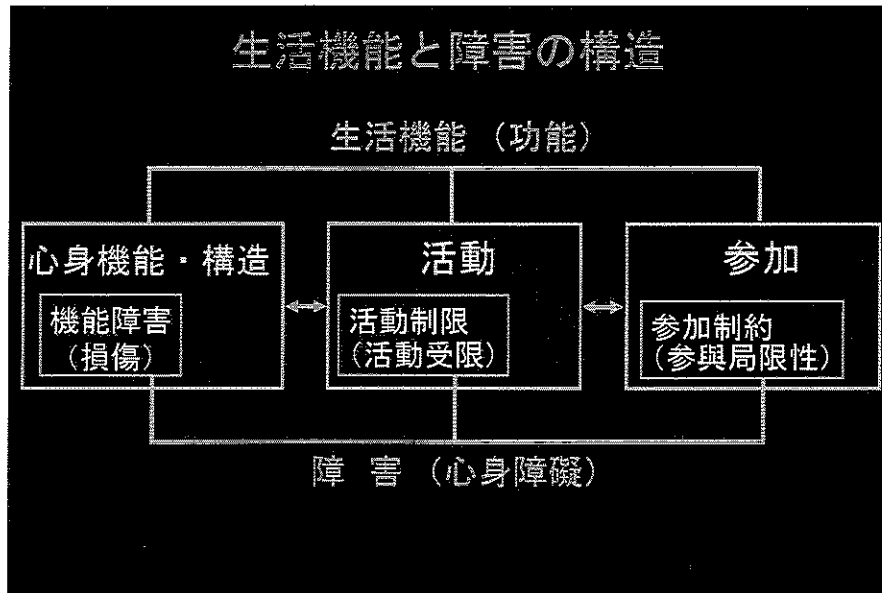
在對障礙觀念的厘清方面，上田敏教授特別提出「以活動為焦點」(**Activity-focused**) 的觀點。在障礙的認定上，一個人所以功能下降，例如傷殘、活動限制和參與的不足，是由於健康狀況不佳。但是健康狀況不佳不單只是健康狀況，而且還包括環境與個人因素，這三者之間的互動頗為重要 (如圖一) 。



圖一 ICF 的功能模式

日本以往對障礙認定是「以損傷為焦點」(**impairment-focused**)，

疾病與實驗室的資料在障礙鑑定上扮演非常重要的角色。當然，這個模式對改善身體的機能障礙具有一定的功能。但是如果增加活動活動向上訓練（Activity Promotion Program）使用適當輔具與改善環境障礙，將可以有效的提升障礙者活動的獨立性、耐久性與實用性，也包括 ADL 的訓練，但是要擴及家務、職業與休閒活動（如圖二）。



圖二 生活機能與障礙構造

上田教授以他的調查研究資料證實透過活動的方案，可以有效的提升障礙者的「參與」能力。因此從「以損傷為焦點」到「以活動為焦點」可以在考慮身心機能與健康狀況下以活動為焦點設計適當的方案，以克服活動的障礙，促成障礙者的社會參與。上田教授在活動評估的重要相關事項上，以 17,600 個案子作為分析物件，將「活動」的評價點分為「普遍的自立」、「限定的自立」、「部分的限制」、「全面的限制」與「不適用」等 5 個等級，說明活動的觀點可以增加障礙者獨立生活的能力。因此，在結論上又特別強調「以活動為焦點」的重要性，同時指出：

1. 「普遍的自立」與「限定的自立」要加以區分。

- 2.在「部分的限制」上「口語協助」與「肢體協助」要加以區分。
- 3.「部分的限制」與「全面的限制」要仔細加以區分。
- 4.活動當中「能力」(Capacity)與「表現」(Performance)兩者都非常重要。

二、心得：

(一) 障礙者團體溝通協調方式值得借鏡

在第一天上午的課程中，從「日本障礙者復健協會」功能的介紹當中，可以看出該協會功能頗多，在日本身心障礙福利領域頗具影響力，也積極參與「障害者自立支援法」被廢止後新法的草擬工作。另外，日本的障礙福利團體頗多，他們組成的審議會，因怕多數決會犧牲少數身障者的權益，不以此方式決定議案，而尋求普遍的共識，看來難度頗高，卻也不失為彼此尊重的方式。

(二) 政黨輪替會影響障礙福利政策

日本「障害者自立支持法」在平成 18 年 (2006) 4 月立法施行，同年 10 月全法施行，但在平成 21 年 (2009) 因新執政黨民主黨上臺，提出廢止該法的提議，並在同年 9 月通過。朝野政黨對政策議題有不同主張，本就是民主的常態，尚無不妥。而制定新法希望朝周延的方向研擬，亦值得肯定。當然，舊法如有可以參采之處，仍應納入，以免法規變動過大，影響障礙者對法規的認知與適用的程度。

(三) 「以活動為焦點」具有開創性

上田敏教授對障礙認定，藉由 ICF 的分析架構，強調「以活動為焦點」代替原有的「以損傷為焦點」，觀點上頗具突破性。並且以實證的統計資料做為佐證，頗具有說服力。上田教授在日本對 ICF 領域的研究，堪稱代表性人物，其治學精神令人敬佩。上田教授在前兩天研修期間全程陪同，亦令人感受他對參訪團的重視。

三、建議：

(一) ICF 的實務經驗與研究成果需要累積

ICF 的分類架構在日本帶來對障礙認定與福利服務觀念的改變，可從上田教授的研究報告中觀其端倪。不過，ICF 畢竟仍是新的觀點，許多制度的配合與研究成果方面，都仍在發展當中。我國要建立自己一套的運作模式，也需從「做中學」，並且與學術界結合，共同研擬出適合的模式。

(二)「一人訪視，團隊審查」兼顧效率與專業

日本現行對障礙者的認定，是依據表格方式，由專人到身心障礙者生活環境進行瞭解與評估，將資料帶回之後交由審查委員會認定。我國現行身心障礙認定系以醫療鑑定為主，較日本方式簡單，但是流於「醫療模式」。未來採取 ICF 的模式，由鑑定到需求評估，會結合兩個專業團隊共同決定身心障礙的狀況，並且與福利及服務需求評估連結，會較日本現行模式更為複雜。此次參訪可以瞭解日本身心障礙認定的方式，作為「一人訪視，團隊審查」模式的參考。未來我國有 100 於萬身心障礙者要在 5 年內完成鑑定與需求評估，是重大的社會工程，日本現行對身心障礙者的認定模式可資參考。

● 2010年7月14日(星期三)

時間	內容	報告人
13:30-14:30	主 題：ICF 於日本的應用(Utilization of ICF in Japan) 主講者：厚生労働省統計情報部(Dept. of Statistics and Information, MHLW)	許芝綺 科長

一、參訪內容：

日本厚生労働省統計情報部中共分成五個課，分別是企畫課、人口動態保健統計課、社會統計課、雇用統計課與賃金福祉統計課，其中企劃課之下的單位國際分類情報管理室，負責的是國際統計相關事宜及疾病、傷害、死亡統計相關事宜。

國際分類情報管理室在 ICF（國際健康功能與身心障礙分類系統）的工作是負責將 ICF 翻譯成日本語版本、ICF 的普及與推廣、ICF 的修正建議；在 ICD（國際疾病與相關健康問題統計分類）的工作則是 ICD 的改善建議、ICD-10 的修正建議、將 ICD 翻譯成日本語版、WHO-FIC 普及策略的建議；國際統計的部分則是包括了提供資料給國際機關及外國政府、接受外國指派研修人員至日本受訓。

WHO-FIC（世界衛生組織國際分類家族）共有三個分類，主要的中心分類就是 ICD、ICF 以及 ICHI，而 ICF-CY（國際健康功能與身心障礙分類系統-兒童版）則是屬於派生分類，在日本針對各項統計設計有檢討機制—社會保障審議會統計分科會，其中就包括了 ICF 的專門委員會及 ICD 的專門委員會。

社會保障審議會統計分科會生活機能分類專門委員會（ICF 專門委員會）的委員組成共 11 位，包括了醫師、教授、民間單位代表等，委員會的審議事項在於 ICF 的普及、ICF 的修正，而日本也已經在 2007 年 3 月出版了 ICF 中活動與參與的暫定版評價基準，印製並提供予專業人員參考，期待可以在日本的專業服務上活用 ICF；除此之外，也開始辦理各項的 ICF

訓練，希望可以將 ICF 的概念普及到日本。

在 ICD 的部分還有一個很重要的工作在於 ICD 的修正建議，每 3 年會大改正一次，也就是新增項目、刪除項目或改變專案歸類，每年都會進行小改正，也就是不做大調動，只做文字定義或註記調整，日本是 WHO 的會員國，均會參與 ICD 的修正投票，投票方式則是採取網路投票，網路上均可看到完整的提案內容，因每個會員國只有一票，所以必須在投票之前針對日本國內的提案凝聚並形成共識。

二、心得：

日本因為是 WHO 的會員國，因此所獲得的 ICF 相關資訊較為直接且立即，並可以參與 ICD 的修訂，另外在日本政府部門中也有一個獨立的部門專責與國際合作及接軌的工作，在日本 ICF 仍屬於推廣及凝聚共識的階段，目前也尚未發展出具共識的 de 碼評價標準，日本在障害鑑定或服務推動也並未運用 ICF 制度。

三、建議：

我國未來將運用 ICF 制度在身心障礙者的鑑定上，相關評價標準建立及國際交流合作實需專責單位處理，目前適逢國內中央機關組織及業務重整，建議我國未來可有專責單位或專責人員負責類似職務。

● 2010年7月14日(星期三)

時間	內容	報告人
14:30-16:00	主 題：日本的障礙定義與等級(Definition and grading of disability in Japan) 主講者：厚生労働省障害保健福祉部(Dept. of Health and Welfare of People with Disabilities, MHLW)	王國羽 教授

一、參訪內容：

這個場次的報告主要是以日本政府組織內負責與 ICF 相關的政府主管單位(厚生労働省內，主管社會統計與人口統計部門)負責替我們作簡報。這個單位類似我國的內政部統計處加上行政院衛生署統計室，是日本國內相關人口與保險統計資料蒐集的主要單位。在這個情報資訊處(information and statistic)內，同時也蒐集與 ICF 相關的資料及統計數據，作為日本國內疾病和社會保險給付有關的參考。本場次報告者是該障礙保健福祉單位的科長。由於日本政府組織內，採取厚生労働部的名稱，這個部會類似我國的福利、衛生、勞動三者相加的部會，因此統計部分也是三者都有的蒐集方式。

日本政府是在中央政府的社會保險推動委員會之下設置特別推動委員會內負責 ICF 的相關業務。主要是因為日本的長期照護制度採取 ICF 作為提供服務的評估工具，因此在日本政府架構內，ICF 與長期照護社會保險等業務是整合在一起。在這份報告的檔案，主要分為三個主要的部分，第一部分介紹日本政府組織架構內負責 ICF 的單位，接著介紹日本政府組織內的相關業務，最後說明日本如何提供國內對 ICD 或 ICF 相關架構的意見，回饋給世界衛生組織做為修正相關架構的參考。他的簡報內容非常詳細解釋日本政府統計資料蒐集架構。

日本政府在統計情報部下設置國際分類情報管理室，專門負責與 ICF、疾病、傷害及死亡相關的統計資料蒐集，另外在日本政府的疾病分類架構之下，亦設置有特別的推動委員會，而 ICF 就屬於社會保險長期照護

的給付審查與統計蒐集委員會。在這個架構下，日本政府放在社會保險審議委員會之下做有關 ICF 的相關業務。並且成立專家諮詢委員會，執行有關社會保險審議工作。日本政府的體制之內，目前是希望能在長期照護保險的評估部分採取 ICF 的概念評估服務的需求。它們發展出將近一百多題的問題做為臨床上評估的參考。這一百多題也是依據 ICF 的精神發展出來的問題，並且採取兩階段的蒐集資料作法，首先是總合性評估，總計為七十九題。這部分採取電腦化給分的方式。接著再進行第二階段的專家委員會議評估，這部分將近二十幾題，採取合議制評估。前者可說是量化資料的蒐集，後者是對申請人質性的評估。兩者合計總共將近一百零六題的題目，作為日本政府提供照顧的依據。

二、心得：

日本政府推動 ICF 與我國不同的地方在於，它們在政府的組織內就有設置相關的單位開始推動 ICF。主要因為日本是世界衛生組織的會員國，身為會員國，它可以有很快且便利的管道接近與使用世界衛生組織的分類系統，例如它們採取 ICD10 的版本蒐集日本國內的相關疾病分類與統計資料。反觀我國仍在使用的 ICD9 版，同時他們也可以透過世界衛生組織的平臺，將日本國內對世界衛生組織分類系統的建議傳遞上去，也可以投票表示意見。因此它們可以一直取得最新的世界衛生組織的資訊。

其次日本政府採取 ICF 架構作為評估長期照護服務的工具，這個方向與我國將採取 ICF 架構作為鑑定的依據是不同的運用取向。日本的身心障礙者鑑定目前仍然以醫師意見為主，與國內目前的方式相同，但是我國未來身權法採取兩階段的評估方式，先鑑定再評估其相關的服務需求，前者雖然入法，但是依據目前推動狀況，仍有面臨醫療專業獨大之虞，至於第二階段的福利與服務需求評估部分，因為完全是依據醫療診斷的編碼結果作為評估的依據，也與 WHO 的 ICF 精神不完全相符。總而言之，在推動

ICF 的過程中，如果醫療專業無法與其它的專業合作，共同評估執行 ICF 架構，未來要實施可能真的會遇到極大的臨床阻力。

日本因為運用到長期照護的照護需要評估，所以他們可以很清楚的聚焦，將可以運用的編碼部分挑出來。又爲了怕電腦給分的方式有其缺陷與不足，他們另外設立審查委員會，兩者互補的推動 ICF 制度。

三、建議：

未來建議政府在行政院層級設立特別委員會推動跨部會，以整合跨部會意見推動 ICF 制度。由日本政府的參訪經驗來看，ICF 不只可以運用到長期照護的臨床評估，也應該可以運用到未來的身心障礙人口統計與鑑定過程，因此 ICF 的特別委員會的建置，可以適時提供相關部會意見做爲推動與運用的參考，以日本的經驗看來，這個審查委員會的設立，無論在中央與地方都可以彌補因爲普遍使用同一套評估工具的不足，而補充量化資料的不足之處。未來的委員會可以由中央到地方都採取類似的委員組織，以利於全面推動 ICF 分類架構與需求評估工作，目前由兩個政府單位各行其事的推動方式，徒增跨部會協調的時間與力氣。日本的審查委員會雖然醫師的人數佔有一定的比例，但是相對的也有福祉相關的事業與團體代表參加，爲避免我國以往類似的委員會設置之後，不能真正的發揮功能且相關團體的利害關係人代表人數與比例問題，ICF 的特別委員會之委員與團體代表應具有相當之專業知識與訓練爲要，以避免委員會開會流於形式。地方層級之委員會可以分期設置，初期之委員須具有一定之專業背景，可由中央政府設立之資料庫中聘請。

● 99年7月14日(星期三)

時間	內容	報告人
16:00-17:00	主 題：簡介臺灣身心障礙福利政策 (Introduction of ICF to Disability Welfare policies in Taiwan) 主講者：劉燦宏主任 回應人：上田敏教授、大川彌生教授	許芝綺 科長

一、參訪內容：

臺灣身心障礙者的福利法規沿革是從殘障福利法變更到身心障礙者保護法，到目前為止則是身心障礙者權益保障法，福利法規的精神也從消極的救助性質，到強調機會均等、積極的提供福利服務。

臺灣的身心障礙人口持續呈現穩定的成長，障礙類別分佈以肢體障礙最多，而慢性精神病患則成長最快，在障礙等級的分佈上則是集中在輕度和中度，中途障礙者的比例逐年增加。在臺灣身心障礙者現有福利措施非常多元約可分為八個部分，包括了經濟安全、生活照顧、醫療復健服務、教育相關服務、就業職訓服務、生涯轉銜服務、社會參與服務與無障礙環境服務等。

大川教授在回應時表示因為臺灣所預備的資料十分完整且事前即已翻譯成日文，所以可以全盤的瞭解臺灣身心障礙福利的概況，也因著對於臺灣身心障礙福利概況的瞭解，大川教授對於日本的介護保險及障害者制度也有下列的省思。

(一) 介護保險是 2000 年開辦的，當時僅設計電腦判定(共 79 項)，但後來

發現不足以呈現失能者需求的真實狀況，因此設計成電腦判定完之後再進入審查會議審查，審查會議中亦會加入醫師的意見書，包括了疾病的症狀及生活機能受影響的狀態。

(二) 日本的障害者支持法分成非該當、區分一、區分二、區分三、區分四、區分五及區分六，審查機制設計與介護保險制度十分類似，但判定的專案除了介護保險的判定項目外，增加了障害者專屬的項目，合

計共 106 項，日本民眾在取得障害手帳（即身心障礙手冊）之後，若有需要支援服務，再提出申請進行一次判定及二次判定的審查。

（三）雖然日本尚未實施 ICF 制度，仍處於推廣的階段，但其實上述二種制度的設計已經接軌了 ICF 的精神，亦即除了看待身體的限定和疾病狀態之外，亦須重視這些疾病狀態對於活動及參與的影響情形，但在日本並非當初就設計成二次判定的制度，而是因為日本其推動介護保險及障害者支持法的過程中有其歷史背景，為了解決電腦判定所引發的問題，而設計成二次判定。

二、心得：

本次課程因事先提供文字資料並翻譯成日文，因此在與日方的交流上十分順利，日本介護保險設計與身心障害者自立支援法的服務設計有其歷史背景存在，但共通的特性為已開始考慮失能或障害狀態對於活動及參與的限制，已經引進了 ICF 的精神。

三、建議：

日本是介護保險及自立支持雙制度並存的設計，一個年輕即障礙的民眾，可能在 40 歲前適用自立支持法機制，獲得介護給付、訓練給付（就業相關）、地域生活支援事務等協助，但在 40 歲後除了必須繳交介護保險費之外，必須有失能狀況或有特殊疾病才能使用介護保險給付，導致民眾在二種制度之間須費時適應，未來我國在進行長照保險制度設計及身心障礙者福利服務制度設計，須注意便民及制度銜接的設計，以免民眾產生被剝奪的感覺或在二種制度中尋找漏洞。

● 2010年7月15日(星期四)

時間	內容	報告人
9:30-11:00	主 題：日本身心障礙福利系統之改革與展望(Prospects of reforms in the disability welfare system in Japan) 主講者：藤井克德(Mr. Katsunori Fujii) 日本障害論壇幹事會議長 日本障害者協議會常務理事 (Chairman of the Executives' Meeting, Japan Disability Forum; Co-Chair, Governmental Committee for Innovation of Services for People with Disabilities)	粟惇璋 科員

一、參訪內容：

藤井克德先生從一位身心障礙者的立場與民間團體代表的立場來說明日本身心障礙者政策，相較於日本政府部門的報告多為量化資料的呈現，藤井克德先生的演說讓臺灣與會者多了一些省思的空間。

藤井克德先生談到日本 ICF 的施行，與以下三者習習相關：

(一) 相關的配套措施

ICF 概念的引進與施行，須有完整的配套措施，才能順利建制屬於日本的 ICF 制度。

(二) 與世界潮流接軌

愈來愈多國家運用 ICF 概念，日本雖已逐漸開辦，但起步仍較歐美國家晚。以精神障礙為例，全日本約有 32 萬多的精神障礙者，多數仍滯留於醫院，未回歸家庭與社區，且無適當的發聲管道，因此精神障礙者較其他障礙類別仍屬較弱勢的族群，尚停留在傳統的服務模式；不過整體而言，因應 ICF 的情況下，愈來愈多障礙類別被包含進來，如癲癇、腦中風、需要早期療育之兒童等。

(三) 日本內閣改組

由於政黨輪替，政治勢力（身心障礙團體意見亦包含其中）影響社福政策，原本的法規如「障礙者自立支持法」被迫終止，新法

規尚未上路。日本政府於去年 12 月設置「綜合福祉部」，由各部會大臣組成，並邀請身心障礙團體代表與會，共有 26 位委員，其中身心障礙團體代表即有 14 名，約占 54% 比例；藉由身心障礙團體代表的發聲，以及各委員的互相交流與協商，期望草擬出符合日本民眾需求的身心障礙福利政策。

「綜合福祉部」轄下設有「事務局」綜理相關行政事務，「事務局」組織成員中有多名身心障礙者，包含局長與 4 名工作人員皆是身心障礙者。另「綜合福祉部」轄下亦設有「審議會」，每月開會 3 次，會議之決議事項須經全體委員一致同意後而通過，不採多數決定制，避免大型團體之訴求掩蓋了小型團體的聲音；為使會議順利進行，並將發言聚焦，縮短討論過程中的長時間協商或紛爭，委員與會前須先做充足的事前準備，包含瞭解會議目的、閱讀會議資料、綜合考慮相關的身心障礙者政策與法規，以及各身心障礙團體於會前之內部意見整合。

上述「審議會」會議之進行均由電視同步轉播，並將影音檔置於網路上供民眾流覽，藉由全民監督的機制確實把關與會者審議的品質，避免議事淪落為形式。而為使會議順利進行，針對有特殊需求之身心障礙者，亦提供有相關輔具或其他支援的服務，如點字資料、專人協助，或針對脊髓損傷者因無法自動調節體溫而提供的冷暖氣服務，或聽障者跟不上會議進度時可舉黃牌請主席暫停會議進行。

藤井克德先生亦為審議會的委員之一，其表示參與審議會對其個人的挑戰與省思主要有以下 4 點：

1. 如何突破傳統醫療模式的服務提供。
2. 如何使國內的身心障礙者福利政策與 ICF 接軌。
3. 期使政策能滿足各類別身心障礙者之需求。
4. 如何獲得充足的財源俾利政策之推動。

二、心得與建議：

從藤井克德先生的報告可發現多數議題皆為目前臺灣推動 ICF 可以思考的方向，包含健全的相關配套措施、突破醫療模式、順應世界潮流推動 ICF、儘量滿足各障礙類別者之需求、建構充裕的財源等。較特別的是，由於政黨輪替致使「障礙者自立支持法」終止，政黨意識形態的影響也如同臺灣制定政策的模式，這點值得深思。政策之終止是否為必要，或僅是為了反對而推翻？當藤井克德先生談到「綜合福祉部」轄下設立之「審議會」，引起臺灣與會者的熱烈討論，因為會議之決議事項須經全體委員一致同意後而通過，不採多數決定制，如此之作法，在臺灣並不常見。顯而易見地，審議會的委員對於會議的共同目的有相同的共識，而非僅為團體一己私利而發聲，如此較可避免落入見林不見樹的危機中，進而整體考慮所有身心障礙者之福祉。

● 2010年7月15日(星期四)

時間	內容	報告人
11:30-12:30	主 題：綜合討論(General Discussion)	王國羽 教授

一、參訪內容：

第二天的上午，開始本次參訪的綜合討論。上村敏教授直接針對衛生署的編碼系統，開始做討論。他說明事先已經先看過內政部的簡報資料也充分瞭解目前臺灣推動 ICF 制度的進度與方式。他認為直接討論衛生署所挑選的編碼系統可能比較有意義。首先他認為衛生署的編碼數量是否過多，因為日本運用在長期照護評估的編碼只有一百零六個，目前衛生署的編碼數量為一百二十幾個。同時他認為衛生署所挑選的編碼，有些地方也許需要更為彈性，否則無法完全反映障礙者的狀態，他特別指出有關感官知覺系統的編碼，現有的編碼是否真的能完全反映障礙者的狀態也許需要好好的考慮。另外是目前的編碼如何處理障礙者的狀態不只一種且涉及多種知覺、行動、認知等功能有限制的個案。他最後一天的評論與討論對整個團體來說，受益最大。因為他指出了目前推動的盲點與不足的地方。

同時上田敏教授再次強調整個 ICF 的精神是以【生活功能】為主，而非損傷狀態的評量，就衛生署的報告資料內，他也提出自己看法與建議，雖然日本不是用 ICF 作為障礙者鑑定之用，但是他認為臺灣如果能克服困難採用 ICF 作為鑑定之用，也算是比日本的發展更進一步。衛生署的報告內容中所提出的概念基本上仍然不是完全的 ICF 概念與架構，依據衛生署的規劃，未來除了將現有的身心障礙類別歸類為 ICF 的八大分類系統外，因為有少數的狀態無法完全用 ICF 系統做清楚的界定與分類，故未來身心障礙的鑑定可能繼續延用現有以醫療診斷為主的鑑定方式，也因此將忽略身心障礙者實際生活的功能。討論時間太短是這場會議的主要缺憾，團員

們也沒有充分的時間請教上村教授有關 ICF 制度的運用，他在討論時提到，因為事前閱讀內政部提供的翻譯資料與簡報檔案，因此他對臺灣推動的狀態非常有興趣，也對臺灣面對的挑戰瞭解不少。目前臺灣的鑑定制度與日本的鑑定制度幾乎一模一樣，都是以醫師的專業意見作為身心障礙鑑定的主要參考依據，也是以醫療上的損傷概念作為主要的判准，主要不同的地方是日本採取 ICF 的架構與選取其中的項目作為日本長期照護的評估服務需求的主要工具，但是臺灣目前的改革希望能將 ICF 用於鑑定與未來的服務需求評估，這個差距表現出兩國制度發展的階段不同與法律規定的差異。

整體來說此次參訪最主要的收穫就是知道日本政府究竟如何運用 ICF 制度，且對日本的障礙鑑定制度與系統有比較清楚的整體瞭解。

二、心得：

日本主要運用 ICF 作為評量長期照護服務的依據，因此它們在整個制度、組織、運作與相關作業等都非常仔細。例如它們成立國家級的審查委員會，聘請相關領域的專家提供意見，在地方政府部分有一定的準則可以依循，它們在運用這個工具的過程中，有兩個主要的點值得臺灣學習，一是在評估過程中，有中央所訂的共同專案，屬於全國一致性的，其二是地方可以依據該地特色自訂審查的專案，如此一來，日本各地方執行的，既可兼具蒐集普遍性且一致性的資料，也可以在地方審查委員會的機制下，兼具地方的特殊狀態考慮與區域需求。目前雖然日本政府的障礙者鑑定制度是以醫療專業人員的意見為主，但是並不代表他們不想改目前的制度。

過去幾年日本內閣更替頻繁，間接的也影響日本的相關福利制度的推動。此次去日本才得知日本因為不同政黨輪替的關係，甚至需要將攸關障礙者權益保障的法案停止，採取由日本行政單位提出特別行政方案的措施取代法律。因為政治上的政黨更替，進而影響福利制度的推動，這在國際

間也是比較少見的例子。回顧臺灣修訂身權法的主要背景，是因為原身心障礙者保護法於 86 年修正至今已逾 10 年，有鑑於社會環境的快速變遷，身心障礙者需求越趨多元，相關規定恐有不足以因應身心障礙者權益保障之需求，再者，部份身心障礙服務措施之受益者並非身心障礙者本身（如身心障礙者專用停車位識別證），故而進行法律修正，而欲落實新法規定，則端視各政府相關部門對於 ICF 是否有正確的認知。從衛生署的報告內容中可以看出，醫療體系所規劃的身心障礙鑑定新制，仍未全盤符合 ICF 的精神，亦將使得未來的身心障礙鑑定，徒具 ICF 形式及框架而已。過於的保守與不願意面對改變或面對重新分配利益的問題，讓 ICF 制度在尚未推出時，就已經面臨困難，其主因並非 ICF 運用在身心障礙鑑定不可行，而是不願意將阻礙的因素一一克服的執行態度。

三、建議：

由日本的推動經驗與目前的實施狀態來看，未來 ICF 如果採取由頭到尾都是專業團隊的方式鑑定與評估需求，這個取向仍然是值得推動的方式，主要理由是因為這兩個階段的區分並沒有太大的實質意義，同一批人如果能對身心障礙者的問題採取全面且多角度的方式予以評估，則未來無論在服務連接與資源的分配部分都有節省人力與時間的雙重效果，不同專業之間建立團隊方式進行評估，這個推動方式在臺灣並不是第一次，組成專業團隊評估障礙者的需求與服務，可以建立不同專業背景人員彼此之間的瞭解，日本的經驗也是如此運作。但是日本的運作方式中，可以看到醫療專業人員的主導角色，而社會工作專業人員的參與在日本的制度中，比較屬於聊備一格的方式，未來在臺灣推動評估專業團隊時，應強調團隊的重要性與團隊成員異質化的重要性，以避免日本經驗在臺灣的複製。

在此次參訪中，並未看到各機構或參訪單位的社會工作相關專業人員，到是許多機構人員背景以醫療為主，也許因為安排的機構都是以照護

機構為主的關係，日本機構內的照護工作執行的非常仔細與徹底，相對的照護品質也比較高。此次我們看到地方政府如何的運作與執行相關的政策與法規，由中央制定的法律，到地方政府時，仍能貫徹執行且維持法令的原意，這是此次參訪的主要心得，未來 ICF 執行的成敗在於各個不同的地方政府，如何建立一個督導的制度協助地方政府推動 ICF 制度，也是可以思考的方向之一。

伍、機構參訪

● 2010年7月15日(星期四)

時間	內容	報告人
14:00-16:00	主 題：參訪東京都心身障害者福祉センター(Visit Tokyo Metropolitan Center for the Welfare of the PWD) (東京都新宿區戸山三丁目 17-2) ※觀摩日本身心障礙鑑定及需求評估之實際操作方式。	謝秉擘 社工員

一、參訪內容：

(一) 歷史沿革

年 代 (西元)	沿	革
昭和 26 年 (1951)	建造用途為二次世界大戰 戰後傷者治療場所	
昭和 28 年 6 月 (1953)	開設東京都身體障害者更生相談所	
昭和 35 年 10 月 (1960)	設立東京都精神薄弱者更生相談所 (知的障害者更生相談所)	
昭和 43 年 4 月 (1968)	正式成立東京都心身障害者福祉中心, 並改建建物 (即現在全貌)	
昭和 46 年 4 月 (1971)	並設肢體不自由者更生施設	
昭和 47 年 8 月 (1972)	東京都心身障害者福祉中心內部開設(財)東京都心身障害者職能開發中心	
昭和 59 年 4 月 (1984)	增設東京都多摩障害者運動中心多摩支所	
平成 18 年 11 月 (2006)	指定設立為 11 月高次等腦機能障害者支持機關	



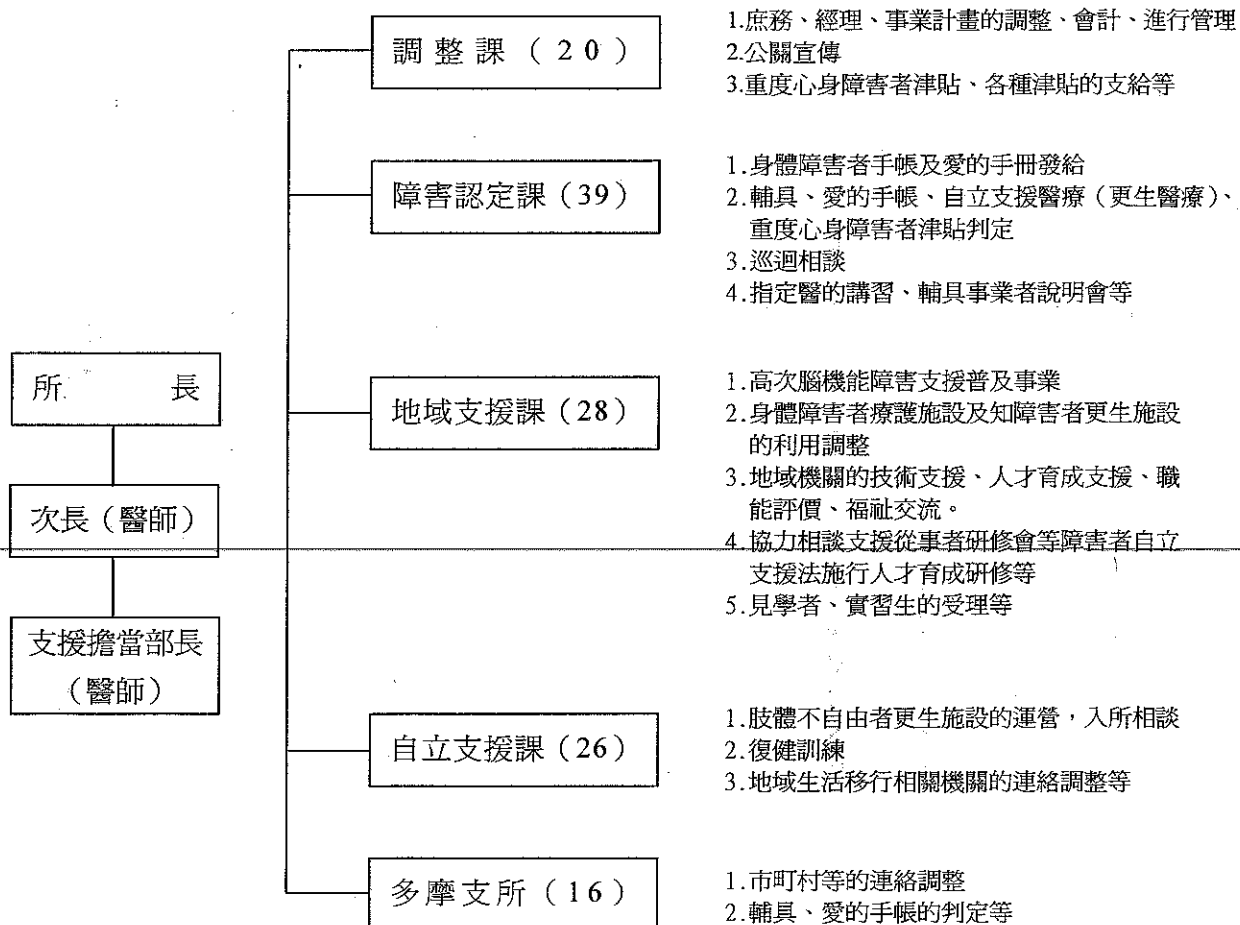
圖三 東京都心身障礙者福祉中心外觀 (最左邊建築物為兒童相談所)

(二) 服務項目及現況

東京都心身障害者福祉中心服務內容係依據障礙者基本法第2條及障害者自立支持法第4條第1項，針對身體障害者不分年齡判發身體障害者手帳及18歲以上身體障害者輔裝具判定核發（18歲以下由指定自立支援醫療院所出據診斷證明書判發），另針對18歲以上知的障害者判發愛的手帳（療育手冊）（未滿18歲者由兒童相談所判定）。截至平成21年3月（2009）東京都總計約判發領有身體障害者手帳者有43萬9,500人，其中以肢體障礙者約24萬1,119人占54.9%最多，另判發領有愛的手帳者有6萬4,700人，其中以4度（輕度）2萬6,190人最多。

(三) 人員編制構成

1. 中心組織



2. 東京都障害者福祉中心職員構成

職種	定數	職種	定數
一般事務	49	理學療法	8
福祉	30	作業療法	7
心理技術	10	臨床検査	1
福祉技術	12	看護師	7
醫師	5	合計(人)	129

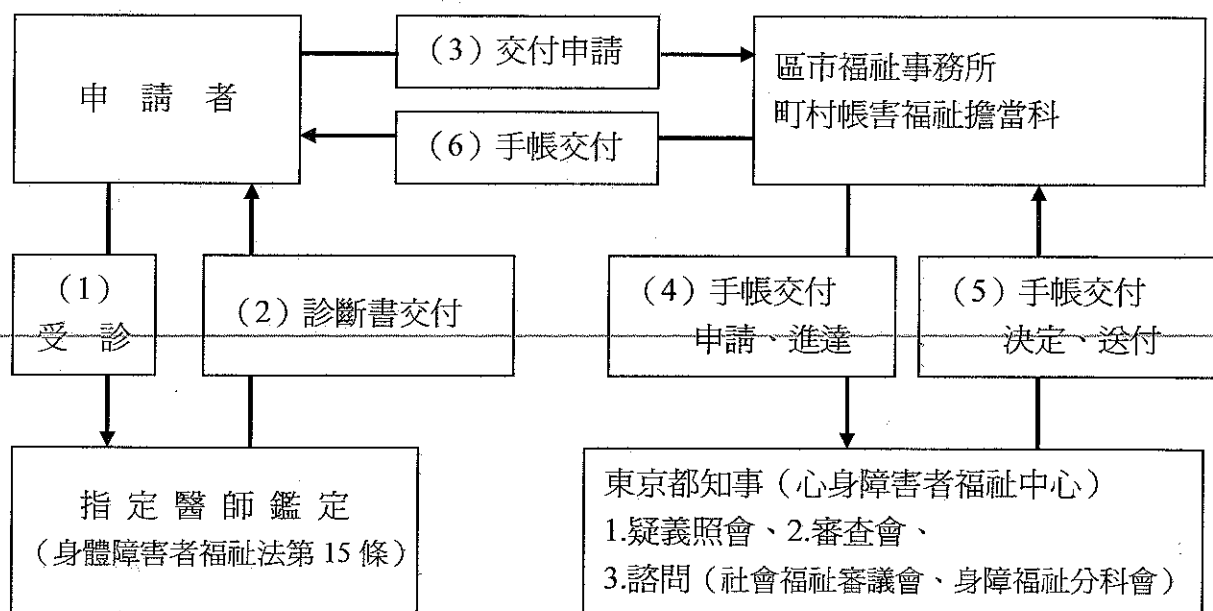
(四) 服務專案

1. 障害認定：

爲使障害者自立及社會參與，政府需規劃並全面性提供各項福利措施，促進障害者福利，並視爲障害者接受各種福利之認證，辦理「身體障害者手帳」及「愛の手帳」核發，及受市村町委託進行困難個案之審查認定，另亦接受預約判定障害者輔裝具需求及重度心身障害者津貼是否符合東京都補助之標準，服務專案如下：

(1) 身體障害者手帳之交付：

A. 受理流程：



B.身體障害者手帳取得，需由申請者提出資料申請，經指定醫師鑑定審查取得診斷書後，再向戶籍所在地區公所提出申請，如審查鑑定無疑義，東京都心身障害者福祉中心即認定核發身體障害者手帳，如有疑義再召開審查會審議。

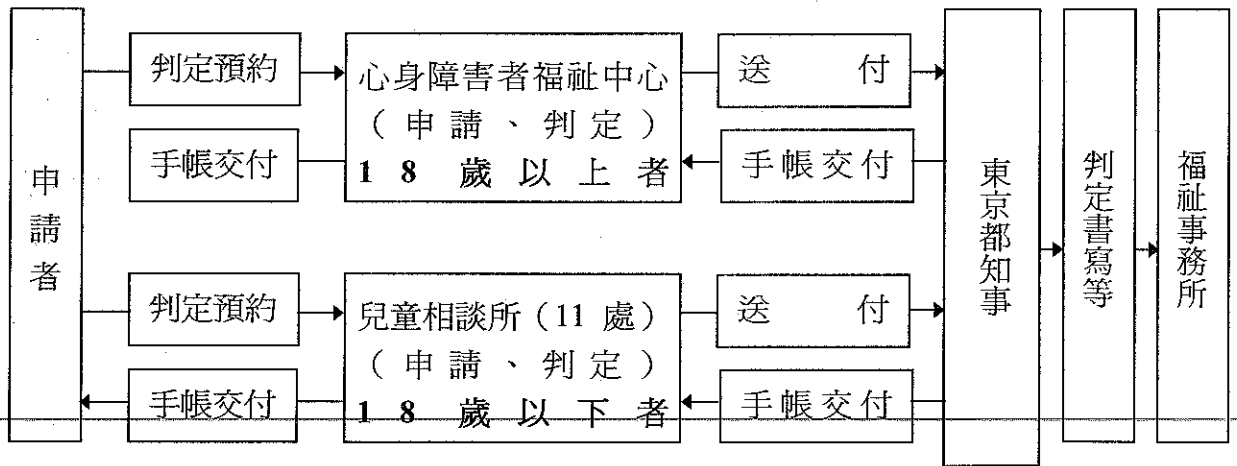
C.標準處理時間：21 日。

D.身體障害者手帳終生有效，無須重新鑑定，惟因當法律廢止或修訂時，才可能因為新標準認定不同，而依據舊有診斷資料重新判發。

E.東京都指定醫師之資格，系醫師需于取得醫師證照 5 年以上，且曾受過相當程度專業訓練（醫學中心或大學附屬醫院等級實習），提出申請後則由社會福利審查會審定，通過後即可擔任身體障害者福祉法第 15 條之指定醫師。

(2) 愛の手帳（療育手冊）之交付：

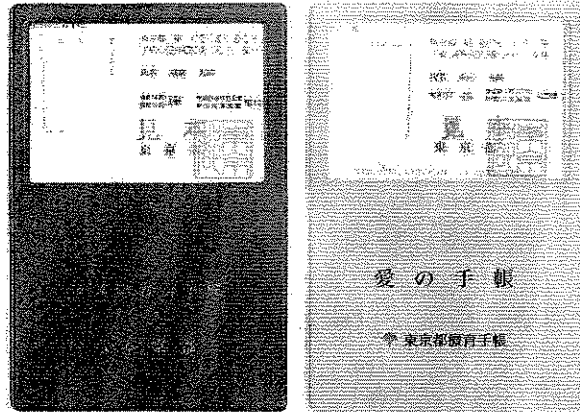
A.受理流程：



B.愛の手帳取得，需由申請者事先預約時間後，於指定時間本人親自至心身障害者福祉中心或兒童相談所接受精神衛生、智力發展等醫師測試診斷，如符合條件者及核發愛の手帳。

C.標準處理時間：30 日。

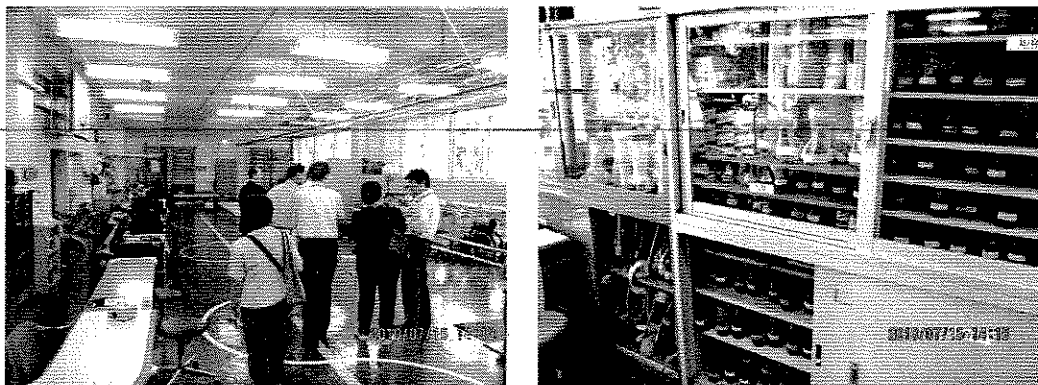
- D.愛の手帳隨著年齡而有所限制，未滿 18 歲兒童領有愛的手帳，則 18 歲後原愛的手帳立即作廢，需再重新申請判定。
- E.當符合身體障害及智慧等兩種以上障礙類別時，經鑑定診斷符合資格後，即可同時取得身體障害手帳及愛の手帳。



圖四 身體障害者手帳與愛の手帳
(多重障害者可同時持有兩者)

(3) 輔裝具之判定：

由申請者申請手帳時即可提出判定申請，依據障害者身體功能或結構損失程度，判發給輔裝具補助，障害者可再申請身體障害者手帳時一併提出鑑定之申請，另中心設有輔裝具判定室，隨著不同身體障害者需求，提供各種合適輔裝具或自行攜帶輔裝具來判認，並協助其操作使用給予指導。



圖五 輔裝具判定室內部設備

(4) 東京都重度心身障礙者津貼判定：

因重度障害被認定需複雜的照護服務，障害者領有身體障害者手帳冊外，經判定嚴重程度 1 級（重度），且經濟條件符合東京都重度障害者補助條件後，予以最高每月 6 萬日圓補助。

2. 地域支援：

作為中心回應需區市町村相關福祉人員對於障害者專業性問題諮詢的需求，提供在地性諮詢，並提供機關對於障害者之技術、經驗等相關課程培訓、研習，提供項目如下：

(1) 人材育成，建構橫向溝通網路：

辦理針對障害福祉相關課題研習會議、障害者移動支持研習會議、障害者處遇等進修及支持培訓在地人材，並且提供給相關機關、團體提供有關障害者知識、資訊及技巧等支援，建立一橫向溝通無礙網路。

(2) 區市町村的支援：

連結區市町村福祉司會等進行援護實施者福利服務實際業務操作手冊修訂，知的障害者福祉操作手冊制定、調整身體障害者療護設施及知的障害者更生設施（認定設施）、區域機關困難事例支援等。

(3) 就勞支援：

提供中途障害就業者或初次就業障害者就業輔導、職業（能力）評量、協助轉介就業、職業場域之適應，及障害者就業適性再確認，並且提供區市町村相關人員技巧提升講習會及在職進修。

(4) 高次腦機能障害普及事業支持據點機關：

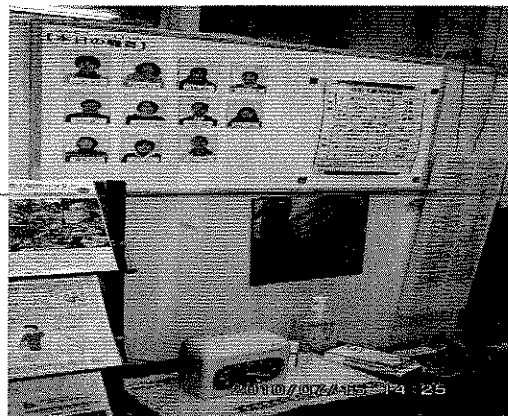
因心血管疾病或交通意外事故，造成因腦功能損傷而引起

如身體麻痺、視覺、聽覺、思考、記憶、行爲、語言等障害者稱爲高次腦機能障害，東京都心身障害者福祉中心自平成 18 年（2006）起被指定爲高次腦機能障害普及業務推動機關，並支持區市町村等高次腦機能障害者生活、工作、復健等多元化業務諮詢、資訊提供、人才培訓、在職進修等支持，俾利區市町村高次腦機能障害業務順利推動。

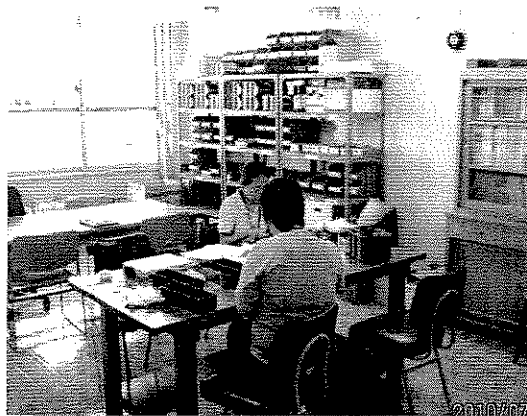
3.肢體不自由者更生設施：

爲使障害者出院後能重新適應社會生活，中心作爲一社會適應復健訓練場所，促進障害者回歸社會自主獨立應付日常生活、設有自立生活室、作業療法室、理學療法室，主要訓練包括家事訓練、外出訓練、交通工具使用及職場環境適應、簡單工作練習等，且近年約有 80%使用者爲高次腦機能障礙者，使其重新適應中途致殘後生活重建。

完成訓練可回歸社會環境生活前，需強制住宿於中心（職業訓練不需要），目前中心最多提供 50 名男女分宿，經費則依據自立支持法規定區市町村負擔 90%費用，自付額 10%，另飲食費用需另外自行負擔。



圖六 接受職業訓練者需遵守打卡等規定
（如出缺勤及固定座位等一般職場規範）



圖七 障害者於作業療法室從事簡單工作

(包括手工組裝、出進貨單填寫、會計作業練習等)

二、心得：

上了一天半的課程，藉由上田老師、大川老師、藤井會議長及公部門厚生勞働省統計情報部、障害保健福祉部等詳細的課程及相關統計報告，使參訪團員均能清楚目前日本身心障礙者概況，並對於該國學畫身心障礙者福利服務的藍圖及相關法規立法歷程、福利概況已較有初步的概念。

東京都福祉保健局心身障害福祉中心系 1950 年代戰後 4 層樓建築，並兼具行政及障礙別判定，作業訓練、課程教室等多功能身心障礙者綜合性福利服務中心，其包含了身心障礙者生活及職業重建場所、職業訓練、手冊鑑定核發、教育訓練、重度生活補助判發等多項福利服務及設施，且亦為區市町村有關身心障礙福利業務支持機關，可算是首屈一指身心障礙者鑑定及福利輸送機構，相較於我國已為跨足勞政、衛政、民政及社政等相關身心障礙者福利服務業務體系之機構，提供身心障礙者全面性的福利服務，值得我們參考。

日本依據障害者基本法及障害者自立支持法，將身心障礙者分為三大類別：身體障礙者、智能障礙者及精神障礙者等類別，每一類別根據鑑定結果判發給不同手冊，所享有福利除東京都提供之資源外亦按照區市町村財源而有所不同，而我國主要分為 16 類別，其中包括日本三大分類外，還

有其他未列之障別，如自閉症者系依據發達障害者支持法為發達障害者(指心裏和身體在發展的過程中產生障害者)，唯日本特別的是將免疫機能障礙列入身體障礙者內，保障後天免疫缺乏症候群患者亦享有基本之照顧。

日本身心障礙者鑑定方式會因身體功能、結構損傷之身體障礙或智慧障礙而有不同的申請流程及鑑定表件，如為多重障礙者，則需針對不同障礙類別分別提出申請，且需經過 2 種不同的鑑定程序，故較耗費時間，另有關醫生到宅鑑定因無明確法源規定，皆由障礙者與醫生協調即可。相較我國而言，多重障礙者鑑定較日本為方便，不需多次申請鑑定，惟身心障礙者到宅鑑定服務因有身心障礙者鑑定作業辦法規定，植物人或癱瘓在床者衛生主管機關可指派醫療機構前往鑑定較為日本受限。

另東京都有鑑於高次等腦機能障害等心血管疾病引發之身體機能障害的身心障礙者，在社會上對於該障害者認知度較低，東京都心身障害者福祉中心于平成 18 年(2006)被指定為該相關業務推行機關，並協助區市町村針對這類型所引起之身體功能、結構損害，除了進行宣導、培訓此類專業人力，並有相關出院後復健需求之因應，及多元化專業諮詢業務支持，試圖增加大眾對該障害者認知及預防防範外，更希望能即時對高次腦機能障害者專業多元需求服務有所準備，減低障害者對家族之負擔，反觀我國近十年(民國 87 年至 98 年)隨著飲食習慣及生活作息等改變，行政院衛生署統計國人十大死因統計，因心臟、腦血管疾病死亡人口皆高居國人十大死因第 2、3 名，甚至超過各類別癌症，雖有相關預防宣導及醫學中心成立相關研究中心，但針對這單一類別身心障礙者福利需求服務似乎少之又少，仍以肢體障礙或視覺障礙等身體功能損失類別，連結所需福利資源網路。

東京都心身障害者福祉中心宣導印刷品皆有一般版及點字版，另還有利用現代化科技，透過特定機器讀取頁面之 SP 碼，即可將該頁記載資訊藉由機器朗誦，使視覺障礙者藉由點字或聲音達到宣傳及社會參與機會，從

小處即可顯現出日本對對於身心障礙者照顧及重視，保障其基本人權的精神與作法，是值得我們效法學習，藉由各種科技、無障礙設施的設置，創造身心障礙者無礙的生活環境。

三、建議：

雖然日本的身心障礙者鑑定制度，仍未採用國際衛生組織（WHO）之國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF），僅用於介護保險制度之福利給付評估，但在進行身心障礙者之鑑定時，同時針對其輔裝具之需求一併納入評估，惟如另有其服務需求時，仍需俟鑑定完成後再送福祉事務所進行福利或給付的判定。

我國各縣市政府在核定身心障礙輔具補助時，仍需民眾檢附診斷證明書，甚為不便，而目前實驗縣市進行 ICF 系統下身心障礙者之需求評估工具及指標流程測試及身心障礙者識別證、必要陪伴者及輔具使用評估工具測試，針對身心障礙者福利及輔具等服務需求進行評估試驗，暫先將鑑定及需求評估分別進行，故在識別證、必要陪伴者及輔具認定評估工具內，特定輔具則需醫師診斷證明書佐證，建議在未來 ICF 系統下鑑定及需求評估，在鑑定某些身體功能時，可一併將輔具之需求納入評估鑑定，避免身心障礙者因輔具補助需求需再行就醫開立證明。

● 2010年7月16日(星期五)

時間	內容	報告人
14:00-15:00	主 題：參訪府中市立特別養護老人之家『あさひ苑』 (住院設施、日間照護服務設施)	劉函昱 社工員
15:00-15:40	主 題：府中市役所 西門(府中街道旁)接待	劉函昱 社工員

一、參訪內容：



圖八 府中市立特別養護老人之家『あさひ苑』

(一) 機構介紹

府中市立あさひ苑成立於 1993 年。在一個安靜且綠化的環境所包圍，苑內生活了 100 位的老人家，在這總是面帶微笑，而苑內的工作人員都是充滿活力的。對於每個人，在這都可以放鬆的生活，並繼續在這溫暖的地方居住，在這我們都將真誠的對待每一個人。

(二) 服務對象

居住在府中、調布、三鷹市且受介護保險認定有需要者，共 100

名。

(三) 營運方針

- 1.讓高齡的老人家在這安心平穩的生活。
- 2.服務使用者才是我們的主人。
- 3.以各種在職訓練為基礎，確保高品質的服務。
- 4.遵守苑內的標準運作，當中包括遵守法令。

(四) 服務

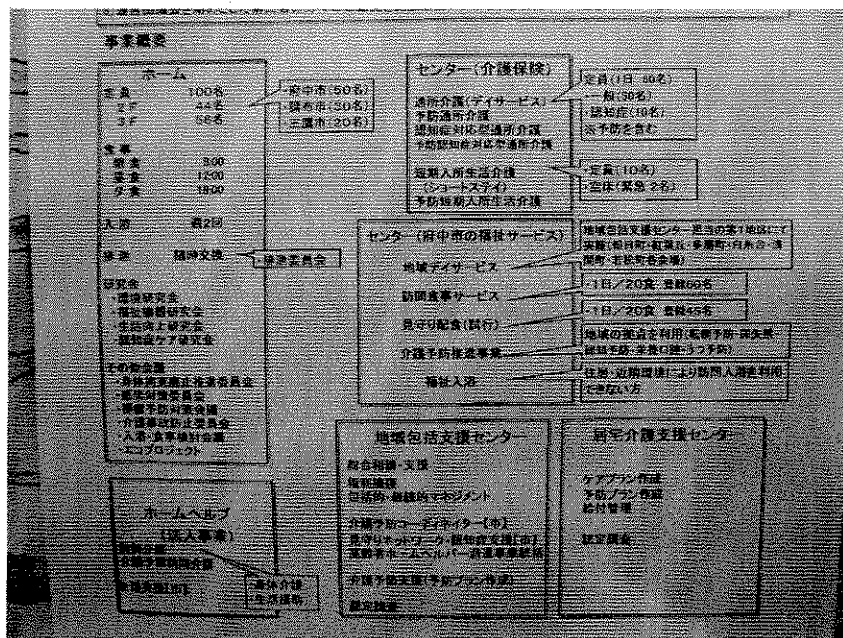
あさひ苑包含了區域性老人相關的服務，同時也提供居家照顧和養護服務的部分。且當初在設立時經過苑內員額上的考慮，所以尚能應付應付緊急的處遇及進行機動性的服務。

あさひ苑提供的福利服務有居家照顧的服務，照顧管理員會制定一個詳細的計畫，同時依據介護保險制度的規範來幫他提出服務的申請。而居家服務的內涵包含針對身體方面的服務及生活方面的服務 2 種，其中生活方面的服務包括清掃及洗衣等等，喘息服務在あさひ苑也是有提供的，每天平均 10 位老人家使用此服務。

針對介護保險制度內無法去解決的問題，也透過あさひ苑所提供之福利服務去彌補這部分的不足，例如送餐服務及沐浴服務，而關於個案需要外出也提供交通上的服務。

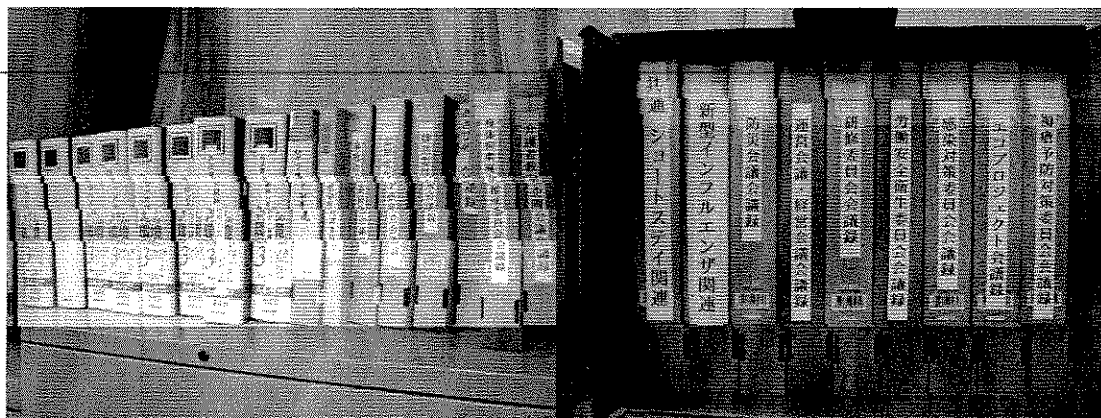
另外針對於相關介護上的預防宣導等等，あさひ苑也提供服務。身為一個區域性的資源中心，是提供諮詢的窗口，而遇到不能解決的問題，あさひ苑將透過橫向的連結，請相關領域的單位進行協助。

(五) 組織及編制



圖九 「あさひ苑」組織編制圖

あさひ苑的總職員共 50 名，其中介護職員有 29 名，由圖九可以瞭解あさひ苑總共可容納 100 位服務使用，其中二樓居住 44 位、三樓居住 56 位、一樓為會議室、餐廳及談話室等等設施設備為主。苑內設有研究會及各種委員會，包括環境研究會、排泄委員會及介護事故防止委員會等等，而苑內相關的問題均透過會議的機制來進行決定。由圖十可見苑內各委員會的會議紀錄均詳細建檔列管，可見對會議決議相當重視。



圖十 「あさひ苑」會議紀錄之建檔列管

(六) 觀摩摘要

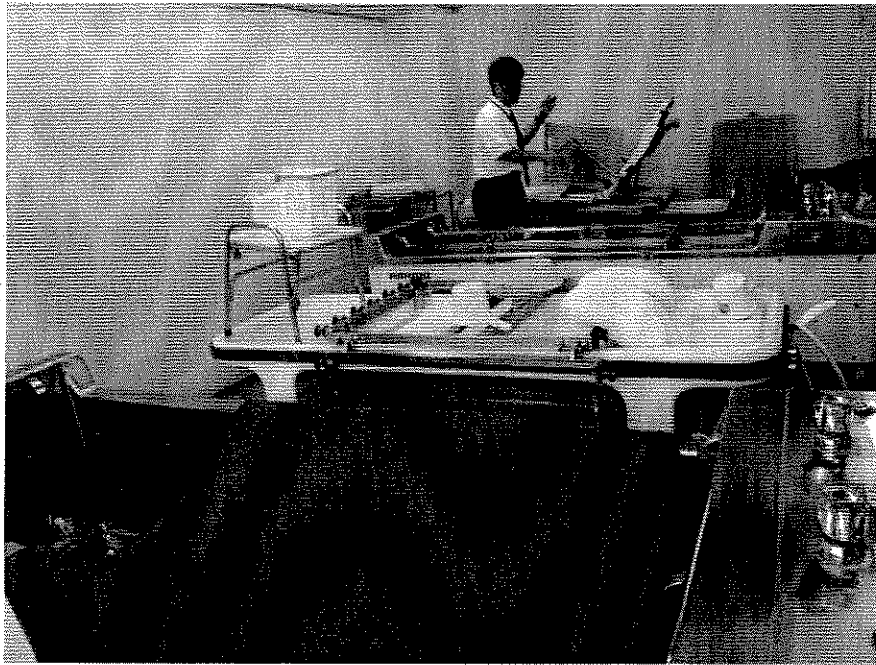
一進入府中市あさひ苑的苑區時，第一個感覺是苑內環境的良好，不僅綠意盎然且有腹地寬敞的廣場，廣場上也停了好幾輛復康巴士，引領進門後，隨即進入會議室聽取苑內為我們一行人準備的工作簡報，簡報中瞭解到社會福祉法人多摩同胞會下的各個福利服務機構，其中一個就是今天參訪的あさひ苑，大略介紹苑內的組織架構、營運方針及服務內容。完畢後就進入苑內的巡禮及聽取介紹，第一站到達的是餐廳，未在用餐時間時，餐廳是一個可以提供活動的地點，參訪當天下午安排的是卡拉 OK 活動，想唱歌或想聽歌的老人家都會聚集于此，一起唱著懷舊的老歌，藉由歌唱讓老人家能開口講話並促進與其他人的交流。而餐廳旁邊的空地，有工作人員帶領未參加歌唱的老人家做其他的活動（如圖十一），藉由一些活動與遊戲的進行，使老人家的功能不至於退化得太快。



圖十一 「あさひ苑」的套圈圈遊戲

苑內的第一樓層大多為會議室、行政辦公室、廚房及餐廳，廚房的部份基於衛生上的考量都會鎖門，苑內工作人員表示在日本幾

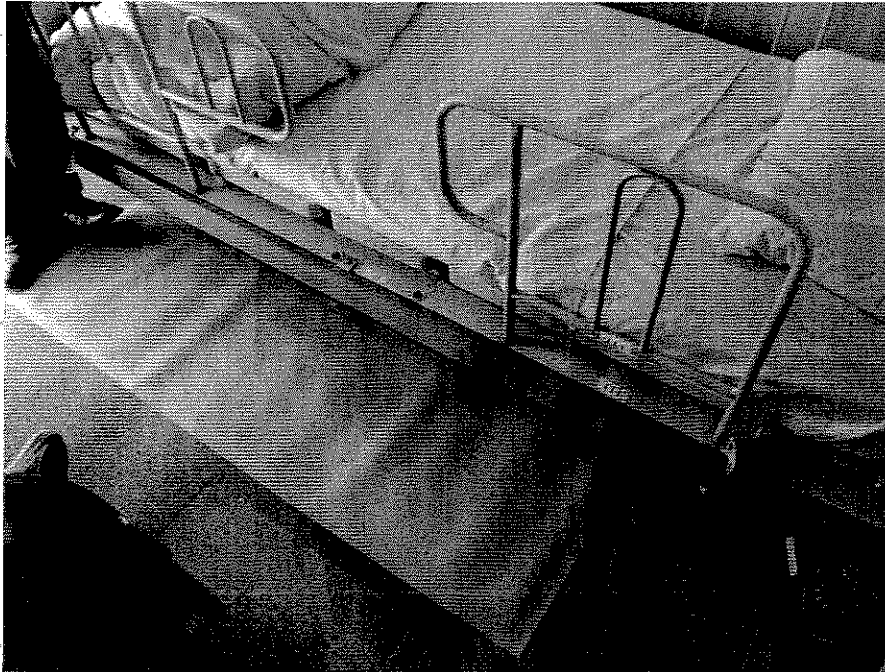
乎所有的機構用膳的部分大多是委外，但あさひ苑並沒有這樣做，原因是有營養師可以隨時針對苑民的需求做調整。針對院民的生活，院方每個禮拜都有不同的活動設計，這是與臺灣的機構相同的地方。參觀完一樓後，接著工作人員引領我們進入二樓，二樓為院民的寢室、澡堂及醫護室等等設施設備，映入眼簾的是乾淨整齊的環境，院民有的看電視、有的在與其他人員聊天，在此樓層我們參觀了浴室的特殊設備（如圖十二），光沐浴的設施就分成很多種類，且一鍵按鈕就自動化的協助沐浴，一位院民最多可以洗兩次，而每次是三十分鐘，會有兩位工作人員幫忙洗澡、兩位工作人員協助更衣，一位工作人員負責接送事宜。



圖十二 「あさひ苑」的沐浴設備

接著來到院民的寢室，有一人房、兩人房和四人房，與台灣較不相同的地方是不同人數的房間，台灣會有不同的收費，而在あさひ苑內所有房間的收費都是相同的，但需經過專業人員的評估，不可以自行挑選。在四人的房間中，都有隔簾可以區隔，且都有緊急按鈕可以使用，而在某些較需要協助的住民床邊地板上，也會鋪設

「離床感應器」(如圖十三)，住民醒來下床時會第一時間通知介護室的值班人員，能讓他們在最短時間內提供任何需要的協助。



圖十三 「あさひ苑」的離床感應器

進入到三樓的部分，與二樓的格局和設施設備的配置並無太大的改變。聽取簡報及參觀完後，此行程的時間也將近尾聲，一行人步出あさひ苑時，剛好苑內的復康巴士正要載老人家出門，而苑內的工作人員也出門送行替我們送行，結束了這趟獲益良多的行程。

二、心得：

臺灣日益嚴重的少子化現象，使人口老化問題相對嚴峻，據估計，三十年後，臺灣老年人口扶養比將達百分之五十，亦即兩個工作人口就要養一個老人，是當今父母輩的三倍。人口老化快速，加上少子化帶來的老年扶養負擔，如何因應未來少子且高齡化社會的挑戰，是當前臺灣社會迫在眉睫的重要議題。可以預見，未來住在老人機構的比率勢必攀升不少，所衍生出來的老人機構素質與照顧品質相對著將被要求，此行參訪將日本老人機構的現況及作法帶回台灣，提供一些參考的資訊。

在聽取簡報的時候，不得不佩服日本機構對組織結構的用心及堅持，對苑內工作人員配置的名額及各專業人員的尊重在很多地方都可以看的到，然而在臺灣很多機構爲了省經費及人力成本，常常把一個人當三個人用，社工員必須兼作非社工專業的事，護理人員也有相同的狀況，這不僅對專業人員是一種消耗，對住民的品質來說更是一種損失。而環境部分與台灣的機構並無太大的不同，只是あさひ苑會將苑內的公告或看板展現的較爲活潑生動，可提升機構的氛圍，也不啻是種特別的設計。也許是日本人格養成的關係，不管到哪遇到的人都很有禮貌，不論是對待院民或參觀的人都是一樣的，這也是臺灣必須學習的一點。

三、建議：

台灣的機構可以效法あさひ苑針對院內的各種議題進行會議式的討論，這不僅集思廣益更可以增加院內專業人員對機構的參與感和凝聚向心力，對機構的本質都是很有益處的，像是排泄委員會就是針對個案排泄次數、容積、排泄時間及排泄間隔等等因素，對個案進行評估，並由委員會搭配計畫，進行個人化的處遇。這種委員會的模式在臺灣是尚未見過的，藉由排泄的觀察不僅可以隨時修正飲食也可以兼顧住民的身體狀況，而會議決議的定期追蹤與回報更是不可或缺的一環。

專業人力的配置也是可以提供臺灣參考的地方，將人力配額編制充足，採取專業分工制度，不僅能學以致用也能專精，無形中便能提供服務品質，使老年人在老年生活中得以妥善獲得照顧。另外，此行得知あさひ苑可容納 100 位院民，但等待進入的人卻多達 500 位之多，以去年度來看，每年只有 30 位能進去あさひ苑，可見日本老人安養及照顧服務的供給量，還遠低於實際需求，這也是台灣在逐漸邁入高齡社會的期間，可以去提前準備及考量的，期待台灣在政府、機構團體及專家學者的努力下，老人能被照顧得更完善，創造一個老人友善的照顧環境。

● 2010年7月17日(星期六)

時間	內容	報告人
9:00-11:00	主 題：參訪行田福祉用具消毒工場暨物流中心（レンタル運営 部会社） （日本メディケア 北関東物流センター 埼玉縣行田市 持田 2165 番地 テスココンポ 7F TEL：048-550-2200）	李淑貞 副教授

一、參訪內容：

行田福祉用具消毒工場暨物流中心位於日本埼玉縣行田市持田 2165 番地 テスココンポ 7F，為松下（Panasonic）電工產業 100%出資成立的福祉用具（輔具）租賃事業所。本事業所的業務內容主要為「日本介護保險法」下政府合格認證之居家無障礙環境改善和福祉用具租賃服務，單位分成租賃輔具回收消毒工廠和物流管理中心兩部分。其中，租賃輔具回收消毒工廠的從業員有 14 名，主要從事電動床暨床墊（4,045 台）和輪椅（4,468 台）的消毒、清潔及維修整理；以及租賃物流管理中心的從業員有 3 名，主要從事租賃輔具的回收和配送服務。

我們此次實地走訪參觀行程，除了先聆聽 1 小時的簡報瞭解整個福祉用具消毒工廠暨物流中心的設施和廠房的設定，接下來由社長及工廠工作人員實際帶領瞭解整個福祉用具消毒工廠運作方式（如圖十五、圖十六），包含床墊和機械類輔具（電動床的床架、輪椅）等租賃輔具回收後，從進場、消毒、清潔、檢查、包裝、出廠的整個標準作業流程，以及使用機械設備方式和其功能。以下就福祉用具消毒工廠對床墊和機械類輔具的消毒、清潔及維修整理之進行步驟分項說明：

- （一）回收之租賃輔具進場前，先停留於回收配送車內 1 小時，並以塑膠帆布遮蔽和封閉以及進行臭氧消毒。
- （二）回收之租賃輔具進場，先擱置於『一次消毒庫』一周，同時進行 1ppm 濃度之臭氧消毒。

(三) 將回收之租賃床墊和機械類輔具分流，以進行不同步驟之消毒、清潔及維修整理。

(四) 在回收之租賃床墊的消毒、清潔及維修整理方面，進行：

1. 作業員將床墊和床套分離，其中床墊放入『大型洗淨消毒乾燥機』，床套放入另一『洗淨消毒乾燥機』。

2. 作業員將已洗淨消毒乾燥之床墊置放於整備作業台，再以『金屬探測儀』確認床墊內無任何針頭或金屬物後，完成捆包作業流程。

(五) 在回收之租賃機械類輔具（電動床的床架、輪椅）的消毒、清潔及維修整理方面，進行：

1. 作業員將機械類輔具移至『水洗淨室』，首先以 80⁰C 高溫高壓噴嘴進行水沖洗，並搭配使用特製清潔劑進行沖洗。

2. 作業員將已洗淨之機械類輔具移至『整備作業台』，進行第一次清潔確認。

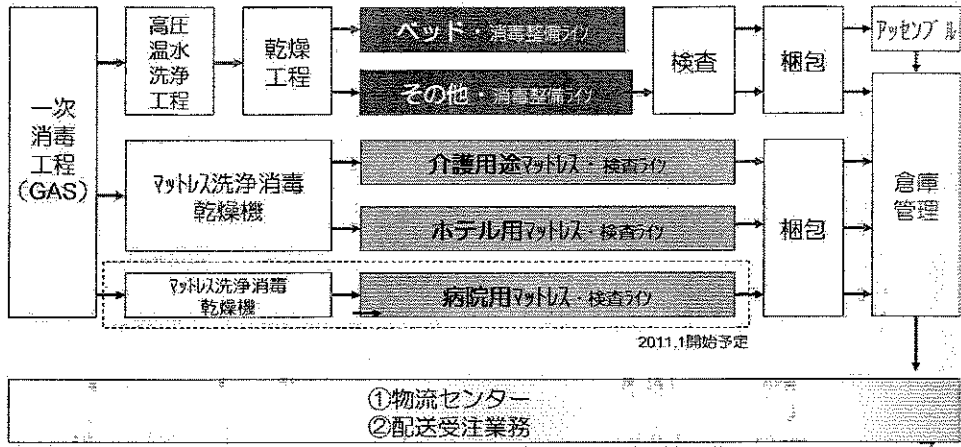
3. 作業員再將已第一次清潔確認之機械類輔具移至『乾燥庫』，進行低溫烘乾。

4. 作業員將已乾燥之機械類輔具移至『消毒室』，進行 50ppm 高濃度之臭氧消毒 3 小時。

5. 作業員將已高濃度臭氧消毒之機械類輔具置放於整備作業台，再進行輔具之檢修調整，最後完成捆包作業流程。

Panasonic 行田消毒センターの多品種消毒対応工程.

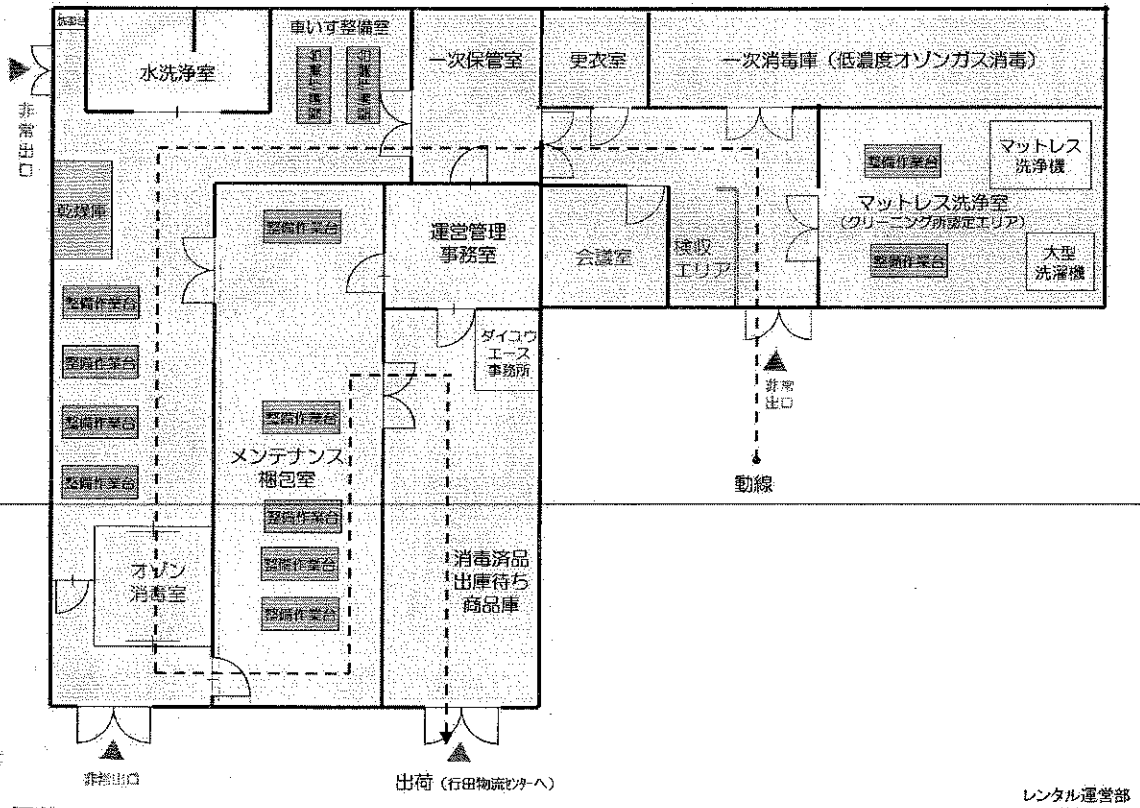
1. クリーニング所認定工場 : 消毒品質のユーザ訴求効果を高め全社消毒水準を向上
2. 2ライン制導入 : パートラインと請負ラインを併設
3. 物流センター併設 : 配送ドライバーの多能工化対応ができる作業環境



圖十四 行田消毒工廠回收輔具之消毒、清潔與整理作業流程

Panasonic
ideas for life

行田消毒センター工場レイアウト図



圖十五 行田消毒工廠之平面配置圖

二、心得：

日本「介護保險法」的輔助科技相關給付，主要為補助福祉用具租賃之租金，其中無論是屬於需求區分為支援 1-2 級，或是介護 1-5 級者，均有每年最高 10 萬元的額度（90%為保險給付，10%為使用者之自付額）；另外提供居家住宅改修費給付，無論是屬於需求區分為支援 1-2 級者，或是介護 1-5 級者，均有最高 20 萬元的額度（90%為保險給付，10%為使用者之自付額）。日本在介護保險法制度推行方面，發展由政府合格認證之居家無障礙環境改善事業者和福祉用具租賃事業者，其中福祉用具租賃事業廠商需具備提供回收福祉用具消毒、清潔及維修整理之工廠或能與這類工廠資源連結成為事業合作夥伴。此外，日本福祉用具租賃事業者需聘有至少 2 名“專任”「福祉用具專門相談員」（即輔具服務專業人員），以具備能與「介護支持專門員(care manager)」合作，為介護保險使用者在介護需求區分支援 1-2 級或是介護 1-5 級判定後之服務輸送階段，擬定照護計畫所需之評估和合適福祉用具的選定建議。此次實地走訪參觀福祉用具消毒工廠對回收租賃輔具之進場、消毒、清潔、檢查、包裝、出廠的整個嚴謹標準作業流程，以及使用機械設備方式和其功能，深深體驗我國若要推行輔具租賃制度，應規劃回收租賃輔具之消毒清潔及整理標準作業流程和指標，並鼓勵發展輔具消毒清潔及整理產業。

三、建議：

日本「障害者自立支援法」主要補助身心障礙者購置補裝具（例如義肢、矯具、手動或電動輪椅、擺位元系統、聽覺輔具、視覺輔具等）和日常生活用具（例如電動床、如廁用輔具、清洗用輔具、飲食用輔具、警示指示輔具、溝通與資訊輔具、個人照顧與保護輔具等）；各項輔具補助有給付條件限制，例如障害類別、障害等級、年齡和特殊給付條件。隨者日本在 2000 年推行介護保險，日本身心障礙者的福利及服務需求評估，

逐漸與介護保險制度整合，包含發展出身心障礙者的福利及服務需求強度 6 區分資格認定後，才進入照護管理的服務輸送階段。雖然，目前日本「障害者自立支援法」還是採用補助身心障礙者購置補裝具和日常生活用具的方法，但福祉用具的配置評估和補助，已經是需經政府認證之輔具服務專業人員（即「福祉用具專門相談員」）提供評估建議和諮詢。我國目前正在發展身心障礙者權益保障法之需求評估和服務輸送新制，而日本已逐漸發展成熟之介護保險法制度之福祉用具租賃供給模式，以及規劃回收租賃輔具之消毒清潔及整理標準作業流程和指標，並鼓勵發展輔具消毒清潔及整理產業方式，均值得我們借鏡參考。

陸、日本介護保險及障害者福祉制度

● 2010年7月16日(星期五)

時間	內容	報告人
9:30-11:30	主 題：參訪東京都福祉保健局 (〒163-8001 東京都新宿區西新宿二丁目 8 番 1 號 TEL：03-5320-4032 FAX：03-5388-1400)	陳麗華 社工師

一、觀摩內容：

(一) 介護保險制度

1. 看護保險制度的概要

為確保對應高齡社會看護問題，日本政府 2000 年 4 月開始看護保險制度，作為一個由社會全體來支援需要看護者社會保險制度。看護保險制度的目的在支援年老病弱人員，使他們在需要看護的狀態之中保持尊嚴，並能自理日常生活，並根據使用者選擇，綜合統一地提供必要服務的制度結構。

2. 服務申請手續

(1) 申請：由本人或家屬直接向區市町村政府申請。

A. 65 歲以上的人。

B. 40-64 歲的人。

(2) 需要看護（需要支援）的認定：

A. 訪問調查：認定調查員進行家訪，詢問調查申請人的身心狀態和日常生活情況。

B. 第一次判定：將訪問調查結果和主治醫意見的部份內容作為計算器處理，根據所獲資料，由保健醫療和福祉專家組成看護認定審查會進行第一次判定。

C. 第二次判定：根據第一次判定結果和主治醫意見，看護認定審查會通過綜合判斷，進行第二次判定。

D.結果通知：根據第二次判定結果，區市町村政府決定需要看護（需要支援）的認定等級區分，通知申請人。

- (3) 看護計畫的制定：使用看護保險服務時，首先根據看護或支援的必要性，制定適當服務內容的看護計畫。被認定為需要看護 1-5 級的人，看護計畫可委託居家看護支持事務所的看護幹事制定，也可由申請人本人制定；被認定為需要支援 1-2 級的人，看護計畫可委託地域總括支持中心制定，也可由申請人本人制定。

3.可使用的服務

- (1) 在家接受的服務：居家看護、夜間對應型居家看護、居家入浴看護、居家護理、居家看護指導、居家療養管理指導等服務。
- (2) 去看護機構接受服務：日間照顧、失智症日間照顧、日間照顧康復指導、短期入住機構的生活看護、短期入住設施的醫療看護、小規模多功能型的居家看護等服務。
- (3) 入住看護機構接受服務：看護老人福利機構(特別保健養老院)、地域緊密結合型看護老人福利機構（小規模特別保健養老院 30 人以下）、看護老人保健設施、看護療養型醫療設施、失智症高齡者共同生活看護、特定機構居住者生活看護、地域緊密結合型特定居住者的生活看護（小規模特別保健養老院 30 人以下）。

-
- (4) 其他服務：輔具用具的出借服務、輔具用具購買費用的支付、住宅改裝費用的支付。

4.地域支援事務

- (1) 地域總括支持中心：為使高齡者在居住習慣的地區健康生活，除了看護保險服務，還需要綜合保健、醫療和福祉的專職人員及支持者等地域資源提供總括性的看護。由區市町村設置地域

總括支持中心做爲地域總括據點，提供看護預防管理和綜合諮詢等地域支援事務，綜合支援高齡者在地區的自立生活。

(2) 地域支援事務：爲幫助高齡者在居住習慣的地區，繼續安心自立地生活，由區市町村及地域總括支援中心實施的事務，主要內容如有看護預防事務、看護預防管理、綜合諮詢、支持、權利維護、總括持續的看護管理。

(3) 看護預防事務：以不需要支援或看護的高齡者爲物件，爲預防身心衰弱及恢復體力展開工作，是預防擴展到需要看護狀態的事務。

5. 保險費

(1) 保險費及繳納方式：

A. 65 歲以上的人（第 1 號保險人）的保險費：

(1-1) 保險費金額：65 歲以上的人的保險費，按照各區市町村所訂的基準額，乘以所得等級相應的比例而決定，針爲被保險人的所得水準，予以照顧考慮。

(1-2) 繳納方式：分爲自動徵收的特別徵收和向金融機構繳納普通徵收。特別徵收年收 18 萬日元以上的老齡退職年金、遺族年金或殘疾年金爲對象，定期支付年金先行扣除保險費。采普通徵收，由市町村寄送繳納通知單繳納。

B. 40-64 歲的人（第 2 號保險人）的保險費：40-64 歲的人的保險費，做爲醫療保險的一部份保險費來徵收。保險費的金額根據醫療保護而不同。

(2) 不繳納保險費將受到各種制約：

A. 1 年以上沒有繳納保險費時，支付方法變更：使用者將無法

直接支付 10% 的負擔額，而必須自己負擔服務的全額費用。

日後經過申請才能獲取保險給付的部份。

B.1 年 6 個月以上沒有繳納保險費時，保險給付暫時中止：保險給付的一部份或全部將暫時中止。未支付保險給付費有可能用來充當被拖欠的保險費。

C.2 年以上沒有繳納保險費時，給付額的減額：2 年以上沒有繳納保險費時，將導致時效喪失。使用服務時，如果有過期未付的保險費，在一定期內，原使用者負擔 10% 將變成 30%，而且高額看護服務費及特定入住機構的看護服務費將不再支付給使用者。

(3) 諮詢視窗：

A. 居住所在地區市町村或地域總括支持中心。

B. 東京都國民健康保險團體聯合會。

C. 東京都的諮詢視窗：設有看護保險制度諮詢視窗、看護保險審查會事務局、消費生活綜合中心、保健醫療資訊中心。

(二) 障礙者福祉

1. 窗口：障礙者福祉課、府中市立心身障礙者福祉、地域生活支持、府中是社會福祉協議室、東京都心身障礙者福祉同多摩支所、兒童相談所、多摩府中保健所、民生委員兒童委員、身體障礙者相談員（知的障礙者相談員）、知的障礙者青年期相談、東京都發達障礙者支援。

2. 手帳：身體障礙者手帳、愛的手帳、精神障礙者保健福祉手帳、障礙者手帳診斷之補助。

3. 醫療健康：心身障礙者醫療費補助、自立支持補助、身體障礙者機能回復受術券、疾病醫療等補助、在宅重症心身障礙者訪問看護、小兒慢性疾患醫療助、養育醫療費補助、結核醫療費公費負擔、療育給付等醫療補助計 16 項補助。

- 4.補裝具費給付事業：補裝具購入修理、日常生活用具給付等 5 項補助。
- 5.日常生活協助：身體障礙者福祉電話使用補助、重度身體障礙者緊急通報、心身障礙者寢具乾燥、在宅心身障礙者理髮券、重度身體障礙者入浴、福祉計程車使用券、自動車改造費補助、視覺障礙者日常生活情報點字等計 21 項。
- 6.折扣、減免、免除：航空運賃折扣、交通災害共濟會費之免除、NHK 放送受信減免、水道下水道減免、手機費用折扣等計 15 項。
- 7.派遣保護：在宅障礙者的緊急一時保護事業、在宅難病患者緊急一時入院、重度腦性麻痺者介護事業、手語翻譯派遣、約會溝通派遣、難病患者居家服務派遣，障礙福祉（介護給付、訓練給付、地域生活支持事業）。
- 8.養成講習會廣報：手語通譯者等養成、手語講習會、點字講習等 12 項。
- 9.貸出：輔助犬給付、點字圖書館、聽覺障礙者情報提供設施等 7 項。
- 10.津貼年金：特別障礙者津貼、障礙兒福祉津貼、兒童育成津貼等 15 項。
- 11.社會活動參與：障礙者雇用促進、身體障礙福祉工廠等 9 項。
- 12.住宅：都營住宅入居申選優遇、都營住宅使用減免、心身障礙者住宅費補助等 6 項。
- 13.稅的減免：所得稅、自動車稅等 3 項。

二、心得：

（一）建構完善障礙鑑定、需求評估判定流程

- 1.日本判定方式：日本以介護認定調查專案（79 項）及日常生活調查專案（9 項）作為第一次判定，並衡量身心障礙者特性行動障礙（9 項）、精神面向考慮（11 項）及醫師意見書及特記數項經審查會等作為第二次判定，判定障礙程度區分（非我國身心障礙等級），並作為支給決定標準。
- 2.未來臺灣做法建議：
 - （1）加入社會參與（d 碼）調查內容：日本以（介護認定調查）部分 ICF

之精神作為障礙程度判定並決定支給標準，因此，並非以 ICF 編碼之內容作為調查之參數，且目前臺灣並無長照保險或介護保險，是否套用日本介護認定調查模式值得深慮，另活動參與之認定調查定義應考慮國情對障礙者的態度及大環境對障礙者的影響因素並重新編譯 d 碼，其所需投入人力或物力或符合身障者需要，需慎重衡量。

(2) 審查會制定重要性：日本將身心障礙者特性包含身心障礙者特性行動障礙及精神面向及醫師意見書及特記數項，做為第二次判定標準，其意涵僅將介護認定調查內部仍不足因應障礙者需求，仍須再經由需求評估，作為第二次判定，可見，需求評估重要性；同時審查會制定將有助於規範不符判定障礙程度之案件，或因時間或額度範圍改變之申覆案件，需經由審查會審查程式而判定，故，審查會制定有其必要性。

(3) 鑑定工具、需求評估之指標應試辦後辦理檢討與修正：為因應身心障礙權益保障法將於 101 年改變鑑定模式，而鑑定模式、鑑定工具仍試測中，而雖有四縣市政府先行辦理試辦，是否能將其模式推展於各縣市政府，仍需執行一段時間進行檢討與修正，才能符合其身心障礙者需求。

(二) 建構障礙鑑定與需求評估判定流程與服務輸送體系間之流暢性及完整性：

1. 日本做法：障礙者因申請障礙鑑定及需求評估應以單一視窗作為因應，

日本服務輸送體系採申請制，各項福利服務各自獨立致使障礙者需面臨各部門，不但影響時效，且造成障礙者不便。

2. 未來臺灣做法：

(1) 設置單一視窗：不論障礙鑑定需求評估或服務輸送應考慮單一視窗，障礙者得以順利連結資源，在面臨疑義時得以申訴或諮詢，使障礙者無須面對不同窗口及遭受互踢皮球。

- (2) 資訊化管理：為瞭解障礙者福利服務提供情形及使用資源狀況，同時控管資源濫用，因此，將障礙者個案資料建檔，以減少障礙者因申請資源不斷被要求重複陳述的困擾，而管理者應信守專業倫理及保密原則。
- (3) 確保障礙者鑑定與需求與服務輸送連結：身心障礙者經鑑定及需求評估判定後，應即連結相關服務資源，以確保障礙者需求得以滿足，故各地方政府應儘速完成資源盤點，並積極擴展身心障礙福利服務資源。

(三) 擴展身心障礙者福利服務資源

1. 日本的做法：身障者福祉提供福利服務如介護保險、對航運、公車、手機等折扣、減免、免除、及派遣保護(又依障礙者不同障礙程度分別提供介護給付、訓練給付、地域生活支援事業)等服務，是我們值得學習的地方。
2. 介護保險制度：對身心障礙者依其訓練就業評價項目或個別支持計畫依其障礙程度提供服務外，而因介護保險制度使 40-64 歲的人依其障礙程度判定予以提供服務，所需負擔的額度較身心障礙福祉所提供服務高是值得修正。介護保險對身心障礙者是重要也是值得推廣，就年齡及服務內容部分建請依國內障礙者需求研訂之。
3. 派遣保護：又依障礙者不同障礙程度分別提供介護給付、訓練給付、地域生活支援事業，介護給付專案又以日常生活照顧含日間及夜間服務提供；訓練給付項目對中途致殘所需協助如生活重建、心理重建、醫療複建、法律諮詢及職業準備等；地域生活支持事業事項包含移動支持、日常生活支持等；部分服務規劃為國內尚未推動，如夜間照顧等，建請中央或地方政府研議推廣之。

(四) 建構服務輸送便利性、可近性

服務提供之可近性及便利性將影響障礙者之意願，各地方政府建構規

畫各項福利服務之際，宜考量身心障礙者之分佈、服務使用情形，否則需求評估與服務輸送間無法順利連結與使用，徒增障礙者失落感。

(五) 強化及改善無障礙環境

城市對身心障礙者是否友善，可從該城市之無障礙環境看起，大致而言，東京雖為人口密度高的城市，但對無障礙環境非常重視，僅有部份餐廳無障礙設施未設置指示牌，倘若能於建築物前能設置指示牌指示無障礙環境之出入口等，這將使國外觀光之障礙者更加貼心，反之，國內各城市對障礙者之無障礙環境，仍需強化及改善無障礙環境及對不同障別應貼心規畫於公共場所或環境，提供各項溝通輔具。

(六) 宣導 ICF 精神理念

雖於 101 年依身心障礙權益保障法辦理身心障礙鑑定及需求評估，然仍有多數服務於身心障礙之專業人員未瞭解 ICF 之精神理念，故，建請中央應對 ICF 精神理念及如何運用及對身心障礙者之影響，召開北、中、南、東區座談會加以宣導，以減少推動該項新制之疑慮。

(七) 培力 ICF 專業人力

基於上述多數服務於身心障礙之專業人員未瞭解 ICF 之精神理念，於 101 年之際開辦身心障礙鑑定及身心障礙者需求評估，障礙者接受評估卻未能敏感障礙者之需求，勢必影響評估之效度，專業人力為各縣市政府所擔憂，建請中央應辦理 ICF 專業人力培力，或將其委託規畫之課程提供各縣市政府參酌辦理。

三、建議：

(一) 拋開本位主義以障礙者需求作為依歸

- 1.誰的需求為依歸：基於團隊之分工，身心障礙鑑定及需求評估分別由醫療系統及社工專業分別辦理，障礙者因故需分別面對不同專業的認定，若未能依障礙者需求取向進行評估、認定並提供協助，障礙者將深受更

多的困境且對環境更加不信任，致使服務提供更加困難。

- 2.服務時效性對障礙者重要性：身心障礙者從申請鑑定，需經衛生主管機關指定機構或專業人員組成專業團隊完成身心障礙鑑定報告，並將鑑定報告轉呈直轄市、縣(市)政府機關辦理需求評估，並依評估合於規定者，核發身心障礙證明，據以提供所需福利服務，爰此，辦理身心障礙鑑定及需求評估期程過長，且評估後轉由提供單位提供福利服務，提供單位為瞭解障礙者之需求或服務內容，勢必需與障礙者訂定計劃或契約，直至福利服務提供時將影響服務時效，故建請中央應規範合理期程使服務或障礙者之需求能得以滿足。
- 3.身心障礙證明核發應與各項福利服務服務範圍一致性：身心障礙者經身心障礙鑑定及需求評估後其核發之身心障礙證明應與服務輸送之各項福利服務之服務範圍具有一致性，如需評估障礙者有居家照顧之需求，並連結服務輸送，惟 ICF 編碼之障礙程度所需之服務額度與該項福利服務之程度的一致性。倘評估需求之專業團隊與各項福利服務輸送之評估人員不一致時，應設有審查或申訴之機制，以利於服務提供。

(二) 不同障礙別分別運用鑑定工具

除了考慮機能障礙(身體結構及身體功能)外，還需考慮身心障礙者社會活動參與限制及環境因素阻礙，因此，有關鑑定判定之參數(如有身體結構、身體功能、日常生活及社會參與)之內容，應針對不同障礙類別之屬性、認知不同分別訂定。

(三) 考慮大環境對障礙者不友善，個人及環境因素阻礙

身心障礙之鑑定與需求評估之專業人員應考慮大環境對身心障礙者之不友善，致使身心障礙者擔憂成為依賴者而不敢表達自己的需求，或照顧者長期對身心障礙者之需求做決定而致使身心障礙者不敢陳述對需求之想法，或長期壓抑致使身心障礙者對需求難以想像或夢想，故需求評估專業人員辦理評估時，應將個人或環境因素加以衡量。

● 2010年7月16日(星期五)

時間	內容	報告人
15:40-17:30	主 題：參訪府中市福祉保健部 (〒183-8703 東京都府中市宮西町2丁目24番地 TEL：042-364-4111) ※由高齢者支持課及障害者福祉課之業務承辦職員舉行說明會與 提問應答。	陳榮枝 處長
18:30-18:50	主 題：參訪介護認定審查會(設置模擬審查會) ※審查會委員，由醫療、保健、福利的專家組成。 ※模擬審查會，以個案分享的方式進行，僅準備1件案例。	陳榮枝 處長

一、觀摩內容：

本次參訪東京都府中市役所(市公所)，基本上該單位屬於政府福祉業務執行的一環，直接面對民眾做第一線服務，最主要的法規依據是日本障害者自立支援法の規定，對障礙者取得手障(冊)後，就障害程度區別106項(介護保險認定79項、日常生活動作障害7項、行動障害9項、精神層面障害11項)，分2階段判定，第一次判定系將障害者的障害程度由電腦的設定程式篩選確定符合，二次判定由府中市役所(市公所)組成的專家總合審查會做討論審查，完成障害者支持給付，日常活動部份包括：

(一) 介護給付

醫療型療養給付、福祉型生活介護。

(二) 訓練給付

自立給付(機能、生活訓練)、就勞移行支持、就勞繼續支持(雇用型)。

(三) 地域生活支持事業

地域活動支援，另外也提供居住設施設備支援等福祉服務。

介護認定審查會的成立最主要是針對在ICF障害程度區分認定，依需要介護認定基準調查項目，從日常生活的需求來探討，包括身障者移

動、如廁...等關係日常生活行為計有 79 個專案，調理、購物...等日常生活動作有關的 7 個專案，透過電腦程式設定分析認定障害者需求是否符合介護保險給付該當，畢竟電腦程式所設定的參數及資料無法完全契合障害者適切需求，尤其在失智者的判定上確實產生實務判定上的瓶頸，必需成立由醫療、保健、福利的專家組成障害者總合判定審查會，執行 2 次判定，透過人性化的實務審查來彌補透過機械式判定所產生的缺失，同時加強行動障害有關的 9 個專案及精神層面的 11 個專案暨依據介護保險新規定，要求醫師出具針對障害者醫療病症、生活機能詳細表述的醫師意見書(因醫師診斷意見書所造成對電腦判讀的差異影響)或障害者病症的特記事項，在審查會的專業總合判定後，障害者的需求自然與 ICF 的規定專案接軌，判定結果分為非該當(未符合)及該當(符合)之輕度到重度分為 6 個等級。

本次參訪東京都府中市役所(市公所)針對障害者總合判定審查會部分做深入瞭解，由府中市役所(市公所)人員安排召集模擬審查會，由該會提出 1 件障害者個案進行審查實務分享，該委員會成員系依【障害者自立支持法】規定由府中市長任命該市有具有公信力的醫療、保健、福祉專長者擔任之，由事務課負責通知審查及會議紀錄，採委員制方式討論障害者所提出的申請案件，在模擬審查會中由各委員依各專長意見做充份之討論、表述，對障害者做出最公正、最適切、最有利的處遇協助。

本次所提類比個案內容為：

申請人：WWW 性別：女 年齡：72 歲 申請事由：由原介護 2 更新為介護 1。

病 名：混合性不安躁郁症及左大腿骨折，因此申請改變介護會議。

主 席：宣佈進行個案判定，請委員參考手上的個案資料，個案審查開始。

石田委員：根據主治醫師記載內容及調查員特記事項，障害狀況未來也不

會變得更好，我認爲(醫師)不應改爲介護 1，應維持現況，這是站在醫學立場的看法。

田中委員：個案內容相當複雜，骨折是去年發生，位置在大腿部，仍維持去年的(保健)情形，手術做好應可回復，可是本身患躁鬱症，由外傷而影響到精神，所表現出精神不是很好的狀態，從不同的角度來看，在精神不好狀態來看，應由介護 2 改爲介護 1。

主席：基於前述，兩位委員要將個案由介護 2 改介護 1，從資料顯示及調查(福祉)員特別注記來看，強調案主有特別的不安感，只要在家時攙扶手腕能行走的注記，在顯示要改變爲介護 1 之前判定資料必須在 36.7 的範圍，先設定於 24 個月內仍維持爲原判定 2。

二、心得：

從前述實務執行面向，以日本在障害者的鑑定現況來說，雖已結合電腦科技達到公平、公正性，仍針對電腦科技篩選的缺失及實際操作所產生的人爲專業面上可能發生的問題做改善，達到防範及整體性改革，基本上對現階段所推動的身心障礙評鑒制度產生相當大的衝擊，由以身心障礙者的身體障礙程度鑑定方式轉而以身障者的社會參與及環境適應功能爲重點，面臨百萬名身心障礙者的福祉及其家庭適應。

我國在 96 年修正發布身心障礙者權益保障法，已將世界衛生組織頒佈的國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 明確納入爲未來的推動方向，將使身障者接受後續福利服務時，必須通過綜合需求評估，排除現僅由醫療單位的專業醫師判定，容易造成專業主觀意識影響的困境，爲使障礙者得到更合理的福利服務協助，在資源運用上較具彈性，對社會觀感會有更正面響應，相對的在實施後所有已被判定爲身心障礙已領取身心障礙手冊者，勢必然需重新依據國際功能失能與健康分類系統規定登出原鑑定之障礙別接受重新鑑定及評估，全面換發手冊，惟原已符合社會福利補助者將

有因此形成權益中斷之虞，再者，屆時全國有百萬人必須接受制度改革所帶來的重新洗牌，僅靠少數協助推動制度改革的精英學者們、政策推動者是非常辛苦的，面對未來要與國際接軌，無論在法令制度的修改及身障者在長期接受保護照顧下面對全盤改變是否願意接受更獨立、更積極的生活所持的認知態度、及執政者對整體改革後的抗壓情況，在在面臨強烈的挑戰。

三、建議：

國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）的推動，涉及各國國情及民風差異、身心障礙人口特質...等因素，推動結果也截然不同，跨國資料搜集不易，用心搬移學習到的推動方式是否符合我國國情，都需要有通盤的考慮，加上修正後的身心障礙類別與現今的鑑定指標類別差異甚大，包括政府單位的標準作業流程的建制及重熟悉新的判定概念藉以提供新的福利服務，身障者及社會大眾、民間弱勢團體也必須重新適應，委實需要有漸進式的時程，雖然在修正身心障礙者權益保障法時設定有五年的推動緩衝期，預計 2012 年實施，對國際趨勢如箭在弦上不能不發，做錯或錯過都是件非常可惜的事，要如何順利圓滿推動是件需要深思熟慮的課題，前置作業的完整配套措施，有助於順利推動後續 ICF 整體政策，有幾項建議：

（一）法規明確性

ICF 推動後，除身心障礙者身心鑑定作業辦法外，尚包括身心障礙手冊核發辦法、身心障礙等級、各類身心障礙之鑑定人員及鑑定方法與工具等法規須配合修正，另涉及需求評估新制之法規，如居家服務、生活補助、輔具補助等眾多法規，亦在修正之列，故中央政府宜儘速擬訂修法草案，並與各地方政府研商，早日完成相關法規修訂，使地方政府有所依循。

（二）相關人力的培訓

未來專業醫師及行政人力在 ICF 動之前需做有計劃的專業人力培訓，以本次前往府中市役所（市公所）參訪過程中，從與談中感覺到日本雖然推動 ICF 工作，其業務人員在瞭解說明上稍有不足之感，相對未來我國全面推動後，猶如先前 10 年長期照顧計畫工作，推動至今仍有專業人力不足的困境。

（三）制度完整性

身心障礙者身心鑑定作業辦法係先由衛政系統負責專業障礙別的鑑定暨障礙等級的判定後，始轉由社政單位依據前述判定障礙等級核發身心障礙手冊及接續受理後續相關補助給付申請，在整個身心障礙者的服務流程中，由 2 個不相隸屬的單位分別執行，造成判定過程中權責不明缺乏完整性，以目前醫療專業判定掛帥下，易形成各自為政的現象，應配合未來中央組織改造，重整及建制障害者判定的健全制度。

（四）資源整合性

ICF 實施後將有愈百萬障害者受到衝擊，如何在便民的思維考慮面向上建立單一服務視窗，讓身障者能以居家服務的近便性規劃中得到協助，可避免制度改革中造成的民怨，同時也須考慮整合現有多元的身心障礙者福利資源，建立合理明確的福利制度，有助於 ICF 推動的順利。

柒、結論與建議

一團 12 人經過 5 天緊密的行程的參訪安排，聽取了日本學術界、民間及政府部門的身心障礙福利與服務政策理念，也了解到日本的介護保險、身心障礙者的認定、福利服務評估及輸送等實務操作流程與運作情形，可謂為豐收的一次參訪行程。詳細的參訪過程與內容，可從各參訪人員的報告中得知，以下謹綜整歸納提出幾點結論與建議：

一、結論

(一) 日本的身心障礙鑑定制度：

目前日本對於身心障礙者的認定，係依據障礙者基本法第 2 條及障害者自立支援法第 4 條第 1 項規定辦理，對於經醫療診斷符合鑑定標準者則核發「身體障害者手帳」或「愛の手帳」。另身心障礙者申請手帳時，即可一併提出輔裝具（輔助器具）判定之申請，依據障害者身體功能或結構損失程度，直接判發輔裝具補助。

(二) 日本的身心障礙者福利與服務輸送制度：

日本的障礙者福祉，係依該國障害者自立支援法之規定辦理，其障礙福祉之認定係沿襲原有之介護保險制度，惟因原介護保險之判定項目（79 項）無法涵蓋所有身心障礙者，故再依據障礙者類別、特質及 ICF 的精神進行進階發展，增列為 106 項，凡其國民取得障害者手帳(冊)後，即可申請障害程度區分（非身心障礙等級）之判定，至判定方式亦分為電腦判定及審查會 2 階段進行。從這次參訪中得知，日本的介護保險及障礙者福祉制度雖未完全採用 ICF 的編碼來執行，但實質上已接軌了 ICF 的精神，亦即除了看待身體的限定和疾病狀態之外，亦須重視這些疾病狀態對於活動及參與的影響情形。

(三) 日本推動 ICF 分類系統現況：

日本是 WHO 的會員國，非但可以參與 ICD 的修訂，所獲得的 ICF 相關資訊亦較為直接且立即，另外，該國政府部門中也設有厚生勞動省統計情報部下設國際分類情報管理室、社會保障審議會統計分科會等專責與國際合作及接軌的工作部門，儘管如此，ICF 在該國仍屬於推廣及凝聚共識的階段，在障害鑑定上仍以醫療鑑定為主，惟在福利服務輸送上，雖未發展出統一的 d、e 碼評價標準，但嚴格說來已逐步納入 ICF 架構與精神。

(四) 日本介護保險法之福祉用具租賃供給模式，值得參考

目前日本「障害者自立支援法」還是採用補助身心障礙者購置補裝具和日常生活用具的方法，但福祉用具的配置評估和補助，已經是需經政府認證之輔具服務專業人員（即「福祉用具專門相談員」）提供評估建議和諮詢。我國目前正在發展身心障礙者權益保障法之需求評估和服務輸送新制，而日本已逐漸發展成熟之介護保險法制度之福祉用具租賃供給模式，以及規劃回收租賃輔具之消毒清潔及整理標準作業流程和指標，並鼓勵發展輔具消毒清潔及整理產業方式，均值得我們借鏡參考。

(五) 政黨輪替會影響障礙福利政策

由於政黨輪替，政治勢力（身心障礙團體意見亦包含其中）影響社福政策，原本的法規如「障害者自立支援法」被迫終止，新法規尚未上路。日本政府於去年 12 月設置「綜合福祉部」，由各部會大臣組成，並邀請身心障礙團體代表與會，共有 26 位委員，其中身心障礙團體代表即有 14 名，約占 54% 比例；藉由身心障礙團體代表的發聲，以及各委員的互相交流與協商，期望草擬出符合日本民眾需求的身心障礙福利政策。

二、建議

(一) 在評估工具的建置與發展方面

1. ICF 鑑定與需求評估的推動需透過研究及實作來累積經驗

ICF 的分類架構在日本帶來對障礙認定與福利服務觀念的改變，可從上田教授的研究報告中觀其端倪，不過，ICF 畢竟仍是新的觀點，許多制度的配合與研究成果方面，都仍在發展當中。我國為建立一套本土化之運作模式，已自 98 年起委託學術機構進行評估工具之發展，且於 4 縣市先行試辦，惟因試辦樣本數有限，其試辦結果恐未能適用於各類身心障礙者，亦未必能由其他縣市據以進行操作，故如欲全面推動 ICF 鑑定與需求評估，未來除應持續與學術界、身心障礙團體結合外，亦應分別在 25 縣市分別進行推廣，以從「實作中累積經驗」，方能制定因地制宜之實施流程。

2. 需求評估宜以障礙者之需求為依歸

基於法定權責分工，身心障礙鑑定及需求評估係分別由衛政及社政單位辦理，身心障礙者因而需要面對不同專業的評估與認定，倘評估結果未能就身心障礙者的問題及需求採取全面且多角度的方式予以評估並據以提供協助，可能導致身心障礙者面臨更多的困境且增加其對政策的不信任，致使 ICF 無法順利推動。

3. ICF 鑑定評估工具，宜思考與現有評估機制（如長照）整合的可行性

我國身心障礙者權益保障法中明定在 ICF 架構下執行身心障礙鑑定及需求評估，惟在人力、專業、資源及大眾的認知等條件未臻成熟之際，是否該全盤採用 ICF 分類系統所列 b、s、d、e 4 組編碼，或可就現有的評估機制中加以延續發展，找出一套較符合 ICF 架構精神的制度，確應加以考量，惟本案經比較 ICF 及 ADL、IADL 評估項目之差異及整合程度後發現，原長期照顧評估項目雖可以對應 ICF 的部份編碼，但因兩者操作型定義差異甚大，相同評估項目亦無法等

同適用。

(二) 在評估流程及執行方式方面

1. 身心障礙鑑定及評估時限，應加以明定

身心障礙者從申請鑑定，需經衛生主管機關指定機構或專業人員組成專業團隊完成身心障礙鑑定報告，並將鑑定報告轉呈直轄市、縣(市)政府機關辦法需求評估，並依評估合於規定者，核發身心障礙證明，據以提供所需福利服務，爰此，辦理身心障礙鑑定及需求評估期程甚為冗長，亦直接影響到服務的時效，故需規範合理鑑定及評估時程。

2. 身心障礙鑑定與求評估判定流程與服務輸送體系間之流暢性及完整性

不論是身心障礙鑑定、需求評估甚至異議申訴，應基於身心障礙者之近便性，考量單設置單一諮詢及受理窗口。至在福利服務輸送部分，各地方政府宜就既有身心障礙人口結構、福利服務資源詳加盤點，以便能依身心障礙者之分布、福利使用情形規劃各項福利服務，避免服務輸送無法與需求評估結果順利連結。

3. 「一人訪視，團隊審查」兼顧效率與專業

日本現行對障礙者的認定，是依據調查表由專人到身心障礙者生活環境進行瞭解與評估，將資料帶回之後交由審查委員會認定。未來我國的身心障礙鑑定及福利與服務需求評估，如必須分別籌組兩個專業團隊進行，非但耗費人力，亦甚為耗時，截至 99 年 6 月底，我國身心障礙人數已逾 106 萬人，如要在 5 年內完成渠等之鑑定與需求評估，日本現行對身心障礙者的認定模式，確足資國內參考。

4. 鑑定或需求評估之辦理，應該考量地區生態條件的差異

ICF 在日本主要是作為評量長期照護服務的依據，為使地方政府有一定的評估準則可以依循，該國成立中央級審查委員會，制定明確的審查標準（共同專案），但在評估過程中，地方仍可以依據該地特色自訂審查項目，如此既可蒐集普遍

性且一致性的資料，亦可兼顧地方的特殊狀態及區域需求。

5.確保障礙者鑑定與需求與服務輸送連結：

身心障礙者經鑑定及需求評估判定後，應即連結相關服務資源，以確保障礙者需求得以滿足，故各地方政府應儘速完成資源盤點，並積極擴展身心障礙福利服務資源，另服務提供之可近性及便利性將影響障礙者之意願，各地方政府建構規畫各項福利服務之際，宜考量身心障礙者之分佈、服務使用情形，以使需求評估與服務輸送間順利連結。

6.身心障礙鑑定及評估資料，應加以建檔管理：

未來身心障礙鑑定及評估流程冗長，宜配合身心障礙鑑定及需求評估流程，建置整合性的管理資訊系統，以利查詢辦理進度，另為利未來相關統計分析、政策規劃及有效管理服務資源，避免資源重複錯置，身心障礙者鑑定及評估之結果及服務使用情形亦應予以建檔管理，惟在資料使用上，仍應恪守電腦處理個人資料保護法之規定。至是否仿效日本進行電腦判定，亦可一併加以考量。

(三) 身心障礙者團體的參與及溝通協調方式值得參採

從「日本障礙者復健協會」簡介當中，可以發現該會在日本身心障礙福利領域頗具影響力，也積極參與「障害者自立支援法」被廢止後新法的草擬工作，當然，日本政府為了廣納不同團體的意見，特在「綜合福祉部」下設「審議會」，其中身心障礙團體代表比例即高達 50%，而為避免多數決犧牲少數身心障礙團體的權益，而審議會代表的工作之一，便是事先協調並尋求各個不同團體的共識意見，並在審議會上爭取全體代表的支持，尋求一致的共識過程，的確有很高的難度，但既是共同認可的決議，在推動上反而能減少不必要的阻力。

「他山之石，可以攻錯」，在推動 ICF 鑑定與需求評估新制之初，日本很多的做法正好可以供我們參考，然 ICF 的推動，因各國國情及民風差異、身心障礙人口特質…等因素，推動結果也截然不同，跨國資料蒐集不

易，用心搬移學習到的推動方式是否符合我國國情，必須加以考量。本法修正後，無論在障礙類別與鑑定標準、鑑定作業流程及福利服務判定上，都與現行機制差異甚大，面對新制度的實施，各相關政府部門、身心障礙者、社會大眾及民間團體勢必需要重新適應，故相關觀念的宣導、評估制度的建立、人力的培訓及資源的整備實已刻不容緩，而為順利推動 ICF 鑑定及需求評估新制，如何以便民的思維，讓身心障礙者得到適切而具近便性的服務，減少制度改革中造成的民怨，同時也須考量整合現有多元的身心障礙者福利資源，建立合理明確的福利制度，是政府現階段必須正視且面對的一大課題。

