



12-31-2014

Disability and Rehabilitation -the Challenge and Opportunity of Physiatrists in Disability

Kwang-Hwa Chang

Tsan-Hon Liou

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Chang, Kwang-Hwa and Liou, Tsan-Hon (2014) "Disability and Rehabilitation -the Challenge and Opportunity of Physiatrists in Disability," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 42: Iss. 2, Article 1.
DOI: [https://doi.org/10.6315/2014.42\(2\)01](https://doi.org/10.6315/2014.42(2)01)
Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol42/iss2/1>

This Review Article is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

身心障礙與復健醫學

--復健專科醫師在身心障礙領域的挑戰與機會

張光華^{1,2} 劉燦宏^{2,3}

臺北醫學大學・市立萬芳醫院復健醫學部¹ 臺北醫學大學傷害防治學研究所²
臺北醫學大學・部立雙和醫院復健醫學部³

身心障礙是人類長久以來的問題，其中夾雜了醫療、社會福利、政治及人權等因素，因此相當複雜；2001 年世界衛生組織(WHO)頒布新的國際健康功能與身心障礙分類系統(International classification of functioning, disability and health, ICF)後，開啓了對身心障礙的研究契機，目前身心障礙的定義也是根據 ICF 而來，依 WHO 身心障礙報告統計，目前盛行率為 15%，全球約 10 億人口屬於身心障礙者；過去我國身心障礙鑑定工作主要根據醫療模式，因此盛行率不到 5%，遠低於國際水平；據此我國「身心障礙者權益保障法」規定自 2012 年 7 月起，身心障礙鑑定制度必須依據 ICF 的精神，希望未來我國身心障礙制度能與國際接軌。復健專科醫師在訓練過程中，比其他專科醫師更了解身心障礙的理論，而且更熟悉跨專業、跨領域的團隊合作模式，因此應該發揮本身在身心障礙研究的優勢，迎接身心障礙的挑戰與機會。(台灣復健醫誌 2014；42(2)：71 - 79)

關鍵詞：身心障礙(disability)，ICF(International Classification of Functioning)，生理心理社會模式(biopsychosocial model)，盛行率(prevalence)

前 言

身心障礙一直以來都是人類社會相當重要的議題，其中夾雜了醫療、社會福利、政治及人權等問題；不同領域學者從各自的觀點研究身心障礙，彼此之間甚少交集，甚至互相批評，^[1, 2]但是身心障礙者夾在其中，真正的需求卻往往被忽略，一直到 2001 年世界衛生組織(World Health Organization, WHO)頒布新的國際健康功能與身心障礙分類系統(International classification of functioning, disability and health, ICF)，身心障礙才有明確的定義，^[3]因此之故，雖然從有人類開始便有身心障礙的問題，卻是公共衛生領域中相對比較被忽略的範疇，一直到 2001 年後相關的研究才蓬勃發展。復健專科醫師一直以來就以減少障礙作為職

志，就國內、外而言，復健專科醫師對身心障礙的發展一直扮演相當重要的角色，日益增多的身心障礙者將是復健專科醫師的挑戰也是機會，^[4]本文謹就身心障礙的歷史、盛行率和未來研究趨勢，整理分析回顧。

歷史沿革

西元前 551-479 年，孔子的《禮記》卷七，禮運第九，大同篇記載「鰥寡孤獨廢疾者，皆有所養。」廢疾者即是殘廢、疾病之人。自此而後，廢疾兩字就成為中國歷史上，描述身心障礙者的通用語，例如：道光 19 年(1839 年)澎湖廳志記載曰：「前廳蔣鏞謀建普濟堂，以惠孤、寡、廢疾、無依貧民。」可知；日治時期，日人將廢疾改為殘疾，例如頒佈慈惠堂規則 14 條，其中收容對象包括：1. 獨身無告者、2. 殘疾者、3. 病傷者、4. 老衰者、5. 幼弱者、6. 寡婦之守節者。

投稿日期：103 年 5 月 5 日 修改日期：103 年 7 月 8 日 接受日期：103 年 7 月 24 日

通訊作者：劉燦宏，臺北醫學大學・部立雙和醫院復健醫學部，23561 新北市中和區中正路 291 號

電話：(02) 22490088 轉 1600 E-mail：peter_liou@s.tmu.edu.tw

doi: 10.6315/2014.42(2)01

臺灣光復後，日人使用的殘疾概念被「殘廢」取代。根據 1954 年內政部函釋，所謂「身體殘廢」係指「喪失全部視能或聽能或語能或不能行能者」；直到 1970 年代，臺灣雖已不用指涉「無功能」、「無用」的「廢」字，但仍保留具「不全」意涵的「殘」字；另引進「障礙」的概念。顯然是受到盲人與當時小兒麻痺的流行所影響，特別是小兒麻痺帶來的明顯行動不便的障礙。臺灣省政府因此於 1976 年 8 月修正「臺灣省殘廢者乘搭車船優待辦法」為「臺灣省殘障者乘搭車船優待辦法」，將殘廢者改為殘障者。亦即，到了 1976 年，殘廢已被官方改為「殘障」。延續 1970 年代已普遍使用的殘障概念，1980 年立法通過施行的「殘障福利法」，仍沿用殘障概念。^[5]1980 年的殘障福利法中明示殘障福利由消極的養護，轉變為積極的扶助；並期待殘障人口能自立更生。當時殘障者的分類是採醫學專業概念命名，將殘障者明訂為 7 類：視覺、聽覺或平衡機能、聲音機能或語言機能、肢體、智能、多重殘障，及其他經主管機關認定為殘障者。從這 7 類來看，除了早已存在的視覺(盲)、聽覺(聾)或平衡機能、聲音機能或語言機能(啞)、肢體殘障之外，1970 年代臺灣也已引進了智能不足的啓智教育與多重殘障者的收容照顧。1997 年 4 月 23 日殘障福利法第三度修正公布，擴大為 65 條，並更名為「身心障礙者保護法」，將「聽覺或平衡機能障礙者」分為「聽覺障礙者」、「平衡機能障礙者」；「植物人與老人癡呆症患者」分為「植物人」與「癡呆症者」，總計 14 類；2001 年又新增頑性癲癇及罕見疾病，總計 16 類一直延用至 2012 年 7 月。

雖然 1997 年後「身心障礙」成為我國「Disability」的通用語，但是隨著定義的釐清，「身心障礙」其實指的是身體和心理機能的損傷，比較屬於「Impairment」的層次，與「Disability」中功能喪失仍不相同，建議以「失能」取代「身心障礙」，不過目前日本仍使用「障害者」，而且我國社會共識尚未形成，法律用詞仍未修改，因此本篇文章仍沿用「身心障礙」。

國際身心障礙觀點的演進

障礙觀點的演進，早期是以個人模式(individual model)及醫療模式(medical model)來看待障礙者，1960 年代出現去機構化運動(deinstitutionalization movement)，主張障礙者可以獨立生活。1976 年之後，社會模式(social model)逐漸成形。^[6]接著，世界衛生組織以生理心理社會模式(biopsychosocial model)界定障礙者，成為各國的依據。1960 年代末英國人口調查局(the Office of Population Censuses and Surveys, OPCS)開始使用三

個區分的概念來鑑定障礙者：^[7]1. 損傷(impairment)：缺少四肢的一部分，或不完整的四肢、器官，或身體機制。2. 障礙(disablement)：功能的喪失或減少。3. 殘障(handicap)：因障礙引發的活動上的不利與限制。^[1]這三個區分的面向中的「殘障」的概念，就成為 1980 年 WHO 的國際障礙分類系統(International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH)的理論基礎。但是 ICIDH 的理論奠基於個人模式，被強力批判，而且隨著社會模式的推廣，主流障礙研究者、決策者、障礙組織工作者遊說 WHO 修正 1980 年版的 ICIDH，1993 年 WHO 修正 ICIDH 為第二版的 ICIDH2，並於 2001 年修改為「國際健康功能與身心障礙分類系統」(ICF)。^[3]

ICIDH 採用疾病結果取向的概念，屬於醫療模式(medical model)亦即從損傷(impairments)到障礙(disabilities)，再到殘障(handicaps)的因果模式，普遍受到相當質疑；然而，社會模式也被質疑無法操作，無法實證。ICF 雖自 ICIDH 修改而來，但是同時著重環境影響與社會障礙的重要性，整合了醫療模式與社會模式，形成了生理心理社會模式。ICF 建立一套生理、個人、社會觀點的健康整合概念，統整健康與健康相關狀態的標準用語，迅速成為身心障礙研究領域的新主流，2001 年 WHO 為其背書，成為全球描述身心障礙的共同語言。近十幾年來，因為身心障礙模式的確認，相關研究蓬勃發展如雨後春筍，也是復健研究領域新興的範疇。^[8, 9]

世界衛生組織 ICF 的啟發和「身心障礙者權益保障法」立法

然隨著社會福利觀念的改變，例如，身心障礙者的分類要不斷擴大嗎？一種等級標準可以適用所有不同障別嗎？身心障礙者的身分與福利的取得到底是一種身分取得所有福利，還是依需求提供福利？還有，身心障礙者只需要福利嗎？社會福利所無法涵蓋的人權議題，例如：居住權、社會參與權等，不須要被保障嗎？同時，WHO 於 2001 年已頒布 ICF，我國的身心障礙制度是否要與 WHO 接軌？據此，內政部於 2004 年發動身心障礙者保護法第 8 次修法，關於身心障礙的定義則接受王國羽教授的建議，改採世界衛生組織的 ICF 新制；經歷了 20 餘次的修法會議，於 2007 年 7 月 11 日經總統公布修正名稱「身心障礙者權益保障法」。同時，自 2012 年起，我國身心障礙者的定義、鑑定與需求評估作業須參考 WHO 頒布的 ICF 精神。^[10-12]「身心障礙者權益保障法」的修法代表我國身心障礙福利正邁入另一個階段。無論從法令名稱的改變

或實質條文內容的修正，皆可看出我國對於身心障礙者的價值理念有了重大的轉變，除代表了政府與民間組織對於身心障礙者權益的重視外，也代表了整體社會觀念的提升。從修法的方向來看，不難發現法定的各項服務已更朝向滿足身心障礙者全人與生命歷程的需求來提供，同時更尊重身心障礙者基本的社會參與權。^[11]

身心障礙流行病學

身心障礙的定義

身心障礙流行病學的統計，存在一個最基本的問題，就是何謂「身心障礙」？^[13]世界各國對身心障礙的定義並不一致，大家都有一個概廓，但是卻缺乏一個理想的測量標準或共識，因此在統計身心障礙的流行病學時，就會出現世界各國因為使用的標準不同，因此產生不同結果的窘境。

過去二十年當中，身心障礙的議題不斷的被討論，其中最重要的觀念與政策的修正有兩項，一項是2001年WHO公佈的ICF，另一項是2006年聯合國公佈的身心障礙者權利憲章(Convention Rights of People with Disability, CRPD)，^[14]才讓今日身心障礙的理論逐漸成熟。不論ICF或CRPD，都認為生活困難和無法充分參與社會是身心障礙面臨最核心的問題；每一個人生命的某個階段，可能都會面對短期或長期生活上的困難，尤其是老年時，幾乎無可避免會遭遇到身心障礙狀況發生；2001年之前，傳統上身心障礙的觀念多偏重醫療模式，^[15]醫療模式主要是重視個案的醫療問題，包括個案健康狀況、機能不足與能力上的限制等，而此醫療模式往往無法充分表達個案所遭受到社會上的問題，例如所受到的歧視、偏見或無法接近參與社會事務等，此類問題在過去若以醫療模式是看不到的，但隨著ICF與CRPD公布後，各國逐漸由醫療模式轉化為生理心理社會模式，更能反應出身心障礙者在生活上所面臨的問題。

身心障礙的盛行率

即時和準確的身心障礙流行病學調查，可以提供政策制定者在擬訂政策與相關方案時參考，政策制定者藉由了解身心障礙者的人數與其所處之環境，幫助身心障礙者移除環境中所遭遇到的阻礙，進而提供身心障礙者適當之服務，使身心障礙者能充分參與社會活動。因此世界各國都會定期或不定期蒐集身心障礙的流行病學資料，2007年所公布的CRPD，明文要求

世界各國必須定期蒐集統計身心障礙的盛行率，做為身心障礙者政策制定與施政的參考。

然而如前所述，有相當多的因素會影響到身心障礙流行病學的統計，這些影響因素都會造成統計上的偏差，也因此造成世界各國身心障礙盛行率上的差異，這些影響因素包括調查方式、身心障礙的定義、是否考慮環境因素等，有些國家的統計方式相當特別，例如研究身心障礙者的需求是否被滿足。因為這些調查的方式及目的之不同，做為國與國之間的比較會出現困難。^[16]

一、全球性的調查

由於世界各國對於身心障礙的定義與調查方法相差極大，這使得聯合國在追蹤各國身心障礙盛行率時，遭遇到相當的困難。近年來的共識是希望世界各國盛行率的調查方式能趨近一致，因此目前全球的共識是在ICF的架構下蒐集資料，透過完整且一致的資料蒐集方式進行比較。目前全球身心障礙的調查有兩個較大的資料庫，分別是2002至2004年間從59個國家所進行的世界健康調查(World Health Survey, WHS)與2004年全球疾病負擔(Global Burden of Disease, GBD)，兩個資料庫均進行世界各國資料的蒐集，然而二者資料蒐集方式仍不盡相同，因此無法直接進行比較，但可以分別代表目前全球身心障礙的狀況。^[17]

WHS為2002年至2004年間，經由「面對面」的訪問來做為身心障礙盛行率的調查，透過單一的問題與方法來蒐集，此架構主要是依據ICF架構所建置，WHS預計蒐集70國家的資料，其中共有59個國家配合完成，抽樣國家涵蓋全球人口64%，此研究具有相當代表性，配合參與的國家多半較缺乏身心障礙流行病學的資料；此研究調查國家包含低、中、高收入的國家，藉此探討不同收入的國家身心障礙的現象；WHS抽樣的人口由各個國家抽樣產生，並以分層、分階段的方式將人口變項逐一蒐集而來，問卷主要是以面對面，並透過對象自我報告其對於此問題所遭遇到的困難度，問卷分數從沒有困難0分到最大困難100分，並由此分數訂出身心障礙之切點，WHS以40分做為身心障礙之切點，代表符合身心障礙的門檻；若分數達50分者，視為有嚴重困難者。WHS從各個國家的資料統計顯示，全球18歲以上身心障礙盛行率約為15.6%，從經濟收入狀況來看，高收入國家身心障礙盛行率為11.8%、低收入國家約18.0%。這個結果相當有趣，因為過去的資料顯示，低收入國家申報之身心障礙盛行率較低，但透過標準的蒐集方式研究發現，低收入的國家身心障礙的盛行率反而較高。除此之外，

WHS 的研究也指出特殊年齡和族群與身心障礙盛行率之間有因果關係，例如，老人、窮人與女人，會因為國家的經濟狀況高低而有不同之盛行率，例如針對 60 歲以上的老年人口而言，在低收入的國家，老年人口發生身心障礙的盛行率為 43.4%，但在高收入國家，老年人口的盛行率卻只有 29.5%，代表國家的經濟狀況，對老年人是否發生身心障礙確有影響。然而，對於 WHS 所訂立的 40 分的閾值切點，是否為最適合的切點，目前仍無共識，需要再繼續推敲；此外 WHS 雖為面對面的訪查，但是主要是蒐集自我報告的資料，是否會因為文化的因素而改變，也需要列入參考。^[18]

另外一個全球性的身心障礙流行病學調查是在 2004 年重新蒐集的全球疾病負擔(GBD)，GBD 是從 1990 年開始，由世界銀行協助進行的一項研究，GBD 蒐集的資料包括世界各國的死亡率、罹病率、身心障礙和意外傷害等，這個研究與 WHS 最大的不同是 GBD 蒐集的樣本從 0 歲一直到成年都有，GBD 的資料顯示，2004 年全球罹患中度身心障礙的盛行率是 15.3%，重度身心障礙的盛行率是 2.9%；此外針對 0-14 歲的青少年來說，分別有 5.1% 的青少年被歸類為中度的身心障礙，0.7% 的青少年被歸類為重度的身心障礙。GBD 的研究，提供了另一個全球身心障礙的資料，但是 GBD 對一些資料很少的或是資料不完整的國家，它的資料經過特殊換算，無法提供一個真實的報告，所以 GBD 還是有它的缺點。

不論是 WHS 或是 GBD 的統計，目前聯合國世界身心障礙人口調查(World Disability Report)的報告是採

用全球身心障礙盛行率為 15%，以 2010 年的全球人口 70 億推估，目前全球大約有 10 億人是屬於身心障礙。這個盛行率比 1970 年代 WHO 採共識決的估計 10% 來的多，這其中的有些意涵必須加以思考，包括 1. 近四十年來身心障礙的盛行率上升 2. 身心障礙的定義改變，是否導致身心障礙人口增加仍需觀察 3. 身心障礙的切點是否適當，WHS 使用 40 作為身心障礙切點，但是如果使用 50 甚至 60，盛行率可能又會改變，如何決定最適切點，仍待未來持續研究。

二、我國的調查

依照我國內政部的統計資料民國 92 年我國身心障礙人數為 861,030 人，約佔全國人口 3.8%，到了民國 100 年我國身心障礙人數為 1,100,436 人，約佔全國人口 4.6%，內政部統計，截至 101 年 6 月底，領有身心障礙手冊者計 105 萬 4,457 人，較前一年同期增加 2.67%；身心障礙人口占總人口比率為 4.57%，續呈逐年上升趨勢。(圖 1)資料顯示，男性身心障礙者計 60 萬 6,458 人，高於女性的 44 萬 7,999 人，但近 12 年來女性身心障礙人口的年增率均高於男性，主要是因女性失智症者及慢性精神病患者增加較多所致。其中，身心障礙人口以肢體障礙者(37.6%)最多，重要器官失去功能者(10.8%)次之，聽覺機能障礙者(10.7%)居第三。從年齡別觀察，未滿 18 歲的兒童及少年身心障礙人口中以智能障礙者(37%)最多，18 歲以上以肢體障礙者(39%)最多。各縣市身心障礙人口比率以台東縣(8.9%)最高，雲林縣(7.9%)次之，花蓮縣(7.7%)居第三。

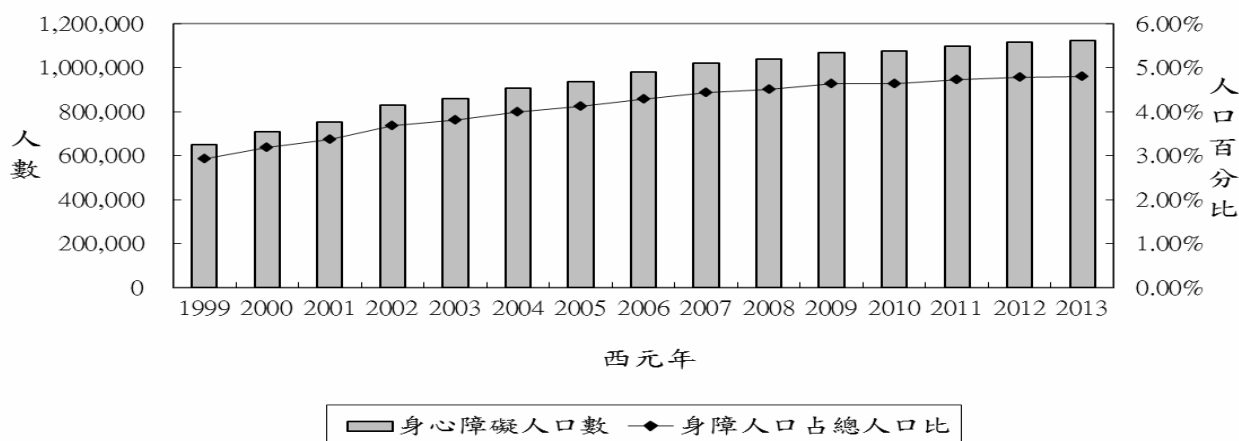


圖 1 台灣身心障礙人口數及占總人口百分比歷年趨勢圖(1999-2013)

資料來源：衛生福利部統計處，身心障礙者人數

2000 年、2006 年與 2012 年間之各年齡層身心障礙盛行率均隨著年齡的增加有正向增加的趨勢，從人口角度而言自 2000 年起每六年，人口平均成長約 2.5% 之間，整體而言並無明顯變化，但於身心障礙人口而言，2000 至 2006 年間成長約 38%，2006 年至 2012 年間則成長約 14%，明顯高於人口成長，這個現象可以從兩個可能因素來解釋，其一是國人對身心障礙的觀念改變，因為立法的不斷進步，身心障礙者更願意接受身心障礙鑑定取得身分，另一方面是人口的老化，不論 2000 年、2006 年與 2012 年這三個觀察年於 0~44 歲間，身心障礙盛行率均無明顯變化，相對的，隨著年齡的增加，年齡大於 45 歲的身心障礙者大幅增加，足見人口老化對身心障礙者盛行率的影響。此外，2000 年、2006 年與 2012 年間之各都市層級之身心障礙盛行率均隨著年齡的增加有正向增加的趨勢，但對五都而言，五都的身心障礙盛行率為 4.37% 較非五都 5.47% 低；45 歲前各層級縣市之身心障礙盛行率均低於 3%，但在 30 歲後，非五都地區之盛行率均高於五都之盛行率與全國之平均盛行率，並隨著年齡有明顯上升的趨勢。^[19]

相較於世界各國身心障礙者的比率 15%，我國身心障礙者比率 4.57% 相對明顯偏低，試探討可能的原因歸納推論如下：

1. 目的不同：各國進行身心障礙調查的目的不同，大部分的國家是為了提供資訊做為編列身心障礙福利及相關施政的參考；但是我國身心障礙鑑定制度除了作為了解身心障礙人口外，同時也作為福利服務的依據，因為與後續的社會福利結合，在社福經費有限的情況下，身心障礙的資格勢必相對較為嚴格。
2. 登記方式不同：各國進行身心障礙調查的方式不同，大部分的國家是採田野調查、登記制甚至是自我報告制，登記制度相對寬鬆；我國因為鑑定結果與後續的社會福利有關，因此採用比較嚴格的鑑定登記制度，由鑑定醫師及鑑定人員依據政府公布的標準進行鑑定，^[20, 21] 嚴格把關的登記制度下，身心障礙比率自然相對偏低，但是必須投入大量醫師、醫事、社工人力及鑑定費用，耗費龐大的醫療資源來進行身心障礙鑑定工作；日本近年亦在進行身心障礙鑑定制度之改革，鑑定工作已經從醫師及醫事人員漸漸轉移到社工人員或是行政人員，此一趨勢值得我國注意。
3. 定義不同：不論是 WHS 或是 GBD 的統計，身心障礙的定義基本上是採 ICF 的生理心理社會模式，我國 101 年 7 月之前主要是採用醫療模式，以疾病為主要的依據，因此有些不屬於規定疾病範圍內的身心障礙就可能被排除在外。

4. 制度不同：身心障礙的範圍包含醫療、教育、勞政及社會福利等，我國在規劃身心障礙鑑定之初，缺乏完整的規劃，因此身心障礙的相關福利可能散見於不同的部門，例如醫療問題可能由全民健康保險處理、就業問題可能由勞工委員會承接、特殊教育問題由教育部辦理，申請身心障礙鑑定的目的可能只是希望獲得相對的福利服務，因此有些身心障礙者因為在醫療、就業或是就學方面已獲得資源，可能因此降低了申請身心障礙鑑定的意願。

綜合上述原因，我國身心障礙的盛行率比起世界各國確實偏低，有些原因在 101 年 7 月我國身心障礙鑑定新制實施以及 102 年 7 月原有衛生署合併內政部社會司成立衛生福利部之後可能獲得改善，但是最重要的影響在於經費預算，若是我國的身心障礙盛行率從現行的 4.57% 貿然增加到 15%，我國的社福經費是否能夠支撐才是關鍵。因此如何提高社福經費預算，並將有限的資源重新分配 (reallocation) 到最需要的身心障礙者身上，是我國政府和身心障礙鑑定制度要面對的課題。

ICF 發展與未來身心障礙研究

史塔基學者預測 ICF 將來會變成在復健領域裡大眾一致接受用來描述身體功能的一個架構。^[22] 回顧有關 ICF 的文獻，越來越多的學者支持 ICF 的發展與應用，包括如以下所列：

1. ICF 可以促進不同使用者間的溝通，例如醫療工作者，研究學者，政策制定者和身心障礙者。
2. ICF 提供完整的健康資訊和系統性編碼架構。
3. 以 ICF 為基礎的系統資料能夠提供身心障礙者在參與社會活動時，明確了解什麼是環境的促進因子或是阻礙因子。
4. 以 ICF 為架構的研究可以提供不同國家、不同專業、不同服務與不同時間之間的比較。
5. 由 ICF 的相關資料可以組合成一個國際性的資料庫，讓醫療提供者可以更進一步了解醫療的後續情形。
6. ICF 可以產生個人的檔案，了解個人的身體功能、失能和健康狀況，這些資料可以提供給健康照護者作為進一步的參考。

未來 ICF 與身心障礙研究的方向

即使像 ICF 這麼重要的一個分類系統，目前仍處於發展階段，並未完全成熟，因此相關的研究正處於萌芽期，復健、公共衛生、衛生政策和流行病學方面的期刊都相當歡迎這類的研究，是復健領域新興的研

究範疇，值得復健專科醫師參與投入研究。歸納整理近幾年的研究，未來可能研究方向如下：

1. 連結 ICF 到功能性的結果評估：隨著醫療科技的進步，促成人類在治療急性醫療病症的進步與壽命的延長。每一個人在一生中所需的醫療費用也隨之成長，因此以健康管理為導向的產業，逐漸要求健康照護者由原來的延長生命逐漸轉向為以結果為導向，而不是只著重在於傳統的診斷資訊。ICF 提供了一個能夠彌補診斷資訊以外的健康資訊，例如早期腦中風的恢復多著重在神經性恢復，ICF 除了提供功能性恢復之外，還包括個案的輔具、無障礙環境、社會福利及生活照顧等功能都有評估，對個案的預後描述相當有幫助。^[23]
2. 核心編碼組合(core set)：ICF 的核心編碼組合是一個被篩選出來的核心架構，用來作為評估的優先順序，目前 ICF 的核心編碼組合已經相當多，多採用德菲法獲得共識，WHO 授權位於瑞士的 ICF branch 有系統的開發核心編碼組合，至少有 30 種疾病的核心編碼組合已經發展完成，其中有完整版和精簡版，分別在研究及臨床上使用，我國也因應需要開發了腦中風、脊髓損傷、嚴重肥胖和跌倒的核心編碼組合，未來幾年核心編碼組合的開發、校正和臨床應用等研究，應該仍會持續進行。^[24-28]
3. ICF 由身體功能(body functions, b)與結構(structures, s)、活動與參與(activities & participation, d)，以及背景因素：環境(environmental, e)與個人因素(personal, p)所組成，這個模式的建立是由當時 WHO 的與會專家討論所得的共識，針對模式的研究相當少，尤其 ICF 闡述身心障礙是這些因素互動產生的結果，個案的生理、心理、社會、個人和環境因子間的相互影響，但是印證的文章並不多，值得後續研究。^[29, 30]
4. 跨領域的工作在未來復健治療與評估上會變成主流，跨團隊的工作帶來各種不同的好處，每一個充分投入此領域的人都會持續學習。跨專業團隊必須要彼此互動，讓每一個專業都能夠充分發揮功能。雖然有些單一領域的評估方式運用在失能的評估上，但是在未來的評估工具必是朝向跨專業的工具並且兼顧不同程度的複雜性，將來如何教育及協調這些跨專業團隊的人一起工作，將是一個很大的挑戰。^[31, 32]
5. 身心障礙的盛行率：目前 WHO 已經宣示未來世界各國收集身心障礙的資料，必須以 ICF 為架構，^[33-35]世界各國目前收集的盛行率資料大多不符合此要求，勢必在近幾年需要重新收集，我國自 101 年 7 月以後，已針對新發生的身心障礙個案進行以 ICF

為基礎的鑑定，但是對無須重新鑑定的個案因為從未有 ICF 中 d 和 e 碼的評估，勢必採分年方式召回重新評估，預計 109 年時我國的身心障礙系統可以登錄完成所有身心障礙者，這些資訊除了提供政策決定者寶貴的參考資料外，對於公共衛生學者可以據此了解身心障礙者的相關危險因子，提高身心障礙者的活動能力和社會參與。

6. 隨著身心障礙定義的改變，工作回復(Return to work)成為復健成效的一環，職業復健的重點必須協助個案回到日常生活、甚至再回到職場，同時隨著身心障礙者由機構回到社區或家庭中，社區照顧成為重要的服務規劃，而社區融合(community integration)也成為更明確的目標，其中就業被視為促進融合的最有效方法。因此未來有關工作能力的評估、職業重建、工作再設計也會是職業復健中重要的一環，必須及早準備。^[36]

結 論

身心障礙的發展與 ICF 的推動密不可分，身心障礙領域可說是復健專科醫師的天職或是使命，隨著國人壽命逐漸延長，人口快速老化，身心障礙的人口勢必快速增加，復健專科醫師必須及早準備以接受挑戰。

參考文獻

1. Kett M, van Ommeren M. Disability, conflict, and emergencies. *Lancet* 2009;374:1801-3.
2. Mercer SW, MacDonald R. Disability and human rights. *Lancet* 2007;370:548-9.
3. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization;2001. NLM classification: W15.
4. Rondinelli RD, Katz RT. The physiatrist as preferred disability specialist. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* 2001;12:xv-xviii.
5. 林萬億：台灣的社會福利：歷史經驗與制度分析。臺北：五南圖書出版股份有限公司；2006。
6. Oliver M. Understanding disability: From theory to practice. St Martin's Press; 1996.
7. Barnes C, Mercer, G. Exploring Disability. 2nd ed. Cambridge: Polity; 2010.
8. Yen TH, Liou TH, Chang KH, et al. Systematic review of ICF core set from 2001 to 2012. *Disabil Rehabil*

- 2014;36:177-84.
9. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil* 2011;33:281-309.
10. 王國羽、林昭吟、張恆豪：障礙研究理論語政策應用。高雄：巨流圖書股份有限公司；2012。
11. 林萬億：社會福利。臺北：五南圖書出版股份有限公司；2010。
12. 江亮演、余漢儀、葉肅科等。老人與殘障福利。臺北：國立空中大學；2001。
13. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, et al. The definition of disability: what is in a name? *Lancet* 2006;368:1219-21.
14. Stein MA, Stein PJ, Weiss D, et al. Health care and the UN Disability Rights Convention. *Lancet* 2009;374:1796-8.
15. Disability: beyond the medical model. *Lancet* 2009;374:1793.
16. Kostanjsek N, Good A, Madden RH, et al. Counting disability: global and national estimation. *Disabil Rehabil* 2013;35:1065-9.
17. Yang G, Wang Y, Zeng Y, et al. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;381:1987-2015.
18. Kulnik ST, Nikolettou D. WHODAS 2.0 in community rehabilitation: a qualitative investigation into the validity of a generic patient-reported measure of disability. *Disabil Rehabil* 2014;36:146-54.
19. 衛生福利部統計處，身心障礙者人數。網址：http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4198。上網日期：2014-03-01。
20. Chiu WT, Yen CF, Teng SW, et al. Implementing disability evaluation and welfare services based on the framework of the international classification of functioning, disability and health: experiences in Taiwan. *BMC health services research* 2013;13:416.
21. Teng SW, Yen CF, Liao HF, et al. Evolution of system for disability assessment based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Taiwanese study. *Journal of the Formosan Medical Association* 2013;112:691-8.
22. Stucki G, Kostanjsek N, Ustun B, et al. ICF-based classification and measurement of functioning. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44:315-28.
23. Tomlinson M, Swartz L, Officer A, et al. Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise. *Lancet* 2009;374:1857-62.
24. Lin YN, Chang KH, Lin CY, et al. Developing comprehensive and Brief ICF core sets for morbid obesity for disability assessment in Taiwan: a preliminary study. *European journal of physical and rehabilitation medicine* 2014; 50:133-41.
25. Chang KH, Chen HC, Lin Y, et al. Developing an ICF core set for post-stroke disability assessment and verification in Taiwan: a preliminary study. *Disabil Rehabil* 2012;34:1254-61.
26. Yen TH, Lin LF, Wei TS, et al. Delphi-based assessment of fall-related risk factors in acute rehabilitation settings according to the international classification of functioning, disability and health. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95:50-7.
27. Chen HC, Yen TH, Chang KH, et al. Developing an ICF core set for sub-acute stages of spinal cord injury in Taiwan: a preliminary study. *Disabil Rehabil* 2014.
28. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, et al. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014.
29. Hwang AW, Liao HF, Granlund M, et al. Linkage of ICF-CY codes with environmental factors in studies of developmental outcomes of infants and toddlers with or at risk for motor delays. *Disabil Rehabil* 2014;36:89-104.
30. Chang KH, Lin YN, Liao HF, et al. Environmental effects on WHODAS 2.0 among patients with stroke with a focus on ICF category e120. *Qual Life Res* 2014;23:1823-31.
31. 黃寶、吳佩霖、樊志成等：2010 年新制身心障礙鑑定試辦結果花蓮縣資料分析：初步研究。臺灣復健醫學雜誌 2012；40：61-70。
32. Shakespeare T, Iezzoni LI, Groce NE. Disability and the training of health professionals. *Lancet* 2009;374:1815-6.
33. Maierhofer S, Almazan-Isla J, Alcalde-Cabero E, et al. Prevalence and features of ICF-disability in Spain as captured by the 2008 National Disability Survey. *BMC public health* 2011;11:897.
34. Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders

in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. Lancet 2009;373:2041-53.

35. Virues-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Seijo-Martinez M, et al. Prevalence of disability in a composite ≥ 75 year-old population in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning.

BMC public health 2011;11:176.

36. Yen CF, Chiu TY, Liou TH, et al. Does the Planned Long-Term Care Policy in Taiwan Meet the Needs of People with Disabilities? Health Policy 2014;116:95-104.

Disability and Rehabilitation –the Challenge and Opportunity of Psychiatrists in Disability

Kwang-Hwa Chang^{1,2}, Tsan-Hon Liou^{2,3}

¹Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Wan Fang Hospital, Taipei Medical University, Taipei;

²Graduate Institute of Injury Prevention & Control, Taipei Medical University, Taipei;

³Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Shuang Ho Hospital, Taipei Medical University, Taipei.

Disability, a long-standing problem affecting mankind, is associated with medical, social welfare, political, and human rights problems and, therefore, is complex. The World Health Organization (WHO) promulgated the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) in 2001, facilitating the study of disability in recent years. According to the WHO Disability Report, the worldwide prevalence of disability is 15%, and the minimal worldwide prevalence is estimated to be 1 billion cases. Before 2012, disability evaluation was based mainly on the medical model in Taiwan, and, therefore, the prevalence was lower than 5%, which is much lower than the international level. The Taiwan government legislated a constitutional amendment entitled the People with Disabilities Rights Protection Act in 2007. The act has mandated that individual eligibility for disability benefits be assessed according to the ICF framework since July 2012. Psychiatrists have advantages during training; specifically, they have a greater understanding of disability theory and are more familiar with multidisciplinary teamwork compared with other specialists. Therefore, psychiatrists must increase their knowledge to overcome the challenges and opportunities of disability. (Tw J Phys Med Rehabil 2014; 42(2): 71 - 79)

Key Words: disability, International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), biopsychosocial model, prevalence