

電話使用、警示指示及信號輔具評估

撰文／林克寰

更新日期／2021-05-06

CNS 15390 《身心障礙者輔具—分類與術語》相關項目

我國經濟部標準檢驗局轉譯國際標準組織訂定之 ISO 9999:2007 《Assistive Products for Persons with Disabilities – Classification and Terminology》，於 2010 年 9 月 30 日公布 CNS 15390 《身心障礙者輔具—分類與術語》，其中屬於「電話使用輔具」及「警示指示及信號輔具」類別的輔具項目如下表：

22 24 電話使用輔具（及電訊）	
22 24 03	標準型網路電話 包括有／無可攜式聽筒的固定式電話、擴音器、視訊電話和電視電話、電傳機和電報傳真機以及內建警示信號的電話。
22 24 06	行動網路之電話 包括車用電話和可攜式短距離電話以及免持聽筒樣式和配有照相機樣式。
22 24 09	文字電話 包括行動文字電話與使用 Braille 點字輸入／輸出的電話。
22 24 12	電話亭
22 24 15	電話答錄機
22 24 18	電話交換機 控制電話操作系統開關的交換機。
22 24 21	使用電話之附件 包括來電信息之連接單元和信號轉換器、行動電話的鍵盤、數字顯示輔具、撥號、講話中和鈴聲指示器、撥號輔具、聽筒握持輔助器和聽筒—擴音器。
22 24 24	電信及電訊軟體 在電腦與電腦網路間的言語及／或視訊溝通軟體。
22 24 27	對講機 允許在不同位置的人，可直接互相講話的閉路系統。

22 24 電話使用輔具（及電訊）	
22 24 30	入口對講機 包括整合式開門系統和入口對講機擴音器。
22 27 警示、指示與信號輔具	
22 27 03	視覺信號指示器 包括電子保母、門信號、門信號指示器和門警示器。
22 27 06	聲音信號指示器 包括下雨指示器和電腦信號指示器。
22 27 09	機械信號指示器 包括震動功能的指示裝置。
22 27 12	時鐘與計時器 量測、顯示及／或說出時間的裝置。 包括可攜式和非攜帶式裝置和有或無警示功能的裝置。
22 27 15	日曆與時刻表 儲存和整理計畫活動的裝置。 包括特殊日曆軟體。
22 27 18	個人緊急警示系統 個人緊急時，由使用者操作或自動啟動的裝置。 包括胰島素警示器、癲癇者之發作警示器和跌倒警示器。
22 27 21	環境緊急警示系統 包括火災警示器和煙霧偵測器。
22 27 24	監視與定位系統 監視特定狀態或人的裝置，包括如衛星定位系統。

《身心障礙者輔具費用補助基準表》相關項目

我國內政部於 2012 年 7 月 10 日發布、衛生福利部於 2019 年 11 月 29 日修正《身心障礙者輔具費用補助基準表》，其中與聽覺障礙者、語言機能障礙者「電話使用輔具」相關的輔具項目，以及與「警示、指示與信號輔具」相關的輔具項目如下頁表：

項次	補助項目	最高補助金額(元)	最低使用年限	評估人員	補助相關規定
六四	傳真機	四,〇〇〇	三	不須評估	一、補助對象：六歲以上並符合下列條件之一 (一)聽覺障礙者。 (二)語言機能障礙者。 (三)具上列任一種障礙類別之多重障礙者。 二、評估規定：
六五	行動電話機-A款	二,〇〇〇	三	不須評估	(一)申請行動電話機B款或影像電話機，經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員(含該單位特約之輔具評估人員)開立輔具評估報告書(輔具評估報告書格式編號八)。 (二)申請行動電話機-B款者應經評估確認具讀唇辨讀或手語表達能力。
六六	行動電話機-B款(具影像即時傳輸功能)	四,〇〇〇	三	甲、乙、丙、丁	三、規格或功能規範： (一)行動電話機-B款：於手機顯示幕同一面附有攝影鏡頭，並能雙向提供即時影像傳輸功能。 (二)影像電話機：除有一般電話機的功能外，另須有影像輸出和輸入功能，且必須提供網路的连接孔。
六七	影像電話機	五,〇〇〇	三	甲、乙、丙、丁	四、其他規定： (一)行動電話機各款僅能擇一申請。 (二)傳真機及影像電話以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請一台。 (三)應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。另行動電話機應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼。

項次	補助項目	最高補助金額(元)	最低使用年限	評估人員	補助相關規定
七一	電話擴音器	二,〇〇〇	五	不須評估	<p>一、補助對象：</p> <p>(一) 聽覺障礙者。</p> <p>(二) 具聽覺障礙之多重障礙者。</p> <p>二、其他規定：</p> <p>(一) 以共同生活戶為補助單位，每戶僅得申請一台。</p> <p>(二) 應檢附輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。</p>
七二	電話閃光震動器	二,〇〇〇	五	不須評估	
七三	門鈴閃光器	二,〇〇〇	五	不須評估	
七四	無線震動警示器	二,〇〇〇	五	不須評估	
七五	火警閃光警示器	二,〇〇〇	五	不須評估	

項次	補助項目	最高補助金額(元)	最低使用年限	評估人員	補助相關規定
七 六	個人衛星定位器	一〇,〇〇〇	二	甲、丁	<p>一、補助對象：須有獨力外出之行動能力，且有走失之虞並符合下列條件之一者：</p> <p>(一) 失智症。</p> <p>(二) 智能障礙。</p> <p>(三) 自閉症。</p> <p>(四) 具上列任一種障礙類別之多重障礙者。</p> <p>二、評估規定：經政府設置或委託辦理之輔具服務單位輔具評估人員（含該單位特約之輔具評估人員）開立輔具評估報告書（輔具評估報告書格式編號十一）。</p> <p>三、規格或功能規範：應符合下列所有規範或功能之二年服務保用及產品保固</p> <p>(一) AGPS 之衛星定位。</p> <p>(二) 地點查詢服務。</p> <p>(三) 電池待機超過七十二小時。</p> <p>(四) 緊急求援功能。</p> <p>(五) 雙向通話功能。</p> <p>四、其他規定：</p> <p>應檢附輔具供應商出具保固書之影本（保固書正本由申請人留存）。保固書並應載明產品規格（含本基準所定本項輔具之規格或功能規範內容）、型號、序號、保固年限及起迄日期（含年、月、日）、輔具供應商行號名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。</p>

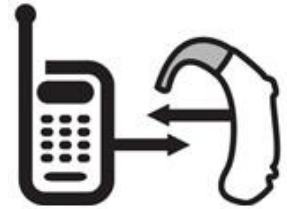


其中需注意行動電話機輔具的補助相關規定中，要求標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼，「國家通訊主管機關」就是國家通訊傳播委員會（National Communications Commission，NCC），所有具備無線射頻功能的器材，都需要經過國家通訊傳播委員會的型式認證審驗合格，才能夠在國內合法銷售。審驗合格的產品，通常會在機身黏貼國家通訊傳播委員會的審驗合格貼紙，或者以刻印方式標示，也有部分產品會標示在外盒上。國家通訊傳播委員會在 <https://nccmember.ncc.gov.tw/> 設

置「手機型式認證資料查詢」功能，可查詢行動電話機的審定證明編號（就是前述補助相關規定中所稱的標籤號碼）、外觀照片等。倘若民眾購入的行動電話機找不到審驗合格標記，也無法從國家通訊傳播委員會的網站上查到審定證明，有可能是民眾自辦審驗進口、民眾購自國外的機型，或是在國內非法銷售的機型，無論何種情況都將無法符合補助相關規定。

助聽器相容性

美國聯邦通信委員會（Federal Communications Commission，FCC）從 2006 年 9 月起，要求所有在美國製造或者進口至美國的行動電話，都必須依照美國國家標準 ANSI C63.19 檢測通過符合助聽器相容性，其通過的



分級稱為「助聽器相容性等級」（Hearing Aid Compatibility Rating，HAC Rating）；

HAC Rating 分為 M 及 T 兩項評級，分別是針對助聽器的麥克風（Microphone）聲學耦合以及電話線圈（T-Coil）電感耦合兩種耦合方式，各項評級結果從 1（最差）到 4（最好）不等，至少需達等級 3 才符合 FCC 要求。

在前述 ANSI C63.19 檢測標準中，會測量不同耦合方式的訊號強度及抵抗干擾的能力；由於有些行動電話系統（例如 2G GSM 的 1,900 MHz 頻段）會對助聽器的運作產生干擾，因此部分行動電話另外設置「助聽器模式」或「HAC 模式」開關，調降部分功能零件的功率或以替代方式提供，藉此提高與助聽器的相容性。

不同廠牌規格行動電話的 HAC 評級結果可以到 FCC 網站取得：

http://wireless.fcc.gov/hac/index.htm?job=reports_dm

全球親和力報告倡議組織（Global Accessibility Reporting Initiative，GARI）也有提供行動電話親和力功能與規格的相關資訊，且可根據不同功能類型及銷售地區等條件檢索：

<http://gari.info/>

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：08

輔具項目名稱：行動電話機及影像電話機

一、基本資料

1. 姓名：_____	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：_____	4. 生日：_____年_____月_____日
5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) _____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____ <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動
2. 輔具使用環境(可複選)：居家 學校 社區 職場
3. 目前使用的行動電話機或影像電話機：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - (2)廠牌規格：_____型號：_____
 - (3)輔具來源：自購 社政 教育 勞政 其他：_____
 - (4)目前使用情形：已損壞不堪修復，需更新
規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
其他：_____
 - (5)目前主要照顧者：_____與個案關係：_____年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：是 否

4. 主要溝通模式：口語 口手語 手語 筆談 其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	規格
<input type="checkbox"/> 行動電話機 A 款	無影像即時傳輸功能
<input type="checkbox"/> 行動電話機 B 款	於手機顯示幕同一面附有攝影鏡頭，並能雙向提供即時影像傳輸功能
<input type="checkbox"/> 影像電話機	除有一般電話機的功能外，另需有影像輸出和輸入功能，且必須提供網路的连接孔

2. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

4. 其他建議事項：_____

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

行動電話機之建議：

建議使用，補充說明：_____

行動電話機-A 款

行動電話機-B 款(具影像即時傳輸功能)

不建議使用，理由：_____

影像電話機之建議：

建議使用，補充說明：_____

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：11

輔具項目名稱：個人衛星定位器

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____	
<input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙	
<input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話：	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動
2. 輔具使用環境(可複選)：室內 戶外 社區、公園或學校 隨時配戴
3. 目前使用的個人衛星定位器：
(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
(2)輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____

本評估報告書由內政部委請下列單位協助規劃設計

規劃單位：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：失智症協會、自閉症總會、智障者家長總會 頁 1/3

- (3)目前使用情形：已損壞不堪修復，需更新
規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
其他：_____

(4)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____
是否能協助個案使用此輔具：是 否

4. 獨立外出移動：能獨立外出行走
使用輔具下能獨立外出移動(行動輔具：_____)
其他：_____
5. 曾有走失事實：無 有，次數：_____次
6. 定位(定向)能力：無定位(定向)困難
地點定位(定向)障礙-有覺察自己所處地點的困難(例如無法準確表達自己目前所處週遭的環境)，無法以適當方式或路徑返家
人物定位(定向)障礙-有覺察目前所處環境中他人身份的困難
自我定位(定向)障礙-有覺察自己身份的困難(例如無法準確表達自己的身份)
其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 個人衛星定位器	※應符合下列所有規範或功能之 2 年服務保用及產品保固 (1)AGPS 之衛星定位 (2)地點查詢服務 (3)電池待機超過 72 小時 (4)緊急求援功能 (5)通話功能
	<input type="checkbox"/> 其他配置建議：_____ _____

2. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

4. 其他建議事項：_____

四、補助建議【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

個人衛星定位器之建議：

建議使用，補充說明：_____

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤紀錄

1. 輔具採購結果是否符合原處方輔具：

完全符合

功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合

功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神

其他：_____

2. 修改、調整與使用訓練：

無須修改及調整

經修改調整後以符合使用需求

建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印

聲明：本文所引用、選錄、節錄之各項著作，其著作權、商標權、專利權等相關智慧財產權均屬原權利人持有，本講義僅為了教育用途於合理使用範圍內運用。如欲改做本講義或擷取本講義內容做任何超出合理使用範圍之用途，請務必取得相關著作權利人之正式授權。

※ 本文永久網址：<http://Jedi.org/blog/archives/006219.html> ※



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 3.0 Taiwan License](https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/tw/).

