T A I W A N

June . 2017

CRPD

人權有理，橫行無礙

《身心障礙者權利公約》

「身心障礙者權利公約初次國家報告」

2017 平行報告

人權公約施行監督聯盟 總協調

「身心障礙者權利公約初次國家報告」

2017 平行報告

人權公約施行監督聯盟

參與團體

（依英文名稱字母順序排序）

台灣原住民族政策協會	**Association for Taiwan Indigenous Peoples' Policies**
人權公約施行監督聯盟	**Covenants Watch**
台灣身心障礙兒童權利推動聯盟	**Disabled Children's Rights Advocacy Alliance in Taiwan**
手天使	**Hand Angel**
民間司法改革基金會	**Judicial Reform Foundation**
法律扶助基金會	**Legal Aid Foundation**
LIMA 台灣原住民青年團	**LIMA Taiwan Indigenous Youth Working Group**
新北市康復之友協會	**New Taipei City Association for Mental Health Survivors (Family Group of People with Mental Illness)**
台北市新活力自立生活協會	**New Vitality Independent Living Association**
台北市行無礙資源推廣協會	**Taiwan Access for All Association**
台灣廢除死刑推動聯盟	**Taiwan Alliance to End the Death Penalty**
台灣障礙者權益促進會	**Taiwan Association for Disability Rights**
台灣人權促進會	**Taiwan Association for Human Rights**
台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟	**Taiwan Epilepsy Care Alignment**
台灣酷兒權益推動聯盟	**Taiwan Gender Queer Rights Advocacy Alliance**
台灣國際醫學聯盟	**Taiwan International Medical Alliance**
台灣監所改革小組	**Taiwan Task Force for Prison Reform**

2017 年 6 月

台北，台灣

編輯團隊

統籌

黃怡碧　人權公約施行監督聯盟
黃嵩立　人權公約施行監督聯盟

主編

黃怡碧　人權公約施行監督聯盟
蔡逸靜　人權公約施行監督聯盟
戴家瓏　英國雷丁大學法學院
陳怡文
李英嘉　人權公約施行監督聯盟

責任編輯（依筆畫順序排列）

林君潔　台北市新活力自立生活協會
吳佳臻　台灣廢除死刑推動聯盟
洪簡廷卉　LIMA 台灣原住民青年團
張惠美　台灣障礙者權益促進會
游鯉綺　行無礙資源推廣協會
胡勝翔　台灣酷兒權益推動聯盟
周淑菁　台灣身心障礙兒童權利推動聯盟
潘于岡　行無礙資源推廣協會

譯者（依筆畫順序排列）

吳素芬
柯宗佑
唐博偉
莊嘉穎
黃子明
楊剛
戴家瓏

校正（依筆畫順序排列）

吳佳臻
李宜靜
柯宗佑
張育晟
陳方隅
蔡逸靜
戴家瓏

參與團體總表與聯絡人

報告統籌	聯絡人	Email
人權公約施行監督聯盟	黃嵩立	songlih@gmail.com
人權公約施行監督聯盟	黃怡碧	yibee.huang@gmail.com

參與團體	聯絡人	Email
LIMA 台灣原住民青年團	洪簡廷卉	jinumu@gmail.com
台北市新活力自立生活協會	林君潔	chunil92@gmail.com
台北市行無礙資源推廣協會	游鯉綺	sylviayu1971@gmail.com
台灣人權促進會	施逸翔	riverrain308@gmail.com
台灣原住民族政策協會	洪簡廷卉	jinumu@gmail.com
台灣廢除死刑推動聯盟	吳佳臻	jiazhen25@gmail.com
台灣監所改革小組	沈信宏	love0angi@yahoo.com.tw
台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟	曾幼玲	epilepsycaretw@gmail.com
台灣身心障礙兒童權利推動聯盟	周淑菁	fiona0418@gmail.com
台灣酷兒權益推動聯盟	胡勝翔	nelsonloveandy@gmail.com
台灣障礙者權益促進會	張惠美	free.barrier@gmail.com
手天使	Vincent Huang	helloqueer@gmail.com
新北市康復之友協會	陳永賢	ntcami.right@gmail.com
民間司法改革基金會	黃盈嘉	
法律扶助基金會	周德彥	chris@laf.org.tw

協作團體簡介（依英文名稱字母順序排序）

1. 台灣原住民族政策協會

原策會是非營利，非官方的民間組織，希望能結合關心台灣原住民族前途之社會賢達、學者、專家、社會工作者與青年學生，由政治、經濟、法律、社會、文化、教育等層面著手，致力於瞭解台灣原住民族所面臨的特殊問題，保障原住民族的特殊權益，保存原住民族的特殊文化與語言，提升原住民族的自尊、自信與自我認同，提倡原住民族之自治、自覺，從而實現族群正義的理想。原策會以公民團體角色檢視探討台灣現行原住民族政策之利弊，提出並倡議符合原住民族需求之政策主張，依據台灣原住民族之需求，促進台灣原住民族自決與自治，並發展可行之方案及組織培力方法，參與推動，且不定期舉辦各項座談會、研討會、訓練營等活動，召集原住民族各界精英，培育原住民族人才，並翻譯並出版國外重要的相關原住民族文獻資料，提供本土原住民族訊息，一方面讓台灣原住民族參考學習，一方面能與國際原住民族對話、建立國際原住民族聯繫之網絡，進行經驗交流，期待與國際原住民族運動及人權運動社群相互結盟，彼此支援。

2. 人權公約施行監督聯盟

人權公約施行監督聯盟成立於 2009 年 12 月 10 日，為國內重要人權團體形成的聯盟。致力推動聯合國九大核心人權公約的國內法化，監督政府以本國法律與政策來落實各項國際人權內涵，保護與促進人人平等之尊嚴和權利。 自設立以來，即積極推動國際審查制度在台灣落地生根，並致力串聯、培力、協調眾多團體共同參與兩公約國際審查，亦積極要求政府改善現行體制中的人權保障機制，包括：倡議設立國家人權委員會與行政院人權處，推動政府採用人權指標、人權統計、人權影響評估等工具，也致力提升社會大眾人權意識。2013 年、2017 年，人約盟分別組織 67 個與 80 個團體共同提交兩公約民間團體平行報告。

人約盟自 2015 年年中，即開始系統性辦理《身心障礙者權利公約》（CRPD）相關教育訓練與影子報告撰寫培訓，並持續發展 CRPD 人權指標。本次 CRPD 第一次國家報告國際審查，人約盟組織十多個身心障礙團體與人權團體，共同提出平行報告。

3. 台灣身心障礙兒童權利推動聯盟

身障童盟是由身心障礙兒童及家長共同組成，為捍衛身心障礙兒童的基本人權挺身而出。身心障礙兒童自出生以來便要面對生活上種種的問題與挑戰，因資源的缺乏、政策不健全、落實不透徹，讓身心障礙兒童及他的家庭，在成長過程中面臨許多阻礙。他們因遊戲場域的不友善，消失在公園遊戲場裡；他們因融合教育的不健全，消失在校園操場上；他們因交通、外在環境的不友善，消失在你我的身邊。他們的需求因為被長期漠視，失去支持身心障礙兒童在成長過程中，平等享有的一切權利。 雖然國內有《身心障礙者權益保障法》以及聯合國《身心障礙者權利公約》、《兒童權利公約》相繼頒訂以後，身障童盟仍積極監督政府，參與相關政策制定，以落實人權的理念來保障身心障礙兒童的基本人權，給予身心障礙兒童一個機會均等、全面參與的環境。

4. 手天使

手天使是一群在台灣以實踐性權為理念的朋友，我們看見「性」對個人的重要。我們於2013年初集結並看到了台灣重度身障者的慾望被捆綁、被傳統價值給束縛，遂組成了台灣第一個為身障者服務的性義工團體。手天使我們期待可以鬆綁一些被殘障綑綁的慾望，讓其自由。手天使的信念就是把這些長久以來滿足普羅大眾、卻殘害了身障者的愛心行善成就努力從台灣身障文化裡剷除。我們以平等的心態，透過手天使的服務，把有意被深藏的身障者性需求刻意放在社會檯面上，讓國家、社會及身障團體面對。我們堅持「身障者的性權就是身障者的人權」！透過幫助身障者自慰，將身障者的慾望轉化成巨大的動力、勇敢迎接自己的身障人生！手天使不收一毛錢的堅持，要讓社會大眾看到，即便是在娼嫖不罰的未來，仍需為那一群不被看到、無法工作、也無法出門仍不能走入性合法專區的更底層重障者留一扇門！手天使累積的服務是希望能讓台灣社會看見障礙者的性權，並在相關身障福利服務中納入性權觀點。因此透過座談、演講、媒體訪問、文章發表及串連關心障礙者性權的NGO等，期待能一步一步改變障礙者的處境。

5. 民間司法改革基金會

結合民間力量，持續推動改革，以建立公平、正義、值得人民信賴的司法。基於對這片土地的認同與關懷，期待司法成為正義的捍衛者，民間司法改革基金會誕生了。民間司法改革基金會從1995年11月成立至今20年，因為深愛這塊土地與人民，我們不僅專注於制度面的法案推動及司法品質個案監督，也致力於從文化及教育面，推廣法律公平的真意。我們深知改革的力量必須由下而上，只有經由民間的推力，才能讓改革的夢想成為真實，最終建立一個人民信賴的司法。我們的工作分為立法研究、監督評鑑、教育推廣、個案追蹤四大類，其下分別設置數個工作小組，以不同的面向及角度，同時邁向一致的目標—司法改革。我們深信，司法改革的工作必須是全民的、行動的、持續的，有一天才能建立一個值得人民信賴的司法，才能達到司法能夠實現正義的理想。

6. 法律扶助基金會

法律扶助，乃指對於需要專業性法律幫助而又無力負擔訴訟費用及律師報酬之人民，予以制度性之援助，以維護其憲法所保障之訴訟權及平等權等基本人權。經過民間之多方奔走及司法院之大力支持下，「法律扶助法」終於在2003年12月23日由立法院三讀通過，並在2004年1月7日由陳水扁總統公布，這對於如勞工、婦幼、原住民等弱勢的窮人而言，是一大喜訊。往後弱勢的窮人，如有法律上之需求，諸如法律諮詢、法律文件的撰寫，或者是請律師代理民、刑事及行政訴訟，將不再求助無門。由國家（司法院）所捐助設立的「財團法人法律扶助基金會」將會予以協助。

依照「法律扶助法」之規定，本基金會之經費由司法院及相關政府機關及團體捐助。本會已由司法院捐助，於2004年4月22日正式完成法人設立登記，並於7月1日正式開辦受理民眾申請，自此開展台灣法律扶助工作的步伐。而開辦同時亦於台北、台中、台南、高雄、花蓮等5個高等法院所在地成立分會，而2005年1月又增設了桃園、新竹、彰化、宜蘭、 台東5個分會，該年7月再增設基隆，苗栗、南投、雲林、嘉義、屏東、

澎湖、金門以及馬祖等九個分會，2006 年 12 月新設板橋分會，2009 年 8 月成立士林分會。目前共有 21 個分會佈於全國為經濟弱勢的民眾服務。

7. LIMA 台灣原住民青年團

LIMA 台灣青年團是以參與聯合國原住民議題常設論壇（UNPFII），及關注國內外原住民族事件與議題為主要方向的倡議團體，組織核心在於國際參與及在地連結。LIMA 為南島語族共同擁有的詞彙，意為「數字 5」或是「手」。取「手」之意，一群志同道合、背景不同的原住民青年在 2013 年成立「LIMA 台灣原住民青年團」，從事原住民青年國際參與的培力工作，以讀書會的方式，增進國際參與的能力與知識，成立迄今邁入第五年，皆連續組團參與聯合國原住民議題常設論壇，在回國後，也進行一系列的巡迴國際參與經驗的分享會、工作坊並且參與國內兩公約、CEDAW 的審查會議，以及許多與原住民族權利相關之工作推動，還成立「台灣原住民族國際訊息平台」網站，旨在讓國際人權相關資訊更為流通。LIMA 台灣原住民青年團成員來自台灣不同族群和部落的原住民青年，也分屬在不同工作職位和領域中，所涉及及關懷之項目非常多元，從教育、土地、法律、產業、媒體等只要是與原住民相關的活動、議題和現場，都可以看見 LIMA 的身影。LIMA 台灣原住民青年團相信，將彼此的手（LIMA）牽起來、拉近距離，就會形成更大的圈、更大的圓，感受彼此的溫度與心跳，也知道彼此的需要，因為台灣原住民族的議題也是世界原住民族的議題，面對現代社會與自然環境變遷的挑戰，必須透過串聯，讓訊息沒有國界。

8. 新北市康復之友協會

社團法人新北市康復之友協會是由新北市的精神障礙者及家屬組成的自助團體，希望結合各種力量協助精神障礙者融入社會及協助精神障礙家庭勇敢面對歧視與污名。我們勇於承擔精神疾病帶來的困擾，而社會也應該接納和支持每一位精神障礙者。我們相信每一位精神障礙者都有康復的潛能與機會，而每一位精神障礙者也和您我一樣，都可以自在地生活於社區中。主要的服務內容包含：

- 精神障礙者社區復健：培養精神障礙者獨立生活訓練、職能評估、心理會談、產業代工、才藝訓練、體適能訓練、職前準備等，最終希望精神障礙者可自在地快樂地生活在社區中。支持性就業服務：提供個別化就業安置、現場支持輔導與訓練及其他工作協助等，使精神障礙者可獨立、穩定工作。
- 家庭資源中心：提供精神障礙者於社區內獨立生活所需之協助與支援，提升其生活自理自我照顧能力，減緩精神障礙者身心功能退化及家庭照顧負擔並提升家庭照顧能力，促進精神障礙者的社區參與及社區融合。
- 權益倡導：關注精障者權益議題，並透過精障者本身參與、爭取、促進自身權益。
- 精神障礙者信託服務：協助精神障礙者家庭辦理信託並擔任信託監察人，保障精神障礙受益人權益。
- 家屬支持服務：提供精障者家屬衛教諮詢、福利諮詢培養精神障礙者家屬照顧能量、協助建立家屬間支持與互助系統

- 精神障礙者暨家屬教育課程：提供專為精障者家屬設計之教育課程，「家連家精神健康教育課程」，增進家屬對於精神疾病認識，加強精神障礙者家庭自我照顧技巧與功能。

9. 台北市新活力自立生活協會

台北市新活力自立生活協會是於 2007 年由一群不同障別的身心障礙者組成的互助團體！我們推動的是障礙者可以有尊嚴地自主生活在社區中，活得像一個「人」一樣，能夠透過各項個人協助服務，正常地吃飯、上廁所、洗澡、換衣服、出門、搭車，做自己想要實現的事情，自立生活，環境不要充滿著障礙與歧視。

我們與其他組織最大的不同點是，50%以上的決策者（含理監事）皆為身心障礙者，並且是跨障別的，以自身經驗的角度，由被照顧者的角色轉換去提供服務給其他有需要的身心障礙者，連結彼此的力量，去改變這個有障礙的社會，消除歧視，推動人權議題。很多障礙是來自環境及態度而造成的，如果大家能願意接受多元族群的存在，許多障礙就會破除，人人可以自立生活社區中。

我們的服務內容包括：(1)個人助理服務；(2)自立生活規劃；(3)同儕支持服務；(4)無障礙推廣；(5)教育宣導；與(6)權利爭取。

10. 台北市行無礙資源推廣協會

台北市行無礙資源推廣協會不單純是身障者的組織，從發起到組織成員、志工都是由身心障礙者與關心此弱勢族群的家屬、學生、社會人士共同參與。協會於民國 93 年 8 月正式創立，以結合社會資源與力量，協助身心障礙者建立自信、走出自我、達到生活無礙為主要宗旨。目前主要服務包括：行動輔具租借、無障礙旅遊、身心障礙人權教育推廣與倡議工作。

11. 台灣廢除死刑推動聯盟

長期參與人權運動、司法改革及死刑冤案救援的民間司法改革基金會、台灣人權促進會等團體，眼見來不及為冤死的江國慶和盧正平反，更有感於為救援蘇建和案、徐自強案當事人與死神拔河的急迫感，決定除了個案救援，更應該從制度上改革，才能避免無辜的人民繼續枉死，阻止國家繼續使用死刑這個暴力手段，因此在 2003 年邀集更多團體和個人，成立台灣廢除死刑推動聯盟，期待有一天台灣能夠成為一個沒有死刑的國家。我們的工作：

- 個案救援：冤案救援、死刑個案協助，組織律師辯護團隊，進行死刑判決分析
- 律師培訓：舉辦重大刑事案件辯護相關培訓，促進辯護品質及公平審判
- 研究論述：主題研究與研討、監督相關政策、進行民意調查、發表分析報告
- 社會對話：舉辦殺人影展、廢死星期四、主題講座及工作坊，發行廢話電子報，舉辦公民審議會議等
- 教育推廣：舉辦教師、親子工作坊、志工培訓，發展教材與教案等
- 促進社會安全：參與獄政改革、倡議犯罪被害人保護、提出相關刑罰修正建議

- 出版工作：律師辯護、被害人訪談書籍，公民教育教材讀本
- 國際串聯：參與世界反死刑聯盟、亞洲反死刑網絡等組織，參與世界反死刑大會並響應 10/10 世界反死刑日行動

死刑是一個複雜的議題，很難三言兩語講清楚，然而，不管支持或反對死刑，人人都希望生活在一個安全的社會中。死刑無法解決問題，我們認為，探究犯罪背後的成因，努力消除社會歧視與不公平，才能真正減少犯罪。

12. 台灣障礙者權益促進會

台灣障礙者權益促進會理監事過半數以上由障礙者擔任及決策，以符合 CRPD 第 33 條監督政府的障礙者團體（DPO），致力於推動 CRPD 所揭示障礙者權利平等之理念，維護身心障礙者之人權，透過國際交流及合作、直接與國際障礙先驅和領袖交換意見、引進較有效率的執行計畫、遊說立法委員及建議政府，培力台灣障礙倡議者實地參訪先進國家學習執行經驗，以加速台灣提升國際觀與提升障礙者權利意識。為消除國人對障礙者的歧視，本協會特別加強推廣社會教育，結合歌舞劇和饒舌歌輕鬆方式提升社會大眾對障礙者人權的認識。此外，亦提供法律諮詢，加速輔具科技接軌國際發展趨勢及文化創意之推動，從根源開始紮根和改善，以促進障礙者參與社會、文化生活及公共政策，讓障礙者與社會融合，享有所有人權與基本自由。

13. 台灣人權促進會

台權會成立於戒嚴時期的 1984 年 12 月 10 日（國際人權日）。台灣因長期戒嚴，未能落實基本人權保障。成立初期，我們以推動民主改革，確保各項政治與公民權利為要務。近年來，台權會工作已廣及各種人權議題，主要工作如下：

(1) 個案協助：針對國家嚴重侵害人民基本權利之重大個案，進行調查並提供具體協助

(2) 法案研究與倡議：定期追踪國際人權組織最新資訊，監測國家有侵犯人權之虞的法令與政策，適時採取行動阻止

(3) 推廣人權理念及教育，培訓人權工作者

(4) 參與國際人權組織，交換經驗、相互支援

14. 台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟

社團法人台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟於 2013 年正式成立，百分之九十九的成員皆為癲癇病友及其家屬，目標是推動癲癇患者在就學、就養、就業與自立發展等面向的權利保障。聯盟工作內容包括（一）社會大眾意識提升：宣導正確癲癇衛教知識，促進人們對於癲癇患者之關懷接納；（二）癲癇患者協助培力：舉辦各類活動激發病友自信與潛能，協助尋求合適職訓課程與就業機會；（三）政策倡議：促請政府修正頑性癲癇鑑定之嚴苛標準與不合理的保險規定，亦呼籲照護之家、職訓中心與庇護工廠等機構之設立。《身心障礙者保護法》於 2000 年修法納入頑性癲癇者之保障，即是聯盟成員的努力成果。

15. 台灣酷兒權益推動聯盟

酷兒盟由一群多重身份者，意指同時擁有性別身份（如：同性戀、雙性戀、跨性別、無性戀、性別酷兒等）及社會弱勢身份（身障、精障、癲癇、罕見疾病、HIV 感染者等）的多重身份者所組成。因多重受污名的社會處境而離散的個人，往往被多數挾帶了聲音、被消弭以及找不到群體。酷兒盟的成員用生命體會過那樣的艱辛，所以決定現身。希望透過多重身份者主體性的發聲，讓社會無法再忽視多重身份的人。透過看見與了解，目標於落實人人生而平等之理念，推動生活空間零歧視與推動不同多重身份者的相關權益。

16. 台灣國際醫學聯盟

台灣國際醫學聯盟（TIMA）成立於 2001 年 1 月，旨在結合學術專業與人道關懷，推動與各國公民社會、非政府組織、非營利組織的交流與連結，帶動台灣非政府組織的國際化，發展人道援助精神，協助弱勢族群擁有健康、公平與均衡的發展環境。該聯盟認為，觀念的確立和能力的培養是最重要的基石。無論是國內的青年或國際的友人，培力和賦權是最值得努力的方向。「預防勝於治療」是他們堅守的信條，先認清影響人類健康最重要的敵人，再以公共衛生的方式，從教育、倡導、制度這些方式著手，才能夠更有所貢獻，引導更多所援助國家的當地人自立自強，是台灣國際醫學聯盟的原則。

TIMA 堅持沈著、穩定的在東南亞國家努力，以了解他們，協助他們保有自己的文化與傳承，也享有健康的生活與免於疾病威脅的自由。無論是越南工廠內的女工、柬埔寨鄉下的小孩、或是泰緬邊境飽受威脅的戰士，都有相同的權利來享有這個世界所能提供的資源。

在國內，台灣國際醫學聯盟希望能繼續培養具有國際視野、文化敏感度、社會正義感，且通曉公共衛生方法的年輕人，期待他們有朝一日能夠站在台灣與外界接觸的第一線，作為他國文化的接受者，藉由他們的心與手，來豐富自己，成長別人。

17. 台灣監所改革小組

我們來自社會各界，明白犯罪是社會問題，不應該只是關起來。因此致力推動務實矯正、研議法制、群策革新。為他們回家的明天，也為我們明天的社會。

目錄

編輯團隊 i

參與團體總表與聯絡人 ii

協作團體簡介（依英文名稱字母順序排序） iii

執行摘要 xiii

總體性問題 1

原住民族障礙者特殊處境 2

第一條 宗旨 3

身心障礙者定義與人數（回應國家報告第 4 段） 3

身心障礙者鑑定程序、需求評估與服務提供的失衡 3

第二條 定義、第五條 平等及不歧視 4

缺乏整全性的反歧視法 4

國家對於合理調整沒有明確定義 4

第六條 身心障礙婦女 5

《性別平等政策綱領》對於保障身心障礙婦女權利的具體措施不足（回應國家報告第 21 段） 5

身心障礙婦女的就業困境（回應國家報告第 22、23 段） 5

障礙者在教育中的性別不平等（回應國家報告第 24、25 段） 6

身心障礙婦女參與政府決策機制的機會不足（回應國家報告第 21、26 段） 6

第七條 身心障礙兒童 7

片段化、不連貫的早期療育服務制度（回應國家報告第 28、29 段） 7

身心障礙兒童的遊戲權被忽視 8

癲癇兒童的權益（回應國家報告第 31 段） 8

特教學校、安置機構之性侵及不當管教（回應國家報告第 36 段） 8

第八條 意識提升 9

第九條 無障礙 10

物理環境無障礙（回應國家報告第 44 至 53 段） 10

公共資訊（回應國家報告 54 至 56 段） 12

交通運輸（回應國家報告 57 至 60 段） 13

其他設施與服務 14

第十條 生命權 15
醫生不應主動積極勸告孕婦進行人工流產 15
第十一條 危險情況和人道緊急情況 16
災害防救體系未完善，使用電力設備維生的障礙者有安全之虞（回應國家報告 71 至 72 段） 16
第十二條 在法律之前獲得平等承認 16
民法監護宣告制度違反自主原則，剝奪障礙者多數權利（回應國家報告第 75 段） 17
障礙者行使法律能力的障礙與歧視待遇（回應國家報告第 76 至 79 段） 17
第十三條 獲得司法保護 18
法律扶助服務適用範圍有限，影響身心障礙者的司法近用權（回應國家報告第 80、81 及第 88 段） 18
身心障礙者於司法程序中未能獲得程序調整（回應國家報告第 85 段） 18
針對心智障礙者的司法保護（回應國家報告第 80 至 84 段、88 至 93 段及第 97 段） 19
刑法解釋對精障者系統性、差別性的歧視解釋（回應國家報告第 88 段） 20
應要求司法、執法、醫護人員定期接受訓練（回應國家報告第 94、95 及 97 段） 21
應為監所中之身心障礙收容人的建立協助機制（回應國家報告第 105 至 107 段） 21
第十四條 人身自由與安全 22
精神衛生法的強制住院規定即屬剝奪自由（回應國家報告第 98 至 103 段） 22
精神衛生法流於社會控制的手段，程序罔顧當事人權利 22
並非所有遭強制住院者皆能聲請提審（回應國家報告 126 段） 23
表 14-1 強制住院的審查案件數與許可率 24
強制就醫非唯一選擇，應發展取代服務（回應國家報告 191 段） 25
第十五條 免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰 25
精神障礙受刑人之獨居監禁（回應國家報告 135 至 138 段） 25
第十六條 免於剝削、暴力及虐待 26
身心障礙者遭受家庭暴力與性侵害的狀況（回應國家報告第 112、116 段） 26
表 16-1「家庭暴力事件通報被害人概況身心障礙分」2015 年 26
表 16-2「性侵害事件通報被害人概況身心障礙分」2015 年 26
第十七條 保護人身完整性 27
身心障礙者更易遭受人工流產與絕育手術的強力建議 27

第十九條 自立生活與融合社區 27
支持服務可近性低，重擔仍落在個人與家庭身上（回應國家報告 **130** 至 **132** 段） 27
一般居住環境充滿障礙與隔離，政府社會住宅更應促進融合社區（回應國家報告 **133** 至 **135** 段） 29
其他人力支持服務 29
第二十條 個人行動能力 29
合宜輔具價格高昂難負擔（回應國家報告第 **50**、**137**、**181** 段） 30
針對兒童的輔具支持不足 30
第二十二條 尊重隱私 31
政府部門媒體資訊交換未事先徵詢身障者（回應國家報告第 **161** 段） 31
精神障礙者的隱私權（回應國家報告第 **165** 段） 31
悠遊卡未保障個人隱私 31
第二十三條 尊重家居及家庭 31
身心障礙者未獲得適當的生育與家庭計畫教育（回應國家報告第 **170**、**192** 段） 31
政府缺乏對於身心障礙者養育子女之協助 32
第二十四條 教育 32
主流／特殊兩個教育系統造成排斥與隔離（回應國家報告第 **11(2)**、**175**、**176**、**178**、**202** 段） 32
身心障礙學生參與個別化教育計畫會議的法源基礎（回應國家報告第 **180** 段） 33
融合教育體制中普教老師／分科教師的特教專業知能不足（回應國家報告第 **176**、**178**、**182** 及 **184** 段） 33
普教老師／分科教師與特教老師的教學合作不足 34
特教學生助理人員難提供穩定適當的支持服務（回應國家報告第 **183** 段） 34
學習場域與活動的無障礙與可及性（回應國家報告第 **46**、**58**、**180** 段） 35
床邊教學、在家教育的障礙生受教權未受保障 35
身心障礙者的職業訓練、成人教育及終身學習（回應國家報告第 **188** 段） 36
推動手語母語文化，列入國家官方語言 36
第二十五條 健康 36
就醫環境不友善，障礙者難以近用醫療資源（回應國家報告第 **190**、**211**、**212** 段） 36
身心障礙者的保險權益（回應國家報告第 **78**、**210** 段） 37
障礙婦女的預防保健及懷孕生產需求遭到忽視 38

兒童的健康權（回應國家報告第 **30** 段） 38
身心障礙者的性權 39
第二十七條 工作和就業 39
就業歧視定義過窄，申訴門檻高（回應國家報告 **227** 段） 40
就業支持服務對於促進工作平權成效有限 40
有障礙的職訓與職場環境 41
國家考試直接／間接排拒障礙者（回應國家報告 **246** 至 **249** 段） 41
封閉的庇護性就業環境（回應國家報告 **251** 段） 42
精神障礙者的工作權（回應國家報告 **232** 至 **234** 段） 42
第二十八條 適足之生活水準與社會保障 43
障礙者多為隱性貧窮者，經濟安全不穩固 43
第二十九條 參與政治及公共生活 44
受監護宣告之障礙者被自動剝奪選舉權 44
第三十一條 統計及資料收集（回應國家報告第 300 至 301 段） 44
身心障礙母體（**population**）的問題 45
調查統計與《**CRPD**》義務之落實 45
第三十三條 國家實施及監測（回應國家報告第 306 至 310 段） 46
國家報告未依專要文件準則規定說明實施與監測實況 46
第三十三條第一段：行政院身心障礙者權利推動小組定位不明成效不彰 46
第三十三條第二段：應儘速成立國家人權委員會以承擔獨立監督任務 47
第三十三條第三段：應確保身心障礙者與公民社會的參與 47

執行摘要

人權公約施行監督聯盟（以下簡稱人約盟）成立於 2009 年 12 月 10 日，為人權團體、人權工作者、律師與學者組成之會員組織，其成立宗旨在監督政府落實具有內國法效力之聯合國核心人權義務。

人約盟曾經於 2012 至 2013 年、2015 至 2016 年分別組織 68 與 80 個民間團體共同提出《公民與政治權利國際公約》與《經濟社會文化權利國際公約》兩次國際審查的民間平行報告，植基於這樣的經驗，人約盟自 2015 年 7 月起，與多個身心障礙者主導之身心障礙權利倡議組織合作，有系統且定期地進行平行報告撰寫工作坊以及針對《身心障礙權利公約》的主題訓練課程，協助身心障礙倡權者熟悉台灣獨有之人權公約國家報告審查機制，並增強對於公約的正確理解，為產出有品質的平行報告做準備。

本報告是由 16 個團體共同提出，其中一半以上的團體為身心障礙團體（organizations of persons with disabilities，OPDs），其他則為長期從事綜合性人權議題、司法改革、推動廢除死刑、獄政革新、法律扶助、經社文權利提升之人權團體。此一難得的合作過程，不僅促成一般性人權組織對於身心障礙議題與落實身心障礙權利之手段有更深認識，另一方面也讓身心障礙團體了解過去較為陌生之共通人權原則與框架。詳細參與團體名單，請參考平行報告協作團體與簡介一節。

本報告產生方式如下：首先，依照條文主題與相關程度分組，由小組長（責任編輯）組織相關團體進行多次討論並撰寫初稿，之後再由幾位執行編輯統整內容，確認有關聯不同條文內容間之交互參照，並適度改寫初稿使內容更為連貫與一致。值得特別說明的是，為了增加本報告之代表性與份量，基本上每一條條文的回應內容均為所有參與本報告團體之共識。對於經過充分討論但仍有重大歧見之議題，我們選擇坦誠說明不同團體之立場，供國際審查專家參考。例如，在準備本報告的討論過程中，我們認知到人權團體、婦女團體與身心障礙倡議團體就產前篩檢、產前篩檢結果的告知、是否得基於胚胎有缺陷進行人工流產、人工流產決定權在誰，人工流產猶豫期長短，有相當不同的立場。（請參照本報告第 10 條生命權。）

本報告得以完成，除了感謝所有參與團體的付出，還要特別感謝幾位執行編輯、多位朋友義務協助中英翻譯，以及來自眾多個人捐款者對人權公約施行監督聯盟的支持，特此表達謝忱。

人權公約施行監督聯盟秘書處

2017 年 6 月

總體性問題

1. 我國政府仍以慈善／醫療模式看待身心障礙者，常以「關懷、愛心、服務」的心態面對相關議題，而未體認到《身心障礙者權利公約》（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities，以下簡稱《CRPD》）「要讓身心障礙者在與其他人平等的基礎上享有權利」的實質意義；政府不僅無法提出促進平權的政策，而且也在決策過程中忽略了身心障礙者的參與。

2. 政府對身心障礙者的定義與認識僅限於領有身心障礙手冊者，國家報告中所有的統計數據都僅限於此。根據此定義，我國男性身心障礙者占男性總人口比率為 5.62%，女性身心障礙者占女性總人口比率為 4.27%，遠低於全球平均的 10%。

3. 根據《身心障礙者權利公約施行法》（以下簡稱《CRPD 施行法》），政府應逐條盤點法律和行政命令與《CRPD》之間之落差，然而由於各部門缺乏背景知識訓練，此項法規檢視工作無法有效檢視國內法規與公約不符之處。

4. 不僅中央政府的觀念不足，地方政府基層公務機關更加缺乏對於《CRPD》的理解，因此地方政府或單位（例如監所）的地方自治法規、特別法或行政法規都可能違反《CRPD》及《身心障礙者權益保障法》（以下簡稱《身權法》）而未被察覺。

5. 政府對於「無障礙」的觀念侷限於物理環境，而且對於既有建築物之無障礙規範也僅包含部分特定建築。

6. 政府提供的整體資源（包括政策、經費與人力）不足，難以移除社會中既存的各種障礙，身心障礙者經常無法取得足夠的支持。以 2016 年為例，政府為社會福利支出編列 4,671 億元，身心障礙者部分為 133 億元，僅佔當年中央政府總預算的 0.66%。根據 2013 年的調查，全國有 7,575 位社會工作人員，其中 1,230 人以身心障礙者為服務對象。[1]

7. 政府未以身心障礙者為中心提供整體性的支持服務需求評估，僅被動接受身心障礙者提出的個人服務申請，以致於服務零碎化，難以符合障礙者需求。

8. 政府未體認「合理調整」在落實身心障礙者權利的重要性，更未要求雇主或服務提供者有提供合理調整的義務。

9. 許多相關法律，包括《身權法》在內，僅具宣示性而沒有強制執行力，缺乏具體實施及監督辦法。例如：缺少施行細則、可訴性不明確、申訴／訴訟門檻與成本高、缺乏罰則等，處理申訴案件之委員經常以調解的方式處理，極少動用罰則。

10. 雖然通過《CRPD 施行法》後，政府設立了行政院層級的「身心障礙者權益推動小組」，但該小組功能不彰，無法處理跨院際的議題。各地方政府雖也設置身心障礙權益保障推動小組，功能亦有限。

[1] 2013 年社會救助及社工司委託之專案研究《世界各國社會工作專業制度之比較及國內社工人力需求、運用、困境因應之調查評估研究》。

11. 政府決策從未全面性地檢視其所制定的政策、立法與服務項目對於身心障礙者的衝擊影響，並確保不同障礙者的平等參與與特殊需求皆被納入考量。我們建議政府在任何政策制定的初期，都應盡早進行障礙影響評估。

原住民族障礙者特殊處境

12. 原住民族在社會結構上因族群身分遇到的困境，再加上身心障礙者在生活上的不便、工作上的困難、以及受到的歧視等，種種不友善的因子，形成多重歧視，原住民身心障礙的婦女的處境更是艱難，各種現況都反映出原住民身心障礙人士必須建立專有的制度性保障，並給予尊重，以及強化其社會、公民、教育、工作等基本權利。

13. 與原住民族身心障礙者權利保障直接相關的政府部會，應屬衛生福利部與原住民族委員會，然而，這兩個部會都未設有相關專門人員，這次的國家報告中也未針對原住民族身心障礙者說明現況，反映出國家政策及制度並未考量到原住民族身心障礙者的特殊需求。此外，第 10 段提及之行政院身心障礙者權益推動小組，其委員組成既沒有原住民族委員會代表，亦無原住民族團體代表；原住民身心障礙者所面臨的挑戰和特殊需求，難以在該小組中反映、討論。

14. 衛生福利部從 2014 年才開始針對具備原住民族身分的身心障礙者，按類別及年齡別進行統計，與全國統計資料比較，發現障礙別的分佈中，原住民肢體障礙者與智能障礙者佔所有障礙別的分佈稍高於全國，而原住民慢性精神病患者則明顯較低。然而，此統計數據是依照各縣市政府所提報之領有身心障礙手冊或證明，且有表明原住民身分者進行統計，是否有與實際狀況的落差？而與全國障礙別分布的差距，是否是因為原住民族在文化、經濟、政治、社會等面向的特殊性所造成？都需要更進一步的研究與調查。

15. 造成原住民族身心障礙的原因應受到特別關注，如：高風險工作環境職災造成的肢體障礙、或者社會適應及歷史殖民造成的心理創傷，都應該予以探究並避免。並且對於生活在原鄉或都會的原住民身心障礙者皆應一同受到保護。特別是在都市的原住民身心障礙者，因為離開了原鄉的人際關係網絡，在都市中感受到的孤立不安以及外在生活環境的壓力，更顯脆弱。原住民族因為土地流失、現代化的影響，面臨各種適應上的許多困難，輟學率、失業率、酗酒、自殺率皆高於非原住民族，目前的心理諮商及身心科，並沒有辦法針對原住民族生活適應上的困難給予需要的協助。國家制度與政策也忽略原住民族在心理照護上的特殊性，給予制度性保障。

16. 身心障礙鑑定制度並沒有考量到文化及語言的落差造成的認知不同，許多原住民身心障礙學童被鑑定出「學習障礙」、「發展遲緩」和「過動症」，事實上可能只是社會結構的差異（如隔代教養、主流教育落差）造成而已，因此鑑定制度的各項指標，也應考量到接受鑑定者的文化差異。2013 年政府雖制定《身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法》第 10 條，規定學習障礙應排除文化刺激不足、教學不當等環境因素所直接造成之結果。然而根據教育部特殊教育通報網，原住民特殊學童的比例高於非原住民特殊學童。許多原住民族學童被鑑定為『學習障礙』、『發展遲緩』和『過動症』，事實上可能只是社會結構或是文化、語言的差異，如：受祖父母隔代教養的影響，族語文法與中文文法差異、主流教育與族群世界觀的落差所造成。再加上，現在原住民地區的特殊教育師資嚴重缺

乏，許多學習落後的原住民學生被普通教師草率貼上疑似學習障礙的標籤符號，也因此造成學生身心受到影響。我們強烈建議原住民特殊生的鑑定需要家長、普通班教師與特教教師的共同合作，以減少鑑定過程中的文化偏見。

第一條 宗旨

身心障礙者定義與人數（回應國家報告第 4 段）

17. 世界衛生組織估計，全球障礙者約佔世界人口 10%，英國與美國的障礙人口約佔其國家總人口約 19 至 20%。根據國家報告第 4 段，目前持有身心障礙證明或手冊的身心障礙者約有 115 萬人，佔全國人口約 4.5%，這個比例顯然與英、美、甚至全世界身心障礙人口統計有極大的差距。障礙人口的盛行率（prevalence）涉及政府是否提撥足夠資源、如何配置相關資源與人力，但是台灣從來沒有運用全人口普查的時機同時進行障礙人口比例的調查。

18. 我們建議政府應該在下次人口普查時採用世界衛生組織發布的「六個障礙問題題組」（6-question disability measure）來初步了解台灣障礙人口比例，並運用普查所得資料，進行第二階段之身心障礙者需求評估調查。目前身心障礙者需求評估調查僅針對領有手冊或證明者進抽樣調查，難以較正確估計實際所需資源。參照本報告第 31 條。

身心障礙者鑑定程序、需求評估與服務提供的失衡

19. 評鑑標的應該是身心障礙者的需求（demand）而非損傷（impairment），台灣鑑定程序新制實際上仍被醫學模式主導：於 2012 年上路的「身心障礙鑑定系統與福利服務評估新制」，與舊制的主要差異在於，障礙類別從 16 類改為 8 類，負責進行鑑定評估的人員從僅有醫師一人擴大為包括醫事、社工、特教、職評等人員的專業團隊，並引進世界衛生組織的「國際健康功能與身心障礙分類系統」（ICF）作為評估工具。由於 ICF 納入了「活動與參與」（D 碼）「環境因素」（E 碼），一般認為更符合社會模式之精神。但在實務上，現行評估團隊仍由醫學人員主導，大多數的鑑定程序仍在指定的醫療院所中完成。加上台灣在翻譯 ICF 的過程中，純粹將其當作一套編碼在摘譯，未能將這套系統的基本精神與原則傳達出來。現在的 8 種障礙類別，即是完全對應「身體功能及構造」（B/S 碼）而來，反而比原制的 16 類更不貼近直覺與現實。[2]例如，許多肢體障礙者會因為其神經系統構造的關係，與心智障礙者同樣被分到新制的第一大類。目前以身體功能損傷來判定的這 8 種障礙類別，實務上無法涵蓋所有身心障礙者，例如許多特殊罕見疾病者無法通過醫生的評估，也無法申請到手冊以獲得相關資源保障。

20. 障礙者耗費大量成本進行評鑑，政府卻未必有相應資源提供服務：目前的「身心障礙者鑑定表」可說是從政府角度出發設計，而非真的以障礙者為中心，進行全面、動態性的需求評估。當身心障礙者在區公所領取身心障礙者鑑定表時，即需從自行勾選所欲鑑定的「障礙類別」與「福利服務需求項目」。以台北市為例，申請表上的福利項目分為三

[2] 嚴嘉楓等（2015）〈活動參與功能評估對臺灣身心障礙者鑑定系統之意義與衝擊〉，《社區發展季刊》。

類：第一類福利為通過鑑定之障礙者皆可享有；第二類福利與第三類福利，障礙者必須額外申請及通過失能評估、輔具評估、就業服務晤談等需求評估才能取得。[3] 然而，若第一線人員對於相關議題不夠熟悉，往往未能引導障礙者依其情況勾選適當的項目，日後提供服務不敷實際需求，只好重新耗費時間、心力與金錢成本重新申請鑑定。即使終於通過鑑定與評估，負責提供服務的地方政府也未必擁有足夠的資源，或者出現多頭馬車、各單位容易互相推諉責任的情況。

21. 對於精神障礙者等許多隱性障礙者而言，進行鑑定程序的成本太高，包括：鑑定需至指定區域醫院或醫學中心，固定頻率之回診時的醫藥費用、回診時需向職場主管請假等。而拿到證明之後能夠獲得的權益保障太低，反而可能會因為領有身心障礙手冊遭到社會大眾、雇主及同事的歧視性眼光，導致原本應該保障障礙者之權利的身心障礙手冊變相成為汙名的標籤，所以不少隱性障礙者寧願放棄。我們要求政府檢討目前的身心障礙鑑定制度，以更彈性的方式回應身心障礙者動態性的需求；包括考慮是否放寬特定服務的門檻，允許有困難無法取得手冊或證明的障礙者以就醫紀錄、診斷證明書或重大傷病卡申請需求評估。

第二條 定義、第五條 平等及不歧視

缺乏整全性的反歧視法

22. 如同 2017 年 1 月進行之《公民與政治權利國際公約》與《經濟社會文化國際權利公約》（以下以《ICCPR》簡稱《公政公約》，以《ICESCR》簡稱《經社文公約》；兩者合稱《兩公約》）第二次國家報告國際審查的《結論性意見與建議》第 19 至 20 段指出，台灣政府雖已在不同法律中規範部分的禁止歧視事由（例如《就業服務法》禁止就業歧視），但尚缺乏一部整全性的反歧視與平等法，來進一步統整性地禁止國際人權法中所有的禁止歧視事由，包括性別（gender）、種族（race）、民族本源（national origins）、宗教（religion）、障礙（disability）等等，並且明確規範政府及其他義務承擔者為落實實質平等所應履行之積極義務（positive duties）。

23. 我們敦請審查委員也能同步支持《兩公約》國際審查委員會之建議，敦促政府實施全面性的反歧視法規。這個法規應該涵蓋任何形式的直接與間接歧視，以及對公私部門都有約束力的積極義務，並且讓政府有義務確保民眾享有法律上與實質的平等。

國家對於合理調整沒有明確定義

24. 回應國家報告第 7 段：政府坦承我國並未對於「合理調整」有明確定義，竟然未能進一步自我檢視相關法規、提出立／修法改善的期程與計畫。雖然現行《身權法》似已帶有一定的合理調整精神，例如：第 16 條要求各類公、私機關部門在公開辦理考試時，應提供身心障礙者「多元化適性協助」；第 30 條要求教育主管機關在辦理教育與入學考試時，應依其障礙類別、程度、學習及生活需要，提供各項必需之資源以保障身心障礙者公平合理接受教育之機會與應考條件；第 33 條也規定，身心障礙者本人或其監護人

[3] 台北市政府社會局網站，「臺北市身心障礙證明申請表－福利服務需求項目簡介」。

得以向各級勞工主管機關提出申請，以獲得「職務再設計」等個別化與專業化的職業重建服務等。然而，身心障礙者在教育或工作場所提出之特別要求，仍經常遭到拒絕。《身權法》並沒有定義「合理調整」之義務範圍及其承擔者、判斷是否「合理」之客觀標準，以及拒絕提供合理調整之罰則。根據《CRPD》，合理調整的精神應該擴及落實在教育與工作以外的一切生活面向中，但因為合理調整在台灣仍缺乏法律根據，義務承擔者（duty-bearer）拒絕按照身心障礙者之請求展開協商或提供調整時，不論是透過司法訴訟或是行政申訴，都很難被認定為歧視，特別是就業方面。

第六條 身心障礙婦女

25. 有關身心障礙婦女在各公私領域面臨的多重與交叉性歧視，我國政府未能提出全面性的計畫，加以改善。一方面是因為缺乏對障礙婦女的全面性調查統計、研究、以及法規政策之人權與性別影響評估；另一方面是因為政府內部有關性別平等、婦女福利、身心障礙、人身安全、教育、就業權利、醫療照顧、司法等業務，分屬不同權責機關主責，缺乏資源資訊的橫向連結與整合。

26. 建議政府：

(1) 加強對障礙婦女的研究及調查統計，精確分析與呈現身心障礙婦女所遭受的歧視。

(2) 改善相關權責機關的溝通協調，更好地整合人力與資源，並與民間團體與障礙婦女共同研商，提出保障障礙婦女權利的全面性計畫與實施期程並確實執行。

(3) 規劃針對公務人員的人權教育課程或工作坊。

27. 回應國家報告第 20 段：全球有十分之一人口為身心障礙者（UN Women Watch，2016），其中 51% 的障礙者是女性（Disability Awareness in Action，2015），先進國家如瑞典之障礙人口占該國總人口 16%，我國障礙人口約占全國人口 5%，明顯低許多。此外，我國三十歲以上女性人口多於男性，但女性障礙者人口數在各年齡層階段皆少於男性障礙者，這也與全球與瑞典女性障礙者多於男性的現象有異。台灣女性障礙人口是否被低估？又是否與台灣對障礙的定義較為嚴格有關？建議政府進一步研究其原因。

《性別平等政策綱領》對於保障身心障礙婦女權利的具體措施不足（回應國家報告第 21 段）

28. 行政院於 2011 年 12 月頒布實施、並於 2017 年 1 月修正的《性別平等政策綱領》，是我國中央行政部門推動性別平等政策的重要依據。然而，我們憂心此綱領難以保障身心障礙婦女的權利。首先，此綱領從研擬、實施與修正的過程，皆忽略了障礙婦女的參與。再者，綱領各篇章內容雖有提及障礙婦女在公私領域所面臨的不利處境，卻鮮少提出具體改善的政策措施或行動計畫。

身心障礙婦女的就業困境（回應國家報告第 22、23 段）

29. 我國身心障礙女性的就業率為 11.8%，遠低於障礙男性（22%）和一般婦女（48.7%）；此外，女性身心障礙失業者自認受到不公平待遇的比率有 23.5%，也較男性 15.1%高。

《2014 年至 2017 年勞動部推動性別主流化執行計畫》其中一項政策目標設定為每年推介 1,500 名障礙婦女就業，但我們無法確知該計畫究竟促進多少障礙婦女成功進入職場。該計畫另一政策目標為逐年提升障礙婦女的職訓參訓率從 48%提升至 48.5%，我們依舊無法確知能否有效提升障礙婦女的就業率。尤其針對因為家庭照顧負擔而無法參加職訓或就業的障礙婦女，政府應並未提供適當的支持服務或資源。

30. 建議政府採取下列行動以提升身心障礙婦女的就業率：

(1) 評估並採取定額進用制度等協助障礙婦女就業之有效措施，鼓勵以職務再設計等調整提供身心障礙者更好的對待，並提供職業訓練、職業介紹等服務。

(2) 分析妨礙有意願之身心障礙婦女充分就業的各種阻礙，並採取積極措施加以改善。

障礙者在教育中的性別不平等（回應國家報告第 24、25 段）

31. 女性障礙者的教育程度偏低：依據 2011 年的《身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告》，女性障礙者不識字比例為 26.43%（男性障礙者為 7.35%）；而相較 15 歲一般民眾有 38.7%具有「大專院校及以上」學歷，15 歲以上身心障礙者僅有 11.12%具有此高學歷，而其中女性障礙者僅占 7.3%（男性障礙者則占 13.99%）。

32. 法規政策措施的形式平等未能顯著改善女性障礙者的就學比例和性別差距：國家報告及附件表 6.2 顯示，2011 至 2015 學年間，從學前到大專校院身心障礙男女學生人數年平均比率為 67.08%及 32.92%。若政府主張已訂立相關法規且提供支持性服務，障礙婦女的受教權不因障礙或性別而有所差別待遇，何以這四年間女性障礙者在各教育階段的就學比例並無顯著提升？

33. 建議：政府應建立完整的教育統計調查（包括女性障礙者在家自學，沒有到學校上課等的統計數字和性別比例等），釐清並排除各種阻礙障礙女性就學的可能原因（如社會偏見、性別角色定型觀念、交通資源城鄉差距、性暴力／安全問題、缺乏無障礙或性別敏感度的軟硬體環境等），以確保障礙婦女平等享有教育機會。

身心障礙婦女參與政府決策機制的機會不足（回應國家報告第 21、26 段）

34. 近年政府於各機關所屬委員會推動三分之一性別比例原則，且曾於《性別平等政策綱領：權力決策與影響力篇》中，具體要求「各部會性別平等專案小組、相關委員會及各縣市婦權會或性平會之委員邀請，應提升原住民、新移民、老年、身心障礙、勞動、農村及偏遠地區等不同身分女性及多元性別之代表性，以增進其參與治理機會」；然而除了各層級身心障礙者權益推動小組之外，其餘中央或地方層級的官民共治委員會，甚至是攸關婦女權益的性別平等決策機制，至今仍鮮少有障礙婦女的代表或參與。此外，我國本屆立法委員中，也沒有任何代表身心障礙婦女的席次。

35. 建議各院參考《CRPD》及其一般性意見，以及聯合國亞洲及太平洋經濟社會委員會（ESCCAP）於 2012 年提出的《仁川策略》（Incheon Strategy）[4]，研擬鼓勵措施或行動方案，來提升障礙婦女參與政治決策與立法的機會。

第七條 身心障礙兒童

36. 目前身心障礙兒童相關事務之決策，多由家長、監護人及相關專業人員之意見為主，身心障礙兒童本人意見難以參與或被聽見。建議政府應提供符合兒童年齡的支持性決策機制，保障身心障礙兒童充分參與及表達自我意見之權利。

片段化、不連貫的早期療育服務制度（回應國家報告第 28、29 段）

37. 早期療育是跨專業領域的合作，需結合家長、小兒科或小兒神經科醫師、兒童心智科醫師、臨床心理師、物理／職能／語言治療師、特教老師、社工師等各專業人員共同努力，才能提供身心障礙兒童最適切的成長計畫。必須透過政府部門（包括社會局、教育局、衛生局）、醫院、相關機構團體與學校等的行政支持，提供各項服務規劃、建立通報轉介中心與聯合評估中心的服務系統，才能落實早期療育服務的提供。

38. 目前各階段、各項目的療育服務其實有片段化、不連貫的問題，國家並未建立完整的通報與個案追蹤系統（包括紀錄身心障礙兒童的成長過程是否接受適當的療育服務與義務教育、其照顧者是否具有充足照顧知識，並且了解諮詢、支持與轉介服務存在等），因而欠缺針對障礙兒童的整合性服務支持計劃。加上城鄉資源分配不均，多數家長會將戶籍遷到資源較多的地區，導致身心障礙兒童的戶籍地往往與居住地不相同，不僅戶政單位難以掌握居住事實、追蹤個案狀況，障礙兒童也無法使用居住地提供的支持服務（例如復康巴士）。

39. 我們觀察到，因為「治療黃金期」的迷思，許多被認定為發展遲緩的兒童在接受早期療育時，長期承受極大的壓力與痛苦。因此，我們對於醫學專家所謂的「進步」感到存疑，如果兒童必須承受如此大的治療壓力才能換來成人所判定的「進步」標準，是否真的符合兒童的最佳利益？

40. 建議：

(1) 當兒童的身心障礙身份確診後，國家應啟動連線通報機制，從戶政、社政、衛政、警政、教育，建立一套完整的通報及轉介系統，確保身心障礙兒童在成長階段，都能獲得應有的照顧、協助與支持。

(2) 每位身心障礙兒童都必須具有一位以上的社工長期提供諮詢服務。針對身心障礙兒童的服務與支持，不應有城鄉的差異。國家提撥預算時，應用平等標準來支持全國各地之身心障礙兒童服務及相關建設。

41. 關於身心障礙兒童的醫療近用權，請參照本報告第 25 條健康權第 204 至 206 段。

[4] United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), 2012, "Incheon Strategy to 'Make the Right Real' for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific".

身心障礙兒童的遊戲權被忽視

42. 無論是私人或政府設立之公共兒童遊樂場所（包含公園、校園、專屬遊戲場等），都應該設有以兒童為主的無障礙設施，例如廁所、桌椅、櫃臺、資訊指標。該場所的目的設施設備（遊戲器材）需有融合性的設計，能讓身心障礙兒童與親子與其他同伴互動同樂。靜態展演空間也要考慮身心障礙兒童作為表演者或者觀眾的平等參與權。

43. 關於兒童的行動能力與輔具問題，參見本報告第 20 條第 158 至 160 段。

癲癇兒童的權益（回應國家報告第 31 段）

44. 教育部雖為保障兒童就學權益提出多項措施，但是並未具體落實；許多多重障礙學童無法在住家附近找到適合的學校就讀，在學校更常遭受霸凌。以罹患頑性癲癇的學童為例，因其行動不便，發作情況嚴重且難以經由手術治療，在日常生活與就學上都十分困難。無力照顧的家庭往往求助教養院，但許多教養院卻拒收癲癇發作頻率較高、症狀較嚴重的兒童。對於中重度的癲癇兒家庭而言，政府依《身權法》第 50 條提供之照顧支持與關懷訪視等服務，均未能有效減輕癲癇兒家庭的重擔，導致許多癲癇兒童無法即時接受妥當的治療與教育。針對教育環境，教育部應在校園中加強師生對於癲癇等神經性疾病之認識與關懷，具備能夠及時因應處理全身性僵直陣攣型發作等常見之癲癇發作症狀的能力。

特教學校、安置機構之性侵及不當管教（回應國家報告第 36 段）

45. 特教學校、教養機構之性侵、性騷擾及體罰過當的事件頻傳，過程中機構之教職人員和管理人員經常息事寧人、互相包庇，主管機關教育部推諉被動。其中最受社會矚目之台南啟智學校集體性侵案，依據人本基金會調查小組公布之調查結果，在 2009 至 2011 年間，學校 300 多名學生，即有 164 件性侵及性騷擾案，其中 70 件未依法通報地方主管機關、87 件未通報教育部、44 件未調查處理、17 件違法自行處理。且在性平調查結束之後短短一年半內，該校性侵和性騷擾案又通報 32 件，顯見問題並未獲解決，政府主管機關也仍停留在行政督導層面，應進一步思考整體制度的問題，提出完善的具體對策，以解決特殊教育機構存在之制度及結構性問題。

46. 當前機制無法有效介入處理性侵及施暴事件之結構性因素，除教師專業訓練不足，評鑑制度可議，導致工作人員適應不良外，教職人力或督導的人力吃緊，僅能集中管理，無法照顧個別身心障礙學生的身心需求，也出現因管理壓力過大而不當管教的情形。此外政府補助不足，也造成機構常因擔憂影響募款和經費來源，對性侵及不當管教事件隱匿不通報。

47. 教職員或一般大眾對身心障礙者的不瞭解，也容易簡化對受害程度的認知，因而消極處理。學生長期住校或被安置的結果，無法受到完整教育，也導致被同學或師長性侵後，只習得用性侵的方式示好或報復，而從受害者成為加害人，造成集體的惡性循環。

48. 智能障礙學生因為表達困難，經常成為性侵及不當管教的黑數。例如在台南啟智學校長達五年的案件調查中，只針對聽障學生，該校另有 150 多位智障學生卻被忽略是否受害。

49. 教育部針對此事件對學校教職員進行相關懲處，僅僅只是申誡或記過的處分，而教育部性平會調查報告結果：「教職員工對性平事件發生的敏感程度過低」、「住宿生管理員及隨車教師助理員忽略和漫不經心」、「學校未能保障當事人之人身安全，或降低雙方當事人互動之機會」、「學校未針對當事人訂定具體個案輔導計畫」、「部分教師手語能力不佳，導致師生溝通不良」。如此避重就輕、輕鬆帶過的結論，不符合國家報告第36段指出「為加強保護兒童及身心障礙被害人，《刑法》設有加重處罰之特殊規定」，希望國家清楚明定何謂「加重處罰之特殊規定」。

50. 除了性侵事件，亦有幾起特教學校教師體罰過度，而遭判刑的案例，特教學校之教職人員對特教學生施暴虐打的事件也層出不窮，2013年人本教育基金會陸續接獲台中啟聰、台南啟智學校多位教職員虐童案件之申訴，然而學校卻多以否認事實、拖延等方式來面對。我們要求國家保障特教學生免於恐懼之就學權利，並必須為此提出具體作為，避免類似事件一再重演。

51. 我們建議：特殊教育學校成立的目的，原本應該是提供身心障礙學生一個快樂適性的學習環境、合適的教材教具及專業耐心的老師，讓他們在安全、專業的教育環境之下，培養生活自理、服務社會的能力。如果失職學校無法勝任這樣的責任，就應考慮讓教育體制外的專業團隊接管學校的方案。同時，加強對身心障礙學生的照顧、保護與教育責任，並對失職之學校行政人員加重處分，明定罰則甚至以解職或終身無法任職予以處分。我們期望政府及相關單位一起協助身心障礙者之教養機構和學校，對其內部可能造成受害的狀況進行整體檢討，找出適當的對策來有效遏止相同的事件再度發生。

第八條 意識提升

52. 即使身心障礙者已經成年，社會大眾仍傾向將其依然視為需要保護的兒童或無行為能力者，經常以安全為由限制他們參與社會生活，也導致許多障礙者缺乏自己應與一般公民一樣享有平等權利的信心。缺乏對於各類型障礙的認識，也是霸凌、嘲弄與歧視的根源，例如，癲癇兒童在學校發作卻遭同儕模仿嘲笑等。

53. 我國法律規章中，尚且存在許多歧視性的用語，例如：《監獄行刑法施行細則》第 26 條、《行刑累進處遇條例施行細則》第 7 條仍然使用「殘廢」、「低能」等詞彙指稱身心障礙者。法務部應盡速查核國內所有涉及身心障礙者之法律規定，確認其法定文字用語，帶頭消除歧視。

54. 即使國家通訊傳播委員會對於媒體歧視報導有裁罰權力，媒體亦設有自律委員會，媒體仍缺乏正確的認識與職業倫理，時常在疏於查證的情況下（尚未確定是否為身心障礙者，即以「疑似」貼上標籤）將身心障礙者與負面報導進行不當連結，例如：誇大肢體障礙者駕駛對於交通安全的威脅，或者在犯罪事件發生時，將精神障礙者渲染成「會傷人、情緒不穩」的「不定時炸彈」。

55. 我們要求政府說明：

(1) 除了大專院校的特殊教育課程，如何在各階段的教育體制中（尤其是義務教育）提升一般社會大眾對於身心障礙者之議題與權益的認識？

(2) 針對媒體機構與雇主辦理的意識提升計畫，是否有特別針對不同類別的障礙進行深入的教育宣導？尤其是有關精神障礙者的宣導，其比例如何？

(3) 若傳播內容涉及歧視與汙名，國家通訊傳播委員會等機制是否曾經介入、予以裁罰、並公布受裁罰認定件數以及成效，包括受裁罰之媒體是否修正報導。

第九條 無障礙

56. 欠缺國家整體的無障礙規劃藍圖：政府應將無障礙列入公共政策、城鄉規劃的先期計畫要求，透過預算審查、評估與建議建立無障礙的生活環境，而非消極等候障礙者逐一要求才緩慢、點狀而分散式的改善。

57. 沒有充分考量需求，障礙者可用資源不成比例：現行無障礙空間比例有限，且沒有採用通用彈性的設計。如戲院、捷運、火車、高鐵與輕軌車廂等無障礙與輪椅席空間比例皆過低。有限的資源造成障礙者難以使用且必須互搶資源，或者必須比一般人等候更久才有機會。

58. 缺乏科技統合，障礙者自主性不足：售票與訂票系統總是將障礙者另外專門處理，相當不便。障礙者無法和他人一樣採用網路購票，且無法自行選定陪伴席，甚至售票機器的操作也有障礙，只能仰賴專人服務。

物理環境無障礙（回應國家報告第 44 至 53 段）

59. 回應國家報告第 44 段、49 段：現行無障礙法規僅侷限於建築物本體，影響障礙者的完整生活參與。例如《菸害防制法》所稱的「公共場所」泛指供公眾使用的場所，但障礙者相關法規的「公共場所」卻需逐項討論且限定條件，又侷限於固定建築物。建物之外的其他環境、設施、展覽等等供公共使用或向公眾開放的場所，並未全面納入法規要求。建議政府編訂無障礙規範時需從障礙者的完整生活面向加以分類、規定細項並羅列改善期程。除了建築物本體，車站、碼頭、公園、運動場所、戶外休閒空間、陸海空交通工具等處的各項設施設備、動線以及資訊的提供都應完整列入規範。

60. 我們建議：

(1) 政府應提高無障礙法規之低標。我們建議應擴大古蹟、歷史建築、既有建築無障礙規定的審議空間，定期研討改善每個案例，提高障礙者實際參與的可能性。並應定期召開全國的無障礙諮詢審查小組聯合會議，交流意見與作法，建立優良範例與團隊名單。

(2) 法規其他設限應取消：供大眾使用的公共場所，不分公私，應能以提供障礙者使用機會為目標要求其改善，包括餐廳、旅館、文化場館、書店、咖啡店、電影院、表演廳、社區診所、戶外風景區、露營場等等常民生活範圍。現行法令僅規範公家機關，私人企業與一般民眾並未負擔該有的社會責任。即使可以在規範項目上做出區分（例如私部門可能僅須確保出入通道、櫃臺與廁所的無障礙），但是不應以該場所之坪數大小來決定提供無障礙環境義務的與否。

(3) 內政部雖已將無障礙規定擴及適用新建、增建之公共及非公共建築物，但也應針對改建、修建與申請變更使用執照的建築物訂定無障礙之要求與檢核。政府應研擬無障礙講習課

程大綱、培訓講師，並要求各縣市政府承辦、發包、監工、驗收等相關人員必須修習一定時數之課程，確保其具備基礎無障礙概念。

61. 回應國家報告第 45 段：人行道之無障礙並無明確法規可循，當改善後的無障礙通道再度出現障礙，亦無法可治。2013 年至 2016 年，政府雖編列 3 億 6,603 萬元預算獎補助騎樓整平，然而許多路段整平後卻遭到店家堆放商品、停放機車與腳踏車或設置路阻，種種怪象無人取締。許多公園與建築亦常在無障礙設計的出入口擅立路阻，使障礙者窒礙難行。上述現象顯示政府行事只求消耗工程費用，並未認真重視障礙者的行動自主與自立生活。

62. 回應國家報告第 46 段：校園無障礙主要仍限於教學大樓，妨礙障礙生平等參與完整校園生活的權利。例如教室講台、演講廳、圖書館、體育館、商店、學生活動中心、社團活動場所甚至宿舍都仍充滿障礙。例如，雖有無障礙廁所，但因位置規劃、數量不足，障礙生在短暫課間休息時間只能匆促如廁或者憋尿。學校教室出入口、教室講台、集會司令台多設有門檻或台階，或是在大門、側門等供行人出入的通道設置路阻。校園各樓層間無障礙垂直通道不足或位置不便，障礙學生難以抵達專科教室、活動中心或是大型集會場所等。住宿之障礙生對於移位機、人力助理等需求往往被認為是應自行負擔的個人需求，因此有些學校甚至要求家人陪同住宿。

63. 校園提供之輔具應以積極促進障礙者校園生活為目的，不應要求障礙者遷就使用既有的二手輔具。而且，竟有學校拒絕障礙生將校園輔具使用於校外，或者在個別化評估採購輔具後要求學生離校前、畢業後返還之。然而這些輔具不一定能夠適用另一位障礙者的情況，反而造成資源錯置浪費。

64. 校園不只是為了落實障礙者受教權，也是讓障礙者練習自立生活、培訓職業知能的重要場所。但是實驗課、體育課等操作與實務課程卻常排除障礙生的參與。建議應結合專科老師爲障礙者的實習與操作課程研討設計輔具、改變必要的工作流程，並應對該課程於未來工作職場。

65. 以上情況嚴重影響身心障礙學生平等的受教權；參照本報告第 24 條。

66. 建議：

(1) 校園應組成無障礙推動小組，成員必須包含正在校就讀的障礙生與家長。校外教學或旅行活動必須安排無障礙行程，提供無障礙交通接駁與人力支持服務。

(2) 政府應統籌教育、社政、勞政以及未來長照政策等各面向的輔具資源預算，回歸以障礙者為中心的思維，朝向個別化輔具補助發展。

(3) 教育部應提供專門的教師培訓計畫與符合特別需求的教學資源，協助障礙生參與實務操作與就業銜接課程，提升未來生活與就業知能。例如建立特殊教材教具之資料庫，研討輔具設計，擬定實驗與操作課程的通用設計與合理調整方案。

67. 回應國家報告第 47 段：從職訓開始便缺乏完善支持，如何促進障礙者就業？改善職場環境僅依靠職務再設計過於消極。由於辦公場所與工廠長期未被納入無障礙法規規範，

身心障礙者連進入職場面試都有困難。往往因為職場環境缺乏電梯或適合操作的空間，障礙者無法自由參加有興趣的職業技能訓練課程或者在職訓練課程。

68. 職業輔導評量應是協助障礙者發揮潛能的工具，而非阻礙障礙者參與的關卡。然而，就連政府自己辦理、委託辦理或者補助辦理的公私立就業訓練場所也都沒有充足的無障礙環境。2013 年，有使用輪椅的障礙者參加職訓班的職業評量被評為筆試不及格，實際上是因為現場沒有電梯而被拒絕參與，至今情況並未改善。現有的身心障礙就業相關技能訓練都是職種有限的身心障礙特殊專班，對於一般的職業技能訓練課程中的環境障礙，政府並沒有積極改善作為。

69. 建議：要求獲得政府經費（不論是委託或補助辦理）的各式職前或在職之技職訓練，包括電腦班、烹飪班、汽修班等等，遵照辦理必要的無障礙環境項目，並提供報名障礙者必要的個別支持服務、人力與輔具。

70. 回應國家報告第 50 段：《住宅法》第 54 條雖明文保障障礙者居住平權，在其他相關法規沒有鬆綁配套的情況下，落實亦有困難。例如老舊公寓因空間有限，設置無機坑電梯乃是最佳做法，政府卻不積極協調修法，改變既有升降設備相關規範。即使障礙者申請政府補助，欲在住宅共用空間改善或增設無障礙設施，其他住戶往往主張財產權不得受侵犯、拒絕同意施工。《住宅法》位階雖高於自治條例與行政規則，實務上窒礙難行。即使居家環境部分改善，障礙者向外仍寸步難行，形同受困家中。

71. 回應國家報告第 52 段：金融服務尚未全面無障礙。現行法規雖要求銀行物理環境無障礙，但卻排除無人服務便可使用的提款機。政府遲至 105 年才開始進行改善，然而無障礙提款機的設置範圍與比例都有限，且銀行櫃台普遍還是太高，使得簽名困難。

72. 回應國家報告第 53 段：戶外休憩場所無障礙的相關辦法避重就輕、無法可依。以《都市公園綠地各主要出入口無障礙設施設置原則》為例，僅只規範主要出入口，因此只要有一個出入口為無障礙就算合法。然而，整個公園綠地、動線、其他出入口，或者設於公園的其他休憩設施（例如成人體健設施與兒童遊戲場）等並未完整列入無障礙要求，使得障礙者實際上沒有跟其他人一樣平等近用公園綠地的權利。另外，針對國家公園及國家風景區的規定則多數僅限於建築物設置，戶外步道、遊憩動線、觀景區等並沒有相關無障礙要求。

公共資訊（回應國家報告 54 至 56 段）

73. 政府提供的無障礙資訊難以近用：有關無障礙服務資訊的公告，目前政府最常見的做法是另外委託製作 APP，但是 APP 使用者必須擁有手機，並不是每個障礙者都有足夠的經濟條件與資訊能力近用，特別是年長的障礙者。此外，使用 APP 的最大問題是僅能獲得隔離、單一的資訊，例如：低地板公車資訊並未整合在一般交通資訊中，所以障礙者要搭乘公車時，必須先進入一般公車系統查詢路線，然後再另外查詢確認該班次是否為無障礙。障礙者無法在一個公開的資訊系統中直接獲得無障礙相關訊息，反而讓資訊更難近用。

74. 建議：

(1) 凡是政府委託、補助或者辦理的相關活動（例如各縣市十大伴手禮、燈會、花季、牛肉麵評比、旅遊觀光推薦之住宿餐飲等），無論是宣傳或活動現場，都應該清楚標示相關無障礙資訊，以清晰且易讀的圖文標示說明：地理位置、交通方式、內部環境、設施與人力、服務的使用與申請、法令規範等等；即使有任何限制也應說明清楚。政府應進一步制定法令要求這類活動必須提供的無障礙服務項目。

(2) 除了確保政府各大入口網站的資訊無障礙，也應隨時更新官方舉辦活動與推廣服務的主題網站，將相關的無障礙資訊整合串聯，易於查找。

75. 聽障者所需的無障礙資訊：目前手語翻譯只在公共電視有單一時段的手語新聞台，其他電視台僅只於重要新聞現場有提供部分手語翻譯，然而大概只佔畫面 1/8 的一小角，同時又被新聞台的跑馬燈和各種字幕圖案交錯覆蓋，以致手語翻譯的畫面仍然被遮蔽，無法看見翻譯員的手譯內容。

76. 建議：

(1) 立法強制應要求各新聞台都要有手語翻譯並占影像畫面至少 1/6，並規定遮蔽、切割或者消除手譯畫面之罰則。

(2) 立法要求新聞口語播報必須同時提供字幕（可利用編輯部的讀報機），以利聽障者閱讀掌握資訊。

(3) 擴大要求須配有手語翻譯員的活動項目，例如不應只有總統選舉辯論才需手譯，縣市長、議員等公開競選與政見發表場合也都應有手語溝通。

77. 視障者所需的資訊無障礙：網路世代電子書雖然便利，但法規並未規範出版業者須使用明盲共用的電子書格式；視障者必須仰賴額外的語音後製軟體，資訊獲取速度永遠比他人延遲。建議所有出版品都應納入法規，要求提供通用格式的電子檔、語音檔，並將免費提供服務對象擴及翻閱書籍有困難者。

78. 政府應推動易讀資訊入法：無論是現實生活或者網路資訊，都需要有易讀版本；透過圖案、符號、顏色與文字的配合，提供易於辨識與理解的資訊，使心智障礙者也能融入社區生活。

交通運輸（回應國家報告 57 至 60 段）

79. 回應國家報告 57 段：交通部於 2011 年成立「交通部無障礙交通環境推動小組」，邀請障礙團體代表及相關專家學者擔任小組委員，卻沒有將討論開放給更多障礙者參與；政府自行遴選的委員代表性不足，障礙者們難以向委員即時反映意見，委員們也未必擁有實權能要求部會改善。建議所有委員會會議資訊應公開，並開放列席、提升障礙者參與的比例至至少 1/3，並接受由民間推薦委員名單。

80. 回應國家報告 58 段：至 105 年，全國市區客運低地板公車比例已大幅提高逾 46%，然而城鄉差異甚鉅，對於原本公共運輸網就不發達的縣市而言，交通無障礙更顯不足。另外政府在 2014 年度起補助國道客運路線車輛汰舊換新，但實際情況是各路線僅有 1 至 3 輛無障礙客車，平時並未加入營運、也沒有公開透明的班次表可查詢，形同虛設。

81. 回應國家報告 59 段：雖然高鐵、台鐵、捷運、輕軌等車站站體環境都已趨於無障礙標準規定，但列車車廂等處尚缺乏全面無障礙與通用設計觀念。車廂輪椅席與陪同者座位比例嚴重過低，且高鐵、台鐵的無障礙席位無法和一般人一樣透過官網直接訂位，造成障礙者訂票搭車的困擾。高鐵車站所在位置多在市郊，需要交通接駁才能進入市區。然而串聯高鐵的接駁公車並未完全無障礙化，造成障礙者交通銜接斷裂。為了進入市區，反而花上比搭乘高鐵更多倍的時間。無障礙計程車雖已納入交通政策，但是 2014 全國約 9 萬輛的計程車，其中也只有 404 輛無障礙計程車，整體比例過低，障礙者交通需求無法滿足。

82. 建議：

(1) 大眾運輸應訂定明確法規要求逐年改善與期程目標，並以通用設計方式擴增每輛載具的輪椅座位。每列車箱至少均應設置 4 個輪椅席，入口與通道應採用通用設計，使輪椅席位增加、分散，並採可收折式的座椅空間。並應開放障礙者可自由選擇於網站系統訂票。

(2) 在公共交通資源缺乏的地區，應優先提高復康車與無障礙計程車的數量與比例，提供交通津貼予障礙者按其需求自主選擇交通方式。應立法要求無障礙計程車的比例在 5 年內達到 20%，計程車車箱內部設計應朝向通用化，讓座椅可以便利收折，方便障礙者搭乘。

83. 回應國家報告 60 段：客船無障礙由交通部航港局主責，已於 2017 年 1 月完成了《客船管理規則》法規修正作業。然而船舶及碼頭部硬體設施的無障礙仍然非常有限，僅第 59 條「統艙之內能通至出入口之通道」有提及無障礙尺寸，但也非強制規定。我們要求該法規第 25 條船舶主要規範說明書所應記載之事項，應納入無障礙規定，根據載客人數多寡，訂定船舶應該提供的無障礙座席比例（輪椅席不得僅有 1%）；船客所會使用到的空間設計（如船艙、座椅、通道、廁所、餐廳、臥鋪），都應列入說明書，以供航政與驗船機關審查。另外，購票、登船、航程中都應有口語播報與文字的無障礙資訊，航行中必要的人力協助、協助身心障礙者安全逃生的定期人力培訓等，都應列入規範。政府應公告已經清查之碼頭與岸接設施的障礙情況，並設定改善期程，廣泛邀請使用者與障礙團體討論諮商；並在未能全面達成船舶無障礙之前，提供障礙者合理調整方案。

84. 建議：

(1) 民航局應制定完整流程，並針對電動輪椅服務舉行定期教育訓練，並核對國際航空法規相關要求，包括電動輪椅電池容量範圍、拖運流程與方式，並建立單一申訴處理窗口。

(2) 國家與障礙者代表應公開與國際航空公司協商，要求不得限制障礙者搭乘人數、座位選擇、輪椅使用與否以及輪椅的款式，或者以扣留電池等方式禁止障礙者使用必要的行動輔具。

其他設施與服務

85. 建議政府必須制訂適用於不同場域特性內涵的無障礙設計規範與指導手冊，列入行動不便、視覺、聽覺、心智類不同障礙者的基本無障礙環境、資訊、設施與人力需求與應對措施，並透過定期教育訓練推行於公私立場所。

86. 公共場所應提供支持空間。現行公共空間無視精神障礙者隱性的無障礙需求，形同排除其保障。

87. 缺乏支持喘息的空間，導致精神障礙者（情緒障礙、長期精神困擾者、精神疾病患者、妥瑞氏症患者等）在必要時只能前往醫院或是被強制送醫。精神障礙者無法順利完成學業與工作等，往往被視為逃避責任與沒有抗壓性。

88. 腹膜透析腎友（屬重度器官功能障礙）出門在外有定時更換透析液之需求，然而目前公共場所缺乏適合腎友使用之空間。很多人常誤會腎友可使用無障礙廁所更換透析液，但此空間之衛生條件並不適合。醫務室並不普遍，但若要使用較普及的哺乳室，管理單位卻可能因違反法規為由拒絕腎友使用。此種空間之缺乏，嚴重限制了腎友行動能力，卻不屬於目前無障礙法規的保障範圍。

89. 對於泛自閉症患者或妥瑞氏症患者過動者而言，同樣有需要稍為獨處休憩的獨立空間。公共場所應設置合宜的角落或隱密空間，基於健康預防的概念提供立即性的支持。

90. 供公眾使用的場所應結合輔具設施提供必要支持。例如醫院與飯店都應提供移位機讓重度障礙者便利上下床，游泳池設有充足的移位設施與更衣的照護床、下水的輪椅等輔具，才能落實無障礙生活。輔具設施的支持不應只為照顧特定障礙者的需求，更應該讓使用該場所的不特定對象都更為便利。

91. 落實住宅無障礙。不論是障礙者自宅、租屋處、學校或員工宿舍乃至於監獄收容所，都應該確保環境無障礙，並搭配個別需求的設施、提供合理適當的支持人力。

92. 職場與職訓環境上的無障礙，參照第 27 條第 218 至 219 段。

第十條 生命權

醫生不應主動積極勸告孕婦進行人工流產

93. 回應國家報告 67 段：根據《優生保健法》第 11 條，懷孕婦女施行產前檢查時，如果醫師發現胎兒有「不正常」者，應將實情告知本人或其配偶，有必要時「應」勸其施行人工流產。第 9 條亦規定，當孕婦本人、配偶、本人或其配偶四親等以內之血親患有「有礙優生」的遺傳性、傳染性疾病或精神疾病時，懷孕婦女得「依其自願」施行人工流產。基於社會上對於身心障礙者的普遍歧視，懷孕婦女在醫學權威的強力勸導下，往往難以充分自主做出選擇，應將醫師之法律義務修正為「告知本人（孕婦）實情，並協助其接受充分諮商」。醫生不應主導胎兒的生命權，應以中立態度會同社工等專業人員提供孕婦相關案例資訊，充分尊重其決定。此亦傷害身心障礙者的生育自主權，參照第 17 條第 142 段與第 23 條第 164 段。

94. 值得在此說明的是，在準備本報告的討論過程中，我們認知到人權團體、婦女團體與身心障礙倡議團體在產前篩檢、產前篩檢結果的告知、是否得基於胚胎有缺陷進行人工流產、人工流產決定權在誰，人工流產猶豫期長短，有相當不同的立場。人權與婦女團體傾向認為，孕婦擁有生育自主權，有權自由決定是否生下身心障礙的後代，並認為猶豫期的存在對孕婦是不必要的折磨；而且，基於障礙的原因進行人工流產並非是針對身心

障礙者的歧視，許多政治哲學家如 Martha Nussbaum 也持類似看法。特別是在目前能被篩檢出來的疾病或障礙類型仍相當有限的情況下，允許基於身心障礙因素進行人工流產並不會過份影響人類的多樣性。但參與本報告之障礙團體則不盡同意以上立場，並建議應修法刪除《優生保健法》中「不正常」與「有礙優生」等字詞。總結而言，雙方有共識的部分在於，都同意醫師僅應負擔充分告知之責任，而不應如現行《優生保健法》所言，在胚胎「不正常」的情況下需要承擔主動積極勸告孕婦進行人工流產之責。

第十一條 危險情況和人道緊急情況

95. 回應國家報告第 70、73 段：目前國家報告並未具體說明災害發生時，如何協助不同類別的障礙者獲得防災、避難與救災的資訊；例如，引導人員可以使用舉牌、閃示燈來輔助聽障人士。請政府說明目前的《災害防救法》與年度災害防救演習如何納入不同障別的多元需求規劃，確保障礙者在遭逢危難時都能實際得到保障。

災害防救體系未完善，使用電力設備維生的障礙者有安全之虞（回應國家報告 71 至 72 段）

96. 各縣市自行設置之通報處理機制，救援能力堪慮：根據衛福部社會救助及社工司公布的「呼吸器使用者斷電處理問題之各縣市聯繫窗口表」（2016 年 4 月 15 日最後更新），有 12 個縣市是由社會局／處的科長、科員、甚至是約聘人員負責受理第一線災情通報；而非《災害防制法》第 30 條規定之警消單位與村里長或幹事。當遇上斷電、停話、非上班時間與惡劣天氣的混亂情況下，這些窗口的反應能力堪慮。

97. 政府未能確保居家緊急供電系統，使用維生設備的障礙者被迫移至醫院避災：依據衛福部 2015 年統計資料，全台有共 8,784 戶家庭中的身心障礙者依賴呼吸器、氧氣製造機或抽痰機等用電維生設備維持生命，衛福部也已建立保全住戶名冊、設置備用發電機，並訂定「災害搶險搶修開口契約」範本，以利緊急採購救災機具設備。然而，台北市等部分縣市政府在接獲救援通報時，並未按照衛福部之規劃將發電機送至保全名冊上的障礙者家中，反而在風雨交加的惡劣天候下，派遣救護車將必須使用維生設備、但並無其他醫療需求的障礙者送至各級醫院急診室借電。

98. 因此，我們要求政府：

(1) 落實中央至地方一體的災害通報處理機制：當災害發生時，障礙者、主要照顧者與各地村里長都應當能夠透過警消單位與災害應變中心通報災情，迅速啟動中央／地區的災害防救計畫。

(2) 障礙者使用之「維生設備緊急供電系統」應納入中央與地方的災害防救計畫，要求各權責單位確切落實，包括：建立保全名冊（使用用電維生設備的障礙者家戶）、儲備小型發電機與汽柴油能源，以及訂定災害搶險搶修開口合約。政府並應定期統計、公告使用維生設備之障礙者遭遇非預期斷電災害時的安置情形。

第十二條 在法律之前獲得平等承認

民法監護宣告制度違反自主原則，剝奪障礙者多數權利（回應國家報告第 75 段）

99. 台灣現行監護制度相關規範可說是全面違反《CRPD》第 12 條與第 1 號《一般性意見》對本條之闡釋。依據現行《民法》第 15 條，受監護宣告之人，無行為能力（legal capacity）。《民法》75 條規定，無行為能力人之意思表示無效。因此受監護宣告人所受影響之權利，絕非僅止於國家報告聲稱之「財產管理」能力，而是涉及意思表示之法律行為全面受到影響，包括婚姻、訂立遺囑、擔任公私法人、團體之代表（影響結社權）、財產處分、就醫之知情同意權（影響健康、甚至人身自由）、選舉與被選舉權利等，亦被視為無工作能力（《社會救助法》第 5-3 條），可說社會生活受到全面影響。同時，監護宣告制度並沒有如《CRPD》第 12 條第 4 段規定之定期審查機制。除監護宣告制度外，《民法》亦有輔助宣告之規定。依《民法》15-1 條受輔助宣告者，為限制行為能力人，其意思表示亦受限制。

100. 因此，依據第 1 號《一般性意見》對《CRPD》本條之解釋，我們要求政府檢討完全剝奪個人權利能力之「監護」制度，朝向「支持決策」制度發展，政府應檢討現行「監護宣告」及「輔助宣告」法律制度：

(1) 提升程序保障：現行監護或輔助宣告審查程序是由聲請人、醫師與法院共同決定障礙者「受保護之必要及程度」。《民法》雖列障礙者為聲請權人之一，卻未顧及障礙者非為聲請人時，其權益保護之必要。因此我們主張，任何會限制障礙者權利限制之法律制度，政府應修法確保有人能在監護與輔助宣告審查過程中獨立代表障礙者之權益；此獨立代表亦得於事後提出撤銷權利限制之程序。

(2) 建立定期審查制度：現行「監護或輔助制度」之權利限制效力並無期限規定，除非聲請權人提出撤銷，法院並不會主動提出檢討。我們主張，政府應修法納入宣告期限與定期檢討機制。前項所言之獨立代表權人，亦應能提出並參與這類審查機制。

(3) 修訂信託制度：現行《信託法》雖設有對心智障礙者之財產保障機制；卻以受聲請監護宣告或輔助宣告為前提，對心智障礙者而言，形同自我剝奪，不符合《CRPD》自主原則。我們主張，信託等金融服務應與權利限制制度脫鉤，使障礙者得自主決定其財產權運用。

(4) 研擬支持決策制度：政府盡快成立工作小組，擬定具體修法時程。進行「支持決策」相關研究與法案研擬時，應參考國際上進步之立法例（例如愛爾蘭之 *Assisted Decision Making Act*），並廣泛徵詢身心障礙團體意見。

(5) 在相關修法完成前，法院審查監護宣告時，若認為現行《民法》與《CRPD》規範有扞格之處，即應停止審判，並聲請大法官釋憲。

障礙者行使法律能力的障礙與歧視待遇（回應國家報告第 76 至 79 段）

101. 《民法》、《銀行法》與保險業等相關法令，雖承認未受監護宣告之身心障礙者有為法律行為之能力，實際上，身心障礙者進行法律行為時仍多遭遇障礙甚至歧視。例如，非障礙者僅需提供印章與雙證件即可開戶或貸款，然而視障者與腦性麻痺者卻需要兩位見證人在場，開立支票存款帳戶亦須公證。政府未能提供足夠支持，例如：視障者無法

自行閱讀契約文字、腦麻者無法與現場人員順利溝通、或聽障者缺乏手語或筆談服務。他們皆需要自行邀請專人陪同才能申請開戶或貸款，而無法如同非障礙者一般透過電話即能便利地處理相關業務。

102. 因此，我們主張國家應負起本條第 3 段之協助義務，督促金融機構修改不合理規定，並提供障礙者必要之個別支持服務。例如對於出門不便的障礙者，金融機構應提供合理調整措施，例如到府開戶服務，以便其運用網路銀行。

第十三條 獲得司法保護

法律扶助服務適用範圍有限，影響身心障礙者的司法近用權（回應國家報告第 80、81 及第 88 段）

103. 儘管《CRPD 施行法》第 8 條要求國家應「依法」提供身心障礙者在主張權利救濟時的法律服務，但是現行法制卻僅有保障心智障礙者等特定障礙者能夠在刑事程序中享有法律扶助權利：依據我國現行《法律扶助法》，必須符合「構造及精神、心智功能損傷或不全，無法為完全陳述，於偵查審判中未經選任辯護人；或於審判中未經選任代理人，審判長認有選任之必要者」之條件，始能獲得法律扶助。心智或精神障礙以外之障礙者，若不具備其他法定條件（例如無資力或具備原住民族身分）等求並無法要求法律扶助。我國司法程序規定中，僅《刑事訴訟法》對心智障礙者設有強制辯護規定。[5]行政或民事司法程序中，並沒有相關規定。因此，在民事或行政司法程序中，心智障礙者是否得援引上述《扶助法》並因此獲得法律扶助，適用上不無疑問。

104. 我們主張現行《法律扶助法》對於身心障礙者的適用，不足以確保身心障礙者接近使用司法保護的權利，因此我們要求政府應檢討：

(1) 擴大法律扶助適用之司法程序範圍：為確保司法近用，法律扶助制定應全面適用於刑事或少年刑事案件以外的民事或行政訴訟等訴訟或非訟事件。

(2) 若全面性的法律扶助尚不具備可行性，應在一定程度內給予身心障礙者全面性的法律扶助。例如：給予機構或設施內或窮困無資力之身心障礙者全面性法律扶助。

(3) 應修法明定法院、檢察官、警察、社工及監所人員等有主動告知身心障礙者可以請求法律扶助之義務。相關處所亦應備有無障礙之法律扶扶助資訊。

身心障礙者於司法程序中未能獲得程序調整（回應國家報告第 85 段）

105. 政府應確保身心障礙者在司法程序的物理、設備、資訊與通訊無障礙： 聯合國人權高級專員辦公室針對《CRPD》第 5 條所做之報告（A/HRC/34/26）第 35 段強調，司法保護之程序調整不適用「過度或不當負擔」概念的限制；未提供程序調整，即是在近用司法權上基於身心障礙之歧視。而聯合國身心障礙者權利委員會於 2015 年 9 月第 14 會期通過之針對第 14 條《關於人身自由與安全的建議準則》（Guidelines on Article 14

[5] 我國《刑事訴訟法》第 31 條：「有下列情形之一，於審判中未經選任辯護人者，審判長應指定公設辯護人或律師為被告辯護：三、被告因精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者。」

of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities）第 VIII 部分亦強調，宣告身心障礙者缺乏就審與承擔刑責能力，並基此將其關押，違反《CRPD》第 14 條之規定。

106. 當現行法律程序規定及執行，無法契合個別身心障礙者之實際需求時，除檢討、修改現行訴訟法中關於訴訟權能、就審能力之規定外，尚需研議如何在偵查、調查、訴訟等司法程序中針對個別身心障礙者需求進行調整。換言之，國家應確保司法程序對於身心障礙者在物理上、設施上、資訊與通訊傳播上的可及性。然而現行司法實務上卻常發生下列障礙者未能獲得有效司法保護之情形：身心障礙者出庭前，法院沒有事先準備所需的無障礙資訊，在訴訟輔導服務窗口也未提供此服務，以致開庭時才發現需要手語翻譯、電子檔、易讀版說明文件或報讀員等無障礙資訊需求。

107. 請政府說明：

(1) 有無將身心障礙者向法院提起各種訴訟的案件，依其數量與內容做出統計資料？

(2) 法院、檢察署、警察局、派出所、社工辦公室、法律扶助辦公室等場所的建築物是否符合無障礙標準，可以讓不同障別的身心障礙者無障礙地進入？

(3) 各機構有無提供專業的手語翻譯、點字、觸控裝置、擴大性及替代性方式，以利提供或取得資訊或溝通傳播。如果有，人數或數量？使用頻率？手語翻譯正確度？手語翻譯師有無受到專業法律訓練？手語翻譯費用何人支付？點字設備等何人支付費用？

(4) 對於有特殊需求的身心障礙者，是否提供合理調整？

(5) 如何運用各種科技設備達成上述無障礙的要求？

108. 綜上，我們建議政府：

(1) 全面檢討、修改現行訴訟法中關於訴訟權能、就審能力之規定，使身心障礙者可以在獲得足夠的支持下，有主體性地參與各種司法程序。

(2) 應儘速研議與產出針對個別身心障礙者進行程序調整之範圍與實務操作之指導原則。

(3) 利用身心障礙者起訴案件數量、判決結果之統計數據，並試辦「無障礙法院」，收集障礙者之回饋，以瞭解確實符合各類障礙者所需之調整事項。

(4) 建立一套完整的標準作業流程有效地事前提供無障礙資訊（accessible information）。

(5) 考慮因應不同障別，配置專業速記員（而非書記官）進行法院記錄、調查、申訴之筆錄。

針對心智障礙者的司法保護（回應國家報告第 80 至 84 段、88 至 93 段及第 97 段）

109. 在疑似心智障礙者遭受逮捕時，台灣法制並沒有「受訊能力」（competence to stand trial）[6]的設計，警察詢問並不需要尋找親屬以外之輔佐人、辯護人或是找專家到

[6] 美國、英國、法國、或德國皆有保護身心障礙者權利之「受訊能力」確立的設計，意即如果當事人主張自己有精神障礙、持有重大傷病手冊、或是外觀上看起來疑似有精神障礙或智能缺陷，警官要及時停止詢問的程序，立刻請轄區配合的司法心理工作者或是司法精神工作者到場，確認當事人的精神狀態，了解他現

場確認當事人的受訊能力。實務上，警察多半不會因為受詢問者有疑似心智障礙之狀況即主動停止詢問；反倒利用當事人無法理解緘默權、徵求辯護人協助等狀況而大肆詢問，這樣的做法無異在刑事訴訟程序的初始，即剝奪心智障礙者應與其他人平等享有的程序保障跟一般性協助。

110. 進入偵查及審判程序後，現行法律亦不允許檢方與法院以心智障礙者先前遭受不當詢問為由要求暫停調查、待進一步確認其就審能力，反而是容許檢方利用先前當事人在受訊能力有限之情況下所做出之調查結果，進行不利於當事人的偵查和起訴。

111. 建議政府應：

(1) 修法建立精神專業人員作為心智障礙者的輔佐人制度，無輔佐人或是辯護人在場時，不得加以詢、訊問、審判，偵查，避免身心障礙者遭受歧視性待遇。

(2) 落實身心障礙平等教育，從司法實務工作者到一般的教育體系，都應去除對心智障礙者污名化的標籤，認識到無論是情緒疾患、精神障礙、智力失能、適應障礙、認知和神經發展的疾患，身心障礙者都是社會的一份子。以降低社會大眾對於心智障礙者的排除與隔離，促使心智障礙者的社區復歸跟社區處遇。

(3) 未來若訂立反歧視法，亦應將心智障礙者納入保障範圍：避免污名化或抹黑心智障礙者，避免將心智障者與犯罪連結，而造成精障者被社區排除和隔離的狀況。

112. 回應國家報告第 91 至 93 段及第 97 段，我們要求政府進一步說明：針對受到多重歧視的身心障礙群體，例如身心障礙原住民、遭受暴力與虐待的身心障礙婦女及女童、機構內身心障礙者、身心障礙兒童，有無採取優先改善措施，以確保得以接近使用司法保護？在司法相關程序上，有無針對不同類型年齡、性別與障別之身心障礙者的特殊需求提供合理調整？

刑法解釋對精障者系統性、差別性的歧視解釋（回應國家報告第 88 段）

113. 我國刑事訴訟法雖設有「強制辯護」[7]規定，保護心智障礙者（包含精神與心智障礙者）之司法辯護權；然而刑事實體法解釋及適用時，卻仍系統性歧視精神障礙者。

114. 刑法第 19 條文載明：「行為當時有精神障礙或是其他相類之心智缺陷導致的辨識或控制能力減損或是消滅，應予以減刑」。無論是精神、心理、智力失能、或者是藥物濫用導致「辨識能力」（認識自己客觀跟主觀處境的能力）和控制能力（在認識到自己主觀跟客觀環境的狀態底下確實去理解、認知到自己的行為並控制行為的能力）有減損，即應減刑。

115. 但現今司法實務在第 19 條條文的適用上，對精障者刑事行為能力的範圍自動做了限縮，一律認為除了精神性的疾患（psychosis）以外的狀況都不算是精神障礙或者是相類之心智缺陷，其中被排斥最明顯的是物質濫用、人格違常及情緒性疾患。我們認為這

在是不是處於物質濫用、精神病症發作、或是激躁的狀態，進一步了解過去的病史為何，如確立有類似上列的情形即不能進行詢問，因為當事人不具理解自己法律上權利的能力。

[7] 同前註。

樣的解釋方式不僅違背「刑法解釋應利於被告」之法律原則，也違反了心智障礙者就量刑獲得平等待遇的權利。

116. 其次，法院判斷是否適用刑法第 19 條時，經常會徵詢臨床心理師跟精神醫師之意見。然而法院卻經常直接請心理師和精神醫師判斷「有無刑事行為能力」的法律問題，使未受司法訓練之醫療人員為刑事能力判斷便會產生如下法律漏洞：被告本人既被醫師確診判定罹患有嚴重的妄想型或急性的思覺失調症，認知能力混亂之同時，卻又被認為「有完全的刑事行為能力」。法院通常採用法律判斷；而不理會思覺失調症確診的鑑定，並進而做出被告「有完全的刑事行為能力故而不必給予減刑」之認定。

應要求司法、執法、醫護人員定期接受訓練（回應國家報告第 94、95 及 97 段）

117. 政府應落實《CRPD》本條第 2 項之培訓義務：法官、檢察官雖有接受相關訓練，但並非義務或強制課程，且開班次數甚少，也缺乏和障礙團體的合作。至於公設辯護人、律師、警察、社工、醫護人員、監所人員等是否有類似訓練，並不清楚。因此，請政府說明是否已有規劃或開設義務、強制、定期課程，確保前述專業人員等均接受訓練：

(1) 加強法律實務工作者，包含法官、檢察官、律師等對於《CRPD》與心智障礙的基本認識，在法院、檢察署或是警察局的各轄區設置大型或中型的精神、心智障礙醫療院所，提供即時諮詢服務，以處理精神疾病的就訊問題，讓轄區建立起標準作業流程及心理師、精神科醫師的服務網，確認當事人的就訊能力，一但鑑定出為精神障礙者即應立刻停止詢、訊問。

(2) 強化精神醫療從業人員的基礎法律與人權的訓練，特別是針對《CRPD》及《刑事訴訟法》中的正當程序，以避免司法精神醫師鑑定逾越其專業和職權，替代司法人員作出法律判斷的情形發生。

(3) 以上訓練內容應包括公約權利、程序調整、合理調整，並特別加強第 109 至 111 段、第 113 至 116 段相關議題之認識。

應為監所中之身心障礙收容人的建立協助機制（回應國家報告第 105 至 107 段）

118. 《監獄行刑法》第 6 條規定，受刑人不服監獄之處分時，有申訴與救濟之權利。然而當訴訟對象為監所等機關時，多數監所並不會提供適當的專業法律諮詢與扶助；多數收容人對於自身權益既無所知，無法透過法律途徑爭取應有的保護，何況是沒有獲得程序性調整（procedural accommodation）的身心障礙者。根據聯合國人權事務高級專員辦事處（OHCHR）針對《CRPD》第 5 條提出之報告（A/HRC/34/26）第 35 段，為了訴諸司法權而提供的程序性調整不受「過度或不當負擔」概念之限制。

119. 我們主張：為了確保身心障礙者在平等基礎上有效獲得司法保護，身心障礙收容人的特殊需求應被納入整體監所改革計畫考量，包括：除了應建立監所的外部監督機制，強化現行申訴制度，由立法、司法、監察及全國公益律師組成申訴委員會，更應提供身心障礙收容人確實可近用的法律扶助資源（例如以電話語音或傳真提供協助）與程序性

調整，各矯正執行機關不得有所推諉延宕。若涉及障礙者之自主能力，我們建議衛服部、社會局一同參與，協助身心障礙者的支持性決策。

第十四條 人身自由與安全

精神衛生法的強制住院規定即屬剝奪自由（回應國家報告第 98 至 103 段）

120. 國家報告稱「在我國，任何人並不因身心障礙而被剝奪自由」，並將我國《精神衛生法》中所規定之強制住院與強制就醫等措施，解讀為保障精神障礙者健康權所必須，以此論述試圖正當化對當事人身自由之剝奪。我們認為這樣的論述有違事實，並違反《CRPD》義務。

121. 首先，根據《精神衛生法》，經專科醫師鑑定為嚴重病人，而有「有自傷或傷人之虞」之精神障礙者，法律允許違反其意願加以強制住院或安置。雖然《精神衛生法》設有相關救濟程序（例如：事後可向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院），但事後救濟程序之存在亦無法合理化國家報告第 98 段的謬論。

122. 我們主張「強制住院」措施本質即為歧視，與《CRPD》第 14 條「於任何情況下均不得以身心障礙作為剝奪自由之理由」無法兩立。我們提請政府注意聯合國身心障礙者權利委員會在 2015 年 9 月所通過的《身心障礙者權利公約第 14 條的指導原則：身心障礙者的人身自由與安全》，其中第 6 段特別指出：「本委員會已確認公約第 14 條不允許任何人因實際上或可察覺到有傷害之虞而被收容，沒有任何例外。誠然，某些締約國的立法中（包括精神衛生法）仍允許因其他的理由而在實際上或可察覺到有傷害之虞時加以收容，包括病患對自己與他人造成嚴重的傷害。但這樣的措施已違反第 14 條的規定，因為此類措施在本質上即帶有歧視，構成任意剝奪人身自由。 」並盡速擬定修法時程。

精神衛生法流於社會控制的手段，程序罔顧當事人權利

123. 現行《精神衛生法》的強制住院程序，並不純然被視為醫療制度，而可能成為政府控制社會安全的手段；不符合強制住院程序要件、甚至非障礙者的當事人，因此被恣意剝奪人身自由。例如 2014 年因為探視鄭捷而被強制住院的黃姓少年[8]，又比如同樣發生在隨機殺人案後的政大搖搖哥案[9]，兩者皆無自傷和傷人情事，卻被強押送入精神療養院。此二案例顯示政府假精神衛生名義，行剝奪人身自由，藉以達成「社會安全」控制。

124. 正如 2017 年兩公約第二次國家報告國際審查的《結論性意見與建議》第 63 段表示：「審查委員注意到依據精神衛生法而被迫入院的所謂精神病患，並非全然屬醫學事件。

[8] 2014 年 5 月間發生捷運隨機殺人案件後，當事人自行前往探視鄭捷，隨即被警察詢問、帶往社會局，遭受強制住院。當事人於八里療養院向外界求助，最終由第三人聲請提審，法院該案皆未符合認強制住院的兩大要件：「嚴重病人」與「自傷傷人之虞」，衡量當事人出院後的居住條件後，法院裁定醫院應於 7 日內釋放當事人。

[9] 2016 年 3 月 31 日台北發生內湖隨機殺人案，隔日，被政治大學學生暱稱為「搖搖哥」之丁姓男子，在民眾通報後，遭警方、衛生局強制送醫，引起爭議。當晚 NGO、民眾聲請提審。經法院確認當事人不符合強制住院的要件，並釐清當事人意願，法院即當庭裁定命醫院釋放當事人。

審查委員會接獲的資訊顯示，此法有時會在具爭議性的任意拘禁上遭到濫用，被迫入院者並非精神病患者。審查委員會建議在強迫就醫程序上的數個方面進行修訂，確保遭羈押者能立即獲得公平的行政和司法審理，包括提審。此外，法律扶助基金會應修訂其要求和程序，使遭拘禁者得以儘早獲得法律上的協助。」我們主張政府應帶頭提升社會大眾對於精神障礙者的認識，而非放任民眾因不解與疑懼而濫用政府的通報機制，將「行為怪異」、「精神錯亂」之「疑似精神疾病患者」排除於生活圈外。

125. 請政府回應並檢討強制送醫程序在執行上的缺失：

(1) 警消人員接獲民眾前述通報，卻無相應能力評估當事人自傷傷人的行為動機、引發原因等，容易加深社會對於精神障礙者的不理解、汙名與標籤。我們請政府說明警消單位是否在第一時間轉知當地衛生局，而各地方政府衛生局是否配置足夠關懷訪視員，除了平時的社區支持服務外，在個案遭遇緊急通報時，亦能派員至現場協助評估。

(2) 法律規定個案當事人送至醫院後，須由兩位醫師評估強制住院之必要，其本意是由第二位醫師發揮確認功能，但台灣醫療體制存在的學長姐制度，導致這樣的保障機制無法確實發揮。若醫護人員未具有充足人權意識，往往會對當事人施加人身自由限制或高強度之醫療行為。

(3) 「精神疾病嚴重病人強制鑑定、強制社區治療審查會」（以下簡稱審查會）是由醫療人員、家屬、律師等專業人員組成，遴選過程又缺乏公開與透明性，缺乏當事人參與的空間與聲音，容易導致審查會過度偏重醫療觀點，忽略病患主體的感受與行為動機。個案當事人若具有多重身分者（例如精障加上性少數），往往只會被審查會單一歸類視之，未能考量其多重困境。

並非所有遭強制住院者皆能聲請提審（回應國家報告 126 段）

126. 依據衛生福利部心理與口腔健康司統計資料，強制住院案件送至審查會的案件量逐年下降，但每年的許可率仍達 90%以上（見表 14-1）。依據《精神衛生法》規定，醫院可先將病患強制留置醫院觀察五天，這五日並不會被認定為「強制住院」，因此也不會在前述數據呈現出來，有美化事實之嫌。

127. 國家報告似乎有意指出，自《提審法》修正以來，精神障礙者得向法院聲請提審，因此，強制住院剝奪人身自由的案件量亦減少；然而這兩者未必具有直接因果關係。其他原因亦可能使審查會認定的強制住院案件量減少，比如：醫療院所加強說服病人簽下自願住院同意書，減少申請強制住院審查的案件量，或是後端審查會在人權團體的加強倡議與監督下，提高了審查標準。這些做法可能導致送入審查會的案件量有所偏差。

128. 實務上，因下述原因，僅有非常少數依《精神衛生法》受強制住院之障礙者成功地向法院聲請提審、順利開庭並獲得當庭釋放：許多身處精神醫療院所的障礙者，也被限制雙向通訊與會見律師，若無院中社工協助，當事人難以向法院聲請提審。申請提審法律扶助專案的要件十分嚴格，使當事人難以獲得法律協助。由於《提審法》的立法理由明確寫道：「法院審查逮捕、拘禁之合法性，僅在審查其逮捕、拘禁程序之合法性，非在認定被逮捕、拘禁人有無被逮捕、拘禁之本案實體原因及有無被逮捕、拘禁之必要

性」，導致法院在多數的提審案件僅進行程序要件的審查，而沒有審查限制人身自由本身是否具有正當性、合理性、必要性的實質審查。

129. 我們建議：

(1) 衛福部應正視《CRPD》第 14 條與其《指導原則》絕對禁止強制住院的要求，不能再以保障精神障礙者之醫療健康的理由來合理化此一限制人身自由的手段。

(2) 若短期內無法全面廢除強制住院制度，政府亦應遵照《CRPD》第 14 條第 1 段第 2 項以及《憲法》第 8 條，修正《精神衛生法》，使其符合法官保留原則：以強制住院剝奪人身自由之決定應當回歸司法體系，而司法院也應與精神醫學專業團體密切合作，成立精神衛生專業法庭，讓每一個案件都獲得充分適當的審查，盡可能禁絕所有非醫療目的、遂行社會安全控制的強制住院案件。

(3) 精神療養機構應調整其管理方式，還給病患雙向通訊與會見律師的權利，確保其與一般人一樣享有平等的提審權。立法院、司法院也應協力檢討提審法相關案件的審查標準，強化限制人身自由是否正當與必要的實質審查。

表 14-1 強制住院的審查案件數與許可率

日期	審查案件數件	許可數	不許可數	許可率	不許可率
97 年 7 月至 12 月	669	578	91	86.4%	13.6%
98 年 1 月至 6 月	863	782	81	90.78%	9.22%
98 年 7 月至 12 月	816	773	43	94.73%	5.27%
99 年 1 月至 6 月	909	858	51	94.38%	5.61%
99 年 7 月至 12 月	787	753	34	95.68%	4.32%
100 年 1 月至 6 月	650	625	25	96.15%	3.85%
100 年 7 月至 12 月	601	578	23	96.17%	3.83%
101 年 1 月至 6 月	691	666	25	96.38%	3.62%
101 年 7 月至 12 月	586	568	18	96.93%	3.07%
102 年 1 月至 6 月	447	425	22	95.08%	4.92%
102 年 7 月至 12 月	388	372	16	95.88%	4.12%
103 年 1 月至 6 月	411	383	28	93.19%	6.81%
103 年 7 月至 12 月	355	342	13	96.34%	3.66%
104 年 1 月至 6 月	361	338	23	93.63%	6.37%
104 年 7 月至 12 月	386	365	21	94.56%	5.44%
105 年 1 月至 6 月	391	372	19	95.14%	4.86%

強制就醫非唯一選擇，應發展取代服務（回應國家報告 191 段）

130. 在現行制度下，精神障礙者或精神狀態疑似精神障礙者，發生醫療人員所稱發病症狀時，隨即啟動強制就醫流程。我們認同精神障礙者就醫與健康權的重要性，然而正如《CRPD》第 14 條與第 25 條所強調之自主性與知情同意權，強制就醫不該是唯一可得的選項。國家報告雖指出《精神衛生法》第 8 條要求政府間各機關必須跨部會建立社區照顧、支持與復健體系，但是衛生福利部與相關政府部門長期以來並不願意投注足夠人力與資源，來發展更多元、非醫療模式的精神障礙者處遇（treatment）選項。

131. 在當前欠缺足夠支持體系的情況下，許多障礙者家屬只能獨自承擔照顧精神障礙者的責任；一旦家屬應付不來，往往選擇以通報將精神障礙者送進精神療養院，換取一段時間的喘息。此外，醫療人員也常考量社區缺乏給予障礙者適當照顧與支持的資源與能力，因而選擇申請強制住院。許多病患實際上本應能透過適當的社區支持與照顧來維持情況穩定，並不需要醫療院所的全天日照護，卻不得不被推往強制住院體系。

132. 衛福部應帶頭重新盤點與分配精神醫療的資源，建立強制住院以外的多元管道與替代方式供障礙者選擇，例如挹注資源培力同儕支持團體，落實《CRPD》第 19 條自立生活及融合社區的目標。另外，衛福部可參考歐美國家作法，研議建立一結合醫療、社工、心理專業之中繼單位，讓精神障礙者處於危機期（急性期）時，有一介於醫療機構與社區治療之間的中途、緩衝機制，避免直接啟動強制就醫之流程。

第十五條 免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰

精神障礙受刑人之獨居監禁（回應國家報告 135 至 138 段）

133. 國家報告並未指出對精神障礙受刑人之獨居監禁制度所造成之問題。對於有精神障礙的受刑人施以獨居監禁，導致負面影響之案例甚多，例如：監察院一份調查報告指出「法務部矯正署臺北監獄受刑人林偉孝於 103 年 12 月 1 日遭鐵鍊綑綁於走道數小時後暴斃，家屬在遺物中發現其求救信函，疑受室友性騷擾與暴力對待等情案」。

134. 矯正署的「國內獨居監禁收容人數及原因調查表」顯示：國內獨居監禁之實施，除法定獨居監禁原因外，尚包含「違規」、「對他人顯有不良影響」、「嚴重影響團體生活紀律」、「其他原因」等。台南看守所更有「2 名收容人有性別認同問題，不宜與他人雜居」此種有違性別平等之獨居情況。此外，獨居監禁亦存在實施時間過長現象，甚至超過一年，例如綠島監獄有長達 153 個月之獨居監禁。對精神狀況的惡化影響現為許多國際公約禁止獨居監禁之原因，國家報告卻未列出，顯示矯正署對國際標準的無知或漠視。

135. 雖然《監獄行刑法》第 14 條第 2 項、第 15 條、第 16 條、《羈押法》第 14 條對獨居監禁之原因及執行已有明文規定，但實務上，獄方經常將獨居監禁作為懲罰違規行為、維持監所秩序的手段，或被監所用以消極管理心智障礙者等特殊族群的方法。

136. 矯正署應確實監督，使各監獄實施獨居監禁時，應符合法律規定。並應絕對禁止對精神障礙受刑人施以單獨監禁。根據 CRPD 第 14 條第 2 項，各矯正機關於收容人之新

收調查時，應進行健康檢查，身心障礙者應洽請醫療院所評估其身心情況，再給予合適之收容方式。矯正機關亦應定期檢查收容人之精神健康狀況。

第十六條 免於剝削、暴力及虐待

身心障礙者遭受家庭暴力與性侵害的狀況（回應國家報告第 112、116 段）

137. 國家報告以通報案件數主張近四年親密關係暴力的被害人中，障礙者並非多數（約 3%），很可能忽略了障礙者在遭受暴力時經常是無力求援，或即使向外求助，也容易因為表達方式或能力，而不易獲致採信，實際情況難以確知。

138. 依據周月清等人的研究，2008 至 2014 年障礙者遭到性侵的人數從 581 人增至 1,100 人。[10]而 2015 年家暴及性侵害通報案件的官方統計顯示，兩類案件的被害人，女性人數與比率皆遠高於男性；而女性障礙者的受暴率又比一般女性高（遭家暴率是兩倍多；遭性侵率則逾四倍），詳見表 16-1、16-2。

139. 建議政府加強第一線服務人員（教師、司法人員、社工、醫護等）的敏感度，並應提供障礙者性教育與性別平等教育，使其有能力覺察危險情境、瞭解各種保護及求助資源。另外，政府所提供的求助管道、緊急庇護、保護安置、身心照顧輔導與法律扶助等相關服務措施，也應檢視評估是否有考量到障礙者的差異需求，並結合多元媒材和管道擴大宣傳。

表 16-1「家庭暴力事件通報被害人概況身心障礙分」2015 年[11]

被害人	總計	男性		女性		不詳		全國人口數	總計	男性	女性	遭家暴率	
	人數 (A)	人數 (B)	比例 (B/A)	人數 (C)	比例 (C/A)	人數 (D)	比例 (D/A)		人數 (E)	人數 (F)	總計 (G)	男性 (B/F)	女性 (C/G)
總計	63,730	17,300	27.1%	45,877	72.0%	553	0.9%	總計	23,492,074	11,712,047	11,780,027	0.148%	0.389%
非身心障礙	57,336	14,962	26.1%	41,896	73.1%	478	0.8%	非身心障礙	22,336,424	11,056,603	11,279,821	0.067%	0.371%
身心障礙者	6,394	2,338	36.6%	3,981	62.3%	75	1.2%	身心障礙者	1,155,650	655,444	500,206	0.202%	0.796%

表 16-2「性侵害事件通報被害人概況身心障礙分」2015 年[12]

被害人	總計	男性		女性		不詳		全國人口數	總計	男性	女性	遭性侵率	
	人數 (A)	人數 (B)	比例 (B/A)	人數 (C)	比例 (C/A)	人數 (D)	比例 (D/A)		人數 (E)	人數 (F)	總計 (G)	男性 (B/F)	女性 (C/G)
總計	6,215	939	15.1%	5,228	84.1%	48	0.8%	總計	23,492,074	11,712,047	11,780,027	0.008%	0.044%
非身心障礙	5,144	760	14.8%	4,347	84.5%	37	0.7%	非身心障礙	22,336,424	11,056,603	11,279,821	0.007%	0.039%
身心障礙者	1,071	179	16.7%	881	82.3%	11	1.0%	身心障礙者	1,155,650	655,444	500,206	0.027%	0.176%

[10] 周月清、張家寧、呂思嫻（2016）〈身心「障礙」與「性別」統計跨國比較：CEDAW 暨 CRPD 檢視觀點〉，黃淑玲主編《性別主流化：台灣經驗與國際比較》。

[11] 表格為編輯自製，資料出處為行政院性別平等會重要性別統計資料庫，2017 年 5 月 30 日查閱。

[12] 表格為編輯自製，資料出處為行政院性別平等會重要性別統計資料庫，2017 年 5 月 30 日查閱。

第十七條 保護人身完整性

身心障礙者更易遭受人工流產與絕育手術的強力建議

140. 回應國家報告第 124 段，政府應強化對於障礙者人身完整性的保障，不得在違反身心障礙者意願之情況下強制其進行人工流產或絕育手術：

141. 根據《優生保健法》規定，當一個人或其配偶患有「有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病」時，可以自願施行人工流產（第 9 條）與結紮手術（第 10 條）；至於醫生則有義務「勸」其接受治療，若該疾病無法治癒、但是認為有必要時，醫生「應」勸其施行人工流產或結紮手術（第 11 條）。

142. 在不同類型的障礙者中，精神障礙者尤其遭受歧視待遇：《優生保健法》所謂「有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病」之範圍，由中央主管機關衛生福利部定之。這表示，即使特定精神疾病是否具有遺傳性或傳染性尚未獲得醫學上的證明，精神障礙者已經被視為是不適合生育的群體。對於受輔助或監護宣告者，其家庭照顧者法定代理人、輔助人與配偶實際上可以強行「建議」其接受絕育與流產手術，精神障礙者的自主意願難以獲得保障；監護宣告制度的缺失，參照第 12 條第 99 段。

143. 人工流產與絕育手術對於個人之生心理健康具有極大影響，亦違反可能為身心障礙者之胎兒的生命權，參照第 10 條第 93 至 94 段。生育自主與家庭權密切相關，參照第 23 條第 164 段。

第十九條 自立生活與融合社區

支持服務可近性低，重擔仍落在個人與家庭身上（回應國家報告 130 至 132 段）

144. 《身權法》雖明定障礙者享有各項支持服務以促進自立生活，然而缺乏障礙者共同參與討論之機制，造成服務項目不符實際生活需求，或者申請資格門檻過高，使障礙者難以近用資源，服務使用率低。

145. 以 2009 年為例，幾乎八成的身心障礙者並不知道政府有提供個人照顧服務與家庭支持服務，極少數知道且有使用者之比例，以「居家照顧服務」之 4.43%居首，以「日間及住宿式照顧」之 2.01%為次；至於「自立生活支持服務」僅有 0.7%。[13]又，根據 2015 年勞動部統計，台灣有 208,600 位家庭看護工，代表至少同樣數量的障礙者無法獲得國家支持。另外，我們去信衛福部得知，2016 年全國使用個人助理服務之身心障礙者僅 370 人，僅佔身心障礙人口的 0.03%。障礙者所需支持仍落在個人或家庭身上，政府介入提供服務比例甚低。

146. 目前障礙者居住「家宅」者占 92.84%，居住「教養、養護機構」者占 6.82%。調查指出，身心障礙者居住收容機構之主要原因，以「家人或親屬無法照顧」 者占 69.56%，「由政府安置」占 7.96%，皆非由障礙者自主選擇。近年平均每三個月都有照護者因家

[13] 2009 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告，頁 160，表 5-62。

庭負擔照護壓力過重而自殺或殺害、餓死被照顧者的事件，違反公約第 28 條第 2 項第 3 段。

147. 申請資格限制：欲向政府申請支持服務，資格限制包括設籍居處、家庭資產與總收入狀況；如果障礙者自費使用外籍看護，也被禁止申請居家服務。其中，由於需求評估工具設計不良，居家服務及個人助理服務等人力支持服務往往排除精神障礙者、視覺障礙者與智能障礙者的使用機會。

148. 服務內容限制：許多輔具須以高價購得，政府提供之人力服務也有許多限制，難以真正支持身心障礙者在社區的自立生活。例如：政府核定之個人助理補助時數過少、手語翻譯服務僅供特定項目申請，難以滿足生活各面向的需求；居家服務並未包括協助障礙者洗澡、換藥、作菜等生活需求。在夜間與國定假日時段，服務單位往往為了方便休假、怕麻煩而不願排定輪班服務人力，政府亦未善盡監督責任置之不理，加上這些時段使用服務需雙倍收費之規定，障礙者往往只能選擇中斷服務。

149. 建議：

(1) 從自立生活支持服務開辦以來，其執行成果（服務人次、經費等）之資料仍散見於各地方社會局／處；根據學者周月清及平安社會福利慈善事業基金會調查，2016 年，使用個人助理服務的障礙者僅佔全國的 0.025%。[14]請衛生福利部盡快統整並釋出官方數據，說明使用自立生活支持服務之身心障礙者比例。

(2) 政府訂立身心障礙者支持服務時，無論從政策擬定、評估申請者需求之指標與工具乃至於提供之服務項目內容，皆應確保過程公開透明，與過半不同類別的障礙當事者參與討論，並建立有效監督機制，確保服務品質。

(3) 服務應放寬申請資格：首先，應取消設籍限制，不因居住地不同，排除障礙者申請服務之權利。其次，障礙者在社會多為經濟弱勢，其各項服務補助之審核，應將成年障礙者之資產、收入與其家人分開計算；參見第 28 條第 229 段。各項服務費用應訂定合理自付金額及上限，避免障礙程度愈重、自費比例越高，產生基於其障礙的不利益對待。第三，應修正申請個人助理的資格與補助標準，納入有需求之精神障礙者等。

(4) 政府不應以壓榨移工的方式來推卸照顧責任：台灣政府大量引進高工時、低薪資的外籍看護來解決照顧需求問題，將責任轉嫁給個人及家庭，服務申請者也得自行負擔外籍看護的費用與風險。近年來外籍看護遭到軟禁、毆打、語言暴力、性侵等案件層出不窮，今年更爆出印尼籍看護遭軟禁 14 年的事件，血汗移工問題日益嚴重。[15]因此，政府應取消使用外籍看護之障礙者不得申請居家服務的資格限制，並應並針對移工政策建立完整的服務派遣及監督機制，防止他們遭受仲介剝削與人權侵害。

(5) 照護與支持服務財源不穩定：台灣政府不願全面調整重分配政策，分別以菸稅與公益彩卷的回饋金來作為長照與個人助理服務的財源，造成收入來源不穩定，服務使用者也因

[14] 2016 年平安社會福利慈善事業基金會調查；周月清，2017 年 6 月 7 日投書，〈周月清：障礙者在社區活得有尊嚴好難〉。

[15] 2017 年 2 月新聞〈看護夢碎！移工沒日沒夜工作，遭軟禁 14 年〉。

資源不足而無法申請到適切服務。政府應建立公平稅制，均衡貧富差距，增加政府財源；個人助理服務等各項支持社區生活所需服務，應納入政府公務預算編列。

一般居住環境充滿障礙與隔離，政府社會住宅更應促進融合社區（回應國家報告 133 至 135 段）

150. 一般住家環境：目前住在家中的身心障礙者，多數住在「無電梯透天樓房」（51.88%），其次是「無電梯集合式住宅」（17.67%）。[16]行動不便者外出困難，困在家中幾十年，難以出門就學、就業。然而，欲申請補助改善居家無障礙環境，卻時常因為社區民眾與房東認知不足而遭到反對，參照第 9 條無障礙第 70 段。

151. 政府公營住宅：目前政府提供之公營住宅比例不足、租金過高且位置偏遠，住宅本身與周遭交通環境都充滿障礙，不利障礙者申請與居住。

152. 建議政府：

(1) 為落實《住宅法》第 53 條、第 54 條居住平權，應檢討修正相關之條例或補助辦法，保障身心障礙者在社區居住之權利。

(2) 住屋協助：社會住宅租金不應超過障礙者個人月收入的三分之一，一般租屋自付額不應超過障礙者家庭總月收入的三分之一；其差額應由政府補助之。住屋協助應包含，政府應成為房東和障礙者之間的協調者、支持者。

(3) 社會住宅：政府辦理都市更新，應優先推動社會住宅興建，提升至總住宅比例 5%以上。社會住宅應位於在大眾交通可及之處，並採取通用設計，以及透過混居制促進社會融合，避免汙名化、標籤化與族群對立。

(4) 社區規劃：社區整體規劃應包含完善無障礙設施、交通、提高各項社區服務之可近性，以及提供心理社會障礙者融入社區所需之設施、服務與管理方式。

(5) 政府應規劃具體期程與策略，推動去機構化，朝向社區服務轉型：我國機構式服務逐年持續成長，障礙者在機構中遭受強制性管束，甚至是被迫綁在床上或輪椅上，失去自由及尊嚴，近年更爆發多起虐待事件。以台北市市立陽明教養院為例，根據周月清等學者的研究，2016 年為所收容之 357 位智能障礙者投入高達 2.99 億元的預算，粗估人均使用經費為一年 84 萬元，但政府並未投入相對的資源於社區型服務，違反公約強調之自立生活精神。

其他人力支持服務

153. 身心障礙學生於校園支持人力（特教學生助理員）不足，參見第 24 條第 181 段。

154. 身心障礙者就醫期間難以獲得人力支持服務，參見第 25 條第 190 至 192 段。

第二十條 個人行動能力

[16] 2011 年衛福部身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告。

合宜輔具價格高昂難負擔（回應國家報告第 50、137、181 段）

155. 輔具補助規定過嚴：目前內政部頒布的《身心障礙者輔具費用補助基準表》，申請各項輔具補助的資格門檻包括障礙的類別與等級；因此，若申請者障礙程度未達門檻規定，便無法進入專業評估程序、進而獲得補助。例如，電動輪椅和高活動型輪椅只開放給重度以上肢體障礙者申請，但是對於一位具有上肢輕度障礙的中度肢體障礙者而言，他無法自行推動手動輪椅，卻因為法規限制無法申請電動輪椅的補助。

156. 補助金額低、輔具價格仍然高昂：即使獲得補助，其金額也是根據定額比例計算，許多市場上高品質而高單價的輔具，障礙者仍然無法藉助補助金購買合宜的輔具使用。以聽障者為例，好的助聽器可以消除生活中 70%的障礙，但是一隻耳朵的助聽器就要四萬元，等同一般家庭三到四個月的收入；電子耳更是要價上百萬元，沒有高經濟能力家庭實難負擔。

157. 建議：

(1) 政府應放寬《身心障礙者輔具費用補助基準表》裡各類輔具補助項目的申請資格與經費上限，加強評估個別身心障礙者的身體狀況、生活型態與環境與主觀需求，並加入健康預防等概念整體考量規劃，提供適宜的輔具補助。

(2) 政府應提出跨部門、整合性的輔具支持計畫，不應基於行政之便切割為勞政、社政、教育三個領域的權責機構，而應回到以障礙者個人的主體，整合經費與資源、加強協調各窗口專業人力與資源，支持障礙者作為一個人的多面向生活需求。

(3) 除了由政府設立的輔具中心，政府也應該提出計畫鼓勵民間企業與組織發展輔具租借服務，增加輔具的供給量與服務的可近性，回應更多障礙者的需求。

針對兒童的輔具支持不足

158. 由於身心障礙兒童對於輔具需求的多樣性，加上使用時程短、汰換率高，輔具成為身心障礙兒童成長階段中負擔最重的支出。目前政府限定只補助「兩年四項」的輔具數量，補助之輔具品項多數又是針對成人設計，導致台灣廠商對於兒童輔具的投入研發興趣缺缺，身心障礙兒童在輔具的選擇上相對減少，無法滿足成長階段的需求。部分輔具售價過高、補助太少，經濟弱勢家庭在無力負擔的情況下，只好選擇使用廉價但不合孩子需求的輔具。

159. 由校園提供給障礙學生的輔具問題，參照第 9 條第 63 段。

160. 建議：

(1) 政府除了提供低、中低收入戶生活扶助外，也應考量身心障礙兒童在成長期間對於輔具的特別需求，放寬補助數量、金額以及使用年限的規定，減輕家庭經濟負擔，並且獎助研發兒童輔具的廠商，提升適合身心障礙兒童使用之輔具的可及性。

(2) 邀請身心障礙兒童家庭及專業人士（例如物理、職能與語言治療師、骨科及復健醫生），共同研擬針對兒童輔具的適當補助標準。

第二十二條 尊重隱私

政府部門媒體資訊交換未事先徵詢身障者（回應國家報告第 161 段）

161. 身心障礙者申請到身心障礙證明後，除非另外提出「媒體資訊不交換」之申請，否則社政機關會逕將其身份資訊與其他機關進行交換，以便相關福利業務辦理。然而，由於社會上的汙名與歧視仍然嚴重，許多障礙者無意讓其雇主得知其障礙身份。因此，社政機關在核發身障證明時，應充分向身障者說明媒體交換之影響，確保其充分與自主之決定權；政府各部會皆應事先取得障礙者之明示同意書，始得進行媒體交換。

精神障礙者的隱私權（回應國家報告第 165 段）

162. 《精神衛生法》第 24 條雖規定未經病人或其保護人同意者，不得對其病人錄音、錄影或攝影，也不得報導其姓名或住（居）所。但當重大社會事件發生時，醫療院所卻經常向媒體透露病患就診紀錄，媒體記者或訪問相關政府官員也常恣意推論或斷定兇嫌犯罪行為應與其精神疾病有關。[17]政府應該帶頭加強官員與醫療從業人員對於隱私權之尊重，對於違反者應當予以勸戒與行政懲處，而非一味被動等待當事人申訴。

悠遊卡未保障個人隱私

163. 身心障礙者使用悠遊卡乘車過卡感應時，他人仍能從其音效、讀卡畫面辨別其個人身分資訊（如畫面上顯示愛心圖案）；許多非外表可辨別之隱性障礙者（persons with invisible disabilities，如精神障礙者與重度器官障礙）經常被要求出示身心障礙證明。衛福部應研擬替代方案，確保障礙者使用悠遊卡時的隱私權。

第二十三條 尊重家居及家庭

身心障礙者未獲得適當的生育與家庭計畫教育（回應國家報告第 170、192 段）

164. 政府僅說明為婦女生育健康提供了哪些服務（主要著重在產前篩檢與生育調節的補助），然而，政府卻未能積極提供《CRPD》第 23 條第 1 款所謂的適齡資訊與生育及家庭計畫教育，如何確保身心障礙者能夠「自由且負責任地決定子女人數及生育間隔」？請問政府提供障礙者及其家人哪些教育、資訊或支持措施，以確保障礙者保留生育力、平等享有家庭生活？參照第 17 條第 142 至 143 段與第 10 條第 93 至 94 段。

---

[17] 例如在 2016 年的王景玉案中，台北市立聯合醫院曾向媒體接露王景玉的吸毒紀錄；見蘋果日報，〈松德院區：當年評估王嫌未達精神病程度〉，2016 年 3 月 28 日。而衛福部心理及口腔健康司長諶立中也在評估尚未完成前，片面發言表示「犯人的罪行，可能跟吸食藥物導致的幻聽幻覺有關」；見台灣酷兒權益推動聯盟之聲明稿〈社會的撕裂與恐慌，政府不該本末倒置〉，2016 年 3 月 10 日。

政府缺乏對於身心障礙者養育子女之協助

165. 障礙者養育子女過程中，得不到適當支持。現行政策與服務並未考量到如何支持障礙者從事親職，包括提供相關支持性服務（譬如個人助理的支持）、照護幼小子女（餵奶、換洗尿布、幼小子女沐浴）等相關輔具。

166. 由於社會偏見或定型觀念，使得障礙者養育子女的能力經常受到質疑，造成其子女更容易遭到社福體系的歧視而強行帶離。建議政府統計調查比起一般家庭，障礙者的子女受到社福體系家外安置的數目、比例及性別差異。

第二十四條 教育

167. 雖然我國特殊教育體制標榜已從機構本位回歸主流、並向融合教育進展，然而缺乏充分支持，存在於「融合」環境中的社會隔離與間接歧視，仍經常排除身心障礙學生。

168. 政府必須體認推動融合教育的實施，仰賴跨部門的執行努力。各部會應依公約第 4 號《一般性意見》的指引，改造現有教育環境、增加無障礙環境設施，並建立有效的監督機制與落實時限，保障身心障礙學生接受融合教育的權利。

169. 關於障礙者在教育中的性別不平等問題，參照本報告第 6 條第 31 至 33 段。

主流／特殊兩個教育系統造成排斥與隔離（回應國家報告第 11(2)、175、176、178、202 段）

170. 國民教育（高中職以下）階段：根據身心障礙學生的障礙程度，主要以下列三種方式安置於普通教育學校：普通班級（並依其能力與需求，於特定時間抽離到資源班上課）、集中式特教班以及分散式巡迴輔導班（包括每週 1 至 2 次由巡迴輔導特教老師到障礙生家中的在家教育服務）。有些重度以上身心障礙者則被安置在特殊教育學校中。曾有特殊教育學校校長在國會公聽會上，以沒有配置相關專業人員為由，拒絕需使用呼吸器卻無家屬或照顧者可陪同上學的重度障礙學生入學。

171. 高等教育（大專校院）階段：除了一般升學管道，政府每年另以外加名額方式辦理「身心障礙學生升學大專校院甄試 」。然而，是否開放招生、招收名額與對象（障別）皆由各院所自行決定，並未全面開放，開放者也多有條件限制。例如在招生簡章上明白寫出：「畢業後欲從事教學工作者，應依本校相關規定申請修習教育專業課程，並請考量任教因素：能在教室內自由移動、獨立操作教具或評量工具能力及具備有效聽、說雙向溝通能力」、「本系課程以口語教學為主，重視溝通理解及表達能力，請慎重考慮」，或者強調「本系表演、導演及動作相關課程常需涉及肢體動作，行動不便之學生宜慎重考慮」、「本系位於半山坡處，住宿交通問題請列入考慮」，實構成公約第 4 號《一般性意見》第 18 段所謂「間接排斥」。

172. 根據公約第 4 號《一般性意見》第 40、41、37 與 38 段，建議政府：

(1) 國家不應維持主流教育系統和特殊／隔離教育兩個教育系統：應確實結合公約總體目標，重新檢視並且訂定期程，持續、逐步、充分實現包含障礙生在內之所有學生在教育體系下的各種權利。

(2) 廢除招生入學的直接或間接排斥：國家應立即採取措施，修改《大學法》第 25 條第 1 項，將障礙生納入特種生身分類別；或禁止「身心障礙學生升學大專校院甄試」與各系所招生簡章中的直接或間接排斥條款，落實第 41 段的 3 項核心權利。

(3) 身心障礙教師與學生的平權措施：為了落實身心障礙教師的就業平權，政府應提供現行各教育階段中身心障礙教師的統計數據，為其聘用與進修提供投資及支援，以消除教育界的障礙、發揮榜樣作用。政府應在高等教育階段採取有利於身心障礙學生的平權行動措施。

身心障礙學生參與個別化教育計畫會議的法源基礎（回應國家報告第 180 段）

173. 國家應儘立即修改「特殊教育法」第 28 條暨相關子法，賦予身心障礙學生參與 IEP 會議與討論之法律地位，並確實執行。

174. 雖然高級中等教育以下各階段的每一位接受特殊教育的學生都有屬於自己的個別化教育計畫（IEP），但是，根據《特殊教育法》第 28 條、《特殊教育法施行細則》第 9 條，在擬定、討論、完成 IEP 的過程中，雖有家長、特教老師、普教老師、專業團隊人員、教育行政人員的參與，反而身為教育主體的身心障礙學生本人，卻被規範僅在必要時得被邀請參與。事實上，在高中以下各教育階段教學現場，參與 IEP 會議討論的身心障礙生極為少數；完全違背公約第四號一般性意見書第 7、29、45 段保障兒童有權參與制定個別化教育計畫。

175. 公約第 1 號《一般性意見》第 8、9 段更明確指出，在全世界的法律制度中障礙者仍然是法律能力最常被剝奪的群體，或被置於替代決策制度之下。第 12 段重申，法律能力是擁有權力和義務（法律地位），以及行使這些權力和義務（法律權力行使）的能力，這一能力是有意義地參與社會生活的關鍵。我們的孩子不應從小在教育階段，就被剝奪學習行使這些法律能力的機會。

融合教育體制中普教老師／分科教師的特教專業知能不足（回應國家報告第 176、178、182 及 184 段）

176. 政府應盡速、確實地重新規劃普教老師在職教育課程內容、建立培訓師資資料庫：從教育預算編列、師資培育、教師資格認證到學校運作，我國教育制度並未提供普通教育／分科教師足夠的特殊教育知識與實務培力，導致許多教師在推動融合教育的態度上十分消極。在師資培育階段，普通教育教師只須修習 3 學分的特殊教育導論課程；任教之後，各教育單位雖提供自行訂定的在職進修增能研習（包括有關特殊教育之行政、教學與學術研究等主題之研討會），但是普教老師也只須達成每學年 3 小時的學習時數認證標準即可。缺乏全面、系統性規劃的在職教育課程，使得普教／科任教師難以認識各

不同類別障礙學生在學習能力、需求、型態與認知上的獨特與差異性，因而影響其班級經營、教室規劃、課程設計及調整以及教學評量上落實融合教育的能力。

177. 適應體育未能推動落實：無論在課程教材設計、教學方法策略與教學設施調整上，適應體育教師的專業與教學能量都嚴重不足；健康與體育課程教師常以安全保護為名，在教學現場要求身心障礙學生至特定教室、辦公室、圖書館從事無關的替代活動。特殊教育學校也要求家長必須陪同上課，否則身心障礙學生不能接受水中適應課程。即使國家報告列舉教育部每年舉辦之適應體育教師增能研習會、教學觀摩會與教學工作坊場次與參與人數，仍然無法提供足夠的適應體育師資、提升教學質量與能量，來因應全國高中以下高達 4000 多個班級、近 9 萬名不同身心障礙學生的多元學習需求。

178. 專業科目教學環境充滿障礙：許多學校專科教室的出入動線、課桌椅與設施操作平台（如顯微鏡、烹飪器材、美術器具等）不利身心障礙學生近用，影響其平等參與實作的機會。另外，在招收重度以上多重障礙生的特殊教育學校中，溫水游泳池多按照一般規定將水溫設定為 28℃，但是對於運動量較輕的重度障礙學生而言溫度過低，造成家長不願讓障礙學生參與水中適應課程的疑慮。若參考台師大適應體育系林曼蕙教授的經驗，她在 2005 年曾開設長達一年的「重度障礙者水中適應體育班」課程，並將游泳訓練池的水溫設定在 30 至 32℃，可見物理環境調整對於融合教育的重要性。

普教老師／分科教師與特教老師的教學合作不足

179. 融合教育體制中的隱性隔離：雖然高中以下各級學校均設置課程發展委員會與學科教學研究會／領域會議，以便七大領域課程教師（語文、健康與體育、社會、藝術與人文、數學、自然與生活科技及綜合活動）進行專業對話、落實學校本位課程發展，但是在運作上，這些組織雖有學校行政代表、各年級與各領域教師代表、家長與社區代表，卻獨缺特殊教育老師與特教學生家長代表的參與。特殊教育專業難以進入上述對話平台，加深障礙學生在融合教育制度下的結構性不利處境。

180. 因此，國家應按照公約第 4 號《一般性意見》71 段，立即啟動對各階段教育所有教師（包括普教老師、特教老師與助理人員）的培訓課程，使他們具備融合教育環境下工作所需的核心能力與價值觀，建立共同的教學計畫、確定教學責任分工並進行合作教學，一起推動融合教育體系的轉變。

特教學生助理人員難提供穩定適當的支持服務（回應國家報告第 183 段）

181. 我國高中以下學校雖已提供教師助理員與特教學生助理人員協助身心障礙學生在校學習生活，然而仍有下列問題：

(1) 助理人員服務按照學生的障礙程度而非需求而定：教師助理員服務對象為中度以上障礙學生，特教學生助理人員服務對象為重度以上多重障礙學生；服務竟是根據學生的障礙程度輕重、而非其個別化教育計畫（Individualized Education Program，以下簡稱 IEP）中的實際需求來提供。

(2) 助理人員服務與實際需求落差過大：各校所需助理人員之類別與服務時數，目前是由各地方政府教育主管機關自行決定，未有統一計算標準，助理人員能夠提供的服務往往與實際需求落差甚大，連障礙生的生活需求都難以支持，遑論學習。有障礙生家長甚至被要求專程到校協助學生如廁。

(3) 助理人員待遇低，服務品質難穩定：除了依據《高級中等以下學校特殊教育班班級及專責單位設置與人員進用辦法》配置的專職教師助理員在人數與服務素質上相對穩定以外，其他教師助理員以及所有特教學生助理人員皆由各學校自行遴聘，這些部分工時人員時薪極低。[18]工時破碎、寒暑假沒有工作又缺乏年終獎金與其它福利等保障，自然影響助理員人數與服務品質的穩定。

(4) 助理人員的專業能力有疑慮：雖然所有助理人員被要求接受 36 小時的職前訓練與每年 9 小時的在職訓練，但是在整體助理人員來源不穩定的情況下，這些課程內容是否確實能培養其協助類型、程度與特殊學習需求各異之身心障礙學生的專業能力？障礙學生、家長與教師對此多有疑慮。

182. 建議政府為助理人員建立服務項目不同的專業分工制度，並建立人才資料庫，重新評估助理人員配置人數。

學習場域與活動的無障礙與可及性（回應國家報告第 46、58、180 段）

183. 校園無障礙環境待加強，行動不便學生難以使用：參照第 9 條無障礙第 62 至 66 段。

184. 城鄉差距問題與無障礙交通環境：在國民教育階段，政府雖發放交通補助費，卻未能實質解決特殊需求學生上下學的困難。在高等教育階段，由於各大學校院的地理位置與無障礙交通環境差異大，影響身心障礙學生自由選擇想就讀科系校院的權利。

185. 校外活動參與充滿障礙與隔離：由於學校行政人員特教專業知能不足，在規劃校外教學、隔宿露營、畢業旅行等活動時也未邀請身心障礙學生、家長、特教老師與導師共同討論，導致活動行程與場地往往充滿障礙與隔離。交通工具上，若校方未租用具有升降設備的大型遊覽車，障礙生便需申請復康巴士或者由家長自行開車，無法和全班全程共同出遊。也有學校因經費不足，拒絕安排特教學生助理人員隨行，再以安全為由，要求家長陪同參加，阻礙身心障礙學生參與意願，甚至被迫放棄參與校外活動。

床邊教學、在家教育的障礙生受教權未受保障

186. 即使身體病弱之身心障礙孩童必須在醫院或特殊安全環境中治療養病，短期之內無法與同齡學生一同在校園接受教育，只能就讀巡迴輔導班，但仍應平等尊重其學習能力與動機。目前極大多數在家教育的障礙孩童只能接受巡迴老師每周 1 至 2 次、2 至 4 節課的教學，難以滿足其學習需求；等到障礙孩童身體康復、可以回歸學校教育體制時，卻因在家教育期間學習資源不足，產生能力落差、課程銜接以及心理適應上的難題。

[18] 目前基本工資為時薪 133 元；居家服務員時薪為 180 元，個人助理時薪為 140 元，另加 100 元交通補助。

187. 應全面推動落實遠距視訊教學：雖然《特殊教育課程教材教法實施辦法》明文將「遠距教學」入法[19]，但我國仍未全面建置遠距視訊教學系統。台北市立北投國中曾於民國 99 學年度辦理特殊教育專業知能研習計畫，講題包括「身體病弱學生實施遠端視訊教學實務說明」，但都是華麗的宣傳樣本，並未落實。以我國硬體設備條件而言，為身心障礙學生在家教育建置遠距視訊教學系統，實是政府不願為，而非不能！

身心障礙者的職業訓練、成人教育及終身學習（回應國家報告第 188 段）

188. 提供給身心障礙者之成人教育與終身學習缺乏全面規劃：現行法令僅規範各地方政府在辦理成人教育時，至少提供 5%的保障名額予身心障礙者，而未強調應針對其學習需求，就課程、師資、活動場地與交通的可及、可得與無障礙作全面性的規劃與預算編列。

推動手語母語文化，列入國家官方語言

189. 手語不僅是一種傳播語言，更是聾人作為一個獨特族群的重要文化資產與尊嚴基礎。然而目前正式教育體制並未提供學生學習手語的機會，建議應將手語列入國家官方語言，而「鄉土教育課程」應在台語、客家語與原住民語之外增列手語選項，提供聾人學生與聽人學生修習。

第二十五條 健康

就醫環境不友善，障礙者難以近用醫療資源（回應國家報告第 190、211、212 段）

190. 前往醫療院所：國家並未對於一般診所嚴加環境無障礙，導致多數診所的入口有階梯，候診及就診空間狹窄，診療檯也無法彈性調整。當一般診所無法提供合適的診治，障礙者往往必須舟車勞頓至大醫院就診。然而，《身權法》第 24 條雖然要求設立各縣市衛生主管機關應依據身心障礙者人口數及就醫需求，指定醫院設立身心障礙者特別門診，但是目前只有牙科達成各縣市都至少有一處特別門診的目標。[20]

191. 會診過程：即使《身心障礙者特別門診管理辦法》要求醫院訂定便利之會診流程，但是醫療人員不夠認識障礙的獨特性與多重性，且身心障礙者的病情複雜，通常需要同時看好幾科門診，其體力無法負荷漫長的等待。對於重度障礙者，應提供更友善的會診流程，例如：需要 24 小時使用維生設備的障礙者在回診時，應提供便利程序。另外，多數診所只有一個候診室，在人多擁擠的環境中，對於情緒障礙者或者病弱害怕感染的障礙者（尤其是孩童）而言，易有焦慮失控與二度感染的危險。這些障礙者往往因無法順利就醫，導致病情加劇。

192. 住院治療：多數的障礙者在住院時需要特殊的空間安排、輔具設備與人力協助，目前卻十分有限。例如，輪椅使用者需要較大的住房空間，但是目前健保並無提供無障礙

[19] 該實施辦法已在 2000 年修正為《特殊教育課程教材教法及評量方式實施辦法》，第 7 條亦提及應以「科技及資訊輔具輔助教學」。

[20] 參見衛生福利部於 2011 年公告之「各縣市衛生局指定開設身心障礙者牙科特別門診醫院一覽表」。

病房，障礙者需自費居住雙人或單人房，造成經濟上的負擔。嚴重的脊椎側彎需要氣墊床來減輕臥床的壓力，否則長期臥床極易造成如褥瘡等病況。肌肉無力的障礙者普遍難以操作醫院的呼叫鈴，無法及時尋求醫護人員的協助。病房只提供座椅式洗澡椅與便椅，無法採行坐姿的障礙者根本無法使用。沐浴、如廁時的更衣需求也是一大困難。然而，根據現行規定，身心障礙者無法申請社區人力支持服務（如居家服務及個人助理服務）進入醫院協助其住院生活，嚴重影響障礙者維護健康及生活品質的權益。

193. 我們要求：

(1) 醫院應確保候診室、就診室與儀器設備符合身心障礙者的需求，包括提供能讓輪椅出入的無障礙更衣室，以及獨立、安靜的候診室，讓需要情緒穩定的身心障礙者使用。

(2) 各醫院必須提供符合比例的健保無障礙病房。在廁所設置適合不同障礙者使用的照護床、氣墊床與洗澡床。病房內的呼叫鈴，必須考慮手部無力的病人使用。醫院更須備有溝通設備，讓語言障礙者人可以順利跟醫護人員表達需求。

194. 根據《身權法》第 23 條規定，醫院必須提供出院準備計畫，內容包括居家照護建議、復健治療建議、社區醫療資源轉介服務、居家環境改善建議、輔具評估及使用建議、轉銜服務、生活重建服務建議、心理諮商服務建議、其他出院準備相關事宜等等。建議修法加入「出院返家復原追蹤」一項，敦促醫院持續掌握個案病患復原狀況，及時給予諮詢及建議。

195. 使用呼吸器的身心障礙者，雖然受到健保署「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫的補助，但是對於居家照護機構（居家護理所）的規定卻有明顯落差。健保署應在該試辦計畫中，明列政府應提供之耗材清單，並落實定期訪視的稽察工作，避免各居護所提供服務品質不一，影響障礙者權益。

196. 偏鄉監所醫療資源的不足：例如綠島、泰源、岩灣三個監獄，因其地理偏僻、天候及海象影響交通不便，當地也無鄰近、具備足夠人力與資源的醫療院所，身心障礙收容人難以及時獲得一般照護與緊急救援，從而面臨更高的生命與健康風險。這亦違背《身權法》第 75 條不得將身心障礙者留置於容易發生危險或傷害之環境的規定。

身心障礙者的保險權益（回應國家報告第 78、210 段）

197. 多數障礙者被歧視與排除在商業保險之外：雖然行政院金融監督管理委員會（金管會）頒布的《保險業招攬及核保理賠辦法》第 7 條要求保險業者不得僅因保險人為身心障礙者而有不公平待遇。但實際上，保險公司往往提供不出基於醫療與科學證據的風險評估數據，卻只願意接受非因疾病所致之障礙者投保（例如拒絕頑性癲癇患者投保），或者將障礙認定為疾病而降低投保額度，又或者拒絕障礙者投保與其障別並無直接關聯的險種（如防癌險）。受到監護宣告者的智能與精神障礙者也無法購買個人及團體保險。雖然金管會已鼓勵保險公司辦理「微型壽險保單」，但是該保單為一年一保，等同於一般意外險，保障之額度不足，保費也尚未透明化，構成差別待遇。

198. 例如，有位曾經患有頑性癲癇、但經過手術治療已痊癒的女士，遭到保險公司要求出示醫師證明以保證未來不會再發作，否則必須加重保費。也有保險公司業務員表示，

因為要判定癲癇患者申請理賠的事故究竟是因為癲癇抑或其他事件引起太過麻煩，所以為了避免糾紛，公司不太願意將癲癇患者納保。

199. 政府應要求保險業不得無故拒絕受理身心障礙者之招攬及核保。如何計算與擬定不同類別與程度之障礙者的適當保費標準，應有醫學專業人員與障礙者的共同諮詢與參與。例如癲癇患者發作症狀多樣化，遭遇危險性各有不同，便應請金管會邀請目前四大保險業者、台灣癲癇醫學會與相關癲癇協會等專家與實務工作者、癲癇患者本人及其家屬，一同討論如何讓頑性與一般癲癇患者皆能公平納保。

障礙婦女的預防保健及懷孕生產需求遭到忽視

200. 障礙婦女難以獲得社區預防保健服務：衛福部國民健康署結合各縣市衛生局／衛生所、醫院，運用「乳房攝影車」、「子宮頸抹片車」等在社區巡迴提供子宮頸癌和乳癌篩檢；然而這些巡迴車都有階梯，造成身障婦女無法上車檢查，而且乳房攝影儀器設備也只適用站立者；如果身障婦女改到醫院檢查或衛生所檢查，又受限於復康巴士的資源不足，仍無法便利取得婦女預防保健服務。建議衛福部統計調查障礙女性接受健檢、乳癌及子宮頸及抹片檢查的人數和比率，並提供資源改善無障礙設施設備（包括醫療診察設備儀器、社區巡迴檢查車、醫院的社區接駁車等）。

201. 障礙婦女不被期待成為母親，也不易獲得懷孕、生產及產後照顧的衛教知識和適切服務：障礙婦女懷孕分娩過程比一般女性更為不便，然而診察檯、產檯等相關設備儀器的設計，皆不利障礙婦女使用；產前的衛教和產後的育嬰資訊等宣導，也沒有考量到視覺、智能與肢體障礙婦女的需求。

202. 障礙婦女的生殖／生育自主權利經常遭到忽視，我們建議衛福部進行調查統計，公布障礙婦女曾遭到強迫絕育或非自願性人工流產的數據。

203. 建議衛福部加強醫事人員的教育訓練，並結合多元宣導媒材，以提供障礙婦女適切的生產和產後衛教服務（包括育嬰資訊）。

兒童的健康權（回應國家報告第 30 段）

204. 雖然有政府核准設立之兒童醫院，然而就醫環境對於身心障礙兒童仍然不夠友善：

205. 目前《兒童醫院評核標準及評量項目》僅就環境無障礙做出規定，卻沒有明訂身心障礙兒童就醫時所需要的特殊設備設施，例如：在眼科門診，使用輪椅的兒童必須由家長抱著移位才能靠近檢查儀器。骨科醫師要求肌肉無力、脊椎側彎嚴重的孩子坐著接受 X 光檢查，忽略他們的困難。目前兒童醫院病床只有幼兒及小型兒童病床可以提高床欄、避免兒童跌倒，但是缺乏國中小體型之兒童使用的中型兒童病床。在看診與住院的過程，對於無法言語、身體無法自主但意識清楚的身心障礙兒童，也缺乏讓他們能和醫護人員順暢溝通及表達自身需求的輔具。

206. 建議《兒童醫院評核標準及評量項目》應將協助身心障礙兒童就醫時所需的設備設施列入評核標準，並將改善與否列為醫療院所每年評鑑的重點。

207. 有關兒童的早期療育，請參照第 7 條第 37 至 41 段。

身心障礙者的性權

208. 性權是普世人權，然而身心障礙者的性權卻時常被忽視；政府在國家報告中僅提及如何預防性病的努力，卻未採取積極作為承認、促進、尊重與維護障礙者的性權利。根據 2011 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告，有配偶或者同居者的身心障礙者僅佔 48.47%，可以合理推測擁有固定性伴侶與性生活者應當也不到半數。台灣的身心障礙服務團體長期疏於關注與討論障礙者的性權，一直到 2013 年，兩位男同志（其中一位為障礙者）發起了「手天使」社團，尋找志願者為重度障礙者提供自慰服務，才逐漸將「性權即是人權」的倡議聲音帶到障礙族群。

209. 建議：

(1) 政府應在學校的性與性別教育課程中增加有關身心障礙者的篇章，肯認其性權之重要性。另外，在現行的身心障礙福利服務中，政府應根據障礙者的年齡、性別等因素，增列與性相關的個別化協助與服務。

(2) 政府應遵循大法官釋字第 666 號，僅能在有必要時透過「合理明確之管制或處罰」來限制性交易行為；我們要求地方政府盡速根據《社會秩序維護法》第 91-1 條設立性交易專區，提供人們合法滿足性需求的場所。針對行動能力較弱、無經濟基礎的重度障礙者，政府可以參考英國等歐洲國家的立法例，撥列預算，將性服務納入障礙福利的一環。

第二十七條 工作和就業

210. 根據國家報告 229 段之數據，身心障礙者的勞動參與率只有一般國民的三分之一（19.7%），失業率更是一般國民的三倍（11%）。事實上，能夠進入職場的身心障礙者，其工作職類寥寥可數：「基層技術工及勞力工」以 31.3%居首，其次為「服務及銷售工作人員」（20.2%），第三為「事務支援人員」（12.1%），第四為「事務支持人員」（含總機、話務或行政），占 11.6%。其中，視障者主要工作職類為按摩（19.9%）。另外，不同類別、程度之障礙者的就業率也存在極大落差，例如：視覺障礙者（16.2%）、自閉症患者（13.8%）、慢性精神障礙者（14.9%）以及多重障礙者（7.0%）。極重度與重度的障礙者的就業率則分別是 7.5%與 8.9%。

211. 承前段，根據 2014 年勞動部調查，政府注意到在 136,274 名身心障礙受雇者中，有 32.5%從事部分工時、臨時性工作、派遣工作等非典型工作，平均每月經常性薪資僅有 16,046 元；這低於同年台灣的基本工資月薪 19,273 元。若進一步檢視障別差異，月薪制受雇之心智障礙者的收入明顯低於其他類別的障礙者，包括：「慢性精神病患者」（18,549 元）、「失智症」（17,291 元）、「智能障礙者」（15,886 元）與「自閉症智能障礙」（15,433 元）；對於時薪制的心智障礙者，雇主經常差別待遇地分派較少的工作時數，如自閉症者月收入僅有 7,646 元。[21]

[21] 2014 年勞動部《身心障礙者勞動狀況調查》提要分析，頁 10 表 6。

212. 政府應該研議有效提高身心障礙者就業率的政策，尤其是針對就業困難的重度障礙者與心智障礙者提供更多元的協助。針對身心障礙婦女，必須看見當前社會加諸於婦女的家庭照顧負擔而導致的雙重困境，並致力排除阻礙他們進入職場的困難；參照本報告第 6 條。

就業歧視定義過窄，申訴門檻高（回應國家報告 227 段）

213. 根據《就業服務法》第 5 條、第 6 條及其《施行細則》，雇主不得以「身心障礙」為由歧視求職人或僱用員工；然而該法並未說明就業歧視的內涵與態樣，而是將職權交由直轄市、縣（市）主管機關，並得邀請相關政府機關、單位、勞工團體、雇主團體代表及學者專家組成就業歧視評議委員會，予以認定。加上，由於未將「間接歧視」、「連帶歧視」、「拒絕提供合理調整」（參照第 2 條第 24 段）等歧視樣態加以規範入法，身心障礙者在現行法規下能夠主張權利受損並申訴成立的困難度極高。

214. 建議政府：

(1) 以國家報告 227 段提到的 2015 年全國身心障礙就業歧視案件為例，請仔細說明這 25 個案件中，歧視成立並予以裁罰、歧視不成立、撤銷案件以及不受理之原因。又，請政府提出改善計畫，說明如何能讓這些權益申訴管道更容易為公眾所週知與近用。

(2) 參考聯合國人權事務高級專員辦事處（OHCHR）針對第 5 條提出之報告（A/HRC/34/26）中對於各種歧視樣態的例示與說明，制定全面性或者針對就業之平等法，以擴充就業歧視的定義。

就業支持服務對於促進工作平權成效有限

215. 回應國家報告 238 段，關於定額進用制度：該制度無法提供身心障礙者穩定的工作機會，創造的工作機會與獲益族群有限。例如，許多公家機關（特別是學校）在釋出一年一簽的臨時人員職缺時，竟然規定只要因為其他員工變動而達到定額進用人數，該臨時人員便須離職。私人企業則是在校園尋找身心障礙的學生來工讀，以此規避雇用正式的身心障礙員工；學生未能接觸到內場的正式工作，畢業即須離職。因定額進用制度而獲得工作機會的主要是輕度障礙者，中重度障礙者並未因此受惠。另外，為符合定額進用規定，許多雇主選擇以基本工資雇用視障者提供按摩服務，再度限縮了視障者發展多元職涯選擇的機會。

216. 回應國家報告第 234 段，關於職務再設計：《身心障礙者職務再設計實施方式及補助準則》與《推動身心障礙者職務再設計服務實施計畫修正規定》，「職務再設計」指的是「為協助身心障礙者排除工作障礙，以提升工作效能促進就業，所進行之改善措施」。職務再設計是提供合理調整的重要做法之一，然而該《實施計畫》為獎勵補助性質，有待雇主等相關人主動申請之，並非雇主之法定義務，實際上無法保障身心障礙者於工作場域中提出的職務再設計要求。例如，許多雇主不願提供甚至是拒絕身心障礙者申請的個人助理進入職場協助。即使在公部門也有同樣的狀況，參照第 222 段。

217. 對於中途致障者，國家報告僅說明衛福部提供之生活重建服務計畫（國家報告第 219 段），卻未說明如何提供職場支持或工作上的適性調整，協助其重返職場。

有障礙的職訓與職場環境

218. 回應國家報告 187、231 段：根據勞動部調查，只有 7.8%的身心障礙者曾經參加過職業訓練，至於原因，4 成 5 以上的「失業」或者「有工作能力與意願的非勞動力」障礙者回答「不知道到哪裡找職業訓練」。[22]即使勞動部試著推動號稱無障礙的「融合式職業訓練」，但是參與融合式職業訓練之身心障礙者為 3.66%（2015 年），不及佔全體參訓者之 4%（國家報告附件表 24.8），低於身心障礙者佔全體人口之比例。此外，即使政府有委託民間辦理職業訓練，但是並沒有把訓練場地及訓練課程的無障礙列為履約的必備條件，影響障礙者平等參與職業訓練的機會。

219. 回應國家報告 47、48、235 段：勞動部雖將無障礙場地列為庇護工場的評鑑項目，但是一般工廠及辦公場所並不在《建築技術規則》第十章〈無障礙建築物〉被指定須設置無障礙設施的舊有建築之中，絕大多數工作場域都仍存在階梯或高低落差，缺乏升降設備與無障礙廁所。對於視障者而言，軟硬體設施設備的無障礙需求更甚於物理環境的改善，目前最普遍面臨的困難即是盲用電腦：仍有許多公／私部門電腦的系統設定無法與盲用電腦的軟體相容。政府應修改現行法規，將工作場所的無障礙納入規範。

國家考試直接／間接排拒障礙者（回應國家報告 **246** 至 **249** 段）

220. 體格檢查的不合理要求：根據《公務人員考試體格檢查辦法》，公務人員各類特種考試皆實施體格檢查，唯其標準交由各該考試規則訂之；許多類科仍然排除身心障礙者，並未仔細檢討其限制之合理性與比例原則。例如，司法官、外交領事人員、外交行政人員與國際經濟商務人員考試都直接排除重度視障者、聽障者與肢障者進入第二、第三試的考試資格，而沒有個別化地評估判斷其障礙是否「致不堪勝任職務」。另外，調查局調查人員考試的第二試包含心肺耐力體能測驗[23]，然而，對照法務部對於四等考試「輔助行政工作」職務內涵之描述（「例如：通訊監察、人事、會計、總務、秘書、收發、檔案管理等事務」）[24]，此類工作所需之職能未必非得要通過前述心肺耐力體能測驗。

221. 國家考試缺乏應考的合理調整：目前《國家考試身心障礙應考人權益維護措施要點》，提供身心障礙者考場的協助，但是不論身心障礙的書寫的障礙程度及考試的類型（選擇題或申論題），考試的時間長短，一律只延長考試時間 20 分鐘，難謂公平。政府應蒐羅過去案例製作規範參考手冊，使各政府及民間考試皆有例可循。

222. 即便是公部門也未能提供適切的職務再設計：例如，在法務部調查局調查人員的特種考試規定中，3 等考試職位（包含：資訊科學、電子科學、醫學／化學鑑識科學、營繕工程組及調查工作組選試特殊語文之人員），應當能夠在結訓後直接派任相關專業內

[22] 2014 年《身心障礙者勞動狀況調查》摘要分析，頁 44。

[23] 測驗項目為一千二百公尺跑走，及格標準為男性應考人 5 分 50 秒以內，女性應考人 6 分 20 秒以內。

[24] 〈104 年公務人員特種考試法務部調查局調查人員考試工作內涵 〉。

勤單位服務。然而，調查局實務上卻規定結訓者一律需先接受外勤工作，才能調任到內勤單位服務。

封閉的庇護性就業環境（回應國家報告 251 段）

223. 庇護性就業與職業選擇自由的衝突：對於「具有就業意願」而「就業能力不足」、經由政府安排進入庇護工廠就業的障礙者而言，他們往往長期待在同樣的工作環境中，面對幾乎都是身心障礙者的同事（除了少數就業輔導員以外），未能因此訓練出更多元的工作與應對能力，從而獲得進入開放、融合之勞動市場與工作環境的機會。

224. 庇護性就業勞動條件低落：由於《身權法》第 40 條規定，庇護性就業之身心障礙者並不適用《勞動基準法》基本工資的規定，而得由雇主與庇護性就業者議定、報備勞工主管機關後，依其「產能」核薪。根據 2016 年 6 月的統計，有 42.6%的庇護工場員工薪水低於 6,000 元，34.1%落在 6,000 元至 9,000 元間，20.2%落在 9,000 至 15,000 元之間，只有 1.3%的員工薪資到達基本工資；相較 2016 年台灣低收入戶平均收入標準 11,448 元，絕大多數庇護工廠障礙者之工作收入遠低於貧窮線。

225. 我們要求政府應根據《CRPD》意旨全面檢討庇護工場制度，確保身心障礙者有權在「開放、融合與無障礙的勞動市場及工作環境」中，自由選擇與接受工作機會並以此謀生。又，如同《經社文公約》第 23 號《一般意見書》第 47 段強調，障礙者應享有同工同酬之對待，不得因為「認為」障礙者的工作能力較低（due to a perceived reduced capacity for work）而對其施加工資歧視；請政府說明在庇護工廠中，是否存在障礙者的工作能力與「產能」普遍被低估、導致事實上同工不同酬的問題？並全盤檢討庇護工場的制度，使其符合開放、融合與無障礙之勞動市場及工作環境。

精神障礙者的工作權（回應國家報告 232 至 234 段）

226. 由於社會大眾對於精神障礙的汙名與不解，精障者普遍較不願意取得身心障礙證明（參照第 1 條第 21 段），擔心精障身分會影響其求職機會（隱私權的問題，參照第 22 條第 188-189 段）。即使進入職場，也難以申請職務再設計：雇主無法理解一個四肢健全的人有何需要。職業重建個案管理員也認識不足，經常以精障者「目前」無法就業或「現階段」無法就業而拒絕為精障者開案服務。如果精神障礙者尚具備其他非主流身份（例如精障性少數），通常更不願意出櫃；即使願意，政府亦缺乏培訓具備相應認識的支持人員，給予適性的職場支持。

227. 建議：

(1) 無法取得手冊或證明的精神障礙者，應容許其以就醫紀錄、診斷證明書或重大傷病卡取代，申請相關就業支持服務。不應以「當下」精神障礙者是否可以就業為由，排除其進用服務。

(2) 政府在培訓職業重建個案管理員時，應強化對於精神障礙者等不同障別之認識，提升其專業知能。職務再設計應考量到不同障別的需求提供不同之服務，例如：可以為精神障礙者提供同儕支持，或者允許其自行尋找信任的人做為職場支持。

228. 《教師法》限制精神障礙者教師的工作權：根據《教師法》第 14 條，若教師具有「經合格醫師證明有精神病尚未痊癒」之情況，學校得以解聘、停聘或者不續聘之。雖然法規要求精神障礙者只要經醫師診斷確認痊癒即可擔任教師，但現實中，當精神障礙教師發病而需要請假接受治療時，一旦向學校提供醫師診斷證明就容易遭到解聘或不續聘，即使經過一段時間治療、服用藥物控制良好者，卻也不太可能完全痊癒，如何拿到醫師開立診斷證明認定痊癒？如此限制精神障礙者之工作權並不合乎比例原則，已經構成歧視。

第二十八條 適足之生活水準與社會保障

障礙者多為隱性貧窮者，經濟安全不穩固

229. 社會安全保障與支持不足，成年障礙者難以自立生活：如國家報告於第 27 條 229 段所述，身心障礙者勞動力參與率低、失業率又較一般國民高出三倍，當障礙者沒有穩定工作收入，日常開銷又多於一般國民，最容易成為隱性貧窮者。另外，國民年金保險中的身心障礙年金，現行基本保障金額為每月 4,872 元，且不得同時領有中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助等相關社會福利津貼。目前許多社會補助與津貼，包括《社會救助法》、《身心障礙者生活補助費發給辦法》，其申請資格皆須計算家庭總收入（除以全家人口）之金額；沒有工作能力的身心障礙者往往成為家屬的附庸與負擔，但是當他們開始嘗試工作，所增加之收入又可能影響到原先的補助資格，降低障礙者努力脫貧的誘因，也難成為經濟獨立、自立生活之個體。

230. 身心障礙收容人的生活保障不足：根據《身心障礙者生活補助費發給辦法》第 4 條，領有補助之身心障礙者一旦「入獄服刑、因案羈押或依法拘禁」，即停發生活補助費。[25]由於領有該補助之家庭相對已是經濟弱勢，現行監所內勞動與生活條件又十分惡劣，受刑人須仰賴親友接濟或地下勞動才能添購基本日用品；在監所中也難以學習到適性的謀生技能，復歸社會。因此，取消身心障礙收容人之生活補助，對於其家庭與個人而言皆是巨大的衝擊；許多家庭甚至得借貸、典賣財產來填補經濟空缺。

231. 建議政府：

(1) 成年身心障礙者申請政府補助（例如輔具、支持人力、租屋補助），其資產、收入應與其家屬財產分開計算，以促進經濟獨立與自立生活。參照第 19 條第 149 段。

(2) 針對失業或無固定收入之身心障礙者，各級政府應進行協調合作，避免各補助項目之互斥規定（僅能擇一申請），導致經濟弱勢之身心障礙者難以維繫最低生活水準。

(3) 應強化包含《社會救助法》在內的社會安全網，尤其應考慮多重弱勢的境況。例如曾有障礙者家庭不堪養育子女、長期照護重擔，最終選擇殺害親人或攜子自殺；這些重擔不應完全落在個別家庭身上，政府應積極介入支持，參照第 23 條第 165 至 166 段。

[25] 以 2014 年台北監獄為例，平均每位受刑人之年收入僅有 1,447 元。見公民行動影音紀錄資料庫，〈受刑人工作報酬不足基本開銷　矯正署：大部分廠商都不會想進監獄來〉。

(4) 政府應提供資料說明身心障礙收容人的處境（包括相較於非身心障礙收容人的勞作狀況與收入），提出改善監所生活與勞動環境的計畫，並檢討目前取消身心障礙收容人生活補助之規定，考慮是否應溯及既往提供某種補償。

第二十九條 參與政治及公共生活

232. 身心障礙者的選舉權保障不足：中央選舉委員會卻長期怠於回應公民社會的改革訴求，許多身心障礙者面對前往投票所的重重阻礙，乾脆選擇放棄此一政治參與中最為基本的權利。目前國內投票所之設置經常有桌椅過高的問題，也未能提供輔具協助；加上投票日當天通常為放假日，復康巴士並未提供服務，使得在外就業、就學的肢體障礙者難以返回戶籍地投票。即便在家人陪同之下投票，卻也往往違反秘密原則，使身心障礙者無法遵照個人意志圈選。

233. 我們建議政府：

(1) 應要求選舉相關的公共資訊（包括中央選舉委員會發布之選舉公報、新聞、記者會以及各候選人的政見發表會），都必須確保資訊傳遞的無障礙，例如要求提供語音報讀、點字、手語翻譯員或即時聽打字幕等。

(2) 應於選前公布《投票所無障礙設施檢核表》之檢核結果，並設置專線處理身心障礙者對於各投開票之無障礙環境與合理調整要求；並消除不利身心障礙者依個人自由意志進行秘密投票的阻礙。

(3) 應開放不在籍通訊投票，讓長期居住在療養院等機構中或無法順利返回戶籍地的身心障礙者也能行使投票權。

受監護宣告之障礙者被自動剝奪選舉權

234. 《CRPD》強調身心障礙者應能「有效地」（effectively）、無礙地參與公共事務與政治決策，包括直接或者透過其自由選擇之代表人行使投票權與被選舉權；根據第 1 號《一般性意見》第 48 段，「不得以個人的決策能力（decision-making ability）作為排除身心障礙者行使政治權利的藉口」，無論其障別與嚴重程度為何。

235. 《公政公約》第 25 條亦強調不得對於參政權施加不合理之限制。然而《公職人員選舉罷免法》第 14 條規定：「中華民國國民，年滿二十歲，除受監護宣告尚未撤銷者外，有選舉權。」目前監護制度預設所有受到民事保護的心智與精神障礙者皆無法「有意義」地參與政治，也不允許其於能力（capacity）許可的狀況下選擇代理人行使之；這樣的限制是否合乎比例原則之目的正當性、手段必要性與狹義比例原則？（其他關於監護制度之問題，參照第 12 條第 99 至 100 段。）

236. 請政府說明目前因監護宣告而被剝奪投票權的總人數與所佔人口比例，並參考 2010 年歐洲人權法院「Alajos Kiss 訴匈牙利案」判決第 44 段，考慮是否修改《選罷法》中逕行剝奪所有受監護宣告者投票權之規定。

第三十一條 統計及資料收集（回應國家報告第 300 至 301 段）

身心障礙母體（population）的問題

237. 在進行身心障礙者的調查與統計時，其對象究竟是限於領有身心障礙手冊或證明者，或者是世界衛生組織之「六個障礙問題題組」（6-question disability measure）調查下的身心障礙人口，兩者目的不同，所得結果也可以做為不同的運用。後一種數據有助政府了解全人口的障礙盛行率，並依此規劃資源之配置；而且從《CRPD》中對於障礙者的相對開放性定義來看，未來相關指標亦應以全人口障礙人數作為分母，進行長期追蹤監測，了解國家是否逐步落實《CRPD》中的義務。前一種數據則與政府服務的需求與提供息息相關，有助了解特定服務給付的目標群體。重要的是，即使障礙是一種可能持續變動的狀態，而人口普查通常每十年才進行一次，但仍有必要比對全人口中障礙人數中有哪些人實際上領有身心障礙手冊與證明，以了解兩者間障礙類型或障礙程度的差異，並了解未領有手冊的障礙者究竟是因為不需要、或者是沒有管道或能力可以申請身心障礙證明及後續的相關社會服務。

調查統計與《CRPD》義務之落實

238. 目前每五年進行一次之「身心障礙者生活狀況與需求調查」以領有手冊或證明之身心障礙者為調查對象，但是該調查設計並不具有權利意識，亦未包括《CRPD》所保障之各項權利，難以從調查結果理解身心障礙者的權利是否與時俱進，尤其是在自主決定、支持決策、有效的公共參與等攸關充分參與社會與尊嚴生活的重要面向。

239. 建議政府在重要的公務統計和調查中（例如就業、收入等），應該加入當事人是否為身心障礙者此一問題，以利比較身心障礙者與其他族群之差異。雖然政府認為此一作法可能侵犯隱私或降低調查之參與度，但是這些顧慮尚應經過仔細評估，而非單純基於臆測而拒絕採納。

240. 人權預算為人權統計之重要項目。政府基於預算限制，僅能提供一定限度之社會服務，但是這些服務是否足以滿足身心障礙者之基本需求、落實《CRPD》的核心義務，卻缺乏完整之評估。衛福部常以預算不足來答覆身心障礙者的訴求，但是卻缺乏資料來說服其他部門究竟應該增加多少預算和行政資源。

241. 國際人權公約在多項《一般性意見》[26]都提及與推薦運用「指標－基準－範疇界定－評估」（indicator-benchmark-scoping-assessment），此一循環來長期監測國家人權義務的落實，尤其對於逐步落實之經濟社會文化權利至關重要。這套方法指的是：選取得以確實監測某項具體權利的代表性指標（indicators）、透過具有人權統計意涵的研究設計與調查以獲取有品質的分組統計（disaggregated data），國家應針對指標產生改善之基準（benchmark），最後藉由國際審查委員與政府代表團的建設性對話，就這些基準達成共識（scoping），並在四年後（即兩次《CRPD》國際審查之間距）再次評估。

242. 第 31 條的資料搜集與 IBSA 工具，都需要人權統計的能力。可惜的是，即便人權團體在過去幾年持續要求主計總處應進行統計機關的人權統計訓練，同時也應該盤點現行

[26] 例如《經社文公約》有關健康權之第 14 號《一般性意見》。

之公務統計與行政調查的人口學分類與資料收集、分析方式，以期在兼顧人民隱私與尊嚴的前提下，產出有品質的人權統計，但主計與統計機關往往以窒礙難行予以拒斥。這暴露出國家自 2009 年《兩公約》生效實施以來一直沒有一套整全的人權政策，也缺乏政治意志去打造人權工作所需的基礎建設。

243. 我們具體建議如下：

(1) 必須透過人口普查了解身心障礙的盛行率，並瞭解未領取證明或手冊之障礙者是基於何種原因未申請，同時亦可以全人口之障礙族群作為人權統計與指標的母群體。

(2) 重新設計規劃以身心障礙者為主要調查對象之行政調查，除兼顧與過去調查間之銜接與可比較性外，更重要的是調查事項必須回應《CRPD》義務之要求。

(3) 我們薦請審查委員採用 ISBA 的方法，依此原則針對迫切的身心障礙議題提出國家應具體改善之目標與時程。

(4) 我們期待審查委員能把人權統計所需的基礎工作與教育訓練明確列入《結論性意見與建議》。

第三十三條 國家實施及監測（回應國家報告第 306 至 310 段）

國家報告未依專要文件準則規定說明實施與監測實況

244. 國家報告並未按照《CRPD》第 33 條規定與《條約專要文件準則》（CRPD/C/2/3）之指示，說明國家是否依照第 1 段指定一個或多個「協調中心」（focal point）、現行是否存在第 2 段所謂的「獨立機制」可確實監督《CRPD》的落實，亦未交代採取哪些措施確保公民社會得以參與第 3 段之監測與國家報告撰寫過程，更未說明身心障礙議題如何進入政府各部門之議程、如何運作，以及國家執行與監測之預算。

245. 我們敦請審查委員在《問題清單》（List of Issues）中要求政府就台灣整體的身心障礙權利保障架構、部會間協調機制、預算編列等缺漏之部分提出說明。

第三十三條第一段：行政院身心障礙者權利推動小組定位不明成效不彰

246. 國家報告 308 段提及之「行政院身心障礙者權益推動小組」（以下簡稱「身權小組」），其定位是否即為《CRPD》第 33 條第 1 段所要求之中央層級協調中心，不無疑義。根據其《設置要點》，身權小組應每四個月召開一次會議，但是根據衛福部提供之會議記錄，該小組每年只召開 2 至 3 次會議[27]，更缺乏明確、有系統之工作方法，例如：該小組理應有接受個案申訴之職權，但是如何處理申訴、申訴成立後的行政或法律效果如何，均缺乏規定。身權小組是否能完成《CRPD 施行法》第 6 條授權之任務，令人憂心。衛生福利部為《CRPD》在行政部門之主管機關，並擔任身權小組秘書處，但是實際上只有社會家庭署中極少數科處人員負責執行，不利《CRPD》的推展與落實。

[27] 網路可得確定之開會日期分別為：02/16/2015, 07/13/2015, 11/30/2015, 03/30/2016, 11/14/2016, 05/10/2017。

247. 身權小組由政務委員擔任召集人、委員組成包括各部會次長、學者專家與身心障礙團體代表，如果能夠正常、規律、有品質的運作，照理應能發揮協調中心之效。但是衛福部公布之會議記錄未包含出席列席人員紀錄，民間團體難以得知出席狀況。而從會議紀錄內容可發現召集人或委員本人常未出席、而由他人代理，而發言者亦局限於某些委員。在 24 名委員中，本身為身心障礙者之比例極低，而學者委員中，有多位接受政府委託執行相關計畫，我們認為此與該小組之權責有一定之利害與倫理衝突。

248. 我們敦請專家要求政府釐清行政院身權小組是否即為中央指定之政府內協調中心，若是，該小組應承擔起相應的角色與功能，並應重新修訂《行政院身心障礙者權益推動小組設置要點》，提升開會頻率，並要求委員應親自出席。同時，該小組應保障身心障礙者及其團體代表人數不低於三分之一、甚至是二分之一的席次，且應有倫理守則與迴避規定。同樣規定並應適用於各部會與各級政府之身權小組。

第三十三條第二段：應儘速成立國家人權委員會以承擔獨立監督任務

249. 如國家報告第 307 段所言，憲法賦予監察院（the Control Yuan）多項獨立職權，職司行政機關與公務人員之監督與調查，保障人民權利。然自《CRPD》生效實施以來，監察院僅於 2017 年 2 月針對身心障礙者就業基金、建築物無障礙與設施改善基金提出相關糾正案[28]，除此之外未曾主動積極承擔《CRPD》第 33 條第 2 段所謂之獨立監督任務。我們建議監察院應提升有關《CRPD》的專業知能，並發展工作方法與工作議程，以監督政府落實《CRPD》義務。

250. 監察院在人事組成與職權行使上，未盡符合聯合國 1993 年《巴黎原則》。台灣公民社會自 1998 年起倡議設立國家人權委員會，這項努力獲得 2013 與 2017 年《兩公約》兩次國際審查以及 2014 年《消除對婦女一切形式歧視公約》國際審查之《結論性意見與建議》的背書，而蔡英文總統亦終於今年 1 月 20 日承諾將於年底之前就如何設置國家人權委員會拍板定案。我們敦促審查委員同樣將設立國家人權委員會納入《結論性意見與建議》，要求政府盡速履行承諾，並由該委員會擔負包含《CRPD》在內之各項人權公約之國內落實、銜接相關國際人權標準之責任。

第三十三條第三段：應確保身心障礙者與公民社會的參與

251. 政府應盡可能於政策形成、執行、評估等各個環節皆確保身心障礙者本人的參與，並擴大諮詢的對象。目前除了行政院、各部會及各地方政府之身權小組具有一定比例之身心障礙者代表規定，其他場域並不存在確保身心障礙者參與決策與意見表達之制度性設計，未盡符合「Nothing about us without us」原則，以及《CRPD》第 33 條第 3 段之要求。

[28] 2017 年 2 月 9 日監察院新聞稿〈就各縣市「身心障礙者就業基金」、「建築物無障礙設備與設施改善基金」收支管理及運用之督導不力 監察院糾正勞動部及內政部營建署〉。

252. 政府應修法將公民參與機制制度化：目前行政機關對於哪些事務應當運用何種程序進行公開或者利害關係人諮詢，以及公民意見表達之效力裁量等，皆失之獨斷與恣意，法務部應儘速提出《行政程序法》關於公共決策參與之修正案，送國會審議通過。

人權公約施行監督聯盟
http://covenantswatch.org.tw/
twocovenants.watch@gmail.com
TEL: +886 2 3393 1815