

中華民國身心障礙聯盟
聯合國身心障礙者權利公約
平行報告書

2017

引言

中華民國身心障礙聯盟前身為中華民國殘障聯盟，於1990年成立，是台灣最早成立的身心障礙團體聯盟，專為身心障礙者權利進行倡議。截至2017年2月止，共有127個會員團體。會員團體之性質有身心障礙團體、身心障礙者家長組織、提供身障服務的各類基金會、機構及社團，各會員團體倡議或服務的障礙類別包含八大功能16個障礙類別。

本聯盟的倡議工作包括提出總統候選人的身障政策建議書，多年來也持續舉辦身障人權以及CRPD的培訓工作坊與營隊，進行社會教育。2017年《身心障礙者權利公約》國際審查之前，台灣既有的人權公約國家報告審查機制有1.《公民與政治權利國際公約》與《經濟社會與文化權利國際公約》2.《消除婦女一切形式歧視國際公約》。本聯盟皆以台灣身心障礙者處境出發提出平行報告。

2015年9月起，本聯盟理事會討論通過CRPD平行報告撰寫計畫，由本聯盟秘書處、中華民國智障者家長總會、中華民國聲暉聯合會、台北市脊髓損傷社會福利基金會、伊甸社會福利基金會、陽光社會福利基金會等6個單位組成工作小組。這份CRPD平行報告的初稿產出，是基於7場針對障盟所有會員團體舉辦的討論會中所凝聚的共識。初稿完成後，再於2016年公開舉辦4場全國巡迴座談會，並進行網路直播，擴大蒐集身心障礙團體或個人的意見，俾使平行報告更臻完善。

社團法人中華民國身心障礙聯盟

Email : league@enable.org.tw 網址 : <http://enable.org.tw>

電話 : +886-2-25110836 傳真 : [+886-2-25110837](tel:+886-2-25110837)

地址 : 10444 台北市中山區南京西路9號6樓

目錄

第 5 條 平等與不歧視.....	- 1 -
第 9 條 無障礙.....	- 1 -
第 12 條 在法律之前獲平等承認.....	- 2 -
監護宣告:回應國家報告 75 點	- 2 -
第 13 條 獲得司法保護.....	- 3 -
第 14 條 人身自由與安全.....	- 4 -
矯正機關對身心障礙受刑人缺乏合宜的矯治服務.....	- 4 -
精神障礙者之強制就醫與強制社區治療.....	- 4 -
第 16 條 免於剝削、暴力與虐待.....	- 5 -
第 19 條 自立生活與融合社區.....	- 6 -
社區居住服務選擇.....	- 6 -
居家支持服務.....	- 6 -
社區住宅無障礙.....	- 7 -
第 20 條 個人行動能力.....	- 7 -
輔具研究發展.....	- 7 -
汽機車駕照相關規定屏除特定障礙人士.....	- 7 -
第 21 條 表達與意見之自由及近用資訊.....	- 8 -
無障礙網頁.....	- 8 -
手語翻譯服務未落實於公共資訊傳遞.....	- 8 -
第 22 條 尊重隱私.....	- 8 -
第 23 條 尊重家居與家庭.....	- 9 -
生育能力之保留.....	- 9 -
親職支持服務.....	- 10 -
第 24 條 教育.....	- 10 -

入學零拒絕原則下校方仍有歧視性處理.....	- 10 -
手語的學習及推廣.....	- 11 -
第 25 條 健康.....	- 12 -
就醫資源可近性與無障礙醫療服務.....	- 12 -
訂立保險契約之限制.....	- 13 -
第 26 條 適應訓練與復健.....	- 14 -
社區與居家重建資源:回應國家報告第 219、221 點.....	- 14 -
第 27 條 工作與就業.....	- 14 -
專門職業人員法規歧視精神障礙者.....	- 15 -
第 28 條 適足之生活水準與社會保障.....	- 16 -
公共住宅方案.....	- 16 -
平等退休與福利方案.....	- 16 -
第 29 條 參與政治與公共生活.....	- 17 -
協助身心障礙選舉人之措施.....	- 17 -
第 30 條 參與文化生活、康樂、休閒與體育活動.....	- 17 -
文化生活.....	- 17 -
休閒與體育活動.....	- 18 -

第 5 條 平等與不歧視

1. 身心障礙者權益保障法中雖有不得歧視之規定與罰則，卻無法避免身心障礙者受到各種歧視及不公平待遇，例如：購買優惠票，禁止使用某項設施或服務、海洋公園拒接待身心障礙學生、身心障礙者進入運動場所被要求一定要有陪伴者陪同入場、癲癇病患或精神疾病不得進入游泳池、社區貼公告「防精神障礙者殺人」…等，以及政治人物及社群網站使用身心障礙特徵開玩笑或比喻，損害身心障礙者個人尊嚴。
2. 歧視之申訴管道分散在不同主管機關，除了就業歧視有宣傳及開罰案例之外，其他主管機關沒有積極進行大眾宣導，消除一切偏見與歧視行為、態度、言論。
3. 建議：各主管機關應積極宣導歧視之申訴管道與方式、針對具體歧視行為主動勸導及開罰，並進行大眾宣導，消除歧視之有害做法。同時，政府也應指定機關統計各類歧視身心障礙案件，包括：教育、司法、工作、健康、社會參與...等，具體說明歷年其勸導、開罰、改善之情況，以及規劃有效的宣導政策措施。

第 9 條 無障礙

4. 回應國家報告第 49、62 點，《醫療機構設置標準》、《建築技術規則建築設計施工編》除復健科之外，並未要求占率為醫療體系之七成以上之基層診所(約 20,345 間)必須設置無障礙設施，對於九成以上居住於社區中之身心障礙者，使用基層診所可近性低。2016 年 12 月 8 日「衛生福利部身心障礙者權益推動小組」會議中，此議題之主管機關衛生福利部醫事司竟表示診所達到無障礙空間有困難，且某些診所只服務特定健康族群、身心障礙者常去的只有復健科(約 537 間)等，充滿對身心障礙者的誤解。
5. 回應國家報告 52、56、148 點，台灣金融機構建置之網路銀行與手機行動支付 APP，視障者幾乎無法使用。全國 ATM 可供輪椅使用者僅 33%(9232/27411)且汰換進度緩慢，而可供視障者使用者僅佔 1%(417/27411)。而包含公營行庫在內，在金融業務與商品銷售，皆未提供聽障者手語翻譯或聽打服務。
6. 回應國家報告第 58 點，無障礙公眾運輸仍嚴重不足，且城鄉分布不均。
 - (1) 一般公路客運低地板及配置升降設備之大客車車輛行駛之公車有 298 輛，路線有 208 條，僅佔所有公車路線 26.03%。
 - (2) 復康巴士是身心障礙者重要的交通選項，但交通部拒絕擔任復康巴士的主管機關。至 2016 年第三季止，有重度復康巴士需求之身心障礙者達 607432 人，但全台僅有 1840 台復康巴士，且仍有 6 個縣市僅有不到 20 輛的復康巴士，同時，全台大型復康巴士僅有 17 輛，高度集中在 6 個縣市，其中只有台北市與台中市的大型復康巴士能夠提供多位身心障礙者共用，身心障礙者難以集體出遊。

- (3) 據媒體 2016 年 12 月的報導，全台無障礙計程車不到 600 輛，以人口最多最密集的雙北而言，粗估就需要 800-1000 輛無障礙計程車，而且經常發生司機違法加收費用的情況，身心障礙者之可負擔的獨立行動能力更為受限。
7. 公共交通運輸中心意外災害之通知，多數僅有語音之告知方式，如台鐵發生立列車異常時，僅以廣播告知，未於車內顯示器立即顯示訊息，導致聽覺障礙者無法掌握即時意外、災害與逃生資訊。
8. 建議：
- (1) 《醫療機構設置標準》、《建築技術規則建築設計施工編》應於 2018 年 6 月前完成法規修訂，要求診所必須符合無障礙設施規範，並公布所有診所無障礙情形，同時訂定輔導改善計畫。
- (2) 交通部應負責規劃與管理復康巴士業務，且 3 年內全台無障礙公共運輸車輛應達 8 成。
- (3) 交通運輸網中聽障者之災害與逃生資訊系統，應於 2018 年 6 月底前建置完成。
- (4) 全國 ATM 應於 4 年內完成無障礙設施之更新達 100%，且提供語音系統達三分之一。公營行庫應於 2018 年 6 月底前提供聽障者手語翻譯或聽打服務。

第 12 條 在法律之前獲平等承認

監護宣告:回應國家報告 75 點

9. 我國民法目前監護宣告分為完全宣告與輔助宣告，然而監護宣告並無法定標準工具，亦無規範精神科醫師以外人員之參與，法律程序對於受監護宣告之程序、鑑定工具與其保護均過於不足，如某重度心智障礙者提出監護宣告，經鑑定結果與身心障礙證明登記等級不同，無法通過監護宣告。
10. 受監護宣告之人雖能依民法第 15 條之 1 變更宣告，然未明確有協助相對極為弱勢之人可表達欲變更或撤銷宣告之意願與扶助措施；而受輔助宣告之人，欲聲請受輔助原因消滅且撤銷宣告時，亦未能有相關明確扶助措施。
11. 受輔助宣告之人民法規部份行為須經輔助人同意為之，如不動產處置、消費信託或成為獨資/合資/法人負責人、訴訟……等等事項，然受輔助宣告之人進行該事項決定之前，亦無機關團體或法定協助措施提供受輔助宣告之人資訊以協助決定，且輔助人之決定是否符合受輔助宣告之人利益，甚至導致受輔助宣告之人與輔助人意見相左時，得依法聲請法院裁定時，同樣沒有任何諮詢與協助管道。

12. 建議:政府應公布自民法修正案後受監護宣告與受輔助宣告之原因與人數，監督是否有輔助宣告浮濫之情事，並應於一年內建立法定鑑定程序、工具與合格團隊，同時建立與提供受監護宣告與受輔助宣告之人之重要決定與變更宣告聲請之相關專業諮詢管道與公正單位。

第 13 條 獲得司法保護

13. 回應國家報告第 81、83、84、88 點。《刑事訴訟法》第 27 條第 3 項、第 31 條第 5 項、第 35 條第 3 項以及《身心障礙者權益保障法》第 84 條均指出，身心障礙者涉訟或須作證時，因智能障礙、精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，檢警調機關與法院應通知當事人之家屬或聲請法院指派社工員擔任輔佐人。然而，法律實務上「無法為完全之陳述」無客觀標準，部分心智障礙者儘管不理解自己身處司法訴訟程序及相關後果，但因其具有相對流暢的口語陳述或應對能力，檢警調機關無法判斷當事人為心智障礙者或認為當事人無須協助，而未通知家屬或聲請輔佐人。可見，僅以當事人之「不具完全陳述能力」啟動司法協助之規定，顯不足以落實對身心障礙者的正當法律程序保障。
14. 回應國家報告第 85、96 點。《刑事訴訟法》規定，被告或犯罪嫌疑人受拘捕起 24 小時內完成訊問並解送法院，同法第 93 條第 1 項為訊問期間不予計時的情況，其第 6 款之「若被告或犯罪嫌疑人須由通譯傳譯，等待通譯之 6 小時內」訊問不予計時，該規定變相延長需協助之身心障礙者之拘留時間。同時，我國司法通譯資源極為不足，全國司法手語通譯僅 17 名，法院或是檢察機關支付手語翻譯員的費用，一個庭期也只有台幣 350 元，導致有意願協助通譯者之手語通譯員有限，要在合法時限內使聽障者獲得手語通譯協助也相當困難。
15. 筆錄之確認雖有朗讀筆錄服務，惟仍欠缺電子檔格式，導致視障者親自確認筆錄困難。
16. 我國監護宣告與刑事案件中關於司法精神鑑定案件逐年增加，雖刑事訴訟法提供精神障礙者、心智障礙者在刑事辯護程序上之協助，但精神鑑定仍欠缺專家證詞制度與法定鑑定工具、鑑定程序之規範。同時，檢察官與法官皆缺乏精神醫療之專業識能 (health literacy)，對於何種被告或當事人應該送交精神鑑定採「自由心證」，即使在審理期間有做精神鑑定，法官形成判決之心證也可不採納任何一份精神鑑定報告，造成精神障礙者、心智障礙者權益受損。例如:某精神障礙者親屬認定該名精障者應符合指定公設辯護人資格，但法官以偵察及審判時當事人與法官均可對答，因此認定當事人不需要公設辯護人。
17. 建議：
 - (1) 政府應培訓增進警察及司法人員對身心障礙者的認識，並且檢討「無法為完全之陳述」做為啟動司法協助程序之標準。
 - (2) 政府應檢討《刑事訴訟法》第 93 條之 1 變相延長需協助之身心障礙者拘留期間之規

定，同時應完善司法通譯資源、提高通譯費用，以落實對身心障礙者之司法保障。

(3) 檢警調司法機關應至少每一單位將紙本筆錄以電子檔格式記錄，並提供視障電腦輔具，提供視障人士筆錄或訊問過程中文件之閱讀與確認。

(4) 政府應設精神衛生專業法庭 (mental health court, MHC)。

第 14 條 人身自由與安全

矯正機關對身心障礙受刑人缺乏合宜的矯治服務

18. 回應國家報告第 105、106 點，我國並未設有精神病監所，精神障礙者受到羈押或為受刑人或有受刑人罹患精神疾病，雖已有精神科醫師可入監提供醫療服務，然並未有藥物以外之治療提供，且保外就醫相當困難。

19. 回應國家報告第 106 點，現行矯正機關對於身心障礙受刑人並沒有提供必要的矯正通譯服務或視力協助員，除了矯正機關將所有肢體障礙受刑人集中在同一座監獄，好配合無障礙硬體空間設施的調整改變外，尚未能全面提供更積極適合各不同障礙類別的矯治服務。如：台中監獄有聽障受刑人因缺乏通譯服務，導致與監所人員溝通困難而無法獲得假釋。

20. 建議：

(1) 政府應設置精神病監或固定監所設置精神障礙受刑人相關復建設施或與醫療院所採監所外服刑的方式替代。

(2) 政府應發展矯治階段的輔助服務，並對於矯正機關工作人員進行培訓，使其了解不同類別身心障礙受刑人的行為處遇需求。

精神障礙者之強制就醫與強制社區治療

21. 回應國家報告 98-103 點。國家得否以精神病人的心智狀態為理由予以拘禁，應該循何等程序、如何給予法院介入審查的空間？在各種人權公約的落實，都有相當多的討論案例與爭議。我國《精神衛生法》規定精神病人若符合以下要件，可以由精神科專科醫師向衛生福利部申請同意強制住院或強制社區治療：須符合「嚴重病人」（即病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務）的標準；且(1)有傷害他人或自己或有傷害之虞；(2) 有全日住院治療的必要；(3) 病人拒絕接受強制住院或無法表達；或(4) 不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞。（此點為強制社區治療要件）並於精神衛生法中同時規範，強制社區治療得以不告知嚴重病人之方式為之，必要時並得洽請警察或消防機關協助執行。

上述規定均違反聯合國在 2015 年 9 月，CRPD 委員會第 14 屆會議通過身心障礙者權利公約第 14 條的指導原則：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。委員會確認基於身心障礙者可能對自己或他人帶有可察覺的危險而加以收容，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。而於非自願或未取得同意的情形下接受精神療養院的照護，委員會均強調，締約國應該確保與醫療照護（包括精神療養方面）相關的法規，均奠基在當事人自由且知情的同意之上。

22. 另，對於精神病人的強制住院方式，台灣採取審查會的方式進行，但審查會的運作方式，是否能提昇剝奪精神病人人身自由的正當法律程序，特別是能否發揮監督、審查的功能，過濾不符住院要件的申請案，恐怕仍有待斟酌。依據衛生福利部的統計數字，審查會近年同意專科醫師申請同意強制住院的核准率，一直在 9 成以上。此等極高的同意比率，一旦審查會的監督與審查功能減弱，強制住院決定就可能流於恣意，導致病人只因罹患精神疾病或具有精神障礙，就被推測、假定需要住院接受治療，此一運作現況可能牴觸 CRPD 第 14 條的 2 項與公政公約第 9 條剝奪人身自由時需「具有法定理由」及「遵循法定程序」的要求。
23. 再，精神障礙者被施予強制住院時，2014 年後雖有《提審法》可供救濟或可依循《精神衛生法》向法院提出異議的聲請救濟，然而強制社區治療的裁定在《精神衛生法》中卻沒有司法救濟管道，且得於不告知病人的情形下為之，直接導致病人無法行使司法救濟的權利。而強制社區治療的要件「不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞」範圍過於寬鬆，甚至出現與安全或醫療等無關之要件，以自然生理因年邁或疾病而自然發展之生活功能退化疑慮現象，強迫精神障礙者接受「治療」，阻礙精神障礙個人在社區生活之權利，並且嚴重違反 CRPD 第 14 條。
24. 建議：
 - (1) 政府應修法儘速廢除強制住院與社區治療審查會制度，改由法院設置精神衛生法庭進行審查，並應全面檢討強制治療(含住院與社區)之替代治療措施與建立支持精神障礙者在社區復健與治療、居住等服務。
 - (2) 政府修訂《精神衛生法》，重新檢討強制住院與強制社區治療之要件，短期並至少廢除強制社區住院與治療中「病人無法表達或不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞」之兩項規定，應以最少限制、最小傷害、最大福祉的原則訂定相關規定，長期則逐步降低強制治療之個案。

第 16 條 免於剝削、暴力與虐待

25. 回應國家報告第 118、119、121 點，依據國內統計家庭暴力事件被害人身心障礙者共 6,775 人，性侵害案件被害人身心障礙者共 1,100 人，現有暴力防治體制規劃未考察身心障礙者照顧需求，導致成效不彰。如 2014 年家長組織揭發苗栗縣親民教養院院長對特定服務使

用者不當暴力處罰，因為部份家屬不願意轉換單位，且縣市政府受限於轄區內可以提供服務的單位不足，對該機構的裁罰始終無法強制其中止服務提供。又如台南啟聰學校爆發集體性侵害事件，其中一半以上施暴者曾有被害的經驗，相關教學或行政人員也未見適度的懲處。

26. 建議：政府應檢討暴力防治體系成效不彰的原因，並提供身心障礙者與家屬具性別及年齡敏感度之適當協助與支持。包括透過提供資訊及教育，說明如何避免、識別及報告剝削、暴力及虐待事件，並建立合宜之安置空間與提供心理諮商輔導等支持性服務。

第 19 條 自立生活與融合社區

社區居住服務選擇

27. 回應國家報告第 130 至 132 點。據 2011 年《身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查》，身心障礙者有 92.84% 居住於家宅，然而障礙者在家宅中未獲足夠服務支持。例如：台南農村一家三人都有輕度至中度的智能障礙，親友鄰居認為他們應該入住機構，但社工評估這一家人相處和睦，應有支持者長期到宅提供協助，持續居住社區維持社會支持網絡，然而一般「居家照顧服務」只提供以生理照護為主的支持，並不符合這種心智障礙家庭的需求。除此之外，民間也常有障礙者與照護者面臨雙老困境的求助聲音，或照顧者因照護壓力過大而殺害障礙者的事件。
28. 建議：依據身心障礙者生涯週期所需的居住型態，各縣市均應提供包含身心障礙更生人在內的多元而連續的服務。台灣目前僅台中市政府、新竹市政府於 2015 年訂定「多元支持社區居住服務計畫」，支持 2 人家庭（手足同住等）及到宅服務等多元支持社區居住服務，和到宅支持服務-獨立生活訓練。

居家支持服務

29. 《身心障礙者居家照顧費用補助辦法》的支持服務給付標準缺乏對身心障礙者自立生活不同階段的考量。身障者幾乎只被允許使用一種資源，限縮障礙者在社區生活中支持服務的選擇，阻礙身心障礙者取得於社區生活必要的個人協助，如一名在台中的障礙者在從機構脫離到社區生活的過程，持續接受來自機構的支持，但當他期待能有更廣泛的社區生活而去參與自立生活服務辦的活動時，卻因為他仍屬於機構的服務對象而無法參加。
30. 建議：政府應檢視並修正各項支持服務的實施與補助辦法，對於有意願在社區獨立生活的障礙者，應使身心障礙者能依支持需求，選擇使用多元不同支持服務的措施。

社區住宅無障礙

31. 回應國家報告第 134 點。根據調查，台灣六成以上是無電梯的老舊公寓，身心障礙者外出時首先遭遇垂直移動的問題，雖然政府鼓勵加裝電梯，也有樓梯升降椅、爬梯機等可買，但費用較高非個別家庭所能負擔，且共用部分亦須取得住戶多數人同意才可以進行修繕。內政部營建署雖訂有《無障礙住宅設計基準及獎勵辦法》，也逐步放寬各項申請規定，但 2016 年原有住宅無障礙設施改善先期計畫中，僅補助 11 縣市辦理原有住宅公寓大廈增設升降設備及無障礙設施改善，而實際執行則為 7 個縣市，補助金額與案件數均有補助上限。
32. 建議：對於老舊公寓且無電梯者，中央與地方縣市政府應增列補助經費，且應提供諮詢輔導協助，以降低改善之困難。

第 20 條 個人行動能力

輔具研究發展

33. 回應國家報告第 136、138 點，目前科技部對於輔具產業發展的補助對象，多為從事技術研發，而非從事生產製造的廠商，在研發成果無法商品化的狀況下，難以嘉惠更多障礙者。在輔具類別方面，台灣廠商較少投入溝通輔具與面部輔具的研發。溝通輔具多數由國外進口，價格居高不下。
34. 建議：政府應訂專案獎勵補助，鼓勵國內廠商投入輔具研發與材料生產，促使溝通輔具、面部輔具的價格合理化。

汽機車駕照相關規定屏除特定障礙人士

35. 交通安全規則第 64 條第 1 項第 1 款第 6 目規定患有癲癇症者一律不得報考汽、機車駕駛執照，明顯違反 CRPD 與比例原則。
36. 建議：政府應說明交通安全規則全面禁止所有癲癇症患者報考汽機車駕照的依據，並於 2018 年 6 月前全面修正。

第 21 條 表達與意見之自由及近用資訊

無障礙網頁

37. 回應國家報告第 144、146、148 點，目前僅有 70.3% 的政府、機關(構)與學校符合無障礙網頁規定，且相關國營企業、重要金融機構、私立大學網頁等與身心障礙生活權益相關公司、團體等，亦未能要求必須取得無障礙網頁認證，影響身心障礙者資訊取得的權利。
38. 回應國家報告第 145 點，目前無障礙網頁檢測機制，多採自我檢測後申請標章，導致檢測的信效度不足，亦有網站通過檢測但盲用電腦卻無法讀取的情形。另，網站身分認證運用的驗證碼設計，目前普遍為圖形碼，缺乏語音的替代模式，對視覺障礙者使用造成阻礙。
39. 目前不論由公部門或民間部門開發設計之 APP，均未有相關無障礙檢測標準。
40. 建議：
 - (1) 政府除訂定無障礙網頁檢測與稽核的標準外，應加強視障者人工檢測機制，並針對 APP 的無障礙檢測訂定標準。
 - (2) 政府、機關(構)與學校之網頁無障礙應於 2018 年第一季完成 100% 無障礙網頁等級，政府並應要求國營企業、金融機構、私立學校、股票上市公司等於 2018 年 12 月底前完成 100% 無障礙網頁建置。

手語翻譯服務未落實於公共資訊傳遞

41. 回應國家報告 152、153 點，政府於電視轉播提供的手語翻譯服務，目前僅限於候選人公辦政見發表會、重大節慶等少數活動時的選擇性提供，對於重大災害新聞或疫情、重大公共建設與新聞報導等，均未能提供手語翻譯/同步聽打服務。
42. 建議：應於法明定各級政府機關何種場合與訊息應同步提供手語翻譯與同步聽打服務。並要求電視台必須擇一固定時段播報新聞時有手語與字幕的提供。

第 22 條 尊重隱私

43. 回應國家報告第 160 點、300 點(b)，《個人資料保護法》對公務機關間流用民眾個資之規範模糊，導致身心障礙者隱私權未受保障。例如：2014 年 5 月交通部公路總局經由衛生福利部獲得領有身心障礙手冊之頑性癲癇患者名冊，並依《道路交通安全規則》中癲癇患者不得報考汽機車駕照之規定，通知頑性癲癇患者駕駛人應「繳回駕照否則逕行註銷」。公路總局向衛生福利部蒐集癲癇患者特種醫療個資之行為，明顯未保障身心障礙者之隱私

權。依據《個人資料保護法》第 6 條，公務機關執行法定職務必要範圍內可蒐集與提供個人醫療資料。但此一規定解釋範圍極大，使特種醫療個資之保障徒具形式。

44. 回應國家報告第 165 點，警檢單位與媒體經常侵犯精神障礙者隱私。在社會發生重大犯罪事件而嫌疑人被暗指為精神障礙者時，警政單位經常在媒體前透露相關人為精神障礙者，甚至會要求衛政與社政等單位提供精神障礙者名冊予以「關懷」，或在無相關證據下，逐一比對查核，均不當洩漏障礙者隱私。例如：2016 年 3 月 28 日一位女童在台北市街頭遭隨機殺害，犯案者當場被制伏逮捕，警方在第一時間即發布新聞稿指稱犯案者有精神病，接著多家媒體也根據檢警提供的資料，相繼報導犯罪嫌疑人曾有精神科就醫紀錄。我國政府對於警調單位及媒體經常性地不當洩漏個人隱私均無所作為。
45. 建議：
 - (1) 建議政府修正《個人資料保護法》，應明訂公務機關蒐集或請其他機關協助蒐集個人資料時需經當事人同意才可提供。
 - (2) 無論犯罪嫌疑人是否為(精神)障礙者，偵查階段與司法尚未確立審判前，均應規範警政、檢察與司法單位不得引用或是向媒體透露或影射嫌疑人为(精神)障礙者，且相關主管機關(衛政與社政等)均不得提供相關列冊資料予相關單位。

第 23 條 尊重家居與家庭

生育能力之保留

46. 回應國家報告第 170、192 點。《優生保健法》第 1 條說明立法目的為「實施優生保健，提高人口素質，保護母子健康及增進家庭幸福」。同法第 11 條則要求醫師發現患者無法治癒之有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病時，應勸患者施行結紮手術。國民健康署在《特殊群體生育調節補助作業》中訂立的結紮手術、避孕措施及人工流產之補助對象，除低收入戶外，還包含(1)患有精神疾病(2)患有有礙優生疾病(3)領有身心障礙手冊者。《優生保健法》與相關子法特別要求身心障礙者考慮不保留生育能力，此類規定相當可議，違反 CRPD 第 23 條第 1 項 c 款。媒體報導 2011 年宜蘭一貧婦在衛生所人員勸導下將未成年精障男孩結紮，並未得該童同意。國家統計中無法了解有多少人因為身心障礙而被勸或被迫結紮。
47. 建議：
 - (1) 政府應盡快檢討《優生保健法》之立法意旨，並盡速修訂該法與相關子法中針對身心障礙者勸導不生育之規定，並積極宣導 CRPD 第 23 條第 1 項 c 款之精神。
 - (2) 政府應擬定具體措施，確保障礙者的結紮決定是在被充分告知且參與討論前提下，出

於其個人意願及最佳權益選擇所進行。具體措施應由衛生福利部、障礙者代表、家屬及相關障礙者專業服務團體共同擬定實施辦法。

親職支持服務

48. 回應國家報告 170、192 點，對親職支持的認定應由障礙者懷孕期間就開始提供支持。有兩項因素影響障礙者能否發揮適當親職功能，一、障礙者是否具備相關親職知識與能力，例如幼兒照顧技巧；二、外在環境是否符合無障礙原則協助障礙者履行親職。然而檢視現有資源上述兩方面對障礙父母的支持皆非常薄弱。如南部某私立醫學中心辦理媽媽產前教育及產後照顧講習的地點，因缺乏無障礙設施，使障礙媽媽無法進入，而產檢診間也缺乏可調整高度的檢查台。又，國民健康署出版之媽媽手冊及兒童健康手冊，缺乏考量不同類別障礙者的適用性，未提供符合障礙者需求之媽媽手冊及兒童健康手冊，例如點字、文字電子檔、易讀版本，協助其瞭解婚姻及育兒。另，一名視障媽媽雖想親自照顧子女，卻缺乏相關支持措施，只好將小孩送交其母親照顧。
49. 建議：
- (1) 國民健康署應建立多媒介之媽媽手冊與兒童健康手冊，例如點字、文字電子檔、易讀版本，能便利障礙者閱讀使用，並要求醫療機構提供活動式升降產台供肢體障礙婦女使用。
 - (2) 政府公衛護士應到宅為父母是障礙者的幼兒施打疫苗、到宅提供產前教育、提前準備產後照顧、到宅產後育兒指導、發展多元媒介之親職教育教材等。

第 24 條 教育

入學零拒絕原則下校方仍有歧視性處理

50. 回應國家報告第 178、181 點，大學考試入學分發招生簡章上，部分大專院校在科系選系說明內容等同限制身心障礙學生的入學選擇，例如：部分系所的選系說明「有聽覺障礙者，宜慎重考慮」，教育部卻僅以「大學自主」之理由，未積極監督改善部分學校對身心障礙者的選系條件限制，國家應監督及輔導學校提供多元支持措施以保障身心障礙者入學選擇權，雖訂有零拒絕與零歧視的規定，卻沒有對應罰則，零拒絕的規定形同虛設。
51. 回應國家報告第 175、176 點，國家報告應說明與分析身心障礙者在各級教育中之就學比例，身心障礙學生入學、轉學與休退學之情況，並按照性別及學習領域劃分。根據內政部 2011 年統計(表 24.1)，女性身心障礙者六歲以上不識字者的比例高達 26.43%，並且從中等教育以上，女性教育程度皆遠低於男性。

表 24.1 身心障礙者教育程度

單位：人；%

	總人數	不識字(6歲以上)	國小	國中	高中職	大專院校	研究所以上
總計	1,085,001	15.51%	29.34%	18.71%	22.28%	10.01%	1.12%
男	621,028	7.35%	29.02%	21.24%	25.49%	12.57%	1.42%
女	463,957	26.43%	29.77%	15.33%	17.99%	6.58%	0.72%

資料來源：2011年《身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查》

52. 建議：

- (1) 國家應杜絕任何層級學校的任何形式拒絕入學的情況，積極輔導學校規畫並提供無障礙環境、學習輔具及支持措施。
- (2) 國家應該收集資料，分析：身心障礙者學校適應及其相關問題，女性身心障礙者接受教育的困境，包含家庭或社會對性別角色的期待…等，以作為提高身心障礙女性的受教權及自我實現權利之政策規劃參考。

手語的學習及推廣

53. 回應國家報告第181點，台灣地區多數聽障學生是以口說與聽能作為優先，教材編譯過程也常見教育部未尊重手語及聾人文化的批評；無論在師資培育或是聽障教育發展歷程，聽障學生無法以正式、系統化且符合文化脈絡的管道學習與發展手語知能，亦無法產生對手語作為文化與語言的認同。
54. 建議：國家須保障聽覺障礙學生在不同的教育階段能獲得適性與有效學習的支持，積極營造友善的手語學習環境。

第 25 條 健康

就醫資源可近性與無障礙醫療服務

55. 回應國家報告第 190 點，整體醫療健檢環境缺乏無障礙設計，包括：醫院/診所動線、診間、診療儀器設備、廁所、更衣室、醫療健康資訊…等。如：沒有無障礙廁所，輪椅使用者無法進入診間或更衣室；候診、領藥時無語音及資訊字幕協助視障者及聽障者確認掌握資訊；婦產科的診間和產房未將身心障礙者的需求納入考量，使用輪椅的孕婦往往因為診間空間過小難以進入而無法順利就診；醫療機構沒有提供視覺障礙引導設計或人力引導協助；醫院網站沒有無障礙網頁設計，致視覺障礙者無法閱讀；普遍衛教資訊與醫療文件，沒有易讀版及點字版。
56. 回應國家報告 196 點。依據政府統計，成人預防保健服務之身心障礙者利用率為 18%~19%(表 25.1)，比一般成人預防保健服務利用率 32%(表 25.2)少了將近一半。國家報告未具體說明如何提高身心障礙者預防保健利用率，也沒有說明身心障礙者在其他預防保健服務項目的利用情形。

表 25.1 成人預防保健服務之身心障礙者利用率

身心障礙聯盟整理

年份	45-65 歲以上身心障礙人口數(註 1)	身心障礙者利用成人預防保健服務人數(註 2)	成人預防保健服務之身心障礙者利用率
2011 年	800,648	153,569	19%
2012 年	861,741	155,245	18%
2013 年	831,425	155,881	19%
2014 年	850,531	162,126	19%

資料來源：註 1：衛生福利部身心障礙者人數統計；註 2：第一次 CRPD 國家報告【附件】表 25.9。

表 25.2 衛生福利部國民健康署 2011~2013 年預防保健執行情形

單位：%

年別	兒童預防保健服務利用率	孕婦產前檢查服務利用率	子宮頸抹片檢查服務利用率	婦女乳房攝影檢查服務利用率	定量免疫法糞便潛血檢查服務利用率	口腔黏膜檢查服務利用率	兒童牙齒塗氟服務利用率	成人預防保健服務利用率

2011年	77.6	93.1	27.1	29.7	34.1	46.9	20.1	33.3
2012年	81	94	26.5	32.8	33.7	52.7	24.3	32.1
2013年	82.1	94.3	26.3	36	38.2	54	40.5	32.6

資料來源：衛生福利部國民健康署

57. 回應國家報告第 213 點，政府 2007 年開發之「點字及圖形藥袋貼紙」並未全面性推廣至全國醫療院所。本聯盟 2012 年進行調查，取得的 21 份藥袋中只有 3 間醫療院所採用點字/圖形藥袋貼紙，其餘醫療院所都不知道或無法取得。圖形藥袋貼紙也未統一，各家醫療院所自行開發，導致同一種用藥指示(如:上午用藥)，卻有多種圖形(太陽、公雞、時鐘)，容易造成心智障礙及閱讀障礙者的認知混淆；「點字藥袋」也並未普及。政府推廣無障礙藥袋服務只有 27 家，只佔全國醫療院所(含診所、藥局)的 0.1%，醫療院所的藥袋或原藥品包裝的無障礙設計不普及，導致視障者、心智障礙者、學習障礙…等自行辨識用藥仍有困難。

58. 建議：

- (1) 政府應強化基層醫院/診所缺乏無障礙設施的支持服務；或於偏遠地區增設小型社區巡迴巴士，路線可以到達最近的醫療院所，並提供具備無障礙巡迴醫療健檢車輛。
- (2) 政府應輔導醫療機構網站的符合無障礙網頁設計規範，促使視覺障礙者能夠掛號或者閱讀醫療保健相關資訊。
- (3) 政府應明定包括身體、心理與社會三方面的身心障礙健康政策目標，從建立健康統計資料長期監測與分析，提升身心障礙者預防保健服務利用率，就可近性、可負擔性、可用性及品質四指標來改善身心障礙者健康不平等狀況。
- (4) 政府應落實普及化身心障礙族群用藥安全及藥事服務，包括：統一藥袋及藥品上的圖形標籤提供醫療院所及藥品製造商參考使用、普及醫院藥袋及原藥品包裝印有 QR code、文字放大字體、藥品說明書易讀版，讓視覺障礙者、心智障礙者及閱讀障礙者能閱讀藥品資訊；提供視覺障礙者及心智障礙者藥品分裝服務。

訂立保險契約之限制

59. 回應國家報告 209、210 點，《保險法》第 107 條規定，訂立人壽保險契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，除喪葬費用之給付外，其餘死亡給付部分無效。另，依據《保險業招攬及核保理賠辦法》第 7

條第 1 項第 8 款第 3 目規定，「保險業不得對特定承保對象，或僅因被保險人為身心障礙者而有不公平待遇。但訂立保險契約時，係以保險精算及統計資料作為危險估計之基礎者，不在此限。」但實務上身心障礙者不論是個人投保醫療險、意外險，或是團體投保團體險時遇加費或拒保之狀況仍屢見不鮮，且財團法人保險事業發展中心所建置之身心障礙者經驗統計資料庫中資料嚴重不足，並無法作為保險業核保之基礎。

60. 建議：政府應提出《保險法》第 107 條修正案，廢除「精神障礙」和「心智缺陷」投保人壽保險死亡給付無效或理賠不當的歧視條款，並應懲罰拒絕身心障礙者、罕見疾病患者購買商業保險的公司，長期監測避免身心障礙者遭受不合理收費或不合理的理賠條款，以保障身心障礙者的保險權益。

第 26 條 適應訓練與復健

社區與居家重建資源：回應國家報告第 219、221 點

61. 現行居家醫療照護與復健等仍不普及，社區中行動不便的障礙者無從得知申請資訊。且受限於《心理師法》第 10 條，目前臨床心理師及諮商心理師僅能在其登記之機構內執業，不能外診，無法提供居家心理服務。建議：居家照顧醫療整合照護應能主動發掘社區障礙者，為移動能力有限的身心障礙者提供居家式或社區生理、心理重建等相關服務。
62. 偏鄉地區因缺乏到宅早療服務與復健行動巡迴車，導致偏鄉地區身障兒童只能在家加速失能，或送往都會地區機構安置。衛生福利部社會與家庭署雖已推行「發展遲緩兒童社區療育及到宅服務實施計畫」，針對偏鄉地區提供到宅與社區療育，然並未提供大眾該計畫全國的實施情況。建議：社家署應統整並公布全國偏鄉地區早療利用率，並訂立定期追蹤改善機制。

第 27 條 工作與就業

63. 回應國家報告第 229 點，身心障礙就業者從事專業人員的比率僅為全國平均的三分之一，反之從事基層技術工與勞力工的比率則高出全國 13.5%，即使排除比率最高的智能障礙者與失智症者後亦然。近年身心障礙者取得高等教育的比例大幅提高，然而雇主與同事不夠了解障礙者的需求、無法適當的提供障礙者支持，仍是身心障礙就業者在取得合適工作、在職場上穩定就業與升遷發展的限制，職災致障者，亦難以重返工作崗位。
64. 身心障礙者之勞動參與率僅為全國平均的 33.7%，失業率則為全國平均的 2.8 倍，且十年來仍維持此一落差並無改善(表 27.1)。而身障就業者平均經常性薪資低於全國就業者。有工作收入之身心障礙就業者平均每月薪資為 24,653 元，其與全國就業者相較，一般就

業者平均月薪為 37,433 元，較身心障礙就業者高出 12,780 元，身心障礙就業者之平均月薪僅為全國就業人口的三分之二，此等現象亦直接導致身心障礙勞工退休保障嚴重不足。

表 27.1 身心障礙者勞動參與率

對象	2003 年		2006 年		2011 年		2014 年	
	障礙者	全國	障礙者	全國	障礙者	全國	障礙者	全國
就業者	22.5%	55%	20.9%	55.66%	16.77%	54.6%	17.5%	58.5%
非勞動力	73.6%	42.7%	75.2%	42.08%	80.87%	41.8%	80.3%	41.5%
失業率	14.7%	4.99%	15.9%	3.9%	12.35%	4.4%	11.0%	3.96%

資料來源：勞動部

65. 建議：

- (1) 勞動部應加強對企業主的宣導：推動大專以上具有特定專業知識之障礙者進行職業媒合與職務再設計。
- (2) 針對身心障礙者從事最多的基層技術工及勞力工，中央主管機關應投資研究經費於改善其使用工具、避免職災方法，與老化體力衰退需要的輔具等之研發，以支持障礙者延長工作年限。對於勞工於就業中發生意外或疾病而產生障礙離開職場者，應於《職業災害勞工保護法》或其他相關法規中明定醫療、勞政與社政三者間之聯繫與整合服務，且在協助其保留工作與重返職場方面應有具體的服務規劃。

專門職業人員法規歧視精神障礙者

66. 回應國家報告第 227 點，諸多專門職業人員法規禁止精神障礙者或精神疾病患者擔任，如各類醫事人員法、《社工師法》、《會計師法》、《教師法》等等，明確違反 CRPD。建議政府應於 2018 年 6 月前全面廢除所有直接禁止精神障礙者或精神疾病患者擔任相關專門職業技術人員之法規規定。

第 28 條 適足之生活水準與社會保障

公共住宅方案

67. 回應國家報告第 261、262 點，台灣六成以上為老舊公寓，且身心障礙者租屋多遭拒絕，無障礙設施改善困難，住宅法規定應保留一定比例出租給具特殊情形或身分者之社會住宅，雖包含身心障礙者，但並沒有特別規範房型應採通用/無障礙設計之比例，仍可能造成身心障礙者入住時之不便。
68. 建議：住宅法應規範所有新建住宅與無障礙公共（社會）住宅，均應符合無障礙規範，推動無障礙住宅。

平等退休與福利方案

69. 依據衛生福利部 2013 年統計，身心障礙者佔低收入戶總人口數的 21.82%，2011 年《身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查》也指出身心障礙者收入大於支出者僅佔 7%，身心障礙者有均貧現象。
70. 回應國家報告 258 點，台灣身心障礙者的平均退休年齡為 52.8 歲，一般人實際退休年齡為 60.7 歲，兩者相較，身心障礙者平均提早退休 7.9 歲。但是《勞工保險條例》規定「勞工需年滿 60 歲、勞保年資滿 15 年，才可請領勞保老年年金。」許多身心障礙者未滿 60 歲，即無法工作，卻也無法請領退休給付，國內勞工保險條例及勞工退休金條例明顯違反公約第 28 條。
71. 回應國家報告 268、269 點，國民年金中的身心障礙保證年金每月僅 4,872 元，而國內 2016 年公布之貧窮線為 11,448-15,544 元間，遠不及最低生活水平，年金保障僅月購買食物都不夠，生活保障遠遠不足。
72. 建議：
 - (1) 政府應盤整各類社會安全所得，包括：低收入戶生活扶助、身心障礙者生活扶助、醫療補助、急難救助、租金補貼、地方政府實物銀行資源等現金或實物給付額度，確保身心障礙者獲得所在城市的最低生活水平。
 - (2) 勞動部應及早啟動身心障礙勞工提早退休機制的規劃，並應個別化評量各類障礙者之身體機能與其工作內容之適配性，同時搭配年金制度補足適足生活水平。
 - (3) 年金改革應同時考量身心障礙者勞工退休給付的請領年限不受工作年資影響，並應同時提高國民年金（基礎年金）之適足給付水平，保障身心障礙者老年生活。

第 29 條 參與政治與公共生活

協助身心障礙選舉人之措施

73. 回應國家報告 272 點，全國投票所約八成設置於具有無障礙設施之場所，然障礙者從住家到投開票所多所困難且欠缺協助，且選票圈選處、票匱放置高度不一，造成障礙者自行投票的困難。如桃園曾發生某投開票所門口為陡坡，但警察以安全維護、秩序維持為由，不准障礙者駕車上陡坡再於門口下車，並且讓障礙者接受安全性不足的人力揹抱作為替代方式。由於該地形無法以人力將輪椅推上斜坡，導致障礙者被迫放棄投票。
74. 回應國家報告 273 點，中選會雖有規範當身心障礙者行使投票權時，可由自己選定的代理人進入協助，但經常發生代理人被選務人員阻擋在外，強制由選務人員擔任協助者。
75. 回應國家報告 276 點，部分縣市選舉委員會舉辦公辦政見發表會，所提供之手語翻譯視窗不足電視畫面三分之一、手語翻譯人員翻譯品質不佳，影響聽障選舉人權利。
76. 建議：
 - (1) 中央選舉委員會應確保全國投開票所之設置必須符合無障礙環境規範，亦應要求選務人員以一致性的標準設置票匱位置，並尊重障礙者自行選擇協助者，確保障礙者順利行使投票權。
 - (2) 中央選舉委員會應落實各項對於身心障礙選舉人之協助措施，對於未依規定執行之縣市選舉委員會，應有懲處機制。
 - (3) 政府應規劃通訊投票、不在籍投票等多元投票方式，俾利身心障礙者行使投票權。

第 30 條 參與文化生活、康樂、休閒與體育活動

文化生活

77. 回應國家報告 285-287 點，全國符合視障電子版可閱讀書籍不到千冊，而紙本出版量與有聲書的轉譯數量，兩者差距甚大。有聲書、點字書的製作多由民間團體為之，書籍重製過程需要人工轉檔、作業時間較長，造成視覺障礙者的數位落差。
78. 回應國家報告 280 點，包含國家劇院、國家音樂廳等公、民營劇場，不僅無障礙相關設施與輪椅座位不足，且訂位系統上並未明定劇場收音區位資訊，導致肢體障礙者進入劇場困難，而配戴助聽器之聽障者經常面臨預定座位卻無法良好收音的情形。
79. 建議：

- (1) 公開出版的著作，其發行方式應包括視障者可便利使用的無障礙版本。視障者合法購買之書籍，憑發票收據出版商皆應提供數位版本，例如有聲書或電子檔。
- (2) 各類藝文活動應俱備無障礙設施與輪椅座位，且售票系統操作方式應簡化，以便利智能障礙者自行操作購票，且聽障者購票時即能辨識劇場收音區位。

休閒與體育活動

80. 我國各縣市都設置國民運動中心，然目前運動中心欠缺身心障礙者可以使用的運動器材，如游泳池設置入水坡道、電動升降座椅並不常見，除硬體設施缺乏外，運動中心之管理規則也常要求身心障礙者必須要由成年人陪同才可使用設施，並由陪同者負起一切法律責任，尤其參與游泳、潛水等水上活動常以安全為由遭拒絕或刁難，且運動專業人員對於身心障礙者的認識不足，也無法提供運動諮詢與指導。
81. 目前仍有公園、遊樂區、運動中心等場所，明文公告禁止精神障礙者入內使用，此種歧視性規定影響精神障礙者平等使用的權益。2013年本聯盟針對基隆市、彰化縣、苗栗縣、台東縣4個縣市政府的公園管理自治條例中有禁止精神病者進入規定者，請其修正改善，但基隆市、彰化縣至今仍規定精神病者禁止入園；游泳池較多有禁止精神病使用的規定，台北市各區公立運動中心，除松山、信義之外，仍對精神障礙者入內使用設施有所限制。
82. 我國長期以來漠視身心障礙兒童遊樂設施的需求。衛生福利部社會及家庭署出版之【兒童遊戲場安全工作指引手冊】僅關注安全規範，國家標準「CNS12642 公共兒童遊戲場設備」有提到無障礙相關內容（無障礙遊戲設備之量測數據），但國家標準並不具法令強制性，目前亦沒有中央或地方政府將此標準納入法令中。我國僅新竹市與台北市於公園、樂園或學校內設置無障礙融合遊具。台北市立兒童新樂園2015年整修後重新開幕，但園內眾多遊樂器材的設計，仍忽略身心障礙兒童的需求。
83. 建議：
 - (1) 政府籌備辦理體育活動，應充分考量不同類別障礙者的需求，包括環境、設備、支持措施。
 - (2) 各級政府應檢視轄內休閒場所的無障礙設施待改善情形，全面取消身心障礙者使用的歧視性規定，且於《國民體育法》中明文規定全國運動場館與設施應全面無障礙。
 - (3) 內政部應於2018年6月前訂定包含機械與非機械式無障礙兒童遊戲場(含公園與遊樂園)設計指引，於2018年底前，每縣市至少應有一座無障礙兒童遊戲場/公園，提供身心障礙兒童參加遊戲之機會。