

# 2022 中華民國身心障礙聯盟回應 CRPD 第二次國家報告問題清單

參與撰寫團體：

台灣社會心理復健協會

台北市心生活協會

中華民國康復之友聯盟

台北市康復之友協會

新北市康復之友協會

台中市康復之友協會

涉及條文與問題清單點次：

第 12 條第 9 點次

第 14 條第 11 點次

第 17 條第 14 點次

第 22 條第 19 點次

第 24 條第 21 點次

第 25 條第 22 點次

第 33 條第 30 點次

在法律之前獲得平等承認（第 12 條）

9. 請向委員會解釋下列事項：

(a) 2022 年 1 月媒體報導的《精神衛生法》修正草案，將如何提升 CRPD 第 12 條、第 1 號一般性意見所保障的身心障礙者之意願及選擇之尊重；

障盟回應：

1. 精神衛生法草案仍以行政機關管理角度出發，多次使用「強制住院」、「強制社區治療」等高強度管制病人的用詞，未考量病人最需要的是溝通及諮商、協助決策並提升自我管理，未盡身心障礙者之意願及選擇之尊重。
2. 同草案當病人有傷害他人或自己之虞者，應即護送至就近適當醫療機構就醫。<sup>1</sup>恣意將病人就近轉送指定精神醫療機構治療，忽略病人原有的治療狀況與就醫選擇權。而跳過與病人原先的治療單位的連繫及取得更多病況相關資訊，也未能考量病人發生狀況時的環境壓力源與疾病的交互影響，就以強制送醫作為當下唯一處置，不需審查即進入強制治療，也易成為另種權益侵害管道。
3. 社區治療審查會的組成成員，有病人權益團體，但未納入病人及家屬參與。

<sup>2</sup>

人身自由與安全（第 14 條）

11. 請向委員會說明下列事項：

(b) 於 2022 年 1 月 27 日修正之《精神衛生法》中，關於「全國精神照護指揮中心」規定之緣由，並解釋該中心之職務以及其如何約束或保障、促進身心障礙者之權利；

障盟回應：

4. 中央將成立全國精神照護指揮中心，建立跨系統風險預警平台，與地方 24 小時緊急處置機制對接，其方向偏重對社區病人的掌握與控制；精神衛生法草案中卻未提其法定業務、人數、實務上將如何運作。也未說明該中心

---

<sup>1</sup>精神衛生法草案第 49 條第 3 項

<sup>2</sup>精神衛生法草案第 54 條第 2 項

與社區支持服務的內涵如何協作，病人及家屬如何參與運作。

#### 保障人身完整性（第 17 條）

##### 14. 請向委員會提供下列資訊：

(a) 有關《優生保健法》與《精神衛生法》針對強制醫療處置（包括絕育及墮胎）修訂之最新情形（見 2017 年初次國家報告國際審查會議結論性意見第 49 點）；

障盟回應：

5. 依精神衛生法草案，強制社區治療是採用法官保留原則決定，或是採取專家審查會決定，尚未有定論。惟不管採納哪種方式，強制社區治療皆有可能涉及違反病人意願的介入處置，政府應該要建構不同強度且多元的社區治療策略，並且強化與病人之間的溝通，確保身心障礙者之意願及選擇受到尊重。

#### 尊重隱私（第 22 條）

##### 19. 請向委員會解釋下列事項：

(a) 限制精神醫療病院／病房患者使用智慧型手機及其他與外界通訊方式之法律依據；

障盟回應：

6. 依精神衛生法草案第 39 條規定「住院病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構非因病人病情或醫療需要，不得予以限制。」現今精神醫療病院沒收病人手機或限制通訊自由，雖以執行醫療需要名義為之，但通常基於管理原因統一對待，而非個別衡量病人的狀況有不同處置。完全隔離病人使用手機或限制通訊，無助於病人日後回歸社區，也非人人適用之處置。醫院、精神醫療機構應訂定通訊設備使用規範，評估並與病人討論是否適用，而非單方面由精神醫療病院全面禁止之。

## 教育（第 24 條）

### 21. 請向委員會提供下列資訊：

(a) 有關取消特殊班級與學校的計畫，以符合 CRPD 第 4 號一般性意見中所述之融合教育規範內容。

(b) 就高中以下身心障礙學生就讀普通學校／普通班級之比例，說明融合教育進展緩慢之原因；

(c) 通用學習設計之概念如何應用於教育系統中，而非僅適用於身心障礙學習者；

(d) 如何於整體學校系統中推廣合理調整概念，減少各級普通學校對身心障礙學生之排除；

(e) 為使家庭不必再為讓家中孩童得以上學而需自行支付支持服務費用，臺灣目前採取何種措施。

### 障盟回應：

7. 2022 年教育部特教法修正草案，將「融合」限縮僅於特殊教育服務提供及設施設置之執行面範疇，並未宣示融合教育作為未來整體教育之發展精神與方向<sup>3</sup>；本次修法內容也尚未對現存特教學校、特殊班級之去留或轉型做出政策方向宣示或實質改變的規劃。
8. 應先改善普通班融入的狀況，提升融合教育的品質，讓家長能看見並支持融合教育的普通化；在目前則仍保留普通或特教的雙軌選擇。
9. 教育體系內缺乏由身心障礙學生可以主動提出合理調整的管道，對學校方也缺乏未回應相對義務時的規範或罰則。
10. 因為 COVID-19 防治而臨時長期停課或隔離的期間，各學校各自採用不同的線上學習軟體與教材設計，但普遍缺乏通用設計，對聽覺障礙、視覺障礙、其他學習障礙學生的影響特別顯著，如：無法辨視教師與同學口型、無聽打字幕或線上手語輔助、教材非視障軟體可報讀格式。原先學校中配置協助學習的特教助理員，因為學習場域改到家中而不符申請使用資格，家中

---

<sup>3</sup> 2022 年 2 月教育部版《特殊教育法修正草案》

照顧者被迫成為上課中陪伴協助學習的替代助理。

## 健康(第 25 條)

### 22. 請向委員會說明下列事項：

(a) 臺灣接受可及性／無障礙審核的醫療設施之比例，以及是否責成衛生福利部實施無障礙醫療環境及普遍可及之醫療服務與設備（例如無障礙浴室與床、檢查台、分娩床、移轉位輔具、X 光與掃描設備以及體重測量設備）的程序，同時確保對流程與程序進行合理調整；關於上述需求之相關資料以及義務方為處理上述需求所採取之措施，是否已公開並提供給身心障礙者；

障盟回應：

11. 台灣數量眾多的社區診所一直不在無障礙改善的相關規範對象內<sup>4</sup>，身心障礙者必須花費更多交通時間到有無障礙設施的大型醫院才能順利就診。COVID-19 疫情期間政府鼓勵醫療分流，大型醫院暫停一般門診，許多身心障礙者則因無法進入鄰近社區診所，而被迫在診所門外看診或注射疫苗，凸顯缺乏無障礙設施的現況。
12. 主管機關衛生福利部於 2021 年鼓勵既有診所申請《醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵》計畫，但全台僅有 6.1%診所達成<sup>5</sup>。而針對新設診所，2021 年底衛生福利部雖有計畫修改《醫療機構設置標準》，規劃依不同規模的新設診所需符合不同等級的無障礙通路及廁所條件，以提升身心障礙者的社區醫療的就醫可近性；但本案自 2021 年 12 月公布草案後便因遭遇部分醫師團體的強力反對而延宕至今，尚未知是否要公告施行。

## 國家執行及監督(第 33 條)

### 30. 請向委員會說明下列事項之最新情況：

(a) 關於新成立之獨立監督機制「國家人權委員會」(NHRC)在監督 CRPD 施

---

<sup>4</sup>相關法規為《既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則》。

<sup>5</sup>根據 109 年統計，全台共 1,384 間診所申請改善並取得獎勵，僅佔全國診所 22,653 家的 6.1%。

行中之作用及職能；

障盟回應：

13. 身心障礙者涉入教育、勞動等個別的歧視案件，在國內經訴訟法院終審之後，尚缺乏如聯合國 CRPD 委員會的最終審查機制機關，以更高層次進行人權審查。國家人權委員會(簡稱人權會)是依監察院組織法下成立之委員會，但迄今仍無獨立的申訴案件處理機制，而是沿用監察院的人民陳情管道。對違反公約意旨之司法判決，是否有權進行檢核再審？司法之外的個人申訴可以給予何種救濟？目前尚未見人權會有所作為。
14. 許多行政部門以尚未明訂於國內法律或等待修法中為由，拒絕回應如何改善身心障礙者權益受損的問題(尤其是在 COVID-19 相關事件)，罔顧我國 CRPD 公約施行法明訂公約已具有國內法律的效力、在國內法律修正之前應優先適用公約之特別法位階。人權會目前只有作事後調查，對於明顯怠慢不作為、但尚未有實質侵害發生的行政部門，尚無作為。例如：合理調整在臺灣公私部門的推動緩慢，人權會雖在 2021 年獨立評估意見中強調其重要性，並對於行政部門提出批評，但並未能與行政部門展開任何形式的協作推動改變。
15. 國家人權委員會應有主動監測以預防人權侵害發生之功能，就目前政策及法律不符合人權公約要求之處，主動提供公開意見給行政與立法部門；而個案申訴的受理、調查與救濟程序，如何與司法及行政部門協同運作，也應有規劃時間表供社會大眾檢核。