

CRPD初次國家報告問題清單民間回應

| | |
|--------------|--|
| 人權公約施行監督聯盟 | Covenants Watch |
| 民間司法改革基金會 | Judicial Reform Foundation |
| 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 |

人權公約施行監督聯盟

2017年9月8日

各民間團體回應之點次

| | |
|--------------|---|
| 人權公約施行監督聯盟 | 2、3、6、9、36、61 |
| 民間司法改革基金會 | 23、29、32 |
| 新北市康復之友協會 | 7、31、41 |
| 台北市新活力自立生活協會 | 40、41、42、43 |
| 台北市行無礙資源推廣協會 | 3、4、5、7、12、13、19、20、21、24、49、50、51、54、64、65 |
| 台灣廢除死刑推動聯盟 | 23 |
| 台灣人權促進會 | 31、32、38 |
| 台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟 | 7、13、40、48、58 |
| 台灣酷兒權益推動聯盟 | 31、34、61 |
| 台灣國際醫學聯盟 | 2、61、65 |

目錄

| | |
|------------|----|
| 第2點次..... | 1 |
| 第3點次..... | 1 |
| 第4點次..... | 2 |
| 第5點次..... | 2 |
| 第6點次..... | 3 |
| 第7點次..... | 3 |
| 第9點次..... | 4 |
| 第12點次..... | 4 |
| 第13點次..... | 4 |
| 第19點次..... | 5 |
| 第20點次..... | 5 |
| 第21點次..... | 5 |
| 第23點次..... | 6 |
| 第24點次..... | 7 |
| 第29點次..... | 7 |
| 第31點次..... | 8 |
| 第32點次..... | 9 |
| 第34點次..... | 9 |
| 第36點次..... | 9 |
| 第38點次..... | 10 |
| 第40點次..... | 11 |
| 第41點次..... | 11 |
| 第42點次..... | 12 |
| 第43點次..... | 12 |
| 第48點次..... | 12 |
| 第49點次..... | 13 |
| 第50點次..... | 13 |
| 第51點次..... | 13 |

| | |
|------------|----|
| 第54點次..... | 13 |
| 第58點次..... | 14 |
| 第61點次..... | 14 |
| 第64點次..... | 14 |
| 第65點次..... | 15 |

第1條及第2條 定義及宗旨

第3條 一般原則

第4條 一般義務

2. 請說明如何使用人權模型概念定義身心障礙，除現行的ICF系統以外。

人權公約施行監督聯盟、台灣國際醫學聯盟、台灣酷兒權益推動聯盟共同回應

1. 政府提供了足以抵銷 (offset) 障礙所帶來的「不便」或負擔之種種社會安全與福利制度，只是確保身心障礙者享有平等權利的必要條件，而非充要條件。根據CRPD人權模式，障礙是身體損傷與周遭環境與制度互動的結果，因此當環境與制度越兼顧、融合 (inclusive) 障礙者，障礙者越能獲得尊嚴、自主，且在與他人平等的基礎上充分參與社會，享有種種基本權利。這表示政府需要做的，遠超過提供現金給付與各種補助，而必須同時重視環境與制度的改造。政府的回應再一次證明主政者仍將障礙者視為社會福利的接受者，而非權利的擁有者。
 2. 我們建議專家能利用建設性對話的過程以及結論性意見，協助政府了解什麼是人權模式，以及如何在法規與實務中落實。
3. 請說明國家所採取的具體步驟，透過修正國家立法與法規，以納入合理調整及承認拒絕提供合理調整將構成歧視的概念，確保公私部門確實落實。

人權公約施行監督聯盟回應

3. 就政府回應中第二點（並參考國家報告第17段）：

- (1) 敦請專家要求政府行政部門提供相關歧視之申訴案件數、獲得處理之比例、以及處理之結果。
- (2) 敦請專家要求司法部門提供因歧視提起侵權行為訴訟之案件數、以及其裁決有利於受歧視者之比例。
- (3) 敦請專家要求政府參照聯合國人權高級專員辦公室針對公約第五條所做之報告 (A/HRC/34/26) 與其他國家之良好實踐（如該文件第40段提及之美國與南非立法例），立、修訂相關法律。

台北市行無礙資源推廣協會回應

4. 教育部之回應僅再次宣示有法條，但並未針對平行報告第177、178段（人權公約施行監督聯盟2017平行報告，以下同），有關「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」、「專業科目教學環境充滿障礙」等議題，並就第176段「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」做出檢討執行缺失，亦未提出具體改善措施與期程，嚴重影響身障生受教權利。

5. 關於身心障礙學生大專校院甄試招生簡章部分，雖已刪除部分限制性文字，但事實上仍未就第171段所述「身心障礙學生升學大專校院甄試有關全面開放、間接排斥」等議題，第172段建議事項，提出檢討與對話、改善措施、與改善期程。
 6. 關於國家考試部分，以醫師開立之「診斷證明書」作為試場服務提供與否的依據之一，完全違反CRPD以社會模式對待障礙者的精神，短短的門診時間要求醫師判定障礙者應試特殊需求，也超出醫師之專業。而因身體、功能性障礙致閱讀試題、書寫困難，統一規範「延長每節考試時間二十分鐘」，亦是扭曲障礙者「障礙情境」、「面對身體與環境互動時發生障礙」之事實，完全忽略不同障礙者在應試過程中呈現能力所需不同時間之差異性。國家應建立更細緻、全面性的完整評估機制，讓應試的障礙者發揮其專業能力。
4. 請說明採取何步驟以透過修改立法，納入通用設計之定義，以及其將如何在教育、健康、交通及建築環境中加以規範。

台北市行無礙資源推廣協會回應

7. 教育方面，請參考本團體點次3之回應。政府並會回應平行報告第167、170段，義務教育階段中的分散式資源班在語文、數學、自然與生活科技等領域，實行大量全部抽離、部分抽離原班級課程，到資源教室由特教老師進行教學活動；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，而被安置於分散式巡迴輔導班，每週僅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之事實。政府應就平行報告第168、172、180段提出推展融合教育之建設性對話。政府亦未回應平行報告第186、187段，應建置身心障礙學生在家教育所需之遠距視訊教學系統。
 8. 環境方面，校園無障礙仍存有平行報告第62、63、64段之情事，政府亦未針對第66段建議提出建設性對話！也請參考平行報告第168段，無障礙校園環境的建置，政府應體認CRPD第4號一般性意見第61段所述，啟動跨部門計劃與執行。
5. 請提供有關國家採取之措施以確保所有法律與政策能有效實現公約第3條所述之原則的相關資訊。

台北市行無礙資源推廣協會回應

9. 教育部的回應僅針對歧視性文字或規定進行法規檢視，忽視障礙者人權受侵害之事實，在教育權方面如：「義務教育階段，障礙生參與IEP的法源基礎」、「身心障礙學生升學大專校院甄試有關的全面開放、間接排斥」、「分散式資源班進行全部抽離、部分抽離教學」、「義務教育階段，重度障礙者被安置於分散式巡迴輔導班就讀」、「無障礙校園」、「提升普教老師的特教知能」、「普教老師與特教老師的專業對話平台、進而進行合作教學」等等的法規建置、修改、與監督機制。

10. 交通方面，教育部的回應應參考平行報告第184段之事實，補助交通費無法解決身障學生無法自行上下學之困境。請政府提供全國各級學校提供免費交通工具與補助交通費之具體數據資料。而障礙學生參與活動方面，請參考本團體點次3、點次4之回應。

6. 請說明國家是否對國家與地方身心障礙組織提供支援，且此等組織如何參與和立法、公共政策、預算相關之決策，其中包括婦女與兒童組織在內。

人權公約施行監督聯盟回應

11. 2017年研修後的《性別平等政策綱領》，雖有增列請各機關提升身心障礙者女性代表決策參與治理機會；然而身心障礙組織受邀參與行政機關的公共決策，幾乎局限於中央／縣市身心障礙者權益推動小組，其餘中央或地方層級的官民共治委員會，仍鮮少有障礙婦女的代表或參與。

第5條 平等及不歧視

7. 請提供有關政府與民間在改善對身心障礙者態度方面的責任，以及監測與對抗對身心障礙者在各種層面之直接與間接歧視的相關資訊。

新北市康復之友協會回應

12. 政府回應所稱媒體報導精神疾病之準則，雖已針對媒體報導做規範，然目前媒體報導仍充斥歧視精神障礙者用詞、渲染報導內容。建議政府應公布NCC或衛福部針對媒體涉及歧視之申訴案件數、裁罰數、媒體更正報導數，以作為監測與對抗對身心障礙者在各種層面之直接與間接歧視之具體作為。

13. 補充說明：

(1)精神衛生法修法草案中，針對第三條嚴重病人重新定義，將有更多精神障礙者被列為嚴重病人 (http://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/agenda1/02/pdf/09/01/09/LCEWA01_090109_00069.pdf)

(2)精神衛生法修法草案中，針對第二十九條嚴重病人資料通報機關新增警察機關，將精神障礙者直接視為犯罪潛在人口，嚴重歧視精神障礙者。 (http://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/agenda1/02/pdf/09/01/08/LCEWA01_090108_00073.pdf)

台北市行無礙資源推廣協會回應

14. 教育方面，特殊教育學生或其監護人、法定代理人於學生學習、輔導、支持服務或其他學習權益受損時，還是向原學校提起申訴（辦法第3條），在權力不對等、球員兼裁判等態勢下，爭議發生時，家長訴諸民意代表、媒體投訴現象屢見不鮮，學生申訴評議委員會層級、組成、功能應重新檢視。

台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟回應

15. 大眾傳播方面：請問是否發現8月的世大運官網，這麼大的國家活動，居然會在官網出現「羊癲瘋」三個字，這對癲癇患者與家屬是多大的羞辱與歧視，請問政府要如何處理公部門所犯的嚴重錯誤。因此媒體宣導應請政府將頑性癲癇置入，讓社會大眾、雇主徹底瞭解癲癇，並學習正確的癲癇處理法。

16. 勞動方面：雇主知道面試者有癲癇，連雇用機會都不給了，又如何申訴，就算申訴成功，有辦法在此公司長期就職嗎？這裡是台灣，沒有多少員工有能力上訴的。統計全台灣共23萬癲癇患者，一百人即有一位，頑性癲癇患者佔30%，就算去除擁有其他障別的頑性癲癇患者，也還有4萬人是頑癲障別患者，但據政府所給各障礙類別就業人數，頑性癲癇症2014年6月只有1680人，可見其就業被排斥的嚴重度。

第6條 身心障礙婦女

9. 請提供為促進身心障礙婦女與女孩權利計畫之資訊，包括積極行動措施，特別是具有交叉形式身份者。

人權公約施行監督聯盟回應

17. 針對原民會的回應：請以具體統計或資料說明有關「原住民婦女意見領袖培育計畫」推動的實際情形和效果，包括原住民障礙婦女的參與狀況、該計畫提升哪些原住民障礙婦女的權利、或是改變哪些歧視環境等。

第7條 身心障礙兒童

12. 請說明目前讓身心障礙兒童為自己發言，並承認身心障礙兒童能力之演進所採取的步驟。

台北市行無礙資源推廣協會回應

18. 請參考本團體點次3之回應，政府應就義務教育階段，邀請障礙生參與IEP的法源基礎進行規畫。

13. 請說明正採取哪些步驟，確保身心障礙兒童自診斷、早期介入至其他支援、服務及教育間的服務協調。

台北市行無礙資源推廣協會回應

19. 特殊教育方面：

(1)雖然法規上規範以專業團隊(特殊教育教師、普通教育教師、特殊教育相關專業人員、及學校行政人員)合作進行、共同參與，但學校現場卻是，當特殊教育相關專業人員(PT、OT、ST等)以1~2次/月，甚至1~2次/學期頻率到校服務時，是將服務對象單獨抽離進行，最多特教老師在場，其餘普教老師、教育行政人員仍依常態各自進行各自工作，鮮少參與。

(2)政府應依照CRPD第4號一般性意見第71段對所有教師的培訓進程，使具備核心能力與價值觀，來檢視、改善教育現場的矛盾。

第9條 無障礙

19. 請說明政府對於全國無障礙公共建築、住宅、公共空間、公共運輸及街道環境的計畫。

台北市行無礙資源推廣協會回應

20. 有關公共運輸無障礙，請參考平行報告第九條無障礙之第79-84段；街道環境請參考第61段；住宅請參考第70段；公共空間請參考85-90段。

20. 請提供為改善無障礙標準、監測系統以及對違規案件制裁之計畫。

台北市行無礙資源推廣協會回應

21. 以旅館飯店無障礙為例，《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》之要求竟遭到旅館公會遊說縮減要求改善項目。並於發現飯店旅館之無障礙設施經檢查後廢棄為倉庫或工作人員住宿房舍或以設施毀損為由，使障礙者完全無法使用該「檢查合格之無障礙設施」。向台北市身心障礙權益保障推動小組提案後，負責無障礙之建管單位與主管飯店旅館之觀光局皆表示無法可罰。這樣的荒謬的情形也發生在加油站依法應設置無障礙廁所，但許多加油站業者採用類似流動廁所敷衍檢查並且終年上鎖或掛上維修中，完全無法使用，建管單位卻無法可管。

21. 請說明為要求所有社區設施與服務無障礙的規範系統，包括醫療保健與教育。

台北市行無礙資源推廣協會回應

22. 有關社區設施與服務無障礙的規範系統無障礙，請參考平行報告第72段；教育部分，請參考第62-64段及本團體於點次3、點次4之回應；醫療部分，請參考平行報告第190-196段。

第10條 生命權

23. 請提供法務部如何判定實施死刑時，囚犯是否為精神或智力障礙之資訊，並說明2015年以來發現有精神或智力障礙之囚犯並因此豁免死刑之人數。

民間司法改革基金會回應

23. 目前死刑定讞待執行者入監時沒有規定須進行精神或智力障礙相關篩檢，也未規定其在監須定期作精神障礙之篩檢，在缺少了相關規定的情形下，除非死刑定讞待執行者主動提供身心障礙手冊，或要求就診，否則矯正機關難以確認死刑定讞待執行者是否有精神或智力障礙。另從矯正機關的角度，其之職責也僅限於提供其醫療照顧，而不及於判斷其精神或智力障礙之程度是否已達豁免死刑。因此法務部應訂定死刑定讞待執行者精神或智力障礙相關篩檢流程，經確認死刑定讞待執行者非屬應豁免死刑者後，始得執行死刑，以落實公約規定。

24. 目前政府回應，法務部統計無符合《刑事訴訟法》第465條之囚犯，為了解權責單位之實際作為，建議請檢察署和矯正機關提供具體數據及資料，說明2015年至今，矯正機關配合檢察署調查之案件數量，矯正機關為協助查明，哪些案件又進行了哪些調查。

台灣廢除死刑推動聯盟回應

25. 法務部於2015年執行6位死囚，其中一位死囚「王俊欽」，其曾於一審法院審理時受醫院施以精神鑑定，當時報告指出王俊欽之智能測驗總智商僅66，但後仍被判處死刑；2016年，自死刑定讞至死刑執行僅18天的死囚「鄭捷」，於審判期間更曾經由台大醫院精神部檢查結果顯示「其患有甲狀腺機能亢進及副甲狀腺機能低下之現象……符合葛瑞夫茲氏症（Graves disease）之診斷……」，但亦被判處死刑。至於這些死囚於2015年、2016年各別被死刑執行時，有無經任何精神鑑定予以判定是否為精神或智力障礙，是否具備受刑能力（fitness for execution）等，此部分和其他被執行死囚之情況一樣，均不得而知。

26. 現行《刑法》就帶有精神障礙及心智功能障礙等情形者在懲罰上有所調整，包含：免罰、減輕其刑等，且遇審判中被告有心神喪失之情形，亦應停止審判，刑事訴訟法亦有相關規定。但司法實務上對於責任能力的減輕、停止審判的標準極高，且往往莫衷一是，譬如近年發生的龔重安案、王景玉案，這些案件雖然都明確經醫院精神鑑定報告判定被告等患有思覺失調症以及妄想等正性症狀，但因法院的標準極高，或因為對於刑事責任（criminal responsibility）或就審能力（competence to stand trial）等在實務上不知應如何適用或評價科學證據，因此均未予以停止審判或責任的減輕。

27. 台灣縱然已將兩公約以及CRPD透過立法方式已施行法明白賦予內國法之效力，但是在司法審判實務上各級法院對於上述公約是否足堪構成對於精神障礙者生命權之具體保障，在法令適用上仍有許多疑慮，以致在審判以及相關證據調查程序時，法院每或諉諸

上開公約並未阻止法院對精神障礙者判死刑，或違背醫學證據嚴格限縮精神障礙者認定以使其以非精障者身分受極刑判決，均屬司法實務刻意規避上開公約之行為。

第11條 危險情況及人道緊急情況

24. 請提供身心障礙組織如何參與不同措施之設計、執行、評估，以確保身心障礙者在自然災害中的保護與安全。

台北市行無礙資源推廣協會回應

28. 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之事實，內政部應參考平行報告第96、97段進行改善。也請政府說明，災害通報處理機制是否回歸中央至地方一體？障礙者使用之「維生設備緊急供電系統」是否納入中央與地方的災害防救計畫，並要求各權責單位定期演練？相關資訊請參考平行報告第95-98段。

第13條 獲得司法保護

29. 請提供關於在刑事與民事法律程序各階段中，提供給智力或精神障礙人士協助之具體資訊。

民間司法改革基金會

29. 司法精神鑑定預算不足，恐影響鑑定品質。

30. 法務部及司法院僅就身心障礙者的受告知權利及選任辯護人、輔佐人及申請法律扶助之權利為說明，惟依公約第13條第1項、第2項規定，國家切實使身心障礙者獲得司法保護，並對司法領域工作人員(包括員警和監獄工作人員)進行適當的培訓，使其具有弱勢意識，故除前開告知及選任律師及申請法律扶助之權利外，司法領域工作人員是否確實進行陪訓，又於具體個案中，是否提供身心障礙者充足的司法保護，諸如身心障礙者涉及刑事訴訟時，偵查機關、法院就被告之辨識能力、就審能力，是否確實進行司法精神鑑定，又於求刑、量刑時是否說明被告的障礙狀況，並依刑法57條妥適求、量刑，又於刑之執行時，監所是否依據受刑人之身心障礙狀況提供必要的協助，司法院、法務部均未提供具體資訊及數據而為說明。

31. 再者，刑事訴訟法第31條第1項雖規定，被告有精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者，審判中應指定辯護人協助、偵查中應通知法扶指派辯護人協助，但實務上發現，不僅「精神障礙或其他心智缺陷」之當事人需要特別協助，其他類型之身心障礙如：聽障人士聽取檢警提問有困難，對於訊問現場之狀況亦難以掌握；視障人士更無法以肉眼確認筆錄，其簽署筆錄之效力亦容有疑問。建議政府應通盤檢討現行刑事訴訟法對於身心障礙者之相關應訴規定，以符合聯合國人權高級專員辦公室對CRPD第五條所做之報告(A/HRC/34/26)第35條意旨，提供程序調整。

32. 另現行刑事訴訟法第31條雖規定，心智障礙者偵查中未經選任辯護人，檢警應通知法律扶助機構指派律師到場。惟實際上，就違反本條項規定所製作之筆錄，法院不見得會排除其證據能力，導致促使檢警依法指派之誘因不足。
33. 政府報告部分僅涵蓋院檢，但未要求內政部警政署、法務部調查局說明，此攸關身心障礙者於警局接受警詢、調查局詢問時之程序正當性，應要求相關單位補充說明各種障礙者接受警詢時，使用各類通譯之數據以及配套措施是否完足。
34. 依法律扶助基金會數據，每月全國各地回報因「精神障礙或其他心智缺陷無法為完全之陳述者」之陪偵案件量僅100件左右，與實際上被告或犯罪嫌疑人具有身心障礙狀況的數據是否有落差？亦有請相關單位提供數據之必要。
35. 另外，法律扶助法針對心智或精神障礙以外之障礙者，並無相應身心障礙者司法進用權之規定，應再予以檢討改善。
36. 另依CRPD施行法第八條訂定身心障礙者訴訟扶助業務，衛福部迄今尚未提出就身心障礙者訴訟扶助之具體方案，應予再促請衛福部依CRPD公約之意旨，規劃符合公約的具體訴訟扶助方案。

第14條 人身自由及安全

31. 請告知委員會，國家已經採取哪些步驟以遵守CPRD第14條，亦正如CRPD委員會在其發行之指南中的詮釋。

新北市康復之友協會回應

37. 我們仍要強調政府在檢討強制住院流程的同時，應針對提供精神障礙者在危機期（急性期）的多元服務發展，如參考歐美國家，建立一結合醫療、社工、心理專業之中繼單位。如此始可讓障礙者有「強制就醫」、「強制住院」以外的選擇。

38. 補充說明：

(1) 政府回應第十四條31點次中，第三段提及精神衛生法中，若嚴重病人如對該處分不服，得循訴願及行政訴訟途徑，提起救濟（《訴願法》第1條、《行政訴訟法》第4條規定辦理）。然，此部分並未入法。（http://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/agenda1/02/pdf/09/01/03/LCEWA01_090103_00015.pdf）

(2) 精神衛生法修法草案中，針對第四十一條第一項嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞部分擬修改為病人有傷害他人或自傷之虞者。此舉將更擴大強制住院制度之影響範圍，嚴重違背CRPD第十四條。（http://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/agenda1/02/pdf/09/01/11/LCEWA01_090111_00016.pdf）

台灣酷兒權益推動聯盟回應

39. 政府除應提供醫療外，應發展很多樣態之社區支持，如同儕支持、同儕工作者等。

32. 亦請告知委員會，已經採取哪些措施，確保身心障礙者對於入住或留置於精神病院—根據精神衛生法的允許範圍—的知情同意。

民間司法改革基金會回應

40. 除一般申訴或行政救濟程序之外，提審法病人救濟的管道，然提審法於2014年7月8日正式施行後，法扶雖開辦提審案件律師陪同到場專案，惟指派律師之要件，係限於「法院核發提審票時」，法扶才能派案。此制度施行迄今僅1件提審案件轉至法扶派律師，成效不彰。可能理由有二：

(1) 標準太過嚴格：對於受人身自由限制之當事人而言，無律師協助之情形下，由其自行撰擬提審聲請狀，書狀內容、聲請之效果極為有限。

(2) 各地法院並未協助於核發提審票時，即時通知法扶，故縱使實務上提審案件漸多，但法扶仍無法即時介入協助處理。

41. 故建議法扶修正提審案件律師陪同到場專案之要件，凡當事人有聲請提審之需求，即應指派律師到場；另人民被法院以外之任何機關逮捕、拘禁時，其人身將受限制之情形，實於司法院大法官737號解釋檢察官聲請羈押時無異，依據公約14條第2項，建議修正提審法，準用刑事訴訟法31-1有關審判長應指定律師辯護之規定，使逮捕、拘禁人能委任律師進行意見之陳述。

第15條 免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰

34. 請告知委員會，國家已經採取哪些措施，確保身心障礙者得到充分的支持，並對醫療程序與治療完全知情狀況下做出決定。

台灣酷兒權益推動聯盟回應

42. 現行精神醫療採取高度醫療行為，並不會額外提供心理支持、同儕支持等社會支持。酷兒盟作為台灣現行唯一的純病人團體，多次向政府要求提供更多支持依然被拒。醫院通常偏重醫療行為，如：藥物治療或住院。若為急性期則多為強制性高度醫療行為，較少能完全知情治療之狀況或在藥效尚未退去前便被自願簽署住院同意書。

第16條 免於剝削、暴力及虐待

36. 亦請告知委員會，對於身心障礙婦女與兒童之暴力行為，包括身心障礙原住民婦女與兒童，以及國家已經採取哪些特定措施防止與消除來自社會各面向的所有形式之暴力。

人權公約施行監督聯盟回應

43. 針對原民會與衛福部之回應：兩部會僅回應一般家庭暴力／性暴力工作內容，忽略障礙婦女與兒童（包含原住民身分）面臨的脆弱處境。請說明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，有無檢視評估是否考量到障礙者的差異需求？

44. 針對教育部之回應：有無統計調查資料可說明教育部編製的身心障礙性別平等及性教育教材，在校園實際應用的情形與效果。

第17條 保護人身完整性

38. 亦請告知委員會，國家計畫採取哪些措施，啟動精神衛生法的修法，以避免違反公約第17條。

台灣人權促進會回應

45.（同時回應點次31、32、38）就《精神衛生法》與CRPD第14條人身自由的部份，雖然衛生福利部從《精神衛生法》既有的雙軌救濟管道、以及正在進行當中的基於「法官保留原則」的修法方向，來回應國際審查委員第31點的議題清單，但顯然衛福部並沒有從審查委員所要求的，依據2015年9月身心障礙者權利委員會所通過的「身心障礙者權利公約第14條的指導原則」（以下簡稱指導原則），來說明我國已經採取哪些步驟來遵守《公約》第14條。以下逐項說明。

46. 衛福部並沒有正面回應，現行《精神衛生法》第41條將「有傷害之虞」作為啟動嚴重病人強制住院或強制社區治療的要件之一，而這正是指導原則第7點所強調的「即使有其他的因素或判準可以說明剝奪自由的正當性，在實際上或察覺到有傷害之虞時，仍應禁止剝奪自由。」

47. 同樣的，即便衛福部在第32點問題清單有部份說明，但該部也未正面回應，《精神衛生法》第41條將「嚴重病人拒絕接受住院治療或無法表達意見」，當作精神醫療機構向「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」申請許可強制住院的必要條件，而這也違反了指導原則第8、10點所強調的，不可在沒有當事人自由且知情同意的情況下，或者只是在保護人的同意下，違反其意願予以收容和剝奪其自由，而這些相關的法律規定，都必須全部廢除。

48. 衛福部至今並沒有說明，未來應如何依照指導原則第11點，在所有精神療養與醫療照護方面相關的法規，如何落實當事人自由且知情的同意，也就是說，「所有衛生和醫療人員必須確保在身心障礙者直接參與的前提下進行適當的協商。他們也應盡力確保助理或提供支援者不代替身心障礙者作出決定，或在其決定時施加不當的影響。」

49. 事實上，精神療養院也會以當事人隱私以及醫療考量為理由，拒絕被強制住院之當事人接觸家屬或保護人以外的人，包括律師、NGO工作者，當事人若想接觸外界，僅

能單向地在某些時段透過公用電話對外聯繫，外界無法主動與之聯繫。而這樣的情況也涉及指導原則第19點所強調的，如何監督與檢討與剝奪身心障礙者自由有關的機制，尤其是締約國應設立國家級的獨立監督機制，並確保公民社會也能參與監督。

50. 《精神衛生法》雖有部份條文提到社區支援體系，但究竟現有的體系有沒有發揮應有的功能，這些體系是否能夠滿足精神障礙者及其家屬在危機期與時所需要的資源，精神障礙者是否能基於這樣的體系達到自立生活，而無須將送往機構或強制住院當作唯一的選項，這也是衛福部應該要回應與面對的問題，也就是指導原則第9點所說的「應該在徵詢身心障礙者團體的意見後落實支援體系，並採取有效的『去機構化』

(deinstitutionalization) 措施。除此之外，委員會也呼籲挹注更多經費，以確保社會支援體系充份無缺。」

51. 以上是《精神衛生法》在尚未修法前，衛服部必須面對與回應的問題。最後，即便未來立法院通過基於「法官保留原則」的《精神衛生法》修法版本，衛福部不應該只是把強制住院這種以身心障礙作為剝奪自由之理由，以為將決定權交給司法來決定，衛福部就沒有落實CRPD第14條與第17條的責任和義務了。衛福部在將案件送到法院的前端過程中，從通報到送院、緊急安置期、兩位醫師的診斷、相關救濟程序與正當法律程序的保護、病人自由與知情的同意、是否遭受酷刑對待、精神障礙者在機構的處遇是否符合人道與無障礙，每一個環節，衛生福利不都有落實CRPD的責任與義務。

第19條 自立生活及融合社區

40. 請提供政府對於社會與身心障礙者在社區融入之相關資訊——建造住屋、運輸、公共建築、社區設施與服務之無障礙，且所有人皆可用。

台北市新活力自立生活協會回應

52. 相關法規宣示性大於落實，缺乏執行力、無強而有力的監督機制，亦無完整全面性的無障礙規劃，造成障礙者融入社區障礙重重。

台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟回應

53. 發現很多頑性癲癇朋友到小作所，就因癲癇被拒絕於門外；請給頑性癲癇患者有自立生活的機會。

41. 請說明政府對於逐步淘汰大小型住宿型機構，並以社區為基礎的個人化支持服務，例如個人協助，以及逐步提高國內住宅無障礙為取代的計畫。

新北市康復之友協會回應

54. 政府回應所稱「迄至2016年底，已有84.24%之精神復健機構，其服務規模在『50床以下』」，請再提供51床以上及50床以下服務總人數比例（非僅提供機構數比例）及政府經費投入比例。

台北市新活力自立生活協會回應

55. 政府並未有逐步淘汰機構的趨勢及具體時程規劃，對於高密度需求者仍會建議去住宿型機構或自行解決問題。個人協助服務時數過少，自費額過高，造成難以負荷，半年平均每三個月就有照顧者壓力過大殺死被照顧者的慘案發生。住宅無障礙也同樣的比例少，租金高。障礙者根本無法自立生活於社區中。

42. 請說明政府對於定期評估社區內身心障礙人口的需求、滿足此等需求之規劃措施，以及評估此等措施績效之系統機制。

台北市新活力自立生活協會回應

56. 政府將大量預算投入評估鑑定，但無規劃相對應需求的服務，服務的質量也未逐年改善及增長，對於實際需求人數亦無掌握，且實務上常見不斷地抑制減化障礙者的實際需求，若有高需求者出現，即丟給家屬、外籍看護或機構解決。

第20條 個人行動能力

43. 請提供政府對於促進身心障礙者使用輔具的努力，尤其是在改善選擇自由、使品項配合個人需求，以及在擴大身心障礙者在輔具使用方面，不論地理位置、性別、年齡、家庭收入。

台北市新活力自立生活協會回應

57. 國內輔具造價高昂、補助低，造成障礙者無法平易取得，輔具種類選擇性也低。

第23條 尊重家居及家庭

48. 政府對於障礙兒童的父母提供何種支持措施，使身心障礙兒童得留在家中，無須送至機構？

台灣超越巔峰關懷癲癇聯盟回應

58. 對中重度的癲癇兒家庭而言，臨時及短期照顧、照顧者支持、家庭關懷訪視與服務，根本未確實執行。導致還有癲癇兒無法即時接受更妥當治療，腦傷更嚴重。很多照顧者也因得不到喘息併發精神問題。

第24條 教育

49. 請提供在特殊學校、特教班就學之身心障礙學生之人數，按照障礙類型分類，以及如何提倡融合教育。

台北市行無礙資源推廣協會回應

59. 事實上，各學校特殊教育推行委員會主要負責審議各校特殊教育政策（年度計畫、年度預算、編班、減人數等），並不直接處理校內特殊教育學生學習輔導事宜。且政府針對相同場域共同學習、普通教育課程調整及特殊需求課程，與點次4、點次13之回應所述事實為極嚴重之矛盾，顯見資源挹注之錯置，導致融合教育精神之喪失。

50. 請提供身心障礙者各級教育之學校完成比率，並與一般（非障礙）人口比較。

台北市行無礙資源推廣協會回應

60. 根據政府的回應，大專院校身心障礙學生及一般學生（非身心障礙者）之畢業率分別為64%及92%，差異極大。高達36%身心障礙學生無法畢業，其原因究為「身心障礙學生升學大專校院甄試」有關，抑或大專校院支持服務制度不健全所導致，應深入檢視、改進。短期來說，國家應建立高達36%無法畢業之身障生之輔導、轉銜制度。

51. 請提供目前一般教師接納身心障礙學生之職前、在職訓練，以及一般教師與特教教師如何進行合作之資訊。

台北市行無礙資源推廣協會回應

61. 融合教育下，障礙學生需要的是相同場域共同學習，核心關鍵是普教老師與特教老師的合作教學。CRPD第4號一般性意見第71段直指融合教育下的所有教師所需之核心能力與價值觀的培訓，這不是職前、在職訓練幾小時就能一蹴可及的，平行報告第69段更強調應投資融合教育的教師培訓。

62. 政府回應說各學校特殊教育推行委員會在審議校內特殊教育政策，然而其實各學校的課程發展委員會與學科教學研究會／領域會議，才是各領域教學專業對話平台。請參考平行報告第179段，指出這些平台缺乏特教教師與特學生家長的參與。另外，有關教師助理員與特教學生助理人員議題，請參考平行報告第181段。

第25條 健康

54. 請提供為消除保險公司拒絕承保身心障礙者，尤其是受監護之智力與精神障礙者醫療保險之歧視的時程。

台北市行無礙資源推廣協會回應

63. 學生團體保險是我國國民教育階段保護全國所有學生健康的重要措施，今年卻新增「幼兒帶病投保不理賠」條款，雖然特教法第23條略以：特殊教育之實施，應自二歲開始。該新增歧視條款已實質將障礙學生與一般學生區隔，政府已完全違背CRPD精神。
(<https://udn.com/news/story/7314/2641384>)

第27條 工作及就業

58. 請說明政府為改善身心障礙者進入公私主流勞動市場之措施，以及為減少目前普遍採行的隔離式雇用之措施。

台灣超越巔峰關懷癩癩聯盟回應

64. 一般就業輔導處都會對患有癩癩的患者落下「雇主寧聘用肢障，也不願雇用癩癩患者」，可見法規與實際面差別很大。政府需對職訓中心、職業重建個案管理員等相關人員提供對癩癩的認識課程，讓此前線服務人員先瞭解癩癩，才能和雇主有好的溝通。本團體亦曾為頑性癩癩患者去電適合的庇護工廠，但所獲得回應皆是名額已滿，可見庇護工廠似乎供不應求，政府要如何增設庇護工廠。

第29條 參與政治及公共生活

61. 請提供委員會關於被禁止投票之身心障礙者的人數及其原因為何。

人權公約施行監督聯盟回應

65. 依據現行相關選舉罷免法規，受監護宣告未經撤銷者喪失投票權。

66. 監護宣告屬地方法院民事庭管轄。民間團體嘗試查找司法院統計以了解每年受監護宣告人數，但因司法院統計年報將監護宣告與輔助宣告合併計算，因此無法得知受監護宣告者之人數，僅知2014-2016年間，受監護與輔助宣告者各有5438, 5710, 6054人。

67. 台灣現行監護宣告完全採替代決策模式，違反CRPD第12條與第1號一般性意見無庸置疑，政府有必要修訂相關法規，同時應要求司法院分別統計受監護宣告與輔助宣告數，以作為指標進行監測。

第30條 參與文化生活、康樂、休閒及體育活動

64. 請提供消除公園、遊樂中心、運動中心拒絕障礙人士，包括精神障礙者進入的歧視性法規與實務之措施的相關資訊。

台北市行無礙資源推廣協會回應

68. 請政府定義「友善廁所」，並說明無障礙廁所與友善廁所之差異。

第30條 參與文化生活、康樂、休閒及體育活動

65. 請提出提供手語教學的相關資訊。

台北市行無礙資源推廣協會回應

69. 請政府提供目前全國視障師資、聽覺障礙師資、具手語能力之教師助理員、特教學生助理人員統計數據。也請政府提供大專校院聽語障生學習服務之手語翻譯員和聽打員的統計資料。

台灣國際醫學聯盟回應

70. 我們敦請專家要求政府：

(1) 針對手語教學提出適當之人權指標，例如以聽障學生與成年聽障者中能流利使用手語進行溝通之比例作為成果指標(outcome indicators)，並應訂出未來四年應達到之基準(benchmark)作為未來改善之目標。

(2) 請政府提供聽障學生接受手語教育之比例，依學校級別分列(primary, secondary, and tertiary)。