



## 聯合國身心障礙者權利公約第十二條 對臺灣未來身心障礙者服務體制的影響

王國羽

### 壹、前言

本文以聯合國身心障礙者權利公約第十二條內容，討論聯合國身心障礙權利公約（CRPD）在未來可能對臺灣的身心障礙者服務體系產生之影響。CRPD 公約第十二條內容，在起草階段與通過之後，是最具爭議與辯論最激烈的條文，主要理由是 CRPD 以所有障礙人口為對象的人權公約，而障礙群體中，精神身心障礙者與心智身心障礙者都在公約的適用與保障權利範圍內，第十二條的主要內容是以身心障礙者的法律平權與法律能力為主。第十二條的內容肯認身心障礙者的平等公民地位及人格權，直接及間接將改變各國目前運行多年的【代理決定 Substitute Decision-making model】及監護制度，朝向依據公約精神將以【支持式決定模式 Supportive Decision-making model】修改相關制度的發展服務與政策（Gooding, 2013）。

各國依據公約精神改變相關制度之

下，身心障礙者做決定的法律效果將不同，以前是以代理人所認知的身心障礙者最佳利益為主要的法律決定考量，但是未來將以身心障礙者本人主觀偏好與意願為主，提升他們做有關自身權利的法律能力，是整個公約在各國實施的最大挑戰。依據聯合國人權委員會針對 CRPD 第十二條所提供的補充說明與實施準則（United Nation, 2014），身心障礙者自決、公平參與及不歧視等三項是最主要公約精神原則，聯合國要求各國根據公約第十二條的法律平權與法律能力的原則，重新建構各國的服務制度及協助體系（G. Szmukler & Bach, 2015; George Szmukler, Daw, & Callard, 2014）。公約所要求的支持式決定服務方式，將會在臺灣開創建立一個新的身心障礙者服務提供方式。因此本文將以公約第十二條為主要的討論及分析內容。本文分為三個部分討論，首先整理最新文獻，就第十二條所衍生的相關議題做討論，接著以公約第十二條的支持式決定服務模式為主討論我國制度，最後針對第十

二條未來在臺灣的實施及其可能的影響作結論。

## 貳、CRPD 公約第十二條及衍生的議題

公約第十二條總共有五項（身心障礙權利公約翻譯建議版本，社家署 2016）。CRPD 公約精神下，身心障礙者不僅是權利擁有者，也是倡議自身權利的行動者，在此前提下，公約第十二條的第一項，強調身心障礙者的人格權，由於身心障礙人口內部的功能限制與能力差異性極大，不同類別之身心障礙者的功能限制都不同。因此第十二條主要爭議是改變適用對象在法治體系內的被對待方式。意即心智障礙者與精神障礙者都具有法律上的平等地位與決定權利。

“第 12 條 在法律之前獲得平等承認

1. 締約國重申，身心障礙者於任何地方均獲承認享有人格之權利。

2. 締約國應肯認身心障礙者於生活各方面享有與其他人平等之法律上能力。

3. 締約國應採取適當措施，便利身心障礙者獲得其於行使法律上能力時可能需要之協助。

4. 締約國應確保，與行使法律上能力有關之所有措施，均依照國際人權法提供適當與有效之保障，以防止濫用。該等保障應確保與行使法律上能力有關之措

施，尊重本人之權利、意願及偏好，無利益衝突及不當影響，符合比例並適合本人情況，適用時間儘可能短，並定期由一個有能力、獨立、公正之機關或司法機關審查。提供之保障與影響個人權利及利益之措施於程度上應相當。

5. 於符合本條規定之情況下，締約國應採取所有適當及有效措施，確保身心障礙者平等享有擁有或繼承財產之權利，掌管自己財務，有平等機會獲得銀行貸款、抵押貸款及其他形式之金融信用貸款，並應確保身心障礙者之財產不被恣意剝奪。”

CRPD 第十二條內容總計五項，第一項是肯認身心障礙者的人格權，以往各國對有些身心障礙者群體，視為可以被宣告限制行為能力或監護代理人。但依據國際人權公約的普世價值精神與準則，無論身心障礙者的各種身心功能限制與程度，身心障礙者是與其他人相同，具有相同的法律地位及被法制體系平等對待的權利，這個普世人權原則對提供身心障礙者各種專業服務的群體來說，是最大的改變，專業人員更需要具有尊重文化多元與價值改變的群體（Bickenbach, 2009）。第十二條第一項主要的關鍵點在於例如重度植人、極重度智障者等，他們的平等人格權如何確證？依據公約的精神與 CRPD 委員會的說明及解釋，人格權是不受身心障礙者的程度與能力影響，第十二條公約的第

一項，引起廣泛且不同專業群體之間的爭辯與討論（Gooding, 2013）

CRPD 委員會，在公約通過之後，出版的第一項補充意見與說明，就是針對第十二條的實施（United Nations, 2014）作詳細的說明，委員會指出各國不能以身心障礙者的本身能力差異與多樣功能限制為理由，做為繼續實施所謂法定代理或監護制度的藉口，鼓勵各國採取支持身心障礙者做法律決定的做法，尊重身心障礙者自我決定的權利與自由權利，尤其如何平衡精神疾病患者自主權及專業醫師意見兩者之間的關係（Craigie, 2015）。

實踐第十二條公約的主要方式是透過提供協助及支持身心障礙者，讓身心障礙者理解及社會及家長尊重障礙者的個人偏好與意願，協助身心障礙者做決定。這樣的改變，涉及各國需要顛覆傳統生物醫學倫理論述中對個人能力的想像與道德層面的認識及政策面的運用。例如，實際運作上，我們如何了解植物人的偏好及意願呢？如果不用之前的代理決定制度及行之多年的法律上最佳利益的見解，要如何能確實的實踐公約第十二條的內容，這項要求一直受到臨床照顧工作者的倫理爭議且被不同的專業領域者挑戰（Faden et al., 2013）。

公約第十二條的第三點，期望各國採取支持式決定，取代之監護代理制度（Devi, 2013）。對心智身心障礙者也期許未來能夠採取支持式決定方式，協助心智身心障礙者透過支持式服務過程做有關自身居住、醫療、臨終照顧之決定，而非由

家長或專家替心智身心障礙者做決定（Devi, Bickenbach, & Stucki, 2011）。朝向提供支持式服務協助心智身心障礙者之際，讓心智身心障礙者的自主能力獲得法律體制的肯認。

支持式決定（Supportive Decision）服務模式在美國運行多年且累積非常多年的經驗，但是其他國家的實施狀態卻與美國差距極大，即使如此，國際身心障礙者組織（International Disability Alliance, 2010）針對公約第十二條，由美國一群專業律師提供法律上不同選擇的見解，認為確實落實第十二條需要翻轉各國現有的制度與實務專業人員對心智與精神身心障礙者的認知及關係，以翻轉服務典範而確實落實第十二條的精神（Mittler, 2015）。

公約第十二條最顯著的意義與對身心障礙者權利的貢獻是翻轉障礙者在服務體系的位置，身心障礙者由以往在各種服務體制內被視為是病人、服務使用者或接受服務者的依附地位，成為與醫療專業者及助人專業者具有平等的權利擁有者與行動者（Gooding, 2013）。例如提供精神身心障礙者與智能身心障礙者協助，由當事人（身心障礙者）做決定，這些決定涉及身心障礙者本人在醫療、居住、治療、服務等具有法律效力的決定，同時也涉及當事人的基本人權保障（Devi et al., 2011）。

目前臺灣的精神衛生法針對精神身心障礙者的強制住院治療的規定與程序，依據 CRPD 第十二條精神，臺灣的做法就是違反精神身心障礙者的人權。隨著身心障礙者的壽命愈來愈長，許多老年身心障礙

者的最終居住地點的決定，涉及當事人的居住權，但是在臺灣的服務體制內，欠缺有系統的規劃及規範不同年齡之身心障礙者居住服務，由於我國超過百分之九十的身心障礙者是以家庭為主要的居住場所，長期居住在家中的身心障礙者，很有可能在他們老年時，被家屬送去安置在機構，因此隨著身心障礙者年紀漸長，反而出現被安置於機構的現象，這做法也違反 CRPD 的精神，促進社會融合與居住自主權，及老年身心障礙者之基本人權。身心障礙者臨終時，是否能與一般人口享有相同的安寧照顧與請求安樂死的法律權利等，都是當服務體系朝向採取人權取向提供服務後，實踐身心障礙者基本人權的挑戰（O'Brien, 2012）。許多國家像臺灣一樣，如果完全依據 CRPD 公約精神改變在地的現有作法與規範時，臺灣現有服務體制的衝擊與社會的適應過程，是這個公約在不同國家面臨的挑戰與限制（R. Lang, Kett, Groce, & Trani, 2011）。雖然 CRPD 委員會希望各國能提供身心障礙者平等權利地位平臺，能享有平等的地位與對待，但是能實踐這個基本人權的前提要件是國家政府及專業人員能提供有效且充分的支持與服務，協助身心障礙者做決定。就這點來看，CRPD 第十二條對各簽署國來說，挑戰是全面且劇烈。

CRPD 第十二條以確認身心障礙者在法律體制中能獲得平等的對待與尊重身心障礙者的法律自決能力（Pearl, 2013），如上節所述，相對於其他條文，第十二條所提出的障礙概念與自主精神，在臺灣目前

的身心障礙者服務體制中，並沒有相對應的條文與作法，同時臺灣也欠缺針對身心障礙者提供促進各項法律能力之服務與具體規範與服務。當前身心障礙者權益保障法的作法與未來因應 CRPD 精神所需要的調整，都可能會引起爭議及體制的重建（Gooding, 2013）。公約第十二條的第三項要求，簽約國家政府有義務提供身心障礙者各項的合理調整及提供服務協助身心障礙者，讓身心障礙者可以實踐他們的基本法律權利（Dinerstein, 2012）。

對心智身心障礙者來說，公約第十二條第三項的要求是改變目前實務界提供服務方式的契機，也就是在【合理調整】原則下，政府（中央與地方兩個層次）需要因應，第十二條與公約第十九條兩個條文，有關心智身心障礙者對未來居住地點的決定，過去由他人站在身心障礙者之【最佳利益】觀點替他們做決定，改為尊重身心障礙者的【個人意願與偏好】之決定方式，而 CRPD 公約第十九條單獨規範居住權，是希望能徹底推動去機構化的居住方式，讓身心障礙者，尤其是心智障礙者能透過協助及支持式服務，參與社會各項活動與生活，公約第十二條與第十九條，將影響他們在社區居住的選擇自由與個人權利（Dinerstein, 2012）。

目前臺灣身權法體制，法案條文內容是以政府行政的角度立法，身心障礙者為該法受益保護對象。身權法可說是一項行政規範的法律，並未針對個別身心障礙者的個人權利作規範。例如我國身權法中，身心障礙者有關自身權利受到不當對待時

的申述管道或權益受損時的各種處理程序等。可是 CRPD 是以身心障礙者本人為權利實踐主體，目的是以促進身心障礙者的社會參與，同時改變外部社會環境制度、阻礙身心障礙者社會參與的各種環境、制度及法律規定的結構因素等（Weller, 2016）。與我國身權法制度相比，在我國制度設計之下，身心障礙者是身權法的服務對象，與提供服務者處在不平等的位置，身心障礙者並沒有機會直接的參與和他們自身權益相關的服務決策，但是根據 CRPD 委員會在 2014 年所提供對第十二條的一般性意見，其中提到所謂身心障礙者的法律能力（United Nation, 2014），是身心障礙者本人為行使法律決定的主要者，且身心障礙者本人為法律上的行動者。簽約國家的義務以提供身心障礙者各項必要協助，讓身心障礙者了解自己決定事件的本質及意義。

對第十二條的補充性意見中，CRPD 委員會提出對第十二條第二項的進一步說明，所謂法律能力是指能與一般人口相同的法律地位，身心障礙者能在各項協助與支持之下，實踐法定權利與法律上的賦權。例如身心障礙者在法治體系中的受審及出庭等，雖然各國的作法不一，卻逐漸朝向支持性決定體制修改各國的法律制度方向修改（Gooding & O'Mahony, 2016）。或上述身心障礙者有關自身居住地點決定，未來都需要身心障礙者參與決策過程，並表達他們的意見，CRPD 委員會認為，無論身心障礙者的功能限制程度，簽約國家都有責任與義務提供協助，由以往

的監護代理制度朝向支持式決定的方向修改（United Nation, 2014）。

第十二條第四項，政府有義務及責任在身心障礙者能力範圍與限制狀態之下，提供合理協助與支持，讓身心障礙者有機會與了解能力本身的基本權利，實踐公約精神（Raymond Lang, 2009）。CRPD 委員會提出的補充性意見與說明，各國需要根據公約第三條，在尊重身心障礙者的平等人格權前提下，朝向提供身心障礙者協助服務與支持（Mladenov, 2013）。例如各國政府需要提供身心障礙者必要的【合理調整】以讓身心障礙者能在法治體系中，例如提供聽障者或聾人聽打服務，或提供盲人出庭應訊時必要的點字或協助服務，及修改無障礙措施讓行動不便者能順利出庭，或讓重度身心障礙者能表達自己的意見，而非讓身心障礙者的家人替身心障礙者做決定，過去十年公約在各國實踐的情形與各國的國家報告，顯示出各國都在試圖翻轉既有的服務體制，以符合公約的精神。例如公約具體的要求各國應消除對身心障礙者的歧視，與促進身心障礙者的社會參與及社會融合（Sherlaw & Hudebine, 2015）。但是，在我國現有的身權法規範中，欠缺將消除歧視與社會參與及融合，成為身權法的政策目標。因此在實踐公約第十二條的第三項，我國的服務制度需要大量補充相關的人員以協助身心障礙者能真正實踐他們的法律平等權利。

整體來說，CRPD 公約在第一條提出核心目的為身心障礙者能站在平等的基礎上，享有普遍人權公約的積極與消極權

利，以消除社會及國家政府對身心障礙者的歧視為目的，促進身心障礙者社會參與和法律地位，就公約的內容與臺灣目前的服務體制相比，最主要差異是在 CRPD 的架構之下，身心障礙者的法律能力、地位及角色的改變，這項法律能力的具體實踐如精神疾病患者的醫療與促進智障者的自決能力，是當前在實施 CRPD 公約過程中，最具挑戰與創新的服務（Mittler, 2015）。因此，公約第十二條成為 CRPD 的核心內容，它與其他條之間的關係，牽動的範圍最廣且最深。在臺灣當前的體制中，最欠缺的就是這條的相關服務體系與內容。例如我國的身心障礙者權益保障法，規範所有各種不同型態之身心障礙者

應有的各種服務內容及對應之政府行政單位。

但是我國亦有精神衛生法，根據該法提供精神疾病者各式服務、治療及住院等程序。換句話說，我國精神疾病患者是以精神醫療專業為主的服務，這兩個法律在 CRPD 精神之下，勢必需做調整與整合，將過於醫療取向的精神疾病服務系統，朝向尊重精神疾病患者之自主權及自由權，提供支持式服務協助他們能與其他身心障礙者具有平等的地位表達自己意願之自由。這兩個系統服務邏輯及資源等整合及調整，也是臺灣面對的最大挑戰。總結來看，公約第十二條在概念層次及運作層次帶來的政策關係改變如下圖。

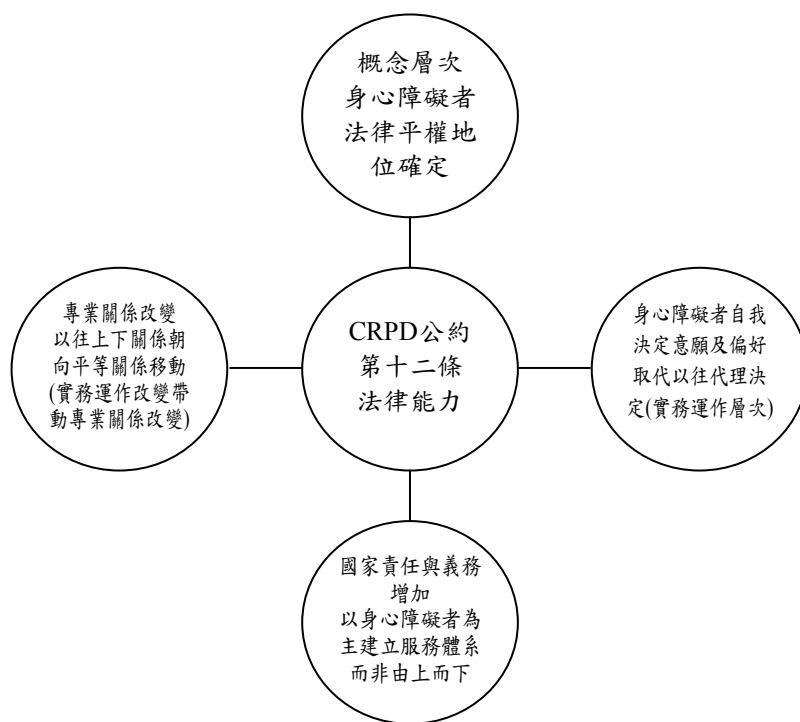


圖 1 身心障礙權利公約第十二條實施後之改變（作者自製）

## 參、支持式決定模式提供服務

如前節所述 CRPD 適用對象為所有的身心障礙者，各種不同程度與類型的身心心理限制的身心障礙者，包括精神疾病患者及心智身心障礙者，這兩類傳統上被歸為易受禁治產宣告及法律行為人限制的對象（George Szmukler et al., 2014），都是適用的對象。如果我們根據 CRPD 人權條約精神檢閱相關精神疾病患者的相關政策，幾乎全球各國的精神疾病患者及社會心理調適異常者，都面臨各種違反他們人權的對待方式，例如被強制送醫、接受違反本人意願的治療等等或被家屬送往機構療養等（Drew et al., 2011）。在 CRPD 委員提出的補充意見與說明書中，針對第十二條的第四項及第五項，都提出詳細的規範說明。本節接著針對提供支持協助決定模式的實際操作過程中，幾項主要關鍵的改變，尤其是調整以往的最佳利益原則，改為尊重身心障礙者意願與偏好的方向，改變最大。

CRPD 委員會針對具體實施第十二條第三項的規範，有關支持式決定的具體概念，提出九點說明（United Nations, 2014）。委員會認為支持式決定服務，以所有的身心障礙者為主，不同身心障礙者需要支持式服務的程度不同，讓服務是以所有身心障礙者為主，且全面提升服務可近性，也就是第一個原則是全面服務及可近性（Universal Access to service）。其次，任何型態的支持式服務需要以身心障礙者本人的意願及偏好為主，而不是由他人（監護人或代理人）認為身心障礙者喜好是什

麼，以身心障礙者本人為實踐法律決定能力之主體。第二點即以身心障礙者本人的意願及偏好做為決定的依據，而不是採取以往的最佳利益原則（United Nations, 2014）。接著第三點，委員會解釋所謂支持式決定服務，是由國家提供不同且多樣的溝通方式，讓不同類別與程度的身心障礙者都可以使用支持式服務，與提高服務可近性（Shogren & Turnbull, 2014）。

委員會建議為降低身心障礙者的經濟負擔，提供支持式服務的費用須讓身心障礙者能以最低價格或無須付費方式使用。第五點是國家不能限制身心障礙者本人行使各項權利，例如投票權、參加組織、組織家庭、使用醫療服務等。第六點為身心障礙者可以隨時退出與拒絕使用支持式服務。第七點，國家有義務確認身心障礙者的意願受到尊重，且建立尊重身心障礙者意願的機制與服務（United Nations, 2014）。第八點，國家需建立在促進身心障礙者提升法律能力的各個環節過程中，須建立監督機制，以保障身心障礙者的權益。最後，最重要原則是上述這些服務原則都不能以評估身心障礙者的心理狀態為提供的要件。

委員會認為所謂肯認身心障礙者在法律之前與他人平等的意義與公約第十二條第三項，主要是根據源於國際人權公約，身心障礙者的權利基準是建構在他們的公民資格，國際人權公約運用到障礙人口時，不得以身心障礙者的功能限制或程度作為藉口，設下實踐他們人權的門檻或標準，以至於身心障礙者的人權受到剝奪。

CRPD 委員會的意見與補充說明，希望各國能確實貫徹 CRPD 公約精神，以普及全面、可負擔、且能因應不同身心障礙群體需要而提供支持式服務（United Nations, 2014）。公約第十二條第五項，具體的說明身心障礙者的財產繼承權利需要受到保障，且國家政府應確保身心障礙者在貸款時，與其他一般人口的權利相同，這部分的規範細節都在委員會的補充意見書中。

CRPD 通過之後，已經十年。這十年期間，簽署公約各國都陸續提交國家報告，接受 CRPD 委員會審查。身心障礙者實質層面的人權保障是否改善或進步，仍有待檢驗。這份公約在不同國家面臨的問題都不相同。根據最新發表的期刊文章研究顯示，研究者選取歐洲五個國家，它們如何落實公約改善國內相關制度與調整法律規定，以促進身心障礙者法律能力的政策與做法，做比較與分析（Fallon-Kund & Bickenbach, 2016）。研究結果顯示，在所選取的歐洲五國，雖然都依據 CRPD 的精神修改各國的相關法律，但是並沒有徹底的實踐 CRPD 所希望的身心障礙者自主及自由權。即使是福利國家制度較為完善的北歐或歐洲地區，亦無法全面的做到 CRPD 第十二條公約內容。例如挪威內部對如何實踐這份公約及如何在確保身心障礙者基本人格權的前提之下，提供適當的資源與協助，讓專業團體與身心障礙者兩方都能獲益（Strand, 2014）。都逐步實施改善機制，與其他國家相比，臺灣簽署公約與檢閱國內相關法律的工作，才在剛開始的階段。

我國的國家報告尚需要經過審查，第一次國家報告內容，是以公約三十七個主要條文對照國內現行制度與政策，做條列式陳述。欠缺分析國內實施狀況與限制或問題（行政院，2016）。CRPD 委員會規定的國家報告內容與幅度都有一定的限制。我國的國家報告內，針對第十二條只有對應的五個陳述，針對第一條身心障礙者在法律之前享有平等的對待權利，國家報告只說明我國的民法沒有排除身心障礙者的適用，但是並沒有針對身心障礙者在各項公法規範中適用狀態與問題提出任何的資料（行政院，2016）。同時亦欠缺具體的政策說明，只有針對精神疾病患者的送醫程序與治療，以精神科專業醫師的意見為主要的決定根據。也沒有提出是否當前的做法違反身心障礙者的基本人權與自由權利，或如公約第十二條的精神，強調身心障礙者本人的意願與偏好，作為法院裁決的根據。同時，我國報告針對第十二條第五項，有關身心障礙者在金融體系的借貸與保險等，就相關法規做回應。國家報告內容只有描述政府目前做的工作，但是看不到未來政府會如何改善身心障礙者的基本人權狀態。依據 CRPD 公約精神所撰寫的第一份國家報告，內容屬於整理與描述性質，缺少根據公約精神做未來政策的調整規劃。因此，如果根據 CRPD 的精神及原則，臺灣需要調整及改變的政策與服務非常多，甚至需要全面的改變目前的政策。

CRPD 公約第十二條，關鍵在於充權身心障礙者的法律能力，身心障礙者不僅是權利的實踐主體，亦是與身心障礙者有



關的權利保障與政策倡議的行動者（R. Lang et al., 2011）。所謂身心障礙者本身為行動者的意思，是指由身心障礙者所組成的倡議團體，須扮演更吃重的角色，例如了解公約實施的細節，參與撰寫影子報告書，審查國家報告，監督政府各項身心障礙政策的具體實施與預算等工作及功能（Shakespeare, 2015）。提供各種倡議能力的訓練給身心障礙團體，也是國家政府的責任與義務，讓身心障礙者能為自己發聲。基本上，CRPD 是以身心障礙者個人做為檢視人權實踐的基準，強調身心障礙者本人與倡議組織的參與，為自己的需要發聲。這是一個由下往上的服務提供模式，與臺灣當前的服務提供模式由上往下剛好相反，兩個不同的運作邏輯，在提供支持式服務協助身心障礙者做決定時，勢必產生困難。

CRPD 公約通過的初期，各國所發表演期刊研究文章皆以如何實踐公約的精神為主，近幾年文章與研究，則陸續出現討論實踐這份公約過程中的限制與問題或對 CRPD 委員會一般性意見書與補充意見提出不同的批評與看法（Freeman et al., 2015）。例如，針對上述 CRPD 委員會提出的第十二條意見書與補充說明內容，實務執行者及專業人員認為委員會的意見超過世界衛生組織與跨政府組織對所謂法律能力的界定，委員會認為當前各國採用替代式決定方式（監護人、法定代理人）或強制醫療看法，用法律能力取代醫療界廣泛使用的心智能力，對精神與心理治療專業多年的實務運用方式提出取代意見，不

以為然（Freeman et al., 2015）。另外一種討論的聲音則是分析專業治療人員與國際人權法案兩者之間的關係與未來可能的發展（Perlin, 2014）。公約第十二條引起醫療專業團體與人權倡議團體，兩個團體之間對身心障礙者的基本人權應如何提升與保障的不同看法，討論焦點是醫療專業人員如何與原本被視為病人及需要照顧的精神疾病患者，兩者之間發展出新的專業關係（Skempes, Stucki & Bickenbach, 2015）。換句話說，CRPD 公約不僅改變身心障礙者與政府之間的互動關係，亦改變身心障礙者與各種專業團體之間互動的位置，讓不同的身心障礙團體彼此之間，在不同公約內容的實踐方式與未來改變方向上，產生新的變化。

## 肆、結論

臺灣在簽署身心障礙者權利公約至今約三年，第一份國家報告已經於 2016 年底完成。國家報告內容是根據公約各條次順序，對臺灣狀況做條列式的陳述，各負責部會單位，皆以描述方式陳述現狀，欠缺整體回顧臺灣身心障礙政策的走向與問題，同時也欠缺臺灣當前的服務體制在面對 CRPD 公約的內涵與規定時，未來政策上所需的調整與修正。國家報告的提出與審查都是完成公約所需的形式程序。

公約第十二條主要的參考國家是以美國為主，美國各州實施心智身心障礙者支持式服務已經超過二十年的歷史，是最有經驗的國家。但是實務上，仍然有許多心

智身心障礙者被法院判定限制行為能力，或設立監護人及信託制度等。國際公約的問題，長久以來也反映國際現實環境，起草單位或倡議單位及個人，往往根據少數國家經驗（通常是已發展國家）寫下公約內容及事後相關規範或法律意見書等。但是國際公約簽署的國家是以全球為對象，一旦簽署之後，各國就需要依據公約內容及精神修改國內相關法規與規範。例如我國簽訂世界關稅貿易協定，過渡調整期大約將近十年，但是簽訂一個有關身心障礙者人權的國際條約，就要在公約簽訂之後兩年，提出報告及檢閱所有國內相關法案及調整。人權保障的進步，不會因為國家簽署國際公約而立即改變，尤其身心障礙權利公約，牽涉範圍甚廣且須翻轉社會對身心障礙者的態度及價值，才能消除公約所希望達到的消除社會對身心障礙者的歧視。但是這項改變社會歧視的工作，豈可能在兩三年內達成。就以公約第十二條來說，未來要真的促進身心障礙者的法律平權地位，需要改變我們現在

身心障礙權利公約在過去幾年的討論中，因涉及國際公約的國內法化，法律學者扮演一定的詮釋與分析的角色，但相對的侷限於公約內容的文字翻譯與討論。但是對具體的政策應如何調整，在面對實務

界、社福、精神醫療專業、教育、社工等專業團體之時，彼此之間對未來實施公約應完全顛覆現有的服務體制或列出優先順序調整等都尚未形成共識。本文只針對公約中的第十二條，但是其中涉及複雜的專業調整與修正，就是非常大的工程。

以臺灣目前的資源，要完全實踐公約的所有條文內容，所需資源人力將十幾倍於目前的規模。另外因當前的政府制度，地方政府扮演的角色更為吃重，但是地方政府具有專業背景的基層人員數量不足，推動公約更顯困難。而 CRPD 所要求的身心障礙團體或個人參與相關政策及服務的決策過程，也會帶動改變當前的身心障礙團體的生態及利益關係。身心障礙團體也需要投入資源培育它們各項有關倡議的策略、方法、論述等。因此，CRPD 的實施對我國的相關政策、服務及政府對應部會等都是一個嚴峻的挑戰。

（本文作者為國立中正大學社福系退休教授）

**關鍵詞：**法律能力（legal Capacity）、倡議行動者（advocacy actor）、支持性決定模式（supportive decision model）、平等法律地位（equal legal status）、個人權利（individual rights）

## 參考文獻

行政院（2016）。身心障礙者權利公約首次國家報告條約專要文件，臺北：行政院身心障礙者權益推動小組。

Bickenbach, J. E. (2009). Disability, culture and the UN convention. *Disability and Reha-*

- bilitation*, 31(14), 1111-1124.
- Craigie, J. (2015). A Fine Balance: Reconsidering Patient Autonomy in Light of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Bioethics*, 29(6), 398-405.
- Devi, N. (2013). Supported Decision-Making and Personal Autonomy for Persons with Intellectual Disabilities: Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(4), 792-806.
- Devi, N., Bickenbach, J., & Stucki, G. (2011). Moving towards substituted or supported decision-making? Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 5(4), 249-264.
- Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., ... Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378(9803), 1664-1675.
- Faden, R. R., Kass, N. E., Goodman, S. N., Pronovost, P., Tunis, S., & Beauchamp, T. L. (2013). An Ethics Framework for a Learning Health Care System: A Departure from Traditional Research Ethics and Clinical Ethics. *Hastings Center Report*, 43, S16-S27.
- Fallon-Kund, M., & Bickenbach, J. E. (2016). New Legal Capacity Laws and the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: An Overview of Five Countries in Europe. *European Journal of Health Law*.
- Freeman, M. C., Kolappa, K., de Almeida, J. M. C., Kleinman, A., Makhashvili, N., Phakathi, S., ... Thornicroft, G. (2015). Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The Lancet Psychiatry*, 2(9), 844-850.
- Gooding, P. (2013). Supported Decision-Making: A Rights-Based Disability Concept and its Implications for Mental Health Law. *Psychiatry, Psychology and Law*, 20(3), 431-451.
- Gooding, P., & O'Mahony, C. (2016). Laws on unfitness to stand trial and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Comparing reform in England, Wales, Northern Ireland and Australia. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 44, 122-145.
- Lang, R. (2009). The United Nations Convention on the right and dignities for persons with disability: A panacea for ending disability discrimination? *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 3(3), 266-285.
- Lang, R., Kett, M., Groce, N., & Trani, J. F. (2011). Implementing the United Nations Con-

- vention on the rights of persons with disabilities: Principles, implications, practice and limitations. *Alter*, 5(3), 206-220.
- Mittler, P. (2015). The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Implementing a Paradigm Shift. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 12(2), 79-89.
- Mladenov, T. (2013). The UN Convention on the rights of persons with disabilities and its interpretation. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 7(1), 69-82.
- O'Brien, N. (2012). Prospective Legal Immunity: A Disability Rights Perspective on Assisted Dying. *King's Law Journal*, 23(2), 149-161.
- Perlin, M. L. (2014). "The ladder of the law has no top and no bottom": How therapeutic jurisprudence can give life to international human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 535-542.
- Shakespeare, T. (2015). Human rights and disability advocacy. *Disability & Society*, 30(2), 316-318.
- Sherlaw, W., & Hudebine, H. (2015). The United Nations Convention on the rights of persons with disabilities: Opportunities and tensions within the social inclusion and participation of persons with disabilities. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 9(1), 9-21.
- Shogren, K. A., & Turnbull, H. R. (2014). Core Concepts of Disability Policy, the Convention on the Rights of Persons With Disabilities, and Public Policy Research With Respect to Developmental Disabilities. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 11(1), 19-26.
- Skempes, D., Stucki, G., & Bickenbach, J. (2015). Health-Related Rehabilitation and Human Rights: Analyzing States' Obligations Under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 163-173.
- Strand, V. B. (2014). Norway's Ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Highlighting Current Discourses in the Field of Human Rights in Norway. *Nordic Journal of Human Rights*, 32(1), 75-83.
- Szmukler, G., & Bach, M. (2015). Mental health disabilities and human rights protections. *Global Mental Health*, 2.
- Szmukler, G., Daw, R., & Callard, F. (2014). Mental health law and the UN Convention on

the rights of persons with disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(3), 245-252.

United Nations (2014). CRPD Committee on the Rights of People with Disabilities, General Comment No1. Article 12: Equal recognition before the Law.

Weller, P. (2016). Legal Capacity and Access to Justice: The Right to Participation in the CRPD. *Laws*, 5(1), 13.