

國際公約在臺灣社會福利政策 價值實踐之探討—以 CRPD 為例

曾薈霓·張智雅

壹、前言

本文將以聯合國 2006 年通過的《身心障礙者權利公約》(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 以下簡稱 CRPD), 檢視我國《身心障礙者權益保障法》(以下簡稱《身權法》) 條文中有關國際公約原則和內涵的相關規定, 以及在臺灣社會福利政策價值的實踐, 尤其是將聚焦於身心障礙者福利政策相關議題之探討。

聯合國 CRPD 所強調的價值, 在於促進和保障身心障礙者身為人的基本權利、自由及尊嚴。而我國《身權法》之立法目的, 第 1 條明訂「為維護身心障礙者之權益, 保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會, 促進其自立及發展, 特制定本法」, 此為我國實踐 CRPD 中身心障礙者權利保障的法源依據。本文所欲探討主題為《身權法》中的社會福利措施有哪些係能回應 CRPD 之精神和主張? 以及服務提供能否實踐 CRPD 保障身心障礙者需

求滿足的社會權, 而避免落入社會排除的處境?

貳、權利價值與核心理念—社會權、需求、社會排除

本文所論述分析的價值及核心理念, 將以社會權、需求和社會排除的價值理念為基礎, 加以討論。說明如下:

一、社會權

CRPD 的宗旨理念, 在於促進、保護和確保實現身心障礙者所有人權。將身心障礙者應享有身為人類一份子的基本權利之主張, 對應至社會福利價值的權利論述, 則是公民權利(citizenship)的觀點。公民權利係指一個國家中所有成員都享有的資格, 成員因其資格而被賦予相對的權利與義務(Marshall, 1964)。就此而言, 在臺灣領有身心障礙手冊或證明的公民, 因其公民資格而享有公民權利, 不因身心障礙情況而受影響。依據學者對於公民權利

的類型區分，主要有三種 (Marshall, 1964; Pierson, 2006)：公民權、政治權和社會權。其中，「社會權」係指適度的經濟福利安全、完全享有社會遺產，以及過著社會普遍標準的文明生活；此公民權利概念與社會福利最直接相關，本文將運用「社會權」的價值理念，進行分析。

二、需求

社會政策的首要任務著重在如何透過社會福利制度之安排，以滿足個人、家庭和群體的基本需求 (needs)。延續前述的權利論述，身心障礙者因其身心障礙而衍生的特別 (特殊) 需要，以及與身心障礙有關的費用支出及需求，應被視 (認定) 為一種公民權利，且必須透過政府的制度設計來加以滿足。而身心障礙者需求的滿足，則屬於公民權利中的「社會權」的範疇。政府若要實踐「需求滿足」的社會權價值，則主要是藉由社會福利的提供和相關服務的介入。就此而言，本文將以身心障礙者相關的社會福利政策及措施，檢視和分析「社會權」與「需求滿足」的現況及落實情況。社會福利政策價值的彰顯，係藉由或透過社會福利措施的規劃、推動和落實，才得以彰顯。本文將以身心障礙者福利政策及措施為例，加以探討。

三、社會排除

身心障礙者所面臨的社會處境和困境議題，主要是歧視，是一種社會性的障礙和排除。誠如 CRPD 中所提及，身心障礙者包括肢體、精神、智力或感官長期損傷

者，其損傷與各種障礙相互作用，可能阻礙身心障礙者與他人在平等基礎上充分且有效的參與社會。1994 年歐洲社會政策白皮書對於社會排除 (social exclusion) 的界定 (古允文, 1997; 古允文, 2014; European Commission, 1994)，社會排除是一個動態且多面向的過程，不僅和失業與 (或) 低所得有關，亦和住宅條件、教育與機會水準、健康、歧視、公民權、以及地方社區的整合有關；而社會排除的面向，包含：性別、團體、種族、年齡、社區或地區和國家 (古允文, 1997; 古允文, 2001)。本文將以「團體」面向來探討身心障礙者社會排除之議題，而社會排除概念亦和公民的社會權能否充分實現有密切關係。換言之，本文希望能夠進一步檢視社會福利政策和服務措施的介入，以及所對應的需求滿足，分析其對於減少和降低身心障礙者遭受歧視情況的影響。藉由社會排除議題的反思，關切身心障礙者權利保障的落實，以達到社會融合及社會參與之理想目標。

四、價值及核心理念之論述架構

依據政府調查報告指出 (內政部, 2013)，身心障礙者主要的居住地點是在家中 (約占 92.84%)，而住在照顧機構者，僅占 6.82%。基此，本文將立基於「個人及家庭支持」且「在地生活」的政策理念，探討我國《身權法》和身心障礙者福利政策對於國際公約 CRPD 的回應及實踐。

本文所論述分析的價值及核心理念之架構，如下圖所示：

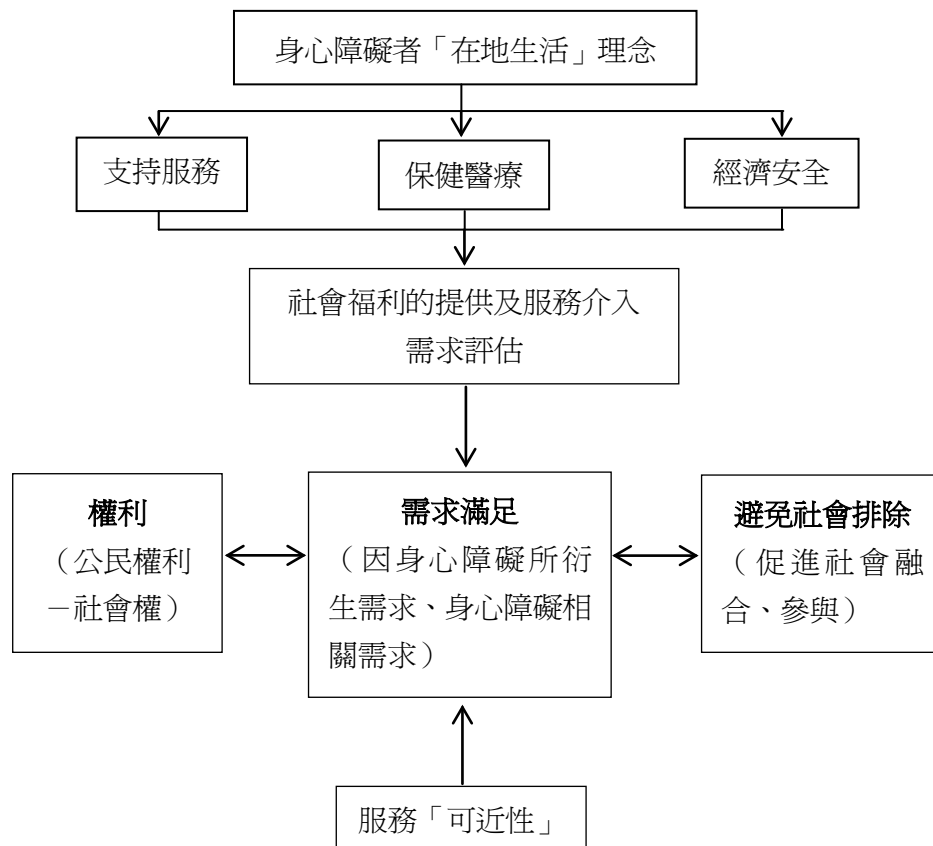


圖 1 論述分析的價值及核心理念之架構

本文檢視 CRPD 的條文及其精神（衛生福利部社會及家庭署，2016），其中，以第 19 條、第 25 條和第 28 條與身心障礙者

「在地生活」的論述主軸最直接相關，遂摘錄整理其有關的個人及家庭支持之具體措施，如下表所示：

表 1 CRPD 條文精神及具體措施

CRPD 條文	精神（權利內涵）	具體措施
第 19 條 自立生活與融合社區	體認所有身心障礙者享有於社區中生活之平等權利以及與其他人同等之選擇	(a)選擇居所及居住安排 (b)享有近用各種居家、住所及其他社區支持服務 (c)平等使用社區服務及設施

第 25 條 健康	確認身心障礙者有權享有健康，不因身心障礙而受到歧視	(a)提供免費或可負擔之健康照護與方案 (b)提供因其身心障礙而特別需要之健康服務 (c)儘可能於最近所在之社區，包括鄉村地區，提供健康服務
第 28 條 適足之生活水準與社會保障	1.承認身心障礙者就其自身及其家屬獲得適足生活水準之權利 2.承認身心障礙者享有社會保障之權利	(a)確保獲得適當與可負擔之服務、用具及其他協助，以滿足與身心障礙有關之需求 (b)確保利用社會保障方案及降低貧窮方案 (c)確保生活貧困者及其家屬，在與身心障礙有關之費用支出，獲得國家援助 (d)確保參加公共住宅方案 (e)確保平等參加退休福利與方案

依據前述 CRPD 的條文、精神（權利內涵）及具體措施，本文整理《身權法》中與其相關的條文重點，如表 2 所示。

表 2 CRPD 及《身權法》之相關條文

CRPD 條文	《身權法》條文
第 19 條 自立生活與融合社區	第五章 支持服務 第 50 條 提供個人支持及照顧服務 第 51 條 辦理提高身心障礙者家庭生活品質之服務 第 52 條 辦理協助身心障礙者參與社會之服務 第 58 條 搭乘國內大眾運輸工具，應予半價優待 第 58-1 條 辦理復康巴士服務 第六章 經濟安全 第 71 條 輔具費用補助
第 25 條 健康	第二章 保健醫療權益 第 21 條 健康檢查及保健服務 第 22 條 保健醫療服務之提供 第 23 條 出院準備計畫及服務窗口

	<p>第 24 條 身心障礙者特別門診之設立</p> <p>第 25 條 醫療復健機構及護理之家之設立</p> <p>第 26 條 醫療復健所需醫療費用及醫療輔具之補助</p>
第 28 條 適足之生活水準與社會保障	<p>第六章 經濟安全</p> <p>第 70 條 經濟安全保障</p> <p>第 71 條 生活及照顧費用補助</p> <p>第 72 條 稅捐減免</p> <p>第 73 條 社會保險自付保險費補助</p> <p>第五章 支持服務</p> <p>第 67 條 申請購買或承租國民住宅保留且優先核准</p> <p>第四章 就業權益</p> <p>第 47 條 建立身心障礙勞工提早退休之機制</p>

參、臺灣身心障礙者權益保障法需求滿足之相關措施

誠如前述，身心障礙者身為臺灣公民的社會權價值能否實現，牽涉到身心障礙者的需求滿足情況，尤其是社會福利的提供和服務介入。我國《身權法》中有關滿足身心障礙者需求的服務政策及措施，包括：支持服務、保健醫療、經濟安全（和就業）等方面。分別討論如下：

一、支持服務方面

我國《身權法》的支持服務方面，回應 CRPD 第 19 條和第 28 條。分別討論，如下：

回應 CRPD 第 19 條—自立生活與融合社區之權利內涵，最相關者為支持性服務措施。有關身心障礙者的支持性服務，主要包含三大類型：個人支持、家庭支持和社會支持，說明如下：

（一）個人照顧及自立生活輔助之服務

依據《身權法》第 50 條的條文規定，地方政府應依需求評估結果辦理下列服務，提供身心障礙者獲得所需之個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自立生活：(1)居家照顧；(2)生活重建；(3)心理重建；(4)社區居住；(5)婚姻及生育輔導；(6)日間及住宿式照顧；(7)家庭托顧；(8)課後照顧；(9)自立生活支持服務；(10)其他有關身心障礙者個人照顧之服務。

（二）家庭生活品質之照顧服務

依據《身權法》第 51 條的條文規定，地方政府應依需求評估結果辦理下列服務，以提高身心障礙者家庭生活品質：(1)臨時及短期照顧；(2)照顧者支持；(3)照顧者訓練及研習；(4)家庭關懷訪視及服務；(5)其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

(三) 協助社會參與之服務

依據《身權法》第 52 條的條文規定，政府應辦理下列服務，以協助身心障礙者參與社會：(1)休閒及文化活動；(2)體育活動；(3)公共資訊無障礙；(4)公平之政治參與；(5)法律諮詢及協助；(6)無障礙環境；(7)輔助科技設備及服務；(8)社會宣導及社會教育；(9)其他有關身心障礙者社會參與之服務。

(四) 交通和輔具服務

《身權法》中的支持服務，亦包含「交通和輔具服務」，主要措施為大眾運輸工具票價優惠、復康巴士交通服務、以及輔具服務等，諸項措施亦回應 CRPD 第 19 條有關身心障礙者自立生活與融合社區之權利內涵。

依《身心障礙者個人照顧服務辦法》第 2 條之定義，復康巴士服務係指提供身心障礙者備有輪椅升降設備及輪椅固定等設備之特製車輛，提供就醫、就業、就學、就養及社會參與所需之交通服務。輔具服務係指協助身心障礙者輔具諮詢、評估、取得、使用訓練、追蹤、維修、調整等服務，以促進身心障礙者生活自立及健康。

依《身權法》第 58 條規定，身心障礙者搭乘國內大眾運輸工具，憑身心障礙證明，應予半價優待。《身權法》第 58-1 條規定，地方政府辦理復康巴士服務，不得有設籍之限制。這些規定均是希望能減輕身心障礙者的交通費用負擔，以及加強身心障礙者就醫或使用相關服務的便利性。

而《身權法》第 71 條規定的輔具費用補助，亦能減輕身心障礙者及其家庭購置輔具的費用負擔，滿足其輔具使用的需求。

綜合而論，藉由交通和輔具服務的提供，以及輔具費用的補助，讓身心障礙者不因個人行動能力的限制，而能便利地使用醫療和照顧服務，且能在社區中自立生活。

(五) 申請購買或承租國民住宅之優先權

依《身權法》第 67 條規定，身心障礙者申請在公有公共場所開設零售商店或攤販，申請購買或承租國民住宅、停車位，政府應保留一定比率優先核准。關於此項優先權利的保障措施，則是回應 CRPD 第 28 條中有關確保身心障礙者參加公共住宅方案之具體措施主張。

二、保健醫療方面

我國《身權法》中有關保健醫療權益方面，主要是回應 CRPD 第 25 條—健康的權利主張。說明如下：

在保健醫療方面，身心障礙者除了與一般國民一樣可以同等享有健康檢查及保健醫療服務的權益之外（《身權法》第 21 條、第 22 條），依《身權法》第 23 條規定，醫療單位應為身心障礙者應為身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫的相關服務。而針對住院的身心障礙者應提供出院準備計畫，包括下列事項：(1) 居家照護建議；(2) 復健治療建議；(3) 社區醫療資源轉介服務；(4) 居家環境改善建議；(5) 輔具評估及使用建

議；(6) 轉銜服務；(7) 生活重建服務建議；(8) 心理諮商服務建議；(9) 其他出院準備相關事宜。同時，依《身權法》第 24 條規定，地方政府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。

此外，依《身權法》第 25 條規定，為加強身心障礙者之保健醫療服務，地方政府應依據各類身心障礙者之人口數及需要，設立或獎助設立醫療復健機構及護理之家，提供醫療復健、輔具服務、日間照護及居家照護等服務。以及《身權法》第 26 條規定，身心障礙者醫療復健所需之醫療費用及醫療輔具，尚未納入全民健康保險給付範圍者，地方政府應依需求評估結果補助之。就前述條文內涵分析，政府對於身心障礙者醫療復健服務、費用及輔具的提供，係依不同類別身心障礙者的需要，進行個別化的需求評估，兼具身心功能障礙的差異性考量。同時，身心障礙者醫療復健所需的醫療費用及醫療輔具之補助，將降低其使用醫療復健服務的財務障礙，提升服務的可近性。

三、經濟安全（和就業）方面

我國《身權法》中有關經濟安全（和就業）方面，主要是回應 CRPD 第 28 條—適足之生活水準與社會保障的權利主張。說明如下：

CRPD 第 28 條的條文內容中，明訂「承認身心障礙者享有社會保障之權利」。基此，所採取措施，包括：「確保身心障礙者，尤其是身心障礙婦女、女孩與年長者，利

用社會保障方案及降低貧窮方案」。倘若，對照至我國《身權法》第 70 條的條文規定，明訂「身心障礙者經濟安全保障，採生活補助、日間照顧及住宿式照顧補助、照顧者津貼、年金保險等方式，逐步規劃實施」。有關身心障礙者社會保障的權利，本文將針對我國現行的經濟安全保障制度，以及就業政策中的退休金制度，加以檢視。

（一）身心障礙者參加社會保險保險費補助

依據《身權法》第 73 條之規定，身心障礙者加入社會保險，政府機關應依其「家庭經濟條件」，補助保險費。檢視我國現行社會保險制度的補助情況，說明如下：

1. 職業別社會保險自付保險費補助

針對有工作能力且投入勞動力市場的身心障礙就業者，政府訂定《身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法》，此處所指的社會保險，包括不同職業身分的身心障礙者所投保適用之社會保險制度，例如：勞工保險、農民健康保險、公教人員保險、軍人保險等。同時，亦包含醫療保障體系的全民健康保險。

前述補助辦法第 5 條之規定，身心障礙者自付部分保險費補助的標準，主要依「障礙程度」而有不同補助，標準如下：(1) 極重度及重度身心障礙者全額補助；(2) 中度身心障礙者補助二分之一；(3) 輕度身心障礙者補助四分之一。由此顯示，此補助辦法並未依身心障礙者的「家庭經濟條件」（《身權法》第 73 條），訂定社會保險保險費的補助標準，僅純粹考量「障礙程

度」。

2. 國民年金保險自付保險費補助

而未參加勞保、農保、公教保或軍保的身心障礙者，則參加國民年金保險。依據《國民年金法》第 12 條中有關保險費負擔之規定，為符合法定身心障礙資格領有證明者的被保險人，依障礙程度而有不同補助標準：(1)極重度及重度身心障礙者，政府全額負擔；(2)中度身心障礙者，政府負擔 70%；(3)輕度身心障礙者，政府負擔 55%。

(二) 身心障礙者生活補助費

針對無工作能力的身心障礙者，政府提供身心障礙者生活補助費。生活補助費的核發標準，則依家庭經濟條件和障礙程度（等級）而有不同補助金額。105 年度生活補助費的金額水準，介於 3,628 至 8,499 元之間。適用的對象包括：(1)低收入戶；(2)中低收入戶；(3)經濟邊緣戶—1. 家庭總收入未達最低生活費 2.5 倍，且未超過消費支出 1.5 倍；2. 動產未超過 200 萬元（未超過 1 人），每增加一人，增加 25 萬元；3. 不動產未超過 650 萬元。此項措施主要係為補充家庭經濟狀況在一定條件以下的身心障礙者所需生活費用，但必須是未接受全日型住宿照顧者。

(三) 身心障礙者照顧等費用補助

依據《身權法》第 71 條的條文規定，地方政府對轄區內之身心障礙者，應依需求評估結果，提供下列經費補助，並不得有設籍時間之限制。補助項目包括：(1)生

活補助費；(2)日間照顧及住宿式照顧費用補助；(3)醫療費用補助；(4)居家照顧費用補助；(5)輔具費用補助；(6)房屋租金及購屋貸款利息補貼；(7)購買停車位貸款利息補貼或承租停車位補助；(8)其他必要之費用補助。亦即，除了前述生活費補助之外，身心障礙者因功能狀態的關係，衍生所需的照顧、醫療、輔具、住宅等相關費用，政府亦提供補助，以期能減輕身心障礙者及其家庭的財務壓力和經濟負擔。

(四) 提早退休機制

依《身權法》第 47 條規定，為因應身心障礙者提前老化，政府應建立身心障礙勞工提早退休之機制，以保障其退出職場後之生活品質。此條文屬於勞動政策的就業權益，雖不在本文的分析範圍，但身心障礙者退出職場後的生活保障，亦是攸關經濟安全的課題。有關勞工退休金制度，依《勞工退休金條例》第 24 條規定，勞工年滿 60 歲，得請領退休。而考量身心障礙的勞工其身心狀態不同於一般勞工，政府於民國 103 年增訂《勞工退休金條例》第 24-2 條規定，凡勞工符合得請領失能年金或身心障礙給付之情形者，得提前請領退休金，以適當保障其退休的權益。

肆、權利價值實踐檢視

確保身心障礙者社會保障的權利，則為社會福利政策「公民權利」中「社會權」價值理念之意涵。至於，「社會權」價值的實踐情形，本文將針對我國現行《身權法》

所規範身心障礙者需求滿足的政策措施，包括：支持服務、保健醫療、經濟安全保障等方面，加以檢視。而此段落的論述分析，將以其中的一些社會福利政策措施為例，進行說明。

在本文所討論 CRPD 條文的具體措施中，第 19 條提及「確保身心障礙者享有近用各種居家、住所及其他社區支持服務」，第 25 條提及「提供身心障礙者與其他人享有同等範圍、質量與標準之免費或可負擔之健康照護與方案」和「儘可能於身心障礙者最近所在之社區，包括鄉村地區，提供健康服務」，第 28 條「確保生活貧困之身心障礙者及其家屬，在與身心障礙有關之費用支出，可以獲得國家援助」等，亦

即前述 CRPD 條文所列的權利保障措施，強調「就近使用」和「可負擔」的概念；以及在社會福利和醫療領域討論服務輸送過程中，服務措施及資格的可獲性（availability）、可近性（accessibility）、可接受性（acceptability）及可負擔性（affordability）是相當受到關切之議題（呂寶靜，2001；潘佩君、嚴嘉楓，2011；Aday & Andersen, 1974），這些議題彼此之間亦互相關連。其中，「可近性」係指服務的提供是可接近使用，亦具有無障礙的意涵；廣義來詮釋，包括在地理空間鄰近、服務提供場域友善、費用可負擔等。因此，本文將以服務「可近性」來檢視身心障礙者需求的滿足，以及避免社會排除的議題。

表 3 權利、需求和社會排除

權利 CRPD 條文	需求滿足 社會福利提供及服務介入	避免社會排除 服務可近性
第 19 條 自立生活與融合社區	支持服務一個人、家庭和社會	支持服務可及性 服務使用可近性
第 25 條 健康	醫療服務	提升醫療服務可近性
第 28 條 適足之生活水準與社會保障	社會保險自付保險費補助 生活補助費	社會保障適足性 社會保障可負擔性

一、自立生活與融合社區之支持服務

本文立基於使身心障礙者能夠「在地生活」的政策理念，將分析討論的面向聚焦於「個人及家庭支持」；而協助身心障礙者社會參與的「社會支持」服務，本文考量其所涉及的層面及範圍廣泛，非僅限於社會福利領域，則不列入討論。

（一）個人支持之居家照顧

依《身心障礙者個人照顧服務辦法》第 7 條規定，居家照顧係以居家式提供下列服務：(1)居家護理；(2)身體照顧服務及家務服務；(3)友善服務；(4)送餐到家；(5)居家復健。其中，第二款「身體照顧服務及家務服務」即為現行我國長期照顧十年

計畫的「居家服務」範圍。

依據政府的調查報告指出（內政部，2008），臺灣於民國 96 年有 65.94% 的居家服務補助使用者領有身心障礙手冊，顯示身心障礙者因功能障礙而衍生長期照顧的需求。而依據國內民間組織所提《2008 年身心障礙者處境報告》指出（中華民國殘障聯盟，2009），在身心障礙者福利處境方面，支持性服務提供的支持度仍不足，個人和家庭支持服務的提供，看似多元化，卻僅能擇一，此為現行制度的主要限制，實難以回應各類身心障礙者多元化的照顧需求。目前政府所提供的個人支持及照顧措施中，以「居家照顧」的服務使用為主。基此，本文將以個人支持面向的居家照顧為例，加以檢視服務使用的可近性。

由於長照十年計畫尚未將 49 歲（含）以下的身心障礙者納入服務對象，故目前則由各縣市政府自行辦理，實際服務使用人數有限，呈現身心障礙者面臨居家照顧服務支持的「社會排除」之處境。試辦中的長照 2.0 計畫已納入 49 歲（含）以下失能的身心障礙者（衛生福利部，2016），未來若能夠全面推廣至全國各地，則身心障礙者將不受「年齡」條件的限制而均能受益，其照顧需求才能真正被滿足，照顧權利保障才能完全落實。

（二）家庭支持之臨時及短期照顧

政府以提高身心障礙者家庭生活品質為目的之家庭支持措施中，「臨時及短期照顧」主要是針對身心障礙者家庭內的主要照顧者提供喘息服務。依《身心障礙者家

庭照顧者服務辦法》第 9 條規定，身心障礙者及家庭照顧者符合下列規定者，家庭照顧者始得接受臨時及短期照顧服務：(1) 家庭照顧者未接受臨時或短期喘息照顧服務；(2) 家庭照顧者未領有政府提供之特別照顧津貼或其他照顧費用補助；(3) 身心障礙者同一時段未接受日間及住宿式照顧服務或居家照顧服務；(4) 未聘僱看護（傭）。就上述服務使用的資格條件分析，身心障礙者若已接受居家照顧服務、其他相關服務或補助，則無法申請臨時及短期照顧。無法同時使用不同服務資源的限制，讓身心障礙者家庭及其主要照顧者缺乏在相關支持性服務使用的可近性，產生制度結構面的社會排除。

二、健康權之到宅醫療服務可近性

保健醫療服務的可近性或可及性之考量，主要是為確保身心障礙者使用醫療服務的權利。本文將以到宅醫療的「到宅牙醫」為例，加以檢視。

對許多身心障礙者的家庭而言，帶身心障礙的家庭成員去就醫這件事，往往是項大工程。醫療院所內身心障礙者特別門診的設立，確實可以減緩身心障礙者和其主要照顧者就醫時的焦慮與不安。依《身心障礙者特別門診管理辦法》第 3 條規定，指定醫院應至少設置獨立之牙科及發展遲緩診療特別門診，此顯示身心障礙在這兩方面就醫的特殊需求。然而，目前有身心障礙者特別門診的醫療單位，其區域分布仍需加強其服務提供的普及性（中華民國身心障礙聯盟，2016）。政府若能推展

到宅醫療服務的政策，將可以提升身心障礙者使用醫療服務的可近性和確保醫療品質。

在身心障礙者的類別中，智能障礙者「看牙醫」的醫療需求，尤其是到宅牙醫醫療服務的提供。然而，現行政府的「到宅牙醫醫療服務」計畫，係以提供行動不便老人或臥病在床患者對象，身心障礙者在此資格條件下較難以適用。看牙是費時費力的專科，尤其是面對癱瘓、腦性麻痺、自閉、唐氏症等障礙類別，因此，很多牙科診所不願意且也無力接收身心障礙的病人（李建興，2016）。就此而言，提供身心障礙者的牙醫診療的醫師，除了需具備醫療專業之外，更需擁有與身心障礙者溝通和互動的能力。目前有少數醫師開立友善身心障礙者的牙醫診所，同時也願意提供到宅看牙的醫療服務；但仍相當有限，這個部分實有待政府相關政策的鼓勵和資源投入。

有牙科醫師倡導且努力在推弱勢族群門診正常化，而要讓弱勢族群看一般人的門診，除了制度外，民眾的偏見，亦是一道極需衝撞的門檻（李建興，2016）。這有助於反思前述身心障礙者特別門診設立的意義，畢竟其普及性的問題，並不容易克服，若是翻轉我們現行制度的思維，不是只想著設定專門服務身心障礙者的特別門診，而是在現行較為普及化的醫療單位下，能讓身心障礙者看一般人的門診，不論是提供醫療服務的醫務人員，或者是來就醫（或就診）的社會大眾，均能以友善且接納同理的態度與身心障礙者互動，則

能創造包容的醫療服務環境和社會氛圍。社會大眾的思維若仍存在著歧視的潛意識，則代表社會中暗藏著更多排斥弱勢團體（身心障礙者）的現象，此亦凸顯本文所思考身心障礙者在醫療服務及資源使用方面存在著社會排除之疑慮。

三、適足生活水準與社會保障之經濟安全考量

（一）身心障礙勞工提早退休機制

身心障礙者退出職場後的生活保障，尤其是針對身心障礙勞工提早退休之機制，亦是攸關經濟安全的重要課題，必須加以討論。根據學者相關研究指出（林昭吟、林季平，2004；林昭吟，2008），身心障礙者提前老化的發生，依序是退出勞動市場、身體功能障礙、自認老化心態、以及社會參與減少。尤其是勞動參與的面向，開始的年齡最早為 35-40 歲即已陸續退出工作職場。換言之，相較於一般工作者的身體功能狀態，身心障礙者有提早老化的現象。

然而，檢視目前我國老年經濟安全保障制度，並未針對身心障礙者提前老化的需求，研擬具備「可近性」的提早退休勞動機制，分析如下。雖然，在勞工退休金方面，政府規定若尚未年滿 60 歲，符合請領失能年金或身心障礙給付的資格條件者，可以提前請領退休金。但是，現行勞工保險中有關請領失能給付的條件為「經評估為終身無工作能力者」，而國民年金保險中有關身心障礙給付僅限於「投保期間

發生的事故」始得請領，對於身心障礙者因身體功能退化無法負荷或勝任原有工作而被迫離開職場者，則難以適用。顯示我國目前的政策尚未能實踐 CRPD 中有關「確保平等參加退休福利與方案」之具體措施。

(二) 退休年齡和年金請領年齡之落差

政府目前所討論未來年金制度改革的方向之一，係為老年年金給付的請領年齡將延至 65 歲，比照國民年金保險的請領資格。就此而言，身心障礙的工作者若因為身體功能提早老化因素必須提前退出勞動市場，則尚未符合請領年齡而無法領取老年年金給付，退休年齡和年金請領年齡之間的落差，如此將影響其生活層面的經濟安全。如何考量身心障礙工作者與一般人的差異，給予實質的經濟保障，並納入年金改革的制度規劃中，有待進一步的權利倡議。身心障礙者提早老化的經濟問題及需求，政府需要發展完整的老年或老化指標，以期能進行個別化的需求評估。就此而言，身心障礙者在社會保險制度的老年給付層面，仍面臨社會排除的困境。

伍、代結語

本文係以服務「可近性」的概念，檢視身心障礙者的保障需求的滿足，以及所對應社會福利權利保障，探討其所面臨的社會排除議題。無法同時使用服務資源的限制，以及制度保障的疏漏，讓身心障礙者及其家庭成員缺乏服務使用的可近性，

若其需求無法或難以滿足，則容易導致或加劇生活和經濟層面的歧視、社會隔離或低度社會參與，此為制度結構面的社會排除。倘若，能夠藉由身心障礙者社會福利政策措施的落實來滿足其相關需求，則能達到 CRPD 所倡導身心障礙者權利的保障，而促進其社會融合和參與。

在支持服務方面，目前個人和家庭支持服務的提供，看似多元化，卻僅能擇一，此為現行制度的主要限制，其支持度仍顯不足，實難以回應各類身心障礙者多元化的照顧需求。期盼未來長照 2.0 計畫的實施與推動，能夠保障不同年齡階段身心障礙者的照顧服務使用權利，以及落實「看得到、找得到、用得到」的理念，讓身心障礙者及其家庭的照顧需求能真正被滿足，達到自立生活與融合社區之理想目標。

在保健醫療服務方面，主要是為確保身心障礙者使用醫療服務的權利。目前醫療院所內身心障礙者特別門診的設立，確實可以減緩身心障礙者和其主要照顧者就醫時的焦慮與不安。然而，目前有身心障礙者特別門診的醫療單位，其區域分布仍需加強其服務提供的普及性。政府若能考量身心障礙在某些科別就醫的特殊需求，推展到宅醫療服務的政策，將可以提升身心障礙者使用醫療服務的可近性和確保健康權。

在經濟安全方面，檢視目前我國社會保障制度，並未針對身心障礙者提早老化的需求，研擬具備「可近性」的提早退休機制。現行經濟安全保險制度中有關請領失能給付或身心障礙給付的資格條件，需

經評估為終身無工作能力者或僅限於投保期間發生事故者，難以適用身心障礙者因提早老化而離開職場者。政府在規劃年金改革制度時，應考量退休年齡和年金請領年齡之間的落差，對身心障礙者提早老化的經濟問題及需求之影響，避免其面臨經

濟安全制度層面的社會排除之處境，達到適足生活水準與社會保障的理念。

（本文作者：曾蕃寬和張智雅均為嘉南藥理大學社會工作系助理教授）

關鍵詞：身心障礙者、權利、需求、社會排除、可近性

📖 參考文獻

- 中華民國身心障礙聯盟（2016）。〈e 能放大鏡〉之「身心障礙者醫療、預防保健、心理衛生服務資訊」（2016.02.04）。《身心障礙 e 能網》。資料檢索日期：2016 年 12 月 27 日。網址：<http://www.enable.org.tw/scope/detail01.php?id=258>。
- 中華民國殘障聯盟（2009）。〈2008 年身心障礙者處境報告〉。《身心障礙 e 能網》之「議題 e 能談」（2009.01.06）。資料檢索日期：2016 年 12 月 27 日。網址：<http://www.enable.org.tw/iss/detail.php?id=36>。
- 內政部（2008）。《96 年居家服務補助使用者狀況調查報告》。臺北：內政部。
- 內政部（2013）。《中華民國 100 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告》。臺北：內政部統計處。
- 古允文（1997）。《「歐洲聯盟」社會政策之研究》。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
- 古允文（2001）。〈平等與凝聚：臺灣社會福利發展的思考〉。《社會政策與社會工作學刊》，第 5 卷第 1 期，頁 145-169。
- 古允文（2014）。〈多元包容社會與國家發展〉。《公共治理季刊》，第 2 卷第 1 期，頁 33-46。
- 全國法規資料庫（2016）。《身心障礙者權益保障法》。資料檢索日期：2016 年 12 月 14 日。網址：<http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&k1=%e8%ba%ab%e5%bf%83%e9%9a%9c%e7%a4%99%e8%80%85%e6%ac%8a%e7%9b%8a%e4%bf%9d%e9%9a%9c%e6%b3%95&t=E1F1A1&TPage=1>。
- 呂寶靜（2001）。《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。臺北：五南。
- 李建興（2016）。〈父子聯手爭回弱勢醫療權〉。《遠見雜誌》第 357 期，2016 年 3 月號。
- 林昭吟（2008）。〈身心障礙者老化現象之概念探討與初探性實證研究〉。《東吳社會工作學報》，第 19 期，頁 37-80。
- 林昭吟、林季平（2004）。《身心障礙者提前老化現象與健康照護需求之研究》。內政部委託研究報告。

- 潘佩君、嚴嘉楓 (2011)。〈老年身心障礙者的福利資源配置及服務輸送：以臺灣與英國為例〉。《身心障礙研究》，第 9 卷第 2 期，頁 111-122。
- 衛生福利部 (2016)。《長照政策專區》之「長照 2.0」。資料檢索日期：2016 年 12 月 14 日。網址：http://www.mohw.gov.tw/cht/LTC/DM1_P.aspx?f_list_no=976&fod_list_no=0&doc_no=55616。
- 衛生福利部社會及家庭署 (2016)。《身心障礙者權利公約》。資料檢索日期：2016 年 12 月 14 日。網址：<http://crpd.sfaa.gov.tw/index.php/tw/2016-02-27-17-32-57.html>。
- Aday, L. A., Andersen R. (1974). "A Framework for the Study of Access to Medical Care". *Health Services Research*, 9 (3): 208-220.
- European Commission (1994). *European Social Policy: A Way Forward for the Union*. Brussels: Office for Official Publications of the European Communities.
- Marshall, T. H. (1964). *Class, Citizenship, and Social Development: Essays by T. H. Marshall*. New York: Doubleday & Company, Inc.
- Pierson, C. (2006). *Beyond the Welfare State? - The New Political Economy of Welfare*. Cambridge: Polity Press.