



人權取向之障礙模型對臺灣身心障礙政策與服務的運用

王國羽

前言

本文分析聯合國身心障礙者權利公約(CRPD)所提出之【人權取向】障礙模型，並以公約第三條所列出之八項原則為例，分析公約對未來臺灣相關政策的影響。聯合國通過CRPD公約已經超過十年，已經簽署與批准該公約的國家與國際社區與組織超過一百多個，CRPD企圖導引簽約國，建立以人權取向為主的身心障礙服務與政策典範。人權取向之障礙模型(簡稱人權模型)，本文首先解釋人權模型與社會模型兩者的差異。人權模式下，建立的服務方式是以障礙者本人的意願與參與為主，人權模型之政策典範則是強調外部社會環境改善、障礙意識提升與平等對待障礙者。本文第一部分將釐清社會模型與人權模型的差異，第二部分討論人權模式之身心障礙政策的核心概念，最後將提出對臺灣未來修正方向的建議。

人權模式是延續全球身心障礙者權利運動的發展軸線，且衍生自英國的社會模

型部分論述，所發展出來的最新障礙模式(註1)。人權模式採取社會模型部分論點，為達到障礙者平等權利，需要採取外部由上而下的政策手段，改變障礙者相關政策與社會態度及消除社會對障礙者的偏見，兩者在障礙經驗的論述與主張上，具有根本的差(Degener, 2017a)。它將社會模型沒處理的個體身體經驗納入分析，採取【身體經驗差異】概念，深入討論社會模型第一層次的損傷經驗。

壹、人權模型

人權模型將不同人權公約中，權利的概念納入障礙者群體，除反映國際社會對人權概念演進方向之外，強調個體身心理狀態的差異不應構成阻礙障礙者平等享有權利的來源(Degener, 2016)。CRPD在臺灣簽署與國會批准程序之後，國內相關身心障礙政策、法令與服務等都須隨該公約精神調整與修正。未來在實務界提供服務時，如果不能理解何謂人權模型，勢必影

響接受服務者之權利。例如尊重隱私權、自主權與自尊，居住型機構在提供住民服務時，例如洗澡、如廁、換衣等，需要個別化的提供照顧，才符合這項公約的精神。例如極重度障礙者如何參與各種決定，個別化的密集支持與協助溝通服務等，都是這項公約所要實踐的細節 (Devi,

2013)。

人權模型與社會模型之間的差異與優點缺點，作者採取對照方式做比較，就概念上，圖 1 顯示兩個模型在論述身體與障礙經驗的差別，社會模型將障礙經驗歸因為外部環境與制度，而人權模型除外部改善之外，特別將身體經驗納入討論。

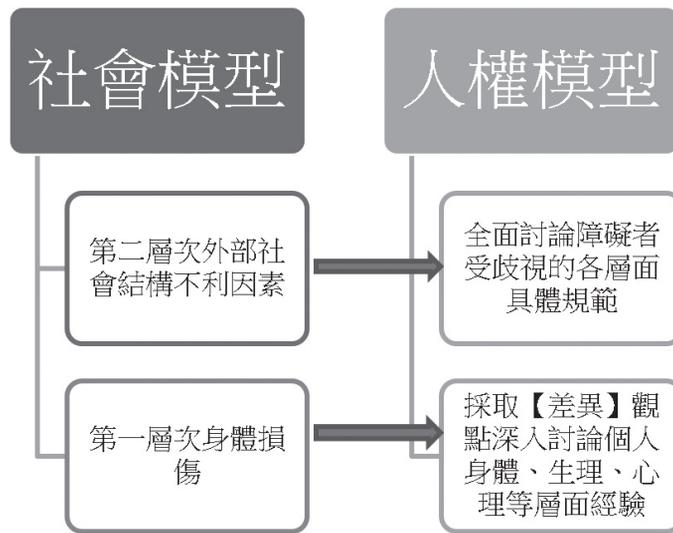


圖 1：社會模型與人權模型對障礙過程觀點之差異與比較（作者自製）

首先，兩個模型對障礙經驗的詮釋都是兩層次概念，社會模型觀點下，認為身心障礙概念只有兩個層次，第一層次是個體損傷 (impairment) 經驗，第二層次是障礙 (disability)(Oliver & Barnes, 2004)。社會模型論點，認為障礙者的障礙經驗來自外部環境的不友善，而非個人身體損傷層次問題，強調移除外部環境各種阻礙障礙者享有平等權利的因素，例如環境、政策、服務等 (Hughes, 2007; Smith, 2005)。社會模型主要論點是採取改善與移除外部社會結構不利因素，作為促進與提升障礙者平

權的基礎。政策上，社會模型是以反歧視立法與各項民權法案改革為主。這點與人權模型的觀點相同，但身心障礙權利公約所強調的人權模式觀點，具體在條文中指出外部社會結構系統，例如就業工作 (公約第二十七條)、健康 (第二十五條)、教育 (第二十四條)、政治 (第二十九條)、適足生活與保障 (第二十八條)、文化 (第三十條)、司法 (第十三條)、服務 (第十九條、二十條、二十六條) 等積極權利保障與促進面向。公約第三條，列出改善外部結構不利因素的無障礙環境 (硬體設

施設備道路交通等)與資訊可近性,符合個別障礙者需要的服務等改變與調整,都具體列在不同的條次中(Celik, 2017)。人權模型,在政策與理念上,超越以平等權利為主的反歧視立法,在公約條文中,提出較完整的各個社會結構系統需要改變的面向。透過具體條約內容,讓簽約國能依時改善及調整。這是第一個社會模型與人權模型的主要差別與不同之處。

社會模型檢閱障礙經驗是以外部社會脈絡為主,外部社會環境與制度及政策對障礙者長期的忽略及不公,成為許多障礙者主要社會參與的問題,社會模型其侷限與不足,在於它並沒有細緻的分析障礙者個人因生理身體經歷不同損傷時的狀態與體驗(Terzi, 2004)。但是人權模型檢閱障礙經驗,以【人之存在 Human Being】為主,強調不同身心障礙者在體驗損傷經驗的差異與特質,例如聽覺障礙者、聾人、聽力損傷者等都代表不同的身體經驗,在資訊可近性與可用性方面的問題也不盡相同,當障礙者本人是權利行動者主體時,權利實踐並不受限於個人的健康與身體狀態(Bickenbach, 2009; Degener, 2016)。例如即使最重度的障礙者,他們的基本人權並不會因為本身的狀態而有所減損,不同的是他們需要外部各種服務及支持,才能享有與其他人相同的權利,例如使用輔具行走、學習或工作等等。人權觀點之下,障礙者權利的基礎是人之存在為主。換句話說,人權模型,它在權利內涵層次包括道德層次看待障礙者的不同身體與心理經驗,且尊重不同障礙者經驗的差異,也肯認障礙者會因個人對障礙身分的認同,而

有差異,障礙身分之認同差異性,是社會模型在第一層次的損傷經驗論述時所欠缺的。這是兩個模型第二點差異,也是為何人權模型優於社會模型的關鍵。

同樣損傷經驗,但是男性與女性也許體驗就不同,人權觀模式對個體身心理經驗採取【差異】觀點,不同障礙者的身體經驗不同(Hughes & Paterson, 1997),畢竟障礙者作為權利主體行動者,身體為主要感受的主體,社會模型只說損傷但不特別強調損傷的身體經驗,對許多障礙者來說,一味強調外部結構的不公,並無法減輕與消除身體所經歷的不便。例如侏儒症與肢體不便者,兩者體會外部環境不便,是兩種完全不同的經驗,又如智能障礙者與精神病友(Molas, 2016),兩者障礙經驗亦不同。人權模型,採取差異的角度看待不同的身心理身體經驗,這是社會模型與人權模型兩者在權利主體論述上,根本的歧異之處。人權模型將差異政治帶入身體經驗,豐富不同障礙者的身心理差異所帶來主體經驗,是社會模型所欠缺的元素。

其次是人權觀點論述障礙者的社會歧視與偏見時,不只侷限於倡議反歧視法的訂定而已。政策上,社會模型主要出發點是以反歧視為主,但是人權模式則是將外部政治、經濟、文化、社會體制等納入歧視根源。在公約各個條文中,具體說明如何降低與消除社會對障礙者的偏見與歧視。相對的,社會模型啟發許多國家障礙運動者的倡議反歧視立法與相關政策的改革,但是在人權觀點之下,障礙者的歧視不只是單一面向,而是綜合各種因素的結果(Degener, 2016)。人權模型,進一步的

將歧視來源與障礙意識提升及促進障礙者社會參與納入具體政策方向，降低障礙者的不平等地位。換句話說，人權模型，同意社會模型的論點，改善外部社會結構與消除歧視及偏見，但是具體落實各條文，列出實踐障礙者的人權，各個不同領域調整方向。

人權模型強調個人為主的權利內涵，且要兼顧不同障礙經驗差異性，在人權模型之下，能看清楚女性與兒童兩個團體身分交織特性，所帶來的雙重或多元歧視脈絡如何形成。例如女性障礙者懷孕與產檢，就受到雙重的不利經驗，一方面不容易使用一般女性的產檢設備，一方面也許受限於各種環境障礙無法與一般女性相同的接受頻率的產檢 (Ngwena, 2018)。多重面向的歧視經驗，在人權觀點下是可能被意識到，但是社會模型無法細緻的處理各種女性障礙者的身體差異經驗 (Degener, 2016)。人權模型面對障礙者的歧視經驗與社會偏見，一方面藉由積極性的政策，強調女性障礙者的健康平等權利，例如接受產檢的權利，另一方面，強調促進女性障礙者的健康資源可近性與使用，需要採取積極措施與手段，例如協助不同類型障礙者能接近使用醫療設施，提供手語翻譯、降低產檢台與個別化的合理調整健康檢查設備與設施才能具體實踐健康權利。這樣的多層次論述與公共政策的辯證，正是人權模型的優點。

不同女性障礙者所需要外部協助與支持密度與強度都不同，人權模型下，服務提供方面是以滿足個別障礙者的需要為主。因為身體經驗的差異與歧異化，

女性障礙者遭受性虐待與騷擾等經歷，所需服務與支持及經歷也不同于一般女性 (Plummer & Findley, 2012)。相對的，女性障礙者對自己的女性角色與障礙身分的個人認同 (女性角色與障礙角色)，有可能隨著年齡與經驗的累積而改變，對障礙身分的認同與採取彈性觀點，是人權取向的優點之一。社會模型不足之處在於討論障礙經驗，而不討論與處理障礙身分認同問題。因此，障礙研究除外部結構因素外，障礙者個人如何看待自己身分與認同，將障礙者身分認同觀點的納入研究論述，早在上世紀末就有學者提出 (Zola, 1993)。人權取向觀點，納入身分認同的討論，在處理障礙人口的身分交織性問題問題時，較社會模型進步。女性主義觀點的障礙研究，企圖顯示當前障礙研究欠缺將性別因素帶入障礙經驗討論的不足 (Garland, x, & Thomson, 2005)，而女性與障礙多重交織身分認同，在人權觀點之下，比較容易凸顯出來。人權觀點下，自我認同視為障礙者的動態經驗之一，而非社會模式強調的外部結構壓抑單元觀點。

在 CRPD 條文中，另外一個容易受到多重歧視的群體是兒童，由於兒童尚處於兒童發展階段，各種服務支持對弱勢兒童都可能促進與提升他們的各種能力 (Gobrial, 2012)。例如提供給一般兒童的設施，也需要考慮不同身體特質兒童的使用，或利用輔助設施讓障礙兒童也可以使用。因此兒童與女性障礙者，最有可能經歷多重的各種歧視與不利處境。CRPD 公約中，單獨列出兩個條文 (第六條與第七條)，讓簽署國家能針對上述兩個群體做

較為明確的政策規範。而在臺灣這兩個群體的研究與實證資料收集，都亟待發展與加強。例如，最近國外研究發現，家中有障礙兒童的家庭，落入貧窮的機率高於家中沒有障礙兒童的家庭，障礙兒童與他們的家庭，兩者是連動的照顧關係，且不易分割他們彼此間終身家庭照顧問題 (Ghosh & Parish, 2013; Shandra, Avery, Hogan, & Msall, 2012)。

社會模型論者，強調外部社會環境造成障礙者處於不利與不平的權利地位，但是卻沒有進一步闡述，確認性別或年齡面向的不利外部結構因素與障礙狀態互動的問題，同樣無法解決這兩群障礙者的不利處境。CRPD 條文中，嘗試解決不同身分「交織性」(intersectionality) 所構成的多重歧視問題；如第三條第七款與第八款、第六條、第七條、第十六條第五款、第十八條第二款、第二十三條、第二十五條，都試著透過規範的方式，回應障礙婦女、障礙兒童與障礙老人「雙重弱勢」的處境 (Lord & Stein, 2017)。人權模式將自我認同與不同障礙者身分交織之下所構成的多重歧視問題帶入模型中處理，人權取向較有彈性且對障礙經驗採取動態觀點，例如兒童處在人生發展階段，給予各種教育支持與服務，更能提高未來發展可能。交織身分與障礙者認同，這兩個層面來看，人權取向的障礙模式相較於社會模式，比較能處理個別障礙者的問題，立場較彈性，對障礙者與他們的社會關係，採取互動與長期交織的觀點。

人權模式本身將第一代與第二代人權內涵都包括在內，將早期自由權利

概念經由本項公約運用到障礙人口，同時將第二代人權概念中具有發展性與積極性的權利，在公約中具體規範，希望能實質提升與促進障礙者的法律能力與地位 ((Degener, 2017a; Fallon-Kund & Bickenbach, 2016)。與社會模型相比，社會模型所要達成的目的是以公民權利改革與反歧視立法，這部分在英國已經訂立反歧視的社會立法。因為 CRPD 的簽署，英國政府必須在原有在平等法架構下，納入 CRPD 所倡議的平等權利概念，相對於 CRPD，英國國內平等法也需要做調整 (Fraser Butlin, 2011)。人權包括第一代(自由權利、表達言論、信仰、個人隱私、免於受虐及不當對待等) 與第二代權利概念在內，反歧視只是其中之一，更重要的是透過人權模式，由國家啟動相關社會政策修法，重視障礙者的參與，也要求國家政府積極的投入資源消弭障礙者在政治、經濟、所得保障、社會參與、工作就業與醫療衛生各方面阻礙權利實踐的問題以落實保障障礙者的人權。這是人權觀點較社會模型優勢的第四點，將兩代人權概念納入討論並提出具體需要國家政府落實的領域及問題。

人權模型，對國家採取公共衛生預防政策，例如疫苗接種、產前篩選或醫療復健等，是採取預防及避免衍生障礙的產生。但是社會模型論者認為上述這些健康預防與措施傳達給社會【障礙】烙印效果，社會模型論者在預防與健康維護政策立場比較保留。致使英國障礙研究學者，不盡同意社會模型的立場 (Shakespeare, 2012)。換句話說，兩個模型的觀點反映

出它們在預防性健康衛生政策政策的立場，因社會模型較輕忽或不處理身體健康與損傷經驗，消除外部結構與阻礙問題是社會模型的重點。而人權模型，建構差異的身體經驗基礎上，並不認同社會模型的論述，而認為障礙者的健康權利需要採取普遍與個別化手段，消彌障礙者健康權利實踐的阻礙因素，這個立場與社會模型相反。這是第五點兩個模型的差異之處。

社會模型論述障礙經驗，啟發各國的障礙者參與社會運動，倡議與主張他們的基本權利，這是社會模型對全球障礙者運動的主要貢獻。人權模式進一步的放在全球觀點，全面討論障礙者的經濟弱勢與貧窮處境 (Mitra, Posarac, & Vick, 2013)，進而要求簽約國能展開國際合作。強調障礙者弱勢處境的普同性，障礙與貧窮問題的解決，需要各國合作降低問題嚴重度。

本節比較人權模型與社會模型基本的差異與公共政策立場的差異，人權模型可以說是補強社會模型不足之處，但是透過公約的實踐，人權模型更能在不同區域與國家之間，看到實施的效果。

貳、人權觀點與 CRPD 一般性原則

本文第二部分，將簡短討論公約第三條所列出八項基本原則 (Fina, 2017)。CRPD 與其他人權公約最大差異是公約內容安排，將公約所要達成目標與政策方向，列在本文第三條 (Lawson, 2017)，而非放在前言。前節所述人權模式觀點貫穿在公約第三條，列出八項原則：在八項原

則與政策方向中，可具體觀察到人權模式的實踐。

- (a) 尊重障礙者尊嚴、個人自主與獨立
- (b) 不歧視、
- (c) 充分有效參與及社會融合、
- (d) 尊重差異、
- (e) 機會均等、
- (f) 無障礙 (可近性)、
- (g) 男女平等、
- (h) 尊重身心障礙兒童逐漸發展之能力並尊重身心障礙兒童保持其身分認同之權利 (United Nations, 2008)。

上述八項原則是實踐本公約的政策指引原則與方向。同時，上述八項原則也是人權模型的基本主張與政策。第 a 點所列出，尊重障礙者尊嚴，放在第一項反映出 CRPD 強調【人之存在 (Human Being)】不同類別與程度障礙者與樣態，都應尊重他們身為人的基本尊嚴，因此這項原則雖然沒有在之後的各條次單獨出現，放在公約第三條基本原則中，以彰顯 CRPD 對障礙者基本人權的重視也將人權模型主要精神納入 (Fina, 2017)。公約起草階段，將八項原則放在公約正式條文，較放在前言，對簽署國家的約束力較高。因此公約第三條第 a b 點，呼應人權模型的基本主張與價值。b 點不歧視在正式公約條文與平等權放在一起，將積極與消極的平等權利面向都包括在本公約之中。

在 CRPD 起草與討論階段，參加的身心障礙團體與代表，牽涉到各國身心障礙者在過去四十幾年的運動與主張，但是每個障礙團體在不同的政策方向上，主張與立場各不相同。如何在 CRPD 條文中，

兼顧人權模式主張與政策邏輯以實踐人權模型的精神，這是第三條的主要目的與功能。例如在第三條基本原則中，所列出的機會均等（第 e 點），實際上包括兩個層次的公平概念，形式平等與實質平等（Cera, 2017a），但是實踐實質平等與非歧視的具體政策與主張則放在公約第五條內討論。第三條所列出機會均等，強調障礙者與他人站在相同的位置與地位，無論在法律與政策都有均等機會參與社會生活，最近公布的第六號一般性意見，委員會針對平等與不歧視，完整詮釋且提出融合平等的概念（Cera, 2017a）。政策上，如何透過各種立法與政策，消除社會對障礙者的歧視與偏見，提升障礙者的平權與促進障礙者的社會參與，則是各國政府需要面對的挑戰。

前節所列入權模式觀點，貫穿在第三條八項原則，例如身分交織多重歧視問題，第三條中列出女性及兒童兩個重點（第 g 點與第 h 點），但是在公約的條文中，也特別針對女性（第六條）與兒童（第七條）兩個條文，重複出現在基本原則與具體條文中，針對特定對象予以規範（Broderick, 2017），基本原則重點是指政策方向，放入公約條文則是強調這兩個群體的權利。反映出本項公約強調性別與年齡兩個面向實質平權的人權模式精神。公共政策層面，提供給一般兒童的服務，需要考慮到身心障礙兒童的使用，這個原則是社會融合與平等概念，但是如果我們針對有特殊需要的身心障礙兒童，提供各種支持性的服務，是否違反融合原則呢？兒童權利公約是以全體兒童基本權利維護為主，是否也適用身心障礙兒童呢？在選取兒童參加兒

童公約的審查時，是否也需要考慮如何讓身心障礙兒童參與呢？兒童在這兩份公約中，都應包括如何運用到身心障礙兒童。兒童與婦女都因為身分交織性，容易遭受歧視待遇，容易在兩個公約中，創造出適用上的模糊空間。又如公約強調障礙者自主決定，但兒童的決定權，往往會衍生出法律上代理決定的問題，尤其是身心障礙兒童，家長以最佳利益原則作為決定基準，可是又會與公約的自主決定與支持性決定原則相違悖（Broderick, 2017）。因此，強調兒童主體性與女性障礙者主體性，都反映出公約人權模式的主要精神與主張。

CRPD 公約內容列出重要的政策方向，成為各國改變服務基準與方向（Cera, 2017b; Hyung Shik, 2010）。如前述，CRPD 顛覆傳統人權的傳統，將障礙者納入。例如以美國障礙者權利發展過程為例，過去五十年的歷史發展，障礙者由五〇年代被社會隔離，視為次等公民地位，至六〇與七〇年代因民權及民權法修正，法律上被納入民權法案的適用對象，但是實際上服務與政策仍是被動的接受各種復健服務等，障礙者仍被動接受復健服務。當時美國內部去機構化運動與障礙者加入民權運動，在修改相關民權法案時，成為民權法的適用對象。之後引發美國國內第 504 號公法的辯論與修正，之後納入美國的 ADA，成為正式的美國身心障礙者法案。

國際上，八〇年代聯合國開始將近四十年倡議發展，由最初國際障礙者日活動到建立障礙者行動計畫等，進行各項與障礙者有關的報告與研究，在二十世紀結束時，障礙者逐漸成為權利行動主體

(Degener, 2017b)，但是直到二十一世紀，障礙者才透過 CRPD 公約，成為人權主體與行動者，透過國際社會肯認他們平等地位及基本人權與主張 (Degener & Koster-Dreese, 1995)。早在上世紀，法律與人權學者開始試圖將障礙人口納入人權範圍，這個企圖直到 CRPD 才具體實踐。因此，CRPD 在各項人權公約中，具有不同的意義與象徵。不但將第一代人權內涵納入，在條文中展現第二代人權內容 (Celik, 2017)。障礙者由以往在法律地位與政策內容，歸類為被動接受保護對象，在 CRPD 公約中，定位障礙者為自身權利的行動者，重視障礙者的參與 (註 2)。

第三條基本原則第 c 點，列出障礙者充分有效參與及社會融合。這點反映出西方國家將近四十年身心障礙者運動的具體成果，社會融合原則在公約第四條第三項，無障礙 (可近性) 在公約第九條 (註 3)，第十九條獨立生活與社區生活，政治與文化參與 (第二十九條)，文化，休閒與運動 (第三十條) 與第三十三條障礙者參與對公約實施的監督機制 (第三十三條) 等。社會融合是多面向且多元參與，CRPD 公約將社會模型沒有仔細交代的各面向，都在公約內文中納入。CRPD 公約政府國家的責任及義務相當高。至於公約在特定條文中提到教育、健康、工作就業等具體權利內容，將社會融合概念納入，作法上各領域則差距很大。公約第三條基本原則，提供各國政府在實施 CRPD 時，如何調整與修正政策與服務。例如，未來無障礙概念 (註 3)，需同時包括軟體訊息、資訊可近性與硬體設備、設施、道路等無障礙設計，

在公約中特別強調通用設計為原則 (Fina, 2017)。無障礙 (可及性) 是運用通用原則，適用所有不同特質的障礙者，而合理調整則是依據不同障礙者的個別請求，由相對利害關係人，如雇主或學校等個別化的提供，兩者方向與內涵不盡相同。

基本原則可視為實踐公約的政策調整方向與原則，涉及第三條與其他條文彼此之間的關係。未來在實務工作提供方式、取得障礙者知情同意過程、決定過程等都需要障礙者的意見與參與。前述人權模型的主張與概念，具體在第三條八項原則內展現。第一線實務工作者，了解人權模式觀點之後，才能在工作中落實公約的精神與主張。

參、結論

CRPD 說到底是西方社會障礙者社會運動的具體成果。在既有人權公約架構下，運用到身心障礙人口群體中。不同的國家社會在推動落實這項公約時面對的社會環境與政策背景都不同。也與當地的福利制度與政策產生關聯，公約的落實仍要回到現實的社會福利資源分配問題。其次，公約企圖要建立一個更有彈性、多元與多方參與的福利服務提供方式及政策 (Gooding, 2013)。這個觀點在公約第十二條，障礙者法律自決能力與平等法律地位中規範。理想狀態下，鼓勵與協助障礙者能參與和本身有關的就醫、教育、休閒娛樂等決定過程。第十二條在實務上，影響最大的精神疾病者的就醫決定與強制就醫等。公約通過後，引起許多不同國家地區

專業人員、家屬、病患本人、醫師等不同立場與意見。而針對這個問題，過去十幾年實務界逐漸採取共享決定的方法，將障礙者本人、家屬及專業醫師等各方意見納入決定過程，最近研究與發展，針對共享決定的具體作法與實踐 (shared decision-making) (Hamera, Pallikkthayil, Baker, & White, 2010) 做深入探討與分析，在公約第十二條精神規範下，各方必要妥協也是實踐本項公約的重要手段。分享決定過程早在公約之前就逐漸出現，公約第十二條規範障礙者的法律地位與決策能力，在不同專業之間引起極大的討論，為能貫徹公約精神與兼顧障礙者的法律決定能力，採取雙方共同參與及分享決定的實務操作模式，解決障礙團體、家長及專業者三方的僵持問題。

CRPD 在臺灣簽署及國會批准之後，

在國內法化過程中，面對不同學術背景及專業人員和服務提供者與障礙者團體，各方對公約的解釋與期待皆不相同。臺灣原有體系要如何調整與修改，以徹底實踐公約的精神及原則，對各方都是挑戰與考驗。本文僅簡要的將公約的主要原則與精神作廣泛的討論，真正的落實仍要在內部建立監測公約的機制，同時進行長期且深入的相關障礙者議題研究，以利將本公約轉議為具體的公共政策。

(本文作者為國立中正大學退休教授、高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系兼任教授)

關鍵詞：人權模式 (human rights model) 、
社會模式 (social model) 、
參與 (participation) 、
權利不可分割 (undividable rights) 、
差異 (difference)

📖 註 釋

註 1：作者在另外一篇文章，【人權取向的身心障礙者權利公約】，由衛生福利部社會及家庭署出版之【身心障礙者權利公約法規概要】前言中提及人權模型。本文將進一步深入討論人權模型的重點。

註 2：Nothing about us, without us. 這是西方國家身心障礙者運動的口號與精神，在臺灣最早見於作者在 2005 年，國際智能障礙科學研究學會亞洲太平洋區域會議中的開幕報告，當時翻譯為【所有與我們有關的事，都要有我們的參與】，臺灣有些障礙研究學者，將口號翻譯為【沒有我們參與，請不要替我們做決定】。回歸原點在 CRPD 公約精神，強調的是身心障礙者的參與，且 CRPD 強調有效的讓不同障礙者的聲音能被社會聽到。

註 3：Accessibility 翻譯，英文雖只有一個字，但是中文翻譯需要同時將硬體設備無障礙與軟體資訊、訊息可近性意義翻出。因此有兩個意義在本文翻譯之中。

 參考文獻

- Bickenbach, J. E. (2009). Disability, culture and the UN convention. *Disabil Rehabil*, 31.
- Broderick, A. (2017). Article 7 [Children with Disabilities]. In V. Della Fina, R. Cera, & G. Palmisano (Eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (pp. 195-212). Cham: Springer International Publishing.
- Celik, E. (2017). The role of CRPD in rethinking the subject of human rights. *The International Journal of Human Rights*, 21(7), 933-955.
- Cera, R. (2017a). Article 5 [Equality and Non-Discrimination]. In V. Della Fina, R. Cera, & G. Palmisano (Eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (pp. 157-174). Cham: Springer International Publishing.
- Cera, R. (2017b). Preamble. In V. Della Fina, R. Cera, & G. Palmisano (Eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (pp. 77-87). Cham: Springer International Publishing.
- Degener, T. (2016). Disability in a Human Rights Context. *Laws*, 5(3), 35.
- Degener, T. (2017a). 10 years of Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Netherlands Quarterly of Human Rights*, 35(3), 152-157.
- Degener, T. (2017b). A New Human Rights Model of Disability. In V. Della Fina, R. Cera, & G. Palmisano (Eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (pp. 41-59). Cham: Springer International Publishing.
- Degener, T., & Koster-Dreese, Y. (1995). *Human Rights and Disabled Persons: Essays and Relevant Human Rights Instruments*: Springer Netherlands.
- 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.
- 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*.
- Fina, V. D. (2017). Article 3 [General Principles]. In V. Della Fina, R. Cera, & G. Palmisano (Eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (pp. 119-136). Cham: Springer International Publishing.
- Fraser Butlin, S. (2011). The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Does the Equality Act 2010 Measure up to UK International Commitments? *Industrial*

- Law Journal*, 40(4), 428-438.
- Garland, x, & Thomson, R. (2005). Feminist Disability Studies. *Signs*, 30(2), 1557-1587.
- Ghosh, S., & Parish, S. (2013). Prevalence and economic well-being of families raising multiple children with disabilities. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1431-1439
- Gobrial, E. (2012). Mind the gap: the human rights of children with intellectual disabilities in Egypt. *J Intellect Disabil Res*, 56.
- 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.
- Hamera, E., Pallikkthayil, L., Baker, D., & White, D. (2010). Descriptive study of shared decision making about lifestyle modifications with individuals who have psychiatric disabilities. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 16.
- Hughes, B. (2007). Being disabled: towards a critical social ontology for disability studies. *Disability & Society*, 22(7), 673-684.
- Hughes, B., & Paterson, K. (1997). The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a sociology of impairment. *Disability & Society*, 12(3), 325-340.
- Hyung Shik, K. (2010). UN Disability Rights Convention and Implications for Social Work Practice. *Australian Social Work*, 63(1), 103-116.
- Lawson, A. (2017). The European Union and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Complexities, Challenges and Opportunities. In V. Della Fina, R. Cera, & G. Palmisano (Eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (pp. 61-76). Cham: Springer International Publishing.
- Lord, J. E., & Stein, M. A. (2017). Charting the Development of Human Rights Law Through the CRPD. In V. Della Fina, R. Cera, & G. Palmisano (Eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (pp. 731-748). Cham: Springer International Publishing.
- Mitra, S., Posarac, A., & Vick, B. (2013). Disability and Poverty in Developing Countries: A Multidimensional Study. *World Development*, 41, 1-18.
- Molas, A. (2016). Defending the CRPD: Dignity, flourishing, and the universal right to mental health. *The International Journal of Human Rights*, 20(8), 1264-1276.
- Ngwena, C. G. (2018). Reproductive autonomy of women and girls under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 140(1), 128-133.

- Oliver, M., & Barnes, C. (2004). *The Social Model of Disability—Theory and Research*. Leeds University Press.
- Plummer, S.-B., & Findley, P. A. (2012). Women With Disabilities' Experience With Physical and Sexual Abuse: Review of the Literature and Implications for the Field. *Trauma, Violence, & Abuse, 13*(1), 15-29.
- Shakespeare, T. (2012). Still a health issue. *Disabil Health J, 5*(3), 129-131.
- Shandra, C. L., Avery, R. C., Hogan, D. P., & Msall, M. E. (2012). Child and adult disability in the 2000 Census: Disability is a household affair. *Disability and Health Journal, 5*(4), 241-248.
- Smith, S. R. (2005). Equality, identity and the Disability Rights Movement: from policy to practice and from Kant to Nietzsche in more than one uneasy move. *Critical Social Policy, 25*(4), 554-576.
- Terzi, L. (2004). The Social Model of Disability: A Philosophical Critique. *Journal of Applied Philosophy, 21*(2), 141-157.
- Zola, I. K. (1993). Self, identity and the naming question: Reflections on the language of disability. *Social Science & Medicine, 36*(2), 167-173.