

# 交通可近性對身心障礙女性健康的重要性初探

潘佩君 · 劉欣怡

## 壹、前言

臺灣於 2014 年通過聯合國《身心障礙者權利公約》(以下簡稱 CRPD) 施行法之後，將 CRPD 國內法化，許多與身心障礙者(以下簡稱障礙者)相關的基本權益在此部公約中再次的提及。與本文最為直接相關的為 CRPD 第 6 條身心障礙婦女、第 9 條無障礙/可近性和第 25 條健康的條目。以下簡要說明在 CRPD 母法、一般性意見和其他相關法令中所提及之相關權利內容(衛生福利部身心障礙者權利公約網站)。

CRPD 第 6 條條文與聯合國身權公約委員會第 3 號一般性意見中提到，因為身心障礙婦女同時具有女性與身心障礙者兩種身分，可能面臨多重歧視問題或是處境。CRPD 第 6 條條文內容為「締約國體認身心障礙婦女與女孩受到多重歧視，就此應採取措施，確保其充分與平等地享有人權及基本自由。締約國應採取所有適當措施，確保婦女獲得充分發展，提高地位及賦權增能，其目的為保障婦女能行使及享有本

公約所定之人權與基本自由。」

聯合國身權公約委員會第 3 號一般性意見是作為補充說明 CRPD 第 6 條條文內容之用，其中第 3 號一般性意見第 17 項特別提到，對身心障礙婦女和女童的歧視有多種形式，直接歧視、間接歧視、連帶歧視、拒絕提供合理調整、結構性或系統性歧視。其中間接歧視是指，「在表面看起來中立法律，政策或做法對身心障礙女性卻會造成極為不利的影響。例如：保健措施療養院看起來可能是中性，但如果沒有包含婦產科部門的無障礙檢查床在內，就是具歧視性。」拒絕提供合理調整中也提到，「雖然有保障身心障礙婦女享受與其他平等基礎上享有人權與基本的自由需要，仍然拒絕做適當的修正和調整時所發生歧視。例如，一名身心障礙婦女，如果由於建築環境物理障礙，而無法在醫療保健中心接受乳房 X 光檢查，可能就屬於拒絕提供合理的便利。」以上與《消除對婦女一切形式歧視公約》(簡稱 CEDAW) 第 18 號一般性意見提到有關身

心障礙婦女的歧視，關注身心障礙婦女因其特殊生活條件而遭受到同時身為婦女與障礙者的雙重歧視相呼應。

在交通可近性方面，CRPD 第 9 條為無障礙 / 可近性，條文內容為：「為使障礙者能夠獨立生活及充分參與生活各個方面，締約國應採取適當措施，確保障礙者在與其他人平等基礎上，無障礙地進出物理環境，使用交通工具，利用資訊及通信，包括資訊與通信技術及系統，以及享有於都市與鄉村地區向公眾開放或提供之其他設施及服務。該等措施應包括查明及消除阻礙實現無障礙環境之因素，尤其應適用於：(a) 建築、道路、交通與其他室內外設施，包括學校、住宅、醫療設施及工作場所；(b) 資訊、通信及其他服務，包括電子服務及緊急服務。」另參酌聯合國身權委員會第 2 號一般性意見中提到 CRPD 第 9 條之其他室內和室外設施 (other indoor and outdoor facilities) 意涵，除條文中所明文規定的學校、住家、醫療設施、工作場所外，亦應包括執法機關、法庭、監獄、社會機構、街道，及作為交流互動、文化、宗教、政治體育活動的場所，與購物建築；其他服務則應包括郵政、銀行、通訊及資訊服務等等。在國內障礙者權益保障法中 53 條至 60 條對於交通運輸無障礙 / 可近性方面亦有所規範。CRPD 第 9 條條文與聯合國身權公約委員會第 3 號一般性意見中的第 42 項和 48 項有關。第 42 項提到，「身心障礙女性通常無法實際利用醫療設施和設備，包括乳房攝影和婦產科的檢查床。以及無法提供使身心障礙婦女能夠使用的、負擔的，或能夠取得的安全交通，

影響身心障礙女性利用保健設施和參加篩檢的能力。」說明交通制度和設施的設計，對於身心障礙者在接近使用健康設施具有相當的重要性，並且需考量使用的便利性、可負擔性以及安全性。

聯合國身權公約委員會第 3 號一般性意見中的第 48 項補充 CRPD 第 9 條在交通方面對身心障礙女性的重要性，內容為：「在有關物理環境、交通工具、訊息和傳播，包括訊息和傳播技術和系統。以及在城市與鄉村地區中，向公共開放或提供的其他設施和服務的政策缺乏對性別和 / 或身心障礙議題的考量，妨礙身心障礙女性自立生活和與其他人平等的基礎上充分參與一切生活領域。在身心障礙女性獲得安全居住、支持服務以及提供有效和有意義的保護、免遭受暴力、虐待和剝削的程序或提供保健。特別是生殖保健方面尤其如此。」在 CRPD 第 25 條為健康條目，其中 C 款提及：「儘可能於障礙者最近所在之社區，包括鄉村地區，提供該等健康服務」，與 CRPD 第 9 條無障礙 / 可及性相對照，障礙者生活於社區中若要能夠獲得健康服務的可近性，需同時考量醫療設施、交通和資訊傳播的無障礙及可及性。

說明身心障礙女性在獲得健康服務的過程，尤其是健康檢查與婦產科方面的服務，要透過交通工具、環境和資訊等各方面無障礙和可近性的配合才能夠使身心障礙女性達到自立生活和一般人平等基礎的最終目標。在這些法規中，尤其是我們加上性別的面向時，會發現身心障礙女性在社區中可獲得的健康服務，需重視多重歧視、是否有合理調整，以及社會結構和制

度面的影響。

本文從公約所揭示的權利，探討交通可近性對身心障礙女性健康的重要性和影響，以下將從文獻資料中先說明身心障礙女性健康和交通可近性的現況，並從交通可近性的理論中談及交通對身心障礙女性健康的影響層面，與其他社會制度之間的關係。

## 貳、交通可近性與障礙者健康、貧窮之循環關係

CRPD 與一般性意見中都提到交通可近性是健康與就醫可近性的重要影響因素，在此檢視有關交通可近性對於女性障礙者外出影響的調查報告，以及交通可近性對於障礙者在健康方面所形成的循環關係。

有關如何增進居住於城市中的障礙者可近性研究方面，由英國國際發展部（Department for International Development, 簡稱 DFID）指出改善交通可近性以打破貧窮與障礙狀態的循環，並且提升生活品質。如下圖所示（Venter, C. et. al., 2002）

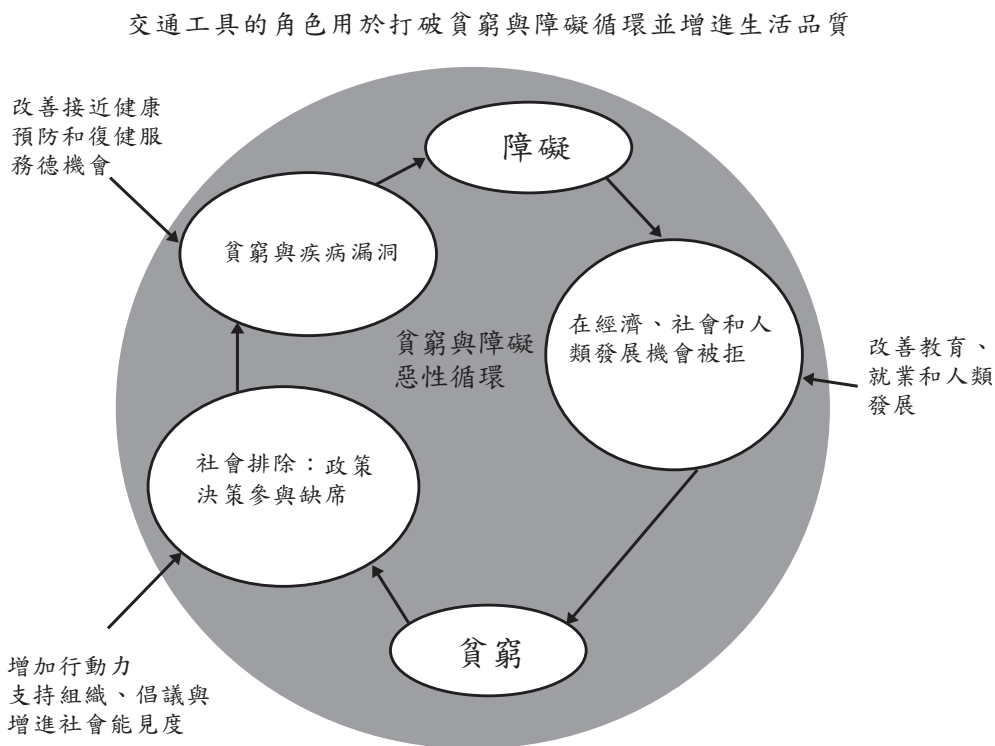


圖 1：貧窮與障礙循環與交通工具的角色

該研究指出，若我們要協助女性障礙者脫離健康不利因素，就要協助他們脫離貧窮。協助脫離貧窮與低度健康的過程

中，此研究提出交通工具與可近性扮演三個重要的角色，以下同時對照國內的調查研究現況。首先第一個角色是該研究提到

交通可近性提高可以增加接近健康醫療場所的機會，包括健康檢查、就醫和復健，就能使身心維持在健康的狀態（Venter, C. et. al., 2002）。

在英國的健康調查中也指出身障女性比身障男性遇到更多的就醫障礙。交通是其中一個重要因素，且和一般人相較，身心障礙者的交通和距離院所遠近方面的障礙多出 2 至 4.3 倍（Sakellariou and Rotarou, 2017）。統計數據也顯示 20% 障礙者難以去他們需要的健康照顧地點，有七分之一的障礙者因為缺乏交通可近性而無法拿到處方藥（Wilson, 2003）。

在國內 2016 年的身心障礙者生活需求調查中顯示障礙者外出就醫和購物項目需求上女性高於男性障礙者，但是在工作、上學和訪友方面的需求女性卻是低於男性障礙者。女性障礙者有就醫需求者為 77.36%，相較於男性障礙者的 72.89% 略高；最近一個月外出原因為就醫者，女性障礙者有 54.98%，高於男性障礙者的 49.52%。（衛生福利部，2018）就醫困難方面，有困難的女性障礙者為 34.31% 也高於男性障礙者的 29.92%。女性障礙者在就醫困難之項目中，主要是交通不便、其次是醫療院所距離太遠、以及沒有人可以接送等三項（衛生福利部，2018），三個困難項目都顯示交通的不便性因素為障礙者主要之就醫阻礙。工作方面，外出工作的女性障礙者僅佔 13.42%，男性障礙者則為 24.06%，約為兩倍。這與身心障礙女性就業比例低於身心障礙男性息息相關（於下一小節中探討）。不僅如此，在交通困難方面，外出需要陪同的女性障礙者

有 49.42%，明顯高於男性障礙者的 36.48%（衛生福利部，2018）。此調查亦顯示在無人陪同的狀況下，女性障礙者若要從事戶外設施使用、購物、餐廳用餐、公園、郵局、公家機關洽公等，感到困難者皆比男性障礙者多一成的差距（衛生福利部，2018）。以上數據中呈現一個令人擔憂的情況，就是身心障礙女性外出就醫需求高，表示身心障礙女性較需要健康資源，可是經濟活動情況卻是低於身心障礙男性。

最常使用的外出交通工具方面，最主要的外出方式以「親友開車或騎車接送」為主，女性障礙者中有 45.84%，男性障礙者則有 38.34%。「駕駛自有交通工具」方面，最主要外出方式以騎機車的比例最高，男性障礙者有 29.34%，女性障礙者僅有 20.04%；選擇駕駛汽車男性障礙者有 10.6%，女性障礙者僅有 2.47%，兩項自有交通工具方面女性遠低於男性障礙者。另外，於「搭乘大眾交通工具」方面，最主要外出方式選擇搭乘公車的女性障礙者佔 12.76%，男性則是 10.04%。以上數據呈現國內身心障礙女性外出需有親友陪同外出，近半數仰賴親友接送，約三成的女性障礙者會自行騎機車或搭乘公車，但是相較於男性障礙者則很少自行開車。顯示身心障礙女性目前較仰賴大眾運輸工具，或是有他人協助外出型態的交通工具，而不是擁有私人車輛。

過去在公共衛生與醫療領域中針對病患就醫可近性有相當多探討，目的是為了保障健康的公平性。各研究中對於就醫可近性的影響因素裡，以就醫的便利性（包含交通距離）、門診和住院人次、消



費額度、預防服務成效、死亡或健康狀態等相關因素探討最多（陳敏郎和邱政元，2009；廖敏瑩，2008；蔡文正等，2006；郭嘉惠 2006；林金定，2005；吳依凡，2004；楊貴蘭，2004；邱高忠，2004；蕭正光，1995）。其中就醫的便利性，通常是指距離醫療院所的交通距離，時常為主要就醫阻礙因素，與衛福部 2016 年的身心障礙者生活需求調查結果一致，可見在有就醫需求時交通的不便性，不論是對於一般民眾或是障礙者皆是主要的阻礙因素。

若參照一般老年女性方面的研究，也與女性障礙者外出就醫情況相同，若是缺乏私人交通工具駕駛能力會影響其外出頻率和意願，國內對於偏遠地區醫療利用的可近性研究中，指出老年男性有交通工具至鄉鎮外就醫機率高，但是老年女性方面因為未學習駕駛汽車而較老年男性有較低的醫療可近性，老年女性以搭公車、火車、計程車和步行就醫為主，因此就醫障礙比男性大（楊貴蘭，2004）。在此加上年齡因素之後，再次證實女性在醫療與健康資源的獲取上與交通可近性息息相關，女性一般交通資源仰賴他人或是大眾運輸，身心障礙女性相較於一般老年女性，更是弱勢中的弱勢。

美國的研究發現與英國和國內雷同，不過在身心障礙女性就醫的面向有更細緻的分析。在 2003 年的研究指出，美國有五分之一的女性是障礙者，其中 50% 是屬於 65 歲以上的老年障礙女性。有三分之一肢體障礙的障礙者曾經因為障礙情況被拒絕看診。身心障礙女性則是會遇到要協調

前往醫療院所或是到家服務的交通問題，使得他們在尋求健康照顧方面較為困難。有三分之二功能限制且住在社區中的障礙女性，會需要仰賴親朋好友和志工提供他們協助取得健康服務（Association of State and Territorial Health Officials, 2003）。以上都再次說明若是缺乏交通可近性，會使得身心障礙女性需花費比身心障礙男性或一般人更多的時間安排外出尋求健康資源，或是要尋找到家服務的健康資源。

## 參、多重歧視所形成的身心障礙女性健康不利地位

英國 DFID 研究指出交通可近性的第二個重要角色反映在健康的障礙者較能從事就學、就業和其他生涯發展的活動，增加在經濟與社會方面的參與，使得障礙者不會因為交通阻礙，被迫拒絕在經濟生產制度之外。提高障礙者的教育程度，使其就業狀況穩定，維持工作收入對於脫離貧窮的機會自然增加（Venter, C. et al., 2002）。也就是在圖 1 所顯示的健康循環之中，由於身心障礙者在經濟與教育機會受到交通可近性的影響，會影響身心障礙者與一般人在健康表現上有所差異，因為收入會影響求醫或是健康檢查上所能夠負擔的交通經費能力。

國內勞動部 2014 年《身心障礙者勞動狀況調查統計》中顯示女性障礙者非勞動力所占比重偏高，其中有 9 成 4 沒有工作能力或沒意願工作。另女性障礙者勞動力參與率僅 13.1%、就業率 11.8%，遠低於一般女性勞動力參與率 50.5% 以及就業率

48.7%，之間相差將近四倍（勞動部網站）。在2016身心障礙者生活需求調查中也顯示：男性勞動力人數為16萬568人，女性為6萬9,308人；男性就業人數為14萬5,372人，女性為6萬3,414人，男性勞動力參與率為25.27%高於女性之14.11%，男性失業率為9.46%高於女性之8.50%（衛生福利部，2018）。顯示身心障礙女性的不利就業地位，其收入相對不穩定或是較低。

由於教育程度也會使得女性勞動力參與率與就業率比不上男性。在教育程度方面，身心障礙者權利公約首次國家報告專要文件（衛生福利部身心障礙權利公約網站）中指出臺灣的女性障礙者學生人數一般都少於男性障礙者學生。據2011至2015年統計資料顯示，從學前到大專校院障礙男女學生人數年平均比率為67.08%及32.92%，差距為兩倍以上。高中職以上學歷方面，女性障礙者占26.3%，男性障礙者之為41.7%。該文件中也指出對於同樣面對社會大眾對障礙者的刻板印象，女性障礙者容易招質疑其工作能力，收入的不穩定或是較低，以上數據呈現出圖1中的循環。由於障礙因素導致經濟、社會和人類發展機會被拒絕，形成貧窮的家戶或是個人，變成社會排除的循環，最後又繼續加深身心障礙者的健康資源不易，成為障礙與疾病漏洞。若能夠藉由改善交通可近性，則可能可以改善疾病預防和復健服務的機會，若又能夠改善接近教育和職業的交通工具問題，則在此貧窮與社會排除的循環中，交通可近性能夠扮演一個重要的改善因素。

從以上數據顯示女性障礙者確實於就

學和就業上的參與率很明顯已經是具有多重歧視之下所造成的結果，不論是與一般女性比較，或是與男性障礙者相較，都遠遠不及。而這些因素在貧窮的循環之中，間接與直接地影響女性障礙者的健康，多重的歧視更加鞏固身心障礙女性在接觸健康資源上的惡性循環，同時也呈現公約中所提及的身心障礙女性的健康可能會牽涉到不僅多重歧視，而是整體社會結構和制度之間彼此的關係，例如：教育制度和經濟生產制度。

另外在身障女性健康保險方面，和就業是息息相關的。例如：在美國的就業和健康保險投保相關，但是美國的身障女性較少就業，和一般人與身障男性相比差距為兩倍，在就醫費用負擔上也較無保障。收入較少的身障女性在交通可近性相對低，交通問題對於他們要達到準時看醫生是一大阻礙。由於也很難找到願意在鄉村地區提供身障女性服務的醫療人員，有時候會因為經費不足而無法提供服務，而讓偏遠地區的身障女性陷入更加弱勢的位置（ACHIEVA, 2012、Field and Jette, 2007）。國內雖然尚未有針對身心障礙女性的職業類別與健康資源可近性做進一步的研究。不過對於就業與健康保險方面，目前因為有全民健康保險的支應，較不為匱乏，可是健康保險中仍然有一部分是自付額，若身障女性經濟無法穩定，缺乏補助，或是交通上無法外出，又因地處偏遠或是服務申請資格因素，無法將健康服務送至家中，都無法享有健康保險給予的保障。

## 肆、身心障礙女性缺乏預防保健服務的可近性

交通可近性對於健康資源取得的影響是多層面，不僅僅是能夠外出尋找資源而已，相較於一般人，身障者容易發生的健康風險有很多，且因素相當複雜，由於身心障礙者在老化年齡方面比起一般人平均更為提早進入老化狀態，更需要預防保健服務預防快速邁入老化年齡，增加年輕身障者平均餘命方面的重要性。以下先說明國內身心障礙女性的平均餘命。

行政院衛生署於 2012 年委託國家衛生研究院群體健康科學研究所進行「身心障礙者提前老化及平均餘命基礎研究」指出，障礙者平均餘命在這幾年有延長的趨勢，芬蘭 Patja 等人發現輕微智障者在前 30 年的平均餘命和一般民眾相較無顯著差異，重度智障者在任何年齡層與一般民眾相比皆少於 20%，尤其是 60 歲以上的女性重度智障者，平均餘命比一般民眾短少 25 年。在國內研究方面，陳俊全（2007）比較 2000 年一般大眾及障礙者平均餘命

之差異，發現臺灣障礙者的平均餘命比一般民眾短少約 30%，在零歲時身心障礙男性（以下簡稱男性障礙者）與身心障礙女性（以下簡稱女性障礙者）的平均餘命分別短少 27.6 歲和 23.1 歲，但是這個差距會隨年齡的增加而降低，在 65 歲以上的年齡層男女性平均餘命分別降低到只短少 5.5 歲和 3.5 歲（衛生福利部護理及健康照護司網站）。

此調查也發現女性障礙者從 2002 年到 2011 年的 10 年間增加了 6.4 歲，而老化程度從 2002 年的 10.5 歲，下降到 2011 年的 4.1 歲。老化速度方面則是從 2002 年 1.19 倍降低到 2011 年的 1.07 倍，差距逐漸縮小。比較一般女性 65 歲之老化年齡，重要器官失去功能為 55.4 歲、智能障礙者 56.5 歲、代謝異常者為 56.6 歲，而與一般女性老化速度相似甚至較佳者為視覺、聽覺、平衡機能障礙、顏面和失智症等障別。如下表為 2011 年女性不同障礙類別身心障礙者之老化年齡與老化速度（衛生福利部護理及健康照護司網站）：

表 1：2011 年女性不同障礙類別與一般女性之老化年齡與老化速度比較

障礙類別	先天代謝異常	失智症	平衡機能障礙	多重障礙	肢體障礙	染色體異常	重要器官失去功能	智能障礙	植物人	視覺障礙	聲音或語言機能障礙	顏面損傷	聽覺機能障礙
女性一般民眾65歲時平均餘命	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9
身心障礙者被鑑定時之年齡	31.5	77.9	35.4	26.8	44.2	8.7	26.7	22.6	43.4	58.9	49.8	50.5	57.8
身心障礙者老化年齡	56.6	64.1	67.7	58.1	57.9	56.4	55.4	56.5	36.6	64.2	62.3	65.3	65.4
老化程度(提早到達老化年齡之年數)	8.4	0.9	2.7*	6.9	7.1	8.6	9.6	8.6	28.4	0.8	2.7	0.3*	0.4*
老化速度(相較於一般民眾老化速度之倍數)	1.15	1.01	0.96	1.12	1.12	1.15	1.17	1.15	1.78	1.01	1.04	1.00	0.99

老化年齡：身心障礙者和一般民眾65歲時有相同平均餘命之年齡

老化程度：相較於一般民眾提早達老化年齡之年數

老化速度：以一般民眾老化年齡的65歲除以身心障礙者之老化年齡

\*比一般民眾延後到達老化年齡之年數

可是交通可近性的缺乏卻會使得健康預防資源難以取得，在醫院、衛生單位、日間照顧中心、關懷據點等地方所提供預防性的健康措施尚包括健康檢查、乳房攝影、子宮頸抹片檢查、牙科檢查、減重活動、體育活動或是心理和心靈照顧方面的活動，例如：癌症病友支持性的成長團體等。

在美國的研究中發現，身心障礙者時常會有延宕或是難以取得健康預防服務，例如：無法一年看一次牙醫、無法參與減重活動等等。以乳房攝影為例，美國疾病預防局統計 40-49 歲女性乳房攝影的比例為 71.2%，但是身障女性為 64.4% 略低，分析其原因發現主要有三方面，包括拍攝空間沒有無障礙設施無法站上拍攝位置、交通可近性不佳，以及醫療人員的態度不佳 (ACHIEVA, 2012、Pendo, 2008)

此研究結果顯示須將醫療或是健康資源做更細緻的區分，才能夠瞭解交通可近性不僅僅是影響需要復健與就醫的身心障礙人口而已，而是包含健康預防方面的資源提供，在整體健康資源中，也是影響平均餘命與健康品質的一個部分，交通可近性也再次地被提及，同時我們也注意到預防形式的健康資源，並且有許多項目是屬於婦科的預防型服務，不僅是檢查器具的無障礙有待解決，交通可近性也是影響身心障礙女性前往使用此健康資源的因素之一。

## 伍、身心障礙女性為交通貧窮人口

在本文中，檢視相關的調查與研究數據得以證實，身心障礙女性與男性相較更容易成為交通貧窮人口，且因為社會文化和環境各種因素影響，身心障礙女性在行動與依賴情形較身心障礙男性的比例高，這部分國內與國外的研究相符合，身心障礙女性時常與交通貧窮人口相重疊。交通貧窮 (transport poverty) 一詞是由英國於 2003 年提出，為了解決缺乏交通可近性導致社會排除的社會現象進行研究與政策研擬，英國中央政府交通部 (Department of Transport, 簡稱 DfT) 在 2003 年的「社會融合的交通運輸面向」委託研究案指出社會排除的因素中以交通運輸政策的影響力最大，並將有交通可近性低落的情形稱之為交通貧窮 (transport poverty) (Department of Transport, 2006)。

交通可近性和社會排除相關的理論指出若透過交通運輸的改善，增加交通可近性，則可同時改善社會排除的情形，增加社會融合。社會排除的定義可以視為限制個人使用工具或資源接近重要設施的能力 (Department of Transport, 2006)。在本文中所探討的接近健康資源的能力息息相關。由於社會排除的對象往往是貧窮人口、障礙者和老年人口。1998 年英國的社會排除組織 (Social Exclusion Unit, 簡稱 SEU) 層發表過一份報告，其中明確指出不適當的交通運輸系統造成貧窮的人更加的被社會排除，有些人口是位於服務無法到達或者根本被當作不存在的區域中。這些人口往往



是缺乏私人的交通工具，或者是因為沒有適當的大眾運輸工具，而剝奪他們購物或接近醫療服務的機會，但社會將這種情形視為理所當然（SEU, 1998）。

例如，英國在 2001 和 2002 調查中指出，身心障礙女性方面還有安全議題需要考量，在 Joseph Rowntree Foundation 1995 年的研究中指出，由於身障女性相較男性更為擔憂人身安全問題，所以如果缺乏可信任、可近性的交通，她們會隔離在家中無法出門，難以找工作、求學或是從事休閒活動（Wilson, 2003）。像是英國在夜間服務方面提供計程車卡的服務，可是許多身心障礙女性發現由於安全考量，晚上十點後要使用計程車卡非常困難，這時又缺乏大眾運輸工具可以搭乘，或是其他到宅接送

服務，該研究指出的確是需要整合計程車，讓到宅服務成為增進身心障礙女性交通可近性的一環（Wilson, 2003）。

英國交通部門也在 1998 年交通白皮書中，說明交通運輸政策可能加重特定的族群和社區社會排除的情形（Department of Environment, Transport and the Regions, 1998）。交通部門對此提出改善方針，落實的目標共有五項，其中提到對所有的人都要增進各項每天生活所使用的設施可近性，特別是針對沒有私人交通工具者，以及整合交通運輸的各種形式和使用目的方案。關於交通障礙與社會排除之相關性，如圖 2 呈現交通劣勢、社會弱勢和社會排除的關係，其中重疊處為交通貧窮人口（Lucas, 2012; Titheridge et al., 2014）：

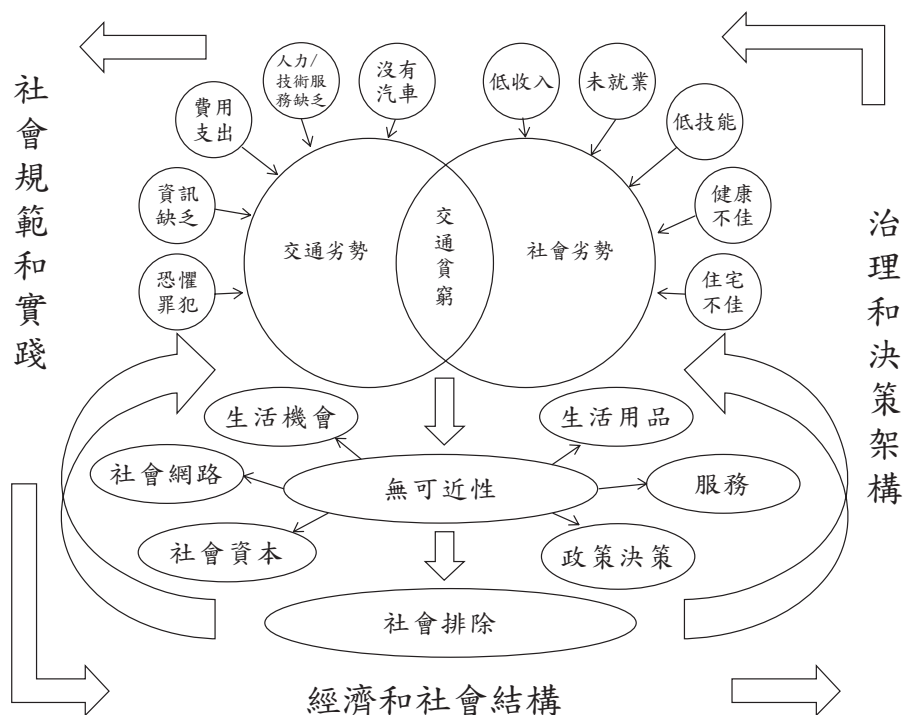


圖 2：交通劣勢、社會弱勢和社會排除的關係

圖 2 所示呼應圖 1 的健康議題是一個整體社會經濟與社會結構循環的議題，而且再次看見交通可近性所扮演的重要角色。例如：當障礙者需要前往就醫、購物、銀行、拜訪朋友或至餐廳用餐這些簡單的生活事務，常因為交通和環境的障礙使得他們必須仰賴他人，否則無法獨立行動而犧牲掉處理簡單生活事務與參與社會的機會。交通運具方面，則因為使用汽車和機車的保險費用和維護費太高，大部分障礙者會傾向使用大眾運輸工具，但是大眾運輸工具通常都是按照一般行動方面自如的人所設計，而非考量整體人口群的需求（Barnes et al., 1999）。我們也注意到身心障礙女性在圖 2 中既是社會弱勢的人口，也是交通弱勢的人口，這兩個不利因素所造成的醫療資源利用機會，或是其他社會資源與生存機會都較低落，如前文圖 1 所揭示的健康不利地位循環中。由於交通可近性低使得障礙者外出頻率低於一般人，身障女性的頻率更低，在我們對照國內外的統計數據顯示，交通可近性不便的確會使身障女性陷入在健康不利地位與其他社會經濟面向的負面循環，形成社會排除的效果。

## 陸、討論與結論

本文從 CRPD 公約精神、文獻探討與交通可近性相關理論中交叉驗證指出身心障礙女性所面臨的多重不利地位，雖然有待進一步研究搜集更多國內身心障礙者女性在健康資源取得上的困難，

不過從以上探討已經初步得知，身心障礙女性的健康問題不單只是交通服務，或只是健康資源面向的議題，而是可能因為交通可近性的缺乏，形成一個多重歧視循環，不僅危及身心障礙女性的健康，亦使身心障礙女性成為社會排除人口群中更加弱勢的一群人口。在國內健康相關資源是相當豐富的，若能夠改善交通可近性，則能夠大幅度促進身心障礙女性的健康情形。

其次是交通可近性對於健康的影響中，不可忽視交通可近性的影響範圍是包含教育與就業與社會參與情況，而身心障礙女性普遍在這些層面的參與度較低。從理論與國外研究發現，會間接地影響到身心障礙女性的健康資源可近性，因此探究交通可近性的因素，不只需要關心提供接近健康資源的交通工具或是班次，或是交通優惠補助方案，而是需要整體討論具社會融合為願景的整體性交通政策與措施，也並非僅是考慮專門針對身心障礙者到醫療或是健康單位過程的點到點交通接送服務。

再者，身心障礙者的平均餘命受到不同障別和性別影響，若能夠在醫療保健資源方面，多深入了解身心障礙女性預防保健服務的交通可近性，對於預防身障者快速邁入老化年齡，增加年輕身障者平均餘命方面的重要性。健康預防形式的活動相當多元，尤其要重視女性特別相關門診與健康預防性服務的可近性，例如：婦產科或是乳房攝影等。

由於影響身心障礙女性健康的不利因素已經存在一段時間，需要仰賴各方

在政策中的參與，尤其是身心障礙女性本身的參與。如同英國 DFID 研究指出交通可近性對於身心障礙女性健康的第三層次重要性在於，圖 1 所呈現的循環之中，影響最深遠的是公共參與方面的缺乏（Venter, C. et. al., 2002）若能夠提高交通可近性會使障礙者的行動力增加，障礙者在參與公共事務上能夠更加便利與頻繁，對於本小節中所呈現的健康、交通方面的不利地位，甚至教育和就業制度問題需要有身心障礙女性的自我發聲與參與。

本文最後建議未來研究方面，在交通可近性方面需多層次的探討，包括身心障礙女性要接近健康資源方面，須考量女性的人身安全議題，以及自主駕駛能力的培養等。這些在研究中都是明顯具有性別差異的情況。此外在社會背景因

素差異方面也需要更進一步的研究探討，例如都市或偏遠地區，或是不同的障礙類別可能需要的交通支持形式如何納入整體交通政策考量。不僅要關照肢體行動不便者，而是對於心智障礙者，或是不同感官形式的身心障礙者在外出模式上的研究。因此，我們若能夠在身心障礙者或是身心障礙女性的多元面向有所進一步分析與探討，對於擬定身心障礙女性在接近健康資源的交通可近性政策才能夠更加完善。

（本文作者：潘佩君為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系兼任助理教授；劉欣怡為暨南國際大學社會政策與社會工作學系博士生）

**關鍵詞：**身心障礙者權利公約、交通可近性、交通貧窮、身心障礙女性

## 參考文獻

- 吳依凡，（2004）。醫療資源可近性對個人醫療利用的影響：臺灣地區的實證研究。中央大學產業經濟研究所碩士班碩士論文。
- 林金定、嚴嘉楓、李志偉等，（2005）。〈Caregivers' Perceptions of Accessibility, Satisfaction and Policy Priorities of Health Care for People with Intellectual Disabilities in Taiwan〉。《醫學研究》，25（5），頁 229-236。
- 邱高忠，（2004）。病患就醫可近性對醫院經營管理策略之影響－以嘉義長庚醫院為例。中山大學高階經營碩士班碩士論文。
- 郭嘉惠，（2006）。臺南縣醫院歇業對當地民眾醫療可近性之影響。長榮大學醫務管理學系暨碩士班碩士論文。
- 陳俊全（2007）。《身心障礙者平均餘命之分析》。內政部社會司 95 年度委託研究計畫報告。台北：內政部社會司。
- 陳敏郎、邱政元，（2009）。〈在臺外籍勞工的醫療可近性及其就醫行為之研究－

- 以臺灣中部中小型製造業工廠的泰籍勞工為例》。《弘光學報》，55，頁 97-110。
- 楊貴蘭，（2004）。探討山地鄉實施「醫療給付效益提升計畫」對民眾醫療服務利用影響與可近性。臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。
- 廖敏癸，（2008）。〈如何改善牙醫門診病人就醫可近性及醫療品質滿意度〉。《臺灣牙醫界》，27（9），頁 27-29。
- 蔡文正、龔佩珍、楊志良等，（2006）。〈偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度調查〉。《臺灣公共衛生雜誌》，25（5），頁 394-404。
- 蕭正光，（1996）。全民健康保險偏遠地區民眾就醫可近性研究調查。中央健康保險局八十四年度研究計劃年度報告。
- 衛生福利部（2018）105（年）身心障礙者生活狀況與需求調查。衛生福利部編印。
- 衛生福利部身心障礙者權利公約網站（資料擷取日期：2018 年 4 月 9 日）  
<https://crpd.sfaa.gov.tw/>
- 衛生福利部護理及健康照護司網站（資料擷取日期：2018 年 4 月 9 日）  
<https://dep.mohw.gov.tw/DONAHC/cp-1040-5223-104.html>
- 勞動部網站（資料擷取日期：2018 年 4 月 10 日）  
<https://www.mol.gov.tw/statistics/2462/19476/19060/>
- ACHIEVA (2012) Access to Healthcare for Women & Girls with Disabilities.  
<https://www.achieva.info/access-healthcare-women-and-girls-disabilities>. retrieved on 13th April 2018.
- Association of State and Territorial Health Officials (2003) Access to Preventive Healthcare Services for Women with Disabilities.  
<http://www.astho.org/Access-to-Preventive-Healthcare-Services-for-Women-with-Disabilities-Fact-Sheet/> retrieved on 12th April 2018.
- Barnes, C., Mercer, G., and Shakespeare, T. (Eds.). (1999). *Exploring Disability: A Sociological Introduction*. UK: Polity Press.
- Department of the Environment, Transport and the Regions (1998). *A New Deal for Transport: Better for Everybody*. HMSO.
- Department of Transport (2006). *Social Inclusion: Transport Aspects: report prepared by Centre for Transport Studies*. Imperial College, Mott McDonald, and the Institute for Transport Studies, University of Leeds.
- Field, M. J., and Jette, A. L. (2007) The Future of Disability in America. Board on Health Sciences Policy, Committee on Disability in America.,The National Academies Press. Washinton D.C.. <http://www.nap.edu/catalog/11898.html> retrieved on 1st May 2018.
- Lucas, K. (2012) Transport and social exclusion: Where are we now? *Transport Policy*, 20,



105-113.

Pendo, E. (2008) “Disability, Equipment Barriers and Women's Health: Using the ADA to Provide Meaningful Access,” Saint Louis University Journal of Health Law & Policy, 2(1), 15-56.

Sakellariou, D., and Rotarou E.S. (2017) Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. <http://bmjopen.bmj.com/> retrieved on 1st May 2018.

SEU(1998) Bringing Britain Together: A National Strategy for Neighbourhood Renewal, Cm 4045, The Stationery Office.

Titheridge, H; Christie, N; Mackett, R. et al., (2014) Transport and Poverty: A review of the evidence. UCL.

Venter, C. et. al., (2002) “Enhanced Accessibility for People with Disabilities Living in Urban Areas”, <http://www.globalride-sf.org/images/DFID.pdf> retrieved on 10th April 2018.

Wilson, L., (2003) An Overview of the Literature on Disability and Transport. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/wilson-louca-DRCTransportLitreview.pdf> retrieved on 10th April 2018