



# 心智障礙者的避孕、 絕育及終止懷孕

林昀嫻

## 壹、前言

2011 年 3 月一則社會新聞指出，宜蘭吳姓寡母育有輕度與重度智障兒子各一名，由於擔心智能障礙基因將遺傳給下一代，在長子國小階段即要求醫師為之施行輸精管結紮手術。今長子已年過三十，多次向母親表達娶妻之願望，惟遭母親否決，憤而離家；而次子因重度智障，難以發生性行為，因此未受結紮。(註 1)由前述新聞中，我們看到了心智障礙者、家長和醫師之間的特殊連結，做父母的擔心使然，認為心智障礙子女生育將衍生更多問題，進而代子女決定接受絕育手術，以避免承受往後照顧的困難及懷孕生子之風險。惟此行為不僅違背了個人的自主權，更侵害心智障礙子女的生育權，對其身心皆造成嚴重的傷害。不禁令人反思：父母如此代心智障礙者為絕育之決定，是否妥適？

由上述案例可知，心智障礙者的醫療

自主、身體完整性與生育自主顯然是父母與醫師均須面對，且具有高度爭議性的問題。心智障礙者既為自然人，依法即為憲法上所保護的權利主體，理應亦享有身體權、健康權、自由權及所衍生的生育權。然而，人們不免懷疑，心智障礙者在學習及社會適應上有相當程度的困難，自我照顧能力亦較薄弱，其是否能夠順利地歷經懷孕、生產階段，並勝任養育子女的重任？有論者基於現實考量，以心智障礙者無法自行養育子女、容易遭受性侵害、以及避免產生心智障礙的下一代等觀點，贊成讓心智障礙者絕育；惟持反對意見者則多基於人權、道德方面的考量，認為倘心智障礙者有適當的生活自理能力，良好的監護協助以及無遺傳上的顧慮時，即應尊重其意願，沒有人能剝奪他人繁衍下一代的權利。

本文首先定義何謂心智障礙者，聚焦於我國現行法規對絕育與終止懷孕醫療決定之規範，並對司法實務及醫學臨床的因

應方式加以討論。而後，本文自我國憲法與身心障礙者權利公約出發，探尋心智障礙者生育自主權之基礎，並對我國現行法制提出檢討與建議。

## 貳、現行法規與實務之回顧

在對我國心智障礙者醫療相關法制加以批判之前，宜先釐清民法、優生保健法等現行法規是如何建構我國心智障礙者的法律上行為能力，尤其在絕育或人工流產等涉及生育權的面向，醫療現場所面臨的困境為何。

### 一、心智障礙者之定義與行為能力

聯合國「身心障礙者權利公約」(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities) 第 1 條規定，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於平等基礎上充分有效參與社會。我國衛生福利部之定義：「成長過程中，心智的發展停滯或不完全發展導致認知、能力和社會適應有關之智能技巧的障礙稱為智能障礙。」(註 2)；又依據我國身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法第 3 條之規定，「智能障礙，指個人之智能發展較同年齡者明顯遲緩，且在學習及生活適應能力表現上有顯著困難者。其鑑定基準依下列各款規定：(1) 心智功能明顯低下或個別智力測驗結果未達平均數負二個標準差。(2) 學生在生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為等任一向度及學科（領域）學習之表現

較同年齡者有顯著困難情形」。

綜合上述，本文所指之心智障礙者係指智能發展遲緩或不完全，致認知、學習與適應能力及社會參與有困難者。心智障礙者之間狀況不一，即使為同一類型的智能障礙，也會有不同程度的差別，在教育及照顧上即有不同的需要，此皆仰賴所在地直轄市或縣（市）衛生主管機關邀集醫師、臨床心理人員、特殊教育人員、社會工作人員、職能治療人員組成鑑定小組予以鑑定。(註 3)

關於心智障礙者所為的法律行為效力為何，我國民法有所規範。依民法第 14 條第 1 項之規定，因精神障礙或心智缺陷而不能為或受意思表示，或不能辨識其意思表示效果者，法院得因聲請為監護宣告。同法第 15 條之 1 第 1 項則對於精神障礙或心智缺陷較輕微，致為或受意思表示，或辨識意思表示能力顯有不足者，法院得因聲請為輔助宣告。關於受監護宣告之人的行為能力，依第 15 條的規定係無行為能力，即其所為之意思表示為無效；而受輔助宣告之人則依第 15 條之 2 第 1 項為特定行為時，應經輔助人同意。但純獲法律上利益，或依其年齡及身分、日常生活所必需者，不在此限。由此可知，心智障礙者依其情形可能受監護宣告或輔助宣告，其行為能力也將因此受限制。

又心智障礙者若為成年人，依民法第 1110 條至第 1113 之 1 條成年監護的規定，除了要求應替受監護（輔助）宣告之人設置監護（輔助）人外，亦明文法院

為監護宣告時應職權進行以及在選定監護（輔助）人時應優先考量的事項。（註 4）即成年監護制度適用的對象並非高齡者的專利，患有精神疾病、心智發展遲緩或判斷能力不足的青壯年人，亦適用成年監護制度（黃詩淳，2014）。雖然依照民法第 1112 條，監護人於執行有關受監護人之護養療治之職務時，應尊重受監護人之意思，並考量其身心狀態與生活狀況，然而仍屬原則性之規定，當涉及心智障礙者之醫療決定，臨床案例仍有其困境。

## 二、對絕育及終止懷孕之規範

我國法規體系中，與心智障礙者終止懷孕 (abortion) 與絕育 (sterilization) 最密切相關者為優生保健法。終止懷孕又稱人工流產，而絕育的方法之一即為結紮手術。該法第 4 條體明確之定義：「稱人工流產者，謂經醫學上認定胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間內，以醫學技術，使胎兒及其附屬物排除於母體外之方法。稱結紮手術者，謂不除去生殖腺，以醫學技術將輸卵管或輸精管阻塞或切斷，而使停止生育之方法」。

優生保健法第 9 條第 1 項規定，在特定情形或要件下，懷孕婦女得施行人工流產手術。同法第 10 條第 1 項規定，已婚男女依其意願並經配偶同意，或在特定情形如本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者時，得施行結紮手術；同條第 2 項前段則規定未婚者在有前項但書之情事時，得依其自願施行結紮手術。又依同法施行細則第 10 條第 2 款

之規定，所謂有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者，係包含無法照顧嬰兒者，例如罹患重度智能不足或精神分裂症之男女等。

心智障礙者若依民法第 14 條及第 15 條之 1 受監護宣告或輔助宣告，依優生保健法第 9 條第 2 項及第 10 條第 2 項後段之規定，欲施行人工流產或結紮手術，應得法定代理人或輔助人的同意。亦即當經過法定代理人或輔助人同意，甚至主動帶心智障礙者至醫療場所請求醫師為心智障礙者施行人工流產或結紮手術時，醫師原則上得聽從法定代理人或輔助人之請求，並無違法之情形。

例如我國司法實務上，曾有智能障礙者的父親向法院聲請監護宣告：在 105 年監宣字第 537 號裁定一案中，聲請人表示其聲請的目的為「處理結紮之事宜，因擔憂其有智能障礙的女兒在外閒晃，自我保護能力不佳」，故希望法院做出監護宣告及選定監護人的裁定。此外，從部分聲請監護宣告判決的案件事實中，亦可發現法定代理人或家屬為了保護心智障礙者，多在其可能發生性行為前或性自主遭到侵害後，主動帶心智障礙者至醫院進行結紮手術。（註 5）

綜上所述，不生育決定係牽涉生育相關的醫療行為，其不僅含有一般醫療決定可能存在的風險，更牽涉個人是否懷胎、養育子女、去除健全之生理機能等可能侵害生育自主權與身體健康權的問題（王志

嘉，2011)。因此在判斷是否得以代心智障礙者為不生育之決定時，應該更加謹慎與周全，以避免對心智障礙者造成過度侵害。

### 三、心智障礙者醫療的臨床困境

了解心智障礙者在現行法規及司法實務上的地位之後，本文欲進一步探討終止懷孕或絕育等醫療行為，臨床上又如何處理？例如有些父母在心智障礙女兒初經來潮以後，即帶女兒進行子宮摘除術，一來是因為難以教導重度或極重度智能障礙者學會月經期間的自理，二來是擔心智能障礙女性遭受性侵害而懷孕。

從我國統計資料顯示，心智障礙女性確實是遭受性侵害之高風險群體（嚴家楓，2009）。但既然輕度或中度智能障礙者仍有可能接受重複訓練，而有月經期間自理的能力，許多醫師因而不同意為心智障礙者施行子宮摘除手術，而改以裝置子宮內避孕器或輸卵管結紮等方式來避孕。許多智能障礙者在進行結紮或子宮摘除手術之前，並不知道自己即將接受的醫療行為，而家屬也認為不需要向女兒說明（嚴家楓，2009）。基於上述對於個人自我決定之限制，家屬為心智障礙女性決定裝設避孕器、結紮或人工流產已經導致醫療倫理上之疑慮。

我國自 2000 年開始逐漸重視臨床倫理的發展，各醫學中心及區域醫院多已設立醫學倫理委員會，並在近年來開始提供臨床倫理諮詢的功能。臨床倫理諮詢的目的是為了因應臨床照護過程遭遇的各項倫

理問題、困境與挑戰，透過醫療機構的倫理機制來諮詢與討論，以協助做出適切的抉擇（蔡甫昌、陳侃倫，2011）。

在許多醫療機構的醫學倫理委員會設置要點中，均已將臨床諮詢列入委員會的任務之中，例如國立陽明大學附設醫院醫學倫理委員會設置要點在其任務說明部分，明文「提供醫學倫理議題之諮詢」；臺中榮民總醫院醫學倫理委員會設置要點的任務包含「關於臨床倫理諮詢事項」；新光醫院醫學倫理委員會組織章程亦明文「協助專業醫療人員與病人或家屬間醫學倫理相關議題之諮詢」。

依我國民法之規定，法院可能因家屬或相關人員的聲請，對心智障礙者為監護或輔助宣告，並指定監護人或輔助人。縱然家屬係基於代為決定終止懷孕或絕育之目的向法院提出聲請，只要聲請人足以證明被聲請人確有心智障礙而影響其意思表示能力時，法院原則上即會做出監護或輔助宣告裁定。此時，再依優生保健法之規定，只要監護人同意或主動要求醫師替心智障礙者施行終止懷孕或絕育手術，醫師依法即可為之。這不僅對心智障礙者身心及其自主權影響甚鉅，亦可能衍生醫療倫理上之爭議。

### 參、心智障礙者生育自主權之保護與前瞻

如前所述，依據我國現行法制架構，心智障礙者確有可能在不知情、甚至不同

意的情形下，由家屬代為決定終止懷孕或絕育。本文將檢視心智障礙者身體及生育自主權之基礎，進而提出對現行法制的檢討與建議。

## 一、心智障礙者身體及生育自主之憲法基礎

生育自主權並非我國憲法第 7 條以下所明文列舉的基本權，亦非目前司法實務與學者通說所承認憲法第 22 條概括基本權所包含的權利（許育典，2011）。然而從現行已承認的基本權利應可推導出生育自主權，即可由憲法上所保障的人性尊嚴、人格權與身體權共同推導出。

人性尊嚴的核心內涵包含：一、人在自己自由權利範圍內，有自治自決的高度自主性。二、人不能成為純粹客體，不能被工具化、物化與商品化（李震山，2001）。人性尊嚴的保障係先於憲法而存在，不待憲法規定國家即須保障（李震山，2005）。而人格權雖非憲法上明文列舉保護的權利，卻是受法律保護之社會利益。司法院大法官多號解釋（註 6）中均已承認人格權為憲法第 22 條所保障。

身體權亦為憲法第 22 條所涵蓋，憲法意義下的身體權係指身體的自主性與完整性，至少應包括身體行動的人身自由、身體健康的健康權及身體不受傷害權（李震山，2005）。在身體不受傷害權部分，除了物質（肉體）層面不受傷害外，亦包含精神層面上對身體有不受外在操控的主體地位（李震山，2005）。

因此，藉由我國憲法對於人性尊嚴、人格權與身體權的保障，應可得出個人得基於自主意志，自由決定其身體是否以及接受何種醫療、是否以及何時生育，而擁有身體與生育的自主權。心智障礙者作為我國憲法主體，即便心智功能不完整，其憲法上基本權一身體與生育自主權亦應受到保障。又我國憲法第 155 條及憲法增修條文第 10 條第 7 項均明文規定國家對於身心障礙者應予以扶助，亦可看出憲法賦予國家對於心智障礙等弱勢族群特別照顧的義務，其憲法上權利應與非心智障礙者等同而不得忽視之。

## 二、身心障礙者權利公約之保護

聯合國身心障礙者權利公約（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 以下簡稱「公約」）於 2006 年 12 月 13 日由聯合國大會所通過，2007 年開放各國簽署，並於 2008 年正式施行，為人類邁入 21 世紀的第一個人權公約。此公約之效力較諸《關於身心障礙者的世界行動綱領》（World Programme of Action concerning Disabled Persons）更有約束力，除了有積極監督機制，締約國家需定期提出報告，以及依公約內容調整內國法令政策等（林昭吟，2016）。

公約之前言強調人權與基本自由的普世性、不可分割性、相互關聯與依存性，應保障身心障礙者不受歧視，充分享有該等權利與自由。此外，更須讓身心障礙者充分參與，並確認個人自主與自立的重要

性。公約於第 1 條明文：本公約宗旨係促進、保護與確認所有身心障礙者充分及平等享有人權及基本自由，並促進對身心障礙者固有尊嚴之尊重。(註 7)

我國已於 2014 年制定「身心障礙者權利公約施行法(以下簡稱「施行法」)」，將身心障礙者權利公約內國法化，使其具有法律位階的規範效力，以作為保障與落實心智障礙者生育自主權的法律權源。施行法第 2 條規定，關於公約所揭示之一般原則、尊重身心完整性及生育權之承認，應取得內國法律之效力，成為保障心智障礙者身體與生育自主權之基礎。

公約第 3 條明定該公約的原則，其中 (a) 款係規範「尊重固有尊嚴、包括自己做出自己選擇之個人自主及個人自立」；第 4 條規範締約國的一般義務，即承諾確保身心障礙者之人權與基本自由，使其不受任何基於身心障礙之歧視，並承諾採取所有適當之立法、措施以達成此目的。

公約第 12 條第 2 項規定身心障礙者應享有與他人同等的權利能力，享有行使自己權利的自我決定權。此項「自我決定權」可包含兩種面向，一方面可以排拒國家或他人對自我決定的干涉，另一方面可以在個人無法自主決定時，要求國家協助其做決定與行使權利。公約第 12 條第 4 項則是有關於協助身心障礙者行使權利、做出決定的方法，要求成年監護制度應遵守必要性、最小限制及比例原則。

而在生育事項上，公約第 17 條強調身心障礙者有權在與其他人平等基礎上獲得身心完整性之尊重；公約第 23 條則要求締約國採取有效及適當措施，於涉及婚姻、家庭、父母身分及家屬關係之所有事項中，消除對身心障礙者之歧視，以確保身心障礙者結婚、組織家庭及自由生育之權利，並保留其生育能力，包括身心障礙兒童在內。由上述公約規範可知，心智障礙者的身心完整性應同等受到尊重，不得因其心智障礙而有所差別待遇。此外，心智障礙者的生育權與生育能力應受到保障，亦即應在承認其自主的前提下，賦予心智障礙者不生育之決定權。

### 三、我國現行法制之檢討與建議

優生保健法第 11 條第 1 項規定：「醫師發現患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者，應將實情告知患者或其法定代理人，並勸其接受治療。但對無法治癒者，認為有施行結紮手術之必要時，應勸其施行結紮手術。」上開規定所指「患有精神疾病者」的具體內容，依優生保健法施行細則第 10 條第 2 款之規定，係指包含無法照顧嬰兒者，例如罹患重度智能不足或精神分裂症之男女等。雖然優生保健法對於醫師違反第 11 條第 1 項的情形並未課予罰則，惟從條文的立法目的仍可體察到其中所含的優生觀念，亦即立法者不希望心智障礙者生育下一代。

此外，優生保健法第 16 條亦規定接受該法所定的優生保健措施者，政府得減免或補助相關費用。依優生保健措施減免

或補助費用辦法第 2 條之規定，該辦法減免或補助費用的健保措施包含了結紮手術及人工流產，而在結紮手術的部分，本人或其配偶、子女患有精神疾病或領有身心障礙手冊或證明時，得減免結紮手術的費用。前述法規皆隱含心智障礙族群較為劣等、對社會帶來負擔的刻板印象，對該族群係一大傷害，應加以修正或刪除之。

依前述公約的規範可知，身心障礙並非剝奪或限制一個人法律上能力的正當理由，亦非必然以監護人取代其自主意志；僅於本人事實上無法為自己做決定時，始有必要限制其法律上能力。對於監護人或輔助人的選任，其功能在於協助受監護或受輔助人運作其殘存的意志，以決定事務如何處理，而非直接剝奪其行為能力（黃詩淳，2014）。然而在我國現行監護制度下，只要心智障礙者經法院裁定為受監護宣告之人，將立刻喪失行為能力成為無行為能力人。在此情形下，如何能落實身心障礙者權利公約並尊重心智障礙者之意願，實務運作上實屬不易。

基於心智障礙的嚴重程度存在個別的差異，重度智能障礙者固然無法理解生育或不生育的意涵，因此須要監護人代其做出避孕或終止懷孕之決定；輕度智能障礙者卻有可能理解並表達是否願意生育、甚至接受訓練後能親自照顧子女。此時，輕度智能障礙者的家屬若向法院聲請監護宣告，使智障者成為法律上無行為能力之人，仍舊可以基於照顧者的方便，以不希望加重社會及照顧者的負擔為理由，為智

障者決定接受絕育或終止懷孕。

此時醫師或醫療機構是否適合扮演維護心智障礙者人權的角色？雖然各醫療機構陸續建立了醫學倫理委員會之制度，由該委員會針對醫師所提出醫療倫理爭議案件加以討論並做出決議，然而即使倫理委員會建議不需要絕育，例如心智障礙者尚未有性經驗，或者未展現對性行為的好奇，家屬仍然可以另找一家診所來實施絕育。因此，個別之醫療倫理委員會是否適合做為心智障礙者權利的保護者，實有疑義。

為了保障心智障礙者的基本權利，我國優生保健法實有修法之必要。本文認為優生保健法第 9 條與第 10 條對於「受監護或輔助之人」實施人工流產或結紮手術之前，應加入中立第三方的評估機制。例如須要家事法庭之核可，而不得逕由監護人或輔助人代為同意即施行之。除了建立適當的程序保護外，亦應審酌對心智障礙者施行人工流產或結紮手術是否具正當性、最小侵害性及符合其最佳利益，以維護心智障礙者的身體及生育自主權。

## 肆、結語

心智障礙者雖然在認知與理解能力上與一般人有所差異，然而其作為一權利主體所擁有的身體完整性與自主權卻不應該有所減損。面對心智障礙者避孕、絕育或終止懷孕等困難的決定，政策上不應僅為便宜行事，以減輕社會負擔的優生思維而容許家屬逕自代為決定，在此過程中犧牲

了心智障礙者的自主權，也侵害其身體權與生育權。

身心障礙者權利公約的精神乃是以各種可能的方式協助本人自行決定，而非剝奪本人的行為能力，再代替其做決定。本文主張應建立完整的第三方評估機制，在考量家屬與醫師意見的同時，

亦尊重心智障礙者的自主意願，適時給予心智障礙者及其家庭必要的協助，始為妥適的解決之道。

（本文作者為國立清華大學科技法律研究所副教授）

**關鍵詞：**心智障礙者、自主、絕育、人工流產、生育權

## 註 釋

註 1：〈癌母騙結紮精障兒恨娶嘸某〉，中時電子報（2011/03/24）<https://tw.news.yahoo.com/癌母騙結紮-精障兒恨娶嘸某-20110323-121608-793.html>（最後瀏覽日：2019 年 8 月 27 日）

註 2：身心障礙者服務網：<http://disable.yam.org.tw/node/551#g>（最後瀏覽日：2019 年 8 月 27 日）

註 3：我國於 2012 年 7 月 11 日起實施身心障礙者鑑定新制，詳細內容可參衛服部身心障礙服務入口網：<https://goo.gl/gHEX5F>（最後瀏覽日：2019 年 8 月 27 日）

註 4：例如民法 1110 條：「受監護宣告之人應置監護人。」或民法第 1111 之 1 條：「法院選定監護人時，應依受監護宣告之人之最佳利益，優先考量受監護宣告之人之意見，審酌一切情狀，並注意下列事項：一、受監護宣告之人之身心狀態與生活及財產狀況。二、受監護宣告之人與其配偶、子女或其他共同生活之人間之情感狀況。三、監護人之職業、經歷、意見及其與受監護宣告之人之利害關係。四、法人為監護人時，其事業之種類與內容，法人及其代表人與受監護宣告之人之利害關係。」

註 5：例如 99 年度輔宣字第 1 號、100 年度監宣字第 60 號、104 年度監宣字第 58 號等。

註 6：例如司法院大法官解釋第 399 號、第 554 號、第 585 號、第 587 號等。

註 7：身心障礙者權利公約全文：<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=637&pid=4140>（最後瀏覽日：2019 年 8 月 27 日）。

## 參考文獻

王志嘉（2011），〈生育自主權——兼論未成年人醫療決策〉，《台灣法學雜誌》，173 期，頁 45-49。



李震山(2001)，《人性尊嚴與人權保障》，台北：元照。

李震山(2005)，《多元、寬容與人權保障—以憲法未列舉權之保障為中心》，台北：元照。

林昭吟，(2016)〈簡介聯合國身心障礙者權利公約—以健康權為例〉，《醫療品質雜誌》，10 卷 6 期，頁 4-8。

許育典(2011)，《憲法》，台北：元照。

黃詩淳(2014)，〈從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之成年監護制度〉，《月旦法學雜誌》，233 期，頁 136-152。

蔡甫昌、陳侃倫(2011)，〈臨床倫理諮詢之理論與實務〉，《台灣醫學》，15 卷 6 期，頁 638-650。

嚴嘉楓(2009)，〈智能障礙者女性月經來潮經歷之探索〉，《身心障礙研究》，7 卷 3 期，頁 169-172。