

# 國際障礙人權規範與標準：反對精神障礙歧視不等於反精神醫療

International Standards for Disability Rights: Anti-Mental Disability Discrimination, Not Anti-Psychiatry

李柏翰 Po-Han Lee\*



## 摘要

《身心障礙者權利公約》強調障礙並非醫學問題，而是社會結構與法律制度阻礙了多元身心狀況的人平等社會參與的資格與機會。障礙者權利委員會針對許多國家的國家報告作出之結論性意見，經常提醒並建議各國政府盡速終止替代決策之實踐，以及消除未經本人知情同意、非自願之精神治療。委員會於2014、2015年通過第1號一般性意見及「關於第14條準則」，強調障礙者在法律之前獲得平等肯認的重要性，及其人身自由與安全與其他人權之間的連結。惟包括臺

\*國立臺灣大學健康政策與管理研究助理教授 (Assistant Professor, Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University)

關鍵詞：人身自由及安全 (liberty and security of the person)、支持決策 (substitute decision-making)、強制治療 (forced treatment)、精神衛生法 (Mental Health Act)、障礙者權利委員會 (Committee on the Rights of Persons with Disabilities)

DOI : 10.53106/241553062023050079001

灣在內，迄今仍無國家完全遵守這些規定。在此脈絡中，本文先介紹國際障礙人權規範，接著討論國家實踐及其對相應規定之理解，最後試圖從「逐步實現健康權」的角度提出暫時但絕非完美的詮釋路徑，以求拋磚引玉。

The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) emphasises that disabilities are not a medical problem but the barriers created by social structures and legal institutions that prevent people with diverse mental and physical conditions from opportunities to participate equally in society. The Committee on the Rights of Persons with Disabilities, through its concluding observations on the state reports of many countries, has frequently reminded and recommended that governments urgently end substitute decision-making practices and eliminate involuntary psychiatric treatment without informed consent. The Committee adopted its General Comment No. 1 in 2014 and the Guidelines on Article 14 of the CRPD in 2015, accentuating the significance of equal recognition before the law for persons with disabilities and the connection of personal liberty, security, and other human rights. However, all countries, including Taiwan, still have not fully complied with these norms. This article first introduces international disability rights (law, inconsistent state practices, and their understanding of relevant rules. Finally, I propose a provisional – yet imperfect – interpretative approach from the perspective of ‘progressively realising the right to health’ to foreground a larger public and academic discussion.

小島 L

## 壹、序言

根據障礙者權利委員會（Committee on the Rights of Persons with Disabilities）2015年通過的《關於身心障礙者權利公約第14條準則》<sup>1</sup>，「人身自由與安全是每個人都應享有最珍貴的權利之一……所有障礙者，尤其智能障礙與心理社會障礙者，均享有本公約第14條所賦予的自由<sup>1</sup>。」許多國際人權公約裡，人身自由與人身安全都是最基本的權利，除了少數例外情況，如針對刑事案件犯罪人之處罰，而許多國家（包括臺灣）仍有以治療精神疾病為目的之強制住院治療成為一項備受爭議的法律制度。在《身心障礙者權利公約》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）於2008年生效前，對嚴重精神病患者進行非自願住院（involuntary hospitalisation）與強制治療（forced treatment）在全球範圍到處可見而似乎被極度正常化了，以致其合法性與正當性很少受到挑戰。

根據CRPD第15條規定，某些強制治療手段甚至可能構成酷刑（torture）及殘忍、不人道或有辱人格的待遇（cruel, inhuman, or degrading treatment），例如障礙者權利委員會針對澳洲2013年的國家報告提出的結論性意見就提到，以治療為由的人身自由限制，如隔離等手段，構成了不人道的待遇<sup>2</sup>。根據聯合國健康權特別報告員2015年提出的報告，許多國家的法律都接受並許可強制住院，而這可能導致系統性的人權

- 1 Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/72/55 (2015), annex, para. 3. 此處中文翻譯，採用人權公約施行監督聯盟的重譯版，[https://covenantwatch.org.tw/wp-content/uploads/2019/08/crpd\\_guidelines\\_14\\_ch\\_cw\\_082719.pdf](https://covenantwatch.org.tw/wp-content/uploads/2019/08/crpd_guidelines_14_ch_cw_082719.pdf)。
- 2 Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding Observations: Australia, UN Doc. CRPD/C/AUS/CO/1 (2013).

侵害，包括非法或任意收容（institutionalisation）、過度醫療（over-medicalisation）、不尊重個人自主、意願與偏好的醫療介入等<sup>3</sup>。這些實踐不僅會降低患者對醫療系統的信任，破壞醫病關係，也經常對患者形成巨大的社會心理痛苦和絕望，造成極度創傷的影響<sup>4</sup>。

強制醫療當然可能出於善意，希望減少患者與照顧者痛苦，但它只被用在精障者身上，顯然具有歧視性，而這種脅迫之正當性往往源自精神醫療與心理衛生學界中廣泛的保護性及家長式態度。相較下，僅在極少數情況能允許基於身體健康問題之強制住院（如失去知覺的人無法同意或拒絕挽救生命的醫療介入），但「與現實脫節之精神狀態」<sup>5</sup>是否能類比於「失去知覺」並非毫無疑慮，這也是CRPD採行障礙的社會模式（social mode）所欲消除的。2006年聯合國大會通過CRPD時，強調障礙（disability）——包括嚴重精神健康問題（serious mental illness）——並非需要治療的醫學問題，而是結構性障礙所造成的不平等問題，阻礙了所有人平等社會參與的權利<sup>6</sup>。換句話說，疾病是疾病、損傷是損傷，但它們不該是使人有障礙（disabled）的原因<sup>7</sup>。

3 Dainius Pūras, Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, UN Doc. A/ HRC/29/33 (2015).

4 Dainius Pūras, Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, UN Doc. A/ HRC/38/36 (2018).

5 我國《精神衛生法》下，緊急安置與強制住院治療僅可能發生在所謂嚴重病人身上，而第3條將「嚴重病人」定義為「病人呈現出與現實脫節之精神狀態，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者」。

6 Peter Bartlett, *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health* (Law, 75(5) Modern Law Review 778 (2012)).

7 Julian Eaton, *Human Rights-Based Approaches to Mental Health Legislation and Global Mental Health*, 16(2) BJPSYCH INTERNATIONAL 37-40 (2019).

基於對障礙社會模式的立場，對精神障礙者的人權保障需  
要有變革性的典範發生，而障礙者權利委員會及許多聯合國人  
權問題特別報告員已多次將未經同意的精神治療稱為歧視，但  
事實上，迄今為止，還沒有國家試圖完全遵守委員會對公約的  
解釋，大部分國家在修訂精神衛生立法時仍保留了強迫治療的  
例外狀況（雖然實質要件與認定程序上可能都趨向嚴格，如臺  
灣），而許多國家甚至沒有精神衛生立法，即在欠缺法律依據  
的情況下針對個人使用強制手段。本文將先介紹國際障礙人權  
的規範，接著討論國家實踐及其對相應規定之理解與詮釋，最  
後試圖從「逐步實現健康權」的角度提出暫時性且絕非完備的  
解決方法，但求達到拋磚引玉的效果。

## 貳、國際法中身心障礙者的人身自由及安全

CRPD目標係「促進、保障與確保所有障礙者充分及平  
等享有所有人權及基本自由，並促進對障礙者固有尊嚴之尊  
重」，第1條第2項定義障礙者包括「肢體、精神、智能或感官  
長期損傷者，其損傷與各種障礙相互作用，可能阻礙障礙者與  
他人於平等基礎上充分有效參與社會<sup>8</sup>」<sup>9</sup>。障礙者權利委員會  
通常認為社會心理障礙（psychosocial disability）是指具精神  
疾病診斷或被認為有精神狀況者，因而遭遇污名、歧視、邊緣  
化或社會排斥的情況。公約第14條規定國家應確保身心障礙者  
在與其他入平等基礎上，「享有人身自由及安全之權利」，  
且「於任何情況下均不得以障礙作為剝奪自由之理由」（第1  
項）。公約第25條闡明此權利適用在醫療照護上，其健康權  
保障不得受到歧視，包括「於徵得身心障礙者自由意識並知

8 因許多用語與概念上之不一致，本文對CRPD條文中文版係採用2017  
年5月17日總統華總一義字第10610026001號令公佈、溯自2014年12  
月3日生效之版本，而非聯合國簡體中文版，合先敘明。

情同意基礎上，提供障礙者與其他人相同品質之照護」（第d款）<sup>9</sup>。

對精神疾病患者之脅迫，亦違反公約其他原則，如「尊重固有尊嚴、包括自由作出自己選擇之個人自主及個人自立」（第3(a)條），國家「應禁止所有基於障礙之歧視」（第5條第2項）。最具爭議的當屬障礙者權利委員會針對第12、14條之解釋，認為替代決策（substitute decision-making）在公約下應被全面且絕對禁止，而以支持決策（supported decision-making）取代之，此亦受到聯合國任意拘留問題工作小組（UN Working Group on Arbitrary Detention）支持<sup>10</sup>。出於此觀點，委員會從2011年開始針對各國國家報告之意見就不斷重申強制住院與強制醫療違反公約<sup>11</sup>；隨後於2014年公布「關於第12條：在法律之前獲得平等肯認」的第1號一般性意見<sup>12</sup>，以及上面提到的《關於身心障礙者權利公約第14條準則》<sup>13</sup>反覆強調這項詮釋。

9 經社文權利委員會（Committee on Economic, Social and Cultural Rights）在2000年第14號一般性意見中亦強調，健康權中「自由」（freedoms）面向的重要性，包括個人對自己身體與健康之控制、免於未經知情同意之干擾與介入等。參見UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4.

10 UN Human Rights Council, *Report of the Working Group on Arbitrary Detention: United Nations Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of Their Liberty to Bring Proceedings Before a Court*, 6 July 2015, A/HRC/30/37.

11 如針對突尼西亞國家報告之結論性意見（CRPD/C/TUN/CO/1, 2011）、針對西班牙國家報告之結論性意見（CRPD/C/ESP/CO/1, 2011）。參見Kanna Sugiura, Faraaz Mahomed, Shekhar Saxena & Vikram Patel, *An End to Coercion: Rights and Decision-Making in Mental Health Care*, 98(1) BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION 52-58 (2020) 52-58.

12 Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No. 1, Article 12: Equal Recognition before the Law, UN Doc. CRPD/C/GC/1 (2014).

痛子?

聯合國酷刑問題特別報告員Juan Méndez曾於2013年報告中呼籲各國「絕對禁止所有強迫且未經同意之醫療介入」，包括未經同意的精神外科手術、電擊、改變想法之藥物（mind-altering drugs）和約束之使用（use of restraint）<sup>13</sup>。2015年9月7日健康權特別報告員Darius Poras及障礙者權利特別報告員Catalina Devandas-Aguilar召開「以障礙為由剝奪障礙者人身自由專家會議」（Expert Meeting on Deprivation of Liberty of Persons with Disabilities on the Basis of Disability），與會者包括國際法官、人權律師、醫療專業人員、人權特別程序任務負責人、條約機構委員會成員、障礙團體代表等，眾人共識不僅極力支持委員會的見解，認同要求國家廢止強制治療之倡議方向，並以同儕支持（peer support）作為精神醫學之替代方案，提升去機構化與社區精神復健<sup>14</sup>。

惟無法否認的是，在聯合國機構之間意見並非完全一致。人權事務委員會（Human Rights Committee）2014年作出關於人身自由及安全的第35號一般性意見中概述一系列保障措施，《公民與政治權利國際公約》（International Covenant on Civil and Political Rights）在諸多條件滿足下，可能會例外允許非自願治療——人權事務委員會表示障礙本身不應成為剝奪自由的理由，但「任何自由之剝奪都須是必要與適度，目的在保護有關個人免受嚴重傷害或防止其傷害他人」，而有關程序

13 Juan E. Méndez, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/22/53 (2013).

14 專家會議過程與結果，以及聯合國障礙者權利特別報告員之意見，得參見Catalina Devandas-Aguilar, Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/HRC/34/58 (2017); Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/73/161 (2018); Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/HRC/37/56 (2018); Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/HRC/40/54 (2019).

「必須確保尊重個人意見，確保任何能真正代表及保護有關個人的願望及利益代表」<sup>15</sup>，因此並未完全否定替代決策的合法性。聯合國人權系統中條約機構間出現如此分歧其實很罕見，此議題之敏感與棘手程度可見一斑<sup>16</sup>。

## 參、國家的條約保留與實踐及個人申訴案件

事實上，雖然CRPD擁有186個締約國，看似廣受國際社會歡迎，但大多數國家都有對約文提出保留（reservations）或作出約文解釋上之單方宣言（declarations）<sup>17</sup>。比如澳洲在批准公約時，聲明其認為公約允許「支持或替代決策之安排」（supported or substituted decision-making arrangements）以及「對人進行強制性援助或治療」（compulsory assistance or treatment），包括為治療精障者所採取的手段，只要其限於「必要情況」，即「作為最後手段」（as a last resort）且「受到保障監督」（subject to safeguards）。換言之，澳洲政府締約時，並不認為公約第12及14條完全禁止替代決策和強制醫療手段，只是在實施時必須嚴格適用必要性原則。

無獨有偶地，愛爾蘭、荷蘭及挪威也提出幾乎與澳洲一模一樣的聲明，包括強制治療的部分。加拿大跟烏茲別克也

<sup>15</sup> Human Rights Committee (HRC), General comment no. 35, Article 9 (Liberty and security of person), 16 December 2014, CCPR/C/GC/35, para 19. 人權事務委員會還援引了其經手過的個人申訴案件，如Fijalkowska訴波蘭（1061/2002）及Fardon訴澳大利亞（1629/2007）。

<sup>16</sup> Martin Wayne & Sándor Gurbai, *Surveying the Geneva Impasse: Coercive Care and Human Rights*, 64 INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY 117-128 (2019).

<sup>17</sup> United Nations Treaty Collection, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, United Nations, Treaty Series, vol. 2515, p. 3, Status as at: 09-04-2023 09:15:31 EDT, [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg\\_no=IV-15&chapter=4&clang=\\_en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en).

(last visited ??)



有類似聲明，但未提及強制治療，而且多了必須「依法」（in accordance with the law）的條件；令人玩味的是，這兩國的聲明中其實都有提到，「第12條規定可能被解釋為替代決策之全面消除」，但加拿大、烏茲別克政府保留了繼續使用相關措施的權利。臺灣也有不少反對障礙者權利委員會第1號一般性意見及《關於身心障礙者權利公約第14條準則》的聲音，大多也會援引這些例子，主張作為人權後進國的臺灣在2014年制定《身心障礙者權利公約施行法》時，應該透過立法方式保留相關條文，才不至於在國家報告審查時，頻頻受到審查委員的質疑與批評<sup>18</sup>。

此外，任何人應受國際人權公約（如CRPD）所保障之權利遭受侵害時，可能可以向聯合國該公約之監督機構（如障礙者權利委員會）控訴國家侵害其公約權利，惟前提係該國政府同意委員會受理個人申訴（individual complaint）之管轄權——如締結或加入《身心障礙者權利公約任擇議定書》（Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities）。又只有在當事人窮盡國內救濟途徑，或證明國內救濟程序無法提供即時且有效之救濟時，才能使用此機制，委員會在審理案件事實與爭點後做出具體建議並追蹤國家後續執行狀況。障礙者權利委員會迄今共處理過22件與第12條及第14條有關之案件，但都與強制治療或強制住院並不相關（見文末附表）<sup>19</sup>。

<sup>18</sup> 參見國際審查委員會2017年11月3日就中華民國（臺灣）施行CRPD初次國家報告結論性意見，第42段，[https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b\\_2&c=D&bulletinId=261](https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=261)；國際審查委員2022年8月6日就中華民國（臺灣）施行CRPD第二次國家報告結論性意見，第68、62-63、78、80段，[https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b\\_2&c=D&bulletinId=1710](https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=1710)。

<sup>19</sup> 本文透過聯合國人權事務高級專員辦事處法律資料庫（OHCHR Jurisprudence Database）進行進階搜尋（<https://juris.ohchr.org/AdvancedSearch>）——設定條件為：「（委員會）CRPD」、「（條

至於替代決策，Magdolna Rékasi訴匈牙利案則有深入討論，該案於2017年7月27日提交，障礙者權利委員會於2021年9月6日作出決定。當事人Rékasi在被診斷患有精神分裂症後，法院根據匈國《民法》於2009年首次對她實施監護，相關司法精神醫學鑑定認為她有妄想症狀。2013年Rékasi啟動監護審查，2014年終局判決認定Rékasi精神狀態異常無法處理自己事務；2015年Rékasi再發起另一次司法審查，2016年法院將監護權限制於醫療保健事務上，故恢復了與財務事項有關的法律能力，但其監護人卻在此之前已代她簽訂一份壽險契約，並支付保險費，整個過程Rékasi未被告知保險一事，沒有機會表達對合約的看法，監護人從未徵求其意見，她也從未收到合約副本等文件<sup>20</sup>。

匈牙利稱簽訂壽險合約時，Rékasi狀況不佳無法徵得其同意，她與家人的衝突也是法院核准監護人簽約的理由（其家人不同意為她安排適當葬禮云云），但當時她根本無立即死亡的危險，低收入的她卻必須支付這未經同意、不符其利益的保費<sup>21</sup>。委員會再次強調第1號一般性意見，若極盡所能仍無法確定個人意願和選擇時，須以「對意願及選擇之最佳解釋」（best interpretation of will and preferences）取代「最佳利益」（best interests）來做決定。國家有義務為障礙者提供行使其法律行為能力所需所有協助，「支持」而非「代替」她做決定，包括個人有權以自己身分給予並撤回對醫療的知情同意、投票、結婚、工作、選擇居住地、財務決定等，故匈牙利

文）第12條、第14條」、「（決定類型）decision on merits」，共得22項結果。

<sup>20</sup> CRPD, *Magdolna Rékasi v. Hungary*, Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication No. 44/2017 (2021), CRPD/C/25/D/44/2017, paras. 1-3.2.

<sup>21</sup> *ibid.*, paras. 4.1-9.6.

*Id.*

(附件)

16 Angle Health Law Review

侵害了Rékasi在法律之前獲得平等肯認的權利<sup>22</sup>。

### 肆、「逐步實現」能突破「歧視」僵局嗎？

在2018年報告中，聯合國健康權特別報告員提到各國都處在一關鍵時刻，是否能終止對強制與監禁的依賴文化，抑或對障礙者權利委員會企圖建立的人權典範置之不理<sup>23</sup>。關於目前的障礙人權規範與精神醫學實務之間的僵局，有學者曾表示：無論新的人權典範多麼重要，無論新典範應獲得多大程度的推廣，現有不合規範的結構仍將持續多年，而「對於陷入這些結構中的人們來說，舊有典範之實質及程序保障，仍可能帶來許多益處<sup>24</sup>。」這裡談到的益處可能包括——至少世界衛生組織持續倡議並監督獨立的精神衛生立法，在許多中低收入國家中之強制治療與安置，甚至仍無法可循而無從複查或申訴<sup>25</sup>。

無法否認的是，CRPD已是國際人權法中重要的組成成分，而替代決策、非自願留置和強制醫療不僅有違公約精神，也顯然構成了「基於障礙之歧視」，各國國內政治與專業

(World Health Organization, WHO)

- CRPD, supra note 20
- 22 (ibid), paras. 10.1-11.8. 科体
- 23 Dainius P.oras, Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, UN Doc. A/ HRC/38/36 (2018).
- 24 Peter Bartlett, *Mental Disability, The European Convention on Human Rights and Fundamental Rights and Freedoms, and the Sustainable Development Goals*, in THE ROUTLEDGE HANDBOOK ON INTERNATIONAL DEVELOPMENT, MENTAL HEALTH AND WELLBEING, at 283 (Laura Davidson ed, 2019).
- 25 World Health Organization, *Social Determinants of Mental Health* (Geneva: World Health Organization, 2014); Matthé Scholten & Jakov Gather, *Adverse Consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward*, *Journal of Medical Ethics* 2018;44:226-233.

漏字?

字首大寫、科体

(2018)

, 44

小大寫

勢力之間的對峙所形成Laura Davison所稱之僵局（impasse）是難以諒解的，因為各國修法停滯對全世界的精障者都造成巨大的負面影響，既是象徵性的也是實質上的壓迫<sup>26</sup>。支持保留強制醫療者除了公約顯不允許之公共安全、危險性、社會秩序等理由外，亦有出於保護精障者自身安全及身心健康的考量，比如防範或介入自傷行為。

就後者而言，或許可考慮CRPD第4條第2項及《經濟社會文化權利國際公約》第2條第1項等規定，作為暫時緩解上述僵局的起點——包括健康權在內之社會權利，國家應承諾「盡量利用現有資源……以期逐步充分實現該等權利」。誠然，這項公約允許之「逐步實現特定權利」的空間，以不妨礙公約中屬「立即適用之義務」為前提。就條約內容之解釋而言，替代決策與強制住院及醫療皆是基於障礙之歧視，原則上應為立即消弭排除的狀況，但在對精障者健康權保障之政策與措施尚未到位，相關資源及專業環境尚待建置之際，國家可能得以逐步實現健康權義務為由而無法一步到位。

在為延後實現提出此法律理由時，國家仍須有具體計畫，政府需要確立以「減少至完全終止強制」為目標，避免採取任何倒退措施（retrogressive measures）並設定明確指標及進度時程表，或許能解<sup>27</sup>。精障者的決策和醫療問題並沒有完美解

26 Laura Davidson, *A Key, Not a Straitjacket: The Case for Interim Mental Health Legislation Pending Complete Prohibition of Psychiatric Coercion in Accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 22(1) HEALTH AND HUMAN RIGHTS 163-178 (2020).

27 雖然障礙者權利委員會從未就健康權提到及相關內容，但其曾就「關於融合教育」之第4號一般性意見及「關於自立生活與融入社區」第5號一般性意見中討論過資源分配、舉證責任分配等爭點。CRPD General Comment No. 4, Article 24: Right to inclusive education (2016), 2 September 2016, CRPD/C/GC/4, para. 40; CRPD General Comment No. 5 on living independently and being included in the community (2017), 27 October 2017 CRPD/C/GC/5, paras. 43-45.

3  
 方，除承認障礙者權利保障的機制仍不完備，主動積極尋求更  
 好的尊重、保護並促進人身自由及法律之前受到平等肯認的權  
 利顯然比維持現狀更可取。我國《精神衛生法》與相應配套措  
 施已盡可能嘗試新的方法（如增加社區支持系統、加強司法與  
 行政審查機制），短期內要求反覆修法不太可能獲得青睞。儘  
 管如此，減少強制、建立支持決策方案、增強個人賦權，以保  
 護並宣導社會心理障礙者的權利，至少是人權義務上的當務之  
 急。

此欄居中

表樣式

→ 附表：與公約第12、14條有關個人申訴案件

決定日期	案號	當事人	國家	案件事由	侵害？
2012/4/19	003/2011	H.M.	瑞典	基於擴建不符城市發展規劃之理由，拒絕批准建造障礙者康復水療池。	有
2013/4/16	001/2010	Nyusti & Takács	匈牙利	消除私人信貸機構之障礙歧視，確保視障者無障礙獲得提款機服務。	有
2013/9/9	004/2011	Bujdosó	匈牙利	消除基於障礙之歧視，保障障礙者享有平等選舉權。	有
2014/4/11	008/2012	X.	阿根廷	軟禁且未給予及時充分之醫療服務與康復治療。	有
2016/4/1	011/2013	Gemma Beasley	澳洲	聾人履行陪審團義務，法院應提供手語翻譯。	有
2016/4/1	013/2013	Michael Lockrey	澳洲	聾人參加陪審，法院應提供合理調整措施（如字幕）。	有
2016/9/2	007/2012	Marlon James Noble	澳洲	以智能障礙者無應訴能力為由，無限期拘禁。	有

(續下頁)



決定日期	案號	當事人	國家	案件事由	侵害？
2017/3/24	014/2013	D.R.	澳洲	不得把有智能和精神障礙者無限期安置在專門機構，應協助獲得社會住房。	救濟未窮盡而不受理
2017/8/18	030/2015	Makarova	立陶宛	在與其他人平等的基礎上享有法律行為能力的權利，如參與訴訟及表達法律意見。	有
2018/2/16	026/2014	Bacher	奧地利	在鄰居間私人糾紛，促進實現障礙者無障礙的責任。	有
2018/8/31	023/2014	Y	坦桑尼亞	針對白化病患者之歧視，並構成酷刑、不人道和有辱人格的待遇。	有
2018/8/31	035/2016	J.H.	澳洲	聾人履行陪審員義務，法院應提供手語翻譯。	有
2019/8/30	17/2013	Leo	澳洲	使智能和社心障礙者離不開公共機構。	有
2019/8/30	18/2013	Doolan	澳洲	以無應訴能力為由，把社心障礙者安置在專門機構。	有
2019/9/6	32/2015	Medina Vela	墨西哥	不得使智能和社心障礙者無法為其行為辯護，且非自願拘禁。	有
2019/9/19	24/2014	Z	坦桑尼亞	針對白化病患者之歧視，並構成酷刑、不人道和有辱人格的待遇。	有
2020/8/28	60/2019	N.L.	瑞典	不得遣返至無法獲得基本醫療服務的國家。	有

(續下頁)

決定日期	案號	當事人	國家	案件事由	侵害?
2021/9/6	44/2017	Rékasi	匈牙利	社心障礙者就財務事項有行使法律行為能力的權利。	有
2021/9/6	58/2019	Z.H.	瑞典	不得遣返至無法獲得基本醫療服務的國家。	有
2022/3/24	50/2018	M. Köck	奧地利	國家應提供充足的手語教育，包括司法相關資訊。	無
2022/3/24	46/2018	S.K.	芬蘭	智能障礙應獲得個人助理服務以滿足自立生活的權利。	有
2022/8/26	51/2018	Bellini	義大利	障礙者家庭照顧者應獲得法律承認、社會支持、社會保障與喘息服務。	有

註：此議定書於2008年5月3日生效，目前共104個締約國，參見 [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg\\_no=IV-15-a&chapter=4&clang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-15-a&chapter=4&clang=en)。  
 《身心障礙者權利公約》共有186個締約國，參見 [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-15&chapter=4&clang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=en)。

列舉作者，  
標題。

◎ 本文內容同步收錄於月旦醫事法網與   平臺，  
 部分內容收錄於月旦知識庫與月旦教學案例庫

(劉寶日期:???)

