

衛生福利部人權工作小組第17次會議紀錄

時間：114年7月1日(星期二)上午9時30分

地點：本部209會議室

主席：陳執行秘書信誠(代理)

出(列)席人員：詳如簽到表

紀錄：陳怡君

一、主席致詞(略)

二、報告事項

(一)報告事項一

項次一

事項：

政府對於受虐兒童如有需要使用安置處置時，如何協助能讓每一位有需求的受虐兒童立即獲得適當的安置照顧資源，尤其是需要緊急安置的各種受虐兒童。

決定：

1、本案解除列管。

2、請社家署於下次會議進行專案報告。

項次二

事項：

有關兒少自殺率及部分兒少在心理健康服務方面可近性上的落差議題，提請討論。

決定：

1、本案解除列管。

2、請心健司於下次會議提出心理健康韌性計畫專案報告。

項次三

事項：

兒童及少年福利與權益保障法釋義與適用疑義。

決定：

本案解除列管。

項次四

事項：

失能重症兒童在全國目前的居家醫療與長期照顧等資源不足，嚴重影響失能重症兒童的健康權與發展權等人權，亟需盤點整理與改善。

決定：

請見討論事項一決議。

(二)報告事項二

本部配合辦理人權影響評估機制作業、人權教育訓練課程實際運用指引及研訂推動人權教育訓練實施計畫之情形。

決定：

本案洽悉。

三、討論事項

(一)討論事項一

案由：

失能重症兒童在全國目前的居家醫療與長期照顧等資源不足，嚴重影響失能重症兒童的健康權與發展權等人權，亟需盤點整理與改善。

決議：

- 1、有關名稱定義、統計執行及召開專家會議等事項，涉及長照、身心障礙及醫療領域，請示長官裁決主責單位。
- 2、請長照司於下次會議進行喘息服務專案報告。

(二)討論事項二

案由：

審查本部人權教材「衛生福利部人權故事集」共38則。

決議：

請各撰寫單位依委員建議進行故事之調整修正。

四、臨時動議：無

五、散會。(上午11時50分)

委員及單位(機關)代表發言摘要：

一、主席致詞（略）

二、報告事項一

第16次會議決定(議)辦理情形及管考建議表

項次一事項：

政府對於受虐兒童如有需要使用安置處置時，如何協助能讓每一位有需求的受虐兒童立即獲得適當的安置照顧資源，尤其是需要緊急安置的各種受虐兒童。

黃委員嵩立：

有幾個問題請教。首先，辦理情形欄說明113年度幫助3,174位兒童，由於未顯示分母，有關全國受虐兒童需要被安置的數量，實際上提供協助的百分比為何？其次，安置兒童的後續諮商輔導及佈建資源並未進行說明，由於這些兒童在學習困難及行為問題有非常高的風險，如果未提供適當的諮商輔導，發生後續觸法行為及精神疾病的風險極高，請補充說明。

呂委員立：

- 1、上次有討論如何進行孩子的後續個案管理、家庭的支持重建、後續會面等，像有個案被安置到澎湖，1季或半年才提供飛機票讓家長飛去看小孩，但接下來就沒有後續。這一段時間我陸續收到社工師詢問是否有兒童安置之處，我建議建立24

小時的通報機制，協助社工師解決安置問題；據我所知，目前有桃園、南投及高雄可以安置較為嚴重的兒童，另外北中南均有兒童之家，其實我知道可以查空床數，但不清楚目前空床數如何？何時會拉警報？是否有床位管理及需求的媒合機制？我認為第一線社工師最需要的，是發現孩子不適合住在原生家庭時，可找到短期緊急安置處所，因此我認為要列管找不到安置處所而通報的狀況，並提供幫助，建立24小時即時處理及通報系統，提供安置處所或中心進行調節。

- 2、我在貴部網站看到去年兒保個案安置數量有減少，以前都是1千多筆，去年近8百筆，這個僅是兒虐議題，但我想還有很多需要安置、甚至收出養的孩子，這部分的量能及資源是重要的，寄養家庭及照顧機構要有多元方案。

彭委員淑華：

- 1、辦理情形第3點說明要求各縣市政府建立特殊需求兒少安置管理窗口，定期盤點轄內的兒少安置資源；我們希望以在地安置為原則，家庭及兒少能夠較容易團聚，但由於各縣市的安置資源差異很大，是否有盤點現行供給及需求狀況？當部分縣市缺乏安置資源或有較高比例的孩子必須往外轄區安置時，是否有短、中、長期配套措施？
- 2、其次，辦理情形第4點提及優化安置媒合，如何讓需求獲得立即的滿足很重要，特別是別讓第一線的社工因為到處找床

位導致耗時耗能量，但目前系統顯示的安置機構及床位數，是供給大於需求，空床位的背後可能存在照顧人員不足、或是有照顧人力但安置單位不願意收特殊小孩等因素。很多社工反映床位看的到卻吃不到，這問題要怎麼解決？床位的協調會議是否能發揮需求及供給的媒合？系統優化後可以看到孩子的年齡，性別、特殊需求等，但又面臨機構不願意安置時，因此如何讓系統更加發揮功能，非常重要。

社家署回應：

- 1、113年兒少安置總人數約4,067人，本案辦理情形欄提供數據為3,174人，所接觸到的服務是78%。今(114)年起，要求縣市政府的檢視率要達到100%，意即縣市的在地評估小組都能逐案檢視個案需求；關於受虐個案後續的創傷復原歷程是否有適足資源部分，由於要求百分之百檢視，因此對於個案各式需求都應評估，併同資源導入機構，讓個案接受創傷復原的歷程，對工作人員而言也是適當的支持及協助。
- 2、針對特殊困難的個案如何即時媒合安置資源部分，目前在社會安全網第二期計畫中，本署補助地方政府相對應的專案人力，並逐步要求地方政府主動掌握安置資源而不是被動等待；部分縣市會召開床位協調會議以掌握孩子的安置期程，掌握困難照顧的安置資源，爰本署期望地方政府均能主動盤點及了解是類資源。目前全國兒童少年安置及後追個案管理資訊

的系統（下稱安置系統）是由兒少安置機構自行填寫開放床位數，我們希望能分階段解決安置資源床位媒合議題，未來將優化現行安置系統，以兒少安置機構為例，以小家的床位數，依安置兒少的年齡、性別及法定人力配比，帶出可安置床位數；此外，現在多由社工打電話，未來擴增個案媒合系統，除協助社工外，亦可幫助地方政府收集正在候床中的態樣及類型，將有助於轄內資源佈建。

- 3、目前區域資源確實存在差異，為避免將兒少被安置離家太遠，因此本署於6月10日和地方政府開會時，已將全國分成3個區域，原則是就近安置，當資源不足時，就在該區域內進行資源媒合，同一區域的縣市可共享安置資源，彼此協力。本署希望安置系統優化後能反映兒少安置機構實際的安置床位。
- 4、本署持續挹注經費支持兒少安置單位協助照顧，透過地方政府建置在地評估小組的目的，就是期望安置兒少檢視率達到100%，評估後資源才能提供給兒少安置單位，才能協助其幫工作人員減壓，惟目前較為棘手的問題是缺工；社會安全網第二期計畫的經費已逐年增加，對於特殊需求個案的資源佈建將優先來處理，包括情緒障礙者及高醫療需求照護類型者，現正逐步推動中。

呂委員立：

同意解除列管，並建議另訂日期進行專案報告；這是長久的問

題，值得人權工作小組持續追蹤。

主席陳執行秘書信誠：

1、本案解除列管。

2、請社家署於下次會議進行專案報告。

項次二事項：

有關兒少自殺率及部分兒少在心理健康服務方面可近性上的落差議題，提請討論。

黃委員嵩立：

關於辦理情形第2點，目前針對已確認的高風險族群進行三級輔導機制，並可能轉介到精神醫療，我認為這樣的取向太醫療化；在執行三級輔導機制時，應同時照顧及提升整體心理衛生，因為很多導致兒少自殺的壓力來自於學校或家庭的不當對待，為了降低自殺率，我建議應該跟教育部共同研商如何處理校園歧視言論及老師、家長及兒童之間或同儕的騷擾及霸凌。我跟人本開了不少會議，聽到非常多老師在課堂中辱罵學生的錄音帶，其實連大人的心理健康都會受影響，何況是小朋友長期處於這樣的環境。據我所知，人權處目前有反歧視法草案，但並未訂定歧視性言論準則，因此我建議衛福部與教育部會商關於校園歧視性言論及騷擾的判斷及處理準則，而非等到個案發展成較嚴重的情況，再用三級輔導。初級及三級應該併進。

梁委員志鳴：

關於青少年的心理健康，現今使用3C等社交媒體頻率頻仍，延續黃委員提及和教育部會商議題，關於青少年如何健康利用社交媒體獲得較正面的影響，建議納入討論。

呂委員立：

- 1、我覺得把全部的事情給教育部也不太足夠，校園相關議題以教育部為主責機關，但期待有學校以外的管道可以幫忙，我想心健司應該是有相關資源；我曾遇過小孩想看兒童精神科，被家長以孩子沒生病為由拒絕，也遇過小孩想自殺但得不到心理健康資源，也覺得學校的輔導老師幫不上忙等。我認為要建立多元支持體系，全部由教育部接手可能不足。
- 2、有看到貴部出版的「0到6歲正向教養手冊」，我每次演講都會宣傳手冊內容，但沒有人表示看過，這本手冊寫的很棒，是否能透過工作坊、親子活動等加強推廣，光在網路宣傳還是不太夠；手冊對於0歲幼兒只有提及哭泣時的處理，我覺得學齡前健康的介紹稍顯薄弱。我上次會議有提到嬰幼兒心理健康照顧議題是國際最新發展，而心健司之前的回應是，由於3歲以前的幼兒還不會講話，無涉該司的業務；其實臺大醫院有臨床心理中心，心理師也要運用很多資源處理3歲以下兒童狀況，所以我期待心健司對於全國的心理健康議題有整體規劃，包括青少年自殺防治、3C成癮或親職教養議

題等，有很多網紅或親職專家等推出回饋影片，我覺得都很不錯，但要思考有哪些機制，不能全部往醫院送，因為要透過醫療體制表示情況已經很嚴重。

彭委員淑華：

兒少自殺率升高是臺灣必須要面對的問題，這個議題在第二次聯合國兒童權利公約國際審查會議也受到國際委員的憂心，由於會議決議僅要求針對15歲以下族群心理健康支持方案提出執行情形，看不出心健司的整體規劃。兒少自殺率涉及範圍廣大，可能是兒少個人因素，亦可能擴及到家庭、甚至學校或社區因素，因此無法僅由單一部會或僅用單一年齡切割即可以處理完畢，當中涉及到非常多議題。我認為要有部會進行統一規劃，相關部會提供協助及支持。

黃委員嵩立：

中小學教育事務由地方政府主管，教育部無法直接管轄；很多人去找人本基金會，是因為在地方政府求助無門，教育部也管不到，因此我認為由教育部透過地方政府推動，有隔靴搔癢之感。我期待能動用健康體系，與地方政府產生互動合作，再經由地方政府的健康或衛生體系影響教學環境。我們必須想辦法解決教育部無法直接號令各縣市政府推動教育事務的難題。

心健司回應：

- 1、整體規劃部分，本部刻正推動心理健康韌性計畫，行政院也核定6年共新臺幣56.3億的執行經費，本部會結合13個部會共同推動心理健康相關措施及資源佈建，以強化國人整體心理健康。
- 2、除了現行15至45歲心理健康支持方案外，本部正在積極佈建縣市社區心理衛生中心，目前已設有57處提供民眾（包含青少年）可近的心理衛教宣導及心理健康服務，並協同各縣市衛生局佈建心理諮商服務據點，目前共計388處據點可提供民眾優惠或免費心理諮商；此外，本部也運用1925安心專線及「新快活」心理健康學習平臺等，使民眾接觸多元的心理健康衛教資訊。
- 3、自殺防治部分，本部持續滾動式檢討整體自殺防治策略，訂有自殺防治綱領，也結合相關的部會，包括教育部、勞動部、內政部及國防部等，共同研擬相關推動計畫；今年本部及教育部共同推廣心理健康急救課程，強化民眾、教師、家長對於青少年心理狀態及危機的辨識及因應。整個的心理健康政策如同WHO講的 mental health in all policy，本部一定會結合相關部會共同推動整體人民心理健康。

吳委員淑慈：

我同意本案解除列管，我建議下次會議由心健司報告心理健康

韌性計畫內容。心理健康應該受全民重視，建立接受心理輔導或心理諮商並非就是有問題的觀念，而是當內心有問題想要解決，就能得到協助管道。我們期待教育單位在學校要負比較大的責任，衛福部心健司也能提供支持，多管齊下才能愈來愈好。

黃委員嵩立：

我同意請心健司在下次會議做整體報告。我認為現在提出的很多服務都是 secondary solution，意即需要諮商也知道諮商管道，但在 primary prevention 部分，如何營造促進大家心理健康的環境，還沒聽到心健司的回應，建議下次提出具體報告。

主席陳執行秘書信誠：

- 1、本案解除列管。
- 2、請心健司於下次會議提出心理健康韌性計畫專案報告。

項次三事項：

兒童及少年福利與權益保障法釋義與適用疑義。(略)

項次四事項：

失能重症兒童在全國目前的居家醫療與長期照顧等資源不足，嚴重影響失能重症兒童的健康權與發展權等人權，亟需盤點整

理與改善。(略)

報告事項二

本部配合辦理人權影響評估機制作業、人權教育訓練課程實際運用指引及研訂推動人權教育訓練實施計畫之情形。

行政院人權及轉型正義處(以下稱人權處)：

- 1、 首先說明，「法案、人權及性別評估機制檢視表」的原名稱為「法案及性別影響評估檢視表」，原檢視表評估項目7-3為「對人權之影響」，考量公約國內法化非僅限於兩公約，為回應各界期望，因此進行修正，協助並引導各機關於法案推動過程中，能廣納各界意見，特別是兒少、身心障礙者及處境較不利群體的聲音，進而完整分析法案的正面效益或不利影響，協助政策決定者評估政策推動的適當性。
- 2、 由於各機關都是初次接觸人權影響評估機制，人權處已舉辦多場教育訓練，貴部也派員參訓；近期行政院人權資訊網將上架數位課程供有需要的同仁參考運用。另外人權處也在人權資訊網公開人權影響評估操作手冊、30項權利項目彙編，未來還會製作相關學習資源指引，如有疑義，都可以來電人權處討論。
- 3、 人權影響評估機制自今年7月1日施行，不管是衛生福利部

法案或計畫提到本小組討論，或是個別洽請委員協助提供意見，再請委員予以協助、幫忙。

張委員兆恬：

人權影響評估是否有意排除性別影響評估？

人權處回應：

法案部分，原「法案及性別影響評估檢視表」的評估項目7-3就在做「對人權的影響」，修正後的檢視表是就該項目擴充為檢視表第7、8及11大項，原性別影響評估部分仍獨立保留不受影響；至於計畫的部分，是保留性別影響評估檢視表，新增獨立的人權影響評估檢視表。性別影響評估和人權部分一直以來獨立處理，前者參照的是 CEDAW，後者參照兩公約，所以為回應各界期待納入已國內法化人權公約，檢視表區分幾個區塊，包括法案基本資料、政策目標，協商過程、成本分析及本次新增的人權影響評估，至於性別影響評估僅酌修文字。另外，「國際人權公約保障權利項目索引表」是為了引導機關進行人權影響評估而設計，右側第1欄是相關國際人權規範，目前以國內法化的公約為主，但不包括 CEDAW。如果後續新增國內法化公約，或確定調整將 CEDAW 納入後，會併同重新修正檢視表。

黃委員嵩立：

- 1、我一開始就有參與人權影響評估機制的運作，補充說明檢視表的項目5-4(資料蒐集工作)需要評估新法案或中長程計畫對人權造成的影響，那5-4-1是「盤點現有資料」，提醒各業務單位要跟統計處密切交流對於現有的資料該如何呈現，如果目前資料沒辦法證成該法案對人權所造成的影響，就要進行5-4-2「另行蒐集資料」，建議要預先評估時間跟金錢因素。
- 2、我們把很多的任務交給人權諮詢員，但人權處的教育訓練對象沒有人權諮詢員，我認為諮詢員的訓練是最困難的，他們可能很多地方都不懂，因此我提出的具體建議是請人權處對人權諮詢員進行整體說明。

主席陳執行秘書信誠：

黃委員提出建議，請業務單位注意，尤其是5-4-2要儘量抓準時間及預算；至於向人權諮詢員說明部分，請人權處評估。

人權處回應：

謝謝委員的提醒，原則上我們希望能對各部會人權委員及院裡各人權任務編組的委員進行較詳盡的說明，只是需要找到大家共同的時間本身就是很大的挑戰，因此目前人權處提供書面說明請各部會協助轉知，並透過部會召開部會人權工作小組會議

時到場做說明。對於黃委員的建議，人權處會再評估。

主席陳執行秘書信誠：

本案洽悉。

三、討論事項

(一)討論事項一

案由：

失能重症兒童在全國目前的居家醫療與長期照顧等資源不足，嚴重影響失能重症兒童的健康權與發展權等人權，亟需盤點整理與改善。

統計處回應：

有關健保署建議由本處統籌規劃整合資料庫部分，由於「失能重症兒童」的定義尚不明確，如果資料庫的建立要從健保明細檔及重大傷病檔等公務資料撈取，必須相當熟悉這些資料的內涵及屬性，應委託專業團隊執行；另資料庫的底層是一筆筆個資，無論是明碼個案或加密個案，依全民健保資料管理條例草案(刻正於立法院審查中)第10條規定，政府機關(構)執行法定職務申請特定目的外利用健保資料，應以書面向保險人(即健保署)提出，因此有關失能重症兒童資料庫的建立，建請由主責兒少福利的社家署統籌辦理，如需本處提供諮詢或資料中心相關服務，本處會盡力協助。

陳委員亮妤：

健保署會提供資料協助主責單位，但本案不適合由健保署擔任主責單位；由於健保署的資料是 client data，如果失能重症兒童資料庫是指要在前端建立建構一個以兒童的醫療身心狀況為主並整合社政及衛政的計畫，這個統計由健保署主責會有問題。目前健保資料庫的資料相當有限，無法做出適合這些沒有被滿足的兒童醫療或社政身心需求的資料庫。

社家署回應：

失能重症資料的建立來源應該是 medical data system，但本署是主責 service delivery system，建議由 medical system 的來源端執行，資料會比較周全。

吳委員淑慈：

會議資料第24頁報告醫院有「出院準備銜接長照服務計畫」，可是事實上這是主動跟被動的問題，很多民眾並不知道有這個計畫，根本不會申請，醫院是否可以更主動告知這個計畫，請醫事司說明是否能作相關改善？

醫事司回應：

確實有一些家屬並不清楚孩子離院回家後會遇到什麼狀況，但醫療人員了解孩子的疾病甚至後續發展歷程，醫院負有主動評

估計畫的義務，家屬也可以提出需求；在醫院評鑑項目裡面，對於醫學中心、區域醫院或地區醫院等要執行出院準備計畫都有規範，醫療人員在主動評估後會跟家屬說明並取得同意進而簽署文件，可能是在實務上的落實程度有差。

黃委員嵩立：

目前不清楚如何認定失能重症兒童，由於失能跟障礙在英文都是 disability，那我是較偏好用身心障礙而不是失能，因為根據 CRPD 的說法，我們身上會有的是 impairment，要加上環境的 barrier 才會形成 disability，如果環境因素沒處理好，就直接對兒童冠上失能，可能不是很妥當。不清楚失能重症兒童是重度身心障礙兒童加上重大傷病卡兩個身分？或本身是重度身心障礙，加上經常的醫療需求？我希望先從重度身心障礙兒童的角度理解，在提供給身心障礙者的所有服務時，在失能重症兒童身上的運用程度如何。如果兒童要去上學，我們會希望學校端可以提供合理調整以及適當的 IEP(個別化教育計畫)，甚至居家環境跟鄰里環境都要去強調可及性，讓他可以出門，而不是整天被關在家裡，因此我希望從身心障礙者的角度去理解，而不是用失能的角度看待。

呂委員立：

1、名稱可以再討論，統計處的意見也能理解，我建議先開專家

會議，並指定主責單位，從政府的角度去定義這一群需要被照顧的兒童；由於身心障礙的範圍很廣，要不要包括自閉症？過動兒？還有其他部分？我建議可以分幾個不同的類別；定義之後才能統計，要看統計要取哪些部分，進行身分等相關串聯，不要一個人次被整併好幾次，有數據才知道這些人在哪裡，如何幫助他們。像日本就立法強制統計並就這類身分的兒童進行定義，由兒童家庭廳要執行後續事務。

- 2、醫事司提到出院準備銜接長照服務，目前實務做法是第一線的護理人員在病人入院時就要進行出院準備評估，過程中都可以隨時修改出院計畫；到了出院階段，在國外有轉銜會議機制，把要轉到第三方的醫護人員、病人、家屬等一起召開會議，出院準備不止銜接長照，也要銜接居家醫療或機構等有好幾種模式，我們不能特別指定機構，只能告知哪些是對兒童醫療較為熟悉，請家屬自己找，如果真的找不到，通常會協助轉到地區醫院再照顧一段時間。我認為如何精進跟改善出院準備銜接長照服務計畫非常重要，因為健康不能中斷。
- 3、PAC(急性後期整合照護計畫)目前只針對成人照顧，希望之後也包括照顧兒童居診計畫，目前臺北市立聯合醫院婦幼院區想做這塊，但遇到非常大的阻力及困難，因為兒童的狀況如果不是符合成人能施作的標準就無法執行，因此我希望出院準備的部分，可以包含好幾個面向共同推動。
- 4、此外，在訓練居服員學習照顧孩子的認知跟常識部分，由於

家屬最大的困難就是沒人敢照顧小孩，期待透過這個計畫，之後對於特別高風險兒童的照顧，會提供加給及鼓勵措施，高風險兒童的猝死機會本來就會比較高，這種情況如果在校園發生，學校將會面臨調查，會很崩潰，其實長照體系也是一樣，因此相關風險和議題都要一起考慮。

- 5、最困難的是喘息，這是長照司剛沒有提及的。目前部分醫院開始實施，但條件非常嚴苛；很多機構專業人員曾照顧過成人，但對於兒童不太熟悉，或直接拿成人長照的模式套在兒童身上，很容易導致兒童死亡，所以長照有很多複雜議題，包括復健早療資源等，仍有很多值得努力的空間。
- 6、我建議擇定主責單位，召開專家會議，進行對象身分的認定及統計，也期待失能重症兒童居診計畫納入 PAC，因為國外長期臥床的腦性麻痺兒童，可以做居家整合，但目前我國健保唯一能做的只有呼吸器，就算有氣切和發展遲緩也不行，而以前的醫療診斷計畫都限定不能出門或是偏遠地區的才行。居家醫療應該要擴大，尤其因應少子化趨勢，目前臺大兒童醫院因為是做急性不處理居家，但真正要維持健康的事情就沒有人要做，其他的地區醫院也不敢收治，有些罕病名字連聽都沒聽過，照顧程序非常複雜，那這些孩子去哪兒了？我認為可以透過資源的互助提升照顧的完整性，因此兒童居家醫療的定義和範圍應該擴大，有需求的兒童可以早點提供資源，才不會到最後要進加護病房，又要插管等導致器官壞死。

謝謝大家願意關注這個主題。

黃委員嵩立：

失能重症兒童可以申請個人助理和居家服務員嗎？

呂委員立：

可以申請居家服務員。

社家署回應：

個人助理的部分，必須領有身心障礙證明。

呂委員立：

我知道成人身心障礙者可以申請個人助理，患有身心障礙的小孩也可以申請嗎？

社家署回應：

我們再確認有沒有年齡限制。

※按：社家署會後補充說明：

- 1、身心障礙者需求多元，包含照顧、就業、就學、及社會參與，如需相關人力協助支持其多元需求，現行由長照體系居家照顧服務、勞政體系之職場助理、教育體系之學生助理員及社政體系之個人助理，透過不同單位之人力協助服務提供，滿

足障礙者需求。

- 2、依身心障礙者權益保障法第50條及身心障礙者個人照顧服務辦法第71條規定，個人助理服務係屬自立生活支持服務內容之一，自立生活支持服務主要係由各地方政府依需求評估結果，針對有使用自立生活支持服務意願及需求之身心障礙者，由同儕支持員及社工進行培力，瞭解其自立生活目標，共同擬定自立生活計畫；並依該計畫盤點可獲得之各項福利服務資源及人力協助，後續與身心障礙者溝通討論，確認申請服務時數；並透過案件審查機制，由具有相關背景、理解自立生活精神之專家學者、行政機關、障礙團體代表或同儕支持員組成專業團隊，據以核定服務時數。
- 3、因須由身心障礙者自行提出需求及擬定自立生活支持服務計畫，且依該計畫執行及使用相關服務，考量需有足夠之自我選擇、自我決定及自我負責能力，爰服務對象為18歲以上之身心障礙者。另18歲以下身心障礙者如有人力協助需求，現行已有教育體系學生助理，以及長照之居家照顧服務可運用。

彭委員淑華：

社福系統中會看到很多孩子因為失能重症等原因被遺棄、被不當對待、被疏忽或被嚴重虐待等，然後被安置，然而社福系統同仁較熟悉的是社工處遇，對於醫療層面並不熟悉；在規劃失能重症兒童部分，建議也考量這些特殊需求孩子無法在他的家庭中獲得適當照顧，所以需要建構安置體系；另外是沒有能力

照顧失能兒童的情況，例如父母本身可能是智能障礙者或是入獄服刑等，因此無法扮演好照顧者的角色，也會進入到安置系統，所以希望規劃時也可以考慮上面的情況。

陳委員亮妤：

回應呂立委員，PAC 自民國90年開始實施，最初以成人設計為主，包括衰竭、骨折、燒燙傷、中風等。今天下午健保署就要去行政院報告，目前 PAC 正在盤點，例如有賦能潛力者的 PAC 期限是3個月，但復健4至6個月後，他的中風神經元會恢復的更好；至於過去確實沒有實施兒童 PAC，但確實有需求，健保署會納入考量。

主席陳執行秘書信誠：

召開專家會議及單位權限劃分部分，請社家署主責。

社家署回應：

社家署業務較偏重的是後端的社會服務資源及提供，但關於失能重症的定義及失能重症兒童醫療，委員所關注的不限於社政體系中較受關注的弱勢兒童，更包括一般家庭的孩子在出院後必須銜接社區長照或居家醫療，因此由社家署主政是否妥適？畢竟本署是偏向需求端，而不是資源供應端，即便是安置業務也是如此，另外像居家醫療非本署業務。本案涉及兒少醫療議題，

是否請就本部較偏醫療資源供應端的司署來主政較適當，請主席協調。

主席陳執行秘書信誠：

呂立委員談到的醫療部分並不多，主要是整合議題。

長照司回應：

以照顧服務的立場來看，本司認為這是屬於身心障礙及兒童議題，為社家署業務範疇，非本司業務範疇。

主席陳執行秘書信誠：

- 1、有關名稱定義、統計執行及召開專家會議等事項，涉及長照、身心障礙及醫療領域，請示長官裁決主責單位。
- 2、請長照司於下次會議進行喘息服務專案報告。

(二)討論事項二

案由：審查本部人權教材「衛生福利部人權故事集」38則。

呂委員立：

會議資料第31頁共通性意見，貴部對於將故事欄位之「爭點」改成「重點問題」，並為避免公約名稱過於冗長，故統一於故事中使用簡稱，在電子書之「編輯說明」中簡介每一個公約背景及其全稱的作法，是可以的。另外建議電子書部分，不用一直

寫公約全名，可以使用超連接，連結到編輯說明或使用按鍵就可以跳出公約全名，讓閱讀者理解。

黃委員嵩立：

由於貴部目前在「人權指標」欄位寫的內容其實都不是指標，建議改成「國際人權公約相關規定」較完整。

主席陳執行秘書信誠：

請法規會直接處理，超連結部分請教資訊處。

張委員兆恬：

- 1、 要思考讀者是否知道國家義務究所指，每則故事篇幅都偏長，部分故事甚至直接照錄一般性意見全段落，我建議在這個欄位能思考一致撰寫體例，未必要把聯合國各委員會意見整段貼上，可能要有一些比較白話文的轉譯，並建議思考「國家義務」欄名稱是否比照「爭點」欄、「人權指標」欄，進行白話文的修正。
- 2、 目前故事述及 CEDAW 的比率較低，但其實很多故事都涉及性別議題卻被漏列，例如第10則故事(保護兒少遠離性剝削)不應該只是討論兒少，但性別議題並沒有被特別提及；第12則故事(生產事故及時救濟，減少醫療糾紛及提升女性生育健康及安全)也有性別議題，但未被討論；第23則

故事(保障感染者合法權益)，故事主題是「女性」，作為愛滋感染者會受到特殊的影響；第33則(無縫接軌!新住民生育服務零時差)，也有性別議題。整體看起來似乎圍繞在健康為主題，對於公約交織性的討論可以納入。

法規會回應：

- 1、 首先回應委員剛才所說國家義務部分，由於「國家義務」確實不易被理解，因為會一併修正，例如改成委員會意見等文字，也會在電子書的編輯說明，闡述何謂委員會一般性意見。其次，由於每則故事都有特別強調的重點，因此會請編撰單位臚列相關委員會意見即可，不要全篇照抄。
- 2、 此外在公約交織性部分，第一版電子書把重點放在兩公約，這次擴編前，有先整理各業務單位在國家報告及國家人權行動計畫中提及與主管業務相關的公約及權利項目，並鼓勵撰寫編撰故事時不以兩公約為限，九大公約都可援引，交由撰寫單位自行決定故事重點及對應公約。

張委員兆恬：

可以思考故事是追求淺顯簡短易閱讀或是完整性?如果是完整性，在很多故事中，CEDAW 會是重點之一，畢竟從性別主流化的角度來看，很多故事不只是涉及健康議題。因此我認為必須定調人權故事集以簡短為主，或是要內容豐富呈現完整多元觀點。

主席陳執行秘書信誠：

故事集要符合現代人閱讀文章的習慣，不喜歡篇幅過長，因此各故事聚焦在特定議題，並未普遍性討論。

法規會回應：

38則故事並未包括所有公約內容及權利項目，撰寫單位可以挑選與主責業務涉及的公約及權利項目改編成故事，或挑選具備高度教育價值的主題編撰成故事。

主席陳執行秘書信誠：

如果依張委員的意見，可能很多故事要重寫。

張委員兆恬：

我認為有很多故事涉及性別議題，如果沒有討論可能會性別意識不足，為了因應性別主流化，就算是討論健康相關議題，也可以放進性別討論。其實僅有少數故事有這樣的情況，需要加入 CEDAW 等規定，只是篇幅會比較長。

主席陳執行秘書信誠：

採納張委員意見，相關單位請調整故事內容及公約引用。

呂委員立：

附議張委員的意見，並建議張委員直接點出哪幾則故事明顯涉及性別議題但卻隻字未提等，提供撰寫單位參考。

張委員兆恬：

於會後提供法規會轉請撰寫單位修正。

食藥署回應：

目前故事多援引兩公約，是因為法規會當時提供的故事範例及國家義務等多以兩公約為主，如果要擴增，故事內容可能需要進行大幅度調整。

黃委員嵩立：

兩公約第3條講述男女權利的平等，CEDAW 是進一步申論此議題，所以把 CEDAW 寫進去並沒有違反兩公約，我建議依張委員所述，故事內容如果涉及 CEDAW 就該補充。

梁委員志鳴：

「國家義務」欄內容過長，可能民眾閱讀時會直接跳過，建議簡短。

呂委員立：

我建議電子書以故事內容為主，其次是解析，「國家義務」欄可以用點擊方式促進閱讀。

主席陳執行秘書信誠：

請撰寫單位就委員意見修正。

呂委員立：

故事第11則(醫美廣告誘惑多，慎選評估才能健康又美麗)，在國家義務提及很多健康權的意見，但頁數11-2的解析內容都沒有提到健康，只有寫廣告規則等。我建議補充說明為什麼醫療廣告對健康不好，可能是誇大不實等原因，在開頭或適當處加一小句「不實的廣告對健康有危害」等類似詞句。

主席陳執行秘書信誠：

請醫事司修正。

梁委員志鳴：

對於第3則故事(「健保」有您真好)，社保司已經做修正，我沒有意見。

吳委員淑慈：

對於社工司重新撰寫的故事(請給貧困者活下去的希望)，我建議名稱要採肯定語氣，改成「給貧困者活下去的希望」，不要加「請」字，避免被誤會是懇求、施捨或憐憫，因為這本來就是他們的權利。

社工司回應：

依委員建議修正。

彭委員淑華：

有關社工司表達刪除第4則及第5則故事，重寫新的故事(請給貧困者活下去的希望)，我已看過故事內容，同意修正。

梁委員志鳴：

第27則故事(善用資源，防護健康)的「人權指標」欄位，人權指標提及政府有責任確保正確、可理解、具科學依據的衛生資訊是可得且可近用的，故事內容闡述食藥署網站有更新的資訊，但我總覺得少了一些東西，由於現在很多民眾獲取資訊不完全是透過政府網站，甚至多半不是經由政府網站，因此在確保醫療資訊正確流通部分，政府是否還能多做其他的事情?請食藥署參考評估是否需要修改。

主席陳執行秘書信誠：

請食藥署評估是否進行修正。

張委員兆恬：

第13則故事(精神疾病嚴重病人強制住院治療)的「國家義務」欄內容，建議可用較白話的方式呈現，避免整段抄錄。

心健司回應：

依委員意見修正。

黃委員嵩立：

第13則故事(精神疾病嚴重病人強制住院治療)，目前僅援引公政公約第9條、第10條，但其實最相關的是CRPD第14條。

主席陳執行秘書信誠：

請心健司依黃委員建議修正。

主席陳執行秘書信誠：

請各撰寫單位依委員建議進行故事之調整修正。